Journal of Taipei Medical Association
2026
70卷・第11期
發行人/余忠仁
總編輯/王智弘
執行長/陳彥元

台北市醫師公會會刊



- 臥床病人的吞嚥評估、IDDSI飲食分級調整與照護者訓練
- 處方箋上的童書：以臨床與公共衛生整合模式推動臺北市幼兒發展之親子共讀
- 肌少症致病機制與診治策略文獻的回顧與探討
  ～兼論益生菌攝取所扮演輔助性治療的角色



目錄 Contents

常務理事的話	醫療監視器爭議，政府該回答的是如何管理	**林應然**	2
會議紀錄	理監事聯席會會議紀錄		4
	理事會會議紀錄		27
	監事會會議紀錄		30
醫事法律	自撞國賠—臺灣臺中地方法院114年度國字第9號民事判決評析	**謝翊甄、張凱媛、葛 謹**	32
學術專論	臥床病人的吞嚥評估、IDDSI 飲食分級調整與照護者訓練	**盧廷碩、曾于庭、林明慧**	42
	處方箋上的童書：以臨床與公共衛生整合模式推動臺北市幼兒發展之親子共讀	**王中豪、方麗容、詹前俊、洪德仁**	53
	肌少症致病機制與診治策略文獻的回顧與探討～兼論益生菌攝取所扮演輔助性治療的角色	**譚健民、王局文、林恩能**	59
活動報導	從韓國經驗看健康台灣 (一) 韓國推動健康促進的政策交流學習 —延世大學全球健康中心	**洪德仁**	72

發 行 人：余忠仁
執 行 長：陳彥元
編輯顧問：陳威明、曾春典、黃國晉
總 編 輯：王智弘
副總編輯：李旺祚、陳彥元
本期執行編輯：陳彥元
本期副執行編輯：趙家德
編　　輯：方文輝・江建勰・吳岱穎・李俊秀・李岡遠・周裕清・周賢章・陳元皓・陳亮恭・陳冀寬・黃集仁・趙家德・劉建良
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



	從韓國經驗看健康台灣 (二) 韓國中央健保署交流報告	**廖宏恩、洪德仁、林應然**	75
會員園地	服務欄		83
	開懷篇	**陳志鑫**	84
生活醫療法律	醫療法律生活化系列(167)	**李志宏**	85
	《醫療法》修正(上) 一病人隱私與刑責		
醫政公文	重要政令轉知會員		95
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 31・玉山金控 41		

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：**艋舺青山王祭廟會**

八家將於西門町的舞台演出。

作者：**石賢彥**

服務院所：**櫟安診所**

常務理事的話

醫療監視器爭議，政府該回答的是如何管理

林應然小兒科診所　林應然

一樁醫美診所偷拍事件，引發社會對醫療院所設置監視錄影設備的高度關注。保障病人隱私固然是民主法治社會的重要價值，但若因此將所有診療錄影與偷拍犯罪畫上等號，甚至使監視錄影本身遭到污名化，恐怕並非理性且周延的政策思維。

衛福部近期研議醫療院所監視器管理規範，其中對低度隱私診療空間採取「可錄影但須取得病患書面同意」的方向，顯示主管機關試圖在病人隱私與醫療管理需求之間取得平衡。然而，相關規定是否符合醫療現場實際運作，仍值得進一步審慎評估。

社會之所以普遍接受監視器的存在，關鍵並非監視本身，而是其具有預防犯罪及保存證據的公共利益功能。從交通系統、金融機構、校園到商業場所，監視錄影早已成為現代社會風險管理的重要工具，其目的不在窺探隱私，而是在爭議、事故或犯罪發生時，能夠還原事實真相，提供客觀證據。

醫療場域同樣不例外。近年來醫療暴力、診療糾紛、性騷擾指控、恐嚇勒索等事件時有所聞，許多發生地點正是在診療空間內。對病患而言，錄影紀錄有助於保障就醫權益；對醫療人員而言，也能在爭議發生時還原事實經過。從風險管理角度觀察，監視錄影既可能保護病人，也可能保護醫療人員，其功能具有雙向性，而非單純偏向任何一方。

因此，公共討論的焦點不應停留在「能不能錄影」，而應進一步思考「如何錄影」。包括哪些空間得以錄影、哪些空間應禁止錄影；病患是否具有拒絕權；影像應保存多久；誰有權調閱；如何防止資料外流；違法使用應承擔何種法律責任等，都是比錄影本身更重要的制度問題。

尤其對於低度隱私診療空間而言，若要求每次就診皆須完成書面同意程序，勢必增加龐大行政成本。醫療院所每日面對大量病患，診療時間本已有限，若再增加繁複的解釋、閱讀及簽署程序，恐排擠原本應用於醫病溝通與醫療照護的時間。在強調醫療減政與提升效率的今日，如何避免形式重於實質，亦應列入政策考量。

從法律層面來看，主管機關主張書面同意的重要依據，在於《個人資料保護法》第六條對敏感個人資料蒐集與利用的規範。然而，診療錄影是否當然屬於病歷、醫療或健康資料的蒐集與利用，仍有討論空間。另一方面，《個資法》亦明定，法律另有規定者不受限制。醫師在執行法定醫療業務時，本就依法蒐集病史、症狀、檢查結果及病歷資料，而無須病患逐次簽署書面同意書。診療錄影究竟應被視為獨立於醫療行為之外的新型態個資蒐集，抑或是診療過程的附隨紀錄，其法律定位仍有待進一步釐清。

若從「舉重以明輕」的法理觀點觀察，醫師透過問診所蒐集的病史、疾病資訊與健康資料，往往遠比錄影所取得的影像資訊更加深入且敏感。如果法律已允許醫療專業人員基於診

療目的蒐集與處理前者，對於作為診療過程客觀紀錄的影像資訊，是否必須額外課予更高門檻的逐次書面同意義務，值得主管機關與法界持續討論。

放眼國際，各國對醫療錄影的態度亦非一致。部分國家對醫療錄影採取較為嚴格的限制，也有國家基於病人安全與醫療透明性的考量，允許甚至要求特定醫療場域設置監視設備。韓國便因「權大熙事件」而推動修法，要求符合特定條件的手術室設置監視錄影設備，希望藉由客觀影像保障病人權益。相對地，韓國醫界亦曾質疑此舉將醫療人員置於持續監控之下，可能影響專業自主與執業環境。不同制度設計背後，反映的是各國如何在隱私權、病人安全、醫療品質與公共利益之間進行權衡。

這也說明，醫療錄影並非絕對的善或惡，而是一項需要透過制度加以規範的工具。真正成熟的治理思維，不是單純選擇錄影或不錄影，而是在符合比例原則的前提下，建立兼顧隱私保障與權益維護的管理機制。

偷拍事件所暴露的，是監視設備可能遭違法濫用的風險，而不是監視錄影本身的原罪。若因個別犯罪事件而否定監視錄影的正當功能，反而可能使醫病雙方在糾紛發生時失去最客觀的證據來源，讓真相更難被釐清。

因此，衛福部未來制定相關規範時，應將政策重點放在管理而非限制，放在監督而非禁止。對於未涉及隱私部位診察的低度隱私診療空間，可考慮採取「公告告知、原則同意、例外拒絕」的管理模式，由醫療院所透過院內公告、掛號須知及候診區明確揭示等方式，充分告知病患錄影事實與管理規範。至於涉及身體裸露、敏感檢查或侵入性醫療處置的高度隱私空間，則應採取更嚴格的限制與保護措施。

與此同時，主管機關更應建立完整的配套制度，包括影像資料的保存期限、調閱程序、加密保護、保密義務、外流責任及第三方監督機制，並對違規使用者施以嚴格處罰。唯有讓錄影資料受到法律規範與公權力監督，才能真正保障病人隱私，也才能發揮預防糾紛、還原真相的功能。

醫療的核心在於信任，但現代社會的信任不應建立在缺乏證據的基礎上，而應建立在公開透明與可受檢驗的制度之中。當醫病糾紛、醫療暴力及各類爭議日益複雜之際，客觀紀錄的重要性只會持續提高。期待主管機關未來制定相關規範時，能跳脫錄影與反錄影的二元對立，回歸制度治理思維，在病人隱私、醫療安全與醫病互信之間取得合理平衡。唯有如此，監視錄影才能從爭議工具轉化為信任工具，成為保障病人權益、維護醫護安全及提升醫療品質的重要制度基礎。

理監事聯席會會議紀錄

期別：第二十屆第十七次

時間：一一五年八月十二日（星期三）下午一時

地點：台北市醫師公會十六樓會議室

理事出席：洪德仁、周廼寬、周賢章、林應然、蔡建松、張文瀚、蔡有成、黃集仁、黃聰仁、李龍騰、黃國欽、詹前俊、孫建偉、周裕清、劉漢宗、邱展賢、詹益祥、洪佑承、程劭儀、羅源彰

理事請假：蕭勝煌、簡志誠、陳作孝、殷偉賢、李偉強、黃國晉、曾令民

監事出席：劉秀雯、張孟源、陳美齡、蔡景耀、盧異光、陳獻明

監事請假：許希賢、婁培人、洪乙仁

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、陳彥元執行長

主席：洪德仁理事長

記錄：陳怡璇

壹、報告事項

一、主席報告

洪德仁理事長

各位理監事、監事長、顧問、高召委，以及我們最敬愛的邱榮譽理事長，大家午安。本次會議出席人數已達法定過半，會議正式開始。首先向大家報告幾項重要會務：

第一、我們公會的理監事都非常優秀，常外派到外縣市擔任重要職務。例如台北榮總侯明志副院長同時也是本會常務理事於七月十五日榮退，並轉任臺中沙鹿童綜合醫院擔任院長，因此留下常務理事的缺額，稍後將進行補選議案。非常感謝台北榮總陳威明院長的推薦，由李偉強副院長參與補選；理事的缺額則由羅源彰醫師遞補。這類因為幹部外派而產生的遞補，在我們公會其實是很常見的情況。就像先前程劭儀教授遞補盛望徽教授，盛教授也是外派到台大新竹分院擔任副院長。這些都顯示我們公會的幹部非常優秀，能夠走出臺北，到全國各地擔任重要職務，為全國民眾健康做出重要貢獻。第二、我們每年例行辦理的四個分區座談會，今年皆已順利完成，感謝各醫院、基層代表以及衛生主管機關共同參與，大家面對面交換意見、討論醫療政策，這也是公會非常重要的工作。第三、第二十一屆會員代表選舉也已於七月二十七日圓滿完成，共選出252位會員代表。不過，萬芳醫院劉燦宏院長因調任雙和醫院擔任院長辦理退會，最後代表總人數為共251位。最後也提醒大家，本屆理監事改選的候選人登記將於今天下午五點截止，也請有意願且尚未登記的幹部，把握最後時間，儘快完成登記。以上先向大家報告，其他會務事項請大家參閱今天的書面資料。理監事如需補充，歡迎踴躍提出。

(一) 本會常務理事侯明志醫師因已於一一五年七月二十三日辦理退會，依本會章程第十七條規定，常務理事缺額應辦理補選一名，已提本次理監事聯席會議中辦理常務理事補選。另理事缺額已由候補理事羅源彰醫師依序完成遞補理事一職。

(二) 今年四場會員分區座談會援例由會員服務

委員會、基層醫療委員會、醫政法制委員會及公關委員會共同辦理，已分別於五月十四日、六月十七日、六月二十四日及七月六日順利完成，共計311位會員參加。感謝健保署臺北業務組、臺北市政府衛生局、臺北市政府警察局、臺北地方檢察署、士林地方檢察署、臺北市家庭暴力暨性侵害防治中心、各醫院代表及立法委員、市議員蒞臨交流，也感謝四個委員會召委的用心籌辦，使各場座談會圓滿成功。

(三) 本會第二十一屆會員代表大會會員代表選舉於七月十三日至七月二十七日期間分別在三十個分區順利完成選舉，共選出252位會員代表。惟萬芳醫院會員代表劉燦宏醫師已於七月二十九日辦理退會，爰會員代表減少1名，現有會員代表共計251名，相關名單已提交本次理監事聯席會議審查。

1. 第二十一屆理、監事候選人登記相關事項如下：
   (1) 登記期間：一一五年八月三日（星期一）至八月十二日（星期三），上午九時至下午五時。
   (2) 登記資格：本會會員，但會員受停權處分而未復權者不得為選舉人及被選舉人。
   (3) 登記方式：親自辦理或委託他人代辦（須檢附委託書），並攜帶國民身分證（或有照之醫院服務證、駕照、健保卡）來會辦理登記。
   (4) 登記地點：台北市醫師公會
   (5) 候選人號碼抽籤：一一五年八月十七日下午一時於本會中會議室辦理抽籤。
2. 第二十一屆第一次會員代表大會時間、地點：
   (1) 日期：一一五年九月六日（星期日）下午二時。
   (2) 地點：格萊天漾大飯店十四樓艋舺廳。
   (3) 當日除進行代表大會會務報告及提案討論外，將進行第二十一屆理、監事選舉。
   (4) 會議結束後於十四樓萬大廳舉行餐敘。
3. 第二十一屆第一次理事會、監事會時間、地點：
   (1) 日期：一一五年九月十九日（星期六）下午六時。
   (2) 地點：台北凱撒大飯店四樓上海廳。
   (3) 會中將辦理理事長、監事長及常務理事、常務監事選舉。

(四) 本會訂於一一五年九月十三日（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，由本會主辦，國防部軍醫局及國防醫學大學協辦。活動邀請賴清德總統蒞臨指導，藉由百年專刊發表及感恩茶會，共同回顧本會百年發展歷程，展望未來傳承與永續發

展，深具歷史意義。敬請各位理、監事預留時間踴躍出席，共同見證本會百年重要里程碑。

- 活動日期：115年9月13日（星期日）
- 活動時間：14:00-15:30（13:00開始報到及茶敘）
- 活動地點：國防醫學大學33教室

掃描報名

(五) 本會原獨立設置之愛滋病防治基金專戶，已依一一五年三月十一日第二十屆第十四次理監事聯席會議決議，將該基金餘額新臺幣785,071元全數併入醫療發展基金統一管理。另，早年本會撥付醫婦會辦理社會服務活動，並以本會名義設立之銀行帳戶，多年來未曾動用，經上次理事會報告並同意後續評估併入醫療發展基金之可行性後。已於一一五年七月三十日辦理該帳戶註銷，並將帳戶餘額新臺幣293,376元全數併入醫療發展基金，以達財務管理簡化及資金運用效益提升之目的。

邱泰源榮譽理事長

洪理事長、劉監事長、兩位顧問、執行長、各位敬愛的理監事與召委們，以及會務同仁，大家午安。今天是本屆最後一次會議，我懷著無比感恩的心出席會議。回顧我自九十四年受邀加入公會團隊，一路從諸位前輩、老師的身上學習，也深深體會到一句話：「會員的需求就是我們的老師。」

這二十年來，台北市醫師公會能夠日益茁壯、在醫療政策上發揮影響力，最重要的關鍵，就是我們始終秉持「醫院與基層攜手合作」的大團結精神。不論是攜手推動的醫療刑責合理化，或是爭取健保資源，我們始終都盡最大的努力，照顧所有的會員，也證明公會並非只代表基層，而是同樣關心、支持並捍衛醫院醫師的尊嚴與權益。多年來，台北市醫師公會在醫療政策、防疫及國際交流等方面，逐漸成為全台公會的領航者。近期更積極承接、落實賴總統的「健康台灣」深耕計畫，並已順利步上軌道。這些成果，是不分校系、不分專科，所有同仁共同努力的榮耀。爾後，因經常參與國家層級公務，或許無法像過去一樣常常出席公會會議或活動，但我對公會的關心與支持始終不會改變。

在此，也要特別感謝洪理事長的卓越領導，以及監事長、各位顧問和所有同仁的付出。最後，期許台北市醫師公會未來能繼續秉持和諧溝通、追求公平正義、無私無我及獨立自主的優良傳統，團結醫界力量，持續為會員與民眾爭取最大的權益。謝謝大家！

李明濱顧問

洪理事長、邱榮譽理事長、劉監事長、各位理監事、執行長及各位同仁，大家午安，大家好。剛才聽完邱榮譽理事長的致詞，也讓我回想起很多過去的事情。我參加台北市醫師公會，到今天也已經是第五十年了，進入理監事幹部團隊，也邁入第二十一年。一路走來，我個人真的非常感佩，也非常尊敬我們的幹部，

在辛苦、忙碌情況下，依然認真、用心地投入公會業務。

我個人從民國九十四年開始參與公會事務，當時就確立了一個很重要的信念，就是「一定要把基層顧好」。但這個「顧好基層」，並不只是只針對基層本身，更重要的是，要促成基層與醫院之間緊密的合作。

大約二十年前，我們也將台大醫學院醫學教育改革的一些核心理念帶到公會。我們一直認為，公會發展除了專業之外，更要以「人文關懷」作為基礎；在維護「醫療品質與安全」的前提下，做好公會應該做的事情。醫師公會成立的核心，就是保障及爭取會員的權益，同時提升醫療服務品質，這一直都是公會非常重要的責任。我也一直希望，公會能夠發揮專業的影響力，與衛生主管單位及各專業團體建立良好的溝通與合作關係。因為公會不只是服務會員的組織，也應該成為醫界與社會之間重要的溝通平台。

今天看著這一屆理監事，在最後一次會議當中，依然展現出這麼認真、用心的態度，我相信，這樣的精神一定能夠繼續傳承下去。最後，也預祝我們台北市醫師公會，在既有智慧與優良傳統的基礎上，繼續穩定發展、精進創新，讓公會未來能夠走得更穩、更遠。祝福大家平安、健康、快樂，謝謝大家！

彭瑞鵬顧問

洪理事長、邱榮譽理事長、劉監事長、李顧問及各位理監事，大家午安。回顧三年一任的任期，轉眼間即將屆滿了。這三年來，我深感本會理監事團隊始終同心協力，共同為公會會員服務而努力，對於大家的奉獻，深表敬佩與感謝。也期許大家未來一定要保持身體健康、心情愉快，這才是最重要的一件事！再次感謝大家對公會的熱心奉獻，祝大家平安快樂！

洪德仁理事長宣布

礙於部分理監事還有其他行程，現為下午一時三十一分，清點會議現場理事及監事在場人數，理事應到27位，出席19名；監事應到9位，出席5位。出席人數已超過法定半數，徵詢在場全體理監事意見，全體一致同意變更原定會議議程，先行辦理議案一「補選第二十屆常務理事一名案」。

選務工作人員安排如下：

監票：請劉秀雯監事長協助。

唱票：請陳美齡監事協助。

發票及計票：請會務同仁負責。

議案一、補選第二十屆理事會常務理事一名案。【洪德仁理事長 提】

說明：侯明志常務理事已於七月二十三日辦理退會，依本會章程第十七條規定：「常務理事、常務監事遇有缺額時，由理事會、監事會補選之，其任期以補足前任任期為限。」

決議：經在場理事票選十九票全數通過支持台北榮民總醫院李偉強副院長遞補為常務理事。

二、確認第二十屆第十六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

本會一一五年一月至五月之收支帳目，業經張孟源、許希賢二位常務監事，婁培人、洪乙仁二位監事及本人查核完畢，確認無誤。相關財務報表已於一一五年八月三日第十二次財務委員會會議審查通過，並提呈本次理監事聯席會議審議。整體而言，本會目前財務運作穩健，會務推動順暢。

廿一屆會員代表選舉已於七月二十七日圓滿落幕。非常感謝各位理監事於選務工作期間熱心擔任監票員，全力協助監督與維護投開票流程，使本次選舉得以順利圓滿完成。

為簡化財務管理並提升資金運用效益，本會近期完成以下專戶整合作業：

1. 愛滋病防治基金專戶，依一一五年三月十一日第二十屆第十四次理監事聯席會議決議，已於一一五年四月十日將該專戶785,071元全數併入醫療發展基金統一管理。
2. 本會早年撥付醫婦會辦理社會服務活動並以本會名義開立之銀行帳戶，因多年未再動用，經前次理事會同意評估整合可行性後，已於一一五年七月三十日完成帳戶註銷，並將餘額293,376元，全數轉入醫療發展基金統一運用。

今天是本屆最後一次理監事聯席會議，在此感謝各位監事三年來對會務的監督與支持，讓會務得以順暢進行，謝謝大家！

四、委員會召集委員報告

財務委員會彭召集委員瑞鵬

(一) 本會一一五年一至五月份之收支帳目援往例由財務委員及監事代表查閱，並已於115年8月3日召開第十二次財務委員會議完成審查，相關報表均提此次理監事聯席會議審查。

(二) 滯繳常年會費達半年以上之會員，至目前為止尚有14名未繳清，將提此次理監事聯席會依章程予以停權處分。

(三) 本會愛滋病防治基金專戶，已依第14次理監事聯席會議決議，於115年4月10日將愛滋病防治基金785,071元，全數併入醫療發展基金。

(四) 早年撥付醫婦會辦理社會服務活動以公會名義設立的銀行帳戶，多年未曾動用，經評估後已於115年7月30日將原帳戶註銷，並將其293,376元全數併入醫療發展基金，以達財務簡化與資金流動效益。

(五) 近日有位會員家屬申領身故互助金及退休慰問金，四位受益人中有一位長期定居國外已放棄本國國籍，無法在銀行開戶，因此參照113年案例，請國外受益人填寫授權書，指定國內代理人領取，並取消支票之「禁止背書轉讓」註記。

(六) 建議修改本會本會會員身故互助金申領及作業辦法及福利退休慰問辦法第五條條文，增訂支票兌現的期限，相關條文提此次理監事聯席會議討論。

醫政法制委員會周召集委員廼寬

(一) 七月十二日，本會與台灣醫事法律學會、台灣醫療暨公衛政策協進會共同主辦「2026（第26屆）台灣醫法醫政論壇」，假張榮發基金會國際會議中心舉行，本論壇匯聚政府機關、醫界、法界、司法及學術界代表，針對AI智慧醫療、健保治理、醫療事故預防、個資保護、醫療執業法制及病人安全等重要議題進行跨領域交流與討論。

上午「醫療法政圓桌論壇」由本會洪德仁理事長、台北市中醫師公會陳文戎理事長、台北市牙醫師公會蔡佩龍理事長及台北市藥師公會尹岱智理事長共同擔任座長，邀請王正旭立法委員、陳菁徽立法委員、高雄醫學大學陳建志董事長及台灣醫院協會李飛鵬理事長，就醫療政策、法規制度、醫療治理及醫療永續等議題交換意見。

「AI智慧健保治理及醫療創新」議題，由全民健康保險會周麗芳主任委員及工業技術研究院陳適安院士擔任座長，邀請中央健康保險署陳亮妤署長及國立臺灣大學公共衛生學院陳秀熙教授擔任演講人，並由本會洪德仁理事長與台北市牙醫師公會蔡佩龍理事長共同與談。討論內容涵蓋AI與數位科技於健保制度之應用、個人化健康管理、跨域數據整合，以及AI進入醫療後所涉及之創新、安全與責任等議題。

「醫療事故預防及爭議處理法」議題，由臺北醫學大學公共衛生學院李伯璋教授及臺灣高等檢察署俞秀端主任檢察官擔任座長，邀請衛生福利部醫事司劉越萍司長及臺灣高等檢察署陳玉華檢察官擔任演講人，本會周賢章常務理事與臺灣高等檢察署臺南檢察分署曾昭愷檢察官共同與談，說明醫療事故預防及爭議處理制度之推動成果、醫療鑑定制度之最新發展，並交流醫療糾紛預防、醫病溝通及醫病關係改善策略。

本屆論壇共規劃六場專題討論，議題另包括「建構安全與永續的醫療環境：個資保護與護理人員勞動權益之法制發展」、「AI導入中醫診療之法律責任與風險控管」，以及「藥師親自執行義務與診所醫療現實爭議」等。透過醫療、法律、司法及政策等不同領域專家之深入對話，針對科技革新、責任界定、醫療人力、執業安全及病人權益提出具體建言，進一步凝聚跨領域共識，期能共同建構兼顧專業自主、醫療品質、病人安全及制度永續之醫療法制環境。

(二) 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，繼前次會議後又在舉辦兩場次，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. 六月十六日於臺灣高等法院民事庭大廈舉辦「午間小品：健康醫療專題講座」。本次講座由周廼寬召委暨中華法學研究院董事長、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，並由中華法學會陳宗鎮理事長主持，邀請臺大醫院內科部劉志銘醫師主講「腸胃健康與壓力型腸胃症狀：壓力下的腸胃警訊」。劉醫師從消化系統常見疾病切入，說明胃食道逆流、消化性潰瘍、胃癌及大腸直腸癌的成因、症狀與防治方式，並介紹幽門螺旋桿菌感染與胃炎、消化性潰瘍及胃癌之關聯，提醒民眾應維持良好飲食習慣、規律運動與體重控制，並依個人年齡及風險定期接受癌症篩檢。講座亦深入解析功能性消化不良與大腸激躁症等壓力型腸胃症狀，指出此類疾病雖未必伴隨明顯的器官結構異常，卻可能因腦腸軸、腸胃蠕動及內臟敏感度改變，長期影響生活品質與工作表現。劉醫師特別提醒，如出現體重明顯減輕、反覆嘔吐、吞嚥困難、腸胃道出血、貧血、夜間腹痛或腹瀉等警訊，應儘速接受進一步檢查，不宜僅歸因於壓力。本次講座協助司法人員及醫療專業人士建立正確的腸胃保健觀念，並提升對壓力型腸胃症狀及重大疾病警訊的辨識能力。講座交流熱絡，司法人員並針對胃鏡、大腸鏡檢查時機、檢查前準備及相關風險等實務問題踴躍提問，顯示與會者對腸胃疾病預防、早期篩檢及自身健康管理的高度重視。
2. 八月四日於台北市醫師公會16樓會議室舉辦「午間小品：醫事法律專題講座」。本次講座由周賢章常務理事主持，中華法學研究院周廼寬董事長、吳銘子院長及台北市醫師公會洪德仁理事長致詞，邀請臺北醫學大學人文暨社會科學院李崇僖院長主講「AI輔助診斷於臨床決策之法律責任與風險管理」，並由臺北市立聯合醫院陳修聖副總院長擔任與談人。

李崇僖院長從《醫療法》第82條的責任架構切入，說明醫事人員是否負擔過失責任，應綜合判斷有無違反醫療上必要注意義務及逾越合理臨床專業裁量。現階段AI仍屬臨床輔助工具，醫師保有最終決策權；然而，隨著AI準確度提升並逐漸納入醫療常規與醫療水準，醫師若未採用或否決AI建議，所需負擔的說明與舉證責任可能隨之提高。因此，無論採納或拒絕AI建議，均應於病歷中詳實記載臨床判斷及理由，以證明其決策仍在合理專業裁量範圍內。

李院長並介紹衛生福利部「醫療機構應用生成式人工智慧指引」，提醒醫療院所應從治理組織、導入前評估、人機協作、資訊揭露、資料治理、持續監測、教育訓練、契約責任及事故應變等面向建立管理制度，並保留驗證、訓練及監測紀錄，作為已盡必要注意義務之證明。

與談人陳修聖副總院長則從臨床與醫院管理實務補充，AI尚不具法律主體資格，發生誤判時，責任仍可能依個案情形由醫師、醫療機構及系統開發商分別承擔。他以影像辨

識漏判、訓練資料偏誤及模型漂移等情境，說明自動化偏誤、黑箱效應及演算法偏誤可能造成的醫療風險，強調醫師不應盲從AI結果，醫療機構亦須持續監控系統效能並建立標準作業流程。綜合討論交流熱烈，顯示醫界高度關注AI應用於臨床決策後的責任界定、病歷記載及風險治理議題。

3. 已安排辦理之醫事法律專題（2場）（表一）。

4. 健康醫療專題（2場）（表二）。

(三) 協助提供醫療相關團體修訂醫療法規建議，詳列如下：

1. 協助全聯會調查一一五年五月二十六日立法院關係文書徐巧芯等委員擬具

表一

日 期	課程名稱/辦理地點	致詞貴賓/主持人/報告人/與談人
115/09/29 （二） 13:00~14:30	精神衛生之診療、通報與醫師法律責任 辦理地點： 台北市醫師公會安和會館大會議室	致詞貴賓：周廼寬董事長、吳銘子院長、 台北市醫師公會余忠仁理事長 主 持 人：張孟源常務監事 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 辦理地點： 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、 台北市醫師公會余忠仁理事長 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：		

表二

日 期	課程名稱/辦理地點	致詞貴賓/主持人/報告人/與談人
115/08/28 （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-周廼寬董事長、 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-周廼寬董事長、吳銘子院長、 台北市醫師公會余忠仁理事長 主持人：司法院蔡清遊優遇大法官 講 師：范淞斌 醫師
健康醫療專題（2場） 報名網址：https://reurl.cc/DxARld 或請掃QR code：		

「隱藏式攝影器材管理及防制窺視法草案」對醫療機構之影響。

2. 協助衛生福利部調查一一五年六月九日公告預告「醫療機構設置標準」第十二條之一、第二十三條修正草案法規建議。

3. 協助食品藥物管理署調查一一五年六月二日衛生福利部公告預告「藥事法」部份條文修正草案法規建議。

4. 協助食品藥物管理署調查一一五年六月二十五日衛生福利部公告預告「藥事法第六條之一應建立追溯或追蹤系統之藥品類別」修正草案法規建議。

(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116期下載網址：
https://reurl.cc/RRXoGG

⇨第117期下載網址：
https://reurl.cc/2QqWKa

學術委員會蕭召集委員勝煌

(一) 一一五年六、七月共計舉辦八場「實體與視訊雙軌」課程，涵蓋內科四場、眼科、外科、神經科、皮膚科各一場。每場次約有140至170位會員參與，成效良好。

(二) 八月課程報名資訊已於七月二十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) 為關懷本會會員健康，增進醫療機構資源共享與互惠，本會彙整台北市醫療機構提供的健檢優惠資訊。旨揭優惠方案詳細資訊已公告於本會網站及雲端，歡迎會員查閱使用（雲端連結：https://reurl.cc/r0j56x）。若有健檢需求，可逕洽各醫療機構聯絡窗口預約。辦理健檢預約時，請會員出示「臺北市政府衛生局核發之執業執照」或「本會會員證書」，以利醫療機構核對身分並提供專屬優惠。

(二) 一一五年資深醫師表揚名單異動如下：

表揚年資	醫師姓名	異動說明
70	彭汪嘉康	7/14停業，刪除表揚
60	梁濮生	7/1得知死亡，刪除表揚
60	畢華盛	8/5停業，刪除表揚
50	蔡勝賢	6/10停業，刪除表揚
45	康為恭	5/29再入會，新增表揚
45	謝景璋	7/1再入會，新增表揚
45	曾政謀	6/9死亡，刪除表揚
45	廖金水	7/7退會至新北，刪除表揚
40	侯明志	7/23退會至台中，刪除表揚
40	鄭樹錦	6/22復業，新增表揚
35	許永和	7/29退會至新北，刪除表揚
35	陳世杰	7/30退會至雲林，刪除表揚
30	蘇志光	6/1再入會，新增表揚

依上述名單修正各年資表揚人數，表揚人數維持為832名。

年資	80	75	70	65	60	55	50	45	40	35	30	合計
原本人數	1	0	3	3	19	29	96	81	198	194	213	837
修正人數	1	0	2	3	17	29	95	81	198	192	214	832

