

壹、前言

當初從內科訓練直到感染科次專科領域，在感染科免不了遭遇到都是一些老、弱、殘、疾的對象。因此，在治療過程中開始思考，為什麼老人這麼容易發燒？為什麼老了以後有這麼多感染的狀況？為什麼老人家感染疾病治療成功出院後還是常常再入院，便開始轉向老人照護領域發展。那時高齡醫學剛開始崛起，慢慢地隨著接觸老人家類型越來越廣，連失智照顧這一塊也開始有所涉獵。服務期間曾經到板橋榮譽國民之家，也就是我們所說的「長照機構」中，實地服務一年。在此之中，真正體認到老人家需要的照顧情境與「老人照顧」在社區中欠缺了哪些環節。

當處在一個極其特殊的老人科別裡，你會發現照顧到最後百分之百都會死亡的狀況下，人生爭的不再只是那一口氣比別人家長還是比人家短。因為，只要呼吸器一接、管子一插，那一口氣要多久有多久，可是那樣的生活是不是生活？相信大家心裡面都有答案。

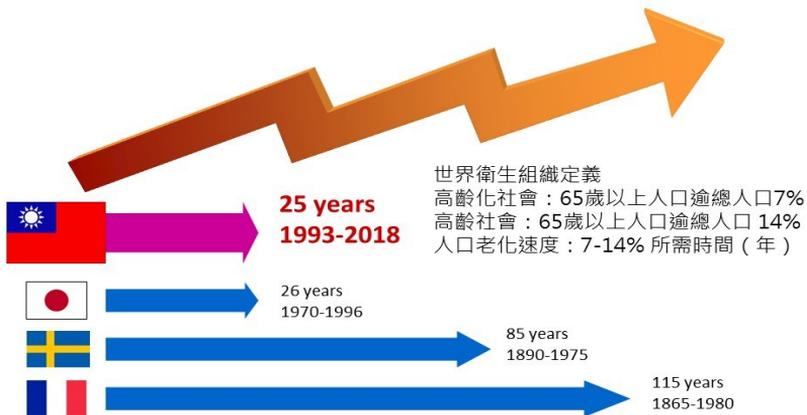
前台大金山分院黃勝堅總院長介紹了很多「居家照顧」的寶貴個案。因此，我們來看一下，當人口日漸老化，年齡越大，所面臨的問題越多時，我們應該要用什麼樣的角度來思考與定義「老」這樣的概念？還有，未來長期的醫療服務或是社區的照顧上，我們可以透過怎麼樣的努力，使他們的生活過得有品質，讓他們的身體、心靈和社會，整個情境的照顧是圓滿的。

貳、全球銀色浪潮來襲

不是只有臺灣面臨「老」這個問題，不管是歐美、亞洲國家又或者臺灣。以前在農業或畜牧社會重視勞動力的背景環境下，老化速度大概都是花費一百多年，才會從老人人口百分之七上升到百分之十四。但是，隨著工業革命、科技革命與資訊革命，社會環境轉為重視腦力密集性產業，全人口平均餘命明顯提高，整體老化的速度真的是越來越快了。

一、臺灣人口老化趨勢世界第一

台灣人口老化趨勢高居世界第一



3

感謝陳亮恭教授提供授權投影片使用

回頭來看，我們很希望經濟起飛、產業發達、學術進步，很多的發展面向我們都希望能超英、趕美、追日。但其實在各個面向中，我們或許還沒有達到這樣的理想與期望，惟有老化速度不費吹灰之力達到超英、趕美、追日的境界。比較起其他的義大利、瑞典和鄰近的日本，臺灣從 1993 年到 2018 年只花了二十五年的時間，便讓老年人口在今（2018）年三月，正式超過百分之十四成為高齡社會，而且再過八年我們老年人口可能就超過百分之二十邁入超高齡社會，即走在路上五個人就有一個是六十五歲以上的長者。

大家開始煩惱老了以後怎麼辦？按照國家發展委員會的推估，人口結構是呈這樣的變化：以前是一個基礎很穩固的金字塔形，隨著社會條件改善，飲水與食物衛生供應不虞匱乏，還有醫療水準的進步，老人慢慢地活得更長、更久。但是受到經濟不景氣影響，年輕人結婚與生育的比率降低，造成目前有生產力的人口，大概是六點七位年輕人撫養一位老人家，將來則可能是一到兩位年輕人撫養一位老人家。可以想見，未來健保方面的費用支出或是社會稅收，從年輕人身上需要取得的比率，勢必會慢慢增加。

有什麼方法可以解決這個問題？其實我們應該要回頭再思考一下，有沒有辦法讓這些老人家過得更健康？讓他們能夠照顧自己的日常生活？讓他們能夠縮短失能的不健康存活年數？當老人家身體狀況硬朗，很多事情能自己來，不需要伸手或是拉下面子拜託別人幫忙時，那樣的生活更有品質，而且不會加重年輕人的負擔。

二、「老」的概念

(一) 老也可以絢爛

以前的農業社會或遊牧民族時代，老是一種奢望，人生七十古來稀，大家對老的概念其實是相當模糊的。白居易的詩〈詠老贈夢得〉提到，老的時候，眼睛會慢慢看不清楚、不舒服，服裝儀容也沒那麼重要了。走路不穩，所以需要拿個拐杖，與朋友之間的往來、人際之間的互動也慢慢減少。大部分的時候是待在房間裡，做自己的書畫，看不清楚太小的字，所以字體需要越寫越大。大家對老的概念，大概就是這樣，屬於比較負面、刻板的印象。

換個角度，劉禹錫在〈酬樂天詠老見示〉描述對老的定義是，頭髮日漸稀疏，衣帶漸寬、身形消瘦，但是你的人生閱歷、生活經驗都日漸豐富，處事的方式也變得越來越圓滿。其中「莫道桑榆晚，為霞尚滿天」，提到雖然已近黃昏，但是夕陽無限好——認為人生最後這一段日子，還是可以過得一樣絢爛。因此，生、老、病、死雖是人生必然經歷的幾件事情，但當你改變心境與看事情的角度，或是換個方式詮釋自己的人生，還是能過很絢爛、充實。

現在已經不再是「人生七十古來稀」的時代，而是「人生七十才開始」。目前在高齡醫學門診服務的對象，平均年齡幾乎都是在八十歲幾歲。從現今制度六十五歲屆齡退休來看，這時大家身體都還滿硬朗的，有很多事可以做，人脈布建也滿廣的。但如果從此不做事，讓自己享受閒雲野鶴、遊山玩水，這樣反而會使身體衰退速度變快。

