

衛生 報導

季刊

08

偏遠不離照護 離島不離健康

20

WHA取經之旅

143

中華民國99年9月



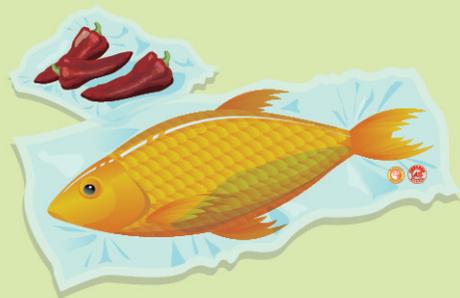
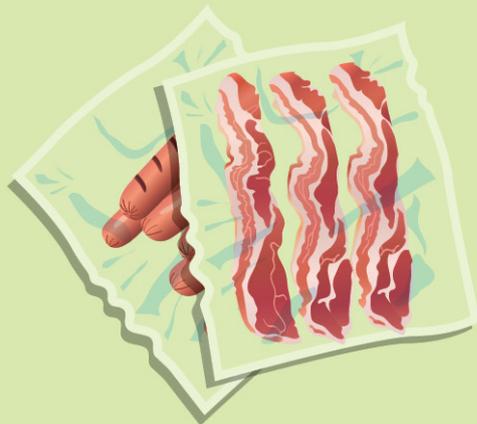
**弱勢族群
健康照護**

真空 ≠ 無菌



選購真空食品

三要 原則



看清標示才好

應選擇信譽良好之商家，並依標示妥善儲存，切勿購買來路不明且未完整之食品。



冷藏冷凍才買

購買冷藏冷凍的真空包裝食品（例如滷豆干、滷素肚等）才有保障，而且購買後應儘速放入冰箱冷藏或冷凍。



充分加熱才吃

真空包裝食品食用前，應煮沸（100°C）至少10分鐘，避免直接食用。



美國知名作家茱迪·皮考特 (Jodi Picoult) 是一位非常具有人文關懷的作家，她的暢銷作品《姐姐的守護者》(My Sister's Keeper) 和《小心輕放》(Handle with Care)，除了探討罕見疾病的個案外，在描寫病患家庭的撕裂和掙扎，及親情的柔軟和矛盾時，文字鏗鏘有力，賺人熱淚。兩本書的主角，白血病患者凱特和患有成骨不全症的小柳，都帶著罕見疾病來到世間，但她們仍舊想和正常人一樣，去愛、去恨、去體驗人生。

在編輯本期衛生報導時，不免就想到這兩本書。同時也想到，如果沒有完善的制度與政策提供罕見疾病病患所需的健康照護，龐大的醫療費用和生活照顧支出，將為這些生命已有困境的朋友，增加多少負荷。

本期衛生報導以「弱勢照護」為主題，分別就偏遠地區健康照護、身心障礙及罕見疾病三個面向，探析政府在弱勢朋友的照顧上面臨了什麼樣的挑戰，又為他們的需求提供了什麼樣的支持和服務。同時在「健康Q & A」中，也針對罕見疾病的相關補助，提供了進一步的說明，希望能夠讓閱眾獲得更詳盡的資訊。

在「政策快易通」單元，衛生署張上淳副署長特地與我們分享台灣參與「世界衛生大會」(WHA) 的種種收穫。去(2009)年台灣重返睽違 38 年的 WHA，然而由於準備時間匆促，僅針對 4 個主題發言。今年則因為有充足時間準備，因此得以在 24 個健康議題中，就其中的 15 個議題，與各國代表分享台灣亮麗的公衛經驗，讓各國刮目相看，也促成了多項合作計畫，成果可以說是非常輝煌。

除此之外，「政策快易通」單元中，也就公共場所母乳哺育、自殺防治專線及中藥濃縮藥劑的安全等健康議題，邀訪專家學者。特別值得一提的是，呼應本期「衛生放大鏡」弱勢照護主題，我們也特別介紹了喘息服務這項貼心的政策，讓家中有長期照護需求的民衆，可以獲得支持及持續照護的能量。

由於生活型態的改變，慢性病對現代人的健康威脅日益提高，代謝症候群和骨質疏鬆症就是其中的兩例。我們特別邀請台北榮總石光中醫師及成大醫院吳至行醫師，就疾病的成因及預防之道，提供寶貴的意見。兩位醫師不約而同提到運動的重要性，所以「讓身體動起來」，就是預防慢性病最簡單的方法。

一年一度表揚全國衛生保健績優志工暨團隊的「慈心獎」，已於 9 月 8 日公開頒獎，我們也特別報導了高雄榮民總醫院的志工張璟惠及桃園縣觀音鄉衛生所保健志工隊的得獎事蹟。張璟惠將自己痛失親人的哀悽，轉化為幫助他人的力量，在安寧病房陪伴癌末或重病者，走過人生最後的旅程。而觀音鄉衛生所志工團隊則是致力於種子師資的培訓，並因應社會變遷增加外籍配偶志工，讓觀音鄉 23 個村落民衆的健康福祉，有了更大的保障。

時值秋高氣爽的季節，同時也是賞味美食、團聚出遊的好時機，衛生報導編輯室提醒您，在享受美食、休閒娛樂之餘，別忘了做好自我健康照護及居家環境清潔，避免三高及登革熱找上門，才能好好享受人生。

衛生報導

◀ 季刊 ▶

143



完善弱勢族群的健康照護 才是國家健康政策 進步的指標

行政院衛生署署長 楊志良

這個黃昏，我坐在電腦前正打算寫本期「署長的話」，手機傳來簡訊送達聲響。我打開簡訊後，看到一個讓人不樂見的消息——高雄地區爆發12個人群聚感染登革熱之事件，由於恐怕引爆大規模之流行。於是我想先借「署長的話」一隅，呼籲大家一起來防治登革熱。

您就是預防登革熱最有力的幫手

每一種病都有它的預防方法，登革熱也一樣。雖然已有藥商進行登革熱疫苗的研發，但是目前仍未上市。噴灑藥物是一個治標不治本的方法，而且很有可能造成蚊蟲的抗藥性。其實，要預防登革熱最有效的方法非常簡單，就是清除我們生活環境中的病媒蚊孳生源，不要讓病媒蚊有存活的空間。只要大家都動起來，隨時保持積水容器的乾燥和清潔，環境就不會孳生病媒蚊，不孳生病媒蚊就沒有登革熱，即可有效防杜疫情擴大。

雖然去年中央政府會同各部門協商後決議，只要登革熱之本土病例超過500例時，就要啟動中央流行疫情指揮中心，利用跨部門的力量、從不同的角度，全面控制登革熱之疫情。然而，即便政府有這樣的準備，民衆才是預防登革熱最好的幫手。因此，衛生署已經推動鄰里社區交互檢查制度，只要經過交互檢查，孳生源之指數低於標準，該社區或鄰里就可獲頒獎金。

台灣已經是個公共衛生相當先進的國家，相信靠著全民力量，我們可以一起來對抗登革熱。

弱勢醫療照顧是國家進步的指標

每次出國，雖然有許多的機會，可以參觀各國大型醫學中心，但是如果讓我有所選擇的話，我都偏好到鄉間衛生所或小型的醫院參觀，因為只要這些偏遠地區醫療照護上了軌道，擁有較多醫療資源的都市內民衆健康問題自然讓人比較放心。也就是說，較弱勢的偏遠地區，才是國家健康政策有沒有進步的重要指標。

台灣因為都市發展集中，青壯年人口多逐工作而居，紛紛遷往大型都市，使得許多村落高齡化的情況，比全台灣平均指數更為嚴重。這些鄉間高齡長者，特別需要健康照顧，但因人口稀少，加上交通不便，因此很難吸引醫療業者進駐鄉間。

照顧這些偏遠地區民衆，本來就是政府應負起的責任。因此我們積極培育在地醫事人員於畢業後回鄉服務、在偏遠的地方設置巡迴醫療點以提高民衆就醫的可近性、獎勵醫療資源不足地區急救責任醫院成立特殊之急重症照護中心，以上這些不同的政策與制度，都是為了縮短城鄉間的醫療差距，落實偏遠地區居民們的健康照護。為了實地瞭解狀況，我在上個月還特別邀請媒體朋友，一起到台南縣鄉村視察當地群體醫療中心。台南縣東山鄉嶺南村居住了400多人，其中有一半是80歲以上老人。我雖然對長者們可以如此的高壽感到欣慰，但是相信大家不免會憂心他們的就醫問題。這次偕同媒體朋友南下，其目的也就是在讓大家瞭解，對於提高偏遠地區民衆就醫的可近性，政府到底做了怎麼樣的努力。

為了讓台灣沒有無醫鄉，政府推出許多獎勵措施，透過補助方式促使醫院願意以巡迴醫療車，支援偏遠地區醫療照護。像台灣大學附設醫院就負責新竹縣之竹東



地區，而成功大學附設醫院則負責台南縣之新化地區。這些偏遠地區不像新竹市或台南市等都市化之地區，有完整足夠的醫療資源，故必須給予其適當支援。南下當天有位老人家告訴我，以往他們要到醫院看病，光是來回計程車費用就要花掉1千多元，是他們相當沉重的負擔。但是自從有了醫療巡迴車後，他們就不需要為了省這些錢而忍受其病痛。我聽了覺得非常的感動，也感謝這些醫院及所屬醫護人員，對老人家的關懷和照顧。

雖然，我們已有許多照護偏遠地區居民的政策與制度，但是，並非每個民衆都知道有哪些資源可以取得、有需要可以到哪裡尋求幫忙，為了讓有需要的民衆可以即時得到協助，我們透過社區健康營造中心建立起完善的網絡，以在地的力量，提供基層民衆身體及心理健康的雙重支援。就以自殺防治為例，去（2009）年與前（2008）年相較，自殺率已呈現下降趨勢；今年截至5月底止，與去年之同期相比，自殺率更下降11%，從這件事可以顯示健康照護網絡已發揮其成效。

身心障礙及罕病患者照顧不落後

2000年，台灣完成《罕見疾病法》之公布施行，成為全世界第5個制定專法保障罕見疾病患者們的國家。罹患罕見疾病的人，需要特殊治療藥物，但是因為那些藥物使用者少，沒有「市場」，所以大多成為所謂的「孤兒藥」，不僅沒有藥商願意進口，藥品價格也相當的昂貴。並非罕病患者經濟所能承擔，但據《罕見疾病法》之規定，凡是罹患「罕見疾病」的人，其所需的疾病診斷、治療、藥物等項費用，全部由衛生署編列預算補助，相當程度減輕了病患的負擔。

此外，發展遲緩兒童也是衛生署照護的重點對象。只要早期發現、早期給予協助，部分發展遲緩兒童甚至可與正常的人無異，如自閉症、或過動兒，都是這樣。現在可以透過學校及醫院的健兒門診早期發現這些個案，而各醫院之兒童心智科，則可提供更為直接、更符合需要的照顧。其他像是殘

障手冊、健保補助，以及由衛生署會同其他部門推動的無障礙空間，都是在為身障朋友提供更優質的生活環境。當然，政府施政難免還有許多改進空間，但是，政府對於照顧民衆身心健康，絕對是誠意十足，且具有強烈的使命感。

最近，許多醫學研究證實，財富會影響個人的健康；其實，健康也會影響財富。如同我在許多場合中一再強調的，像台灣這樣缺乏自然資源的國家，最重要的就是人力資源。譬如2003年SARS期間，台灣許多產業都受到其衝擊，雖然這種說法有點功利主義，但事實告訴我們，沒有健康的員工，各產業都無法創造經濟實力。而所謂的健康，不止是個人身體的健康，還包括心理的健康以及家人的健康。我個人總認為，讓青壯年朋友努力打拚事業，對居住在偏遠家鄉的老人家、身心障礙或罕見疾病的民衆，由政府來幫忙照顧。這樣子才算是「壯有所用·老有所養」最完善的社會。DOH

衛生 報導

◀ 季刊 ▶

143

中華民國99年9月



封面故事

台灣的健康水準雖然已有大幅提升，但與「全民均健」的理想還有一段距離。除了偏遠及離島民衆面臨相對的資源不足外，身心障礙及罕見疾病患者，也需要額外的健康照護。政府已全力規劃、全心服務，務求讓這些朋友都得到良好的醫療協助，讓台灣朝「全民均健」的目標不斷邁進。

CONTENTS

02

署長的話

完善弱勢族群的健康照護
才是國家健康政策進步的指標

衛生放大鏡

弱勢族群 健康照護

建構偏遠地區、身心障礙及罕見疾病之完善照護體系。

對於偏遠地區民衆、身心障礙和罕見疾病患者的照顧，一直是衛生署努力的目標。除了強化醫療設施和醫事人才的培育外，也就醫療照護品質和遺傳預防等服務，做了完善的規劃。

08

偏遠不離照護 離島不離健康

專訪衛生署護理及健康照護處副處長
蔡淑鳳

12

身心障礙者照護

身障鑑定新制
預計於 2012 年 7 月全面實施

16

不罕見的愛與照顧

回顧罕見疾病政策上路 10 年

20

政策快易通

20 WHA 取經之旅

24 支持《公共場所母乳哺育條例》重視 媽媽寶寶基本權利

26 用心聆聽、伸出援手—生命守護者 「安心專線」(0800-788995)

28 需要喘口氣？「喘息服務」幫助您

30 為中藥濃縮製劑安全把關 嚴格限制重金屬、微生物限量標準



32 健康宅急便

32 預防代謝症候群 避免三高上身

34 存骨本 防骨鬆

36 達人經驗談

36 「觀音」志工的慈心與專業

39 張璟惠化親身之痛 支持癌末病人



42 健康 Q & A

政府來幫您 罕見疾病照護須知

44 健康傳播網

44 慈心奉獻 真愛無限

45 「支持器捐，讓『愛』99」

46 衛生大事紀

2010 年 6 月～ 2010 年 8 月

如您對衛生報導季刊的單元架構及版面設計，有任何建議，歡迎您與我們連絡！

聯絡方式：

衛生署企劃處 郭慕蓉 小姐

電話：(02) 8590-6575

E-mail：plmujong@doh.gov.tw

刊名 / 衛生報導 季刊

期別 / 143 期

創刊 / 中華民國 80 年 3 月 20 日

出刊 / 中華民國 99 年 9 月

發行人 / 楊志良

社長 / 張上淳

編輯委員 / (按姓氏筆畫順序排列)

邱志彥 高文惠 商東福 許怡平

陳富莉 黃純英 黃雅文 張鈺旋

廖崑富 蔡素玲 蔡閻閻 賴明和

總編輯 / 黃美娜

副總編輯 / 楊芝菁

執行編輯 / 周素珍 林千媛 郭慕蓉

出版機關 / 行政院衛生署

103 臺北市大同區塔城街 36 號

<http://www.doh.gov.tw>

總機 (02) 8590-6666

編輯企劃 / 左右設計股份有限公司

地址 / 106 臺北市大安區濟南路三段

17 號 2 樓

電話 / (02) 2781-0111

傳真 / (02) 2781-0112

攝影 / 左右設計股份有限公司

製版印刷 / 虹揚印刷

ISSN / 10192875

GPN / 2008000143

定價 / 60 元

行政院新聞局出版事業登記證

局版北市誌字第 1738 號

台灣郵政北台局字 3817 號執照

登記為雜誌交寄

衛生
放大鏡

弱勢族群 健康照護

建構偏遠地區、身心障礙及
罕見疾病之完善照護體系



為加強偏遠地區民衆之健康照顧的可近性、周延性及持續性，衛生署持續評估民衆之健康需求、強化在地醫療建設、培育在地醫療人才、推動部落社區健康營造，以確保民衆健康權益。

同時，為提升身心障礙者的照護品質，針對身心障礙鑑定新制將於2012年7月實施，並強化身障者及其家屬的支持系統，確保身障者可獲得完善之照顧服務。

另外，透過完善的罕見疾病照顧制度及遺傳中心的整合服務，提供罕病患者全面性的支持系統。



衛生 Part 1
放大鏡

偏遠 不離 照護 離島 不離 健康

衛生署深耕山地離島 醫療照護政策

採訪撰文 / 蔡淑鳳 · 黃建仁

諮詢對象 / 衛生署護理及健康照護處副處長 蔡淑鳳

偏遠不離照護 離島不離健康

台灣社會在進步中，人民健康狀況改善良多，但與許多已開發國家一樣，都面臨「健康不平等」的議題。而健康不平等議題與在地環境、經濟因素、醫療資源、生活習慣或天生基因的差異有關，為探討及解決健康不平等問題，多年來，衛生署以全民均健的前提下，透過資源的最適當分配原則，深耕在地醫療，支援連續照護，以縮小山地離島等偏遠地區的健康差距，讓偏遠不離照護，離島不離健康。

