

家庭醫學專科醫師與老年醫學專科醫師在 社區老人照護合作之角色

陳晶瑩¹ 呂碧鴻^{1,2,3} 陳慶餘^{1,3} 戴東原⁴

臺大醫院家庭醫學部¹
臺大醫學院社會醫學科²、家庭醫學科³
國家衛生研究院老年醫學醫學組⁴

前 言

台灣老年人口比例，在1960年代，因為高出生率、平均餘命不長，老年人口佔2.4%；隨著出生率的逐漸下降、及平均餘命的延長，台灣在1993年達到老化國家之標準，即六十五歲以上者佔總人口的比例達7%。依照經建會的資料，2003年年中的老年人口已達9.3%。

台灣人口轉型（population transition）的時機較經濟發達國家晚很多。歐美工業先進國家如：法國、瑞典，因為出生率低，分別在1865及1890年晉升為人口老化國家，其他歐美國家則陸續在1930、1940年代達成，亞洲的日本也在1970年加入老化國家的行列，但在老化速度上，台灣表現得相當驚人，老年人口由1993年的7%倍增到2020年預估的14%，前後只有27年，在全世界僅次於日本。估計在2030年代趕上上述國家的人口老化水準，而在2036年，將更增加為21%。年齡在80歲以上的老年人，其佔人口比例之增加速度可能超過65歲以上的老年人口^[1]。

面對如此龐大的老年人口，家庭醫師應責無旁貸的擔任起社區老人照護第一線的角色，

而與老年醫學專科醫師之間，應該如何合作，以增進社區老人照護之品質，是我們迎接老人年代所應有的思維。

老年照護的原則

和生命的其他週期相較，老年人因為老化及疾病的關係，功能本來就處於退化的狀態，若再因為新生的疾病或未及早診斷出的可治療性疾病（undiagnosed treatable diseases）影響，造成功能進一步的退化。由於老人本身的恢復力較差，加上沒有適當且適時的治療，致無法恢復到原有功能狀態，甚而逐漸因為失用（deconditioning），而造成更嚴重的失能狀態（disability）。

因此，老年人的照護，除了醫療的診療之外，還要以維持功能（maintain function），及維持自我照顧能力（maintain self care）為原則^[2]，因為我們希望老年人不僅活的長，更要活的好，盡量維持最佳的功能狀態，不僅生活的意義較大，也減少家庭社會照護的成本。老年人的照護，不只是醫師的責任，更涵蓋預防、治療、復健、身體照顧、餐食服務、家事服

務、居住環境和社會經濟的範疇，必須靠醫療團隊、社政單位、非政府的營利或非營利團體等共同來努力。所以，老年人的照護，必須要有良好的照護系統（care system），能涵蓋或支援各種不同程度的生活功能障礙老人照護，以便於安置（disposition）；也要有良好的照顧品質（care quality），能夠周全的評估（assessment）有關老人身體（physical）、智能（mental）、功能（functional）、環境（environmental）及經濟（economic）上^[3]，被忽略或缺乏診斷、介入的部分，然後以預防、早期診斷、早期治療措施，來維繫最佳的功能狀態。

老人社區照護體系

老年醫學的內容基本上是一個多層級的照護模式符（multiple levels or contexts of care）^[4]。社區老人照護，依照其功能狀態的安置，可分為^[5,6]：

一、自我照護（Self care）：

指日常生活功能獨立的老人，可以自我照顧及自行到門診就醫。

二、非正式居家照護（Informal home care）：

由家人、雇用照顧者、朋友或鄰居所提供之非正式性的服務（informal support），是台灣目前最普遍的照護型態，也是台灣老人認為最理想的養老方式。

三、正式居家照護（Formal home care）：包括

1. 居家服務（在宅服務）：指社政單位

對低收入戶提供日常生活的照顧服務。

2. 居家照護：指衛政單位所提供的居家照護。目前服務以居家護理及醫師出訪為主。

四、日間照護（Day care）

1. 日間照顧（日間托老）：為社政單位對低收入老人日間的照顧服務，內政部也獎勵地方政府辦理對日間就業而無法照顧老人之子女提供日間照顧服務，更獎勵老人安養養護機構辦理外展服務計畫以充分利用資源。
2. 日間照護：由衛政單位提供，接受照顧者仍留居於家中，只有部分時間前往接受治療或照顧。

