

老年人之長期照護

陳晶瑩

臺大醫院家庭醫學部

前言

人口老化是人口轉型(population transition)的必然結果,所謂人口轉型係指人口自高出生率與高死亡率的均衡狀態轉變為低出生率與低死亡率的均衡狀態。由於醫藥與公共衛生之進步使死亡率減少,但在家庭計畫的推動下出生率的逐年降低以及戰後嬰兒潮之世代加入老年人口,台灣之老年人口將於民國 104 年後大幅增加。依照內政部的資料,民國 90 年的老年人口佔 8.8%。台灣雖然人口轉型的時機較歐美經濟發達國家晚很多,但是增加的速度驚人,老年人口由 7% 倍增到 14% 的年數僅次於日本為 27 年,估計在 2030 年代趕上這些國家的人口老化水準,台灣的老化速度,根據行政院經建會的人口推計的趨勢,從 1994 年老年人口的 7%,於 26 年後的 2020 年加倍到 14%,而在 16 年後的 2036 年又增加為 21%。而年齡在 80 歲以上的老老人,其佔人口比例之增加速度可能超過 65 歲以上的老年人口。台灣的生育率下降,至 1984 年人口淨繁殖率低於替換水準(replacement level),依據人口學者的推計,如果生育率維持低於替代水準,台灣的人口將於 2025 年後轉為負成長,那時人口的老化狀況,以 65 歲以上的老人人口而言,將由 1990 年的 117 萬人,增加到 400 到 500 萬人,老年依賴比也將由 9% 增高到 30%。

而對長期照護服務的需求,由台灣省家庭

計畫研究所舉辦之 1989 年第一次及台灣地區老人及保健與生活問題調查,60 歲以上抽樣調查,共完成 4049 案,完訪率為 92%;及 1993 年第二次追蹤,完成 3151 人,結果顯示:由 1989 年到 1993 年的老人傷殘(disability)比例減少,以日常生活活動(ADL)限制在 1989 年為 7.5%,在 1993 年為 6.3%;至少有一項複雜性日常生活活動(IADL)限制的百分比,也由 1989 年為 7.5%降為 1993 年的 6.3%。若將高性別比、年齡及教育程度的提高合併,可以解釋 70% 的傷殘率下降。又依據吳淑瓊教授 1996 年對台灣社區老人長期照護的需要量,推估 65 歲以上居家老人重度功能障礙有 4 萬人左右,略有障礙者有 27 萬人,40 年後將增為 4 倍。而根據胡明霞教授 1998 年的研究,65 歲以上人口 37% 健康良好,59% 健康不佳但可獨立生活,4.63%(約 5.5 萬)需長期照護資源,其中 6000 人需機構照顧,約 49000 人需居家照顧。而依內政部 2000 年的資料,65 歲以上需要長期照護者有 9.1%,估計約有 17 萬老人需要長期照護。

再者,依照內政部民國 89 年老人狀況調查,65 歲以上老人樣本數 2807 人,自覺自己健康好者 41.19%,普通者 36.62%,不好者 21.91%。65 歲以上老人日常生活起居無法自行料理者佔 9.33%,隨著年齡增加而比例增加,80 歲以上老老人可佔 19.82%。主要照顧者在 65 歲以上老人以兒子或媳婦(34.73%)為主,次為配偶(17.90%),再為看護工(11.47%),值得注意的是

Title: Long-Term Care for the Elderly

Author: Chin-Yin Chen, Department of Family Medicine, National Taiwan University Hospital

Key Words: long-term care, elderly, geriatric assessment

表一：台閩地區長期照護資源表

	家數	床數
護理之家	175	8317
榮院護理之家	9	544
安養機構	610	32135
長期照護	9	182
榮家養護	14	2743
居家護理	313	
居家服務	59	
家支中心	104	
日間照護	24	546
日間托老	28	
管理示範中心	15	
出院準備	84	
呼吸治療機構	27	
居家呼吸治療	10	
失智照護	9	796

中華民國長期照護專業協會(2001)

仍有 14.15%的人雖然有需要，卻沒有資源可以幫忙；而 80 歲以上老老人的主要照顧者仍以兒子或媳婦(40.21%)為主，次為看護工(17.26%)，有 5.85%的人雖然有需要，卻沒有資源可以幫忙。看護工在年齡越老的老人照顧角色越重要，照顧及管理的品質如何？每七個日常生活起居有問題的老人就有一位沒有家庭資源可以幫忙，社會或醫療資源是否能落實到老人身上？長期照護的需求是否有系統的建立？需要我們的積極努力。

