



臺北市醫師公會會刊



- 新型止痛藥的奇妙之處：Suzetrigine
- 認識早發性卵巢功能不全
- GLP-1受體促效劑發展歷程與其在多重慢性病風險管理中的應用回顧

目錄

Contents

常務監事的話	醫師公會教育小組推動糖尿病腎病防治— 家醫計畫組織學習的進展	張孟源	2
會務公告	會館搬遷通知		6
	公益藝術展		7
	台北市醫師公會會員服務申請書		8
會議紀錄	理監事聯席會會議紀錄		10
醫事法律	視同自認—臺灣新竹地方法院112年度 醫字第4號民事判決評析	林叡忻、葛 謹	35
學術專論	新型止痛藥的奇妙之處：Suzetrigine	周韋翰	41
	認識早發性卵巢功能不全	蔡奇桓、黃楚琄	46
	GLP-1受體促效劑發展歷程與其在 多重慢性病風險管理中的應用回顧	張宏猷	51
活動預告	網球聯誼賽		60
	台北午後巡禮		61

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：江建勳

本期副執行編輯：黃博浩

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

P.41

P.65

P.69

P.77

P.83

新竹雅麥部落、獵人學校一日遊	62
----------------	----

籃球聯誼賽	64
-------	----

會員園地	服務欄	65
------	-----	----

開懷篇	陳志鑫	66
-----	-----	----

攝影秀—安納西：法國最美小鎮	林隆煌	67
----------------	-----	----

生活醫療法律	醫療法律生活化系列(153)	李志宏	69
--------	----------------	-----	----

台灣人口不可逆的趨勢—生不如死？	
------------------	--

醫林特稿	《「副/福」業回顧》-25	朱真一	77
------	---------------	-----	----

日據時代的醫學教育(11) —高等學校教育--官方/校方的方針	
---------------------------------	--

醫婦會園地	世界腦麻日活動	83
-------	---------	----

醫政公文	重要政令轉知會員	84
------	----------	----

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 9
------	--------

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：醉月湖的景

醉月湖頗具詩意，是莘莘學子經常流連的地方，平靜的湖，總有黑白天鵝造訪，近黃昏的時刻，靜謐而秀麗。

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

醫師公會教育小組推動糖尿病腎病防治—家醫計畫組織學習的進展

張孟源內科診所 張孟源

前言

健保署自92年起實施家醫計畫，建立以病人為中心、家庭為核心、社區為範疇的健康照護觀念，提升醫療服務品質為目標。其中，糖尿病腎病變更是台灣慢性病防治重大課題。因此，健保署自113年起升級為「大家醫計畫」，整合原糖尿病、初期慢性腎臟病、代謝症候群等相關計畫，提升慢性病照護品質，讓病人可獲得更全面的照護¹。

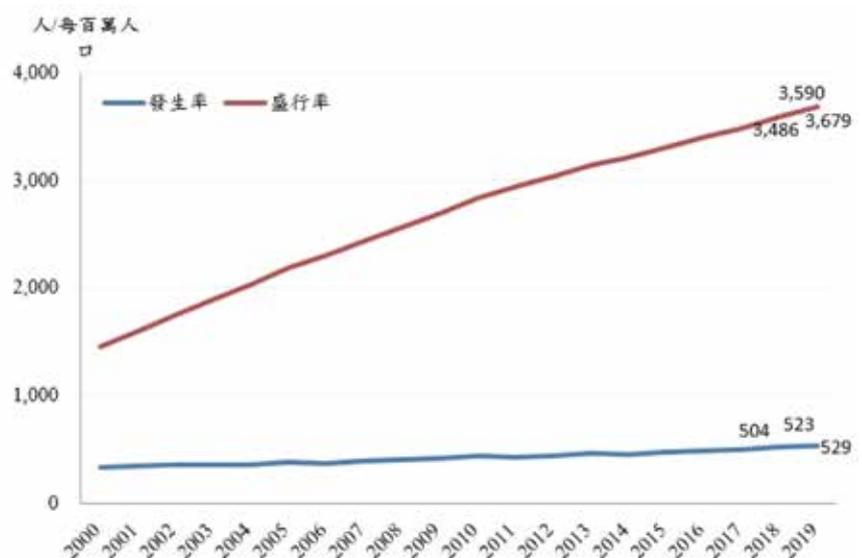
台灣洗腎人口眾多，且糖尿病腎病變是造成末期腎臟病的主要原因之一。同時，糖尿病腎臟疾病的盛行率，已超過糖尿病患者人數的15%，另外約有40%的末期腎臟疾病的原因為糖尿病腎病變，因此可知糖尿病造成末期腎臟病的影響有多大，糖尿病腎病變是目前已開發國家造成末期腎病變的主因，約20%至40%糖尿病人者會產生糖尿病腎病變。此外，台灣的透析患者中，糖尿病腎病變佔了一半以上，顯示糖尿病腎病變對台灣的公共衛生具有重大影響²。

根據國衛院流行病學的調查，慢性腎臟病在台灣具有發生率高、盛行率高且醫療花費高之特性，為影響國人健康之重要疾病，而監測慢性腎臟病的流行病學趨勢，乃是增進慢性腎臟病照護品質不可或缺的工作。為

瞭解國內慢性腎臟病與透析之概況與其特質，2014年起，由國衛院、台灣腎臟醫學會與中央健康保險署三方共同合作，以全民健保資料建置整合性資料庫，並藉由資料處理與分析，出版《台灣腎病年報》呈現台灣慢性腎臟病的現況，以及我們所面臨的挑戰³。

健保署大家醫計畫2.0新增「糖尿病腎病變學分認證」

中央健康保險署自113年起將行之有年的「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」（下稱家醫計畫），升級為「大家醫計畫」，整合原糖尿病、初期慢性腎臟病等論質計酬計畫，讓病人在同一家院所就可以接受完整的醫療服務，另外更導入數位照顧模式，蒐集個人健康資料，以利醫事人員客製化病人照護計畫，並讓病人強化自我照顧能力¹。



圖一 台灣腎病年報：台灣末期腎病透析每百萬人每年之盛行率及發生率。

同時，「大家醫計畫」朝向以病人為中心的全人照護，首要整合糖尿病、初期慢性腎臟病及代謝症候群方案，透過數位追蹤管理，妥適監測病人健康狀況；同時，也將加強家醫計畫醫師對於糖尿病、初期慢性腎臟病的疾病管理能力，提升慢性病照護品質，讓慢性病患可獲得更全面的照護。

因此，健保署在113家醫計畫新增DM/CKD相關教育課程⁴。社區醫療群之組織運作型式規定如下：（家醫2.0醫療群：申請成為「家醫2.0醫療群」之診所，若當年度未參加醫療給付改善方案：下稱P4P）-糖尿病/初期慢性腎臟病/糖尿病合併初期慢性腎臟病（下稱DM/CKD/DKD），應按本計畫規範加強DM/CKD疾病管理能力。DM/CKD/DKD方案，其參與本計畫之醫師應按較需照護個案之疾病樣態，接受DM/CKD相關教育課程⁵。（如圖二）

113年度家醫計畫DM/CKD/DKD方案相關教育課程必須在該年度113年12月底之前完成以下訓練。其參與本計畫之醫師應接受DM/CKD相關教育課程，各項疾病之時數要求如下：

(1) 第一年：

A.DM：8小時之

糖尿病或糖尿病（含初期慢性腎臟病）相關教育訓練課程。

B.CKD：6小時之初期慢性腎臟病或8小時之糖尿病（含初期慢性腎臟病）相關教育訓練課程。

C.DKD：8小時之糖尿病及6小時之初期慢性腎臟病相關教育課程，或8小時之糖尿病（含初期慢性腎臟病）相關教育訓練課程。

(2) 第一年後，每年需接受8小時之糖尿病繼續教育訓練課程。

上開教育訓練課程得由中華民國醫師公會全國聯合會（含各縣市公會）、台灣醫院協會（含各層級協會）、中華民國糖尿病學會、中華民國糖尿病衛教學會、台灣醫療繼續教育推廣學會、國民健康公布之糖尿病健康促進機構、台灣腎臟醫學會、各縣市衛生局及專科醫學會主辦。

家醫2.0醫療群介紹							
-依醫師P4P資格認定不同受訓時數							
■ 醫師收案會員中同時具糖尿病及慢性腎臟病患者為例							
醫師身分		未具任一P4P認證資格		僅具參與P4P-CKD方案資格		僅具參與P4P-DM方案資格	
受訓方式		方式1	方式2	方式1	方式2	方式1	方式2
上課時數	第一年	8小時DM	✓		✓		
		6小時CKD	✓				✓
		8小時DKD		✓		✓	
第二年	8小時DM繼續教育	✓	✓	✓	✓	無須繼續教育	無須繼續教育

圖二 113家醫計畫新增DM/CKD相關教育課程。

醫師公會教育小組推動--「家醫2.0醫療群」教育訓練—線上直播系列課程

健保法第44條訂有家庭責任醫師之制度，以促進預防醫學、落實轉診制度。中央健康保險署家醫計畫經過20年逐步落實在社區醫療，民眾參與程度逐年增加。在110年家醫計畫計有623個醫療群參與計畫，其中診所數為5,587家（占西醫基層診所53.1%）、醫師數為7,367人（占西醫基層醫師45.97%）、收案會員數為600.8萬人（占總保險對象人數24.8%）⁷。同時，中央主管機關健保署家醫計畫為提升醫療照顧品質與醫病關係，健保署規定在113家醫計畫新增DM/CKD相關教育課程，參與家醫2.0計畫的醫師必須在113年12月底之前完成以下訓練⁵。換算起來，大約有七千名基層診所醫師必須在6個月內參加八堂課，每堂課一小時的DM/CKD相關教育課程，也就是全國各地基層診所醫師總共需要完成五萬六千人次的課程。

113年12月底之前完成全國醫師五萬六千人次上課認證，如此規模的可能是台灣醫界有史以來最大規模的家醫計畫組織學習。針對醫師在取得計畫資格認證所遭遇之問題，醫師公會於113年4月16日召開「繼續教育推動小組」會議，會中邀請健保署石崇良署長。針對會員反應，包含教育訓練課程不足、是否需要在加入計畫前必須完成相關訓練，以及分開課單位所開之課程僅限其會員上課等狀況，逐一向署長報告，均獲得其正向之回應。

石署長於會中表示，未來包含糖尿病(DM)、初期慢性腎臟病(CKD)、糖尿病合併

初期慢性腎臟病(DKD)等教育訓練課程，都可以由全聯會、各縣市公會、衛生局與及專科醫學會等單位主辦，同時只要在開始收案的第一年內，完成教育訓練即可；至於開課單位排他性的問題，健保署也發布了相關修正公告及去函提醒開課單位，舉辦課程宜開放給所有家醫計畫參與醫師報名。

為此，醫師公會全聯會自6月20日起連續8周，每周一小時，共辦理8小時家醫2.0的DKD線上繼續教育課程。利用醫師中午休診的時間，協助有意願參與該計畫的醫師完成所需之教育訓練課程之時數；並且整合各縣市醫師公會所辦理的相關課程，透過全聯會的繼續教育平台分享給所有醫師會員，讓慢性病患者得到更全面的照護⁶。

為協助健保署推動大家醫計畫，讓更多醫療院所得以參與，全聯會陸續開辦及整合參與該計畫所需之教育訓練課程，協助醫師會員滿足所需之訓練課程，讓慢性病患者得到更全面的照護。

截至113年12月31日止，相關統計如下：家醫2.0教育訓練課程時數統計區間自113年4月25日至12月31日止彙整課程範圍如下：

(1)全聯會自辦課程（共計8堂課程）、(2)全聯會協助各縣市醫師公會線上直播課程（共計10堂課程）、(3)各開課單位於「衛生福利部繼續教育積分管理系統」向全聯會申請家醫2.0並已上傳學員名單之課程（共計75筆課程案件申請）、(4)全聯會官網「家醫2.0DKD網路課程」（共計8堂課程）。

全聯會繼續教育推動小組截至114年1月7日，共計申報75筆健保署大家醫計畫DM/CKD課程案件申請。在此期間全國家醫計畫統計總共6,436名醫師完成健保署期待之8堂課DM/CKD上課認證，醫師公會全聯會成並已提報衛福部健保署。基層診所醫師在短短半年間完成之課程總數約為52,000堂，真的創下台灣醫界有史以來最恢宏之上課認證紀錄。

後記：所謂『學習型組織(Learning Organization)』是一種強調持續學習和適應變化的組織模式。它鼓勵組織成員不斷學習新知識、技能，並將這些知識應用於工作中，以提升組織的整體效能和競爭力。學習型組織的目標是讓組織能夠快速適應環境變化，並持續成長和發展⁸。

台灣醫師的角色不應只侷限在健保總額醫療業務；未來在AI時代的衝擊，終身學習(Lifelong Learning)已成為醫學專業發展的核心⁹。醫療知識更新迅速，醫師必須持續學習以維持專業能力，確保能夠提供最新且最有效的治療方法。全聯會繼續教育推動小組未來主要工作應鼓勵醫師建立自我學習的習慣，提供關鍵學習機會，讓基層診所可以終身學習。台灣醫界的未來充滿挑戰，唯有勇於面對並持續改革，才能確保台灣醫療體系為社會提供最優質的健康照護。

衷心為台灣醫界喝采，台灣基層診所醫師，能夠成長為學習型組織實在是令人敬佩之成就。最後，『醫師公會繼續教育推動小組』能夠順利完成「家醫2.0醫療群」教育訓練艱

鉅的任務，個人以身為教育小組成員為榮。

參考文獻

1. 健保署推家醫計畫再升級，慢性病患照護更全面 2024.4.2。https://www.mohw.gov.tw/cp-16-78225-1.html
2. 三軍總醫院基隆分院腎臟科王涵恩醫師、三軍總醫院陳金順教授：https://www.dmcare.org.tw/article/454
3. 末期腎臟病在台灣之現況。國家衛生研究院電子報 2022.9.16；959期。https://enews.nhri.edu.tw/research/8133/
4. 中央健康保險署113年度家醫計劃修訂重點說明。https://www.nhi.gov.tw/ch/dl-70066-b8787166ba0840c8b41087869cc58b23-1.pdf
5. 健保署113年度家庭醫師整合性照護計畫修正對照表。https://www.nhi.gov.tw/ch/dl-68646-1d73dff756734dbb97d28d2fbcfb6a63-1.pdf
6. 中華民國醫師公會全聯會醫師教育。https://www.tma.tw/credit/list.asp
7. 健保會委員關切「家庭醫師整合性照護計畫」執行成效及未來規劃全民健康保險會 111.7.7。https://dep.mohw.gov.tw/NHIC/cp-4039-70414-116.html
8. 彼得·聖吉：第五項修練：學習型組織的藝術與實務。遠見天下文化出版股份有限公司 2018.8.30。
9. 醫師的多重職業角色與終身學習 Harvey Vernon Fineberg。https://today.line.me/tw/v2/amp/article/vX9GBOE 🇹🇼

會館搬遷通知



台北市醫師公會 要搬遷會館了!!!!

本會於114年9月8日（星期一）遷移至安和會館並正式啟用，繼續為會員服務。

上班時間：週一~週五上午9:00至17:00 TEL:02-23510756~7 FAX:02-23510739

地址：臺北市大安區安和路1段27號16樓（安敦國際大樓）

交通資訊：

A. 搭乘捷運

※板南線（藍線）：

- 至忠孝敦化站5號出口，沿忠孝東路四段146巷直走，左轉安和路一段。
（步行約10分鐘）
- 至忠孝敦化站6號出口，沿敦化南路一段直行，左轉安和路直行。
（步行約10分鐘）

※淡水信義線（紅線）：

至信義安和站1號出口，沿安和路一段直行，穿越仁愛路後沿安和路繼續直行。
（步行約15分鐘）

B. 搭乘公車

- 【捷運忠孝敦化站】下車：搭乘公車204、212、232、235、299、600、663、919、忠孝幹線至，沿忠孝東路四段146巷直走，左轉安和路一段。
（步行約10分鐘）
- 【安和敦化路口站】下車：搭乘公車0東、33、52、275、278、292、556、630、688、707、902、905、906、909、913、967、敦化幹線，轉入安和路直行。
（步行約5分鐘）

C. 自行開車

請將車輛停至週邊收費停車場後步行前來。

鄰近停車場：私立復興高級中學附設地下停車場、富邦金融中心停車場

公益藝術展 — 愛心平臺溫馨送暖

今年是台北市醫師公會成立八十週年，我們特別規劃一系列紀念活動，其中「公益藝術展」是極具意義的一項。

此次公益藝術展集結多位醫師、護理師珍貴的畫作，有水彩、油畫、水墨畫等不同風格的畫作，充分展現在醫療專業之外的藝術涵養。我們特別感謝遠嫁韓國的護理師羅文凰老師，提供多幅韓國傳統民俗畫與水彩畫參與展覽。

本次藝術展共有23幅作品，每一件作品皆傳遞創作者的愛心暖意與人文關懷，值得細細品味。展期自九月十三日起至十月卅一日止。

九月十三日下午一時卅分，於安和會館舉辦「百年風華 傳承永續學思演講」。現場也特別邀請三個社福團體蒞臨，屆時請各位發揮愛心踴躍捐款。藉由您一個小小的動作，就能匯聚成大大的力量，攜手守護社會中的弱勢族群。

★三個社福團體如下，各位賢達如果無法在九月十三日捐出善款，也請各位可以與以下單位聯繫，溫馨送暖、慷慨解囊。

1. 社團法人中華民國快樂學習協會 <https://afterschool368.org/>

吳念真導演說：「我們真的管不了那麼多的家庭問題，我們可能也沒辦法改變教育政策，但我們每一個人，都可以為孩子下課後的學習，盡一點心力！」這是吳導呼朋引伴，成立「社團法人中華民國快樂學習協會」的初衷，希望結合民間的力量，為弱勢的小朋友，在學習的道路上，提供免費的課後輔導，讓他們也能擁有光明的未來！

2. 財團法人靖娟兒童安全文教基金會 <https://www.safe.org.tw/>

民國81年5月15日健康幼稚園校外教學時發生火燒車事件，其中林靖娟老師在濃煙中將學生一個個救下，但此嚴重事故仍造成23條生命犧牲。為了喚起社會各界對兒童安全的重視，受難者家屬以及社會熱心人士共同發起成立了「靖娟兒童安全文教基金會」。

靖娟長期致力推動兒童安全工作，希望透過教育的力量讓孩子從小學習安全，進而有效的降低事故率的發生，靖娟同時也推動培養志工講師進校宣導交通安全，每年服務將近10,000名學童學會正確交安知識。

3. 財團法人台北市私立陽明養護中心 <https://www.ymbt.org.tw/>

創辦人林正洲先生有鑑於智能障礙者，不僅影響一個孩子的終生，同時也影響到家庭及整個社會，因此，向台北市社會局第一科申請設立附設陽明養護中心。中心為收容18歲以上第一類合併智能障礙之身心障礙者，施以全天候之養護教育，在養護期間有系統的施以生活輔導和職業技能訓練，俾能減少其對家庭社會之依賴性，期以增進社會福祉。

台北市醫師公會 會員服務申請書

會務公告 · 台北市醫師公會會員服務申請書

申請人		申請日期	年	月	日
院所名稱		院所地址			
執業科別		聯絡電話			
電子信箱					
請求協助事件摘要					
辦理情形					
備註	<p>1. 舉凡消防、健保、醫療業務、醫療政策、醫療爭議…等問題，均可填寫書面申請書後，mail至本會(tma121@tma.org.tw)協助辦理。</p> <p>2. 本會在收達您的申請表後，將會主動與您聯絡並儘速安排解決方案。</p> <p>3. 連絡人：王小姐，(02)2351-0756分機21</p> <p>4. 本申請書收件時間： 年 月 日 時 分</p>				
理事長		召集委員		執行長	
				總幹事	
				組長	
				承辦人	



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

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

職業醫學科 具職業醫學科專科醫師證書

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：第廿屆第十次

時間：一一四年六月十一日（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、周賢章、林應然、詹前俊、孫建偉、劉漢宗

理事視訊：周迺寬、蕭勝煌、侯明志、簡志誠、李偉強、蔡有成、黃國晉、黃集仁、黃聰仁、李龍騰、黃國欽、洪佑承、周裕清、邱展賢、詹益祥、曾令民、程劭儀

理事請假：蔡建松、陳作孝、殷偉賢、張文瀚

監事出席：劉秀雯、張孟源、陳獻明

監事視訊：許希賢、婁培人、蔡景耀、洪乙仁

監事請假：陳美齡、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

記錄：陳怡璇

壹、報告事項

一、主席報告

洪德仁理事長

監事長、李顧問、彭顧問，還有線上及實體出席的理監事大家好，感謝各位抽空出席會議。我簡單向各位報告近期工作進度。

- (一) 關於本會特別規劃之「百年風華·傳承永續系列講座」，首場活動將於六月十四日（六）下午二時，在臺北榮民總醫院致德

樓第一會議室舉行。特別邀請臺北榮民總醫院陳威明院長擔任主講人，為系列講座揭開序幕。本系列活動共計20場次，將邀請23位重量級講者共同參與，傳承醫界寶貴智慧與精神，意義深遠。請各位理監事協助透過各種管道，廣為宣傳，鼓勵會員踴躍參與。相關執行規劃及相關經費事項，於後續議案討論時，提請各位理監事審議，屆時請不吝提供寶貴建議。

- (二) 本會已完成全聯會第十四屆會員代表名單提報，共計六十二名，分別為洪德仁、周迺寬、蕭勝煌、周賢章、侯明志、林應然、簡志誠、蔡建松、陳作孝、殷偉賢、張文瀚、李偉強、蔡有成、黃國晉、黃集仁、黃聰仁、李龍騰、黃國欽、詹前俊、孫建偉、周裕清、曾令民、劉漢宗、邱展賢、詹益祥、洪佑承、程劭儀、劉秀雯、張孟源、許希賢、婁培人、洪乙仁、陳美齡、蔡景耀、盧異光、陳獻明、彭瑞鵬、李明濱、陳彥元、施俊明、高尚志、羅源彰、李家祥、張朝凱、吳振吉、王建人、王剴鏘、王正淵、王志嘉、李詩應、傅中玲、方文輝、楊盈盈、黃名琪、蔣世中、劉燦宏、謝嘉娟、嚴敏心、吳岱穎、溫素瑩、黃韻如、何叔芳等代表。關於全聯會第十四屆理監事之推薦名單，本人將依第九次理監事聯席會議決議辦理。

- (三) 本會持續關注醫師權益，近期結合新北、基隆、桃園、宜蘭、新竹、臺南、家醫學會、基層醫療協會、基層醫師協會及診所

協會全聯會，積極向立法院陳情，建議比照警察等高工時人員，推動「醫師超時工時加班費免稅」措施。感謝賴惠員立委傾聽醫界聲音，接受建議。

近年醫療人力面臨高工時、低薪資與沉重稅負三重壓力，導致重症、急診等科別人力流失嚴重，影響醫療品質與民眾就醫權益。我們共同提出具體建議，並持續與立委溝通，爭取醫師合理待遇。

1. 訂定醫師加班費免稅上限，每月以100小時為限，限度內支領的加班費免納入綜合所得稅。
2. 明確規範超時工時內容，包括夜診、假日診療、急診手術、假日巡房、災害期間出勤及醫療評鑑會議等，確保符合實際醫療現場需求。
3. 依據醫師薪資結構推估，若每月100小時加班，年所得可增加17至36萬元，稅負減輕6%至12%，有效提升醫師留任誘因。
4. 此方案已參考警察、國軍、消防等高工時高風險行業既有免稅制度，符合國際趨勢與公平合理原則。

(四) 六月一日臺北市內湖某醫院發生三名護理師遭病患攻擊事件，本會嚴正譴責任何形式的醫療暴力，並公開呼籲全台醫療機構強化防暴通報與處理機制，重申「醫療暴力零容忍」立場。醫療現場應是安全、尊重的公共空間，醫事人員的人身安全不容忽視。提醒第一線同仁提高警覺，及早辨

識高風險徵兆，遇暴力徵象應即時通報保全、報警並保留證據，同時善用監視系統與定期演練提升應變力。我們鼓勵醫事人員勇敢報案，透過警政與司法體系依法處理，方能保障執業安全，維護整體醫療品質與病患權益。

⇒公會醫療暴力處理流程，請掃描右側QR Code下載瀏覽。



(五) 六月九日本人偕同本會醫政委員會召集周迺寬常務理事前往法務部，拜會黃世杰政務次長、人事處林靜玟副處長及王韻綾專員，針對今年度醫政委員會與財團法人中華法學研究院首度於法務部舉辦之「午間小品-健康專題講座」進行場地勘查及活動細節討論。

會議中除確認講座流程安排及其細節外，亦就醫療相關詐騙議題交換意見。雙方指出，近年詐騙手法日益多樣且專業，從「假冒健保署名義發送繳費簡訊」、「冒用雙證件企圖於醫院領取管制藥品疑似涉及不法」，甚至「以毒品偽裝為減肥藥、壯陽藥等醫藥產品吸引青少年上鉤」，皆為近期常見的新型詐騙模式，且詐騙訊息往往搭配時間壓力與恐嚇語氣，使人難以冷靜判斷。黃次長特別強調，若第一線醫師也能於門診時適時提醒病患留意各類詐騙手法，將有助於建立社會第一道防線，發揮醫師作為社會安全守門人的功能。未來雙方除持續推動醫法跨域合作外，也能深化公共議題，共同關注，進一步提升全

民健康素養與法治觀念。

- (六) 關於前次會議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。秘書處已依決議彙整待銷毀之文書卷宗及會計表冊等清冊（如附件），比照設備財產報廢程序，請相關幹部完成清點，提交本次會議報告後，則委託廠商進行水銷，並請秘書處派員全程監督。
- (七) 於一一三年六月依第二十屆第四次理監事聯席會議決議通過，試辦「糖尿病與新陳代謝症候群專案計畫」，期間召開共識會議、試辦說明會及經驗分享會，感謝台大醫院詹其峰教授團隊完成「社區新陳代謝症候群早期防治暨整合照護計畫」結案報告。本會將參考結案報告，草擬提案內容投入「健康台灣深耕計畫」，進一步推廣整合型社區照護模式，提升慢性病防治成效，本案已提本次會議議案討論，敬請各位理監事支持。
- (八) 關於九月十三日舉行「安和會館啟用典禮暨百年風華傳承永續學思演講與藝術作品公益義賣展」，當日將邀請各界嘉賓蒞臨指導。為響應公益精神，邀請函上將特別註明「懇辭花籃」，並誠摯歡迎有意共襄盛舉的嘉賓，將原擬致贈花禮之費用，轉為捐助「公益勸募專案」，以凝聚更多資源捐助社福團體、發揮更大社會影響力。至於邀請重要長官之函文，將不註記花禮

相關事項，其餘嘉賓則盼能與公會一同參與此次公益行動，共同為社會注入溫暖與希望。

劉秀雯監事長報告

各位理監事，大家午安！關於新會館裝修的最新進度，請各位參閱書面議程第37頁，關於四月廿八日新會館防水工程細節溝通會議決議之最新進度，我簡單向各位報告。

我們十分幸運，新會館大樓管委會近期更換的陳總幹事是由潤泰集團指派，專責協助大樓整體環境改善。陳總幹事擁有豐富的實務經驗，上任後積極推動各項設施優化工作，近期已陸續啟動地下室車道整修及汙水化糞池處理等工程，並主動發送施工通知予各住戶與使用單位。

這次會館外牆的防水工程，在大樓陳總幹事的大力協助下，推動順利。目前工程仍由管委會協調的施工團隊持續進行中，利用近期連續晴天，加速完成露台防水施作。待本階段修補作業完成後，若未來仍出現滲漏情形，屆時將再行評估是否需進行更大規模的修繕。

安敦國際大樓在五月五日進行第二次外牆修復工程，日前已請湯設計師注意新會館外牆是否仍有漏水之處，並清楚標示相關位置告知公會，以利彙整後轉請大樓管委會陳總幹事後續處理修繕事宜。五月份，理事長、本人及會務人員多次前往安和會館，實地勘察裝修工程進度，也針對櫥櫃與牆面等配色細節進行充分討論與確認。

此外，公會對於機房的防水安全非常重視，雖然目前外牆滲水情況已有所改善，且機房內部線路已完成鋪設，但考量機房為本會關鍵資料儲存維運重要地方，難免會擔憂未來可能再次出現滲漏等情形。因此，仍請湯設計師協助與網路工程師進一步溝通研議，評估是否有其他補強機房安全的可行方案，以確保資料系統長期運作穩定、安全無虞。

也非常感謝會務人員每週安排同仁輪流至安和會館現場勘查，不發現問題的第一時間與設計師溝通調整，確保整體工程如期、順利推進。

李明濱顧問致詞

理事長、各位同仁大家午安，大家好！在洪理事長的領導下，會務推展極為順利，可喜可賀，祝福大家身體健康、一切平安。

二、確認第二十屆第九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

- (一) 五月四日第廿屆第三次會員代表大會修正資產負債表中將標頭「負債、基金暨餘絀」欄位，修改為「負債、權益」，經詢問會計師，為讓報表更為詳實，增加一列「權益總額」，並將「合計」改為「資產總計」及「負債及權益總計」。
- (二) 本會一一四年三、四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

一一四年六月四日召開第八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。

- (三) 因近日美元匯率波動大且起伏不定，因此於五月九日召開第四次外幣定存小組會議，特邀請玉山銀行理專分析美元匯率走向：(1) Fed（美國聯準會）五月份FOMC（聯邦公開市場委員會）會議表示，不急於降息，目前經濟仍穩健，降息預期延後，全年度維持2-3碼的降息。(2) 美台利差仍是影響匯率強弱的主因，美國降息預期速度趨緩，美台利差維持高檔，有助於美元的支撐。(3) 美元兌台幣過去30年平均匯率均值在31.22元、過去20年均值約在31元、過去10年均值在30.69元，長期匯率保持穩定，可以用長期匯率來評估短期波動。(4) 美元霸權來自於強大的政治、經濟、軍事實力，自石油美元體系建立後，奠定美元地位，為全球最主要外匯儲備貨幣，佔比高達6成，目前暫時看不到任何幣別能夠取代美元。因此，會中如下二點決議：(1) 目前定存一年641,254.05美元，仍繼續定存至114年12月19日到期日，屆時再請玉山銀行分析美元走向。(2) 在資金運用許可情況下，美金定存仍可分次逢低買進，但建議匯率在29元至29.2元時進場，以15萬美金、定存三個月為主，定存利率以玉山銀行當天公告再給予公會最優惠的利率。

