

醫療保健發展的新趨勢
——長期及慢性照護

國立台北護理學院長期照護研究所所長　李世代

人類自古即無法避免健康問題的發生，爲解決人類的健康問題、增進福祉，於是便有了「醫學」的萌芽與發展。

人體健康的本質與自然界之萬事萬物一樣，需要維持著一定的機序，必須謹守這個機序，不能悖離，否則即違反自然狀態。欲解決人體的健康問題，維護其健康即是將人體維持且維護其自然狀態應爲最高之原則。健康是指身體、心理、社會、甚至於包括靈性等各方面處於最安適的狀態；所代表的意義當然不只是沒有疾病或不虛弱，而應是有更完善之身體、心理、社會、行爲及靈性功能。健康是所有人的權利，爲擁有此權利當然須善盡臻於健康之義務或責任。因此，須做好健康照護之工作。

健康的議題內容應廣及健康、安適、疾病和死亡(health & well-being；disease & death)；此外，尚須及於影響健康功能或可導致急慢性病況發生之功能衰退老化、超高齡(不一定有病)、跌倒、用藥反應之情況；再者，有關可能致病之內外因素或環境、就醫情況、以及診療處置程序(如藥物之使用、特殊檢查的執行等)對人體健康亦會有所影響。舉凡此些內容，均應納爲健康與相關照護探討之範圍。

健康的尋求應是長久持續者，而初萌之「醫學」乃單純爲服務性之目的而存在，當然就是爲了解決一般性或常見之健康問題；其解決的方式與結果受限於醫療科技及周邊支持條件的限制，僅能是一時的解決，而非能長久持續，亦即今日所言之急性照護或亞急性照護；(亞)急性照護顯然並無法解決愈來愈多愈重要之慢性病況及健康功能缺憾。

「醫學」發展的目的若欲做長久持續的解決，應納入長期及慢性照護之內容，除了做好各種所需之醫療照護之外，在消極方面就是得要作好疾病之防治，以減少主要疾病、傷害、殘障及早發性衰退老化甚至死亡，降低整體之罹(患)病率及死亡率；積極方面更要作好臨床照護工作，提昇健康，以達成身、心、行爲、社會及靈性等之最理想狀態。

但是，一般習於面對健康及照護者，常僅是健康議題中的疾病和死亡部份，以及因此而發展出之現有龐大急性照護體系。健康議題中極爲重要的

臺灣大學醫學期刊資料庫

健康和安適部份卻反而常遭漠視忽略。是故，欲講求健康者應及於健康的全部，而健康的全部即應包含長期及慢性照護之領域。

高齡化社會的到來，突顯了老年人或慢性病況相關長期照護需求比例的擴增。隨著年齡的增長，任何人之生理、心智、精神、行爲、性、社會動向等狀況都會有所改變，也必所改變；各種隨年齡增加的健康弱勢傾向與問題，也無所避免地促動與加速這些改變。整體身心功能的衰退老化，超高齡的出現，加上隨年齡累增之各種疾病與病況，健康問題造成身心功能的剝奪或喪失，還有頻繁之跌倒意外傾向及因之而起的種種後遺症效應，常爲老年人健康上錯綜複雜之負面因素。身心功能狀態的衰退老化，可因自然老化而起，也可因疾病或病況而生，老化易招致疾病，疾病也易促進或加速老化。無論是老化或疾病，均可在老年人身上出現身心病徵或障礙，如眩暈、混亂、失憶、尿失禁、跌倒、行動不便、失眠、吞嚥困難及感覺喪失等，必然影響老年人獨立自主的生活能力，而且其並非一成不變，當然會波及照護的負擔、安排、計畫與目標。

老年人面臨的健康問題，除了一般醫療機構所提供的門診、急診及住院服務之外，更需要有更進一步長期照護的設計與安排。

人口老化所產生的種種問題，包括了平均壽命的延長、高齡人口比例的攀升、罹患各種病況及功能剝奪或受損之盛行率增加，照護需求大爲擴大提升，對個人、家庭、社區、以及百行各域必造成重大的影響，對國家社會各方面造成全面性的負載與衝擊。老年人的健康情況、功能定位、以及受照護之依賴程度可隨著時間及主客觀環境因素及條件而改變，充滿了高度的歧異性與不同的因應照護需求，因此需要不同種類、模式、型態、甚或是層級的長期照護系統設計規劃。

長期照護本不宜集中在以醫療院所爲主之系統，應以非機構式照護爲主流，再佐以部份機構式之照護。非機構式之照護如在宅(居家)照護、日間照護、以及社區式照護等，即須以生活化、福利化及社區化爲照護之基本原則；其餘者因具較特殊性及專業性之照顧需求，則須收容於長期照護機構之中，如慢性病院、護理之家、療養及安養之家等。如何設計及經營居家及社區式長期照護必然成爲國內爾後老人及長榮照顧之一大重點議題。