同一報告中顯示：65 歲以上老人居住在老人福利機構者佔 5.59%，80 歲以上老老人佔 10.93%；對老人安療養機構之需求情形，覺得需要或很需要者，在 65 歲以上老人佔 32.42%，80 歲以上老老人則佔 33.71%。在實際與需求存在很大的落差，並和國外老人居住機構比例約 7% 相比，究竟是供需不足？還是缺乏替代照顧(如社區照顧)？或是自付經濟不足？還是福利政策無法落實到需要的老人身上？的確需要進一步的了解。而曾使用居家照顧服務者僅佔 2.1%，但有 23.51%的 65 歲以上老人表示有居家照護服務之

需求，供需之間有必要進一步探討與規劃。

而由現有的統計資料，衛生部門期望先由機構的普及滿足無自我照顧能力中 30%的老人可得到機構式服務的目標，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，如表一。台灣於 2000 年底老人人口數為 1,921,308 人，推估失能老人數 105,672 人，需機構式照護者為 31,701 人，而機構病床數為 43921 床。因此目前我國提供之床位數已不短缺，但是資源分布不均且品質有待提升。而社區化的意涵與目標是否已在期望中前進？因此，本文擬就社區化的長期照護、長期照護的體系及老年專科醫師的角色，由巨觀及微觀來看老人的長期照護問題。

老人長期照護的內涵

長期照護是指對失能者或失智者，配合其功能或自我照顧能力，所提供之不同程度之照顧措施，使其保有自尊、自主及獨立性或享有品質之生活。其內涵為：「對身體功能障礙缺乏自我照顧能力的人，提供健康照顧(health care)、個人照顧(personal care)、及社會服務(social services)。服務可以是連續性或間斷性，但必須針對個案的需求，通常是某種功能上的障礙，提供一段時間的服務」。因此長期照護應包含有診斷、預防、治療、復健、支持性及維護性的服務。

評定長期照護的需求，基本上需依照功能狀態。身體功能障礙若以 Katz 氏日常生活活動(activity of daily living, ADL)評估，包括：穿衣(dressing)、吃飯(eating)、活動移位(ambulatory)、上廁所(toileting)、洗澡或梳洗等個人衛生照顧(hygiene)，簡記為英文單字 DEATH；若以 Lawton 和 Brody 氏的複雜性日常生活活動(instrumental activity of daily living, IADL)評估，包括：購物(shopping)、家務打掃(housekeeping)、理財(accounting)、備餐(food preparing)、交通運輸(transportation)及電話使用(telephone)，簡記為英文單字 SHAFT，並加上服藥(medication)、及洗衣(laundry)共八項。一位 ADL 正常和 IADL 大

部分正常的老人，有能力在家中生活；而長期照護系統的服務，可以協助一位 IADL 或 ADL 有部分障礙的老人仍可在家中生活，如：送餐服務使老人不需要自行購物及備餐；每週兩到三次的協助洗澡服務使老人仍能在家中照顧自己。

而長期照護的模式到底應該如何提供呢？

社區化照顧在長期照護的意涵

社區照顧(community care)的概念溯源於對十九世紀英國貧窮法案(the Poor Law)之機構式收容的批評，因為機構化的初衷原是為了改善收容者居住環境條件的美意，但由於將收容者與他人與社區隔離在沒有隱私、選擇權及單調的生活，收容者在機構中的生活並不愉快。1950 年代後期，社區照顧也進入老人照顧的領域。1958 年英國衛生部長提出：「我們對老人服務的基本原則應該是：對老人而言最佳的地方就是自己的家，若必要時，可透過居家服務與以協助」。1989 年英國社區照顧白皮書對社區照顧所做的界定為：

「社區照顧係指提供適當程度的支援，以使人們能獲得最大的自主性，且掌握自己的生活。為了實現此目標，便有必要在不同情境裏，發展並提供各項服務。這些服務包括：從提供人民在自己家裏的家庭支援、對較需要密切照護者加強提供喘息照顧(respite care)和日間照顧、透過團體之家和臨時收容所以增加可用於照顧之程度、到其他方式無法照顧者提供居家照護、護理之家及醫院的長期照顧。」

