

「2012 生醫倫理與東亞儒家傳統」 國際學術研討會紀要⁺

林孟玲^{*}、王宣曆^{**}、蔡甫昌^{***}



會議緣起

隨著當前生命科學、醫學及科技進展，在試驗研究與臨床實務兩方面都不斷衝擊著既有的認知與實踐方式，而帶來許多倫理上亟待解決的新生疑難與議題。在西方主流的倫理學思潮下，經反覆實務應用與理論辯難，在指導政策方面確立了以「正義」、「不傷害」、「行善」、「尊重自主」為主之生命倫理原則，並由之推導出許多重要的次級原則，以面對日新月異的生醫科技倫理議題之挑戰。

雖然科學研究為價值中立的知識場域，而科技應用也是跨國界、跨種族、跨文化的發展現象，其所帶來的倫理爭議似乎也是能由西方啟蒙理性發展出之思考模式與普遍道德原則加以解決。然而，在生醫研究與臨床之實踐上，

除了不同文化背景所衍生的不同倫理議題需放在具體歷史社會脈絡中討論，不能抽象蹈空外，相異的文化傳統也提供了豐富的道德經驗與倫理資源，宜相觀而善，以求能更全面地反思全人類所共同面對的生醫科技發展之倫理、法律、社會意涵與衝擊。

在全球倫理（global ethics）的架構中，東亞儒家倫理不僅有其不可輕忽的重大貢獻，且至今仍是對東亞文化與國家有著深切影響的活文化（living culture），對於當前生命科學、醫學及科技進展仍持續不斷地吸納、融入，並由自身文化觀點予以回應與轉化。

目前臺灣所建構之醫學倫理，至少在學術研究上，可謂完全沿用西方醫學倫理之規則，而如上所述，西方醫學倫理原則是否為舉世通

⁺ 本文係 2012 年 3 月 23、24 日由臺灣大學人文社會高等研究院、生醫暨科技倫理法律與社會中心共同主辦「2012 生醫倫理與東亞儒家傳統」國際學術研討會之活動紀要。

^{*} 臺灣大學醫學院博士後研究。

^{**} 臺灣大學醫學院博士研究生。

^{***} 臺灣大學醫學院教授兼「生醫暨科技倫理、法律與社會中心」主任。

用之法則？在東亞地區，包括：臺灣、中國、日本、韓國、越南，這些以儒家思想為主的文化脈絡下，西方醫學倫理是否有轉化空間？

本校生醫暨科技倫理法律與社會中心與人文社會高等研究院在此背景下，為立基於東亞儒家文化經驗，建構東亞儒家生命倫理學方法論，以具體處理當前國際重大生命倫理議題，於 2012 年 3 月 23-24 日假臺大公共衛生學院拱北講堂，共同主辦為期一日半之「2012 生醫倫理與東亞儒家傳統」國際研討會（International Conference on Biomedical Ethics in East Asian Confucian Traditions）。此次研討會與會學者來自生命倫理學、醫學、法律學、哲學、社會學、公共衛生學、人類學等各專業學門，為跨領域之學術合作，更邀請到來自德國、美國、紐西蘭、韓國與中國之國際知名生醫倫理學者，為一場中西文化交流的盛宴，針對東亞儒家傳統與生醫倫理議題進行跨領域之深度研討，不僅提升了我國在東亞儒家傳統研究領域的層次，也使國際更瞭解我國生醫倫理發展現況，將東亞儒家倫理與生醫議題之對話分享給國際社會。

會議內容

本次大會規劃為六個場次，分別針對「東亞儒家傳統與生醫倫理」、「儒家生醫倫理學進路」、「研究倫理與儒家倫理」、「風險溝通與公民審議」、「跨文化生醫倫理議題」以及「文化、法律與生醫倫理實踐」進行研討。

會議於 2012 年 3 月 23 日下午 1 時半開幕，由本校人文社會高等研究院黃俊傑院長致歡迎詞，對本次大會緣起及預期成果綜合評述，並邀請臺灣大學醫學院楊泮池院長與公共衛生學院陳為堅院長，分別就醫學層面與公共衛生層面對東亞儒家傳統在生醫倫理領域所可能提供之思考資源提出反思與展望。以下簡述