國外有一些八、九十歲的大齡模特兒，他們還是在針對老

人訴求品牌的時尚圈發光、發熱。可見，很多事情不是年紀大的問題，而是我們幫自己設一個框架，認為年紀到了就不行做什麼事情。這個極限是自己設定的，而不是真正沒有辦法做到。只要換個角度思考，不管在哪個年紀都還是可以做些事情？

（二）讓老人不老

以前的年代，家裡面的長者茶來伸手、飯來張口，大家都覺得那是一個子女孝順的幸福情境。可是，長年照顧下來，很多茶來伸手、飯來張口的長者，因為不太需要走路了，所以走路變得越來越慢。然後，很多事情不需要自己做，體力就會變得越來越差，腦袋不太需要想太多複雜的事情，所以認知功能退化速度也比人家快。子女很孝順是沒有錯，但是照顧得過度舒適反而讓老人家的情況退步得更快。因此，真正的孝順是要鼓勵長者多出來做活動、多做一些自己想做的事情和多發展自己的專長，不要從職場上退休之後就什麼事情都不做了。

當從職場上退休又還有生產力的時候，你可以換個情境、角度去發展自己的專長。現在有很多社區大學、志工的服務，或是一些社區據點的活動，甚至很多時候需要世代之間交流，將自己的經驗、人脈和過去做事情所遇到的困境與挫折的寶貴經驗，慢慢傳承給下一代。年輕人學習了長者寶貴的經驗，發現用簡單的方法就可以處理事情，在職場上就比較少碰壁。當老人家生活有了重心之後，也會變得沒有那麼老，很多事情還是可以做得好，所以「老」是一種自我認定。

參、高齡者的健康問題

一、高齡者與多重疾病

老了之後免不了會面臨到很多疾病的問題，我們要怎麼樣幫助這一群老人家不老？七十五歲以上的老人，平均會有三點五種慢性疾病；六十五歲以上的老人有百分之四十一吃超過五種以上的藥。但光吃藥病就會好嗎？或者光吃藥生活品質就會改善嗎？這些答案肯定無法透過這麼單純的事情解決。這就和超商集點數一樣，年紀越大換到的點數與贈品就越多，可是生病越多始終換到的就是一連串的藥，有時手上的藥包比購物節買的禮品還要更多。

就醫時，如果剛好看的又是名醫，前面候診的人有一、兩百個，整個看診過程就是一種煎熬：等了兩、三個小時好不容易見到醫生一面，要講的話突然忘記了，醫生就說：目前狀況都還好，吃藥有沒有什麼狀況？沒有特別不舒服。好，那我們幫你把藥開好了。於是，一分鐘不到便結束整個看病過程。但是為了那一分鐘不到的過程，病人前面要花很多時間搭公車、或是家人要請假接送、陪著候診，看完病之後又要再領藥。下一次可能還要安排抽血檢查、超音波等等的評估，又需要挪出一天時間去做檢查，再做其他額外的諮詢，甚至有其他的問題需要轉介到他科。老人家不斷地在各個醫生的診間流浪，而且看病所花的時間始終比別人還要多，卻得不到真正有品質的醫病互動過程。

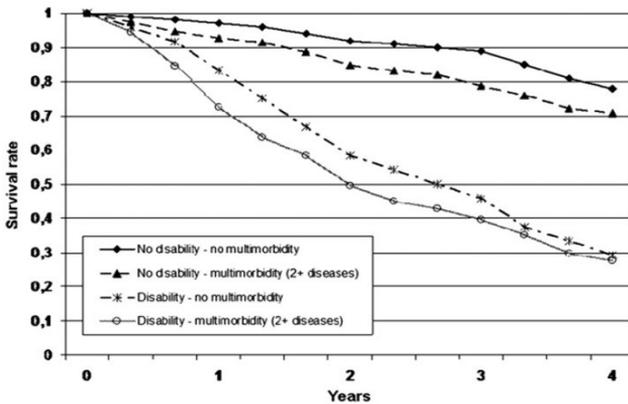
這樣的過程對大家來講都很辛苦，有沒有辦法可以讓看病再單純一點？在身體失能越來越常見的情形下，我們可以透過服務方式的轉變、服務網路的布建，讓看病變成是一件輕鬆的

事情，而不再是一件苦差事。

二、失能與疾病對高齡民眾健康的影響

除了慢性疾病之外，高齡將面臨許多挑戰：眼睛看不清楚、走路沒有那麼快與靈活，甚至有時候會因為不平衡的關係，對於身邊的障礙物與地面高低差的忽略，增加跌倒的意外。

失能與疾病對於高齡民眾健康影響



Landi F et al. J Clin Epidemiol 2010;63:752-9

這種功能性的變化到底重不重要？圖是國外針對追蹤四年的老人，所畫出來的圖形。當你沒病沒痛、身體狀況很好的時候，發生意外事件與死亡風險是最低的。第二條線是身上很多慢性病、吃了許多藥，但是身體功能正常的老人家；第三條線是沒病沒痛，沒有高血壓、糖尿病、心臟病和癌症診斷，甚至失智症也都沒有，但因為身體功能比別人差，做事情無法自己來，需要依靠別人幫忙。他們走到人生盡頭的速度，和其他

很多慢性病控制不良的老人是歸類在一塊的。可見，年紀大以後，功能性退化遠比疾病的影響還要來得更重要。

再回頭去思索，如果我們只針對疾病的治療、控制便要達到一定的目標。但是，完全不顧他的功能狀況，或者不去考慮藥物對於其他疾病可能造成的影響，這對延長他的生命、或是改善其生活品質，往往是不切實際的。那我們就以簡單的兩個例子來看，到底怎麼樣算是健康的高齡者？

三、誰可以稱為健康高齡者？

A 太太七十六歲，有三高的問題。她定期在醫院回診，每天服用五種藥，但是滿積極的跟朋友聚會，還有參加社區的志工服務。每天的日子安排得很充實，做了很多的事情，她覺得自己的人生有意義。

另外一位 B 太太，沒有特別的慢性病、三高、年齡與 A 太太差不多。但因為壓迫性骨折，為了要控制骨質疏鬆而吃了一種藥。她跌倒之後，從此足不出戶，很多事情不敢做，出去活動也怕跌倒，心情沒有像之前那麼開朗。

這兩個個案比較，我們就可以更了解前面那個曲線。功能退化不只影響到生活，而且也會影響到長者的心靈與社交生活。如果可以選擇，我們當然會比較願意選 A 太太的生活。可見，「健康」不只包括身、心、靈三方面的健康。它應該是要如同世界衛生組織所強調的，健康與成功的老化才對。

