



6-1-1996

老年人的健康照護與決策

世代李

Follow this and additional works at: <https://rps.researchcommons.org/journal>



Part of the [Rehabilitation and Therapy Commons](#)

Recommended Citation

李, 世代 (1996) "老年人的健康照護與決策," *Rehabilitation Practice and Science*: Vol. 24: Iss. 1, Article 1.

DOI: <https://doi.org/10.6315/3005-3846.1987>

Available at: <https://rps.researchcommons.org/journal/vol24/iss1/1>

This Special Issue is brought to you for free and open access by Rehabilitation Practice and Science. It has been accepted for inclusion in Rehabilitation Practice and Science by an authorized editor of Rehabilitation Practice and Science. For more information, please contact twpmrscore@gmail.com.

專 刊

復健醫學會八十五年度期中研討會

老人之照護與復健

復健醫學會八十五年度期中研討會

主 題：老人之照護與復健

時 間：八十五年六月二十二日（星期六）下午

地 點：省立豐原醫院

主持人：賴金鑫理事長

時 間	主 講 人	講 題
13:00 - 13:10	賴 金 鑫	引言
13:10 - 13:50	李 世 代	老年人的健康照護與決策
13:50 - 14:30	黃 美 涓	老人之復健
14:30 - 15:10	徐 弘 正	省立豐原醫院老人日間照護簡介
15:10 - 15:30	茶 敘	
15:30 - 16:10	陳 恒 順	學術網路
16:10 - 16:50	賴 金 鑫	電子佈告欄

老年人的健康照護與決策

李世代醫師

台大醫院 家庭醫學部

壹、老年人的健康特色

老年人與年輕人的健康照護有相當的不同。年輕人的照護以門診、急診、住院及其他接續的醫療保健服務為主。老年人的照護則除前述之進一步醫療保健服務之外，尚得包含各種型式之生活照顧。於是年輕人之照護設施僅止於各種醫療院所；老年人的照護設施除了醫療院所之外，尚有慢性醫院、護理之家、養護或安養機構、日間照護及其它特殊型態之照護（安寧照護、居家照護、在宅服務等）。

老年人由於病史綿長，病狀不典型表現，病訴低報與診斷低估，加上生理功能退化，可交織成相當錯綜複雜的健康情形。在死亡的威脅之外，殘障的風險、多發性病症或共患病情、老化與疾病共同作用促使身心功能加速衰退。這顯示出老年人健康照護的複雜性。

貳、老年人的照護

大部份的老年人，雖稍見健康上之不適，不一定要待於特殊之機構；即使偶而病情較特殊或嚴重，可能僅只是短期留駐特殊機構，接受照護，一旦病情緩和，也需即刻回歸家居或社區。

老年人的照護內容主要包含老年病人照會、門診及住院老年病人的健康評估、急性病症療護、出院後照護計畫、亞急性照護及長期照護等。這些複雜的照護內容必須著重照護之需求、內容、設計、執行、技能訓練、照護品質、病人健康風險、照護之利用、軟硬體之聯繫配合、政策因素、財物因素、保險涵蓋與給付、經營管理等。急性之療護方面，一如傳統之醫療院所；慢性之療護方面，主含慢性病、呼吸器、復健之醫療照護；護理之家主司亞急性照護（如SNF）及中介照護（ICF）；日間照護（醫院）僅著眼於白天之醫療或生活照護；其他尚有來去自如之隨興照護及居家照護，前者針對活動自如的老年人，後者屬居家護理之一種型態，亦有以召喚之方式，於需要時為之。

老年人的照護所需人員既多且廣，為因應其照護上之大範圍需求，除了一般內外科系之專業人員不可少之外，還得需眾多之周邊從業人員。醫師方面以有限之老年醫學專科醫師（通常來自內科及家庭醫學科再進一步訓練）為主流，尚需護理及特殊醫護技術及佐理人員（如呼吸治療、復健、光學及聽力、社工、心理師、助理醫師、義工等），組成一照護團隊，以執行複雜的老人照護。

老人照護的成本支出相當龐大，常需仰賴周邊之資源來維持平衡，這些包含各種捐輸、補助、研究或教育訓練，故管理常需強勢運作，在品質確認之原則下，需以起碼的財物平衡為目標。保險制度涉及老年人之照護，常屬複雜而不易處理，故少有以此為號召之私人保險服務。

