

第 13 節 皮膚科製劑 Dermatological preparations

13.1. (刪除)(104/6/1)

13.2. Cadexomer iodine (如 Iodosorb powder):(87/4/1)

限慢性腿部潰瘍病例及慢性感染性潰瘍傷口使用，每日用量超過一包時，需檢附傷口照片以利審查。

13.3. Calcipotriol 外用製劑:(87/4/1、89/2/1、94/3/1、94/5/1、99/12/1、109/10/1)

13.3.1. Calcipotriol 外用單方製劑(87/4/1、89/2/1、94/3/1、99/12/1)

限確經診斷為尋常性牛皮癬 (psoriasis) 之病例使用，使用量以每星期不高於 30gm 或 30mL 為原則，若因病情需要使用量需超過每星期 30gm 或 30mL 者，應於病歷詳細記錄理由。

13.3.2. 含 calcipotriol 及類固醇之外用複方製劑 (如 Daivobet) (94/5/1、99/12/1、109/10/1)

1. 限確經診斷為尋常性牛皮癬 (psoriasis) 之病例使用，使用量以每星期不高於 30gm 為原則，若因病情需要使用量需超過每星期 30gm 者，應於病歷詳細記錄理由。

2. 若因病情需要需連續使用超過 8 週者，應於病歷詳細記錄理由。(109/10/1)

13.3.3 與 tazarotene 併用，兩者合計總量每星期不超過 30gm 或 30mL，若因病情需要兩者合併使用量需超過每星期 30gm 者，應於病歷詳細記錄理由。(99/12/1)

13.4. Isotretinoin 口服製劑 (如 Roaccutane):(86/9/1、87/4/1、94/3/1)

1. 限皮膚科專科醫師使用。

2. 需檢附病人之服藥同意書 (詳附表十)，以及經傳統治療無效之病歷資料或治療前之照片，經事前審查核准後使用。

3. 每次申請以一療程為限，若需再次療程，請檢附原來照片與最近照片再次申請事前審查核准後使用 (每一療程最高總劑量為 100 mg - 120 mg/kg，於四至六個月完成)。

13.5. Acitretin (如 Neotigason):(87/11/1)

申報費用時需檢具病患同意書 (附表十一)，並檢送含確定診斷之詳細病歷資料，俾利審查。

13.6. Methoxsalen 製劑:(87/11/1)

限皮膚科專科醫師使用於 PUVA 治療 (配合紫外線照射)，申報費用時需檢送含確定診斷之詳細病歷資料，俾利審查。

13.7. Doxepin HCl cream (如 Ichderm):(88/6/1)

限成人使用，每次處方不超過七天。

13.8. Tazarotene 外用製劑:(91/4/1、99/12/1、101/2/1)

1. 限乾癬之病例使用。

2. 使用量以每星期不高於 30gm 為原則。若因病情需要，使用量需超過每星期 30gm 者，應於病歷詳細記載理由。(99/12/1)

3. 與 calcitriol (或 calcipotriol) 併用，兩者合計總量每星期不超過 30gm 或 30mL，若因病情需要兩者合併使用量需超過每星期 30gm 者，應於病歷詳細記載理由。(99/12/1)

13.9. Calcitriol (如 Silkis ointment) : (92/11/1、93/9/1、99/12/1)

1. 限用於小於 35%體表面積之輕度至中重度乾癬之病例，使用量以每星期不高於 30gm 為原則，若因病情需要使用量需超過每星期 30gm 者，應於病歷詳細記錄理由。其面積計算:依照 rule of nines 計算法。(同 13.10 備註 1)
2. 與 tazarotene 併用，兩者合計總量每星期不超過 30gm 或 30mL，若因病情需要兩者合併使用量需超過每星期 30gm 者，應於病歷詳細記錄理由。
(99/12/1)

13.10. Tacrolimus (如 Protopic Ointment) : (91/12/1、93/8/1、95/7/1、99/12/1、111/2/1)

限 2 歲以上因為潛在危險而不宜使用其他傳統治療、或對其他傳統治療反應不充分、或無法耐受其他傳統治療且患部面積>30%之中、重度異位性皮膚炎之下列病患第二線使用 (95/7/1、111/2/1)