四、成功老化的條件

第一，我們可以生病。但如果在還沒生病前，便透過一些健康促進活動與積極的社會參與，甚至在年輕的時候就開始存骨本、存腦本，後續就比較不會發生疾病。因此，怎麼讓疾病發生的時間往後推遲，達到疾病壓縮的目的，是整個健康照護體系應該要再進一步去思考的事情。

第二，就算生了病，有沒有辦法透過有效的藥物控制與生活相結合。不要讓疾病造成沒有辦法生活，以至於吃東西、穿衣服、走路、爬樓梯等都需要面臨種種的限制，讓疾病對生活影響的程度降到最低，達成失能延緩的目的讓身體可以不要出現障礙，做事情不要受到侷限；心靈狀況良好，便能擺脫認知障礙或憂鬱這些問題。

另外，還要再加上積極的社會參與。上社會大學、參加志工服務，或是世代交流計劃、社區服務據點，認識多一點新朋友……，當你具備這三個條件，我們會說這樣的老化是成功的。

假如我們只著眼在疾病壓縮，放掉了社會參與與失能延緩。它就僅僅是生理上的健康與疾病控制的健康，這對於整體面向而言不是圓滿，更不是有品質的人生。

肆、從臺灣的健保制度看臺灣的健康照護品質

臺灣的健保制度舉世盛名，國際期刊《經濟學人》認為臺灣的健保制度是世界數一數二的。為什麼？因為就算在歐洲、美國或加拿大，這些社會福利很好的國家，也從來沒有想過用這麼低廉的醫療費用，竟然可以創造出這麼高品質的醫療服務。國民只要花少少的錢，就可以做到各式各樣先進的檢查，

就經濟層面來講，這是一個全世界的盛舉。

但從健康照護品質評估時，我們排在全球第四十五名，這滿令人意外的。其實因為健康照護品質評估內容包括：急性疾病的預防、慢性疾病的控制，還有對自殺、情緒等疾病的防治，以及國家的政策、健康照護體系等標準。評估落後最主要的原因，牽涉較大的就是在慢性疾病的控制以及預防策略並沒有達到實質推廣到能夠改變民眾的生活習慣與健康行為。

一、健康照護的成效是算總帳的

臺灣糖尿病的發生率和其他國家比較起來，其盛行率非常高。其實應該從平日的健康促進或如何調整生活方式來改善糖尿病的發生，日常衛教資訊卻很少告訴國人要積極做運動、均衡飲食或是做哪些事情能降低糖尿病。臺灣在生活上很少提到這些事情，可見疾病預防與失能壓縮方面，做得並不是那麼好。

第二，以慢性腎臟病而言，臺灣洗腎人口比率高於國外其他國家，為什麼？因為當你有了糖尿病、三高，就應該要好好控制。當身體不舒服、筋骨酸痛的時候，應該要有合適的處置，而非就近找一家診所打一針止痛藥。這些健康促進、疾病預防的概念，國人沒有做好。使用非正確性藥物，甚至可能有潛在危害性。這些事情沒有做好，便會加重腎功能損傷，造成臺灣洗腎人口高出全世界的比率非常的多。因此，就整體醫療品質而言，臺灣還有很大的進步空間。

二、健康照護不是只看死亡風險

健康照護品質評估的新聞發佈後，各個學會都出來抗議，

他們覺得我們醫療服務做得很不錯，可以讓洗腎的病人多活五年、十年啊！但是，就像一開始提到的，那一口氣比人家長沒有錯，可是他的日子是有品質，還是沒品質的？

在日本，洗腎病人已經有所謂的「陪伴旅行」。他們可以按照病友的需求設計一個國內旅行，參觀完一個階段，隔天安排四個小時的血液透析。再繼續下階段的旅行，之後再去做血液透析……，他們國內旅行團、國外旅行團都有這樣的計劃。國內雖然腎臟病友協會有這樣的設計，但是可以接受這樣的資訊個案少之又少，後面可以銜接的醫療院所也很少。設想後面的生活就只能留在家中，關起房門什麼事都不能如願，人生變成只是在數饅頭過日子，這是「受活罪」，而這種生活並不是我們想要的。

因此，我們要再進一步強調。健康照護不是單單只看死亡風險與那一口氣是不是比人家長、活得比人家久，而是要看我們將來的日子是不是能過的比人家健康且又能實現自我價值，讓我們未來的人生可以過得更美好、燦爛。

三、臺灣的健康照護仍有很大的進步空間

世界衛生組織提出了失能校正後的「不健康餘命」概念，指的是如果我們走到人生最後「死亡」的這一段，在那之前會遭遇到：因為生病、不舒服，導致你慢慢地沒有辦法參與一些工作和外出活動，此即定義為失能而喪失的年數。失能喪失的年數再加上死亡所失去的歲月，兩個加總之後的面貌，才能做為評估醫療照護品質優劣的依據。

以臺灣所有年齡層來看，疾病大部分都是著重在十大死

因。其中，癌症佔第一位，包括肺癌、肝癌、結腸癌或乳癌。其他第二、第三名都是心血管疾病、腦中風，後續還有一些糖尿病的例子。若從因為疾病所喪失的人、年數來看，我們會發現心血管疾病與腦中風的比率被壓縮了；癌症大部分是得病之後，後續會面臨到比較高的死亡風險，但是在失能的相關年數而言，它的影響程度沒有想像中那麼大。另外，影響失能的因素，就像前面提到的，大多屬於慢性疾病。臺灣糖尿病的比率太高，慢性腎病的比率跟其他地方比較起來也偏高很多。還有肩頸、肌肉、關節酸痛，這些都會減少你的活動，讓你從此沒有辦法出門，使得生活品質受到限縮。

與其他高經濟福利與高所得的國家比較起來，我們過度強調疾病的重要性，也過度強調疾病對於死亡的威脅。但是，平常該如何預防、後續如何提供有品質的照顧卻相對欠缺。這就是為什麼國際著名的學術期刊認為，臺灣的醫療照護品質還有很大進步空間的原因。

四、臺灣的醫療照護模式

（一）器官疾病導向，欠缺全人思維

回顧老人照護的部分，我們還有很多的挑戰。老人照護除了心血管疾病、癌症這些問題之外，還有很大部分是關於認知症、阿茲海默症等，可是臺灣在這方面關注的比率相對較少。日本在認知症方面，投注了很大的心力，所以它的認知症診斷率比我們高很多。臺灣並不是個案少，只是還沒挖出來。很多藏在社區裡面沒有得到他應該有的服務，但是老人家的慢性病、糖尿病、腎臟病，這些看起來相對普遍。