表三

場次	日期 / 地點	出席貴賓	參加人數
第一分區 中山 / 士林 / 北投區	5月14日 （星期四） 壹品宴	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及當區市議員及立委。	70
第二分區 中正 / 大同 / 萬華區	6月17日 （星期三） 台北 凱撒飯店	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、臺北市政府衛生局醫事管理科吳岱穎科長、健康管理科吳思慧專員、臺北地方檢察署林逸群主任檢察官、士林地方檢察署劉東昀主任檢察官、臺北市政府警察局中正第一分局潘固楓偵查副隊長、中正第二分局蕭凱仁偵查副隊長、大同分局袁雲澂偵查隊長、臺北市家庭暴力暨性侵害防治中心陳淑華宣講師及當區市議員。	90
第三分區 大安 / 信義 / 文山區	6月24日 （星期三） 台北 彭園會館	邱泰源榮譽理事長、臺北市政府衛生局黃建華局長、臺北市政府衛生局醫事管理科吳岱穎科長、健康管理科吳思慧專員、健保署臺北業務組朱文玥專門委員、臺北地方檢察署蔡沛珊主任檢察官、臺北市政府警察局大安分局黃登群偵查隊警務員、文山第一分局魏泓淞偵查隊警務員、文山第二分局鍾獻德偵查隊副隊長、臺北市家庭暴力暨性侵害防治中心蔡金榮宣講師及當區市議員。	80
第四分區 松山 / 南港 / 內湖區	7月6日 （星期一） 大直典華	健保署臺北業務組朱文玥專門委員、林怡君科長、臺北市政府衛生局醫事管理科黃思維技正、臺灣士林地方檢察署葉耀群主任檢察官、臺北市政府警察局松山分局莊閔傑偵查副隊長、內湖分局闕育任偵查隊長及當區立委。	71

(三) 一一五年舉辦四場會員分區座談會，與診所會員及醫院推派會員進行交流，有311人次參加，感謝理監事、各委員會委員、組長共同參與。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」。辦理情況如表三。

(四) 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，一一五年共舉辦四場年輕醫師文化之旅，有119人次參與。感謝洪德仁理事長、周賢章召委、黃國欽、陳獻明、周裕清副召委協助領隊。辦理情形如如表四。

表四

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
走讀景美的水、路與信仰	6月21日（星期日）	景美集應廟、瑠公圳新舊路線、萬新鐵路的歷史、義興公共食堂、文山第一校、開道碑、橫跨景美溪的四代橋樑、霧裡薛圳遺跡，CBC SPACE景美咖啡圖書館享用下午茶	32

(五) 於六月二十二日至七月二十日期間，請財團法人脊髓損傷社會福利基金會安排6位乘坐輪椅的訪視員前往23家診所進行「一一五年友善無障礙診所輔導及認證計畫」實地訪視；為保障訪視員安全，本會亦統一為全體訪視員投保意外險。規劃八月中旬將訪視後改善內容發送給各診所，請診所提供改善後的照片，以利申請本會的「友善認證」或「金牌認證」。

(六) 協助處理會員服務申請書計有3件（六月至七月）：診所會員對會籍異動辦理機制優化建議案、診所會員因內湖淹水受災之行政救濟與補償渠道疑義案、診所會員對衛生局管制藥品稽查程序與數量和登載簿冊有出入疑義案。

(七) 會員逝世慰問及公祭（六月至七月）：接獲5位會員逝世消息，本會已透過電子郵件向家屬致以慰問，並提供相關福利申請資訊。會員或直系家屬公祭贈花籃計有3件。

(八) 結婚祝賀（六月至七月）：會員千金婚禮贈藝術盆花計有1件。

(九) 中華民國醫師公會全國聯合會對未納入會員團體壽險之百歲以上醫師會員，致贈一次祝壽金玖萬玖仟元支票乙張；本會已協助將支票發放給蒙承怡醫師及賴啟河醫師。

醫院醫療委員會侯召集委員明志

(一) 七月派員列席醫策會舉辦的醫院評鑑計有一場，為中心綜合醫院。為表達對受評醫院及會員的關心與支持，請陳作孝常務理事協助本會列席上述評鑑，並提供本會列席人員建議發言內容供其參考使用，說明受評醫院及其所屬醫師積極參與公會活動，本會關心會員權益和福利等事項。

(二) 近期提供台北市衛生局新增自費收費項目審查意見，計有11件。

序號	項目	醫療機構申請金額（單位：元）
1	心理諮商（40 分鐘）- 心理師執行	1,600
	心理諮商（50 分鐘）- 心理師執行	2,000
2	Prospera 器官移植檢測	10,000
3	DNlite 糖尿病腎病變檢測	3,200
4	iLink V 角膜交聯術	105,000
5	七維流體磁振心臟血管定量造影	35,000
	零輻射線高解析磁振心臟肌肉灌流造影及量化評估	50,000
6	兒科醫師生產出勤費（新生兒即刻處置）	4,700
7	深肺癌前基因篩檢	15,500
8	局部傷口氧氣治療	3,750
9	術中新鮮組織病理檢測	16,500
10	Micro M7 眼角膜準分子雷射手術（單眼）	85,000
11	FOLR1 免疫組織化學染色檢測	10,000

(三) 健保醫院總額113年及114年第4季結算點值（管理後）對照表（表五）。

基層醫療委員會林召集委員應然

(一) 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」，由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」進行專題演講，分享臨床診療重點與防治實務，協助會員掌握新興傳染病發展趨勢，精進臨床診療知能，並強化基層醫療體系傳染病防治與應變量能。

(二) 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」，由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」主題進行專題演講，分享臨床診療、檢驗應用及通報實務，協助會員提升傳染病診斷、防治及通報應變能力。

(三) 六月二十五日因第七號颱風「米克拉」外圍環流及西南氣流影響，臺北市發生強降雨，內湖地區因短時間大量降雨造成嚴重淹水，部分醫院及診所受災。為即時關懷受災會員，本會接獲災情後，緊急徵詢調查全體理監事意見，於六月二十九日及三十日在洪德仁理事長帶領下偕同黃國欽

表五

年季	月份	項目	臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	全 區
113年第4季	10-12月	浮動點值	0.8831	0.9248	0.9151	0.9911	0.9886	1.0436	0.9287
		平均點值	0.9412	0.9597	0.9559	0.9891	0.9900	1.0112	0.9621
114年第4季	10-12月	浮動點值	0.9390	0.9980	0.9754	1.0420	1.0400	1.0777	0.9833
		平均點值	0.9701	0.9941	0.9866	1.0145	1.0168	1.0300	0.9912

理事、蔣世中委員及王建人委員等幹部，前往內湖區受災之三軍總醫院、文德耳鼻喉科診所、雙湖診所及思維診所，實地瞭解院所受災及設備受損情形，關心醫療服務及災後復原狀況，並向受災醫療團隊表達慰問的同時，也發給三軍總醫院慰問金新臺幣10萬元，文德耳鼻喉科診所、雙湖診所及思維診所等三家診所慰問金每家新臺幣3萬元，共計核發慰問金新臺幣19萬元。

(四) 七月三日健保署臺北業務組於健保大樓201會議室舉辦「115年家庭醫師整合性照護計畫說明會」，本會推薦北投石牌醫療群之洪德仁理事長、萬芳（二）醫療群之洪佑承理事及台大台北醫療群之陳昱潤醫師擔任說明會講師，分享社區醫療群推動家庭醫師整合性照護計畫之執行經驗及實務作法。

健保署於七月一日公告新版家庭醫師整合性照護計畫，本次調整重點在於強化「論質計酬(P4P)」精神，將慢性病照護品質指標納入重要評估項目，包括糖尿病、慢性腎臟病(CKD)等疾病管理指標，對基層診所之個案追蹤、健康管理及照護整合能力提出更高要求。

洪德仁理事長於說明會中表示，家庭醫師制度為落實社區健康照護的重要基礎，鼓勵診所醫師、護理師及醫療團隊勇於承擔政策推動責任。面對計畫執行過程可能遭遇之困難，應積極向健保署及醫師公會反映第一線執行經驗與實務需求，透過持續溝通與制度調整，優化政策推動方向，提升基層醫療照護品質，提供國人更完善之健康照顧。

(五) 七月七日與臺北市政府衛生局合辦「臺北市醫療院所公共場所防止針孔攝影偵測人員」線上說明會。由洪德仁理事長及臺北市政府衛生局黃建華局長開場致詞，並由林應然召集委員主持，邀請臺北市政府警察局吳洲權偵查佐及臺北市政府衛生局醫事管理科侯惠文技正進行說明。課程內容聚焦於「醫療院所反針孔攝影自主管理」及「醫療隱私維護與錄影設備管理規範研議」等議題，協助會員了解相關政策方向及執行重點。摘錄會中重點如下：

1. 醫療院所落實反針孔自主管理：
   (1) 依《台北市公共場所防止針孔攝影管理辦法》，院所廁所、浴室、更衣室、哺（集）乳室等具隱私性空間，每月至少1次反針孔攝影偵測。
   (2) 每次偵測應填寫「反針孔自主管理表」，並自行保存紀錄備查。
   (3) 若院所尚未配置專業偵測設備，可採簡易方式進行巡查，包括利用手機相機、手電筒照射檢查異常反光，或於關燈狀態下搜尋紅點光源等方式，確認是否有異常亮點、反光或可疑裝置，並詳實記錄巡查情形。
   (4) 定期檢查廁所及更衣空間，留意是

否有不應出現或位置異常之設備，例如煙霧偵測器、掛勾、垃圾桶及其他可能藏匿攝影設備之物品。

(5) 如發現疑似偷拍設備，應避免自行拆除或破壞現場，應立即保留現場完整性，並通知警方到場採證，以利後續調查。

2. 醫療院所錄影設備設置重點：

(1) 公共區域：基於安全管理需要，得設置固定式錄影設備，應於現場明顯標示，並落實相關個人資料保護措施。

(2) 低度隱私空間：如設置錄音錄影設備，應於錄影前向病人告知相關事項（含個資蒐集目的、資料保存及管理等），並取得病人書面同意。

(3) 高度隱私空間：涉及私密部位檢查、醫美療程等空間，原則不得錄音錄影；如因醫療照護或教學等特定必要目的需拍攝，應限於必要範圍，並於每次施作前完成告知及逐次取得病人書面同意。

(4) 絕對禁止錄影空間：廁所、浴室、更衣室、哺（集）乳室及其他類似隱私空間，不得設置任何錄音錄影設備。

另會中說明，衛福部目前正研議「醫療隱私維護規範」，因醫療資訊涉及《個人資料保護法》第六條特種個資，未來規範將朝兼顧病患隱私保障與醫療現場實務方向研議。醫界也建議避免要求每次錄影均須取得病人書面同意，以降低行政負擔，並研議透過一次性同意、告知程序或公共利益例外等方式，建立更具可行性之管理機制。本會將持續關注相關法規研議進度，協助會員落實反針孔自主管理及醫療隱私維護措施，共同維護安全之就醫環境及病患權益。

(六) 八月五日與臺北市政府衛生局共同辦理「一一五年慢性病防治推廣計畫－公費癌症篩檢推動實務經驗分享」線上研討會，透過政策解說、專業講授及基層實務經驗分享，協助會員了解公費癌症篩檢推動策略及執行重點。課程邀請臺北市政府衛生局健康管理科吳思惠專員說明相關政策，振興醫院家庭暨社區醫學部社區護理室賴玫瑜組長介紹六項公費癌症篩檢（口腔癌、肺癌、大腸癌、乳癌、胃癌及子宮頸癌），並由社區醫療群五家診所及振興醫院家庭醫學部社區醫學科林雨亭主任分享實務推動經驗，藉以強化基層醫療院所預防保健服務量能及慢性病照護品質。

(七) 派員出席各單位召開或舉辦之協調會、記者會：

1. 六月十二日派員出席健保署臺北業務組召開一一五年第二次共管會議。
2. 六月二十七日臺北市立聯合醫院舉辦臺北市立婦幼專責醫院揭牌典禮，由

周廼寬常務理事代表出席。

3. 六月二十九日衛生局召開「台北健檢嘉年華-癌症篩檢暨成人健檢宣導」記者會，由洪佑承理事代表出席。
4. 七月八日李彥秀立委召開內湖區受災之思維診所協調會，由林應然常務理事代表出席。

(八) 協助醫師公會全聯會發函輔導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。

(九) 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。

(十) 西醫基層總額一一四年第一至第四季結算點值（表六）。

醫學倫理紀律委員會張召集委員文瀚

(一) 第卅四屆杏林獎、第十五屆青年杏林獎已由醫學倫理紀律委員會委員書審，並於七月廿九日常務理監事會議完成初步審查，將提本次理監事聯席會進行覆審。

福利康樂委員會孫召集委員建偉

(一) 六月十五日於公會十六樓中會議室舉辦攝影講習課程。

(二) 六月廿八日假北醫綜合體育館舉辦115年度羽毛球友誼賽，共計23人參加。

(三) 七月十九日於北醫體育館游泳池舉辦游泳友誼賽，計17人參加。

(四) 七月十八、十九日日舉辦會員二日遊，地點為南投-杉林溪森林生態渡假園區，共計68名會員及眷屬參加。

(五) 八月二日於台大綜合體育館舉辦團體桌球賽，共計5隊43人參加，成績如下：冠軍台大隊、亞軍三總隊、季軍開業醫隊。

(六) 十月四日將舉辦東北角-潮境公園、深澳自行車、深澳漁港、和平島公園一日遊，歡迎有興趣的理監事踴躍報名參加。

社會服務委員會劉召集委員漢宗

(一) 六月十四日與臺北榮民總醫院合辦「失智

表六

年季	月份	點值	臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	全 區
第1季	1-3月	浮動	0.8978	0.9130	0.9498	0.9829	0.9408	1.0459	0.9244
		平均	0.9159	0.9344	0.9603	0.9845	0.9578	1.0327	0.9451
第2季	4-6月	浮動	0.8895	0.9056	0.9392	0.9831	0.9505	1.0717	0.9268
		平均	0.9189	0.9328	0.9567	0.9880	0.9644	1.0446	0.9469
第3季	7-9月	浮動	0.8951	0.9243	0.9604	0.9982	0.9759	1.1027	0.9388
		平均	0.9203	0.9417	0.9698	0.9972	0.9812	1.0648	0.9552
第4季	10-12月	浮動	0.9561	0.9903	1.0060	1.0442	1.0154	1.1067	0.9848
		平均	0.9582	0.9827	1.0013	1.0264	1.0081	1.0686	0.9892

衛教講座暨阿茲海默醫師紀念活動」，響應阿茲海默醫師誕辰紀念日，推廣失智症「早期發現、精準治療」觀念。活動邀請臺北榮民總醫院蔡孟儒醫師及關渡醫院李浣綦個案管理師，分別以「認識失智症與治療（非藥物與藥物介入）」及「失智相關資源與福利」為題進行演講；另由臺北榮民總醫院莊祐蓁心理師帶領認知促進互動遊戲，以及許庭嘉職能治療師指導體適能活動，協助民眾透過認知訓練及規律運動延緩功能退化，提升失智症預防與照護知能，現場互動熱絡，深獲民眾好評。

(二) 五月二十四日、五月三十日、六月十四日、八月一日各辦理一場「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，共同推廣病人自主權利法及預立醫療決定等醫療權益觀念。透過「我的醫療權益我做主」、「疾病末期急救處置的選擇」及「病人與醫師共同決定醫療服務內容」等主題，提升民眾對醫療自主及病人權益的認識，深化正確醫療觀念，活動深獲民眾肯定與熱烈迴響。雖原訂七月十一日場次因颱風取消，今年度規劃舉辦之「醫療權益說明」社區衛教講座順利完成，共計辦理四場，圓滿達成推廣目標。

公關委員會高召集委員尚志

(一) 六月十四日洪德仁理事長偕同周廼寬、周賢章、林應然等常務理事、許希賢常務監事及陳怡璇總幹事參加由金門縣醫師公會承辦之「北東部暨金馬十二縣市醫政研討會」。會中就醫政政策、會務推動及共同關切議題廣泛交換意見，並分享各縣市實務經驗與推動成果，藉以深化北東部及金馬地區醫師公會合作網絡，強化區域醫政協作能量，共同促進醫療品質提升與醫界永續發展。

(二) 六月十七日臺北市政府林奕華副市長率衛生局黃建華局長、社會局姚淑文局長、林副市長室施燕萍參議及局長室陳蓓琪秘書等官員蒞會交流。本會由洪德仁理事長偕同劉秀雯監事長、許希賢常務監事、高尚志召集委員及王建人副召集委員共同接待。會前陪同參觀本會新會館，隨後由高尚志召集委員進行會務簡報，介紹本會百年發展歷程、組織架構、會員服務及近年重要會務，並就醫界關注議題與市府團隊進行交流。

洪德仁理事長於會中表示，肯定臺北市政府長期重視醫療衛生政策，持續投入資源並強化各項施政策略。其中，與衛生局建立定期雙向溝通協調平台，以及社會局推動社會福利與家庭暴力防治等公私協力機制，均展現市府與醫界良好的夥伴關係，值得持續深化與優化。

本會期待未來能與更多市府局處建立跨領域合作機制，共同面對醫療衛生以外的公共議題。針對健康促進、少子女化、家庭暴力防治及其他公共政策推動，本會皆樂

於提供專業諮詢，並推薦各專科優秀醫師共同參與，攜手打造健康、永續、幸福、智慧、創新的臺北市。

(三) 派員出席各專業團體舉辦之活動，增進跨專業團體之交流：

1. 六月二十七日臺北市藥師公會舉辦「80週年慶祝晚宴」，由周廼寬常務理事代表出席。
2. 六月三十日會計師公會舉辦「69週年會計師節聯歡晚宴」，由周廼寬常務理事代表出席。

編輯委員會陳召集委員彥元

(一) 七月三十日召開第二十屆第七次編輯委員會，初審今年度「好書獎」，本年度共七本書籍參與評選，不論是專業、一般、醫事法律或其他類別的評分都相對較高，沒有爭議，七本書籍全數通過初審，提送理監事會議進行複審。

(二) 七月份會刊封面作者為吳國鈞醫師，主題為水池倒影：「早晨，國父紀念館水池，攬下藍天與白雲，綠樹也不甘寂寞地留下她們的倒影，微風中，也滉漾出青盈，為水池添景。」

(三) 八月份會刊封面作者為蕭光明醫師，主題為大屯雲彩:「大屯山下，經常可以觀賞到美麗雲彩。這天天空中佈滿了一片片的小雲朵，外形像是水波紋，或平行的小雲條、或不規則排列的小花朵、或海蝕平台上的豆腐岩等等。谷歌大神說，這種雲彩，雲朵較小位置高於7000公尺者，叫卷積雲，雲朵稍大位置略低者（約2000-7000公尺）的叫高積雲。」

(四) 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) 六月份會員動態：入會37人、變更45人、停業20人、復業12人、退會55人、死亡5人；開業醫師2,066人、服務醫師10,183人、停業390人，共計12,639人。

(二) 七月份會員動態：入會128人、變更138人、停業40人、復業30人、退會270人、死亡2人；開業醫師2,074人、服務醫師10,027人、停業395人，共計12,496人。六月底至七月份會員人數下降約100多人，主要係因七、八月醫師執業異動的旺季，七月底大量辦理了退會、八月份就會再大量辦理入會。六月底至七月份會員人數下降約100餘人，主要係因七、八月份為醫師執業異動旺季，七月底辦理退會者較多，預期八月份將陸續有新進醫師辦理入會，會員人數將會再回升。

(三) 一一四年八月至一一五年七月各科別會員的人數消長，請參閱第124頁。數據對照一年前（114年8月）的同期狀況，各科別的執業人數變動都不大，起伏基本都維持在1%之間，其中增加額度與幅度最大的是小兒科，執業登記人數共增加了14位，

增幅大約是5%，詳細數據請各位理監事參閱書面資料，以上報告。

100週年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，再辦理一場，執行摘要如下：

1. 六月八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（二十一）」，由臺大醫院院長余忠仁教授主講「同心共好，攜手並進」。余院長以個人醫師生涯及醫院管理歷程為主軸，分享從胸腔與重症醫學臨床、教學及研究，逐步投入學會治理與醫療行政的經驗。他指出，醫師除精進專業外，更肩負傳承、公共衛生及增進人類福祉的社會責任。其後回顧擔任臺灣胸腔暨重症加護醫學會理事長期間，健全學會組織、推動肺阻塞整合照護與國際合作；並介紹臺大醫院「星月計畫」，以病人為中心，串聯醫學中心、地區醫院及基層診所，落實分級醫療與雙向轉診。另分享帶領新竹臺大分院完成三院整併、發展智慧醫療、偏鄉照護及產學合作的歷程。最後，余院長期許臺大醫院持續推動人才培育、國際連結、產學合作與韌性醫療，凝聚醫療體系力量，共同守護全民健康。
2. 「百年風華・傳承永續」系列講座各場次均已圓滿完成，感謝24位醫界先進鼎力支持、傾囊相授，分享珍貴的學思歷程、專業經驗與人生智慧；亦感謝所有參與人員的投入與協助，使系列活動順利完成。
3. 目前《百年風華・傳承永續：24位醫界典範的學思、實踐與傳承》專刊正積極進行編輯、排版及校稿作業，將以文字完整記錄各場講座精華，並呈現講座影像紀實，期盼將這份珍貴的醫界傳承完整保存。
4. 本會訂於一一五年九月十三日（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」，由本會主辦，國防部軍醫局及國防醫學大學共同協辦。敬請各位理監事預留時間，踴躍蒞臨，共同見證本會百年歷程的重要里程碑。

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健康處方實務運作、合作診所管理、社區據點拓展、資訊系統建置及第二階段計畫規劃等工作。除定期召開內部工作會議、合作診所推動會議及推動委員會外，並陸續辦理處方兌換日、健康處方體驗日Plus系列活動、線上微課程、藍牙血壓計資料串接及第二階段計畫研議，持續強化中山、士林、北投三區執行量能，推動健康促進處方制度深化及多元化發展。健康台灣深耕計畫執行進度摘要：

1. 健康處方兌換與社區實務運作情形：

(1) 六月十三日分別於北投社區大學及士林社區大學辦理處方兌換日，持續推動健康處方於社區場域執行。

(2) 六月廿七日於中山社區大學辦理處方兌換日，並於「小船254」辦理小船音樂會，結合社會處方與社區藝文活動，拓展健康促進處方之多元實踐模式。

(3) 七月十八日於中山社區大學辦理處方兌換日；七月廿五日分別於北投社區大學及士林社區大學辦理處方兌換日，持續累積三區社區場域執行經驗。

2. 健康處方體驗日Plus系列方案推動情形：

(1) 七月四日於北投社區大學辦理「健康處方體驗日Plus 1」，整合健康處方體驗、社區活動及相關健康促進資源，擴大民眾參與。

(2) 七月十五日於彩虹村、七月十六日於陽明養護中心辦理「健康處方體驗日Plus 2」，將健康促進處方帶入社區及照護場域，提升服務可近性。

(3) 八月七日於吉慶里辦理「健康處方體驗日Plus 2」，持續拓展里鄰社區合作據點，推動健康處方融入民眾日常生活。

3. 合作診所推動與執行管理情形：

(1) 六月廿六日於公會中會議室辦理第一次合作診所推動會議，就處方開立、執行情形及執行率管理等議題進行說明與討論。

(2) 七月廿二日於公會中會議室辦理第二次合作診所推動會議，持續檢視各合作診所處方執行情形，強化診所端與計畫團隊之溝通協調。

(3) 七月卅一日於公會大會議室辦理第六次診所處方說明會，協助合作診所掌握計畫內容、系統操作及健康處方執行方式。

(4) 八月六日於北投文化基金會採實體暨視訊方式辦理第三次合作診所推動會議，持續追蹤診所處方開立數、執行率及實務執行問題，提升整體計畫執行成效。

4. 資訊系統與執行支援情形：

(1) 六月廿三日於公會中會議室辦理第三次資訊系統核心工作小組會議，持續研議健康管理平台、合作診所端系統及相關資料串接事宜。

(2) 七月廿一日於公會大會議室辦理藍牙血壓計應用與資料串接共識會議，就血壓量測資料與健康管理平台及智抗糖APP之串接方式、設備相容性及實務應用流程進行討論，作為後續設備導入與採購規劃之參考。

5. 人員培訓與內部執行管理情形：

(1) 六月卅日於北投文化基金會辦理第

二次臨時人員教育訓練，協助執行人員熟悉健康處方活動流程、系統操作及現場服務內容。

(2) 六月四日、十一日、十八日及廿五日，七月二日、九日、十六日、廿三日及卅日，以及八月六日，分別召開第二十六次至第三十五次內部工作會議，持續追蹤各項工作進度、協調執行問題並確認後續分工。

(3) 七月卅日於公會大會議室召開第五次推動委員會，向委員報告計畫執行情形，並就健康處方推動、資訊系統、社區場域及後續工作方向進行討論。

6. 跨域交流與健康促進議題推廣情形：

理事長於七月廿二日於台北遠東香格里拉飯店2樓香格里拉宴會廳參與「2026恆健康高峰論壇」，透過跨領域專家交流，探討健康促進、永續醫療及健康照護發展趨勢，擴大本計畫與產官學研各界之合作連結。

自六月一日至八月十日期間，共計辦理及參與內部工作會議、合作診所推動會議、診所處方說明會、推動委員會、處方兌換日、健康處方體驗日Plus系列活動、課程規劃會議、資訊系統會議、教育訓練、跨域論壇及第二階段計畫相關會議等約三十六場次。

整體而言，本計畫已由三區定點處方兌換，逐步發展為結合合作診所、社區據點、養護機構、里鄰場域及線上微課程之多元服務模式；並同步強化診所執行管理、智慧設備與資訊系統串接，以及第二階段計畫之延續規劃，持續深化健康促進處方制度之執行成效與永續發展基礎。

智庫女性醫師小組楊召集人盈盈

(一) 智庫女醫師小組於八月一日舉辦「女醫師之觀點論健康臺灣醫療永續」講座，邀請衛生福利部健康保險署陳亮妤署長以「數據治理健保新政」為主題，分享個人學思歷程外並就健保署推動各項健康政策，攜手醫界共享健康大數據資源效益。接續由臺大醫院家庭醫學部程劭儀主任就「家庭醫師，健康把關」，分享臺大醫院在重度、安寧的居家療護及長照服務等長期耕耘，兼具深度與溫度的關懷，點亮生命終點的溫暖，令人感佩。最後由臺北市衛生局醫事管理科吳岱穎科長則以醫容易忽視的法源為題「臨床醫師的三醫懶人包：醫療法、醫師法、醫預法」，整合三法製作懶人包，文字言簡易賅，構築醫師執業的法律防火牆與責任界線，內容務實，淺顯易懂，相信會員受益良多。

(二) 一一五年一月一日起試辦女醫師生產祝賀禮金，截至七月三十一日止共計九位女醫師提出申請。

(三) 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。第一屆「傑出女醫師獎」經由推薦共計有29位女醫師為候選人，由女醫師小組以書審方式進行初審，並經七月二十九日第七次常務理監事聯席會初審甄選出十八位女醫師為得獎者，將在第十七次理監事聯席會中進行複審。

貳、討論事項

一、請追認本會辦理內湖地區受災之會員院所慰問金發放案。【洪德仁理事長 提】

決議：通過，追認本會辦理內湖地區受災會員院所慰問金發放案，核發三軍總醫院新臺幣100,000元；文德耳鼻喉科診所、思維診所及雙湖診所等三家診所，每家新臺幣30,000元，合計新臺幣190,000元，所需經費由醫療發展基金項下支應。

二、請研討響應中華民國醫師公會全國聯合會發起日本熊本地區地震災害賑災募款案。【洪德仁理事長 提】

決議：通過，捐款新臺幣30萬元，由醫療發展基金項下支應，協助日本熊本地區強震災後救援及重建。

三、請審查本會第二十一屆會員代表大會會員代表名單共計251名案。【洪德仁理事長 提】

決議：通過第二十一屆會員代表大會會員代表共計251名。嗣後，經查陳世杰會員代表已辦理退會，會員代表人數再減少1名，修正為250名。

四、請複審第卅四屆杏林獎醫師名單案。【洪德仁理事長 提】

決議：通過于承平、王毓淇、黃天祐、李建和、張詩鑫、蕭勝文、阮理瑛、黃建霈、蔡維德、張瑞幸、馬筱笠、秦志輝、張志華、鄭成國、林永國、吳博貴、陳怡仁、鄭浩民、施金元、施景中、陳晶瑩、周弘傑、吳岳霖、黃啟南、鄭企峰、張凱閔、林怡君、劉義仁等28位醫師為第卅四屆杏林獎得獎人。於十月三十一日醫師節慶祝大會中表揚。

五、請複審第十五屆青年杏林獎醫師名單案。【洪德仁理事長 提】

決議：通過柯俊丞、許方競、陳柏瑝、林庭右、岳漢忠、徐伯誠、鄭淨涵、陳智文、莊人瑀、許裴淵、簡奕晨、陳麗淇、黃楚軒、羅 陽、邱冠博、郭曰誠、宋沛桓、張恩哲、郭學旻、蔡佳叡、歐陽爻昱、周主博、周敬恩、黃子軒、高國維、曹如謹、陳冠瑋、李宥霆、陳柏廷、鄭喬峯、謝秉翰等31位醫師為第十五屆青年杏林獎得獎人。於十月三十一日醫師節慶祝大會中表揚。

六、請複審一一五年度好書獎名單案。【陳彥元召集委員 提】

決議：通過七本書獲本會好書獎，於十月三十一日醫師節慶祝大會中表揚。

七、請研討本會「傑出女醫師獎」表揚標準及推薦辦法修正案。【洪德仁理事長 提】

決議：通過「傑出女醫師獎」表揚標準及推薦辦法第四條第一款、第五款及第六款，以及第五條修正條文。惟七月二十九日常務理監事會議針對已獲「杏林獎」者是否排除申請「傑出女醫師獎」之資格及其他相關條文，請女性醫師小組依今年實際審查執行情形，逐條檢視並修正適當條文後，再提交理監事會議審議。

八、請複審第一屆傑出女醫師獎醫師名單案。【洪德仁理事長 提】

決議：通過劉秀雯、陳亮妤、吳岱穎、陳菁徽、楊盈盈、何叔芳、江千代、何清幼、羅良明、胡芳蓉、黃美月、吳美環、程劭儀、黃莉文、蔡紫蓉、黃懿範、陳思甫、陳美齡等18位醫師為第一屆傑出女醫師獎得獎人。於十月三十一日醫師節慶祝大會中表揚。

九、請研討修訂本會會員身故互助金申領及作業辦法及福利退休慰問辦法第五條條文案。【彭瑞鵬召集委員 提】

說明：經一一五年八月三日第二十屆第十二次財委會議討論，決議建議修改相關辦法，爰擬具修正條文如表七，提請審議。

決議：通過身故互助金申領及作業辦法第五條及福利退休慰問辦法第五條修正條文。

十、請審查一一五年度一至五月份經費收支案。【彭瑞鵬召集委員提】

表七

身故互助金申領及作業辦法	
建議修正後條文	修正前條文
第五條　身故互助金應於身故日起六個月內由受益人提出申請，逾期視同放棄。**申請審查核准支票開立後，兌現期限為一年；逾期未領取者，視同放棄並歸入公會帳戶。**	第五條　身故互助金應於身故日起六個月內由受益人提出申請，逾期視同放棄。
福利退休慰問辦法	
建議修正後條文	修正前條文
第五條 本會會員且入會年資累計達二十五年，且不再執業者，得於申請退休時，一併申請退休慰問金貳萬元整。本退休慰問金應於退會日起三個月內申請，逾期不得申請。**申請審查核准支票開立後，兌現期限為一年；逾期未領取者，視同放棄並歸入公會帳戶。**	**第五條** 本會會員且入會年資累計達二十五年，且不再執業者，得於申請退休時，一併申請退休慰問金貳萬元整。本退休慰問金應於退會日起三個月內申請，逾期不得申請。

