

景福

醫訊 Jing-Fu Bulletin

2020**03**

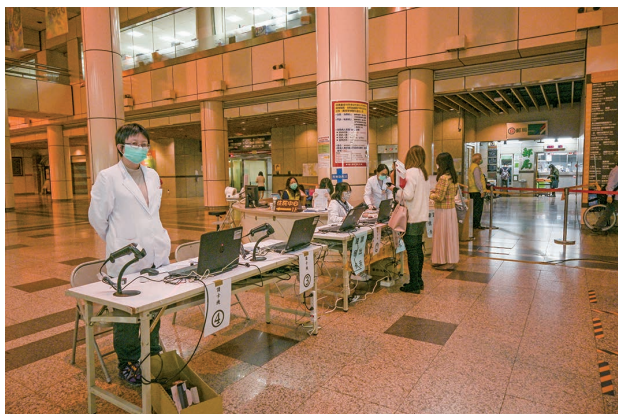


第37卷第3期



嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19）疫情發展 嚴格管制醫院進出

時間：2020年2月20日 地點：臺大醫院東址、西址及兒醫大樓 攝影：臺大醫院教學部



景福醫訊

Jing-Fu Bulletin

第37卷 第3期

2020年3月出版



目 錄

醫學新知

- 2 SGLT-2i及糖尿病治療之典範轉移 廖國盟
10 職能治療與適性駕駛評估 張或

醫療服務

- 16 職能治療在職災勞工職業重建 林怡成
18 長照問題面面觀 沈政男
22 懷舊黑膠樂，復活昔日情 袁葦

校友小品

- 25 醫護生的情書 第一集（下） 戴鐵雄
30 一個小鎮醫師的社區漫遊 沈政璋

景福報導

- 34 台大景福基金會 醫學人文關懷計畫
2019年執行內容

封面故事介紹

- 35 用塵土造人 陳恒德、陳天惠

編後語

中華民國一〇九年三月出版

第三十七卷第三期 總號四一四

董事長兼發行人 / 楊泮池

社 長 / 黃國晉

編 輯 顧問 / 林國煌、楊思標、曾淵如、余秀瑛、郭英雄
朱宗信、林隆光

正 副 總 編 輯 / 方偉宏、徐思淳

編 輯 / 邱政偉、陳倩儀、柯政郁、許秉寧、商志雍
高碧霞、錢宗良、王繼娟、王明暘、范守仁
陳文彬、吳爵宏、鄭祖耀、徐明洗、陳世杰
李正詰、王淑慧、周博敏、柴惠敏、鍾國彪
林昭文

本期執行編輯 / 蔡麗婷

副 執 行 長 / 詹鼎正、張皓翔、蔡詩力

助 理 編 輯 / 王亮月

社 址 / 台北市常德街一號（台大醫院景福館）

電 話 / (02)2312-3456轉67282

傳 真 / (02)2361-5556

印 刷 / 益商彩色印刷有限公司

臺灣郵政北台字第一二六一號

執照登記為雜誌 交寄

ISSN-1028-9585

網 址 / <http://www.jingfu.org.tw>

電 子 信 箱 / jingfu88@ms59.hinet.net

劃 撥 帳 號 / 01410009

戶 名 / 財團法人台大景福基金會

封面圖片：用塵土造人

年 份：1999年

原作尺寸：15×10 cm（陶瓷）

作 者：陳天惠

母校醫科1951年畢業，退休外科醫師

本刊來稿文責由作者自負不代表本刊立場



SGLT-2i及糖尿病治療之典範轉移

文／廖國盟

從2015開始，這幾年時間可以說是糖尿病照顧上最豐收的一段期間了。唯一可比擬的，大概也只有胰島素的發明了。這股風潮主要的帶動者就是Sodium/glucose cotransporter 2 inhibitor (SGLT-2i) 所進行的一系列臨床試驗，起自EMPA-REG¹、CANVAS²、DECLARE³、CREDESCENCE⁴到DAPA-HF⁵。一連串在心腎器官保護的正面結果，帶動了糖尿病治療的典範轉移。今天希望透過此文，稍微回顧近年來在糖尿病治療觀念的轉移及治療指引的轉移，以及SGLT-2i所引發的一些相關爭議。

壹、治療觀念的典範轉移

如果要說這幾年糖尿病治療觀念上最大的爭議，大概就是降糖重要 (gluco-centric) 還是器官保護重要 (cardio-centric) 這個兩難議題。

這個爭議幾乎已經變成兩個次專科的戰爭了。常常在研討會上，新陳代謝科醫師和心臟科醫師各執一詞。甚至衍生SGLT-2i到底是哪科的藥的爭議。以心臟科的立場，他們認為A1c是一個surrogate marker。治療真正的目的，其實還是以器官保護為主。所以降糖並不如以往想的那麼重要，重點在有沒有器官保護的實證。然而新陳代謝科醫師的立場，過去不管是The Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) 研究，或是The

UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) 研究^{6,7}，都已經發現降糖本身就是器官保護。每1% A1c下降，就可以帶來14%大血管併發症及37%小血管併發症的下降。所以降A1c還是王道，先降A1c，自然器官得到保護了。

新陳代謝科醫師的立場，在過去自然是沒有問題的。然而這幾年這個情況開始發生變化。有些藥物如SGLT-2i或類升糖素胜肽-1受體的促效劑 (glucagon-like peptide-1 receptor agonists; GLP-1 RA) 在臨床試驗上獲得巨大成功。以同樣降A1c的水準，SGLT-2i及GLP-1 RA比起其他類的藥物，顯然有更多的器官保護效果。換句話說，降糖效果開始跟器官保護效果脫鉤。既然脫鉤了，那麼麻煩就來了。當降糖與器官保護不一致時，我們該如何選擇？

我們舉一個臨床常見的情境來描述這種衝突。一個病人GFR在45-60 ml/min/1.73m²，原先使用二肽基酶-4抑制劑 (dipeptidyl peptidase-4 inhibitors; DPP-4i)，血糖達標，但是有明顯的蛋白尿。針對這個病人，我們該不該把DPP-4i換成SGLT-2i？如果以血糖控制的立場，我們知道在GFR 45-60 ml/min/1.73m²時，SGLT-2i降糖效果是不好的，這時候換藥，A1c可能會上升，所以不應該替換。但是如果以器官保護的立場，SGLT-2i在腎臟保護的效果明顯優於DPP-4i，所以是該換



的。上述的情境對臨床的醫師來說，就是一個兩難的議題。

從2018年開始，American Diabetes Association (ADA) 治療指引開始把這個爭議放在檯面上，提出太極陰陽圖（圖1），認為降糖和器官保護是太極圖的陰陽兩面，一樣重要，都要同時考慮。至於何時該著重器官保護，何時該著重血糖控制，ADA提出了一個解答：當病人已經發生Atherosclerotic cardiovascular disease (ASCVD)、congestive heart failure (CHF) 或是chronic kidney disease (CKD)，因為再發的風險很高，所以我們應該優先使用有器官保護實證的SGLT-2i及GLP-1 RA。若是病人並無以上三種情況，則回歸個別化的血糖控制。這樣的建議，其實是典範轉移落實在治療指引的一個很好的例子。它也某個程度解決了血糖控制和器官保護孰輕孰重的爭議。

以這個建議來看，上述情境中，因為病人已有蛋白尿，所以器官保護優先，應該將DPP-4i換成SGLT-2i。如果換完之後，血糖上

升，再用其他的藥物降糖。這樣的做法，恐怕大多數的臨床醫師還沒有這樣的概念。這也顯示典範雖然轉移，但是跟臨床實際應用還有段落差。

以上所有的討論，其實都忽略一個重要的事實。這個重要的事實就是降糖和器官保護的關係，其實是非線性的。非線性是甚麼意思呢？簡單來說，就是每降1%的糖化血紅素可以產生多少的器官保護效果，其實不是固定的。我們大家熟知的UKPDS的結論：每1% A1c下降，就可以帶來14%大血管併發症及37%小血管併發症的下降。這其實是指A1c7.9%→7%的結論。但是如果A1c超過8%呢？

UKPDS 35研究結果顯示⁷糖尿病相關的併發症和A1c的關係（圖2）。我們可以發現糖尿病的相關併發症，尤其是小血管併發症，在糖化血紅素6-8%相對斜率比較平緩；但是隨著A1c逐步上升，斜率越來越陡，也就是每一單位A1c的增減，影響併發症的發生的程度越來越大，很好的佐證了非線性的關係。



Preventing Complications



American Diabetes Association.

Copyright ADA 2018

EASD European Association for the Study of Diabetes



圖1

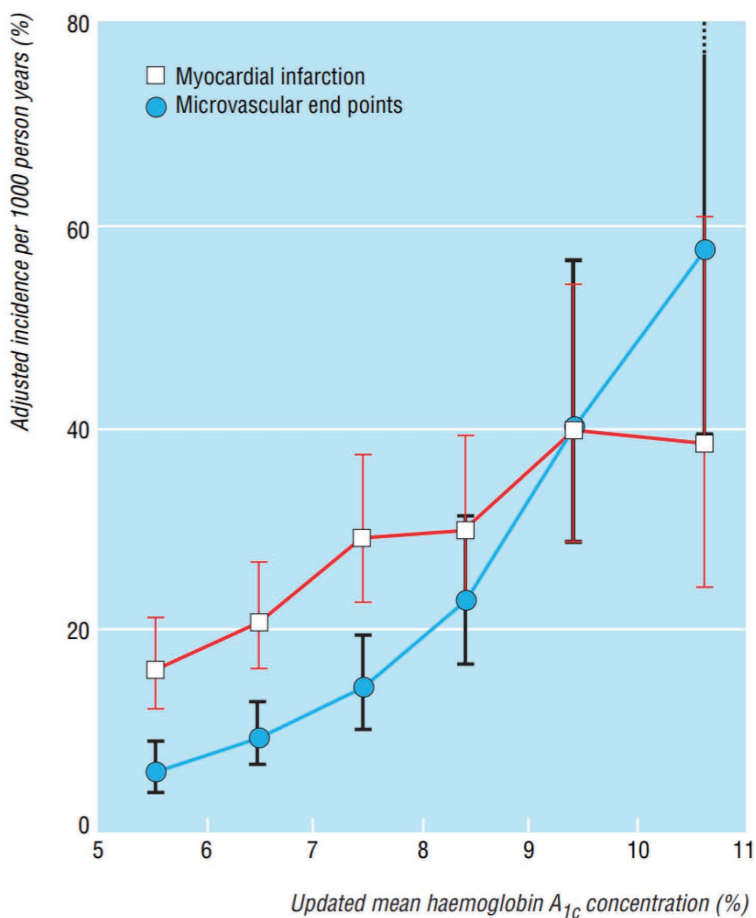


Fig 2 Incidence rates and 95% confidence intervals for myocardial infarction and microvascular complications by category of updated mean haemoglobin A_{1c} concentration, adjusted for age, sex, and ethnic group, expressed for white men aged 50-54 years at diagnosis and with mean duration of diabetes of 10 years

圖2

這個非線性關係，在臨床上意涵甚麼呢？這意味著當血糖越高時，降糖對器官保護的得到的效果最好。但是隨著血糖逐漸平穩，降糖所得到的器官保護的邊際效用已經逐漸下降。

而這個現象，剛好可以為我們的兩難議題提供一個解答。當糖化血紅素越高時，當

然是降糖為優先 (gluco-centric)，因為這時候降糖得到器官保護的效果最好。但是當糖化血紅素逐漸接近正常水準時，更進一步降糖得到的器官保護邊際效應逐漸下降。所以這時候與其斤斤計較A1c的小幅度改變，還不如使用有明確器官保護實證的降糖藥可以得到更大的效益 (cardio-centric)。所以到底是



glucentric還是cardiocentric，其實又回到個別化的考量。醫師整體考量血糖的高低（A1c level）及其心腎共病的有無，所做的最佳判斷。

貳、治療指引的典範轉移

大型臨床試驗的成功發表，除了帶動治療觀念的典範轉移，治療的指引也逐漸修正。我們先看看2017的治療指引。

其實從2012-2017，ADA治療指引大致上都差不多。以藥物治療來看，第一線首選

還是metformin。第二線藥物則是有六類藥物可供選擇。這六類藥物包括sulfonylurea、Thiazolidinedione（TZDs）、DPP-4i、SGLT-2i、GLP-1 RA及basal insulin。這六類藥物各有優缺點，至於如何選擇，則是回歸個別化的考量。意思是：並沒有哪一類的藥物明顯優於其他類的藥物，我們需依照病患的個別狀況，如低血糖風險、體重、共病有無、罹病時間、社經地位、順從度等等因素，為病患做出最佳的判斷，選擇適合病患的藥物。

