台南醫聲

台南市醫師公會＆診所協會聯合會訊

08

Jun. 2026

■ 新生代醫師／醫學生對當前醫療的看法

醫療人力失衡與直美現象之我見

偏鄉的醫療與生活，公費醫師之小我見

偏鄉定義」與「成效實證」重新省思－第二期公費醫師計畫

一位實習醫學生的觀察與思考

當公費制度遇上新世代醫師：一位 PGY的第一線視角

醫學生眼中的未來醫療

醫學生如何運用AI與潛在的影響

■ 美麗人生

退休雜記：加國生活篇 – 逆流而上，自立自強

醫師專屬的穩健理財藍圖

白袍之外的色彩人生－－王義福以畫筆走入光影世界



二〇二五 會員相機組冠軍吳文信醫師

台南醫聲

刊物名稱 ■台南醫聲－台南市醫師公會暨診所協會聯合會訊
發 行 人 ■賴俊良 林士敦
總 編 輯 ■吳東泰
編輯委員 ■魏大倫 陳俊文 劉晉瑋 陳雨利 李俊杰 侯世婷
張育豪 陳信宏 蔡俊斌 陳文峯 林廷璋
美術編輯 ■張捷
投稿信箱 ■c82@ms15.hinet.net 或 傳真 (06)331-2055
連絡電話 ■(06)331-2058
聯絡地址 ■台南市東區裕德一街2號

目錄 CONTENTS

■ 理事長的話

02 龍馬精神，守護醫權：公會近期重要成果報告／**賴俊良**

07 從名額爭議到共治機制：醫師人力規劃的挑戰與展望／**陳相國**

■ 新生代醫師／醫學生對當前醫療的看法

12 醫療人力失衡與直美現象之我見／**許祐瑄**

15 偏鄉的醫療與生活，公費醫師之小我見／**廖得凱**

19 從「偏鄉定義」與「成效實證」重新省思－第二期公費醫師計畫／**歐柏良**

24 一位實習醫學生的觀察與思考／**郭勇德**

28 當公費制度遇上新世代醫師：一位 PGY的第一線視角／**陳奕宏**

33 醫學生眼中的未來醫療／**蔡承越**

38 醫學生如何運用AI與潛在的影響／**葉睿泓**

■ 會務動態～公會深耕計畫

42 科技串聯健康：臺南「愛（AI）腸篩」計畫，打造智慧轉診的新典範／**陳炳誠**

45 智慧醫療的最後一哩路：透過 AI 轉診與即時溝通，翻轉大腸癌防治成效／**陳炳誠**

48 AI慧眼守護計畫：智慧整合糖尿病視網膜病變篩檢與照護提升計畫／**李俊杰**

■ 美麗人生

54 退休雜記：加國生活篇 - 逆流而上，自立自強／**蔡國麟**

64 醫師專屬的穩健理財藍圖／**莊慶仁**

73 白袍之外的色彩人生——王義福以畫筆走入光影世界／**編輯室**

115年4月30日截止
診所數：1104家　醫師數：1716人
紙本發行量：200本
電子版對所有醫師會員發行共4432人

【編委會小啓】
★本刊內容皆屬作者個人意見，不代表本會立場
★會訊電子檔QR Code
網址：www.tnmed.org.tw



龍馬精神，守護醫權：公會近期重要成果報告

■賴俊良醫師
台南市醫師公會 理事長

親愛的各位會員醫師先進，大家好：

欣逢馬年到來，俊良在此祝福大家龍馬精神、馬到成功。

過去這段時間，公會在各位醫師的鼎力支持下，持續站在第一線為醫療環境、醫師權益與市民健康努力。面對醫療體制的劇烈變動，我們深知唯有「主動出擊」，才能捍衛醫界的專業尊嚴。以下特別向各位同仁報告公會近期推動的重大進展與醫療資訊：

一、政策領航：全國唯一「健康台灣深耕計畫」雙類別通過

公會成功向衛福部爭取並通過深耕計畫**A2及B1雙類別案**，成為全國唯一獲此殊榮的醫師公會（圖一）。

● **A2 計畫**：臺南愛（AI）腸篩—大腸癌攬篩完治×AI轉診智慧平台精進計畫。

● **B1 計畫**：AI慧眼守護計畫—智慧整合糖尿病視網膜病變篩檢與照護提升計畫。

這不僅是榮耀，更讓台南醫療在「智慧醫療轉型」與「醫療韌性提升」上，佔據全台領航者的關鍵位置。

✅ **目前共有 8 個縣市醫師公會通過：**

- **A2 類：6 個**（北市、新北、台南、高雄、嘉義市、彰化縣）
- **B1 類：3 個**（台南、苗栗、南投）

（台南市醫師公會同時在 A2 與 B1 兩類名單中出現）

圖一：台南市醫師公會是全國唯一申請到2個深耕計畫的公會。

二、權益爭取：疫苗處置費調升與行政減壓

公會偕同全聯會等醫界代表數次積極向賴惠員立法委員、賦稅署與衛福部陳情，堅持「冷鏈、人力、行政」皆應合理計價，終獲具體成果（圖二）。

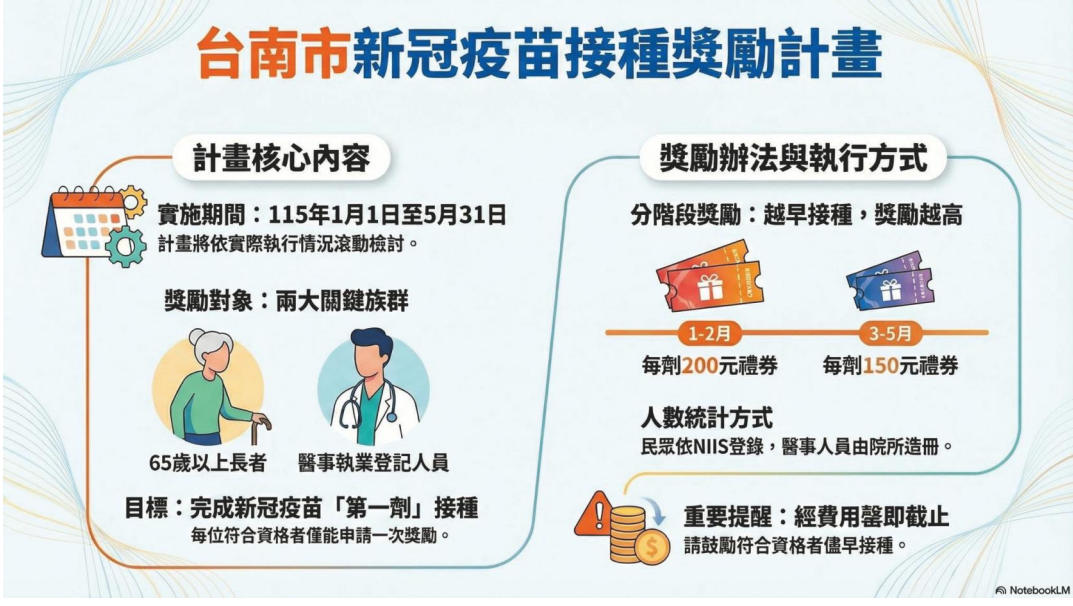


圖二：114/6/19公會賴俊良理事長、陳相國榮譽理事長及其它醫事團體至賴惠員委員辦公室協調「疫苗處置費調升案」。

●**給付調升（115/3/1 起）**：6歲以下調升至**200元**；一般民眾調升至**150元**（我們將持續爭取300—500元之合理目標）。

●**行政減壓**：同步改由**NIIS系統自動核算**，取消向健保署逐筆申報之繁瑣流程，簡化基層診所的行政程序。

三、防疫新制：115 年公費疫苗升級與獎勵



圖三：公會年初建議衛生局推動65歲以上與醫事人員新冠疫苗接種加碼補助案，守護市民健康也保護自己。

●**肺炎鏈球菌疫苗**：全面升級為單劑PCV20，簡化施打劑次。

●**加強型流感疫苗**：針對機構65歲長者首波導入20萬劑，精準守護高風險族群。

●**新冠疫苗接種獎勵：台南獨享**，公會與衛生局推動65歲以上與醫事人員之接種加碼補助，115/1/1—2/28期間：每劑200元禮券;115/3/1—5/31期間：每劑150元禮券，讓台南65歲以上長者與醫事人員接種率位居六都之冠（圖三）。

四、資源媒合：UCC假日輕急症中心正式上路

為有效分流急診壓力，公會與健保署、衛生局合作，成功媒合**永川醫院**成為台南首家UCC假日輕急症中心。首日即服務146位民眾，成功建立綠色轉診通道。公會將持續媒合人力，強化台南醫療服務的韌性（圖四）。



圖四：公會俊良理事長、診協士敦理事長、公會大倫秘書長與東泰理事，特別於11月7日拜訪永川醫院，感謝與了解永川醫院開辦UCC的經驗與困難。

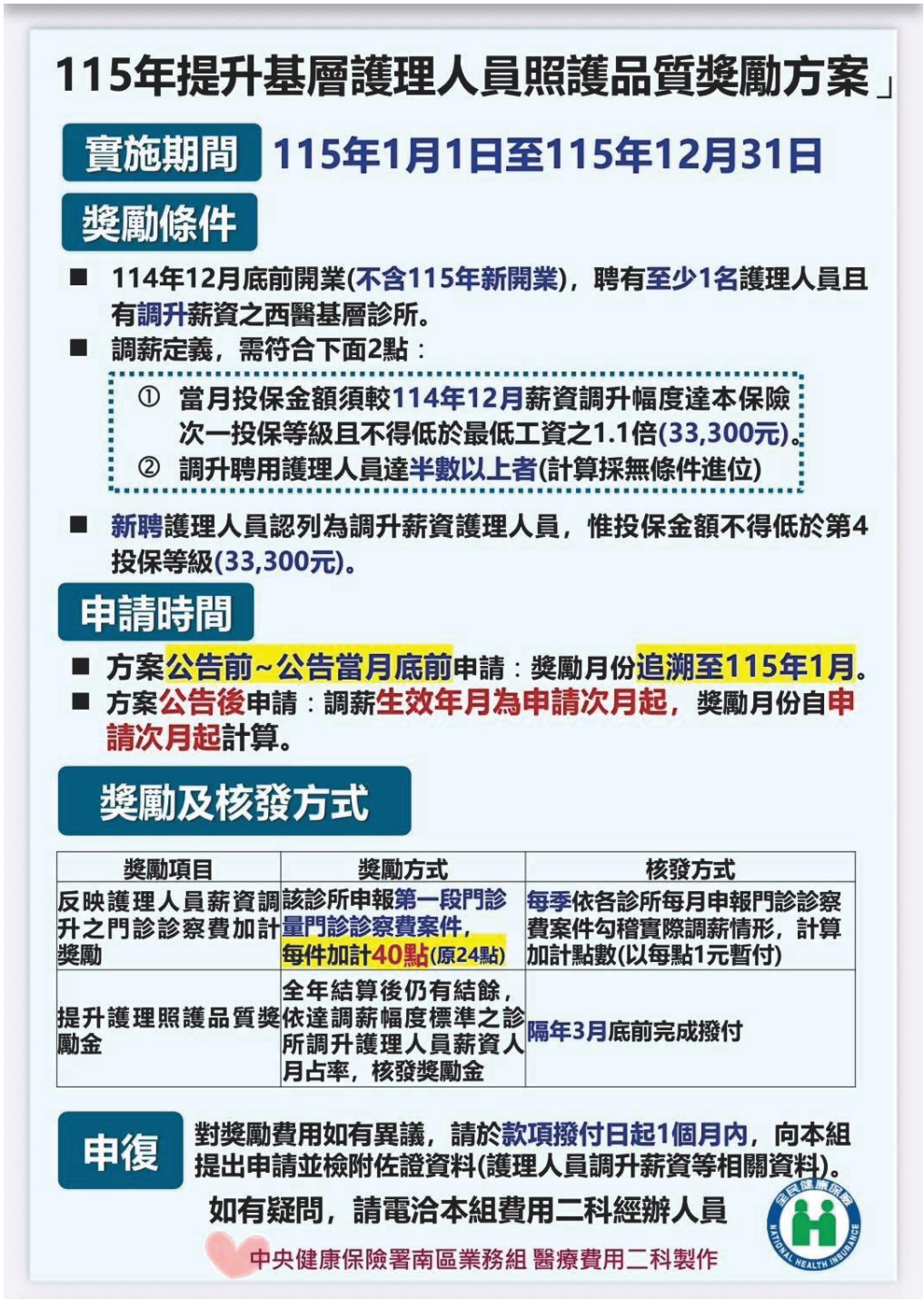
五、 勞動尊嚴：醫院非常態工時加班費免稅重大突破

在賴惠員立法委員協助下，經由公會與全聯會等醫界團體積極拜會財政部、勞動部、衛福部，已取得「建立免稅上限」與「明確加班定義」等共識，預計於**115年報稅年度正式上路**。讓醫師的辛苦付出獲得實質的尊重與稅賦減免（圖五）。



圖五：114年7月17日，台南市醫師公會賴俊良理事長、陳相國榮譽理事長、成大醫院李經維院長協同各醫界代表，一同拜會立法院賴惠員召委，針對「醫師非常態工時執行業務所得之課稅問題」進行深度政策溝通。

六、 基層穩定：提升護理人力照護獎勵



圖六：115年度提升基層護理人員照護品質獎勵方案｜重點說明。

針對基層診所護理荒，全聯會爭取到115年度26.372億元預算（圖六）。

●**門診加給**：1—30 人次每件加給 **40 點**。

●**薪資保障**：鼓勵調升投保薪資以留任優秀人才，穩定基層醫療基石。

七、簡政便民：稅務優化與行政減壓

●**糖網共照學分優化**：與衛生局協調，簡化認列制度，凡取得「家醫2.0」學分者，即可逕行認列為糖尿病共照網展延學分，不需重複申請。

●**登革熱通報獎勵**：調高定點醫師NS1獎勵金，並將所得類別改為 9A-90（可扣除成本），大幅降低會員稅負負擔（原類別92需100%併入所得）（圖七）。



圖七：114/12/30公會俊良理事長、診協士敦理事長、公會東泰理事拜訪衛生局，商討提高115年登革熱通報獎勵及減免NS1獎勵金稅賦。

●**醫院評鑑改革**：評鑑週期由4年延長至6年，導入「日常化監測」，取代傳統文書海，減輕醫院行政負擔。

結語：守護台南，打造健康台灣

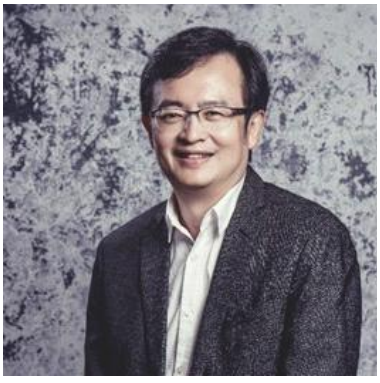
公會的每一項努力，初衷都在於「保障醫師專業尊嚴」、「減輕基層行政負擔」與「強化市民健康」。在醫療環境轉型的浪潮中，公會絕不會缺席。未來，我們將持續朝AI智慧醫療轉型與給付合理化邁進。