醫政法制委員會周召集委員迺寬

(一) 本會與財團法人中華法學研究院、中華法學會所規劃之「司法VS.醫療專題系列講座」活動，已完成舉辦兩場次，並獲得學員回饋此合作不僅促進司法與醫療領域的交流，更提升兩個專業領域的互動，對身心健康及專業發展大有裨益：

1. 五月十三日於本會七樓會議室舉辦第一場「午間小品：醫事法律專題講座」。本次講座由洪德仁智庫召集人主持，特別邀請王志嘉醫師擔任主講人與徐翌菱律師擔任與談人，分別就「醫療紀錄管理與法律意識」及「司法與醫療的衝突與合作」兩大主題進行分享。

首先由王志嘉醫師主講「醫療紀錄管理與法律意識」，詳細說明醫療紀錄的完整性及正確性對於醫療糾紛的預防與法律責任的釐清具有關鍵性，並分享實務中常見的醫療紀錄爭議案例，提醒臨床人員務必落實SOP及書寫規範，以降低潛在風險。先專業後健保、法定方式修改、重要爭點記載、減少不一致性、符合法定授權、專業間之授權。強調病歷是具有法律意義的業務上文書，不僅是醫療照護品質的基礎，更在司法訴訟中扮演關鍵角色，作為證據、醫療鑑定及舉證責任分配的依據。王醫師從實務觀點說明，理想的病歷應符合「簡、明、達

意」原則，具邏輯性及時序性，並應配合問題導向病歷 (POMR) 的記載。演講深入探討了告知後同意與病情告知的法律規定，包括應告知的對象及在病人不願告知家屬時的處理原則。透過眾多醫療糾紛實例，王醫師闡述了病歷記載不完整、事後不當修改（如在訴訟中增加不利病人的敘述）或與其他醫事人員紀錄（特別是護理紀錄）不一致可能引發的法律風險，甚至涉及偽造文書等刑事責任（如邱小妹案的神經外科醫師案例）。此外，演講也討論了開立醫療證明書（特別是死亡證明書）的相關法律問題，強調區分應由法醫進行的司法相驗與醫師進行的行政相驗的重要性，並透過案例說明偽造死亡證明書的嚴重後果。總結病歷記載應遵守「先專業，後健保」的原則，並注意符合法定方式修改、記載重要爭點、減少不一致性及符合專業間之授權，藉此提升醫事人員的法律意識並減少潛在的醫療爭議。感謝與談人徐翌菱律師精彩回應，優遇大法官蔡清遊、周迺寬召集委員、周賢章常務理事共同的參與，現場及線上共有200多名醫師參加，雙向的提問和討論，非常熱烈，大家受益良多。

2. 六月三日於司法院3樓大禮堂舉辦「午間小品：健康醫療專題講座」。本次

講座由周迺寬召集委員開場，洪德仁理事長致詞並由中華法學會陳宗鎮理事長主持，邀請台大醫院北護分院家庭醫學科曹玉婷醫師擔任主講人，分享「司法人員的高效睡眠策略」，聚焦於如何藉由調整作息與生活習慣，提升專業人員的睡眠品質與身心健康。

曹玉婷醫師首先說明睡眠對於身體修復、情緒管理及專注力維持的重要性，並解析影響睡眠的常見因素，如壓力、輪班及長時間工作。她特別提醒司法人員，由於工作壓力較大且需長時間專注於案件審理與調查，若睡眠品質不佳，容易影響判斷力及情緒穩定度。

接著，她介紹了「高效睡眠策略」的實務技巧，包括建立規律作息、營造

理想睡眠環境、正確的午休習慣，以及簡易的放鬆練習。她亦建議善用時間管理，減少夜間使用3C產品的頻率，並強調白天適度運動有助於提升夜間睡眠的深度與品質。本次講座與會人員以司法人員實體出席為主共計四十人參與，現場互動熱絡，顯示司法人員對於健康議題的高度關注與積極投入。

(二) 醫事法律專題尚有二個場次，歡迎理監事踴躍報名參加（表一）。

(三) 五月三日協辦臺北榮民總醫院舉辦之第卅次醫法論壇，此次論壇主題為「醫療法律實務與智慧健康照護新趨勢」，邀請各領域專家與講師分別就「刑事醫療鑑定的困境與解決—談刑事醫療鑑定之修法建議、實務現況與困境」、「醫預法施行的成效

表一

日期	課程名稱/辦理地點	致詞貴賓/主持人/報告人/與談人
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：張濱濤律師/醫師 與談人：黃相博律師
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： 台北市醫師公會安和會館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

醫事法律專題報名網址：
<https://reurl.cc/OYAjKg> 或請掃QR code：



與評估-談風險社會下的醫療處遇、醫預法的評析人於刑事訟送的角色」、「醫療實務與法規的友善經營—談醫院醫療暴力之防治與對策、職場霸凌及職災認定困境及建議」以及「智慧健康照護與數位長照法治--談德國長照保險與數位化發展、智慧健康照顧之倫理與法律」等四大專題進行演講與探討。

(四) 協助提供醫療相關團體修訂醫療法規建議，詳列如下：

1. 協助全聯會於中央健康保險署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前，蒐集相關意見。
2. 協助衛生福利部食品藥物管理署調查衛生福利部一一四年四月一日公告預告「管制藥品分級及品項」修正草案之意見。
3. 協助衛福部社會保險司調查衛生福利部一一四年四月廿八日公告預告修正「特殊材質縫合錨釘為全民健康保險自付差額之特殊材料品項類別」之意見。
4. 協助健保署調查一一四年四月廿四日公告預告「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第79條附件2、第80條附件3、第81條附件4、第82條附件5、第83條附件6、第84條附件7修正草案之意見。
5. 協助衛生福利部醫事司調查衛生福利部醫事司衛生福利部一一四年五月六

日公告預告「再生醫療細胞操作管理辦法」、「再生醫療細胞保存庫設置許可管理辦法」草案之意見。

6. 協助全聯會調查立委許宇甄等17人擬具之《長期照顧保險法草案》之意見。
7. 協助衛生福利部疾病管制署調查衛生福利部一一四年五月八日公告預告「預防接種作業與兒童預防接種紀錄檢查及補行接種辦法」第6條附表草案之意見。
8. 協助全聯會老人醫療及長照專案小組調查衛生福利部一一四年五月廿一日公告預告「長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法」草案之意見。
9. 協助衛生福利部食品藥物管理署調查衛生福利部一一四年五月廿日公告預告「指示藥品審查基準第二點附件」草案之意見。

(五) 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102期下載網址：

<https://reurl.cc/EV0gra>



⇒第103期下載網址：

<https://reurl.cc/XA8ZVM>



學術委員會蕭召集委員勝煌

- (一) 四、五月共計舉辦七場實體+視訊課程，包括內科二場、精神科、神經內科、泌尿科、耳鼻喉科、小兒科各一場，每場次約

140~170位會員參加。

- (二) 六月份的課程報名表已於五月中旬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) 五月廿日於壹品宴二樓宴會廳舉辦會員第一分區座談會（中山、士林、北投），邀請診所醫師及各醫院代表參加，計有88位人員參與。感謝健保署臺北業務組李純馥組長、朱文玥專門委員、臺北市衛生局健康管理科林雪蘭科長、醫事管理科吳秀娥視察、警察局中山分局鄭文學偵查隊長、士林分局陳志峯偵查隊長、北投分局張桓維偵查副隊長、士林地檢署羅韋淵主任檢察官、衛福部社區防暴林青瑩宣講師等參與。
- (二) 五月廿七日於台北凱撒飯店寶島廳舉辦會員第二分區座談會（中正、大同、萬華），邀請診所醫師及各醫院代表參加，計有101位人員參與。感謝健保署臺北業務組李純馥組長、朱文玥專門委員、臺北市衛生局醫事管理科陳怡龍科長、警察局中正第一分局蔡漢政偵查隊長、中正第二分局賴俊佑偵查副隊長、大同分局賴言

禹偵查副隊長、萬華分局施仁捷偵查副隊長、臺北地檢署馬中人主任檢察官、衛福部社區防暴林家安宣講師等參與。

感謝立委、市議員、立委與議員主任或助理出席上述兩場座談會。另外二場會員分區座談會資訊如下，歡迎理監事踴躍報名參加。（表二）

- (三) 五月一日拜訪百歲會員趙榮發醫師，由洪德仁理事長及周賢章召委前往關懷並致贈水果禮盒。1954年臺灣痲瘋救濟協會成立時，趙榮發醫師協助在各地設立診所，以便漢生病患者能夠就近接受治療。1995年趙醫師從馬偕醫院退休，他繼續為樂山療養院病患提供診治，並擔任該院董事長，協助將樂山療養院轉型為專門醫療智力障礙兒童的機構。趙醫師治療數千名漢生病患者，被譽為「漢生病的終結者」，對我國醫學的貢獻使他在1995年獲得第五屆醫療奉獻獎的表彰。
- (四) 四月廿日舉辦年輕醫師文化之旅-昭和町的日式家屋，由水瓶子老師導覽溫州街45巷、霧裡薛圳第二支線遺址、欒樹下書房、臺靜農故居、彭明敏故居、堀內次雄

表二

分區別	日期及時間	餐敘地點
第三分區 (大安/信義/文山)	6月18日(星期三) 12:30-14:00	台北彭園會館五樓 富貴廳 臺北市忠孝東路5段297號5樓 (02)2528-8122 捷運板南線-永春站1號出口
第四分區 (松山/南港/內湖)	7月9日(星期三) 12:30-14:00	典華大直旗鑑店 大地廳 臺北市植福路8號3樓 (02)8502-5555 捷運文湖線-劍南路站2號出口

故居舊址，並至青田七六使用下午茶，由洪德仁理事長、周賢章常務理事、黃國欽理事共同領隊，有29位醫師及眷屬參加。於午茶時段說明本會近期辦理事務，透過互動交流以了解年輕醫師會員需求，並鼓勵他們多關心及參與醫療公共事務。

(五) 四月廿三日召開第二十屆第四次會員服務委員會會議，決議通過於五月廿日、五月廿七日、六月十八日及七月九日舉辦一一四年會員分區座談會。討論議題如下：1.公會成立80週年及100週年系列活動；2.安敦國際大樓會館購置；3.執行業務所得稅務新制；4.醫療費用核定原則及違規態樣；5.台北市醫師公會醫療暴力緊急處理流程；6.受聘為負責醫師之法律風險；7.社會安全網（家暴防治及兒虐防治等）宣導；8.本會友善無障礙診所輔導及認證計劃；9.鼓勵參與「代謝症候群防治計畫」。洪理事長並向委員說明下列事項：

1. 健保署研議醫事薪資未達標擬不予健保特約，引起醫界高度關心。衛福部邱泰源部長表示會兼顧民眾、醫療人員與院所權益，無共識不會倉促上路。
2. 醫院主治醫師專注於照顧急重罕難疾病，合理的稅賦減免是未來努力的方向。
3. 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」，今年的標準比以往更容易達

成，請已獲得本會認證的診所積極報名參加。

(六) 協助臺北市政府聘任第十屆徵兵檢查會委員（任期自一一四年七月一日起至一一六年六月卅日止），本會推薦鍾嫻嫻醫師、周真貞醫師、謝嘉娟醫師、黃國欽醫師及陳志鑫醫師供該府遴選。

(七) 本屆組長名單變更如下：

組別	原組長名單	變更後組長名單	說明
萬華區第6組	戴慧洋	蔡德祥 鄭維理 葛育成	1. 原組長戴慧洋醫師辦理執業場所變更，已非隸屬於萬華區第六組。 2. 整併萬華區第5組及第6組（所屬會員約60名），新增「葛育成醫師」為新任組長。
萬華區第5組	蔡德祥 鄭維理		

(八) 協助處理會員服務申請書計有二件（四月至五月）：會員與診所資遣員工進行勞資調解疑義案、會員對監護宣告相關疑義案。

(九) 會員逝世慰問及公祭（四月至五月）：接獲9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9件。

(十) 開幕與結婚祝賀（四月至五月）：新開業診所贈盆景祝賀計有1件，會員婚禮贈藝術盆花計有1件。

醫院醫療委員會侯召集委員明志

- (一) 三月廿三日舉辦「一一四年單身（住院）醫師聯誼活動」，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，已有七位會員向本會提出申請。
- (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12件。（表三）

基層醫療委員會林召集委員應然

- (一) 針對財政部於一一四年三月十七日公告之「一一三年度執行業務者費用標準」及中央健康保險署於四月廿八日公布之「一一三年度健保醫療費用分列項目表」，後接獲多位會員反映，對分列項目表中藥費及藥事服務費之金額存有疑義。在賴惠員、王正旭、林月琴三位立委的協助下，全聯會六月五日再度召開協調會，由全聯會周理事長及相關幹部代表與會，

表三

序號	項目	醫療機構申請金額 (單位:元)	序號	項目	醫療機構申請金額 (單位:元)
1	周邊血液純化與注射治療	10,000	9	內視鏡螢光透視導引鼻胃（腸）管置放術	13,200
2	舒適針刺：兒童侵入性處置止痛	320		放射線導引腰薦椎介入性疼痛處置：單側鄰近兩節(診斷與治療)	5,000
3	前列腺癌特異性膜抗原正子檢查	73,000	10	放射線導引腰薦椎介入性疼痛處置：加做對側或同側第三節以上（診斷與治療）	2,000
4	AI心肺風險篩檢分析	3,500		放射線導引頸胸椎介入性疼痛處置：單側鄰近兩節（診斷與治療）	7,500
	三益菌檢測	4,000	放射線導引頸胸椎介入性疼痛處置：加做對側或同側第三節以上（診斷與治療）	3,000	
	六益菌檢測	6,000	11	超音波導引經尾椎神經阻斷術	3,500
5	傷口造口照護諮詢費	590		兒童減重團體衛教	1,000
6	靜脈自控式術後止痛IVPCA（2天）	8,000	12	兒醫肥胖諮詢與家庭療程	6,000
	硬脊膜外自控式術後止痛PCEA（2天）	10,000		和肽素Copeptin	3,500
7	小兒異位性皮膚敷療-加強保濕浸泡	800			
8	質子治療固定模具之設計及製作	1,950			
	質子治療3D 電腦斷層模擬攝影	8,500			
	質子治療電腦治療規劃費	11,483			
	質子立體定位放射治療暨腦部多次性放射手術-放射腫瘤科處置費	280,234			
	質子治療3D 電腦斷層模擬攝影合併呼吸調控	17,000			
	質子治療電腦治療規劃費合併呼吸調控	57,415			
	質子治療電腦計畫品管驗證費	42,400			

與賦稅署及健保署進行溝通說明。考量今年首次將藥費及藥事服務費獨立列示於分列項目表，因健保系統複雜且作業時程緊湊，經各方討論後，今年達成以下共識，明年度將再行檢討與改善。

1. 藥費部分：依核定點數「1點1元」計算，適用費用率為94%。
2. 其餘健保收入部分：依「每點0.8元」計算。
3. 由於報稅截止日（六月卅日）將屆，健保署將於一週內完成修正並上傳一一三年度分列項目表，屆時基層診所可自行下載更新版本使用。全聯會表示，待健保署公布修正後版本後，將彙整並擬具試算範例，供會員作為申報參考依據。

(二) 四月十五日、廿二日及五月十八日與臺北市政府衛生局合辦三場次「一一四年流感防治暨疫苗管理」線上教育訓練，以配合新版《預防接種協辦醫療機構合約書》簽訂，提供有意參與接種計畫之醫療機構參與。課程內容涵蓋流感與新冠防治趨勢、疫苗接種政策、不良事件通報處置、抗病毒藥物使用，以及疫苗冷藏冷運管理等實務操作，協助醫療院所強化執行力與風險管理能力。

1. 本次特邀臺大醫院呂俊毅醫師、馬偕紀念醫院邱南昌醫師、臺北榮民總醫院林邑聰醫師及衛生局疾管科鄭奕喬技正、嚴珮珊約聘管理師擔任講師，分

別就各自領域進行專業講授，協助醫療院所掌握最新政策與執行要點，內容非常豐富、具實務參考價值。

2. 參訓人員完成課程後，依休習主題核發「流感疫苗接種」及「疫苗冷藏冷運管理」各1至2小時完訓證明。課程內容充實豐富，學員反應熱烈，提升本市疫苗接種作業品質與安全管理。

(三) 六月五日與臺北市政府衛生局合辦「傳染性疾病防治線上研討會」，本次演講聚焦於「登革熱鑑別診斷與臨床處置全攻略」，由林應然召委主持。感謝洪德仁理事長及亞東醫院劉佳穎主任分享最新疫情資訊與臨床應對策略，吸引逾200位醫師踴躍參與。會中指出，氣候變遷加劇疫情風險，基層醫師應警覺發燒、頭痛、眼窩痛、肌肉關節痛、出疹等症狀，並落實詢問TOCC，運用NS1快篩及早通報。劉主任也詳介登革熱的流行病學、防治策略及疫苗進展，強調快篩為重要工具，疫苗發展亦可望改善高風險族群防護力。洪理事長於總結時呼籲，醫師公會鼓勵醫師會員參與快篩合約，即時、快速提供快篩，守住社區民眾的健康。

(四) 本會今年承接臺北市政府衛生局「一一四年慢性病防治推廣計畫」，相關社區醫療群宣講場次已陸續啟動。已請各醫療群於五至九月間之例會活動中安排20分鐘簡報時段，說明成人預防保健、代謝症候群防治及老人健康檢查三項計畫的執行現況、

最新政策與獎勵措施，期望透過宣導促進成健診所積極加入代謝及老人健康檢查合約院所行列，進一步擴大基層醫療體系參與，強化社區慢性病防治網絡。

◆為加強宣導老健計畫重點，衛生局協同本會將於如下日期辦理相關說明會：

1. 七月十日合辦「老人健康政策與獎勵」說明會，並邀請儀器商一同參與，提供實務資訊與交流平台。
2. 預計於七至九月期間辦理兩場線上研討會，內容涵蓋慢性病（城健、代謝、老人健康檢查）防治策略與臨床執行經驗。
3. 以上三場活動待議程確認後另行通知，歡迎會員屆時踴躍報名參加，共同精進社區慢性病照護量能。

(五) 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。

(六) 發函輔導一一四年第一季「關懷名單開啟率未達90%」院所醫師名單共35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。

◆檔案下載位置：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。

(七) 以電子郵件輔導會員如下事項：

1. 健保署「健保醫療資訊雲端查詢系統1.0」將於七月一日終止服務，2.0版本不支援IE瀏覽器，可支援多元瀏覽器（Chrome, Edge, Firefox等），請208家醫療院所盡速完成瀏覽器轉換。
2. 健保署通知截至一一四年三月底，臺北市有46家診所參與DM方案且照護人數為0，38家診所參與CKD方案且照護人數為0。上述診所參與DM或CKD方案，但針對符合「糖尿病及初期慢性腎臟病整合方案」（含DM、CKD、DKD方案）收案資格之病人，尚未完成後續收案。已提醒診所加強收案及後續追蹤管理。
3. 協助輔導臺北市眼科診所，確實了解並配合「臺北區西醫基層白內障手術管理專案」抽審指標調整案之修訂內容（如下），以利後續專案之執行與管理作業順利推動。
4. 持續辦理白內障手術管理專案之「費用管理指標」（費用年月一一三年四至十二月）及「品質管理指標」（費用年月一一三年一至十二月），抽審率依審查量能訂定。
5. 考量「一一四年度西醫基層醫療給付費用總額及其分配」將「提升國人視力照護品質」自一般服務項目移列專款項目，自一一年一月（費用年月）起，暫緩辦理「費用管理指標」，另

專案原訂之2項「品質管理指標」持續管理。

6. 週知會員因違規醫療廣告案件受台北市衛生局裁處態樣及健保特約醫事服務機構違規態樣。

醫療糾紛委員會簡召集委員志誠

- (一) 五月四日下午一時於振興醫院第二醫療大樓五樓國際廳舉辦「八十週年系列-醫療爭議研討會」，由本會、振興醫院及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、台灣醫事法律學會、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協辦。活動吸引逾200位西醫、中醫、牙醫、護理師、醫事人員、律師與檢察官等專業人士出席。會中，衛福部醫事司劉越萍司長說明醫療事故預防與《醫療事故爭議處理及賠償法》施行概況，並介紹醫事鑑定新制之因應措施；振興醫院林華卿院長分享該院事故處理機制與經驗；殷偉賢副院長與魏崢院長則介紹杏林春暖基金會對醫療爭議關懷補助的推動，期望在守護病患之際，亦能減輕醫事人員的心理壓力。
- (二) 七月三日與國泰醫院合辦「114年醫療爭議處理暨人文關懷研討會」，除安排藥害救濟基金會黃鈺嫻副執行長簡介醫療事故預防及爭議處理法及施行概況，並宣導杏林春暖基金會醫療爭議關懷補助機制介紹，也安排臺大與國泰醫院醫療爭議處理運作模式及經驗分享交流，最後邀請臺北

護理健康大學廖熏香兼任助理教授講述-醫事人員面對醫療爭議的復原力，歡迎大家踴躍參與。

◆報名連結：

<https://reurl.cc/xN1q7Z>



- (三) 七月十九日與萬芳醫院合辦「114年醫療爭議處理系列研討會（二）」，邀請周賢章常務理事主講台北市113年醫療爭議調解成效分析 & 財團法人杏林春暖基金會醫療爭議關懷補助機制介紹，由本人講述從醫病關係到風險管理的正循環，最後由萬芳醫院醫務部醫療副主任，也是醫糾骨科委員郭宜潔，分享臺北市醫療爭議調解模式及調解經驗。

◆報名連結：

<https://reurl.cc/j9Exnm>



- (四) 八月二日與馬偕醫院合辦「114年醫療爭議處理系列研討會（三）」，邀請王志嘉教授主講醫預法下醫療爭議的調解制度及對醫學教育的啟示，由馬偕兒童加護病房主任，也是醫糾兒科委員彭純芝，分享醫預法實施後的調解經驗，最後邀請殷偉賢理事介紹財團法人杏林春暖基金會醫療爭議關懷補助機制介紹。

◆報名連結：

<https://reurl.cc/ae78y4>



醫學倫理紀律委員會張召集委員文瀚

- (一) 六月十二日尚有一場實體暨線上講座邀請長庚醫院謝燦堂名譽院長主講「醫療人工智慧的倫理挑戰與實踐」，已申請醫倫學

分2.4分，歡迎理監事踴躍報名參加。

◆報名網址及QR Code：

<https://reurl.cc/lzYMbY>



福利康樂委員會孫召集委員建偉

- (一) 四月十二及十三日花蓮縣醫師公會承辦「一一四全國醫師盃桌球錦標賽」，本會派出29名代表參加青年團體組及壯年團體組，另有多位選手參加青年組雙打、壯年組雙打、長青組雙打、松柏組雙打、女子組雙打、夫妻組雙打及理監事組雙打。團體組方面：青年組榮獲冠軍、壯年組榮獲季軍；本會並獲得年度總冠軍殊榮。
- (二) 四月廿六及廿七日舉辦會員二日遊活動，地點為嘉義阿里山、台版合掌村得恩亞納部落，共計75位會員及眷屬參加。
- (三) 六月八日舉辦北部-秘境鐵路慢旅一日遊，地點為瑞芳三貂嶺、北海岸及金山，共計67位會員及眷屬參加。
- (四) 七月十三日舉辦游泳賽、七月廿七日舉辦羽毛球賽及八月十日舉辦團體桌球賽，歡迎有興趣的理監事報名參加。

社會服務委員會劉召集委員漢宗

- (一) 五月九日與北投區健康服務中心合辦社區健康講座，講座名稱為-杖開你的腳，醫起走每步。邀請康寧醫院郭健中醫師演講，講座主題為「肌少症與健走杖之認識」。
- (二) 六月五日與南港區健康中心合辦社區健康

講座，講座名稱為-認識肌少症，杖握好健康。邀請康寧醫院郭健中醫師及三軍總醫院邱威程醫師演講，演講主題為「肌少症與健走杖之認識」。

- (三) 六月九日與醫婦會成員一同參訪「育成社會福利基金會-臺北市東明扶愛家園」，並捐助新台幣貳萬元予機構，以實際行動支持機構推展身心障礙者照顧與服務工作。

公關委員會高召集委員尚志

- (一) 五月十五日召開第三次委員會會議，針對九月十三日舉辦「安和會館啟用典禮暨百年風華傳承永續學思演講與藝術作品公益義賣展」之活動籌備細節進行討論，摘錄當日會議結論如下：
 1. 啟用典禮當日開幕剪綵的良辰吉時為上午9時至13時。為確保儀式能於吉時內順利完成，建議於13時前完成。
 2. 考量新會館大廳空間配置，開幕剪綵嘉賓暫定為六至八位。預計邀請貴賓包括衛生福利部邱泰源部長、立法委員王正旭及臺北市蔣萬安市長，公會方面則由洪理事長、劉監事長及陳執行長代表剪綵，並將視情況增邀其他嘉賓。
 3. 鑑於今年為本會成立八十週年，具備深遠的紀念意義，將請廠商設計兼具實用性與紀念價值的環保餐具組，作為活動伴手禮，於適當位置融入八十週年LOGO，並附「ESG友善小

卡」，傳達永續理念，展現本會對社會責任的重視。

4. 為提升貴賓接待品質及優化活動動線，接待人力規劃調整如下：

(1) 將調查有意願擔任接待工作的理監事，並依職責分組，以強化接待服務。

(2) 除會務同仁外，若現場人力評估不足，得視需要酌情增聘臨時工讀生支援。如有增聘臨時工讀生，請秘書處務必於活動前簡要行前訓練，以確保服務品質及整體流程順暢。

(二) 關於九月十三日「安和會館啟用典禮暨百年風華傳承永續學思演講與藝術作品公益義賣展」之活動邀請卡，將待整體流程規劃更趨完善後，預計於七月底前寄發。

(三) 將在本月二十日前往韓國，與首爾醫師會進行正式交流。本次參與交流團共計27位團員，也邀請此次無償捐贈14幅畫作之羅文鳳老師伉儷，以及駐韓台北代表處梁光中大使與楊靜雯秘書一同參與，共襄盛舉。當日，本會亦將致贈一幅羅老師捐贈之韓紙民俗畫予首爾醫師會，表達我們心意與友誼。

編輯委員會陳召集委員彥元

(一) 本年度五月份會刊封面作者為吳國鈞醫師，主題為新生花博館（天使生活館）：「夏天，荷花總是多采多姿，在綠色荷葉的呵護下，展示嫣紅半白的花瓣，嬌羞展示這一季的風情。」六月份會刊封面作者

為吳國鈞醫師，主題為拱橋的黃昏：「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。」

(二) 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) 四月份會員動態：入會61人、變更44人、停業14人、復業15人、退會25人、死亡5人；開業醫師1,998人、服務醫師10,023人、停業369人，共計12,390人。

(二) 五月份會員動態：入會69人、變更43人、停業20人、復業15人、退會37人、死亡4人；開業醫師1,998人、服務醫師10,048人、停業372人，共計12,418人。

(三) 本會推薦周賢章常務理事擔任臺北市政府醫事審議委員會第13屆委員（任期114年6月1日至116年5月31日）。

(四) 本會援例推薦洪德仁理事長，周迺寬、林應然、周賢章、侯明志等常務理事、張孟源常務監事及陳怡璇總幹事擔任天下雜誌辦理114年縣市長施政滿意度調查之專家名單。

(五) 一一三年六月至一一四年五月各科別會員的人數消長，請參閱附件。

網站優化專案小組陳彥元召集人報告

五月廿日邀集尚榮基專家及兩位電腦工程師就「網站招標文件內容及時程」進行討論初步共識如下：

- (一) 預計七月初採公開招標方式，於本會網站公告招標資訊。
- (二) 預計八月底前完成廠商評選作業，招標案預計金額為800萬元。
- (三) 預計九月底前完成議價，採最有利標方式決標。
- (四) 決標結果九月底前公告於本會網站。
- (五) 網站招標總經費將提十月八日理監事聯席會審核通過後再與廠商簽約執行。
- (六) 預計網站建置期間為一一四年十二月十五日至一一五年十二月卅一日。

購屋評估小組劉召集人秀雯

安和會館裝潢進度報告：

- (一) 於一一四年四月廿八日召開新會館防水工程細節溝通會議，會中決議如下：
 1. 安和會館管委會陳總幹事非常認真負責的協助防水工程的進行，現階段仍請陳總幹事的工班繼續處理，希望能利用明、後二天好天氣，儘速將露台防水工程完成；修補完成後，日後如仍出現漏水情況，再討論是否需要進行大修補工程。
 2. 因5月5日安和會館大樓將進行第二次的外牆修復工程，請湯設計師注意新會館外牆是否仍有漏水的地方，標示

出來並於5月5日前告知公會，公會彙整後再轉知大樓陳總幹事以便修復。公會也將安排會務人員輪流至安和會館勘查，每週1~2次，以便隨時掌握狀況及進度。

3. 為與鄰居保持友好關係，並讓防水工程儘速完成，暫緩寄發存證信函給17樓屋主和管委會，但要將漏水相關圖文整理保存，以備日後佐證。
- (二) 五月期間，理事長、監事長及會務人員多次至安和會館勘察裝修工程進度並溝通櫃子、牆面等色系事宜。

