

# 長照的現況與整合

## 高雄市醫師公會長照研討小組

**我**國長期照顧相關政策發展起於1980年代，在此之前皆倚靠家庭與民間服務力量提供老人照顧和長期照顧之服務，當時大多為未立案之機構式安養中心，整體社會長期照顧資源甚少。隨著醫療科技進步，國人平均餘命增加，人口老化趨勢逐漸加速，社會進入高齡化和少子化，家庭照顧功能逐漸式微；疾病慢性化，老人失能和失智風險增加，造成經濟困境和家人身心與生活壓力沉重。

人口老化帶來家庭與社會的衝擊，促使加強重視老人與長期照顧相關政策，並分別從不同的行政體系，研究發展規劃長期照顧政策，回應人口老化之需求。長照提供適當的協助，提高生活品質，容易取得相關的資源，減輕家庭壓力與負擔。

### 長照2.0的現況

#### 長照 2.0 總目標

(一) 建立優質、平價、普及的長期照顧服務體系，發揮社區主義精神，讓失能的國民可以獲得基本服務，在自己熟悉的環境

安心享受老年生活，減輕家庭照顧負擔。

- (二) 實現在地老化，提供從支持家庭、居家、社區到機構式照顧的多元連續服務，普及照顧服務體系，建立關懷社區，期能提升失能者與照顧者之生活品質。
- (三) 向前端優化初級預防功能，銜接預防保健、活力老化、減緩失能，促進老人健康福祉，提升生活品質。
- (四) 向後端提供多目標社區式支持服務，銜接在宅臨終安寧照顧，減輕家屬照顧壓力，減少長期照顧負擔。

#### 長照 2.0 實施策略

- (一) 建立以服務使用者為中心的服務體系—整合衛生、社會福利、退輔等部門，排除部門各自為政的弊端。
- (二) 培訓以社區為基礎的健康與長期照顧團隊—向前銜接預防失能、向後發展在宅臨終安寧照顧，以期壓縮失能期間，減少長期

照顧需求。

- (三) 發展以社區為基礎的整合型服務中心－以在地化原則，提供失能者綜合照顧服務，並藉由友善 APP 資訊系統及交通服務，降低服務使用障礙。
- (四) 提高服務補助效能與彈性－鬆綁服務提供之限制，擴大服務範圍、增加新型服務模式、提高服務時數，以滿足失能老人與身心障礙者的長期照顧需求。
- (五) 鼓勵服務資源發展因地制宜與創新－透過專案新型計畫鼓勵發展創新型整合式服務模式，並因地制宜推動維繫原住民族文

化與地方特色之照顧服務模式。

- (六) 開創照顧服務人力資源職涯發展策略－透過多元招募管道、提高勞動薪資與升遷管道，將年輕世代、新移民女性、中高齡勞動人口納入，落實年輕化與多元化目標。
- (七) 健全縣市政府照顧管理中心組織定位與職權－補足照顧管理專員與督導員額，降低照顧管理專員個案量，進行照顧管理專員職務分析，建立照顧管理專員訓練與督導體系，俾利建立專業照顧管理制度。
- (八) 增強地方政府發展資源之能量－

## 長照2.0特色

### 服務項目：彈性、擴大、創新、整合與延伸

• 彈性與擴大	• 創新與整合	• 延伸
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 長照十年計畫8大類服務項目「彈性與擴大」</li> <li>1. 照顧服務擴大                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 對象擴大至衰弱(frailty)對象、50歲以上失智症患者、49歲以下失能身心障礙者</li> <li>- 調整服務補助金額</li> </ul> </li> <li>2. 交通接送                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 補助社區整合型服務中心車輛、司機與維護費用，在小區域內定時巡迴</li> <li>- 考量各縣市幅員差異，規劃分級補助機制；並有鑑於原鄉與偏遠地區交通成本，提供加成補助。</li> </ul> </li> <li>3. 長期照顧機構服務                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 提高中低收入公費老人安置機構費用</li> <li>- 提升機構服務品質</li> <li>- 擴大機構服務使用者安置費用之補助對象</li> </ul> </li> <li>4. 喘息服務                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 服務場域拓及日間照顧中心</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 推廣試辦計畫</li> <li>1. 失智症照顧服務</li> <li>2. 原住民族地區社區整合型服務</li> <li>3. 小規模多機能服務</li> <li>4. 家庭照顧者支持服務據點</li> <li>■ 創新服務(將退輔體系及身障者納入)</li> <li>1. 成立社區整合型服務中心、複合型服務中心與巷弄長照站</li> <li>2. 社區預防性照顧                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 強化社區關懷據點功能並拓展據點</li> <li>- 對象：納入衰弱者</li> <li>- 項目：預防失能或延緩失能的健康促進服務</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 服務往「前」與往「後」延伸</li> <li>1. 預防或延緩失能之服務</li> <li>2. 延伸至出院準備服務                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 照顧管理專員無縫評估</li> </ul> </li> <li>3. 銜接居家醫療                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 一般居家照護</li> <li>- 安寧居家療護</li> </ul> </li> </ul>