感謝各位會員醫師的信任與支持，公會永遠是各位最堅實的後盾。

敬祝 醫安康泰、事業順利

台南市醫師公會理事長 賴俊良 敬上

115年3月6日



從名額爭議到共治機制：醫師人力規劃的挑戰與展望

■陳相國醫師
中華民國醫師公會全國聯合會 理事長

一、前言

近一年來，醫學生招生員額與公費醫師制度的議題，再度成為社會關切的焦點。爭議的起點，並非單一校系或單一政策，而係制度設計與權責分工在執行上出現落差：當「重點科別培育公費醫師制度」第二期程告一段落後，清華大學、中興大學、中山大學等三校學士後醫學系在115學年度的招生名額究竟如何核定，竟在部會間出現彼此不同的理解與處理節奏。衛福部相關承辦單位一度表示計畫結束後無新計畫規劃，名額核定需回歸教育部；教育部則指出過往皆尊重衛福部醫師人力規劃，名額多由衛福部提供，理應由衛福部主管。當政策口徑未能一致、討論機制未能即時啓動，名額的去向就可能被「行政便利」取代「專業治理」，而原總量管制的底線亦面臨被重新解釋甚至被稀釋的風險。

醫師人力的問題，長期存在「不患寡而患不均」的結構困境。若在缺乏整體供需評估、缺乏一致核算口徑、缺乏醫學教育評鑑把關下，造成招生名額以各種形式漂移，最終傷害的不只是制度公信力，更可能衝擊偏鄉醫療、醫學教育品質，以及年輕世代的職涯信任。這正是醫師公會全聯會必須在第一時間站出來、強烈要求建議必須回到實證研究的基礎上，衡平醫師人力，妥善規劃。



二、醫界的挑戰與回顧

面對爭議，醫師公會全國聯合會從實證資料、制度與責任，提出可被檢驗的主張。首先即向衛福部醫事司與教育部高教司釐清：計畫結束後是否真無後續方案？三校招生名額由誰核定？「醫學系招生總量1,300名」的核算範圍是否包含國防體系？這些問題看似技術，實則是制度治理的關鍵——因為只要口徑不一，就會讓總量管制變成文字遊戲，讓各方在灰色地帶各行其是。

從立法院衛環委員會公聽會資料揭露教育部曾函詢衛福部三校名額，並出現「在1,300名培育總額內統籌分配」等文字後，本會更清楚看見：若沒有跨部會共同研議與共識形成，社會必將陷入「誰說了算」的拉鋸，而不是「制度如何更好」的討論。因此，本會主動拜會立法委員，提出明確建議：醫師人力規劃應維持總量管制、三校計畫型公費醫學生之後續安排必須及早因應，並邀集教育部、衛福部、專業評鑑單位

與醫界、醫學生代表，共同把問題放到檯面上談。

在各界聚焦於此議題時，本會也與各縣市醫師公會、基層相關團體及台灣醫學生聯合會等聯合發布共同聲明，反對黑箱灌水、反對片面變更總量意涵。我們甚至預告召開記者會，目的不是為了對立，而是要讓決策者知道：醫界願意談，但不能在缺乏透明、缺乏程序正義下被迫接受既成事實。當行政院卓榮泰院長於114年6月30日召集衛福部與教育部協商，並公開宣示「醫學系招生名額1,300名現況不變」後，本會隨即表達肯定並取消記者會，因為我們追求的不是衝突，而是讓制度回到可受監督、可持續運作的正軌。

其後，面對政策又出現以續辦第三期公費計畫處理三校招生的可能方向，本會仍秉持同一原則：**任何名額調整與制度續辦，都必須建立在實證評估、清楚權利義務、完善配套誘因與評鑑把關之上**；公費制度不能成為遮掩總量漂移的工具，更不能把年輕人當作填補缺口的「免洗人力」。

三、共商研議的解決機制

制度爭議要解決，靠的不是口號，本會主張的共商研議解方，至少包含四個要素。

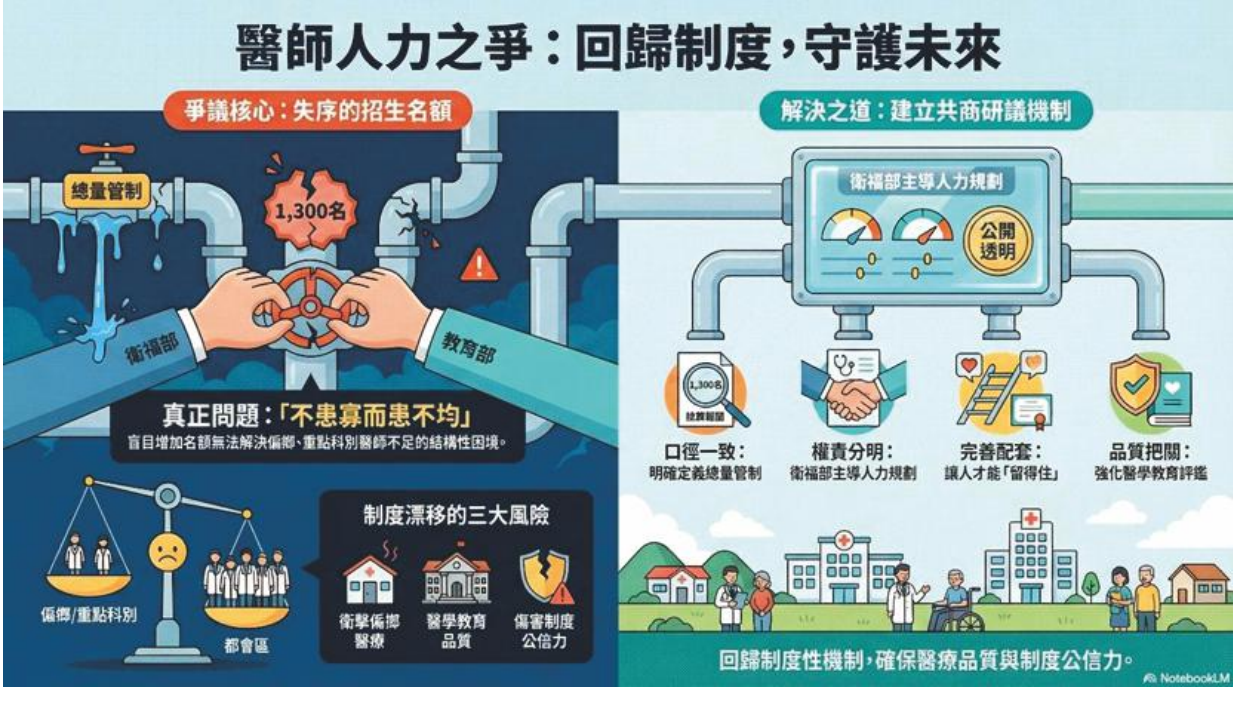
第一，**總量管制必須有一致核算口徑**：1,300名不是象徵，而是多年討論下形成的政策底線。核算範圍是否包含國防體系名額，必須明確、公開、可追溯，避免同一套制度在不同部門被不同解讀。

第二，**名額決策應回到醫事人力治理邏輯，由衛福部主導、教育部配合**：醫師人力供需評估、偏鄉醫療量能、專科人力分布，屬於衛生政策

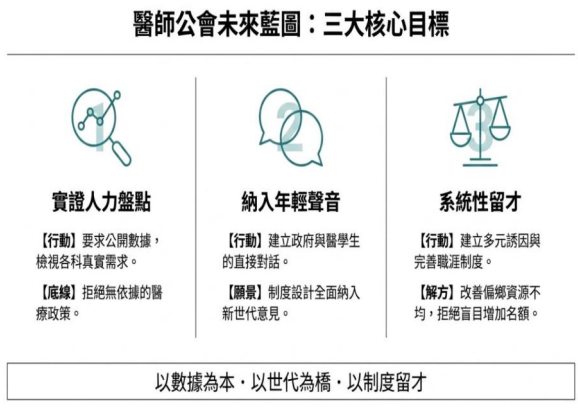
核心；教育部固然負責教育行政，但醫學系招生牽動的是國家醫療資源配置，必須以衛福部的人力規劃為前提，才不致讓辦學成本或行政便利凌駕公共利益。

第三，**制度續辦必須明訂權利義務、服務內容與配套誘因**:若採公費制度，服務年限、起算方式、服務地區與科別限制，都應在招生簡章與政策文件中清楚載明，並搭配支持偏鄉留任的完整措施，包括職涯發展、訓練資源、住宿與家庭支持、合理的工作條件與安全環境。偏鄉醫療不能只靠「派人去」，更要讓人「留得住、做得久、做得好」。

第四，**強化TMAC與評鑑把關，確保醫學教育品質**:醫師培育不只是名額問題，更是品質問題。任何新增或調整，都應在評鑑機制充分運作、培育量能確實檢視下進行，讓醫學生與社會大眾相信：制度不只求量，更重質。



四、結語



展望未來，全聯會的立場清楚且一以貫之：我們支持偏鄉醫療的改善，也理解科技發展帶來跨域人才需求，但我們更堅持政策必須可長可久、程序必須公開透明、名額必須有依據、制度必須有配套。醫師人力的改革不該在短期壓力下「急轉彎」，更不該在部會權責不清下「各說各話」。醫界願意與政府共同承擔，也願意與社會共同討論，但前提是回到治理與實證。

因此，**本會未來將持續推動三項工作：其一，追蹤整體醫師人力評估與員額政策檢討，要求以公開資料與可驗證方法，討論各專科、各區域的眞實需求；其二，持續與衛福部、教育部及醫學生代表溝通，讓年輕世代的聲音被納入制度設計，而不是被動承受政策震盪；其三，推動偏鄉留任的系統性解方，透過誘因設計、職涯制度、特約與評量機制等多元工具，眞正改善「不均」而非僅追求「增加」。**

相國相信，醫療是國家的根本工程。制度不怕討論，怕的是缺乏共識的反覆；政策不怕調整，怕的是沒有依據的漂移。醫師公會全聯會將持續站在守護醫療品質、守護制度公信力、守護年輕世代與偏鄉民衆權益的立場上，與政府、醫界、醫學生及社會各界，走一條更務實、更透明、更能長久的改革道路。



醫療人力失衡與直美現象之我見

■許祐瑄醫師
成大不分科住院醫師

看著六歲的姪女仍在幼稚園裡學習基礎的加法，我不禁回想起自己的童年。六歲那年，我已在補習班學習除法。這樣的起跑點，並非出於自覺，而是在升學體制與家庭期待下，被自然推動的結果。當時未曾多想，只是一階段一階段向前，踏上了一條幾乎無法中途停下的求學之路。

這條路確實漫長。從童年補習、國高中升學競爭，到大學聯考失利而選擇重考一年，最終進入醫學系並完成六年嚴格訓練。回頭計算，前後近二十年的時間，幾乎都投注在「成為醫師」這件事上。過程中，犧牲的不只是休閒娛樂，也包括與家人相處的時光。對於並非天資卓越的學生而言，能走到這一步，往往仰賴長時間投入與高度自律，而非一蹴可幾的聰穎。

在如此長期且高度投入的訓練後，多數人對未來有基本的期待，並非追求高額回報，而是希望能換得相對合理的薪資與生活品質。然而，實際踏入職場後，許多醫師卻逐漸感受到現實與期待之間的落差。與高中同學交流後，這樣的落差更加明顯。投入科技業的同學，在第一年便有優於醫師的薪資水準，工時穩定、無須輪值夜班，並能彈性安排休



假；進入金融體系的同學，對醫師的年薪與工時結構也多感到訝異。當年學業表現相近，甚至更加努力的學生，如今在收入與生活品質上卻出現明顯差距，這樣的現象，值得社會深思。

這樣的結構性問題，也反映在近年醫師職涯選擇的改變上。部分年輕醫師畢業後選擇進入醫美診所，主因不僅在於薪資較高，更在於工時穩定、無須值班、工作內容相對可預期。政府近年針對「畢業即投入醫美」設下限制，考量訓練完整性，這樣的政策本身具有合理性。然而，若僅以限制手段因應，卻未同步改善醫院端的薪資、工時與工作環境，恐怕難以真正解決問題。**與其問「為何選擇醫美」，更應該問的是：「為何留在醫院的誘因如此不足？」**

要求醫師以使命感支撐高工時與低報酬，長期而言並不現實。醫師同樣有家庭責任與經濟壓力，若制度無法提供合理支持，最終只會造成醫院人力流失，留下來的醫師承擔更沉重的工作負荷，反而影響醫療品質與病人安全。

長期人力不足的五大科，正是另一個制度失衡的縮影。臨床

上，不同科別在健保給付與自費結構上的差距，已導致風險與報酬明顯不對等。舉例而言，眼科醫師進行白內障手術，手術時間短、風險相對可控，卻能獲得相對優渥的報酬；反觀外科醫師執行高風險、長時間的重大手術，承擔高度醫療責任，實際收入卻可能不及前者。這樣的分配結果，使急重症與救命科別在招募與留才上更加困難。

使命感固然是醫療工作的核心價值之一，但**制度設計若長期忽視風險、工時與專業投入的差異，僅仰賴道德責任支撐，終將面臨崩解**。近年牙醫系錄取分數屢創新高，也反映學生與家庭對職涯風險與生活品質的現實考量。牙醫師畢業後可較快進入臨床、工時相對穩定，對年輕世代而言，自然具有吸引力。

若相關問題持續被忽視，台灣醫療體系恐怕將面臨人才持續流失的危機。長久以來引以為傲的醫療品質，並非憑空而來，而是建立在大量醫療人員的長期投入與犧牲之上。制度若無法回應現實，這樣的品質恐難以維持。

寫下這些觀察與反思時，我仍是一名隔日需在急診值班的年輕醫師。未來數年，仍將持續面對高強度的臨床訓練與輪班生活。**誠摯期盼政策制定者能正視醫療現場的真實處境，從薪資結構、工時設計與健保給付等層面進行系統性改革，為仍願意留在第一線的醫師，提供更具支持性的制度環境。這不僅是為了醫療人員本身，更是為了整體醫療體系的永續與民眾的健康安全**。

偏鄉的醫療與生活，公費醫師之小我見

■廖得凱醫師
奇美醫學中心支援台東基督教醫院醫師



‖台東炸寒單儀式為元宵節一年一度盛事

「北天燈、南蜂炮、西乞龜，東寒單。」說的是台灣元宵節的四大慶典，其中的炸寒單爺儀式，是台東一年一度的元宵重頭戲，連兩天的遶境加上商家的贊助場，讓急診新增了許多燒燙傷患者，友院甚至掛起了一年一度鞭炮受傷的SOP告示牌，偏鄉的醫療本就吃緊，儀式所造成的集體受傷，讓雪上加霜的急診人力更為消耗，事實上，過年期間的急診，已部分靠著內外兒科的支援才能順利運作，這是來自偏鄉醫療的第一手消息。

為了解決偏鄉醫療人力不足問題，衛福部從民國105年開始陸續推出兩期公費醫師制度計畫，原預計今年中止計畫，然而不久前的新聞稿，衛福部長石崇良表示，經評估醫療量能、公費生職涯發展、制度下公費醫師所帶來的貢獻，決定重啓公費醫師培育計畫並為期10年，預計每年新增150名公費醫，目前將盡快修正計畫後向行政院報告。

消息發布後，中華民國醫師公會全國聯合會提出新的政策可能帶來的問題，包括台灣醫學生總額長期以來人數穩定，大約在

1300人上下(每年還有海歸醫學生的未定數)，國家醫療人力有其特殊性，需經專業評估和規劃，不得因短期政策權宜而反覆更動，公費生額外增加的名額可能影響過去的平衡；此外，台北市醫師職業工會也表達公費醫學生制度早已為人詬病多年，包含超長的綁約時限（10年）、嚴厲的綁約懲罰，以及醫師對偏鄉醫療環境的不適應，致使約滿後留任率低，無法造成所宣稱的正向影響。筆者認為，兩個團體提出的憂慮，其實可以用時間軸歸納出一個未來想像，即因偏鄉醫療環境的特性，導致這些額外增加的公費生在期滿之後不願意留在當地服務，離開偏鄉回到都會區就業。

