



台北市醫師公會會刊



- 以認知測驗作為篩檢輕度認知障礙的工具：
腦適能測驗Brain Health Test-7量表
- 路易氏體失智症的早期辨識
- 酒精成癮是一個慢性的腦部疾病：最新實證文獻回顧



目錄

Contents

理事的話	讓台灣被世界看見— 回顧安寧緩和醫學國際學術聯盟的建立與推展	程劭儀	2
會務公告	自我推薦成為「台北市友善無障礙診所」調查問卷		4
	台北市醫師公會好書獎申請辦法		6
	台北市醫師公會好書獎申請表		7
	徵求本會會刊封面照片		9
	台北市醫師公會會刊封面照片投稿資料表		10
會議紀錄	理監事聯席會會議紀錄		12
醫事法律	旋轉肌袖症候群—臺灣高等法院111年度 勞上字第132號民事判決評析	姜林子馨、葛 謹	31
學術專論	以認知測驗作為篩檢輕度認知障礙的工具： 腦適能測驗Brain Health Test-7量表	林奕廷、黃宗正	44
	路易氏體失智症的早期辨識	周敬恩、程劭儀	51
	酒精成癮是一個慢性的腦部疾病： 最新實證文獻回顧	賴真吾、楊凱鈞	56
活動預告	保齡球賽		61

發行人：洪德仁

執行長：陳彥元

編輯顧問：曾春典、黃國晉

總編輯：陳彥元

副總編輯：方文輝、程劭儀

本期執行編輯：程劭儀

本期副執行編輯：林明慧

編輯：王森德·王瀛標·江建縵·沈仲敏·
林明慧·吳岱穎·周裕清·吳慶南·
黃博浩·黃偉新·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.4

P.44

P.66

P.76

P.83

	個人桌球聯誼賽		62
	杉林溪森林生態渡假園區～森呼吸二日		63
會員園地	服務欄		66
	開懷篇	陳志鑫	67
	攝影秀—埃及 開羅、紅海與熱氣球	林隆煌	68
杏林隨筆	廣島之行	黃偉新	70
	第一份工作	蔣承臻	73
生活醫療法律	醫療法律生活化系列(159)	李志宏	76
	藥品供應—定期申報可治療缺藥症？		
醫林特稿	《「副/福」業回顧》-31	朱真一	83
	台灣醫療照顧卓越；感謝日據時代的政策、教育及前輩		
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 11·凱基銀行 43		

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：紅耳龜與鴛鴦對話

北榮門診旁有個小池塘，以前有種植荷花，因此名之為荷花池。近年來多位善心人士捐贈了鴛鴦、美洲鴛鴦、白天鵝、黑天鵝、綠頭鴨、白羅曼鵝、獅頭鵝、埃及雁鴨等等，生態頓時豐富起來，於是又名生態池。池旁設有美食區，也新闢了停車場，因此當憂心候診之時，不妨來此閒坐樹下，吸飲咖啡，觀賞紅耳龜與鴛鴦對話，或可暫時忘憂，因此又名之為忘憂池。

作者：蕭光明

服務院所：臺北榮民總醫院

讓台灣被世界看見一

回顧安寧緩和醫學國際學術聯盟的建立與推展

臺大醫院家庭醫學部 程劭儀

2011年，剛取得博士學位，研究領域為台灣病人善終影響因素的探討，時任台大家庭醫學部主任，同時也是台灣安寧緩和醫學學會理事長的邱泰源教授，以宏觀的視野，計劃運用實證醫學，以多中心，大數據的方式，與國際學術界聯盟，進而造福末期病人與家屬，同時讓台灣被世界看見。邱教授將這重責大任交付給我，本人誠惶誠恐，一天不敢懈怠。

然而，茫茫學術大海，如何找到願意與我們合作的巨人？所幸，透過台大家庭醫學部緩和醫療病房每周的晨會文獻討論，我們認識了日本安寧緩和醫學著作等身，深具影響力的森田達也教授，經過三年鏗而不捨的邀請，森田教授終於首肯來台講學，從此開啟台日安寧緩和醫學界全面的合作，韓國則於2013年加入。

EASED國際學術聯盟的建立

森田教授對善終議題的跨文化比較相當感興趣，透過無數次email往返（當時還不流行視訊），我們完成台日韓近千位醫師對善終看法的問卷研究。研究顯示，日本醫師重視病人自主權，韓國醫師認為臨終前保持清醒，而台灣醫師則認為能夠回家過世/往生為善終。研究證實，雖然台日韓位於相同的文化圈裡，但是對於善終一事的看法有著根本上的差異。首次成功的跨國學術合作，讓我們增添不少信心。因此2016年我們在京大芝蘭校友會館正式結盟，取名為“The East Asian Collaborative Study to Elucidate the Dying Process (EASED)”。透過email，每月固定視

訊討論，我們號召了台日韓37家安寧緩和醫療病房，共同收集第一手資料，以深度了解臨終病人在症狀處理上的倫理困境，如人工營養水分對善終的影響，死亡地點的差異，告知病情的困境，預後工具的發展，靈性安適的影響因素等等，提供亞洲醫學界在末期照護的重要學術依據。由於合作愉快，EASED cohort II 已在緊鑼密鼓階段。

預立醫療照護計畫台北宣言的發布

同時，隨著病人自主意識抬頭，台灣於2019開始全面施行病人自主權利法，建立亞洲共識非常重要。我們以亞太安寧緩和學會 (Asia Pacific Hospice Network, APHN) 為平台，結合了新加坡，印尼和香港等六地，於台北發表“預立醫療照護計畫台北宣言” (Taipei Declaration of Advance Care Planning)。研究主要發現與歐美不同，亞洲人的預立醫療照護計畫深受家庭的影響與牽制，此種“關係式自主” (relational autonomy) 為亞洲的特色。另外與京都大學的合作研究，發現台日民眾都希望醫師早點跟病人討論預立醫療照護計畫，這個結論顛覆了一般的看法。

與世界頂尖機構的研究合作

隨著幾次世界安寧緩和醫療死亡品質的評比，台灣表現卓越，皆是亞洲第一，世界第三，越來越多著名大學機構希望與台灣進行合作。在我的努力下，聞名世界的美國MD Anderson癌症中心，在COVID疫情期間花了三年時間，排除萬難，與臺大醫院家庭醫學部

合作，以隨機分派的研究方法進行末期譫妄最有效的投藥處方。我們發現，相較於只給予Haloperidol，接受Haloperidol與Lorazepam組的鎮靜效果最令人滿意。論文成功刊登於2024年的JAMA ONCOLOGY。

非癌安寧轉介指引的建立

隨著台灣於2025年正式進入超高齡的老化社會，非癌症安寧的需求日益迫切。雖然政府早於2009年就納入八大非癌安寧，包括老年期及初老期器質性精神病態（如重度失智症），其他大腦變質（如嚴重中風、腦傷、巴金森氏症等），心臟衰竭，慢性氣道阻塞（如慢性阻塞性肺病COPD），肺部其他疾病（如嚴重肺纖維化），慢性肝病及肝硬化，急性腎衰竭及慢性腎衰竭等。近年也將衰弱老人納入安寧給付。然而，根據健保署2023年統計資料顯示，國人於去世前一年的安寧緩和醫療使用率，癌症為64%，非癌症只有23%。非癌安寧的轉介率過低，除了病程不如癌症明確，原專科醫師缺乏有效轉介指引，也是主要問題。因此，近年有幸代表台灣在國際非癌安寧的steering committee，與專家們共同研擬各種非癌安寧的轉介時機準則，已分別發表末期心臟衰竭，慢性阻塞性肺部疾病等轉介指引於各領域重要期刊。

多年來竭心盡力建立及推動國際安寧緩和醫學學術聯盟，感觸很深，分述於下：

1. 與美日等一流大師與機構共同構想研究計畫，收集資料，除了自身學習甚多，最重要

的是經過實證醫學，提升對末期病人的照護品質。

2. 欣慰的是，經過多年的探索，共同發表論文，台灣在安寧緩和醫學領域，已被公認是亞洲的先驅，世界的標竿。
3. 透過合作，邀請具有研究潛力的年輕醫師，栽培成長，使其具國際視野，為台灣貢獻心力。
4. 所有加入學術聯盟的學者，都是極具潛力的講師，在台日韓各大相關醫學會，擔任大會講師，發表最新研究結果。

最後，要再次感謝恩師邱泰源教授，陳慶餘教授及賴允亮教授長期的鼓勵與支持，讓安寧緩和醫學國際學術聯盟生生不息，逐漸壯大。我們走在末期照護的最前線，肩負病人與家屬的殷切期待，用科學的方法，實踐善終，提升末期照護品質。同時，提攜年輕世代，提供國際學術舞台，使其展現自我。

最重要的是，讓台灣的學術研究實力，被世界看見。✚



自我推薦成為「台北市友善無障礙診所」調查問卷

台北市西醫診所醫師會員，您好！

台北市醫師公會自110年起推動「友善無障礙診所輔導及認證計畫」，五年來已有155家診所獲得具備友善入口及通道的「友善認證」，另有14家診所取得設有無障礙廁所的「金牌認證」。此認證計畫邀請持有「無障礙檢查證照」且使用輪椅的訪視員前往診所進行實地訪視，協助診所改善環境，讓行動不便者能順利就醫。

台北市醫師公會將於115年持續推動「友善無障礙診所輔導及認證計畫」，藉由訪視輔導診所改善，並頒發認證與獎勵。請 貴診所於**115年4月24日**前透過google表單填寫以下資料，自我推薦成為台北市友善無障礙診所名單！獲得認證的診所本會將公開表揚並頒發獎牌。

【自我推薦診所資格】

一、優先受理以下診所報名：

- (1) 未參加本會110年、111年、112年、113年、114年「友善無障礙診所輔導及認證計畫」之診所。
- (2) 未參加衛福部委託醫策會辦理110-112年、114年「醫療機構設置無障礙就醫環境獎勵診所獎勵方案」之診所。

二、本計畫僅受理40家診所報名。

三、獲得認證，本會提供獎勵為：1.頒發認證獎牌並公開授獎；2.獎金伍仟元整；3.製作友善地圖供民眾查詢。

四、符合衛福部112年度及114年度「醫療機構設置無障礙就醫環境獎勵計畫」之診所亦可報名參加，本會提供獎勵為：1.頒發認證獎牌並公開授獎；2.製作友善地圖供民眾查詢（無提供獎金伍仟元整）。

（如有填答疑義，請聯絡：(02)2351-0756分機21王小姐）

題目	答覆
診所入口	
1-1 診所入口可以讓輪椅民眾進得去嗎？	<input type="checkbox"/> 可以 <input type="checkbox"/> 不可以
1-2 診所入口有高低差嗎？	<input type="checkbox"/> 有高低差 <input type="checkbox"/> 沒有高低差
1-3 診所入口高低差有幾公分？ 診所入口無高低差，可免作答，謝謝	
1-4 診所入口處是否有擺放斜坡板？	
1-5 請上傳診所入口照片	(請上傳照片)

題目	答覆
診所通道	
2-1 診所內的通道可以讓輪椅民眾暢行嗎？	<input type="checkbox"/> 可以 <input type="checkbox"/> 不可以
2-2 請上傳診所內通道照片	(請上傳照片)
診所廁所	
3-1 診所內是否設有廁所？	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有
3-2 請上傳診所內廁所照片	(請上傳照片)
診所資料	
4-1 診所提供友善的看診服務？(可複選)	<input type="checkbox"/> 友善的掛號櫃台 (櫃台檯面下需有可容膝的空間) <input type="checkbox"/> 診所提供用藥友善標示或說明(如：服藥時間及藥量之圖示、點字功能) <input type="checkbox"/> 設置無障礙標誌，指示無障礙設施位置 <input type="checkbox"/> 工作人員協助障礙者掛號 <input type="checkbox"/> 其他：_____
4-2 診所所有權為何？	<input type="checkbox"/> 自有 <input type="checkbox"/> 租賃
5-1 診所名稱	
5-2 診所位於哪個行政區	
5-3 診所地址	
5-4 診所電話	
5-5 診所負責醫師姓名	
5-6 可供聯繫的電子信箱	
5-7 診所窗口(請提供職稱、姓名、聯絡電話等資訊)	
5-8 醫師公會可至貴診所「實地訪視」時段(可複選) 1. 可以在「其他」選項，說明可以訪視的時段，謝謝。 2. 實地訪視約需花費30分鐘至1小時。	<input type="checkbox"/> 09：00-12：00 <input type="checkbox"/> 12：00-17：00 <input type="checkbox"/> 其他

請掃描QR-Code

填寫【自我推薦 成為「台北市友善無障礙診所」調查問卷】

Google 表單



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		

徵求本會會刊封面照片

徵稿時間：115年7月1日至8月31日

參加資格：限本會會員

主 題：以**台北市**四季生態、風景、人文等為主題的照片

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

投稿方式：請將作品檔案及報名表以Email寄至tma07@tma.org.tw或郵寄資料光碟至台北市大安區安和路1段27號16樓，並註明「投稿台北市醫師公會會刊封面」，信件內文請註明**作品標題、攝影地點、圖片說明**，並附**姓名、服務單位、電話**。

甄選結果：經本會編輯委員會審核通過後，由本會安排刊登日期。

備註：

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

台北市醫師公會會刊 封面照片投稿資料表

會員姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
服務院所		聯絡電話		
E - M a i l				
季節	<input type="checkbox"/> 春	<input type="checkbox"/> 夏	<input type="checkbox"/> 秋	<input type="checkbox"/> 冬
拍攝地點				
作品標題				
文字說明				

(30-50字)

一、注意事項

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

二、著作權聲明書與授權書

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

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

此致

台北市醫師公會

立書人簽章：

身分證字號：

日期： 年 月 日

*報名表填寫超過一頁者，請以雙面列印！謝謝！



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

高薪禮聘

敬邀具發展潛力的您來振興

誠徵主治醫師

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

婦產部

具婦產專科醫師證書

應徵資格

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



電話 | 02-2826-4400分機8617 吳先生

E-mail | apply@chgh.org.tw

意者請備履歷(附照片)、證照(影本) 逕寄

112台北市北投區振興街45號 人事室收

振興宗旨
慈善心 服務情

理監事聯席會會議紀錄

期別：第廿屆第十三次

時間：一一四年十二月十七日（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、周迺寬、周賢章、黃集仁、詹前俊、劉漢宗

理事視訊：蕭勝煌、侯明志、林應然、簡志誠、蔡有成、黃國晉、黃聰仁、黃國欽、孫建偉、周裕清、邱展賢、詹益祥、洪佑承、程劭儀

理事請假：蔡建松、陳作孝、殷偉賢、張文瀚、李偉強、李龍騰、曾令民

監事出席：劉秀雯

監事視訊：張孟源、許希賢、陳美齡、盧異光、陳獻明

監事請假：婁培人、洪乙仁、蔡景耀

列席：邱泰源榮譽理事長、李明濱顧問（視訊）、彭瑞鵬顧問、高尚志召委、陳彥元執行長（視訊）

主席：洪德仁理事長

記錄：陳怡璇

壹、報告事項

一、主席報告

洪德仁理事長

尊敬的邱榮譽理事長、劉監事長、彭顧問、李顧問及今日實體及線上出席的理監事，大家午安。目前出席人數已達法定過半人數，

會議正式開始。

首先，醫師節前一日，本會接待韓國首爾特別市醫師會代表團訪臺，並特別安排前往衛生福利部拜會林靜儀次長，就臺韓醫療制度及全民健康保險政策進行深入意見交換，對於深化雙方長期實質合作具有重要意義。

九月份本會已獲准執行為期五年的「健康台灣深耕計畫」，第一階段將執行至明年底，重點在協助臺北市十二行政區基層診所，將運動、營養、社會及情緒處方等非藥物介入措施，系統性納入慢性病管理，同步整合相關資訊系統，建立完整的回饋與追蹤機制。

明年三月七日將舉辦一一五年新春聯誼餐會，援例於當日頒發醫學生獎助學金暨成績優良同學獎狀、友善無障礙診所獎牌及學術榮譽獎狀。三月二十二日，本會承辦「北東暨金馬地區十二縣市醫師公會理事長、常務理監事暨總幹事醫政研討會」。上午規劃安排自來水園區地下宮殿導覽，下午則分別安排醫師參加會議，眷屬前往經國文化園區參觀。

信義會館六、七樓辦公空間已順利出租予三樓補習班，預估每年可增加約新臺幣兩百萬元租金收入，相關租約將辦理公證，以確保本會權益。此外，兩年前成立之外幣評估小組運作成效良好，美金定存累計收益表現穩定，經會中討論後，決議續予定存。最後，整體會務推動均依計畫穩定進行，特別感謝公會理監事及同仁們的專業投入與辛勞付出，使各項工作得以順利推展。以下為近期推展業務，理監事如有需補充，歡迎踴躍提出。

(一) 本會於11月1日在大直典華六樓花田盛事廳隆重舉辦「八十週年醫師節慶祝大會暨公益藝術展」，活動在公關委員會高尚志召集委員的精心策畫下圓滿落幕。張瑞廷、陳立姍兩位醫師擔任司儀，台風穩健、表現亮眼；各位理監事熱忱接待貴賓，會務同仁亦全力投入各項籌備與執行工作，使整體流程順暢。此外，感謝多位醫師、護理師等藝術創作者提供作品參與公益藝術展，為醫師節慶典注入豐富而深具人文溫度的藝文氛圍。首爾特別市醫師會黃圭錫會長及韓美愛主席率領韓國代表團蒞臨共襄盛舉，大韓民國駐台北代表部高相旭代理代表亦親臨致意，充分展現對本會的支持。此次交流不僅深化台韓醫界情誼，亦進一步促進雙方在專業合作、醫療政策及公共衛生等領域之交流與夥伴關係。

(二) 本會去年辦理之美元定存共計676,458.9美元將於12月19日到期，利息金額為29,491.73美元，到期金額合計為705,950.63美元。彭瑞鵬召集人已於11月24日召開小組會議，邀請玉山銀行理財專家來會說明115年度美元市場走勢及潛在波動情形。會中決議將本金及利息全數續存一年，並請玉山銀行於續存當日提供最優惠利率，並提理監事聯席會建議授權理事長全權核定處理。

(三) 關於本會參與衛生福利部「健康台灣深耕計畫」投標案，業經核定通過，並已於前

次（第十二次）理監事聯席會議提案通過同仁借調事宜。考量計畫推動時程緊迫，為確保執行效能，自114年10月起，特自本會會務人員中借調二名同仁參與計畫執行：由專案組蔡蕙芳組長擔任專案計畫執行長，並兼辦醫政法制委員會、智庫小組及百年風華系列講座相關業務；另由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，其薪資均由計畫經費支應。計畫期間因兼辦原會務所生之加班費，仍依本會原有敘薪基準辦理；另為保障借調同仁之勞動權益，其年資計算及特別休假，悉依勞動基準法第五十七條及第三十八條相關規定辦理，以維護同仁於同一事業單位服務期間之年資認定與休假保障權益之完整性。

(四) 明年新春聯誼餐會訂於115年3月7日（星期六）下午六時於大直典華舉行，請預留時間賢伉儷一起出席。

(五) 本會將於115年3月22日承辦「北東暨金馬地區十二縣市醫師公會理事長、常務理監事暨總幹事醫政研討會」，屆時將邀集各縣市醫師公會重要幹部與會，請各位理監事預留，踴躍出席參與。

(六) 第十二次理監事聯席會議已通過「安和會館十六樓會議室使用簡則」及其收費標準版本，本次會議並就設備租借項目進行微調，同時修正相關匯款帳號內容；前述修正案經本次會議報告通過後，將統一於台北市醫師公會官網「表格下載」專區更新

公告，供有租借需求之會員及各醫事團體查詢與依循辦理相關租借事宜。

(七) 為提供醫婦會合唱團使用安和會館之明確作業依循，特訂定本試行辦法，自民國114年10月1日起適用。

1. 合唱團團員組成以本會醫師及其眷屬為原則，並依100年12月14日第16屆第2次理監事聯席會議決議，活動參加人數達20人以上始得辦理。
2. 合唱團活動原則安排於本會上班時間內，並配合本會場地使用時段，勿逾時使用。場地採自主管理，使用後請協助維持場地清潔及復原。
3. 練唱期間請留意音量控管，避免影響鄰居及會員洽公，場地內請勿使用傳統鋼琴，若接獲鄰居投訴或影響會務運行，本會有權利停止場地之借用。
4. 歡迎醫婦會配合參與本會社會服務活動或於醫師節大會中進行成果發表，共襄盛舉。
5. 本辦法經理事長核准後施行，修改或廢除亦同。

邱泰源榮譽理事長致詞

洪理事長、劉監事長、彭顧問、李顧問及各位理監事，大家午安。在聽取洪理事長詳盡的報告後，我對台北市醫師公會的發展現況，感到喜悅、興奮且充滿期待。公會現階段，不論是當前問題的妥善因應，或是對未來中長期發展方向的規劃，皆展現出其深度與廣度，財務結構日益穩健，整體運作成熟有序，堪稱全

國典範。

我認為，這是全體理監事共同愛護並攜手建立的成果，不僅為台北市年輕醫師與全國醫療環境開創了未來，也成功爭取讓政府更加重視醫界的聲音，並促使社會對醫師專業尊嚴給予應有的尊重。公會最核心也重要的使命，在於守護每一位會員的權益、專業尊嚴與家庭幸福，我衷心希望所有成員，都能以身為台北市醫師公會的一員為榮。公會承接國家的「健康台灣深耕計畫」，依過去經驗提醒各位，此計畫經費規模不小，實際執行時需投入極為龐大的人力與行政資源，甚至也多有公會自行挹注經費之情形。正因如此，該計畫對於實踐醫療理想及推動國家健康政策更具有關鍵意義。因此，我在此誠摯呼籲各位理監事，在財力與人力配置上，給予洪理事長及其團隊最充分的支持，讓本項計畫得以順利推動、圓滿完成，持續為醫界、為社會創造更長遠的價值，讓我們攜手努力，謝謝大家。

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。針對公會的財務監督與資產管理情形，我向各位理監事說明。首先，信義會館已順利出租給三樓補習班，前五年每月租金為新臺幣二十四萬元，扣除兩個月裝潢免租期後，預估自明年起，每年可為公會帶來約新臺幣二百四十萬元之穩定租金收入，整體表現優於原先預估的二百萬元。其次，美金定存經過兩年運作，累計獲利約七萬美元。就投資績效與風險控管而言，我對此表示肯定，並

支持持續續存，以維持穩定收益。

另外，公會八十週年相關支出，包括搬遷作業、啟用典禮及專刊出版等相關費用支出，皆在監事會嚴謹監督機制下辦理，公會財務結構依然非常紮實且穩健。補充說明，我獲選為安和會館「安敦國際大樓」管委會之監察委員，未來將代表公會參與並監督大樓的安全管理與環境品質維護，歡迎理監事隨時提供相關管理建議。最後，預祝各位理監事新春愉快，身體健康，謝謝大家。

彭瑞鵬顧問致詞

利用這個機會，我先向洪理事長、劉監事長、邱榮譽理事長，以及全體理監事問候。在此向各位報告，財務委員會已於十二月八日完成一一四年度七至十月經費收支預算案的審查，並將結果提交本次理監事會議審議。在公會資產管理方面，財委會與會務同仁密切合作，於安和會館搬遷期間，嚴謹執行各項財產點交作業，並妥善處理不堪使用器具的報廢，確保資產清冊正確無誤。

針對公會承接的「健康台灣深耕計畫」，特別提醒留意借調至專案辦公室同仁的年資與福利是否會受到影響。此外，由我擔任召集人的外幣評估小組表現良好，透過美金定存策略，過去兩年間為公會創造累計約11%的投資收益。最後，祝福各位理監事新春愉快，闔家平安。

李明濱顧問致詞

邱榮譽理事長、洪理事長、彭顧問以及

各位理監事大家午安，今年度即將結束，回顧過去一年，在本會各位幹部的卓越領導與全體成員的共同努力下，我們群策群力地完成了許多具有歷史性意義的重要任務，這些成果表現均非常值得肯定。對於即將到來的新年度，我充滿期盼並相信在現有的基礎下，公會的會務表現將會日益精進、更上層樓。最後，我由衷感謝公會讓我有機會參與今日議案討論，並在此先預祝全體與會人員新春愉快。

二、確認第二十屆第十二次理監事聯席會議紀錄及辦理情形：通過。

三、委員會召集委員報告

財務委員會召集委員瑞鵬

- (一) 本會一一四年度七、八、九、十月份之收支帳目援往例由財務委員及監事代表查閱，並已於十二月八日召開第十次財務委員會會議完成審查，相關報表均提此次理監事會議審議。
- (二) 本委員會依據各委員會所提出之工作計劃及經費預算數，試編一一五年度歲入歲出之預算草案，收支預算數均預估為7,750萬元，符合工商團體財務處理辦法收支平衡之原則，業務費佔37%、辦公費佔5%，合計佔42%，符合財務處理辦法需大於40%之規定，預算表草案均提報本次會議審議，稍後請各位理監事提供高見。
- (三) 滯繳常年會費達半年以上之會員，至目前為止尚有15名未繳清，將提此次理監事聯席會依章程予以停權處分。

- (四) 搬遷至安和會館有些設備為裝潢時之設計，如會務人員之辦公桌椅，信義會館的器具設備有些已老舊無法搬移使用，因此報廢七十二項不堪使用器具共4,272,478元，提此次理監事聯席會議審查。新設備器具將於下次會議年度決算時提出。
- (五) 十一月二十四日召開第五次外幣定存小組會議，其決議：(1)聯準會因十月份政府關門無官方量化數據、十一月份非農就業數據表現優於預期，聯準會官員談話樂觀但審慎，十二月是否降息仍需關注就業與通膨數據。(2)經濟學人所指之台灣病，是僅透過單一商品大麥克指數，計算出台幣匯率長期被低估逾55%；央行隨即以iPhone進行試算回擊，表示以iPhone指數台幣甚至高估17%；同時央行表示外匯市場是以市場供需決定，且當前外匯市場與金融交易相關；2024年外資與本國資金進出總額是商品貿易金額的19倍，PPP（Purchasing Power Parity購買力平價）已無法作為唯一衡量指標。(3)今年以來台灣因AI熱潮累積相當可觀的出口外匯收入，僅十月份台灣出口總值達618億美元，適逢特殊時節，出口商可能會增加結匯需求，進而影響短期匯率波動。綜合上述，因此定存一年676,458.9美元，至一一四年十二月十九日到期後，本金加上利息為705,950.63美元，仍繼續定存至一一五年十二月十九日，屆時請玉山銀行提供當日最優惠利率，並提報理事會授權理事長全權核定辦理。

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，於十月十七日舉辦第三場「午間小品：健康醫療專題講座」，為今年度合辦壓軸場，於司法院三樓大禮堂舉行，由周迺寬召集委員主持，邀請臺大醫院家醫部主治醫師詹其峰醫師擔任主講人，分享「癌症預防與生活型態」專題。詹醫師指出，癌症長年位居國人主要死因之前列，其發生與生活型態、環境暴露及慢性病高度相關。他從國內外流行病學資料出發，說明吸菸、飲酒、嚼檳榔、飲食不均衡、缺乏運動、肥胖及高血糖等可介入危險因子，對癌症發生的影響，並強調透過健康生活型態調整，可有效降低癌症風險。在預防策略上，詹醫師提出「趨吉避凶防癌」概念，建議民眾維持健康體重、規律運動、均衡飲食、良好睡眠及正向心理狀態，同時善用疫苗接種與癌症篩檢資源，落實早期發現、早期治療。他亦分享家庭醫師在癌症預防與全人照護中的關鍵角色，強調持續性醫病關係對健康促進的重要性。講座最後進行綜合討論，與會法務人員就癌症篩檢政策、生活型態調整及高齡社會健康管理等議題踴躍提問，互動熱絡，現場約六十人參與，交流成果豐碩。
- (二) 十一月廿五日召開第廿屆第三次醫政法制委員會會議，通過：
1. 一一五年度工作計畫及預算案。

2. 一一五年與各醫院、醫事法律相關團體合辦醫法交流會議案。
3. 續訂月旦醫事法報告雜誌案。

(三) 本會今年首度與台北律師公會攜手合作，共同推出「醫療VS.法律：跨領域交流共學課程」，期盼透過醫療與法律專業的對話，促進不同領域間的理解與合作。首場健康醫療講座「癌症預防守則－癌症預防與生活方式」於十一月廿八日中午，假台北律師公會九樓會議室舉行。由臺大醫院家庭醫學部詹其峰醫師主講「癌症預防守則」。癌症長年位居國人主要死因前列，除提出維持健康生活型態、正向心理及遠離不良習慣等具體建議，並提醒民眾善用疫苗接種與政府推動之癌症篩檢資源，落實早期發現、早期治療。講座中亦強調家庭醫師在健康促進與慢性病管理中的關鍵角色，鼓勵建立穩定的醫病關係，以提升整體健康照護品質。現場與會者就癌症篩檢政策、健康生活實踐及高齡社會健康管理等議題踴躍交流，充分展現醫療與法律跨領域共學的價值。

(四) 十二月二日假台大醫學院103講堂，與臺大醫院外科部、家庭醫學部、財團法人中華法學研究院、台灣利他關懷學會共同主辦「醫療×法律講座：深化中高齡者權益保護－樂活自主的人生」。講座聚焦高齡化社會下醫療與法律交織的重要議題，第一場次「自主決定與永續醫療」由臺大醫院家庭醫學部詹其峰醫師主持，邀請臺

