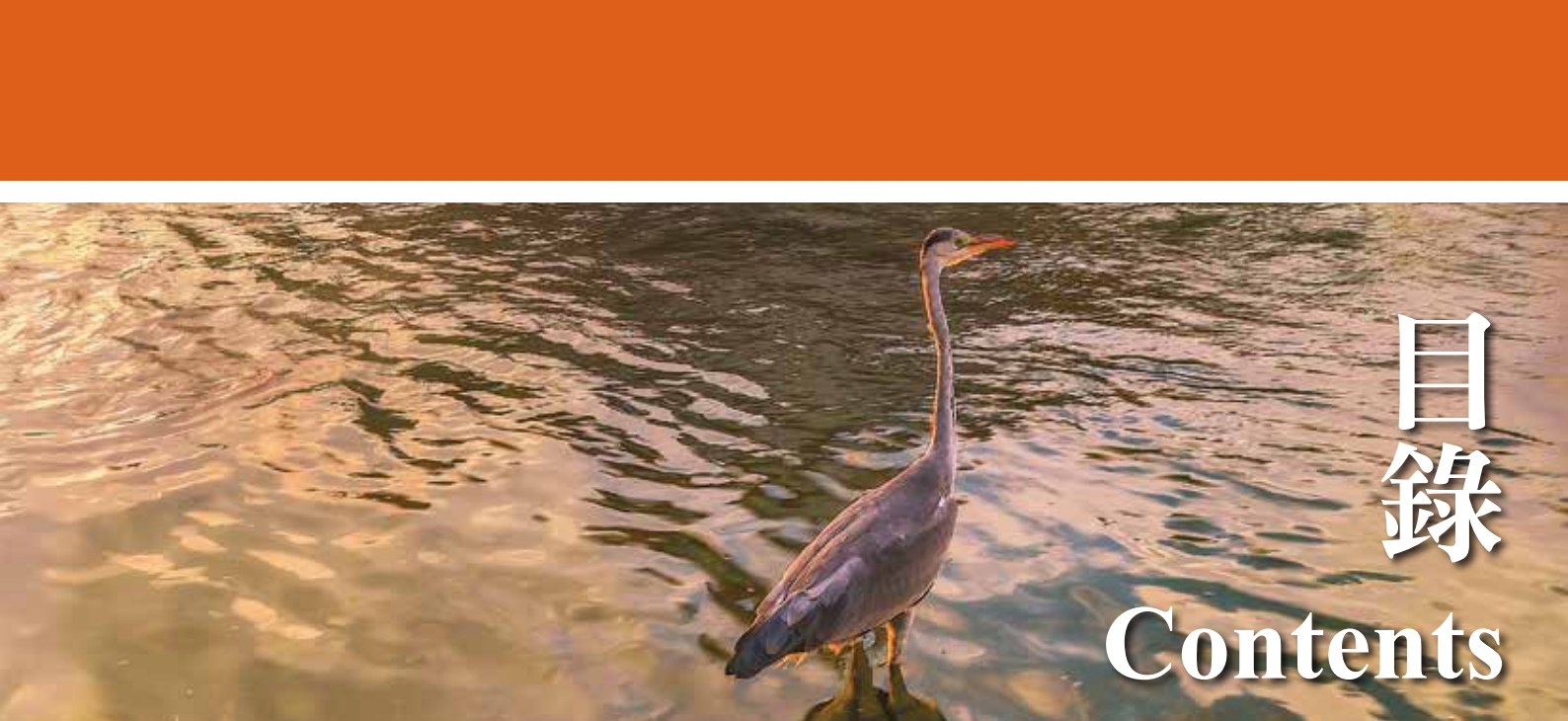




台北市醫師公會會刊

- 人工智慧新時代，全方位麻醉風險評估輔助系統
- 簡介重粒子放射治療
- 從PCOS到PMOS：一項影響1.7億女性健康疾病的全球更名共識





目錄

Contents

監事會召集人的話	從東門到東區，80年歲月軌跡，演進100年 歷史榮耀的台北市醫師公會	劉秀雯	2
會務公告	台北市醫師公會第廿一屆會員代表名單		4
會議紀錄	理監事聯席會會議紀錄		6
醫事法律	代理教師—高雄高等行政法院地方庭112年度 巡簡字第3號判決評析	葛 謹	26
學術專論	人工智慧新時代，全方位麻醉風險評估輔助系統	廖文璋、張正熹、李慕容	36
	簡介重粒子放射治療	吳元宏、胡育文、黃品逸、 賴宜君、賴姿妤、康鈺玫、 楊婉琴、林佑蓉、蕭正英、 王令璋、藍耿立、劉裕明	43
	從PCOS到PMOS：一項影響1.7億女性健康 疾病的全球更名共識	鄭博仁	52
活動報導	115年度游泳賽成績		58
	杉林溪森林生態渡假園區～森呼吸二日遊活動報導	林芝馨	60
活動預告	網球聯誼賽		63

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：吳岱穎
本期副執行編輯：溫素瑩

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

2026年9月15日

Journal
of Taipei
Medical
Association

P.4

P.36

P.65

P.74

P.85

籃球聯誼賽

64

會員園地

服務欄

65

開懷篇

陳志鑫

66

攝影秀一波羅的海三小國之二 拉脫維亞

林隆煌

67

杏林隨筆

有些孩子，不是比較晚來

李毅評

69

而是爸爸媽媽走了很長一段路，才終於等到他

當醫療褪去科技的衣裳

姚雅馨

71

生活醫療法律

醫療法律生活化系列(165)

李志宏

74

健保特約醫事服務機構—結餘來源？

醫林特稿

讀《80歳の壁》有感；請醫學專家多評論(2)

朱真一

85

醫政公文

重要政令轉知會員

91

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 25 · 家扶基金會 35 · 勵馨基金會 57

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：蒼鷺

中正紀念堂的廳院，在黃昏的霞光下，顯得格外古典、美麗，雖未在光華池留下絳影，卻讓蒼鷺在餘霞中一枝獨秀。

作者：吳國鈞

服務院所：尹書田醫療財團法人
書田泌尿科眼科診所

從東門到東區，80年歲月軌跡，演進100年歷史榮耀的台北市醫師公會

新光醫院眼科 劉秀雯

一一二年十月十五日選出第廿屆理監事之後，公會旋即開始運作。很榮幸的，我受監事們的支持，當選監事會召集人一職，與這一屆的常務監事、監事們共同監督理事會會務的進行以及財務規劃運用的合宜、合法性，也因此發揮眼科專業醫師的洞燭機先的能力，與監事們攜手行使監督的角色。

時光荏苒，三年的任期轉眼即將屆滿，驀然回首，這三年可說是相當忙碌且有意義的日子，我們攜手經歷並完成幾件大事。

首先是購屋，起心動念乃是本會會員人數與日俱增，辦公室使用空間不足，無法提供更現代化且多功能的空間，逃生梯安全問題也一直無法解決，危及會員和會務人員的安全；為了正視這些問題，遂於第一次理監事聯席會在洪德仁理事長的大力支持下，成立本屆購屋評估小組，並推舉由我擔任小組召集人。甫一上任，即被委以重任，雖有購買眼科醫學會會館的經驗，應該可以駕輕就熟；但購屋以億元計，對公會而言事關重大，非同小可。因此戰戰兢兢，如臨深淵、如履薄冰，一直到塵埃落定，忐忑不安的心情才得以放下。

購屋最重要除了地點和屋況，財務風險評估及空間規劃也是重點；以監事會的立場，一切過程必須謹守法源。首先，由小組挑選物件、製作財務規劃與風險評估後，提到理監事聯席會及代表大會通過，經過代表大會授權購屋，方才決定在東區的安和會館這個物件。至於付款方式也聽取專家意見，兼顧資金運用效率及交易安全，先向玉山銀行申辦貸款，於會

館完成交屋後即還清貸款，合法完成購屋程序。在會館裝潢過程，對室內裝潢很有興趣的我親力親為、竭盡所能，希望提供會員洽公更舒適安全的環境，讓來洽公會員或訪客對我們整體環境讚譽有加。去(114)年九月十三日舉行安和會館啟用典禮，除了部會首長及相關醫事團體蒞臨外，賴清德總統也親臨啟用儀式；新會館如期完成可說是送給公會八十週年最珍貴的禮物。值得一提的是，為懷念並感恩當年前輩購置會館籌措資金的辛勞，所以並未賣掉東門的信義會館「祖產」；今年也很順利出租給同棟之補習班，讓公會又有穩定的收入；相信這是在監事會對財務的監督下，對公會最大的貢獻。

為紀錄本會成立八十週年走過的足跡，製作八十週年紀念專刊、舉辦安和會館啟用典禮、舉辦公益藝術展。藝術展的作品是多位醫師藝術家提供珍藏之作，完成這場心靈與視覺的饗宴。畫作在安和會館及八十週年醫師節慶祝大會中展出，希望藉此凝聚社會各界的認同與支持，為免浪費，將舉辦活動各界贈送花卉轉成花禮，傳遞杏林春暖，守護弱勢族群，是這一屆值得一書的善舉。

編撰八十週年紀念專刊期間，經臺灣歷史學會協助史料考證，確認更早於大正十五年（1926年）由臺灣本島人醫師成立「臺北市醫師會」，為完整呈現本會發展之歷史脈絡及臺灣醫療發展過程扮演的角色，正本清源，今年（2026年）是本會正式邁入創會的100週年。百年是一個跨世紀的里程碑，為讓100不

只是數字的呈現，而是有意義的演進，特別以「百年風華・傳承永續」為序幕，邀請當今傑出醫者，舉辦一系列學思演講，從一一四年六月十四日首場至一一五年六月八日最終場，共舉辦廿一場，廿四位醫者共襄盛舉。演講已然告一段落，大師們的精采人生歷程與智慧，足以成為年輕後輩的風範，演講精髓也將彙編成冊，各場次影音也完整呈現放在YouTube上流傳，為學思演講畫下完美句點，留下永恆紀錄。

不管是80週年還是100週年，第20屆理監事都躬逢其時，共同完成難得的盛事，為公會歷史留下新頁。

另外，為活化公會資產，經理事會支持成立外幣定存小組，小組在彭瑞鵬召集人帶領下，謹慎討論並請專業團隊分析美元走勢等狀況後，決定突破本會以往只有台幣定存的規範，在不影響公會運作下，建議以2,000萬台

幣換匯成美元定存。因此在理監事聯席會中通過並且在美元定存利率高點時存入新台幣2,000萬元至今，在每年美元定存到期前，小組彭召集人都會邀集財經專家提供意見，決定是否續存美元，不餘遺力保護公會資金，至今其價值已達新台幣約2,200萬。在監事會監督下，置產購屋、信義會館租金收入、美元定存豐厚的利息，都可說是活化公會資產，相對穩當所得到的最佳利益。

第廿屆監事會仍承襲歷任監事會精神，克盡職守，確實監督、監察、了解理事會業務，明察財務、財產狀況；也許做過的事，只是雪泥鴻爪，但走過必留下痕跡，相信這三年監事會不負12,500多名會員的託付，與理事會在監督與合作中共生共榮。也期許第廿一屆的監事會能與理事會再攜手帶領台北市醫師公會邁向嶄新的新紀元。✪



台北市醫師公會

第廿一屆會員代表名單

第一分區（中山、士林、北投）

楊境森	洪德仁	周賢章	何叔芳	柯敦仁	陳松澤	范文和	葉立凡	蕭繁雄	黃信得
詹益祥	高全祥	林怡君	張凱忻	呂嘉順	王敦正	黃麒銓	鄭主敬	莊宇龍	陳獻明
王東方	朱柔澍								

第二分區（大同、中正、萬華）

粘曉菁	張孟源	劉漢宗	蔡德祥	周建洪	周裕清	張朝凱	羅源彰	鄭維理	蔡明勳
周正成	李志宏	蘇登煌	盧韋廷						

第三分區（大安、信義、文山）

張育驍	王剴鏘	陳美齡	陳渝仁	洪佑承	蔡秀媛	盧異光	康宏銘	石賢彥	馬大勳
蔡有成	林應然	林儒廷	方榮煌	李平	呂宥萱	宋奉宜	胡自得	鄭天宇	蕭瑞麟
陳啟明	黃毓龍	林杏青	施振甫	黃文香	鄺愉心	黃啟彰	嚴敏心	歐又齊	蕭裕泉

第四分區（松山、內湖、南港）

王貞乃	陳志鑫	許文龍	詹前俊	蔣世中	江崇萍	吳慶南	黃國欽	王建人	林志聖
李家祥	王存福	李士虹	顏鳳麟						

第五分區（臺大醫院）

余忠仁	朱家瑜	何奕倫	何肇基	王景淵	王宗道	黃博浩	程劭儀	陳彥元	虞希禹
林至芃	周迺寬	黃國晉	林頌然	張維典	盧彥伸	黃俊達	吳經閔	姚建安	詹其峰
鄭建興	闕士傑	王廷明	張志豪	黃獻樑	張皓翔	陳慶餘	許巍鐘	江建勳	陳文翔

第六分區（榮民總醫院）

胡啟民	羅景全	唐德成	黃柏勳	李重賓	曾令民	李偉強	鄭浩民	陳怡仁	傅中玲
丁乾坤	蘇宇平	蔡昕霖	梁仁峯	白雅美	黃逸修	黃文成	張世慶	周中偉	楊盈盈
黃獻嘯	林明慧	鄭玫枝	張豐基	蔡傑智	葉建甫				

第七分區（三軍總醫院）

蔡宜廷	王毓淇	陳元皓	黃天祐	陳思州	林康	陳登偉	曾元生	黃才旺	楊雅頌
吳永燦	林錦生	吳家兆	戴明燦	李俊泰	林建銘	陳韋良	廖文翊	謝嘉娟	

第八分區（馬偕醫院）

王有利	李君儀	楊博勝	劉昌邦	許希賢	呂宜興	郭立國	張文瀚	王瀛標	徐堅棋
簡定國	蔡維德								

第九分區（新光醫院）

高尚志	葉建宏	張藏能	林育賢	黃建賢	穆淑琪	張益誠	劉秀雯	呂明仁	蔡育倫
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

第十分區（國泰醫院）

蔡明松	簡志誠	林世昌	王拔群	侯紹敏	黃宏	陳健驊	邱銘煌	孫維仁	
-----	-----	-----	-----	-----	----	-----	-----	-----	--

第十一分區（萬芳醫院）

吳姿宜	林永國	李枝新	張智翔	溫玉清	張渭文	楊智皓	劉恆維		
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	--	--

第十二分區（台北醫學大學附設醫院）

王偉	陳錫賢	黃群耀	邱昭華	施俊明	張君照	侯甚光	魏柏立	黃聰仁	張詩鑫
----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

第十三分區（振興醫院）

殷偉賢 林華卿 張忠毅 陳光國 陶 偉 馬筱笠

第十四分區（和信治癌中心醫院）

華皇道 施志勳 郭澤名

第十五分區（臺安醫院）

韓昌旺 林毅欣

第十六分區（長庚醫院）

黃集仁 羅良明

第十七分區（三總松山分院附設民診處）

簡嘉良

第十八分區（臺北市立聯合醫院-仁愛院區等）

林志陵 王懋哲 許文章 賴建仲 蔣智宏

第十九分區（臺北市立聯合醫院-中興院區等）

江碩儒 王智弘 謝宗保

第廿分區（臺北市立聯合醫院-陽明院區等）

邱逸淳 陳良城

第廿一分區（臺北市立聯合醫院-忠孝院區等）

何清幼 邱婷芳

第廿二分區（臺北市立聯合醫院-和平婦幼院區等）

陳怡龍 張芳維 王建淳

第廿三分區（臺北市立聯合醫院-松德院區等）

黃名琪

第廿四分區（臺大醫院兒童醫院）

李旺祚

第廿五分區（馬偕兒童醫院）

紀 鑫 陳治平

第廿六分區（會員不足50人之醫院）

林水龍 李龍騰 江國棟 鄭凱仁 曹玉婷 林怡玟 陳世宜

第廿七分區（西園醫院）

孫建偉

第廿八分區（臺大醫院癌醫中心分院）

吳耀銘 許峯銘 吳尚俊

第廿九分區（中山醫院）

朱益宏

第卅分區（中心綜合醫院）

李瑞華

理監事聯席會會議紀錄

期別：第二十屆第十六次

時間：一一五年六月十日（星期三）下午一時

地點：台北市醫師公會十六樓會議室（實體暨視訊）

理事出席：洪德仁、周迺寬、林應然、周賢章、詹前俊、劉漢宗

理事視訊：侯明志、簡志誠、殷偉賢、張文瀚、李偉強、蔡有成、黃國晉、黃集仁、黃聰仁、黃國欽、孫建偉、周裕清、曾令民、邱展賢、詹益祥、洪佑承、程劭儀

理事請假：蔡建松、陳作孝、蕭勝煌、李龍騰

監事出席：劉秀雯、張孟源、陳美齡

監事視訊：許希賢、婁培人、洪乙仁、蔡景耀、盧異光、陳獻明

列席：邱泰源榮譽理事長、李明濱顧問、彭瑞鵬顧問（視訊）、高尚志召委

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

現場出席的邱榮譽理事長、李顧問、劉監事長、各位理監事及高召委，以及線上出席的各位常務理監事、理監事，大家午安。歡迎大家出席今天的理監事聯席會議。

過去幾個月來，在全體理監事、各位召委及會務同仁共同努力下，公會各項會務推動都相當順利。特別是「百年風華・傳承永續」

系列大師演講，本週一邀請臺大醫院余忠仁院長演講，為整個系列畫下圓滿句點，不僅獲得會員熱烈迴響，也為公會百週年留下珍貴的知識資產。接下來，我們正積極籌備，將於九月十三日在國防醫學大學舉辦百年專刊新書發表會，並邀請本系列演講的所有講者共襄盛舉。目前已與總統府接洽，期盼屆時賴總統能蒞臨致詞，共同見證台北市醫師公會百年歷史的重要時刻。目前活動內容及流程仍持續規劃中，待整體安排確認後，將正式通知各位，也誠摯邀請各位理監事踴躍撥冗出席。

本屆理監事任期即將屆滿，我們已規劃於七月二十五日至二十六日前往南投日月潭及臺中舉辦二天一夜的理監事聯誼活動，作為本屆任期的溫馨句點。第二天中午也邀請姐妹會臺中市醫師公會，以及大臺中醫師公會舉行聯誼交流，增進彼此情誼，報名情形十分踴躍。在此，我要誠摯感謝所有理監事及幹部三年來的付出與奉獻。今天會議也將討論換屆改選的相關選務議案，期盼各項選務都能依法順利完成，讓公會的服務精神得以持續傳承，會務穩健接軌，持續向前邁進。

今年適逢創會百週年，我們也順利完成與日本大阪府醫師會的交流，雙方針對慢性病預防保健及長期介護保險制度議題進行討論交換意見，收穫豐碩。我也要特別感謝邱榮譽理事長一同前往大阪府醫師會交流，並於交流期間提供許多寶貴的指導與建議，使此次交流更加順利圓滿，成果豐碩。同時，我們也規劃於醫師節慶祝大會期間，邀請日本及韓國姊妹會來

台參與本會舉辦的百週年暨醫師節慶祝大會，並舉辦台日韓醫療、長照及公共衛生等多元議題交流座談會，持續拓展公會的國際視野，攜手迎向下一個百年的發展。

最後，我再次強調，公會是一個溫暖且友善的工作環境。我們歡迎二度就業人才，也歡迎具有豐富經驗的資深前輩加入行政與深耕計畫專案團隊，讓不同世代共同合作、彼此傳承，共同為「健康台灣」的願景貢獻心力。以下為近期推展業務書面議程，理監事如需補充，歡迎踴躍提出。

(一)「百年風華・傳承永續」系列演講已於六月八日由台大醫院余忠仁院長完成最後一場專題演講。為延續百年慶典成果，預計於九月十三日（星期日）假國防醫學大學舉辦「百年風華・傳承永續」感恩茶會暨《百年專刊》新書發表會，並規劃邀請賴清德總統蒞臨指導。活動除回顧本會百年發展歷程與重要貢獻外，亦象徵邁向下一個百年的嶄新起點，深具歷史意義。敬請各位理監事踴躍撥冗出席，共襄盛舉，一同見證本會百年榮耀與永續傳承的重要時刻。

(二)本屆任期即將劃下圓滿句點，為感謝理監事三年來對本會會務發展之熱心參與與鼎力支持，規劃於七月二十五日至二十六日前往南投日月潭地區舉辦理監事二日自強活動，並安排於第二天中午與姐妹會台中市醫師公會，以及大臺中醫師公會餐敘交流，截止報名共有42名理監事及會務人員

報名參加，報名情形踴躍。

(三)本會第二十屆會員代表任期將於一一五年十月屆滿，第二十一屆會員代表登記作業自六月九日起受理，至六月十八日截止。候選人號碼抽籤訂於六月二十四日下午假公會中會議室辦理，敬請各位理監事踴躍登記參選。另，第二十一屆會員代表選舉投票通知書，將由秘書處於彙整候選人名冊後辦理印製，並預計於六月底前併同選舉投票通知函寄發全體會員，以利後續選舉作業順利進行。

(四)五月二十一日訪問日本大阪府醫師會姊妹會，報名作業已順利完成，醫師幹部及眷屬共約二十餘人一同前往，我們將於抵達大阪首日，與桃園市醫師公會和大阪府醫師會共同舉辦「長期照護與健康政策交流座談暨歡迎晚宴」，此次交流將以「健康促進與長期照護政策」為主軸，就台日制度面與實務運作進行雙向交流與經驗分享。期望透過此次正式座談互動，鞏固姊妹會間之交流情誼，亦可汲取國際經驗，作為本會推動相關政策與會務發展之重要參考依據。

(五)去年底委請會計師辦理財務簽證時，在查核各往來銀行存款資料過程中，意外發現一筆早年由本會撥付醫婦會辦理社會服務活動，並以公會名義設立的銀行帳戶，帳戶尚有約新台幣20萬元餘額，多年來未曾動用。近年來，本會已改由社會服務委員會每年編列新台幣10萬元預算，支持醫婦

會辦理社會服務等相關活動，因此該專戶原有功能已由現行預算機制取代。

基於財務管理及資源整合考量，本會將評估該帳戶餘額併入醫療發展基金統一管理之可行性，並提請下次理監事聯席會議討論，以使整體財務運作更加完善周延。

邱泰源榮譽理事長

洪理事長、劉監事長、李明濱顧問、各位理監事與召委，以及各位同仁大家午安。最近與日本大阪府醫師會的交流，讓我留下非常深刻的印象，也是一段非常愉快且充實的回憶。此次交流讓我回想起多年前，李明濱顧問擔任理事長期間，帶領本會與日本大阪府醫師會積極建立起深厚的交流友誼。事實上，公會與大阪府醫師會締結為姐妹會已有四十餘年，歷經歷任理事長及幹部共同努力，這份情誼代代相傳，成為本會珍貴的國際交流資產。此次劉監事長和侯院長也一同出訪，更是讓我們深感光榮。日本行中，有一幕令我特別感動。大阪城晚宴當天，大雨滂沱，會務同仁需搬運為數不少且相當沉重的交流禮品，當時人力明顯不足，林應然醫師和張孟源醫師見狀，二話不說，不顧風雨，立即主動加入協助，與會務同仁一同將所有禮品順利搬運至會場。這看似只是交流活動中的一個小插曲，卻讓我深受感動。二位醫師充分展現出無私奉獻、使命必達的精神。正是因為有這樣願意付出、無怨無悔、共同承擔責任的夥伴，公會一路走來，才能不斷成長茁壯，也讓這份優良的傳統，一代一代傳承下去。

看到洪理事長領導推動的「健康台灣深耕計畫」，將社會處方結合基層醫療、社區照護及健康促進，建構完整的推動架構，提升民眾健康促進與自我健康管理的能力，充分展現出「健康台灣」政策，從疾病治療走向健康促進、從醫療照護走向全人健康的核心精神。

更重要的是，洪理事長帶領團隊，將《健康憲章》理念化為行動，透過計畫逐步落實，真正實踐「以人民健康為中心」的願景，更是成為推動健康台灣的重要藍圖。

轉眼間，這一屆任期也即將邁入尾聲。在洪理事長領導下，無論是推動醫療政策、爭取醫師權益、深化會員服務，或促進國際交流與公共事務參與，大家都全力以赴、不遺餘力，為會員努力、為國民健康奉獻心力。這一路走來，或許面臨不少挑戰，但因大家同心協力、彼此支持，才能一步步將各項政策與改革付諸實踐，我要向大家致上最誠摯的感謝。

李明濱顧問

洪理事長、邱榮譽理事長、劉監事長、各位理監事及線上各位同仁，大家午安，大家好。首先恭喜本屆的理監事順利圓滿完成階段性任務，也感謝洪德仁理事長三年來帶領公會穩健推動各項會務，展現高度執行力，成果有目共睹。期盼未來洪理事長能繼續領導公會發揮醫界領頭羊作用，帶領醫界持續前進。

針對「健康台灣」政策，我深信「醫師健康」是守護全民健康的重要基石，也是維繫醫療體系永續發展的關鍵。醫師長期處於高壓工

作環境，睡眠問題相當普遍，而良好的睡眠不僅攸關神經系統修復，更與免疫功能、情緒穩定及整體身心健康息息相關。呼應公會推動的「健康處方」理念，我再次呼籲醫事同仁應正視睡眠健康議題，切勿將失眠問題簡化為服用安眠藥來解決，而應從生活型態調整著手，透過調整工作節奏、規律作息建立及睡眠環境改善等面向，深入探究造成失眠的原因，採取多元且根本的改善方式。唯有從源頭促進健康，降低對藥物的依賴，才能真正落實健康處方精神，進而守護醫師健康，並為全民健康奠定更穩固的基礎。

關於醫婦會以公會名義設立專戶尚有餘額一事，建議公會研議適度撥款部分餘額支持醫婦會及合唱團等活動推展。醫婦會長期投入社會服務、公益關懷及弱勢扶助等工作，充分展現醫界人文關懷精神，有助於提升公會的正面社會形象，值得持續予以支持。最後，祝福大家身體健康、平安喜樂，謝謝大家。

彭瑞鵬顧問

洪理事長、李顧問、各位理監事及會務同仁們，午安。時間過得非常快，第二十屆理監事會任期即將屆滿，也將迎來新一屆理監事改選。回想早年參與理監事會議時，吵吵鬧鬧的情景，至今仍歷歷在目。近幾屆在歷任理事長的帶領下，會務推展順利，不知不覺三年任期轉眼即逝。期盼洪理事長能持續帶領台北市醫師公會，凝聚會員向心力，讓公會持續扮演醫界領頭羊的角色，為醫界持續貢獻心力。最後，祝福大家身

體健康、平安順心，謝謝大家。

二、確認第二十屆第十五次理監事聯席會議紀錄及辦理情形：通過。

三、劉秀雯監事長報告

一一五年度一至三月收支帳目已分別由張孟源及許希賢等二位常務監事及本人完成查閱。目前財務報表正由會計師查核中，因此未提至本次會議審議，待會計師完成查核後，將提報下次理監事聯席會議審議。整體而言，本會財務運作穩健，會務推展也很順暢。各項工作均依計畫及規定辦理中，包括「百年風華・傳承永續」系列活動、健康台灣深耕計畫及資訊系統更新採購作業等。

針對本屆理監事任期將於今年十月屆滿，六月已開始進行會員代表候選人登記，七月將辦理會員代表選舉及九月改選第二十一屆理監事，相信在會務團隊妥善規劃下，選務工作必能順利圓滿完成。

四、委員會召集委員報告

醫政法制委員會周召集委員廼寬

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

1. 四月七日於司法院舉辦「午間小品：健康醫療專題講座」。本次講座由財

團法人中華法學研究院周迺寬董事長、中華法學會陳宗鎮理事長、財團法人中華法學研究院吳銘子院長及台北市醫師公會洪德仁理事長致詞，並由司法院蔡清遊優遇大法官主持，邀請台大醫院急診醫學部石富元醫師主講「緊急醫療與社會韌性：第一線醫療在公共安全體系中的角色」，實體與線上共70餘位司法人員及醫療專業人士參與。石醫師以輕鬆詼諧的語調，將急診醫療與公共安全議題化繁為簡，並以挑選咖啡豆為喻，說明重大事故中檢傷分類與醫療資源分配的重要性。他指出，面對災難、戰亂及新冠疫情等突發事件，健全且具韌性的醫療體系，是維持社會穩定與守護生命安全的關鍵。講座亦探討醫療暴力議題，強調其影響不僅止於醫療人員，更可能癱瘓救護現場，侵害其他病患就醫權益。本次跨界對話增進司法人員對緊急醫療運作的理解，也促進司法與醫療專業在公共安全事件中的合作。

2. 五月十一日於台北市醫師公會安和會館16樓會議室舉辦第一場「午間小品：醫事法律專題講座」。本次講座由台北市醫師公會與財團法人中華法學研究院主辦、中華法學會合辦，周賢章常務理事主持，中華法學研究院周迺寬董事長、吳銘子院長及台北市醫師公會洪德仁理