決議：

(一) 通過一一五年度一至五月份經費收支。

(二) 為求財務審查之嚴謹，公會往來銀行出具之「餘額證明」均已取得，並供理監事查核。惟郵局因申辦程序繁瑣，未能於會議當日提供，請秘書處會後儘速取得郵局出具之餘額證明，並授權由理事長、監事長及財委會召委共同審閱核對。

(三) 考量該郵局帳戶餘額不多、使用頻率低，且辦理餘額證明須至原信義會館所在地之東門郵局申辦，程序繁鎖，增加會務作業負擔，請會務同仁研議該郵局帳戶銷戶及資金整併事宜，評估將該帳戶餘額轉入會館附近、往來便利之銀行帳戶，以簡化帳戶管理及財務作業。相關帳戶整併方案規劃完妥後，先向財委會召委及監事長報告，再提理監事聯席會議報告。

十一、請審查一一五年度一至六月份會員福利退休慰問基金及會員身故互助基金收支案。【洪德仁理事長 提】

決議：通過一一五年度一至六月份會員福利退休慰問金及會員身故互助金收支。

十二、請追認李堯堃、洪永樂、陳德駿、劉榮宏、陳光燦、何為斌、王文忠、吳錫麟、林禹宏、葉道弘、林雲谷、白正光、羅淑芬、趙錦芳、蘇村田、陳睿亭、王躬仁、張文述、王令時、梁濮生、曾政謀、王兆民、李慶安等23名醫師逝世申領互助金貳拾萬元案。【洪德仁理事長 提】

決議：通過李堯堃、洪永樂、陳德駿、劉榮宏、陳光燦、何為斌、王文忠、吳錫麟、林禹宏、葉道弘、林雲谷、白正光、羅淑芬、趙錦芳、蘇村田、陳睿亭、王躬仁、張文述、王令時、梁濮生、曾政謀、王兆民、李慶安等23名醫師逝世申領互助金各貳拾萬元。

十三、請研討滯繳常年會費達半年以上會員共14名，依本會章程十四條第四項規定予以停權處分案。【彭瑞鵬召集委員 提】

決議：通過李勝一、陳文彬、范育仁、張子倩、謝宗訓、高敬一、吳曉婷、黃俊源、詹宏泰、王敬元、錢榮清、王耀霆、戴念國、何慧慈等14位醫師依本會章程十四條第四項規定予以停權。

十四、請研討周聯華醫師繳清會費，申請復權案。【彭瑞鵬召集委員 提】

決議：通過周聯華醫師（更名為戴潤馳）申請復權。

參、臨時動議：無

肆、散會：下午二時九分。

理事會會議紀錄

期別：第二十一屆第一次

時間：一一五年九月十九日（星期六）下午五時五十分

地點：台北凱撒飯店四樓上海廳（台北市忠孝西路一段38號）

出席：洪德仁、周賢章、黃國欽、楊境森、王智弘、殷偉賢、余忠仁、李偉強、粘曉菁、周裕清、簡志誠、李龍騰、陳元皓、王宗道、王懋哲、孫建偉、施俊明、何清幼、嚴敏心、黃集仁、曹玉婷、李岡遠、李旺祚、張育驍、蔣世中、林應然

請假：曾令民、張文瀚

主席：第二十屆洪德仁理事長、第二十一屆余忠仁理事長

記錄：陳怡璇

壹、主席報告

洪德仁理事長報告

首先，恭喜劉秀雯監事連任第二十一屆監事會召集人，未來仍請劉監事會召集人持續協助監督本會會務工作。

非常感謝第二十一屆理事、監事當選人撥冗出席今天的會議。今天最重要的工作，就是完成第二十一屆理事長及常務理事之選舉。本次選舉程序，比照監事會選舉方式，於發票前完成報到者，即具投票資格。為節省大家寶貴時間，接下來先進行選舉工作，謝謝大家。

貳、選舉事項

(一) 選舉第二十一屆常務理事、理事長。

1、選舉第二十一屆常務理事

監票：張孟源常務監事

發票：范石琴、王惠怡、陳海華

唱票：施玉琴

記票：黃琴茹、林芝馨

選舉情形：發票25張，有效票25張、無效票0張。

監票代表張孟源常務監事宣布選舉常務理事結果：

余忠仁25票、王智弘22票、周賢章21票、簡志誠21票、李偉強20票、黃國欽20票、陳元皓19票、張文瀚16票、林應然15票，以上九人當選第二十一屆常務理事；同票數者，以抽籤方式決定排序。

其餘候選人得票如下：

李龍騰6票、王宗道4票、蔣世中4票、楊境森3票、殷偉賢2票、粘筱菁2票、曾令民2票、孫建偉2票、黃集仁2票、曹玉婷2票、李旺祚2票、周裕清1票、王懋哲1票、施俊明1票、何清幼1票、李岡遠1票、張育驍1票。

2、選舉第二十一屆理事長。

選舉情形：發票24張，有效票24張、無效票0張。

選舉結果：余忠仁24票。

監票代表張孟源常務監事宣布選舉結果：

由余忠仁常務理事當選第二十一屆理事長。

(二) 第二十屆、第二十一屆理事長交接。

參、新舊任理事長致詞

(一)第二十屆洪德仁理事長致詞

恭喜余忠仁院長當選為第二十一屆理事長，能夠由臺灣最重要醫院的院長，在未來三年帶領台北市醫師公會這個百年的老團體繼續向前，我認為絕對是公會之福。我相信，在余院長的帶領，以及各位理監事同心協力的支持下，公會未來必定更加茁壯，持續向前。相對地，在醫療政策的倡議上，無論是醫院端或基層診所的需求，我們的團隊都會盡最大的努力來爭取，營造更優質的執業環境，持續為民眾提供最優質的服務，並贏得政府與社會大眾的認同與支持。

余院長本身也是臺灣最重要醫療體系的領導者，期待余院長帶領新團隊，大家都能發揮所長，把公會的各項工作做得更加盡善盡美，也祝福今天的會議順利，謝謝大家。

(二)第二十一屆余忠仁理事長致詞

謝謝洪德仁理事長。我很榮幸能夠在台北市醫師公會成立一百週年的重要時刻，承擔理事長的重任。其實之前我也不知道今年正好是台北市醫師公會成立一百週年，這是後來和洪德仁理事長一起考證公會歷史之後才知道，台北市醫師公會是在1926年日本政府時期成立，也是臺灣第一個醫師公會。而台大醫學院其實也是臺灣第一個醫學會，也就是現在的台灣醫學會。

我這次願意出來承擔理事長重任，其中一個重要原因，是台北市醫師公會和全國其他縣市醫師公會較為不同的地方，就是本會有將近七成以上的醫師是在醫院服務。以我的觀察來看，公會管理者，一部分是基層診所的院長，在醫院裡也多半是院長、副院長等管理階層；但事實上，我們需要照顧的，還有很多是在醫院裡工作的受聘僱醫師。

以台大醫院為例，我們招募年輕醫師狀況，看起來是全國相對比較好的，但我看到一個非常嚴重的問題，就是年輕醫師是否能夠長期留任醫院服務，仍面臨許多現實考量，也有轉往基層診所發展的壓力。因此，我認為我們必須透過整合性的集體行動，向政府提出醫界的聲音，在制度上尋求更完善的改善，讓年輕醫師不論在醫院或基層，都能夠在適合的位置上發揮應有的貢獻，也能夠在工作與生活之間取得良好平衡。這當中，其實有非常多醫師的權益，是需要我們去爭取和保障的。

此外，目前我也有機會參與健康臺灣推動委員會，希望能夠藉由這樣的平台，積極替醫界發聲。目前醫界面臨非常多的問題，像剛才和林應然學長討論的兒科人力嚴重缺乏，就是目前非常明顯，也需積極處理的問題。

台北市醫師公會是全國最大的醫師公會，我們的聲音一定會受到重視；同時，我們也會和醫師公會全聯會保持非常良好的協同合作。

希望接下來三年，我們所做的每一件事情，都能夠對醫界產生更長遠的影響，也能展現實質的成果。最後，希望大家一起齊心、一起努力，謝謝大家。

肆、討論事項

一、請研訂本屆理事會開會日期案。

決議：

(一) 原則每一至二個月於第二週星期三下午一時召開會議，並依往例與監事會共同召開理監事聯席會議。

(二) 十月份第一次理監事聯席會議訂為十月二十一日，十二月份第二次理監事聯席會議暫訂於十二月十六日。

二、請研討各委員會籌組原則及各委員會召集委員聘任案。

決議：因理事長剛上任，尚需深入了解並與相關理監事充分討論，聘任名單將於確認後提交理事會正式審議。

三、請研討聘請顧問及執行長案。

決議：

1. 通過聘任邱前榮譽理事長續任本會第二十一屆榮譽理事長。
2. 通過聘請李明濱前理事長、彭瑞鵬前理事長及洪德仁前理事長為本會第二十一屆顧問。
3. 通過聘請會務發展諮詢顧問倪衍玄教授（台大醫學院臨床醫學研究所、工業技術研究院院士）。
4. 通過陳彥元執行長續任第二十一屆執行長。

四、請研討本會「健康台灣深耕計畫」第二階段(116-118)計畫相關議案。

決議：

(一) 通過「健康台灣深耕計畫」第二階段(116-118)計畫主持人由洪德仁前理事長繼續擔任。

(二) 衛福部訂於九月二十二日召開之實體審查會議，請計畫主持人洪德仁前理事長代表本會出席簡報。

伍、臨時動議：無

陸、散會：下午六時五十五分。



監事會會議紀錄

期次：第二十一屆第一次

時間：一一五年九月十九日（星期六）下午五時三十分

地點：台北市凱撒飯店四樓上海廳（台北市忠孝西路1段38號）

出席：張孟源監事、劉秀雯監事、詹前俊監事、王建人監事、蔡宜廷監事、周廼寬監事、白雅美監事、許希賢監事、李興中監事

列席：洪德仁理事長

主席：劉秀雯監事會召集人

記錄：陳海華

壹、報告事項

劉秀雯監事會召集人

感謝各位今天撥冗出席，先恭喜各位當選本屆監事。因時間關係，希望各位能協助配合選務流程與時間安排，讓後續選舉工作能順利完成。再次感謝各位的出席與配合，謝謝大家。

貳、選舉事項

一、選舉第二十一屆常務監事、監事會召集人

監票：孫建偉

發票：陳玫娟、范石琴

唱票：陳玫娟

記票：黃琴茹

(一) 選舉第二十一屆常務監事：

1.發票：八張，有效票：八張，無效票：0張。

2.開票結果：劉秀雯監事八票，周廼寬監事六票，張孟源監事四票。

3.由監票代表孫建偉理事宣布結果：劉秀雯監事、周廼寬監事、張孟源監事共三名當選常務監事。

4.詹前俊監事於選舉常務監事結束後才報到，因此無法投票。

(二) 選舉第二十一屆監事會召集人：

1.發票：九張，有效票：九張，無效票：0張。

2.開票結果：劉秀雯常務監事九票。

3.由監票代表孫建偉理事宣布結果：劉秀雯常務監事當選監事會召集人。

參、討論事項

一、請研訂本屆監事會開會日期案。

決議：依循上屆開會模式，配合理事會共同召開理監事聯席會議。

肆、臨時動議：無

伍、散會：下午五時四十五分。

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

高薪禮聘

敬邀具發展潛力的您來振興大家庭

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



自撞國賠—臺灣臺中地方法院114年度國字第9號民事判決評析

[1]輔仁大學附設醫院公共衛生學系 [2]臺北榮民總醫院職業醫學及臨床毒物部
謝翊甄（實習生）[1] 張凱媛（實習生）[1] 葛 謹[2]

前言

中華民國憲法(Constitution of the Republic of China 1947)第24條：「凡公務員違法侵害人民之自由或權利者，除依法律受懲戒外，應負刑事及民事責任。被害人民就其所受損害，並得依法律向國家請求賠償。」1981年施行之國家賠償法(State Compensation Law 1981)，即依憲法進一步規範國家賠償相關事項。「國家賠償法」第3條：「（第1項）公共設施因設置或管理有欠缺，致人民生命、身體、人身自由或財產受損害者，國家應負損害賠償責任。（第2項）前項設施委託民間團體或個人管理時，因管理欠缺致人民生命、身體、人身自由或財產受損害者，國家應負損害賠償責任。（第3項）前二項情形，於開放之山域、水域等自然公物，經管理機關、受委託管理之民間團體或個人已就使用該公物為適當之警告或標示，而人民仍從事冒險或具危險性活動，國家不負損害賠償責任。（第4項）第一項及第二項情形，於開放之山域、水域等自然公物內之設施，經管理機關、受委託管理之民間團體或個人已就使用該設施為適當之警告或標示，而人民仍從事冒險或具危險性活動，得減輕或免除國家應負之損害賠償責任。」公共設施，是指供公共使用的各種設施，這些設施必須已經開始供公共使用中，尚未完成以供公務或公眾使用，就不屬於「公共設施」。[1-4]公共設施國家賠償案中，又以道路（破洞、凹陷、下陷）、車道縮減、分隔島、橋樑水溝防護柵欄、路面平整、交通號誌瑕疵之案件較多。[5]

經過

甲於2023年10月6日13時許騎乘普通重型機車，由某市區市政北三路往市政北一路方向行駛，在該區文心路二段道路上，於行經路段時，為遵守原騎行之車道標線、避免跨越到其他車道，加上因雨天視線不佳，而未能及時反應前方路段為左彎路，不慎打滑衝出路面，撞擊彎道底端之路燈桿、人車倒地，雖送往A醫院急救，因胸部挫傷併骨折、胸腔內出血，而於同日14時7分不治死亡。

甲之父乙、母丙主張，現場道路由三車道增加為四車道，卻未設置安全方向導引標誌提醒，且安全方向導引標誌遭路樹遮蔽，亦未依規定採用放大型尺寸，致甲未能及時辨識前方彎道而發生事故。乙、丙於2024年11月5日向市政府交通局請求國家賠償，交通局拒絕賠償，協議不成立。乙、丙遂提起民事訴訟，原列市政府養護工程處及交通局為被告，於2025年6月17日撤回對養護工程處之起訴，僅向交通局請求賠償：(1)乙之扶養費損失969,490元、精神慰撫金1,000,000元，合計1,969,490元。(2)丙之喪葬費253,450元、扶養費損失1,120,563元、精神慰撫金1,000,000元，合計2,374,013元。(3)上述金額均自起訴狀繕本送達翌日起至清償日止，按年利率5%計算利息。

爭執1：道路由三車道增加為四車道，未提前設置提醒，是否構成公共設施設置或管理欠缺？

乙、丙主張：系爭道路原為三車道，通過市政北三路路口後，右側增加一車道，成為四車道，使原有車道寬度縮減。交通局未提前劃設標線或設置標誌提醒，致甲為遵循原車道標線，未能及時反應前方彎道。

交通局主張：(1)車道數調整僅發生於直線路段，並無乙、丙所稱於彎道由三車道變為四車道的情形；(2)現場亦已設置反光標誌提醒用路人，不存在設置或管理欠缺。

法院心證：(1)依行車紀錄器勘驗結果及地圖資料，道路於市政北三路路口後，確由三車道增加為四車道。(2)乙、丙未指出交通局依何法規，負有提前提醒車道數增加的義務。(3)縱有未提前設置提醒的情形，亦難據此認定公共設施設置或管理欠缺。

爭執2：安全方向導引標誌是否遭路樹遮蔽，影響駕駛人辨識？

乙、丙主張：現場標誌設置於人行道路樹下，多有樹葉遮蔽，影響光線照射及駕駛人辨識，構成設置、管理與維護欠缺。

交通局主張：事故當日標誌清楚可見，並無路樹遮擋，可供用路人正常辨識；路樹亦非交通局管理、維護的權責範圍。

法院心證：(1)依行車紀錄器勘驗結果及畫面截圖，標誌上方雖有樹葉緊鄰，但未達遮蔽、阻擋程度。(2)交通局亦否認具有路樹管理、維護權責。(3)乙、丙主張標誌遭樹葉遮蔽，構成交通局負責的公共設施欠缺，並不可採。

爭執3：安全方向導引標誌的尺寸是否符合規定？

乙、丙主張：該路段為四車道，交通局未依《道路交通標誌標線號誌設置規則》第134條，設置放大型安全方向導引標誌「輔2」，構成公共設施設置欠缺。

交通局主張：現場標誌的數量、尺寸及反光性均符合規定，並無設置或管理欠缺。

法院心證：(1)現場已設置安全方向導引標誌「輔2」，可認交通局將該路段視為易肇事的彎道路段。(2)依交通局自行量測並提出的照片，標誌長約74公分、寬約60公分。(3)該路段為四車道，依設置規則第134條所附尺寸規定，應採長90公分、寬75公分的放大型標誌。(4)現場標誌僅接近標準型尺寸，與規定不符，構成公共設施設置欠缺。

爭執4：標誌尺寸不足與甲的事故，是否具有相當因果關係？

乙、丙主張：交通局未設置符合規定的警示標誌，致甲未能及時辨識前方彎道，因而打滑衝出道路，交通局應負國家賠償責任。

交通局主張：現場已設置反光標誌提醒用路人，事故與交通設施無相當因果關係，應係甲車速過快、注意力降低及天雨路滑所致。

法院心證：(1)安全方向導引標誌的用途，在於促使駕駛人減速慢行，並引導安全行駛方向。(2)依行車紀錄器勘驗結果，甲通過市政北三路路口後持續向前行駛，最後衝出車道撞擊路燈桿。(3)倘交通局依規定設置放大

型標誌，應能使甲及早發現彎道、減速並小心駕駛，避免事故。(4)標誌設置欠缺與事故具有相當因果關係，交通局應依國家賠償法第3條第1項負賠償責任。

爭執5：甲是否有酒精濃度超標、影響安全駕駛的情形？

交通局主張：(1)甲送醫後的抽血結果顯示酒精濃度超過法定標準，已達不能安全駕駛的程度；(2)行車紀錄器亦顯示甲沿途加速、多次超車，可認其因酒精或相類藥物影響而降低注意力。

法院心證：(1)醫院血液酒精濃度檢驗結果為6.8mg/dL。(2)警方事故現場圖記載，換算呼氣酒精濃度為0.035mg/L。(3)呼氣酒精濃度未達行政罰之處罰法定標準：0.25mg/L，亦無從認定甲於事故前飲用酒精，交通局的抗辯無理由。

爭執6：丙請求喪葬費253,450元，是否合理？

丙主張：因甲死亡，支出牌位款120,000元、服務費20,000元及喪葬費113,450元，合計253,450元。

法院心證：(1)依民法第192條第1項，對於支出殯葬費之人，應負損害賠償責任。(2)丙提出相關統一發票，足以證明上述支出。(3)喪葬費253,450元，應予准許。

爭執7：乙、丙具有受甲扶養之權利，扶養費應如何計算？

乙、丙主張：甲死亡使其喪失日後可受扶養的利益，乙請求扶養費損失969,490元，丙請求1,120,563元。

交通局主張：直系血親尊親屬如可用自身財產維持生活，即無受扶養權利。乙、丙未證明不能維持生活，扶養費請求並無理由；即使具有受扶養權利，其計算金額亦有錯誤。

法院心證：(1)直系血親尊親屬雖不受無謀生能力的限制，仍須符合不能維持生活的條件。(2)乙於事故時為60歲，每月收入約36,000元；丙為59歲，每月收入約30,000元，依其收入與財產情形，目前仍可維持生活。(3)以65歲作為推估工作收入停止的時點，認定乙、丙自年滿65歲起享有受扶養權利。(4)以2023年南投縣平均每人每月消費支出18,650元，計算每年扶養費為223,800元，並參考平均餘命、其他扶養義務人及霍夫曼式計算法扣除中間利息。(5)丙另有二名女兒，甲對丙所負扶養義務之分擔比例為三分之一；甲對乙所負扶養義務之分擔比例，於丙年滿65歲前為四分之一，其後為三分之一。(6)法院核定乙的扶養費損失為957,808元，丙為1,102,023元。

爭執8：乙、丙各請求精神慰撫金1,000,000元，是否適當？

乙、丙主張：甲因事故死亡，使其遭受精神痛苦，各請求精神慰撫金1,000,000元。

交通局主張：乙、丙請求的精神慰撫金過高。

法院心證：(1)甲死亡時年僅26歲，乙、丙為其父母，因喪子而遭受精神痛苦，請求非

財產上損害賠償具有依據。(2)審酌乙、丙的教育程度、職業、收入與財產，以及精神痛苦程度及對生活的影響，認定精神慰撫金各以500,000元為適當。(3)超過上述金額的請求，不予准許。

爭執9：甲是否與有過失，應減輕多少賠償金額？

交通局主張：甲沿途多次高速超車，於雨天路面濕滑的情況下仍車速過快，事故應由其駕駛行為所造成。

法院心證：(1)依行車紀錄器及地圖資料，甲自通過臺灣大道路口至撞擊路燈桿，約於29秒內行駛550公尺，換算該段行程平均時速約68公里。(2)事故路段速限為時速50公里，當時天候為雨、路面濕潤，甲有超速及未注意雨天路況而小心駕駛的過失。(3)綜合交通局未設置放大型標誌的欠缺，以及甲的駕駛過失，認定甲應負50%的過失比例。(4)乙、丙雖為間接被害人，請求賠償時仍應承擔甲與有過失的結果，故減少50%的賠償金額。(5)乙得請求賠償之金額：72萬8904元（計算式：1,457,808元×50％＝728,904元）。(6)丙得請求賠償之金額：92萬7737元（計算式：1,855,473元×50％＝927,737元）。

法院判決

地方法院：(1)交通局應給付乙新臺幣72萬8904元。(2)交通局應給付丙新臺幣92萬7737元。[6]交通局不服，上訴高等法院。[7]

高等法院：調解成立。[8]

討論

交通標誌：道路交通管理處罰條例(Road Traffic Management and Penalty Act 1968)第4條：「（第1項）道路標誌、標線、號誌及其他相關設施之設置與管理，應提供車輛、大眾捷運系統車輛駕駛人及行人有關道路路況之警告、禁制、指示等資訊，以便利行旅並確保交通安全。（第2項）駕駛人駕駛車輛、大眾捷運系統車輛或行人在道路上，應遵守道路交通標誌、標線、號誌之指示、警告、禁制規定，並服從執行交通勤務之警察或依法令執行指揮交通及交通稽查任務人員之指揮。（第3項）前項道路交通標誌、標線、號誌之指示、警告、禁制規定、樣式、標示方式、設置基準及設置地點等事項之規則，由交通部會同內政部定之。（第4項）駕駛人駕駛車輛、大眾捷運系統車輛或行人違反第二項規定肇事或致人肇事因而致人受傷或死亡者，應依法負其刑事責任。但因執行交通勤務之警察或依法令執行指揮交通及交通稽查任務人員之指揮有明顯過失而致之者，不在此限。」同法第3條第1項第5款：「五、標誌：指管制道路交通，表示警告、禁制、指示，而以文字或圖案繪製之標牌。」而「道路交通標誌標線號誌設置規則」係依據「道路交通管理處罰條例」第4條第3項訂定，全文共235條，內容兼具法規及技術手冊性質，內容複雜，如未經講習，一般民眾恐不易了解，影響法規的施行。道路交通標誌標線號誌設置規則第3條：「標誌、標線及號誌之定義如左：一、標誌 以規定之符號、圖案

或簡明文字繪於一定形狀之標牌上，安裝於固定或可移動之支撐物體，設置於適當之地點，用以預告或管制前方路況，促使車輛駕駛人與行人注意、遵守之交通管制設施。二、標線 以規定之線條、圖形、標字或其他導向裝置，劃設於路面或其他設施上，用以管制道路上車輛駕駛人與行人行止之交通管制設施。三、號誌 以規定之時間上交互更迭之光色訊號，設置於交岔路口或其他特殊地點，用以將道路通行權指定給車輛駕駛人與行人，管制其行止及轉向之交通管制設施。」本案爭執為「交通標誌」。[9]



圖一　交通輔助標誌（來源參考路寶企業有限公司）。

輔助標誌：道路交通標誌標線號誌設置規則第10條：「標誌之分類及其作用如左：一、警告標誌 用以促使車輛駕駛人及行人瞭解道路上之特殊狀況、提高警覺，並準備防範應變之措施。二、禁制標誌 用以表示道路上之遵行、禁止、限制等特殊規定，告示車輛駕駛人及行人嚴格遵守。三、指示標誌 用以指示路線、方向、里程、地名及公共設施等，以利車輛駕駛人及行人易於識別。四、輔助標誌 除前述三款標誌外，用以便利行旅及促進行車安全所設立之標誌或標牌。」其中「輔助標誌」依設置規則，分為3種，分別為「輔1」：車道預告標誌（第133-1條）；「輔2」：安全方向導引（第134條）；「輔3」：調撥車道分向線指示（第135條）。（標誌如附圖一）本案法院認為：該路段為四車道，應依設置規則第134條所附尺寸規定之放大型標誌，即應長90公分，寬75公分。[10]

安全駕駛：無法安全駕駛的行為主要有酒駕、毒駕與疲勞駕駛[11]，由於毒駕缺乏快速篩檢，需要等實驗室的血液、尿液檢驗結果，除非已有交通事故，無法立即處置。酒駕部分，交通部運輸研究所1990年8月之「酒醉駕車對駕駛行為之分析研究」指出：(1)吐氣酒精含量0.25毫克/公升(mg/L)等於血液酒精濃度0.05%，亦即每一百毫升血液中含五十毫克酒精。(2)血液酒精濃度到達百分之零點零三至百分之零點零五時，對駕駛能力之影響為：多數駕駛人心境逐漸變幻不定、視覺與反應靈敏性減弱、對速度及距離的判斷力差。對心理行為之影響為：觀察力逐漸欠缺、心情漸趨輕鬆、自信心增加、多話、精神狀態處於陶醉感。(3)血液酒精濃度到達百分之零點零五至

百分之零點零八時，對駕駛能力之影響為：反應遲鈍：駕駛能力受損、遲而不決或決而不行。對心理行為之影響為：情緒鬆散、感情與行為趨向誇張、肌肉不協調、精神處於興奮狀態。(4)血液酒精濃度到達百分之零點零八至百分之零點一五時，對駕駛能力之影響為：判斷力嚴重受到影響、體能與精神協調受損、駕駛之體能困難增加。對心理行為之影響為：產生情緒異常現象、步伐不平穩、言語不清、反應惡劣、記憶及判斷力受損、精神處於錯亂狀態。(5)血液酒精濃度超過百分之零點一五，對駕駛能力之影響為：視線搖晃、駕駛已進入恍惚狀態、判斷及理解遭到扭曲、駕駛不穩定。對心理行為之影響為：意識不明、嘔吐、站、走及講話困難、責任感喪失、精神處於麻痺狀態。(6)血液酒精濃度超過百分之零點五，對駕駛能力之影響為：無法開車。對心理行為之影響為：爛醉如泥、失去知覺可能致死、精神處於昏睡狀態[12-15]。2013年修正刑法第185條之3第1項第1款：「一、吐氣所含酒精濃度達每公升零點二五毫克或血液中酒精濃度達百分之零點零五以上。」道路交通安全規則第114條：「汽車駕駛人有下列情形之一者，不得駕車：一、連續駕車超過八小時。二、飲用酒類或其他類似物後其吐氣所含酒精濃度達每公升零點一五毫克或血液中酒精濃度達百分之零點零三以上。三、吸食毒品、迷幻藥、麻醉藥品或其相類似管制藥品。四、患病影響安全駕駛。五、計程車駕駛人未向警察機關請領執業登記證，或雖已領有而未依規定放置車內指定之插座。」本案醫院血液酒精濃度檢驗結果為6.8mg/dL，濃度百分比為：0.0068%。遠低於「道路交通安全規則」之百分之零點零三。雖然血液中有酒精濃度，但未達刑法與行政法之酒駕濃度，無法做為「不能安全駕駛」之證明。

扶養費：扶養費的計算是十分個案化，合理扶養費的金額，法院會綜合考量各項因素後，依職權酌定。本案法院依據民法(Civil Code 1929)第192條：「（第1項）不法侵害他人致死者，對於支出醫療及增加生活上需要之費用或殯葬費之人，亦應負損害賠償責任。（第2項）被害人對於第三人負有法定扶養義務者，加害人對於該第三人亦應負損害賠償責任。」甲車禍死亡，甲對父母之扶養義務轉由交通局負擔。再依民法第1114條：「左列親屬，互負扶養之義務：一、直系血親相互間。二、夫妻之一方與他方之父母同居者，其相互間。三、兄弟姊妹相互間。四、家長家屬相互間。」民法第1116-1條：「夫妻互負扶養之義務，其負扶養義務之順序與直系血親卑親屬同，其受扶養權利之順序與直系血親尊親屬同。」同法第1117條：「（第1項）受扶養權利者，以不能維持生活而無謀生能力者為限。（第2項）前項無謀生能力之限制，於直系血親尊親屬，不適用之。」本案法院以以「勞動基準法」第54條所定之65歲強制退休年齡，作為乙、丙工作收入停止的時點，作為推估受扶養權利起算時間的依據，認定乙、丙自年滿65歲起享有受扶養權利。再以2023年南投縣平均

每人每月消費支出18,650元，計算每年扶養費為223,800元，並參考平均餘命、其他扶養義務人及霍夫曼公式計算法扣除中間利息。[16]

與有過失：民法第217條：「（第1項）損害之發生或擴大，被害人與有過失者，法院得減輕賠償金額，或免除之。（第2項）重大之損害原因，為債務人所不及知，而被害人不預促其注意或怠於避免或減少損害者，為與有過失。（第3項）前二項之規定，於被害人之代理人或使用人與有過失者，準用之。」本案法院以事故路段速限為時速50公里，當時天候為雨、路面濕潤，甲有超速及未注意雨天路況而小心駕駛的過失，認定甲應負50%的過失比例。

結語

過失定義：我國刑法第14條：「（第1項）行為人雖非故意，但按其情節應注意，並能注意，而不注意者，為過失。（第2項）行為人對於構成犯罪之事實，雖預見其能發生而確信其不發生者，以過失論。」我國至今雖仍採主觀構成要件說，然國際民主國家甚至對岸共產國家，對於過失(negligence)成立與否，已不採「主觀構成要件」，均採「過失客觀四原則」：事件是否成立「過失」，要依下列四點逐一審理，且須4者均成立，方有過失：(1)被告對原告有無「照顧責任」(duty of care)。(2)被告有無「違反照顧義務」(breach of standard of care)。(3)損害與過失有無因果關係(causality)。(4)損害之事實(damages)。[17]我國司法或醫事審議之「過失」，如果仍採應注意、能注意而不注意之「主觀構成要件」說，未討論因果關係，日後易孳生爭議。

