



全聯護訊

行政院新聞局出版事業登記證局版北市誌字第1633號

第一六〇期

中華民國一一三年八月出版

發行人：紀淑靜 總編輯：周繡玲 主編：王維芳 編輯：曾修儀、梁淑媛、潘碧雲、吳香頻

發行所：中華民國護理師護士公會全國聯合會 Taiwan Union of Nurses Association (TUNA)

本會與衛生福利部邱部長座談 反映會員的聲音

因應護理人力不足議題，7月29日本會由紀淑靜理事長及高靖秋監事長帶領著常務理監事們與衛生福利部邱泰源部長座談，陳述近期護理界心聲並表達建議。衛福部林靜儀次長、周志浩次長與照護司蔡淑鳳司長、長照司祝健芳司長及健保署劉林義組長均共同與會，聆聽並討論改善護理職場環境之有效措施。

座談會建議	衛福部初步回應
1.儘快補助護理人員白班與急重症護理人員的津貼	1.今年健保專款40億，已經由健保共擬會議討論，確認後公告施行，不宜再更改，以免影響發放的進度。 2.衛福部正努力爭取明年公務預算挹注40億，至於分配方式再請護理全聯會提供參考意見。
2.對於未取得執照的實習護士執業年限，由現行的15個月延長為3年	1.此建議亦有其他護理團體表達反對立場，需再取得共識。 2.已向教育部提出，各護理學校對於其護理畢業生持續輔導通過國考，並研議將國考通過率納入該校減招之參考。
3.開放男性護理師在醫院服替代役，留職留薪，避免因服役中斷執業	1.目前替代役男數量已逐漸減少，未來可能不再辦理。 2.建議護理全聯會尋求立法院國防外交委員會委員協助，請國防部協商男性護理人員的服役模式朝向專業義務役，以延續其護理專業職能。
4.健保點值保障1點0.95元，應提升護理人員經常性薪資至少10%	衛福部已在爭取公務預算以提升健保點值，但需先經過行政院核定公務預算及9月全民健保會總額協商，認同只要健保點值有提升，各醫院即應該提升護理人員薪酬。至於如何回饋至護理人員薪酬，需要思考相關辦法。
5.提升公立醫療機構公職護理師的比例每年至少5%	需再了解目前狀況後再議
6.醫事專業人員除修習120點醫事人員繼續教育積分外，只需再修20點長照繼續教育積分，即有資格參與長照服務。	請照護司再與長照司討論，盤點護理專業與長照專業差異性的課程時數，確保不同職類的專業度，亦讓學員方便認證，減輕護理同仁修習長照積分的負荷。
7.提供長期照顧專業服務-居家護理指導與諮詢(CD02)照顧服務相關統計數據，釐清各縣市服務量差異的成因。	1.強化地方政府教育訓練並納入考評指標，統計112年與111年CD02服務人數比較，成長60%。 2.每一個案是否有CD02需求，涉及個案照顧計畫需要服務內容、民眾使用意願及需求等多重因素考量，非僅與各縣市人口數或個案失能等級直接相關。

本期目錄

與衛生福利部邱部長座談反映會員的聲音..... 1	【通訊課程1】嵌合抗原受體T細胞療法：癌症 尖端治療方法與照護..... 10
衛生福利部中央健保署公告..... 2	【通訊課程2】談醫療場域性別平等..... 16
本會訊息..... 2	小品文..... 19
各縣市公會訊息..... 9	

全民健康保險在宅急症照護試辦計畫

由於我國即將在114年邁入超高齡社會，過去中央健保署推動居家醫療制度，提供慢性病患者到宅的醫療照護，今年則新增在宅急症照護(hospital at home, HAH) 試辦計畫，本會亦參與健保署召開之相關會議，試辦計畫已在7月1日開始施行，目前服務的對象限於因肺炎、尿路感染或軟組織感染而需要住院接受抗生素治療的病人，可以選擇留在家裡或照護機構內接受治療，並搭配遠距醫療、遠端生命徵象監測設備及床邊檢測等，並由醫師、護理師、藥師及呼吸治療師組成照護小組共同提供照護。摘要如下：

給付項目及支付標準：

1. 每日護理費採論日支付1,404-2,317 點，緊急訪視費採論次支付(2,632點/次)
2. 各疾病設定目標照護天數及上限天數，逾目標照護天數者，每日醫療費及每日護理費以五成支付，逾上限天數者不予支付

各類訪視人員資格：

1. 首次參加本計畫應接受保險人認可之教育訓練四小時並取得證明，始得參與本計畫，並應每年接受相關繼續教育訓練時數四小時。
2. 護理人員照護小組內至少有 1 人須接受長期照顧專業訓練(Level II)。照護小組同時段收案逾20人者，每收案20人應至少有 1 名護理人員需接受長期照顧專業訓練(Level II)。

本會持續收集護理人員在執行本計畫之困難與成效，以利未來於健保相關會議上提出討論及建議。

兒科及新生兒科加護病房住院護理費加計20%

為「提升醫院兒童急重症照護量能」，健保總額編列預算用於調整住院兒童急重症相關的支付標準，其中未滿 19 歲個案申報一般加護病房、精神加護病房及燒傷加護病房加護病床之住院護理費、診察費及病房費得另加計 20%規範，本項目已於113年7月1日生效。(相關內容詳見本會官網/最新消息/其他單位消息/政府公告)

本會訊息

全民健康保險強化醫院夜班護理照護量能方案-特殊單位夜班津貼案 全民健保護理政策小組

繼今年2月急性一般病床護理師領到夜班獎勵之後，8月初，含急症、加護病房、手術室等護理師也陸續收到特殊單位夜班獎勵金，只是與前者相比，獲得之獎勵金天差地遠。有醫學中心急診護理師在「靠北護理師」臉書「爆料」，小夜班僅拿到112元，與急性一般病床相差近9倍，令特殊單位護理師深感不公平與被羞辱，然而覺得不平的還有白班的護理人員，並未獲得任何的獎勵。

早在今年1月26日衛生福利部針對留任護理人員發佈重大政策，以健保專款40億投入護理人員夜班獎勵。其中27億用於急性一般病床護理人員夜班獎勵，小夜班介於500~600元，大夜班介於900元~1,000元，13億則用於「其他」護理獎勵。在衛福部公告方案前，本會及各層級

醫院協會代表即主張獎勵金發放應**含括三班護理人員**，且**不應區分醫院層級及科別**。衛福部重點提高急性一般病房護理人員的夜班獎勵，擴大了白班與大小夜班的薪質差距，反而可能破壞了固定班別制，造成花花班。遺憾的是，此意見一直未被採納。(見本會護訊157期)

今年3月，健保署就「其他護理獎勵」13億的分配方式召開多次協商會議，但本會試算醫中及區域醫院之「特殊病床」所需護理人力配置為急性一般病床之1.4~1.5倍之多，無論如何分配，特殊單位獲得的夜班獎勵都比不上第一階段急性一般病床護理人員，也預期特殊單位護理人員獲取費用之後將會情緒炸鍋。即便如此，本會建議依各醫院提報之「非急性一般病床護理人員大小夜班總班次」，獲醫學中心協會及區域醫院協會支持，另與健保署案（獲社區醫院協會支持），採「特殊病床使用人日數（住院護理費醫令申報量）占率」二案並陳，因與會代表未取得共識，主席裁示上半年依健保署案，下半年則依本會方案

7月29日本會常務理監事拜會衛福部邱部長泰源，紀理事長再度表達急診、加護病房及手術室等急重症單位，如同醫院的心臟屬核心單位，人員培訓極為重要，一旦人員訓練不足，將對醫院運作產生嚴重影響。現今因為護理人力不足，關床嚴重，導致急診留觀病人的比例高，急診護理人員壓力增加，建議儘快補助白班及急重症護理人員津貼，以有效激勵一線人員。會上，部長表示正爭取明年預算，本會強烈建議獎勵金的分配，應與相關護理團體討論，「錢」不患寡而患不均，政府投資護理的立意良善，應該使其發揮留任護理人員之目標達到最大成效。



