

「高雄社區醫療體系及老年健康照護問題」公聽會會議紀錄

日期：111年4月12日（星期二）下午2時

地點：高雄市議會第一會議室

出席（列）席：

本會—議員黃柏霖、議員陳麗珍

政府官員—高雄市政府衛生局代理主任林妙玲

高雄市政府衛生局技正陳素娟

高雄市政府社會局科長方麗珍

高雄市立聯合醫院院長馬光遠

高雄市立聯合醫院主任徐立昇

高雄市立民生醫院居家護理師陳弘鈴

高雄市政府民政局專門委員林清益

高雄市政府研究發展考核委員會組長郭寶升

學者—嘉南藥理大學社會工作系教授余元傑博士

嘉南藥理大學社會工作系兼任副教授曾淑芬

國立高雄師範大學人力與知識管理研究所教授劉廷揚

輔英科技大學護理系教授李昭螢

其他—高雄市議員童燕珍服務處執行長劉佳融

主持人：黃議員柏霖

紀錄：郭瓊萍

甲、主持人介紹與會出席人員，宣布公聽會開始並說明公聽會要旨。

乙、議員、學者、各單位陳述意見：

黃議員柏霖、陳議員麗珍

嘉南藥理大學社會工作系余教授元傑

嘉南藥理大學社會工作系曾兼任副教授淑芬

國立高雄師範大學人力與知識管理研究所劉教授廷揚

輔英科技大學護理系李教授昭螢

高雄市政府衛生局林代理主任妙玲

高雄市政府衛生局技正陳素娟

高雄市政府社會局方科長麗珍

高雄市立聯合醫院馬院長光遠

高雄市立聯合醫院徐主任立昇

高雄市立民生醫院陳居家護理師弘鈴

高雄市政府民政局林專門委員清益

高雄市政府研究發展考核委員會郭組長寶升

丙、主持人黃議員柏霖結語。

丁、散會：下午 3 時 52 分。

高雄市議會舉辦『高雄社區醫療體系及老年健康照護問題』公聽會錄音紀錄整理
主持人（黃議員柏霖）：

我們2點就開始進行今天的公聽會，坦白講，我以前對社區醫療也不是很了解，我是看了台北聯合醫院總院的阿堅影片，我有跟衛生局提一下我們社區醫療做的狀況如何？聯合醫院雖然他們有在做，我印象中裡面有一句話很重要，就是當時柯P問阿堅院長說，社區醫療誰做？院長跟他說，教學醫院做的大概就是比較大的，基層醫院做的就是社區的，中間那一塊沒人做的，大概就是市立醫院應當要承擔的責任，我們怎麼透過不同的需求，把這一塊補起來。那時候我也麻煩聯合醫院馬院長這邊給我一些意見，我每次辦公聽會的目的也很單純，我們不是要來檢討誰，我常講，罵不能解決問題，而是在於我們什麼還可以更好，這樣我們開會才有意義，不然叫來罵一罵、譙一譙，也不能解決、也沒有意義，但是我跟你講，有一些問題也不是開完會就可以解決，但是起碼我覺得往前進的方向是對的。我舉一個例子，兩年前我也不知道什麼叫做微型保險，就是低收入戶、中低收入戶、身心障礙領有補助的，我想很多人都不知道有這個東西，嘉義福安王爺來找我，2年多前打電話給我，我說你來，我就找社會局來了解，原來是足15歲以上、未滿65歲以下中間這個區塊，高雄大概有9萬人，而且要有列冊的，邊緣戶不算，因為邊緣戶沒有辦法界定，所以就是很清楚。我就說我們來弄吧！大家都沒經驗，結果你知道嗎？就發單子給需要的人回來填，結果9萬人當中只有4,000人回來填單子，那4,000人認為反正也不用繳錢，就隨意填，只有4,000多人，我也不會覺得有什麼特別，是因為一直到去年年底，城中城大火燒死了46個人以後，裡面有2個人剛好有投保這個保險的，有簽到名的，那2個人都領了30萬，我看那裏面有很多低收入戶，就沒有辦法領到。所以我就回過頭來想，原來這個是可以做的，因為第一個，被保險人完全不用負擔、都不用付錢，被保險人是那些中低、低收入戶。第二個，他確實是有幫助。我想今天來這邊開會坐在這裡的人，萬一有一天發生事情，30萬對我們來說可能沒什麼，搞不好有些人一個月收入就30萬的也有，可是對那些極弱勢的人，那30萬可以幫他渡過一段時間。所以我就回頭來拜託福安王爺基金會，我一開始拜託他，他給我2萬個名額，但是我們就趕快整理資料，有2萬人，然後我又跑了一趟嘉義去跟福安王爺拜拜，感謝他們來幫我們保險，有拜有保佑，隔天他又打電話來說，可以多5,000個名額給我們，那就有2萬5,000個名額。後來又有一個慈善團體介紹來的基金會，給我們7,000個名額，後來林副市長又打給中央金管局，金管局又交代中國人壽來，所以我們今年高雄市做到4萬8,000人，去年4,000多人、今年4萬8,000人，我跟大家報告，明年我們要做到7萬，明年要怎麼做到7萬人呢？我也跟教授報告，我就

跟他們說，從4萬8,000人到9萬人，中間那4萬2,000人為什麼沒有保？因為他們沒有勾願意接受社會資源，所以他只要回來打勾，我們就可以把他納保了，因為人家不同意，你不可以隨便給人家保險，因為你不知道我有沒有什麼企圖。所以我一直拜託社會局，後來他花了20萬要寄信給這4萬多人，跟3萬8,000人說，現在有提供一個免費意外保險，你們可以回來做資料校正，這樣子的話，裡面只要有2萬2,000人，那我們4萬8,000人加上2萬2,000人就有多少？這樣子就會達到7萬人，社會局就願意幹這件事。你看！他最近要花20萬元寄信給那3萬8,000人說，我們現在有免費的保險，歡迎你們回來簽名蓋章，因為要同意打勾，這樣我們明年就做7萬人。所以我要講的是，痛苦會過去、美麗留下來，所以我們只要去年做，今年努力一下、明年再努力，後年形成retain（保持）的程序，每年中央的名額我們要去拜託，只要撥下來，高雄社會局這邊打勾，做完就丟到保險公司，保險公司的保險卡下來，民政局的里幹事去分那個保險卡，他就形成，這7萬個極弱勢的人就被保險到了，萬一遇到意外領30萬，失能最高領30萬，手腳不能動的有一個標準，50%就可以領15萬，如果死亡就可以領30萬。我回到今天的主題，社區醫療也是一樣，我們今天一直在談，有些人是沒有辦法去醫院看醫生的，你不能說去拿藥就好了，有些問題不是拿藥就可以解決的。我來講一個故事，有人看三個不同醫院，三個醫院開不同的藥，是不是都要一起吃啊！那裡面也有一些是重複用藥的，類似這種，因為這是你們的專業，我比較不懂，所以我今天有拜託幾位醫療方面比較專業的教授、學者來，針對社區醫療這個問題，我們怎麼讓高雄在這一塊真正去照顧到需要被照顧的人，我歡迎大家提供不同的建議。我想我們市府這些官員如果願意，人家說「身在公門好修行」說no是最簡單的，什麼都不用改，但是說yes就會面臨一些困難，但是我們要去挑戰啊！我剛剛說的，對我來說，我就是努力一直做做做，你看！到年底如果達到7萬人，我覺得我這一輩子做這件事情就非常值得了。因為每年以後都會變成固定的，就不用再努力了，他就變成retain（保持），今天這個也是一樣，只是我們怎麼在經費上、在人力運用上，怎麼能夠有效地去滿足到這個社區醫療的主題。

所以也要拜託大家給我們一些好意見，我也希望市府各局處，尤其衛生局、聯醫等等，我們在能做的範圍，盡量對市民有更多的照顧，因為裡面有提到一個觀念，它是這樣講「德雷莎修女根本沒有救活半個人」，他都是收容一些快要死的人，然後把他們身體洗一洗、換一件衣服、喝一些水，能活下去的多活幾天，不能活的2天後就往生了，可是他最重要的意義是讓這些要死的人，在死之前不會詛咒這個社會，他會覺得社會對他還是很溫暖的，你看！他都快要死了，還有人願意收留他，幫他身體洗乾淨，而且他們相信這個社會是有溫暖的，其實我們都要常

幹這種事，對不對？說是很簡單，如果我們做得到，為什麼不多給一點、多關心一點，我們在做社區醫療是這個概念，我們在做微型保險也是這個概念。你想看看，當這7萬人每年都會收到高雄市政府送給他一張今年又被保險了，萬一怎麼樣，失能還領30萬，我相信這些人會有感覺的。所以我跟市長說，這個一定要做，花再多的精神都要去做，這無關政治、無關政黨、無關選票，是在於我們每個人扮演的角色，這是我的想法。所以我也跟市長說，這是好事，不要搞成政治問題。等一下就先請各局處來報告完，然後共同主持人，然後學者專家給我們一點意見，我們的目的很單純，大家都不要有壓力，我們來就是很快樂的來討論一件事，假定這件事本來有70分，我們怎麼讓它變80分、90分，能夠更好，就這樣而已，不是來這裡要互相對抗，我開會不喜歡這樣，因為那樣沒意義，好不好？所以我們現在先請衛生局先報告，等一下聯醫等等再來做報告，然後再請學者、專家給我們一些好的意見，好不好？請衛生局先發言，謝謝。