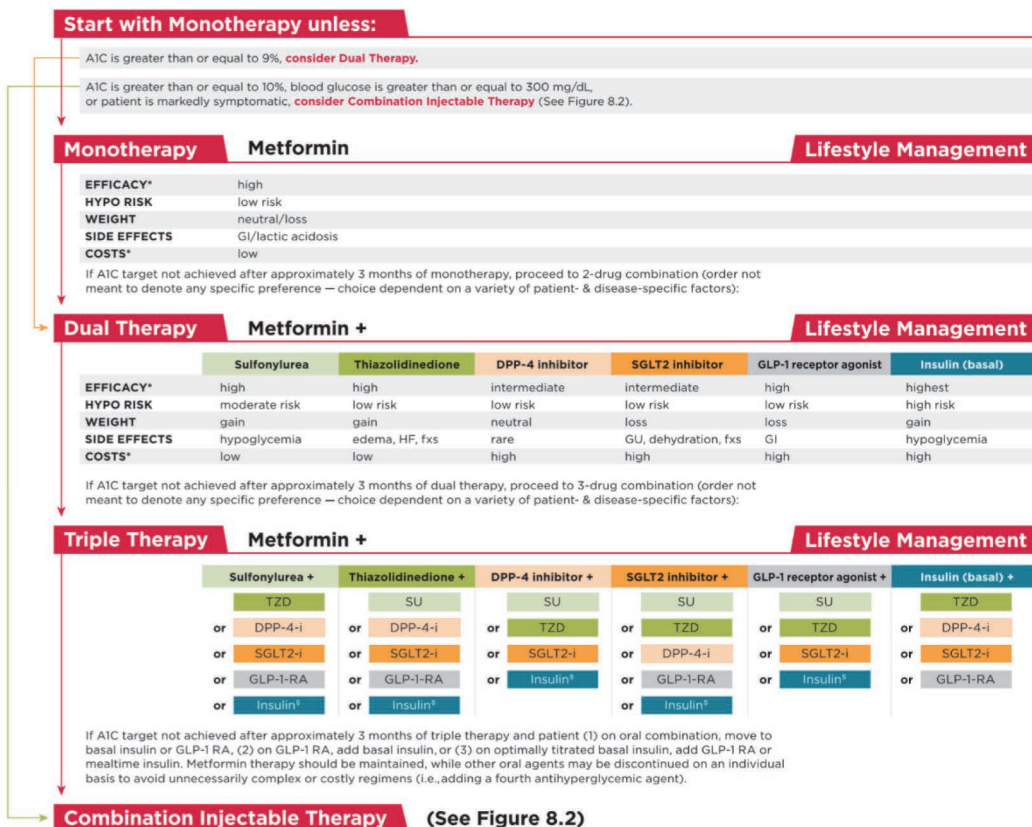


Figure 8.1—Antihyperglycemic therapy in type 2 diabetes: general recommendations. The order in the chart was determined by historical availability and the route of administration, with injectables to the right; it is not meant to denote any specific preference. Potential sequences of antihyperglycemic therapy for patients with type 2 diabetes are displayed, with the usual transition moving vertically from top to bottom (although horizontal movement within therapy stages is also possible, depending on the circumstances). DPP-4-i, DPP-4 inhibitor; fxs, fractures; GI, gastrointestinal; GLP-1 RA, GLP-1 receptor agonist; GU, genitourinary; HF, heart failure; Hypo, hypoglycemia; SGLT2-i, SGLT2 inhibitor; SU, sulfonylurea; TZD, thiazolidinedione. *See ref. 21 for description of efficacy and cost categorization. §Usually a basal insulin (NPH, glargine, detemir, degludec). Adapted with permission from Inzucchi et al. (21).

圖3



然而2018-2019治療指引，悄悄發生改變。(圖4)

我們可以看到2018-2019治療指引最重要的變化在於metformin之後，不再是六類藥物並列了。而是必須先考慮病患無心腎共病。如果有CAD、CHF或是CKD，則必須優先使用有器官保護實證的SGLT-2i或是GLP-1 RA。若是沒有上述心腎共病，則考量低血糖風險、減重需求及成本，給予個別化的治療。

我們知道，如果病人已經有CAD、CHF或是CKD，屬於次級預防，那麼應該優先將

SGLT-2i納入治療。這個建議是有堅實的實證基礎的。ASCVD有EMPA-REG研究，CKD有CREDENCE研究，CHF有DAPA-HF研究予以佐證。但是問題來了，若病人沒有上述三種情況，只是單純糖尿病高風險族群(如年紀大、高血壓、高血脂)，那該不該優先使用SGLT-2i?換句話說，SGLT-2i有沒有高風險族群初級預防的效果?

針對這個問題，Lancet曾發表針對3個SGLT-2i的cardiovascular outcome Trial (CVOTs)所做的統合分析⁸。結論大家都耳熟能詳：SGLT-2i對於Major Adverse Cardiac

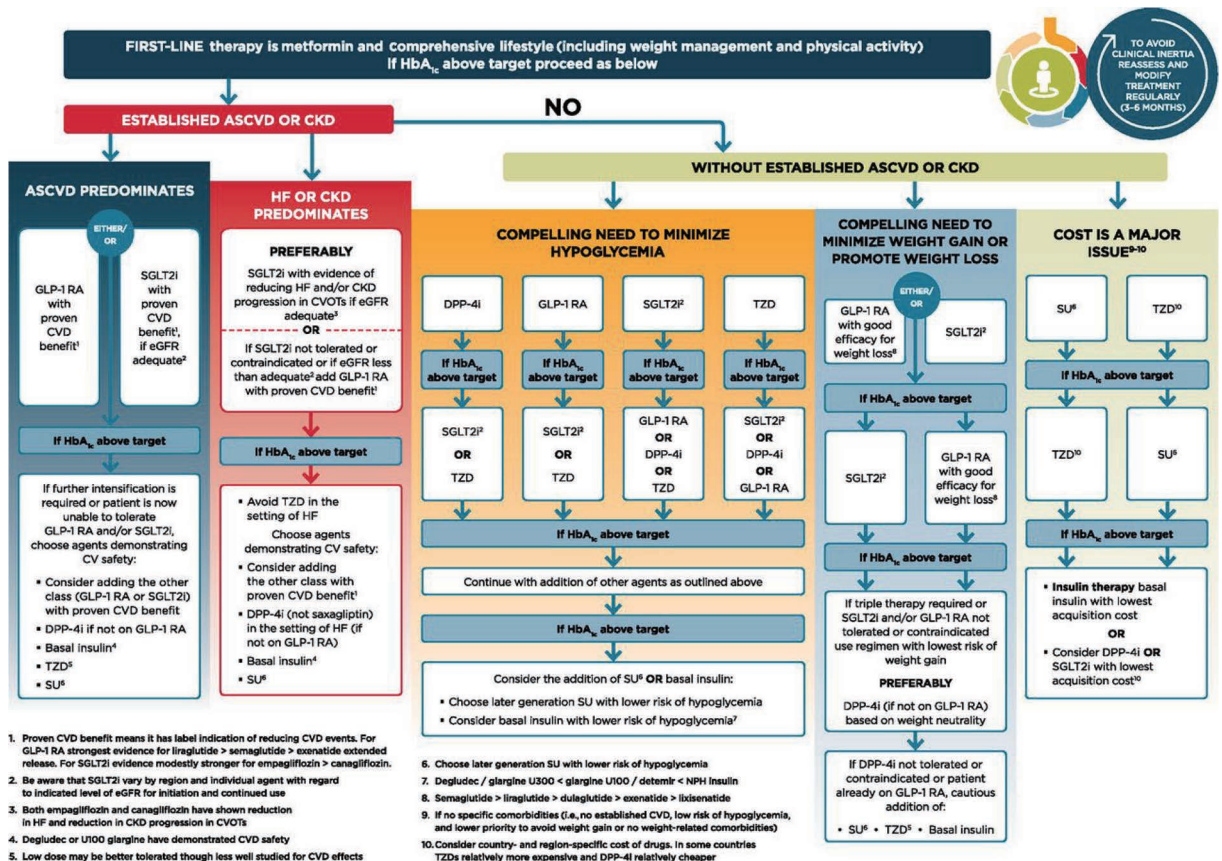


圖4



Event (MACE) 只有次級預防的效果，但是對於CKD、CHF，卻有初級預防的效果。高風險病人，不一定要有CKD、CHF，但是使用SGLT-2i也可以減少CKD、CHF的風險達30-50%。根據這個研究，Lancet甚至建議SGLT-2i應該當作大多數糖尿病患的第二線優先選擇。

這樣問題就來了，既然有如此明確的證據，那為甚麼2018-2019 ADA治療指引還未建議高風險族群優先使用SGLT-2i？所以因應這樣的爭議，ADA 2020治療指引又再次做出變動（圖5）。

2020 ADA治療指引有一個重大的變動，終於將某些高風險族群納入優先使用SGLT-

2i的建議。但是我們如果細看，它所謂的高風險族群有點類似亞臨床疾病的概念。比如冠狀動脈、頸動脈狹窄、周邊動脈阻塞50%以上，雖還未到傳統的ASCVD的定義，是已經有動脈硬化的問題。這跟DECLARE、CANVAS的高風險族群定義是不一樣的。DECLARE、CANVAS的高風險族群定義，主要還是依據年紀、高血壓、高血脂等臨床指標。而且临床上，大家也不會沒事去幫病人做那些亞臨床疾病的影像的檢查。所以這樣的鬆綁，不僅沒有解決問題，反而在醫界引起更大的爭議。

我的想法是，從實證的研究上高風險族群使用SGLT-2i可以預防CKD及CHF，證據

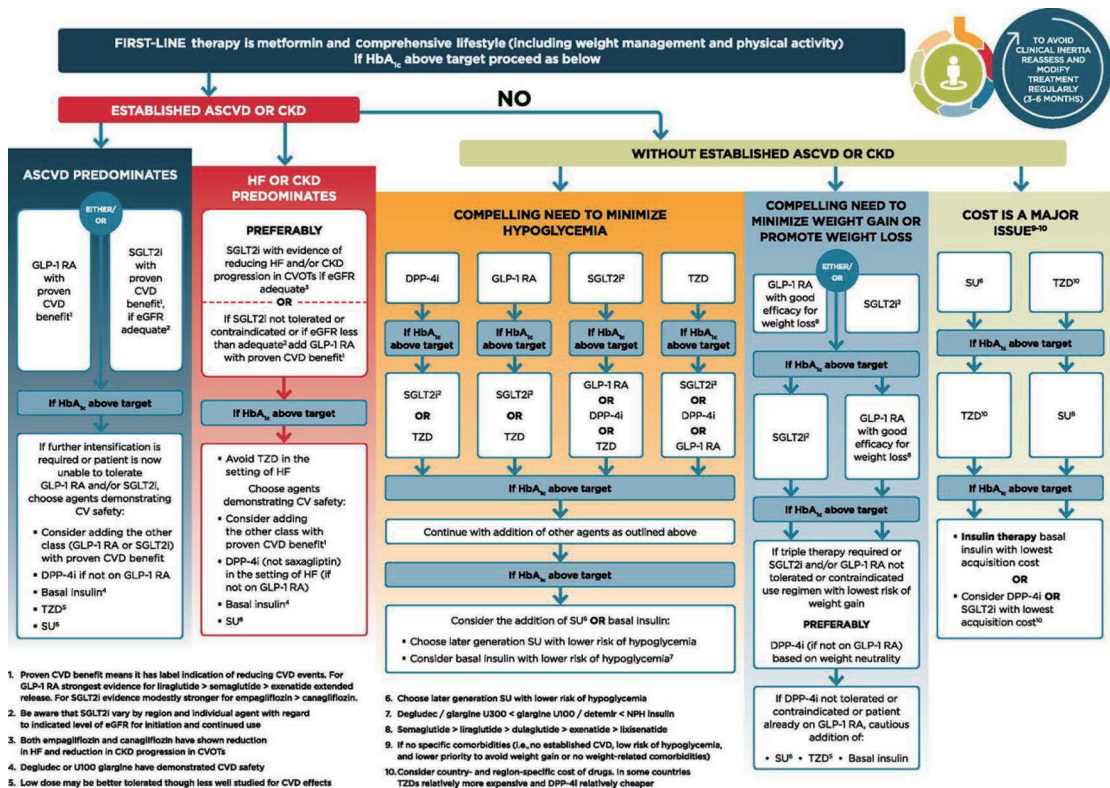


圖5



基礎是蠻明確的。所以問題可能不在實證研究的有無，而在成本效益。我們知道未發病的高風險病人，基線發病率其實是比確定有病的人低很多的，所以即使CKD、CHF相對風險下降可達30-50%，但是絕對風險下降的病人數也是不多的。而國外SGLT-2i又非常昂貴，所以要不要建議開放至初級預防也優先使用，需要就各國的醫療花費、藥價做一個成本效益的估算，才可以提出合理的建議。