大醫院家庭醫學部施至遠醫師，說明病人自主權利法、安寧緩和醫療條例及預立醫療決定之實務流程；並由臺灣大學法律學院博士後研究員邱怡凱博士，解析意定監護制度的法律架構、契約特色，以及與預立醫療決定之銜接與適用關係。第二場次「樂齡生活與永續傳承」則由司法院優遇大法官蔡清遊主持，邀請新北地方檢察署鄭皓文檢察官分享中高齡者常見詐騙案例與資產保護對策，並由探理法律事務所陳孟嬋律師說明資產傳承的迷思、工具與規劃方式。透過醫師、學者、檢察官及律師等多元專業講師的分享，結合制度說明與實務經驗，並安排綜合座談與現場問答，促進與會者對病人自主、意定監護及資產保障等議題的全面理解，展現醫療與法律跨域合作在深化中高齡者權益保護上的重要價值。

(五) 本會將於十二月廿三日與台灣醫事法律學會、國泰綜合醫院、台北律師公會合辦「2025台灣人工智慧及精準醫療之發展暨法治論壇」，邀請各位理監事踴躍報名參加。

日期	課程名稱/ 辦理地點	報名網址/ QR code
114年 12月23日 (星期二) 13:30-17:00	2025台灣人工智慧及精準醫療之發展暨法治論壇 辦理地點：國泰人壽大樓－國際會議廳（臺北市大安區仁愛路四段296號B1）	 https://reurl.cc/xK3aY1

(六) 協助提供醫療相關團體修訂醫療法規建議，詳列如下：

1. 協助全聯會調查行政院於一一四年八月二十八日送立法院審議《人工智慧基本法》草案內容意見。
2. 協助全聯會調查國民黨團擬具「樺加沙風災暨花蓮馬太鞍溪堰塞湖潰壩災後重建特別條例草案」相關建議。
3. 協助全聯會調查行政院函請審議「丹娜絲颱風及七二八豪雨災後復原重建特別條例第四條、第五條及第十條條文修正草案」相關建議。
4. 協助衛生福利部一一四年十二月十四日公告預告「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」部分條文相關建議。
5. 協助全聯會調查李彥秀等立法委員為增加私立醫療機構轉型醫療社團法人之助力，充實醫療社團法人營運之動能，擬具「醫療法部分條文修正草案」相關建議。
6. 協助全聯會調查衛生福利部一一四年十一月十四日公告預告「專科醫師分科及甄審辦法」修正草案相關建議意見。

(七) 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108期下載網址：

<https://reurl.cc/1kKd9G0000>



⇒ 第109期下載網址：

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



學術委員會蕭召集委員勝煌

- (一) 十至十一月共計舉辦7場「實體與視訊雙軌」課程，涵蓋耳鼻喉科、外科、骨科、復健科、皮膚科、內科及眼科。每場次約有140至170位會員參與，成效良好。
- (二) 十二月課程報名資訊已於十一月中旬以電子郵件寄發全體會員，並已將上課視訊連結提供予報名成功之會員。
- (三) 一一五年度預計舉辦41場學術教育課程，考量明年度農曆春節落於二月，該月將依循慣例暫停安排學術講座。其餘月份將正常舉辦。明年度授課形式仍續採「實體、線上雙軌並行」模式。實體課程將安排在公會大會議室舉行，目前已在積極規劃安排中。

會員服務委員會周召集委員賢章

- (一) 一一四年受本會表揚資深醫師計有679位，有233位資深醫師及160位眷屬共393位參與十一月一日醫師節慶祝大會。於慶祝大會上頒發臺北市政府及本會獎狀各乙幀恭賀獲獎醫師，另行醫滿五十年以上資深醫師本會則以頒發獎牌代替獎狀。
- (二) 十月廿九日召開本屆第五次會員服務委員會會議，決議摘要如下：
 1. 通過一一五年會員服務委員會工作計劃及預算數92萬元；提財委會及理事會審議。
 2. 通過修訂本會會員服務委員會組織簡則第四條內容，提理事會審議。

- (三) 十月七日召開「114年度友善無障礙診所輔導及認證計畫」認證審查會議，評定有十七家診所獲得「友善認證」，將於明年三月新春聯誼餐會頒發認證獎牌。
- (四) 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，由洪理事長及周賢章召委擔任主持人，計有146位會員參與。研討會錄影檔已公告於本會網站，並同步公告台灣醫界「受聘為負責醫師之法律風險分析及應注意事項（黃品欽律師、周賢章醫師）」一文。
- (五) 為凝聚年輕醫師會員對本會向心力，並對台北市歷史文化留下美好回憶，一一四年共舉辦四場年輕醫師文化之旅，總計有138人次參與。感謝洪德仁理事長、周賢章召委、黃國欽、陳獻明、周裕清副召委協助領隊。為鼓勵會員攜帶幼兒參加此活動，凡攜帶六歲以下幼兒的會員，可享有報名費免費的優惠。
- (六) 明年一月十八日將舉辦年輕醫師文化之旅-森呼吸·文學行：從榕錦到紀州庵，請理監事多多鼓勵院內年輕醫師會員踴躍報名，報名網址：<https://reurl.cc/MMymQk>
- (七) 本屆組長名單變更如下：

組別	原組長名單	變更後組長名單	說明
萬華區第6組	蔡瓊瑤	王正淵	蔡瓊瑤醫師辦理執業院所變更，已不再隸屬該組。請本會福利康樂委員會副召集人王正淵醫師擔任該組組長。
內湖區第1A組	王慶森	賴怡志	王慶森醫師因個人因素婉拒擔任組長一職，本會改請服務於林登山耳鼻喉科診所的賴怡志醫師擔任該組組長。

- (八) 感謝玉山銀行贊助印製一一五年日誌小手冊1870本，隨十二月會刊寄送給診所醫師會員使用。
- (九) 本會「會員暨眷屬自費團體意外保險」續約手續進行中（專案期間自一一五年一月三十一日至一一六年一月三十一日），會員可視需要投保。此保險為意外傷害險，投保年齡為初保未滿70歲，續保可至80歲。此團體保險為一年期保險，被保險人本人確為台北市醫師公會會員即享有團保資格，已加入此保險之會員，於保險期間內遷往其他縣市服務，不受影響。各保險計畫保費如下表：

年度	計畫一	計畫二	計畫三	計畫四	計畫五 (無實支)
115年	1,305元	2,035元	2,765元	925元	2,430元

- (十) 會員逝世慰問及公祭（10月至11月）：接獲5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1件。
- (十一) 開幕與結婚祝賀（10月至11月）：新開業診所贈盆景祝賀計有2件，會員婚禮贈藝術盆花計有3件。

醫院醫療委員會侯召集委員明志

(一) 十月派員列席醫策會舉辦之醫院評鑑計有三場，為西園醫院、振興醫院及秀傳醫院。感謝李龍騰理事、陳作孝常務理事及蕭勝煌常務理事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) 十月十三日召開本屆第四次醫院醫療委員會會議，決議摘要如下：(1)通過一一五年醫院醫療委員會工作計劃及預算數29萬元；提財委會及理事會審議。(2)訂於一一四年十二月六日(星期六)晚上於台北凱撒飯店上海廳舉辦醫院醫政研討會暨晚宴活動。

(三) 近期提供台北市衛生局新增自費收費項目審查意見，計有20件。(表一)

表一

序號	項目	醫療機構申請金額 (單位：元)
1.	單次使用個人拋棄式核心或周邊體溫維持系統(成人)	980
2.	高解析度顯微超音波攝護腺癌節檢	12,000
	高解析度顯微超音波經會陰攝護腺癌切片	44,000
3.	3D顯像定位技術輔助靜脈穿刺	300
4.	丙型肝炎自體抗體	3,000
	顆粒球-巨噬細胞 群落刺激因子自體抗體	3,000
5.	影像導引腎上腺刺激測試暨微細靜脈攝影取樣	33,000
6.	克雷伯氏肺炎桿菌K1K2血清分型快篩	2,600
7.	攝護腺癌局部治療用核磁共振與即時三維超音波影像OBT融合精準導引輔助手術	86,000
8.	血液吸附術-CytoSorb	12,000
9.	早期肝癌風險評估	4,000
10.	術中多模式止痛	3,000
11.	血液細胞分選技術費	217,000

序號	項目	醫療機構申請金額 (單位：元)
12.	單側顳顎關節全置換手術	252,000
13.	經顱磁刺激(<=每次10分鐘)	2,500
	經顱磁刺激(每次11-45分鐘)	5,500
14.	旅遊醫學門診諮詢費(家醫科)	650
15.	輸精管結紮術	10,000
16.	低氧運動測試	6,000
17.	無痛肛門瘻管治療	10,000
18.	急性腎損傷檢測	2,000
19.	方圓CTC培養檢測【CTC-AcroCyte】	25,000
	方圓CTC培養檢測PD-L1表現量【CTC/PD-L1-AcroCyte】	30,000
	方圓CTC培養檢測HER2表現量【CTC/HER2-AcroCyte】	30,000
	方圓CTC培養檢測PD-L1表現量及HER2表現量【CTC/PDL1/HER2-AcroCyte】	33,000
20.	支氣管鏡止血術(一小時內)	10,000
	支氣管鏡止血術(超時)	8,000

基層醫療委員會林召集委員應然

(一) 十二月三十一日與醫政法制委員會合辦「114年管制藥品管理法規暨常見違規實務」線上說明會，將邀請衛生局醫事管理科吳岱穎科長及食藥科違規管理股陳麗安股長，分別就「114年度稽查重點說明(含醫學美容稽核項目)」與「管制藥品管理法規宣導與違規案例說明(含執業相關藥事法規宣導)」等主題位學員演講，歡迎各理監事踴躍報名參加。

⇒報名網址：

<https://reurl.cc/nl51Y1>

⇒學分：本課程申請西醫師、藥師及護理師法規學分



(二) 轉衛生局通知一一四年十二月十二日接獲健康署新增結案原因：「超過一年未登錄VPN資料，系統自動結案」。依據衛生福利部國民健康署一一四年「代謝症候群防治計畫」，為提升臺北市收案人數執行率，請會員診所務必於一一四年十二月三十一日前檢視個案(可透過VPN系統點選查詢-追蹤已逾期>70天名單進行個案檢視)，並登錄1筆追蹤紀錄。

(三) 臺北市立聯合醫院辦理「臺北市立聯合醫院在宅行政相驗計畫」合作醫師契約將於十二月三十一日屆滿，請有意願參與合作診所醫師踴躍參與，意者請洽臺北市立聯合醫院聯絡人何宜軒，電話：(02)2555-3000分機2812。

(四) 明年本會將續編Bosmin急救藥物經費，

委由十二行政區熱心協助之據點診所，協辦購置及配發作業，以確保轄區內各醫療院所均能備妥必要急救藥品，滿足臨床緊急救護需求。也非常感謝以下據點診所今年的協助與幫忙。(表二)

(五) 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。

(六) 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。

醫療糾紛委員會簡召集委員志誠

十二月十二日與衛生局合辦「114年醫療爭議暨糾紛態樣研討會」，由衛生局醫事科吳岱穎科長就今年度11月底前的案件統計及就醫疑義相關案件處理流程進行說明，之後由郭宜潔委員就醫療爭議調解機制與經驗分享，最後由長年擔任法律調委，經驗豐富的江淑卿律師進行實務經驗的分享，實體及線上參與的會員共有200多人參與。

福利康樂委員會孫召集委員建偉

(一) 十月十八日假台北榮民總醫院網球場舉辦團體組網球賽，共有開業醫、北榮振興、馬偕、三總、國泰共五隊36位會員參加。

(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，共

表二

臺北市十二行政區Bosmin 急救藥物據點診所名單					
編號	行政區	診所名稱	診所地址	負責醫師	聯繫電話
1	中正區	張孟源內科診所	臺北市中正區中華路2段325號	張孟源	02-23098600
2	大同區	羅源彰診所	臺北市大同區長安西路137號	羅源彰	02-25552500
3	中山區	正恩耳鼻喉科診所	臺北市中山區錦州街321號	王敦正	02-25052293
4	松山區	閔新耳鼻喉科皮膚科聯合診所	臺北市松山區敦化里八德路3段20之2號	黃國欽	02-25779898
5	大安區	全家聯合診所	臺北市大安區和平東路二段353號1-2樓	蕭瑞麟	02-27067575
6	萬華區	漢宗小兒科診所	臺北市萬華區中華路2段434號	劉漢宗	02-23039022
7	信義區	林應然小兒科診所	臺北市信義區福德街75號	林應然	02-27595328
8	士林區	梁耳鼻喉科診所	臺北市士林區社正路12之1號	楊境森	02-28168456
9	北投區	洪耳鼻喉科診所	臺北市北投區中央南路1段43號	洪德仁	02-28928769
10	內湖區	馬思特診所	臺北市內湖區成功路4段53號	王建人	02-27925994
11	南港區	蔣小兒科診所	臺北市南港區玉成街166巷30號	蔣世中	02-26513761、 02-26515960
12	文山區	洪佑承小兒專科診所	臺北市文山區興隆路4段64之2號	洪佑承	02-29364708

計28名會員及眷屬參加。

芝馨23510756分機17。

(三) 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，共計37名會員及眷屬參加。

公關委員會高召集委員尚志

(一) 十月三十一日洪德仁理事長率同彭瑞鵬顧問、周迺寬、周賢章、林應然等常務理事，張孟源常務監事，公關委員會高尚志召集人，陳怡璇總幹事、施玉琴督導、范石琴副總幹事及蔡蕙芳組長，陪同由韓國首爾特別市醫師會黃奎錫會長、韓美愛主席之代表團一行七人，前往衛生福利部進行臺韓醫療政策交流。雙方就「臺灣全民健康保險總額制度改革」、「醫學生名額制度」及「健康台灣深耕計畫」等重要議題深入交換意見；衛福部由林靜儀次長代表石部長出席，與本會及首爾特別市醫師

(四) 十一月十六日假台北榮民總醫院網球場舉辦個人組網球賽，共計20位會員及眷屬參加。

(五) 十一月十六、廿三日假台北榮總室內籃球館舉辦籃球友誼賽初賽、複賽及決賽，共有馬偕、三總、北榮、萬芳、台大、北醫、聯醫、心湛八隊97位會員參加。

(六) 明年度一月十八日於林口高爾夫球場舉辦115年度高爾夫球賽，歡迎有興趣的理監事踴躍報名參加，意者請洽活動承辦：林

會進行交流研討，整體討論氣氛融洽，交流成果豐碩，活動已圓滿完成。

- (二) 十一月一日舉辦「八十週年醫師節慶祝大會暨公益藝術展」，首度邀請首爾特別市醫師會姐妹會來台共襄盛舉，並榮獲大韓民國駐台北代表部高相旭代理代表蒞臨致意，當日席開七十桌，場面隆重熱烈。此次醫師節慶祝大會首度結合具人文關懷與文藝氣息之公益藝術展，感謝多位醫師及護理師藝術家熱情投入創作，為醫師節活動注入嶄新風貌，使會場氛圍有別於以往，深獲肯定。另將安和會館啟用典禮及醫師節期間所收花禮款項，全數轉化為公益捐贈，分別捐助靖娟兒童安全文教基金會、陽明養護中心及快樂學習協會等三家社會福利團體，每家新臺幣九萬元，具體實踐醫者仁心、回饋社會之核心價值。
- (三) 今年度共表揚資深醫師六百七十九位、杏林獎醫師三十四位、青年杏林獎醫師三十二位及好書獎得主八位，表彰其長年深耕臨床、奉獻醫療專業之卓越成就，樹立醫界典範。整體活動規劃周延、執行順利，圓滿達成結合藝術、公益與國際交流之多重目標。
- (四) 十一月二日台北市中醫師公會於台北凱撒大飯店舉辦「台北市21大醫事團體聯誼餐會」，由洪德仁理事長、高尚志召委及陳彥元執行長代表出席。
- (五) 十二月十四日洪德仁理事長偕同彭瑞鵬顧問、周迺寬、周賢章、林應然等常務理

事，張孟源及許希賢等常務監事、公關委員會高尚志召委及陳怡璇總幹事、范石琴副總幹事參加由臺東縣醫師公會承辦之「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。

- (六) 一一五年新春聯誼餐會訂於三月七日（星期六）下午六時於大直典華舉行，請預留時間賢伉儷一起出席。當天將援例頒發感謝狀予友善無障礙診所輔導及認證計畫-身心障礙團體及專家、頒發獎牌予通過之友善無障礙診所、頒發一一四年度獎助學金暨成績優良同學獎狀及頒發學術榮譽獎狀。
- (七) 訂於一一五年三月二十二日承辦「北東部暨金馬十二縣市醫政研討會」，當日行程初步規劃如下，將視情況再進行調整。
- 上午由洪德仁理事長率領各縣市醫師公會貴賓及寶眷，前往台北自來水園區，參觀臺北最古老之蓄水設施—「觀音山蓄水池」，並安排導覽深入探訪平時未對外開放空間，介紹日治時期自日本岐阜縣武儀郡渡海來臺工匠參與臺北水道建設與違規留下珍貴手跡的歷史故事。下午醫師貴賓將前往台北凱撒飯店進行醫政議題交流；眷屬則安排前往位於市區繁華地段、別具靜謐人文氛圍之「經國七海文化園區」參觀。

編輯委員會陳召集委員彥元

- (一) 十一月份會刊封面作者為吳國鈞醫師，主題為紀念館的倒影：「國父紀念館的噴水池，變更設計後，有如一面巨大的鏡子，將紀念館周圍的建築物都倒映在水面，隨光線而影動也是一景。」
- (二) 十二月份會刊封面作者為吳國鈞醫師，主題為頂樓的清晨：「清晨，有點涼意，查完房後，信步來到診所的頂樓，晨曦初現，藍天下有金紅的雲彩，遠山朦朧，101大樓依稀可見，也是不期而遇的景妍。」
- (三) 感謝各位理監事，每期輪流提供會刊「理監事專欄」稿件，敬請各位持續協助提供適合會員閱讀之文章，內容形式不拘，可為近期時事、相關法規提醒，亦可分享休閒性或學術性文章。

陳執行長彥元報告

- (一) 九月份會員動態：入會252人、變更66人、停業24人、復業21人、退會63人、死亡3人；開業醫師2,019人、服務醫師10,286人、停業385人，共計12,690人。
- (二) 十月份會員動態：入會70人、變更49人、停業20人、復業18人、退會47人、死亡2人；開業醫師2,023人、服務醫師10,306人、停業382人，共計12,711人。
- (三) 十一月份會員動態：入會41人、變更42人、停業12人、復業11人、退會28人、死亡2人；開業醫師2,033人、服務醫師

10,310人、停業379人，共計12,722人。

- (四) 一一三年十二月至一一四年十一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

- (一) 本會網站優化案第一次招標公告，已於一一四年十月二十七日至十一月十日間在本會官網公告為期15日，共有五家廠商領標。然而，至十一月十一日截止投標，僅有兩家廠商實際投標。經本會於十一月十三日召開之網站招標會前籌備會議決議，鑒於投標廠商數未達三家，依據《政府採購法》之相關規定及精神，決議進行第二次招標。
- (二) 第二次招標公告已於一一四年十一月十四日至十一月二十三日間於本會官網公告10日，再次有五家廠商領標，最終於11月24日截止投標時，仍僅有兩家廠商完成投標。目前已進入書面審查階段，預計於115年1月5日辦理廠商評選作業。

80週年紀念專刊工作小組陳召集人彥元

- (一) 80週年紀念專刊已完成印製，並自十一月二十六日起陸續配送予相關單位與會員，另已於十二月正式上架電子書平台，提供線上閱覽。

⇒網址：

<https://reurl.cc/4bNN0R>



- (二) 本專刊之順利完成，特別感謝各位理事、監事及各委員會召集委員鼎力協助，踴躍

撰文並提供寶貴意見，使專刊內容更臻完善，充分展現本會八十年來之發展成果與專業精神。

(三) 本專刊採免費贈閱，台北市醫師會員如欲索取實體書，每位執登會員限登記索取一次。免費贈閱數量共計100本，送完為止。

(四) 請依表單登記之先後順序以電子郵件通知領取事宜，並請於通知後七個工作天內，親至本會16樓辦公室櫃檯領取；逾期未領取者，名額將依序遞補予下一位登記會員，敬請見諒與配合，謝謝。

⇒網址：<https://forms.gle/L9i5xf5Sz5vuGvmE7>



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. 十月廿二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（九）」，由馬偕紀念醫院張文瀚總院長主講「醫者無懼 走向韌性醫療的領導旅程」。以「以急診風格管理醫院」為核心，說明醫院須從制度挑戰走向文化革新，透過僕人式領導與走動式管理，凝聚團隊、提升決策與應變能力，打造永續且具韌性的醫療體系；他提出員工賦能、韌性醫療、智能與精準醫療整合、醫療傳道深化

及永續發展等策略，兼顧科技效率與以人為本的溫度，並以馬偕「傳愛行善」精神為價值根基，最終鼓勵醫護人員以「六善進階」實踐專業與使命，讓每一位醫者都能成為照亮他人的英雄。

2. 十一月十二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（十）」，邀請國泰綜合醫院-簡志誠院長，以「以醫療服務回饋社會」為題。簡院長指出，醫院極度重視人才培訓，不僅採行「院教師制度」，更全額補助逾五百位醫師出國進修，並連續三年獲衛福部社研卓越獎肯定。簡院長作為醫院的領導者，也肩負國泰綜合醫院永續發展委員會的主任委員職責，負責檢視並核准永續報告書及策略規劃。在演講尾聲，他以一句話總結其人生哲學：「決定你希望你的訃聞說些什麼，然後過著配得上它的生活」(Decide what you would like your obituary to say and live the life to deserve it.)，闡述了他持續回饋社會的宗旨。

3. 十一月十九日假安和會館舉辦「百年風華·傳承永續系列講座（十一）」，邀請臺北市立萬芳醫院-劉燦宏院長，以「回醫路轉折，莫忘初衷—從復健到管理的啟示」為題發表專題演講。聚焦於個人的醫學職涯與心路歷程。

詳述了他從一個沒有醫學背景的鄉下孩子，因母親受傷而立志成為醫師，並最終投身復健醫學的轉折。此外，分享他與台北醫學大學的深厚淵源，包括其學術生涯、參與校務發展，以及處理身心障礙鑑定制度改革的艱辛與成就。演講也分享了他在醫學教育和醫院管理方面的經驗，並以「僕人式領導」和「將危機轉化為機會」等人生哲學作結，表達對母校的期許和對生命中貴人的感謝。

4. 十二月十日舉辦「百年風華·傳承永續系列講座（十二）」，為第二場跨領域講座首先由衛生福利部-莊人祥常務次長，以「變與不變-我的求學與職涯之路」為題，分享其從臨床醫師、公衛學者到國家防疫決策者的跨域歷程。莊常務次長回顧在陽明公衛、哥倫比亞大學醫學資訊訓練所奠定的實證與系統思維，說明如何將學術研究轉化為防疫實務，並在SARS、H1N1及COVID-19等重大疫情中，透過即時資訊整合與風險評估，支撐關鍵決策。他強調初心不變、勇於跨域與承擔責任，是公共衛生專業者面對不確定時代的核心價值，期勉年輕世代以專業、理性與使命感，持續守護國人健康。
- 接續由中華民國基層醫療協會-林應然理事長，以「一〔醫〕生的抉擇：一

位醫師的“愛恨情仇”」為題，分享其職涯養成心路歷程。真摯分享自己的人生轉折充滿偶然。林理事長從童年、求學、學醫到臨床與公共事務的轉折出發，分享在風雨飄搖的社會背景中，如何在專業、良知與現實之間尋找定位。他以豐富的臨床與公共經驗，強調醫學並非人生全部，醫師應在制度不公與政策爭議中勇於發聲，守住科學理性與倫理底線。演講亦呼籲社會回歸專業討論，重視基層醫療處境，為年輕世代留下更公平、可持續的醫療環境，現場反應熱烈，發人深省。

5. 「百年風華 傳承永續系列講座」第十三場將於十二月廿四日假本會安和會館十六樓會議室，邀請臺北市立聯合醫院王智弘總院長主講；第十四場將於明年一月七日，邀請台大醫學院陳培哲教授主講。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。

<p>114/12/24 (三) 王智弘總院長 報名網址</p>	<p>點此前往 https://forms.gle/VXSfLqo4Xd7tzgnd9</p>	
<p>115/1/7 (三) 陳培哲教授 報名網址</p>	<p>點此前往 https://forms.gle/AuwkXrBxBC8v4yDC9</p>	

活動官方 網站	點此前往 https://showwe.tw/edm/tma_100th/index.html 
------------	---

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業務研討聯席會議，自114年9月起轉由全聯會智庫辦理。

(二) 十一月廿五日召開第二十屆第三次醫療永續發展研究小組（智庫）會議，通過：

1. 台北市醫師公會「傑出女醫師獎」表揚標準及推薦辦法草案。
2. 一一五年度工作計畫及預算案。

(三) 本會配合政府推動「健康台灣深耕計畫」，今年七月提出申請並於九月中旬接獲核定補助，智庫自九月起將配合深耕計畫內容，著手進行整合與專案執行機制建置，陸續召開深耕計畫共識會議、幹部會議及資訊系統專家會議，強化本會在健康台灣整體策略中的專業角色與貢獻：

1. 協調作業辦理情形：

- (1) 十月二日於本會十六樓會議室召開健康台灣深耕計畫幹部會議，就計畫執行期程、人力配置、合作診所推動策略及資訊系統建置進度敬行研議。
- (2) 十月三日於本會十六樓會議室召開會務人員及深耕計畫專案人員會議，說明計畫內容、專案人員工作

原則，並就後續行政協作與執行分工進行討論。

- (3) 十月二十日於本會十六樓會議室召開健康台灣深耕計畫第二次資訊系統專家會議，討論計畫健康資訊系統之技術架構、規格與整合方向。
- (4) 自十一月起每週辦理專案人員內部工作會議統整近期工作進度與後續執行方向。
- (5) 十二月九日於本會十六樓會議室召開第三次資訊系統專家會議，邀請得標廠商工研院來會研商後續合作事項。

2. 辦理政府採購：

本會依政府採購法相關規定辦理「健康資訊系統軟硬體設備暨器材空間規劃整合作業服務案」，於十一月六日完成招標資訊上網公告，十一月廿六日辦理開標及行政審查作業，並於十一月廿七日在本會十六樓會議室召開評選委員會會議，順利完成評選程序。經評選委員會決議，由財團法人工業技術研究院獲選為最有利標之得標廠商，已依規定完成採購。

3. 處方制度推動與社區合作情形

- (1) 十二月十日於本會十六樓會議室舉辦營養處方說明會，營養師說明處方開立流程、衛教內容、轉介方式及服務核銷原則，並調查合作意向。
- (2) 十二月十日於北投社區大學辦理運

動、社會及情緒調適處方說明會，協調運動教練、社區大學講師及相關社會支持單位，建立前期示範區轉介模式。

(四) 推動委員會運作

十二月十一日於本會十六樓會議室召開健康台灣深耕計畫第一次推動委員會會議，由15位委員就計畫指標、推動策略、執行情形、跨域合作與政策倡議方向提供專業建議。

貳、討論事項

一、請追溯本會源自日治時期之歷史脈絡，修正公會創立年限之認定案。【洪德仁理事長提】

決議：通過追溯本會自大正十五年（1926年）以來之歷史脈絡，修正創立年線起點為1926年。自明(2026)年1月1日起，本會正式邁入創會第一百週年，並規劃舉辦百週年慶祝活動。

二、請研討本會杏林獎及青年杏林獎表揚標準及推薦辦法修正案。【張文瀚理事提】

決議：通過修正杏林獎及青年杏林獎表揚標準及推薦辦法（請參考公會網站）。

三、請研討本會「傑出女醫師獎」表揚標準及推薦辦法草案。【洪德仁理事長提】

決議：

(一) 為使本會各項表揚制度之規範一致，並維護獎項之公信力，比照「杏林獎」及「青

年杏林獎」之作法，於本「傑出女醫師獎表揚標準及推薦辦法」中增列「六、撤銷得獎程序」條文。

(二) 為擴大會員參與表揚機會，兼顧資源公平分配，於本辦法中明定同一年度內，申請本會「杏林獎」、「青年杏林獎」及「傑出女醫師獎」者，應擇一獎項提出申請，不得重複申請。

(三) 修正通過「傑出女醫師獎」表揚標準及推薦辦法（請參考公會網站）。

四、請研討修訂本會會員服務委員會組織簡則第四條內容案。【周賢章常務理事提】

決議：修正通過會員服務委員會組織簡則第四條條文如下。

建議修正後內容
第四條 本委員會任務如下：
1. 加強對會員之服務與輔導，並促進醫師間相互溝通與聯繫。
2. 審核資深醫師服務之年資，以報請理事會表揚。
3. 定期舉辦會員分區座談會（視實際情況每年舉辦1至3次），必要時請主管機關人員列席。
4. 會員之婚喪喜慶事宜，致贈喜幛、輓聯、花籃等並視情況派員致意。
5. 會員新開業，致贈盆花。
6. 贈送會員生日卡。
7. 定期研討會員之反映與對策及解決之道。
8. 舉辦各區組長溝通聯誼餐敘。
9. 處理會員服務需求之申請。
10. 會員權益相關事項及另有未盡事宜，依理事會決議辦理。