POWER IN NURSING
FUTURE YOUNG LIONS

2024 護理的力量
國際護理創意獎暨
坎城未來獅培訓計畫

國際護理創意獎
總獎金
25 萬元

活動報名
即日起至
11/17
17:00

坎城未來獅培訓計畫
畫兩日課程工作坊

活動報名
即日起至
09/25
23:59

課程 09/29(日)/10/20(日)
日期 09:00-17:00

國際護理創意獎
總獎金
25 萬元

另新增設立
健康永續創意獎

坎城未來獅
培訓報名

國際護理
創意獎報名

國際護理
官方粉絲專頁

中華醫學會
護士公會全國聯合會

台灣護理學會
TAIWAN NURSING ASSOCIATION

社團法人
台北市護理師護士公會
Taipei Nurses Association

臺中醫學大學

跨領域學院
TAMU College

臺北醫學大學管理學院
生物材料與醫學博士班輔導室

Kleiner fisch
小魚廣告網
KLEINER FISCH 廣告行銷

台灣資訊國際 - 台灣國際傳播
Toshang International Media



Cares EXPO TAIPEI 2024
第五屆台北國際照顧博覽會

跨域照顧的生活解方 耕耘在地接軌國際
從Cure到Care, 照顧攬抵家

2024.9.12-14 南港展覽1館4樓

本會與專業護理團體共同聯展
攤位號N0221-0238

- 【護理專業論壇】辦理日期：
 - 「跨域照顧 護理永續」 - 113年9月12日(星期四)下午
 - 「長照在地耕耘 護理永續照護」 - 113年9月13日(星期五)上午、下午
- 一律採網路線上報名，網址
<https://caresexpo.com/zh-tw/forum>
- 以上課程，護理及長照服務人員繼續教育積分申請中

掃描報名免費參觀！搶先卡位！

不被遺忘的護理專業：探討公衛護理的過去、現在和未來

吳佳儀 中華民國護理師護士公會全國聯合會護政醫療法制委員會委員
國立臺灣大學護理學系教授

前言

疫情中全國民眾對於護理同仁為民勞苦的景象多有所感，其中公共衛生護理師在社區最前線發揮了關鍵角色，提供即時的防護機制，阻卻社區傳染之擴散。然而一般人所不知道的，是歷史上公衛護理師所扮演的角色，不僅止於傳染病防護，舉凡健康管理、心理衛生、疾病管制、長期照顧、醫療衛政、食品藥物管理、緊急救護等等業務，都歸屬該領域工作範圍，但很少人完整理解公衛護理專業的內涵及其甘苦。為與公衛護理師充分交流，建立溝通平台，蒐集、釐清相關關鍵問題，並以發展協助相關方案、倡議品質改善、提昇專業知能為目標，中華民國護理師護士公會全國聯合會（以下簡稱全聯會）於111~112年間邀請各區具代表性之公共衛生護理師參加全國公共衛生護理師工作座談會，舉辦兩次座談會收集第一線意見以了解實務問題所在，本文分析會議之關鍵重點並聚焦於成果，進而提供研議行動方案之基礎。

研析方法

經由全聯會召集各區衛生所代表同仁，於111年10月20日辦理「公共衛生護理師工作座談會」，以世界咖啡館手法探討公共衛生護理師職涯發展之優勢、劣勢、機會與威脅。隔年9月8日舉辦「公共衛生護理師之實務問題與行動方案研析」座談會，除邀請衛生局/所及台灣衛生所專業人員協會之公衛護理師代表參加會議（兩會分別有27及14人參與），另邀請政大法學院林佳和老師講授「公共衛生護理師之勞動權益」促進與會者進行討論交流，全程錄音以利成果分析。會後由全聯會委員代表彙整資訊，以內容分析法將質性資料歸類為三大類主題，呈現公衛護理師從過去、現在和未來的工作範疇及其關注的關鍵議題，分析如下。

執業範疇廣而雜但跨越時空仍難於精進

在執業範疇分析方面，所有參與者皆同意明確界定衛生所護理師執業範疇之必要性與優先性。由於公衛護理師業務過於繁雜、職責分工不清、工作內容包山包海導致成果品質受損，計畫書、文書、紙本業務工作量要求高，且礙於政策面要求，必須配合辦理多項非護理或公衛專業工作。兩位公衛護理師有感而發：

“我有20幾張執照，但只有24小時。健管科、心衛科、疾管科、長照科、醫政、食藥、緊急救護等業務都要負責…”

“當40年前的編制和40年後還是一樣，對整個範疇的人力是否可以做機動性的調整，或者是權責的分工，讓公衛護理人員有比較好的職場條件？”

由上述分享中，可體會到該護理專業領域的辛勞，以及職場工作環境的複雜程度，參與者認為業務應去蕪存菁，從上百項業務中宜找出優勢，充分發揮公衛專長。此外，業務權重須因地制宜、與時俱進，考量不同區域，城鄉差異，進行重分配，部份業務已有專屬職責與人力，宜回歸各業管單位。具體的建議如下：

1. 職場衛生、學校衛生回歸廠護、校護。
2. 精障、自殺訪視關懷回歸心衛中心社安網人員。



3. 擴充長照c據點等資源，布建一目標數，回歸長照中心。
4. 衛生所基於社區熟捻，可提供資源連結與協調。
5. 考量社區特性與民眾需求因地制宜，如醫療資源豐富地區可取消門診醫療，以公衛為重。
6. 行政與專業分工。

其次，公衛護理師針對中央與地方政府分工合作及業務歸屬，有相當高的共識，以下各點反映出參與者對未來公衛護理執業範疇相關規劃之意見：

- (一) **資源/科技導入**：藉由科技優化服務品質，且重視計畫延續性與服務相容性，不需要重複做工，需有效促進服務量能以達成效。
- (二) **社安網計畫分工**：國家政策應訂出明確目標及方向，降低改變性且提昇定義的明確性，後疫情時代公衛護理應更專精，非大雜科、片段式管理。
- (三) **加強衛生局/所間溝通合作**：衛生局交付衛生所工作前，宜與衛生所充分協調溝通。此外，建議制訂衛生所護理師標準作業流程，增加護理師遵循的標準。
- (四) **業務單一窗口**：衛生局、市府跨部會由秘書處整合，非各局處直接行文衛生所。另建議中央各功能資訊平台整合，除疾管署、國健署、健保署以外的平台，可統一由憑證登入。
- (五) **加強教育訓練以提升公衛護理師專業能力**：建議全聯會可規劃衛生所護理師核心課程，定期調訓，亦可透過在職教育，提升書寫、執行、評值計畫的能力。

人力需求高但缺口難以補足

在人力評估面，參與者提出高度的公衛護理人力需求，透過增加護理人力提升品質，因工作負荷大、人力波動大易損及穩定性，因此危勞認定是一個重要的議題。一位偏鄉公衛護理師表達其看法。

“…假日經常要執行4癌及x光篩檢，x光篩檢白天沒人要，到晚上還要去拜託鄉民來照x光，山地鄉TB的發生率較高，所以衛生所有針對35-64歲居民執行x光篩檢的目標數，必須耗費許多人力來執行。”

如遇颱風天山區坍塌，護理師便無法至衛生室做巡迴醫療，且颱風天鄉公所可以輪值二班，衛生所不行，一出勤就必須待到颱風解除為止，經常一出勤就是48小時，之後同仁要繼續未完成的工作，上班、巡診……，非常勞力。

另外也有三位都會區或其他縣市公衛護理師表達人力的調派運用及工作業務分配的合理性問題。

“人力調整應正職正用，不要把人力調到其他部分，讓衛生所可以確實使用人力做相關配置”

“建議長照個案管理應交由長照司或長照相關單位，而不是在交給衛生所管理。另外精神衛生個案有關懷訪視員進行訪視，但只訪視1-2級，3-4級由公衛護理師負責，此作法並不完整，應再討論如何配合。…保健科的業務，如大型健走活動，過去10幾年以上都須由公衛護理參與，建議應由體育組承辦。另外緊急救護的部分，如國際童玩節之緊急救護，原由校護和衛生所承擔，後來校護抗議後退出，僅剩下衛生所負責，業務相當繁重。”

“國健署於110年修訂縣市衛生局所屬衛生所或健康服務中心組織規程，目前衛生所行政人力不足，公衛護理師必須兼任許多行政業務，包括出納、採購，因為我們只有醫療背景專業，沒有足夠的法律素養，一不小心就會觸犯相關行政法規，這是我們的弱勢。我們最核心的業務就是傳染病防治和預防保健，但業務不斷擴大，人力卻沒有相對補足，期望各縣市政

府可以確實依組織規程補足人力。”