參、SGLT-2i的爭議

隨著SGLT-2i逐漸廣泛使用，大家也發現這類藥物一些爭議或是特色，我們列出兩點進一步討論。

1. 降糖效果與器官保護效果脫鉤

這個事情很多人一開始很難理解。就直觀的想法，器官保護的效果不就是透過降血糖而來嗎？降糖效果好的，不就應該器官保護效果好嗎？這種說法對其他的降糖藥是正確的，但是SGLT-2i顯然並非如此。

過去的研究發現SGLT-2i降A1c效果，有兩個最重要的指標。一個是GFR，象徵水量的大小；另一個是基線值A1c，象徵著水位高低。GFR越大，基線值A1c值越高，則SGLT-2i降A1c的效果越好。

但是從之前的EMPA-REG、CANVAS、DECLARE的次分析都可以發現：GFR越大，心血管保護效果越差。CANVAS研究甚至發現GFR 30-60 ml/min/1.73m²那組，心血管保護效果最好。而EMPA-REG的後續分析已經發現，心血管死亡率及心衰竭住院率的保護效果，不隨A1c基線值有所差異，也不隨A1c的變化值有所差異。簡單說就是和A1c無關。

最極端的例子，其實就是DAPA-HF研究。在DAPA-HF研究中，有55%個案是沒有糖尿病的，那些沒有糖尿病的病人，幾乎是沒有降糖的效果的。但是器官保護效果和有糖尿病的病人，幾乎是一樣的好。再次證明降糖效果與器官保護效果脫鉤。所以我們可以合理的推論：SGLT-2i的器官保護效果，一定有排糖以外的原因。

因應這些證據，2020 ADA治療指引特別強調：應優先使用SGLT-2i來器官保護的族群中，使用時不須以A1c基準或A1c是否達標為考慮。意思是這類的藥該用就得用，不用管用之前或之後A1c是否達標。如果用之前就達標了，還是得用，但是要減其他的降糖藥量。如果用之後還沒達標，還是繼續用，但是要加其他的降糖藥。這樣的建議是有實證基礎的，但是顯然已經逐漸把SGLT-2i從降糖藥逐漸變成像statin一樣的器官保護藥了。

2. 排糖與排鈉脫鉤

這點特色同樣讓人難以理解。因為從機制上，這類藥排鈉和排糖是同時發生的，為何會有排鈉和排糖脫鉤的現象？

根據SGLT-2i的3個CVOTs分析發現，跟排糖相關的效應，比如降A1c，隨著GFR下降，效果逐漸變差。但是和排鈉有關的效應，如降血壓，反而是GFR下降到30-60 ml/min/1.73m²效果最好¹⁻³。而最近發表的DAPA-HF次分析中，分析糖尿病組和非糖尿病組的各項指標的差異。發現和排糖有關的指標如A1c、體重，顯然是糖尿病組表現較佳。但是和排鈉有關指標如血壓及血比容，在兩組是差不多的。如果我們看器官保護的效果，糖



尿病組和非糖尿病組幾乎是沒有差異的。可見SGLT-2i排鈉的效應在器官保護上可能占比較重要的角色。

有甚麼機制可以解釋排鈉和排糖脫鈎呢？有些研究者提出Na⁺/H⁺ Exchanger 3 (NHE3)可能扮演一定的角色。因為腎臟回收鈉，除SGLT-2之外，NHE3甚至扮演更重要的角色。而SGLT-2i除了可以抑制Sodium/glucose cotransporter 2 (SGLT-2)之外，也可以同時抑制NHE3。所以當GFR下降，SGLT-2i排糖的效果下降。但是排鈉的效果，卻因為NHE3的抑制而持續保留。所以這個Non-SGLT-2的效果可能在器官保護上占一定的角色。

結論

SGLT-2i其實還有更多的爭議，包括心血管疾及腎臟病人是否應該在metformin之前就優先使用？對於沒有糖尿病的病人SGLT-2i是否有腎臟保護的效果？SGLT-2i心腎保護真正的機轉是甚麼？這些問題，可能都得更多的研究才能解答了。

延伸閱讀

1. Zinman B, Wanner C, Lachin JM, et al. Empagliflozin, cardiovascular outcomes, and mortality in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2015; 373: 2117-28.
2. Neal B, Perkovic V, Mahoney KW, et al. Canagliflozin and cardiovascular and renal events in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2017; 377: 644-57.
3. Wiviott SD, Raz I, Bonaca MP, et al. Dapagliflozin and cardiovascular outcomes in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2018; 380: 347-57.
4. Perkovic V, Jardine MJ, Neal B, et al. Canagliflozin and renal outcomes in type 2 diabetes and nephropathy. *N Engl J Med* 2019; 380: 2295-306.
5. McMurray JJV, Solomon SD, Inzucchi SE, et al. Dapagliflozin in patients with heart failure and reduced ejection fraction. *N Engl J. Med.* 2019.
6. UKPDS Group. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet.* 1998; 352: 837-853.
7. Stratton IM, Adler AI, Neil HA, et al. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. *BMJ.* 2000; 321 (7258): 405-412.
8. Zelniker TA, Wiviott SD, Raz I, et al. SGLT2 inhibitors for primary and secondary prevention of cardiovascular and renal outcomes in type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis of cardiovascular outcome trials. *Lancet* 2018; 393: 31-39.

(作者係母校醫學系1994年畢業，現任台北市立聯合醫院忠孝院區 新陳代謝內分泌科 主治醫師)



職能治療與適性駕駛評估

文／張彧

王先生在礦泉水公司擔任礦泉水配送人員，某天正從車上卸貨時，遭到後面車子的追撞，造成腦傷。經過1年多的治療，經職業醫學醫師轉介到職能治療部門進行工作能力評估。經職能治療師進行的工作能力評估結果顯示：王先生的主要職務包括：駕駛小貨車、徒手搬運（有時需要攀爬樓梯）／抬舉（各種高度）每桶20公斤的礦泉水（有時需要一次搬運／抬舉兩桶），一天約配送300~400桶；雖然，王先生四肢活動範圍及肌力都恢復到與傷前一樣，但，王先生在徒手抬舉／搬運重量為25公斤，不符合職場要求，且在抬舉／搬運3-4次後就得休息，顯見王先生在徒手搬運／抬舉及體耐力上需要訓練才能符合職場要求。另外，由於王先生的工作需要駕駛小貨車，因此，職能治療師進行適性駕駛評估，評估結果顯示：王先生的注意力、手眼腳協調及反應速度上有問題，影響到王先生駕駛的安全性。因此，職能治療師建議王先生暫且不要開車，並加強注意力及手眼腳協調／反應方面的訓練。



影響駕駛及社區移動能力之因素

職能治療專業的信念乃是相信所有人都應該能夠參與符合他們需要及選擇的職能。工作是人們重要的職能活動之一，而人們為了要工作，除了居家就業外，具備良好的社區移動能力是非常重要的。社區移動包括：行人道之移動、駕駛車輛及搭乘私人／大眾交通工具。駕駛車輛包括：駕駛／使用非動力及動力個人移動器具、駕駛個人低速車輛、駕駛個人車輛。由於駕駛車輛不但涉及駕駛者的安全外，也涉及大眾安全，因此，如何適性評估一個人是否具備駕駛能力就成為一個重要的議題。

表1：社區移動方式

社區移動	移動方式
1. 行人道之移動	社區行走、跑步
2. 駕駛車輛	
A. 駕駛／使用非動力及個人移動器具	手推輪椅、電動輪椅、電動代步車、腳踏自行車
B. 駕駛個人低速車輛	電動輔助自行車、電動自行車、低速電動車、高爾夫車
C. 駕駛個人車輛	摩托車、汽車
3. 搭乘私人／大眾交通工具	公車、火車、捷運、高鐵



不論使用或駕駛的是電動輪椅、腳踏自行車或是摩托車、汽車，駕駛者都需透過視覺及聽覺收集車輛與外在環境之資訊，經由認知的處理做出手腳動作的決定，駕駛者進而可依據道路狀況與其他道路使用者狀況，精準地控制移動工具穿梭於大街小巷；整個過程中，還會受到駕駛者行為、因應策略與人格特質之影響。

安全駕駛所需要的能力包括：視力、追視、視空間知覺、視覺資訊處理能力、聽力、注意力與專注力（分散、選擇與持續性注意力）、記憶（短期、工作與長期記憶）、洞察力與理解力、判斷力、規劃與組織、問題解決、自我覺察能力、觸覺、肌肉力量及控制、關節活動度、手指靈巧度、手眼腳協調能力、恰當的因應策略、恰當的反應時間。

然而，駕駛能力會因為老化、傷害或疾病而受到影響，導致駕駛安全上的問題。舉例來說：

弱視、視野損傷、對比敏感度損傷、顏色區辨損傷、視覺資訊處理速度緩慢、偏盲、年齡相關性黃斑部病變、白內障、青光眼、糖尿病性視網膜病變等會影響到駕駛交通工具的安全性，如：對比敏感度損傷可能會造成在光線昏暗時無法看清楚來車；當視覺資訊處理速度緩慢的話，則會造成對於燈號、標誌或道路狀況無法做及時的反應而發生車禍；偏盲與視野損傷有可能會造成對於路況無法充分掌握，以至於無法做出正確反應等。

中風、腦部外傷或任何原因之腦部傷

害、失智症、老化等所造成的認知功能損傷，包括：問題解決困難、視覺處理速度緩慢、需要較長之反應時間、判斷困難、記憶問題、自我覺察問題、對於時間／地點／情境之混淆現象等，導致安全駕駛問題。雖然輕度認知功能損傷者被認為可以安全駕駛，但是認知損傷仍有個別差異，且會因為道路狀況的複雜程度而有所不同，導致安全駕駛上的疑慮。

若不涉及認知功能或感官功能的損傷，因骨折、錯位、截肢、關節炎、中風、多發性硬化症、巴金森症、脊髓損傷、腦部外傷等所造成的肢體損傷，通常會因為上下肢、頸部與軀幹的關節活動度、肌力或／及張力問題，導致操控加油、剎車、方向盤、轉身／轉頭看兩側車旁車輛上有困難。

其他醫學狀況如糖尿病、癲癇、藥／酒癮、睡眠問題等導致感官功能、注意力或認知功能方面的損傷，引起安全駕駛方面的問題，例如：糖尿病患者往往會有視網膜病變、末端觸覺的損傷，導致視覺方面的損傷，且因為末端觸覺的損傷，以致於無法準確地踩下剎車或加油，操控車輛會有安全方面的疑慮。此外，若糖尿病患者有低血糖現象的話，也會造成安全駕駛方面的問題。

適性駕駛評估—他國經驗

世界各國在符合駕駛者的最大功能且能維護大眾安全的情況下，除了訂定駕駛執照申請或換發條件，如：美國會建議65歲以上的駕駛者，在換照時都要測試雙眼同時睜開的視力及視野，是否能夠區辨不同顏色的交通號誌，以及測試視覺處理速度及視覺動作



反應速度；建議失智者宜進行個別化功能性評量以決定失智駕駛者之安全性，且每6-12個月應進行駕駛技巧測試等，還需要建立「適性駕駛評估」制度。

一般而言，「適性駕駛評估」可分為駕駛前評量（非道路駕駛評量／臨床評量）、道路駕駛評量、車輛評量與駕駛者訓練三大部分（圖1）。

一、駕駛前評量 (pre-driving assessment)

- a. 轉介駕駛者進行適性駕駛評估：在進行駕駛前臨床評量前，由監理所、醫院、復健機構等單位轉介需要進行適性駕駛評估的駕駛者，轉介條件為：（1）自我照顧活動已達最大獨立且可獨立行走或使用輪椅移動；（2）至少一個或兩個（理想上）肢體具備良好肌力、感覺和動作協調能力；（3）至少一隻眼睛擁有20/40（美國各州不同、台灣為0.8）、雙眼視野為140度（台灣為150度）、無複視、良好的視覺知覺功能；（4）具備良好認知功能；（5）至少六個月沒有癲癇；（6）痙攣在控制中（不論有無服藥）；以及（7）擁有有效駕照或學習駕照）。
- b. 藉由晤談瞭解駕駛者的駕駛需求及習慣：了解駕駛者過去的駕駛經驗，未來充當駕駛者及乘客的需求，駕駛頻率、道路狀況，及可使用的車輛。確定駕駛者是否真的需要駕駛汽車？確定駕駛者駕駛汽車的目的何在？（如：上下班、購物、出遠門）地點？（大都會、鄉村）。
- c. 評估駕駛者在駕駛方面的一般知識：評估駕駛者對於道路交通規則、號誌燈與標誌