五、請研議一一五年持續辦理「百年風華傳承永續-大師學思演講暨出版專刊」之經費申請案。【洪德仁理事長 提】

決議：通過115年度執行費用由「醫療發展基金」項下實支實付支應，經費估算，提下次會議報告。

六、請複審一一四年度宮筱青、陳俠夫、寸待雙等三名學生獎學金核發案。【劉漢宗理事 提】

決議：

- (一) 通過本會核發宮筱青、陳俠夫、寸待雙等三名醫學生獎學金每名三萬元。
- (二) 其餘二十一符合條件之醫學生，推薦由財團法人杏林春暖基金會獎助之。

七、請再研議信義會館對外租賃案。【洪德仁理事長 提】

決議：

- (一) 通過由信義會館三樓補習班（臺北市私立睿升文理短期補習班）承租。
- (二) 雙方簽署為期十年之租賃合約，前五年每月租金為新台幣24萬元，後五年每月租金調整為新台幣26萬元，簽約後提供前二個月免租金裝潢期。
- (三) 為確保公會權益與法律保障，將租賃合約進行公證程序。租金收入則委請會計師依規定列入公會年度收入並辦理稅務申報。

八、請審議本會一一五年內部會議及活動預定表案。【洪德仁理事長 提】

決議：通過一一五年內部會議及活動預定表，理、監事會及相關活動依正式開會通知為準。

九、請審閱台北市醫師公會80週年公益藝術展（原80週年公益義賣活動）結案資料案。【黃國欽理事 提】

決議：通過台北市醫師公會80週年公益藝術展（原80週年公益義賣活動）結案資料。

十、請研討聘用黃琴茹小姐為本會組員案。【洪德仁理事長 提】

決議：通過聘用黃琴茹小姐為本會組員。

十一、請研討本會一一五年度工作計劃及歲入歲出經費收支預算草案。【彭瑞鵬召集委員 提】

決議：通過一一五年度工作計劃及歲入歲出經費收支預算，提第二十一屆第一次會員代表大會追認。

十二、請審查一一四年度七、八、九月份經費收支案。【彭瑞鵬召集委員 提】

決議：通過一一四年度七、八、九月份經費收支。

十三、請研討滯繳常年會費達半年以上會員共15名，依本會章程十四條第四項規定予以停權處分案。【彭瑞鵬召集委員 提】

決議：滯繳常年會費達半年以上名單中魯正傑及吳柏晏醫師於會議前繳交，通過張華容、王中原、陳柏森、江漢光、黃星

諺、周孟翰、賴志洋、彭成華、周聯華、張鑑芝、林強生、陳柏元、黃千慧等十三名醫師依本會章程十四條第四項規定予以停權。

十四、請研討不堪使用器具報廢案。【彭瑞鵬召集委員提】

決議：通過報廢不堪使用器具七十二項器具共4,272,478元。

十五、請追認謝士明、王若藩、曾信義、趙正豪、吳再成、周昇平、趙素芳、徐拯中、顏榮輝、沈楚文、陳復華、鄧昭仲、潘念宗、李俊麒、任天民、張伯章等十六名醫師逝世申領互助金貳拾萬元案。【彭瑞鵬召集委員提】

決議：通過謝士明、王若藩、曾信義、趙正豪、吳再成、周昇平、趙素芳、徐拯中、顏榮輝、沈楚文、陳復華、鄧昭仲、潘念宗、李俊麒、任天民、張伯章等十六名醫師逝世申領互助金貳拾萬元案。

參、臨時動議：無

肆、散會：下午二時廿五分。☪



旋轉肌袖症候群—臺灣高等 法院111年度勞上字第132號民事判決評析

臺北榮民總醫院職業醫學及臨床毒物部
姜林子馨（實習醫學生） 葛謹

前言

肩關節由鎖骨(clavicle)、肩胛骨(scapula)和肱骨(humerus)三塊骨頭，與肩胛肱骨關節、胸骨鎖骨關節、肩峰鎖骨關節、肩胛胸廓關節，共四個關節組成。肩關節由合稱「旋轉肌袖(rotator Cuff)」的4條肌肉負責手臂抬舉與內外旋。旋轉肌袖(rotator cuff)也稱為肩旋轉肌，或「肩袖」。旋轉肌袖肌群包括四條肌肉：(1)棘上肌(supraspinatus)：位於肩胛骨的上方，幫助舉起手臂。(2)棘下肌(infraspinatus)：位於肩胛骨的後部，主要負責旋轉和穩定肩關節。(3)小圓肌(teres minor)：接近棘下肌，同樣參與手臂的外旋。(4)肩胛下肌(subscapularis)：位於肩胛骨的前面，主要負責手臂的內旋¹。

旋轉肌袖症候群(rotator cuff syndrome)：泛指旋轉肌袖肌群的肌腱病變(tendinopathy)，包含旋轉肌袖肌腱炎、旋轉肌袖撕裂傷及旋轉肌袖斷裂。旋轉肌袖症候群主要來自於反覆的肩關節運動，上臂在動作時，不良的肩胛姿勢會改變旋轉肌袖結構，減少其有效的穩定作用，導致機械性夾擠，尤其是手臂高舉過肩(overshoulder)的活動，如抬重物、寫黑板及投球等動作。反覆雙手高舉過肩是一個常見的職業風險暴露類型，幾乎在製造業及營造業的許多工作，都有可能暴露在這種風險之下，職業傷病之認定，除了可以協助個案在因病復健，及後續開刀之時期，都能夠獲得相關勞保給付，不需要因為生活壓力而繼續從事可能傷害之作業之外，也可以藉由職業疾病之診斷，

發現工作中許多不良之作業姿勢，改善人因工程，減少職場中其他人之職業疾病發生^{2,3}。

經過

甲領有職業大貨車駕駛執照，自2004年10月18日勞工保險投保單位為A公司，擔任環保清運駕駛員；2005年7月1日起勞工保險投保單位改為B公司，2013年1月14日符合領取勞保老年年金給付，而退出勞保，然甲於2013年2月26日起再以A公司為職業災害保險投保單位，至2018年11月26日，甲因職業駕駛執照65歲屆齡離職。甲於A、B二公司任職期間，甲之工資係由A、B二公司交替給付，皆係從事環保清運駕駛員工作，從未變更，亦未自二公司離職或領取資遣費。

甲自2004年10月起擔任環保清運駕駛員，2018年1月起出現左頸、肩疼痛，肩部疼痛之症狀於C醫院就醫，2018年12月3日轉至D醫院（職業傷病診治專責醫院）職業醫學科就診，職業醫學專科醫師依據傷病情況、現場訪視、醫學文獻、「職業性旋轉肌袖症群認定參考指引」等資料，出具職業傷病報告書，2019年1月28日至D醫院運動醫學科就診，進行後續治療，2019年2月12日肌肉骨骼超音波結果顯示：左側棘上肌肌腱撕裂傷1公分（旋轉肌袖撕裂傷），2019年5月24日接受關節鏡左肩旋轉肌腱修補手術。

甲因A、B二公司強制退出勞保、高薪低保、退休金差額、擅扣工資、特別休假折算工資、加班費、職災精神慰撫金（30萬元），向民事法院請求賠償298萬9104元。

爭執1：A、B二公司是否視為同一性之雇主？

甲主張：(1)A、B二公司設於同一地址，公司負責人乙、丙為配偶關係。(2)甲於二公司任職期間皆係從事環保清運駕駛員工作，從未變更。(3)勞保、職災保險投保單位均於A、B二公司間反覆變更。(4)甲於期間內從未自二公司離職或領取資遣費。(5)二公司人事管理、薪資給付、公司營運、財務管理具有實體同一性，實為具有法人實體同一性之雇主。

公司主張：(1)二公司皆為依法成立之獨立法人，彼此為關係企業。(2)甲自2004年10月起至2005年7月任職於A公司擔任環保清運車司機一職；(3)2005年7月起至2013年1月任職於B公司時擔任同職務。(4)2016年1月起至2018年11月於甲任職初日已被告知並同意A公司得基於經營、管理或業務上之需要而調動或調整工作職務、地點或輪班安排，包括轉任至關係企業。甲與A公司任職時約定月薪為3萬3,000元，嗣轉任於B公司時，月薪亦約定為3萬3,000元。

法院心證：

地方法院：(1)從郵政公司帳戶之交易清單資料可見，甲工資給付係由A、B公司交替給付。(2)健保投保資料，甲從2005年7月1日起均為B公司繳納健保費。(3)A、B公司分別在某市同棟不同號之2樓，而二公司負責人為配偶關係。(4)證人（A公司員工）到庭證述：乙負責業務，丙負責人事去留、納保退保、任務指派、薪資稅捐等事務，二家公司在同一辦

公處所。(5)甲於二公司任職期間皆係從事環保清運駕駛員工作，從未變更。(6)A、B公司於人事管理、薪資給付、公司營運、財務管理具有實體同一性，故該A、B二公司實為具有法人實體同一性之雇主。(7)最高法院民事判決：「為保障勞工之基本勞動權，加強勞雇關係，促進社會與經濟發展，防止雇主以法人之法律上型態規避法規範，遂行其不法之目的，於計算勞工退休年資時，非不得將其受僱於『現雇主』法人之期間，及其受僱於與『現雇主』法人有『實體同一性』之『原雇主』法人之期間合併計算，庶符誠實及信用原則⁴。」(8)本院認為：甲主張A、B二公司均為其雇主，應屬可採。

高等法院：實體同一性，應屬可採。

爭執2：甲之月薪應為若干？

甲主張：實際離職日應為2018年11月26日，每月薪資為5萬4,000元。

公司主張：(1)2013年1月辦理退休並請領勞保老年年金，所爭執薪資期間應為2013年1月前，依勞基法第23條規定，雇主僅有保存工資清冊5年之義務，被告二公司前開期間之工資清冊保存期限皆已到期且不復存，僅存之2010年1月至2012年11月之數紙薪資匯款單，亦記載甲薪資為3萬3,000元。(2)甲曾主張A、B二公司將其薪資以高報低致其勞保權利受損，向地方檢察署提起詐欺告訴，案經地檢署作成不起訴處分，足見甲主張其每月薪資為5萬4,000元難被採信。(3)甲請領老年年金給付經勞動部勞工保險局核定之函文即記載退職前

平均投保薪資為3萬5,950元。(4)倘二公司未依規定為甲按實際薪資投保，甲自任職時至請領日間近10年之時間毫無作為，亦未於接獲核定書函後向勞保局聲明異議，顯有可疑。

法院心證：

地方法院：(1)甲薪資帳戶2004年12月薪資入帳為5萬7,900元、2005年1月5日為6萬1,980元、2005年2月1日為5萬8,980元、2005年3月3日為5萬8,500元，但2005年4月開始匯款金額則為2萬多至3萬元。(2)二公司稱因為當時甲前幾個月加班時數較多所致。(3)倘甲月薪3萬3,000元，前幾個月加班費竟有將近2倍薪資，之後竟無需加班，同樣駕駛環保清運車，工作條件竟如此巨大變化，二公司未能有合理解釋，自不能採信。(4)證人（甲先前之同事）於刑事偵查中證稱，其曾於2015年間至2017年間在A公司任職，其駕駛大型垃圾車，跟甲一樣，但擔任幹部，薪資多2,000元至3,000元，伊薪資是在5萬4,000元至6萬元之間，薪水一部分是匯款，一部分是現金，匯款4萬多元，薪資寫在信封上，上面只寫現金部分。(5)甲提出之一只信封袋，上有寫1萬元，是以甲每月薪資確實分別以匯款、現金方式為之，匯款之金額並非全部薪資。(6)又證人丁、戊均證稱大型環保清運車駕駛員薪資有5萬多元左右，雖二人任職期間均為2014至2016年間左右，但對照甲於2004年12月底即有當月受領5、6萬元之薪資，且其擔任夜班駕駛員，如薪資僅有3萬3,000元，顯不合情理。(7)甲稱任職起每月薪資為5萬4,000元，再加上延長工

時工資約將近6萬元左右，較符合情理。

高等法院：匯款金額並非即為甲全部薪資。公司此部分所辯，實非可採。

爭執3：二公司是否積欠甲老年給付損失137萬6,592元？

甲主張：(1)甲於2013年1月14日遭公司強制退出勞保，僅得聽從指示申請勞保老年年金給付。(2)甲實際離職日應為2018年11月26日。(3)甲每月薪資為5萬4,000元，依法每月得領取之勞保老年給付金額應為2萬2,625元。(4)二公司將甲薪資低保，導致每月僅能領取勞保老年給付1萬8,528元，每年所受勞保老年給付金額損失為4萬9,164元【計算式： $(22,625 - 18,528) \times 12 = 49,164$ 】。(5)甲自2013年2月至2021年1月計8年已請領之勞保給付短差損失為39萬3,312元【計算式： $49,164 \times 8 = 393,312$ 】。(6)2019年臺北市居民68歲者之平均餘命尚有20年，甲得請求將來之短差損失98萬3,280元【計算式： $49,164 \times 20 = 983,280$ 】。(7)甲得請求給付勞保老年給付短差損失共計為137萬6,592元【計算式： $393,312 + 983,280 = 1,376,592$ 】。

公司主張：(1)甲薪資為3萬3,000元。(2)甲遲至2021年10月5日始請求老年年金給付差額損害，顯已逾侵權行為2年時效規定。

法院心證：(1)甲自2004年11月起薪資為5萬4,000元，其實際上工作至2018年11月26日。(2)2006年7月1日起勞保最高級距為4萬3,900元。(3)2016年5月1日起勞保最高級距調整為4萬5,800元。(4)勞工保險條例施行細則第

44條第2項第1款：「本條例第十九條第三項所稱平均月投保薪資，依下列方式計算：一、年金給付及老年一次金給付：按被保險人加保期間最高六十個月之月投保薪資合計額除以六十計算。」(5)計算甲加保期間最高60個月平均投保薪資為4萬4,882元（計算式： $43,900 \times 29 + 45,800 \times 31 = 44,882$ ，元以下四捨五入）。(6)然甲已於2013年1月間即申請勞保老年給付，因二公司高薪低報，致甲2013年受領之金額僅為1萬8,528元。(7)惟甲主張二公司均為其雇主，一直持續工作至2018年11月26日止，其理應於2018年11月26日後離職方有勞工保險老年年金給付。(8)甲縱有勞保老年給付損害，應從次月即2018年12月後開始計算。(9)甲損害為每年4萬9,164元，計算式：老年年金每月給付： $43,900 \times 33.25 \times 1.55\% = 22,625$ ， $22,625 - 18,528 = 4,097$ ，每年差額為 $4,097 \times 12 = 49,164$ （甲以33.25年年資、4萬3,900元計算，自無不可）。(10)依2018年T市地區簡易生命表顯示，甲於當時為65歲，65歲男性平均餘命為20.32年，甲以此預計仍可請領老年年金給付應屬合理，依霍夫曼式計算法扣除中間利息（首期給付不扣除中間利息）核計其金額為70萬1,869元。(11)甲主張二公司應給付勞保老年年金差額70萬1,869元，尚屬有據。

高等法院：(1)勞保條例第10條之規定，應解釋為強行的契約法規之一種，勞工與投保單位之間，乃具有私法上之委任關係，從而勞工由同條例第72條第3項規定所取得對投保單位之損害賠償債權，自屬因投保單位不履行債

務而生之損害賠償請求權。(3)依民法第125條規定，其消滅時效期間應為15年⁵。

爭執4：賠償新制退休金差額是否為18萬8,712元？

甲主張：任職期間二公司均未替甲提撥足額退休金，應賠償甲新制退休金差額18萬8,712元。

公司主張：(1)就新制勞退金差額部分，甲第二次任職A公司期間於2016年8月前之工資清冊依法已無須保存。(2)因二公司就甲薪資均以匯款為之，依甲所提匯款明細重新計算雇主每月應提撥之勞工退休金，A公司短提金額為3萬5,357元，B公司溢提金額為7,812元。

法院心證：

地方法院：(1)勞工退休金條例第31條第1項：「雇主未依本條例之規定按月提繳或足額提繳勞工退休金，致勞工受有損害者，勞工得向雇主請求損害賠償⁶。」(2)勞工退休金條例於2005年7月開始施行。(3)甲2005年7月至2018年11月26日終止勞動契約，於2019年6月28日一次請領勞工退休金，已經提領48萬7,280元。(4)二公司未覈實依勞工退休金條例規定，每月按照其級距5萬5,400元之6%即提撥3,324元至勞工退休金個人專戶。(5)甲得請求賠償16萬2,496元。(6)甲請求勞退新制施行前亦應提撥勞退金，即屬無據，應予駁回。

高等法院：(1)甲2013年1月14日離職，2021年5月26日提起訴訟時，已罹於5年時效期間。(2)甲2013年1月15日至2018年11月26日再

任職，2018年11月26日離職，至2021年5月26日提起訴訟時，未罹於5年時效期間。(3)依勞退條例第31條第1項規定，甲得請求賠償勞退休金差額損害4萬9,587元（23萬3,967元－18萬4,380元＝4萬9,587元）。

爭執5：二公司每月逕自甲薪資中扣減2,000元，可否請求返還擅扣工資33萬6,000元？

甲主張：2004年12月至2018年11月，共計14年，每月擅扣2,000元之損失共33萬6,000元【計算式：2,000X12X14＝336,000】。

公司主張：(1)二公司從未於約定薪資外扣取任何款項。(2)公司體恤員工，向來對於甲應自行負擔之勞健保費用亦由公司自行吸收負擔。(3)甲於2013年1月自B公司辦理退休後隨即轉任A公司。(4)A公司亦就重新任職之約定薪資4萬3,900元全額給付，並為甲投保職業災害保險，且保險費依法全數由A公司負擔。(5)扣除時效消滅部分，甲僅得請求擅扣薪資4萬9,752元。

法院心證：

地方法院：(1)A公司2017年、2018年度之薪資單上薪資欄有「扣除勞健保負擔費2,000元」。(2)他案有人主張受僱A公司期間遭不當扣款每月2,000元而對A公司提起訴訟，A公司於2020年6月23日提出之答辯狀記載：「公司每月預扣2,000是為勞工的勞健保自付額部分，但公司體恤員工辛苦，故在年底時會將原本預扣員工勞健保自付額的費用回給員工，並由公司自行吸收員工勞健保自付額⁷。」(3)甲於2013年1月14日已經申請勞保老年年金給

付而於2013年1月間退保，已無須繳納勞保費用，何來勞保自付額負擔，僅有健保分擔額，為何要2,000元？(4)二公司主張先扣除之後再發還，然未提出發還之證據。(5)二公司未提出詳細說明及證據，甲主張二公司不當扣減薪資2,000元，14年損失33萬6,000元，應有理由。

高等法院：(1)民法第126條：「利息、紅利、租金、贍養費、退職金及其他1年或不及1年之定期給付債權，其各期給付請求權，因5年間不行使而消滅。」(2)該條所稱之「其他1年或不及1年之定期給付債權」者，係指基於同一債權原因所生一切規則而反覆之定期給付而言，諸如年金、薪資之類，均應包括在內，是薪資請求權之時效期間應為5年⁸。(3)甲於2021年5月26日提起訴訟，則未罹於時效部分為2016年5月至2018年11月（共31個月）間之擅扣薪資。(4)公司每月應返還甲薪資1,382元（2,000元－618元（健保費）＝1,382元），甲得請求擅扣薪資4萬2,842元（1,382元×31＝4萬2,842元）。(5)公司自承甲得請求擅扣薪資4萬9,752元，自無不可，故甲依勞動契約得請求公司給付擅扣薪資4萬9,752元。

爭執6：二公司未給予甲特別休假，可否請求發給特別休假折算工資？

甲主張：(1)甲任職期間二公司皆未給予特別休假。(2)甲自得於兩造終止契約後，請求將特別休假折算工資發給。(3)以任職期間如有於休息日、例假日額外加班1日給予2,000元計算。(4)二公司應給付特別休假折算工資42萬6,000元【計算式：2,000X(20+

19+18+17+16+15+15+15+15+15+14+14+10+7+3)天(14年年資所得天數)=426,000】。

公司主張：(1)甲自2017年勞基法修法後方未將其特休假休畢。(2)甲於2013年1月起重新任職於A公司，年資應重新計算。(3)A公司就未休特休轉工資2018年度短付2,305元、2017年度則溢付8,342元。(4)特休未休工資請求權時效為5年，甲僅得請求2016年至2018年間之特休未休工資7,600元，其餘已罹於時效。

法院心證：

地方法院：(1)證人證詞可知，2016年間A公司未給予特別休假及未休工資。(2)二公司自應證明甲有申請特別休假、以及已經給付特別休假未休之工資。(3)甲各年度之特別休假合計192日。(4)依勞基法施行細則第24條之1第2項：「其給付本法第38條第4項所定雇主應發給工資，依下列規定辦理：一、發給工資之基準：(一)按勞工未休畢之特別休假日數，乘以其一日工資計發。(二)前目所定一日工資，為勞工之特別休假於年度終結或契約終止前一日之正常工作時間所得之工資。其為計月者，為年度終結或契約終止前最近一個月正常工作時間所得之工資除以三十所得之金額。」應以1日1,800元計算方為正確。(5)二公司應給付特別休假未休工資為34萬5,600元，計算式： $1,800 \times 192 = 345,600$ 。(6)B公司自承有給付特別休假工資分別為2017年給付3萬元、2018年給付 $1,900 \times 11 = 20,900$ 元，甲均有簽名，該部分應予扣除。(7)甲請求給

付29萬4,700元(計算式： $345,600 - 50,900 = 294,700$)，即屬有據。

高等法院：(1)甲得請求勞基法第38條第4項修法自2017年1月1日施行後之特休未休工資。(2)甲再任職，應認公司與甲另成立新勞動契約，年資應重新起算【內政部74年4月29日(74)台內勞字第308102號函參照】。(3)甲得請求特休未休工資日數為29日($14 + 15 = 29$)。甲得請求特休未休工資5萬2,200元($5萬4,000元 \div 30 \times 29 = 5萬2,200元$)。(4)公司已給付2017年度特休未休工資3萬元、2018年度特休未休工資2萬0,900元，扣除此部分後為1,300元($5萬2,200元 - 3萬元 - 2萬0,900元 = 1,300元$)。(5)公司自承得請求特休未休工資7,600元，並無不可。

爭執7：甲得否請求給付平日延長工時工資36萬1,800元？

甲主張：(1)甲每月工資為5萬4,000元，平日工資為1,800元，平日每小時工資額為225元。(2)每日工作時間為10至12小時，依勞動事件法第35條、第36條、民事訴訟法第344條第1項第2款、第345條第1項規定，應認定甲主張每日平均工作時間為12小時事實為真實。(3)甲僅主張每日加班2小時，平日延長工時加班費為603元【計算式： $(225 \times 1.34 \times 2) = 603$ (小數點後四捨五入)】。(4)甲每週正常工作時間為5日，每月僅以4週計算，則於2016年6月起至2018年11月止工作期間，得請求給付平日延長工時工資36萬1,800元【計算式： $603 \times 5日 \times 4週 \times 30個月 = 361,800$ 】。

公司主張：(1)依2016年5月至2018年11月間之出勤簽到簿及T市三座垃圾焚化廠過磅單進行比對，倘甲於焚化廠出廠時間晚於其下班簽退時間，則以出廠時間加計返回公司停車場之車程時間及車輛整理清洗時間，作為下班時間。(2)以超出工作時間8.5小時部分作為平日加班時數。(3)據此計算，甲之平日加班短付差額為5,300元。

法院心證：

地方法院：(1)甲並非適用重體力勞動作業勞工，不得主張每工作40分鐘得休息20分鐘。(2)甲工作時間原則上應以自行填寫之工作紀錄表為據，如有與焚化廠出廠時間不符者，以出廠時間加計返回公司車程時間為工作時間。(3)依據自行填寫之出勤紀錄表之上班時間、下班時間計算工作時間，但填寫下班時間如早於北投、內湖、木柵焚化廠離廠時間，則以出廠時間分別加計返回公司之時間即10分鐘、30分鐘、30分鐘為甲之工時（北投加計10分鐘、內湖、木柵為30分鐘）。(4)超過8小時部分則為加班之時間。(5)甲同意一律以平日延長工時方式計算延長工時工資，計算式如附表三所示之金額為4萬3,965元。(6)甲另主張2016年6月至2016年12月之加班費應依每月4週、1週5日、1日2小時方式計算，因二公司未依勞基法第30條第5項規定保存5年內之出勤紀錄，而未提出相關文書，然觀諸附表三之計算，甲並非每日工時超過8小時，而超過8小時之時間多數均在1小時內，甚少超過1小時。(7)因公司未依法保管出勤紀錄文書，本院認為該段時

間，以每月4週、1週5日、1日加班1小時計算加班費為允當，金額為4萬2,000元（計算式： $225 \times 1 \times 4/3 \times 20 \text{日} \times 7 \text{月} = 42,000$ ）。(8)甲得請求之加班費合計為8萬5,965元（計算式： $43,965 + 42,000 = 85,965$ ）。

高等法院：公司未爭執。

爭執8：甲受有左肩旋轉肌腱撕裂之職業病及脊椎病變，得否請求精神慰撫金30萬元？

甲主張：(1)甲長期清運重量高達數噸之廢棄物14年，導致受有左肩旋轉肌腱撕裂之職業病及脊椎病變。(2)依據北投、內湖、木柵垃圾焚化廠之過磅單資料亦可見每日清運重量可高達約10噸。(3)就此職業災害請求二公司賠償精神慰撫金30萬元。

公司主張：(1)2018年11月因甲屆齡失其職業大貨車駕駛執照，A公司命其離職後，甲疑似轉任其他公司擔任水泥搬運工人，且於向勞保局申請傷病給付同時，仍持續工作。(2)認定職業病之資料為甲片面提供予D醫院，其中諸多數據為誇大不實之陳述，與甲出勤作業事實不符。(3)評估之醫事人員亦非環保專業，無法驗證甲提出數據之合理性，而導致錯誤之認定結論。(4)二公司設立已有30餘年，如有員工反映任何作業困難，均會即時與客戶溝通減輕垃圾單包重量或置備子車以減輕員工負擔，從未聽聞有其他員工因收運垃圾而致職業病症。(5)甲任職期間亦未請過病假或聽聞其手臂有因傷困擾之問題。(6)甲之疾病非長期收運垃圾所致之職業病。

法院心證：

地方法院：(1)甲因懷疑罹患職業病，於2018年12月3日至D醫院職業醫學科就診，並於2019年1月28日至D醫院運動醫學科就診，進行後續治療。2019年2月12日之肌肉骨骼超音波結果顯示左側棘上肌肌腱撕裂傷1公分（旋轉肌袖撕裂傷）。2019年5月24日接受關節鏡左肩旋轉肌腱修補手術。其左側旋轉肌袖症候群之罹病證據明確。(2)暴露證據：垃圾清運內容主要包含垃圾、酒瓶、廚餘等廢棄物之處理，需至每個客戶所在地點搬運垃圾等廢棄物，經搬抬至垃圾車中，再載運至北投、內湖或木柵垃圾焚化爐過磅後焚燒，其擔任垃圾車司機之工作年資共計14年又2個月。(3)高度重複性肩部不良姿勢：(i)2004年至2010年，平均每日以左肩抬舉過肩之動作約1071次至1281次。(ii)2010年至2018年，平均每日以左肩抬舉過肩之動作約952次至1284.5次。(iii)1天平均雙手拋擲（不良抬舉姿勢）達4624至6239次。(iv)每日工作時數約8至11小時，平均月休2日。(4)然1包垃圾約10公斤重，1天僅有至垃圾焚化廠1趟，依過磅紀錄，淨重最多5公噸，大部分約為2至4公噸之間，1天至多丟擲200次至400次。(5)甲向醫院陳述內容雖有部分不實，惟實際上甲擔任環保清運車之駕駛長達14年，因此重複性動作時間累積時間甚長，次數甚多，因此具有其個案之特殊性、其每日徒手搬運垃圾時間確實有達數小時、肩部不良姿勢頻率甚高、而依病理檢查、影像學檢查報告確實有旋轉肌袖症候群，且係於長期擔任垃圾清

運工作後方發生此疾病，亦無其他因素，依據「職業性旋轉肌袖症群認定參考指引³」，本院認為甲係因長期從事垃圾清運工作而罹患前述職業病無誤。(6)甲請求精神慰撫金30萬元，應屬過高，10萬元應屬適當。

高等法院：公司未爭執。

法院

地方法院：A公司、B公司應給付甲新臺幣168萬1030元⁹。

高等法院：原判決關於命A公司、B公司給付甲超過新臺幣99萬4773元（26萬8,145元+72萬6,628元=99萬4773元）本息部分均廢棄¹⁰。

討論

工資：勞動基準法第2條（第3款）：「工資：指勞工因工作而獲得之報酬；包括工資、薪金及按計時、計日、計月、計件以現金或實物等方式給付之獎金、津貼及其他任何名義之經常性給與均屬之。」同法第2條（第4款）：「平均工資：指計算事由發生之當日前六個月內所得工資總額除以該期間之總日數所得之金額。工作未滿六個月者，指工作期間所得工資總額除以工作期間之總日數所得之金額。工資按工作日數、時數或論件計算者，其依上述方式計算之平均工資，如少於該期內工資總額除以實際工作日數所得金額百分之六十者，以百分之六十計。工資為準；其每月收入不固定者，以最近三個月收入之平均為準¹¹。」本案甲收入固定，每月薪資為5萬4,000元。