衛生局長長期照顧中心林代理主任妙玲：

主席、議員、還有在座各位學者專家、局處的長官夥伴們，大家午安。因為這次探討的議題，大概就是希望了解一下高雄市居家醫療盤點的一些現況，目前居家醫療其實是福利部中央健保署他們所主責的一項計畫，就是全民健康保險、居家醫療照護整合計畫，在這個計畫底下，在高雄市的部分，在今年111年3月截止，我們大概在高雄市有18個照護團隊，可以在35個行政區裡面來做服務，總共這裡面有356個照護單位，這個照護單位的組成包括27家醫院、221家診所、還有84家的居家護理所、19家衛生所，還有其他相關的藥局、醫務室所組成的。健保局他們的統計資料，在110年度我們居家醫療照護，在高雄市總共照顧6萬9,988人，居家醫療其實有分為三階段，包括居家醫療、重度居家醫療和安寧療護的部分，在這三個階段的居家醫療，其實在這幾年來，我們也覺得居家醫療需求是非常重要的，所以我們也透過跟工會一起來合作，來鼓勵更多的醫事團體來加入居家醫療的行列，所以其實在服務量來講，在這幾年也都有逐年提升，加入的醫療夥伴也越來越多，以最新110年的資料來做一些比較的話，其實也較109年提升3%。其實在衛生局這邊也協助推廣，讓民眾認識居家醫療，哪些人可以申請居家醫療外，其實滿多長照的個案同時會伴隨有醫療的問題產生，所以我們也在1966的服務當中，也把他納為一個合併的服務，當我們在照顧民眾失能問題的時候，發現他同時有一些醫療問題需要做協力的時候，我們也可以幫他轉介，尋找當地可以協助他的居家醫療團隊，然後大家一起來照顧他，從醫療照護面來做一些合作，這大概是目前高雄市居家醫療服務的盤點狀況，我先初步提供這樣的訊息。

主持人（黃議員柏霖）：

有沒有要補充的？OK，我們接著請社會局發言。

社會局老人福利科方科長麗珍：

因為醫療不是我們社會局的專門科，醫療大概就會在衛生局的部分，可能跟我們比較有關的，就是在社區前端的延緩失能、預防老化的這一塊，主要社會局這邊就是做社區關懷據點的佈建，希望長輩能夠多多出來參加我們關懷據點的活動，然後有一些人際的互動，避免宅在家裡面，可能會加速退化的部分。目前我們已經有 463 處，我們的目標是希望一個里能夠有一個社區關懷據點，所以我們目前還是積極在佈建當中。另外，我們在社會局的老人福利部分還包含長青學苑，也是讓長輩可以多出來參加一些課程。另外，其實現在平均餘命越來越長，我們也鼓勵長輩出來擔任志工，所以我們其實有所謂的傳承大使，讓長輩利用他們自己的才能和專長，他們還是可以去一些地方授課，他們還是可以有一些社會的參與，這部分大概就是比較前端的部分，在延緩失能老化的部分。

主持人（黃議員柏霖）：

好，謝謝社會局。其實台灣社會相關的社區發展做得非常好，我也曾經適度想要推時間銀行，結果很多人跟我說，台灣不用推，因為你們的據點各方面做得很好，不像外國什麼都沒有，所以我用時間去換未來別人服務我的時間，我找的那個志工朋友跟我說，你這套在國外絕對有需要，但是在台灣不需要，因為什麼據點都有了。你剛剛提到的各里一個，但是有時候要注意一下，我們的里差別很大，有的一個里是小里的 20 倍以上，所以中間那個平衡分布，到時候可能要特別注意一下，其他的我覺得就是努力的做，等一下再請學者專家給我們一點建議。接著請民政局發言。

民政局林專門委員清益：

主席黃議員、陳議員、各位學者專家、與會來賓，大家好。民政局針對這個主題切入，最主要是我們民政系統裡面的里鄰長，我們主持人黃議員和陳議員，應該對我們民政系統的里鄰系統非常的了解，針對這個主題，我們能夠切入的大概就是好手好腳的、健康沒有問題的，透過里鄰關懷系統，包括我們社會局剛剛講的關懷據點，把社會局裡面的長輩都叫出來，早上一起活動，然後中午用完餐之後各自回家。尤其是我們原縣這個部分做得非常好，為什麼原縣的部分會做得非常好，最主要就是它有場地，再來就是鄉下每個人都互相認識，可以叫得出來，但是都市的信任度比較沒有那麼夠，其實你有心要做，難度也是滿高的。再來就是市中心的行政區，里長的部分沒有場地，我們的里辦公處其實就是里長自己的住家，它不是一個公有的場所，有里活動中心的里非常少，所以市中心原市的，

包括鳳山、仁武這邊，其實要做社區關懷據點，它的難度其實是滿高的，原縣的部分大部分都是結合旁邊的廟宇，用寺廟的場地，當然現在很多寺廟的場地，早期都有設活動中心，但是經過30年、40年，那個場地也老化了，依照目前的建築規則，因為你要提供給民眾使用，以前也沒有使用執照，所以就不合格，這也是造成原縣的一個問題，當然最好的辦法就是制度化，在社區裡面有一個很好的關懷據點，這樣是最好的。但是目前剛剛主持人有提到，每個里的差距很大，大小里的差距太多了，如果要做整併，那個難度我想主席應該也了解，要去做整併其實難度也很高，要把大里分小很簡單，但是要把小里裁掉，那個難度太高了，所以這是未來我們要努力的一個目標。當然，如果以我本身自己的例子來講，我覺得結合家庭醫師是很適合的，譬如我本身也算老人了，已經60歲了，所以我有拿慢箋高血壓藥，可是有時候會忘記領，一個月有4個禮拜，有時候會忘記去拿藥，可是我們的家醫診所馬上就會打電話來，林先生啊！要來拿藥了，這個真的是提醒得非常適得其所，適當的時機來提醒。所以我覺得如果針對居家照護這一塊，能夠結合家庭醫師，我在想，那個效果應該是非常好，這是我的意見。當然就民政系統來講，除了里長、還有很多的里幹事，針對我們的長照系統，他們也會透過在里鄰和長輩接觸的時候，跟他們去做宣導，當然我們目前長照是要付費的，一般的家庭如果真的有需要，就請外勞或看護了，所以重點還是在於好手好腳的人，好手好腳的除了參加關懷據點以外，也有很多的長輩其實是不願意出來的，他不想參加這個熱鬧的活動，他比較喜歡安排自己的生活，類似像這樣的，其實我們以前在當區長的時候，我們都會要求里幹事，像那種獨居老人獨自一個人自己住的那一種，里幹事至少一個禮拜要打2次電話，看他還能不能接電話，我們的實務經驗還是會有那種例子，就是發生意外，整棟房子裡面都沒有其他的人，等到發現的時候都是聞到臭味才發現，還是有這種情形。所以基本上我們的里鄰系統，針對自己獨居的長輩，我們都會特別去關照，一個禮拜至少打2通電話，了解他的狀況，以上這個就是我們民政系統目前在執行的狀況。

主持人（黃議員柏霖）：

謝謝，保險卡的部分可能5月1日就會發下去，到時候再拜託民政局，我為了這件事還特地把38個區長找來，好好跟他們拜託一次，因為這個發下去，很多東西不只是做，還要做到位。我舉一個例子，因為這個保險，我剛剛提到的那個，我也跟各位學者專家報告一下，嘉義曾經發生一個案例，就是死亡一年多才去辦除戶，結果除戶的時候，鄉鎮公所跟他說，這裡面還有30萬，為什麼他沒有去除戶？因為他根本不知道有30萬，所以發保險卡這件事是很重要的，因為今天是一個人死亡，所以他最後去領了死亡給付，如果他只是受傷，譬如斷手、斷腳、失

能，他就不知道了，他就不會去申請，因為他的腦袋裡面認為他也沒有花錢去投保，所以要拜託民政系統，這個讓他變成習慣，一年、兩年、三年變成習慣了，他們就會了解，所以這個還要再拜託民政局。

民政局林專門委員清益：

沒問題。

主持人（黃議員柏霖）：

接著研考會發言，待會再輪到聯合醫院和民生醫院，請研考會發言。

研究發展考核委員會管制考核組郭組長寶升：

黃議員、陳議員、與會專家、市府代表，研考會針對這個議題，我們大概有一些看法，首先，我想在整個長照部分，社會的老齡化是趨勢，所以說從中央到地方都是非常重視，相對的，整個體系大概也慢慢完善出來。就像我們原來在高雄市，在老人照顧這一塊會分比較多的就是社會局、還有衛生局，後來慢慢地為了整合，所以衛生局已經整合到變成有一個長照的照顧中心，幾乎把所有的資源，無論是機構管理或是支援服務的一些整合，還有就是照顧管理這一塊，甚至有關於長照人力的培訓管理部分，都已經整合在長期照顧中心裡面，盡量把一些老人所需要的應該有的資源，或是需要的一些管理的部分，已經把它整合在一個比較正式的機構來處理，相對的，他也配合多元的變化，把很多服務增加進來。我所了解，如果我們以住院來講，當年紀大的住院之後，你要出院之前，醫院就會跟你了解，譬如你出院之後，你可能需要一些長照服務和居家服務等等之類的，他就會先評定你的等級，你是屬於哪一種等級，就會有不同的服務，還是會以補助多少金額，哪個等級補助多少金額，可以去換算你應該可以得到哪些服務，按照這些服務去申請，就慢慢從你出院之前就可以聯繫，甚至有一些回家之後，你也可以透過 1966 來做一些銜接，我大概會有怎麼樣的狀況，我大概需要什麼樣的服務，在網站上面也都很清楚。如果歸納起來，比較大項的服務，第一個，評定等級，就是評定屬於哪一個等級，可以受到怎麼樣的服務。再來就是針對你是否需要輔具的協助，還有一些無障礙空間的修繕，或者有一些居家服務，居家服務就有很多種，譬如提供洗澡、煮飯、送餐、陪伴、清潔、散步、購物等等之類的，所以以目前來講，從整個中央到地方對這個長照服務是非常的在乎，如果你有確實在生活上的需求，他盡量去滿足你，現在補助比較高，還有補助 84%，我們支付 16%，盡量減輕民眾負擔，這一塊事實上政府都有在做。有些是身體健康的，誠如剛剛民政局講的，你可能需要一些服務，可能是失智、喘息、或者需要日照等等，他為了讓你能夠在地老化，用在地人來照顧，所以現在廣設 C 級長照站，C 級長照站盡量就在社區裡面，讓這些需要的老人家，能夠就近得到這些服務，有

