

活動紀實

「2012 銀髮產業無限可能： 照顧保險及其與醫療保險服務的連結與整合的 可能性-以日本經驗為例」 專講暨座談會活動紀實(續)

許逢育¹

在上一期的論壇中，我們介紹「醫療照顧的整合跨專業合作的必要性」及「台灣銀髮產業發展課題－照護供需之掌握與發展」這兩場演講的討論內容，而本期論壇我們將繼續介紹「日本在宅醫療現況」、「為何醫療照護與照顧工作需要整合？」這兩個議題，並將本次座談會最後的綜合討論紀錄下來。

場次三：日本在宅醫療介紹：日本在宅醫療現況

講者：苟原 実 醫師（日本全國在宅照護協會會長）

翻譯：游如玉 主任（台南市臨安老人養護中心主任）

一、 日本在宅醫療現況

日本提出在宅醫療想法的背景，在於平均住院天數為 32.5 日應促進早期出院，用以減少醫療費用的假設。2012 年日本政府推出在宅醫療的計畫方針，在指導方針中規範各縣市政府一定要按照這計畫執行，主要列出 5 大疾病：癌症、

¹國立成功大學老年學研究所碩士班在學生。

腦中風、急性心肌梗塞、糖尿病、精神疾病，5 大事業裡面就是急救醫療、在災害時的醫療、偏僻地區的醫療，周產期醫療，小兒醫療（包含小兒急救醫療）等等。所以就是說如何在各縣市具體執行，其實這是縣市政府的責任。

二、 在宅療養支援診療所的必要條件

- (一) 配置可 24 小時連絡的醫師與護理人員，事先提供案家聯絡資料
- (二) 確保可以 24 小時往診的體制，提供案家往診醫生姓名、值班日等給案家（也可與其他的醫療保險醫生合作）
- (三) 確保可以提供 24 小時居家護理的體制，提供案家值班人員姓名、值班日等資料（也可與其他的保險醫療機構、居家護理站等連結合作）
- (四) 確保在家療養個案(患者)緊急住院受理體制（也可與其他的保險醫療機構連結合作）
- (五) 與在地的其他保健醫療、福利服務者連結合作
- (六) 提供醫護及照顧報告等

三、 強化型在宅療養支援診療所

今年更有強化型在宅療養系統有被規範出來。在 2012 年診療報酬新規範中，在設置基準上必須要有專職醫師三名以上，過去一年裡面處理緊急往診案件五件以上，過去一年做醫護及照顧的連結業績有二件以上，日本的診所有八成以上是一人在營運，那所以專職醫師三年以上設立的基準的話，可能全日本沒有超過 100 家，所以就是說超級強化的部分，就是說要取的這樣的資格是越來越難。那所以因此兩個、三個診療所聯合起來成為一個團隊來符合這個要件就相對容易得多了。再來就是說不管你是三個四個診療所一起合併的團隊，還是一定一個月一次以上的諮詢會議。

四、 醫療費用的比較

談到醫療費用，在宅醫療真的是便宜很多。廢用症候群、胃造口、氣切等費用就是三十萬到五十萬(日圓)左右，在宅醫療只要六萬到七萬(日圓)就能支付。若是癌末的費用，雖然是不可治癒的癌症，如果是跟醫院、住在醫院裡面就會做很多可能真的沒有很必要要做的檢查，就費用就會增加很多，那在宅醫療的部分就是說可能我們十萬二十萬元就可以解決，再來就是說門診醫療費和完整在宅醫療的比較，如果是慢性疾病，可能如果是到醫院來門診的話大概就是 9000 日圓就可以解決，可是相對來說如果每個月兩次去在宅診療的話費用就不高，大約六萬上下，那如果是強化行就會超過六萬日圓，那如果是往診到機構裡面去診的話單價會比去家裡低一點，所以就是服務個案可以得到的報酬大概是這樣子。

五、 在宅醫療的使用對象

- (一) 癌症末期患者的在宅醫療
- (二) 失智症患者的在宅醫療
- (三) 骨、關節疾病的在宅醫療
- (四) 身心障礙、肌萎縮側索硬化症患者的在宅醫療

六、 在宅醫療急救處置

日本其實在急救車的使用率一直上升，一半以上是老人需要的、老人使用的，雖然使用率這麼高，但是真正要進入到這麼緊急的處置其實機會很渺茫，如果這樣的患者去到醫院的時候，要花很多錢，動用很多的專業人力，而且這個到底是不是患者個案本身他想要的生活或是他活的方式呢？如果不是的時候，為什麼不要脫離醫院，轉為在宅醫療？隨著人口老化的進展，我認為唯一的解套就是在