這種社區照顧朝向去機構化(de-institutionalization)的改變主要目的在於：

1. 讓人民盡可能在自己的家中或類似家中的社區環境中過著正常的生活。
2. 經由適當的照護和支援，以協助人民得到高度的獨立自主性，並協助發揮最大的潛能。
3. 讓人民對自己的生活方式及所需的服務有較大的決定權。

除了照顧品質上的考量，經濟上的考量也是一個重點。社區照顧的花費約為長期機構照顧花費 10%。英國長期照護人口佔用了社會局預算的

四分之三強的經費，而住在自己家中的老人則僅花費社會局預算的五分之一。絕大部分的人相信居家照顧是避免居住於機構中之最好方式，而長期照顧的病床可以留給最需要、最依賴的老人。而且能在自己家中安度老年，是絕大部分老人的願望，以社區為基礎的老人家庭服務，提供個人照顧、家庭事務協助、備餐服務等，可以避免、延遲或取代昂貴的機構照顧。

老人長期照護的體系

依照衛生署的定義，長期照護的服務方式，依支援單位提供的資源不同，分為：居家式、社區式、及機構式。

居家式

1. 家庭照護：家庭照護是長期照護的骨幹，由家人、朋友或鄰居所提供之非正式性的服務(informal support)，一般而言，佔社區老人由非正式性照護的 80%。其成本較便宜，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。但缺點是：照顧人力不足、照顧者長期身心負荷壓力、照顧品質缺乏專業性及無法提供技術性服務。
2. 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。
3. 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。

社區式

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，接受照護者仍留居於家中只有部分時間前去接受治療或照顧。

機構式

機構式應更細分為：

1. 居住照護(residential care)：居住照護依照

Hawes 的定義，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。
2. 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，並有物理治療、職能治療、營養諮商等，也提供臨時性非重症的醫療服務。

根據多國的統計資料顯示，大約有 5% 到 8% 的老人需要長期機構照護，其中 3% 到 5% 只需要一般性的居住照顧，2% 到 5% 需要護理之家的照顧。但這個比例隨著年齡有很大的差別，以護理之家的照顧而言，在 65 到 74 歲的老人需要率為 2%，75 到 84 歲為 7%，85 歲以上就跳到 20% 以上了。長期追蹤研究顯示 65 歲以上的老人在辭世前，有 40% 的機會會住進護理之家，一但住進護理之家，55% 的人會住一年以上，而 21% 的人會住五年或更久。老人大多能享有獨立性的健康狀態，只在生命的最後幾年有功能上的障礙而成為醫療資源的顯著利用者。

以社區為基礎的照顧應能滿足老人家居的支持需求，可使老人生活的有尊嚴、獨立性、有參與性、並兼顧安全、公平、及減少機構照顧費用支出之考量。理想的老人長期照護系統應能促進個人的成長並盡量維持外在資源如：居住環境，支持性及醫療系統的穩定性。

理想的長期醫療照護政策，是以社區為基礎 (community-based)、消費者為中心的照護模式 (client-centered model)。這個模式之特色為：

1. 長期照顧是社會整體的責任 (Care is the responsibility of the whole society)：老人照顧並不是女性的責任而已，而是社會整體的責任。社區的資源依照老人的需求而取用，包括：運輸(transportation)、志工陪同購物、送餐到府計畫(meal programs)及家庭協理員服務(homemaker services)等以維持老人盡可能獨立在家中生活。
2. 去機構化(Deinstitutionalization)：工作人員協助老人盡量利用資源，維持在地老化(aging in place)的構想，政府也希望藉由支持老人的獨立來減少健康支出。
3. 去中央化(Decentralization)：強調社工或護理人員背景擔任之個案管理人(case manager)的判斷，單一窗口的政策，不論在醫院或社區，均能得到良好的服務。這個服務也具有醫院社工與社區個案經理人相互轉介的特色。
4. 健康、社會、及房屋政策整合以周全性的方式提供服務 (Health, social, and housing policies are integrated so that care can be provided in a comprehensive way)：個案管理人負責安排在宅服務 (in home support services)、居住服務、特殊支持服務及機構照顧服務。以消費者為中心的照護模式 (client-centered model)，病人本身也參與決定接受服務項目的選擇，而不是被動的被安排。
5. 訪視醫師、訪視護士、物理治療師及職能治療師的到府服務使得老人得以在家中接受長期照顧 (System of home doctors, visiting nurses, physiotherapists, occupational therapists has made it possible to be assured of receiving long-term care at home.) 社區健康中心內由洽詢護士接案，初步根據問題安排需要的人員訪視，如：單純傷口護理，安排居家護理師，若需要進一步評估的，由個案管理人訪視後，視需要安排各種醫療或非