事長致詞，邀請惟理聯合會計師事務所李維仁會計師主講「執業醫師常見稅務問題」，並由探理法律事務所陳孟嬋律師擔任與談人，現場及線上約200人參與，討論熱烈。

李維仁會計師從執業醫師稅務申報實務切入，說明執行業務所得原則上採「收付實現制」，收入認列應以實際收款、支票兌現或匯款入帳時點為準，並提醒自費收入、刷卡、第三方支付及匯款紀錄可能留下金流軌跡，應妥善管理帳務。接著，他比較核實申報與費用率標準，指出診所若實際費用較高，核實申報較可能有利，但前提是帳簿、憑證及合法支出資料完整；並解析薪資、租金、折舊、交際費、廣告費及醫療責任保險等常見費用認列原則，提醒醫師重視帳證保存與扣繳申報，以降低補稅與裁罰風險。

與談人陳孟嬋律師則從法律觀點補充，醫師所得究竟屬薪資所得或執行業務所得，不能僅看契約名稱，而應依實質關係判斷，包括是否承擔盈虧風險、是否具有管理決定權及是否負擔必要成本等。她並以借牌、假合夥、院內院錯置合夥等案例說明，稅務機關重視「實質課稅原則」，紙本契約不能完全抵擋稅局認定，仍須回到實際金流、勞務提供及風險分擔關係檢視。

3. 已安排辦理之醫事法律專題（3場）：

日 期	課程名稱/辦理地點	致詞貴賓/主持人/報告人/與談人
115/08/04 (二) 13:00~14:30	AI輔助診斷於臨床決策之法律 責任與風險管理 辦理地點： 台北市醫師公會安和會館大會 議室	致詞貴賓： 周迺寬董事長、吳銘子院長、台北市醫師公會洪德仁理事長 主 持 人：周賢章常務理事 報 告 人：李崇億院長 與 談 人：陳修聖副總院長
115/09/29 (二) 13:00~14:30	健保詐欺：健保申報不當常見 案件類型識別 辦理地點： 台北市醫師公會安和會館大會 議室	致詞貴賓： 周迺寬董事長、吳銘子院長、台北市醫師公會洪德仁理事長 主 持 人：陳彥元執行長 報 告 人：黃則儒檢察官 與 談 人：吳建昌教授
115/11/09 (一) 13:00~14:30	基層開業醫師不可忽視的醫事 法律風險 辦理地： 台北市醫師公會安和會館大會 議室	致詞貴賓： 中華法學會陳宗鎮理事長、台北市醫師公會洪德仁理事長 主 持 人：陳彥元執行長 報 告 人：陳聰富講座教授 與 談 人：周賢章常務理事
醫事法律專題（3場） 報名網址： https://reurl.cc/L27XD3 或請掃QR code：		

4. 健康醫療專題（3場）：

日 期	課程名稱/辦理地點	致詞貴賓/主持人/報告人/與談人
115/06/16 (二) 12:30~13:30	腸胃健康與壓力型腸胃症狀： 壓力下的腸胃警訊 辦理地點： 臺灣高等法院民事庭大廈4樓簡報室	致詞貴賓： 中華法學研究院-周迺寬董事長、吳銘子院長、 台北市醫師公會洪德仁理事長 主持人：中華法學會陳宗鎮理事長 講 師：劉志銘醫師
115/08/28 (五) 12:30~13:30	耳鳴與暈眩的醫學解析： 高壓工作下的耳鳴與暈眩警訊 辦理地點： 臺灣高等法院民事庭大廈4樓簡報室	致詞貴賓： 中華法學研究院-周迺寬董事長、吳銘子院長、 台北市醫師公會洪德仁理事長 主持人：前臺灣高等法院黃水通院長 講 師：吳振吉醫師
115/10/19 (一) 12:30~13:30	健康檢查結果的正確解讀： 看懂你的健檢報告 辦理地點： 法務部2樓簡報室	致詞貴賓： 中華法學研究院-周迺寬董事長、吳銘子院長、 台北市醫師公會洪德仁理事長 主持人：中華法學會吳炳桂秘書長 講 師：范淞斌醫師
健康醫療專題（3場） 報名網址： https://reurl.cc/DxARld 或請掃QR code：		

(二) 五月九日協辦臺北榮民總醫院舉辦之第三十一次臺北醫法論壇，此次論壇主題為「臺灣人工智慧基本法及醫療法律實務新趨勢」，於臺北榮民總醫院致德樓第一會議室舉行。論壇聚焦人工智慧導入醫療領域後所衍生之法制、風險治理與實務應用議題，並強化醫療糾紛鑑定與處理知能。本次論壇邀請醫界、法界及學界專家，分別就「人工智慧基本法下之東亞智慧醫療法制與展望」、「人工智慧基本法下之醫療器材與健保給付」、「人工智慧基本法下之醫病倫理與醫療糾紛處理」及「人工智慧基本法下之健康照護體系與職災認定」等四大專題進行演講與討論，內容涵蓋醫事治理、醫療AI資料治理、健保給付法律關係、醫預法時代醫病衝突管理及AI導入相關職業風險等議題，展現醫療科技發展與法律制度調適之密切關聯。

(三) 協助提供醫療相關團體修訂醫療法規建議，詳列如下：

1. 協助中央健康保險署調查一一五年三月三十一日公告預告「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第十三條條文修正草案法規建議。
2. 協助全聯會調查衛生福利部一一五年四月二十二日公告預告「全民健康保險資料特定目的外利用管理辦法」草案法規建議。
3. 協助全聯會調查衛生福利部一一五年四月二十九日公告預告「全民健康保

險資料特定目的外利用產業利益回饋辦法」草案法規建議。

4. 協助食品藥物管理署調查一一五年四月二十七日衛生福利部公告預告「管制藥品分級及品項」修正草案法規建議。
5. 協助全聯會調查衛生福利部一一五年五月七日公告預告「全民健康保險資料諮議會組織及運作辦法」草案法規建議。

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

⇒第114期下載網址：

<https://reurl.cc/npbepD>



⇒第115期下載網址：

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



學術委員會蕭召集委員勝煌

- (一) 一一五年四、五月共計舉辦七場「實體與視訊雙軌」課程，涵蓋家醫科、耳鼻喉、皮膚科各一場、內科四場。每場次約有140至170位會員參與，成效良好。
- (二) 六月課程報名資訊已於五月二十一日以電子郵件寄發全體會員及上網公告，並已將上課視訊連結提供予報名成功之會員。

會員服務委員會周召集委員賢章

- (一) 為凝聚年輕醫師會員對本會的向心力，並對台北市的歷史文化留下回憶，一一五年舉辦四場年輕醫師文化之旅活動，辦理情形如下表一。感謝洪德仁理事長、周賢章召委、黃國欽副召委、陳猷明副召委協助

領隊。

(二) 四月二十三日召開第二十屆第六次會員服務委員會實體暨視訊會議。決議摘要如下：

1. 訂於五月十四日、六月十七日、六月二十四日及七月六日舉辦一一五年會員分區座談會。討論議題有：(1)百年風華傳承永續系列演講；(2)執行業務所得申報說明；(3)台北市醫師公會醫療暴力緊急處理流程；(4)受聘為負責醫師之法律風險；(5)社會安全網（家暴防治及兒虐防治等）宣導；(6)友善無障礙診所輔導及認證計劃；(7)鼓勵參與「代謝症候群防治計畫」。
2. 為鼓勵會員分享日常生活體驗與心得，請會員針對「食、衣、住、行」等生活體驗進行投稿（如餐飲體驗、旅行見

聞、居家美學或品味生活等）；透過電子郵件將此徵稿訊息週知會員。

(三) 五月十四日於壹品宴二樓宴會廳舉辦會員第一分區座談會（中山、士林、北投），邀請診所醫師及各醫院代表參加，計有70位人員參與。感謝邱泰源榮譽理事長、健保署臺北業務組李純馥組長、林怡君科長、士林地檢署邱獻民檢察官、臺北市政府警察局中山分局鄭文學偵查隊長、士林分局蘇勝文偵查隊副隊長、北投分局陳重仁偵查隊長及臺北市家庭暴力暨性侵害防治中心蘇秋雲宣講師等參與，亦感謝市議員及立委出席此活動。

(四) 五月二十七日召開「一一五年度友善無障礙診所輔導及認證計畫」訪視員共識視訊會議，會議決議摘要如下：

1. 請「財團法人脊髓損傷社會福利基金

表一

主題	活動日期	活動特色	參加人數
森呼吸・文學行：從榕錦到紀州庵	1月18日 (星期日)	榕錦時光生活園區（台北監獄舊址）、0Km山物所（台灣總督府山林課宿舍群）、梁實秋故居、紀州庵文學森林、紀州庵享用下午茶	31
百年鐵道漫遊× 文旅風雅	4月19日 (星期日)	國家鐵道博物館園區建築與歷史、園區辦公室、員工澡堂、及柴電工廠、誠品行旅享用下午茶	32
大稻埕的老醫生 與老醫院	5月17日 (星期日)	渭水驛站、大安醫院、四方醫院、兩江醫院、朝陽齒科等景點、互舍酒店享用下午茶	24
時間的處方箋： 走讀景美的水、 路與信仰	6月21日 (星期日)	景美集應廟願景→瑠公圳新舊路線→萬新鐵路的歷史→景美火車站舊址→台北最短的道路→義興公共食堂→文山第一校→開道碑→許興泉洋樓今與昔→輕便車石碇線→霧裡薛圳遺跡→消失的石門宮→頂街與下街→進興宮→市定古蹟景美集應廟	尚未 辦理

會」擔任一一五年計畫執行單位。本會支給訪視員費用：1500元/每家診所；支給執行單位行政費用：1300元/每家診所。

2. 請一位乘坐輪椅訪視員至診所進行訪視，執行單位協助紀錄訪視情況。
3. 每場次訪視行程，本會皆為訪視員投保意外險。

(五) 協助處理會員服務申請書計有4件（四月至五月）：診所會員對健保自清協調會議與健保停約疑義案、診所離職員工勞退金補繳疑義案、診所會員懇請健保署重寬裁量行政處分疑義案、會員診所出資者盜刻負責醫師印章申辦業務疑義案。

(六) 會員逝世慰問及公祭（四月至五月）：接獲10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5件。

(七) 開幕祝賀（四月至五月）：新開業診所贈盆景祝賀計有3件。

醫院醫療委員會侯召集委員明志

(一) 三月十五日舉辦「一一五年單身（住院）醫師聯誼活動」，為增進聯誼後的緣分延續，鼓勵活動後私揪出遊，提供出遊照片將可獲得雙人電影票的約會基金，已有2位會員向本會提出申請。

(二) 近期提供台北市衛生局新增自費收費項目審查意見，計有13件。（表二）

基層醫療委員會林召集委員應然

(一) 為響應世界衛生組織(WHO)五月五日世界手部衛生日，臺北市政府衛生局於五月二十一日攜手臺北市醫療院所、二十一大醫事團體及長照等單位，假臺北市立聯合醫院中興院區舉辦「手護健康，從你我開始！」宣誓活動，以「Action saves lives」為主題，推廣手部衛生觀念及感染預防措施。活動透過洗手示範、衛教宣導及互動體驗，提升民眾及醫療照護人員對手部衛生重要性的認識，展現跨領域共同守護市民健康之決心。本會由劉漢宗理事代表出席參與，共同支持公共衛生推廣及感染管制工作，落實守護市民健康之目標。

(二) 訂於六月九日與臺北市政府衛生局合辦「傳染性疾病防治系列線上研討會」，邀請亞東紀念醫院整合醫療內科劉佳穎主任、佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院感染科蘇迎士醫師，分別就「登革熱鑑別診斷與臨床處置實務研討」及「伊波拉病毒之臨床診斷與處置研討」等主題為會員演講，協助會員強化新興及重要傳染病之臨床診療知能，歡迎理監事踴躍報名參加。

【報名網址】：

<https://reurl.cc/YDbnVL>



(三) 訂於六月十一日與臺北市政府衛生局合辦「傳染性疾病防治系列線上研討會」，邀請臺北市立聯合醫院和平婦幼院區賴世遠醫檢師、臺北市政府衛生局林明靜高級企

表二

序號	項目	醫療機構 申請金額 (單位：元)	序號	項目	醫療機構 申請金額 (單位：元)
1	下肢靜脈曲張自費微創手術(單側)	36,000		眼皮去皺術(上)	40,000
2	急性腎損傷風險檢測	2,500		眼皮去皺術(下)	40,000
3	吞嚥功能壓力檢查	3000		陷下乳頭提升術(單側)	26,000
4	電腦導航頸椎中空螺釘固定術(2節)	235,000		腋下汗腺皮下切除術	40,000
	電腦導航頸椎中空螺釘固定術(3節)	330,000		隆下巴(矽)(Prosthesis 另算)	60,000
5	錐狀束電腦斷層輔助腫瘤定位	15,000		隆下巴(骨)	75,000
6	內視鏡檢麻醉(胃鏡及大腸鏡)	6,500		隆鼻術人工模型埋入(Prosthesis 另算)	60,000
7	穿顱都卜勒超音波微氣泡檢查	4,000	10	隆鼻術-自體骨埋入	70,000
8	客製化上肢術後功能性副木	7,000		腹部去皺術	150,000
9	高層次超音波(Level II)	5,500		乳房重建(不含義乳)	100,000
	乳夾膜切除	70,000		疤痕重整(每公分)	3,000
	乳夾膜切開術(Prosthesis 另算)	60,000		異物移除(上額)	42,000
	乳房下垂提升(Mastopexy)	120,000		異物移除(下巴)	30,000
	乳縮小造形術	180,000		異物移除(鼻)	30,000
	隆乳術	150,000	11	胚胎縮時攝影監控培養	15,000
10	美容術後傷口切開引流術及傷口美容處置	6,000	12	自費托嬰費	2,500
	真空脂肪抽引術(大)(每單位)	110,000		磁振造影模擬攝影(不含顯影劑)併合成電腦斷層影像	23,000
	真空脂肪抽引術(中)(每單位)	75,000	13	磁振造影模擬攝影(含顯影劑)併合成電腦斷層影像	28,500
	真空脂肪抽引術(小)(每單位)	40,000			
	脈衝光照射治療/每次	5,000			

劃師、怡和診所郭象義醫師醫師及馬偕醫療財團法人馬偕兒童醫院邱南昌部長，分別就「登革熱NS1快篩使用與診所通報實務分享」及「麻疹之臨床診斷與實務研討」等主題為會員演講，藉以提升基層醫療院所對傳染病通報、防治及臨床處置之實務能力，歡迎理監事踴躍報名參加。

【報名網址】：

<https://reurl.cc/DxMVxE>



(四) 為配合推動慢性病防治及健康促進工作，

本會今年度持續與臺北市政府衛生局合作辦理慢性病防治推廣計畫，預計自七月份起陸續辦理公費癌症篩檢、代謝症候群防治計畫及成人預防保健服務等主題研討會。課程內容除相關政策與執行實務說明外，亦將納入戒菸服務補助計畫、戒煙衛教資源、營養健康指導及科技輔助管理工具等資源運用議題，以協助基層院所提升預防保健服務品質及慢性病照護效能。相關課程議程及講師名單刻正規劃中，俟確認後將另以電子郵件通知會員踴躍參與。

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

1. 發函輔導七家診所承辦全民健康保險醫療業務，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。
2. 發函輔導發函輔導一一四年第四季「透析前高風險腎臟病人使用NSAIDs藥品」院所醫師名單共154家，提醒健保署已透過各分區業務組定期回饋用藥異常之案件明細資訊予診所進行自主管理，請院所審慎使用NSAIDs藥物，以照護腎功能異常病患之健康，降低或延緩腎功能惡化。
3. 發函輔導一一四年第四季及第五季「關懷名單開啟率未達90%」院所醫師名單共104家，提醒健保署已透過各分區業務組定期回饋用藥異常之案件明細資訊予診所進行自主管理，請院所審慎使用NSAIDs藥物，以照護腎功能異常病患之健康，降低或延緩腎功能惡化。

* 以上輔導資訊檔案下載位置：健保署VPN／院所資料交換區／院所交換檔案下載院所若有疑問，可電洽健保署費用經辦人員。

(六) 協助轉知一一五年第一次共管會議相關事項予所轄基層診所，以維護會員權益。

1. 健保署於一一五年二月二十三日啟動一一四年度DM、CKD、DKD方案及第八部第三章（個案資訊整合及鼓勵資料上傳）獎勵金結算作業，後續將依該署通知得獎名單，撥付各項獎勵金，另台北業務組預計針對收案情形績優院所，頒以獎狀表揚及鼓勵。
2. 為鼓勵會員踴躍加入DM/CKD計畫；台北業務組將與各區公、協會合辦宣導課程，協助媒合執行成效良好之醫師擔任講師分享實務經驗，台北業務組協助說明計畫內容，共同合作推廣；健保署於VPN（路徑：醫務行政/特約機構作業/試辦計畫/參與人員明細）有建置「試辦計畫參與人員明細及效期」，請院所定期檢視，並於屆期前申請展延；DM 團隊醫事人員若為醫師加另一專業人員執行，追蹤及年度評估費用以該項醫令點數之80%申報。
3. 疾管署修訂「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」，一一五年三月一日（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，疫苗接種處置費改由疾管署每月依NIIS 核算核付清冊，函送本署核付費用，無需進行申報；公費疫苗接種處置費，自

一一五年三月一日起（依接種日期）調升，六歲以下（接種日未滿七歲）幼兒每劑次由新臺幣100元調升為200元，其餘接種對象由新臺幣100元調升為150元，相關修訂資料業更新於本署全球資訊網/健保服務/行政協助業務/行政協助業務相關規定之網頁。

- (七) 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

- (一) 於四月二十七日及五月十三日分別派員協助臺北地方檢察署辦理醫療專業諮詢業務。
- (二) 五月八日由洪德仁理事長偕同簡志誠召集委員（醫療糾紛委員會）、周迺寬召集委員（醫政法制委員會）、周賢章召集委員（會員服務委員會）、張孟源常務監事及李詩應副召集委員等，拜會士林地檢署王以文檢察長、張志明襄閱主任檢察官及劉東昀主任檢察官。雙方就醫療專業諮詢機制、《醫療事故預防及爭議處理法》施行後之醫法交流，以及防範醫療暴力等議題交換意見，並建立未來持續合作共識。
- (三) 將於七月二日與財團法人藥害救濟基金會共同舉辦「一一五年度醫療爭議調解實務應用研討會」，邀請黃鈺娛副執行長主講「醫療爭議評析在調解中的應用」，並由

簡志誠召集委員分享「調解委員在醫療爭議調解中的角色」。本課程已申請西醫師專業品質學分，參訓學員並可獲藥害救濟基金會核發研習時數證明，歡迎會員及相關醫事人員踴躍參與。

⇒報名連結：<https://reurl.cc/M25l4K>

醫學倫理紀律委員會張召集委員文瀚

- (一) 四月三十日舉辦「再生醫療雙法對醫師的執業影響與經營突圍」實體暨線上講座，邀請周宇修律師就「再生醫療雙法」進行演講，隨著再生醫療雙法正式上路，除涉及醫療行為之規範外，亦對醫療產業經營模式帶來重大影響。講座針對醫療院所可能面臨之經營風險與執業挑戰進行解析，並從法律實務角度提供專業說明，協助會員深入瞭解再生醫療雙法之重點與因應方向，在講師精彩的演講及分享下，順利圓滿完成，約有200餘名會員參加。
- (二) 五月十三日舉辦「AI在醫療領域應用的倫理議題」實體暨線上講座，邀請吳孟晃醫師主講，從臨床醫師之實務視角出發，深入探討AI醫療應用所涉及之核心倫理議題，包括病人資料隱私與知情同意、演算法偏誤與健康不平等、決策透明性與可解釋性，以及人機共同決策下之專業責任與問責機制等，並進一步說明如何在推動醫療創新與維護病人安全之間取得適當平衡，以協助會員瞭解未來AI醫療發展趨勢及相關風險因應。在講師精闢的演講及

分享下，講座順利完成，逾200名會員參與。

福利康樂委員會孫召集委員建偉

(一) 攝影課活動辦理情形：

1. 四月十二日於桃園大溪舉辦外拍課程。
2. 四月十九日於淡江高中舉辦外拍課程。
3. 四月三十日於保安宮舉辦外拍課程。
4. 五月三十一日於華山文創園區舉辦外拍課程。
5. 四月十三日、二十日、二十七日，五月十一日、十八日及二十五日於公會十六樓中會議室舉辦攝影講習課程。

(二) 五月二十四日於圓山保齡球館舉辦一一五年度保齡球友誼賽。

(三) 六月七日於台大綜合體育館B1桌球室舉辦個人組桌球賽。

(四) 後續活動預告，歡迎有興趣的理監事踴躍報名參加。

1. 六月二十八日於台北醫學大學體育館2樓球場舉辦羽毛球賽。
2. 七月十九日於台北醫學大學體育館B1游泳池舉辦游泳賽。
3. 八月二日於台大綜合體育館B1桌球室舉辦團體桌球賽。

社會服務委員會劉召集委員漢宗

(一) 四月二十七日洪德仁理事長率同劉漢宗召集委員、社服委員及醫婦會成員，前往臺

北市中正區「社團法人中華民國自閉症總會附設星兒工坊」參訪交流，並捐贈新臺幣2萬元支持機構服務。同時與星兒工坊學員共同參與手作書籤活動。

(二) 五月二十四日、五月三十日舉辦兩場「醫療權益說明」社區衛教講座，邀請台大安寧緩和醫療研究及臨床教育訓練中心團隊與汪志冰議員辦公室，共同向士林區及北投區民眾宣導病人「自主權立法以及預立醫療決定」等重要醫療權益觀念，並透過淺顯易懂方式，協助民眾認識自身醫療權益，內容包括：「我的醫療權益我做主」、「疾病末期時是否接受急救處置」及「病人與醫師共同決定醫療服務內容」，活動獲得民眾熱烈迴響。

公關委員會高召集委員尚志

(一) 四月二十五日台北市牙醫師公會舉辦「臺北市21大醫事團體聯誼餐會」，由周迺寬常務理事及王建人副召集代表出席。

(二) 五月三日台北市中醫師公會於天成飯店舉辦「臺北市六師專業交流聯誼會」，由洪德仁理事長、周迺寬常務理事、林應然常務理事及高尚志召集委員代表出席。

(三) 五月二十一日洪德仁理事長率領理監事、顧問及秘書處同仁赴日本拜訪大阪府醫師會姊妹會，並與桃園市醫師公會、大阪府醫師會共同舉辦「健康促進及長期照護醫療政策交流座談會暨晚宴」。座談會聚焦健康促進、慢性病防治、高齡照護及長期

照護等重要議題，由中央、地方及日本醫界代表分享政策推動經驗與實務成果。摘錄座談會議內容如下：

1. 邱泰源榮譽理事長於會中介紹我國「健康台灣深耕計畫」推動方向，說明該計畫以提升國民健康及延長健康餘命為核心目標，採取由下而上的推動模式，支持各級醫療院所依在地需求發展特色照護服務，透過改善醫療環境、提升服務量能及促進跨領域合作，建構更具韌性與永續發展能力之健康照護體系。
2. 洪理事長分享本會推動之「慢性病防治全人健康智慧整合照護模式」，結合健康資訊系統與非藥物處方機制，透過運動、營養、社會參與及情緒管理等健康生活型態介入，並運用人工智慧及健康管理應用程式協助民眾進行自我健康管理，期望透過智慧科技與基層醫療服務整合，落實預防醫學理念，提升國民健康。
3. 桃園市吳理事長分享「高齡健康行動5+1－五區分進、一網整合」推動成果，透過整合醫學中心、區域醫院及基層診所等醫療資源，並結合長照機構與社區照護服務，建構醫療與長照銜接之整合照護模式。同時依各行政區人口結構及在地需求推動分區健康照護策略，逐步建立兼具在地特色與永續發展能力之高齡健康照護體系。

4. 大阪府醫師會則分享日本「介護保險」制度及預防醫學推動經驗，說明日本透過社會保險制度建立穩定之長期照護財源，將照護責任由家庭逐步轉化為社會共同承擔，以因應超高齡社會挑戰。此外，日本亦積極推動糖尿病腎病變防治、健康積點制度及特定健康檢查等措施，藉由早期介入及健康促進，降低未來醫療與長照支出。大阪府醫師會介紹日本醫療體系由疾病治療導向逐步轉型為支持高齡者生活品質之照護模式，透過地域包括照護系統整合醫療、長照及社區資源，建構完善之在地照護網絡。
5. 本次交流座談雖僅歷時約一個半小時，雙方討論十分熱烈，針對健康促進、慢性病管理、高齡照護及長照制度等議題深入交換意見。透過此次交流，不僅增進台日醫界對彼此政策發展之了解，亦有助於未來推動健康台灣、長照3.0及高齡友善照護等相關政策之精進與合作。同時，洪理事長邀請大阪府醫師會於十月底參加本會創會一百週年暨醫師節慶祝大會，以及「台日韓醫療政策國際交流研討會」，期盼持續深化國際醫療交流合作，共同提升國民健康福祉。

編輯委員會陳召集委員彥元

- (一) 五月份會刊封面作者為陳玄祥醫師，主題為科技的方圓之間；「充滿現代科技的南

港，展覽館、購物中心、五星飯店令人目不暇給。在魔幻方正的一隅，融合圓滑溫潤的流暢曲線，別具風味。」

- (二) 六月份會刊封面作者為石賢彥醫師，主題為躍進：「幾經改建已呈現代化樣貌。」
- (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

- (一) 四月份會員動態：入會35人、變更54人、停業19人、復業10人、退會34人、死亡5人；開業醫師2,067人、服務醫師10,208人、停業389人，共計12,664人。
- (二) 五月份會員動態：入會33人、變更32人、停業14人、復業11人、退會31人、死亡4人；開業醫師2,066人、服務醫師10,208人、停業388人，共計12,662人。
- (三) 一一四年六月至一一五年五月各科別會員的人數消長，請參閱附件。

網站建置專案小組陳召集人彥元

- (一) 本會「官網與會籍管理系統優化暨資安系統建置案」已於一一五年六月一日完成議價及決標程序，由財團法人資訊工業策進會以新臺幣756萬元得標，較預算節省44萬元，預計建置期程為一年六個月。未來將依契約規劃辦理系統建置、功能優化及資安強化作業，以提升會員服務品質及資

訊安全管理效能。

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，再辦理二場，執行摘要如下：

1. 四月二十二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（十九）」，由國防醫學大學校長林致源教授主講「且聽且隨風，且行且珍惜」。林校長回顧自嘉義奮起湖成長、國防醫學院求學、東引野戰醫院歷練，至三總心臟血管外科養成、哈佛波士頓兒童醫院及美軍醫療策略領導軍官班進修的人生旅程。他以家庭所賦予「認真讀書、努力工作、知足惜福、感恩回饋」為核心，說明醫師須在有限資源與不確定中培養獨當一面的能力；並分享心臟血管外科三十年間從傳統手術、微創治療到AI與數位醫療的演進。最後，他強調醫學教育應培養學生的判斷力、人文關懷與服務使命，善用科技而不失同理心，共同守護台灣醫療的百年傳承與永續未來。

2. 五月二十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（二十）」，由新光吳火獅紀念醫院院長侯勝茂教授主講「教學、研究、醫人、醫國」。侯院長以自身醫學教育、顯微手術、手外科發展、衛生行政與醫療外交歷程為主軸，回顧

從臨床醫師到醫療領導者的生命實踐。他強調醫學教育應先學做人，再學做醫師，培養專業知識、人文素養與終身學習精神；研究則應從臨床發現出發，轉化為科學創新與病人福祉。其後分享擔任衛生署長期間推動病人安全、針具交換、美沙酮替代療法及血液安全制度等公共衛生成果，並以台帛醫療合作、TaiwanIHA與新光醫院深耕帛琉為例，說明醫療外交即是人道外交。最後，侯院長勉勵醫界以教學培育人才、以研究追求真理、以醫療守護生命、以制度醫國安民，共同發揮台灣醫療軟實力。

醫療永續發展研究小組（智庫）洪召集人德仁

（一）本會配合政府推動「健康台灣深耕計畫」，自前次會議後持續推進示範區實務運作、醫療院所參與、社區據點合作、資訊系統建置及國際交流等工作，透過診所說明會、處方兌換日、師資培訓、推動委員會及跨域交流活動，強化計畫執行基礎，擴大中山、士林、北投三區推動量能，促進健康處方制度落地。

健康台灣深耕計畫執行進度摘要：

1. 人才培力與跨區推廣情形：

（1）四月二日於中山社區大學美容大樓121教室辦理合作師資說明會，針對中山、士林、北投區運動、社會及情緒調適處方課程進行說明，強化跨區師資培力與課程推動基礎。

化跨區師資培力與課程推動基礎。

（2）四月二十七日辦理處方師資課前教育訓練，協助合作師資熟悉計畫目標、課程執行方式及處方銜接流程，提升後續課程品質與執行一致性。

2. 醫療診所說明與合作拓展情形：

（1）四月十日於公會中會議室辦理第一次中山、士林、北投診所說明會暨北投區合作診所經驗分享會，說明計畫推動模式，並透過既有合作診所經驗分享，促進醫療院所參與。

（2）四月十六日於公會中會議室辦理第二次中山區、士林區醫療診所說明會暨合作診所經驗分享會，持續擴大示範區診所參與量能。

（3）五月十二日於公會大會議室辦理第三次中山區、士林區醫療診所說明會，強化醫療端對健康促進處方制度之理解與配合。

（4）五月二十二日於臺北市立聯合醫院陽明院區，利用醫療群月會辦理第四次醫療群診所說明會，擴展醫療群及基層診所之合作網絡。

3. 實務運作與活動推動情形：

（1）四月十一日於北投社區大學辦理處方兌換日，持續推動健康促進處方於社區場域實地運作。

（2）四月二十五日於北投社區大學辦理處方兌換日，延續前次執行經驗，

優化兌換流程並提升民眾參與度。

- (3) 五月二十三日於北投社區大學辦理處方兌換日，持續累積社區執行經驗，深化北投示範區運作。
- (4) 五月三十日於士林社區大學辦理士林區第一次處方兌換日，並於中山社區大學辦理中山區第一次處方兌換日，正式將處方兌換實務推展至士林、中山兩區，擴大三區示範執行效益。