的意義，以及其他相關駕駛規定與法規。

- d. 審查駕駛者的病史及病歷，重點在審查與駕駛技巧相關的神經肌肉、感覺、認知、心理能力，這些能力限制是否穩定還是會繼續惡化；使用之藥物及其副作用是否會影響駕駛。
- e. 評估駕駛者與駕駛相關之能力：例如：視力及視覺功能檢查：視力、視野、眼動、對比敏感度、顏色區辨；神經肌肉檢查包括：張力、肌力、協調度及關節活動度、感覺（尤其是本體覺）、靜態及動態坐姿平衡、全身耐力、手眼腳協調能力、駕駛者進出車輛移位的能力，先決定可能需要的駕駛用輔具；視知覺及認知功能：深度知覺、前景背景、形狀恆定性、空間關係、視覺忽略、遵循指令、注意力、記憶、問題解決、判斷、認知處理時間；心理因素：衝動的控制、挫折耐受度及焦慮等。
- f. 駕駛模擬評估（選擇性使用）：使用駕駛模擬器來評估駕駛者的移位能力、停車技巧、反應時間、使用輔具的能力、遵循標誌與號誌燈的能力、控制速度的能力及危機評估與處理的能力、方向盤的操作、煞車的使用（踩煞車的反應時間應在1秒鐘內）、在不同時間及天氣狀況下之駕駛技巧，以及其他駕駛相關技巧。因為駕駛模擬器昂貴、模擬之道路狀況不一定符合每個地區，且與真實駕駛感覺仍有不同。因此，若經前面評量結果，駕駛者具備相當駕駛能力的話，可在安全環境（如駕駛訓練場地）下進行駕駛技巧評估的話，可直



接進行以真實交通工具進行駕駛技巧評估。

- g. 駕駛前臨床評量後，會有下面三種結果：
- (1) 若駕駛者的醫學狀況或移動能力仍不足但可訓練的話，則轉介適當訓練及醫療資源，當駕駛者狀況改變，可再進行駕駛前臨床評量；
 - (2) 若駕駛者不具備駕駛能力時，職能治療師會繼續評量其社區移動需求並給予其他社區移動方式訓練或資源；
 - (3) 若駕駛者仍具備駕駛能力時，則決定合適、方便及安全之個人及駕駛輔具，並進行道路駕駛評量。

二、道路駕駛評量 (on-the-road practicum)

道路駕駛評量是在評估駕駛者在功能性的環境中安全駕駛的技巧。駕駛者所需要的輔助設備及設施在這個時候評估並且裝設上去。道路駕駛評量可以由接受過評估訓練之駕駛教練或擁有符合國家駕駛教練證照的職能治療師來評估。

- 決定駕駛路線：此路線必須包括：停車場、安靜地住宅區域、繁忙的道路、城市中塞車路段、高速公路。為了確保駕駛者及社區安全，最後的道路駕駛評量應該在駕駛者未來要駕駛的路線，以及方法中進行。
- 道路駕駛評量所經過的路線必須能夠讓駕駛者證明他們找尋立即及潛在危害的能力。
- 做決定的能力：可以用與交通流量及情境相關的適當方向及速度控制的決定來證明。
- 在道路駕駛評量中，評估者需要觀察駕駛

者操作車輛的能力。在評估時，如果駕駛者需要主要或是第二個駕駛控制系統的話，駕駛者必須能夠獲得所需要的改造並能在評估時同時評估。

- e. 道路駕駛評量後，會有下面三種結果：
- (1) 通過：需要或不需要車輛改裝或駕駛者訓練；
 - (2) 通過邊緣：需要進行更嚴謹的評估，以及駕駛訓練；
 - (3) 不通過：若醫學狀況仍可進步或功能限制乃屬於暫時性的話，則等待6-12個月後再進行評估；但若駕駛者不能自己駕駛或使用交通工具時，則必須探討及決定其他符合駕駛者需求的社區移動資源。

三、車輛評量與駕駛者訓練

若上述臨床評量及道路駕駛評量後，駕駛者的交通工具必須要有汽車改裝或輔具時，職能治療師需要依據道路駕駛評量的結果，進行車輛評量並與駕駛者討論車輛必須要做的改裝或駕駛者需要甚麼樣的輔具。然後，駕駛者依照處方箋，在合格的廠商改裝交通工具或購買輔具；改裝好的交通工具或購買來的輔具要重新經過職能治療師的檢驗，確定符合原先的處方箋，才能通過。

然後，駕駛者必須用已經改裝好的交通工具或購買來的輔具，在保護性的場所練習駕駛或使用交通工具，直到熟練，始能在社區移動。例如：駕駛者必須駕駛改裝後的汽車在駕駛訓練場練習，當駕駛者已經練習純熟後，職能治療師會做最後的評估，若通過，始可在一般道路上行駛（某些國家需要身心障礙者再次考駕駛執照，考試合格後，才准許在道路行駛）。

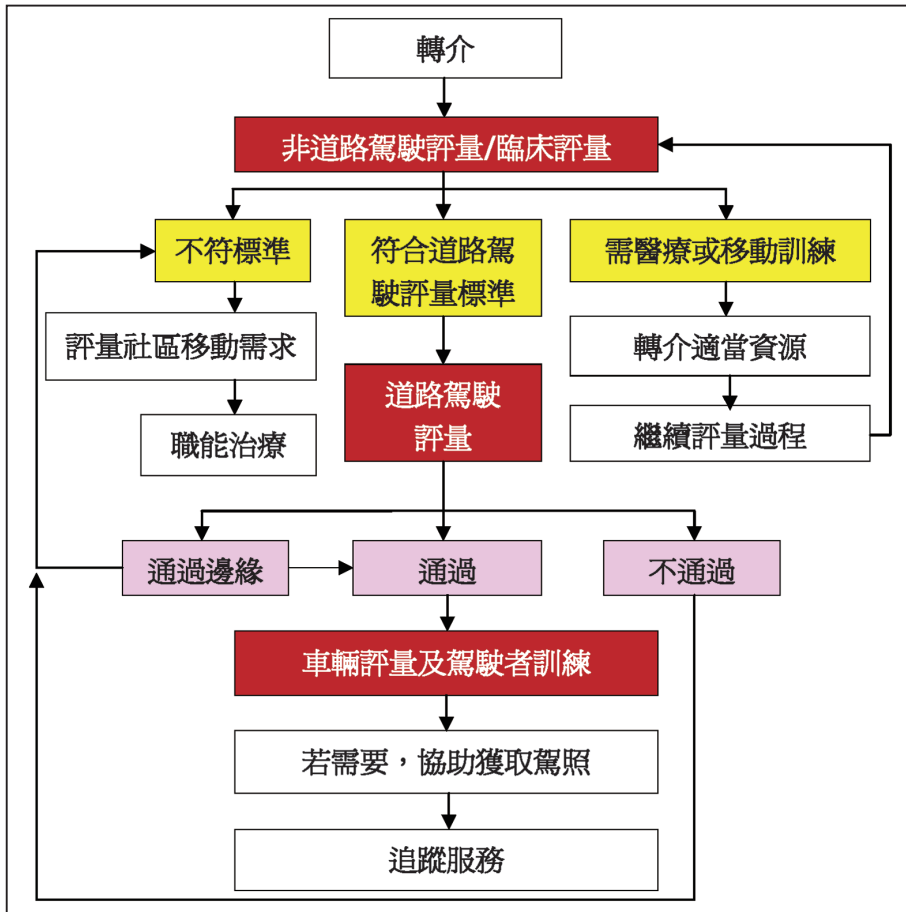


圖1：適性駕駛評估流程

適性駕駛評估—國內現況

我國並沒有針對身心障礙者、高齡或其他醫學狀況的駕駛者進行適性駕駛評估，僅在《道路交通安全規則》及《身心障礙者報考汽車及機車駕駛執照處理要點》列出獲得駕駛執照時應符合之規定，例如：汽車駕駛人體格檢查合格標準為視野左右兩眼各達150度以上，矯正後兩眼視力達0.8以上，無癲癇等等；又如：自2017年起針對75歲以上換發駕駛執照時，駕駛者除了必須體格檢查合格外，尚須通過認知功能測驗或擁有無患有中

度以上失智症證明；然而高齡駕駛者除了認知功能會影響駕駛之安全性外，其他如反應速度、對比色敏感度、對於緊急狀況的因應等都會影響駕駛之安全性，國內卻都沒有測試。

我國目前雖然沒有適性駕駛評估，但職能治療部門早就針對需要使用／駕駛手推輪椅、電動輪椅、電動代步車進行社區移動之駕駛者執行駕駛評估，以確定駕駛者對於這些代步工具的熟悉度、確定需要裝配的輔具。



另外，某些職能治療部門（工作強化中心、醫學中心）會針對需要駕駛汽車的生理疾病患者（腦傷／中風患者、脊髓損傷患者）進行適性駕駛評估。限於場地不足，職能治療師會針對有駕駛汽車／摩托車需求且擁有駕照者，先進行駕駛前評量（臨床評量）評估駕駛者的視覺、肢體、本體覺、肢體動作、力氣、認知、駕駛知識，以及手眼腳協調評估（測試反應速度與肢體協調度，圖2），以確定駕駛者具備駕駛汽車所需要之基本能力。若能通過職能治療師之評量，會要求駕駛者到駕駛訓練班，若需要改裝汽機車（如：將汽車的腳剎車改為手剎車或機車要用子母車型等）則會請駕駛者到有提供身心障礙者汽車駕駛訓練的場所接受訓練，並告知駕駛者要再考一次駕駛執照，若通過，才能繼續開汽車或騎機車。



圖2：手眼腳協調測試

結語—職能治療與適性駕駛評估

由於職能治療師的訓練及教育讓職能治療師很容易發展出駕駛復健及社區移動服務所需要的技巧。職能治療師評估一個人的整

體狀況（生理、心理、行為、態度、文化背景、信念），以及影響駕駛之醫學狀況與損傷程度。職能治療師被認為擁有最理想的專業背景執行駕駛前評量或非道路駕駛評量，且只要經過短時間的訓練也可以成為合格的道路駕駛評量者。

雖然國內有職能治療師進行「適性駕駛評估」，然而目前碰到的問題包括：（1）雖然有告知且駕駛者也知道到駕駛訓練班練習的重要性，但是否會去，職能治療師並沒有強制權利；（2）國內也無一定要駕駛者若有重大醫學狀況重新考照的規定，因此，雖然告知要再考一次駕駛執照，也不確定駕駛者是否一定會考；（3）能夠改裝汽機車的廠商非常少，因此，也無法確認車輛改裝的正確性及安全性；（4）能夠進行道路駕駛評量的合格職能治療師或接受過評估訓練之專業駕駛教練幾乎沒有。因此，為了大眾安全以及駕駛者恢復最大功能，期待國內能夠及早建立「適性駕駛評估」機制並培育「適性駕駛評估」及駕駛復健的專業人才。



（作者係母校復健醫學系職能治療組1980年畢業暨職業醫學與工業衛生研究所博士畢業，曾任國立臺灣大學醫學院職能治療學系副教授，現任國立臺灣大學醫學院職能治療學系兼任副教授）



職能治療在職災勞工職業重建

文／林怡成

「天有不測風雲、人有旦夕禍福」，意外事故經常是人無法預料的，工作者在執行每天熟悉的工作內容或通勤路途中都可能碰到意外的發生。在意外事故發生後，傷者將會面臨身體創傷，以及後續未知的醫療處置與預後。再者傷者也需要面臨可能為數不小的醫療費用，與無法工作所導致的薪資中斷等經濟壓力，進而造成傷者身心壓力劇增而有許多擔憂與焦慮。對於傷勢較嚴重之傷者，其壓力可想而知是無比巨大。

在現行勞工保險條例及其施行細則等相關法規條例中，已明確定義出職業災害，包含職業病與職業傷害，保障範圍從在執行職務而導致傷害、執行職務而致病者到上下班通勤所發生事故，並且基於社會安全、強制保險、最低生活保障等原則下，提供職業傷病勞工在薪資、醫療、輔助器具或生活津貼等支持，已避免勞工陷入生活困頓，並透過「重建 (rehabilitation)」來協助職災勞工獲得適當的醫療服務，以協助其重返職場。

職業重建是一個連續性的過程，從傷病發生到重返工作崗位或接受到適當社會福利安置，期間包含醫療、醫療復健 (medical rehabilitation)、職能復健 (occupational rehabilitation)、社會復健 (social rehabilitation)、職業重建 (vocational

rehabilitation) 及其他法律、補償等服務。而職能治療師在職災勞工職業重建中的角色，從醫療復健期來協助傷病勞工重建其身體機能，增進基本日常生活自理能力、促進其社區參與。與在職能復健中，治療師透過工作分析、工作能力評估，來了解傷病勞工的工作能力與工作需求間的落差，從而選擇、設計適當的訓練計畫，包含功能性衛生教育 (functional health education)、功能性運動 (functional exercise)、工作適能 (work conditioning) 及工作能力強化 (work hardening)，以提升其工作能力；在職業重建上，職能治療師則會參與在職業輔導評量、職務再設計來協助個案重返工作崗位。