投保薪資：「勞工保險」與「全民健康保

險」投保薪資有不同的級距規定：(1)勞工保險條例第13條第1項：「本保險之保險費，依被保險人當月投保薪資及保險費率計算。」同法第14條第1項：「前條所稱月投保薪資，係指由投保單位按被保險人之月薪資總額，依投保薪資分級表之規定，向保險人申報之薪資；被保險人薪資以件計算者，其月投保薪資，以由投保單位比照同一工作等級勞工之月薪資總額，按分級表之規定申報者為準。」甲自2004年11月起薪資為5萬4,000元，其實際上工作至2018年11月26日，依2006年7月1日施行之「勞工保險投保薪資分級表」，當年之投保薪資分成23級，第1級15,840元以下以15,840元計算，第23級42,001元以上，以43,900元計算。甲薪資為5萬4,000元，超過42,001元，其勞工保險投保薪資以43,900元計算。嗣後投保薪資分級雖迭有變更，由23級改為20級，但超過42,001元，2015年投保薪資仍以43,900元計算。2016年5月1日起勞保最高級距（第20級）方改為4萬5,800元計算，勞保老年給付金額係依「投保薪資」，而非每月實領薪資計算。(2)全民健康保險法之「投保金額分級」分成58級，由第1級（月薪29,500元）至第58級（月薪313,000元），本案甲月薪為5萬4,000元，應依第15級繳納健保保費¹²。然而行政程序法(Administrative Procedure Act 2001)第131條：「（第1項）公法上之請求權，於請求權人為行政機關時，除法律另有規定外，因五年間不行使而消滅；於請求權人為人民時，除法律另有規定外，因十年間不行使而消滅。

（第2項）公法上請求權，因時效完成而當然消滅。」健保署若以2024年12月31日高等法院確定民事判決時方催繳保費差額，「因五年間不行使而消滅時效」¹³。

老年年金：勞工保險條例(Labor Insurance Act 1960)第58條第1項：「年滿六十歲有保險年資者，得依下列規定請領老年給付(old-age benefits)：一、保險年資合計滿十五年者，請領老年年金給付(old-age pension benefit)。二、保險年資合計未滿十五年者，請領老年一次金給付。」同法第58條第5項：「第一項老年給付之請領年齡，於本條例中華民國九十七年七月十七日修正之條文施行之日起，第十年提高一歲，其後每二年提高一歲，以提高至六十五歲為限。」同法第58-1條：「老年年金給付，依下列方式擇優發給：一、保險年資合計每滿一年，按其平均月投保薪資之百分之零點七七五計算，並加計新臺幣三千元。二、保險年資合計每滿一年，按其平均月投保薪資之百分之一點五五計算。¹⁴⁻¹⁵」老年年金請領年齡自2009年至2017年為60歲，2018年提高為61歲，2020年提高為62歲，2022年提高為63歲，2024年提高為64歲，2026年以後為65歲。實務上，因甲主張A、B二公司均為其雇主，持續工作至2018年11月26日止，應於2018年11月26日後離職方有勞工保險老年年金給付，老年年金從2018年12月後開始計算，並非2013年。

退休新制：勞動基準法(Labor Standards Act 1974)第55條：「勞工退休金之給與標準如下：一、按其工作年資，每滿一年給與兩個

基數。但超過十五年之工作年資，每滿一年給與一個基數，最高總數以四十五個基數為限。未滿半年者以半年計；滿半年者以一年計。二、依第五十四條第一項第二款規定，強制退休之勞工，其身心障礙係因執行職務所致者，依前款規定加給百分之二十。」勞動基準法之勞工退休金制度為「雇主責任制」，立意十分良善，然而若干雇主會以關廠、歇業、變更負責人、辭退、解僱等方式規避勞工退休金，因此2005年7月1日施行之「勞工退休金條例(Labor Pension Act 2005)」，將勞工退休金制度改成「個人退休金專戶」為主，「年金保險」為輔的制度：(1)個人退休金專戶：雇主應為適用勞基法之勞工（含本國籍、外籍配偶、陸港澳地區配偶、永久居留之外籍人士、外國專業人才及外國特定專業人才），按月提繳不低於其每月工資6%勞工退休金，儲存於勞保局設立之勞工退休金個人專戶。勞工亦得在每月工資6%範圍內，個人自願另行提繳退休金，勞工個人自願提繳部分，得自當年度個人綜合所得總額中全數扣除。專戶所有權屬於勞工，退休金累積帶著走，不因勞工轉換工作或事業單位關廠、歇業而受影響。(2)年金保險：僱用勞工人數200人以上之事業單位經工會同意，事業單位無工會者，經勞資會議同意，報請勞動部核准後，投保符合保險法規定之年金保險。年金保險契約應由雇主擔任要保人，勞工為被保險人及受益人。2005年7月「退休新制」的「個人退休金專戶」採按月提繳不低於每月工資6%，因此「高薪低報」自然會影響：(1)老年年金或老

年一次金給付。(2)傷病給付。(3)失業給付。(4)職災醫療給付。(5)退休金專戶¹⁴⁻¹⁵。

退保後特別危害作業勞工：依勞工職業災害保險及保護法(Labor Occupational Accident Insurance and Protection Act 2022)第63條授權訂定之「勞工職業災害保險預防職業病健康檢查及健康追蹤檢查辦法」之附表一：預防職業病健康檢查之作業類別，例如：(1)游離輻射作業。(2)粉塵作業、石棉作業。(3)有機溶劑作業：三氯乙烯、四氯乙烯。(4)特定化學物質超過百分之一之混合物之作業：砷、鎘、鉻酸、鎳、銻、甲醛、苯等致癌物質。因為上述作業勞工職災潛伏期長，退保後申請職災，可至認可之醫療機構（職業傷病診治專責醫院），由職業醫學科專科醫師協助評估後，提出申請¹⁶⁻¹⁷。

退保後職災補助：依勞工職業災害保險及保護法(Labor Occupational Accident Insurance and Protection Act 2022)第78條第1項：「被保險人從事第六十三條第二項所定有害作業，於退保後，經第七十三條第一項認可醫療機構之職業醫學科專科醫師診斷係因保險有效期間執行職務致罹患職業病者，得向保險人申請醫療補助、失能或死亡津貼。」因此，勞動部依同條第2項授權規定訂定之「勞工職業災害保險被保險人退保後診斷罹患職業病補助及津貼核發辦法(Regulations of Issuance for Allowance and Subsidy for Insured Persons Diagnosed with Occupational Diseases After Withdrawing from Labor Occupational Accident Insurance 2022)」，

退保後申請職災補助或津貼之要件及對象如下：(1)醫療補助：因職業病至全民健康保險特約醫院或診所接受門診或住院診療，並繳納全民健康保險法所定應自行負擔費用者。醫療補助期間自診斷職業病之日起，最長以五年為限。(2)失能津貼：因職業病致失能，其失能程度符合勞工職業災害保險失能給付標準規定者。(3)死亡津貼：因職業病致死亡者之遺屬。本案甲退保後，方由D醫院（認可醫療機構）之職業醫學科專科醫師診斷職業傷病，5年內仍可依法申請職業災害醫療補助與失能津貼¹⁶。

結語

專科醫師訓練醫院：衛生福利部為因應醫學不斷進步，藥物推陳出新，「繼續教育」與「專科醫師制度」確有必要，於1988年訂定「專科醫師分科及甄審辦法(Diplomate Specialization and Examination Regulations 1988)」，專科醫師分為18個科別，嗣後因應時代的需求，將放射線科細分為放射診斷科、放射腫瘤科；將病理科細分為解剖病理科、臨床病理科。並增加急診醫學科、職業醫學科、整形外科，專科醫師增為23個科別¹⁸。該辦法第5條：「專科醫師訓練，應於中央衛生主管機關認定之專科醫師訓練醫院為之。」同辦法第6條：「前條專科醫師訓練醫院（以下稱訓練機構）之認定，由中央衛生主管機關訂定基準，定期辦理，並將符合規定之訓練機構名單、資格有效期間、訓練容量及其他相關事項公告之。」2002年「環境職業醫學會¹⁹」依衛

生福利部職業醫學科專科醫師甄審原則，辦理職業醫學科專科醫師甄審，再由衛生福利部認可，頒授職業醫學科專科醫師證書。衛生福利部2025年度職業醫學科專科醫師訓練醫院認定合格名單共18家。

專責醫院：勞動部為勞動業務之中央主管機關，負責職業安全衛生與勞動檢查政策規劃及業務推動與監督；為保障勞工健康與勞動力，於全國六大醫療照護區域（臺北、北、中、南、高屏及東區），2023年1月在衛生福利部專科醫師訓練醫院之基礎上，揭牌15家職業傷病診治及28家職災職能復健專責醫院；2026年1月1日擴增為19家職業傷病診治專責醫院及98家職業傷病診治網絡醫院，結合各地區醫院職業醫學科之服務量能，建構職業傷病防治網絡，提供勞工更友善便利之職業傷病診治服務。

時效問題：民法第125條：「請求權，因十五年間不行使而消滅。但法律所定期間較短者，依其規定。」同法第126條：「利息、紅利、租金、贍養費、退職金及其他一年或不及一年之定期給付債權，其各期給付請求權，因五年間不行使而消滅。」同法第128條：「消滅時效(Extinctive Prescription)，自請求權可行使時起算。以不行為為目的之請求權，自為行為時起算。」同法第129條：「（第1項）消滅時效，因左列事由而中斷(interrupted)：一、請求。二、承認。三、起訴。（第2項）左列事項，與起訴有同一效力：一、依督促程序，聲請發支付命令。二、聲請調解或提付仲

裁。三、申報和解債權或破產債權。四、告知訴訟。五、開始執行行為或聲請強制執行。」消滅時效是民法重要的法律機制，當權利人在特定期間內沒有行使權利時，該權利可能會受到限制。同法第144條第1項：「時效完成後，債務人得拒絕給付²⁰。」本案甲未於各期債務給付請求權期間內提出「請求」，消滅時效未予以中斷，地方法院雖判決甲得請求168萬1030元。然公司以消滅時效為由，拒絕部分給付，高等法院亦只能將未罹於時效之99萬4773元依法判決給甲。

參考文獻

1. 柯龐齊(Kapandji AI.)作/徐其昭、黃崇舜譯：骨關節解剖全書1 上肢篇。新北市，楓葉社文化；2021.
2. Michelen LIL: Factors influencing return to work after rotator cuff surgery: A scoping review. *Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation*. 2025 ; 82(3) : 740-52.
3. 勞動部職業安全衛生署：職業性旋轉肌袖症候群認定參考指引。2025年8月。(<https://www.osha.gov.tw/media/職業性旋轉肌袖症候群認定參考指引>) 2026-2-10 visited.
4. 最高法院100 年度台上字第1016號民事判決。
5. 最高法院87年度台上字第2540號民事判決。
6. 最高法院101年度台上字第1602號民事裁判。
7. 臺灣高等法院110年度勞上易字第57號民事判決（勞動法庭，2021年9月28日）。
8. 最高法院97年度台上字第2178號民事判決。
9. 臺灣士林地方法院110年度勞訴字第63號民事判決（勞動法庭，2022年9月16日）。
10. 臺灣高等法院111年度勞上字第132號民事判決（勞動法庭，2024年12月31日）。
11. 陳建文/臺灣勞動法學會：勞動基準法實務爭點(Contemporary legal issues of the labor standards act in practice)。臺北市，元照；2022.
12. 曾育裕：醫護法規。臺北市，五南；2024.
13. 翁岳生、董保城主編：行政程序法逐條釋義。臺北市，元照；2023.
14. 行政院勞工委員會勞工保險局編：勞工退休金業務問答集。臺北市，行政院勞工委員會勞工保險局；2011.
15. 現代保險健康理財雜誌編輯群：勞保國保雙金防老—老年年金精彩案例解析（三版）。臺北市，平安出版；2013.
16. 勞工職業災害保險被保險人退保後診斷罹患職業病補助及津貼核發辦法 (<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=N0050038>) 2026-2-10 visited.
17. 鄭正一：職災保險與保護實務。臺北市，永然文化出版股份有限公司；2023.
18. 葛謹：臺灣醫師制度與醫療糾紛案例評釋。臺北市，元照；2011.
19. 中華民國環境職業醫學會(<http://www.eoma.org.tw/about/>) 2026-2-10 visited.
20. 陳忠五：消滅時效問題研究（上、中、下）。臺北市，元照；2024. 📖

專業新世貸

超低月付 最高可貸**1,000萬**



優惠方案



利率**2.38%**起
(含本行指數利率)

適用對象

- 年收入50萬以上
- 本國國民18歲(含)~60歲(含)
- 適用職業：
 - 專業證照資格者：醫師、建築師、律師、會計師、機師等
 - 國內上市櫃及優質企業、指定知名外商公司之正式員工
 - 公務人員及國營事業員工、公立學校教職
 - 金融從業人員

貸款每月攤還試算表

年限	金額	400萬
5年		70,778
7年		51,743
10年		37,490

利率以2.38%試算 單位：元

注意事項

- 1.活動期間：114/12/23至115/1/31
- 2.範例說明：(以本專業人士專案為例)

貸款金額	貸款利率	各相關費用總金額	貸款期間	總費用年百分率
30萬元	2.38%~15.99%	4,000元~7,000元	5年	2.92%~17.08%

- 3.本廣告揭露之年百分率係按主管機關備查之標準計算範例予以計算，實際貸款條件，仍以凱基銀行提供之產品為準，且每一客戶實際之年百分率仍視其個別貸款產品及授信條件而有所不同。
- 4.總費用年百分率不等於貸款利率，本總費用年百分率之計算基準日係依據活動專案適用起日之本行指數利率調整日期訂定之，請詳閱本行官網指數利率說明。
- 5.各信用貸款專案內容及條件均有所不同，詳細內容依凱基銀行最新規定為準，相關內容及限制條件請洽本行，本行保留貸款額度、適用利率及核貸與否之審核權及隨時變更或終止本產品內容之權利。
- 6.本優惠方案須續約30期，本行另有提供無限制清償期間之貸款方案，詳情請洽本行客服或貸款服務專員。
- 7.本專案貸款期間最長為10年，本行保留核結、變更期間與否之權利。

服務專員：**蘇憲弘副理**

連絡電話：**0935-055-287**

LINE ID：**s2601998**

類別：新產品

以認知測驗作為篩檢輕度認知障礙的工具： 腦適能測驗Brain Health Test-7量表

¹台大醫院精神醫學部 ²台北慈濟醫院精神醫學部
林奕廷¹ 黃宗正^{1,2}

前言

失智症(dementia)是一種影響記憶等認知能力與日常功能的症候群，經常與中樞神經退化疾病有關，其罹病風險隨年紀而增加，但不是老化的自然現象。根據世界衛生組織(World Health Organization, WHO)2025年的報告，全球在2021年約有超過5,700萬人罹患失智症，每年新增個案約1,000萬人，是第七大死因，也是導致老人失能或依賴最重要的原因之一¹。失智症不只影響個人的身體與心理健康，對於家庭照護負擔、健康照護體系與社會保險制度都構成極大挑戰。本國衛生福利部委託國家衛生研究院於109年至112年執行的「全國社區失智症流行病學調查」結果顯示社區65歲以上長者之失智症盛行率為 7.99%，最常見的失智症類型為阿茲海默型失智症(Alzheimer's disease)，占56.88%。隨人口老化及老年人口增加，推估到130年時65歲以上長者之失智症盛行率為 9.95%，失智人口數達到近68萬人²。

與神經退化相關之失智症的病程往往具有進行性與不可逆性的特性，但是在疾病的前驅期，也就是所謂的輕度認知障礙(mild cognitive impairment)，可能是一個穩定甚至可逆的階段，也提供了病程改變治療(disease-modifying treatment)如抗類澱粉抗體(anti-amyloid monoclonal antibody)介入的時間窗口。由於失智症是緩慢且逐漸發生的，而且輕度認知障礙時期不易被察覺或被辨別，所以認知測驗(cognitive tests)工具經常被用來作為在社區或基層醫療院所篩檢。

認知障礙症的診斷

根據美國精神醫學會於2013年發表的《精神疾病診斷與統計手冊》第五版(DSM-5)將失智症重新命名為認知障礙症(major neurocognitive disorder)，而輕度認知障礙則對應為輕型認知障礙症(mild neurocognitive disorder)，一方面減少dementia這個名詞帶來的污名化，另一方面也強調早期診斷的重要性。DSM-5定義了可能會受認知障礙症影響的六大認知領域，包括影響學習與記憶、執行功能、語言、複雜注意力、知覺運動與社會認知。根據2022年發表的第五版修訂版(DSM-5-TR)認知障礙症與輕型認知障礙症的診斷標準請參照表一³，兩者主要差別在於認知減損的程度以及生活獨立性是否有受影響。如果以標準化的神經心理測驗測量，認知障礙症的認知缺損程度一般超過2個標準差（第3百分位數或更低），而輕型認知障礙症的缺損程度在1至2個標準差之間（介於第3至第16百分位數）。為了方便與一致性，下文仍以失智症與輕度認知障礙來指稱認知障礙症與輕型認知障礙症。

阿茲海默症的診斷

在確認有認知障礙症或輕型認知障礙症的存在後，則需判斷可能的病因。以上述的「全國社區失智症流行病學調查」為例，最常見的病因前三名為阿茲海默型失智症占56.88%、血管型失智症占22.91%與巴金森氏症失智症占7.12%。全世界的流行病學資料幾乎都顯示阿茲海默型失智症是最常見的失智症。DSM-5-TR的診斷標準在判斷認知功能障礙是否導

表一 認知障礙症與輕型認知障礙症的診斷標準

認知障礙症	輕型認知障礙症
A. 有證據顯示一個或多個認知領域相較於之前水準有顯著下降： — 由病人、資訊提供者或臨床專業人員知悉有顯著認知功能下降 — 認知表現有顯著減損，最好能以標準化的神經心理測驗、或在前者不可得時以量化的臨床評估確認為佳	有證據顯示一個或多個認知領域相較於之前水準有輕度下降： — 由病人、資訊提供者或臨床專業人員知悉有輕微認知功能下降 — 認知表現有輕微減損，最好能以標準化的神經心理測驗、或在前者不可得時以量化的臨床評估確認為佳
B. 認知缺損干擾日常生活的獨立性（至少在複雜工具性日常生活活動需要協助）	認知缺損不干擾日常生活的獨立能力，但可能需要更多努力、採用補償策略或輔助工具
C. 認知缺損不只出現在譫妄症時	同認知障礙症
D. 認知缺損無法由其他精神疾病更好的解釋	同認知障礙症

因於阿茲海默氏症(Alzheimer's disease)時，仍然強調認知領域的減損、認知功能缺損是否在不知不覺中發生且持續與漸近式的下降，以及排除其它可能的病因。

阿茲海默氏症主要的病理為大腦中出現不正常的 β -類澱粉蛋白斑塊(amyloid plaques)，以及與tau蛋白異常磷酸化(p-tau)有關的神經纖維纏結(neurofibrillary tangles)。在生物標記上僅強調由家族史或基因檢測是否有導致阿茲海默氏症的致病基因突變的存在³。近年來隨著對阿茲海默氏症病理機轉的了解加深，影像學生物標記(image biomarkers)與液體生物標記(fluid biomarkers)的研究也愈來愈成熟，例如類澱粉正子掃描可在臨床症狀出現前10至20年即被檢測出異常，又例如而腦脊髓液或血漿中A β 42蛋白質與磷酸化tau蛋白濃度的檢測可做

為早期風險評估的依據。在2024年阿茲海默症協會(Alzheimer's Association)更新了其於2018年與國際阿茲海默協會National Institute on Aging共同發展的NIA-AA阿茲海默症研究診斷準則，以生物學的方式定義阿茲海默症，並且以認知功能下降與功能改變來定義阿茲海默症的臨床分期⁴。在2024年的更新中，Core 1生物標記異常的單獨存在就足以用來診斷阿茲海默症，Core 1生物標記包括腦脊髓液生物標記濃度比例(A β 42/40、p-tau181/ A β 42與t-tau/A β 42)，血漿p-tau217濃度與p-tau217的百分比，以及類澱粉正子掃描。

阿茲海默症的臨床分期

阿茲海默氏症的自然病程可區分為三個階段：臨床前期、前驅期與失智期。在臨床前期時，阿茲海默氏症的病理現象已開始出現，這

時類澱粉正子掃描顯示不正常的類澱沉積常，腦脊髓液中某些早期生物標記（如A β 42、p-tau181的比例不正常的增加），但在臨床表現上認知功能正常，也沒有退化的現象。前驅期可以對應到臨床上的輕度認知障礙，此時阿茲海默氏症的病理現象已造成神經損害，tau正子掃描可見不正常的tau沉積在內側顳葉，神經心理測驗可見明確的認知退化，但日常生活能力的獨立性沒有受損。失智期則在新皮質也有不正常的tau沉積，臨床上不只認知功能退化，日常生活功能也受到損害。

辨認出前驅期（輕度認知障礙）有顯著的臨床價值，因為這個時期可能是一個穩定甚至可逆的階段。一個最近的統合分析研究指出由輕度認知障礙轉變為失智症的比例約為每年10.9%（臨床樣本）與5.9%（社區樣本）。在平均追蹤5.2年的時間中，由輕度認知障礙轉變為失智症的比例為41.5%（臨床樣本）與27.0%（社區樣本），維持穩定的比例皆為約50%，轉變為正常認知功能的比例為8.7%（臨床樣本）與28.2%（社區樣本）⁵。過去常用的膽鹼酯酶抑制劑（donepezil、rivastigmine與galantamine）與NMDA受體拮抗劑memantine能延緩阿茲海默氏症失智症的認知退化與改善症狀，但是對輕度認知障礙的病人的副作用多而療效小⁶。自2021年以來有數種抗類澱粉單株抗體獲得美國藥物食品管理局加速核准上市（aducanumab、lecanemab與donanemab），這些藥物能清除早期阿茲海默氏症病人（輕度認知功能障礙與輕度失智症）腦內不正常

的類澱粉沉積，減緩症理現象的進展，甚至可能做為改變病程的治療(disease-modifying therapy)。隨著早期介入的需求，偵測與診斷輕度認知障礙是愈來愈重要了。

輕度認知障礙的篩檢工具

雖然液體生物標記的定量分析技術已愈來愈成熟，但目前生物標記的檢測整體而言仍具有侵入性與成本高的限制。因此非侵入性、簡便使用的認知工具仍是社區與基層的第一線篩檢工具。理想的篩檢工具需具備高敏感度、一定的特異度、需要時間少、簡易操作，以及能被應用於不同教育程度與文化背景族群等特色。目前在臨床與研究中常被使用的量表包括由知情者提供資訊的AD-8極早期失智篩檢量表(Eight-item informant interview to Differentiating Aging and Dementia)，或是測量受試者表現的簡易心智量表 (Mini-mental State Examination)與蒙特利爾認知評估量表 (Montreal Cognitive Assessment)。

AD-8極早期失智篩檢量表為一份由華盛頓大學團隊開發的簡易問卷，最初用於判斷是否存在因輕度認知功能改變所造成的功能損害，後來廣泛用於失智症初步篩檢，並有中文文化版本⁷。這份問卷詢問知情者關於個案在八個題目所描述的功能有無改變，有改變為1分、無改變為0分，總得分為0分至8分，施測時間約2至3分鐘。AD-8量表能良好地區分極輕度失智症與認知正常個案（接受者操作特徵曲線下面積AUC[area under the Receiver Operating Characteristic Curve] 為0.948），切

分點為2分時（2分以上為陽性）的敏感度為96%，特異度為78%。我們的研究顯示以AD-8在區分認知正常受試與不同的認知功能缺損程度受試者時，應有不同的切點，例如區辨輕度認知障礙的切點為2分、區辨失智症受試者切點為4分，不同研究所建議的切點也不同⁸。AD-8的限制主要在於其被設計來偵測早期失智症病人，所以題目圍繞「日常生活功能改變」與部分的「認知功能改變」，但是輕度認知障礙的病人其功能往往並未受損。

簡易心智量表為一滿分30分的量表，測量受試者在定向感、即時記憶、注意力與計算、延遲記憶、語言、指令理解和執行與圖型建構等能力，施測時間約為10分鐘，被廣泛應用於不同臨床情境下認知功能缺損的評估，也包括追蹤失智症病人認知功能隨時間退化的程度或是對治療的反應。隨著早期篩檢的需求，簡易心智量表也被應用於偵測輕度認知障礙的用途。但因為其題目難度較低所致的天花板效應，其表現可能不如後來為了偵測輕度認知障礙而設計的量表⁹。值得注意的是簡易心智量表的版權為美國Psychological Assessment Company所有，近年來開始限制其自由使用與翻印，台灣的中國行為科學社股份有限公司取得獨家授權出版「MMSE中文特別授權版」，並於2025年7月正式發行¹⁰。

蒙特利爾認知評估量表特別被設計來識別輕度認知障礙，滿分亦為30分，相較簡易心智量表更著重於記與執行功能，另外也測量受試者的定向感、專注力、語言、計算、抽象概念

與視覺空間建構等能力，施測時間約為10至12分鐘。蔡佳芬醫師等人於2012年發表的台灣中文版的研究顯示在預測輕度認知障礙受試者的AUC為0.91，最佳切點為23/24分，此時敏感度為92%，特異度為78%。在同一個研究中簡易心智量表的AUC則為0.81¹¹。使用蒙特利爾認知評估量表需取得授權與通過施測訓練。

腦適能測驗

台灣臨床失智症學會的「失智症早期檢測及記憶門診工作小組」，參考國內外文獻及國人需求，於2014至2015年間設計發展腦適能測驗(Brain Health Test)，包括危險因子評估(risk evaluation)與認知測驗(BHT-cog)兩個部分，以期能有助於診斷輕度以上失智症。其中的認知測驗包括對時間的定向感、五項物件的立即記憶及延遲記憶以及語意流暢度測驗，滿分為16分，所需施測時間約4分鐘。本土研究顯示BHT-cog在區分健康受試者與失智症受試者表現良好，AUC為0.9568，當切點為9/10時（小於等於9分為失智症陽性）的敏感度為91.5%，特異度為87.3%，陽性預測值(positive predictive value)為94.8%，而陰性預測值(negative predictive value)為80.1%¹²。但是在區分健康受試者與輕度認知障礙受試者時的AUC僅有0.721，最適的切分點仍然為10。值得注意的是，在原本的BHT-cog中有包含畫鐘測驗，但無法為39.2%的受試者完成，所以最後的版本未包含此測驗。

在原來BHT-cog的基礎上，台大醫院精神醫學部黃宗正醫師、台北榮民總醫院神經醫學

中心王培寧醫師與國家衛生研究院國家高齡醫學暨健康福祉研究中心許志成執行長，參考香港的Hong Kong Brief Cognitive Test，共同發展下一版的腦適能測驗Brain Health Test-7量表(BHT-7)。相較於原來版本，BHT-7另外強調額葉功能（三步驟Luria's Test）與視覺空間能力（照樣畫立方體，以及有提供共詳細指示與輔助的畫鐘測驗），滿分為23分，所需施測時間約7分鐘。在一個由台大醫院、台北榮民總醫院、衛生福利部桃園療養院與高雄醫學大學附設中和紀念醫院共同執行的較大樣本研究中(N = 1,090)，相較於簡易心智量表與蒙特利爾認知評估量表，在區分認知功能正常受試者與輕度認知障礙受試者、或是認知功能正常受試者與失智症受試者時，BHT-7有較佳的AUC。在辨別輕度認知障礙者時，BHT-7的切分點為17/18、簡易心智量表為27/28，而蒙特利爾認知評估量表為25/26。而且切分點顯著受教育水準影響，如果將受試者依教育年數分為六年以下、六至十二年、超過十二年三組，則BHT-7的切分點各為14/15、17/18與18/19，而蒙特利爾認知評估量表的切分點各為20/21、25/26與26/27¹³。

認知測驗結果的解讀：單一切分點與分層特異概似比分析法

認知測驗其診斷效度的關鍵在於如何界定適當的分數切點(cut-off score)，以最大化敏感度與特異度。傳統上常以接受者操作特徵曲線為主要工具。單一切點的兩側即為「有」或是「無」特定的健康狀況，如輕度智能障礙。這

種二分法的方式有其使用的直觀性，也方便理解與溝通。然而設想以下情況：兩位教育程度相仿的受試者接受輕度認知障礙篩檢，他們在腦適能測驗BHT-7量表得分各自為15與17分，兩人的篩檢測驗結果皆為輕度認知障礙陽性，但是他們真正為輕度認知障礙的機會是一樣的嗎？如果不一樣，差別為多少呢？要如何傳遞這個資訊給受試者？也就是單一切分點無法回答測驗分數的連續性與中間區域的不確定性的問題。

「分層特異概似比分析法」(Stratum-Specific Likelihood Ratio analysis, SSLR)是一種將連續的測驗分數分成多個區間計算其特異概似比(likelihood ratio)的方式，如果相鄰區間提供的資訊沒有顯著差別，則合併這些區間再重新計算。分層特異概似比分析法的另一個優勢是比較不受到取樣時分層偏差(stratum bias)的影響。分層偏差來自於抽樣調查時所得的樣本分佈（例如嚴重度）與母群體的結構不同，而在分層特異概似比分析法時嚴重度較高或較低的受試者較容易出現在各自對應的分層中而不會被視作同一層被分析。

根據檢驗前機率(pre-test probability，如疾病盛行率)與各層的特異概似比，可以計算分數落在各層所對應的檢驗後機率(post-test probability)。一般而言當檢驗前機率落在30%至70%之間時，分層特異概似比(SSLR)為0.1、0.5、1、3與10可分別被解讀為「很可能沒有疾病」、「沒有疾病的可能性比得到疾病的可能性高」、「沒有疾病與得到疾病的可能

性相仿」、「得到疾病的可能性比沒有疾病的可能性高」與「很有可能得到疾病」。

在前述的研究中，我們應用分層特異概似比分析法研究腦適能測驗BHT-7量表、簡易心智量表與蒙特利爾認知評估量表在區分認知功能正常受試者與輕度認知障礙受試者¹³。BHT-7量表與蒙特利爾認知評估量表都有五個分層，而簡易心智量表只有四個分層。後者在高過切分點的分數區間中僅有一個分層，也就是當簡易心智量表依切分點結果顯示「沒有輕度認知障礙」時，很難判斷這位受試者是很可能沒有輕度認知障礙，或僅為沒有輕度認知障礙的可能性有的可能性高，這也反應了此量表缺少較具鑑別度題目所帶來的天花板效應。值得注意的是在進行分層特異概似比分析法時各分層需有足夠的受試者數，所以在前述研究我們無法先將受試者依教育程度分群，再各自進行分層特異概似比分析。回到前面設想的狀況，在腦適能測驗BHT-7量表得分為15與17時，他們各落在14-15與16-17區間，而對應的分層特異概似比為3.51與1.56，以及對應的檢驗後輕度認知障礙機率73.47%與55.20%。


結語

台灣正步入超高齡化社會，失智症已成為極具挑戰性的公共衛生與健康照護議題。隨著生物標記的進展、對失智症的分類與分期更深刻的瞭解，以及出現而且將愈來愈多有效的早期介入方法，再再凸顯了早期偵測失智症前驅期輕度認知障礙的重要性。在篩檢工具方面，AD8、簡易心智量表與蒙特利爾認知評估量表

都常常被使用，也有各自的長處與限制。台灣自行研發的「腦適能測驗Brain Health Test-7量表」在偵測輕度認知障礙不但有良好的表現，施測時間也短，適用於社區與各層級醫療機構。我們之前的研究也提供這個量表的切分點與分層特異概似比的資訊，在解讀量表分數時能判斷「有／無」與「可能性如何」。未來需要更大規模的本土驗證研究、建立多工具多階段的篩檢策略、完善篩檢後追蹤與轉銜機制，以提升失智症前驅期的識別率與促進早期介入。

參考文獻

1. World Health Organization. Dementia Fact Sheet, 2025. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia> (access date: 2025/7/29)
2. 衛生福利部公布最新臺灣社區失智症流行病學調查結果，2024. <https://www.mohw.gov.tw/cp-16-78102-1.html> (access date: 2025/7/29)
3. American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.), 2022. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
4. Jack CR, Andrews JS, Beach TG, et al: Revised criteria for diagnosis and staging of Alzheimer's disease: Alzheimer's Association Workgroup. *Alzheimers Dementia* 2024; 20(8): 5143-69.
5. Simone S, Flavia LL, Eleonora L, et al: The

- prognosis of mild cognitive impairment: A systematic review and meta-analysis. *Alzheimers Dement (Amst)* 2025; 17(1): e70074.
6. Shinji M, Hiroshige F, Hajime T: Efficacy and Safety of Cholinesterase Inhibitors for Mild Cognitive Impairment: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Alzheimers Dis* 2019; 71(2): 513-23.
 7. YH Y, James EG, John CM, et al: Application of AD8 questionnaire to screen very mild dementia in Taiwanese. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2011; 26(2): 134-8.
 8. CH Y, YT L, MH H, et al: A re-evaluation study and literature review on AD8 as a screening tool for dementia. *PLoS One* 2025; 20(5): e0321570.
 9. Alexandre B, Daniel C, Nikitas AA: Cognitive tests for the detection of mild cognitive impairment (MCI), the prodromal stage of dementia: Meta-analysis of diagnostic accuracy studies. *Int J Geriatr Psychiatry* 2019; 34(2): 233-42.
 10. 中國行為科學社股份有限公司，2025. https://www.mytest.com.tw/All_page.aspx?title=I_MMSE (access date: 2025/8/10)
 11. CF T, WJ L, SJ W, et al: Psychometrics of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) and its subscales: validation of the Taiwanese version of the MoCA and an item response theory analysis. *Int Psychogeriatr* 2012; 24(4): 651-8.
 12. PH T, JL L, KN L, et al: Development and validation of a dementia screening tool for primary care in Taiwan: Brain Health Test. *PLoS One* 2018; 13(4): e0196214.
 13. YT L, PN W, JJ C, et al: Performance of the Brain Health Test-7, Mini-Mental State Examination, and Montreal Cognitive Assessment for detecting subjects with mild cognitive impairment. *Int Psychogeriatr* 2025: 100077. 