看見山地離島的需求差異

地區界定特殊

所謂「山地離島」地區，係依行政院所訂定的原則來定義，山地鄉（地區）是指宜蘭縣大同鄉及南澳鄉，台北縣烏來鄉，桃園縣復興鄉，新竹縣尖石鄉及五峰鄉，苗栗縣泰安鄉，台中鄉和平鄉，南投縣信義鄉及仁愛鄉，嘉義縣阿里山鄉，高雄縣茂林鄉、三民鄉及桃源鄉，屏東縣泰武鄉、霧臺鄉、來義鄉、三地門鄉、獅子鄉、瑪家鄉、春日鄉及牡丹鄉，花蓮縣秀林鄉、萬榮鄉及卓溪鄉，台東縣延平鄉、海端鄉、達仁鄉、金峰鄉及蘭嶼鄉。離島係指連江縣、澎湖縣、金門縣及台東縣綠島鄉、屏東縣琉球鄉。

人口結構不同

山地地區近十年總人口數情況依各鄉不同而有所增減，人口數最多為南投縣信義鄉（平均1萬7,512人），最少為高雄縣茂林鄉（平均1,791人）；除了台北縣烏來鄉人口數及比例有增加，其餘都呈現減少趨勢。在離島地區人口數最多為澎湖縣馬公市（平均5萬3,228人），最少為金門縣烏坵鄉（平均381人）；整體而言，離島地區人口有增加趨勢。山地地區2001年至2006年平均粗出生率（15.52%）皆高於全台（10.05%）及離島（11.64%）；同期，老年人口比例平均以離島地區最高（14.41%），遠高於全台（9.27%）及山地（8.70%）。

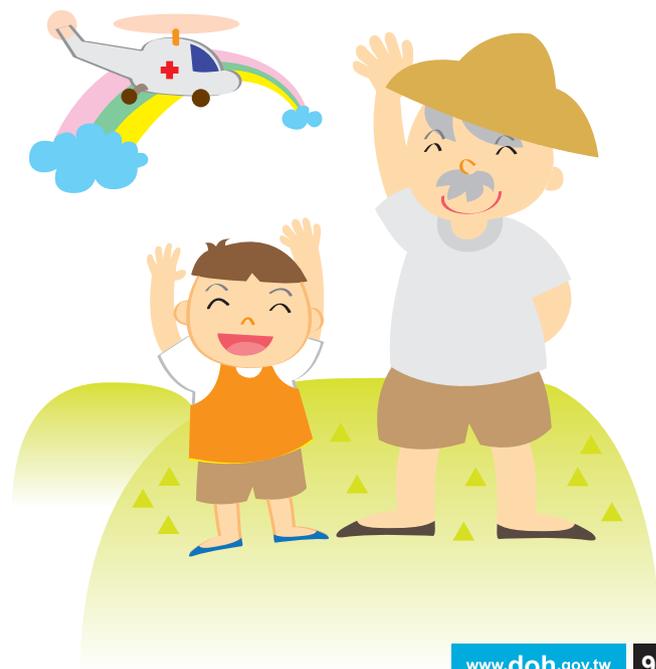
健康需求差異

衛生署為充份了解山地離島居民健康需求，持續委託專家學者進行實證研究，並參考各項研究結果制訂健康政策。

一項針對花蓮縣山地鄉與非山地鄉的比較分析發現，1986年至2005年標準化死亡率有下降的趨勢，但山地與非山地差距卻增加，山地鄉15至64歲主要生產人口死亡率沒有下降，且較非山地高出3倍之多，而山地鄉男性死亡率也增加9%，且高出非山地男性2倍。相關生命統計報告指出山地鄉嬰兒死亡率也高於其他地區。

2008年衛生署調查研究指出，山地居民現在有抽菸習慣佔17.0%；有喝酒習慣佔21.9%；有嚼檳榔習慣佔12.1%；山地鄉有抽菸、喝酒與嚼檳榔習慣的比例皆較離島鄉鎮民衆高。一般民衆最近一年曾經到過診所或醫院看過門診與山地離島地區就醫比例無顯著差異。山地鄉民衆在輕症狀時50.3%選擇診所為主要就醫場所，次之為衛生所（47.3%）；在嚴重症狀時，則以地區醫院為主要選擇之就醫場所（36.8%），選擇前往都市的醫學中心次之（20.1%）。研究發現山地地區民衆在醫療滿意度上顯著較離島地區民衆高。

以上研究對象包括山地地區樣本佔48.4%，離島地區樣本佔52.6%。樣本主要以20歲以上民衆為研究



對象，男性37.8%，女性61.7%，最高學歷以高中、職為主（34.1%），個人月收入上主要以「無收入」與「2萬元以下」為主；在工作方面，以家庭主婦為多數（22.6%）。

深耕在地醫療

鑑於山地離島不同的地理環境、文化背景及疾病型態，各地區醫療資源和人力需求的差別，不同國家常採用不同之規劃策略來改善健康不平等問題。近年來，衛生署政策以「深耕在地醫療」及「支援連續照護」策略，透過資源的最適當分配，縮小山地離島等偏遠地區的健康差距，衛生署盼望不管在山地，在離島，我們是一樣的健康、幸福又快樂。

強化在地醫療設施與建設

衛生署每年依照山地離島需求，透過補助醫院軟硬體建設經費，協助提昇在地醫療服務品質，例如，澎湖2005年實施醫療資源整合計畫，完成建置具備照護急重症病患規模之區域醫院，還有即將完工的連江醫院與進行中的金門醫院建設，除了醫院，更全面與每年持續補助山地離島衛生所（室）的重擴修建，近10年，已補助約55間衛生所，經費約新台幣7億元以上。

培育在地醫事人員

政府為了改善偏遠山地及離島地區醫事人員缺乏，自1969年起實施「台灣省山地暨離島地區醫護人員養成計畫」，以公費專案培養醫護人員，培養了不少醫師、牙醫師、藥師、檢驗師、護理人員等，對於山地離島地區醫療資源之增加，已有許多的改善和助益，預計至2011年，將培育共有404位公費醫師及782位醫事人員。

部落社區健康營造

2000年實施「部落健康營造」，開始讓部落從發掘問題、建立共識及整合部落資源來「自主」的努



力改善部落本身的健康問題。「部落健康營造」奠定了社區自主的基礎。目前有85個部落健康營造計畫，例如：台東縣蘭嶼鄉，因地制宜提出「水上救生員培訓」部落健康營造，共完成93位水上救生員證照取得，結合旅遊相關業者，維護遊客及民衆安全，降低溺水事件，每年平均成功救起8件意外事故。

衛生署並補助各大專青年寒暑期社區部落健康服務營計畫，2005年迄今已超過150隊，約有1,500-2,000人次大專青年參與。

智慧醫療照護

為促進山地離島即時與服務效率，2006年開始建置智慧醫療，目的在提供行動門診，並透過資訊整合衛生所與醫療院所健康資訊。至2009年底完成建置34個山地離島衛生所醫療資訊系統及巡迴醫療點231點；同時完成31個山地離島衛生所影像判讀及調閱系統建置。同時購買4家電子期刊及資料庫，供山地離島衛生局、所等66個單位免費上網使用，鼓勵及推動數位學習與醫事人員繼續教育。

支援連續照護

IDS計畫

而對於在地醫療資源尚未足夠專業量能的地區，定期由本島區域級以上醫院，以整合型醫療照護計畫支援在地醫療照護服務，衛生署中央健康保險局透過山地離島醫療給付效益提升計畫（IDS），提供48個山地離島，每年以30-35億元專案經費，增進偏遠地區民眾就醫的可近性，提供巡迴醫療服務，解決專科醫師不足的情形。每年48家承作醫療機構支援在地醫療約459萬門診就醫人次（平均每人每年門診11-12次），每月支援1,746診次專科醫師門診。

緊急與重大醫療支援不中斷

為嘉惠離島民眾急重症就醫，對於嚴重傷病來臺就醫者，衛生署補助其所需之交通費的二分之一；而如遇緊急傷病，則透過空中轉診來台救治，其95%費用由衛生署補助。依衛生署統計，每年補助離島約300人次（平均每月25人次）急重症空中轉診；每年約補助2萬人次（平均每月1,667人次）回台就醫交通費用。

為強化緊急醫療資源缺乏地區全時或特殊時段之緊急醫療服務，衛生署運用醫療發展基金獎勵「設立夜間或假日救護站」、「設立觀光地區急診醫療站」、「提升醫院急診能力」等項改善措施。派遣具急診、內、外、婦、兒或家醫科專科醫師資格且完成進階訓練之醫師與護理人員提供服務。目前於山地離島地區有4處設立觀光地區急診醫療站，提供假日醫療服務，以滿足遊客與當地居民之需要。

減少醫療可近的差距

2007年健康保險全國住院檔分析山地鄉與離島地區民眾醫療利用情形，結果發現不論是一般民眾或是山地離島民眾，前四大住院主診斷皆相同，主診斷前三碼依序為「肝及肝內膽管惡性腫瘤」，「氣管、

支氣管及肺之惡性腫瘤」及「子宮平滑肌瘤、女性乳房惡性腫瘤」。

比較一般地區與山地離島民眾住院之醫院層級別，結果發現山地離島民眾住院以醫學中心為主，地區醫院次之，而在一般民眾方面亦以醫學中心為主，但區域醫院第二，地區醫院第三。另外，比較一般民眾與山地離島民眾住院治療結果，結果發現住院結果為死亡者，在一般民眾與山地離島民眾間並無差異。比較住院山地離島與一般民眾之基本人口學特質，發現年齡及性別皆達顯著差異，山地離島之民眾住院平均年齡為59.9歲，略高於一般民眾56.8歲，一般民眾以女性住院居多，山地離島民眾則以男性居多。進一步比較山地離島與一般民眾之醫療利用差異，在住院次數、住院天數及住院總費用三方面皆無達到顯著差異。

健康照護承諾與挑戰

醫療公平理論強調受益與負擔如何公平分配，其中平等主義觀點認為每個人價值均等，應該接受平等的對待，而醫療的平等強調「過程的平等」與「實質的平等」。從健保醫療資源利用結果分析，山地離島醫療「過程平等」差距已明顯改善，未來，「醫療實質平等」的落實是承諾，也是挑戰。

什麼是醫療實質平等？例如，研究證實基層醫師供給與死亡率下降有關，家庭醫師的供給與低的死亡率達統計上顯著意義，甚至抹去了收入不平等影響的關係。過去在公費醫師養成計畫中，醫師人力之需求規劃，常以每萬人口醫師數作為主要依據，但基於山地離島地區不同的地理環境因素和原住民族別之差異，加上不同地區疾病型態之不同，所需要的醫師人力和專科服務亦常有所差異，故如何提供高水準的基層醫療照護實證能力，有效率醫事人力組合與服務模式，是承諾，也是挑戰。DOH





身心障礙者照護

身障鑑定新制 預計於2012年7月全面實施

採訪撰文 / 鍾筭樂

諮詢對象 / 衛生署護理及健康照護處長期照護科科长 陳淑芬

長久以來，身心障礙者一直是社會中的弱勢，輕者工作、生活屢受阻礙，重者日常起居皆需全天候照護。但隨著新法公布，將為身心障礙者提供一個完整的照護體制。



我國自 1980 年公布施行《殘障福利法》（即《身心障礙者保護法》前身）以來，即展開身心障礙者的鑑定、照護及福利措施之推動。然而，經過數十年來的社會演進、觀念變革，舊法中對於身心障礙者的界定與福利政策已顯捉襟見肘。

身心障礙者的面貌並不單一，其中包括了不同的障礙類別、障礙程度，加上性別、年齡及職業等因素，使得身心障礙者的需求更顯複雜。因此，1997 年修正公布的《身心障礙者保護法》中，特別將主管機關與目的事業主管機關分列，目的是透過專業分工來提升身心障礙者的福祉。

衛生署護理及健康照護處長期照護科科長陳淑芬表示，照護處於 2004 年 7 月 1 日成立，長期照護科為其中一科，至今已設置 6 年。由於身心障礙鑑定屬於醫事專業，因此由衛生署負責；而身心障礙者的福利需求評估，依法屬於內政部權責。對於身心障礙者整體業務來說，衛生署所辦理的主要事項是身心障礙者鑑定、保健醫療、醫療復健與輔具服務等相關權益的規劃、推動及督導。

身心障礙者權益保障法核心目標

《殘障福利法》公布施行以來，我國身心障礙者的認定即採登記認定制，身心障礙者必須經過鑑定後取得手冊，才列入相關的人口統計。

截至 2009 年底為止，我國身心障礙者人數共計 107 萬 1,073 人，占總人口 4.63%。而近 5 年來每年平均成長 3 萬 2,471 人，這個逐年成長的趨勢，是值得重視的現象。

在《身心障礙者權益保障法》修正公布後，身心障礙者的定義和分類，採用聯合國世界衛生組織頒布的「國際健康功能與身心障礙分類系統」（International Classification of Functioning, Disability, and Health, ICF）。2006 年 12 月，聯合國大會通過《身心障礙者權利公約》（The Convention on the Rights of Persons with Disabilities），雖然我國無緣加入，但我們的身心障礙福利政策實質上已與國際接軌，並將該公約的精神落實在各項法令、政策和措施上。

隨著社會的進步，目前對於身心障礙者的照顧，已經由醫療導向及個人模式，轉為權益導向與社會模式。《身心障礙者保護法》於 2007 年 7 月 11 日修正公布，更名為《身心障礙者權益保障法》，並將其中「福利服務」一章更名為「支持服務」，更突顯《身心障礙者權益保障法》的核心目標，是對於身心障礙者的個人支持、家庭支持、和社會參與之保障。透過這三項支持的措施，使身心障礙者在權利與義務方面得到平等待遇，達到「機會均等」和「全面參與」的目標。另一方面，也將使身心障礙者得以自立生活，成為貢獻社會之一員。

身障鑑定重大變革 更切合需求

隨著新法公布並採取 ICF 分類系統之後，未來在身心障礙者的定義與鑑定上，將會出現極大的變革。其中最主要差異，在於現行身心障礙的分類是疾病型態為基礎，其所獲得的福利服務都相同。而日後採用的 ICF 分類系統則是以功能需求為標準，依據個案的身心功能評估，其特點在於個別化。

現行的台灣身心障礙鑑定是依照國際疾病分類標準中的觀察及診斷，區分為視覺障礙者、聽覺機能障礙者、平衡機能障礙者、聲音機能或語言機能障礙者、肢體障礙者、智能障礙者、重要器官失去功能者、顏面損傷者、植物人、失智症者、自閉症者、慢性精神病患者、多重障礙者、頑性（難治型）癲癇症者，以及經中央衛生主管機關認定，因罕見疾病而致身心功能障礙者、與其他經中央衛生主管機關認定的障礙者等 16 類身心障礙類別。根據各項身體系統構造或功能，依損傷或不全而導致顯著失能或喪失情形，判斷身心障礙者程度的輕、中、重及極重度等等級，再依等級程度分配福利服務及補助。

由於現有鑑定系統是以疾病型態為分類基礎，所以鑑定結果往往與身心障礙者的各項生活功能脫鉤，無法切合其生活實際需求。造成政府無法依照身障朋友的實際需求提供福利保障，而只能根據是否擁有身障手冊及等級程度，給予包裹式的福利措施。如此，會導致部分身障者獲得不需要的福利，排擠了真正需要者的資源取得，也會造成浪費。

而目前仍在研擬中，依據 ICF 分類系統所設計的鑑定新制，則是根據個案的身心功能，作為獲得福利服務及補助的依據。ICF 主要區分為兩個部分（如下圖）：

1. 功能及失能：此部分又區分為身體功能 / 身體結構、活動 / 參與兩個成分。
2. 背景因素：指的是構成個體生活的全部環境因素，包含環境因素和個人因素兩個成分。

ICF 區分 8 大項身體功能障礙類別：神經系統構造及精神、心智功能；眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛；涉及聲音與言語構造及其功能；循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能；消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能；泌尿與生殖系統相關構造及其功能；神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能；皮膚與相關構造及其功能。