1. 成人患部面積 30%~50%，每星期不超過 30gm；患部面積>50%，每星期不超過 60gm。
(99/12/1)
2. 孩童患部面積 30%~50%，每兩星期不超過 30gm；患部面積>50%，每星期不超過 30gm。
(99/12/1)
3. 面積計算：成人依照 rule of nines(詳備註 1)，由部位乘予大約比例之總和，兒童依比例 (備註 2，Barkin 公式) 修訂。
4. 使用一個月後，症狀若無改善，應改用其他藥物治療。
5. 以三個月為一個療程，作間歇性長期治療者，若需繼續治療，每月限使用 30 公克。(93/8 /1)
6. 不可合併紫外線治療。(93/8 /1)
7. 與 pimecrolimus 併用時 (99/12/1) :
 - (1)成人：患部面積 30%~50%，每星期兩者合併用量不超過 30gm；患部面積>50%，兩者每星期合併用量不超過 60gm。
 - (2)孩童：患部面積 30%~50%，每兩星期兩者合併用量不超過 30gm；患部面積>50%，每星期兩者合併用量不超過 30gm。
 - (3)若因病情需要兩者合併使用量需超過限制者，應於病歷詳細記錄理由。

備註 1：Rule of nines 計算法：頭頸 9%，兩上肢 18%，軀幹 18%，背 18%，兩下肢 36%，陰部 1%。

備註 2：兒童患部面積計算如附表十七 (From Roger M. Barkin)

13.11. Pimecrolimus (Elidel 1%) : (92/11/1、93/8/1、94/3/1、95/7/1、99/12/1、110/12/1、111/2/1)

限 2 歲以上且患部面積>30%之中、重度異位性皮膚炎，或敏感性皮膚部位(頭頸部、眼瞼、耳後區、生殖器、皮膚彎曲處、腋下、鼠蹊部)異位性皮膚炎之下列病患第二線使用：(94/3/1、95/7/1、110/12/1、111/2/1)

1. 成人患部面積 30%~50%，每星期不超過 30gm；患部面積>50%，每星期不超過 60gm。
(94/3/1、99/12/1)
2. 孩童患部面積 30%~50%，每兩星期不超過 30gm；患部面積>50%，每星期不超過 30gm。
(99/12/1)

3. 敏感性皮膚部位(頭頸部、眼瞼、耳後區、生殖器、皮膚彎曲處、腋下、鼠蹊部)異位性皮膚炎部分：成人每月不超過 30gm，孩童每月不超過不超過 20gm，且不得與全身用藥分開計算。(110/12/1)
4. 使用一個月後，症狀若無改善，應改用其他藥物治療。
5. 以三個月為一個療程，作間歇性長期治療者，若需繼續治療，每月限使用 30 公克。(93/8/1)
6. 不可合併紫外線治療。(93/8/1)
7. 與 tacrolimus 併用時(99/12/1)：
 - (1)成人：患部面積 30%~50%，每星期兩者合併用量不超過 30gm；患部面積>50%，兩者每星期合併用量不超過 60gm。
 - (2)孩童：患部面積 30%~50%，每兩星期兩者合併用量不超過 30gm；患部面積>50%，每星期兩者合併用量不超過 30gm。
 - (3)若因病情需要兩者合併使用量需超過限制者，應於病歷詳細記錄理由。

13.12. Amorolfine (如 Amocoat)：(99/4/1)

1. 限用於皮真菌、酵母菌及黴菌引起之甲癬。
2. 每年限使用一瓶 5mL。
3. 許可證類別若變更為指示用藥，將不予給付。

13.13. Podophyllotoxin (如 Wart Del Cream)：(102/9/1)

1. 限皮膚、泌尿、婦產專科醫師或經病理診斷確認，使用於生殖器疣(包括外生殖器及肛門附近)之治療。
2. 每次限給付乙支(5gm)，一個月內不得重複處方，每次療程間應相隔至少 3 個月，治療期間不得與其它冷凍、電燒、雷射治療合併申報。
3. 若病灶侵犯生殖器部位超過 50%，每療程處方之總劑量以 10gm 為上限，並且需於病歷上詳載，併得合併申報冷凍、電燒或雷射治療。

