

衛生報導

中華民國九十六年三月出刊 ISSN : 10192875



行政院衛生署 <http://www.doh.gov.tw>

129季刊

守護健康，珍愛台灣

微笑說再見

安寧療護譜下生命圓滿休止符



健康逗陣行

324結核日談十年減半計畫

衛生線上

基因改造食品檢驗與管理

美麗人生

女孩10、20快樂成長的秘密



想飛就要健康的飛

染核勿搭機 旅客更安心

世界衛生組織建議

罹患傳染性結核病患，

應延遲搭乘大眾航空器長旅程（超過8小時）計畫，直至不具傳染性為止；

傳染性的多重抗藥性（MDR）結核病患不論搭機時間長短，

均應延遲其旅行計畫，直至痰液培養結果為陰性。

傳染性結核病患延遲搭機，維護大眾的健康及國家形象，

是好國民應盡的公共衛生義務。

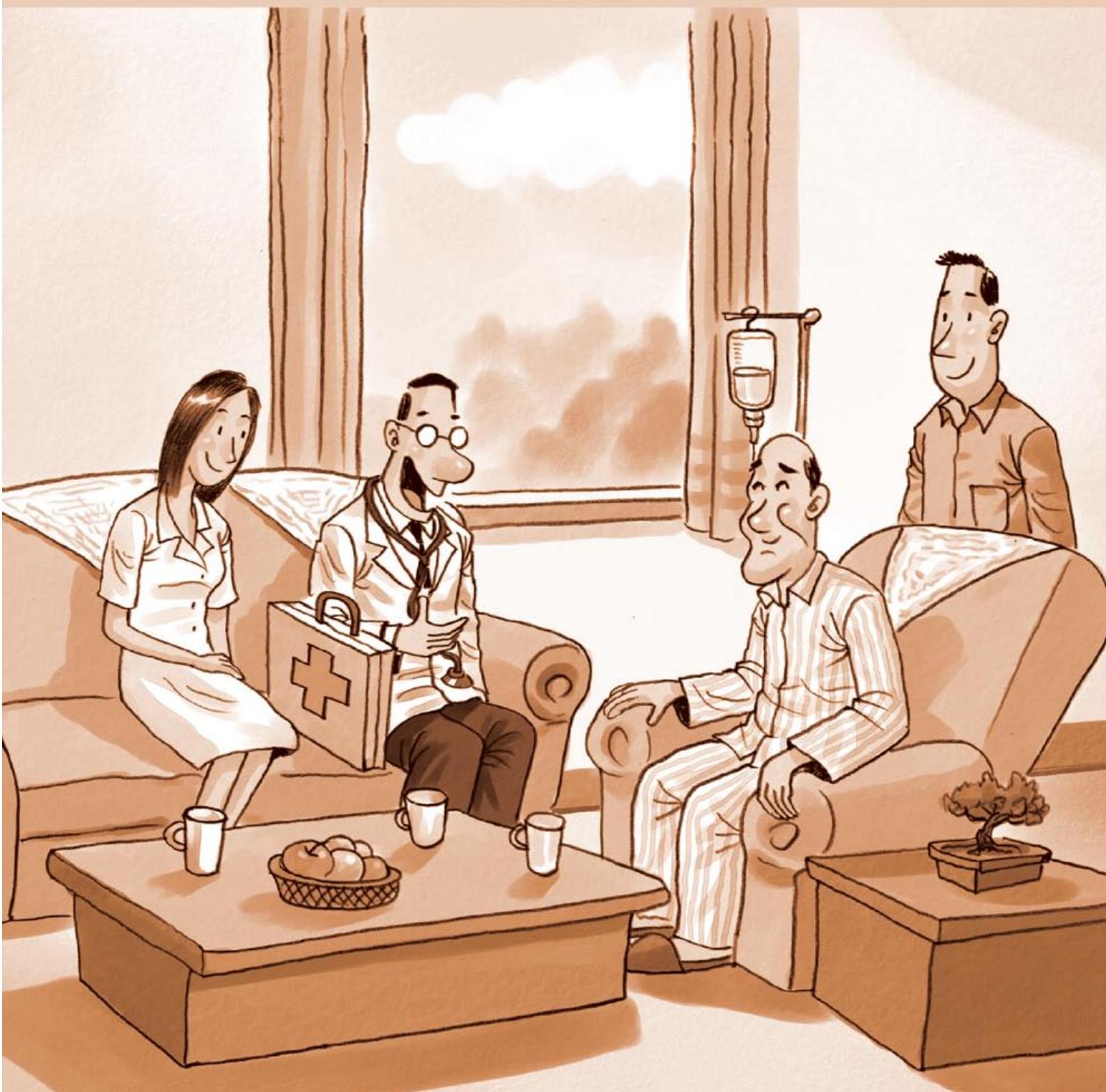


行政院衛生署關心您

衛生報導

季刊

129期 中華民國九十六年三月出刊



活得更長久、活得更健康、活得更舒服

21世紀衛生政策新宣言

行政院衛生署署長侯勝茂

台灣已邁入高齡化社會，老年人口快速增長，產生各種老人照護與疾病之醫療問題。衛生署有鑑於此，乃積極致力於改善老人健康服務，希望能讓大家活得更長久、活得更健康，活得更舒服。

老人照護

依據經建會所做的人口推估，2006年台灣地區65歲以上民衆占總人口之比率為9.95%，約227萬人，到2026年將超過20%，約476萬人。其中若以5%為重度失能者來推估，2006年大約有11.3萬人，到2026年將增至大約23.8萬人。65歲以上老人人口比率從7%提高到15%，我國只經26年，比起法國須要131年、瑞典88年、美國66年，這種情形充分顯示：我國人口老化程度，遠比其他國家快速。

面對即將邁入高齡社會，行政院規劃「大溫暖社會福利套案」就是為了因應此種人口結構上的變化，來建構完善的長期照顧體系。在這個政策下，衛生署將與內政部攜手合作，希望能夠協助大家妥善照顧65歲以上之老人、55歲以上之身心障礙者、失能且獨居老人之生活。

有關老人照護，我要特別強調「在地老化」概念，也就是當我們上了年紀以後，不見得一定要進住到養老院，而希望能結合民間資源，培訓相關醫事人力，建立支持家庭照顧者之體系，推動長期照護社區復健計畫，營造一個資源共用的老人社區與祥和社會。為達成此目標，衛生署從94年開始推動「整合性之照護模式」，大力輔導醫院以社區為基礎，並強化與提升醫事人員對老人醫學的專業知識，推展周全性的老年醫學評



估。這項工作至今共已獎勵16家地區醫院，並有160多位醫事人員接受相關訓練，開始在各地方提供老人整合性的醫療照護服務，希望能充分發揮「喘息服務」與「中途照顧」功能。

預防保健

21世紀的衛生政策，不僅是消極的疾病治療，更要積極推廣疾病之預防與健康促進行為。根據國人營養健康變遷調查結果發現，各年齡層民衆蔬果攝取普遍不足，這也是慢性疾病的重要成因，足量的蔬菜水果有助於預防心血管疾病、癌症、肥胖與糖尿病。世界衛生組織呼籲飲食應做到「天天5蔬果」，也就是每天吃3份蔬菜2份水果。為響應該呼籲，今年起衛生署將聯合農委會共同推動「健康飲食 天天5蔬果」系列活動，並由機構內部做起，鼓勵國人多吃蔬果，飲

食內容也應適量與多樣化，讓營養均衡。

健康生活並不必太花時間，「健走」就是一種最基本、簡易、大家都做得到的日常體能活動，而且不僅能增加人體心肺功能、強化骨頭、肌肉力量，還有解除壓力、控制體重、延緩老化等好處。衛生署自民國91年開始宣揚「每日一萬步，健康有保固」的強身理念，強調「健康的生活，應從最簡單的走路開始」，鼓勵民衆在忙碌生活中抽出三至十分鐘空檔，有空就走，積少成多，每天最好走一萬步，落實健康生活型態。在這裡我也要對國人提出一個良心建議，大家必須及早建立動態生活，減少坐式生活，因為「只要多動1分鐘，就能多活2分鐘」，並力行「每日一萬步」，養成規律運動習慣，就可長保個人身心健康。

正確用藥

用藥是否正確，攸關民衆健康自我照護，通常醫療院所會將處方箋交付給民衆，民衆在看病時也可以向醫師要求其交付給處方箋。為了落實用藥安全，建議民衆務必厲行「用藥五問」，就是「問藥名、問藥效、問用法、問要用多久、問注意事項」，我們也希望民衆逐步建立「尋求家庭藥師為全家人提供藥事服務」的新觀念，因此衛生署建置藥物資訊網站（<http://www.doh.gov.tw>），提供專業藥師線上諮詢服務，同時整合署內8個藥物相關的資料庫查詢。

我們也深入社區與校園、結合廣播媒體，宣導正確用藥觀念，並從93年開始分別在各地的社區大學，開設「用藥知識與正確用藥之相關課程」，推廣用藥常識。

心理衛生

人類越是文明，壓力隨之越大，心理健康也成為重要的衛生課題。我國心理衛生政策目標，就是希望照護到全民心理健康，降低國人

的自殺率、防治國人的憂鬱症，讓國人都活得很快樂。

最近10年來，台灣地區人民自殺之死亡率逐漸攀升，並且從82年起連續9年擠進國人十大死因之列。如何減少不必要之生命損失，加強國人心理衛生，落實自殺防治工作，已經成為現今台灣應優先推動的公共衛生任務。衛生署係期待以社區為基礎，透過地方衛生機關，有效整合相關心理衛生資源，建構跨政府部門的服務網絡，提供民衆心理衛生之教育及宣導。此外，我們建立「精神醫療網」將全國七萬名精神病人列管，並指定專人施以追蹤訪查；同時加強輔導轄區醫療院所，運用全國自殺防治通報系統，對自殺未遂者及時進行通報，以便於早期介入、適時輔導、追蹤關懷。

醫藥科技

衛生署在推動醫藥科技研發方面，也有重要成效，包括奈米醫學、轉譯醫學、基因體醫學與臨床試驗及研究體系等各方面，都有不錯成績。有關科技導入醫療照護方面，衛生署也積極研究將無線射頻辨識系統(RFID)技術導入救護車之設備、日本腦炎疫苗追蹤管理、以及老人健康照護。針對流感疫情，國家衛生研究院也已經完成了抗病毒藥物——克流感(Tamiflu)的製程研發，且亦規劃成立台灣流行性感冒之研究小組。

近年來，衛生署也藉由發展國內醫療技術，積極開拓各項之生物技術與藥物製品，做一系列有系統的研究，並規劃醫藥衛生政策及預防保健制度，來創造促進健康的 SUPPORT 環境，以利於提升國人的生活品質。

我們相信，醫藥科技研發對於當前危害國人健康重要疾病之診斷、治療與預防，將發展出新的方法，結合以上種種努力，當有助於讓大家活得更長久、活得更健康、活得更舒服。



署長面對面

- 02 21世紀衛生政策新宣言

侯勝茂

封面故事

- 06 微笑說再見

安寧療護譜下生命圓滿休止符

PART I 安寧醫療 · 政策推廣篇

- 07 安寧四全照護 陪你面對生與死

丁彥伶

PART II 安寧住院照顧 · 安寧工作者篇

- 09 安寧病房有春天 心靈交會愛相隨

丁彥伶

PART III 安寧居家照護 · 家屬及病人篇

- 12 居家照護享溫情 生命盡頭了無憾

丁彥伶

健康逗陣行

324世界結核病日

- 14 都治十年減半計畫 建立無「核」家園

張雅雯

縮短城鄉醫療差距

- 16 山地離島醫療給付效益提昇計畫 七年有成

張甄芳



醫療前線

打造無毒家園

- 18 第一個藥癮治療性社區茄荖山莊

張雅雯

衛生線上

買得安心，吃得放心

- 20 基因改造食品 檢驗與管理機制

李樹人

財務危機、藥價差面面觀

- 22 健保十二年 回顧與檢討

張雅雯



健康停看聽

美國藥物食品管理百年史的啓示與省思

- 25 化粧品安全問題探討

李志恒、游雯淨

感冒要吃抗生素？

- 28 破解抗生素使用的迷思

張甄芳

打擊不法藥物

30 藥品管理機制 用藥安全有保障

張雅雯

美麗人生

健康的身心 飛揚的青春

33 女孩10、20快樂成長的祕密

楊姍紓

職場健康促進與菸害防制

36 元氣上班族 打造優良職場環境

楊姍紓



全民好問

38 藥物不濫用 健康有保障

衛生署管制藥品管理局

健康寫真

40 台灣國際醫衛行動團隊 深入肯亞協助救災

中央、地方聯手 95年抗登革熱有成

41 反毒通報 獎金等你拿

95年毒品病患愛滋減害試辦計畫 成果分享

毒品減害計畫警察人員種子培訓 全台開跑

42 行動門診深入部落 首創泰雅語語音掛號系統

馬祖－台北 影像傳輸系統建置計畫

43 專科護理師甄審筆試 首次上路

「青春氧樂園」特展 台中展出

44 代謝症候群 判定標準修正

45 跨部會合作 推動「天天5蔬果」

徵選2007 健康好書 悅讀健康



要聞導覽

46 行政院衛生署95年12月至96年2月大事紀

刊 名／衛生報導 季刊
期 別／129期
創 刊／中華民國80年3月20日
出 刊／中華民國96年3月
發 行 人／侯勝茂
社 長／陳時中
編輯委員／（按筆畫順序排列）
丁志音 王炯娘 巫敏生 林宜信 徐美苓 翁秀貞
秦義華 陳秀鸞 黃純英 游德二 葛健生 劉淑芬
藍孝芬 藍國岳
總編輯／戴桂英
副總編輯／周國塘
執行編輯／周素珍、施冠宇
出版機關／行政院衛生署：10092台北市中正區愛國東路100號
<http://www.doh.gov.tw>
電話／02-23968116 傳真／02-23979148

編輯企劃／商周編輯顧問股份有限公司
台北市中山區10483民生東路二段141號7樓
電話／02-25056789 傳真／02-25076773
攝 影／子宇工作室
封面插畫／李勁陞
製版印刷／沈氏印刷事業股份有限公司
ISSN／10192875
GPN／2008000143
工 本 費／20元

行政院新聞局出版事業登記證局版北市誌字第1738號
中華郵政北台局字3817號執照登記為雜誌交寄

微笑說再見

安寧療護譜下生命圓滿休止符

當所有的醫療都無法治癒疾病，
除了選擇繼續奮力再搏，接受痛苦的療程，
還有別的選擇。

安寧療護不是一籌莫展，困坐愁城的消極醫療，
而是讓生命之旅最後一程，
更加舒適、有品質的積極醫療；
安寧療護也不只是在病房，
而是一個跨越科別，跨越病房、診間，
甚至回到家裡的安心療護，
讓患者和家人緊緊相連。

在生命的最後階段，

人可以活得更有尊嚴，讓生命了無遺憾。

現代安寧療護之母 英國的桑德絲醫師
Dame Cicely Saunders 1918.06.22~2005.07.14
The Founder of Modern Hospice Movement

你是重要的，因為你是你。

即使活到最後一刻，你仍然是那麼重要

我們會盡一切努力，幫助你安然逝去；
但也會盡一切努力，讓你活到最後一刻

You matter because you are you,

安寧四全照護 陪你面對生與死

撰文：丁彥伶 諮詢對象：衛生署國民健康局防治組組長孔憲蘭、台中榮總婦產科醫師黃曉峰、中山醫學大學附設醫院安寧緩和病房主任周希誠、台中榮總放射腫瘤科醫師翁益強

「當生命即將走向盡頭」一詞，曾經是安寧療護很好的宣傳，但也如此，不少癌症患者聽到安寧療護，就想到步入死亡，認為安寧療護就是「等死的醫療」。

國內安寧療護課程第一期學生、台中榮總婦產科醫師黃曉峰表示，安寧醫療過去被視為瀕死的照顧，早期以生命評估不超過六個月，只給予支持性療法，到2002年世界衛生組織重新將安寧療護定位為「積極的照顧」，和治癒性治療並行，提供完全的照顧。因此和其他醫療並無不同，並不是當病人只剩六個月生命時才會診。

黃醫師認為，安寧病房是末期病人的加護病房，安寧療護和一般醫療唯一的不同，是一般醫療「著重治病」，而安寧療護強調「四全照顧」——不只對患者的身、心、靈「全人」照顧，也關心患者「全家」，並且從治療到臨終，輔導家屬度過患者去世後的低潮，「全程」照顧；而且結合醫師、護士、心理師、社工師、物理治療師、宗教信仰人員和志工，「全隊」照顧，用積極治療的態度緩和身體不適，讓患者安詳且有尊嚴地走完生命的最後旅程。

健康時期 預立意願書

黃醫師表示，雖然有些末期患者希望在生命的最終，不要用激烈侵入性的醫療延長存活時間，但因為醫療法第60條規定：「醫院、診所遇有危急病人，應先予適當之急救，並即依其人員及設備能力予以救治或採取必要措施，不得無



■ 民國95年舉辦「安寧病房服務品質選拔」。

故拖延」。法規原意是要保護危急的患者，但有些家屬不忍末期病人離世，要求醫師施行急救，常見的情形是，急救後患者多活了三、五天，在全身插滿急救設備後，全身器官衰竭而死。

民國89年，台灣通過「安寧緩和醫療條例」，賦予「末期病人」有拒絕施行心肺復甦術的權利，未成年人得由其法定代理人簽署；20歲以上，具有完全行為能力者可在健康時預立意願書，言明臨終時拒絕心肺復甦術，或預立醫療委任代理人，由代理人在其病重無法表達意願時，代為簽署。病人若在陷入昏迷或無法清楚表達意願前未簽署意願書或指定代理人，也可由其最近親屬出具同意書，拒絕心肺復甦術。

