



臺北市醫師公會會刊



- 正常收縮分率心臟衰竭治療新進展
- 重點式超音波 (Point-of-care Ultrasound) 在居家醫療的應用
- 孩睡得好嗎？淺談兒童常見睡眠障礙

目錄

Contents

理事的話	提高疫苗注射處置費，合理對待第一線在防疫戰區中的基層夥伴	劉漢宗	2
會務公告	一一四年資深醫師申請表		10
	徵求本會會刊封面照片		11
	台北市醫師公會會刊封面照片投稿資料表		12
會議紀錄	理監事聯席會會議紀錄		14
醫事法律	椎間盤突出—最高法院114年度台上字第372號民事裁定評析	林奕辰、葛 謹	32
學術專論	正常收縮分率心臟衰竭治療新進展	林賢鑫、許馨尹	41
	重點式超音波(Point-of-care Ultrasound)在居家醫療的應用	陳澤元、程劭儀	51
	孩睡得好嗎？淺談兒童常見睡眠障礙	張哲寧 黃偉新	57
活動預告	游泳比賽		64
	羽毛球賽		65
	團體桌球聯誼賽		66

發行人：洪德仁
執行長：陳彥元
編輯顧問：曾春典、黃國晉
總編輯：陳彥元
副總編輯：方文輝、程劭儀
本期執行編輯：釋高上
本期副執行編輯：吳岱穎

編輯：周裕清·王森德·王瀛標·江建勳·
吳岱穎·吳慶南·沈仲敏·林明慧·
黃偉新·黃博浩·溫素瑩·釋高上

助理編輯：林芝馨

出版：台北市醫師公會

郵政劃撥帳號：00148090

台北市醫師公會會址：106001台北市信義路二段74號6樓

電話：(02)2351-0756·傳真：(02)2351-0739

2025年6月15日

Journal
of Taipei
Medical
Association

P.41

P.67

P.71

P.79

P.85

會員園地	服務欄		67
	開懷篇	陳志鑫	68
	攝影秀—英國倫敦	林隆煌	69
生活醫療法律	醫療法律生活化系列(150)	李志宏	71
	健保案反轉刑事案—醫療專業意見？		
醫林特稿	《「副/福」業回顧》-22	朱真一	79
	日據時代的醫學教育(8) —台灣人到美國習醫及進修		
醫婦會園地	人生的投資—紐約生活見聞	陳彥玲	85
醫政公文	重要政令轉知會員		89
繼續教育	本會學術教育課程表		96
投稿簡則	歡迎惠賜稿件		封底裡
廣告資訊	振興醫院 13 · 家扶基金會 63		

網址：www.tma.org.tw

e-mail(投稿專用)：tma07@tma.org.tw

e-mail(會員專用)：tma06@tma.org.tw

行政院新聞局出版事業登記證局版北市誌第2354號

中華郵政台字第4210號雜誌交寄執照

法律顧問：恆昇法律事務所 楊榮宗律師

臺北市中山區南京東路三段68號13樓

電話：(02)2506-8811

封面簡介

封面主題：拱橋的黃昏

大湖公園的拱橋，獨特而秀麗，象牙般的白色接，粉中帶紅的橋體，在黃昏彩雲的陪襯下，變得雍容而采秀。

作者：吳國鈞

服務院所：尹書田醫療財團法人
書田泌尿科眼科診所

提高疫苗注射處置費，合理對待第一線在防疫戰區中的基層夥伴

漢宗小兒科診所 劉漢宗醫師

前言

預防接種是公共衛生中極為關鍵的一環，台灣在幾十年來，由一萬多所的基層醫療院所，在台灣完成98%的疫苗注射覆蓋率。

其中注射的疫苗80%是由基層醫療院所執行完成，也因為防疫做得好，群體免疫目標達成，所以這些疾病在台灣已經少見，同時為健保省下巨額的經費。

但政府長期漠視醫療院所在防疫上的努力。

民國106年之前，疾病管制局從未給付疫苗處置費，基層診所施打疫苗的工作及成本都是功德！之後，則每劑補助NT\$100元，茲將台、日、韓在疫苗注射處置費的相關資料提供如后，由此可以分析政府提倡的「健康台灣」，其中疫苗處置費一環對基層診所的不公。

茲將疫苗處置費及注射成本簡述如下：

一、提高疫苗處置費之必要性：

根據最近疫苗成本的調查分析，基層醫療院所每劑注射成本約NT\$410，醫院疫苗注射成本則達到NT\$592元（附件1、1-1、1-2），醫療院所為政府的防疫工作拼命並臨聘許多工作人員，但是這些成本卻沒有得到應該有的給付，遑論尊重！

多數國家均認可疫苗接種為「高價值醫療服務」，設有可反映實際支出的處置費標準，（比較表如附件2）隨著疫苗接種技術的多元化，醫療人力成本上升，同時醫療機構的經營

也增加壓力，不合理的疫苗注射處置費已成為公共衛生政策中的關鍵議題。

人力資源流失與勞動負擔沉重：提升醫療服務品質與永續性調整處置費勢在必行，預防注射不是單一的注射動作，而是有完整的流程。

100元的疫苗處置費，要給付醫療機構為民眾施打疫苗時所獲得的服務費用用於支付醫療人員的勞務：預約安排、身分查核、病史詢問、醫師檢查，疫苗準備、固定幼童、正確施打、接種紀錄登錄，現場留觀、不良反應的處理等，以及診所需派人時常去健康中心領疫苗、耗材使用，冷鏈儲藏、衛教諮詢，行政作業…等，每一階段都需要耗費人力，時間與行政資源，如此的過程及成本，疾管署以100元支付，完全是慷醫療診所之慨。

台灣目前面臨醫療人員短缺的嚴重問題，而預防注射是屬於高頻率、低價位，但又需要高度專業服務的工作，萬一稍有不慎即引發醫療糾紛。

這樣的結果，更讓醫療院所注射預防針之意願降低，勞役負擔沉重、不符成本，進而導致人力的流失。

面對未來疾病的挑戰：

各種新興傳染病蠢蠢欲動，如H5N1、冠狀病毒之捲土重來，或是人工改造的病毒，隨時都有可能引發另一次的COVID-19世紀大流行。

政府不應只寄望醫療院所持續的做功德，

而不願承擔該有的責任。

二、疫苗成本的調查：

台灣兒科醫學會，中華民國基層醫療協會，診所協會全國聯合會，這一、二十年來已數度發文疾管署，建請調整疫苗注射的處置費，依據WHO的評估標準核算的疫苗注射成本，診所部分是每劑410元，醫院部分是每劑592元，我們只要求能收回我們預防注射的成

本，但政府方面卻完完全全視若無睹。

台大公共衛生學院鄭守夏院長在健康台灣全國論壇中說得非常中肯，「一個好的政策能讓醫、病都放心」，目前狀況、人民滿意、政府坐享防疫成果、唯獨醫療提供者做著賠本的生意，試問政府推諉責任、讓醫界承擔大量成本的景況能維持多久？

附件1

WHO 研究的疫苗成本估算建議

BMC Medicine (2022) 20:88 DOI: <https://doi.org/10.1186/s12916-022-02278-6> 紅字項目為台灣醫學會所於疫苗政策之工作項目

疫苗本體	疫苗價格、稀釋、耗損率、國際運輸與保險、關稅。
行政管理	區域規劃、培訓、社會動員與宣導、監測與評估、督導作業、不良事件監測。
冷链成本	冷链設備、能源成本、冷链儲存設施（包含冰箱所在之空間成本）。
運送物流	國際運輸、國內運輸、車輛與燃料、人員津貼與旅費。
人力成本	醫護人員時間、後勤人員時間、現有資源的機會成本。 人力成本是疫苗投放中最大的支出，涉及直接與間接參與的人員。
設施與設備成本	建築物、辦公用品、實驗室設備。
啟動成本	初始微觀規劃、初始培訓、初始社會動員。
其他成本	共享成本、影子價格、研究與評估成本。

臺灣兒科醫學會 函

立案字號：台兒科字第10999797號函
地址：1109 亞都育英醫院第一院內（即台大）
電話：02-27513884
聯絡人及電話：郭仲達(02)25713444 分機 26
電子郵件信箱：gtr@taiwan-pediatric.org.tw

受文者：衛生福利部疾病管制署

發文日期：中華民國 114 年 3 月 14 日
發文字號：臺兒醫字第 114043 號
附件：附件一~六

主旨：建請 貴署合理調升兒童各項公費疫苗處置費以提升兒童預防接種品質，請 查照。

說明：

- 為維護兒童生命與健康，預防接種是全球公認傳染病防治最具成本效益之方法，近年貴署新增諸多公費疫苗，對台灣兒童之健康助益良多，兒科醫師一向積極配合國家政策代為接種。惟兒童接種疫苗之前必須經醫師對家長詳細解釋宣導，並施以完整的身體檢查，避免在疾病潛伏或生理不適時接種，方可於不良反應發生時避免爭端。尤其兒童無法清楚表達不適之症狀與程度，無論診療或注射時常有突發情事，耗費接種院所較諸一般看診更多人力及時間，從進入診所掛號、量體溫、量身高、體重到醫師診察問診，接受家長諮詢其他健康問題，到最後注射疫苗，領回退燒藥到離開診所，從掛號人員至跟診護士、醫師甚至藥師，至少耗費 30 分鐘以上。未給予負責預防接種醫師合理與適度的報酬，實乃不公之至。
- 103 年兒科醫學會提出疫苗處置施打的成本分析(如附件一)，獲行政院衛福部回應，自 106 年開始階段性補助，107 年起全面補助每劑 100 元。惟當年補助金額仍遠低於兒科醫學會分析之成本。近年來因少子化與通貨膨脹與人事水電成本大幅增加，多方面影響兒童醫療保健政策成本，相較日韓的疫苗處置費給付，我國的疫苗給付是遠低於日韓的。韓國的疫苗處置費甚至會隨年齡不同而調整，年紀越小，處置費越高(請參考附件二至六)。
- 以上為本會會員協助整理提供日韓的相關資料，也希望 貴署可調查全世界各個國家疫苗處置費用給付狀況，並能夠邀請公正的第三方學術單位進行疫苗施打成本的調查，並和本會進行疫苗處置費的相關協商，以合理的調高疫苗處置費來做好兒童的預防保健工作，並提供兒童更好的醫療品質。
- 建議對於配合施打公費疫苗之醫療院所的疫苗儲存設備及溫度監控設備，亦應有補助之配套措施，減少醫療院所領取疫苗之相關成本。
- 兒童是國家未來的主人翁，國家應提供預防接種負責醫師合理的報酬，讓預防接種負責醫師服務的熱情得以持續，國家經費不足是長久以來的狀況，預算不足也必須做出調整，不能僅以「預算不足」為理由，而延緩疫苗處置費的調整，賴總統一直以來相當重視兒童的健康，健康台灣中也提到全面優化兒少醫療照護是重要的一部分，調整疫苗處置費以提高兒童醫療品質刻不容緩。
- 若 貴署無相關預算，建議由上級單位衛生福利部來協助解決，編列相關經費，來解決此一存在已久之問題，若醫療院所無法負擔日益高漲的疫苗施打成本，陸續退出疫苗施打行列，造成民眾疫苗施打不便，恐招民怨。

正本：衛生福利部疾病管制署
副本：衛生福利部

理事長 倪衍玄

兒科醫學會數次發文，政府均以「暫無預算」回應！

附件1-1 疫苗施打成本－醫學中心

項次	成本項目	數量	單價	金額	內容	備註
1	冷藏冰箱(需可紀錄)成本	1年	\$30,000	\$30,726	單門藥品冷藏櫃\$240,000/台	本院財產管理系統財產碼501010708-89，以8年攤提折舊
		1年	\$726		資料收集記錄器data logger \$5,810元/台	
2	不斷電系統成本	1年	\$2,857	\$2,857	不斷電系統\$20,000元/台	本院財產管理系統財產碼310100107-108，以7年攤提折舊
3	電腦(疫苗相關)印表機成本	1年	\$6,250	\$10,250	桌上型電腦(含液晶螢幕)\$25,000元/台	以本院財產管理系統4年攤提折舊
		1年	\$4,000		影像列印機 \$20,000元/台	
4	疫苗登錄資訊軟體與傳輸網路費用	2分鐘 *10,000劑次	\$7.55	\$151,000	每劑次登錄資訊軟體與傳輸網路流程護理人員需費時2分鐘*護理人員每分鐘成本\$7.55元	每劑次登錄資訊之護理人員流程： 1.核對個資及施打疫苗種類：1分鐘 2.登錄各疫苗種類批號：1分鐘
5	設備相關電費負擔	1年	\$133,922	\$133,922	以疫苗施打所用設備(含冷藏櫃、不斷電系統、個人電腦、印表機等)估算電費成本：每年使用度數約31,437度*每度\$4.26元	113年6月台灣電力公司帳單費用(計費期間為5/1-5/31)，以使用度數計算，每度用電約\$4.26元
6	疫苗相關與施打場地空間成本與折舊	1年	\$110,497	\$110,497	兒童醫學部診間及疫苗注射室面積合計245.45平方公尺	本院財產管理系統第二醫療大樓(施打場地空間)以60年攤提，換算每平方公尺折舊約\$450.18元
7	疫苗注射耗材	10,000劑次	\$8.39	\$83,900	每劑次疫苗注射耗材成本\$8.39元*每年10,000劑次	空針26G 1個、針筒1ml 1個、酒精棉片、乾棉球1個、壓舌板1個、口罩1個、紙膠1段
8	疫苗注射後廢棄物處理費	10,000劑次	\$22,000	\$22,000	依本院生物醫療廢棄物處置費合約每公斤\$44元*每劑次0.05公斤*每年10,000劑次	以疫苗注射耗材計算廢棄物重量每劑次50公克
9	疫苗取回運輸成本	1年	\$78,998	\$78,998	每趟費時90分鐘*52週*每分鐘人力成本\$16.88元	每週派1名藥師及1名技工(司機)至衛生局(所)取回疫苗。 藥師每分鐘成本\$10.59、技工司機每分鐘成本\$ 6.29，每分鐘合計\$16.88
10	疫苗注射的護理人力成本	12分鐘 *10,000劑次	\$7.55	\$906,000	每劑次疫苗注射流程護理人員需費時12分鐘*護理人員每分鐘成本\$7.55元	每劑次疫苗注射(室)護理人員流程： 1.核對基本資料、施打疫苗種類及時程：2分鐘 2.三讀五對核對疫苗藥物：2分鐘 3.衛教(指導回家照護及指導父母當面固定兒童打針姿勢)：5分鐘 4.施打疫苗及收拾廢棄物：3分鐘
11	疫苗資料整理的行政人員人力成本	1年	\$8,260	\$8,260	每週需1名藥師費時15分鐘*52週*藥師每人每分鐘成本\$10.59元	藥師疫苗建檔(批號/效期)
		1年	\$60,998	\$60,998	每月需1名藥師費時480分鐘*12個月*藥師每人每分鐘成本\$10.59元	藥師彙整疫苗資料上傳
12	疫苗管理的藥師人力成本	1年	\$79,107	\$79,107	每工作日需1名藥師費時30分鐘*249工作日*藥師每人每分鐘成本\$10.59元	藥局盤點管理成本，以112年工作日數249計算
		1年	\$11,437	\$11,437	每次需1名藥師費時180分鐘*每年6次*藥師每人每分鐘成本\$10.59元	因應衛生局定期查核成本，每2個月1次，每年計6次
		3分鐘 *10,000劑次	\$10.59	\$317,700	每劑次(張)處方費時3分鐘*藥師每人每分鐘成本\$10.59元	藥師審核、調劑及覆核處方成本
13	醫師開立疫苗與注射人力成本	10分鐘 *10,000劑次	\$32.39	\$3,239,000	每劑次醫師開立疫苗與注射費時10分鐘*醫師每人每分鐘成本\$32.39元	主治醫師每人每分鐘成本\$32.39
14	疫苗門診跟診護理人力(量身高體重)	9分鐘 *10,000劑次	\$7.55	\$679,500	每劑次門診跟診流程護理人員需費時9分鐘*護理人員每分鐘成本\$7.55元	每劑次門診跟診流程護理人員流程： 1.收取相關資料填寫手冊內容：1分鐘 2.量體溫及頭圍：1分鐘 3.量身高體重：1分鐘 4.看診協助：3分鐘 5.整理醫囑單張：2分鐘 6.給單說明：1分鐘
15	醫師疫苗門診診察費用				暫不計入	
16	疫苗相關醫療糾紛保險費用				本院為代扣醫糾互助金	
預計每年10,000劑次成本合計				\$5,926,152	預計一年10,000劑次	112年度兒童疫苗處置費10,890劑次
每劑次平均成本				\$592.62		

註：1.本表係以兒童醫學中心簡報模板及該中心主治醫師、門診護理師、藥學部藥師、總務室等提供各項作業流程內容及所耗用數量彙整。
2.每名用人成本(含本薪、各項津貼、獎金、加班費等)為醫院實際支出之成本，並以112年工作日數249天*8小時計算。

附件1-2 疫苗施打成本—診所

成本項目	金額	內 容	備 註
控溫冰箱、Data Logger	9,050	利勃溫控冰箱 86,000+4,500	以十年折舊攤提
電費（只算冰箱）	1,825	365 度/年	以每度營業電 5 元計算
疫苗運輸成本	2,400	12 趟 * 12 個月， 每月至少 1 趟	車資來回每趟約 200 元
電腦成本	5,000	聯強主機 25,000	以五年折舊攤提（只算一臺）
不斷電系統	4,200	12,600 電羸行報價	每三年需更換
護理人員領取疫苗及管理 登錄、郵寄	37,440	3 小時/52 週/@240 時薪	交通，等待，管理疫苗
護理人員跟診	20,000	5 分鐘*4 元*1000 位	以“兼職員工計算”/含勞 健年終
護理人員掛號量身高體重	20,000	5 分鐘*4 元*1000 位	以“兼職員工計算”/含勞 健年終
醫師診察	250,000	依健保局診察費以“中位數”計算	每位 250 元
醫師注射費、人力協助注射	50,000	50 元*1000 人次	
耗材費	5,000	每人 5 元	拋棄式針筒針頭、消毒、 棉花
醫療廢棄物	6,000	每年 6,000	兒科廢棄物幾乎都是預防 注射針筒
醫糾險	30,000	每位醫師每年 30,000	以本診所三位醫師以總價 之 1/3 計
房租(注射室：放冰箱及相 關器材...)	200,000	每年租金 1,200,000 的 1/6 計算	不包含診所裝潢、電器設 備等折舊
電話費/網路費	18,000	每年 72,000 之 1/4 計算	
合計	658,915	扣掉診察費也要 \$408,915	點值 1 點約 \$0.85(浮動)
合理給付	每人： \$658.91	不含診察費每人： \$408.91	*以 1,000 人次計/年
註：施打人數越少則平均成本將越高			

說明：

1. 疫苗施打成本方法學，根據聯合國建議文獻。(WHO-led consensus statement on vaccine delivery costing: process, methods, and findings. BMC Med 2022 Mar 8; 20(1): 88.
2. 根據聯合國Unicef調查，中低收入國家每劑疫苗immunization delivery costs (IDCs)大約落在每劑全成本為0.75-9.45美元。(Costs of Vaccinating a Child - english.pdf (unicef.org))
3. 根據調查，中美洲宏都拉斯常規疫苗施打成本，根據疫苗施打場所相關，約落在US\$ 25.55 to US\$ 28.40 (Examining the cost of delivering routine immunization in Honduras. Vaccine 2015; May 7:33 Suppl 1: A53-9. doi:10.1016/j.vaccine.2015.01.016.)
4. 根據調查，英國兒童疫苗接種預約的平均費用為18.20英鎊（範圍9.71英鎊至25.97英鎊），成人預約費用為14.05英鎊（範圍7.59英鎊至20.88英鎊），其中75%用於工作人員，24%用於設施費用，消耗品1%。(What is the cost of delivering routine vaccinations at GP practices in England? A comparative time-driven activity-based costing analysis. Hum Vaccin Immunother 2019; 15(12): 3016-23.)
5. 台灣的公費疫苗自民國50年前後陸續引進，兒童常規疫苗執行率（基礎劑）高達98%（追加劑）高達93%，截至105年統計，兒童常規疫苗8成由基層醫療院所施打，減輕了13種流行疾病與2種癌症醫療負擔。

((Jcmit2015)台灣防疫雲發展政策、經驗分享與未來展望／莊人祥)

6. 人事成本上漲，民國86年迄今基本時薪上漲3倍。(台灣勞動部 <https://www.mol.gov.tw/1607/28162/28166/28180/28182/28184/29016/>)
7. 土地與房租費用上漲，近20年台中縣市漲幅最高達346%（政大商學院信義房屋不動產研究發展中心 <https://www.ncscre.nccu.edu.tw/node/638>）
8. 水電費用上漲（台灣電力公司/台灣政府資料開放平臺<https://data.gov.tw/dataset/6064>）
9. 台灣CDC對診所冷鏈要求逐年提高（疾病管制署/預防接種/衛生專業人員工作指引 <https://www.cdc.gov.tw/Category/List/tCJPCJ4I3Z2wKdkp85LdRQ>）
10. 韓國疫苗執行費：不同年齡疫苗處制不同，年齡越小、處置費越高（附件3）。
11. 台灣號稱醫療先進國家，他國能，我們一定能！

基本上韓國、日本的給付約NT\$660到NT\$1200等，他們在疫苗的處置費上政府的給付約我們台灣六到八倍（附件4、5）。

韓國的部分，2024-2025的流感，不管是老人或小孩，孕婦的流感，他們的處置費用跟其他一般疫苗一樣韓元\$19619元（兒童6歲以上），約NT\$490元。

附件-2

台日韓三國兒科醫師執行六歲以下兒童預防保健注射服務之支付比較表

單位: 新台幣 (NTD)	台灣	日本	韓國
公費疫苗種類	9	9	10
預防疾病種類	14	13	14
政府支付之診察與注射費	100 元/針	視地區不同給付 \$800-1000 元/針	一般疫苗 韓元 19,610-22,380/針 (約新台幣 442-507 元) 4 合 1 疫苗 韓元 29410-33570 元 (約新台幣 666-760 元) 5 合 1 疫苗 韓元 39,220-44760 (約新台幣 888-1014 元) 註: 不同年齡處置費不同, 請見附件三
政府支付之疫苗費用	0		0

1. 台灣: 由衛生局提供疫苗, 醫院跟民眾收取掛號費, 跟政府申請處置費。
2. 日本: 由院所直接跟廠商購買疫苗並執行注射, 醫師施打後備妥文件跟政府申請疫苗跟注射兩項費用。
 - (1) 日本制度較複雜, 詳細說明見附件四。
 - (2) 檢附「京都地區疫苗給付參考資料」供參, 請見附件五。

參考文獻:

1. 韓國: 질병관리청 「2024 년 국가예방접종 지원사업지침 (위탁의료기관용)」 P.15、16、21、22
https://www.kdca.go.kr/board/board.es?mid=a20507020000&bid=0019&act=view&list_no=724104
2. 韓國疾病局公告疫苗相關費用 20250305.pdf (全文請見附件六)
3. https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-kousei_127714.html
(日本厚生勞動省會議紀錄資料)
4. https://www.kyoto-kokuhoren.or.jp/medical/013_r6_5.html (日本醫療給付標準)

附件-3 韓國自 2009 年以後，已多次調整處置費。

疫苗種類	年齡	預防接種執行費（1劑）	預防接種執行費（1劑）	預防接種執行費（1劑）	預防接種執行費（1劑）
		2025年	2023-24年	2019年	2015年
一般疫苗	1歲以下	22380韓元	19610韓元	18800韓元	18000韓元
	1-5歲	20750韓元			
	6歲	19610韓元			
四合一疫苗	1歲以下	33570韓元	29410韓元	28200韓元	27000韓元
	1-5歲	31130韓元			
	6歲	29410韓元			
五合一疫苗	1歲以下	44760韓元	39220韓元	37600韓元	無
	1-5歲	41510韓元			
	6歲	39220韓元			
六合一疫苗	1歲以下	59670韓元	無	無	無
	1-5歲	55340韓元			
	6歲	52290韓元			

除了四合一 五合一 六合一之外 包含流感疫苗 都是一般疫苗

2009年
0-12歲兒童 國家支援HBV,BCG, DTaP,IPV,MMR,JE, varicella,Td 的接種
不包含支援的有BCG經皮用(蓋章式), 活性日腦, Hib, PCV, HAV, Rotavirus
疫苗處置費 25000（其中30% 約7800元 國家支付）個人負擔費用約15000-16000

附件-4

日本的定期疫苗接種是依據《預防接種法》規定，由「市町村（地方政府）」做為主要執行單位負責實施。

疫苗接種的費用不屬於健保給付，而是由市町村另行撥款支付給醫療機構。

每個市町村會各自決定支付給醫療機構的報酬金額，國家則透過補助金的方式，提供資金支付給市町村。

再決定報酬金額時，市町村通常會與當地的醫師工會（醫師協會）進行協商，因此不同市町村的報酬金額可能會有所不同。

基本上報酬金額的計算方式通常包括「疫苗成本+診察費+注射操作費」。

雖然診查費與注射操作費不屬於健保給付範圍，但會參考健保點數計算。

疫苗接種費用

疫苗接種費用以單獨接種為前提計算。最後金額會以下總和再加上5%消費稅。

1. 疫苗的建議零售價價格
2. 初診費2700日圓（若受眾者為六歲以下，則需額外加收嬰幼兒加成費750日圓）。
3. 操作費180日圓、
4. 生物製劑加成費150日圓

日本的預防注射與台灣不同之處，為了突顯地方政府的政策差異，中央會給一筆預算補助金，但實際各疫苗的給付是由各地方政府及當地醫師公會開會來決定。

所以，若某地區缺醫師他可以自行提升給付，吸引醫師充實醫療環境，進而吸引更多家庭來該區居住。

因為日本每個地區給付皆不同，下列以大阪地區資料做參考。以下金額皆為包含疫苗費用、接種費等所需費用的總額。

附件-5

公費補助金額（地方政府給付金額）：

水痘	8,404 日圓
四合一疫苗（百日咳、白喉、破傷風、小兒麻痺）	11,297 日圓
輪狀病毒（Rotavirus）疫苗	9,559 日圓
B 型肝炎疫苗	6,094 日圓
Hib（b 型流感嗜血桿菌）疫苗	9,088 日圓
肺炎鏈球菌疫苗	12,067 日圓
日本腦炎疫苗	7,315 日圓
二合一疫苗（白喉、破傷風）	5,170 日圓
卡介苗（BCG）	11,715 日圓
麻疹風疹混合疫苗（MR 疫苗）	11,220 日圓
五合一疫苗（百日咳、白喉、破傷風、小兒麻痺、Hib）	20,284 日圓
嘉喜九價 HPV 疫苗	30,727 日圓

三、結論：

預防接種是一項具有重大社會與健康價值的防疫工作，也是一項公共衛生服務，現行的疫苗處置費NT\$100元不足以反應現實的注射成本，更無法支撐疫苗政策的長期推動，適時地調整預防注射的給付，是讓醫療永續及健康持續經營的重要基石。

我們已經做了五十年公德，現在該由政府做公德，期望建立完整、公平、有效可持續的疫苗施打機制，守護全民的健康。

特別感謝：本文

第二作者：台灣兒科醫學會副理事長 王弘傑醫師。

第三作者：台灣兒科醫學會基層醫療委員會主任委員 麥建方醫師。

本文感謝：

- 台灣兒科醫學會疫苗小組/基層醫療委員會主任委員麥建方主委提供診所成本分析。
- 台中榮總傅雲慶院長提供醫院成本分析。
- 方銀花醫師提供韓國疫苗給付政策。
- 台北醫學院張璽主任，王玲副秘書長提供日本疫苗給付政策。
- 感謝台灣兒科醫學會王弘傑副理事長、歐良修秘書長、陳銘仁副理事長、李旺祚院院長、彭純芝理事、李勇理事。蔡梓鑫理事長、林應然理事長、陳國俊理事、王建安監事、及黃立心副秘書長等醫療前輩提供的資訊。🇹🇼

一一四年資深醫師申請表

親愛的會員，您好：

本會將於十一月舉辦的「八十週年暨醫師節慶祝大會」中表揚資深醫師，請符合表揚資格者撥冗填寫表格後，傳真(2351-0739/2341-4044)或寄送至本會。

姓 名		表 揚 年 資 (請勾選)	☐ 30年 ☐ 35年 ☐ 40年 ☐ 45年 ☐ 50年 ☐ 55年 ☐ 60年 ☐ 65年 ☐ 70年 ☐ 75年
服 務 院 所 名 稱		服 務 院 所 地 址	
聯 絡 電 話		畢 業 學 校 (或任官令、任職令)	
畢 業 證 書 號 碼 (或任官令、任職令號碼)		畢 業 證 書 日 期 (或任官令、任職令日期)	
醫 師 證 書 號 碼		醫 師 證 書 日 期	

備註：

- 一、表揚對象限當年6月30日台北市醫師公會會籍資料登記執業中者。
- 二、領有中央衛生主管機關核發之醫師證書，執行醫療業務合計滿30年、35年、40年、45年、50年、55年、60年、65年、70年、75年者，由台北市醫師公會表揚，並報請臺北市衛生局表揚。
- 三、受獎人領有醫師證書，執行醫療業務年資合計滿下列各年資，且未辦理退會及未曾受該年資表揚者。
- 四、民國57年（含）以前畢業者，以畢業證書發給日為認證日期；自民國58年（含）起，參加醫師甄審考試及格者，以醫師證書發給日為資深醫師認證日期。
- 五、未具上述表揚條件，而持有總統任命為軍醫官任官令或將級以上主管發布之軍醫任職令退除役醫師，其執行醫療業務年資，以自取得任官令或任職令年資，加自領得醫師證書後執行醫療業務年資合併計算，另請附以上證明文件影本（請勿附原本，以免寄送途中遺失）。
- 六、請於114年6月30日前填寫表格後傳真或寄送至本會辦理（逾期恕不受理報名，而以本會資料做為表揚之依據）。

滿30年資深醫師：民國84年12月底

滿35年資深醫師：民國79年12月底

滿40年資深醫師：民國74年12月底

滿45年資深醫師：民國69年12月底

滿50年資深醫師：民國64年12月底

滿55年資深醫師：民國59年12月底

滿60年資深醫師：民國54年12月底

滿65年資深醫師：民國49年12月底

滿70年資深醫師：民國44年12月底

滿75年資深醫師：民國39年12月底

徵求本會會刊封面照片

徵稿時間：114年7月1日至8月31日

參加資格：限本會會員

主 題：以**台北市**四季生態、風景、人文等為主題的照片

作品規格：作品限攝於**台北市**。每幀照片請附30~50字的文字說明。會刊封面尺寸為：菊八開、直式(29.7 cm x 21 cm)。直幅或橫幅照片皆可，照片畫素須高於2480x3508，即**869萬畫素以上**，檔案須大於**3MB**，未符合以上條件恕不受理。

投稿方式：請將作品檔案及報名表以Email寄至tma07@tma.org.tw或郵寄資料光碟至臺北市大安區信義路二段74號六樓，並註明「投稿台北市醫師公會會刊封面」，信件內文請註明**作品標題、攝影地點、圖片說明**，並附**姓名、服務單位、電話**。

甄選結果：經本會編輯委員會審核通過後，由本會安排刊登日期。

備註：

1. 作品須為參加者本人拍攝，並維持照片真實性。
2. 作品財產權已被買斷者請勿參加。
3. 請勿一稿多投，一經發現即取消投稿資格。
4. 若經檢舉違反著作權、智慧財產權，法律責任由作者自負，「台北市醫師公會」若因此而受任何損害亦保留法律追訴權。
5. 投稿作品因郵寄或不可抗力之意外而造成損害時，本會恕不負責。投稿作品一律不退件（包括規格不符），本會不負保管責任。

台北市醫師公會會刊 封面照片投稿資料表

會員姓名		性別	☐ 男 ☐ 女
服務院所		聯絡電話	
E - M a i l			
季節	☐ 春 ☐ 夏 ☐ 秋 ☐ 冬		
拍攝地點			
作品標題			
文字說明			