新制的身心障礙鑑定方式，著重在由專業團隊對於身心功能的評估與鑑定。不同於現行以鑑定醫院鑑

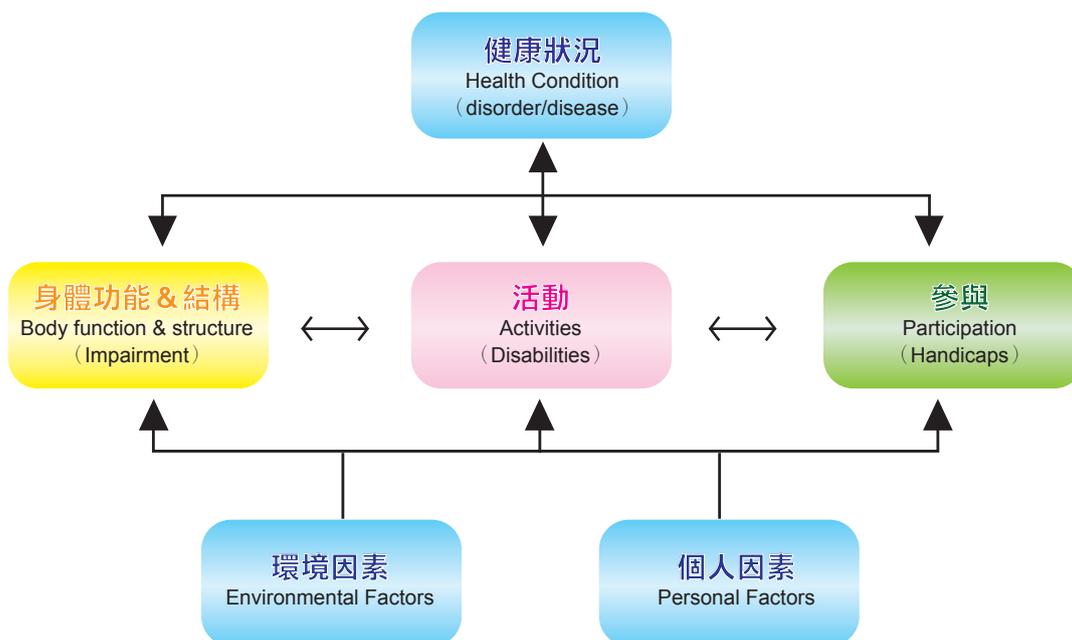
定醫師為主要鑑定人員的單一作法。而且，除了鑑定方式改變外，新制實施後，身心障礙證明申請及各項福利與服務，將由醫事、社會工作、特殊教育及職業輔導評量等人員的進行多面向評估，根據個案身體結構、功能、活動與參與，以及其生活環境，提供專業評估與鑑定報告，並據以深入評估需求，目的是要確實了解身障朋友實際需要的福利服務。因此，未來的鑑定結果以及福利服務連結將會達到高度個別化。

復健輔具與照護服務雙管齊下

陳淑芬表示，鑑定新制上路之後，在全面施行之前，以舊制鑑定的身障朋友權益完全不受影響。未來，可以預期的是，身障朋友的生活、心理、居家及其他生活方面的照護支持服務，將會更加符合需求。

為了服務全國身心障礙者及社會大眾，使能了解輔具相關資訊，獲得完整醫療專業的輔具評估，照護處自 1997 年起即積極推動身心障礙者之輔具服務

ICF 架構圖



與推廣，並於 2004 年起補助各縣（市）設置「醫療復健輔具中心」，其主要功能是提供輔具諮詢、評估及個別化設計研發等專業服務，期望能以此中心為核心，為身心障礙者提供醫療復健輔助器具服務輸送機制，便於身心障礙者就近得到完整性、多元化專業醫療輔具服務。

除此之外，身障朋友的家人與親友也需要協助。依《身心障礙者權益保障法》規定，直轄市、縣（市）主管機關應該依照需求評估結果，辦理日間照顧、臨時及短期照顧、照顧者支持、家庭托顧等社區式之照顧服務，協助身心障礙者獲得所需的個人照顧，並且提高家庭照顧身心障礙者的能力。上述這些服務，都是身心障礙者及其照顧者可以申請取得的協助。

總而言之，根據《身心障礙者權益保障法》修正通過的方向，在策略規劃上，要促進身心障礙者福利

服務的取得及服務提供的品質。而服務的提供與政策的制定、推動，則應以強化國家對於身心障礙者及其家屬的照顧責任為前提來進行。

然而，國家所提供的服務並無法完全取代家庭的角色，應該是由國家提供協助家有障礙者之家庭照顧的支持服務措施及政策，以豐富家庭的功能。因此，在進行服務使用的評估時，也必須將家庭需求納入服務需求評估機制中；而當家庭呈現失去功能狀態時，才由國家完全介入。

在可預期的未來內，身心障礙朋友的支持與照護，將會隨著新制而更加完善，真正達到聯合國《身心障礙者權利公約》的宗旨：促進、保護及確保實現身心障礙者所有人權和基本自由充分、平等享有，並促進對身心障礙者固有尊嚴的尊重。DOH



(WHO, 2001年)

自2001年ICIDH第二版問世以後，世界衛生組織（WHO）即把原本身心障礙標示的坐輪椅圖案改為一家四口的標示。意指家庭中的每一位成員，不分男女老幼與環境互動時都可能發生失能之風險，即便家中有失能者，最終還是希望每個家庭依然能和樂融融。

衛生 Part3
放大鏡

不罕見的 愛與照顧

回顧罕見疾病政策上路10年

採訪撰文 / 方雅惠

諮詢對象 / 成功大學醫學院附設醫院副院長 林秀娟



我國是全世界第5個針對罕見疾病制定法源的國家，10年來，政府在全民健康保險、罕病醫療照護、防治及醫療等各方面均提供罕病患者完善的照護，甚至優於其他國家。

在好萊塢根據真實故事改編、描述罕見疾病龐貝氏症（Pompe Disease）的電影《愛的代價》（Extraordinary Measures）中，主角約翰·克羅利為了救一雙患有龐貝氏症的兒女，不惜拋下似錦前程尋求解方，最後終於在史東希爾博士協助之下研發出藥物，創造了奇蹟。

現實生活中，我國中研院院士、罕見疾病基金會董事長陳垣崇正是史東希爾的原型人物，他研發的龐

貝氏症解藥「Myozyme」已獲美國食品暨藥物管理局與歐盟醫藥品管理局核准上市，而克羅利對兒女的愛與堅持更是常常在罕見疾病患者家庭裡上演的故事。

發病機率低 但人人有風險

何謂罕見疾病？成功大學醫學院附設醫院副院長林秀娟表示，大部分罕見疾病成因是基因發生缺陷，

導致先天的疾病，基因缺陷有些是因為遺傳，有些是突變而來，但也有部分罕見疾病尚未發現確實的致病原因。

採目前國人一般熟知的罕見疾病包括被暱稱為「玻璃娃娃」的成骨不全症、「黏寶寶」（黏多醣症）、「企鵝家族」（脊髓性小腦萎縮症）等，國內已知的病患人數從數百人到上千人不等，甚至有一些罕見疾病全世界僅有幾個病例。罕見疾病的發生機率雖低，每一個新生命誕生時卻都承擔了風險。林秀娟表示，由於基因複製的因素，罕見疾病以遺傳性疾病居多。人體約有3萬個基因，如果男女雙方碰巧擁有同一個隱性致病基因，或其中一方家族有病史，或是基因在複製過程中產生突變，那麼下一代都可能出現基因異常的罕見疾病。林秀娟進一步表示，同理推估，近親通婚便是出現罕見疾病的高危險群，但台灣因法律限制，這種情況較少發生。

林秀娟指出，雖然罕見疾病類型多且複雜，但並非完全無藥可治。只是過去罕見病症診治困難，由於治療藥物與特殊營養品研發製造均需要大量經費，但是罕見疾病使用人數稀少，廠商在利潤考量下，往往不願投入資金開發、製造或引進，所以其所需治療藥物與特殊營養品又被稱做「孤兒藥」，價格既昂貴又取得不易，造成病患家庭經濟與心靈上沉重的負擔。

制度給予病患完整的照顧

即使家人願意無私付出愛與關懷，畢竟隨著疾病複雜及能力有限而總有耗盡的一天，唯有制度可以給予病患完整性的照顧。為此，我國於2000年8月訂定《罕見疾病防治及藥物法》，將「罕見疾病」明訂為疾病盛行率萬分之一以下的病症，尤其是具遺傳性及診治困難的病，經罕見疾病及藥物審議委員會認定，或因情況特殊，經中央主管機關指定公告者。

值得一提的是，我國是全世界第5個針對罕見疾病制定法源保障的國家，與美國、歐盟、澳洲及日本先進國家同步。「我們的保障範圍甚至更廣」，林秀娟表示，我國罕見疾病的政策相當完備，自2000年開始，將罕見疾病患者的用藥納入全民健保給付範

圍，2005年更規劃罕見疾病藥費專款專用，避免罕見疾病照護在醫院總額支付的制度下被排擠，讓醫師可以無後顧之憂地照顧病人。

除了藥費給付外，還有各種醫療照護，如俗稱「泡泡龍」的遺傳性表皮分解性水皰症，患者全身各處皮膚隨時可能起水疱、潰瘍，每天使用的敷料、各種治療方法及藥物都有補助。針對病人權益的保障部分，2001年修正的《身心障礙者保護法》，將罕見疾病病人納入單一身心障礙類別，2002年罕見疾病全數納入「全民健保重大傷病」範圍，讓他們得以持重大傷病卡就醫，免除部分負擔，使國內罕見疾病人權邁向嶄新紀元。

《罕見疾病防治及藥物法》可以說是政府防治罕見疾病的第一道防線，立法迄今10年來，公告184種罕見疾病、74項罕見疾病藥物及40項維持生命所需之特殊營養食品；根據衛生署中央健保局（簡稱健保局）的資料指出，2009年使用罕見疾病用藥治療的病人約3,621人，完備的政策讓這些患者的權益獲得保障。



- 罕見疾病專用治療藥物與特殊營養品因為使用人數稀少，價格昂貴又取得不易，常被稱做「孤兒藥」，還好政府都有適時適量補助，大幅減輕病患的負擔。（照片提供：財團法人罕見疾病基金會）



7 台灣從 1985 年起即全面實施新生兒先天性代謝疾病篩檢，成效卓著，篩檢率幾乎達到百分之百。為了更健康的下一代，請及早篩檢，及早治療。

我國目前罕見疾病的防護網，經由產官學的合作組成相當完整的網絡；以衛生署國民健康局（簡稱健康局）為窗口，依據《罕見疾病醫療補助辦法》，全額補助供應罕見疾病病人維持生命所需之特殊營養食品及緊急用藥，提供國際醫療合作代行檢驗服務及予以部分補助，補助全民健康保險未能給付之診斷及治療等醫療費用，2009年約計補助新台幣3,200萬餘元；提供罕見疾病病人及家屬遺傳診斷及諮詢等相關服務，並加強罕見疾病防治相關宣導；健保局負責醫療給付；衛生署食品藥物管理局則負責審查罕見疾病藥物及營養食品。

林秀娟表示，根據健保局的統計，2009年健保給付罕病藥費約新台幣16億元，其中又以黏多醣症、龐貝氏症及法布瑞氏症居前3位，如果沒有健保給付，沒有幾個人負擔得起。畢竟基因突變的風險是每個人都可能遭遇的，需要靠著社會制度與保險，才能讓不幸遇到的家庭免於破碎。

此外，由於病人數少，每個國家處理罕見疾病的經驗都不算多，特別需要國際合作。碰到某些極為罕見的疾病無法在國內檢驗確診，病患可以透過健康局與罕見疾病基金會合作的「國際醫療合作代行檢驗服務方案」，將檢體送到國外的檢驗機構確診，其費

用由健康局及罕見疾病基金會各補助40%，病人部分負擔20%。

透過遺傳中心整合服務做好事前預防

雖然我國對罕見疾病的保障堪稱完備，但事前預防可以免除更多遺憾，由於罕見疾病大部分與遺傳基因有關，林秀娟建議有疑慮的民眾要進一步探究男女雙方家族病史，進行結婚或懷孕前的健康檢查及遺傳診斷。目前國內已經衛生署評核通過27家臨床細胞遺傳學檢驗機構、9家遺傳性基因檢驗機構及11家遺傳諮詢中心，提供罕見疾病患者的家族遺傳診斷及諮詢服務，積極防治罕見疾病。

林秀娟表示，以2002年即成立的成大醫學院附設醫院遺傳諮詢中心為例，除了推動跨科部、跨院際之「遺傳及罕見疾病網絡」，提供家族性遺傳諮詢及檢驗服務，包括染色體檢驗、基因分析及生化遺傳檢驗，以協助追蹤及預防。民眾可於婦產科、小兒科遺傳諮詢特別門診諮詢，亦可透過遺傳中心窗口查詢就診訊息，或經基層診所、衛生所、學校轉診就醫。

此外，成大醫院遺傳中心每年進行品管改善專案，歷年專案計畫項目包含「遺傳罕見疾病之診斷」、「提供便利且完善之檢驗轉介外院服務」、「基因檢測知情同意過程改善」、「提供全方位罕見疾病家庭服務、病友團體及社會資源之運用」等，均成效良好，從2007至2009年，共計服務診斷2,000多人，其中以親子血緣鑑定與地中海型貧血所佔比例最多。

林秀娟以「上一胎患有裘馨式肌肉萎縮症的某孕婦」為例，不僅可在遺傳中心獲得遺傳諮詢及後續照護資源，也在此聯結病友團體，並獲得傾聽、陪伴及追蹤等情緒上的支持。

及早治療帶來更多希望

萬一新生命仍發生基因異常，大部分的罕見疾病若能及早發現，可避免造成患者心智障礙、發展遲緩等嚴重後果，所以產前檢查及新生兒篩檢仍可以挽回不少遺憾。

林秀娟曾照顧過一名住在慈善機構的棄嬰，出生不久被新生兒篩檢檢查出罹患罕見疾病法布瑞氏症，這是一種缺乏某種特殊酵素的遺傳性疾病，病患成年之後將罹患嚴重心血管疾病，造成反覆中風、洗腎，但如果能早期發現，終生施打藥物可以防止進入病程。由於法布瑞氏症2週用藥就需要新台幣18萬元，雖然有健保給付，但病患也需要終生照顧，經過許多人的幫忙，該名嬰孩一直後來終於獲得一對非常有愛心的外國夫婦領養，目前病童人在國外生活，也接受治療，長得活潑可愛。

目前政府補助的篩檢項目共有苯酮尿症、高胱胺酸尿症、半乳糖血症、先天性甲狀腺功能低下等11項。由國內452家接生醫療機構採集新生兒腳跟血後，送往3家篩檢中心檢驗，篩檢出來的陽性個案將由32家確診醫院追蹤、診治，給予治療及遺傳諮詢。

政策上的層層把關、防護，正如林秀娟為《攀越魔術山—罕見疾病FOP的試煉與祝福》（Finding Magic Mountain: Life with Five Glorious Kids and a Rouge Gene Called FOP）寫序時表示：「一個生命都是這麼寶貴，無論病名有多古怪，診斷治療有多困難，都要奮鬥、忍耐，不能輕言放棄。」

社會建立正確觀念 以愛接納

罕見疾病政策上路10年，病患在醫療及照顧上已得到堪稱完善的照顧，但林秀娟認為罕見疾病病人自己或家人還是常要面對社會面的壓力，尤其因為大部分罕見疾病藉由遺傳發生，如果病人刻意封閉、隱瞞，反而讓整個家族失去了即時診斷或治療的機會。因此，社會應該給予罕見疾病病人更多的接納與支持，讓更多罕見疾病家庭勇敢走出來。DOH



➤ 社會應該給予罕見疾病病人更多的接納與支持，讓更多罕見疾病家庭勇敢走出來。



WHA取經之旅

專訪衛生署副署長張上淳
談第63屆WHA的「台灣經驗」

採訪撰文 / 許麗芬



隨著地球村時代的來臨，許多「健康」議題再也不能偏安一隅，往往可能牽一髮而動全身，以近年來備受矚目的傳染病為例（SARS、H1N1新型流感、愛滋病、禽流感、腸病毒、結核病和瘧疾等），都需要架構全球性防治網絡才能避免疫情擴大，由此可見，我國參與世界衛生組織（WHO）確有其必要性。如果說在睽違38年之後，去（2009）年我國首度以觀察員身分參加第62屆世界衛生大會（WHA）是「破冰之旅」的話；今（2010）年我國再度參加第63屆世界衛生大會，或許可稱為「取經之旅」。