80週年紀念專刊工作小組陳召集人彥元

- (一) 四月廿一日召開80年週年專刊第三次籌備會議，依第二次會議決議先洽詢過去曾與本會合作之出版商秀威資訊來會討論，會議討論與決議摘要如下：
 1. 秀威資訊就本會80週年紀念專刊企劃內容，提出以下建議供參：
 - (1) 專刊規格建議：若與60週年紀念專刊尺寸一致之A4尺寸，推薦使用「軟皮圓背穿線精裝」，提升整體質感與精緻度。
 - (2) 製作時程初步規劃，依實際情況調整
 - ①六月－校對執行／內文版型二次確認
 - ②七月－內文開排／封面初稿兩款
 - ③八月－封面三校定稿／內文終校
 - ④九月－內文定稿／送印看樣／印

製完成/電子書上架

2. 專刊定位、製作與費用討論事項摘要：

(1) 專刊/電子書發行策略：討論專刊/電子書發行形式，是否採取收費機制、延遲開放免費下載等策略，尚待進一步確定。

(2) 專刊定位與發表形式：專刊定位以內部提供會員、各醫師公會與相關衛生主管機關使用為主，並供醫學教育機構及圖書館參考。大型公開行銷活動為輔助性質。

(3) 行銷費用細項化討論：建議「其他費用」部分由秀威資訊進一步細項拆分，提出詳細估價項目，以利公會選擇所需服務。

3. 決議：本會將委託「秀威資訊」擔任80週年紀念專刊出版協力廠商。請秀威資訊就本次會議內容提供相關合作時程、需配合事項與費用估算，其中針對宣傳推廣等「其他費用」估價請分項列出，以利本會後續討論。

(二) 80週年紀念專刊執行進度摘要如下：

1. 感謝各委員會召集委員協助撰稿並陸續於四月底、五月中提供稿件。

2. 外部邀稿稿件也陸續交稿，並依第二次籌備會議決議安排審稿，以確保文章內容品質。

3. 截至目前幾尚有幾篇委員會、邀稿文件尚未提供，編輯處持續提醒，並將已完成稿件提供協力廠商協助編輯。

4. 希望各位理監事踴躍提供有關本會相關活動照片，以豐富紀念專刊內容。

80週年系列活動-公益義賣活動小組黃召集人國欽

(一) 五月二十九日召開八十週年系列活動-公益義賣活動小組第二次工作會議決議說明如下：

1. 義賣作品：

(1) 羅老師畫作：

① 韓紙民俗畫共計6幅，包括：

a. 農樂-贈首爾醫師會，b. 摘野菜的女人-本會新會館啟用，c. 我和阿娘的情分-11月1日本會醫師節由衛福部邱泰源部長拍賣。除了邱部長拍賣一幅畫作外，其他幅由會員捐款。

(2) 水彩畫作，選擇8幅。共14幅擇期至羅老師作品放置處選擇畫作。

2. 黃國欽召集人推薦醫師作品：

(1) 徐欣健醫師（臺北市立聯合醫院和平婦幼院區）

(2) 陳炳堅醫師（陳炳堅內科診所）

(3) 詹前俊醫師（心田民生診所）

(4) 陳美齡醫師（敦南諾貝爾眼科診所）

(5) 蔡克信醫師（蔡克信大夫內科診所）

3. 劉秀雯監事長推薦醫師作品

(1) 陳眉音醫師(優爾視眼科診所)

(2) 林佑珠醫師(士林眼科診所)

(二) 畫作裱框及定價：

請義賣畫作之作者提供初步定價，再由小

組討論妥適之價格。並推薦畫作表框店家，以符畫作可呈現之價值。

(三) 六月二日洪德仁理事長偕同劉漢宗、尹彙文二位委員前往羅老師放置畫作作品處選擇適合義賣之作品，共挑選4幅韓紙民俗畫及7幅水彩畫作。

(四) 公益勸募帳戶，已依社會局五月十四日來函請本會依公益勸募條例第十三條規定辦理。本會已於六月初於玉山銀行開立專戶專款專用，並函送社會局備查。收受勸募所得開立之收據，本會將於年底前統一寄發予捐贈者。

(五) 畫作募集完整後，將委請專業攝影團隊拍攝畫作作品，後續將編製成作品集。並錄製畫家對該作品的創作理念，預計於安和會館啟用典禮及十一月一日八十週年暨醫師節慶祝大會時播放，屆時也將在大會中頒發感謝狀予畫家。

100週年紀念活動專案小組洪召集人德仁

(一) 「百年風華・傳承永續」大師系列講座執行進度摘要如下：

1. 二十三講者名單已全數邀請完成，辦理日期與講者時間已確認。
2. 首場講座邀請臺北榮民總醫院陳威明院長揭開系列講座序幕，講題為「唯變不變—臺北榮總的領導與創新」，預計於一一四年六月十四日（星期六）下午14:00至15:30假北榮致德樓第一會議室舉行，敬請理監事協助宣傳

並踴躍報名參加。

首場 報名網址	點此前往 https://forms.gle/3iuoniCc8fqQ9RE76	
活動 官方網站	點此前往 https://showwe.tw/edm/tma_100th/index.html	

3. 為確保活動順利舉辦及場地需求完善，六月五日專案小組已與協力廠商前往臺北榮總致德樓第一會議室進行場地勘查，針對講座場地動線、舞台及座位配置、場地布置、攝錄影及直播設備拉線等相關事宜進行討論與確認。六月十六日將前往台大兒童醫院B1視聽講堂場勘，確認視聽設備、影像紀錄及場地配置等需求，為活動順利舉行預作準備。
4. 建立影音錄製測試流程，確保講座逐字稿及專刊編輯品質。

(二) 宣傳推廣進度如下：

1. 活動主視覺及總海報設計已於六月六日完成定稿，將作為所有宣傳品與數位媒體素材的統一識別。
2. 官方活動網站已建置完成，包含活動簡介、系列講座資訊及線上報名表單，便利醫師會員及醫事人員即時報名參與。LINE宣傳圖卡已完成，已於

各大群組發送首波宣傳，已獲得初步報名反饋。

3. 規劃於六月中旬陸續展開第二波及後續宣傳，以確保報名踴躍。

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，前次理監事會議後，於四月十八日召開第十六次會議，討論及辦理事項簡述如下：

1. 討論《全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法》修正草案，建議投保薪資應以「專業人員」為核心，不應直接與勞動基準法最低工資綁定；修法應涵蓋所有特約機構，而非僅診所醫院。
2. 針對刑事訴訟法修法後，第206、208條規範鑑定人及機關具名出庭義務，對醫療鑑定業務可能造成的影響進行討論。
3. 一一三年點值撥補第1、2季基層西醫動支調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費項目之結算補付款已於農曆年前完成付款，第3季款項於五月二日匯入。請王正旭委員持續協助追蹤，直至第4季點值撥補順利完成。
4. 一一三年西醫師之執行業務者費用率稅務議題陳情案，經多次協調會後，財政部於三月十七日公告「一百十三年度執行業務者費用標準」，後續將

持續與賦稅署確認掛號費申報細節、計算方式及申報原則。

5. 討論現行疫苗預防注射處置費每劑100元低於估計成本，將蒐集國際疫苗接種處置費佔疫苗預算比例等資料，後續再議。
 6. 研議強化衛生單位人力與疫苗合約院所管理實務之建議，包括疫苗毀損的合理容錯率、簡化疫苗毀損通報及報告文書作業，以及調整疫苗應備項目（如凍球）以反映供應現況等。
 7. 研討醫界支持台灣參與世界衛生大會(WHA)之國際倡議案。
- (二) 參與國會辦理之記者會、公聽會、協調會，於會中表達醫界訴求：
1. 反映醫界強烈反對健保署於3月底所提出之《全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法》修訂草案，其中有關專職醫事人員月投保金額須達最低工資1.5倍（診所）或2倍（醫院），以及未公開最低及平均投保金額者不予特約之規定。四月十四日與其它縣市醫師公會共同出席由賴惠員委員、王正旭委員、林月琴委員與郭昱晴委員召開之「守護全民健保、特管辦法暫緩修訂」記者會，呼籲本案應暫緩推動，並回歸專業討論與政策溝通。代表健保署出席之陳亮妤副署長回應，草案仍在討論階段，未達成共識前不會貿然推動。同日，衛福部邱泰源部

長亦親自說明，關於醫療院所醫事人員及護理師投保薪資達標與平均薪資公開等規定，各界意見分歧，未取得共識前不會上路。

2. 四月十五日參與王正旭立法委員召開之「衛生福利資料治理立法方向」公聽會。
3. 四月廿九日參與王正旭委員辦理之「再生醫療法施行疑義及子法制訂草案修正建議座談會」。與會者普遍對再生醫療的發展充滿期待。業界建議政府採取更開放、信任專業的態度，並呼籲業界自律、加強與病友溝通、建立救濟機制，同時也建議政府導入科技改善行政效率，以促進再生醫療產業的健康發展。醫事司說明了法規制定過程中的社會疑慮、跨部會分工以及資源限制，並強調需要病友的聲音來共同推動進一步的開放。衛福部將審慎彙整各界意見，未來法規與政策施行更加周延。
4. 五月二日參與王正旭立法委員國會辦公室舉辦之「空汙費挹注健保可行性討論會」，針對政策可行性提出醫界建言。
5. 五月十四日參與王正旭立法委員國會辦公室舉辦之「研議調整現行合理門診量協調會」。會中向衛務部、健保署反映立法院日前三讀通過「紀念日及節日實施條例」修正案，新增5個國

定假日，將壓縮診所開業天數、墊高人事成本，建議下修合理門診量的看診日數以減輕營運壓力。會議結論請衛務部、健保署針對公會提出的調整合理門診量建議，在確保民眾就醫權益及可近性、並提升醫護工作品質前提之下，在一個月內提出相關的配套方案。

- (三) 四月廿七日參與由總統府健康台灣推動委員會主辦之「2025健康台灣全國論壇」，洪德仁智庫召集人同時也是健康臺灣宣言草擬團隊召集人，於會中發表《健康臺灣宣言》，並報告健康臺灣宣言的緣起、草擬過程、內容與建議。宣言中強調兩大基本原則：促進公平性，弭平不平等；健康融入所有公共政策。另提出四大面向：智慧創新、環境生態、社會安全和醫療衛生。呼籲將健康促進相關法規化，並鼓勵地方政府制定行動綱領，以實現全民健康幸福、邁向健康大國的目標。洪德仁召集人亦將相關內容撰文「健康臺灣宣言引領健康國家」刊登於《台灣醫界》，文中可見《健康臺灣宣言》全文內容。

健康臺灣宣言
引領健康國家-
洪德仁
台灣醫界 2025 68(5)



<https://www.tma.tw/ltk/114680504.pdf>

- (四) 智庫針對重要議題辦理數場講座與研討會，摘要如下：

1. 四月八日假本會七樓會議室舉辦「推動居家血液透析宣導講座」。由洪德仁智庫召集人主持開場，中央健康保險署石崇良署長透過視訊致詞，說明健保署研議自今年五月起將「居家血液透析」納入健保給付，期望藉此改善病患照護模式，提升長期生活品質。本次講座邀請中國醫藥大學附設醫院黃秋錦講座教授主講「居家血液透析的臨床成效與實務經驗」，分享其多年推動居家血液透析臨床成效與實務經驗。居家血液透析有更好的臨床結果（如血壓控制、左心室肥厚改善），生活品質提升、長期費用較低等具顯著成效。並強調建立完善的訓練制度與跨專業團隊合作，對推動此照護模式至關重要。接著由周賢章智庫執行長主持，張孟源智庫副執行長與談時介紹健保署納入居家血液透析給付的規劃、申請條件，以及實施方式。總和與談時，提及智慧醫療技術（如智能監控系統）在此領域的應用潛力，以及居家透析對強化醫療體系韌性的重要性。本次講座逾二百位醫師及醫事人員參與。
2. 四月三十日假本會七樓會議室舉辦「耳鼻喉頭頸醫學與語言治療合作模式研討會」。洪德仁智庫召集人首先致詞揭開序幕，並由臺北榮民總醫院耳鼻喉頭頸醫學部戴世光主任親

臨會場主持，介紹該部張嘉帆醫師進行「吞嚥障礙之臨床生理評估」專題演講，深入解析吞嚥障礙的解剖生理及臨床實務經驗；隨後由王麗美理事長分享「吞嚥障礙之影像評估及處置」，詳細剖析多項檢查技術與臨床影像診斷策略，展現耳鼻喉科與語言治療跨領域合作的臨床經驗，藉由專業整合，共同提升患者生活品質。周賢章智庫執行長主持綜合討論，討論氣氛熱絡。透過本研討會，期盼能增進跨專業團隊的溝通與合作，共同提升患者吞嚥障礙之診療與生活品質。本次活動吸引約一百五十位醫師及醫事人員踴躍參與。

3. 五月廿一日於本會七樓會議室舉辦「藥事議題研討會：學名藥與醫療韌性」。本次研討會由洪德仁智庫召集人與周賢章智庫執行長共同主持，王正旭立法委員特別自日內瓦以視訊方式致詞，強調健全藥品管理制度對提升國家醫療韌性的關鍵角色。首先由台大醫院藥劑部黃織芬主任主講「學名藥與原廠藥：臨床用藥品質與管理」，深入解析學名藥的研發核准流程、臨床評估與台大藥品監測管理，並強調本國學名藥在確保藥品可近性與提升醫療系統穩定上的重要性。接續由長庚醫療財團法人藥事管理部陳玉瑩組長分享「學名藥的藥事

管理與政策影響」，說明相關政策推動現況與挑戰，並探討國內外對學名藥替代政策的應用及實施成效。經介紹對於醫學中心在學名藥把關的信心表達支持，亦有會員建議藥商可主動揭露醫學中心採用的學名藥品項供診所參考。洪德仁召集人表示，將持續舉辦相關議題講座，藉由醫院藥師的專業守門，協助醫界建立對學名藥的信心，進而強化我國藥品供應之安全與永續。本次會議線上加實體共計近二百人出席，互動提問踴躍，展現對藥品政策議題的高度關注。

(五) 六月一日洪德仁智庫召集人參訪樂生療養院環境及院民現況。樂生療養院自日治時期至今，歷經多次政策更迭，涵蓋了醫療人權、漢生病照護、生活安養、園區保存、隔離政策、保存運動歷程與國際交流等多面向議題，每一面向都值得深入關注。此次前往主要了解園區整建的現況，並拜訪住民，聆聽他們對於園區發展的期待與心聲。隨著園區整建逐步完成，如何確保未來的經營管理順利推動，以及持續打造無障礙、友善的生活環境，都是當前需關注與規劃的重要課題。

智庫-女性醫師小組楊盈盈召集人報告

(一) 小組於四月十七日召開第二次小組會議，擷取議案討論重點：

1. 舉辦女醫師權益相關研討會。配合528世界月經日，由黃韻如委員規畫一場

「你所認識與不認識的月經」研討會。

2. 女醫師生產時公會如何溫馨問候表達心意。會中決議只要生產時是本會會員，於生育六個月內申請，無論生產胎數。每胎3,000元，如雙胞胎為6,000元，以此類推。同時寄贈祝賀卡。明年一月試辦一年，以100胎為限，於第20屆任期結束前，評估初步成果，屆時再行考量是否列為台北市醫師公會福利退休慰問辦法，提新一屆理事會審議。請林怡嬋委員設計申請表格，表格已設計初稿，提此本次會議審議。
3. 與女書店合作對於性別議題的關懷與重視。將實地參訪女書店並與其交流座談。請沈仲敏委員規劃拜訪女書店時間等相關細節。

(二) 已於五月廿八日舉辦，研討會規劃四個子題：1. 「誰有月經？邀請國立臺灣大學獸醫學系蔡沛學教授主講；2. 「為什麼有時候，我不像我自己？-走進經前症候群的祕密花園」由臺北市立聯合醫院松德院區社區精神科主治醫師林月屏醫師主講；3. 「月經貧窮」由國立臺灣大學醫學系黃韻如教授以影片方式帶入主題；4. 「台灣女孩與初經經驗的變遷」邀請成功大學醫學系暨醫學、科技與社會研究中心王秀雲教授主講。研討會由楊盈盈召集人及黃名琪副召集人共同主持，歷時二個半小時結束。

貳、討論事項

一、請研討購置安和會館紀念文內文案。【劉秀雯監事長提】

決議：刪除原文第四段中「居高臨下」一語，並增列陳彥元執行長。以此原則進行文稿修訂，俾供後續製作紀念牌匾使用。

二、請再議一百週年系列紀念活動規劃案。【洪德仁理事長提】

決議：通過114年度子計劃一及子計劃二之執行項目及預估經費，款項由醫療發展基金項下實支實付。

三、請審核114年度資深醫師表揚名單案。【周賢章常務理事提】

決議：通過114年度資深醫師表揚名單共687名，提報全聯會。

四、請研討是否依例請廠商贊助印製115年度日誌小手冊贈予會員案。【周賢章常務理事提】

決議：通過印製115年度日誌小手冊1870本贈予會員，並請理監事協助推薦贊助廠商。

五、請研討本會獎助學金辦法修正案。【劉漢宗理事提】

決議：修正通過獎助學金辦法，修正條文內容如表四。

六、請研討女醫師生產時公會表達溫馨問候心意案。【洪德仁理事長提】

決議：

(一) 通過於115年度試辦女性醫師會員生產祝賀方案，試辦期間每胎致贈祝賀禮金3,000元及賀卡，試辦總額以100胎、30萬元為上限，並編列相關預算。

(二) 於試辦結束後，編列116年度預算前，檢視執行成效，並評估財務狀況，作為是否將本方案正式納入本會會員福利辦法，持續推動之依據。

(三) 鑑於當前少子化問題日益嚴重，為鼓勵醫師會員生育、落實性別平權精神，建議未來可研議比照女性會員之祝賀機制，擬訂針對本會男性會員於配偶生產時之祝賀補助方案，實質傳達公會支持會員家庭的重要心意。

七、請審核糖尿病新陳代謝症候群專案計劃試辦成果案。【洪德仁理事長提】

決議：通過本專案試辦期間之相關支出，費用為70,846元，依據第20屆第4次理監事聯席會會議決議，自醫療發展基金項下所提撥30萬元專案預算內支應。

八、建請同意本會將提案投入健康台灣深耕計畫案。【洪德仁理事長提】

決議：通過，同意本會正式提交健康台灣深耕計畫書。

九、請研議信義會館6樓及7樓空間租賃案。【洪德仁理事長提】

表四

條次	修正後條文	原條文
第一條	台北市醫師公會（以下簡稱本會）為鼓勵家境清寒之國內醫學院醫學系學生用功向學，特設置獎助學金並制定本辦法。	台北市醫師公會（以下簡稱本會）為鼓勵國內家境清寒持有低收入或中低收入證明書之醫學院醫學系學生用功向學，特設置獎助學金並制定本辦法。
第三條	獎助學金名額： 1.本會最多三名。 2.依第八條第二款推薦於其他單位之獎助學金名額，於當年度公告之。	獎助學金名額：最多三名。
第五條	申請資格： 1.家境清寒之醫學生 2.前一學年上下學期學業成績平均達七十分以上，操行成績達八十分以上。 3.本年度尚未領取其他獎學金者。（需附校方證明）	申請資格： 1.家境清寒限低收入或中低收入戶學生（需由鄉鎮區公所開立低收入或中低收入證明），設籍在台北市者為優先。 2.前一學年上下學期學業成績平均達七十分以上，操行成績達八十分以上。 3.本年度尚未領取其他獎學金者。（需附校方證明）
第六條	申請辦法：請於截止日前備妥下列文件，以掛號郵寄至「106臺北市安和路一段27號16樓台北市醫師公會」，並於信封上註明申請獎助學金。 所需文件： 1.申請書。 2.推薦函。（或推薦人於申請書上簽章） 3.在學證明。 4.成績證明。 5.本年度尚未領取其他獎學金證明。 6.全戶戶籍謄本或戶口名簿影本。 7.如符合低收入或中低收入資格者，請出具政府機關開立之證明文件。 8.設籍台北市者為優先獎勵。	申請辦法：請於截止日前備妥下列文件，以掛號郵寄至「106台北市信義路二段74號6樓台北市醫師公會」，並於信封上註明申請獎助學金。 所需文件： 1.申請書。 2.推薦函。（或推薦人於申請書上簽章） 3.在學證明。 4.成績證明。 5.本年度尚未領取其他獎學金證明。 6.全戶戶籍謄本或戶口名簿影本。 7.政府機關出具之低收入或中低收入戶證明書。
第八條	核發辦法： 1.經本會審核通過後核發。 2.經本會審核合乎資格但超出本會獎助名額之優秀醫學生，本會得推薦於財團法人杏林春暖基金會或其他團體獎助之。	核發辦法：經本會審核通過後核發。

決議：通過「信義會館六樓及七樓空間對外租賃案」，後續相關執行細節，包括租賃條件、契約內容、租金標準及相關稅務等，交由專案小組研議擬訂，並提報理事會審議確認。

十、請修訂會員互助基金管理委員會組織簡則第十二條條文及會員福利基金管理委員會組織簡則第八條條文案。【周賢章常務理事提】

決議：通過修訂會員互助基金管理委員會組織簡則第十二條條文及會員福利基金管理委員會組織簡則第八條條文。

十一、請研討滯繳常年會費達半年以上會員共10名，依本會章程十四條第四項規定予以停權處分案。【彭瑞鵬召集委員提】

決議：通過謝怡君、陳子瑾、施信欽及莊靜芬等四位醫師滯繳常年會費達半年以上，依本會章程十四條第四項規定予以停權處分案。

十二、請審查一一四年度三、四月份經費收支案。【彭瑞鵬召集委員提】

決議：通過一一四年度三、四月份經費收支案。

十三、請研討蔡偉雄醫師繳清會費，申請復權案。【彭瑞鵬召集委員提】

決議：通過蔡偉雄醫師申請復權案。

十四、請追認張俊仁、陳良善、侯書文、許昭智、柯信國、曾國楨、王樹林、熊維

邦、呂世宗、陳紳儀、吳○○、沈博文、梁志純、蔡蕙瑩、曾淵如等十五名醫師逝世申領互助金貳拾萬元案。【洪德仁理事長提】

決議：通過張俊仁、陳良善、侯書文、許昭智、柯信國、曾國楨、王樹林、熊維邦、呂世宗、陳紳儀、吳○○、沈博文、梁志純、蔡蕙瑩、曾淵如等十五名醫師逝世申領互助金貳拾萬元案。

參、臨時動議：無

肆、散會：下午二時三十八分。⊕



視同自認 — 臺灣新竹地方法院 112年度醫字第4號民事判決評析

臺北榮民總醫院¹一般科²職業醫學及臨床毒物部
林叡忻¹ 葛謹²

前言

自認(admission of facts)，是民事訴訟程序中，承認對方所主張的事實為真的行為。一旦自認，主張這項事實的一方，就不用再負舉證責任，且除非能證明所自認的事實確實不是真正或經對造同意，否則是不能反悔與撤銷。法院於判決時也會直接以自認事實作為裁判基礎，所以自認的法律效果極強，醫師面對醫事民事訴訟時應特別注意。¹⁻³

經過

甲女已育有兩名幼兒，於2022年9月12日發現懷孕，遂於同年9月15日偕同配偶前往A婦產科診所，由乙醫師以超音波檢查，當天確認甲已懷孕5周，胎兒體長約0.9公分，有胚囊。甲以懷孕將影響其心理健康或家庭生活，並得其配偶同意。乙醫師遂開立人工引產之RU486藥物。

9月15日甲在A診所櫃檯於護理師面前服用RU486藥物⁴⁻⁵，隔兩天（同年9月17日），甲再依醫囑服用其他藥物，乙醫師同時也為甲預約一周後回診。甲9月22日回診時，乙醫師以超音波檢查，過程中告知甲：「都流乾淨了，只剩下一點點黏膜。」並再開立宮縮藥。甲信賴乙醫師所言已人工流產乾淨。乙醫師亦未再預約下次回診時間。

甲於2022年10月21日前往B醫院欲裝置避孕器時，丙醫師先幫甲驗孕以排除風險，發現嬰兒仍在腹中持續成長，並未流產，且已有心跳，超音波相片顯示，約達懷孕9周又5日之程

度，丙醫師表示已無法協助進行人工流產。

嗣後，甲身體不適而至C婦幼診所就醫，得知胎兒在懷孕11週又6日時，但已胎死腹中！C婦幼診所緊急為甲進行子宮搔刮手術(uterine curettage)治療，甲因此住院，進行全身麻醉及子宮搔刮手術。

甲認為：(1)乙醫師施行人工流產失敗，卻向甲宣稱都流乾淨了。(2)因乙醫師醫療過失，導致甲承受子宮搔刮手術，身心蒙受巨創。為解決本件醫療糾紛，甲向縣政府衛生局申請醫療爭議調處，經衛生局訂於2023年1月31日第一次調處會議，乙醫師片面要求取消，衛生局再配合乙醫師自述方便的時間，安排於2023年3月2日第二次調處會議，甲與配偶及衛生局列席之人員在現場等候，衛生局人員並數次撥打電話聯絡，乙醫師僅答稱不會出席，因此調處不成立。甲遂向法院提起民事訴訟，並請求：(1)手術費：C婦幼診所子宮搔刮手術住院費用新臺幣4,945元。(2)坐月子費：產後護理之家七日坐月子費用57,400元。(3)居家坐月子費：請婆婆幫忙續坐月子及調理飲食一個月84,000元。此係按該縣市平均坐月子餐每日2,800元計算30日。(4)子宮按摩護理費用28,000元。此係為避免留下後遺症，一個療程10堂，每次按摩120分鐘。(5)嬰靈超渡費：嬰靈超渡儀式按城隍廟嬰靈超渡儀式行情價（含道士費、金香紙錢等）4,000元。(6)精神慰撫金：甲誤以為嬰兒已人工流產成功，進而規劃個人生涯及家庭生計，因乙醫師之醫療過失，造成甲及家庭莫大之驚嚇，身心承受極大痛

苦。甲最高學歷五專，擔任壽險公司業務，兼職經營熱壓吐司店負責人，月平均收入8-10萬元，請求賠償精神慰撫金至少50萬元。(7)侵權行為：依民法第184條第1項、第193條第1項、第195條第1項侵權行為法律關係提起本件訴訟，並以整數請求賠償60萬元。

問題1：何謂「一造辯論判決」？

法院心證：(1)民事訴訟法(Code of Civil Procedure 1930)第280條：「(第1項)當事人對於他造主張之事實，於言詞辯論時不爭執者，視同自認。但因他項陳述可認為爭執者，不在此限。(第2項)當事人對於他造主張之事實，為不知或不記憶之陳述者，應否視同自認，由法院審酌情形斷定之。(第3項)當事人對於他造主張之事實，已於相當時期受合法之通知，而於言詞辯論期日不到場，亦未提出準備書狀爭執者，準用第一項之規定。但不到場之當事人係依公示送達通知者，不在此限。」(2)在言詞辯論期日，若當事人之一造經合法通知，且無正當理由而不到場，法院得依到場當事人之聲請，由其一造辯論而為之判決。(3)法院就此所為之判決，除斟酌到場當事人之辯論意旨外，亦須斟酌以前辯論及調查之結果而下判決，因此未到場者不一定會遭敗訴判決。(4)民事訴訟法第280條第3項：「當事人對於他造主張之事實，已於相當時期受合法之通知，而於言詞辯論期日不到場，亦未提出準備書狀爭執者，準用第一項之規定。但不到場之當事人係依公示送達通知者，不在此限。」(5)醫療爭議：依「醫療事故預防及

爭議處理法(Medical Accident Prevention and Dispute Resolution Act 2024)」第3條：「本法用詞，定義如下：一、醫療事故(Medical accident)：指病人接受醫事機構之醫事服務，發生重大傷害或死亡之結果。但不包括因疾病本身或醫療處置不能避免之結果。二、醫療爭議(Medical dispute)：指病人方之當事人認為醫療不良結果應由醫事人員、醫事機構負責所生之爭議。」本案應屬「醫療爭議」。(6)乙醫師未出席醫療爭議調處會議，雖調處不成立，但在民事法院進行訴訟，仍未出席，於言詞辯論時亦不爭執，法院得依聲請，一造辯論而為判決。³

問題2：乙醫師經合法通知，未於言詞辯論期日到場，亦未提出書狀作何聲明或陳述，如何處理？

法院心證：(1)甲主張乙醫師於2022年9月15日為其進行人工流產，開立RU486藥物流產未成功，導致胎兒在懷孕11週又6天時胎死腹中，由C婦幼診所進行子宮搔刮手術治療並住院。(2)乙醫師已於2023年7月7日收受起訴狀繕本含上述證據。(3)乙醫師對於甲主張其有醫療過失之事實，於言詞辯論期日不到場，亦未提出準備書狀爭執。(4)依民事訴訟法第280條規定，視同自認。(5)準此，乙醫師有醫療過失之事實，自堪先予認定。

問題3：乙醫師應賠償之項目為何？

法院心證：(1)侵權行為：民法第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。⁶」(2)民法第193條第1項：「不法侵害他人之身體或健康者，對於被害人因此喪失或減少勞動能力或增加生活上之需要時，應負損害賠償責任。」(3)民法第195條第1項：「不法侵害他人之身體、健康、名譽、自由、信用、隱私、貞操，或不法侵害其他人格法益而情節重大者，被害人雖非財產上之損害，亦得請求賠償相當之金額。其名譽被侵害者，並得請求回復名譽之適當處分。」(4)乙醫師因：(i)醫療過失不法侵害他人之權利者，負侵權行為損害賠償責任；(ii)甲因此喪失或減少勞動能力或增加生活上之需要時，乙醫師應負損害賠償責任；(iii)慰撫金：甲雖非財產上之損害，亦得請求賠償相當之金額。

問題4：乙醫師應賠償之項目與金額各為何？

法院心證：(1)手術住院費：C婦幼診所子宮搔刮手術住院費用4,945元，應予准許。(2)產後護理之家七日坐月子費用57,400元，有收據可稽，應予准許。(3)居家請婆婆幫忙續坐月子及調理飲食64,400元，按縣市平均坐月子餐每日2,800元計算23日之範圍內應予准許。至於其餘7日，因甲已於產後護理之家坐月子7日，不應重複請求。(4)子宮按摩護理費用28,000元，此為恢復子宮機能所必要，亦有收據可稽，應予准許。(5)嬰靈超渡儀式4,000元，此有甲提出網路詢問城隍廟嬰靈超渡儀式行情價（含道士費、金香紙錢等）之網頁截圖