些比較特殊的，像可能失智的部份，設施比較不一樣，但還是會盡量配置，讓這些有需求的都得到應該有的服務，這方面市府配合中央在做，而且中央一直在協助，有補助的部分。可能目前比較有問題的是，事實上有非常多的服務，但是民眾能不能確實掌握到這些資訊，事實上從網路或 1966 都可以去洽詢，但是往往民眾來講，你要懂得用這些資訊，包括你要懂我要什麼，政府能夠提供什麼，然後你能夠去哪裡問。這個部分我所了解，可能一般民眾對於實際上政府能夠提供的服務，他可能不是那麼清楚，會認為這是我們家自己的事，我們自己處理就好，事實上他可以透過很多管道得到政府的一些協助，這個部分可能就需要再加強，看有什麼方法或是用比較簡單的方式，能夠讓民眾比較清楚，或者透過媒體、里長等等之類的，他比較能夠了解案例，民眾能夠詢問到我目前什麼情況可以得到什麼樣的服務，這一塊我們政府方面可能要加強宣導，讓民眾知道這個訊息，得到他想要得到的服務。再來有一塊目前比較嚴重，因為剛才所提到的這些，是屬於身心還 ok 的、行動自如的，有些可能是生活沒辦法自理的，連上廁所都沒辦法，可能需要外勞，目前來講外勞申請上可能還是有一些的限制，甚至還有滿三年外傭要出去，最多 6 年，現在外傭又可以變成勞工等等之類的。現在民眾比較擔心的是外傭的不足，他會覺得我是老人，我請這個人可能不錯，但是他是不是能夠延續照顧老人家，變成這一塊可能目前是長照以外的另外一塊，因為如果你申請外傭之後，有些長照服務是被停掉的，就是說只有少部分，包括你的無障礙空間，那些少數的服務還可以提供，但是只要你申請外傭之後，長照服務很多就沒有了。所以很多東西是目前比較需要的，可能還要再加強外傭這一塊。再來就是我們提供這麼多元的長照服務，能夠讓民眾更了解，有哪些他可以申請得到，因為畢竟很多民眾還是不清楚有這些服務，這是比較可惜的一點，以上。

主持人（黃議員柏霖）：

我們先請陳麗珍議員發言。

陳議員麗珍：

主持人柏霖議員、還有我們公部門市府單位、還有專家學者，大家好。我們今天是針對社區的醫療體系，以及老人的健康照顧，要如何讓他有一個更堅固的制度化，因為我們常常在想，未來的高齡化趨勢，其實現在看到很多，就是一般長輩可能有小小的疾病，他可能會很懶得去就醫，或者不想去醫院，如果我們以後能夠在社區廣設一個比較健全的醫療體系組織的話，我想這個對未來高齡化社會，這麼多人數可以有很大的幫助。因為現階段我們看到的除了長照 2.0 到家來服務，但是到家來服務這些都是一些照服員的工作，因為最近我發覺這四年來，社區有幾家診所開幕，這些診所的生意都非常好，其實這些診所不只是耳鼻喉科，

據我了解，它有很多科，胃腸、骨科、免疫力，還有慢性疾病像糖尿病、高血壓，生意都非常好，包括這次的疫苗注射他們都會在固定的診所去看，這種診所我發覺以前還沒有這麼熱門，但是最近這幾年去看都是高齡化，很熱門排隊排很久，在博愛路跟自由三路那邊就有兩家。我覺得現在的社區醫療怎麼樣去把它整合，假如說今天怎麼皮膚癢癢的，起疹子這是怎麼回事？可能一般人也會來問我們服務處說，這個是怎麼樣？但是我們通常對醫療沒有那麼了解，如果有一些家醫科或者日托裡面就有一些醫療的，就像學校的保健室隨時可以去問，類似家醫科，未來的趨勢我們都常常在想，怎麼樣讓社區的醫療普遍化，不一定要到醫院或一定要去打針看病，也不是一定要到這種程度，但是如果這樣常識的話，起碼有人去做引導，因為老人家或者是長輩他們可能對醫療會害怕看醫生，退縮不想去了解自己的病況，假如給他方便的諮詢，或許他也會去做治療。所以我們想說今天如何來研究，對未來我們的社區醫療體系會更進一步，我們希望藉由專家學者和市府單位來研究一個最好的做法出來，謝謝。

主持人（黃議員柏霖）：

接著請馬院長。

高雄市立聯合醫院馬院長光遠：

聯醫是一個社區型急重症的醫院，就高齡者的一些急性照顧，目前都實行以「病人為中心」的整合型照護。不只是「急性期的治療」，還包含病人的「用藥整合與用藥安全」、「早期復健」、「營養師介入」、以及「心理問題的諮商與重建」。針對長者的就醫，醫院端投入相當多「高齡友善」的就醫環境改善。而急性期轉長期照護的轉銜機制，包括「出院準備服務」、「醫療銜接照護」、「急性後期整合計畫」等，結合區域小型醫院以及長照機構，讓照護得以延續，這部分等一下我會請社醫部主任就社區醫學一些現況向大家報告。我本身是心臟科醫師，也從事預防醫學多年。很多失能皆來自於急性病症之後。針對這類可能造成龐大社會成本的疾病比如說「癌症」，政府花了相當多資源在推廣四癌篩檢。就是希望藉由早期發現早期治療去預防之後的失能與死亡，而這類疾病的預防黃金時間，可能提早個半年、一年，也許就有相當不錯的投資報酬率。然而像十大死因的第二、四名，心腦血管疾病中的「急性心肌梗塞」「急性腦中風」這類疾病，黃金搶救時間就只有 6 小時，如果錯過了黃金搶救時間，就算後續醫療再先進，失能都是在所難免的後果。這類疾病的預防以及健康知識的推廣，我認為就公衛的角度，也需要更多著墨與推廣，對於迎向老人化社會，減輕長照負擔，提升老年生活品質，也會具有相當大助益。所以台灣來講，我們有全世界密度最高的心導管室，

我們處理心導管的速度算是全世界第一名的，腦中風在高雄，現在除了早期血栓治療以外，現在取栓技術不管是榮總、長庚、高醫都可以馬上來馬上處理，問題是我們的民眾知道這方面的訊息實在是不夠，就我以前在推展心肌梗塞處理，我們高雄市是全台灣第一個在救護車上配有心電圖的，可是我們胸痛的這些患者懂得用這個資源打 119 的，我們在急診室看，10 個心肌梗塞會用到這個資源的大概只有 1 到 2 個人，有 8 個人都是自己開車家人帶來，他不曉得用這個資源。很多人都拖了 2、3 個小時之後才來醫院，因為老先生、老太太他覺得我可以再看一看，這就跟我們上次消防署在推展說，過年期間要注意一氧化碳，大量的宣導，因為那個時候特別容易發生一氧化碳中毒的事情。可是有關心肌梗塞胸痛要用 119 的宣導，跟腦中風要把握黃金時間趕快送急診，這個宣導我覺得不管是在診所也好，或者在我們的據點也好，各式的場合來講，就像似癌篩檢一樣，也應該要訂定指標大力的去推展，因為這個跟我們第二名、第三名十大死因有相關的救護，我們有這麼好的醫療資源，好東西要和好朋友分享，台灣有這麼好的醫療資源應該在預防上面，除了我們講三高的控制、飲食的控制、適當的運動以外，應該把這方面的觀念也希望能夠教大家急性期的處理，預防後續的失能，我覺得這件事情是可以來加強力道。接下來我就請社醫部的徐立昇部長就居家醫療的部分做一些建議。

高雄市立聯合醫院徐主任立昇：

我本身是家庭醫學科的專科醫師，到聯合醫院只有三年多的時間，一直都跟醫院的長官說，因為我本身想要做居家醫療這一塊，所以一定要帶到醫院來試著推這一塊的業務。目前我們居家醫療照顧的個案數大概 300 人左右，我覺得這樣的數字差不多了，其他的部分更想要結合鄰近的一些診所、醫師公會這邊看能不能夠推得出去？我們在做居家醫療這一塊的理念，第一個就是，不要讓民眾有更多的負擔，所以我們院長同意我們出去的交通費是沒有跟民眾收的，這樣單純看診的部分負擔大概是 78 元，再加上掛號費我們也沒有收，所以其實比到醫院來看病還便宜。這個其實是一個障礙，因為我之前也遇過有民眾他寧願推著輪椅在大太陽下走 15 分鐘來看診，那是我還在衛生所的時候，因為他到衛生所看診只要收 50 元，可是我去他家他要被收 80 元，他就為了這 30 元寧願推著輪椅在大太陽下走 15 分鐘過來，這個錢的部分醫院都很支持這一塊。接下來，我們的個案來源也不是只想從醫院這邊來，我之前的經驗發現，從里長其實是一個很好的管道，里長真的很多種，有些里長似乎不太想管這些事，那就很難在那個里去推，但是有些里長真的很熱心，可能一個里大概 1 千多的人口，他認真的找，有需求服務的人