節省資源 醫療不浪費

黃醫師和中山醫學大學附設醫院安寧緩和病房主任周希誠都認為，安寧醫療的介入，不僅讓患者享受人性化的醫療及更舒適的生活，同時也因為免除不必要的插管，以及各種昂貴的急救



■ 除醫師、護理人員，更有宗教師、社工師、心理師提供病人及家屬心理撫慰。

醫療，而節省許多醫療成本。儘管這個經濟效益並不會出現在安寧療護的帳目上，但從醫院整體的成本，甚至全國醫療成本，都能明顯看到。

很多人以為，安寧療護很花錢，台中榮總放射腫瘤科醫師翁益強表示，安寧療護已獲得健保給付，根據統計，全國的癌症末期病人（目前健保只給付對象兩類，一是癌症末期、一是運動神經元疾病末期，即漸凍人），平均到安寧病房住院不到十五天，比住加護病房的費用低很多，而利用安寧居家療護的費用更少，以護理師每周到府一至二次，醫師到府一次，健保給付每位專業人員訪視一次1,000~2,000元，一星期只需給付3,000~4,000元，而患者又可以在他們最熟悉，住得最安心的家中享受天倫之樂，是最符合人性的醫療。

共同照護 打破科別藩籬

健保從民國85年起開始給付安寧療護的費用，設有安寧病房的醫院有32家，設有居家照護的也有50多家。國民健康局癌症防治組組長孔憲蘭表示，由於台灣民眾習慣接受原來信賴的醫護人員照顧，加上民眾誤以為安寧病房是等死的地方，因此儘管安寧病房不多，但空床率很高（主要是非醫學中心之安寧病房），癌症末期病人並未善用安寧醫療。

孔組長表示，政府持續宣導安寧醫療，問

卷調查也發現有半數民眾希望在末期疾病時回到家中善終，也能接受安寧療護的概念，但若癌症末期發生在自己或親人身上時，往往無法理性地接受。因此，為打破安寧病房和非安寧病房之間的刻板印象，於是從民國94年起進行安寧共同照護計畫。

安寧共同照護計畫每間醫院補助1~2位安寧專業護理人員，每位護理人員需要經過專業訓練，一年必須照護200名癌症患者，除了增加末期患者接受安寧醫療的人數，藉由和其他科別合作，也能讓所有醫護人員認同安寧療護。孔組長表示，第一年推動時，原診療團隊較少主動轉介個案給安寧團隊，經過一年的宣導溝通後，去年起有愈來愈多醫師會自動轉介，提高了服務量，增加了民眾的認知，醫護人員的教育以及照顧能力，也有很大的提升。

生者受惠 死者也無憾

孔組長表示，安寧共同照護的推動，首要之務在提升服務量，其次是要打破安寧病房和非安寧病房之間的藩籬。共同照護從94年的34家，到95年年底增加至38家，在每年有35,000至37,000名死於癌症的患者中，平均只有17%的患者（約6,000人）接受安寧病房或安寧居家的照顧；而推動安寧共同照護以後，每年可多服務8,000名患者，問卷調查也發現，滿意度滿分是五分，病人、家屬、與各科別醫療團隊平均給安寧共同照護4.87的高分。

孔組長說，安寧共同照護計畫預計實施至民國98年，以目前計畫宣導的速度和成效，未來各科的醫師在面對末期病人時主動轉介，而醫院發現在總額預算下，安寧療護可讓醫院節省許多不必要的醫療浪費後，即使未來國民健康局不再補助計畫，安寧療護的觀念還是可以繼續推動下去，不管對患者或家屬，都會更好。



安寧病房有春天 心靈交會愛相隨

撰文：丁彥伶 諮詢對象：台中榮總婦產科醫師黃曉峰、中山醫學大學附設醫院安寧緩和病房主任周希誠

「從事安寧醫療，要有堅強的靈魂才能撐得住！」台中榮總婦產科醫師黃曉峰，耕耘安寧醫療十餘年，最能體會安寧工作者的心情。他說，子宮頸癌、卵巢癌……等婦癌佔女性癌症最大宗，可以說女性末期癌中，有三分之二都發生在婦科。一個星期内，幾乎都有4位以上的患者跟他說：「我已經準備好了，請你讓我走吧！」可是安寧療護不是讓生命提早結束的治療。黃醫師靜靜聽患者訴說苦痛，讓患者完全發洩。

照護心靈 紿予大力量

有一次，黃醫師值班時遇到一位患者在開刀前突然拒絕開刀，他靜靜聽她說她經過多少次化療，現在復發又要再開刀……等等的無奈。他告訴患者，想要做什麼決定都可以，但如果要開刀，就要當天做決定；後來她安心地接受開刀，雖然不是他動的手術，但手術後她卻表示，因為有他，她才有接受治療的力量。

黃醫師說，其實他哪有能力讓人看透生死？法國的安寧療護專家曾經說過「醫師哪有能力照顧病人的靈性？」患者經過疾病的苦痛，靈性比醫師還強，他所能做的只是在靈性上陪伴她，讓她說出她的痛苦，只要小小的幫忙，就可能協助患者。安寧療護最重要的不是給予大師般



的開示，而是和患者一同去找出過去支持他們的力量，正如安寧療護的創始人桑德絲女士（Cicely Saunders）曾說：安寧療護最重要的不是身體的調適，而是患者心靈是否安好。

不用隱瞞 他們都知道

當家人罹患癌症，很多人都希望醫師能瞞住病人，黃醫師說，他曾遇過家屬拚命想掩飾，而對病情心知肚明的患者也怕家人擔心，一路隱瞞自己知道病情的事實，雙方只忙著心防攻戰，到最後想對對方說的話都沒說出口。黃醫師說，其實，患者什麼都知道。有一次他接獲「指示」，有一名女病人的先生希望醫師隱瞞病情，他一進病房，一路問病人治療過程，患者告訴他



■ 台中榮民總醫院安寧療護團隊。

肚子上一堆疤，都是胃癌開刀和各種治療的痕跡，他問她治療結果？患者說都沒有效果，後來做的化療也都沒什麼反應，隨後，她轉過身跟先生說：「我想要火葬……」患者後來住進安寧病房，在安寧病房的最後幾天，她抱著先生，感謝他讓她過了美好的一生。

生命課程 學會說再見

中山醫學大學附設醫院安寧緩和病房主任周希誠，因為揭露了「一碗陽春麵」的故事，而讓安寧病房的全人照顧受到矚目，周醫師說，其實安寧病房裡，全是像這樣的感人故事，之所以公布五兄妹共吃一碗陽春麵的故事，是因為從這些最大只有國小四年級的小兄妹身上，他看到貧窮一家人都有著超乎想像善良的心，而他們的處境又很需要他人的關懷。

周醫師說，其實小兄妹的媽媽也曾經崩潰、不甘願為何人生如此坎坷，抱怨「為什麼我從小喪父，多年來在貧困生活中不被打倒，為什麼還讓我得到癌症？讓我看不見孩子長大就要死亡？」而且，她也曾不願意接受幫助，擔心貧窮的家境讓她的孩子活在他人異樣眼光下。因此，由志工輔導，慢慢拉近和她的距離，使她了解讓

孩子的孝心被表揚給大眾知道，對孩子反而是自尊心的提升，她才開始接納外界的友誼。

而這些滿臉洋溢陽光般笑容的孩子，起初也無法接受母親的死亡，他們用堅強武裝自己，當護理師要他們畫圖送給媽媽時，他們開始痛哭而停止作畫，到第二次作畫時，才能寫出對媽媽的祝福，而因為怕鬼而不敢接近媽媽遺體的老大和老三也才敢和媽媽做最後的告別，吻別母親才完全恢復平靜。

而一直不肯回家的媽媽，最後還是回家一趟，說出她提早離開家庭和世界的歉意，也和先生及家人們一一道別，在全家人的陪同下，離開人間。

走出傷痛 成為施患者

中山醫學大學附設醫院安寧病房也會為往生的患者家屬舉辦活動，許多家屬即使親人已經過世一、兩年，提到逝去的親人還是痛哭到無法自己，周醫師說，安寧療護後的悲傷治療，可能是一輩子的事。即使過了八、九個月，他每個月還是會定期去訪視小兄弟一家人，難能可貴的是，原本受惠的這一家人，現在卻成了施患者。

小兄弟的父親把多餘的捐款捐助給他人、製作竹子存錢筒送給腦性麻痺病童，參與圓夢計



■ 健保給付癌症末期病患「安寧病房住院」、「居家安寧療護」費用，民衆可多加利用。

畫，而去年五兄妹說想要有一棵聖誕樹卻得到六棵聖誕樹，因此他們把多的聖誕樹送給啓聰學校的師生們；在這之前，他們還親自參加周醫師在啓聰學校舉辦的《一碗陽春麵的回憶》新書發表會，在帶給周醫師驚喜之餘，他們竟然還用童言童語，以自己勇敢走過喪母之痛，並且自理生活的經歷，鼓舞啓聰學校的同學，並和大家約好要一直做好朋友。

愛心醫師 有你真好

要讓患者接受安寧療護不是件容易的事。周醫師表示，曾看過一名因為半邊肢體無力而就醫的中年患者，因為早上被醫師告知中風後，中午就跳樓尋短了，而需要安寧療護的患者都是末期病人，比起中風患者來說，更不可能對病情有所期待，可想像被宣告末期病情後的衝擊必定甚過於一切，因此，還需要極大的努力，讓民衆接受安寧醫療的概念。

黃醫師也表示，從事安寧療護經常看到許多感傷，或是愛心付出卻遭到誤解，但只要有一些回饋，醫護人員就得到很大的鼓舞，而要求自己做到「確實讓患者受惠」的服務，就是支持安寧工作者繼續努力的動力。

從事安寧醫療，許多工作都是義務性質，而且還會經常想捐錢助人，付出與所得不成正比。周醫師表示，因此安寧緩和治療很難吸引醫師加入，當人力不足醫院加派人力支援時，通常有一半以上會「陣亡」。周醫師說，新血不足一直是安寧療護的問題，但擔任中山醫學大學系副教授的他，在學校的支持下，今年將在校園開一門安寧療護的課程，而且列為必修課，他相信從這一代教育起，一定可以吸引有愛心而且夠堅強的新血加入行列。

而黃醫師也對安寧醫療充滿信心，他說，



■ 安寧病房設有教堂及佛堂，作為安寧病房病友及家屬的心靈港灣。



■ 安寧病房提供舒適空間，供病人身心靈調養。

雖然願意加入的人確實不多，但一旦進入這個領域，就會深深被吸引，他也用真實的行動教育新血，「因為我也希望未來能把自己交給有愛心的醫師手上」。他很驕傲地表示，台中榮總的安寧病房一直是院內流動率最低的，因為所有的醫護人員都了解到這是一份用自己的靈魂跟另一個靈魂相遇的任務，這不只是一份工作，更是一份充滿愛的全心付出。

PART III 安寧居家照護 · 家屬及病人篇

居家照護享溫情 生命盡頭了無憾

撰文：丁彥伶 諮詢對象：台中榮總放射腫瘤科醫師翁益強

跟病人提到安寧療護不是件容易的事，要告訴他們可以改用安寧居家照護，遇到的阻礙更大。

台中榮總放射腫瘤科主治醫師翁益強表示，由於大家都有「在醫院裡所有的問題都可以交給醫護人員，家屬不必擔心患者有突發狀況時措手不及」的觀念，所以安寧居家照護推動不易，目前可以接受安寧居家照護的對象，主要是不習慣接受安寧住院照護的末期病人，或是有「要留一口氣在家善終」觀念的患者。

翁醫師表示，其實，除非是獨居，或家境貧窮無人可看護的患者，否則居家是最好的安寧療護環境，安寧病房設立的條件之一，就是「營造一個像家的環境」。「家」是患者最熟悉的地方，還有家人相伴，而家人也不必為了到醫院陪病而輪流請假，讓患者和家屬過著如常的生活，最符合全人照顧的觀念。

到府診治 醫療服務不打折

翁醫師表示，安寧居家照護通常提供護理師至少每周到府護理一至兩次、醫師到府照顧一次的服務，當然居家照顧無法取代安寧病房的醫療，但卻可有效取代門診治療，特別是當患者體力無法負荷來回奔波，或虛弱無法行走時，把診間帶到家裡的安寧居家照護，對患者和家屬省時又便利。

為了不讓家屬擔心突發狀況無法處置，醫院的安寧病房也有專人24小時答覆問題，患者



■ 家是最佳的療養場所。

透過電話詢問，專業的護理師及值班醫師可以辨別患者的情況是否穩定，如果確定病況變化不是居家可以處理，安寧病房也會安排盡速讓患者回到醫院就醫。

社會輿論 不可承受之重

翁醫師表示，癌症末期不管是對病人或家屬都是無奈，雖然知道醫學無法幫忙，但很多人有機會還是想試試，因此要讓病人回家並不是容易的事，而推廣居家護理另一個難處，在於商業癌症保險只給付門診和住院費用，不給付居家照

護，由於現在很多新藥要自費，患者迫於無奈，也只好留在醫院。

很多患者和家屬聽到醫護人員討論安寧居家照護時，都會誤會「連醫師都要拋棄我們了」，翁醫師說，其實正好相反，只有病情已經趨於穩定時，醫師才會讓患者回到家裡接受居家照護，不過，即使患者和家屬接受安寧居家照護的觀念，台灣民間對於家屬接受醫護人員建議、回家照護的做法也有不同看法，有些親戚長輩會責罵「怎麼可以放著不醫」，認為家屬不慈不孝，「讓患者回家等死」，讓選擇安寧居家照護的家屬承受很大的壓力。

牽伊的手 擁抱最後相聚時光

翁醫師以自身服務的安寧居家照護患者為例說明：有位患者本來擔心回家後沒有醫護人員隨侍在側怎麼辦？但現在他卻覺得很滿意，躺在自己的床上，每天都睡得很安穩，家人也隨時都在身邊。另一位癌症轉移脊椎而癱瘓的患者，原本每次回診都要大費周章，後來改做居家照護後，她的兒子和媳婦可以同時照顧她又兼顧家裡

的生意，她們一家人都很滿意，後來她整整接受安寧居家照護達三年之久。

翁醫師說，國民健康局推動的「共同照護」讓安寧療護推動到各科系，患者不僅更能接受安寧療護的觀念，甚至還能更快回到家。以和院內胸腔科的合作來說，利用嗎啡讓患者對氧需求降低的作用提供給肺癌末期的病人，許多必須天天使用正壓呼吸器，甚至要進一步插管的患者可以改用輕便的氧氣管而活動自如，不必被呼吸器綁在病床上，許多患者後來也能回家過著舒服的生活。居家護理不只符合經濟效益，末期病人不用和親人分離，反而有更多時間相處。



■ 醫護小組到宅醫療服務，免除病友及其家人奔波之苦。

我知道我的人生不會有任何牽掛

何小姐／肺癌／接受安寧居家照護一年

我是自願接受安寧居家照護，之前先生也因癌症去世。那段時間在醫院，我看到許多呼吸不能自主的患者插管維生，自己得親眼看著自己一分鐘捱過一分鐘，當時我就告訴自己，如果我也遇到相同的情況，絕對不要接受這樣的生活。

一年多前，我發現我得了肺腺癌，就去找台中榮總翁益強醫師，以前我父親得大腸直腸癌末期時，就是由翁醫師進行安寧居家照護。當我二度腦轉移做了處置後，就不再接受化療，轉而接受居家照護，目前只使用標靶藥物治療。

得到癌症說不難過是騙人的，不過看著父親和先生的治療經驗，讓我的人生觀重新調整，豁

然開朗。我知道醫師一定會幫我做最嚴密的評估，我知道想要讓我的病完全痊癒已經是不可能的事，因為對醫師的信賴，所以請他來治療，和他及護理師的溝通完全沒距離，在他們的照護下我過得很安心。

人生的下一步很難不會有意外，人生也總會有結束的一天，我只是其中一個知道自己的人生可能在什麼時候結束的人，選擇居家照護給我的家人帶來很大的方便，我也過得很舒服，想去那裡、想吃什麼都可以，人生走到這裡也只能退一步想。我發現退一步的結果對我反而更好，現在我接受安寧居家照護也超過一年了，什麼事情都安排好，我知道我的人生歷程不會有任何牽掛。

324 世界結核病日

都治十年減半計畫 建立無「核」家園

結核病的控制是世界性的議題，世界衛生組織以及全球抗瘴聯盟，擬定從2006至2015的十年間，要將結核病盛行率以及死亡率達到減半的目標，國內也於2006年4月1日起，全面推廣「DOTS都治計畫」，降低結核病感染率。

撰文：張雅雯 諮詢對象：衛生署疾病管制局慢性傳染病組組長楊世仰

結核病是一種古老的慢性傳染病，由於需要**結口**持續服藥六個月才能完治，「未能規律服藥」成為控制不佳的主因，台灣平均每年新增一萬五千名結核病個案，居所有法定傳染病之冠。

痰液呈現陽性的結核病患者，就具有傳染力，疾病管制局慢性傳染病組組長楊世仰表示，一旦某個家庭或社區有一名個案，若未經過至少持續服藥兩周的療程，其共同生活的接觸者就容易被感染，使得治療成果前功盡棄。因此，國內自2006年4月1日起，全面推廣「DOTS都治計畫」(Directly Observed Treatment, Short Course)，藉由關懷員落實「送藥到手、服藥入口、吃完再走」的步驟，有效降低治療失敗、個案復發的機率、預防多重抗藥結核。