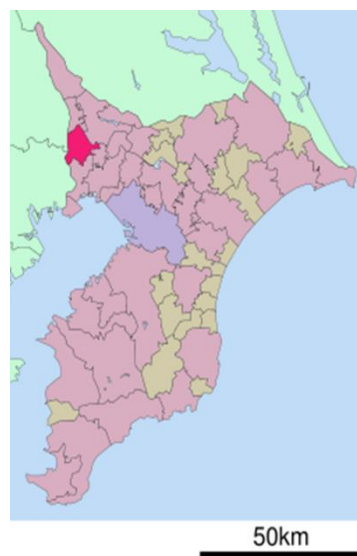
社區這樣的範圍裡實現在宅醫療。

七、 苛原診療所的介紹

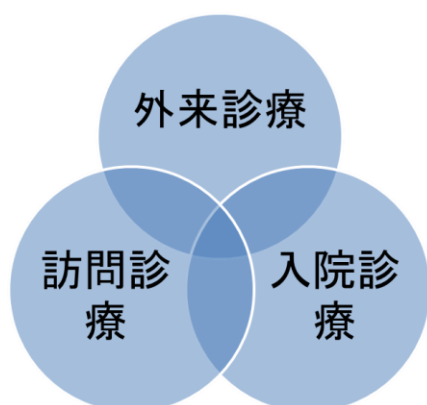
我的診療所位在千葉縣松戶市，人口 48 萬人，人口老化的比例為 20.5%，我們所住的松戶市內的小金原區高齡化比率是 23%。

住院醫療 19 床，有居家護理所、居家照顧中心、復健中心、日間照顧中心。那我其實自己做在宅醫療，我有門診醫療、訪診醫療、住院醫療。這三種醫療服務是全方位為整個社區範圍患者提供守護。裡面也有跨專業多職種的聯繫。

其實像這樣的服務提供模式，在日本的診療所的比例裡面是高的，這可能也是跟照顧保險的開放有關，很多醫療院所的醫師，除了有醫院、有診療所以外，還有開始從事養護中心、護理之家、照顧福利相關的事業，那我們沒有辦法自我本位，必須要以個案患者為中心，在社區的照顧網絡裡面我們自我連結以外，也要去跟其他的事業體合作提供，才有辦法去提供 24 小的在宅醫療與居家服務，很多日本的診療所都是與多職種、多事業體一起合作來完成在宅醫療的服務提供。



以三種診療型態來實踐區域醫療 訪視⇔門診⇔住院 提供不間斷的醫療



- 跨專業多職種的醫療合作
- 2名專職社工
- 在組織內的居家護理站
- 診療所鄰近同時擁有多間的照護機構

平均而言，門診診療、在宅診療由 4 名專職醫師與 7 名兼職醫師輪班，門診診療一天 170 人，周一~周六上下午由 2~6 團隊前往在宅診療。團隊由醫師、護理師、司機所組成，在宅診療半天內約可訪視 5~7 件，也到機構進行診療，一次大約可進行 10 人左右。

八、 醫師與介護保險的關係

在宅醫生必須寫醫生意見書來決定照顧保險的需照顧程度，並且透過照顧管理人員委託，必須在照顧保險服務調整會議上陳述意見，並於訪視時進行使用者在療養生活上的指導，並把內容以文書的方式交給照顧管理人員。

九、 日本高齡社會的醫療模式轉變與結語

將過去只著重治癒(Cure)的治療方針，改朝向良好品質的照顧(Care)來著手，從醫院回到社區裡面支援患者過著符合人性生活的醫療提供者，所以不是依照數據的服務提供，而是支持生活。

從上面的內容可以看出，在宅醫療可以確實減少住院病人家屬在醫院與住家

「2012 銀髮產業無限可能：照顧保險及其醫療保險服務的連結與整合的可能性-以日本經驗為例」專講暨座談會活動紀實(續)

之間的奔波、讓病人和家屬有較多相處的時間、病人享有較多的自主權和自由的空間、降低國家、社會和病人醫療費用的負擔，並且完成病人在家中家屬環繞死亡的心願等好處。

場次四：為何醫療照護與照顧工作需要整合?