為什麼我們會面臨到這樣的困境？因為醫生是有人生病才發展出來的職業，若沒有疾病，那醫生就回家做其他的事情，發展其他的專長了。因此，醫生會不會積極的去做健康促進的事情？這問題不見得有一致性的答案。有一些醫生真的很希望你過得健康一點、日子可以過得豐富一點，但是大部分的醫生都是等你生病之後去找他，所以比較沒有人去做前端疾病的預防。反而是國民健康署或是公衛體系的教授會大力去呼籲：不要讓疾病發生，後面的費用就不會那麼高。

（二）片段醫療體系，照護處處斷鍊

另外，現在的疾病是按照器官與各個系統切碎，把一個人切成不同的片段。因此，心臟科的老師看高血壓、心臟病、血管阻塞，幫你做心導管。如果你頭昏不舒服，我幫你轉神經科；呼吸不太順暢，但是心臟檢查沒問題，我幫你轉胸腔科……。對醫生而言，他過去的內科訓練，難道沒有包括神經內科方面的訓練，沒有腸胃科或胸腔科的訓練嗎？其實都有，但是這牽涉的問題，一是健保制度的箝制。健保會針對評估起來不合理的部分，或是覺得跟你科別沒關係的部分，核刪給付。醫師被核刪久了以後，心裡面就不舒服。於是各掃門前雪，不是我的問題就推出去，交給其他醫生去處理。第二個也是一種醫療防衛的心態，因為如果你的毛病是神經科方面的毛病，我幫你做處理、做評估之後，萬一沒治好，名聲就會不好聽，惹得一身臭名，所以乾脆什麼都不管。此外，健保制度在病患分流方面沒有配套措施，導致醫學中心專科門診候診病患門庭若市，迫使醫師必須在有限時間內完成診療處置，更常常影響複雜病患的醫療照顧品質。

但是這樣的診療程序就會變成本來一個醫生可以解決的事情，卻需要五個醫生分散成各個門診來看診。看診的時候，如果沒有特別的問題，就開個藥，隔一陣子再回來門診追蹤；下次追蹤沒有什麼進步，但是藥照吃，就這樣好幾年過去了，但是從來沒有人講過，這個藥有可能是從頭到尾都不需要的。

有些藥吃了以後會有相關的副作用，例如為了保護心血管疾病，所以大家都會準備阿斯匹靈，可以減少腦中風與心肌梗塞的風險。過去沒有相關的文章說明「健康老人家吃了阿斯匹靈，有可能會增加很多的意外，而且沒有特別的好處」，於是在心臟科吃著、吃著，胃不舒服、胃痛，下一個就去看胃腸科；胃腸科當然就開了一些胃藥，但有些胃藥會讓你手腳不太靈活、有些胃藥可能會讓你昏昏沉沉不太舒服，於是又去看神經科；就這樣一個一個醫生串接下來，藥越開越多，也就是多重用藥成型常見的「追藥反應」。

很少遇到醫生說：「你這個看起來不需要吃藥」，也很少臨床的醫生會去看其他科別醫生開的藥，再跟病人說：「你這個症狀是因為之前開了什麼藥造成的。」分科太專、太細，導致沒有看到這個人，甚至沒有看到他的世界，所以看病變成一件痛苦的事情。

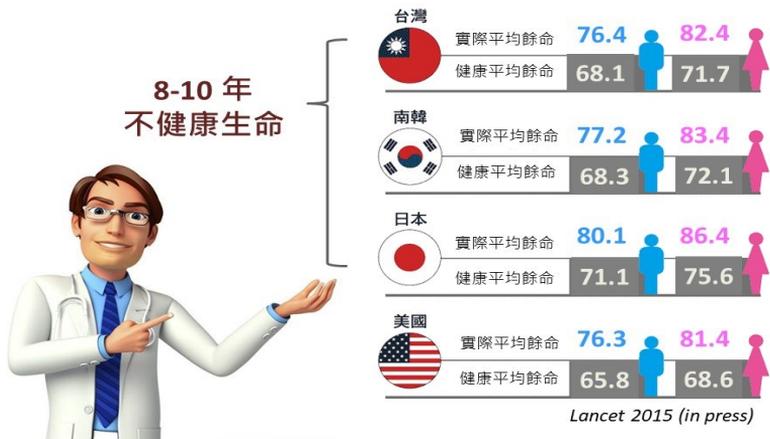
（三）支付制度不佳，無法帶領整合

現在的醫生大概只負責看病，前端的事情不包。簡化的健保支付制度是以量制價，變成跟保險業務員拉抬績效一樣，病人看得越多薪水越高，照顧的病人越少、回診次數越少，薪水也就跟著越少。這不是一個以品質來計價的政策，而是一個以量計價的政策。當然醫生就會想：兩個禮拜約你回診一次我比

較賺，或者本來短期可以開三個月慢性處方箋，他就開兩個月，這樣固定回診時，就有醫師費、有其他的費用可以拿。門診費用對醫院來講也是一項收入，這樣的就醫是不是好的？當然不是。因為你每次都拿一樣的藥，也沒有藥物調整，甚至不是因為針對調整藥物，而安排的密集追蹤。當欠缺這樣的概念，看病就是一種折磨，而且欠缺全面性。

五、理想人生的落差

理想人生的落差



臺灣現在的平均餘命男性大概是七十六點四歲，女性是八十二點四歲。但是從健康餘命來看，男性只有六十八年而女性是七十一年，兩者有八到十年的差距。有沒有辦法把從健康到不健康的時間再縮短一點，讓後面日子過得舒服一點？我們寧可在大多時候過得很燦爛、靠自己做很多事情，到了最後那一

天，突然一下子在睡夢中過去了，這是大家奢望獲得的夢想。可是，免不了會因為生病導致殘疾或很多事情不能做，但我們仍然希望把中間這一段過程壓縮得更短一點。至少讓疾病影響生活的程度不會那麼大，很多事情還是可以自己來。不單臺灣有這種現象，我們可以看到其實日本在健康餘命到實際平均餘命間，還是有九到十年的不健康歲月。這是各個國家都會面臨到的瓶頸，也顯示各個國家在健康政策方面，都有再互相學習、成長的空間。

伍、建立病患經驗價值的架構

醫療照護體系很少會去考慮使用者的經驗與生活，所以我們應該根據這些老人家的狀況和生活去設計一個符合他們狀態的過程。年輕的時候我們常常會設定一個目標，大家朝著這個理想目標邁進。倒是年紀大了之後，發現要朝著目標邁進時，身體與反應都和年輕時不同了，一些吃藥的副作用也開始出現，甚至在不同疾病之間的控制目標還會有衝突。我們應該要幫他在不同疾病的控制目標上找到一個平衡點，讓他在看病的過程中變得更舒適。