對於醫療量能不足的地區來說，能夠有持續不斷挹注的新血加入固然是好事，但數據會說話，公費醫師約滿後留任率是低的。一份衛福部109 年發布的醫事管理資料(註1)，第一期(105-109年)公費計畫服務期滿的醫師總計827人，留任原院原科別人數僅156人，整體留任率18.86%，其中外科17.19%、婦產科及兒科各為2.86%及6.12%。**衛福部肯定也清楚偏鄉公費醫師留任率低的現象，所以相繼以公職職缺、薪資保障、專科進修等權益希望公費生提高留下來的意願**，筆者因醫學中心暨重度急救責任醫院計畫(簡稱醫中計畫)被派至東部的地區醫院支援，至今為止將近兩年，這段時間的異地支援，同感許多偏鄉醫師的困境，除了醫療



‖元旦值班緊急幫外傷導致小腸破裂的病人開刀

‖協助處理慢性傷口照護



現場，生活環境也是因素之一。

偏鄉的種種限制，大抵圍繞著**工作、就醫、教育**，娛樂跟購物姑且先不談，此外，筆者帶著家人一起來到新的地方，包括兩個需要他人協助照顧的學齡前幼童，第一道難關就是尋找適合的保母，記得從訊息發布到成功媒合，花了近半年的時間等待，除了沒有後援，還要適應與熟悉陌生環境，一家都感到有些挫折，而我相信，**大部分育有幼童的公費醫師若非採取分隔兩地的方式，家人的安頓勢必也是頭痛問題，然而，若分隔兩地，怎麼能期待公費醫師期滿留下呢**？

工作部分，各科的差異性極大，無法一一詳述，**以外科醫師來說，偏鄉的綜合資源相對不足**，在醫學中心開一台腹腔鏡肝臟切除稀鬆平常，但在地區醫院則需要評估衆多面相，有沒有成熟的助手能夠掌鏡？手術中輸血的血品預備夠不夠，過去就有血小板不足需要等待的事件發生；手術完轉加護病房沒有專責醫師，雖然過去有受過重症訓練，但一條龍的照顧還是略感壓力；術後若有併發症產生，沒有放射科介入或是膽道支架的備援，病人只能轉院，每台刀開起來都如履薄冰，所以要**外科醫師在偏鄉執行重大手術，挑戰極大**。

就醫部分，雖然身處這個領域，但分科精細下，隔科如隔山，被太太莞爾：小朋友發燒永遠都只會先觀察，而且緊要關頭時常不在。在都會區衝急診可能還有專科24小時可以會診，但偏鄉能看24小時兒童急診的醫院就這麼幾間，小病都還好，真的大

‖ 周末與鄰居附近海灘遊玩



病稀缺的次專科又不是常常有醫師，即便有科別、有編制，卻可能每週、每個月來自不同醫院的支援，看病講求信賴跟習慣，一個蘿蔔一個坑沒辦法真正問題解決，我得承認，**如果不是在醫療領域有同學幫忙或是線上諮詢，大概也早就萌生打退堂鼓的念頭**。

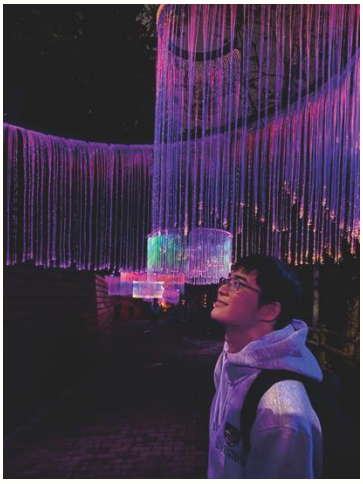
教育部分，從小經歷一帆風順的體制內教育，過程卻極為單調，自詡可接受的教育光譜廣泛，偏鄉不乏體制外甚至自學的團體，最大的挑戰反而是家人如何一起做好對孩子教育的共識，畢竟社群網路興盛，大家的育兒焦慮容易彼此增長，當然，不是每一個來到偏鄉的家庭對於教育方針皆是如此，**明星學校的就讀、各種才藝的安排、外師補習班的追求等等，都是偏鄉遙不可及的資源，為了兩全其美，公費醫師家庭分隔兩地的方式再度因應而生，怎麼可能期待他們期滿留下呢**？

以上部分都**還未提及到最核心的薪資所得**，公費生留任的阻礙就已層層堆砌，以政策強制增加員額當然可以快速解決眼前的“人數”問題，但無疑飲鴆止渴，可預見多年後的某天，偏鄉環境仍舊艱困，都會總額問題毫無意外地更為加劇。



‖ 家庭出遊至附近村莊採收洛神花

註1：
https://www.ly.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=43953&pid=199227



從「偏鄉定義」與「成效實證」重新省思第二期公費醫師計畫

■歐柏良
國立成功大學醫學系大四學生、系學會會長

在台灣醫療的版圖上，繁華都會的燈火通明與偏遠角落的星光黯淡，始終是一道令人心痛且難以跨越的鴻溝。每當夜幕低垂，急重症病患在蜿蜒山路上的顛簸與無助，都是政策制定者心中最沉重的掛念。為了填補這道缺口，衛生福利部於民國105年重啓了公費醫師制度，並隨後推出了「第二期重點科別培育公費醫師制度計畫」。這項承載著偏鄉民眾健康寄託的政策，其初衷無疑是良善且充滿溫情的：希望透過公費醫師的加入，讓醫療的愛能深入每一寸需要的土地，成為守護在地民眾健康的燈塔。然而，當政策決定延續並擴大辦理時，醫界的反彈聲浪卻如潮水般湧現，質疑與憂慮掩蓋了原本的美意。我們必須在喧囂中冷靜思考：這究竟是一張能長久守護偏鄉的「醫療網」，還是一塊僅僅用來遮掩制度缺失的「補丁」？我們並非反對公費醫師制度本身，而是主張在邁入第二期、甚至規劃未來十年的醫療藍圖之前，必須先釐清「何謂偏鄉」的混亂定義，並拿出第一期計畫施行有效的真實數據，方能服眾。

不可否認，第二期計畫的立論基礎有其迫切的現實意義。隨著台灣人口結構劇烈翻轉，**戰後嬰兒潮導致的高齡化與現今社會**



結構導致的少子化海嘯即將來襲，預估未來二十年間，老年人口將大幅增加，而醫療人力的供給卻因醫師年齡老化、工時減少而面臨嚴峻挑戰。根據衛生福利部的數據分析，內科、外科、婦產科、兒科及急診醫學科等「五大科」人力在偏鄉地區嚴重不足，許多偏遠次醫療區域每萬人口醫師數遠低於世界衛生組織建議的標準。在市場機制的失靈下，偏鄉醫院如同孤海中的燈塔，若無公費醫師的人力「強心針」，隨時面臨熄燈危機。因此，第二期計畫預計在五年內培育750名公費生，並以任務導向填補缺口，從人道與公共利益的角度來看，確實有其存在的正當性與必要性。

然而，魔鬼往往藏在細節裡。除了成效評估的缺失，「何謂偏鄉？」的定義問題，更是這項計畫中一塊極不穩定的基石，甚至可能導致資源的嚴重錯置。**在第二期計畫的規劃中，衛福部對於缺人地區的定義，主要依據「次醫療區域」的每萬人口醫師數是否低於十人來判定。依照此一純粹的「數據標準」，諸如新竹竹東、苗栗海線、南投竹山、甚至彰化南彰化等地，都被列入**

需要公費生填補的「偏遠地區」名單之中。這種劃分方式引發了一個核心質疑：以行政區域或單純人口比例劃分的「偏鄉」，是否真能反映民眾就醫的真實困境？

對照內政部對於偏遠地區的定義，通常是指人口密度低於全國平均五分之一，或距離直轄市、縣市政府所在地七點五公里以上的離島，全台約有六十五個鄉鎮符合此地理條件。然而，**衛福部的標準卻可能將距離醫學中心僅一小時車程、生活機能尚可的次級城鎮納入「偏鄉」範疇。反觀那些真正山路蜿蜒、加上離島風浪阻隔的「極限偏鄉」，其醫療需求的迫切性與上述地區截然不同**。許多教育界與社會學者在討論偏鄉議題時也指出，偏遠地區的問題往往源於整體社區機能的流失，就業不易導致青壯人口外流，進而掏空了支持系統，這絕非單純填補一名醫師就能解決。如果「偏鄉」的定義過於寬鬆或僅依賴數據，公費醫師極可能被分發至「統計上的偏鄉」而非「地理上的絕境」。這不僅無法解決真正深山離島的醫療荒漠化，更可能讓公費制度淪為替部分區域醫院節省人事成本的工具，而非雪中送炭的救命稻草。如果連「要救的地方在哪裡」都定義得如此模糊，資源如何能精準投放？

更為關鍵的爭議點在於**「成效評估」空口無憑**。衛福部在推動第二期計畫時，雖然列舉了第一期（105年至109年）的執行成果，但其核心指標卻顯得蒼白無力。官方數據顯示，第一期總招收率達92.79%，平均退學率僅6.5%，並以此作為計畫成功的佐證。然而，這是似乎是一個巨大的邏輯陷阱。招生額滿，僅代表考生的入學意願或對經濟補助的需求，絕不等於這項制度成功解決了偏鄉醫療問題。**我們必須正視一個事實：第一期培育的公費生，目前多數尚在醫學院就讀或**

剛進入住院醫師訓練階段，根本尚未真正下鄉服務，更遑論完成服務後的「留任率」數據。

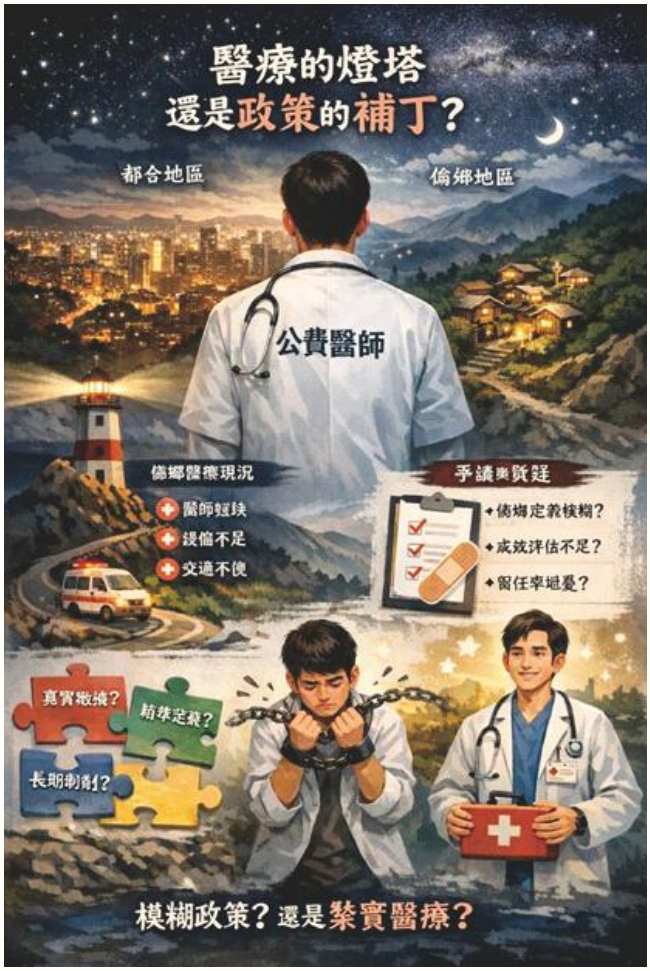
在第一批重點科別公費生尚未走完完整的「教、考、訓、用」循環之前，政府便急於擴大辦理第二期，甚至在政策曾宣布終止後又反覆續辦，這種缺乏實證醫學精神的決策，難以說服專業社群。醫界團體如醫師公會全聯會便嚴厲批評此舉形同「政策遮羞布」，若無法改善執業環境，僅靠公費生填補人力，無異於緣木求魚。過去長達三十餘年的公費生舊制，因留任率不佳而於民國98年停招，許多公費醫師在服務期滿後即選擇離開，甚至寧願賠款贖身，這血淋淋的教訓證明了「綁人」不如「留心」。**若政府無法提出第一期計畫在「偏鄉醫療品質改善」與「醫師長期留任機制」上的具體監測數據，僅靠延長服務年限至十年與高額賠償來強制留人，無異於在未來的醫療環境中埋下長期的地雷，製造出一批對體制充滿怨懟的醫師，這對偏鄉民眾而言絕非上上之選**，哪怕是短期的福音。

此外，我們不能忽視偏鄉教育法制化過程中曾出現的辯證。如同教育界在制定《偏遠地區學校教育發展條例》時所遭遇的困境，若法規中充滿了例外與重疊，或是為了便宜行事而另開後門，最終受害的仍是制度的公平性與專業性。同樣地，在醫療領域，若我們一方面高喊重視偏鄉，另一方面卻對代理與公費人力的勞動條件視而不見，甚至試圖以降低標準或強制手段來填補空缺，這無疑是一種本末倒置。**真正的偏鄉醫療正義，不應建立在對年輕醫師自由意志的剝奪或對「偏鄉」定義的模糊操作之上，而是需要建立在完善的後援系統與合理的誘因機制之上。**

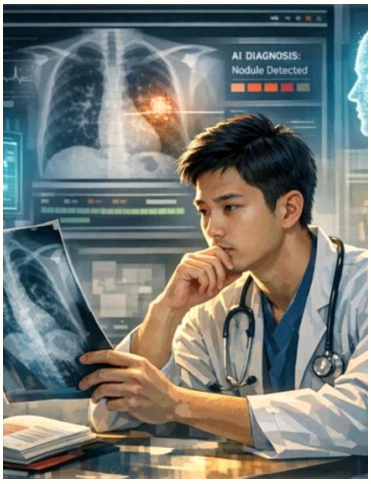
綜上所述，我們並非全盤否定第二期重點科別公費醫師計畫的價值。在醫療資源極度不均、

五大科人力斷層的當下，公費制度仍是調節人力分布的必要手段之一。然而，政策的延續不能僅憑熱血口號，更不能建立在對過往教訓的遺忘之上。我們呼籲主管機關應暫緩盲目擴張，回歸證據導向的治理。首先，請整合內政部、衛福部及相關法規對「偏鄉」的定義，區分「醫療資源稀缺區」與「地理極限偏鄉」，確保最珍貴的公費人力成為送往真正需要地區的「燈塔」，而非僅是為了美化數據的錦上添花。其次，請拿出第一期計畫在訓練過程中的專科選擇是否真的符合偏鄉需求？政府承諾的配套輔導措施，是否真能提升他們的榮譽感與留任意願？我們需要的不是漂亮的招生數字，而是真實的追蹤數據。

唯有當公費醫師不再是被模糊定義隨意分發、被迫履約的「還債者」，而是被完善制度支持、清楚自己使命並願意深耕的「守護者」，台灣的偏鄉醫療才能迎來真正的春天。在此之前，也許政府應該先暫停急促的腳步，用真實的數據與精確的定義，來回應醫界與社會的深切期盼。這不僅是對年輕學子的負責，更是對偏鄉民眾健康權的真正尊重。



‖ 圖片由ChatGPT生成



一位實習醫學生的觀察與思考

■郭勇德
國立中山大學後醫系大三學生
實習單位：奇美醫療財團法人奇美醫院

近年來，人工智慧快速進入醫療場域，從影像判讀、臨床決策支援、電子病歷整理到遠距醫療監測，AI已不再只是科技新聞中的名詞，而是真正走入醫院日常運作的一部分。我是一名目前正在奇美實習的醫學生，我正站在醫療世代交替的交界點：一邊接受傳統臨床訓練，一邊目睹科技迅速改變醫療樣貌。這樣的轉變，既令人期待，也讓人思索未來醫師的角色定位。

當AI走進臨床現場

在醫院實習期間，我第一次深刻感受到AI的存在，並不是在實驗室，而是在放射科報告系統中。電腦會自動標記疑似肺結節、提示腦部出血區域，甚至在糖尿病門診中出現心血管風險預測分數。這些工具並未取代醫師，但明顯改變 了工作流程。