講者：王榮德 教授（成功大學公共衛生研究所
講座教授）

一、 家屬的感想

我父親已經九十歲了，他有八十九年都很平安，但是發生跌倒，就變成張醫師的病人。當時跌倒的時候，因為撞到臉部的骨頭有問題，然後長期臥床。

其實這個長照工作是跟我們服務病人的工作一樣，非常高貴。長照服務員也跟其它醫護人員一樣，有可能被感染，只是長照人員裡面很多都是外籍看護工的時候，大家好像就不是那樣子的重視，這個是我覺得我們台灣的社會要改變的。



二、 長期照護服務員之辛苦與風險

- (一) 有被感染之虞且易骨骼肌肉受傷
- (二) 家屬之期望高，但病人年紀大，通常越來越走下坡
- (三) 常需 24 小時服務
- (四) 體力要好
- (五) 隨時可入眠

三、 長期照護問題

- (一) 長期照護病人佔用急性病床，使得需要急性醫療資源者反而無床可用
- (二) 長期照護業務分屬社會福利與衛生行政體系，使得照護工作斷層：很快又回來住院或急診或加護病房
- (三) 居家與社區服務缺人缺資源，需求量之推估
- (四) 醫療模式與生活模式需要整合

四、 醫療及生活模式照護如何啟動整合？

- (一) 以病人為中心
- (二) 全面性
- (三) 持續性
- (四) 鼓勵長照工作者在病人出院前即至少一次到院內與照護團隊交接
- (五) 出院後院內職治師或護理師至少一次到病人家中訪視，改善各種功能並防跌。
- (六) 藥物使用之順服性適當性

五、 中風與洗腎者各種長照需求量之估計

	Years with no disability (totally independent)	Years with partial disability (partially independent)	Years with severe disability (totally dependent)
Health adjusted life expectancy (years) (SE)	7.20(0.42)	3.57 (0.35)	0.64 (0.13)

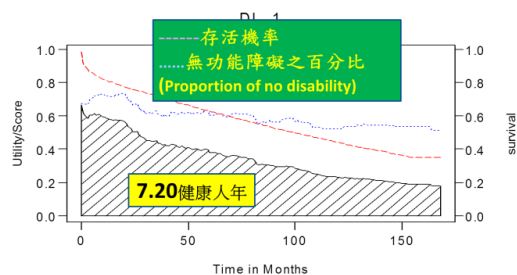
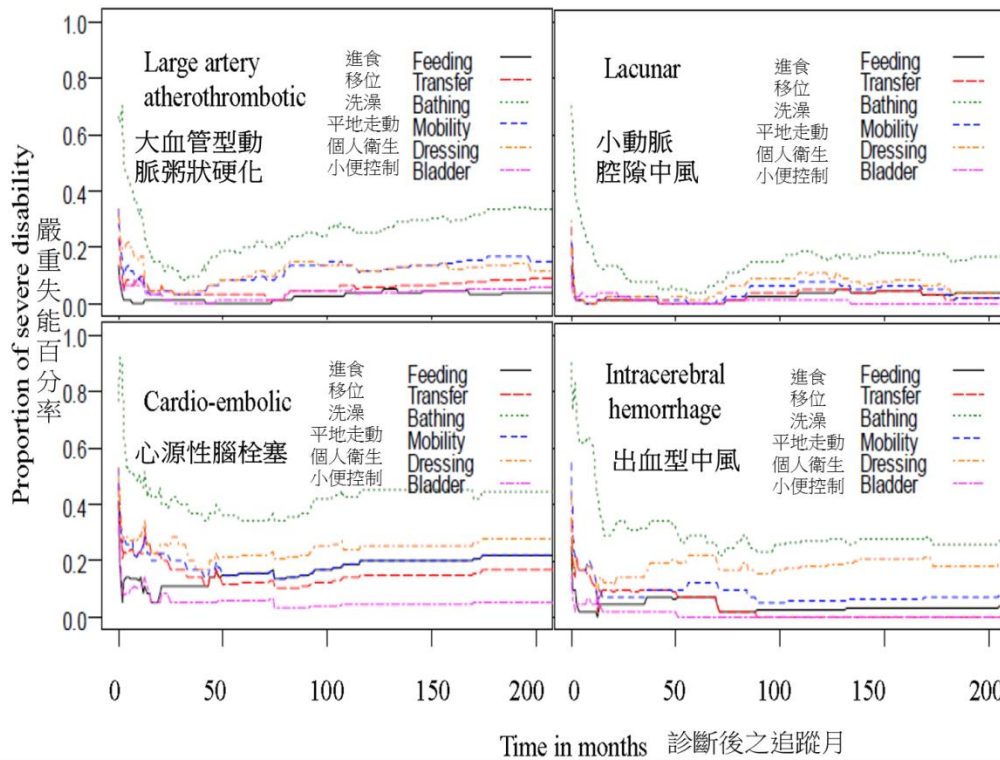