(30-50字)

一、注意事項

1. 作品須為參加者本人拍攝，並維持照片真實性。
2. 作品財產權已被買斷者請勿參加。
3. 請勿一稿多投，一經發現即取消投稿資格。
4. 若經檢舉違反著作權、智慧財產權，法律責任由作者自負，「台北市醫師公會」若因此而受任何損害亦保留法律追訴權。
5. 投稿作品因郵寄或不可抗力之意外而造成損害時，本會恕不負責。投稿作品一律不退件（包括規格不符），本會不負保管責任。

二、著作權聲明書與授權書

※立書人擔保本攝影作品係攝影者之原創，本人擔保已取得著作權人版權所有者一切相關合法之授權與同意，且無抄襲剽竊侵害他人智慧財產權之情事。日後若本攝影作品涉及違反著作權、肖像權或其他法律規範，本人願負完全法律責任，並退回已收取之稿費，不得異議。

※本攝影作品如經審核通過後，本人同意授權台北市醫師公會該作品之著作權，攝影作品可由公會或授權他人不限時間、地點、次數或方式之自由利用；版權歸台北市醫師公會所有，未經台北市醫師公會之同意不得轉載。謹此聲明。

此 致

台北市醫師公會

立書人簽章：

身分證字號：

日 期： 年 月 日

*報名表填寫超過一頁者，請以雙面列印！謝謝！



振興醫療財團法人
振興醫院
Cheng Hsin General Hospital

高薪禮聘

敬邀具發展潛力的您來振興

誠徵主治醫師

神 經 內 科 具神經專科醫師證書

急診重症醫學部 具急診專科醫師證書、ACLS證書

加護中心科 具重症醫學專科醫師證書、ACLS證書

老年醫學科 具老年醫學專科醫師證書

麻 醉 部 具麻醉專科醫師證書、ACLS證書

應徵資格

- 醫學中心完成訓練尤佳
- 取得專科及次專科醫師證書
- 對醫療工作具熱忱、溝通協調能力優
- 團隊合作佳且勇於接受挑戰者
- 內外科系能值班者尤佳
- 有區域級(含)以上醫院擔任主治醫師工作經驗尤佳



電 話 | 02-2826-4400分機8617 吳先生

E-mail | apply@chgh.org.tw

意者請備履歷(附照片)、證照(影本) 逕寄

112台北市北投區振興街45號 人事室收

振興宗旨
慈善心 服務情

理監事聯席會會議紀錄

期別：第廿屆第九次

時間：一一四年四月九日（星期三）下午一時

地點：台北市醫師公會七樓會議室（實體暨視訊）

理事出席：洪德仁、周迺寬、周賢章、林應然、
陳作孝、詹前俊、孫建偉、劉漢宗、
邱展賢

理事視訊：蕭勝煌、侯明志、簡志誠、殷偉賢、
李偉強、蔡有成、黃集仁、黃聰仁、
李龍騰、黃國欽、洪佑承、周裕清、
詹益祥、程劭儀

理事請假：蔡建松、張文瀚、黃國晉、曾令民

監事出席：劉秀雯、張孟源、陳獻明

監事視訊：許希賢、婁培人、陳美齡、蔡景耀

監事請假：洪乙仁、盧異光

列席：李明濱顧問、彭瑞鵬顧問、高尚志召委、
陳彥元執行長（視訊）

主席：洪德仁理事長

指導長官：衛生福利部邱泰源部長

記錄：陳怡璇

一、報告事項

（一）主席報告-洪德仁理事長

感謝邱部長特別蒞臨指導本次理監事會議。部長公務繁忙，仍撥冗與會，令我們深感榮幸。會議開始前，先請部長先為我們勉勵指導。

非常感謝部長對我們的勉勵，特別是在醫療政策上的精進與改善，我們是部長

最堅強的後盾。正如林應然理事長所言，部長和總統都非常重視這些議題。現在，我簡單向部長報告一些工作進展。

一、全聯將於九月改選新一屆會員代表、理監事及理事長，依過去慣例，優先推薦現任常務理監事，並納入部分功能性顧問參與，會員代表推薦原則也將維持過往模式推薦。

二、近期有幾個重要活動，首先是八十週年活動，其中也有新會館搬遷，我們非常感謝劉監事長全程統籌主導，目前正裝潢中。將於九月十三日舉辦新會館啟用剪綵，當天也邀請部長為我們進行「百年風華傳承永續學思」專題演講，這將是百年系列演講重要場次之一，請各位幹部踴躍出席。除此之外，明年是公會一百週年，我們正在規劃邀請二十位臺北市醫學醫療大師進行系列演講，並將這些精華集結成冊。這項活動原本是五至六年前邱部長擔任理事長任內指示要辦理的活動，因COVID-19疫情延滯至今，這次舉辦的百年風華傳承永續系列活動，對公會來說意義重大。

三、五月四日為本會第三次會員代表大會，當天下午將與振興醫院合辦醫療爭議研討會，屆時請各位踴躍出席。其他近期重要業務內容，請各位參閱紙本資料。

四、三月三十日由本人偕同周迺寬、蕭勝煌、周賢章、林應然等常務理事，張孟源常務監事、公關委員會高尚志召委以及陳怡璇總幹事參加苗栗縣醫師公會承辦之「北東

部暨金馬十二縣市醫政研討會」。針對多項醫政議題提出重要倡議：

1. 診所藥費及藥事服務費費用率調整：

去年七月底，本會拜會行政院卓榮泰院長，並於八月透過立法委員王正旭國會平台，建議推動診所之「藥費及藥事服務費」執行業務所得費用率比照特約藥局計算。在王正旭、賴惠員兩位立委及全聯會的積極努力下，該案已於今年三月十七日起正式公告，五月份申報一一三年執行業務所得時即適用，對醫界而言是一項重要的財務調整措施。

2. 倡議設立「首都醫療服務加給」：

我們呼籲應比照「首都警察勤務加給」，為雙北地區醫療院所設立「首都醫療服務加給」，以因應臺北地區因醫療高負荷導致健保點值被攤薄的現象。醫療院所無法因為服務量過大就拒絕病人就診，反而應正視大量病患湧入首都院所就診，所帶來的醫護人力長期不足問題，應積極尋求解決方案，以確保醫療品質。

3. 推動「友善無障礙診所輔導及認證計畫」：

本會推動的「友善無障礙診所輔導及認證計畫」已邁入第四年，目前已有138家診所獲頒「友善認證」，其中14家診所更因設有無障礙廁所，獲得「金牌認證」。第五屆認證計畫

現已啟動，通過者將獲頒獎牌並納入友善地圖，符合資格者可獲5,000元獎勵，限額40家，將優先受理一一〇至一一三年未曾參與認證或一一〇年未獲衛福部計畫補助的診所，報名截止日為四月廿四日，詳情請洽秘書處。

五、四月一日由本人於偕同基層幹部一行十餘人，正式拜訪臺北市藥師公會，並獲尹岱智理事長及該會幹部熱情接待。雙方就當前醫藥環境中的挑戰進行專業對話，包括藥師人力供需失衡、部分社區藥局對處方箋調劑意願不足、診所缺乏藥師對診療流程的影響，以及如何在短期內建立有效支援機制等議題。會中達成共識，兩會在合作共榮的精神下，積極規劃建立藥師人力媒合平台與調劑藥局媒合平台，以確保病患能獲得穩定且高效的藥事服務。藉由醫藥專業的協同合作，實現醫師、藥師及病患三方共贏局面。

六、為感謝羅文鳳老師無償捐贈韓國傳統民俗畫，支持本會藝術品公益義賣活動，除邀請羅文鳳畫家夫婦出席六月廿日與韓國首爾特別市醫師會的交流晚宴外，也邀請他們來台參加十一月一日本會舉辦之八十週年醫師節慶祝大會，並補助羅文鳳畫家夫婦首爾到臺灣經濟艙來回機票費用，以及在台的四天三夜住宿費用。

七、本會位於安敦國際大樓十六樓之新會館（全聯會樓上），預計於八月下旬完工驗收，並計劃於九月初完成搬遷。為隆重慶

祝新會館落成啟用，將於九月十三日舉行啟用儀式，並結合大師演講及藝術品展覽活動。原信義路東門會館兩層樓空間，將於五月十九日召開會議討論租借與管理事宜。如若醫事團體有意租用，歡迎隨時聯繫秘書處了解租借細節。

八、本會將於搬遷前同步整理與盤點不堪使用之器具、設備及文書資料。經評估，民國一〇三年（含）以前之文書資料部分已毀損且缺乏查閱價值，長期保存將影響新會館空間管理，特提本次理監事會議銷毀民國九十二年至一〇三年(含)以前之文書資料，敬請各位支持。

九、八月三日我們將前往「宜蘭-馬告神木園區」舉辦理監事一日自強活動，目前已有三十七位報名，尚未報名的幹部們，歡迎踴躍報名參加，我們也期待部長夫婦能一同前往。

十、六月份我們將前往韓國首爾特別市醫師會參訪，交流兩國在醫療糾紛處理的經驗，特別感謝周賢章常務理事擔任報告人，說明台灣醫療糾紛處理的情形。除此之外，今年醫師節大會也將首次舉辦醫師與藝術家捐贈藝術品的公義義賣活動，部長將擔任拍賣官，部長在公益、藝文及社會倡議等各領域，都扮演著重要的角色，也希望大家能踴躍參加。

十一、明年我們可能會安排參訪日本大阪醫師會，並與橫濱市醫師會建立合作關係。最近，據大成前院長與新北市衛生局也

前往橫濱市醫師會參訪，希望未來能促進更多的國際醫學醫療交流。

衛生福利部邱泰源部長致詞

洪理事長、監事長、彭顧問、李顧問，以及各位理監事大家好。誠摯感謝台北市醫師公會長期以來的支持與相挺，特別是在洪德仁理事長領導及劉秀雯監事長的監督之下，公會始終與衛福部並肩推動多項福國利民的重要政策。每逢關鍵時刻，公會都給予我們極大的溫暖與後盾，使「三贏」的政策能繼續執行。面對專業常被政治與媒體聲量淹沒的現況，更顯公會發聲之重要。我們期待醫師公會持續以理性專業的角度，協助政府做出正確判斷，呈現真相、接地氣，讓政策更貼近民意，造福民眾。

台北市醫師公會長期以來積極行動，帶頭號召北部地區醫師公會，共同支持國家政策的推動。在此，我謹代表衛生福利部，向洪理事長及各位幹部致上最誠摯的敬意與感謝。雖健保資源有限，但在各位醫界先進的努力下，始終秉持「用在刀口上」的精神，謹慎且有效地運用寶貴資源。洪德仁理事長在這方面的堅持與付出，更是令人敬佩，充分展現出台北市醫師公會一貫務實、負責的優良傳統與領導風範。

過去在各位的共同努力下，讓健保制度奠定了基礎，但未來仍然面臨諸多挑戰。明年度的健保成長率，恐將受限於安全準備基金的規模，預估上限僅能支撐到5.2%的成長率。今年雖然達到了5.5%，是歷年最高，但未來如無額

外財源挹注，恐將難以維持。若能將部分公務預算納入安全準備基金的補充來源，或許可能延續，這是我們努力的方向之一。目前，若要支撐5.5%的成長率，預估約需150億元的安全準備基金。因此，我們也持續爭取相關稅收的挹注，特別期望補強癌症治療等重要領域。儘管未來能否順利實現尚未可知，我們仍不輕言放棄，持續爭取，為全民健康把關。

此外，今年健保經費成長已超過700億元，其中約有200至300億元來自公務預算的支持。如何在有限資源下發揮最大效益，是我們共同努力的目標。無論是癌症篩檢、成健、代謝防治或是「大家醫」計畫的推動，公會始終都是關鍵橋梁。期盼各位幹部能持續發揮影響力，攜手推動各項資源確實落實，造福民眾健康福祉。

今年健保會成員已調整，我特別強調，委員應以「全民健康福祉」為最高原則，不應僅聚焦於資源分配的角力，否則最終受損的，將是人民的健康權益。所幸本屆健保會的委員理念相對一致，盼能建立良好討論與溝通文化，共同推動更合理、具前瞻性的政策。

我們也積極努力推動健保制度的整體改革，除實務面調整外，也包括法規面的修正，這在周賢章常務理事的努力下，有相當的進展。未來無論是預算編列、津貼設計，或法令制度的優化，衛福部都將全力配合、積極回應。同時，也感謝王正旭委員在國會平台給予我們的強力支持與協助，期待我們持續攜手合作，完善制度設計，共同守護全民健康與福

祉。

九月份公會即將遷入新會館(安敦會館)，原東門會館承載著會員們多年來共同努力與奮鬥的歷程所在，意義非凡，今日特地前來，向這段承載歷史珍貴的情感回憶致意。台北市醫師公會所展現的團結，是引領全國醫界邁向光明未來的堅強艦隊。我們將持續攜手努力，共創更美好的醫療環境。祝福各位身體健康、萬事如意。

李明濱顧問致詞

理事長、各位同仁大家午安，大家好！首先，祝大家平安健康。近期大家討論的關稅問題，除了急性影響，也會對慢性問題造成影響，如藥價和藥品偏差等。我想提醒大家，面對這些壓力，民眾的情緒反應可能會影響到身體健康，像是腰痠背痛、頭痛或血壓升高。醫師是健康守門人，如果門診中有病人因關稅壓力而產生情緒問題，請不要猶豫，下載「心情溫度計」APP，快速了解情緒變化，裡面也有全國精神科診所的聯絡資訊及健康秘笈。如果在座各位也感受到壓力，請記得使用健康秘笈中的放鬆DIY，保持健康。感謝理事長、監事長的領導，感謝部長的奉獻，大家一起繼續努力，謝謝！

劉秀雯監事長報告

洪理事長、各位顧問、敬愛的理監事與同仁，大家午安！非常高興這屆有部長在衛福部，我們真的很幸福。理監事專業優秀、會務同仁也很棒，財務也在彭顧問的嚴謹把關下運

作良好。近期密切和理事長討論購屋與裝修事宜，發現理事長每一步都謹慎小心避免觸法，在周賢章常務理事與張孟源常務監事的法律專業協助下，我們倍感安心。

因時間有限，我簡單報告新會館裝修進度，請各位參考書面議程附件。

一、三月三日起，我們密集處理十七樓露台平台漏水問題。因樓上違建導致施作困難，經與大樓總幹事協調拆除鋼板，並透過仲介與蔣媽媽溝通爭取進場處理。過程一度因辦公室未開而延遲，鋼板拆除後，須在晴天施作防水工程。我密切關注天氣，並拜託石琴全力督促工班，把握難得的好天氣盡速完成防水工程。

二、三月六日召開第十三次會議，重點如下：

1. 大門：其他部分樓層應須設置防火門，但未依規定設置。理事長非常謹慎，經與本會法律專家討論後，依規定設置防火門，外層以仿木材質包覆，兼顧安全與美觀。
2. 冷氣機：原計畫將冷氣機安裝於頂樓，但發現原放置處未做防水，若按照原來位置安裝，日後漏水恐須分攤費用，因此改移至會館內原本規劃的員工廁所區。由於員工廁所區空間狹小，需更換符合放置的機型，但可能會增加些許費用。另外，該區距員工辦公區較遠，即使有排風聲，也不會造成影響。

三、三月廿日已完成抵押設定塗銷手續。接下

來的細節溝通會議中，重點是確保梯廳明亮，牆面選擇淺色。經多次與設計師討論後，決定避免深色設計，因為深色顯得較不友善，電梯樓層按鈕也難以辨識。原本梯廳與隔壁瑜珈教室討論設計要一致，但考量到瑜珈教室客戶未來有可能會頻繁的使用我們的梯廳，最終決定區分設計，使用白色花格鋁板隔板，寬度約220-230公分，同時在梯廳適當位置設置LOGO及台北市醫師公會字樣。

(二)確認第廿屆第八次理監事聯席會議紀錄及辦理情形：通過。

(三)委員會召集委員報告

財務委員會彭召集委員瑞鵬

本會一一四年一、二月份之收支帳目援往例由財務委員及監事代表查閱，並已於一一四年三月廿六日召開第七次財務委員會議完成審查，相關報表均提此次理事會議審查。

醫政法制委員會周召集委員迺寬

一、今年持續與財團法人中華法學研究院合作，規劃於五至十月份辦理三場為健康醫療專題與三場醫事法律專題，共計六場「司法巡迴醫療講座之午間小品講座」。活動採工作坊形式，提供美味午餐，營造輕鬆學習氛圍，並設Q&A互動環節，促進醫法深入交流。透過午餐講座，司法人員可獲取醫療健康知識，提升身心健康與工作效能；醫師則能增進醫療法律素養，降低法律風險。為維護課程品質，每場僅

提供40個名額，歡迎理監事踴躍報名參加。

1.醫事法律專題(3場)：

日 期	課程名稱/辦理地點	致詞貴賓/主持人/報告人/與談人
114/05/13 (二) 13:00~14:30	強化醫療記錄管理與法律意識 辦理地點： 台北市醫師公會7樓會議室	致詞貴賓： 蔡清遊優遇大法官、台北市醫師公會洪德仁理事長 主 持 人：周迺寬召集委員 報 告 人：王志嘉醫師 與 談 人：徐翌翎律師
114/07/22 (二) 13:00~14:30	醫療合約糾紛 辦理地點： 台北市醫師公會7樓會議室	致詞貴賓： 前臺灣高等法院黃水通院長、台北市醫師公會洪德仁理事長 主 持 人：周迺寬召集委員 報 告 人：張濱璿律師/醫師 與 談 人：吳家安律師
114/09/09 (二) 13:00~14:30	健保詐欺：健保申報不當常見案件 類型識別 辦理地點： 台北市醫師公會新會館16樓會議室 (大安區安和路一段27號16樓)	致詞貴賓： 中華法學會陳宗鎮理事長、台北市醫師公會洪德仁理事長 主 持 人：周迺寬召集委員 報 告 人：黃品欽律師 與 談 人：周賢章常務理事
醫事法律專題（3場） ★報名網址： https://reurl.cc/OYAjKg 或請掃QR code：		

2.健康醫療專題(3場)：

日 期	課程名稱/辦理地點	致詞貴賓/主持人/報告人/與談人
114/06/03 (二) 12:30~13:30	睡眠健康與工作表現- 「司法人員的高效睡眠策略」 辦理地點：司法院3樓大禮堂 (重慶南路一段124號3樓)	致詞貴賓： 中華法學研究院周迺寬董事長、 中華法學會陳宗鎮理事長、 台北市醫師公會洪德仁理事長 主持人：中華法學會陳宗鎮理事長 講 師：曹玉婷醫師（家醫）
114/08/15 (五) 12:30~13:30	數位時代對眼睛與健康的影響 辦理地點：法務部2樓簡報室 (台北市重慶南路一段130號2樓)	致詞貴賓： 中華法學研究院周迺寬董事長、 法務部黃世杰政務次長、 台北市醫師公會洪德仁理事長 主持人：中華法學會何君豪秘書長 講 師：葉伯廷醫師（眼科）
114/10/17 (五) 12:30~13:30	癌症預防與生活方式- 「癌症預防守則」 辦理地點：司法院3樓大禮堂 (重慶南路一段124號3樓)	致詞貴賓： 中華法學研究院周迺寬董事長、 中華法學會陳宗鎮理事長、 台北市醫師公會洪德仁理事長 主持人：中華法學會吳炳桂秘書長 講 師：詹其峰醫師（家醫）

二、協助提供醫療相關團體修訂醫療法規建議，詳列如下：

1. 協助調查衛生福利部一一四年二月十七日公告預告「再生醫療審議會組織及運作管理辦法」、「再生醫療研究發展獎勵辦法」、「再生醫療技術及指定製劑管理辦法」、「機構取得再生醫療組織或細胞知情同意辦法」、「再生醫療廣告及招募廣告刊播辦法」及「再生醫療技術嚴重不良反應通報辦法」草案之意見。
2. 協助全聯會調查衛生福利部一一四年二月廿七日公告預告修正「傳染病流行疫情監視及預警系統實施辦法」第八條草案之意見。
3. 協助全聯會調查衛生福利部一一四年三月五日函知業依再生醫療法第廿七條第一項授權公告事項，研擬再生技術不良反應致重大傷害或死亡之救濟措施應遵行事項草案之意見。
4. 協助調查環境部一一四年二月廿一日預告修正「事業廢棄物清理計畫書審查管理辦法」部分條文草案之意見。
5. 中央健康保險署訂於一一四年四月七日召開「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」修訂草案溝通討論會議，協助全聯會調查本會對該草案建議。

三、月旦醫事法報告電子期刊，理監事如有需要，可點選下載網址或掃QR code下載。

⇒第100期下載網址：

<https://reurl.cc/rEDDly>



⇒第101期下載網址：

<https://reurl.cc/RYrrd9>



學術委員會蕭召集委員勝煌

- 一、今年的學術教育課程共計43場，將採實體、線上雙軌並行，實體課安排在公會七樓，請理監事踴躍報名參與。一一四年二、三月共計舉辦七場實體+視訊課程，包括內科四場、眼科、皮膚科、耳鼻喉科各一場，每場次約140~170位會員參加。
- 二、四月份的課程報名表已於三月中旬mail給全體會員並放置在公會網站上。

會員服務委員會周召集委員賢章

- 一、三月九日本會於紀州庵舉辦組長文化之旅，與組長就當前健保政策進行交流。討論議題包括：若實施西醫基層總額分科會產生的影響、健保費用達1億元以上的診所每四年接受一次評鑑可能面臨的挑戰，並請孫建偉理事說明健保署「個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫」執行困境。由洪德仁理事長、周賢章常務理事共同領隊，並安排市定古蹟-紀州庵導覽解說，有32位組長及眷屬參加。
- 二、三月十九日於本會七樓會議室舉辦一一四年「友善無障礙診所輔導及認證計畫」實體暨視訊說明會，由周賢章常務理事說

明本會「友善無障礙診所輔導及認證計畫」、洪德仁理事長介紹衛福部委託醫策會辦理「一一四年醫療機構設置友善就醫環境獎勵計畫」，並邀請獲得本會友善認證的嚴敏心耳鼻喉科診所嚴敏心院長及獲得金牌認證的古亭復健診所張淑薇院長經驗分享，計有百餘名會員及診所人員參加。

三、訂於四月廿三日召開本屆第四次會員服務委員會視訊會議。

四、本會規劃於五月廿日（星期二）、五月廿七日（星期二）、六月十八日（星期三）及七月九日（星期三）舉辦會員分區座談會。

五、本會規劃於十月十六日舉辦「受聘為負責醫師之法律風險分析」研討會。

六、已接獲19家診所報名參加本會一一四年「友善無障礙診所輔導及認證計畫」。請有意願的診至google表單(<https://reurl.cc/gRGWgR>)，獲得認證的診所有獎金五千元、獎牌乙面並公開表揚。

七、會員逝世慰問及公祭（二月至三月）：接獲7位會員逝世消息，本會已透過電子郵件向家屬致以慰問，並提供相關福利申請資訊。會員或直系家屬公祭贈花籃計有2件。

八、開幕與結婚祝賀（二月至三月）：新開業診所贈盆景祝賀計有3件，會員婚禮贈藝術盆花計有2件。

醫院醫療委員會侯召集委員明志

一、本會於三月廿三日在「伯朗咖啡館中山北路二店」及「六度空間會館」舉辦「114年單身（住院）醫師聯誼活動-春の愛情盛宴午后光炫霓虹派對」，共計62人參與，其中30位為會員，會員的平均年齡為31歲。感謝護理師、律師、中醫師、外縣市醫師、法官、法院錄事、會計師、語言治療師、營養師、空服員及會員子女等各領域人員參與，孫建偉理事代表本會到場關心並致意。活動中設有主題聊天、互動遊戲，並進行分組的雷射槍對抗。本會準備超商禮券、餐廳餐券及電影票贈送給遊戲優勝組別及頒發「邀約獎」及「摸彩獎」。為增進聯誼後的緣分延續，鼓勵活動後私揪出遊，提供出遊照片將可獲得雙人電影票的約會基金。

二、近期提供台北市衛生局新增自費收費項目審查意見，計有16件。

序號	項目	醫療機構申請金額 (單位：元)
1	酪氨酸磷酸酶相關胰島抗原2自體抗體	1,500
	麩胺酸脫羧酶自體抗體	1,500
2	人工智慧肺部結節偵測與分析-天秤肺影	600
3	新倍提音波	100元/條
4	大腸膠囊內視鏡攝影術	20,000
5	整合性淋巴退腫治療	2,500
	認知導向功能治療	2,000

表一

年季	月份	項目	臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	全區
112年第3季	7-9月	浮動點值	0.8808	0.9447	0.8949	0.9901	0.9582	0.9152	0.9176
		平均點值	0.9375	0.9642	0.9448	0.9868	0.9742	0.9527	0.9552
113年第3季	7-9月	浮動點值	0.8771	0.9274	0.9120	0.9997	0.9752	1.0294	0.9216
		平均點值	0.9355	0.9567	0.9528	0.9906	0.9820	1.0024	0.9578

三、醫院總額112年及113年第3季點值對照表（表一）。

基層醫療委員會林召集委員應然

一、三月十八日舉辦「社區防疫韌性升級—打造公私協力的醫療防疫安全網絡」研討會，特邀疫情期間擔任臺北市政府衛生局疾病管制科專員的李宗翰醫師擔任講師，分享COVID-19疫情期間，臺北市政府如何與基層診所及醫院密切協作，共同建構高效且具韌性的防疫醫療網絡。研討會透過實務經驗的傳承，深入探討公私協力機制在防疫工作中的關鍵作用，並為未來公共衛生應變策略提供寶貴的參考。

二、為促進醫藥專業交流，四月一日洪德仁理事長偕同周賢章常務理事、林應然召委，詹益祥、洪佑承、劉漢宗、羅源彰、李家祥等五位副召委，黃國欽理事、詹前俊理事及秘書處一行十餘人拜訪臺北市藥師公會。兩會針對當前醫藥環境的發展與實務面臨之挑戰進行專業對話，討論藥師人力供需失衡、部分社區藥局部分處方箋調劑意願不足、診所藥師短缺，以及如何在短期內建立有效支援機制等議題。雙方共同探討解決方案，尋求更彈性的合作模式。

會議達成共識，將積極規劃建立藥師人力媒合平台及調劑藥局媒合平台，確保病患能持續享有穩定且優質的藥事服務。藉由醫師與藥師的協同合作，打造更完善的醫療體系，實現三方共贏局面。

三、為配合今年疫苗合約醫療院所重新簽訂新版「預防接種協辦醫療機構合約書」，與臺北市政府衛生局訂於四月十五日、廿二日及五月十八日合辦三場次「一一四年流感防治暨疫苗管理」線上教育訓練。提供有意加入預防接種醫療機構的機構參與。完訓學員將獲得衛生局核發的流感疫苗接種1至2小時及疫苗冷藏冷運管理1至2小時的完訓證明。

⇒本次課程邀請了臺大醫院小兒感染部呂俊毅醫師、馬偕醫院邱南昌醫師、衛生局疾病管制科鄭奕喬技正及嚴珮珊約聘管理師擔任講師，分別針對以下主題進行演講，請踴躍報名參加。

1. 流感防治與疫苗接種政策、疫苗不良事件通報與處置
2. 流感與新冠的防治、新冠疫情後流感疫苗接種



3. 流感防治、抗病毒藥物使用與疫苗接種
4. 常規疫苗接種及疫苗不良事件通報與處置
5. 疫苗冷藏冷運管理

四、在王正旭立委、賴惠員立委及全聯會的協助下，一一三年執行業務者費用標準，依據本會建議「診所調劑藥費及藥事服務費收入」比照藥師費用率標準計算。財政部於三月十七日公告實施，使基層醫師的稅賦負擔更加合理。此次調整內容如下：

1. 掛號費收入標準提高：

- (1) 一一三年十二月卅一日掛號費收取金額超過150元者：80%。
- (2) 一一三年十二月卅一日掛號費收取金額150元以下者：90%。

2. 診所調劑藥費及藥事服務費的收入適用費用率：94%。

五、為抑制醫療資源的不當耗用並強化院所的自主管理，健保署於三月廿八日召開「費用管控專案說明會」，針對費用管理措施與管控專案項目進行說明，並分享常見查核案例，以提升院所對相關規範的理解與遵循。如診所端有需求，相關簡報及錄影檔可向秘書處洽詢。

六、協助衛福部、健保署、衛生局及醫師公會全聯會等單位，透過電子郵件、上網公告或紙本發文等方式輔導提醒診所執行醫療業務應注意事項：

1. 發函輔導一一三年第四季「透析前高風險腎臟病人使用NSAIDs藥品」院所醫師名單共130位，提醒健保署已透過

各分區業務組定期回饋用藥異常之案件明細資訊予診所進行自主管理，請院所審慎使用NSAIDs藥物，以照護腎功能異常病患之健康，降低或延緩腎功能惡化。

⇒ 檔案下載：健保署VPN／院所資料交換區／院所交換檔案下載院所若有疑問，可電洽健保署費用經辦人員。

2. 以電子郵件輔導會員如下事項：

請於檢驗（查）申報前上傳檢驗（查）結果報告，未上傳者不予支付。

- (1) 新型冠狀病毒抗原檢測（14084C，支付點數150點）
- (2) 新型冠狀病毒核糖核酸定性擴增試驗（12215C，支付點數1200點）
- (3) B型肝炎病毒核心關連抗原(HBcrAg)合併表面抗原(HBsAg)定量檢驗（14085C，支付點數1800點）

3. 婦產科診所個案住院期間另申報門診案件專案：依全民健保醫療辦法「保險對象住院期間，入住之婦產科診所不得以同院所門診方式提供醫療服務」、醫療服務給付項目及支付標準住院診察費通則「門診或急診當次轉住院，門診診察費或住院診察費應擇一申報」。

4. 近期健保署接獲院所於同次審查結果，分批提出申復，提醒會員收到該次費用核定函若有疑義，申復以一次為限。

醫療糾紛委員會簡召集委員志誠

一、本會八十週年慶系列紀念活動-醫療爭議研討會，將於五月四日（星期日）下午一時於振興醫院第二醫療大樓5樓國際會議廳舉辦，由本會與振興醫院、財團法人杏林春暖基金會共同主辦，並邀請台北市護理師護士公會、台北市中醫師公會、台北市牙醫師公會、臺灣高等檢察署、臺灣臺北地方檢察署、臺灣士林地方檢察署、台灣醫事法律學會共同協辦，當天會場可容納290人，歡迎各位理監事踴躍參與。

二、將於七月三日與醫政法制委員會、國泰醫院共同合辦「114年醫療爭議系列研討會(一)：醫療爭議處理暨人文關懷研討會」。

醫學倫理紀律委員會張召集委員文瀚

三月十二日舉辦「疫情後之新興傳染病防疫省思」實體暨線上講座，邀請詹宇鈞醫師主講，探討後疫情時代各種可能新興感染症的挑戰，精進感染管制措施，因應未來新興傳染病，在講師精彩的演講及分享下，順利圓滿完成，約有近300名會員參加。

福利康樂委員會孫召集委員建偉

一、攝影課程於三月開始每周一開課，共計13堂課及7堂外拍課程，共有16位會員及眷屬參加。

二、三月二日彰化縣醫師公會假彰化高爾夫球場舉辦「114年度全國醫師盃高爾夫球錦標賽」，本會推派團體組6位醫師、長青

組2位醫師及理監事組1位醫師代表參賽。

三、四月廿六及廿七日舉辦會員二日遊，地點為嘉義阿里山，報名踴躍，目前已有約75位會員及眷屬報名。

四、五月廿五日舉辦保齡球賽、六月一日舉辦個人組桌球賽及六月廿二日舉辦團體桌球賽，歡迎有興趣的理監事報名參加。

五、六月八日舉辦北部-秘境鐵路慢旅一日遊，歡迎有興趣的理監事報名參加。⇒歡迎理監事踴躍報名參加，報名請洽秘書處23510756分機17林小姐。

社會服務委員會劉召集委員漢宗

一、三月五日捐助「台北醫學大學社會醫療服務社114寒期花蓮巡迴義診」活動經費五千元。

二、三月廿九日健保署於圓山花博公園花海廣場舉辦「健保30愛相聚-健康台灣更有力」全民健保30週年慶暨健走活動。本會受邀與28個醫事團體共同設攤協辦，由周迺寬常務理事、劉漢宗召委、傅中玲副召委代表公會，與會務人員一同在攤位與現場民眾互動，透過趣味遊戲推廣健康資訊。