AI在醫療上的應用，大致可分為三類：診斷輔助、決策支援與行政優化。

在影像醫學領域，深度學習模型可協助判讀乳癌篩檢影像、腦出血、視網膜病變等病灶，降低漏診率。在急診與加護病房，演算法可預測敗血症風險，提醒醫師及早處置。在門診，語音轉錄與自然語言處理技術逐漸減少

病歷書寫時間。

然而，從實習醫學生的角度來看，AI帶來的不僅是效率提升，更是一種學習方式的改變。當系統已經幫我們標出「可能異常」，我們是否還會像過去那樣，一張一張仔細閱讀影像？當電腦提供風險分數，我們是否仍會完整走一遍臨床推理過程？這些問題，值得在醫學教育中被討論。

知識爆炸時代下的角色轉變

過去醫師的核心競爭力，建立在知識的掌握與經驗的累積。然而，在AI能即時搜尋文獻、計算風險、整合數據的時代，醫師的價值不再只是「知道答案」，而是「理解答案的意義」。

AI可以提供最符合統計機率的建議，卻無法完全理解病人的價值觀與生活處境。它可以計算風險，但無法承擔與病人共同決策的倫理責任。

在實習過程中，我常看到主治醫師花大量時間與病人討論治療選擇。這種討論不只是數據比較，而是價值取捨與信任建立。AI 或許能提供最佳存活率的建議，但真正讓病人安心的，往往是醫師那一句「我們一起面對」。

因此，**未來醫師的角色，將從單純的知識提供者，轉變為價值整合者與決策引導者。臨床判斷力、溝通能力與倫理思辨，反而會變得更加重要。**

醫學教育的挑戰與機會

身為醫學生，我最直接感受到的衝擊，其實在於「學什麼」與「怎麼學」。





未來醫師是否需要理解演算法原理？是否應該具備基本的資料素養？我認為答案是肯定的。這並非要求每位醫師都成為工程師，而是至少能判讀AI工具的限制與潛在偏誤。

例如，我們需要理解sensitivity與specificity在不同族群中的意義；需要知道模型訓練資料是否具有代表性；也需要警覺演算法偏誤可能帶來的不公平結果。

如果醫師不具備這些能力，反而可能在科技包裝下喪失專業主體性。醫學教育若能將數位素養納入課程，將有助於培養能與AI 協作的新世代醫師。

焦慮與反思:我們會被取代嗎?

在學生之間，偶爾會聽到這樣的討論：「未來放射科會不會被AI取代?」「AI這麼準確，我們還需要背這麼多嗎？」

這些焦慮並非空穴來風，但歷史告訴我們，每一次科技革命都改變了醫療型態，卻未曾真正消滅醫師角色。抗生素的出現沒有讓內科消失，影像技術的進步也沒有取代臨床判斷。

真正被淘汰的，往往不是職

業，而是拒絕改變的思維。

AI可以提升效率，但醫療的核心仍然是「人」。當病人面對重大疾病時，他們尋求的不只是數據，而是理解與陪伴。這種關係，是演算法無法完全複製的。

人機協作的未來藍圖

與其討論AI是否會取代醫師，不如思考如何建立良好的人機協作模式。理想的未來，不是由AI主導醫療，而是由醫師主導AI的應用。

醫師應參與AI工具的臨床驗證與制度設計；醫療機構需建立明確的使用規範；政府與專業團體則應完善法規與倫理框架，釐清責任歸屬與資料保護機制。

對實習醫學生而言，我們既是這場變革的見證者，也是未來的實踐者。與其抗拒，不如學習如何駕馭這項工具。

在科技時代守住醫療本質

當科技越來越聰明，我們更需要思考：醫療的核心價值是什麼？

身為一名實習醫學生，我或許尚未擁有豐富的臨床經驗，但我深刻感受到，病人真正需要的，不只是正確診斷，而是被理解、被傾聽與被尊重。

AI可以協助我們做出更精準的醫療判斷，卻無法取代醫病之間的信任關係。未來的醫師，或許不必記住所有數據，但必須更清楚自己的專業定位與倫理責任。

AI的出現，不是醫師專業的終點，而是新世代醫師成長的起點。當科技與人文並行，醫療的未來，才會真正進步。

當公費制度遇上新世代醫師：一位PGY的第一線視角

■陳奕宏
奇美醫院不分科住院醫師

—從醫學生容額與公費醫師政策談起

近年來，台灣醫療體系持續面臨人力分布不均與特定科別醫師短缺的問題，「公費醫師制度」再次成為討論焦點。對多數人而言，這或許是一項政策；但對正在接受訓練的PGY醫師來說，它更像是一條早已被寫進人生時間軸的安排。

我們這一代的公費生，或許正是最直接感受到制度影響的一群人。

一、從醫學生到PGY：制度開始變得具體

在醫學生時期，我們對公費制度的理解，多半停留在理想層面——協助偏鄉、回饋社會、改善醫療不均。那時候，這些價值是清楚而純粹的。直到真正進入PGY，開始思考專科選擇、訓練長度與未來生活時，制度才慢慢從理念變成現實。

對公費生而言，職涯規劃常常不是先問「我要成為什麼樣的醫師」，而是先面對另一個問題：「我什麼時候必須離開現在的訓練軌道？」

當同儕開始規劃次專科或長期留院發展時，我們往往已經在心裡默默倒數服務年限。這種時間節奏的不同，使職涯選擇不只關乎興趣與能力，也受到制度節點的影響。

這並不是抱怨，而是一種逐漸理解現實的過程。

二、PGY視角下的偏鄉醫療：問題不只是人數



PGY訓練讓我們有機會看見不同層級的醫療現場，也慢慢理解，偏鄉醫療的困境並不單純是醫師數量不足。

在基層與偏遠地區，一位醫師往往同時承擔急症處理、慢性病管理與公共衛生等多重角色。真正的挑戰，不在於年輕醫師是否願意前往，而是在資源有限、後送與支援不足的情況下，如何長期維持醫療品質與工作的可持續性。

其實不少PGY對基層醫療抱有期待。居家醫療與社區照護的發展，也讓「貼近生活的醫療」變得更有吸引力。但當制度主要依賴服務義務，而缺乏相對應的支持系統時，理想往往不容易轉化為長期的投入。

因此，偏鄉醫療真正的問題，也許不只是如何把醫師送過去，而是如何讓醫師願意留下來。

三、容額與公費：制度設計與臨床現場之間

當我們在討論增加公費名額或調整醫學生容額時，其實是在回應一個更早就存在的制度設計。

台灣醫學生招生長期採取總量管制，每年約維持在1300人左右，並由教育部與衛福部依醫師人力需求進行規劃 。

在這樣的架構下，公費醫學生多半存在於既有招生名額之中，只是在同一批學生裡，被賦予未來需履行服務義務的角色。

然而在實務運作中，制度仍存在一些彈性與邊界——例如學士後醫學系、特定政策專案，甚至軍醫體系，其招生與計算方式並不完全一致，也讓實際醫學生人數與名目上的總額之間，出現些微落差 。

也因此，從PGY的角度回頭看，會慢慢產生一個更根本的思考：

當總量被謹慎控制，但同時又需要透過不同制度補充人力時，我們真正面對的問題，究竟是「人數不足」，還是「分布與結構的失衡」？



而這樣的疑問，其實並不是抽象的。

在臨床現場，我們每天都在觀察不同科別的工作樣貌，也會不自覺地問自己：「這樣的生活，我能走十年嗎？」

急診、兒科或神經內科等科別的困境，往往來自高壓力與高責任，而非單純人數不足。若工作條件未能改善，即使增加人力，也可能只是延後流失的發生。

醫療人力的流動，很多時候

並不是逃避辛苦，而是對長期可持續性的評估。

四、一段很日常的對話

有一次值完夜班的早上，我和同梯PGY坐在醫院外的早餐店發呆。大家其實都很累，但話題還是繞回未來——要走哪一科、要不要繼續留院、幾年後會變成什麼樣的醫師。

有人已經開始規劃次專科，有人準備考研究所。輪到我時，我才發現自己想到的不是未來的專長，而是「我大概什麼時候要離開醫院，開始履行公費服務」。

那個瞬間其實有點安靜。

我一直知道自己是公費生，也從未覺得制度不公平。偏鄉需要醫師，而服務本來就是選擇這條路的一部分。但當訓練真正開始後，看著同學逐步累積專業能力時，仍會忍不住想，如果學習節奏被中斷，幾年之後，我會成為什麼樣的醫師？

那不是後悔，比較像是一種還沒有答案的不確定。

PGY這一年，我們看見不同醫師的生活樣貌：有些工作很累，但老師眼神是亮的；有些看似穩定，卻讓人感到疲憊。於是我們開始思考，未來留下來行醫，是因為責任，還是因為真心喜歡這樣的生活。

五、從「義務」走向「願意留下」

多數年輕醫師理解公費制度的公共意義，也願意承擔責任。但我們期待的，是一個將醫師視為合作夥伴，而非單純人力配置工具的制度。

老生常談了，但或許我們可以持續思考：

●建立區域醫療支援網絡，降低單一醫師風險

- **讓偏鄉服務與專科訓練部分銜接，而非中斷**
- **提供分段或輪調等更具彈性的服務模式**
- **善用遠距醫療與AI輔助系統，減少孤立作業**

當制度能支持專業成長時，服務就不再只是義務，而會成為選擇。

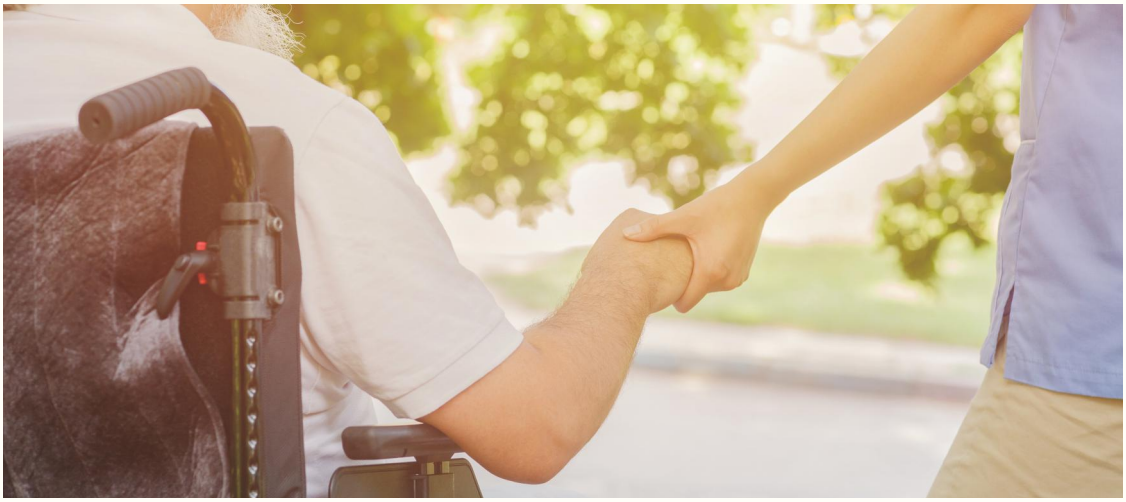
六、我們這一代醫師真正的期待

PGY階段，正好站在理想與現實的交界。我們仍相信醫療的公共價值，也願意投入需要的地方；但同時，我們也開始思考職涯長度、生活品質與專業發展的可能性。

公費制度真正的挑戰，也許不是如何要求年輕醫師履行義務，而是如何讓他們在完成義務之後，仍願意繼續留在這個體系之中。

如果制度能從「分配醫師」走向「培養願意長期投入的醫師」，那麼公費制度將不只是短期的人力補充，而可能成為台灣醫療永續的重要基礎。

而這或許正是我們這一代醫師，希望被理解的一件事。





醫學生眼中的未來醫療

■蔡承越
國立成功大學醫學系大四學生

我是一名來自彰化鄉村，目前就讀成大醫學系的學生。在我的心中，對於良善世界的想像不曾停止。我深知作為一名學生，當下能做到的事情非常有限，但未來卻是無可限量。健康與醫療，在未來勢必會是最重要的產業，其涵蓋疾病預防、健康生活型態、公共衛生、醫療據點、醫學研究、個體化醫療服務等等。尤其在科技爆炸性進步的時代，我們擁有非常多工具來完善醫療體系。在此情形下，未來醫療產業中最為關鍵的成分不是嶄新的技術、也不是驚為天人的研究，而是制定公平、有效的醫療資源分配制度。而從未來世界中回到現在，最關鍵的角色，即為身為學生的我們，以及負責妥善建構環境的管理人員。往後的醫療若要能往光明的方向發展，一大部分需要仰仗一群有願景、有責任感、有智慧、有格局、心胸慈悲的學生們。

在社會上，學生是一個非常有趣的角色。他們以稚嫩的視角，不斷地接收先人的智慧、嶄新的知識，彷彿站在時代的橋樑，任憑科學的進展呼嘯而過；同時又仰望著天空，丟出一句句對世界的疑問。從古到今，社會會遵循著既定的集體意識發展。儘管在這之中，大家都遵循著既定的規範與願景，但這些都無法

限制人們先天的渴望。有的人渴望功成名就；有的人渴望安居樂業；有的人渴望探索未知；有的人則渴望改變世界。理想的環境中，這些不同類型的人們應該要能夠被允許進行有限度的內在、外在探索，以求日後能被安放在各自適合的領域。但現實往往不如理想中的那樣美好。正所謂時勢造英雄，每一個當下，社會的面貌都被不同的人們形塑著。人們會為了追求各自理想的未來，而為不同的概念、產物買單。但世界運行是遵守邏輯的，當有一方受益，另一方的利益則勢必受損。也因此，才會有許多人們在多數時刻，都覺得身不由己，得被迫在壓抑的情境下作出對當下最有利的選擇、最能止血的方法。

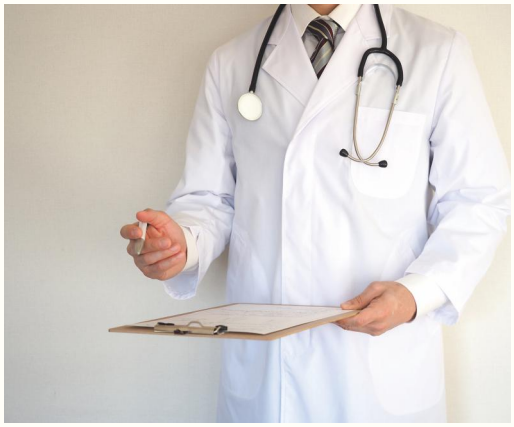
如今世界的醫療現況，正是上述情形的縮影。根據我的觀察，醫療產業的產物大致可分為：生物與化學方面的疾病療法、手術設備、協助診斷的各式工具、篩檢工具、藥物、疫苗、疾病預防產品等等。在這之中，大多數的發明產物建立在「疾病已產生」的條件下，才有相對應的價值，他們為現今醫療界挹注了絕大多數的收入。在現代生活中，每個人身上多少帶著一些疾病，且疾病的數量還會隨著年紀增長而增加，就好像整個世界用了大多數人的一生，為一群「醫療專業人士」創造無數的財富機會。而不幸的是，「疾病預防產品」在當今市場機制中，是利潤最低的產物。根據統計，一個人一生中 80% 的醫療支出，通常發生在生命最後的 20% 時間裡；對於藥廠而言，一個需要服藥 30 年的慢性病人，其商業價值遠高於一個服藥一週就痊癒的急性病人。這實實在在地呈現了，當醫療與市場機制掛勾，將會對「整體」人類價值造成鉅量損害。簡而言之，以經濟學的角度來說，反應性醫療（Reactive Medicine）才能創造剛性需求與利潤；主動性醫療（Proactive Medicine）則因開發成本過高、