4. 政策宣傳與計畫推廣情形：

四月二十二日於臺大校友會館五樓會議室辦理「健康台灣深耕計畫」啟動記者會，對外說明計畫理念、推動方向及三區示範模式，提升社會各界對健康促進處方制度之認識與支持。

5. 資訊系統與執行支援情形：

五月十五日於公會中會議室辦理第六次資訊系統專家會議，研議資訊系統與HIS系統資料串接事宜，優化系統基礎。

6. 國際交流與跨域合作情形：

五月二十一日於大阪府醫師會辦理「日本臺灣健康促進與長期照護醫療整合交流座談會」，就健康促進、長期照護及醫療整合等議題進行交流，汲取國際經驗，作為本計畫後續推展與制度優化之參考。

自四月二日至五月三十日期間，共計辦理合作師資說明會、診所說明會、

處方兌換日、啟動記者會、處方師資教育訓練、資訊系統專家會議、國際交流座談會及推動委員會等14場次。整體而言，本計畫已由北投區既有示範經驗逐步擴展至中山、士林兩區，並同步強化醫療院所參與、社區據點連結、師資培力、資訊系統建置及跨域交流合作，健康促進處方制度之落地執行與擴散基礎持續穩健推展中。

智庫女性醫師小組楊召集人盈盈

- (一) 智庫女醫師小組於四月二十五日舉辦「女醫師之觀點論健康台灣多元面貌」講座，邀請衛生福利部國民健康署沈靜芬署長以「健康促進全民參與」為主題，就國健署推動代謝症候群防治計畫，藉由透過專業人員風險評估及健康指導，有效延緩三高慢性疾病的發生，應著重預防勝於治療的健康管理。臺北榮民總醫院教學部楊盈盈部主任分享「多元人才培育，健康台灣動起來」，分享榮民總醫院培育人才的成果。衛生福利部醫事司劉越萍司長則以衛生福利部推動「優化兒童醫療照護網絡」計畫目標與大家分享，透過各級醫療院所的合作，整合各階段的照護資源，使兒童健康照護自出生起即能獲得持續且整合的支持。

- (二) 智庫女醫師小組將於八月一日舉辦「女醫師之觀點論健康台灣醫療永續」講座，邀請健保署陳亮好署長、衛生局醫事科吳岱穎科長及臺大醫院家庭醫學部程劭儀主任

擔任講師，歡迎理監事踴躍報名參加。

⇒報名網址：<https://reurl.cc/qpojWE>

(三) 一一五年一月一日起試辦女醫師生產祝賀禮金，截至五月三十一日止共計五位女醫師提出申請。

(四) 第一屆「傑出女醫師獎」已開始受理推薦至六月底截止，依循杏林獎及青年杏林獎之慣例，於會刊登載三期，並函文各醫院及各分區組長推薦適當人選。

醫療新科技跨領域合作小組周召集人迺寬

(一) 六月二日舉辦「新世代癌症生物標記之開發經驗分享」講座，邀請陽明交通大學蔡有光副院長主講，分享創新技術平台，突破現有篩檢局限，為早期癌症精準醫療帶來革命性的影響，內容精闢，約有120位會員參與，會員受益良多。

年輕醫師小組侯召集人明志

(一) 五月十八日召開第二十屆第三次年輕醫師小組會議，會中決議推薦四位優秀年輕醫師參與本年度青年杏林獎遴選，後續將以智庫小組推薦至醫學倫理委員會進行決選。推薦名單包括：陳柏廷、鄭喬峯、謝秉翰及李宥霆等四名醫師。

貳、討論事項

一、請審查本會第二十一屆會員代表大會會員代表選舉各分區會員人數及會員代表應選名額案。【洪德仁理事長 提】

決議：通過第二十一屆會員代表應選出人數為

252名，各分區會員人數及會員代表應選名額如附件一，依此辦理後續會員代表選舉作業。

二、請訂定本會第廿一屆會員代表大會會員代表選舉各分區監票員及車馬費案。【洪德仁理事長 提】

決議：

(一) 通過各分區監票員配置援往例辦理，以「避開自己所屬選區」為原則；其中第一至四區及第二十六分區監票員各配置二名，其餘分區各配置一名，車馬費每人2,000元。請理監事踴躍向本會登記擔任監票員，如同一選區登記人數超過需求名額，再另行協調安排。

(二) 配合院方辦理醫院評鑑，修正第二十一分區會員代表選舉日期為115年7月23日，第二十二分區會員代表選舉日期為115年7月22日，後續投票日期如有異動，將依投票通知書所載日期為準。

三、請審核115年度資深醫師表揚名單案。

【周賢章常務理事 提】

決議：通過115年度資深醫師表揚名單共計837名；並提報40年以上資深醫師名單供全聯會醫師節慶祝大會表揚；表揚對象以當年6月30日前仍於本會會籍資料登記執業中者為限。

四、請研議一百週年慶系列紀念活動相關議案。【洪德仁理事長 提】

決議：通過辦理本會創會一百週年系列慶祝活

動。其中防災包與勳章、感恩茶會暨新書發表會及百年醫療溯源散策等活動經費，由「醫療發展基金」項下實支實付支應；辦理2026台日韓未來醫療與健康照護願景國際論壇費用，先由公關、醫政及基層等三個委員會以及智庫小組既有預算支應，不足部分再由「醫療發展基金」項下實支實付支應；其餘活動依原核定計畫及預算辦理。

五、請研討本會「官網與會籍管理系統優化暨資安系統」建置案。【陳彥元召集人提】

決議：

- (一) 修正通過第一期款由原30%調整分二期支付，於簽約完成後支付15%，完成需求訪談後再支付15%，本案建置費用新臺幣756萬元（含稅）（由醫療發展基金項下支應。
- (二) 考量會籍資料之資訊安全，滲透測試防護專案對本會整體資安維護具高度重要性。請資策會另案以新臺幣80萬元（含稅）為原則辦理專案評估及規劃，並依簡易採購程序於公會官網公告招標，辦理後續採購事宜。
- (三) 需求訪談階段，請將線上課程學習及學分認證建置列為本案開發重點內容之一。完成需求訪談後，請資策會舉辦一場線上說明會，就本案網站更新內容進行說明，除會務同仁參加外，並邀請理監事自由上線

參與瞭解。

六、請研討與中央通訊社共同響應「健康台灣」願景，合辦「2026恆健康論壇」，並支持活動經費新臺幣10萬元整案。【洪德仁理事長提】

決議：通過合辦論壇並贊助經費新臺幣10萬元整，由醫療發展基金項下支應。

七、請研討聘用向鈞小姐為本會組員案。【洪德仁理事長提】

決議：通過聘用向鈞小姐為本會組員，並以第八職等第十三級敘薪。

參、臨時動議：

一、建請成立「資訊更新及維運小組」督導本會資訊系統更新及維運工作案。【洪德仁理事長提】

決議：通過成立「資訊更新及維運小組」，由原資訊工作小組轉型辦理，由陳彥元執行長續任召集人，統籌後續資訊系統與網頁優化等事宜，並邀請具醫學資訊專長的醫師加入小組共同參與，確保系統開發能與時俱進並更符合會員需求。

肆、散會：下午二時七分。🇹🇼



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

高薪禮聘

敬邀具發展潛力的您來振興大家庭



誠徵主治醫師



老年醫學科



急診重症醫學部



婦產部



加護中心科



整型外科



麻醉部



家庭醫學科



皮膚科



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

📍 112台北市北投區振興街45號 人事室收

意者請備履歷(附照片)、證照(影本) 郵寄



代理教師—高雄高等行政法院 地方庭112年度巡簡字第3號判決評析

臺北榮民總醫院職業醫學及臨床毒物部 葛 謹

前言

教師法(Teachers' Act 1995)第47條第2項：「兼任、代課及代理教師之權利、義務、資格、聘任、終止聘約、停止聘約之執行與其通報、資訊之蒐集、查詢及其他相關事項之辦法，由中央主管機關定之。」主管機關授權訂定之「高級中等以下學校兼任代課及代理教師聘任辦法」第2條：「本辦法所稱兼任、代課及代理教師，定義如下：一、兼任教師(Part-time Teachers)：指以部分時間擔任高級中等以下學校（以下簡稱學校）編制內教師依規定排課後尚餘之課務或特殊類科之課務者。二、代課教師：指以部分時間擔任學校編制內教師因差假或其他原因所遺之課務者。三、代理教師(Substitute Teachers)：指以全部時間擔任學校編制內教師因差假或其他原因所遺之課務者。¹⁻⁴」

經過

甲自2018年8月1日起，聘任為偏鄉離島某國民中學代理教師，為該校勞工保險被保險人，教授音樂課程，並兼任導師職務。除此之外，並負責課後加強班、課外指導直笛隊、帶領直笛隊參加比賽；乙、丙為甲之父與母，丁於2019年8月1日起擔任該校校長。2020年4月起指派甲至國小教授音樂課程，2020年9月起要求該校加強班第8、9節須留校自習。

2020年11月24日，甲因「無顯著外傷性死因、心因性猝死」死亡，乙、丙於2021年1月6日向勞工保險局申請甲之「職業災害死亡

給付」。經勞工保險局調閱健保就醫紀錄及相關資料，並送請職業醫學科醫師審查，據醫理見解，認定：「甲疾病之促發或惡化與其工作並無相當因果關係，不得視為職業病，係屬普通疾病死亡。」同年8月25日勞工保險局核定函：「按普通疾病死亡辦理。」丙不服，循序向勞動部申請審議、提起訴願均遭駁回，遂提起行政訴訟。

爭執1：甲「心因性猝死」前之工時計算是否正確？

丙主張：(1)甲擔任偏鄉代理教師，未享有符合公平、良好之工作條件，除需負責級任老師之工作，還須帶領校隊及至其他小學教授音樂課，其所需負責工作遠遠超過依教師法所聘任教師之規定範圍。(2)甲20餘歲，正常下班時間超過晚上8時，甚至需至晚上10時，於事發前1個月多次表示工作很累，顯見其有長時間勞動及高工壓力之情況，致遭短期工作負荷過重，而促發腦血管及心臟疾病。(3)勞工保險局依據國中所提供之錯誤資料，未核實採計，致專業醫師錯誤認定。

勞工保險局主張：甲發病前1至6個月，平均每月超時工作尚未達過度工作負荷之情形，不符職業病之認定依據，甲疾病之促發或惡化與其工作並無相當因果關係，不得視為職業病。

行政法院心證：(1)甲君自2018年8月1日起至死亡前，國中聘任為代理教師教授音樂課程，並兼任導師職務。(2)此外，並負責課

後加強班、課外指導國中直笛隊、帶領直笛隊參加比賽等。(3)因甲君之工作性質無庸打卡，勞工保險局乃依據前揭資料，及國中所提出常留校學生之陳述書、直笛隊學生陳述書、LINE對話紀錄等從寬認定工作時數。(4)惟依訴外人（學生戊）所述，其月考前一週（6月29日至7月2日）有留校至晚上7時20分等語，則勞工保險局就該期間之工時計算僅計至晚上7時即為錯誤。(5)另甲尚有至國小從事音樂課直笛教學，亦漏未計算。(6)足認勞工保險局原處分之工時計算基礎事實已有錯誤。(7)勞工保險局應重新調查並更正時數。

爭執2：法院請勞工保險局重新調查並更正時數後，再送請職業醫學專科醫師審查，結果為何？

勞工保險局主張：更正時數後，再送請職業專科醫師審查，仍認非屬職業傷病。

行政法院心證：(1)週一至五上課期間之工時起算點部分：依國中彙整之工時計算表，週一至五上課期間以上午7時20分為工時起算點。惟證人1（學生戊之父親）於本院證稱：國中學生按規定是上午7時15分前要到校；證人2（曾為該國中教師）於本院證稱：甲宿舍在我宿舍斜前方，大概上午7點以前就會聽到甲君走出去，每天都是這樣，星期六、日不確定等語；證人3（曾兼任導師之該國中教師）於本院證稱：甲有要求學生上午7點或7點10分到校，每次我上午7點多進辦公室甲君已經到了。綜合3位證人所述，可認甲君於週一至

五之上課期間（寒暑假除外），至少於上午7時即已到班。勞工保險局一律以7時20分為計算工時起點，顯有錯誤。(2)週一至五課後留校部分：國中除表定上課時間外，自2020年9月起至甲君過世前，尚有加強班須留校自習第8、9節之要求，依證人3所述，可知第9節課時間雖僅至晚上5時30分，惟自國中所提出常留校學生之陳述書觀之，可認甲君除前揭表定上課及加強班留校自習至第9節課之時間外，常有將學生再留校輔導至更晚之情形。再依證人4（即學生己之母）於本院證稱：甲君為提升學生的成績幾乎每天都會留校輔導學生，針對程度比較落後的學生會陪同留校到晚上10時、11時。鄰近月考時，甲君週末也會留校陪學生課後輔導，從早上8點到下午5點半。雖留校最晚時間與其子己之陳述書所陳述不盡相符，惟依證人1於本院證稱：我兒子因成績及作業未寫會被留下來，時常超過晚上8、9點，國三幾乎星期一至五都會被留，也有偶爾4點半下課就回家，考前被留下的頻率比平時多一點等語；另證人3於本院證稱：加強班要寫考卷、檢討考卷，第9節課後，有些學生固定會晚上7點過來，通常會到晚上9點、10點，不會超過10點，因為甲君班上學生蠻有狀況，留學生之頻率非常高；甲君平時會留特殊學生下來寫功課到下午5點半，晚上7點也會再叫過來，我有看過留到晚上9點、10點。考前全班會留到下午5點半，之後會再留特殊學生下來等語，可認證人4之證詞與其餘證人之證詞大致相符。綜合前揭證人所述，甲君除國中表定上課及加

強班留校自習至第9節課之時間外，確實會自主留學生輔導至更晚之時間，且已呈常態。本院審酌甲君死亡時距今已3年有餘，相關證人未能於事發當時即時為調查，遲至今時始到庭作證，自難苛求證人可以鉅細靡遺指明甲君每1日之確切工時。縱雖如此，亦不難推認甲君留校之時間絕不僅止於晚上9時30分，甚至有更晚至晚上10時之情形。故計算甲君週一至五工時之最晚時點，亦有不足。(3)備課時間部分：教師除與學生見面之上課、輔導時間外，導師更身兼處理其他班級雜事及其他經學校指派事務之責任，倘僅以學生陳述書所述學生自己本人之留校時間計算教師之課後工時，顯有不足。依證人3證述：加強班內容是要寫考卷、檢討考卷；因老師有基本時數之限制，故甲君身兼家政課教師。另有被指派教授補校課程，補校是週一至五都有，會上2個小時左右。以甲君而言，其身為音樂教師，除一般在校音樂課程外，尚有帶領直笛隊受訓、參賽之壓力，不僅需熟悉自身領域，提升自己音樂能力，尚須兼任非其專業之家政課程，且另為應付導師工作，須跨科加強國三學生課業輔導，甚至自2020年4月起更被指派至國小教授音樂課程，如再加上證人3所指之補校課程，依一般經驗法則，其若無另外備課時間，顯無法從容應付身兼數職之工作。此由證人3上述證稱其常見甲君忙至晚上10時，及證人2證稱曾在星期日去導師室時，看見甲君在備課等語，另證人5（曾為國中教師）於本院證稱：學校有派甲君去國小支援，因為國小與國中程度不

同，甲君需額外花時間備課，可認甲君確實常有利用私人時間備課否則無法應付課堂之情形。以甲君之身兼數職情況而言，其被指派在校及至外校教授課程之時數為何，扣除後是否仍使其有足夠之備課時間？此為勞工保險局應依職權調查、計算之事項，並無將舉證責任歸由原告負擔之理。勞工保險局就此部分未予調查、說明、計算，顯有疏漏。(4)其他漏未計算部分：(i)甲君於某日下午6時48分傳送訊息「我還沒下班……」，於同日晚上7時5分傳送訊息「超累」，不代表甲君該日於晚上7時5分即為下班。將該日工時計算至晚上7時5分，即屬不足。(ii)依甲君於2020年10月28日（星期三）傳送之訊息「星期五還直接給我滿堂」、「然後晚上有表演」、「要忙到8點才下班」等語，足認勞工保險局將2020年10月30日（星期五）之工時計算至下午4時20分，顯有不足，應計算至晚上8時，漏計3小時40分。(iii)甲君於2020年11月19日該日雖有於上午8時至下午4時請事假，並在「眼科診所」就醫，惟其於同日下午4時45分至5時30分即有直笛隊練習紀錄，是為配合船班，表示甲君於請事假之期間即需提早搭船返回教授長笛，該事假期間並非純屬處理個人事務，尚包含返回教授課程之交通時間，該日工時之計算自應加計交通時間及教授長笛課程之時間。(iv)甲君於2020年11月20日該日雖有於上午8時至下午4時請事假之紀錄，惟其於該日下午5時10分仍有傳送課程訊息給學生，表示該時亦屬工作中而漏未計算。

爭執3：法院職權調查後核定之工作時數為何？

行政法院心證：(1)甲君身為代理教師，不若一般正職教師之身分保障，對於學校指派之工作不便拒絕，致身兼數職。(2)於同樣之時間內完成1份工作與完成數份工作，所須耗費之心力、壓力並不相同，無法如期完成，自僅能多利用課堂以外時間努力完成。而此為完成工作所必須付出之時間，自均應加計為工時。(3)單以甲君發病前1個月（即2020年10月25日至11月23日）（前1個月）之工時來看，除勞工保險局計算之時數外，保守加計下列工時：(i)發病前1個月部分，將上課時間原以上午7時20分計算之部分提早為自上午7時計算，共17日，應加計「5小時40分」。(ii)又因甲君偶有留校至晚上10時之情形，為方便計算，取其中原計工時至晚上9時30分（共13日）之半數7日以多半小時計算，共計「3.5小時」。(iii)另以甲君身兼數職，而有利用課餘時間備課需求之情形，以該月份有計算工時日共24日之前1日均至少有1小時之備課時間計算，共「24小時」。(iv)再加計前述2020年10月30日漏計之「3小時40分」，及前述甲君於2020年11月19日搭船班回國中教授長笛課程，復於翌日（20日）下午5時10分傳送課程訊息給學生之工時，保守以「2小時」估算。(v)合計超時已達93小時35分【原計算之超時時間54小時45分+5小時40分+3.5小時+24小時+3小時40分+2小時=93小時35分】，已接近100小時。(4)發病前2個月部分（2020年9月25日至2020

年10月24日）：將上課時間原以上午7時20分計算之部分提早為自上午7時計算，共18日，應加計「6小時」。又因甲君偶有留校至晚上10時之情形，為方便計算，取其中原計工時至晚上9時30分（共5日）之半數3日以多半小時計算，共計「1.5小時」。另以甲君身兼數職，而有利用課餘時間備課需求之情形，以該月份有計算工時日共23日之前1日均至少有1個小時之備課時間計算，共「23小時」。再加計前述109年10月5日漏計之工時，保守以「半小時」計算。合計超時已達67小時59分【原計算之超時時間36小時59分+6小時+1.5小時+23小時+0.5小時=67小時59分】。可估算其發病前1-2個月平均超時工時已超過80小時【（93小時35分+67小時59分）÷2=80小時47分】。(5)此僅為保守估計，實際上超時工時應不僅止於此。

爭執4：甲過勞「心因性猝死」是否屬職業促發，尚要考量那些因素？

行政法院心證：(1)過勞的認定，係從醫學觀點，考量腦血管及心臟疾病高風險勞工，若長期睡眠不足，其疾病促發風險將增加。(2)須整體評估個案是否歷經異常事件、短期或長期工作負荷過重等三項危害因子。(3)本案除工時是重要因素外，尚須考量工作型態及精神負荷等其他因子，並由職業醫學專科醫師就工作與疾病發生之因果關係綜合評估判斷。(4)甲君為人師表且身兼數職，同時需兼顧國三升學班之學生升學考試及帶直笛隊參賽，復

依卷內證據所顯現同事、學生對甲君之評價，可見甲君乃極為富有責任感之老師，其心理壓力不在話下，不僅勞力，亦屬勞心，故除客觀所顯現之工時外，更應斟酌其工作型態及伴隨之心理、精神負荷，以為判斷其猝死是否為職業因素所引起。(5)勞工保險局多數委由國中陳報之工時計算，並不能完全反映出甲君之實際工時，此由國中初始並未提出有指派甲君至國小教授音樂課之相關紀錄或說明，直至本院命勞工保險局陳報後始為提出。國中亦未說明甲君除音樂方面之課程外，是否尚有兼任其他如家政課或補校課程。(6)勞工保險局就此部分未予調查，復未翔實核對原告所提出關於甲君之LINE對話資訊等，亦未審酌甲君之職業有備課之需求，自有未妥。

爭執5：甲因「心因性猝死」是否與工作負荷有相關性？

勞工保險局主張：職業專科醫師審查，仍認非屬職業傷病。

行政法院心證：(1)丙及甲君之同事到庭陳述，均一再陳稱甲君工時長，且甲君曾數度提及過於疲累之情。(2)參酌甲君之門診申報紀錄表、甲君之2018年8月9日衛福部醫院體格檢查表，未見有何異常病症，或有其他與工作無關之外在環境因素或個人異常事件。(3)依參考指引，甲君之猝死與因加班產生之工作負荷顯有極強之相關性。

爭執6：甲君是否因職業災害死亡？

勞工保險局主張：職業專科醫師審查，仍

認非屬職業傷病。

行政法院心證：(1)勞工保險局認定甲君為普通疾病死亡，而不予核給職業災害死亡補償給付之原處分，既有前述未依職權調查證據及未依正確之工時計算即送請職業醫學科醫師審查之違法，爭議審定及訴願決定復未予糾正，均有未合。(2)丙訴請撤銷訴願決定、爭議審定及原處分，為有理由，應予准許。

爭執7：丙（甲之母）請求應依其申請，作成職業災害死亡之認定及加發職業災害死亡補償一次金新臺幣45萬8,000元，是否合適？

丙主張：(1)依2021年1月6日申請書，作成甲為職業災害死亡之認定。(2)加發職業災害死亡補償一次金新臺幣45萬8,000元。

勞工保險局主張：職業專科醫師審查，仍認非屬職業傷病。

行政法院心證：(1)勞工保險局認定甲君為普通疾病死亡，而不予核給職業災害死亡補償給付之原處分，既有前述未依職權調查證據及未依正確之工時計算即送請職業醫學科醫師審查之違法，爭議審定及訴願決定復未予糾正，均有未合。(2)丙訴請撤銷訴願決定、爭議審定及原處分，為有理由，應予准許。(3)丙請求加發職業災害死亡補償一次金新臺幣45萬8,000元部分，因事證未臻明確，尚須由勞工保險局另依職權調查事實及證據，並由專業醫師提供醫理意見，且亦涉及行政機關之行政裁量決定，故應由勞工保險局依法調查證據並

完成實質審查，以作為處分之依據。丙此部分之請求，要難准許，應予駁回。(4)依行政訴訟法第200條第4款規定，判命勞工保險局應依本判決之法律見解對於丙作成決定。

法院

行政法院：「(1)(勞動部勞工保險局)訴願決定、爭議審定及原處分均撤銷。(2)勞動部勞工保險局關於甲職業災害死亡之認定及職業災害死亡補償一次金之申請，應依本判決之法律見解重為適法之行政處分。(3)丙其餘之訴駁回。⁵」

案外案

甲心因性猝死，同校教師於法庭作證，成為法院判決給予職災給付的關鍵，卻也成為校長丁的報復對象，於學校會議公開指涉：(1)行政法院審理甲職災給付案證人作偽證；(2)洩漏監察院調查案件進行之資訊，影射證人所述不實；(3)不當要求教師每日應於首班船抵達小琉球時間前到校；(4)要求教師每週須住校至少2日。教師遂申訴校長「職場霸凌」，監察院受理調查後，2025年12月22日公告糾舉該國中校長丁後⁶，縣政府次日(12月23日)召開審議小組，並依「國民小學及國民中學校長不適任事實調查處理辦法」組成調查小組，先將丁暫調體育發展中心支援，改由督學代理國中校長職務，隨後縣政府遴聘外部調查小組認為：「該案已構成職場霸凌，有不適任校長職務情形。」2026年4月，縣校長事件審議會召開2次會議，經出席委員14人無記名

投票表決：10票同意、4票不同意，達出席人數三分之二以上法定門檻，決議依規定由主管機關解除丁之校長職務並改任其他職務，縣政府於5月19日起確定解職，丁將回任當教師。⁷

討論

工作促發：國際勞工組織(ILO)雖然尚未將腦血管及心臟疾病納入，因考量勞工職業與國情不同，亞洲國家勞工普遍有過勞傾向，我國勞動部參考日本經驗，職業安全衛生署發布「職業促發腦血管及心臟疾病(外傷導致者除外)之認定參考指引⁸」，該指引於1991年編訂公告，歷經4次修正(2004年12月31日、2010年12月17日、2016年1月5日、2018年10月15日)，將職業促發腦血管及心臟疾病，納為職業病保險給付範圍已逾35年。判斷職業促發腦血管及心臟疾病(目標疾病)之流程，依據「指引」，職業醫學專科醫師應先確定「目標疾病」、「發病時間」，再評估「工作負荷」。⁹⁻¹³

工作時數：工作時數簡稱工時，是評估「工作負荷」的重要依據，工時如何認定至關重要，一般而言，除打卡上下班時間外、準備與整頓時間、出差時間均為「工時」之外，由於校長要求代理教師晨會、晚自習、加強班留校輔導、至國小支援、長笛課程等，具有強制性質，故均應認列為工時，方為合理。⁴

工作負荷：「工作負荷」則依「異常事件」、「短期間工作過重」、「長期蓄積疲勞」做綜合評估。「指引」特別指出：「在作

診斷及認定其是否因職業原因所促發前，必須取得主治醫師、專科醫師及如有解剖時解剖醫師的意見，並且充分徵詢個案之雇主、同事及家屬的證言，必要時請權責機關調查釐清後做綜合的判斷。⁸」本案之「工時」爭執，行政法院雖屢請「權責機關調查釐清」，但勞工保險局仍依校方所提出之「工時」認定：非屬職業傷病，令人遺憾與不解¹⁴。

職權調查：行政訴訟法(Administrative Litigation Act 1933)第125條：「(第1項)行政法院應依職權調查事實關係，不受當事人事實主張及證據聲明之拘束。(第2項)前項調查，當事人應協力為之。(第3項)審判長應注意使當事人得為事實上及法律上適當完全之辯論。」我國行政訴訟採行職權調查主義，係因在公共行政領域中，相較行政機關（本案之勞工保險局），人民處於相對弱勢。故賦予法院調查之責任，以確保人民訴權得以完整落實¹⁵⁻¹⁷。本案法院依職權調查(sua sponte)，於法庭上徵詢個案之家屬、同事、學生及家長，重新計算甲君發病前1個月與2個月的工時，縱使以保守方式估算，甲發病前1-2個月平均工時，均已超過80小時！因此判決：(1)訴願決定、爭議審定及原處分均撤銷。(2)勞動部勞工保險局關於甲職業災害死亡之認定及職業災害死亡補償一次金之申請，應依本判決之法律見解重為適法之行政處分。本案行政法院依職權調查事實，值得讚許。

職場霸凌：職業安全衛生法(Occupational

Safety and Health Act 1974)第22-1條：「(第1項)本法所稱職場霸凌(workplace bullying)，指勞工於勞動場所執行職務，因其事業單位人員利用職務或權勢等關係，逾越業務上必要且合理範圍，持續以冒犯、威脅、冷落、孤立、侮辱或其他不當之言詞或行為，致其身心健康遭受危害。但情節重大者，不以持續發生為必要。(第2項)雇主應採取必要之措施，防治職場霸凌之發生；其僱用勞工人數達下列規模者，並依各款規定辦理：一、勞工人數在十人以上者，應訂定職場霸凌申訴管道，並在工作場所公開揭示。二、勞工人數在三十人以上者，應訂定職場霸凌防治措施、申訴及懲處規範，並在工作場所公開揭示。¹⁸⁻¹⁹」雖然為協助法院發現事實之真相，到法院作證為國民應盡之義務，但實務上，仍有可能因為法院作證，受到證詞影響而敗訴之人，挾怨報復(revenge on)證人。本案證人2、3為甲之同事，亦為代理教師，於法院作證後，被該校校長於學校會議公開指涉：行政法院審理時作偽證。監察院受理「職場霸凌」調查後，通過校長之糾舉案。縣政府組成調查小組，也認為：「該案已構成職場霸凌，有不適任校長職務情形。」嗣後縣政府解除丁之校長職務並改任其他職務，方避免霸凌持續。

結語

證人保護：民事訴訟法(Code of Civil Procedure 1930)第302條：「除法律別有規定外，不問何人，於他人之訴訟，有為證人之義

務。」同法第312條：「（第1項）審判長於訊問前，應命證人各別具結。但其應否具結有疑義者，於訊問後行之。（第2項）審判長於證人具結前，應告以具結之義務及偽證之處罰。（第3項）證人以書狀為陳述者，不適用前二項之規定。」本案證人2、3為甲之同事，亦為代理教師，於法院作證後，被長官公開指涉作偽證，恐有「寒蟬效應(Chilling Effect)」，我國雖有「證人保護法(Witness Protection Act 2000)」第1條：「為保護刑事案件及檢肅流氓案件之證人，使其勇於出面作證，以利犯罪之偵查、審判，或流氓之認定、審理，並維護被告或被移送人之權益，特制定本法。」但同法第2條：「本法所稱刑事案件，以下列各款所列之罪為限：一、最輕本刑為三年以上有期徒刑之罪。」本案為行政訴訟，不適用證人保護法，但勞工發生職災，勞動檢查本為當然，調查仍有不足，需同事至法院作證，為避免「寒蟬效應」，建議民事與行政訴訟之證人，似亦應有相當之保護措施。²⁰

參考文獻

1. 翁國彥：學校教評會運作與教師法律救濟—行政法院裁判解析。二版，台北市，元照出版有限公司；2021。
2. 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)。台北市，元照出版有限公司；2022。
3. 臺灣勞動法學會主編：勞動基準法釋義—施行40年之回顧與展望(The jurisprudence of labor standards act)。台北市，元照出版有限公司；2024。
4. 鄭津津：職場與法律(Workplace and law)。十版，台北市，元照出版有限公司；2025。
5. 高雄高等行政法院地方庭112年度巡簡字第3號判決（2024年8月13日）。
6. 監察院糾舉案：114年糾字第1號。(https://www.cy.gov.tw/)公告日期：2025-12-22。2026-08-15 visited.
7. Yahoo新聞(https://tw.news.yahoo.com) 2026年6月16日，2026-8-10 visited.
8. 勞動部「職業促發腦血管及心臟疾病（外傷導致者除外）之認定參考指引」(https://laws.mol.gov.tw/FLAW/FLAWDAT01.aspx?id=FL089649) 2026-8-15 visited.
9. 楊慎絢：職場健康紀錄500句型。台北市，九歌出版社；2021。
10. 黃翊安、王肇齡、葛謹：異常事件—臺灣高雄地方法院111年度重勞訴字第6號民事判決評析。台北市醫師公會會刊2024; 68(3): 38-46.
11. 聞遠志、葛謹：職災鑑定—最高法院113年度台上字第622號民事裁定評析。台北市醫師公會會刊2024; 68(8): 18-26.
12. 林浩琳、葛謹：超時猝死—臺灣基隆地方法院111年度重國字第1號民事判決評析。台北市醫師公會會刊2024; 68(11): 44-51.