可以找到 20、30 個，像這樣的人對我們而言，如果同醫師出去，能夠這個里的人去做服務我們也比較方便，因為居家醫療的障礙之一就是，很多醫師剛開始做如果你三民區要跑一個，下一個要跑到前鎮去，再下一個要跑到小港或鳳山，這個路程非常累人，我們如果量夠大、區域夠集中，通常就是有好的里長來幫忙做推薦，這個部分就比較容易做得到。另外，我們也覺得說不要只服務這些有到醫院的人，我們發現社區真的很多長輩其實是不太看病的，或者是委託別人拿藥已經很久，或者是吃隔壁好朋友的藥，已經吃他的藥吃很久，自己完全不去看病，這樣的長輩其實也很多，包括一些獨居的老人。所以我都嘗試跟像華山基金會這樣的單位做一個聯繫，同時請他們不要跟這些老人家說，我們就是要去幫他開藥、去幫他醫療，不要這樣講，要說我們先去他家關懷他整體的狀況，通常就是我們以這樣的角色，第一次也不會跟他收什麼錢，然後到家裡去把他的健保卡讀取資料以後，了解他整體的狀況，後續才跟他討論需不需要怎麼樣的服務？幫他做改善，要用這樣的角色去切入，才比較容易服務到真正需要服務的人。但是我們後來試著去推到其他的診所、其他醫師那邊的時候，發現有這樣想法的人其實不多，大家都要求我第一次去就是要收到錢，這個可能是一些困難的地方。接下來我們專業人員的一些養成文化也有關係，因為在學校教學學的、在臨床學的總是說要把病治好，我們是以治病為基準來養成的專業，但是在長照、在居家醫療這一塊，很多時候要求的並不是把病治好，而是要求要把他整個生活能夠過得好，這一塊我們在醫院裡面推這些高齡友善的時候，發現很多同仁的觀念也都不夠，這個可能都需要很長的時間來培養。居家醫療這一塊很多醫師會覺得說，我就是有醫療專業，像剛才黃議員也有講到用藥需要整合，但是我們就會遇到病人說，他的藥就是不要給你整合，我有一個病人他在 5 家不同的醫院看不同的科，拿不同的藥，加起來 20 幾顆，那裡面重複的藥至少有 10 顆，我跟他說，我幫你整合，他打死不要，跟我說一顆都不能少。這樣的情況可能很多醫師就受不了，他就不要接這個病人了，但是我的方式就是，我才不管健保會不會核，反正我就照著你的需求開，可能等到三個月、六個月後，我們的關係、信任感有建立起來，才有可能慢慢去幫他做調整，不過這個個案到最終都沒有要讓我減藥，後來是有一次他胃出血去住院，出來就只剩下 3、4 種藥，有時候真的需要一個大的事件才容易讓人們的觀念有所改變。但是身為一個醫師如果在這個情況認為自己很失敗，都沒有把事情做好，給自己帶來太多壓力，其實在這一塊真的不容易做太久，所以包括我們專業人員面對不同的狀況還是要有一些準備。也有遇到有人第一次去就跟我說，他每次都在廟前面有時候會有人去賣藥，那個藥非常好用，第一個想法是我們應該要檢舉他嗎？但是不可以跟他這樣講，他就是很信任那個藥，他說我們是

醫師會不會比較知道那個藥到哪裡才比較容易買得到？叫我去幫他買，我只好跟他說，我去幫你找找看，當然不會找到給他，但是也是需要一段時間後才可以讓他知道我們的藥比他的藥好多了。社區當中會面對的情況真的是各種都有，各種的辛苦，像我們的文件裡面有提到，需要稍微爬點山的，需要爬到公寓4、5樓的，這個一定都有，所以做居家這一塊的醫師真的不容易。其實醫師在開業有很多種，第一種，他生意很好的，他半個小時在診所裡面可以看5、6個病人的，居家醫療是不划算的東西；另一種是他的生意不好，可是他很注重養生，每次要去慢跑一下讓身體健康的，這種他也覺得不會要多花時間去跑這一塊。然後剛才講的，如果年紀真的太大、身體不是太好的，跑這一塊本身也都會突發性，可能需要被送到醫院的風險也都是有。然後像我們常常說居家那邊最大的敵人就是民眾家裡養的狗，很多人很怕狗的要去做這一塊也不容易，或者對狗毛過敏的大概也不容易，真的要找到願意做的醫師好好的去投入，然後大家把整個網絡建立起來，然後每個人負責的區域真的不要東跑西跑，我覺得在醫師這邊可以想辦法去組織起來，只是目前在高雄這邊還沒有辦法有一個很好的組織，這個部分我們還是會繼續去做努力。其實我們居家醫療的夥伴包括居護所都有一個心聲，居家醫療最好做的是在人口密度中等的地方，像橋頭、岡山這些地方，岡山可能還比較不好，因為這些地方個案我們可以不用跑太遠，然後接下來那邊比較好停車，在市區真的對我們的夥伴而言，停車是一個很大的困擾，如果跑到山區像茂林、那瑪夏這邊，個案之間的距離又太遠了，太遠了整個服務的效益就真的沒有這麼好。在市區這個部分很感謝黃議員幫我們爭取到一些經費，但是經費真的只是初步對問題的處理，我們心裡更希望說像日本，聽說他們會有一個特別的停車證，如果你確實是從事居家醫療相關的服務到這邊找不到車位，類似執行公務，能夠不要耽誤其他人行車的狀況下，我們能夠停在不是那麼合規定的地方，能夠不要被開罰單，如果有這樣的政策被推出來，對我們的幫助才會是長久又真正是有幫助的，以上，謝謝。

主持人（黃議員柏霖）：

接著請民生醫院的代表。

高雄市立民生醫院居家護理師陳弘鈴：

我是居家護理所的所長代表，最近因為 COVID-19 的關係所以我們很多醫師都很忙，我們副院長、院長都很忙，所以就派我來報告我們居護所的現況，我們居家護理所目前也是跟衛生局長官講的，就是重度居家醫療，還有剛才聯醫他們居家醫療整合的方面，再來就是居家安寧的部分，我們的案件可能沒有聯醫那麼多，我們才 120 至 130 個而已，服務的對象大部分都是 65 歲以上的長者，我們這邊的

身分別比較偏向中低收入，大部分是比如說里長或者鄰里方面轉介過來，或者我們醫院本身，所以大部分比較偏中低收入戶，我們的個案也沒有想像的那麼多，就是 100 多人，我們可能就是 1 到 2 位居家護理師，也要做居家安寧方面，偏重居家重度醫療。所謂的重度居家醫療就是有管路，比如說有鼻胃管、有氣切管，他們不需要來醫院換，我們去他們家服務，也是全部一律都是健保計價。居家安寧的部分可能就是癌症末期、漸凍人之類的，八大肺癌的部分我們都有服務。最近因為 COVID-19 所以我們居家安寧的部分，本來我們有居家安寧的病房，因為 COVID-19 的關係安寧病房目前沒有開，如果他有需要住院就是住一般的同等病房而已，就這一點有一點可惜，變成我們居家安寧的部分個案會很少，大部分都是轉到鄰里的，比如說長庚、阮綜合之類的。我們沒有像聯醫他們都有公務車，我們大部分都是病人家中他們會有付費，我們是酌收車資，我們還是希望使用者付費的概念，因為健保方面那個付費已經很少錢，像剛才聯醫說的，他一次醫師出去才 78 元而已，很少錢之後再加藥費。我們一去一定都是開慢性處方箋，因為病人是中低收入戶，他希望我們去一次就是可以開三個月的藥，所以大部分就會幫他整合了，他希望你們去一次可以開三個月，因為他們也不太願意一直在那邊看醫生，所以大部分他會要求我們醫師這樣子，就是一次開三個月給他們。他可能第二個月、第三個月他們會在他們周圍的藥局領藥，慢箋、處方箋，因為他第二個月、第三個月在普通藥局領藥他就會有很多好處，因為藥局會給他們一些回饋，有些會送衛生紙，有些會送什麼東西回饋他們，所以當然變成地方的藥局也增加他的生意，其實也是互利，我們也是覺得滿高興的，不需要一定是第二次、第三次都來我們醫院拿藥。我們現在推居家醫療整合方面，我們現在偏向比較偏遠一點，像阿蓮、燕巢也有過來，我們也是在推，可能案子沒有像聯醫這麼多，以上報告。

主持人（黃議員柏霖）：

是不是局本部這邊到時候，剛才提的都很好，還是要有區域性，否則阿蓮一個、燕巢一個、那瑪夏一個，這樣就不用玩了，這樣也做不久，我常常講，這個違背常理的事做不了很久，局本部這邊可以，像剛才說 300 個、150 個，加起來就 450 個，到底有多少人需要這種居家服務的？我們如果能夠整合，譬如說小港附近就小港醫院去，大家分一分，各自經營一個區塊，因為還是以病人為中心，本來什麼東西都是要花錢，只是讓這個花錢變成比較有效率一點。這個要以病人為中心，讓我們真正去照顧，我覺得居家醫療那些真的沒有辦法出來的，不是失能就是其他原因，我們去關心一下，有時候我覺得如果我們做得到，我覺得這一塊也是很需要。接著請四位學者專家提供建議，首先請嘉南藥理科技大學社工系曾教授。