一、創造價值主體的照護體系

黃勝堅院長的演講中常舉一些例子，例如：為什麼每次門診都會有幾個病人一直要衝進來，想要早點看病？其實是因為

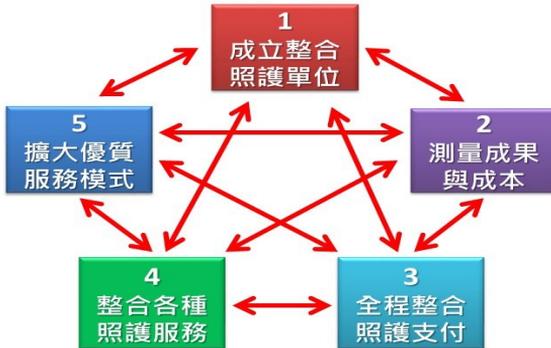
病人看病的路途遙遠、交通奔波，公車一天可能就只有一、兩班，錯過公車，就得半夜才能回到家。在銜接或照護的流程裡，都會區比較少遇到這樣的問題。但是金山這邊，甚至稍微偏遠一點的地區，他們在交通方面當然是一個問題。中南部或是離島、偏鄉，有很多的照護環節我們應該進一步去考慮，而且針對這些去設計一個指標來評估後續照護的成果。

我們要創造的不只是讓疾病控制得很好，而是減少整個國家疾病的發生率。讓有慢性疾病需要控制的老人家，可以多一點社會參與的機會、少一點就醫的負擔，甚至在家裡面就可以得到他想要的東西。我們應該要創造一個價值：不單單只是有病吃藥，而是除了醫療之外，還可以讓他在家過得安適、在社會參與發展他的角色，晚年不再是那麼枯燥、單調及無聊。

二、價值醫療的推動架構

於是，在政府部門方面，透過陳亮恭主任的努力我們做了很多事情，包括成立一個整合的照護單位。我們知道各部門或各部科之間常常缺乏心力進行實質整合，所以需要有一個單位來互相協調，帮助大家做到整合照護這件事情。另外，不只是慢性疾病的整合，我們還應該要擴大到各種服務與支持網路的整合。以失智症為例，失智症永遠不是從診斷到用藥這樣而已。失智症還要考慮照顧者的主體性與尊嚴和照顧家屬的壓力紓解，甚至未來能夠讓他一次看病，就可以得到需要的藥。它不再是綁在專科的門診中，只能看好幾個專科醫師才能得到想要的服務。後續當然要去評估成本與監測的結果，等到評估起來真的有效、可行之後，再去思考下一個階段如何擴大。

價值醫療的推動架構



感謝陳亮恭教授提供授權投影片使用

落實價值的醫療服務，特別強調讓民眾健康。在社區裡不要有疾病的復發或惡化，導致要到醫療院所去看病。如果今天總額給付給你這麼多錢，讓你把這一群對象照顧得很好，甚至不需要到醫院看病，那額外多出來的錢就給醫院賺。可是，臺灣的健保支付制度其實沒那麼友善。依照東方文化的想法，大家覺得你們沒做事，又照顧這種很輕鬆的病人，怎麼可以拿那麼多錢？反而將給付費用壓得很低。在低廉的費用下卻希望創造高優質的服務，一旦照顧有什麼疏失，後面又是一連串的懲罰制度。因此，在整個支付制度上，我們應該要進一步去思索，甚至與長照服務做串接，不再只停留於醫療角度。

（一）美國準預防跌倒照護計畫

以美國執行髖關節骨折術後照護服務為例，它創造了一個價值：你只要不讓他跌倒，或者跌倒的病人於骨折術後，進行相關的用藥再評估。藉由適當的刪減、調整不適當用藥或高危險用藥，讓藥費降低，而這額外的利潤就是你的。另外，針對這樣的老人家，將會安排術後積極復健或是後期照顧。透過功能回復訓練，使他可以回復原來生活的獨立性。當他的生活過得有品質，後面所需的返診，或安排居家照顧、訪視的費用，也會進一步降低，這創造出來的利潤皆歸屬於醫療院所。因此，美國在這部分有一套很完整的流程，包括年齡、有沒有高危險的用藥，走路走得穩不穩定、有沒有合併尿失禁、慢性疾病控制……等。在發現這些個案時，便及早做評估，從能調整的內容裡去做檢視；甚至安排訪視，幫他創造一個比較安全的環境，減少跌倒的風險。根據既定的訪視流程來看，這可以先為病人做很多事情，而後再針對藥物的適當性去做積極處理。有痛當然要使用止痛藥，但是當疼痛改善之後，後續的止痛藥劑量也應該要減輕，之後逐步用其他的方式來處理疼痛問題。

（二）照顧已老，防範未老

當然照護環節不會只有針對個案，還包括他的親人、一起同住的家人，以及左鄰右舍。因此，美國的髖關節骨折計劃裡，從環境的佈置、家人的溝通，甚至未來功能回復的目標，都有一套完整的做法來告訴大眾、病患及家屬，在家裡面應該要做到哪些事。可見，我們不只照顧已經老了或生病的這一群，而是在還沒老的時候，就應該要存骨本。在未生病時，就看到未

來有可能會發生的風險，及早介入、及早預防，未來的日子就可以過得更美好。由上可知，照護兼顧的環節包括醫療、照顧、社會福利和我們實際的生活。

三、超高齡社會價值照護體系再設計

我們所設計的價值照護體系，不光只關切疾病照護的問題，而是以個案為中心，研擬一個屬於個案的照護方式。舉例我今天照顧了一百位長者，有可能有一百種不一樣的問題。我們需要設計不一樣的照護計劃，而不是大家都吃一樣的大鍋菜，都用一樣的方式處理。標準作業流程當然要有，但是每位老人家照護的細節、問題都不一樣，我們應該要做適度的調整。另外，我們也會看一下他與環境、外在的互動。在功能上有沒有什麼障礙？有沒有什麼需要協助的地方？幫他再處理、聚焦，後續希望可以讓他心理得到安適，內在得到健康。功能或許有極限，但是至少後面的生活是有品質的。