老年人之外，各種慢性病況及其恢復期病患、出院後仍需繼續照護之病人、產後需長期護理之產婦及嬰幼兒、身心健康功能不良或殘障者(障礙不全或失能)、以及其他需要長久性照顧設計與安排之病人或住民，均具有長期照護之需求(need of/for long-term care)，也均爲長期照護之對象，但是其中以老年人、慢性病況患者、殘障者或其他需長期照顧之病人等之需求居最大最多之部份。

除了少數比例之外，大部份健康情況發展之時序，常爲先罹病，再失能，再而死亡。因此，罹病、失能與死亡彼此間之關係必然牽扯到長期照護之需求面。

老年人年齡每增加五歲，可增加50% 之死亡率，而在健康功能方面，每增加十歲，可增加50%~100%之失能率。國內有些常以十大死因之趨勢來做爲老人長期照護需求之根據或指標並不適當。因爲，人死亡之後並不需要照顧，而失能之後卻需要長期照護。所以就長期照護需求之觀點，失能率之重要性更甚於死亡率；就預防保健之觀點，導致失能原因之掌握應更重於導致死亡之原因。但是由於失能與死亡在時序上有所呼應，失能到死亡時間愈是接近(如急性病)，愈沒有長期照護之需求問題；而從失能到死亡之時間拉得愈長(如慢性病)，長期照護之需求便愈大。因此，死亡率對



臺灣大學學術期刊資料庫



於長期照護之需求，雖無較直接之關聯性，但在時序上對失能有所呼應，是以死亡率對於長期照護需求之間接關聯性仍有重視參考之價值。

在同一年齡層中，男性之死亡率要比女性高出 60%~80%，且其中死亡率之年齡差距約在 8 年左右；意即同一年齡層中，女性之死亡率低於男性，以後死亡率隨著年齡遞增，約經過 8 年左右方可追上與男性死亡率之差距。但是這種死亡率之性別差距會隨著年事之增高而縮小，如在 40~70 歲間，女性死亡率比男性要低 45% 左右；80 歲以上，女性死亡率比男性只低 22%左右。同一年齡層當中，男性之罹病率要高於女性，但是失能(disability)率卻是女性高於男性。是以撇開罹病與失能之部份，男女性間之積極或健康之平均壽命(average active/healthy life span potential)十分接近。因此一旦進入老年期，其長期照護需求是無可避免者。

再者，人有其壽命之極限，個人之壽限可高達 120 歲左右，性別因素對於壽限有相當之影響，當然也明顯影響及長期照護之需求。先天上女性之壽命(life span)比男性來長，女性之族群平均壽限(average life span potential)約在 82 歲左右，而男性約在 76 歲左右，此爲當今大家均可接受之人口自然族群平均壽限之基礎。當然世界各地仍有可能超乎此(如日本)，但相信不多。所有攸關預防保健之努力，通常亦以此爲參考之壽限。

所有身心健康功能有所折損或缺憾者，具爲長期照護之對象。這些長期照護對象之背後，又可能涉及或影響到一些人、事、時、地、物等方面之需求。因此在探討長期照護之需求時，均無可避免地涉及其周邊之相關之配合條件，如照顧者、家屬親友與臨近之一般與照護攸關之民衆等約莫有十個人左右可能受到影響，還有照護內容、照護環境、照護設施與物料、以及照護時間等，均涉及長期照護之需求與因應層面。因應長期照護需求相關之各種醫療、保健、福利、政策等問題亦相繼浮現，對現有的醫療保健照護及社政福利體系形成挑戰與衝擊，也使長期及慢性照護變得廣泛而複雜瑣細。

「長期照護」乃是指在一段長時間內，對身心功能障礙(不全、失能或殘障)者，提供一套包含長期性醫療、保健、護理、生活、個人與社會支持之照護；其主要對象爲居住於社區或機構中，因身心功能障礙，而須依賴他人之幫助，以行常態生活者；其目的在增進或維持身心功能，使其遂行自我照顧及獨立自主之生活能力，以減少其依賴程度，減輕他人或社會之負擔，或增進其尊嚴；其照護內容通常包含醫療、保健、護理、復健、心理、營養、社工等系列之維護或支持性的工作；在照護服務之類型上可分居家式(在宅服務、居家護理等)、社區式[送餐服務、日間照護、喘息服務(暫歇照護；respite care)、支持性服務等]、機構式(慢性病院(床)、護理之家、養護之家或安養中心等)，以及特殊服務[呼吸照護、臨終或安寧照護、癡呆症照護、植物人照護]等幾大類。各種照護均爲長期照護中不可忽略的一環，居家或在宅健康照護恰爲社區化之老人照護之重點所在。

長期照護通常依日常生活活動能力(activity of daily living, ADLs)、工具性或複雜性日常生活活動能力(instrumental activity of daily living, IADLs)、認知功能(cognition)指標來確定需求；認知功能不良者，其 ADLs 或 IADLs 功能即會受影響。至少一項 ADLs 或 IADLs 功能受限者即爲長期照護之對象；若爲三項以上之 ADLs 功能受限者則須接受機構式之長期照護。