Figure 1. Estimation of life-years without functional disability in stroke patients (Sum of area under curve) 中風病人之調整健康狀況後的預期壽命(無失能)

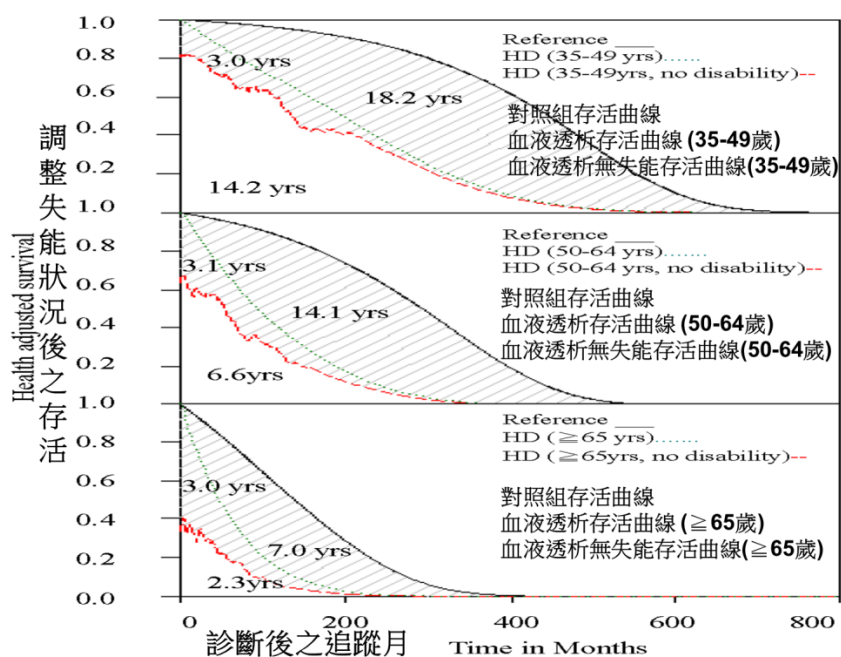
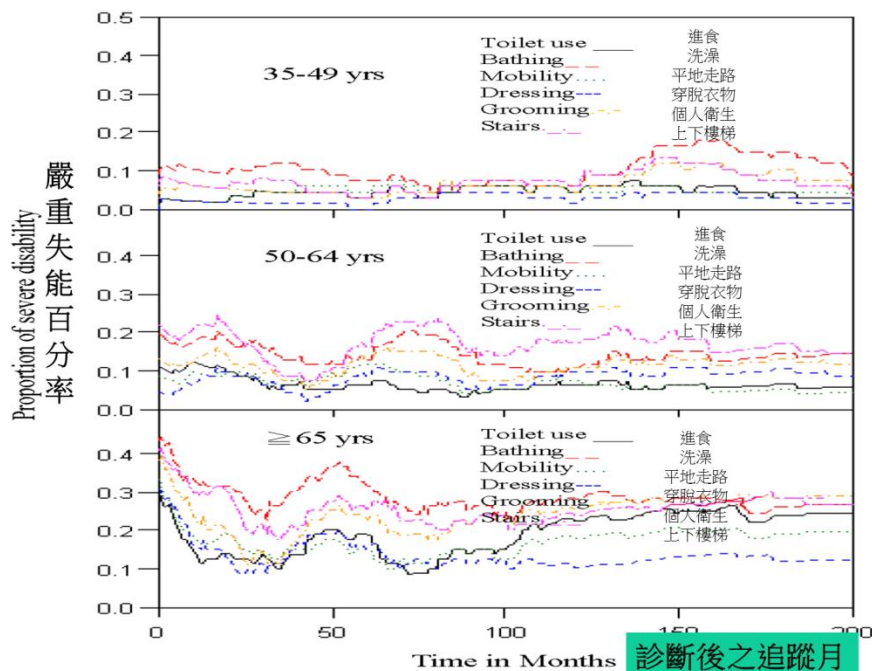
長照的需求量有多少怎麼估計呢？我們是用台大醫院 1995 年至今的腦中風登錄系統，然後在台大醫院收案的中風門診跟復健病房，收腦中風患者，然後用巴氏量表來量，因為我們要看他的存活函數，存活函數就是紅紅的這一條，我們就有辦法估計到他終身的存活函數，另一條藍色的線，是指沒有功能障礙的百分比，就是他的巴氏量表是 100 分的。