五、居住照護（Residential care）

依照Hawes的定義，居住照護是指在社區當中的一個限定空間中，群居兩個或以上的無親屬關係的老人，並提供複雜性日常生活活動（IADL）的協助，如洗衣服、備餐、打掃居住環境、監督按時服藥、提供團體活動及運輸等。居住照護在我國現行長期照護體系包括：老人安養服務及老人養護服務。

1. 老人安養服務：申請對象必須符合年滿65歲以上，身體健康行動自如，具生活自理能力者，院內提供居住服務、生活照顧服務、三餐飲食供應、疾病送醫、文康休閒活動、親職連誼活動。入住須洽社會局及各安養機構。
2. 老人養護服務：申請對象必須符合年滿65歲以上，生活自理能力缺損，且無技術性護理服務需求者，院內提供

的服務比老人安養服務多增加了護理及復健服務。

六、機構式照護 (Institution care)

護理之家 (nursing home)：提供24小時的日常生活功能、行動上、精神上及監督按時服藥的個人及護理照顧，並包括物理治療、職能治療、營養諮商等，也提供臨時性非重症的醫療服務。

除了自我照護以外，其他各級，均屬於長期照護系統。

老人社區評估體系

雖然在老年醫學專科發展之前，幾乎所有醫師，包括基層醫療的小兒科醫師，均擔任老人診療的角色，也替老人的照顧貢獻極大的心力。然而隨著醫藥的進步，老人平均壽命的延長，訴求的是有生活品質的活動性生命 (active life) 的延長，而不是需人照顧的依賴性生命 (dependent life) 的年數增加。因此，老年醫學專科醫師，在訓練上被要求能周全性評估與診斷隱藏不易見的疾病，早期介入治療復健，安排引入需要的服務，協助在地老化 (aging in place) 的理想，更進一步注重預防保健。因此，老年社區評估體系，是老年醫學專科醫師為有需要進一步評估的老人，提供評估的場所與內容，依據國外經驗，包括下列體系^[7]：

- 一、老人門診 (Outpatient assessment services)；由老年醫學專科醫師及團隊，在轉介醫院提供門診，接受需要評估老人的轉介。
- 二、社區基層醫療中心 (Community Primary

Health Center)：由老年醫學專科醫師及團隊協助，提供社區老人門診或居家訪視，包括出院追蹤。

- 三、社區精神疾病小組 (Community Mental Health Team) 或老人精神疾病訪視小組 (Geriatric Psychiatric Outreach Team)：由老年醫學專科醫師及老年精神醫學專科醫師團隊提供精神疾病老人居家訪視，包括出院追蹤。

- 四、老人短期評估治療中心 (Short Term Assessment and Treatment Center, STAT center)：由老年醫學專科醫師及老年精神醫學專科醫師團隊，提供老人日間照顧，有助於進一步評估診斷與治療計畫。

現況分析

依照衛生署2001年國民健康訪問調查，台灣地區老年人的健康狀態，28.8% 聽力狀況不好，16.8% 視力狀況不好，9.5% 日常生活功能 (Activity of daily living, ADL) 障礙有三項以上，5.7% 日常生活功能障礙有一至二項，訪查中有17% 的老人自評健康不好。

由現有的統計資料，衛生部門期望先由機構的普及，讓無自我照顧能力的老年人中30% 可得到機構式服務^[5,8]。在1998年老人長期照護三年計畫經費支持下，至2000年底，在各項長期照護資源，尤其是機構部分，已能滿足民眾的需求。台灣於2000年底老人人口數為1,921,308人，推估失能老人數為105,672人，需機構式照護者為31,701人，而機構病床數為43,921床^[8]。因此目前我國提供之床位數已不短缺，但是該項照護健保沒有給付，且資源分布不均，品質也有待提升^[8,9]。而1996年衛生