首年3,545人加入DOTS計畫

DOTS計畫在國外行之有年，國內全面實施的第一年，接受度如何？疾管局統計，2006年4月至12月共通報5,065名痰陽結核病患個案，其中有3,545人加入DOTS計畫，涵蓋率約七成；

若以縣市別來看，嘉義縣、新竹縣、花蓮縣、台東縣、南投縣居前五名，涵蓋率均達85%以上。楊組長表示，過去山地鄉一直是結核病防治的漏洞，發生率以及死亡率偏高，如平地結核病發生率平均約十萬分之74、山地鄉竟暴漲至十萬分之200，這與原住民社經問題以及對健康認知不足有關，不過DOTS初步成果顯示，花東等山地鄉涵蓋率顯著提升，是個好的開始。

然而，楊組長指出，國內過去始終高估病患的服藥自主性，實施DOTS的起步已經明顯落後，若要達到「十年減半」的目標，今年痰陽個案的DOTS涵蓋率一定要提升到100%；這不光是口號而已，也是世界衛生組織既定的政策，他表示結核病防治不僅是個人醫療，而是整個公衛體系的課題，今年將透過更多公權力的介入，徹底杜絕痰陽患者在社區散佈病菌。

關懷員監督服藥守護健康

2006年，疾管局開始要求醫院勸導痰陽病患，最好住院兩周服藥，待細菌量減低、無傳染

之虞再出院，楊組長表示，透過與健保局合作，確定痰陽患者住院兩周的費用，一律由疾管局的公務預算支出、獨立在健保總額之外，以提升醫院收



治的意願；如果患者不願意住院服藥，就一定得加入DOTS計畫，在關懷員的監督下服藥。若兩者都不接受的患者，可依法強制隔離在指定的院所完成半年療程。

事實上，DOTS計畫是「以病人為中心」來執行，楊組長指出，許多患者一開始會排斥有專人盯著他們服藥，後來發現這些關懷員除了要求他們吃藥、也很關心他們的整體健康以及生活，例如關懷員反映，有些患者連三餐都無以為繼，怎麼按時用藥？因此也提供營養費，讓關懷員也可以順道送便當。這些關懷員除了有愛心，多數都是鄰里居民投入關心社區，受過課程訓練的去年共有368人，今年預計將增加至500人。

楊組長指出，都治關懷員成功扮演患者以及公衛體系之間的橋樑，期待今年他們能發揮更大功能，除了偵測患者的健康狀況，必要時協助送至醫療院所，對於患者的家屬，也能關注他們的健康情形，若證實有潛伏感染，也可協助預防性投藥，以彌補地區護士人力不足的問題。

三階段宣導結核病延遲搭機

此外，由於痰塗片陽性以及抗藥病例具傳染力，世界衛生組織對結核病與搭機旅遊的健康指引明確建議：罹患傳染性結核病的乘客，應延遲搭乘需8小時以上的大眾航空器。楊組長表示，疾管局已根據這項指引擬定三階段實施計畫，今年1月初即行文給地方政府。

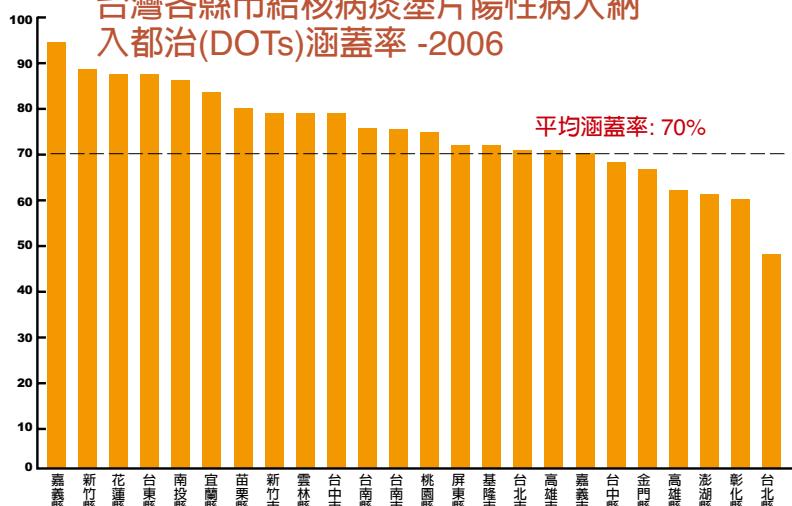
第一階段為「宣導勸導期」，疾管局除了透過醫療系統以及關懷員，對患者進行相關勸導，也針對航空公司、旅行社加強宣傳，目前在通往機場的客運椅背上，也貼上相關的宣導字樣。第二階段為「違規罰款期」，楊組長表示這

是亡羊補牢的做法，地方政府依據傳染病防治法第42條公告後，若有痰陽患者被舉發違規搭乘大眾航空器，可依同法第66條處一萬元以上、十五萬元以下之罰鍰，截至2月8日止，已經有宜蘭縣、新竹市、南投縣、高雄縣、嘉義縣、屏東縣、台東縣及台北市完成公告，其他縣市也正在辦理中。當半數以上縣市均完成公告，即進入第三階段「管制搭乘國際航班期」，楊組長表示，透過內政部入出國及移民署合作，列管的痰陽病患完全沒機會上長途飛機，直到不具傳染性才解禁。

結核病是慢性感染病，受感染者終生有10%的發病機率，其中半數在前兩年會發病，尤其第一年的發病率最高，經由都治計畫，痰陽患者按時服藥，將可有效保護15歲以下者免受感染。楊組長指出，台灣每年新增五千多名傳染性結核病患者、再加上三百多名多重抗藥性病患，若未能好好治療以及適度規範，都可能成為活動性的傳染源，透過DOTS以及公權力的介入，達到降低傳染、服藥完治的目標，以逐年降低結核病疫情，方能達成「十年減半」的目標。



台灣各縣市結核病痰塗片陽性病人納入都治(DOTs)涵蓋率 -2006



2006/04/01~2006/12/31結核病痰塗片陽性病人：5,065

個案；納入DOTS：3,545 個案

縮短城鄉醫療差距

山地離島醫療給付效益提升計畫 七年有成

中央健康保險局推出的「山地離島地區醫療給付效益提升計畫（Integrated Delivery System，以下簡稱IDS計畫）」屆滿七年，帶動醫療深入山地、離島，患者可以在當地的醫療站得到治療——健保IDS計畫，已成為山地、離島居民最佳的健康守護者。

撰文：張甄芳 諮詢對象：中央健康保險局醫務管理處經理沈茂庭、埔里基督教醫院主任李智貴



■ 衛生署署長侯勝茂訪視部落，關懷山地離島醫療服務。

以前在南投仁愛鄉最偏遠的部落，居民若發生急病必須花費二千元雇車，並費時一至二個小時車程，才能把患者送下山就醫；自從民國88年中央健康保險局推出IDS計畫之後，患者可以不必下山，在當地的醫療站得到治療。

中央健康保險局醫務管理處經理沈茂庭指出，山地、離島因地理環境特殊，醫療資源較為缺乏，雖然當地設有衛生所，並且也培育原住民醫師服務當地，但科別僅限於內科、家醫科，在人力和醫療資源上都無法滿足當地的需求。

守護48山地離島鄉居民健康

然而，照顧弱勢族群一直是全民健保最重要的理念，因此全民健保實施後，為了避免發生有健保、無醫療的情形，健保局於民國88年11月起，陸續在山地、離島地區實施IDS計畫，藉由和醫療院所合作，將醫療人力送上山地，落實對偏遠地區居民的照顧。

沈經理指出，IDS計畫主要是改變保險支付

方式及較具彈性的保險給付誘因，導入都會區的健保醫療資源，鼓勵醫療院所至山地、離島地區提供各項健保醫療服務，協調、整合醫療院所及山地、離島地區衛生所，共組醫療合作團隊，以分工合作的方式及責任制度的觀念，增加醫療服務供給，提升保險對象醫療照護可近性。

在地化服務 滿足醫療需求

沈經理指出，該計畫實施七年來，健保局把醫療送進山地、離島地區，已遍及全國各個山地、離島角落，如今全國48個山地、離島鄉均已納入計畫，且醫療院所提供的協助也逐年增加，現在除了提供定點門診、24小時急診及夜間門診診療，服務科別也視當地需求增加眼科、婦產科、精神科、皮膚科、牙科等，並且提供轉診後送服務，同時也應地區需要提供居家照護、預防保健、疾病篩檢、衛生教育、社區醫療家戶健康管理等服務。

在基本的醫療服務之外，每個IDS計畫之承



■ 醫師到山地鄉看診，提供病患醫療服務。

作醫療院所，也特別費心思提供各具特色的服務，以滿足當地特殊的需求。例如北竿衛生所利用ISDN「遠距醫療」方式，與三軍總醫院、連江縣立醫院及南竿、東引、莒光衛生所連線，提供即時線上診療服務，加強對前線醫療的服務；另外，復興鄉華陵醫療站與林口長庚醫院的藥品器材補給系統連線，於每月15日使用林口長庚庫存盤點系統記錄消耗數量，並於當月月底由專車補充庫存，也使山地地區的醫療服務更具可近性與便利性。

除此之外，有些離島地區沒有洗腎醫療，健保局也和醫療院所合作，把洗腎醫療送到離島。以屏東縣琉球鄉為例，當地有20多位洗腎患者，過去必須搭船到屏東東港洗腎，經由衛生單位購買洗腎設備，並協調東港安泰醫院協助醫療，方便這些患者於當地衛生所就地洗腎，免除奔波之苦。

另外，在宜蘭山區居民因多從事務農工作，加上當地老年人口多，中風比率高，亟需復健醫療。因此，健保局也協調羅東聖母醫院，把復健醫療送至大同鄉及南澳鄉山地地區，同時離島地區如馬祖，當地縣立醫院也一樣提供復健醫

療，使當地居民也同樣可以就近得到復健服務。

資源整合 城鄉照護零距離

投入山地醫療多年的埔里基督教醫院主任李智貴表示，過去該院一直推動山地醫療改善，但僅靠著募款的努力，力量仍然有限；不過，自從健保局推動IDS計畫，將資源做更好的整合，成為一個新助力，也使山地醫療改善更順暢。

李主任也認為，把醫療送上山的確改善許多原住民的健康，過去所謂「小病用等，大病用忍，急病滾下山」的情形不再發生。舉例來說，在一次的巡迴醫療中發現某位產婦因為貧困無法產檢，生產之後產道裂傷、未經良好護理而造成產褥熱，遂安排她住院醫療，因而救回一命；還有一對老夫婦，先生失明行動不便，夫妻倆很少外出，不知道當地已設了醫療站，一次巡迴醫療時發現這對夫婦，並安排檢查發現先生因嚴重白內障影響視力，開刀之後視力恢復，生活品質大為改善。

高滿意度 就醫可近性受肯定

事實上，根據健保局的統計也發現，實施IDS計畫之後，山地、離島門診就醫人次明顯增加，顯示就醫的可近性大為提高，並且居民對其醫療品質滿意度也達九成。

IDS計畫對提升偏遠地區居民的醫療服務及健康具有正面的效果，未來健保局也將繼續推動，並且透過個案管理的方式，落實每位居民的照護。因此在96年度全民健康保險醫療費用總額其他預算項目中，再爭取5.49億元，投入山地、離島居民健康照護工作，期使降低城鄉照護差距，讓山地、離島也擁有充裕、專業醫療照護，秉持「哪裡有需要，就往哪裡去」精神，使山地、離島居民感受健保醫療關懷無所不在。

打造無毒家園

第一個藥癮治療性社區茄荖山莊

民國95年12月26日台灣第一個藥癮治療性社區——茄荖山莊正式啓用，開啓另一種戒毒照護模式，未來希望建立本土的治療性社區模式，並進一步在其他縣市擴大辦理。

撰文：張雅雯 諮詢對象：衛生署醫事處處長薛瑞元、管制藥品管理局局長簡俊生



■ 藥癮者入住茄荖山莊，自理生活起居大小事，學習與正常生活接軌。

吸毒不只是對身體的自我傷害行為，更是犯罪的溫床，因為藥癮發作時除了可能行為失控，再加上購買毒品需要大筆花費，而容易讓吸毒者铤而走險；此外，即使有心戒治，重返社會也可能因為面臨社會大眾的歧視與藥癮的誘惑而再度沾染惡習。因此，要有效改善治安問題，除了有賴警察單位執行公權力，也必須同步對藥癮者進行有效的戒治與協助。

衛生署醫事處處長薛瑞元表示，以往藥癮戒治分兩階段：第一階段是1~2週左右的生理勒戒，讓藥癮者完全無法接觸到毒品，通常會有戒斷症狀；第二階段則是心理依賴的戒除，大約需要數月至1~2年的時間。

參加戒治理應讓這些藥癮者重生，然而根

據法務部的統計，再犯的比率依舊偏高，薛處長表示，除了與藥癮者的戒毒意志夠不夠堅定有關，還牽涉到許多社會環境因素：比如有人因為不堪經濟及人際關係的壓力，或是家庭的不接納，也有人因為受控於犯罪集團，導致再度走回頭路。

藥癮者中途之家 通往正常生活的橋樑

為了加強戒治成效，仿效國外成立藥癮治療性社區，薛處長指出，這個社區類似中途之家，是沒有使用藥物的居住性機構，考量戒治者過去因為物質濫用，腐蝕了原本的社會、教育、職業技能、家庭關係以及規律生活，藥癮治療性社區可協助重建這些功能，並強化其自我效能。

與美沙冬（Methadone）替代療法、門診戒藥等其他藥癮治療模式相較，國外追蹤完成治療一年的患者，結果顯示參與藥癮治療性社區者，再度物質濫用的情形明顯較低、沒有工作的也比較少。國內在民國94年8月規劃由草屯療養院試辦此治療模式，同年底並派遣該院成癮治療科主任以及護理長赴美國加州Walden House參訪學習，去年9月衛生署與法務部簽訂合作契約，利用廢棄的台中監獄草屯分監設置了「茄荖山莊」，並於95年12月26日正式啓用。

薛處長表示，「茄荖山莊」鄰近草屯療養



■ 茄苳山莊第一批社區成員進駐，在社工、醫師的協助下展開新生活。

院，方便治療專業團隊就近照顧，今年1月即正式運作，短期目標是收滿30名藥癮患者，讓他們在監獄與返家之間，可先在此社區調適、培養工作技能；中長期目標則希望建立本土的治療性社區模式，進一步將在其他縣市選擇適合的地點來擴大辦理。

為了保障社區內居民的安全，薛處長表示收治對象還是有經過挑選，排除了縱火犯、有自殺企圖者、嚴重精神疾病者以及每天需服精神作用藥物者；此外也訂定生活公約，比如不得偷竊、賭博，故意毀損物品，禁止彼此財物往來，居民有義務及責任維持社區居住環境整潔等。

藥物濫用防制宣導 反毒教育預防毒害

除了協助戒治，衛生機關也協助毒品鑑驗的任務，經衛生署認可的濫用藥物尿液檢驗機構14家，去年完成送驗尿液181,816件，所屬濫用藥物檢驗實驗室去年也完成送驗濫用藥物檢體3,577件。但由於毒品檢驗量與日俱增，因此薛

處長表示，同步推動的「衛生署協助毒品鑑驗計畫」，培養草屯療養院成為中部毒品鑑驗專責單位，毒品鑑驗作業時間也縮短為5天，如此一來草屯療養院將可提供從毒品檢驗到藥物濫用防制的完整服務。

藥物濫用情形日益嚴重，管制藥品管理局局長簡俊生表示，如果合法藥品的管理機制不完善，如醫師不當開立處方箋或民衆可於網路上購得，皆會造成處方藥物濫用狀況逐漸增加，以國內來說，麻醉止痛類、安眠鎮靜類是最常被濫用的合法藥品，國外更有抽取感冒藥成分合成毒品案例，幸好部分藥品國內並未上市。

非法藥品部分，除了有賴檢調單位查緝不肖製造販賣者，簡局長表示「預防」還是最佳抗毒武器，世界衛生組織提出三個觀念：對全民宣導、對高危險群宣導、對已成癮者宣導。簡局長指出，教育宣導告知真實面，比如呈現毒害造成容貌的改變；此外，也廣邀過來人現身說法，或是在校園培養種子，以同儕口吻說服青少年杜絕毒品誘惑，以達到創造無毒家園的目標。



買得安心，吃得放心

基因改造食品 檢驗與管理機制

順口濃郁的豆漿、滑潤可口的豆花，其中，不少是用基因改造黃豆原料做成的基因改造食品。

究竟什麼是基因改造食品？與標示「非基因改造」字樣的產品有何分別？

基因改造食品對人體健康有無害處？

撰文：李樹人 諮詢對象：衛生署藥物食品檢驗局局長陳樹功、藥物食品檢驗局組長施養志、
衛生署食品衛生處高級研究員林信堂

民國89年底，衛生署曾舉辦過一次有關基因工程研發而成的食品安全問卷調查，結果發現，台灣約有一成民衆不放心、也不敢購買基因改造食品。究竟，食用基因工程研發而成的食品，安不安全？