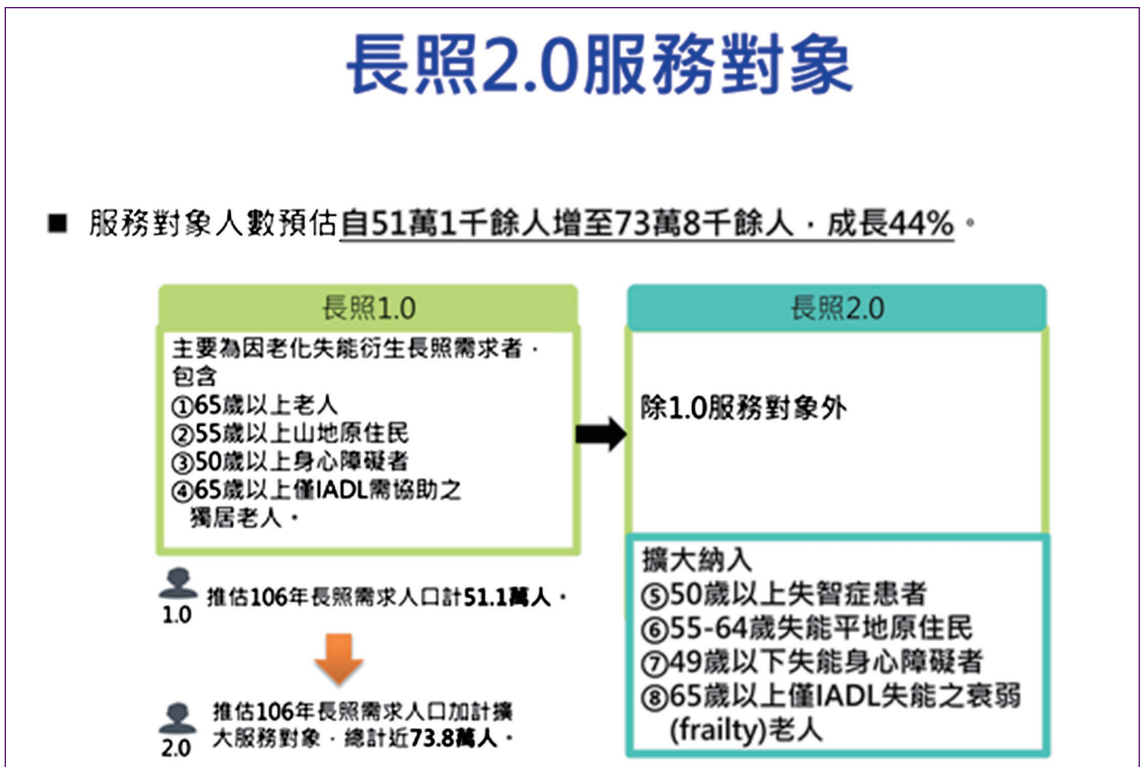
縣市應推估鄉鎮市區需求人口分布，盤點鄉鎮市區長期照顧資源，釋出在地可用公共空間。定期分析各縣市鄉鎮市區長期照顧服務需求、服務發展以及使用狀況。透過資源發展策略縮短照顧需求與服務供給之落差，與地方政府共享，作為研擬資源發展與普及之依據。

- (九) 強化照顧管理資料庫系統—分析與掌握全國各區域長期照顧需求與服務供需落差，與地方政府共享，作為研擬資源發展與普及之依據。
- (十) 建立中央政府管理與研發系統—