13. 劉閔瑄、潘俞安、葛謹：腦出血－臺灣臺北地方法院111年度重勞訴字第2號民事判決評析。台北市醫師公會會刊2025; 69(12): 68-74.
14. 魏爾曼(Wellman, FL)著/周幸，陳意文譯：交互詰問的藝術－法庭攻防必備的技巧、理論與經典名案實例解析(The art of cross-examination : with the cross-examinations of important witnesses in some celebrated cases. 2nd Ed)。二版，台北市，商周出版；2026.
15. 洪家殷：行政訴訟上之職權調查主義。律師雜誌2000; 254期: 52-63.
16. 臺灣高等法院90年度交抗字第298號刑事裁定（臺灣高等法院刑事第七庭，2001年8月31日）。
17. 臺灣高雄地方法院115年度雄小字第1609號民事裁定（高雄簡易庭，2026年7月28日）。
18. 柯瑞(Curry, L)著/鄒詠婷譯：反擊！終結職場霸凌。新北市，好的文化；2018.
19. 彭孟嫻：職場霸凌－法律調停專家教你維護職場權益，化解工作場合的欺壓侵犯。台北市，時報文化；2021.
20. 柏吉斯(Burgess, AW)，康絲坦汀(Constantine, SM) 著/高忠義譯：專家證人－傳奇犯罪心理學者如何揭露人性，為真相與正義發聲(Expert witness : the weight of our testimony when justice hangs in the balance)。台北市，商周出版；2026. 🇹🇼



Twelve Fund for Children and Families

代言人：盧廣仲

劉興中

生活有依靠
學習有機會
成長有力量

陪孩子升級未來！

捐款管道：家扶官網、LINE Pay、ibon



無窮世代 | 🔍

人工智慧新時代，全方位麻醉風險評估輔助系統

新光醫院麻醉科 廖文璋 張正熹 李慕容

計畫背景

麻醉在日常醫療中扮演著不可或缺的角色。在開刀房內，無論在如心臟瓣膜置換、顱內腫瘤切除、肝臟移植等大手術，還是剖腹產、膝關節置換、輸尿管鏡取石這樣的中小型手術都需要麻醉。根據衛生福利部的統計，台灣在民國113年進行超過268萬次手術，平均每日有7348人接受門診或住院手術治療¹。事實上，為了減輕免除治療檢查所帶來的不適痛苦，經由麻醉科的協助，內科的侵入性檢查與治療也在逐年增加。這些手術或檢查都是為了治療疾病、挽救生命或提高生活品質的重要醫療手段。但包含手術、麻醉在內的任何醫療行為都伴隨著一定的風險。這些風險可分為可預測風險和不可預測風險。可預測風險是指在手術前可以通過評估病人的健康狀況、手術類型、手術急迫性等因素來預測的風險，包括感染、出血、血栓、困難插管等。不可預測風險是指在手術前無法預測的風險，如手術吻合處癒合不良、麻醉藥物過敏等。自1962年 Boardman Wang 提出術前評估的概念以來²，『預防勝於治療』的理念已被廣泛認同，透過謹慎小心的術前評估和仔細的麻醉準備，可以有效預防許多麻醉併發症的發生。如今『術前麻醉風險評估』，已成為需要麻醉的手術、治療及檢查進行過程中不可或缺的一個重要步驟，它透過全面性、系統性地評估病人，找出潛在風險因素，進而採取預防措施以降低風險，如肺部或心血管併發症。2000年對澳洲不良事件監控資料庫的分析結果明確顯示，有

3%的手術前後不良事件是因為術前評估不足所導致的³。相對的，許多研究顯示充分的術前麻醉評估的確可有效減少併發症、手術取消率、住院天數、醫療花費、術後30天與1年的死亡率，並增加術後90天內在家庭中存活的天數^{4,5,6,7}。2023年加拿大一份針對超過360,000名接受中高風險非心臟手術之患者的分析報告更指出，術前麻醉評估對高風險病人的預後格外有助益，可明顯增加術後30天的在家存活天數⁸。而目前本院所有需要麻醉科協助手術、治療及檢查進行的病人，都必須先接受麻醉專科醫師的術前麻醉風險評估，該過程中，麻醉醫師會根據評估結果向病人建議及說明麻醉方式，解釋可能的風險，經過溝通討論後，共同擬定麻醉計劃並取得病人的麻醉同意書。

手術前的麻醉風險評估是一項相當繁雜且極為耗工的程序，需要透過詳細的病史詢問、醫療紀錄查閱及身體理學檢查來完成，這涉及許多不同方面的資訊，如病因、手術術式，藥物過敏史，過去的手術史，過去麻醉過程中的特殊異常狀況（例如惡性高熱、麻醉藥物過敏性休克、急救、困難插管、術後噁心嘔吐、延遲甦醒...等），以及是否合併有其它疾病（例如高血壓、糖尿病、末期腎病、冠狀動脈阻塞、心臟衰竭...等），而這些疾病的嚴重度、控制狀況和治療用藥也都是需要進一步關注的重點。此外，還包括可能有的血液生化檢驗、心電圖、胸部X光、心臟超音波、頸動脈超音波、電腦斷層掃描、核醫心臟灌注檢查、心導管、肺功能等各種診斷工具的報告結果。因

此，在臨床的實際作業中，獲得這些資訊很大程度需仰賴麻醉醫師仔細檢視手邊既有的醫療紀錄後，再進行系統性的重點式歸納。顯然，這種幾乎完全依靠人工作業的操作方式，在系統的運作上存在一定的侷限性和醫療不良事件的風險。例如，當病情複雜，就醫資料龐大時，對於每位幾乎都是視為初診病人的麻醉醫師來說，需要耗費大量的時間和精力來檢視，且有可能會遺漏重要的醫療紀錄；而對於在評估後才出現的重要檢查報告，若無法及時將資訊更新給相關醫療團隊成員，可能要到手術開始前，甚至是手術結束後才會被注意到。這些不僅讓麻醉醫師無法有效率地進行術前評估，需耗費大量的時間與精力，還可能造成手術前才未預期地取消手術，浪費寶貴的手術室醫療資源，更重要的是有一定的機率會因無意中錯漏重要資訊而低估風險，使病人和醫療團隊陷入原本可避免的風險之中。

由於醫療紀錄的全面電子化，加上近年來電腦運算能力的急速躍進和人工智慧(AI)技術的突破性發展，為改善和優化術前麻醉風險評估提供了創新且可行的解決方法。我們希望透過學習和訓練，讓具有AI功能的系統理解與麻醉風險評估相關的重要資訊，從龐大繁雜的病歷資料中，包括門診病歷、出入院病歷、手術紀錄、護理紀錄、用藥紀錄、胸部X光、電腦斷層掃描、核磁共振、心臟核子醫學掃描、血管攝影、心導管檢查、心臟超音波、心電圖、肺功能檢查、血液生化檢驗數值，『全方位』的提取出需要關注的重點，最後濃縮、整理成

病情摘要這樣的文本，來供臨床醫師參考。而這樣的系統功能，還可以讓相關醫護人員在病人從門診麻醉評估、住院、到手術室接刀的過程中，一有需要就可以方便地立即取用，且每次都能自動將新產生的醫療資訊整合進來，再根據產生的風險標籤類別，達到『全程』協助彙整病情、主動提醒警示的目標。

因此新光醫院設定目標開發一套基於AI技術的全程全方位手術風險評估輔助系統專案。以Azure登陸區域(Azure landing zone)架設生成Azure Open AI^{9,10}，並以Azure Kubernetes Service操作管理¹¹，資料庫用CDC DataMesh設計來實現資料即時同步更新¹²，匯入病人本院病歷紀錄後經由Azure Data Factory資訊整合¹³，最終以AI技術解讀匯出麻醉前摘要作為麻醉前風險評估資訊。

本系統為資訊單位與臨床單位合作設計，特色為使用Open AI所開發的ChatGPT來進行麻醉風險的風險貼標，結合生成式AI的麻醉評估摘要總結。且無論是風險貼標或是摘要總結皆可立即性的給予意見回饋，加速系統效能的優化（圖一）。

成果及成效評估

本專案開發的AI全程全方位麻醉風險評估輔助系統預計可在以下幾個方面取得效果：

- 提高了麻醉風險評估的完整性、準確性。
- 減少了整體手術、治療及檢查風險。

系統效能具體測試：

新光醫院於2023年1月到2023年12月的手



圖一 ChatGPT麻醉貼標以及即時回饋系統

術病人中，在完成術前麻醉評估後，因故取消手術的病人總共有26位，取消的原因相當多樣，但主要可歸納為以下五類：(1)病情突然發生改變，不適合立即進行手術；(2)從完成評估至進行手術的這段等待期間內，有異常的新檢查報告或檢驗結果產生，並需進一步會診、檢查或治療；(3)醫師評估時未注意到的既有之異常狀況；(4)進行手術需要之事項未能完備，例如術後加護病房滿床；(5)病人或家屬對手術或麻醉風險仍有疑慮，希望暫緩手術。相關人數比例如表一。

這些取消手術的原因有些是不可預期且不可避免的，但其他部分卻是可以提前發覺的。因此我們利用這些過去發生的案例來測試系統，由5位未參與系統設計的本院麻醉科醫師組成評估團隊，根據其生成的結果進行投票，表決其是否有助於事先避免病人來到手術室後才被取消手術。結果有9位病人被認為可以藉著這項人工智慧系統來避免該事件的發生，即

表一 手術取消原因暨人數比例

手術取消原因	人數	比例
病情突然發生改變，不適合立即進行手術	15	0.58
從完成評估至進行手術的這段等待期間內，有異常的新檢查報告或檢驗結果產生，並需進一步會診、檢查或治療	1	0.04
醫師評估時未注意到的既有之異常狀況	3	0.12
進行手術需要之事項未能完備	2	0.08
病人或家屬對手術或麻醉風險仍有疑慮	5	0.19

可以藉由此手術風險評估輔助系統，對複雜電子病歷內重要資訊進行提取與整理後得到的結果，協助醫護人員讓入手術室後未預期取消手術的不良事件發生率減少34.6%。以下利用兩個實際案例進行說明。

- 一位患有軟組織腫瘤的病人，於手術前一個月完成術前麻醉評估，但四天後因反覆胸悶，心臟內科安排住院接受心導管檢查，結果發現有心臟血管狹窄的情況，故進行心臟血管支架置放。該病人兩周後按計畫住院接受腫瘤切除手術，在手術室再次確認狀況時才發現而取消手術。若利用AI全程全方位麻醉風險評估輔助系統（圖二），將可在病人入院時，或手術室叫刀時，發現病人有新的病況，及時介入處理。這不僅可避免入手術室後才取消手術的情事發生，更可防止因未



圖三 膽囊切除手術案例

發現病人處於不適宜手術的高風險期間，而誤讓他接受手術的重大錯誤發生，這有可能造成手術前後心肌梗塞並導致死亡的悲劇。

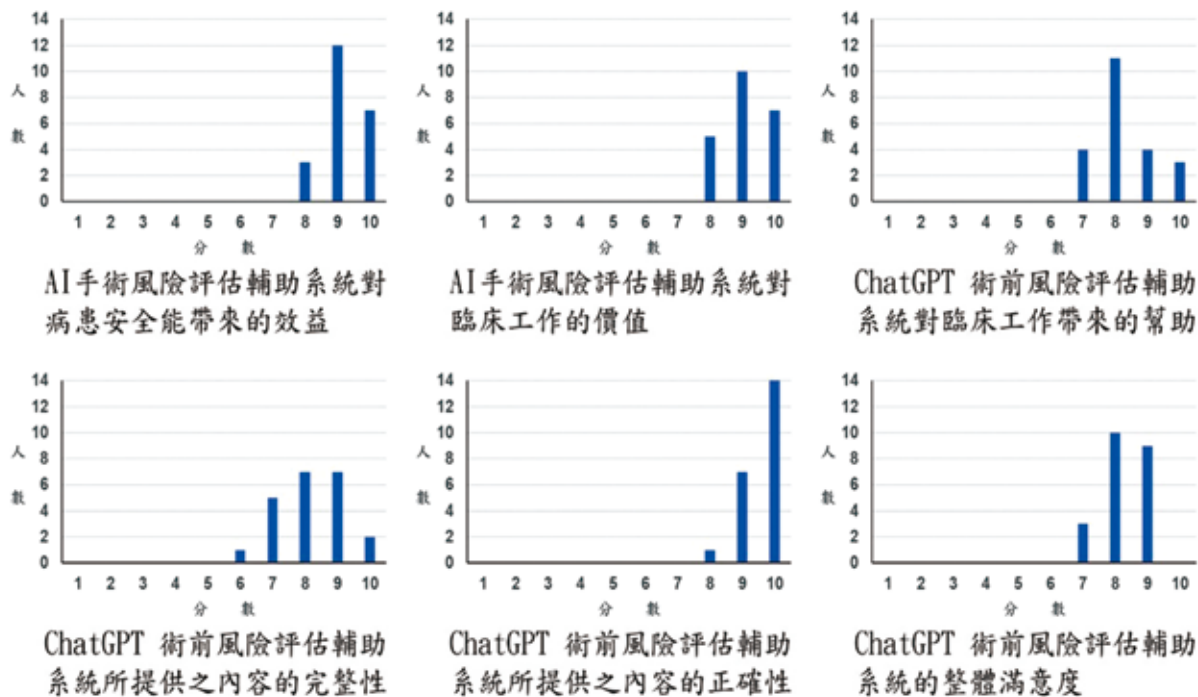
- 一位因慢性膽囊炎而住院接受膽囊切除手術的病人，在手術前一天完成了術前麻醉風險評估，但在手術當天凌晨突然出現低血氧、呼吸喘的情況，因以鼻導管給予氧氣輔助呼吸後改善，故仍按計畫於中午送至手術室。但病人入手術室後狀況急遽惡化，出現呼吸窘迫的情況，決定先取消手術並會診心臟科。若利用AI全程全方位麻醉風險評估輔助系統（圖三），將可在手術室叫刀時，讓手術團隊的其他人員發現病人有新的病況出現，有助於及時介入處理，避免入手術室後才取消手術。

使用者實際體驗評估

在系統導入約5個月後，我們以問卷方式對本院22位麻醉科醫師進行調查，問卷總共有9個題目，其中6個題目請醫師們給予1到10分的評價分數（圖四），目的是了解臨床醫師對

AI全程全方位麻醉風險評估輔助系統的態度，及對目前本院這套系統的實際使用感受；另外3個題目是想了解本院這套系統帶來的實質幫助，及是否有繼續保留並優化的價值。結果顯示：

- 對使用AI全程全方位麻醉風險評估輔助系統的態度
 - 醫師們幾乎都高度認同有其價值和必要性，因為能對病人安全及臨床工作帶來重要的幫助（平均分數各為9.2和9.1）。
- 對新光醫院AI全程全方位麻醉風險評估輔助系統的實際使用感受
 - 多持肯定的評價。對該系統能帶來的幫助給予平均8.3的分數，至於系統所提供之資料的完整性與正確性則分別給予8.2和9.6的平均分數，對系統的整體滿意度為8.3分。
- AI全程全方位麻醉風險評估輔助系統對臨床工作帶來的實質幫助
 - 麻醉醫師們平均認為它能有效減少約2.1分鐘的評估時間，這看似不多，事實上卻具有相當重要的意義，首先，以一個診次30位病人來估計的話，總共節省了60多分鐘人工閱讀、整理病歷內容的時間，這大幅度地減少了醫師的臨床工作負擔，更重要的是，以目前平均每位病人只有不到10分鐘的看診時間來說，這些節省下來的時間，意味著醫師將有著更多的時間用來和病人溝通、討論及解釋。



圖四 問卷結果

。另外值得注意的是，22位醫師中有14位表示，曾經因為該系統的提醒而發現未注意到的重要資訊，也就是高達64%的醫師明確地感受到本系統給予的幫助，這也正是我們開發此人工智慧系統的最主要目的。

雖然此系統在麻醉科醫師的問卷調查中普遍得到相當正面的評價，醫師們也幾乎都期望臨床工作上能有人工智慧系統的協助，但我們也注意到所有醫師都認為此系統必須再繼續優化調整，表示使用者對此系統有著更高的期待，這也將會是此系統未來會再繼續精進的動力，目標是提供更完整、更正確的資訊。

導入後的實際效益

• 有形效益

。AI全程全方位提供風險評估預警機制

- 只要有任何新的病歷資料產生，本系統就會自動更新病情摘要，所以醫護人員可在任何時間點獲得最新資訊。在系統導入後的2024年1~8月這段期間，已應用在6902個手術人次，生成21035份病情摘要，總共在病歷內容貼了455334個標籤。
- 當系統發現有高風險標籤存在時，會在資訊系統上以醒目的字體色彩進行主動警示。

。有效提高術前麻醉風險評估的執行品質。

- 麻醉科內每月手術取消統計資料顯示：系統導入後，2024年1~8月有14位病人於手術室內未預期取消手術，其中只有2位被認為是可避免的，發生率為14.3%，與去年的34.6%相比降低了20.3%，下降比例為58.7%。

。有效降低手術後72小時死亡率。

- 麻醉科內每月手術後72小時死亡率統計資料顯示：系統導入前的2023年手術總人數為15424人，手術後72小時死亡人數為20人，死亡率為萬分之13；而導入後的2024年1~8月手術總人數為10213人，手術後72小時死亡人數為7人，死亡率為萬分之7，降低了0.06%，下降比例為46.2%。我們相信這有部分可歸因於更全面完整的術前風險評估。

結論

此基於AI技術的全程全方位麻醉風險評估輔助系統專案能夠增加醫師的臨床工作效率。減輕醫師的臨床工作負擔，進而提高醫師的臨床決策能力。也能夠增加醫病之間溝通討論的時間。提高患者對醫療服務的滿意度與信任度。未來隨著AI的演進進行系統優化調整，使用者對此系統必定有著更高的期待，這也將會是此系統未來會再繼續精進的動力，目標是提

供更完整、更正確的資訊。更進一步可加入目前本院現有的動態檢驗危險值簡訊通報系統，如果病人在手術排程輸入後的等待手術期間發生例如急性心肌梗塞/不穩定性心絞痛，左心室射出分率<30%等高風險事件，能自動系統簡訊通知主刀醫師以及麻醉評估醫師，使醫師們能知道病人的最新病況，主動再重新評估相關風險，而非被動等到醫療人員看見高風險標籤後點選才發現，此時往往病人已經入院，但病情因不適合手術只好又再出院。若能達到此目標，能減少床位、開刀房的空轉，病患家屬的舟車勞頓，對病情的掌握度更高，也能更讓病患對醫療的信任度更好。

參考資料

1. 衛生福利部統計處113年醫事機構服務量統計年報電子書。
2. BC WANG: On the preventive aspects of anesthesia. I. Anesth Analg 1962; 41: 644-9.
3. MT Kluger, EJ Tham, NA Coleman, et al: Inadequate pre-operative evaluation and preparation: a review of 197 reports from the Australian incident monitoring study. Anaesthesia 2000; 55(12): 1173-8.
4. MB Ferschl, A Tung, B Sweitzer, et al: Preoperative clinic visits reduce operating room cancellations and delays. Anesthesiology 2005; 103(4): 855-9.
5. J Carlisle, M Swart, EJ Dawe, et al: Factors associated with survival after resection of

- colorectal adenocarcinoma in 314 patients. Br J Anaesth 2012; 108(3): 430-5.
6. JD Blitz, SM Kendale, SK Jain, et al: Preoperative Evaluation Clinic Visit Is Associated with Decreased Risk of In-hospital Postoperative Mortality. Anesthesiology 2016; 125(2): 280-94.
 7. EW Kristoffersen, A Opsal, TO Tveit, et al: Effectiveness of pre-anaesthetic assessment clinic: a systematic review of randomised and non-randomised prospective controlled studies. BMJ Open 2022; 12(5): e054206.
 8. JS Engel, W Beckerleg, DN Wijesundera, et al: Association of preoperative anaesthesia consultation prior to elective noncardiac surgery with patient and health system outcomes: a population-based study. Br J Anaesth 2023; 131(5): 937-46.
 9. Azure Landing Zone官方文件(2026) <https://learn.microsoft.com/zh-tw/azure/cloud-adoption-framework/ready/landing-zone>
 10. Azure OpenAI Service 官方文件(2026) <https://azure.microsoft.com/en-us/products/cognitive-services/openai-service>
 11. Azure Kubernetes Service官方文件(2026) <https://learn.microsoft.com/zh-tw/azure/aks/intro-kubernetes>
 12. CDC DataMesh 介紹(2026) <https://towardsdatascience.com/data-mesh-pattern-deep-dive-change-data-capture-eb3090178c34>
 13. Azure Data Factory 官方文件(2026) <https://learn.microsoft.com/zh-tw/azure/data-factory/introduction> 🇹🇼



簡介重粒子放射治療

¹臺北榮總重粒子及放射腫瘤部 ²國立陽明交通大學醫學系
吳元宏^{1,2} 胡育文^{1,2} 黃品逸^{1,2} 賴宜君^{1,2} 賴姿妤^{1,2} 康鈺玫^{1,2}
楊婉琴^{1,2} 林佑蓉^{1,2} 蕭正英^{1,2} 王令瑋^{1,2} 藍耿立^{1,2} 劉裕明^{1,2}

前言

癌症治療的核心目標，在於延長存活並維持生活品質。放射治療作為局部治療的重要支柱，百餘年來持續在「劑量提升」與「正常組織保護」之間尋求平衡。隨著影像導引、治療計畫演算法及放射生物學的進展，現代放射治療已不再僅是「照射腫瘤」，而是精準調控空間、時間與生物效應的綜合醫療技術。過去放射治療的射源主力是高能量的X光，也就是光子，但近二十年來，帶電粒子治療(charged particle therapy)，逐漸成為放射腫瘤學的重要發展方向。最常見的帶電粒子治療是質子治療。質子也就是原子序=1的氫離子¹H，其每個粒子的質量大約等於1 atomic mass unit(amu)。其他質量大於1-4 amu的帶電粒子治療，統稱為重離子放射治療(Heavy Ion Radiotherapy)。在日本約定成俗，將碳離子治療(Carbon Ion Radiation Therapy, CIRT)改稱為重粒子治療。重離子放射治療因同時具備優異的物理劑量分布與高線性能量轉移(high linear energy transfer, LET)的生物效應，被視為對抗放射抗性腫瘤的關鍵技術之一。相較於光子與質子治療，重粒子在DNA層級造成的損傷型態不同，使其在特定癌別中，有機會展現出更高的腫瘤控制率。臺北榮民總醫院重粒子治療中心的啟用，代表臺灣正式邁入重粒子臨床治療的新里程碑。本文將介紹重粒子放射治療的歷史背景、物理與生物優勢、北榮重粒子中心的建置與現況、主要臨床應用成果，以及其在國際間的發展定位，協助各專科醫師理解重粒

子治療在現代癌症治療中的角色。

重粒子放射治療的歷史

(一) 帶電粒子治療概念的起源

1946年，美國哈佛大學物理學家Robert R. Wilson在Radiology期刊中首次提出利用帶電粒子(charged particles)進行腫瘤治療的構想¹。他指出，質子在物質中行進時，能量沉積於射程末端形成明顯的Bragg peak，理論上可在腫瘤位置提供高劑量，同時減少前後方正常組織的暴露。此一概念奠定了日後粒子治療的物理基礎。早期粒子治療多在物理研究機構進行，例如美國勞倫斯伯克萊國家實驗室(Lawrence Berkeley National Laboratory)，主要以質子及氦離子進行臨床嘗試。然而，當時設備龐大、治療流程複雜，臨床應用仍屬有限。

(二) 重粒子治療的臨床化

真正將「重粒子」從實驗室帶入系統性臨床治療的是日本。1994年，日本放射線醫學綜合研究所(National Institute of Radiological Sciences, NIRS，現為QST)於千葉啟用重離子醫學加速器(Heavy Ion Medical Accelerator in Chiba, HIMAC)，成為全球第一座專為臨床設計的重離子治療設施^{2,3}。經過多方考慮，對於不同原子序的各種重粒子，最後NIRS選定採用剝除外圍6個電子的碳離子，也就是carbon ion，來進行擴大規模的臨床試驗，也因此目前重粒子放射治療臨床上幾乎都是使用碳離子來做治療，也稱為carbon ion radiotherapy(CIRT)。

日本團隊在隨後三十年間，累積了超過數萬例病人的治療經驗，涵蓋骨與軟組織肉瘤、頭頸癌、肺癌、肝癌、胰臟癌與攝護腺癌等多種腫瘤，並逐步建立劑量分次、適應症與毒性管理的臨床共識。這些成果使重粒子治療不再只是「技術展示」，而是具備實證基礎的臨床選項。

（三）歐洲與亞洲的發展

GSI Helmholtzzentrum für Schwerionenforschung, GSI（德國重離子研究中心）是全球重粒子放射治療發展史上的關鍵起點之一。GSI位於德國達姆施塔特(Darmstadt)，成立於1969年，原為重離子核物理研究機構，後逐步發展為全球重粒子放射治療的重要發源地之一。憑藉其大型重離子同步加速器設施，GSI在1980–1990年代開始將重離子生物學與腫瘤治療研究結合，奠定了碳離子臨床應用的技術與理論基礎⁴。

1997年至2008年間，GSI進行臨床試驗性碳離子治療，累計治療約440例患者，主要針對顱底腫瘤、脊索瘤及其他放射抗性腫瘤。此階段不僅驗證了碳離子治療在臨床上的可行性與安全性，也發展出兩項關鍵技術：一為主動點掃描技術(active raster scanning)，可精確控制三維劑量分布；二為局部效應模型(Local Effect Model, LEM)，用以計算碳離子之相對生物效應(RBE)，成為歐洲碳離子治療計畫系統的重要理論基礎⁵。

GSI的臨床研究成果直接促成後續專門醫療中心的成立，例如Heidelberg Ion-Beam

Therapy Center(HIT)，使碳離子治療由實驗性階段邁向常規臨床應用。因此，GSI被視為現代碳離子放射治療技術與生物劑量模型的重要發源地，在全球重粒子治療發展史上具有關鍵地位。德國海德堡重離子治療中心(Heidelberg Ion-Beam Therapy Center, HIT)於2009年啟用，強調與學術醫院的緊密結合，並進行多項前瞻性臨床試驗。其後，義大利CNAO、中國（上海、蘭州、武威等地）陸續成立重粒子治療中心，使重粒子治療逐漸成為國際放射腫瘤學的重要一環。