有鑑於上述問題，偏鄉及都會公衛護理師面臨不同的執業風險，但同樣存在莫大的人力需求與工作壓力。為兼顧品質，應倡議公衛護理師的人力補足需求及危勞權益，認定危勞標準以促進該專業領域足夠的人力穩定性。

參與者的具體建議如下：

(一) 護理人力議題

1. 受限於公務體制的僵化(現職人員留停換喘息)，建議優先改善人力，可比照公(市)立醫院，約聘補足人力的缺口，勞動環境改善。衛生局(所)、民政、警政，人力宜整合統一，此外，人力不足應變機制宜增派調任(如：安心上工人力)。現階段衛福部已停止公衛護理考核指標，但各縣市做法不一，也應統一標準。
2. 依社區需求調整人力編制，可思考以約聘雇人員聘用，以降低公務財務支出。此外，職代薪資可調整，降低職代聘僱的難度。
3. 衛生所人力編制，可參照醫療機構訂定護病比(人口數：人力)。衛生所應該將核心工作做好做滿，沒有必要的行政工作則應回歸衛生局或相關體系。

(二) 法律責任議題

人力困境易損及服務品質，以記錄為例，公衛護理師容易陷入”意圖使公務人員登載不實”之議題。除了護理專業團體支持外，更需政府民間了解公衛護理師困境，避免因不當的究責影響護理留任。

專業角色重要鮮明但無法爭取到危勞降齡

在危勞降齡議題分析層面，公衛護理師具有勞務危險性，疫情期間工時無上限，尤其六都公共衛生議題首當其衝，非常辛苦。再者，越是人口稠密的都會區、工作內容愈為繁瑣沉重、公衛護理師的流動性就越高，中央認定的危勞和公衛護理師所認定的危勞不一樣，應該將衛生所護理師納入危勞，而非輪三班才是危勞，以加班為例，經常加班不一定有納入工作時數，公衛護理師所盼望的，是希望工作是在身體可負荷的狀態下完成，畢竟若是護理師身體狀況不佳，對民眾也不是一件好事。當衛生所護理師不再是人人稱羨的工作，期望可以爭取到危勞降齡，增加公衛護理的專業特殊性，讓大家有所選擇。

專家意見暨總結

各縣市衛生所因地方政府的政策不同，工作內容也不一樣，應先明確界定執業範疇，才能進行人力評估，也才有辦法針對危勞條件進行認定。專家指出人力不足應該用人力解決而不是用將事情推出去來解決，且應強調功能分工，最適合誰就由誰來做。未來在公衛護理專業權益維護上，全聯會將持續全力支持，在政策面協助向銓敘部或中央相關單位爭取專業權益；為提升社會民眾對公衛護理師的專業角色認同，也可考慮拍攝創意影片形塑專業形象。



右起：趙麗玫委員、林素秋委員、李雅文委員、邱慧沁副主委、林綉珠副理事長、任秀如主委、吳佳儀委員、何玉萍委員

健康台灣 發光世界 護理引領壯齡健康

2024高齡健康產業博覽會 【文/許慈恩整理】

依據國家發展委員會推估（2022），我國高齡人口將於2025年超過20%，邁向超高齡社會，為讓台灣高齡社會更永續健康及推廣國人健康不長照，生策會、生策中心主辦推動，並由經濟部產業發展署、數發部數位產業署、國家衛生研究院共同主辦「高齡健康產業博覽會」，本會響應並結合台灣居家護理暨服務協會、台灣長照護理學會、台灣護理學會、社團法人臺灣護理之家協會、台灣安寧緩和護理學會共同參與聯展。

今年為第一屆「高齡健康產業博覽會」，展出日期為8月2日~4日假台北世貿中心一館舉行，本聯展以「健康台灣 發光世界 護理引領壯齡健康」為主題，聯展單位展示團體長照相關業務活動、教導民眾認識中醫穴位預防便秘、體驗桌遊思考生命議題、邀請健康醫療及科技公司共同展示居家護理照護復健產品，以及各家廠商為不同的照護場域量身打造解決方案，提升照護品質。

現場安排講座活動，包括：尊嚴人生，健康自在、我的生命我做主，為愛做好準備~活在未來 不留遺憾、向下扎根 向上茁壯的全齡健促-校園健康力量的推動、健康生活型態宣導、「護理引領社區健康一點亮銀髮幸福樂齡未來」Part-1 樂齡愛憶智、「護理引領社區健康一點亮銀髮幸福樂齡未來」Part-2 樂齡自在活、讓護理守護您的壯齡健康-跟便秘說掰掰、高齡者舒適生活照護新思維，提供完整參與講座及完成簽到之學員「護理師/士繼續教育積分」、「長照繼續教育積分」。

行政院陳時中政務委員等長官貴賓親臨會場，給予支持及鼓勵，各縣市公會理事長亦偕同會員們熱情參與，民眾及主講者熱烈互動交流，參與夥伴及來賓均對本次的活動給予極高的評價。從新生兒到學齡期、從青春期到青壯年、從中老年到生命盡頭，無論是健康促進、預防保健或是醫療照護，護理總是關懷備至貼近您的心。



台北市護理師護士公會、新北市護理師護士公會參觀聯展攤位



右4陳時中政務委員、右3林綉珠副理事長



後排右4高靖秋監事長、左4林綉珠副理事長、左5馬淑清副理事長、第二排左2廖彥琦常務理事

「生成式AI 於護理的應用」研討會 (中區)



主辦單位：

中華民國護理師護士公會全國聯合會
中國醫藥大學附設醫院



日期：

113年10月8日(二)



地點：

中國醫藥大學附設醫院癌症中心大樓階梯教室
台中市北區育德路2號



課程內容：

課堂授課及醫院參訪

護

理

永

續



辦理目的

- 提升護理主管對ESG永續發展認知及推動，除介紹ESG永續發展及其相關政策外，並安排護理推動之經驗分享及5項體驗實踐活動(綠色採購有機便當，尿布回收再利用，碳盤/永續認證等)



辦理場次

- 北區-10月24日 (週四) 臺北市立聯合醫院萬華行政大樓
- 中區-09月05日 (週四) 衛生福利部台中醫院
- 南區-09月19日 (週四) 高雄長庚紀念醫院



報名日期

- 北區-09月02日 (週一)中午12時至10月04日(週五)或額滿截止
- 中區-08月05日 (週一)中午12時至08月23日(週五)或額滿截止
- 南區-08月09日 (週五)中午12時至09月09日(週一)或額滿截止

報名對象

- 永續推動小組之護理主管(各院至少一名)
- 對此議題有興趣之護理師



中華民國護理師護士公會全國聯合會



周汎濤監事 榮任高雄醫學大學副校長
李作英候補理事 榮獲2024年國際健康科學資訊學院院士

各縣市公會訊息

【文/潘碧雲整理】

台北市護理師護士公會 訊息

- ◎本會將於10月29日在12行政區醫療院所，以及10月31日至11月2日在本會會議室設置投票所，舉辦第二十屆會員代表選舉。請於9月30日前繳納常年會費之在職會員踴躍參與投票。
- ◎本會規劃於9月至10月期間辦理性別平等、醫療事故預防等相關議題研習會，以及舉辦秋季自強健行活動、會員聯誼一日遊活動，請會員關注本會活動訊息公告，屆時歡迎會員踴躍報名參加。

桃園市護理師護士公會 訊息

- ◎113年8月1日至9月30日辦理「114年會員護師節紀念品票選活動」，請會員踴躍上網投票，會員投票人數每達75人時抽獎一次，每次獎勵7-11便利商店禮券500元，越早投票抽獎機會越多，每人得獎以一次為限，得獎者之禮券於活動結束後統一寄發。
- ◎辦理會員獎學金申請，獎學金申請辦法公告於公會網站最新消息及線上服務-常用表單下載，收件截止日為113年9月30日(郵戳為憑)。

高雄市護理師護士公會 訊息

- ◎10月11日假阮綜合醫院-B棟十樓大禮堂辦理「心衰竭病人疾病照護暨居家照護研討會」。



護理之光 人美心也美

讚!