13.14. Ingenol (如 Picato)：(105/11/1)

限用於治療局部性、非過度角化 (non-hyperkeratotic)、非肥厚型 (non-hypertrophic) 光化性角化症

1. 限用於局部性治療 25cm² 的連續治療面積內，4 個(含)以上病灶數量。
2. 須經皮膚科醫師診斷為光化性角化症，並附照片備查。
3. 療程：
 - (1)150 微克/克(0.015%)用於臉部或頭皮，每天一次、連續塗抹 3 天，每部位每一次療程限處方 3 支； 500 微克/克(0.05%)用於身軀或四肢，每天一次，連續塗抹 2 天，每部位每一次療程限處方 2 支。
 - (2)若未達完全清除、或病灶復發或出現新病灶，須進行第二次療程，須距第一次療程八週以上，一年內以兩療程為限。
 - (3)於局部治療範圍處，八週內不得同時併用其他光化性角化症治療，如冷凍治療、雷射、電燒等。

13.15. Permethrin 外用製劑：(106/9/1、111/6/1、113/12/1)

1. 每人每次處方使用 30gm 一支，需要時得於 7 天後再處方使用一支(限 30gm)；若第 1

次處方使用 60gm 一支，則 7 天後之第 2 次治療不得再處方一支(30gm 或 60gm)。
(106/9/1、111/6/1、113/12/1)

2. 半年內需使用第 3 次時，須經皮膚科醫師確診處方。

13.16. Ivermectin (如 Stromectol) : (107/8/1、112/12/1、113/4/1)

1. 限鏡檢呈陽性之確診的疥瘡病患使用，須附照片備查。

2. 結痂性疥瘡患者，可合併外用疥瘡藥物治療，但需附照片備查，且每次處方時，限仍有新典型臨床病灶及鏡檢呈陽性者。

3. 保險對象收容於矯正機關者，依據「全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」辦理。(112/12/1)

4. 醫師於住宿型長期照顧機構為住民處方時，不限鏡檢確診者使用，惟須附照片備查。
(113/4/1)

13.17. Dupilumab (如 Dupixent) ; upadacitinib(如 Rinvoq) ; abrocitinib (如 Cibinqo) :
(108/12/1、109/8/1、111/8/1、112/4/1、112/6/1、112/8/1、113/2/1、113/8/1)

13.17.1. Dupilumab(如 Dupixent) ; upadacitinib(如 Rinvoq) ; abrocitinib(如 Cibinqo)
(113/2/1、113/8/1) (12 歲以上病人治療部分)

1. 處方科別如下：(111/8/1)

(1)18 歲以上患者：限皮膚科及風濕免疫科專科醫師處方。

(2)12 歲以上至未滿 18 歲患者：限皮膚科專科醫師，或具兒童過敏免疫風濕專長之兒科專科醫師處方。

2. 限用於經照光治療及其他系統性(全身性)治療無效(治療需 6 個月的完整療程，得合併它院就診病歷)，或因醫療因素而無法接受照光治療及其他系統性(全身性)治療之全身慢性中重度之異位性皮膚炎患者。(111/8/1)

(1)所稱慢性中重度之異位性皮膚炎，指病灶持續至少 6 個月，且 Eczema area severity index (EASI) ≥ 16 且異位性皮膚炎皮膚紅腫體表面積需 $\geq 30\%$ 且 Investigator's Global Assessment (IGA):3~4。(111/8/1)

註：Eczema area severity index (EASI)之異位性皮膚炎面積計算，只含皮膚紅腫濕疹部位，單純的皮膚乾燥、脫皮、抓痕，不可列入計算。

(2)所稱治療無效，指經完整療程後，3 個月內連續兩次評估，嚴重度均符合上列第(1)點情況，且兩次評估之間相隔至少 4 週。。

I. 治療必須包括足量之照光治療及包括以下三種系統性(全身性)治療之至少二種，包括 methotrexate、azathioprine、cyclosporin。

II. 照光治療應依學理，如光化療法(PUVA)及窄頻 UVB(nb-UVB)必須每週至少 2 次，療程達 12 週。申請時必須附病歷影印及詳細照光劑量紀錄。

III. 前開免疫抑制劑之劑量：

i. 18 歲以上患者：Methotrexate 合理劑量需達每週 15mg、azathioprine 為 2mg/kg/d、cyclosporin 為 5mg/kg/d，足量治療至少各分別使用 12 週無效或是有客觀證據產生不良反應(如相隔至少 4 週，兩次肝功能 AST/ALT > 2.5 UNL，白血球低於 4000/ μ L，高血壓或腎功能異常，或是至少兩次經培養確診之皰疹性皮膚炎)或有禁忌症後，且不應同時合併使用兩種或以上傳統用藥。