人性的根本問題，其所能創造的財富端憑個人意識領導。

而身處在如此環境下的學生們，該如何培養出對世界足夠完善的認知、引領世界走向光明？該如何才能避免一代又一代出社會的學生們，皆以自身利益為出發點，使一眾原本有著理想與抱負的學生們也被迫跟著埋葬在看不見光明的惡性循環當中？

作為一名四年級的醫學生，截至目前為止，我經歷了一個充實、繽紛的大學生活，又或者說是預先為進入未來生活與生涯做好準備。大學期間，我分配許多時間在合唱團和球隊中，進行表演藝術與運動方面興趣的探索，並從中學習與人合作的道理；對於本科學習，我則抱持著至少要完整學習過一輪，再決定該如何在成績與時間上做取捨的策略，只求自己能知道如何在日後深入學習，而不一昧衝刺最頂尖的分數；個人生活方面，我也在透過與家人、朋友、同學、情人間的相處過程中，汲取經驗及體悟，不斷地調整自身的認知與價值觀；最後，我也留了許多時間，讓我能夠培養出對醫學歷史與現況的足夠認識。在大學四年間，我參加了基礎醫學實驗室、中研院的生醫研習營隊、醫療創新和創業相關課程、偏鄉醫療服務隊、國小健康營隊等等，不斷地拓展對於醫療產業的認識。與此同時，我也認為醫學界的發展應該要能妥善落實到現實社會中。我在求學生涯中一再地思考，我所學到的知識，該如何應用在病人以及家人身上。

在追逐理想、探索的過程中，我也數次停下來回望內心，





試圖了解自己追求的是什麼、為何有這些執著。我發現這和我的成長過程息息相關。和許多人一樣，我的成長過程中，經歷了家人的生死、長輩被慢性病纏身、長輩身體的逐漸衰老、鄉下健康飲食觀念的不普及、現代人的高壓生活以及外食習慣、孩童與長輩們同步對於健康知識的匱乏，以致糖分和油脂攝取等等的失衡、到處都是的空氣污染等等。還有太多無法一一列舉，但正是這些觀察，讓我不斷地感受到，生活當中的許多情境，若有辦法避免某些事件，則很有可能避免掉不好的結局。而根據我的觀察，這種種現象，很大一部分都肇因於現有的社會型態失衡，其中也包含前面提到的醫療產業現況。舉例來說，若一個低收入家庭，其目標為獲得穩定的經濟來源，那他們很大概率會無暇思考飲食與壓力的控制，更別提社群媒體的演算法也不會推播健康知識給他們，則他們就非常有可能養成不健康的飲食與生活習慣，進而在日後爆發。但這樣的結局並非他們自願的，而是因為現有的社會型態不支持人們被動式地享有健康、良好的生活型態，而是大部分都被自由市場所提供的「非以健康為導向的產品」所挾持。

因此我認為，**作為時代的橋樑，醫學生們應該肩負起消弭健康資訊落差、促進健康平等的責任**。

從以前到現在的台灣醫學教育，無數醫學生們似乎都經歷一番知識量高度密集的學習生涯；進入臨床後又馬上投入高需求量的醫療現場。這一波又一波畢業的醫學生們，似乎就這樣被時代的巨輪推著往前，而得在一套固定的體系之內，日復一日地面對接踵而至的病人們、在心中累積了許多的醫療案例，最後終於成長為一名在所屬專業中久經洗禮、經歷豐富的資深醫師。但這樣一條醫師的成功之路，或許在科技不斷進展的未來，將無法被繼續複製。

或許，是科技進步逼迫著我們轉型；又或者，是我們該真正直面人們最核心的醫療需求，也就是：在不斷變動的生活環境下，能夠有人能提供他們維持健康、預防疾病的方案，以及生病後的補救措施。過去的我們集中火力在研究各種疾病的機制、迭代開發治療方法；**現在我們應該回過頭來教導人們如何自主管理健康、推廣正確的健康觀念，擔任雜亂資訊的過濾網，作為人們的燈塔**。

總結而言，我認為未來醫療的改革，有賴各位醫療界的前輩，與年輕的學子們協同合作，打造出有效的醫療體系，以利在未來能更好地運用各項科技工具、同時讓各項工具以及服務能夠落實在正確且滿足實際需求的人群上，避免過度被商業化所綁架。而從今及往後的醫師，更應充分運用現有位置所擁有的視角及經驗，協助各式能解決根本問題的解方落地。至於醫院的醫師招募方針，也應調整為能夠鼓勵有心解決實質醫療問題的學生們，因為學生正是時代的橋樑，最有能力、也最有精力能發現現況、嘗試解決問題，將世界導向好的方向。另外，我認為醫學教育也應設計更多能夠跨域學習的制度。舉例來說，若醫療界能與法律界有更多交流的機會，或可讓學生更有機會去第一手接觸真實問題、並透過合作，共同找出制度與現實的平衡。



醫學生如何運用AI與潛在的影響

■葉睿泓
國立成功大學醫學系大四學生

現今，AI對各個領域都有重大影響，對醫療領域也是如此。我相信，對不同階段的醫療人員，AI都能以不一樣的方式介入我們原先熟悉的事情。作為仍在基礎學習階段的醫學生，這是一個幸運的時代，卻也是一個迷茫的時代。方便與快速的同時，我們不免焦慮：這真的是正確的學習方式嗎？

就我個人而言，有很多課業工作可以請AI代勞。比如說，資料的查詢、報告的架構，都可以由它代為處理。當上課遇到不理解的知識、做作業不知從何下手時，以往可能會去詢問他人或者是上網搜尋，現在則逐漸轉向使用AI。除此之外，一些日常生活中的瑣事也交給AI之後，還能增加空閒的時間。這對課程本來就很緊迫的學生來說，有這些時間，就能做其他個人生活的規劃，生活上便能更為輕鬆。

醫學系都有的PBL課程，現在也變成AI強度使用的戰場。從案例中找到的許多知識點，以及相關論文的整理，以往仰賴大量時間處理的內容，現在都交給AI工作。我們對AI的模型要求也愈來愈高：不只要能應付日常對話所需，更需要高階的思考內容、蒐集文獻的能力，以及良好

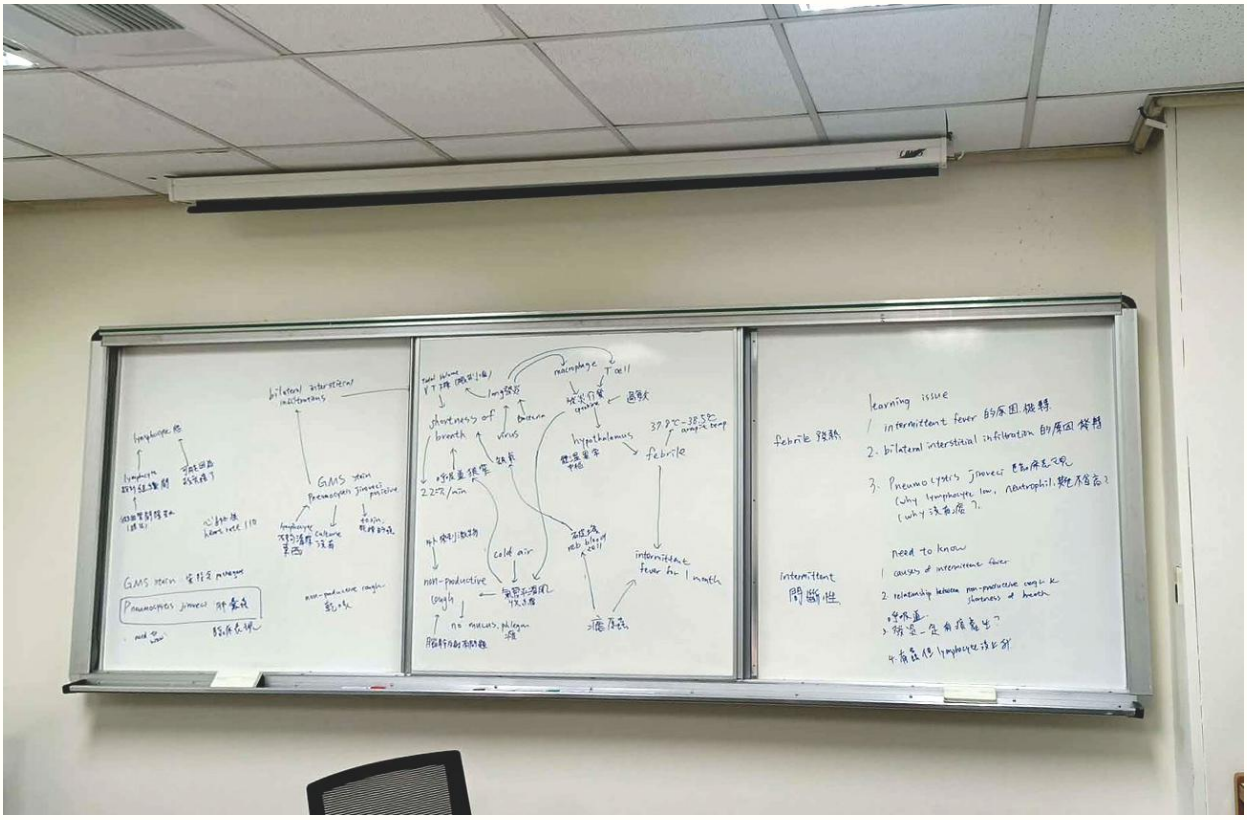
的敘事結構。往好處來說，這能讓我們呈現的內容更加豐富，也能讓上課的討論更有重點。

然而，我常常在想，這就是正確的學習方式嗎？由於課業繁重，我們不得不以應付的方式來面對大大小小的難題、考試，漸漸地，有些人如我就發展出自己的一套運作體系：用最快的工具來滿足最低要求。由我們來判斷哪些東西餵給模型能產生我們需要的內容，剩下就等它幫我們生成最後的結果即可。我可以一次挑出幾篇重要的文獻，而我自己卻完全不需要閱讀原文，只要看過AI整理的摘要大概就能抓到重點。有此等好事，何樂而不為？

偶爾，我會因為這樣的事情而感到焦慮：懷疑在這樣重度使用AI的學習場域，我真的有學習到老師想要帶給我的知識嗎？任何課程都有其設計的理由，我們這樣抄捷徑的做法真的沒問題嗎？當然，學長姐也會安慰我們大家都是這樣過來的，但時代不斷演進，以前人能，我們一定能？尤其站在大四這個基礎和臨床的交叉點，我不時會質疑自己，透過這樣的學習，我真的具備進入臨床實習前該有的基本學識和能力嗎？

我有時候也會強迫自己不用AI來解決問題，儘管我知道用上的話可能三兩下就會解決，但我仍想靠自己的能力試試看。遺憾的是，最終的結果往往差強人意，這又讓我下意識地更想倚賴AI工具：如果它做的比我好，那還需要我幹嘛呢？更令人心中不平的是，看到別人使用AI後的結果受到肯定，而自己親手做的卻比不上，當大家都在使用時，我放棄不用，那我豈不是輸在起跑點上？

幸好，教育工作者也有注意到我們的困境，只是改變來的太快，還沒辦法讓他們找出周全的應變之道。談到AI，大家都知道



要說「我不反對AI，但要好好運用」。好好運用的定義是什麼？是指要能達到好的成果嗎？或許這在醫療機構裏面是如此，但對於學生而言，只求成果而不求過程，我不認為是完全正確的想法。到頭來，能真正說清楚這件事的人很少，而何謂好好運用AI，目前就只停留在口號階段而已。

成大的課程也有逐漸在進步，以因應時代變化的趨勢。我大一時，系上的課程會要求我們撰寫許多書面報告，或許這在沒有AI的時代是一個能讓人在邊寫邊查資料中獲得學習成效的方式。現在，這已不合時宜，若要強迫學生不得使用AI是不切實際的。新版本的作業轉而要求學生使用AI來回答，要求學生要能從AI給出的資訊中擷取重點，試圖藉此引導全新的學習方式。

未來的世界依舊會持續不斷變化，而科技的進步也隨時在改變舊有的運作模式。在時代的洪流中，我不知道什麼能力對未來是有益的，什麼是沒有用的。我唯一會要求自己做到一件事：永遠不要不求甚解。儘管在繁忙的課業下，這不是一件容易的事情，但我會告訴自己，每個東西不能「就這樣算了」。老師講的好像那裡很奇怪，網路上的資料好像前後呼應不起來，都努力去確認到底問題出在哪裡，儘管這個過程包含詢問AI，我也堅持這是必要的原則。

你說AI會讓我們成為更好或更差的醫療人員？我覺得這可能有點難說，畢竟我們損失了鍛鍊一部分思考能力的機會，卻也增加了一些資訊獲得的手段。再說，到底哪些是未來世界看重的，這都還很難說呢。我們能做的，也就只有一邊使用AI來應付日常，一邊保住自己學習的能力，將來哪天需要什麼的時候，才不會忘記當初是怎麼學會做事情的。

寫了這些AI的影響和好壞，不如讓「當事人」來自己總結一下內容吧：

「本文以醫學生視角，反思在高度使用AI的學習環境中，效率提升與學習焦慮並存的現象。AI雖減輕課業負擔，卻也可能削弱思考與理解的歷程，使人質疑自身是否具備進入臨床前應有的能力。作者認爲，關鍵不在於是否使用AI，而在於能否在依賴工具的同時，仍堅持理解、追問與自主學習。」

笑死，這不是寫得很好嗎？顯得我長篇大論的文筆是多麼拙劣啊！



科技串聯健康：臺南「愛（AI）腸篩」計畫，打造智慧轉診的新典範

■陳炳誠
計畫執行長、醫師公會理事

在台灣，大腸癌連續多年位居癌症發生率的前列，儘管政府推廣篩檢多年，但從「初篩陽性」到「完成大腸鏡檢查」之間的轉診斷點，一直是防治工作上難以突破的缺口。臺南市醫師公會今年正式啓動「台南愛（AI）腸篩」精進計畫，透過AI科技與在地醫療體系的深度整合，為市民編織一張密不透風的健康防護網。

從「數據斷鏈」到「智慧無縫」

過去，社區診所在發現篩檢陽性個案後，要依靠紙本轉診或病患自行掛號，常因民眾恐懼檢查或流程繁瑣，導致部分個案在轉診途中流失。臺南市醫師公會主導的「台南愛（AI）腸篩」計畫，核心在於建構一個「AI轉診智慧平台」。

這個平台打破了基層診所與大型醫院間的資訊壁壘，透過導入國際FHIR資料標準，醫護人員能更有效率地進行個案追蹤與資料交換。最關

鍵的是AI模組的應用：它能自動分析病歷摘要，並針對高風險個案進行主動提醒，確保每一位腸篩陽性的市民，都能被精準引導至後續的完治程序。

AI賦能：讓醫療更有感

計畫中展現了多項智慧科技的應用場景：

●**GenAI病歷智慧摘要**：利用生成式人工智慧縮短醫事人員處理公文與病歷的時間，讓醫療回歸「人與人」的關懷。

●**智慧分流與媒合**：根據患者地理位置與醫院量能，AI能精準媒合最適切的醫療資源，解決大型醫院大腸鏡排檢期過長的問題。

●**臺南共照雲2.0**：結合LINE官方帳號，讓民眾在手機上就能完成檢查預約、獲取衛教資訊，並即時諮詢AI聊天機器人，消弭對大腸鏡檢查的焦慮。



社會責任：不讓任何一個人掉隊

除了科技硬實力，這份計畫更具備深厚的人文關懷。臺南市幅員廣大，城鄉醫療資源分布不均，「愛（AI）腸篩」特別針對偏鄉、原住



民、新住民及中低收入等弱勢族群，建立了「健康熱區地圖」。

透過數據分析，醫療團隊能主動識別篩檢率與回診率較低的區域，並結合行動醫院資源與在地宮廟、基層組織，進行定向衛教。這種「精準公共衛生」的模式，確保了醫療資源能公平地送達每一個角落，體現了「社會責任醫療永續」的核心價值。