公關委員會高召集委員尚志

一、三月四日與國際整合照顧學會、中華民國基層醫療協會共同舉辦「日本台灣長期照顧國際交流會議」，接待日本厚生省國立社會保障・人口問題研究所小島克久副所長。此次交流聚焦於「臺灣醫養合一模式及日本長期照顧模式」，針對兩國長期照

護體系之發展現況、政策挑戰及未來趨勢進行深入交流。討論議題涵蓋臺灣長照3.0政策、日本介護保險制度、長照模式運作及財源規劃等關鍵面向。會議由洪德仁理事長與中華民國基層醫療協會林應然理事長主持，王正旭與林月琴立法委員蒞臨參與，共同歡迎日本小島克久副所長。周賢章召集人分享「醫養合一」模式下的居家失能個案照護方案，洪德仁理事長則補充說明長照保險的審慎規劃與優質照護的重要性。小島副所長介紹日本介護保險制度，並和與會貴賓交流長照制度的優勢與挑戰。此次討論成果豐碩，不僅為臺灣長照政策提供寶貴借鏡，也深化臺日醫療照護合作與經驗分享。

二、三月三十日洪德仁理事長偕同周迺寬、蕭勝煌、周賢章、林應然等常務理事，張孟源常務監事、公關委員會高尚志召委以及陳怡璇總幹事參加苗栗縣醫師公會承辦之「北東部暨金馬12縣市醫政研討會」。研討會匯聚北東部及金馬地區醫師公會代表，針對醫政相關議題進行交流討論，促進區域間醫療政策經驗分享與執行機制探討，以共同提升醫界之福祉。

依循歷年輪辦慣例，本會將於明年六月承辦此活動。為提升研討會交流深度，並展現臺北市之城市文化特色，現正規劃研討會前貴賓參訪行程，並積極尋覓臺北市內具歷史價值與代表性之場地。同時，為確保行程規劃兼具專業性與豐富性，敬請各

位理監事提供寶貴建議，共同籌備高品質且具深度的醫政研討會。

三、將於五月十五日召開「新會館啟用暨大師講座、藝術品展覽饗宴」籌備會議，並結合公益義賣活動小組及百年系列活動籌備小組，共同就活動細節進行綜合規劃與籌備。會議將針對場地佈置、流程安排、貴賓邀請及相關活動內容進行討論，以確保各項環節順利推動。

四、將於六月二十日前往韓國，拜訪首爾特別市醫師會姊妹會，並就臺韓「醫療糾紛政策及處理經驗」主題交流。此外，為響應本會八十週年系列活動之藝術品公益義賣，本次訪問特別邀請羅文鳳畫家夫婦出席晚宴，並將羅藝術家無償捐贈之畫作，其中一幅贈予首爾特別市醫師會，以紀念兩會締結姊妹會二十週年之情誼。同時，特邀請外交部駐韓國台北代表部長官蒞臨，共同見證此醫療與文化交流的重要時刻。

編輯委員會陳召集委員彥元

一、本會第十一屆好書獎將於四月份開始受理報名，相關申請辦法已公告於會刊，歡迎各位理監事推薦優秀會員著作。

二、本年度三月份會刊封面作者為王英明醫師，主題為春臨北門：「北門（承恩門）」是台北僅存清領時期原貌城門，面向北方有「承接天恩」之意，是早期通往大稻埕最主要的出入口。春來杜鵑開放於小草

坡，構成舊城西區最美的風景。」四月份會刊封面作者為吳國鈞醫師，主題為公園花園：「風和日麗的三月天，大安森林公園的花園，在綠地展著紅顏，配著藍天白雲，自是一番悠閒。」

三、感謝各位理監事，每期輪流提供會刊「理監事專欄」稿件，敬請各位持續協助提供適合會員閱讀之文章，內容形式不拘，可為近期時事、相關法規提醒，亦可分享休閒性或學術性文章。

陳執行長彥元報告

一、二月份會員動態：入會49人、變更81人、停業23人、復業10人、退會39人、死亡1人；開業醫師1988人、服務醫師10,006人、停業373人，共計12,358人。

二、三月份會員動態：入會44人、變更64人、停業16人、復業12人、退會46人、死亡6人；開業醫師1,993人、服務醫師9,994人、停業372人，共計12,359人。

三、一一三年四月至一一四年三月各科別會員的人數消長，請參閱附件。

購屋評估小組劉召集人秀雯報告

新會館進度報告（表二）。

80週年紀念專刊工作小組陳召集人彥元

一、一一三年十二月十一日召開80週年專刊第一次籌備會議，當次會議決議建請台灣歷史學會協助蒐集日治時期台北醫師會與台北市醫師會相關歷史文獻，彙整並撰文介紹當時醫師會情形，收錄於80週年紀念

專刊以補足本會日治時期歷史。

二、三月十一日召開80週年紀念專刊第二次籌備會議，會議討論80年專刊內容規劃、撰稿人建議、稿酬支給標準以及協力廠商事項進行討論，會議決議摘要如下：

1. 請施玉琴會務督導協助彙整公會近20年大事紀，每年精選出10至15條重要事項，並進一步依委員會業務分類，供各委員會召集委員撰文時參考。
2. 有關《台北市醫師公會80週年紀念專刊》目錄與大綱：專刊比照60年專刊架構安排，第三部分【公會理監事會與各委員會的發展與貢獻】，邀請各委員會召集委員撰文，召委可根據自身經驗並參酌大事紀資訊，共同完成重要事務的紀錄撰寫。

三、有關執行進度：

1. 紀念專刊預定於今年醫師節(11/1)前完成出版與發表。
2. 為配合發行日期，請各位召集委員於4月底前完成初稿，俾便後續安排稿件審查與編修事宜。

四、有關撰稿格式及稿酬說明：

1. 文章內容及字數：
 - (1) 文章字數每篇以3500字為原則，並請提供3~5幀照片（含圖說）。
 - (2) 數據內容以統計圖表呈現。
2. 稿費給付標準（參考會刊學術專論及防疫實錄支給標準）：
 - (1) 每字1元，每篇文章以三千五百元

表二

時 間	說 明
114.03.03	收到安敦國際大樓17樓（安和路一段27號17樓）屋主蔣佩琪小姐簽立的“安敦國際大樓漏水修繕同意書”。
114.03.06	第十三次購屋評估小組會議 一、請再次審議安敦國際大樓部分修改設計圖及3D圖案。 決議：湯設計師都已依上次決議修改，但仍需修改如下： 1. 梯廳要明亮，牆面用淺色系，並設計在適當處有logo及台北市醫師公會字樣呈現。 2. 大門的防火門以仿木材質呈現。 3. 監事長和執行長室地板，都以仿石材質呈現。 4. 為防西曬，理事長室和吧台區以遮光度高的防焰窗簾為主。 5. 理事長請設計師評估在吧台區設計活動門之可行性。 6. 執行長辦公室窗邊與隔壁之吧台區宜有隔板，以免視覺凌亂。 7. 確認大型會議室第二個逃生門已由消防技師評估設置位置。 二、請研討冷氣主機設置案。 決議：1. 冷氣主機原規劃放置在頂樓，時間久遠恐造成漏水問題，因此決議將冷氣主機設置在原規劃的會務人員專用廁所區，並需要能微遮蔽以防下雨潑進。 2. 為徹底解決漏水問題，將委由安敦大樓管委會廠商拆除17樓陽台鋼板，拆除費用94,500元（含稅）由公會支付。
114.03.19	匯三成的拆除工程款28,350元至世瑋工程行(拆除17樓鋼板廠商)
114.03.20	至地政事務所完成抵押設定塗銷手續
114.03.27	新會館設計細節溝通會議 一、請研討新會館理事長室變更設計及公會logo設置案。 決議：1. 理事長室的理事長辦公座位後方櫃子維持原長櫃設計，並於面對櫃子左方增設公會Logo。 2. 梯廳要明亮，牆面用淺色系，此處要放置Logo，放植物之檯面以深色系為主，與鄰居的屏風改成白色花格鋁樣式的隔板，寬度原則為220CM~230CM；右側圓柱上公會Logo設置在中間。 3. 大、中會議室在適當處設置公會Logo。 理事長室、梯廳、大會議室、中會議室共計5個實體公會Logo且均需加上台北市醫師公會中、英文字樣。 4. 大廳的公會Logo以電子螢幕呈現。 5. 公會Logo色調請設計師設計與公會裝潢相融合之色系。 6. 所有管道間的管路出入孔不可留縫隙，以免有老鼠等亂竄。 7. 請湯設計師完成梯廳3D示意圖及公會Logo設計圖後，放至Line群組供參。 8. 請湯設計師就增設的Logo提供合理的報價單。 9. 請會務人員與新會館管委會總幹事密切連絡，儘快將17樓鋼板拆除及防水工程施工，以利本會裝潢工程進行。 二、請研討新會館台北市醫師公會字樣案。 決議：新會館所有公會字樣皆為「台北市醫師公會」。
114.03.31	安敦大樓17樓拆除鋼板工程進場，工期約3~5天，視天氣而定。

為原則。

- (2) 文章附圖、表，每張一百元，每篇文章上限五百元。
- (3) 為感謝參與專刊編纂工作的委員及公會幹部的貢獻，將邀請共同參加編輯委員會年終檢討餐會，致上最深謝忱。

3. 為確保本會出版品之品質，將依循編輯委員會審稿模式，邀請適合的專業委員參與審查，以確保內容品質。

五、本次專刊之出版合作廠商，將優先洽詢過去曾與本會合作之出版商，並授權由陳彥元小組召集人負責與廠商接洽並確認合作條件。

六、台灣歷史學會蕭景文秘書長針對本會歷史進行研究，本會將支給專案研究費3萬元，所撰寫精要版文章提供公會作為80週年專刊使用，篇幅約3,500字，附數張圖片，依稿費標準支付稿酬。

七、三月廿六日召開80年週年紀念專刊細節溝通會議，確認專刊整體規劃後，當日將企劃內容連同第二次籌備紀錄發送給各委員會召集委員，敬請各委員會依決議辦理。

80週年系列活動-公益義賣活動小組黃召集人國欽

一、三月二十八日召開八十週年系列活動-公益義賣活動小組工作會議決議說明如下：

1. 義賣作品：

- (1) 新會館將於9月13日舉行開幕剪綵

儀式，畫作預計在新會館進行展覽，新會館落成用之韓紙民俗畫作由會員集資認購，其他作品可先由當日的貴賓等人認購。

- (2) 請羅畫家提供5幅韓紙民俗畫作，並由醫師會員募集其他畫作，計募集15幅，不足額由羅畫家補上畫作。畫作需於七月底前募集完成，畫作原則上不支付潤筆費，以無償方式提供公會義賣。

- (3) 展示作品每幅設QRcode，供認購使用者掃描認購。並製作品集，以利新會館開幕剪綵當日貴賓可看到作品全貌（因空間有限無法展示全部作品）。

- (4) 由邱部長拍賣之作品於醫師節大會中進行，義賣金額預設5到10萬，其他作品則定價在2到3萬元。

2. 受贈單位：

- (1) 依羅畫家之指示，其中一幅韓紙畫作義賣所得捐贈給吳念真創辦的中華民國快樂學習協會，其餘義賣所得捐贈於如下單位。

①靖娟兒童安全文教基金會

②台北市私立陽明養護中心

- (2) 義賣金捐贈方式公會另開專款帳戶，義賣所得以此帳戶轉入受贈單位。

- (3) 請受贈單位與捐贈人合影製作成影片於醫師節大會中播放並在醫師節

大會中頒發感謝狀。

3. 活動宣傳：

- (1) 請公會攝影課醫師會員協助拍攝義賣作品，製作成EDM。並放入理事長對本次義賣活動的宗旨及目標說明。
- (2) 邀請作品作者和受贈單位到新會館預展現場進行介紹，增加義賣的認購意願。
- (3) 製作認購會員與作品之合影影片，作為義賣成果宣傳片，於醫師節大會上播映。

4. 為讓義賣活動行政程序合乎法規，依公益勸募條例辦理。

5. 畫家夫婦醫師節來台補助：

畫家夫婦來台參加八十週年醫師節慶祝活動，補助首爾到台灣來回經濟艙機票及在台四天三夜住宿費用。

100週年紀念活動專案小組洪召集人德仁

- 一、為籌辦100週年紀念活動，分別於二月七日拜會台大醫院吳明賢院長、二月九日臺北榮民總醫院陳威明院長討論相關事宜。
- 二、二月十三日召開100年週年紀念活動第一次籌備會議，會議決議委託吳三連台灣史料基金會協助講座內容文稿整理與編輯事宜，然該基金會於3月7日董事會討論後，考量年度計畫及人力配置因素，最終決議無法承接本合作案。
- 三、三月十日召開100年週年紀念活動第二次

籌備會議，會議決議：

1. 委託開學文化出版社協助講座內容文稿整理與編輯事宜，請開學文化出版社整理評估，講座最後辦理日期、稿件整理與編輯費用，並提供相關配合事項與費用估算，以利本會後續討論。
2. 「百年風華 傳承永續系列講座」辦理與配合事項：
 - (1) 本會負責講座之策劃與執行，所有場次須進行錄音與錄影，並備份至少兩份影音檔案，以確保演講內容之完整保存。
 - (2) 於講座舉辦前，本會將取得演講者正式授權，包括提供個人簡歷及簡報資料，並同意本會於後續製作專刊時使用相關影音內容。

四、講座內容與專刊定位：

- (1) 講座主題聚焦於醫師的學思歷程，包括求學經歷、專科訓練、行醫過程中印象深刻之事件或學術研究經驗…等內容。
- (2) 專刊性質以科普為主，目標讀者涵蓋醫界人士及一般社會大眾，避免過度專業之醫學技術內容，著重於醫師的生命歷程和經驗。
- (3) 專刊內容應有審查機制，以確保文稿內容專業與正確性。

醫療永續發展研究小組（智庫）洪召集人德仁

一、台北市醫師公會智庫與立法委員王正旭國會辦公室例行召開業務研討聯席會議，由周賢章智庫執行長主持，於前次理監事會議後於三月廿日召開第十五次討論及辦理事項簡述如下：

1. 有關刑事訴訟法修法後，第206、208條規範鑑定人及機關具名出庭義務造成醫療鑑定業務影響。
2. 一一三年第一、二季點值撥補業於一月底農曆年前完成付款，請王正旭委員協助持續追蹤至第三、四季點值撥補完成。
3. 感謝王正旭委員與賴惠員委員就「一一三年西醫師之執行業務者費用率等稅務議題」陳情建議案召開多次協調會，財政部業於一一四年三月十七日公告「一百十三年度執行業務者費用標準」，公告事項與協調會決議一致。
4. 討論醫院受僱醫師稅務負擔與調整方案。
5. 討論疫苗預防注射處置費應予提高案。

二、二月廿四日假本會七樓會議室舉辦「監護（輔助）宣告個案照護制度宣導講座」。臺北市政府社會局姚淑文局長親臨會場，在洪德仁智庫召集人介紹後進行開幕致詞。首先由臺北市政府社會局楊雅茹專門委員進行「監護（輔助）宣告服務計畫及實例說明」進行，宏道法律事務所顏鳳君律師分享「監護（輔助）宣告制度的實務

表三

日期	活動主題/報名網址	QR code
04月 08日	推動居家血液透析宣導講座 報名網址: https://reurl.cc/DqdR8O	
04月 30日	耳鼻喉頭頸醫學與語言治療 合作模式研討會 報名網址： https://reurl.cc/b3QYkr	
05月 21日	藥事議題研討會 學名藥與醫療韌性 報名網址： https://reurl.cc/XA4d3j	

案例與評析」，接著由臺北地方法院許峻彬法官進一步剖析法律層面的監護宣告制度。感謝中央警察大學法律系鄧學仁、張孟源智庫副執行長、智庫法規研究組周迺寬組長共同主持，現場討論熱烈。臺灣即將進入超高齡社會，本講座希望讓促進會員對成年監護制度的認識，透過醫療與社政合作，期望未來能進一步完善失能者的照護與權益保障。本次會議共約二百八十多位人員共同參與。

三、智庫針對重要議題規畫辦理講座或研討會，歡迎理監事報名參加（表三）。

二、討論事項

- （一）請研討提報全聯會第十四屆會員代表名單及理監事候選人推薦名單案。【洪德仁理事長 提】

決議：通過，依往例推派全聯會會員代表名單及理事、監事候選人之原則辦理。推派原則如下：

- 一、全體理監事、執行長、本會前理事長顧問。
- 二、非理監事之委員會召委、副召委，不足名額由理事長推派。惟以能出席九月七日全聯會第十四屆第一次會員代表大會者優先推派。
- 三、授權由理事長全權處理推派第十四屆理事監事候選人推薦名單。

(二) 請審查本會第廿屆第三次會員代表大會會員代表共計233名案。【洪德仁理事長提】

決議：通過第廿屆第三次會員代表大會會員代表共計233名。

(三) 請研議本會辦理八十週年系列公益義賣活動相關議案。【黃國欽理事提】

決議：通過發起辦理八十週年系列活動-藝術品公益義賣活動，依法申勸募字號。

(四) 請研討修改本會會員身故互助金申領及作業辦法及福利退休慰問辦法受益人順位案。【周賢章常務理事提】

決議：通過，本會會員身故互助金申領及作業辦法及福利退休慰問辦法受益人順位比照全聯會修正調整，惟生效日待全聯會理事會通過後實施。

(五) 請研討援例由會員服務委員會與醫政法制、基層醫療及公關委員會合辦會員分區

座談會案。【周賢章常務理事提】

決議：通過援例由會員服務委員會與醫政法制、基層醫療及公關委員會合作辦理會員分區座談會。

(六) 請研議民國92年至103年以前已逾保管年限之文書卷宗之處理案。【洪德仁理事長提】

決議：一、通過准予循例依法銷毀已逾保存年限之文書卷宗(92至103年含以前文書卷宗、第14屆至第19屆理監事選票)，及已逾保存年限可銷毀之會計表冊。

二、秘書處整理銷毀清冊後，由執行長審閱，並在監事會代表監督確認後執行。委託廠商進行銷毀時，請秘書處派員全程監督。

(七) 請審查一一四年度一、二月份經費收支案。【彭瑞鵬召集委員提】

決議：通過一一四年度一、二月份經費收支。

(八) 請研討郭芷霖醫師繳清會費，申請復權案。【彭瑞鵬召集委員提】

決議：通過郭芷霖醫師申請復權。

三、臨時動議：無

四、散會：下午二時十分。⊕

椎間盤突出—最高法院114年度台上字第372號民事裁定評析

¹高雄醫學大學附設醫院職業暨環境醫學科 ²臺北榮民總醫院職業醫學及臨床毒物部
林奕辰¹ 葛 謹²

前言

人類的脊柱(vertebral column或spinal column)由32-34塊椎骨和椎骨間有緩衝作用的椎間盤(intervertebral disc)組成，由韌帶和脊柱關節固定，具有支持軀幹、保護脊髓及神經根的作用。脊柱也稱為脊椎(spine)或脊梁骨(backbone)，可再細分為頸椎7節、胸椎12節、腰椎5節、骶骨和尾椎。人類的5塊骶骨(sacrum)和4塊尾骨(coccyx, tailbone)相互融合，被稱之為「假脊椎」，有尾巴的脊椎動物則為數目不等的尾骨。椎間盤由兩部分所組成：外圈的纖維環(annulus fibrosis)及被包圍在中間的髓核(nucleus pulposus)，但缺乏血管供應。當身體彎曲或受壓(compression)時，纖維環使椎間盤維持其完整性。當脊柱受到不正常的使力(eccentric loading)或扭力(torsional loading)時，會使椎間盤受到微傷害(microtrauma)；重複的微傷害可使纖維環產生裂痕，進而發生結構上的失常，最後髓核脫出而造成椎間盤突出(herniation of intervertebral disc、HIVD)。¹

腰椎椎間盤突出原因眾多：1.可能沒有明顯的原因；2.出現在一個尋常、不算強大的動作之後、如綁鞋帶；3.有長時間彎腰負重、暴露於全身垂直振動的危險因素；4.發生在直接嚴重的腰部傷害之後，如墜落；5.體重過重或過瘦；6.缺乏運動或久坐不動者；7.長期坐姿不良；8.流行病學研究顯示腰椎椎間盤突出是多因性疾病(multifactorial)，與基因、年齡、局部缺血、吸菸也有關連；至於較廣泛的下背

痛則與搬重物、扭腰、久坐及振動有關，腰椎椎間盤突出是下背痛原因的鑑別診斷之一。1996年勞工保險局將「長期工作壓迫引起的椎間盤突出」納入成為增列勞工保險職業病種類表，第3類物理性危害引起之疾病及其續發症中之職業病，並發布參考指引。²⁻³

經過

甲透過某人力銀行網站自2020年2月7日起而受僱於A公司（物流業）擔任理貨人員，工作地點在廠區，工作內容：將物流商品為裝卸、搬運、堆疊、歸位上架及環境清潔等，雙方約定：(1)時薪：新台幣158元；(2)工作時間：每週上班5日、自每日上午8點多至下午1點多。

甲於2020年2月13日上午10時20分許將商品為裝卸、搬運、理貨等行為時，因徒手頻繁搬運及轉身，發生腰部劇痛及雙腳發麻，當場因劇烈疼痛而定住無法動彈，同事見狀隨即報告現場主管，員工借用B醫院輪椅，將甲推至公司附近B醫院就診，診斷為「急性腰椎椎間盤突出」，並記載醫囑「宜休養7日並建議轉院治療」。甲因疼痛，不能工作，於同年2月18日至6月16日至C醫院就診多次，6月16日醫囑記載：「甲於2020年2月13日發生下背疼痛，於同年2月18日及3月3日至骨科門診，核磁共振影像檢查顯示第四、五腰椎椎間盤突出。據甲所言，其症狀發生時正在物流公司理貨，工作中需要頻繁搬運貨物並且轉身，2020年2月13日工作中突然發生腰部劇痛與雙腳發麻，其症狀符合急性腰椎椎間盤突出的診斷。甲

於2020年6月16日至職業醫學科門診，理學檢查發現雙腿肌力減弱，建議至他院接受工作能力評估，以決定復工配工計畫，並繼續復建治療。」甲依醫囑分別於2020年6月23日、7月21日、8月14、28日、9月11日、10月16日、11月13、20日、12月11日與2021年1月8日、2月5日、3月5日及4月9日前往D醫院就診，D醫院醫囑：「個案自述於2020年2月13日10點22分30秒，工作中搬貨轉身裝箱發生劇烈疼痛，由他人推輪椅送B醫院就診，診斷急性椎間盤突出，後轉診C醫院核磁共振檢查確診腰椎第四、五節椎間盤突出，並經勞保局核定為職業傷害並領有職災給付，後於2020年6月23日與2021年4月9日至本院環境與職業醫學部門診就診，自訴輕微活動即有下肢麻痛症狀，理學檢查發現右腳伸直抬腿測試陽性與肌力下降，9月30日接受神經傳導與肌電圖檢查，顯示仍尚有腰薦神經根病變，根據永久失能評估指引，個案之全人損傷比達百分之12，參考其診斷、職業與年齡進行校正，其校正後全人損傷比達百分之18，即勞動力減損比例達百分之18。」

爭執1：甲受雇A公司2月份期間之工作時數與薪資為何？

法院心證：(1)工作時間之約定：依照出勤記錄、攷勤表以為判斷，為上午8時30分開始，則於此時間之前，並非雙方所約定提供勞務之時間，亦未有提供勞務之證明，此部分應以A公司主張為有據，可以確定。(2)兩造已明定上班時間，統一於8時30分以後開始工作，8時30分前自非屬工作時間，提早到班部分自應

排除於工資計算之外，即非無據，亦可確定。

(3)工作時間：依照攷勤表、出勤紀錄及監視錄影畫面，分別為：(i)2月7日：3小時；(ii)2月8日：3時21分；(iii)2月11日：3時34分；(iv)2月12日：2時55分；(v)2月13日：8時19分打卡上班，而於10時22分51秒突以左手插腰、右手撐扶紙箱之方式轉身佇立，因腰痛而送往B醫院急診，此後即未再提供勞務。(vi)甲2020年2月7日起至同年2月13日止，五日工作時間合計為13時27分，未逾勞動基準法第30條每日、每周工作時數之規定。

爭執2：有無短少給付甲2月薪資？

法院心證：(1)勞動契約為勞工提供勞務，以換取雇主提供報酬之性質。工作時間應可解釋為：勞工處於雇主指揮監督支配下提供勞務之時間，並包括勞工在雇主明示、默示下提供勞務之時間。(2)工作時間不僅包括勞工實際提供勞務之時間，亦應包括勞工已處於雇主得隨時指揮監督命令其提供勞務狀態之時間在內，較為合理。(3)對於出勤紀錄有與事實不符之情形，雇主得即為處理與更正，對於勞工之工作時間有較強之證明能力，故勞動事件法第38條明文規定以出勤紀錄內記載之勞工出勤時間，推定勞工於該時間內經雇主同意而執行職務。(4)甲2020年2月7日至2月13日止之工作時間合計為14時42分，約定每小時薪資158元計算，結算薪資為2,323元，扣除勞保自負額187元、健保自負額670元，則2020年2月份薪資為1,466元，A公司於同年3月5日匯款，並無短少。

爭執3：甲之「急性腰椎椎間盤突出」是否為職業傷害？

甲主張：(1)勞工保險局核定為職業傷害。(2)甲持續至D醫院看診復健，並經各醫院出具證明書，足證傷勢具備職務起因性及遂行性，屬職業傷害。

A公司主張：雙方合意邀請E醫院鑑定，依鑑定意見。

法院心證：(1)勞保局核定職災給付，給付期間為2020年2月16日至10月16日。(2)2021年7月6日勞保局核定發給13等級職業傷病失能給付90日。(3)E醫院鑑定：(i)工作暴露分析：甲為部分工時勞工，擔任店配部之理貨人員（專門負責處理寄送至超商之物流貨品），到職後共出勤5日…儘管公司與甲所描述搬運商品的重量不一致，且也無法得知甲每日搬運商品的總重量，但甲只在公司工作5個半日，並不符合「職業性腰椎椎間盤突出」工作暴露證據。因此職業病之因果關係不能成立。(ii)瞬間力量：依A公司的民事陳報狀，監視錄影檔案，甲在腰部不適前所執行的工作內容為搬運貨品與裝箱貨品，皆非為會使腰椎椎間盤瞬間承受極大力量之情形。(iii)被籠車撞：甲自訴「理貨搬上搬下需要頻繁搬貨物和轉身，爬上爬下，還有被籠車撞屁股」，與雇主方陳述不一。(iv)過去病史：(a)甲健保門診及住院就醫申報資料可知，2018年8月12日至醫院就醫，當時疾病ICD-10診斷碼為M47.26，對應的疾病診斷為：腰椎其他退化性脊椎炎伴有神經根病變，但法院發文申請相關病歷紀錄未果，無

法評估甲腰椎或椎間盤於過往是否有傷害。

(b)2017年8月30日至同年10月24日左腳受傷的職災門診，可能與其左下肢的症狀有部分關聯性。個案本身的腰椎側彎、疑似下背過去病史，也是腰椎椎間盤突出的風險因子。(v)職業暴露：甲5個工作日的理貨員工作過程中，每次搬運重量不足15公斤。未符合我國『職業性腰椎椎間盤突出之認定參考指引』：長期搬抬重物之條件（搬抬重物，女性至少大於等於15公斤重量。每日搬抬總重量至少1.5公噸）、每年至少工作220日、至少已工作8-10年。(vi)從寬認定：本案若確定當日被籠車大力撞到腰部，則有造成急性腰椎椎間盤突出的可能性；若調查結果顯示只有彎腰或轉身拿取貨物等工作內容，則其急性坐骨神經痛主因為本身已有腰椎病變，在工作時剛好引發，故工作貢獻因素較小，從職業醫學診斷原則判斷其『急性腰椎椎間盤突出』，並無法認定為職業傷害，但當日工作時發生急性下背痛，可從寬認定『急性下背痛-腰扭傷』與職務部分相關。

爭執4：甲持A公司出具勞工保險職業傷病門診單看診，是否已承認職業災害？

法院心證：(1)勞工保險職業傷病門診單係因勞工保險局制式提供之文件，而經A公司填載後，交付甲前往醫院作為就診之依據文件，並非主觀上已承認該職業災害，或得以做為職業災害認定之文件。(2)應仍由專業醫療機構就甲所受傷害，以醫療儀器及過往病史判斷後，始足以認定是否符合職業災害。(3)甲

主張：公司交付職業傷病門診單，符合職業災害之業務起因性與業務遂行性，即非有據。

爭執5：勞工保險局認定甲符合職業災害及永久失能，是否「急性腰椎椎盤突出」即屬職業災害？

法院心證：(1)勞動基準法對職業災害雖未設有定義，惟參酌職業安全衛生法第2條第4項：「職業災害：指因勞動場所之建築物、機械、設備、原料、材料、化學品、氣體、蒸氣、粉塵等或作業活動及其他職業上原因引起之工作者疾病、傷害、失能或死亡。」(2)職業災害：應指勞工因執行職務關係所致之死亡殘廢傷害或疾病，而該執行職務之範圍除業務本身之外，凡業務上附隨之必要合理行為，均應包含在內。(3)學理探究：職業災害判斷基準，學者亦有援引日本見解，提出「業務起因性」（勞務提供存在危險性）、「業務遂行性」（雇主支配管理關係），應認災害發生與勞工工作間有相當因果關係，即屬職業災害。(4)本件甲「急性腰椎椎盤突出」、「腰椎第四五節椎間盤突出」之傷害，既經E醫院鑑定認為與職業災害之因果關係不能成立，縱使經勞工保險局依勞工保險條例第54條之1第1項訂立之失能給付標準而給予失能給付40,950元，亦不能作為認定符合職業災害依據，亦可確定。

爭執6：甲請求醫療費用補償11,533元、工資及醫療期間不能工作之補償109,763元、勞動能力減損757,697元、精神慰撫金

1,121,007元，合計2,000,000元及法定遲延利息，有無理由？

法院心證：均非有據，不能准許。

爭執7：E醫院未親自看診，只憑書面資料，即認甲有脊椎側彎或椎間盤突出狀況，鑑定結果並不可採，是否應以D醫院乙醫師出具之醫療專業意見書為準？

法院心證：高等法院：(1)E醫院已參酌勞保局核定之職業傷病失能給付，認定傷害與職業災害之因果關係不能成立，縱勞保局有核定發給職災給付，仍不能採為符合職業災害依據。(2)甲雖自行委請D醫院乙醫師出具意見書，惟乙醫師並非法院所選任之鑑定人，該意見書僅具書證性質，且A公司否認該意見書之證明力，認為乙醫師與甲有過度密切之醫病關係，其個人意見不足以為有利於甲之認定。(3)E醫院鑑定報告認定甲罹患急性腰椎椎盤突出、腰椎第四五節椎間盤突出傷害，主要應係本身疾病所造成，亦說明：即使甲腰椎椎間盤於過往並沒有受到累積性傷害之假設前提下，其5日理貨人員之工作內容，並未發生使其腰椎椎間盤瞬間承受極大力量，導致急性突出情形，職業病之因果關係不能成立。(4)乙醫師雖親自看診，診斷證明書之醫師囑言欄均記載：「個案自述……」看診僅由甲單方主訴病情及就醫歷程，其出具之意見書亦未見有參酌甲於其他醫療院所之就診紀錄，及A公司提供之工作內容、監視錄影檔案情形，尚難採為傷害為職業傷害之依據。