表二：相關國家老人長期照護方式

國家	年代	65 歲以上老人佔全人口之百分比	65 歲以上老人接受居家/社區式照顧百分比(%)	65 歲以上老人接受機構式照顧百分比(%)
瑞典	1990	17.8	13	5.4
挪威	1990	16.3	14	7.1
英國	1990	15.6	13	5.1
丹麥	1990	15.6	17	6.4
芬蘭	1990	13.4	24	7.0
美國	1990	12.5	4	5.4
台灣	2001	8.8	1.5-1.6	2.0

資料來源：OECD(1996)、內政部(2001)、衛生署(2001)

醫療人員提供照顧，若需要進一步周全性老人評估(comprehensive geriatric assessment, CGA)者，可由中心安排家庭醫師作家庭訪視，嚴重需要住院評估或日間病房照顧者，可轉介醫院老人短期評估及治療中心(Short Term Assessment and Treatment Center, STAT center)，老人科醫師或老人精神科醫師則是屬於被諮詢的醫師。

由表二可以看出在 90 年代初期，相關國家中 65 歲以上的老人約有 10-17% 住在家中或社區中，接受來自社區之外展服務，另外約有 5-7% 住進機構中，社區照顧與機構照顧的使用比率約為 2:1。而日本實行介護保險一年後，也顯示在其介護保險對象中，32% 住在機構中，68% 在家中接受居家服務，因此社區照顧已成為高齡化先進國家多年來發展老人照顧之主流。

根源於此，描繪長期照顧體系之架構如表三。

老年專科醫師在老人長期照顧的角色

一. 長期照顧中周全性老人評估的需求

一位老人在進入長期照顧系統時，尤其是進入機構中，應該經過老年專科醫師的評估。研究顯示：以社區為基礎的老人評估門診，可以預防不適當的護理之家入住。護理之家入住前的周全性老人評估(comprehensive geriatric assessment)

可以避免對可治療的疾病和功能障礙(treatable illness and functional disabilities)之診斷不足(underdiagnosis)或未加以報告(underreporting)。同時，預防上的考量，如：流行感冒疫苗及肺炎雙球菌疫苗的注射、視力及聽力障礙的篩檢、牙齒的照顧、行動力(ambulation)的評估等。而一般性的失智症、情感性疾病、甲狀腺疾病、癌症的篩檢也應在入住前依據病人狀況及需要性加以安排。

綜上所述，入住前或進入長期照顧系統前的周全性老人評估目的在於：

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方式。
5. 安置場所合宜性的評估。
6. 預估出院或離開長期照顧的可能性。
7. 擬定病患為中心的個人照顧計畫。

二. 長期照顧中周全性老人評估的時間和地點

評估的需求常在依賴性增加的時候，通常是在需要住院的重大疾病之後。如果是在醫院中，老年專科醫師的照會有助於出院計畫的擬定，沒有老年專科醫師的地方也可由老年專科護理師或個案管理人，針對功能及心理社會層面的需求，加以評估及安置，並決定進一步照會的需求，評估地可以在醫院、復健中心、門診或家中。