結語：臺南模式，健康台灣的縮影

「臺南愛（AI）腸篩」計畫不僅是單純的癌症篩檢，它是一場醫療流程的革命。由台南市醫師公會領銜，串聯全市七大核心醫院與無數基層診所，這股由下而上的集體力量，結合由上而下的智慧治理，正為台灣打造一個可複製、可推廣的癌症防治新模式。未來，臺南市民將在AI科技的守護下，享有更便捷、更精準的醫療服務，讓「愛（AI）腸篩」成為守護生命最堅實的承諾。



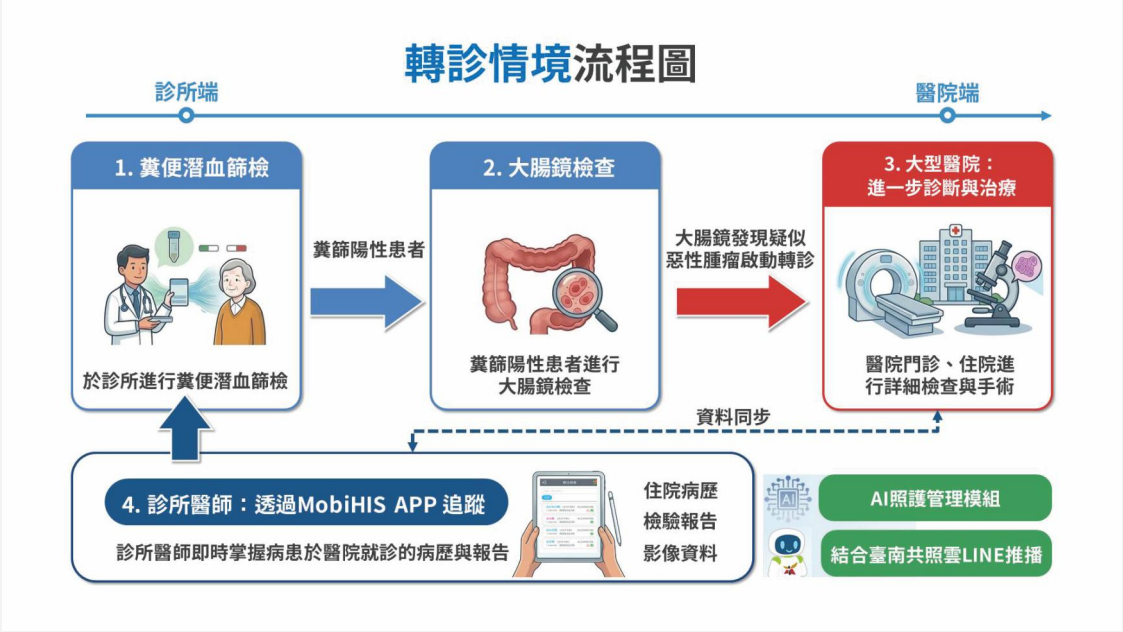
智慧醫療的最後一哩路：透過 AI 轉診與即時溝通，翻轉大腸癌防治成效

■陳炳誠
計畫執行長、醫師公會理事

前言：從臨床觀察出發，解決「篩而不檢」的痛點

在推動公共衛生的道路上，大腸癌篩檢（糞篩）一直是我們最核心的武器。然而，我們在臨床觀察中發現一個長期的挑戰：即便政府提供了便捷的糞便潛血檢查，但許多市民在收到「陽性」通知後，常因恐懼、流程繁瑣或資訊落差，未能及時前往醫院接受進一步的大腸鏡檢查。

這段從「初篩」到「診斷」的空白期，往往是挽救生命的關鍵。因此，我帶領團隊發起「臺南愛（AI）腸篩」計畫，核心目標就是運用AI技術與數位工具，縫合轉診過程中的斷點，確保每一位受檢者都能完成治療的最後一哩路。



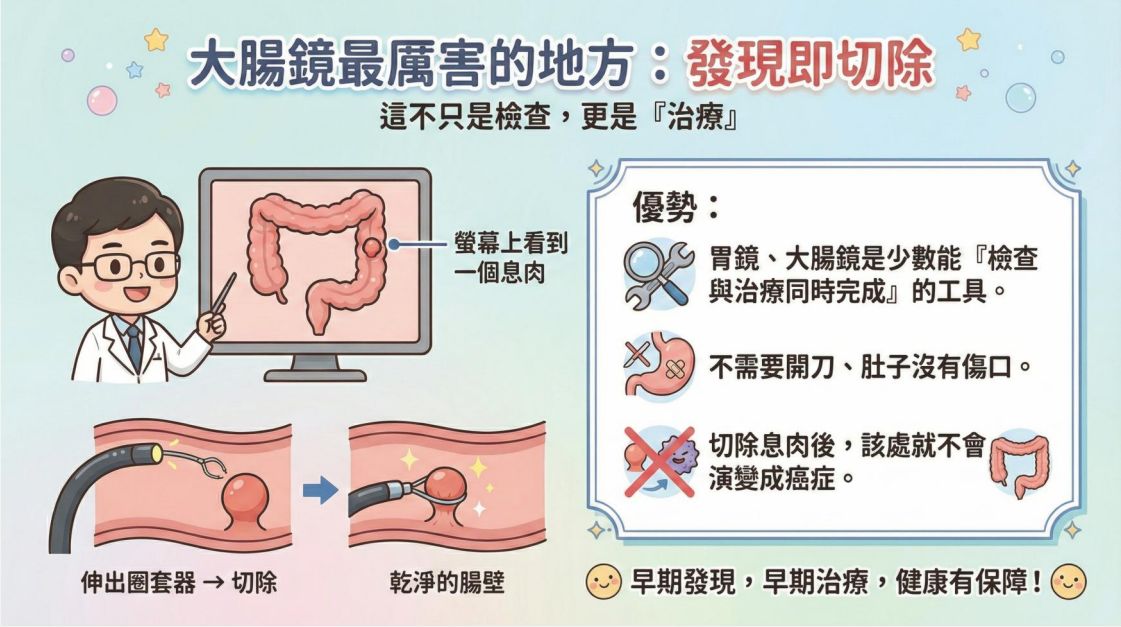
AI 智慧轉診：建立醫療體系的導航系統

在本計畫中，我們建立了高效的AI智慧轉診平台，這不只是資訊的交換，更是決策的輔助。當基層診所端發現糞篩陽性個案時，AI系統會立即啓動。它能自動摘要病歷、進行風險分流，並根據病患需求精準媒合後續的醫療資源。這套系統讓基層診所與大型醫院（如成大、奇美等七大院所）之間，建立起一道透明且高效的綠色通道，大幅縮短病患排隊與等待的時間，讓「分級醫療」真正發揮智慧化的實力。

數位即時通訊：建立有溫度的病患銜接

科技的價值在於解決人的問題。為了落實「主動關懷」，我們整合了數位通訊技術與臺南市衛生局的「臺南共照雲」LINE官方帳號。過去，病患可能因為沒接到電話、沒看到信件而錯失治療時機；現在，透過與市民生活緊密結合的「臺南共照雲」，我們能做到：

即時結果推播：篩檢異常的第一時間，系統會自動發送通知，確保



病患掌握自身狀況。

主動追蹤聯繫：對於尚未回診的個案，系統能精準識別並發起友善提醒，真正做到「一個都不能少」。

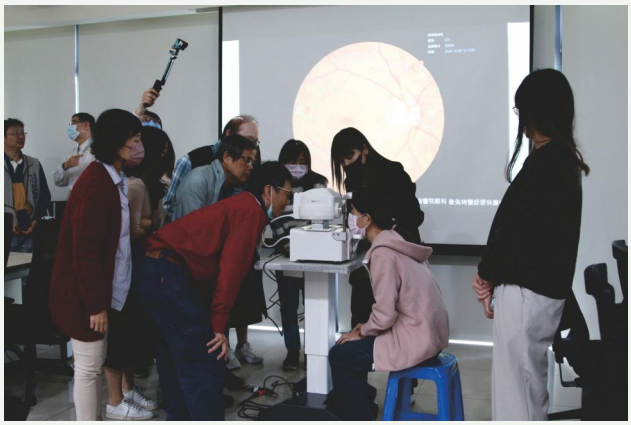
結語：以AI為核心，打造守護生命的綠色通道

大腸癌並不可怕，可怕的是失去早期介入的機會。「臺南愛（AI）腸篩」計畫的啓動，代表我們從「被動等待」轉向「主動出擊」。透過AI轉診平台的精準媒合，加上LINE平台的即時推播與關懷，我們正在打造一個以病患為中心的醫療生態圈。身為執行長，我的願景是讓科技不再只是冷冰冰的數據，而是成為守護每一位市民健康的堅實後盾，讓臺南成為台灣癌症防治與智慧醫療的標竿。

AI慧眼守護計畫：智慧整合糖尿病視網膜病變篩檢與照護提升計畫

■李俊杰
計畫執行長、台南市診所協會秘書長

糖尿病是國人最主要的慢性疾病之一，亦長期高居十大死因之列。根據2024年台灣第2型糖尿病年鑑資料顯示，台灣地區整體糖尿病盛行率為10.7%。臺南市糖尿病患者人數亦逐年增加，以六都糖尿病盛行率來說，台北市最高，其次為高雄市、台南市名列第三。



糖尿病常見的併發症包括視網膜病變、心血管病變、腎病變與糖尿病足。其中，長期高血糖會破壞眼底微血管，導致出血、滲漏及組織增生，進而形成視網膜病變（DR）。若未及時診斷與介入治療，可能導致永久性視力損傷甚至失明。臨床統計顯示，糖尿病病程五年後，約有20%患者出現視網膜病變，十年後為60%，二十年後更高達90%。由於初期多無明顯症狀，故定期眼底檢查對於早期發現、降低失明風險，實為關鍵，可有效維護患者生活品質，亦可減輕醫療體系長期負擔。

然而，許多糖尿病患者往往至視力出現問題時才就醫，此時病變已相當嚴重，即使接受治療，也難以恢復原有視力。

中華民國糖尿病學會於《2022糖尿病臨床照護指引》中明確建議：

●第1型糖尿病患者：應於發病五年內進行第一次視網膜檢查

●第2型糖尿病患者：診斷時即應進行第一次檢查

●後續每年應至少接受一次眼底檢查

唯有持續定期檢查，方可及早發現問題，並及時給予適當照護與治療。

根據健保署統計，截至113年，全國糖尿病眼底篩檢率約為48.35%，而臺南市僅為44.8%，在六都中排名倒數第二。若聚焦於糖尿病照護人數達50人以上之診所，其眼底篩檢率更僅約30%，遠低於全國平均。

造成臺南市糖尿病眼底篩檢率長期偏低，主要可歸因於以下四大因素：

1.設備成本高昂，給付制度不具誘因（首要瓶頸）

目前糖尿病眼底檢查可透過免散瞳眼底攝影進行，較傳統散瞳檢查更方便快速，且不影響病患日常作息，極適合於基層診所推動。但該類設備單價動輒超過新台幣70萬元，健保給付卻僅有每眼43點（合計86點），使多數內科診所難以負擔投資成本，在缺乏足夠誘因下，導致眼底檢查無法普及。





2.醫師缺乏眼科訓練，影響施作信心

糖尿病患者多由內科醫師長期照護，但內科醫師於養成階段對眼科病變訓練相對不足，對視網膜影像的判讀與疾病進展的掌握有限，

致使多數基層診所即便收治大量糖尿病患者，亦未主動執行或推動眼底篩檢。

3.眼科醫療資源分布不均，病患就醫不便



部分醫師會將糖尿病患者轉至眼科院所進行檢查，惟受限於地理與交通條件，轉診效果有限。根據臺南市衛生局113年資料顯示，全市37個行政區中，僅20區設有眼科診所（共81家），另有17個行政區完全無眼科醫療院所，分別為：後壁、東山、下營、六甲、官田、大內、楠西、山上、南化、左鎮、龍崎、北門、學甲、將軍、七股、西港、安定。

在此情況下，病患就醫不便，加上轉診醫療資源缺乏，有效篩檢流程便難以建立。

4.患者對視網膜病變缺乏認知，轉診遵從性低

糖尿病視網膜病變初期無明顯症狀，患者易低估其嚴重性。當醫師建議轉診時，常因「沒有不適感」或「交通不便」而選擇延後或放棄，就醫遵從性明顯不足，導致轉診機制難以發揮實質作用，影響整體照護品質。

臺南市醫師公會呼應健康台灣政策，提出「**AI慧眼守護計畫：智慧整合糖尿病視網膜病變篩檢與照護提升計畫**」，本計畫以導入「AI眼底鏡一站式解決方案」為主軸，透過下列方式協助市內各社區醫療群與基層診所提升篩檢率：

1.擴大延長服務據點、提高篩檢率：針對具執行意願之診所，提供

大於兩週之眼底篩檢服務，作為市府巡檢計畫的延伸與補強，提升站點密度與民眾可近性。

2.提升糖尿病照護改善方案（P4P）參與度與診所量能：根據健保署統計，臺南市113年糖尿病照護率僅64.7%，低於全國平均70.1%，為六都倒數第一，全國排名第18。透過舉辦糖尿病共同照護專家講座，鼓勵診所加入P4P照護體系，並搭配定期舉辦控糖衛教活動，厚植診所照護能力。

3.導入雙病AI輔助篩檢模組：除糖尿病視網膜病變外，同步導入「年齡相關性黃斑部病變（AMD）AI輔助判讀模組」，參與民眾只需進行一次雙眼攝影，即可同時獲得兩大高風險眼病評估結果，提升篩檢效率與完整性。

4.補足無眼科區域醫療缺口：因應17區無眼科醫療資源，預計自計畫第三年起，由公會主導辦理「眼科醫師下鄉巡檢專案」，每年辦理17場次，協助高風險個案後續就醫，實踐分級醫療與照護落地。



至115年3月底止，**共有30家診所參與計畫，並完成第一輪的眼底篩檢活動，累積篩檢病例數2400例**。4月起展開第二輪的眼底篩檢活動，公會將隨時公布眼底鏡巡檢的診所與活動時段，大家可以參考社群內活動公告，轉介病患去做免散瞳眼底檢查。

為提高眼底篩檢率，計畫內提供獎勵措施，只要診所篩檢率達標並達成篩檢門檻數量，將提供**篩檢執行率達標獎勵金**。另有**篩檢成長率達標獎**，將診所篩檢人數規模分組，篩檢人數300人以上，篩檢人數100人至299人，及篩檢人數小於100人三組，做分組成長率競賽。各組依成長率排序，擇優頒發獎勵金。以上獎勵金發放參考基準依據衛福部健保署全民健康保險醫療品質資訊公開網之公開資訊計算成績，並不限於診所自檢或轉診檢查，各診所可以在115年6月底前積極執行糖尿病患者的眼底篩檢，或轉介病患去眼科做眼底篩檢，以爭取好成績。

此外，公會透過舉辦家醫2.0糖尿病照護學分講座，增進診所照護能力。也向台南市政府衛生局爭取只要課程取得「家醫2.0」學分，即可逕行認列為糖尿病共照網展延學分，對專業人力支持與教育制度精進具有重要意義。為鼓勵診所加入P4P照護體系，隸屬台南市之診所，於計畫執行期間，新增申請健保署糖尿病醫療給付改善方案或糖尿病及初期慢性腎臟病整合方案的診所，每家診所補助10,000元，尚未加入糖尿病共照網的診所可以把握機會。115年度衛生局共照網醫事人員認證「專業知識」課程考試報名方式採網路報名，考試日期預定為4月17日，8月21日，9月18日及11月6日，共四場。希望大家能踴躍報考，取得加入共照網的資格。



