

駕駛者，在換照時，須檢附相關的健康醫療證明，以保障駕駛者的行車安全。像丹麥、盧森堡、荷蘭、英格蘭、紐西蘭等國家，要求 70 歲以上駕駛人換照時，必須檢附醫師證明仍有駕駛能力。

- 二、台灣已進入高齡化社會，老人駕車的安全問題，有不少討論，但是無論未來會對高齡駕駛採取什麼動作，都必須溫和漸進，以免引發不必要困擾。要保護高齡駕駛安全及產生退場機制，可由三方面著手。最理想的方式是由高齡駕駛自我體認，感覺反應不如年輕人，主動放棄駕照；其次是其他駕駛在道路上禮讓年長駕駛人，在不受驚擾的情況下，做到快樂出門安全回家；最後的手段才是以法令強制高齡者離開駕駛座，但是在過程中仍要藉著家人或第三者的協助，將心理及情緒傷害減至最少。
- 三、多老才不再適合駕駛？有些人到了 70 歲以上，相信技術及反應仍然在標準以上，但是相信也有些不到 65 歲，坐上駕駛座開起車來，動作反應就已經感覺到「歲月不饒人」了。因此年齡並不是決定是否能繼續擁駕照的唯一根據，國外的調查報告指出，高齡駕駛的駕車能力比年齡重要得多，而且不適任的駕駛，通常都是因為健康問題，而非年齡因素，至於高齡者應於何時停止開車，可能並沒有簡單答案。
- 四、在日本 70 歲以上高齡駕駛，規定所開車子前後都要貼上「高齡駕駛」標誌，而其他駕駛人遇到貼有這種標誌的車輛要禮讓，不要超車或按喇叭，避免老人因驚慌失措而肇事。國內許多車輛會在車身貼上「新手駕駛」、「內有幼兒」標示，其他駕駛人遇到這些車輛，通常都較會禮讓；如果年長駕駛車輛也有特殊標示，起碼可以讓老人家在不受壓力的環境下開車，對駕駛安全必有助益。
- 五、為了阻止不適任的高齡駕駛而立法，是最不得已的天下策，必須慎行；但是高齡社會已來到，超高齡社會更是轉瞬即至，高齡駕駛出包的類似情況，將會在許多層面出現，如何應因？是政府不容規避的責任。主管機關一度鼓勵 70 歲以上駕駛人繳回駕照，迄今只收回 1 萬 4 千多張，而高齡者領有汽車駕照的卻多達 47 萬人，可見尚未達到預期效果。惟高齡駕照管理政策有其必要性，為了保障大眾行的安全，這個禁令已是非付諸實施不可！

(五十八) 本院黃委員昭順，針對國內各醫院住院醫師人力吃緊，內、外、婦、兒、急，五大皆空及醫師過勞問題，主管機關迄今未能提出具體因應方案，要求政府立即改善，以維醫護及病患權益。台灣醫師超時工作已成為家常便飯，醫療人員成為血汗勞工；當醫師都累到利用空檔躺在工作檯睡覺休息時，其基本勞工權益難到不該必須受到保護？這樣的勞動環境及醫糾不斷，怎不讓欲學醫者裹足？相對於未來因高齡化醫療需求更增多，醫師會更嚴重不足，當醫師不足，民眾就醫就必須久候，當醫師一天問診上百名病患，醫療品質就難確保

，當醫療品質降低導致醫療場所暴力層出不窮，更易引發醫療糾紛、濫訴等風險，這樣的惡性循環，最終受傷害的還是全民，因此惟有澈底解決醫師人力不足，才能改善血汗醫師景況，此均環環相扣問題，而要真正治本而非僅治標，開放醫學院學生名額，才是為可見將惡化的醫療環境預作準備。同理；醫師過勞其勞動權益自然就無法受到合理保障，雖然說醫師性質不完全等同勞工，但勞動條件的惡化卻是不爭的事實，勞動部是勞基法主管機關，對醫師是否納入勞基法應有專業判斷，可是目前勞動部依然態度曖昧，瞻前顧後裹足不前，自失立場似乎忘了勞動部的職責！特向行政院提出質詢。