這二條每一點都相乘的就是他沒有功能障礙的人員，我們很快推估就知道一個中風的病人大致上他活得時間大概差不多 11 年，11 年裡面 0.64 年他是巴氏量表 50 分以下，就是 45 分、50 分以下，巴氏量表 50-59 分大概差不多 3.7 年，其實意思就是說大部分只要部分時間照顧就可以了，所以意思就是說他需要什麼樣的服務，他完全可以自由行動、沒有功能障礙大概是 7.2 年。

需要什麼服務，我們按時間分類，大家看到的綠色最多最高的就是四種疾病，四種中風的形式，就是出血型中風、那這就是大血管型動脈粥狀硬化，比較嚴重的是心源型腦栓塞，大家看到最高比例、他需要人家服務的是洗澡，這個是不同的服務方式的需要量，那麼隨著中風以後從 0 開始，第 50 個月、第 100 個月的它的百分比的需要量，每個曲線乘以它的存活函數，你就知道一個中風的病人他需要人家給他洗澡大概有多少時間，大概這樣計量。



另外一項我們分析成大醫院相關的透析中心蒐集的 1200 位個案，我們看見年紀輕需要照顧服務大約佔 10%或 10 以下，隨著時間越長的時候增加，年紀大了，那麼 50 到 64 歲大概差不多 10 到 20%以下，不同的上下樓梯，穿衣，65 歲一開始大概可以看到洗腎的病人，他需要人家幫忙的，大概一開始就很高，我們可以更細緻來分析了解老人的話，原來的我們有辦法計量洗腎病人的存活函數。綠色的點點是存活函數，那麼這個紅色跟綠色之間的面積就是他失能的時間，意思就是說洗腎的病人不管他差不多 35 歲以上，有 3 年之久他大概都會需要別人來照顧，這個就是長照服務，這三個年齡層都相同。



六、 未來的建議

- (一) 醫療及生活模式制度的整合，使得工作能整合
- (二) 各種評估量表的整合入電子病歷
- (三) 巴氏量表
- (四) 工具性日常生活量表 (IADL) 及各種功能量表

- (五) 使用生活品質及存活壽命來評估成本效果
- (六) 存活情形(Survival function)
- (七) 生活品質(quality of life)—WHOQOL-BREF
- (八) 發展能自我學習的電腦系統來促進成本效果

七、 哪些事可以立即做？

- (一) 對照顧服務員的尊重與服務訓練
- (二) 感激、鼓勵、掌聲、專業之提昇
- (三) 對長期照護保險制度面
- (四) 醫療及生活模式之整合與跨專業了解、溝通
- (五) 需求量之推估與預防工作之儘早推動
- (六) 財源之籌措
- (七) 機構式照護之軟硬體提昇
- (八) 資訊系統(包括結構式電子病歷)之建立

場次五：綜合座談-因應未來長照保險實施對台灣之影響

與談人（依姓氏筆畫）：

王榮德（成功大學公共衛生研究所講座教授）、吳玉琴（中華民國老人福利推動聯盟秘書長）、李世代（台北護理



<http://www.iog.ncku.edu.tw/riki/riki.php?id=TGF1>

「2012 銀髮產業無限可能：照顧保險及其醫療保險服務的連結與整合的可能性-以日本經驗為例」專講暨座談會活動紀實(續)

健康大學長期照護研究所教授)、林金立(雲林縣老人福利保護協會理事長)
林敬良(台南市 YMCA 社福基金會執行長)、苛原 实(日本全國在宅照護協會會長)、張家銘(成功大學附設醫院老年科主任)、曹愛蘭(台南市社會局局長)、游如玉(台南市臨安老人養護中心主任)、劉立凡(成功大學老年學研究所副教授)、歐陽文貞(行政院衛生署嘉南療養院高年精神科主任)

吳玉琴秘書長：

很高興今天有這個機會聆聽苛原醫師在日本推動在宅醫療與照顧的整合，對台灣來講是很大的啟示，也希望台灣未來能夠朝向這種整合性而且是以老人主要的照顧模式。

接下來稍微整理一下台灣目前的一個狀況：根據衛生署 2011 年所做的長照初步調查，目前初步規劃是全人口的保險，總數大概是 76 萬，老人占 41 萬，2031 年會到 121 萬全人口的需求，老人就佔了 97 萬，所以老人長照需求數是快速在成長。中推估來看的話，一年的總經費約 667 億，政府要負擔的是 202 億，指的是如果依照健保的規劃，36%是由

