



台北市醫師公會會刊

- Lp(a)：傳統風險評估之外的下一個重點
- 單側聲帶麻痺治療：聲帶注射術與甲狀軟骨成形術比較
- 失智症精神和行為症狀對照顧者的負荷

目錄

Contents

| | | | |
|-------|--|---------------------|----|
| 理事長的話 | 社團法人台北市醫師公會邁入百年風華 | 洪德仁 | 2 |
| 會務公告 | 台北市友善無障礙診所地圖 | | 6 |
| | 台北市醫師公會好書獎申請辦法 | | 7 |
| | 台北市醫師公會好書獎申請表 | | 8 |
| 會議紀錄 | 理監事聯席會會議紀錄 | | 10 |
| 醫事法律 | 終止勞動契約—臺灣新北地方法院111年度 勞訴字第187號民事判決評析 | 黃思誠、葛 謹 | 30 |
| 學術專論 | Lp(a)：傳統風險評估之外的下一個重點 | 林雙金 | 41 |
| | 單側聲帶麻痺治療： 聲帶注射術與甲狀軟骨成形術比較 | 施驊璋、尤繹茗 | 50 |
| | 失智症精神和行為症狀對照顧者的負荷 | 李宜芳、吳岱穎、李家祥、 郭千哲 | 56 |
| 活動預告 | 台北市醫師公會115年攝影講習課程 | | 63 |
| | | | 64 |

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：周裕清

本期副執行編輯：方文輝

編輯：周裕清·王森德·王瀛標·江建綏·

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：106646台北市安和路一段27號16樓

電話：(02)2351-0756·傳真：(02)2351-0739

P.6

P.41

P.66

P.76

P.84

尋幽訪勝—老崎古道、蘆竹滿古厝群、崎頂子母隧道一日遊 64

會員園地 服務欄 66

開懷篇 陳志鑫 67

攝影秀—土耳其 熱氣球飛行之旅 林隆煌 68

杏林隨筆 台灣醫療走向全世界、讓世界看見台灣 林玉茹 70

生活醫療法律 醫療法律生活化系列(157) 李志宏 76

終身一次B、C肝篩檢—健康九九??

醫林特稿 《「副/福」業回顧》-29 朱真一 84

效法戰前高等學校的學習精神

醫政公文 重要政令轉知會員 90

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 29

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：同心圓

黃昏時分，古亭河濱公園的同心圓，在夕陽的霞光與裝飾的小燈泡點綴下，顯得浪漫又安逸。

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

社團法人台北市醫師公會 邁入百年風華

台北市醫師公會理事長 洪耳鼻喉科診所院長 洪德仁

日治時代臺北的醫師會

臺灣近代醫學的建立，發軔於日治時期，明治28年(1895)，日本開始治理臺灣，總督府為執行醫療衛生政策，控制傳染病（風土病）流行，促進島內醫業發展，於明治32年(1899)創建官立「臺灣總督府醫學校」，是為臺灣第一所現代醫學教育學校，培養臺灣人醫師。

以「臺北市」為名的醫師會，在大正15年(1926)出現，該年4月2日，《臺灣日日新報》報導「臺北醫師會」設立的消息，並指出該會以推動臺北市醫事衛生之發達為設立宗旨，4月28日，創立儀式於鐵道旅館舉辦。

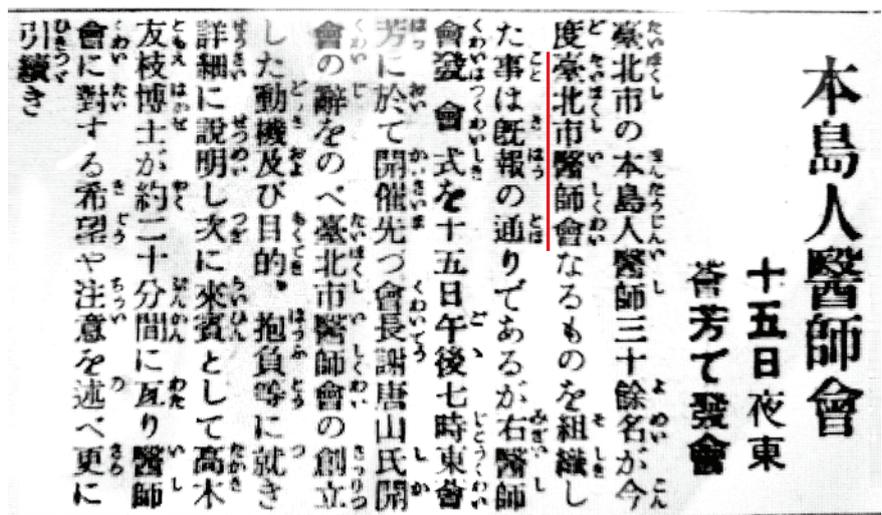
同年6月15日，以大稻埕、艋舺地區為主的32位本島人醫師組成了「臺北市醫師會」，在大稻埕東蒼芳酒樓舉辦創會儀式。謝唐山醫師任擔任會長，理事包括：高敬遠、周磐石、何連養、林清月、林家東、李騰嶽。其中，理事林清月醫師，就是戰後台北市醫師公會第一任理事長。（圖一）

昭和11年(1936)11月22日，全臺灣各醫師會，共同創立「臺灣醫師會聯盟總會」。谷口巖擔任

會長。各醫師會推派醫師擔任理事，臺北醫師會、臺北市醫師會分別推派理事，後者推派的理事，包括：謝唐山、高敬遠、呂阿昌、施江南醫師。

醫療服務及政策持續精進

民國34年(1945)終戰，林清月醫師發起，10月18日成立台北市醫師公會¹，林清月醫師當選第一屆理事長，隔年4月奉准登記為台灣第一個成立的人民團體。施江南醫師為第一屆副理事長，開設「四方醫院」，是228事件受難者之一。民國35年4月起，呂阿昌醫師擔任第二屆至第七屆理事長，他開設「懷安醫院」，現為台北市鄉土教育中心。呂理事長任內，積極向行政院陳情建議修正醫師法，取締



圖一 大正15年(1926)6月15日臺北市醫師會創立。資料來源：《臺灣日日新報》，大正15年6月17日，夕刊1版。

¹ 依照奉准登記人民團體的名稱為「台北市醫師公會」。民國97年12月10日地方法院核准登記社團法人，名稱為「社團法人台北市醫師公會」。



圖二 第20屆理監事會

密醫、偽藥、減少醫療糾紛，為台灣醫療環奠定重要的基礎。

林清月醫師、施江南醫師、呂阿昌醫師等三位醫師前輩，歷經日治時代、國民政府來台灣治理初期以及228事件階段，在艱難的環境中，提供醫療服務、優化醫療政策，做出重要貢獻。

而後，本會在重大醫療政策改革與施行，包括：全民健康保險制度、醫藥分業、SARS防疫、新冠疫情防治、醫療永續發展、年輕醫師和女性醫師權益、健康台灣政策的倡議和推動，扮演重要的推動角色，居功厥偉。目前為第20屆理監事會，服務12,600多名醫師會員（圖二）。

民國114年9月13日，本會安和會館啟用，賴清德總統蒞臨指導致詞（圖三），肯定本會醫師會員貢獻。本會自民國114年起，啟動

「百年風華 傳承永續典範大師系列演講」，共22場次、25位醫師進行學思傳承的演講，將在民國115年醫師節大會，呈現出系列錄影紀錄、文字專輯，作為本會百年歷史見證。

醫療永續發展

百年來，本會因應當時醫療衛生需求，研究、分析，團結眾多醫師的力量，參與傳染性疾病防治、貧病施醫、醫療政策改革、人文關懷等，具有前瞻性和創新性文化，帶領台灣醫療制度的改善，更趨於完備。

本會於民國112年1月1日開始試辦台北市醫師公會醫療永續發展研究小組（簡稱智庫），對於國家醫療政策導正及提升本會社會形象大有助益。試辦初期，時任理事長的邱泰源醫師擔任召集人，智庫建立了清晰的發展方向，在社會安全、長期照護保險、全民健康保險改革等議題，匯集各界共識，提出政策建言。



圖三 114年9月13日安和會館啟用，賴清德總統蒞臨指導，肯定本會醫師會員貢獻。

民國112年10月1日第20屆第1次會員代表大會通過本小組正式為本會常設性任務小組。民國113年5月，邱召集人榮任衛生福利部部長，召集人由洪德仁理事長接任，秉持健康融入所有政策的倡議，積極推動消弭不平等，成立年輕醫師小組、女性醫師小組、醫療新科技跨領域合作小組、親子共讀小組等，參與賴清德總統推動的健康台灣政策，配合韌性醫療、全社會韌性防衛，草擬健康台灣宣言，申請推動健康台灣深耕計畫，優化健康生活型態，減少減輕慢性病，智庫積極發揮醫療永續發展的基礎關鍵。

百年歷史維新創新與永續發展

民國114年12月17日，本會召開第20屆第13次理監事會議，決議通過民國115年起，正本溯源，紀年更正為創會100年，重視本會歷史可以追溯到日治時代大正15年(1926)的「臺北市醫師會」，是台灣各地醫師公會最悠久的

歷史，也顯示出本會醫師會員在台灣醫學教育醫療發展、公共衛生政策、全民健康保險制度等，擔任最具關鍵的重要角色。

《詩經·大雅·文王》提到：「周雖舊邦，其命維新」，具有百年悠久歷史的台北市醫師公會，持續創新，以卓越的醫療科技、人文關懷及AI智慧，再創本會代代風華，守護民眾健康，營造健康台灣。

參考文獻

1. 蕭景文、蔡承豪：日治時期的臺北市醫師會。載於陳彥元主編：台北市醫師公會80週年紀念專刊，2025。臺北市：台北市醫師公會，頁9-16。
2. 洪德仁、周賢章：醫療永續發展研究小組（智庫）的誕生與發展。載於陳彥元主編：台北市醫師公會80週年紀念專刊，2025。臺北市：台北市醫師公會，頁182-8。☎

2026

瑞馬迎春

丙午年



社團法人台北市醫師公會

| | | | | | | | |
|---------|-----|---------|-----|-----|-----|-----|--|
| 理 事 長 | 洪德仁 | | | | | | |
| 常 務 理 事 | 周迺寬 | 蕭勝煌 | 周賢章 | 侯明志 | 林應然 | 簡志誠 | |
| | 蔡建松 | 陳作孝 | | | | | |
| 理 事 | 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 | |
| 監 事 長 | 劉秀雯 | | | | | | |
| 常 務 監 事 | 張孟源 | 許希賢 | | | | | |
| 監 事 | 婁培人 | 洪乙仁 | 陳美齡 | 蔡景耀 | 盧異光 | 陳獻明 | |
| 執 行 長 | 陳彥元 | 暨全體會務人員 | | | | | |

敬賀

台北市友善無障礙診所地圖



臺北市聽語障溝通服務
線上申辦系統

台北市友善無障礙診所Web Map
(內有詳細診所地址/電話)



大同區：6家

1. 廣豐診所
2. 包眼科診所
3. 佑佳內科診所
4. 志勤皮膚科診所
5. 中山抱抱心身醫學診所
6. 賢福診所

北投區：17家

1. 和順診所
2. 台北欣欣耳鼻喉科診所
3. 石厚實和復健診所
4. 洪昇耳鼻喉科診所
5. 祐民聯合診所
6. 慈恩耳鼻喉科診所
7. 翰墨耳鼻喉科診所
8. 何淑芳小兒科診所
9. 黃正宏診所
10. 宏恩兒科診所
11. 石陳慶身心醫學診所
12. 樂翔安心診所
13. 德豐診所
14. 陳珀助診所
15. 李伯區小兒科診所
16. 牛達眼科診所
17. 陳敬明小兒科診所

松山區：14家

1. 陳炳整內科診所
2. 雙眼明眼科診所
3. 周昇耳鼻喉科皮膚科聯合診所
4. 悠遠復健科診所
5. 康達耳鼻喉科診所
6. 民生慈耳鼻喉科診所
7. 泰安龍親家庭診所
8. 佑達骨科診所
9. 吳慶前內科診所
10. 廣健診所
11. 麥茵茲整形診所
12. 李恩復健科診所
13. 弘光耳鼻喉科診所
14. 心田民生診所

中正區：11家

1. 義和診所
2. 杏華復健診所
3. 丞丞耳鼻喉科診所
4. 怡和診所
5. 健騰101診所
6. 站前大學眼科診所
7. 博學復健科診所
8. 銘人診所
9. 和眾綜合診所
10. 樂瑞芳眼科診所
11. 晶韻美學診所

萬華區：13家

1. 台北嶺南診所
2. 盧漢慶耳鼻喉科診所
3. 漢宗小兒科診所
4. 天行健診所
5. 萬華街康內科診所
6. 蔣富強皮膚專科診所
7. 光晶妍眼科診所
8. 瑞生診所
9. 陳國豐診所
10. 永康診所
11. 可為診所
12. 開耳鼻喉科診所
13. 吳明修診所

士林區：13家

1. 鴻林診所
2. 豐林診所
3. 張慶明小兒科診所
4. 何小兒科診所
5. 崇耳耳鼻喉科診所
6. 榮清耳鼻喉科診所
7. 櫻光耳鼻喉科診所
8. 聯志骨科診所
9. 鳳凰婦幼診所
10. 德生診所
11. 士林抱抱心身醫學診所
12. 禾旭診所
13. 士林欣欣耳鼻喉科診所

中山區：15家

1. 童外科內科診所
2. 龍江小兒科診所
3. 民生永安診所
4. 大直診所
5. 華豐聯合診所
6. 雙蓮博產科小兒科診所
7. 周賢章耳鼻喉科診所
8. 正恩耳鼻喉科診所
9. 榮豐診所
10. 生基婦產科診所
11. 麗江園康診所
12. 王聯合診所
13. 中菁聯合診所
14. 光華家醫科診所
15. 致好醫學診所



內湖區：18家

1. 祐生復健科診所
2. 康樂診所
3. 廣豐復健科診所
4. 仁弘耳鼻喉科診所
5. 內湖美龍診所
6. 廣霖診所
7. 成功耳鼻喉科診所
8. 成安耳鼻喉科診所
9. 紫蘭復健科診所
10. 禾豐內湖婦幼診所
11. 禾豐民權婦幼診所
12. 鴻洲診所
13. 東湖皮膚專科診所
14. 永長欣診所
15. 魏之明小兒科診所
16. 日新診所
17. 永昇醫療康樂診所
18. 圓泰醫療財團法人內湖圓泰診所

信義區：12家

1. 張寶麟診所
2. 林應烈小兒科診所
3. 斯路康診所
4. 信義邱博產科診所
5. 王寬仁診所
6. 信義耳鼻喉科診所
7. 仁福骨科診所
8. 聯合婦系員工診療所
9. 松仁婦產科診所
10. 101諾貝爾眼科診所
11. 盛敬心耳鼻喉科診所
12. 謙本文診所

南港區：6家

1. 新醫學社外科診所
2. 蔣小兒科診所
3. 陳志鑫診所
4. 季文珍小兒科診所
5. 松慶診所
6. 永育醫療福德診所

大安區：35家

1. 尹豐田普魯普爾法人 曹廷波眼科診所
2. 曹誠復健科診所
3. 仁仁診所
4. 聯育聯合診所
5. 百龍眼科復健診所
6. 安東診所
7. 致南耳鼻喉科診所
8. 忠孝美國診所
9. 聯新國際診所
10. 大安雙眼明眼科診所
11. 歐陽聯合診所
12. 廷吉美皮膚專科診所
13. 信德診所
14. 光星診所
15. 陳建廷耳鼻喉科診所
16. 新長安診所
17. 張國麟耳鼻喉科診所
18. 安吉耳鼻喉科診所
19. 拾德診所
20. 夏豐診所
21. 珍世明眼科診所
22. 謝美診所
23. 適祥診所
24. 永誠復健科診所
25. 蘇益耳鼻喉科診所
26. 李細洋內科診所
27. 杏保國際復健診所
28. 頂好預防醫學診所
29. 慈民骨科診所
30. 聯合整形外科診所
31. 鄭耳鼻喉科診所
32. 樂活診所
33. 盧金鑿整形外科診所
34. 新韻美學診所
35. 白特利敬啟商身心診所

文山區：9家

1. 悅成診所
2. 陳建業診所
3. 洪佑承小兒專科診所
4. 世恩耳鼻喉科診所
5. 合康復健科診所
6. 慶如診所
7. 大豐耳鼻喉科診所
8. 應路軒小兒科診所
9. 潘英101皮膚科診所



台北市醫師公會好書獎 申請辦法

106.7.19 第十七屆第十七次理監事聯席會議通過
114.08.13第廿屆第十一次理監事聯席會議修正通過

一、為鼓勵本會會員完成專門著書，特制定此獎項予以鼓勵與推薦。

二、申請資格：

1. 本會會員入會滿一年以上，且為申請日截止前三年內之著作，中英文均可。
2. 若為醫學會編纂之著作，本會會員擔任主（總）編或理事長，皆可提出申請，但需由主編及理事長簽署同意。
3. 曾獲獎之改版著作，修正篇幅應達50%以上。

三、獎勵方式：

1. 於本會會刊刊登好書推薦詞。
2. 於本會醫師節大會中頒發獎狀。

四、申請方式：

1. 作者本人申請。
2. 由本會編輯委員會委員、理監事推薦，惟須經作者簽名同意。
3. 均應填具申請表及相關資料於期限內送達本會。

五、申請日期：每年4月1日起至4月30日止，申請日期截止後即不再受理申請。

六、評審方式：經本會編輯委員會初審，通過後再請提理事會覆核。

七、本辦法經理事會通過後實施之，修正時亦同。

台北市醫師公會好書獎 申請表

一、作者：_____ 推薦人：1. _____ 2. _____
聯絡電話：1. _____ 2. _____
醫院/診所：_____ 職稱：_____
電子信箱：_____
作者簽名：_____

二、著作名稱

中文：_____

英文：_____

出版日期：民國_____年_____月_____日

出版商：_____ 地點：_____

出版形式：_____ 國際標準號碼：_____

類別：醫療專業 醫療一般 醫事法律 其他

三、摘要內容（以500字為限）

四、須有至少兩位推薦人。

五、若有共同著作者請填附表乙份。

六、申請人填妥申請表及準備參選著作五份後送件。

台北市醫師公會好書獎申請表附表

| 著作合著人同意證明 | | |
|--|-------------------------------------|--|
| 代表送審人姓名 | | |
| 著作名稱 | 中文： | |
| | 英文： | |
| 出版日期 | 民國 年 月 日 | |
| 出版廠商及地點 | 廠商名稱： | |
| | 地點： | |
| 出版形式 (書本、光碟) | | |
| 合著人簽章證明 (簽章者表示同意由代表送審人申請台北市醫師公會好書獎) | | |
| | | |
| 民國 年 月 日 | | |

理監事聯席會會議紀錄

期別：第廿屆第十二次

時間：一一四年十月八日（星期三）下午一時

地點：台北市醫師公會16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、劉漢宗、詹益祥

理事視訊：周迺寬、侯明志、簡志誠、殷偉賢、蔡有成、黃國晉、黃集仁、黃聰仁、李龍騰、黃國欽、孫建偉、周裕清、邱展賢、洪佑承、程劭儀

理事請假：蕭勝煌、蔡建松、陳作孝、李偉強、張文瀚、曾令民

監事出席：劉秀雯、張孟源

監事視訊：許希賢、蔡景耀、陳美齡、陳猷明

監事請假：婁培人、洪乙仁、盧異光

列席：邱泰源榮譽理事長、李明濱顧問、彭瑞鵬顧問、高尚志召委、陳彥元執行長（視訊）、衛生局醫事管理科吳岱穎科長（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

各位理監事大家午安，出席人數已過半，會議正式開始。我們最尊敬的邱榮譽理事長也是我們衛福部邱前部長，特別蒞臨今天的理監事會議，秀雯監事長、彭顧問及李顧問，以及

實體出席及線上出席的理監事，撥空參與今天的會議。

今天有幾位理監事另有其他行程衝突，請允許我變更議程先就討論事項一和三議題。議案一為我們尊崇的邱前部長也是本會前任理事長，終於回到民間了，這二年積極爭取以5.5%的高推估成長率核定健保總額，再加上公務預算的挹注，使今年度健保署總額增加712億元，整體成長幅度超過8%。此5.5%的成長率慣例形成，未來無論由誰擔任衛福部部長，延續這項成長幅度都將是責無旁貸的任務。今年度亦已確定明年度維持5.5%的成長率，預估在公務預算持續支持下，明年將有近800億元的資源投入健保，使健保總額有望達到近1兆元的規模，我們的健康服務產業也能稱之為「兆元產業」。在此，也特別感謝邱部長為我們奠定了穩健而優質的資源基礎。

議案三說明：近日因應衛生局需求，本會協助指派多位醫師（包含本人）參與高風險醫美專案稽查。公會投入此專案，除展現醫界自律精神外，亦希望能適時提供臨床專業意見，提升醫界整體形象，避免由行政單位單向執行稽查。然而，在訪查過程中確實發現多項令人憂心的情況，包括：手術與麻醉記錄未留存主刀醫師或麻醉醫師簽名、急救藥品與其他藥品混放（甚至有過期藥品）、以及管制藥品櫃缺乏進貨證明等。考量今年度衛生局未及編列相關經費，特提請本次會議討論，由公會支應受派訪查醫師之出勤費。關於醫美高風險專案訪查細節，稍後由醫事科吳科長為各位補充說

明。

近期業務推展報告如下，請理監事參考。我們先請邱榮譽理事長為我們致詞，待吳科長為各位說明後，如理監事對於近期業務推展有需補充報告，歡迎踴躍提出。

(一) 九月十三日隆重舉辦「安和會館啟用典禮、百年風華傳承永續學思演講暨公益藝術展」，承蒙賴清德總統蒞臨致詞，並有衛福部邱泰源前部長、健保署陳亮好署長、醫師公會全國聯合會、台北市六師專業團體，以及二十一大醫事團體理事長及理監事熱情出席，場面盛大，深感榮幸。總統致詞指出，今年健保總額達9,286億元，創歷年新高，經費並非僅增加醫師所得，而是為改善醫療環境，提升民眾醫療品質。同時期勉醫界積極參與「健康台灣深耕計畫」，未來五年將投入近500億元，從優化醫療條件、培育人才、發展智慧醫療與落實社會責任四大面向推動，營造全民健康福祉。安和會館將作為台北市醫師五十年的溫暖之家，承擔守護市民健康與醫學教育傳承使命，本會亦將全力配合，共同推動永續健康台灣。

(二) 安和會館啟用典禮後，隨即展開「百年風華・傳承永續」系列大師演講，邀請衛福部邱前部長泰源特聘教授主講「為醫療找出路，為人民謀幸福：三全照顧的推展」。邱前部長分享其中小學、醫學教育與國內外醫療經歷，從偏鄉醫療到安寧緩和醫療，體悟「盡人事，順天命」的人生

哲學。他推動「健康台灣深耕計畫」，積極尋求解決醫療困境之道，提升全民健康與幸福。邱前部長勉勵醫界同仁，唯有照顧好家人、夥伴與社會，方能共同實現幸福人生。

(三) 八月三十一日本人偕同彭瑞鵬顧問，周迺寬、蕭勝煌、周賢章、林應然等常務理事，許希賢常務監事、蔡有成理事、公關委員會高尚志召委及陳怡璇總幹事、蔡蕙芳組長參加花蓮縣醫師公會承辦之「北東部暨金馬十二縣市醫政研討會」。

(四) 本會所提名推薦之全聯會第十四屆理監事人選，全部順利當選。理事包括洪德仁、周迺寬、周賢章、侯明志、林應然、簡志誠、張文瀚及劉燦宏等八位醫師；監事則為劉秀雯、彭瑞鵬、蔡建松及張孟源等四位醫師。其中，本人當選為全聯會副理事長，劉秀雯醫師當選全聯會監事長，簡志誠及侯明志醫師當選全聯會常務理事，張文瀚、周迺寬、劉燦宏、林應然及周賢章等五位醫師當選全聯會理事。感謝各位的努力與支持，使本會推薦作業得以順利完成。未來在會務推展上，尚祈各位持續支持與協助。

(五) 韓國首爾特別市醫師會於十月三十一日來訪，本會安排前往衛福部拜會針對當前醫療政策議題與次長及相關主題長官進行交流。也邀請該會出席十一月一日八十週年醫師節慶祝大會，屆時請各位理監事預留時間與會。

衛福部邱泰源前部長致詞

我們敬愛的洪德仁理事長，今日特別撥空出席在新會館第一次召開的理監事聯席會議，無論是以視訊或親臨現場出席，都別具意義。此時此刻，我心中滿懷感恩。首先，要感謝洪理事長的領導，以及李顧問、彭顧問與理監事們多年來的努力耕耘，奠定的基礎上，得以擁有這座嶄新具醫界代表性的會館。未來，無論接待國內外貴賓，或舉辦各項專業會議與活動，新會館皆將充分展現公會的高度與格局，空間設計兼具藝文氣息，是一處能凝聚共識、激發智慧的場域。

第二點令我感到特別感恩的是，在健保總額的協商上，我們成功將健保會改革為一個彼此尊重、以「人民健康」為共同出發點的客觀協商平台。今年的四大總額在新的協商文化下，達成了多年未見的重大進展——四年大總額首次全數順利談妥。總統在得知相關成果後也表示肯定，認為這些改革已展現出正面效益。過去，醫界在健保會中常處於類似「向健保會請求」的不對等位置，但我們一直期望所有與會者能「平起平坐」地討論、共同面對健保制度的挑戰。如今這樣的文化已逐步建立，但得來不易，因此未來仍須持續維護，避免健保會的協商模式再度倒退回到過往不平衡的狀態。

九十四年，我受時任理事長李明濱顧問親自邀請進入公會擔任執行長，自此展開長達二十年的深度耕耘與學習。我始終珍惜在公會向前輩們請益的機會，從不同面向汲取經驗，

逐步累積對公會運作、醫界議題與公共事務的完整理解。日後能在衛福部任內推動多項健保與醫界改革，包括爭取資源挹注與重塑協商文化，正是仰賴這二十年間在公會所累積的點滴所學，並在關鍵時刻得以充分發揮。

我特別向台北市醫師公會的各位前輩與同仁表達感謝，正因為大家始終保持「團結一致」，才使得在政策推動與權益維護上能發揮重要影響力。在衛福部任內推動了健保總額成長、公務預算挹注等制度改革，但這些成果要穩固延續，仍需仰賴公會未來老幹新枝持續團結合作，延續這份寶貴的力量，讓醫界未來更好，再次謝謝各位的付出。

劉秀雯監事長報告

理事長、彭顧問、李顧問，以及各位親愛的理監事，大家午安！

關於安和會館，大家已經讚譽很多，我這裡就不再重複。裝修進度部分，請各位參閱書面議程第35頁。今天想做個簡單總結：自一一三年決定購置會館以來，在理事長、顧問及各委員的支持下，工程順利推進，也充分活用公會資產。新會館作為公會百年大計的核心工程，已於九月十三日正式啟用，並在賴總統見證下圓滿成功，為公會發展寫下重要里程碑，感謝大家。此外，關於尾款，我建議並已獲理事長同意將尾款分兩次支付，簽訂切結書，保留一半以督促消防查驗及後續第二階段施工盡速完工，並確保一年的保固期，以上報告，謝謝。

李明濱顧問致詞

邱榮譽理事長、洪理事長及各位理監事大家午安，我對台北市醫師公會表達深切的感恩與驕傲，這是大家多年努力的成果。回顧九十四年邀請邱泰源教授加入擔任執行長，堅信他能為醫界貢獻。邱榮譽理事長後續一路邁向立法院及衛福部的成功，驗證了當年的團隊努力，也成為團體與個人的驕傲。台北市醫師公會是全臺灣的「領頭羊」，資源充足、運作便利，且在高風險醫美專案上展現「專業創新、品質安全第一」的核心價值。期待公會未來業務持續興盛，為民眾健康做出更大貢獻，祝福大家身體健康、一切平安。

彭瑞鵬顧問致詞

我們非常榮幸能在公會這麼漂亮的新會館會議室中參加工監事聯席會議，我認為這是值得被銘記的歷史時刻，也祝願公會會務順利發展、蒸蒸日上。希望大家將這份美好回憶永遠珍藏於心，謝謝各位。

二、確認第二十屆第十一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

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. 八月十五日舉辦第二場「午間小品：健康醫療專題講座」。此次特別於法務部舉行，由周迺寬召集委員主持，並榮幸邀請法務部黃世杰政務次長親臨開幕致詞，場面隆重。講座邀請台大醫院眼科部主治醫師、台大醫學院眼科助理教授葉伯廷醫師擔任主講人，分享「數位時代對眼睛與健康的影響」專題。

葉醫師指出，隨著數位裝置普及，藍光暴露、長時間近距離用眼、以及睡眠品質下降，已成為現代社會普遍的健康隱憂。他從臨床研究與基礎醫學資料出發，分析藍光對視網膜細胞可能的傷害機制，並強調長時間使用3C產品對乾眼症、近視進展及兒童青少年視力發展的影響。在日常保健上，葉醫師提醒民眾應遵守「20-20-20原則」、適度使用防藍光鏡片、並注意環境光源調整，以降低視覺疲勞與潛在眼疾風險。此外，他也分享在臺大醫院及國際交流的經驗，指出醫療專業除臨床治療外，更應結合跨領域研究與衛教推廣，以提升社會對數位時代眼睛保健的認知。講座最後進行綜合討論，與會人員針對兒童近視防治、成人眼疾預防及數位健康教育等議題踴躍提問，互動熱烈。現場共有約六十名法務人員參與，充分進行交

流與分享。

2. 九月九日於安和會館會議室舉辦第三場「午間小品：醫事法律專題講座」。本次講座由周迺寬召集委員主持，中華法學會陳宗鎮理事長與洪德仁理事長致詞揭開序幕。

首先由黃品欽律師主講「從法院判決檢視健保申報不當常見案件類型」，透過實際判例解析健保申報爭議。他歸納臨床常見的申報爭點，如診斷與治療項目不符、病歷紀錄不全、藥材使用爭議等，提醒醫師在健保申報過程中須嚴守專業與規範，以避免觸法或遭健保核減。黃律師強調，正確的病歷書寫與清楚的診療依據，是醫師最重要的法律保障。隨後由周賢章副召集委員以「全民健康保險法第八十一條涉及刑責移送司法機關辦理原則條文解析」為題，深入探討健保法第81條規定之適用，特別是「不當申報」涉及刑事責任時，主管機關如何判斷是否移送司法。他指出，目前實務上存在標準不一、認定爭議的問題，呼籲應在兼顧醫療專業自主與公