【文/翁淑芳整理】

蕭筑云護理師/嘉義基督教醫院急診室

46歲陳姓男子於6月25日凌晨自撞安全島重傷。消防人員趕到現場急救，剛下班的嘉義基督教醫院蕭護理師也加入協助。經評估後，協助給氧、CPR、骨針注射、頸圈及長背板固定、建立氣管內管等急救措施，並由民雄分隊救護車送往嘉基治療。

周黃冠嬭、許睿宸、陳怡安、李宜頻、吳侑叡、劉又瑄護理師/阮綜合醫院急診室

6月26日上午，一輛載著超長水管的車輛在橫跨車道時，掃到旁邊的2輛機車，導致2名騎士摔地受傷。阮綜合醫院的急診室的六名護理師聽到聲響後，立即趕到現場，評估傷者意識狀況並測量生命徵象，隨後進行靜脈注射、使用頸圈、並包紮傷口，再由救護車送至醫院救治。

王美惠副護理長、葉欣怡組長/高雄秀傳紀念醫院

8月14日，高雄台1縣發生汽機車交通事故，一名女機車騎士倒臥路面，生命垂危。高雄秀傳醫院王副護理長和急診葉組長恰巧路過，立即幫忙撐傘並進行初步評估。當時女騎士意識不清，無反應，昏迷指數為4分，待救護車到場後，兩人表明身份，告知評估結果，協助上頸托、非再吸入型面罩、長背板固定，並協助上救護車送醫。



嵌合抗原受體T細胞療法：癌症尖端治療方法與照護

謝秀祝¹、林建廷²、王妤文³

國立臺灣大學醫學院附設醫院 ¹護理長、²醫師、³藥師

一、前言

癌症影響數百萬個家庭的生活，確診後治療過程是一個艱鉅的挑戰，然而近年來在治療方式已有重大突破，例如免疫檢查點抑制劑及嵌合抗原受體T細胞（Chimeric antigen receptor T cell, CAR-T）治療，此種開創性的治療方法在血液癌症，包含B細胞急性淋巴性白血病（B cell acute lymphoblastic leukemia, B-ALL）、B細胞淋巴瘤（B cell non-Hodgkin lymphoma, B-NHL）、多發性骨髓癌（multiple myeloma, MM）等，取得了令人鼓舞的成果，更重要的是CAR-T在多種不同類型的癌症治療中具有改變頹勢的潛力(Jain et al., 2019; Rendo et al., 2022)。

二、艾蜜莉·懷特海德（Emily Whitehead）的故事

艾蜜莉是一位來自美國賓夕法尼亞州的小女孩。當她五歲時被診斷患上急性淋巴性白血病（B-ALL）。然而傳統治療對她並不奏效，病情持續惡化，幸運的是當時有一項名為CD19 CAR-T的臨床試驗藥物成為她的最後一線希望。

治療過程並不輕鬆，艾蜜莉經歷了一段時間的身體不適和嚴重副作用，隨著時間的推移，醫生開始看到她的病情有所好轉，似乎腫瘤細胞被幾乎完全消滅。到目前為止，治療已持續超過10年，艾蜜莉最終戰勝了白血病。艾蜜莉的故事成為了CD19 CAR-T療法成功的典範，不僅是艾蜜莉個人或家庭的勝利，更象徵著CAR-T療法的潛力和癌症病人的希望，為其提供了對抗癌症的力量和勇氣。

三、CAR-T療法的原理

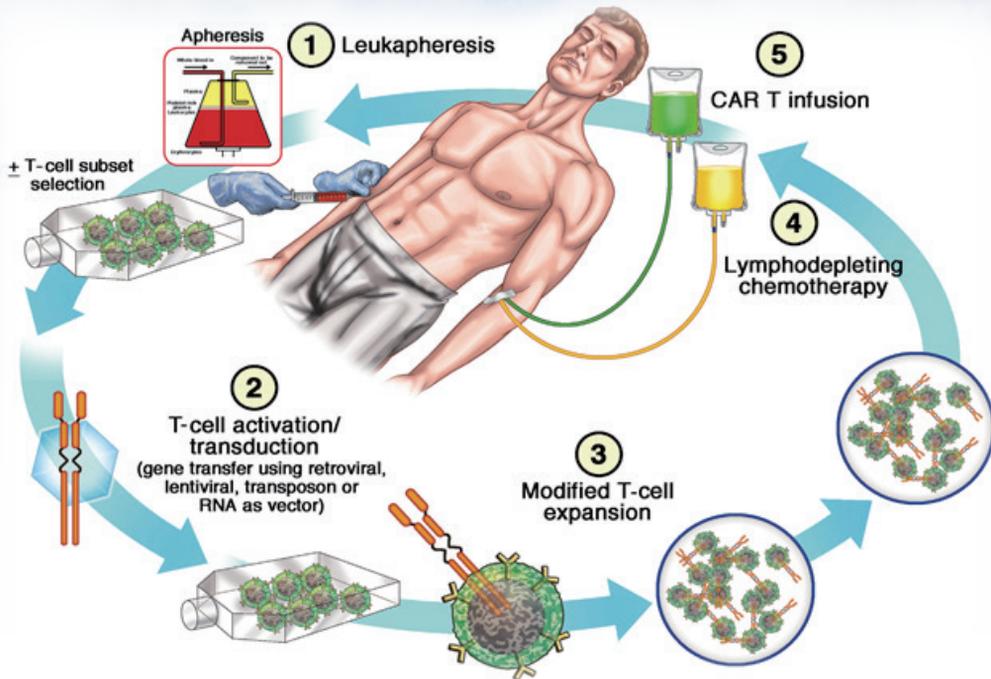
CAR-T療法屬一種創新個體化免疫療法（Personalized immunotherapy），為運用基因工程技术產出的藥物，透過收集病人自身的T細胞，在體外將T細胞活化及擴增，並基因修飾成具有特定的嵌合抗原受體（CAR）的細胞，CAR是一種人工合成結構，結合了抗體的特異性、T細胞受體的活化信號傳遞組件，CAR使得免疫細胞能夠精準辨識並主動攻擊癌細胞上的相關抗原（Tumor associated antigen），由於CAR-T一旦發現癌細胞，會不斷複製增生、並主動展開對癌細胞的攻擊，從而徹底摧毀腫瘤，因此我們也稱CAR-T是「活的藥物」。這種個體化的治療方法具有獨特的優勢，因為它利用病人自身的免疫系統對抗腫瘤，故「不會產生異體排斥」，並具有長期的抗腫瘤效應 (Kansagra, et al., 2019)。

CAR-T細胞製造流程，如圖一，過程主要分為以下幾個步驟 (Bear et al., 2012; Freyer et al., 2020)：

- (一) 步驟1【Leukapheresis分離出單核白血球（PBMC, peripheral blood mononuclear cell）】：分離血液中的白血球，並從病人的血液中提取T細胞，這些細胞是免疫系統的一部分，可以識別和攻擊異常細胞，包含癌細胞。
- (二) 步驟2【T-cell activation T細胞活化/轉導】：體外進行基因工程，導入嵌合一種稱為嵌合抗原受體（CAR）的蛋白質，CAR是一種特殊的蛋白質，可使T細胞能夠識別和鎖定特定的癌細胞。

- (三) 步驟3【Modified T-cell expansion修飾後的T細胞擴增】：改造後的T細胞會在實驗室中大量增殖，如此可以獲得足夠多的CAR-T細胞用於治療。
- (四) 步驟4【Lymphodepleting chemotherapy淋巴排空化學療法】：減少排斥風險。
- (五) 步驟5【CAR infusion】：將CAR-T輸注病人體內，CAR-T細胞就會開始尋找並摧毀癌細胞。

圖一 CAR-T細胞製造流程



圖片來源：Freyer & Porter (2020). CAR T manufacturing from T-cell collection to CAR T infusion.
 取自<https://reurl.cc/RWRgEr>

四、CAR-T療法的臨床應用

經美國食品藥品監督管理局（FDA）批准的CAR-T療法至今已有6種上市產品，CAR-T療法在血液癌症取得顯著的成效，特別是在某些類型的白血病和淋巴瘤中、復發或難治性病人中，展現顯著的療效和改善的結果，如Kymriah（tisagenlecleucel®）用於治療B細胞性淋巴瘤和急性淋巴性白血病；Yescarta（axicabtagene ciloleucel®）：用於治療B細胞性淋巴瘤。除了血液癌症以外，CAR-T療法正在進行的基礎研究和臨床試驗，包含實體腫瘤、自體免疫疾病及感染症等，初步結果有好有壞，醫療界不斷努力，期待真正的成功能早日到來(Wang et al., 2023)。