嘉南藥理大學社會工作系曾副教授淑芬：

我們今天這個主題很長，但是我在會前有稍微跟主持人和主管機關有一個初步的討論之後，好像感覺這個題目 2 個小時也討論不完，因此我試著從比較聚焦的地方，聚焦在後面老人的健康照護問題，既然是這樣子來看高雄市所提供的社區照顧體系，這樣子也許我們的脈絡會比較清楚，如果要談這個體系的問題就會牽涉到供給跟需求，而且在供給面這個部分很重要，剛才與會的實際從事第一線工作者，還有政府部門告訴我們的，供給的點線面，在高雄市看起來似乎在數量上不一定完全足夠，但是至少還滿豐盛的，特別是高雄本來就是都會區，所以供給量，我說的供給量包含我們剛才一直在談的醫療院所、居家護理所，還有長照很多的點，長照從 1.0 到 2.0 到現在，都一直不斷的在擴充，所以我們在供給面在高雄市是一個很好的楷模。但是我要從需求面來談，真正能夠用到這些服務體系，或者已經建置好的服務網絡裡面，這些我們關注的有健康問題的老人，他們到底有沒有滿足？我從兩個層面來看這樣的健康照護問題，因為如果要進到醫療，不管是社會福利或衛生福利來說，它已經算是最後端了，我們就一個人的健康，我們應該先由初級的保健，再來實在沒有辦法，因為人的身體隨著年齡增加他絕對會逐漸衰退，所以保健就算做得再好，他勢必還會遇到生活上面需要照顧的這個部分，然後慢慢在照顧的過程會產生一些醫療的需求，所以我拉回到年長者他生活照顧的部分，他的需求是不是有我們要去關注的？接下來有兩個部分要和大家一起討論，第一個，我們一直強調在宅服務或者在地老化，我們在老人健康、在宅照顧這一塊的整合性我們可能需要去討論。第二個，我們有醫院代表來跟我們介紹很多目前的居家醫療，還有醫療跟後續長照的銜接，如果我們的醫護專業要從醫療這一塊跨到社區化，它確實有它的重要性，但是要如何去解決目前遇到的困境？所以這兩個部分，首先在老人健康、在宅照顧的完整或者整合的部分，我比較關注的是我們目前做到的，當一個老人家他在家裡遇到問題的時候，有沒有一個可以整合的單一窗口？當然在長照體系裡面我們一直說照管專員，或者現在 A 據點的個案師就直接到家裡去做評估。可是我們再想一下，如果我們把場景拉到我們自己的長輩在浴室不小心滑倒了，那個是很常見的，第一時間他的家人會先做什麼動作？打電話，第一個一定會打 119 救護車，然後直接送到醫院，所以跌倒之後很多的問題，我相信在座有醫護背景的專家學者應該都知道，他一定會衍生很多了，但是他做這樣的動作之後，後續他的家人就沒有辦法知道我下一步該怎麼做？都是完全由醫院的醫師，或者是醫院裡面出院準備的護理人員或個案師，接下來會告訴我們的家屬下一步要做什麼。所以在這個地方我一直關注的就是，出院之後我們也許還是要靠家人打電話，不管是 1966 或者出院準備服務直

接銜接給長照照管，然後他會到家來評估，但是到家評估之後走的那條線就是現在的長照 2.0，但是這裡面如果他沒有銜接到社區居家醫療或者後續的復健那一塊，家屬或家人，甚至可能他是獨居的老人，他自己是沒有辦法接觸到的。所以老人在宅照顧的整合服務裡面，我們會比較關注社區資源的對口，是不是應該也要在我們的長照體系裡面去強化？一個就是，這個長輩他確實符合收案的條件在長照的系統，所以他可以用到長照 2.0，但是如果他的狀況越來越好了，可是實際上他只是生理的狀況越來越好，實際上他還是有其他的需求，後續呢？是不是我們的長照就退到後面了，有沒有可能再銜接由社區來繼續給他後續的服務？所以社區資源的對口在健康照顧體系裡面這也是要去想的，還有後續追蹤機制誰來追蹤？再來，如果他需要其他專業的時候就會遇到一個很直接的問題，家人可能因為工作的關係沒有辦法在家照顧老人，或者現在遇到一個比較多的問題就是，剛才忘記去討論失智或者潛在失智的老人，我們目前也是要去關注，失智的惡化是一個進行性的，家人會說，我可不可以找到一個失智專門照顧的單位？坦白講，這個是目前很大的不足，而且家人會開始有一點恐慌，萬一找不到，但是他家的長輩已經出問題了，可能立即馬上要安置，找不到地方，那麼這樣一個銜接專業的管控機制在長照裡面也是不足的。至於為什麼失智症照顧的專區，或失智症照顧專業服務數量會不足，這個又是另外一個議題，不在我們的考慮，所以就整個這樣子討論，在宅照顧整合服務的部分都會談到，後續誰來照顧，有怎麼樣的機制來管控，後續怎麼去追蹤，還有後續家人要不要被支持，家人要不要被教育，或者是家人要不要給他們一些可以使用的資源，他可以打給誰，或者他可以跟誰求助？他不會覺得反正下一次跌倒就還是打 119，永遠都打 119。也許我們現在長照的宣導都很成功，因為大家都知道 1966，可是事實上 1966 不能解決所有的問題，所以就會變成不是走 1966 的路線，就是直接打 119，看你要送哪個醫院，全部都丟給醫院，然後醫院端就會忙得很辛苦。這個是我們在討論在宅照顧的部分，從老人的需求面應該去考慮到的。當然我們現在因為體系還在慢慢的建置，所以會感覺很片段。但是已經開始整合。像剛剛看到衛生局照管中心的代理主任，他們其實很辛苦，已經在把衛政跟社政整合在一起。但是光是這樣的整合還只是初步，因為剛剛有提到，譬如說輔具的需要，或者是無障礙的需求，其實都牽涉到整個硬體的部分，絕對不會只是衛生單位或是社政單位，還有很多的部分。當然我要講第二部分，就是如果真的把我們的醫療從醫院端能夠銜接到社區，包含剛才講的，可能是醫院把個案轉給社區的診所，然後由診所的醫師能夠到宅去看看長輩個案，其實這個效果是很好的。但是剛剛聯合醫院的醫師稍微提到了很多限制，但是我們要想的是，這個很好也很重要。因為很多長輩是家人怎麼跟他講，

或是不是醫師的專業人員跟他講，他可能都不會改變，只有當穿著白袍的醫師跟他講的時候才會乖乖的聽。所以居家醫療絕對是很重要，但是我們只能這樣做嗎？因為這其實會牽涉到財務來源從哪裡來。現在其實都是吃健保的費用，健保現在我們都說要漲價了，因為需求真的太多。這又是另外一個我們在討論老人健康照顧問題裡面更大的議題，就是財源的問題。健保歸健保；長照歸長照。這個其實也是我們在講到醫療專業要能夠跨越這個籬籬，能夠進到社區化的時候，我們的必要性跟重要性，還有有沒有可能有其他的選項。如果目前走健保的路線跟走長照的財務路線沒有辦法整合，也沒有辦法有其他解套的話，就真的可能要拜託我們的議員或是立法委員，特別跟衛福部爭取一個預算，能夠放到我們的醫療單位，然後由醫療單位去整合所有周邊社區診所所有意願的醫師一起來推動。先用所謂的特別預算或者是專款專用，這個才有可能先建置一個模式。建置了這個模式之後，真的可以直接幫助到我們的個案跟個案的家庭。如同我剛剛講的，如果他家的長輩跌倒了，出院回家，狀況越來越好，可是他都是好好壞壞，假設晚上需要有人諮詢的時候，他就只要拿起電話，打電話給他所連結的醫師或是這個醫師的團隊，都找得到人，可以第一時間就可以跟他說怎麼做。不用一下子就打 119，直接又進到醫院了。這個其實就是在資源有效利用裡面，我們講的不要有任何的排擠效應的時候，這樣子的效果也許是可以考慮跟討論的。但是這個需要中央願意接受甚至認同。所以如果是這樣就可以解決剛剛所講到的，可能醫院的醫師也不夠，診所的醫師意願也不足的問題。而且時間上，診所真的很忙，如果要求所有的診所都要投入居家醫療，讓他社區化的話，如果都要這樣一視同仁，事實上很難，我們只能先有一個初步營造的可行性，但是需要一個特別的預算或專款，當然最後牽涉到從哪裡來的問題。所以總結來說，如果就這兩塊來看，其實我們需要的還是要有個別化，因為我們每一個長輩，或是每一個需要健康照顧的人的狀況真的都不一樣，所以不能一視同仁。我們所有的供給面，包含醫療院所或是長照 2.0，其實都是很 SOP 的，符合資格就是走這條路，不符合資格就是晾在那邊。但是這在整個長照或是以一個全人的觀點來說，個別化的部分是違背的，但是要做到這件事。剛剛也有醫師提到其實是可以連結民間的資源，像華山或是很多中小型的社福團體，他們就可以扮演這中間的串連，他們就可以到宅去關懷，關懷的過程當中知道他需要什麼。在這個過程中很細緻化的去幫忙他解決可能立即可以解決的問題，這是個別化的部分。再來當然一定要有科技化的服務進來，要透過科技的輔助。所謂科技的輔助不一定是輔具喔！也就是說像現在我們有很多都是遠距醫療，可以不一定要現場。但是遠距醫療基本上目前好像僅限於診治，但是我們也許可以擴大，醫師不一定要到現場。但是這可能還是要牽涉到的錢的問題，因為