	全人口數小計	65歲以上老人
2011年	67萬人	41萬人
2016年	78萬人	51萬人
2021年	88萬人	62萬人
2031年	121萬人	97萬人

資料來源：以衛生署2010年國民長期照護需要調查失能率，及以總建會「2010-2060年台灣人口推計」之中推計資料估算 2011年失能人數。

給付類別	服務項目
社區型服務	日(夜)間照顧
居家型服務	居家服務、居家護理、居家復健
機構型服務	給付重度失能，不給付膳食、住宿費用
照顧者支持服務	喘息服務、照護諮詢
其他服務	*輔具、居家無障礙空間修繕、交通接送 *經公告之服務

視付費意願、照護資源整備，得分階段實施

資料來源：第三章、2011年設置長期照護保險之規劃，發給於老人福利推動聯盟 2011/12/9居家服務單位暨專業人員 護理保險研討會。

政府來負擔的時候是 220 億，這大概是陳冲院長擔心的，因為比照健保的概念的話，政府要負擔 36%的規模，對政府來講，他覺得政府的財政負擔非常大，所以讓他在這個議題上有一點猶豫。

一、 台灣長照保險可能的影響

(一) 可能帶動的產業：

各項長照服務業的數量成長、長照輔具科技、資訊業、保險業、建築業、室內裝修業、交通業、教育訓練單位等。

(二) 創造就業機會：各項照顧人力需求大增：

照顧服務員、照顧管理人員、護理、社工、物理治療師、職能治療師、營養師……之專業人力需求增加；司機、行政人員需求增加。

二、 長照保險未來可能的因應

(一) 隨著台灣人口老化速度的加快，保險的財務壓力會逐漸加重，財務的穩健是一大挑戰。

(二) 預防失能或延緩失能的政策應優先。

(三) 給付的合理化，照顧產業係屬人力密集的產業，如何確保工作者有合理薪資，足以吸引人才進入照顧產業。

(四) 如何避免過去健保實施的供給創造需求情形(減少資源浪費)。

(五) 建置品質的監測與服務提供單位的評鑑機制。

三、 未來台灣銀髮產業可能的危機

台灣的老人人口成長速度這麼得快，一樣面對的是說雖然保險剛開始有錢，但是他面對的財務壓力一定是越來越重，跟現在的健保一樣，所以財物的穩健我想是一個很大的挑戰。目前衛生署規劃的長期照護保險草案，針對家庭照顧者給付現金，聘有外籍看護工者的家庭也可領取。

未來若長照保險提供現金給付，可能帶來的問題：

(一) 長照產業很難發展出來，大家都要現金。

(二) 現金給付將加重家庭照顧者的責任，特別是 女性照顧的角色；

(三) 現金給付在台灣的政治生態中容易被要求加碼，對財政負擔不利；

(四) 對由家人所提供之照顧服務品質不易監督。

台灣長照保險開辦若給付現金，不但國內照顧產業反而無法開展，因外籍看

「2012 銀髮產業無限可能：照顧保險及其醫療保險服務的連結與整合的可能性-以日本經驗為例」專講暨座談會活動紀實(續)

護工便宜、長時數工作，反而讓台灣長期照顧有全面「外籍看護工化」的危機。我們必須問的是以後我們老了以後，希望是外勞來照顧你嗎？台灣有沒有一個更好的照顧品質可被期待？尤其剛剛提到公共論述應該要經常出來說明跟建構我們的願景，台灣想提供一個怎麼樣的老人照顧品質？是一個有尊嚴，非常能夠快樂的生活在自己家中這樣的一個願景有沒有辦法達到，如果台灣走向是一個現金給付的國家，那麼我想，剛剛談到的產業發展就是歸零，全部走向外勞世界裡面去了，這是台灣長照產業最大的擔憂跟害怕，希望跟大家有在一起有一些討論。

高醫醫社所學生提問：

早上苛原醫師有提到團體家屋白天使用的時候，有一些社區居民來做晨操，醫師有提到說這個狀況可以讓社區對反對團體家屋的情況會減少，那為什麼社區居民會反對團體家屋設立？這是第一個問題，那第二個問題是說因為醫師跟一些日本的長照的有一些家屋，他有提到說現在在日本的介護保險一直在緊縮，所以很多醫師財務一直壓縮，不知道苛原醫師在這方面有什麼因應之道。