法院

地方法院：甲之訴及假執行聲請均駁回。

⁴甲不服，上訴高等法院。

高等法院：上訴駁回。⁵甲不服，上訴最高法院。

最高法院：上訴駁回。⁶

討論

職業災害：職業災害勞工保護法(Act for Protecting Worker of Occupational Accidents 2002)於2001年10月31日制定公布全文41條，並自2002年工殤日(4月28日)施行，該法第7條：「勞工因職業災害所致之損害，雇主應負賠償責任。」明確規定雇主應負職業災害賠償責任。若雇主未替勞工辦理勞工保險，同法第9條：「未加入勞工保險之勞工，於本法施行後遭遇職業災害，符合前條第一項各款情形之一者，得申請補助。」⁷雖然全國法規資料庫「職業災害」英文大多均翻譯為「occupational accident」⁸，職業醫學與勞工保險實務上職業災害包括：（急性的）職業傷害(injury)與（慢性的）職業病(disease)，一般而言，職業病(work-related disease, occupational disease)因為成因與危害因子較多、疾病經歷時間較長、現場訪視、模擬採樣…且有排除其他非工作原因等規定，診斷費時之外，事後鑑定亦非簡易之事。

職災補償：勞工保險條例(Labor Insurance Act 1958)第34條：「（第1項）被保險人因執行職務而致傷害或職業病不能工作，以致未能

取得原有薪資，正在治療中者，自不能工作之第四日起，發給職業傷害補償費或職業病補償費。職業病種類表如附表一。（第2項）前項因執行職務而致傷病之審查準則，由中央主管機關定之。」同法第54條：「（第1項）被保險人遭遇職業傷害或罹患職業病，經治療後，症狀固定，再行治療仍不能期待其治療效果，經保險人自設或特約醫院診斷為永久失能，並符合失能給付標準規定發給一次金者，得按其平均月投保薪資，依規定之給付標準，增給百分之五十，請領失能補償費。（第2項）前項被保險人經評估為終身無工作能力，並請領失能年金給付者，除依第五十三條規定發給年金外，另按其平均月投保薪資，一次發給二十個月職業傷病失能補償一次金。」⁹甲於2020年2月7日受僱，工作5日後於同月13日工作中發生腰部劇痛，遵醫囑休養至2021年4月，勞保局核定：(1)職業傷病給付：期間為2020年2月16日至10月16日。(2)職業傷病失能給付：2021年7月6日勞保局核定發給13等級職業傷病失能給付90日。訴訟主因係2021年3月23日雙方勞資爭議調解不成立。甲遂依民事「雇主責任」，向民事法院請求A公司給付2,000,000元。

職災爭議：職業災害勞工保護法第11條：

「勞工疑有職業疾病，應經醫師診斷。勞工或雇主對於職業疾病診斷有異議時，得檢附有關資料，向直轄市、縣（市）主管機關申請認定。」¹⁰依據法理，職業災害爭議，勞雇雙方似應先向主管機關申請認定。職業災害勞工保

護法第17條：「職業疾病鑑定委員會認有必要時，得由中央主管機關安排職業疾病鑑定委員，依勞動檢查法會同勞動檢查員至勞工工作場所檢查。」從法律與理論而言，職業疾病鑑定委員會是職業災害爭議法定的處理機制，本案為民事訴訟，雙方合意邀請E醫院鑑定，亦不失為處理方法。¹¹

急性慢性：甲5個工作日的理貨員工作過程中，每次搬運重量不足15公斤，未符合「職業性腰椎椎間盤突出之認定參考指引」：長期搬抬重物之條件（搬抬重物，女性至少大於等於15公斤重量。每日搬抬總重量至少1.5公噸）、每年至少工作220日、至少已工作8-10年。本案當日工作時發生急性下背痛。雖可從寬認定『急性下背痛-腰扭傷』與職務部分相關，從職業醫學診斷原則判斷其『急性腰椎椎間盤突出』，並無法認定為職業傷害。簡言之，E醫院鑑定：「急性下背痛」與慢性累積性「職業性腰椎椎間盤突出」並無相關。²

過失客觀四原則：我國法律的明文「過失定義」，僅見於中華民國刑法(Criminal Code of the Republic of China 1935)第14條第1項：

「行為人雖非故意，但按其情節應注意，並能注意，而不注意者，為過失。¹²」我國法界也因此定義「過失」為主觀構成要件，國際法學界對過失責任(negligence)成立與否，基本條件除有客觀證據外，已應揚棄主觀心證，國際法界採納「過失客觀四原則」，依下列四點逐一審理：(1)被告對原告有無「照顧責任」(duty of care)；(2)被告有無「違反照顧

責任」(breach of standard of care)；(3)損害與過失有無因果關係(causality)；(4)損害之事實(damage)四項。但是否應賠償，尚須注意「時效」(limitation of time)。¹³⁻¹⁴

職災法：勞動法發展歷史上因僱主與勞工是否「違反照顧責任」，經常舉證費時費力，也難周全，因此，國家立法採職災無過失補償(liability without fault)，將「無過失」的審查清楚定義為：(1)照顧責任；(2)損害與過失有無因果關係；(3)損害之事實三項，將是否「違反照顧責任」改由社會保險機制涵括。德國早於1838年即通過法令保障意外受傷之鐵路員工與乘客，1854年又要求某類雇主需成立「疾病基金」(sickness fund)，照顧傷病員工，1884年德國首先通過「職業傷病補償法」，將職災補償法從根本脫離出民法(civil law)、刑法(criminal law)之適用，而歸之於新創設出的「社會法」(social law)，該法具有六項特點，即(1)無過失補償(liability without fault)，(2)職災補償採強制責任險機制(compulsory insurance)，(3)及時補償(automatic benefit)，(4)醫療照護(medical care)，(5)薪資保障(income protection)，(6)迅速判定職業傷病責任避免對立(expeditious resolution of disputes)，以迅速與有效方式保護職業災害勞工之基本權益。¹⁵

無過失補償：勞動基準法(Labor Standards Act 1984)第59條：「勞工因遭遇職業災害而致死亡、失能、傷害或疾病時，雇主應依下列規定予以補償。但如同一事故，依勞工保險條

例或其他法令規定，已由雇主支付費用補償者，雇主得予以抵充之：一、勞工受傷或罹患職業病時，雇主應補償其必需之醫療費用。職業病之種類及其醫療範圍，依勞工保險條例有關之規定。二、勞工在醫療中不能工作時，雇主應按其原領工資數額予以補償。但醫療期間屆滿二年仍未能痊癒，經指定之醫院診斷，審定為喪失原有工作能力，且不合第三款之失能給付標準者，雇主得一次給付四十個月之平均工資後，免除此項工資補償責任。三、勞工經治療終止後，經指定之醫院診斷，審定其遺存障害者，雇主應按其平均工資及其失能程度，一次給予失能補償。失能補償標準，依勞工保險條例有關之規定。四、勞工遭遇職業傷害或罹患職業病而死亡時，雇主除給與五個月平均工資之喪葬費外，並應一次給與其遺屬四十個月平均工資之死亡補償。其遺屬受領死亡補償之順位如下：（一）配偶及子女。（二）父母。（三）祖父母。（四）孫子女。（五）兄弟姐妹。¹⁶」最高法院民事判決：「按勞基法第59條職業災害之補償規定，係為保障勞工，加強勞、雇關係、促進社會經濟發展之特別規定，性質上非屬損害賠償。且職業災害補償乃對受到『與工作有關傷害』之受僱人，提供及時有效之薪資利益、醫療照顧及勞動力重建措施之制度，使受僱人及受其扶養之家屬不致陷入貧困之境，造成社會問題，其宗旨非在對違反義務、具有故意過失之雇主加以制裁或課以責任，而係維護勞動者及其家屬之生存權，並保存或重建個人及社會之勞動力，是以職業災

害補償制度之特質係採無過失責任主義，凡雇主對於業務上災害之發生，不問其主觀上有無故意過失，皆應負補償之責任，不論受僱人有無過失，皆不減損其應有之權利。¹⁷」雖然最高法院已認為：「職業災害採無過失補償制度」，但我國法律至今對「無過失」缺乏明確的操作定義，也未如德國明文規定：「取得職災補償者，無權再提民事訴訟。」依據中央法規標準法(Central Regulation Standard Act 1970)第5條：「左列事項應以法律定之：一、憲法或法律有明文規定，應以法律定之者。二、關於人民之權利、義務者。三、關於國家各機關之組織者。四、其他重要事項之應以法律定之者。」本文認為：「職業災害採無過失補償制度」，行政與立法機關似應積極合作，以法律定之，盡早弭平百年的差距。

侵權行為：我國民法(Civil Code 1929)第184條：「（第1項）因故意或過失，不法侵害他人之權利者，負損害賠償責任。故意以背於善良風俗之方法，加損害於他人者亦同。（第2項）違反保護他人之法律，致生損害於他人者，負賠償責任。但能證明其行為無過失者，不在此限。」同法第188條第1項：「受僱人因執行職務，不法侵害他人之權利者，由僱用人與行為人連帶負損害賠償責任。但選任受僱人及監督其職務之執行，已盡相當之注意或縱加以相當之注意而仍不免發生損害者，僱用人不負賠償責任。」在民法實務運作下有效達到了預設的立法目的，但隨著社會發展的複雜化與多樣化，加上我國職業災害無過失補償法制

落後¹⁵，不同的行業間能否適用相同的判斷標準，亟需立法與法理的重新架構。¹⁸⁻¹⁹

結語

突襲性裁判：民事訴訟是採處分權主義、當事人進行主義，凡是當事人所未聲明的事項，法院不得代當事人主張，法院對當事人所未提出之事實及證據，也不得斟酌之。若法院對於當事人所提出的攻擊防禦方法有不明白或不完足的地方，依民事訴訟法第199條規定可以行使闡明權，請當事人敘明或補充。然而，對於當事人所未提出的攻擊防禦方法，未曉諭當事人令其為事實上及法律上陳述而為適當完全之辯論前，逕行作為判決的基礎，將產生突襲性裁判的結果，即與民事訴訟法第296-1第1項、第297條第1項及第199條第1項、第2項規有違²⁰。本案原來爭執是：甲依勞工保險局均認定永久失能之職業災害，請求僱主給付原有工資、醫療費用、醫療期間不能工作工資等各項支出，合計2,000,000元，訴諸民事法院，反而判決：非職業災害！雖然部分原因是立法不足，不算是突襲性裁判，還是令人吃驚咋舌！

審核與鑑定：我國職災給付「採無過失補償」，由勞工保險局負責職災給付的審核，如有爭執，法定由職業疾病鑑定委員會處理，但雇主無權申請，立法似有不周，亦易滋生流弊與困擾。本案甲從事理貨工作，5日的工作時間合計為14時42分，勞保局核定職災給付8個月，職業傷病失能給付90日。民事法院因職災爭議，雙方合意「重新鑑定」，竟然勞保局核

定的職災，不符「參考指引」，職災的審核與鑑定過程，值得再深入探討！

參考文獻

1. 柯龐齊(Kapandji, AI)著/沙布.魯比等譯：骨關節解剖全書(3)－脊柱、骨盆與頭部。新北市，楓葉社文化；2021.
2. 勞動部職業安全衛生署：「職業性腰椎椎間盤突出認定參考指引」2018年5月修訂，(<https://www.osha.gov.tw/>) 2025-5-10 visited。
3. 張光祖、郭惠雯：徒手治療椎間盤突出－不開刀的預防、保健與物理治療方法。再版，臺中市，晨星出版有限公司；2022.
4. 臺灣臺北地方法院110年度勞訴字第153號民事判決（民事第一庭，2024年5月7日）。
5. 臺灣高等法院113年度勞上字第126號民事判決（勞動法庭，2025年1月7日）。
6. 最高法院114年度台上字第372號民事裁定（最高法院勞動法庭第一庭，2025年3月27日）。
7. 楊通軒：勞工保護法－理論與實務。臺北市，五南；2019.
8. 全國法規資料庫(<https://law.moj.gov.tw/Index.aspx>) 2025-5-15 visited.
9. 鍾秉正：勞工保險條例精選判決評釋。臺北大學法律學院勞動法研究中心主編，臺北市，元照；2016.

10. 徐婉寧：職災法發展專題回顧－以勞工職業災害保險及保護法之立法為中心。臺大法學論叢2022；51：1313-34.
11. 游進發：民法與特別法。臺北市，元照；2021.
12. 張麗卿：刑法總則理論與運用(Theory and practice of criminal law)。臺北市，五南；2023.
13. 葛謹：英國醫療糾紛判例之啟示。臺灣醫界 2008；51(8)：348-53.
14. Fremgen BF：Medical law and ethics. six edition. Boston，Pearson 2019.
15. 葛謹：職業傷病補償法之立法必要性。醫事法學2007；14(3-4)：103-15.
16. 黃程貫：勞動與勞動法－黃程貫教授論文集(Arbeit & arbeitsrecht)。臺北市，元照；2022.
17. 最高法院107年度台上字第1056號民事判決(最高法院民事第五庭，2018年8月29日)。
18. 謝哲勝：僱用人的侵權責任。臺北市，元照；2017.
19. 謝艾庭、林采欣、葛 謹：雇主責任－最高法院108年度台上字第1598號民事裁定評析。台北市醫師公會會刊 2024；68(10)：20-6.
20. 許士宦：2010民事程序法發展回顧(Developments in the Law in 2010: Civil

Procedure Law)。臺大法學論叢2011；40卷S期：1757-94. ㊦



正常收縮分率心臟衰竭 治療新進展

馬偕紀念醫院家庭醫學科 林賢鑫 許馨尹

前言

心衰竭(Heart failure)是一種複雜的臨床症候群，常伴隨呼吸喘、下肢水腫、疲倦等症狀，可能影響生活功能，進而導致住院或死亡。在全球，心臟衰竭盛行率約為1-3%，在台灣則高達6%，且隨年齡增加有明顯上升的趨勢，在<55歲的族群約為1%；在>70歲的族群卻大於10%^{1,2,3}。約30-40%診斷心衰竭個案因心衰竭而住院，在美國，心臟衰竭更是65歲以上老年人口最主要的住院原因³。在心衰竭的個案中，其1個月、1年、以及5年的死亡率分別落在2-3%，15-30%，50-75%，勝過許多癌症；也因為如此高的住院率、致死率，及相關共病症的發生，心臟衰竭為世界各國帶來相當可觀的公衛負擔及支出。據統計，在西方國家，平均每位心衰竭個案每年需花費約25000歐元（相當於85萬台幣）的醫療支出，在台灣，每年約有4萬人因心衰竭住院，每人年度平均住院治療費用約為8萬台幣，隨著預期盛行率的上升及老年人口比例的增加，在未來心衰竭總花費將持續增加^{2,3}。

根據2021歐洲心臟學會(ESC)發布的《急性及慢性心衰竭之診斷與治療指引》及2022年美國心臟醫學會(ACC/AHA)發布的《心臟衰竭治療指引》，進一步將心臟衰竭定義為由於心臟結構異常和（或）心臟功能異常，造成心內壓上升和（或）心輸出量不足，伴隨臨床的症狀（如呼吸喘、腳踝水腫…等）或徵象（頸靜脈壓上升、肺部濕囉音…等）。而依照個案的左心室射出分率(left ventricle ejection fraction,

LVEF)，區分為低收縮分率心臟衰竭(heart failure with reduced ejection fraction, HFrEF, LVEF≤40%)、輕度低收縮分率心臟衰竭 (heart failure with mildly reduced ejection fraction, HFmrEF, LVEF 41%–49%)，以及正常收縮分率心臟衰竭(heart failure with preserved ejection fraction, HFpEF, LVEF≥50%)，並新增改善射出分率心臟衰竭 (heart failure with improved ejection fraction, HFimpEF，原先EF≤40%，後續再次測量LVEF提升至少10%且>40%)一詞。為增加HFmrEF及HFpEF個案診斷之特異性，需搭配客觀的左心室充填壓力上升之證據支持診斷（如利鈉肽Natriuretic peptide升高，侵入性或非侵入性的檢查異常）^{1,4}。左心室射出分率不僅與病情預後有關，在過往的大型臨床試驗中，發現HFrEF及HFpEF對於藥物治療反應不同，因此在近幾年的研究中，多將其分別開來進行試驗（各試驗HFpEF定義有所差異，包括≥40%、≥45%，或≥50%等）。

HFpEF治療的挑戰與曙光

正常收縮分率心臟衰竭(HFpEF)，現今定義為LVEF≥50%，約佔心衰竭個案的50%，其盛行率仍持續上升⁵。作為一具多元性的疾病，其發生與多種共病症有關，包括高血壓、糖尿病、肥胖、冠狀動脈疾病、慢性腎臟病等。較可惜的是，之前幾項大型隨機分派試驗中，許多被證實能降低HFrEF個案死亡率及住院率的藥物，對於HFpEF的皆未能達到主要研究終點的效益。如使用angiotensin-receptor blocker(ARB)類型藥物Irbesartan的

I-PRESERVE試驗，相較於安慰劑組在全死因死亡率或心因性住院綜合事件發生率，並未達到統計顯著差異(hazard ratio, HR: 0.95; 95% CI: 0.86-1.05; $p=0.35$)；使用angiotensin receptor/neprilysin inhibitor(ARNI)類型藥物Sacubitril/valsartan的PARAGON-HF試驗，相對單純使用ARB藥物Valsartan，在合併心因性死亡或心臟衰竭住院之綜合事件統計無差異(rate ratio: 0.87; 95% CI, 0.75-1.01; $p=0.06$)；使用mineralocorticoid receptor antagonist(MRA)類型藥物Spironolactone的TOPCAT試驗，相較安慰劑組，在心因性死亡、心臟驟停、心衰竭住院的綜合終點，亦未達統計學的下降(HR: 0.89; 95% CI: 0.77-1.04; $p=0.14$)⁴。其中，唯有TOPCAT試驗中，收錄LVEF $\geq 45\%$ 的心衰竭個案，使用spironolactone組別在心衰竭住院率相較安慰劑組達到統計意義的下降(HR: 0.83; 95% CI, 0.69 to 0.99, $p=0.04$)，特別是在LVEF $< 55\%$ 的族群更能看出這樣的差異，這是2021年前唯一能降低HFpEF心衰竭住院率的研究，然在後續的指引及評析中，被認為效益稍嫌不足⁶。

因為上述結果，2021歐洲心臟學會(ESC)發佈的指引中，相對於HFrEF擁有多項治療利器，針對HFpEF，除需要時使用利尿劑緩解充血症狀被列為第一級建議(Class I，強烈建議)，其餘治療(包括ARNI、MRA、angiotensin-converting enzyme inhibitors，ACEI、ARB)較無明確的角色；相對被動的，建議辨別和治療HFpEF的潛在危險因素、病因和共病，必要時針對潛在的危險因子如高

血壓、高血脂、冠狀動脈疾病、心房顫動進行管控¹。

綜前所述，隨著幾項研究皆未能達到主要終點結果，HFpEF的治療陷入困境，而這項困境，在2021年EMPEROR-Preserved試驗發布，證實sodium glucose cotransporter-2 inhibitor(SGLT-2i)類型的藥物Empagliflozin能顯著降低心衰竭住院達到29%後，終於看到了曙光⁷。

SGLT-2i與HFpEF

說到SGLT-2i，這類型藉由抑制腎臟近曲小管鈉葡萄糖共同運送受體的作用，讓葡萄糖從尿液中排出，一開始被應用在糖尿病治療的藥物，後續竟多方發展，成為慢性腎臟病及心衰竭治療的要角；為了解這一連串劃時代的進展，我們需回顧三大經典的研究：EMPA-REG、CANVAS、及DECLARE試驗。

自從Thiazolidinediones類型藥物Rosiglitazone因心血管風險，備受各國衛生主管機關關注後，美國食品藥物管理局要求未來所有第二型糖尿病的治療用藥上市後，需進行心血管事件安全性的試驗(cardiovascular outcome trials, CVOT)，以證明這些藥品不會增加心血管疾病風險。2015年發布的EMPA-REG試驗，即是這個時空背景下的產物。這項研究收錄7028位已知心血管疾病的第二型糖尿病個案(≥ 18 歲，腎絲球過濾率 ≥ 30 mL/min/1.73m²)，隨機分派使用Empagliflozin(10mg或25mg)或安慰劑，觀察3.1年，發現令人驚豔的結果：使用Empagliflozin不僅不會

增加心血管風險，反倒可以降低14%主要心血管事件（定義為綜合心因性死亡、非致命性心肌梗塞，或非致命性中風）風險(HR:0.86; 95% CI, 0.74-0.99, $p<0.001$ for noninferiority, $p=0.04$ for superiority)，雖然在心心肌梗塞及中風發生率沒有明顯差異，然心血管事件造成的死亡顯著下降達38%(HR:0.62; 95% CI, 0.49-0.77; $p<0.001$)。另外，在心衰竭住院風險也顯著下降達35%(HR:0.65; 95% CI, 0.50-0.85; $p=0.002$)，不論使用10mg或是25mg的個案皆可以看到相近的效應⁸。後續在2016年發布了針對EMPA-REG研究中腎臟硬終點的分析，發現使用Empagliflozin的族群，下降了39%腎功能惡化的風險(HR:0.61; 0.53-0.70; $p<0.001$)，不論是血清肌酐酸濃度加倍或進入透析治療之比例皆大幅減少⁹。

2017年發表的CANVAS trial，發現Canagliflozin可以降低整體心血管事件14%，降低40%腎功能不良事件；而2018年發表的DECLARE TIMI 58 trial則不再局限於已知心血管疾病個案，也收錄部分僅有高心血管危險因子的二型糖尿病個案，使用Dapagliflozin在主要心血管事件與安慰劑相比無明顯差異，但達到非劣性的標準，且Dapagliflozin減少了17%的心血管死亡和心衰竭住院風險(HR: 0.83, 95% CI: 0.73 to 0.95, $p=0.005$)，這部分主要來自於心衰竭住院(HR: 0.73, 95% CI: 0.61 to 0.88)的減少，而非心血管死亡；另外，介入組別整體腎臟風險下降達34%；不論病患是否已知有心血管疾病，皆被證實有相同的好處。

綜上所述，不論是哪種類型的SGLT-2i，用在第二型糖尿病併心血管風險患者，我們都可以看到預防心衰竭住院的好處（無論個案原先有無心衰竭），雖DECLARE trial未見主要心血管事件風險下降，但這項研究收錄50%以上高心血管風險族群，相對的，在以已知心血管疾病為主要收案族群的EMPA-REG及CANVAS trial，我們皆可以看到主要心血管事件風險的顯著下降。2020年，美國糖尿病學會發布指引將SGLT-2i列為糖尿病患者合併有心血管疾病或是心血管疾病高風險族群的建議用藥。

以上研究的重大發現，無疑為世界上的醫療照護者，帶來大大的振奮，若SGLT-2i在糖尿病患者能有如此傑出的效果，那是否有機會擴展到非糖尿病的心臟衰竭或慢性腎臟病的治療呢？

2019年發表的DAPA-HF試驗，納入4744位18歲以上、NYHA class II以上、eGFR ≥ 30 mL/min/1.73m²、LVEF $\leq 40\%$ 的心衰竭個案（含第二型糖尿病及非糖尿病族群），個案皆已接受心衰竭的標準治療如植入式心律整流除顫器、ACEI/ARB、Beta-blocker等，以1:1隨機分派分別給予每日Dapagliflozin 10mg或安慰劑，追蹤18.2個月，觀察心血管死亡及心衰竭惡化（因心衰竭住院或是緊急心衰竭事件）的差異。結果發現Dapagliflozin組相較於安慰劑減少了26%的主要事件預後(HR: 0.74; 95% CI, 0.65 to 0.85; $p<0.001$)，也分別能減少30%心衰竭住院，18%心血管死亡和17%的整體死亡，皆達到統計學上的意義；此外，Dapagliflozin改善

有症狀HFrEF個案的心衰竭症狀及生活品質。無論是否患有糖尿病HFrEF患者中，都有相同的治療效果，這證實了它不僅可以做為血糖控制的藥物或心臟衰竭的預防，也可以單獨用在治療HFrEF的心臟衰竭。緊接著於2020年發表的EMPEROR-Reduced試驗中，收錄與DAPA-HF類似條件的族群（唯eGFR $\geq$ 20mL/min/1.73m²），發現每天給予Empagliflozin 10mg可以降低25%心血管死亡率或心衰竭住院的合併主要終點，雖然單看心因性死亡並沒有顯著好處，然心衰竭惡化住院風險下降可達31%；與Dapagliflozin相同，這樣的結果在第二型糖尿病及非糖尿病族群皆可見¹¹。

因為這兩項研究，2021年的ESC心衰竭指引將SGLT-2i的Dapagliflozin及Empagliflozin列為HFrEF的第一級建議(Class I)用藥，可與其他HFrEF藥物合併使用，同一時間，研究者也將目標擴展到HFpEF的族群。

2021年，EMPEROR-Preserved試驗發表，其研究方式及研究終點與EMPEROR-Reduced試驗近乎相同，主要差異是收錄LVEF $>$ 40%的心衰竭個案（共5988人），亦即在指引中HFmrEF與HFpEF的族群，以1:1隨機分派給予藥物及安慰劑，追蹤26.2個月；在主要試驗終點（心因性死亡或心衰竭住院）結果顯示介入組達到21%的下降(HR: 0.79; 95% CI, 0.69-0.90; $p<$ 0.001)，NNT(number need to treat)為31。雖然單獨看心血管性死亡或全因死亡率並沒有達到統計意義的下降，然心衰竭住院事件下降達29%(HR: 0.71; 95% CI, 0.60 to 0.83)，且在大多

數的次族群分析（包括有第二型糖尿病、無糖尿病、亞洲族群…等）皆可看到主要試驗終點的好處。與前面幾項SGLT-2i的臨床試驗相同，Empagliflozin組別之腎絲球過濾率下降速率較緩慢，在安全性上，雖確實較安慰劑組容易發生非複雜性的生殖道、泌尿道感染及低血壓事件，然因重大不良事件需停止使用藥物的比率與安慰劑沒有明顯差異¹²。

EMPEROR-Preserved試驗結果雖仍有不足之處（如主要試驗終點在LVEF $\geq$ 60%次族群分析沒有達到顯著意義，心血管性死亡或全因死亡率沒有下降），但在心衰竭住院率的下降程度已是先前的HFpEF試驗未曾見到的，2022年ACC/AHA的心衰竭治療指引將Empagliflozin列為HFpEF及HFmrEF的Class 2A用藥，位階在Class 2B的ARNI、MRA、ARB之上，為心衰竭的治療開啟新的一頁⁴。

不落人後的，Dapagliflozin與HFpEF的大型研究亦於2022年發表，也就是DELIVER試驗，一樣收錄LVEF $>$ 40%的心衰竭個案（共6263人，含第二型糖尿病及非糖尿病，約20%的亞洲族群，也包括台灣的個案），追蹤2.3年，在每日使用Dapagliflozin 10mg的組別能夠顯著減少18%的主要試驗終點（心衰竭惡化含未預期住院或緊急就醫，或心因性死亡）(HR:0.82; 95% CI, 0.73-0.92; $p<$ 0.001)，這樣的差別一樣來自心衰竭惡化的下降(21%)，而非心血管相關的死亡，並可以看到症狀減輕的效果¹³。令人驚豔的是，Dapagliflozin針對LVEF $<$ 60%，或是 $\geq$ 60%的次族群，甚至是

HFimpEF個案，都達到一致性的改善結果，這樣的結果比EMPEROR-Preserved有所進展，說明SGLT-2i有機會擴大使用到各個LVEF的心衰竭族群，也讓SGLT-2i在HFpEF及HFmrEF的治療位階有機會往上提升。

GLP-1 RA與HFpEF

GLP-1 receptor agonists(GLP-1 RA)，同樣是個近十年來進展神速，由糖尿病治療擴展到減重、心血管保護、慢性腎臟病及心衰竭的藥物。GLP-1是一種由腸道L細胞於人體進食後分泌的荷爾蒙，藉由結合在胰臟β細胞，可促進葡萄糖依賴性的胰島素分泌，並抑制α細胞的升糖素分泌，另外，也被發現能作用在下視丘增進飽足感、作用在胃部減緩排空。然而，內源性的GLP-1賀爾蒙半衰期極短，數分鐘內就被體內酵素降解；新型的GLP-1 RA經過修飾，大大解決這樣的問題，可以達到數天甚至數週的半衰期，因而被廣泛使用在糖尿病治療及減重。

在GLP-1 RA上市後，多篇針對各項藥物CVOT也隨之發表，包括目前非常盛行的針劑Semaglutide的SUSTAIN試驗，它收錄3297位第二型糖尿病個案，需符合以下二個條件的其中一項：(1) 50歲以上，伴隨已知心血管疾病或慢性心衰竭，或第三期慢性腎臟疾病以上，(2) 60歲以上，有至少一項心血管疾病風險因子（微蛋白尿、高血壓、左心肥大…等）。發現在接受標準糖尿病藥物治療同時，每週施打1次Semaglutide（0.5mg或1mg）的族群，在主要心血管事件的發生率不比等量的安慰劑差，

甚至相較之下可以達到26%的降低效果(HR: 0.74; 0.58-0.95; $p<0.001$ for noninferiority)，這樣的改善主要來自於非致命性中風的大幅降低，在心因性死亡方面則未見差異¹⁴。除了Semaglutide，在其他常用的GLP-1 RA藥物Liraglutide（LEADER試驗）、Dulaglutide（REWIND試驗），也得到類似的結果，因此2020美國糖尿病學會針對已知動脈粥狀硬化心血管疾病或高風險個案，建議使用SGLT-2i或GLP-1 RA，甚至兩者合併使用。

比較可惜的是，在7、8篇GLP-1 RA的CVOT中，雖皆有統計原先診斷心臟衰竭個案的比例（介於總個案的9-24%），但對於病人的LVEF，多未加琢磨；若以心衰竭住院率為統計終點，發現大多數的GLP-1 RA藥物包括Semaglutide、Liraglutide、Dulaglutide對第二型糖尿病個案無法降低終點結果，唯Albiglutide藥物的HARMONY試驗可以看到統計學的下降。後續有幾篇針對GLP-1 RA使用於HFpEF個案的小型隨機分派研究，包括以Liraglutide為實驗組的LIVE試驗及FIGHT試驗，都只得到中性的結果¹⁵。

然而，我們也非一無所獲。2023年9月發表在NEJM，收錄529位合併有肥胖（以BMI ≥ 30.0 kg/m²為切點）、HFpEF（以LVEF $>45\%$ 為切點）、以及非第二型糖尿病的個案，分別接受2.4mg的Semaglutide以及安慰劑治療，試驗時長為52週；藉由心衰竭症狀問卷(KCCQ-CS)及六分鐘走路測試，評估治療後症狀變化及活動能力。結果顯示使用Semaglutide組別

的KCCQ-CS（滿分100分，分數越高表健康狀況越好）增加16.6分，遠多於安慰劑組別的8.7分，達到統計學上的差異(estimated difference: 7.8 points; 95% CI, 4.8-10.9; $p < 0.001$)，在六分鐘走路測試中Semaglutide組別則多出20.3公尺的距離；另外，實驗組平均降低了13.3%的體重，比安慰劑組的2.6%多出10.7%。文中認為，肥胖是HFpEF的重要臨床表型之一，伴隨較嚴重的臨床症狀、生活品質及功能的下降，且肥胖本身可能會加速心衰竭的惡化進展¹⁶。雖然本文沒有評估心衰竭住院率，然透過藥物能達到體重下降、症狀減輕、活動能力進步，及生活品質改善等，已是大大的進展。後續在2024年發表，針對同個族群（HFpEF合併肥胖）的第二型糖尿病個案，Semaglutide介入得到相近的結果。

此後的研究目標可能擴展到非肥胖的HFpEF個案，亦可能針對心衰竭住院率進行分析。比起目前被證實能降低HFpEF個案心衰竭住院率的SGLT-2i，GLP-1 RA的效力（減輕症狀、增進活動力，適用合併有肥胖個案）相對較弱，處於輔助性角色，但我們仍期待這個重要的藥物在後續研究帶來的可能性。

Non-steroidal MRA與HFpEF

在討論Non-steroidal MRA在HFpEF的應用前，我們需提到所謂「糖尿病腎病變四大支柱」，早在20多年前，RENAAL及IDNT等試驗發表，即確立了renin-angiotensin system blockage(RAS blockage)藥物在糖尿病腎病變試驗終點（血液肌肝酸數值加倍、進入末期