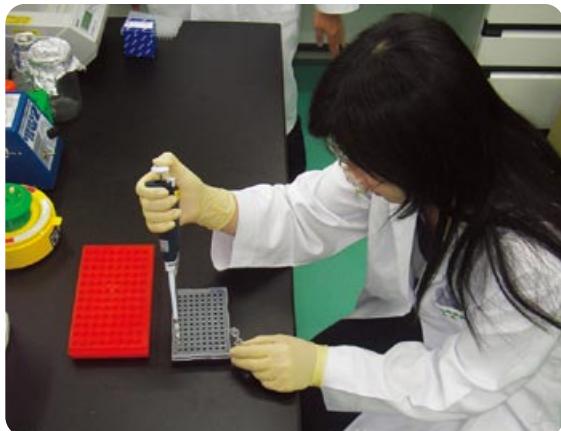
衛生署藥物食品檢驗局局長陳樹功表示，基因改造係利用基因重組技術，將不同物種具有特性的某段基因轉殖至農作物中，以增強原本農作物的某種特性，常見被改造的農作物是大豆及玉米，主要目的是強化大豆、玉米的抗蟲害能力以及對除草劑有耐受性，藉以提高產量、降低成本。另有一些研究則是透過基因改造，讓農作物含有更高、更好的營養素，還有部分基因改造的研究則是把重點放在醫學上，例如培育具有疫苗

蛋白質的農作物，像是蕃茄或香蕉，如此一來，小孩就不用怕打針，只要吃下含有疫苗的農作物，就可達到預防某種疾病的效果。

大豆玉米製品 量產降低成本

陳局長指出，基因工程改造後的農作物可以大量生產，大幅提高產量，因此，價格具有優勢，一般來說，超市販賣的非基因改造食品要比基因改造食品貴上一成至一成五；近年來基因改造食品科技快速發展，已讓一些環保人士或消費大眾擔心環境會失控，反而嚮往起自然的有機食物，覺得天然的比較安全、有保障。

究竟食用基因改造食品，是否會出現負面影響？坊間許多豆漿、豆腐的原料大都採用基因改造黃豆，民衆長期食用，是否安全？陳局長指出，從科學角度上來看，基因改造黃豆的食用安全性在國內外已被評估確認，因此民衆應可放心。至於運用基因工程研發出來的農作物，都是在提供人類好處的前提下進行的，即使台灣推廣已久的精緻農業，讓水果越來越大顆，越來越甜，這些品種改良的成果大多也涉及基因改變，只不過運用的是傳統的技術。相較之下，利用現代基因工程技術處理過的農作物其特性更顯著，不僅可以大幅縮短品種改良的時間，還可增加農作物原本沒有的特性。



■ 國外進口基因食品，需經藥物食品檢驗局科學檢驗。



■ 大豆及玉米製品，是最常見含有基因改造原料的食品。

陳局長表示，絕大部分傳統市場中的散裝豆腐都屬於基因改造食品，因為主要原料都是經過基因改造的黃豆，只要原料通過衛生署審核，成品都是安全無虞。衛生署食品衛生處高級研究員林信堂博士也指出，基因改造食品技術已經發展了十餘年，迄今各國尚無發生危害民衆健康的事件，主要關鍵就在於政府部門必要的把關措施。

查驗登記制度 確保產品安全

林研究員表示，世界各國對基因改造食物的發展原則不盡相同，美國、澳洲、加拿大等農業大國，採取較正面態度，積極鼓勵基因改造農產品的研發。至於台灣、日本、韓國等農產品進口國家，對於基因改造食物則採取較嚴謹的管理及審查制度，以確認基因改造食品的食物安全，如評估基因改造大豆、玉米等食用安全性，確保對人體不會有安全性的危害。

陳局長表示，國內相關基因改造食品的規範，係從民國90年起公告，要求國外研發的基因改造食品必須向衛生署申請登記許可，並成立「基因改造食品審議委員會」，作為嚴格把關基因改造食品的專家評審組織，目前核准的農作物為黃豆與玉米兩大類，進口廠商必須持國外食用安全證明文件向衛生署提出申請，文件齊備確認收件後再由專家委員會進行專案審查，若沒問題，再將樣本送至藥物食品檢驗局做進一步檢驗。

藥物食品檢驗局食品化學兼食品微生物學組組長施養志表示，該組是透過檢驗來協助衛生署辦理基因改造食品查驗登記，運用現代分子生

物學原理開發並建立檢驗方法，以此方法實驗所得的科學證據，確定廠商所進口的基因改造食品與申請文件上的原料資料相符。

基因產品標示 提供知的權利

至於民衆食用安全部分，國內也從民國90年起公告，針對基因改造食品部分，分為強制性標示以及自願性標示等兩大類，如果基因改造成分超過5%，就必須強制標示；如果成分含量低於5%以下，即採自願性標示。為了落實基因改造食品標示制度，衛生署不定時地派員至傳統市場、生鮮超市等場所進行抽檢，查核市售的黃豆及玉米原料及產品是否依規定正確標示。在衛生署「基因改造食品標示」嚴格規範之下，民衆也可以經由外包裝來辨別食品是否為基因改造，進一步選擇是否購買。

陳局長指出，衛生署嚴格把關基因改造食品，實施登記許可以及產品標示等兩大制度，讓民衆可以輕易地分辨想購買的食品是否為基因改造食品，如果覺得不放心，則可以購買價格較昂貴、包裝上標示不會基因改造的食品。而目前國內共核准了14項基因改造產品進口，其中黃豆有一種，玉米則有13種，這些核准進口基因改造食品都經過嚴密的評估，確認食用安全，在此嚴格把關機制下，民衆可放心無虞。



■ 基因改造食品標示制度，提供民衆知的權利。

財務危機、藥價差面面觀

健保十二年 回顧與檢討

十二年來，全民健保提供國人就醫保障，廣受肯定，但是，針對財務吃緊、醫療資源浪費、藥價偏高等問題，也深受批評。即將邁入第十三年，健保制度應該如何改善，才能真正達到「全民參與，健保永續」的願景呢？

撰文：張雅雯 諮詢對象：慈濟大學公共衛生學系教授葉金川、前立法委員沈富雄、台北市總工會理事長林錫維

台灣自民國84年開辦全民健保，至今邁入第十三個年頭，參與規劃的首任健保局總經理、現任慈濟大學公共衛生學系教授葉金川表示，健保可說是台灣唯一的安全網，比起社福制度只能補漏，健保是惠及全民，讓每個人在醫療上都能受到基本的照顧，不因收入高低或是居處偏遠而有別；從各項科學根據來看，疾病癒後以及存活率都大幅提升。

長期關注健保議題的前立法委員沈富雄表示，健保有兩項了不起的成就：第一是提高就醫可近性，第二是就醫無財務風險；這種在外國人看來「俗擋大碗」的制度下，台灣的醫療品質目前起碼是全球前十名，如果把價格因素再考慮進去，他深信可以名列全球第一。

對於罕病等弱勢團體提供廣泛的照顧，是

台北市總工會理事長林錫維最稱讚健保的一點，他表示電視劇往往是社會寫照，以前多演出只要一人重病、就幾乎全家受創，現在有了健保的保護，電視劇也不再有這樣的劇情。反觀南韓，此類電視連續劇卻還不少，而且甚受歡迎，也反映出現實社會實情。

財務危機 改革刻不容緩

雖然台灣的健保被國外媒體譽為「烏托邦」，不過財務出現危機是不爭的事實，曾有人質疑是當初計算基礎有誤，葉教授表示，當初以薪資為計算基礎、以25年去推算，本預估薪資應該會從4.5%成長到6.5%，但沒想到台灣的經濟不景氣，薪資不但不成長、甚至負成長，始料所未及；此外，一開始設計就預估收入大約比支

全民健保歷年醫療資源利用情形

年別	病床數	醫師數	門診件數（千）	每人每年平均門診次數	住診平均每件住院日數（天）
91年	123,732	44,668	317,952	14.45	9.07
92年	127,040	45,282	315,169	14.24	9.65
93年	134,069	46,442	343,567	14.84	9.70
94年	137,289	47,704	345,894	14.71	9.86
95年	139,298	49,107	330,668	14（註）	9.85

註：「每人每年平均門診次數」係推估至95年12月



■ 健保局與國人一起營造健康人生。

出少5%，因此最慢應該每三年調漲一次費率，然而十二年來因為種種因素，只調整過一次，從4.25%調漲到4.55%，大約七個百分點。

基於資源管理的立場，葉教授認為全民健保的存在，讓醫療費用成長受到限制，從公平面的角度來看，對民衆是有利的，不會像美國自由市場機制，導致縱使有很好的服務，但是多數人付不起。也因為全民健保把醫院的層級扁平化，使得台灣的醫療體系呈現平均、但進步略微緩慢的情形。

沈委員認為，健保的財務問題肇因於制度面，首先是定位問題，他認為健保應該是社會保險，但是法律通過的條文卻彰顯為社會福利，因此全無風險觀念、大小疾病通包；此外，當初立法者的理想太崇高，認為健保不只要提供醫療、還要能促進健康，這種「健康保險」的觀念，導致舉凡預防保健、醫學教育等支出都納入其中。他指出健保其實就是一個「疾病保險」，治療的目的是為了減少更多的醫療支出，但是健康促進是需要花錢去營造，兩者放在同一把傘下，在財務的理念上是互相矛盾的。

其次是在支出部分，沈委員認為健保「第三者付費」的機制——就是民衆看病不必自掏腰

包、感受不到花錢的痛；醫院是對健保局要價、看小病或重病的費用又不具彈性。在人性貪婪的弱點下，使得民衆使用醫療資源無後顧之憂，醫師則未必花心思在必要的重病或急症上，後果就是醫療資源浪費以及醫療資源配置錯誤，錢沒有花在刀口上。

林理事長也認為，健保應該把錢的來源定義清楚，比如健保定義為「互助」概念，但是重殘等享受免費醫療者，其實也是由其他有繳保費的人來負擔費用，當然會不夠、也不構成互助的意義。他強調這些人當然要被照顧，但是應該由內政部等相關福利單位來出錢，保費才可能平衡；此外，像是醫院的教學費用，應該回歸公務預算，不該動用到保費這塊。

支付制度 重新檢視藥價差

支付制度方面，沈委員認為需要檢討，包括保險項目是否太多，導致該給的給不夠、不該給的又給太多；此外，以藥價差的議題來說，他指出目前全國藥價支付，不論大小醫院一律單一價，大醫院由於採購量大、有談判籌碼，這種支付制度下無可避免有藥價差存在，大約3-5%；林理事長也認為，藥價應該依照醫院大小給予不同的點值分配，同時他指出，健保法令與特約醫院的契約，十二年來沒有修正，對於藥價差留著嚴重的灰色地帶，應該重新檢視。

外界常常認為要調整費用，必須先把醫院藥價黑洞等弊端解決再談，葉教授表示這些問題往往是見樹不見林。他以藥價差為例，認為此差額固然需要處理，但不應該以個案去抹黑整個結構。他認為有些問題必須從支付名目去改善，比如如何讓各科健全發展，而不是只處理給付高的科別；此外醫院多靠藥品、材料的利潤，來貼補

病房費的成本，可見醫院經營在此體制下，並不是一種暴利，健保不但未必圖利醫院，甚至可能虧待了醫院。

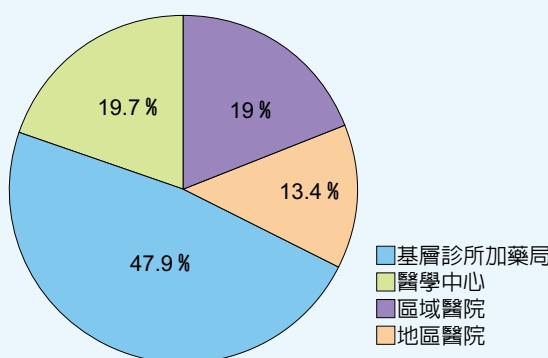
這幾年健保局試圖以總額制來「量入為出」，但是沈委員指出，由於醫療技術日新月異、人口結構加速老化等因素，無可避免地會造成醫療支出不斷成長，但現行設計面上，由於支出年增率永遠高於收入年增率，使得健保財務注定短绌，應該改為「量出為入、收支連動」，由政府設置一個委員會（panel），內含被保險人、醫療提供者、資方與政府代表，來討論支出的項目、額度，先決定要支出多少再收保費，這樣才不會入不敷出。

改變民衆心態 避免使用浪費

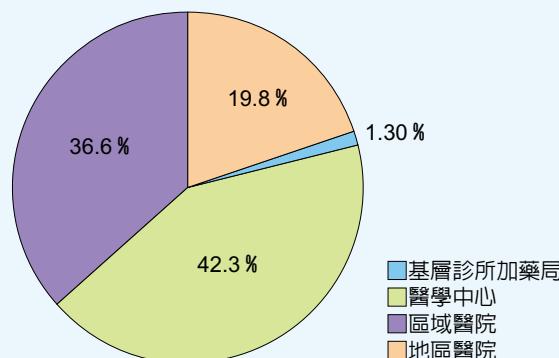
林理事長認為，健保漲價始終被反對的原因，在於醫院財務不透明，如果費用真的不敷成本，調漲才有道理，而不是一直喊窮要民衆掏錢，卻又看到一些醫院詐領健保費的弊端。他指出，公立醫院應該率先來做，讓財務透明化，自然有帶頭效用；在處理弊端上，不是抓愈多代表健保局做事愈多，相反的，應該審視契約，讓各項規定「從寬認定、從嚴執行」，才不會像現在規定多，但違規者衆，形成本末倒置。

沈委員指出，健保的財務問題，需要政府單位大刀闊斧的改造，任何找財源的方法都只是

門診醫療費用各層級院所之占率



住院醫療費用各層級院所之占率



杯水車薪，行政體系在重大決策上，不要憂讒畏譏，必須坦誠面對民衆。不過他更提醒，健保制度改變了人的行為，如何透過更合理的給付制度，提升醫療人員的士氣，以及改變民衆無所限制的使用心態，才不會讓台灣既有的醫療品質，數年之後嘗到崩盤的苦果。

葉教授坦言，全民健保讓民衆就醫多了許多期待，希望健保局多做一點，縱然偶有弊端有待改善，

但目前品質緊縮是因為給付的不夠，加上老化速度跟科技成長非常快速，不能寄望因此就能調降醫藥費。健保安全準備金眼前已經用罄，在政治壓力下不調費率，改採調費基的方式，對財務或許暫時有所幫助，民衆也比較能接受，但未來調高費率恐勢在必行。

2007健保新制

- 新導入醫院高血壓醫療給付改善方案
- 特殊材料陶瓷人工髓關節納入健保部分給付項目
- 新增「胸腔、腹腔鏡」等33項手術納入健保支付標準
- 全民健保平均眷口數由0.78人調降為0.70人
- 對於一年就醫次數超過200次（排除急診與重大傷病）、且排名在前20%的門診高診次民衆實施就醫管制

美國藥物食品管理百年史的啓示與省思

化粧品安全問題探討

愛美是人的天性，使用化粧品美化自己已成為生活的一部分，化粧品使用的安全性，也因為消費者保護觀念的普及，成為政府的責任之一。去（2006）年適值美國食品衛生管理制度建立百週年，作者先前已將美國食品藥物管理局（FDA）專文中的食品部分進行分析評論，本文援前例節譯該局化粧品專文部分（以色塊標示），佐以我國案例評析近年發生的化粧品安全衛生問題，與我國之狀況作一比較，作為擬定我國化粧品管理的借鏡。

撰文：衛生署技監李志恒、科員游雯淨

壹、美國化粧品之管理概要

美國在1938年修正通過食品、藥物與化粧品法案「Food, Drugs and Cosmetic (FD&C) Act」後，才首次將化粧品納入管理，開始因應化粧品安全問題。FD&C Act規定色素必須經許可正面表列於法規中才可使用在食品、藥品及化粧品，此外，由煤焦油提煉出的色素必須逐批許可才可使用。

美國食品藥物管理局（Food and Drug Administration, 以下簡稱FDA）對化粧品銷售的管理規定不同於其他大部分產品的要求，在聯邦食品藥物及化粧品法（FD&C Act）規範下，化粧品及其成分，除了色素添加劑（不包含煤焦油頭髮染劑）外，並不要求產品在上市前必須經FDA批准，FDA通常在化粧品上市後才進行管理。

在美國除了色素添加劑（不含煤焦油的頭髮染劑除外）及少數禁止使用的物質外，化粧品製造商可以使用任何的成分或原料，不需獲得政府的審查或批准即可銷售產品。惟化粧品公司有責任確保其銷售產品的安全，並且應適當標示。FD&C Act規定在州際間交易禁止銷售攬假或假商標的化粧品，當發現化粧品有攬假或假商標的情形即可採取相關管理措施。FDA同時與聯邦海關及邊境保護單位合作監控進口化粧品。

依FD&C Act的定義，化粧品係用於清潔、美化、增進吸引力、改變外觀的商品，包括其成分，例如香水、口紅、臉部化粧品及頭髮染劑，法規中所指的化粧品包括最終產品及成分。如果一項產品意欲用於治療或預防疾病，或改變身體結構或功能，則以藥品規範。有些產品同時是藥品也是化粧品，例如頭皮屑治療劑是一項藥品，洗髮精用來清潔及美化頭髮則是化

粧品，抗頭皮屑洗髮精因而是藥品也是化粧品。標示會防紫外線成分、用來防曬的化粧品以非處方（over-the-counter, OTC）藥品管理，上市的防曬化粧品產品因而係以藥品及化粧品管理。FDA已經採取一些建議及法律行動，取締攬假或假商標的化粧品、以及將藥品以化粧品名義販售，作為包括1960年代「除皺霜」（Wrinkle Remover）開庭案件以及從1980年代到現在一連串化粧品產品聲稱具有藥物作用的警吿信。