- ii. 12歲以上至未滿18歲患者：Methotrexate 合理劑量需達每週10mg、azathioprine 為1.0mg/kg/d、cyclosporin 為2.5mg/kg/d，足量治療至少各分別使用12週治療無效或是有客觀證據產生不良反應(如肝功能AST/ALT >2.5 UNL，白血球低於4000/ μ L，高血壓或腎功能異常，或是經培養確診之皰疹性皮膚炎)或有禁忌症後，且不應同時合併使用兩種或以上傳統用藥。
 - iii. 若臨床上發生無法耐受或特殊體質者(例如 NUDT15或 TPMT 代謝不良基因變異型、肝腎功能不佳、或曾因服用上述藥物發生嚴重感染)，得降低前述系統性治療藥物之合理劑量(病歷中須詳述說明及紀載)。
- (3)所稱醫療因素，係指如光過敏(經 photo patch test)、白化症(Albinism)及多形性日光疹(PMLE)，或光照會使原有疾病惡化者(如紅斑性狼瘡(LE)、皮肌炎(DM)、著色性乾皮症(XP)、紫質症(PCT)及基底細胞母斑症候群(NBCCS))，或經皮膚科醫師確診之光敏感性疾病〔慢性光激性皮炎(chronic actinic dermatitis)、日光性蕁麻疹(solar urticaria)〕、皮膚癌(skin cancer) 或有皮膚癌家族史。
3. 需經事前審查核准後使用。
- (1)初次申請時，以6個月為1個療程。經評估需續用者，每6個月需再次提出事前審查申請續用評估，且應於期滿前1個月提出，並於申請時檢附照片。
 - (2)初次申請經核准，於治療滿6個月後，經評估需續用者，申請續用時，需檢附照片證明初次申請治療6個月後，與初次治療前之療效達EASI 50方可申請使用。停藥超過3個月再申請者，視同新申請案件，否則視為續用案件。
 - (3)使用劑量：(112/4/1、112/6/1、112/8/1、113/8/1)
- I. dupilumab：
- i. 18歲以上：起始劑量600mg(限300mg 注射2劑)，接著以300mg 隔週注射一次，且於16週時，須先行評估，至少有EASI 50療效方可使用。
 - ii. 12歲以上至未滿18歲：
 - (i) 體重15公斤以上至未滿30公斤：起始劑量600mg(限300mg 注射兩劑)，接著以300mg 隔4週注射一次，且於16週時，須先行評估，至少有EASI 50療效方可使用。
 - (ii) 體重30公斤以上至未滿60公斤：起始劑量400mg(限200mg 注射兩劑)，接著以200mg 隔週注射一次，且於16週時，須先行評估，至少有EASI 50療效方可使用。
 - (iii) 體重60公斤以上：起始劑量600mg(限300mg 注射兩劑)，接著以300mg 隔週注射一次，且於16週時，須先行評估，至少有EASI 50療效方可使用。
- II. upadacitinib：每日1次15mg 或30mg。(112/4/1)
- i. EASI 16~20者：限每日使用15mg。
 - ii. 18歲以上，且EASI 20以上者：每日得使用30mg。
- III. abrocitinib：(112/6/1、113/8/1)
- i. 限使用於12歲以上，每日1次100mg 或200mg。
 - ii. 於16週時，須先行評估，至少有EASI 50療效方可使用。
- (4)若患者曾核准使用治療乾癬之生物製劑，需等到乾癬症狀消失後，至少兩年才能提