檢視千禧年健康發展目標執行進度

2010年第63屆世界衛生大會於瑞士日內瓦聯合國萬國宮召開，自5月17日至21日止為期一週，主題為「與健康相關之千禧年發展目標」（Health-related Millennium Development Goals），我國代表團由衛生署長楊志良率隊，團員包括前署長葉金川、副署長張上淳、疾病管制局局長張峰義、中央健康保險局副局長李丞華及其他學者官員共15人。

衛生署副署長張上淳談起參加本屆世界衛生大會的「台灣經驗」時表示，參與世界衛生組織的提案在歷經朝野內外10多年的辛勞及力求突破的努力下，終於去年第62屆WHA獲邀以觀察員身分出席，可以說是重大突破。本年再度獲邀，並與其他觀察員同時收到邀請函，可顯示我國參與WHA已屬「常態」，對台灣國際空間的參與具重要意義。本屆跟上一屆比，我們有很大的突破，上一屆由於獲邀到出席的時間緊迫無法充分準備，因此我們

只針對會議主軸下的4個小主題發言；本屆為我國第2次以觀察員身分與會，會前準備時間較去年充裕，所以可提前針對本年大會討論之技術性議題進行研議，於全部24個健康議題中針對其中的15項發言，將台灣經驗與各國代表分享。這15項健康議題包括「流感大流行準備（Pandemic influenza preparedness）」、「國際衛生條例（2005）之施行（Implementation of the International Health Regulations（2005）」、「食品安全（Food safety）」、「結核病控制（Tuberculosis control）」、「偽藥（Counterfeit medical products）」、「非傳染性疾病之預防及控制（Prevention and control of non-communicable diseases）」、「病毒性肝炎（Viral hepatitis）」等。令人欣慰的是，我國在醫療公衛上的成果讓與會各國刮目相看，會後也促成了多項合作計畫，為未來台灣加入WHO轄下各項專業公衛議題組織或受邀參與國際會議而鋪路，並以實際行動捐助H1N1疫苗，造福國際社會。

張上淳表示，本屆世界衛生大會主要檢視千禧年健康發展目標的進度，並期望可在2015年達成目標，雖然之前我們並未參與WHO千禧年計畫，但實際上我們很多訂定的目標與世界衛生組織是一致的，與世界公衛醫療的主流趨勢大致相同。例如本屆除了討論流感大流行防範、國際衛生條例（IHR）的實施、以及聯合國千禧年健康發展目標相關議題外，對於消除貧困與疾病也相當關心。WHO關心全球人民的健康福祉，但有些弱勢國家人民的健康卻得不到公平或較好的對待，兒童及孕產婦死亡率偏高，在傳染疾病的控制上也相當薄弱。而我國過去迄今，亦在各項衛生政策及執行上持續努力，並針對千禧年目標，在諸如愛滋病防治、根除瘧疾以及其他傳染性疾病等方面取得重要進展。此外，我們建立了全面性醫療照護體系，並針對婦女、幼兒及疫苗接種等規劃完善的公衛計畫；由於我們的各項努力，目前新生兒死亡率已降至千分之2.7，孕產婦死亡率降至十萬分之6.5，國人平均餘

命亦逐年成長，足見一般民衆，特別是婦女、嬰孩與老人的健康水準均較以往大幅提昇。更值得一提的是，我國是世界上少數幾個「根除瘧疾」的國家，早在45年前台灣就已根除並保全迄今，可說是全球抗瘧地圖上一顆閃亮的鑽石，我國的成功經驗恰可供作WHO發起「擊退瘧疾」（Roll Back Malaria）計畫的參考，成為撲滅瘧疾全球夥伴關係網絡之一員，與受瘧疾影響地區的國家互相學習經驗和彼此支援。

H1N1新型流感防治經驗分享及援助

當然，提到傳染病防治，就不能不談今年世界衛生大會上最熱門的話題——H1N1新型流感。張上淳表示，上一屆WHA會議期間適逢H1N1全球大流行，由於與會代表多為各國重要衛生官員，肩負著防疫作戰的重大責任，因此大會特別縮短議程，讓代表們可以盡早返國作戰。2009年5月20日，會議舉行期間，台灣爆發第一起境外移入個案，署長、疾管局局長立即隔海指揮、控制，避免疫情擴大。

由於我國已被納入「國際衛生條例（2005）」（IHR（2005）），因此在去（2009）年H1N1新型流感大流行期間，立即透過WHO及國際友人的協助，取得H1N1之病毒株及疫苗株，成功自行生產疫苗，並透過IHR聯繫窗口，向WHO通報H1N1疫情資訊達數十次，且受邀參加H1N1疫苗相關視訊、電話會議及生物安全訓練等，使我國能有效控制疫情，並有能力幫助其他國家。

張上淳表示，2009年4月全球發生H1N1疫情，並迅速擴散至全球各大洲，我國在疫情爆發後1個月內尚無病例，於5月20日始有第一例境外移入個案，並至7月才出現第1個社區個案，顯示我國很努力在進行H1N1防疫工作。一直到H1N1在全球爆發大流行，從四面八方回國的境外移入個案數增加，提高流行的機會，此時雖然無法全面圍堵，但由於我們採取「減災模式」來因應，例如提供免費快篩、免費使用藥物、免費提供疫



苗、指定H1N1新型流感指定診所及醫院等策略，使得我國並沒有像其他國家一樣發生急診室及加護病房被疑似H1N1病患塞爆的情形，並有效避免H1N1新型流感疫情在我國引起更大的傷亡。台灣H1N1疫情控制情形相較於「經濟合作與發展組織」(Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD) 這些經濟發展優越的國家，以H1N1的死亡率為指標，每百萬人口發生的死亡率，我國排名約為第3；相較於美國，我們的H1N1死亡率更僅有美國的五分之一。而相較於OECD國家的H1N1平均發生率來看，我國的發生率約只有OECD的三分之一。另外，我國H1N1疫苗施打率排名約為全球的第4、5名，以上種種H1N1的防疫經驗，皆在本屆世界衛生大會上，與各國分享與經驗交流。由於我國H1N1防疫成果良好，深獲其他與會代表肯定，同時我國亦表達願意捐贈疫苗給需要幫助的國家（如瓜地馬拉衛生部長向我提出），充分展現我與世界各國共同合作抵禦傳染病入侵的意願。

由於我國大部分的傳染病控制得很好，因此在本屆WHA會議上，除了分享H1N1的防治成果，同時也分享了HIV、瘧疾及結核病等傳染病防治經

驗。而在非傳染病等慢性疾病的防制經驗，例如癌症、酒害、糖尿病及菸害防制等議題，我們也在會場上與各國交流經驗，尤其是我國的菸害防制，三人以上的工作、公共場所禁菸等的無菸環境策略做得相當好；另外，由於最近草擬「酒害防制法」的議題，因此我們也與相關有經驗的國家請益，有助於我國相關政策及措施之擬訂。

與國際同步 「台灣經驗」被看見

疾病無國界，防疫無落差，衛生署希望藉由參與世界衛生組織各項健康議題及活動，可以跟國際同步及交流，也能貢獻我國在醫療公衛上的專業及成果。張上淳表示，過去由於我們不是WHO的會員國，無法與眾多國家進一步交流，透過參與WHA，使原本與我國無邦交的國家，在此正式場合瞭解台灣的衛生成就與努力。

提到我國得以參與WHO主持的相關事務，IHR（2005）是我們取得的最佳通行證及窗口。早年由於政治因素，我國難以進入聯合國等國際舞台，無法成為WHO的正式成員，但是IHR的內容，旨在幫助國際社會預防和應對那些可能跨國威脅全球人民的緊急公共衛生風險，因此，任何國家，所有人民都應該享有同樣的待遇，獲得第一手的消息。就如同SARS或H1N1爆發後，所有人民都有權知道發生的案例，以做為警訊。在此前提之下，台灣有機會成為觀察員列席WHA，透過IHR（2005）進入這個全球網絡，換言之，若在台灣爆發腸病毒等各種重大傳染病疫情，透過這個網絡可以及早通知其他國家示警。張上淳說：「這是對雙方互利的事，不只是對台灣，對全球各國來講都是好事。」

交流與分享，讓我國參與WHA時獲得許多友誼，也促成了一些會外合作及交流的活動。例如我國的全民健保制度施行良好，可以說是「俗擱大碗」，堪稱國際醫療政策的一大突破及楷模。張上淳表示，全民健保得以成功施行，主要因為整個醫療體系都願意配合，從醫療給付、藥品規範及相關配套設計等都很好，各項資訊系統也都能配合，加

上國民水準很高等因素，讓健保能在台灣順利推行。美國衛生部長賽比留斯（K.Sebleius）與署長會晤時稱，歐巴馬政府正積極推動改革健保制度，美方對台灣的健保制度亦表達高度瞭解的興趣，並當面邀請署長到美國演講。由此可見台灣全民健保施行成功，已在國際上留下口碑。

張上淳表示，我們不能閉門造車、掛一漏萬，透過WHA這樣的平台，我們可以了解目前國際健康公衛議題的趨勢，而我們在全民健保、傳染疾病防治等方面的成果也能提供各國參考。我們在WHA會中表達參與WHO的意願，除了分享成果，也很願意伸出援助的手，去幫助其他國家，例如已經在做的協助海地地震後重建公衛、醫療及防疫體系，及協助聖多美普林西比進行瘧疾防治工作等。透過WHA與世界各國的交流互動，了解大家在做什麼事，對我們踏出去成為世界的一員是相當難得的經驗，也讓更多國家認識我們，日後可能會在更多專業公衛會議上邀請我們參加，讓我們更能積極奉獻，共同完成千禧年健康發展目標。 



➤ 我國由衛生署長楊志良率隊參加，同行者包括前署長葉金川（前排右2）、副署長張上淳（前排右1）、國民健康局局長邱淑媿（前排左1）、疾病管制局局長張峰義（中排左2）、中央健康保險局副局長李丞華（中排左4）及其他學者官員。





支持《公共場所母乳哺育條例》 重視媽媽寶寶基本權利

親善的哺（集）乳環境 可增加母親哺餵母乳的意願

哺餵母乳的媽媽因為「有礙觀瞻」
被「請」出了台北故事館

時間：2005年10月21日

地點：台北故事館

相關人士：5位媽媽與5位寶寶，還有一位台北故事館的服務小姐

採訪撰文 / 楊語芸

諮詢對象 / 衛生署國民健康局婦幼組組長 黃蔚綱

如果大家還有印象，應該記得這個新聞事件後來衍生了一連串的記者會和抗議行動，母乳哺育協會的成員再三主張，社會大眾不該輕忽寶寶的人權。在輿論的提醒下，立法委員與相關部會先是要求各公共場所不得拒絕母親在公共場所哺育寶寶，但衛生署在制訂《公共場所母乳哺育條例》草案時，考慮到全國各地民風的差異，認為光是開放母親在公共場所的哺（集）乳權，恐怕無法照顧到那些不習慣在公共場所哺（集）乳的媽媽們。因此，除公共場所的哺乳權外，衛生署又增加了「哺（集）乳室設置」的規

定。讓過去得在廁所「委屈」進食的寶寶們，有了更衛生舒適的哺育環境。

需設置「哺（集）乳室」的公共場所
數量越來越多

衛生署提出的《公共場所母乳哺育條例》草案已經由立法院一讀通過，衛生署國民健康局（簡稱健康局）希望這個法案能夠儘速三讀通過。根據《公共場所母乳哺育條例》草案，規範之各公共場所，均需設置哺（集）乳室供民衆使用（如右表），並需有明顯的標示。衛生署國民健康局婦幼組組長黃蔚綱表示，條例通過後，經過主管機關公告，遊樂場、餐廳等其他場所，也會逐步納入規定的範圍。

表：《公共場所母乳哺育條例》草案中，需設置哺（集）乳室的公共場所



提供民衆申辦業務或服務之場所總樓 地板面積五百平方公尺以上之政府機關（構）。

營業場所總樓地板面積五百平方公尺以上之公營事業。

營業場所總樓地板面積一萬平方公尺以上之百貨公司及零售式量販店。

其他經中央主管機關公告之場所。

資料來源：衛生署國民健康局

黃蔚綱表示，公共場所設置了哺（集）乳室，不代表媽媽們就一定要在哺（集）乳室內才能進行哺（集）乳。若再發生「台北故事館事件」，驅趕哺乳媽媽的工作人員，將被處以新台幣6千元到3萬元的罰鍰，而雇主也將受到連帶的處罰。

方便的哺乳環境有助提高哺乳意願

根據健康局的統計，寶寶出生後，第一個月的母乳哺育率最高，隨後這個比率就會像溜滑梯一樣，一路往下滑。黃蔚綱表示，這樣的數據型態可能顯示，媽媽在坐完月子回到職場後，因為工作環境不方便、時間不允許，因此中斷了哺育母乳的習慣。而非職業婦女也可能因為公共場所

不夠友善，降低了她們哺乳的意願。

這次衛生署所倡議的《公共場所母乳哺育條例》草案就是要提供更方便的环境，鼓勵更多媽媽投入母乳哺育的行列。一旦越來越有人在公共場所哺乳，一張張嬰兒滿足的笑臉以及一幅幅母親慈愛的光輝，都可能建構出更高的社會風氣，讓其他媽媽改變態度。而且，健康局除了參考國外案例，也廣納媽媽使用者的意見，未來會更進一步規範哺（集）乳室的設置標準，以創造母嬰親善的空間。

最後黃蔚綱表示，根據調查，條例規範之公共場所中，有8成以上已經設置了哺（集）乳室，在條例通過後，會有更多公共場所加入。希望更多元、更方便的哺乳環境，能夠助益國內寶寶的授乳時間延長。DOH

守護媽媽愛的堅持
支持公共場所母乳哺育

母乳是寶寶最好的營養來源
讓我們一同營造友善的哺乳環境
讓媽媽在任何地方
都能安心舒適地哺育寶寶

母乳哺育諮詢專線：0800-870870 行政院衛生署國民健康局 關心您



用心聆聽、伸出援手—— 「安心專線」 0800-788995

採訪撰文 / 陳恆星

諮詢對象 / 台北市生命線協會總幹事 朱開玉

自殺防治是當代公共衛生以及心理衛生工作的重要課題，根據衛生署所公布的歷年死亡原因統計資料，自1997年起，自殺即成為國人十大死因之一。為有效降低國人自殺率，衛生署於2005年底開辦「安心專線」（0800-788-995），提供24小時不打烊的自殺防治熱線服務，2009年起將安心專線委託台北市生命線協會承辦，借重該協會從事自殺熱線服務超過40年的專業，並於2009年成功挽救143條人命。

根據世界衛生組織於2000年的統計，每年全世界約有100萬人死於自殺，全球自殺死亡率為每10萬人口中約有16人，全世界每40秒就有1人死於自殺。因此，自殺防治已被世界衛生組織列為21世紀的重點工作之一，未來必然是國內外重要公共衛生發展方向。根據世界衛生組織於2000年的統計，每年全世界約有100萬人死於自殺，全球自殺死亡率為每10萬人口中約有16人，全世界每40秒就有1人死於自殺。因此，自殺防治已被世界衛生組織列為21世紀的重點工作之一，未來必然是國內外重要公共衛生發展方向。

有鑑於此，衛生署於2005年12月開設24小時免付費安心專線「0800-788-995」（請幫幫，救救我），就是希望能在最關鍵的時刻，即時挽救具自殺意念或自殺企圖者的寶貴性命。

來電大幅成長的安心專線

台北市生命線協會總幹事朱開玉表示，該協會自2009年起接受衛生署委託，承辦安心專線服務，由於近年來求助人次有明顯增加的趨勢，2006年話務量為2萬7,926通，2007年4萬1,991通，2008年4萬8,130通，到2009年大幅增加為6萬1,284通，而且有自殺意圖的來電者比例也從4%上升到9.8%，顯見安心專線交由台北市生命線協會承辦，有相當正面的成效。

由於台北市生命線協會從事自殺防治熱線已有40年經驗，從1966年馬偕醫院協談中心創設的「生命線」電話諮詢開始，到1975年6月遷離馬偕醫院，組成台北市生命線協會，持續提供自殺防治的電話服務迄今。不但在一般民衆的印象中建立了相當的信賴度，更建立了一套「自殺危機個案處理系統（ESOS）」，落實個案資料庫管理，以及自殺防治的標準作業程序。