可稽，亦未逾越正常價格，應予准許⁷。(6)精神慰撫金：(i)最高法院民事判決：「法院對於非財產上損害之酌定，應斟酌雙方之身分、地位、資力與加害之程度及其他各種情形，核定相當之數額，其金額是否相當，自應依實際加害情形與被害人所受之痛苦及雙方之身分、地位、經濟狀況等關係決定之。⁸」(ii)法院斟酌：甲信任乙醫師，以為僅須服用RU486藥物即可順利人工流產，殊料因醫療過失，未及早發現流產失敗，使胎兒在甲不知情下持續發育達9周又5天之程度，已無法人工流產，甲以為未來必須養育第3名預料外之嬰兒，影響其生涯規劃及家庭經濟，嗣又因胎兒受RU486藥物影響而於懷孕11週又6天時胎死腹中，被迫接受全身麻醉及子宮搔刮手術並住院，損害身心健康，堪信甲確實受有相當程度之痛苦。(iii)兼衡乙醫師過失侵權行為情節、甲為專科畢業、乙為醫師等一切情狀，甲請求精神慰撫金以20萬元為適當，逾此範圍之請求，則屬過高。(7)賠償金額合計：358,745元。

法院

地方法院：乙醫師應給付甲新臺幣35萬8745元。⁹

討論

墮胎罪：(1)中華民國刑法(Criminal Code of the Republic of China 1935)第288條：「(第1項)懷胎婦女服藥或以他法墮胎者，處六月以下有期徒刑、拘役或三千元以下罰金。(第2項)懷胎婦女聽從他人墮胎者，亦同。(第3項)因疾病或其他防止生命上危險

之必要，而犯前二項之罪者，免除其刑。」(2)同法第289條（加工墮胎罪）：「（第1項）受懷胎婦女之囑託或得其承諾，而使之墮胎者，處二年以下有期徒刑。（第2項）因而致婦女於死者，處六月以上五年以下有期徒刑。致重傷者，處三年以下有期徒刑。」(3)刑法墮胎罪成立要件，是以殺死胎兒或使之早產為要件。如母體內對已無心跳之死胎以藥物、手術或其他方式，使之離開母體，即與刑法墮胎罪之構成要件不符，並無成立墮胎罪之餘地。(4)免刑規定：刑法第288條第3項以疾病或其他防止生命上危險之必要，而自行墮胎或聽從他人墮胎者，免除其刑，刑法學說認為是基於醫學之理由所設的「阻卻刑罰」規定，且效力僅及於懷胎婦女本人。¹⁰

阻卻違法：(1)優生保健法(Reproductive Health Act 1985)第4條：「（第1項）稱人工流產(induced abortion)者，謂經醫學上認定胎兒在母體外不能自然保持其生命之期間內，以醫學技術，使胎兒及其附屬物排除於母體外之方法。（第2項）稱結紮手術(sterilization procedures)者，謂不除去生殖腺，以醫學技術將輸卵管或輸精管阻塞或切斷，而使停止生育之方法。」(2)同法第6條：「（第1項）主管機關於必要時，得施行人民健康或婚前檢查。（第2項）前項檢查除一般健康檢查外，並包括左列檢查：一、有關遺傳性疾病的檢查。二、有關傳染性疾病的檢查。三、有關精神疾病的檢查。（第3項）前項檢查項目，由中央主管機關定之。」(3)同法第9條：「（第1項）懷

孕婦女經診斷或證明有下列情事之一，得依其自願，施行人工流產：一、本人或其配偶患有礙優生之遺傳性、傳染性疾病或精神疾病者。二、本人或其配偶之四親等以內之血親患有礙優生之遺傳性疾病的。三、有醫學上理由，足以認定懷孕或分娩有招致生命危險或危害身體或精神健康者。四、有醫學上理由，足以認定胎兒有畸型發育之虞者。五、因被強制性交、誘姦或與依法不得結婚者相姦而受孕者。六、因懷孕或生產，將影響其心理健康或家庭生活者。（第2項）未婚之未成年人或受監護或輔助宣告之人，依前項規定施行人工流產，應得法定代理人或輔助人之同意。有配偶者，依前項第六款規定施行人工流產，應得配偶之同意。但配偶生死不明或無意識或精神錯亂者，不在此限。（第3項）第一項所定人工流產情事之認定，中央主管機關於必要時，得提經優生保健諮詢委員會研擬後，訂定標準公告之。」(4)優生保健法施行細則(Enforcement Rules of Reproductive Health Act 1985)第3條：「（第1項）本法第六條第一項所稱必要時，係指有左列情事之一者：一、疑似罹患礙優生之遺傳性、傳染性疾病或精神疾病者。二、本人之四親等以內血親罹患礙優生之遺傳性疾病的。三、疑有應施行健康檢查之疾病的。」(5)同施行細則第10條：「本法所稱有礙優生之遺傳性、傳染性疾病或精神疾病者，其範圍如左：一、足以影響胎兒正常發育者，如患苯酮尿症或德國麻疹之孕婦等。二、無能力照顧嬰兒者，如患重度智能不足或精神分裂

症之男女等。三、可將異常染色體或基因傳至後代者，如患唐氏症之婦女或亨汀頓氏舞蹈症之男女等。」(6)同施行細則第13-1條：「本法第九條第一項第六款所定因懷孕或生產，將影響其心理健康或家庭生活者，不得以胎兒性別差異作為認定理由。」(7)阻卻違法：阻卻違法指行為人具備某些正當事由，得以免除原本的法律責任，源自歐陸法系的法律概念，例如：(i)刑法第21條：「依法令之行為，不罰。依所屬上級公務員命令之職務上行為，不罰。」(ii)刑法第22條：「業務上之正當行為，不罰。」(iii)刑法第23條（正當防衛）：「對於現在不法之侵害，而出於防衛自己或他人權利之行為，不罰。但防衛行為過當者，得減輕或免除其刑。」(iv)刑法第24條（緊急避難）：「因避免自己或他人生命、身體、自由、財產之緊急危難而出於不得已之行為，不罰。但避難行為過當者，得減輕或免除其刑。」(v)優生保健法第9條。

生死抉擇：我國1985年之優生保健法，人工流產合法化，雖然有嚴謹的條件，仍然受到倫理學者的批判，例如：人擁有絕對不可侵犯的生命權，胎兒也是人，但卻全完漠視無辜胎兒的生命權。惡性重大的罪犯被處死，因為他們毀壞法律，也違反上帝誠命保護不可觸犯的神聖價值；胎兒是人，尚未出世，沒有犯法，就被剝奪生命，違反天理。¹¹⁻¹²

美服培酮(RU-486)：RU-486（中國大陸翻譯為：米非司酮）與黃體素結合度是體內黃體素的五倍，因而使體內黃體素無法作用，胚

胎無法成功著床(implantation)，達到流產的目的。由於口服就可達到終止妊娠的目的，此項發明雖可以取代子宮吸引術、子宮搔括等傳統手術，由於不同文化與社會對生命的起源觀點不同，其使用方便性因此自然引起國際社會與宗教界不少人士極力反對¹³⁻¹⁶。1990年法國開始使用；1991年英國開始使用；中國大陸早有「一胎化政策」，於1993年開始使用；臺灣反對聲浪不如外國大，在立委、學界促成，與通盤考量社會需求，「行政院衛生署」（2013年7月23日改為衛生福利部）於2000年12月28日核准RU-486有條件開放進口在臺灣上市，2001年6月5日發出藥品許可證，商品名為「美服錠」(Mifegyne)，並將其列為四級管制藥品，限由婦產科專科醫師使用。¹⁸

嬰靈：嬰靈(haunted child)是指尚未出生或過世不久的嬰孩靈魂。在某些信仰中，這些靈魂被認為在出生的瞬間或生前未能感受到完整的生活，他們會尋求陪伴或安撫。這類靈魂若未能好好超渡，可能會因為牽掛而留在人間。在華人民間佛、道教信仰文化中，嬰靈的概念存在久遠，許多人相信，這些嬰靈可能會影響家人的生活，甚至可能會在一些特殊的時期出現。道教或佛教的法師會進行一些特定的儀式，例如超渡法會(Ferrying souls to paradise)，為嬰靈祈福，幫助完成未竟的心願，早日升天。¹⁹⁻²⁰本案甲與配偶既已簽署人工流產同意書，日後如因文化與信仰，舉辦嬰靈超渡法會，若已自願承擔相關超渡法會之費用，似不必再由乙醫師負責賠償。

結語

爭議調處：本案醫療爭議因乙醫師未出席，調處不成立；民事訴訟，仍未出席，喪失聲請醫事審議委員會鑑定機會；言詞辯論時亦不爭執，法院依民事訴訟法第280條規定，視同自認；最後法院依甲之聲請一造辯論，判決乙醫師有醫療過失之事實，繼而依侵權行為判決賠償，乙醫師在本件民事訴訟程序因缺席而敗訴，相當可惜。

參考文獻

1. 姜世明：自認與爭點整理程序中不爭執協議—評最高法院104年度台上字第207號民事判決。裁判時報(Court Case Times)2017；第61期：34-8.
2. 曾品傑：自認—最高法院112年度台上字第1542號。裁判解讀2024；2期：1-2.
3. 許士宦：民事訴訟法。臺北市，新學林出版股份有限公司；2024.
4. 博琉(Baulieu, EE) 著/張天鈞譯：RU486：女性的選擇，美服錠的歷史。臺北市，大塊文化；1999.
5. 鄭博仁，梁景忠主筆：啊！RU486完全搞定。臺北市，原水文化出版；2001。
6. 陳聰富：侵權行為法原理(Principles of tort law)。臺北市，元照；2023.
7. 林俞君：城隍神的角色與職能—從陪祀神的角度觀察(The roles and function of city-gods in Chinese folk religion)。臺北市，元華文創股份有限公司；2024.
8. 最高法院85年度台上字第460號民事判決。
9. 臺灣新竹地方法院112年度醫字第4號民事判決（民事第二庭，2023年10月5日）。
10. 王皇玉：刑法上的生命、死亡與醫療(Life, death and medical treatment in criminal law)。臺北市，承法數位文化出版；2011.
11. 波伊曼(Pojman, LP)著/楊植勝等譯：生死的抉擇—基本倫理學與墮胎(Life and death: a reader in moral problems)。臺北市，桂冠；1997.
12. 柯志明：胎兒與死刑犯—基督信仰的人觀與生命倫理。新北市，聖經資源中心出版；2013.
13. 陳哲堯：人口問題與合法人工流產。當代醫學1976；3(4)：322-3。
14. 連雲程，吳香達：人工流產的倫理與法律觀。臨床醫學1990；26(2)：133-7。
15. 于鎮煥：人工流產的新寵RU486。臺灣醫界1990；33(1)：67-8。
16. 博琉(Baulieu, EE)著/張天鈞譯：RU486—女性的選擇，美服錠的歷史。臺北市，大塊文化；1999。
17. 高添富：醫療糾紛與醫師風險管理。臺北市，元氣齋2006：416-33.
18. 葛謹：醫學與法律(2)—但見淚痕濕。臺北市，元照；2017.
19. 鍾星：嬰靈哀歌—寶貝對不起。臺北市，禾馬文化出版；1994.
20. 崔根源：超渡(Ferrying souls to paradise)。臺北市，前衛出版；2014. ㊦

新型止痛藥的奇妙之處： Suzetrigine

台大醫院麻醉科 周韋翰

前言

美國食品藥物管理局(U.S. Food and Drug Administration, FDA)最近批准了一種新的非鴉片類處方藥—Suzetrigine。該藥以 Journavx™ 為商品名銷售，剛成為25年來首個獲得FDA批准的非鴉片類鎮痛藥。目前研究較為確定的是有助於治療成人中度至重度急性（短期）疼痛，並有多項關於該藥物治療長期疼痛的安全性和有效性的臨床試驗正在進行。

眾所周知，美國正面臨日益嚴重的鴉片類藥物氾濫，根據美國疾病管制與預防中心(U.S. Centers for Disease Control and Prevention, CDC)的數據，從1999年到2022年，美國有近72.7萬人死於鴉片類藥物過量，包括處方藥和非法鴉片類藥物¹。而最致命的芬太尼(fentanyl)藥物成癮大流行，光2021年8月至2022年8月期間，用藥過量而喪命者達10萬多人，其中大多涉及芬太尼，平均每天奪走約200條美國人命²。

找到有效的非鴉片類疼痛管理策略變得越來越重要。美國境內的芬太尼多由海外製造，而全球的芬太尼和前置化學品原料多來自中國和墨西哥，阻止藥品流入至關重要。除此之外，就屬新型非鴉片類處方藥的開發，更加令人引領企盼，目前已有許多臨床試驗正在進行（表一）³。鑑於這一問題的嚴重性，Journavx被認為是朝著正確方向邁出的重要一步。Yale Medicine麻醉醫師兼疼痛管理專家Robert Chow說道：「對於疼痛科醫生來說，藥物管理的終極目標是能夠緩解疼痛且無副作用的藥

物。我們擁有有效的止痛和改善功能的藥物，但理想的情況是，藥物的效果與鴉片類藥物一樣好，但又沒有不良副作用。」¹

簡介

我們的身體中有大量的疼痛信號神經細胞(pain-sensing neurons)，這些細胞分布在皮膚、肌肉和內臟組織，它們就像一個警報系統，能夠檢測到極端的溫度、尖銳的物體或有害的化學物質等威脅性刺激。對於這些信號，它們會產生脈衝(impulses)，將疼痛信號沿著神經纖維傳遞到被稱為背根神經節(dorsal root ganglia)的細胞群，這些神經節位於脊髓(spinal cord)旁邊，從那裡信號繼續向上傳遞到大腦(brain)，讓疼痛變成真實的感受。

電壓門控鈉通道(Voltage-Gated Sodium Channels, VGSCs)在神經傳導中具有關鍵作用，這些通道的功能是通過控制鈉離子的進入來調節神經元的去極化和動作電位(action potential)的產生。理論上如果能阻滯它的傳導，就能阻止疼痛訊號的傳輸。然而這些VGSCs也控制著為心臟和大腦提供能量的脈衝，因此阻斷它們可能會損害重要功能。這就是為什麼奴佛卡因(Novocain)和利多卡因(Lidocaine)（它們是鈉通道阻斷劑）可被用作局部麻醉劑，但如果累積劑量過量或直接全身性使用會引起例如心臟抑制等嚴重的副作用。於是科學家們努力尋找在周圍感覺神經中更常起作用的通道，最終確定了三個重要類型：NaV1.7、NaV1.8和NaV1.9（Na代表鈉，V代表電壓）。它們彼此協同工作：NaV1.7啟動

表一 臨床試驗中的選擇性止痛藥³

Drug	Company	Target	Indication	Status
Na_v1.8				
Suzetrigine	Vertex	Na _v 1.8 inhibitor	Acute pain	Approved
VX-993	Vertex	Na _v 1.8 inhibitor	Pain	Phase I/II
JMKX-000623	Shanghai Jemincare	Na _v 1.8 inhibitor	DPN	Phase II
ATZ01	AlgoTherapeutix	Na _v 1.7, 1.8 and 1.9 inhibitor, topical	CIPN and erythromelalgia	Phase II
LTG-305	Latigo Bio	Na _v 1.8 inhibitor	Pain	Phase I
HBW-004285	Hyperway	Na _v 1.8 inhibitor	Pain	Phase I
Na_v1.7				
OLP-1002	Olipass	Na _v 1.7 ASO	OA pain	Phase II
ST-2427	SiteOne	Na _v 1.7 inhibitor	Pain	Phase I
IN1011-N17	IN Therapeutics	Na _v 1.7 inhibitor	OA pain	Phase I
Other targets				
Resiniferatoxin	Grunenthal	TRPV1 agonist	OA pain	Phase III
Cemdomespib	Biogen	HSP90 modulator	DPN	Phase II
Mazisotine	Lilly	SSTR4 agonist	Pain	Phase II
LY3857210	Lilly	P2X7 inhibitor	Chronic pain	Phase II
LY3848575	Lilly	Anti-epiregulin mAb	Chronic pain	Phase II
NA	Lilly	AT2R antagonist	Pain	Phase I
EC5026	EicOsis	sEH inhibitor	Pain	Phase I

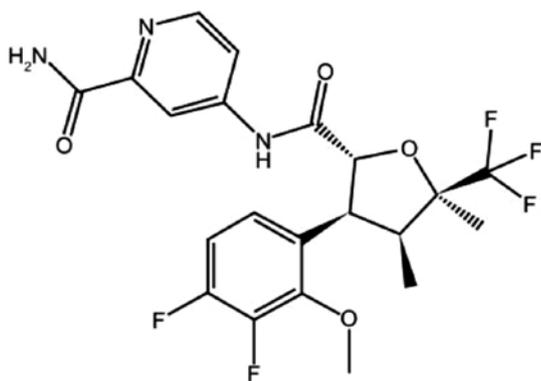
ASO, antisense oligonucleotide; AT2R, angiotensin II type 2 receptor; CIPN, chemotherapy-induced peripheral neuropathy; DPN, diabetic peripheral neuropathy; HSP90, heat shock protein 90; mAb, monoclonal antibody; Na_v, voltage-gated sodium channel; NDA, new drug application; OA, osteoarthritis; sEH, soluble epoxide hydrolase; SSTR4, somatostatin receptor type 4.

電訊號，NaV1.8啟動並產生動作電位所需電流的80%，NaV1.9在設定疼痛訊號神經元的閾值電位方面發揮更關鍵的作用⁴。

NaV1.8在疼痛感知中扮演著重要角色，尤其是在發展成慢性疼痛的過程中，似乎是治療的理想標的。NaV1.8主要在周邊神經系統中表現，特別是在感覺神經元中。NaV1.8的特點在於它對低電壓的敏感性，使其能夠在較低的刺激強度下啟動，這對於痛覺傳遞至關重要。在痛覺傳遞中起著關鍵作用。特別是在感覺神經元中。當身體受到損傷或刺激時，受損組織釋放的炎性介質（Inflammatory mediators，如prostaglandins、cytokines等）會激活感覺神經元，導致NaV1.8通道的開啟。

這使得鈉離子迅速流入神經元，促進動作電位的產生，進而將疼痛信號傳遞至脊髓和大腦。

在慢性疼痛的情況下，NaV1.8的表現和功能可能會改變。研究顯示，慢性疼痛狀態下，NaV1.8的表現上升，這導致神經元對疼痛刺激的敏感性增加，形成所謂的“疼痛記憶”。這種持續的神經興奮性使得患者即使在沒有明顯刺激的情況下也會感到疼痛。NaV1.8通道的功能也受到周圍炎症環境的影響。炎性介質如腫瘤壞死因子(Tumor Necrosis Factor- α , TNF- α)和白細胞介素(interleukin-1 β , IL-1 β)可以增強NaV1.8的活性⁵，進一步加劇疼痛感知。這使得NaV1.8成為慢性疼痛治療的一個潛在標的，許多研究者正致力於開發針



圖一 Suzetrigine結構式6：
4-[(2R,3S,4S,5R)-3-(3,4-difluoro-2-methoxyphenyl)-4,5-dimethyl-5-(trifluoromethyl)oxolane-2-amido]pyridine-2-carboxamide



圖二 Journavx外包裝

對這一通道的治療策略。這些策略包括小分子抑制劑和單株抗體，旨在減少NaV1.8的活性，從而降低疼痛感知。此外，基因編輯技術的進步也為研究NaV1.8的功能提供了新的工具，未來可能有針對性的基因療法出現。

Suzetrigine：新一代非鴉片類止痛藥

Suzetrigine（商品名：Journavx，如圖一、二）是一種新型的口服非鴉片類止痛藥，專門針對NaV1.8進行抑制，顯示出在中度至重度急性疼痛治療中的潛力。以下介紹Suzetrigine的藥理學與作用機制、安全性評估、臨床試驗結果及其未來發展。

一、**藥理學與作用機制**：Suzetrigine的作用機制主要是通過與NaV1.8的第二電壓感應區域(VSD2)結合，來穩定通道的閉合狀態。這機制使得Suzetrigine能夠在不完全

阻斷通道的情况下，持續降低神經元的興奮性。具體而言，Suzetrigine的結合導致NaV1.8通道的開啟閾值上升，從而減少了通道在疼痛刺激下的活化頻率，雖然僅抑制NaV1.8可能無法完全消除疼痛信號的傳遞，但足以顯著減少疼痛的感受。與傳統的鴉片類藥物不同，Suzetrigine的選擇性抑制作用特性在臨床應用中顯得尤為重要，因為它能夠提供有效的疼痛緩解，而不會帶來鴉片類藥物所伴隨的副作用。研究顯示，Suzetrigine對NaV1.8的抑制作用是高度選擇性的，其對其他NaV通道的抑制作用僅為1/31000⁶，這使得其能夠專注於減少疼痛信號的傳遞，並保護其他生理功能不受影響。

二、**安全性與副作用**：在非臨床和臨床的安全性評估中，Suzetrigine未顯示出對中樞神經系統、心血管系統或行為的影響，並且沒有顯示出成癮潛力或依賴性。根據臨床試驗數據，Suzetrigine的副作用相對輕微，最常見的副作用包括噁心、頭痛和疲勞。這些副作用的發生率低於傳統鴉

片類藥物，這進一步支持了Suzetrigine作為安全有效的止痛選擇。這些特性使得Suzetrigine成為一種有希望的非鴉片類止痛藥物。

三、臨床試驗結果：Suzetrigine的臨床試驗顯示出良好的療效和安全性。在一項2,447名參與者的三期臨床試驗中，Suzetrigine在術後疼痛管理中表現出顯著的疼痛緩解效果。參與者在接受足底手術或腹部整形手術後，隨機分配到Suzetrigine、鴉片類藥物(low-dose opioids: hydrocodone bitartrate 5 mg/acetaminophen 325 mg [HB5/APAP325], commonly known as Vicodin)或安慰劑組，結果顯示，Suzetrigine在48小時內的疼痛緩解效果與鴉片類藥物相當，但副作用較輕。噁心發生率在鴉片類藥物組高達25%，而在Suzetrigine組僅為14.8%^{7,8,9}。具體而言，Suzetrigine的主要終點是在48小時內的疼痛強度顯著低於安慰劑組，並且在某些情況下，其疼痛緩解的起效時間也比安慰劑組更快。這一結果證明了Suzetrigine在急性疼痛管理中的潛力。

四、藥證批准與市場潛力：2025年1月30日，Suzetrigine獲得FDA批准成為首個NaV1.8抑制劑¹⁰，這不僅是二十多年來首個以全新機轉獲批准上市的止痛藥物，更代表著疼痛治療領域邁入了新紀元，屬於非鴉片類止痛藥物的一個新療法時代。隨著對其安全性和有效性的證明，Suzetrigine有望

在急性和神經性疼痛的管理中佔據重要地位。市場分析預測，Suzetrigine將會在急性疼痛治療市場中實現可觀的銷售潛力。

五、未來研究方向：儘管Suzetrigine在急性疼痛管理中顯示出良好的效果，但在慢性疼痛的應用上仍需進一步的研究和驗證。Vertex Pharmaceuticals已經展開了針對慢性疼痛的臨床試驗，像是在糖尿病周邊神經病變(Diabetic Peripheral Neuropathy)等條件下的應用。在一項針對DPN患者的二期臨床試驗中，Suzetrigine展現出積極的療效信號，能夠顯著降低患者的疼痛分數。相關的三期試驗正在進行中。隨著研究的深入，Suzetrigine未來可能適用於帶狀皰疹後神經痛、坐骨神經痛等更多慢性疼痛症狀¹⁰。這些研究將有助於評估Suzetrigine在長期疼痛管理中的潛力。隨著對NaV1.8及其他相關通道的研究深入，未來可能會有更多類似Suzetrigine的選擇性止痛藥物問世，讓醫師為患者提供更安全、更有效的疼痛管理選擇。

結論

疼痛管理是臨床工作中的重要環節。Suzetrigine的問世，為我們提供了減少鴉片類藥物濫用的有力武器，也為患者帶來了更安全、更有效的疼痛緩解選擇。Suzetrigine是一種口服藥物，給藥方式簡便。在三期試驗中，研究了多種劑量，結果顯示療效與安全性良好。使用上務必遵循最新的藥品仿單與用藥指南，以確保正確的劑量與療程。鴉片類藥物在

某些情況下仍有其存在價值，但Suzetrigine的出現，能幫助我們建立更完善的多模式止痛方案，讓鴉片類藥物成為二線或附屬的選擇，而非首選。

參考文獻

1. Yale Medicine. FDA Approves Non-Opioid Pain Medication Suzetrigine (Journavx™). Yale Medicine website. <https://www.yalemedicine.org/news/new-non-opioid-pain-pill> February 21, 2025. Accessed August 4, 2025.
2. National Institute on Drug Abuse. Drug Overdose Deaths: Facts and Figures . National Institute on Drug Abuse website. <https://nida.nih.gov/research-topics/trends-statistics/overdose-death-rates>. August 21, 2024. Accessed August 4, 2025.
3. Katie K: FDA Approves New Non-Opioid Pain Drug. Nature Reviews Drug Discovery 2025 Mar; 24(3): 158.
4. Scientific American. New Painkiller Could Bring Relief to Millions- Without Addiction Risk. Scientific American website. <https://www.scientificamerican.com/article/new-pain-medication-suzetrigine-prevents-pain-signals-from-reaching-brain/> August 20, 2024. Accessed August 4, 2025.
5. García-Domínguez M: The Role of TNF- α in Neuropathic Pain: An Immunotherapeutic Perspective. Life (Basel) 2025 May 14; 15(5): 785.
6. Susan JK: Suzetrigine: First Approval. Drugs 2025 Jun; 85(6): 845-51.
7. Jeremiah DO, Swapna I, Tim LT, et al: Pharmacology and Mechanism of Action of Suzetrigine, a Potent and Selective NaV1.8 Pain Signal Inhibitor for the Treatment of Moderate to Severe Pain. Pain Ther 2025 Apr; 14(2): 655-74.
8. Todd B, Dominick D, Jessica M, et al: Suzetrigine, a Nonopioid Na V 1.8 Inhibitor for Treatment of Moderate-to-severe Acute Pain: Two Phase 3 Randomized Clinical Trials. Anesthesiology 2025 Jun 1; 142(6): 1085-99.
9. Dmitriy N, David MR, Brett M, et al: The effectiveness and value of suzetrigine for moderate to severe acute pain: A summary from the Institute for Clinical and Economic Review's Midwest Comparative Effectiveness Public Advisory Council. J Manag Care Spec Pharm 2025 Jul; 31(7): 729-34.
10. Shasha H, Dong L, Jianjun Gao: Suzetrigine: The first Nav1.8 inhibitor approved for the treatment of moderate to severe acute pain. Drug Discov Ther 2025 Mar 6; 19(1): 80-2.



認識早發性卵巢功能不全

台大醫院雲林分院婦產部 蔡奇桓 黃楚珺

在當代社會，女性延遲生育的現象日益普遍，造成女性在三十歲甚至更晚的年齡才進到考慮生育的狀態。除此之外，也越來越多的夫妻選擇在婚前進行生殖功能的檢查，讓一項重要但經常被忽視的健康議題浮上檯面：早發性卵巢功能不全（Premature Ovarian Insufficiency，以下簡稱POI）。這是一種在四十歲之前卵巢功能顯著衰退的臨床狀態，不僅關乎生育，更與骨質、心血管、認知與心理健康密切相關。此篇衛教文章試圖從定義、診斷、病因到治療，系統性介紹早發性卵巢功能不全的關鍵知識，並著重與基層醫療的關聯性。

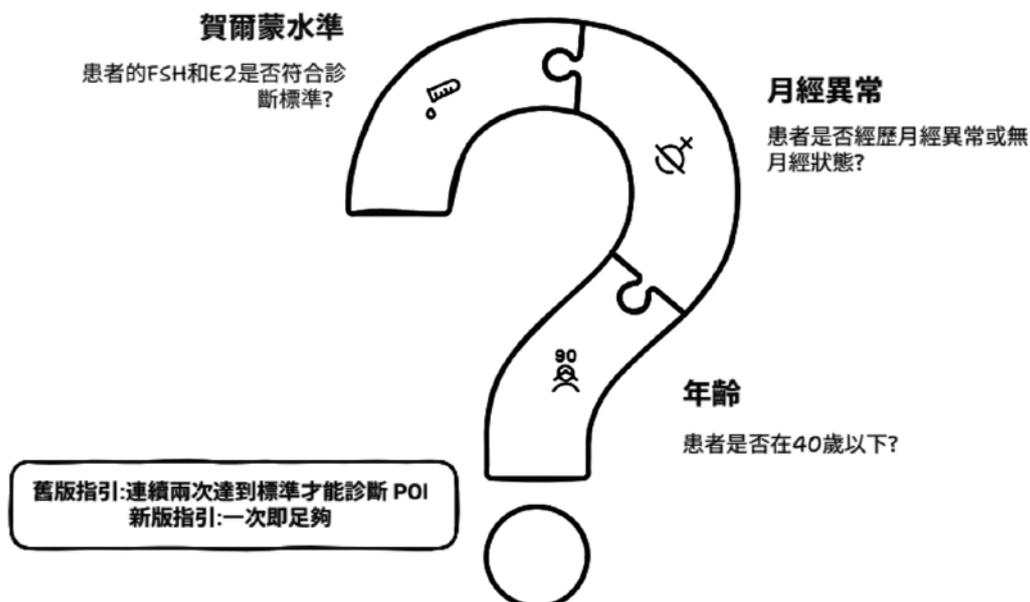
什麼是POI？不只是「提早更年期」

許多人聽到「卵巢功能不全」，第一時間會聯想是不是提早更年期了。然而，POI不只

是「提早停經」那麼簡單。更年期通常出現在45至55歲之間，是一種自然的生理過程，表示卵巢功能逐漸終止，生殖期的結束。而POI在國際指引中的定義則是指「發生在40歲之前病理性的卵巢功能障礙」，常以越來越少的月經量甚至停經為表現，甚至可能伴隨熱潮紅、盜汗、焦慮、性慾下降等更年期症狀。

除發生於四十歲以前，POI一般需要以下幾項條件：其一是月經異常，無月經狀態（amenorrhea）持續四個月以上；其二是抽血數據，通常以促濾泡激素（FSH）高於25 IU/L為診斷依據；其三是雌激素（E2）偏低（並無系統定義，一般抓<20 pg/mL），反映濾泡分泌功能喪失。以往認為需連續兩次FSH值升高才能診斷POI，但新版指引認為一次即足夠，有助於早期識別患者，進行進一步的檢查與介入¹。

如何診斷原發性卵巢功能不全(POI)?