共資源合理運用之間取得平衡。最後綜合座談，與會醫師就臨床申報細節與法律風險踴躍提問，互動熱烈。線上與實體參與人數合計兩百餘人，均表示受益良多。

- (二) 將於十月二十五日與財團法人台灣法學基金會、臺灣醫療衛生研究協會共同協辦「再生醫療法規與實務研討會—以再生醫療及新興醫療法規趨勢及爭議處理為中心」。研討會地點為臺大法學院霖澤館1301多媒體教室（臺北市大安區羅斯福路四段一號）。誠摯邀請各位理監事踴躍報名參加。（表一）

- (三) 協助提供醫療相關團體修訂醫療法規建議，詳列如下：

1. 協助財團法人工業技術研究院調查再生醫療細胞保存庫設置許可管理辦法（草案）及《再生醫療細胞操作管理辦法（草案）》內容疑義與意見。
2. 協助國民健康調查衛生福利部一一四年八月一日公告預告修正「性聯遺傳型低磷酸鹽佝僂症」罕病名稱修正草案之意見。

表一

| 日期 | 課程名稱/辦理地點 | 報名網址/QR code |
|-----------------------------|---|---|
| 114/10/25（六） 13:30~17:00 | 再生醫療法規與實務研討會 辦理地點： 臺灣大學法律學院霖澤館三樓1301多媒體教室 |  |

3. 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九月十七日公告：預告「再生醫療細胞操作及細胞保存庫設置許可收費標準」草案之意見。
4. 協助衛生福利部食品藥物管理署調查一一四年九月十七日公告預告「斷層掃描用正子放射同位素優良調劑作業準則」修正草案之意見。

(四) 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106期下載網址：

<https://reurl.cc/x3qlNE>

⇒第107期下載網址：

<https://reurl.cc/2QqWka>

學術委員會蕭召集委員勝煌

- (一) 八、九月共計舉辦九場實體+視訊課程，包括內科三場、小兒科三場、外科、復健科、神經外科各一場，每場次約140~170位會員參加。
- (二) 十月份的課程報名表已於九月中旬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) 本會請脊髓損傷社會福利基金會於七月三日至十八日期間，安排4位身障訪視員、1位視障訪視員及1位聽障訪視員至19家診所進行實地訪視，並於八月十三日將訪視紀錄與建議發送給各診所，請診所提供改善後的照片，以利申請本會的「友善認

證」或「金牌認證」。本會預計於十月七日召開診所認證審查會議，評定診所是否符合友善認證或金牌認證。

- (二) 本會訂於十月十六日舉辦「受聘為負責醫師之法律風險分析」視訊研討會，邀請大願法律事務所黃品欽律師擔任講師，歡迎理監事及會員踴躍報名參加。報名網址：<https://reurl.cc/Qag1q0>。

- (三) 寄送關懷信函給高齡醫師會員，告知本會相關權益福利，並徵詢居住於臺北市高壽醫師會員是否願意本會至該府邸登門請益。由洪理事長、會員服務委員會召委、副召委、委員代表本會前往會員府邸，並致贈水果禮盒表達關懷與問候；今年已拜訪五位高齡醫師會員。

| 拜訪日期 | 高齡醫師會員 | 本會拜訪幹部 |
|-------|-----------------|------------------|
| 5月1日 | 趙榮發醫師 (100歲) | 洪理事長/ 周賢章召委 |
| 7月24日 | 林清輝醫師 (90歲) | 陳獻明副召委/ 黃信得委員 |
| 7月30日 | 謝孟雄醫師 (90歲) | 洪理事長/ 陳獻明副召委 |
| 8月6日 | 畢華盛醫師 (90歲) | 陳美齡副召委/ 蔡培斌委員 |
| 8月28日 | 張漢東醫師 (93歲) | 周賢章召委/ 陳獻明副召委 |

- (四) 今年第四場年輕醫師文化之旅訂於十月十九日舉辦，主題為「城內走讀趣」，由何良正老師擔任導覽。導覽結束後，將前往永安棧飯店享用下午茶點，目前已有35位醫師及其眷屬報名參加。

(五) 一一四年資深醫師表揚名單異動如下：

| 表揚年資 | 醫師姓名 | 異動說明 |
|------|------|-----------------|
| 35 | 鄧昭仲 | 114.9.13逝世，刪除表揚 |

依上述名單修正各年資表揚人數，表揚人數更新為679名。

| 年資 | 65 | 60 | 55 | 50 | 45 | 40 | 35 | 30 | 合計 |
|--------|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|
| 原表揚人數 | 5 | 22 | 26 | 72 | 73 | 150 | 177 | 155 | 680 |
| 修正表揚人數 | 5 | 22 | 26 | 72 | 73 | 150 | 176 | 155 | 679 |

(六) 一一四年本會表揚資深醫師共有679位，目前有253資深醫師及175位眷屬共428位報名參加十一月一日醫師節慶祝大會。慶祝大會上將頒發臺北市政府及本會獎狀各乙禎表揚獲獎醫師，另行醫滿五十年以上資深醫師本會則以頒發獎牌取代獎狀。

(七) 會員逝世慰問及公祭（8月至9月）：接獲4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7件。

(八) 開幕（8月至9月）：新開業診所贈盆景祝賀計有2件。

醫院醫療委員會侯召集委員明志

(一) 八月派員列席醫策會舉辦之醫院評鑑計有二場，為臺大醫院癌醫中心分院、臺北市立聯合醫院中興院區。感謝蔡景耀監事及高尚志委員協助本會列席上述評鑑。為表

達對受評醫院之會員關心，提供本會列席人員建議發言內容，說明受評醫院及其所屬醫師積極參與公會活動，本會關心會員權益和福利等事項。

(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23件。（表二）

(三) 醫院總額一一三年及一一四年第一季點值對照表（表三）

基層醫療委員會林召集委員應然

(一) 本會於一一四年度本委員會預算中編列Bosmin 急救藥物相關經費，並徵詢十二行政區熱心協助之據點診所，共同協力辦理購置及配發作業，以確保轄區內各醫療院所均能備妥必要急救藥品，滿足臨床緊急救護之需求。

1. 為使資訊能廣泛傳達，本會已先後透過電子郵件進行二次通知，並於LINE群組公告相關訊息，同時也請各據點診所在轄區LINE群組再次提醒，提醒每院所可領取Bosmin三支，作為院所日常急救使用之基本配備。

2. 考量各診所營運型態、門診時間及人力差異，由各院所自行依據診所所在地行政區據點診所門診時間，自行安排前往領取。為確保領取作業順暢且具備可稽核性，亦規定領取時須攜帶診所印章、負責醫師執業執照影本或電子檔，以及代領人之身分證件，以供查驗與簽章登記，確保整體流程合

表二

| 序號 | 項目 | 醫療機構申請金額 (單位：元) |
|-----|------------------------------|--------------------|
| 1. | 兒醫肥胖諮詢與家庭療程 | 6,000 |
| 2. | 超高頻射頻電波治療 | 3,000 |
| 3. | "瑪瑞斯"密米克斯醫療軟體-3D 模擬影像呈現(組) | 16,000 |
| | "瑪瑞斯"密米克斯醫療軟體-3D 模擬規劃(小時) | 22,000 |
| | "瑪瑞斯"密米克斯醫療軟體-手術模型(單位) | 25,000 |
| | "瑪瑞斯"密米克斯醫療軟體-手術導板(單位) | 36,000 |
| 4. | 軟組織腫瘤消除術(甲狀腺)-病灶小於5公分 | 12,960 |
| | 軟組織腫瘤消除術(甲狀腺)-病灶大於5公分 | 19,100 |
| 5. | 精準健康全外顯子檢測 | 35,000 |
| 6. | 造血細胞移植冷凍保存費-冷凍管 | 4,000 |
| 7. | 舒眠支氣管鏡鎮靜術 | 4,860 |
| 8. | 切臘塊組織空白 | 150 |
| | H&E 染色(H&E STAIN) | 155 |
| 9. | 免放射線交鎖式髓腔內鋼釘遠端螺孔定位處置(材料與處置費) | 30,000 |
| 10. | 無線射頻下鼻甲手術 | 7,650 |

| 序號 | 項目 | 醫療機構申請金額 (單位：元) |
|-----|---------------------------|--------------------|
| 11. | 實時超音波影像融合定位導引 | 10,000 |
| 12. | 發炎性肌病變自體免疫抗體檢測 | 4,000 |
| 13. | 軟組織高能量雷射治療 | 1,800 |
| 14. | 持續靜脈幫浦注射止痛治療 | 7,500 |
| 15. | 智慧眼底攝影檢查 | 600 |
| 16. | 飛秒雷射-單眼(白內障角膜前囊晶核切開手術) | 75,000 |
| 17. | 舒顏萃(Sculptra) | 38,000 |
| | Mounjaro(5mg)減重療程(次) | 11,500 |
| | Mounjaro(10mg)減重療程(次) | 15,500 |
| 18. | Dabigatran即時濃度分析 | 3,000 |
| 19. | 纖維蛋白單體濃度檢測 | 2,000 |
| 20. | 雷射屈光角膜晶體手術(單次,不含晶體摘除及置入) | 75,000 |
| 21. | 骨骼關節動態數位 X 光攝影檢查-1項 | 1,000 |
| | 骨骼關節動態數位 X 光攝影檢查-2項 | 1,600 |
| | 骨骼關節動態數位 X 光攝影檢查-3項 | 2,200 |
| 22. | (Plasma)EGFR T790M抗藥性基因檢測 | 12,000 |
| 23. | 胸腔內視鏡肺及肋膜冷凍切片 | 17,000 |

表三

| 年季 | 月份 | 項目 | 臺北分區 | 北區分區 | 中區分區 | 南區分區 | 高屏分區 | 東區分區 | 全區 |
|-------------|------|------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 113年 第1季 | 1-3月 | 浮動點值 | 0.8692 | 0.9115 | 0.8805 | 1.0115 | 0.9130 | 0.9735 | 0.9065 |
| | | 平均點值 | 0.9338 | 0.9526 | 0.9391 | 0.9967 | 0.9533 | 0.9796 | 0.9501 |
| 114年 第1季 | 1-3月 | 浮動點值 | 0.8817 | 0.9986 | 0.9605 | 1.0247 | 1.0209 | 1.0370 | 0.9513 |
| | | 平均點值 | 0.9422 | 0.9880 | 0.9779 | 1.0041 | 1.0056 | 1.0095 | 0.9746 |

於規範。

3. 同時，為維護用藥安全及急救資源之完整，本會特別提醒尚未完成領取之院所，務必於十月十七日前完成相關手續，以避免影響急救藥品調度。
4. 據點診所門診時段，已同步公告於本會網站，網址如下：<https://reurl.cc/rYWOyZ>
5. 後續將持續關注配發進度，隨時調整作業方式，務求藥品能即時送達各院所，達到醫療急救備藥完整之目標，確保市民健康與臨床安全。

(二) 八月十九日衛生局與本會共同主辦114年「慢性病防治推廣計畫」線上經驗分享會(一)，合辦單位為士林、北投、石牌、蘆洲、左岸社區醫療群。洪德仁理事長主持，由衛生局健康管理科莊股長針對114年度政策重點及注意事項進行說明，邀請五個醫療群醫師分享執行成人預防保健、代謝症候群防治計畫及老人健康檢查之收案實務經驗，以及邀請三家資訊系統廠商分別就「成人預防保健服務」、「全民健康代謝症候群防治計畫-資格查詢、系統申報、申復及錯誤樣態」為學員說明，也邀請臺北市立聯醫院營養部張惠萍主任，介紹社區營養資源之結合與轉介。

(三) 九月十二日健保署臺北業務組李組長和本會、新北市醫師公會針對「假日及國定假日輕急症中心(UCC)」試辦計畫進行初步討論交換兩會意見，本會由洪德仁理事

長、林應然召委及會服周賢章召委代表出席。

(四) 九月十七日衛生局與本會共同主辦114年「慢性病防治推廣計畫」線上經驗分享會(二)，洪德仁理事長撥空上線致詞，林應然召委及會服周賢章召委共同主持。衛生局健康管理科莊股長針對114年度政策重點及注意事項進行說明，邀請凱程診所張凱傑醫師及科安診所陳科源醫師分享執行成人預防保健、代謝症候群防治計畫及老人健康檢查之收案實務經驗，三家資訊系統廠商分別就「成人預防保健服務」、「全民健康代謝症候群防治計畫-資格查詢、系統申報、申復及錯誤樣態」為學員說明，也邀請物理治療師說明社區運動介入資源介紹及轉介。

★另，本會為蒐集各醫療院所在執行「慢性病防治計畫：成健、代謝、老健」以來所遇到的具體困難與挑戰，藉以協助政策制定者深入了解實際執行情況，並據此向上提供具體回饋與建議，進一步優化現行政策內容與資源配置，使政策更貼近臨床實務需求，敬請理監事踴躍撥空填寫，謝謝。

⇒問卷：

<https://reurl.cc/6qz6jk>



(五) 臺北市政府衛生局為強化高風險族群完成公費流感及新冠疫苗接種，十月一日假台大醫院西址院區舉辦「臺北市一一四年公

費流感及新冠疫苗」開打記者會，由洪德仁理事長代表出席。

1. 本次結合「健康抽好禮活動」方案，目標是提升市民疫苗接種率和免疫保護力，降低感染後併發重症及死亡風險。凡設籍臺北市且符合公費疫苗資格的市民，在十月一日至十一月十五日期間接種流感或新冠疫苗，即可獲得抽獎機會，獎項包括iPhone、Apple Watch、家電及超商禮券等，後續相關資訊會公布於衛生局官網。

2. 臺北市立聯合醫院十二區院外門診部於十月四日（六）、十八日（六）及十一月每週六上午加開疫苗專診，提供流感、新冠及肺炎鏈球菌疫苗接種服務，且於該院門診部接種疫苗可免收掛號費。

(六) 臺北市士林區近期出現今年首例本土登革熱病例，衛生局呼籲民眾落實孳生源清除，如有症狀儘速就醫」也請第一線醫師，特別注意，提高警覺，疑似個案，一定要詢問TOCC，進行快篩或適當轉介，一起做好登革熱防治。若需要登革熱快篩，接洽轄區健康服務中心。

★新聞稿網址：<https://reurl.cc/rYW75y>

(七) 全聯會函知會員擔任負責醫師之診所承辦健保醫療業務，經健保署查有違規事項遭裁罰，請本會關心了解。本會站在服務會員立場，依函文轉知會員注意把握相關行政程序救濟。

(八) 透過電子郵件、上網公告及刊登會刊等方式，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。

醫學倫理紀律委員會張召集委員文瀚

第卅三屆杏林獎、第十四屆青年杏林獎已於八月十三日理監事聯席會完成複審，通過34名杏林獎醫師以及32名青年杏林獎醫師，將於十一月一日醫師節大會中予以表揚。

福利康樂委員會孫召集委員建偉

(一) 九月廿七、廿八日雲林縣醫師公會假虎尾科技大學-經國體育館舉辦「一一四年度全國醫師盃桌球錦標賽」，本會推派34位醫師及眷屬代表參賽。團體組榮獲青年團體組亞軍、壯年團體組及女子團體組第五名；另個人組方面：郭洸丞及來咸易榮獲會員雙打冠軍，董牧喬及高翊銘、朱柏宇及黃柏融榮獲會員雙打季軍，丁詠捷及陳逸涵榮獲女子雙打亞軍，廖品婷及蘇映甄榮獲女子雙打第五名，丁詠捷榮獲女子單打第五名，王三郎榮獲80歲單打第五名。

(二) 十月廿六日舉辦午後巡禮，地點為北投溫泉博物館、地熱谷及大地酒店下午茶；十一月九日舉辦會員一日遊，地點為新竹雅麥部落.獵人學校，歡迎有興趣的理監事報名參加。

(三) 十月十八、十九日舉辦網球賽，十一月十六、廿三日舉辦籃球賽，歡迎有興趣的理監事報名參加。

公關委員會高召集委員尚志

- (一) 八月三十一日洪德仁理事長偕同彭瑞鵬顧問、周迺寬、蕭勝煌、周賢章、林應然等常務理事，許希賢常務監事、蔡有成理事、公關委員會高尚志召集委員及陳怡璇總幹事、蔡蕙芳組長參加由花蓮縣醫師公會承辦之「北東部暨金馬十二縣市醫政研討會」。研討會匯聚北東部及金馬地區醫師公會代表，就醫政相關議題進行廣泛交流與意見交換，藉由各縣市經驗分享，與執行機制探討區域合作，共同提升醫界整體福祉。
- (二) 九月三日台北律師公會假南港展覽館二館1樓舉辦「一一四年度律師節慶祝大會」，由周迺寬常務理事/副召集委員代表出席。
- (三) 九月十三日舉辦「安和會館啟用典禮、百年風華傳承永續學思演講暨公益藝術展」，賴清德總統親臨致詞，並有衛福部邱泰源前部長、健保署陳亮好署長，全聯會、台北市六師專業團體及二十一大醫事團體等理事長或理監事非常踴躍出席，場面隆重盛大。新會館不僅象徵本會邁向新的里程碑，也將成為醫師未來五十年的溫暖家園，一起守護市民健康、傳承醫學教育，並攜手配合政策，共同打造永續健康的台灣。
- (四) 韓國首爾醫師會訪問團將於十月三十一日抵台，本會已安排當日下午前往衛福部進行拜會與交流，期待雙方增進情誼、分享

經驗。本會也邀請首爾醫師會訪問團全體成員出席十一月一日本會舉辦之八十週年醫師節慶祝大會暨公益藝術展，共襄盛舉，促進兩會交流與友誼。

- (五) 今年度「八十週年醫師節慶祝大會暨公益藝術展」將於十一月一日（星期六）下午六時，假大直典華旗艦會館六樓花田盛事廳舉行。邀請貴賓名單請參閱附件。本次活動除慶祝醫師節外，亦將展出醫師與藝術家們的精湛創作，並邀請三家社福團體共同參與，藉由藝術交流與公益行動，傳遞醫者的人文關懷與社會責任。敬邀各位理監事踴躍出席，共襄盛舉，為活動增添光彩。
- (六) 明年度三月十五日或二十二日，本會將輪辦「北東部暨金馬十二縣市醫政研討會」，除研討會議程外，亦規劃參訪總統府、台北賓館或臺北市其他具代表性特色景點。敬請各位理監事預先留出時間，並踴躍出席，協助相關事務，共同確保活動順利舉行並達成交流成效。

編輯委員會陳召集委員彥元

- (一) 九月份會刊封面作者為吳國鈞醫師，主題為醉月湖的景：「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。」
- (二) 十月份會刊封面作者為林隆煌醫師，主題為台北101大樓：「台北101大樓矗立在繁

華熱鬧的都市之中，遠遠望去，就能看到這座雄偉、壯麗、具有濃鬱東方特色的塔樓。」

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

性騷擾申訴處理委員會洪召集委員德仁

- (一) 十月十五日將舉辦性騷擾防治法系列線上講座邀請三軍總醫院王志嘉醫師主講「從案例情境導向談醫療場域的性騷擾」，已申請性別學分1.8分，歡迎理監事踴躍報名參加。

⇒ 報名網址及QR Code如下：

<https://reurl.cc/vLveGN>



陳執行長彥元報告

- (一) 八月份會員動態：入會434人、變更171人、停業47人、復業44人、退會129人、死亡2人；開業醫師2,014人、服務醫師10,104人、停業386人，共計12,504人。
- (二) 八月廿五日於信義會館一樓大樓普渡，九月十一日於安和會館安敦大樓一樓普渡。
- (三) 一一三年十月至一一四年九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召集人彥元報告

- (一) 本會會員暨會籍資訊系統建置專案招標時程如下：

■ 投標公告時間：訂於一一四年十月十三日起至十月卅一日

■ 領標日期：一一四年十月十三日至十月卅一日下午四時止

■ 評選時間：一一四年十二月一日下午一時
台北市醫師公會16樓大會議室開標。

- (二) 本會將採最有利標方式評選適合的廠商，標案總價預計為800萬元，評選結果會在下次理監事會時提出。

購屋評估小組劉召集人秀雯

安和會館的裝潢工程已如期於八月底竣工，為配合會務同仁使用的實用性及方便性，在過程中多次與湯設計師溝通修改設計，因此要非常感謝湯設計帶領的團隊配合我們不論大、小地方的微調，也如期的裝修完成，讓我們順利在九月搬遷和辦公。

回顧這段歷程，我們從一一三年初確定了購屋的原則，到最終決定新的會館，每一步都經過了嚴謹的評估。我要特別感謝理事長、彭顧問和所有委員提供寶貴的經驗及意見，讓我們在資產調度上，能有條理且清晰的指引。安和會館的購置與規劃，可說是台北市醫師公會百年大計中的核心工程，能夠順利完成從選址、決策到細部設計的各階段工作，絕非單靠購屋小組之力能完成，而是集結了公會上下的智慧與無私奉獻。

這一切的努力，在賴總統的見證下，終於在九月十三日的啟用典禮上完美呈現！當天衛福部及臺北市政府長官、各公會及各醫事團體

多位理事長共襄盛舉，典禮非常圓滿成功，共同分享喜悅。謝謝大家！

80週年紀念專刊工作小組陳召集人彥元

(一) 80週年紀念專刊執行進度摘要如下：

1. 外部邀稿稿件已於八月十日全數收齊，並於八月卅日完成審稿作業，以確保文章內容之品質。
2. 九月上旬完成初步版型，並感謝各委員會召集委員協助校對及提供寶貴修改建議。
3. 預定於十月中旬完成定稿並送印，確保專刊能如期於醫師節前印製完成。

100週年紀念活動專案小組洪召集人德仁

(一) 「百年風華 傳承永續系列講座」於前次會議後，再辦理四場，執行摘要如下：

1. 八月十八日假台北市醫師公會信義會館舉行「百年風華·傳承永續系列講座（五）」，由台灣醫院協會李飛鵬理事長主講「醫療新思維與醫學教育的未來」。李理事長以臨床與教育經驗指出，醫學教育應結合理論與實務，培養臨床思維與人文關懷；醫療創新須以病人需求為中心，並仰賴跨領域合作與國際交流。在智慧醫療興起之際，全人照護才是永續發展的核心。提醒「醫學不只是醫術，更是一種藝術。」他比喻，管理醫院如同寫一首律詩，在層層規範的限制下，仍要寫得圓融優美，且需在字裡行間留有人文情感的韻腳。演講後

半段，更分享在繁忙的行醫與行政工作間，仍抽空寫詩。他笑言詩與醫療其實相通：醫療講究專業與規範，詩則講究節奏與情感，而兩者都需要「在有限之中創造無限」。他期許醫師們在臨床之外，也能以詩意的眼光看待生命，讓醫病關係不僅是治療，更是一段能觸動心靈的旅程。當日現場與線上合計逾百人參與，氣氛熱烈，與會者在專業思辨與詩意分享之間，皆留下深刻共鳴。

2. 九月十三日假台北市醫師公會安和會館舉行「百年風華·傳承永續系列講座（六）」，邀請前衛生福利部部長、台灣大學醫學院名譽教授邱泰源，以「為醫療找出路 為人民謀幸福：三全照顧的推展」為題。邱前部長回顧其從基層醫療、社區醫療群到推動長照政策的歷程，並提出「三全照顧」理念—以全人、全家、全社區為核心，延伸至安寧「四全照顧」，期望實現「生死兩相安」的願景。他亦分享部長任內推動「健康台灣」藍圖、健保改革及深耕計畫的經驗，強調醫療政策須兼顧品質、尊嚴與合作。講座吸引眾多醫界人士出席，展現對醫療未來發展的高度關注。
3. 九月卅日假安和會館舉辦「百年風華·傳承永續系列講座（七）」，邀請國立陽明交通大學校長林奇宏教授，以「回顧來時路·展望向前行」為題發表專題演講。林校長回顧從陽明醫學院至今發

展。特別提到在台北市與新北市政府服務期間，推動新生兒聽力篩檢等公共衛生政策，強調「發掘有意義的問題並解決它」的重要性。無論在研究或政策制定，找到正確的問題，比找到正確的答案更為關鍵。展望未來時指出，大學不僅是知識傳授的場域，更是引領社會進步的平台。未來的教育應突破學用落差，強調跨域整合與持續學習，並以「陪伴」與「共學共創」的態度，協助學生及社會共同尋找解決方案。談及未來醫療願景，他介紹了陽明交大在「工程醫學」與「數位原生醫院」上的前瞻規劃，並指出人工智慧、半導體等產業的結合，將帶動新型態醫學的突破。然而，他也提醒，真正決定能走多遠的，不是科技本身，而是能否理解人、連結人、影響人。林校長最後以中外詩句與聽眾共勉：「山重水複疑無路，柳暗花明又一村。」他期盼醫界與教育界能攜手，走那條「少有人走的路」，共同為社會開創新的契機。

4. 十月二日舉辦「百年風華·傳承永續系列講座（八）」，為第一場跨領域講座首先由劉秀雯監事長，以「女醫師的挑戰」為題，分享其豐富的人生體驗。監事長自台大醫學系畢業後，先後於台大醫院眼科完成訓練，並受外交部派遣至沙烏地阿拉伯擔任眼科主任，返國後成為台北市立仁愛醫院最年輕的女性科主

任，隨後歷任北市聯醫中興、陽明及仁愛院區院長，推動醫療品質改善與青年醫師培育，展現卓越的管理領導力。在學術方面，她發表論文逾百篇，並於2005年獲教育部部定教授資格。她在講座中特別指出，女性醫師在臨床專業、家庭角色與醫務管理間往往面臨多重挑戰與性別不平等，但透過時間管理、專業分工與正向思考，仍能在工作與生活間取得平衡。她強調「被需要就是價值的體現」，鼓勵女醫師勇於突破限制，實踐專業與人生並進。並分享其人生哲學——「持續學習、正向思考、培養快樂能力、共好」，以及「認真工作、認真玩」自勉，展現醫者不僅在專業上持續精進，更能以樂觀態度迎接挑戰。

接續由萬事達卡顧問部大中華區負責人暨全球GenAI轉型負責人、同時也是台大醫學系校友的劉昱亞，以「跨領域的路是怎麼走出來的」為題，分享其職涯養成與領導者心路歷程。

劉昱亞回顧自己的轉折點，坦言跨領域的挑戰從第一天就開始。當他觀察到人生八成的時間深受商業、政治與教育影響，遂立志在這些領域嘗試創造價值。在歷經突破後，他的職涯逐漸拓展，並開啟亞太區「空中飛人」的全球化工作模式。

特別指出，疫情帶來了前所未見的挑戰，也讓他重新思考領導者的意義。他

認為，最大的幸運是能在團隊最不安、最艱難的時候，與同仁並肩度過難關。面對新一波產業新浪潮，他強調唯有持續提升自我、勇於爭取機會，才能在不確定中找到立足點。

整場講座蓋對職涯的反思與願景，勉勵醫界後輩與年輕專業人才勇於突破、積極探索多元發展的可能性，為與會者帶來啟發與深刻省思。

5. 「百年風華 傳承永續系列講座」第九場將於十月廿二日假本會安和會館十六樓會議室，邀請馬偕紀念醫院張文瀚總院長主講；第十場將於十一月十二日，邀請國泰綜合醫院簡志誠院長主講。其他場次陸續辦理中，敬請理監事協助宣傳並踴躍報名參加。（表四）

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。自前次理監事會議以來，於八月廿二日召開第十九次會議，討論及辦理事項簡述如下：

1. 西醫基層點值撥補款：113年第4季西醫基層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的結算補付款，健保署已於七月廿一日匯入。
2. 持續追蹤西醫基層每月合理門診量日數及人次建議案：調整「合理門診量」時，須防止以平日量能挪補假日，免影響平日門診與收入。建議加強民眾宣

表四

| | | |
|---------------------------------|---|---|
| 10/22 (三) 張文瀚 總院長 報名網址 | 點此前往 https://forms.gle/Sweda622Buq83s2S9 |  |
| 11/12 (三) 簡志誠 院長 報名網址 | 點此前往 https://forms.gle/BdmbG4zWJR96rh8G7 |  |
| 活動官方 網站 | 點此前往 https://showwe.tw/edm/tma_100th/index.html |  |

導，避免病患不知開診情況而湧入急診。週日開診應聚焦重症與急症，避免補助過高造成輕症就醫或診所擴量。

3. 醫學生員額總量控管案追蹤：應督促主管機關正視清華、中興、中山三所學士後醫學系開辦一年後，應接受醫學教育品質評鑑，不應任意擴充名額。
4. 醫院受僱醫師稅務負擔與調整方案，委員再次召開協調會，後續健保署將於八月四日邀集相關團體會議取得共識。初步共識 建議比照警消體系之「超勤加班」模式處理加班/值班名目。工時與所得計算基礎採「總收入除以總工時」，工時上限為總工時的50%或100小時。

貳、討論事項

一、建請聘請衛福部邱前部長泰源擔任本會榮譽理事長案。【洪德仁理事長提】

決議：通過聘請衛福部邱前部長泰源擔任本會榮譽理事長。

二、請追認本會捐款10萬元助花蓮馬太鞍溪災後重建案。

說明：

(一) 114年9月23日花蓮縣馬太鞍溪堰塞湖因豪雨溢流，造成嚴重災情。衛福部啟動賑災專戶，呼籲各界踴躍捐款，以支援救災及災後重建。

(二) 本會秉持「人溺己溺、人饑己饑」之精神，展現醫師關懷社會的人道關懷，捐助新臺幣壹拾萬元整，匯入衛福部賑災專戶，由該部在民意監督下統籌運用。

(三) 鑑於事件緊急，已於9月26日下班後徵詢理監事意見，截至9月30日中午12:00獲三十餘位理監事同意先行匯款，爰提本次理監事聯席會議追認。

決議：通過捐款10萬元助花蓮馬太鞍溪災後重建，匯入衛福部賑災專戶，由該部統籌運用。

三、請研討本會協助衛生局執行高風險醫美專案訪查或督考相關事宜案。【洪德仁理事長提】

說明：

(一) 衛生局近期規劃辦理高風險醫美專案稽查，因期程緊迫，請本會協助派員共同執

行，並於參與時提醒人員嚴守保密協定。

(二) 醫美產業涉及專業醫療與公共安全，社會高度關注。本會參與可展現醫師自律、提升醫界形象，並兼顧臨床專業意見，避免單向行政稽查爭議。

(三) 本案屬新增業務，衛生局未及編列經費，爰提本次會議，建議由本會支應出勤醫師，每訪察一家診所給予新臺幣2,000元出勤費，該項經費由基層、會員服務及醫院等三個委員會預算支應，不足部分再由「醫療發展基金」項下支應。