對老年人照護除了少部份需置於機構外（最好不要超過太高之比例），大部份具自主能力高者，最好待於社區中較為實際，可兼顧其生活品質及尊嚴，先進國家之經驗可為借鏡。國內社會行將步入急速老化之同時，必須師法歐美日等國之經驗，強化老人照護正確觀念，充實一切有關的軟硬體設施，加緊培訓相關人員，如此可以避免蹈入不當之覆轍，避免高度集中式之大型照護型態，而多見以各社區之照護機構為重心，持續地做社區導向老年人之照護。

參、國內的決策需求

台灣地區六十五歲以上的老年人口已於1994年跨越聯合國世界衛生組織（WHO）7%的門檻，正式步入老人國家之林。目前台灣的老年人口有156萬人，此後，人口的老化將加速進行，於27年後，老年人口將躍升為總人口的14.6%。二十一縣市中更有過半縣市面臨著老年人口激增帶來的社會衝擊。

有關國內老年人口的健康決策，除了重視十大死因帶來之健康威脅之外，尚需重視以慢性病為主流所產生的長期性、永久性或治療後仍有某些程度的後遺症或傷害。故老年人健康問題的因應對策上，有傳統疾病的診治、功能障礙的長期療護及復健、社會性及生活性照護、照護方式的安排與利用等。

國內對老年人照護之決策面包括一般醫療網路的建立與執行、長期照護需求面的訂定、長期照護理念的倡導與政策規畫、長期照護服務體系的建立與推動等。

一般醫療網的建立，在過去數年來以醫療發展基金鼓勵一般病床、精神病床及慢性病床的設置，另鼓勵醫院附設護理之家，縮小醫療資源不足區域，緩和醫療資源不足情況。

長期照護需求量指因老化及各種身心障礙無法自我照顧之人數，目前國內約有七萬八千餘人，其中六十五歲以上與以下約九與一之比，這些長期照護需求人口在近幾年內會快速累增，其中的一小部份必須建置各種機構加以收容，而大部份則可於機構外遂行照家居或社區式的照護。其中就必須倡導相關之長期照護理念與模式，並建立組織整體的長期照護網路。

老年人之醫療保健服務體系依其功能可劃分為健康促進與疾病預防、急性醫療照護、復健/恢復/維護性照護三大層面，後者即稱長期照護（long term care, LTC），其服務範圍包括慢性病院、護理之家、居家護理、日間照護及安寧照護等相關機構。廣義之長期照護服務，亦將社會性及支持性之照護，如在宅服務、日間托老與養護機構等服務包括在內。國內現有的老年長期照護服務體系與設施，除了一般之醫療保健服務體系及社會福利服務體系之外，尚包含退輔會之就醫就養體系，以及坊間未立案之養護、安養機構。各個系統間之協調整合性不佳，常造成資源錯置、閒置及無資源可用之不當利用情形。

肆、國內的長期照護發展策略

所以，國內今後之長期照護發展需在策略上：

- 一、發展綜合性、連續性、均衡性、可近性與適當性之長期照護服務體系。
- 二、整合現有醫療、社會福利與民間服務資源。
- 三、推廣社區式與居家式照護服務，適當發展機構式照護。
- 四、發展多層級照護服務模式。
- 五、鼓勵民間參與長期照護服務。
- 六、規畫培訓長期照護人力。
- 七、發展各類型長期照護服務設施。
- 八、發展個案管理、單一收案與轉診制度。
- 九、規劃老人痴呆、植物人與善終照護之特殊醫療照護模式。
- 十、建立長期照護服務與設施之評鑑制度。