腎病變、腎臟相關死亡）的療效。然而在後續十多年中，遲遲未能等到其他藥物通過試驗，成為治療的第二隻臂膀，直到SGLT-2i藥物的出現。隨著EMPA-REG、CANVAS、及DECLARE三大研究發布，皆發現腎功能的保護效力，世人開始針對SGLT-2i的renal outcome直接進行試驗，即經典的CREDENCE、DAPA-CKD、EMPA-KIDNEY試驗，從一開始僅納入糖尿病腎病變個案，到後續的EMPA-KIDNEY試驗加上非糖尿病、甚至非巨量蛋白尿的個案，皆發現在已經使用了最大耐受劑量的ACEI/ARB藥物，再加上SGLT-2i，可以達到腎臟硬終點的顯著降低（延緩30-40%腎功能下降的相對風險），亦即SGLT-2i不論在糖尿病腎病變或是非糖尿病的慢性腎臟疾病，皆是強而有力的武器。2024年KDIGO指引中，SGLT-2i被列為慢性腎臟病的第一線用藥，建議持續使用至透析為止，搭配前述其在糖尿病及心衰竭個案的卓著效益，確立了SGLT-2i在「糖、腎、心」的三元保護¹⁷。

接續其後，另一個近期被發現適用糖尿病腎病變的藥物，是非類固醇礦物質皮質素受體拮抗劑(Non-steroidal MRA)的Finerenone，相較於類固醇礦物質皮質素受體拮抗劑如Spironolactone，它在臨床前階段被觀察到有較低的高血鉀副作用，且具備更佳的抗發炎、抗纖維化效果，而這個機轉被認為與心臟、腎臟、血管疾病有關。2020年發表的FIDELIO-DKD試驗¹⁸，將Finerenone用於第二型糖尿病合併慢性腎臟病個案（已使用了最大耐受劑量

的ACEI/ARB藥物，微蛋白尿UACR 30-300、eGFR 25-60 mL/min/1.73m²、具視網膜病變，或是巨量蛋白尿UACR 300-5000、eGFR 25-75 mL/min/1.73m²），追蹤中位期間為2.6年，發現實驗組顯著減少了18%主要複合試驗風險（腎臟事件含腎臟衰竭，腎絲球過濾率比基準持續下降40%，腎臟原因死亡），在用藥四個月後，Finerenone可以降低31%的白蛋白尿，且這樣的差異在後續追蹤仍能持續；此外，在次要的試驗風險（心血管死亡，非致命性心肌梗塞，非致命性中風或是心臟衰竭住院）亦達到14%的顯著下降。在2021年FIGARO-DKD試驗¹⁹收錄相近的族群（但eGFR範圍較寬，收錄早期糖尿病腎病變個案），發現Finerenone可顯著降低心血管綜合事件發生（心血管死亡，非致命性心肌梗塞，非致命性中風或是心臟衰竭住院），特別能降低29%的心衰竭住院事件。

綜合前述兩大研究，確立了Non-steroidal MRA在糖尿病腎病變第三大支柱的角色，在2024 KDIGO指引中¹⁷，被列為接續在使用最大耐受劑量的RAS blockade後的第二線血壓控制選項，兼具心腎保護效力，而第四大支柱是前述的GLP-1 RA藥物，宥於篇幅在此不多加敘述。

在這樣的背景下，2024年9月發表在NEJM的FINEARTS-HF試驗²⁰，試圖確認Finerenone使用在HFmrEF及HFpEF的療效。試驗收錄6001名有心衰竭症狀、有結構性心臟病證據及BNP上升、eGFR≥25 mL/min/1.73 m²、LVEF≥40%的心衰竭個案，以1:1隨機分派接

受Finerenone（依據eGFR調整使用劑量，最高劑量為每日40mg Finerenone）或安慰劑，追蹤中位時間為32個月，主要試驗終點為心衰竭惡化事件（定義為因心衰竭首次或反覆住院，或未預期急診就醫）或心血管相關死亡。研究發現使用Finerenone顯著降低了心血管死亡和心臟衰竭事件總數的風險(rate ratio:0.84; 95% CI, 0.74-0.95; p= 0.007)，此結果主要來自心衰竭事件顯著下降(rate ratio:0.82, 95% CI, 0.71-0.94; p= 0.006)，心血管死亡雖亦有下降趨勢（降低7%）但未達統計學上意義。重要的是，這樣的結果在近乎全數的次族群分析皆可被觀察到，包括LVEF<60%或≥60%個案，且不論個案初始有無使用SGLT-2i藥物（目前指引有較強烈證據建議的藥物），使用Finerenone都能帶來益處。此外，在評估心衰竭個案臨床症狀及生活品質的KCCQ量表中，Finerenone組別亦比安慰劑組達到顯著的改善。就安全性的部分，Finerenone組的高血鉀發生率較高（鉀離子>5.5 mmol/L：實驗組14.3%，安慰劑組6.9%），低血鉀發生率較低，但因高血鉀或低血鉀而住院的發生率在兩組間沒有顯著差異，兩者出現嚴重不良事件機率亦相近，且並沒有因高血鉀而死亡之個案。

整體來說，Non-steroidal MRA是繼SGLT-2i後，第二類明確被證實能廣泛性降低HFmrEF及HFpEF個案心衰竭住院率的藥物，且具不錯的安全性（雖有高血鉀之可能性，但已比steroidal MRA顯著降低且可控），對已使用SGLT-2i個案也能帶來效益。這令人期待在

不久的將來，它也能登上指引的建議，甚至與SGLT-2i站上相同的位階。

總結

HFpEF牽涉複雜的病生理機轉，包含過度的發炎反應及氧化壓力、心室的肥大及重塑、激素相關的鈉水滯留、心臟充填壓力上升等；也因為機轉的差異，許多適用於HFrEF藥物在臨床試驗中，未能達到對HFpEF的試驗終點。

除了指引第一級建議需要時使用利尿劑減少血液容積外，SGLT-2i是最早被證實能降低個案住院風險的藥物，被列為Class 2A的推薦。目前認為可能的機轉包括降低發炎反應及活性氧類作用、降低鈉水滯留、減少心肌纖維化、減輕舒張功能障礙，同時能有效控制共病症（包含慢性腎臟病、高血壓、糖尿病）^{12,13}。

緊隨其後的腸泌素用藥GLP-1 RA，被證實可改善HFpEF（這篇試驗將切點設LVEF>45%）且合併肥胖患者的心衰竭症狀、生活品質和運動耐受度，目前認為這樣的結果不僅來自GLP-1 RA帶來的體重減輕及內臟脂肪降低，亦與它帶來的抗發炎及去充血作用等效應有關¹⁶。

近期發表Non-steroidal MRA的Finerenone藥物，能藉其抗發炎、抗纖維化效果減少心臟肥大及舒張功能障礙，也具有控制血壓的效力，是第二個能降低HFmrEF及HFpEF個案心衰竭住院率的藥物¹⁹。

近十年來，這三大類藥物的出現改寫了糖尿病、腎臟病、及心臟衰竭的治療策略，甚至

為過往較棘手的HFmrEF及HFpEF提供有效的治療武器（整理於表一），成為廣大心臟衰竭族群及相關醫療從業者的一大福音。

參考文獻

1. Theresa AM, Marco M, Marianna A, et al: 2021 ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J* 2021 Sep 21; 42(36): 3599-3726.
2. Gianluigi S, Peter MB, Lars HL, et al: Global burden of heart failure: a comprehensive and updated review of epidemiology. *Cardiovasc Res* 2023 Jan 18; 118(17): 3272-87.
3. Eugenio BR, JW Ha, Isman F, et al: Heart failure across Asia: same healthcare burden but differences in organization of care. *Int J Cardiol* 2016 Nov 15; 223: 163-7.
4. Blecker S, Paul M, Taksler G, et al: Heart failure-associated hospitalizations in the United States. *J Am Coll Cardiol* 2013; 61(12): 1259-67.
5. Paul AH, Biykem B, David A, et al: 2022 AHA/ACC/HFSA guideline for the management of heart failure: a report of the American college of cardiology/American heart association joint committee on clinical practice guidelines. *Circulation* 2022 May 3; 145(18): e895-1032.
6. Margaret MR, Barry AB: Heart failure with preserved ejection fraction: a review. *JAMA* 2023 Mar 14; 329(10): 827-38.
7. Bertram P, Marc AP MA, Susan FA, et al: Spironolactone for heart failure with preserved

表一 正常收縮分率心臟衰竭(HFpEF)相關臨床試驗

試驗	EMPEROR-Preserved ¹²	DELIVER ¹³	STEP-HFpEF ¹⁶	FINEARTS-HF ²⁰
收案標準	≥18 歲, LVEF>40% NYHA class II-IV 診斷心衰竭 eGFR≥20mL/min/ 1.73m ²	≥40 歲, LVEF>40% NYHA class II-IV 診斷心衰竭 包含 HFimpEF 個案 eGFR≥25mL/min/1.73m ²	≥40 歲, LVEF>45% NYHA class II-IV 診斷心衰竭 BMI> 30 kg/m ² KCCQ-CSS<90 排除糖尿病個案	≥40 歲, LVEF≥40% NYHA class II-IV 診斷心衰竭 eGFR≥25mL/min/ 1.73m ²
人數	5,988	6,263	529	6,001
設計	皆為多中心、雙盲、1:1 隨機分派、安慰劑對照試驗			
收案族群	LVEF: 54% 年齡: 72 歲 性別: 男 55% 白種人: 76% 亞洲族群: 12% 高血壓: 90% 第二型糖尿病: 49% 心肌梗塞病史: 29% BMI: 30 kg/m ² eGFR: 61.0 mL/min/ 1.73m ²	LVEF: 54.2% 年齡: 71.7 歲 性別: 男 56.1% 白種人: 71.2% 亞洲族群: 20.3% 高血壓: 88.7% 第二型糖尿病: 44.8% 心肌梗塞病史: 26.0% BMI: 29.8 kg/m ² eGFR: 61.0 mL/min/1.73m ²	LVEF: 57.0% 年齡: 69 歲 性別: 男 43.9% 白種人: 95.8% 亞洲族群: 0% 高血壓: 81.9% 第二型糖尿病: 0% 心肌梗塞病史: 無 紀錄 BMI: 37.0 kg/m ² eGFR: 無紀錄	LVEF: 52.6% 年齡: 72.0 歲 性別: 男 54.5% 白種人: 79.1% 亞洲族群: 16.4% 高血壓: 88.7% 第二型糖尿病: 40.6% 心肌梗塞病史: 25.6% BMI: 29.9 kg/m ² eGFR: 62.1 mL/min/ 1.73m ²
介入組 / 對照組	Empagliflozin 10mg/ 日 VS 安慰劑組	Dapagliflozin 10mg/ 日 VS 安慰劑組	針 劑 Semaglutide 逐漸增量至維持劑 量 2.4 mg(第 16 週) VS 安慰劑組	Finerenone 20mg 或 40mg/ 日 VS 安慰劑 組
追蹤時間	26.2 月	2.3 年	52 週	32 月
主要終點 及結果	心因性死亡或心衰竭 住院 Hazard ratio: 0.79 (95% CI, 0.69-0.90)	心因性死亡或心衰竭惡化 (含未預期心衰竭住院及緊 急就醫) Hazard ratio: 0.82; (95% CI, 0.73-0.92)	1. KCCQ-CSS 變化 估計差異: 7.8 分 (95% CI, 4.8-10.9) 2. 體重變化: 估計差異: -10.7% (95% CI, -11.9- -9.4)	心因性死亡或心衰竭 惡化(含未預期心衰 竭住院及緊急就醫) Rate ratio: 0.84 (95% CI, 0.74-0.95)
心衰竭住 院風險	Hazard ratio: 0.71 (95% CI, 0.60-0.83)	Hazard ratio: 0.78 (95% CI, 0.68-0.89) 含因心衰竭住院或急診就醫	無紀錄	Rate ratio: 0.82 (95% CI, 0.71-0.94) 含因心衰竭住院或急 診就醫
心血管死 亡風險	Hazard ratio: 0.91 (95% CI, 0.76-1.09)	Hazard ratio: 0.88 (95% CI, 0.74-1.06)	無紀錄	Hazard ratio: 0.93 (95% CI, 0.78-1.11)

- ejection fraction. *N Engl J Med* 2014 Apr 10; 370(15): 1383-92.
8. Stefan DA, Javed B, Gerasimos F, et al: Empagliflozin in heart failure with a preserved ejection fraction. *N Engl J Med* 2021 Oct 14; 385(16): 1451-61.
 9. Bernard Z, Christoph W, John ML, et al: Empagliflozin, cardiovascular outcomes, and mortality in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2015 Nov 26; 373(22):2117-28.
 10. Christoph W, Silvio EI, John ML, et al: Empagliflozin and progression of kidney disease in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2016 Jul 28; 375(4): 323-34.
 11. John JVM, Scott DS, Silvio EI, et al: Dapagliflozin in patients with heart failure and reduced ejection fraction. *N Engl J Med* 2019 Nov 21; 381(21): 1995-2008.
 12. Milton P, Stefan DA, Javed B, et al: Cardiovascular and renal outcomes with empagliflozin in heart failure. *N Engl J Med* 2020 Oct 8; 383(15): 1413-24.
 13. Stefan DA, Javed B, Gerasimos F, et al: Empagliflozin in heart failure with a preserved ejection fraction. *N Engl J Med* 2021 Oct 14; 385(16): 1451-61.
 14. Scott DS, John JVM, Brian C, et al: Dapagliflozin in heart failure with mildly reduced or preserved ejection fraction. *N Engl J Med* 2022 Sep 22; 387(12): 1089-98.
 15. Steven PA, Stephen CB, Agostino C, et al: Semaglutide and cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2016 Nov 10; 375(19): 1834-44.
 16. Muhammad SK, Gregg CF, Darren KM, et al: Glucagon-like peptide 1 receptor agonists and heart failure: the need for further evidence generation and practice guidelines optimization. *Circulation* 2020 Sep 22; 142(12): 1205-18.
 17. Mikhail NK, Steen ZA, Barry AB, et al: Semaglutide in patients with heart failure with preserved ejection fraction and obesity. *N Engl J Med* 2023 Sep 21; 389(12): 1069-84.
 18. Kidney disease: Improving global outcomes (KDIGO) CKD work group. KDIGO 2024 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney Int* 2024; 105(4S): S117-314.
 19. George LB, Rajiv A, Stefan DA, et al: Effect of finerenone on chronic kidney disease outcomes in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2020 Dec 3; 383(23): 2219-29.
 20. Bertram Pitt, Gerasimos F, Rajiv A, et al: FIGARO-DKD investigators. Cardiovascular events with finerenone in kidney disease and type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2021 Dec 9; 385(24): 2252-63.
 21. Scott DS, John JVM, Muthiah V, et al: Finerenone in heart failure with mildly reduced or preserved ejection fraction. *N Engl J Med*. 2024 Oct 24; 391(16): 1475-85. 🇹🇼

重點式超音波(Point-of-care Ultrasound)在居家醫療的應用

臺大醫院家庭醫學部 陳澤元 程劭儀

前言

「重點式超音波 (Point-of-Care Ultrasound, POCUS)」是一種由臨床醫師直接於病床旁操作的即時影像技術。醫師可以當場進行影像判讀，並即時將影像結果整合進臨床診斷和治療決策之中¹。隨著醫療科技的不斷進步，許多輕便的手持型超音波裝置紛紛問世，這些裝置不僅具有有線或無線的連接功能，可方便地與平板電腦、智慧型手機或筆記型電腦相連，並提供清晰的影像品質，使得超音波儀器更加小巧、便攜。未來，POCUS甚至可能成為醫療人員隨身攜帶的標準診斷工具，就如同聽診器般普及，提供重要的病情資訊，並在鑑別診斷過程中扮演關鍵角色²。

臺灣自2016年「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」推行以來，居家醫療服務快速成長，服務需求及人數顯著增加³。隨著居家醫療的普及，如何為行動不便、病情複雜的病人提供更精確和即時的診斷支持成為醫療服務的重要課題。居家照護病人通常合併多重病症，且常因年老或疾病影響認知功能，無法清楚表達症狀。這種情況下，POCUS的應用讓居家醫師在進行病史詢問和身體檢查之外，有了另一項重要的即時影像診斷工具。透過POCUS，醫師能夠快速評估病人心臟、肺臟、腹腔或其他特定器官的狀況，甚至即時發現潛在的緊急情況，例如心包膜積液、肺水腫或膽囊炎等，有助於立即的臨床處置。

本文將深入探討POCUS在居家醫療中的潛在臨床應用情境和實際操作方式，並參考現

有文獻，分析其在居家環境中應用的效果，進而展望未來POCUS在居家醫療發展的潛力。隨著更多臨床研究的支援和技術進步，POCUS的普及不僅可以改善居家醫療的診斷品質，也有望降低因延遲診斷而產生的醫療資源耗損。

使用POCUS的臨床情境

目前居家POCUS的使用情境，以下列幾個狀況為主：(1)身體水分的評估（如胸水、腹水、下腔靜脈(Inferior vena cava, IVC)管徑）、(2)作為診斷感染症（如肺炎、因尿路阻塞造成之泌尿道感染、鑑別蜂窩性組織炎或靜脈栓塞）的即時影像、(3)在有症狀（如呼吸喘、疼痛）的病人身上輔助鑑別診斷、以及(4)輔助進行侵入性檢查或治療（如胸腹水引流，周邊靜脈管路置放）。2019年美國居家照護團隊將POCUS在居家的應用，整理成Home-Oriented Ultrasound Exam (HOUSE)（表一），包含頸靜脈壓力 (Jugular venous pressure, JVP) 估算、肺部檢查、心臟功能評估、下腔靜脈評估、膀胱檢查、以及深層靜脈栓塞的檢查等，建議做為初次訪視的施行方式⁴。此外，在緩和醫療的病人當中，若時間足夠，也可透過8點式掃描進行病情評估及辨別有無待解決之臨床問題⁵。以下將針對不同評估方式進行詳述。

以症狀為導向的POCUS評估

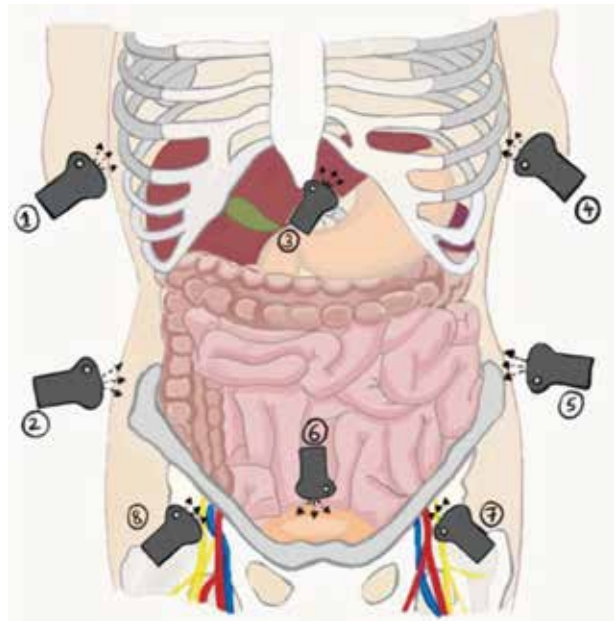
(一) 呼吸喘

呼吸困難容易帶來病人及照顧者的焦慮和

表一 Home-Oriented Ultrasound Exam (HOUSE)，修改自參考文獻4

檢查部位	內容
頸靜脈	辨識頸內靜脈的鼓脹程度，用於估算頸靜脈壓力
心尖及側位肺部	辨識肋膜下平行等距的A型假影(A-line)或垂直於肋膜的B型假影(B-line)以判斷有無肺水腫或肺炎
心臟（利用至少四個標準心臟視角中的兩個）	針對左心射血分率(Left ventricular ejection fraction, LVEF)進行初步估算
下腔靜脈	佐證頸靜脈壓力的結果，用於估算中心靜脈壓力
膀胱	進行橫切面和縱切面膀胱影像檢查，用於估算膀胱容量（容量＝長×寬×高×0.52）
腹股溝韌帶、膝窩	檢視有無深層靜脈血栓

恐懼，若能在居家環境即能緩解，將可避免緊急轉送至醫療單位，充分展現POCUS在居家療護中的價值。透過心臟、胸腔的超音波掃描有助於鑑別呼吸喘之可能成因。應用方式可從劍突下視角掃描心臟，排除心包積液和心包填塞。此外，透過肺部的掃描可以觀察到胸水、實質化（暗示肺炎或肺塌陷）、空氣支氣管像徵(Air bronchogram sign，暗示肺炎)、氣胸（超音波顯示無隨呼吸滑動的肋膜徵象）、肺水腫（超音波下顯示一個肋間中多條垂直於肋膜的B型假影(B-line)）等⁵。超音波在檢測超過100毫升的胸腔積液時具有100%的敏感度，可



①右肺底部和右上腹 ②右下腹 ③劍突下(subxiphoid) ④左肺底部和左上腹 ⑤左下腹 ⑥恥骨上 ⑦左腹股溝韌帶下 ⑧右腹股溝韌帶下。

圖一 8-point palliative medicine point-of-care ultrasound protocol(圖片來源：擷取自參考文獻5)

利用Balik公式（測量胸膜腔壁層與臟層胸膜間的最長距離（以毫米為單位），然後將該數值乘以20）估算胸腔積液的體積（毫升）⁶。

(二) 腹部疼痛

急性腹痛可通過POCUS進行鑑別診斷。透過超音波可區別急性輸尿管阻塞（影像上輸尿管腫大並可能有腎水腫）、泌尿道結石（影像上高回音病灶）、腎盂腎炎（影像上腎臟皮質髓質分野消失）及筋膜疼痛（內臟無異常）等。當居家療護患者出現便秘和嘔吐等症狀時，也建議進行初步POCUS檢查以排除腸阻塞。超音波影像上可發現變化，如腸腔直徑

變大且/或伴隨腸壁增厚、小腸的縐褶清晰可見、腸蠕動降低、腸腔充滿液體等。

(三) 尿滯留

居家病人常見尿液滯留，若無即時處置可能造成感染及急診轉送。超音波觀察腎盂的腎積水情況及膀胱殘餘尿量，可以對處置提供方針，對於留置導尿管的患者，POCUS可以輔助診視導尿管水球是否位置存於膀胱，以及膀胱內有無血塊等訊息。

(四) 水腫

居家病人可能因長期臥床及營養不良造成水腫，深層靜脈血栓風險也隨之升高。深層靜脈血栓可通過簡單的床旁壓迫超音波檢查排除，利用壓迫腹股溝韌帶下的共同股靜脈(common femoral vein)、大腿中段之股靜脈(femoral vein)至膝窩膕靜脈(popliteal vein)的三點式壓迫檢查(3-point compression ultrasound)，可辨別有無靜脈栓塞（若靜脈腔不可壓扁時則懷疑）⁷。

以發現臨床問題為導向的POCUS評估

著重在掃描各個身體部位以發現並判斷有無需要處置或介入，整理如表二⁵。

以輔助侵入性措施為導向的POCUS應用

例如進行腹部POCUS輔助進行腹水抽吸引流、審視尿管置放位置是否正確、神經阻斷、經皮腎造口術等；進行胸部POCUS進行胸水抽吸引流、心包膜積液引流；四肢POCUS輔助建立靜脈管路、神經阻斷、關節液抽吸、關節腔內注射等，透過即時影像輔助

表二 POCUS在居家醫療中依施作部位之可能發現診斷。改編自參考文獻5

施作部位	可能發現之臨床診斷
腹部	腹水 尿滯留、餘尿量評估 腸阻塞 腎水腫 疾病狀態進展（如腹腔腫瘤）
胸腔	胸水 氣胸 心包膜積液 肺水腫 肺炎
四肢	深層靜脈栓塞 壓力性傷口評估

能夠更精準及安全地進行侵入性措施⁵。

使用POCUS在居家醫療的效益

居家老年人由於出門的身體限制，常造成安排交通的經濟負擔，在持續獲得醫療服務上相對困難，因此是最可能受益於POCUS診察普及的族群。研究顯示，居家老年人比非居家族群較少使用門診醫療，這也導致他們更頻繁地尋求急診就醫或住院，並因此增加醫療成本⁸。在一篇2024年的觀察性研究顯示，POCUS的使用有助於確認診斷(37.9%)，排除診斷(16.6%)，發現未預期的相關診斷(14.9%)，並導致藥物治療(66.3%)或非藥物(69.2%)調整，且可以輔助完成(17.8%)或避免侵入性處置，並避免檢查間的轉送(25.2%)。如上的研究結果應可應用在結構背景相似的居家老年病人身

上，減少至急診就診或到醫院接受檢查而付出的時間及金錢成本，也能達到在居家安適照顧的目的⁹。

此外，在需要超音波導引介入的侵入性治療上，運用在居家的緩和病人身上也觀察到明顯效益。世代研究比較在使用POCUS前和應用POCUS後接受腹水診斷及抽吸的病人中，發現在家執行腹水引流的比例大幅上升(82.4% vs. 12.4%)，且使用POCUS與顯著較低的腹水相關外出就診日數相關¹⁰。

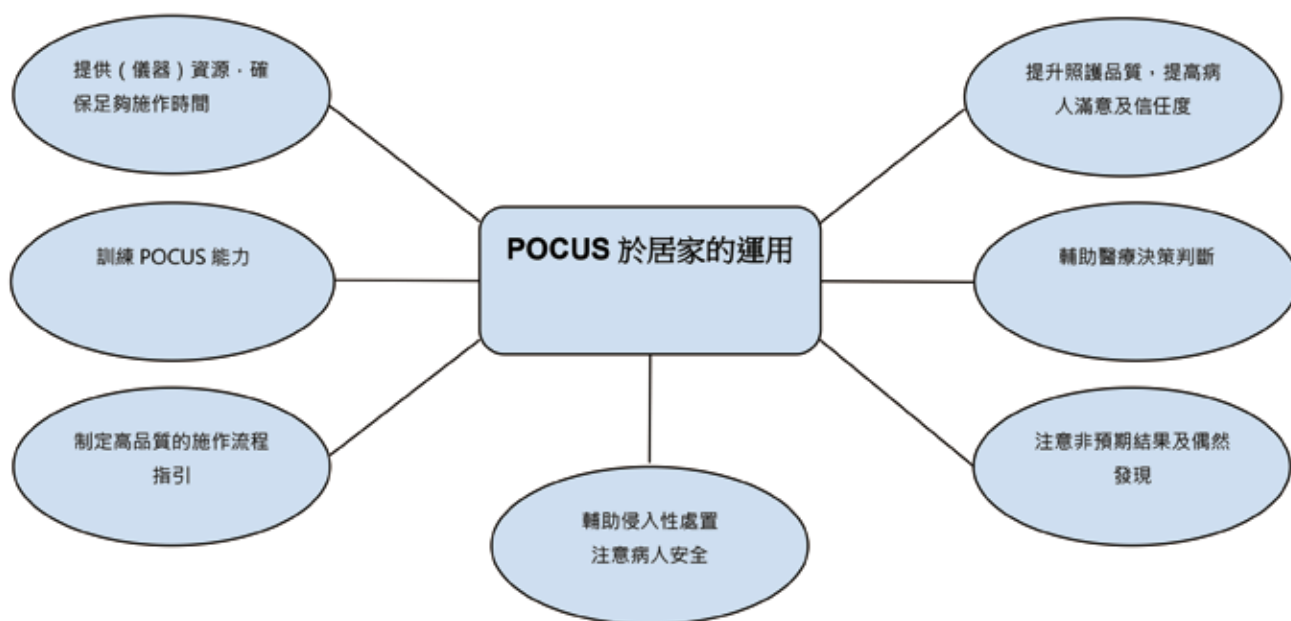
POCUS在居家醫療的使用限制

並非所有POCUS的應用都能如預期改善病人照護。由於超音波的應用倚賴使用者的操作技術，各個面向的技術難度也不同，未經完整訓練的檢查者可能會誤解獲得的影像，導致錯誤的治療。此外，超音波影像的過度使用，可能會導致過度診斷、假陽性結果，或是發現臨床上不重要的情況。根據2019年的一篇回顧型分析中指出，17%和16%的研究報告分別出現了不等程度偽陽性和偽陰性的誤診，20%的研究則提到偶然發現的情況¹¹。誤診或偶然發現可能會讓病人感到焦慮，或者是影響醫師的判斷，反而安排進一步檢查，甚至需要到醫院，如此一來便多少失去居家醫療的本意。不過，如果讓POCUS完全取代了次級醫療(secondary care)檢查，可能會忽略某些病情，進而延誤適當的治療。因此對於使用POCUS的居家醫師來說，掃描病人後該如何處理後續事宜並做出臨床決策是一大挑戰，如何提供適切及到位的超音波檢查尚待其他更高品質

的研究分析。此外，在執行侵入性措施時，POCUS的使用固然能增加安全度，但在居家環境下醫療資源相對匱乏，在欲施作高風險之侵入性措施時（例如胸水引流，心包膜積液引流等）必須評估病人安全性，減少相關不良事件之風險。

教育訓練

由上可知，在使用POCUS前，必須要確保執行流程及成像品質的穩定，因此教育訓練相當重要。一項針對居家照護與臨終照護情境中執業的醫療人員的需求評估顯示，儘管醫療人員對POCUS（床邊超音波）未來的訓練和應用有高度興趣，但他們的POCUS經驗和訓練相對較少。調查中顯示，60%的受訪者表示沒有POCUS經驗，且超過75%的受訪者認為POCUS及相關訓練對他們的臨床實踐有幫助。然而，超過一半的受訪者提到缺乏訓練和設備是POCUS在居家照護應用的兩大障礙。因此，如何在住院醫師訓練中，或在專科訓練完成後進行繼續教育，增加執行POCUS能力，可能是接下來醫院推動居家照護訓練的主要目標之一⁸。有一些令人鼓舞的證據顯示，經過訓練之後，在維持超音波執行及成像品質上有很好的成果。一篇前瞻性研究探討了在無醫療或POCUS訓練背景的初學者是否能透過自我掃描，獲得與專家相似的肺部超音波影像。結果顯示，初學者和專家掃描的影像品質無顯著差異，且可解讀性相似。以上結果顯示病人自我執行POCUS是可行的，並可能在居家健康監測中應用¹²。



圖二 POCUS於居家應用之重點及展望，改編自參考文獻13

結語

POCUS在居家醫療中的應用層面廣泛（圖二），不僅可用於症狀評估及輔助醫療判斷，還能協助完成侵入式治療，進一步提升居家照護的品質，增強病人的滿意度與對醫療的信任。隨著手持式超音波儀器價格逐漸降低，在居家醫療中提供必要的儀器資源，並確保醫師有充足的檢查時間，將有助於POCUS的推展。此外，為了提升其臨床效益，應加強醫師的操作訓練，確保具備必要技能，並制定高品質的操作指引，以維持檢查的一致性和可靠性。同時，在POCUS的應用過程中，需留意非預期結果或偶然發現，進行妥善評估和處理。在執行侵入性措施時，全面評估安全性，以減少潛在風險並保障病人的最佳利益¹³。目前針對POCUS在居家的應用上，尚缺少高品

質的文獻證實其對提升照護品質及節省醫療成本的效益，因此，需要更多隨機對照試驗和長期研究來評估其臨床價值。隨著更多相關證據的累積，POCUS在居家醫療中的潛力將有望被更廣泛地認可和應用，並可能成為改善人者健康結果、減少不必要就醫成本的重要工具。

參考文獻

1. José LDG, Paul HM, Seth JK: Point-of-Care Ultrasonography. N Engl J Med 2021; 385(17): 1593-602.
2. 曾家琳: 即時超音波在居家醫療的運用。居家醫療臨床工作手冊；臺灣家庭醫學醫學會編印：121-4。
3. 李伯璋: 推動人性化的居家醫療～全民健保居家醫療照護整合計畫簡介。居家醫療臨床