這套與宏碁公司合作開發的系統，可以立即瞭解個案的過去資料，也能自動轉介自殺高危險個案到特定單位，協助接線人員在最短時間內，提供來電者所需的服務。從事自殺防治工作已經數十年的朱開玉說：「自殺防治專線講求的就是『時效性』，這套系統的好處在於查資料快、結合社會資源快，讓防治工作抓緊時效。」

自殺原因複雜 需要各部門共同參與防治

自殺防治電話的優點在於：「快速、便捷、私密」，而缺點則在於：「不在現場」。萬一來電者自殺，立刻就需要現實社會資源的整合與投入，此時ESOS系統能夠協助連結電信業者，找出來電者的發話位置，聯絡附近警察機關前往救援。去（2009）年來電者中就有143人正在自我傷害，透過接線人員引導對話並即時處理，成功救回他們的生命。

由於自殺成因相當複雜，涉及社會、經濟、環境因素，安心專線僅是防治工作的一環，整體工作還需跨政府部門以及民間團體共同協調與合作，更需要全國民眾共同參與努力。據統計，50%因自殺而身亡的個案，生前曾向身邊親友表達其自殺的意圖，所以自殺意圖往往可以從許多生活上的蛛絲馬跡中觀察出來。

「自殺固然有各種不同的複雜因素，但真正發生時，往往是因為無法控制的強烈情緒。也許是憤怒，也許是悲傷。」朱開玉說：「要幫助他們，首先要幫助他們發洩情緒，然後去瞭解他們的問題。」

以2009年安心專線的協談內容分析，自殺高危險者之主要問題如下：經濟問題（20.2%）、精神疾病問題（18.0%）、家庭問題（15.2%）、感情問題（7.8%）、焦慮憂鬱（6.9%）與婚姻問題（5.6%）。顯見除精神疾病外，經濟因素、人際關係及情感因素等均為不容忽視的自殺原因。

人人都可是自殺防治守門人

朱開玉表示，任何一位有自殺意圖的人，其實都會發出訊號。身邊的親友若有悲觀厭世的言語，有處理身後事（例如金錢分配）的行為，都應該多加注

意與關心。尤其是親友面臨重大失落的時刻，像是失業、離婚、失戀……等等情況，更需適時伸出援手，並鼓勵他們向安心專線求助，如此一來，人人都可以成為自殺防治的守門人。

衛生署近年來積極宣導「一問、二應、三轉介」之自殺防治守門人觀念，針對自殺意念或自殺企圖者，提供更有效、更人性化的自殺防治策略。

一問，就是要主動關懷與積極傾聽；二應，就是要適當回應與支持陪伴；三轉介，就是要做資源轉介。安心專線輔導義工一接獲具自殺意圖者的來電，配合「自殺通報個案關懷訪視計畫」，將個案轉介至各縣市衛生局社區心理衛生中心，「人們最不能接受的親友死亡原因有兩個，一是自殺，二是意外。」朱開玉語重心長的表示：「意外可以預防，其實自殺也可以預防。注意與關懷，就是預防自殺最好的方法。」

用心聆聽、伸出援手，讓我們每個人都成為彼此生命的守護者，或許，這就是自殺防治最溫馨的真諦。DOH

用心聆聽 伸出援手

自殺防治守門人步驟123

1 問

主動關懷與積極傾聽

發現警訊就關心
並測心情溫度計

2 應

適當回應與支持陪伴

接納支持有希望
開放了解不責備

3 轉介

資源轉介與持續關懷

適當資源作轉介
陪伴求助常關懷

常見的自殺警訊：

- ※憂鬱、心情低落
- ※異常緊張不安
- ※常感到自責、自我憎恨、無價值或羞愧
- ※強烈感受孤獨、無助或無望的感覺
- ※無法與家人及朋友相處
- ※突然將心愛的物品轉送他人
- ※立遺囑
- ※透露自殺意念訊息、安排自殺計劃
- ※曾嘗試自殺行為
- ※反覆提到死亡或自殺



長期照護的一臂之力 需要喘口氣？ 「喘息服務」幫助您

採訪撰文 / 鍾寬樂

諮詢對象 / 衛生署護理及健康照護處長期照護科科长 陳淑芬

隨著台灣高齡化社會的到來，需要長期照護的民眾將越來越多。為了適時及適度減輕家庭照顧者身心負擔，衛生署推動「喘息服務」，為強化家庭照顧者支持系統，讓長期居家照顧個案之家屬獲得暫時休息的機會。

人口老化是目前全球性的重要健康議題，也是影響社會發展的關鍵因素，面對這樣的趨勢，長期照護的推動與發展益顯重要。此外，長期照護的對象還包含身心障礙者，這些身心受困的朋友，人數也在持續上升。在台灣，截至2009年底，身心障礙者人數已超過107萬人，占總人口比例4.63%，相較10年前增加了1.65倍。因此，隨著人口老化及身心障礙人口的急遽增加，開始產生疾病型態慢性化、健康問題障礙化、照護內容複雜化、照護時間長期化等問題，當社會逐漸邁入高齡化的趨勢，長期照護的需求是許多家庭已經面臨或可能需要面對的課題！

親友用心照顧 政府體貼協助

當家人因年老、疾病、或身心障礙等因素，失去自理能力，而需要依賴他人照顧時，基於親友情誼的牽繫，家庭就必須面臨繁瑣且沉重的照顧責任與負荷。為了分擔家庭照顧責任，及時給予家庭照顧者支持，減輕照顧者身心壓力與負擔，避免家庭照顧功能瓦解，衛生署依據行政院2007年核定的「我國長期照顧10年計畫」，推動「喘息服務」方案。

衛生署護理及健康照護處長期照護科科长陳淑芬表示，「喘息服務」方案的設計，目的是讓家庭照顧者在出現負荷過重的窘境之前，獲得替代性的服務，讓照顧者有休息的機會，使其恢復持續照顧

的能量，進而提昇其生活品質。同時家庭照顧者可依需要，自行選擇使用長期照護機構或居家喘息服務，協助照顧家中的受照顧者。每位中度失能個案每年最高可獲得 14 天服務，重度失能個案每年最高可獲得 21 天服務。

終於有時間陪家人外出走走了

關於「喘息服務」的成效，陳淑芬舉了案例說明。有一位 70 歲的榮眷，於 1999 年左右發現疑似失智症情形，10 多年來都由其媳婦照料，而最近一年多以來，老太太失智情形每況愈下，活動力差，溝通困難，日常生活能力幾乎喪失，全部需要他人協助。

老太太的媳婦除了無時無刻照顧其生活所需，還需要帶她定期回診，10 幾年來雖然媳婦可以自行獨立照顧老太太，但由於無人手替代，幾乎沒有自己的時間、空間可以休息，使得身心疲累、壓力沉重。因此在 2008 年開始申請使用「喘息服務」，

採用機構或居家喘息服務，協助陪伴及照顧老太太，確保其安全。老太太的媳婦透過「喘息服務」而減輕負擔，並且藉著休息的時間，帶小朋友旅遊，也讓自己遠離照護的壓力。在個案訪視中，媳婦表示，政府有這樣的服務真好，減輕不少照顧者的壓力，也有時間陪家人外出走走了！

從數字上看，自 2008 年全面推動「長照十年計畫」開始，截至當年底，「喘息服務」累計服務量達 1 萬 8,179 人日。隨後，衛生署召開多次長期照顧整合計畫業務聯繫會議、提供輔導與協助，於 2009 年底，累積服務量已達到 3 萬 6,851 人日，比前一年成長一倍，更顯示出這項服務的成效。

陳淑芬說，「長照十年計畫」在衛政三項服務中，獲得民衆最多讚譽的，就屬「喘息服務」項目。因為這項服務真正切合民衆需求，也確實讓家庭照顧者獲得適度休息的機會。「喘息服務」支持家庭照顧者持續照顧的能量，提供其生活及照顧的品質。DOH

表：喘息服務補助內容

| 服務類別 | 補助內容 |
|-------------------|--|
| 喘息服務 (居家式、機構式) | <ol style="list-style-type: none"> 依個案失能程度補助服務天數： <ol style="list-style-type: none"> 輕度及中度失能者：每年最高補助 14 日。 重度失能者：每年最高補助 21 日。 補助上述受照顧者每日照顧費以新台幣 1,000 元計。 可混合搭配使用機構及居家喘息服務。 機構喘息服務另補助交通費每趟新台幣 1,000 元（一年至多 4 趟）。 |

註：補助對象依家庭經濟狀況提供不同補助標準：(1) 家庭總收入未達社會救助法規定最低生活費用 1.5 倍者：由政府全額補助；(2) 家庭總收入符合社會救助法規定最低生活費用 1.5 倍至 2.5 倍者：由政府補助 90%，民衆自行負擔 10%；(3) 一般戶：由政府補助 70%，民衆自行負擔 30%；(4) 超過政府補助時數者，則由民衆全額自行負擔。



為中藥濃縮製劑安全把關 嚴格限制重金屬、微生物限量標準

採訪撰文 / 許雅慧

諮詢對象 / 衛生署中醫藥委員會主任委員 黃林煌·衛生署中醫藥委員會中藥組組長 王鵬豪

根據調查，台灣有超過8成民衆看過中醫、使用過中藥。為了確保民衆使用中藥的健康與安全，衛生署於2010年5月28日最新修訂《中藥濃縮製劑含異常物質之限量》，嚴格限制重金屬、微生物限量標準，務使民衆使用中藥濃縮製劑更為安心。

華人吃了幾千年的中藥，對於中藥有著根深蒂固的傳統觀念，認為中藥藥性溫和不傷身，無論是生病、氣虛、體弱或是肝火旺，都要吃一帖中藥來補身。因此衛生署制定多項中藥製劑異常物質檢測標準，以確保民衆使用中藥的安全與健康。

中藥含異常物質限量值逐年降低 中藥材3階段管理確保民衆健康

衛生署中醫藥委員會中藥組組長王鵬豪表示，長久以來受到工業發展造成的環境污染，再加上濫用農藥的因素影響，來自天然的動、植及礦物中藥材，很可能在源頭就被污染了。因此面對許多中藥材都必須從大陸進口的事實，衛生署正逐步加強監控中藥材的安全使用標準，限定中藥商及藥廠購

買各種中藥材時，應遵循政府公告的相關規定，做好經營者之衛生安全把關責任。

為落實中藥材的有效管理，中醫藥委員會分3階段實施中藥材品質提升機制（如表1），對於中藥材源頭的安全，衛生署亦已逐步訂定相關的管理措施。從1999年開始陸續公告實施，進口及市售中藥材飲片的標籤或包裝的標示規定，截至2008年底為止，已公告指定324項中藥材必須符合標示規範。同時輔導業者確實遵守正確包裝標示，並不定期執行抽驗工作，以促建立產品至市場販售的第一道安全防火牆，並釐清產品之責任歸屬。另也已經訂定常用約89種中藥材之重金屬等限量標準，配合《台灣傳統藥典》收載之200種中藥材之檢驗規格，提供業者作為中藥材之檢測規範。

表 1：中藥材品質提升機制

| | |
|------|--|
| 第一階段 | 推動中藥材之包裝標示，以確認產品責任歸屬。 |
| 第二階段 | 針對重金屬、農藥殘留及黃麴毒素等，陸續訂定各種限量標準，以確保無安全的疑慮。 |
| 第三階段 | 致力完備中藥材之源頭管理機制，包括進口產品文書認證及落地追蹤等工作。 |

比照歐美日本檢測標準規範 務使國人用藥安全國際化

針對這次修正異常物質限量的重點，目的在於將許多中藥濃縮製劑處方的限量數值，修改更符合期望的標準，例如針對總重金屬、微生物總生菌數、大腸桿菌、沙門氏菌的限量。採循序漸進的方式，先執行複方製劑的限量標準，並於2年內完成單味製劑的限量標準。其他像是砷、鎘、汞、鉛等異常物質的限量，也先要求國人常用之33方中藥濃縮製劑必須立刻符合，3年內則必須完成200基準方之其餘製劑。推動此項限量標準的修訂，就是希望能給國人一個安全又健康的用藥環境。

未來衛生署仍將持續對中藥含異常物質的問題加以探討管理，除藉由研究計畫蒐集各項中藥材及中藥的異常物質含量背景值外，並參考歐、美、日等先進國家已經實施之限量標準，同時輔導國內廠

商完備相關檢測人才培訓、提升儀器檢驗量，以滾動式管理精神，定期檢討合理之管理規範。

同時檢測有害與指標物質成分 確保民衆安心使用中藥

有些民衆可能會懷疑這樣的管制標準，會不會造成藥廠調整藥材的種類或成分，以規避檢測的標準，造成藥效的降低？王鵬豪表示每一種中藥濃縮製劑上市前，都需要經過衛生署審查檢驗核可，才會發給許可證以進行大量生產。為避免廠商檢驗時送一套，卻生產另一套的弊端產生，也經常不定期抽樣追蹤，來確保民衆購買中藥的安全品質。

此外衛生署在檢測各種中藥濃縮製劑時，除了嚴格檢測不能超出異常物質的限量外，也會檢測各種製劑所含的規格，部分方劑還需控管指標成分之含量。以確保產品之一致性及安全性，維護國人用藥品質。DOH

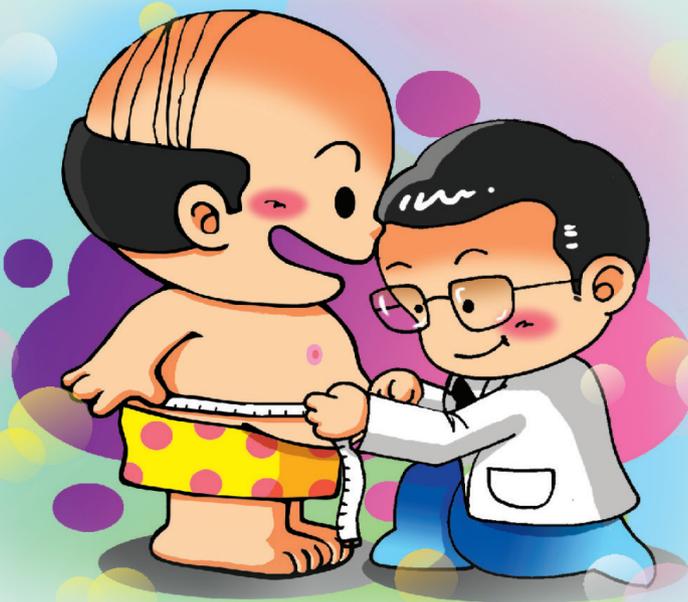
表 2：中藥濃縮製劑含異常物質之限量

| 異常物質 | 限量 | 適用範圍 | 檢驗方法 | 備考 |
|----------|--------------------------|---------------------------------|---|---|
| 總重金屬 | 30 ppm 以下 | 複方製劑，2 年內完成單味製劑。 | 台灣傳統藥典、中華藥典、日本藥局方、歐洲藥典、美國藥典、中華人民共和國藥典或藥廠自行開發檢驗方法（需提依據）等，藥典以最新版本或前一版本為限。 | 1. 特殊情形者，另行公告。 2. 本限量將於實施 6 個月後檢討修正。 |
| 砷 | 3 ppm 以下 | 33 方（註）製劑，3 年內完成公告 200 基準方其餘製劑。 | | |
| 鎘 | 0.5 ppm 以下 | | | |
| 汞 | 0.5 ppm 以下 | | | |
| 鉛 | 10 ppm 以下 | | | |
| 微生物 總生菌數 | 10 ⁵ cfu/g 以下 | 複方製劑，2 年內完成單味製劑。 | | |
| 大腸桿菌 | 不得檢出 | | | |
| 沙門氏菌 | | | | |

註：33 方中藥濃縮製劑包括：葛根湯、小青龍湯、加味逍遙散、桂枝湯、甘露飲、麻杏甘石湯、補中益氣湯、六味地黃丸、黃連解毒湯、獨活寄生湯、四逆散、血府逐瘀湯、杞菊地黃丸、辛夷清肺湯、定喘湯、知柏地黃丸、柴葛解肌湯、消風散、清心蓮子飲、龍膽瀉肝湯、炙甘草湯、八味地黃丸、川芎茶調散、逍遙散、藿香正氣散、香砂六君子湯、荊防敗毒散、疏經活血湯、止嘔散、濟生腎氣丸、防風通聖散、二陳湯、六君子湯。