署的資料^[7]，長期照護服務的使用狀況為：非正式居家照護62.4%，正式居家照護/照顧由衛政或社政提供者9.0%，日間照護0.4%，機構式照護28.2%。顯示正式居家照護/照顧及日間照護體系有待加強。非正式居家照護（依據行政院勞工委員會2003年的統計，全國失能人口中，有11萬名外籍監護工擔任照護者）及機構式照護的品質，同樣需要提升。

老年專科醫師在2002年開始舉行每年一度的甄審考試，2002年通過的148位醫師，有35位具有家庭醫學及35位具有內科專科醫師資格；148位中有114位目前在醫院服務，34位在基層醫療；這34位中，有17位是家庭醫學專科醫師。2003年通過的32位醫師，有14位具有家庭醫學及6位具有內科專科醫師資格；32位中有24位目前在醫院服務，8位在基層醫療；這8位中，有6位是家庭醫學專科醫師。可見家庭醫學專科醫師，和老年醫學專科之間，有很大

的重疊，這也是我們所樂見的。希望第一線的醫師，多具備老年醫學的訓練，可同時發揮家庭醫學與老年醫學的精神，能夠更敏銳、更周全的評估及服務老人。

增進社區健康照護的品質

為了促進健康照護的品質，以慢性病為例，如圖1^[10]，可從兩方面著手，在社區中，可利用資源及政策，讓病人變得較有知識與參與力（informed activated patients）；另一方面，則經由健康照護系統的組織改變，提供準備周全、有行動力的醫療團隊（prepared proactive practice team），以達成功能上及臨床上的成果（functional and clinical outcomes）。

而這種組織上的介入（organization intervention）可分為兩大類^[10]：

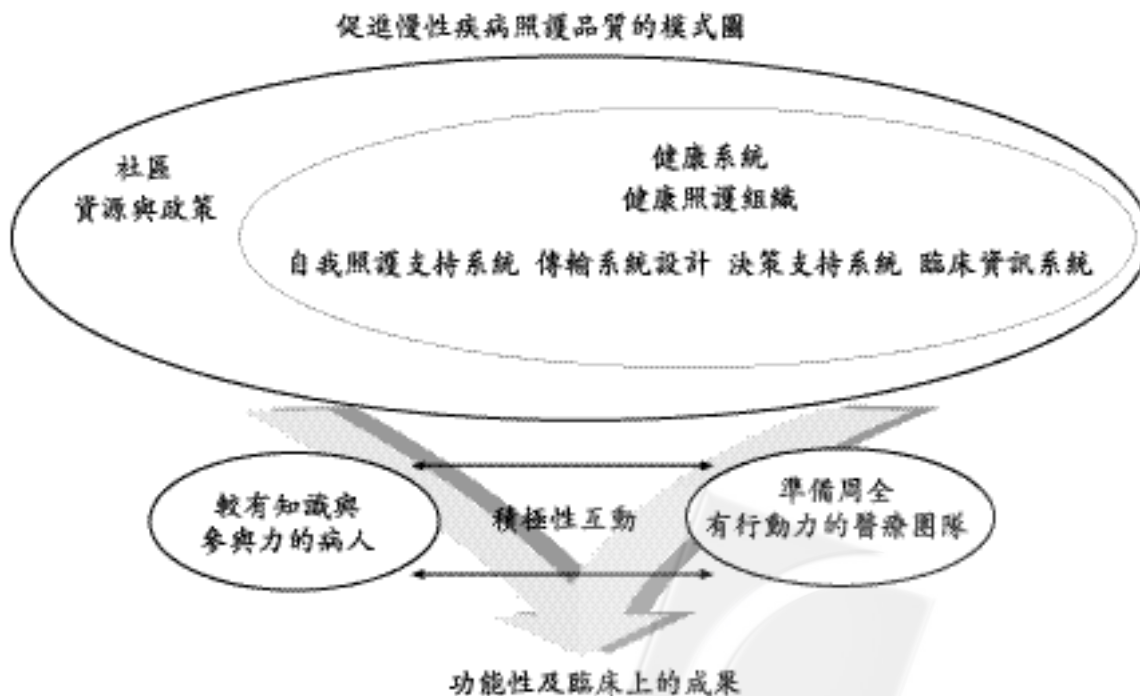


圖1、促進慢性疾​​病照護品質的模式圖^[10]