其他有關化粧品的重要法律有「適當包裝與標示法（the Fair Packaging and Labeling Act, FPLA）」，FPLA授權FDA要求業者對每一項販售給消費者的化粧品必須提供組成成分份量，而且必須將成分含量由高至低列出。1970年代FDA制定「化粧品自願註冊計畫（the Voluntary Cosmetic Registration Program, VCRP）」，公司可以註冊他們創立及提出申請的化粧品產品配方，這項計畫提供FDA取得在美國販售的化粧品及其成分的重要資訊。FDA已經公布規定或指導原則，對某些化粧品明確提出警告聲明，例如含在除皺產品中的 α -Hydroxy acids (AHA)，業經FDA提出可能造成曬傷的警訊。FDA「食品安全與實用營養中心（Center for Food Safety and Applied Nutrition, CFSAN）」轄下「化粧品及色素辦公室（Office of Cosmetics and Colors, OCAC）」的科學家持續關注新成分及其安全性，OCAC現在的研究包含奈米科技在化粧品的應用及其與化粧品安全的關係。

美國對化粧品的管理方式與我國類似，我國依「化粧品衛生管理條例」之規定，將化粧品分

成一般化粧品及含藥化粧品（含有醫療或毒劇藥品）兩種，前者採報備制，後者則仍須查驗登記。與我國較不同者係美國主管化粧品之單位在「食品安全與實用營養中心（Center for Food Safety and Applied Nutrition）」，而我國則在衛生署藥政處。

我國一般化粧品於上市前雖然無須申請審查，惟依規定其外包裝應標示「廠名、廠址、品名、全成分、用途、用法、重量或容量、批號或出廠日期、有效期限或保存期限。輸入者，並應載明輸入廠商名稱及地址」，且不得有誇大或宣稱療效之標示。而含藥化粧品則必須先向衛生署辦理查驗登記，經核准並發給許可證後，始得製造或輸入。

美國現在對化粧品安全的重點，放在奈米科技，因化粧品通常為局部使用，一般而言，吸收量較少，毒性問題不大，但在奈米科技興起後，局部塗抹之吸收效果可能大幅增加，是否較易導致中毒，值得注意。

貳、FDA對化粧品的管理權限

美國對化粧品的管理，除了含藥者和色素添加劑外，並不需要於上市前申請核准，但FDA有責任確保上市化粧品的安全及正確的標示，因而FDA主要依靠稽核來達到保護消費者的目的。

FD&C Act授權FDA可以不預先通知化粧品公司即進行稽核，調查員可以抽取化粧品成品或其成分作為例行監測的一部分，雖然生產化粧品的工廠沒有被強制實施優良藥品製造規範GMP（Good Manufacturing Practice, GMP），但不符合GMP的產品常導致攬假或標示不實的結果。調查員因而也透過檢查建築及設施的足夠性、設備的適當性以及運作維持、人員訓練、原料處理、生產流程、實驗室品質管制、原料半成品及成品的貯存、包裝、標示、客訴等情形，了解化粧品生產的品質。

化粧品業者應確保成分及產品的安全，但FDA並不強制要求是否進行動物試驗，FDA也依循動物福利法等法案規定，同意並支持使用經認證的替代毒理學測試方法檢測化粧品安全性。

雖然一般化粧品在台美兩國都不需要事先核准即可上市，但美國FDA設有「法規事務辦公室（Office of Regulatory Affairs, ORA）」，雇用3000

多人在全國設有190多個據點進行藥物食品及化粧品之稽查，最近的一個案例為2005年FDA Dallas 地區辦公室稽核某上市不含酒精的漱口水，發現兩批產品含有微生物Burkholderia cepacia，因而判定其含有危害人體物質，且其色素添加劑雖為法定許可之FD&C Blue No.1，僅標示Blue Dye，不符合標示規定，故要求限期改善，否則將予以處分。相較之下，我國化粧品之範圍較窄（不含藥之漱口水、牙膏等口腔衛生產品在我國非藥品，也非化粧品），稽核通常由地方執行，中央僅進行品質監測，且稽核頻率、抽樣種類、數量均較低。

案例一 衛生署於民國94年針對市售化粧品（包括美容美髮行、藥粧店、藥局、地攤及夜市）進行品質監測，抽樣的口紅、眼部用化粧品類及面霜乳液類共438件中，有6件化粧品檢出含鉛、汞鹽、對苯二酚（Hydroquinone）、維他命A酸（Tretinoin），大多來自地攤及夜市。又近來DIY化粧品及保養品風潮十分盛行，不少消費者趨之若鶩，甚至有不肖業者販售以「工業用」等級的化工原料，DIY製作販售化粧品和保養品，這些化粧品大多標示不清、成分不明，且無檢驗合格證明，其產品之安全性堪慮。

案例二 民95.02.09.媒體報導：消基會抽檢500元以下的低價口紅，43件中有3件（占7%）檢出含鉛、鎘等重金屬，雖然含量未超標準，但學者認為口紅和其它化粧品不同，很容易吃進人體，建議衛生署重訂標準，嚴格規範。

這二個案例說明了我國的化粧品確實存在來源不明、標示不清、成分不明的情形，其安全性有待進一步確認。

至於含藥化粧品如防曬化粧品，依化粧品衛生管理條例規定，不論進口或國內製造，均應先申請查驗登記，經核可後方可上市販售。民95.06.01.衛生署藥物食品檢驗局公布其所進行的「市售防曬化粧品品質調查」結果，在抽驗的50件防曬化粧品之中，有5件與原登記核准之成分含量不符合，另有9件未依規定申請許可證，衛生署因此特別呼籲消費者購買時應選擇有許可證字號之產品。

案例三 民95.06.24.媒體報導台中市衛生局公布市售護腳霜檢驗結果發現雖然所添加的都是

合法可添加的藥品，但均超過保養品含量標準值，依規定視為含藥化粧品，應送衛生署藥物食品檢驗局檢驗，惟業者均未送驗，除要求立即下架外，並將處以一年以下有期徒刑、拘役並科十五萬元以下罰金。

含藥化粧品因須先取得查驗登記許可，始可上市，理論上應較安全，但如果稽核頻率不高而使非法業者有機可乘，對消費者使用化粧品的安全保障則有待加強。

另作者（李）民國71年於衛生署藥物食品檢驗局服務時，曾就受理的10件化粧品案件進行微生物種類及含量檢驗，發現有2件所含的微生物超過世界衛生組織（WHO）及其他國家制定的「化粧品微生物容許基準」，其中1件甚至含有可能引起全身性病症的Paecilomyces sp.屬。惟彼時我國並無此項標準，故提出報告，建議參照世界衛生組織（WHO）及其他國家的規定制定「化粧品微生物容許標準」，作為化粧品檢驗「微生物」項目之依據，並加強抽驗及取締不合格的化粧品以保護國人健康。最近得知衛生署已於民國94年9月23日公告訂定「化粧品中微生物容許量基準」，作者欣見該基準之公布之餘，亦期盼實驗室的結果能與行政的管理緊密結合，而今既已有法源，更希望落實後續之查處督導，以確實管控市售化粧品含微生物問題。

參、特定美容化粧問題

時下青少年常喜歡刺青，其操作刺青人員之衛生認知，如使用之色素是否安全，以及針頭是否消毒安全，是一個新的問題。

另一個美容新議題是使用肉毒桿菌素（商品名Botox）來除皺，其除皺效果並不持久，且該毒素毒性甚高，故使用之安全性應多加注意。

肆、結語

在美國化粧品管理雖非屬最嚴謹，一般化粧品也無需事先核准即可上市，但是美國的化粧品工廠多較具規模，故出廠前多已就化粧品之品質、（局部）過敏性、刺激性反應、微生物含量等進行試驗，FDA也對工廠之製造流程加強稽核管理。我國則仍有許多小廠（據悉有四百餘家），化粧品生產之品管欠缺全面性的監控，其品質有

待確認。就實務而言，建議：

一、我國化粧品衛生相關法規既已大備，未來重點在於加強實地（包括對化粧品工廠及市售產品）的稽核檢驗，以保障消費者的權益，而目前化粧品之稽核主要由地方執行，衛生署藥物食品檢驗局係以品質調查工作為主，至市售產品抽樣檢驗量之提昇，可於近期內由藥檢局之地區檢驗站結合地方衛生局及工業主管機關對化粧品工廠及藥粧店加強輔導性及稽核性抽檢。

二、部分在國外列屬化粧品之產品，如牙膏、漱口水等口腔衛生用品，在國內係以一般商品管理，就消費者保護觀點而言，口腔衛生是衛生署的重要工作之一，是否亦可檢討就特定成分之含量在一定數以上者列入藥品或化粧品管理。

三、奈米科技的興起，使得人體吸收化粧品成分的能力大增，對化粧品使用的安全性將是新的挑戰，市面已有甚多化粧品生技產品，藥檢局雖已在95年度公開徵求奈米生技化粧品之品質規範與安全評估研究，惟因屬重要課題，亦建請繼續積極研議。

四、刺青或以肉毒桿菌素除皺屬另類美容問題，前者易因消毒不完全感染血液傳染病，後者則因使用劑量或頻率不當易有中毒問題，這些行為不易禁止，不如納入管理體系，予以妥適規範。

五、除含藥化粧品外，化粧品上市管理係採報備制，衛生主管機關因無法規要求，尚未對其產品之安全性進行檢測，製造商或代理商恐亦不會自動對其產品進行安全性檢測，故主政單位應主動思維，建立化粧品安全評估機制，以保障消費者使用之安全。

參考文獻：

- 1.FDA（化粧品）相關網頁。
- 2.94.9.23.衛署藥字第0940321120號公告。
- 3.李志恒、游榮祥：化粧品中微生物之探討。衛生署藥物食品檢驗局71年調查研究年報，2:66-69, 1982。
- 4.Labeling for Topically Applied Cosmetic Products Containing Alpha Hydroxy Acids as Ingredients. CFSAN/FDA/DHHS, January 2005.
- 5.衛生署藥物食品檢驗局網站(www.nfdd.gov.tw)。
- 6.藥物食品安全週報第7期&第8期。

感冒要吃抗生素？

破解抗生素使用的迷思

抗生素濫用已成為全球性的問題，其所造成的抗藥性問題也成為人類健康的另一新威脅。目前除由醫界加強院內感染的管控外，民衆如何正確使用抗生素也是避免抗藥性惡化的重要關鍵。

撰文：張甄芳 諮詢對象：和信醫院藥劑科主任陳昭姿、衛生署疾病管制局防疫醫師楊靖慧

抗生素研發是二十世紀最為重要的醫療成就之一，因為抗生素研發，如中耳炎、腦膜炎、鼻竇炎、泌尿道感染等許多感染疾病得以治療。但也因為抗生素療效神奇，以致國人感冒時也誤以為服用抗生素痊癒得更快；醫師為避免被認為用藥效果不彰，也可能應民衆要求開列抗生素。此外，台灣藥局林立，在早期醫藥未分業時管控不佳，民衆感冒喉嚨痛就到藥局購買抗生素使用，如此日久形成嚴重的抗生素濫用問題。

感冒不吃抗生素 避免抗藥性問題

和信醫院藥劑科主任陳昭姿表示，多數情況的感冒其實不用吃抗生素，但此時民衆如果服用了不必要的抗生素，就可能改變人體原本平衡的菌落生態，容易誘使新的具抗藥性菌種產生；另外，如果醫師判斷有必要服用抗生素，但民衆沒有遵從醫囑、遵照療程把抗生素吃完，也是造成抗藥性的另一個重要原因。陳主任解釋，微生物是活的，有生命力的，服用抗生素初期，最先被殺死的，可以比擬為老弱殘兵，存活下來的可能是較頑強的，如果中途停止用藥，這些較頑強的菌種一旦存活下來，日後再引起的感染會更加嚴重，或是很可能演變出足以抵擋抗生素的新菌種，形成所謂的抗藥性問題。

陳主任認為，民衆正確使用抗生素將有助減緩抗生素抗藥性問題。何謂抗生素？廣義的抗

生素包括所有能夠對抗各種微生物的藥品，包括細菌、病毒、黴菌等。抗生素是人類對抗微生物最重要的武器，國人所熟悉的盤尼西林、頭孢子菌、紅黴菌、四環黴素、胺基配糖體、巨環類、磺胺類等，都歸屬於抗生素類用藥。人類與微生物的戰爭有一定的戰略，例如，隨著對抗細菌的能力與範圍，抗生素常被進一步分為第一代、第二代、第三代，如果第一代抗生素可以解決的，卻使用第三代抗生素，或是隨意併用兩、三種沒有戰略互補作用的抗生素，都可能讓人類在日後與微生物的戰爭中，失去有效的對抗武器。

抗藥性問題將帶來什麼嚴重後果？陳主任指出，抗藥性問題惡化，如果製藥界的研發速度跟不上變化，未來民衆將會面臨無藥可用的窘境，而這樣的問題在今日的地球村更是普及性的，也就是只要有抗藥性的菌種從一個社區、機構或國家被繁衍散播出來，未來任何感染到這菌種的人都可能面臨無藥可治。

健保門診政策 監測醫院使用量

為了解國內抗生素的使用及微生物抗藥性的趨勢，前國家衛生研究院臨床研究組主任何曼德自1997年即開始有系統的進行「全國微生物抗藥性監測計劃」，從分布在台灣北中南東的醫學中心及區域醫院收集菌株，進行抗藥性測試。

衛生署疾病管制局防疫醫師楊靖慧指出，

細菌如何產生抗藥性

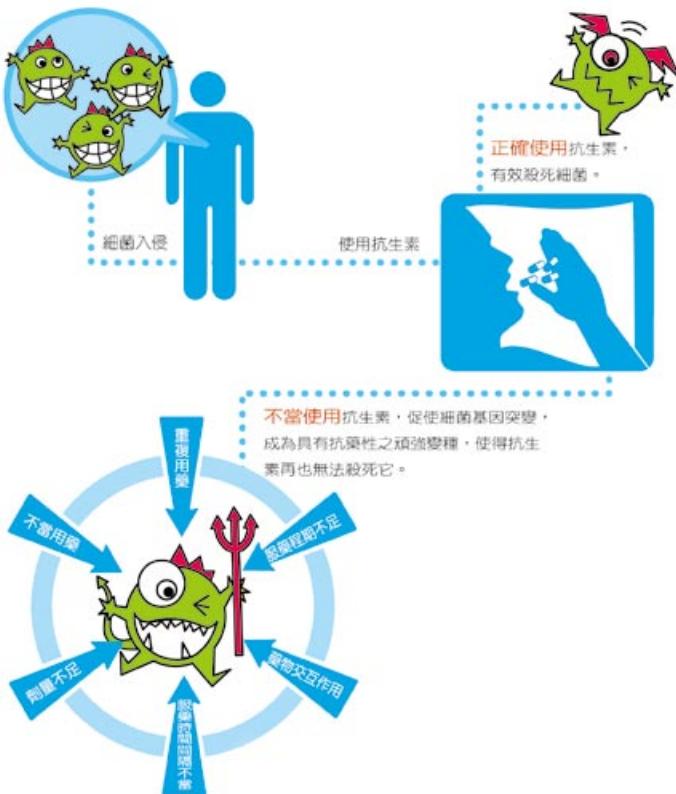
從這項監測計畫所得資料可看出，台灣抗藥性之嚴重性與國內最常用之抗生素使用量是並行的，過去國內第一線抗生素抗藥性比率高達80-90%，但自中央健保局於2001年實施限制使用抗生素治療門診急性上呼吸道感染病人政策以後，這些抗生素的抗藥性開始趨緩或下降。

此外，依據全民健康保險研究資料庫的統計，台灣抗生素的使用量在門診病人自1999年起逐年降低，分別為29.66, 26.48, 19.83, 18.43及17.79 DDD (Defined Daily Dose, 限定日劑量) /1000 population/day。相對地在國家衛生研究院監測計畫資料結果也顯示，門診病人尿液分離之大腸桿菌之抗藥性由1998-2000年的77%，降低至2002-2004年的70%；流行性感冒嗜血桿菌對ampicillin之抗藥性由1999-2000年之大於65%，降低至2002-2004年之59%。楊醫師指出，這些數據顯示出門診病人第一線用藥減少後，第一線抗生素的抗藥性已顯著降低，而這也顯示健保政策對門診抗生素的使用採取限制措施產生功效。

不過，雖然第一線抗生素的使用及細菌抗藥性獲得改善，但住院病人抗生素使用卻有增加的趨勢。根據統計，台灣住院病人第三代抗生素使用量持續增加，也造成多重性抗藥菌院內感染率之上升，以抗甲氧苯青黴素金黃色葡萄球菌 (Methicillin-resistant Staphylococcus aureus, MRSA) 為例，其平均佔台灣住院病人金黃色葡萄球菌之一半，在加護病房更高達71%，成為目前多重性抗藥菌最大隱憂之一。

院內感染管控 持續控制抗藥菌

楊醫師指出，院內感染的管控也是抗藥性問題的重要關鍵之一，以加拿大蒙特婁等發生的困難腸桿菌 (Clostridium difficile) 院內感染事件為例，因為住院患者使用抗生素，殺死腸道內之正常細菌，導致困難腸桿菌侵入人體並大量繁



殖，而使病患出現急性腸炎症狀。此菌可在環境中存活很久，若院內感控隔離措施不徹底，就很可能會造成其他病患的感染。謹慎使用抗生素才是控制細菌抗藥性的不二法門。要改善抗藥性問題，陳主任強調，民衆使用抗生素必須經醫師評估，有必要才使用，不要自行到藥房購買服用，同時也必須遵照醫生處方服用，即使症狀好了也不宜自行停藥，如此就可以降低抗藥性的問題。

此外，目前醫界也將強化醫療機構院內感染監測與管控機制，以改善院內感染並推動抗生素的適當使用；制定抗藥性病人之隔離管制措施與照護指引，以供臨床醫護人員遵循；健保局則持續監測醫院抗生素之使用，並針對住院肺炎病患及加護病房病患監測抗生素使用，運用健保資料庫定期回饋醫院抗生素使用指標，期使國內的抗生素抗藥性問題可以獲得改善。