重粒子放射治療的優點

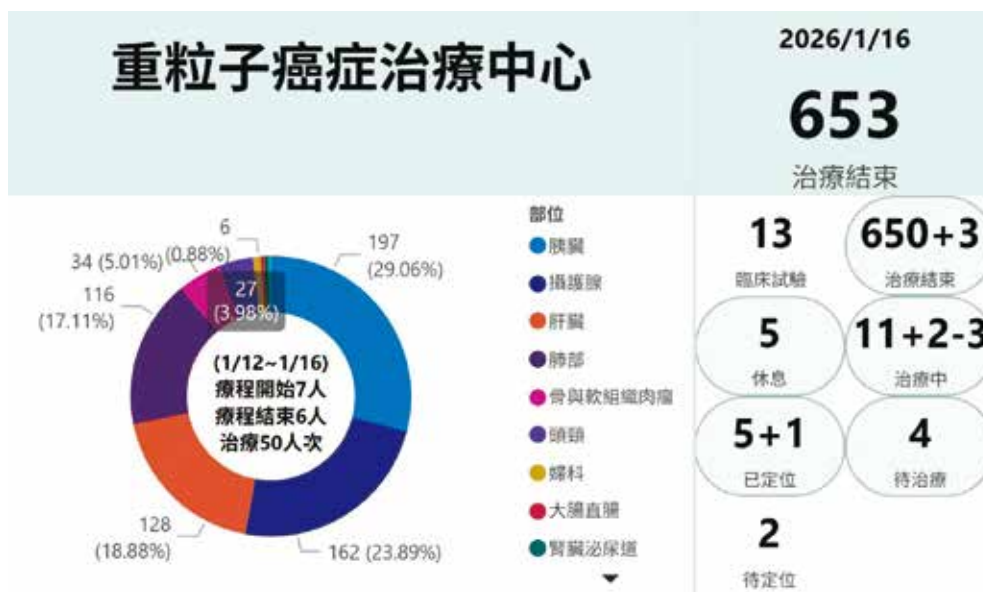
（一）物理劑量分布的特性

碳離子為帶正電的重帶電粒子，質量遠高於質子。其在體內行進時，初期能量損失較低，於射程末端形成尖銳且可預測的Bragg peak，峰後劑量快速下降，幾乎無出口劑量。透過多能量層疊(spread-out Bragg peak, SOBP)，可精準覆蓋整個腫瘤體積。

與光子治療相比，重粒子能顯著降低周邊正常組織（如腸道、脊髓、腦幹、肝臟）的累積劑量，特別適合位於深部或鄰近關鍵器官的腫瘤。

（二）高LET與DNA損傷型態

碳離子具有高LET特性，單位路徑長度內沉積能量高，能在DNA層級造成密集且複雜的雙股斷裂(double-strand breaks)與叢集型損傷(clustered damage)⁶。此類損傷較難由非同源末端接合(NHEJ)或同源重組(HR)途徑修復，



圖一 臺北榮總重粒子癌症治療中心自2023-05-15開幕至2026-01-16，治療人數與部位統計

導致細胞存活率顯著下降。

相較之下，光子與質子屬低LET放射線，其DNA損傷較分散，細胞較容易修復，這也是放射抗性腫瘤對傳統放療反應不佳的重要原因。

（三）氧增敏比(OER)較低

腫瘤缺氧被視為造成放射抗性的關鍵因素之一。高LET放射線的生物效應對氧氣的依賴度較低，使重粒子在缺氧腫瘤微環境中仍能維持穩定的殺細胞能力，對胰臟癌、肉瘤等低氧腫瘤尤其具臨床意義。

北榮重粒子中心的建置與現況

臺北榮民總醫院重粒子治療中心為臺灣首座、全世界第14座重粒子臨床治療設施，中心配備同步加速器系統，可產生不同能量之碳離

子束線，並設有兩間固定束線治療室，各有一對水平與垂直的固定射束，以滿足不同腫瘤位置與體位需求。

在臨床流程上，北榮重粒子中心整合高解析度CT、MRI與PET影像，搭配先進的治療計畫系統與嚴謹的品質保證(quality assurance, QA)機制，確保治療劑量的準確性與再現性。同時，與外科、內科、影像醫學部、核醫部及病理部建立多專科團隊(multidisciplinary team, MDT)討論平台，以確保病人選擇與治療策略的合理性。從2023-05-15開幕至2026-01-16為止，共治療完成653位病人，各種癌症診斷的分布如圖一。

北榮的重粒子中心成立，接受社會各界賢達大量的捐款，考量目前重粒子放射治療仍未納入健保給付，病患時常需要付出高達100-

200萬台幣的自費醫療費用，因此設立有扶貧免費治療的專案，提供2%的名額給予合適病患。主要條件是要有政府核發的中低收入或低收入戶證明，再加上院方與社會賢達組成委員會討論評估具有足夠的治療效益，則得以提供免費的重粒子治療。

重粒子放射治療的臨床應用與成果

（一）胰臟癌

胰臟癌為典型的放射抗性腫瘤，且常緊鄰十二指腸、胃與大血管，使傳統放療劑量提升受限⁷。日本與歐洲研究顯示，對於局部晚期胰臟癌，重粒子治療合併化療可顯著提升局部控制率，部分研究報告中位存活期優於歷史對照。重粒子在此癌別的角色，逐漸由「實驗性治療」轉為「特定族群的合理選項」。北榮重粒子中心開幕以來，目前治療人數最多的癌別即是胰臟癌。除了日本J-CROS聯合臨床試驗原本所收案的stage I-III外，北榮目前大約一半胰臟癌病人是寡轉移的第四期病患。目前發表的治療成果，包含36.9%第四期病人，一年存活率可達到大約75.26%⁸。

（二）攝護腺癌

攝護腺癌是重粒子治療最成熟的適應症之一⁹。多項日本大型回溯性研究顯示，低至中度分次的重粒子治療即可達到極佳的生化無復發率，同時維持低泌尿道與直腸副作用¹⁰。對比於機械手臂的手術治療，日本研究顯示，重粒子治療可以達成更好的性功能保存效果¹¹。另外，對比於傳統光子治療，重粒子也已經

在數據上顯示，透過降低對正常器官的輻射暴露，可以減少輻射線引發第二種癌症的機率¹²。對於重視生活品質、希望縮短治療時間的病人，重粒子提供了具吸引力的選擇。實際上目前在日本與韓國，許多重粒子中心最多人數的適應症，都是攝護腺癌，反映了國外目前在這項治療的高滿意度。

（三）肝癌

肝細胞癌病人常合併肝硬化，肝功能保留為治療關鍵¹³。重粒子治療可在限制正常肝臟劑量的前提下，對大型或靠近血管的腫瘤提供高局部控制率，成為手術與局部燒灼以外的重要治療方式。數據上看起來，對於腫瘤控制的效果不輸給手術¹⁴。日本對於質子治療與重粒子治療在肝癌的療效，目前研究在存活率、疾病控制率上，重粒子與質子治療，還看不出明顯差別¹⁵。不過，與光子與質子相比，重粒子因為其物理劑量特性，對於正常肝臟的照射範圍可以縮減到最小，因此在劑量學研究顯示，對於單顆肝腫瘤，重粒子能夠安全照射的直徑是最大的¹⁶，對相同肝功能的肝臟體積來說，光子IMRT技術所能治療的肝癌腫瘤直徑上限為7.9cm，質子為13.2cm，而重粒子CIRT可治療直徑上限為14.8cm的腫瘤。若與經動脈化學栓塞(transarterial chemoembolization, TACE)相比，回溯性研究顯示對於單顆三公分以上肝癌腫瘤，重粒子可以達到比TACE更好的整體存活、無惡化存活、與局部腫瘤控制¹⁷。

（四）肺癌

對於無法手術的早期非小細胞肺癌病人，重粒子治療可作為立體定位放射治療(SBRT)的替代選項，特別適用於中央型病灶或肺功能不佳者¹⁸。對於早期肺癌，劑量學上，重粒子可以閃避最多的正常心臟與肺臟組織¹⁹，以減少各種正常組織傷害造成的長期不良反應。日本對於質子治療與重粒子治療，在早期非小細胞肺癌的療效，按照全國資料庫統整的研究，目前數據看起來，在存活率、疾病控制率上，重粒子與質子治療，還看不出來明顯差別，不過，在局部控制上，KM曲線，重粒子要優於質子，雖然P值沒有達到顯著²⁰。對於局部晚期的非小細胞肺癌，日本方面重粒子治療的策略是僅採用重粒子放療照射，而避免系統性的藥物，包含化療與免疫治療。所達成的中位存活期也有35.1個月²¹，趨近於過往標準光子合併化學放射治療²²。

在小細胞肺癌方面，目前已有發表質子合併重粒子的少量病人治療結果²³，limited stage small cell lung cancer病人兩年存活率可達到81.7%。至於單用重粒子搭配化療治療小細胞肺癌方面，目前武威重粒子中心仍在進行臨床試驗中。

（五）頭頸癌

Adenoid cystic carcinoma（腺樣囊性癌）、mucoepidermoid carcinoma（黏液表皮癌）等頭頸部腫瘤對光子放療反應有限。重粒子治療在此類癌別展現優於傳統放療的局部控制率，同

時降低腦幹、視神經與唾液腺劑量²⁴。

（六）肉瘤

骨與軟組織肉瘤為重粒子治療的代表性適應症。對於無法完全切除或位於顱底、脊柱等困難部位的肉瘤，尤其是脊索瘤(chordoma)與軟骨肉瘤(chondrosarcoma)，重粒子提供了兼顧控制率與器官保護的治療選項²⁵。

（七）乳癌

重粒子在乳癌的應用仍屬探索階段，主要聚焦於局部復發或特殊高風險族群，其潛在優勢在於降低心臟與肺部劑量²⁶。但至發稿為止，北榮尚未將其納入重粒子適應症。

（八）食道癌

局部進展期或再照射困難的食道癌病人，透過重粒子治療可在控制腫瘤的同時，降低心肺與脊髓的劑量，提升治療安全性²⁷。

（九）鼻咽癌

來自上海質子與重離子中心的研究中，混合光子放療+CIRT boost的臨床資料，顯示使用IMRT（光子強度調控放療）搭配CIRT增強照射，對局部進展期NPC患者治療，3-year overall survival、progression free survival、局部控制率(local control)均在良好水準（約 90% 以上），且輻射誘發的嚴重副作用非常少²⁸。

重粒子放射治療國際發展現況

（一）日本：從臨床實證到標準化

日本為全球重粒子放射治療發展最成熟的國家。自1994年千葉HIMAC啟用以來，日

表一 重粒子治療與其他目前臨床使用放射治療射源的比較

	光子	質子	重粒子	硼中子捕獲 (BNCT)
相對生物效能 (RBE)	等於 1	大約等於 1.1	最高可達將近 3 倍	最高可達將近 3 倍
對抗缺氧環境	受到缺氧環境限制	受到缺氧環境限制	可對抗缺氧環境	可對抗缺氧環境
具備布拉格峰劑量集中效果	不具備	具備布拉格峰劑量集中效果	具備布拉格峰劑量集中效果，且比質子有更高的 peak to plateau ratio	雖然不是透過布拉格峰，但 BNCT 劑量可集中在細胞尺寸內
細胞等級劑量分布	無	無	無	有
治療深度限制	人體等級不受限	人體等級不受限	人體等級不受限	有效深度需 6-8 公分以內

本學界以「先累積臨床證據，再逐步擴展適應症」為核心策略，針對不同癌別建立劑量分次、正常組織耐受度與長期毒性資料庫。日本多數重粒子中心（如QST、群馬大學、大阪重粒子中心）皆與國民健康保險體系緊密結合，使部分癌別已被納入常規治療選項。

（二）歐洲：前瞻性試驗與精準醫療整合

歐洲重粒子中心以德國HIT與義大利CNAO為代表，其特色在於與大學醫院高度整合，並積極進行前瞻性臨床試驗。歐洲團隊特別重視重粒子在放射抗性腫瘤、再照射情境與兒童腫瘤中的潛在角色，並嘗試將重粒子治療與分子標記、影像生物標誌(radiomics)及免疫治療結合。

（三）中國與其他亞洲國家：快速建置與臨床擴張

近年來，中國多座重粒子中心陸續啟用，採取「快速建置、廣泛臨床應用」的策略，在短時間內累積大量病例。此一模式有助於提升

全球重粒子治療的病例數，但也突顯建立一致治療指引與長期追蹤的重要性。南韓目前也已有延世大學(Yonsei University)重粒子中心，在北榮開幕不久後跟著啟用，而首爾大學的重粒子中心也在建置當中。

重粒子治療與其他放射治療的比較

關於重粒子治療與其他目前臨床使用放射治療射源的比較，整理如表一。

（一）與光子治療比較

光子治療設備普及、成本相對低廉，但其散射劑量不可避免。重粒子在深部腫瘤與放射抗性癌別中具優勢，但建置與治療成本較高。光子治療目前普遍都有健保給付，重粒子幾乎都需要全自費，且因為成本高昂，對醫院來說想要打平成本都相當挑戰。重粒子目前適應症集中在有肉眼可見的腫瘤(gross tumor)的狀況，對於微觀殘餘腫瘤(microscopic residual tumor)，目前多半沒有開設適應症，因此手術後的放射治療，多數尚未開放重粒子參與。重

粒子因為其輻射生物學上的特性，多數合適使用較高的單次劑量，因此最終治療時間可以比光子大幅縮短²⁹。

（二）與質子治療比較

質子與重粒子同樣具有Bragg peak，但其生物效應與光子相近。重粒子在高LET效應上提供額外優勢，較光子與質子適用於抗性腫瘤。且質子殺傷腫瘤時，對於氧氣的依賴程度類似光子，不像重粒子具有較低的氧增敏比(OER)，對於腫瘤的缺氧環境下，重粒子的穩定殺傷較為可靠。質子治療目前在兒童癌症方面，已經得到健保的給付許可。但重粒子還尚未申請這方面的適應症。其根本原因也不是重粒子不合適，只是目前國際上對於重粒子在兒童癌症的研究尚未成熟。質子的輻射生物特性類似光子，也因此重粒子的療程多數也可以比質子治療更為縮短²。

（三）與硼中子捕獲治療(BNCT)比較

BNCT屬於生物標靶型放療，強調細胞層級選擇性，但受限於硼藥物分布與中子源。重粒子在治療深度與劑量可預測性上較為成熟。對於與正常組織之間，存在明顯邊界的腫瘤，重粒子會比較合適。反之，當腫瘤是浸潤在正常組織間，淺深度小於7-8公分的腫瘤，在有高度¹⁰B藥物攝取量的狀況下，可考慮做BNCT³⁰。

未來展望

雖然國際在重粒子治療已經累積數十年的研究，但因為這項技術牽涉到複雜的醫學物

理與輻射生物學，目前對重粒子的應用其實還處於相當基礎的層面，也就是這個威力強大的武器，距離完全發揮，還有長遠的道路。目前積極研究當中的，除了各種癌症再進行劑量提升以求改善療效外，還有關於LET最佳化的設計，以及使用除了碳離子外，合併安排其他種類重粒子治療的方式。關於超高劑量率的FLASH重粒子照射方式，也在發展當中，未來有機會在幾秒鐘之內就可以完成重粒子治療的療程。粒子是局部治療相當有效的武器，目前對於特定適應症，展現已經驗證優異的療效。未來期待能更進一步發揮，達成更佳的治疗成果。

參考文獻

1. RR Wilson: Radiological use of fast protons. Radiology 1946; 47: 487-91.
2. T Kamada, H Tsujii, EA Blakely, et al: Carbon ion radiotherapy in Japan: an assessment of 20 years of clinical experience. The Lancet Oncology 2015; 16: e93-100.
3. D Schulz-Ertner, H Tsujii: Particle radiation therapy using proton and heavier ion beams. Journal of clinical oncology 2007; 25: 953-64.
4. G Kraft: Heavy ion tumor therapy. Medizinische Monatsschrift fur Pharmazeuten 2009; 32: 328-34.
5. T Eichkorn, L König, T Held, et al: Carbon ion radiation therapy: One decade of research and clinical experience at Heidelberg Ion Beam

- Therapy Center. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2021; 111: 597-609.
6. M Durante, JS Loeffler: Charged particles in radiation oncology. *Nature reviews Clinical oncology* 2010; 7: 37-43.
 7. J Liermann, M Shinoto, M Syed, et al: Carbon ion radiotherapy in pancreatic cancer: a review of clinical data. *Radiotherapy and Oncology* 2020; 147: 145-50.
 8. I-C Lai, Y-M Kang, Y-H Wu, et al: Carbon ion therapy for pancreatic cancer with risk-adapted dose escalation: initial clinical experience. *Radiother Oncol* 2025; 214: 111238.
 9. Y Takakusagi, H Koge, K Kano, et al: Five-year clinical outcomes of scanning carbon-ion radiotherapy for prostate cancer. *PLoS One* 2024; 19: e0290617.
 10. H Ishikawa, Y Hiroshima, N Kanematsu, et al: Carbon-ion radiotherapy for urological cancers. *Int J Urol* 2022; 29: 1109-19.
 11. Y Miyazawa, H Koike, D Oka, et al: Comparison of sexual function after robot-assisted radical prostatectomy and carbon-ion radiotherapy for Japanese prostate cancer patients using propensity score matching. *BMC cancer* 2024; 24: 300.
 12. O Mohamad, T Tabuchi, Y Nitta, et al: Risk of subsequent primary cancers after carbon ion radiotherapy, photon radiotherapy, or surgery for localised prostate cancer: a propensity score-weighted, retrospective, cohort study. *Lancet Oncol* 2019; 20: 674-85.
 13. K Shibuya, H Katoh, Y Koyama, et al: Efficacy and safety of 4 fractions of carbon-ion radiation therapy for hepatocellular carcinoma: a prospective study. *Liver Cancer* 2021; 11: 61-74.
 14. T Hatanaka, K Shibuya, S Kakizaki, et al: Carbon-ion radiotherapy achieves outcomes equivalent to surgical resection for hepatocellular carcinoma. *Hepatol Commun* 2025; 9: e0801.
 15. S Komatsu, T Fukumoto, Y Demizu, et al: Clinical results and risk factors of proton and carbon ion therapy for hepatocellular carcinoma. *Cancer* 2011; 117: 4890-904.
 16. J Sun, Z Wang, Y Sheng, et al: Indications of IMRT, PRT and CIRT for HCC from comparisons of dosimetry and normal tissue complication possibility. *Strahlenther Onkol* 2022; 198: 361-9.
 17. T Fukushima, S Kobayashi, H Katoh, et al: Comparison of carbon ion radiotherapy and transarterial chemoembolization for unresectable solitary hepatocellular carcinoma > 3 cm: a propensity score-matched analysis. *J Radiat Res* 2025; 66: 306-17.
 18. N Kubo, H Suefuji, M Nakajima, et al:

- Clinical results of carbon ion radiotherapy for inoperable stage I non-small cell lung cancer: a Japanese national registry study (J-CROS-LUNG). *Radiother Oncol* 2023; 183: 109640.
19. KC Wink, E Roelofs, CB Simone II, et al: Photons, protons or carbon ions for stage I non-small cell lung cancer—Results of the multicentric ROCOCO in silico study. *Radiother Oncol* 2018; 128: 139-46.
 20. H Harada, H Suefuji, K Mori, et al: Proton and carbon ion radiotherapy for operable early-stage lung cancer; a prospective nationwide registry. *Radiother Oncol* 2024; 198: 110385.
 21. S Aoki, H Suefuji, M Nakajima, et al: Carbon-Ion radiotherapy alone for inoperable locally advanced Non-Small cell lung cancer: A Japanese National registry study (J-CROS-LUNG). *Japanese Journal of Radiology* 2026: 1-8.
 22. H-Y Hung, Y-H Tseng, H-S Chao, et al: Multidisciplinary team discussion results in survival benefit for patients with stage III non-small-cell lung cancer. *PLoS One* 2020; 15: e0236503.
 23. N-Y Ma, J Chen, X Ming, et al: Preliminary safety and efficacy of proton plus carbon-ion radiotherapy with concurrent chemotherapy in limited-stage small cell lung cancer. *Front Oncol* 2021; 11: 766822.
 24. M Takagi, Y Demizu, N Hashimoto, et al: Treatment outcomes of particle radiotherapy using protons or carbon ions as a single-modality therapy for adenoid cystic carcinoma of the head and neck. *Radiother Oncol* 2014; 113: 364-70.
 25. M Dong, R Liu, Q Zhang, et al: Efficacy and safety of carbon ion radiotherapy for bone sarcomas: a systematic review and meta-analysis. *Radiat Oncol* 2022; 17: 172.
 26. N Okonogi, K Karasawa, K Murata, et al: Carbon-Ion Radiation Therapy as Nonsurgical Treatment for Early-Stage Breast Cancer: 5-Year Results From the Phase 2 Part of the First Prospective Clinical Trial. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2026; 124(4): 971-6.
 27. T Isozaki, H Ishikawa, S Yamada, et al: Outcomes of definitive carbon-ion radiotherapy for cT1bN0M0 esophageal squamous cell carcinoma. *Esophagus* 2024; 21: 523-9.
 28. J Hu, Q Huang, J Gao, et al: Mixed photon and carbon-ion beam radiotherapy in the management of non-metastatic nasopharyngeal carcinoma. *Front Oncol* 2021; 11: 653050.
 29. W Tinganelli, M Durante: Carbon ion radiobiology. *Cancers* 2020; 12: 3022.
 30. RF Barth, P Mi, W Yang: Boron delivery agents for neutron capture therapy of cancer. *Cancer Commun* 2018; 38: 35. 

從PCOS到PMOS：一項影響1.7億女性健康疾病的全球更名共識

中山醫院婦產科 鄭博仁

前言

1935年，Stein與Leventhal首次描述一組以停經、不孕、多毛及雙側卵巢增大伴多個小囊樣結構為特徵的臨床症候群，即「Stein-Leventhal症候群」¹。隨著超音波技術普及，「多囊性卵巢症候群」(Polycystic Ovary Syndrome, PCOS)這一名稱逐漸成為主流。然而，近數十年的研究明確指出，存在卵巢的所謂的「囊」並非病理性的卵巢囊腫，而是發育停滯的小卵泡²。更關鍵的是，PCOS的本質遠遠超越卵巢範疇：胰島素阻抗影響高達85%的患者（包括75%的非肥胖患者）³；患者發生心肌梗塞的風險約為常人的2.5倍，中風風險增加約70%⁴；同時，憂鬱、焦慮及飲食障礙的盛行率亦顯著偏高⁵。

在這種情況下，「多囊性卵巢」這一名稱不僅不準確，更造成實質傷害：高達70%的患者未被診斷⁶，許多患者因超音波未見「多囊」而被排除診斷，更多人則僅被關注月經與生育問題，忽略了代謝與心血管風險的評估與管理。

2026年5月12日，一項發表於《The Lancet》的全球共識研究正式宣告：PCOS更名為「多內分泌代謝卵巢症候群」(Polyendocrine Metabolic Ovarian Syndrome, PMOS)⁷。這項歷經14年的倡議與嚴謹流程設定的成果，對全球婦女健康照護具有里程碑意義。本文將介紹此更名的背景、共識流程、新名稱的科學意涵及實施策略，並探討對台灣臨床實務的啟示。

為何需要更名？

1. 科學不準確性

「多囊性卵巢」一詞暗示卵巢存在病理囊腫。然而，系統性回顧證實，PCOS患者並無真正的卵巢囊腫增加²。所謂的「多囊」實為發育停滯的小卵泡，這是排卵功能障礙的表現，而非腫塊性病變。這一名稱誤導了臨床認知，也讓許多患者因超音波未見「多囊」而遲遲無法獲得診斷。

2. 延誤診斷與照護片段化

根據2023年國際指南的證據彙整，高達70%的PCOS患者尚未被診斷⁶。即使確診，患者也常在不同專科間奔波：婦產科處理月經問題、皮膚科處理青春痘與多毛、內分泌科處理血糖異常、精神科處理情緒困擾，缺乏整合性的照護模式。

3. 污名化與心理負擔

「多囊性卵巢」的名稱讓許多患者誤以為自己的卵巢「長東西（腫瘤）」，因而產生不必要的焦慮。部分文化中，名稱中對生殖的暗示更可能與女性的價值產生不當連結，加重心理負擔。患者調查顯示，超過80%的患者支持更名，主要理由即為名稱帶來的誤解與污名⁷。

全球共識流程

這項更名計畫由澳洲蒙納許大學婦女健康研究卓越中心、國際雄性激素過多與PCOS學會及英國Verity病友協會共同主導。流程分為以下幾個階段：

1. 治理與利害關係人參與

建立國際指導委員會，納入患者代表、多專科醫療專業人員及來自56個學術、臨床與病友組織的代表，涵蓋全球各區域。

2. Delphi問卷調查

於2025年至2026年間進行兩輪全球線上問卷，共收集14,360份有效回應（10,411名患者、3,949名醫療專業人員）。問卷提供英文、中文、德文、波斯文及馬來文版本。

3. 共識工作坊

分別於2025年11月及2026年2月舉辦兩場線上工作坊，每場約90名來自全球的與會者，採用名義團體技術進行分組討論與投票。

4. 行銷與實施分析

委託國際行銷機構進行品牌分析，評估候選名稱的可行性、清晰度及過渡策略。

共識結果

命名原則：與會者確立以下六項命名原則，科學準確性、溝通清晰度、避免污名化、文化適應性、促進健康結果、實施可行性。

命名方式：86%的患者與71%的醫療人員支持採用全新的、以症狀為基礎的名稱，而非保留PCOS縮寫或採用通用名稱。

最終獲得共識的三個核心詞彙為：

- 多內分泌(polyendocrine)：反映疾病涉及胰島素、雄性激素、神經內分泌及卵巢激素等多軸線失調；
- 代謝(metabolic)：凸顯胰島素阻抗、肥胖、

糖尿病及心血管風險等核心特徵；

- 卵巢(ovarian)：保留卵巢層面，但明確為「功能障礙」而非「囊腫」。

最終名稱：

多內分泌代謝卵巢症候群(Polyendocrine Metabolic Ovarian Syndrome)，簡稱為PMOS。

除兩名從一開始即反對更名的參與者外，其餘所有工作坊與會者均支持此新名稱。

PMOS的科學意涵

新名稱的三個關鍵詞彙各自承載了重要的病理生理意義：

1. 多內分泌，PMOS涉及多個內分泌軸線的交互失調：

- 高雄性激素：是定義性的內分泌特徵，源自卵巢及腎上腺，導致多毛、青春痘、落髮及代謝異常。
- 神經內分泌異常：促性腺激素釋放激素脈衝頻率增加，進而提高黃體生成激素濃度，驅動卵巢雄性激素生成。
- 胰島素阻抗：影響大多數患者，即使體重正常者亦然，並與雄性激素過高形成惡性循環³。

2. 代謝，代謝異常是PMOS的核心，而非附帶表現：

- 肥胖（特別是中央型肥胖）在PMOS患者中更為常見，且孟德爾隨機化研究顯示其具因果關係。
- 糖尿病前期、第二型糖尿病、妊娠糖尿

病、代謝相關脂肪肝病、高血壓及血管功能障礙的風險均顯著增加。

- 心血管疾病風險：整體心血管疾病勝算比為1.68，心肌梗塞為2.50，中風為1.71⁴。

3. 卵巢，卵巢功能障礙是PMOS的定義性特徵：

- 神經內分泌及胰島素途徑失調導致卵泡發育異常、雄性激素過度生成。
- 臨床表現為排卵障礙、月經不規則及不孕。
- 抗穆勒氏管激素(AMH)濃度升高，現已納入成人診斷標準。

新名稱刻意省略「囊腫」，並選擇「卵巢」而非「排卵」或「生殖」，以避免過度窄化（排卵一詞不適用於停經後）及減少跨文化的污名風險。

全球實施策略

為確保新名稱能被順利採納，研究團隊制定了八階段實施策略，將於3年過渡期內逐步推動：

1. 論文發表與學術傳播：包括《The Lancet》論文、配套評論、教科書更新。
2. 資源開發：多語言版本的患者與醫療人員衛教資源。
3. 全球溝通與參與：學會工具包、媒體傳播、專業教育課程。
4. 醫療與資訊系統整合：電子健康紀錄、

SNOMED CT編碼、醫學教育課程。

5. 政策與研究對接：政府機構、研究補助單位、期刊編輯、製藥產業。
6. 國際疾病分類：正式向WHO申請納入ICD編碼系統。
7. 過渡與持續評估：3年監測與評估，並隨科學進展持續優化。
8. 國際指南更新：預計於2028年納入國際指南（目前已於195國使用）。

英國Verity病友協會主席Rachel Morman指出：「新名稱以『內分泌』為首，並承認疾病的代謝層面，這將重新定義對話框架，要求各界將此疾病視為長期的、複雜的健康狀況來嚴肅對待⁸。」

對台灣臨床實務的啟示

PCOS在台灣의盛行率約為5-10%，與全球盛行率10-13%比較相對偏低，表示台灣醫界及婦女對此一疾病認知的不足。PCOS是婦產科、內分泌科、皮膚科、家醫科及精神科經常面對的疾病。PMOS的更名對台灣臨床實務具有以下幾點重要啟示：