五、CAR-T潛在副作用

CAR-T療法有極高的比例會引起副作用，副作用的嚴重程度因病人個體差異而異，但這些副作用大多屬於輕度到中度，且是可被妥善處理的。輸注CAR-T治療前有高度腫瘤負荷量，或輸注後CAR T細胞數目過高、治療後細胞激素量過高，例如IL-6發生泛發性血管內血

液凝固症、使用含4-1BB結構之CAR T細胞的病人，細胞激素釋放症候群的發生率及嚴重度也會增加，以下分述CAR-T細胞療法潛在的不良反應，在執行CAR-T細胞療法之前，護理師應該充分瞭解可能的副作用和風險，並與其他治療團隊成員密切合作，以提高治療的安全性 (Freyer et al., 2020; Lee et al., 2019; Neelapu et al., 2019)：

- (一) 細胞激素釋放症候群 (Cytokine Release Syndrome, CRS)：是CAR-T細胞療法最常見的副作用之一，當CAR-T細胞攻擊癌細胞時，會釋放出大量的細胞激素，例如GM-CSF，並且進一步導致病人自身的免疫系統產生過度反應，釋放出過量的IL-6等。這可能引起高燒、寒顫、低血氧、低血壓、肺水腫等症狀。一般而言治療後2-3天內就可能出現相關症狀，高峰期典型約7天左右。CRS有獨特的解毒劑，例如tocilizumab（一種IL-6拮抗劑，需自費）與類固醇。
- (二) 神經學毒性 (Immune effector cell-associated neurotoxicity syndrome, ICANS)：部份病人可能會出現與神經系統相關的副作用，稱為神經毒性，表現包含認知功能改變、混亂、譫妄、癲癇、講話困難、行動不便及幻覺等症狀。一般而言治療後7天內就可能出現相關症狀，高峰期典型約7-14天左右。ICANS亦可以給予解毒劑dexamethasone。同CRS這些解毒劑有助於快速緩解病人症狀，大多數病人在給予解毒劑後，數小時內便可觀察到病人開始進步，必要時可以重複給藥數次，積極維護病人安全。
- (三) 血液問題：CAR-T細胞療法可能導致血小板低下、貧血、白血球低下等血液問題，這可能增加感染的風險，引起出血或引起疲勞和虛弱等症狀，這些表現並不完全是化療的影響，而是CAR-T的副作用之一。
- (四) 感染：CAR-T細胞療法會對免疫系統產生影響，例如CD19 CAR-T不僅僅消滅癌細胞，也會使正常的B細胞低下，同時病人也常常伴隨CD4 T細胞低下的表現，以上原因可能使病人容易受到感染，臨床表現會有點類似異體移植後的感染，包含細菌、病毒、黴菌或卡氏肺囊蟲等。護理師相關評估將可偕同團隊鑑別診斷感染症，甚至給予廣效抗生素治療。
- (五) 過敏反應：一些病人對CAR-T細胞療法可能會出現過敏反應，例如皮疹、過敏性休克等，這可能是由於對CAR-T細胞中的成分或載體物質的過敏，此為罕見的副作用。
- (六) 長期影響：對於一些病人來說，CAR-T細胞療法可能會引起長期的影響，如免疫功能的改變、長期的慢性疲勞等，也包含潛在的次發性癌症的風險。

六、CAR-T療法中的護理角色功能

護理師在CAR-T療法中扮演著重要角色，密切的護病關係建立將有助於病人的評估與治療，包含疾病特徵、先前的治療、病人體力、整體健康狀況、家庭經濟狀況等，確保病人適合進行CAR-T療法。藉由護理指導，協助病人及其家屬充分瞭解治療目的、治療過程、潛在的副作用和長期影響的追蹤等，過程中持續的溝通和心理支持對於緩解病人的任何疑慮或焦慮至關重要 (Freyer et al., 2020; Kansagra et al., 2019)。

- (一) 持續監測：全面監測CAR-T治療病人的生理狀態和治療反應，包含密切觀察生命徵象、症狀和實驗室數據，以及提供持續的醫療照護。
- (二) 副作用護理：須具備專業知識和技能，能夠迅速識別和處理CAR-T治療可能引起的各種副作用和併發症，包含發燒、發紅、低血壓或呼吸困難等。
- (三) 教育和支持：持續向病人和照顧者提供全面的CAR-T治療相關教育，包含治療過程、預

期的反應、可能的併發症和處理方法等，並提供情感支持和心理輔導，幫助他們應對治療期間的壓力和挑戰。

- (四) 治療安全管理：監測病人的身體反應、確保適當的醫療設施和設備，以及遵循治療方案和操作流程，以最大程度地減少風險。
- (五) 紀錄和溝通：護理師負責準確記錄和提出CAR-T治療的相關訊息，如病人治療效果和不良反應等，並及時與其他醫療團隊成員進行有效的溝通和協作。
- (六) 其他特殊護理：為降低腫瘤負荷量並增進CAR-T細胞增殖與持久性，病人將先執行淋巴球清除化療（lymphodepleting conditioning），首選治療藥品為fludarabine加cyclophosphamide，一般於CAR-T輸注前2-14天給予。護理師需正確操作CAR-T回輸技巧及注意事項，如「不建議預防性使用類固醇」，因會抑制淋巴球生長、應使用「不含白血球過濾器」之輸液導管，並於前30-60分鐘給予相關藥品如diphenhydramine & acetaminophen（靜脈注射10-20 mL/min快速輸注）。CAR-T解凍後於室溫一小時內輸注完畢，過程中須密切監測生命徵象，且事先確認急救設備與緊急藥品可在30分鐘內取得。治療期間應持續性評估意識，12歲以上成人可運用ICE（Impact, Confidence, Ease）score評估發現神經毒性之意識變化，並進行嚴重度分級（10分：正常；Grade 1：7-9分；Grade 2：3-6分；Grade 3：0-2分；Grade 4：無法執行）；12歲以下可用CAPD評估（Grade 1~2：1-8分；Grade 3：>8；Grade 4：can't be evaluated）。若監測異常數據或發現相關併發症，盡早給予相對應的治療。

七、跨領域團隊合作

CAR-T療法需要血液腫瘤科醫師、護理師、藥師、和其他醫療專業人員（例如：感染科、神經科、重症加護、急診科）之間的緊密合作，透過跨領域的團隊合作，能充分利用各種專業知識和技能，以提高CAR-T治療的成功率和病人的生存率，其中包含有效的溝通和協調對於確保無縫的醫療照護、準確的文件記錄、維護病人安全都息息相關。護理師必須積極參與跨科團隊會議，對治療計劃的決策作出貢獻，並透過案例討論分析，學習成長更有效的提升照護品質（Freyer et al., 2020; Kansagra et al., 2019）。

八、倫理議題

由於CAR-T療法需要進行個體化的製造過程，其生產工廠幾乎都在國外並且生產與品管過程極其複雜且費用昂貴，因此其可近性受到限制，此外台灣僅有極少數醫學中心能夠提供CAR-T治療，這大大限制了病人的選擇，尤其是對於偏遠或沒有相應設施的地區，也可能發生病人沒有辦法在早期轉診到適當的治療機構諮詢，而錯失治療良機。國內健保目前已經在討論納入CAR-T治療，護理師也應該了解相關的規範及限制。

CAR-T療法引起了病人選擇、療法可近性、財務影響有關的倫理考慮事項。主要的幾個理由包含：（1）CAR-T藥品價格高昂，高達千萬台幣以上，是否會淪為富人的特屬治療；（2）生產的自體CAR-T產能有限，應該把機會保留給誰；（3）病人與家屬對CAR-T是否有過度期望，以為CAR-T療法是萬能，因此願意傾家蕩產爭取治療機會。故護理師與醫療團隊可以透過醫療決策共享（Shared decision making）過程，協助確認病人與家屬對CAR-T療法有充分的了解，包含治療利弊處、風險、潛在結果及個人偏好與價值觀等。