落實行政院跨部會長期照顧推動小組之權責。成立國家級研究中心，發揮管理與研發功能，以供政策修正與調整之依據。

### 長照的服務對象

首先回顧長期照顧的定義，在過去的相關文獻中，對於長照的界定較常被採用的是 Kane&Kane(1987) 的定義：長照乃指對身心功能障礙者，在一段長時間內，提供一套包括長期性的醫療、護理、個人與社會支持的照顧；其目的在促進或維持身體功能，增進獨立自主的正常生活能力，而



Weissert(1991) 則更廣義地定義長照之服務對象包含所有年齡組之人口，罹患慢性病及身心障礙者均為其服務對象，且此服務可在機構、非機構及家庭中提供 (吳等，1998)。

整體而言，長期照顧是提供給需要協助的個人 (因身體或心智失能) 予多元性的、持續性的健康及社會服務；服務可能是在機構裡，護理之家或社區之中提供，且包括由家人或朋友提供的非正式服務，以及由專業人員或機構所提供的正式服務。

對於長期照顧的需求，通常以下列三類功能損傷程度做為評估依據：

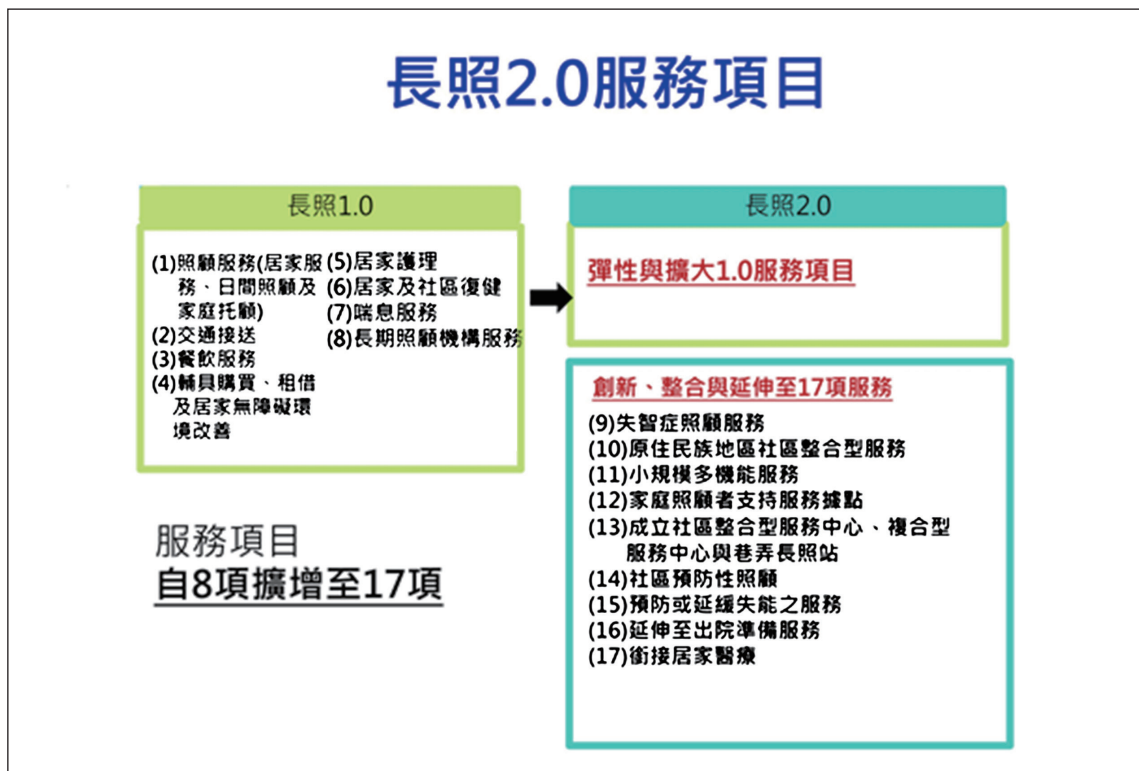
1、日常生活活動功能 (Activities of

Daily Living,ADLs)，如進食、移位、室內走動、穿衣、洗澡、上廁所等。

2、工具性日常生活活動功能 (Instrumental Activities of Daily Living, IADLs)，如做家事、清洗、烹飪、洗衣、購物、理財、室外行動等。