本次學術活動的主要過程與成果。

研討會一開始，韓國浦項科技大學人文與社會科學部 Ynhui Park 教授即點出當代所面臨之醫學倫理問題，主要涵蓋墮胎、器官移植、代理孕母、安樂死、操控 DNA 等等。這些爭議隨著生物醫學科技的發達，日趨激烈且棘手。根據 Danto 曾指出的「道德與宗教之四點不同」，儒學相較於佛教、道教、基督教，甚至是印度教而言，是一門「道德哲學」而非宗教，此四點理由為：（1）因為道德價值所探討的是一般人關注的家庭、人際、社會、和諧、快樂等議題，而宗教所探討的是超然、超自然等議題；（2）道德所探討的主體是個人或社會成員，而宗教則以神以及宇宙為探討對象；（3）探討道德的脈絡是：指涉其他個人、人類世界以及社會，而宗教則探討形而上的宇宙，以及關於永恆；（4）道德者所代表的人格是利他的、社會傾向的、謙虛的及溫暖的，而出世的宗教信仰者所代表的人格則是自私自利的、不合群的、非社會的，以及不可妥協的以自我為中心。Ynhui Park 教授以《倫語》定義儒學的內涵。根據《倫語》，孔子要不是懷疑論者，就是無神論者，孔子所關心的是今世人類的的基本美德，以「仁」為中心，強調德行而非規範；以及「恕」，「己所不欲，勿施於人」。既然儒學屬於道德哲學而非宗教，應該如何應用於生醫倫理問題？Ynhui Park 教授認為，既然儒學屬於「美德倫理」（virtue ethics）而非「規範倫理」（normative ethics），就應強調全人類應培養其內在之道德，而非著重在人們應該依據某種放諸四海而皆準的道德準則行事，並以此為評價。因此，難以儒學的中心思想——「仁」——為標準，在二選一的道德命題上抉擇。因為儒學不是一種單一的、絕對的標準。特別是在道德的脈絡裡，每一個道德主體、客體，以及情境都不相同，更不可能有完全相同的案例與標準可資遵

循。因此，Ynhui Park 教授認為，當應用儒學於生物醫學情境（包括各種道德困境）中，意味著醫護人員、病人及其親屬，對於任何資訊以及反應都應抱以「同理心」或「仁慈」的胸懷，兼之以保持開放的心胸，謹慎而不倉促的作每一個決定。

臺大法律所陳聰富教授隨即指出相關法律規範之演進可反映出醫療法、醫師法以及安寧緩和醫療條例等法規，在臺灣特有的文化脈絡下，法規之運作所可能遇到的難題。例如：2000 年通過的安寧緩和醫療條例賦予末期病人簽署臨終時可以選擇接受心肺復甦術（Cardiopulmonary resuscitation, CPR）或拒絕心肺復甦術的意願書（will form）。該條例第 7 條第 3 項雖然規定末期病人意識不清或無法清楚表達意願時，第一項第二款之意願書，由其最近親屬出具同意書代替之；然而在儒家孝道文化下，簽署同意書等同於放棄摯愛家人的性命，因此親屬可能面臨「不孝」的心理壓力、來自其他親屬的責備以及產生對於醫院的不信任感；簽署法律文件有擔心被欺騙或失去相關權利等等莫名壓力。此外，傳統文化又賦予醫師必須全力挽救病人性命之義務。因此，即使病人已經明確表示並簽署同意書，自願於疾病末期時由院方撤除維生器；實務運作卻往往不是如此。陳教授並未試圖解答此類難題，而留下一個思考點：以比較觀點思考繼受西方以「個人自主」至上的法律，並非儒家文化所推崇。我們所處的文化在病患臨終、是否繼續以人工方式維生的情境下，所表達的立場是：以維繫生命為優先、重視家人意見，以家族為本的。

第二場次：有關東亞地區儒學於醫學倫理的應用，則由來自紐西蘭的聶精保副教授指出將東西方文化一分为二的謬誤：將中國文化歸類為集體主義、家庭主義；將西方文化歸類為個人主義，是對文化過度簡化的解讀。這樣的