臺大醫院自民國100年起接受政府補助實施職災勞工職業重建計畫，並與院內職業傷病防治中心積極合作，來提供傷病勞工一元化服務，包含工作能力評估、強化訓練與職業輔導評量服務。治療師在工作能力評估中，透過標準化評估、工作樣本測驗、工作試作等方式，來了解職業傷害對傷者所造成工作能力損失，並依此制定訓練目標與介入方式；而對於需要密集、長期訓練需求傷病勞工，提供工作強化訓練，並透過工作模擬、漸進式的訓練方式來提升其工作能力；職業輔導評量則針對工作能力與原工作需求有明顯落差者，透過晤談、客觀評量，了解



圖1：工作能力評估
（負重測驗）



圖2：工作樣本測驗（VCWS#8）

職災勞工的就業限制、就業潛在能力及最大能力，以提供職業訓練、就業轉銜、就業輔導等轉職建議。本計畫自101年9月至106年8月，已提供161名的工作能力評估與強化服務，33名職業輔導評量，其中7-8成傷病勞工在接受服務後皆已重返工作崗位。

然現行的服務依據於職業安全衛生署的補助標準，有相當大的限制，以工作強化為例，傷病勞工必須要醫療穩定，以及重返原職場才能納入收案條件下，但實務作業上，醫療穩定的判斷在不同醫師下常有不一致的標準，造成治療師難以精準的判定介入時間點，以致無法達到早期介入，進而治療效果也受到影響；此外，收案標準為重返原職場，然而大多職傷勞工面臨勞資糾紛，甚至是已被解雇的狀態，這些勞工往往是最無助、最需要他人協助的，但卻無法進入計畫方案中，導致有相當多的職災勞工只能繼續在醫療復健、勞資糾紛內打轉，而治療人員也只能在現實考量下，提供相關建議，而無法提供服務。顯示其收案條件過於狹隘、嚴苛，無法符合實際社會的需求，期待未來相

關法規或規定可與時俱進，以符合社會上的需求，來達到幫助職業傷病勞工重返工作之目標。

以下圖3、圖4，為工作強化訓練案例：個案原為百貨門市服務人員，在下班途中騎乘機車發生交通意外，造成創傷性腦傷，視力、認知能力、左側肢體動作皆有受損，導致個案在執行排補貨、上架、打標、商品包裝有困難，在治療師的評估後，安排總計8周、每周3次的工作強化訓練，透過模擬商品上架、進貨、文具包裝等活動，來訓練個案的負重能力、手部精細動作、組織規畫、分類能力與細節仔細度。在強化訓練結案後第三個月追蹤時，個案也以漸進式復工的方式，重回職場。

（作者係母校職能治療系2013年畢業，現任臺大醫院職災勞工職業重建計畫職能治療師）



圖3：模擬貨架清潔、上貨、拉排面，來訓練其商品整理之能力。

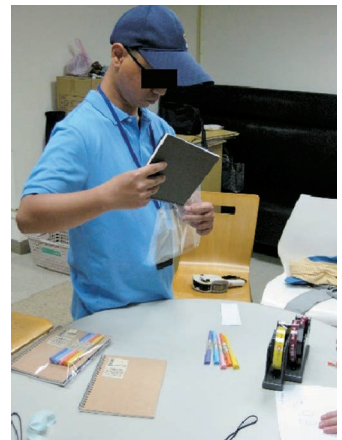


圖4：模擬商品包裝，來訓練其分類、包裝等認知與手部精細動作。



長照問題面面觀

文／沈政男

高齡社會到來 長照問題形成巨大挑戰

隨著人口老化，長期照顧問題已成了全球進步國家的共同挑戰，台灣當然也不例外。

長照問題最嚴苛的挑戰是需照顧人數眾多。台灣有多少需長照人口？台灣2010年人口普查顯示，需長照佔老年人口為12%，換算可得台灣目前需長照人口的精確估計應為53萬人。

除了需照顧人數眾多，長照花費也將形成龐大的社會負擔。台灣目前一年的公共長照支出有多少？只有「長照2.0」的400億元，相當於國內生產總值（GDP）的0.2%。經濟合作暨發展組織（OECD）的平均數字是多少？GDP的1.2%，連鄰近的韓國都有0.8%。

公共長照補助不足，當然人民只能自行負擔。台灣社會目前長照的最大花費在聘雇外籍看護，以目前23萬外籍看護來算，每年約花500多億元聘雇她們，而這筆支出，完全由人民自掏腰包。此外，8萬多安養院住民的花費，每年約200多億元，也是家屬自行負擔。

2019年1月，高雄大樹區發生長照悲

劇，「孝子勒斃病父 鐵橋上輕生」；同年5月，台北市發生「勒斃病妻 七旬夫畏罪輕生」；同年8月，桃園發生「老人推失智妻落水再輕生」；幾乎每隔一、兩個月，台灣社會就會發生這類「照顧殺人」的長照悲歌。

長照即使做得夠多夠好，「照顧殺人」事件仍無法避免，日本就是如此，但，如果長照做得太少又不夠好，當然「照顧殺人」就會更加頻傳。不少人提到長照問題時，喜歡引用電影《楢山節考》，也就是把老人家送到山上自生自滅的類比，其實長照沒做好的後遺症，那慘絕人寰的「夫殺妻、子弑母」悲劇，早已不是電影情節可以比擬。

除了「照顧殺人」，還有更多家庭照顧者，或為了對親人的感情，或為了人倫義理，甚至為了不讓別人閒言閒語，而犧牲了工作、學業，甚至青春，就為了照顧家裡的失智失能長者。

長照問題表面上是老年照顧議題，其實年輕人受影響更大；老人家失智失能以後，很多時候已經不知道痛苦，受苦的其實是負責照顧的家屬。醫療院所常見的一個畫面便是，老人家因為失智失能前來就診，而家屬必須順便看隔壁診的精神科，因為心力交瘁，導致失眠、焦慮與憂鬱，甚至有自殺



傾向。

台灣雖然在公共長照上做了很多努力，但還是需要倚靠23萬外籍看護大軍擔起長照重任，而如果沒有她們，台灣的長照體系將一夕之間崩盤。外籍看護的照顧品質，逐漸形成了良莠不齊的現象，而外籍看護的工時與勞動環境，也是勞動權益保障的死角，因此外籍看護何去何從，也是台灣長照遲早必須面對的問題。

「長照2.0」財源不穩 應施行長照保險

韓國的公共長照支出是國內生產毛額（GDP）的0.8%，而台灣為0.2%，跟新加坡0.19%及香港的0.29%相當。為什麼台灣、新加坡與香港的公共長照支出遠遠不如韓國？因為前三者都引進了大量的外籍看護工，把照顧長者的責任推給家屬自己，政府只做些點綴式服務。台灣目前「長照2.0」每年支出三百多億，如果要趕上韓國額度，少說也要追加到一千六百億。

台灣在2025就要成為超高齡社會，也就是老年人口跨越20%門檻，長照需求將成為社會的重大財務負擔，而要處理這個問題，唯一方法就是開辦長照保險。韓國在2008就已開辦長照保險，至今仍不需外籍看護來提供服務；日本在2000開辦長照保險，當時老年人口比率為17.3%，而台灣再過兩年就會跨越這個數字。

沒有充足財源，不能給照服員夠好的給付，當然也就找不到夠多夠好的照顧人力，

怎麼會倒果為因說有錢也找不到人力？台灣再不開辦長照保險，長照服務體系將被中國超越。中國於2017開始，在18個城市試辦長照保險，其制度乃模仿德國與日本，如今上海已有數十萬長者接受公共長照服務。

台灣健保施行二十多年，獲得舉世讚譽，不管是收費、給付與品質管控，都經驗老到，只要在這個體系之上疊加約五分之一額度的長照保險（簡稱長保），等於是主體險的附加險，其他所有軟硬體與相關運作體系，都比照延伸辦理，不是最為省事方便嗎？

然而蔡政府不此之圖，另外弄了個掛在公務體系的「長照2.0」，其後果就是讓台灣公共長照複製台灣公家體系的量能與效率。雖然這兩年極力簡化，一個必須走公務流程的長照輸送體系，牽涉繁瑣的文書作業與防弊機制，永遠比不上社會保險流程。

如果認為目前還不需徵收全額的長保費，那就依據現狀先收一定比例額度，再隨著長照需求的提升而調高保費，這在韓國與日本都是如此。比如若一年只願花費四百億，那麼就先收四分之一的保費，依此類推。

提升機構照顧品質 打造長照樂園

完整的長照服務有居家服務（計時）、日間照顧（半日）與機構照顧（全日）三大領域，然而「長照2.0」一直都以前兩者為服務範圍，對於機構照顧著墨不多。

衛福部打算蓋更多安養院，但現有台灣



十萬張機構床位，入住率只達八成多，根本還沒滿床。為什麼住不滿？因為照顧品質良莠不齊，許多甚至到了嚇人的程度。

要怎麼改善機構照顧品質？首先要建立照顧品質指標，其中最基本的一項是必須防止安養院大火繼續發生。台灣近幾年發生了好幾起安養院大火，讓熊熊火舌吞噬了許多臥床的老人家，其中兩起最大的火災，竟然都發生在衛福部所屬機構，可見如果連官方附屬的安養院都不能免於大火威脅，其他機構要如何讓人放心入住？

第二項機構照顧品質指標是約束，也就是把老人家綁在輪椅或床上。歐美日已經要求安養院約束比率低於5%，但在台灣，安養院仍普遍使用約束。為什麼要綁老人家？一、節省人力，免得老人家遊走干擾，影響他人，一不小心還可能跌倒骨折，讓家屬怪罪。二、照顧觀念落伍，以為老人家既已失智失能，什麼都不懂，綁起來也沒什麼大不了。三、照顧技術不足，對於躁動與不合作的老人家，沒有十八般策略，只好來硬的。

跟約束有關的一項指標是鎮靜藥物使用率。對於十分躁動，尤其已有暴力傾向的老人家，給予鎮靜藥物是必要的，然而更常見的狀況是，安養院白天沒提供充足活動，老人家只能打瞌睡，到了晚上睡不著，就只好餵他們更多安眠藥，結果藥效持續到第二天，作息越來越紊亂，精神越來越不濟，最後也只好將他們綁起來。

白天隨便走進一家安養院，老人家最常見的休閒活動是齊聚大廳，坐在輪椅上看著難以理解的電視節目，少數機構可以引進專

業人員與志工，帶領長者唱歌畫圖，但幾乎沒人願意探詢老人家的興趣與專長，並運用他們剩餘的身體與心智功能，給予安排個別化活動。

食衣住行等日常生活事項，是安養院基本的照顧指標，但以吃來說，只要老人家咀嚼、吞嚥或拿餐具具有困難，就會給予細碎伙食餵食，甚至插上鼻胃管，但在日本，即使老人家衰老到頭頸低垂，快要碰到桌面，牙齒幾乎掉光，或者認知退化到不會拿筷子，安養院仍會使用五顏六色的餐具，盛著慕思或布丁做的擬真食物，以及特製餐具，讓老



衛福部草屯療養院附設失智護理之家提供各類活動，讓老人家每天過得開開心心。



人家自己一口一口慢慢進食。其他像洗澡、如廁等事項，也必須盡量鼓勵老人家自行處理，並且給予持續訓練，而不是包著尿布或插上導尿管，從此仰賴他人處理這些隱私事項。

在居住空間方面，北歐與日本已經走向家屋式的機構照顧，也就是一人一室、九人以下一屋的小規模機構。老人家有自己的單人房，屋裡有客餐廳與公共衛浴，其他人像是室友，既保有隱私，又能兼顧社交互動，宛如住在學生時代的宿舍，或者青年旅館，等於是一座長照樂園。

外籍看護納入長照體系 給予訓練與監督

台灣長照未來如何發展，有很多爭議必須解決，但最棘手的問題之一是外籍看護在長照體系的定位。原本主事者想要透過公共長照體系的擴充，逐步讓外籍看護淡出台灣社會，現在看起來是窒礙難行。一個引進廉價照顧人力的社會，難免形成「外籍看護倚賴症」，如今要台灣家庭不聘雇外籍看護，幾乎不可能。因此，比較可行的方式，應是思考外籍看護如何融入長照體系。

首先，在聘雇流程上，應將審核機制與標準納入「長照2.0」。聘雇外籍看護所需的巴氏量表或臨床失智量表，目前由醫院開立，但每個醫生標準不一，容易造成不公平與造假，應由縣市政府長照窗口接手，在參考醫生的意見以後，判定申請外籍看護的