表三：長期照護體系之架構

體系類別	職責及工作概要
一.行政管理體系	總理長期照護行政管理事宜。
1. 長期照護專責機關	如：長期照護管理局，掌理行政管理與研究事宜。
2. 經費支付中心	辦理長期照護支付的行政管理。
3. 個案管理中心	辦理長期照護個案轉借追蹤研究事宜。
4. 品質管理中心	辦理長期照護研究管理事宜。
5. 人力培訓中心	辦理長期照護服務人員義工等之培訓等。
二.臨床醫療體系	辦理長期照護個案臨床醫療服務事宜。
1. 門診醫療服務	提供門診診療及病情追蹤等之服務。
2. 急診醫療服務	提供急診治療服務。
3. 住院醫療服務	提供一般住院治療服務。
4. 短期評估及治療中心	提供短期住院或日間病房，作為老人評估以及後續安置計畫或日間治療之用，包括：醫師、護理師、復健治療師、營養師、社工等之評估與服務。
5. 緊急處置服務	提供緊急庇護場所，特別是精神疾患的短期留置。
6. 醫師出診服務	為社區獨居不良於行或嚴重失智的老人，提供老人評估、診察及治療。
三.社區照護體系	辦理長期照護個案臨床照護、復健等服務事宜。
1. 機構照護服務	如護理之家、老人安養及養護機構。
2. 日間照護服務	如日間照顧或日間照護服務，日間照護也可提供護理、復健、營養、社工等之服務。
3. 居家護理服務	辦理臨床居家護理評估及服務，包括監督正確用藥。
4. 居家復健服務	包括物理治療及職能治療，及居家安全評估。
5. 個案管理人服務	統整老人問題及現有資源，評估安置及安排其他社區照護或支持服務。
6. 社工員服務	提供以個案為中心的相關社會資源。
四.社區支持體系	辦理長期照護個案臨床照護支持支援服務事項。
1. 餐食服務	提供居家照護、日間照護等個案飲食服務。
2. 個人衛生	提供居家照護、日間照護等個案之洗澡等。
3. 家事服務	提供居家照護、日間照護等個案之家務整理。
4. 交通運輸服務	提供居家照護、日間照護等個案，移動到他處之交通服務。

三. 長期照護中周全性老人評估的流程

依據各醫療單位的組織不同，評估可以是：

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，評估團隊的成員及工作分配例如表四，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)。

基本團隊成員或照會成員尚可包括營養師、藥師、神經心理師(psychoneurologist)等。

四. 長期照護中周全性老人評估之內容

表四：評估團隊的成員及工作分配例

成員	目標	工具或評估方法
社工人員	1.對背景資料之了解 2.了解個案的個人偏好 3.確認個案的家庭醫師 4.目前所使用的長期照護系統 5.了解經濟狀況及是否合乎補助款之申請 6.提供給付方式的訊息	結構式或非結構式之會談
護理師	1.病歷回顧 2.身高及體重測量 3.憂鬱症篩檢 4.視力及聽力篩檢 5.日常生活活動及複雜性日常生活活動評估	1.老人憂鬱量表(Geriatric Depression Scale), short form 2.Katz ADL scale 3.Lawton IADL scale 4.Barthel Index *
物理治療師	1.步伐及平衡評估 2.行動所需輔具之選擇	1.Timed Get Up and Go Test 2.Berg Balance test, or 3.Tinetti Performance Oriented Mobility Assessment Scale (POMA)
職能治療師	1.日常生活活動所需輔具或居家環境配合事項 2.居家安全評估(home safety assessment)	Safety assessment of function and the environment for rehabilitation
醫師	1.病史及理學檢查 2.智能試驗	Folstein Mini Mental State Examination (MMSE)

* Barthel Index：為現行健保局要求居家護理的收案標準之一，也是外傭申請的標準。

一般周全性老人評估的內容

本期中另有專文介紹，僅列出摘要性內容參考。除了一般性主訴、現病史、過去病史、用藥史及目前用藥外，尚須評估：

1. 智力狀態(Mental status)：

- (1) 是否有失智症?若有失智症應檢查是否有可回復的(reversible)原因，如：TSH, Vitamin B12 等。
- (2) 是否有瞻妄(delirium)?若有瞻妄應檢查是否有可回復的(reversible)原因，主要大類包括：代謝性(metabolic)、感染性(infective)、神經性(neurologic)、藥物引起(drugs toxicity)簡記為 MIND，但也要考慮眼耳等感官剝奪所致(sensory deprivation)及便秘等。

2. 情緒狀態：是否有憂鬱症等，可詢問老人是

偶有憂鬱或心情不好?若是，可再以老人憂鬱量表(Geriatric Depression Scale)測試。

3. 溝通能力：

- (1) 視力：詢問看電視、閱讀或其他日常生活活動，是否會因為視力不佳而有困難?若有，則進一步測試。
- (2) 聽力：老人評估的第一步，要先詢問老人的聽力如何?或以你叫什麼名字來測試。
- (3) 語言能力。