決議：通過每訪察一家診所給予新臺幣2,000元出勤費，該項經費由基層、會員服務及醫院等三個委員會預算支應，不足部分再由「醫療發展基金」項下支應。

四、請研討「台北市醫師公會八十週年公益義賣活動」調整為「台北市醫師公會80週年公益藝術展」之活動變更案。【黃國欽理事提】

說明：

(一) 8月26日由洪德仁理事長、黃國欽召集人及劉漢宗副召集人率同會務同仁前往財政部賦稅署拜會，就公益義賣活動稅務相關規定，向所得稅組及消費稅組之副組長、科長等同仁諮詢請益。經建議，活動宜以「藝術展」形式辦理，不涉及畫作買賣或其他對價行為。

(二) 原訂9月13日於安和會館啟用典禮舉辦之公益義賣活動，調整為「公益藝術展」。

並於11月1日本會八十週年醫師節慶祝大會續以同形式展出畫作，當日將邀請社福機構蒞臨會場，號召與會醫師踴躍捐款，共同匯聚愛心，將善意傳遞至更多需要關懷的角落。

決議：

- (一) 同意將原「台北市醫師公會八十週年公益義賣活動」調整為「台北市醫師公會80週年公益藝術展」辦理。
- (二) 除於9月13日安和會館啟用典禮依新方案展出畫作外，11月1日八十週年醫師節慶祝大會也以公益藝術展型式呈現，當日也將邀請社福機構蒞臨設攤。

五、請研議審閱「社團法人台北市醫師公會安和會館十六樓會議室使用簡則」相關租借規定。【洪德仁理事長提】

說明：

- (一) 安和會館啟用後，十六樓大、中會議室將提供會員及合法立案醫事團體租借辦理活動，為利推動使用及維護管理，特訂定「使用簡則」及收費標準。
- (二) 為使相關規範兼顧合理性與實務需求，爰提本次會議研議審閱，以作為後續執行依據。

決議：通過本會安和會館十六樓會議室使用簡則。

六、請研討補助智庫女性醫師小組委員出席今年十月在埃及舉行的國際女醫師協會大會經費案。【洪德仁理事長提】

說明：114年8月7日第三次智庫女性醫師小組決議通過補助經費比照本會理監事出訪國外姐妹會交流之金額，每位3萬元，額度以10萬元為限。

決議：通過每位補助3萬元，額度以10萬元為限。

七、請研討本會「會務工作人員薪點表說明」條文修正案。【洪德仁理事長提】

說明：

- (一) 本會現行「會務工作人員薪點表說明條文」已施行多年，部分內容與現行人事制度及實際運作情形有不符之處。
- (二) 為使條文內容更趨合理，並符合會務人員管理辦法所需，爰提出以下條文修正草案，以作為後續實施之依據。

決議：通過「會務工作人員薪點表說明」條文修正案。

八、請研討聘用黃琴茹小姐為本會組員案。【洪德仁理事長提】

說明：

- (一) 黃琴茹小姐畢業於世新大學人文社會學院社會發展研究所，經考試及陳彥元執行長面試錄取。黃員曾服務於西醫基層總額支付制度台北分會，對本會基層醫療事務及健保相關醫療事務均相當熟悉。
- (二) 黃員已於114年10月1日到職，試用期二個月至同年12月31日止。試用期滿表現合格，經確認聘任後，並參酌醫療相關單位服務年資10年，爰建議以第九職等第十一

級敘薪。

決議：通過聘用黃琴茹小姐為本會組員案，試用期滿表現合格，依在醫療相關單位之十年年資，核予以第九職等第十一級敘薪，提明年二月理監事聯席會議追認。

九、請研議「健康台灣深耕計畫」經費先行借支墊付案。【洪德仁理事長提】

說明：本會申請「健康台灣深耕計畫－臺北市慢性病防治全人健康智慧整合照護計畫」業經衛生福利部核定，第一階段執行期程自114年9月1日至115年12月31日，惟因補助經費尚未撥付，為確保計畫能如期於9月1日起順利推動，並及時完成規劃事項，爰建請本會借支80萬元，先行代墊計畫初期人事費及相關業務費，待中央經費撥付後再行歸還。

決議：通過借支八十萬，由醫療發展基金項下支付，待中央經費撥付後歸還。

十、請研議「健康台灣深耕計畫」借調本會會務同仁支援案。【洪德仁理事長提】

說明：

(一) 本會參與「健康台灣深耕計畫」投標案，業經衛生福利部核定通過。因團隊籌組時程緊迫，爰自會務人員中借調二名同仁支援該計畫。借調專案組蔡蕙芳組長擔任專案計畫執行長，並兼辦本會醫政法制委員會及智庫小組業務；新進同仁黃琴茹小姐擔任專案計畫組長，並兼辦基層醫療委員會業務。

(二) 自114年10月起，兩位同仁薪資將改由計

畫經費支應。於計畫期間，兩位同仁兼辦本會各委員會及小組相關活動所產生之加班費，依本會原有敘薪基準辦理。

決議：

(一) 通過借調專案組蔡蕙芳組長擔任專案計畫執行長，並兼辦本會醫政法制委員會及智庫小組業務；新進同仁黃琴茹小姐擔任專案計畫組長，並兼辦基層醫療委員會業務。

(二) 兩位同仁薪資自一一四年十月起改由計畫經費支應，兼辦本會各委員會及小組相關活動所產生之加班費（臨時工資），依本會原有敘薪基準辦理。

十一、請追認本會會址變更案。【洪德仁理事長提】

說明：

(一) 本會原會址（臺北市大安區信義路二段74號6、7樓）已於114年9月5日（星期五）下午5時正式停止服務。搬遷至新會址（臺北市大安區安和路一段27號16樓，安敦國際大樓），並於114年9月8日（星期一）上午9時起正式在新會址提供服務。

(二) 因應需向社會局辦理會址變更及法人變更登記相關程序，爰提本案，請予追認。

決議：通過本會會址變更為臺北市大安區安和路一段27號16樓。

十二、請研討田菡醫師繳清會費，申請復權案。【彭瑞鵬召集委員提】

說明：田醫師於113年12月18日第廿屆第七次

理監事聯席會議通過停權，田醫師已於114年8月26日繳清滯繳會費及掛號費。

決議：通過田菡醫師申請復權案。

參、臨時動議：

一、建請針對醫婦會協助本會推動社會服務義賣活動予以肯定案。【洪德仁理事長提】

說明：為感謝醫婦會成員於世界腦麻日將其製作手工藝品進行義賣，並將義賣所得全數捐予中華民國世界腦性麻痺協會，以及長期協助本會社會服務委員會推動各項社會服務活動，特提出本案以資肯定。

決議：

- (一) 邀請醫婦會參加醫師節慶祝大會。並另擇於適當活動場合頒贈感謝狀給予肯定表揚。
- (二) 關於醫婦會製作手工藝品於世界腦麻日進行義賣之材料費用由公會支應。

肆、散會：下午二時廿五分。⊕





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

加護中心科 具重症醫學專科醫師證書、ACLS證書

老年醫學科 具老年醫學專科醫師證書

麻 醉 部 具麻醉專科醫師證書、ACLS證書

應徵資格

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



電 話 | 02-2826-4400分機8617 吳先生

E-mail | apply@chgh.org.tw

意者請備履歷(附照片)、證照(影本) 逕寄

112台北市北投區振興街45號 人事室收

振興宗旨
慈善心 服務情

終止勞動契約—臺灣新北地方 法院111年度勞訴字第187號民事判決評析

臺北榮民總醫院職業醫學及臨床毒物部
黃思誠（實習醫學生） 葛 謹

前言

勞動基準法第2條第1項第六款：「勞動契約：指約定勞雇關係而具有從屬性之契約。」同法第9條：「（第1項）勞動契約，分為定期契約及不定期契約。臨時性、短期性、季節性及特定性工作得為定期契約；有繼續性工作應為不定期契約。派遣事業單位與派遣勞工訂定之勞動契約，應為不定期契約。（第2項）定期契約屆滿後，有下列情形之一，視為不定期契約：一、勞工繼續工作而雇主不即表示反對意思者。二、雖經另訂新約，惟其前後勞動契約之工作期間超過九十日，前後契約間斷期間未超過三十日者。」同法第12條：「（第1項）勞工有左列情形之一者，雇主得不經預告終止契約：一、於訂立勞動契約時為虛偽意思表示，使雇主誤信而有受損害之虞者。二、對於雇主、雇主家屬、雇主代理人或其他共同工作之勞工，實施暴行或有重大侮辱之行為者。三、受有期徒刑以上刑之宣告確定，而未諭知緩刑或未准易科罰金者。四、違反勞動契約或工作規則，情節重大者。五、故意損耗機器、工具、原料、產品，或其他雇主所有物品，或故意洩漏雇主技術上、營業上之秘密，致雇主受有損害者。六、無正當理由繼續曠工三日，或一個月內曠工達六日者。（第2項）雇主依前項第一款、第二款及第四款至第六款規定終止契約者，應自知悉其情形之日起，三十日內為之。」雇主若要依勞動基準法終止勞動契約，尚要注意「知悉三十日內為之」的法規限制¹⁻⁵。

經過

甲於2017年2月6日到職，擔任A醫院傳送員，工作內容為「配合各樓層或診間之需要，獨自將相應之檢體、報告、氧氣筒、藥品、病床、病患，運送至指定位置」。2021年7月25日下午3時許，2樓急診室傳呼甲，甲自5樓搭乘電梯赴2樓執行職務。當日醫院2樓電梯外走廊打蠟，打蠟前後未設置安全警示、警語、措施，甲出電梯廂門後左轉前往急診室之際，因地板打蠟地滑而摔倒，經急診後初步診斷為：「左橈骨下端閉鎖性骨折。」嗣後甲左手腕仍持續腫脹，左肩、左側疼痛不已，甚至影響睡眠，職災休養期間於同年10月6日赴B醫院進行磁共振影檢查（簡稱MRI），診斷為「左側遠端橈骨骨折，經開放復位內固定術後。左側尺骨莖突骨折合併三角纖維軟骨複合體受損。」其後，甲往返B醫院進行治療及復健。勞保局分別於：(1)2022年9月5日核發給甲2021年7月29日至2022年3月8日共223日職業傷病補助；(2)2022年11月22日續核給甲2022年3月9日至2022年6月14日止，共88日職業傷病給付。(3)合計勞保職業傷病給付共311日(223+88=311)。

2022年6月15日，甲收到A醫院存證信函，告知甲：(1)傳送人員工作性質。(2)右手及雙腳正常即可執行工作。(3)限收文次日起返院上班，否則曠職論處。甲於翌日（6月16日）持B醫院之診斷證明書向A醫院請假遭拒，遂於2022年6月17日再以存證信函檢附上開診斷證明書回覆A醫院。因A醫院已於2022

年6月14日逕將甲勞工保險退保，甲認為A醫院違法解僱，向法院起訴A醫院，並自請2024年4月22日終止勞動契約，同時請求：(1)醫療補償（醫療費用）69,368元；(2)自2021年7月25日至2023年3月9日之工資補償（不能工作損失）266,737元（應領工資507,720元-雇主已給付工資61,223元-勞保傷病給付179,760元=266,737元）；(3)資遣費86,567元（任職期間自2017年2月6日起至2024年4月22日止，平均工資24,000元，新制基數為3又437/720）；(4)勞動力減損：920,504元；(5)看護費用116,000元（自2021年7月25日至2021年11月17日止，共計116日，半日看護費以1,000元計算）；(6)精神慰撫金50萬元。(7)合計1,959,176元。

爭執1：甲「左橈骨下端閉鎖性骨折」是否為職業災害？

甲主張：因工作場所執行打蠟作業未確實完成圍籬及警告標示，導致出電梯口滑倒，為職業災害。

A醫院主張：(1)出具「勞工保險職業傷病門診單」亦載明此事。(2)甲跌倒，左橈骨下端閉鎖性骨折，經A醫院院長親自開刀，且術後囑咐甲應該要進行復健即可恢復。(3)甲係在兩台電梯間跌倒，但該處已打蠟完畢，且現場樓梯出入口有用休息椅擋住，電梯口地板是乾燥的，有止滑條，也將其中一台電梯停用。(4)甲應可知悉現場附近有清潔工作進行，也知道醫院行走需要注意速度以及前後狀況，自應注意周遭環境狀況。(5)A醫院否認有故意過失造成甲跌倒。

法院心證：(1)勞基法對「職業災害」未設有定義，但依勞基法第1條第1項：「本法未規定者，適用其他法律規定。」(2)職業安全衛生法第2條第5款：「職業災害：指因勞動場所之建築物、機械、設備、原料、材料、化學品、氣體、蒸氣、粉塵等或作業活動及其他職業上原因引起之工作者疾病、傷害、失能或死亡」。(3)職業災害之認定標準，須具備下列要件：(i)職務遂行性：即災害是在勞工執行職務的過程中所發生的狀態，係基於勞動契約在事業主指揮監督之下之情形。(ii)職務起因性：即職務和災害之間有因果關係。(4)甲為傳送員，2021年7月25日下午3時許自5樓搭乘電梯赴2樓執行職務，於出電梯廂門後左轉前往急診室提供勞務之際，因地板打蠟地滑而摔倒，具有職務起因性及職務遂行性，應屬職業災害。

爭執2：A醫院是否應負侵權行為損害賠償責任？

甲主張：因工作場所執行打蠟作業未確實完成圍籬及警告標示，導致出電梯口滑倒，應有過失。

A醫院主張：否認有故意或過失致甲跌倒。

法院心證：(1)A醫院事故當日實施清潔打蠟作業，事前未通知甲，且未設置防護圍欄、防滑告示牌。(2)A醫院未如平常落實打蠟通知，且在事故發生之前，並未事先張貼公告。(3)A醫院顯有過失，自應負過失侵權行為損害賠償責任。

爭執3：甲請求A醫院給付醫療補償（醫療費用）69,368元，是否合理？

甲主張：(1)事故發生日（2021年7月25日）至2022年6月27日止，支出醫療費109,649元，有A醫院、B醫院開立之收據，扣除A醫院已給付之93,048元（計算式：34,433元+58,615元=93,048元），尚不足16,601元。(2)另於訴訟中擴張請求，主張2022年6月27日後，仍於B醫院持續就診及復健，截至2024年4月17日止，總計支出52,767元，亦有B醫院開立之診斷證明書及收據可稽。(3)職災事故而生之過度焦慮、睡眠失調，尋求精神科治療之醫療費用：1,200元。(4)共計69,368元。

A醫院主張：(1)影像複製費、證明書費、護腕明顯非屬醫療費用不應計入。(2)其他就診費用應證明與本件事故相關。(3)不需負擔自2022年3月9日起已非職災期間之醫療費用52,767元。(4)精神科診斷證明，是事故發生後約8個月的證明，與本件事故無關。

法院心證：(1)影像複製費、證明書費部分：此部分雖非屬必需之醫療費用，但仍屬為證明損害發生原因、存在期間及其支出、申請賠償所必須，應屬損害賠償範圍。(2)輔具護腕部分：甲有「左側遠端橈骨骨折，經開放復位內固定術後。左側尺骨莖突骨折合併三角纖維軟骨複合體受損」之傷害，復健乃後續之醫治行為，在復健期間，B醫院認「避免手腕負重活動，需護腕協助復健」，有診斷證明書可稽，有使用護腕作為輔具治療之必要，此部分應認定屬必需之醫療費用。(3)甲依B

醫院醫囑進行復健，參照上開單據加註「醫生要我動肩轉」、「醫生要我轉動肩膀」、「復健過程頭暈、噁心、想吐、血壓升高、頭痛、手腰腳痠麻軟、無力、刺痛」、「頭昏痛、左手、左腳疼痛難過」、「復健後非常不舒服」等文字，且上開單據日期，互核B醫院復健科登記卡及急診醫藥費單據，甲分別於2022年3月25、30日、4月1、25日、5月11、13、25日進行復健，可見甲是因系爭事故於進行復健過程所生身體不適，緊急至急診就醫，復健期程與甲單據上之記載相當，與醫療時序具有相當性，足認上開醫療費用具有因果關係，顯屬必要，應予准許。(4)甲醫療期間應包括「醫治」、「療養」及「復健」三部分，甲發生事故後，先於A醫院就醫，診斷為「左橈骨下端閉鎖性骨折」，之後再赴B醫院就醫，診斷為「左側遠端橈骨骨折術後併三角纖維軟骨破損」，接受腕關節鏡三角纖維軟骨修補手術後連續記載，足證上開期間之醫療行為與系爭事故具因果關係。(5)依B醫院2024年3月27日開立診斷證明書醫囑載明：「病患於2021年11月12日入院，同年13日接受腕關節鏡三角纖維軟骨修補手術，同年11月17日出院，2021年11月24日至2022年9月21日門診複診共17次，目前手部功能尚未恢復，仍有角度受限之情形」、「休養時間自2022年3月9日至2023年3月9日」、「於2023年2月1日住院，2023年2月2日進行內固定物移除手術，2023年2月3日出院，2023年2月15日、2023年3月15日、2023年6月7日、2023年9月1日、2023年12月1日、2024

年3月1日、2024年3月27日門診追蹤，須持續復健至2024年6月30日以維持活動角度及肌肉力量，若效果不彰則考慮手術方式進行左肩旋轉肌縫合。」足見醫療期間之醫治、療養或復健階段所為之醫療支出，均因同一病症診斷所生，且療程連貫，均應認屬必需之醫療費用範圍。(6)精神科醫療費用1200元部分，甲雖主張此係因職災事故而生之過度焦慮、睡眠失調，尋求精神科治療所生之醫療費用，惟此精神科就診部分係本件事故後約八個月才就醫，且甲並未提出診斷證明書足以證明與本件職災事故相關，無法認定具有因果關係，自無法准許。(7)甲得請求A醫院補償、賠償上開醫療費用合計68,168元(69,368-1200=68,168)。

爭執4：甲請求A醫院給付工資補償（賠償）266,737元，是否合理？

甲主張：(1)2021年7月25日至2023年3月9日之應領工資507,720元。(2)雇主已給付工資61,223元。(3)已領勞保傷病給付179,760元。(4)工資補償（不能工作損失）：266,737元（計算式：應領工資507,720- 61,223-179,760=266,737元）。

A醫院主張：不爭執事故發生日（2021年7月25日）起至2022年6月14日止之工資，總計282,033元。

法院心證：(1)勞保局改核職業傷病給付自2021年7月25日至2022年6月14日止。(2)足見甲因事故所受傷勢，經勞保局專科醫師第二次審查，認為甲自事故起，治療（含復

健）至2022年6月14日止，已經治療終止，屬可恢復工作狀態。(3)甲得請求補償原領工資之醫療期間，應自2021年7月25日起至2022年6月14日為止。(4) A醫院2022年4月25日即致電及傳訊息予甲，請其復職，續於2022年5月9日由護理部主任以line訊息詢問：「醫院請問你是否可回來做輕鬆的工作？」惟甲僅回覆：「自從受傷後就一直會頭暈，而後手腳萎縮，角度和肌力還在努力復健，也有附上診斷書。」顯然甲有拒絕A醫院復工之要求。(5)既然甲右手及雙腳可進行一般日常生活，身體狀況足以勝任「輕度勞力」之工作項目，A醫院也表示願意提供較輕鬆的工作，且傳送員工作項目中也有屬於輕度勞力者，自應認定甲不能工作期間至2022年6月14日止。(6)甲自2022年6月15日起工資部分，不符「不能工作」之要件，未經A醫院同意繼續給予公傷病假，甲也未依照勞動契約繼續提供勞務，A醫院自不須依勞動契約負給付報酬之義務，故甲此部分請求，無法准許。(7)綜上，工資補償（賠償）部分：(i)事故發生日（2021年7月25日）起至2022年6月14日止之工資，依各年度基本工資計算，總計282,033元【計算式：24,000x6+25,250x(5+14/30)=282,033】。(ii) A醫院已給付起訴時傷病期間之薪資61,223元。(iii)勞保局核撥之傷病給付179,760元（75,600+49,280+54,880=179,760）。(iv)甲得請求A醫院補償工資（即不能工作損失）41,050元（計算式：282,033-61,223-179,760=41,050）。

爭執5：甲請求A醫院給付看護費用116,000元，是否合理？

甲主張：看護費用116,000元（自2021年7月25日至2021年11月17日止，共計116日，半日看護費以1,000元計算）。

法院心證：(1)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。」(2)親屬間之看護，縱因出於親情而未支付該費用，然其所付出之勞力，顯非不能以金錢為評價，此種基於身分關係之恩惠，自不能加惠於加害人，而應比照一般看護情形，認被害人受有相當看護費之損害，命加害人賠償，始符民法第193條第1項所定「增加生活上需要」之意旨。(3)本院函詢B醫院關於看護費用部分，B醫院函覆：「左手為受傷開刀肢體，……負重及精細活動較不適合，可考慮請半日看護，時間約為兩個月。」(4)依甲所主張且為A醫院所不爭執之半日看護費以1000元計算，原告得請求看護費用60,000元(1000x60=60,000)。逾此部分之請求，無法準許。

爭執6：甲請求A醫院給付勞動能力減損920,504元，是否合理？

甲主張：事故所受傷害經C醫院鑑定後，認工作能力減損（勞動能力減損）為54%。(2)甲自2023年3月9日之次日起至法定強制退休年齡65歲，尚有5年7月7日，按各年度生效之每月基本工資計算，核計勞動力減損金額為920,504元。

A醫院主張：C醫院鑑定甲之勞動能力減損比例過高，應准予其他醫院複查。

法院心證：(1) C醫院職業醫學部於2022年12月15日獲勞動部認可，而為某區職業傷病診治專責醫院之職業傷病診治整合服務中心。(2)鑑定醫師領有職業醫學專科證書，具職業醫學專長，其所為鑑定具有相當的專業度。(3) C醫院針對甲「左側遠端橈骨骨折後併三角纖維軟骨複合體受損」進行理學檢查，依序斟酌(i)未來收入能力降低、(ii)職業類別、(iii)受傷年齡等因素後，依方程式調整甲工作能力減損之程度，此與A醫院所舉其他法院判決個別案件之基礎事實並不相同，無從與其他判決比附援引。(4) C醫院遵循「勞動部勞工保險局委託辦理勞工保險失能年金給付個別化專業評估作業要點」規定，採用美國醫學會永久障礙評估指南第6版(AMA Guides to the Evaluation of Permanent Impairment, 6th Edition(2008))第15章「Chapter 15: The Upper Extremities（略譯：上肢）」之規範，使用關節活動量尺，依建議測量方式進行理學檢測，其檢測方式亦無任何違誤。(5)左手手腕關節遠端連接手指關節、近端連接左前臂之尺骨與橈骨，且手指肌肉作用與活動手腕關節的肌肉均附著於前臂。為使左前臂能進行回復通常工作職能之旋前、旋後動作，故C醫院鑑定時須納入「左手肘關節」、「左手腕關節」活動角度，整體評估，亦無違誤。(6) C醫院依「美國醫學會永久障礙評估指南第6版」估算之全人障礙百分比為基準，參照美國加州「永久性失能評估準

則2005年版」，綜合判斷全人障害等級、未來收入能力、職業類別、與受傷年齡後，估算原告勞動能力減損為54%，確屬有據。(7)甲提出且C醫院不爭執的勞動能力減損金額及計算方式，依年別5%霍夫曼計算法扣除中間利息（首期給付不扣除中間利息）計算一次得請求金額，核計勞動力減損金額為920,504元（138,821+781,683=920,504），應予准許。

爭執7：甲請求A醫院給付非財產上損害（慰藉金）50萬元，是否合理？

法院心證：(1)最高法院民事判決：「按慰藉金之賠償須以人格權遭遇侵害，使精神上受有痛苦為必要，其核給之標準固與財產上損害之計算不同，然非不可斟酌雙方身分資力與加害程度，及其他各種情形核定相當之數額⁶。」(2)非財產上損害賠償，應以實際加害之情形、加害之程度、被害人所受精神上痛苦之程度、賠償權利人之身分、地位、經濟能力綜合判斷之。(3)甲為高職畢業，曾於2016年1月5日勞保退保並請領勞保老年給付，再於2017年間擔任傳送員，月薪為各年度基本工資。(4)A醫院屬地區醫院。(5)綜合兩造之身分、職業、教育程度、財產及經濟狀況、工作與收入、本件侵權行為損害事實及甲所受精神痛苦等一切主客觀情狀，甲請求賠償精神慰撫金50萬元，顯然過高，應以20萬元為適當；逾此部分，尚屬過高，無法准許。

爭執8：甲請求A醫院給付資遣費86,567元，是否合理？

甲主張：資遣費由雇主按其工作年資，每滿1年發給2分之1個月之平均工資，未滿1年者，以比例計給；最高以發給6個月平均工資為限。

A醫院主張：甲2022年6月14日因曠職，將甲解僱退保。

法院心證：(1)勞動基準法第12條第1項第6款：「勞工無正當理由繼續曠工三日，或一個月內曠工達六日，雇主得不經預告終止契約。」(2)最高法院民事判決：「勞工因職業災害而致失能、傷害或疾病者，其治療、休養期間，應給予公傷病假；於公傷病假期間未到職，自非屬無正當理由而曠工⁷。」(3)甲不能工作之醫療期間，依法應認定自2021年7月25日起至2022年6月14日止，於此期間均應給予公傷病假。(4)A醫院自認甲已於2022年6月1日提出假單請假至2022年6月14日，依法應准予公傷病假，甲於此期間未到職，自非屬無正當理由而曠工。(5)A醫院於2022年6月14日以曠職為由將甲解僱退保，應屬非法，自不發生終止勞動契約之效力。(6)A醫院雖曾於2022年6月9日以存證信函通知甲，以傳送人員工作性質，右手及雙腳正常即可執行工作，並限收文次日起返院上班，否則曠職論處，惟該存證信函於於2022年6月15日才送達。此信函內容，性質上應屬預告通知，尚未為終止契約之意思表示。(7)甲於2022年6月15日收受存證信函後，亦未再接獲解僱通知，足認A醫院所為解僱之意思表示並未送達甲，故A醫院主張終止契約，自不合法。(8)甲於起訴時已主張醫

療費、B醫院持續就診及復健費，A醫院均未給付，顯違反勞動法令之狀態持續迄今皆未改善，故以2024年4月22日庭呈書狀，作為終止契約之意思表示，自屬合法。(9)甲請求給付自2017年2月6日任職起至2024年4月22日終止契約止，依平均工資（24,000元）、新制基數為3又437/720計算之資遣費86,567元，自屬有理由，應予准許。

爭執9：甲未遵復健頻率之醫囑，是否與有過失？

A醫院主張：甲於事故發生後未持續復健，致影響其復原。

法院心證：(1)B醫院診斷證明書所載，甲手術後需復健回復活動角度及肌肉力量。(2)B醫院函覆法院：「（關於復健）建議之項目為物理及職能治療，針對關節活動度及肌力訓練，建議一週至少3次，每次約1小時。」、「一般建議至少進行3至6個月之復健，再依患者恢復狀況延長。」(3)甲受傷後應從事復健治療之最初6個月期間，於A醫院治療期間其復健頻率較為正常，但於B醫院治療期間：(i)於2021年10月28日起至同年11月12日達16日均未復健。(ii)手術後自2021年11月18日起至2022年1月27日長達71日均未復健，之後自1月29日起至2月10日止，也無任何復健。顯然未符合B醫院回函所載的頻率要求。(4)甲之損害與有過失至明。(5)本院認甲、A醫院就本件侵權行為損害發生之過失比例依序為3/10、7/10，應減輕A醫院3/10賠償責任。(6)就侵權行為損害賠償部分（即看護費用60,000元+勞動力減損金

額為920,504元+精神慰撫金20萬元），甲得請求賠償之金額應減為826,352元 $(920,504 \times 7/10 = 826,352)$ 。

法院

地方法院：「A醫院應給付甲新台幣93萬5570元，及其中35萬3078元自2022年10月5日起、其中58萬2492元自2024年4月23日起至清償日止，均按年息百分之五計算之利息⁸。」A醫院不服，上訴高等法院。

高等法院：尚未判決⁹。

討論

契約終止：民法第153條：「當事人互相互表示意思一致者，無論其為明示或默示，契約即為成立。當事人對於必要之點，意思一致，而對於非必要之點，未經表示意思者，推定其契約為成立，關於該非必要之點，當事人意思不一致時，法院應依其事件之性質定之。」契約終止是契約的效力消滅，對於已經履行的部分仍然有效；因此終止契約可以分為：(1)合意終止：契約雙方當事人透過新的共識，共同決定讓原有契約的效力結束。(2)單方終止：契約中一方，依據法律或契約約定，單方面行使終止權，使契約效力向後消滅。惟單方終止不一定需要對方的同意，但通常會伴隨特定的條件或責任。本案A醫院與甲為具有從屬性之「勞動契約」，合意終止最佳，單方終止，若終止不合法，或雖合法但造成對方損失，就可能需要負擔賠償²⁻⁵。