無過失補償：職業傷病補償法(Workers' Compensation Act)係為解決「工業革命」後造成貧富懸殊之社會問題，因為在「職業傷病補償法」未立法前，雇主(employer)經常以下列原因抗辯(rebuttal)，逃避補償責任：(1)其他員工過失(the fellow worker rule)：員工之傷病源自工廠之物質或其他員工之過失，並非雇主造成，雇主應免責；(2)自願接受危險(the voluntary acceptance of risk)：員工工作前雇主已充分告知工廠之危害，而員工仍願工作，可見員工知情同意在先，發生職業傷病，雇主應可免責；(3)過失抵免(the contributory negligence rule)：勞僱雙方「與有過失」(contributory negligence)即勞僱雙方都有過失，應可互相抵免；(4)個人體質因素：其他員工並未得病，可見職業傷病是個人之體質因素，雇主應無責任。個人體質因素除外，前三項雇主不公義之抗辯，又被稱為「邪惡三位一體」(unholy trinity)。雇主輕易逃避職業傷病補償責任，將職業傷病補償舉證責任與照顧傷病之醫護責任，推卸與轉嫁至職業傷病患者之家庭與社會，顯然不符社會正義。1884年德國首先通過「職業傷病補償法」，將職災補償法從根本脫離出民法(civil law)、刑法(criminal law)之適用，而歸之於新創設出的「社會法」(social law)，該法具有六項特點，即(1)無過失補償(liability without fault），(2)職災補償

採強制責任險機制(compulsory insurance)，(3)及時補償(automatic benefit)，(4)醫療照護(medical care)，(5)薪資保障(income protection)，(6)迅速判定職業傷病責任避免對立(expeditious resolution of disputes)，以迅速與有效方式保護職業災害勞工之基本權益。該法著眼於追求社會之安定繁榮與正義，所以不以故意(intent)或過失(negligence)為補償構成要件，而是以「無過失補償」為原則，雇主對該災害事故的發生是否具有故意或過失，在所不問。[18]

因果關係：國家賠償法第2條：「（第1項）本法所稱公務員者，謂依法令從事於公務之人員。（第2項）公務員於執行職務行使公權力時，因故意或過失不法侵害人民自由或權利者，國家應負損害賠償責任。公務員怠於執行職務，致人民自由或權利遭受損害者亦同。（第3項）前項情形，公務員有故意或重大過失時，賠償義務機關對之有求償權。」國家賠償法既然明定「故意或過失不法侵害人民自由或權利者，國家應負損害賠償責任」，應非採職業傷病補償法之「無過失補償」，因此本文認為：依據「過失客觀四原則」，「輔2標誌」(breach of standard of care)與自撞事故（傷害）間有無因果關係(causality)，自應詳為論證，較為妥適。

重大過失案例集：國家賠償法明定：「公務員有故意或重大過失時，賠償義務機關對之有求償權。」國家賠償法提出之「重大過失」，1981年即首見於我國法律，實為進步之立法，然「重大過失」之法律定義與相關案例，仍應盡速參考國際案例，建立可大可久又符合國際法之「案例集」。英格蘭Sir Edward Coke (1552 -1634)於萬曆43年（公元1615年）判決：英格蘭之醫療糾紛，除非醫師有「故意」或「重大過失」行為，方負刑事責任。建議我們及早參考國際案例，建立符合國際法之「重大過失案例集」。[19-20]

參考文獻

1. 李惠宗：國家賠償法要義。台北市，新學林；2020.
2. 葉百修：國家賠償法(State compensation law)。修正二版，台北市，葉百修；2023.
3. 王宗偉：國家賠償法。台北市，書泉出版；2020.
4. 紀博倫：兩岸公共設施瑕疵致害之國家賠償責任論－兼評臺灣2019年國家賠償法修正與實務。台北市，五南圖書；2020.
5. 何澄輝：國家賠償法上公共設施設置或管理欠缺之研究－以道路為研究核心。台中市，東海大學法律學研究所碩士論文；2002.
6. 臺灣臺中地方法院114年度國字第9號民事判決（民事第五庭，2025年12月12日）。
7. 臺灣臺中地方法院114年度國字第9號民事裁定（2026年1月15日）。
8. 臺灣高等法院臺中分院115年度上國字第5號民事判決（2026年6月24日）。
9. 黃清德、陳正根主編：道路交通管理處罰條

例逐條釋義。台北市，五南圖書；2024.
10. 道路交通標誌標線號誌規則」架構之研析。台北市，交通部運輸研究所；2020.
11. 黃春美：違背安全駕駛行為態樣調查報告。台北市，法務部；2009.
12. 臺灣高等法院106年度交上易字第380號刑事判決。
13. 勒納(Lerner, BH)著/林志懋譯：酒杯裡的謀殺－從飲酒文化到反酒駕運動的百年發展史(One for the road : drunk driving since 1900)。台北市，啟示；2017.
14. 張文菘：酒駕、正當法律程序與實證研究。台北市，翰蘆圖書；2017.
15. 法官學院：行政裁判實務教材－交通裁決事件：酒駕拒測案。台北市，法官學院；2024.
16. 郭欽銘：親屬案例式。台北市，五南圖書；2024.
17. 葛謹：英國醫療糾紛處理制度：對改進我國制度之啟示。臺灣醫界2008; 51(2)：68-73.
18. 葛謹：職業傷病補償法之立法必要性。醫事法學2007; 14(3,4): 103-15.
19. 楊怡強、葛謹：職災變國賠－臺灣高等法院102年度重上國字第11號民事判決評析。台北市醫師公會會刊2016; 60(5): 24-9.
20. 最高法院107年度台上字第516號民事裁定。





— 玉山醫師專屬 歡慶醫師節 —

刷卡享回饋・理財再升級



禮遇一｜刷卡滿額 最高贈玉山e point 8,000點

活動期間登錄後，持**玉山醫師無限卡**新增國內一般消費累積滿額，即享**加碼回饋**。

國內一般消費 累積消費金額	加碼贈 玉山e point點數	回饋上限 (上限8,000點)
200,000~499,999元	**0.8%**	**4,000點**
500,000元以上	**1%**	**8,000點**

※需完成活動登錄。※正卡人須以玉山帳戶自動扣繳信用卡款。※正、附卡消費合併計算。※每歸戶採高門檻擇優回饋1次。
※符合回饋資格者，將於2026/12/30起回饋予正卡持卡人。

禮遇二｜理財會員新戶與升等專屬加碼獻禮

持**玉山醫師無限卡**之正、附卡顧客，活動期間新加入玉山理財會員或完成會員升等(限會員主戶)，**並完成問卷登錄**，即可獲得**專屬好禮**。



新加入玉山理財會員 或會員升等(限主戶)贈	入會或升等至登峰(含)以上 會員主戶再贈
限量 **500元誠品生活好禮即享券1份**	限量 **醫師喵喵絨毛玩偶1隻**

※須完成活動問卷登錄；入會/升等請洽所屬理專或鄰近分行，會員資格以活動截止日為準並須達指定門檻。

了解更多

活動期間：2026/10/20-2026/12/20
注意事項：◎禮遇二之「500元誠品生活好禮即享券」限量500份；「醫師喵喵絨毛玩偶」限量100隻，送完為止。◎「醫師喵喵絨毛玩偶」將於2026/12/30(三)起由所屬理財專員聯繫贈送事宜；「500元誠品生活好禮即享券」將於2027/1/13(三)起以簡訊發送至顧客於問卷填答之電話號碼，敬請務必填寫正確；本券可分次使用至用罄為止、無效期兌換。◎詳細活動內容及注意事項，請詳閱官網或掃描QR Code閱讀。

謹慎理財 信用無價

◎循環利率：5.88%-15%(依本行電腦評等而訂，基準日：2015/9/1)◎預借現金手續費(依預借現金約定結付幣別區分)：預借現金金額x3.5%+(新臺幣150元/5美元/550日圓/4歐元)◎其他相關費率依本行網站及申請書公告

玉山金控 玉山銀行

學術專論

臥床病人的吞嚥評估、IDDSI飲食分級調整與照護者訓練

台北榮總家庭醫學部 盧廷碩 曾于庭 林明慧

臥床與吞嚥障礙的人口學

隨著人口高齡化，臺灣臥床失能人口持續攀升。根據衛福部統計與長照需求推估，國內長期臥床人數約落在10至20萬之間[a]，而進食需人協助者也約在20萬左右[b]。在這群高脆弱族群中，「吞嚥障礙」是極為普遍卻常被低估的隱形殺手。研究顯示，一般社區長者的吞嚥障礙盛行率大約落在10-30%左右[1]，而臺灣長照機構中，吞嚥障礙的盛行率約有51%；在腦中風、阿茲海默症或巴金森氏症等神經系統疾病人者中，受影響比例甚至可達六至八成。

這些高風險族群，包括長期臥床的衰弱長者、神經退化疾病病人、癌症末期或肌少症導致吞嚥肌群無力者，廣泛分布於急性病房、安寧病房、慢性呼吸照護病房及長照機構與居家環境中。對於這類患者，吞嚥功能的好壞直接決定了預後表現與生活品質。

健康風險與照顧負擔

吞嚥障礙對患者的生理健康具有連鎖反應。首先，它是導致營養不良(Malnutrition)與脫水(Dehydration)的核心風險因子。研究顯示，腦中風合併吞嚥障礙者較未合併吞嚥障礙者，有顯著較高的營養不良及脫水發生率[2]。長期的營養不足會加速體重下降與肌少症，進而陷入衰弱與失能的惡性循環。其次，最具威脅性的併發症莫過於吸入性肺炎(Aspiration pneumonia)這是最嚴重的併發症之一。中風合併吞嚥障礙者相較於無障礙者，其吸入性肺炎之風險勝算比為3.99[3]。除了肺炎，吞嚥障礙者發生泌尿道感染的風險也較高，這通常與患者整體的衰弱狀態、失智症及脫水問題相互影響。研究指出，腦中風合併吞嚥障礙者的5年死亡率是無障礙者的1.84倍。在住院期間，有吞嚥障礙者的死亡率甚至可能高出13倍[4]。

此外，吞嚥問題亦大幅增加了醫療資源的負擔。除了患有吞嚥障礙的病人平均住院天數會延長約3.8天[5]，且出院後一個月內的再入院率高出一般人4倍[6]。這不僅提升了轉入長期照護機構的可能性，更顯著拉高了整體的醫療與照顧成本。

除了生理損害，進食功能的缺損更直接侵蝕了患者的生活尊嚴。當進食從愉悅的感官享

[a] 臥床病人的數量並沒有嚴格的統計，不過大概可以用失能人口中重度照護依賴的比率來推算。長照失能分級從1到8，其中第7跟第8級為重度失能。根據衛服部發表的統計，民國111年接受長照2.0服務的族群中，失能等級7占9.43%，失能等級8占11.54%。而2025年長照推估需求人數是95.4萬。失能等級7和8加起來大約是20萬，而單算失能等級8則有11萬。推估起來臥床人數大約就落在10-20萬之間。另一種估算方式是衛福部老人狀況調查 裡面ADL需要幫助的比率來計算。55-64歲總人數349萬ADL完全需要他人協助占0.38%約1.3萬。65歲以上總人數404萬ADL完全需要他人協助3.54%約14.3萬。兩者相加約15.6萬。所以按上述方式可推估臥床人數大約在10-20萬之間。

[b] 根據衛福部老人狀況調查，55-64歲349萬人中，吃飯需人協助佔0.46%，約1.6萬；65歲以上404萬人中，吃飯需人協助佔4.65%，約18.7萬。加起來約20.3萬。

受變成一種恐懼或負擔時，患者常因擔心嗆咳或進食姿態而產生社會孤立感、焦慮與沮喪，導致生活品質(Quality of Life)顯著惡化。同時，照顧者在面對反覆感染的威脅與餵食難題時，亦承擔著巨大的心理負擔。

吞嚥困難之臨床警訊

早期辨識是預防併發症的有效手段，而吞嚥困難(Dysphagia)的臨床警訊可以從進食表現、口腔功能、聲音與呼吸變化以及全身健康狀況四個面向來觀察。當長者或病人出現以下症狀時，應高度懷疑其具有吞嚥功能退化的風險：

1. 進食過程中的異常表現：進食中或進食前後出現咳嗽、嗆咳，或者頻繁地清喉嚨；一口食物需要反覆吞嚥三至四次以上才能吞乾淨；食物放入口中後，需要花很長時間才開始進行吞嚥動作；出現拒食、挑食（避開特定質地），或在進食時顯得疲累。
2. 口腔與感官功能的警訊：口腔內食物殘留、用餐中口水從嘴邊流出、進食中食物從口中掉出、吞嚥時食物從鼻子流出。
3. 聲音與呼吸的變化：進食或喝水後，發聲出現類似咕嚕聲、濕囉音、沙啞或斷啞的濕囉音(Wet voice)；用餐中或餐後感覺呼吸短促、呼吸困難。
4. 全身性健康狀況的惡化：體重減輕、發燒與感染、主觀異物感（喉嚨或胸口有食物卡住的感覺）。

吞嚥障礙的多重成因

吞嚥功能的受損往往不是單一因素所致，而是多重機轉交織的結果。我們可以將其成因歸納為生理老化、神經疾病、結構異常、肌肉流失及醫源性因素等五類：

首先，生理老化引起的高齡吞嚥障礙(Presbyphagia)是長者最常見的基礎誘因。隨年齡增長，牙齒脫落或鬆動會直接削弱咀嚼效能；同時，唾液腺萎縮導致分泌減少，使得口腔黏膜乾燥，嚴重阻礙食團(bolus)的形成與輸送。而高齡者的口腔與咽部感官敏銳度下降，也會延緩吞嚥反射的啟動，增加誤吸的風險。

其次，神經性疾病是導致急性或慢性吞嚥障礙的核心病理因素。其中，腦中風最為普遍，其盛行率高達37–78%[7]。此外，神經退化性疾病（如巴金森氏症、阿茲海默症及各類失智症）以及神經肌肉疾患（如肌萎縮性脊髓側索硬化症、多發性硬化症），會因神經傳導受阻或認知功能退化，導致吞嚥動作的協調性瓦解。

第三，結構與機械性因素。頭頸癌患者常因腫瘤壓迫，或因放化療引發的黏膜纖維化，導致吞嚥通道受限。此外，如胃食道逆流導致的狹窄、食道憩室、食道癌、與甲狀腺腫大產生的外部物理壓迫，皆可能造成食道動力障礙或結構性阻塞。

第四，肌少症(Sarcopenia)的影響日益受到重視。全身性的肌肉流失不僅反映在四肢，同樣會影響咀嚼肌與吞嚥肌群的力量與協調性[8]。

當患者缺乏足夠的力量推動食團時，便會出現咽部殘留或進食疲勞的現象。

最後，醫源性因素。長期氣管插管或氣切管的放置，可能損傷喉部黏膜或導致感覺功能喪失。同時，藥物副作用也是不可忽略：某些抗精神病藥物可能引發運動障礙，鴉片類藥物會抑制食道蠕動，而具有抗膽鹼作用的藥物則會加劇口乾症狀，進一步惡化吞嚥環境。

綜上所述，理解吞嚥障礙的多重成因，能幫助臨床人員更精準地找出病灶，並為臥床病人制定個人化的照護策略。

吞嚥評估

初步評估

對於懷疑有吞嚥障礙的患者，初步須了解病史與整體狀態：近期是否有肺炎或反覆下呼吸道感染、是否曾因嗆咳而停止進食、是否曾插管或氣切、吞嚥困難出現的時間點與變化、是否合併胃食道逆流或反覆嘔吐等情形。同時確認其意識狀態與認知功能，包括是否能清醒配合、能否聽懂簡單指令、能否維持坐姿或至少半坐臥。並檢視口腔狀態，如口乾、分泌物、牙齒與假牙狀況等都可能影響吞嚥。

接著可進一步詢問吞嚥障礙的症狀，以辨別口咽吞嚥障礙與食道吞嚥障礙。口咽吞嚥障礙常見於高齡長者，特別是衰弱、肌少症患者；神經系統性疾病如腦中風、巴金森氏症或失智症患者；此外也見於頭頸癌患者。這一類吞嚥障礙患者通常能指出不適感位於喉嚨或頸部，主要表現為難以啟動吞嚥動作，常伴隨嗆咳、噎到、流涎、鼻腔逆流或說話出現濕囉音，症狀通常在吞嚥後立即發生，且對於液體的吞嚥困難可能更為明顯。此類吞嚥障礙有較高吸入性肺炎、營養不良及脫水風險，常因反覆住院及失能而需長期仰賴長照機構。食道吞嚥障礙較可見於胃食道逆流、嗜酸性食道炎、藥物性食道炎(pill esophagitis)、服用藥物導致腸胃蠕動減低者、食道癌、食道憩室(Zenker diverticulum)或食道遲失緩症(achalasia)患者。其食物卡住的位置常在頸部以下，特別是胸骨後方，可能伴隨胸痛、心口灼熱、食物反流或口臭。症狀通常在吞嚥後數秒至數分鐘才出現。若是機械性阻塞通常先對固體食物感到困難；若是動力障礙（如失緩症），則固體與液體皆會感到困難。即使在臥床病人族群，口咽吞嚥障礙占大多數，然而辨別口咽吞嚥障礙與食道吞嚥障礙，可相應地幫助擬定後續的介入策略。

問卷評估工具

1. 進食評估問卷調查工具(Eating Assessment Tool-10, EAT-10)

   由Belafsky等人於2008年開發[9]，已翻譯成多國語言，由於簡單快速為臨床上與社區中最廣泛使用的自我評估量表。由10個問題組成，每個問題根據嚴重程度分為0（沒有問題）至4（嚴重問題）分，總分最高為40分，通常以總分達3分以上為篩檢異常的門檻。EAT-10分數與經由影像學檢查所觀察到的咽部殘留、喉前庭滲入(penetration)與誤吸現象具有良好相關性。

患者所有的症狀可在3分鐘內評估完成，且評估者不需經過專業訓練，是十分簡便的一份量表。

2. 聖隸式吞嚥問卷(Seirei Dysphagia Questionnaire)及其簡化版本Swallow-10

聖隸式吞嚥問卷(Seirei Dysphagia Questionnaire)較EAT-10更早，由日本的復健科醫師Okuma等人開發[10]，共有15個題目，涵蓋了吞嚥的三個主要階段以及全身性風險指標。每一個問題分為A（嚴重/經常發生）、B（輕微/有時發生）及C（沒有發生），計分若有任何一題選A即為重度風險，若兩題以上選B為中度風險，其餘則為輕度風險。

其後為照顧到認知功能受損的失智族群而衍生出其簡化版本Swallow-10[11]，省去較為主觀的五項題目，10題可全部由照顧者來回答評估。評分方式回答A（嚴重/經常發生）計4分，B（輕微/有時發生）計1分，C（沒有發生）計0分。總分達5分以上為異常。研究顯示也有不錯的敏感性與特異性。

3. 雪梨吞嚥問卷(Sydney Swallow Questionnaire)

由Wallace等人開發[12]，共17題由患者自評，主要用來評估吞嚥障礙的嚴重程度、對身體及生活個面向的影響程度。

4. 最後，有研究指出[13]，簡單詢問一句「你的吞嚥狀況如何？」其篩檢效果有時與較長的問卷工具一樣有效，能啟動進一步的臨床評估。

床邊評估工具

在從事以下的測試前，務必確定病人的生命徵象、意識清楚可遵從指令、口腔無分泌物。測試中若出現明顯嗆咳/喘、反覆清喉嚨無法清除，應立即停止。測試後務必觀察5–10分鐘，確認是否出現濕聲、呼吸改變、咳嗽加劇。

1. 重複唾液吞嚥試驗(Repetitive Saliva Swallowing Test, RSST)

最初階的篩檢，簡易的吞嚥測試，於30秒內吞嚥唾液三次即為過關，吞嚥次數的計算要以喉上抬為準。

2. 改良式喝水試驗(Modified Water Swallowing Test, MWST)

由日本的吞嚥照護系統所開發[14]。將3-4ml冷水以空針筒注入受試者的口腔底部，讓患者吞嚥並進行評分。1分為沒有吞嚥並出現嗆咳和/或呼吸變化，2分為有吞嚥但發生呼吸變化，3分為有吞嚥但出現嗆咳或濕囉音，4分為有吞嚥且無嗆咳、呼吸變化與濕囉音，5分為4分的狀況且能在30秒內繼續進行兩次吞嚥。若沒有吞嚥、吐出食物或是沒有反應則為無法計分。一般來說會進行三次重複的測驗，並以分數最低的一次做為評分結果。評估過程中，可以漸次將液體的濃稠程度由濃稠調整至稀釋。藉由觀察吞嚥後的反應決定吞嚥障礙的程度。

護理師Nishimura等人[15]結合RSST、MWST 與食物吞嚥測試建立吞嚥障礙嚴重等級 (Dysphagia Severity Scale, DSS)[16]的評

分系統（表一），將吞嚥障礙分為七個等級並給予相對應的飲食照護建議。此一評分系統是為了在無法提供影像學檢查的照護情境，諸如居家護理與長照機構中，仍能進行準確的吞嚥評估並提供照護建議而開發，因其實用性，在臺灣也被廣泛應用。

3. Gugging Swallowing Screen(GUSS)

由澳洲的神經內科系統開發[17]，常用於急性腦中風患者的床邊吞嚥篩檢工具。分為兩階段，第一階段是初步評估，觀察意識狀態、自主咳嗽、吞口水能力、是否出現流涎以及聲音改變，一個項目一分，滿分五分則可以進行第二階段。第二階段是直接吞嚥試驗，患者會接受三種質地食物的吞嚥測試：半固體、液體及固體，並評估是否出現吞嚥延遲、嗆咳、流涎、濕囉音，每個項目達滿分才可以進行下一種質地的測試。總分為20分，並依據0-9、10-14、15-19、20分，區分為四個等級給予不同的飲食建議。此一評分系統十分完整，在急性腦中風以外的照護場域以及許多吞嚥障礙的研究中常被使用。在臺灣也找得到由王秋鈴、李念白翻譯，並驗證過其信效度之繁體中文版本(Gugging Swallowing Screen-Taiwan version, GUSS-T)[18]。

轉介影像學檢查

對於床邊篩檢未通過或具有高風險特徵的病人，videofluoroscopic swallowing

表一　嚥障礙嚴重等級(Dysphagia Severity Scale, DSS)

DSS 等級	定義	飲食與治療建議
7 正常範圍(Within normal limits)	無吞嚥障礙症狀。	普通飲食。
6 極輕微問題(Minimum problems)	有些微吞嚥障礙症狀，但不需要復健或運動訓練。	軟飯與軟質食物。必要時進行直接治療。
5 口腔期問題(Oral problems)	在進食前期(pre-oral)或口腔期有顯著症狀，但無誤吸現象。	軟飯、軟質食物或糊狀食物。可在醫院或居家進行直接治療。
4 偶發性誤吸(Occasional aspiration)	可能有誤吸現象，或因咽部殘留而懷疑有誤吸。	吞嚥障礙飲食、普通飲食或使用間歇性口腔置管。可在醫院或居家進行直接治療。
3 水分誤吸(Water aspiration)	對稀薄液體產生誤吸；改變食物稠度（質地）有效。	吞嚥障礙飲食、濃稠液體或使用間歇性口腔置管。可在醫院或居家進行直接治療。
2 食物誤吸(Food aspiration)	食物誤吸，且代償技巧或改變食物稠度皆無效。	管灌飲食或胃造廔。於專業醫療機構進行直接治療。
1 唾液誤吸(Saliva aspiration)	因嚴重的唾液誤吸導致醫療狀況不穩定。	管灌飲食或胃造廔。難以進行直接治療。

study(VFSS)與 fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing(FEES)被視為評估誤吸風險及其潛在生理機轉缺損的黃金標準。除了VFSS與FEES，超音波檢查正逐漸成為一種非侵入性、可攜式的輔助工具，可用於評估與吞嚥相關的肌肉及氣道結構，特別有助於診斷高齡者或重症病人中的肌少症性吞嚥障礙。在臨床上，常見轉介理由包括：反覆肺炎但床邊評估無明顯嗆咳、懷疑特定體位或稠度才會吸入、需評估咽部殘留與清除能力、或需評估復健策略是否有效。對長照或居家病人，儀器檢查資源可能受限，此時更需要以標準化床邊評估、嚴謹的停止規則與持續監測來降低風險。

追蹤與再評估

吞嚥狀態可能因感染、藥物、疲勞、睡眠、疼痛、情緒與疾病進展而改變。若出現嗆咳次數增加、用餐時間變長、食量下降、近期發燒或肺炎、體重下降、尿量減少、照護者更換或場域轉換（出院回家、入住機構）等情形，則應重新評估。臥床病人的吞嚥照護若沒有追蹤，就容易在「當時可行」的方案下持續使用，忽略病情惡化或改善帶來的需要調整。

國際吞嚥障礙飲食標準指引(International Dysphagia Diet Standardisation Initiative, IDDSI)

發展緣起

過去，各地隨著照護的需求而發展出了不同的飲食質地檢測與分級方式，如美國的國家吞嚥障礙飲食(National Dysphagia Diet:Standardization for Optimal Care, NDD)和日本的以精密儀器去檢測食物的嚥下調整食學會分類2013(The Japanese Society of Dysphagia Rehabilitation 2013, JSDR 2013)，卻未能有一個可互通、有明確定義、且能夠簡易又準確地檢測的方式。IDDSI於2013年由一群來自不同專業的國際志願者小組（包括語言治療師、營養師、食品科學家等）成立，旨在為全球不同年齡層、照護場域及文化的吞嚥障礙患者，建立一套統一的術語和定義，解決過去各國對於「糊狀」或「濃稠度」描述不一的問題，從而提升患者的安全，並促進溝通與研究。這套框架於2017年發布[19]，並在2019年更新，目前已成為全球臨床及長照場域的重要規範。

標準檢測方法

IDDSI發展出一套簡易且客觀的檢測方法，讓醫療人員或照護者無需昂貴儀器即可執行。

針對第0-3級的飲品與液體，主要使用「針筒流動測試(Flow Test)」。此測試使用特定的10毫升滑鎖針筒，測試時需除去針筒活塞，用手指抵住漏嘴注入10毫升液體，移除手指讓液體流動10秒後立即按住，觀察針筒內殘留的樣本量來判定等級。測試使用的標準針筒刻度0至10毫升之間的長度必須剛好為61.5毫米，部分標註為10毫升但實際容量達12毫升的針筒，會導致流速量測結果不準確，因此測試前務必檢查長度是否符合61.5毫米的規範。

針對第3-6級的食物，則採用「餐叉滴漏測試」、「湯匙傾側測試」、「餐叉壓力測

試」，以及替代性的「湯匙壓力測試」。

餐叉滴漏測試主要用於區分第3級（流質）與第4級（糊狀）食物，其測試方法為將樣本放在餐叉上，第3級的食物會緩慢流過或滴下餐叉縫隙，而第4級食物能堆疊在餐叉上並保持形狀，雖然少量食物可能從縫隙流出形成「尾巴」狀，但不會持續流下或滴落。

湯匙側傾測試主要用於評估第4級食物的黏稠度與凝結力，確保食糰不會過於濕粘而殘留在喉嚨。

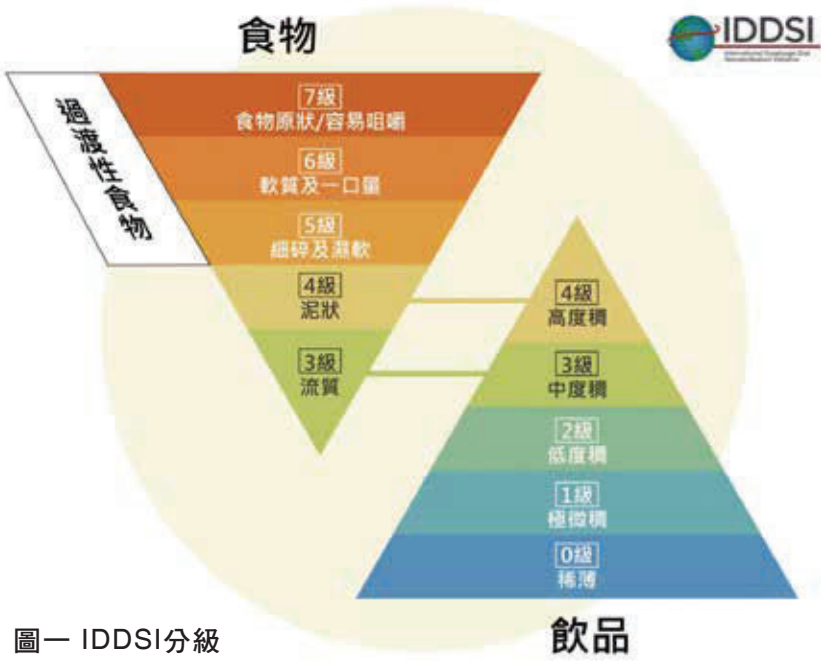
餐叉壓力測試用於評估第5級（細碎及濕軟）以上的食物以及過渡性食物的硬度。測試方法為將餐叉按壓在食物樣本上，拇指放在餐叉凹陷處用力向下壓，直到拇指指甲明顯發白，此時施加的壓力約為17千帕，相當於正常吞嚥時舌頭產生的壓力。第5級的食物會被輕易分開，第6級（軟質及一口量）食物受壓後應會被壓扁及改變形狀，且當餐叉移開後，食物不會恢復原狀。湯匙壓力測試是餐叉壓力測試的替代作法，由於世界上部分地區並不習慣使用餐叉，IDDSI規定可以用湯匙底部來替代餐叉進行壓力測試。

餐叉需使用標準金屬餐叉，其齒縫間的距離約為4毫米，這剛好是第5級（細碎及濕軟）食物顆粒的上限標準（模擬成人咀嚼後的顆粒大小），而標準餐叉前端尖端處的總寬度約為15毫米，這符合第6級（軟質及一口量）食物的最大顆粒尺寸，以確保食物體積小於平均成人氣管直徑，降低窒息風險。

今依據 IDDSI 標準將的食物各分級整理如圖一及表二。

過渡性食物(Transitional Foods)

IDDSI引入過渡性食物的概念：原本是堅實固體，但在改變溫度或加入水分/唾液後，便可以用舌頭弄碎這些食物，可用於咀嚼技巧的發展訓練或復康治療（例如：訓練兒童及發育障礙人士學習咀嚼；或用於中風後的咀嚼功能復康訓練）。測試方式為取拇指指甲大小的食物樣本（1.5厘米x1.5厘米），加入1毫升的水並等候一分鐘再進行餐叉壓力測試，可壓扁散開，當餐叉移開後，不能回復原有型態。食物舉例如冰塊、雪糕、威化餅、米餅等。



圖一 IDDSI分級

表二 IDDSI分級簡表（整理自完整IDDSI框架及詳細定義2.0）

等級	質地與特色	檢測判定標準
Level 0 稀薄	如水般的流動性，可透過吸管飲用。	針筒測試：10秒後完全流光
Level 1 極微稠	比水稍微稠一點，用於嬰兒或口部協調較差者。	針筒測試：10秒後殘留1-4毫升
Level 2 低度稠	有流動性，傾倒時會滴落，透過吸管飲用需稍用力。用於舌頭控制稍弱的人。	針筒測試：10秒後殘留4-8毫升
Level 3 中度稠/流質	可用杯子飲用或用匙羹吃；餐叉上無法成堆，會流過縫隙。質地順滑，沒有「顆粒」（如團塊、纖維、硬殼、種子或果實的外殼/皮、軟骨或碎骨）。	針筒測試：殘留>8毫升 餐叉滴漏：呈團狀緩慢滴下 湯匙傾側：傾斜時會輕易流出，不會黏附湯匙
Level 4 高度稠/糊狀	無流動性，不需咀嚼。樣本能堆疊在餐叉上，維持形狀。適用於咀嚼及吞嚥時有疼痛感的人。	餐叉滴漏：在餐叉上可堆成形，不會持續流下或滴落 湯匙傾側：整團滑落，不黏匙
Level 5 細碎及濕軟	質地濕潤，食物顆粒極小（成人4-15mm / 兒童2-8mm），不須咬合，僅靠舌頭力量就能分散此質地食物中的細軟顆粒。	餐叉壓力：食物會輕易被分開，並且穿過餐叉縫隙 餐叉滴漏：能堆立成形或堆在餐叉上 湯匙傾側：輕易滑落，並且只會在匙羹留下極少量食物殘留
Level 6 軟質及一口量	柔軟濕潤的固體塊狀，成人不大於1.5cm/兒童不大於8mm，不需用餐刀切開，但吞嚥前需要咀嚼。	餐叉壓力：以餐叉側面即可將食物切斷，按壓後不會恢復原狀 湯匙壓力：以湯匙側面即可將食物切斷，按壓後不會恢復原狀
Level 7 EC容易咀嚼*	沒有限制食物大小及質地，可包括混和質地的食物或液體。需要兼備咬合、咀嚼軟類食物的能力與口肌耐力。	餐叉壓力：以餐叉側面即可將食物切斷，按壓後不會恢復原狀 湯匙壓力：以湯匙側面即可將食物切斷，按壓後不會恢復原狀
Level 7 食物原狀	一般食物，質地無限制，包含各種軟硬度與混合質地。口腔的協調能力需能夠安全地吐出不能吞嚥的骨頭或軟骨。	不適用
* level 7 EC(easy to chew)是2019年發布的2.0版本加入的項目。		