根據最新流行病學研究，POI的全球平均盛行率約為3.7%²，遠高於過去所認為的1%。以色列與芬蘭的數據顯示，青少年POI診斷率在近十年間呈倍數成長^{3,4}，這可能肇因於基因篩檢普及、自體免疫疾病增加以及癌症治療存活率上升。

POI的表現，比你想像中的多變

POI的臨床表現可以非常輕微，也可能極為劇烈，表現的模式也極其多變。最常見一開始被發覺到的是月經不規則。許多女性在青春期中後月經遲遲未規律而未引起重視，直到多年後嘗試懷孕失敗，才發現問題來自卵巢。除了生殖影響外，POI也伴隨雌激素分泌下降而影響全身。

骨骼健康是很重要的議題。雌激素有助於維持骨質密度，若卵巢早衰骨質受損速度會加快，造成骨質疏鬆與骨折風險明顯升高。研究指出，未接受賀爾蒙治療的POI女性，其骨密度下降速率約等於八十歲老年人⁵。

心血管風險亦隨之提高。雌激素能促進高密度脂蛋白(HDL)合成，降低低密度脂蛋白(LDL)，而保護血管內皮。POI女性心肌梗塞與中風風險隨之上升，特別是在沒有接受賀爾蒙補充的族群中。

神經與心理層面亦不容忽視，後面詳述。

此外，性生活方面的影響亦相當惱人。由於陰道內膜潤滑不足，性行為時常伴隨乾澀與疼痛，使部分女性失去性慾或對性產生恐懼。這不僅是生理問題，也常牽涉心理與伴侶關

係。

POI的形成：基因與免疫

POI的成因極為複雜多樣，約50%為自發性，其他多數跟基因與免疫相關。

Federici指出⁶，大約30%的POI可能有相關家族史，顯示遺傳背景不容忽視。研究者按照卵巢與卵母細胞的發育階段，將候選基因分為四大群：

- * **原始生殖細胞形成期有關的基因**^{7,8}：例如NANOS3、FANCA、FANCE等，這些基因若發生突變，將導致生殖細胞過早凋亡。
- * **初級濾泡形成期的重要基因**：代表性的如FIGLA、FMR1 premutation以及FOXL2，這些基因參與濾泡的形成與維持，一旦功能異常，將導致濾泡數目快速下降。
- * **卵母細胞的減數分裂與DNA修復機制相關基因**：常見如PRDM9、EXO1、RAD51，功能缺陷會使細胞提早凋亡。
- * **染色體異常與綜合症候群相關基因**：例如Turner症候群(45,X)、BPES症候群(FOXL2)、Perrault症候群(CLPP)等，也常與POI並存。

除了基因層面，自體免疫性卵巢炎也是POI的重要致病因子。如早期研究多將多發性免疫因素列為重要的POI原因⁹，如Hashimoto甲狀腺炎、Addison氏病等皆可能跟POI形成相關。這些疾病常伴隨抗體形成，從而攻擊濾泡結構，導致卵巢功能喪失。癌症治療（化療與放療）亦為醫源性POI的主因，尤其烷化劑

對卵巢毒性極高。環境內分泌干擾物（如塑化劑）、吸菸、過度運動與慢性壓力也可能扮演觸發角色。

如何診斷POI？

1. 病史詢問與理學檢查

當患者出現上文所敘述症狀的時而懷疑POI，首先應詳細蒐集病史，包括月經變化、家族病史、青春期發育情形、是否曾接受化療或自體免疫疾病等。理學檢查則主要觀察性徵發育與骨盆腔異常。

2. 抽血荷爾蒙指標

抽血檢查應至少須包含FSH、E2、AMH（抗穆勒氏管荷爾蒙）等指標。若為40歲以下女性，FSH若高於25 IU/L且月經4個月以上未來，即符合早發性卵巢功能不全

的操作型定義。AMH值若低於0.5 ng/mL，亦常與卵巢功能衰退相關。

3. 基因與染色體檢查

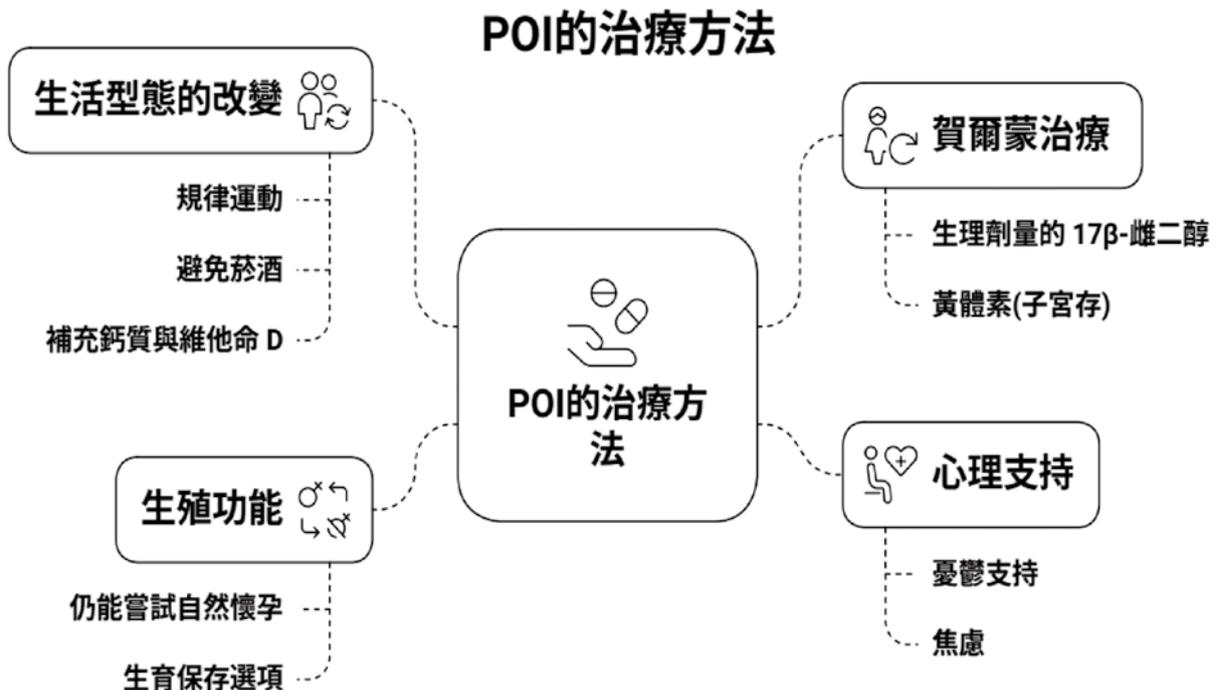
若患者出現發育遲緩，應考慮加做染色體核型分析與FMR1基因premutation檢查，以鑑別潛在基因異常。

4. 影像與自體免疫評估

超音波可觀察卵巢體積與月經初期濾泡數(AFC)，作為生殖預後參考。也可進一步檢查自體免疫指標（如ANA、抗甲狀腺抗體、腎上腺皮質抗體等）以排除共病。

面對POI的良策：對症下藥

當女性患者第一次了解自己可能得到早發性卵巢功能不全的診斷，忐忑不安且充滿未知的情緒與心情難免，此時醫者的角色尤其重



要，須盡力給予明確且宏觀的未來治療方向。

對於POI女性來說，賀爾蒙治療(Hormone replacement therapy, HRT)是核心的處理方式。最新指引建議使用生理劑量的17β-雌二醇，搭配黃體素（若有子宮）以達到減少內膜病變的機率。HRT可有效改善熱潮紅、情緒波動、骨質流失與性功能障礙，並建議應持續使用至更年期年齡段（約50歲）以維持系統健康¹⁰。

生活型態的改變也是必要之舉。建議規律運動（特別是阻力訓練）、避免菸酒、補充鈣質與維他命D。行有餘力定期進行骨密度與心血管評估的檢查。保健食品可考慮補充植物雌激素（如大豆異黃酮），惟效果及安全性研究仍不足。心理支持方面，POI女性常伴隨憂鬱、焦慮的情緒，醫療人員應培養敏感度，主動關心患者的情緒與生活品質。

針對生殖功能的部分，POI並不同完全不育。約有5-10%的女性仍有機會自然懷孕。然而，對於生育能力的結果難以預測，可考慮主動討論生育保存選項。對於仍有部分卵巢功能（AMH大於0.2-0.5左右）者，建議可考慮冷凍卵子或胚胎，特別是在接受化學治療等破壞卵巢功能之治療前。（此部分可以借助試管嬰兒的療程）若嚴重的POI而仍希生育則可依現行法律可考慮第三方卵子捐贈¹¹。

心理健康與社會型塑：基層醫療對POI的幫助

對於許多女性而言，早發性卵巢功能不全(POI)的診斷不僅僅是醫學問題，更是一場突如其來的心理衝擊。失去生育能力的可能性，

往往讓人感受到強烈的無力與失落。這種失落感不只是生理層面的，反而可能是對「身為女性」這一身分的動搖。尤其針對尚未育有子女，或處於婚育規劃期的年輕女性而言，POI很容易引發焦慮、憂鬱、自責與孤立感。

在診斷初期，許多患者往往難以消化這樣的訊息，甚至會陷入否認、質疑自己是否被誤診。一些人可能因症狀不典型（如月經只是不規律）而多年來未曾就醫，當聽聞「卵巢功能接近停經狀態」時，更容易出現震驚與拒絕接受的反應。這時，醫師的溝通技巧與情緒支持能力就顯得格外重要。

這也突顯了基層醫療在POI識別與支持中的關鍵角色。基層診所往往是患者首次就診的地點，也是她們最熟悉、最信任的醫療據點。相較於醫學中心的專科門診，基層醫師有更多機會觀察患者的整體健康變化，包括月經型態、情緒表現、性功能問題甚至生活壓力。若能在初期便敏銳地察覺POI的蛛絲馬跡提供正確的檢查與診斷，即有機會大幅提高早期診斷率。

基層醫師也可扮演心理狀況轉介的橋樑。適時介紹心理諮商、情緒支持資源，對患者來說可能是一份難以估量的安慰與依靠。有些患者即使未表露情緒困擾，也可能透過身體症狀（如失眠、腹痛、心悸）表達壓力。此時若醫師能察覺其身心連結，主動引導其進一步接受照護，將有助於減少憂鬱與焦慮的發展。

從社會層面來看，POI仍屬容易被誤解的疾病。患者經常面對來自家庭、朋友的不理

解。例如「太年輕怎麼會停經？」、「妳是不是工作太忙碌了？」等無心之語，造成二次傷害。因此我也希望能藉由此文章擴散，在社區中扮演教育者角色，期待有更多衛教講座、單張或與婦女團體倡議，宣導POI的症狀與處置方式，強化公共健康意識，也能促進患者早期就醫、減少病識感與污名。

總而言之，POI是一項不只在臨床方面診斷複雜且在心理社會方面也相當跨領域的疾病，藉由這個機會編寫如此的衛教文章，很希望能藉由在基層醫療，家醫科領域的宣導，能達到早期發現患者早期介入的作用，並能在診斷、情緒支持、轉介與衛教之間，發揮更多社會上的連結與陪伴。

讓POI女性不再孤單，是我們醫療體系共同的責任。

參考文獻

1. Webber L, Davies M, Anderson R, et al: ESHRE guideline: Management of women with premature ovarian insufficiency. *Hum Reprod* 2016 May; 31(5): 926-37.
2. Golezar S, Tehrani FR, Khazaei S, et al: The global prevalence of primary ovarian insufficiency and early menopause: A meta-analysis. *Climacteric* 2019 Aug; 22(4): 403-11.
3. Gruber S, Aharoni D, Lunenfeld E, et al: Trends in the incidence of primary ovarian insufficiency among Israeli adolescents: A nationwide cohort study. *Fertil Steril* 2020; 114(3): 603-10.
4. Silvén H, Savukoski SM, Pesonen P, et al: Incidence and familial risk of premature ovarian insufficiency in the Finnish female population. *Hum Reprod* 2022; 37(5): 1030-6.
5. Gabriela PR, Thamyse D, Daniela AYG, et al: Cardiovascular risk factors in premature ovarian insufficiency using hormonal therapy. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2023; 45(6): 312-8.
6. Silvia F, Raffaella R, Silvia M, et al: Primary ovarian insufficiency: Update on clinical and genetic findings. *Front Endocrinol (Lausanne)* 2024 Sep 26; 15: 1464803.
7. Yingying Q, Xue J, Joe LS, et al: Genetics of primary ovarian insufficiency: New developments and opportunities. *Hum Reprod Update* 2015 Nov-Dec; 21(6): 787-808.
8. Rossetti R, Ferrari I, Bonomi M, et al: Genetics of primary ovarian insufficiency. *Clin Genet* 2017 Feb; 91(2): 183-98.
9. Lawrence MN: Clinical practice. Primary ovarian insufficiency. *N Engl J Med* 2009 Feb 5; 360(6): 606-14.
10. Panay N, Anderson RA, Davis SR, et al: Evidence-based guideline: Premature ovarian insufficiency. *Fertil Steril* 2025; 123(2): 221-45.
11. Jacques D, MM D: Fertility preservation in women. *N Engl J Med* 2017 Oct 26; 377(17): 1657-65. 🇩🇪

GLP-1受體促效劑發展歷程與其在多重慢性病風險管理中的應用回顧

林口長庚紀念醫院 內分泌新陳代謝科 張宏猷

GLP-1受體促效劑發展歷史

在糖尿病治療的歷史中，腸泌素(incretin)概念的提出是一大重要里程碑。類升糖素胜肽-1(GLP-1, Glucagon-like Peptide-1)作為其中最具代表性的腸泌素之一，自1980年代末期被發現以來，便因其能促進胰島素分泌、抑制昇糖素、延緩胃排空、促進飽足感等多重生理效應，而被視為治療第2型糖尿病與肥胖症的潛力成分。然而，天然GLP-1因半衰期極短，僅約2分鐘，極易被雙基胜肽酶-4(DPP-4)迅速分解，因而成為直接應用於治療需跨越的挑戰。因此，如何開發出長效型GLP-1受體促效劑(GLP-1 receptor agonists, GLP-1RA)成為藥物研發的重要課題。

GLP-1受體促效劑在糖尿病治療中的應用始於2005年，當年第一個此類藥物 *exenatide*（商品名：*Byetta*）獲得美國食品藥物管理局(FDA)核准，正式用於治療第2型糖尿病。*Byetta* 是一種每日需注射兩次的短效型GLP-1RA，標誌著 *incretin* 類藥物進入臨床治療的新紀元。

自1990年代起便進入GLP-1藥物的積極開發，透過改良分子結構與劑型設計，成功推出每日注射型 *liraglutide*(*Victoza*)，並於2010年獲美國FDA批准，成為第一個每日一次長效型GLP-1RA。

隨後，藥物劑型進一步演進，進入每週注射時代，如 *dulaglutide*(*Trulicity*)與 *semaglutide*(*Ozempic*)，大幅提升患者的依從性與生活品質。特別是 *semaglutide*，

後來更發展出全球第一個口服型GLP-1RA(*Rybelsus*)，於2019年獲FDA核准，突破了以往必須注射的限制，為GLP-1類藥物的使用開創新局。

GLP-1RA除了控制血糖外，也被發現具有減重、心血管保護等多重代謝益處，促使該類藥物的應用逐漸拓展至肥胖症、代謝症候群等非糖尿病領域，成為近年新藥研發的熱門焦點之一。

Liraglutide

首款GLP-1RA產品是 *liraglutide*，商品名為 *Victoza*，於2009年獲得美國FDA核准上市，延長體內半衰期至約13小時，使每日一次注射成為可行。*Victoza*上市後，憑藉其良好的血糖控制與體重減輕效果，迅速成為臨床糖尿病治療的重要武器，*Victoza*具有降低心血管事件風險的功效，開創了GLP-1RA心血管保護的先河。

(1) LEADER試驗

LEADER試驗是一項重要的多國、隨機、雙盲、安慰劑對照的臨床研究，專為評估每日一次注射型GLP-1受體促效劑 *liraglutide* 在高心血管風險2型糖尿病患者中的心血管安全性與保護效益而設計。該研究共納入了9,340名接受標準治療的患者，追蹤時間中位數為3.8年。試驗結果顯示，與安慰劑相比，*liraglutide*在降低主要心血管不良事件的風險上降低了13%，接受 *liraglutide*治療的患者心血管死亡風險下降了22%，而全因死亡率則減少了15%。此外，這項研究並未發現 *liraglutide*增

加嚴重低血糖或胰臟炎的風險¹。這些發現具有重要的臨床意義。LEADER試驗不僅證實了GLP-1 RA作為降糖藥物在血糖控制以外的心血管保護潛力，還促使全球主要糖尿病與心血管疾病治療指引調整，將liraglutide納入有心血管疾病或高心血管風險之糖尿病患者的優先治療選擇。

(2) Liraglutide減重應用

Liraglutide最初被開發為糖尿病治療用藥Victoza (liraglutide 1.2或1.8 mg)，後來因臨床觀察到其具有顯著的體重減輕效果，進一步研發出高劑量版本Saxenda，專門用於肥胖或體重過重族群的長期體重控制。Saxenda透過模擬人體內天然的GLP-1荷爾蒙機轉，延緩胃排空、增加飽足感、抑制食慾，進而減少攝食量。這樣的作用方式不同於傳統中樞性減肥藥物，它不會刺激中樞神經系統，也不會產生成癮性或心跳加快等副作用，因此被視為一種相對安全、且同時兼具代謝調控功能的現代減重選擇。

這款藥物每日需進行一次皮下注射，通常建議注射於腹部、大腿或上臂後側。治療初期需依照逐步劑量遞增原則進行，從每日0.6 mg開始，每週遞增0.6 mg直至達到3.0 mg的維持劑量。整體劑量調整過程約需五週完成。這樣的方式是為了減緩腸胃道副作用的發生，如噁心、腹脹、便秘等，讓身體逐漸適應藥物。

使用Saxenda的受試者在56週內平均減重約8%，有超過六成的Saxenda使用者成功減重

超過5%，更有約三分之一減重超過10%。此外，這些患者的腰圍、血糖、血壓與脂質參數也都有明顯改善，顯示Saxenda不僅能減重，更能改善代謝異常²。

另一項SCALE Diabetes研究則針對合併第二型糖尿病的患者進行。研究結果顯示，在Saxenda治療下，這類患者不僅能有效減重，HbA1c也有顯著下降，並顯示出胰島素敏感性提升、肝功能指數改善等益處。這使Saxenda在肥胖與糖尿病共病的族群中，成為一項具有雙重代謝改善效果的治療選擇³。

在使用Saxenda減重後，患者的呼吸中止指數(Apnea Hypopnea Index, AHI)明顯下降，睡眠品質有所提升。這顯示，對於因肥胖導致的睡眠障礙，Saxenda也可能提供間接的治療效益³。使用Saxenda的患者復胖的風險顯著降低，維持體重減輕超過一年者的比例明顯高於安慰劑組，支持其在長期體重控制策略中的角色³。

雖然Saxenda在體重控制方面效果顯著，但其使用仍需留意可能副作用。最常見者為腸胃不適，如噁心、嘔吐、便秘、腹瀉等，通常發生在劑量調整初期，多數患者可在數週內適應。較少見但需注意的風險包括胰臟炎、膽囊疾病，以及在少數個案中觀察到的甲狀腺C細胞異常增生。在動物實驗中，liraglutide與甲狀腺腫瘤有潛在關聯，但人類尚未確立，因此有甲狀腺髓質癌病史或MEN2遺傳病史者不建議使用。

Semaglutide

隨著科技進步與臨床需求的提升，經過改良分子設計，半衰期更長的新一代產品semaglutide，商品名為Ozempic於2017年獲批上市，具備每週一次注射的便利性，同時在血糖控制與體重減重方面展現出超越liraglutide的卓越成效。臨床試驗SUSTAIN系列，特別是SUSTAIN-6，清楚地顯示Ozempic可降低主要心血管不良事件(MACE)的發生率⁴。

(1) SUSTAIN-6試驗

SUSTAIN-6試驗是一項針對每週一次注射型GLP-1 RA semaglutide所進行的心血管結果研究，目的在於評估該藥物對具有高心血管風險之第2型糖尿病患者的心血管安全性。該試驗共納入了3,297名患者，追蹤時間中位數為約2.1年。主要評估指標是「主要心血管不良事件」(MACE)，包括心血管死亡、非致命性心肌梗塞與非致命性中風⁴。研究結果顯示，semaglutide能使主要心血管不良事件的風險降低26%，非致命性中風的風險顯著減少約39%，非致命性心肌梗塞的風險下降約26%⁴。這項研究為semaglutide的全球心血管適應症批准提供了重要依據，也進一步鞏固了GLP-1RA類藥物在糖尿病患者心血管風險管理中的核心角色。

(2) FLOW試驗

FLOW試驗納入3,534名患者，皆已使用穩定劑量RAAS抑制劑，eGFR介於25-75 mL/min/1.73m²，UACR為200–5000 mg/g。患者

隨機接受每週一次semaglutide 1.0 mg或安慰劑注射，追蹤最長達5年。主要終點為腎功能下降 $\geq 50\%$ 、進入終末期腎病、腎病或心血管死亡。結果顯示，semaglutide組心血管死亡率降低24%，MACE降低18%，全因死亡減少20%，且eGFR年下降速率顯著較慢，semaglutide組每年eGFR下降幅度平均比安慰劑組少1.16 mL/min/1.73 m²。不良事件發生率亦較低。研究證實semaglutide能有效延緩CKD進展並改善臨床預後⁵。FLOW試驗證實semaglutide具有腎臟保護作用，將可能擴大GLP-1 RA的適應症，不僅強化其在糖尿病管理上的地位，也為患有糖尿病與腎病的高風險族群提供另一種有效的治療選擇。

口服GLP-1RA-Rybelsus

為了解決部分患者對注射劑型的心理排斥問題，突破性的創新利用吸收促進技術(SNAC)將semaglutide製成口服劑型，商品名為Rybelsus。這款全球首個口服GLP-1RA藥物於2019年獲得核准，使GLP-1治療進入全新領域。

Rybelsus：從注射到口服的突破

Rybelsus的研發過程實現了現代製藥工業的創新能力。研究人員通過精確的分子設計，成功開發出這款與天然GLP-1具有94%同源性的類似物，引入了SNAC(Sodium N-(8-(2-hydroxybenzoyl) amino) caprylate)作為吸收促進劑。SNAC的加入不僅提高了藥物在胃腸道的吸收，還確保了充分的生物利用度，使得原

本需要注射給藥的GLP-1類似物首次實現了口服給藥的可能。Rybelsus的作用機制表現出現代降糖藥物的綜合特性，包括通過促進胰島β細胞分泌胰島素和抑制升糖素的分泌來直接調節血糖。同時延緩胃排空、降低食慾，並減少肝臟葡萄糖的產生。這種多方面的作用機制不僅確保了理想的血糖控制效果，還帶來了體重減輕等額外獲益。

Rybelsus臨床證據

PIONEER系列臨床研究為Rybelsus的療效提供了全面的證據支持。在PIONEER 1單一藥物為期26周的治療研究中，14mg劑量組患者的HbA1c平均降低1.4%，同時實現了3.7kg的體重減輕。這些數據證實了藥物的基礎療效。為評估Rybelsus心血管安全性與潛在益處，研究團隊進行了兩項關鍵臨床試驗：PIONEER 6與SOUL。

(1) PIONEER 6試驗

PIONEER 6是一項第三期、多國、多中心、隨機、雙盲、安慰劑對照的心血管安全性試驗，旨在評估口服semaglutide對第2型糖尿病患者心血管風險的影響⁶。試驗納入了3,183位具有高心血管風險的第2型糖尿病患者，隨機分配至接受口服semaglutide（14 mg每日一次）或安慰劑治療，追蹤中位時間約16個月。

主要結果顯示，口服semaglutide達成了心血管事件非劣效性(non-inferiority)的主要目標，三項主要不良心血管事件（MACE：包括心血管死亡、非致命性心肌梗塞與非致命性中

風）的發生率在治療組與對照組無顯著差異（HR=0.79, 95% CI: 0.57–1.11）。雖然統計上未達優效性，但心血管死亡率在semaglutide組略低，顯示其可能具備心血管保護趨勢。其他觀察包括良好的血糖控制與體重下降，同時胃腸道不良反應如噁心為最常見副作用⁶。

(2) SOUL試驗

SOUL是一項規模更大的第四期臨床試驗，著重於檢驗口服semaglutide對心血管結果的潛在保護作用。該試驗納入約9,654位第2型糖尿病且具有既存心血管疾病或高風險的成人，隨機分配接受口服semaglutide（最高每日14 mg）或安慰劑治療，追蹤時間中位約3.5年⁷。研究結果於2024年發表，顯示口服semaglutide在主要心血管終點方面達成統計學上的顯著優效性。與安慰劑相比，口服semaglutide顯著降低MACE發生風險，包含心血管死亡、非致命性心肌梗塞與中風（HR 0.86，具統計意義）。此外，semaglutide也在控制體重與血糖方面展現一致療效，並降低新發腎功能惡化風險。安全性方面，整體耐受性良好，最常見的不良反應仍為輕中度的胃腸道症狀⁷。

PIONEER 6試驗證實了口服semaglutide在高風險糖尿病族群中具有良好的心血管安全性，而SOUL試驗更進一步顯示其具備顯著降低心血管事件的潛力。兩項試驗結果支持口服semaglutide不僅可有效控制血糖，亦具心血管與代謝多重益處，為第2型糖尿病合併心血管風險患者提供一項具吸引力的治療選擇。

Semaglutide減重治療領域的效果

在糖尿病以外，GLP-1RA在體重管理方面的潛力亦被深入挖掘。基於SUSTAIN及PIONEER研究中觀察到的顯著體重下降效果，於是高劑量版本的semaglutide，並以Wegovy為商品名，在2021年正式上市，用於治療肥胖症或超重且伴有相關合併症（如高血壓、高血脂、阻塞性睡眠呼吸中止症等）的患者。Wegovy在STEP系列試驗中展現出空前的體重減輕效果，以每星期2.4mg治療68周，平均體重減輕幅度達15%以上⁸，遠超過以往減重藥物的成果，為肥胖症治療帶來革命性的改變。無論是單純肥胖族群、有第2型糖尿病合併肥胖的族群，或是配合行為治療輔助的患者，STEP-1至STEP-4均證明高劑量semaglutide可帶來極具臨床意義的體重下降效果，且長期維持減重成效，副作用則以胃腸道不適為主，整體耐受性良好⁸。

Semaglutide(Wegovy)在肥胖且具有動脈粥樣硬化性心血管疾病(ASCVD)患者中已證實具顯著的心血管保護效果。近期臨床研究進一步指出，其潛力可能擴展至心衰竭(Heart Failure, HF)的治療，尤其是射出分率保留型心衰竭(HFpEF)。

SELECT試驗為一項多中心、雙盲、安慰劑對照的大型隨機臨床試驗，納入超過17,600位具有過重或肥胖且具ASCVD病史之受試者，平均BMI為33.4 kg/m²，追蹤平均時間為39.8個月。每週施打2.4毫克的Semaglutide可顯著降低主要不良心血管事件(MACE)，包含心

血管死亡、非致命心肌梗塞與非致命中風（風險比約為0.80）⁹。更重要的是，semaglutide亦可降低心衰竭住院與急診風險，顯示其心臟保護作用可能超越代謝改善的範疇⁹。

在SELECT試驗中的次族群分析發現，約4,286位受試者原先即有心衰竭病史，其中約53%為HFpEF、31%為射出分率降低型心衰竭(HFrEF)，其餘則未明確分類。Semaglutide於所有心衰竭分型中皆表現出一致的療效，其對MACE、心衰竭相關事件、心血管死亡與全因死亡的風險比約介於0.72至0.81之間，支持其在不同HF表型中的廣泛效益¹⁰。

STEP-HFpEF試驗則專為HFpEF合併肥胖患者設計，納入超過600位受試者，隨機分配接受每週2.4毫克Semaglutide或安慰劑，共52週。結果顯示semaglutide可使體重平均減少11%，並顯著提升Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire臨床總分(KCCQ-CSS)與6分鐘步行距離，儘管未就心衰竭臨床終點進行統計檢定，然於症狀與生活品質改善方面已具臨床意義¹¹。FLOW研究的子分析指出，在具有第二型糖尿病與慢性腎臟病的高風險族群中，semaglutide可使首次心衰竭事件或心血管死亡的合併風險下降27%。此外，性別分析顯示女性HFpEF患者於semaglutide治療下的體重減少幅度(9.6%)高於男性(7.2%)，但於心衰竭症狀改善方面則無明顯差異，此結果可能有助於日後針對性別差異進行個別化治療規劃¹²。

Wegovy於2024年3月獲美國FDA核准用於減少具ASCVD病史之肥胖成人的MACE風

險，儘管尚未獲得針對HF的適應症，但已有meta分析顯示其可將心血管死亡或心衰竭住院風險降低高達69%¹³。未來仍需更多以心衰竭為主要終點的隨機對照試驗，以確認其在心衰竭標準治療中的定位。目前證據支持semaglutide對於肥胖、HFpEF與ASCVD共病患者具有潛在益處。