3、心智功能。

總括來說，吃飯、上下床、更換衣服、上廁所、洗澡、室內外走動等日常生活功能，或是煮飯、打掃、洗衣服等工具性日常生活活動功能受損，以及認知功能障礙等，以致需要由他人提供照顧服務者，都是長照的對象。



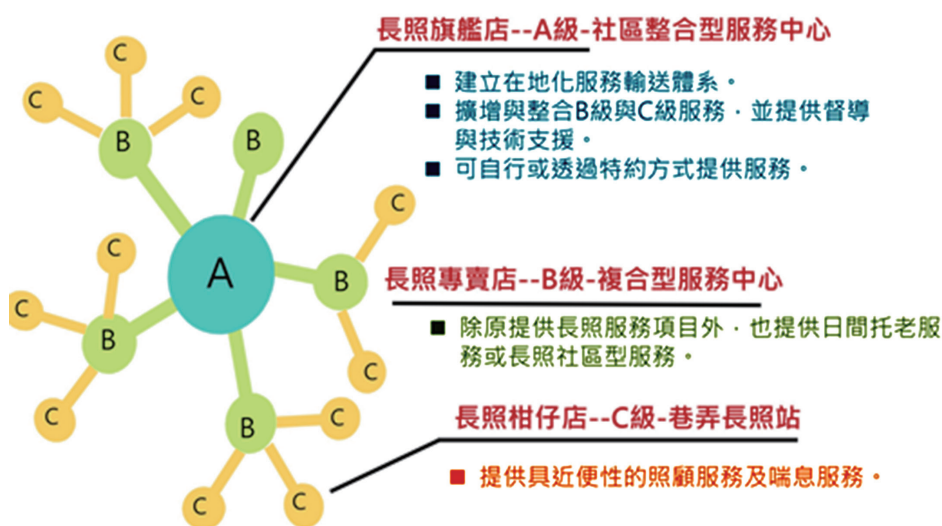


## 長照 2.0 服務體系之建構

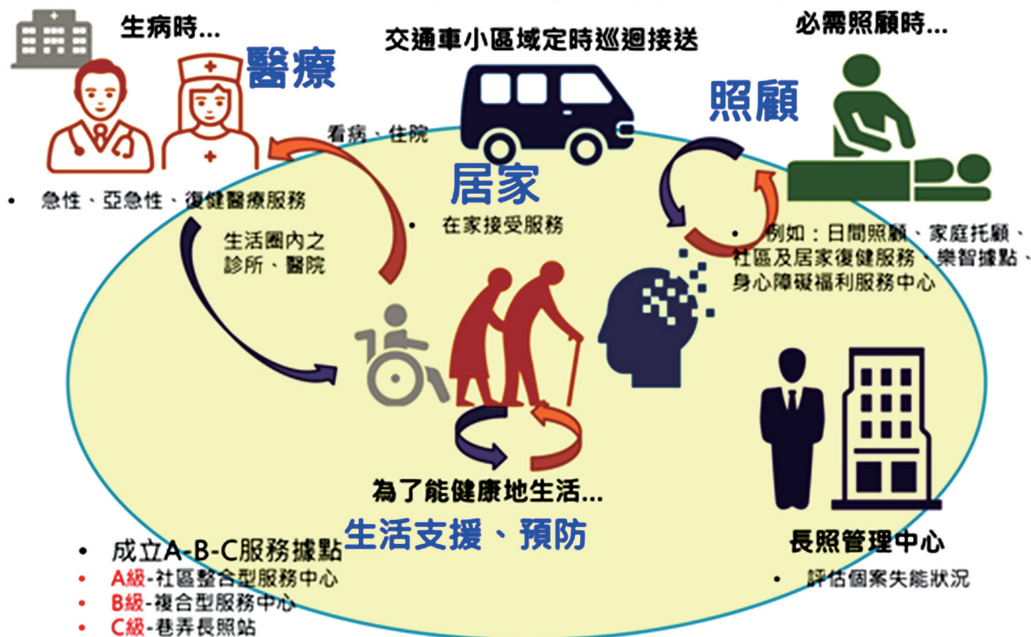
## A-B-C 服務點規劃

	A 級 社區整合型服務中心	B 級 複合型日間服務中心	C 級 巷弄長照站
功能	擴增與整合現有服務內容 提供「套裝式」服務	提供複合型長照服務或日間托老服務。	提供具近便性的照顧服務及喘息服務
對象	長照十年計畫 2.0 服務對象	長照十年計畫 2.0 服務對象	長照十年計畫 2.0 服務對象
可辦理單位	長期照顧服務單位 提供日間照顧及居家服務	長期照顧服務單位 提供複合型長照服務或日間托老服務	- 長期照顧服務單位 - 社區照顧關懷據點 - 社區發展協會 - 村(里)辦公室 - 老人服務中心 - 樂智據點 - 瑞智互助家庭
配置人力	行政督導 *1 組成社區健康照顧團隊： 由護理師、社工員、個案管理專員及照顧服務員組成。 由醫師、護理師、物理治療師、職能治療師、營養師、社工員及照顧服務員等人組成。	社會工作人員 *1 照顧服務員 *1 特約物理治療、職能治療師	照顧服務員 *1
服務內容	於一定區域內建立在地化服務輸送體系，提供 B 級與 C 級督導與技術支援，任務包括：社區結盟、個案開發、服務輸送、人力資源培植。 提供下列服務： 提供日間照顧、居家服務 2 項服務，並以跨域結盟或特約方式提供營養餐飲、居家護理、居家/社區復健、喘息服務、輔具服務等至少 2 項以上服務。 透過社區巡迴車定時接送與隨車照服員，協助服務對象使用各項照顧資源。	於固定區域內提供在地化照顧服務，除原提供長照服務項目外，也提供日間托老服務或長照社區型服務，如日間照顧、社區復健、營養餐飲服務等。 提供下列服務： 預防失能服務、輕度失能復健、社區失智症照顧服務、營養餐飲服務、喘息服務、諮詢服務等，至少 2 項服務。	於固定區域內充實初級預防照顧服務 提供就近社區活動場域 結合區域志工資源 提供下列服務： 短時數照顧服務或喘息服務(臨托服務) 營養餐飲服務(共餐或送餐) 預防失能或延緩失能惡化服務，如：肌力訓練、生活功能重建訓練、膳食營養、口腔保健等。