- 一、組成模式 (component model)：維持現有的系統，改變的部分是附加於現有的系統上，例如：增設尿失禁門診教導行為療法，以補充原有內科藥物及外科手術療法。如表1。
- 二、系統模式 (system model)：將整個系統加以改變，例如：基層醫療改由醫療團隊執行，取代原有由醫師擔任第一線的角色。

如表2。

雖然這兩個系統是截然不同的，但當組成模式設計非常周全時，有時和系統模式難以區分。

老人照護成分模式的原型 (prototype) 為周全性老年評估 (comprehensive geriatric assessment)^[10]，它可以運用在不同型態的老人醫療介入，可以是照會形式 (consultative

表1、促進老人健康成果的組成模式介入方法^[9]

介入 (intervention)	場所 (setting)	主要特徵 (key features)	成果 (outcomes)
周全性老年評估	醫院、急性期後照顧、門診	多專業的評估與處理	因不同的場所及研究設計，成果亦有所不同
老人急性病房 (acute care of the elderly units)	醫院	物理治療環境 (physical environment) 及照護過程的不同	較好的功能狀態及減少住進護理之家
醫院老人生命計畫 (hospital elder life program)	醫院	整個醫院強調老人症候群之計畫	減少墮落的發生及減少住院費用
宅內醫院 (hospital in the home)	家中	加強居家健康照護，包括醫師訪視	減少急性意識混亂，較少排便及解尿之併發症
自我管理計畫 (self-management programs)	社區	教育計畫教導病人學習疾病調適	減少醫院支出
疾病管理計畫 (disease management programs)	門診	針對單一疾病的團隊照顧	減少心臟衰竭的再住院率，增進糖尿病的控制，減少跌倒
個案/照顧管理 (case/care management)	門診	篩檢、辨認問題、計畫、協調、執行、監督、評估	依據不同模式及成果有不同的結果

services), 或有不同的程度及期間 (intensity and duration)。周全性老年評估並沒有取代老人現有的照護 (standard care), 而是一項補充 (complement) 服務, 因而屬於組成模式。

周全性老年評估

周全性老年評估源於1930年代末期, 服務於倫敦的一個大型老人慢性病院中的老年科醫師 Dr. Marjory Warren^[11]。她發現失能的老人大多是因為缺乏診斷評估及復健計畫所致, 所以她強調每位要進入長期照護系統的老年人均

需接受周全性老年評估。

一、定義

周全性老年評估是一個多專業領域 (multidimensional) 的工作, 整合專業領域 (interdisciplinary) 的診斷過程, 了解虛弱老人 (frail elderly) 在醫學上、心理社會上及功能上之問題, 進而提供整體計畫, 以做為治療及長期追蹤^[11]。

二、架構

周全性老年評估是一個三階段的流程^[10],

表2、促進老人健康成果的系統模式介入方法^[10]

介入 (intervention)	場所 (setting)	主要特徵 (key features)	成果 (outcomes)
老人評估及管理 (geriatric evaluation and management)	門診	多專業的評估及管理	減少功能退化
團隊門診 (collaborative practices)	門診	由醫師、護理師、個案助理及社工師組成的團隊照顧	減少死亡率及住院率
聯合門診 (group visits)	門診	基層醫療由醫師群來聯合執行診察	減少照護花費
費用全包的老人照護計畫 (program for all-inclusive care for the elderly)	門診	考慮入住護理之家者之多專業評估	可能減少醫療資源之利用
護理之家長期住民之初級團隊照護模式 (team models of primary care for long-stay nursing home residents)	護理之家	團隊成員包括護理師或醫師助理, 及醫師	減少住院率

包括：

1. 篩檢及尋找適合的病人 (screening or targeting of appropriate patients)
2. 評估及形成建議 (assessment and development of recommendation)
3. 執行建議 (implementation of recommendations)