必要性，並且同時提供替代服務，讓家屬知道，「長照不等於請外勞」。

外籍看護的語言與照顧技巧訓練、照顧品質評估，以及他們的身心狀態，都應納入「長照2.0」的給付項目。大部分醫生都知道，門診常見的一種狀況是外籍看護帶著老人家來就診，老人家失智了無法表達，而外籍看護語言不通，於是只能雞同鴨講，難以確認病情與治療進展，更無法教導照顧技巧與評估照顧品質。

香港與新加坡也有很多家事移工，但主要照顧小孩與煮飯洗衣，不像台灣委以照顧老人家的責任。因此，台灣可說是全世界在長照上最倚賴外籍看護的國家。外籍看護未來何去何從？台灣社會必須持續思考，到底要將她們納入長照人力，比照本國看護給予相同勞動條件，還是持續維持目前的制度？

總結

在健保之上疊加長照保險，並沿用為人稱道的管理體系，既省事有效率，而且能夠提供穩定財源。有了穩定財源，就能在社區照顧之外，提供品質良好的機構照顧，建構完整的照顧體系。此外，外籍看護也能納入長照人力，給予在職訓練與督導，讓其繼續照顧台灣老人家。每一個人都會老，照顧老人家就是照顧未來的自己。

（作者係母校醫學系1994年畢業，現任衛福部草屯療養院成人精神科主治醫師）



懷舊黑膠樂，復活昔日情

文／袁葦

以職能理念過生活的OT (Occupational Therapist)

我，是一名職能治療師，民國80年自臺大復健醫學系職能治療組畢業。

在臺大醫院復健部服務了八年後，成為台北市學校系統的職能治療師，接受老師跟家長的諮詢，提供職能治療的專業建議，讓已經回歸社區家庭的特殊孩童，也能適性學習。

目前的我經營著小小的欣活職能工作室。平日依循所學的專業理念，到不同的工作場所執業：從醫院、診所、學校、居家及到社區長照機構。我期待每一個生命，不分年齡老幼，不論是自閉兒、唐氏症、甚至中風失智的長輩，都能夠獨善其身，發揮所長，過著有品質、有意義、身心安適的生活。

黑膠唱片與社區機構長輩的相遇：懷舊黑膠音樂會

林珮如小姐是「金屋藏膠」的女主人。她熱愛文學與音樂，收藏了上萬張黑膠與古董唱片，及數台百年老唱機，在金屋藏膠藝

文沙龍播放黑膠唱片與好友們分享，讓動人的美妙老聲音，穿越時空，重現江湖。

林珮如和我是多年的摯友，心靈相通，訴心事、看電影、聽音樂。我倆一起度過不少喜怒哀樂與共的時光。

兩年前，我的公公因二度中風住進了長照機構。初入住的適應期，每日生活中少了親人的噓寒問暖，老人家總是悶悶不樂。

我這位熱情可愛的朋友，眼睛閃著光芒說：「既然爺爺不能來金屋聽黑膠老歌，那就我們過去唄！」

於是，珮如便把她可攜式的留聲機，以及近百張國台日語、四五零年代的老唱片，從美空雲雀到鄧麗君，從「安平追想曲」到「苦海女神龍」，全都裝上車。載著藏有長輩們的青春回憶的唱片，我們前往公公住的長照機構，辦了空前的「黑膠懷舊音樂會」！（圖1）

聆聽黑膠唱片憶當年：有意義的職能活動

「時光一去永不回～往事只能回味」當長輩們午覺睡醒，安養機構中的大客廳裏，已經迴盪著尤雅的甜甜嗓音之「往事只能回



認知能力練習與情緒的穩定

失智的張奶奶，有黃昏症候群。接近傍晚時，總是吵著、鬧著要回家。我們為她播放「綠島小夜曲」。

小夜曲旋律緩慢，安撫了張奶奶的情緒。在記憶中熟悉又反覆的曲調，也可以稍微緩和張奶奶因為不記得當下身處何處的焦慮。張奶奶靜了下來，嘗試唱出記憶深處「綠島小夜曲」的歌詞；同時奶奶也害羞、片段地告訴了我們她少女時代的故事，雖然不完整，但是可以感受到時光在張奶奶身上倒流，流到失智前，眾家小夥子追求她之青春歲月。

原來老音樂、老歌、老唱片，真的有魔力！可以喚回青春、喚醒記憶、喚回快樂！（圖3）



懷舊黑膠音樂會的推動：社區機構裡的職能療癒

回程路上，我們被剛發生的情景觸動！珮如提議，黑膠懷舊復活計畫啟動：記憶復活、青春復活、快樂復活。

我們到長照機構與日照中心以相同之方式辦「懷舊黑膠音樂會」，到桃園辦樂齡活動：「聽黑膠話當年」，每一場都有不同的感動，每一場都是我倆在三十年之後最珍貴之回憶。到那時，我們也能聽黑膠話當年，告訴身邊的年輕人，我們曾做過這麼有意義的點點滴滴。

2020年之首，我和珮如小姐已經勾勾手指，將以公益活動的方式持續走入社區機構，陪伴長輩們在黑膠懷舊歌曲中，開口唱歌、打打拍子、扭扭身體、動動腦，找回曾經那麼神采飛揚的自己。

（作者係母校復健醫學系職能治療組1991年畢業，現任欣活職能工作室負責人、人間福報親子專欄「生活練習題」主筆）



醫護生的情書 第一集（下）

文／戴鐵雄

11月6日，雪信：禮拜天原擬好好用功一天，但我的宿舍的隔房，因一大群考入特別助產科的護專第一期畢業生來訪，所以吵得厲害，以致無法看書；因她們都是妳們學校的學姊，愛烏及「屋」地我加入了她們。雖然他們玩得很開心，我卻感到索然無味，只好退出了。妳知道嗎？我終於低頭承認我所不肯承認的事實了，「與女性在一起，沒有妳在場，我絕對提不起興趣，更不要談快樂地玩樂了」，也許人家會說，那是可笑且傻氣得出奇，然而這是事實，我怎麼能以詭譎來裝飾這無聊的男性優越感與自尊心？這麼做，那才是可笑而傻氣了。這次的經驗，使我更加堅信，與妳獨自靜靜的在一起，傾吐內心的話語與敘出所有的感觸，我才能得到真正的快樂與安慰，就算不見面，只通電話，或像現在寫信給妳，都會令人安心與寬慰且感到舒適與快活的了。那天下午我不再念書，靜躺床上，我讓自己的思潮限制在妳的一切上，如此我獲得很平靜的心情。這我早就體會到了，卻從沒有像那天下午那樣痛切地感到過。現在一旦有了餘閒，下意識地這思潮（限制在妳身上的）就會湧現的，這已成反射作用了。

訴說了一大堆瘋言瘋語，請不要笑我，

也不要責備我，因為在妳面前，我已幼稚得不知道什麼話該說，什麼話不該講，只有把心底所有的話都印刷出來了。妳假若遇有什麼感觸，真希望亦能如此，反正講錯了什麼，我們會互相諒解，規正的，不是嗎？我們醫學院的晚會已決定本星期六和星期日演出，歡迎妳二天都能參加。星期五晚上還是老時間七時，在省議會前見面。祝
好
鐵雄 11.6夜

11月13日，鐵雄學兄：唸著你的信，我似乎也身歷其境，瞧著你緊張的比賽網球，我愈唸愈急，最後你贏了，總算鬆了一口氣。哦！恭喜妳的勝利。你又著涼了，是否勤於服藥？還是依然不留意用藥，這是不行的，拖久了小病會影響你的健康與記憶力的。我相信你會自愛，更會勤於服藥，還有摔傷了的腳，是否好一點呢？

星期日（11日）MISS黃於六點五十分趕回來，結果我們卻先走了十分鐘，冤枉了她急著趕回來，不過她不該遲十分鐘的，因此她未能參加你們的晚會，真可惜。晚會後，我們漫步於美麗的仁愛路、信義路夜景中，令人心曠神怡。是的，我們雖然見面少，見面時多半時間都靜靜地走著，這正如蕭伯納



所說「人生最大享受是沉默」。

今夜浴著寒月光與悲愁的MISS黃一起下班回來，她說護士要挨凍挨餓，甚至受氣，她說了很多傷心話，我也隨著湧起一陣無名的悲哀，不過現在已好一點。我與MISS黃把燭光變成燈光，細細的談論變成靜靜的用功，因為我還記得你說，考試快到了，大大地加油；不過我還是很恨考試。末了，就讓我遙祝你的安康！再見！

雪信 11.13夜

11月14日，雪信：謝謝妳的關心，那天比賽時小小的腿傷與微不足道的小感冒，沒有服藥擦藥，經蒙頭大睡，於下午六時醒來時悶出一身大汗就差不多好了，所以妳的關心就變成多餘的了。其實要怪就得怪我，根本就不應該大驚小怪地把小毛病告訴妳，害妳多耽心；一切總是我不好，以後一有小毛病，一定聽妳話，馬上服藥，免得害妳瞎煩惱。至於腿傷，因還有點腫，趕緊塗上碘酒後，已經好多了，只有些微痛，走路不再拐了，我想明天就會痊癒的，妳放心好了。

黃小姐也太多愁善感了，怎麼老那麼萎靡不振？最奇怪的是，妳竟也跟她莫名其妙地悲傷起來，真夠孩子氣了，我真想把妳抱在懷裡，像個爺爺，講個有趣的故事，好趕去妳那稚氣的傷感呢（一笑）。以後可不要再如此了，說開來可不成笑柄？假若有什麼事情困擾妳，可像我一樣，因想起了妳，覺得妳有某種力量支持且鼓勵著我，而提起勇氣將困擾趕走嗎？假若妳不能這樣，那可真

太令人感到失望且悲傷了。

我很高興妳能記起我的話，將燭光換成燈光，細細的談話變成靜靜的用功。能這樣子，那麼考試有什麼好怕的呢？從今天起，我也要像妳那樣，靜靜的用功了。我們來比賽誰更用功好嗎？不過可不要變成一對書呆子了，那可不是好玩的。妳會感覺到我說話前後矛盾嗎？（又一笑）。呵！我們還是見面時再談，我希望星期六中午收到妳的來信，妳知道我的意思嗎？今天拔河比賽，我們四年級隊贏了，不是我吹牛，我這啦啦隊長的功勞可不小哩！（再笑）。呵！真的不寫了。祝

好

鐵雄 11.14 夜

11月17日，鐵雄學兄：我畢竟使你失望了，當我在有所困擾時，最好不要提筆，否則一定是滿紙憂傷，又要被你笑孩子氣呢！記得高二時，國文老師常常笑我們女孩子最會無病呻吟，一落筆，不是風花雪月，便是觸景傷情，我想一般人的感覺都是如此，所以昨夜才不敢寫信，今夜，現在你正有個快樂的DINNER PARTY，而我們亦有個HAPPY WEEKEND，因為既可聽唱片，又可用撲克牌算命。我的WEEKEND是先洗一大堆工作服，然後替要外出的同學打扮，弄得，忙不過來，最後才加入靜的GROUP，靜聽著SCHUBERT與MOZART的SERENADE，同時又默默的玩牌算命，你猜！我算了什麼命？LUCK OR LUCKLESS？現在我不知要說些什麼，你贊成嗎？沉默會架起感情的橋樑…。在這安靜的氣氛中，突然有位同學傷心地哭



起來，我們愈安慰，她愈傷心，雨夜中她的哭泣感染了我，也無緣無故的跟著傷感起來。悲哀給我們染上淡淡愁雲，我還是停筆好，否則會帶給莫名奇妙的傷感的。

明晚見！ 雪信 11.17夜

11月23日，雪信：把電話掛斷，我舒適地呼了一口氣，今天可真一切如意，病理考得不錯，細菌學分數發表又意外地令人滿意，要告訴妳這好消息，只搖一次電話就通，這可是第一次如此幸運呢！人家說，星期五是個不吉利的日子，想不到天老爺特別關愛我呢！呵！對了，記得前信裡妳說「沉默會架起感情的橋樑」，我當然贊成。想起以往，我好像說話太多，可得少說些才行了？妳說，上星期六算了命，結果呢？當然是LUCKY吧！我前日也讓同學以撲克牌算命運，卻壞透了，妳知道那位同學被我罵壞了嗎？明晚可有些不好過，雖明知妳有事不能來，不過到了七點，我還是會到老地方傻等個半小時才悻然而歸的。

晚安 鐵雄 11.23

11月27日，鐵雄學兄：趁著護士長中午下班，避過她那嚴厲的目光，開始草草寫幾字。非常羨慕你考後的開心，我們這幾天可怕的考試日子，不知要如何挨過？雖然讀書並不是為了考試，不過因考試而來的精神緊張是很難受的，也許你不曾受此酷刑，到底女孩子還是差的。