4. 活動力狀態：

- (1) 活動力變化：最近是否有活動力減低的情形?若有，是否已有適當的醫學診斷可以解釋?還是有因未診斷或治療不充分的其他疾病所導致的活動力限制?例如巴金森氏症等。
- (2) 基本身體功能：測試是否能將雙手掌置於頭的背部?雙手臂能否高舉過頭?雙手能置

- 於腰後部?是否能撿起一枝筆或湯匙?坐在椅子上前彎是否可以手碰到對側的足部?若功能上的限制,是因為顯而易見的已知疾病,如:腦中風等所造成,則不需進一步的評估;若沒有明顯的病因,則需進一步評估。
- (3) 跌倒病史:詢問過去半年內的跌倒病史或是否曾有將被絆、滑倒及上下台階的困難?簡易的 Morse Fall Scale 檢查表評估老人跌倒的危險性,包括跌倒病史之有無?是否有繼發性跌倒的原因(secondary diagnosis)?活動時使用的輔具(ambulatory aid)?是否有點滴注射或留置管(heparin lock)?步態(gait)是否有障礙?智力狀態(mental status)是否有問題?六項。已有跌倒病史者則應進入詳細的跌倒評估,請參閱拙作老人跌倒之評估與處理。
- (4) 活動力評估:一般使用「站起來及行走試驗」(Get Up and Go Test),在地上標示三公尺的距離,一端放置有扶手之椅子,請老人在椅子上坐,計算自他起來行走至三公尺標示處,再轉身走回來並坐回椅子上所花的總時間,若少於 10 秒者,可界定為無限制的活動能力(freely mobile),若在 20 秒內者屬大部分非依賴程度(mostly independent),若在 20 秒至 29 秒間者,屬變異性的活動能力(variable mobility),另若超出 29 秒者,則可界定為顯著活動障礙(impaired mobility)。另外 Mathias 等也發展出「站起來及行走試驗」的變化版,將三公尺處訂在廁所,同時觀察老人是否能以安全的步驟使用廁所。
5. 平衡力狀態:有跌倒病史或「站起來及行走試驗」異常者,除了解是否有繼發性疾病原因及回顧用藥史之外,應經由物理治療師進一步評估如: Berg Balance Test 或 Tinetti Performance Oriented Mobility Assessment Scale (POMA)等,以安排適當的物理治療訓練。
6. 大便功能:是否有便秘、失禁等。
7. 小便功能:是否有排尿困難、失禁等。
8. 營養狀態:是否有體重減輕?是否有營養不良的現象?進食是否有困難?牙齒狀況如何?
9. 日常生活活動:過去及現在 ADL 及 IADL 的評估。
10. 社會功能:家系圖及家庭成員互動關係,嗜好、菸酒狀況,參與社區活動狀況及目前所使用的長期照護資源等。

長期照護中特別注意的項目

- 身上是否有管子?
 - 鼻胃管:應評估餵食消化狀況。鼻胃管長期留置大於一個月以上而沒有恢復的可能時應轉介評估內試鏡胃造口術(panendoscopic gastrostomy)。
 - 導尿管:沒有特殊長期疾病或因急性病症使用之導尿管,若無特別理由,應嘗試拔除導尿管。
 - 氣切管:了解當初氣切的原因及目前肺部狀況是否仍須留置?
- 水分、電解質及營養狀態:特別是在管餵飲食者,應了解攝入及排泄的平衡狀態,並經由血中電解質、腎功能及白蛋白質加以監測。
- 睡眠障礙及所使用的精神藥物情形:由白天的清醒度評估睡眠的足夠性,並評估精神用藥的安全性。
- 異常行為症狀評估:是否有以下症狀如:遊走(wandering)、攻擊性言語(verbally abusive)、攻擊性行為(physically abusive)、不合宜的社會行為(socially inappropriate)、拒絕治療(resists care)等,應評估是否有精神或神經性疾病,視需要安排精神或神經科的進一步評估或治療。
- 褥瘡發生的危險性:褥瘡的產生和皮膚的溼度、摩擦力、活動度、感覺性及營養狀態有關,由降低危險因子來避免褥瘡的發生,是好的護理照顧的指標之一。