預期效益與未來展望

本計畫預期在五年內可達成之目標：

1. 明顯提升臺南市糖尿病眼底篩檢率，超越全國平均
2. 擴大偏鄉篩檢覆蓋率，改善地理不均問題
3. 增加基層診所糖尿病照護改善方案（P4P）參與比率，強化慢性病整合照護能量
4. 建立常態化AI輔助篩檢與醫學協作機制
5. 有效預防視網膜病變導致的失明風險，減輕家庭與社會負擔

最終達成「全民眼底照護普及化、智慧醫療在地化」的願景，打造臺南成為具前瞻視力照護系統的示範城市。



退休雜記：加國生活篇 – 逆流而上，自立自強

■蔡國麟 醫師
台南市醫師公會前秘書長

每周二早上，是我居住區平淡日常中相對不尋常的日子。市政府環保單位於我們社區回收各類不同性質廢棄物，並會在收取的前一天以電郵告知居民。依規定，居民需在當天早上 7 點前把垃圾分類打包好，放到自家車道前待收，不能在前一天晚上預先拿出去，因為可能吸引北美郊狼、浣熊等夜行性野生動物咬破容器，造成環境污染。這件事之所以「重要」，是因為一星期只收一次，錯過了就只能等下星期，廚餘垃圾就要在車庫內再「發酵」七天以上。在這空氣清新、幾乎零污染、能見度平均達30公里以上，且在湖邊可輕易看到40公里外多倫多地標 CN Tower 的低落塵國度，正常情況下是不

會有人喜歡這種異味的。因此，我特地把已被關掉的鬧鐘改回每周二早上6點半，以策安全。

出門前要先查看室外溫度，因為眼見不能為憑，明明是太陽高高掛，但可能一點「熱度」都沒有。手機上顯示-16°C，真的是「只有光沒有熱」！戴上眼鏡（可變色太陽眼鏡）是在地人的標配，因為空氣中懸浮微粒少，陽光中紫外線會傷害眼睛的水晶體，必需要特別防護，故其重要性僅次於手機和駕照。穿上羽絨衣、手套等重裝備才出門，因為室內外溫差超過攝氏30多度，對老人家的心臟實在是不太友善。

轉眼間，離開醫療服務體系、放下公會工作、睡到自然醒的日子已經一年多了。以前起床是吃早餐趕上班，現在是煮早餐看YouTube。要關心世界大事、經濟動向以及人文時事，好與外界接軌。閒暇時研究旅遊資訊或日本自助旅行路線（每次回台都會「中轉日本」，順道到日本走走），以及各旅行社或郵輪公司的行程，為日後出遊作備案。至於健身及負重運動，則是保健康的必須。



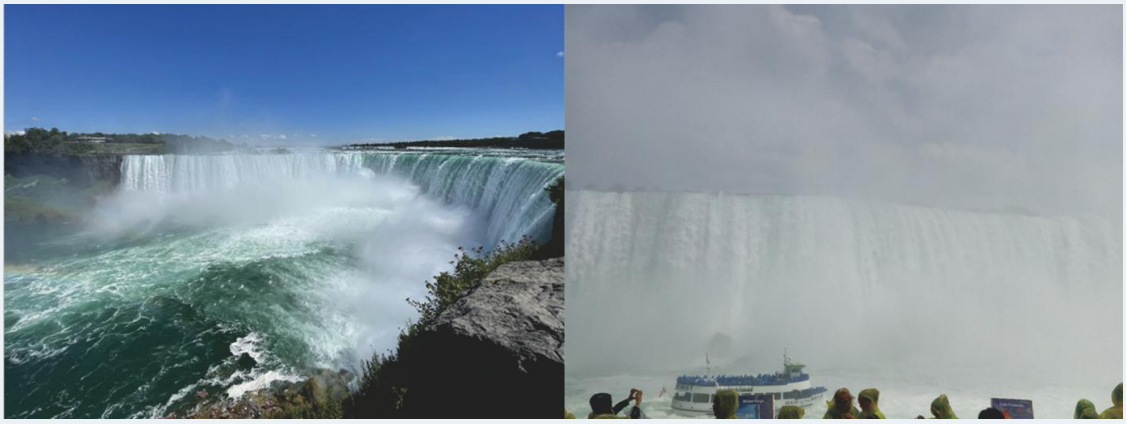


完成當天最重要的任務後，便開始準備早餐。分工合作，我負責吃的，太太負責喝的。按當天行事曆行程走，退休人士的日子一般只有吃喝玩樂和看醫生（幸好家庭醫師、專科醫師的診所、檢驗所乃至大型醫院都在離住家半小時車程內，有的甚至走路也可以到達）。看書、看新聞（順便學英文）也是必修課；晚春到初秋可出門散步，深秋到早春就只能在自家健身室舒展肌肉了。對我們台胞來說，加拿大一年只有冬、夏兩季（零度以上或零度以下）。夏天太陽很勤奮，早上6點就高高掛，晚上10點半後才下班，「冬班的」就差多了，早上7點還姍姍來遲，下午5點多就打包回家！所以夏天的我這個「新來的」，常常12點過後才睡，因為總有太陽才剛下山的錯覺，覺得時間好像還早。

娛樂活動依季節氣候而定，安大略地區景點甚多：著名的尼加拉瀑布和湖邊小鎮（Niagara-on-the-Lake）景區離我家僅約一小時半車程，半小時車程內就有兩個大型精品商城（Outlet），附近的河谷溪流及林間步道也很多，我家後院的步道就有好幾公里長，不出國也不愁沒去處。但最基本的是體能，去年秋末到安大略湖畔，划船



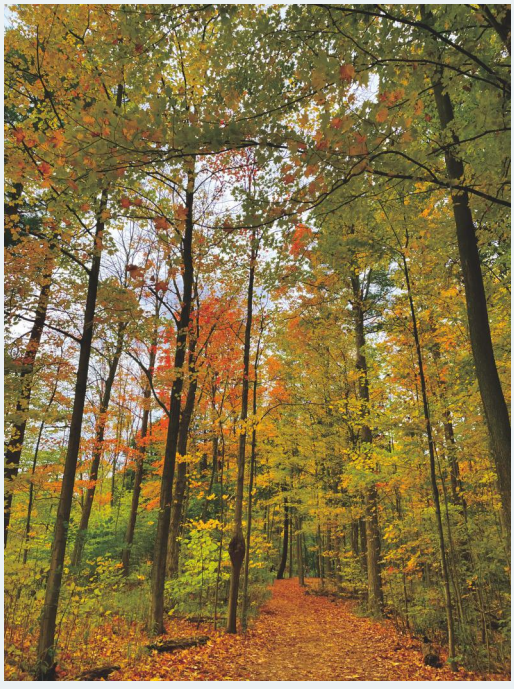
‖秋季鮭魚洄游產卵，遠看小小的，實際上是很大尾，岸邊等著的，沒有要吃牠們熊群，只有拿著手機的人群，真幸福。



‖不同角度下的Niagara Falls，在岸上（左圖），在瀑布觀光船上（右圖）

逆流上我家附近的十六里溪（Sixteen Mile Creek，秋末可見鮭魚溯溪回遊產卵）時，驚覺年齡的殺傷力。由於空氣清新、乾燥且氣溫不高，只要裝備齊全，爬山涉水也不太流汗。原則上，周六、日及假日我們只與親友孩子聚餐、看電影，不出遊，因為不想人擠人，浪費大好時光在塞車上，這可是退休人士的最大優勢。

看電影（Netflix）、看YouTube、看書、安排自助旅遊、與親友聚餐等都是生活重心。退休不是「沒有工作的活著」，那不是我要的生活方式。學習使用手機與人工智慧（AI）、加強語言能力等更是必修課。加拿大是多種族國家，英語是唯一的共通語言，使用在場各參與者都能聽懂的語言是基本禮節。慶幸當初把小孩帶到北美，讓他們在開放、低壓、沒有補習班的環境中成長，且自然掌握中英文兩種世界語言，在工作與生活上都帶來方便。由於不同種族



‖楓葉小徑，漫步其中心情好





‖楓紅橡黃，真的很漂亮，但清落葉也真的很累人，還好都是對面或左有鄰居的！

的口音差異，對我這「英文有限公司」的新移民來說，挑戰可真不小！尤其是打電話，由於雙方沒有視覺交流，再加上南腔北調，說話方往往不知受話方是否聽懂，便匆匆講完，甚至掛斷，心理壓力不小。

夏季裡，加拿大人像過動兒；坐不住。湖畔、溪邊到處是跑步、騎車、釣魚、划船的人，但遊泳的人很少，因為加拿大的水「永遠都是冰的」，只分很冰和不很冰兩種。餐廳服務生端上桌的冰開水常態是直接從水龍頭來的。社區內山林步道都在十分鐘車程內，晚餐後民眾在步道散步，不時有松鼠、野兔或花栗鼠等小動物伴遊，牠們完全不怕人，因為



‖我家門前種的是山毛櫸和日本楓，落葉量少些，葉片也小些，清理起來比較輕鬆！



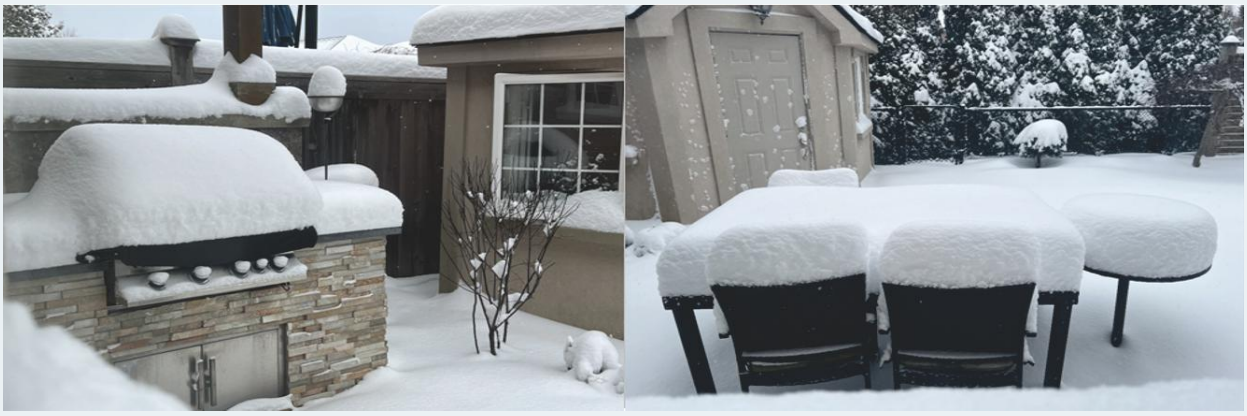

‖湖濱公園一角

只有人類不會傷害牠們。居民種族、膚色各異，路上相遇時通常會點頭打招呼，但部分華人(中國移民)較「內斂」，會主動低頭「把別人看不見」地走過。夏天還有一件大事，有人覺得是樂趣，也有人覺得是負擔：照顧自家的前後院，定期剪草、澆水、施肥、種花、除雜草，還有秋末時清理落葉，那楓紅過後的黃葉滿地，可能會瞬間讓你忘了它昨天的美！

至於冬季，室外-5°C到-10°C是常態。大風雪警報通常要一天積雪20公分以上才會見報。對居民來說，那代表當晚可能要熬夜；起床鏟雪。年輕時我把鏟雪當作運動，但現在老了，體能差很多，所以只要下




‖我的可愛小紅帽，下大雪時全靠它　　‖下雪了，屋前屋後一片白



‖下大雪了，一下子就幾十公分。

雪量超過5公分，就請出我的“小可愛”紅色小型汽油動力剷雪機幫忙清理現場，否則明天車子開不出車庫！還好我家離安大略湖不遠，開車十分鐘內就到湖濱公園和遊艇碼頭，有湖水的氣候調節效應，溫度比較北部地區稍高約兩度，出現雪災的頻率相對低許多。

開車也是高壓苦差事，法規多又細，各類交通號誌有不同行進規範，開車時必須眼觀四方，耳聽八方，腦袋瓜子很忙！台灣自在的開車方式在此不適用，可能會有危險。開車上高速公路反而相對簡單，大致上和台灣的規定差不多，但壓力還是不小，初次上高速公路壓力最大，因為路大車速快，一個方向四條線是基本款，在繁忙區域，一個方向甚至有十二車道，放眼望去前後左右都是狂奔中的大小車輛，像百萬盔甲雄兵同時往前衝，看不到盡頭，



‖溫度「不夠低」下雨，會帶來冰雨及危險，樹枝上裹上一層冰是很漂亮，路面上鋪上一層冰是高風險，行走在路上或開車在高速公路上真是危險萬分



‖溫度適中時下雪，會帶來勞作。

可真是壯觀！汽車保險方面規定「人車綁定」，沒加保的人不能開該輛車，否則出事了保險公司不理賠。在加拿大，保險項目繁多，再加上各類省稅和聯邦稅，開銷蠻大的。

對於新移民，氣溫、相對乾濕度(比台灣乾燥很多)與語言障礙等都是挑戰。但最大的痛點是「人文」。有謂出外靠朋友，可是我們這年紀的新移民最大的問題就是「沒朋友」，因為我們在這新國度「沒有過去」，孩子們也已各自成家，有自己的工作要忙，不太可能期待他們常回老家串門，隨侍在側的陪伴更是不能也不該有的期待。

到這裡，大家可能會懷疑亞洲人在楓葉國的適居性。除了西岸溫哥華受來自赤道北上的太平洋暖流的氣候調節影響，冬季一般都在-6°C以上，氣候較溫和，中部內陸地區（大陸型氣候；四季分明）的冬季確實是相對寒冷，但與有北極寒流南下的東岸酷寒相比，已相對「幸福」很多了。這裡基礎建設完備，除了露天球場，多數設施如游泳池、溜冰場、各類球場、都有室內恆溫環境。室外的冷對當地人來說只是過渡性或短暫的，室



內恆溫20度（實際上在家裡您想要幾度就幾度）。除室外工作者外，待在室外的時間一般不會太久。然而，舒適生活建立在恆溫系統昂貴的瓦斯與水電費上，完善公共設施則建立在高稅率上。加拿大基本生活開銷很高，至少是台灣的兩到三倍，外食還需再外加13%的消費稅及10%至30%的服務小費。

回想離台前好友們特地邀我去吃台菜，說擔心我會吃不慣西餐，真感激兄弟好友們的照顧。實際上，在多倫多，各國特色餐廳都有，西式、中式(粵菜、北方菜、客家菜)、日式、韓式、泰式、印度、中亞、越南、意大利餐廳等一應俱全，漢堡/炸雞/比薩店、港式茶餐廳等隨處可見，包子、粽子超市就有，各大型中高階賣場內也有道地西食、pizza及甜點蛋糕等部門，就看您的選擇。因此，在多倫多，吃(口味)從來不是問題，胖才是!