出申請。或申請前須切片確定排除乾癬診斷並經皮膚科專科醫師確立診斷。

- (5)使用 abrocitinib 時，宜紀錄患者 HBsAg、B 型肝炎核心抗體 (anti-HBc Ab) 及 anti-HCV 資料 (若 HBsAg 檢驗為陽性，宜加作 HBV DNA)。(112/6/1)
 - (6)Upadacitinib 及 abrocitinib 僅能擇一使用。唯有在出現無法忍受其副作用時方可互換。(113/8/1)。
4. 需排除使用的情形應參照藥物仿單資訊，重要之排除使用狀況包括：
- (1)懷孕或正在授乳的婦女。
 - (2)寄生蟲 (蠕蟲) 感染。
 - (3)活動性嚴重全身性感染(使用 abrocitinib 者)。(112/6/1)
5. 需停止治療應參照藥物仿單之禁忌情形，如果發生下列現象應停止治療：
- (1)不良事件，包括：
 - I. 惡性腫瘤。
 - II. 懷孕與授乳期間。
 - III. 寄生蟲 (蠕蟲) 感染。
 - IV. 使用 abrocitinib 者發生嚴重的間發性感染症(帶狀皰疹) (暫時停藥即可)。(112/6/1)
 - (2)療效不彰：患者經過 6 個月治療 (初次療程) 後未達療效者，療效定義指 EASI 改善未達 50%。
6. 暫緩續用之相關規定：
- (1)暫緩續用時機：使用生物製劑治療 1 年後符合 EASI ≤ 16 者。(111/8/1)
 - (2)暫緩續用後若疾病再復發，可重新申請使用，須符合至少有 50%復發或 EASI ≥ 16 (需附上次療程治療前、後，及本次照片)。(111/8/1)
7. Dupilumab、upadacitinib 及 abrocitinib 不得併用；upadacitinib 及 abrocitinib 不得併用 cyclosporin。
- ◎附表三十二：異位性皮膚炎面積暨嚴重度指數【Eczema Area and Severity Index (EASI)】(108/12/1)
- ◎附表三十二之一：全民健康保險 12 歲以上病人異位性皮膚炎使用生物製劑申請表 (109/8/1、111/8/1、113/2/1)
- 13.17.2. Dupilumab (如 Dupixent)：(113/2/1) (6 歲以上未滿 12 歲兒童治療部分)
1. 限皮膚科專科醫師，或具兒童過敏免疫風濕專長之兒科專科醫師處方。
 2. 限用於經外用藥物及一種全身性免疫抑制劑治療無效(需治療3個月完整療程，得合併他院就診病歷)，且適合以全身性療法治療之全身慢性中重度之異位性皮膚炎患者。
 - (1) 所稱慢性中重度之異位性皮膚炎，指病灶持續至少6個月，且符合 Eczema area severity index (EASI) ≥ 16 及 Investigator' s Global Assessment (IGA) ≥ 3 。
註：Eczema area severity index (EASI)之異位性皮膚炎面積計算，只含皮膚紅腫濕疹部位，單純的皮膚乾燥、脫皮、抓痕，不可列入計算。
 - (2) 所稱治療無效，指經完整療程後，3個月內連續兩次評估，嚴重度均符合上列第(1)點情況，且兩次評估之間相隔至少4週。
 - I. 治療必須包括中效強度 (medium potency)或中效強度以上之外用類固醇 (topical corticosteroid)，及外用鈣調磷酸酶抑制劑(topical calcineurin inhibitor)，規律使用達 12 週。