預防代謝症候群

避免三高上身



採訪撰文 / 蘇曉慧、陳儷文

諮詢對象 / 台北榮民總醫院新陳代謝科醫師 石光中

出現僅20餘年的全新醫學名詞「代謝症候群」其實並不是病名，而是一種易被忽略的「病前狀態」，只要透過良好作息及正確飲食，就能輕鬆降低患病機率，避免三高及其衍生疾病纏身。

糖尿病、高血壓及高血脂，所謂的「三高」是大家耳熟能詳的慢性疾病，但您可能不知道，在患有三高危機之前，身體已經用5種不同的方式發出警訊（如右表），提醒您可能是「代謝症候群」的患者，這些警訊也是三高患者的前哨站。以上5項組成因子，只要符合3項就可被診斷為代謝症候群，患者若不改善原本生活習慣，很有可能使病情繼續惡化，成為常見的三高患者，甚至引發心血管相關疾病。

表 代謝症候群定義

| | 男性 | 女性 |
|-----------------|---|-----------------------------|
| 腹部肥胖 | 腰圍 \geq 90cm (35.5 英吋) | 腰圍 \geq 80cm (31.5 英吋) |
| 高密度脂蛋白 膽固醇過低 | $<$ 40mg/dl | $<$ 50mg/dl |
| 血壓偏高 | 收縮壓 \geq 130mmHg 或 舒張壓 \geq 85mmHg 或已服用治療高血壓藥物。 | |
| 血糖偏高 | 空腹血漿葡萄糖 \geq 100mg/dl 或已服用治療糖尿病藥物。 | |
| 三酸甘油酯 偏高 | 三酸甘油酯 \geq 150 mg/dl 或已服用降三酸甘油酯藥物。 | |

資料來源：石光中醫師提供

生活型態和年齡是重要影響因子

台北榮民總醫院新陳代謝科醫師石光中表示，病患通常在體檢後發現指數異常，帶著體檢報告一同求診，多屬自發性代謝症候群患者，部份病患甚至尚未發現自己已經是三高患者。除了家族有三高的遺傳病史，肥胖、運動量不足以及生活習慣不正常，都是罹患代謝症候群的高危險群。「工作性質屬靜態，常坐辦公桌的職業，患病的機會較高，例如科技新貴，工作壓力大，很在意落髮問題，但卻沒發現自己的身體健康更需要重視。」石光中語重心長地道來。

衛生署於2007年的「台灣地區高血壓、高血糖、高血脂之追蹤調查研究」發現，代謝症候群的盛行率隨年齡增長而上升，由20-29歲的5.6%升高至70-79歲的42.7%，女性隨著年齡緩慢上升，但在50-59歲停經後急速增加超過男性；男性的年齡別盛行率在20-49歲平緩上升，高於女性而無急速竄升的現象；有代謝症候群的民衆未來罹患「糖尿病」、

「高血壓」、「高血脂症」、「心臟病及腦中風」的機率，為一般民衆的6、4、3、2倍，可見代謝症候群對其衍生疾病影響之巨。

行政院國家科學委員會於2007年發表的「台北市國中生代謝症候群盛行率及相關因素研究」指出，台北市國中生代謝症候群的盛行率男生為4.8%，女生為3.9%，其中腰圍落在 $\geq 90\%$ 的學童，罹患代謝症候群的機會比腰圍落在平均值（男生為84-89公分，女生為74-78公分）的學童高出20倍。男生腰圍每增加1公分，罹患代謝症候群風險提高16%，女生則提高19%，將來長大成人後，罹患慢性疾病的風險也隨之暴增。預防代謝症候群，需從小開始注意。

運動與飲食控制是不二法門

石光中指出，要預防代謝症候群上身，應保持良好生活習慣，不可暴飲暴食或吸菸、喝酒，維持一定的運動量。至於運動類別的選擇，則以使用大肌肉群，可持續30分鐘以上的有氧運動為佳，例如：球類運動、游泳、健走、慢跑，甚至太極拳等皆是。另外，石光中特別提醒，快走不等於健走，如果快走無法超過30分鐘，或速度忽快忽慢，倒不如以一定的速度慢步健走，以不累、不喘為原則，只要心跳達到該年齡適宜之運動強度，健走也可以是有氧運動。

飲食的搭配與控制也很重要，石光中認為「三低一高」為最佳飲食原則，也就是低鹽、低糖、低油、高纖維（每日25mg以上），其中纖維很容易被忽略，只要多吃富有嚼勁的食物，例如：竹筍、蘆筍、芥菜等，即可獲得每日建議攝取量，維持身體健康的不二法門還是「天然尚好」，飲食與運動雙管其下，並養成良好生活習慣，才是避免代謝症候群的最佳方式。DOH

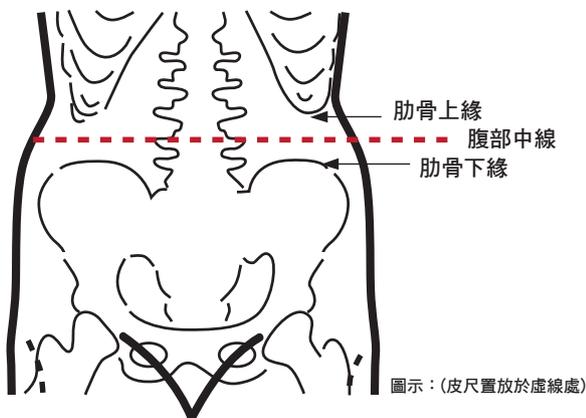
表 成人腰圍測量及判讀之方法

測量方法

1. 除去腰部覆蓋衣物，輕鬆站立，雙手自然下垂。
2. 以皮尺繞過腰部，調整高度使能通過左右兩側腸骨上緣至肋骨下緣之中間點(如圖)，同時注意皮尺與地面保持水平，並緊貼而不擠壓皮膚。
3. 維持正常呼吸，於吐氣結束時，量取腰圍。

判讀方法

若腰圍：男 ≥ 90 公分、女 ≥ 80 公分時，表示「腹部肥胖(Central obesity)」，宜注意飲食、運動、體重控制，必要時諮詢醫療健康照護人員。



談如何預防骨質疏鬆症

存骨本 防骨鬆



採訪撰文 / 方雅惠

諮詢對象 / 成功大學醫學院附設醫院家庭醫師部醫師 吳至行

隨著現代人注重健康及老年人口比例逐升，骨質疏鬆症常成為關注焦點，但骨鬆真的是老人專利嗎？正確的預防觀念是什麼？種種號稱強化骨質的健康食品在台灣大為風行，選擇時該注意什麼？

骨質疏鬆症不是老人家的專利，喜歡在電腦前久坐不起的網咖一族、不見天日的宅男、宅女都要小心了！

骨質疏鬆症患者是一種因骨量減少或骨密度降低，使骨骼微細結構破壞的疾病，成功大學醫學院附設醫院家庭醫師部醫師吳至行表示，骨質疏鬆症患者一般以老年人為主，尤其是上了年紀、停經的女性，但服用類固醇、患有風濕免疫疾病及甲狀腺機能亢進症者也是危險族群。

儲存骨本要趁早 年限只到30歲

值得年輕人注意的是，一般人的骨密度發展在30歲時達到尖峰骨量（peak bone mass），因此30歲之前是儲存「骨本」的黃金時期，之後骨質便受年齡、性荷爾蒙、營養狀態及生活習慣等因素影響而逐漸流失，所以年輕人、甚至是青少年時期就應好好掌

握強骨時機，要養成良好的生活習慣，多運動、不抽煙、不喝酒，同時避免長期過量飲用咖啡、可樂及濃茶等含咖啡因的飲料，藉此強化骨骼，儲存「骨本」。骨質疏鬆症的症狀是「無聲無息」的，在無痛狀況下持續惡化，病患往往骨折了才察覺事態嚴重。

「有時候甚至已經骨折了也不知情，」吳至行特別提醒，脊椎的海棉骨最多，而海棉骨又是所有骨質中流失最多的，導致脊椎產生壓迫性骨折，這種壓迫性骨折好發於第12節胸椎至第1、2節腰椎之間，往往被誤以為是腰痠背痛而延誤了治療的時機。

吳至行並舉出一個令人驚訝的統計數字，老年人髖關節骨折後1年內的死亡率高達15%，相當於乳癌第3、4期患者的死亡率，主要原因在於骨折後必須臥床休息，因而引發全身的功能退化，這就是為什麼老人家最怕跌倒，一旦骨折就好像是「壓死駱駝的最後一根稻草」。

補充營養食品 並不保證完全有效

足夠的營養是儲存骨本的第一要件，其中最重要的營養素莫過於鈣及維生素D，每人每日約需要攝取1,200毫克的鈣及800國際單位的維生素D。吳至行表示，根據統計，全球有50-70%的人口維生素D攝取不足，台灣也有超過一半的人有此現象，他建議每天在未遮擋的情況下，曬10-15分鐘太陽，接觸日光的紫外線，便可產生足夠的維生素D，但現代人流行當宅男、宅女，即使到戶外也急於防曬，便容易缺乏維生素D。

值得一提的是，現代人在飲食攝取不足情況下，習於服用營養品添加補充。吳至行提醒民衆需小心分辨市售的營養品，某些乍看之下似乎可強化骨質，但如果成分是葡萄糖胺（註：葡萄糖胺是人體可自行合成的物質，存在於軟骨與其他結締組織中），即使號稱能修護受損的軟骨組織，維持骨關節的健康，然其作用僅限於潤滑軟骨關節面，對強化骨密度並無任何幫助，無法取代鈣及維生素D。「切記，關節再好，骨密度不好一樣斷。」吳至行說。

此外，還要注意攝取的方法是否正確，譬如，鈣片經過胃酸消化後，一次最多只能吸收500-600毫克的鈣質，超過600毫克便形同浪費。所以鈣片1天要分2次食用的道理在此，而且食用時最好先咀嚼過，增加接觸面積而利於吸收。吳至行叮嚀，「其實吃任何營養品都不算壞事，但最怕的是以為吃就可以完全解決問題，因而錯失了治療時機。」

但即便有充分的營養，缺少運動便是功虧一簣，沒有運動，補充再多營養也進不到骨頭。對骨骼健康最有益的運動是負重運動，因負重運動在運動時對抗地心引力，負重運動如：舉重、步行、遠足、慢跑、爬樓梯、打網球及跳舞等，但游泳及騎自行車就不是負重運動，儘管游泳及騎自行車有助於形成與保持強壯的肌肉，對心臟和血管極為有益，它們並非鍛煉骨骼的最好方法。吳至行說「所以要活就要動！久坐電腦前、不運動的人要注意了。」

存骨本 防骨鬆

應養成良好的生活習慣，多運動如慢跑、步行、打球、跳舞等負重運動；多攝取含鈣豐富的豐富食物，如：魚、蝦、牛奶、豆類食品及綠色蔬菜等，適度曬曬太陽以幫助體內維生素D形成，促進鈣質吸收，並掌握30歲之前儲存骨本的黃金時期，藉此存骨本、防骨鬆。世界骨質疏鬆基金會亦指出：若能增加骨骼最大量的一成，可以降低成人時期發生骨鬆性骨折風險的五成；因此，呼籲父母除注意自身的骨質密度情形，更應關心家中青少年階段孩子的生活與飲食狀況，以建構良好的骨質健康狀況。DOH

表 一分鐘骨鬆風險評估表

| 問題 | | 是 | 否 |
|----------------|-------------------------------------|---|---|
| 家族病史 | | | |
| 1 | 父母曾被診斷有骨質疏鬆症或曾在輕微跌倒後骨折？ | | |
| 2 | 父母中有一人有駝背狀況？ | | |
| 個人因素 | | | |
| 3 | 實際年齡超過 40 歲？ | | |
| 4 | 成年後是否曾經因為摔倒而造成骨折？ | | |
| 5 | 是否經常摔倒（去年超過一次），或者因為身體較虛弱而擔心摔倒？ | | |
| 6 | 您 40 歲後的身高是否減少超過 3 公分以上？ | | |
| 7 | 是否體重過輕？（BMI 少於 19） | | |
| 8 | 是否曾服用類固醇藥品（如可體松、強體松）連續超過 3 個月？ | | |
| 9 | 是否患有類風濕性關節炎？ | | |
| 10 | 是否被診斷出有甲狀腺或副甲狀腺亢進的狀況？ | | |
| 女性朋友請繼續回答以下問題： | | | |
| 11 | 您是否在 45 歲或之前便已停經？ | | |
| 12 | 除了懷孕、更年期或切除子宮後，您是否曾停經超過 12 個月？ | | |
| 13 | 您是否在 50 歲前切除卵巢又沒有服用賀爾蒙補充劑？ | | |
| 男性朋友請繼續回答以下問題： | | | |
| 14 | 是否曾經因雄激素過低而出現陽萎、失去性慾的症狀？ | | |
| 生活型態 | | | |
| 15 | 您是否每天飲用超過相當於兩小杯份量的酒？ | | |
| 16 | 有長期吸菸習慣或曾經吸菸？ | | |
| 17 | 每天運動量少於 30 分鐘？（包含做家事、走路、跑步等） | | |
| 18 | 您是否避免食用乳製品又沒有服用鈣片？ | | |
| 19 | 您每天從事戶外活動時間是否少於 10 分鐘，又沒有服用維他命D補充劑？ | | |

以上若回答為「是」，並不表示您已經罹患骨質疏鬆症，而是表示您個人骨質疏鬆的危險因子較多，相對罹患骨質疏鬆症的風險較高。建議您持本表與專科醫師討論，並至醫院進一步檢測骨質密度！



「觀音」志工的 慈心與專業

採訪撰文 / 許靜娟

第9屆衛生保健績優志工暨團隊獎（慈心獎）得主之一，是觀音鄉衛生所保健志工隊。這個以工業區為主的鄉鎮，有著台灣許多小地方的特色：青壯年人口外流、外籍配偶增加、交通不便等等。在這樣的地方進行衛教宣導和政策執行，自然會有許多困難。若不是近百位志工的協助，許多工作勢將無法順利開展。因此這個保健志工隊的存在，更為珍貴。

桃園縣「觀音」鄉，相傳先民在溪流中拾得酷似觀音菩薩的奇石得此地名，奉祀這塊石像的廟宇，就是現在鄰近觀音鄉衛生所的甘泉寺。甘泉寺是地方心靈寄託；以現代醫療觀念與知識，在地方上奔走進行衛教推廣的「觀音鄉衛生所保健志工隊」，則是地方上盡力協助推動衛生保健、減少疾病的一股重要力量。

籌組志工隊 親切融入民衆

目前帶領志工團隊的護士郭雅苓小姐指出，當醫療技術日漸進步，衛生觀念與時俱進，地方醫療基層服務單位的業務量不可避免地日漸龐雜，全觀音鄉共有23個村，但衛生所內僅有8名護理人員，無法完整顧及轄區內的宣導工作，尤其像觀音鄉這樣的比較鄉下的地區，民衆淳樸熱情，然在醫療保健方面的觀念，卻不如都市地區民衆健全，往往認為只要身體沒有不適，就覺得自己健康沒問題，不需要做進一步的相關檢查，在這樣的情況下，更需要一群了解在地生活脈絡，同時具備基本衛教常識的志工朋友，協助推廣衛教宣導工作。

以我國婦女癌症發生第一位、平均每年帶走將近900名生命的子宮頸癌為例，郭雅苓觀察，往往需要仰賴大量的人力，慢慢和居民解釋進行抹片檢查的必要性：「我們就要花很久、很久、很久的時間去『交陪』（註：培養關係），因為你必須要和她打好關係之後，她才有可能接受你，不然他會當著你的面把門關上、把電話掛掉，拒絕你。」

婦科疾病和檢查過程，對於許多居民來說，屬於難以啓齒的範疇：「都市人不願意去做是因為太忙了，鄉下人不願意做，是因為她覺得不好意思。」以郭雅苓的實務觀察，無論子宮頸癌，或其他癌症的預防篩檢，地方居民的常識都還不足，需要再加強。

「我們專業人員下去講的時候，同理心可能沒那麼足夠，但是他們（志工）是用同鄉、或者隔壁鄰居的角度在講，這兩年真的因為他們的推廣，很多人從不願意接受篩檢，到改變觀念、完成篩檢。」藉由同理的角度，志工隊拉近了衛生所與居民之間的距離。