Wegovy(semaglutide)近年來在nonalcoholic steatohepatitis (NASH非酒精性脂肪性肝炎，現稱metabolic associated steatohepatitis簡稱MASH)領域的臨床研究亦展現出顯著進展。在早期的第二期試驗中，研究團隊針對320名經肝臟切片檢查證實有中度至重度纖維化(F2-F3)且罹患NASH的患者進行每日皮下注射semaglutide(劑量為0.1、0.2或0.4毫克)長達72週，結果顯示0.4毫克組的NASH緩解率高達59%，顯著優於安慰劑組的17%，但在纖維化改善方面則未達顯著差異¹⁴。此後一項針對該研究的AI病理評估次分析進一步佐證此結論，顯示semaglutide能顯著提升NASH緩解率並以連續量化方式觀察到纖維化有顯著改善趨勢¹⁵。對合併代償性肝硬化的NASH患者進行的研究亦發現，semaglutide在改善NASH活性與代謝指標方面具有正面效果，但對於進一步纖維化反轉效果有限¹⁶。在針對較輕微NAFLD患者的研究中(無NASH診斷或無肝穿刺)，也發現semaglutide具有改善肝脂肪含量的潛力。突破性進展出現在ESSENCE第三期臨床試驗，此試驗納入具F2-F3期纖維化的MASH患者，給予每週2.4毫克semaglutide長

達72週，結果顯示有62.9%的患者達到NASH緩解且未伴隨纖維化惡化，明顯優於安慰劑組的34.3%；此外有36.8%患者出現纖維化改善至少一級且未惡化NASH(對比安慰劑為22.4%)，以上皆具統計學顯著性。該研究亦確認semaglutide的安全性良好，常見副作用為胃腸道不適，停藥率低於3%¹⁷。作用機轉方面，Wegovy能透過減重、改善脂肪分布、改善胰島素敏感性、抗發炎等多重路徑抑制肝臟發炎與纖維化進展，且AI病理量化資料亦支持其抗纖維化潛力。目前已向美國FDA提出用於MASH的適應症擴大申請，該申請獲得優先審查資格，預期2025年內有望完成審查，若通過將成為首個經由代謝改善路徑獲核准的MASH治療藥物，填補目前無特效藥的治療空缺。總結而言，Wegovy自第二期至第三期臨床研究皆展現出一致的療效，特別在NASH緩解與部分纖維化改善上達到重要里程碑，為未來MASH整合性治療開啟新篇章。

Dulaglutide

Dulaglutide(商品名:Trulicity)是由美國製藥公司Eli Lilly and Company(禮來公司)開發與上市的藥品。該藥於2014年獲得美國FDA核准，用於治療第二型糖尿病，屬於長效型GLP-1 RA，每週注射一次，亦具心血管保護潛力。

REWIND試驗

REWIND試驗於2019年發表，是一項針對第二型糖尿病患者的心血管預防研究，評估每

週一次注射dulaglutide的效果。試驗納入9,901名平均HbA1c為7.3%的病患，其中75%為未發生過心血管事件的初級預防族群，追蹤時間長達5.4年。主要評估指標為MACE三合一心血管終點（心血管死亡、非致命性心肌梗塞與中風）。結果顯示，dulaglutide組MACE發生率為12.0%，顯著低於安慰劑組的13.4%(HR 0.88, P=0.026)。此外，dulaglutide也有助於體重與血糖控制，並顯示出腎臟保護趨勢。REWIND試驗證實dulaglutide能有效降低心血管風險，特別是在初級預防族群中，對糖尿病整體治療策略具重要啟示¹⁸。

REWIND進一步指出，dulaglutide可減緩NT-proBNP升高，暗示其可能降低心臟負擔與改善預後，雖該指標非硬性臨床終點，但具生物學意義。從機轉角度分析，dulaglutide可改善心肌線粒體功能，減少氧化壓力與纖維化，並可能抑制不良心肌重塑，支持其對糖尿病性心肌病變具有保護作用¹⁹。REWIND試驗的CKD次族群分析顯示dulaglutide在CKD（eGFR < 60 mL/min/1.73m² 或尿蛋白陽性）患者中，仍能有效降低MACE，在CKD患者中的心血管與腎臟保護效果穩定²⁰。後續以腎臟為主要終點的研究強調了dulaglutide降低eGFR下降與減少蛋白尿的能力²¹。REWIND分析結果顯示，無論是否有心衰竭病史，dulaglutide均能有效降低主要心血管不良事件(MACE)發生風險，其中無心衰竭者的效果最為顯著。至於心衰竭住院風險，dulaglutide並未顯著改變其發生率，顯示用藥安全性良好。此外，

dulaglutide亦未增加全因死亡風險。整體而言，該研究支持dulaglutide可廣泛應用於第二型糖尿病族群中，即使合併心衰竭也屬安全且具保護效益的選擇。目前dulaglutide在心衰竭領域尚缺乏針對HFpEF或HFrEF的專設隨機對照試驗，現有資料大多為事後次級分析，故對其在心衰的應用仍需審慎評估。臨床上，其常見副作用與同類藥物一致，包括噁心、腹瀉與胃腸道不適，使用時亦應監控腎功能與胰臟炎風險。總體而言，dulaglutide於第二型糖尿病合併心血管高風險患者中的MACE風險降低已具證據支持。

總結與回顧

回顧GLP-1RA領域的發展，從liraglutide到semaglutide，每個階段的臨床試驗皆奠定了GLP-1RA在糖尿病與慢性病治療上的核心地位。Liraglutide(Victoza)在降低HbA1c的同時，具體重下降與低低血糖風險的優勢。LEADER試驗則是首度從心血管保護角度證明liraglutide能降低MACE發生率與死亡率。Semaglutide的發展則更為全面。SUSTAIN試驗顯示其在血糖與體重控制上均優於其他對照藥物，SUSTAIN-6亦確認其心血管保護效果。FLOW試驗進一步證實semaglutide具延緩腎病惡化與降低心血管併發症風險的潛力。隨口服劑型Rybelsus推出，PIONEER系列試驗證明口服semaglutide在多種治療背景下的療效與安全性，PIONEER-6與SOUL試驗更顯示其在MACE預防上的顯著優勢，並具備體重、血糖與腎功能的多重獲益。

Dulaglutide(Trulicity)則於REWIND試驗中展現穩定的心血管保護趨勢，雖部分指標未達顯著性，但在綜合心血管終點與心衰竭相關生物標記方面顯示正向結果。機轉研究亦指出其可改善心肌線粒體功能與減少纖維化，有助於糖尿病性心肌病變的保護。

整體而言，GLP-1RA類藥物的臨床證據已由降血糖擴展至多器官保護。從liraglutide的基礎建立、semaglutide的全面突破及dulaglutide的穩定發展，GLP-1RA正逐步成為整合性慢性病治療的關鍵藥物。未來隨更多臨床數據與適應症的拓展，其角色將更具戰略價值，為代謝疾病患者帶來更多希望。

參考文獻

1. Steven PM, Daniels GH, Brown-Frandsen K, et al: Liraglutide and Cardiovascular Outcomes in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med* 2016; 375(4): 311-22.
2. Pi-Sunyer X, Astrup A, Ken F, et al: A randomized, controlled trial of 3.0 mg of liraglutide in weight management. *N Engl J Med* 2015; 373(1): 11-22.
3. Mehta A, Marso SP, Neeland IJ: Liraglutide for weight management: a critical review of the evidence. *Obes Sci Pract* 2017 Mar; 3(1): 3-14.
4. Steven PM, 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.
5. Vlado P, Katherine RT, Peter R, et al: Effects of semaglutide on chronic kidney disease in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2024 Jul 11; 391(2): 109-21.
6. Mansoor H, Andreas LB, Morten D, et al: Oral semaglutide and cardiovascular outcomes in patients with type 2 Diabetes. *N Engl J Med* 2019 Aug 29; 381(9): 841-51.
7. Darren KM, Nikolaus M, Sharon LM, et al: Oral semaglutide and cardiovascular outcomes in high-risk type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2025 May 29; 392(20): 2001-12.
8. Natasha CB, Melanie JD, Ildiko L, et al: Semaglutide for the treatment of overweight and obesity: A review. *Diabetes Obes Metab* 2023 Jan; 25(1): 18-35.
9. Lincoff AM, Kirstine BF, Helen MC, et al: Semaglutide and cardiovascular outcomes in obesity without diabetes. *N Engl J Med* 2023 Dec 14; 389(24): 2221-32.
10. John D, Subodh V, Benjamin MS, et al: Semaglutide and cardiovascular outcomes in patients with obesity and prevalent heart failure: a prespecified analysis of the SELECT trial. *Lancet* 2024 Aug 24; 404(10454): 773-86.
11. 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.
12. Richard EP, Katherine RT, Peter R, et al: Effects of semaglutide on heart failure outcomes in diabetes and chronic kidney disease in the FLOW Trial. *J Am Coll Cardiol* 2024 Oct 22; 84(17): 1615-28.
13. Mikhail NK, John D, Richard P, et al: Semaglutide versus placebo in patients with heart failure and mildly reduced or preserved ejection fraction: a pooled analysis of the SELECT, FLOW, STEP-HFpEF, and STEP-HFpEF DM randomised trials. *Lancet* 2024 Sep 7; 404(10456): 949-61.
14. Philip NN, Kristine B, Kenneth C, et al: A placebo-controlled trial of subcutaneous semaglutide in nonalcoholic steatohepatitis. *N Engl J Med* 2021 Mar 25; 384(12): 1113-24.
15. Vlad R, Sven F, Cynthia AB, et al: Artificial intelligence scoring of liver biopsies in a phase II trial of semaglutide in nonalcoholic steatohepatitis. *Hepatology* 2024 Jul 1; 80(1): 173-85.
16. Rohit L, Manal FA, Matthew JA, et al: Semaglutide 2.4 mg once weekly in patients with non-alcoholic steatohepatitis-related cirrhosis: a randomised, placebo-controlled phase 2 trial. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2023 Jun; 8(6): 511-22.
17. Arun JS, Philip NN, Iris K, et al: Phase 3 trial of semaglutide in metabolic dysfunction-associated steatohepatitis. *N Engl J Med* 2025 Jun 5; 392(21): 2089-99.
18. Hertzog CG, Helen MC, Gilles RD, et al: Dulaglutide and cardiovascular outcomes in type 2 diabetes (REWIND): a double-blind, randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 2019 Jul 13; 394(10193): 121-30.
19. Saiyang X, Min Z, Wenke S, et al: Long-term activation of glucagon-like peptide-1 receptor by dulaglutide prevents diabetic heart failure and metabolic remodeling in type 2 diabetes. *J Am Heart Assoc* 2022 Oct 4; 11(19): e026728.
20. Hertzog CG, Helen MC, Gilles RD, et al: Dulaglutide and renal outcomes in type 2 diabetes: an exploratory analysis of the REWIND randomised, placebo-controlled trial. *Lancet* 2019 Jul 13; 394(10193): 131-8.
21. Fady TB, Hertzog CG, Raleigh M, et al: Dulaglutide and kidney function-related outcomes in type 2 diabetes: A REWIND post hoc analysis. *Diabetes Care* 2023 Aug 1; 46(8): 1524-30. 🌐

網球聯誼賽

- 一、協辦單位：台北榮民總醫院網球社
- 二、參加資格：1.本會會員暨眷屬 2.團體每隊選手至多八位（皆需為本會會員）
- 三、比賽分組：
- A. 團體組：1.以各醫院為單位 2.開業醫師自行組隊
- B. 個人雙打組（自由搭配）：
- 1.青年組：未滿50歲。 2.壯年組：50歲以上（含50歲）。 3.長青組：滿60歲以上（含60歲）。
- 4.混雙組：搭配者需為會員或配偶。 5.親子組：搭配者需為會員與子女。
- ※1.各項賽程，報名組數未超過三組將取消賽程，團體組及個人賽報名人數皆須滿20人以上方可比賽。
- 2.每人限報2組。
- 3.請於規定時間內報名，以便安排賽程，不接受現場報名。
- 四、比賽時間：114年10月18日下午二時起-團體組；
114年10月19日上午九時起-個人賽（視報名組數安排時間，賽程個別通知）
- 五、比賽地點：台北榮總網球場（石牌路二段201號）
- 六、比賽辦法：A.團體賽（依照隊數決定賽制）。 B.個人組採個人雙打單淘汰制（自由配對）。
C.採六局先勝制（局數五平時採搶七Tiebreak）。
- 七、比賽制度：視報名組數多寡而定。
- 八、報名日期：即日起至10月8日截止，請來電或傳真或利用本會網站報名。
- 聯絡人及電話：(02)2351-0756轉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.比賽會場（孝威館）停車可自行進入停車場，每小時收費40元，數量有限（8個車位），無法保留。

網球聯誼賽報名表

團體組			
醫院名稱		隊長	
隊員			
個人組			
組別及選手姓名			
<input type="checkbox"/> 青年組 _____		<input type="checkbox"/> 壯年組 _____	
<input type="checkbox"/> 長青組 _____		<input type="checkbox"/> 混雙組	
<input type="checkbox"/> 親子組 (會員與子女) _____		(會員與配偶) _____	
聯絡人	電話	傳真	

台北午後巡禮

鼓勵醫師會員忙碌工作之餘，多多參與各項社交活動，規劃半日午後巡禮活動。

活動時間 | 114年10月26日（星期日）13:30-17:00

活動名額 | 30人（可攜伴參加）

網路報名 | 請掃描QR Code進行報名。

報名期間 | 9/01起~滿額截止

活動費用 | 會員本人300元 / 攜伴1名500元



報名
QR Code

收到本會「報名成功郵件」，才算報名成功，並通知繳費。

匯款至 玉山銀行東門分行 1193-435-009035

戶名：社團法人台北市醫師公會

溫馨提醒 | 【行程難易程度★★★★☆】約2小時徒步導覽，路程有山坡，請自行評估體力狀態

主題	日期及時間	集合捷運站	活動特色	合作單位
北投	114年 10月26日 (星期日) 13:30-17:00	捷 運 新北投站 1號出口	<p>新北投車站—北投溫泉博物館（入館） —地熱谷—大地酒店</p> <p>【沿途介紹景點】 新北投車站／北投公園／北投綠建築圖書館／ 北投溪、北投石／北投溫泉博物館（入館）／ 梅庭／地熱谷</p> <p>下 午 茶 大地酒店（價值880元） 導 覽 老 師 朱孝慈老師 公會領隊幹部 孫建偉理事</p>	台北市北投 文化基金會



大地酒店
下午茶介紹

◎如有心血管疾病、腦血管疾病或行動不便情形，請務必備妥常用藥品，隨身攜帶以備不時之需，並建議家屬陪同。行程中若有任何不適，亦請盡速告知服務團隊，以確保安全保障。

◎建議穿著輕便、舒適衣物與具防滑功能之鞋款，必要時使用登山杖，活動中亦請注意適時補充水分。

新竹雅麥部落、獵人學校一日遊

11月9日（星期日） 【行程難易程度★★★★☆】

台北→新竹→雅麥部落野趣逍遙遊→台北

07:00~07:30 杭州南路與信義路交叉口（金甌女中側門）集合

07:30~09:30 準時搭專車出發，展開愉快的旅程，悠閒的假期沿途欣賞風光

09:30~16:30 抵達雅麥部落野趣逍遙遊

雅麥(YAMAI)在五峰鄉前山的泰雅族語意為石頭的意思。園區海拔約300公尺，鄰近溪流且地勢被山林包圍成峽谷狀，景色非常優美，以天然的造景結合人文故事與在地食材，帶給每一個來到部落的朋友，文化與美食的饗宴。

活動內容：

*** 迎賓儀式(09:30)**

◎相見歡 ◎披肩(傳統服) ◎迎賓舞(共舞) ◎竹炮(體驗)

*** 入山前祈福儀式(10:30)**

*** DIY活動：編織體驗(11:00)**

*** 享用部落美食(12:30)**

*** 小米粽DIY (13:30)**

*** 狩獵文化及體驗(14:00)【 園區徒步巡禮、介紹】**

◎獵人說植物故事 ◎陷阱製作解說 ◎獵人獵徑巡禮 ◎傳統弓箭體驗

*** 麻糬DIY體驗(15:00)**

*** 泰雅原食體驗(15:30)**



16:30~18:30 帶著愉快的心情，返回出發地。

◎如有心血管疾病、腦血管疾病或行動不便情形，請務必備妥常用藥品，隨身攜帶以備不時之需，並建議家屬陪同。行程中若有任何不適，亦請盡速告知服務團隊，以確保安全保障。

◎建議穿著輕便、舒適衣物與具防滑功能之鞋款，必要時使用登山杖，活動中亦請注意適時補充水分。

一、報名費用：

■ 每位原價2,200元。

會員及一位直系眷屬每位繳交1,700元（公會補助500元）。

□ 其他眷屬每位繳交2,200元。

※本活動乃公會為鼓勵會員攜帶眷屬參加，若會員無法同行，恕不接受眷屬單獨報名。

二、報名截止日期：

即日起至10月15日前向本會報名，80人額滿為止。（報名後因故無法參加，依旅行社契約扣除相關之手續費）。

三、繳費方式：

可親自至本會繳交或匯款至玉山銀行（代碼808）東門分行，帳號1193-435-009035，戶名：社團法人台北市醫師公會，匯款或ATM轉帳者，請將收據及報名表傳真至本會，以確認完成報名手續。

四、聯絡電話：(02)2351-0756分機17林小姐，傳真：(02)2351-0739

新竹雅麥部落、獵人學校一日遊報名表

姓名	生日	身份證字號	素食(打v)
聯 絡 電 話	傳 真 或 e - m a i l		

籃球聯誼賽

本會為了培養團隊合作之精神，提倡籃球運動風氣、增進友誼，歡迎會員踴躍組隊報名參加。

一、時間：民國114年11月16日及23日上午8時30分報到，9時開始比賽。

二、地點：台北榮民總醫院室內籃球館。

三、比賽規則：

1. 採國際業餘籃球比賽規則。
2. 比賽進行中若有意見，請由隊長向裁判提出。
3. 每隊報名以十二名為限。（一家醫院有二隊參加者，球員不得互換）

四、報名日期：即日起至11月4日前向林小姐報名。

（電話：02-23510756分機17，傳真：02-23510739）

五、抽籤：於11月11日（星期二）下午2:00（暫訂）召開領隊會議決定賽制及賽程並抽籤，未到者由本會代抽，不得異議。

六、獎勵：設冠、亞、季、殿軍。

※為響應環保，本會不提供礦泉水，請自備水壺飲水。

※比賽會場（孝威館）停車可自行進入停車場，每小時收費40元，數量有限（8個車位），無法保留。

籃球賽報名表

隊名			
隊長			
連絡電話			
傳真		E-MAIL	
隊員			
三對三活力賽 (3位隊友年齡加總超過125歲(女生可加10歲))			

服 務 欄

誠徵醫師

- 馬偕紀念醫院115年度新進住院醫師招募，誠徵各科各若干名，詳情請至網址<http://www.mmh.org.tw>。
- 中山區高固廉診所誠徵醫師，須可排夜診，一週約8診，時數可談，地點近捷運大直站，意者請洽0952-661-617黃小姐。
- 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)8787-5121#29林小姐。
- 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。
- 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。

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。

醫院診所器械廉讓

- 皮膚科診所出售，絲酷秀Sculpsure、魔方Profund，意者請洽：(02)8787-5121#19高小姐。

開懷篇

陳志鑫診所 陳志鑫

病好過頭

一位失眠的病人又來看病。

他對醫師說：「我的失眠不再犯了。」

醫師：「那很好啊！可是你怎麼還是一臉憂愁呢？」

病人：「那是因為我的病好過頭了。現在又患嗜睡症了。」

妻子與女朋友的區別

青春期的孫子問阿公：「妻子與女朋友有什麼區別？」

阿公笑著說：「妻子就像電視機，女朋友卻像手機。」

孫子：「您是說：在家看電視機，出門看手機？」

阿公：「是呀！電視機一次購進終身免費，手機卻要每月繳費，否則終止服務。」

腦筋急轉彎

在實習醫師寢室，A：「陽間和陰間的中間在哪裡？」

B：「太平間。」

A：「避孕藥的主成分是什麼？」

C：「抗生素。」

A：「一個離過很多次婚的女人我們應該怎麼稱呼她？」

C：「前公盡棄。」

阿嬤的心聲

小英問阿嬤：「書上說人生70才開始是什麼意思？」

阿嬤說：「腰酸背痛，眼花耳背，三高慢性病都開始出現。」

阿嬤嘆了一口氣說：「簡單說，70歲以後什麼多疼，就是沒有人疼。」

攝影秀

安納西：法國最美小鎮

國泰醫院小兒科 林隆煌



安納西湖位於阿爾卑斯山腳下，被譽為全歐洲最純淨的湖泊。



瞭望台是欣賞安納西湖全貌的最佳點，飛行傘翱翔於空中。



在湖邊偌大的草地廣場上，能看到湖面白帆競渡，天鵝戲水。



湖水來自阿爾卑斯的高山雪水和雨水，綿延15公里，如翡翠般碧藍耀眼。



安納西湖形成於18,000前的阿爾卑斯山冰川融化時期。



眺望遠處連綿起伏的阿爾卑斯山脈，無疑是人生一大快事。

會員園地·攝影秀—安納西：法國最美小鎮



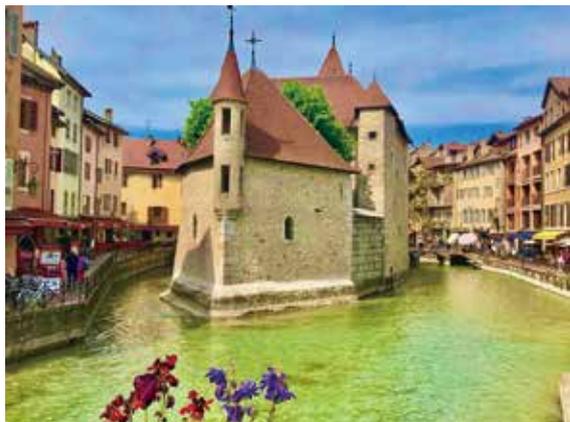
青黛色的遠山，近處的綠樹繁花與小橋房屋，構成了世外桃源般的美景。



安納西湖有27平方公里，像一面明鏡鑲嵌在翠綠的群山之中。



安納西位於阿爾卑斯山山腳，比鄰日內瓦，它曾經是瑞士的屬地。



這座石造建築又叫利勒宮，是安納西城中最具代表性的古蹟。



舊市街位於運河兩側，現在仍是12-17世紀老街的樣子。



沿河的小街上都是露天咖啡館、紀念品商店、旅店和餐館。

台灣人口不可逆的趨勢——生不如死？

雙合耳鼻喉科聯合診所 李志宏

一、113年死亡人數較112年減少4,192人，主要因嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)、糖尿病死亡人數減少：113年死亡人數20萬1,383人^①，較112年減少4,192人(-2.0%)，主要因嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19減6千人)、糖尿病(減962人)死亡人數減少；死亡率(死亡人數除以年中人口數)為每十萬人口860.2人，下降2.3%；以WHO 2000年世界人口結構調整之標準化死亡率^②為每十萬人口410.3人，下降4.5%。二、惡性腫瘤、心臟疾病與肺炎居主要死因前三位；COVID-19由第6名降至第14名：依死亡率排序，113年十大死因依序為(1)惡性腫瘤(癌症)(2)心臟疾病(3)肺炎(4)腦血管疾病(5)糖尿病(6)高血壓性疾病(7)事故傷害(8)慢性下呼吸道疾病(9)腎炎、腎病症候群及腎病變(10)蓄意自我傷害(自殺)。COVID-19由112年第6名降至第14名，原第7名以下死因往前推升1名。十大死因死亡人數合計14萬9,479人，占總死亡人數74.2%，與112年相較，113年標準化死亡率除肺炎、自殺上升^③，餘均下降，其中以糖尿病、腎炎腎病症候群及腎病變、事故傷害降幅較明顯。三、肺癌、肝癌、結腸直腸癌居主要癌症死因前三位；十大癌症除前列腺癌、卵巢癌標準化死亡率上升，餘均下降：113年癌症死亡人數為5萬4,032人，每十萬人口有230.8人因癌症死亡，標準化死亡率為每十萬人口113.3人。十大癌症死亡率依序為(1)氣管、支氣管和肺癌(2)肝和肝內膽管癌(3)結腸、直腸和肛門癌(4)女性乳癌(5)前列腺(攝

護腺)癌(6)口腔癌(7)胰臟癌(8)胃癌(9)食道癌(10)卵巢癌。十大癌症死因順位同112年。與112年相較，113年十大癌症除前列腺癌、卵巢癌標準化死亡率上升，餘均下降。四、運輸事故死亡人數較112年減少136人；孕產婦死亡11人為生產事故救濟條例實施以來最低：113年運輸事故死亡2,932人，較112年減136人(-4.4%)；孕產婦死亡11人，較112年減1人，為105年生產事故救濟條例實施以來最低^④。五、檢附113年死因統計結果分析。(「113年國人死因統計結果」焦點新聞，衛生福利部人事處，民國114年6月16日。)

「門口怎麼出現這麼多的黑衣人！」櫃台姑娘驚呼。

「什麼？」藥師隔一段距離探頭觀望。

「真假…很多黑衣人？」醫師經歷20餘年前的病人勒索事件後，心中早有這類事件的SOP，所以從監視器觀察後對她們說：「可能是參加某人的告別式？」

「何以見得？」

「妳們看：有老、有少，還有坐嬰兒車的，不是黑道兄弟啦！」醫師指著監視器中各種人物解釋。

「怎麼會在我們診所門口集結？」

「因為是樓上住戶，這三位是親兄弟、不是黑道。」醫師指著監視器中人物。

「喔…」藥師鬆了一口氣，接著說：「都穿著黑衣…很難分辨！」

「可能是二樓老太太的告別式？」醫師長

生活醫療法律·台灣人口不可逆的趨勢——生不如死？

嘆一口氣講。

「是不是年紀很大？偶而會尖叫嘶吼的那位？」

「沒錯！應該近百歲了…有些神智不清。」醫師說。

「醫師怎會這麼清楚她的年紀？」

「早期我父母跟他們租房子開藥房。」醫師回答。

「在哪裡？」

「就是你們所在的這裡！」

「哇！多久以前？」

「今年剛好一甲子、六十年。」醫師想想時間飛逝。

「我們都還沒出生！耶…他們看起來人丁旺盛？」藥師仔細瞧監視器。

「真的！不少人…」櫃台姑娘也湊過來瞧監視器。

「想不想知道我們當年、就是六十年的生活條件。」醫師又開話題。

「當然想知道！」

「房東家有四個小孩，都是男生；我們家也有四個小孩，二男二女。」

「哇！那一定很熱鬧吧？」

「豈止熱鬧罷了…整天吵吵鬧鬧！兩家中間還共用一蹲式馬桶的廁所，兩邊都有門，妳們可以想想上個廁所所有多緊張？」醫師回想此童年憶事。

「真的很難想像…」這個世代的青壯年的

確無法體會。

「我家這邊廁所門旁就是排水溝，所以我們男生常就地方便，免得門開開關關廁所門多麻煩…」醫師說。

「不會有異味嗎？」

「怎會沒有？還有小蟲子！」

「聽起來就噁心。」

「他們兄弟也都有年紀了吧？」年紀稍長的藥師問。

「沒錯！最小的那位小我一歲。這位是大哥，大我七歲。」醫師指著鏡頭說。

「大哥是不是曾經因為頭暈就診，結果被醫師診斷疑似胃出血的那位？」

「結果是胃癌…差一點就沒救，唉…不就是近廟欺神（註：台語）！」

「什麼意思？」台語不輪轉的藥師問。

「指住在廟旁的百姓，對神的敬意反而不如遠地的人。比喻貴遠、賤近，不知珍惜就近的資源。」醫師解釋說。

「你們從小是鄰居，難道他們真不知您是神醫？就是…近廟欺神…」藥師嘗試用相同台語的俚語。

「說真的，時間會改變一切！」醫師沒正面回答。

「他們看起來人丁…真的旺盛？」只有一位弟弟的藥師再問一次。

「喔…剛才沒先回答妳的問題。」醫師停頓一下，接著說：「老大有一兒一女，老二只

有一兒，老三有二兒，老四也只是一兒；還不錯，四兒又傳五兒一女。」

「再下一代呢？」藥師仍然好奇。

「這是好問題…這位是老二的孫子。」醫師指著監視器的嬰兒推車，接著說：「原來四位兄弟都住在樓上，現在只剩下老大、老二，所以不知道再下一代有哪些人？」

「現代年輕人不願養下一代…難怪診所的小病人越來越少。」櫃台姑娘工作上的觀察。

「醫師您當阿公了嗎？」藥師直接戳問題核心。

「這就是重點、也是國安問題…先父母在我這個年紀已經有4位孫子，我還在癡癡地等。你們年輕人的想法跟我們這一代，大不相同！等妳們年紀大了就知道…」已經領取敬老卡醫師無奈的回應。

「有同感！原來我只打算生一胎交差了事，隔了許久不小心有了第二胎，沒後悔，因為姊弟感情不錯…」

「是啊！診所病人只要生到第三胎，我都對她表敬意。」

「的確這樣！」櫃台姑娘附和回應。

「妳們知道台灣人口持續負成長嗎？」

「感覺如此…還不嚴重吧？」

「先父在世時不斷提及：台灣2,300萬人口已經持續多久了？」

「好像…李登輝當總統時就是這個數字？」比較年長的藥師對這數字應有感。

「沒錯！都過去30年了。」

「那…持續負成長多久了？」比較年輕的櫃台姑娘問。

「內政部這個月公布戶口統計資料，台灣人口總數截至7月為止是2,333萬7,936人，整體計算自然增加與社會增加後，總人口較6月減少8,805人，人口連續19個月負成長。」