工作手冊；臺灣家庭醫學醫學會編印：28-36。。

4. Alexander RB, Cameron MB, Paul W, et al: Using Point-of-Care Ultrasound on Home Visits: The Home-Oriented Ultrasound Examination (HOUSE). *J Am Geriatr Soc* 2019; 67(12): 2662-63.
5. Raghu ST, Seshadri R, Raghavendra R: Time to FOCUS - 'Palliative Medicine Point-of-Care Ultrasound'. *Indian J Palliat Care* 2023 Jan-Mar; 29(1): 36-45.
6. Ana CM, Tomás F de S, Mariana M, et al: Home Ultrasound: A Contemporary and Valuable Tool for Palliative Medicine. *Cureus*. 2024 Mar 5; 16(3): e55573.
7. Rona ZH, Irit AD, Ron B, et al: Comparison between two-point and three-point compression ultrasound for the diagnosis of deep vein thrombosis. *J Thromb Thrombolysis* 2018 Jan; 45(1): 99-105.
8. Shivani KJ, Truelian L T, Arushi A, et al: A National Survey on Point of Care Ultrasonography Use Among Veterans Affairs Clinicians in Home Care and Skilled Nursing Facilities. *J Am Med Dir Assoc* 2024 Jun; 25(6): 104930.
9. Paola PRP, Juan IGM, Rocío MC, et al: Usefulness of point of care ultrasound in older adults: a multicentre study across different geriatric care settings in Spain and the United Kingdom. *Age Ageing* 2024 Jul; 53(7): afae165.
10. Jeff M, Marnie H, Zhimeng J, et al: The Impact of a Point-of-Care Ultrasound (POCUS) Program to Diagnose and Manage Ascites in Home-based Palliative Care. *J Am Med Dir Assoc* 2024 Feb; 25(2): 375-80.
11. Camilla AA, Sinead H, Jonathan V, et al: Point-of-Care Ultrasound in General Practice: A Systematic Review. *Ann Fam Med* 2019 Jan; 17(1): 61-9.
12. Nicole MD, Nick J, Irene WYM, et al: Novice-performed point-of-care ultrasound for home-based imaging. *Sci Rep* 2022; 12(1): 20461.
13. Joseph NAA, Aloysius NS, Luc B, et al: Practitioners' views on community implementation of point-of-care ultrasound (POCUS) in the UK: a qualitative interview study. *BMC Health Serv Res* 2023 Jan 25; 23(1): 84. 🇬🇧

孩睡得好嗎？ 淺談兒童常見睡眠障礙

馬偕紀念醫院家庭醫學科 張哲寧 黃偉新

前言

睡眠在促進健康方面扮演著不可或缺的角色，對於兒童及其家庭生活尤為重要。它不僅有助於調節認知、免疫和心血管功能，還是兒童生長和發育的關鍵基礎。當睡眠受到干擾時，可能引發認知與情緒問題，並對家庭互動造成負面影響。及早識別與治療這些問題，有助於預防潛在的併發症。

兒童的睡眠不足或睡眠障礙通常表現得與成人不同。成年人通常會出現疲勞和白天嗜睡，但兒童可能表現為行為問題，例如易怒、過度活躍以及學業表現下降。研究顯示，約50%的兒童可能在某個階段經歷睡眠問題，但僅有約4%的兒童被正式診斷為睡眠障礙¹。

正常睡眠發展

從嬰兒期到青春期的睡眠結構和模式都會發生變化。了解正常的睡眠模式和進程有助於臨床醫師和照顧者區分正常的睡眠行為和睡眠障礙。表一為睡眠發展的簡介。

兒童失眠症

當孩子經常在入睡或維持睡眠方面遇到困難，並持續超過三個月，每週至少三次，便可能被認為是兒童失眠症。這種情況可能對日常生活和健康產生長期影響，尤其是在學齡期的孩子中。睡前問題在幼兒中很常見，估計患病率為10%到30%³。常見的兒童失眠又分為睡眠起始關聯性失眠(sleep-onset association insomnia)和界線設立型失眠(limit-setting insomnia)。

表一 不同年齡段兒童的正常睡眠需求²

年齡	總睡眠時間（每日）	白天小睡的次數（每日）
0-3個月	16-18小時，通常一次睡1-4個小時，個體間差異較大。兩個月大後較常會出現明確的睡眠和清醒期。	
4-12個月	12-16小時（含小睡），五至六個月大時開始能睡過夜	一歲時約兩次
1-3歲	11-14小時（含小睡）	一歲半時約一次
3-5歲	10-13小時（含小睡）	三歲時約有50%孩童不小睡
5-12歲	9-12小時	五歲時95%的孩童停止小睡
13-18歲	8-10小時	小睡可能暗示有潛在的睡眠障礙

表格引用自Iglowstein I et al.(2003)²

睡眠起始關聯性失眠是指孩子在沒有照顧者的某些條件或動作的情況下無法入睡。例如，當孩子被放到床上時，父母或照顧者必須唱歌或搖晃孩子才能入睡。若孩子在夜間醒來，也無法自我安撫至再次睡著，而需要照顧者再重複睡前的特定行為才得以入睡。界線設立型失眠在學齡前後稍大的孩子中比較常見，孩子會在指定的就寢時間拖延或拒絕上床睡覺。通常是因為照顧者沒有充分落實睡前計畫與保持規律的就寢時間，也常會因為孩童的對立行為而加劇。在診斷界線設立型失眠時，需要考慮其他導致睡前阻力的原因，例如潛在的恐懼（做惡夢、怕黑、獨自睡覺）和焦慮。失眠症的診斷是臨床性的，除非懷疑有其他睡眠障礙，否則不需要進行多導睡眠圖

表二 兒童失眠的常見行為介入方法⁴

處理方法	敘述
父母指導	教導父母有關良好的睡眠習慣，如定時餵奶或進食、睡前常規、固定的就寢與起床時間、在孩童想睡但尚醒著時就將其置於床上等。
消弱技巧 (Unmodified extinction) (註：心理學上改變習慣或行為的技巧)	將孩童於固定的時間置於床上。 過程中除非是嚴重的哭鬧、生病或受傷，在孩童哭鬧時不予以理會，以避免孩童產生「哭鬧可以換來照顧者關心」的回饋。 減輕照顧者心理負擔的改良版，則是照顧者可以和孩童待在同一室，但其餘做法同上。
漸進式消弱技巧 (Graduated extinction)	基本概念同上，但照顧者可照固定的時間訪視孩童（如每 10 分鐘），或是逐漸增加訪視的間距。 訪視時照顧者與孩童的互動應是平靜且正向的，且每次不超過 1 分鐘。
正向睡前常規 / 推遲就寢時間與反應代價 (response cost)	正向睡前常規：靜態且放鬆的睡前活動，如床邊故事。 推遲就寢時間：將就寢時機推遲至孩童預計產生睡意時，以減少孩童在床上仍保持清醒的時長。 反應代價：若孩童在期望的時間內仍未入睡，則將孩童移出床鋪。
定時喚醒	照顧者首先紀錄孩童夜間醒來的時間模式。接著將孩童於預期會醒來的時間點之前便將孩童喚醒。喚醒次數則須隨時間慢慢遞減。

表格引用自Mindell JA et al.(2006)⁴

(Polysomnography, PSG)檢查。

預防是兒童失眠症的最佳處理方法。行為介入則是治療健康嬰兒和兒童因行為性失眠症引起的睡前問題和夜間醒來的首選（表二），對父母進行符合年齡的睡眠時間和健康睡眠習慣的教育非常重要。遵循一致的睡前常規，進行安撫情緒的過度活動如洗澡、換睡衣和閱讀等行為皆是有效的。最好避免看電視和使用3C產品，也不建議使用安眠藥來治療行為性失眠症。

對簡單行為介入沒有反應或有複雜問題（例如，醫療、精神、發育）的兒童則應轉介給睡眠專科。

不寧腿症候群(Restless leg syndrome, RLS)

不寧腿症候群是一種常見、複雜且可治癒的神經學表現，估計在兒童中的患病率為1%到4%。它在青少年中比在幼兒中更常見，男性和女性青少年的患病率相同⁵。大約四分之一的RLS患者有注意力不足過動症的症狀，反之大約12%到35%的注意力不足過動症患者患有RLS⁶。

患有RLS的兒童主訴他們的腿部有不適感，導致難以入睡和維持睡眠。兒童在描述他們想動腿的衝動時可能會使用如「想踢」般的語句描述。他們可能會形容他們的腿感覺像螞蟻或蜘蛛在爬，有刺痛或奇怪的感覺。有些人可能會在白天長時間不活動或坐在學校時出現

表三 不寧腿症候群的診斷標準⁸

1. 由於不舒服的感覺而產生的移動腿部的衝動	4. 主要發生在傍晚或夜間
2. 感覺在休息或靜態、躺下或坐下時開始或加重	5. 症狀會導致睡眠障礙或白天功能受損
3. 通過伸展或行走等運動暫時部分或完全緩解	6. 需要由孩童自行描述症狀

表格整理自 Allen RP(2014)⁸

以上症狀，並造成孩子的情緒、精力和學業受到負面影響。目前致病機轉被認為與基因、缺鐵、腦中多巴胺傳遞有關係⁷，也有觀察到與家族病史相關的特性。診斷是臨床性的，不需要安排PSG檢查，並需要滿足表三中的六個特徵。

RLS的處理需要排除誘發因素，例如缺乏睡眠和活動，以及可能加重RLS的藥物（例如，咖啡因、尼古丁、抗組織胺、SSRIs、TCA等⁹）。治療包括消除任何已知的原因或誘發因素，並在發現缺鐵時加以治療。

阻塞性睡眠呼吸中止(Obstructive Sleep Apnea, OSA)

阻塞性睡眠呼吸中止是一種睡眠障礙，其特徵是上呼吸道反覆出現部分或完全阻塞，即使身體試圖呼吸，仍會因氧氣交換受干擾而導致睡眠不連續。扁桃腺樣體肥大(adenotonsillar hypertrophy)與肥胖是健康兒童患OSA最主要的風險因子，而各項因子在不同年齡層也有不同的影響。如，學齡前之兒童主

要風險因素為扁桃腺樣體肥大；青春期主要風險因子則為：肥胖、男性、扁桃腺樣體切除術之手術史。兒童整體盛行率為1%到5%¹⁰，臨床表現在夜晚常見習慣性打鼾、張嘴呼吸、睡眠中嗆咳等。白天表現則有白天嗜睡、注意力不集中、衝動控制不良或過動等行為問題。

在評估阻塞性睡眠呼吸中止(OSA)時，詳細的病史詢問和理學檢查是重要的，包括了解睡眠習慣和檢查口咽部解剖特徵，最終診斷仍需依賴PSG。若未能及時治療，OSA可能導致多方面的健康問題，例如生長遲緩、夜間遺尿、注意力缺陷、情緒失調，以及肺動脈與全身性高血壓。對於兒童OSA，扁桃腺樣體切除術(adenotonsillectomy)被視為首選療法。研究顯示¹⁰，該手術可使70%的體重正常兒童的OSA症狀緩解，但對於肥胖兒童，緩解率僅約為30%。對於對手術無反應或無法接受手術（如因嚴重出血傾向、顱面異常、神經肌肉疾病或缺乏扁桃腺樣體肥大）的兒童，持續正壓呼吸器(CPAP)是常用的二線治療方案。

睡眠相位延遲症候群(Delayed Sleep Phase Syndrome)

睡眠相位延遲症候群屬於晝夜節律障礙(circadian rhythm disorder)的一種。主要睡眠時間延遲超過兩個小時，入睡時間和醒來時間都延遲，且至少持續三個月，造成患者無法配合社會普遍的睡眠作息。

睡眠相位延遲症候群在青少年及年輕成年人中最為常見，患病率為3.3%至4.6%，而青少年中女性又比男性常見。遺傳因素、環境因

素，包括早晨光照減少和晚上光照增加，會加劇晝夜節律的延遲。大約40%的患者有睡眠相位延遲症候群家族史。¹²

光線，特別是短波的藍光作用於視交叉上核，是最主要調節生理時鐘的因素。在睡前時間暴露在光線下（例如，使用3C產品時）會減少褪黑激素的分泌，從而延遲睡眠的開始。日常生活的活動，例如進餐、運動和洗澡，則可以幫助重置生理時鐘。診斷是臨床性的，應鼓勵孩子和家人記錄七到十四天的睡眠日記，包括週末，而不需要進行PSG。

治療目標為使作息時間符合期望，睡前常規和醒來時間需要始終如一地練習，並保持良好的睡眠衛生（如表四）。應向患者解釋治療原理，以建立對實際的入睡和起床時間的期望。建議在睡前6-8小時服用0.5毫克的褪黑激素（雖然最佳劑量的證據目前仍不足），並衛教患者此藥物並非「安眠藥」，而更似生理時鐘的「提醒」。在醒來後盡量立刻進行亮光療法(bright light therapy)照射至少30分鐘。最好是使用陽光，或10000勒克斯(lux)強度的室內光並距離30-50公分¹²，並與動態活動或運動相結合時最有效。

類睡症(Parasomnias)

類睡症泛指在睡眠期間發生的非預期行為或經歷。約半數兒童會經歷某種形式的類睡症¹⁴，約4%的人則可能會持續到成年。儘管這些情況多數會在青春期逐漸消失，但對一些家庭來說，這類現象可能造成顯著困擾。孩子在過程中可能難以被喚醒，意識不清，可能會很

表四 睡眠衛生建議¹³

睡前常規與起床時間應盡量維持固定
臥室應安靜且黑暗，溫度應舒適且涼快
可視情況在睡前給予點心止飢。避免睡前大量的水分攝取，睡前數小時應避免含咖啡因的飲料或食物
孩童應學會獨自睡著
睡前應避免激烈運動

表格引用自Deshpande P et al. (2022)¹³

快地重新入睡，並且可能會忘記發生事情經過。類睡症常有遺傳傾向，在有誘發因素（例如，OSA、RLS、胃食道逆流、疼痛、壓力、外部刺激、鎮靜藥、酒精）的情況下容易發生，而睡眠不足會加劇這種情況¹⁵。類睡症多半會在特定的睡眠階段中發生，如快速動眼期(REM)，或非快速動眼期(NREM)。以下也將類睡症分成此兩類作簡介。

非快速動眼期的類睡症常見的有：意識不清的喚醒(confusional arousal)、夜驚(sleep terror)和夢遊(sleep walking)。發生在睡眠期的前半段，孩子可能會下床活動、在床上坐起來、看起來很困惑、突然尖叫，並且通常事後毫無記憶。快速動眼期的類睡症常見的則有：夢魘(nightmares)、睡眠麻痺(sleep paralysis)等，主要發生在睡眠期的後半段。診斷皆是基於臨床表現與病史詢問，若有非典型的表現則可安排PSG做進一步確認。常見的類睡症如表五。

表五 常見的類睡症簡介¹⁴

種類	時間	睡眠階段	下床？	行為	有記憶
意識不清的喚醒	上半夜	NREM	否	從睡眠中部分醒覺但意識不清的狀況，孩童可能神情困惑，睜閉眼都有可能。通常不會有身體活動也不會有交感神經活化的情形	否
夜驚	上半夜	NREM	是	突然坐起、尖叫、可能跳下床奔跑。孩童可能會非常激動與混亂，並可以觀察到非常活躍的交感神經活動	否
夢遊	上半夜	NREM	是	自睡眠中部份醒覺且下床行走，從簡單的遊走到複雜的行為如開車、小便等均有病例。孩童也可能被發現睡在不同的地方	否
夢魘	下半夜	REM	否	做惡夢後完全清醒	是 / 否
睡眠麻痺	下半夜	REM	否	清醒時仍維持 REM 時的無肌張力狀態，有時會伴隨呼吸困難或幻覺產生。	是

表格整理自Kotagal S (2009)¹⁴

儘管從父母或照顧者的角度來看類睡症時常充滿戲劇性，但通常是自限性的，醫師主要可以努力的方向在於辨認出是否有誘發因素或是共病症。由於類睡症可能涉及下床甚至奔跑，因此環境安全至關重要。這些措施包括鎖好門窗、移除危險物品、清理地板上的玩具，以及將床墊置於地板上或將軟墊、地墊鋪於床邊等。同床的親人也須獲得良好的衛教，並在必要時避免繼續同床。若有暴力行為或受傷事件，或對保守治療沒有反應的兒童，則應轉介給睡眠醫學專家。

睡眠剝奪

睡眠剝奪是一個嚴重的健康問題，會造成嚴重的後果。根據台灣兒福聯盟2019年的調查¹⁶，近八成的台灣學生平均每天睡眠時數少於標準的8小時，高中職生更是接近九成。睡眠不足可能造成肥胖、糖尿病、受傷、心理健康

不佳以及注意力和行為問題的風險增加¹⁷。建議的睡眠時間如表一所示。

結論

兒童睡眠障礙會影響家庭互動，並導致認知和行為問題，早期識別和管理可以預防這些併發症。兒童的睡眠不足或睡眠障礙通常表現得與成人不同，治療的方式許多需要家長的行為介入或避免誘發因素。呼籲父母及家庭醫師們應重視和警覺兒童睡眠的問題，以維護我們未來主人翁生長和發育的健康。

參考文獻

1. Lisa JM, Courtney J, Jonathan C, et al: Prevalence of diagnosed sleep disorders in pediatric primary care practices. *Pediatrics* 2010; 125(6): e1410-8.
2. Ivo I, Oskar GJ, Luciano M, et al: Sleep duration from infancy to adolescence: reference values

- and generational trends. *Pediatrics* 2003; 111(2): 302-7
3. Susan LC, Julio FM, Alexandros NV, et al: Prevalence of insomnia symptoms in a general population sample of young children and preadolescents: gender effects. *Sleep Med* 2014; 15(1): 91-5.
4. Jodi AM, Brett K, Daniel SL, et al: American Academy of Sleep Medicine. Behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children [published correction appears in *Sleep*. 2006 Nov 1; 29(11): 1380]. *Sleep* 2006; 29(10): 1263-76.
5. Hilary H, Deepak K: Restless legs syndrome in children. *Pediatr Ann* 2018; 47(12): e504-6.
6. Marco A, Samuele C, Oliviero B: Somatic and neuropsychiatric comorbidities in pediatric restless legs syndrome: a systematic review of the literature. *Sleep Med Rev* 2017; 34: 34-45.
7. Hélène C, Patrick AD, Lan X, et al: Restless legs syndrome-associated MEIS1 risk variant influences iron homeostasis. *Ann Neurol* 2011; 70(1): 170-5.
8. Richard PA, Daniel LP, Diego GB, et al: Restless legs syndrome/Willis-Ekbom disease diagnostic criteria: updated International Restless Legs Syndrome Study Group (IRLSSG) consensus criteria--history, rationale, description, and significance. *Sleep Med* 2014; 15(8): 860-73.
9. Charlene EG, Christopher JE: Restless legs syndrome: a clinical update. *Chest* 2006; 130(5): 1596-604.
10. Carole LM, Brooks LJ, Kari AD, et al: Diagnosis and management of childhood obstructive sleep apnea syndrome. *Pediatrics* 2012; 130(3): e714-55.
11. Hui-Leng T, David G, Leila KG: Obstructive sleep apnea in children: a critical update. *Nat Sci Sleep* 2013; 5: 109-23
12. Alexander DN: Delayed sleep-wake phase disorder. *J Thorac Dis* 2018; 10(Suppl 1): S103-11.
13. Prajakta D, Betzy S, Cynthia H: Common Sleep Disorders in Children. *Am Fam Physician* 2022; 105(2): 168-76.
14. Suresh K: Parasomnias in childhood. *Sleep Med Rev* 2009; 13(2): 157-68.
15. Pradeep CB, Munish KG, Mahesh MT, et al: Sleep Medicine: Parasomnias. *Mo Med* 2018; 115(2): 169-75.
16. 兒童福利聯盟(2020)。台灣學生睡眠及使用提神飲料調查報告。取自：https://www.children.org.tw/publication_research/research_report/381
17. Nathaniel FW, Jennifer LM, Merrill SW, et al: American Academy of Sleep Medicine Board of Directors. Delaying middle school and high school start times promotes student health and performance: an American Academy of Sleep Medicine position statement. *J Clin Sleep Med* 2017; 13(4): 623-5. ㊦

代言人 林心如

[Handwritten signature]

游泳比賽

本會114年度游泳比賽，歡迎踴躍報名參加！

一、時間：民國114年7月13日（星期日）中午12:00報到，12:30開始比賽

二、地點：台北醫學大學體育館B1游泳池（台北市吳興街250號）

三、報名：請於6月30日前向本會報名

電話：(02)2351-0756分機17林小姐 傳真：(02)2351-0739

四、參加資格：1. 團體組：以醫院為單位組隊，每隊4人。

(1) 限本會會員

(2) 報名未達四隊取消賽程

2. 個人賽：(1) 限本會會員及配偶

(2) 除四人160歲接力賽外，每人限報名兩項。

(3) 賽程決定後，即不可更改組別，不接受臨時報名。

(4) 報名人數不足20人時，取消該比賽。

五、獎勵辦法：皆取冠、亞、季軍三名；個人賽程不足三人報名的項目改為表演或與他組合併賽程共同計時（視報名情況而定），發給參加獎，只要報名都有機會下水。

※為縮短比賽時間，必要時可能併項舉行，分別計時。

※為響應環保，本會不提供礦泉水，請自備水壺飲水。 ※場地如有變動，會另行通知。

會員游泳比賽報名表

團體隊名		隊長		聯絡電話	
團員名單					
個人組姓名					
服務院所			出生年月日		
聯絡電話			傳真或E-Mail		
參加項目	☐ 長青組：65歲（含）以上 ☐ 壯年組：45歲（含）以上 ☐ 公開組：不限年齡				
	☐ 男子組50公尺 ☐ 女子組50公尺 ☐ 自由式 ☐ 蛙式 ☐ 仰式 ☐ 蝶式				
	☐ 四人160歲以上200公尺接力（可現場自行組隊，男女不拘，不分泳式） _____（ 歲）_____（ 歲） _____（ 歲）_____（ 歲）				

羽毛球賽

本會114年度會員羽毛球賽即將舉行，請各位會員踴躍報名參加。

一、比賽時間：114年7月27日(星期日)下午1:00報到，1:30開始比賽。

二、比賽地點：台北醫學大學體育館2樓球場（吳興街250號）

三、比賽分組方式：

1. 單打：青年組（40歲以下，民國74年7月27日後出生之會員）

壯年組（41歲以上，民國74年7月26日前出生之會員）

2. 男子雙打組（請會員自由組隊參加）。

3. 女子雙打組（請會員自由組隊參加）。

4. 男女混雙組（會員組隊或會員與配偶組隊）。

5. 百歲組。會員年齡合計100歲以上雙打，會員自由組隊。

※以上各組參賽組數未達三隊以上（含三隊），取消該組賽程。報名總人數未達20人時，取消年度比賽

四、比賽規則：

1. 以二十一分新制記分法記分。

2. 參賽資格為本會會員。惟混雙可與配偶搭配。

3. 每位會員報名組數不得超過2組。

4. 請依規定報名，不接受現場報名。

五、報名截止日期：即日起至7月15日止，來電或傳真報名。

聯絡人及電話：(02)2351-0756分機17 林小姐，Fax：(02)2351-0739。

備註：1. 為響應環保，本會不提供礦泉水，請自備水壺飲水。

2. 場地如有變動，會另行通知。

羽毛球賽報名表

姓 名	電 話 (手機)
醫療院所名稱	車 號
參 加 組 別	☐ 單打 ☐ 青年組 ☐ 壯年組 ☐ 雙打 ☐ 男子雙打 搭配者：----- ☐ 女子雙打 搭配者：----- ☐ 男女混雙 搭配者：----- ☐ 百歲組 搭配者：-----

團體桌球聯誼賽

比賽地點：台大綜合體育館B1桌球室（屆時該處若不克外借將另擇場地舉行）
（台北市羅斯福路四段一號，位於辛亥路與新生南路交界處）

比賽宗旨：增進各院區與診所桌球同好交流，凝聚台北市醫師公會桌球隊向心力。
在忙碌的醫涯中能兼顧運動與健康，以球會友。

團體組：

一、**比賽日期：**114年8月10日（星期日）下午1:30報到，2:00開始比賽。

二、比賽方式：

- 1.採五點制（1、3、5點單；2、4點雙），預賽循環，複賽單淘汰。
- 2.每隊人數：最少7人（包含隊長）最多9人。
- 3.各組比賽皆採11分五局三勝制。
- 4.團體賽各隊需派出一名球員擔任裁判。
- 5.小組預賽中，若兩隊在五點打完前已分出勝負，則剩下的點為友誼賽性質，不計入比賽成績。複賽搶三點即結束。

三、**參賽資格：**限本會會員，不限男女。

四、組隊規則：

- 1.各級醫院醫師會員，限同體系統組成一隊，上限兩隊。
舉例：市聯和平、仁愛可同隊；台大總院與北護分院可同隊。
若人數不足一隊，至多兩不同體系醫院聯合組隊。
- 2.診所單位：各診所醫師會員可自行組隊。
診所醫師若人數不足組隊，可加入醫院隊（每隊限2名）。

五、比賽規則：

- 1.採用中華民國桌球協會審定公佈之最新比賽規則。
- 2.使用40+塑料比賽球。

六、**報名日期：**請於7月25日以前向本會林小姐報名。電話：(02)23510756分機17，
傳真：(02)23414044。

※為響應環保，本會不提供礦泉水，請自備水壺飲水。

團體組桌球聯誼賽報名表

隊名	隊長	
隊員		
	聯絡電話	

服 務 欄

誠徵醫師

- 國泰綜合醫院(總院)誠徵家庭醫學科、老人醫學科專科主治醫師，意者請將履歷e-mail至 cgh478308@cgh.org.tw。
- 中正區診所誠徵家醫專科醫師，意者請洽0911-001-187溫主任。
- 中山區大直診所誠徵內、外、家醫、急診、一般科專任醫師，薪優高PPF，診次可談，意者請洽 0972-879-636張小姐。
- 信義區儷寶得信義皮膚科診所誠徵皮膚科醫師，薪優，專兼職皆可，意洽(02)8787-5123#19高小姐。
- 中山區耳鼻喉科診所誠徵具耳鼻喉科看診經驗之專任醫師，請洽0935-007-737周醫師。
- 內湖區康研診所誠徵心臟代謝專科醫師，工作環境氣氛舒適，薪資面議，歡迎有興趣合作之醫師洽談，意洽0939-262-745。
- 財團法人醫藥品查驗中心(CDE) 誠徵：醫師審查員，職務：藥品查登、臨床試驗、研發諮詢輔導，具醫師證書及專科醫師證書，詳閱本中心官網及<https://cdehr6.wixsite.com/recruitment> (請以chrome開啟)意洽 02-8170-6000#657。
- 萬華區聯合診所誠徵神經內科、胸腔內科、小兒科兼任醫師，意者洽0910-091-158陳醫師。
- 內湖區診所誠徵家醫專科醫師，待優，意者請洽0958-182-817或pfdrc2016@gmail.com。
- 大安區內兒科診所誠徵專任或兼任內科、兒科、兒耳鼻喉科醫師，出國代診亦可，近捷運站，意洽 0916-846-036。
- 北投區誠徵骨復健科、內科具風濕病次專科、神經內科、家醫科專科醫師報備支援可，請洽張院長2821-0197。
- 中山區診所誠徵家醫科或急診科醫師，一週5~8診可討論，多位醫師請假方便。意洽0952-661-617黃小姐。
- 信義區診所誠徵家醫、新陳代謝、精神或內科醫師，與傳統經營模式不同，除門診診治病人外，積極拓展至長照機構，與政府政策接軌，開創全新市場機會，可先報備支援兼診，意洽詹小姐 0963-234-232。
- 中正區幫痘氏公館皮膚科診所誠徵皮膚科醫師，薪優，專兼職皆可，意洽(02)8787-5123#19高小姐。
- 松山區聘請有耳鼻喉科診所看診經驗之兼任醫師。近南京三民站，意者請洽0906-199-888林小姐。
- 松山區南京三民站診所聘請有家醫科、耳鼻喉科診所看診經驗之專任醫師，意者請洽0925-283-232邱小姐。
- 松山區耳鼻喉科診所誠徵醫師，耳鼻喉、家醫、小兒、內科均可。意者請洽陳醫師0932-157-542或Lind ID: solo5b。
- 信義/中正區醫美診所禮聘醫師，雷射光療肉毒微整為主，客源穩定，可培訓。意者週間上班時間請洽胡經理2389-1213。
- 內湖區康研診所誠徵合作新陳代謝科醫師，薪優，意者洽廖小姐0939-262-745。
- 士林區診所誠徵可長期合作正職、兼職醫師6~8診，待優。意洽0933-851-670許小姐。
- 中山區(大直捷運站)聘請有一般科診所看診經驗之專兼任醫師。意者請洽：(02)8509-1776洽吳先生。

醫院診所租售

- 診所頂讓，大安森林公園捷運站6號出口正後方，地點優，環境佳，已裝潢，交通便利，附有2個停車位，意者請洽：0985-321-881陳小姐。
- 三重診所出租，1+2樓80坪適合各科，牙醫、中醫亦可，近市場、國小人潮多，意者請洽：(02)2322-5064。

開懷篇

陳志鑫診所 陳志鑫

結婚有什麼用？

兩位閨蜜在咖啡廳磕牙。

A女：「結婚有什麼用？」

B女：「有個鳥用。」

A女：「那不結婚有什麼用？」

B女：「有很多個鳥用。」

薑還是老的辣

某大學有四個學生因貪玩無法參加次日的考試。四個人編個故事說：「因遠遊汽車爆胎，四個人只好下車推車，推到第二天來不及應考。」

教授說他們三天後來補考。考試當天教授說：「你們四位坐在教室的四個角落。」打開考卷只有兩道題，各佔50分。

(一) 哪個輪胎爆了？(1)左前；(2)右前；(3)左後；(4)右後。

(二) 你們四人各自坐在車裡哪個位置？(1)左前；(2)右前；(3)左後；(4)右後。

結果：四個人都被當了。

原來如此

兩位閨蜜四年不見，在咖啡廳重逢聊天。

A：「你男友最近好嗎？」

B：「我男友的車從豐田到凌志，再到賓士，最後是開保時捷。」

A：「哇，你男友太厲害了！」

B：「喔，不。是我換了四個男友。」

事與願違

小明被媽媽連續相親了兩個美女。

晚上小明躺在床上想著：「一個身材一流，可惜長相太國字，還有暴牙，看她一笑令人受不了。」「另一個臉蛋甜美，可惜是個肥妞。不知如何抉擇。」

第二天媒人來說：「兩個都看不上小明。」

攝影秀 英國倫敦

國泰綜合醫院小兒科 林隆煌

：英國倫敦



倫敦塔橋是英國最廣為人知的橋樑



捕捉倫敦塔橋的地點主要在泰晤士河南岸



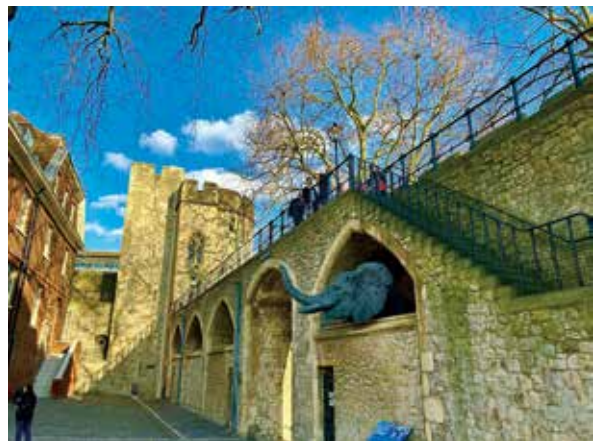
倫敦塔橋最美的角度



拜沃德塔是倫敦塔的甕城位於護城河內岸，由兩座塔樓組成



倫敦塔著名的黑獅雕塑



倫敦塔展區展示出當初收容動物的樣子



大笨鐘為倫敦市區熱門景點之一



大英博物館藏埃及木乃伊



羅塞塔石碑是大英博物館的鎮館之寶



哈利波特與被詛咒的孩子舞台劇演出地點於皇宮劇院



泰晤士河北岸的摩天大樓群



紅色雙層巴士

健保案反轉刑事案— 醫療專業意見？

雙合耳鼻喉科聯合診所 李志宏

刑事訴訟法113年5月15日施行之鑑定新制①，要求鑑定人須具結、具名及到庭以言詞說明，造成刑事醫事鑑定窒礙難行，經衛生福利部、法務部及臺灣高等檢察署積極溝通協調，將由衛生福利部自114年5月1日起辦理「醫療專業意見」試辦計畫，以解決當前困境。司法院為強化鑑定之程序保障，於113年5月15日施行之刑事訴訟法部分修正條文，規定鑑定人須具結、具名及到庭以言詞說明。修法內容將對現行醫事鑑定制度造成巨大衝擊，具名可能使鑑定醫師受到關說請託或騷擾甚至報復，而有心理壓力；又醫師本業為醫療照護，現行臨床業務已十分龐大，難以負荷出庭。修法後具名及出庭之規定使醫師參與鑑定之意願大幅降低，造成衛生福利部醫事審議委員會②（下稱醫審會）刑事醫事鑑定窒礙難行，又檢察機關因醫審會之客觀性、公正性及專業性，多有依賴醫審會之醫事鑑定，故醫審會刑事醫事鑑定的停擺，亦間接影響了民眾於訴訟過程中釐清真相之權益。衛生福利部為避免委託鑑定機關因將相關卷證資料交至醫審會，難以委託其他鑑定人進行鑑定，而影響民眾權益，故自113年8月15日起檢還暫緩審理之刑事案件資料予委託鑑定機關，並請其選任其他鑑定人另為鑑定，或洽相關醫學會提供醫療專業意見③。為緩解檢察機關偵辦醫療糾紛案件無法送醫審會鑑定之困境，衛生福利部、法務部及臺灣高等檢察署，經多次會議溝通協調，共識若檢察機關於偵查醫療糾紛案件，有徵詢醫療意見之需要時，得函詢衛生福利部「醫療專業意見