分級飲食仍須留意之風險

使用IDDSI分級照護吞嚥障礙患者時，須特別留意「混合質地」與「看起來糊狀，但其實會離水/結塊」的高風險食物，例如稀飯配湯、果粒/纖維、帶皮果肉、乾鬆碎屑（餅乾）、黏性年糕、海帶芽等食物。另外於添加增稠粉時，須避免因不同液體（牛奶/果汁/湯）之增稠表現不同、攪拌不足而形成粉團，增加嗆咳風險。

除此之外，還須留意總熱量與蛋白質是否攝取充足，特別是在使用等級較低食物的長者。對於臥床的長者，建議每日熱量攝取仍應有每公斤25大卡，蛋白質則是每公斤1公克[20]。並以「最小必要限制」為原則：在可接受的安全範圍內，盡量維持病人可享受與可持續的質地；同時以營養補充策略（例如高能量點心、分次補充、必要時管灌）來避免營養不良。患者的吞嚥能力會隨病況（如中風恢復期或失智症惡化）、疲勞程度或藥物副作用而變動，因此需定期評估與動態調整，以符合當下的吞嚥狀況並提供最適的營養供給。

照護者訓練

核心能力

訓練吞嚥障礙患者的照顧者是一項跨專業的長期任務，應涵蓋風險辨識、食物製備、進食技巧及衛生管理四大範疇。

首先是風險辨識。照護者應學會觀察進食過程中的異常徵兆，例如每一口食物是否需反覆吞嚥三至四次才能清空、食物入口後是否遲遲未啟動吞嚥，或是有殘留於口腔、流出嘴邊的現象。此外也必須警覺呼吸與聲音的變化，如進食中的嗆咳、頻繁清喉嚨，或是餐後出現沙啞或帶有咕嚕聲的「濕囉音」。此外，若患者出現不明原因的反覆發燒或上呼吸道感染，亦是應該要進行吞嚥評估的明確警訊。

其次，在食物製備方面，照護者需掌握質地調整的技巧，包括挑選軟嫩部位、透過長時間燉煮或打泥來改善質地、正確使用增稠劑。照護者必須具備操作IDDSI分級測試的能力，能運用針筒流動測試、餐叉壓力測試及湯匙傾側測試，這樣一來分級作為溝通橋梁的意義才能落實在照護中。

在進食操作上，應能了解並應用各項代償技巧。患者應維持坐立90度的挺直姿勢進食，照護者需使用小湯匙採取小份量餵食，並配合患者控制進食速度。針對特定功能的缺損，可引導患者採取「下巴下壓」(Chin-tuck)或頭部轉向患側的技巧，以物理性原理減少誤吸風險。每一口吞嚥完成後，應鼓勵患者清喉嚨或咳嗽一次以清潔氣道；餐後則須保持直立坐姿至少30分鐘，預防食物逆流。特別需注意的是，吸管會造成液體流速過快或一次吸進超過所能吞嚥的量而引發嗆咳，臨床上並不建議吞嚥障礙患者使用吸管。

最後，衛生管理是預防併發症的關鍵。維持口腔清潔能減少口腔病原菌，為一經濟有效的預防吸入性肺炎之方法。

教學與回饋

訓練過程中最重要的是示範與回覆示範

(teach-back)。先由專業者講解並示範，再由照護者實際操作並給予回饋。可追蹤嗆咳事件頻率、疑似吸入性肺炎就醫次數、體重、尿量等指標作為再評估與訓練需求之訊號。

結論

總結而言，臥床病人的吞嚥障礙並非單一症狀，而是牽動感染風險、營養狀態、住院預後、死亡率與生活品質的關鍵議題。要落實優質的吞嚥照護，標準化與動態評估是兩大核心：

- 標準化：透過IDDSI的測試與分級，為患者提供最客觀也符合需求的食物質地，讓照護者與專業者溝通無礙。在確保安全的同時，依循「最小必要限制」原則維護營養攝取與進食樂趣。
- 動態評估：留意嗆咳、濕囉音等警訊，結合專業床邊評估工具（如MWST或GUSS），並根據患者病情變化或疲勞程度進行定期再評估。

同時，照護者的實務訓練與持續追蹤更是成敗關鍵。唯有跨專業合作、動態評估與教育並行，方能真正降低吸入性肺炎與失能惡化風險，提升臥床病人的整體照護品質與尊嚴。

參考文獻

1. S Thiyagalingam, AE Kulinski, B Thorsteinsdottir, et al: Dysphagia in Older Adults. Mayo Clin Proc 2021; 96(2): 488-97.
2. MA Crary, JL Humphrey, G Carnaby-Mann, et al: Dysphagia, nutrition, and hydration in ischemic stroke patients at admission and discharge from acute care. Dysphagia 2013 Mar; 28(1): 69-76.
3. E Brogan, C Langdon, K Brookes, et al: Can't swallow, can't transfer, can't toilet: factors predicting infections in the first week post stroke. J Clin Neurosci 2015 Jan; 22(1): 92-7.
4. KW Altman, GP Yu, SD Schaefer：Consequence of dysphagia in the hospitalized patient: impact on prognosis and hospital resources. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2010; 136(8): 784–9.
5. B Lee, MH Jang, YB Shin, et al: A Pilot Study of a Modified Swallowing Screening Tool for Critically Ill Patients in the Intensive Care Unit. Dysphagia 2025; 40: 861-8.
6. PP Zhang, Y Yuan, DZ Lu, et al: Diagnostic Accuracy of the Eating Assessment Tool-10 (EAT-10) in Screening Dysphagia: A Systematic Review and Meta-Analysis. Dysphagia 2023; 38: 145–58.
7. R Wirth, R Dziewas, A M Beck, et al: Oropharyngeal dysphagia in older persons-from pathophysiology to adequate intervention: a review and summary of an international expert meeting. Clin Interv Aging 2016 Feb 23; 11: 189-208.
8. JM Wilkinson, DC Codipilly, RP Wilfahrt:

Dysphagia Evaluation and Collaborative Management. Am Fam Physician 2021; 103(12): 738-46.

9. PC Belafsky, DA Mouadeb, CJ Rees, et al: Validity and reliability of the eating assessment tool (EAT-10). Ann Otol Rhinol Laryngol. 2008; 117(12): 919–24.
10. R Okuma, I Fujishima, C Kojima, et al: Development of a questionnaire to screen dysphagia. Jpn J Dysphagia Rehabil 6: 3-8, 2002.
11. M Nakano, C Shinohara, H Nakae, et al: A revised version of the Seirei Swallowing Questionnaire for people with cognitive decline (Swallow-10). J Med Invest 2023; 70(1.2): 231-5.
12. KL Wallace, S Middleton, IJ Cook：Development and validation of a self-report symptom inventory to assess the severity of oral-pharyngeal dysphagia. Gastroenterology 2000 Apr; 118(4): 678-87.
13. BJ Heijnen, R Speyer, M Bülow, et al： 'What about swallowing?' Diagnostic performance of daily clinical practice compared with the Eating Assessment Tool-10. Dysphagia. 2016;31(2): 214-22.
14. Kamakura Y. Team approach —Certified nurse of dysphagia nursing and its role—. MB Med Reha 2011; 136: 73-7. Japanese.
15. Kazuko Nishimura, Hitoshi Kagaya, Seiko Shibata, et al: Accuracy of Dysphagia Severity Scale rating without using videoendoscopic evaluation of swallowing. Japanese Journal of Comprehensive Rehabilitation Science 6；2016: 124-8.
16. Baba M, Saitoh E. Indication of dysphagia rehabilitation. Rinsho Reha 2000; 9: 857-63. Japanese.
17. M Trapl, P Enderle, M Nowotny, et al: Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the Gugging Swallowing Screen. Stroke 2007 Nov; 38(11): 2948-52.
18. 李念白：臺灣版古金吞嚥篩檢量表之信度、效度及篩檢準確度研究。碩士論文，臺北市立大學特殊教育學系碩士班語言治療組，2025。
19. JA Cichero, P Lam, C Steele, et al: Development of International Terminology and Definitions for Texture-Modified Foods and Thickened Fluids Used in Dysphagia Management: The IDDSI Framework. Dysphagia 2017; 32(2): 293–314.
20. AJ Cruz-Jentoft, D Volkert: Malnutrition in Older Adults. N Engl J Med 2025; 392(22): 2244-55.

處方箋上的童書：以臨床與公共衛生整合模式推動臺北市幼兒發展之親子共讀

[1]臺北市立聯合醫院婦幼院區小兒科 [2]心田民生診所 [3]仁禾診所
王中豪[1] 方麗容[1] 詹前俊[2] 洪德仁[3]

前言

在兒童發展的關鍵黃金期，語言、認知與情緒的奠基往往發生於生命最初的數年之中。大量研究已證實，早期經驗不僅影響大腦神經連結的形成，更深遠地左右一生的學習能力與心理健康[1]。然而，現代社會中家庭結構變遷、教養壓力增加與數位媒體普及，使得親子互動時間逐漸被壓縮，兒童語言刺激不足與發展落差的問題亦日益受到關注。

在此背景下，「親子共讀」不僅是一項閱讀活動，更是一種具備高度發展效益的早期介入策略。透過日常且有品質的共讀互動，家長能在自然情境中提供語言刺激、情感連結與安全依附，進而促進兒童整體發展。美國兒科醫學界早已將閱讀推廣納入基層醫療的重要一環，強調在兒童健康照護過程中，醫師應主動提供閱讀指導與書籍資源，作為促進發展的重要「處方」[2]。台灣亦逐步意識到醫療體系在促進兒童發展上的關鍵角色。當基層門診與兒科醫療不再僅止於疾病診療，而能延伸至發展促進與家庭支持，「處方箋上的童書」便成為一種創新的公共衛生實踐。從診間的一本書開始，串聯家庭、醫療與社區資源，親子共讀逐漸發展為一項跨領域、跨系統的整合性行動。

本文將從臨床實務出發，回顧親子共讀如何融入台灣醫療體系的發展歷程，並進一步闡述台北市醫師公會如何扮演推動核心，攜手醫療院所與政府部門，逐步建構出親子共讀的全方位推廣藍圖。期望透過此一經驗分享，喚起更多醫界與社會大眾的關注與參與，讓閱讀成為促進兒童健康發展的重要處方，並共同邁向更健康、幸福的未來。

親子共讀推廣融入台灣醫療的起源

親子共讀納入醫療體系的理念，最早可追溯至美國於1989年由兒科醫師所發起的「Reach Out and Read(ROR)」計畫[3]。該計畫由兒科醫師在例行健康檢查中，主動提供適齡童書並指導家長進行親子共讀，將閱讀推廣視為促進兒童發展的重要介入策略。此一模式強調醫療體系不僅關注疾病治療，更應積極介入影響兒童健康的社會決定因子，包括家庭互動、語言刺激與早期學習環境。

此一以臨床為基礎的閱讀推廣模式，逐步擴展至全球多個國家，並於台灣萌芽發展。早在2003年，花蓮陳麗雲醫師為了改造社區與家庭教育，早期便在花蓮山地鄉推廣家庭閱讀。她自籌費用以「行動圖書車」駐點，將閱讀帶入偏鄉家庭的照護計畫中，是台灣醫療介入閱讀推廣的先驅[4]。從2007年開始，宜蘭吳淑娟醫師參考美國已推行多年的ROR方案，在健兒門診教導父母與孩子進行親子共讀，以「共讀為醫囑，童書為處方」，並將成效寫成論文發表在台灣醫誌[5]，吳醫師的門診經驗證實，在原本沒有親子共讀觀念的台灣家庭，由醫療人員介入推廣親子共讀，也能改變家長親子共讀的觀念，提高家庭親子共讀的頻率。約自2010年代中期起，台灣醫界開始引入相關理念，結合在地文化與醫療環境，推動「以醫療為基礎的親子共讀」。2015年台灣展臂閱讀協會的創立致力於偏鄉兒童早期閱讀推動、醫療人員的

培訓以及提供醫療據點書籍和候診閱讀空間硬體的支持[6]。臺灣兒科醫學會在2016年發表了聲明「儘早開始唸故事書給寶寶聽」，讓寶寶處於持續互動的情境中，可以刺激其語言的溝通、理解、情緒及社會適應等重要的能力，對幼兒腦部的發育非常重要[7]。在此過程中，台灣逐步發展出兼具臨床實務與公共衛生意涵的推廣模式，將親子共讀從單一醫療行為，轉化為跨專業合作的發展促進策略。醫師不再只是疾病的診治者，更成為家長教養的重要引導者與兒童發展的守門人。透過在例行健康檢查中導入閱讀元素，醫療體系得以接觸幾乎所有幼兒家庭，提供早期且普及的發展介入機會。

因此，親子共讀在台灣醫療體系中的興起，不僅是國際經驗的在地實踐，更代表醫療角色的轉型與延伸。從「看病」走向「促進發展」，從「治療疾病」邁向「預防問題」，親子共讀逐漸成為基層與兒科照護中不可或缺的一環，也為後續在台北市推動全方位親子共讀政策奠定了重要基礎。

醫師公會成為台北市親子共讀推廣的大力推手

(一) 播種發芽：成立台北市醫師公會親子共讀推動小組

為凝聚醫界對早期閱讀與兒童發展的共識，台北市醫師公會於2017年率先成立「親子共讀推動小組」，正式揭開醫療體系系統性推動親子共讀的序幕，展現醫界由疾病治療延伸至發展促進的前瞻轉型，並主動承擔公共健康倡議者的關鍵角色，成為台北市親子共讀推廣的重要引擎；在推動初期，醫師公會即積極與國際接軌，邀請美國波士頓兒童醫院ROR創辦人Barry Zuckerman教授來台交流，將國際實證經驗本土化，奠定專業發展基礎，同時透過辦理「臺北市醫療人員親子共讀培訓講座」，系統性培育兒科醫師與相關專業人員，將「讀書給孩子聽」轉化為可實踐的臨床行動，並逐步擴散至全國醫療網絡；在社會倡議方面，舉辦「醫起閱讀 共享幸福」記者會，攜手市府共同推動，使親子共讀從醫療專業議題躍升為公共關注焦點，點燃臺北市早期閱讀推廣的第一盞燈（圖一）。在臨床實踐上，公會進一步將親子共讀納入兒童預防保健門診，結合醫護人員的衛教影響力，於預防接種及門診過程中主動向家長提供閱讀指導，並串聯台北長庚、馬偕紀念醫院及臺北市立聯合醫院等多家院所，提供適齡童書、設置閱讀環境及發放閱讀禮袋，使診間成為家庭接觸閱讀的起點。此外，公會於2021年推出0–3歲分齡親子共讀衛教單並錄製系列影片[8]，示範閱讀技巧並整理常見問題，除提供各醫院診所推廣使用，並由衛生局及社會局廣發至幼兒園、月子中心及親子館，協助家長自嬰兒出生即能展開高品質共讀，成效卓著（圖二）。透過制度建立、專業培力、臨床導入與社會倡議的多軌並進，台北市醫師公會成功打造「以臨床為基礎」的親子共讀推廣模式，從播種到發芽，不僅成為台北市親子共讀最關鍵的推手，更以其整合力與行動力確立在全國醫界的領航地位。



2018.7.29 台北市醫師公會於臺北市立聯合醫院舉辦台北市醫療人員親子共讀培訓講座



2019.1.19 台北市醫師公會於新光醫院舉辦親子共讀培訓暨健康素養促進研討會



2021.4.1 台北市醫師公會召開親子共讀衛教影片推廣記者會



2024.8.25 台北市醫師公會於臺北市立動物園設置「大手牽小手-醫起親子共讀」攤位

圖一　台北市醫師公會推廣親子共讀歷年活動剪影



圖二　親子共讀宣導文宣

(二) 開枝散葉：陪伴臺北市立聯合醫院建立親子共讀全方位推廣體系

在台北市醫師公會的引領與持續支持下，親子共讀由理念倡議逐步邁向制度化實踐，並以臺北市立聯合醫院為核心示範場域，發展出具系統性與可複製性的全方位推廣體系，成功將閱讀推廣深植於醫療流程與家庭生活之中[9]；此一體系以「從出生開始」為核心理念，首先於嬰兒室即導入親子共讀衛教，由醫護人員在

新生兒出院前提供閱讀指導並發放閱讀禮袋，將童書、導讀手冊與衛教資訊一併交付家庭，使閱讀成為新手父母育兒歷程的起點，進而延伸至門診與候診場域，透過設置親子友善閱讀空間與培訓閱讀志工，在候診過程中即時示範共讀技巧，轉化原本焦慮的醫療等待情境為溫暖且具教育意義的親子互動時刻；同時，醫院進一步建構多層次的親職支持系統，包含辦理親子共讀講座與推廣教育活動，系統性傳遞0至6歲兒童發展知識、選書原則與對話式共讀技巧，並設立全國首創之「親子共讀諮詢衛教門診」，由醫師於臨床中提供個別化的親職教養與發展指導，特別針對發展遲緩、弱勢與高風險家庭，整合醫療、心理與社會資源，避免在等待早療期間錯失黃金介入時機；此外，透過親子共讀工作坊與連續性營隊課程，由跨專業團隊（兒科醫師、語言治療師、職能治療師及臨床心理師）帶領家長實作練習，從選書、說故事技巧到語言刺激策略，逐步強化家庭共讀能力，並將閱讀融入日常生活情境中，深化親子關係與家庭功能；更進一步結合「我的優勢卡」理念，將以優勢為導向的兒童發展觀念融入共讀活動，透過引導孩子表達自身特質與需求，提升其自我覺察、語言表達與社會參與能力，翻轉傳統以缺損為中心的療育模式[10]。整體而言，此一以臺北市立聯合醫院為核心的推廣體系，透過嬰兒室、門診、候診區到社區延伸的多點介入，結合衛教、空間、課程與資源發放等多元策略，不僅大幅提升家長嬰幼兒閱讀的重視與實踐率，更成功將醫療場域轉化為促進兒童發展與家庭賦能的重要平台，而台北市醫師公會在其中持續扮演策略引導、資源整合與專業支持的關鍵角色，使此一模式得以開枝散葉，成為台灣醫界推動親子共讀最具代表性的典範。

(三) 開花結果：民間與政府協力，打造臺北市親子共讀全方位推廣藍圖

在台北市醫師公會長期倡議與臺北市立聯合醫院臨床實踐的基礎上，於2026年親子共讀推廣進一步邁入跨局處整合與政策化發展階段（圖三），透過民間與政府協力合作，逐步建構出臺北市具系統性、分層分流且可永續運作的全方位推廣藍圖；此一藍圖以「一般預防、教養支持、醫療精準介入」三層分流為核心架構，整合市立圖書館、親子館、家庭教育中心、社區心理衛生中心及醫療體系等多元場域，形成從社區宣導、親職培力到醫療介入與早療轉介的完整兒童發展支持網絡，使親子共讀不再侷限於單一機構或活動，而成為貫穿家庭、社區與醫療體系的公共政策行動；在此架構下，一般家庭可於圖書館與親子館透過常態講座與示範活動建立共讀習慣，中度需求家庭則透過家庭教育中心與心理衛生中心的主題式工作坊，學習以繪本進行情緒教養與親子溝通，而對於發展遲緩、注意力不足或高風險幼兒，則由醫療端提供個別化「閱讀處方」，結合專業評估、門診介入與密集營隊課程，達到早期辨識與精準支持的目標；同時，透過早療通報轉介中心與育兒資源暨培力中心的串聯，



圖三　臺北市全方位親子共讀推廣藍圖

建立標準化轉介與追蹤機制，確保高風險家庭能夠即時銜接所需資源，降低服務斷裂與流失風險，進一步落實醫療平權與社會支持；此一跨領域合作模式，不僅有效提升家長親子共讀頻率與品質，亦能在早期即辨識語言遲緩、情緒調節困難與親職壓力等問題，從「後端補救」轉向「前端預防」，大幅降低未來特教、醫療與社福體系的長期負擔；更重要的是，透過醫師公會的持續推動與政策倡議，成功促成醫界、教育體系與社政單位的深度協作，使臺北市逐步建立起以家庭為核心、以閱讀為媒介、以發展為導向的兒童支持系統，讓「一本書」成為連結醫療、教育與社會資源的關鍵載體，最終實現打造兒童早期發展防護網的城市願景。

結語

回顧「處方箋上的童書」在臺北市的推動歷程，從診間的一句提醒、一冊童書的遞出，到串聯醫療、家庭與社區資源的全方位推廣體系，這不僅是一項閱讀運動，更是一場醫療典範的轉變與公共健康實踐的深化；台北市醫師公會以其專業影響力與組織動能，帶領醫界從疾病照護走向發展促進，從個別臨床實踐走向跨系統整合，讓閱讀成為兒童成長最溫柔卻最有力量的處方，並在無聲之中改變家庭互

動、縮短發展落差、提升社會整體健康素養，這樣的改變，或許不若藥物立竿見影，卻能在歲月中累積出深遠而持久的影響；當一位醫師在門診中願意多花一分鐘與家長談閱讀，當一個家庭在忙碌生活中願意每天多留十分鐘與孩子共讀，這些看似微小的行動，正悄然構築起孩子語言、情感與認知發展的堅實基礎，也為社會孕育出更有能力面對未來的下一代；展望未來，期待有更多醫療機構與醫師加入這項行動，讓親子共讀從臺北出發，擴展至全國，甚至成為台灣醫界的重要特色與國際典範，持續透過醫療、教育與社會的攜手合作，將閱讀的種子播撒至每一個家庭，讓每一位孩子都能在故事中被看見、被理解、被陪伴，最終在充滿愛與語言滋養的環境中，健康成長、自在發展，走向更幸福而有韌性的未來。

參考文獻

1. JS Hutton, T Horowitz-Kraus, AL Mendelsohn, et al: Home Reading Environment and Brain Activation in Preschool Children Listening to Stories. Pediatrics 2015; 136(3): 466-78.
2. PC High, P Klass: Literacy promotion: an essential component of primary care pediatric practice. Pediatrics 2014; 134(2): 404-9.
3. B Zuckerman, A Khandekar: Reach out and read: evidence based approach to promoting early child development. Curr Opin Pediatr 2010; 22(4): 539-44.
4. Available from: https://sinsiang.eoffering.org.tw/contents/text?id=38 Accessed April 23, 2026.
5. SC Wu, HC Lue, LL Tseng: A pediatric clinic-based approach to early literacy promotion-experience in a well-baby clinic in Taiwan. J Formos Med Assoc 2012; 111(5): 258-64.
6. Available from: https://rortaiwan.com/ Accessed April 23, 2026.
7. Available from: https://www.pediatr.org.tw/people/edu_info.asp?id=34 Accessed April 23, 2026.
8. Available from: https://www.youtube.com/playlist?list=PLO8taao3AvJn-qDhaEzrrh9EQAVQq_a4_ Accessed April 23, 2026.
9. CH Wang, PW Wang, LJ Fang, et al: The Effects of Promoting Parent-Child Shared Reading through a Hospital-Based Intervention on Early Childhood Language Development. Taipei City Medical Journal: An Excelling JUMP 2023; 20(3): 312-24.
10. HF Liao, YL Pan, PJ Wang, et al: Implementing My Abilities First for Children with Developmental Delays in Taiwan: A Strengths-Based, ICF-Informed Practice Report. Children (Basel) 2026; 13(3): 381.

肌少症致病機制與診治策略文獻的回顧與探討～兼論益生菌攝取所扮演輔助性治療的角色

宏恩綜合醫院 [1]內科 [2]家醫科暨消化系內科 [4]神經外科
[3]中國醫藥大學附設醫院台北分院復健科
譚健民[1,2] 王局文[3] 林恩能[4]

前言[1,2]

在臨床上，肌少症是指與年齡相關的進行性的病態現象，其中涉及自然老化、長期缺乏運動與活動伴隨久坐不起的生活方式，亦導源於肌肉細胞的慢性發炎反應、長期營養不良甚至蛋白質與維他命D攝取不足的因素，再加上合成代謝激素如睪固酮(testosterone)與生長激素降低等多方面的因素，不僅加速肌肉在值與量的異常流失與變異，並因而逐漸導致骨骼肌質量、肌肉力量與功能的衰退，最終導致老人日常生活行動、活動與能量的下降、身體虛弱、頻繁跌倒風險增加，生活品質下降更因而導致死亡率的增加。

肌少症罹患率隨著年齡的增長而有逐漸增加的趨勢，通常始於50歲左右。老人盛行率估計為10-27%，從60歲以下人口群的10-27%上升到80歲以上人口群的11-50%盛行率。在某些特定地區的肌少症個案的研究中，亦發現肌少症盛行率各有所不同，如中國老人口群為14%，韓國為11.4-14.9%，日本則為10%，而在台灣的老年族群中的肌少症盛行率約在3.9-15.7%之間。

在採用亞洲肌少症工作小組(Asian Sarcopenia Working Group, AWGS)在2019年對肌少症的研究報告中，指出肌少症盛行率約在2.8-5.4%之間。由流行病學研究亦顯示，超過90%的65歲以上的成年人中至少罹患有一種慢性疾病，也更加罹患肌少症的風險。此外，糖尿病患者的肌少症盛行率高達18%，而在某些特定癌症族群中，特別是晚期癌症或胃腸道癌症患者其肌少症的盛行率可高達66-71%。因此，在臨床工作上肌少症的確是一種不容忽視的鑑別診斷。

肌少症的臨床診斷

肌少症常見症狀包括有明顯肌肉無力、體力下降而導致平衡能力受損甚至出現頻繁跌倒的險象。此外，某些較嚴重肌少症患者會難以完成日常活動如舉起重物、爬樓梯或從椅子上站起來。基本上，肌少症本身是一種進行性骨骼肌疾病，其臨床診斷主要依賴評估肌肉力量下降，並透過肌肉量/品質降低與體能下降而得以來確診。歐洲老年肌少症工作小組(European Working Group on Sarcopenia in Older Adults, EWGSOP2)於2018年更新臨床肌少症定義，其中強調以低肌力作為診斷核心的考量，不僅考慮其肌肉量的喪失，更關注肌肉功能如握力與身體效能如行走速度的評估。此標準旨在能夠及早發現並積極介入肌少症診斷與治療，從而改善高齡化社會肌少症患者所衍生併發症的問題。

南亞區域合作聯盟(South Asian Association for Regional Cooperation, SAARC)提供一份經過驗證的5項肌少症的自評問卷，旨在透過評估力量、步行、從椅子上站起、爬樓梯與跌倒等能力，來快速篩檢出肌少症的存在。每項指標得分0-2分（總分0-10分），總分≧4分表示肌少症風險較高，亦顯示較差的身體活動機能。sarc-calf問卷內容主要包括有1.力量(Strengths)是否能舉起4.5-5公斤的重物。2.需要行走輔助(Assistance in walking)。3.從椅子

上站起(Rise from a chair)的困難度。4. 爬10個樓梯的難度。5. 跌倒史(History of Falls)如過去一年中跌倒的次數如0次、1-3次或4次以上。

SARC-F的評分與解讀如下：總分為0-10分，其中0分最佳，而以10分最差，得分較高則顯示極有可能罹患肌少症。EWGSOP2共識建議使用SARC-F問卷進行篩檢，隨後進行肌力測試如男性握力<27Kg，女性握力<16kg與透過雙能量X射線吸收法(Dual-energy X-ray Absorptiometry, DXA)或生物電阻抗分析法(Bioelectrical impedance analysis, BIA)，來執行肌肉量的測試。

基本上，肌肉量如數量或品質的確認主要是經由DXA或BIA來制定做為評估肌少症患者肌肉量與功能的判定。四肢骨骼肌質量(Appendicular Skeletal Muscle Mass, ASM)偏低的臨界值為：男性20kg或女性15kg。身體機能嚴重程度評估如步速(Gait speed)≦0.8 m/s、簡易體能測試(Short Physical Performance Battery, SPPB)≦8或計時起立行走測試(Timed-Up and Go test, TUG)≧20秒。使用 SARC進行篩檢，主要是評估與測試肌肉力量是否不足，其中包括需要確認的項目如評估肌肉數量與其功能衰弱的嚴重程度。

肌少症的三個組成部分即力量下降、肌肉量減少與運動能力下降全部符合時，則可確認是肌少症，電腦斷層掃描測或核磁共振檢查等影像檢查可用於評估肌肉本身的密度。其中磁振造影利用強磁場產生軟組織、器官與關節的詳細影像，且無輻射傷害之虞。電腦斷層掃描則利用X光快速檢測骨折、內出血或腫瘤。具體選擇哪種檢查取決於病患當下的需求。

在此值得一提的是，2025年亞洲肌少症工作小組(AWGS)的新制Sarcopenia診治共識中，又進一步對2019年AWGS的標準內涵進行重大的革新與調整，其重點是使得肌少症患者能夠被臨床醫師甚至患者本身得以在早期週期性常規身體理學檢查流程中被早期確診，而能進一步即時接受醫療治療的干預。事實上，兩者共識的主要區別在於2019年AWGS從僅關注疾病的治療與預後，轉向將診斷重點放在疑似Sarcopenia患者本身固有肌肉健康狀態上，並將起始年齡從50歲起，而非先前的65歲以上人口群的廣泛Sarcopenia疾病的篩檢。

肌少症的鑑別診斷[3]

肌少症通常與慢性疾病、發炎性疾病甚至代謝性疾病有關，其主要伴隨的相關疾病有糖尿病、慢性阻塞性肺病(Chronic obstructive pulmonary disease, COPD)、慢性腎臟病、癌症、心臟衰竭、肝硬化、骨質疏鬆症、肥胖症甚至神經發生(neurogenesis)障礙有著密切的關聯，而其中的神經發生的障礙主要是導源於海馬體負責記憶的海馬體(hippocampus)與負責嗅球(olfactory bulb)的腦室下區等特定大腦區，而神經發生在學習、記憶與認知功能扮演著重要的角色。因此，肌少症與認知障礙風險明顯增加有著密切關聯，其認知障礙風險是正常人的兩倍以上。大約有1/3認知功能下降的老人同時伴隨著肌少症，其共同潛在的致病機

制包括有肌肉發炎反應、神經發生減少與血管功能障礙，因此早期發現對於預防肌少症也是很重要的。

肌少症的鑑別診斷不僅與年齡相關的肌肉流失與其他導致肌肉量與功能下降的疾病有關，因此在鑑別診斷中包括有區分與年齡相關的肌肉流失與其他原因所導致肌肉量、肌力量與身體機能下降原因，其中最需要考慮的病況包括有惡病體質(cachexia)伴隨慢性發炎疾病、營養不良與神經肌肉疾病如包涵體肌炎(inclusion body myositis)、肌肉萎縮側索硬化症(Amyotrophic Lateral Sclerosis, ALS)與強直性肌肉營養不良症(Myotonic Dystrophy)，這些疾病在65歲以上患者中常常與肌少症相類似症狀甚至同時伴隨著存在。