我們曾經服務過一位傳統醫療角色下的犧牲品：九十九歲的倪伯伯四月份住院時，因為蜂窩性組織炎導致雙腳紅腫、熱痛。專科醫療體制的處理，是讓他住到某個急性醫院的病房。在抗生素治療一個禮拜之後，發紅疼痛的狀況消除了，雖然還沒有完全消腫，但也就跟病人說「你可以回家了，現在這個狀況，回去吃口服抗生素就好。」。由於他住的不是感染科病房，而是某個急性照護的病房。因為腳還是會痛、關節不舒服、走路沒什麼力氣，於是出院之後就被安排到骨科。

骨科看到倪伯伯的腳後，說「你的腳上好多水泡喔，應該要看皮膚科或整形外科。」、「你有骨關節疼痛，看起來是退化。」，骨科的內容只有討論到要不要換人工關節。倪伯伯已

經九十幾歲了，他也不敢開刀，醫生就說「那吃藥控制就好了。」。轉到整形外科後，醫生就說「這個腳起水泡看起來外科也沒辦法做什麼事啊！這個傷口要是全部都把水泡戳破，或者做大規模的傷口清創，它還是不會好。」。可是，為什麼不會好呢？從專科醫療角度來看都沒事，但是在前端處理時，腳便是腫的。為什麼沒有人注意到這個問題，沒有人幫他處理這個問題？最後，家屬有一點灰心喪志了，又不確定要看哪一科，所以決定來看老人問題的老人科。

到門診問了才發現，倪伯伯出院之後一個禮拜體重增加七公斤。這年紀會增加的大概就只有水分，可見水排不出去。他的確也有很多照護上的問題，雖然九十幾歲了，但是之前身體還很硬朗，可以自己走路。有些事情可以自己，功能並沒有那麼差。而且過去也沒有特別的慢性疾病，為什麼腳會腫得這麼厲害？我們就幫他做一些評估。另外，再與急性病房銜接，幫他做整體的照護。結果照了膀胱超音波後，發現膀胱有1000c.c.的尿，身體的水分排不出來，腳當然就腫了。後續幫他放個尿管，調整一些藥物，腳消腫連帶水泡就會不見；水泡不見了，就不會有傷口；不會有傷口，就不會有蜂窩性組織炎。

如果這病症可以在一開始就一次幫他處理掉那該有多好，不會讓他在專科之間流浪，流浪到最後才來看高齡醫學門診。這畢竟不是一件好事情，但這的確是我們在醫療場域裡，很常遇到的狀況。後續的部分，尿管雖然還沒有機會拿掉，但我們透過一些藥物的重整與復健計劃，他慢慢變得自己可以稍微走一下。過了大概四、五個月後，在泌尿科醫師的協助下，尿管也順利拿掉了。自從小便尿不出來這個問題解決之後，腳沒有再腫過，也少吃了許多藥。伯伯還是回到他原來的日子，雖然沒有過得更好，但是慢慢可以獨力照料自己的日常生活，家屬

的照顧壓力少了很多。生活也輕鬆多了，不會一再的因為腳的紅腫需要一直去醫院看門診。

四、老年人的慢性疾病控制

(一) 血壓控制

在慢性疾病的控制上，醫生常常會說「有病要吃藥」。而血壓的問題，不可能會變好，所以回家以後要每天乖乖服藥。但是在心臟科門診中，幾乎沒有醫生有時間會跟你說「回去要量血壓」，或說明量血壓要在早餐之前還是之後量？或者是每天哪一個時間量都可以？還是應該要在晚上睡覺前量？很少有醫生會花時間講這件事情。我個人之前的訓練過程也曾經問過心臟科醫師：「看起來老人家的血壓好像年紀越大，血壓越好控制，不知道有沒有這樣的狀況？」心臟科的學長是這麼說的：「應該不會吧！年紀越大，血管只會硬化得越厲害，理論上血壓應該要越來越高，所以吃藥就是吃一輩子，不太可能有機會減藥。」

所幸的是 2017 年，有新的文章發表了，告訴我們真的有這樣的狀況。研究是針對所有老年男性追蹤二十年，發現在這二十年期間，大概過了八十歲後，血壓會慢慢逐步下降。不管是慢性病多的還是少的，都會呈現緩慢下降的狀況。文章中還提到，當年紀越高，下降的速度看起來就會越快。這牽涉到的問題是：我們不只要調血壓藥，還要固定量血壓，要看一下這個血壓藥適不適合你。年紀越大，吃東西吃的沒有那麼多，鹽分攝取量也就沒有那麼多，相對上血壓其實也會有緩慢下降的趨勢。實際的數據告訴我們，的確血壓會下降。

因此，我們建議老人家，每天早上起床之後、吃早餐之前血壓最低，在這時候量一次血壓，這就是你的標準。年紀大了之後，我們的反射神經、交感神經調節血壓的速度會變慢。有可能上廁所的時候，一下子從馬桶上站起來，頭會有點暈，或者是在客廳沙發上一下子站起來，頭會有點暈。因為頭在身體最高的位置，會產生高低差，反射神經調節速度如果跟不上就會發生頭暈的情形。假如有這樣的情形，你的目標不能跟年輕人一樣設收縮壓在 120、舒張壓在 80，而是應該要適度的放寬。可能放寬到收縮壓 130 或 140，腦部的血液循環狀況會比較好，不會因為活動而產生姿勢性低血壓，可以避免跌倒出意外的事件發生。

（二）血糖控制

三高的控制，除了血壓還有血糖的控制。代謝科醫生大概都會跟你說，糖化血色素最好是控制在六點五。年輕的時候血糖是這樣子，沒吃東西時血糖稍微低一點點，吃飽飯以後血糖就會上來，就像一陣微風吹過湖面掀起一陣漣漪。但是年紀大了以後，就有點像颱風過境，沒吃東西時很低，高的時候就像浪頭打得很高，於是就會出現顯著上下震盪的血糖變異。但是，如果糖化血色素三個月的平均值，都在同一條線上，而血糖變異度又很高的時候，就很容易發生低血糖的危險，可能馬上昏倒或者發生意外事故。

臺灣糖尿病醫學會已經針對老人家的狀況做過調整。當你是年紀大的人又對於飲食控制或低血糖症狀有概念，加上配合一些藥物調整。那麼糖化血色素標準就會放在百分之七，而不是六點五那麼嚴格。另外，如果是吃飯要靠人家餵食、有多重

的慢性疾病，甚至進食量不是很固定，有很多功能的狀況，就會建議糖化血色素放到百分之八，不要超過八點五，這樣就可以降低血糖過低的風險。畢竟血糖高產生的慢性併發症，通常是在完全沒有控制的狀況下，經過十到十五年才產生心血管疾病，也才有洗腎或視網膜病變的危險。但是，只要發生一次的低血糖，可能從此人生就會從彩色變黑白，從此臥床不起。