長期性醫療保健照護，乃屬多重或跨專業(multi-disciplinary or inter-disciplinary)者，所含括之項目及其內涵廣及醫療(事)(包括一般之醫療保健之診斷、評估、處置及追蹤、專科之診療及轉介、牙科或口腔健康照護、感染控制、或包括足部之照護等)、護理(包括一般之健康功能評估、長期護理照護計畫之擬定、執行、追蹤、檢討等工作；特殊或專門

臺灣大學學術期刊資料庫

醫囑之執行等)、社工(包括社會功能、資源之尋求與整合、社會福利及保險、生活照顧支持、活動設計、內外環境評估、維持、協助與管理等)、臨床心理(包括精神、心理、行爲、情緒、發展、價值體系方面之定位、評估、協助調適與介入處置等)、飲食營養(包括營養評估與介入處置、飲食內容之設計與製備、特殊飲食之建議與配置等)、復健(含物理治療、職能治療、語言治療、呼吸治療、輔具之引介指導、評估與使用等)、藥事(包括接受處方、用藥、相關安全性之評估及藥品管理等)、靈性(宗教、靈修、信仰等);以及管理(包括企劃、資訊、總務、行政、秘書、公關、人事、財務、工務及安全維護等)等廣泛而複雜之照護服務內容,需要有各種專業及半專業人員之投入、分工及合作等,各種專業人員也需要具備老人照護之基本素養,共組照護團隊。各種專業領域均須扮演既定之照護角色。

當然,另外在病人或個案(院民/居民)長期照護之管理方面,尚可延伸及於包括照護記錄、病人或個案之權利與生活品質、病人或個案之責任、相關之照護管理系統、病人或個案照顧之提供,乃至於支持性功能之管理方面,建築、設備與安全管理等。建築、設備與安全包括了建築本身、地板、設備、一般安全、安全設施與應用、緊急預防措施、消防、電力及供應(包含緊急供電系統)、危險物品與廢棄物之管理。

所以,長期照護涉及多方,無法單一般之思維或工作模式來看待之。廣泛而複雜之服務內容,本即需要有各種專業人員之投入,各種專業人員也需要具備長期照護之基本素養。

欲令長期照護複雜之內容廣泛就序,需有個案之管理,也因此而須有個案管理師之建構或設計。在既有之社區或基層醫療保健服務體系中,暫時無法期待有個案管理之專業人員,只好退而求其次地期待長期照護專業護理人員(如長期照護機構之護理督導或護理長、長期照護管理示範中心之個案管理人員、以及受過專業訓練之相關專科護理師等)。

從各種發展經驗顯示,長期照護所涵蓋之內容中以社區化之照顧應爲主流,這些長期照護的需求有相當大的一部份必須在生活化、福利化及社區化之原則下因應滿足。因此,健康及生活照護必然形成主要之內容,如居家照護、日間照護、以及社區式照護等,即非機構式照護爲主流。從五(年代以降,老人照顧問題隨著人口老化而日趨重要,六(年代開始長期照護更從一般性之描述用詞一轉而爲專業性之領域。

七(年代起,世界衛生組織帶頭倡導了全民健康(health for all),讓大家重新省思醫學之服務本質,扭轉一下不符所欲求之發展趨勢。凡此種種長期及慢性照護之需求,均爲「長期照護」領域發展之濫觴及促力。

「長期照護」是對需要照顧者滿足其照護之需的一種持續不斷之訴求、尋求與追求,終而能一如所求。在此過程中,原則不會變,但是事情之執行、歷程、所呈現之結果等,卻難謂一成不變,然所變者有其軌跡可尋,諒不致於明顯悖離或僭越。「長期照護」體系欲在存有諸多不利因素的國內的發展與落實,本即有許多的不尋常之處,既不尋常,則宜不尋常之思考與作爲。

長期照護需求的迫切性,必須要有完善的規劃執行,但長期照護涉及之層面甚爲廣泛,舉凡政治經濟、醫療衛生、社會福利、保險制度、管理調控、法令規章、教育訓練、文化習性、研究發展等多重層面均無所不及、無所不包;是以欲論列長期照護的問題也須由多種角度來探討,以求周全。在實務上,除了形而上之政策規劃討論之外,也須顧及財務面、執行面(可行性或阻力)、效益及效率面,尚須考量理想跟實際之間的可能落差,更須考量「人」及「文化」的主力(阻力()因素,以讓長期照護能得到較理想的運行與發展。

(作者係本院家庭醫學部簡任級主治醫師,現借調國立台北護理學院長期照護研究所擔任副教授兼所長;衛生署長期照護諮詢委員會主任委員;國家衛生研究院智庫論壇委員。)

臺灣大醫學術期刊資料庫