目標	每一鄉鎮市區至少設置一處為原則，並依區域人口數酌增設置。 規劃設置 469 處。	每一個國中學區設置 1 處。 規劃設置 829 處。	每 3 個村里設置 1 處。 規劃設置 2,529 處。

## 推動社區整體照顧模式 成立社區整合型服務中心



## 社區整體照顧模式的運作



綜觀「長期照顧十年計劃 2.0」的規劃和發展，試圖擺脫長照 1.0 的困境，可是理想總只是理想，雖然很用心和努力，終將面臨過去十年長照 1.0 的困境，尤其在長照 2.0 中，刻意把醫療照顧體系切割出來，使長期照護和醫療照顧體系各自獨立平行發展。

根據歐美日韓甚至中國大陸的經驗，清楚的指出，整合醫療照顧、長期照顧和生活照顧是世界趨勢，共同努力的目標。為什麼我們的長照 2.0 只著力在長期照顧服務體系的生活層面，醫療人員參與的角色非常有限，而且是被動式的被安排。

醫療照護服務體系和長期照護服務體系，各自發展會造成以後的整合更形困難和資源的浪費。

## 長照2.0將面對的困境與挑戰

### 一、資源建置層面

1. 服務資源發展緩慢。
2. 各服務提供單位之間缺乏整合。
3. 服務體系欠缺向前的初級預防和向後延伸的在宅安寧照護之整合性規劃。

### 二、服務使用者層面

1. 服務項目缺乏彈性。

2. 服務可接近性待強化。
3. 服務時段難回應照顧者需求。
4. 家庭照顧者服務需求未被充分滿足。

### 三、服務提供者層面

1. 預算嚴重不足。
2. 照顧服務人力不足。
3. 照管專員人數及功能待加強。
4. 機構照顧品質差異極大。
5. 社區式及居家式服務方案嚴重不足。
6. 長照服務之宣廣不足。
7. 行政作業繁瑣耗費人力。
8. 城鄉資源發展嚴重落差。
9. 長照資訊及相關服務資源待整合。
10. 醫療照顧與長期照顧體系的片段、不均和無法銜接。

## 整合醫療照顧、長期照顧和生活照顧的理由:

1. 整合照顧提供更好的和更方便的照顧服務。
2. 改善服務體系的片段和分佈不均。
3. 有利於服務體系之間及時的銜接。
4. 促使衛生照顧體系的改革。
5. 提升醫療照顧和生活品質。
6. 有效控制並充分運用資源。
7. 支持長期照顧體系的永續發展。