程序瑕疵：由於雇主若依勞動基準法第12條第1項第一款、第二款及第四款至第六款

規定單方終止契約者，「應自知悉其情形之日起，三十日內為之」。本案(1)勞保局核發給甲2021年7月29日至2022年3月8日共223日職業傷病補助，A醫院2022年4月25日即致電及傳訊息予甲，請其復職，續於2022年5月9日由護理部主任以line訊息詢問：「醫院請問你是否可回來做輕鬆的工作？」甲未回覆A醫院復工之要求。(2)A醫院2022年6月9日以存證信函通知甲，以收文次日起返院上班，否則曠職論處。(3)勞保局2022年11月22日續核給甲2022年3月9日至2022年6月14日止，共88日之職業傷病給付。(4)存證信函於於2022年6月15日才送達，性質內容屬預告通知。(5) A醫院已於2022年6月14日將甲勞工保險退保。(6)甲於6月16日持B醫院診斷證明書向A醫院請假遭拒。(7)勞動基準法第13條：「勞工在第五十條規定之停止工作期間或第五十九條規定之醫療期間，雇主不得終止契約。但雇主因天災、事變或其他不可抗力致事業不能繼續，經報主管機關核定者，不在此限。」(8)本案因A醫院單方終止合約程序有瑕疵，不發生終止勞動契約之效力。

客觀四原則：我國「過失」之定義，僅見於中華民國刑法第14條：「(第1項)行為人雖非故意，但按其情節應注意，並能注意，而不注意者，為過失。(第2項)行為人對於構成犯罪之事實，雖預見其能發生而確信其不發生者，以過失論。」「過失」(negligence)成立與否，我國法院至今仍採「主觀構成要件」，與國際法院之「客觀四原則」差異頗巨，國際法院對於是否成立「過失責任」均採

客觀四原則，依下列四點逐一審理，缺一項即不認有過失：(1)被告對原告有無「照顧責任」(duty of care)、(2)被告有無「違反照顧責任」(breach of standard of care)、(3)損害與「違反照顧責任」有無因果關係(causality)、(4)損害之事實(damage)¹⁰。本案：(1)A醫院對甲當然有「照顧責任」；(2)清潔打蠟作業，是否「違反照顧責任」？(3)清潔打蠟作業與甲跌倒受傷有無因果關係？(4)甲之損害事實。客觀而言，清潔打蠟作業與甲跌倒受傷有無因果關係，似有值得客觀探討之處。

無過失三原則：「職業傷病補償法」之立法，著眼於勞工安全衛生是雇主的責任，預防員工發生職業傷病是其天職，由於有無「違反照顧責任」態樣複雜，客觀事實若無調查，難以認定，故「職災保險理賠」採「無過失三原則」，讓勞工迅速取得理賠，減少勞雇間的爭執，增進社會安定。職業傷病補償之法理與原則，雖看下列兩點：(1)有無僱用關係(during employment or in the course of employment)：即確定雇主與勞工身分關係，基於勞工安全衛生是雇主的責任，雇主是負有補償責任之人。(2)職業傷病是否源自工作(arising out of work)：勞工之傷病是否因工作而發生¹¹⁻¹²。

僱用人責任：1974年4月16日制定公布「勞工安全衛生法」全文34條，2013年7月更名為「職業安全衛生法」修正公布全文55條，該法第5條：「雇主使勞工從事工作，應在合理可行範圍內，採取必要之預防設備或措施，使勞工免於發生職業災害。」主要目的在於新

修訂之職業安全衛生法擴大範圍後，現行法令並非能將所有的危害納入法規之中，但雇主仍須在合理可行之範圍內，事先進行風險評估並採取預防作為，以有效達到全面性保護勞工之效果。為保障職災勞工不因受僱人之資力而影響賠償，民法第188條僱用人責任的規定，在實務運作，與社會發展的多樣化，不同行業間的實務案例判斷標準，值得進一步以案例深入探討¹³⁻¹⁵。

勞動力減損：損傷或障害(impairment)是醫學概念，醫師根據身體檢查及各項測驗來決定疾病或傷害對一個人健康狀態所造成的改變稱之，損傷反映出經過治療仍然沒有辦法進步的身體功能或結構偏差或損失。依據各器官組織的損傷程度，可分為部分或全部、暫時或永久性損傷¹⁶。失能(disability)則不是醫學概念，而是法律名詞，係指估計損傷對於一個人的影響程度。「工作失能」係指一個人因為生理或心理損傷造成一個人工作表現的內容或產量（包括工作時間、工作品質以及工作上相關的社會互動過程）上的降低。換言之，一個人在執行工作，參與工作程度，或符合工作所需條件上有限制。決定個人工作失能的程度，除了需要考量個人工作能力狀態的改變與特定社會情境或職業需求間的差異，尚需考慮其他如年齡、性別、教育程度等因素¹⁷。

身心障礙法律：我國1980年公告實施「殘障福利法」（全文26條），1997年修正名稱「身心障礙者保護法」（全文75條），2007年修正名稱「身心障礙者權益保障法(People

with Disabilities Rights Protection Act)」（全文109條），臺灣社會的身心障礙福利逐漸由對弱勢施捨，轉為對身心障礙公民的權利保障。社會政策也從殘補式的慈善觀點，轉變為以個人權利導向的社會福利政策。教育方面，從教育零拒絕後，融合教育、增設特教助理員。無障礙環境，大眾交通系統如捷運、高速鐵路都有無障礙的設計。復康巴士、低底盤公車也納入公共運輸的設計。法律也規範建築物與公共設施的無障礙環境。工作權保障方面，定額進用的額度也讓障礙者有機會進入勞力市場。在立法精神上已接近「聯合國障礙者權利公約」(The Convention on the Rights of Persons with Disabilities)的精神¹⁷。

失能與殘廢：1958年7月21日公布「勞工保險條例」（全文87條），該法第2條：「勞工保險分左列二類：一、普通事故保險：分生育、傷病、醫療、殘廢、失業、老年及死亡七種給付。二、職業災害保險：分傷病、醫療、殘廢及死亡四種給付。」2008年8月13日修正第2條條文，將「殘廢」改為「失能」外，原第53條之附表二「勞工保險殘廢給付標準」廢除，改為同法第54-1條授權之法規命令：「勞工保險失能給付標準」第3條條文之附表，並自2010年10月8日發布日施行。「勞工保險失能給付標準第三條附表」的「失能等級」與「勞工保險殘廢給付標準」相同，仍為15等級；失能審核基準則增加：「（精神失能）審定時，須由精神科專科醫師診斷開具失能診斷書；必要時保險人得另行指定神經

科、復健科、職業醫學科等專科醫師會同認定。」簡言之，勞保2010年以後使用失能代替殘廢，應無疑義，然而各部會主管的法律對失能(disability)使用不同的中文，由於「損傷或障害(impairment)」與「失能(disability)」經常被交替使用，其實是兩個非常不同的名詞，且兩者之間並沒有一定的因果關係或是身體心理上的損傷一定會造成工作能力損失，法院似應盡速釐清失能(disability)的定義，並迅速建立我國的失能等級與補償制度¹⁸。

障礙評估：本案使用美國醫學會(American Medical Association)第六版「永久障礙評估指引」(Guides to the Evaluation of Permanent Impairment, AMA Guide)之準則，該評估指引雖於歐、美、澳、紐、南非等國法院合意採用此評估指引為障害評估，並作為傷害、殘廢、職災給付之參考，但評估指引開宗明義聲明：「本指引(AMA Guides to the Evaluation of Permanent Impairment®, AMA Guides®)為美國醫學會(AMA)出版，可用於職災補償、聯邦系統、道路交通傷害與個人傷害之障礙評等，並非失能評等，國際雖已通用，美國醫學會也另有因果關係與工作能力評估指引(AMA Guides to the Evaluation of Permanent Impairment®, [AMA Guides®] is published by the American Medical Association. It is used in workers' compensation systems, federal systems, automobile casualty, and personal injury cases to rate impairment, not disability. It is used internationally. The AMA also offers the best standards for the evaluation of

causation and workability.)¹⁹。」然而「因果關係與工作能力評估指引(the AMA Guides to the Evaluation of Disease and Injury Causation, 2nd ed)²⁰」，美國實務界尚有不同的批評，國內引用時似宜謹慎。

結語

無過失定義：職業災害補償乃對受到「與工作有關傷害」之受僱人，提供及時有效之薪資利益、醫療照顧及勞動力重建措施之制度，使受僱人及受其扶養之家屬不致陷入貧困之境，造成社會問題，其宗旨非在對違反義務、具有故意過失之雇主加以制裁或課以責任，而係維護勞動者及其家屬之生存權，並保存或重建個人及社會之勞動力，職業災害補償制度，歐美國家立法改採「無過失責任」¹¹。2000年4月25日最高法院89年度第4次民事庭會議決議：「勞動基準法第59條之補償規定，係為保障勞工、加強勞、雇關係，促進社會經濟發展之特別規定，非損害賠償。同法第61條尚且規定該受領補償之權利不得抵銷，應無民法第217條過失相抵之適用。」然於我國實務判決，仍時有不同見解¹²⁻¹⁵，最高法院似應盡早統一見解，我國法院「無過失責任」如何定義與審查，法律所謂「無過失責任」是否即為歐美國家之「無過失三原則」？若然，既然職業災害在保險給付制度內為「無過失補償責任」，何種條件與狀況下，雇主方要負擔民法第188條之僱用人侵權責任？

失能評估：我國法律除應盡速定義損傷/障害(impairment)與失能(disability)兩者之內涵、

範圍與差異外，目前國內實務界有2種失能評估方式，分別來自不同的時空背景，本無優劣之分，惟因為二種評估之時間點、方法、分級方式不同，產生不同結果，雖不意外，然各國社會發展、經濟條件、薪資結構、保險理賠制度不同，本案似逕採美國醫學會(AMA)第六版「永久障礙」為「失能」，雙方訴諸法庭前，應事先衡量二種方式的優缺點，審慎為之¹⁷。

參考文獻

1. 黃程貫：勞動與勞動法－黃程貫教授論文集 (Arbeit & arbeitsrecht)。臺北市，元照；2022。
2. 陳建文：勞動基準法實務爭點(Contemporary legal issues of the labor standards act in practice)。臺灣勞動法學會主編，臺北市，元照；2022。
3. 臺灣高等法院107年度重勞上字第70號民事判決（勞工法庭，2019年11月19日）。
4. 張清滄主編；例解勞動基準法。臺北市，五南圖書；2024。
5. 臺灣勞動法學會主編：勞動基準法釋義－施行40年之回顧與展望(The jurisprudence of labor standards act)。臺北市，元照；2024。
6. 最高法院51年台上字第223號民事判決。
7. 最高法院110年度台上字第674號民事判決。
8. 臺灣新北地方法院111年度勞訴字第187號民事判決（勞動法庭，2025年2月17日）。
9. 臺灣高等法院114年度勞上字第156號民事判決（尚未判決）。
10. 葛謹：英國醫療糾紛判例之啟示。臺灣醫界 2008；51(8)：348-53。
11. 葛謹：職業傷病補償法之立法必要性。醫事法學2007；14(3,4)：103-15。
12. 徐婉寧：論過失相抵原則於受僱醫師過勞職災民訴之適用－評臺灣高等法院臺南分院102年度重勞上字第1號民事判決。政大法學評論 2016；146：259-304。
13. 謝哲勝：僱用人的侵權責任。臺北市，元照；2017。
14. 聞遠志、葛謹：職災鑑定－最高法院113年度台上字第622號民事裁定評析。台北市醫師公會會刊2024；68(8)：18-26。
15. 謝艾庭、林采欣、葛謹：雇主責任－最高法院108年度台上字第1598號民事裁定評析。台北市醫師公會會刊2024；68(10)：20-6。
16. 李永凌：勞工保險殘廢給付改採失能判定及其配套之研究。行政院勞工委員會勞工保險局委託研究報告(BLI96-A03)，行政院勞工委員會勞工保險局，2007年11月30日。
17. 陳有毅、葛謹：失能爭執－臺灣高雄地方法院108年度重勞訴字第10號民事判決評析。台北市醫師公會會刊2022；66(8)：29-38。
18. 林萬億：臺灣身心障礙者權益與福利(The rights and welfare of persons with disabilities in Taiwan)。臺北市，五南圖書；2014。
19. Rondinelli RD, Genovese E, Kat RT, et al：AMA Guides to the Evaluation of Permanent Impairment, 6th Edition, American Medical Association, Chicago, 2007。
20. Talmage JB、Melhorn JM、Hyman MH：AMA Guides to the Evaluation of Work Ability and Return to Work. 2nd edition, American Medical Association, Chicago, 2011. 🇺🇸

Lp(a)：傳統風險評估之外的下一個重點

台北慈濟醫院心臟內科 林雙金

根據衛生福利部於民國112年國人死因統計結果，心血管疾病高居台灣人主要死因第二位¹。儘管目前對傳統心血管風險因子已有相當了解，但實際上對於持續性風險(persistent risk)²，仍然有未滿足之處。雖然降低LDL-C以及管理高血壓、糖尿病等傳統風險因子已顯著成效，但臨床經驗依舊發現，仍有一部分病人在風險因子控制良好的情況下，依然發生心血管事件，透露出除傳統風險因子之外，仍有其他風險因子未被納入考慮。其中Lp(a)被認為是一個獨立致動脈粥狀硬化的心血管風險因子³，估計全世界大約有14億人的Lp(a)過高⁴，因此，提升對Lp(a)的認識與重視，成為當前心血管疾病預防與管理中不可或缺的一環。

Lp(a)是一種類似LDL的粒子，其結構由一個包裹富含脂質核心的ApoB顆粒，並透過雙硫鍵與一個Apo(a)顆粒結合而成（圖一）。Apo(a)上具有名為kringles的結構域，每個Apo(a)分子皆含有KIV₁至KIV₁₀的拷貝，其中KIV₂的拷貝數存在可變性，因此形成大小不一的異質型態。由於KIV₂重複次數的差異，人類血液中存在超過40種不同的Lp(a)異質型態。研究證實，KIV₂拷貝數較少時，會使Apo(a)蛋白較短，進而導致血漿中Lp(a)濃度相對升高（圖一）。此外，Lp(a)濃度90%以上由LPA基因所決定，環境因素如飲食與運動影響極微，因此其濃度在個體一生中相對穩定⁵⁻⁶。

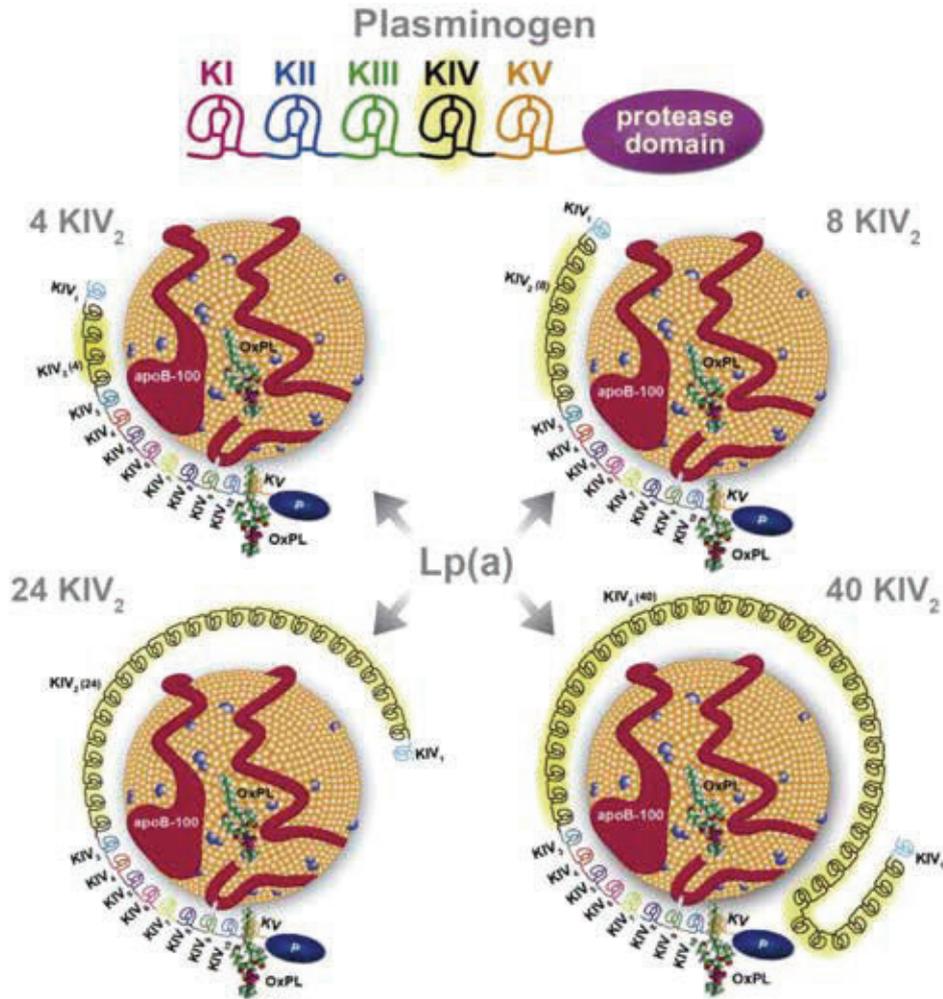
Lp(a)的致病機轉被認為是其促進動脈粥狀硬化、促發炎及促鈣化等多重效應所共同造成的。Lp(a)雖帶有與LDL相同由ApoB媒介

的心血管風險，但Björnson等人最近發表的一項孟德爾隨機化分析指出，Lp(a)的致粥狀硬化性可達LDL的六倍⁶⁻⁷，顯示其致病性不能僅以ApoB相關效應來解釋。Lp(a)因其Apo(a)特有的結構以及所攜帶的氧化磷脂，額外帶來心血管疾病風險（圖二）。Lp(a)透過Apo(a)與血小板上蛋白酶活化受體1(PAR-1, protease-activated receptor 1)的交互作用，以及由於其結構與纖維溶解酶原相似所產生Lp(a)還額外承載了由Apo(a)特有結構與氧化磷脂帶來的風險的抗纖維溶解效應，促進動脈粥狀硬化血栓形成。

Lp(a)所攜帶的氧化磷脂會透過單核球的聚集與活化，導致動脈壁發炎。Lp(a)也會促進單核球分泌更多發炎性細胞激素，使得單核球更易於附著於血管內皮，並穿越內皮層進入血管壁。最後，研究認為Lp(a)也在主動脈瓣鈣化中扮演關鍵角色。當主動脈瓣經機械性損傷後內皮受損，Lp(a)可透過Apo(a)上的賴氨酸結合位點與瓣膜組織結合。隨後，Lp(a)及其攜帶的氧化磷脂會進入內皮下空間，透過多種互補性途徑引發發炎與鈣化，包括泡沫細胞形成、巨噬細胞凋亡、膽固醇微晶沉積，以及促使瓣間細胞表現成骨基因、進而轉化為類骨

表一 與Lp(a)過高相關的心血管疾病⁴

1. 心肌梗塞 (Myocardial infarction)
2. 主動脈瓣狹窄 (Aortic stenosis)
3. 缺血性中風 (Ischemic stroke)
4. 周邊動脈疾病 (Peripheral artery disease)



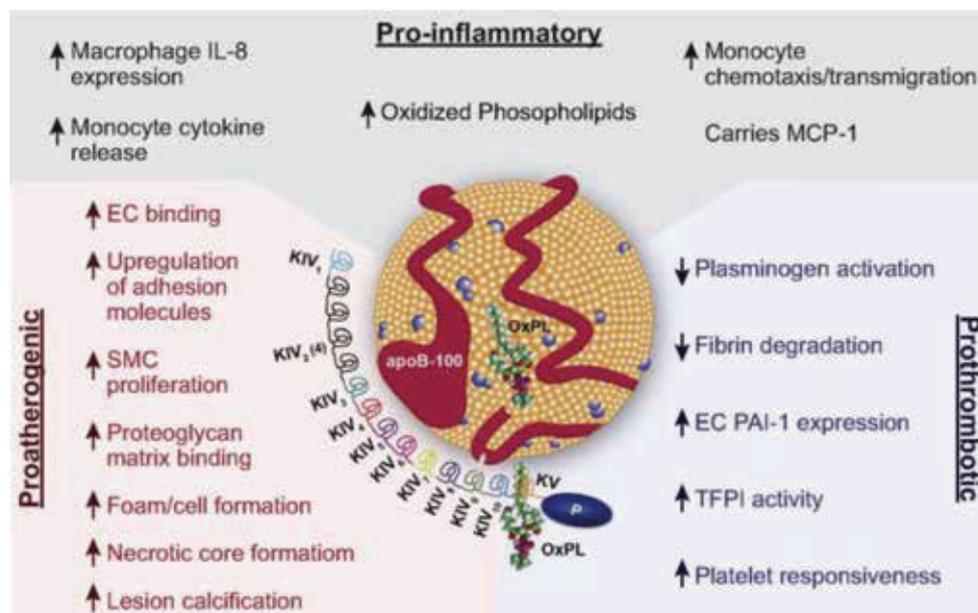
圖一 Lp(a)由ApoB-100與Apo(a)以共價鍵結合而成。Apo(a)包含10種KIV重複亞型，由 KIV₁單一拷貝、多個 KIV₂拷貝，以及KIV₃₋₁₀ 各一個拷貝所組成，並附帶KV及一個不具活性的類蛋白酶區域。在此例中，展示了含有4、8、24與40個KIV₂拷貝的Apo(a)異構型，分別對應於13、17、33與49個KIV重複總數。此外，OxPL可共價鍵結於Apo(a)，亦可溶解於ApoB-100中¹。

細胞。升高的Lp(a)水平促進了非鈣化壞死核心薄纖維帽冠狀動脈斑塊的發展與進展，這類斑塊特別容易破裂，且在促發炎環境下風險更高。Lp(a)在多項流行病學與遺傳研究中，已被確認為一項獨立且強力的心血管風險因子。根據一項包含超過5萬人、平均追蹤期間達15

年的前瞻性研究指出，Lp(a)濃度愈高，未來罹患心血管疾病的風險愈高，尤其當Lp(a)濃度高於50mg/dL時，風險提升更為顯著⁸。

Lp(a)冠狀動脈疾病與心肌梗塞

近年來，越來越多大型研究，包括族群研究、全基因體關聯研究與孟德爾隨機化分



圖二 Lp(a)在動脈粥樣硬化中的致病機轉示意圖。左側顯示其促動脈粥樣硬化作用(Pro-atherogenic)，包括與血管內皮結合、平滑肌細胞增殖、細胞外基質結合、泡沫細胞形成、壞死核心形成及鈣化等。上方顯示其促發炎作用(Pro-inflammatory)，如活化巨噬細胞IL-8表現、單核球細胞激素釋放、趨化與移行，以及攜帶OxPL。右側則為促血栓作用(Pro-thrombotic)，包括降低纖維蛋白溶解及增加血小板反應性等¹。

析，一致證實Lp(a)是一個獨立、基因調控，且具有因果關係的心血管風險因子，特別與冠狀動脈疾病與心肌梗塞密切相關。一項納入超過12萬人的統合分析也證實，高Lp(a)跟冠狀動脈疾病和心肌梗塞的發生率有明顯關聯，而且這種關聯是獨立存在的，不受其他傳統危險因子影響⁸。進一步的研究來自丹麥哥本哈根團隊，他們分析了超過4萬人的資料，研究發現Lp(a)濃度升高與心肌梗塞風險增加有明顯關聯，且Lp(a)濃度與Apo(a)上的KIV₂拷貝數成反比，而KIV₂拷貝數越少的人，心肌梗塞的風險也明顯升高，此結果首次證實LPA基因

型與心肌梗塞之間的因果關係⁵。此外，利用孟德爾隨機化的分析方法，進一步證實：降低Lp(a)濃度，確實能減少冠心病的發生率⁹，顯示Lp(a)不僅是風險標記，更可能是未來治療的重要標靶。

Lp(a)主動脈瓣狹窄

早期的觀察研究發現，非風濕性主動脈瓣狹窄患者的瓣膜組織中，富含脂質、鈣質與發炎細胞，推翻了主動脈瓣狹窄僅為單純老化退化的傳統看法。進一步的組織學分析證實，這些病變內含有Apo(a)與ApoB等脂蛋白，首次建立了循環中脂蛋白與主動脈瓣狹窄發生之間

的潛在機轉連結。隨後的流行病學研究也提供支持性證據。像是Gotoh等人進行的病例對照研究顯示，Lp(a)濃度較高(≥ 30 mg/dL)的人，主動脈瓣硬化的盛行率更高¹⁰。綜合目前資料，高Lp(a)可能透過先前提到的鈣化機轉與主動脈瓣狹窄的發生有明確因果關係，也可能促進疾病進展。然而，要明確證實降低Lp(a)是否能延緩主動脈瓣狹窄惡化，仍需更多高品質臨床試驗。正在進行的FRONTIER-CAVS試驗，將針對這個假說進行直接驗證。

Lp(a)與缺血性中風

Lp(a)與缺血性中風之間的關聯性在過去研究中呈現不一致的結果，EPIC-Norfolk與PRIME兩項大型前瞻性研究均未發現Lp(a)與中風風險有顯著關聯。然而在Smolders等人的統合分析（合併31項研究、56,010名受試者）顯示，中風患者的Lp(a)濃度顯著高於對照組(RR 1.22；95% CI, 1.04–1.43)。哥本哈根研究則提供了最有力的證據，在6萬餘名白人族群中，觀察到Lp(a)濃度及高風險基因型與缺血性中風具因果關聯¹¹。整體來看，儘管Lp(a)與中風的關聯性較其與冠心病為弱，但累積證據已強化Lp(a)在特定族群中對中風風險的重要性。

Lp(a)與周邊動脈疾病

目前關於Lp(a)與周邊動脈疾病的研究，雖然數量相對少於冠狀動脈疾病或主動脈瓣狹窄，但已有足夠證據支持兩者之間存在因果關係。在丹麥哥本哈根總體研究中，追蹤了超過

10萬名成人，發現Lp(a)升高會增加罹患周邊動脈疾病的風險。具體來說：Lp(a)位於99百分位以上的人，發生周邊動脈疾病的風險是低於50百分位者的約3倍。此外，基因分析也發現，攜帶高風險LPA基因型（如KIV₂拷貝數較少）的人，同樣有較高的周邊動脈疾病風險。進一步透過孟德爾隨機化分析，證實這種關聯是具有因果關係的¹²。總結來說，高Lp(a)濃度會增加周邊動脈疾病的發生風險。

Lp(a)在臨床指引中的最新地位

隨著越來越多證據證實Lp(a)是動脈粥狀硬化性心血管疾病及主動脈瓣狹窄的因子，全球主要心血管學會也逐步將Lp(a)納入臨床指引建議。

現行治療藥物對Lp(a)的影響

目前臨床上使用的降血脂藥物中，部分雖然對Lp(a)有益處，但並非專門針對Lp(a)設計。

Statin

作為最廣泛使用的降膽固醇藥物，已知能有效降低LDL-C，但卻可能使血漿Lp(a)濃度輕微上升（約增加10%）。儘管如此，對於Lp(a)升高的患者，透過降低LDL-C仍然可顯著減少心血管事件發生，顯示積極管理其他心血管危險因子依然重要。

Niacin

過去被視為能增加高密度脂蛋白膽固醇及降低三酸甘油脂的藥物，亦曾顯示可使

表二 各大心血管學會對Lp(a)的篩檢建議比較表

| 協會名稱 | 建議篩檢族群 |
|---------------------------|---|
| 歐洲心臟學會/歐洲動脈硬化學會 (ESC/EAS) | - 所有成年人（至少一次） - 年輕發生缺血性中風者 - 有早發ASCVD或不明高Lp(a)家族史者 - 家族性高膽固醇血症(FH)患者 - 直系親屬已知有高Lp(a)者（建議 cascade screening） |
| 加拿大心臟學會(CCS) | - 所有進行首次血脂檢查者 - Lp(a)≥50mg/dL（或≥100 nmol/L）者，應積極控制其他風險因子 |
| 美國國家脂質協會 | - 所有成年人（至少一次） |
| 美國心臟學會/美國心臟協會 (ACC/AHA) | - 有早發ASCVD的家族史者 - 有ASCVD但無其他主要危險因子者 |

註：Lp(a)濃度換算時，1 mg/dL約等於2.4 nmol/L。

表三 建議接受Lp(a)檢測的族群分類

1. 有早發性心血管疾病家族史者
2. 有心血管疾病，但無其他明顯危險因子者
3. 年輕即發生缺血性中風者
4. 家族性高膽固醇血症患者
5. 所有成年人至少應檢測一次

Lp(a)濃度下降約20%。然而，大型隨機臨床試驗如AIM-HIGH試驗指出，雖然Niacin能降低Lp(a)，但並未顯著改善心血管結果試驗 (cardiovascular outcome trial)，因此目前臨床上使用niacin以控制Lp(a)的策略已不再被廣泛推薦。

Mipomersen/Lomitapide

Mipomersen是一種針對ApoB的反義寡核苷酸(Antisense oligonucleotides, ASOs)，可抑

制所有ApoB相關脂蛋白（包括LDL、VLDL及Lp[a]）的生成。在臨床試驗中，Mipomersen能使LDL-C降低30–50%，同時使Lp(a)濃度下降約20–30%。Lomitapide則為微粒體三酸甘油酯轉移蛋白(MTP)抑制劑，通過抑制肝臟與小腸中ApoB含脂脂蛋白的組裝，也達到降低LDL-C與Lp(a)的效果。儘管兩者在降低血脂方面展現良好效果，但因副作用如肝功能異常、脂肪肝變化風險較高，加上整體耐受性不佳，至今其臨床應用受到極大限制。目前mipomersen與lomitapide主要限用於治療同合子型家族性高膽固醇血症等極高風險且其他治療無效的病患族群，並非常規使用於一般高Lp(a)患者。

PCSK9 inhibitor

PCSK9抑制劑目前包含小干擾RNA(siRNA)療法與單株抗體療法兩大類。其中，inclisiran

為近年新興小干擾RNA藥物，透過抑制肝臟內PCSK9的合成，達到降低LDL的效果。Inclisiran每半年施打一次，具備長效且高順從性的優勢。根據ORION系列臨床試驗資料，Inclisiran除有效降低LDL-C外，也可使Lp(a)濃度下降約20%¹³。單株抗體類PCSK9抑制劑，包括evolocumab與alirocumab，則透過中和循環中的PCSK9蛋白，間接增加肝細胞表面LDL受體表現，促進LDL-C清除。臨床試驗FOURIER與ODYSSEY顯示，這些藥物除了顯著降低LDL-C外，亦能使Lp(a)濃度下降約20–30%。進一步的分析指出，在基線Lp(a)較高的患者中，PCSK9抑制劑治療後心血管事件風險的降低幅度更為明顯，且Lp(a)下降與臨床獲益呈正相關。