說明：

- 一、為因應人口老化、醫師人力缺口，以及醫學生員額不開放等原則下，衛福部除了要求各醫學中心試辦整合醫學門診，明（105）年度也將恢復招考公費醫學生，第一年將招考 100 名，未來也會適度調整專科護理師權限，減輕住院醫師負擔等方式，補足人力。由於台灣到 2022 年的醫師缺額高達 7000 名，公費醫學生就算每年滿招、也都順利畢業，等醫師缺額補足，也是 70 年後的事，顯然緩不濟急！
- 二、醫師因不適用《勞基法》保障，但近年因醫師人力嚴重不足，導致超時工作過勞案例頻傳。衛福部擬在八年內將住院醫師納入《勞基法》規範，在適用前先以醫院評鑑等方式降低醫師工時；勞動部則希望時程提前，兩大部會意見都有落差，而部分醫界憂心規範醫師工時會影響醫療品質，但勞團認為，避免醫師超時工作對醫病雙方都有利，顯然意見整合仍待努力，問題是；民眾在此期間的醫療權益遭損，又應向誰申訴？
- 三、目前國內醫學畢業生每年約 1200 人，各醫院住院醫師人力吃緊，內、外、婦、兒、急，五大皆空，相對於未來因高齡化醫療需求更增多，醫師會更嚴重不足，當醫師不足，民眾就醫就必須久候，當醫師一天問診上百名病患，醫療品質就難確保，當醫療品質降低導致醫療場所暴力層出不窮，更易引發醫療糾紛、濫訴等風險。合理開放醫學生名額，是目前惟一較可行，且能永續發展台灣醫療及確保品質的方法之一。
- 四、目前基層醫師人力不夠的情形持續惡化，醫師超時工作成為家常便飯，醫療人員成為血汗勞工；因此只要醫師不足，醫師勞動權益就無法受到合理保障。面對醫師工作過量問題，衛福部規劃住院醫師八年後才納入《勞動基準法》，勞動部長更搬出「醫師養成要七年」的理由，表明不贊成醫師現在即納入勞基法；試問當現在醫學生招生數不增加情況下，七年後又哪來足夠新醫師投入工作，足以減少醫師工時來落實勞基法，提供醫師合理工作環境。

五、勞動部是勞基法主管機關，對醫師納入勞基法應有專業判斷，或許住院醫師納勞基法，初期對醫院人力、經營會造成衝擊，但若繼續維持現狀，血汗醫院的議題會不斷搬上檯面；可是目前勞動部依然態度曖昧，瞻前顧後裹足不前，自失勞動保護專業立場。中央政府也應要求衛福部為台灣未來醫療發展提出合理規劃說明，並負起責任，而不是任由現在年輕醫師年年提出抗爭，中年醫師頻頻出走國外，而老年醫師苦撐醫療局面，如此只會造成醫療崩壞，全民受苦！

（五十九）本院黃委員昭順，針對 IS 宣稱日前「巴黎恐襲」是其對歐美強權的聖戰，除再提醒；「孤狼式」恐怖攻擊具有非常態性，實難以事先掌握防範，中央必須整合各相關單位，建構嚴密安全網，才能先期防範外。更籲請政府正視，意識形態的仇恨對立，若不能慎處，必為日後禍亂之源！IS 本次在恐襲之前即已設定的後果，正是冀藉公開虐殺婦孺的殘暴手段對法國施壓重大攻擊，期激起更大的仇恨和敵意，加深與伊斯蘭世界的對立，以凝聚基本教義派忠誠的意圖性後果。若能同時激發國際輿論的譴責和強權的同仇敵愾，直接以軍事行動回應恐攻，就能鞏固 IS 在伊斯蘭世界的領導地位，進達到撼動當代全球治理正當性的終極目標。反觀國內或沒有宗教情結的對立，但不容諱言，台灣社會藍、綠的政治對立，及對大陸刻意的意識形態對立，均已走火入魔愈益嚴重，這種傷害如不能有效地抑制或消弭，必將成為社會對立與仇恨的根源，只要發生一起，即使弭平了，依然能春風吹又生的永無止息。本席以為；在一個健全的民主體制下，人們應依共同接受的規則辦事；衝突的解決尤其應多透過良性的對話來完成，而非以暴制暴，如未能處理好，給社會帶來的是潛在負債而非資產。爰此；政府責無旁貸應全力化解對立，讓台灣社會愈來愈異質化的對立，獲得黏著及舒解，使成為一種民主驕傲而非互相攻訐，甚至傷害社會和諧及國家發展，特向行政院提出質詢。

說明：

一、巴黎恐襲勢將帶來國際局勢的連鎖反應外，這也將連帶衝擊歐盟局勢，近年來的難民危機讓歐洲各國間原本消失的邊境再度拉起國界，也讓歐盟出現「道德危機」，成員國在人權