8. 目標就是要提供全面性、可近性、持續性、高品質和高效率的整體性照顧。

既然要整合醫療照顧體系和長照體系，應該是在現有的醫療體系中，架構出長照的模式，利用醫療去幫助和推動長照，兩者在運作中，來磨合和分工，比較容易成功整合。

醫養整合的最理想境界是：

急性醫療照顧、急性後期照顧、長期照顧和最終的安寧療護，整合為一個連續性全人照顧體系，彼此充分的支援和完美的銜接。

## 結合照護與醫療 讓長照可長可久

高雄市醫師公會 王欽程理事長

推行長照，必須參考其他國家的經驗，根據日本及美國在長照系統推行的經驗，都有一個共同點，就是

- (一) 讓有慢性照護需要的長者及其家人盡可能在自己的社區中接受服務，是讓長者感到幸福的較好方式。
- (二) 希望整合醫療和長期照護的照顧資源，在資源有效利用和節約成本的原則下，提供完整全

人照顧，盡量讓失能老人留住社區，減少失能老人進住機構的機率。

簡單的說，就是健康老化、社區醫療、醫療照護整合及全人照護。

綜觀政府的規劃，醫界有很大的疑義。例如：B型複合型日間服務中心、C型巷弄長照站都將醫療排除在外，或只將醫療當作諮詢單位，而非合作單位。長照不應只是送餐、洗澡、翻身、代領藥等。長照應包括衛教、病人篩檢、多元評估、預防失能、在宅醫療居家復健，乃至跨領域整合，以及後續的追蹤或醫療及照護的調整及改變，這些都與醫療息息相關。

進一步說明如下：

由於長照的病患併有很多不同的疾病，例如：心衰竭、呼吸衰竭、老人痴呆、精神病、中風、Parkinson、車禍殘障、胃造瘻、腸造瘻、膀胱造瘻或三管病人，都須醫療專業合作。所以長照與醫療是不能切割的，須不同專科醫師甚至需要多方跨領域合作來做整合，才能竟其功。許多產業異業跨領域的結合已行之多年，長照無論以宏觀或微觀的角度，醫療都佔不小的部份，在整合醫療與社福的過程是辛苦的協商。但由於醫療具高度的專業性，唯有尊重專業，長照才能可長可久施行。



總之，醫界不是要去搶社福的飯碗。例如病患翻身洗澡等，還是須要照護員。但是這些人需要長照的都是須要醫療的病人，在長照方面，醫療佔的比率絕不會少。我們認為醫療和照護就如長照的兩條腿，缺一就不穩固，唯有協力合作，才能走得順，走得遠。不要讓長照成為下一代沈重的負擔。醫界支持政府的政策，但盼望長照能夠健康地實施造福全民。

## 醫院與整合照顧

高雄醫學大學附設醫院家庭醫學科  
李純瑩主任

老年人的健康問題在面臨多重疾病、老化、家庭支持系統改變的交互影響之下，更需要全人整合醫療的照護，尤其是跨領域團隊的整合，包括醫、護、藥、心理、復健、營養及社工等專業領域的團隊合作。根據筆者過去接受老年醫學專科訓練及在醫院從事老年照護的經驗，組成團隊的過程，在現在的健保支付制度之下，大多不敷成本，但憑藉著對於老年照護的信念與熱誠，在這樣的模式下所提供的照護更能符合有多重健康問題或衰弱長者的需求。照護團隊之所以為團隊，並非僅將各領域的人湊在一起

服務同一位病人，而是雖為不同專業領域，給病人個別化照護目標是一致的，因此團隊之間要有相同的信念、默契、及通暢的溝通管道。

健保署自 2010 開始推動「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」，大多數的醫院皆已開辦整合照護門診，另外在老年醫學整合照護概念的推廣之下，許多醫院也針對住院病人不同屬性組成了跨領域照護團隊。在「醫療與長照整合」一書中第十四章與第十五章提供了幾種成功的整合照護團隊模式，而其成效確實提升醫療品質且降低了額外的醫療支出與資源浪費。而第十四章內文也提到，團隊的組成需要建立相互尊重、彼此協調的合作文化，而團隊默契的養成需要時間磨合與正向回饋的累積。