1. 診斷思維的轉變

PMOS的名稱提醒臨床醫師：此疾病不應僅因超音波「多囊」與否來診斷。根據2023年國際指南，成人診斷只需符合以下三項中的至少兩項：(1)排卵功能障礙、(2)臨床或生化雄性激素過高、(3)超音波多囊卵巢型態或AMH升高⁹。超音波發現並非必要條件。

2. 代謝評估應為常規

PMOS明確將「代謝」納入名稱，呼籲臨床醫師對所有患者，無論胖瘦，進行代謝風險評估，包括：BMI、血壓、空腹血糖或HbA1c、血脂。即使年輕、體重正常的患者，也應至少每年追蹤一次代謝指標。

3. 跨專科整合照護

PMOS的多系統特性，要求婦產科、家醫科、內分泌科、皮膚科、精神科、營養師及復健科之間的密切合作。醫學中心或地區醫院可考慮成立PMOS整合性照護團隊，提供一站式的評估與管理。

4. 藥物治療的重新定位

目前台灣健保給付的metformin，過去常被視為「輔助」或「第二線」用藥。在PMOS的框架下，metformin用於改善胰島素抵抗與代謝異常，應被視為核心治療選項之一。此外，GLP-1受體促效劑在PMOS合併肥胖患者的角色也日益重要¹⁰。

5. 病友溝通與教育

「多內分泌代謝卵巢症候群」這一名稱雖然較長，但更能傳達疾病的真實面貌。臨床醫師可向患者解釋：「這不是卵巢長囊腫，而是身體的內分泌和代謝系統出了狀況。這也是為什麼除了婦產科，我們還會關注您的血糖、血壓和體重。」

6. 教育與指引更新

台灣的醫學教育、專科醫師訓練及臨床指引應逐步採用PMOS此一名稱，並更新相關內

容，確保新一代醫師能正確認識此疾病。2025年台灣多囊性卵巢症學會已正式成立，正開始積極舉辦相關繼續教育課程，協助台灣的臨床醫師熟悉新名稱及其臨床意涵。

結論

「多囊性卵巢症候群(PCOS)」已正式更名為「多內分泌代謝卵巢症候群(PMOS)」。這不僅是名稱上的改變，更代表醫學界對這個疾病本質的重新認識，它不是單純的卵巢問題，而是涉及多個內分泌軸線及代謝系統的全身性疾病。此次更名歷經14年的倡議、嚴謹的全球共識流程及超過14,000人的參與，是醫學史上少見的大規模疾病更名行動。

對臨床醫師而言，PMOS這一名稱應成為一個「行動呼籲」：當您診斷一位PMOS患者時，除了處理其月經與生育問題，請務必評估其代謝與心血管風險，並提供跨專科的整合性照護。唯有如此，我們才能真正改善這些女性的健康與生活品質。

（作者亦為台灣多囊性卵巢症學會理事長）

文獻參考

1. IF Stein, ML Leventhal: Amenorrhea associated with bilateral polycystic ovaries. Am J Obstet Gynecol 1935; 29(2): 181-91.
2. J Pea, J Bryan, C Wan, et al: Ultrasonographic criteria in the diagnosis of polycystic ovary syndrome: a systematic review and diagnostic meta-analysis. Hum Reprod Update 2024;

- 30(1): 109-30.
3. S Cassar, ML Misso, WG Hopkins, et al: Insulin resistance in polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis of euglycaemic-hyperinsulinaemic clamp studies. *Hum Reprod* 2016; 31(11): 2619-31.
4. EP Thong, E Codner, JSE Laven, et al: Diabetes: a metabolic and reproductive disorder in women. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2020; 8(2): 134-49.
5. A Dokras, E Stener-Victorin, BO Yildiz, et al: Androgen Excess- Polycystic Ovary Syndrome Society: position statement on depression, anxiety, quality of life, and eating disorders in polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril* 2018; 109(5): 888-99.
6. HJ Teede, CT Tay, JJE Laven, et al: Recommendations from the 2023 international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril* 2023; 120(4): 767-93.
7. HJ Teede, M Bahri Khomami, R Morman, et al: Polyendocrine metabolic ovarian syndrome, the new name for polycystic ovary syndrome: a multistep global consensus process. *Lancet* 2026; 407(10545): 2329-39.
8. Society for Endocrinology: Polyendocrine Metabolic Ovarian Syndrome (PMOS) is the new name for PCOS; 2026.
9. HJ Teede, ML Misso, MF Costello, et al: Recommendations from the international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. *Hum Reprod* 2018; 33(9): 1602-18.
10. A Goldberg, S Graca, J Liu, et al: Anti-obesity pharmacological agents for polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis to inform the 2023 international evidence-based guideline. *Obes Rev* 2024; 25(5): e13704. 🇬🇧



他什麼都沒說 不代表他沒受傷

全台每年超過19萬件家暴通報，
近9萬名孩子，在爭吵與暴力環境中長大。
邀請您支持向日葵小屋，
陪孩子慢慢找回安全感。



115年度游泳賽成績

七月十九日在北醫體育館游泳池舉辦游泳友誼賽，共17人參加。成績如下：

團體組 冠軍：北市聯醫隊、亞軍：北榮隊、季軍：三總國醫泳者無敵隊、殿軍：開業醫隊。

公開組 自由式：冠軍林宏翰、亞軍劉家豪、季軍張少平；

蛙式：冠軍邱繼彥、亞軍王懋哲、季軍廖文輝；

仰式：冠軍李癸洲、亞軍張少平、季軍吳欣璇；

蝶式：冠軍林宏翰、亞軍王懋哲、季軍吳俊昇。

長青組 自由式：冠軍吳俊昇、亞軍闕仁宗、季軍詹前俊。🇹🇼

團體組



團體冠軍-北市聯醫隊



團體亞軍-北榮隊



團體季軍-三總國醫泳者無敵隊



團體殿軍-開業醫隊

公開組



公開組50m自由式



公開組50m蝶式



公開組50m仰式



公開組50m蝶式

長青組



長青組50m自由式



大合照

杉林溪森林生態渡假園區 ～森呼吸二日遊活動報導

業務組 林芝馨

活動報導・杉林溪森林生態渡假園區／森呼吸二日遊活動報導

盛夏的台北，暑氣正濃。對平日穿梭於診間、病房與會議之間的醫師而言，一趟暫離城市、走入山林的旅行，不只是休息，更像是為身心開出的一帖清涼處方。

七月十八日上午七時，會員及眷屬等68人在台北車站南一門集合，大家卸下白袍與工作中的嚴謹神情，帶著簡便行囊與輕鬆笑容，搭乘高鐵609次列車南下前往台中，窗外景色由城市建築逐漸轉為開闊田野。

抵達臺中後，一行人換乘遊覽車前往南投。旅程的第一站，是以集集山蕉文化為主題的「集元果觀光工廠」。走進園區，鮮明活潑的黃色意象映入眼簾，空氣中彷彿也多了一股香蕉特有的甘甜氣息。這裡不只展示香蕉的生長歷程與地方產業文化，也將傳統農產轉化為兼具教育、創意與親子互動的旅遊體驗。

一根看似平凡、隨處可買的香蕉，背後其實承載著集集的氣候、土地與農業記憶。會員們在參觀與品嚐之間，不僅認識地方特色，也看見臺灣農業如何透過加工、設計與觀光，發展出嶄新的生命力，當然也看見大家想要促進



經濟的購買力。

享用風味午餐後，車隊繼續前往有「祕密花園」之稱的車埕。遊覽車沿著山路前行，抵達集集支線終點一車埕。木造車站靜靜坐落於群山之間，素樸典雅的建築與綠意環抱的山城景致相互映襯。沒有都市車站的匆忙與喧囂，只有鐵軌延伸至山谷深處，彷彿將旅人帶回一段緩慢而悠遠的時光。

沿著林班道自由散策。過去繁盛的木業聚落，如今轉化為結合歷史、文化、餐飲與休閒的特色空間。木造廠房、紅瓦建築、舊鐵道與昔日運送木材的設施，仍依稀訴說著車埕曾經「車多成埕」的繁華歲月。

貯木池水面平靜如鏡，倒映著周圍山林。昔日，原木會被浸泡於池中，使樹脂釋出，以延長木材的使用年限；今日，池畔已成為幽靜的環湖步道。

有人在木業展示館細看伐木工具與各式木材，有人沿著鐵道尋找最適合留影的角度，





也有人只是靜靜坐在池邊，當天下午也因午後雷陣雨中斷了車埕町散策，但旅遊的美好，有時並不在於完成多少景點，而是在同一段風景裡，每個人都能找到屬於自己的節奏。

離開車埕後，遊覽車逐漸向山區攀升。道路在杉木林間迂迴前進，窗外的山勢一層疊著一層，氣溫也隨著海拔升高而逐漸下降。抵達杉林溪森林生態渡假園區時，迎面而來的是與平地截然不同的清涼空氣。杉林溪海拔約一千六百公尺，園區占地約四十公頃，夏季平均氣溫僅約攝氏二十度。原始山林、溪谷瀑布與豐富花卉，共同構成一座天然的森林浴場。

先到房間放下行李後，在園區享用晚餐。窗外暮色逐漸籠罩山谷，白日的翠綠轉為深沉墨色，山林也從熱鬧歸於寧靜。園區有夜間觀星及期間限定的賞螢導覽可以自由參加，也讓大家有機會在遠離城市燈光的环境中，重新感受夜空與自然生命的細微變化。

翌日清晨，山區空氣帶著微微涼意。享用早餐後，一行人展開杉林溪園區漫遊。沿著森林步道前行，陽光穿過高大的杉木枝葉，在地面灑下細碎光影。耳邊不時傳來溪水聲與鳥鳴，腳下則是略帶濕潤的山徑。每一次呼吸，都像將清新的草木氣息帶入胸腔，讓人的精神也隨之舒展。

七月正值杉林溪洋繡球的主要賞花期。園區約有十五萬株繡球花，盛開時可形成約七十



萬朵的壯觀花海。藍、紫、粉紅與潔白的花朵層層交疊，在山林綠意映襯下，形成盛夏最柔美的色彩。

午餐後，一行人告別杉林溪，前往旅程最後一站一位於南投草屯的臺灣工藝文化園區。園區占地約六公頃，包含工藝文化館、工藝設計館、工藝資訊館、生活工藝館及地方工藝館等場域。不同於傳統封閉式博物館，園區採開放式空間規劃，建築散落於綠地之間，讓參觀者能在館舍、草坪與步道間自在遊走。

從木材、陶瓷、竹編到生活設計，每件工藝作品展現的不只是精細技術，更是創作者對材料、時間與生活的理解。經過前一天車埕木業文化的洗禮，再來到臺灣工藝文化園區，旅程彷彿形成一條完整的脈絡—從山林孕育的自

然素材，經過人的雙手與創意，轉化為具有溫度的生活器物。

從集集山蕉的土地滋味、車埕木業聚落的歷史記憶，到杉林溪的清涼森林與繡球花海，再到臺灣工藝文化園區所展現的生活美學，每一站都有不同風貌，也讓旅程兼具自然、人文與知性。

結束後，大家帶著伴手禮、農產品、照片，以及滿滿的山林回憶前往台中高鐵站搭乘660次列車返回台北，兩天一夜的「森呼吸」也告一段落，山林中的清新氣息、一路上的歡笑，以及會員與家眷共同度過的美好時光，仍將長久留在每個人的記憶之中。期待下一次見面！✿



網球聯誼賽

一、協辦單位：台北榮民總醫院網球社

二、參加資格：1.本會會員暨眷屬 2.團體每隊選手至多八位（皆需為本會會員）。

三、比賽分組：

A. 團體組：1.以各醫院為單位 2.開業醫師自行組隊。

B. 個人雙打組（自由搭配）：

1.青年組：未滿50歲。 2.壯年組：50歲以上（含50歲）。 3.長青組：滿60歲以上（含60歲）。

4.混雙組：搭配者需為會員或配偶。 5.親子組：搭配者需為會員與子女。

※1.各項賽程，報名組數未超過三組將取消賽程，團體組及個人賽報名人數皆須滿20人以上方可比賽。

2.每人限報2組。

3.請於規定時間內報名，以便安排賽程，不接受現場報名。

四、比賽時間：A-團體組115年10月18日上午九時起；

B-個人賽115年11月15日上午九時起（視報名組數安排時間，賽程個別通知）。

五、比賽地點：台北榮總網球場（石牌路二段201號）。

六、比賽辦法：A. 團體賽（三戰兩勝制）。

B. 個人雙打組（六局先勝制，局數五平時搶七 Tiebreak ）。

七、比賽制度：依各組報名隊數決定賽制。

八、報名日期：團體組：即日起至10月7日截止，請來電或傳真或利用本會網站報名。

個人組：即日起至11月4日截止，請來電或傳真或利用本會網站報名。

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

備註：1. 為響應環保，本會不提供礦泉水，請自備水壺飲水。

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

網球聯誼賽報名表

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

籃球聯誼賽

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

一、時間：民國115年11月15日及22日上午8時30分報到，9時開始比賽。

二、地點：台北榮民總醫院室內籃球館。

三、比賽規則：

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

四、報名日期：即日起至11月5日前向林小姐報名。

（電話：02-23510756分機17，傳真：02-23510739）

五、抽籤：於11月10日（星期二）下午2:00（暫訂）召開領隊會議決定賽制及賽程並抽籤，未到期者由本會代抽，不得異議。

六、獎勵：設冠、亞、季、殿軍。

※為響應環保，本會不提供礦泉水，請自備水壺飲水。

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

籃球賽報名表

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

服 務 欄

誠徵醫師

- 中山區馬偕紀念醫院116年度新進住院醫師招募，誠徵各科各若干名，詳情請至網址<http://www.mmh.org.tw>。
- 中山區協和醫院（松江南京站）CT/MRI籌備中，誠徵婦產、乳房、放射、消化醫師，專兼職皆可。意者洽0933-126-861黃秘書。
- 內湖區冠弘診所誠徵腸胃專科兼任醫師，近捷運內湖站，薪優，高PF。意者洽0912-817-976石小姐。
- 松山區診所及板橋分所徵有家醫科看診經驗之專任醫師，近南京三民站及江子翠站，意者洽(02)2252-2543林小姐。
- 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。
- 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。
- 信義區麗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。
- 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外科、精神科、胸腔內科、復健科、家醫科兼任醫師，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fdrc2016@gmail.com。
- 大安區內兒科診所誠徵專任或兼任內科、兒科、耳鼻喉科醫師，出國代診亦可，近捷運站，意洽0916-846-036。

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：0937-893-899陳先生。
- 診所出租，一樓35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

- 皮膚科診所出售絲酷秀Sculpsure、魔方Profund，意者請洽：(02)8787-5121#19高小姐。
- 皮膚科診所出售CO2、飛梭、SmoothCool除毛及IPL平台，狀況極佳，請洽0986-807-597。

開懷篇

陳志鑫診所 陳志鑫

求婚程式

有位程式設計師向女友求婚：「你願意做我的終身bug嗎？」

女友：「說人話！」

程式設計師才說：「我離不開你，你願意嫁給我嗎？」

不攻自破

老公出差去，女兒半夜想爸爸，非要給他打電話。

於是媽媽打通電話，對他說：「你的小情人半夜來找你了。」

老公先是一驚，然後問道：「她是怎麼找到我們家的？」

老婆與原配

老李看到有人在敲打他太太停在騎樓的機車鎖。

老李走過去問他：「怎麼打不開了？」

那人一驚，故作鎮定說：「我老婆機車出了點問題。」

老李冷笑說：「鎖撬不開了？要不要幫忙？」

小偷立刻笑說：「原來是同道中人。」

老李搖頭說：「不！我是你老婆的原配。」

穩重成熟

週日要去相親。

小林聽說這女孩喜歡穩重成熟的男生，所以相親前幾天小林特意留了幾天鬍子。

結果相親的那位女孩看到小林後問：「大哥，您兒子沒有來嗎？」

攝影秀

波羅的海三小國之二
拉脫維亞

國泰醫院小兒科 林隆煌



黑頭宮是里加最著名的地標，建於14世紀。



黑頭宮是里加最具紀念性的建築物，毀於二戰，1999年重建。



拉脫維亞科學院建於二戰後的1953年到1956年。



從拉脫維亞科學院俯瞰里加舊城區與道加瓦河的壯麗全景。



拉脫維亞首都里加老城1997 年列世界文化遺產。



里加老城是拉脫維亞首都里加的歷史中心。



自由紀念碑頂端的自由女神手舉三顆金星，象徵拉脫維亞的三個歷史區域。



搭乘美麗的木製船，在里加享受一趟悠閒的遊船之旅。



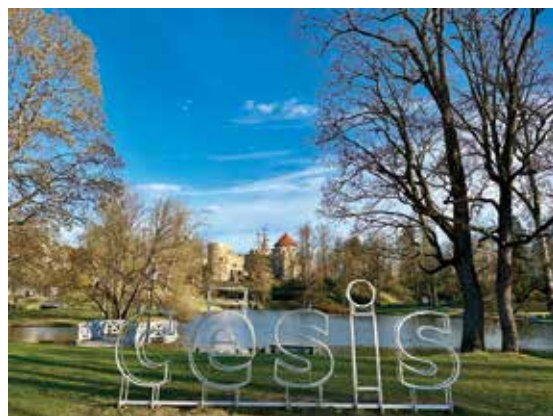
遊覽城市運河與道加瓦河是探索里加的經典行程。



里加石橋是橫跨道加瓦河的重要橋樑。連接里加舊城區與道加瓦河左岸。



拉脫維亞采西斯的團結廣場與勝利紀念碑。



采西斯是拉脫維亞東北部維澤梅地區的一座中世紀古城，歷史悠久且古色古香。

有些孩子，不是比較晚來 而是爸爸媽媽走了很長一段路，才終於等到他

新光醫院婦產科 李毅評

門診裡，常常會看見這樣的夫妻。兩個人並肩坐著，卻很安靜。太太低頭滑著手機，先生則反覆翻看手上的檢查報告，空氣裡沒有爭吵，也沒有太多交談，但總讓人感覺得到，一種長時間疲憊後的沉默。

很多人以為，不孕症只是「比較難懷孕」，但真正走進這條路之後才會明白，它消耗的從來不只是身體，還有時間、金錢、情緒，以及一段關係裡原本平衡的生活。

許多夫妻剛開始備孕時，其實都很樂觀。他們以為孩子總會在某個剛好的時間到來，所以從順其自然開始，慢慢變成認真計算排卵期、量基礎體溫、調整作息、吃保健食品、看中醫。只是半年過去、一年過去，驗孕棒卻始終只有一條線。

於是，生活也開始悄悄改變。原本規劃好的旅行延後了，想買的房子暫時不敢下手，甚至連每個月的開銷，都開始被「療程費用」重新排列。

第一次做人工受孕時，大部分的人都還帶著期待，覺得「這次應該會成功吧」。但當第二次、第三次失敗後，那種心情會慢慢變得不一樣。開始不敢太期待，也不敢太失望，因為每一次療程花掉的，都不只是錢，還有一點點被消耗掉的希望。

我曾經照顧過一位三十多歲的女性，她和先生結婚多年，備孕了將近八年。這段時間裡，她做過數次人工受孕，也跑過很多醫院。每一次療程開始前，夫妻倆都要重新討論一次

費用：這個月還要不要繼續？如果再失敗怎麼辦？是不是應該先停一下？

她後來曾經苦笑著對我說：「醫師，我現在看到信用卡帳單，都會有點害怕。」

那句話其實很真實。因為不孕症治療最大的壓力之一，往往不是療程本身，而是那種「不知道還要花多久」的不確定感。

尤其在還沒有試管補助的年代，很多夫妻其實是咬著牙在做治療。一次取卵、一次植入、一次又一次的抽血與藥物，背後都是很實際的費用。有些人為了存療程費，減少娛樂、取消旅行，甚至暫時放棄原本的人生規劃。久而久之，連夫妻之間原本單純的關係，也會慢慢變得緊繃。

有人開始在意「到底還要花多少」，有人覺得「是不是應該到此為止了」，而另一方卻可能仍然不願放棄。很多時候，他們爭執的並不是金錢本身，而是藏在金錢背後，那份對未來的不安。

我曾經遇過一對夫妻，在門診裡因為療程費用沉默了很久。最後先生輕聲說：「如果再失敗一次，我們是不是就真的沒有辦法了？」

那一刻，我突然很深地感受到，對很多家庭而言，不孕症從來不只是醫療問題，而是一場現實與希望之間漫長的拉扯。

而這也是為什麼，這幾年台灣開始推動試管補助後，我看見很多夫妻終於比較敢踏出第一步。補助真正減輕的，不只是費用，更是一種終於能喘一口氣的感覺。當夫妻不用再為

杏林隨筆·有些孩子，不是比較晚來，而是爸爸媽媽走了很長一段路，才終於等到他

了每一次療程反覆計算存款，不必在「想當父母」與「家庭經濟」之間痛苦拉扯時，才能把更多力氣留給彼此。

有位病人在成功懷孕後曾經對我說：「以前每次失敗，我們回家都不太敢講話。因為知道彼此都很難過，也知道下一次又是一筆錢。可是有補助之後，好像終於比較敢相信，我們還有機會。」

那句話讓我印象很深。因為有時候，一個制度最大的意義，未必只是數字上的幫助，而是在一個人快要撐不下去的時候，讓他知道：你不需要一個人孤軍奮戰。

很多人對试管婴儿仍然有些誤解，好像那代表「不自然」或「不得已」。但其實，它只是醫療科技的一種協助。真正辛苦的，從來不是療程，而是那些旁人看不見的等待、焦慮與壓力，是夫妻深夜裡反覆討論未來，是一次次失敗後重新整理心情，也是明明已經很累了，卻還是不願放棄的勇氣。

我常常覺得，在不孕症門診裡，看見的不只是醫療，更多時候，是一段段努力生活的人生。

而那些願意走到這裡的人，其實都已經很勇敢了。

有些孩子，不是比較晚來，只是爸爸媽媽，在遇見他之前，已經先努力愛了他很久很久。❀



當醫療褪去科技的衣裳

三軍總醫院眼科 姚雅馨

杏林隨筆・當醫療褪去科技的衣裳

清晨的醫院總帶著一種特有的安靜，和著漂白水的味道，總讓人感覺到陌生又冷冽的肅穆。走廊燈光尚未全亮，值夜班的護理人員低聲交談，推床的輪子在地板上滑過，發出熟悉卻不引人注意的聲響。監測器規律地跳動著數字，像是為這個空間設定了一種共同的節奏。在這樣的場域裡，人與科技共存，但往往是科技更顯眼，而人則顯得沉默。

「學妹你有去摸病人嗎？」進入臨床的第一天，學長問我的第一個問題，就讓我頓時語塞。

「你有發現紀錄上病人心跳一下150、一下又40幾是件好事，但你覺得下一步應該怎麼做？」學長老練地點開病人的病歷，一床床快速掃過。

「我會想推EKG到床邊幫病人做心電圖」我抓了抓頭，有點羞赧地回答。

「假設今天機器壞掉呢？」學長盯著我手中密密麻麻抄滿病人數據的紙問道。

看到我一臉困惑不知所措的樣子，學長接著說：「又或者是身為軍費生的你，到了基層單位沒有這些儀器呢？」

此時答案呼之欲出，學長帶著我到病人身邊，輕柔地喚醒病人，簡單寒暄、自我介紹後，學長握住病人的手，兩隻手指如同超音波探頭般開始探索病人的橈動脈。

「學妹妳摸看看」學長把我拉近病人身邊，我笑了笑跟病人打招呼，怯生生地有樣學樣，發現指下的脈動如同變奏曲一般忽快

忽慢。我抬頭望向學長，恍然大悟地回答：「病人有心律不整病史！」學長也給了我一個肯定的微笑，並且小小戲謔地說：「假設今天妳被丟到戰場，雙手跟五官就是你的電腦斷層了。」從那天開始，親自去看病人、碰觸病人、與病人聊聊天成為我醫療之路上的日常。

現代醫療，幾乎無法與科技分離。實驗室數據、影像診斷、臨床指引，構成了我們每日行醫的基本語言。對多數人而言，醫療的進步等同於科技的進步，設備越新、技術越精密，便意味著越好的照顧。這樣的理解並非毫無根據，因為我們都親身見證了科技如何挽救生命、改善預後、降低過往難以評估的醫療風險。

然而，長時間浸潤於這樣的醫療環境之中，我們或許也隱約感受到一種矛盾：醫療變得越來越精準，卻也越來越遠離人的感受；診斷治療的流程越來越完善，卻不一定讓照護更有溫度。當科技逐漸成為醫療的主體語言，我們是否仍清楚自己究竟在做的是「治療疾病」，還是「回應一個人的困境」？

若將科技視為一層外衣，想像醫療在褪去這層衣裳之後的樣貌，問題並不是醫療是否還能運作，而是它將以什麼樣的姿態存在。

「當疾病無法被cure（治癒）時，剩下的就是如何care（照料）病人」，一位醫界老前輩淡淡地分享道，或許因為這是一堂大一通識課的某個小片段，記憶中同學們意興闌珊地打瞌睡，然而我卻對這句話刻骨銘心，直到多年

後的現在，那天的場景依然歷歷在目。

從歷史的角度來看，醫療並非一開始就是高度科技化的體系。在現代醫學制度尚未成形之前，治療多半發生在生活場域之中。醫者與病人共享相近的社會地位與生活經驗，疾病被理解為人生歷程中的一段變化，而非單一、孤立的事件。那樣的醫療缺乏標準化，也缺乏穩定的療效，但它高度依賴人與人的信任、彼此的關係與長期的陪伴。

隨著科學理性與制度化管理的興起，醫療逐漸被重新組織。身體被拆解為器官與系統，疾病被命名、分類、編碼。科技使不可見變得可見，使不確定變得可計算，也使醫療能夠在大型體系中有效運作。這樣的轉變，無疑是現代醫療得以普及的重要基礎。

然而，正是在這個過程中，醫療的重心也悄然轉移。當診斷越來越仰賴影像與數據，病人的主訴便逐漸退居次要位置；當臨床決策被納入標準流程，個別差異便容易被忽略。科技在此不僅是工具，也成為界定「何謂正確醫療」的重要依據。

在日常臨床中，我們對這樣的轉變並不陌生。門診時間有限，檢查結果一目了然，電腦螢幕往往比病人的表情更容易吸引注意力。問診被壓縮成重點式確認，生活脈絡則常被歸類為「非醫療因素」。在高度忙碌的制度中，這樣的取舍似乎合理，甚至必要，但它也逐漸形塑了一種特定的醫療生態。

對病人而言，科技醫療帶來的感受往往

是複雜的。一方面，科技象徵著希望與安全感；另一方面，它也可能造成疏離與壓力。當檢查項目不斷增加，病人需要面對的不只是疾病本身，還有一連串難以理解的數據與選擇。在「資訊充分」的名義下，病人被期待成為理性的決策者，但這樣的期待，往往忽略了疾病本身已經使人處於脆弱狀態。科技語言看似中立，實際上卻可能形成新的門檻。並非所有人都具備解讀醫療資訊的能力，也並非每一個人都能在壓力下做出被視為「理性」的選擇。當醫療過度依賴科技，它有時反而會將病人的困境重新包裝，而非真正理解。

醫師同樣身處這樣的矛盾之中。科技為臨床工作提供了支持，也提供了某種程度的保護。標準化流程降低了不確定性，指引與臨床常規分擔了責任風險，使醫療得以在高壓環境中持續運作。然而，當科技與制度緊密結合，醫師的專業判斷也可能被重新定義。在這樣的體系裡，「遵循流程」往往比「理解情境」更為重要。偏離指引被視為風險，而非專業選擇。久而久之，醫師可能逐漸將自己定位為技術的執行者，而非關係中的參與者。這樣的轉變未必是個人選擇，而是制度運作下的結果。此外，科技也常成為醫師與病人之間的情感緩衝。透過數據與影像，醫師得以保持距離，以免過度捲入病人的情緒與病痛。這樣的距離在某種程度上是必要的，否則醫療工作難以長期承擔；但當距離成為常態，醫療也可能失去其關懷與照護的張力，轉而成為一項高度熟練卻情感稀薄的工作。

如果此刻，我們想像一個褪去科技衣裳的醫療場景，並非意味著回到沒有檢查、沒有治療的時代，而是暫時將科技從主體位置移開，重新檢視醫療本身的核心。在這樣的醫療中，不確定性將重新浮現。沒有即時結果，沒有完整預測，醫療必須承認自身的有限。這種有限不是失敗，而是一種對生命必然的誠實回應。醫師不再被期待提供全知的答案，而是與病人共同承受未知。

褪去科技，也意味著重新重視病人的主訴。病人的故事不再只是診斷的輔助資料，而是理解疾病不可或缺的一部分。疾病如何影響日常生活，如何改變家庭關係與自我認同，這些問題無法由數據回答，卻深刻影響醫療決策的意義。

從人文社會學的視角來看，這樣的醫療更容易看見結構性因素。疾病的發生與惡化，往往與工作環境、社會階級、資源分配密切相關。當醫療過度聚焦於科技介入，它可能無意中將問題個人化，忽略背後的社會條件。褪去科技的衣裳，醫療反而更有可能重新思考自身在社會中的角色。