➤ 觀音鄉衛生所保健志工隊盡力協助推動衛生保健工作。

志工隊成立於2004年，每年依照出席狀況及服務狀況，決定是否續用。截至2009年底，共有87名夥伴。團隊依照個人的時間及參與狀況，分為活動組和機動組，活動組負責支援常規性的業務，如櫃臺值班、預防接種、年度健康檢查等工作，都需要大規模志工人力的協助，只要志工能夠配合常規性活動進行值班者，都歸為活動組成員；而時間較不固定、無法協助例行工作的夥伴，則歸為機動組，視志工可以配合的時間支援大型活動。

招募新住民 體貼同鄉需求

根據桃園縣政府主計處2010年5月的統計，全縣男性有13.9%結婚配偶為外籍人士，新住民姊妹們的醫療需求及相關就醫資訊，一樣重要不可忽視。觀音鄉衛生所體認到這樣的需求，因此也招募、培訓一批為數不少的新住民志工，協助提供新住民最直接的健康照護服務。

來自越南的阮氏碧水，嫁進了一個熱心服務的志工家庭，公公和先生都是義消，婆婆也是當地愛心媽媽。3、4年前在中文班的老師的介紹下，加入衛生所志工隊的行列。她回想自己過去剛來台灣的經驗，若遇到家人、先生上班或有事無法陪同就醫時，往往會感到無助，因此對其他新住民的需求，格外感同身受。阮氏碧水指出，同鄉姊妹嫁到此處，常因語言不

通、文化差異等因素，遇到醫療、婦女衛生等問題不敢講，有時候則是老公、婆婆也聽不懂，因為知道她在衛生所當志工，有困難都會私底下問她，而她亦盡己所能、傾囊協助。

她在櫃檯服務的經驗中，常接觸新住民姊妹，帶著小孩前來接種疫苗，便會用母語和這些母親們分享接種後應注意的副作用；同鄉姊妹在生產後，羞於婦產科醫師多為男性，多半未曾接受抹片檢查，阮氏碧水也會鼓勵姊妹們，前來衛生所接受免費抹片檢查。除了服務台的值班工作，阮氏碧水也跟著衛生所的巡迴車在鄉內到處服務，認識許多來自他鄉的外配姊妹，隨著關係的建立，她不僅協助醫療資訊的轉譯，外配姊妹許多生活上的問題，甚至身份證的相關取得程序，也都來請教她，不知不覺中成為資訊窗口，也建立了珍貴的友情。

服務中成長 體會溫暖互動

另一位資深志工陳春，10幾年前因公公出車禍癱瘓，從台北遷回觀音鄉，照顧公公的過程中，她在醫院裡看見生命的脆弱與無常，轉而投入醫療志願服務的領域。長期在台北生活的她，對照醫療資源相對匱乏的觀音鄉，覺得這邊比都市地區，更需要自己的貢獻。

陳春起初對健康相關常識一無所知，一開始只是幫忙量血壓、體重、視力。現在的她，對於不同年齡層，能夠享有什麼樣的健康檢查項目，瞭若指掌，不吝告訴前來諮詢的每一位民衆。而陳春因為參加衛生所為培訓志工而開設的禮儀課、電腦課，自己的能力也不斷地再成長。

執勤期間，陳春跟著衛生所的抹片車，挨家挨戶懇切地和當地婦女說明抹片檢查的重要性，不少民衆被他們的誠懇打動。甚至有人由於過去求醫的受挫經驗，無法相信專業醫護人員，過去10年來從未受過抹片檢查，看見抹片車開到自家門口和志工的懇切，不禁受到感動，在接受抹片檢查後數日，也進一步接受其他癌症（如大腸癌）等篩檢，甚至感謝志工們讓她

一改過去對醫療體系冷漠難以親近的印象。在服務過程中感受到人與人的溫暖互動，是陳春意外的收穫。

超機動團隊 配合在地節奏

觀音鄉衛生保健志工的成績，多年來居於縣內領先。郭雅苓分析，志工組織對其他基層衛生單位而言，不見得是重點業務，但是對觀音鄉衛生所的承辦人員來說，卻是相當珍貴的資產，對籌組志工隊付出很多心血，依照不同的特質與長才進行培訓和分工。從2004年志工隊甫成立之際，領導者就十分重視志工隊的組織培訓與經營，隨著時光的累積，形成了一支高行動力、高機動性的在地志工團隊，87人中，有夫妻檔，親子檔，還有四妯娌，從家庭的成員逐漸加入志願服務的大家庭，可見觀音鄉衛生所保健志工隊的向心力與認同感。

近年，公部門的行政、人力緊縮，在資源限制下，地方上富有高度熱忱，同時活躍於各組織單位的志工們，也成為地方行政部門之間橫向整合、資源分享的橋樑之一。單位間宣導活動的合作搭配、擴大舉辦，讓民衆可以在一次活動中取得豐富的資訊，也為衛教宣導帶來事半功倍之效。

宣導服務要成功，能夠體貼地方風俗民情也是關鍵秘訣。當地老年人口多，若要舉辦活動，就需要配合服務對象的作息，早上6點開始設站抽血，8點多就須完成，好讓老人家們儘早回家吃早餐；下午的活動，也要避開長輩們到菜園裡走動的時間。郭雅苓半開玩笑地說，衛生所都要翻農民曆，「諸事不宜」那天，最適合舉辦衛教推廣活動，因為這樣才不會和農村中的婚喪喜慶、時令祭儀相衝突。

觀音鄉衛生所保健志工隊是一個如此用心關懷在地居民健康的團隊，因此由衛生署主辦之第9屆衛生保健績優志工暨團隊獎（慈心獎），該志工隊榮獲衛生組績優團隊獎項的肯定，可以說是實至名歸。 



達人
經驗談

張璟惠 化親身之痛 支持癌末病人

每個生命都是一個故事

採訪撰文・攝影 / 黃建仁

在高雄榮總「崇德病房」（安寧病房）裡，除了盡心盡力的醫護人員以外，還有一群身負病友及家屬精神支柱重任的志工。其中，大家口中的「璟惠姐」總是笑臉迎人，親切地嘘寒問暖，無私地奉獻自己的時間和精神。擔任志工 10 年了，璟惠姐依然熱情不減。這應該就是她獲得第9屆衛生保健績優志工暨團隊獎之特殊績優貢獻獎，最大的原因吧！

關懷慰問，同理支持，是「安寧病房」志工重要的工作。➤



今年榮獲衛生署頒發第9屆衛生保健績優志工暨團隊獎（慈心獎）之「特殊績優貢獻獎」的張璟惠，在高雄榮總安寧病房擔任志工已經超過 10 年。接受採訪時，璟惠姐靦腆地表示，她不敢居功，這個獎應該是屬於大家的，每一位志工都有貢獻。

親身經歷是志工生涯的最大動力

今年 62 歲的璟惠姐，憶起當初會成為安寧病房志工的機緣。1992 年，她先生罹患肝癌，由於事業忙碌、經常出差，發現得太晚，到病逝只有4個多月。當時在台北的就醫經驗，讓她深深為癌症病患的處境感到憐惜。

「先生癌症過世是我成為志工的最大動力！」她說，「十幾年前，癌症病人去住普通病房真的很可憐，一直被趕，不受尊重。病人沒辦法接受什麼積極的醫療行為，所以醫院不太願意讓他們住院。但是病人難受，痛啊！不住院要怎麼辦？」

雖然璟惠姐談起往事時顯得平靜，但這段錐心之痛的經驗，使她在心中埋下了小小的心願：如果有機會，一定會盡力為癌症病患服務。再加上那段期間，自己朋友、同事、家人的幫助和陪伴，支持她一路走過來，心懷感激之餘，她也希望自己能有機會回饋。

1999 年，有一次她陪同父親到高雄榮總就診，在急診室看到榮總成立安寧病房並招募安寧志工的海報，她第一個念頭是為病患高興：「癌症病人有福氣了！」。接著，她毫不猶豫地前往醫療櫃台詢問志工細節。由於第一期志工額滿，璟惠姐留下資料，第二期一開始招募，她便投入志工行列，從 1999 年 8 月開始，直到現在，從不中斷。

獲得信任是最大的滿足

報名志工之後，必須上許多安寧療護課程，包括如何照顧病人的普通護理、與病人及家屬的溝通技巧和關懷慰問等。然後經過院方人員口試通過後，才取得正式志工資格。

目前，榮總安寧病房一共有 42 位志工，每一個時段會有2-3位志工值班。安寧志工最重要的一項工作，就是製作「志工病歷」，與醫生所用的病歷不同的是，志工病歷詳細記載了病患的家庭狀況（繪製家庭樹）、病人症狀、照顧者資料等等。每一位志工針對病患的訪談、病患需要的服務等，也都記錄在病歷中。「每一位志工當班的第一件事，就是閱讀、謄寫病歷。對病人比較瞭解之後，有助於溝通、訪談、提供協助。」璟惠姐說。

瞭解每一位病患的狀況之後，接著就到各病房走走，陪病人、家屬聊天，需要照護行為時則提供協助。

「安寧志工主要的工作是提供精神上的支持，陪他們聊聊天，安撫情緒。」但是並不是每一個家屬都願意接受志工的關心，碰到防衛心比較重的家屬，璟惠姐抱持著隨緣的態度，既不要求對方非得接受好意不可，也不會讓自己因為被拒絕而受傷。

「當然啦，如果家屬、病人願意敞開心胸，接納你，信任你，跟你無所不談，就像把你當成好朋友一樣，這是最快樂的。」而且這時候所提供的精神上的支持才最有效果。璟惠姐微笑著說。

安寧不是等死 癌症不等於絕望

在安寧病房擔任志工這 10 多年來，璟惠姐也算是看遍了人生百態，尤其是每個人對生命的態度，真是天壤之別。

要說哪一個例子印象最深？「其實，每個生命都是一個故事。」璟惠姐說，令人心痛的，莫過於作父母的看到自己子女罹患癌症，那種無助、不捨、傷心，讓旁觀的人都忍不住一掬同情之淚。

不過，有些上了年紀的病患，面對生命的態度比較捨得，罣礙比較沒那麼多。她說：「有一次值班時，一個伯伯告訴照顧他的親屬，通知他的子女、孫子、家人都來，他說他要走了。我看那位伯伯的樣子，精神和講話神情各方面都還好，所以有點懷疑。後來等到家人都來，我離開，到其他病房走一走，再繞回去時，他們說伯伯走了。這就是對生命的自在。」像這樣面對生命很坦然，走時很安祥的人，也所在多有。

住在安寧病房的病患，也許有不少就在這裡走完人生最後一段路，但這並不表示是在等死。璟惠姐說：「等死，是一般人對安寧病房最大的誤解。」許多病人和家屬都以為住在安寧病房只是在控制疼痛，緩解不舒服症狀而已。其實這裡也會進行積極的醫療措施，跟一般病房沒兩樣。而且更好的是，這是以癌症病人為目標的病房，不僅專業，醫護人員更專心，

加上安寧志工所提供的協助和服務，病患可以獲得更舒適的環境。

的確，當記者踏入高雄榮總安寧病房時，看到精緻的擺設和裝潢，牆上貼心的叮嚀，以及護士與志工們的親切態度，完全感受不到這是一個被定位為「重症」患者所住的病房。

採訪當時，正是安寧病房每週日的下午茶時間，在一個不算小的客廳中，桌上擺滿小點心和飲料，螢幕上正播放著卡拉 OK 影帶，志工專心地唱著每一字一句。癌症病人也許因為虛弱而無法唱歌，但是輕鬆的氣氛感染了每個人，大家你一言我一語地聊天、問候，彷彿這只是一場尋常的下午茶聚會。

我在這裡看到了安寧志工真正的價值，也瞭解到璟惠姐故意選這個時段接受採訪的用心，她要我親眼看見、聽見，安寧病房並不是終點，而是一個讓人更懂得珍惜當下的地方；安寧志工並不只是陪人聊天、推你去曬太陽，而是讓你放心把生命的悲傷交給他們，讓自己專心表達對伴侶、親人、朋友的感情。

離開高雄榮總崇德病房時，我完全沒有一點沉重之感。沒錯，生命很沉重，尤其是不幸罹病生命，對病患、家屬都是無止境的煎熬。但是因為有這一群安寧志工，因為有更多像璟惠姐這樣的人，對於病人與家屬的支持，反而讓安寧病房成為醫院裡最不像醫院的地方，這是遠遠超過「特殊績優貢獻獎」的真正價值。 



- 高雄榮總安寧病房每週都有固定的活動規劃，不僅讓住院病友的生活不會枯燥乏味，更可以提供各種資訊，協助病人、家屬渡過難關。

政府來幫您 罕見疾病照護須知

資料提供 / 衛生署國民健康局



Q 您知道如何申請罕見疾病認定嗎？

申請列入罕見疾病流程

1. 申請單位：

- (1) 罕見疾病及藥物審議委員會之委員。
- (2) 中央衛生主管機關（衛生署）。
- (3) 相關專科醫師、醫學會、病友團體、藥事團體（其中病友團體及藥事團體須有專科醫師專業評估，始可提出申請）。

2. 所需文件：

- (1) 罕見疾病個案報告單。
- (2) 疾病盛行率及相關文獻。
（如疾病盛行率、遺傳性、診療困難性資料）
- (3) 備妥資料後，函送衛生署國民健康局（簡稱健康局）申請，再提送衛生署罕見疾病及藥物審議委員會審議認定後公告。

3. 審查：

罕見疾病之認定，除以疾病盛行率萬分之一以下為參考基準外，需經罕見疾病及藥物審議委員會之審議認定，並以是否為「罕見性」、「遺傳性」及「診療之困難性」為考量基礎。

Q 您知道罕見疾病國際醫療合作代行檢驗的服務如何申請嗎？

國際代行檢驗服務流程

依據《罕見疾病防治及藥物法》第13條之規定，罕見疾病國際醫療合作之代行檢驗服務，中央主管機關應予適當補助。目前衛生署已委託財團法人罕見疾病基金會為「罕見疾病國際合作代行檢驗服務方案」服務窗口，全國醫療機構可向健康局提出至國外進行檢驗之申請，但須檢附相關證明文件，並經過「罕見疾病及藥物審議委員會」審查通過。目前所需之經費，衛生署負擔40%、罕見疾病基金會負擔40%、病患負擔20%。

（罕見疾病基金會洽詢專線：02-25210717轉151）

所需證明文件

1. 罕見疾病個案病例摘要。
2. 罕見疾病個案報告單。
3. 病患委託同意書。
4. 國際醫療合作代行檢驗申請單。

Q 您知道罕見疾病患者可以申請醫療補助嗎？

只要是符合衛生署公告認定的罕見疾病，罕見疾病病患在國內醫學中心或區域教學醫院就醫的醫療費用，診療醫院可以根據「罕見疾病醫療補助辦法」第2條之規定，為您申請健保不給付之醫療費用補助申請（經診療醫院為您申請補助費用，診療醫院不得向病患預收）。

Q 罕見疾病患者如何申請醫療補助？

凡符合罕見疾病醫療補助費用者，診療醫院不可事先向病患預收費用。

1. 區域教學醫院或醫學中心等診療醫院之醫護人員，應於醫療行為發生後之次月月底前，向健康局提出申請補助。
2. 診療醫院必須準備的資料有：
 - (1) 罕見疾病個案報告單。
 - (2) 病患病歷摘要。
 - (3) 各項醫療行為所產生的費用明細。
 - (4) 罕見疾病醫療費用申請補助彙總表：
由診療醫院提出申請，經審議委員會審核後，補助款將直接核發給醫療院所。

洽詢專線：健康局（04）2255-0177轉415

Q 哪些項目可以申請醫療補助？

1. 對罕見疾病的治療方式或遺傳諮詢建議有重大影響，其結果有助於日後治療方向及遺傳諮詢的診斷費用，皆可申請補助。
2. 經國內外研究證實，具有相當療效且被普遍採用，同時已有醫學中心在進行臨床實驗的治療方式、藥物以及維持生命所需要的特殊營養食品等，皆可提出申請。

Q 醫療補助的額度是多少？

罕見疾病醫療補助，可分為部分補助及全額補助兩種：

1. **部分補助**：罕見疾病醫療費用的補助，係依《罕見疾病法》第33條第1項規定及罕見疾病醫療補助辦法等，以健保不給付項目金額的百分之70為補助上限，實際補助金額，將由衛生署罕見疾病及藥物審議委員會審議。
2. **全額補助**：罕見疾病患者在兩種情況下，可以得到全額補助。
 - (1) 低收入戶病患所有的醫療費用。
 - (2) 罕見疾病患者所使用的藥物以及維持生命所需之特殊營養品。