路易氏體失智症的早期辨識

國立臺灣大學醫學院附設醫院 家庭醫學部 周敬恩 程劭儀

前言

失智症是一種以多重認知領域退化並造成日常功能受損為特徵的神經認知障礙症候群，其盛行率隨年齡顯著上升，已成為全球重要的公共衛生議題¹。全球約有5,500萬名失智症患者，預估至2050年將達1.39億人，造成醫療與社會照護負擔持續攀升²。儘管部分高收入國家近年觀察到年齡校正後的失智症發生率略有下降，整體人口老化趨勢仍使失智症所帶來的醫療、照護與社會負擔持續增加。

在病因學與病理學層面，失智症並非單一疾病，而是一個高度異質的臨床症候群。阿茲海默症(Alzheimer disease)為最常見的失智症類型，然而臨床與神經病理研究顯示，多數患者實際上呈現混合型失智症(mixed dementia)，最常見為阿茲海默症合併腦血管病變³。

路易氏體失智症(dementia with Lewy bodies, DLB)是僅次於阿茲海默症最常見的神經退化性疾病(neurodegenerative disease)⁴，雖僅占臨床診斷失智症病例的一小部分，但在病理研究中並不少見，顯示其在實際臨床中可能被低估或誤診⁵。

及早辨識路易氏體失智症之重要性

路易氏體失智症之臨床表現具有明顯異質性，包括認知功能波動、視幻覺、快速動眼期睡眠行為障礙以及帕金森症狀等。由於其早期症狀常與阿茲海默症、帕金森氏病失智症或精神疾病重疊，路易氏體失智症在臨床實務中經

常延遲診斷，進而影響治療選擇與預後評估。路易氏體失智症對抗精神藥物具有高度敏感性，使得正確辨識其臨床型態尤為關鍵，以避免藥物嚴重反應(serious sensitivity reaction)發生並增加死亡風險⁶。

隨著失智症研究逐漸由晚期診斷轉向早期辨識與介入，路易氏體失智症的前驅期(prodromal dementia with Lewy bodies)概念日益受到重視。此階段患者尚未達到失智症診斷標準，但已可表現出具代表性的認知、行為或睡眠相關症狀。與阿茲海默症相似，路易氏體失智症亦逐步建立其診斷框架與生物標記(biomarker)，以利於疾病早期辨識與未來治療策略的發展。

路易氏體失智症的診斷

路易氏體失智症的診斷主要依據臨床表現結合生物標記進行判定。DLB Consortium於2017年提出之第四版共識診斷準則⁶，明確區分「臨床特徵」(clinical features)與「生物標記」(biomarkers)，並依其特異性與證據力賦予不同診斷權重。

失智症本身為診斷路易氏體失智症的必要條件，其定義為進行性認知功能退化，且嚴重影響日常生活、社會或職業功能。路易氏體失智症早期常呈現注意力(attention)、執行功能(executive function)與視覺知覺能力(visuoperceptual ability)受損，而記憶障礙在初期則未必明顯。

路易氏體失智症的核心臨床特徵(core

clinical features)包括：(一)明顯的認知功能波動，表現為注意力與警覺性之顯著起伏；(二)反覆出現的視幻覺；(三)快速動眼期睡眠行為障礙(REM sleep behavior disorder, RBD)，其相較於認知症狀可提早多年出現；以及(四)自發性帕金森症狀，如動作遲緩、僵硬或靜止性顫抖。除核心臨床特徵外，有多項支持性臨床特徵(supportive clinical features)，包括對抗精神病藥物的高度敏感性、自主神經功能障礙、反覆跌倒、嗜睡(hypersomnia)、嗅覺減退(hyposmia)及精神症狀(例如妄想)等，這些支持性臨床特徵雖缺乏高度特異性，但在臨床決策中具有提示價值。

在生物標記方面，該共識將診斷性生物標記(indicative biomarkers)與支持性生物標記(supportive biomarkers)加以區分。具高度診斷價值的生物標記包括：(一)在Single photon emission computed tomography(SPECT)或Positron emission tomography(PET)影像中，多巴胺轉運蛋白影像顯示基底核攝取下降：該檢查於分辨路易氏體失智症之敏感度為78%，而特異度為90%⁷；(二)¹²³I-MIBG心肌閃爍攝影(myocardial scintigraphy)顯示心臟交感神經去神經化：在輕微失智症患者中(MMSE>21)，其敏感度可達77%，而特異度可達94%⁸，然而此敏感度及特異度為排除正使用可能影響MIBG結果之藥物的病人，此一檢查亦可能受缺血性心臟疾病、心衰竭、糖尿病與周邊神經病變之影響；(三)多項睡眠

檢查(polysomnography)證實REM期未出現肌張力消失(REM sleep without atonia, RSWA)。當病人符合至少兩項核心臨床特徵或一項核心臨床特徵合併至少一項診斷性生物標記時，可診斷為「極可能路易氏體失智症」(probable DLB)；而僅有單一核心臨床特徵或僅有生物標記者，則可診斷為「可能路易氏體失智症」(possible DLB)。筆者整理路易氏體失智症之診斷三步驟臨床流程如表一。

前驅期路易氏體失智症的診斷

前驅期路易氏體失智症(prodromal dementia with Lewy bodies, prodromal DLB)係指尚未符合失智症診斷標準，但已出現高度提示日後將發展為路易氏體失智症之臨床特徵或生物標記之狀態，其最早的臨床症狀可以在失智症診斷前15年即發生，在診斷上相當具有挑戰性。DLB Consortium於2020年提出前驅期路易氏體失智症的研究診斷準則⁹，指出其涵蓋三種主要臨床表現型態，分別為輕度認知障礙型(mild cognitive impairment with Lewy bodies, MCI-LB)、譫妄起始型(delirium-onset)，以及精神症狀起始型(psychiatric-onset)。

在目前證據基礎最為充足者為MCI-LB這一型別，其診斷以符合輕度認知障礙(mild cognitive impairment, MCI)之定義為前提，包括主觀及客觀認知功能下降，但整體日常生活功能仍大致保留，尚未達失智症程度。其認知表現多呈現非典型阿茲海默症型態，特徵為注

step 1	step 2	step 3
確定失智症診斷	確認核心特徵	選擇性安排診斷性生物標記
<ul style="list-style-type: none"> · 進行性認知功能退化，且嚴重影響日常生活功能。 	<ul style="list-style-type: none"> · 明顯認知功能波動。 · 反覆視幻覺。 · 快速動眼期睡眠行為障礙。 · 自發性帕金森症狀。 (符合兩項即符合Probable DLB，符合一項則須搭配生物標記) 	<ul style="list-style-type: none"> · SPECT/PET · I-MIBG · Polysomnography

表一 路易氏體失智症三步驟臨床流程

意力、執行功能及視覺處理能力受損，而記憶則相對保留，或僅在多重認知領域受損的情況下伴隨記憶缺損。此類認知型態被認為與路易氏體病理較為一致，亦較常進展為路易氏體失智症而非阿茲海默症。

在臨床特徵方面，前驅期路易氏體失智症可出現與路易氏體失智症相同之核心臨床特徵，但其表現通常較輕微或不完全，包括認知功能波動、反覆視幻覺、快速動眼期睡眠行為障礙，以及自發性帕金森症狀。其中，快速動眼期睡眠行為障礙被視為具特異性的前驅期表現，常可早於認知症狀多年甚至數十年出現。除核心特徵外，亦可觀察到多項支持性臨床特徵，如自主神經功能障礙、嗜睡、嗅覺減退、對抗精神病藥物之高度敏感性，以及精神症狀等，這些特徵在單獨出現時診斷力有限，但其持續存在或合併出現時，可提高對潛在前驅期

路易氏體失智症的懷疑。

在生物標記的應用上，前驅期路易氏體失智症的診斷同樣採取分層概念。具較高診斷支持力之生物標記包括多巴胺轉運蛋白影像顯示基底核攝取下降¹²³、I-MIBG 心肌閃爍攝影顯示交感神經去神經化，以及睡眠檢查證實REM 期末出現肌張力消失(RSWA)。

對於譫妄起始型的前驅期路易氏體失智症，當病人之譫妄找不到明確誘發原因、具有長期且反覆之譫妄¹⁰或逐漸發生認知功能障礙時，需要考慮譫妄起始型之可能性。至於精神症狀起始型，面對晚發型重度憂鬱症(late-onset major depressive disorder)或晚發型精神病(late-onset psychosis)，需要將前驅期路易氏體失智症放入鑑別診斷中。對於譫妄起始型及精神症狀起始型，目前證據仍不足以建立正式診斷準則，惟其臨床辨識具有重要意義，特別

表二 前驅期路易氏體失智症型態之比較

前驅期路易氏體失智症表現型態	臨床辨識重點
輕度認知障礙型 (mild cognitive impairment with Lewy bodies, MCI-LB)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 認知功能下降但整體日常生活功能仍大致保留。 ■ 常見注意力、執行功能及視覺處理能力受損。記憶方面則相對保留，或僅在多重認知領域受損的情況下伴隨記憶缺損。
譫妄起始型 (delirium-onset)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 反覆或延長之譫妄。 ■ 譫妄之誘發原因不明或相對輕微。 ■ 逐漸發生認知功能障礙或呈不成比例之認知波動。
精神症狀起始型 (psychiatric-onset)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 以晚發型憂鬱、焦慮、幻覺、妄想等精神症狀為主，之後逐步出現路易氏體失智症之核心特徵。

是在避免不當使用抗精神病藥物上。三種型別之前驅期路易氏體失智症之比較整理如表二。

結語

路易氏體失智症為一種臨床表現高度異質、且在實務上容易被低估之神經退化性疾病，其診斷不僅影響疾病預後評估，更直接關係到治療安全性與照護策略的選擇。「抗精神病藥敏感性與嚴重反應風險」則呼應早期辨識重要性，臨床上如需處理精神症狀，應避免高效價典型抗精神病藥，並採最低有效劑量與密切監測，以降低不良反應與死亡風險。

隨著對路易氏體病理的理解逐步深化，診斷重心已由路易氏體失智症延伸至前驅期階段，使得在尚未達失智標準前即可能辨識潛在之路易氏體疾病。現行共識準則提供以臨床特徵結合生物標記進行分層判斷的診斷框架，特別是在輕度認知障礙型前驅期路易氏體失智症中，已有相對具體且可操作的診斷建議。

然而，前驅期路易氏體失智症之臨床表現多樣，且與其他神經退化性疾病或精神疾病存在顯著重疊，目前對譫妄起始型與精神症狀起始型仍缺乏足夠證據建立正式診斷準則，臨床應用時需審慎解讀，避免過度診斷所帶來的潛在負面影響。未來仍需仰賴前瞻性研究與生物標記之進一步驗證，以釐清不同前驅期表現型的預測效度與臨床意義。整體而言，提升臨床人員對路易氏體失智症及其前驅期表現的辨識能力，將有助於早期風險評估、個別化照護規劃，並為未來疾病治療與臨床試驗奠定重要基礎。

參考文獻

1. Alzheimer's Disease International (ADI). World Alzheimer Report 2015: the Global Impact of Dementia: An Analysis of Prevalence, Incidence, Cost and Trends. ADI website. <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2015.pdf>.

- Published 2015. Accessed March 20, 2018.
2. Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report 2024: Global changes in attitudes to dementia. London: Alzheimer's Disease International; 2024.
 3. Zoe A, RC S, DA B: Diagnosis and management of dementia: review. *JAMA* 2019; 322(16): 1589-99.
 4. Kazuhiro T, Hiroshige F, Youta T, et al. Validation of the neuropathological criteria of the fourth Consortium on Dementia with Lewy Bodies in autopsy cases from psychiatric hospitals. *Psychiatry Clin Neurosci* 2025; 79(6): 344-55.
 5. DB R, Sarah K, DT M: Dementia prevention and treatment: a narrative review. *JAMA Intern Med* 2024; 184(5): 563-72.
 6. IG M, BF B, DW D, et al: Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: fourth consensus report of the DLB Consortium. *Neurology* 2017; 89(1): 88-100.
 7. Ian M, John O'Brien, Zuzana W, et al: Sensitivity and specificity of dopamine transporter imaging with ^{123}I -FP-CIT SPECT in dementia with Lewy bodies: a phase III, multicentre study. *Lancet Neurol* 2007; 6(4): 305-13.
 8. Mitsuhiro Y, Heii A, Hiroyuki A, et al: Diagnostic accuracy of ^{123}I -meta-iodobenzylguanidine myocardial scintigraphy in dementia with Lewy bodies: a multicenter study. *PLoS One* 2015; 10(3): e0120540.
 9. IG M, TJ F, AJ T, et al: Research criteria for the diagnosis of prodromal dementia with Lewy bodies. *Neurology* 2020; 94(17): 743-55.
 10. Emma V, Rachel H, Alex G, et al: History of a suspected delirium is more common in dementia with Lewy bodies than Alzheimer's disease: a retrospective study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2014; 29(2): 178-81. 🇩🇪



酒精成癮是一個慢性的腦部疾病：最新實證文獻回顧

臺北榮民總醫院 精神醫學部 賴真吾 楊凱鈞

酒精使用疾患的診斷演進

酒精使用障礙症(Alcohol Use Disorder, AUD)長期以來在許多民眾眼中，是個人的意志力薄弱或道德偏差所造成的問題。隨著相關臨床研究與神經科學的進展，酒精使用障礙症目前在醫學界已經被廣泛視為一種慢性且易復發的腦部相關疾病。根據美國精神醫學會的診斷統計手冊第五版(DSM-5-TR)，酒精使用疾患的診斷不再區分酒精濫用與酒精依賴，而是將其整合為單一診斷，並根據病人的臨床症狀分為輕、中、重度。診斷核心在於個案對酒精

產生強烈的渴望(craving)、無法控制的飲酒行為，以及即便知道酒精已對身體、社交與心理造成損害，仍持續使用的模式(表一)。這種診斷標準的演進，反映了醫學界對酒癮從行為層面轉向生理與神經適應層面的重大進展。

流行病學現況與社會文化經濟成本

在流行病學方面，酒精使用障礙症已成為全球性的嚴重公共衛生議題。臺灣AUD的盛行率約在2-3%之間，但有害飲酒的比例則高達5%，且在女性與青少年的問題比例，近年有上升趨勢^{1,2}。在社會與經濟影響上，酒精

表一 DSM-5-TR 酒精使用障礙症的診斷標準

酒精使用障礙(Alcohol Use Disorder, AUD)	
定義	在至少12個月內，出現「有問題的酒精使用模式」，造成臨床上顯著苦惱或功能損害。需符合下列11項準則中的≥2項。
1. 使用量與時間	比原本預期的還大量或更長時間飲酒。
2. 控制困難	曾想減少或戒酒但屢次失敗，或難以控制飲酒。
3. 花費大量時間	許多時間花在取得酒精、飲酒，或從酒精效應中恢復。
4. 渴求感(craving)	經常出現強烈的渴求或衝動想要飲酒。
5. 角色功能受損	反覆飲酒導致無法履行工作、學業或家庭的重要責任。
6. 人際／社交問題	儘管因飲酒引起持續或反覆的社交、人際衝突，仍持續飲酒。
7. 活動減少	因飲酒而放棄或減少重要的社交、職業或休閒活動。
8. 危險情境使用	在身體可能受傷或有危險的情境下反覆飲酒(如酒後駕車、操作機器)。
9. 明知有害仍持續	明知飲酒造成或加重身體或心理問題，仍持續飲酒(如肝病、憂鬱、焦慮惡化)。
10. 耐受性(tolerance)	滿足以下之一：① 需顯著增加飲酒量才有同樣效果；② 持續使用相同量酒精時，效果明顯變弱。
11. 戒斷症狀(withdrawal)	出現酒精戒斷症狀，或為避免(或減輕)戒斷症狀而持續飲酒。
嚴重度分級	<ul style="list-style-type: none"> ● 輕度：符合 2-3 項準則 ● 中度：符合 4-5 項準則 ● 重度：符合 ≥6 項準則

成癮帶來的負擔極為沉重，涵蓋了直接醫療支出、勞動力損失及因飲酒導致的死亡損害。據估計，臺灣每年因酒精相關疾病消耗的醫療資源達數十億新臺幣，且約有三至四成的家暴案件與酒後駕車事故可歸因於酒精使用。因此在法律或道德問題以外，著重酒癮之醫療層面，予以適當的介入，是降低社會成本、改善照護品質的關鍵策略。

酒癮作為腦部疾病的神經機轉

酒精成癮被歸類為腦部疾病，其生理學基礎在於長期攝取酒精後大腦結構與功能的實質改變。酒精會擾亂大腦的獎賞系統，強烈刺激多巴胺的釋放，以及許多神經傳導物質的異常。在「暴飲與中毒 (binge drinking and intoxication)」、「戒斷與負面情感(withdrawal/negative affect)」、「預期與渴求(preoccupation/anticipation)」這三個階段的循環中，大腦的杏仁核、基底核與前額葉皮質發生了複雜的神經調控³。長期飲酒會抑制興奮性的谷氨酸系統（包括N-甲基-D-天門冬胺酸受體, N-methyl-D-aspartate receptor [NMDAR]）並刺激抑制性的 γ -氨基丁酸(γ -aminobutyric acid, GABA)系統，導致大腦為了維持平衡而產生神經適應。一旦停止飲酒，大腦會陷入過度興奮的狀態，引發戒斷症狀。以下整合幾種最新影像學研究結果，以了解長期使用酒精對大腦所造成之病生理學變化：

(1) 腦結構核磁共振影像學：酒精對腦結構與網絡的影響

在腦結構核磁共振影像學(Structural

magnetic resonance imagine, Structural MRI)的最新研究中，酒精對大腦的破壞展現出顯著的區域特異性。長期酒精暴露會導致大腦皮質厚度廣泛性減少，特別是前額葉皮質(prefrontal cortex)、島葉(insula)及扣帶回(cingulate cortex)的萎縮最為嚴重，這些區域負責執行功能與情緒調節。近期的擴散張量影像(diffusion tensor imaging, DTI)研究更顯示：酒精會破壞大腦白質纖維的完整性，尤其是連結左右大腦半球的胼胝體(corpus callosum)以及連結前額葉與邊緣系統的縱束(fasciculus)，這些神經連結損傷可能導致大腦網絡傳遞效率下降。這些結構異常與工作記憶、決策與資訊處理速度受損密切相關。值得注意的是，縱貫研究顯示部分灰質體積與白質微結構在持續戒酒數週到一年之內可有相當程度恢復，但恢復幅度受年齡與病程長短顯著影響，顯示酒精對大腦的傷害具有可塑性但也存在難以逆轉的成分^{4,5}。

(2) 酒精成癮對腦迴路的重塑與代償機轉

結合功能性核磁共振(functional magnetic resonance imaging, fMRI)，正子斷層掃描(positron emission tomography, PET)與核磁共振頻譜(magnetic resonance spectroscopy, MRS)的多模態影像分析，科學界對酒精成癮的腦迴路模型有了更深入的了解。成癮過程常被視為大腦「獎賞系統」反應偏向酒精與線索(cues)而過度活化，以及「執行控制系統」功能失調等導致的失衡。研究顯示，酒精會佔據腹側被蓋區(ventral tegmental area, VTA)到伏隔核(nucleus accumbens, NAc)的獎賞迴路，使個案

對酒精相關線索的反應顯著放大，並相對減弱對日常生活自然獎賞（如美食、社交）的敏感度。與此同時，由背外側前額葉(dorsolateral prefrontal cortex, dlPFC)主導的「由上而下」控制機制受損，導致個案在面對飲酒衝動時較難抑制或延遲反應。靜息態(resting-state)與任務態(task-based) functional MRI研究亦顯示：酒精成癮者在包含紋狀體與杏仁核等邊緣結構的網路中，可能呈現較高的功能連結，且此連結強度與壓力、不安等負面情緒誘發的渴求與自動化飲酒行為相關。此會造成酒精成癮從初期的「追求快感」逐漸演變為後期的「緩解不適」，形成自我強化、具有高度持續性的神經生物學惡性循環^{6,7}。

臨床生物標誌：從CDT 與到PEth 的應用

在AUD之臨床監測與早期診斷上，生物標誌(biomarkers)扮演了至關重要的角色；但目前還缺乏適當的工具。傳統上使用的肝功能指標如丙酮酸轉氨酶(γ -Glutamyl transferase, GGT)或平均紅血球體積(mean corpuscular volume, MCV)雖然易得，但特異性及敏感度較低。因為長期且大量的酒精攝取會干擾轉鐵蛋白的糖基化過程，所以能夠用缺糖型式運鐵蛋白(carbohydrate-deficient transferrin, CDT)來評估長期酒精使用。因為CDT之半衰期為2至3週，故其可做為過去幾週內長期飲酒行為的指標；目前健保有給付。但CDT對單次暴飲(binge drinking)或中度飲酒並不敏感，且在孕婦或嚴重肝病人者易有偽陽性。近年來，磷脂醯乙醇(phosphatidylethanol,

PEth)被視為目前檢測與量化酒精攝取最有效的生物標誌。PEth是一個直接指標，僅在人體攝取乙醇時由紅血球細胞膜合成。PEth的半衰期約為4-10天，這使其能反映過去2-4週的酒精攝取狀況。雖然PEth有很好的特異性、敏感度、不受多數疾病干擾以及與飲酒量有很好的相關性，其在檢體品質與檢驗方式的要求較高；導致其不易普及使用^{8,9}。PEth的導入與應用，能大幅提升臺灣酒癮戒治工作的成效。

藥物治療現狀與最新實證進展

近年來許多國際實務與專業學會指引（如APA、NICE guideline）建議：中度至重度酒精使用障礙的成人，應被主動提供藥物治療，第一線首選為Naltrexone或Acamprosate，並且一定要與心理社會介入（動機晤談、認知行為治療、復發預防、家族或團體治療）結合。Naltrexone主要降低酒精帶來的欣快感、減少大量飲酒天數。Acamprosate可穩定戒斷後的大腦谷氨酸(glutamate)平衡，用於維持戒酒。兩者皆有大型隨機試驗與統合分析支持其優於安慰劑的效果，因此被列為首選藥物。此外，Disulfiram在高監督情境下也有不錯的效果，主要因安全性與需要監測，多被定位為二線選擇。Topiramate、Gabapentin等在部分指引與實務建議中，可於第一線用藥無效或副作用無法忍受時考慮；並可依共病（如癲癇、焦慮、失眠）與風險（腎功能、認知副作用）個別化使用。整體而言，藥物不再被視為「輔助」，而是與心理治療並列的標準照護，且醫師應主動提出醫療選項，而非消極等待病人詢問^{10,11}。

表二 臨床生物標誌：CDT與PEth的應用與比較¹²

比較項目	CDT	PEth
機轉	血清轉鐵蛋白在長期大量飲酒下出現糖基化異常，低聚醣型比例上升，被視為「長期過量飲酒」的間接標記	在乙醇存在時，由磷脂酶 D(phospholipase D) 催化轉磷脂化反應所生成的異常磷脂，僅於體內暴露於乙醇時形成，因此被視為酒精攝取的直接標記
敏感度 (Sensitivity)	較差 (約 75-85% 能偵測到重度飲酒)	較佳 (約 80-95% 能偵測到重度飲酒)
特異性 (Specificity)	高，但受肝病 / 基因干擾	100% (無酒精不生成)
偵測窗口	反映過去 2-4 週的持續大量飲酒	反映過去 1-4 週內的飲酒行為，特別敏感於近 1-2 週的高危險或暴飲型態
Cut-off point	- 重度飲酒：%CDT > 1.7-2.0%。對應於每日攝取超過 50 至 80 克酒精，並持續至少 2 週	- 重度飲酒：PEth 濃度 ≥ 210 ng/mL。這代表過去 2 至 4 週內有持續且大量酒精攝取 - 顯著飲酒：濃度在 20 - 209 ng/mL 之間，顯示有規律飲酒行為

目前臺灣在此兩項主要藥物已經相當普及。雖需自費，但搭配衛生福利部提供之「酒癮治療費用補助方案」；可顯著降低個案之負擔，值得多加利用。


結語

總結而言，酒精使用障礙症的診療概念已經有根本性的轉變：從個人的意志力或道德瑕疵，變成具生理基礎的慢性腦部疾病。長期飲酒導致的大腦結構損傷與神經迴路重塑，解釋了成癮者無法自控的病理機制。其診斷與治療必須建立在對生物神經機轉的理解，在治療與復原的過程也會受到心理、社會與環境因素深刻影響。在臨床實務上，隨著CDT與PEth等精準生物標誌的應用（表二），結合Naltrexone與Acamprosate等實證藥物治療，醫療團隊能提供更客觀且有效的介入策略。面對AUD的

巨大公衛危害，臺灣目前的治療模式已朝向「藥物與心理社會介入並重」發展。透過衛福部的補助方案降低門檻，鼓勵醫療端主動提供藥物選項，不僅能改善個案預後，更能有效減輕社會經濟負擔。唯有將酒癮視為可治療的醫療問題，落實科學實證的整合照護，才能協助患者脫離成癮循環，重建生活。

參考文獻

1. YC Huang, SC Wu, PC Hsiao, et al: Men's decrease and women's increase in harmful alcohol use from the 2014 to 2018 national surveys in Taiwan: A harbinger for an emerging national trend in East Asia? Int J Drug Policy 2022; 99: 103441.
2. IT Lee, PC Liao, TH Liu, et al: Psychometric evaluation of the Chinese version of alcohol

- relapse risk scale (C-ARRS) in patients with alcohol use disorder. *Alcohol* 2024; 120: 25-33.
3. GF Koob, ND Volkow : Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *Lancet Psychiatry* 2016; 3(8): 760-73.
 4. M Fritz, AM Klawonn, NM Zahr: Neuroimaging in alcohol use disorder: From mouse to man. *J Neurosci Res* 2022; 100(5): 1140-58.
 5. NM Zahr, KL Kaufman, CG Harper : Clinical and pathological features of alcohol-related brain damage. *Nature Reviews Neurology* 2011; 7(5): 284-94.
 6. J Zeng, L You, F Yang, et al : A met-analysis of the neural substrates of monetary reward anticipation and outcome in alcohol use disorder. *Human Brain Mapp* 2023; 44(7): 2841-61.
 7. W Yang, R Singla, O Maheshwari, et al: Alcohol Use Disorder: Neurobiology and Therapeutics. *Biomedicines* 2022; 10(5): 1192.
 8. JA Hahn, R Fatch, NP Barnett, et al: Phosphatidylethanol vs Transdermal Alcohol Monitoring for Detecting Alcohol Consumption Among Adults. *JAMA Network Open* 2023; 6(9): e2333182.
 9. KJ Fagan, KM Irvine, BC McWhinney, et al: Diagnostic sensitivity of carbohydrate deficient transferrin in heavy drinkers. *BMC Gastroenterol* 2014; 14: 97.
 10. M McPheeters , EA O'Connor, S Riley, et al: Pharmacotherapy for Alcohol Use Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA* 2023; 330(17): 1653-65.
 11. VI Reus, LJ Fochtmann, O Bukstein, et al: The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Pharmacological Treatment of Patients With Alcohol Use Disorder. *Am J Psychiatry* 2018; 175(1): 86-90.
 12. N Aboutara , A Müller, H Jungen, et al: Investigating the use of PEth, CDT and MCV to evaluate alcohol consumption in a cohort of homeless individuals– A comparison of different alcohol biomarkers. *Forensic Science International* 2022; 331: 111147. 