打擊不法藥物

藥品管理機制 用藥安全有保障

偽劣藥氾濫已成為全球化的問題，為保障民衆用藥安全，
衛生署積極查緝、檢驗，為民衆把關用藥安全。

撰文：張雅斐 諮詢對象：衛生署藥政處科長戴雪詠、藥物食品檢驗局組長鄒政君



■ 跨部會合作，查緝偽藥，守護你我用藥安全。

根據中央健保局的統計，藥品支出約占健保總支出的22%，顯見國人對藥品依賴甚深。雖然藥品可以治療疾病，但化合物進入人體內，也是一種毒物，尤其若服用了成分不純的偽藥，不但沒有足夠療效，更如同吃進毒藥，後果不堪設想。

什麼樣的藥品是不法藥物？依據藥事法之規定，「偽藥」有四種認定方式，包括藥品未經核准而擅自製造者、所含有效成分之名稱與核准

不符者、將他人產品抽換或摻雜者，塗改或更換有效期間之標示者；另外，「禁藥」則是指未經核准擅自輸入之藥品，或是經中央衛生主管機關明令公告禁止製造、調劑、輸入、輸出、販賣或陳列之毒害藥品。

常見的不法藥物來源包括仿冒藥、食品添加西藥以及大陸藥品，其中以食品添加西藥的案件數最多，同時也最有致命風險，例如台北市衛生局曾稽查出「頂上天Enter MaCa生技壯養膠囊」，外包裝標示為生技食品，甚至提及「本品經國家認證單位檢測，保證不含任何西藥」，檢驗發現竟然含威而鋼以及減肥藥諾美婷成分，心血管疾病患者服用後的風險極高。

查緝不法 店舖網站電台齊著手

衛生署藥政處科長戴雪詠表示，為保障民衆用藥安全，藥政處除了定期把關現行流通藥品的品質及安全性，「查緝不法藥物」一向也列為各地方衛生局重點稽查項目，不過偽禁藥的流通管道與方法可說是五花八門，據衛生署統計，民國92至94年度，年移送總件數由57件，逐年增加至72件及109件，增加率為26%及51%。

近來更難管理的是網路賣藥，民國95年衛生署針對疑似偽藥的網路壯陽藥抽驗20件，11件驗出加西藥，全案移送調查局偵辦；電台賣藥可能也是偽藥流通的另一處查緝死角，95年衛生署也特別針對雲嘉南部五縣市抽驗電台宣稱壯

陽、治關節痛、減肥產品，抽驗22件，1件驗出加西藥非類固醇類消炎藥（NSAID），其餘為中藥或食品。

醫院藥品 把關人員究刑責

不少民衆會買到偽藥，多半是透過非醫療正統管道取得，然而去年11月傳出嘉義華濟醫院提供降血壓仿冒藥「脈優錠」給病人，這起事件經媒體披露，引起社會不小的震撼，雖然賣假藥給醫院的主嫌很快就落網，檢方隨即擴大追查假藥流向，衛生署進行藥品回收，追蹤用藥患者也無異狀，然而深受打擊的，恐怕是民衆對醫院的信心。

以假脈優錠事件為例，戴科長說明藥品屬高危險性、高專業性產品，醫院採購藥品人員包括藥師與醫師，必須負起把關藥品的責任，在假脈優錠事件中，衛生單位除對醫療院所依據醫療法處最高罰鍰，衛生署也兩度行文給各醫療院所及藥業公、協會，提醒若沒有善盡把關之責，將可能觸犯藥事法83條，論責最高可處七年有期徒刑。

衛生署提醒醫療院所，為避免被不肖藥商欺騙，採購藥品時，若藥商無法確認藥品來源、品質，或藥商提供「低於行情價」藥品時，一定要提高警覺其是否為偽禁藥品。

有鑑於目前原廠西藥依然是被仿冒的大宗，衛生署也委請中華民國開發性製藥研究協會（IRPMA）建置各藥廠授權經銷商資料庫，建置在衛生署首頁「不法藥物專區」，目前協會提供了約100家合法授權經銷商聯絡資料，讓醫療院所採購時有所依據，確認供貨商確實為源頭廠商的通路業者，也可避免買到偽藥。



■衛生署不法藥物查緝網（www.doh.gov.tw/cbt/medicine.htm）建有藥品真偽辨識圖檔，供民衆查詢。

常見偽藥 藥品圖檔辨真偽

在假脈優錠事件後，為確保國人用藥安全，衛生署針對18種常見被仿冒藥品，建立真偽辨識圖檔，提供藥物實體外觀辨識資訊以供辨別。不過戴科長也指出，現在的偽藥，由於印裝、電子等技術進步，防堵上更加困難，廠商只要一公布新防偽包裝就可能被立即仿冒，當外觀無法判定時，就需要檢驗來協助判定。

這項檢驗工作就是由藥物食品檢驗局執行，藥物食品檢驗局組長鄒玫君表示，當海關、檢警或是衛生單位查獲疑似不法藥品，應先以外觀稽查判定為主，若無法由外觀判定，且檢體未標示成分，可送至藥檢局檢驗其所含成分，將檢驗結果回覆給相關單位後，再由原送單位進行後續處理。為達快速偵測偽禁藥，衛生署將於96年委託民間專業團體發展近紅外線（Near IR）偵測技術，並優先針對近年來最易被仿冒之藥品，建立標準品圖譜資料庫。

專案會報 跨部會合作模式

偽劣藥氾濫不只是國內的問題，目前已發展為全球性的公共衛生議題，因為不僅會打擊合法製藥業、浪費醫療、也造成治療失敗。戴科長表示，世界衛生組織使用了「偽禁藥殺人」這樣的標語來提醒全球正視：2005年在開羅舉行的世



■ 藥師與醫師也同時負有藥品把關之責任。

界藥學會議上，與會專家也呼籲，對不法藥物的防制必須要全球性合作，各國國內也必須要跨部會合作，不光是衛生單位的責任。

國內早已朝這個方向努力。戴科長指出，自民國92年10月結合法務、警政、關稅總局和衛生署等單位成立「不法藥物專案會報」，至少每半年開會一次，就是要建立不法藥物查緝合作模式。

94年四月與內政部警政署合作，分別在各縣市警察局與衛生局設置聯絡窗口，更進一步將打擊不法藥物，與法務部推動的「打擊民生犯罪專案計畫」結合。有鑑於偽禁藥之販售已朝向網路化及犯罪跨國化，去（95）年一月也辦理「防治偽禁藥策略、查緝經驗及調查統計技術」之國際研討會，汲取國際策略與經驗。

為了提升查核效率，戴科長表示衛生署已將過去按「季」舉行之中央與地方跨縣市的聯合

稽查改為按「月」辦理，過去三年曾有販售偽、禁藥品違規紀錄之藥品販售業者，更是列為強力稽查的黑名單；同時衛生署亦洽請檢警調單位隨時提供涉及用藥安全相關資訊包括偽禁藥流向所及之醫療機構及藥商名單，以便衛生單位執行產品下架、回收銷燬作業，並加強與司法院溝通，希望針對販售偽藥者請從重量刑，勿輕易交保。

自助人助 守護你我用藥安全

避免偽禁藥對身體造成危害，除了依靠政府把關查緝，民衆也應建立正確的用藥觀念，拒絕購買任何來路不明、誇大療效的藥品，若聽到或看到任何疑似違法的藥品販售廣告，隨即向衛生單位通報檢舉。透過守望相助、自助，才能健全我們的用藥環境。

用藥安全INFO

衛生署提醒民衆用藥停看聽

「停」：停止自不正當的管道購買藥品，包括網路、夜市、廣播電台等，以避免買到偽藥。

「看」：看清楚藥袋說明，及藥品包裝、外觀，最好取得有完整盒裝之藥品，認清藥品防偽標籤以保障用藥安全。

「聽」：聽清楚藥師的說明，若有用藥問題，可積極向藥師諮詢。

衛生署藥物資訊網站

●藥物不良品通報系統 (recall.doh.gov.tw)，電話 (02) 2396-0100、藥物安全監視網站 (adr.doh.gov.tw)，供醫療人員或病患疑似因使用藥品導致不良反應之發生時通報使用。

●衛生署不法藥物專區 (www.doh.gov.tw/cht/medicine.htm)，公布18種常見被仿冒藥品真偽辨識圖檔，提供藥物之實體外觀辨識資訊，協助一般民衆辨別使用。

●衛生署藥物資訊網 (drug.doh.gov.tw)，提供用藥的資訊以及開放諮詢。

健康的身心 飛揚的青春

女孩10、20 快樂成長的秘密

「十七歲女生的溫柔，其實是很那個的，我猜想十七歲的女生，有單純的心和複雜的表情……」情歌大師李宗盛的名歌，簡單歌詞深深觸動人心。十七歲的女生原本該是青春無敵的年紀，但近來社會亂象頻傳，懵懂少女不知如何保護自己，需要更多社會的愛與關懷，幫助她們健康、恣意地迎向未來。

撰文：楊婧紳 諮詢對象：衛生署國民健康局局長蕭美玲

「女嬰出生即染毒癮」、「女童遭性侵虐殺」、「少女染毒癮，好身材變平胸」、「少女會網友遭約會強暴」、「高中女生不知懷孕廁所產子」……，翻開報紙社會新聞版面，每天可見這些令人怵目驚心的新聞事件。單純的少女因為種種「意外」遭遇，被迫在小小年紀面臨社會黑暗面，在人生的旅程中，這還只是她們起步的開始，面對未來漫漫的人生路，這些人該如何健康、堅強地走下去？

去年8月甫上任的衛生署國民健康局局長蕭美玲，身為女性、也同為母親的角色，這些新聞



■ Teen's 幸福9號門診辦理「父母如何與子女談性」系列親職教育。（圖為陳文龍婦產科診所）



■ 關心青少年、少女健康議題，教育部呂木林次長（中）與國民健康局蕭美玲局長（右）及美國教育發展中心代表 DR. Carmen Aldinger（左）共同啓動第一屆亞太地區健康促進學校國際研討會。

看在她眼裡，更是感觸良多。蕭局長說，十多歲的青少女，正處於懵懂及叛逆的成長階段，既急於擺脫被當成「小孩子」的束縛管教，又想要趕快長大進入成人的世界，不管在心理或生理層面，都面臨「轉型」的階段，因此在這段時期，更需要及早灌輸她們各種正確的觀念與保護自己的方法，才能幫助她們健康、快樂地長大。

愛自己 從青春少女時做起

蕭局長指出，婦女健康是世界衛生組織（WHO）近年來相當注重的議題，台灣雖然不是WHO的一員，但也不能自外於國際趨勢，因此國民健康局持續秉持「珍愛生命，傳播健康」理念，結合世界衛生組織重視健康平等及性別主流化等健康政策，針對各年齡層女性提出從青少女懷孕諮詢、懷孕生產哺育支持環境、更年期保健、女性菸害防制、婦癌防治到健康體能等六個方向健康促進政策與觀念推廣，讓女性朋友可以更瞭解並珍愛自己的健康。

尤其針對青少女的健康，國民健康局從預防的角度，提供青少女進一步的保護；為建立正

確性觀念及健康的性態度，因而結合教育部等相關部會推動性教育及兩性教育，於學校層面辦理研發國中、小及高中職性教育教師用教學輔助媒體教材，並透過各級學校及健康促進學校進行性教育課程及活動。在社區層面辦理獎助公私立醫療院所設置青少年保健門診及設置青少年生育保健親善門診。在社會層面推動性教育如大眾傳播媒體（報章、雜誌及單張、海報、手冊、及光碟片）、衛教宣導活動，並建立健康資訊網站「健康九九衛生教育網」（www.health99.doh.gov.tw），特別是性教育專屬網站「性福e學園」（www.young.gov.tw）宣導青少女對性健康的認知及重塑性價值觀，提供各項可諮詢解答、及尋求幫助的管道。

性福e學園 許你一個秘密花園

國民健康局的「性福e學園」青少年網站，提供各種青少年少女可能面臨的問題，例如戀愛、網路交友、性衝動、未婚懷孕、墮胎等可能遇到又無法啓齒的問題，都可以在此尋求協助，另提供具隱私性的線上諮詢服務，透過線上留言互動，協助每位青少女共度美好的黃金時期。

蕭局長說，尤其是發生非自主的性行為以及未婚懷孕，是青少女最難解的習題。少女未婚懷孕，一旦被家長發現，免不了是一場家庭風



暴，因此，在青少女懷孕諮詢上，健康局去年下半年推出四家「Teens' 幸福9號」青少年生育保健親善門診，經由友善、隱密、尊重的互動態度，協助青少女與父母、家庭溝通、瞭解，共同面對並適當處理非預期懷孕問題，並改善親子關係。

例如去年九月，學校開學後不久，一位未婚懷孕的少女，被暴怒的父親帶到「Teens' 幸福9號」青少年生育保健親善門診，經過門診專屬諮詢人員的協助，透過個案與家長團體多次諮詢，這位面臨身心煎熬的少女，選擇正確的方式，勇敢的面對，不但得到完善的身心照護，也獲得父母的諒解。而得知女兒懷孕的父親，也在多次諮詢之後，找到和子女相處的新模式，一場家庭風暴，意外成為改善家庭親子關係的轉機。

Teens' 幸福9號陪妳面對孕事

蕭局長指出，「Teens' 幸福9號」的最大好處，是提供家長與青少年一個溝通的中介橋樑，藉由專業醫護人員的協助，提供雙方找出共同面對與解決問題的管道。除了提供青少女生育生理的諮詢服務，還有專業諮詢人員協助青少年和家長調適心情、解決親子溝通問題。

有鑑於未婚青少女對於懷孕議題有種種困惑及考量，今年健康局將進一步建立人工流產諮詢（商）服務管道，建置醫療院所作業流程。另

積極招募更多團體醫療院所投入「Teens' 幸福9號」，盼能建置多元人工流產諮詢（商）服務管道，輔導青少女及其家庭以更積極、正向的態度，面對親子關係及新生命的降臨。

無菸校園 嬴在健康起跑點

目前菸害防制仍有諸多亟待改善的死角，其中最嚴重的是青少年吸菸人口遽增，以及女性族群吸菸人口的成長。針對此一現象，蕭局長指出，確實在民國93年國中青少年吸菸行為調查資料中發現，國高中階段是青少年少女陷入菸害的危險階段，國中女生吸菸率是4.20%，94年台灣高中職生吸菸行為調查資料指出，高中職女生目前吸菸率則為7.84%，由此顯示出青少女吸菸行為是值得重視的議題。

進一步研究這些青少女開始吸菸的原因，其中受到同儕影響是最大因素。蕭局長指出，要幫助青少女遠離菸害，最重要的就是要從校園做起，透過菸害防制法的規範，建立一個無菸學校的環境，讓吸菸在校園絕跡。其次，健康局也透過各種管道，加強宣導吸菸對健康的危害，像是針對國高中及大專等各級學校，舉辦「『無菸最漾』拒菸麻荳」選拔，從校園中選出曾經有家人遭受菸害的學生，以親身的經歷讓同學感受到吸菸的危害。另外，健康局與教育部共同合作也透過健康促進學校為平台，將「校園菸害防制」列入必推議題，在健康教育及相關課程融入「菸害



■ 結合肌膚檢測推動拒菸，提高青少女戒菸意願。

防制」生活技能的課程。

不管是未婚懷孕或吸菸，可能都是青少女健康最大的危害，而近來立法院審查「菸害防制法」，當中條文規定孕婦不得吸菸，雖然立意甚佳，卻也引起媒體大幅報導與婦權團體的抗議，指稱如此一來台灣將成為全球第一個限制孕婦吸菸的國家。針對這點，蕭局長有不同的解讀，她認為，立法規定孕婦「不得」吸菸並沒有強制性，反倒可視為一項「提示」，提醒孕婦顧及胎兒的健康而不要吸菸，也提醒其他人可以尊重孕婦拒吸二手菸的權利，共同幫助孕婦擁有一個健康的呼吸空間。

青春不留白，想要擁有飛揚的青春，就要有健康的身心，蕭局長要提醒「小女生」們，從年輕時就建立各種正確的健康觀念，不僅是為自己未來的人生打好底子，也是幫助自己遠離種種可能危害的積極方法，拒絕菸害、遠離毒癮、正確性觀念，才能讓青春留下美好回憶。



Teens' 幸福9號

Teens' 幸福9號（青少年生育保健親善門診），提供兩性交往、各種避孕方法、事後緊急避孕及終止初期懷孕服務等，目前共建置四家醫療院所，包括：

陳文龍婦產科診所 電話：(02) 2968-7727、(02) 2966-5009

亞東紀念醫院青少年健康中心 電話：(02) 7738-0025、(02) 8966-7000#4951

陳建銘婦產科診所 電話：(03) 533-7789

義大醫院青少年健康中心 電話：(07) 615-5155、(07) 615-0988



■ 職場菸害防制輔導中心提供免費一氧化碳檢測。

職場健康促進與菸害防制

元氣上班族 打造優良職場環境

對於早出晚歸的上班族群來說，每天幾乎有三分之一甚至二分之一的時間，是在工作場所中度過，因此友善、促進健康的工作職場環境，也成為大家關心的重要議題。

採訪撰文：楊姍緯

諮詢對象：北區職場健康促進暨菸害防治輔導中心計畫主持人陳叡瑜

世界衛生組織的Healthy Work Approach中明白揭示，一個健康的職場應包括四大元素：健康促進、職業衛生與安全、人力資源管理與永續發展。為了提升工作職場環境健康，國民健康局積極推動職業衛生保健工作，從以往職業病防治工作，擴展至「職場健康促進」；民國92至94年結合民間資源，補助34家職場辦理「強化職場健康促進計畫」，營造職場健康環境，並成立「職場菸害防制輔導中心」，積極推動無菸職場。考量菸害防制為職場健康促進的重要議題之一，自95年起委託成立北、中、南三區「職場健康促進暨菸害防制輔導中心」，藉由結合專業團隊的專責推動，輔導職場推動健康促進及菸害防制。