Apheresis

Lipoprotein apheresis目前是唯一經美國FDA核准，可針對Lp(a)顯著降低的治療方式。此技術透過物理方式直接去除血液中的ApoB及其相關脂蛋白，包括Lp(a)，單次治療後Lp(a)濃度可降低約70%。觀察性資料，如德國Lipoprotein Apheresis Registry報告，顯示接受apheresis的患者，心血管事件發生率有明顯下降。然而，由於缺乏隨機對照試驗，目前無法確立apheresis對心血管結局改善的直接因果關係。此外，apheresis需定期進行，費用高昂且資源受限，因此主要適用於極高風險且其他藥物無法有效控制的患者，如極高Lp(a)合併顯著動脈粥狀硬化者。

開發中Lp(a)藥物

Antisense Oligonucleotides(ASOs)

反義寡核苷酸是一類能夠選擇性結合目標mRNA，促進其降解，從而阻斷蛋白質合成的單股核酸分子。應用於Lp(a)治療上，單股反義寡核苷酸藥物如pelacarsen能夠專一性降解LPA mRNA，抑制Apo(a)蛋白生成，有效降低血漿中Lp(a)濃度。Pelacarsen採用GalNAc修飾技術，增強對肝細胞的選擇性，大幅提升療效與安全性。

二期臨床試驗顯示，Pelacarsen能依劑量依賴性地降低Lp(a)濃度，最高可達80%以上¹⁴。目前正在進行HORIZON Phase 3大型臨床試驗，以評估其對心血管事件的影響。此外，Pelacarsen亦正在FRONTIER-CAVS研究中，探討其在主動脈瓣狹窄進展中的潛在延緩作用。

Small Interfering RNAs(siRNAs)

Small interfering RNAs為雙股RNA分子，能透過RNA-induced silencing complex(RISC)專一性辨識並降解目標mRNA，達到持續抑制蛋白質合成的效果。用於Lp(a)治療上，GalNAc修飾的siRNA，如olpasiran、zerlasiran以及lepodisiran，均已在早期臨床試驗中展現出顯著且持久的Lp(a)降低效果。Olpasiran在第一期臨床試驗中，單次給藥即可使Lp(a)降低達90%，且效果可維持3至6個月¹⁵；OCEAN(a)-DOSE二期試驗證實在ASCVD患者中亦可持續大幅降低Lp(a)，且耐受性良好¹⁶。Zerlasiran

表四 針對Lp(a)的主要新興藥物一覽表

| 藥物名稱 | 機轉 | 試驗名稱 | 目標族群 |
|-------------|---------------------------|-------------------------|--|
| Pelacarsen | Anti-Apo(a) ASO | HORIZON (Phase 3) | Lp(a)≥70 mg/dL，已確診ASCVD（心肌梗塞、中風或周邊動脈疾病） |
| Pelacarsen | Anti-Apo(a) ASO | CAVS (Phase 2) | Lp(a)≥175 nmol/L，輕至中度主動脈瓣狹窄，心血管風險控制良好者 |
| Olpasiran | Anti-Apo(a) siRNA | OCEAN(a) (Phase 3) | Lp(a)≥200 nmol/L，已確診ASCVD（心肌梗塞、血管重建且有額外一個以上風險因子） |
| Zerlasiran | Anti-Apo(a) siRNA | ALPACAR-360 (Phase 2) | Lp(a)≥125 nmol/L，BMI 18–32，高ASCVD風險患者 |
| Lepodisiran | Anti-Apo(a) siRNA | ACCLAIM-Lp(a) (Phase 3) | Lp(a)≥175 nmol/L，已確診ASCVD或高風險初次事件族群（含FH或多重風險因子） |
| Muvalaplin | 口服小分子抑制劑（抑制ApoB與Apo(a)結合） | ALPACA (Phase 2) | Lp(a)≥175 nmol/L，穩定使用降脂或內分泌治療藥物者，BMI 18.5–40 |

註：Lp(a)濃度換算時，1 mg/dL約等於2.4 nmol/L。

與lepodisiran也已分別完成第一、二期試驗，顯示相近的降幅效果，未來大型第三期臨床試驗，包括OCEAN(a)與ACCLAIM-Lp(a)試驗，將進一步驗證這類藥物在高風險族群中的心血管保護效益。

Muvalaplin

Muvalaplin為以小分子口服方式干擾Lp(a)合成的藥物，機轉為阻斷ApoB與Apo(a)之間形成的雙硫鍵結合，從而防止Lp(a)粒子的生成。不同於ASO與siRNA皆需注射給藥，Muvalaplin具備口服給藥的便利性。

在Phase 1臨床試驗中，Muvalaplin在健康受試者中顯示可使Lp(a)濃度降低65%。整體耐受性良好，僅有輕微、暫時性的纖維溶酶原活性下降，且不影響其他脂蛋白濃度。儘管早期

數據令人期待，目前仍需進一步透過Phase 2與Phase 3試驗確認其在高Lp(a)族群中的長期心血管保護效果。

台灣Lp(a)檢測現況

台灣目前已具備Lp(a)檢測能力，且自2012年起健保已將此項檢驗納入給付（診療項目代碼：12164B，支付點數：275）。多數大型醫療院所及部分健康檢查中心皆已可提供Lp(a)檢測，整體可近性正逐步提升；若醫療單位尚未具備此檢測能力，亦可透過檢驗科協助進行安排。根據統計資料，民國113年Lp(a)檢驗量約為53,099件，同期LDL檢驗量則高達15,875,882件¹⁷，約為Lp(a)檢驗量的300倍。此一明顯差距反映出，儘管Lp(a)已被確認為獨立的心血管風險因子，在臨床實務中仍常被忽

略，潛在高風險患者未能及早識別。

結語

由於目前市面上尚無針對Lp(a)的特異性治療藥物，對於Lp(a)濃度升高的患者，建議應優化可調整的心血管危險因子控制，例如積極管理LDL-C，同時維持健康的生活型態，包括均衡飲食與規律運動。此策略已被證實能有效降低高Lp(a)患者的整體心血管風險，特別是在尚無專一治療選項的情況下，具有實質臨床價值。根據國際指引趨勢，特別是歐洲心臟學會及歐洲動脈硬化學會建議，針對年輕即發生缺血性中風者、有早發ASCVD或不明原因高Lp(a)家族史者，以及家族性高膽固醇血症患者，應優先進行Lp(a)檢測。同時，歐洲心臟學會及歐洲動脈硬化學會、加拿大心臟學會與美國國家脂質協會亦一致建議，所有成年人至少應於一生中篩檢一次Lp(a)，以利早期識別高風險族群，並及早介入管理。隨著新興治療策略（如反義寡核苷酸、小干擾RNA、口服小分子抑制劑）快速發展，臨床醫療界對於Lp(a)的重要性正持續提升，檢測需求亦呈現穩定成長的趨勢。展望未來，隨著醫療人員對

縮寫表

| 英文縮寫 | 全名 | 中文全名 |
|--------|------------------------|--------|
| Apo(a) | apolipoprotein (a) | 脂蛋白(a) |
| ApoB | apolipoprotein B | 脂蛋白B |
| ASO | Anti-sense nucleotide | 反義寡核苷酸 |
| Lp(a) | Lipoprotein (a) | 脂蛋白小a |
| OxPL | Oxidized phospholipid | 氧化磷脂 |
| siRNA | Small interference RNA | 小干擾RNA |

Lp(a)臨床意義的持續深化認識，加上檢測技術的標準化與普及推動，相信將有更多潛在高風險患者能夠及早被篩檢並接受適當管理，進一步優化心血管疾病的預防與治療成效。

參考文獻

1. 衛生福利部112年國人死因統計結果。
2. Sotirios T: A Test in Context: Lipoprotein(a): Diagnosis, Prognosis, Controversies, and Emerging Therapies. *J Am Coll Cardiol* 2017; 69(6): 692-711.
3. Børge GN, John C, Ray K, et al: Lipoprotein(a) as a cardiovascular risk factor: current status. *Eur Heart J* 2010; 31(23): 2844-53.
4. Khalil A, Alexis B, George T: Lp(a) A clinical review *Clin Biochem* 2025 Jun ; 137: 110929.
5. Robert C, John FP, Jemma CH, et al: Genetic variants associated with Lp(a) lipoprotein level and coronary disease. *N Engl J Med* 2009; 361(26): 2518-28.
6. Rosenson RS, Koschinsky ML, Nordestgaard BG, et al: Hypercholesterolemia, Hyperlipoprotein(a), Hypertriglyceridemia, and Low HDL. In: Fuster V, Narula J, Vaishnava P, Leon MB, Callans DJ, Rumsfeld JS, Poppas A. eds. *Fuster and Hurst's The Heart*, 15e. McGraw-Hill Education; 2022. Accessed May 15, 2025.
7. Antonio G, Simone F, Marco S, et al: Lipoprotein(a) as a pharmacological target:

- premises, promises, and prospects. *Circulation* 2025 Feb 11; 151(6): 400-15.
8. Sebhat E, Stephen K, Perry PL, et al: Lipoprotein(a) concentration and the risk of coronary heart disease, stroke, and nonvascular mortality. *JAMA* 2009; 302(4): 412-23.
9. Claudia L, Florian K, Lp(a)-GWAS-Consortium: Estimation of the required lipoprotein(a)-lowering therapeutic effect size for reduction in coronary heart disease outcomes: a Mendelian randomization analysis, *JAMA Cardiol* 2019 Jun 1; 4(6): 575-9.
10. Gotoh T, Kuroda T, Yamasawa M, et al: Correlation between lipoprotein(a) and aortic valve sclerosis assessed by echocardiography (the JMS Cardiac Echo and Cohort Study). *Am. J. Cardiol* 1995; 76 (12): 928-32.
11. Anne L, Børge GN, Pia RK: Elevated Lipoprotein(a) and Risk of Ischemic Stroke. *J Am Coll Cardiol* 2019 Jul 9; 74(1): 54-66.
12. Aniruddh PP, Minxian W, James PP, et al: Lp(a) (Lipoprotein[a]) concentrations and incident atherosclerotic cardiovascular disease: new insights from a large national biobank. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2021; 41(1): 465-74.
13. Scott RW, Ray KK, Frederick JR et al: Pooled Patient-Level Analysis of Inclisiran Trials in Patients With Familial Hypercholesterolemia or Atherosclerosis. *J Am Coll Cardiol* 2021 Mar 9; 77(9): 1182-93.
14. Sotirios T, Ewa KP, Ioanna GB, et al: Lipoprotein(a) Reduction in Persons with Cardiovascular Disease. *N Engl J Med* 2020 Jan 16; 382(3): 244-55.
15. Michael K, Patrick M, Seth JB, et al., Preclinical development and phase 1 trial of a novel siRNA targeting lipoprotein(a). *Nat. Med* 2022; 28 (1): 96-103.
16. Michelle LO, Robert SR, Baris G, et al: Small interfering RNA to reduce lipoprotein(a) in cardiovascular disease. *N Engl J Med* 2022; 387 (20): 1855-64.
17. 健保署 (2025年4月29日)。民眾版全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準。取自 <https://www.nhi.gov.tw/ch/cp-5039-b2256-3030-1.html> ㊦



單側聲帶麻痺治療： 聲帶注射術與甲狀軟骨成形術比較

新光醫院¹耳鼻喉科²重症醫學科 施驊璋¹ 尤繹茗²

前言

單側聲帶麻痺(Unilateral vocal fold paralysis, UVFP)最常見的病因為醫源性¹，特別是甲狀腺與副甲狀腺手術後，其次還包括胸腔、心臟及頸椎手術，非手術因素則以惡性腫瘤及特發性最為常見，其他如插管、外傷、中風或放射線治療等也可能導致聲帶麻痺。

其臨床表現包括聲音沙啞、吞嚥困難、吸入性嗆咳風險增加²。不論是症狀顯著影響生活的急性期、或預期自發恢復可能性低、長期有聲音障礙或吞嚥嗆咳問題時，都可以考慮外科介入。常見的兩種手術方式包括聲帶注射術(Injection Laryngoplasty, IL)與甲狀軟骨成形術(Thyroplasty, TP)。聲帶注射術是一種微創方式，將生物相容材料注入麻痺聲帶，使其向中線移動以改善聲帶閉合，療效即時但為暫時性改善。甲狀軟骨成形術則是較侵入性的開放手術，透過在甲狀軟骨製作窗孔並置入植入物，達到永久性聲帶內移(medialization)。本文將介紹兩種手術方式，並藉由文獻回顧比較聲帶注射術與甲狀軟骨成形術在聲音與吞嚥功能改善之療效。

單側聲帶麻痺(Unilateral vocal fold paralysis, UVFP)

單側聲帶麻痺是指由於喉返神經(recurrent laryngeal nerve, RLN)或迷走神經(vagal nerve)功能減弱，導致單側聲帶運動減少。最常見的病因為手術相關併發症(55.6%)，其中以甲狀腺/副甲狀腺手術(16.8%)最常見，其次為

肺手術(7.8%)、心臟手術(6.2%)及頸椎手術(5.1%)。非手術原因佔38.2%，主要包括惡性腫瘤(17.8%，以肺癌7.8%最多、其次是遠端轉移的腫瘤占2.6%)，特發性(13.2%)、插管後(6.2%)、外傷(3.2%)、腦中風(1.9%)、頸部放射線治療(0.9%)、頸部感染(0.1%)等¹。

根據Schiedermaier B等人於2021年發表的回顧性研究²，分析了415名單側聲帶麻痺患者的臨床資料，結果顯示最常見的症狀為聲音沙啞(92%)，近一半患者(48%)出現吞嚥困難，21%表示有呼吸不順，14%有頻繁咳嗽的情形，另有4%因喉部不適需經常清喉。其中有62位患者接受改良型鋇劑吞嚥檢查(Modified Barium Swallow, MBS)，結果顯示有14位(23%)的食物滲透－吸入量表(Penetration-Aspiration Scale, PAS)評分高於5分，顯示單側聲帶麻痺與吸入性嗆咳之風險密切相關，不可忽視。

根據一篇2017年的研究³，可自發性恢復之單側聲帶麻痺多在6至9個月內復原(86%於6個月內、96%於9個月內)。當自發恢復可能性低(聲帶麻痺超過一年以上未恢復、肌電圖判斷預後不佳、或手術中確定神經已被破壞等)，患者可考慮接受永久性的甲狀軟骨成形術。

聲帶注射術(Injection Laryngoplasty, IL)

聲帶注射術屬微創手術，沒有外在頸部的傷口，若病人可以配合甚至可以局部麻醉下直接在門診執行注射術。其療效即時的特性，常

用於需即時改善聲音或吞嚥等症狀的急性期⁴，但其效果為暫時性（因不同的注射材料有不同的時效），部分病人若是因神經暫時性損傷導致單側聲帶麻痺，在等待神經自發性恢復的觀察期中，也可以考慮用聲帶注射術先救急改善症狀。目前常用的聲帶注射材料包含：

- 玻尿酸⁵ (hyaluronic acid)：生物相容性佳，短期至中期效果穩定，生活品質與聲音參數常改善。被吸收掉後效果不再，可能需要反覆注射。
- 自體脂肪⁶：因為取用病人自己的脂肪組織，沒有組織排斥的問題，比起玻尿酸能更長期保持效果。
- 其他合成材料（如鈣氫磷灰石⁷、真皮粉⁸等）：長期安全性與功效尚待更多的臨床資料。

甲狀軟骨成形術(Thyroplasty, TP)

甲狀軟骨成形術是一種較具侵入性的開放性手術，透過在甲狀軟骨上開窗孔，並放入植入物，使聲帶向內移動，從而達到永久性聲音改善。常見植入物材料包括矽膠(silicone)、鈦合金⁹ (titanium)、合成材料Gore-Tex等。比起

聲帶注射術的暫時性改善，甲狀軟骨成形術的效果是永久性的，而且長期穩定，有長期追蹤研究指出手術後5年語音改善逐步提升且持續維持¹⁰。

聲音改善的效果

根據一篇橫跨10年的前瞻性研究⁷，分析比較了兩種術式的術後短期（3個月）以及長期（12個月）變化。無論是聲帶注射術或甲狀軟骨成形術，兩組在手術前後的最大發聲時間(Maximum Phonation Time, MPT)皆有顯著改善(IL組 $p = 0.001$ ，TP組 $p = 0.000$)，且短期與長期療效間無明顯差異，顯示效果穩定。在聲門閉合(Glottic Closure)方面，TP組於術後短期內有顯著改善($p = 0.000$)，但IL組無統計上顯著變化($p = 0.267$)；兩組在短期與長期間的聲門閉合情況無顯著差異。在聲音障礙指數(Voice Handicap Index-30, VHI-30)方面，TP組在功能(F)、情緒(E)與身體(P)構面皆於術後短期顯著改善（皆為 $p = 0.001$ ），而IL組雖有改善趨勢(F: $p = 0.089$ ；E: $p = 0.219$ ；P: $p = 0.232$)，但未達統計顯著。在GRBAS聲音評估量表中，IL組在聲音總體等級(Grade, $p =$

表一 聲帶注射術與甲狀軟骨成形術比較

| 手術方式 | 作用原理 | 材料/植入物 | 效果持續時間 | 侵入性 |
|---------|----------------------|--------------------|--------------------------|--------------------------------|
| 聲帶注射術 | 透過增加聲帶體積，使麻痺的聲帶向中線移動 | 玻尿酸、自體脂肪、鈣氫磷灰石、真皮粉 | 多為暫時性，可能需要重複注射，有些材料效果較持久 | 低，頸部外觀無傷口。病人若可以配合，在門診局部麻醉即可執行。 |
| 甲狀軟骨成形術 | 透過甲狀軟骨窗孔植入物，永久性聲帶內移 | 矽膠、鈦合金、Gore-Tex | 永久性、長期穩定 | 中，頸部有傷口。通常是住院手術。 |

0.002)與氣音(Breathiness, $p = 0.000$)有顯著改善，TP組則在聲音總體等級($p = 0.000$)、粗糙度(Roughness, $p = 0.011$)與氣音($p = 0.000$)皆顯著進步，其餘項目無顯著差異，且各組在短期與長期間GRBAS評分皆穩定無顯著差異。綜合分析顯示，TP組在多數聲音參數上具有較明顯的短期改善效果，但IL與TP兩組在各項指標的長期療效間並無統計顯著差異。此外，兩種手術皆未發生術中或術後併發症，顯示其安全性高。

一篇2020年發表的系統性回顧⁵，納入2010至2018年間共14篇研究，統合分析聲帶注射術的聲音改善效果。大多數注射材料以玻尿酸為主，注射劑量多為1cc或1cc以下。依照追蹤期長短分為短期(≤3個月)、中期(6個月)與長期(≥12個月)。效果評估涵蓋四大類：生活品質問卷、GRBAS聲音評估量表、聲學數據(如MPT、F0等)與影像分析(如聲門間隙面積NGGA: normalized glottal gap area)。整體而言，多數研究在各追蹤時期皆顯示生活品質、聲音感知表現(特別是在GRBAS的Grade、Breathiness項目)與MPT有顯著進步。影像分析中，NGGA亦顯著縮小，顯示聲門閉合改善。有研究指出早期進行玻尿酸聲帶注射(發病6個月內)可降低後續接受永久聲門成形手術的機率，62.5%病人因早期接受聲帶注射手術而不需接受開放性永久聲帶手術¹¹，早期注射不僅有助於改善嗓音與吞嚥症狀，亦可預防聲帶長期外展、萎縮及不當代償現象，進而為神經自發性恢復提供理

想的解剖環境。此外，統計分析發現，年齡愈大者平均MPT較短(每增加1歲減少0.2秒， $p = 0.033$)，但性別、麻醉方式或注射路徑與聲音改善效果無明顯關聯。玻尿酸聲帶注射在短、中、長期均具顯著療效，特別在聲音品質與聲門閉合上表現穩定，且早期治療效果更佳。

由Ryu IS等人發表的研究¹⁰，分析了40位單側聲帶麻痺並接受甲狀軟骨成形術的病人，其中有男性18人，女性22人，平均年齡52.2歲，從發病至接受甲狀軟骨成形術間隔平均15個月，術後平均追蹤8.7年。結果顯示，此手術能穩定且持久地改善聲音品質。GRBAS聲音評估量表中的聲音總體等級從術前的2.03顯著下降至術後6個月的1.15、1年時的0.48，並維持至5年(0.38)，改善幅度在接受手術後的第一年最為明顯。最大發聲時間由術前的6.84秒提升至術後6個月的10.81秒、1年達12.34秒，5年可達14.14秒(皆具統計學顯著差異， $p < 0.01$)。無患者出現術中或術後併發症，也無需進一步治療或再次手術。研究指出，術後聲音改善主要在手術後1年內為關鍵，1年以後變化不大，因此建議聲音評估可於術後1年進行即可。此研究支持甲狀軟骨成形術具長期穩定與安全的聲音改善療效。

吞嚥困難、嗆咳風險的改善

聲帶注射術和甲狀軟骨成形術除了可以改善患者聲音之外，也能降低部分病人的嗆咳風險。由日本學者發表的2023研究分析了32

位單側聲帶麻痺患者¹²，平均年齡為66歲，主要病因包括主動脈瘤、食道癌、肺癌、甲狀腺癌、迷走神經鞘瘤(Vagal schwannoma)、頸部創傷、不明原因聲帶麻痺。病人依據接受的手術方式分成兩組：1.聲帶注射術(IL) 2.甲狀軟骨成形術(TP)合併杓狀軟骨內收術(arytenoid adduction, AA)，其中20人接受IL、12人接受TP + AA。吞嚥功能分析顯示術前約59.4%的患者有吞嚥障礙，18.8%有明顯吸入性噎咳風險，手術後兩組病人在功能性由口進食量表(functional oral intake scale, FOIS)或Hyodo-Komagane吞嚥評分皆比術前有顯著改善，特別是在咽部清除能力進步最明顯。比較IL與TP + AA兩組病人在吞嚥功能的差異時，無論在客觀評量(FOIS、Hyodo-Komagane score)或主觀吞嚥困難自我評估工具表(eating assessment tool 10, EAT-10)評估上均無顯著差異，顯示兩者在具足夠聲門閉合情況下，吞嚥改善療效相當。研究也指出，單側聲帶麻痺患者的吞嚥困難機轉複雜，與神經損傷範圍及感覺異常有關，單純改善結構性閉合可能無法完全恢復功能。儘管此研究具回溯性設計、樣本數較小及缺乏對照組等限制，但仍證實聲帶內收手術對於大多數單側聲帶麻痺患者的吞嚥功能具有明顯療效，且IL與TP+ AA對於吞嚥困難的改善成效相當。

新選擇-可調式甲狀軟骨植入裝置

近年來，針對單側聲帶麻痺所進行的甲狀軟骨成形術，已有可調式植入裝置的新技術

發展。可調式裝置其特色在於植入物內部具可注射式水囊，術中與術後（可以超音波作為導引）皆可透過注入或抽取生理食鹽水進行體積微調，以隨著患者的聲音變化進行聲門閉合與聲音品質的調整。2024年發表的前瞻性病例系列¹³，共收案14位單側聲帶麻痺成人患者，皆接受可調式甲狀軟骨植入裝置並追蹤超過一年。結果顯示，93%患者於手術當下接受氣囊微調（注入量介於0.05至0.12毫升），其中4位患者於術後亦接受進一步調整，並立即呈現聲音參數改善的趨勢。長期結果顯示，患者的聲音品質明顯提升，包括主觀聲音障礙指數VHI-30顯著下降，以及GRBAS評估量表、訊噪比(signal-to-noise ratio)等聲學指標皆有統計學上顯著改善($p < 0.001$)，且效果於一年以上的追蹤中持續穩定。其術後可調整性亦提供臨床上避免再次手術的彈性，有助於提升治療成效與病患滿意度。

結語

聲帶注射術與甲狀軟骨成形術兩者常應用在單側聲帶麻痺的治療上。聲帶注射術屬於微創介入，可在門診進行，無需住院，頸部無外觀傷口，手術風險較低，適合於病程早期，或疑似暫時性神經損傷的患者，並可在等待神經恢復的期間提供立即的症狀改善，在聲音品質與聲門閉合方面改善良好，惟根據注射材料的不同，維持的效果時間不同，可能需重複施作。甲狀軟骨成形術則為較具侵入性的永久性手術，手術後多需住院觀察數天，適

用於聲帶注射術無效或確定為永久性聲帶麻痺的患者。儘管甲狀軟骨成形術在短期內於多數聲音參數上改善較為顯著，但研究顯示兩者在長期療效上無統計學差異。吞嚥困難的改善成效亦在兩者間相當。治療策略上，分階段處理已成共識：初期以聲帶注射緩解症狀、降低吸入性肺炎等併發症風險²，若神經恢復不佳或症狀持續，則考慮甲狀軟骨成形術作為長期解決方案。此外，美國耳鼻喉-頭頸外科學會 (American Academy of Otolaryngology – Head and Neck Surgery, AAO-HNS) 的臨床實務指南亦建議應根據病程演進、預後狀況與患者需求，進行個體化治療決策¹⁴。

參考文獻

1. Emily AS, David JG, Randal CP: Etiology and Time to Presentation of Unilateral Vocal Fold Paralysis. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2014; 151(2): 286-93.
2. Benjamin S, Katherine AK, Maya S, et al: Prevalence, incidence, and characteristics of dysphagia in those with unilateral vocal fold paralysis. *Laryngoscope* 2020; 130(10): 2397-404.
3. Ted M, HM P, Lesley FC: The natural history of recoverable vocal fold paralysis: Implications for kinetics of reinnervation. *Laryngoscope* 2017; 127(11): 2585-90.
4. Joana ASM, Adrien M, Frédéric C, et al: Early management of acute unilateral vocal fold paralysis: update of the literature. *J Voice* 2021; 35(6): 924-6.
5. CC W, SH W, YK T, et al: Hyaluronic Acid Injection Laryngoplasty for Unilateral Vocal Fold Paralysis-A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cells* 2020; 9(11): 2417.
6. WD C, SH C, MH T, et al: Autologous Fat Injection Laryngoplasty for Unilateral Vocal Fold Paralysis. *J Clin Med* 2021; 10(21): 5034.
7. Katarína S, András B, Jakub D, et al: Comparison of Short and Long-Term Results after Injection Laryngoplasty with Radiesse® Voice and Thyroplasty Type I in Unilateral Vocal Fold Palsy. *Acta Medica (Hradec Kralove)* 2023; 66(3): 107-11.
8. Stephen CH, Haley S, Daniel SF, et al: Injection Laryngoplasty Using Micronized Acellular Dermis for Vocal Fold Paralysis: Long-term Voice Outcomes. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2016; 154(5): 892-7.
9. Daisuke S, Koji M, Yasuhiro I, et al: Long-term treatment outcome of type 1 thyroplasty using novel titanium medialization laryngoplasty implant combined with arytenoid adduction for unilateral vocal cord paralysis: single-arm interventional study at a single institution. *Laryngoscope Investig Otolaryngol* 2020; 5(5): 895-902.
10. IS R, SY N, MW H, et al: Long-term voice

outcomes after thyroplasty for unilateral vocal fold paralysis. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2012; 138(4): 347-51.

11. Aaron DF, James AB, James TH, et al: Early versus late injection medialization for unilateral vocal cord paralysis. Laryngoscope 2010; 120(10): 2042-6.
12. Takeyuki K, Shuta T, Hiroyuki O: Effectiveness of vocal fold medialization surgery on the swallowing function of patients with unilateral vocal fold paralysis. Laryngoscope Investig Otolaryngol. 2023; 8(4): 1007-13.
13. PK H, CK C, YH Y, et al: Long-term voice outcomes of medialization thyroplasty with adjustable implant for unilateral vocal fold paralysis. Eur Arch Otorhinolaryngol 2024; 281(3): 1371-8.
14. Sujana SC, Gregory WR, Michael DS, et al: Clinical practice guideline: improving voice outcomes after thyroid surgery. Otolaryngol Head Neck Surg 2013; 148(6 Suppl): S1-37.