使用者這一端必須要有同樣的設備。所以這又牽涉到使用者的觀念跟態度的問題，他願不願意為了這件事去建置他們家有這樣的一條線，而且這條線其實如果真的好好的發揮，包含求救系統，他只要按一下，其實有一端就可以連線，也可以直接同步的視訊。還有剛剛議員有談到很重要的觀點，我們是以個案為中心，但是很重要的是還是要以家庭為基礎。我們不能只是把老人的照顧丟給政府，很重要是家人願意。當然我們也知道很多老人是獨居，所以這又是兩個不同的環節，在討論健康照顧問題的時候。如果是獨居的，或者是跟周邊的鄰居或里長的關係又不是很好，那就糟糕了，他連社區化的部分都沒有，那就只能靠醫師了，因為他只聽醫師的話。所以以家庭為基礎的健康照顧服務，絕對也一定要把持住。以上是我的建議。

主持人（黃議員柏霖）：

謝謝。我們接著請余教授。

嘉南藥理大學社工系余教授元傑：

在曾主任後面，應該講的他都講得差不多了，後面就只是一些補充。像最近 COVID-19 的疫情，如同曾教授講的，有些科技的作法可以引進來，包括遠距的醫療。最近這兩天衛福部說準備放寬，以前的限制就是五種，以後可能要放寬到長照、居家、醫療、PAC、慢性病照顧等等，但是成形了嗎？還沒有。所以變成到現在來講，可以用遠距醫療，可以用現在的科技來幫助我們的作為，可能第一個要突破的就是法規。第二個，補充曾主任剛剛講的，第二個要突破的可能是我們現有的設備。現有的設備可能是你白天到社區去，社區有電腦，有人會用還好。我現在特別講的是在郊區，在比較偏遠地區的。因為在市區，一般講起來，這一方面的資訊比較完整，所以這方面網路化、電子化下來，真的城鄉差距還滿大的。所以這部分，其實也有一些在做，譬如說我們學校的 USR 就跟阿蓮社區合作，也包括學校的藥師，找醫師以及高雄市藥師公會理事長劉亮君藥師，都有做一些遠距，甚至連營養方面，有一些可以做遠距，也做遠距。但是這些會變成如果在這個社區有電腦那 ok，但是再偏遠一點的社區就沒有了，可能就要回到剛剛聯合醫院的院長和社醫部這邊所說的，人要到場。但是如果人要到場的話，可能就是另外一件大工程了，這個怎麼樣來解決，可能都要後續的配套。第二，延續剛剛曾主任所講的，我們特別講到把老人健康照顧分成健康跟不健康，前端大概就是社會局在負責，後端可能就由衛生局負責。我只能說我自己碰到的郊區問題，就是前端有時候是有計畫就做，這個計畫可能效果不錯，但是後面沒有計畫了，怎麼辦？如同我剛剛講的阿蓮那個是教育部的 USR 計畫，在阿蓮的社區就有做長照服務。你問：「反應怎麼樣？」反應都不錯，就定期定時，醫生也不用過來，藥師也

不用過來，可以解決某部分問題，只能說解決某部分問題。但是計畫結束之後，會不會一切回歸原點？甚至我自己社工系的學生都會在外面實習，跟阿蓮社區就會做培力，然後到田寮去幫銀髮族做一些事情，反應很好，而且還有一些效果真的很棒的。本來老阿嬤是推著輪椅，也沒有太跟其他人往來，藉由這個活動，家人就會帶他過來，包括一些健康促進活動，或是大家在一起做的社區活動，後來就恢復到可以走路了。這是很特殊的個案，一般來講，我們是維持就好，結果他是恢復走路了，很不簡單。但是計畫結束了，後面呢？倒不會說回去坐輪椅，但是他會比較有時間跟外界聯繫，現在就少了這樣的一個管道。那個培力計畫也是田寮里里長做的，就在原來廢棄的田寮國小，他們做的一些成果就張貼在公告欄。那天正好有田寮的議員過去看，正好看到，可能也有人跟他講，他很高興，就捐了5萬元給他們社區這些銀髮族長輩使用。我很少聽到這種事，那表示大家都覺得這個效果很不錯。對於老人醫療來講，其實在前端方面，我覺得這也很有幫助，但是很可惜的是，計畫結束之後呢？我會看到這個計畫是因為我們的同學實習的時候就過去幫忙，如果人力、財力都不缺應該要繼續。其實也不見得要用多少錢，但是人力從哪裡來？如果用在地也是的銀髮志工，能不能再結合一些學校，或是結合其他。就是不要讓它斷掉了，因為這些已經有的東西，你把它斷了就很可惜。再來就是剛剛所說的，不只是我們市政府局處的整合，其實剛剛從聯醫的院長跟曾主任都有提到，甚至連中央都要整合，很多東西我們還是看中央規定。地方政府還是要配合中央的講法，就像剛剛講的遠距，中央如果沒有放寬，地方也沒有人敢做。今天我們討論之後，也許有些時候，可能我們可以反映的時候，多做一點，也許我們後面的效果會更好一些。可能到最後這些也是有人願意做，也有一些部分可能還是有些人不願意做。所以到時候的一些建置跟配合，願意做的就多做一點，不願意做的，如果你看到別人的效果好，這是黃議員常講的，別人做出來的效果很好，那你要不要跟？可能就變成用示範的方式，或是提供比較長久性的。其實很多地方我覺得可以看到很多效果。以上，謝謝。

主持人（黃議員柏霖）：

謝謝。接著請劉教授發言。

高雄師範大學人力與知識管理研究所劉教授廷揚：

謝謝主持人黃議員，在座的各位長官、學界的代表和幾位醫師。非常榮幸有機會來參加這個討論會。剛才主持人一直講說是專家學者，其實我今天的身份不是專家學者，因為我的專業是人力資源管理，我是站在一個家人有使用長照服務的受益者，還有未來我很快要進入長照服務的對象者的角度來跟各位交換一下意見。剛才一開始的時候，我聽到市政府的長官們所講的這些內容，就知道大家已

經各自分頭做了很多的努力。但是分頭做努力，有時候中間就是會有一些沒有 cover 到的地方，也會有一些抵消掉的力量，這就非常可惜。因為政府的組織一直都是因應各種原因而形成的，譬如說，我們高雄是繼桃園之後，第二個有青年局的城市。青年的很多事情固然需要有專人去照顧，難道老人或是需要關照的這些人不需要嗎？我不太清楚我們現在市政府在統籌有關於長照這件事情，到底是什麼樣層級的人在負責的，是市長親自主持嗎？還是由副市長來組成類似工作小組或者團隊會議，或者由衛生局來統籌？如果衛生局統籌的話，民政局跟社會局真的會這麼買帳嗎？這我不太清楚，因為我不在政府單位服務。但是一般來講，如果你很看重這件東西的話，你是會給他一個特殊的位階的。譬如說總統府有婦女委員會，他就特別指定也許副總統或行政院長主持，就表示很注重這件事情。因為注重這件事情，我們很多相關的法令、制度等等，你就會得到一個比較整合性的看法，才能夠解決掉我們現在碰到的一些看起來零零碎碎，但其實很有關鍵性的。比如說，居家醫療的醫師，車子停在路邊被拖吊走了，他連醫院都回不去，或是下一個個案都去不了，怎麼辦？類似這種事情，雖然看起來不重要，但是它真的很關鍵。但是這種訊息要在什麼時候，什麼地方來呈現，這個我們真的很需要有一個比較具有一定位階，並且能做決策，還能跟上面中央的法令去接軌，同時按照我們地方的政府或者是議會，可以自行訂定法律的一些角度，來為我們高雄做出一些不一樣的服務。當然剛才也有好朋友們講到高雄是一個都會區，其實自從縣市合併之後，高雄都會區占的範圍並不是這麼大，我們原高雄縣還是有很多是屬於比較鄉村的，甚至還是極偏遠地區的。如果我們用一視同仁的方法來處理長輩們的需求的話，你自然就會發現，有一些人是被排除在外的，有一些人的需求是得不到照顧的。因此都很需要高雄有屬於自己的，而不是去模擬或者比照其他城市來進行的一些規範，這是需要大家共同去想像一下的。高雄其實最近這幾年人口流失，所以今年年底的選舉，好像還有幾個選區的議員人數下降。

主持人（黃議員柏霖）：

我們那裡少一席。

高雄師範大學人力與知識管理研究所劉教授廷揚：

你們那裡少一席，所以您很為其他議員擔心，您本人是沒問題。但是這個似乎可以得到緩解，因為台積電要來了，台積電一來，下游廠商進來的話，應該會吸引一些年輕人。可是我們高雄的環境又這麼好，最近這些年又設置了非常多的友善的設施，我們的生活條件真的非常好。所以年輕人如果到高雄來努力的話，可能他的父母親也會心動，就準備移居到高雄來，這對我們是很好的一個機會，因此也會加強我們在高齡人口的比例。這個應該要未雨綢繆，我們大概可以預估到