「職場健康促進暨菸害防制輔導中心計畫」北區中心主任——台北醫學大學公共衛生學系副教授陳叡瑜指出，輔導企業過程中發現，企業員工最常面臨的健康問題為三高（高血壓、高血脂、高血糖）與職場壓

力，這些問題與不良的生活習慣（菸、酒、檳榔、提神飲料使用等）、營養不均衡、不當作息（多坐、少動、晚睡等）及壓力調適不良有關。為此，北區輔導中心今（2007）年的重點工作，將協助企業進行「健康生活問卷」，藉此發現個別員工的問題，並提供一些介入措施，例如為企業開立健康飲食菜單、輔導企業員工餐廳製作健康便當、輔導企業進行體能檢測、推動職場健身操等等。

無菸職場 跟二手菸說Bye Bye

陳副教授也指出，吸菸被公認為是影響人類健康最主要的危險因子之一，所有癌症當中約有20%至30%的死因可歸因於吸菸，每年吸菸所

造成的健保醫療支出約新台幣180億

元，同時已有很多的研究證實，吸菸及二手菸對健康的多重危害。

鑑於職場是二手菸暴露的重要場所，「無菸職場」更是國民健康局近年來積極推動的菸害防制工作之一。



■ 韻應職場有氧健康操推廣活動，讓身體更健康，工作更有勁。



■ 「職場健康促進暨菸害防制輔導中心」推廣健康職場，提供免費輔導服務。

根據95年「全國職場吸菸現況調查」顯示，職場員工吸菸率為22.8%，其中男性為39.1%，女性為4.1%，與92年積極推動職場菸害防制前相較，吸菸率降低2.2%（其中男性降低2.9%，女性降低0.5%）；同時，已戒菸或正在戒菸的比率創新高，達到9.9%。陳副教授表示，雖然職場菸害防制略見成效，職場執行限菸政策的比率逐年提高，員工對菸害的忍受度降低，吸菸率、戒菸率也有所改善，不過職場二手菸暴露仍未見改善，顯示在菸害意識與實際菸害防制，二者之間仍有努力的空間。

成功典範 移動式無菸職場

職場菸害防制計畫推動四年以來，全台各種企業團體踴躍響應，共計實地輔導的職場有692家，國民健康局每年舉辦優良無菸職場表揚活動，95年度共有52家職場獲頒菸害防制優良獎、61家職場獲頒菸害防制熱心推動獎。

在輔導的事業單位中，陳副教授最為推崇獲得「最佳行動獎」的新竹貨運股份有限公司。該公司由總公司帶領推動無菸職場，由主管帶頭戒菸，限菸範圍不侷限於室內辦公環境，可謂「移動式無菸職場」，各地區營運站內隨處可見「為維護職場安全，工作中請勿吸菸」的警示標語，除規範工作人員不得於職場內吸菸，也嚴格規定每位司機不得在車上吸菸，這項措施除了成功提升公司形象、增加作業速度，也增進司機的健康與服務品質。

共襄盛舉 員工、雇主雙贏

陳副教授指出，96年度在菸害防制方面，將持續努力推動降低職場吸菸率及二手菸暴露率；而在健康促進方面，將加強中小企業，及產業或職業工會的輔導，提供各種健康促進及職業病防治衛教資料與健康講座。同時，各區也將分別至少與3個縣市衛生局密切合作，共同推動職場健康促進計畫，並協助衛生局督導轄區內勞工體格及健康檢查指定醫療機構，提升醫療機構實驗室檢查品質。

此外，為擴大職場的參與，鼓勵自行積極推動菸害防制及健康促進的企業，本年度國民健康局將推行健康職場自主認證制度，廣召企業參與認證，期能將健康促進的理念，深耕於職場文化中。

除了企業的積極響應參與，主動提供安全、舒適的職場，員工也應該從自己做起，建立個人健康生活理念，例如力行少油、少鹽、少糖、多纖維、三餐定時定量的良好飲食習慣，規律的作息，多多從事幫助減壓的休閒活動與運動等，都是共同營造健康職場的重要力量。



免費輔導報名專線

營造健康的職場環境，除了可促進員工健康，更可提升企業形象，降低醫療支出，達到員工、雇主、政府三贏的目標。歡迎企業共襄盛舉，有興趣的公司團體可以上「職場健康促進暨菸害防制資訊網」(health.cish.itri.org.tw/nosmoking)取得相關資訊，並透過「職場健康促進暨菸害防制輔導中心」提供免費到廠輔導的服務。服務項目包含營養諮詢／減重／三高預防課程、職場壓力調適課程、職場健康操課程、職業傷病預防課程、免費戒菸諮詢及協助轉介戒菸班等等。洽詢窗口，北區（02）2377-4621、中區（03）591-3854、南區（07）313-5660。

藥物不濫用 · 健康有保障

全民 好問

撰文：衛生署管制藥品管理局

Q&A

因為沮喪和焦慮，經常服用鎮靜劑和安眠藥，小心，可能有成癮的危險！參加派對，在同儕的起鬨下小試大麻，要注意，快感背後毒癮可能已悄悄上身！藥物可減輕痛苦、醫治疾病，但不當使用，也可能導致生理和心理依賴，進而造成身心傷害。管制藥品管理局提醒您，任何藥物都有被濫用的潛在危險，因此防範藥物濫用不僅止於非法藥品，合法藥品也需在醫師指示下正確使用，才能有效避免「解藥」變「毒藥」！

Q》聽說歐美國家如荷蘭、加拿大，吸食大麻是合法的，是真的嗎？

A》荷蘭及加拿大目前在某些限制條件下，可於醫療使用大麻。在荷蘭大麻係為處方藥，經政府核可才能於藥局調劑供應，供AIDS/ HIV等部分重症病患症狀減緩用，另為嘗試讓吸毒者遠離其他更危險的毒品，咖啡店在遵守該國檢察機關所訂之準則下，亦可販售給每人低於5公克的大麻，但年齡18歲以下者不得購買，亦不得進入該場所，因營利目的而持有、製造和販售則仍屬違法行為。在加拿大，部分重症個案經政府核准可使用大麻，但大麻仍非可上市之藥品，非法持有、走私、販賣、種植等仍屬非法，皆有刑罰。

大麻具迷幻作用及成癮性，考量毒品之傷害及社會安全，且醫療上仍可由其他藥物替代使用，我國目前並無開放大麻供醫療使用之急迫性，依現行法規大麻仍列為第二級毒品及第二級管制藥品，施用大麻者將處三年以下有期徒刑。

Q》縣市政府「毒品危害防制中心」提供哪些服務，與我有關嗎？

A》由於近年藥物濫用問題日益嚴重，政府為宣示強烈反毒決心，特將2005年至2008年定為「全國反毒作戰年」，以加強對藥物濫用的防



95年底全國25縣市均已完成毒品危害防制中心的設置，管制藥品管理局局長簡俊生（右二）代表衛生署，參與南投縣政府毒品危害防制中心的啓用典禮。

制，並自2006年7月起，於各縣市（政府）成立「毒品危害防制中心」，強化中央與地方的橫向聯繫與合作。目前全國25縣市均已完成毒品危害防制中心的設置。「毒品危害防制中心」共包括「預防宣導組」、「保護扶助組」、「轉介服務組」及「綜合規劃組」等4大功能分組，結合了社政、教育、衛生與警政等單位，秉持「預防勝於治療」理念，加強民衆有關藥物濫用防制教育宣導，提供藥癮個案戒毒管道的相關資訊與轉介服務，以「全人服務」的理念幫助需戒毒的個案。凡有任何藥癮方面問題的民衆，可就近前往各縣市毒品危害防制中心，尋求社工、心理、醫療與其他相關專業人員的幫助與諮詢。有關各地毒品危害防制中心專線服務電話，可至法務部戒毒資訊網（refrain.moj.gov.tw）查詢。



■ 管制藥品管理局網站(www.nbcd.gov.tw)，提供有常見濫用藥物及相關諮詢及輔導機構資訊，供民眾查詢。

是零，因為他們一直使用嗎啡是基於身體有需要，如果病情獲得改善，就可以立即停藥。免於疼痛已成為一種基本人權，癌症等慢性疼痛的病人，只要遵照醫師之指示正確使用類阿片類止痛藥，造成成癮的可能性很低。

Q》如何從行為表徵，知道我的小孩可能吸食毒品？

A》毒品濫用者會有三類的特徵：行為舉止明顯變化、健康日益惡化及情緒漸趨不穩定。

1.行為舉止明顯變化：

常無理由的外出不歸、神秘兮兮或鬼鬼祟祟、常向家長親友要錢或借錢、經常逃家逃學、作息顛倒、常去買藥卻又刻意隱藏某些藥物、不分季節穿長袖衣褲以掩飾注射毒品的針孔。

2.健康日益惡化：

經常有倦怠感、身上常抓癢、皮膚有紅斑疹或潰爛、眼睛發紅、目光呆滯、眼神經常渙散、反胃嘔吐、食慾不振。

3.情緒漸趨不穩定：

對周遭人事物失去關心、多疑、誇大、好鬥、一般反應能力差、變得經常易怒。

家長如發現孩子有上述情形，建議主動與當地衛生醫療機構聯繫。相關諮詢輔導機構或衛生署指定辦理藥癮治療業務之醫療機構資訊，可至衛生署 (www.doh.gov.tw) 及管制藥品管理局 (www.nbcd.gov.tw) 網站查詢。

Q》我有焦慮及睡眠障礙的問題，可以去藥房購買安眠藥嗎？

A》民衆如果有焦慮或睡眠障礙情形，應找專科醫師看病，並依照醫師之指示服用藥品，切勿私自到藥局或藥房購買安眠藥服用，或隨便服用別人提供的藥品。由於該類藥品屬醫師處方藥，藥局須憑醫師開立之處方箋，才能調劑供應；又該類藥品長期使用會產生習慣性及依賴性，衛生署為維護民衆用藥安全，防範該類藥品被濫用，已將其列為管制藥品管理，加強稽核管制。部分不肖的藥局或藥房，為規避衛生機關的查核，販售來路不明或未經核准之偽、禁藥品，由於偽、禁藥品之成分、含量及藥效均未經確認，服用後不但症狀未能充分改善，可能傷害身體，甚至成癮。因此，在此呼籲民衆，有病就要看醫生，切勿私自購買藥品服用，以確保自己的健康及權益。

Q》疼痛不是病，痛起來要人命。但聽說過度使用止痛劑，可能會上癮？

A》止痛藥品主要分兩大類，一類是具解熱鎮痛作用的非類阿片類止痛藥，譬如阿斯匹靈、普拿疼等藥品，另一類是具成癮性的類阿片類止痛藥，例如嗎啡、配西汀、吩坦尼、可待因等藥品。依據疼痛程度的輕重，選擇適當止痛藥，輕度疼痛如頭痛、牙痛，使用普拿疼等非類阿片類止痛藥；中度、重度疼痛如重大創傷、手術後的急性疼痛，癌症病人的慢性疼痛，使用可待因、嗎啡等具成癮性的類阿片類止痛藥；重大創傷、手術後的急性疼痛，只需短期使用，不會產生成癮問題。

國外曾有研究結果，癌症病人長期使用嗎啡等具成癮性的類阿片類止痛藥，成癮比率幾乎

健康寫真



■ 援助友邦，台灣國際醫療行動團隊發揮愛心無國界精神。

台灣國際醫衛行動團隊 深入肯亞協助救災

2006年10月，罕見的大雨造成東非各國洪水災害，尤以肯亞最為嚴重。由於肯亞政府醫療物資貧瘠，水災可能導致數百萬難民面臨腹瀉、霍亂、瘧疾等傳染病，以及食物不足、營養缺乏的危險，為此，台灣國際醫衛行動團隊醫務組組長陳厚全醫師（署立台中醫院骨科醫師）帶領成大醫院急診部醫師林志豪、Taiwan IHA護理師邱子瑄，以及我駐馬拉威醫療團醫檢師謝聰哲，於2006年12月19日抵達肯亞首都奈若比，展開醫療協助行動。

一行4人除拜會肯亞紅十字會、WHO 肯亞總部以及肯亞衛生部官員，前進Busia災區訪視當地之醫療院所，瞭解醫療物資缺乏情況，並在當地國會議員及國際組織人員的協助下，深入災區評估其醫療物資之需求。為預防水患過後之潛在性傳染病爆發，也先後捐贈抗瘧藥物及36箱Emergency Health Kit（約新台幣170萬元），供給當地災民48,000人持續使用3~6個月，並依災區需要，繼續提供必要增援。此行

為台灣國際醫衛行動團隊2007年首次海外醫療援助工作，也再一次寫下國際緊急醫療援助成功經驗。

中央、地方聯手 95年抗登革熱有成

為因應高雄縣、市登革熱疫情，去（95）年10月2日行政院首次依傳染病防治法成立「登革熱中央流行疫情指揮中心」，經各部會、地方政府、民間團體及社區志工通力合作，有效控制主要流行地區疫情，遂於12月22日奉行政院核定解除任務。

這場防疫作戰計畫，為時計82日、動員近3,000人，寫下台灣傳染病防治史上重要一頁。為表彰地方政府與社區團體的辛勞，疾病管制局於2月9日辦理「95抗登革專案 地方政府有功人員」頒獎典禮，邀請台南縣、臺南市、屏東縣、高雄縣及高雄市防疫工作同仁、民間團體及病媒專家等150名人員參與。頒獎典禮由衛生署署長侯勝茂及環保署副署長張子敬共同主持，會中並邀請地方防疫同仁分享經驗，作為未來防治上的參考。疾管局也呼籲，全民共同參與，一起投入防疫陣線，建構「無蚊家園」。

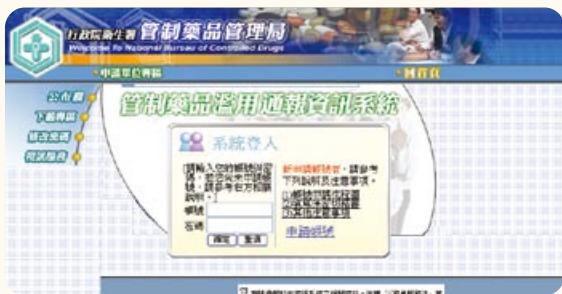


■ 表揚95年抗登革熱專案有功者，由疾病管制局副局長施文儀（左四）頒獎。

反毒通報 嘉獎等你拿

為瞭解國內藥物濫用情況，掌握藥物濫用使用原因、藥物取得場所、藥物取得來源對象、用藥史及用藥種類等相關資訊，並鼓勵醫療機構及反毒團體人員通報管制藥品濫用相關資訊，衛生署於2007年1月1日起正式施行「管制藥品濫用通報及獎勵辦法」。凡國內醫療機構及反毒等團體，通報藥物濫用之相關資訊者，將核發每一例個案新台幣100元、首例新興濫用藥物個案新台幣10,000元之獎金，以資鼓勵。

藥物濫用通報機制是國內制定反毒策略的重要一環，提高各單位通報意願也一直是衛生署努力的目標，藉由具法源基礎的通報獎勵辦法，對通報單位將有實質的鼓勵作用，而以藥物濫用通報機制所蒐集之資料，也將成為國內藥癮相關資訊之重要來源，期許各醫療機構、反毒團體與衛生署一起共同為反毒而努力。



■ 利用通報系統，醫療機構及反毒團體為反毒而努力。

95年毒品病患愛滋減害試辦計畫成果分享

疾病管制局「毒品病患愛滋減害試辦計畫」至民國95年底實施期程屆滿，截至95年底，全國23縣市共730處清潔針具衛教諮詢服務站，並有19家醫療院所開辦替代療法門診。累計截至95年12月底，共發出針具數超過45萬支，每週發出針具約3萬支，參與計畫的藥癮者累計超過7萬4千人次，每週約有近5,000人次；使用過針



■ 95年愛滋感染人數為20年來首度負成長，衛生署署長侯勝茂（右五），頒獎表揚執行愛滋減害計畫優良單位及相關人員。

具回收率也從1%逐步提升至21%。在替代療法部分，固定每日到醫院服藥的藥癮者已有1,000人以上。

據統計，去（95）年新增的愛滋病毒感染者人數為2,942例，比前年的3,399例減少了457例，藥癮者佔所有新增感染者的比例也由94年的7成降為95年的6成，顯示減害策略獲得具體成效。為此，疾管局於96年1月16日舉辦「毒品愛滋減害計畫研討會」，頒獎表揚執行減害計畫優良的單位和人員，並邀請教育部、法務部、內政部警政署及各縣市代表，共同檢討過去、展望未來。「清潔針具計畫實施成效」受獎單位中，九成五是社區藥局，台南縣為95年清潔針具發放量全國之冠，共發出11萬支。

毒品減害計畫警察人員種子培訓全台開跑

毒品減害計畫實施屆滿一年，法務與警政體系已與衛生單位建立共識，多元的減害措施獲得初步成效。為持續力行跨部會合作，疾病管制局與警政署刑事警察局合辦「毒品減害計畫警察人員種子培訓」，藉以培訓各區毒品減害計畫警察。