¹台北市立聯合醫院仁愛院區教學研究科 ²台北市立聯合醫院中興院區家庭醫學科
³國立台灣大學公共衛生學院流行病與預防醫學研究所 ⁴臺北市立大學社會暨公共事務學系
⁵臺北市立大學衛生福利學系 ⁶親親家庭診所 ⁷台北市立聯合醫院松德院區精神科
 李宜芳¹ 吳岱穎^{2,3,4,5} 李家祥⁶ 郭千哲⁷

前言

根據衛福部112年全國社區失智症流行病學調查結果¹，社區長者的失智症盛行率為8.0%。依照臨床失智評估量表(clinical dementia rating scale, CDR)，將疾病嚴重度區分輕度(CDR1)佔比最大(33.9%)，其餘依序為極輕度(CDR 0.5)佔比17.1%、中度(CDR 2)佔比24.2%、重度(CDR 3)佔比24.8%。以性別區分，女性(9.4%)高於男性(6.4%)。以年齡區分，則盛行率隨著年齡上升而增加。

失智症患者常見的精神和行為症狀(behavioral and psychological symptoms of dementia, BPSD)是困擾失智症患者與照顧者的難題。根據衛福部統計¹，最常出現的症狀前五名依序為憂鬱及負性症狀(33.4%)、日夜顛倒/作息混亂(33.0%)、恐懼或焦慮(27.8%)、重複行為(25.4%)及妄想(21.2%)。這些症狀對於照顧者影響甚鉅，但根據過去衛福部的統計²，超過四分之一的主要照顧者，有照護上的負荷。隨著未來家戶數持續減少，與女性勞動參與率增加，照顧者負擔預期會持續增加。因此，本文將探討失智症患者常見的精神和行為症狀對於照顧者的負擔，並進一步分析相關的

風險因子與保護因子。

失智症患者常見的精神和行為症狀

失智症患者常見的精神和行為症狀，指的是失智症在認知行為以外，伴隨的行為與心理症狀。在失智症患者中，它的終身盛行率為97.0%。沒有單一病因，是由於生理、心理與社會多方原因所致。生理可能是由於腦部特定區域萎縮、代謝下降與神經傳導物質失衡所致。心理與社會則是由於本身性格、環境刺激過多或過少、與照顧者之間互動有關²。

症狀以憂鬱(depression)與淡漠(apathy)最常見，也會出現妄想、激動(agitation)、異常動作行為(aberrant motor behavior，如重複的動作或遊走)亦有可能出現。不同失智症常見的症狀不盡相同，如下表一所示。

診斷上需排除可逆因素，如急性發生，須先排除譫妄並找出其原因進行矯正。

治療上則分成藥物或非藥物方式介入，非藥物部分，可以透過照顧者訓練，了解患者的行為干擾是對身體不適或未被滿足需求的反應，讓照護者給予他們適切的回應。此外，音樂治療根據研究證實可以改善整體精

表一 各種失智症常見精神行為症狀。

| 失智症種類 | 常見的精神和行為症狀 |
|---------------------------------------|--|
| 阿茲海默症(Alzheimer's disease, AD) | 妄想 |
| 血管型失智症(vascular dementia) | 憂鬱、冷漠 |
| 顳額葉型失智症(frontotemporal dementia, FTD) | 抑制力減低(disinhibition，行為情緒方面出現不恰當行為) 飲食問題 |

神和行為症狀，而按摩則可改善憂鬱症狀。藥物部分，至少49.0 %的失智症患者反應疼痛問題，因此給予疼痛治療是相當重要的。除此之外，輕、中度精神和行為症狀可使用選擇性血清素再吸收抑制劑(selective serotonin reuptake inhibitors, SSRI)。抗精神病藥物副作用多且效果小，只能用在藥物介入失敗且有安全風險情況下使用。而對於這些常見的精神和行為症狀會導致失智症提早惡化、甚至死亡。但目前上述的治療，對於這些不良預後的幫助效果尚不清楚²。

精神和行為症狀對照顧者的影響

2023年一篇cross-sectional 研究《Burden in caregivers of primary care patients with dementia : influence of neuropsychiatric symptoms according to disease stage (NeDEM project)》³，囊括在西班牙馬德里醫療機構中，125位非機構的失智症患者之主要照顧者。評估照顧者的負荷程度，是採簡短版Zarit照顧者負荷量表(short Zarit burden interview, ZBI-4)，共有四個題目，造成負擔程度為1（沒有）至5分（總是），分數加總最低4分，最高20分，分數越高代表負擔程度越大，切點以10分作為區分。評估照顧者對於哪些精神症狀感到困擾，則採用神經精神問卷照顧者負荷量表(neuropsychiatric inventory caregiver distress scale, NPI-D)，共分為12個題目，程度為0（無困擾）至5（非常困擾）分，分數加總最低0分，最高60分，分數越高代表越困擾。此外患者功能也會以巴氏量表、老人整體退化評估量

表(global deterioration scale, GDS)評估。失智症患者常見的精神和行為症狀則是利用神經精神評估量表(neuropsychiatric inventory, NPI)，共分為十二個項目（如妄想、幻覺、激動、憂鬱等），並記錄頻率(0-4)嚴重度(0-3)。

根據以上評估，得到如下結果：根據簡短版Zarit照顧者負荷量表的評核，照顧者主觀感受到負擔的盛行率為78.4%（95% 信賴區間 confidence interval, CI 71.0-86.0）。其中又以與患者同住（勝算比odds ratio, OR 4.5, 95% CI 1.1-19.6）、有親屬關係(OR 5.4, 95% CI 1.0-28.2)、照顧超過八個小時(OR 5.6, 95% CI 1.4-22.8)、年輕、女性照顧者(OR 6.0, 95% CI 1.6-22.8)以及在外工作(OR 7.6, 95% CI 1.8-31.8)、患者屬於中度整體退化(GDS 5)、低教育程度(OR 8.3, 95% CI 2.3-30.3)等負擔感較為沈重。

考量到失智者的精神症狀對於照顧者之影響，對於照顧者的負擔，隨著NPI分數越高症狀明顯而增加。在這些神經精神評估的項目中，與負擔症狀有顯著相關的為去抑制(disinhibition, 93.5%)、易怒(irritability, 87.3%)和激動(agitation, 86.1%)。若將神經精神評估量表的十二項區分為四大類（見表二）過度活躍(hyperactivity)、精神病症狀(psychosis)、情感性症狀(affective)與淡漠(apathy)，最相關的為過度活躍(OR 1.1, 95% CI 1.0-1.2)。

此外，ZBI與NPI的症狀嚴重程度呈正相關($p < 0.001$)。以神經精神評估的症狀中去抑制(OR 2.6, 95% CI 1.1-5.8)和易怒(OR 1.2, 95% CI 1.0-1.6)的嚴重度，與照顧者的負擔有

表二 神經精神症狀次症候群(neuropsychiatric subsyndrome, NPS subsyndrome)⁵。

| 神經精神症狀次症候群 | 神經精神症狀項目 |
|---------------------|--|
| 過度活躍(hyperactivity) | 激動/攻擊性(agitation/aggression) 失抑制(disinhibition) 易怒/情緒不穩(irritability/lability) 異常動作行為(aberrant motor behavior) 欣快/過度興奮(elation/euphoria) |
| 淡漠(apathy) | 冷漠/淡漠(apathy/indifference) 食慾/飲食行為改變(appetite and eating disorders) |
| 精神病症狀(psychosis) | 妄想(delusions) 幻覺(hallucinations) 睡眠障礙(sleep disturbances) |
| 情感性症狀(affective) | 抑鬱/憂鬱情緒(depression/dysphoria) 焦慮(anxiety) |

關聯性。以症狀頻率來看，去抑制(OR 12.7, 95% CI 2.5-65.1)、異常動作行為(OR 7.5, 95% CI 1.6-33.8)、易怒(OR 3.0, 95% CI 0.9-9.7)，與照顧者負擔有顯著相關。照顧者的NPI-D平均分數為12.5，與負擔最相關的為激動、淡漠與睡眠障礙(sleep behavior)。

最後以失智症分期來看，輕度認知退化(GDS 3)中，憂鬱症狀引起較多的困擾(NPI-D = 1.9, 95% CI : 0.4-3.3)。輕中度失智(GDS 4 or 5)以過度活躍相關的症狀引起較多困擾。中重度、重度失智(GDS 6 or 7)以精神性症狀引起較高困擾。而淡漠造成的困擾感，在各失智症的階段內變化較小。

與台灣過去統計資料相較，此篇研究中的主觀感受到負擔的比率較高。此外，女性照顧者亦是造成負擔的風險因子之一。以相關精神

與行為症狀來看，異常動作行為中的重複行為在台灣為第四多的精神行為症狀，此篇研究中則發現，這項症狀的發生頻率，與照顧者負擔成顯著相關。隨著女性勞動參與力增加、失智症盛行率增加，給予適時配套措施，降低照顧者的負擔，便是未來必須討論的課題。

不同失智症患者對照顧者負荷的影響

不同型別的失智症，造成的精神行為症狀也不盡相同。2016年的研究《The effects of behavioral and psychological symptoms on caregiver burden in frontotemporal dementia, Lewy body dementia, and Alzheimer's disease : clinical experience in China》⁶，是極少數對於各種類別的失智症，造成的照顧者負擔進行探討。它比較額顳葉型失智症、路易氏體失智症(dementia with Lewy bodies, DLB)、阿茲海默

症患者常見的精神和行為症狀，以及哪些症狀會對於失智症照顧者造成負擔。總共收集214位失智症患者及其主要家屬照顧者（非專業人員），各組的患者在性別、病程長度、失智嚴重程度和認知評估分數方面相似。而此研究使用的評估工具，失智症患者常見的精神和行為症狀是利用NPI量表，共分為十二個項目（如妄想、幻覺、激動、憂鬱等），並記錄頻率(0-4)嚴重度(0-3)。評估照顧者的負荷程度，則以Zarit照顧負荷量表(Zarit burden interview, ZBI-22)，共有22個項目，根據程度分為0至4分。

綜合以上結果，得到以下表格所述三種失智症整理如下（見表三）。

在三種失智症中由NPI總分來看，額顳葉型失智症發病年齡與對於照顧者的負擔最

大，又以行為變異型額顳葉失智症(behavioral variant frontotemporal dementia, bvFTD)相較於其他額顳葉失智症亞型，對於照顧者影響最劇。由此研究可知，認知功能嚴重度與照顧者負擔並無相關，然而如果為情緒相關的功能如失智症患者常見的精神和行為症狀退化時，會造成照顧者的壓力。但也需要考慮不同文化背景下，對於負擔的感受與解讀也不盡相同。

減少照顧者負擔的介入方式

根據2025年在香港的隨機對照試驗《Multicomponent Intervention for Distressed Informal Caregivers of People With Dementia》⁷，共分析250名失智症照顧者，對於照顧感到負擔（ZBI分數>18分），共追蹤12個月。所有參與研究的非專業照顧者都會接受失智照顧教育，內容為失智症相關知識、溝通技

表三 不同型別失智症造成的精神行為症狀，與照顧者負擔的關聯性⁶。

| | 額顳葉型失智症 | 路易氏失智症 | 阿茲海默症 |
|------------------------------|---|--|---|
| 盛行率 | 最少 | 次中 | 最高 |
| 最常見 BPSD | 激動 (72.0%) 去抑制 (68.3%) 易怒 (57.3%) | 幻覺 (86.4%) 妄想 (63.6%) 焦慮 (59.1%) | 冷漠 (47.3%) 憂鬱 (44.6%) 易怒 (41.8%) |
| 與照顧者 負擔最顯 著相關的 BPSD | 動作異常 (aberrant motor behavior, $r = 0.687$) | 幻覺 (hallucination, $r = 0.823$) | 淡漠 (apathy, $r = 0.489$) |
| 主要預測 因子 | NPI 總分 (OR = 1.186, $p < 0.001$) 激動 (agitation, OR = 0.654, $p = 0.006$) 異常動作行為 (aberrant motor behavior, OR = 1.429, $p = 0.013$) | NPI 總分 (OR = 1.537, $p = 0.048$) | NPI 總分 (OR=1.059, $p < 0.001$) 冷漠 (apathy, OR = 1.132, $p = 0.013$) 日常生活活動 (activities of daily living, ADL, OR = 1.049, $p = 0.010$) 發病年齡 (OR = 0.930, $p = 0.029$) |

表四 五種介入執行方式與評估方式⁷。

| 介入方式 | 時間 | 內容 | 主要結果 | 近端結果 |
|--------|------------------|--|---------------------------------|-------------------|
| 自我照顧技巧 | 一次線上課程 兩次電話追蹤 | 教導健康行為與使用健康護照 | 標準十二題簡明健康狀況調查表(SF-12) | 自我照顧與風險評估(RAM-SC) |
| 行為問題管理 | 一次線上課程 兩次電話追蹤 | 前因－行為－後果(antecedent-behavior-consequence, ABC)模式。觀察並記錄問題，並擬定對應計劃 | Zarit照顧負荷量表(ZBI) 感知壓力量表(PSS) | 失智症照顧策略量表(DMSS) |
| 行為活化訓練 | 一小時電話訪談，共五次 | 安排愉悅活動、監測活動並適時調整 | 心理幸福感量表(PWB) | 過去兩週愉悅活動參與次數 |
| 正念介入 | 兩小時團體課，共七次 | 正念認知治療 | 焦慮抑鬱量表(HADS-A) 病人健康問卷(PHQ-9) | 五因素正念量表(FFMQ) |
| 社會支持團體 | 一小時團體課程，共六次 | 團體互動與經驗交流 | 醫療社會支持量表(MOS-SSS) | 支持團體滿意度問卷 |

註：SF-12：12-item short-form health survey、RAM-SC：self care subscale of the risk appraisal measure、PSS：perceived stress scale、DMSS：dementia management strategies scale、PWB：Ryff psychological well-being scale、HADS-A：hospital anxiety and depression scale – anxiety subscale、PHQ：Patient Health Questionnaire、FFMQ：five facet mindfulness questionnaire、MOS-SSS：medical outcomes study social support survey

巧與居家安全。另外還有五種不同的介入方式，分析哪種可以減少照顧者負擔，分別有自我照顧技巧訓練(self-care skills)、行為問題管理(behavioral problem management)、行為活化訓練(behavioral activation)、正念介入(mindfulness-based intervention)、社會支持團體(social support group)，詳細執行方式與評估方式如下（見表四）。

追蹤12個月後，行為問題管理、正念介入與支持團體，對於照顧者都可以有顯著的改善。主要研究結果與近端結果(proximal outcome)如下：（見表五、表六）

如果考量到不同介入，兩兩作用的結果，

可以得到以下結論：（見表七）

藉由上述的結果，以單一介入而言，正念、社會支持團體與行為問題管理，都可以改善照顧者的負擔與失智症患者照顧品質。此外行為問題管理，雖然在第六個月造成自我照顧能力下降、焦慮感上升，但在第十二個月改善照顧策略與心理健康，代表一開始學習會帶來壓力，但長期卻帶來正面影響。考量到交互作用，自我照顧是讓照顧者關注自身健康、行為管理是學習辨認失智常見的精神行為症狀，並及時處理。正念便是覺察自己的狀態並提供減壓的效果，是介入的關鍵，不僅對自身有幫助，還對於自我照顧、行為管理、支持團體皆

表五 五種介入與主要假設結果⁷。

| 介入方式 | 結果 |
|--------|--|
| 自我照顧技巧 | 無顯著改善 |
| 行為問題管理 | 改善健康 (SF-12：回歸係數, $\beta = 2.44$ [95% CI, 0.72-4.15] ; $p = 0.006$) 第6個月增加焦慮感 (HADS-A : $\beta = 1.43$ [95% CI, 0.43-2.42] ; $p = 0.005$) 第12個月改善心理健康 (PWB : $\beta = 3.52$ [95% CI, 0.92-6.08] ; $p = 0.008$) |
| 行為活化訓練 | 無顯著改善 |
| 正念介入 | 減少憂鬱症狀 (PHQ-9 : $\beta = -2.13$ [95% CI, -2.85 to -1.38] ; $p < 0.001$) 第12個月提升主觀社會支持 (MOS-SSS : $\beta = 4.76$ [95% CI, 1.28-8.15] ; $p = 0.007$) |
| 支持團體 | 第12個月提升主觀社會支持 (MOS-SSS : $\beta = 4.63$ [95% CI, 1.32-7.85] ; $p = 0.006$) |

表六 介入與近端結果⁷。

| 介入方式 | 結果 |
|--------|---|
| 行為問題管理 | 第十二個月鼓勵策略 (DMSS-Encouragement : $\beta = 2.49$ [95% CI 0.74-4.22] ; $p = 0.005$) 第十二個月主動管理策略 (DMSS-active management : $\beta = 5.99$ [95% CI 4.12-7.84] ; $p = 0.001$) *第六個月自我照顧風險增加(RAM-SC : $\beta = -1.12$ [95% CI, -1.82 to -0.43] ; $p = 0.002$) |
| 正念介入 | 增加正念 (FFMQ : $\beta = 4.23$ [95% CI, 2.27-6.36] ; $p < 0.001$) *第十二個月主動管理策略 (DMSS-active management : $\beta = 3.70$ [95% CI 1.8-5.66] ; $p < 0.001$) *提升支持團體滿意度 ($\beta = 1.97$ [95% CI, 0.99-2.98] ; $p < 0.001$) |

表七 五種介入，兩兩交互作用結果⁷。

| 介入方式 | 結果 |
|-----------|---|
| 自我照顧 x 正念 | 憂鬱症狀顯著下降 (PHQ-9 : $\beta = -1.70$ [95% CI, -3.05 to -0.35] ; $p < 0.01$) |
| 行為管理 x 正念 | 憂鬱症狀顯著下降 (PHQ-9 : $\beta = -1.40$ [95% CI, -2.76 to -0.05] ; $p = 0.04$) |
| 正念 x 支持團體 | 提升對支持團體滿意度 (MOS-SSS : $\beta = 7.58$ [95% CI, 0.9-14.26] ; $p = 0.03$) 沒有增加焦慮症狀 (HADS-A : $\beta = 1.98$ [95% CI, 0.08-3.89] ; $p = 0.04$) |

有加乘的效果。

未來展望

綜合目前大型世代型研究、回顧性文獻的研究結果，以客觀性量表評估之後，失智症認知功能的嚴重程度，與照顧者的負擔無顯著相關。相較之下，失智症患者的精神與行為症狀，卻強烈影響著照顧者的心理壓力，尤其以過度活躍型症狀（如激動、去抑制）與情感症狀（如憂鬱、焦慮）影響最深。就失智症類別來看，行為變異型額顳葉失智症(behavioral variant frontotemporal dementia, bvFTD)影響最為嚴重。若這些症狀未被妥善處理，長此以往可能讓照顧者與患者的關係日益緊張，進一步演變為照顧者自身的心理困擾或身心疾病。因此，減輕照顧者負擔不應僅侷限於治療患者症狀，更應針對照顧者的高風險族群如中年女性，給予早期介入，可讓照顧者學習正念，並搭配其他介入方式如支持團體、自我照顧、行為管理等。短期內也許會增加照顧者的壓力，但長期而言，不僅減輕他們的負擔，更提升患者照護品質。

此外，未來研究可針對不同亞型的精神行為症狀，探討相應的介入模式，以期提升照顧者的生活品質，促進患者的照護。

致謝：感謝黃品樺醫師協助本文完成。

參考文獻

1. 衛生福利部統計處(2024)。112年台灣社區失智症流行病學調查。衛生福利部。https://www.mohw.gov.tw/cp-16-78102-1.html
2. 衛生福利部社會及家庭署(2017)。長照2.0政策理念與實踐。衛生福利部。https://www.sfaa.gov.tw/SFAA/File/Attach/7042/File_171596.pdf
3. Nancy C, Caroline S, Yasir Al K: Behavioral and Psychological Symptoms in Dementia. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan.
4. Victoria GM, M Canto de HA, Rosalía DP, et al: Burden in caregivers of primary care patients with dementia : influence of neuropsychiatric symptoms according to disease stage (NeDEM project). BMC Geriatr 2023; 23(1): 525.
5. Pauline A, Frans RJV, Marina B, et al: Neuropsychiatric syndromes in dementia : results from the European Alzheimer disease consortium : part I. Dement Geriatr Cogn Disord 2007; 24(6): 457-63.
6. Shuling L, Yi J, Zhihong S, et al: The effects of behavioral and psychological symptoms on caregiver burden in frontotemporal dementia, Lewy body dementia, and Alzheimer's disease: clinical experience in China. Aging Ment Health 2017; 21(6): 651-7.
7. Jojo YYK, Daphne SKC, Steven Z: Multicomponent intervention for distressed informal caregivers of people with dementia: a randomized clinical trial. JAMA Netw Open 2025; 8(6): e250007. 🌐

台北市醫師公會

115年攝影講習課程

- ◎台北市醫師公會的攝影講習課程是為了增進會員友誼及培養身心健康的休閒活動。
- ◎參加資格：本會會員及眷屬。
- ◎上課地點：本會16樓中會議室。（台北市大安區安和路1段27號）
- ◎費用：會員或眷屬每人新台幣**1800**元（一次繳納，不予退費）。
- ◎報名日期：即日起至40人額滿為止（報名上課人數未達20人，無法開課）。
- ◎報名電話：(02)2351-0756#17林芝馨小姐或傳真(02)2351-0739。
- ◎課程日期及內容如下：（講習課為星期一下午1:00-2:30，外拍時間為星期日，外拍車資等費用自理）

| 日期 | 課程 | 講師 |
|--------------|-------------------------|---------|
| 115年3月02日（一） | 冰下花朵攝影技巧 | 金 露 |
| 115年3月08日（日） | 習拍（會使用會議室） | 金 露 |
| 115年3月09日（一） | 戶外昆蟲攝影技巧 | 羅仕坤 |
| 115年3月15日（日） | 外拍 | 羅仕坤 |
| 115年3月16日（一） | 3/08習拍作品觀摩與檢討 | 金 露 |
| 115年3月23日（一） | 3/15外拍作品觀摩與檢討 | 羅仕坤 |
| 115年3月30日（一） | 水下舞攝影技巧 | 黃永順 |
| 115年4月12日（日） | 外拍 | 黃永順 |
| 115年4月13日（一） | 動感、追蹤攝影技巧 | 李後民 |
| 115年4月19日（日） | 外拍 | 李後民 |
| 115年4月20日（一） | 4/12外拍作品觀摩與檢討 | 黃永順 |
| 115年4月27日（一） | 民俗節慶攝影技巧 | 王古山 |
| 115年4月30日（四） | 外拍（配合保安宮慶典時間） | 王古山 |
| 115年5月11日（一） | 4/19外拍作品觀摩與檢討 | 李後民 |
| 115年5月18日（一） | 4/30 外拍作品觀摩與檢討 | 王古山 |
| 115年5月25日（一） | 最強手機攝影功能比較及推薦（含夜拍、長曝教學） | 曾美莉 |
| 115年5月31日（日） | 外拍 | 曾美莉 |
| 115年6月08日（一） | 5/31外拍作品觀摩與檢討 | 曾美莉 |
| 115年6月15日（一） | 外拍作品觀摩檢討與公會佈展 | 石賢彥醫師主持 |

尋幽訪勝一 老崎古道、蘆竹浦古厝群、 崎頂子母隧道一日遊

3月15日（星期日）【行程難易度★★☆☆☆】

台北→漫步老崎古道→蘆竹浦古厝散策→崎頂子母隧道→竹南啤酒廠→台北

07:00 台北市醫師公會安和會館（安和路一段27號）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

09:30-11:30 老崎古道

【老崎古道】：位於頭份市東北隅老崎紅土丘陵台地上，是一片未過度開發的淨土，此地稱為「頭份後花園」，循著松林石階步道而上，步道兩旁有茂密的台灣赤松，松針灑落滿地，慈母亭俯瞰斗煥坪聚落。續行，迎面而來的是高大的楓香及青楓夾道，秋季時分紅、黃、綠葉相間，好一片美麗的楓香林，經單兵戰鬥綜合訓練場、大草原、東興給水廠，觀景亭是最佳展望點，可眺望峨眉、三灣、南庄、獅頭山、五指山、鵝公髻山等山巒層疊。續經伯公廟、楓林吊橋，抵達老崎坪山頂，有觀景台與基石。



11:30-14:00 蘆竹浦古厝/古早味風味餐

【蘆竹浦古厝】：三百年前蘆竹浦先民從福建漳州渡海來台，由中港溪進入台灣，途經這片長滿蘆葦的沼澤地，便落腳於此，取名「蘆竹浦」。經過活化變得有趣又好玩，尤其在巷弄間迷路，一轉彎就發現驚喜，是一個擁有好多驚喜的古厝群。



※米食DIY

14:00-15:30 崎頂子母隧道

【崎頂子母隧道】：穿過一個又一個隧道，彷彿像千尋一樣踏入神秘國度，兩旁高大聳天的樹木，讓這裡成為美麗的綠色森林隧道，不時從旁邊呼嘯而過的火車，更是追拍火車的好地方。



15:30-16:30 竹南啤酒廠

【竹南啤酒廠】：竹南啤酒廠位於苗栗縣竹南工業區內，是東南亞最大的啤酒廠，也為北部啤酒及酒瓶最大供應廠，遊客可於開放時間前往參觀啤酒生產流程或至文物陳列館了解啤酒文化及地方工藝，另外，也開放展售區，提供各種菸、酒產品供遊客選購。



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 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1,550元。

會員及一位直系眷屬每位繳交1,050元（公會補助500元）。

□ 其他眷屬每位繳交1,550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2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

| 尋幽訪勝—老崎古道、蘆竹浦古厝群、崎頂子母隧道一日遊 | | | |
|----------------------------|----------------------|-------|--------|
| 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 | | |

誠徵醫師

- 內湖區芮森醫學診所誠徵抗衰老及癌症輔助治療醫師，有經驗者，意者請洽0955-055-517林小姐。
- 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。
- 文山區診所誠徵ENT，兒、家醫、內科亦歡迎，每週6~8診需掛牌，待優環境佳休假彈性，意洽林醫師0920-752-768。
- 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。
- 義務支援針灸醫療，有西醫外科專科和針灸專科，限雙北捷運方便之院所。意洽0935-936-917(白天)陳醫師。

醫院診所租售

- 診所出租，一樓32坪，適合各科，近實踐大學、大直捷運站、家樂福，開業多年新裝潢，意者請洽：0918-716-995林小姐。

醫院診所器械廉讓

- 皮膚科診所出售ThermageCPT電波，LinearZ音波，意者請洽：(02)8787-5121#19高小姐。
- 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

如願以償

小李為了娶個媳婦，他堅持買了三年彩券，中獎最多的一次也才1000元，很多人嘲笑他做白日夢。如今，他終於把那位賣彩券的姑娘娶回家了。

同樣的問題

小明含情地問他的女友：「親愛的，我是第一個和你談戀愛的男人嗎？」

只聽到他女友大聲地說：「當然囉！只是我真的搞不懂，你們男人為何總是問同樣的問題！」

不許小看自己

已是AI時代了，學生：「老師，您教的都是沒有用的東西。」

老師正色地說：「不許小看你們自己。」

你不懂我的心

女兒：「媽，我今晚要住外面，就不回家了。」

媽媽：「好，要注意安全喔！」

女兒：「放心啦！媽，我都18歲了。」

媽媽：「我現在才34歲。妳知道為什麼我才34歲嗎？」

土耳其 熱氣球飛行之旅

國泰醫院小兒科 林隆煌



熱氣球充氣準備起飛。



熱氣球緩緩升空。



日出破曉的晨光照在一顆顆熱氣球上。



世界上最有名的奇岩地形～卡帕多奇亞，1985年入選世界遺產。



獨特的地質奇觀、古老的洞穴教堂和壯觀的熱氣球體驗。



搭熱氣球俯瞰一生難忘的千年奇岩絕景。



卡帕多奇亞宛如童話般奇幻的土地。



卡帕多奇亞熱氣球是世界上最熱門的熱氣球飛行地點。



熱氣球行程已經相當成熟，每天有5000名旅客在天空翱翔。



熱氣球緩緩降落。



每一顆熱氣球都有一台拖車跟著在地面，肩負回收熱氣球的任務。



經驗豐富的飛行員展現了高超的技術，將熱氣球精準的降落在拖板車上。

台灣醫療走向全世界、 讓世界看見台灣

健康101診所執行長 林玉茹

台北市醫師公會致力於幫助台灣醫療走向全世界，去年洪德仁理事長帶領我們前往韓國與首爾醫師會進行交流，深化彼此友誼。與韓國首爾醫師會乃於2024年9月24日公會洪德仁理事長拜會首爾特別市醫師會，又於2024年9月25日AFHC大會會晤首爾特別市吳世勳市長結下緣分。於是洪理事長於2025年6月20日帶領理監事再度拜訪首爾醫師會進行雙向交流。

清晨天還未亮，很少在凌晨四點多的早晨行駛在台北街頭，交通非常順暢。不到五點半我們就抵達桃園國際機場，一反剛剛街道的安靜冷清，清晨五點半的桃園機場卻人聲鼎沸，滿滿的出國人潮，排隊CHECK IN需要花費一小時我們才順利入關，飛行2小時抵達韓國首爾仁川機場。

接我們的是一位年輕帥氣的韓國歐爸，連韓國導遊都重視外表，整的像韓星一樣，韓國舉全國力量推動「醫美產業」的決心由此可見一般。

下午下榻五星級龍山飯店，迎接我們的是醫師公會準備一大份吃都吃不完的韓式炸雞。



晚上理監事們整裝由洪德仁理事長帶領前往拜訪首爾醫師會，並由台北市醫師公會周賢章常務理事介紹台灣醫療系統整合簡介。

首先周賢章常務理事提到台灣醫療整合的目的：台灣醫療系統的「垂直整合」與「水平

整合」，旨在提升醫療服務效率、減少資源浪費，並因應高齡化、慢性病盛行與醫事人力分布不均等挑戰。

整合性的醫療系統，不僅能夠優化醫療資源的分配，更能為民眾提供更加連貫、高效的醫療服務體驗。透過不同層級與同層級醫療機構間的協作，台灣正努力建構一個更加完善的醫療網絡。

台灣醫療體系層級結構分為：

- (一) 基層診所：提供一般門診與預防保健服務。
- (二) 地區醫院：具備基本專科與住院功能。
- (三) 區域醫院：提供次專科醫療與教學訓練。
- (四) 醫學中心：具備高階醫療與研究發展能力。

台灣醫療的垂直整合：不同層級醫療機構的協作。垂直整合將不同層級的醫療服務整合於一體系中，從基層診所到醫學中心，形成連續性照護網絡。這個全面性的整合系統旨在提供高效率、高品質的醫療服務、確保全民健康。透過資源共享與流程優化，提升整體醫療效能。

垂直整合的核心目標：

- (一) 醫療效率提升：避免重複檢查與資源浪費。
- (二) 照護連續性強化：從初診到居家照護一貫連結。
- (三) 醫療品質改善：標準化流程與資源共享。

(四) 醫療成本降低：整合控制健保支出。

垂直整合的實踐策略：

- (一) 分級醫療政策：鼓勵輕症患者先到診所就醫，重症再轉至大醫院。
- (二) 雙向轉診制度：依分級醫療政策，建立由基層至大型醫院的轉診途徑。確保病人獲得適切層級的照護。
- (三) 資訊整合平台：透過電子病歷與健保雲端系統進行資料共享，減少檢查重複，提升醫療決策效率。台灣已建立「醫療資訊雲端查詢系統」，讓醫師在診間即可調閱病患在其他醫療院所的醫療影像與檢驗報告，有助於促進醫療資料的共享與整合，提升醫療服務的效率與品質。

分級醫療與雙向轉診制度：強化基層醫療的能力，並建立有效的基層診所與醫院之間的

合作機制。藉由提升醫療品質與照護能力，由基層醫療機構提供民眾全人全程的醫療照護服務，並透過部分負擔制度，未經轉診需自行負擔較高費用，導引民眾落實分級醫療，進而減輕大型醫院的負擔，使其能更專注於急重症的處理。

