

美夢初顯——

寫在台灣第一所「老人學研究所」 正式成立之後

◎ 韓良誠

多年以來，眼看著進入高齡化的台灣社會，早該被重視的老人問題，終於一件接一件漸漸浮上檯面，其實這些問題，甚至在開發中國家如中國，或已開發國家如日本（1972）、美國（1940）、英國（1935）及諸多歐洲國家，也都在1940年左右紛紛設立「老年學科」。這些國家在20多年前或60多年前就積極的在政府機構設立老人問題規劃小組，或在學術單位成立「老人醫學」、「高齡者醫學」、「老人學科」或「老人學研究所」，以便以「學術的力量」建議政府擬定政策，進而幫助弱勢的老人族群，使他們在「以青春歲月奉獻給家庭、社會、國家」之後，在年老體衰、無法自食其力時，能夠得到合理而實際有效的幫助，而以擁有「尊嚴」、「健康」、「免於恐懼」的最起碼的人權，平靜的安度晚年，這是家庭以及社會的責任，更是大有為的政府應有的作為。

反觀台灣，雖然在1999年在內政部社會司成立「老人福利促進委員會」，也在2003年在國衛院成立「老年醫學組」，此後各署立醫院紛紛設立「老人科門診」，榮民總醫院也在2006年創設「高齡醫學中心」，以及台大醫院於同年成立「老人醫學部」，但似乎都欠缺以整體性的「老人學」的角度，規劃諸多複雜的老人問題，以及培育專精於老人問題的研究人才。

我個人因為在小學時就一直想當「醫生」，而我的童年、青壯期，也確實在三代同堂的生活環境中，或在家父的行醫生活中，觀察並體會年老之後的種種無奈、不便與需求，但最重要的是，進入我自行行醫的第二階段「自修、進修與籌設台南第一家加護病房時期」之後，在自己天天負責的加護病房住院病人中，感受到確實是以老年人居相當高的比例，如1981-1996在這15年間，65歲以上老人就佔52.08%。（老人人口所佔比例由1981的4.4%增加到1996的7.9%，而15年的總平均是6.08%，也就是6.08%人口占加護病房病人的52.08%，）我於是開始收集老人醫學有關的書籍、期刊（國外），以便對65歲以上的老年病人，他們的疾病、致病機轉、病理學、生理學、藥理學進而對老人心理、社會、政治、經濟等知



識有更深一層的了解。但問題是：不但資料欠缺，當時也無法上網查國外資料，更不用說是國內的。碰到問題時，更是除了靠自己之外，也沒有正式的「老人醫學專科教師」可以請教。我深深覺得我「不配」，也「不該」如此繼續診治並且面對那些把病痛，甚至生命都完全「交給我」、「信任我」的老年病人及其家屬。於是經過一番「掙扎」，毅然決然的放下門庭若市的門診病人以及住院病人，於1990年把成大黃崑巖院長以及台大陳定信教授（當時尚未當院長）強力的推荐信函，委託在夏威夷行醫的七弟的轉介，終於得到夏大老人醫學科主任（Dr.Blanchette）表示願意「有條件」的收我為 visiting fellow，開始了我決心成為老人醫學醫師的第一步。

也許是 Dr.Blanchette 在哈佛醫學院嚴格的老人醫學訓練背景使然，她給我的第一封信的第一個要求是：一定要先把老人醫學的 Textbook—Clinical Aspects of Aging, William Reichel M.D. Editor. 好好閱讀，我到達的第一天她要親自給我口試。事後想來，也許我是基層開業醫師的關係罷，說實在的，這對離開校門整整30年，在第一線天天忙於照顧病人的我來說，是相當大的挑戰。所幸當時基於對病人的負責，以及對老人醫學的重視與熱愛，我自己定下進度表，一頁一頁的把這本老人醫學教科書重複看完，以「挑戰自己的能耐」、「躍躍欲試」、「不計成敗」…等複雜的心情，於1990暑假之後，開學前，我接受了夏大老人醫學科主任的評估，順利正式成為夏大老人醫學科的 visiting fellow。（在夏大的整個經過，請參閱景福醫訊第七卷第八期「赴美進修老人醫學有感」）。

也許是我在夏大表現還算不差，在我回國之後，申請成大醫學院的兼任副教授時，Dr.Blanchette 寫給黃崑巖院長的推薦函中特別提到：如果當時我願意留在夏大，她願意收我為該科教員（faculty），這也許是我通過兼任教職有力的佐證罷。