有時我會顯得很迷糊，生活充滿著疑惑，我不知如何去了解一個人，更不能斷然

去處置一些事，本來不該懷疑的，有時也發生猶豫，有時更想生活在高貴的情操中，你說我不是太無知嗎？

你最無理，怎麼人家幫你算命，還要挨你罵。我想你算的是發財夢，不然怎麼會怪算命的人？假使我們都像你那樣，MISS黃豈不是一天到晚都要挨罵？我說沉默，你就覺得自己講話太多。記住，像你這樣敏感的人，最好多吃酸醋，千萬不能吃辣椒，你相信嗎？這是敏感症新療法！祝

學安！ 雪信 11.27 01 PM 於治療室

11月29日，雪信：跑到老遠的靶場去打靶，卻領得一個大鴨蛋回來，不過曾先生卻中了四發呢（我們一共打八發），我們都叫他趕快改行，醫學院要訓練出救人的好醫生，不要殺人的好槍手。妳會笑我酸葡萄嗎？

考試時的心情當然是不好受的，不過自小學起，大大小小已經歷多少考試的我們這群沙場老將，還對考試「畏之若虎」，可真稚氣得令人發嗤了。妳們若像我們醫學院，一星期考一次或兩次，不會發瘋，那才怪了。鎮鎮定定地，平心靜氣地，一字一字，一行一行，再一頁一頁地唸下去，不慌不忙，累了，感到沒勁了，起來走動走動；疲倦了，不想再念下去了，不妨閉目幻想一下考完試後的輕鬆，保證妳一定會再好好地念下去的。我希望妳有好運氣，能夠考得很好。這星期六下午細菌學期中考，希望自己能考好，不過希望歸希望，有時難免發生意外，那時我都處之泰然，把希望寄託下一次



考好。

妳猜想，我算是發財夢，錯了，我絕不會做發財夢，做任何事都要腳踏實地呀，整天遊手好閑，無所事事，儘做白日夢，一輩子可就會一事無成，枉費此生了。我是絕不會相信算命先生那些江湖術士的話的，陳先生只是閒極無聊，才會玩撲克牌替人算命，消磨時間的。

妳要我吃酸醋而不許吃辣椒嗎？好！「謹遵閨命」，不過以後若我吃「醋」吃得太兇時，可不要又叫我不吃「醋」了？！

人是一種莫名其妙的動物，要了解他不是件容易的事情，不然，我們何必設立心理學這一門？對一件事處理時的猶豫不決，那是個性問題，並不與其「有知」，「無知」發生關連。不過妳所說另外一點，對一個人發生懷疑，那不是一件可令人稱許的了。我不曉得妳所指為何，不過若對人人如此，那可不是件尋常的事情，至少已經有接受心理治療的必要了。我真有些耽心，連我也被列入妳那被懷疑的名單的呢（妳還要說我患過敏症嗎？）。妳們什麼時候考完？本星期六有時間嗎？有空再回信好了，沒有空就不必，那我就知道週末不見面了。祝

考試順利！

鐵雄 11.29夜

12月1日，鐵雄學兄：我非常驚訝前信所給予你的感覺，也許當時我的思想多少受到病房的影響，人家說，病房是社會的縮圖，有各式各樣的人，也有很多異常之事。當然我們這些小孩子（夏校長常這樣叫我們），對於這種未曾見聞的事起了懷疑是免

不了的。誠然當某一個人，對人人都發生懷疑時，是應受心理治療的；然而碰到那樣怪的病人，那麼突然的事，怎麼能不令我費解，不感到猶豫不快呢？她是三等病房患末期TUMOR的再嫁夫人，她怪得可怕，有時煩得很無理，前次護士長被她煩夠的了，使向來嚴厲而不露感情的護士長竟流出傷感的眼淚，埋怨護士工作的辛苦無奈。不過上星期當我給她做完治療後，向來仇視護士的她，突然地向我訴出她的苦衷，仇視變成親切。她拿出一本日記，說要送給我，讓我受寵若驚，更叫我猶豫，像她歷經滄桑的再嫁夫人，其日記應給她的子女做紀念或引為殷鑑。而我只是一星期服務她二次的護生，怎能接受她的日記，去唸她的日記？然而我卻又不願拒絕她；此事對別人也許不成問題，而我呢？就猶豫再三，也許正如你所說個性問題，或許是社會經驗缺乏所致。對一個不久人世的人，我是非常同情與憐憫的；你曾說我對人人發生懷疑，我可以否認嗎？

一個人在人生過程中，應具有高尚情操，正如「約翰克利斯多夫」，然而這位再嫁夫人的不幸，可能缺少情操肇致生活墮落所致。我不知目前自己是否應受心理治療，不過我唯一認錯的是，既然不願多管病人私事，卻又不經心地在給你的信中提到。當然希望類似之事以後再也不會發生，更願你的敏感症早日痊癒。我們於星期五考完，算起來還有可憐的六天日子。

學安！

雪信 12.1夜

12月3日，雪信：來信接到了，滿滿的二



張使我大吃一驚，仔細看看才知妳又在為瑣事操心；也許因妳見到那位女病人，又聽到她的傾訴產生憐憫之情；但人生究竟悠悠長久，這種事相信還會遇見不知多少次；假如那樣為每一件事同情傷心，固然情意可佩，然而不是會徒增自己的痛苦嗎？

細菌學考完了，成績還差不多。妳星期五才能考完，快加油啊！別怕考試，把神經緊張度放鬆些，考起來就更痛快容易了。我們的教授說「平時多運動些，考試不用怕，到了再說」，也許這是一個致福之道吧！

星期六騎車子摔了一跤，結果掛了三彩，（左、右手和腿），上、下樓梯都非常不方便，吃飯寫字都得用左手了，希望星期六以前能痊癒，不然病理考試可糟了。

祝妳考試順利，也希望妳考完後預祝我星期六病理考試大順。

鐵雄寄 12.3夜

（因左手執筆寫起字來歪歪倒倒地，所以請陳先生代筆了。那晚本來可以不出去的，但到七點十分就有些不放心，所以還是騎車子去一趟了，妳想到什麼地方？）。

註：是趕到根本就知道，未先約定的約會地點，因雪信正在考試期間（其實明知卻

又傻傻地去赴約），所以撲空回來。

（因信中未交代清楚，12-03夜騎車到何處，故於2004年8月13日整理時，補註）

12月5日，鐵雄學兄：不知何故，自禮拜天起一直忐忑不安，尤其今天在病房，整天悶得透不過氣來。下班後回學校內宿舍，桌上已有一封字跡陌生的信（雖然信封上簽的是你的姓），急忙拆開一看，幾天來不安立獲解答。我很想知道你受傷情形？到底嚴重嗎？是否好一點？敷上什麼藥？我很想去看你，又怕打擾你們而增加你的麻煩，加上，要去你的寢室很不方便，所以只好將心急奉託於此一薄紙上，請原諒我不能來看你。

我們現在是內外夾攻，除了學課的期中考外，這幾天護士長一天考到晚，雖大家都在用功，我還是要寫信，我想不出你星期六到那裡去；不過我反要你猜，你說我猜想你去那裡？為了明天上班，同學都靜靜入夢鄉，而我獨自坐在窗邊，默默祈求你早日痊癒與病理考試順利，更寄語夜裡天邊浮雲，帶語遙祝心意。

學安！

雪信 12.5. 01 PM

（作者係母校醫科1960年畢業，現於恆春鎮開業戴外科婦產科診所）



一個小鎮醫師的社區漫遊

文／沈政璋

臺大畢業—這已經是26年前的事。

學號B7640～，1987入臺大，1994年從臺大醫學系畢業，承眼科權威蔡武甫教授收留，決定回到南部奇美醫院眼科繼續專科醫生的訓練，主要原因當然是回到自己的故鄉台南，另外一個更重要的原因當然是老婆，老婆是高雄人，所以我選擇高雄當作落腳的地方。

一般醫學系畢業會在教學醫院完成專科訓練，當然臺大醫院是最好的教學醫院，在專科醫師訓練之後通常會選擇在教學醫院繼續待或者是去開業。

我選擇了後者，美其名，可以自主管理規劃自己的生活，其實也是陷入另一種重覆的生活模式中。當然有時候，就會很羨慕留在大醫院的同學們，大教授、大計畫、大研究，有種殿堂上高高在上的崇高狀態。

不過，也沒那麼羨慕啦！每一個人都有自己的人生哲學和生活方式，認真的把自己的日子每天每天踏實的過好，其實才是真的。樂觀向上，一生玩不夠，永遠保持對生活的好奇心和熱情！

名和利，空的！—生活才是真的。

20年前，從台南而到高雄，兩個南台灣的城市。完全不同味道的城市，有著不同的文化，有著不同的居民，不同的味道。

緣起、選擇、落地、生根、成長、茁



壯，一步一步融入自己的土地，認識自己的土地，喜愛自己的土地。這是選擇，變成宿命。以一個新移民開始，當然從最早的開業位置選擇到高雄鹽埕開始這機緣，到診所的老屋落地生根為起頭。從因投入而喜愛這地方的記錄者，到想要好好的記錄高雄母親之河的歷史，到想要好好的留下歷史，給這土地的人民，最後希望能世代永續。

是個台南鄉下移居高雄新移民，用外來者的角度記錄；是個居住者，用我的生活寫下愛河在地的日記；是個中間偏左的眼科醫師，用心視病不喜歡太多商業化；是個攝影師，用我的相機美學記錄愛河；是個黑膠的中度中毒者，用音樂音符填滿生活；是個城市觀察家，用我的觀點察看愛河；是半個文史工作者，不專業的用自己的簡單方式有系



統的去認識過去；也是個老派的編寫者，編織大高雄歷史。希望更多的人能夠了解自己的週遭人物土地。

鹽埕真好—愛河真好—FB的粉絲頁

在FB上社區網誌「鹽埕真好」「愛河真好」當個記錄社區生活的小編，寫下「鹽埕漫遊」這本書，記錄這鹽埕的百年風華的歷史架構。在立足鹽埕之後，又向整個大高雄的母親之河邁進，嘗試溯源和散策這大高雄的水脈系統，所以又寫了「愛河漫遊」第二本書，希望和大家分享自己認識的土地，一步一個腳印，日常走過的地方。

偶爾參與一些簡單社區活動，有時也如義工般的帶領大家「走讀」鹽埕和愛河。留下土地上走過的痕跡，希望能讓自己和更多關心自己土地的人，都可以藉此而更簡單的了解自身生長的地方。當然希望這樣的系統性介紹土地的好書，能是全高雄人或是全台灣人都會有興趣的好書。

鹽埕漫遊—跟著沈醫師走讀鹽埕一起鹽埕漫遊吧！

因為開業在鹽埕區，所以也就順理成章地記錄每天生活的社區。高雄鹽埕，一百多年的風華，一個「山海河港」匯集的得天獨厚的南臺灣老城區。50年前是高雄最美的一顆星，50年後的今日依然高雄一顆最閃亮的一顆鑽石。從剛出生的嬰幼兒，到一百歲的人瑞，從以前的大新百貨到現在的愛河駁二，許多人的情感記憶或多或少都和鹽埕有不同程度的連結。是路過也好，是專程也好，是高雄人也好，是台灣人也好，有機會到鹽埕，讓我們花一點時間認識這個地方。

走讀，而不僅僅是導覽。導覽的方式有很多種，正如我所講：「我們走過歷史博物館，但我們並不進入官方的博物館內，而是要走入鹽埕區內的真正的博物館中，看看這土地所留下的！希望走過一條一條的街道，從一個建築、一個門、一扇窗，看見一個歷史。」希望每一個有機會有緣來鹽埕的夥伴，或是讀過「鹽埕漫遊」這書的人，就能架構出簡單的歷史骨幹，去認識自己走過的地方！

在三度空間上，用時間的縱軸再加上空間橫軸，用鹽埕三寶（小吃、駁二、愛河）、四大特色老商場和七條特色街道，架構一個有歷史架構的社區的意象。希望藉此能夠認識鹽埕的過去、現在和未來，就像認識自己的過去、現在和未來一樣。建構一個社區的巨人模型意象。

所以有機會，讓我們一起走入社區，認識這一個活生生的土地「鹽埕」吧！這個充滿人情味，南部最大港都中充滿人情味的小村落。

愛河漫遊—魂縈夢迴，到高雄，只為愛河走一回！

「鹽埕區長郭萬枝，人人叫他郭先生；做人慷慨甲有義，哎喲，要交朋友著找他。」





鴛鴦水鴨雙雙對，愛人比某有卡水；
若要相好嘴對嘴，哎喲，不能結局相克虧。
一隻蜻蜓四支翅，阿君做人愛老實；
不通僥倖找別人，哎喲，害阮歸隕守空房。
二條菜瓜生相連，大先出世有卡大；
愛人不愛咱著算，哎喲，不通出手給人拖。
聽人在講高雄好，要好第一是愛河；
咱若要好去七桃，哎喲，我的阿君好不好。」