健保醫療資訊雲端查詢系統目的是整合病人在不同醫療院所的就醫與用藥資料，讓醫師能夠查詢病人近期醫療紀錄，避免重複檢查與用藥，以提升用藥安全和醫療品質，透過這個系統醫療人員可以查詢病人的西醫、中醫用藥紀錄，檢查檢驗結果、手術紀錄、牙科處置、過敏藥物紀錄等資訊。還可以調閱電腦斷層(CT)、磁振造影(MRI)等影像。透過資訊整合，醫師能更全面了解病患狀況，不僅提升診療效率與品質，也有效控制醫療成本。病患也



因此受益，減少不必要的檢查與潛在的藥物交互作用風險。根據健保署統計，垂直整合已顯著改善醫療資源分配，跨院所共享病歷能減少重複檢查。

水平整合：同層級醫療機構的協作。水平整合是指同層級醫療機構之間的合作，如由多家診所共同提供整合性服務。包括設立區域醫療網，由大型醫院支援周邊基層診所，醫療法人集團透過多院區整合，統一資源與人力調度、組成社區醫療群推動家庭醫師整合照護計畫。

水平整合實踐策略：

- (一) 區域整合醫療：設立區域醫療網由大型醫院支援周邊基層診所。
- (二) 醫療聯盟：醫療法人集團透過多院區整合統一資源與人力調度。
- (三) 資訊整合：推動健保雲端系統跨院使用，減少重複檢查。

- (四) 社區醫療群：落實分級醫療、強化在地照護、減少不必要就醫、促進病人與醫師建立長期關係，推動家庭醫師整合性照護計畫，台灣推動家庭醫師整合性照護計畫，旨在透過家庭醫師制度提供更全面、整合性的健康照護。鼓勵基層診所與醫院合作，組成「社區醫療群」，提供會員資料建檔、24小時諮詢專線、病人轉診服務。

現行挑戰與障礙：

- (一) 就醫習慣難改變，民眾仍偏好直接前往大醫院。
- (二) 醫療院所競爭激烈，各自為政，不願分享資源與病患。
- (三) 系統整合技術障礙，不同醫療單位資訊系統不一。
- (四) 基層醫療資源不足，偏鄉地區資源匱乏。

政策推動與未來方向：

- (一) 分級醫療政策強化：調整健保部分負擔差



距、引導民眾適當就醫。

- (二) 家庭醫師制度建立：持續推動社區醫療群，強化基層照護功能。
- (三) 資訊系統整合：健保雲端系統擴充，促進資訊流通。
- (四) 民眾教育宣導：加強就醫知識，培養正確就醫行為。

結束了第一天嚴肅的拜會行程，終於在第二天大家可以比較輕鬆的心情開始我們的韓國的小旅行。首先我們來到了建於14世紀末期，有著六百多年的歷史的景福宮是朝鮮李朝時代故宮。並換上韓服體驗韓國文武百官朝政的樣貌，穿著韓服走在景致優美的後宮香遠廷，體會宮廷生活，著實像回到大長今時代，我們也享受著大長今嘗百草宮廷食療的樂趣。

益善洞韓屋村猶如台灣台中的審計新村，韓國人民亦將目光轉向城市再生，一些年輕藝

術家及青年創業者們將益善洞選作落腳點，開始經營起各種充滿個性與特色的咖啡店、餐廳、手工品製作小商店，使這塊被歷史遺忘的區域活化成複合型的藝術空間，散發著首爾的各種魅力。

水原華城是韓國一座極具歷史、文化與象徵意義的城牆，位於京畿道的水原市。它不僅是韓國重要的文化遺產，也承載著政治改革、實學思想、軍事與建築藝術的集大成。水原華城由朝鮮第22代國王正祖(1752-1800)於1794年開始興建，1796年完工。正祖為了悼念其父親，將其遺骸遷至水原，建造華城以表孝思。在政治改革的象徵上水原華城是正祖推行實學、分權、減少貴族勢力的一部分，象徵著他企圖建立「理想城市」與推動朝鮮社會改革。

民族與象徵意義於1997年被列入聯合國教科文組織世界遺產：世界文化遺產名錄，是韓



國文化自信的重要象徵。華城是韓國人對自己歷史與傳統的驕傲，民族自豪感的代表也是許多韓國人參觀、學習歷史的教育基地。

韓國許多文化活動定期在華城舉辦「華城文化節」、傳統武藝表演等，加強民眾對歷史文化的認同。它是韓國文化、歷史與民族精神的具體象徵。

水原星空圖書館於2024年甫開幕，搭配宇宙造型的星空圖書館令人耳目一新，來到這裡多了幾分文青味道。

新塗鴉秀是新概念藝術表演塗鴉秀，嶄新且華麗的現場繪畫與尖端媒體藝術相結合，打造出全新概念的藝術表演，結合了繪畫、舞蹈、音樂、喜劇與舞台效果的表演秀。華麗肢體語言，搭配超豪華立體影像與現場演奏，即興地在觀眾面前展現各種世界名畫，趣味十足



且帶大家驚豔的感官享受。

朝陽紡織是1930年代興盛的紡織工廠，現址大致保留原貌，2017年由企業家接手改造成大型咖啡館、藝廊、復古博物館空間，建築物內還保留著1930年代流行的各種物件、電影海報、沙發座椅、電影放映機，讓我們彷彿穿越時空到當時年代，目前改造為文青系咖啡館，也成為網美的拍照聖地。



稻花農夫有機體驗DIY，有趣的DIY體驗，我們選擇了2項農夫體驗-手作韓式辣椒醬+好吃的韓式拌飯體驗。吃著自己手作辣椒醬及親手拌飯別有一番樂趣且享受一場色香味俱全的饗宴。

高陽購物中心的汗蒸幕體驗也很有趣，大夥兒自己學會折羊角巾戴在頭上大合照也形成了此行很可愛的畫面。汗蒸幕從20度到80度的各式體驗及館內有不同的視覺享受，有宇宙穹蒼、



有蟲鳴鳥叫令人放鬆且目不暇給。

最後一天的行程最令我驚艷，原因是我們即將到距離神秘的北韓很近的統一展望台。展望台可直視北韓前線地帶、開城。臨津閣和平纜車是全球唯一穿越民間管制區的纜車，可俯瞰開闊的江面與對岸北韓風光，更可一探戰爭遺跡的神秘面紗。

這次韓國行除了與韓國醫師會拜訪交流，更深度體驗了韓國文化，不管是美食、傳統韓服、首爾的歷史故事及南北韓和平與戰時的遺跡都在在讓我們深入理解韓國文化，因為理解更覺得台灣文化的美好，台灣人民的好客、客氣友善令人感佩，深深覺得還是以台灣文化為榮。謝謝台北市醫師公會帶領大家參觀韓國文化之旅。🇺🇸



終身一次B、C肝篩檢— 健康九九？

雙合耳鼻喉科聯合診所 李志宏

為強化B、C型肝炎防治^①，國民健康署114年8月1日起擴大成人預防保健服務B、C型肝炎篩檢年齡範圍^②，民國75年以前出生至79歲民眾皆可終身接受一次免費篩檢。此措施將使220萬名青壯年族群可提早接受篩檢。國民健康署沈靜芬署長指出，許多慢性肝炎患者早期無明顯症狀，透過擴大篩檢能提早發現潛在感染者，及早發現自身的健康警訊，而醫療院所亦會主動提供後續追蹤管理或轉介診療，確保民眾能獲得完善醫療照護，避免發展為肝硬化或肝癌，對降低我國肝病死亡率具關鍵意義。國民健康署提供之免費成人預防保健服務，除原有的三高與代謝症候群風險檢查外，亦包含B、C型肝炎。凡民國75年（含）以前出生至79歲的民眾，可享有終身一次免費篩檢。民眾只需要至成人預防保健服務特約醫事服務機構抽血一次，即可同時完成B、C型肝炎檢測，也可以順便配合進行各年齡層定期之成人健康檢查服務^③，便利又安心。此外，國民健康署持續整合地方衛生局、基層診所與地區醫院資源，推動社區外展篩檢、衛教宣導及透過醫療院所主動邀請與門診名單追蹤等策略，提升服務成效。截至114年，全國已有超過750萬名45歲至79歲民眾完成B、C型肝炎檢查，且已達6成篩檢率。…「預防重於治療，是守護健康的第一步」，國民健康署將持續以科學防治及全民參與為基石，攜手各界，打造「沒有肝炎威脅的健康臺灣^④」。民眾欲獲取更多資訊，請參閱國民健康署「健康九九+」網站資訊。（「民國75年以前出生民眾 終身

一次B、C肝篩檢」焦點新聞，國民健康署，民國114年11月20日。）

「兄長知道成人預防保健服務的年齡層已經下修嗎？」從不健檢的丙醫師問。

「不是40歲以上三年一次、65歲以上每年一次嗎？」有提供此項服務的乙醫師記得年齡規定。

「從今年1月起將服務年齡層下修至30歲，為鼓勵民眾及早利用。」沒有提供此項服務的甲醫師接話。

「為何要下修年齡層嗎？」丙醫師問。

「不就如同甲兄講的…為鼓勵民眾及早利用嗎？」乙醫師反射性的回答。

「年齡層下修…增加公費健檢客源數目，不就可以增加你的收入？」甲醫師微笑回應乙醫師。

「經常因為重複健檢被回扣…這才是現況！錢不好賺！」乙醫師似有冤屈。

「國民健康署聲稱：下修年齡層以利早期發現三高問題，並已有超過30萬年輕族群受惠。你要加緊服務，別再怪來怪去！」甲醫師以30的數字補充回答。

「啥？三高問題已出現在40歲以下族群？」乙醫師還沒開始服務這個年齡層。

「唉！現代年輕人的身體令人擔憂。」丙醫師憂心忡忡：一代不如一代。

「其實40歲以上族群的使用率就已不高…還要下修年齡層？」乙醫師的經驗。

「真的！據統計使用率約維持在三成左右，尤其40-44歲中年及男性族群的使用率偏低。」甲醫師根據既往統計數據回應。

「我從來不使用這項服務…也不申請這項服務！」丙醫師誠實以對。

「為什麼不檢查？還是不花錢的健康檢查…」乙醫師明知故問。

「免費的最貴！」丙醫師常掛嘴邊的一句話。

「你知道的…他就是不信『公家』提供的！」甲醫師了解丙醫師。

「沒錯！如果丙兄還留在公職，說不定你就是今日的部長？」乙醫師回應。

「非也！早就被制度操死、被長官氣死。」

「喔！的確…少一位清官、多一位神醫！」乙醫師這比喻不知是褒、還是貶。

「成人預防保健服務是由國民健康署委託中央健康保險署代辦的業務。」甲醫師了解官場及其行政作業。

「又是健保行政協助！」丙醫師對非健保署核心業務的行政協助多有意見。

「替代役事件的翻版，對吧？」乙醫師曾聽丙醫師提過，接著說：「為了被健保署回扣的替代役50元部分負擔，花了56元掛號費抗議…。」

「真是這樣！掛號姑娘可能辨識出軍人補給證與替代役證件嗎？為何不像福保、榮民身

分一樣，直接註記在健保卡上即可？」丙醫師對健保署行政協助常態性的建議，就是直接註記在健保卡。

「別做白日夢了！我是官、你是民，哪有官在做事的道理？你常講的那個名言叫什麼來的？」乙醫師臨時忘記這驚世名言。

「一切靠民間嗎？」丙醫師脫口而出。

「就是這句！超經典！」

「結果怎樣？」甲醫師顯然不知替代役事件。

「你的科別應該不會碰到這種身分的病人！」乙醫師說。

「結果？我建議健保署主動整合國防部、內政部的作業，反正我們既然沒收行政協助的補助，就沒有行政協助的義務，你們三個單位自己去喬！」丙醫師對權利義務關係的拿捏相當精準。

「然後就再也沒收到回扣通知了吧？」乙醫師問。

「真的ㄟ！我是沒再收到，不過仍要掛號姑娘手動更改身分別，還沒設定插卡後自動帶出身分別；你的經驗呢？」丙醫師反問乙醫師。

「替代役部分跟你得情況一樣！現在常被回扣的是重複『成人預防保健』。」乙醫師回答。

「有無放大回推？」

「這不是抽審，檔案跑一下就出來，跟替

代役身分別一樣，每一件都需要檢核，重複的就回扣，還是很久以後才執行，都忘記何時申請？」乙醫師感慨講。

「服務對象資格的查核…困難嗎？」丙醫師沒有這種服務經驗。

「根據注意事項：提供服務前，應先檢視健保卡及內部相關紀錄表單，並利用健康署指定之平台查證，確認服務對象符合成人預防保健服務注意事項之補助資格，始得提供服務。如查有**重複提供服務且可歸責**於特約醫事服務機構者，得不予核付費用。」甲醫師唸相關規定。

「又是這樣：檢視健保卡及自行查證！為何不能於IC卡內登錄，並自動提示已經於某時使用此項服務？」丙醫師的碎碎唸。

「一切靠民間啊！」乙醫師開懷大笑。

「還有特約醫事檢驗機構、第一階段檢驗費用申報、檢驗（查）結果檔上傳、補正及申復等行政的問題…。」

「停…頭都要炸開了！還好你我都沒提供這項服務。」丙醫師不等甲醫師把複雜問題講完就插話。

「除了一般成人預防保健服務外，民國109年9月28日起擴大年滿45至79歲符合資格的民眾，都可接受終身一次的B、C型肝炎篩檢服務。」執行此服務的乙醫師加碼說明。

「而且…肝炎篩檢服務是另外提供費用補助。」甲醫師接著加碼說明，接著說：「每案補助370元，還不少！」

「哈！這也沒啥好康…除資格查核繁瑣外，還要與檢驗機構拆帳，吃力不討好，結果還被國健署拿去當業績？」乙醫師苦笑回答。

「這是不少醫院櫃檯…拉客檢查的緣由？」丙醫師好奇地問。

「不只此項業務…還有各式各樣的癌症篩檢！」乙醫師有經驗，接著問：「口腔癌篩檢不是被你委婉拒絕嗎？」

「這麼久的事你還記得？我回官員：如果懷疑口腔癌，會主動轉診到醫院檢查，不需要補助我篩檢費用，而且還可以及時治療。」丙醫師回答。

「B、C型肝炎篩檢結果不一樣喔。」甲醫師先賣個關子，接著說：「對於C型肝炎口服新藥治療，全民健保自106年1月24日起有條件納入健保給付，並從108年1月起，只要確認感染C肝，不論有無肝纖維化，都可提供，除副作用低外，治癒率高達98%，立刻省下約20萬元藥費。」

「聽說此藥103年問世…『藥價昂貴』，每個療程需兩百多萬元！」乙醫師說。

「偉哉健保！新藥問世不到5年，為納入健保給付、藥價打到骨折，只剩一折價？」曾對健保談判頗有經驗的甲醫師如此感嘆。

「可惜我的姑姑等不到這個神藥…她晚年飽受C型肝炎引起的肝硬化所苦，多次栓塞治療無顯著效果而往生。」丙醫師覺得遺憾。
（全文完）

問題①「B、C型肝炎防治」的重要性為何？

解答：據國民健康局分析指出，8成以上肝癌個案曾感染B或C型肝炎，是民眾罹患肝癌最主要的原因，然國民健康局最近利用網路所進行之調查結果卻顯示，在可複選的情形下，僅6成多民眾正確認知肝病發生與B型肝炎或C型肝炎之相關，但回答最高的選項卻是「熬夜」，有93.3%認為熬夜是導致肝病的主要原因。三成罹患肝炎的網友沒有就醫，主因是「身體沒有什麼症狀，應該不需要」。衛生署國民健康局呼籲民眾，國內每年約有13,175人死於慢性肝病及肝硬化、肝癌，而造成國內肝病最主要原因為B、C型肝炎病毒感染引起。要防治肝病，民眾首要清楚自己是否有慢性B、C型病毒感染？如果有B、C型肝炎，則應定期就醫追蹤，接受肝功能檢查，以決定肝炎治療的必要性與治療時機；另需定期檢查腹部超音波與胎兒蛋白，以發現早期肝癌，及早治療可提高存活率。對於符合健保慢性B、C型肝炎患者抗病毒治療方案的民眾，請善加利用，藉由治療可阻止後續肝病的發生。研究顯示感染B型肝炎病毒後，15-20%的人會成為B型肝炎帶原者，C型肝炎病毒感染者更是70-90%的人會成為慢性C型病毒肝炎患者。慢性B或C型肝炎後續約有2成會演變成肝硬化，而肝硬化個案每年則約3-5%可能會成為肝癌個案，這也就是一般所謂的**肝炎、肝硬化、肝癌三部曲**。（參考「八成以上肝癌有B、C肝！九成以上網友誤認『熬夜』是肝病主因」焦點新聞，衛生署國民健康局，民國101年10月05日。）

為了防堵母子B型肝炎病毒之「垂直傳染」，政府自民國73年起已補助大筆的經費，對新生兒全面施打B型肝炎疫苗。雖然台灣地區兒童B型肝炎帶原率已顯著下降，但由於慢性B型肝炎患者大多數需經數十年才會發展至肝硬化及肝癌，故目前國人罹患肝癌及肝硬化的發生率仍未顯著下降。台灣目前仍約有300萬名B型肝炎帶原者，平均每年因肝癌死亡者約有5000人，肝硬化者約4000人。C型肝炎是台灣地區肝硬化及肝癌盛行率僅次於B型肝炎排名第二之致病原因，台灣地區約有30萬人感染C型肝炎，而慢性C型肝炎約有30%會演變成肝硬化，25%會演變成肝癌。（參考「健保擴大B、C肝藥物給付條件 讓肝炎病人快樂做阿公及阿嬤」焦點新聞，衛生署國民健康局，民國98年10月28日。）

問題②：「B、C型肝炎篩檢服務」及「國家消除C肝辦公室」相輔相成。

解答：國民健康署自100年8月起提供55年（含）以後出生且滿45歲之民眾，**搭配成人預防保健服務【註：如不符合成人預防保健受檢資格，又尚未做過B、C型肝炎篩檢者，則可利用國民健康署提供之成人預防保健服務（40-60歲每3年1次、65歲以上每年1次），進行肝功能之GPT、GOT等項目的檢查】**終身接受1次B、C型肝炎篩檢服務，108年6月1日首先放寬年滿40至60歲原住民。為配合國家消除C肝政策，經諮詢專家意見，更於109年9月28日起**擴大放寬**年滿45至79歲民眾，都可接受

終身一次的B、C型肝炎篩檢服務，以早期發現、提供適當治療，避免演變為慢性肝病及肝硬化。（參考「擴大B、C肝篩檢 一個月突破7萬人創新高」焦點新聞，衛生福利部國民健康署，民國110年01月15日。）

110年全國計有6千多家醫療院所提供成人預防保健服務及B、C型肝炎篩檢，若民眾不清楚自己是否有B、C型肝炎，可到診所詢問及接受篩檢服務。只要確認感染慢性C肝，民眾不需要驚慌，目前健保有給付C型肝炎口服新藥治療，治癒率高達98%，立刻省下藥費約20萬元【註：全民健保從108年1月起，只要確認感染C肝，不論有無肝纖維化，都可提供C型肝炎口服新藥治療，副作用低，治癒率高。】。國民健康署提醒民眾，透過篩檢能夠早期發現、適當治療，方能有效阻斷肝炎、肝硬化、肝癌三部曲。護肝3撇步包括：1.避免接觸危險因子（如避免共用針頭等）、2.保持健康體位，包括健康飲食及多運動、3.勿過度飲酒，預防脂肪肝、酒精性肝炎。（參考「篩檢條件開放8個月；有百萬人接受B、C肝篩檢」焦點新聞，衛生福利部國民健康署，民國110年07月28日。）

WHO於2016年宣示於2030年達成消除C型肝炎的目標，並於2022年更新C型肝炎治療指引。據此，「國家消除C肝辦公室」依民國105年11月24日衛生福利部衛部綜字第1051161435號函訂定之《國家消除C肝辦公室設置要點》【註：民國108年12月27日修正全文共9點】於105年12月1日成立，民國112年03月24日回歸體制，於國民健康署成立「B、

C型肝炎防治辦公室」，前後計6年4個月。回歸係為呼應世界衛生組織(WHO)2030年消除病毒性肝炎之目標，一併納入B型肝炎防治任務而成立「B、C型肝炎防治辦公室」。回歸後行政院和衛福部間仍設有「中央癌症防治會報」和「衛生福利部肝癌及肝炎防治會」，皆有邀請多位專家共同參與消除病毒性肝炎，並進行跨部門協商、溝通合作。（參考「國家消除C肝 決心不變」焦點新聞，衛生福利部國民健康署，民國112年03月24日。）

依據《國家消除C肝辦公室設置要點》，衛生福利部係為強化國人C型肝炎防治各項工作，特設此辦公室。其任務如下：（一）國家C型肝炎防治政策之研議及協調推動。（二）國人C型肝炎流行病學數據蒐集、病人登錄資料庫建置、相關資訊平台整合及分析。（三）C型肝炎健保給付對象及費用之評估研究。（四）C型肝炎衛教預防、篩檢及治療成效之評估研究。（五）推動C型肝炎之前瞻研發及產業合作。（六）其他本部部長、次長交辦事項之研議及推動。辦公室設指導委員會置委員九人至十人，委員任期三年，且任一性別比例不得低於三分之一。

問題③：公費提供各年齡層定期成人健康檢查服務即「成人預防保健服務」。

解答：我國自民國84年起開始推動「成人預防保健服務」，此服務係為維護國人健康，早期發現慢性病、早期介入及治療，目前由國民健康署提供30歲以上未滿40歲民眾每5年1次

(註：自 114年起才將年齡下調至30歲)、40歲以上未滿65歲民眾每3年1次、55歲以上原住民、罹患小兒麻痺且年在35歲以上者、65歲以上民眾每年1次成人健康檢查。(圖一)服務內容包括身體檢查、血液生化檢查、腎功能檢查及健康諮詢等項目。(表一)目前全國計有7千多家提供成人預防保健服務的健保特約醫事機構，為提高醫療院所服務動能及意願，114年起給付金額也從每案520元調升至880元。

根據衛生福利部國民健康署歷年十大死因統計，慢性疾病就佔了7項。為了找出危害健康的不良因素及疾病，達到早期發現早期治療，定期健康檢查是最重要的方法！政府補助30~39歲民眾每5年1次成人健康檢查；40~64歲民眾每3年1次成人健康檢查；35歲以上罹患小兒麻痺者、55歲以上原住民及65歲以上民眾每年1次成人健康檢查政府也補助45~79歲民眾



圖一 政府補助成人健康檢查 (圖片來源：臺北市府衛生局，114年版)

表一 成人預防保健880方案

| 項目 | 對象 | 次數 | 補助金額 | 服務項目 |
|-------------|-----------------------------------|-------|-----------------------------------|---|
| 成人預防保健880方案 | 30歲以上未滿40歲 | 每5年1次 | 原則每案補助880元(若符合BC肝篩檢資格者,另補助370元/案) | 1.基本資料：問卷(疾病史、家族史、服藥史、健康行為、憂鬱檢測等) 2.身體檢查：一般理學檢查、身高、體重、血壓、身體質量指數(BMI)、腰圍 3.實驗室檢查： (1)尿液檢查：蛋白質 (2)腎絲球過濾率(eGFR)計算 (3)血液生化檢查：GOT、GPT、肌酸酐、血糖、血脂(總膽固醇、三酸甘油酯、高密度脂蛋白膽固醇、低密度脂蛋白膽固醇計算)、尿酸。 (4)B型肝炎表面抗原(HBsAg)及C型肝炎抗體(anti-HCV)：45歲至79歲(原住民40歲至79歲)，可搭配成人預防保健服務終身接受1次檢查。 4.健康諮詢：戒菸、節酒、戒檳榔、規律運動(含150分鐘/每週)、維持正常體重、健康飲食(含我的健康餐盤)、事故傷害預防、口腔保健、慢性疾病風險評估、腎病識能衛教指導。 |
| | 40歲以上未滿65歲 | 每3年1次 | | |
| | 55歲以上原住民、罹患小兒麻痺且年齡在35歲以上者、65歲以上民眾 | 每年1次 | | |

及40~79歲原住民，終身一次B、C型肝炎篩檢。目前臺北市有超過400家醫事機構可提供服務，檢查前建議電洽醫療院所詢問服務時間及掛號費，攜帶身分證及健保卡（原住民請攜帶戶口名簿或相關證明文件）檢查前須空腹8小時檢查後，依院所安排時間返診聽醫師解說健檢報告及接受健康諮詢。（參考「成人預防保健服務」，臺北市政府衛生局健康管理科，民國114年10月27日更新。）

問題④：「沒有肝炎威脅的健康臺灣」指日可待！？

解答：B、C型肝炎是我國肝癌發生的高危險因子，長期慢性感染可能導致肝硬化與肝癌風險，依衛生福利部2024年死因統計資料顯示，肝癌仍高居我國癌症死因第2位。為維護國人健康，並呼應世界衛生組織(WHO)2030年消除病毒性肝炎之目標，政府全力推動「國家消除C肝政策綱領」(2018-2025)，以治療引導預防，結合篩檢與防治，透過精準的公衛防治系統，全面防治C型肝炎，經過多年公私協力推動，已於2025年年底，向WHO遞交消除C肝認證申請，使臺灣的C肝防治，成為國際典範，也落實「健康臺灣」的國家願景。（圖二）...臺灣雖然不是WHO會員國，但在病毒性肝炎的防治上仍一直與國際同步甚至超前。為鞏固C肝防治成效，政府將持續強化C肝流行病學的監測，加強高風險族群及一般民眾之防治知能，並落實醫療機構感染管制措施，以保障國人健康，早日實現「健康臺灣」國家願景。



圖二 2025消除C型肝炎計畫（圖片來源：衛生福利部）

（參考「2025消除C型肝炎計畫—臺灣提前達成2030世衛消除C肝目標」重要政策，行政院，民國114年08月20日）

我國提前於2025年達成世界衛生組織(WHO)消除C肝目標，透過中央到地方跨部會合作，建構從預防、篩檢到治療一條龍的C型肝炎防治策略，成果斐然，各項指標全面超越WHO金級標準，診斷率、治療率均逾九成。我國將向WHO西太平洋區署(WHO Regional Office for the Western Pacific, WPRO)提交「消除C肝報告」，展現國際承諾。為響應WHO 2030年消除病毒性肝炎的目標，衛生福利部於財團法人張榮發基金會舉辦「臺灣領航 消除C肝」國際記者會。賴清德總統、消除C肝國家認證工作小組召集人陳建仁院士出席，說明我國C型肝炎防治成果，以及透過「以治療引領預防」、「以篩檢支持治療」、「以預防鞏固成效」等政策方向，達成WHO消除C肝目標。

衛生福利部石崇良部長表示，慢性B、C型肝炎為臺灣重要疾病負擔之一，為消除C型

肝炎，政府採取「精準公衛防治」、「防治在地化」、「防治一條龍」核心策略，提供精準、全面且有效地篩檢與治療服務。從2003年起提供C型肝炎之干擾素治療到2017年全口服新藥（簡稱DAA）治療納入健保給付（註：DAA於2014年問世，讓C型肝炎成為可被治癒的疾病；其治癒率超過九成，且副作用極低，但藥價昂貴，每個療程需兩百多萬元。在衛福部前部長林奏延、健保署前署長李伯璋等官員努力下，與藥廠達成協議，最後健保給付價格幾乎是打了一折，新藥2017年起納入健保給付。）截至2025年10月，已有超過18.2萬人接受DAA治療、使用經費約287億元。2020年擴大篩檢族群45-79歲，2025年更放寬為39-79歲，至今逾755萬人接受過篩檢。國民健康署沈靜芬署長表示，我國消除C肝計畫性指標已超越WHO消除路徑(Path to Elimination, PTE)金級標準：診斷率、治療率達9成以上；在預防及減害的措施方面，每名注射藥物者平均領用針具數超過150支，輸血血品及醫療注射安全率皆維持100%。達成階段性消除目標後，為進一步降低C型肝炎發生率及B、C型肝炎死亡率，國民健康署未來將持續進行加強篩檢、衛教資訊宣傳，以提升民眾健康意識及治療的可近性，並鼓勵民眾踴躍出來篩檢，及早追蹤治療，以鞏固C肝消除成果。（參考「消除C肝新里程碑 臺灣提前達成WHO目標」焦點新聞，衛生福利部國民健康署，民國114年12月17日）由於台灣並非WHO會員國，莊人祥常務次長表示，將以中華台北名義申請，由衛福



圖三 台灣肝病防治兩樣情（圖片來源：聯合報 20251217）

部國際合作組與WHO聯繫，向WHO西太平洋區署提出C肝消除認證申請。

肝炎治療權威教授簡榮南預估，全台需要治療的C肝患者目前僅剩近兩萬人。（前段註及此段預估參考「圖表看時事／台灣肝病防治兩樣情…C肝診治率破9成B肝僅28%患者接受治療」，聯合新聞網／記者廖靜清、林琮恩／台北報導，民國 114年12月19日。圖三）消除C型肝炎已經達標、消除B 型肝炎指日可待！？



效法戰前高等學校的學習精神

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

最近有機會探討日據時代的醫學教育，台灣醫學教育史相當複雜，但很有意義，若有興趣，請看以前這系列的幾篇拙文^{1,2}，以及文後的參考文獻。上期提到日據時代，若想讀大學程度的醫學教育，須先讀高等學校或大學豫科（日本漢字：豫=預）。戰後高等學校及大學豫科都廢除，新學制是初中及高中各三年畢業後，就可就讀大學醫學院的醫科/醫學系。在正式的醫學教育前，較早期的醫學生必須先讀醫預科兩年³。

上幾期討論不少有關日據時代高等學校及大學豫科³⁻⁹，從高等學校畢業前輩的回憶錄及傳記，大部分都很贊揚，他們那時代的醫學預備教育，讓我很羨慕，當年高等學校的優良教育。上期討論戰後較早期(1958-60)的醫預科，跟戰前高等學校的比較³，覺得戰後的醫學生，在醫預科時期，沒有像戰前高等學校的學生們，那麼熱誠學習課外的廣泛知識，並說我們應該要向前輩們學習。同樣地，當年高等學校的制度、課程、教學措施以及執行等等，或許仍有些值得各醫學院去探討，為何戰前高校生，會有那樣熱誠的學習精神，那時代的高等學校教育，有否值得學習的地方。