苛原醫師答覆：

居民之所以會反對團體家屋設立，因為對於失智症長輩的理解是有限的，你沒有辦法理解你為什麼好好的人，會突然間大叫，或者是好好的人，會突然間不禮貌的亂徘徊到我家裡面來，那失智症他主要的行為精神症狀、對於很多的認知沒有辦法做正確的認知做判斷，所以他才會有一些行為精神上的一些症狀，他才會對行為有一些不適當的出現，那這個部分就是會造成一些困擾，隨著教育訓練、和社區衛教的活動，一旦大家對於失智症的理解跟接納度高的時候，自然反對的聲音就會減少。

第二個有關財源緊縮的問題，苛原醫師本身有做機構，在這樣的困難裡面，其實真的對營運有非常大的影響，這不只我們，日本整體在面對大環境的困難中，其實是非常困難的。所以早上有講就是提高保費然後增加稅金，這樣的簡短方法

可以解決。

提問者 2：

請問長照若是要以保險業者下去介入的話，其優缺點為何呢？

吳玉琴秘書長答覆：

內政部和人民團體沒有非常支持長照以公司營利的形式介入，是因為這是由金管會跟工程會在主導，他們舉的例子還是舉日本，日本在推動介護保險前，他們是由非營利組織做這樣的服務，介護保險開辦之後，才由公司行號或是商業部門進來；換言之，只有介護保險界定好給付項目和給付水準，國家的財政跟國家的給付是可以被控制的，那各公司行號有可能開放營利部門進來競爭的時候，才不會說毫無控制。因為商業部門怎麼講都是想要來賺錢，可是現在大家都是「清貧族」，又清廉又貧窮，怎麼付得起錢來照顧老人，所以這是我們很憂慮的部分，但目前還沒有成功，還在討論。

在商業保險的那一塊，政府本來就鼓勵他們可以開辦，問題是民眾買得起買不起，第二個就是說目前商業保險這一塊就是說確實購買的人不多，它不像健康保險那樣子，其實壽險業者也會期待說有長照保險的開辦，他們可以增加大家來購買商業保險，這等於有點像健保保險的部分，就是長照保險不給付的部分，那我想要享有更好的服務品質的時候，可以透過商業保險填補這項不足，所以這個在壽險業界他們倒是有這共識，只是我們比較反對他們進來長照產業，特別是他想要進來是想要仿照這個比較是機構的部分，那一塊我們是比較是…跟各團體在反對這個部分。

金管會確實把它當作一項業務在思考，但是目前沒有這樣實際的動作，所以才會在宣示階段。基本上壽險業投入這一塊是創造一個新的競爭商業，這是無可厚非，但是不太可能整個主導，而是用附加的，我想德國跟日本都是這樣，政府先辦之後，公部門往外附加的財力由民間來加入，這個也是值得鼓勵的，這個促

進經濟繁榮，但這個我相信是少數。

提問者 3：

請問在座醫界菁英，從我們學生時代開始，就一直聽到去機構化，期待醫師專業與我們到社區共同服務，到宅醫療如果可以推行的話，相信這是非常好的經驗；不過現在無論是慢性病患、精神病患，通常要做很多的工作才能到他們到機構內見到各位醫師前輩，可不可以讓我知道我有多少的盼望，可以在我還沒退休之前與這個醫師團隊可以做到社區的、到宅共同服務？

與談人答覆：

各位我們的同仁，我個人認為，應該是會有盼望，如果在台灣社會裡面繼續發聲，就像方才前面所講，必須要有一些願景，然後做一些論述，然後之後做發聲，應該會看到。我可以舉一個例子，我個人這幾年來都有參與某個天主教醫療教育基金會的活動，我們每年都帶一群醫學系的學生到偏鄉地區去服務，像是去幫肺結核的病患洗澡，個案家裡可能很髒亂、有很多老鼠，或者是幫很髒很臭的人服務。他們還不是醫生，但就是去體會跟長照有關的個案。我們做了將盡快十年，當然我還是要很謙虛地說、或者沒把握的說，其實快慢很難講，但我覺得如果大家有比較多的盼望，現在新的世代裡面，大家越來越要求這個社會的每一份心，大家都能關心自己身邊的每個人的話，那我想或許再過十幾二十年就可以看到。謝謝。

林理事長：

這個問題一發問後，台上所有醫學大老個個如坐針氈，不過我替他們講個話，我有個經驗，我認識一個很棒的醫師，在這邊就不提他的名字，他會在診間教老人練氣功，如果這個老人家沒並只是氣不順、鬱卒、心情不好，他會告訴患者很