故事由鹽埕區長這主題曲開始，當黑膠唱盤放下，鹽埕區長這古早味的旋律緩緩唱起，我們用倒敘的方式，從下游而中游而來上游沿途介紹一下我們的美麗的母親之河—愛河。

用一條愛河，是可以把整個高雄串起來的。像串肉粽一樣，不，是像珍珠一樣串起高雄美麗的城市風貌。而任何研究高雄歷史的人，甚至是生活在這裡的人，都應該要有這樣的一本書。這是串聯高雄歷史的書，如果你有興趣，跟著我一起走向愛河，慢慢認識我們的母親之河—愛河。

我的建議是這樣子的，從高雄港進來，旗津、哈瑪星是最早開發的地區，近海邊有老車站、砲台、燈塔、領事館，可以花一點時間坐坐渡輪，吹吹海風。順著海邊，沿著高雄港邊的棧貳庫香蕉碼頭、棧伍庫、棧六庫，到哈瑪星鐵道園區和駁二到鹽埕。然後沿著愛河一直往上，到達愛河下游。這是愛河最漂亮的地方。活動最多，人潮最多，浪漫最多。找自己喜歡的人，坐上愛之船，散步聊天吹風看愛河，你一定會不知不覺地墜入這愛河之中。

往上到建國橋前的家樂福，這裡就是二號運河，二號運河有一個美麗的名字叫幸福川。從家樂福旁邊向上，騎上city bike，到天公廟拜拜，到三鳳宮看看三太子。高雄中學和高雄火車站也在這附近，從三塊厝經三鳳中街再過高雄火車站到五塊厝，這是高雄市最精華的地方，是老高雄的中心點。

找一個風和日麗的南臺灣豔陽日，我們走一走中游。這一段看來也許沒什麼，其實相當的有趣。最顯眼的是，兩個高高的中都窯廠煙囪。舊的中都戲院社區旁，是高雄市最早發展的工業區，到開王殿、北安殿走走，可以順道拜訪有名的中都濕地公園。這是以前窯場、合板工廠儲木池，因這些舊的史跡產生，改造而成的生態環保滯洪生態池。另外一邊的美術館區，有一個化龍宮，這是三鳳宮自此分靈而出的最古早老廟。

然後到愛河之心走走，如果你有錢又有閒，逛一下農十六最繁華的商業鬧區。或是沿寶珠溝向上，經過高醫到科工館的後面，經覺民路到三民區人口集中處，然後到客家義民廟。





上游的愛河經過了高雄市熱鬧的河堤社區，到達文藻大學，再到榮總這附近有棧仔林埤、金獅湖、九番埤和八卦寮埤。愛河的源頭在八卦寮，和曹公新圳連結，非常的有趣。最後再往上溯源，從曹公圳貫穿了整個大高雄，楠梓、左營、鳳山、林園、大樹而至高屏溪的出口。當然最重要的是可以通到蓮池潭然後和左營舊城相通，也可以由曹公舊圳到鳳山新城連結，連曹公圳舊圳頭、大樹高屏鐵橋和古老的三和瓦窯，都可順便走走。如此幾乎高雄大半的歷史都和這愛河—曹公圳的珍珠水系有了聯結。

走一趟愛河，也是一趟尋根之旅，這不是文史工作者才需要知道的歷史，而是每一個生活在高雄的居民都可以進一步了解的歷史。希望這是上至市長、文化局長，下至每個學生、每個這土地上的居民都能好好研究的一本書。有空歡迎大家一起來愛河走走吧！

簡單、踏實、溫暖、喜悅、永久—享受有人情味的人事物

喜歡影像，沈迷音樂，享受有人情味的人事物，是60%愛音樂+70%愛攝影+80%的人文+100%的土地的組合，分享生活的過去、現在、未來。

時間的流動是歷史。記錄生活，藉時間的堆積，在歷史的時間洪流中沖激慢慢向前流動，一點一滴的累積，編織大河史詩。希望在社區中找到力量，逆風飛翔，在荒蕪中長出嫩綠之葉，開花結果，而能永續。



錢幣上丟最終是要落到地上的，年輕的心如長頸鹿般總是伸長脖子用力向外伸展張望，不要忘了，我們站在地上的雙腳。這母親的土地將愛台灣變成實際的行動，希望每個社區的人都以此紮根，記錄傳承，開花結果。每個人都用自己的方式去記錄生活，記錄土地。所以不是太難，用你會的方式就是最好的方式。當這樣的方式遍佈台灣時，生命的花朵必由土地自然綻放。期待「福爾摩莎，土地真好」，遍地開花。

每一個人都是一本書—人生不必然華麗，但求豐富美滿

希望每天做自己喜歡而該做的事，踏實的活在土地上。對土地友善，那土地給我們的，我們也善待回土地。也就是希望環保永續，一步一腳印，身土不二，人腳有肥。每一個人都是一本書。人生不必然華麗，但求豐富美滿。大家一起向前走！

（作者係母校醫學系1994年畢業，現任高雄市鹽埕區沈眼科診所院長）



台大景福基金會 醫學人文關懷計畫 2019年執行內容

本會與母院醫學人文博物館共同執行「醫學人文關懷計畫」，內容包括「博物館體驗學習」、「人文學體驗學習」、「醫療照護關懷體驗工作坊」及「老年健康關懷體驗工作坊」等，以「人文關懷」為主軸的系列活動與體驗學習共計458場次，獲得校友、在校生及社會人士熱烈迴響。

本計畫協助醫療機構營造關懷的執業氛圍，希望醫學生及醫護人員等藉由「人文關懷」的精神重拾對醫療的熱忱；另外同學聚會亦可強化各班及各地景福校友的情誼連結，不僅使參加活動的校友重溫學生時代的美好時光，也讓校友更了解母校與母院的嶄新風貌。

以下為2019年計畫執行內容：

內 容	場數	參加人次
A、「博物館體驗學習」	97	1,123
A1. 台灣人哪裡來		
1. 新生參訪	4	119
A2. 大腦、心智與學習		
1. 選修課程「一般醫學保健」	28	379
2. 選修課程「衛生保健」	12	117
3. 通識課程「醫學與生活(2)」	25	214
4. 通識課程「醫學與生活(3)」	28	294
B、「人文學體驗學習」	53	581
B1. 本院學習群		
1. 人文學體驗學習工作坊	6	45
2. 學習群系列活動	35	384
3. 「醫療情境中的人性課題」討論會	11	122
B2. 其他醫學院學習群	1	30
C、醫療照護關懷體驗工作坊	14	110
C1. 醫療情境中的人性課題探討		
1. 國泰醫院PGY	10	88
C2. 在醫療機構中建立關懷文化		
1. 醫療照護關懷體驗參訪	4	22
D、老年健康關懷體驗工作坊	294	2,429
D1. 人生第三幕分享學習		
1. 「人生第三幕分享學習」	28	259
2. 分享學習群	71	538
3. 生命歷程回顧分享學習	73	765
D2. 高齡友善健康體驗工作坊		
1. 「幸福老化、健康老化」分享學習計畫	122	867



用塵土造人

(2020年醫訊封面故事介紹)

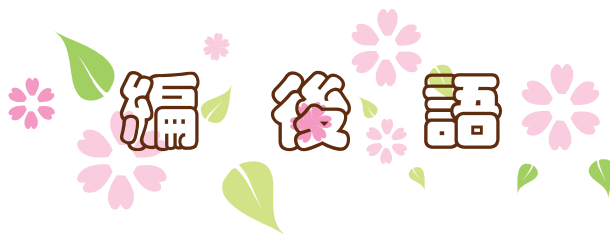
文／陳恒德、畫作／陳天惠

這是1999年71歲的父親住在淡水潤福新象大樓時，在其所設陶藝教室的「人頭」作品。此頭像天庭飽滿、眼窩深陷、凸眼、挺鼻、上唇嘴角微揚而下巴略突，看起來炯炯有神。而右側臉頰略豐厚於左側，加以深色嘴唇和額頭、鼻樑、顴骨的曬斑，說不定是位慣以右側牙床嚼檳榔的勞工紅唇族，帶著幾分粗獷。

父親在此作品之前，從未學過陶藝或雕塑，而人頭雕塑，更是最難把握立體比例與抓住神韻的題目。想來父親幼年野外玩泥巴、醫學院的解剖課和外科醫師的執業生涯，應有所助益。父親在朴子執業39年，退休時累積十餘萬份病歷，執業生涯中，應看診加開刀數十萬人次，許多人身上至今仍然帶著父親開刀留下的痕跡，父親也會補兔唇、剪舌繫帶、小針縫破碎的臉，無怪乎創作時，自有其敏銳觀察的心中市井小民的人臉圖像浮現。

「耶和華神用地上的塵土造人，將生氣吹在他鼻孔裡，他就成了有靈的活人，名叫亞當。」（創世紀2:7），其中「用…塵土造人」，和陶匠捏土塑人同以用字，形容造物主似陶匠，受造的人似陶土，神按自己的形象造人，賦予人靈魂，可以和神溝通，成為萬物之靈。惟人肉體生命有限，靈魂則永存。人體組成的元素土中皆有，所以英文在葬禮中，悼念死者與安慰生者常說「Ashes to ashes, dust to dust」，即「塵歸塵，土歸土，還諸天地」之意。此陶藝「用塵土造人」作品，引領我們更深沉思「生也有涯，死後靈魂將何所歸」。

（陳恒德係母校醫學系1983年畢業，現任醫藥品查驗中心特聘研究員；陳天惠係母校醫科1951年畢業，退休外科醫師）



文／蔡麗婷

傳統上對於職能治療可以提供哪些醫療服務，通常立刻聯想到復健科的中風、腦傷、腦性麻痺、發展遲緩、自閉症或過動症等成人或兒童之復健，或是精神科與兒童心智科的職能治療復健。

然而職能治療的中心思想是協助一個「人」、不是「病人」，完成個案在家庭或是社區中，每日需要做、想要做、以及被期望要做，包括食、衣、住、行、工作與教育等職能活動。所以職能治療的執業場所不再限定於醫院，而是廣泛延伸到社區，內容包括職業重建、長期照護、老人與身心障礙者駕駛評估等，透過活動訓練、生活訓練、輔具、環境改善等方式，協助個體重拾對日常職能活動的掌控權與自信心。臺大職能治療學系已經將「社區職能治療實習」列為大四學生的選修課程，國內部分大學的職能治療學系，已經將列為大四學生臨床實習的選項。

本期醫學新知邀請本系的兼任張彧副教授介紹「職能治療與適性駕駛評估」，對於因為老化、傷害或是疾病影響個案駕駛時，職能治療師如何與其他專業合作，藉由駕駛前評量、道路駕駛評量、車輛評量、駕駛者訓練，協助仍有能力駕駛者可以安全駕駛。醫療服務部分，邀請與本院職業醫學科合作多年的林怡成職能治療師，介紹職能治療師如何在社區的環境，協助因為職業傷害影響就業之個案，藉由職業評量與工作強化等策略而重回競爭職場。在長期照護方面，除了邀請有深厚社區服務經驗的袁葦職能治療師，分享如何以黑膠唱片為職能治療介入策略，改善社區機構長輩之日常生活模式；同時邀請沈政男醫師/作家，從需求、財源、照護品質、國內體制等角度，分析國內長照的問題和提出解決建議。

除了與職能治療相關之文章，本期的醫學新知另邀請廖國盟醫師以「SGLT-2i及糖尿病治療之典範轉移」，說明這幾年糖尿病治療觀念上最大的爭議：降糖重要？還是器官保護重要？討論這個兩難議題。

在校友小品部分，續載戴鐵雄醫師的醫護生的情書 第一集之下集。也邀請沈政璋醫師／作家從他攝影師與眼科醫師的視角，帶著我們漫遊與細細品味高雄鹽埕小鎮與愛河。

感謝景福編輯群與亮月的協助，以及校友的踴躍投稿，不只讓本期得以如期出刊，也帶給景福校友不少豐富的訊息。最後祝福各位校友事事如意、平安順利。

（編者係母校職能治療學系1993年畢業，現任母校職能治療學系所助理教授）

母校附設醫院2020年報 專科團隊合影



大腸直腸癌團隊



肝癌多專科團隊



乳癌團隊



兒童心智科（精神科）團隊



兒癌多專科團隊



社會工作室團隊



教學部團隊



創傷醫學部團隊

PGY考官合影



時間：2020年2月23日

地點：臺大醫院東址第一會議室

臺大醫院教學部 攝影



時間：2020年3月7日

地點：臺大醫院東址第一會議室

臺大醫院教學部 攝影