肌少症與肌細胞因子[4]

所謂肌肉細胞因子(Myocyte cytokines)是指由肌肉細胞在收縮、壓力或發炎反應時所產生與釋放的信號蛋白，其主要功能是作為調節新陳代謝、肌肉生長與免疫反應等作用。某些肌少症是由慢性發炎反應所導致的發炎細胞因子如白血球介素-6(Interleukin-6, IL-6)增加與肌細胞因子本身的鳶尾素功能(myogenic myocyte cytokine irisin)降低所衍生的疾病，不僅會導致肌纖維萎縮、肌肉生長遲緩甚至衍生神經肌肉接頭(Neuromuscular junction, NMJ)的退化。

基本上，NMJ本身是一種具有高度功效的突觸，其可連接運動神經元與骨骼肌纖維，並扮演著傳遞觸發肌肉收縮電訊的重要角色。NMJ以乙醯膽鹼(Acetylcholine)為主要的神經傳導物質，將神經衝動轉化為肌肉動作電位，進而達到行使肌肉固有的自主運動的目的。基本上，長期持續運動可以調整細胞激素能量與促進肌肉再生能力的重要作用機制。

上述所謂的鳶尾素(Irisin)是一種主要由骨骼肌在運動後所分泌的細胞激素(myogenic cytokine)，其主要作用是促進白色脂肪組織褐變、減少發炎反應與防止肌肉萎縮，由此促進骨骼肌肥大、衛星細胞活化與再生，同時減少蛋白質分解，而進一步透過刺激粒線體合成、增加葡萄糖攝取與減少氧化壓力來增強肌肉固有代謝作用的完整性。

在臨床上，肌少症是一種與年齡相關的肌肉質量與功能的喪失，其主要由於宿主所存在的慢性低度發炎反應所驅使，其中腫瘤壞死因子(Tumor necrosis factor, TNF-α)、白細胞介素-6(Interleukin-6, IL-6)與白細胞介素-8(Interleukin-8)等促炎細胞因子濃度異常升高，因而加速促進肌肉的分解代謝。這些細胞激素通常由免疫細胞與骨骼肌的肌細胞因子所產生的，並進一步損害肌肉蛋白質合成與增加分解速度。在老人而言，某些發炎細胞激素會破壞正常肌肉正常維護週期，進而降低肌肉再生的能力。

再者，慢性低度發炎會導致IL-6與TNF-α等細胞激素濃度的升高，這些細胞激素會破壞肌肉幹細胞功能並促進分解代謝途徑，從而損害肌肉的修復功能，而這種持續的發炎作用通常主要由巨噬細胞所驅動，而進一步阻礙有效

的組織再生，並使得肌少症於焉衍生了。

肌少症與自體免疫性疾病[5]

在臨床上，自體免疫疾病是指免疫系統錯誤的攻擊宿主的健康細胞，其中包括有類風濕性關節炎(Rheumatoid arthritis, RA)、全身性紅斑狼瘡(Systemic lupus erythematosus, SLE)、一型糖尿病、橋本甲狀腺炎(Hashimoto's thyroiditis)、多發性硬化症(Multiple sclerosis, MS)、乾癬、發炎性腸道疾病如克隆氏症/潰瘍性結腸炎與乾燥症，這些慢性疾病會導致全身發炎反應、疲勞與酸痛，亦促使肌少症的衍生。

肌少症是自體免疫疾病常見但亦常被漏診的繼發性合併症，發生與慢性全身性發炎、缺乏運動與藥物副作用有關。可能導致或加劇肌少症的藥物包括有皮質類固醇、GLP-1受體激動劑如奧美沙坦(Olmesartan)是一種血管緊張素II受體拮抗劑(angiotensin II receptor blocker, ARB)、他汀類藥物、雄性激素受體抑制劑、化療藥物與某些糖尿病藥物如二甲雙胍(Metformin)與Sodium-glucose cotransporter 2 (SGLT2)。

肌少症本身就會導致肌肉量、力量與運動能力下降，並進一步顯著影響肌少症患者的預後。臨床上，常伴隨肌少症的自體免疫性疾病尚包括有脊椎關節炎、系統性硬化症與全身性紅斑狼瘡，其盛行率各不相同如類風濕性關節炎患者的盛行率為10.1-45.1%，僵直性脊椎炎患者的盛行率高達25.7%，全身性紅斑狼瘡患者的盛行率也相當高約為2.7-12.9%，主要由於全身性紅斑狼瘡患者因疾病本身再加上皮質類固醇藥物服用，因而更容易面臨併發肌少症風險的危機。再者，雖然年齡也是一個風險因素，由於自體免疫疾病所帶來的異常發炎，使得自體免疫性肌少症更會影響年輕族群患者。

事實上，慢性發炎反應會導致肌肉纖維損傷與粒線體功能的障礙，而促發炎細胞激素(pro-inflammatory cytokines)如介白素-6(Interleukin-6, IL-6)與腫瘤壞死因子-α(Tumor Necrosis Factor-α)的衍生，更由此抑制肌肉蛋白質合成與促進其分解，如此更顯現出自體免疫疾病與肌少症的衍生有著不等程度的相互因果關係，這種自體免疫性肌少症更會導致明顯的全身虛弱與疲勞，甚至運動與活動能力的下降。

肌少症與類風濕關節炎[1,5,6]

風濕性關節炎患者發生肌少症的機率是一般人口群的2-3倍，而約有10%的紅斑狼瘡患者與高達15-20%的自體免疫疾病患者可能伴隨著肌少症的存在，其主要原因是由於慢性發炎反應、缺乏日常生活活動與長期使用糖皮質激素(Glucocorticoids)，而導致肌肉萎縮的副作用。基本上，類風濕性惡性體質伴隨肌少症更容易導致嚴重頻繁跌倒與肌骨功能衰退的風險如殘疾、生活品質下降、意外跌倒、骨質疏鬆與血脂異常。事實上，肌少症並非類風濕性關節炎的病因，而是其常見的併發症，與細胞激素-α(Cytokine-α)有著密切關聯，Cytokine-α通常指強效的促發炎因子(pro-inflammatory factors)，其中以腫瘤壞死因子-α(Tumor

necrosis factor-α, TNF-α)最具代表性。

肌少症與神經肌肉退化性疾病[7]

在臨床上，神經肌肉退化性疾病是一組透過損傷神經細胞或肌纖維，而導致進行性肌肉無力與萎縮的疾病，通常由基因突變或自體免疫疾病所引起的，其典型例子包括有ALS、脊髓性肌肉萎縮症(Spinal muscular atrophy, SMA)、肌肉營養不良症(Muscular dystrophy)與重症肌無力(Myasthenia gravis)，雖然這些神經肌肉退化性疾病通常是無法完全治癒的，但可以透過治療來緩解患者的臨床症狀與改善生活品質。此外，由於肌少症的診斷過程較為複雜，很可能亦是阿茲海默症(Alzheimer's disease, AD)患者預後不良的一個獨立預測因子。然而目前針對伴隨肌少症的AD患者的臨床特徵與生物標記方面的研究有限。

再者，肌少症更與神經肌肉退化性疾病如肌萎縮側索硬化症與巴金森氏症(Parkinson's disease)間存著不等程度的雙向因果關係，其主要是與年齡相關的NMJ逐漸衍生退化現象所致。基本上，NMJ損傷會導致神經支配肌肉功能的損失甚至喪失，進而導致肌纖維萎縮伴隨肌少症出現，而神經退化又再進一步加速肌肉本身的萎縮，從而形成一個惡性循環趨勢所致。總而言之，這種肌少症與神經肌肉退化性疾病的相互關係並非巧合，而是一種在結構與功能上所導致神經退化性疾病有著密切的關聯，而其中NMJ的功能障礙更扮演著重要的因果關係。

在老人嚴重肌少症可能與ALS等神經退化性疾病的症狀相類似或同時存在。由於肌少症通常是一個緩慢漸進的老化過程，而ALS相關的肌肉萎縮則會呈現迅速的進展，並且亦可能發生在年輕人身上，其主要導源於運動神經元的衰退甚至凋亡的直接因果關係。

肌少症與巴金森氏症

巴金森氏症與肌少症都是常見的與年齡相關的疾病，且常同時存在於患者身上。肌少症在巴金森氏症患者中特別常見，約有1/5巴金森氏症患者會出現嚴重的肌少症，而巴金森氏症患者罹患肌少症的機率大約是健康老人的3倍，其可高達50%而超過一般老人口群的盛行率。肌少症本身出現意外跌倒事故頻率亦比較頻繁，而其病程更為延長，使得巴金森氏症本身運動功能的嚴重損傷程度增加，而患者失能程度加重與生活品質下降有著密切的關係。再者，巴金森氏症本身的肌肉萎縮不僅與震顫、僵硬與運動障礙所導致的能量消耗增加有關，再加上同時亦常伴隨營養不良、發炎反應與潛在運動神經元的變化，由此更容易伴隨肌少症的典型病態。因此不難想像巴金森氏症患者罹患肌少症兩種疾病的互相伴隨更會加速運動功能的衰退，不僅增加患者的依賴性，並與意外跌倒與骨折風險增加有著密切的關聯。因此，在臨床上嚴重的巴金森氏症亦要進一步篩檢是否亦存有潛在肌少症的可能性。

肌少症與肌萎縮側索硬化症[3]

在ALS疾病中具有顯著肌少症重疊且進展迅速的病理特徵。ALS又稱漸凍症是一種進行性神經退化性疾病其通常在50-70歲之間發

病，此病會破壞控制隨意肌的運動神經元，並進一步導致嚴重的肌無力、癱瘓甚至呼吸衰竭。在臨床上，有5-10%個案具有家族遺傳性，但大多數病例為散發性，但其病因不明。

肌少症與ALS的主要區別在於疾病進展速度、對稱性與潛在病因。肌少症是一種與年齡相關的緩慢而對稱性肌肉量的減少。肌少症與ALS的根本區別在於肌少症是肌肉量緩慢、對稱且與年齡相關下降的病症，而ALS是一種快速進展、通常不對稱的神經退化性疾病，其更涉及運動神經元嚴重的喪失。肌少症是全身性的，而ALS通常是局部性，而且對呼吸肌肉的影響較為嚴重。ALS是一種快速、通常不對稱的神經退化性疾病，涉及下運動神經元與上運動神經元的傳導障礙，導致快速進展的肌肉無力與肌肉抽搐。肌少症通常是慢性疾病，而ALS則表現為一種快速進展的與疾病相關的肌少症，其運動神經元退化導致嚴重的肌肉萎縮。這兩種疾病皆涉及NMJ功能障礙、肌纖維聚集與代謝功能失衡互相影響，因此針對肌肉治療可能是這兩種疾病的潛在治療標靶所在。再者，識別ALS患者的肌少症是一項重要的預後指標，因為低體細胞質量指數(Body Cell Mass Index, BCMI)與握力下降等指標、呼吸功能下降與需要呼吸器支持有著密切關係。此外，在ALS患者疾病進展中，出現肌少症但呈現快速而不對稱的肌肉流失時，此時是ALS中一項常被忽視的獨立預後指標，而與疾病進展、營養狀況下降與生存期縮短有著密切的關係。此外，肌酸酐(creatinine)/胱抑素C (cystatin C)比率或稱為肌少症指數(Sarcopenia Index, SI)是一種有效而低成本的血清生物標記物檢測，可用於篩檢肌少症，再加上胸部電腦斷層掃描測量是評估這種肌肉流失的有效具體工具。在臨床上，肌少症的主要鑑別診斷包括有惡性體質如與發炎反應與慢性疾病、營養不良、虛弱與某些神經肌肉疾病有關。

肌少症與包涵體肌炎(Inclusion Body Myositis, IBM)

基本上，IBM是一種罕見、進展緩慢的退化性發炎性肌肉疾病，其主要影響50歲以上的成年人。IBM本身亦會導致慢性肌肉無力，尤其涉及股四頭肌、前臂屈肌與手部肌肉，在日常生活中常導致頻繁跌倒事件與運動靈活性下降。雖然通常不會危及生命，目前尚無治癒方法或標準治療方案，主要以支持性護理為主，使得緩解症狀並維持活動能力，但常造成嚴重殘疾，許多患者在5-10年內需要使用助行器或輪椅。肌少症是與年齡相關的肌肉流失，而IBM則更涉及特定的發炎反應與蛋白質的聚集，目前尚無有效的藥物治療方法。某些時候包涵體肌炎患者應避免以下食物如避免食用加工食品、高果糖含量高的玉米糖漿、人工添加物、防腐劑與殺蟲劑，因此患者應選擇新鮮水果蔬菜與未精製的食品。

肌少症與腸道菌群失調[8,9,10,11]

由目前臨床實證醫學研究中，亦已顯示腸道菌群失調會導致產生短鏈脂肪酸(Short-chain fatty acids, SCFAs)的細菌如糞桿菌屬或羅斯

氏菌屬亦呈現減少的現象，並同時伴隨著致病菌如腸球菌屬的增加。基本上，腸道菌群失調本身就會導致腸道黏膜通透性的增加，進而促使發炎標記如脂多醣(Lipopolysaccharide)進入血液循環中，因而衍生慢性全身性炎症反應，甚至出現肌肉蛋白質異常分解現象。由臨床研究亦指出，腸道菌群失調會透過調節訊息路徑如AMPK-PGC-1α來降低能量代謝與蛋白質合成，並對維護個體肌肉健康有著密切關聯，從而通過脂肪酸氧化與線粒體來促進能量的產生。

在臨床上，不難察覺到腸道菌群失調會導致肌少症，但肌少症患者的體力活動減少與飲食不當也會加劇腸道菌群失調的嚴重度，由此更能證實肌少症與腸道菌群失調兩者間存有雙向互相影響關係，而腸道菌群失調與肌少症相關症狀如握力下降、四肢瘦小與體重減少存在著因果關係。因此，給與「長期適當足量」的益生菌攝取，會使得肌少症預後得以改善，其主要由於透過益生菌來調節腸道菌群生態平衡的完整性，而可減少發炎反應與增強宿主潛在的免疫力，亦是治療肌少症的一種具有前瞻性的策略方針。

腸-肌軸與小腸細菌過度生長[8,9,12-15]

小腸細菌過度生長(Small intestinal bacterial overgrowth, SIBO)會影響腸-肌軸(Intestinal-muscular axis)，而導致營養吸收不良、慢性發炎反應與腸道通透性增加的SIBO（亦俗稱腸漏症）等病症，並進一步衍生起肌肉萎縮、虛弱與疲勞的肌少症。SIBO本身亦會產生某些毒素而引發全身炎症反應的疾病，其中更會因而使得骨骼肌的健康損傷進而併發肌少症。基本上，SIBO主要是由於小腸內出現過多的細菌（其中包括有益生菌或致病菌）過多，不僅導致營養素如維他命吸收不良，更因而引發全身炎症反應並伴隨肌少症所引起的肌無力現象。腸-肌軸本身的關係是雙向互動作用的，SIBO會引起腸道菌群失調並使得加害於肌肉的損傷，而運動與肌細胞因子可以調節腸道菌群的生態平衡，使得腸道菌群中的益生菌組合可用於維護與促進肌肉健康的關鍵治療標靶。

運動與肌肉來源的細胞激素如肌細胞因子會參與調節腸道菌群的生態平衡，不僅由此增強益生菌的多樣性，更伴隨產生有益的SCFAs，從而支持肌肉本身的健康發展。這種雙向關係使得益生菌成為減少肌肉發炎反應、促進修復與改善營養吸收上扮演著重要的角色。

目前而言，長期服用益生菌作為肌少症的輔助療法，在臨床的有效性上已展現出積極成效的趨勢。由最新的臨床統合分析研究中亦顯示，益生菌對提升肌肉力量與體能表現具有顯著的作用與成效。在某些研究中亦發現長期益生菌攝取有著促進職業運動員肌肉功能維護的成效，其主要作用機制包括有改善蛋白質吸收、減少劇烈運動後或許會引起的全身肌肉發炎反應。某些特定菌株如植物乳桿菌(Lactiplantibacillus plantarum)的臨床實務經驗中，亦發現益生菌不僅能夠促進營養代謝功

能，並可進一步提升運動員的最大的攝氧量相關肌肉耐力與增強肌力的表現。

大多數不同益生菌菌株與其所衍生的健康效應而言，益生菌的有效每日攝取劑量通常在每天10^8-10^{10}個菌落形成單位(Colony forming unit, CFU)範圍內，因為達到此種程度的劑量才被認為是必要的，也才能確保能能有「適當足量」活生生的益生菌到達腸道內，並發揮對宿主健康有所裨益的目的。此外，由於益生菌本身不會永久定植於腸道中，如何能夠達到足夠數量的益生菌攝取才能有效發揮其固有的作用，也因宿主病況嚴重度不同而有所差異。此外，在給與益生菌做為一種輔助治療途徑中，醫療提供者更應適時與適當的調整益生菌的CFU。

在臨床實務經驗上，腸道菌群失調是指腸道微生物組成的失衡，其中亦主要涉及SIBO的存在，使得過多的結腸型細菌在小腸內過度繁殖，而衍生長期間歇性腹脹、腹痛、腹瀉與營養吸收不良等症狀。肌少症是一種與年齡相關的肌肉質量與功能喪失的病症，其主要由慢性低度發炎反應所驅動，其中TNF-α、IL-6與IL-8等促炎細胞因子濃度的升高會促進肌肉分解代謝。這些細胞激素通常由免疫細胞與骨骼肌的肌細胞因子所產生，會損害肌肉蛋白質合成並增加其分解，其中IL-16、CTACK與MIP-1β等因子可能與疾病有著直接的因果關係。

肌少症與長期適當足量益生菌攝取治療的成效[15-18-20]

在臨床實務經驗上，益生菌（尤其是乳酸桿菌與雙歧桿菌）的補充給與攝取是一種具有前景且安全有效的肌少症的非藥物輔助治療，尤其用於老人改善、加強其肌肉質量與力量與減緩運動後疲勞，促進身體機能活動力與避免原有肌肉量的衰退，從而可用以預防老人肌少症的衍生與進展。由目前臨床實證醫學的研究中，亦已顯示益生菌攝取能夠促進肌肉蛋白質的合成、增強粒線體功能、減輕慢性發炎反應並調節固有腸-道軸建全的功能，由此延緩老人肌肉的進行性衰弱現象。

因此，長期益生菌攝取在治療老人肌少症方面有著展現良好成效的前景，能夠顯著改善肌肉握力力量與身體機能如步速。由目前臨床實證醫學的研究中亦已顯示，補充益生菌8週以上，特別是補充乳酸桿菌與雙歧桿菌可以調節腸-肌軸，從而增加瘦肌肉量。此外，益生菌可透過腸-肌軸的運作而發揮其功效，不僅可減少氧化應激與抑制炎症反應，更可因而增加肌肉的營養吸收，從而減少肌少症的進展。此外，乾酪乳桿菌代田株(Lactobacillus casei Shirota, LcS)及其類似菌株已證明能有效減輕與年齡相關的肌肉損傷。再者，在臨床實務經驗上，亦發現益生菌在阻力運動與高蛋白飲食相結合之下，比其他單獨運動具有更有效益的治療效果，而這些益生菌補充劑正逐漸成為老人肌少症的整體照護中重要選擇組成部分之一。

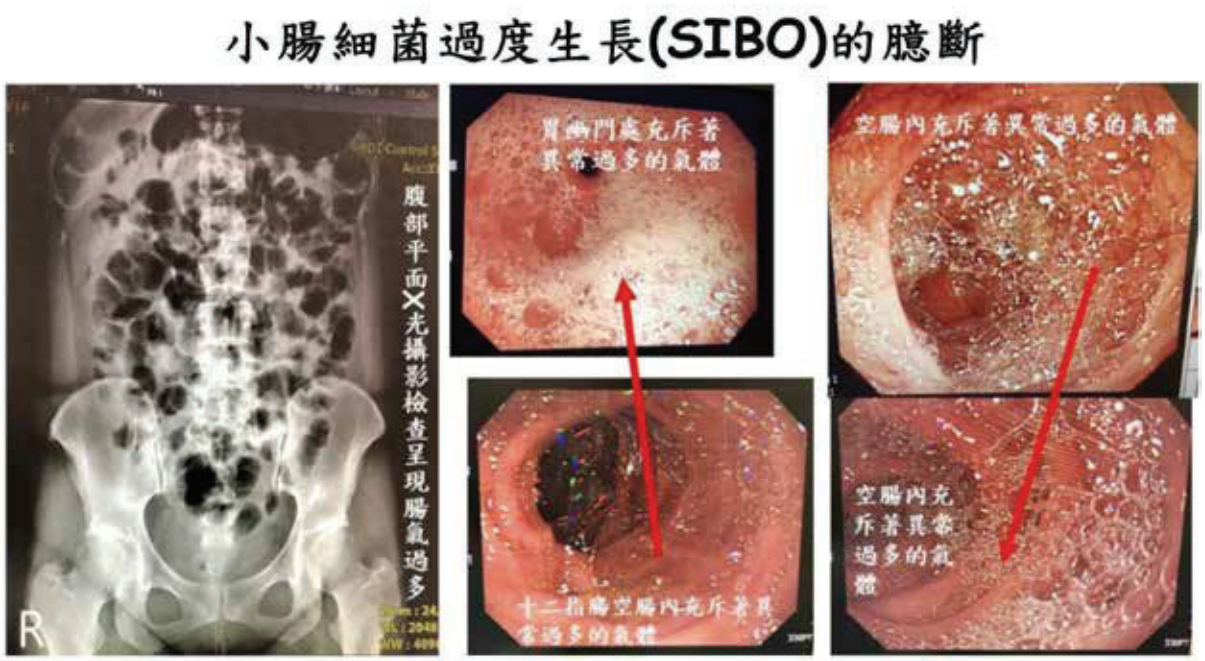
SIBO與益生菌攝取治療[7,14,21]

SIBO在一般人口群中的盛行率估計為2.5-22%，在特定族群中SIBO盛行率顯著較高如

腸躁症患者的盛行率為31-36.7%，功能性腹瀉或便祕患者的盛行率則可高達69-73%。在臨床上，由於SIBO無症狀病例較多，而本身症狀不典型常被漏診，再加上診斷檢測方法亦有所差異，這些數字被認為偏低。影響SIBO的細菌不僅是致病菌或是益生菌而兩者亦兼而有之。SIBO主要由小腸內致病菌或大腸桿菌如大腸桿菌、克雷伯氏菌與腸球菌過度繁殖而引起的。雖然小腸內也存在健康的有益菌，但SIBO通常涉及來自結腸或口腔菌群過度的生長，從而導致發炎與吸收不良。事實上，SIBO的盛行率有著族群間的差異，某些特定族群的盛行率較高，尤其是老人約佔15%或更高。基本上，SIBO某些潛在疾病的個體中更為常見如腸躁症(Irritable bowel syndrome, IBS)與發炎性腸道疾病(Inflammatory Bowel Disease, IBD)，其盛行率在4-78%之間。IBD患者的SIBO合併盛行率為31.0%，其中克隆氏症(Crohn's disease)的盛行率佔32.2%高於潰瘍性結腸炎(ulcerative colitis)的27.8%。再者，SIBO在肌肉減少症患者中亦非常普遍，尤其是在合併慢性肝病患者中，其盛行率在25-50%之間。由於缺乏明確的標準化診斷測試，因此根據使用的是乳果糖呼氣試驗或葡萄糖呼氣試驗得知其盛行率可能存在很大差異。由流行病學的研究亦顯示，得知與亞洲國家（約15%）相比，西方國家的SIBO盛行率可能更高（約38%）。此外，在針對出現腹脹、腹瀉或腹痛等症狀的患者的研究中，盛行率亦通常較高。

一般來說，通過益生菌攝取不僅可以改善SIBO症狀之外，還可以幫助更有效的清除SIBO中過多的致病菌。在臨床上，小腸空腸吸取物中菌落形成單位(Colony forming unit, CFU)>10^5 CFU/ml 被認為是診斷SIBO的黃金標準。某些個體在攝取某個屬種益生菌可能會引起過敏反應，也可能在開始服用後的頭幾天引起暫時性輕微胃部不適、腹瀉或胃腸脹氣等現象。

在SIBO治療的策略中，除了有效的清除SIBO症候群之外，某些益生菌還可以減輕SIBO腹痛症狀，這些益生菌包括有兩歧雙歧桿菌(Bifidobacterium bifidum)、乳酸雙岐桿菌(Bifidobacterium lactis)、長雙歧桿菌(Bifidobacterium longum)、嗜酸乳桿菌(Lactobacillus acidophilus)、鼠李糖乳桿菌(Lactobacillus rhamnosus)與嗜熱鏈球菌(Streptococcus thermophilus) 。有越來越多的臨床證據亦顯示，腸道菌群與大腦有密切關係的腸-腦軸(gut-brain axis)進行密切的交流。SIBO患者比非SIBO患者會經歷更高的情境焦慮狀態，同時SIBO患者本身的身心壓力高於非SIBO患者。在臨床上存有強而有力的證據顯示，腸道菌群在腸道與神經系統間的雙向相互作用中扮演著重要的角色。基本上，腸-腦軸通過調節腦化學的影響與壓力反應，而進一步與焦慮與記憶功能相關的神經內分泌系統一起串聯來與中樞神經系統的相互作用。理論上，益生菌會通過調節樹突狀細胞(dendritic cells)、巨噬細胞(macrophages)、T與B淋巴細



圖一　SIBO個案的腹部平面X光攝影檢查與胃鏡所見的表徵[20-24]

胞的功能來調節宿主先天性(innate immunity)與適應性免疫反應(adaptive immunity)作用，其中益生菌調節免疫調節功能作用機制之一是通過激活Toll樣受體(Toll-like receptors, TLRs)參與宿主防禦入侵病原體的初始階段，TLRs則扮演著腸道菌群產物的主要傳感器，並激活導致免疫與炎症基因誘導的信號通路。TLRs本身是腸道炎症通路的重要介質，在介導各種病原體衍生配體的免疫反應中，同時將適應性免疫與先天免疫聯繫起來。

根據筆者在過去近15年的臨床實證醫學經驗中發現，先對SIBO患者（圖一）給與適當的抗生素治療後，再隨即給與進階性的口服醫療級益生菌如雙歧雙歧桿菌(Bifidobacterium bifidum)、嗜酸乳桿菌(Lactobacillus acidophilus)與乾酪乳桿菌(Lactobacillus casei variety rhamnosus)的攝取治療，並期盼口服攝取益生菌能夠藉由細菌與細菌間溝通與交流管道的群體感應(quorum sensing)的互相作用機制，來進一步調控腸道菌群中益生菌族群的基因表現，其主要的目的是為了再次補充被抗生素殲滅的固有益生菌菌株的組合與數量，以期希望能夠由此重建SIBO患者能再次擁有一個嶄新與健康的腸道菌群。理論上，口服益生菌攝取可以做為重新展現改善SIBO患者的整體消化系統的長期健康策略考量，而並不僅止於短期改善SIBO症狀與表徵，其成效仍有待後續更多的臨床研究來肯定。

結語及未來展望[11,15,17,24]

很遺憾的是目前尚無美國食品藥物管理局(FDA)批准的專門用於治療肌少症的藥物，因此阻力訓練與充足蛋白質的攝取仍然是主要干預措施。目前而言，相關研究單位正在積極進行一些藥物的研究，並致力於改善肌肉質量與功能，其中包括有荷爾蒙療法、肌肉生長抑制素抑制劑與營養補充劑的相互應用。事實上，當下的非藥物療法如阻力訓練，仍然是治療肌肉量減少與增強力量的黃金標準治療。

如今，亞洲肌少症工作小組(The Asian Working Group for Sarcopenia, AWGS)在其所發佈更新的2025年的共識中透過以生命歷程為導向的肌肉健康促進方法，亦已重新定義肌少症的管理範疇與機制。該共識引入三項關鍵的修正如下：1.將肌少症診治範圍擴展到中年人（50-64歲），2.簡化診斷流程。僅要求同時存在肌肉量與肌力下降，就可診斷為肌少症，並將身體機能作為一項結果的指標。3.引進增強肌肉健康的框架，從新認定骨骼肌對人體健康長壽的重要性，並強調與大腦、骨骼、脂肪組織與免疫系統多向的相互的因果關係。增強肌肉健康框架將骨骼肌視為維持健康長壽的關鍵代謝與內分泌器官，其所佔的影響比率比體重指數(Body Mass Index, BMI)更能預測肌少症的壽命。由此可知，肌肉在全身健康中扮演著極為重要的角色，透過肌細胞因子而直接影響大腦健康、骨骼重塑、脂肪代謝與免疫功能。

減少症是一種進行性而與年齡相關的症候群，其主要特徵是骨骼肌質量、肌肉力量與功能的逐漸喪失，亦常促使老人本身殘疾、虛弱與生活品質下降的主要因素。肌少症通常與老化有關，老人本身又缺乏運動、營養不良並伴隨某些相關慢性疾病，而更會加速肌少症的發展。再者，老人肌少症的早期發現與治療更是維護老人體內生態平衡與促進老人應有的健康人生的目的。此外，肌少症在重症患者中亦非常普遍，其來預後比其他共病有著更差的預後，更因而顯著增加死亡率、併發症、住院時間與呼吸器撤機的難度。因此，重症患者伴隨肌少症更需要給與早期的認知與識別，並積極採取及時的干預措施與治療。

肌少症的未來發展方向亦朝向精準醫療的介入，其診療方法亦轉向基於分子譜分析、遺傳學與先進影像技術的個人化標靶治療。將人工智慧驅動的影像技術如電腦斷層掃描，核磁共振掃描與超音波掃描，再加上新型生物標記如肌細胞因子的偵測相結合，以實現肌少症能夠在早期得到檢測並接受進一步的預防與治療。在臨床上，肌少症診治不外是將抗阻運動與個人化營養與新興藥物如肌肉生長抑制劑與選擇性雄激素受體調節劑(Selective androgen receptor modulators, SARMs)等多相結合方向來發展。目前而言，新興的肌少症治療策略包括有肌肉生長抑制素的抑制劑、幹細胞療法、人工智慧驅動的診斷與多組學分析，其目的旨在解決個體化機制特異性的肌肉流失的根本原因與治療問題的研究與探討。

肌少症的未來發展方向主要集中在早

期基於人工智慧與生物標記的診斷，目前尚無特定的肌少症的特定藥物的治療，而唯有Sarconeos目前正處於臨床試驗階段，主要是用於對抗老人肌肉量與力量的流失。肌少症診治的未來趨勢包括有將肌肉質量納入診斷演算法中，並將篩檢整合到常規護理作業中。

丙再者，睪固酮是一種與年齡相關的激素，其可直接調節肌肉量與肌力，而睪固酮濃度下降亦是肌少症衍生的關鍵因素。低睪酮濃度與老人的虛弱、肌肉量減少與步行速度減慢亦有著密切的關聯。在臨床上，睾酮替代療法(Testosterone replacement therapy)的介入可以改善肌肉體積、力量與身體機能。長期益生菌療法在治療老人肌少症方面逐漸顯示出良好的療效，不僅能夠改善肌肉力量與提高身體機能，並在一定程度上增加肌肉量。有證據顯示，特定菌株如乳酸桿菌，可以透過腸道-肌軸來達到增強肌肉功能。此外，亦有相關學者提倡某些降低肌少症風險因素亦包括有攝取足夠水果、蔬菜、乳製品與蛋白質如豆類、堅果、豆腐、瘦肉、魚類與雞蛋。

參考文獻

1. LP Araújo, AC Figueiredo Godoy, F Fortes Frota, et al: Sarcopenia in the Aging Process: Pathophysiological Mechanisms, Clinical Implications, and Emerging Therapeutic Approaches. Int J Mol Sci 2025; 26: 12147.
2. LK Chen, FY Hsiao, M Akishita, et al: A focus shift from sarcopenia to muscle health in the Asian Working Group for Sarcopenia 2025 Consensus Update. Nat Aging 2025; 5: 2164-75.
3. MJMM van der Steen-Dieperink, WAC Koekkoek, IWK Kouw: Sarcopenia and frailty in critical illness. Curr Opin Clin Nutr Metab Care 2025; 28: 192-9.
4. 譚健民：粒線體與細胞凋亡。生物醫學 2009; 2: 250-68.
5. HJ An, K Tizaoui, S Terrazzino, et al: Sarcopenia in Autoimmune and Rheumatic Diseases: A Comprehensive Review. Int J Mol Sci 2020; 21: 5678.
6. LK Chen, FY Hsiao, M Akishita, et al: A focus shift from sarcopenia to muscle health in the Asian Working Group for Sarcopenia 2025 Consensus Update. Nat Aging 2025; 5: 2164-75.
7. J Kim, H Yoon, L HJ im, et al: Decrease of Muscle Mass in Young Patients With Neuromuscular Disease: Assessment of Sarcopenia. J Korean Med Sci 2023; 38: e187.
8. C Liu, WH Cheung, J Li, et al: Understanding the gut microbiota and sarcopenia: a systematic review. J Cachexia Sarcopenia Muscle 2021; 12: 1393-407
9. W Yang, SC Si, WH Wang, et al: Gut dysbiosis in primary sarcopenia: potential

mechanisms and implications for novel microbiome-based therapeutic strategies. Front Microbiol 2025; 16: 1526764.