分級醫療及長照 2.0 是近期政府施政推動的重點。醫師在長照 2.0 的「居家醫療照護整合計畫」服務中扮演著重要的角色。有長照需求者，大多有就醫不便、失能、多重疾病與衰弱的特性，更需要整合性醫療照護，由醫師到宅訪視病人並執行病人所需的醫療計畫。筆者執行「居家醫療照護整合計畫」至今約 4 個月，感想是有太多的繁瑣且重複的行政表格需要填寫，還需克服在病人家中使用資

訊硬體設備的困難，但是對於有就醫不便的病人與家屬來說，大大降低了來回奔波於醫療院所的折騰負擔，而對於醫師來說，可以親自診療病人，而不需要根據家屬的描述來「隔空抓藥」，可以檢視病人家中的環境與安全性，可以檢視病人的藥盒來評估病人使用藥物的順從性和正確性，降低不需要的重複用藥，藉機會給予用藥指導，可以評估家屬或照顧者準備的食物是否符合病人所需的營養、評估居家復健執行的狀況等等，換句話說，就是醫療評估更能接近病人平時的生活與照護情況，因此醫療處置可以根據評估的結果加以調整，視情況需要時照會跨領域團隊中的營養師、復健師、或社工師提供照護意見。至目前為止，接受本院「居家醫療照護整合計畫」的家屬與病人大多給予正面的評價。

政府積極推動分級醫療，也期待基層醫師參與「居家醫療照護整合計畫」來使長照服務更普及。而需要居家醫療的病人大多經歷過疾病的急性期，在醫院接受治療後，才回到家中。急性與長期照護團隊的轉銜在同一醫療體系大多沒有困難，目前看到較成功的急、慢性照護團隊的整合也多屬於同一醫療體系，而由醫院下轉病人至基層醫療接受持續性照護之間

的整合仍有待考驗。目前台灣實施分級醫療與轉診制度不落實是不可否認的事實，即使政府推出許多政策來推動分級醫療，但民眾就醫習慣是否能在短時間內改變仍是疑問。跨體系、跨層級醫療照護團隊間的整合與轉銜將會是一大考驗。舉例來說，診所開立的處方受到嚴苛的健保核刪制度所限制，醫院下轉的病人在診所開立的醫療處方是否能延續？醫病關係在不同照護團隊間的轉換是否持續受到信任？其他專業如營養、復健、社工等團隊如何持續與基層醫師合作？或是有基層的營養、復健、社工等團體可以與基層醫師密切合作且有通暢的溝通管道？相信醫界都樂見「分級醫療」能被確實落實，急性醫療轉銜社區基層居家醫療的理想應該還有許多溝通磨合的工作需要克服，也許，需要醫院與基層醫療相互跨出一步彼此合作，做了才知道。

## 長照未來藍圖應以前瞻性及務實的規劃，以求永續經營

高雄市醫師公會副秘書長 黃玉得醫師

長照 2.0 施行，將以公辦取代民營模式，雷同全民健康保險的架構，

集合眾人的財力，共同分擔的概念，因此…

- 1、在於延續急性病床出院後的病患，透過地方衛生單位、社區醫療體系及醫學中心的整個組織架構，整合為綿密的衛生醫療網絡。整合式健康照顧、積極復健，以訓練獨立的生活能力，讓病患減少失能的機會，盡可能可以順利回到社區，最終更能達到延長健康餘命與提升有尊嚴的生活品質，以台北市為例的組織架構與行動綱領的整合式照顧。
- 2、需要一套完整規劃的執行中心與人力規劃以及財務的詳細預算編列等，整個醫療與長照整合為了居家型、社區型以及機構型不同的層面，應該有一套評估標準以及不同等級的預算編列及給付的標準，以避免重蹈覆轍全民健保醫療制度及實行時的亂象及制度的不周全而陷入給付不公、濫用醫療資源及弊端重重。
- 3、由醫學中心無縫接軌到社區長照醫療執行中心，進而評估及延續照顧，分別涵蓋居家型、社區型以及機構型的照顧單位。以家醫基層單位或社區基層單位為統籌規劃中心，結合八大醫事團體及社福單位，成立龐大照顧體系。