吸引多少的專業人士進來，因為現在唯一看到的影響就是房價漲而已，其他什麼都還沒看到，有沒有做這樣子的預估，可能會吸引多少的長輩們加入我們高雄的行列，這樣會使我們的人口結構產生什麼樣的變化，因此而產生什麼樣的需求，我覺得這些是應該要去思考的。因為我們台灣的整個醫療環境，在我去過的一些國家跟地區看起來，我們其實已經真的很領先了。所以只要這股力量能夠結合起來的話，其實可以發揮更大效用的。從今天主辦單位發給我的材料看起來，我們要談的主題真的還滿廣的，包括日照中心，裡面有提到日本的日照中心，然後也有居家照護的，還有高齡醫療等等這些。我們今天談的這些都是很正向的，就是我們怎麼樣來讓這些長輩們得到應有的照顧。不過剛才社醫部的這位年輕的醫師，他也有提到一個我們要面臨的挑戰，就是很多長輩是買地下電台的藥的，他們是相信民俗療法的，他們都是弄到最後已經沒希望了才到醫院來的，這個其實給我們帶來更沉重的負擔。所以如果我們不能夠到他的府上來為他做更好的引導的話，其實旁邊是會有暗黑勢力在吸引他們。一旦被這些勢力吸引過去的話，就像少年人被宮廟吸引，跑去當八家將是一樣的，你後面要救就很困難。所以現在要看的不仅是怎麼讓他們在現有的狀況之下更好，而且我們還要阻擋那個暗黑的勢力入侵。所以這是一個做一次有兩個效果的事情，更值得去好好的處理。我就提一個簡單的建議，我們可能要去就現有的法令規定或制度等等，要有一個檢視的機構，今天有研考會的長官列席，這個可能是研考會的任務之一。就是我們現有的法令規定或制度阻礙了，或者是可以成就我們的居家照護、居家醫療和長者的需求，有哪一些是還沒有關注到的？哪一些是因為中央的法令使我們沒有辦法執行的？哪一些是我們自己地方上可以處理的？我現在要舉的例子是很久以前的事情，我有一天碰到一位大樹那邊的牙醫師，他說他是全高雄第一個做居家治療的。這位劉醫師說，當年他其實是偷偷摸摸做的，因為按照規定，他如果離開診所就不能有醫療行為。這都要申請，每次都要申請，沒有核准去做，你就糟糕了。所以他是偷偷摸摸做了很久之後，後來好像法令鬆綁了，才可以這樣做，現在陸陸續續有人加入。可是因為我們的制度並不鼓勵大家這樣做，等於你去居家做了醫療之後，並沒有得到更多的肯定跟支持，講白一點就是也沒多一點錢。所以願意投入的人其實還是很有限的。除了病患本身要省那 30 元以外，醫生也希望你來這裡可以增加我的業績，讓我的醫院有更好的表現，說不定大家可以分到更多的獎金。所以這是一個整體面貌的問題，這不是個別的人的行為，因為我們不能渴望每一個專業的人都用做志願服務的方式來投入他的專業工作。所以這個很重要。另外一個可能性，當然我們台灣好像沒這個問題，但是我看到大陸的一個案例，那個很特別，有一點驚悚。就是有一個老人家身體不適，可是他家裡沒人，

所以他的鄰居幫他打電話叫了救護車，可是救護車來了之後，按照大陸的規定，救護車必須只能接打電話來的那一家的人，你不能轉讓給別人去載。就是隔壁需要，我打電話，這樣不行。他說：「我願意放棄。」但是放棄還要經過簽署等等之類的，而且那個打電話的鄰居家裡也有一個老人身體不太舒服，只是不需要立刻就醫。所以後來這些救護人員就把這個不需要就醫的老人硬拽上救護車載走了，那個需要就醫的老人，後來在家裡面就走了。我希望只有大陸會發生這種事，我們台灣不曉得有沒有類似的規定？就是某一些事情，連有人願意幫你出個面都不行，因為你是不符合規定的，一旦不符合規定，有時候要讓人家違法來幫助我們就真的很困難。所以這個可能要去檢視。據說健保最近也要開始做一些轉變了，我還不是很確定，就是如果你直接到醫學中心的話，你可能自付額要高一點，如果透過地區醫院或診所轉診的話就可以比較便宜。對於這些需要醫療照護的這些人，到底是要由醫學中心等級的醫生來照護他呢？還是用巡迴的方式照護，用遠距的方式照護，或者我只能得到旁邊診所醫生的照護？當然診所的醫師也是受過完整的醫學教育。可是如果沒有我這一科的呢？這樣的處置該怎麼辦？現在因為很多的規定都是一刀切的，都適用同一個辦法。像最近 CDC 所訂下來的規矩很可愛，一個班如果有確診就停課，一個學校有三分之一個班確診就全校停課，我不曉得在大學端要怎麼做？大學端沒有班級的問題，大學端是互相選課，跑來跑去的，那該怎麼辦？該怎麼訂？可是看起來 CDC 已經決定就是這樣子了，其他的就你們學校自己決定，一旦自己決定，責任就自己扛了。所以這種只要是一刀切的，其實都會帶來很多的問題，這個可能是我們地方政府可以去處理的部分。當然我也在交通局做一些服務，我們也有復康巴士和社區的公車，現在的社區公車已經開放到什麼程度呢？只要是社區有類似活動中心原有的用車來跟交通局申請一個專案，用你原有的司機跟座車，就可以載送我們地區的長輩了，就已經開放到這種程度了。這種每一個局處想盡辦法去做的開放，都是好的方向，都是因應我們市民的需要而做的處理。可不可以有互相提醒的機制，就是我已經做到這樣子了，請問你這個局處做了哪一些？我們互相提醒一下，就知道其實還有很多的方法可以解決問題。這個好像看起來又是我們研考會的事情了。遠距醫療的部分剛才好幾位已經講過了，最後跟各位提醒一件事情而已，就是這件事情最近才開始流行的，叫作敏捷式的組織，也就是說它不受組織原有的範圍和邊界的限制，而是為了在這個不確定性很高、變化性很高、模糊性很高的這種環境之下，我們要怎樣很快速的去回應這個環境對我們的需求。這種敏捷的變化，長輩也需要鍛鍊他們肌肉的敏捷性，那我們各個肌肉是不是也可以鍛鍊我們肌肉的敏捷性？使得大家的需求都可以得到即刻的回應。比如說數位落差，對很多長輩來講，其實是一個

無法跨越的鴻溝，那我們怎麼樣可以幫助他在這方面做處理等等這一些，感謝各位。

主持人(黃議員柏霖)：

等一下再一起回應，我們現在請李教授，謝謝。

輔英科技大學護理系李教授昭瑩：

主席還有各位市府的長官、醫院的代表還有各位先進、出席者，大家午安、大家好。我是最後一個，我再總結一下，前面已經講很多了，好像也不用講太多了，我覺得劉教授極為謙虛，在長照裡面人力資源最重要，最缺的就是人力，其實你的角色是很重要的。第二點，我很贊成主席一開始所講的，我覺得在這方面大家都做得很多，然後大家也都很辛苦，其實我們今天不是在說哪裡做得不好、不對等等之類，我們是在談如何把問題提出來做討論，讓問題可以得到更好的解決。所以今天這個主題，前面3位都已經講過，真的很廣。我看了一下那個主題，我大概一樣就根據4個面向稍微來討論一下。第一個先講到長照的部分，其實我本身是護理出身，所以應該跟醫療比較有相關，不過我走的是理論長照老人照顧的部分，因為之前在美國受的教育，大概都是這個部分。我們先來講長照2.0的部分，其實已經執行好幾年了，也已經有一些成效出來了。長照2.0的特色，第一個就是失能加失智，所以它涵蓋的範圍很廣，不是以前一直只有在重視失能的部分而已。第二個它往前和往後都延伸，所以不只是在醫療面而已，它往前預防端也做了很多，所以剛剛一些關懷據點C據點，這個部分其實都有在強化，就是預防和延緩失能。後端如一些安寧的部分，其實也cover到了。第三個，它是有創新和整合的服務，就是我們一般常在講的ABC這樣子，ABC的部分，經過這幾年下來，其實做的量都非常的亮麗。A的部分其實就是社區整合服務中心，不過就我之前所看到在評鑑的幾個問題，第一個，他們負責的個案量真的很多，然後就常常腰斬這樣子。再來他們的資歷都很淺，因為流動太快，最上面的應該要整合B和C，可是你叫一個新人，因為他們常常異動，然後他又沒有太多的長照經驗，又怎麼去整合下面的B跟C呢？再來，長照現在很流行就是一條龍式的服務。其實滿多的A點下面可能也有B、也有C，所以滿多的情況都是轉到自家的B跟C，大概就是這幾個問題。另外最後一個，它的特色是醫療跟長照的一個銜接，以往其實醫療做醫療、長照做長照，這次2.0，它拋出的特色就是要把醫療跟長照做一個銜接，所以這個其實就是跳到我的第二個問題，就是醫養是不是可以合一？這邊也有兩位是醫院的代表，當然我們知道不管是從財政，可能服務的內容面向不一樣，但是現在我們應該來思考說，就是醫養是否可以合一的問題？以一個老人來講，養老的部分可能是由社政來主導，但是一個老人根據資料調查，他有70%