10. C Liu, WH Cheung, J Li, et al: Understanding the gut microbiota and sarcopenia: a systematic review. J Cachexia Sarcopenia Muscle 2021; 12: 1393-407.
11. W Yang, SC Si, WH Wang, et al: Gut dysbiosis in primary sarcopenia: potential mechanisms and implications for novel microbiome-based therapeutic strategies. Front Microbiol 2025; 16: 1526764.
12. L Pan, W Xie, X Fu, et al: Inflammation and sarcopenia: A focus on circulating inflammatory cytokines. Exp Gerontol 2021; 154: 111544.
13. C Zhong, C Qu, B Wang, et al: Probiotics for Preventing and Treating Small Intestinal Bacterial Overgrowth: A Meta-Analysis and Systematic Review of Current Evidence. J Clin Gastroenterol 2017; 51: 300-11.
14. 譚健民、林隆煌、朱紀洪：小腸細菌過度生長與腸道菌群失調文獻回顧~兼論益生菌攝取在其治療上所扮演之角色。台灣醫界2024; 67: 54-62.
15. C Souza, R Rocha, HP Cotrim: Diet and intestinal bacterial overgrowth: Is there evidence? World J Clin Cases 2022; 10: 4713-6.
16. LV Thompson: Prevention of Sarcopenia. Adv Exp Med Biol 2025; 1478: 365-405.
17. J Zhu, F Peng, H Yang, et al: Probiotics and muscle health: the impact of Lactobacillus on sarcopenia through the gut-muscle axis. Front Microbiol 2025; 6: 559119.
18. J Zhu, F Peng, H Yang, et al: Probiotics and muscle health: the impact of Lactobacillus on sarcopenia through the gut-muscle axis. Front Microbiol 2025; 16: 1559119.
19. 譚健民：益生菌在臨床診治上所扮演角色的現代觀~著重於一種大腸內益生菌灌注的新興療法之探討，2016年07月號永信藥訊電子報。
20. 譚健民：不同益生菌給與途徑的分析與探討~著重於一個醫師的順勢胃腸內灌注益生菌的前瞻式研究經驗的分享（初報），台北市醫師公會會刊2017; 61: 40-46.
21. 譚健民：益生菌在臨床診治上所扮演角色的現代觀~著重於一種大腸內益生菌灌注的新興療法之探討，2016年07月號永信藥訊電子報。
22. 譚健民：益生菌的迷思～兼論益生菌給與途徑的探討與分享。台北市醫師公會會刊2019; 63: 36-45.
23. 譚健民：不同益生菌給與途徑的分析與探討~著重於一個醫師的順勢胃腸內灌注益生菌的前瞻式研究經驗的分享（初報），台北市醫師公會會刊2017; 61: 40-46.

從韓國經驗看健康台灣 (一)

韓國推動健康促進的政策交流學習—延世大學全球健康中心

仁禾診所　洪德仁

系列導讀｜從韓國經驗看健康台灣

為借鏡國際健康促進與社區整合照護經驗，台北市醫師公會於2026年1月15日至18日赴韓國進行政策交流，走訪延世大學、韓國國民健康保險公團、原州市健康中心及飯桌社區社會福利中心。此次交流涵蓋國家政策、健康保險制度、地方公共衛生與智慧社會處方等面向。

本刊特別規劃四篇系列報導，透過參訪成員的親身觀察與政策思考，分享韓國推動健康促進的實務經驗，並探討其對臺灣基層醫療、慢性病防治及「健康台灣深耕計畫」的啟發。

2026年1月15日，台北市醫師公會健康台灣深耕推動計畫團隊前往大韓民國進行學習參訪，拜訪延世大學(Yonsei University)、健保署(National Health Insurance Service, NHIS)、原州市健康服務中心、原州市社會福祉服務中心。

由延世大學南銀祐(Eun Woo Nam)教授安排拜訪行程，他是韓國延世大學健康城市研究中心主任，國際知名的健康城市政策與公共衛生專家。推動韓國乃至亞太地區的健康城市發展中，扮演關鍵角色，並與台灣有長期合作與交流。

韓國的健康促進政策

南教授演講主題是：「韓國的健康促進政策」，依照最新統計，台灣和南韓是世界上健康照顧最好的兩個國家。兩國都是面對快速的高齡化、非傳染性疾病的增加、心理衛生的壓力、健康的不平等等議題。韓國提出2030年健康促進計畫(Health Promotion, HP2030)，希望以健康促進、健康生活型態的改善，健康融入所有政策、全齡的健康促進成為非常重解決策略。1995年，韓國訂定健康促進法(Health Promotion Act)，立法旨意在於希望健康融入所有政策(Health in All Policies, HiAP)，設立專屬機構，以全國和地方合作的方式，提供持續行動的法源。

大韓民國健康福祉部是中央統籌的機構，其下有：疾病防治中心、NHIS、地方政府衛生福祉局、民間及專業團體等，全國有258個地方健康服務中心，一起協力合作。

目前主要是執行2030年健康促進計畫(HP2030)，其願景是營造每個人都能享受健康長壽的社會，實踐健康平等權、全齡健康的照顧、優化環境的友善無障礙，重視環境影響健康的因素(social determinant of health)。預計2030年針對所有的計畫，進行實證的效益評估。

健康城市是醫療健康政策重要的基礎

他在「健康城市」政策上的核心主張有：

1. 推動「由下而上」的政策模式：韓國的健康城市發展採取由下而上(Bottom-up)的途徑。這種模式強調由地方政府與社區民眾主導，而非單純由中央下達指令，有助於政策貼近當地需求，並提升民眾參與度。
2. 建立健康城市法制化與評估指標：韓國推動了多項制度化的工具，以確保健康城市計畫的永續性，建立法律基礎，使政策有法可依。

開發一套專門用於衡量健康城市成效的指標



圖一 台灣和南韓是世界上健康照顧最好的國家。

體系，並建立獎勵制度。 包括推動健康影響評估(HIA)，推廣將健康因素納入所有公共政策評估的機制。

3. 跨部門合作與能力：他提倡使用國際工具（如 HP-Source），進行能力評估，分析各國（如韓、日、澳、印尼）在健康促進上的資源分布與需求差距，以利資源精準分配。跨部門連結強調健康城市不能只靠衛生部門，必須連結地方政府的其他局處（如交通、建設）以及民間NGO等，創造支持性環境。
4. 針對高齡化與數位包容的政策與健康老化：研究數位技能如何影響高齡者的健康，比較韓、日、新、泰等國的數位健康促進政策。探討如何結合「健康城市」與「高齡友善」政策，解決社區高齡者的心理健康與孤獨感問題。
5. 國際交流的重要性：南教授多次受邀來台，參加「健康城市暨高齡友善城市研討會和獎項頒獎」或「社會處方國際研討會」演講。他公開肯定台灣在健康城市推動上的團結力與計劃執行品質，認為台灣是國際間推動健康城市的示範標竿。他語重心長的提點：台灣要重視實證評估，檢討值得精進的策略，讓公共資源發揮最大效益，人民健康更有保障。



圖二 拜訪大韓民國延世大學進行學習交流。

他指出：韓國目前仍停留在「健康推廣活動」（如：戒菸、運動推廣），缺乏對物理環境改善的深度整合。落實ESG是環境(environment)、社會(social)和公共治理(governance)，是評估機構永續經營能力與社會責任的重要指標，涵蓋機構在氣候變遷、資源管理、員工福利、社區關係、透明度及風險管理等方面的表現，影響健康的價值，ESG與2030年永續發展目標的實踐，有密切關聯，值得台灣特別重視。



圖三　洪德仁時任理事長報告健康台灣深耕計畫。



圖四　拜訪大韓民國延世大學合影。

大韓民國《健康促進法》內容

《健康促進法》是韓國推動整體國民健康政策的關鍵法律，於1995年頒布，旨在透過社區健康城市計畫等，改善國民健康，重點關注減少吸菸、飲酒、肥胖等危險因子，並輔以健康促進與預防保健措施，例如全民健保、長照整合，以降低醫療負擔並提升生活品質。

韓國受到世界衛生組織(WHO)健康城市理念影響，《國家健康促進法》將健康促進上升到國家層級。該法案是啟動健康城市建設的基礎，以社區為單位，推動全方位的健康改善活動。強化公共衛生系統，提供綜合性健康促進服務，並針對吸菸、過度飲酒、肥胖等問題進行干預。以法律框架，與韓國的全民健康保險制度結合，相輔相成，旨在降低醫療支出，提升國民健康福祉。

預防與早期診斷方面，強調早期診斷與介入，減少疾病發生。政策創新方面，則結合育兒、職場健康等多元政策，形成更全面的健康促進網絡。近期，大韓民國積極推動《整合照顧支援法》，將社區整合照顧制度化，並導入數位健康與生技策略，實現醫療與預防的全面升級。

韓國的健康促進政策將預防保健作為國家核心功能制度化，而非僅作為短期的計畫性措施。，衛生福利部強而有力的中央主導，結合社區健康計畫，賦予有意義的地方治理。這種由監測與評估反饋迴路強化的縱向整合，使國家優先事項能夠適應地方需求，同時保持問責制度。2030年健康促進計畫(HP2030) 提供政策框架，從個別風險因子的控制，發展至關注身心健康、均衡與健康的社會決定因素，強調社區環境與跨部門合作。因此，韓國提供了一個對追求可持續、以證據為基礎且能回應地方需求的健康促進系統的國家而言具有政策參考價值的模式，並與全民健康覆蓋及健康目標保持一致。

總之，韓國的《健康促進法》不只是一部法律，更是國家健康戰略的基石，涵蓋預防、治療、長照及生活環境等多方面，以應對人口高齡化及慢性病等挑戰。

從韓國經驗看健康台灣 (二)

韓國中央健保署交流報告

[1]亞洲大學 [2]仁禾診所 [3]林應然小兒科診所
廖宏恩[1] 洪德仁[2] 林應然[3]

台韓健康促進與整合照護政策之交流背景與制度對話

為深化「健康台灣深耕計畫」於健康促進與整合式照護政策之國際對話與制度借鏡，台北市醫師公會於2026年1月15日組團赴韓，參與「Korea–Taiwan Health Promotion Policy International Forum – Healthy Taiwan Sprout Project」。此論壇由韓國延世大學學者協助規劃，1月16日上午於延世大學舉行政策論壇，下午則移師至韓國保健福祉部(Ministry of Health and Welfare, MOHW)轄下之韓國國民健康保險公團(National Health Insurance Service，NHIS)總部進行實質政策交流與經驗分享。

此次下午之交流活動，係本次台韓健康促進政策國際論壇之重點核心場次之一，由NHIS副首長及國際合作與發展部(International Cooperation & Development Division)高階主管們親自出席，依據會議議程規劃，交流內容主要涵蓋五大政策面向，包括：健康促進相關立法與制度支持、健康促進經費配置與財務機制、具體計畫與服務項目設計、政策推動成效與成果評估，以及台韓雙方之綜合討論與意見交流。其中，NHIS特別就其代表性政策「Korea Healthy 100-Year Life Exercise Program」以及全國推動中的「Integrated Care Program」進行系統性簡報與說明，並透過實務經驗分享，說明該署如何結合國民健康保險制度，將健康促進與照護整合納入核心治理架構。

韓國國民健康保險公團(NHIS)之組織定位與核心職能

韓國國民健康保險公團(NHIS)係隸屬於韓國保健福祉部(MOHW)之準政府公共機構（類似行政法人概念），依法接受委託，負責全國單一制國民健康保險(National Health Insurance)及長期照護保險(Long-Term Care Insurance)制度之執行與管理。依據《國民健康保險法》(National Health Insurance Act)，NHIS為上述保險制度之唯一保險人(single insurer)，主要職責在於保費徵收、資格認定、醫療與長期照護服務給付管理，以及相關健康檢查與預防導向服務之執行。





NHIS設有理事長(President)為最高行政首長，並配置董事會與稽核體系，以確保組織治理與內部監督機制之健全運作。其組織運作採取以功能導向為核心之治理架構，將主要業務劃分為五大職能面向。第一，**規劃與協調面向**，涵蓋組織策略規劃、法律事務、財務管理、公共關係，以及健康保險大數據服務、研究發展與全球合作等業務，作為制度整合與政策支援之中樞。第二，**總務面向**，負責人力資源管理、組織行政、安全控制及人權維護等事務，確保組織運作之穩定與治理品質。第三，**保費徵收面向**，涵蓋保險資格認定、保費與整合性徵收、客戶服務，以及相關資訊管理作業，支撐全民健康保險與長期照護保險之財務與行政運作。第四，**保險給付面向**，專責保險福利給付管理、醫療相關資源與支援、健康檢查及醫療利用管理等核心保險給付業務。第五，長期照護面向，獨立負責長期照護保險之規劃、監督與審查。同時，NHIS透過全國區域辦公室體系，並結合附屬之研究與訓練機構，形成由中央延伸至地方的組織網絡，以支援全民健康保險與長期照護保險制度之全面執行。

除了上述業務外，NHIS亦依法執行國家健康檢查制度，並配合政府健康政策，執行並支援以生活型態改善與風險預防為導向之相關健康促進計畫，並運用其所掌握之保險與健康相關資料，支援政策分析、健康風險評估與制度成效監測，作為政府推動健康促進與整合式照護政策的重要執行與支援平台。

韓國健康促進運動政策之發展脈絡：從National Fitness 100到健康百歲人生運動(Korea Healthy 100-Year Life Exercise Program)計畫

早期韓國政府為應對人口高齡化和促進全民健康而持續推動一系列體能健康促進策略，其中以National Fitness 100最具代表性。此計畫自2011年起，由文化體育觀光部(Ministry of Culture, Sports and Tourism)與韓國體育振興基金(Korea Sports Promotion Foundation)合作作為國家體育振興法(National Sports Promotion Act)的施政框架下實施的一項國家性體適能促進與運動健康服務制度。其基本理念是將運動融入民眾日常生活，透過科學測評、個人化運動處方、體能證書制度與社區活動等方式，提升公民體能、促進健康生活行為並減少慢性疾病負擔。

National Fitness 100計畫採取全民開放的體能測試與個性化運動指導模式，所有13歲以上的韓國民眾均可參與，政府免費提供體能測量（如心肺耐力、肌力、柔韌性測試等）、運動處方與改善課程，並依據測試結果發給分級體能認證（例如金、銀、銅等級），這些認證不僅作為健康狀態指標，也提高參與者持續運動的動機。政府並透過在全國各地設立體能認證中心，逐步擴大全民參與機會，截至2024年參與人次達百萬級規模，顯示出此政策在提升公民體能管理意識與參與率上的實際成效。

為擴大國家性體能促進的廣度與深度，首爾市政府更在市域層面提出了「健康城市首爾

計畫(Healthier Seoul 9988)」，其中「9988_3·3·3」願景提出到2030年將健康壽命提升3歲、運動實踐率提高3個百分點等具體城鄉健康目標，透過提升日常運動基礎設施、強化飲食健康文化與高齡健康城市設計等措施，目標創造一個可於日常生活中自然維持健康的城市環境。此一計畫亦包含大規模擴增「體力認證中心(Fitness 9988 Centers)」的措施，首批據點已於2025年下半年在多個區域開設，並預計至2026年底擴充至50所中心，使市民可以像定期健康檢查一樣進行體能評估與運動建議。

此健康促進計畫的重要價值不僅在於它提供了由政府主導與科學標準化的體能管理服務，也建立了一套可長期追蹤居民體能狀況與個人化運動建議的制度框架，進一步強化地方政府與社區組織在促進健康生活方面的能力，並有助於推動全民慢性病預防與高齡期健康維持的社會化運動。

除了以上的各單位針對健康促進所做的努力外，韓國政府近年分別在「全民健康促進」與「高齡及多重需求族群照護」兩個政策領域中，推動多項制度性改革，以因應人口快速高齡化、慢性病盛行及醫療與長期照護需求同步上升所帶來的挑戰。在健康促進層面，中央與地方政府透過體適能評估、運動參與促進與健康行為管理等政策工具，期望延長國民健康餘命並降低未來醫療需求；在照護服務層面，則逐步建構以社區為基礎之整合式照護體系，強化醫療、長期照護與社會支持服務之連結，以支持高齡者與脆弱族群在地生活。

本次參訪交流中，NHIS特別介紹其近年積極參與並協調推動之「健康百歲人生運動計畫(Korea Healthy 100-Year Life Exercise Program)」，其核心理念著重在韓國各社區推動「健康百歲運動教室」(Healthy 100-Year-Old Exercise Classes)，這是一項旨在預防老年慢性病、延緩失能並提升銀髮族生活品質的國家級健康促進計畫。截至2026年，該計畫的核心特點如下：

1. 計畫宗旨與對象

- 核心目標：透過系統化的運動介入，預防65歲以上長者的身體機能下降及老年性疾病，進而降低長期護理支出(Long-term care costs)。
- 服務對象：主要針對65歲及以上的老年人，特別是那些有失能風險或需要預防慢性病的群體。

2. 核心課程內容，該計畫在韓國各地的室內與室外場所同步進行，課程設計專為長者量身打造。

- 體能訓練：包含預防跌倒的平衡訓練、增強心肺功能的有氧運動及維持日常活動力的肌力訓練。
- 心理健康：計畫中會定期進行憂鬱症篩檢與心理評估，強調運動對心理狀態的調節作用。
- 健康測評：參與者會接受科學化的體能測量與評估，以追蹤計畫對改善身體機能的有效性。





- 社交參與：透過團體運動，增進長者間的社交互動，減輕社交孤獨感。

3. 2026年最新趨勢

- 數位化整合隨著韓國進入超高齡社會，2026年的相關健康計畫已更深入結合數位監測。例如，首爾等主要城市已開始推廣數位平台連動的個人化運動處方（如「My Trainer Seoul」計畫），與NHIS的基礎運動教室形成互補。
- 預防轉向：政策重點已從單純的疾病治療轉向「預防與肌力管理（養肌）」，以縮小平均壽命與健康壽命之間約12年的差距。

韓國支持整合照護(Integrated Care)制度建構與推動歷程

面對快速老齡化的社會結構與長期照護需求的激增，韓國於2024年3月通過了《整合照護支持法(Integrated Care Support Act)》，該法律旨在從制度層面打破以往醫療與長期照護服務分離的模式，推動醫療、護理、居家照護與社會支持等多元服務的跨領域整合性供給，使有日常生活困難者能在其熟悉的社區環境中獲得綜合支持、實踐「在地老化(aging in place)」的政策願景。依法規定，中央與地方政府需合作建立完整的治理機制、數位資料平台與跨專業協作網絡，以確保整合性照護在全國層面的可及性與品質。

整合照護(Integrated Care)的政策基礎源於韓國政府及保健福祉部(MOHW)於2018年制定的社區照護基本計畫，其後在多個地方政府進行了一系列試點項目（例如2019至2022年的Medical-Care Integrated Support Pilot Program），檢視不同照護模式的效果與可行性。隨著2024年整合照護支持法的立法，這些試點經驗被納入全國性政策框架，並規劃於2026年正式全面推行。

社區整合照護支持計畫的核心目的在於縮減醫療與長照制度之間的服務斷裂，透過多專業跨部門合作，使高齡者、身心障礙者及其他需要綜合支持的人群能夠在社區環境中獲得連續性醫療、預防保健、復健服務與日常生活支援。該法明確提出建立電子健康與照護資訊共享系統、專責治理結構，以及專業人力培訓機制等實施要件。已有系統性評估指出，截至2025年約57%的自治體已參與整合照護試點項

目，涵蓋人口顯示出在推行情況下有逐步擴大的趨勢。

在具體實務層面，地方政府（例如首爾市）已提前部署整合照護支持中心，在多個區域試行「首爾式整合照護服務模式」，這些中心負責建立與公共衛生中心、國民健康保險公團、醫療機構及福利中心等多方的合作聯繫，以開展具地域特色的整合醫療與長照支持服務。在全國推廣階段，這樣的合作網絡被視為實現綜合照護目標的關鍵資源，旨在提升服務質量、擴大可及性並改善患者的生活品質。

整合照護支持計畫作為韓國應對高齡化社會的重大政策革新，其推動不僅代表服務供給結構從「分段式」向「整合性、以人為中心的連續性照護」轉型，也表現了政府在醫療與社會照護領域整合治理的制度性調整，預期長期將有助於降低因醫療服務碎片化而造成的成本浪費、改善慢性病及失能者的社區生活品質，並提高健康壽命的延伸。

韓國健康促進與整合照護政策之成效、挑戰與政策意涵

「健康百歲人生運動計畫」與「社區整合照護支持計畫」分別代表韓國在健康促進前端預防與後端照護整合兩個政策層次的系統性回應。前者著重於透過全民體適能管理與運動介入，延緩健康風險與慢性病發生；後者則回應人口老化與功能退化後的實際照護需求，試圖以整合制度降低醫療與長照體系之斷裂。兩者在政策目標、治理邏輯與實施工具上各有優勢，也各自面臨不同的制度與執行挑戰，對台灣未來在健康促進與整合照護政策設計上，具有高度參考與借鏡價值（請見表一）。

相較於過往以全民體適能測評為主軸的運動促進政策，健康百歲人生運動計畫明確以「高齡預防」為核心政策定位，透過在各地社區推動「健康百歲運動教室(Healthy 100-Year-Old Exercise Classes)」，為65歲以上高齡者提供結構化且低門檻的運動介入。此計畫最具制度創新意義之處，在於首度由健康保險機構將「運動參與行為」正式納入保險誘因設計。依據此次與NHIS之交流說明，高齡者只要累積約50餘次健康百歲運動教室之參與紀錄，即可獲得點數，並可用於門診或住院醫療之自付額抵免。此一設計使健康促進不再僅止於象徵性鼓勵，而是轉化為可感知的經濟誘因，有助於提升高齡者持續參與運動介入的動機與依從性，亦反映韓國已逐步將健康促進視為降低未來醫療與長期照護支出風險的重要保險治理工具。

然而，從制度發展與政策效果的角度觀察，此計畫仍存在若干限制。首先，目前服務對象主要集中於65歲以上高齡者，尚未系統性延伸至50–64歲之功能退化前期族群，使預防介入時點仍偏人生後段；其次，計畫高度仰賴地方政府與社區執行量能，不同地區在場地、人力與跨部門協作成熟度上的差異，可能影響政策品質的一致性；此外，該計畫雖以降低醫療與長照支出為長期目標，但其對醫療利用率與保險財務影響之實證效果，仍有待中長期資

表一　韓國兩項健康政策計畫之優缺點與對台灣之政策啟示彙整表

評估構面	健康百歲人生運動計畫 (Korea Healthy 100-Year Life Exercise Program)	社區整合照護支持計畫 (Integrated Care Program)
政策定位與核心功能	以「高齡健康促進與失能預防」為核心，透過社區化運動介入與健康保險誘因設計，延緩功能退化並降低未來醫療與長照風險。	以「照護整合與功能支持」為核心，整合醫療、長照與社會支持，協助生活功能受限者在地生活。
優勢	1. 採由健康保險機構主導，具制度穩定性與長期治理正當性 2. 結合運動、心理健康與社交參與，符合高齡整合式預防原則 3. 導入健康行為點數並可折抵自付額，提升持續參與誘因	1. 透過法律明確授權，改善醫療與長照制度碎片化 2. 採多專業團隊與個案管理模式，提升照護連續性與服務適切性 3. 試點實證顯示可降低不必要住院與急性醫療使用
挑戰	1. 介入對象仍以高齡者為主，預防時點偏後 2. 地方執行量能差異，可能影響政策品質一致性 3. 長期健康成效（如醫療費用下降）之實證仍待累積	1. 初期推動高度仰賴地方政府行政與跨部門協調能力，區域落差風險高 2. 服務對象目前以高齡者為主，其他複合需求族群（如中壯年失能者）納入有限 3. 整合服務之標準化流程與績效評估指標尚在發展中
對台灣的政策啟示	■ 以健保或長照保險作為高齡健康促進之制度平台 ■ 建立健康行為點數與自付額或給付連動之誘因設計 ■ 結合社區與健康城市政策，降低參與門檻並促進健康公平	■ 可借鏡其「立法先行」模式，明確界定整合照護之權責與資源配置 ■ 建立跨部會整合治理架構與單一窗口個案管理制度 ■ 將整合照護從高齡族群擴及多重慢性病與高照護風險族群

料累積與評估。

對台灣而言，健康百歲人生運動計畫提供三項具體政策啟示：第一，可考慮以健保或未來長照保險制度作為平台，將高齡運動與功能預防明確納入制度性風險管理策略，而非僅作為補助型健康促進計畫；第二，可借鏡其健康行為點數制度，設計與健保自付額或長照給付連動之誘因機制，以強化持續參與的政策效果；第三，應以社區為主要推動場域，將健康促進策略納入各縣市健康城市（暨高齡友善城市）與社區永續環境設計，使健康行為更容易融入居民的日常生活，並兼顧健康公平性。

反觀，韓國的社區整合照護支持計畫係在快速高齡化與醫療費用持續攀升的背景下，由MOHW主導，並結合地方政府試點推動之整合照護政策。該計畫旨在透過跨部門治理架





構，整合醫療服務、長期照護、社會支持與日常生活支援，回應醫療與長照體系長期分立所造成的服務斷裂問題，並以個案評估、整合支持計畫與多專業團隊合作為核心運作機制，提供具連續性與整體性的照護服務。

對台灣而言，韓國Integrated Care Support Program提供三項重要政策啟示：第一，整合照護須以明確的跨部門治理架構為制度基礎，清楚界定醫療、長照與社會支持體系之責權分工；第二，建置可跨體系運作的資訊共享與個案管理平台，有助於提升服務連續性與照護效率；第三，應逐步擴大整合照護的納入對象，從高齡者延伸至多重慢性病、失能與高照護風險族群，以兼顧制度公平性與整體健康效益。

結論：韓國交流經驗對健康台灣深耕計畫之整體啟示

綜合本次台韓健康促進政策國際交流與實地政策對話經驗可見，韓國近年在回應高齡化社會健康風險與照護需求的政策設計上，已逐步建構出一套由「前端健康促進與預防介入」銜接至「後端整合式照護支持」的制度性治理架構。其核心特徵，在於透過立法、單一保險人制度與跨部門治理機制，將健康促進、醫療服務與長期照護納入同一政策視野中加以整合推動，並以制度工具而非單一計畫回應人口老化所帶來的結構性挑戰。

在健康促進層面，韓國由文化體育觀光部提倡的National Fitness 100為起點，逐步發展出涵蓋全民體適能管理、城市健康治理與高齡功能預防的多層次運動健康政策體系，並進一步由國民健康保險公團(NHIS)主導「健康百歲人生運動計畫」，首度將運動參與行為正式納入保險誘因設計。此一作法顯示，韓國已不再將健康促進視為附屬性的補助方案，而是明確定位為降低未來醫療與長期照護風險的重要保險治理工具，體現「以預防作為投資」的政策思維轉向。

在照護服務層面，韓國則透過《整合照

護支持法》的立法，將過去分散於醫療、長照與社會福利體系中的服務加以制度性整合，並以社區為基礎推動以個案為中心的整合照護支持模式。此一制度革新不僅回應高齡者與多重需求族群在地生活的實際需要，也顯示韓國政府已開始以治理結構與制度設計，系統性處理醫療與長照體系碎片化所造成的效率與公平問題。

整體而言，韓國在健康促進與整合照護兩個政策軸線上的發展，呈現出由「計畫性推動」逐步走向「制度性治理」的明確趨勢。相較之下，台灣在全民健康保險、長期照護與健康城市政策上已具備相當成熟的制度基礎與執行經驗，未來若能進一步強化前端健康促進與後端整合照護之制度連結，並透過保險誘因設計、跨部門治理架構與社區導向的服務模式，將有助於提升健康政策的整體效益與永續性。

本次台韓交流不僅深化雙方對彼此健康促進與整合照護制度設計的理解，也為「健康台灣深耕計畫」提供具體且可操作的國際借鏡經驗。透過系統性比較與實務對話，韓國經驗顯示，唯有將健康促進、醫療與長期照護視為連續且相互依存的政策體系，並以制度治理而非單一方案回應人口結構變遷，方能在高齡化社會中有效延伸健康餘命、降低照護風險，並促進整體社會健康與制度永續。

參考資料

1. Asia Economy. (2025, December 22). Korea expands “National Fitness 100” program to promote healthy aging. https://cm.asiae.co.kr/en/article/2025122208465202799
2. Bang, H. J., Yoo, A. J., Lee, H. J., & Choi, J. W. (2024). Impact of a Pilot Project for Integrated Care on Hospitalization Rate among Older Adults in South Korea. International journal of integrated care, 24(2), 20. https://doi.org/10.5334/ijic.7665
3. Jang S. N. (2025). Integrated Community Care in Korea: Implementation and Challenges. Annals of geriatric medicine and research, 29(3), 275–277. https://doi.org/10.4235/agmr.25.0150
4. Jeong H. C. (2020). National Fitness 100: Significance and Operational Needs in the Context of the COVID-19 Pandemic. International Journal of IT-based Public Health Management, 7(2), 15-22. 10.21742/IJIPHM.2020.7.2.03
5. Seoul Metropolitan Government. (2025, September 22). Seoul’s healthy city master plan to promote fitness and increase life expectancy by 2030. https://english.seoul.go.kr/seouls-healthy-city-master-plan-to-promote-fitness-and-increase-life-expectancy-by-2030/

服　務　欄

誠徵醫師

- 大安區家醫/一般科診所，誠徵代診支援醫師，不限科，熱誠細心尤佳，近捷運。請洽0916-846-036邱醫師。
- 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。
- 信義區儷寶得國際皮膚科診所誠徵皮膚科醫師，薪優，專兼職皆可，意洽(02)8787-5121#29林小姐。
- 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