- II. 治療必須包括以下三種系統性(全身性)治療至少一種，包括 methotrexate、azathioprine、cyclosporin，且可與前開外用藥物合併使用。
 - III. 若臨床上使用上述外用藥物發生皮膚萎縮或感染，得停止使用外用藥物，惟須於病歷中詳述說明。
 - IV. 前開免疫抑制劑之劑量：Methotrexate 合理劑量需達每週 10mg、azathioprine 為 1.0mg/kg/d、cyclosporin 為 2.5mg/kg/d，足量治療至少使用 12 週無效或是有客觀證據產生不良反應(如肝功能異常、白血球低下、高血壓或腎功能異常，或是經培養確診之皰疹性皮膚炎)或有禁忌症。
 - V. 若臨床上發生無法耐受或特殊體質者(例如 NUDT15 或 TPMT 代謝不良基因變異型、肝腎功能不佳、或曾因服用上述藥物發生嚴重感染)，得降低前述系統性治療藥物之合理劑量(病歷中須詳述說明及記載)。
3. 需經事前審查核准後使用。
 - (1) 初次申請時，以6個月為1個療程。經評估需續用者，每6個月需再次提出事前審查申請續用評估，且應於期滿前1個月提出，並於申請時檢附照片。
 - (2) 初次申請經核准，於治療滿6個月後，經評估需續用者，申請續用時，需檢附照片證明初次申請治療6個月後，與初次治療前之療效達 EASI 50 方可申請使用。停藥超過3個月再申請者，視同新申請案件，否則視為續用案件。
 - (3) 使用劑量：
 - I. 體重 15 公斤以上至未滿 30 公斤：起始劑量 600mg (限 300mg 注射兩劑)，接著以 300mg 隔 4 週注射一次，且於 16 週時，須先行評估，至少有 EASI 50 療效方可使用。
 - II. 體重 30 公斤以上至未滿 60 公斤：起始劑量 400mg (限 200mg 注射兩劑)，接著以 200mg 隔週注射一次，且於 16 週時，須先行評估，至少有 EASI 50 療效方可使用。
 - III. 體重 60 公斤以上：起始劑量 600mg (限 300mg 注射兩劑)，接著以 300mg 隔週注射一次，且於 16 週時，須先行評估，至少有 EASI 50 療效方可使用。
 - (4) 若患者曾核准使用治療乾癬之生物製劑，需等到乾癬症狀消失後，至少兩年才能提出申請。或申請前須切片確定排除乾癬診斷並經皮膚科專科醫師確立診斷。
 4. 需排除使用的情形應參照藥物仿單資訊，重要之排除使用狀況包括：寄生蟲(蠕蟲)感染。
 5. 如果發生下列現象應停止治療：
 - (1) 不良事件，包括：
 - I. 惡性腫瘤。
 - II. 寄生蟲(蠕蟲)感染。
 - (2) 療效不彰：患者經過6個月治療(初次療程)後未達療效者，療效定義指 EASI 改善未達50%。
 6. 暫緩續用之相關規定：
 - (1) 暫緩續用時機：使用生物製劑治療1年後符合 EASI \leq 16 者。
 - (2) 暫緩續用後若疾病再復發，可重新申請使用，須符合至少有50%復發或 EASI \geq 16 (需附上次療程治療前、後，及本次照片)。
- ◎附表三十二：異位性皮膚炎面積暨嚴重度指數【Eczema Area and Severity Index (EASI)】(108/12/1、113/2/1)
- ◎附表三十二之一：全民健康保險 12 歲以上病人異位性皮膚炎使用生物製劑申請表(109/8/1、111/8/1、113/2/1)
- ◎附表三十二之二：全民健康保險 6 歲以上未滿 12 歲兒童異位性皮膚炎使用生物製劑申

請表(113/2/1)

13.18. Nadifloxacin 外用製劑(如 Nadixa) (110/6/1)

1. 限用於傳統外用抗生素治療無效之毛囊炎及尋常性鬚瘡，不得合併其他局部抗生素藥膏使用。
2. 臉部每個月限用一條 (25gm)。

13.19. Centella asiatica extract, plectranthus amboinicus extract 外用製劑(如 Fespixon cream) : (112/8/1)

1. 限整形外科或皮膚科專科醫師使用。
 2. 限用於糖尿病足部傷口潰瘍(Wagner grade 2 級)，接受積極血糖控制及清創手術後，其治療最大傷口面積不超過 5cm²，且應符合下列所有條件：
 - (1) 糖尿病足部傷口潰瘍，傷口深及肌肉層且經抗生素藥膏或燙傷藥膏治療及使用傷口敷料 12 週後，該傷口癒合面積小於 50%。
 - (2) HbA1c < 8.5%、albumin \geq 3.0 g/dL。
 - (3) 治療前 ABI (Ankle Brachial Index) \geq 0.9。
 3. 每年限申請 1 次，每次申請為 2 支，每次處方限 1 支。
 4. 排除條件：
 - (1) 急性發炎感染不穩定之傷口。
 - (2) 周邊動脈阻塞(peripheral artery disease, PAD)病人未施行經皮血管擴張術(percutaneous transluminal angioplasty, PTA)治療者。
 5. 需經事前審查核准後使用；應附有 HbA1c、albumin、ABI 資料及相隔 12 週以上清創前後照片。
 6. 再次申請時除前條所需資料外，需加附前次治療後該傷口完全癒合之照片。
- 備註: 積極血糖控制，係指糖化血色素不高於個別目標值 1.5% 以上，惟一般病人的糖化血色素目標值為 7.0% 以下，因此 8.5% 為指標。