伍、國內長期照護發展近況

在實質的發展內容上也應朝向：

- 一、建立長期照護服務行政體系
 - (一) 行政院成立跨部會小組
 - (二) 各級政府衛生及社政主管機關指定專責單位負責
 - (三) 各「區域醫療協調委員會」成立「長期照護規劃小組」
- 二、各類長期照護服務之分工
- 三、增進醫療服務與長期照護服務相互配合
- 四、檢討相關法規與設置標準之適用性，訂定護理機構建築設計指引與作業規範
- 五、規劃慢性病床發展策略，輔導部份病床轉設護理之家
- 六、推廣居家照護與日間照護服務，鼓勵醫院及基層衛生所附設相關服務
- 七、輔導獎勵設置護理之家，由醫療機構附設、轉型，或獨立設置護理之家
- 八、規畫退輔會榮民醫院榮民之家納入長期照護服務體系
- 九、發展多元化長期照護服務模式，規畫「楠梓健康照護示範區」
- 十、均衡發展社會福利相關服務
- 十一、加強建立轉診制度與出院計畫
- 十二、加強輔導未立案養護機構
- 十三、長期照護相關人力培訓
 - (一) 各類醫事人員養成教育及繼續教育之加強
 - (二) 病房服務人員訓練制度之建立
 - (三) 研議外籍病房服務人員之適用規定
 - (四) 福利機構醫事人員人事問題之克服
- 十四、發展痴呆症、植物人及善終照護等特殊需求照護模式
- 十五、建立長期照護服務收案及個案管理制度，辦理長期照護機構評鑑制度，
提昇長期照護服務品質
- 十六、加強宣導及建立支持性團體
- 十七、加強長期照護相關研究

長期照護工作的工作重點，在計畫上需研訂十五年「長期照護中、長程計畫」；在法令上需檢討各類長期照護機構設置標準；財務方面要研議護理之家醫療服務納入全民健保給付範圍；規範上要建立護理之家及日間照護作業規範、建立護理之家建築設計指引、研議各類型長期照護機構收案標準；輔導方面需補助與輔導護理之家、居家護理與日間照護機構，提供醫療發展基金，獎勵醫院設置護理之家機構，擴大辦理慢性病換出院計畫服務模式；在調查方面需舉辦長期照護需求調查；示範方面要規畫「楠梓健康照護示範園區」；在人力上需加強資深護理人力與病房服務人員培訓計畫、加強醫事人員對長期照護相關專業知識訓練。

老人之復健

黃美涓 副院長

長庚紀念醫院林口醫學中心復健科

老年人之定義及老化對人類之影響

根據定義：老年人是指年齡超過65歲者，其中65歲至75歲可稱為年輕的老年人 (young old)，75歲與84歲稱為中等的老年人 (middle old)，85歲至99歲稱為老的老年人 (old-old)。100歲以上的稱為最老的老人 (oldest-old)，即所謂人瑞 (1)。事實上單憑年歲 (chronological) 定義不容易看出各人在老化 (aging) 過程中對身體的影響。有人身體狀況保持良好，在75-85歲的高齡馬拉松 (senior marathon) 比賽不僅跑完26.2英里，成績也僅比年輕人低14%。美國的著名現代舞創始人馬沙葛蘭姆 (Martha Graham) 女士在九十高齡仍保有足夠的柔軟度、彈跳及技巧使其舞蹈表演近乎完美。許多六、七十歲的人並不覺得自己老到要退休，他們會充份懂得享受工作帶來的樂趣與成就感，有強烈的意願去延長工作壽命。雖然在智力測驗中，包括注意力、短暫與長期記憶力，反應時間等測驗數據顯示老人的成績的確比年青人較差，但就實際工業界的研究，亦有某些數據顯示老人反而工作效率較高，缺席率低，且意外發生率也較年輕工人更低。因他們會用熟練的技巧，更小心專注於工作去彌補老化帶來的負面影響。但雇主基於種種的考量，故各工作的解雇率仍是隨年紀而增加，其中有不少未到退休年齡就會強迫退休，尤其是在高危險性工作如重工業機械操作，航空駕駛，消防及軍隊等就更明顯。對一位體操選手而言，30歲已經是嫌太老了 (2)。

根據醫學界的研究與推測，人類的壽限應該在120歲。人若沒有受到疾病的侵害或意外，應該好好的活到90-100歲。但事實上就各國統計所得，即使排除疾病，老化可對身體的功能發生負面影響，面臨壓力時存活能力降低，甚至死亡 (1982, Kenny)。其中常見之老化變化如下：