回國後 Dr.Blanchette 基於對我的期許，又建議我應該申請當 Harvard Medical school 老人醫學科的 visiting fellow，去「開開眼界」。這次我就透過自哈大學成歸國的郭育良教授，以及在哈大工作並且與哈大關係非常良好，又是如黃崑巖教授所言，「九請十請」（正式台語講法是「七請八請」），好不容易才能請來成大任教的蘇惠貞教授聯絡、推薦，於1993年再度有機會在世界一流大學的一流老人醫學科，進修老人醫學。（詳情請參閱景福醫訊第11卷第5期「從台南轉內科到哈佛醫學中心」。）更讓我自覺欣慰的是，最後經過一連串的意外，還喜出望外地，得到一張「無價之寶」的證書，上面寫著：

Liang-Cheng Hahn, MD., Ph.D. has successfully completed a faculty training module at the Harvard New England Geriatric Education Center.

此後，在我個人的生涯規劃中，本來想在 1996 年，前往日本的京都大學老人醫學科，再度進修東方國家醫學中心的老人醫學相關情形，因為西方國家的文化與東方者有別，我們需要建立適合自己的老人醫療與照護，但最後因家庭以及個人的，「不可抗拒的原因」而作罷。不過多年來我始終沒有忘記，想對台灣老人給與最起碼的關心與照顧，這股力量終於在我心中慢慢形成了在自己的家鄉——台灣——成立「老人學研究所」美夢的追求。

記得我在醫學院六年級時，上完眼科學的最後一堂課之後，楊燕飛教授講過一段話，使我行醫近 50 年中，享用不盡，而這一段話也間接的促成了「老人學研究所」的成立。他說：「如果你們將來不當眼科醫師，我過去兩年教過你們的眼科疾病，都可以忘掉，但是唯獨希望，不要把青光眼，尤其是急性青光眼忘掉」。當時說實在的，年輕氣盛的我，非常的納悶：兩年的眼科學上課，加上考試與實習，不都糟頭、白費了？……但是這個想法，隨著臨床經驗的累積與年齡的增長，我漸漸的深深體會，老師講上述一段話的用意所在。在眼科以外的臨床醫師，尤其是內科醫師，青光眼是隨時會碰到，但又不像其他的眼科急性或慢性疾病，會使內科醫師隨時很容易去聯想：「這是眼睛出了毛病」。因此就常常被忽略而當成神經系統、心血管甚至是精神方面的疾病而忽略早期診斷。「漸進的，慢性無痛的視力減弱，甚至失明」在老年青光眼病人中大約佔 85%，而這一部份病人，常被病人自己，甚至醫師當成單純的老化而不去注意。但是更不應該，也更可惜的是，如果是急性青光眼，其症狀則是會引起頭痛、嘔吐、眼球漲痛、瞳孔擴大、角膜混濁、結膜充血……，這些比較明顯又比較容易診斷的急性青光眼，如果不立即處理，則會導致失明，但只要立即處理，則病人會有截然不同的預後，有時也會因為醫師對急性青光眼沒有警戒心，甚至有不少內科醫師，手中不帶手電筒，理學檢查不看眼睛，而沒有被發覺，以致病人失去視力，這是很可惜，也是應該可以避免的。最近在 XX 醫院的急診部，就有一位 85 歲的老婦人，在看過基層醫師，頭痛還是持續，因而轉到另一醫院急診部來。到院後八個鐘頭之內，她一直被當成高血壓性的頭痛接受治療。在查房時我看出「不對」，而診斷為「急性青光眼引起的頭痛」，並立刻請眼科醫師診治，因而得到「頭痛」即時的緩解。這位老病人，在感激之餘，交待女兒一定要送禮物給「下正確診斷的那位醫師」——我過去的經驗則是：病人會比眼科醫師更感激內科醫師。我知道之後，不但嚴詞拒絕，並且近乎威脅的說：「如



果你送禮物來，我以後就不會看你媽媽的病了」。不料這位家屬卻很誠懇的進一步對我說：「那我能不能『do you a favor』，我是某某人的秘書」。「……」。我沉思片刻，立刻想到何不把我心中多年以來對台灣老人一向所受的「不公平」待遇的不滿與擔心告訴她，並且希望謀求解決之道，因此我就乘這個機會告訴她：「多年以來我有一個夢，希望台灣的老人可以活得更好、更健康、更有尊嚴，不但老人的疾病可以得到合理的醫療，在生活上也能得到政府與民間，對老人應有的、更妥善的關心與實際的照顧，而這些措施，都需要有來自學術的力量為後盾。因此，我希望能在成功大學成立『老人學研究所』。這個想法，我希望有機會讓教育部長知道，你能不能安排我見部長？」，想不到她立刻答應：「沒問題」。於是透過她的努力，我這個「小市民」，終於有機會能和部長正式見面。見面之前，我為了把握這個千載難逢的機會，事先請教過教育部醫學教育委員會委員賴其萬教授與黃崑巖教授，也找了內科部林錫璋主任，以及已決定終生從事「老年醫學」的吳易謙總醫師，我們三個人共同寫了一篇「成立本土老年學研究中心之迫切性」帶去送給部長。當然，我也以成功大學諮議委員的身份，事先向高強校長報備，得到他的首肯，也充份告知宋瑞珍院長我的想法和作法。宋副校長雖然知道這是「極度困難，近乎不可能，除非直接得到總統阿扁點頭同意。」，但是他還是鼓勵我「姑且一試」。於是在7月5日，林主任、蔡祕書，我的多年好友、前國策顧問黃崑虎先生和我，一起見了部長。