在生命末期，科技的侷限尤其明顯。當治癒不再可能，延長生命是否仍是唯一目標？這些問題無法由技術本身回答，而必須回到生命的本質、關係與尊嚴。此時的醫療若仍執著於科技，便可能成為一場徒勞的對抗；但若願意暫時放下，它就能轉化為陪伴與寬慰。有時病人需要的並不是多昂貴多稀有的藥物，反而是

一句親切的問候，或許無法減輕他的病痛，卻已經拯救了一個家庭的靈魂。

當醫療褪去科技的衣裳，我們看到的不是一個落後的體系，而是一個更加赤裸的現實：生命本就是有限的，而醫療無法替人消除所有風險。正是在承認這一點之後，醫療才能重新定位自身，不再以掌控為核心，而以回應為責任。或許，對執業醫師而言，這樣的反思並不意味著放棄科技，而是在高度科技化的日常中，保留一個空間，讓自己仍然能夠看見人。當那一刻出現，醫療才真正褪去外衣，回到它最初、也最困難的位置——在不確定之中，與人站在一起。🌱



健保特約醫事服務機構——結餘來源？

雙合耳鼻喉科聯合診所 李志宏

生活醫療法律・健保特約醫事服務機構——結餘來源？

中央健康保險署（以下簡稱健保署）依照「全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法^①」，於今(15)日上網公開113年度領取健保費用2億元以上，經各該主管機關或會計師查核通過之240家院所（醫學中心22家、區域醫院83家、地區醫院130家、基層診所3家及2家醫事檢驗所）財務報告，惟各院所大小及規模不同，本署同時提供「病床數」、「每病床申報點數」及「全日平均護病比」等資料供參考比較。健保署表示，以本次醫務結餘前20家醫院分析，整體醫務結餘金額為**138.82億元^②**，相較該20家醫院於112年結餘總計134.88億元，增加3.94億元。健保署自114年起推動個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫^③，透過事前協定個別醫院前瞻式預算，強化醫院自主管理。同時加大健康投資，114年及115年連二年總額預算成長率均達高推估5.5%，115年在行政院支持下，挹注公務預算199億元，健保總額達1兆82億元，醫院總額一般服務平均點值已見逐年提升趨勢，114年全年平均點值達0.9820，未來將持續擴大健康投資為方向。健保署為**強化醫療韌性**，朝「不同工不同酬^④」調升醫療服務支付，除自114年起挹注42億元調升急診、加護病房及住院護理費相關支付標準，今年4月再調高兒科急重症支付，包含兒科加護病房及一般住院診察費加成、提升小兒外科重大手術及調高小兒精神科日間住院治療等支付，共挹注2.3億元，6月持續調升兒科、產科、神外、整外及精神科等重症處置，共挹注32億元，未來將持續研議調整護理費、醫師

診察費等人力投入為主之診療項目，並將配合衛生福利部各司署，輔導醫療院所提高醫事人員之薪資，反映其專業付出。（「健保署依法公開醫療院所113年度財務報告」焦點新聞，中央健康保險署，民國115年7月15日）

「醫務本業不賺錢，靠股利、停車場、美食街補貼！」乙醫師唸新聞事件。

「誰講的？」丙醫師向來對健保特約醫院的「業外收入」有獨特的見解。

「台灣醫務管理學會理事長洪子仁說的…」乙醫師補充。

「新光醫院行政副院長嗎？」丙醫師問。

「沒錯！非醫師身分！」甲醫師搶先回答。

「新光醫院醫務本業也不賺錢？」丙醫師又問。

「是的！沒排上前20名單內，不知道結餘多少？」乙醫師再補充。

「前幾名有哪些醫院？」甲醫師問。

「第1名中國醫大附設醫院以17.8億醫務結餘榮登寶座，且連續蟬聯11年冠軍，但是比前一年26.99億衰退三分之一；第2名高雄醫學大13.36億，比前一年12.65億微幅成長；第3名台中榮總10.03億，比前一年10.37億微幅衰退；第4名中山附醫9.35億，比前一年8.20億也是微幅成長；第5名高雄長庚7.21億，比前一年5.87億算是中度成長，以上皆是醫學中心等級，台中榮總是唯一上榜的公立醫學中心。」乙醫師接續新聞講。

「區域醫院、地區醫院沒有上榜嗎？」換丙醫師問。

「有上榜：第6名陽明醫院就是地區醫院，醫務結餘6.82億，比前一年6.40億微幅成長，被前一名高雄長庚超越；第7名桃園長庚也是地區醫院，醫務結餘6.79億，比前一年5.21億算是中度成長。第8、9、10名才是區域醫院，分別為嘉基醫院、亞洲大學附醫、新竹馬偕，醫務結餘都剛好超過6億，其中只有新竹馬偕比前一年7.48億衰退1.38億，其他皆微幅成長。這5家皆是私立醫療機構。」乙醫師謹慎比對。

「意思是地區醫院經營績效比區域醫院好、私立的比公立的好？」丙醫師覺得應該如此。

「不見得吧…」乙醫師繼續往下看，接著說：「第11-15名有3家醫學中心、2家區域醫院，我們母校附設醫院屬於區域醫院排第13名，二年結餘分別是5.31億及5.27億，差不多。」

「我怎麼覺得這數字怪怪的…母校委託經營的醫院呢？」丙醫師問乙醫師。

「還真的區域醫院經營績效比醫學中心好！」乙醫師繼續往下看，接著說：「屬於醫學中心等級的雙和醫院排名第17，結餘還比前一年微幅衰退，同屬醫學中心等級的萬芳醫院則未排進前20名。」

「健保署主秘劉林義表示：依醫院層級分析，醫學中心約9成有醫務結餘，共20家、2家

短絀；區域醫院近8成有結餘，共65家、18家短絀；地區醫院近7成有結餘，共89家、41家短絀，顯示層級愈低的醫院，經營壓力相對更大。」甲醫師查到另一則新聞。

「很好奇2家短絀的醫學中心是哪家？醫學中心不是有23家嗎？雙和醫院剛由區域醫院升等醫學中心，可能是部分負擔影響到病人選擇？」丙醫師有疑惑。

「對ㄟ！113年評鑑結果是23家醫學中心。」甲醫師回神回答。

「官方的數據，參考就好。」曾任中級公務人員的丙醫師有些了解。

「怎麼沒有提到醫學中心級的林口長庚？」甲醫師問。

「除醫務收入外，加上絕不虧錢業外收入的整體結餘，第1名就是林口長庚的37.26億，前一年是56.31億元，醫務本業利益僅4.44億排第19名，即便股利縮水近18億，仍蟬聯9年冠軍。第2名高雄長庚整體結餘28.65億元，醫務本業利益7.21億排第5名，也已穩坐整體賺錢榜亞軍至少7年。中國附醫以23.89億整體結餘排第3名，但是醫務結餘17.8億則排名第一…」乙醫師的說明。

「看起來…最好的業外收入是股利，醫務本業第1名的中國附醫，業外收入卻僅約占四分之一；林口長庚約占九成，高雄長庚約占四分之三！在健保制度下，醫療機構僅靠醫務本業…不易生存！」丙醫師對健保制度的意見特別多。

「接下來是台北榮總整體結餘20.40億、台中榮總整體結餘19.01億，台中榮總醫務本業結餘為10.03億，台北榮總則在20名外，意思是不到4億？這不是2位兄長的醫學娘家嗎！」乙醫師對其他2位醫師講。

「所以台北榮總業外收入約占八成、台中榮總約占四成六…台北榮總應該沒有股利的業外收入！」換甲醫師來計算。

「有停車場及美食廣場的業外收入啊！」丙醫師曾於榮總醫法論壇演講提及。

「沒錯！台北榮總停車場常需要排隊等候進場，美食街也總是人潮洶湧。」甲醫師說。

「這也印證多年前台北榮總總務室某長官私下提及：還好有停車場收入及美食廣場外包收入，光靠醫療收入鐵定賠錢。」丙醫師想起擔任住院醫師時，院區內停車皆無收費的自由日子。

「沒錯！健保署說，113年財報中9成醫院有結餘，75%醫院醫療本業也有結餘，強調醫院有提高人事費用，試圖挽回人力流失。意思是仍有25%醫療本業是虧損狀況嗎？」甲醫師問。

「確實如此！健保署資料顯示，相較112年資料，113年各層級都有更多醫院入不敷出：虧錢醫學中心從1家變2家即花蓮慈濟與新竹台大、區域醫院從8家變18家、地區醫院從39家變41家。」乙醫師回答。

「對比台北榮總與台中榮總醫學中心的業外收入即可知：前者約占八成、後者約占四成

六。少了業外收入的區域醫院、地區醫院應該更不好經營？」丙醫師的推測。

「的確如此！113年整體收支短絀前10大醫院依序為：高醫岡山（-6.30億元）、屏東榮總含屏榮龍泉分院（-2.54億元）、大同醫院（-0.81億元）、宏仁醫院、高雄市聯醫、門諾壽豐分院、新泰綜合醫院、大林慈濟醫院、蕭中正醫院、國仁醫院。單計算醫療本業虧錢的醫院，高醫岡山虧損6.76億元居冠，其次則是屏東榮總含龍泉分院虧損3.69億元，健保署解釋，高醫岡山與龍泉分院都是新設醫院，尤其是高醫岡山在113年4月才與健保特約，新蓋好的醫院初期營運成本都會較高。依序接著是台大癌醫虧損3.63億元、義大醫院虧損3.22億元、台大新竹分院併台大生醫虧損3.09億元、大林慈濟醫院虧損2.83億元、基隆長庚則是虧1.96億元、和信治癌中心醫院虧損1.85億元、大同醫院虧損1.49億元、慈濟醫院虧損1.35億元。」乙醫師補充回答。

「哇！滿江紅，醫療本業的支出都到哪裡去？」丙醫師直覺地問。

「其中人事成本佔比中位數反而都下降約1~2%…」乙醫師再補充。

「既然支出沒用在人事費用，其餘自己琢磨…」丙醫師的心裡話。（全文完）

問題①：全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法。

解 答：本辦法依《全民健康保險法》第73條

第二項規定訂定之，所以是授權法規命令，授權主管機關衛生福利部訂定。《全民健康保險法》第73條第一項：「保險醫事服務機構當年領取之保險醫療費用超過一定數額者，應於期限內向保險人提報經會計師簽證或審計機關審定之全民健康保險業務有關之財務報告，保險人並應公開之。」第三項：「第一項之財務報告應至少包括下列各項報表：一、資產負債表。二、收支餘絀表。三、淨值變動表。四、現金流量表。五、醫務收入明細表。六、醫務成本明細表。」因為各院所大小及規模不同，健保署同時提供「病床數」、「每病床申報點數」及「全日平均護病比」等資料供參考比較。

《全民健康保險法》第73條第二項：「前項之一定數額、期限、財務報告之提供程序、格式及內容之辦法，由保險人擬訂，提健保會討論後，報主管機關核定發布。」《全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法》於民國102年6月7日發布，全文僅有10條，去頭（依據）去尾（施行日）剩8條，其中第7條有6個報表附件，係依母法所設計：…二、收支餘絀表（損益表）。…六、…。（註：損益表是註解？）據此日期，本辦法應在二代健保實施後半年才發布，並自發布日施行。

所謂損益表（Income Statement或Profit and Loss Statement，簡稱P&L）是企業最重要的三大財務報表之一，用來記錄企業在特定一段期間內（如一個月、一季或一年）的收入、成本、費用與最終利潤。它就像是企業

的「經營成績單」，能直接看出公司到底是賺錢還是賠錢。損益表主要計算及顯示公司的盈利狀況。合夥經營和有限公司的損益表中會在計算公司淨盈利後加入分配帳(appropriation account)，以顯示公司如何分發盈利。損益表的項目，按利潤構成和利潤分配分為兩個部分。利潤構成部分先列示銷貨收入，然後減去銷貨成本得出毛利；再減去各種費用後得出營業利益；再加減營業外收入與營業外支出後，即為利潤（虧損）總額（圖一）。需要注意的是，損益表是以應收應付的形式入帳(accrual basis)，甚少機構（如非營利機構）會以實收實付(cash basis)形式入帳。（參考「損益表」，維基百科，網址：<https://zh.wikipedia.org/zh-tw/利潤表>）損益表是企業核心報表之一，和資產負債表、現金流量表並列為3大財



圖一 損益表結構（圖片來源：財報雲2026年3月2日）

務報表。損益表能呈現出一間公司在特定期間內（通常是1個月或1季）的營收、成本、營業費用、稅後淨利等數據，反映出「經營成果」。（參考「損益表是什麼？怎麼製作？9大會計科目、編製步驟及範本分享！」，財報雲BLOG，2026年3月2日，網址：<https://blog.statementscloud.tw/income-statement/>）問題是：醫療機構屬於「營利事業」、還是「**非營利事業**」？餘絀（損益）又與健保署在本焦點新聞所稱「**結餘**」，有何不同？

問題②：醫療法人財務報告編製準則。

解 答：相對於健保署依據《全民健康保險法》授權訂定之《全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法》，衛生署（註：衛生福利部前身）為監督醫療財團法人財務狀況，依據《醫療法》第34條第二項，規定醫療法人應於年度終了5個月內，向中央主管機關申報經董事會通過及監察人承認之年度財務報告。上開財務報告應依衛生署公布之「**醫療法人財務報告編製準則**」訂定之，並由衛生署聘請會計、財務、稅法、醫院管理等相關專家學者及民間團體代表共同組成財報審查小組，秉持公正、客觀之精神進行財報審查。各醫療法人財務報告經財報審查小組審核通過後，本署即據以辦理法人財務報告公開作業，公開內容為法人經會計師簽證之完整財務報告內容。…按《醫療法》第46條規定，醫療財團法人應提撥年度醫療收入**結餘之百分之十以上**辦理醫療救濟、社區醫療服務及其他社會服務事項等，此項支出

依據「**醫療法人財務報告編製準則**」，應列表說明當年度之金額與支用情形。如該年度該項支用數未達醫療法規定之百分比，本署將函請該法人具體說明緣由另以專案辦理審查。（參考「醫療財團法人財務報告審查原則」焦點新聞，衛生福利部，民國98年2月24日）

所以，「**醫療法人財務報告編製準則**」係依《醫療法》第34條第二項及第三項規定（註：第二項：「醫療法人應於年度終了五個月內，向中央主管機關申報經董事會通過及監察人承認之年度財務報告。」、第三項：「前項財務報告編製準則，由中央主管機關定之。」），醫療法人應於年度終了五個月內，向中央主管機關申報經董事會通過及監察人承認之年度財務報告。前項財務報告編製準則，由中央主管機關定之。因此，衛生福利部（改制前行政院衛生署）於**95年2月27日訂定**發布「**醫療法人財務報告編製準則**」（以下稱本準則），並歷經一次部分條文修正及二次報表編製格式修正。因應《財團法人法》自108年2月1日施行，該法第24條第四項亦明定「主管機關應制定財團法人會計處理準則及財務報告編製準則」，為全面檢討現行本準則內容之適切性，並配合財團法人法內容適度修正。（參考「醫療法人財務報告編製準則修正草案總說明」，行政院公報第025卷第245期，衛生勞動篇，2019年12月26日）

因應「**企業會計準則公報第十五號**」於110年10月27日第二次修訂，並自112年1月1日適用，及考量醫療法人會計實務需要，爰修

正本準則部分條文，其修正重點如下：一、依《醫療法》第35條第一項所定（註：醫療法人不得為公司之無限責任股東或合夥事業之合夥人；如為公司之有限責任股東時，其所有投資總額及對單一公司之投資額或其比例應不得超過一定之限制。）醫療法人**投資限制**，醫療法人不得投資衍生性金融商品，爰刪除「**投資衍生性商品之相關資訊**」。（修正條文第七條第25款為「**設立或附設機構之財務資訊**」）二、參考企業會計準則公報第15號、長期照顧服務機構法人財務報告編製準則第13條及商業會計處理準則第15條規定，修正資產負債表之流動資產項下現金及約當現金、短期性之投資、應收票據、應收帳款、其他應收款及其他流動資產之會計項目內容與表達。（修正條文第12條）三、參考企業會計準則公報第15號及商業會計準則第16條規定，修正長期性投資之會計項目分類。（修正條文第15條）四、配合修正條文第12條及第15條內容，修正相關會計項目。（修正條文第21條、第25條、第26條、第30條、第33條）五、參考商業會計準則第25條第三項及企業會計準則公報第2號第26條規定，彙總規範會計衡量方式，修正會計項目之內容與表達。（修正條文第23條）六、參考長期照顧服務機構法人財務報告編製準則第23條第二款及商業會計處理準則第26條第五款規定，修正長期借款之內容與表達。（修正條文第24條）七、參考企業會計準則及所得稅法規定，修正會計項目分類。（修正條文第27條）（以上參考「醫療法人財務報告編製準則部分

表 1、113 年醫務結餘(醫務利益)前二十大院所

醫院名稱	特約類別	排序	113 年	112 年
			醫務利益 (億元)	醫務利益 (億元)
中國附醫	醫學中心	1	17.80	26.99
高雄醫學大	醫學中心	2	13.36	12.65
臺中榮總	醫學中心	3	10.03	10.37
中山附醫	醫學中心	4	9.35	8.20
高雄長庚	醫學中心	5	7.21	5.87
陽明醫院	地區醫院	6	6.82	6.40
桃園長庚	地區醫院	7	6.79	5.21
嘉基醫院	區域醫院	8	6.61	3.24
亞洲大學附	區域醫院	9	6.52	4.61
新竹馬偕	區域醫院	10	6.10	7.48
亞東醫院	醫學中心	11	5.62	7.08
台北馬偕	醫學中心	12	5.55	2.28
台北醫大	區域醫院	13	5.31	5.27
臺北市聯醫	區域醫院	14	4.94	4.96
彰基	醫學中心	15	4.65	3.99
彰基員林基	地區醫院	16	4.63	3.94
雙和醫院	醫學中心	17	4.55	5.70
市立安南	區域醫院	18	4.45	5.21
林口長庚	醫學中心	19	4.44	2.19
阮綜合醫院	區域醫院	20	4.07	3.22
合計			138.82	134.88

註：

- 資料來源：各院所提報之財務報告。
- 醫務利益：公立醫院為收支餘結算表之「醫務結餘(結餘)」項之數值；私立醫院為收支餘結表之「醫務利益」項之數值。
- 本表排序係依 113 年醫務利益金額由高至低進行排序。

圖二 113年醫務結餘（醫務利益）前二十大院所
（圖片來源：健保署115年7月15日）

條文修正總說明」，113.12.20修正）

所以，醫療法人受限不得投資某些金融商品，經營一定規模醫療機構，必須得當成「企業經營」方式編製「財務報告」嗎？健保署表示，以本次醫務結餘前20家醫院分析，整體「**醫務結餘**」金額為138.82億元。（圖二）健保署自2018年以來公布申報健保超過2億元之醫療院所財報，今7月15日依法公開2024年財報，涵蓋235家醫院、2家醫檢所（品信、登

全）、3家診所（安慎、遠東聯合、書田）。若單看「醫療本業」賺錢榜，健保署主秘劉林義表示，75%醫院（178家，註：25%的「醫療本業」賠錢！）單靠醫療本業就有賺錢。劉林義表示，以醫務結餘前20家醫院分析，整體醫務結餘金額為138.82億元，相較這20家醫院於2023年結餘總計134.88億元，增加了3.94億元。（參考「2024年醫院財報揭密：誰是賺錢榜常勝軍？公立醫院霸主又是誰？人事成本佔比為何不升反降？」文/邱宜君 責任編輯/廖苾君，康健雜誌，2026-07-15）

問題③：個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫。

解答：2025年是健保30週年，健保署於4月推行「個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫」，也是俗稱的「醫院個別總額制」（圖三），替每家醫院的健保點數設上限，一旦超過額度，健保給付就會打折或不給付。要談這個新政策，要先從整個健保脈絡談起。台灣健保是總額制，所有人分同一塊餅，譬如當家中長輩出現三高問題，每天的醫藥費就是限制100元，不會改變。但問題在於，長輩就是要每天服藥、要定期檢查，加上通貨膨脹，這100塊根本就不夠看病。政府就想出一套絕招，把這個100塊，包給長輩家隔壁的醫院，然後不管長輩怎麼樣來看病，就是給醫院100塊，長輩來看五次也是100、看十次也是100，做多少檢查都是100元。換另一種比喻：就像



圖三 醫院總額分區共管試辦計畫（圖片來源：自由健康網2024/12/28）

政府需要買100個三明治，要給100個人吃，但隨著人口高齡化，醫療需求大增，三明治現在變成需要120個，但是政府只想出100個三明治的錢，但又要每一個人一樣都得吃到。所以就要求供應商（特約醫療院所）用同樣100個三明治的預算（總額預算），讓保險對象（病人）都有三明治吃，但原本一個三明治10元，供應商只能拿到7、8元（健保點值）。30年後的現在，政府開始醒過來，知道健保這樣下去不行，但又不想調漲保費，所以就端出「醫院個別總額制」的政策。以前是所有醫院

一起分這些三明治，但醫院都不知道要做多少分量，拚命做；但現在有醫院個別總額制，就是讓所有醫院清楚自己能做多少的三明治、能接多少客人。（參考「用一塊三明治解釋健保「醫院個別總額制」 會衝垮台灣醫療最後防線？」，張鴻仁，天下雜誌Web only，2025-04-22）個別總額制度對中小型醫院而言，並不會是問題，因為他們很清楚自己的健保額度在哪，也知道自己的能耐到哪，評估如何少收一點門診、或少一點住院病人。但這就會開始出現問題，因為醫學中心並不能拒收病人，最後就是各式各樣的病人擠爆第一線的大醫院。

儘管健保署將加護病房等急重症醫療共22項，列為「保障項目」，醫院執行這些業務導致申報點數成長時，不必被打折給付，但總是存在沒被保障的醫療項目，也會導致中小醫院策略性選擇病人。簡而言之，醫院個別總額制就是讓台灣最大的醫學中心們，去承擔健保總額不夠的問題。未來醫學中心面對龐大的病人來襲，還有個別總額的限制，最後恐怕只得認賠看診？台灣大型醫學中心已是最後的醫療防線，新政策的衝擊方興未艾，還是要步步為營。

中央健康保險署推行「個別醫院前瞻式預算分區共管試辦計畫」，其核心目標在於建立「個別醫院總額」，以改善現行分區總額下，因醫院間競爭與服務量成長導致點值稀釋的問題，並試圖減少對未擴張服務量醫院的變相懲罰。此外，該計畫亦要求醫學中心門診營收占比低於55%，若門診成長率超標，健保

給付將遭扣減。台北區（北北基、宜蘭縣、金門縣、連江縣）於2025年第二季開始實施，而其他分區則從第一季開始上路。健保署指出，各區管理原則一致，但保留各分區共管彈性，如台北區在急症難罕症照護等特定排除列計不設上限，避免急重症患者被排擠。「個別醫院總額」可說是遷就目前健保尚無法擴大財源的現實下，健保署迫於壓力努力將點值維持在醫界期望的「權宜之計」。長期以來，健保署在各分區透過「共同管理」模式進行總額支付調控，形成「攤扣式」（目標點值型）與「斷頭式」（個別總額型）兩種機制。所謂「攤扣式」是結算點值時如整體醫療利用超過目標，則依照各醫院成長費用等比例扣除；由於是事後結算，曾導致醫院工會團體抗議醫院苛扣原預期可拿到的獎勵金。而「斷頭式」是事先設定個別醫院目標點數（即個別醫院總額），除部分例外情況，超過額度一律核減，故院所會選擇不申報超額的部分；此機制雖可確保點值穩定，但可能促使醫院限制服務量，進而影響病患的可近性。類似的「個別醫院總額」概念，早在2004年以「醫院卓越計畫」之名推行，然因部分醫院減少開立藥品種類與數量，並限制門診量，導致民眾申訴「掛不上號」、「醫院減少開藥種類或數量」，甚至有醫學中心因頻繁遭投訴而被中區健保業務組終止合約。此外，由於當時採取自願參與模式，未參加的醫院點值大幅下降，進而影響整體醫療生態，最終導致該計畫終止，並遭監察院糾正。近期，急診醫師與護理人員離職潮再次引

發關注。與過去多將急診壅塞歸因於民眾濫用不同，這次急診醫學界罕見的「砲口向內」，直指醫護離職潮反映的是其他科別不願積極收治急診病患，導致急診醫護負擔加重，更延伸至不同醫療專科間收入與生活品質差異的「相對剝奪感」。一般而言，門診轉住院病患病情較穩定，住院天數易於管理，且較有機會接受自費治療；相較之下，急診轉住院病患病情較重，住院時間較不確定，因此較可能被排擠、甚至被策略性的留在急診治療，導致急診壅塞壓力進一步升高。當「個別醫院總額」普及至全台醫院後，這類急診與非急診專科的衝突，將進一步被放大，畢竟多收治一個急診的患者，即使能有健保加成、或排除於個別總額之外，相比於門診排程的住院病患，哪一種較符合該科部的利益，是非常現實的問題。（參考「個別醫院總額上路，穩定點值外如何避免醫院「選擇病人」？」，郭年真，報導者電子報，2025/3/3）

以中央健康保險署臺北業務組「個別醫院前瞻式預算分區共管方式」為例，試辦計畫目的：一、前瞻式預算，合理自我管控，降低醫院財務衝擊。二、鼓勵醫院積極自主管理，提升醫療服務審查效率。試辦計畫依據：一、全民健康保險法第61條第4項規定，保險人應遴聘保險付費者代表、保險醫事服務提供者代表及專家學者、研商及推動總額支付制度。二、「全民健康保險醫療費用申報與給付及醫療服務審查辦法」第22條第4項規定，保險人得就保險醫事服務機構申報醫療費用案件進行

分析，依分析結果，得免除、增減抽樣審查或全審。實施對象：臺北區特約醫院（除牙醫醫院外）皆應參與並簽立附約。（註：依據依據115.01.06第四版修訂版）問題是：《全民健康保險法》有授權另訂健保大總額下，可以再另訂其他小總額嗎？2004年「醫院卓越計畫」遭監察院糾正案是「前車之鑑」，應該值得參考！

問題④：強化醫療韌性，朝「不同工不同酬」調升醫療服務支付。

解 答：何謂「醫療韌性(Healthcare Resilience)」(圖四)？指醫療體系在面對突發災難、重大疫情或地緣政治衝突（如戰爭）等極端衝擊時，仍能維持核心功能運作、吸收外部壓力並迅速恢復日常服務的能力。這項概念打破了過去只著重於「災後緊急應變」的思維，強調將抗災與調適能力融入日常的醫療組織文化與資源規劃中。

面對全球安全環境日益複雜與不確定，再加上新興疾病、極端氣候等非傳統安全課題的衝擊，對我國民眾健康與安全構成重大挑戰，發展具備實務運作與整備能力的全面複合式極端災難醫療體系已勢在必行；同時，藥品供應亦因新興傳染病威脅、地緣政治風險及全球供應鏈中斷等因素而面臨嚴峻考驗，強化供應韌性已成為各國關注焦點，為此我國須持續提升醫、藥體系之彈性與韌性，確保藥品穩定供應，全力保障民眾用藥權益與健康安全。鑒



圖四 衛福部韌性醫療計畫（圖片來源：台視新聞製圖2025.01.02）

於全社會災難應變能力尚需加強；民眾、消防人員、急救站人員及醫療人員等，外傷處置能力與合作應變尚需強化；醫療體系血液儲備、維生及水電等設施，尚需強化備援，因此衛生福利部透過「醫療量能整備」、「人員賦能精進」、「設備韌性維護」三面向，以達到「韌性醫院」、「韌性社區」、「韌性救護」、「全民韌性」及「國際合作」之5大目標。韌性國家醫療整備計畫是4年期計畫，各年度目標由基礎建設、制度設計開始，後續逐步實踐、學用合一、厚植量能，到國際接軌、持續精進等。本是一個龐大整合型、跨領域、跨地域、跨機構組織的全面規劃，包含多項子計畫，例如：辦理韌性國家醫療整備管理中心、強化地方衛生局和急救責任醫院緊急應變及管理機制、提升民眾外傷急救知能、補助國內團體辦理醫療團隊外傷照護及重症照護訓練等、補助醫療機構辦理設備韌性維護、維生設備備援及穩定能源系統等。…衛生福利部針對醫療韌性之部分，期望藉由「韌性國家醫療整備計畫」之醫療量能整備、人員賦能精進、設備韌

性維護三面向，提升醫療體系面對大型災難或特殊事件發生時之應變與整備，全方位落實韌性國家之醫療量能並達成國際交流與合作。（參考「臺灣韌性醫藥整備計畫公聽會」書面報告，衛生福利部，立法院第11屆第3會期社會福利及衛生環境委員會，民國114年6月19日）

何謂「不同工不同酬」？《全民健康保險法》第42條第一項：「醫療服務給付項目及支付標準之訂定，應以相對點數反應各項服務成本及以同病、同品質同酬為原則，並得以論量、論病例、論品質、論人或論日等方式訂定之。」意思是「同病、同品質、同酬」所謂三同，並無反面解釋之「不同工、不同酬」。此規定係一代健保法第51條第二項：「前項所稱醫療費用支付標準，應以同病同酬原則，並以相對點數反應各項醫療服務之成本。同病同酬之給付應以疾病分類標準為依據。」全文修正理由：配合多元支付制度之採行，於第一項規定有關醫療服務給付項目及支付標準中支付標準點數之訂定方式，並將原條文第51條第二項修正移列，併同規範。所以「同病、同酬」是健保給付的終極原則，意思是依照「疾病代碼支付、不論醫術」？這種「一視同價」的法律規定，違法專業、技術有價值差異的基本原則！衛生福利部次長林靜儀近日於台北醫學大學附設醫院宣布，將運用全民健保數據推動疾病治理。糖尿病等慢性病照護採不同工不同酬，依病況（即疾病代碼、非醫術嗎？）給予醫師不同給付點數。…（參考「健保大變革！