保齡球賽

本會將舉行保齡球賽，歡迎踴躍參加！

一、**時間**：115年5月24日（星期日）下午1:00報到，1:30開始。

二、**地點**：圓山保齡球館（台北市中山北路五段6號，電話：(02)2881-2277）

三、**報名**：請於5月12日前向本會報名（不接受現場報名），且報名人數不足20人時，取消比賽。

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

四、**比賽方式**：

1. 青年組：男性55歲以下。
2. 長青組：男性55歲以上（年滿65歲以上六局加60分）。
3. 女子組：不分年齡，參賽人員多於六名方舉辦，若少於六名則併入青年組，六局加48分。
4. 採六局總分制。

五、**參加資格**：限本會會員及配偶。

六、**獎勵**：

1. 青年組設冠、亞、季、三局最高分、單局最高分。六局總分第四名、第五名及精神獎一名。
2. 長青組設冠、亞、季、三局最高分、單局最高分。六局總分第四名、第五名及精神獎一名。
3. 女子組設冠、亞、季、三局最高分、單局最高分及精神獎一名。

※為響應環保，本會不提供礦泉水，請自備水壺飲水。

保齡球賽報名表

服務院所：

姓名： 本人 配偶

電話：

組別： 青年組 長青組 女子組

個人桌球聯誼賽

比賽地點：台大體育館B1桌球室（暫定，屆時若該處不克外借將另擇場地舉行）
（臺北市羅斯福路四段一號，位於辛亥路與新生南路交界處）

比賽宗旨：增進台北市醫師桌球好手交流，選拔115年醫師盃出賽名單。

個人組：

一、**比賽日期：**115年6月7日（星期日）下午1:00報到，1:30開始比賽。

二、**參賽資格：**台北市醫師公會會員

三、**參賽組別（每人至多可報名一單一雙，男女混雙賽不在此限）：**

- (一)單打 ①男子青年單打賽 ②男子壯年單打賽（50-69歲）
③男子長青單打賽（70歲以上） ④女子單打賽
- (二)雙打 ①男子雙打賽 ②男子百齡雙打賽（兩人合計年齡100歲以上）
③女子雙打賽 ④長青雙打賽（兩人年齡皆70歲以上）
⑤男女混雙賽

※各組報名組數未達三組，取消該組賽事 ※想報名雙打賽者也可委由主辦單位安排雙打隊友

四、比賽規則：

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

五、比賽賽制（視報名人數採單淘汰賽或循環賽，各組比賽皆採11分五局三勝制）：

- 單打賽
五年內得過醫師盃青年男單8強/壯年組4強/女單4強者列為種子。
- 雙打賽
無讓分制。參賽名單與五年內得過醫師盃會員雙打8強或90歲雙打8強相同者列為種子。

六、報名日期：請於5月25日前向本會林小姐報名。（電話：(02)2351-0756分機17，傳真：(02)2341-4044）

※備註

- 1.由於時間賽程緊縮，請大家準時報到出賽。
- 2.視比賽進度，由主辦單位調整賽制。
- 3.比賽結果列為115年醫師盃出賽名單參考。
- 4.為響應環保，本會不提供礦泉水，請自備水壺飲水。

個人組桌球聯誼賽報名表

姓名	電話	
組別	<input type="checkbox"/> 男子青年單打	<input type="checkbox"/> 女子單打賽
	<input type="checkbox"/> 男子壯年單打（50-69歲）	<input type="checkbox"/> 女子雙打賽，隊友 _____
	<input type="checkbox"/> 男子長青單打（70歲以上）	<input type="checkbox"/> 男女混雙賽，隊友 _____
	<input type="checkbox"/> 男子雙打賽，隊友 _____	※每人至多可報名一單一雙 （男女混雙賽不在此限） ※各組報名組數未達三組，取消該組賽事
	<input type="checkbox"/> 男子百齡雙打賽，隊友 _____	
	<input type="checkbox"/> 長青雙打賽，隊友 _____	

杉林溪森林生態渡假園區 ～森呼吸二日

7月18日（星期六）

【行程難易度★★☆☆☆】

台北++台中→國道巡禮→南投→ijibanana集元果觀光工廠→車埕町散策【車埕林班道、貯木池、酒莊、木業展示館】→杉林溪森林生態渡假園區

07:00-07:20 台北火車站東三門集合出發

07:40-09:00 帶著愉快心情，前往高鐵南下月台搭乘1305車次前往台中。
（正確之班次以完成訂位為準）

10:00-11:00 ijibanana集元果觀光工廠



【集元果觀光工廠】：集元果觀光工廠是一座以推廣集集山蕉文化為主題的特色觀光工廠，讓遊客從認識香蕉、品嚐美食到動手體驗，結合現代創意與生態教育、親子互動與美食體驗，享受多元且豐富的旅遊樂趣，成為集集地區極具魅力的旅遊景點。

11:30-12:30 享用風味午餐（和風山寨庭園餐廳）

13:00-15:30 車埕町自由散策(車埕林班道、貯木池、酒莊、木業展示館)



【車埕火車站】：建於日治時代，是集集支線鐵路的終點站，集集線全長29.7公里，是台鐵支線中最長的一條鐵路，從二水站上車，飽覽沿線風光，在穿越第五座隧道後，視野從隧道裡的一片漆黑，到眼前藍天綠林的豁然開朗，有如進入桃花源般的意境，因而又有「秘密花園」之稱。舊火車站原有鋼筋水泥結構，921地震後，由日月潭國家風景區管理處整建，以木質材料為主要外觀；新的火車站材質素樸、造型典雅，匠心獨具的建築風貌，和山城的景觀搭配相得益彰被譽為「最美麗的火車站」。



【車埕林班道】：「林班道商圈」結合購物、美食與育樂，彷彿置身大自然般的放鬆心情，來到了「體驗工廠」體驗木工DIY，這裡延續「振昌木業」的專業技術，用創意與童心和木頭產生一次親密的接觸，讓每個人都能享受親手打造的生活樂趣。



【車埕貯木池】：過去是用來貯存原木的池子，在民國50-60年代車埕木業發達時，會使用搬運木材的天車（起重機），將原木浸泡於池子內，讓樹脂釋放，延長木頭使用期限。如今貯木池旁已規劃有環湖步道，步道旁栽種楓樹、樟樹、落羽松、艷紫荊等植物，池邊豐富生態也吸引水鳥棲息，背後還有群山環繞，景緻優美，彷彿置身日本！



【車埕酒莊】：幽靜、悠美與安全，四周山林環繞，前有川流不息之水里溪，後有綠意盎然之青山綠樹，左臨亞洲最大抽蓄水庫明潭發電廠，右可鳥瞰「最後火車站」之稱的車埕火車站及美麗的鐵道景緻，另「老街、天車、貯木池、紅瓦厝、古老建築、木業舊廠房、燒煤火車加水塔、車埕國小…」等「車埕之美」，於「車埕酒莊民宿」可居高臨下一覽無遺。是大夥兒親朋好友旅遊、渡假、聚會、研習場所的最佳選擇。



【車埕木業展示館】：館內展示著過去伐木歷史，以及介紹各式木頭特色與知識，還提供自費DIY課程，讓每位旅客來此都能成為小小木匠，打造出專屬於自己的木作品。



【杉林溪森林生態渡假園區】：園區佔地廣大，海拔高度約為1600公尺，佔地約為40公頃，自然原始的山林丘壑，從春之山櫻、杜鵑、石楠粉墨登場，接著夏宴以波斯菊、繡球花到深秋楓紅，臘梅飄香，粧點出姍紫嫣紅的彩色世界，全年花開不斷為賞花人之最愛，氣候屬溫帶季風氣候區，夏季平均溫度僅20度且冬季不下雪，數萬公頃的杉林造就最豐富的森林浴場。

※花季為大自然現象，受天候、氣溫、日照等因素影響，故無法準確預測花期。

※夜間園區活動為免費導覽，所有入園遊客皆可自由參加，無需事先預約；園區保留調整權利。

※夜間觀星導覽 ※期間限定-賞螢導覽

17:00- 杉林溪森林遊樂區，入住杉林溪Check in

早：敬請自理 午：和風山寨庭園餐廳 晚：飯店自助晚餐 住宿：杉林溪森林生態渡假園區

7月19日（星期日）

漫步杉林溪森林生態渡假園區，盡享四季花卉盛宴→台灣工藝文化園區→台中++台北，快樂賦歸

07:30-08:30 歐.海.啣！享用飯店自助早餐

09:00-12:00 漫遊杉林溪森林生態渡假園區

12:00-13:00 園區享用風味午餐

14:30-16:00 台灣工藝園區



【台灣工藝文化園區】：臺灣工藝文化園區佔地約6公頃，含「工藝文化館、工藝設計館、工藝資訊館、生活工藝館、地方工藝館、知達工藝會館及行政大樓」等館舍，以館舍場域間無圍籬特色式開放管理，讓民眾任意遨遊館舍之間，享受舒暢的觀展空間。

16:30- 帶著愉快的心情於台中高鐵站，搭乘0144車次返回台北。

（正確之班次以完成訂位為準）

早：飯店內早餐 午：風味午餐 晚：敬請自理

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

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

一、費用：

公會補助會員每人1,500元，眷屬補助500元（限一名，眷屬為會員之父母、配偶及子女）。會員一人參加者，房型為二人房。（如無人可共宿，請補房間價差）

此行搭乘高鐵，高鐵費用視個人實際購票金額計算，65歲以上長者及6歲以上未滿12歲孩童皆為半價。高鐵票價台北↔台中，團體票價1,330元，敬老、孩童票為700元。

旅費：（以下費用未加高鐵車資）

(1)二人房：每人6,650元 (2)三人房：每人6,250元 (3)四人房：每人6,050元

繳交費用計算案例：

(1)一位會員及一位眷屬（二人房，皆未滿65歲）： $6,650 \times 2 - (1,500 + 500)$ （公會補助款）+ $1,330(\text{高鐵}) \times 2 = 13,960$ 元

(2)一位會員及一位眷屬（二人房，一人滿65歲，一人未滿65歲）： $6,650 \times 2 - 2,000 + 1,330 + 700 = 13,330$ 元

(3)一位會員及二位眷屬（三人房，皆未滿65歲）： $6,250 \times 3 - 2,000 + 1,330$ （高鐵） $\times 3 = 20,740$ 元（以此類推）

※購買敬老及孩童票者，請將身份證件傳真至公會，以便購票。

二、報名截止日期：即日起至5月31日前向本會報名，80人額滿為止。（高鐵購票須於一個月前造冊購票，報名後因故無法參加，依旅行社契約扣除相關之手續費）。

※本活動乃公會為鼓勵會員攜帶眷屬參加，若會員無法參加，恕不接受眷屬單獨報名。且因該處飯店房間及房型有限，請確認可參加再報名以免佔用名額。

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#17林小姐，傳真：2341-4044、2351-0739

杉林溪森林生態渡假園區~森呼吸二日報名表				
姓名	生日	身份證字號	房 型	素食(打v)
			<input type="checkbox"/> 二人房 間	
			<input type="checkbox"/> 三人房 間	
			<input type="checkbox"/> 四人房 間	
聯 絡 電 話		傳 真 或 e - m a i l		

服 務 欄

誠徵醫師

- 內湖區康育診所徵家醫、內科專科醫師，兼任專任可，意者洽0905-134-566王姐。
- 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。
- 信義區儷寶得國際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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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

- 中山區北安路595巷35坪店面出租，近大直捷運站、公車站，內兒家醫科執業40年，意者請洽：0937893899陳先生。
- 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。
- 內湖區精華地段，逾40年，家醫內科診所頂讓、租或售均可，意者洽0905-134-566王姐。

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。
- 皮膚科診所出售神比美德電波系統，2023年10月購機，意者請洽：(02)8787-5121#19高小姐。

徵婚

- 開業醫師之子79年次，現職內科醫，高177，醫世家，徵女醫藥、工程師、律師、牙醫、企業科技，意者洽：0968-093-178吳太。

開懷篇

陳志鑫診所 陳志鑫

為什麼我沒有弟弟妹妹

有位小女孩調皮地問：「為什麼我沒有弟弟妹妹？」

幾乎同時爸爸媽媽脫口回答：「誰叫你每天不早一點睡覺？」

迷你學校三劍客

A生：「學校是個大監獄。我因她撕掉情書，被判終生延畢的處分。」

B生：「我在這次考題作文：我的媽媽是代理孕母。為了分數，我還是編了一篇滿分級的謊：從來未謀面的媽媽談起。」

C生：「老師說我的作業錯字連篇，要我拿回去重寫，我該怎麼跟幫我寫作業的爸爸說呢？」

我的心受傷了

半夜交警攔下一輛車子酒測超標，搖下車門的少婦說：「我只是用酒精消毒傷口而已。」

交警不解地追問：「你的傷口在哪裡？」

少婦紅著臉說：「我的心受傷了。」

不必相送啦

在車站，先生陪太太等車回娘家。

太太：「你先回去吧！天氣這麼冷。」

先生：「沒看著你上車，我不放心。」

太太：「我都這麼大的人了，不用擔心我啦！」

先生：「想太多，我是怕你不走啊！」

埃及 開羅、紅海與熱氣球

國泰綜合醫院小兒科 林隆煌



金字塔與獅身人面像是埃及的標誌。



獅身人面像是世界上最著名的雕像。



吉薩金字塔群是世界七大奇蹟之一，也是古埃及文明的一大象徵。



大埃及博物館鎮館三寶之首：拉美西斯二世巨像，有3200年的歷史。



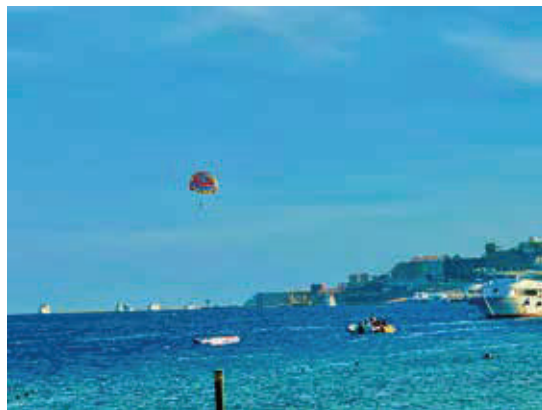
鎮館三寶之二：圖坦卡門黃金面具，鑲嵌有寶石和黑白玻璃，重達10.23公斤。



鎮館三寶之三：胡夫太陽船為4,600年前的木造葬船，長43公尺，由1,200多片雪松木拼接而成，是現存最完整的古埃及船隻。



穆罕默德阿里清真寺是開羅的標誌性建築物，建於19世紀。



虎加達是埃及紅海岸重要度假勝地，以潔淨海灘、絢麗珊瑚礁和水上活動聞名。



虎加達是埃及首屈一指的潛水勝地。



埃及熱氣球是人生必去一次的夢幻體驗。



超酷的沙漠熱氣球體驗，眼前整片金黃色的晨光把世界照亮。



路克索搭乘熱氣球，從高空俯瞰壯麗的古文明遺址與尼羅河流域。

廣島之行

馬偕紀念醫院 家庭醫學科 黃偉新

2024年11月初代表醫院到日本廣島領取全球無菸健康照護服務網絡（Global Network for Tobacco Free Healthcare Services；簡稱GNTH）無菸醫院國際金獎，並在「全球網絡研討會暨金獎論壇」分享醫院戒菸特色。2024無菸醫院國際金獎全球共有15家醫院獲獎，其中台灣推薦參加的8家醫院全數榮獲國際金獎殊榮，每家醫院各有特色，分享內容涵蓋透過多媒體互動、醫病共享決策等創新措施，提升戒菸服務品質，並推廣無菸環境及社區參與，展現卓越的戒菸成效。此次的金獎論壇與第30屆International conference on Health Promoting Hospitals and Health Services一起在廣島的國際會議中心舉辦，會議主題是The contribution of Health Promoting Hospitals and

Health Services to health equity，這次除了能一次參與兩場國際會議外，也藉此機會探訪了廣島這座歷史有名的城市。

廣島位於日本本州島的西部，面對瀨戶內海，由於台灣直飛廣島的班機較少，因此我們由大阪進出。此次我們購買日本JR PASS關西&廣島地區鐵路周遊券，由關西新大阪搭乘新幹線到廣島，此票券可無限次搭乘山陽新幹線（新大阪-廣島）、機場特急列車、JR西日本快車及JR宮島渡輪，非常方便實用。廣島國際會議中心位於和平紀念公園內，和平紀念公園是位於廣島市中心的一座大型公園，在原子彈爆炸震央附近建造的，園內有被登入為世界遺產的原爆圓頂館、展示原子彈投下時廣島狀況的和平紀念資料館、原子彈死難者紀念碑、和平鐘等。原爆圓頂館距離1945年8月6日的爆炸中心僅160公尺的位置，當時在裡面的人全部罹難，但建築物的骨架與牆壁卻奇跡似的殘留下來，經過多次的修復工程維持現在的外觀，



圖一 廣島和平公園原子彈死難者紀念碑



圖二 廣島和平公園原爆圓頂館

提醒世人不要忘記原爆的恐怖與和平的珍貴。

嚴島神社（又稱宮島）是廣島必訪景點之一，與位在宮城縣的松島、京都府的天橋立並稱為日本三景，而這座建於公元593年的神社也名列聯合國的世界文化遺產。我們此次在和平紀念公園內的碼頭搭乘世界遺產航路的高速船前往宮島，大約45分鐘即可連接兩個世界遺產，回程時再使用已包含在周遊券的JR宮島渡輪。宮島下船後在前往神社的路上，可以看到許多可愛的鹿，不同於奈良的鹿，宮島上的神鹿是禁止餵食的！宮島最有名的景點莫過於矗立在海上的鳥居，朱紅色的鳥居與海水的碧波蕩漾融合成令人讚嘆的美景，在白天與傍晚不同的光線下有著不同的美。不僅是鳥居，就連歷史悠久的宮島神社本身也是建在海床上，漲潮時大鳥居和神社漂浮在海面上，是一座擁有獨特創意及神祕色彩的海上神社。造訪宮島最推薦的季節應該是秋天，島上有紅葉谷公園和大聖院等許多有名的紅葉勝地，只可惜這次

我們的時間還太早，只看到稀疏的楓紅。在宮島上除了參觀神社外，從紅葉谷公園搭乘宮島纜車上彌山也是非常推薦的行程，這一段的空中景色十分優美，到達獅子岩及彌山展望台可飽覽瀨戶內海的美景。但需留意纜車回程的時間，避免太晚才坐纜車上山，使得在山上瀏覽的時間太短。宮島表參道商店街全長約350公尺，這裡有各種販售民俗工藝品及土特產的店鋪，到處都是悠閒逛街、享用美食和飲料的遊客。紅葉饅頭是宮島的經典特產，在許多店鋪都可以買到新鮮出爐的紅葉饅頭。廣島的著名美食是牡蠣，廣島牡蠣的產量是全日本第一，表參道上有間牡蠣屋餐廳生意極好，可以一次吃到烤牡蠣、炸牡蠣、生牡蠣的套餐，再配上一杯沁涼的啤酒十分愜意，值得造訪。

廣島路面電車是連接市內各大景點的交通方式，多達九條路線，是日本最大的路面電車網絡。旅客可以從JR廣島站乘坐電車，前往廣島城、和平紀念公園等著名景點。廣島城為豐



圖三 嚴島神社



圖四 矗立在海上的大鳥居

臣秀吉的大臣毛利輝元於1589年參考大阪城所建造，在二戰原爆後已全毀，現在的廣島城為1958年重建的城堡，名列日本百大名城，從和平公園步行約20-30分鐘的路程，可以輕鬆前往。提到日本百大名城，一定要推薦造訪號稱日本第一名城的姬路城。姬路城是日本首座被列為世界文化遺產的城堡，作為木造建築最出色的傑作之一，在全世界享有盛名。我們在廣島回新大阪的山陽新幹線中間的姬路站下車，從車站即可遠望到這座雪白的著名城堡，出站後直走15分鐘就到。姬路城擁有日本城堡中現存最大的天守，其最為人所知的就是別具特色的白色外牆，如同一隻展翅飛翔的白鷺，因此



圖六 廣島城

也被稱為「白鷺城」。

此次廣島之行除了參加國際會議交流學習，也有機會造訪了幾處世界文化遺產及著名的景點，收穫滿滿。廣島如果從新大阪搭乘新幹線，不到2小時即可抵達，下次大家如果要到大阪自由行，也可以考慮那些時間造訪廣島！✈



圖五 宮島瀨山獅子岩遠眺瀨戶內海



圖七 姬路城

第一份工作

台北市立聯合醫院和平婦幼院區皮膚科 蔣承臻

開始我人生第一份工作的時機，是在新加坡念完高中之時，也正是新加坡合法工作的年齡。

當地日夜溫差十餘度（炙熱 - 濕涼 - 驟雨）、沒有颱風、沒有地震，居處在日復一日不變的氣候、溫度之下生活的人們，只需備妥春、夏季候合宜的服飾足矣，或許因此之故，這裡長壽者眾多，但也因為白天酷熱，乃至於課室、公車裡的冷氣溫度似乎維持在攝氏18度左右，所以在新加坡外出隨身一件外套是必要裝備。這兒的大樹普遍粗壯、高大，直入雲霄；著名的雨樹（來自巴西）沿著樟宜機場入境兩旁延伸矗立，它們日夜堅持熱誠的展開雙臂迎接/歡送過往的嘉賓與國人。

肇因於高中畢業在11月，而大學開學卻遠在隔年8月，這期間放空、無所事事竟達數月之久；我尋找工作機會以不讓時光空蹉跎，藉以多少補貼未來龐大的學費支出，希冀打工的歷練與見聞有助於未來步入社會，最後選擇去快樂山動物醫院 (Mount Pleasant Veterinary Centre) 體驗打卡人生。之所以作此決定，除了自己有養寵物，平常喜歡與動物互動之外，也因為自己對醫療執業的興趣，藉此或可一窺個中秘辛，同時了解人類與寵物的醫療差異。這家動物醫院的位置，幾乎居處新加坡的正中央，只是對於一個小而美，捷運縝密、四通八達的國家而言，不論身處何處，在路程交通上從來不是困擾，倒是搭車不走路、拒絕戶外工作的年輕族群日益龐大，是為隱憂。

新加坡學府，只提供技術員的訓練課程，所以在動物醫院內遇到的幾位與我年齡相仿的同事們，他們來院內見習，但之後都得視個人的家庭狀況與經濟能力，各自分飛前往英國、美國、澳洲、或紐西蘭等地進修，以取得獸醫師證照，方可成為新加坡認證的獸醫師。或許因為如此，促成了院內有趣的人員架構：獸醫師大多是華人（新加坡籍、韓國籍），行政人員、護理師和技術員則以菲律賓人居多，見習人員則大多數是新加坡人。我們彼此以英文溝通為主，而菲律賓籍的同事們之間會使用自己的母語。新加坡以華人/馬來人/印度人為主，而來自世界各地的外籍人士卻也不絕於途、數量驚人，因此在客群方面，也和西醫一樣多元化。寵物有不少是外傭帶來看診，也有顧客本身是醫師，就會告知我們不必解釋藥物如何使用。自己之後在成大醫學院上寄生蟲課時發現，一些寄生蟲的名字和治療的藥物竟然是之前在動物醫院時曾經接觸過的，原來同為哺乳類動物的人類、貓、狗，竟然連患病、用藥上都有雷同之處。

這次打工機會，讓我了解原來獸醫師也有分科別、發展多元，例如這間醫院聘雇的醫師們除了是以貓、狗專科為主軸之外，我注意到有一位醫師是飛禽類專科。醫院裡養了幾隻鸚鵡，早上的清理鸚鵡籠子和餵養就是我的日常工作項目之一。可想而知被帶來看診的爬蟲類，自然無法獲得太多治療的建議，更遑論動物園裡的大型動物們了。之後回到台灣，在成

大醫學院實驗動物中心參與實驗時，實際體驗幫豬隻注射麻醉藥，讓我體悟到原來人生中所有的機遇都有可能是未來的養分。

因為快樂山動物醫院具有醫院的規格，所以各種人類會有的急診、抽血檢查、超音波、清瘡手術、化學治療、太平間服務等等，在這裡都有機會觀摩與接觸。初次見識到凍僵的動物屍體被送入火化場；也曾協助寵物主人假日提領寵物的骨灰；印象深刻的有一次牽著一隻全黑的德國狼犬去做超音波，它優雅的步履讓我彷彿牽著的是一匹狼，當下牠給我的震撼，深深感受到自己的渺小；也曾多次拉布拉多貴賓狗來候診，牠們不約而同一律採熊抱飼主的姿勢，非常有趣！另外學到約克夏梗的尾巴會在年幼時被修剪掉，理論上是避免垂墜的尾巴在活動中受傷。除此之外動物醫院也提供健康寵物的服務項目，像是結紮、修指甲、美容、寵物旅館、協尋走失動物等等。上班時還曾遇到高中同學帶著他的三隻惠比特犬來修剪指甲。初次被飼養的寵物通常會經歷全套的施打疫苗、植入晶片、結紮等作業；而即將隨著主人移民的寵物也會來醫院接受例行檢查。我返台時帶上我的寵物紅耳龜，慶幸的是紅耳龜的海關檢驗沒有哺乳類動物的繁瑣檢查要求。

如同人類醫院一樣，動物醫院也是要面臨現實生活中的生老病死、各種各樣的病患族群，不會一直是快樂和諧的場景。奈何人類至今仍無法和動物溝通，因而當動物被置身於不熟悉的環境裡時，動物的不安與躁動更會表露無遺，例如住院的寵物需要出來舒展、透氣

時，得避免牠們彼此之間的互相攻擊；曾經遇過狗兒因為搔癢，而將自己的四肢咬出見骨的傷口來，令人十分不忍；也有傷口腐爛長蛆，或者用利爪攻擊醫護人員（曾親身體驗兔子的爪子可真是鋒利）…凡此種種不勝枚舉。非常佩服獸醫師手術功力和醫療團隊的膽識。在獸醫院天天面對的種種面相，實際上遠遠超出我們普遍對於獸醫師們工作內容的印記（每天耍弄可愛動物等等的幻象中的美好交流），正所謂“沒有三兩三，怎敢上梁山”，都得有真材實學啊！唯有親身經歷才會知道各行各業的箇中辛酸。由於寵物很難配合被餵藥，這讓我從中學到除了如何抱動物之外，還有不同的給藥方式，包含用針筒、磨粉、分裝膠囊、與營養配方飼料等等，所以如何調控動物情緒也是獸醫師與技術師必要熟悉的知識環節。每當往生的寵物在夜間被送至太平間，或者被安樂死時，看到牠們的主人哀戚的神情，讓我深深感受到寵物對人類在精神上所提供的無形慰藉。在某些主人眼中，寵物是家人，所以非常願意積極求醫，相對的在醫療過程當中，動物的死亡也可能造成醫病糾紛，可以想見獸醫團隊在執業上所承受到有形與無形的壓力不小。至今安樂死本身仍存在著不少爭議，在接觸寵物們的死亡過程當中，也讓我更加珍惜自己所擁有的生命。

由於打工時機適逢申請大學之際，乃藉機向院內醫師們請教大學新鮮人選科選系的經驗傳承，有趣的是大家異口同聲、一致認為牙醫師的生活品質比獸醫師和西醫好。而如今的

我只親身經驗西醫的養成，無法證實當日眾口鑠金的結論真偽，還是世人總是這山望向那山高？

醫院內有提供午餐，料理上也因為員工的組成比例，讓我有幸品嚐許多菲律賓的佳餚，其中一道是sinigang，是菲律賓的家常菜：酸湯，據說是使用羅望子才會帶出酸酸的味道（也可以用番茄等蔬果取代）。返台之後，大學期間曾去美國羅德島醫院當交換學生時，遇到美籍菲律賓裔的神經外科主治醫師，還以他的家鄉菜為聊天話題之一，借題還境任時光倒流憶往！每逢假日上班，醫院的廚房沒有開伙，這時就會訂附近的新加坡華人小吃，最常吃的是鴨肉飯或叉燒麵，據個人所知新加坡的小販美食通常“實符其名”，鴨肉飯就是鴨肉和淋了醬汁的飯，不會有其他配菜，頂多兩三片黃瓜鋪陳其上，非常適合厭惡蔬菜之人。