謬誤發生在醫學倫理上，則產生「東亞集體主義式醫學倫理」以及「西方個人主義式醫學倫理」這兩種以偏概全之印象；尤其在今日全球化的社會裡，多元文化是不可避免的現象，每個社會皆然，如此偏頗的印象並不足取。即使某些現象，如：醫生常對末期患者隱瞞病情，而只告知病患家屬；為中國文化（包括香港以及臺灣）所獨有，而與西方的「告知後同意」必須告知病人本人有所不同；聶教授提醒我們：將任一文化歸類為單一模式，將陷入過度簡化的謬誤，也低估了中國、西方社會的多樣性。尤其在 globalization 趨勢的今日，吾人更應以多元文化之觀點解讀中、西醫學倫理；方不至於有所偏頗。聶教授指出，不論是中國或是在西方，醫學倫理非由單一觀點所主導；因此建議，在中國，或是亞洲的醫學倫理，應該師法「莊子」，崇尚多元文化主義；任何假定只有單一觀點支配人類生活，或是排斥其他生活方式與想法的觀點，都將成為人類社會的一場夢魘。

相呼應地，臺灣大學社會醫學科主任蔡甫昌副教授指出，在西方以「貝蒙特報告（Belmont Report）三原則：尊重人格、行善原則以及正義原則」，以及由此而延伸的：尊重自主、行善、不傷害及正義四原則為主軸沿用至今的醫學倫理，被認為可以廣泛適用於不同文化的國際社會裡。當這些原則輸出至以儒學為主的東亞文化地區時，想當然激起不小文化差異火花：相較於西方以個人決定為基礎的醫學倫理，東亞地區則有家族共同決定的傳統必須加以考量；蔡教授以「器官捐贈」以及「基因檢測」為例，呈現西方醫學倫理應用至東亞儒學的家族文化下所產生的激盪，以及可能的影響；並提出支持與反對所謂跨文化生醫倫理之論點，以及應用儒學及其原則於東亞醫學倫理之可能性；蔡教授引用學者 Veatch 所言，所謂跨文化一體適用的生醫倫理，必定有

全人類一體適用之普遍性，而不受限於文化差異，包括實用、真實、對承諾之忠誠、避免殺害、正義，以及自主等原則。然而，如 Engelhardt 指出若對當代所謂道德標準加以檢視，就會發現其多元性：不僅在國際間，即使僅僅在北美，人們對於何謂道德之根本，即有不同意見。因此，奢求放諸四海而皆準的道德標準，幾乎是不可能。學者 Sakamoto 即認為生醫倫理應該因地制宜：視當地獨特文化、當地人們的想法、特有觀點，而有所不同。例如，東亞地區，基本上皆受到中國文化影響，有著四個特點：家族、裙帶關係、權威、在意他人觀點等文化傾向。蔡教授就「器官捐贈」電訪「家屬參與器官捐贈之意見」，發現國人對家屬意見的重視；例如，若民眾生前已簽署器官捐贈同意書，該民眾去世後，仍有超過一半比例之民眾認為醫護人員仍須取得死者家屬之同意，才可以摘取器官。而一般成年人做基因檢測的決定時，多數人（高達 73%）認為，雖然是自己決定，但「應參考家人或他人的想法」；並且，多數臺灣民眾較習慣直接代替子女決定是否進行遺傳檢測。因此，蔡教授就實證研究得出如下結論：在東亞，病患自主之意義，不同於西方觀點，並非絕對、至上。儒家觀點認為個人不僅具有道德理性與個體自覺，也強調注重個人與他人之關係，以及「利他」之道德責任。因此，醫師不僅應著眼於病患個體之自主與尊嚴，亦必須重視病患與其家庭、群體，甚至是社會與歷史脈絡之「關係」。如果文化中的基本單位是家庭，而非個人，則家屬的意見在醫療相關決定裡應極度被重視，甚至可凌駕於個體自主之上。但可能產生的負面影響則是：醫療極度權威，以及個人自主與權利被犧牲。折衷之道應是「東西方文化互相取鏡」：在儒家文化脈絡裡，醫師應該明瞭這樣的文化背景，並防止病患之意願被操弄，或是被集體（不論來自於家庭或是社會）意見所脅

迫；同時也應該促進病患本身的自主。對西方醫學倫理專家而言，亦應明瞭絕對的「尊重自主」並非所有文化的道德要求，個人也不應完全被分離對待，因而醫病關係得以更合乎人性。雖單一道德至上在文化多元的人類社會裡是不可得的，然而基於人類以及其所處社會的許多共通性，應該仍存有所有人類心智與道德皆能普遍接受的普世原則，例如：對人的尊重，可作為人類社會共同的醫學倫理之標準。