我們會希望疾病控制是均衡，有屬於它的平衡點，那才是有品質的照顧，而不是為了追求一個很難達成的目標，反而要付出的相當代價。為了達到理想的糖化血色素，低血糖的機會比人家大，老人家血糖控制變成要透過飲食限縮，少吃一點。因此，每次吃飯都是白飯、白麵、白饅頭，蛋白質攝取量不夠，營養就不好了；別人在吃到飽、吃蛋糕的時候，你看著別人吃，心裡面諸多怨恨，心情過不去，生活品質自然比人家差。因此，在合理範圍內，設定他的總量，讓他營養均衡，同樣也可以使人享受到生活品質。

（三）多重用藥問題

國外研究蘇格蘭三十萬人發現，年紀越大吃藥越多。從1995年到2010年，蘇格蘭高齡族群用藥超過十種處方的比例，從百分之四點九一路上升到十七點二，上升了快四倍！可是，疾病真的有控制得比較好嗎？其實沒有。疾病控制的狀況看起來相差不大，而藥物的交互作用，從1995的百分之十五點二升到百分之三十四點一，上升的藥物交互作用上升了快一倍。可見，藥的確能治病，但是那個「治」可能是治療的「治」、也可能是導致的「致」。每個人都應該要找到屬於疾病控制的平衡點，尤其有多重慢性疾病的時侯。

陸、多重照護需求之高齡整合門診

有些疾病用藥是有衝突的，我們需要專業人員來幫忙，一起找到生命與用藥的平衡點。高齡醫學便是著眼於這樣的概念，來設計整合門診。從門診一次處理掉大多數高齡者的需求，除了眼睛、耳朵、鼻子、喉嚨、皮膚和牙齒，這些專科的問題，還是需要特定的檢查設備，或者是比較多的經驗來處理。其他內科、外科、骨關節的問題，我們一次在門診解決就好了。

一、高齡整合門診服務模式

如果年紀超過八十歲，慢性疾病控制的狀況不理想，或慢性疾病超過三種以上且面臨一些身心失能的狀況，這類型個案我們就會介紹給老人科醫師。每個初診病患大概都會花二、三十分鐘，從雲端藥歷、用藥的狀況、平常身體健康狀況等來觀察，也會透過周全性評估來看看老年症候群、生理機能、認知功能、憂鬱、有沒有使用哪些高危險藥物需要做調整。若真的有專科醫療的需求，例如要申請認知症的藥、重大傷病、殘障證明和安排復健活動等，我們就會再找其他專科一起來幫忙。並且安排同一天看診，或者透過一個診或兩個診彼此互相協助，後續三個月回診一次，就是為了不要讓看病變成是很折騰的一件事。

每個個案我們會做出評估，並且寫出一份照護計劃。看看未來在哪個階段需要拉什麼樣的服務進來，在家裡面有什麼樣的資源可以用。周全性評估是一個很枯燥的量表，因為它包括生理機能、認知功能、憂鬱情緒、營養狀況，其中主要意象涵蓋的就是這些問題。年紀大之後，或多或少記憶沒那麼好，有

時候會有一些急性混亂的狀況，包括視力、聽力、溝通不良的情況產生，而且情緒也沒有那麼好。不過，我們最關注的還是在跌倒方面，怎麼樣去預防，怎麼樣去處置？另外，還有尿失禁、營養問題以及評估社會參與的問題。我們希望透過這些問題的發掘，找到適合的處理方式，讓高齡人口未來的日子可以過得更平安、更順遂。

二、實施高齡整合門診服務的結果

透過這樣的門診，全年的醫療費用，與同期其他醫學門診比較起來。一個人一年內少看了一、兩次的門診，藥物種類少了兩種，藥物的顆數少了三到五顆，費用降了百分之三十五。省錢的服務是不是照顧品質就變得比較差呢？其實沒有。我們少吃一點藥，就減少很多藥物的副作用，也減少了很多跌倒的危險。甚至減少了不預期發生意外住院的狀況，所以在照護品質方面反而提升了百分之四十九點八。

因為榮總有實際的成果出來，健保署發現這服務架構的確可行，決定推行到全臺灣的醫療院所，希望大家都想辦法開立整合門診。若遇到多重慢性疾病或特殊醫療需求時，就轉介到整合門診做一次性的評估，不要讓他反覆回診，讓看病變成很折騰的事情。不過，有點讓人沮喪的是，大部分醫療院所都還是資訊整合，即同一天看過的醫生都稱為一次門診，但是那樣的就醫其實還是離理想中的整合門診有很大一部分的差距。

三、建立社區化持續整合照護體系

在社區或急性住院方面，我們透過社區的合作與服務來創

造新的價值。腦中風其實只要在中風的黃金時期做加強復健，身體功能就可以回復。但是過去沒有骨折術後開刀的相關經驗，大家覺得跌倒開刀後，會沒元氣，所以應該躺久一點、休養久一點，之後自然有力氣可以走路，便能回復原來的生活。結果發現老人家開完刀後，躺了一個禮拜，力氣卻變得越來越差，兩個禮拜之後肌肉便開始萎縮。因此，榮總設計了一個髖關節骨折的急性後期照護。現在骨折手術都很先進，通常第一天也許就能踩地，第二天開始便能下床走路。為什麼我們不在那個時期就加強復健？透過功能回復訓練，促使他早點回復原來的生活。

有一些老人家其實沒有特別的慢性疾病，但是他就是有問題，躺在床上一陣子之後走路變得不太順，從此在床上起不來。我們有沒有辦法改善這樣的困境？跌倒是不分男女老幼都有可能發生的意外事件。因此，我們需要去評估，讓每個人不要在事業有成的時候突然命就沒有了。或者是跌倒之後，錢都被孫子領光光，又或者因為營養不良，體重輕到可以抱在身上。這些都不是我們希望看到的事情，所以功能回復訓練是幫助我們來達到此目標。

四、急性後期照護可達到失能回復

在代謝科病床上，有一位因為胸悶、血糖過高，躺了一個月的老伯伯。因為他走路會左右搖晃得很厲害，原先看護不敢讓他下床。他擔心老伯伯下床後，萬一跌倒會把帳算在他頭上，所以不願意讓他下來。但是我們知道這位伯伯過去走路的狀況很好，很多生活上的事情都可以自己來，為什麼這一個月落差