工作期間，同事們忙裡偷閒彼此分享日常的趣事，還得面對飼主的合理與不合理的要求與情緒傾倒，也體會到何謂“真”忙：有椅子卻沒空坐…等等；數月相處甘苦與共，自然而然與同事們培養出良好的默契。離職前，幾位與我年齡相近的同事們為我舉辦送別饗宴（日式料理吃到飽），至今記憶猶新，真摯友誼總是感念！離職後我幾度買飲料回去探班，又去走了趟搬遷後的新院區瀏覽，在那當下昔日共事情懷恍似湧現。舊院區比較像單層殖民地的建築風格，戶外還有一大片柏油路地面，在新加坡天天熱情如火的季候下，徒增戶外溫度罷了！路過行人踩在柏油路面，那熱度是會穿透

球鞋熱痛腳底的，想像那柏油路面若是碧草如茵，一片翠綠，那該有多好！相較於舊院區，新院區它採取明亮的多層樓分區設計，前面是一個小公園，由於它位於住宅區中，更方便寵物前來看診。

天生口福不淺！短短數月打工期間還遇到醫院尾牙，集結了Mount Pleasant Veterinary Group所有醫療院所的員工，不僅席開數桌，還訂了夏威夷的扮裝主題，令我感嘆於此間動物醫院規模之大！此次尾牙在新加坡島鄉村俱樂部舉辦，既然是高級聚會場所，自然是交通不便。該俱樂部位於自然公園裡面，充分被綠意盎然的樹種所環繞的深山。當活動結束時夜已深沉，我們幾位同事不想搭遊覽車回醫院，幸好其中一位好心獸醫師見義勇為、伸出援手，讓我們搭他便車才得以安然歸返。相信好人有好報，祝福他！

很慶幸第一份工作機會是選擇自己喜歡的動物相關行業，直至今日讓我深刻驗證：工作必須是自己有興趣的。畢竟人生不可能一帆風順，過程中必定會有許多人算不如天算之處，當遇到挫折時，要能夠找到繼續努力的動力與樂趣。雖然年輕時與社會接觸面有限，只能仰賴長輩或過來人的經驗談，但是我深信抱持著比他人多一分的好奇心與勇氣去多方嘗試與探索，除了可以發現更多可能、可行性之外，同時也可以更認識多面相的自己。過往點點滴滴累積的歷練，正是影響我進入醫學院後的選科抉擇。☘

藥品供應— 定期申報可治療缺藥症？

雙合耳鼻喉科聯合診所 李志宏

立法院今(30)日三讀通過「藥事法部分條文修正草案①」及「藥害救濟法第三條、第二十八條修正草案②」，以提升國內藥品供應之穩定及韌性，保障國人用藥權益。本次修法強化必要藥品許可證持有藥商，應定期申報③藥品供應情形之義務；賦予中央衛生主管機關於具有許可證之藥品有供應不足之虞時，得專案核准製造或輸入，並於必要時適度調控藥品供應之法源依據；同時，將專案核准藥品納入適用藥害救濟制度。上述措施對於保障民眾用藥權益及維持藥品供應穩定，至為重要。兩項法案修正重點如下：1. 掌握必要藥品供應情形：持有必要藥品許可證之藥商應定期申報藥品之製造、輸入及供應情形。2. 強化穩定藥品供應措施：中央衛生主管機關於知悉具有藥品許可證之藥品有供應不足之虞時，得專案核准該藥品或其替代藥品之製造或輸入，並得採限制措施，限制藥品供應之範圍、期間、數量、對象或方式等④。3. 完善藥害救濟制度：增訂因應具有藥品許可證藥品有供應不足之虞、因應緊急或重大影響公共衛生情事得專案核准製造或輸入藥品，將其納入適用藥害救濟制度，以保障民眾用藥權益。食藥署表示，近年來，新興傳染病威脅、地緣政治風險及全球供應鏈中斷等因素，使藥品供應穩定面臨嚴峻考驗；提升藥品供應韌性已成為各國政府關注焦點，更升級為確保國家安全的重要一環。透過本次修法將有助於強化我國對於藥品供應穩定與韌性之因應，並完善藥事法規，保障民眾用藥權益與健康。（「立法院三讀通過『《藥事法》

部分條文修正草案』及『《藥害救濟法》第三條、第二十八條修正草案』，提升我國藥品供應韌性」焦點新聞，食品藥物管理署，民國115年1月30日。）

「醫師，有廠商代表找你。」櫃台姑娘通報。

「請她進來吧！」醫師從診察室就能看到是哪位。

「新年快樂！這是我們台南名產名○○洋菓子。」業務代表送上一盒名產。

「感恩！現在已鮮有業務代表走這種禮數。」醫師每年都收到這家廠商業務代表相同的禮盒，雖然現在只剩二種藥品在使用。

「很好吃啊…你不必再分給其他工作人員，我已經給她們了。」業務代表應該曾看過醫師立即將禮盒分給員工。

「那真要謝謝妳還想到她們…。」因為年紀關係，醫師早已減少食用這類高熱量零食。

「過年前有需要先預訂藥？」業務代表不忘本職。

「今年是不是旺季不旺？貴公司的藥診所還有不少庫存，沒有急著先預訂藥，過年後再看實際狀況吧…」醫師自覺目前此藥的庫存已經有稍微超過需求量。

「真是旺季不旺！我們的業績多少有受到影響。」業務代表應該是據實回答。

「從醫師群組的討論中…似乎中南部也是如此？還有同儕稱：還好轉型接辦一些慢性病計畫，光看急性病恐難維持下去。」醫師從業

務代表處也獲得證實。

「那你為何不同樣接些慢性病人？」業務代表純以朋友身分關心，不是因為推薦公司的產品。

「我連先父的血壓、心跳都沒控制好，不方便超越自己專業接慢性病人。」醫師想起過往以自認最古老，即最安全的藥品、來控制血壓，結果血壓是穩定、心跳卻經常徘徊在每分鐘50上下，後來轉給專家醫師才知原因。

「原來如此！這就是『視病猶親』的意思嗎？」業務代表知道醫師是哪家醫學中心訓練的專科醫師，視病猶親正是該院的「院訓」。

「經過40年醫師生涯，應該升級到『視病猶己』境界。」醫師因為年紀之故，逐漸將自己當病人，所以有此樣的心得與心境。

「也是…正是你看病人的寫照。」業務代表與醫師年齡相近，接著問：「過年診所休診幾天？」

「公務人員放幾天，診所就休幾天！櫃台有預先公告周知…」醫師以為進來就一目了然，突然接著說：「唯一例外，第一天週六診所有照舊開上午門診。」

「給病人方便嗎？」

「主要原因是本來就是正常門診…另一個原因是試試是否真有額外加成獎勵？」醫師指健保115年春節加成獎勵方案。

「是喔…獎勵多少？」

「2月14日週六加成30%，正常情況下根本不夠支出所需。」醫師稍有抱怨後，接著

說：「有電子郵件稱還需先登錄…才有資格獲得加成獎勵？」

「你去登記了嗎？」業務代表問。

「當然是忘記登記啊，敬老年紀容易忘記。」醫師以微笑自嘲，接著說：「給不給獎勵對我而言…都沒差別了。」

「你不想成為官署的統計數字吧？」

「哈！知我者聰明的妳…如果登記後反悔沒開門診，該怎麼辦？病人已經從健保署網站查詢到…有開門診！是要指責健保署、還是醫療院所？」醫師回應。

「所以貴診所只在櫃台公告…」

「非也！診所另一位醫師會在Google網站公告。」

「這樣就完整了啊，真的不需要藉助健保署管道。」業務代表也認同。

「除非…除非我受雇於健保署，當然受雇主指揮！」醫師提到關鍵中的關係。

「醫師你真的很能開玩笑，是在開官署的玩笑？」

「這是實話、不是玩笑話！」醫師收起笑容，接著問：「貴公司有無製造必要藥品？」

「什麼是必要藥品？」業務代表似乎沒聽過這名詞。

「就是在缺這類藥時應該…通報給食藥署…的藥品。」醫師簡單解釋，如果提及根據WHO的Essential Medicines list，恐更難懂。

「目前市場缺藥…不是一堆嗎？前二年麻

黃素奇缺，也沒聽說要什麼報？」

「通報！倒是需要申報產品流向，貴診所也是申報對象之一，如果有繼續訂藥…就不至於有出貨的麻煩。」業務代表似乎在暗示，接著直接再問：「要不在過年前訂一些…幫忙衝一下業績。」

「等我清查庫存，再請姑娘告訴妳數量。」醫師擔心庫存積壓資金，接著說：「還好妳所說麻黃素未被列為管制藥品，不然醫師就有很多事可做。每年一月底前，我就需要計算數量，期間還可能不定期受管制藥品官員的訪查。」

「真的！所以麻黃素也還沒被列為…什麼藥品？」業務代表問。

「必要藥品！局部麻醉用注射劑型已被列入。藥事法修法公布後，只要是必要藥品…應定期申報、缺藥通報規定已經被廢除。」醫師解釋新藥事法重點。

「真假？那豈不是增加公司的文書作業，製藥界越來越難經營。」

「如果有申報平台…我是說如果有，或許可以省心、省事？」醫師對官署的申報本不抱持這個「省」，例如健保以網路申報，還是「不能省」書面報表。

「修法規定應定期申報可以解『缺藥』燃眉之急嗎？」業務代表的疑問。

「大哉問！Amoxicillin也是必要藥品，曾經有過嚴重缺藥，我是透過特殊管道截藥，才得以解燃眉之急。」這是醫師唯一的經驗。

「麻黃素缺原料時，公司是舊客戶優先供藥、控制數量，才得以度過危機。」這是業務代表公司的經驗。

「還記得二年前大型輸注液，因工廠未能符合規定而停止，生產造成重大缺藥事件嗎？」醫師問。

「大型輸注液也屬必要藥品？」業務代表問。

「正是！超乎一般人的想像吧？」

「公司未生產此類輸注液，沒注意到。」

「猜猜官署如何解決這難題？」醫師問。

「緊急進口吧？」業務代表回答。

「那當然！姑且不論進口大型輸注液是否合乎本國製造標準…該如何配送給缺此類藥的醫療院所？」醫師再問。

「缺藥的醫療院所自行跟廠商訂啊！」業務代表想當然爾。

「問題出在有哪些藥商合法進口？又如何決定供藥的順序，結果主管機關設計出所謂『西藥供應資訊平台』，並建立媒合機制…」醫師想到此往事就心驚，接著說：「包娶沒包生啦！」（全文完）

問題① 《藥事法》部分條文修正草案的重點為何？

解答：行政院長卓榮泰指出，本次修法強化**必要藥品**許可證持有藥商，應定期申報藥品供應情形之**義務**；賦予中央衛生主管機關於具有



許可證之藥品有供應不足之虞時，得專案核准製造或輸入，以及於必要時適度調控藥品供應之法源依據；並將專案核准藥品納入適用藥害救濟制度，對於保障民眾用藥權益及藥品供應穩定，至為重要。卓院長表示，本案送請立法院審議後，請衛福部積極與立法院朝野各黨團溝通協調，儘早完成修法程序。（參考「政院通過《藥事法》部分條文及《藥害救濟法》第3條、第28條修正草案 保障民眾用藥權益及藥品供應穩定」焦點新聞，行政院新聞傳播處，民國114年12月04日。）

本案修正重點如下：一、為掌握必要藥品之存量，其許可證持有之藥商應定期向中央衛生主管機關申報該藥品之製造、輸入及供應情形，其申報之方式、內容、範圍及期間等規定並授權由中央衛生主管機關以辦法訂定。（修正條文第27-2條、圖一）二、中央衛生主管機關於知悉具有藥品許可證之藥品有供應不足之虞時，得專案核准該藥品或其替代藥品之製造或輸入；又為提高藥商申請專案製造或輸入藥品之意願、謀求國內藥品供應之均衡及民眾用藥之可近性，中央衛生主管機關得就一定藥品供應之範圍、期間、數量、對象或方式等，予以限制。三、考量重大影響公共衛生事件對特定藥品之需求及參酌實務作業情形，增訂為因應重大影響公共衛生情事之需要，亦得申請專案核准特定藥品之製造或輸入。（修正條文第48-2條）四、配合修正條文第27-2條及修正條文第27-3條規定，增訂藥商未依上開規定申報、申報內容不實、未依規定期限通報，或違

反中央衛生主管機關就藥品供應所為之限制措施之罰責。（修正條文第96-1條）五、本次加強藥品供應穩定之相關修正條文，由行政院另定施行日期，以為緩衝，俾利相關配套法規修訂及實務作業調整。（修正條文第106條）（參考行政院第3981次會議紀錄，民國114年12月04日。）

《藥事法》於104年12月2日修正公布時，增訂第27-2條，定明必要藥品如有無法繼續製造、輸入或不足供應之虞時，持有該藥品許可證之藥商應向中央衛生主管機關通報；另增訂第48-2條，定明中央衛生主管機關得專案核准特定藥物之製造或輸入。鑒於自嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)疫情以來，全球政經情勢驟變，原料藥供給不穩，且藥品需求上揚，致國內外藥品供應時有緊張情事，中央衛生主管機關為求更為即時掌握必要藥品之供應，以及早提出相關因應措施，穩定藥品之供應，要求必要藥品之許可證持有藥商應定期申報該類藥品之製造、輸入及供應情形；中央衛生主管機關於知悉具有藥品許可證之藥品有供應不足之虞時，得專案核准該藥品或其替代藥品之製造或輸入，有其必要。又為提高於緊急或重大影響公共衛生事件時，藥商申請專案製造或輸入藥品之意願，並為國內藥品供應之均衡，以確保民眾用藥之可近性，宜使中央衛生主管機關得採限制一定藥品供應之範圍、期間、數量、對象、方式或為其他限制措施，另考量重大影響公共衛生事件對特定藥品之需求及參酌實務作業情形，本法部分條文於是有修正之必要。

第27-2條修正的重點在於：原規定只有在「無法繼續製造、輸入或不足供應該藥品之虞」時應向中央衛生主管機關**通報**（期間為「至少於六個月前」）；如「因天災或其他不應歸責於藥商之事由，而未及於前述期間內**通報**」者，應於事件發生後三十日內（例外期限）向中央衛生主管機關**通報**。修正後的**通報義務**仍保留外，新增「應就必要藥品許可證之製造、輸入及供應情形，定期向中央衛生主管機關**申報**」，亦即增加**申報義務**！**通報**為不定期業務，**申報**則是定期業務，應有更完善的授權規定，才不至於淪為文書作業而已…。期待中央衛生主管機關訂定出完善的「**申報**之方式、內容、範圍、期間」規定！

藥事法部分條文修正草案條文對照表

修正條文	現行條文	說明
<p>第二十七條之二 藥商持有經中央衛生主管機關公告為必要藥品之許可證者，應就該許可證藥品之製造、輸入及供應情形，向中央衛生主管機關定期申報。</p> <p>前項藥商如有無法繼續製造、輸入或不足供應該藥品之虞時，應至少於六個月前向中央衛生主管機關通報；如因天災或其他不應歸責於藥商之事由，而未及於前述期間內通報者，應於事件發生後三十日內向中央衛生主管機關通報。</p> <p>第一項申報與第二項通報之方式與內容，及第一項申報之範圍與期間，由中央衛生主管機關公告之。</p>	<p>第二十七條之二 藥商持有經中央衛生主管機關公告為必要藥品之許可證，如有無法繼續製造、輸入或不足供應該藥品之虞時，應至少於六個月前向中央衛生主管機關通報；如因天災或其他不應歸責於藥商之事由，而未及於前述期間內通報者，應於事件發生後三十日內向中央衛生主管機關通報。</p> <p>中央衛生主管機關於接獲前項通報或得知必要藥品有不足供應之虞時，得登錄於公開網站，並得專案核准該藥品或其替代藥品之製造或輸入，不受第三十九條之限制。</p> <p>第一項通報與前項登錄之作業及專案核准之申請條件、審查程序、核准基準及其他應遵行事項之辦法，由中央衛生主管機關定之。</p>	<p>一、修正第一項，為加強監控必要藥品之供應情形，新增必要藥品之許可證持有藥商應定期申報該類藥品之製造、輸入及供應情形，包含現有庫存、過去每月出貨量及未來製造、輸入及供應之規劃。</p> <p>二、現行條文第一項後段移列至修正條文第二項，並酌修文字。</p> <p>三、現行條文第二項移列至第二十七條之三第一項，爰予刪除。</p> <p>四、第三項有關登錄及專案核准之規定，移列至第二十七條之三第三項，爰予刪除；另修正有關第一項申報與第二項通報之方式與內容，及第一項申報之範圍與期間，授權由中央衛生主管機關公告之。</p>

圖一 《藥事法》第27-2條修正案對照表（圖片來源：行政院第3981次會議）

問題②：《藥害救濟法》第3條、第28條修正的重點為何？

解答：為周延藥害救濟範圍，保障民眾用藥權益，使民眾用藥後如發生藥害時能及時依法獲得救濟，並配合《藥事法》部分條文修正草案之修正條文第27-3條第一項及修正條文第48-2條第一項第二款規定，爰擬具《藥害救濟法》第3條、第28條修正草案，修正第3條第二款合法藥物之定義，增訂因應具有藥品許可證藥品有供應不足之虞、因應緊急或重大影響公共衛生情事得專案核准製造或輸入藥品，考量其專案核准製造或輸入亦為因應普遍性醫療需求事件，俾將之納入本法適用藥害救濟制度；另配合《藥事法》部分條文修正草案之修正條文第27-3條第一項之施行日期由行政院定之，爰修正第28條規定，俾本法及藥事法相關規定得自同日施行。（參考「藥害救濟法第三條、第二十八條修正草案總說明」，行政院第3981次會議，民國114年12月04日。）

關於合法藥物：指「領有主管機關核發藥物許可證，依法製造、輸入或販賣之藥物」外，另增訂「或依藥事法第27-3條第一項、第48-2條第一項第二款規定取得專案核准」（修正第3條第二款）。

關於障礙：指「符合身心障礙者保護法令所定障礙類別、等級者。但不包括因心理因素所導致之情形」，文字部分修正「指符合身心障礙者權益保障法相關規定所定身心障礙類別、程度分級者。但不包括因心理因素所導致

之情形」（修正第3條第五款，另為配合《身心障礙者保護法》之名稱業於96年7月11日修正公布為身心障礙者權益保障法，爰修正第五款所引法規名稱，並依該法規定酌作文字修正。）。

關於施行日期，新增第28條第二項：「本法中華民國○年○月○日修正之第三條第二款有關藥事法第二十七條之三第一項規定之施行日期，由行政院定之。」俾修正條文第三條第二款配合藥事法相關規定自同日施行。

問題③：「必要藥品」的制定原則為何？應「定期申報」，意指為何？

解答：《藥事法》第27-2條第一項：「藥商持有經中央衛生主管機關公告為必要藥品之許可證，…」最新是民國114年2月10日公告的清單（衛授食字第1131414562號公告）：包括1.麻醉劑類、2.止痛劑及安寧緩和藥品類…29.新生兒相關藥品類及30.關節疾病相關藥品類，共584項藥品。清單係參照世界衛生組織(WHO)Essential Medicines list之架構，並參考衛生福利部中央健康保險署之特殊藥品清單、國內疾病治療指引、曾向本部通報，並於國內發生不足供應之藥品，及其他經衛生福利部審酌認定之藥品。廠商持有含所述表列成分、劑型及藥理作用之藥品許可證，且未切結不製造、不輸入者，如有無法繼續製造、輸入或不足供應該藥品之虞時，應依《藥事法》第27-2條第一項及必要藥品短缺通報登錄及專案核准製造輸入辦法規定，向衛生福利部食品藥物管

理署通報。（圖二）

食藥署預告修正《藥事法》第27-2條「必要藥品清單」，原本比照世衛每2年修訂，但考量受戰爭等外部情況影響供貨端因素，改為每年修訂。本次清單擴大至597項，針對單一藥廠市占率60%、單一許可證不到3家、又是臨床重要藥品就會列入。近期（註：指民國113年）因為永豐新莊廠停產而導致缺貨的輸液，也在清單之內。（參考「『必要藥品清單』改每年更新本次擴至597項」，薛宜家 林志堅/綜合報導，公視新聞網，2024/9/24；註：公告時共584項藥品，2023年為479項、2020年為398項藥品，亦即必要藥品逐年增加。）



圖二 必要藥品制定原則（圖片來源：食品藥物管理署）


問題④：得「專案核准…」、得「採限制措施…」，意指為何？

解答：新增第27-3條第二項「中央衛生主管機關為預防、因應緊急或重大影響公共衛生事件，得就前項（註：由原第27-2條第二項移列

為本條第一項，即前項）具有藥品許可證之藥品或**專案核准**製造、輸入之藥品，限制其供應之範圍、期間、數量、對象、方式或為其他**限制措施**」。換言之，第一項由現行第27-2條第二項規定移列並酌修文字，以確保具有藥品許可證之藥品有供應不足之虞時，中央衛生主管機關**得予登錄於公開網站**，並**得專案核准**該藥品或其替代藥品之製造或輸入，不受第39條規定之限制。（修正條文第27-3條、圖三）所謂「得」意指可做也可不做，**非法定義務、亦無罰則**！

現行第27-3條第三項有關訂定藥品登錄及專案核准相關事項辦法之授權規定，移列至第三項，並酌為文字修正。所稱「文字修正」、只是新增「**審查程序、審查基準**」…中重複**審查**二字，法律意義不大吧？

第48-2條第一項第二款規定原為因應緊急公共衛生情事之需要（例如嚴重特殊傳染性肺炎），現考量實務上應關注之公共衛生情事，不僅著重於**事件之急迫性**，就**事件本質屬重大者**，更有於其實害結果發生前，防範未然之必要（例如阿米巴性痢疾或隱孢子蟲感染、國人赴黃熱病高風險地區之預防接種需要等），爰修正第一項第二款規定，增訂**因應重大影響**（註：所謂『重大』係不確定的法律概念，恐造成爭議？）公共衛生情事之需要，中央衛生主管機關**亦得專案核准**特定藥品之製造或輸入。另為配合醫療器材已另制定《醫療器材管理法》規範，刪除第一項序文所定「第四十條」有關醫療器材之規定，並將本條「藥

物」均修正為「**藥品**」（註：所稱「藥物」意指「**醫療器材及藥品**」）。（修正條文第48-2條、圖四）

<p>第二十七條之三、中央衛生主管機關對於供應不足之藥品，得登錄於公開網站，並得專案核准該藥品或其替代藥品之製造或輸入，不受第三十九條規定之限制。</p> <p>中央衛生主管機關為預防、因應緊急公共衛生情事，得登錄於公開網站，並得專案核准該藥品或其替代藥品之製造或輸入，不受第三十九條規定之限制。</p>	<p>第二十七條之三第一項、中央衛生主管機關對於供應不足之藥品，得登錄於公開網站，並得專案核准該藥品或其替代藥品之製造或輸入，不受第三十九條規定之限制。</p> <p>第二十七條之三第二項、中央衛生主管機關為預防、因應緊急公共衛生情事，得登錄於公開網站，並得專案核准該藥品或其替代藥品之製造或輸入，不受第三十九條規定之限制。</p>	<p>第一項由現行第二十七條之三第二項規定移列並酌修文字，以確保具有藥品許可證之藥品有供應不足之虞時，中央衛生主管機關得予登錄於公開網站，並得專案核准該藥品或其替代藥品之製造或輸入，不受第三十九條規定之限制。</p> <p>第二項由現行第二十七條之三第一項規定移列並酌修文字，以確保具有藥品許可證之藥品有供應不足之虞時，中央衛生主管機關得予登錄於公開網站，並得專案核准該藥品或其替代藥品之製造或輸入，不受第三十九條規定之限制。</p>
--	--	---

圖三 《藥事法》第27-3條修正案對照表（圖片來源：行政院第3981次會議）

<p>第四十八條之二、有下列情形之一者，中央衛生主管機關得專案核准特定藥品之製造或輸入，不受第三十九條規定之限制：</p> <p>一、為預防、因應緊急公共衛生情事，在國內尚無適當藥品可供供應時。</p> <p>二、因應緊急公共衛生情事之需要。</p> <p>有下列情形之一者，中央衛生主管機關得專案核准特定藥品之製造或輸入，不受第三十九條規定之限制：</p> <p>一、已有可治療該藥品之製造或輸入，但該藥品之供應量不足，且該藥品之供應量不足之原因，係由該藥品之製造或輸入者之生產設備、技術、品質、或供應量不足所致。</p> <p>二、已有可治療該藥品之製造或輸入，但該藥品之供應量不足，且該藥品之供應量不足之原因，係由該藥品之製造或輸入者之生產設備、技術、品質、或供應量不足所致。</p>	<p>第四十八條之二、有下列情形之一者，中央衛生主管機關得專案核准特定藥品之製造或輸入，不受第三十九條規定之限制：</p> <p>一、為預防、因應緊急公共衛生情事，在國內尚無適當藥品可供供應時。</p> <p>二、因應緊急公共衛生情事之需要。</p> <p>有下列情形之一者，中央衛生主管機關得專案核准特定藥品之製造或輸入，不受第三十九條規定之限制：</p> <p>一、已有可治療該藥品之製造或輸入，但該藥品之供應量不足，且該藥品之供應量不足之原因，係由該藥品之製造或輸入者之生產設備、技術、品質、或供應量不足所致。</p> <p>二、已有可治療該藥品之製造或輸入，但該藥品之供應量不足，且該藥品之供應量不足之原因，係由該藥品之製造或輸入者之生產設備、技術、品質、或供應量不足所致。</p>	<p>一、配合醫療器材已另制定《醫療器材管理法》規範，刪除第一項序文所定「第四十條」有關醫療器材之規定，並將本條「藥物」均修正為「藥品」。</p> <p>二、第一項由現行第四十八條之二第一項規定移列並酌修文字，以確保具有藥品許可證之藥品有供應不足之虞時，中央衛生主管機關得予登錄於公開網站，並得專案核准該藥品或其替代藥品之製造或輸入，不受第三十九條規定之限制。</p> <p>三、第二項由現行第四十八條之二第二項規定移列並酌修文字，以確保具有藥品許可證之藥品有供應不足之虞時，中央衛生主管機關得予登錄於公開網站，並得專案核准該藥品或其替代藥品之製造或輸入，不受第三十九條規定之限制。</p>
---	---	---

圖四 《藥事法》第48-2條修正案對照表（圖片來源：行政院第3981次會議）

《「副/福」業回顧》-31

台灣醫療照顧卓越：
感謝日據時代的政策、教育及前輩

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

上一期因為看到網站上，Numbeo公司公布了「2026年全球醫療照顧指數(Health Care Index by Country 2026)」，台灣從2018年下半年開始，到2026上半年，已連續8年（每半年一次）16次蟬聯第一名。雖有些人批評這評估很表面化，不夠嚴謹¹⁻³。另一發表CeoWorld Magazine機構，也有評估全球醫療照顧系統(Countries of Best Healthcare Systems)，這機構最近發表評估的數據，台灣從2022到2025年也是第一名⁴。上期還去找其他醫療機構的評估，一般而言，都很贊揚台灣的醫療照顧，非常有效率，有很好的全民健保，及優越的醫療品質，而且醫療行政費用相當低。

對這些評估，台灣人當然應感到驕傲，這是很難能可貴的光榮。特別提出「難能可貴」，因為只不過在160年前，新醫學（洋醫、西醫）才由來台的歐美醫師，介紹到台灣。當時府城的台灣人，還給第一位來台灣的馬雅各醫師(James L. Maxwell)很大的困擾⁵。除了自傲這很光榮的成就外，覺得我們台灣人，如此幸運及光榮，應感恩最早期來台灣服務的歐美醫師，特別寫這「感恩」的拙文⁵，最主要因為一般人，對早期來台服務歐美醫師的歷史不熟悉。

有位朋友看到拙文後，還特別來信告訴我，說也要感謝1895年佔據台灣50年的日本。那時代日本殖民地政府，推動新醫學政策及建立的醫療、公共衛生（公衛）及教育系統。其

實我們也該感謝，第二次世界大戰結束後，國際的衛生組織以及美國的很多援助。的確對這些國家或組織應多多感謝，本只因為大家對早期歐美人士較不清楚而寫，想不到那朋友一再提醒我，戰後出生的一代，對日據時代的歷史，因語言關係相當陌生。

日據時代台灣醫療，在各方面有重大的改進，因為日本殖民統治台灣，不像上期討論的歐美醫師，以及他們所屬的教會或英國海關機構，沒有行政權。那時代日本的殖民統治台灣，政府有100%實權，不管是醫療、公衛、教育等的政策都可實際推行。更因為是殖民統治的政府，更能嚴格地督促或逼迫被殖民的人民遵守。

日本殖民統治時代

日本早期殖民統治台灣的總督都是軍人，可說是運氣好，1898年的新總督兒玉源太郎，知道自己任務困難，任命後藤新平博士為民政長官。有關此文討論的醫療、公衛、教育等政策，後藤更是實際決策者。日本殖民統治歧視台灣人，並對人民的有差別待遇，幸運的是這些有關醫療的政策及實施，因為後藤來台當了8年的民政長官，反因此留下，值得感謝的好政策及執行，更重要的是，還繼續影響後來。