九、目前病人取得CAR-T的途徑

台灣病人能取得CAR-T的管道有以下幾種：

- (一) 健保治療：依給付規範條件，經事前審查通過之病人，有機會獲得819萬左右之給付（如Kymriah已於2023/11/1取得健保給付）。
- (二) 自費治療：有少數醫學中心提供已核准上市的CD19 CAR-T療法，病人自費即可使用，但費用高達千萬台幣以上。
- (三) 臨床試驗：有少數醫學中心提供CAR-T臨床試驗療法（藥物尚未被台灣食藥署批准上市），病人不須自費，但是對試驗對象有嚴格的挑選標準，並非每個病人都能符合這些標準。
- (四) 恩慈治療：有部份藥廠或生技公司，提供醫師為特定病人申請CAR-T恩慈治療，需要同時取得醫院倫理委員會、醫事司、藥廠或生技公司的核准才行。大多數常規情況下，病人不用自費，而是由藥廠或生技公司會吸收費用。
- (五) 出國治療：可以考慮到國外醫療中心評估並接受CAR-T治療。

十、未來方向和挑戰

CAR-T療法在血液癌症已經向前邁進一大步，拯救相當比例的病人免於癌症的威脅。但是CAR-T仍需持續精進，研發人員正在探索各種策略，以增強CAR-T細胞的持久性、克服腫瘤微環境的障礙，並減少潛在的副作用。亦不斷努力擴展CAR-T的應用，開發出更加精準和靶向的療法，期望在實體腫瘤中能早日突破瓶頸，提高其有效性。

十一、結論

嵌合抗原受體T細胞（CAR-T）療法正在改變癌症治療，為病人帶來新的希望，各醫學中心正積極發展實施CAR-T療法，護理師於醫療團隊中扮演關鍵性角色，協助病人應對治療的各方面疑義，乃至治療環境及相關照護人力的行政規劃，透過參與專業培訓和學術會議，促進專業發展和團隊合作，展現護理教學、研究能力，共同提升團隊整體照護品質成效，以確保病人獲得最佳的治療結果。

十二、參考文獻

- Bear, A. S., Morgan, R. A., Cornetta, K., June, C. H., Binder-Scholl, G., Dudley, M. E., & Dotti, G. (2012). Replication-competent retroviruses in gene-modified T cells used in clinical trials: Is it time to revise the testing requirements? *Molecular Therapy*, 20(2), 246-249. <https://doi:10.1038/mt.2011.288>
- Freyer, C.W., & Porter, D. L. (2020). Cytokine release syndrome and neurotoxicity following CAR T-cell therapy for hematologic malignancies. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 146(4), 940-948. <https://doi:10.1016/j.jaci.2020.07.025>
- Jain, T., Bar, M., Kansagra, A. J., Chong, E. A., Hashmi, S. K., Neelapu, S. S., & Lin, Y. (2019). Use of chimeric antigen receptor T Cell therapy in clinical practice for relapsed/refractory aggressive B Cell Non-Hodgkin Lymphoma: An expert panel opinion from the American Society for Transplantation and Cellular Therapy. *Biology Blood Marrow Transplant*. <https://doi:10.1016/j.bbmt.2019.08.015>

- Kansagra, A. J., Frey, N. V., Bar, M., Laetsch, T. W., Carpenter, P. A., Savani, B. N., & Hashmi, S. K. (2019). Clinical utilization of chimeric antigen receptor T-cells (CAR-T) in B-cell acute lymphoblastic leukemia (ALL): An expert opinion from the European Society for Blood and Marrow Transplantation (EBMT) and the American Society for Blood and Marrow Transplantation (ASBMT). *Bone Marrow Transplant*. <https://doi:10.1038/s41409-019-0451-2>
- Lee, D. W., Santomasso, B. D., Locke, F. L., Ghobadi, A., Turtle, C. J., Brudno, J. N., & Neelapu, S. S. (2019). ASTCT consensus grading for cytokine release syndrome and neurologic toxicity associated with Immune effector cells. *Biology Blood Marrow Transplant*, *25*(4), 625-638. <https://doi:10.1016/j.bbmt.2018.12.758>
- Neelapu, S. S. (2019). Managing the toxicities of CAR T-cell therapy. *Hematological Oncology*, *37 Suppl 1*, 48-52. <https://doi:10.1002/hon.2595>
- Rendo, M. J., Joseph, J. J., Phan, L. M., & DeStefano, C. B. (2022). CAR T-Cell therapy for patients with multiple myeloma: Current evidence and challenges. *Blood Lymphat Cancer*, *12*, 119-136. <https://doi:10.2147/BLCCT.S327016>
- Wang, V., Gauthier, M., Decot, V., Reppel, L., & Bensoussan, D. (2023). Systematic review on CAR-T cell clinical trials up to 2022: Academic center input. *Cancers*, *15*(4). <https://doi:10.3390/cancers15041003>



及格成績100分(不限考試次數)，登錄「專業課程」積分2點，請於考完試次月底後上衛生福利部醫事系統入口網查詢。

通訊考題 (是非題，共10題)：

- 1 CAR-T是活的藥物，個體化的治療方法具有獨特的優勢，利用「異體排斥」對抗腫瘤，具有長期的抗腫瘤效應。
- 2 部份患者可能會於治療後7天左右出現神經毒性，造成認知功能改變、混亂、譫妄、癲癇、講話困難、行動不便、幻覺等症狀，高峰期約7-14天左右。
- 3 細胞激素釋放症候群 (Cytokine Release Syndrome, CRS) 是CAR-T細胞療法最常見的副作用之一，治療後可能立即出現症狀，高峰期約2天內。
- 4 CAR-T細胞療法會對免疫系統產生影響，例如，CD19 CAR-T不僅僅消滅癌細胞，也會使正常的B細胞低下，病人常伴隨CD4 T細胞低下的表現，易受到感染。
- 5 CAR-T細胞療法可能會引起長期的影響，如免疫功能的改變、長期的慢性疲勞等，也包含潛在的次發性癌症的風險。
- 6 CAR-T回輸前 30-60分鐘，除了建議常規給予diphenhydramine、acetaminophen之外，也建議使用「類固醇」預防過敏反應。
- 7 跟輸血很像，建議使用「含過濾器」的一般輸血套管，靜脈注射10-20 mL/min快速輸注，解凍後於室溫一小時內輸注完畢即可。
- 8 CAR-T輸注治療後，可運用ICE score評估發現神經毒性之意識變化，並進行嚴重度分級(10分：正常、7-9分：Gr 1、5-6分：Gr 2、3-4分：Gr 3、0-2分：Gr 4)
- 9 CRS的解毒劑是 tocilizumab及 steroid，ICANS解毒劑為dexamethasone。
- 10 目前病人取得CAR-T的途徑包括自費使用、臨床試驗、恩慈治療或出國治療。

生活語言形成性別刻板

某政黨候選人在競選過程當中說了一句話”黨國能夠交給未婚的小姐嗎？”一句話突然成為全民公敵。這句話您聽了有什麼樣的感受?或者是我們常常在生活日常當中可能會有這樣的話”呦~你到底算不算個男人吶!!”你對於這樣的話又有什麼樣的感受?這樣的說法仔細想想,好像其實不是真的是罵人,關於性別平等的重要關鍵在於生活日常的覺知。如果說出”黨國怎麼能夠交給一個未婚的女生”或是”你到底算不算個男人”,這都是奠基我們心中有一個標準,女人應該的角色或是男人應該是個什麼樣子”,換言之,在這樣的思考脈絡下,自然形成對性別刻板的框架或限制。進而產生性別角色界定的生活自由度。以嬰兒室沒有生殖器或是手腳圈的辨識下,絕大多數的人是無法確定嬰兒的性別。所以法國女權運動先驅西蒙·波娃在《女性主義理論與流變》:《第二性》-女人不是生成,而是形成(One is not born, but rather becomes, a woman.) (de Beauvoir, 1947: 301)。這是當前規範醫事人員續證性別教育時數的重要意義,期待透過教育歷程,覺察日常生活經驗,改變性別刻板印象,進而解放全人類自由。

台灣性別平等表現現況

根據聯合國開發計畫署(United Nations Development Program, UNDP)以生殖健康、賦權及勞動市場3個領域之5項指標衡量各國性別平等情形,本指數介於0至1之間,愈趨近於0表示性別愈平等。2021年GII全球排名以丹麥0.013居第1(值愈接近0代表性別愈平等),挪威0.016次之,瑞士0.018居第3名,台灣GII值為0.036,較前次進步(2019年為0.045),在171個國家中位居第7名(較前次退後1名),單依舊蟬聯亞洲第1名;與其他OECD發展程度較高國家相較,台灣表現優於冰島(0.043)及德國(0.073)(行政院性別平等處,2024)。勞動部依據行政院主計總處「受僱員工薪資調查」,以前一年兩性平均時薪差距,計算當年1月1日起女性需增加之工作日數並按年發布台灣「同酬日」。2024年2月24號更新資料指出依主計總處112年薪資調查統計初步結果,台灣兩性薪資差距為14.7%,女性平均時薪新臺幣318元,為男性373元之85.3%;換言之,女性需較男性多工作54天(365日曆天 \times 14.7%約54天),才能達到與男性相同的全年薪資,因此自2024年1月1日起算54天之2月23日為「同酬日」。