是有很多的慢性病，所以等於是醫療照顧跟福利的部分，都在一個老人身上，所以我們是否可以來思考怎麼去做醫養合一的部分。剛剛醫院端，不管是聯合、民生可能有講了，社區醫療和居家醫療還有居戶的部分，這個聽起來之前就有在做了，本來健保局就是有在給付，只是現在可能因為長照 2.0 做了以後，是不是可能量的部分有比較提升，不過後面還有一些問題，我大概後面再講。第二個問題，全面要思考的大概是醫養合一的部分。我在高雄大概看了一下，榮總的部分大概是做得滿多還滿快的，因為榮民都滿高齡化，所以榮總在高齡照顧的部分，很早就有一個醫療整合中心，所以一個長輩他本身各個系統其實都有一些問題，但是不用每一個單位都去看，到那邊就是 all in one，長輩就可以看到各科，裡面當然還有很多針對老年人適合的一些部分。第三個問題，我要講的是，其實在引言裡面也有提到日本社區整體照顧的體系，所以我剛前面所強調的都是一個整體性的照顧，其實我們可以看看別人、然後再想想我們自己可以做些什麼？其實前兩年剛好在疫情發生之前，我常去日本考察，我覺得他們那邊做整合性的照顧，做得滿好的，也就是今天不管是，比如復健醫院小小的，可能在地區或區域，可是它不會只顧它自己的專業，而是它會把滿多的內容引進，所以你就會形成所謂複合式的照護，就是剛剛前面所說的 all in one。譬如說我們的 2.0，有小規模多機能，其實那也是一個複合式，就是說今天這個點雖然很小，但是功能滿多，所以長輩不用今天需要這個就到這個點、今天需要那個就到那個點，他會跑很多的點，其實這樣子不是很好，所以我們可以思考其實一個點，是不是可以讓它有一個複合式的功能，這樣的話，長輩就可以在這邊，因著他不同的階段、不同的失能程度，他可以一直留在他自己所熟悉的地方，他不需要常常去遷移，其實遷移就形成我們護理所講的有一個遷移壓力症候群，因為今天的異動，不要說老年人對一般的年輕人都是一種壓力。譬如我們舉例來講，鳳山的崧鶴樓，不是餐廳是一個老人公寓，它是公辦民已經做了一、二十年，成效做得滿好的，因為現在都是這種長照，老人公寓長照的接受度都是滿高的，其實你就會開始發現問題，這些長輩住在這個地方，他當時是一個健康的老人，可是隨著時間點，他功能慢慢地老化，所以你要把他移到別的地方嗎？他已經把這邊看做是他第二個家，是他終老的地方，可是你今天要把他移到別的地方，是因為他的疾病，功能退化到不足以可以住在這個點，所以可能必需要進入安養、養護甚至護家等等之類的，但是其實有時候老人不願意走，那怎麼辦？硬是要把他踢出去，他們已經在上面設一種類似像類安養，因為它還是老人住宅區，不能說是安養、養護之類，基於情的考量，他們住在上面開始要設一些類安養的功能，但是這些長輩如果連類安養都不行的話，勢必要搬離這邊。所以我還是要再次強調，如果我們今天可以以一

個點有複合式的功能，其實會比較人性化的作法。再來是第四個居家醫療、在宅醫療，剛剛前面有幾個學者都講得滿多的。我們來看我們的醫院，其實我應該是3年前去日本醫院看了之後，再回來我們的醫院看。我都會覺得為什麼我們的醫院生意這麼好，不知道到底是好還是不好？我都會想說我們台灣人健康比較不好，那麼容易生病，所以醫院的生意這麼好嗎？因為我去醫院，看裡面靜悄悄的，沒有什麼人，可是我去長庚看了是門庭若市，為什麼這麼多人，然後全部都擠到醫學中心，剛其實都有講到轉診，要適當的轉診比較好，可是很多人都會覺得說，反正我一趟車子去了，20分鐘、30分鐘，這都不是一個問題，我直接就殺到醫學中心去使用最好的設備，那個掛號費差不了太多錢，但這真的是浪費資源。我們都知道現在台灣的急性醫療已經太擁擠了，再加上這一波疫情的推托之下，使得急性醫療更吃緊，其實我覺得推居家醫療、在宅醫療真的有它的必要性。只是說這個推，其實前面聯醫也有提到，很大問題的一個點，就是醫師心態的問題，太老的不願意出去、太年輕或者有成就的，他可能也不願意出去，因為補助太少了，所以這樣子的前提之下，量能怎麼有辦法衝上來？所以我覺得在宅醫療跟居家醫療這一塊，應該仔細去思考到底要怎麼去推？剛剛前面學者也有提到說結合遠距，遠距的部分，高醫也有在做。當然這次的疫情，很多東西、科技的部分應該要結合進來，所以其實也可以思考，怎麼去做居家醫療再加上遠距醫療等等這一塊。最後一點還有提到時間銀行的部分，其實剛剛應該社會局，就是有提到傳承大使、高齡志工、時間銀行這一塊。我覺得我們高雄市在志工的部分真的做得很好，對於這些高齡者，你應該讓他有事情去做，不要整天待在家裡；否則，可能就會開始覺得哪裡病痛，退化得更快，所以應該給他一些事情，讓他去做。其實我覺得在長青綜合服務中心那一塊據點的高齡志工，這一塊真的是做得很好、很搭；不過，我覺得跟時間銀行是兩個不同的概念，有一些志工，我看他們都做得很久，聽說有一些還拋棄家庭去做志工，已經做得非常投入，可能他們有一些使命，anyway 都做得很好；不過，跟時間銀行的概念是不太一樣的。時間銀行，不是說他做了5年表揚一下、10年表揚一下、20年表揚一下，而把他投入的時間儲存起來，之後等他需要被服務的時候，其實他就享有 freeservice，就不需要去花錢，這個是時間銀行的概念。不過我覺得這個要做，可能要有一個公信力的單位，譬如可能由政府部門這邊來推，他做的部分怎麼去存、怎麼認證、他以後怎麼去使用等等之類的一些問題，其實高齡志工跟時間銀行應該是兩件事情，以上，謝謝。

主持人(黃議員柏霖)：

謝謝教授，剛剛是不是也要回應一下？

高雄市政府研究發展考核委員會郭組長寶生：

非常感謝劉老師對我們這麼看重，但是我們研考會必須要說明一件事，我們研考會不是萬能，沒有辦法像個各局處那麼詳細的執行一些專業的面向，所以這麼多跨局處要怎麼去協調、怎麼去處理？當然以我們研考會來說，你要我們去管制這一塊，甚至你要法令解釋，說真的，我們真的做不到，因為我們沒有這麼專業，這很深很深。光你要說衛生局來做、社會局來做，根本沒有辦法來做，這真的是整個市府跨局處處理的一個方式。所以我們在市政府怎麼處理這一塊？我們像這種跨局處最後可能會類似一種小組或委員會的部分。像長照就有高雄市政府長期照顧推動小組，召集人就是市長，副召集人就是副市長還有相關重要的一些局處，不只是這樣，因為局處也是針對它的業務，所以可能需要更多一些外面的力量，可能是社團、專家學者或等等之類的，把所有重要的人物都集中在推動委員會裡面，在這裡面會審核所謂的長期照顧，可能會配合中央做哪一些機制，或推動一些輔導機制，審查它未來可能多少年的計畫等等之類，就是會透過這個小組召開會議的時候，由市長來做最後決策，本身來講也會充分討論，因為不只把機關也把一些重要的團體和學者都會找來，所以在這裡面做了最完善的討論並做最後的裁定，當然我們研考會不是沒有工作，因為我們核心就是說，假設你已經確定了政策之後，你要去推動，最後的成果是不是如實的呈現。就我們接觸的部分，主席會指示研考會針對某個專案，我們在會裡面已經確定的哪些專案，確實去掌握辦理的狀況，我們就會將這些機關辦理的內容，確實定期的去掌握它辦理的情況，讓它確實的去落實執行，我想在這個部分，我們研考會有核心的業務在，但是要做到我們去解釋法令、訂定機制，很抱歉，我們研考會還沒有辦法有這麼強大的力量，但是我們會努力來做。

國立高雄師範大學人力與知識管理研究所劉教授廷揚：

感謝你的回復，因為我很幸運曾經擔任過吳敦義、謝長廷以及韓國瑜三屆的研考委員，其實研考會，你剛講的最後一個階段就是考核的部分，但前面兩個字是研究與發展，所以我不是要交代工作給你們，我沒有那個資格，只是說如果要做統籌的話，有很多時候是由我們研考會，去發掘或者從市長的政見當中，去找出來對這裡的承諾，於是我們就會有一些可以進步發展的地方，只是這樣子而已，感謝你。

主持人(黃議員柏霖)：

時間也差不多了，有沒有要再補充的？請林專門委員。

高雄市政府民政局林專門委員清益：

因為今天大部份的主題都在討論居家照護，我們現在因為疫情的關係，所以

很多的接觸者、確診者，輕症者，現在全國政策上就是居家照護，所以這是一個實習的機會，因為我們高雄市還沒有開始實施，但是大概都已經規劃好了，北部好像已經開始了，那個居家照護最主要還是結合社區診所，我們輕症的確診者自己在家隔離，他透過遠距的看診跟社區的診所來做一個結合，我想這是居家照護正在進行的一個方式，未來是不是用這種方式，把它推廣到一般長輩的居家照護，我想可能也是未來的一個方向。

主持人(黃議員柏霖)：

社區醫療的部分，看怎麼可以把它做好，我想大家也充分表達意見了，我們時間也差不多了，最後我覺得這個社會一直在變化，很多東西我們不是那麼熟，但是我一直覺得有心做，一定會有一些好成果，因為你總是往前走，大家有想到，再來有一些新的科技，但最重要的還是要有有心人。你剛提到，有的醫生，你叫他去他也不願意，對不對？他覺得我在這邊看診，一天看幾十個，我幹嘛去燕巢一個下午看不到3個，收一收沒有多少錢，不是每一個醫生都這麼愛錢，他有不同類型，我們只是透過一個比較好的機制，把有心的人找出來，各就各位。最重要的是醫病關係，有時候不只是醫，病人也是很重要，我們怎麼去關心到病人的權益，有機會把他醫好，我們就儘量把他醫好，大概是這樣，我們今天的公聽會就到這邊，非常謝謝市府各局處、也謝謝各位學者專家給我們一些好的意見，也拜託大家回去再想一想，我們還可以為這個社會一些需要的人多做一點，我們就多做一些，每天累積一點就會很可觀，好，謝謝大家。