杜部長不但撥出約30分鐘時間，詳細聆聽我們的說明，也交待高教司副司長黃雯玲，再和我們就成立研究所之可行性之相關事宜，進一步交換意見，並擇日給部長報告。

我們在等待教育部長回音之前的8月1日，宋院長也在醫學院召開成立老人學研究所相關會議，並且出乎我預料的，宋院長為了促使事情儘速順利推動，當場答應公衛的許甘霖助理教授要加聘一位秘書，儘早寫成，「國立成功大學申請老人學研究所計畫書」，以便呈送教育部。在漫長的等待「佳音」的過程中，我也曾兩次接到教育部有關「研商推動老人學相關教育研究議題及因應策略」的開會通知。記得開會時，主持人鄭乃文督學，在聽完林主任、許老師和我充分的解釋之後，了解到成立「老人學研究所」的重要，因而也善意的催我們儘速的送計畫書給教育部。不過，很可惜的是在往後的日子裡，因為「核給員額之有無」相當重要，但也相當的困擾，因而經過多次「成立與不擬成立」之間多方考量、轉折與折騰之後，終於在10月3日得到教育部來函。但是，讓我們失望的是，只同意「成立老人學研究



所」並未提招收人數及提供員額事宜。我們當然充分了解，政府在推動各項措施時龐大的經費之考量，但是我們還是一而再、再而三的，極力想盡各種可行的辦法供教育部參考，並且強調成立「老人學研究所」乃是目前台灣刻不容緩的極重要的教育工作。其間也請宋副校長以及賴清德立委，在百忙中抽空和我們一起赴教育部拜見部長。

上天不負苦心人，最後，於 12 月 8 日終於得到部長答應給研究所參個教員員額，另核給招生名額 15 名的承諾。我們帶著這個幾乎是從「天上掉下來的禮物」，非常高興的返回台南。第二天我立刻「飛奔」晉見高強校長，希望校長在卸任之前，能給這個只有三個員額的研究所，再注入三個新的「活力教員員額」。高校長經過一個多星期審慎、周詳的研判之後，終於真的再加上三個教員員額，使這個研究所得以六個教員員額，開始規劃往後的招生以及發展的藍圖。

對於我這個從未做過「行政工作」，尤其是在「高等教育」中成立台灣「第一所新的老人學研究所」工作，這件浩大的工程，如果不是高校長睿智的判斷，宋副校長鼎力提供策略和實際行動上的幫助，教育部醫學教育委員賴其萬教授、黃崑巖教授從旁協助，賴清德醫師立委對老人的關心和通時的提供服務，蔡秘書和黃崑虎前國策顧問的穿針引線，以及林錫璋主任和許甘霖老師的不辭辛勞、不計成敗、全心全力的投入，更重要的是杜部長有立刻抓住「問題的核心價值」的能力，這個研究所將是遙遙無期的。本人謹以此文對上述賢達們表示我有生以來最誠摯的敬意與感恩，因為我深信，這個研究所一定可以發揮她應該扮演的「學術力量」，培育更多台灣將來「老人學」的研究人才，也衷心的祝福台灣的老人，將來能有機會過更健康、更平靜、更富人性的晚年生活。

後記

1. 為了提昇老人疾病的醫療品質，並配合研究所的工作，成大醫院內科部在林錫璋主任的規劃下，於 Sept.1, 2006 在 7C 病房成立 12 床的老人病房，並讓筆者每週一次主持「期刊閱讀」，並做兩次的「教學理診」。
2. 第一屆研究生招生工作，已於四月底結束，由 148 名報名考生中，經過筆試與口試，已錄取了 15 名且全數報到。
3. 第一屆師資招募四個領域——公衛、社會科學、規劃與設計及老人醫學，共有 21 人應徵。