香港理工大學余錦波副教授認為，儒學的主要特徵之一即是將各種、甚至相互矛盾的價值加以平衡與折衝；儒學所指稱的人類道德是立基於人性本質，以及合乎、順應人性的需要。道德不只是分辨是非而已，更是在利益相衝突的情境下，做出合宜的決定以及價值判斷。其中的藝術就在於如何調和、平衡相衝突的價值。儒家觀點對人與自然的關係，認為：自然是道德中立、欣欣向榮、複雜費解的，並且支持自然的多樣性。而將儒學簡化為家族主義、權威主義，意即以家族、穩定、統一與團結為最高價值，是對儒學的誤解。影響所及，是人類生命不被視為至高、絕對價值，可能有其他價值，如：自然法則，凌駕人類生命價值之上。人類應該運用智慧，尊敬自然；並且，適度的干涉自然是被允許的。余教授認為，儒學與西方的宗教觀點不同，既非強調生命的神聖性、絕對反對操弄自然；也非如西方俗世觀點只關照人類自身利益、不尊崇自然法則。因此可知，儒家在生醫倫理的觀點，是折衷的：肯定尊敬自然、尊重生命的價值，但在某些限定的條件下，允許對自然、生命加以干涉或加以終結。

第三場主題為「研究倫理與儒學」，德國生命倫理與漢學專家 Dr. Ole Döring 指出，儒學是實踐仁慈、正直的一門社會學問。儒學的現代詮釋必須察覺這兩者的衝突：孟子所強調的「仁（內在修養）」以及荀子所推崇的「外

在控制」——以外力規範行為；才能明瞭從鞏固王權到促進公益的不同規範要求。而儒學應用至醫學倫理時，應考量內部合作、階級、程序透明以及組織發展之管理；因此，必須重新解構組織系統，或將其置於更大的歷史脈絡下，方有比較性可言。亦即，儒學這等關於社會實踐的學問，在醫學倫理之討論必須將之轉化為合乎倫理結構之概念語言，方有討論空間。例如，「告知後同意」原則可解構為：規範、理由以及行為等因素；而這些概念的相互作用與告知後同意的目的：保護病人、自我發展、自我與社會二者的互惠，息息相關。

來自中國大陸的汪秀琴醫師則以「臨床研究倫理綜覽」為題，說明即使是中醫藥臨床研究，其研究倫理與西方的醫學倫理並無二致，皆必須考量受試者權益以及切實執行「告知後同意」法則。研究者甚至可以從設計以及執行臨床試驗的計畫書開始，就注意到獨立的資料庫建置，以及安全監控或倫理審查委員會的設置；也應在研究之初，就詳細評估臨床研究的風險和利益，其比例是否妥當。對於研究參與者的「告知後同意」必須盡量詳盡，包括：研究目的、程序、可替代的治療方法及其可能的風險及利益、是否有補償或是花費負擔、保密性的程度、有哪些贊助者、倫理審查委員會的成員、相關政府部門為何。除此之外，研究參與者應該被告知，其拒絕參與或退出研究的權利，並且不會遭受歧視、報復以及其醫療的權利與利益不致因此遭受影響。告知後同意的過程必須是：參與者被充分告知相關資訊、確實理解、自由的參與。該同意如何取得、誰負責取得以及簽署同意書的條款亦十分重要。在醫療以及保護研究參與者方面，需要注意的有：研究者的資格與經驗、由於研究目的，不提供合於社會風俗之治療的正當理由、在研究當時以及研究結束之後，皆提供參與者相當的安全性，適當的醫療照護監控、提供參與者心理與

社會的支持（甚至在其自願退出研究時亦然）……等等。另外十分重要的是對於隱私及保密性的規定：對於誰可以詢問參與者的個人資訊、確保參與者個人資訊的私密性與安全性有詳細規定。另外，汪醫師特別提及對於易受傷害受試者的保護：如果該臨床試驗不能對其提供直接利益時，該研究之風險不應大於最低風險，除非經過倫理委員會之同意；如果該受試者不能提供有效的同意時，則應由其法定代理人代替其同意之，並且在可能的情況下，仍應盡量得到其同意。最後，如果該試驗涉及某特殊罹病群體，或是特殊種族時，應告知其可能影響，對該群體充分諮詢；並且，該研究應該要有利於該群體之整體健康，以及促進該地區之發展。