「居然是持續了一年半！自然增加是什麼意思？」

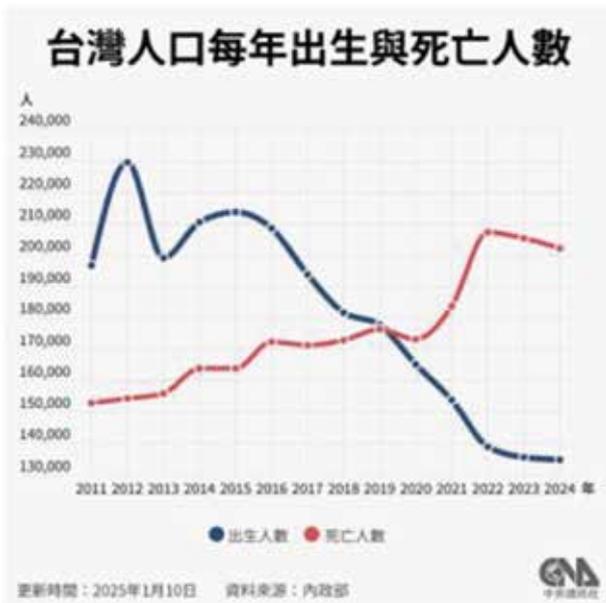
「自然增加數就是：出生人數減去死亡人數。內政部統計2024年新生兒13萬4,856人，較2023年減少715人，比2022年新生兒出生數13.8萬人還低，出現罕見『龍年寶寶』低於『虎年寶寶』的情況，創內政部有統計以來，新生兒人數史上新低。此外，內政部統計2024年全年死亡數為20萬2,107人，相較2023年全年死亡數20萬5,368人，減少3,261人。」

「哇！居然還沒破2,300萬人口底數…」藥師、櫃台姑娘異口同聲。

「但是，已經生不如死…許久…」（全文完）

問題①：113年「死亡人數」與「出生人數」的比較。

解答：113年1至12月累計出生數為134,856人，較上年同期減少715人(-0.53%)；113年1至12月累計死亡數為202,107人，較上年同期減少3,261人(-1.59%)。（圖一，參考「民



圖一 2011年至今出生死亡統計 (圖片來源：內政部戶政司)

國113年12月戶口統計資料分析」內政部行政公告，網址：https://www.moi.gov.tw/News_Content.aspx?n=9&sms=9009&s=32476，民國114年1月10日。註：與前述衛福部人事處死亡數201,383人多一些）衛福部統計的死亡人數減少4,192人（註：可能公布時間不同之故），主要因嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19減6千人）、糖尿病（減962人）死亡人數的減少。另外，依此公告數字：出生比死亡人數少了67,251人，真實世界的「生不如死」。

內政部今天公布2024年12月戶口統計資料，全年人口數為2340萬220人，較2023年減少2萬222人，平均每天減少55.25人。這也是繼2023年人口轉為正成長後，再度出現負成

長。2024年全年新生兒數13萬4,856人，折合年粗出生率為千分之5.76，相較於2023年新生兒數13萬5,571人、年粗出生率千分之5.81，再減少715人，這也再創內政部統計以來，新生兒人數史上新低。出現罕見「龍年寶寶」低於「虎年寶寶」的情況；根據內政部自1958年起統計新生兒資料，上一回出現不同狀況是1964年，共41萬餘名新生兒，低於1962年的42萬餘人。台灣新生兒已連9年負成長：分別為2016年20萬8,440人、2017年19萬3,844人、2018年18萬1,601人、2019年17萬7,767人、2020年16萬5,249人、2021年15萬3,820人、2022年13萬8,986人、2023年13萬5,571人。（參考「2024台灣新生兒連9年下降 罕見龍年出生數低於虎年」，記者高華謙，中央社，民國114年1月10日。）

問題②：「死亡率」與「標準化死亡率」的差別。

解答：死亡率(Mortality Rate)通常以每年每一千人為單位（死亡率=該年死亡人數/該年人口總數X1000‰）來表示；因此在死亡率為9.5的10萬人口中，表示這一人口中每年死去950人（簡單定義）。死亡率是衡量特定群體在特定時間內因各種原因導致死亡頻率的統計指標，它反映了人群的健康狀況、醫療水平、社會環境等多方面因素對生存的影響。死亡率又稱總死亡率或粗死亡率(crude death rate, CDR)，但是，粗死亡率指標具有很大局限性：由於粗死亡率沒有考慮到人口年齡、性別結構



圖二 我國近十年死亡率與標準化死亡率趨勢圖（圖片來源：衛生福利部）

的影響，在比較不同地區不同人群死亡水平差異時，用粗死亡率對比是不準確的。例如歐洲多數國家的粗死亡率比許多亞非國家要高，主要是因為人口老齡化造成，不能反映二者醫療衛生水平。所以需要其它死亡率作補充，或進行標準化處理。（圖二）

Q：標準化死亡率怎麼算？A：死因統計常用名詞定義如下：(1)粗死亡率(0/0000)： $(\text{死亡數}/\text{年中人口數}) \times 100,000$ ；(2)孕產婦死亡率(0/0000)： $(\text{孕產婦死亡數}/\text{活產嬰兒數}) \times 100,000$ ；(3)新生兒死亡率(0/00)： $(\text{新生兒死亡數}/\text{活產嬰兒數}) \times 1,000$ ；(4)嬰兒死亡率(0/00)： $(\text{嬰兒死亡數}/\text{活產嬰兒數}) \times 1,000$ ；(5)年齡別死亡率(0/0000)： $(\text{年齡}$

別死亡數/該年齡別年中人口數) $\times 100,000$ ；(6)標準化死亡率(0/0000)： $\Sigma(\text{年齡別死亡率} \times \text{標準組年齡別人口數}) / \text{標準組總人口數}$ ；(7)死亡率年增率(%)： $(\text{本年死亡率} - \text{上年死亡率}) / \text{上年死亡率} \times 100$ ；(8)死亡百分比(%)： $(\text{該類死因死亡數}/\text{總死亡數}) \times 100$ ；(9)死亡百分比增減率(百分點)： $\text{本年死亡百分比} - \text{上年死亡百分比}$ ；(10)潛在生命年數損失(PYLL)：各年齡預期可

活存年數為 $(70 - \text{死亡時之年齡}) \times \text{該年齡死亡人數之和}$ ；(11)平均生命年數損失(AYLL)：潛在生命年數損失/該死因之死亡人數。（參考「死因統計相關問題」，衛福部統計處，民國110年6月10日。）標準化死亡率(standardised mortality ratio)依WHO 2000年標準人口年齡結構調整而得；當年度死因統計一般來說會在隔年的6-7月間公布，本篇焦點新聞公布日期即6月16日。標準化死亡率和標準化死亡比都是重要的公共衛生指標，可以用於比較不同地區、不同時間段的死亡率，以及評估疾病的負擔。它們的共同點是都通過標準化來消除人口結構差異的影響，使得比較結果更客觀、更準確。

問題③：113年標準化死亡率除「肺炎、自殺」上升，餘均下降？

解答：113年國人死亡人數較去年減少4,192人，主因新冠肺炎、糖尿病死亡大幅下降，癌症連續43年蟬聯首位（圖三），標準化死亡率降幅明顯。但15-24歲（註：「15-24歲」的主要死因為事故傷害，自殺則為第二大死因，占總自殺死亡人數11.9%）、25-44歲（註：這年齡層自殺死亡人數為1,244人，占總自殺死亡人數的30.6%。死亡率為每十萬人口18.5人，較112年上升10.8%，為升幅最為顯著的年齡層）族群的自殺死亡率卻反向上升，成青壯年重要死因之一。死亡人數下降，主要與新冠疫情大幅趨緩有關。COVID-19死亡人數從112年的8,962人降至113年的2,962人（註：降6,000人），年減66.9%，使整體死亡人數顯著下滑；同時糖尿病死亡人數也減少962人。但從長期趨勢觀察，隨高齡人口增加，死亡人數將持續攀升。自殺再度進入十大死因的事實應更加關注，尤其25~64歲年齡層上升明顯，社會與心理健康政策需更加強化。（參考「113年國人死因統計分析懶人包：十大死因變化一次看，兩項逆勢上升最該注意」，DKABio數據，網址：<https://www.dkabio.com/zh-tw/knowledge/seminar/mon019>，2025年7月專題，瀏覽日期：民國114年8月12日。）衛福部表示「自殺」隔了14年（註：在民國99年曾經進入10大死因）又重返排行內，引發關注。對此，衛福部指出，自殺一直是亞洲國家的問題，在台灣，除了老人、小孩之外的「15至24



圖三 113年國人十大死因（圖片來源：衛生福利部）

歲」、「25至44歲」、「45至64歲」所有年齡層的自殺死亡率均呈現上升。國健署心理健康司副司長鄭淑心指出，去年就留意到15歲到45歲青壯世代自殺死亡率上升，過去曾委託台大進行研究，在青少年自殺的研究結果顯示，跟網路使用、父母親離異問題以及睡眠障礙等有關，但壯年世代跟中年世代仍有待進一步分析細部資料。（參考「自殺隔14年再進國人10大死因15至65歲青壯世代都上升」，記者趙于婷／台北報導，ETtoday新聞雲，民國114年6月16日。）台灣自殺防治學會理事長呂淑貞說，中壯年族群因職場壓力、經濟變動、通膨及財務困難等因素，再加上精神疾病盛行率上升，家庭暴力與家庭安全問題也使得相關族群成為高風險對象。自殺者「不是想死，而是活不下

去」，因此社會必須提供支持與協助，讓感到絕望的人有機會重新站起來。

113年台灣地區自殺死亡人數為4,062人，自殺死亡率為每十萬人口17.4人，臺北市自殺死亡人數305人，自殺死亡率為每十萬人口12.2人，低於全國平均、亦為六都中自殺死亡率最低的縣市。305人中有151位為男性(49.5%)，154位為女性(50.5%)；粗死亡率則為男性每十萬人12.8人及女性每十萬人11.7人，男/女性粗死亡率倍數比為1.09倍。(參考「統計分析」，臺北市政府自殺防治中心，資料更新：114-07-07。)

至於類似的「肺炎」及新冠「肺炎」一增一減緣由，恐怕一時也釐不清楚其中存在多少「肺炎重疊」部分？

問題④：「生產事故救濟條例」救不了台灣人口負成長？

解答：為承擔女性的生產風險，國家建立救濟機制，確保產婦、胎兒及新生兒於生產過程中發生事故時能獲得及時救濟，減少醫療糾紛，促進產婦與醫事人員之伙伴關係，並提升女性生育健康及安全，特制定生產事故救濟條例。該條例於民國104年12月30日由總統公布全文29條；並自公布後半年施行。施行至今近10年，條文從未修正或增訂。

生育為國家責任，**少子化為國安問題**，為鼓勵國人生產並由國家承擔生產風險，衛生福利部自101年起辦理「**鼓勵醫療機構辦理生育**

事故爭議試辦計劃」。試辦期間，許多家庭在遭遇生產不幸時，能夠快速獲得國家救濟，同時也下降不必要之醫療緊張與醫療糾紛社會成本。因試辦計劃成功，立法院於104年12月11日三讀通過《**生產事故救濟條例**》，12月30日總統府公告，依條例第29條規定，公布後半年施行，故於105年6月30日正式上路。本條例宗旨為國家為承擔女性的生產風險，建立救濟機制，確保產婦、胎兒及新生兒於生產過程中發生事故時能獲得及時救濟，減少醫療糾紛，促進產婦與醫事人員之伙伴關係，並提升女性生育健康及安全，特制定本條例。所以只要是中華民國國民及其外籍配偶在中華民國境內生產，發生不良事故時，導致產婦、胎兒及新生兒因生產所致之重大傷害或死亡，均可提出申請救濟。同時也希望透過不責難精神，建立及早關懷、事件通報、原因分析及醫療改善制度，提升國家孕產婦照護，建立一個「安心生產」的優質環境。在辦理「**鼓勵醫療機構辦理生育事故爭議試辦計劃**」前，曾有醫法雙修的婦產科前輩在醫師公會全聯會醫事法規委員會提議組成產科醫師互助會，每出生一位新生兒繳交2,000元互助基金，作為生育事故爭議時救濟之用，當時遭受到包括筆者在內多位委員以「少子化為國安危機、非醫師責任」理由反對！前述焦點新聞稱：…孕產婦死亡11人，較112年減1人，為105年《**生產事故救濟條例**》「實施以來最低」，顯然忽略分母太低因素；因為事隔10餘年「**國安危機仍未變成轉機**」，雖然《**生產事故救濟條例**》已上路近10年，但



圖四 台灣人口出生與死亡人數變化 (圖片來源：內政部2025/06/10)

是少子化為國安問題仍未解！(註：2024 生育率台灣依然世界最低！出自20250107遠見雜誌報導。)

內政部今天公布最新戶口統計資料，台灣人口總數7月為止是2333萬7,936人，整體計算自然增加與社會增加後，總人口較6月減少8,805人，比去年同期減少7萬1,387人，人口連續19個月負成長 (圖四)。新生兒部分，今年7月出生數為8,939人，年粗出生率為千分之4.51，較去年同期少了1,485人，也比6月減少29人。另外，攸關社會增加的遷入遷出人口部分，7月遷入人口數為7萬410人，較6月減少1萬8,983人；遷出人口數為7萬1,308人，較6月減少1萬3,383人，淨遷入人口數為負898人。(參考「台灣最新總人口數2,333萬餘人

連19個月負成長」，記者賴于榛，中央社，2025/8/8) 隔日，衛福部長邱泰源拋出4大搶救方向，從減少育兒負擔、增進母嬰健康到提高婚育意願，包括跨部會協調育兒父母優先提供社宅，還有鼓勵聯誼活動。聽到人口負成長關鍵字，他強調若持續下去，將影響社會、經濟與國家安全發展，對於醫療照護也會受影響。如何提高結婚、生育意願更是關鍵，邱泰源解釋，這又分成2方面，一是高齡婦女往往打拚到一個程度才願意生，得靠人工生殖補助，「當然不希望都靠這個啦」，既然有意願生就希望能成真。(參考「搶救人口負成長邱泰源：減輕育兒負擔等4方向著手」，記者沈佩瑤，中央社，2025/8/9) 🇺🇸



《「副/福」業回顧》-25 日據時代的醫學教育(11)—— 高等學校教育--官方/校方的方針

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，各種學術研究及臨床的訓練後，在St. Louis大學小兒科服務時，因為主任突然逝世，放棄實驗室研究，開始有些真業餘時間，開始探討台灣歷史文化，以及醫學人文。最近兩年多寫了「這副/福」業系列，有關這系列的討論，請看上兩期前的拙文及附上的參考文獻^{1,2}。

上期討論正式醫學教育前的預備教育，提到日據時代，從中學進入大學的醫學教育前，必須先畢業於高等學校或大學豫科（日語用詞，豫=預）²。高等學校/豫科制度雖早已廢止，可是仍一直有不少討論。大多數高等學校畢業的校友們，仍很贊揚舊制的高等學校制度，不少還一再提倡，要恢復舊制高等學校制度及教育，但新制度早已根深蒂固，目前日本毫無恢復舊制高等學校的可能。

這期來討論舊制高等學校的教育理念，方法、課程等，就是制度不可能恢復，可從探討中，瞭解這制度的優良特點及成果。這部分先來討論官方及校方，設立高等學校的方針，那時代如何培養以後的領導人物有關？下期再來討論學生的立命，學生的責任，如何自我學習，要自由也要能自治，以及如何充實自己的基礎教育。

台北高等學校有尋常科，但是大部分高等學校沒有。尋常科不分組，四年就可畢業，並可直升高等科。一般五年制中學畢業後，或讀完四年，可應考進入高等學校高等科。高等科

修業三年，分設文科及理科，各分為甲、乙兩組，下面會再討論。大學豫科教育跟高等學校類似，是大學設立的，限制準備要進這大學的學生的預備學校，從教育觀點看，類似高等學校。

這裏的討論，主要是台灣人觀點的討論，偶爾有些日本人的論述，是從中文的文獻轉登而看到的。這裏主要談醫界前輩的經驗。徐聖凱研究台北高等學校多年，後來寫成台灣師範大學碩士論文《日治時期台北高等學校之研究》³，並於三年後以《日治時期臺北高等學校與菁英養成》一書出版⁴（圖一）。

台灣師範大學還出版，有關台北高等學校的網站《臺北高等學校 1922-1949》⁵，有更多的資料。網站內還有全文轉載，師範大學於2020年六月開始出版的《臺高·師大通訊》，網站上可看到兩年內出版的5期的全文（圖二左）。師大也出版了《白線帽的青春》的歷史紀錄錄影片的DVD⁶（圖二右）。



圖一 徐聖凱著《日治時期臺北高等學校與菁英養成》。



圖二 台灣師範大學出版有關網站：《臺北高等學校 1922-1949》（左）及歷史紀錄錄影片的DVD：《白線帽的青春》（右）。

有一本由六位醫師前輩，寫他們高等學校/豫科的回憶的《日本舊制高等學校的回憶》合訂本⁷，寫六個不同的高等學校/豫科，其中有四篇是讀日本國內的高等學校的回憶。還有些其他書有高等學校/豫科的文章。另外手上有些書或網站上看到，一些前輩的回憶錄或傳記，提供不少前輩們對高等學校或豫科的回憶。想多去探討，會有很有意義，或許有可發現些，可提供給目前醫學教育當參考的資訊。

高等學校/豫科制度

舊制高等學校在二次大戰後幾年內就廢止，想政府會廢止有其考量。徐聖凱的論文說^{3,4}，日本在2003年，在修正「教育基本法」的問題時，有很多舊制高等學校的討論。台灣對戰前高等學校的討論，主要也是21世紀後才開始。以前看過不少討論舊制高等學校教育上優點，現在為了寫這篇拙文，再重新閱讀文獻，只能寫些閱讀後的膚淺看法。寫此拙文，最希

望會有更多人，來討論拙文的主題：正式醫學教育前的預備教育。

本只想討論高等學校的教育上的優點，不過閱讀文獻後，覺得那時代的「課外活動」及「學生生活」，攸關想討論的教育優點，值得先略來討論這題材。這些學生自由獨立的活動及生活方式，在日本仍不是民主自由的社會體制下，是非常難得現象。校方作風，當然更是官方（政府）所允許的。或許這是官方/校方的方針，認為是培養國家社會的領導人物的重要教育之一環。

課外活動與學生生活³⁻⁸

高等學校的課外活動以及生活，是高等學校很重要的特徵！是否正式醫學教育前，好的預備教育？上述文獻中看到不少台灣人前輩，也參與這些社團活動，不管是體育運動，文學或各種研究會的活動。有些活動學校老師及校方還共同參與，想可能校方也認為，是高等學校學生的重要教育！

生活上，高校學生的穿著，可以說是「敝衣破帽，不修邊幅」，腳穿高跟的日式木屐，長髮、腰際繫條長手巾，秋冬加件無袖黑色斗篷，是當時的高校生的「標準」形象。這些特點雖有點像二十世紀1960年代後期到1970年代初期，從美國開始再傳到世界各地的Hippie/Hippy（中文「嬉皮」或「嬉皮士」）作風。類似地，都有反社會的意識，不過那時代高校生，是享受社會的「特權」！穿這種襤褸衣衫，大搖大擺地上街，甚至出入酒家，是不同於常人的「派頭」。學校不干涉，甚至還有點「保護」學生享有這「特

權」，保護的不只是「反社會的意識」，想可能是他們想表達的「自由」，以及跟著而來必須的「自治」的能力！

這些生活記述中，在學寮內生活是很重要的部分，雖非所有學生均需住宿，但有些高等學校規定，第一年須住宿舍。台北高校高等科的學生宿舍，入宿的臺灣人與日本人學生均同寮共同生活，大多數台灣人學生們的回憶，仍然正面的居多。有些是明顯的胡鬧，譬如所謂的「寮（寮）雨」，是從宿舍二樓窗戶小便。這些粗俗，甚至野蠻行為及不修邊幅的外表，也稱為「蠻風（バンカラ）」。

看到那時代的高等學校或豫科，都有「ストーム(Storm)」的記載。在師大舉辦的95年周年特展中⁸，有文描述得最好：「為了擾亂或震驚周圍環境，或因激情昂揚而自然發出的團體行動，也帶有發洩青少年精力的意味在裡面。----大家勾肩搭背橫作數排，在宿舍集體敲鑼打鼓又唱又跳，或突於夜間發動，大聲驚嚇他人，無視舍監的管理即是----大多在宿舍或學校內進行，街頭的ストーム出現在校慶，或者對抗賽之後進行，如校慶時的街頭ストーム，幾乎全員參加，前有大鼓及應援團開道，橫掃臺北熱鬧街頭，一旁還有警察保護，沿途所經為圍觀群眾壅塞。也有隨地而起的ストーム，在山中、海濱、路旁、旅館等不定處所，一時情緒高昂而自然起舞的情形」。有關ストーム(Storm)圖片網路上不少，在此無法轉載，請上《95年周年紀念特展》的網站有不少⁸。

高等學校的社團活動，是生活重心之一，

不少由師生共同參與，譬如台北高校就有很多的社團活動。運動/體育方面有庭球（網球）、柔道、劍道、弓道、ホッケー（曲棍球）、野球、相撲、桌球、以及陸上及游泳競賽等，藝術文學的如繪畫、文藝、辯論、音樂、俳句會、讀書會，研究嗜好的演劇研究會、航空研究會、旅行、園藝等等。除了校內活動，還到台灣校外各地，甚至到日本本土參加比賽。新聞類的活動，還出版《翔風》及《臺高》雜誌，會刊登學生的文章及研究小論文。日本國內舊制高等學校的「老學生」，在全國聚會時，還舉辦「寮歌祭」，大家放聲高唱各高校的寮歌，追憶往昔的青春歲月。

就是殖民地的台北高等學校，一樣盛行上述來自日本本土高校的作風。這種精神，表現於學校的管理、學風、教學、以及學生的活動等。開始時台灣人學生較少參與蠻風、奇裝異服等作風。台灣的社會及媒體也有不少批評，不過仍與日本本土一樣，漸漸地也被保守的台灣社會接受。最主要因日本的本土，早行之有年，社會容忍多年，而且這些學生們畢業上大學，就不會再來這種「蠻風」活動，尤其學生知道如何「自治」。所以說可能是政府及學校，有維護學生的「自由及自治」作風，或可說校方早就有的「使命」？

分科分組的課程³⁻⁸

高等學校高等科分成文、理兩科，兩科各有甲、乙兩組，甲組的外語以英語為主，德（獨逸）語為輔，乙組則相反德語為主而英語為輔。文科理科的課程不一樣，高等學校與豫

科的課程很類似。對外國語言非常注重，各科各組都約占35%，文科的人文類課程近40%，數理不到10%，反過來理科的數理佔近40%而人文約10%。不過不少的高等學校1943年以後的課程改變不少，縮短修課時間，減少不少課程，尤其外國語文時間，保留較實用的課程。

預備讀醫的，一般上理科，而且以德語為主的理乙，可是查看台北高校畢業的台灣人名單⁵，很有趣地發現，早期文科的有好幾位，畢業後先讀大學文科學部，畢業後，再轉去念醫學。1941年開始，文科甲、乙組畢業者，上大學時，不少就選讀醫學。1942年文乙的台灣人畢業生5位，甚至全選讀醫，以後也多數讀醫。反過來，自理科甲、乙組畢業，去讀大學文科如經濟、法學及文學的有少數幾位。台北帝國大學豫科稍不同，分文科及理科農、理工、及理科醫四組，可能理工及理農兩組的課程，類似高等學校的理甲，理科醫組，類似理乙的課程。

提出上段有關文科尤其乙組，1942年以後台灣人畢業生，大部分去讀醫學部（較後期的從台大醫學院畢業），可能跟文科以後要服軍役有關，而且台北帝大醫學部在1945年前幾年，仍有不少空額。這樣選擇大學部的現象，是否失去了高等學校分文、理科的意義？文科生若選擇進醫學部，要補休數理科學課程？下期會稍討論，有些人的回憶錄中提到這問題。

老師的好教學--高等學校教育優點

上述文獻看到，高校畢業的校友們，大

多贊揚高等學校時的受教經驗。學生們大多很贊揚老師的教學，回憶中說從高校學習不少，津津樂道如何受益。上述文獻中，徐聖凱的論文中，有系統性去探討，可說是那時代高校教育最有代表性的論述。所以這拙文，從徐聖凱的論文中的報導，看台北高校一些好老師如何教學，尤其他們如何引導學生學習。這類好老師不少，從一般基本的國語（日語）科、歷史科、到外語的英語/德語，以及化學科及生物科，有不少影響學生深遠的好老師。

國語科的老師犬養孝^{3,4,9}，他的教學促使台灣人高校畢業生，以後對文學有興趣而有大成就。其中一位吳建堂先生，後來還獲得日本的「菊池寬賞（賞=獎）」，就說他在高等學校時，因犬養孝的講授所啟發，而對文學有興趣。另一位林宗毅也受其影響很大，後來還從暫時進入的醫學部，轉到戰後台灣大學的外文系，後來到日本從事文學工作。學生上過犬養孝的文學課後，「產生對文學的興趣及鑑賞能力」，不管文科或理科，在高等學校期間，大多讀了很多世界文學名著，這點下一期會再討論。

另一位歷史科的塩見薰教授，徐聖凱的論文討論不少^{3,4}，塩見教授很受台灣人學生歡迎，他具有明顯的自由主義色彩，不少台灣人學生的回憶中提到他，李登輝就明說受他的影響很大。他不但在文科，在理科的人文課，由他講授歷史部分，顯然也影響不少讀醫的學生。賴永祥特別贊揚他，說他「教法很活潑，不照教科書來教，視野很寬廣，常會要我們自



圖三 瀨邊惠鎧教授。



圖四 荒山重理教授。



圖五 塩月桃甫先生。

己去思考問題」。

外國語的教學，就是理乙組（德語為主而英語為輔）的仍須讀英美的文學名著。文甲不少人讀Charles Dickens、William Wordsworth等名作家的英語原著。上島田謹二教授的課^{3,4,10}，學生們認為是享受，教導對外國文學或藝術的鑑賞（王育德），「講課十分投入，把自己濃摯的情趣感受融入於講詞」（賴永祥）。最主要培養學生們文學鑑賞的能力，及產生閱讀或文學的興趣。下期會提到學生們，可能因此非常廣泛去閱讀的文學及哲理書籍。順便一提，島田教授戰後回日本後很有成就，獲頒「日本学士院賞」、「菊池寬賞」及「文化功勞者」的榮譽。

理科的教學好老師也不少，徐聖凱的論文就說，畢業校友們很贊揚化學教授瀨邊惠鎧（圖三）的豐厚及認真授課^{3,4,11}，他還設立全日本高校都沒有，唯一的有機化學基礎實驗課，甚至於對有志於上大學學化學的學生課後

加強。台灣人高校生，以後從事化學有關工作者很多，台灣的化學研究傑出，顯然是受他的大影響。台灣學術界特別多人以他來探討，請看歐素瑛在台灣文獻的詳細討論¹¹，若上網站搜尋有更多的資料。

同樣地生物（動物）科的荒川重理（圖四），對生物實驗課程有傑出教學，尤其是他指導學生，如何戶外收集及考察，這類的實驗教學經驗，令學生回憶贊揚，同時他也長期擔任宿舍舍監。

圖畫科的塩月桃甫（塩月善吉）先生（圖五），對台灣也有深遠影響^{3,4,12}，他對高校生的教學，不在期望他們成為專業畫家，但期望成為美術理解者。利用美術課，可學習自由思考及創造力，應用於敘述研究及發揮個人的才能。他最有名的一句話：「不是用筆畫，用腦去畫」，影響台北高等學校學生，以後就有兩位很有成就的業餘畫家，許武勇^{13,14}及蔡蔭裳^{15,16}兩先生，他們都歸功於塩月的教導，以後

有機會再來探討這兩位畫家。

上期提到的《日本舊制高等學校的回憶》⁷，有六篇回憶，其中4篇是日本的4個高等學校（第一、松江、山形、東京府立），一位討論台北帝大豫科。另外不少的傳記或回憶錄，報導不少前輩們討論其他高等學校及豫科經驗。基本上，類似上面的台北高校的討論。下期討論一些前輩對高等學校及豫科的回憶時會再提。

參考文獻

1. 朱真一：《副/福業回顧》1-日據時代的醫學教育(9)：醫學教育的預備教育。台北市醫師公會會刊2025；69(6)：79-84。
2. 朱真一：《副/福業回顧》2-日據時代的醫學教育(10)：台北高等學校成立及早期到日本讀大學。台北市醫師公會會刊2025；69(7)：72-6。
3. 徐聖凱：日治時期台北高等學校之研究（台灣師範大學碩士論文）。2009；國立台灣師範大學台灣史研究所，台北市。
4. 徐聖凱：日治時期臺北高等學校與菁英養成。2012；台灣師範大學及Airiti Press，台北市。
5. 台灣師範大學：臺北高等學校1922-1949（台北高等學校的網站）。In Internet: <http://archives.lib.ntnu.edu.tw/exhibitions/Taihoku/chronology.jsp>
6. 台灣師範大學：白線帽的青春：臺北高等學校歷史紀錄片(DVD)。2012；台灣師範大學，台北市。
7. 陳炯輝、陳振武、林桐龍等：日本舊制高等學校的回憶。2005；景福醫訊雜誌社，台北市。
8. 臺北高等學校創校95周年紀念特展：自由自治的天之驕子。In Internet：http://archives.lib.ntnu.edu.tw/exhibitions/taihoku95/exhibition_02.jsp
9. 犬養孝。維基百科網站：<https://ja.wikipedia.org/wiki/犬養孝>
10. 島田謹二。維基百科網站：<https://ja.wikipedia.org/wiki/島田謹二>
11. 歐素瑛：臺北高校與臺北帝大知識與人脈的流動：以瀨邊惠鎧為中心。台灣文獻2018；69(4)：250-76。網站上也有：<https://toaj.stpi.niar.org.tw/index/journal/volume/article/4b1141f989888a8701899001831b01b3>
12. 塩月桃甫。維基百科網站：<https://ja.wikipedia.org/wiki/塩月桃甫>
13. 許武勇。維基百科網站：<https://zh.wikipedia.org/zh-tw/許武勇>
14. 許武勇Wu-Yung Hsu guan官方網站。In Internet: <https://www.wuyunghsu.com/?lang=zh>
15. 蔡蔭棠。維基百科網站：<https://zh.wikipedia.org/wiki/蔡蔭棠>
16. 新埔畫家蔡蔭棠作品：跨越萬里返鄉。In Internet: <https://hakkaneews.tw/2025/06/09/203881/> 