④」，以作為案件偵查階段之參考。該試辦計畫預計自114年5月1日起正式施行，將可解決大部分刑事案件因刑事訴訟法新制而無法繼續偵辦之問題。（「衛生福利部與法務部合作，114年5月1日施行新制解決刑事醫事鑑定困境」焦點新聞，衛生福利部醫事司，民國114年5月1日。）

「知我者同學你！一開始我就擬以此理由回復行政法院…無奈無法達成共識，似乎推薦鑑定人才是本學會理監事的共識！」丙醫師說。

「真的！健保『給付』、還是『支付』…健保署不可能傻傻分不清楚。」乙醫師再次強調健保署是刻意裝傻，接著說：「你還記得15年前我們與蔡副開會時精彩的對話？」。

「蔡婦…誰啊？」丙醫師明知故問。

「副手的副、不是婦人的婦，你故意的喔？」

「喔！年紀大了…該記的沒有記住、該忘的沒有忘掉，sorry！」丙醫師趕緊停止吐槽，繼續說：「當年是經理，最後是以副署長頭銜退休。」

「我知道你們在講誰了…當年是什麼精彩對話？」甲醫師應該聽過這故事。

「健保合約！還是長官您指派我們去談判…不對，去應戰！」丙醫師想起當年年輕氣盛的樣子，接著說：「當時談判有三個重點：第一就是不應該將特約機構人員欠繳的健保保費，逕由健保支付給機構的費用中扣除；其二

就是健保總額每年不同，健保合約也該是一年一簽，不該是二年一簽；最後就是健保核刪通知，建議應同時副知保險對象！」

「哇！都是大菜，健保官員都難以下嚥吧？」甲醫師問。

「可能吧…只有第一個重點在法律上完全站不住腳，承保處當場收回新增的合約條文。其他…帶回去研究！老套！」乙醫師對著丙醫師說：「其他你講…」

「後來，健保合約二年一簽變成三年一簽，因為醫師及特約醫事服務機構都…怕麻煩！真不懂這些人怎麼想的：總額成長不足時，就可以在合約談判時減少健保給付，甚至將保證基本的『點值』加入合約中，不必像這幾年…用期待的。」丙醫師本身其實沒啥期待，尤其是有了敬老身分後。

「最精彩的也要提一下啊！」乙醫師提醒丙醫師。

什麼最精彩的？限制級的嗎？」丙醫師覺得「健保」…樣樣都精彩。

「債權、債務關係啊！你碩士論文的重點…」乙醫師再度提醒丙醫師，不要假裝自己老了。

「喔！健保的核刪通知，建議應該同時副知保險對象這事嗎？」

「對啊！不正是你這位秘書長正在處理的事嗎？」乙醫師問。

「我聽起來也是一回事，大秘書長！」甲醫師喜歡用此稱呼丙醫師。

「當年的蔡經理以無法送達保險對象…軟性回復我們。」丙醫師回答，接著回憶說：

「我就再請教：健保保費你們都送達得到、收得到，怎麼就核刪通知副本送達不到？」

「好犀利的反質詢！結果呢？」甲醫師套用新術語。

「當然是…僵在主席台，思考如何回應這問題？」丙醫師說。

「那不是…很糗嗎？」甲醫師問。

「只好藉自問自答方式來解圍…所以我們建議可以透過『投保單位』轉交給保險對象！」丙醫師面向乙醫師回答。

「這不是很棒的建議嗎！蔡經理沒有接受嗎？」甲醫師似乎沒聽過這段。

「她說…這樣會洩漏保險對象的個人資料？」乙醫師回答後噗哧一笑。

「對啊！現在的健保醫療資訊雲端查詢系統，不正是『隨時』都在洩漏保險對象的個人資料？」甲醫師問。

「正是！但是不知道使用中的查詢系統是否會在專業審查不予支付後，更正：被核刪的健保醫療資訊…這項檢查、手術或藥品不符健保規定、不予給付？」丙醫師有感而問。

「哈！你在做白日夢嗎？」乙醫師第一次聽到丙醫師神一樣的建議。

「大秘書長講得對極了！政府的資訊本應該公開、透明，何況這還是保險對象個人使用健保資源的資料，怎麼可以…不正確！」甲醫師似乎在反諷。

「唉！夢裡什麼都有…」不等丙醫師嘆氣講完這段、乙醫師就插話。

「不是修法直接消滅『債權債務』關係嗎？」乙醫師略知內情。

「直接消滅？真假？」甲醫師問。

「她當年說這樣會洩漏保險對象的個人資料，所以需要帶回去研究！」丙醫師先來結束事實部分，接著說：「我們藉由尿遁暫時離席，回來後其它出席公協會代表都同意讓健保局先提方案，下次合約修正時再議。最後我們只堅持須比照立法院修法方式，留下：附帶決議！」

「後來呢？」甲醫師問。

「後來我們就沒有再受指派出席！因為合約先改成三年！」乙醫師回應。

「更精彩的是隨後的二代健保修法：利用第54條：保險醫事服務機構對保險對象之醫療服務，經保險人審查認定不符合本法規定者，其費用不得向保險對象收取。取代原來第42條：保險醫事服務機構對保險對象之醫療服務，經醫療服務審查委員會審查認定不符合本法規定者，其費用應由該保險醫事服務機構自行負責。自行負責與不得收取的法律意義，差很大！」丙醫師先提法律規定，接著說：「更不可思議…修正理由居然是：醫事服務機構應自行負責，不得向被保險人收取，爰酌作文字修正，以臻明確。明確個鬼！自行負責是可以向接受醫療服務者，收取健保不給付部分的費用，怎變成『不得收取』才是明確？」

「所以說健保債權債務關係…被強制消滅？」甲醫師問。

「是的！」乙醫師苦笑地回答。

「修法時，我們怎麼沒發現？」甲醫師覺得不可思議。

「就我們三個臭皮匠，如何對抗一群妖魔鬼怪？為了抵擋以『家戶總所得』當成繳交健保保費的提案，已經搞得精疲力盡…」三個臭皮匠因此有革命感情。

「後來轉成新增『補充保險費』的規定，還被你比戲稱是『健保小三』，不是嗎？」乙醫師對著丙醫師說。

「那是投稿報社編輯改的，我原本的標題是『糟糠之妻不可棄』。搞小三，沒本事；保護正室才是真丈夫！」丙醫師講得頭頭是道，二位戰友猛點頭。

「『不得收取』違憲…就等待釋憲，就像111年憲判字第19號居然是由保險對象自行聲請，這案子就期待某位誤入叢林的醫師聲請釋憲！」乙醫師想起釋字第711號也是由醫師提起的限制藥師執業處所案。

「機會來了！還在進行中…診所對健保署的『一般給付行政訴訟』，居然另有他字案刑事調查，地檢署來函詢問：何謂鼻雷射手術？健保「鼻雷射手術」(65072B、3108點)施行的病症為何？手術名稱、方式有哪些？等…」
(未完待續)

問題①何謂「刑事訴訟法鑑定新制」？

解答：《刑事訴訟法》部分修正條文（關於鑑定部分）及增訂《刑事訴訟法施行法》第7條之19，業於112年12月15日經總統公布。本次修法對於鑑定人之資格，與本案訴訟關係人之利益揭露、偵查中請求檢察官為鑑定、鑑定報告應包括之事項、當事人於審判中自行委任鑑定及費用負擔、為機關實施鑑定之自然人具名及使到庭以言詞說明、對專家學者徵詢法律上意見等事項，均加以明文規範，使我國鑑定制度更為完善。修正條文關於(1)鑑定人於審判中應到庭以言詞說明（第206條第4項、第5項）；(2)機關鑑定應由具鑑定人資格之人實施鑑定，並於鑑定前具結及應於書面報告具名、書面報告例外具特別可信性或經當事人同意者得為證據，當事人於審判中得聲請法院囑託機關鑑定，或負擔費用委任機關鑑定，並因鑑定之必要聲請交付關於鑑定之物（第208條）；(3)法院得選任專家學者陳述法律上意見（第211條之1），乃鑑定制度之重大變革，為使審、檢、辯及鑑定機關各方均能妥適因應，明定於總統公布後5個月即113年5月15日施行。

司法院表示：為完善相關配套措施，刑事廳已先行盤點新制施行可能面臨的問題與爭議，並自1月23日起，邀集實務常見的鑑定機關（法務部調查局、法醫研究所、警政署刑事警察局、憲兵指揮部刑事鑑識中心、海巡署偵防分署）、執掌鑑定或認證業務的相關部會（衛福部、交通部、環境部、農業部），及

審、檢、辯、學等代表，召開4次「刑事訴訟鑑定新制諮詢會議」，彙整各界提供之意見與建議，研擬鑑定新制問答集，提供各界參考，俾利新制運作。（參考「113年5月15日刑事訴訟鑑定新制施行司法院：研擬新制問答集，以利實務運作」新聞稿，司法院刑事廳，民國113年5月15日。）

刑事訴訟法此次鑑定制度之修正，針對鑑定人的資格、報告形式與證據能力等事項有著更為嚴謹的要求。這些變革對於提升鑑定制度之公正性與專業性，有著正面的意義。然而，在醫療鑑定領域，修法後可能衍生之鑑定人負擔加重、鑑定意願低落、機關鑑定例外要件如何界定等疑慮，尚須進一步提出明確之解決方案。此外，在刑事訴訟法鑑定新制之下，醫師參與鑑定應更加慎重。醫療鑑定人須具結以擔保意見真實性，並於審判期日到庭說明鑑定內容，同時接受當事人詰問。醫師出庭作證不僅須耗費大量時間及人力，身分公開後更可能遭受當事人質疑和媒體關注，甚至因而捲入司法爭端。是以，醫師一方面應本於專業協助司法發現真相，另一方面亦須審慎評估參與鑑定可能帶來的風險。（參考李敦誠、王志嘉「刑事訴訟法鑑定制度修正對醫療鑑定之影響——以鑑定人與機關鑑定為中心」，臺灣醫界雜誌第67卷第7期，2024年7月。）作者於文末語重心長道：為應該透過更周延之配套措施以妥善因應上述相關問題，如提供合理之鑑定費用、提供鑑定機構及鑑定醫師完善的保護機制等作為，在追求鑑定公平公正、鑑定效率及鑑定醫師保

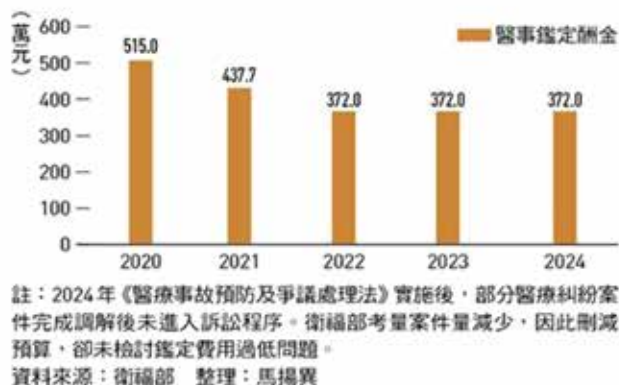
醫鑑結果「有疏失」低於5% 報告匿名備受質疑

——衛福部近年醫療糾紛鑑定案件統計



責任大、誘因低 醫鑑酬金一年不足400萬

——衛福部近5年醫鑑酬金預算數



圖一 行政訴訟聲請鑑定狀（圖片來源：司法院）

障等多元價值間尋求動態平衡。以上亦是著者的疑慮：真的做得到嗎（圖一）？

問題②：衛生福利部「醫事審議委員會」的組成依據及辦理事項為何？

解答：《醫療法》第八章醫事審議委員會第98條第一項：「中央主管機關應設置醫事審議委員會，依其任務分別設置各種小組，其任務如下：一、醫療制度之改進。二、醫療技術之審議。三、人體試驗之審議。四、司法或檢察機關之委託鑑定。五、專科醫師制度之改進。六、醫德之促進。七、一定規模以上大型醫院設立或擴充之審議。八、其他有關醫事之審議。」第二項：「前項醫事審議委員會之組織、會議等相關規定，由中央主管機關定之。」所稱「中央主管機關」就是衛生福利部；所稱「定之」就是現行《衛生福利部醫事審議委員會設置要點》行政規則（註：民國94年11月23日衛署醫字第0940223430號函訂定，民國102年9月4日衛部醫字第1021680771函修正，自民國102年7月23日生效），原是授權法規命令之《行政院衛生署醫事審議委員會組織規程》，已於民國95年2月7日行政院衛生署衛署醫字第0950201057號令發布立即廢止生效。

目前設置要點第3點：「本會置主任委員一人，委員十四人至二十四人，均由衛生福利部（以下簡稱本部）部長就不具民意代表、醫療法人代表身分之醫事、法學專家、學者及社會人士遴聘之，其中法學專家及社會人士之比例，不得少於三分之一，聘期均為二年。」第4點第一項：「本會設下列小組，分別辦理第二點所列事項：（一）醫療技術小組。（二）醫事鑑定小組。（三）醫療資源及

專科醫師小組。」第二項：「…醫事鑑定小組置委員二十一人至三十六人，各小組並以其中一人為召集人…各小組委員之聘期與本會委員相同。」神奇的事：委員會人數是1+(14~24)人；醫事鑑定小組人數是21~36人，醫事鑑定小組人數超越本會人數？第6點第二項：「…醫事鑑定小組並得依鑑定案件性質，分組召開會議。開會時，主任委員或召集人未能出席時，由委員推選出席人員一人為主席。」第7點：「本會審議醫療制度、醫事鑑定、醫療技術或醫療設施等事項時，得指定委員或委託有關機關及學術機構先行調查研究或審查，必要時並得邀請有關機關或專家學者列席諮商。」第8點：「本會之決議事項，以本部名義行之。」總結醫事鑑定小組：人數最多、可以指定或委託審查、可以邀請列席諮商、決議為衛生福利部名義，不用具名、不必出庭。綜上，「醫事鑑定」明顯屬於主管機關的機關鑑定！（圖二）

參照《醫療法施行細則》第64-1條：「醫事審議委員會，受理司法或檢察機關依本法第九十八條第一項第四款規定之委託鑑定時，為維護委員、專家共同一致作成客觀、公正、公平之決定，其準備作業、鑑定過程、鑑定醫師、委員與專家姓名，及鑑定相關文件、資料，應依政府資訊公開法第十八條第一項第五款規定限制公開或不予提供；其鑑定書之內容，由司法或檢察機關依法定程序提供。」（註：《政府資訊公開法》第18條第一項第五款：「政府資訊屬於下列各款情形之一者，



圖二 醫事鑑定的流程（圖片來源：楊坤仁醫師文章20180804）

應限制公開或不予提供之：…五、有關專門知識、技能或資格所為之考試、檢定或鑑定等有關資料，其公開或提供將影響其公正效率之執行者。…」顯見《醫療法》對醫事鑑定的規定，異於修正過《刑事訴訟法》之「鑑定新制」！後者新制要求醫師以個人意見，事後鑑定真正執行醫療業務醫師的醫療結果，如同以B法官的法律見解，事後評判A法官的判決書，或者以B檢察官的法律見解，事後評判A檢察官的起訴書一樣，不覺得很奇怪嗎？總結醫事鑑定…應以主管機關的「機關鑑定」為宜！

問題③：轉洽「相關醫學會」提供醫療專業意見的依據為何？

解答：《刑事訴訟法》第208條第一項：「法院或檢察官得囑託醫院、學校或其他相當之機關、機構或團體為鑑定，或審查他人之鑑定，除本條另有規定外，準用第二百零三條至第二百零六條之一之規定；其須以言詞報告或說明時，得命實施鑑定或審查之人為之。」

第二項：「前項情形，其實施鑑定或審查之人，應由第一百九十八條第一項之人充之，並準用第二百零二條之規定，及應於書面報告具名。」所稱第198條第一項：「鑑定人由審判長、受命法官或檢察官就下列之人選任一人或數人充之：一、因學識、技術、經驗、訓練或教育而就鑑定事項具有專業能力者。二、經政府機關委任有鑑定職務者。」所稱準用第202條規定：「鑑定人應於鑑定前具結，其結文內應記載必為公正誠實之鑑定等語。」所謂團體，醫學會亦屬之；但是即便團體鑑定，亦由審判長、受命法官或檢察官選任一人或數人，具有專業能力者；且應於鑑定前應具結記載必為公正誠實之鑑定。

衛生福利部自113年8月15日起檢還暫緩審理之刑事案件資料予委託鑑定機關，並請其選任其他鑑定人另為鑑定，或洽相關醫學會提供醫療專業意見之依據，或許來自前述《刑事訴訟法》第208條第一項規定，雖然法院或檢察官得囑託包括「相關醫學會」為鑑定，但並非強制規定（註：得囑託），建議衛生福利部應該依授權訂定《醫事專業諮詢作業辦法》所委託之「財團法人藥害救濟基金會」接手辦理提供「醫療專業意見」（註：詳見下一題）。

問題④：衛生福利部所稱「醫療專業意見」應如何提供為宜？

解答：《醫療事故預防及爭議處理法》（註：民國111年6月22日總統制定公布，民國112年12月12日行政院發布自113年1月1日施

行）第4條第一項：「中央主管機關應委託政府捐助設立之財團法人，辦理第九條醫事專業諮詢及第二十一條第二項醫療爭議評析；必要時，得捐助成立財團法人辦理之。」第二項：「前項財團法人辦理醫事專業諮詢及醫療爭議評析時，應秉持公正、客觀及中立立場，並遵守利益迴避規範。」第三項：「前二項提供醫事專業諮詢與醫療爭議評析之作業程序、人員資格、收費基準、免納費用條件、利益迴避規範及其他相關事項之辦法，由中央主管機關定之。」第四項：「第一項財團法人提供之醫事專業諮詢及醫療爭議評析，除醫療爭議當事人均同意外，不得於本案訴訟採為證據或裁判基礎，亦不得採為相關行政處分之基礎。」同法第9條：「當事人就醫療爭議得檢具病歷複製本並繳納費用，向第四條第一項之財團法人申請醫事專業諮詢。」換言之，有資格申請「醫事專業諮詢」是訴訟當事人（註：刑事案件是檢察官及被告、民事案件是原告及被告；行政案件…筆者推定尚不明確？），被諮詢的機構只限於衛生福利部「委託捐助設立之財團法人」或「新捐助成立之財團法人」；至於「專業諮詢意見」法律效果是：「不得於本案訴訟採為證據或裁判基礎」、「不得採為相關行政處分之基礎」！那麼…專業諮詢的目的為何？

依《醫療事故預防及爭議處理法》第4條第三項授權訂定之《醫事專業諮詢作業辦法》（註：民國112年12月28日訂定，自113年1月1日施行），其中明定「政府捐助設立之財團法人」（簡稱受託法人）應辦理事項如下：

一、醫事專業諮詢申請案件受理及審查作業。二、人才庫之建置及培訓。三、**醫事專業諮詢**案件資料庫之建置及分析。四、其他與**醫事專業諮詢**業務有關事項。（第3條）；為辦理**醫事專業諮詢**，應聘任**醫事專家**，並報中央主管機關（即衛生福利部）備查（第4條第一項）；所稱**醫事專家**之資格，在（西）醫師部份是：一、領有專科醫師證書，二、曾任或現任教學醫院主治醫師三年以上，或取得專科醫師證書後於醫療機構執業五年以上，且經醫師公會全國聯合會、各縣市醫師公會、教學醫院或部定專科醫學會推薦（第4條第二項第一款）。**醫事專家**提供諮詢之費用，由受託法人給付之（第4條第四項，即中央主管機關不參與？）。**醫事專家**依當事人提供之病歷複製本、相關文件及資料審查之，不負證據調查或蒐集之責（第7條第二項）。**醫事專業諮詢**，以**書面審查**為之（第7條第三項）。受託法人辦理醫事專業諮詢，應於受理後45個工作日內完成（第12條第一項）。在如此嚴格規定下…經過一年半…所稱「受託法人」是何方神聖？

衛生福利部在3個月前公告（圖三）…本部自民國114年1月16日至114年12月31日期間，**委託**財團法人藥害救濟基金會辦理醫事專業諮詢及醫療爭議評析業務。換言之，衛生福利部內部的「醫事審議委員會」…華麗轉身**委託**「財團法人藥害救濟基金會」，即由內部組織轉委託，換湯不換藥？☹



圖三 受託法人公告（圖片來源：衛生福利部114年2月14日）

《「副/福」業回顧》-22 日據時代的醫學教育(8)—— 台灣人到美國習醫及進修

美國St. Louis大學及Glennon樞機主教兒童醫學中心小兒科 朱真一

前言

這《「副/福」業回顧》系列，回顧醫學院畢業後，小兒科及小兒血液/癌瘤組以及學術研究的訓練後，在St. Louis大學小兒科服務時，因為主任突然逝世，改變自己的研究計畫，開始有業餘時間，探討台灣歷史文化，以及醫學人文的「副/福」業。最近一年多在本刊回顧自己探討台灣醫學史的經歷、感觸及新發現。譬如馬偕的生涯及貢獻，早期來台灣的歐美醫師的種種貢獻。接著討論日據時代的「正式」醫學教育，從土人醫師養成所，醫學專門學校，再到台北帝國大學醫學部等的演變。強調因醫學學校1918年後，日本人有保障名額，台灣人讀醫受歧視少名額。有興趣請看上七期在本刊有上述文章的文獻¹。

因台灣人上台灣醫學校的機會少，促進很多台灣人到島外（外地）習醫，幾期前討論台灣人到日本，以及到中國習醫，這裡講的中國，包括滿洲國及日本在中國租借及占領地的醫學校。除了中、日及韓國三國外，沒找到有人到東南亞習醫，相信語言是最大的問題。歐美在東南亞的殖民地，用英、法、荷蘭等歐美語言或該地語言教學，台灣人都有困難。韓國不一樣，韓國被日本殖民，跟台灣及不少上幾期討論在中國的醫學校一樣，用日語教學¹。

人數雖很少，這期來繼續討論到美國醫學校習醫的三位：劉清風、王振明及林德翰醫師。另外還有其他幾位前輩，到英美醫學機構進修，如林炯東（安息）、杜聰明、顏春輝及蔡阿信等前輩位。這幾位雖然在拙著中，在不

同場合下，較詳細討論過²⁻⁴。這裡先再來簡單報導，主要討論他們去英美醫學系統的習醫或進修，對一向是遵奉德日醫學系統的台灣醫學，有什麼的影響？

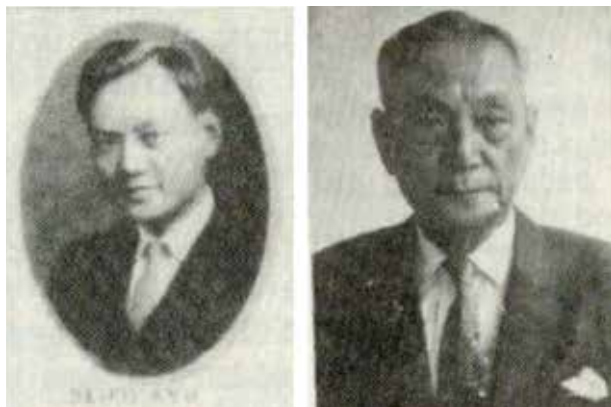
第一位到美國習醫的劉清風醫師

劉醫師1900年生於台南市，劉家一向思想開通前進，是台灣最早受洗皈依基督教的家庭之一。早歲就讀台南基督長老教會小學，十一歲轉入日本京都尋常小學校，再轉入京都同志社學校。同志社是歐美傳教師所設立的學校，修習英文課程多，因此會有嚮往去美國讀醫的念頭，1922年橫渡太平洋去美國，先入South Dakota大學就讀。

先在South Dakota大學讀兩年的基礎醫學課程，然後再轉往Indiana大學醫學院，修臨床課程二年，於1926年畢業，獲頒MD(Medical Doctor)的學位。他在美留學期間情形如何，沒有記錄，有一文稍詳細的報導他⁵，不過拙文可能更詳細些^{2,4}。

畢業後就受聘赴上海復旦大學任生物系教授兼主任，二年後轉往北京協和醫學院研究寄生蟲學。1929年回台南，開業青峰醫院行醫，並於1931年與畢業於日本東京女子醫專的莊采芳女士結婚，兩人繼續在青峰醫院開業，非常活躍於社區活動及參與實業界。

當日本突擊珍珠港後，一向照顧麻瘋病的外籍醫務人員，被日政府驅逐後，他受託出任淡水樂山園的院長，悉心照顧麻瘋病患不遺餘力。戰後又再回到青峰醫院繼續行醫。以後



圖一 劉清風醫師，Indiana大學醫學院畢業冊上的照片（左），老年時（右）

因子女在美國，經常來美，參加海外台灣人活動，他於1978年，病逝於美國。

他早期越洋去美讀醫，以後還設獎學金鼓勵學生留學美國，對戰後台灣學生大量留學美國，可說他開啟了一條路，對留學美國想有貢獻。對於台灣醫界，早期因為台灣當時是德日系統，可能被歧視。戰後台灣可說馬上改變成美國醫學系統，很可惜不是醫界的行政人員，對這轉變沒大影響。他帶頭親自照顧麻瘋病患及參與社會運動，開風氣之先，促進台灣醫界人士，照顧殘障及參與社會運動。

畢業於美國某醫學院的林德翰前輩²

林德翰前輩的一小段的傳記，在1947年出版的《台灣時人誌》（章子惠編，台北國光出版社）上看到。那小段說林德翰又名林國棟，基隆市人，當時四十歲，任行政長官公署民政處衛生局第四課課長，及醫療物品公司副總經理。燕京大學畢業及「馮西維呢亞醫科大學」醫學博士。不知「馮西維呢亞醫科大學」

是何醫學校，曾向聲音相近的University of Pennsylvania醫學院求證，回信說戰前畢業生名單中，找不到任何姓林（Lin或Lim）者。

曾接到林前輩的外孫女來信，她是唯一仍生存的后裔，她只有模模糊糊的外祖父印象，家中沒任何保留下來的資料，她只從父母親聽說過，外祖父留美少許典故，不知是那個醫學院畢業。她只說林前輩1908年生，基隆人，小學畢業後，就到中國去讀書。後來畢業於燕京大學化學系，不久到美國，在美國的學歷或經歷，她不清楚，她說另一可能是Virginia大學醫學院。

不同於上述的劉清風醫師，林德翰前輩，主要工作在醫學行政上，或許他在中國時以及在美國習醫時的經驗，幫忙他處理醫學行政的困境，也許如上期討論顏春輝前輩，在關鍵時機出現的適當人物？

王振明醫師：美國醫學校MD, PhD, 成就於美國軍醫界²

王振明醫師，1909年生於雲林西螺，台灣最早期的基督徒家庭之一，西螺公學校畢業後，就去上海，因為舅舅廖煥章醫師在那裡行醫，在上海可能讀英文教學的中學。他1925年離開上海，用假文件去美國，他正式的履歷表，寫生於Singapore Straits Settlement，他從未告訴他太太及兒子，他來自台灣。

先到Chicago讀高中，再到Ohio讀大學，然後在1934年在Washington DC的George Washington大學醫學院畢業。在紐約當rotating intern後，1935-37年他到北平協和醫學院醫院

(Peiping Union Medical College Hospital) 當外科住院醫師。還組團幫忙治療戰亂受傷人員，後來自己也受傷，再輾轉回到美國。

1938-1941年是Columbus的Ohio州立大學醫學院外科的研究員(fellow)，同時也是該校的研究生，主修外科研究。1940年12月獲哲學博士(Ph D)。畢業論文是“The Iodine Content of the Normal Thyroid Gland Correlated With Its Histology and the Iodine Content of Other Normal Body Tissue in Central Ohio”。1942-1947年升任同校外科助理教授。他應是台灣人，第一位在歐美國大學及醫學院擔任教職者。

1942年志願從軍，被派往東南亞及中國，曾一度使用降落傘潛入中國南方日軍佔領地區，任務失敗，王醫師是少數生還之一，以後退到緬甸轉往印度，再回到美國。回到Ohio州的Columbus一直到1947年，以後再到海軍服務。1950-52韓戰期間，轉職於日本美國海軍醫院，當一般及胸腔外科醫師，常須隨艦到韓國。

以後回到美國在不同海軍醫院就職，當過醫院外科主任，在1948年獲得美國一般外科專家證明(Board Certified)，1956年又得到胸腔外科的專家資格，曾獲軍方的嘉獎及勳章(Commendation & Citation)。以軍醫上校職位退休，於1989年80歲時逝世。他兒子Richard在整理父親遺物時，找到劉秉輝教授的信，連絡上劉教授，才知道父親來自台灣，母子後來跟劉教授及王醫師的弟弟王振廷醫師有聯絡。

他在美國早期奮鬥的經歷，是早期拓荒者

寶貴經驗，雖是最資深的醫官，但被歧視，好職位或主管輪不到他。

軍方要裁員，最先通知最資深的他。他到民間法院控告海軍歧視，他贏了官司。亞裔被歧視在當時，可能很平常，有勇氣敢到法院告軍方，替自己爭取權益外，更替後來者爭取較公平的待遇，對亞裔的歧視，才會漸漸減少。

這是他對我們後來者的貢獻。對以上的資料及消息來源，主要來自劉

教授及他弟弟王振廷醫師兩家人，詳細些的，請看拙著²。很可惜，他沒跟台灣醫界人士來往，他對台灣沒有影響。

林炯東（安息）來美，致力基礎醫學研究有成^{2,4}

林炯東前輩本名林安息，1897年生於台南，1918年畢業於台灣總督府醫學校，先在台南行醫，後來到上海與同學翁俊明及林錦生兩人共同開業。不久去日本醫科大學進修，再回去上海教學及行醫，到中國後改名炯東。他38歲時，陪孫科夫人去美國治病，從此林前輩留在美國，研究營養學、生化學及細胞學都很有成就。不知剛去時的生涯如何，只知林前輩於1946-47年，曾到哈佛公共衛生學院，註冊一



圖二 王振明(James David King MD, PhD)



圖三 林炯東醫師穿博士服與弟弟夫婦

學期當Special Student，並在生化科做研究且有論文發表。

他以後到Johns Hopkins大學攻讀生化學位，他在1952-54年共發表四篇有關Vitamin B12的論文。1952年，獲頒生化學博士。論文題目是 "Studies on the Metabolic Role of Vitamin B12"。後去Philadelphia 的 Jefferson Medical College生化科當Assistant professor兩三年，又轉回到 Johns Hopkins大學，以後升任為Associate Professor。1968年（71歲），還在Experimental Cell Research發表細胞培養劑的研究。