慢性病治療將『不同工不同酬』」，張雅淳報導，中天新聞網，2026年8月8日）

中央健康保險署依循「不同工不同酬」精神，於115年6月25日召開「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」，通過調升重症手術處置支付點數，健保共投入約11.5億元。健保署署長陳亮妤表示，為回應重症醫療團隊的專業付出，並提升醫療機構重症照護量能，除持續調整兒科支付外，本次續對整形外科、神經外科、骨科、消化系外科及大腸直腸外科等領域，共調整90項手術處置或治療費。…健保署強調，維持重症醫療量能穩定且充足，是健保永續發展及保障民眾健康重要基礎。本次支付標準調整，回應醫療人員投入重症照護之付出，進一步強化醫療體系韌性及照護品質，並兼顧病人就醫權益與醫療人員合理報酬，未來將持續配合「健康台灣」政策方向，依據臨床實務需求，分階段檢討及調整醫療支付標準。（參考「健保署落實不同工不同酬 調升90項外科重症手術支付」焦點新聞，中央健康保險署，民國115年8月8日）結果是：個別醫師的醫術…永遠不會是健保制度下「不同工不同酬」的考慮因素？「醫德」與「醫得」…永遠沾不上邊！🇹🇼



讀《80歳の壁》有感； 請醫學專家多評論(2)

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

上一期說上了年紀，網上參加的各類群組，越來越多人談老年人的健康問題。不少寫日本和田秀樹醫師的《80歳の壁》這本書。在日本曾是最暢銷書第一名，台灣譯本也很盛行，買了本羅淑慧翻譯的《如果活到80歲》¹。社交媒體雖有不少討論，可是醫界人士，對這討論老年人健康問題的暢銷書，幾乎沒有評論。因對這書的內容有些不同意，但自己只是小兒科醫師，呼籲老年醫學或書內有質疑題材的醫學專家，多多出聲評論，對社會大眾的健康，尤其高齡者會有大貢獻。

上期主要寫此書前言及第一章中，一些值得注意，尤其自己不同意的題材²。這本書作者和田醫師，想傳達的最重要信條是：「隨心所欲，快樂地生活」以及「年過八十，就不再忍耐」，要高齡者開心。首先對作者所說，年過八十五歲，幾乎每人身上都有癌症一事不同意。他只說他從前服務醫院的「數據」。找不到這數據發表於文獻上，去Google搜尋，這種說法沒有文獻，可是和田根據這「數據」，說明他的不少論點²。

上期也較詳細地討論，其他我不同意的推薦，如年過八十歲「不做健檢也無妨」，他主張高齡者如何與癌症共存，而不對抗，就是不治療癌症。血壓高一點沒關係，以及他認為治療糖尿病，會助長阿茲海默(Alzheimer)症等，這些是很有問題的論點²。這期來討論此書第二章。

第二章：跨越老化的屏障；「想吃什麼盡量吃」可以嗎？

這章作者說，從多年對高齡者醫療觀察，認為年過八十，應該接納衰老，書中強調「停止忍耐」這觀念，他說要停止對藥物、飲食及興趣的忍耐。他主張「想吃什麼盡量吃」，尤其寫不必避免食品的鹽、糖及脂肪的問題。和田這主張看起來非常奇怪，對食物這三成份，說到了高齡就不必害怕，「想吃什麼盡量吃」！？

以自己有糖尿病的經驗，已經八十幾歲了，不要說「想吃什麼盡量吃」，只稍放鬆些對飲食的節制，如多吃點甜點，就不能控制好血糖，所以對飲食相當節制。上期寫過和田醫師，他自己在58歲時，診斷出糖尿病，說藥物對他沒有效果，可是一天走路30分鐘，就可「大吃愛吃的東西、盡情喝酒」。他這樣就可以控制糖尿病？想很多糖尿病患者，可能會說「不可能」或說「他怎麼這樣好命」！

有糖尿病者知道，飲食「節制」是重要的關鍵，可是這本書內，沒看到有「節制」這一詞，他強調如何「隨心所欲」以及「不必再忍耐」。自己發現有糖尿病前症後，靠多運動/勞動，並注重飲食節制，尤其小心對飲食的糖及澱粉量，糖尿病前症維持了約三十年。過了八十歲，就是同樣的多運動及飲食節制，糖尿病前症變成糖尿病，以後須要用藥物metformin來幫忙控制。就是在使用藥物下，若吃多些甜點或澱粉，血糖就會高。八十幾歲



圖一 搜尋網站填上「糖尿病飲食」，推薦飲食網站幾個圖例。

了，絕不敢依照和田的「想吃什麼盡量吃」的推薦。不知糖尿病專家，認為和田的推薦可行否？

糖尿病常常沒有很明顯的症狀，親友、同學及同事中，有糖尿病又不注重節制，有些以後須要洗腎、截肢，有人有中風、心臟血管病、各種感染病等不少健康問題。最近在網上看到一文「男子患糖尿病不吃藥照吃大餐！」一文³。簡單地說：「病人說沒有不舒服，幹嘛吃藥？依舊喝含糖飲料、照樣吃大餐，也沒有量過血糖，發燒住院，發現有敗血症，足部嚴重感染，傷口壞死被評估要截肢了，血糖高得驚人」。再上網站填上糖尿病飲食去搜尋，用圖列出時，如圖一琳琅滿目，有各種從不同機構在網站登出推薦的圖片，節制是最主要的題材。

和田說過了八十歲高齡，也不必管食鹽

量。去查文獻瞭解，到了高齡，腎臟排出較多鈉於體外，若少吃鹽，較容易引起低血鈉 (Hyponatremia)。上了八十歲，到底要不要比較年輕些時，多吃些鹽？上網找文獻，沒找到有好文獻及好數據，推薦老年人鈉（鹽）的需要量。可是和田醫師說：「想吃什麼就吃什麼」，高齡者健康問題多，除了糖尿病外、高血壓，其他心臟血管疾病、慢性腎臟病等也不少，是否要小心鹽的量，尤其他還建議八十歲後，不須要例行的健檢。

同樣地對食物中的脂肪量，文獻上一般醫界人士，對高齡者沒找到好的推薦，不過有些人建議，老年人少吃飽和脂肪酸的，多吃不飽和酸的脂肪。請教糖尿病/內分泌學/營養學、心臟病學、腎臟病學家們，同意和田醫師的建議上了八十歲後，「想吃什麼盡量吃」，不必考量糖／醣類、鹽（鈉）及脂肪等否？

接著和田討論，對感興趣的事盡量去做不要忍耐，性行為包括自慰，或購買色情DVD影片等等，只要不傷害別人或犯法，若感興趣不必忍耐，他書中建議「積極」去嘗試。書中提到，因受傷骨折導致體力衰退，有一人注射男性荷爾蒙 (Testosterone) 後能恢復原有的活力。還說服用威而剛 (Viagra) 或犀利士 (Cialis)，有緩解動脈硬化，和田醫師書中雖提及這些，他沒推薦使用否，這裡不再討論。順便一提，美國國防部（戰爭部）最近聲明要測驗，30歲以上軍人的血中男性荷爾蒙量，還說可提供荷爾蒙治療低血荷爾蒙量者，看到很多的爭論，這是很複雜的問題！

菸、酒、賭博的「不良嗜好」

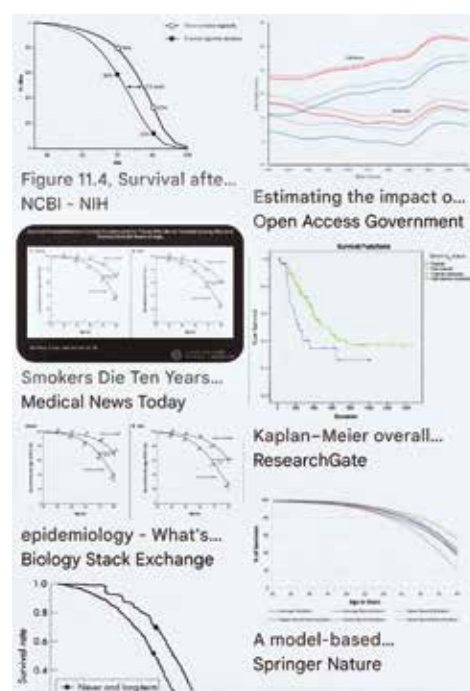
和田醫師書中提倡「有想做的事就去做，不需要忍耐」，他接著討論對菸、酒、賭博等問題。到了八十歲才要戒掉以前的這些「不良嗜好」很難！和田基於「不忍耐」的原則，和田的建議是「適度的享受」。高齡時很難戒這些菸、酒、賭博等嗜好，豈實也不容易達到和田的推薦：「可以控制範圍內享受」，老年人時間多，可以整天喝酒或賭博，沈迷於這些嗜好到不能控制的地步。

關於吸菸那節的討論，和田引述的二個說法，跟醫學文獻相當不同，甚至可說是相反的觀點。第一他說「吸菸的危害，隨年齡增長而逐漸降低」，對這說法，上Google去搜尋，AI Overview的回答說：「這是一個嚴重的醫學誤解。事實恰好相反，吸菸的危害會隨著年齡增長，與吸菸年數的累積而『逐漸增加』，而非降低」⁴。還解釋說「1. 傷害具『累積效應』，吸菸對身體的毒害是持續累積的；2. 高齡器官與免疫力退化，修復能力變差：隨著年齡增長，人體清除異常細胞，與修復DNA基因損傷的能力，會自然下降。病症加速誘發，此時吸菸，無異於加速催化癌症（如肺癌）、慢性阻塞性肺病(COPD)、中風與心臟病的爆發。吸菸帶來的風險更高」⁴。

和田接著說的第二論點：「高齡者不論吸菸與否，生存曲線沒有差異」，對這也大有疑問，他說他依據浴風會病院資料，這數據看來，沒以學術論文發表。去Google搜尋，AI Overview的回答說：「這個說法是不準確

的」⁵。

這AI Overview接著還說：「高齡吸菸者與不吸菸者的生存曲線存在顯著差異。雖然高齡吸菸者的相對『死亡風險比(Hazard Ratio)』可能會隨年齡增長，而比年輕時期略為下降，但吸菸者的整體生存率，依然明顯低於不吸菸者，且高齡戒菸依然能顯著延長壽命。」⁵，附上文獻之一就說「在75歲至94歲的高齡族群中，不吸菸者的存活率與整體健康狀態（如較低的衰弱指數）明顯優於持續吸菸者」。上Google搜尋，如圖二的圖片，可看出不吸菸者都優於吸菸者，不過越老則差距越少（圖二）。



圖二 到Google網站以「吸菸及不吸菸者的生存曲線」。不吸菸者都優於吸菸者，不過越高齡則差距越少。

和田醫師接著提出一個病例，說一位82歲老人得肺癌，醫師要求他戒菸，因為上癮而不能吸菸，不分焦慮而變成憂鬱。和田醫師建議他再開始吸菸，他認為吸菸不會使癌症惡化，那病人直到92歲才去逝。他因此認為精神穩定，可提高免疫力效果，會抑制癌細胞，他這種說法，可說是只從這一人而得到的結論。人數多的研究的結論，就如上面提到AI的Overview所說的：「高齡者戒菸，依然能延長壽命」，而且「整體健康狀態明顯地優於持續吸菸者」。假如有興趣請詳看一論文⁶，自由時報還認為這文很重要，還編譯登出其主要内容，於自由時報健康網⁷，有興趣請看。

自己也有個經驗，一位長輩親戚，從年輕開始就有菸癮，後來曾試圖戒菸無數次，都未成功。老年約七十多歲後，來美國跟子女一起住。因為在美國的孫輩，跟台灣時代的子女不同，敢要求祖父戒菸。因為呼吸含菸空氣，所謂間接性(secondary)「吸菸」仍有害處。這次為了年輕孫輩的健康，有了決心戒菸的動機，高齡戒菸成功。戒菸幾年後碰到我，告訴我不吸菸真好，健康狀態好多了，而且生活得更舒服！有戒菸的心（動機），高齡時戒菸，一樣對健康有好處，只是年紀愈高才戒，比年輕時戒，好效果愈老愈差。

放棄駕駛執照；增強身體及心靈活動

接著書中談高齡者繳回駕照放棄開車，自己到了80歲，主動放棄去延長駕照，放棄開車。按照和田醫師書上所寫，我做了他認為

「很不可思議」的決定。自己心知，上了年紀，自己手腳變遲頓，視力也稍退，反應緩慢得多，又很少出門，若繼續駕車，以後出事故的機率會增加，主動選擇不要駕駛執照，不再開車。

停止駕照後，是不方便多多，當然會減少跟其他親友的社交活動，知道放棄駕照，會增加以後被照顧的機會。自己就更勤快地，上網參加不少社交群組，雖不能親身來往，改上網與更多人交流。多做身體的活動如多走路，目前平均每天在家中，最少走一萬五千步以上，多看書、多找資料、多思考以及寫文章等，以增加身體及心靈活動來彌補，希望能減少失智及被照顧的機會！！

此章以後的討論，如積極增加身體及心靈活動，多自由地盡情享樂，把錢用在自己或公益團體而不留給孩子，多想好事及讓壞事由它去，不要老想失去多少，盡情享樂等等的的生活方式，都很贊同不必再多言。第三章〈跨越癡呆、失智症的屏障〉。一樣贊同和田醫師書中的內容，整章不必討論。第四章〈輕鬆跨越屏障的樂活提案〉討論很多提案，提出四十幾項實際的建議，有些不甚同意，因必須查文獻證據證實，以後有時間再另文來討論。下面來總括上期前言及第一章，跟這期第二章的綜合討論。

綜合討論

上期跟此期拙文，討論和田書中前言及前二章，有不少可質疑內容，他連所根據的醫學

文獻都有大問題。我這高齡且退休多年的小兒科醫師看來，他的推薦有些不妥當，甚至可能是錯誤的。所以呼籲老人醫學家及拙文提出有疑慮項目的醫學專家，請多出聲評論，醫界必須重視這些銷售量高，讀者多的健康書籍，向大眾說明白。醫學專家的解釋說明，一定比我這小兒科醫師更有意義。

和田醫師是從精神科醫師觀點來看（討論），在書中提到最多的論點是：「隨心所欲」、「快樂地生活」及「不耐和逞強」等。強調「隨心所欲」及「讓自己開心」的重要性，一再強調這樣可以增強免疫力，主要以此觀點，在書上推薦，高齡者的糖尿病、高血壓、癌症等疾病的醫療。

和田醫師在書中提最多的是「隨心所欲」說可增強免疫力，可是沒提其他可影響免疫力的因素。到美國的CDC(Centers for Disease Control and Prevention)網站，找到討論提高免疫力的網站⁸，對增強免疫力，列出其他更多條件，如飲食、運動、健康的體重、充足的睡眠、不吸煙、不喝過量酒等項目。他提出的「隨心所欲」中的「想吃什麼盡量吃」對免疫力，如下討論，有可能反會減少免疫力！

和田沒談「隨心所欲」的負面，想不妨看Google搜尋的AI如何回答。填上「隨心所欲與免疫力的關係」去Google搜尋，AI Overview的回答如下：「隨心所欲」的態度對免疫力有雙面影響：短期的「順從自我意願、減輕壓力」能降低壓力荷爾蒙（如皮質醇），釋放負面情緒，進而提升免疫力；但若演變成「放縱

慾望」，導致作息混亂、飲食失衡或過度消耗體力，則會大幅削弱免疫系統⁹。

和田推薦的八十歲過後，「想吃什麼盡量吃」，類似上面提到的「放縱慾望」，反會導致削弱免疫力⁷。有糖尿病者，對「想吃什麼盡量吃」，認為不可能。和田更推薦，如「一旦年過80，就不必再忍耐了」，「想吃什麼盡量吃」，一樣不可能，糖尿病不能控制好，接著會有更多健康問題。

以自己經驗，有糖尿病者，「節制」是健康的關鍵！對和田醫師80歲後的推薦，頗不以為然，自己的經驗，飲食節制是控制血糖高的重要關鍵。對和田八十歲以上高齡者的推薦質疑，所以請糖尿病或老年醫學專家請多評論，跟民眾多多解釋說明。

這書寫得不嚴謹，所依據的文獻，找不到或解釋得很有問題，沒看到醫界人士的批評。我的顧慮，若真依照他前兩章的推薦，對健康可能沒有好處。當然跟和田的觀念(理念、意見)不同，就是美國人常說的，有不一樣的哲學(different philosophy；「另類哲學」)。要促進自己的健康，還是要努力及花精神，是種選擇，選擇對自己要好好照顧。假如要附和和田醫師的「隨心所欲」的推薦，也是種選擇。

和田醫師「隨心所欲」的推薦，想可能中不少人之「心願」，所以看到自東京大學醫學部畢業，又是一位老年醫學精神科醫師所寫的書，推薦「不必節制」，反而「隨心所欲」而大樂，所以書會這麼暢銷！！

參考文獻

1. 和田秀樹（著）、羅淑慧（譯）：如果活到80歲（日文原名：80歳の壁）。2023; 方言文化，台北市。
2. 朱真一：讀《80歳の壁》有感；請醫學專家多評論(1)。台北市醫師公會會刊2026; 70(8): 81- 6。
3. 鏡週刊(Mirror)：男子患糖尿病不吃藥照吃大餐！2026/7/27刊出。In Internet：https://liff.line.me/1454987169-1WAXAP3K/v3/article/ML7r7Pj?utm_source=lineshare
4. Google Search：吸菸的危害，隨年齡增長而逐漸降低。In Internet：https://share.google/niKF7wyibBdBh1BG1
5. Google Search: 高齡者不論吸菸與否，生存曲線都沒有差異。In Internet：https://share.google/olmqe6xOID2sfgFRt
6. Le TTT, Mendez D Warner KE: The Benefits of Quitting Smoking at Different Ages. Am J Prev Med. 2024; 67: 684-8.
7. 陳成良（編譯）：高齡戒菸仍有益！研究證實：延長壽命、改善健康。自由時報-自由健康網，2024/10/13刊出。In Internet：https://health.ltn.com.tw/article/breakingnews/4829058
8. CDC: Healthy Habits: Enhancing Immunity。In Internet: https://www.cdc.gov/healthy-weight-growth/about/enhancing-immunity.html
9. Google Search: 隨心所欲與免疫力的關係。In Internet: https://share.google/TVHwI19Y0u1CTFDLA 🇹🇼



重要政令轉知會員

請協助宣導「美容醫學案例審查認定」宣導圖卡

中華民國醫師公會全國聯合會

115.07.13 全醫聯字第1150000807號

受文者：台北市醫師公會

主旨：檢送本會「美容醫學案例審查認定」宣導圖卡1份，敬請貴部協助轉知相關醫學會及團體，並惠予協助宣導周知，請查照。

說明：

- 一、本會承接貴部「美容醫學品質提升暨特管辦法執行管理計畫」，刻正辦理特定美容醫學處置及美容醫學手術之案例審查認定及訓練課程相關作業。
- 二、為辦理案例審查認定，本會業建置「美容醫學訓練資訊暨案例審認專區」(網址：https://www.tma.tw/cosMedCertify_2026/)，並已開始受理案例審查認定申請，相關申請資格、作業規範、應備文件及案例上傳方式等資訊，均已公告於專區供查詢。
- 三、因案例審查認定申請受理至115年12月31日止，為利符合申請資格之醫師及早完成案例審查認定，以維護其執業權益，敬請貴部協助將旨揭宣導圖卡轉知相關醫學會與團體，並惠予協助宣導周知。
- 四、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。

衛生福利部函文「勞動部就醫事人員提前出勤進行工作前準備之時間，是否屬勞動基準法所稱工作時間案之解釋」

臺北市政府衛生局

115.07.16 北市衛醫字第1153118835號

受文者：台北市醫師公會

主旨：轉知衛生福利部函文有關「勞動部就醫事人員提前出勤進行工作前準備之時間，是否屬勞動基準法所稱工作時間案之解釋」，請查照。

說明：

- 一、依衛生福利部115年7月13日衛部醫字第1150128862號函辦理。
- 二、檢附衛生福利部來函及勞動部115年6月30日勞動條3字第1150012241號函各一份(如附件)。
- 三、旨揭工會所提事前準備(例如更換制服或清點藥品等)或事後整理(例如交班準備等)，如係受雇主指揮監督下，提供勞務及受令等待提供勞務之時間，即屬工作時間。為維護護理人員勞動權益，請貴部轉知並輔導各醫療機構確實遵守勞動法令，落實工時、工資及休息時間

等相關規定。

四、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。

「HPV疫苗接種服務」款項之扣（免）繳憑單所得類別及格式代號

臺北市政府衛生局

115.07.21 北市衛健字第1153119945號

受文者：台北市醫師公會

主旨：有關貴院（所）辦理「HPV疫苗接種服務」款項之扣（免）繳憑單所得類別及格式代號，請查照。

說明：

- 一、依據財政部臺北國稅局115年7月15日財北國稅綜所遺贈字第1152020698號函暨衛生福利部國民健康署綜合保健工作計畫-重要項目6：HPV疫苗接種服務工作計畫辦理。
- 二、自116年起，旨揭服務之接種處置費補助款，將依受補助醫療院所之組織型態申報扣（免）繳憑單，說明如下：
 - （一）公立醫療機構依所得稅法第4條第1項第18款規定免納所得稅，免申報扣（免）繳憑單。
 - （二）個人設立之醫院或診所，按執行業務所得（格式代號：9A-57）填報扣（免）繳憑單。
 - （三）屬所得稅法第11條第2項或第4項所定之營利事業或教育、文化、公益、慈善機關或團體者，按其他所得（格式代號：92-8Z）填報免扣繳憑單。
 - （四）整體修正：參考國際規範，更新成分、警語及用法用量。
- 三、本文相關訊息刊登於本會網站。

115年「全國性預防接種資訊管理系統(NIIS)」新增「加強型流感疫苗」之疫苗代碼相關注意事項

中華民國醫師公會全國聯合會

115.07.31 全醫聯字第1150000886號

受文者：台北市醫師公會

主旨：衛生福利部疾病管制署函知有關115年「全國性預防接種資訊管理系統(NIIS)」新增「加強型流感疫苗」之疫苗代碼相關注意事項，如附件，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部疾病管制署115年7月24日疾管新字第1150400557號函副本辦理。
- 二、衛生福利部疾病管制署（下稱疾管署）本(115)年度採購兩種「加強型流感疫苗」（含佐劑及高劑量），優先提供年度接種計畫所訂安養、長期照顧（服務）等機構65歲（含）以上之受照顧者及所屬工作人員公費接種（NIIS系統疫苗批號結尾為-CDC），並由疾管署核付接種處置費；考量加強型流感疫苗同時提供自費市場使用（NIIS系統疫苗批號結尾無特殊標記），以及同一疫苗廠商可能同時提供加強型與標準型流感疫苗，請院所落實辦理下列事項：
 - （一）確實將疾病管制署公費疫苗及自費疫苗、加強型及標準型流感疫苗，明顯標示並分開管理。
 - （二）本年度機構65歲（含）以上受照顧者及所屬工作人員可選擇加強型或標準型流感疫苗，請辦理機構接種作業之醫療院所，協助妥為說明加強型相對標準型流感疫苗有較佳之保護效益，並適時依臨床專業評估，鼓勵機構65歲（含）以上長者優先接種加強型流感疫苗，以提升整體防護力。
 - （三）請醫師協助於接種前再次確認個案接種資格及接種意願，並請護理師接種前落實三讀五對，確保正確給藥，共同維護疫苗接種安全。
 - （四）定期檢視NIIS接種資料正確性與完整性，避免影響NIIS資料品質及後續接種處置費核算，接種處置費相關規定請參閱疾病管制署全球資訊網>預防接種>衛生專業人員工作指引>接種實務>公費疫苗接種處置費補助作業「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」。
- 三、為利掌握加強型流感疫苗接種情形，疾病管制署將於NIIS建置「加強型流感疫苗（含佐劑）」代碼為「FluAdj」及「加強型流感疫苗（高劑量）」代碼為「FluHD」，並預定於本年10月1日上線。為維護接種民眾之完整免疫紀錄並避免接種誤失，請先行完成醫療資訊系統（以下簡稱HIS）設定，並於完成接種後確實核對「疫苗代碼」及「疫苗批號」與實際接種疫苗相符，再透過媒體匯入或系統介接(API)方式將資料上傳NIIS；如非流感疫苗合約院所，請定期將接種資料之媒體匯入檔提供予轄區衛生所（臺北市為健康服務中心）人員協助匯入NIIS。
- 四、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。

醫療機構應落實醫事人員工作時間、及延長工時認定等勞動基準法規定

臺北市政府衛生局

115.08.05 北市衛醫字第1153124492號

受文者：台北市醫師公會

主旨：函轉勞動部重申醫療機構應落實醫事人員工作時間、及延長工時認定等勞動基準法規定一案，請查照。

說明：

- 一、依衛生福利部115年7月29日衛部照字第1150132716號函辦理。
- 二、請貴院確實依規定辦理，並加強機構內部勞動法令宣導及教育訓練，落實工時、工資及休息時間等規範及法遵能力。
- 三、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。

115年全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫修訂事項問答集

中華民國醫師公會全國聯合會

115.08.06 全醫聯字第1150000910號

受文者：台北市醫師公會

主旨：轉知衛生福利部中央健康保險署公告之「115年全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫修訂事項問答集」（附件），惠請轉知所屬會員，請查照。

說明：

- 一、旨揭修訂事項問答集業已公告於健保署全球資訊網（網址：<https://www.nhi.gov.tw/ch/cp-5380-3e6ca-2888-1.html>，路徑：健保署全球資訊網/健保服務/健保醫療計畫/家庭醫師整合性照護計畫/醫療院所專區/Q&A）。
- 二、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。

兒童發展篩檢服務(PeDS)申報系統邏輯

臺北市政府衛生局

115.08.11 北市衛健字第1153127539號

受文者：台北市醫師公會

主旨：函轉衛生福利部國民健康署修正兒童發展篩檢服務(PeDS)申報系統邏輯事宜，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部國民健康署（以下簡稱健康署）115年8月7日國健婦字第1150462594號函辦理。
- 二、健康署接獲醫療院所反映PeDS醫令代碼7E及7F無法申報，業於115年8月6日請衛生福利部中央健康保險署完成RAP系統修正，調整相關醫令代碼之檢核條件，以符合現行實務申報作業需求。
- 三、另，有關申報期限事宜，請依「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項修正規定」第八點規定：「...醫事服務機構應自提供各項預防保健服務日之次月一日起一個月內，向健保署申報費用，未依限申報者得於屆期日起五個月內補行申報，如仍未申報，本部不予核付費用。」辦理。
- 四、本文相關訊息刊登於本會網站。🌐

診所受僱醫師參加勞工保險、勞工職業災害保險及就業保險相關權益

臺北市政府衛生局

115.08.12 北市衛醫字第1153127334號

受文者：台北市醫師公會

主旨：轉知衛生福利部來文宣導：診所受僱醫師參加勞工保險、勞工職業災害保險及就業保險相關權益，請查照。

說明：

- 一、依衛生福利部115年8月7日衛部醫字第1151667625號函。
- 二、依勞動部函釋，依勞工保險條例第8條規定已成立投保單位之診所，應依規定為其所僱用全部員工（包括受僱醫師）申報參加勞工保險，並不得選擇性加保；另依勞工職業災害保險及保護法第6條及就業保險法第5條規定，登記有案之私人診所為勞工職業災害保險及就業保險之強制投保單位，雇主應依規定為所僱勞工辦理加保。
- 三、本文相關訊息與附件刊登於本會網站。🌐

本會學術教育課程表

115年學術繼續教育課程表

時間：下午一時至三時（星期五）

地點：實體（安和路一段27號16樓一大會議室）+線上並行

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

◆系統會自動記錄上課時間，本會將依上線時間給予學分。

日期	講題	講師
115.10.02	醫院到居家 - 血壓最新治療策略與觀念	陳冠群
115.10.16	用健保大數據來看台灣眼科門急診的使用	顏如娟
115.10.23	糖尿病不只有第二型：糖尿病亞型分類的臨床應用	許馨尹
115.10.30	From Trial to Real-World: Bivalent RSVpreF Vaccine in Preventing RSV Hospitalizations Among Older and high-risk Adults	曹玉婷
115.11.06	兩性共同施打 HPV 的重要性	曹玉婷
115.11.13	PCKD 的介紹和最新治療	吳岳霖
115.11.20	打了流感疫苗，新冠呢？新世代新冠疫苗的雙重升級！	邱南昌
115.11.27	骨關節炎治療新思維：基層照護，介入治療與轉診策略	王廷明
115.12.04	聊「傷」：傷口照護之觀念	吳思賢
115.12.11	台灣不孕症治療現況與政策演進：從人工生殖法到補助 3.0 的臨床影響	李佳臻
115.12.18	乾性皮膚保養	林 仲

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