三、選取標準

尋找適合的病人，常用的選取標準包括：

1. 急性功能減退
2. 老年症候群：認知障礙、功能障礙、活動力障礙、跌倒、憂鬱症狀、尿失禁、多重藥物使用
3. 行為異常
4. 多重/複雜性疾病
5. 預期高醫療資源使用者
6. 安置或入住護理之家之考量
7. 年紀大於80歲

四、流程

周全性老年評估的流程，依據各醫療單位的組織不同而有不同，可以有如下列評估方式：

1. 由具社工或護理背景的個案管理人一人負責，先就功能及心理社會層面的需求加以評估，再依問題轉介給團隊成員。
2. 由評估團隊各成員負責，團隊成員再共同討論、交換資訊以決定治療計畫、目標及安置，即所謂科際整合照護計畫 (interdisciplinary care plan)

老年評估團隊成員基本上有醫師、護理師、社工師、(復健醫師)物理治療師、職能治療師。尚可包括營養師、藥師、神經心理師 (psychoneurologist) 等。

五、進行步驟

評估工作分為下列六項步驟^[10]：

1. 資料收集
2. 團隊成員間之討論
3. 形成治療計畫
4. 實行治療計畫
5. 監督治療計畫
6. 需要時得修改治療計畫

六、內容

周全性老年評估除了一般性主訴、現病史、過去病史、用藥史及目前用藥外，尚須實施功能性檢討 (functional review)，針對智力、情緒、溝通 (包括：視力、聽力、語言)、活動力 (包括：跌倒)、平衡力、日常生活功能、營養、失禁、社會狀態共九類，了解最近之變化及潛隱之老年症候群，以偵測出需要進一步評估的項目；同時，也針對預防保健的部分，依據個人的適當性提供建議^[3,8,11-13]。

七、任務

周全性老年評估的主要照護任務為：

1. 老年症候群之偵測
2. 足夠及適切的評估及建議
3. 團隊合作
4. 依需要轉介
5. 預防疾病
6. 預防功能退化
7. 維持健康

周全性老年評估在社區老人照護中實施的方式周全性老年評估是針對功能退化高危險群的老人，實施篩檢、診斷、與治療的步驟，可適用於各層級的老人照護。在社區老人照護中實施的方式^[2,14,15]如：

- 一、老年醫學門診：由第一線家庭醫師、其他醫療人員、病人或家屬轉介。
- 二、出院追蹤的家庭訪視。
- 三、家庭訪視：如獨居者，功能障礙無法至門診就診者，可由公營或私人的活動性門診 (mobile outpatient clinic)^[16]，日間病房的外援團隊 (outreach team)，或社區精神疾病小組 (community mental health team) 等執行^[7]。
- 四、進入長期照護系統前的評估：
 1. 建立病患基本資料，以便長期追蹤變化。
 2. 了解進入系統前的狀態。
 3. 發掘醫療上、功能上、社會上、及心理上的問題。
 4. 了解病患本身的偏好或對其較安全的照護方式。
 5. 安置場所適宜性的評估。
 6. 預估出院或離開長期照護的可能性。
 7. 擬定病患為中心的個人照顧計畫。
- 五、日間病房的短期評估及治療中心，也可配備有家庭訪視服務。

家庭醫學專科醫師及老年醫學專科醫師在社區老人照護之角色

家庭醫學專科醫師在各層級的老人照護系統，主要擔任第一線的照顧者/守門員 (function as the primary care provider/gatekeeper)，不只是一般的門診診療，更應有活動性門診的家訪行程，與老年專科醫師的轉介照會者共同照顧。

而老年專科醫師再各層級的老人照護系統^[4]，可擔任：

- 一、第一線的照顧者/守門員 (function as the

primary care provider/gatekeeper)

- 二、老人照護系統的經理者 (manager/director of a variety of geriatric care services)：包括系統決策、組織及協調服務人力、維持服務品質、設計教學計畫及成員職責、和政府及保險給付者溝通、維繫住民員工及志工之權利義務。