預防保健

本期中另有專文介紹,不作贅述,但流行感冒疫苗及肺炎雙球菌疫苗的注射應是必要的,其他預防保健項目,則依個人疾病狀況、功能狀態

表五：長期照護中周全性老人評估的檢查表

問題列表	需啟動進一步評估者打勾	登錄進一步評估的日期及內容之所在	已有因應的照護計畫者打勾
1. 瞻妄			
2. 智力障礙			
3. 視力功能			
4. 溝通狀態			
5. 日常生活活動功能及復健之可能性			
6. 尿失禁及導尿管之使用			
7. 心理社會上的滿足感			
8. 情緒狀態			
9. 行為症狀			
10. 活動			
11. 跌倒			
12. 營養狀態			
13. 餵食管			
14. 脫水及電解質不平衡			
15. 牙齒照顧			
16. 褥瘡			
17. 精神藥物之使用			
18. 身體限制(physical restraints)			

及預期壽命等，再作整體考量。

五. 長期照護中周全性老人評估之追蹤

在護理之家的老人功能狀態可以好好壞壞，確切的定期評估時間間隔，尚未有定論，但建議可以是每六個月一次，也可以在有重大狀況或症狀發生時再評估，例如：功能狀態的突然變化、體重減輕、反覆性跌倒、多重藥物使用、新發生的尿失禁、認知狀態的改變等。狀況的改善也是值得再評估的，表示需了解是否有再回到社區的可能。

也可以以表格化的初次或追蹤檢查表幫助整體性的評估及追蹤，如表五，並啟動後續的照護計畫。

結語

老人長期照護，相較於急性照護，一直是醫療中較被忽略的一環，而好的長期照護，也不是單由醫療單位就可以獨立完成的，需要不同醫療專業人員、社會工作人員、財政單位等全方位的配合。我們在期待長期照護系統的完善規劃的同時，也希望現在在長期照護工作的醫療團隊們，能把周全性老人評估的精神加入日常照護中，希望可以找出可改變的或可治療的疾病或因子，以幫助老人發揮他們的最佳功能狀態，達到以功能為導向的照護(function-oriented care)。相信讓更多的老人，不但活的久，也要活的好，是所有老年照護團隊的目標與展望。

推薦讀物

1. Kane RT, Ouslander JG, Abrass IB: Essentials of Clinical Geriatrics. 4th ed. Mc Graw-Hill Company, USA, 1999.
2. Ham RH, Sloane PD, Warshaw GA: Primary Care Geriatrics. A Case-Based Approach. 4th ed. Mosby Company, USA, 2002.
3. Campbell JC, Ikegami N: Long-Term Care for Frail Older People: Reaching for the Ideal System. Keio University Symposia for Life Science and Medicine. Tokyo, Springer-Verlag, 1999.
4. Ouslander JG, Osterweil D, Morley J: Medical Care in the Nursing Home. 2nd ed. Mc-Graw-Hill, USA, 1997.
5. Osterweil D, Brummel-Smith K, Beck JC: Comprehensive Geriatric Assessment. McGraw-Hill, USA, 2000.
6. 孫得雄、齊力、李美玲：人口老化與老年照護。中華民國人口學會叢書，巨流出版社，台北市。民國 86 年。
7. 內政部民國 89 年老人狀況調查 <http://www.moi.gov.tw/w3/stat/sex/index.htm>
8. 衛生署衛生統計資訊網：我國國民醫療保健支出統計 <http://www.doh.gov.tw/statistic/index.htm>
9. 行政院衛生署：中華民國 90 年衛生統計動向。民國 91 年 11 月。
10. 國家衛生研究院：長期照護復健服務模式之探討。民國 91 年 6 月。
11. 內政部：老人福利手冊。民國 91 年 6 月。
12. 李世代、吳肖琪、陳惠姿、黃源協、葉莉莉、張美珠：社區化長期照護之發展策略，國家衛生研究院，民國 92 年 3 月。
13. 國家衛生研究院：長期照護財務問題。民國 89 年 12 月。
14. 陳晶瑩、陳慶餘、Martha Donnelly：以社區為基礎的老人長期照顧：加拿大與台灣之現在與未來。台灣老年醫學會會訊。2002:47:6-14。
15. 陳晶瑩、陳慶餘：老人跌倒之評估與處理。台灣老年醫學會會訊。2002:49:8-12。