第四場主題為「風險溝通與公民審議」。由周桂田教授以基因改造食品為例，說明「風險溝通」與「風險覺察」深深影響著大眾對於風險的評估，並影響大眾對於科技風險以及政府施政信賴度之看法。就這點而言，風險溝通以及公眾之風險覺察，必須成為政府施政之重點。周教授進一步指出，目前臺灣社會對於風險溝通以及公眾參與的不足，是造成社會互信不足的重要原因之一；而風險溝通以及公眾參與的不足來自於缺乏資訊。政府欲提高人民對於科技以及政府的信賴，必須從風險溝通、提供充足資訊這兩方面著手。

臺大社會學系林國明副教授，以代理孕母為例，說明即使是十分爭議性的議題，公民也可以透過理性的討論、充分的資訊獲致結論。臺大社會學系曾於 2004 年 9 月就代理孕母爭議召開公民會議，邀集學者專家以及各界人士共同參與，即使該會議並未解決所有爭議，仍不失為公民審議之典範：公民在理性的、充分獲得資訊的情況下討論社會重大爭議，並得到結論。不僅指導委員會之組成包括不同領域，包括生殖醫學、醫學倫理、法學、婦女權益與

市民參與等領域之專家，與會成員組成也頗為多元，包括不同性別、年齡、教育程度、以及居住地區等人士（以有較高教育程度且居住於城市的年輕女性居多）。代理孕母的主要爭議有許多：如何改善不孕之預防與治療？健保是否應該補助「協助生育」？代理孕母之需求可否以「收養」加以取代？代理孕母應否合法化？如果應該立法加以禁止代理孕母行為，國家應該如何執行？如果應該合法化，國家應該扮演的角色為何？對於不孕夫婦與代理孕母之資格應如何定義？代理孕母、不孕夫婦與嬰孩三方權益應該如何保障？相關程序與爭議機制，包括：法律、程序以及契約內容應如何加以規範？即使面臨如此棘手爭議，這場「代理孕母公民共識會議」仍然透過理性討論獲致重要結論：有條件開放代理孕母，唯有合法婚姻中之女性無子宮或是子宮有重大缺陷以致無法懷孕，或雖經人工生殖仍經常性流產時，代理孕母之行為方為合法。代理孕母之過程必須將父母之精子、卵子，透過試管受精，然後將受精卵置於代理孕母之子宮。而嬰孩之合法母親為血緣上之母親。此外，政府應扮演積極介入、維護相關人士之權益，並防止社會問題之發生，也就是同時扮演規範者、審查者、裁決者與諮詢者等多重角色。即使會議仍然就「代理孕母」是否為有給職仍無共識，仍不失為一次成功的公民會議。當時的衛生署長陳建仁並於會議中承諾由政府提案「代理孕母草案」，並採用會議結論為指導原則。經由這次的會議討論也進一步釐清此爭議所涉及的核心價值：不孕夫婦應有透過生殖科技擁有自己下一代的權利、代理孕母合法化有助於維持傳統一夫一妻婚姻之家庭型態、強調政府應扮演積極角色。林教授肯認這種透過不斷的公眾討論，以及將討論結果影響政策制定的一連串、持續的過程，認為這種方式可以成為一種新的、有別於國會的政策制訂方式：各種社會爭議透過持

續、不斷的公民會議，促成政府提案，發現爭議裡所涉及的核心價值。

第五場主題為「跨文化的生醫倫理」。美國紐約大學 James Dwyer 教授舉出兩個有趣的例子，說明在不同文化脈絡下，醫學生是否願意說出自己心裡的意見，以增進病患利益或明確的、大聲地提出自己在工作專業上所面臨的問題。他並提出傳統儒學需要改進之處，以改變傳統「沉默是金」的文化。醫學生應該要能明辨每個醫學倫理案例裡所涉及的倫理議題為何，以及能夠從中折衝、平衡相衝突的利益。例如：當醫生的專業判斷與病患本身的意願，甚至是家屬的意願相衝突時，在不同的情境下，應該以何者為優先考量？Dwyer 教授並認為，我們的醫學生應該培養這種思辨、討論的習慣與能力，並且不斷練習，以增進這種能力，而非只是被動的接受教科書，或是教授所講授的知識。社會文化裡應該培養「民主」的氛圍與習慣，也就是思辨、討論與質疑權威，甚至挑戰權威的能力，這是儒學傳統裡應該有所調整的。