- 中山區診所轉讓，行天宮捷運3分鐘，醫師退休頂讓，裝潢新設備齊全可即開業，意者請洽：0952-262-829李小姐。
- 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。

醫院診所器械廉讓

- 皮膚科診所出售神比美德電波系統，無雙電波Density，意者請洽：(02)8787-5121#19高小姐。
- 皮膚科診所出售儀器，LinearZ音波，MVE液氮儲存桶30L，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。

徵婚

- 醫生之子86年次，日本早稻田管理碩，高180，品優體健，誠徵88年次之後有緣會員子女為友，請電或簡訊0916-812-718宋醫師。

開　懷　篇

陳志鑫診所 陳志鑫

上課了

有對夫妻剛蜜月回來，對床第魚水之歡，設了一個通關密語：上課。

有一天下班後，太太line給先生：「老公今晚要上課喔！」

先生看了馬上回：「今晚有應酬，改自習吧！」

第二天下班前先生line給太太：「今晚補課如何？」

太太秒回：「不用了，昨晚我請了一位家教上課。。」

這傻子是誰呀？

上幼稚園的孫子回家後問阿公：「爺爺，跟你說一個笑話，有一個傻子問他什麼，他都說不知道。爺爺你知道這個傻子是誰嗎？」

爺爺立馬回說：「不知道。」

只見孫子呵呵大笑。

喝蛇酒

有位朋友去東南亞旅遊回來，買了一瓶蛇酒回來。每晚睡前喝一杯，感覺身體越好，太太也對他更溫柔。今天早上發現酒喝光了，想說：「取出蛇來煮湯，結果發現蛇是塑膠做的。」

猴子吃香蕉

剛上國中的女孩問媽媽：「我兩腿中間長毛了。」

媽媽：「別擔心！你長大了，兩腿中間住了一隻猴子，開始長毛了。」

姐姐不屑地說：「這有什麼了不起。我的猴子會吃香蕉。」

醫療法律生活化系列(167)

《醫療法》修正(上)—病人隱私與刑責

雙合耳鼻喉科聯合診所　李志宏

立法院今(25)日三讀通過**《醫療法》部分條文修正案，共修正9條、新增2條**❶。衛生福利部感謝立法院及各界支持，本次修法聚焦醫療安全、病人隱私、醫療法人治理、偏鄉醫療及醫事鑑定等重要議題，進一步保障病人權益、維護醫療人員執業安全，提升醫療服務品質。衛福部表示，本次修法內容包括提高醫療暴力相關刑責，以及提供偏遠及原住民族地區醫事人員相關補助、津貼及獎勵金10年免納所得稅等重要措施。修法重點如下：1. **強化醫療安全**：保障對象由「醫事人員」擴大至「醫療機構所屬人員」，並要求醫療機構採取必要安全措施，違者可處3萬元以上、15萬元以下罰鍰。 針對以強暴、脅迫、恐嚇等方式妨害醫療、醫事或救護業務者，刑責由現行3年以下有期徒刑，提高為 6 個月以上5年以下有期徒刑；並將公然侮辱納入處罰，增訂2年以下有期徒刑，得併科20萬元以下罰金，**以維護醫療現場安全**❷。2. **保障病人隱私**：禁止偷拍、竊錄及散布病人醫療或身體隱私資訊，並**增訂相關刑責**。**醫療機構及其人員**不得無故利用工具或設備窺視、竊聽病人非公開的醫療與疾病資料或身體隱私部位，或無故以錄音、照相、錄影或電磁紀錄竊錄，違者處3年以下有期徒刑，或併科30萬元以下罰金。此外，**醫療機構及其人員**不得意圖營利提供場所、工具或設備，便利他人進行上述相關行為，或意圖散布、播送、販賣、製造及播送相關資料或竊錄內容，違者處6個月至5年有期徒刑，或併科50萬元以下罰金，**未遂犯同樣適用**❸。3. **健全法人治理：完善醫療社團法人社員、董事及盈餘分配管理機制**，並規定提撥10%盈餘回饋員工福利、病人權益及提升醫療品質與環境，且須於2年內執行完畢❹。…（「立法院三讀通過《醫療法》修正案 強化醫療安全、病人隱私與偏鄉醫療」焦點新聞前段，醫事司，民國115年8 月25日）

「兄長的診所有裝設攝影機嗎？」甲醫師問。

「當然需要！」丙醫師不假思索回應，接著補充說：「民國92年敝診所發生勒索未遂案後就馬上裝設，已經23年了。」

「有發揮作用嗎？」乙醫師問。

「至少不再發生勒索或其他犯罪案件。」丙醫師回答。

「你家攝影機還有發揮其他功能嗎？」乙醫師再問，心底一定還有疑問。

「當然！不用說絕對是收費、收支問題…」丙醫師對乙醫師詭異一笑。

「怎麼說？」甲醫師假裝好奇。

「譬如說對病人多收費用或少收費用…」乙醫師講得含蓄。

「沒錯！曾經有一次櫃台姑娘沒收費以為已收費並找錢，事後由錄影回顧證實確實沒收費。」丙醫師回想多年前的經歷。

「病人有承認嗎？」甲醫師問。

「當然！以錄影為證。」丙醫師認為錄影證據很重要，接著說：「不過，後來這位病人

似乎不再來就醫…。」

「不好意思、還是憤怒？」甲醫師直覺錄影應不只收費爭議功能。

「沒再來就醫也不清楚…不過，最近不是有美容醫學診所的錄影登上新聞版面的事件？」丙醫師腦中一閃此畫面，接著說：「錄影存證變監視…。」

「新聞事件是指針孔…偷拍啦！你不是也有執行美容醫學業務嗎？」甲醫師問乙醫師。

「業務量很少很少，不值得一提，大部分是熟客！」乙醫師先界定客源，接著界定範圍說：「我所執行的都是已暴露部位、不必寬衣解帶。」

「這部分我可以當證人。」丙醫師出保證。

「診所監視器皆裝設於公共空間，螢幕也是擺設於掛號櫃台眾人皆可見到的地方。」乙醫師補充說明。

「這部分我一樣可以當證人。」丙醫師常去乙醫師的診所。

「你怎麼沒幫自己保證？」甲醫師問丙醫師。

「你知道的…我這一科的病人皆是帶著病毒或細菌來就診，診間門終年敞開以便通風，掛號間即可目視到診間，完全沒有死角！」丙醫師很有自信地回答。

「他這個五官科，只看脖子以上…」乙醫師幫丙醫師補充說明。

「那監視器螢幕放哪裡？」甲醫師再問丙醫師。

「半公開的地方…」丙醫師停頓賣一下關子，接著說：「診察間旁邊就是醫師休息室，因為有對外窗戶，所以應診時門也是敞開，讓空氣對流。」

「也就是監視螢幕放在休息室，所謂半公開的地方？」甲醫師沒去過丙醫師診所，只憑想像。

「是啊！結果小朋友好奇，常自動自發走進去看監視螢幕。」丙醫師對此雖有困擾、但卻覺得有人幫忙背書也不錯。

「所以你們在診察室沒有裝攝影設備？」甲醫師問。

「怎麼可能？我們可都是知法、守法。」乙醫師及丙醫師異口同聲回答，因為他們同為法律系研究所畢業。

「而且…新聞事件是指針孔偷拍啦！我們可是明目張膽地…裝設在任何人都看得到的地方。」乙醫師補充說。

「臺北市衛生局因為此事件出了指引。」與官方關係熟捻的甲醫師說。

「長官是指5月出來的『醫事機構錄影設備設置及管理行政指引』嗎？」丙醫師偶而對甲醫師稱長官。

「是啊！」

「既稱行政指引就只是指導、沒有法律強制性，有罰則嗎？」乙醫師問。

「有喔！適用法規依據如下：《醫療法》第72條、第103條及第108條第六款；《個人資料保護法》第6條第1項第6款、第8條第一項、第19條第一項及第41條；最嚴重的是適用《刑法》第315-1條之罪。」甲醫師早有準備。

「『設置及管理』部分不至於適用這些規定，應該是犯罪時才適用…而且，《個人資料保護法》罪刑說不定還比《刑法》重？」乙醫師憑法律感覺問。

「真的！違反個資法第41條：…足生損害於他人者，處5年以下有期徒刑，得併科新臺幣100萬元以下罰金；違反《刑法》第315-1條：處3年以下有期徒刑、拘役或30萬元以下罰金。違反《醫療法》除罰鍰外，最重的是醫療機構：處1個月以上1年以下停業處分或廢止其開業執照，沒有刑期規定！」甲醫師細看一下該行政指引。

「其實衛生福利部在10餘年即訂有『醫療機構醫療隱私維護規範』…」丙醫師曾寫過此類文章。

「真假？何時的事？」乙醫師可能是貴人多忘。

「民國104年1月30日公告實施，主要是針對醫療機構之『醫事人員』做規範，**醫療機構應依規範規定**辦理，並『督導醫事人員』…」甲醫師補充說明。

「而且規範並未提及『錄影設備』，可見近10年錄影設備更新速度有多快…」丙醫師想起診所裝置錄影設備已經超過10年了，接著說：「敝診所剛裝設時以黑白攝影機為主，彩色的貴多了，錄影存檔還是用工業用電腦、專用主機板及軟體，超級麻煩！」

「現在可方便多了，攝影機越做越小，還有針孔式的可以偽裝！」

「還可以遠端遙控、錄影兼錄音！」

「畫質及畫素也越來越高，毛孔都看得清！」

「還有專用主機直接連上網路，不像當年使用工業型電腦！」丙醫師及乙醫師相互討論自己診所使用監視器的心得。

「本市行政指引規範醫事機構應依據『空間隱私程度』，採取不同設置原則。嚴禁使用『密錄』或採用任何形式『偽裝、隱藏之針孔設備』：區分為公共區域採一般安全管、低度隱私空間、高度隱私空間及絕對禁止空間。」甲醫師宣讀。

「讓我嘗試填充一下答案：公共區域原則上可以安裝明顯、固定式錄影設備；低度隱私原則上錄音錄影前應『告知』病人並取得書面『同意』；高度隱私原則上不得錄音錄影，除非符合某些『特定必要目的』，並逐次取得書面『同意』，對吧！」乙醫師的答案，**告知同意是重點**。

「廁所、浴室、更衣室、哺乳室等處 …是絕對禁止錄音錄影！為了這個事件，立法院已經完成醫療法修法，是否由衛福部主導？」丙醫師留疑問。（未完待續）

問題❶：《醫療法》部分條文修正增訂案的重點為何？

解　答：醫療法部分條文修正案於115年8月25日經立法院第11屆第5會期第 23次會議三讀通過，共計修正9條條文、增訂2條條文。修法重點包括：一、強化醫療安全：將保障對象由醫事人員擴大至醫療機構所屬人員，並要求機構採取必要安全措施。二、加重強暴、脅迫、恐嚇等方式妨害醫療業務之刑責，並將公然侮辱納入處罰。三、強化病人隱私保障：禁止偷拍、竊錄及散布病人醫療、疾病及身體隱私資訊。四、健全醫療法人治理：完善社員、董事及盈餘分配管理機制，並規定提撥盈餘回饋員工福利、病人權益及醫療品質。五、規範醫療廣告：明定非醫療機構或醫師，不得為醫療廣告。六、偏鄉及原住民族地區醫事人員因政府推動醫療政策所獲得之補貼、補助、津貼及獎勵金，10年內免納所得稅。七、完善醫事鑑定：允許醫事審議委員會以委員會名義出具司法鑑定報告。本法修正後，透過後續子法及配套措施，將建構更安全、專業、公平且永續之醫療環境（圖一 參考「《醫療法》增訂第100-1條及第114-1條條文；並修正部分條文」，重要通過法案，立法院，民國115年8月25日）。

民國106年4月6日行政院第3543次會議，討論事項（二）：衛生福利部擬具《醫療法》部分條文修正草案，經林政務委員萬億等審查整理竣事，請核轉立法院審議案。說明：一、衛福部函以，醫療法人具有高度公益性質，其法人治理及財產使用方式之良窳，對於整體社會環境影響甚鉅。為使醫療法人治理及財產使用健全發展，並建構良好之醫療法人法制環境，本部爰擬具《醫療法》部分條文修正草案，請核轉立法院審議。（註：衛福部表示，醫療法人具有高度公益性質，其法人治理及財產使用方式的良窳，對於整體社會環境影響甚鉅。為使醫療法人治理及財產使用健全發展，並建構良好醫療法人法制環境，因此擬具該修正草案。）二、案經林政務委員萬億邀集國防部、財政部、教育部、法務部、經濟部、勞動部、衛福部、國家發展委員會、金融監督管理委員會、國軍退除役官



圖一　修法重點（圖片來源：黃偉琳律師臉書）

兵輔導委員會、本院主計總處、臺北市政府、新北市政府、桃園市政府、臺中市政府、臺南市政府及高雄市政府等有關機關代表會同審查整理竣事。（參考「行政院第2891次會議」紀錄，民國106年4月6日）針對《醫療法》修法，衛福部長陳時中昨指出，除原先規定醫療財團法人應提撥百分之20年度盈餘為公益用途，也拋出盈餘5%應替醫護人員加薪。衛福部醫事司司長石崇良表示，是否為5%仍有待協商，但會力拼在本會期內完成三讀。「中央社」報導，石崇良表示，依現行《醫療法》規定，醫療財團法人原應提撥年度醫療收入結餘20%以上，一半投入教學研究，一半用於社會公益。不過近年擴大計算基礎，將「醫療收入結餘」更改為「收入結餘」，過去不納入計算的**停車場**、**美食街等收入**都統統加進來。…（參考「醫療財團盈餘加薪 衛福部：拼本會期三讀」，即時新聞／綜合報導，自由時報，民國106年12月5日）經過9年的今日，衛生福利部感謝**立法院及各界支持**，本次修法聚焦醫療安全、病人隱私、醫療法人治理、偏鄉醫療及醫事鑑定等重要議題，進一步保障病人權益、維護醫療人員執業安全，提升醫療服務品質。衛福部表示，本次修法內容包括提高醫療暴力相關刑責，以及提供偏遠及原住民族地區醫事人員相關補助、津貼及獎勵金10年免納所得稅等重要措施。亦即《醫療法》的修正與增訂 9年前由**衛生福利部**主導…今年轉成由「**立法院及各界**」主導！

立法院會今(25)三讀通過「醫療法」部分條文修正案，本次修法內容範疇廣泛，包含醫療暴力、醫療機構病例，以及隱私、醫療廣告、醫療社團法人等相關規範修訂及增訂。三讀條文指出，為保障就醫安全，任何人不得以強暴、脅迫、恐嚇或其他方法妨礙醫療業務執行，針對上述醫療暴力，除罰鍰上調為「5萬元以上25萬元以下」、並擴大保障「醫事人員及緊急醫療救護人員」及「其他相關人員」，同時就律定未依中央主管機關公告採取必要措施之醫療機構，修正罰緩至3萬元以上、15萬元以下。醫療暴力中的公然侮辱行為，此次也納入修法範圍，並增訂2年以下有期徒刑，得併科20萬元以下罰金之規定。醫療社團法人方面，三讀條文指出，法人得為醫療社團法人社員，社員及其持份轉讓應經中央主管機關許可；其資格條件、最低資本額、持分上限、持分轉讓程序、廢止許可及其他管理事項辦法，由中央主管機關會商相關機關定之。有法人社員之醫療社團法人有法人社員者，董事限6至15人；分派盈餘時應提撥當次數額一成用於提升員工福利、病人權益及就醫品質與環境，並於2年內執行完畢。醫療隱私部分，三讀條文明定，醫療機構及其人員不得無故利用工具或設備窺視、竊聽病人非公開的醫療與疾病資料或身體隱私部位，或無故以錄音、照相、錄影或電磁紀錄竊錄，違者處3年以下有期徒刑，或併科30萬元以下罰金。此外，醫療機構及其人員不得意圖營利提供場所、工具或設備，便利他人進行上述相關行為，且意圖散布、播送、販賣、製造及播送相關資料或竊錄內容，

違者處6個月至5年有期徒刑，或併科50萬元以下罰金，且未遂犯同樣適用。…（參考「『醫療法』三讀通過 醫療暴力罰緩最高25萬犯公然侮辱處2年有期徒刑」，記者陳治程／台北報導，自由健康網，2026/08/25）

問題❷：強化醫療安全的修正有哪些？（圖二）

解　答：1. 修正第24條第三項：「醫療機構應採必要措施，以確保所屬人員執行醫療業務時之安全；其必要措施，由中央主管機關公告之。」理由：(1) 為確保所有於醫療業務中可能遭受暴力或威脅之人員均受保障，將「醫事人員」修正為「所屬人員」，以涵蓋醫事人員、行政人員及其他支援人員。(2) 原僅要求醫療機構自行採取必要措施，缺乏統一規範。為使必要安全措施具備法律依據及一致性，以確保醫療機構所屬人員於執行醫療業務時之安全，爰增訂其「必要措施」，由中央主管機關公告之規定。第四項：「違反第二項規定者，警察機關接到通報，應即派員赴現場排除或制止之，如涉及刑事責任者，應移送司法機關偵辦。」理由：第四項原僅規定違反第二項規定者，警察機關應排除或制止之，未明確規範其「行動程序」。為強化警察機關處理之即時性，確保醫事人員及病人安全能獲得及時保障，爰增訂警察機關接到通報，應即派員「赴現場排除或制止」之規定。

2. 修正第106條第一項：「違反第二十四條第二項規定者，處新臺幣**五萬元以上二十五萬元以下**罰鍰。涉及刑事責任者，應移送司法機關偵辦。」（註：原條文「違反第二十四條第二項規定者，處新臺幣**三萬元以上五萬元以下**罰鍰。如觸犯刑事責任者，應移送司法機關辦理。」）理由：為有效嚇阻醫療暴力事件再次發生，保障醫療機構秩序及醫事人員執業安全，爰修正第一項規定，提高違反第二十四條第二項規定者之罰鍰…藉由加重處罰，強化法律威嚇效果。增訂第106條第二項：「違反第二十四條第三項規定，醫療機構未依中央主管機關公告，採必要措施者，處新臺幣三萬元以上十五萬元以下罰鍰。」理由：原條文僅規範



圖二 醫療暴力防制再向前一步（圖片來源：中華民國護理師護士公會全國聯合會 115年8月25日）

個人行為之處罰，未針對醫療機構未落實安全防護措施設罰，爰增訂第二項罰則，以督促醫療機構確實**依主管機關公告**採取必要安全措施，確保醫事人員及相關人員執業安全。調整第106條原第二項為第三項：「毀損醫療機構或其他相類場所內關於保護生命之設備，致生危險於他人之生命、身體或健康者，處三年以下有期徒刑、拘役，得併科新臺幣三十萬元以下罰金。」並將「或」修正「得」併科罰金。理由：為強化法律嚇阻效果，確保醫療場所生命防護設備之完整與安全，參照《刑法》第172-1條第一項規定之刑度，修正「得」併科罰金。調整第106條原第三項為第四項：「對醫事人員、緊急醫療救護人員**或其他相關人員**以強暴、脅迫、恐嚇或其他非法之方法，妨害其執行醫事、醫療或救護相關業務者，處**六個月以上五年以下有期徒刑**，得併科新臺幣三十萬元以下罰金。」理由：將保護對象擴及**其他相關人員**，並參照《刑法》第282 條規定，將刑度提高至六個月以上五年以下有期徒刑（註：原刑度是「三年以下有期徒刑」），並得併科罰金。增訂第五項：「對前項人員以**公然侮辱**之方法，妨害其執行醫事、醫療或救護相關業務者，處二年以下有期徒刑，得併科新臺幣二十萬元以下罰金。」理由：原條文僅針對強暴、脅迫、恐嚇等行為設罰，未能涵蓋於共見共聞的狀態下，以抽象**謾罵**、**髒話**或**難堪動作**，**意圖貶損他人**，導致實務上難以有效處理，爰增訂此項，將**公然侮辱**納入處罰範圍，以強化對醫療人員尊嚴與執業環境之保障，並參照《刑法》第313條第一項規定之刑度，處二年以下有期徒刑，得併科新臺幣二十萬元以下罰金。調整第106條原第四項為第六項：「犯第四項之罪，因而致醫事人員、緊急醫療救護人員或其他相關人員於死者，處無期徒刑或十年以上有期徒刑；致重傷者，處五年以上十二年以下有期徒刑。」理由：為強化法律對醫療及救護人員生命安全之保障，並透過**加重刑度**提升嚇阻效果，維護醫療秩序與公共安全，參照《刑法》第278條第一項及第二項規定，將犯此項之罪，因而致醫事人員、緊急醫療救護人員或其他相關人員於死者，提高刑度為無期徒刑或**十年以上**有期徒刑；致重傷者，提高刑度為**五年以上十二年以下**有期徒刑（註：原刑度「無期徒刑或七年以上有期徒刑、三年以上十年以下有期徒刑」）。

問題❸：保障病人隱私的修正有哪些？（圖三）

解　答：修正第72條，為保障病人醫療隱私，將原規定調整為第一項第一款：「**醫療機構**及其**人員**，不得有下列行為：一、無故洩漏因業務而知悉或持有病人病情或健康資訊。…」外，新增第二款：「二、違反中央主管機關所定醫療機構內醫療隱私**維護準則**之行為」，並參考《刑法》第315-1條及第315-2條規定，增訂第一項第三款至第七款之違法行為態樣：「…。三、無故利用工具或設備窺視、竊聽病人非公開之醫療與疾病資料或身體隱私部



圖三　醫療隱私零侵害（圖片來源：臺南市政府衛生局115-09-09）

位。四、無故以錄音、照相、錄影或電磁紀錄竊錄病人非公開之醫療與疾病資料或身體隱私部位。五、意圖營利供給場所、工具或設備，便利他人為前二款之行為。六、意圖散布、播送、販賣而有第四款之行為。七、製造、散布、播送或販賣前三款竊錄之內容。」

新增第72條第二項：「前項第二款準則之內容，應包括下列事項：一、醫療機構隱私維護應具備之環境及軟、硬體設施、設備。二、人員執行隱私維護應注意事項及教育訓練。三、公共空間監視錄影之規範。四、診療過程錄音、錄影之規範。五、前二款錄音、錄影資料之管理規範。六、其他有關醫療隱私維護之應遵循事項。」理由：配合增訂第一項第二款之違法行為態樣，新增第二項規定，**定明授權**中央主管機關**訂定**醫療機構內醫療隱私維護**準則**之內容及範圍。

新增第72條第三項：「前項規範由中央主管機關訂定第一項第二款準則，應審酌醫病雙方權益及病人隱私，並定期檢討；遇重大事件，應立即檢討。」理由：為維護醫病雙方權益及病人隱私，於第三項增訂中央主管機關檢討第二項授權訂定準則之規定。

修正第107條第一項：「違反…、第七十二條第一項第一款、第二款、…外，對其行為人亦處以各該條之罰鍰；其觸犯刑事法律者，並移送司法機關辦理。」理由：配合第72條第一項增訂侵害病人醫療隱私違法行為態樣，原第107條第一項之「第72條第一項」文字，修正為「第72條第一項第一款、第二款」。新增第三項：「違反第七十二條第一項第三款及第四款規定者，處三年以下有期徒刑或併科新臺幣三十萬元以下罰金。」、第四項：「違反第七十二條第一項第五款至第七款規定者，處**六個月以上五年以下有期徒刑或科或併科新臺幣五十萬元以下罰金**。前項之**未遂犯**罰之。」及第五項：「違反第七十二條第一項第三款至第七款之附著物及物品，不問屬於犯罪行為人與否，**沒收之**。」理由：為加重處罰侵害病人醫療隱私及醫療、隱私資料之行為，參考《刑法》第315-1條及第315-2條等規定刑度，增訂第三項及第四項刑事處罰規定，並增訂第五項處罰違反第72條第五款至第七款之**未遂犯**規定。另參考《刑法》第315-3條規定，增訂違反第72條第一項第三款至第七款之資訊附著物及物品沒

收規定。筆者註：所謂「處**六個月以上五年以下有期徒刑或科或併科新臺幣五十萬元以下罰金**」中所稱「**科或併科**」所指為何？因為醫療機構為「法人在實體法上不認其有犯罪能力，在程序法上不認其有當事人能力」（根據最高法院54年台上字第1894號判例），所以僅能科以「**罰金**」。

問題❹：健全法人治理醫療機構的新規定有哪些？

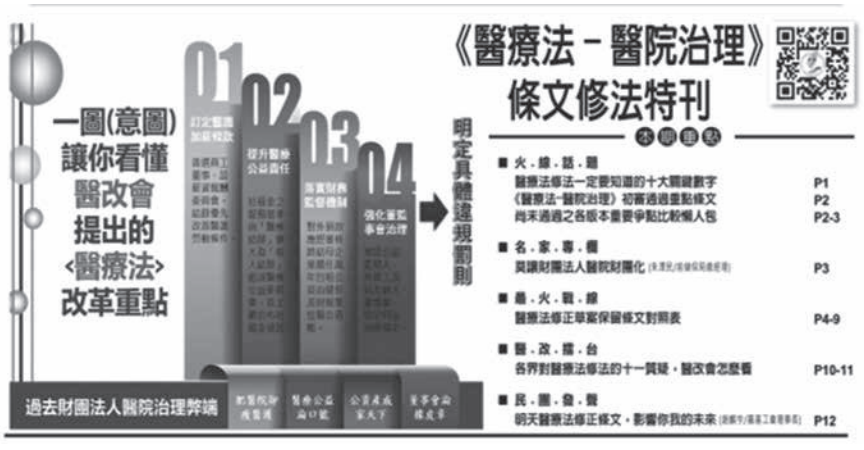
解　答：修正第49條第一項：「**法人**得為醫療社團法人之社員。」理由：按醫療社團法人之治理與運作攸關醫療專業自主及公共利益，原《醫療法》第49條明定社員**應為自然人**，係為防止資本力量介入而致營利化或資本控制化。惟鑑於醫療人力、設備汰換及服務品質提升，均高度仰賴長期且穩定之資金投入，單純限制自然人社員已難充分回應實務上合理資金來源需求。爰修正本條第一項規定放寬**法人可擔任醫療社團社員**，以兼顧公益性與永續經營之政策目標（註：原規定：**法人不得**為醫療社團法人之社員）。修正第49條第三項：「醫療社團法人得於章程中明定，社員按其出資額，保有對**醫療社團法人**之財產權利，並得將其持分全部或部分轉讓於第三人。」理由：為明確醫療社團法人社員按其出資額，保有對醫療社團法人之財產權利，爰第三項酌修文字。即將後段所稱法人明確定為「**醫療社團法人**」！

新增第49條第五項：「第一項法人為醫療社團法人之社員及其持分轉讓，應經中央主管機關許可；其資格條件、最低資本額、持分上限、持分轉讓程序、廢止許可及其他管理事項之辦法，由中央主管機關會商相關機關定之。」理由：為兼顧公私益平衡之政策目標，考量法人擔任醫療社團法人社員，涉及醫療機構經營權、財產權、持分移轉及醫療公益性維護等事項，為避免不適格法人介入醫療機構經營，並兼顧醫療服務之公共性、專業性及病人權益保障，爰增訂第五項規定**授權中央主管機關**會商相關機關，就法人社員之資格條件、最低資本額、持分上限、持分轉讓程序、廢止許可及其他**管理事項訂定辦法**，以建立事前許可、持分管理及事後監督機制，確保醫療社團法人治理健全及醫療服務品質。

修正第50條第一項：「醫療社團法人之董事，以三人至九人為限。但醫療社團法人有第四十九條第一項**法人社員**者，董事以六人至十五人為限。」理由：醫療社團法人原以自然人社員為主，其董事名額以三人至九人為限，足以因應一般規模之內部治理與決策需要。惟醫療社團法人如有第四十九條第一項所定法人社員參與，除資金結構與利害關係人組成更趨多元外，亦可能增加社團法人運作之複雜度（例如資金運用、設備投資、品質提升、勞動條件改善、法令遵循與內控制度等），需要更周延之決策分工與監督機制。爰為提升董事會之代表性、專業分工與集體決策品質，並強化內部制衡，避免董事會因席次過少而形成特定少數之主導，**增定第一項但書**，明定醫療

社團法人有法人社員者，其董事名額改為六人至十五人，以契合治理需求並兼顧運作彈性（註：原規定「其中三分之二以上應具醫師及其他醫事人員資格」、無但書）。修正第50條第二項：「董事配置規定如下：一、具醫師或其他醫事人員資格者，其人數合計應達總名額三分之二以上。二、由法人社員**指定代表**及**外國人**擔任者，其人數合計不得超過總名額三分之一，並不得擔任董事長。」理由：另為防杜資本或外部勢力實質主導及維持醫療社團法人之可監理性與公益定位，併同修正第二項規定，限制法人社員**指定代表**及**外國人**擔任者，其人數合計不得超過總名額三分之一，並不得擔任董事長，以資周延治理並降低決策失衡風險。（註：原規定只有「**外國人**充任**董事**，其人數不得超過總名額三分之一，**並不得**充任**董事長**」並無「**指定代表**」。）

增訂第53條第二項：「具**法人社員**之醫療社團法人分派社員盈餘時，應提撥當次分派**百分之十之盈餘**，用於提升員工福利、病人權益及就醫品質與環境，提撥之金額應於**二年內執行完畢**。」理由：為使法人社員參與醫療社團法人之經營成果，能實質回饋醫療體系及公共利益，並兼顧員工福利、病人權益與醫療服務品質之提升，爰增訂第二項規定，明定具法人社員之醫療社團法人於分派社員盈餘時，應提撥當次分派盈餘百分之十，用於提升員工福利、病人權益及就醫品質與環境，且所提撥金額應於二年內執行完畢，以確保盈餘分派與公益回饋間取得衡平，並避免資金長期閒置或流於形式。總結：法人治理醫療機構是民國 106 年醫療法修正案行政院版的唯一目的（圖四，部分過程內容參見問題❶的解答），因為種種因素未能在立法院通過該修正案，事隔9年才與其他待解問題一併修法成功，不至於成為「唯一」的焦點！



圖四 醫療法修法—醫院治理（圖片來源：醫改期刊第 64期 民國106年10月）

重要政令轉知會員

勞動部函釋有關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

中華民國醫師公會全國聯合會 115.08.21 全醫聯字第1150000945號

受文者：台北市醫師公會

主旨：轉知勞動部函釋有關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，如附件，請查照。

說明：

一、依據衛生福利部115年8月7日衛部醫字第1151667625號函辦理。

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。

特定美容醫學處置暨美容醫學手術之訓練及繼續教育課程課綱」

中華民國醫師公會全國聯合會 115.08.31 全醫聯字第1150001027號

受文者：台北市醫師公會

主旨：檢送本會修正之「特定美容醫學處置暨美容醫學手術之訓練及繼續教育課程課綱」1份，請查照。

說明：

一、依衛生福利部115年8月26日衛部醫字第1150138574號函（如附件）辦理。

二、旨揭課綱修正重點為第六條經本會審議准予開課之學會，其審議標準第一點「組織健全」修正須為「成立十年以上」依法立案之全國性醫學學會並配合修正申請審認所需檢附附件；及第十四條查核與稽核，增列實地查核機制，本會得指派委員，針對審議准予開課之單位進行實地抽查。

三、隨函檢附修正對照表、開課單位審認申請表及修正後課程課綱。

四、本文相關訊息刊登於本會網站。

本會學術教育課程表

115年學術繼續教育課程表

時間：下午一時至三時（星期五）

地點：實體（安和路一段27號16樓—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
115.11.27	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