在衛生單位（衛生局、衛生福利部）指導下共構成全國長照醫療網，共同照顧全民健康及人生後段，有著健康餘命及有尊嚴的生活品質。

- 4、社會變遷老年人口增加及少子化的時代，年輕族群供養長者，日益困難，長照的施行可以造福全國民眾對於居家型及社區型皆有助於失能、不便於就醫的長者及家庭注入照顧及喘息服務的助益，但對於機構型，由於公辦取代民營的廉價負擔，難免擔憂制度面、評估表不健全會產生弊端，居家型或社區型的長者，未達到機構型的條件而硬被要求送往機構型的護理之家長照中心等棄養情形。
- 5、目前整個制度尚未完全建立，人力的培訓及招募以及經費來源的籌措不足、未完全規劃完成，勢必窒礙難行，但是在於以醫療為 coordinator 的統籌中心，結合其他醫事團體及社福團體在於詳細的規劃，穩健的實行，勢必有著周全的長照制度，嘉惠全民及長者的健康餘命及有尊嚴的生活品質。

## 以基層醫療體系作為健康 照護的國家基礎建設

中華民國醫師公會全聯會副秘書長

高雄市醫師公會副秘書長

林工凱醫師

台灣健保走入二十幾年的二代健保關頭，又恰逢長照 2.0 的建構初期，是否基層醫療的醫師們，在健保與長照的關鍵時刻，能有更積極參與的角色？我們國家的醫療照護與長期照護系統，又該如何形塑呢？

首先，我們先了解台灣全民健保在國際當中的定位。一個健康照護系統的最基本分類法，是守門人（gatekeeper）制度的有無。在美國、英國、北歐國家、以及西班牙，家庭醫師守門人制度是醫療照護系統主要把關者，在奧地利、比利時、某些瑞士的保險制度等，則沒有如此的設計。守門人制度的意思就是在健康照護系統中，以一般家庭醫師（GP）或其他基層照護醫師做為轉介至其他專科、檢查、住院、或其他次級照護的把關者。沒有守門人制度的國家，雖然病人滿意度較佳，但次專科或較昂貴檢查的使用率較高。我國依照一般國際分類，屬於沒有守門人制度、封閉式財源（實施總額預算）、封閉式雇員制度（醫院醫師聘用方式）、全

民納保（可及性）、高公部門財源（63%）、低公部門提供（32%）、醫藥分業之準公有制度或社會保險體系。其次，若以公部門財源、公部門提供比例做為簡單二乘二的劃分標準，則在這個準公有制度分類當中的國家包括德國、日本、韓國、與台灣，美國 Medicare, Medicaid 及中國新社會保險計畫亦皆屬於這個分類。

以台灣現況來說，筆者認為應當思考健康照護系統的規劃，要切合台灣現況也就是妥善處理專科診所很多的現實與優勢，不能照抄國外，也不盡然是現在健保署的制度，而是將各專科納入，甚至還要納入各種專業人員如護理師、藥師、照護服務師等，成為一個整合式基層健康照護群體，建立做為守門人角色的整合照護登記制度。相對於民眾而言，則讓民眾有誘因去作登記，也就是登記在某個整合照護群體當中，並且習慣在這個群體當中就醫，這是整個策略或規劃的最基礎、也是最根本建設。

當第一步建立之後，才可能由基層照護群體的基層醫療出發，垂直與醫院體系結合，提供民眾完整的醫療照護。也才能夠從基層照護群體出發，啟動長照當中的醫療照護，啟動長照當中的出院準備與急性後期照護，結合長照個管一起合作社區照護



個案需求評估。

總之，筆者期待政府不要迷信大醫院，台灣各種照護需求，想要貼近民眾、達到鄉鎮每一角落、節省寶貴資源，解答永遠在基層照護。基層平均門診費用是醫學中心的一半不到，而基層佔總額比率卻逐年下降，這是令人擔心的趨勢。其實若長照系統與健保系統的結合，以台灣的現況而言，勢必牽動所有醫療機構的版圖，

甚至可能會有蠻大的變動。醫院已經嗅到這個趨勢，而且從國際趨勢來說，各個醫事機構的體質調整，以因應資源互享、費用節省、效率提升、維持品質的各種要求，勢必會發生。從組織合作、策略聯盟、組織改造、融合甚至於合併，都可能發生。總之，今天若不主動改變，明日就可能被動整併。

106.1.19 本會與律師、會計師、建築師全國聯合會舉辦第五屆「春暖人間四師愛心捐血救人公益活動」。