1922年離開台灣後，沒回過台灣，林炯東前輩38歲到美國，不知他前十年做什麼工作。他五十歲才開始學習及研究，於55歲時得到Ph D。以後轉研究細胞學也有成就，其精神真值得我們的佩服，後輩尊敬的第一個到美國的拓荒者。很可惜的是，他跟台灣的醫界或學術界沒有聯絡。若對他生涯有興趣，請參考拙文^{2,4}。假如他跟台灣學術界有聯絡，一定可影響

CHEMICALLY CHARACTERIZED CONCENTRATED "ORODIES" FOR CONTINUOUS CELL CULTURE (THE 7C'S CULTURE MEDIA)²

C. T. LING, G. O. GEY and VALDA RICHTERS³

*Finney-Howell Cancer Research Laboratory, Departments of Surgery and Physiological Chemistry,
The Johns Hopkins Medical Institutions, Baltimore, Md 21205, U.S.A*

Received January 10, 1968³

The effect of nutritional factors on the growth characteristics and function of cells in culture is of great interest to students of oncology and cell biology. For example, Fell and coworkers (9, 10) demonstrated that increasing the vitamin A content in culture media changed chick embryo skin buds into mucous-secreting or ciliated epithelia and inhibited the development of cartilage. Reisz (50) observed that raising the calcium content in the media of parathyroid organ cultures abolished their hormone production and altered the cell characteristics. These examples demonstrate that merely varying the concentration of a certain nutrient in culture media could bring about profound changes in character and function of tissue or cells in culture. However,

圖四 發表於Journal of Biological Chemistry (JBC)的論文之一

不少。

杜聰明留學的意義^{2,6}

杜聰明教授，生於1893年，1914年畢業於台灣總督府醫學校，後來到京都大學研究，1922年獲博士學位。回台擔任醫學校的藥理教授，因教學及研究有成，1926年醫學校公費送他到北美以及歐洲各國留學兩年。這是日本大學的傳統，升到教授時公費送教授留學歐美。杜博士首先在Philadelphia的賓州大學的藥理科，觀摩教學及研究二個月，再去Johns Hopkins大學三個多月，其間到New York的Rockefeller研究院以及Toronto大學等大學請益。

1926年7月離開紐約到漢堡大學藥理科研究半年，還發表一篇論文，期間趁機到到丹麥、瑞典參訪不少大學及學者，再到柏林大學研究四個多月，同時找機會去萊比錫、慕尼



圖五 杜聰明及他的回憶錄

黑、海德堡參觀各地的研究及教學。

1927年春到英國，最主要探訪英國的醫學教育制度，到Edinburgh大學一個月，並到Manchester及Liverpool兩地參訪，更深入牛津及劍橋兩大學訪問，在英國各地共約四個月才再轉往法國。在巴黎大學醫學院藥理學科研究及聽課約七個月，同時到各地如Lyon、Nice、瑞士及義大利各地參訪，1928年4月回到台灣。

二年多歐美行，到底對他或台灣有什麼助益？去歐美之行後，研究突飛猛進，歐美行對他及台灣的科學研究有很大的幫忙。回國後，他選擇本土研究為主題，取材方便外，更可佔先天優勢，最重要的是培養更多台灣人於醫學研究。這歐美行，更因在醫學上的地位高崇，他的英美醫學的經驗，想一定有很大的影響。

蔡阿信醫師：台灣第一位女醫師及留學北美

拙作討論過蔡阿信醫師多次^{2,7}，這裡主要討論她在北美的經驗。她生於1896年，家庭是

台灣最先受洗為基督徒之一。先上公學校，後轉到教會女學校，全班廿四人只有她一人堅持學英語，1913年十七歲時到日本去，目的要習醫。以後考上東京女子醫專，於1921年畢業，是台灣第一位女醫師。

回台灣到赤十字醫院訓練，院內六十五名日、台醫師，只有她一人會講英文，外國人來時，大家找她接待當翻譯，被警察懷疑她是英美加的間諜。因此認識不少外國人，跟Boston的Mrs. Foster，成為好朋友。後來因為日本警察一再刁難，1939年決心離開台灣，由Mrs. Foster資助她去美國進修。

1940年九月前往美國，先到Boston，由Mrs. Foster安排，先去哈佛大學婦產科觀摩。後來轉去到Toronto去，在Toronto大學的公共衛生學院註冊上學。1941年十二月日本突擊珍珠港，輪船停開往亞洲，使她不能返台，在加拿大再多留了近五年。

先在當地短暫當實習醫師，因被歧視及虐待而離開，曾跟一麻醉學醫師專心學習三個月，也當過加拿大日本人集中營的駐營醫師三個月。後來申請到開業執照，在溫哥華的唐人街開業。戰爭結束後，準備回台灣，因護照問題必須到紐約一行，又正逢海員罷工三個月，她趁此機會，訪問Boston及紐約，尤其去Columbia大學及Presbyterian醫院學習，還去麻醉科學習三個月。以後還去Johns Hopkins，去舊金山搭船的路上，到Minnesota州的Mayo診所參觀訪問。

回台灣後再度行醫，因二二八事變，困難



圖六 蔡阿信醫師以及在美國觀摩時與同事一起照相

重重，又再度離開台灣，去美國及加拿大，還曾到Columbia大學讀公共衛生，因要照顧生病的丈夫而停學。以後就是無法行醫，她還是熱心學習醫學，1990年辭世，享壽94歲。

她拓荒開啟了不少的工作，對台灣社會或台灣醫界有不少影響，尤其鼓舞女士們去學醫。雖然她有這麼傳奇的拓荒事蹟，她留學北美經驗，很可惜返台無法應用，對台灣沒有深遠的影響。

結語

最近再溫習，到英美醫學系統的醫學校習醫，以及去進修台灣人醫師。雖然他們到相當不同的醫學系統的醫學校或機構學習，可是從上面及前一期的討論，可明顯看出，他們的影響不明顯。很可惜，雖然他們很有成就，他們中有幾位甚至離開台灣後，從來沒跟台灣的醫界或學術界聯絡過。最主要原因，想還因為

台灣人沒主權，日據時代不必說，就是戰後中華民國政權時代也一樣。下期繼續討論日據時代，台灣醫界尤其醫學教育的特色！

參考文獻：

1. 朱真一：《副/福業回顧》15-22-日據時代的醫學教育1-7。台北市醫師公會會刊 1) 2024；68(11)：86-91；2) 2024；68(12)：90-5；3) 2025；69(1)：82-7；4) 2025；69(2)：80-6；5) 2025；69(3)：80-4；6) 2025；69(4)：82-7；7) 2025；69(5)：73-8。
2. 朱真一：台灣早期留學歐美的醫界人士。2004；望春風文化，台北市。
3. 朱真一：從醫看早期台灣與歐美的交流（一）。2007；望春風文化，台北市。
4. 朱真一：府城醫學史開講。2013；心靈工坊文化，台北市。
5. 陳紹紀：劉清風；第一位台灣人獲美醫學博士。北美洲台灣人醫師協會會 1989；5(3)：84-6
6. 杜聰明：回憶錄。1973；杜聰明博士獎學金基金會，台北市。
7. 朱真一：第一位麻醉學訓練的蔡阿信醫師。台北醫師公會會刊 2016；60(9)：79-84。🇹🇼

人生的投資—— 紐約生活見聞

陳彥玲（丘彥南醫師夫人）

醫婦會園地・人生的投資——紐約生活見聞

感謝林應然醫師夫人洪孟娟老師的邀約、醫婦會全體的支持，讓我有機會審視自己的紐約生活，分享人生感悟。投資是人生一輩子重要的課題，台灣在基礎教育中教給我們的投資概念是「知識是力量」，而這些力量所產生的報酬常是以薪資、財富和影響力為評量標準，長久以往形成了一個失衡的社會，也帶來種種的問題。

我很幸運的生長在可開門見山、觀天、看地的鄉下，當小學時從露珠中看見陽光的繽紛七彩時，我當下明白，原來不用辛苦的追捧珠寶，因為炫麗隨手可得。當我走在台南女中的上學途中，腦中浮現一位慈祥的老者聲音說：「你很聰明，但要很善良。」我知道了此生該守住的投資原則。到了大學，「敦品勵學 愛國愛人」是校訓，教授們也諄諄教誨他日若往國外求學，「不要忘了回報台灣」！直到我經由修煉法輪大法的楊碩英教授介紹認識美國精神科泰斗大衛R.霍金斯的事蹟與著作，從中明白了人不論物質貧富與否，意識精神的狀態是一種可被檢測的正負能量的存在（圖一）後，



圖一

「善良、感恩、修煉」成了我實踐人生投資的準則。

2016年11月為了完成小女的舞蹈願望（圖二），也為了協助一家堅守良心教育的北方藝術學院（Northern Academy of Arts），我與女兒從四十多年前就落腳在洛杉磯的娘家搬到了紐約，打破了我的舒適圈，到了紐約上州橙縣的中城（City of Middletown, Orange county, upstate NY）。紐約是全美聚集最多富豪的地方，根據Henley & Partners與新世紀財富公司共同發布的最新《全球最富有城市的報告》紐約市獨佔鰲頭，仍是全球財富中心。她擁有384,500位富豪，包括超級富豪818位（即至少擁有一億美元流動資金）和66位流動性財富超過10億美元的億萬富翁。如果您相信風水氣場，那麼看看春秋戰國至秦漢時期的刀幣與曼哈頓地形的對比，加上「二水夾一龍」的招寶地相；指兩條水流分別從兩側流向中央，



圖二



圖三



圖五

而在兩條水流彙聚的地方，會形成大小不一的半島地形。在中央的地形或建築物位置，通常被稱為「龍」的位置。意味著龍得水，事業蒸蒸日上。也就不難理解為什麼曼哈頓是世界的金融中心了。曼哈頓的街道呈現東西南北棋盤排列，所以每年會有兩次日落或日出對齊的現象。夏天發生的日落現象，被稱為「曼哈頓懸日」（Manhattanhenge），在冬天發生的日出現象，就被稱為「逆向的曼哈頓懸日」。此也成為當地與各國旅客爭相目睹拍攝的美景（圖三）。

我喜歡欣賞曼哈頓的建築，也欣賞他們的



圖四



圖六

日常生活（圖四），研究研究這個金融中心的奧秘。原來，他們的百年建築裡展現了美國人尊崇神的謙和、厚實與對世界的**承擔**，例如這座大樓的大門入口展現了12個月份的神祇（圖五）。他們因為想榮耀神的恩典，故在街道上常年可見繁花錦簇，美不勝收（圖六）。許多尖端診所其招牌典雅不張揚，但診外的綠植則生機茂盛，這株開滿粉紅小花的樹木，其心形的葉片（圖七），似乎時刻提醒著診間的醫



圖七



圖八

生，追求醫術的日新月異之時莫忘「初心」，而我這位路經樹下的旅人也因此常觀己心，感恩天地。

金融強盛的曼哈頓蘊育了不少值得學習的亮點。猶太人在曼哈頓的耕耘歷史悠久，從小學教室的佈置可以看到他們教育的核心（圖八），「誠實面對自己、與人為善」成為讓他們操盤世界經濟成功的基石。全世界最大的表演藝術會場也在曼哈頓；林肯表演藝術中心（圖九）可以同時容納18,000位觀眾。那裡不只是億萬富翁們，常常駐足之處，也是全世界藝術家們夢寐以求的頂級殿堂。我曾帶著學生到那裡觀賞美國神韻藝術團的演出結識了不少來自世界各地的觀眾也開闊了眼界（圖十）。

女兒從七年級就就讀位於紐約上州中城的北方藝術學院舞蹈系，之後直升其大學部的（圖十一）的舞蹈系。該校距離曼哈頓車程大



世界著名的藝術演出場地林肯中心。（戴兵 / 大紀元）

圖九



圖十

約100分鐘，離西點軍校25分鐘車程，到IBM總部不到四十分鐘。我曾聽在當地生活超過30年，擔任康乃爾大學顧問的台大學長介紹說多年前萬家香醬油的創辦人在美國尋找工廠用地，他走遍美國之後發現中城的水質優良適合釀造醬油，因此將工廠設在距離我們大學車



圖十一

程僅5分鐘的地方。彰化的台大蘭園曾是全球第一家蝴蝶蘭帶盆輸入美國的業者，打破了進口美國必須裸根的限制，他們在美東的蘭場，也正是在中城地區。Woodbury，一個擁有兩百多家精品的暢貨中心

距離學校也只有20分鐘，那裏常常是學生們表演與學習時尚的良好場地（圖十二）。中城的教堂分佈猶如台灣鄉下的土地公廟，信仰是日常，誠實是基本，那裏有無人看管的二十四小時誠實農場，門口牆外常常更新著聖經的金句，提醒往來的顧客，上帝關愛也監督著眾生。我們很享受那樣的信任包括他們自產的乳品（圖十三）。

紐約市區的大樓佔世界之冠，全世界最大的金庫也建立在堅硬的花崗岩構成的曼哈頓島上，守護著世界上超過六十多個國家的金磚。紐約州的大山大水也孕育了財富、藝術、文化的龐大能量，陶醉於其中的我仍不敢或忘感恩



圖十二



圖十三

台灣。因此，極力為台灣爭取與美國合作機會建立北方醫學院，面向全球招生，培養世界各國的健康領袖人才，彰顯台灣醫界在世界的影响力，成就第二個護國神山。我也將量子計算科系的量能帶回台灣，期盼為台灣培養德術兼備的高級人才，以鞏固國家安全與開創新契機與格局。企盼將紐約的州旗上的船隻所代表的經濟發展、女神的手持天劍正義、天平公正，腳踩皇冠意味著遵循天賦的信仰自由的精神帶回台灣，希望搭起台美的橋樑，實現善良與感恩的生命藍圖。☸

重要政令轉知會員

疾病管制署函覆第一線醫事人員麻疹防疫措施建議事項

中華民國醫師公會全國聯合會

114.03.19 全醫聯字第1140000346號

受文者：台北市醫師公會

主旨：轉知衛生福利部疾病管制署函覆本會所提第一線醫事人員麻疹防疫措施建議事項，請查照。

說明：

- 一、本會依據114年2月18日第13屆第7次醫療事業輔導委員會會議結論，於114年3月3日以全醫聯字第1140000246號函建議疾病管制署，提供第一線醫事人員麻疹防疫措施建議事項（如附件一）。
- 二、114年3月14日疾管署函覆本會如附件二。
- 三、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。

衛生福利部中央健康保險署為建置完整兒少事故傷害統計資料，請提升事故傷害外因碼申報品質

中華民國醫師公會全國聯合會

114.03.24 全醫聯字第1140000365號

受文者：台北市醫師公會

主旨：轉知衛生福利部中央健康保險署為建置完整兒少事故傷害統計資料，請輔導會員提升事故傷害外因碼申報品質，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部中央健康保險署114年3月19日健保醫字第1140660941號函（如附件）辦理。
- 二、依據中央健康保險署「特約醫事服務機構門診醫療費用點數申報格式及填表說明」暨「特約醫事服務機構住院醫療費用點數申報格式及填表說明」（下稱門、住診申報格式）辦理。
- 三、查前述門、住診申報格式敘明特約院所申報案件「主診斷代碼」欄位之診斷代碼第一碼為S或T(Injury、Poisoning and Certain Other Consequences of External Causes)者，則「次診斷代碼」欄位同時應有External Cause of Morbidity之任一編碼，前述不適用代碼T15-T19、T36~T65、T67-T78、T82-T87、T88。
- 四、近年兒少傷害事件頻傳，經分析門、急診登錄外因碼比率仍偏低，為建置完整兒少相關統計資料，另事涉中央健康保險署於提供保險給付後，得依全民健康保險法規定，代位行使損害

賠償請求權之權利，請輔導所屬會員依申報格式規範，正確登錄事故傷害外因碼。

五、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。

國內近期陸續出現新生兒感染腸病毒併發重症個案，請加強TOCC詢問及病徵警覺，如有疑似個案，請儘速採取防治措施

臺北市政府衛生局

114.03.25 北市衛疾字第11430820262號

受文者：台北市醫師公會

主旨：國內近期陸續出現新生兒感染腸病毒併發重症個案，請貴院加強TOCC詢問及病徵警覺，如有疑似個案，請儘速採取防治措施，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部疾病管制署114年3月21日疾管防字第1140200250號函辦理。
- 二、依據衛生福利部疾病管制署（下稱疾管署）疫情監測資料顯示，114年截至3月21日國內已累計3例新生兒感染腸病毒併發重症個案，鑒於新生兒感染病程變化迅速，且國內過去曾發生多起新生兒腸病毒重症及死亡個案，應嚴加戒備，做好防範工作。
- 三、為降低腸病毒對於新生兒的危害，請貴院加強下列防治措施：
 - （一）運用疾管署制定之「新生兒腸病毒感染臨床處置建議」及數位教材，辦理相關教育訓練，以加強轄內醫護人員醫療處置及應變能力。
 - （二）運用疾管署制定之相關衛生教育素材及媒體管道，加強宣導孕產婦及其家屬對新生兒腸病毒之預防認知，並提高民眾警覺性。
- 四、5歲以下嬰幼兒為腸病毒重症高危險群，如發現有嗜睡、意識不清、活力不佳、手腳無力或麻痺、肌抽躍、持續嘔吐與呼吸急促或心跳加快等腸病毒重症前兆病徵，請貴院依據「腸病毒防治工作指引」進行通報，並請本市「腸病毒責任醫院」強化醫院間橫向聯繫，以利轉診與病床調度。
- 五、上開工作指引請至疾管署全球資訊網首頁（<https://www.cdc.gov.tw>）/傳染病與防疫專題/傳染病介紹/第三類法定傳染病/腸病毒感染併發重症項下查閱。
- 六、檢附114年腸病毒重症醫療網責任醫院清冊1份。
- 七、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。

「全民健康保險提升基層護理人員照護品質獎勵方案」（草案），請於計畫「公告當月前（含當月）」辦理護理人員薪資調升作業，以利自114年1月起加計點數

中華民國醫師公會全國聯合會

114.03.28 全醫聯字第1140000403號

受文者：台北市醫師公會

主旨：有關114年度「全民健康保險提升基層護理人員照護品質獎勵方案」（草案），惠請 貴會協助轉知會員鼓勵其於計畫「公告當月前（含當月）」辦理護理人員薪資調升作業，以利自114年1月起加計點數，詳說明段，請查照。

說明：

一、依中央健康保險署114年3月27日全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議114年第1次會議決定辦理先行預告作業。

二、旨揭方案（草案），重點摘要如下：

- (一) 依該診所申報1至30人次門診診察費之案件，每件加計獎勵24點，以每點1元支付；全年結算後仍有結餘，以「提升護理照護品質獎勵金」則依診所調升護理人員薪資人月占率，核發獎勵金，採浮動點值計算。
- (二) 依衛生福利部公告各年度「全民健康保險投保金額分級表」，護理人員當月投保金額須較113年12月薪資調升幅度增加本保險投保金額至少1投保等級，且診所當月調升聘用『半數以上』護理人員符合標準予以獎勵。
- (三) 調薪認定標準為「計畫『公告當月前（含當月）』完成114年投保金額調薪申請，自114年1月起至公告當月計算加計點數；計畫公告後調薪投保金額以生效年月認定」，爰診所於計畫公告當月前（含當月）符合調薪認定標準，114年1月起至公告當月皆認定為符合獎勵條件。
- (四) 為配合行政院之中央政府基層員工月薪應高於最低工資1.1倍政策，113年投保金額分級表之第1投保等級（月投保金額27,470元）及114年投保金額分級表之第1投保等級（月投保金額28,590元），應調升至114年投保金額分級表之第4投保等級（月投保金額31,800元）。其他月投保金額應增加至少1投保等級，但不得低於第4投保等級。
- (五) 餘內容，詳附件1（實際以衛生福利部正式公告為準）。

三、檢附衛生福利部公告114年度「全民健康保險投保金額分級表」，詳附件2。

四、檢附本會114月3月27日快報供參，詳附件3。

五、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。

食品藥物管理署建議各醫療機構儘速向國內輸注液廠商簽訂合約

臺北市政府衛生局

114.04.02 北市衛食藥字第1143084791號

受文者：台北市醫師公會

主旨：有關因應永豐化學工業股份有限公司（下稱永豐公司）輸液短缺事件，衛生福利部食品藥物管理署建議各醫療機構儘速向國內輸注液廠商簽訂合約一案，請協助轉知所屬會員，請查照。

說明：

一、依據衛生福利部114年3月31日衛部醫字第1141662430號書函辦理。

二、衛生福利部食品藥物管理署業於114年2月26日衛授食字第1141411526號函（如附件）重申目前國內輸注液廠商均已增加生產相關輸注液藥品，考量輸注液之生產數量及時程，廠商需視醫院訂單進行排產，並優先供應予其合約客戶，故為確保國內輸注液長期穩定供應，並回歸自由市場機制，請各醫療院所儘速向國內輸注液廠商簽訂合約，以利製造廠規劃生產，確保藥品穩定供應。

三、請各醫療機構依臨床實際需求適當採購相關藥品，切勿大量或重複訂購，並提醒院內各部門，應妥善使用該類藥品，避免浪費及使用於非臨床必要之用途。

四、如有相關疑義，請逕詢問衛生福利部食品藥物管理署陳小姐，電話：02- 2787-8448。

五、本文相關訊息刊登於本會網站。

為保障適用勞動基準法之護理人員工資權益，請依勞動基準法給付延長工時工資

臺北市政府衛生局

114.04.07 北市衛醫字第1143084592號

受文者：台北市醫師公會

主旨：為保障適用勞動基準法之護理人員工資權益，請貴機構應依勞動基準法給付延長工時工資，請查照。

說明：

- 一、依衛生福利部114年3月31日衛部照字第1140112335號函辦理。
- 二、查勞動基準法（以下稱本法）所稱「工作時間」，係指在雇主指揮監督之下，於雇主之設施內或指定之場所，提供勞務或受令等待提供勞務之時間。雇主有使勞工於正常工作時間以外工作之必要者，應依本法第32條第1項規定之程序辦理外，其延長工作時間之工資（加班費），並應依本法第24條規定覈實給付。至工作未滿1小時之時間，仍可換算為小時後，再依本法第24條規定計給延長工時工資（例如：加班20分鐘，換算為20/60小時計給加班費）。雇主尚不得以勞工加班未滿1小時或30分鐘等為由，拒付加班費。
- 三、為確保勞工權益，請轉知各醫療院所周知，對於院所內適用本法之護理人員，其延長工時工資計給，應確遵本法規定。勞動部併將辦理114年度醫療院所勞動條件專案檢查。
- 四、檢附旨揭來函1份（如附件），副本抄送台北市醫師公會、台北市中醫師公會及社團法人台北市牙醫師公會，請轉知貴會會員知悉。
- 五、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。

中央健康保險署健保違規宣導案例計2則，請正確申報健保費用

中華民國醫師公會全國聯合會

114.03.28 全醫聯字第1140000408號

受文者：台北市醫師公會

主旨：轉知衛生福利部中央健康保險署健保違規宣導案例計2則（附件），請協助轉知會員正確申報健保費用，請 查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部中央健康保險署114年3月28日健保企字第1140680633號函辦理。。
- 二、在健保總額資源有限的情況下，杜絕醫療資源浪費及詐領健保之不法行為是健保當前重要目標，經彙整近期查獲之健保違規案例，請協助轉知會員應覈實申報醫療費用，切莫不實虛報，以免觸法。
- 三、另該署每季宣導案例均置於VPN健保資訊網服務系統（路徑：VPN畫面左方之服務項目>院所資料交換>院所交換檔案下載），請各醫事服務機構參考。
- 四、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。

疾病管制署統籌採購水痘疫苗外盒、仿單變更相關事項

臺北市政府衛生局

114.04.07 北市衛疾字第1143088135號

受文者：台北市醫師公會

主旨：函轉衛生福利部疾病管制署統籌採購水痘疫苗外盒、仿單變更相關事項詳如說明，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部疾病管制署114年4月14日疾管防字第1140200322號函辦理。
- 二、旨揭疫苗業經衛生福利部食品藥物管理署核准變更仿單及包裝在案，將自批號為「Y012471」、「Y012472」之疫苗開始，配送變更包裝之疫苗。外盒及仿單標示變更，變更處以紅框及紅字顯示，摘述如下：
 - (一) 用法增加肌肉注射途徑。
 - (二) 更新婦女注射後避免懷孕之間隔。
 - (三) 更新禁忌、警語及臨床試驗資訊。
- 三、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。

中央健康保險署「大家醫計畫」相關訊息

臺北市政府衛生局

114.04.16 北市衛健字第1143088304號

受文者：台北市醫師公會

主旨：檢送衛生福利部中央健康保險署「大家醫計畫」相關訊息，敬請貴公會協助轉知基層診所及所屬會員，並刊登貴會會刊及網站宣導，至紉公誼。

說明：

- 一、為以病人為中心推動全人照護，整合慢性疾病防治，衛生福利部中央健康保險署辦理「大家醫計畫」，由基層診所與合作醫院組成社區醫療群，第一線服務民眾於同一家院所即可接受完整的醫療服務，並導入數位照顧模式，為民眾客製個人化照護計畫，強化自我健康照顧。
- 二、檢送旨揭計畫懶人包、海報、健康存摺及健保快易通懶人包各1份（如附件）。
- 三、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。

疾病管制署重申退伍軍人病之通報及採檢相關事宜

臺北市政府衛生局

114.04.16 北市衛疾字第1143088920號

受文者：台北市醫師公會

主旨：函轉衛生福利部疾病管制署重申退伍軍人病之通報及採檢相關事宜，請配合辦理，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部疾病管制署114年4月16日疾管防字第1140200339號函辦理。
- 二、依退伍軍人病病例定義，個案需符合臨床條件「肺炎病人，並出現倦怠感、畏寒、肌肉酸痛、頭痛、發燒、頭昏、咳嗽、噁心、腹痛、腹瀉及呼吸困難等任一症狀」始符合通報定義。爰通報退伍軍人病需確實符合臨床具有肺炎症狀，未有肺炎而僅尿液抗原快速檢測陽性，則不符合通報定義，無需通報。
- 三、尿液抗原快速檢測方法可能因其它致病菌感染，出現非專一性訊號而有偽陽性結果，另依台灣胸腔暨重症加護醫學會及台灣感染症醫學會公布之台灣肺炎診治指引，對於程度嚴重的社區型肺炎，始建議進行退伍軍人菌之尿液抗原快速檢驗。
- 四、為正確掌握我國退伍軍人病流行現況，同時避免未符病例定義個案通報後即啟動各項防疫作為，增加非必要之公共衛生資源耗用，請臨床醫師於病患確有肺炎症狀且符合臨床條件時，始進行退伍軍人菌尿液抗原快速檢測及通報，其檢測結果陽性則需於投藥前採檢痰液等檢體送驗。
 - (一) 醫師應親自診斷病患提供醫療服務，或於符合《全民健康保險醫療辦法》第七條所定條件時，再開給相同方劑。
 - (二) 醫師應依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫療服務。
 - (三) 避免以不正當行為或虛偽之證明報告或陳述，申報醫療費用。
- 五、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。

本會學術教育課程表

114年學術繼續教育課程表

時間：下午一時至三時（星期五）

地點：實體（公會七樓會議室）+線上並行

◆線上課程將採用**Cisco Webex Meetings**軟體，請提早下載安裝，並使用中文全名登錄。

◆系統會自動記錄上課時間，本會將依上線時間給予學分。

日 期	講 題	講 師
114.07.04	STI 概論與 PrEP 實務戰略分享	李嘉文
114.07.11	急性冠心症	吳承學
114.07.18	Update on the diagnosis of Cushing syndrome 庫欣氏症候群診斷的最新進展	林亮羽
114.07.25	病毒疣是否由不得人	洪楨邦
114.08.01	Update of ILD diagnosis and treatment 間質性肺病診斷與治療新進展	曾敬閔
114.08.08	流感疫苗面面觀	宋季純
114.08.15	疫苗中的佐劑系統：提供保護力的關鍵	黃立民
114.08.22	靜脈曲張	林鈺彬
114.08.29	呼吸道融合病毒預防新世代	呂俊毅
114.09.05	吞嚥障礙的評估與介入	武俊傑
114.09.12	後新冠時代的免疫和疾病影響	江伯倫
114.09.19	脊椎內視鏡浪潮	許劭遠
114.09.26	紅斑性狼瘡的臨床診斷與轉介	藍鼎淵

投稿簡則

一、本刊為台北市執業醫師的園地，歡迎各位會員同仁踴躍提供與醫療有關之學術研究報告、醫療行政業務、行醫心得、文藝創作、旅遊見聞等創作。

二、各類文章，以不超過8000字為原則，但特約稿例外。學術性文章，題目、姓名均須以中文書寫，題目不超過20字為限。本刊對來稿有修改的權力。

三、本刊「台北市醫師公會會刊(Journal of Taipei Medical Association)」，英文縮寫為J Taipei Med Assoc。

四、凡學術性文章，請依下列簡則：

1. 來稿請以中文橫向打字；英文名詞除已慣用簡寫外，其它儘量譯成中文，並以括號附註原文。英文譯中文請用牛頓英漢醫學辭典、高氏醫學辭典或華欣醫學大辭典。英文字之字頭，除標題、每行開頭字、專有名詞與藥物商品名外，請一律小寫。

2. 凡數字應用阿拉伯字體書寫，度量衡單位應使用國際單位系統符號。

3. 插圖如係照片，須光面且黑白清晰，如係圖表，應用濃墨描繪於白紙，轉錄之圖、表應註明出處。圖以阿拉伯數字，表以羅馬字排列次序。插圖如為電腦檔案，則解析度至少需為300 dpi。

4. 參考文獻之引用如下：

A. 參考文獻按照引用先後順序排列，於文中引用時請以小寫阿拉伯數字標示於引用處之右上方。

B. 參考文獻之著者需全部列出，如為三人以上者，則僅列前三人。

C. 所列之參考文獻以二十個為限。

D. 參考文獻如為雜誌，請書寫著者姓名、題目、雜誌簡稱(按照MEDLINE規定)、年號、卷數、期數、起訖頁數。

中文例：盤松青：社區型肺炎的治療與預防。台北市醫師公會會刊 2018；62(7)：46-50.

英文例：Brown MS, Goldstein JL: A receptor-mediated pathway for cholesterol homeostasis. Science 1986; 232(4746): 34-47.

E. 參考文獻為書之範例：文章著者姓名、題目、編輯者姓名、書名、版數、年代、出版社名、地址、起訖頁數。

McIntyre N, Harry DS: Measurement of plasma lipids, lipoproteins, apoproteins and enzyme. In McIntyre N, Harry DS, eds. Lipids and Lipoproteins in Clinical Practice. 2nd ed, 1992. Wolfe Publishing Ltd. London, UK. P.33-68.

F. 參考文獻如為網站資料，請註明日期。

五、本刊僅接受未曾發表之著作，請勿一稿兩投：凡經本刊登載後，版權即歸本刊所有，除於本刊刊登外，亦張貼於本會網站。本刊於每期會刊出版後，選取部份文章提供與本會簽約合作之數位公司收錄和提供下載服務。所有文章除本刊同意外不得轉載。若為摘譯、譯稿或改寫稿，需附原作者之正本同意書，並附原文影本一份；作者之觀點並不代表本會立場，若有法律責任由作者自行負責。來稿如涉及版權，概由作者自行負責。

六、投稿請寄稿件及投稿聲明書，寄至「台北市信義路二段74號6樓編輯委員會」，並詳附姓名、通訊地址、電話、傳真號碼、服務單位及職別，或e-mail至tma07@tma.org.tw。如經採用，將略致薄酬以表謝意。



臺北市醫師公會

會址：臺北市大安區信義路二段74號6樓

電話：(02)23510756 傳真：(02)23510739

TAIPEI MEDICAL ASSOCIATION

6F., No. 74, Sec. 2, Xinyi Rd.,

Da-an Dist., Taipei City, Taiwan (R.O.C.)

TEL:+886-2-23510756 · 23510757

FAX:+886-2-23510739