世界腦麻日活動



親愛的台北市醫師公會婦女會會員，您好：

延續113年我們對於腦麻痺族群的熱情與關懷，今年我們決定繼續發光、發熱！

每年10月的第一個周末為「世界腦麻日」，這一天全世界有160多個國家同步辦理相關活動，鼓勵社會大眾瞭解、關懷、接納與協助腦性麻痺人士，讓他們可以順利生活，這天也是屬於他們的日子。

去年，醫婦會的善舉深獲腦麻家庭與社會大眾的好評與肯定，今年，我們誠摯邀請您放下日常的忙碌，走進他們的世界，感受那份超越語言的溫度。

在活動中，您將看見生命的韌性-不論是參與活動專注的眼神，還是家長與孩子間不言而喻的默契，這些片刻都會深深觸動您的心。

我們相信，您的到來，不只是一次參與，更是一份力量，讓更多腦麻朋友感受到社會的溫暖與尊重。

🌿 活動日期：114.10.04 (六)下午1:00~6:00

🌿 活動地點：台北文創廣場(誠品-松菸)

🌿 活動內容：台北市醫師公會醫婦會—愛心加油攤位

攤位活動內容精彩-精美掛飾、戳戳樂、可口雪花冰…琳瑯滿目。

一定要來，別錯過喔！

您的一份心意，將成為他們邁向夢想的重要動力！

讓我們在這一天，用微笑與陪伴告訴他們---「你們不孤單」。

更歡迎參加活動志工，親子一起來更讚！（協會將提供志工時數證明）

誠摯邀請您與我們並肩前行，共度一個溫暖而難忘的世界腦麻日。

敬祝 平安喜樂

台北市醫師公會婦女會

會長 蔡育寶 敬邀

重要政令轉知會員

114年度專門職業及技術人員自行執業者（以下稱專技人員）健保投保金額查核案將於近日開始執行

中央健康保險署

114.07.09 健保北字第1148212386A號

受文者：台北市醫師公會

主旨：本 (114)年度專門職業及技術人員自行執業者（以下稱專技人員）健保投保金額查核案將於近日開始執行，特函通知貴會相關事宜，請查照。

說明：

- 一、依西醫基層總額臺北分區108年第1次共管會議紀錄辦理。
- 二、基於依法行政、健全財務及貫徹保險費負擔之公平性，本署每年取得財稅資料進行投保金額查核作業，本署臺北業務組已發函通知轄區本年度核定調整對象相關調整事宜。
- 三、本次查核作業係依財稅單位核定之111年執行業務所得除以12個月計算其平均每月所得已超過112年3月投保金額，本署將依全民健康保險法（以下簡稱本法）第20條規定核定調整渠等投保金額，應補收之保險費將隨同其所屬投保單位於114年7月份保險費中一併計收。
- 四、本案另請專技人員（投保單位）一併檢視及核算112年度及113年度之執行業務所得資料，如需調整者，請檢附該年度執行業務所得證明文件供本署審核，經審核無誤者，分別自113年3月及114年3月起調整投保金額。
- 五、如貴會會員對本署核定調整之投保金額有相關疑義，因涉及個人財務資料，請其詳參本署寄發給該投保單位之通知函，依該函所載聯絡方式洽詢受理申復之承辦人。
- 六、倘貴會對本函內容有相關問題，請先參閱隨函檢送之「專門職業及技術人員自行執業者申報健保投保金額常見問答」，如仍有疑問，請撥打免費諮詢服務專線0800-030598（手機請改撥付費專線(02) 4128-678），依語音指示先按1，靜待語音指示再按地區別代號（臺北業務維的語音代號是「1」）後，輸入分機號碼6144與承辦人陳先生聯絡。
- 七、摘錄本法相關規定如下：
 - (一) 本法第20條規定略以，專門職業及技術人員自行執業者以其執行業務所得為投保金額；第一類被保險人為無固定所得者，其投保金額，由該被保險人依投保金額分級表所定數額自行申報，並由保險人查核；如申報不實，保險人得逕予調整。
 - (二) 本法第21條規定略以，第一類被保險人依第20條規定之所得，如於當年2月至7月調整時，投保單位應於當年8月底前將調整後之投保金額通知保險人；如於當年8月至次年1月

調整時，應於次年2月底前通知保險人，均自通知之次月1日生效。

(三) 本法施行細則第46條規定略以，會計師、律師、建築師、醫師、牙醫師、中醫師自行執業者，除自行舉證申報其投保金額者外，應按投保金額分級表最高一級申報。自行舉證申報之投保金額，最低不得低於勞工保險投保薪資分級表最高一級（目前為45,800元）及其所屬員工申報之最高投保金額。

八、本法第89條規定略以，第一類被保險人之投保單位，將被保險人投保金額以多報少者，除追繳短繳之保險費外，並按其短繳之保險費金額處以2倍至4倍之罰鍰。另請專技人員（投保單位）務必依規定申報投保金額，俾為適法以免受罰。

九、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。🌐

國民健康署「114年推動診所提升腎臟病健康識能獎勵活動」

臺北市政府衛生局

114.07.17 北市衛健字第1143029665號

受文者：台北市醫師公會

主旨：檢送衛生福利部國民健康署「114年推動診所提升腎臟病健康識能獎勵活動」，敬請貴公會周知會員鼓勵參與活動，請查照。

說明：

- 一、依據台灣腎臟醫學會114年7月7日台腎醫麥字第11400701316號函辦理。
- 二、為推動診所提升腎臟病健康識能，強化社區成人預防保健服務品質，該署委請台灣腎臟醫學會辦理旨揭獎勵活動，活動說明如下：
 - (一) 資格：具成人預防保健服務資格基層診所。
 - (二) 期程：自公告日起至114年9月5日。
 - (三) 活動簡章及申請資訊詳參網站(<https://www.tsn.org.tw>)下載專區查閱，相關問題可洽該學會林小姐（電話：02-2331-0878、傳真：02-2383-2171）。
- 三、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。🌐

衛生福利部修正「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」部分規定

中華民國醫師公會全國聯合會

114.07.18 全醫聯字第1140000944號

受文者：台北市醫師公會

主旨：轉知衛生福利部修正「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」部分規定，業經該部於中華民國114年7月14日以衛授國字第1141460596號令修正發布，並自中華民國115年1月1日生效，請轉知所屬會員，請查照。

說明：

一、依據衛生福利部114年7月14日衛授國字第1141460596A號函辦理。

二、本次修正重點：

(一) 因應衛生福利部於一百十三年七月一日起增加七歲以下六次兒童發展篩檢服務及一百十四年五月一日起提供產後健康照護服務，爰修正附表一之一、一之二、一之三、一之十、二之一、二之二、二之三及新增附表一之十三至一之十七、附表二之二十四至二之二十八；附表三及附表四酌作文字修正；配合「健康臺灣」擴大癌症篩檢項目，新增調查「大腸癌家族史及抽菸習慣」，爰修正附表五之三、五之四及新增附表五之六；因應B肝防治，擴大成健BC肝篩檢年齡範圍，爰修正附表六之一至六之四；新增「糞便抗原檢測胃幽門螺旋桿菌檢測服務」項目，爰新增第八款及附表八之一至八之六；依據「肺癌早期偵測計畫」修正為「胸部低劑量電腦斷層檢查服務」，爰修正附件一；以及將「代謝症候群防治計畫」擴大於醫院執行，爰修正附件三；另現行第八款至第十款遞移為第九款至第十一款。（修正規定第三點）

(二) 新增兒童發展篩檢服務與糞便抗原檢測胃幽門螺旋桿菌之申報、補正、申復作業規定及新增癌症篩檢疑似異常個案之追蹤暨確診品質管理並訂定各階段所需期程規定。（修正規定第九點）

(三) 定明本注意事項催收及行政執行作業規定。（修正規定第十三點）

三、「發布令影本」及修正「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」部份規定，請至國健署網站下載：<https://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=838&pid=19225>

四、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。🌐

國民健康署「2025逆轉代謝 健康加值」獎勵活動

中華民國醫師公會全國聯合會

114.07.22 全醫聯字第1140000972號

受文者：台北市醫師公會

主旨：轉知國民健康署「2025逆轉代謝 健康加值」獎勵活動，請轉知所屬會員並請查照。

說明：

- 一、長庚科技大學承接本年度國民健康署「倡議代謝症候群防治暨個案改善獎勵」計畫，辦理「2025逆轉代謝 健康加值」獎勵活動，邀請加入「代謝症候群防治計畫」診所鼓勵其收案個案參與，以提升個案參與動機與疾病改善成效。
- 二、為提升參與意願，本次活動獎勵規劃如下：
 - (一) 診所收案個案參賽人數多者前100家，將獲得數位商品券6,000元獎勵。
 - (二) 活動詳情及參與方式請參閱活動網站 <https://www.metabolicsyndrome2025.org/about-1>。
- 三、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。📄

「預防接種作業與兒童預防接種紀錄檢查及補行接種辦法」第六條附表，業經衛生福利部於114年7月23日以衛授疾字第1140100671號令修正發布

臺北市政府衛生局

114.07.25 北市衛疾字第11401348562號

受文者：台北市醫師公會

主旨：「預防接種作業與兒童預防接種紀錄檢查及補行接種辦法」第六條附表，業經衛生福利部於114年7月23日以衛授疾字第1140100671號令修正發布，茲檢送修正規定、修正總說明及修正對照表各1份，請查照。

說明：依衛生福利部114年7月23日衛授疾字第1140100674號函辦理。📄

附件

第六條附表修正規定

附表

國民小學、幼兒園、托嬰中心學童及嬰幼兒應完成之疫苗接種項目及時程

接種時程	接種項目
出生二十四小時 內儘速接種	B 型肝炎疫苗第一劑
出生滿一個月	B 型肝炎疫苗第二劑

接種時程	接種項目
出生滿二個月	白喉破傷風非細胞性百日咳、b 型嗜血桿菌及不活化小兒麻痺五合一疫苗第一劑 (註一) 結合型肺炎鏈球菌疫苗第一劑 (註二)
出生滿四個月	白喉破傷風非細胞性百日咳、b 型嗜血桿菌及不活化小兒麻痺五合一疫苗第二劑 結合型肺炎鏈球菌疫苗第二劑
出生滿五個月至八個月(註三)	卡介苗一劑
出生滿六個月	B 型肝炎疫苗第三劑 白喉破傷風非細胞性百日咳、b 型嗜血桿菌及不活化小兒麻痺五合一疫苗第三劑
出生滿十二個月	水痘疫苗一劑 麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗第一劑
出生滿十二個月至十五個月	結合型肺炎鏈球菌疫苗第三劑
出生滿十五個月	日本腦炎疫苗第一劑 (註四)
出生滿十八個月	白喉破傷風非細胞性百日咳、b 型嗜血桿菌及不活化小兒麻痺五合一疫苗第四劑 A 型肝炎疫苗第一劑 (註五)
出生滿二十七個月	日本腦炎疫苗第二劑 A 型肝炎疫苗第二劑
滿五歲至入國小前(註六)	麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗第二劑 白喉破傷風非細胞性百日咳及不活化小兒麻痺混合疫苗一劑

- 註：一、九十九年起實施幼兒全面接種五合一疫苗，取代原接種之白喉破傷風全細胞性百日咳混合疫苗(DTP)及口服小兒麻痺疫苗(OPV)。
- 二、一百零四年起結合型肺炎鏈球菌疫苗(PCV13)納入常規接種。
- 三、一百零五年起卡介苗接種時程由出生二十四小時後調整為出生滿五個月至八個月。
- 四、一百零六年五月二十二日起，改採用細胞培養之日本腦炎活性減毒疫苗，接種時程為出生滿十五個月接種第一劑，間隔十二個月接種第二劑。
- 五、一百零七年起A型肝炎疫苗納入常規接種。一百十四年起幼兒A型肝炎疫苗第一、二劑時程調整為出生滿十八個月、二十七個月接種。
- 六、國小入學前應完成接種項目劑次。

請確實遵循行政院衛生署89年5月1日衛署管藥字第89023708號公告規定，以符合管制藥品管理條例規定

臺北市政府衛生局

114.07.25 北市衛食藥字第1143118465號

受文者：台北市醫師公會

主旨：請轉知所屬會員知悉確實遵循行政院衛生署89年5月1日衛署管藥字第89023708號公告規定，以符合管制藥品管理條例規定，請查照。

說明：

- 一、依據本局114年管制藥品重點工作計畫辦理。
- 二、依管制藥品管理條例第8條第1項規定，醫師使用第1級至第3級管制藥品，應開立管制藥品專用處方箋，又同條第3項規定前述管制藥品之範圍及其專用處方箋之格式、內容，由中央衛生主管機關訂定公告，並刊登政府公報，依前行政院衛生署於89年5月1日衛署管藥字第89023708號公告，有關管制藥品專用處方箋格式、內容如下：
 - (一) 管制藥品專用處方箋由醫師、牙醫師以手寫方式開立交付病患持向藥局領藥者，內容應包括處方日期、病患姓名、性別、出生年月日、身分證統一編號、病歷號碼、疾病名稱、管制藥品名稱及規格、用量及用法、單位、單次調劑日數、單次調劑總處方量、單次調劑總處方量範圍、開立處方醫療機構名稱、處方醫師、牙醫師管制藥品使用執照號碼、聯絡電話及簽章、本處方箋可調劑次數、調劑人員專業證書字號及簽章、調劑日期、調劑機構名稱、領受人簽名及病患聯絡電話，格式如附件。
 - (二) 管制藥品專用處方箋為醫師、牙醫師藉由電腦開立並列印後交付調劑者，得由處方之醫療機構自行製訂格式，內容可免載單次調劑總處方量範圍。
 - (三) 第1級至第3級管制藥品於同一醫療機構處方及調劑，供病患住院或手術時於該醫療機構內使用者，其專用處方箋格式得由該醫療機構自行製訂，內容可免載單次調劑總處方量範圍、開立處方醫療機構名稱、處方醫師、牙醫師聯絡電話、本處方箋可調劑次數、調劑機構名稱及病患聯絡電話。
- 三、違反行政院衛生署89年5月1日衛署管藥字第89023708號公告規定依管制藥品管理條例第39條規定，處新臺幣6萬元以上30萬元以下罰鍰，其所屬機構或負責人併罰。
- 四、檢附行政院衛生署89年5月1日衛署管藥字第89023708號公告、管制藥品專用處方箋及使用紀錄單（住院或手術病患用）各1份供參。
- 五、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。[📄](#)

請配合更新Windows作業系統至最新版本，以符合中央健康保險署各系統服務作業及資訊安全防護所需

中華民國醫師公會全國聯合會

114.07.28 全醫聯字第1140001005號

受文者：台北市醫師公會

主旨：請惠予轉知會員配合更新Windows作業系統至最新版本，以符合中央健康保險署各系統服務作業及資訊安全防護所需，請查照。

說明：

- 一、依衛生福利部中央健康保險署114年7月24日健保醫字第1140663645號函（如附件）辦理。
- 二、查微軟公司不再提供Windows 7、Windows 10作業系統相關程式修正、軟體更新及線上支援服務，相關資訊已公告於中央健康保險署健保資訊網服務系統(VPN)，為降低醫事服務機構實務作業影響，請貴會協助周知會員進行系統更新。
- 三、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。

115年1月1日起，中央健康保險署停止醫療資訊系統實體測試卡（如健保卡測試卡、醫事人員卡測試卡及安全模組測試卡）申請

中華民國醫師公會全國聯合會

114.07.28 全醫聯字第1140001010號

受文者：台北市醫師公會

主旨：自115年1月1日起，中央健康保險署停止醫療資訊系統實體測試卡（如健保卡測試卡、醫事人員卡測試卡及安全模組測試卡）申請，惠予協助周知會員，請查照。

說明：

- 一、依據中央健康保險署114年7月25日健保資字第1140690430號函（如附件）辦理。
- 二、因應中央健康保險署推動健保資訊作業雲端化及未來數位轉型，自115年1月1日起，停止醫療資訊系統實體測試卡（如健保卡測試卡、醫事人員卡測試卡及安全模組測試卡）申請，改發測試雲端安全模組及測試虛擬健保卡。
- 三、測試雲端安全模組及測試虛擬健保卡均可由中央健康保險署全球資訊網線上辦理（附件），無須臨櫃或郵寄書面資料，可減少行政成本時間。測試雲端安全模組無需申請，可直接下載使用，測試虛擬健保卡採線上申請，系統自動產製虛擬健保卡，並留存申請紀錄，系統開發測試時可依測試情境，自行設定測試卡相關資訊。
- 四、另讀卡機控制軟體6.0版本已可支援衛生福利部憑證管理中心醫事人員卡於測試環境進行測試，無須另行申請本署醫事人員測試卡。
- 五、特約醫事機構及資訊服務廠商持有實體測試卡，仍可繼續使用至損毀或鎖卡。
- 六、中央健康保險署資訊技術服務小組持續提供相關技術諮詢服務，聯絡資訊如下：
 - （一）服務電話：(07)2318122。
 - （二）服務時間：星期一至星期五上午8時至下午7時45分、星期六上午9時至下午5時。

(三) 電子信箱：ic_service@nhi.gov.tw。

七、旨揭內容公告於中央健康保險署健保資訊網服務系統(VPN)及全球資訊網。

八、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。🌐

疾病管制署檢送修訂之「醫療照護工作人員預防接種建議」

中華民國醫師公會全國聯合會

114.07.29 全醫聯字第1140001011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檢送修訂之「醫療照護工作人員預防接種建議」，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部疾病管制署114年7月25日疾管感字第1140500211號函副本辦理。
- 二、為降低醫療照護機構內疫苗可預防疾病的感染風險，維持醫療照護工作人員免疫力，確保醫療照護服務體系穩定運作，疾管署訂有「醫療照護工作人員預防接種建議」，包括「B型肝炎疫苗」、「流感疫苗」、「麻疹、腮腺炎、德國麻疹疫苗（MMR疫苗）」、「水痘疫苗」及「破傷風、白喉、百日咳疫苗」等接種建議，提供醫療照護機構依其機構特性與實務需求參考，詳如附件。
- 三、因應國內外疫情及疫苗發展，本署參考國際間醫療照護工作人員接種指引及國內預防接種政策，修訂旨揭指引。本次修訂重點摘要如下：
 - (一) 增列建議醫療照護工作人員接種疫苗項目：
 1. 新冠疫苗：建議醫療照護工作人員應接種更新(up-to-date)之新冠疫苗，提升對抗主流病毒之免疫保護力。
 2. M痘疫苗：為達到暴露前預防效果，針對照顧M痘(Mpox)確診個案之醫療照護與清消人員，以及協助疑似M痘個案檢體採檢或執行M痘疫苗接種作業人員，建議接種2劑公費M痘疫苗，2劑間隔須至少達4週以上。
 - (二) 調整醫療照護工作人員接種疫苗建議內容：
 1. 流威疫苗：刪除自108年度超公費流威疫苗全面轉換為四價流威疫苗（含2種A型及2種B型疫苗株）等內容。
 2. MMR疫苗：
 - (1) 依衛生福利部傳染病防治諮詢會預防接種維114年第1次會議決議，增列「1965年

(含)以前出生，且非免疫不全者」為具麻疹免疫力之操作型條件。

- (2) 依「國內現行麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合疫苗(MMR)預防接種建議」，針對1966年(含)以後出生且不符合對麻疹具有免疫力的操作型條件之醫療照護工作人員，建議補接種1劑MMR疫苗。
- (3) 破傷風、白喉、百日咳疫苗：
 - a. 百日咳為高度傳染性疾病，為防範醫療照護機構內傳播風險，醫療照護工作人員應完成破傷風、白喉或百日咳相關疫苗基礎劑接種；已完成基礎劑接種者，建議每10年追加1劑減量破傷風白喉非鈣胞性百日咳混合疫苗(Tdap)，以維持免疫力。
 - b. 對自身破傷風、白喉或百日咳相關的疫苗接種史不清楚或是未完成基礎劑接種時，建議應優先完成1劑的Tdap，之後每10年追加接種1劑Tdap。

(三) 增列醫療照護機構推動預防接種之建議事項：

1. 建議醫療照護機構應規劃並持續逐步擴大推動全院疫苗接種計畫，制定預防接種計畫的適用對象、項目及相關之接種率目標值，並有鼓勵疫苗接種之獎勵措施，另針對員工不紇打之原因應依疫苗種類分別進行分析並有相關強化機制。
2. 建議將醫療照護工作人員之疫苗接種資料及「至少5年內之麻疹、德國麻疹抗體檢驗結果紀錄及往後檢驗紀錄」上傳至本署全國性預防接種資訊管理系統(NIIS)，以利防疫工作推動。

四、旨揭修訂指引請至疾病管制署全球資訊網／傳染病與防疫專題／醫療機構感染管制／醫療機構感染管制措施指引／醫療照護工作人員預防接種建議項下下載。

五、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。

國民健康署自114年8月1日起調整成人預防保健服務B、C型肝炎篩檢年齡為民國75年(含)以前出生至79歲(原住民提前至40歲)終身一次

中華民國醫師公會全國聯合會

114.08.04 全醫聯字第1140001023號

受文者：台北市醫師公會

主旨：轉知衛生福利部國民健康署自114年8月1日起調整成人預防保健服務B、C型肝炎篩檢年齡為民國75年(含)以前出生至79歲(原住民提前至40歲)終身一次，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部國民健康署114年7月30日國健慢病字第1140660718號函辦理。
- 二、為強化B、C型肝炎防治，國民健康署調整成人預防保健服務B、C型肝炎篩檢年齡範圍。
- 三、醫療院所提供旨揭服務前，請落實至下列平台查詢民眾資格及檢驗結果上傳，避免費用遭核扣。
 - (一) 國民健康署「醫療院所預防保健暨戒菸服務整合系統（原醫療院所預防保健暨戒菸服務單一入口系統）」(<https://portal.hpa.gov.tw/Web/Notice.aspx>)
 - (二) 國民健康署「成人預防保健及BC型肝炎篩檢資格查詢API」(<https://reurl.cc/yAM4xy>)
 - (三) 健保醫療資訊雲端查詢系統連結(<https://medcloud2.nhi.gov.tw/imu/IMUE1000/>)
- 四、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。📄

為因應藥駕事件及提醒民眾用藥安全，請評估以圖示、紅框等方式強化藥袋警語標示

臺北市政府衛生局

114.08.04 北市衛食藥字第1143120518號

受文者：台北市醫師公會

主旨：為因應藥駕事件及提醒民眾用藥安全，建請貴公會轉知所屬會員評估以圖示、紅框等方式強化藥袋警語標示一案，請查照。

說明：

- 一、邇來全臺發生多起高齡駕駛事故，倘於服用肌肉鬆弛劑、安眠藥等具中樞神經抑制作用之藥物後駕車，將加劇操作車輛失誤之風險，對交通安全造成極大危害。
- 二、依據醫療法第66條、藥事法第75條及藥師法第19條規定，藥品應於標籤、仿單或包裝刊載「副作用、禁忌及其他注意事項」；醫院、診所及醫師、藥師交付藥品時，應於容器或包裝載明「警語或副作用」。另依醫師法第12-1條規定：「醫師診治病人時，應向病人或其家屬告知其病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應」。
- 三、鑒於現行藥袋提醒效果有限，建請貴公會轉知所屬會員評估以圖示、紅框等方式強化藥袋警語標示，併同協助宣導醫師於開立處方及藥師交付藥品時，主動告知病人相關用藥風險，以落實病人安全與合理用藥等相關事宜。
- 四、本文相關訊息刊登於本會網站。📄

中央健康保險署公告修訂「全民健康保險推動使用生物相似性藥品及學名藥之鼓勵試辦計畫」，並自114年8月1日起實施

中華民國醫師公會全國聯合會

114.08.04 全醫聯字第1140001034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公告修訂「全民健康保險推動使用生物相似性藥品及學名藥之鼓勵試辦計畫」，並自114年8月1日起實施，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部中央健康保險署114年7月30日健保審字第1140116185號公告副本（附件）辦理。
- 二、旨揭內容業已刊登本會網站（路徑：全聯會首頁>公告事項）。
- 三、本文相關訊息刊登於本會網站。📄

衛生福利部聲明「乳房術後按摩」係屬醫療業務行為，醫療機構應善盡督導責任，不得聘僱或容留未具醫事人員資格者擅自執行

臺北市政府衛生局

114.08.06 北市衛醫字第1143121052號

受文者：台北市醫師公會

主旨：轉知衛生福利部聲明「乳房術後按摩」係屬醫療業務行為，醫療機構應善盡督導責任，不得聘僱或容留未具醫事人員資格者擅自執行，請周知所屬會員，請查照。

說明：

- 一、依衛生福利部114年8月1日衛部醫字第1141664202號函辦理。
- 二、按衛生福利部105年4月29日衛部照字第1050111425號函略以，乳癌義乳重建、隆乳、抽脂等整形相關乳房術後按摩，係為術後併發症之預防，屬醫療行為範疇，應由醫師或在醫師指示下由相關醫事人員依其各該專門職業法律所規定之業務於醫療機構為之。
- 三、醫療機構聘僱或容留未具醫師以外之醫事人員資格者，執行應由特定醫事人員執行之業務，依醫療法第103條第1項第3款規定，處新臺幣5萬元以上25萬元以下罰鍰；而未具醫事人員資格者擅自執行「乳房術後按摩」，最高依醫師法第28條（密醫罪）處6個月以上5年以下有期徒刑，得併科新臺幣30萬元以上150萬元以下罰金。
- 四、本文相關訊息刊登於本會網站。📄

中央健康保險署公告修訂「全民健康保險醫事服務機構申報醫療服務點數之暫付及核定每點金額訂定原則」（詳附件），並自114年8月1日生效

中華民國醫師公會全國聯合會

114.08.08 全醫聯字第1140001073號

受文者：台北市醫師公會

主旨：轉知中央健康保險署公告修訂「全民健康保險醫事服務機構申報醫療服務點數之暫付及核定每點金額訂定原則」（詳附件），並自114年8月1日生效，請查照。

說明：

- 一、依據該署114年8月6日健保醫字第1140663964號函辦理。
- 二、旨揭原則業於114年7月9日公告，相關資訊業公告於該署全球資訊(<https://www.nhi.gov.tw/ch/cp-18775-7c850-3258-1.html>)。

三、本次公告修訂內容為：

- (一) 藥局醫療服務點數每點暫付金額以藥局最近一季結算平均點值9成計算，並以不高於0.9元為限；每點核定金額，以藥局最近一季結算每點支付金額9成計算，並以不高於0.9元為限。藥局平均點值及浮動點值計算方式如下：
 1. 藥局平均點值=加總當季各藥局一般服務之收入/加總當季各藥局一般服務之點數。
 2. 藥局浮動點值=(加總當季各藥局一般服務之收入-加總當季各藥局一般服務藥費等非浮動點數)/加總當季各藥局一般服務之浮動點數。

四、本文相關訊息刊登於本會網站。📄

附件

衛生福利部中央健康保險署 公告

發文日期：中華民國114年7月9日

發文字號：健保醫字第1140114582號

附件：無

主旨：修訂全民健康保險醫事服務機構申報醫療服務點數之暫付及核定每點金額訂定原則，自中華民國114年8月1日起之暫付、核付費用適用之。

依據：衛生福利部114年4月28日衛部保字第1141260180號令修正發布「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」第6條、第10條、第34條規定暨衛生福利部114年7月2日衛部保字第1141260290號函。

公告事項：

- 一、醫院總額部門醫療服務點數每點暫付金額以最近一季結算平均點值計算，並以不高於0.9元為限；每點核定金額以最近一季結算每點支付金額計算，並以不高於0.9元為限。
- 二、牙醫門診、中醫門診、門診透析及西醫基層總額部門醫療服務點數每點暫付金額以最近一季結算平均點值9成計算，並以不高於0.9元為限；每點核定金額，以最近一季結算每點支付金額9成計算，並以不高於0.9元為限。
- 三、藥局醫療服務點數每點暫付金額以藥局最近一季結算平均點值9成計算，並以不高於0.9元為限；每點核定金額，以藥局最近一季結算每點支付金額9成計算，並以不高於0.9元為限。藥局平均點值及浮動點值計算方式如下：
 - (一) 藥局平均點值=加總當季各藥局一般服務之收入/加總當季各藥局一般服務之點數。
 - (二) 藥局浮動點值=(加總當季各藥局一般服務之收入-加總當季各藥局一般服務藥費等非浮動點數)/加總當季各藥局一般服務之浮動點數。
- 四、其他交付機構適用之每點暫付金額及每點核定金額，比照西醫基層總額部門計算。

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（安和路一段27號16樓一中會議室）+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
114.09.26	紅斑性狼瘡的臨床診斷與轉介	藍鼎淵
114.10.03	嗓音與吞嚥保健	曾文萱
114.10.17	肺癌手術新進展	徐博奎
114.10.24	紅斑狼瘡患者的早期介入與全人照護	李岱儒
114.10.31	退化性膝關節炎成因、預防以及治療新觀念	王大翊
114.11.07	暈眩與平衡功能障礙的診斷與治療	高崇蘭
114.11.14	皮膚黑色素瘤之診斷流程與現代治療進展	沈宜萱
114.11.21	經導管瓣膜介入治療的新進展	殷偉賢
114.11.28	為兒童的視力把關：斜弱視治療及近視控制	陳映伊
114.12.05	傷腦筋的疼痛：從頭到腳從老到小的疼痛照顧	勞萱之
114.12.12	次世代肺炎鏈球菌疫苗之接種價值與方式	張皓翔
114.12.19	肺癌相關議題	杜明晃
114.12.26	次世代全基因組定序解析：開啟從快速診斷到終生健康管理的精準醫療藍圖	牛道明

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