- 三、轉介照會者 (as a consultant physician)：當第一線的照顧者是由家庭醫師擔任時，老年專科醫師可擔任第二線的照會。

老年醫學專科醫師，必須要以周全性老年評估為導向，以維持及重建功能為任務，不僅要心繫失能者，也要重視大多數的健康者。

結 語

在老人世紀來臨，而每個家庭子女數少，老人經濟獨立者多及追求在地老化的理想情況下，傳統的照護方式，必須賦予現代的思維；而現代的診療方式，也應回歸往昔的溫情。在社區的老人照護中，我們一方面期盼政策的領航者能早日整合協調衛政、社政及經濟等部門，也希望實務面家庭醫學專科醫師、老年醫學專科醫師能率先攜手合作，期待進一步有更多的團隊成員共同努力，打造老年人立身的理想環境與尊嚴。

參考文獻

1. 陳晶瑩、李世代：老化的人口學與人口老化。老年醫學（一）：老年照護與老化之一般原則。第一版。台北：台灣老年醫學會，2003：1-26。
2. Dharmarajan TS, Ghazinouri A: Community care. In: Dharmarajan TS, Norman RA, eds.

- Clinical Geriatrics. 1st ed.* New York: Parthenon Publishing, 2003: 43-8.
3. Dharmarajan TS, Ahmed S, Adapa SR: Comprehensive geriatric assessment. In: Dharmarajan TS, Norman RA, eds. *Clinical Geriatrics. 1st ed.* New York: Parthenon Publishing, 2003: 23-35.
 4. Rubenstein LZ: Contexts of care. In: Cassel CK, Leipzig RM, Cohen HJ, eds. *Geriatric Medicine: An evidence-based approach. 4th ed.* New York: Springer-Verlag, 2003: 93-7.
 5. 朱澤民、周麗芳、鄭青霞等：老年長期照護財務經費估算。於：國家衛生研究院：長期照護財務問題。2000年12月：第135-51頁。
 6. Hill RD, Gregg C: Older adults in residential care: a population at risk. In: Hill RD, Thorn BL, Bowling J et al, eds. *Geriatric Residential Care. 1st ed.* New Jersey: Lawrence Erlbaum, 2002: 3-20.
 7. 陳晶瑩：臨床老人醫學。行政院及所屬各機關出國報告。2002年11月。
 8. 陳晶瑩：老年人之長期照護。台灣醫學 2003；7：404-13.
 9. 高麗芷：長期照護復健個案之定義與認定標準、法源依據、對象涵蓋範圍及統合多層次系統。於：國家衛生研究院：長期照護復健服務模式之探討。2002年6月。第25-33頁。
 10. Reuben DB: Organizational interventions to improve health outcomes of older persons. *Med Care* 2002; **40**: 416-28.
 11. Rubenstein LZ, Rubenstein LV: Multidimensional geriatric assessment. In: tallis RC, Fillit HM, eds. *Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology. 6th ed.* London: Churchill Livingstone, 2003: 291-9.
 12. Reuben DB: Comprehensive geriatric assessment and systems approaches to geriatric care. In: Cassel CK, Leipzig RM, Cohen HJ, eds. *Geriatric Medicine: An evidence-based approach. 4th ed.* New York: Springer-Verlag, 2003: 195-203.
 13. 張家銘、蔡智能：老年人之周全性評估：台灣醫學 2003; 7: 364-74.
 14. McComick WC: The geriatrician in the nursing home. In: Cassel CK, Leipzig RM, Cohen HJ, eds. *Geriatric Medicine: An evidence-based approach. 4th ed.* New York: Springer-Verlag, 2003: 113-9.
 15. Levine SA, Barry PP: Home care. In: Cassel CK, Leipzig RM, Cohen HJ, eds. *Geriatric Medicine: An evidence-based approach. 4th ed.* New York: Springer-Verlag, 2003: 121-31
 16. Bramesfeld A: Service provision for elderly depressed persons and political and professional awareness for this subject: A comparison of six European countries. *Int J Geriatric Psychiatry* 2003; **18**: 3.