體悟從性別出發的資源分配不公就是性別歧視

建構性別平等意識從生活開始覺察開始,追求性別平等是生活日常經驗翻轉。性別歧視不只是隨口說出:「這個女生會不會開車呀」這樣的話,資源分配差異就是一種嚴重的性別歧視。2014年,巴基斯坦年僅17歲的馬拉·尤沙夫賽(Malala Yousafzai)獲得諾貝爾和平獎,也是歷年來所有諾貝爾獎項中最年輕的獲獎者。2008年當時年僅11歲的她透過英國BBC的管道抗議在塔利班武裝分子接管後,禁止電視、音樂、女生上學以及女人逛街的命令,即使面對諸多死亡威脅也讓全世界知道女孩子也要有上學的權利。不幸的是2012年10月9日放學途中,當時15歲的馬拉在校車上遭巴基斯坦塔利班運動蒙面武裝分子槍擊,其中一顆子彈穿過頭部、頸部,最終留在肩膀里。馬拉為了女性受教權利,發出連子彈都無法摧毀的堅定

力量，在聯合國演講時大聲疾呼：「一個孩子、一個老師、一本書和一支筆，就可以改變這個世界。」(親子天下，2014)。這個例子更能凸顯依性別不同的資源分配規範就是最嚴重的性別歧視。

性別照護奠基於覺察需求差異

性別平等關鍵就是在尊重你我的不同；進而滿足個別的需求差異。如果將性別議題狹隘到同志議題或是翻轉女性壓榨，是一種過度簡化的性別盲展現。性別就是生活日常的回應，與你我的每天各式的互動息息相關。以血壓升高或是所謂的高血壓為例。高血壓有一定的診斷標準；而血壓升高與生活經驗、睡眠、壓力及環境相關。女性可能容易出現血壓升高而沒有高血壓診斷，或是高血壓的婦女成因可能與生活中吃最後一口剩菜，以及誤把家務勞動等同運動的社會因素相關。身為醫事人員對疾病成因中的性別角色或是社會角色期待具有敏感性，是提供具性別意識照護的重要關鍵。

醫療性別盲會影響疾病診斷及提供相關照護介入建議的侷限，血壓升高不等於高血壓，而高血壓的成因也不侷限於生理因素。再舉臨床常見的一個無差別對待的性別盲的例子；消炎止痛藥，最常見的就是一次一顆，1天3次的成人劑量。然而，依照成年男女平均體型上的差異；身高175公分體重70公斤左右的男性及158公分體重50公斤的女性而言，常態性相同劑量及使用頻率的止痛用藥情況，是否存在藥效半衰期及作用持續時間的性別差異值得關注。關於更深入醫療照護性別盲的影響，建議閱讀英國心臟專科醫師Sanjay Gupta有關心血管疾病的性別缺口影片，<https://www.youtube.com/watch?v=kxabR2FLX6g>。

台灣內政部公布「111年簡易生命表」顯示，台灣人的平均壽命（又稱零歲平均餘命）為79.84歲，其中男性76.63歲、女性83.28歲，這意味著已婚女性平均守寡6.65年。以性別照護四大核心，亦即醫事人員必須覺察疾病好發率、危險因子、用藥時的生殖考量、以及罹病後的社會角色意義的性別差異，方能展現具性別平等意識的專業照護(Migliore, Nicoli, & Stoccoro, 2021)。因此，當前長期照護相關政策及照護內涵是否真實反映出受照護者女性多數的調整值得省思。再進一步就國人平均餘命之縣市別檢視發現，臺北市平均餘命83.75歲，而同時臺東是76.46歲，亦即誕生在台東的新生兒出生之際便較誕生及居住在臺北的新生兒短命7.29年。臺東居民的綜合所得稅率與臺北居民相同，但是相對社會福利及醫療資源卻大不相同。當臺北市有9家公私立醫學中心(包含新北市則為公私立共計13家)之際，臺東卻沒有任何一家醫學中心(衛福部，2024)。這樣的醫療資源分配不公絕對值得社會各界大量的關注及努力。

回應及滿足需求差異才能展現醫療場域性別平等

性別平等議題無處不在，從政治、社會和醫療領域都各有其重要性。包括，政治言論中的性別歧視、日常生活中的性別刻板印象如何影響人們的思維模式和行為，並通過法國女權運動先驅西蒙·波娃的話語，凸顯性別角色是後天環境影響的觀點，以及即使台灣在聯合國開發計畫署的性別平等指數上蟬聯亞洲第一的優異表現，事實數據是男女薪資差異高達54天的同酬日差距。綜上所述，性別平等是一個需要長期關注和努力的議題，不再僅侷限男女不公，還包括多元性別的生活自由與憲法權益衍伸下的國民福祉共享。醫事人員的性別平等教育，首先從日常生活用語中覺察依循生物性別的刻板用語；如：看到男嬰的小壯丁及漂亮女嬰…等開始修正；醫療場域的性別平等更要關注及爭取影響個人獲得醫療照顧資源分配的可

及性及完整度。花東偏鄉不該是「好山、好水、好短命」；長照福利政策或照護模式也不該漠視不同性別長者的需求差異。本文章的重點在於強調性別平等在各個層面的重要性，從政治、社會到醫療，唯有通過持續的教育、意識提升和制度改革，我們才能實現真正的性別平等，讓每個人都能夠享有尊重和公平的生活。

參考資料

- 內政部(2024, 4月16日)·*歷年簡易生命表*·<https://www.moi.gov.tw/cl.aspx?n=3107>
- 行政院性別平等會(2024, 4月16日)·*2024性別圖像*·<https://gec.ey.gov.tw/Page/8996A23EDB9871BE>
- 衛生福利部(2024)·*112年醫學中心評鑑結果, 同步啟動醫學中心評鑑改革*·<https://www.mohw.gov.tw/cp-16-77604-1.html>
- 親子天下(2014)·諾貝爾和平獎得主馬拉拉—為教育而奮鬥的女孩·<https://www.parenting.com.tw/article/5061799>
- de Beauvoir, S. (1953). *The Second Sex*. Jonathan Cape. [Original work published 1949].
- Migliore, L., Nicoli, V., & Stoccoro, A. (2021). Gender-specific differences in disease susceptibility: The role of epigenetics. *Biomedicines*, 9(6), 652. <https://doi.org/10.3390/biomedicines9060652>



及格成績100分(不限考試次數)，登錄「性別課程」積分2點，請於考完試次月底後上衛生福利部醫事系統入口網查詢。

通訊考題 (是非及選擇題，共10題)：

1. 根據聯合國開發計畫署的性別平等指標，分數愈高表示性別平等發展愈好。
2. 台灣性別平等發展屬於亞洲資優生，男女薪資同工不同酬現象已趨近消失。
3. 性別平等是從男女性別刻板而限制工作選擇下的生活侷限。
4. 醫療資源分配不公也是一種性別歧視。
5. 覺察及回應血壓升高不等於高血壓是展現性別照護的關鍵。
6. 西蒙·波娃提出“女人不是生成，而是形成”的關鍵呼籲，不包括：(A)性別認同是社會學習；(B)同性戀是受到同儕學習影響；(C)生活日常用語，形成社會性別刻板印象；(D)給女人機會，女人可以改變這個世界。
7. 根據文章，「性別平等的重要關鍵在於，生活日常的覺知」是指：(A)每個人對於性別角色的形成及意識；(B)政府對於性別平等政策的執行；(C)教育制度對於性別平等教育的推動；(D)社會文化對於性別角色的刻板印象。
8. 文章中提到的「同酬日」是指：(A)同一職場的男女薪資差距；(B)同一地區男女在不同行業的薪資水平；(C)依男女平均時薪，計算女性要達到相同年薪收入需要多工作的天數；(D)職場中男女擔任相同職務的薪資差距。
9. 根據文章，下列哪項敘述不正確？(A)馬拉拉·尤沙夫賽因其對女性教育權利的奮鬥而獲得諾貝爾和平獎；(B)2021年台灣的性別平等表現持續蟬聯亞洲第一；(C)2023年台灣男女薪資差距為14.7%；(D)台灣與其他OECD國家相比，在性別平等方面持續進步。
10. 文章中提到的「醫療性別盲」是指：(A)女性健康不被重視；(B)長期照護福利政策無性別需求差異覺察；(C)對於性別議題缺乏了解或關注；(D)性別角色在醫療領域中的偏見和歧視。