‖吃牠之前先和牠合照。

加拿大稀土、礦產資源豐富，又是全球十大產油國之一，再加上環境、地理、人文等優越條件，本應富比中東各國，但經過近十多年來無腦前首相的治理，在內耗又低效能的行政制度下，龐大的預算赤字以及超高稅率(薪資所得稅率30%至50%以上)，以及土地建物相關的各項苛捐雜稅，已嚴重影響工商投資及人民工作意願(基本上沒有人願意加班)。當地人大多想盡辦法節稅，上班族常花費大量時間精力，千方百計節稅避稅，真是勞民又不利經濟發展。單就醫師(只算中高收入族群)必定準時下班一項就導致預約看病大多要排一兩周，看專科甚至要更久，等上二至三個月很正常，這效率和台灣健保是很難評比的，因為兩者基本上不屬同一層次。以前常說台灣萬萬稅，和正港高稅負的楓葉國相比，那根本算不上什麼。在居住成本方面，雖說加拿大是世界第二大國，但宜居帶不大，大多倫多地區房價很高，都會區更甚，近二十年華人移民大增，又進一步推高房價，DownTown公寓居住成本不輸新北市蛋黃區。如果有打算送下一代來加國留學或移民的朋友，起身動念前請務必多方評估，以免落地後「驚喜變驚嚇」！



聰明理財第一步：學會做好資產配置

■莊慶仁
永豐金證券苓雅分公司負責人

筆者莊慶仁，目前擔任永豐金證券苓雅分公司負責人(同時為第一家取得亞洲資產管理中心核准的券商)，曾任職外商銀行20年，擔任過花旗銀行、渣打銀行、星展銀行的分行負責人，財富管理經驗超過20年以上，並擁有CFP國際認證高級理財規劃顧問、證券分析師、期貨分析師、高齡金融規劃顧問師、家族信託規劃顧問師、理財規劃人員等多張專業金融證照。

花旗銀行早在2000年即由國外引進並提出「財富管理金三角」的觀念，也是台灣首先推動財富管理業務的金融機構，雖然早期金融投資工具選擇不多，但財富管理金三角提出將資產分成短、中、長期的概念去選擇配置的投資工具，除了讓資產可以穩定成長，還可以避免因市場波動下，造成資產大幅的波動，這正是筆者本文後續將說明的資產配置概念，希望可以讓醫師們在忙碌的工作之外，不會因為投資市場的波動，

而影響看診工作、家庭或是未來的財務規劃。



觀察忙碌的臨床醫師族群，多數醫師投入多年訓練，換來穩定且相對優渥的收入；然而在診間之外，資產常見的樣貌卻是：現金很多、保單很多、房子很多，但整體結構並不清楚。當景氣反轉、醫療政策調整或家庭支出突然放大時，才發現自己財務狀況相當脆弱，或是離原本設定的財務目標相差甚遠。

若希望財務能與專業生涯一樣穩健成長，關鍵並不在於選到哪一檔「標股」，而是先把「資產配置」這件事想清楚、做紮實。

那為什麼醫師族群特別需要資產配置呢?因為醫師在財務上的幾個典型特徵包括：

所得水準高，但可用時間有限，較難長期研究市場與個股。

收入雖穩定，仍可能受健保給付、醫療政策與科別需求影響。

專業風險與法律風險存在，一旦遭遇重大糾紛或健康狀況變化，收入可能明顯下滑。

人生大額支出集中，例如房貸、子女教育、診所投資、長期照護等。

在這樣的情況下，若資產高度集中於單一類別（例如單一地區不動產、少數股票、或數件結構複雜的金融商品），一旦遇上景氣循環或利率環境改變，便容易對整體財務造成嚴重衝擊。

資產配置的目的，就是在一開始就先決定：「我的資產要分散在哪些類別？比例大致多少？未來如何隨人生階段調整？」這個上位決策，對長期報酬與風險的影響，往往遠超過「選哪一檔標的」。

那麼資產配置到底在談什麼？**從實務角度出發，可以先把個人資產粗分為幾大類：**

1.現金與活存（含短期定存、貨幣型基金）：用於日常支出及緊急預備金。

2.債券或債券型基金／ETF：提供較穩定利息收入與波動緩衝。

3.股票或股票型基金／ETF：帶來長期成長，對抗通膨。

4.不動產：自住房、投資房產、診所物件等。

5.其他另類資產：例如 REITs、黃金、部分結構性商品等。

接下來，要進行資產配置前，主要回答以下三個問題：

1.要放哪些資產類別？

2.各類別大致應占多少比例？

3.隨著年齡、目標及市場環境變化，何時需要調整？



雖然在臨床工作中，醫師習慣根據指南與證據決策；但**醫師在理財上，常見問題卻是：**

1.資產類別過於單一，只熟悉房地產或保單，結果資產過度集中。

2.比例失衡，例如七至八成淨資產綁在不動產，其餘僅為零散現金與保險。

3.未隨人生階段調整，從住院醫師到資深主治，資產配置結構卻幾乎沒有變化。

若以兩位條件類似的醫師為例：一位將大部分資金集中在高槓桿投資房產，另一位則在全球股債ETF、不動產與現金之間做分散配置；當利率上升或房市反轉時，前者可能資金吃緊，後者則仍能維持財務穩定。差異不在收入高低，而是資產配置是否健全。



那到底要如何開始進行資產配置呢?我們可以從風險承受度與人生時間軸開始，在討論各類資產的比例之前，**建議先釐清兩件事：個人風險承受度與人生時間軸**。

1.風險承受度

醫師族群在投資風險上的特徵並不一致，有人極為保守，有人則相當積極。實務上可自問：若投資帳戶短期出現約 15—20% 的浮虧，是否仍能理性看待並依原計畫持有，甚至適度加碼？若答案是否定的，表示心理與財務上都不適合太高的風險部位。

此外，考量家庭責任（供養父母、撫養子女、房貸等），多數醫師



較適合以「穩健成長」為主，而非追求短期高報酬。

2.人生時間軸與財務目標

可將主要目標區分為：

短期（1—3 年）：例如結婚、頭期款、診所裝潢、留學進修。

中期（3—10 年）：換屋、子女教育、診所擴張。

長期（10 年以上）：退休、長照準備、資產傳承。

短期資金需要高度「確定性」，不宜投入波動過大的資產；長期資金則必須考慮通膨與預期壽命，若全數配置在定存與低利息工具，實際上是承受「購買力持續下降」的風險。以短、中、長期來進行資產配置，也正是花旗銀行財富管理金三角的觀念，在金字塔的最底層爲長期配置，比例應該配置最多，並以長期持有爲主(如債券、保險、產業龍頭股票等)；其次中層爲中期配置，比例配置次多，可配置具有題材性的股票或基金爲主；最上層是短期，比例配置最少，因爲隨時需要變現，不宜投入風險高資產，以存款、外幣爲主。

我舉以下兩個年齡層醫師來當成範例，僅為示意，目的在於提供思考框架，而非個別投資建議。

1. 30—40 歲醫師（已成家，有房貸）

假設：已有一戶自住房、房貸負擔可控；雙薪家庭；主要目標是支應未來10年內子女教育及20—25年後退休。

可參考的資產配置（不含自住房）：

現金、存款、外幣與貨幣型基金	10～15%
債券 / 債券型 ETF / 債券型基金	15～25%
股票 / 股票型 ETF / 股票型基金	40～55%
REITs / 穩健收益型資產（高股息、結構型商品）	10～15%
高風險投資（期貨、槓桿投資）	5% 以內

此年齡層的醫師，較年輕、工作年限長，理論上可承受較高股票比例，以換取長期報酬；但考量家庭責任與可能的職涯變化，仍需要適度比例的債券與現金作為緩衝。

2. 45—55 歲資深醫師（房貸結束，有一定累積）

假設：子女即將或已就學，開始規畫退休；自住房無貸款，可能額外持有一間出租房產。

現金、存款、外幣與貨幣型基金	10～20%
債券 / 債券型 ETF / 債券型基金	30～40%
股票 / 股票型 ETF / 股票型基金	30～40%
REITs / 穩健收益型資產（高股息、結構型商品）	10～20%
高風險投資（期貨、槓桿投資）	3～5%

可參考的資產配置（不含自住房）：

此階段目標轉為「保值兼成長」，不宜再承受過於劇烈的資產波動，同時又必須預備20—30年退休生活的通膨壓力，因此整體股債比例大致可維持在接近5:5，再視個人情況微調。

相比以上有做資產配置的例子，常見不做資產配置的兩種例子與建



議可調整方向如下：

1.資產過度集中於不動產的醫師

舉例40歲外科醫師，年收入約500萬元，新北自住房市價約2,000萬元，房貸餘額800萬元；近年加碼購買兩間預售屋作為投資，總價約3,000萬元，貸款成數偏高。銀行存款約300萬元，幾乎沒有其他金融資產。此案例的潛在問題包括：

(1)資產高度集中：總資產約5,300萬元，其中90%以上與不動產市場高度連動，一旦房市修正，淨值可能大幅縮水。

(2)現金流壓力：三戶房貸同時存在，若遇到收入下滑或短期工作中斷，現金流壓力顯著。

(3)流動性不足：不動產變現需要時間與成本，無法快速應對突發支出。

未來建議的調整方向如下：

(1)評估出售其中一間預售屋，降低整體槓桿水準，將部分資金轉為流動

性較高的金融資產。

設定目標，在3—5年內，讓至少30—40%淨資產落在股債 ETF 與 REITs 等可分散風險的標的。

(2)建立足額緊急預備金，約為6—12個月家庭總支出，存放於高流動性工具。

(3)其餘資金採固定頻率、分批投入全球股債ETF的方式，避免在單一時點大額進出。

如此一來，即使未來十年房市僅溫和上漲，整體資產仍可透過股債市場的長期報酬來平衡，降低單一市場不利時對財務造成的衝擊。

2.過度保守的醫師

舉例50歲內科醫師，年收入約350萬元，台南自住房已無房貸；持有現金與定存合計約1,500萬元，其他金融資產極少。預計65歲退休，希望退休後每月可支應約10—12萬元生活費。

此案例的潛在問題包括：

(1)購買力風險：若未15年平均通膨率約2—3%，以定存利率接近或略高於通膨的情況，實質資產成長有限，甚至可能負成長。

(2)資產成長動能不足：主要依賴定存與現金，無法有效參與全球經濟成長的報酬。

(3)退休金缺口：考慮到退休後可能長達20—30年的生活與醫療支出，僅靠現金與定存難以完全支撐。



未來建議的調整方向如下：

(1)保留約300—400萬元作為1—2年生活費與緊急預備金。
(2)其餘約1,100—1,200萬元可考慮分散配置為：40%債券或債券型ETF、40%全球與台股股票型ETF、20% REITs或穩定配息資產。

若此組合長期年化報酬可達約4—5%，在15年累積期後，整體資產規模將顯著優於全數放在定存的結果，退休後再透過「系統化提領」方式，每年提領一定比例作為生活費來源。

根據以上的例子，我們可以歸納出，醫師們在忙碌的醫療工作下，資產配置不應該變成另一個高負荷任務，而是以簡化與自動化為原則，我們可以根據自己的風險承受度與年齡、目標時間等，先決定大方向比例，再選擇各項金融工具等。也可以善用自動扣款與定期定額，減少情緒化進出場，並定期(如每季、每年)檢視一次自己的資產配置比例，必要時做「再平衡」調整。對多數醫師而言，時間、專業與健康是最重要的資產。將資產配置做好，能讓財務在背後穩定運作，減少對短期市場情緒的依賴，使醫師能把更多心力放在病人與家人身上。

所以聰明理財的第一步，不是追問「現在應該買哪一檔？」，而是先釐清：「在我的人生規畫中，資產應該如何分配？」，當這個方向設定對了，選標的、買進時點、甚至短期市場波動，都只是枝微末節。當資產配置這個方向被清楚定義並持續執行時，長期財務穩定與退休安心，便不再只是模糊的期待，而是一條可以踏實走完的路徑。建議各位可以花一些時間先建立自己的資產配置架構，讓自己的資產在不同市場與資產類別中分散運作，進而穩健地成長，順利達到自己設定的各項財務目標。

白袍之外的色彩人生
王義福以畫筆走入光影世界

撰文■編輯室

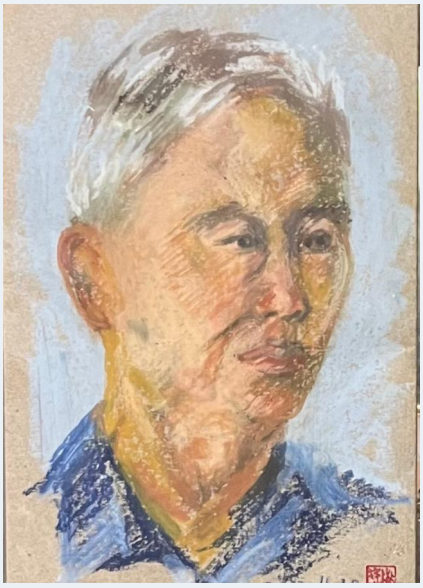


◆王義福醫師小檔案
台南市醫師公會會員
中山醫學大學醫學系畢業

從中山醫學大學醫學系畢業後，在醫界服務五十年，於六十歲後正式踏入藝術創作領域，王義福的人生，像是一場遲來卻格外燦爛的色彩旅程。

不同於多數從年輕時便接受正規藝術訓練的創作者，王義福是在長年繁忙的醫療工作之餘，才慢慢走近繪畫。從最初的素描、水彩開始，到後來投入油畫創作，他一步一步摸索，也一步一步在畫布上找回內心真正的熱情。

「醫療工作講求精準與理性，但畫畫讓我重新感受到感性



與自由。」王義福如此形容自己與藝術的相遇。

多年來，他持續鑽研世界名畫，尤其深受印象派與野獸派大師影響，包括莫內、塞尚、畢沙羅、高更、梵谷等藝術家作品，都成為他重要的美學養分；同時，他也涉獵未來派與表現主義，從不同藝術流派中尋找屬於自己的創作語言。

王義福自畫像。

對王義福而言，風景畫始終最能觸動內心。假日時，他經常揹著畫具到戶外寫生，足跡遍及　台南、高雄等地；也曾因旅遊走訪歐美、紐澳與中國大陸各地，在旅途中以簡單速寫記錄風景，再回到台灣轉化為水彩與油畫創作。那些曾經停留過的街道、山景、港灣與光影記憶，也在畫布上重新獲得生命。

他的作品曾於臺南文化中心、臺南生活美學館舉辦聯展；對於他而言，藝術並不是另一份職業，而是一種觀看世界的方式。然而，真正令人敬佩的，是他退休後依然持續學習的熱情。

六十歲退休後，王義福並未停下腳步，而是正式投入藝術進修，在劉文三與陳香伶老師指導下持續精進。六十四歲時，更考取長榮大學美術系碩士班，成為許多人眼中「最認真的學生」。在黃銘祝所長與蘇憲法老師指導下，他完成研究所學業，也讓自己的創作逐漸形成鮮明風格。

王義福的作品形式橫跨寫實、印象與抽象，題材多取自台南在地風景與民間生活，偶爾也融入國外旅途中的景色記憶。他擅長以色彩呼應情感，以光線建構空間節奏，在具象與抽象之間取得微妙平衡。

畫面中，有時可見熟悉的台南街景輪廓，卻又在色彩流動與筆觸交錯之間，逐漸轉化為帶有情感溫度的心靈風景；讓觀者感受到光線、空氣與情緒的流動。他簡化造型、強調色塊與韻律感，讓作品在寫實之外，也帶有半抽象的詩意氛圍。那種遊走於真實與幻化之間的視覺語言，也成為他創作最迷人的地方。



王義福畫作曾於臺南文化中心、臺南生活美學館多次舉辦聯展。



2020年新冠肺炎猖狂亂竄，世界被封印了三年多，人們惶惶不知終日；王義福盼望冠狀病毒經過醫師和全民努力能銷聲匿跡，因此有所感而畫了一副抽象化的作品，極具印象派的味道，並取名：「花冠初晴」～花冠有冠狀病毒之意，傳達疫情將過去，生命仍然綻放，帶給人類未來的想望～～

從白袍醫者到藝術創作者，王義福用人生證明：藝術從來沒有太晚開始這件事。對他而言，繪畫不是退休生活的消遣，而是一場重新理解生命的過程。那些年輕時無法停留太久的風景、忙碌工作裡來不及細看的光影，如今都透過畫筆，被慢慢留了下來。而這份對生活與藝術始終保持熱情的姿態，也讓他的作品，除了色彩之外，更多了一份歲月沉澱後的溫暖與深度。