培訓講習會於96年1月22日至26日，分北中南東四區舉辦，疾管局並邀請到澳洲減害專家Frank Hansen警官來台指導。Frank Hansen於1980年代即開始參與清潔針具及替代療法相關政策之規劃，目前為澳洲官方警政機構藥物及酒精濫用協調部門之負責人，此次以警察人員之身分，給予警察同仁相關指導與建議。講習中亦安排愛滋病之認識與防護課程，教導警員自我保護措施，降低其於執勤時遭受感染之風險。



■ 澳洲Frank Hansen警官（右一）應疾病管制局之邀，來台分享澳洲警察人員執行減害計畫之成功經驗。

行動門診深入部落 首創泰雅語語音掛號系統

繼35家衛生署醫院及台北市立聯合醫院，於90年全面使用「共用醫療資訊系統（HIS）計畫」之後，衛生署選定之95年HIS計畫示範地區苗栗縣泰安鄉，也完成系統建置，推出部落行動門診，並首創推出泰雅語語音掛號服務。

2月8日成果發表會上，立法委員何智輝、廖國棟、孔文吉等三位及衛生署副署長王秀紅至現場實地觀摩「行動門診」及「泰雅語」語音掛號系統。透過「行動門診」及「泰雅語」語音掛號系統，山地鄉居民可以更便利地得知看診的間隔日數，健保卡繳費及卡片更新等資



■ 衛生署副署長王秀紅（左五）參加苗栗縣泰安鄉HIS計畫成果展。

訊，也可有效提升衛生所的功能效率，降低整體成本，預計每年將替衛生所節省約50萬元的金額。未來，HIS系統也將推展至全國偏遠及離島地區，使山地離島衛生所與後端支持醫院（衛生署醫院）形成醫療網，藉由醫療科技來縮短城鄉醫療差距。

馬祖－台北 影像傳輸系統建置計畫

為使離島醫療能與台灣本島同步發展，減少因距離所帶來之就醫不便，衛生署於95年選定連江縣為建置醫療影像傳輸系統（PACS, Picture Archiving and Communication System）計畫之示範地區，目前已完成馬祖全區，包括



■ 衛生署副署長王秀紅參加連江縣PACS成果發表會，未來也將推廣至48個山地及離島鄉鎮。

北竿、東引、東莒、西莒等衛生所及連江縣立醫院等五個據點，PACS系統建置，並於96年1月19日召開成果發表會。

PACS可提供即時X光片診斷及遠距會診等功能，發表會上，現場模擬患者於連江西莒照射X光影像，利用PACS系統，使西莒衛生所與連江縣立醫院及台北市立聯合醫院多點連線，提供線上即時會診平台，共同討論病情。連江縣執行之成功經驗，未來也將推廣至48個偏遠及離島鄉鎮，並結合衛生署立醫院醫療資訊系統，提供虛擬醫療資訊平台，包括遠距會診、即時診斷及遠距門診等服務，促使山地、離島居民真正受惠。

專科護理師甄審筆試 首次上路

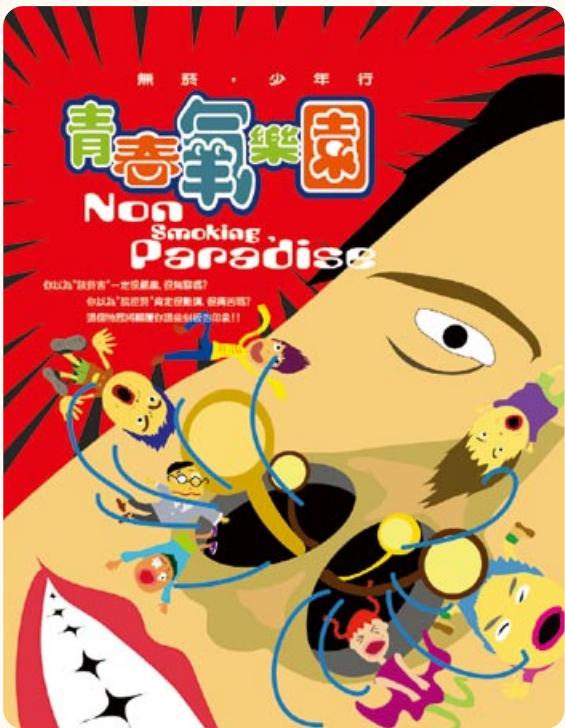
為建立專科護理師制度，95年12月30日下午假台灣科技大學，辦理台灣首次專科護理師甄審筆試，計有1,662位護理人員報考，也為台灣護理專業發展揭開新的里程碑。

民國89年11月總統公布「護理人員法第七條之一增修條文」，賦予推動專科護理師制度之法源基礎，衛生署並於93年底公告「專科護理師分科與甄審辦法」，逐步展開專科護理師指導



■ 入闈委員闖場貼封條用印。

者培訓、專科護理師訓練課程認定及專科護理師甄試工作。經過首次專科護理師甄審，代表護理專業化的重要一步，也象徵台灣護理發展與國際接軌。值得一書的是，專科護理師不等於醫師助理，且醫療法第58條明文規定醫療機構不得設置醫師助理執行醫療業務，未來衛生署也將加強稽核專科護理師的執業，取締非法的醫師助理。



■ 青春氧樂園展覽寓教於樂，歡迎來找樂子。

「青春氧樂園」特展 台中展出

國民健康局與國立科學工藝博物館推出的「青春氧樂園－無菸，少年行！」巡迴特展，繼高雄、台北展出，吸引13萬人次參觀後，2月7日至4月22日移師至台中國立自然科學博物館展出，至2月底已吸引超過5萬人次參觀。

特展以主題樂園、感官體驗方式為設計理念，參觀者將感受菸煙對「肺泡」的危害，透

過「巨肺」探索呼吸系統與呼吸運動，「城市螢火蟲」打熄惱人的菸火，贏取「戒菸籤詩」，而白雪公主的「魔鏡」則會告訴你抽菸造成身體變化，藉由遊戲、挑戰、得分的過程，認識防制菸害的觀念，是親子活動、學校戶外教學的絕佳去處。除了體驗寓教於樂、生動有趣的動態展覽，參觀者還可以參加「積分拿大獎」活動，目前最高分紀錄是高雄劉同學的2250分，歡迎青春少年兄鬥陣一起來挑戰。

活動訊息可上衛生署國民健康局健康九九網站 (tobacco.bhp.doh.gov.tw:8080/nonsmokingparadise) 或上國立自然科學博物館網站 (www.nmns.edu.tw) 查詢。

代謝症候群 判定標準修正

研究指出，代謝症候群者未來罹患糖尿病、心臟病的機會，為一般人的2至3倍。以行政院衛生署94年國人十大死因中，有5種疾病與代謝症候群關係密切（腦血管9.5%、心臟病9.3%、糖尿病7.6%、慢性腎病3.5%、高血壓

1.4%），加總起來高達31.3%，已超過多年位居第一的惡性腫瘤（26.8%），造成醫療費用支出與日俱增，儼然已成為我國及全世界已開發國家重要的健康議題。

國民健康局為推動公共衛生，促進國人健康，邀集專家、學術專業團體，修正代謝症候群之判定標準，以期更符合國人需求及國際趨勢。據研究顯示，腰圍大小較身體質量指數BMI（Body Mass Index，BMI=體重〔kg〕÷身高〔公尺平方〕）更能精準地判定成人「肥胖」程度及監測未來罹患中老年疾病的機會；又今國際專業團體已將代謝症候群中之空腹血糖異常值下修至100mg/dl之趨勢，為此，修正我國代謝症候群判定標準，即將5項危險因子中之腹部肥胖，單獨列為1項危險因子，刪除BMI，及下修空腹血糖異常值切點至100mg/dl，並於96年1月18日公告實施。公告修正之代謝症候群判定標準，可至國民健康局網站 (www.bhp.doh.gov.tw) 查詢。

修正前、後之代謝症候群判定標準對照表

修正前（台灣2004年版）		修正後（台灣2006年版）	
危險因子	異常值	危險因子	異常值
腹部肥胖(Central obesity) /或身體質量指數 (BMI)	腰圍（waist）:男性 ≥ 90 cm 女性 ≥ 80 cm；或BMI ≥ 27	腹部肥胖(Central obesity)	腰圍（waist）： 男性 ≥ 90 cm；女性 ≥ 80 cm
血壓(BP)上升	SBP ≥ 130 mmHg / DBP ≥ 85 mmHg	血壓(BP)上升	SBP ≥ 130 mmHg / DBP ≥ 85 mmHg
高密度脂蛋白膽固醇 (HDL-C)過低	男性 <40 mg/dl 女性 <50 mg/dl	高密度脂蛋白膽固醇 (HDL-C)過低	男性 <40 mg/dl 女性 <50 mg/dl
空腹血糖值 (Fasting glucose)上升	FG ≥ 110 mg/dl	空腹血糖值 (Fasting glucose)上升	FG ≥ 100 mg/dl
三酸甘油酯(Triglyceride)上升	TG ≥ 150 mg/dl	三酸甘油酯(Triglyceride)上升	TG ≥ 150 mg/dl

註1：以上5項危險因子中，若包含3項或以上者，即可判定為代謝症候群。

註2：其中血壓(BP)、空腹血糖值(FG)等2危險因子之判定，包括依醫師處方使用降血壓或降血糖等藥品（中、草藥除外），導致血壓或血糖檢驗值正常者。



■ 衛生署署長侯勝茂與農委會副主委胡富雄宣誓機構內部推動天天5蔬果。

跨部會合作 推動「天天5蔬果」

許多研究指出，蔬果攝取不足是導致慢性疾病的重要成因，因此從WHO到許多先進國家，均把「多吃蔬果」列為重要指標，鼓勵民衆多吃新鮮蔬果。以美國為例，從1991年開始推動「5 a Day」活動，鼓勵民衆每天吃5份新鮮蔬菜水果，五年後，癌症發生率每年下降0.7%，死亡率也降低了0.5%。

但根據衛生署調查，台灣僅5成民衆達到每天3份蔬菜、2份水果的攝取蔬果量，其中，又以外食族最為嚴重。調查也顯示，在有便利的購買通路前提下，約60%二餐以上外食的民衆認為會增加蔬果攝取。



■ 衛生署與農委會跨部會合作，推動天天5蔬果健康飲食。

為建構蔬果攝取之支持環境，衛生署與農委會合作，2月8日起在量販店通路如家樂福、農產運銷中心等設立專區，推出「3蔬2果」便利包，藉以推行「天天5蔬果」的健康概念。衛生署食品衛生處也呼籲政府機關及企業主，可從會議便當著手，加入1.5份的蔬菜，並將附餐飲料改為水果，建構足量蔬果、健康飲食環境，經營「天天5蔬果 健康又樂活」的人生。



徵選2007 健康好書 悅讀健康

秉持「珍愛生命－傳播健康」理念，國民健康局自民國91年起，辦理優良健康讀物推薦工作，深獲各界熱烈回響。今年再次推出「2007健康好書 悅讀健康」徵選活動，分兒童及青少年健康、婦女健康、中老年健康、飲食與運動、心理健康、癌症防治與菸害防制等六項主題，徵選年度健康好書，邀請出版業者、作者踴躍推薦。徵件期間自96年1月8日至96年2月8日止，共有517件作品參選。

為持續鼓勵出版業者、作者們出版健康好書，今年獲推薦之作品，除透過宣導手冊介紹，還可以參加後續推廣行銷活動，並另建置作品簡介網站，供民衆下載與辦理年度健康好書票選活動。歷年健康好書推薦，可上活動網站（tobacco.bhp.doh.gov.tw:8080/2007book/）查詢。

95年12月份大事紀

時間	大事紀摘要
12月1日	疾管局進行「白鶯鸞三號：因應流感大流行應變體系處置演習」
12月6日	辦理「健康21世紀－台美日經驗交流」國際研討會
12月6日	健康局辦理「電磁場健康風險國際研討會」
12月11日	辦理「健康21世紀－借鏡加拿大經驗研討會」
12月11日	辦理「2006化粧保養品國際法規研討會」
12月13日	疾管局辦理MRSA國際研討會
12月15日	赴越南參訪及簽訂96年度人口及家庭計畫合作備忘錄
12月15日	管管局訂定發布「管制藥品濫用通報及獎勵辦法」， 於96年1月1日施行
12月16日	健康局辦理菸幕直擊暨青少年國際反菸研習營成果發表
12月18日	辦理「全國藥政會議」
12月20日	健保局公告修正「全民健康保險特約醫事服務機構合約」
12月21日	公告「95年度中醫醫療機構負責醫師2年以上醫師訓練合格醫院 名單」
12月22日	「登革熱中央流行疫情指揮中心」因已完成階段性之任務，正式 撤除
12月23日	健康局辦理「國際性青少年運動事故傷害研討會暨觀摩會」
12月26日	本署草屯療養院與法務部共同舉行「毒癮戒治社區復健－茄荖山 莊」開幕典禮
12月27日	疾管局辦理「95年度登革熱社區動員頒獎暨觀摩會」
12月30日	辦理「內外科專科護理師甄審」筆試

96年1月份大事紀

時間	大事紀摘要
1月1日	自96年1月1日起，全民健康保險第1類至第3類被保險人所屬之投保單位或政府所應負擔之平均眷口數，依法由目前之0.78人調整為0.70人
1月1日	自96年1月1日起，實施「全民健康保險給付置換陶瓷人工韌關節診療服務，但超過置換傳統人工韌關節診療服務之費用差額不給付」
1月1日	自96年1月1日起，全民健康保險保險對象應自行負擔之住院費用上限，因同一疾病每次住院應自行負擔費用最高金額，調整為26,000元，無論是否同一疾病每人每年住院應自行負擔費用最高金額，調整為44,000元
1月4日	疾管局公告「季節性流感防治作戰計畫—非疫苗政策部分」
1月8日	辦理「防治偽禁藥策略、查緝經驗及調查統計技術國際研討會」
1月9日	辦理96年食品衛生管理工作聯繫暨研討會
1月10日	健保局發布「全民健康保險門診高利用保險對象指定院所就醫作業須知」
1月11日	行政院同意疾管局英譯名稱修正為「Centers for Disease Control」
1月11日	健保局公告修正「96年度全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」
1月14日	疾管局專家與TaiwanIHA成員組成9人防疫團，前往肯亞協助控制裂谷熱疫情
1月15日	修正發布「特定醫療技術檢查簡易醫療儀器施行或使用管理辦法」
1月16日	疾管局辦理「毒品愛滋減害計畫研討會」
1月17日	奧地利經濟部副部長與外貿部部長蒞臨本署參訪
1月18日	辦理「光電技術產業於醫學影像之契機研討會」
1月18日	健康局公告修正「我國代謝症候群之判定標準」
1月24日	公告95年度「內、外科專科護理師甄審」筆試合格名單
1月24日	疾管局派遣第二批防疫人員前往肯亞協助裂谷熱疫情防治事宜
1月24日	辦理「日本居家護理經驗借鏡研討會」

1月25日	辦理「中醫藥委員會—2007中醫藥行動（施政）目標記者會」
1月25日	疾管局辦理「95年度流感疫苗研究發展成果發表會」
1月26日	疾管局公告「因應流感能大流行執行策略計畫」
1月29日	公佈「護理人員法」、「醫事檢驗師法」、「醫事放射師法」、「物理治療師法」及「職能治療師法」部分條文修正案
1月30日	泰國衛生部所屬醫療科學部之附屬機關官員乙行至管管局參訪 交流

96年2月份大事紀

時間	大事紀摘要
2月1日	健保局公告修正「全民健康保險醫療費用支付標準」
2月6日	本署與國立台灣大學簽署「傳染病防治研究及教育合作協議」
2月6日	修訂增列「從臨床病例咽喉拭子或尿液檢體中，腮腺炎病毒核酸檢驗（RT-PCR）陽性者」為腮腺炎確定病例之條件
2月7日	德國國會友台小組主席Wilhelm Josef Sebastian 乙行蒞臨本署參訪
2月7日	辦理「青春氣樂多—無菸少年行」菸害防制台中巡迴特展開幕典禮
2月9日	辦理「95抗登革專案 地方政府有功人員」頒獎典禮
2月13日	公告「新制醫院評鑑及教學醫院評鑑不定時追蹤輔導訪查作業程序」
2月14日	公告「新制精神科醫院評鑑基準」及「新制精神科教學醫院評鑑基準」
2月16日	公告修正「管制藥品分級及品項」
2月16日	巴拉圭帝雷蒙大使乙行至疾管局參訪交流
2月27日	修正發布「全民健康保險法施行細則」
2月27日	健保局公告修正「全民健康保險醫療費用支付標準項支付標準診療項目」
2月27日	健保局公告修正「中醫門診初診病患提升診療品質照護計畫」實施方案

健康職場大募集

員工的健康是老闆的財富，
健康職場是企業永續經營的新主張。
國民健康局將於96年4月初積極推動健康職場自主認證，
鼓勵職場自主推動菸害防制及健康促進，
歡迎各企業踴躍響應，
打造勞資雙贏的企業巔峰。



相關資訊請上網

<http://health.cish.itri.org.tw/nosmoking>

職場健康促進暨菸害防制輔導中心

免費到廠輔導服務，詳洽：

北區 (02) 2377-4621

中區 (03) 591-3854

南區 (07) 313-5660



行政院衛生署關心您



安寧 病房也有春天

發生在安寧病房，魏家五兄弟「一碗陽春麵」的故事，感動人心，
儘管癌症媽媽不敵病魔辭世，但在安寧療護醫師、護理師、志工的輔導下，
魏家五兄弟面對死亡，勇敢走出傷痛。

目前全民健康保險已有32家醫院提供住院安寧療護，
以及50多家醫院提供安寧居家療護，詳洽國民健康局網站：

www.bhp.doh.gov.tw/BHP/index.jsp