Q 罕見疾病患者如何申請重大傷病卡？

病友尚未取得重大傷病卡時，或重大傷病證明有效期限到期辦理換卡，可採下列兩種方式：

1. 您可於門診時間詢問主治醫師，填寫「全民健康保險重大傷病證明申請書」（一式兩聯，並加蓋醫院關防及醫師章），與病患本人的身份證正反面影本或戶口名簿影本，以及病歷摘要或檢查報告等相關資料，以掛號郵寄方式或親自到各地衛生署中央健康保險局（簡稱健保局）各分局辦理。
2. 重大傷病證明有效期限屆滿時，應再檢具醫師開立30日內的診斷書正本，全民健康保險重大傷病證明申請書（健保局及醫院皆可提供），連同診斷證明書，病患本人的身份證正反面影本或戶口名簿影本，及病歷摘要或檢查報告等相關資料，以掛號郵寄方式或親自到各地健保分局辦理。





01 下鄉、關懷、社區服務 -- 大學生最有意義的暑期活動

衛生署自2005年開始補助大專院校社團之寒暑期健康服務營，鼓勵青年學子利用假期前往偏遠原住民部落及離島地區，從事健康服務活動。為激勵團隊士氣，並為這些青春洋溢、愛心滿分的大專青年們加油打氣，特訂於6月23日上午10時40分在衛生署1001活動中心，由副署長張上淳親自為各服務營隊正式授旗，正式展開「99年度原住民及離島地區暑期大專青年健康服務營」活動，期勉各營隊隊員能在參與過程中，不忘充實自我與傳遞正確的健康



觀念至偏遠地區之居民與學童，將關懷和希望的種子傳播至社區部落，並從中體會服務的真諦。

02 慈心奉獻 真愛無限

衛生署舉辦的第9屆「99年全國衛生保健績優志工暨團隊表揚活動（慈心獎）」，其結果已揭曉！以「慈



心奉獻 真愛無限」為活動表揚標語，凸顯衛生保健志工的重要性。從近400位志工中，選拔出94位進行表揚，包括特殊績優貢獻獎2位，德馨獎24位，愛馨獎28位，善馨獎40位；團隊計有5隊獲獎，頒獎典禮已於9月8日下午2時假中油大樓國光廳舉行。慈心獎的目的除了表揚衛生保健志工，更重要的是要讓整個社會能夠見賢思齊、擇善而從，如果每個人都付出一點愛心，那就會有更多人得到幫助，讓這個社會充滿無限的關懷。每一位志工的背後都有其感人的故事，從事志工沒有年齡、身分、種族的限制，只要懷有「我為人人」的情懷，大家都可以捲起袖子，加入志願服務者的行列。

03

2010 寶貝媽咪的心肝寶貝

衛生署疾病管制局於今（2010）年7月17日、8月21日、10月9日

及11月16日，與財團法人兒童肝膽疾病防治基金會共同舉辦4場免費B型肝炎媽媽教室，以加強孕產婦對於B型肝炎的認知，並提醒幼兒應按時接種3劑B型肝炎疫苗，母親為e抗原陽性者需另接種1劑免疫球蛋白以外，B肝帶原母親所生幼兒滿12個月大時，亦應前往醫院接受B型肝炎表面抗原及表面抗體檢測，以瞭解幼兒B型肝炎帶原情況。特別歡迎準媽媽參加，為寶寶的健康做好準備。

「2010寶貝媽咪的心肝寶貝」相關訊息，可至兒童肝膽疾病防治基金會網站（<http://www.children-liver.org.tw/>）自行下載活動資料。



04

用愛心接力，讓生命延續

財團法人器官捐贈移植登錄中心於8月24日舉行「用愛心接力，讓生命延續－器官捐贈宣導」記者會，形象

大使林依晨現身為器官捐贈代言，以其正面清新形象與高知名度為器官捐贈推廣盡一份心力。值得一提的是，連續4年器官捐贈海報上的主角－小麥熊以神秘嘉賓之姿，和心臟移植真實案例何天陽先生一同蒞臨會場並分享心路歷程，使記者會充滿溫馨感人的氛圍。

記者會中器官捐贈移植登錄中心董事長張上淳表示，目前國人對於器官捐贈的接受度仍相當保守，即使經過多年的努力，許多人仍有死後8小時不能移動遺體的觀念，這使得器官捐贈在台灣推動仍然十分的困難。在國內往生後願捐贈器官的人數，遠遠不及等待器官移植的病患人數。希望社會大眾能贊同並響應器官捐贈的觀念，讓更多的生命得以擴展與延伸。



05

衛生署衛生大樓新建工程開工動土奠基典禮

衛生署衛生大樓新建工程已經開工，署長楊志良於7月9日上午帶領衛生署各局、處主管親自主持衛生署衛生大樓新建工程開工動土奠基典禮，大樓預定2012年8月完工。



衛生大樓工程基地位於台北捷運昆陽站附近，土地面積約3,000坪，是一棟地下2層、地上12層、鋼骨結構，總樓地板面積約1萬坪之辦公大樓。未來大樓興建完成，是衛生福利部本部辦公大樓，屆時，將併同改制後的食品藥物管理署部分單位辦公，除能提升機關行政效率、發揮機關群聚效應，使業務聯繫溝通協調便捷外，對於強化為民服務品質，亦有所助益。

楊署長當下期勉所有同仁，積極推動衛生政策，不畏艱難，盡己之責，共同為國人健康打拼，以達「促進及保護全民健康，讓全民更長壽更快樂」使命。



99年 06月

06/1~2

- 出席於日本札幌舉辦之「2010 APEC Health Working Group 會議」，會中報告我國 H1N1 防治政策、HIV/AIDS Control 及 RFID 相關計畫，其中 RFID 計畫獲韓國、泰國、印尼、新加坡、菲律賓等會員體發言支持。

06/11

- 於 6 月 11 日召開「捍衛身體自主權，保障生命尊嚴」記者會，以提倡落實知的權利、享有專業照護、拒絕無效醫療、共創生命圓滿之四大目標，以推廣安寧療護理念，落實病人知的權利。

06/11~12

- 辦理「2010 菸草控制框架公約國際研討會：FCFC 回顧與前瞻」，邀請國內外專家學者，就「FCTC 第一個五年亞太各國成就」、「菸草控制與人權」、「菸商對抗菸草控制策略」、「貿易規範、菸稅及其他有效措施」等議題進行經驗分享。

06/14~20

- 本署署長楊志良應邀出席「伊利諾州公共衛生緊急事件整備高峰會議」，並發表專題演講及與美聯邦政府機構進行交流活動。
- 本署署長楊志良於美國「戰略暨國際研究中心」公開演講，分享有關台灣健保體系如何協助公共衛生危機事件應變的寶貴經驗，成功拓展台美衛生交流合作。

06/15

- 修正《精神疾病嚴重病人強制處置費用支付作業要點》部分規定。

06/20

- 辦理「癌症資源單一窗口研討會」，邀請美國癌症協會與美國 Tacoma General Hospital 專家蒞會演講，並進行經驗分享與交流。

06/22~28

- 辦理「2010 年國際傳統 / 替代醫藥專業訓練營 (2010 CAM/TM Professional Training Program)」，邀請國內外官員學者介紹各國之傳統醫藥。

06/23

- 舉行「愛滋毒品 JUST SAY NO 啟動記者會」，邀請青少年偶像郭采潔小姐擔任「2010 年關懷愛滋反毒大使」。
- 公告「99 年全民健康保險牙醫門診總額點值超過一定標準地區醫療利用目標值及保留款機制作業方案」。

06/24

- 我駐越南台北經濟文化辦事處與駐台北越南經濟文化辦事處共同簽署「衛生醫療合作協定」，並由本署副署長蕭美玲及越南衛生部副部長阮伯水共同見證。

06/25

- 公告「99 年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」。
- 舉辦「亞太經合會醫療器材法規協和研討會－提升優質決策之關鍵要素：優良審查規範」。
- 辦理「97-98 年度健康促進科技研究成果研討會」，會中就婦幼健康、中老年疾病防治、菸害防制、社區健康及癌症防治等 5 項議題，進行成果發表與討論。

06/28

- 公告修正「新制醫院評鑑及新制教學醫院評鑑作業程序」。
- 以衛署健保字第 0992600199 號公告修正「全民健康保險重大傷病範圍」部分規定。

06/29

- 簽署《海峽兩岸經濟合作架構協議》，其中涉本署部分為服務業早期收穫，「允許台灣服務提供者在大陸設立合資、合作醫院」以及「允許台灣服務提供者在上海市、江蘇省、福建省、廣東省、海南省設立獨資醫院」。

06/30

- 本署中央健康保險局及署立桃園療養院榮獲行政院「第二屆政府服務品質獎」，接受行政院院長吳敦義頒獎表揚，全國共 147 個機關參加，28 個機關得獎。

99年 07月

07/01

- 舉辦「H1N1 新型流感防治有功民間人士表揚典禮」，由行政院院長吳敦義頒贈蘇益仁教授、江祖平等民間人士，及本國籍航空公司防疫獎章，肯定與感謝其對 H1N1 新型流感防疫工作的貢獻。
- 現行成人預防保健服務提供 40-64 歲每 3 年補助 1 次，65 歲以上每年補助 1 次。為關注原住民健康，儘早發現疾病，早期治療，於 99 年 7 月 1 日起增加 55 歲以上原住民每年補助 1 次成人預防保健服務
- 舉辦成立本署疾病管制局 11 年局慶暨業務展望研討會，邀請中央研究院院士陳建仁、國家衛生研究院感染症研究組教授蘇益仁及國際抗癆暨肺病聯盟醫師江振源，分別就「慢性肝炎的健康風險評估」、「腸病毒疫苗研發」及「結核病全球防治策略」等議題進行專題演講。

07/02

- 修正《第一級第二級管制藥品限量核配辦法》。

07/06

- 公告「含 pyrin 成分藥品安全性再評估未獲通過相關事宜」。

07/07

- 召開長期照護保險制度規劃情形座談會。

07/14

- 公告「健保 IC 卡存放內容」及「健保 IC 卡資料上傳作業說明」，新增醫療專區處方箋簽章之欄位及新生兒就醫依附註記，自現行出生起 31 天內延長至 60 天之備註，並自 99 年 10 月 1 日起實施。
- 公告 98 年度醫院緊急醫療能力分級評定第 2 梯次合格名單。

07/19

- 修正《藥品優良臨床試驗準則》第 106 條。

07/21~22

- 舉辦國內首次代孕生殖研討會，邀請美國、英國、日本及國內專家學者分享各國代孕生殖之實施情形、經驗及研究成果。

07/27

- 公告「精神復健資源缺乏地區住宿型精神復健機構獎勵計劃」申請作業。
- 公告 99 年 8 月起參加「99 年全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫」之院所及醫師核定名單。

07/28

- 奉行政院同意捐贈諾魯 1,000 劑 H1N1 流感疫苗，並於 7 月 29 日由署長簽署協議書。

07/29

- 修正「管制藥品分級及品項」部分分級及品項，增列 4- 甲基甲基卡西酮 Mephedrone (喵喵) 為第三級管制藥品。





99年 08月

08/03

- 本署與環保署假行政院南部聯合服務中心召開「99年第2次登革熱流行疫情處理協調會報」，邀集中央相關部會與南部登革熱高風險區之縣市政府，研商登革熱防治相關議題，積極因應登革熱本土疫情。
- 召開「禁止含砒砂中藥製劑製造、調劑、輸入、輸出、販賣或陳列」預告草案座談會。

08/10

- 公告99年首批參加全民健康保險牙醫門診醫療給付總額特殊服務項目醫療服務試辦計畫之院所及醫療團醫師名單暨執行起迄日期。
- 公告醫療器材管理辦法附件1刪除及變更事項，矯正視力使用之有度數鏡片納入第一等級醫療器材管理。
- 公告修訂「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」試辦計畫，自99年9月（費用年月）起實施。

08/14

- 召開「醫院搶救生命大作戰 - 篩檢效率王及生命搶救王出爐」記者會，說明99年醫院推動癌症篩檢現況及表揚癌症篩檢績優醫院。

08/16

- 捐贈諾魯之1,000劑H1N1流感疫苗運抵諾國，並於8月23日舉行捐受贈儀式。

08/18

- 召開「含中藥材之外用產品，以化粧品或藥品管理」會議，針對相關產品的屬性管理等議題，與產業界代表進行溝通。
- 公告「醫療器材類似品判定流程及函詢申請說明」。
- 公告「多國多中心藥品臨床試驗計畫審查程序」。

08/19

- 公告新增「99年提升住院護理照護品質方案」及修正「全民健康保險醫療費用支付標準特定檢查資源共享試辦計畫」、「全民健康保險乳癌醫療給付改善方案試辦計畫」、「99年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額特殊服務項目醫療服務試辦計畫」、「腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫」，除「99年提升住院護理照護品質方案」追溯自99年1月1日起實施外，其餘項目自99年9月1日起生效。
- 修正「全民健康保險醫療費用支付標準」第二部西醫第一章基本診療及第七部論病例計酬第六章眼科部分診療項目，並自99年9月1日起施行。

08/25

- 召開「中醫醫院暨醫院附設中醫部門評鑑」記者會。
- 公告「家用體外診斷醫療器材查驗登記須知」。

08/27~09/06

- 本署署長楊志良前往美國杜克大學及美國加州州立大學柏克萊分校進行演講，並參訪美國醫療、衛生及生技研發等相關機構，以增進兩國未來之交流合作。

08/28~29

- 辦理「高齡友善健康照護國際研討會」，邀請加拿大、新加坡、日本及英國等國專家與會演講，並介紹與WHO接軌且適用我國的高齡友善健康照護指標。

08/30

- 公告99年9月起參加「99年全民健康保險牙醫門診總額牙周病統合照護計畫」之院所及醫師核定名單及補正變更名單資料。

08/31

- 公告新制教學醫院評鑑第1階段合格名單及可招收實習醫學生容額。

時時刻刻

幼托機構-安心守則



預防腸病毒!

餐點 ✓ 分裝食物，應戴口罩
✓ 每位小朋友洗過手才用餐

活動

- ✓ 注意教室通風
- ✓ 如廁後，用肥皂洗手
→ (濕搓沖捧擦)

午休

- ✓ 再次重點式清潔消毒，廁所門把、課桌椅、遊樂設施等。

入園

- ✓ 觀察小朋友有無腸病毒症狀
- ✓ 小朋友身體不適請家長接回

準備

- ✓ 潔淨的廁所
- ✓ 確認洗手用品齊全(如肥皂、擦手紙等)
- ✓ 門把、餐桌、樓梯扶手、課桌椅、玩具、遊樂設施、書本等，做重點性消毒

- ✓ 清潔用防水手套
- ✓ 泡製清潔消毒用之漂白水(500ppm)

清水 1250cc X 8寶特瓶 = 10公升
家用漂白水 X 5湯匙 = 100cc

500ppm含氯漂白水

提醒

- ✓ 提醒小朋友雙手不碰眼口鼻
- ✓ 不把玩具、書本放入口中

接送

- ✓ 提醒父母居家衛生與常洗手
- ✓ 提醒父母若小朋友感染腸病毒，應請假休息一週



行政院衛生署 關心您
<http://www.doh.gov.tw>

傳遞生命延續愛

您只需要簽署器官捐贈同意卡，就可以加入器官捐贈的行列。

「線上簽署器官捐贈同意卡」請至下列網址：

<http://www.organ.org.tw/carda.php>



用愛心接力 讓生命延續

若您認同器官捐贈的觀念，您可以在此申
官捐贈同意卡，我們將盡快寄到府上給
時，也會將您器官捐贈的意願登錄在
卡內。

由財團法人器官捐贈移植登錄中心
會外流或移作它用，務請放心，
填妥後請傳真或寄回本中心。
傳真：(02)23582089
地址：10092台北市中正區金華街17號11樓

| | |
|--------|--|
| 姓名 | 楊志良 |
| 身分證字號 | A123456789 |
| 性別 | <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 出生日期 | 年 月 日 |
| 聯絡電話 | 年 |
| E-MAIL | |
| 通訊地址 | 郵 |

楊志良



行政院衛生署 關心您
www.doh.gov.tw

GPN:2008000143
全年4冊 每冊定價60元