何止台灣，日本的高等學校及大學豫科，也一樣在戰後幾年後都廢除了¹⁰，日本的不少大學醫學部的醫學生的前兩年，要先在教養學部或文理學部，修習類似我們醫預科的課程^{11,12}。戰後日本這類似台灣的醫預科，在教養學部前期醫學生，有否戰前高等學校/大學豫

科學生，那種熱誠學習的精神？是否跟台灣的醫預科情況類似？

當然目前台灣醫學教育，想必比我那時代（1950-60年代）改進，各醫學院的課程不同，而且課程及學生學習態度也會一再演變。目前跟上期討論的1950、1960年代，已超過六十多年，母校的醫預科已於1992年廢除，不但醫預科廢除，連七年制的醫科/醫學系，也於2013年開始，改成六年制。

醫學教育進步，跟國家的政治體制也有關係，以前曾討論過，目前醫學教育們，比我們六十多年前，最少減少些「權威式」的教育，相信目前的教導，學生更會接受更多如何多加思考以及多創造能力的教導。這題材以後有機會再來好好探討，不過我們應瞭解，比較不同時代的醫學預備教育，要瞭解戰前的高等學校及豫科，是經費昂貴及只極少數人能就讀的「菁英」教育，不到1%同年紀的男性，才有機會接受這種高等學校教育。目前的台灣，其實日本也一樣，高等教育已改進為較普遍，較自由平等以及大眾化的教育。

高等學校熱誠教學及鼓勵精神值得學習

以前討論高等學校的文章³⁻⁹，一再提到從高等學校畢業的前輩們，回憶他們的老師們的優良教學，如何引導學生學習，尤其教導學生去多思考，以及鼓勵學生廣泛地去閱讀課外的各類書籍，不管是文科、理科都有這樣的精神。可是當我讀醫預科時，屬於理學院，理學院系多學生多，這些最基礎的醫學預備教育，師生關係就很不同於戰前高等學校的「菁英」

教育體制。

除了不少無甚意義的「政治」八股教育外，當年醫學預備教育仍可說不錯，不過想不出當年醫預科時，有特別的教授，像高等學校畢業前輩們，六十多年後仍津津樂道，老師的教導如何熱誠如何優良。不記得醫學預科的教授，曾熱誠地鼓勵學生們，多找課外各類書籍閱讀，多去參加研討會來「充實」自己。這是否跟學校的教育制度、政策、執行等有關？若當時的醫預科教授們，有類似高等學校的教授，也熱誠地鼓勵我們多讀書，以及多參加研討會，或許我們會多更努力求知。

順便一提，我的兒女們就讀高中時，美國高中生沒有大學聯考的高壓力，學校很鼓勵學生讀課外書，學校有鼓勵讀課外書的辦法。讀完課外書籍後，寫一短報告繳給老師，學校刊物上不時地就會登出，讀課外書多的學生名單，學期結束時，還有獎狀頒給「多讀課外書」的學生，就是沒有獎品或獎金，上了讀最多課外書者名單，就是很光榮的獎勵。學校多獎勵辦法，應也是一種很好的鼓勵，促進學生多多充實自己。我以前從小學一年級開始，到上大學醫預科，不記得有老師，曾熱誠地鼓勵我們多讀課外書籍，多充實自己，都只注重教科書及升學考試的書籍。

高等學校導師制度值得學習

從高等學校畢業前輩們的回憶，最少台北高等學校，有「導師」制度，幾期前的拙文就說過，導師常會招待學生到他們家去，而且有非正式但很有意義的教育。在回憶錄中，陳

五福醫師/博士，就特別贊揚他的導師。導師在家中招待學生時，仍不厭其煩地回答學生問題，介紹並鼓勵學生廣泛閱讀。還特別說這類教育，更有啟發性，看來這導師制度有很大的影響力⁶⁻⁸。

這導師制度很有意義，我那年代（1950、60年代）的醫預科，不記得有導師制度，只有一位醫預科主任，只是掛名而已，兩年期間不知是誰，從未跟我們見過面討論。我們到了醫學院時，不知那一年開始，有過分配全院學生的導師制度。醫學院醫科的學生們（記得不包括在理學院的醫預科），先由學生自己填志願，然後學校分配學生給導師。記得每位導師從醫科三年到七年級學生各1-2位，每位導師共有幾位或十幾位學生。

還記得剛成立這制度時，我的導師還曾在，新建大樓的地下室，那時稱為「學生活動中心」，請分配給他的學生喝咖啡聊天，這是很好的開端，第一次只有幾位參加。雖不是為了教學，為輔導學生而言，應是很好的制度。可是以後一直到畢業，再也沒有跟導師有任何活動。看來那時醫學院所推行的導師制度，沒成功，大概沒有好好計劃。這樣的導師制度，除了各年級學生，還可把住院醫師及醫預科生加入，或許可成為醫學院的好導師制度。不知道以後到目前，各醫學院有沒有類似的導師或更好的輔導制度？

以後自己的當小兒科住院醫師受訓時，也沒有任何的導師制度，去受訓練的那大學，小兒科住院醫師不少，只一位專任教授當住院

醫師訓練部主任，只是辦行政工作而已，不是輔導。後來到另一大學，接受次專科(sub-speciality)訓練時，受訓的研究生醫師(fellow)只有幾位，專職的教職醫師，比fellow多，次專科主任當導師綽綽有餘。那時就覺得次專科訓練，較有人指教及解惑，更瞭解導師制度，對任何教育及訓練很有意義。

後來當了St. Louis大學小兒科教職時，開始時沒有，到了較後期，開始設立類似的導師制度。住院醫師可先填志願，選一位專職臨床教員為其導師(advisor；顧問或指導)，再由住院醫師訓練部分配。專職的臨床醫師，有一位或許有些導師可能多一、兩位的住院醫師當其導生。

導師主要責任不在教學，是幫忙住院醫師在訓練時解決各種問題，無論是生活上、教育上等的適應問題，不只訓練有問題，就是對以後的計劃，同事間甚至家庭的問題，當然學生訓練期間，若有任何疑問，當然也可向導師請教或幫忙。那時科內經常有對住院醫師訓練的討論會，導師都要參加，討論每位住院醫師訓練如何，有沒有問題，會要求導師出席提供意見，這些都是導師的職責。

那時選我當導師的一位住院醫師很優秀，他選我當導師，不知是否因為我常在開會時，講他好話。以後不時地跟他一起吃午餐聊天及討論，可能正式地跟他討論訓練中有否問題。這位很優秀沒有什麼問題，住院醫師訓練完後，從事次專科(sub-speciality)訓練，導師當然就會轉到次專科的教員上。雖然我這次當導

師沒有什麼貢獻，只想說導師制度值得效法，從醫學生開始到最後的訓練，有位導師想都有益處。

無論如何，從醫學預備教育的一年級開始、基礎醫學及臨床醫學教育的醫學生，甚至畢業後正在受訓練的住院醫師，共同有一位導師制度也值得考慮。同一導師可指導從開始醫學預備教育的醫學一年級，到正式醫學教育(到醫六)及住院醫師。當然像高等學校，在醫學預備教育期間(主要前兩年，修醫學預備教育)時，醫學院正式醫學學生時(第三—六年)，以及住院醫師時，分別有各自不同的導師制度，當然有不同的好處，都可考慮。有導師制度，啟動不同時期更好的醫學教育及訓練，想會使學生更熱誠心去學習。建立有職責的導師制度，會有更好效果。醫學教育或訓練，值得向高等學校的經驗學習，設立導師制度。

沒傳承蠻風及Storm的特點有道理

前幾期，拙文曾討論高等學校的生活特點⁶⁻⁸，曾一再說過，學生們穿著「敝衣破帽，不修邊幅」及其他的確很不尋常的「蠻風(バンカラ)」的行為特點。有點像1960年代後期到1970年代初期，從美國開始的Hippie/Hippy(「嬉皮」)作風。雖都有反社會的意識，不過日據時代高等學校生，卻是享受社會的「特權」階級！學校不干涉，甚至還有點「保護」學生享有這「特權」。更有一種所謂ストーム(Storm)的團體活動，為了震驚周圍環境，發洩青少年精力的激情行動，詳細些的討論請看

上幾期的討論^{3,6-9}。

蠻風及Storm的特點，是戰前舊制高等學校很特殊的活動，那麼從舊制高等學校，演變為戰後的學校又如何呢？原台北高等學校，戰後先改名為台北高等中學，等戰前入學的未畢業生畢業後就廢校，原校舍改由師範學院及後來師範大學繼續下去。這種蠻風及Storm的生活特點，因為日籍學生回去日本，很容易瞭解，台灣人學生不會繼續。台灣人學生在高等學校及台北帝大豫科人數極少，這種源自日本高等學校的傳統習俗，戰後台灣人學生自然不會繼續下去，可說馬上消失。

蠻風及Storm不但在台灣消失，上期說日本舊制高等學校，戰後相當於日本新制高等學校（台灣高中）三年級及新制大學的教養學部或文理學部的一、二年級。上網找到的資料，查出原第一高等學校，改隸屬於東京大學，成為東大的教養學部，原東京高等學校，本有尋常科及高等科，改隸屬於東京大學，演變成教育學部附屬中學校，是六年一貫制中學校¹²。上其網站查看教養學部及附屬中學校的活動，都沒有バンカラ（蠻風）及ストーム(Storm)的記載或討論。

再用バンカラ、ストーム、蠻風、Storm到新制高等學校，或上述附屬中學校以及教養學部的網站去搜尋¹⁰⁻¹³，除了一些舊制高等學校有蠻風、Storm、バンカラ或ストーム活動的網站出現，新制高等學校或中學校及教養學部^{12,13}，沒有跟蠻風及Storm有關的活動。顯然這バンカラ（蠻風）及ストーム(Storm)。戰

後日本的新制高等學校或中學校高年級，以及大學教養或文理學部的前期（第一、二年級），相當舊制高等學校學生的年紀，都沒找到有蠻風及Storm的生活記載。因為這蠻風及Storm的活動主要跟學寮（學生宿舍）最有關，特別去詢問在東京的友人，他去查問東京大學的這些學校，仍有學生宿舍，他也問了些年輕人，都不知道有蠻風及Storm的活動。

蠻風及Storm的活動，是戰前的高等學校的很特別的現象，從網站上文章的描述¹⁴，看起來很有團隊精神。校慶上街Storm時幾乎全員參加，有大鼓及應援團開道，在街頭遊行（圖一）¹⁵，群眾圍觀非常壅塞。這種團隊精神，是否促進如上幾期討論的學生們一起熱誠學習，追求知識及自我充實？

其實蠻風及Storm活動，在現代的自由民主社會，不是優點，譬如政府/警察對高校生容忍，是不平等現象，有些現在看起來，還有擾亂社會的現象，不值得流傳，看來戰後在日



圖一 Storm上街的鏡頭。（謝謝《台北高等學校創校95周年紀念特展》網站¹⁵）

本也自然消失了。為了要團隊精神，還有很多其他的活動，不擾民也不會有社會不平等的問題，譬如種種的校際競賽，尤其各類的運動比賽。戰前日本各高等學校之間，就有種種的競賽，甚至台北高等學校及帝大豫科之間，就有不同的比賽¹⁶，蠻風及Storm活動的特點，戰後更民主自由的社會，日本也不能流傳下去，有其理由。

自由與自治學風

上幾期討論高等學校及豫科教育時，曾特別提「自由與自治」，不管是台灣人或日本人的高等學校畢業生，也不論是那個高等學校，絕大部分的高等學校畢業前輩，都很驕傲，他們那時代有「自由與自治」的學風，尤其是殖民地時代的台灣，不少人還自稱是「自由自治的天之驕子」，而且「台日籍畢業生不約而同地形容，臺北高校是日本殖民統治下的一股清流」，台灣人跟日本人前輩一樣都很贊揚。

上期拙文也提到，上Google去用「日據時代高等學校的自由」搜查時，看到一寫明AI Overview的說明：「日治時期高等學校----受限於殖民地的本質，學生在思想與個人層面並無真正的自由」。

台灣人讀高等學校，看來能「享受」較多的自由，是否托「福」於高等學校及帝大豫科極多數的日本人學生？政府對佔極多數的日本人學生，要跟日本內地的高校生類似，不能差別太多，因此對很少數的台灣人學生也一樣看待。以前一直提過，台灣學生只佔台北高等學

校總學生數目的22.5%，而台北帝大豫科生只佔9%，但在日據時代最末期，最高時，日本人只佔台灣人口的6%，所以台灣的高等教育的確是對台灣人很不公平。

戰前的日本本土及台灣殖民地時代，高等學校及帝大豫科在「自由」項下，跟現代高等教育的變化，可說都已演變很多。現在日本跟台灣，在世界各種調查或評鑒，「自由」的程度，都屬於全世界的極前段的「最自由」國家，日本及台灣在亞洲，名列第一或第二名¹⁷，網路的自由程度，台灣更是亞洲第一¹⁸。其實台灣經歷很多年的努力，才達到這種「自由」程度是最自由的國家。台灣曾有持續了38年(1949-1987)的戒嚴，日本戰後也經過相當困難時光，這問題很複雜，不能簡單討論，以後有機會再另文來多多討論。

參考文獻

1. 朱真一：副/福業回顧15-日據時代的醫學教育(1)：從土人醫師養成所到醫專。台北市醫師公會會刊2024; 68(11): 87-91。
2. 朱真一：副/福業回顧16-日據時代的醫學教育(2)：台北帝大醫學部及醫專。台北市醫師公會會刊2024; 68(12): 90-5。
3. 朱真一：副/福業回顧28- 戰前高等學校vs戰後醫預科：學習精神有差別。台北市醫師公會會刊2025; 69(12) : 90-5。
4. 朱真一：副/福業回顧23-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(7): 72-6。

5. 朱真一：副/福業回顧24-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(8): 77-82。
6. 朱真一：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。台北市醫師公會會刊2025; 69(9): 77-82。
7. 朱真一：副/福業回顧26-日據時代的醫學教育(12)：高等學校教育-熱誠閱讀及學習。台北市醫師公會會刊2025; 69(10): 81-6。
8. 朱真一：副/福業回顧27-日據時代的醫學教育(13)：高等學校教育--自由與自治。台北市醫師公會會刊2025; 69(11): 78-83。
9. 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。
10. 舊制高等學校。在Wikipedia網站：<https://zh.wikipedia.org/wiki/舊制高等學校>
11. 舊制第一高等學校。在Wikipedia網站：<https://zh.wikipedia.org/zh-hant/舊制第一高等學校>
12. 東京大学 大学院総合文化研究科・教養学部。在Wikipedia網站：<https://www.c.u-tokyo.ac.jp/index.html>
13. 東京大学教育学部附属中等教育学校。In Internet：<https://www.hs.p.u-tokyo.ac.jp>
14. 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>
15. 台北高等學校創校95周年紀念特展：自治的天之驕子。In Internet：http://archives.lib.ntnu.edu.tw/exhibitions/taihoku95/exhibition_02.jsp
16. 陳炯暉、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。
17. Freedom House; Freedom in the World 2025. In Internet：https://www.horndiplomat.com/wp-content/uploads/2025/04/FITW_World2025digitalN.pdf
18. 魯皓平（遠見雜誌；2025-5-10）世界新聞自由度排名！台灣排名亞洲第1，這幾個國家敬陪末座。In Internet：<https://www.gvm.com.tw/article/121103> 🇹🇼

重要政令轉知會員

疾病管制署更新版「中央健康保險署行政協助疾病管制署辦理『114年度流感疫苗接種計畫』之接種處置費申報及核付作業」，以及「校園場域流感疫苗接種處置費申請/註記SOP及相關QA」

中華民國醫師公會全國聯合會

114.10.07 全醫聯字第1140001330號

受文者：台北市醫師公會

主旨：檢送衛生福利部疾病管制署更新版「衛生福利部中央健康保險署行政協助衛生福利部疾病管制署辦理『114年度流感疫苗接種計畫』之接種處置費申報及核付作業」，以及「校園場域流感疫苗接種處置費申請/註記SOP及相關QA」各1份，請查照。

說明：

一、依衛生福利部疾病管制署114年10月1日疾管新字第1140400556號函副本辦理。

二、旨揭重點略以：

- (一) 衛生福利部疾病管制署114年9月23日疾管新字第1140400729號函已檢送各縣市政府衛生局，關於校園場域流感疫苗接種處置費申請/註記SOP及相關QA。
- (二) 本案前就114年校園場域接種之公費流感疫苗對象，請合約院所運用全國性預防接種資訊管理系統（下稱NIIS）3.3.1（同14.2功能）或離線版(V2.2.10)登錄並選擇註記「校園接種」後上傳至NIIS，以利衛生福利部疾病管制署據以核付接種處置費。惟近期衛生福利部疾病管制署陸續接獲醫院反映，建議疾病管制署新增HIS API註記「校園接種」功能以提升行政效率，經疾病管制署評估所提建議亦能確保接種資料品質，爰請NIIS廠商於HIS API新增處置費註記欄位上傳功能，並更新規格文件（下載網址：<https://reurl.cc/rYG3jy>），以及「校園場域流感疫苗接種處置費申請/註記SOP及相關QA」。合約院所可視實務需求，擇一方式進行校園接種處置費註記及接種資料上傳作業。
- (三) 針對校園場域之公費流感疫苗對象，該署將依NIIS之接種資料「校園接種註記」、「公費疫苗批號」、「重複接種」、「合約狀態」、「停權區間」等條件進行檢核，並批次送衛生福利部中央健康保險署核付接種處置費，故請合約院所務必確認上傳接種資料之正確性，避免影響NIIS接種資料品質及接種處置費核付結果。

三、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。☞

全民健康保險週日及國定假日輕急症中心(UCC)試辦計畫之各類醫事人員及藥師支援人力報備，得免逐案報備

臺北市政府衛生局

114.10.13 北市衛醫字第1143139565號

受文者：台北市醫師公會

主旨：為配合全民健康保險週日及國定假日輕急症中心(UCC)試辦計畫之各類醫事人員及藥師支援人力報備一案，得免逐案報備，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部中央健康保險署114年10月7日健保醫字第1140664644號函辦理。
- 二、依醫師法第8-2條、護理人員法第12條、醫事檢驗師法第9條、醫事放射師法第9條及藥師法第11條規定辦理。
- 三、本文相關訊息刊登於本會網站。📄

114年第3次共管會議相關事項

中華民國醫師公會全國聯合會西醫基層醫療服務審查執行會臺北分會

114.10.15 臺北基審字第1140000095號

受文者：台北市醫師公會

主旨：惠請 貴會協助宣導及轉知114年第3次共管會議相關事項予所轄診所，以維護會員權益，詳如說明及附件，請查照。

說明：

- 一、依據本會114年9月12日西醫基層總額臺北區第3次共管會議決議辦理。
- 二、惠請貴會協助宣導及轉知下列事項予所轄診所，以維護會員權益，無任感荷。
 - (一) 再次重申腹部超音波項目相關規範。
 - (二) 檢驗（查）預開單之正確申報格式。
 - (三) 請鼓勵會員診所踴躍加入DM/CKD計畫。
 - (四) 請鼓勵院所至機構提供居家安寧服務。
 - (五) 115年1月1日起，停止健保醫療資訊系統實體卡申請。
 - (六) 自114年7月31日起，健保醫療資訊雲端查詢系統「摘要 /B、C肝炎專區／篩檢資格」配

合國民健康署擴大B、C型肝炎篩檢調整資格設定。

- (七) 114年7月31日核定新增「114年全民健康保險西醫基層提升國人視力照護品質方案」。
- (八) 114年7月22日公告修訂「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」。
- (九) 114年7月31日核定新增「全民健康保險門診靜脈抗生素治療獎勵方案」。
- (十) 114年第1季臺北區西醫基層醫療服務品質資訊公開指標，有6項負向指標高於參考值及全署平均值，請院所合理申報。
- (十一) 基層院所開放表別項目申請，請會員依各項診療項目訂定規定（如：限由專任醫師、適應症…）執行服務。

三、本文相關訊息刊登於本會網站。🌐

國民健康署各項目預防保健服務電子補正清單下載

中華民國醫師公會全國聯合會

114.10.16 全醫聯字第1140001356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各項目預防保健服務電子補正清單下載，請轉知所屬會員依說明段辦理，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部國民健康署114年10月9日國健企字第1141461212B號函辦理（如附件）。
- 二、參與該署之「成人及兒童預防保健服務」、「婦女子宮頸抹片檢查、定量免疫法糞便潛血檢查及乳房X光攝影檢查」及各項預防保健服務補正上傳說明，請依「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」第10點規定，醫事服務機構應自提供預防保健服務日之次月一日起六十日內，依各項預防保健服務規定，詳實登錄上傳該項目之檢查表單至該署指定之系統。屆期未登錄上傳相關資料或登錄上傳之資料不完整、不正確，經通知限期補正，屆期仍未補正者，該部不予核付費用。
- 三、有關成人及兒童預防保健服務，請各院（所）逕至「醫療院所預防保健暨戒菸服務整合系統」（<https://portal.hpa.gov.tw>）或「健保資訊網服務系統(VPN)」下載電子補正清單；婦女子宮頸抹片檢查、定量免疫法糞便潛血檢查及乳房X光攝影檢查請由「醫療院所預防保健暨戒菸服務整合系統」之「癌症篩檢追蹤」子系統下載電子補正清單；關於各項預防保健服務

補正上傳說明，請至「醫療院所預防保健暨戒菸服務整合系統」首頁之「下載專區(<https://portal.hpa.gov.tw/Web/Download.aspx>)下載。

四、本文訊息與附件刊登於本會網站。🌐

特約醫事服務機構違規態樣請院所留意

中華民國醫師公會全國聯合會

114.10.17 全醫聯字第1140001359號

受文者：台北市醫師公會

主旨：為發揮同儕制約精神，特此檢送114年8月28日至114年10月15日特約醫事服務機構違規態樣（如附表）併惠請各縣市醫師公會暨西醫基層醫療服務審查執行會各分會加強向院所宣導說明段事項，請查照。

說明：

- 一、特約醫事服務機構申報異常費用不僅遭致扣款等違約處分，亦連帶扣減西醫基層全體總額，影響總額成長率。
- 二、特約醫事服務機構應遵守《全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法》第35條至第40條規定，尤以下列為首：
 - （一）醫師應親自診斷病患提供醫療服務，或於符合《全民健康保險醫療辦法》第七條所定條件時，再開給相同方劑。
 - （二）醫師應依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫療服務。
 - （三）避免以不正當行為或虛偽之證明報告或陳述，申報醫療費用。
- 三、依據「114年西醫基層醫療服務審查勞務委託契約」第二條、（三）、1、(1)、(5)及《中華民國醫師公會全國聯合會西醫基層醫療服務審查執行會暨分會執行幹部自律管理守則》第三條與《中華民國醫師公會全國聯合會西醫基層醫療服務審查醫藥專家遴聘與管理要點》第三條規定，違反《全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法》而受終止特約或停止特約處分之特約醫事服務機構負責醫師及其他受處分醫師，如係西醫基層醫療服務審查執行會及各分會現任委員或審查醫藥專家，將予以解聘。
- 四、另檢附健保署函文違規診所內容（附件一~附件八）供參，請依「個人資料保護法」辦理，若要丟棄本文件，務請銷毀後丟棄，如函文內容有其他疑義請洽健保署承辦人。
- 五、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。🌐

附件

| 分區 | 院所違規態樣 (摘要節錄) | 處分條款 (條文摘要節錄) | 處分結果 | 處分 月份 |
|----|---|--|--|-------------|
| 台北 | 有「未經醫師診斷逕行提供醫事服務」之情事(附件一)。 | 特管辦法第37條第1項第2款規定,有未經醫師診斷逕行提供醫事服務者,以保險人公告各該分區總額最近一季確認之平均點值計算,扣減其申報之相關醫療費用之十倍金額。 | 追扣醫療費用8,471點,及扣減醫療費用之十倍金額計84,710點,換算總計為82,654元。 | 114年 9月 |
| | 有以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述,虛報醫療費用(附件二)。 | 供保險對象非治療需要之藥品、營養品或其他物品之方式,登錄就醫並申報醫療費用者,保險人應予停約1至3個月。 特管辦法第37條第1項第2款規定,有未經醫師診斷逕行提供醫事服務者,以保險人公告各該分區總額最近一季確認之平均點值計算,扣減其申報之相關醫療費用之十倍金額。 | 停止特約1個月,期間自114年12月1日至114年12月31日止。 追扣267,341點及扣減十倍2,673,410點,換算總計為2,728,858元。 | 114年 9月 |
| 北區 | 有「以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述,申報醫療費用」及「未經醫師診斷逕行提供醫事服務」等情事(附件三)。 | 特管辦法第37條第1項第2款規定,有未經醫師診斷逕行提供醫事服務者,以保險人公告各該分區總額最近一季確認之平均點值計算,扣減其申報之相關醫療費用之十倍金額。 特管辦法第39條第4款規定,於特約期間有以提供保險對象非治療需要之藥品、營養品或其他物品之方式,登錄就醫並申報醫療費用者,保險人應予停約1至3個月。 | 停約1個月,期間自115年2月1日起至115年2月28日止,並予追扣虛報金額計10,100元;另追扣醫療費用計1,091元,扣減其醫療費用之10倍金額計10,910元,共計12,001元。 | 114年 10月 |
| 中區 | 有未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務之情事(附件四)。 | 特管辦法第37條第1項第1款規定,有未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務者,以保險人公告各該分區總額最近一季確認之平均點值計算,扣減其申報之相關醫療費用之十倍金額。 | 扣減10倍醫療費用54,860元,追扣醫療費用5,486元及未確實報備支援藥事人員並以其名義申報藥事相關費用26,660元。 | 114年 9月 |
| | 有未依規定向保險對象收取其應自行負擔之費用,及未經醫師診斷逕行提供醫療服務等情事(附件五)。 | 特管辦法第37條第1項第2款規定,有未經醫師診斷逕行提供醫事服務者,以保險人公告各該分區總額最近一季確認之平均點值計算,扣減其申報之相關醫療費用之十倍金額。 | 違約記點1點暨不給付醫療費用5,204元、應扣減醫療費用之10倍金額計52,040元。 | 114年 9月 |

| 分區 | 院所違規態樣 (摘要節錄) | 處分條款 (條文摘要節錄) | 處分結果 | 處分月份 |
|----|--|---|--|--------|
| 中區 | 有未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務之情事(附件六)。 | 特管辦法第37條第1項第1款規定,有未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務者,以保險人公告各該分區總額最近一季確認之平均點值計算,扣減其申報之相關醫療費用之十倍金額。 | 扣減10倍醫療費用新台幣8,070元,追扣醫療費用新台幣807元。 | 114年9月 |
| 南區 | 有未診治保險對象,提供非治療需要之藥品、營養品等情事(附件七)。 | 特管辦法第39條第2款及第5款規定,於特約期間有以提供保險對象非治療需要之藥品、營養品或其他物品之方式,登錄就醫並申報醫療費用者及有保險醫事服務機構容留未具醫師資格之人員,為保險對象執行醫療業務,申報醫療費用者,保險人應予停約1至3個月。 | 自115年2月1日起至115年2月28日止停約一個月,暨追扣違規申報醫療費用計11,122元。 | 114年9月 |
| 高屏 | 有「未經醫師診斷逕行提供醫事服務」、「未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務」及錯誤申報醫療費用等情事(附件八)。 | 特管辦法第37條第1項第1款及第2款規定,有未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務者,及有未經醫師診斷逕行提供醫事服務者,以保險人公告各該分區總額最近一季確認之平均點值計算,扣減其申報之相關醫療費用之十倍金額。 | 不予給付醫療費用34,385元暨扣減10倍之金額343,850元,另應追扣錯誤申報醫療費用9,104點。 | 114年9月 |

台北市政府消防局提供醫院火災事故案例分析資料,請加強院內同仁安全管理意識

中華民國醫師公會全國聯合會

114.12.03 全醫聯字第1140001575號

受文者:台北市醫師公會

主旨:轉知衛生福利部函送內政部消防署函轉台北市政府消防局有關醫院火災事故案例分析資料,請轉知所轄醫院加強院內同仁安全管理意識,請查照。

說明:

- 一、依據衛生福利部114年12月1日衛部醫字第1140150171號函辦理。
- 二、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。

本會學術教育課程表

115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樓一大會議室）+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 |
|-----------|---|-----|
| 115.01.23 | 腎臟保護藥物在慢性腎臟病（CKD）治療的應用 Renoprotective medications in the treatment of chronic kidney disease (CKD) | 林志慶 |
| 115.01.30 | 攝護腺肥大 | 張德搗 |
| 115.03.06 | 胰臟癌的篩檢與治療新進展 New Advances in Screening and Treatment of Pancreatic Cancer | 許劭榮 |
| 115.03.13 | 從診間到舞台:嗓音醫學x休閒歌唱x聲音保健指南 | 曾文萱 |
| 115.03.20 | 糖胖症治療 | 蔡世澤 |
| 115.03.27 | (安排中) | 丁詠恬 |
| 115.04.10 | 內視鏡胃內縫合術 | 賴建翰 |
| 115.04.17 | 幼兒耳鼻喉科常見問題 | 許巍鐘 |
| 115.04.24 | HIV感染的診斷與臨床表現 Diagnosis and clinical Presentation of HIV infection | 顏永豐 |
| 115.05.08 | 現今肺炎鏈球菌疫苗的臨床角色 | 張皓翔 |
| 115.05.15 | RSV防護新紀元:mRNA的革新與便利 | 黃建賢 |
| 115.05.22 | 非侵入式皮膚影像 | 劉康玲 |
| 115.05.29 | (安排中) | 林邑璵 |

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「台北市安和路一段27號16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。



台北市醫師公會

會址：台北市大安區安和路一段27號16樓

電話：(02)23510756 傳真：(02)23510739

TAIPEI MEDICAL ASSOCIATION

16F., No. 27, Sec. 1, Anhe Rd.,

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

TEL:+886-2-23510756 · 23510757

FAX:+886-2-23510739