王曉純 新光醫院5A病房護理長

根據2019年健康無害組織(HCWH)研究報告顯示，台灣醫療院所溫室氣體排放量占全國總量的4.6%，由於醫療業為高耗能，淨零碳排改善空間大，也凸顯醫療產業需要投入氣候行動的重要性。聯合國全球契約(UNGC)在2004年發佈「Who Cares Wins」，強調企業應重視ESG，透過規劃相關職責與對應專業，包括：環境保護(Environment)、社會責任(Social)及公司治理(Governance)，進行永續醫院規劃。醫療機構則在ESG的治理方面，在環境保護下需要減少碳足跡、節能減排、水資源管理、垃圾處理等，通過採用綠色能源、推動能源效率改進、減少單次使用塑料等措施來降低對環境的負面影響；社會影響方面，則需提供高質量的醫療服務、促進健康、支持社區發展等，通過提高護理照護品質、關懷護理人員、支持護理專業發展；治理層面亦需要確保醫院有效運作的基石，透明的管理結構、有效的風險管理、合規性和道德標準等。

2015年的聯合國氣候變遷綱要公約第21次締約國會議(COP21)通過「巴黎協定」，目標將本世紀末前的全球暖化控制於相較工業化前上升2°C之內，並致力控制於1.5°C，氣候危機就是健康危機，氣候變遷是本世紀世界所面臨最大的健康威脅，醫療體系對氣候變遷風險的貢獻仍呈現增加趨勢，醫療體系必須朝氣候智慧轉型，制定實現淨零排放路徑與脫碳，期盼2050年前實現淨零排放目標。

機構於實現淨零排放前，首要應盤查排放量及排放來源，依據2018年國際標準組織公布組織層級溫室氣體新版標準ISO14064-1，盤查範疇可依溫室氣體排放來源劃分為六類，類別一為直接溫室氣體排放與移除，源於製程或設施的直接排放；類別二為輸入能源，輸入電力間接排放量、輸入能源的間接排放量；類別三~六為運輸間接、組織使用產品、使用組織產品與其他間接等，溫室氣體的排放共有七大類，分別為二氧化碳(CO₂)、甲烷(CH₄)、氧化亞氮(N₂O)、氫氟碳化物(HFCs)、全氟碳化物(PFCs)、六氟化硫(SF₆)與三氟化氮(NF₃)等，其中二氧化碳(CO₂)為最大宗之排放氣體，過量的二氧化碳排放會導致地球溫度上升，引發極端天氣事件，是造成全球暖化的重要因子之一。

為持續促進台灣社會永續發展，2023年3月新光醫院與台灣企業永續能源研究基金會(TAISE)正式簽署「醫院永續發展倡議書」，共同致力實踐ESG、推動淨零排放與聯合國永續發展目標，為首家簽署的醫院，並於2024年2月開辦「醫院氣候永續管理師證照培訓專班」，是台灣首家推動該證照之醫院，學員囊括醫療、護理、醫技與行政共32位學員，於4月份全數學員完成課程及認證通過，即將著手進行組織邊界的設定、碳盤查與碳揭露及設定減碳目標，並透過ISO 50001能源管理系統積極實踐淨零排放和永續發展目標，且持續將高耗能的Mainframe 主機替換為耗能效率較佳的X86伺服器，降低資訊系統運作所需的能源，同時透過數位化的流程和系統，推動電子化病歷與簽署電子同意書等，共減少了7.4公噸的溫室氣體排放，本院持續在運營和管理中應對氣候的變遷與挑戰同時推動環境友善策略，包括節能減碳、資源循環再利用、規劃綠色建築及減少廢棄物等。在ESG(環境、社會、治理)實踐方面的卓越成果，也榮獲第二十四屆NHQA(國家醫療品質獎)的ESG特別獎，在綠色環保方面有著顯著的進展，數位轉型方面取得了卓越的成就，成為推動CSR(企業社會責任)的典範，未來將持續致力於讓綠色醫院升級為淨零醫院。

侯呂潔 台北榮民總院急診室護理師、國立台北護理健康大學碩士班研究生

寒流來襲、天氣濕冷，氣溫僅有8、9度，冷意直透骨髓，讓人難以忍受，急診室裡行色匆匆、熙熙攘攘的氛圍，在凌晨四點終於稍稍安靜下來。此時，小廣播突然響起「內急OHCA請準備」，聲音在急診室中迴盪，疲累的護理師們互相對視一眼，默契地快速向急救室移動，leader迅速有序地安排著接下來的分工合作：「A打針、B準備插管、C站抽痰位、D負責記錄...」。

「噗吡、噗吡」，伴隨著自動心肺復甦機的聲音，病人抵達，醫護團隊蜂擁而上，成員各司其職，「IV有囉、04:10 Epinephrine一支」、「04:11 check pulse」、「ENDO 好了，7.5號22公分」、「EKG show VT、準備電擊，200焦耳，非同步。」，經過一番搶救，病人幸運地恢復了心律，接著很快的12導程心電圖結果出來了，是心肌梗塞。在穩定生命徵象後，急救團隊立即聯絡上心臟科醫師，並將病人送往心導管室進行進一步的治療。轉送的過程中，面對家屬憂心忡忡且徬徨無助的表情，以簡單的語言和柔聲的安慰為其解釋接下來的程序，看著病人恢復生命跡象以及家屬焦慮又感激地致謝，對於護理這份救人助人的工作感到非常有意義與成就感。

匆匆回到急救室，又迎來一名新的病人，是一位凌晨發現右側肢體無力的患者。在檢傷程序中已啟動中風流程，可靠的急診室夥伴已經完成了打針抽血、評估的工作，患者正前往電腦斷層檢查，而神經內科醫師也在一旁進行更精細的評估，「可能要打r-tPA哦」，馬上就有護理師回應「我去推體重機！」計算劑量與流速、協助醫師施打血栓溶解劑後，隨即安排轉送至加護病房。另一位的心衰竭患者經過初步治療後，戴著正壓呼吸器，應該要被轉往觀察區等待住院病房。但由於觀察區已滿，只能就地留觀。看著大量就地留觀的病人們，我默默地嘆了一口氣，心想「急診室壅塞的情形何時才能改善？」

每天，各種病人湧入急診室，由於床位有限，場面變得擁擠，病人滯留、抱怨，醫護身心疲倦，但憑藉著成就感和責任心，彼此相互鼓勵，每天在忙碌的照護工作中燃燒自己的熱情。然而，支持與鼓勵以及使命感並不能重燃學弟妹們燃燒殆盡的熱情與挽回他們離職的決心，「學姊～今天是我的最後一天，能不能大家一起拍個照？」。入職數年，早已記不清有多少個離職合照，看著一個又一個優秀的護理人才離開急診職場，心中頗感惋惜。急診室的病人千百萬種，一位優秀的急診護理師養成實屬不易，急救時的團隊默契、各種疾病的照護重點、治療過程中的準確評估、即時的反應，都需要時間培養，但這些培訓與默契都在一張張離職合照後悄然而逝。

急診室是病人的堅實後盾，24小時、全年無休，這盞永不熄滅的燈，在半夜裡為急重症病人點亮了一束光芒，但隨著護理師的離職和醫院的關床，急診室內病人滯留的現象令醫護人員苦不堪言，同時也影響了醫療品質。近期，看見護理專業團體的努力爭取，與政府相關單位研擬各項改善護理職場環境策略與辦法，期待這些政策的落實能盡快營造出優質護理職場環境，迎來急診室的春天，讓所有悄然離開的護理師們都願意回到工作崗位繼續為照顧國人健康而努力，而我這顆小小的螺絲釘也能持續盡責的在急診室裡與滿腔熱血的同伴們，一起提供寒冷冬夜來的急診病人與家屬所需要的應急護理與溫暖關懷。