變得這麼大？因為都躺在床上沒有機會活動，甚至在那個階段已經要報轉到其他醫院做長期安置了。

我們評估之後，跟照顧服務員說：你讓他下來，跌倒算我的，照顧服務員才願意讓他下來走。剛開始走路時，伯伯的確晃得滿厲害的，甚至差一點要跌倒，照服員很積極的想辦法拉住、不讓他走。但透過活動設計之後，我們做了兩個禮拜的復健運動。走路左右搖晃的狀況逐漸好轉，轉彎一下子就能轉過去，不像之前轉彎的時候要多踏好幾步才有辦法轉過去，可見其功能有進步。後續我們將伯伯銜接到急性後期照顧，很感謝員山急性後期照顧的夥伴，讓他把輪椅、拐杖都丟掉，回復自行走路。如果我們沒有透過一些活動設計，或者沒有發現他其實有這樣的潛力，他可能就這樣一輩子躺在床上成為一個廢人。

透過活動成效發現髖關節骨折術後，死亡風險可以降低，身心功能回復與改善的幅度非常的高。於是今年開始，它就變成一個正式的計劃，全醫療院所都開始推髖關節骨折術後的急性後期照顧。如果老人家有認知功能障礙、慢性腎病、巴金森氏症等功能障礙，可以轉介到我們的急性後期照顧。讓他們去做功能回復訓練，這樣生活才有機會可以過得更好。我們很希望病人在還沒使用失能長照服務時，就發現他有失能的風險。當他處於衰弱與失能的前期，就可以找到問題早點處理，這樣後面便不會使用太多長照服務。

去年世界衛生組織也強調要注重延緩身心機能的老化，而且在高齡化的社會要重視那些老年症候群的人並做適當的處置與評估。另外，還要有照顧者的支持系統，不只是照顧的資源、社區據點，其中也包括家屬。因此，我們如何提供合適的協助、完整的照顧網路，也是一件重要的事。

柒、防範未老就是預防身心失能

近年來關於老化的問題，一直在強調肌少症與衰弱。假如現在走路走的速度比人家慢、握力比較差，有些平常的活動慢慢變得吃力，可能就有衰弱或肌少症的問題。透過適當的營養補充、活動設計或藥物的調整，有機會改善、跳脫這樣子的惡性循環，不要掉到後面失能與死亡的環節。

一、防範未老之標準社區介入模式

在整體周全性評估與老人醫學門診中，我們透過規律的運動、飲食和健康生活，來預防身心功能下降，而目前我們也在社區推動這樣的服務。

防範未老之社區介入

認知訓練 (60分鐘)	運動訓練 (45分鐘)	飲食衛教 (15分鐘)
疾病與健康老化衛教 (每月30分鐘)		
第一個月	四堂課程 (八小時)	
第二個月	兩堂課程 (四小時)	
第3-12個月	一堂課程 (兩小時)	

強調健康生活習慣養成

感謝陳亮恭教授提供授權投影片使用

在老之前可以做很多的事情，如：體適能運動、認知功能訓練、腦力激盪、設計屬於自己的營養課程等。另外，在長期的慢性病控制方面，善用一些簡單的指標，如血壓、血糖和體重，讓老人家知道自己的健康狀況。在社區服務中我們設計了這些課程，認知訓練六十分鐘、運動訓練四十五分鐘和飲食衛教十五分鐘這三項。一整年下來，發現有做的人衰弱分數會降低。如果什麼都沒有做，只是單純來聽課程，經過追蹤發現隨著年紀用盡會慢慢的廢退，其退化的速度就跟一般老人家一樣。有介入時，腦力維持的狀況會比較良好，認知功能不會衰退的那麼厲害。

營養不良常常是因為飲食不均衡，可能是固定吃某一類的食物，太過單調或是蛋白質的攝取量不夠，導致肌肉蛋白的合成來源不足。我們透過營養課程的設計，在追蹤一年之後，發現營養不良的風險的確也獲得改善。身體好，心情自然就比人家好，因為你手上有的本錢與武器都別人家來得更高。

我們做了這麼多的事情，就是希望改變老化的問題。希望可以讓老人身體老，功能沒有缺陷，而且心靈是一個逐漸成熟圓滿的境界。

二、眼前的趨勢事實

從整合照護方面來看，如何透過整合支付，給醫師一個有品質的生活。若服務的對象沒有那麼多，薪水始終不會很高，長期下來便沒有人要跳進來，這些醫生也會慢慢的流失。怎麼樣去設計支付規劃，這是需要政府部門的幫助。我們應該要強調用品質來決定照顧的價格，而不單單只是用服務的人次和量來決定醫生的薪水。未來有沒有辦法透過一些支付制度的調整

與改變，讓醫師可以進到社區裡、進到老人家的家中，提供醫療、藥事或護理服務。讓老人家不再因為看病疲於奔命，這是現在進行式，也是我們正在處理的。

另外，還有一件正在改變的事，就是高齡醫學訓練。從明年開始，所有醫師的養成訓練，有一個月需要到高齡醫學受訓。我們希望透過醫療制度的改革與轉變，讓所有的醫師，無論內科、外科、小兒科、精神科，甚至放射科、病理檢驗科等，越來越多醫事人員有這樣的概念。唯有如此，將來老人照顧才有辦法更踏實，照護品質才可以更高。

捌、結語

當我們在照顧的時，就把所有的環節、各個不同階段串在一起，不再只看醫療面。甚至病人在住院期間，幫他規劃出院之後的銜接照護服務，以及爭取出院之後的社會福利資源，幫他擠破腦袋來想下一步該怎麼做。因為他不需要再回醫院這件事，對我們而言就是一個最大的滿足與成功。目前在建構的體系已經進行了一部分，但是我們還需要更多的夥伴一起投入，讓這一群老人家可以過得更好。當老人家生活過得更好、身體機能更好的時候，未來就不太需要到醫療院所，日子便能過得更開心。

現在長照 2.0 的服務為需要等級越高，每個月可以用的額度就越高。在這個額度之下，你可以決定所需要的服務內容有哪些，而不是像以前一樣菜、一樣菜這樣點。而是根據組合，我可以挑不同的配菜，找一些適合我的服務，其中也有針對喘

息服務、輔具申請費用的保障，各個費用之間不會產生交互的衝突。希望透過這個全面性的給付制度，讓長照服務用起來更輕鬆，並符合大家的需求。因此，在不遠的未來，年齡就只會是一個數字。在不強調年齡的狀況下，該如何做？就是讓自己的身體功能維持在最巔峰的狀況，讓自我的心靈成熟、改變看事情的角度，未來大家才會有一個更豐富、更美好的人生。

以上就是我今天課程的介紹，謝謝大家。