多解決的方法。我們雲林縣目前還沒有醫師醫療群，他後來跟我說，他被他們的長官做了一點小責備，你既然可以出去的話，為什麼不多看一點診，因為我們有壓力，醫院有經營的壓力，那我現在回到那個問題就是說：當我們要一個系統去服務促進的時候，我們不能只靠道德的去勸說，而必須要有系統地去支持，比如說我們健保的制度支付系統裡面，有一項強力支持醫師去做在宅醫療的政策，我想不用我們呼籲這個服務就會出現，就像現在政府要求我們做送餐服務，他說你做得很好，結果服務編列經費一天是 50 塊，他說你為什麼服務越做越少，可是他沒有說他的便當一個便當只編列 50 塊，所以在談專業服務時候，用心之後，後面系統的服務可能更重要。這個是我要說一點小小的補充，謝謝。

張家銘醫師：

回應這個問題，我是很認同錢的問題，剛剛林理事長講的這位醫師是我的學生，算是在我們這邊訓練第一個回去，他從在住院醫師的時候就一直有心要走老年醫學，但是有心做了這麼多，除了病人直接的回饋，當然團隊跟他一起去會得到很多好處，可是醫院沒有給他贊成還給他責任，所以他現在已經離開斗六。

從早上到現在我自己就在想，我也很希望去做在宅醫療，但是想了很多，一個人能做多少事情？要教學服務、研究、照顧病人、寫研究計畫等等，到底哪個是最重要的？所以想了很多，最後退而求其次，先從病房開始設立一些老人照顧的模型，從這裡去訓練一些人，讓他有這樣的概念的時候，如果他將來行有餘力可以開始往外走，當然我們自己偶爾還是會出診這個，不過出去看都是看居家照護的個案，並不是像日本的在宅醫療，所以這部分都還是完全空白。苛原醫師說他去訪診半天可以看五到七個病人，如果健保給付五到七千塊，這樣也還不錯，但如果只能看三個，健保當然不會給這些。所以今天講這麼多，但是沒有錢一切免談，說實話，但今天大家既然有心做在這邊聽這些，代表大家有期望，那我們大家在做各位我想在做各位都是很有心得，希望台灣更好，就像剛剛所講，有心

其實是可以繼續做下去。

與談人：

今天跟成大和台南市政府一起合作，把在宅醫療的概念引到台灣來，不過目前台灣中央衛生署的官員都還沒有這種概念，所以沒有政策和經費的支持，問在場的醫師們，大家都會非常挫折的，所以我們要能夠跟衛生署對話，邀請一些長官來做圓桌會議，如此健保制度才有辦法支持醫師走到社區、走到居家，問在座醫師都是制度不支持，他們走不下去。

王榮德教授：

公共衛生和職業病醫學的發展跟上面討論的方向有點類似，我們可以相互砥礪一下。三十年前台灣還沒有職業病的概念，後來我們開始把職業病一個一個找出來，找出來以後最重要就是要去工廠裡面幫它改善，這個就麻煩大一點，但是這個就是讓公共衛生制度建立的契機，公衛本來都是專科，現在逐漸變成系、所。這個發展跟現在長照面臨的問題有點類似，同樣就是沒有人付錢。所以我們後來只好陸續申請政府各項的補助計畫，早先是內政部的計畫，然後是勞委會，或是衛生署的計畫這樣子來慢慢做成。

剛才大家都有看到，其實制度是逐漸在改變，現在按衛生署規定如果有特殊，有重大危害的時候，要請醫師每個月去半天、去一天，這樣子這些工廠就開始編錢來聘請職業災害的醫師，這個是因為有給付，我們職業醫學目前已經有很大的改善，但是有今天的發展，是經過差不多三十年的時間，但總是有發生的一天。

劉立凡教授：

時間已經很晚了，很希望把今天的研討會拉回來銀髮產業。現在是過去跟未來的中間，如果看過去，其實我們政策已經做了很多，看未來我們確實還有很多沒有做，所以我在這裡也期許大家一起努力，政策制定過程有兩個重要力量，一

個是利益團體，第二個就是政治程序。希望台灣的每一個人在爭取自己的利益的時候，也想一想台灣整體的利益。長期照護市場追求共好是大家共同的目標的話，我們一定可以找出一個共通的模式，建立大家覺得最好的規則，所以在這裡期勉大家，相信大家都很辛苦，我們也跟大家一起努力，非常感謝大家一起來參加今天的研討會，如果大家從產業界來，還是繼續堅守你的崗位，謝謝！