會決定這些政策及執行並有好結果，可說得益於日本的明治維新經驗，明治維新時，日本全面西化，只不過約三十年，就從一閉鎖國家，躍升為世界強國。醫療、公衛及教育制度，可說大都取經於西方體制，日本以自己西

化的好結果及經驗，再度於第一個殖民地台灣實施。台灣與日本到底不同，後藤新平來台當行政長官就很重要。後藤把台灣清據時代的「消極」政權，超渡成為相當現代化的地方，尤其這期主題的醫療、公衛及教育上。

在搜尋研讀參考文獻時，發現另一有趣的現象。下面會提到日本人的著作文獻，大致都相當強調日本對台灣殖民統治的業績好。西方學者大部分，認為日本第一次的殖民統治台灣，有相當好的成就。同樣地，當我到碩博士論文庫網站⁶，搜尋日據時代的台灣醫療有關的論文，大部分都是有較正面討論。不過發現有篇碩士論文，認為日本的殖民政策，導致台灣人的保健落後及無知，顯然站在不同的立場及觀點，這就是最近很多人講的「意識形態」的不同吧！

為了寫這期這短文，再重新去復習文獻，找日據時代到底為什麼，我們要感謝。日據時代到底提供了什麼，可影響台灣的醫療照顧，於七、八十年後，被評估為卓越甚至世界第一！對台灣在醫療、公共衛生及教育上，日據時代如何有大改進，尤其對以後又有何影響？這題目很大及複雜，從自己過去的研讀及探討，這裡只討論後藤新平及在教育上，日據時代對台灣醫療在當時及以後的影響。

後藤新平醫師統治原則及影響

十幾年前讀過，後藤新平的傳記，大概是楊碧川的著作⁷，對後藤的印象深刻，尤其此文討論有關台灣的醫療體系，他是關鍵人物。



圖一 後藤新平

很同意楊先生這本書的書名的後半，說後藤新平是「臺灣現代化奠基者」。上網搜尋，有不少華文正體字的出版品，在維基百科上還有一正體字的簡明資訊⁸，寫不少後藤在台灣的工作，值得一讀。

後藤新平是醫師，而且有醫療、教育及行政經驗。他很年輕時，就曾任日本愛知縣立病院院長並兼縣立醫學校校長，後來當過日本內務省的衛生局長。他最有名及有意義的是他的「生物學原則」。對統治術，他說必須先用科學方法去調查及重視當地習俗，如設立「台灣慣習研究會」、「地方病及傳染病調查委員會」等，殖民統治要盡量適應當地習俗，而且不能激進，必須要採漸進方法去改變，還要利用人性弱點，讓被統治者滿足，有幸福感而對統治者感恩及臣服。

後藤為實現台灣醫療、公衛及教育政策，去招攬好人才來台灣服務。一是英國人工程師，且任東京帝大教授的巴爾頓(William K. Burton)教授，當衛生工程顧問，設計排水及飲水的衛生工程。他也聘請衛生局的優秀下屬，高木友枝醫師，來台灣主管防疫責任。顯然後藤的殖民統治原則很有效，以後台灣漸穩定，尤其我們此文討論的，是他專門的醫療、公衛及教育，更很快地有好結果。

醫療方面他採用西式(洋式)的新醫療體系，設立公醫制度外，還陸續於各地廣設病院。公醫及病院不只提供人民醫療工作，還須監督及推廣地方的公共衛生，譬如監督公共衛生設備如飲水及下水道，注重傳染病及地方疾病，還要種痘等，甚至協助漸禁鴉片工作。日本佔據台灣後初期混亂開始好轉，由於採用上述後藤的生物學原則，先好好調查瞭解，再以漸進政策改變，台灣社會尤其醫療系統，可說最先上了軌道。

後藤對台灣的新醫學體系，另一最大的貢獻是開始台灣的正式醫學教育。他來台灣最早就提出培養當地台灣人為醫師。台北病院山口秀高院長開始辦理，1897年在台北病院先開辦了「土人醫師養成所」。可是剛設立時，並不順利而且困境重重。有這樣的問題，就是上期強調的，台灣現在有卓越醫療照顧，的確是非常「難能可貴」，新觀念或新體制，不容易馬上被接受。

醫學校開始時的困境

歐美醫師開始以學徒式訓練助手的教育，是使用台灣語言，用拼音(羅馬字)台灣語言。可是日本政府開辦醫師養成所時，想是日本的「國策」，必須使用國語(國語=日語)，不只為推廣日語，以後甚至要同化台灣人為日本人。所以最早的學生，大部分曾在「國語傳習所」學過日語，可是懂日語者，當翻譯或其他行業，薪資很不錯，不太願意再花幾年來讀醫，就是不必學費的公費生，而且有生活補助費，還是非常少人願讀醫，後來只好花錢去招募，以及要求民間人士幫忙找學生。

後藤後來向中央政府提出醫學校計畫，申請到經費，醫學校正式成立。可是最早期學生們，沒有一般的基礎教育，招來的學生素質及日語程度都很有問題，被退學者不少。第一、二屆畢業只有三及一位畢業。幸而於日本佔據台灣兩年後，就開始於各地廣設小學程度的公學校。重視教育，應是提昇醫療照顧很重要因素，後藤的名言中，就有「建設殖民地，首先要考慮的是學校」，他認為比辦醫院還重要，醫院列第三⁸。

所以佔據台灣後，很快地廣在各地設立小學教育的公學校，1903年開始有大量公學校畢業生，日語程度好，而且有小學程度的基礎教育，學生素質提高。以後新醫師的社會地位提高，公學校很多畢業生想進醫學校，開始要考試才能進入，於1905年開始收自費生。到1908年就有399位報考，只錄取8%(33名)的

考生。以後考生漸漸增加，到1919及1920年有一千二百多人報考，1908-1920年醫學校入學考試，其錄取率在只8-13%之間，幾年後就是連公費制度都廢除，學生還是激烈地競爭，想考入醫學校。

日據時代的一般及醫學教育

日據時代對台灣醫療及公衛等的最大貢獻，想是在教育上，討論醫療照顧的卓越，不只是要有醫學及護理等的教育，更要考慮一般教育，如小學、中學及後來的高等學校等的預備教育來配合。在這「副／福業回顧」系列，討論日據時代的影響力時，討論很多的是一般的教育問題^{9,10}。

台灣於清據時代，沒有小學程度或任何基礎教育的學校教育制度。日本佔據台灣後，才開始設立小學程度的學校，1903年台灣普遍有小學程度的畢業生後，最初期醫學教育的入學及學生素質問題才上軌道。根據林吉崇的著作¹¹，轉載自錦繡出版社的《台灣全記錄》，台灣人學齡兒童就學率，於1904年只3.8%（那年在台日本人67.7%），以後慢慢增加，到了1935年是41.5%及1943年71.3%。在台日本人於1920年以後幾乎全部(98.0—99.6%)都上學。日本殖民後台灣將近50年後，就學率才達到71.3%，雖然如此，台灣當時的就學率，曾看過一文獻，說在亞洲，是僅次於日本本土而已的就學率。

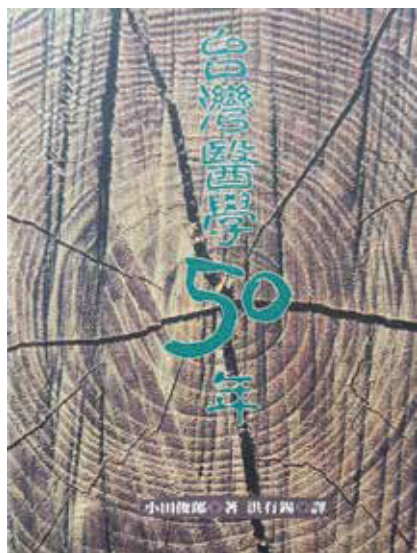
可是較高一級的學校如中學，1915年才開始成立中學讓台灣人就讀。台灣人上中學的人

數，一向比人口只佔台灣人口4.6-6.0%的日本人少。一直到1941-43年台灣人中學生人數才跟日本人一樣⁹。以後台灣的教育漸漸提昇，設立高等學校及大學等高等學府，可是愈高等的教育，台灣人的比率愈少，像台北高等學校總共只有22.5%，台北帝大預科只11%是台灣人¹⁰，台北帝國大學更少。

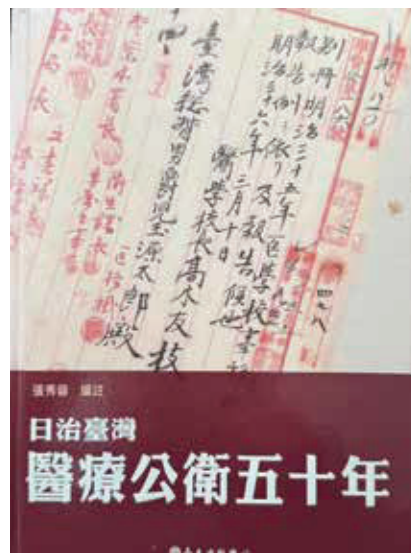
討論上面教育問題，因為討論醫學教育的升級，必須有相當的預備教育。就是因為台灣有了小學及中學，「土人醫師養成所」，才能晉級為正式的醫學校，及再晉級為「台北醫學專門學校」。先有了高等學校，就是為了設立大學醫學部。醫學校的升級是一重要的指標，所以教育是日據時代，對以後醫療照顧卓越，有非常重要的貢獻^{9,10}。

日據時代的醫師養成非常多元化，日據時代較後期的台灣醫師，畢業的島外醫學校的人數，可能超過台灣醫學校¹¹，這也可說是日據時代的貢獻。去島外習醫，不但分佈於日本本土各地，不少還畢業於中國各地，因為日本勢力強大後，在中國陸續成立日語教學的醫學校。在不同時間，到廈門、東北各地及後來的滿洲國，青島、上海等地方，還有些到韓國習醫，甚在極少數幾位，還到英美體系的醫學校如香港醫學院，北京協和醫學院以及到美國讀醫或到歐美各地進修¹²。

台灣人到島外習醫，是增加台灣的醫療資源，而且有更多元的醫師養成，不少是到頂尖的學府，可接受很好的醫學教育，對當時及以



圖二 台灣醫學五十年¹³



圖三 日治台灣醫療公衛五十年¹⁴

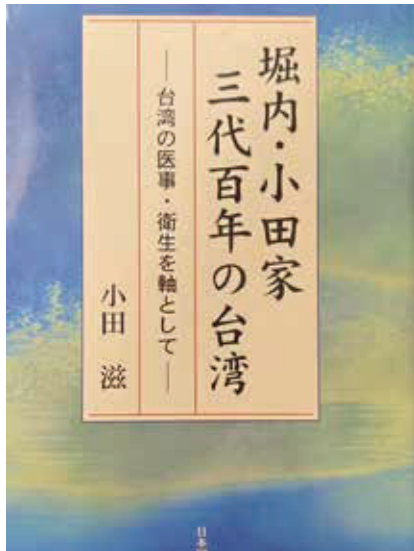
後台灣醫療照顧，應都有大貢獻。在本系列中也提過，自己讀醫時，師長中很多是到島外醫學校畢業的，尤其不少是到頂尖醫學校，接受高素質教育。他們戰後很多回台灣，這當然對台灣醫療有大貢獻，尤其不少後來是戰後醫學校的好教職及研究人才。

有一現象說起來好像很「滑稽」或說很「可笑」，因為在台灣日本人對台灣人歧視或不公平，使有些台灣人很不甘心，寧願到島外接受教育，減少被歧視、侮辱或不公平的待遇¹¹，如上所述，反而對台灣有好處。其實不只到島外求學，曾聽一些在日據時代，一直留在台灣的前輩說，就是因為被日本歧視及不公平的待遇，更加倍努力學習或工作，反而有更多收穫！

日據時代的中後期醫療

以上主要討論日據時代的醫學教育，以及日據時代早期醫療政策制定及實施，此短文無法繼續討論以後的發展。有幾本書，很簡明地寫台灣1895-1945年的醫療，很值得閱讀，這短文無法詳述。第一本是小田俊郎教授的《台灣醫學五十年》，日文原版1974年就出版，不過在台灣看不到，一直到1990年後，有人翻譯成華文版才看到¹³。

另一本丸山芳登的書《日治時期台灣醫療公衛業績》，更早於1957年就出版。看了小田俊郎的譯本後，從序文中才知道這本書。一直找不到，後來發現在張秀蓉教授編輯及於2012年出版的《醫療公衛五十年》¹⁴，一書中就有此書（書中第二部）。這本巨著，還有其他不少資料，譬如丸山跟堀內次雄共同寫的《台灣



圖四 堀内・小田家三代百年的台灣¹⁵

醫事衛生年表》（書中第一部）以及其他日據時代有關醫療及公衛的法規及文獻（書中第三部）。

順便一提，小田俊郎是堀内次雄博士的女婿，小田俊郎的兒子小田滋是有名的國際法律學者及法官。他生在台灣而且讀到台北高等學校畢業。他也著作一本日據時代的台灣醫學史《堀内・小田家三代百年の台湾—台湾の医事・衛生を軸として》¹⁵。手上有的是韓良誠前輩贈送給我的絕版書，不過增補新版已於2012年再出版，雖無華文譯本。他的另一本書，討論跟台灣醫界及法界的書，則有華文翻譯本¹⁶。

上述的這些書，都是日本人的著作，大部分有翻譯本出版，有可能較偏愛日本的說法。從自己的閱讀，以及各書的序言，台灣著名醫學者及醫學史家都肯定，尤其不少是親自或家

人是當年台灣醫界人物，值得參考。台灣有名的醫學史家，如林吉崇、吳文星、陳永興、莊永明、范燕秋、張秀蓉等，都參考這些書，我沒有看到有人發表明顯的質疑。

最前面的第二節討論「日本殖民統治時代」那節，說曾去「台灣碩博士論文資料庫」搜尋⁶，發現有篇碩士論文：《日本殖民主義下台灣衛生政策之研究》¹⁷的摘要，說日本的殖民政策：「導致台灣人的保健落後及無知」等很負面的內容。因無法找到原論文，且未搜尋到有發表此論文的期刊或書籍，不便評論，看來是站在不同的立場及觀點下，或說不同「意識形態」的說法！

不過在自己收藏出版品，發現一本范燕秋教授的碩士論文《日據前期台灣之公共衛生-以防疫為中心之研究》¹⁸，范教授1994年的碩士論文《日本殖民主義下台灣衛生政策之研究》，認為上述的那篇碩士論文「或受限於資料，無論在研究角度或觀點討論上，均存在頗多問題」，後來又在註釋再說一次，那論文「似乎與事實有頗大距離」。

參考文獻

1. 林莞茜：全球醫療照護指數-台灣連8年蟬聯世界冠軍。In Internet：<https://tw.news.yahoo.com/全球醫療照護指數-台灣連8年蟬聯世界冠軍-032113909.html>
2. Health Care Index by Country。In Internet：https://www.numbeo.com/health-care/rankings_by_country.jsp

3. Numbeo。Wikipedia website: <https://en.wikipedia.org/wiki/Numbeo>
4. CeoWorld Magazine- Countries With The Best Health Care Systems. In Internet : <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/best-healthcare-in-the-world>
5. 朱真一：《副/福業回顧》-30 台灣醫療照顧卓越；感恩艱辛的愛開啓者。台北市醫師公會會刊2026; 70(2): 72-7。
6. 台灣碩博士論文知識加值系統。In Internet: <https://ndltd.ncl.edu.tw>
7. 楊碧川：後藤新平傳：臺灣現代化奠基者。1996; 一橋出版社，台北市。
8. 後藤新平。Wikipedia website : <https://zh.wikipedia.org/zh-hant/後藤新平>
9. 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。
10. 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。
11. 林吉崇：台大醫學院百年院史（上）-日治時期（一八九七~一九四五年）。1997; 國立台灣大學醫學院，台北市。
12. 朱真一：《副/福業回顧》17-22日據時代的醫學教育(3)-(8)。台北市醫師公會會刊1)2025; 69(1): 72-6; 2)2025; 69(2): 80-6; 3)2025; 69(3): 80-4; 4)2025; 69(4): 82- 7; 5)2025; 69(5): 73-7; 6)2025; 69(6): 79-84。
13. 小田俊郎（洪有錫譯）：台灣醫學五十年。2009; 前衛出版社，台北市。
14. 張秀蓉：日治臺灣醫療公衛五十年。2012; 國立台灣大學，台北市。
15. 小田滋：堀内・小田家三代百年の台湾一台湾の医事・衛生を軸として。2002，近代文芸社，東京都。
16. 小田滋（洪有錫譯）：見證百年台灣一堀内、小田兩家三代與台灣的醫界、法界。2009; 玉山社，台北市。
17. 謝振榮：日本殖民主義下台灣衛生政策之研究。1989; 文化大學日文研究所碩士論文，台北市。
18. 范燕秋：日據前期台灣之公共衛生-以防疫為中心之研究(1895-1920)。1994; 國立台灣師範大學歷史研究所碩士論文，台北市。🇺🇸

重要政令轉知會員

疾病管制署重申提供民眾愛滋病毒篩檢，經當事人知情同意形式可採口頭方式辦理

臺北市政府衛生局

114.12.19 北市衛疾字第1143162171號

受文者：台北市醫師公會

主旨：函轉衛生福利部疾病管制署重申提供民眾愛滋病毒篩檢，經當事人知情同意形式可採口頭方式辦理，請貴院（所）配合辦理，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部疾病管制署（下稱疾管署）114年12月18日疾管慢字第1140300955號函辦理。
- 二、依據「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」第15條第4項規定，醫事人員除依第11條第1項規定外，應經當事人同意及諮詢程序，始得抽取血液進行HIV檢查。前述同意及諮詢程序包含檢驗前資訊及檢驗後諮詢，且同意程序可採口頭方式辦理，貴院（所）若有需要亦可於院內系統或病歷設定勾選或記載「醫事人員已向民眾說明，經口頭同意接受HIV檢驗」等類似紀錄。
- 三、請貴院（所）檢視內部HIV檢驗程序，並進行非必要行政限制的調整，相關資訊可至疾管署全球資訊網(<https://www.cdc.gov.tw>)之傳染病與防疫專題/傳染病介紹/第三類法定傳染病/人類免疫缺乏病毒（愛滋病毒）感染/重要指引及教材/愛滋防治工作手冊/第貳章-HIV檢驗及諮詢服務項下查閱。
- 四、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。📄

國民健康署製作「代謝症候群防治」宣導影片，請協助推廣並利用

臺北市政府衛生局

114.12.24 北市衛健字第1143162078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為提升民眾對代謝症候群防治之重視，製作「代謝症候群防治」宣導影片，請協助推廣並多加利用，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部國民健康署114年12月18日國健慢病字第1140661230號函辦理。
- 二、旨揭影片已置於健康署健康九九+網站之慢性病防治館及YouTube頻道（連結：<https://wooo.tw/bMUGcH8>）。
- 三、副本抄送台北醫師公會、台北市營養師公會及台北市護理師護士公會，協請轉知所屬會員知悉。
- 四、本文相關訊息刊登於本會網站。📄

衛生福利部為配合再生醫療法施行與銜接細胞治療技術管理相關規定


臺北市政府衛生局

114.12.26 北市衛醫字第1143162063號

受文者：台北市醫師公會

主旨：轉知衛生福利部為配合再生醫療法施行與銜接細胞治療技術管理相關規定，請查照。

說明：

- 一、依衛生福利部114年12月18日衛部醫字第1141671522號函辦理（如附件）。
- 二、依據再生醫療技術及指定製劑管理辦法第12條規定辦理。
- 三、有關「再生醫療技術執行計畫申請須知」、「再生醫療細胞操作許可申請須知」、「再生醫療細胞保存庫申請須知」、「再生醫療技術申請計畫書（格式）」及「再生醫療技術-細胞製造管制資料（格式）」（以下併稱新版格式）已公布於本部細胞治療技術資訊專區，可自行下載運用。
- 四、於再生醫療法施行前，衛生福利部已受理之申請案件，無須調整計畫書格式（若已調整為新版格式亦可）；申請所檢附資料不全者不予受理。再生醫療法施行後，請以新版格式提送相關申請。
- 五、為強化再生醫療法與細胞治療技術之銜接管理，「再生醫療技術申請平台」於115年起不受理案號非115DOMA○○○之新申請案件。
- 六、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。

國民健康署修訂之「『C型肝炎抗體檢驗結果、C型肝炎-核糖核酸類定量擴增試驗』檢驗結果補上傳及成人預防保健C型肝炎抗體陽性者轉介檢驗C型肝炎-核糖核酸類定量擴增試驗補助費支付作業」

中華民國醫師公會全國聯合會

114.12.30 全醫聯字第1140001681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修訂之「『C型肝炎抗體檢驗結果、C型肝炎-核糖核酸類定量擴增試驗』檢驗結果補上傳及成人預防保健C型肝炎抗體陽性者轉介檢驗C型肝炎-核糖核酸類定量擴增試驗補助費支付作業」，請查照。

說明：

- 一、依衛生福利部國民健康署114年12月19日國健慢病字第1140661235號函辦理。

二、配合該署114年8月1日起擴大成人預防保健服務之B、C型肝炎篩檢對象，包含民國75年（含）以前出生未滿45歲者，爰據以修正旨揭支付作業第五點經費核付方式之第2項為包含成健C肝抗體檢驗陽性個案（醫令代碼L1001C或醫令代碼L1002C），詳如附件。

三、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。🌐

中央健康保險署為確保健保資源合理運用，保障良善醫事服務機構正當申報醫療費用，檢送健保違規宣導案例計2則

中華民國醫師公會全國聯合會

114.12.31 全醫聯字第1140001698號

受文者：台北市醫師公會

主旨：轉知衛生福利部中央健康保險署為確保健保資源合理運用，保障良善醫事服務機構正當申報醫療費用，檢送健保違規宣導案例計2則，請協助轉知會員正確申報健保費用，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部中央健康保險署114年12月26日健保企字第1140682927號函（附件）辦理。
- 二、在健保總額資源有限的情況下，杜絕醫療資源浪費及詐領健保之不法行為是健保當前重要目標，經彙整近期查獲之健保違規案例，請協助轉知會員應覈實申報醫療費用，切莫不實虛報，以免觸法。
- 三、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。🌐

國民健康署114年第3季「各縣市C肝消除進度統計分析報表」，請加強C肝防治相關工作

臺北市政府衛生局

115.01.07 北市衛健字第1153060617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114年第3季「各縣市C肝消除進度統計分析報表」，請貴單位加強C肝防治相關工作，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部國民健康署115年1月5日國健癌字第1140361546號函辦理。
- 二、為達成2025消除C肝目標，請貴院加強下列對象C肝抗體篩檢率、C肝抗體結果上傳率、C肝病病毒量檢驗率、C肝病病毒量結果上傳率及C肝口服新藥或干擾素治療率：

- (一) 透析病人（不限年齡）。
- (二) HIV病人（不限年齡）。
- (三) 美沙冬替代療法（2006~2024年曾接受治療者）。
- (四) 沙冬替代療法（2022~2024年曾接受治療者）。
- (五) 糖尿病醫療給付改善方案（45~79歲）。
- (六) 初期慢性腎臟病醫療給付改善方案（45~79歲）。
- (七) Pre-ESRD病人照護與衛教計畫（45~79歲）。

三、旨揭報表置於雲端提供下載運用（網址：<https://reurl.cc/bmKmGv>）。

四、本文相關訊息刊登於本會網站。

疾病管制署因應兒童常規疫苗、成人肺炎鏈球菌疫苗及流感疫苗接種處置費自115年3月1日起調整每月依全國性預防接種資訊管理系統(NIIS)核算核付

中華民國醫師公會全國聯合會

115.01.07 全醫聯字第1150000002號

受文者：台北市醫師公會

主旨：衛生福利部疾病管制署因應兒童常規疫苗、成人肺炎鏈球菌疫苗及流感疫苗接種處置費自115年3月1日起調整由衛生福利部疾病管制署每月依全國性預防接種資訊管理系統(NIIS)核算核付，請轉知會員依修訂之接種處置費補助作業計畫（附件）辦理，請查照。

說明：

- 一、依衛生福利部疾病管制署114年12月29日疾管防字第1140201156號函副本辦理。
- 二、本會於114年1月14日以全醫聯字第1140000056號函覆衛生福利部疾病管制署所詢調整流感疫苗接種處置費核付方式提供意見略以：如衛生福利部疾病管制署就流感疫苗處置費改採NIIS核付方式，請衛生福利部疾病管制署比照現行健保署代支代付費用之時程，於資料上傳後15天內支付醫療院所90%費用，剩餘10%費用得待衛生福利部疾病管制署資料審核完畢後，於申報60天內支付。惟衛生福利部疾病管制署回復，依該署規劃於次月5日結算前月醫療院所於NIIS上傳之接種資料，加計健保署辦理委託代辦案件之必要行政作業時間，自接種資料上傳起至費用撥入醫療院所帳戶，共約需3週至2個月，故難依本會建議核付時程辦理。
- 三、旨揭重點如下：
 - (一) 衛生福利部疾病管制署公布有關公費疫苗接種處置費，6歲以下（接種日未滿7歲）幼兒每劑次調升為新臺幣200元，其餘接種對象調升為新臺幣150元，暫定自115年3月1日起

（依接種日期）實施。

- (二) 衛生福利部疾病管制署考量現行之疫苗接種處置費，除新冠疫苗及M痘疫苗外，係採併同其他醫療費用向衛生福利部中央健康保險署（下稱健保署）申報核付，對於異常申報資料之事後檢核困難，致影響追扣或補付作業；又，衛生所需將接種資料登錄於NIIS並另行製作上傳接種處置費申報資料，造成多重作業負擔。為增進接種處置費核算正確性及時效性，爰自115年3月1日起（依接種日期），旨揭疫苗接種處置費改由衛生福利部疾病管制署每月依NIIS核算核付清冊，函送健保署核付費用，取消原有申報作業。
- (三) 衛生福利部疾病管制署檢送修訂之「兒童常規疫苗、成人肺炎鏈球菌疫苗、新冠疫苗及流感疫苗接種處置費補助作業計畫」（114年12月更新版）1份，修訂內容並已配合自115年1月15日起成人肺炎鏈球菌疫苗接種政策轉換新增20價結合型肺炎鏈球菌疫苗(PCV20)相關規定，請接種單位配合辦理下列事項：
1. 115年3月1日（含）後接種之兒童常規疫苗、成人肺炎鏈球菌疫苗及流感疫苗劑次，同新冠疫苗作業模式，僅需上傳/登錄接種紀錄至NIIS，無需進行申報。
 2. 115年2月28日（含）前接種之兒童常規疫苗、成人肺炎鏈球菌疫苗及流感疫苗劑次，於健保署規定之申報期限內，仍依原作業流程進行申報。
 3. 115年1月15日（含）至115年2月28日（含）接種於「成人公費肺炎鏈球菌疫苗接種計畫」公費對象之PCV20，請以藥品代碼「K001268206」向健保署申報。
 4. 請接種單位分階段儘速完成診間資訊系統之相關程式調整並預作準備，於115年1月15日前完成新增PCV20之藥品代碼，並針對就醫日期為115年3月1日（含）後，取消醫令代碼「A2051C」、「A3001C」及「A2001C」之申報作業。

四、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。📄

衛生福利部訂定發布「再生醫療同意書內容」

中華民國醫師公會全國聯合會

115.01.07 全醫聯字第1150000010號

受文者：台北市醫師公會

主旨：轉知衛生福利部訂定發布「再生醫療同意書內容」，請查照。

說明：

一、依據衛生福利部115年1月2日衛部醫字第1141672014C號函辦理。

二、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。📄

衛生福利部公告發布「再生醫療倫理規範」、「醫療機構申請執行再生技術治療危及生命或嚴重失能之疾病，且國內尚無適當之藥品、醫療器材或醫療技術及應遵行事項」、「執行再生醫療之醫師資格規範」、「再生醫療技術不良反應致重大傷害或死亡之救濟措施應遵行事項」


中華民國醫師公會全國聯合會

115.01.07 全醫聯字第1150000009號

受文者：台北市醫師公會

主旨：轉知衛生福利部公告發布「再生醫療倫理規範」、「醫療機構申請執行再生技術治療危及生命或嚴重失能之疾病，且國內尚無適當之藥品、醫療器材或醫療技術及應遵行事項」、「執行再生醫療之醫師資格規範」、「再生醫療技術不良反應致重大傷害或死亡之救濟措施應遵行事項」，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部115年1月2日衛部醫字第1141671851C號函辦理。
- 二、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。

衛生福利部「再生醫療廣告與招募廣告管理系統」已於115年1月1日上線事宜


臺北市政府衛生局

115.01.19 北市衛醫字第1153063403號

受文者：台北市醫師公會

主旨：轉知衛生福利部「再生醫療廣告與招募廣告管理系統」已於115年1月1日上線事宜，請查照。

說明：

- 一、依衛生福利部115年1月13日衛部醫字第1151660360號函辦理。
- 二、本文相關訊息刊登於本會網站。

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
115.03.27	兒科常見血液疾病	丁詠恬
115.04.10	內視鏡胃內縫合術	賴建翰
115.04.17	兒童睡眠呼吸障礙	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	抗生素使用的新思維	林邑璉
115.06.05	結石怎麼來、怎麼治：泌尿系統結石的全程管理	陳嘉宏
115.06.12	急性中毒的血液淨化治療	楊智宇
115.06.26	藥物疹面面觀—從常見反應到癌症免疫治療新挑戰	施怡賢

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