臺大社會醫學科何明蓉副教授同樣以此為題，配合短片，說明在不同文化下，醫學生對於專業上遇到的難題所產生的不同反應。在儒家特有的文化脈絡下，醫學生在做決定時，考慮的不只是病人，還包括病患家屬，甚至慮及「學長、學姐」之間複雜的人際關係。醫學教育者必須明瞭此種特殊文化深深影響醫學生的專業判斷，方能夠適當教導醫學生如何平衡在特定案例中，所涉及的醫學原則、各種人際關係的影響以及各種人際關係中所扮演的文化角色，以做出最佳判斷。

第六場主題為「文化、法律以及生醫實踐」。由復旦大學朱偉副教授點出：一般認知的「告知後同意」與傳統中國文化的衝突：告知後同意是以「個人自主」為前提，因此以病

患、受試者的自主選擇權為優先考量。一般認知的中國文化則以家庭價值凌駕個人價值，而且強調個人與社會的和諧關係，而非著重於個人自主。朱偉教授指出，在儒家文化裡，即使家庭確實在臨床案例裡扮演著重要角色，並不意味著家庭在與醫療相關決定中即扮演了決定性的、關鍵性的因素。朱教授別有洞見地認為在醫學倫理中，家庭不應成為作決定的關鍵性因素，也沒有這種道德上之必要。她指出當人們理所當然地認為家庭因素在中國文化裡有絕對優先之地位時，人們應該重新檢視何謂中國文化、構成中國文化的基本因素為何，以及為何「家庭」能夠體現中國文化。若非如此，就輕易的認定「告知後同意」在中國文化裡應該重新界定，非但不恰當，並且容易造成誤解。

有關「家庭價值」在醫療相關決定裡，扮演重要、甚至是關鍵性角色，有臺大社會醫學科吳建昌助理教授所做的實證調查可資證明：即使「安寧緩和醫療條例」允許末期病患選擇接受心肺復甦術與否的權利，在臺灣以儒家為主流的文化下，家庭乃至家族在是否對臨終病人告知臨終訊息，以及是否繼續維生設備之使用或實施心肺復甦術上，有決定性之影響。關於此點，對於年長者或是教育程度較低之族群而言，更是如此。吳教授因此認為這樣的研究結果顯示，從醫者某種程度上需要在法令規定與文化的實際運作間加以折衝與妥協；進一步的思考則是：是否應該嚴格的執行繼受西方的法律，以改變社會文化本身？還是應該制訂符合國情的法律？

這場學術論辯可說是延續清末民初以來，中西文化持續交流下，反映東、西方文化融合與衝擊之一章，也是全球化趨勢下的必然現象：傳統文化面臨西方主流文化之衝擊時，該如何去蕪存菁？東亞儒家傳統在西方醫學倫理的繼受過程中，家族因素在個人自主、自我決定至上的西方醫學倫理中所應扮演的角色為

何？臺灣在面對現代西方醫學倫理與法律之衝擊時，是否應該接受其內容與精神，抑或依照臺灣特有的文化傳統而做調整？這是一場進行式的論辯，方興未艾。

結論與未來展望

此次研討會由東亞儒家倫理學傳統出發，對生醫倫理各項重要議題進行了深入探究，也透過東西方不同文化背景學者就各國醫學實踐與研究之經驗及成果進行交流觀摩，進一步提供了探討儒家倫理與生醫倫理的新視角。經由儒家生命倫理學進路、風險溝通與公民審議、跨文化生醫倫理議題以及生醫倫理實踐與文化法律議題等主題之探討，應能豐富國內生醫倫理研究之內涵並提供未來學界由東亞儒家傳統思考、研究生醫倫理的一個新方向。

此次研討會，定位於學術性、國際性之專題研討會，全程以英語進行，對於相關主題在國內之開創與啟發具有重要價值，然因時間、人力與經費有限，許多值得深入研究之重要議題未及探討，亦有些儒家倫理與生醫倫理相關發展現況未能涵蓋。未來建議可發展為年度固定活動，並擴大舉辦，以增加議題之廣度及深度。

活動花絮



黃俊傑院長開幕致詞



黃俊傑院長與與會學者合照



蔡甫昌主任發表情形



現場聽眾聽講情形