心臟功能：老年人的心臟功能並不如想像中退化。在排除任何隱藏性心臟疾病之後，其心臟輸出量並不遜於年輕人。但其最大運動心搏率則明顯衰退。

肺臟功能：肺臟是人體老化最迅速的器官，由20歲至80歲之間，肺功能約減少40%。功能較差者日後亦易傾向患病或死亡。

身體適能：身體適能 (physical fitness) 若以運動時之最大耗氧量作指標，大約以每10年5-10%的速率衰退。主要是瘦肌質量 (lean body mass) 減少所致。

視力：視力隨年齡衰退，四十多歲開始對近物聚焦困難，五十多歲開始對強光敏感，陰暗光線下視力會變差，察覺移動物體的能力減低，七十多歲時對體察細微的能力開始減退。

聽力：聽力自20多歲即開始衰退，至三十歲以後更加速退化，但因初期侷限於高頻波段，不易被察覺。至六、七十歲時中低頻波段的聽力功能也開始衰退，才明顯被注意，其中男性衰退速度是女性的兩倍左右。

心智功能：雖然大腦在組織結構上老化得相當早，由二十歲以後即開始。但經由整體神經精神功能測試 (neuropsychological battery)，發現人類心智老化不如想像中來得早或嚴重，記憶、反應及解決問題的能力可以維至七十歲才開始下降，至八十多歲尚能維持良好認知功能者為數不少，甚至有研究顯示會有四分之一的人終生幾乎沒有心智退化的顧慮。退化性腦疾病如 Alzheimer's disease 則不是老化的結果。

人格變化：人格終其一生有其穩定性，雖然老人個別性格彼此差異相當大。但並不如所以往錯覺老人不是更趨成熟完美 (mellow)，就是變成固執或反覆無常 (crochety) (3)。

無論是在學術上或是在公共政策上，人口老化與預期壽命 (life expectancy) 及人口健康狀況間的關係一直是個頗具爭論性的問題。聯合國的世界衛生組織 (World Health Organization) 基於生命表的計算，於 1984 年發表了一個關連疾病 (illness)、殘障 (disability)、及死亡的概念模型 (WHO 1984) 如圖一，圖中三條曲線分別表示不同健康狀況下的存活率，最內 (左) 側者表示健康生命之存活率與年齡的關係，其次則除健康生命外也包括雖不健康卻至少未致殘障者之存活率，最外 (右) 側者又包括因長期慢性疾病而致殘障者的存活率，也就是一般人 (或平均) 的存活率。台灣地區六十五歲時的殘障與疾病餘命可見圖二。

台灣人口老化概況

台灣地區由於經濟繁榮，人民生活水準提高，以及醫療衛生事業發展，國民普遍對健康的重視使國民健康情形改善，致平均壽命延長，於八十一年底國民的平均餘命為男性 71.92 歲，女性 77.23 歲。八十二年再延長為男性 72.02 歲，女性 77.42 歲。死亡率降低及生育觀念的改變，導致出生率下降。致人口成長趨勢與結構隨之變動。六十五歲以上人口之比率亦相對的升高，從民國三十五年占 2.55%，至民國七十八年升至 5.95%，八十二年底台灣地區六十五歲以上人口更升到 7.1% 而達到世界衛生組織所謂之「高齡化社會」之標準。逐漸產生老年人口之問題，已不容忽視，而且預測六十五歲以上人口比率仍將繼續增加 (如表一) 推估到公元 2000 年時為 8.23%，2050 年更高達 26.19%，這意味著老年人口問題仍將持續擴大 (4)。

從行政院主計處「民國八十年台灣地區老人狀況調查」報告中，可以看出，在台灣地區六十五歲以上之老年人口132萬9千人中，在調查期間三個月（80年10月—12月）不論其健康情形如何，患病者計89萬2千人，占67.09%，即六十五歲老人患病比率高達六成七。

患病種類以高血壓、關節炎、風濕痛者最多，各有44萬7千人，(33.61%) 與43萬7千人 (32.87%) 亦即三個老人中即有一人患高血壓或關節炎、風濕痛，其次為心臟病有17萬7千人 (13.33%)，再次依序為胃或十二指腸潰瘍，占11.92%，糖尿病10.92% (如表二)，因病住院比例為4.11% (約54,600人) 此等疾病多屬於慢性病型態，需要長期治療或照護 (5)。慢性病之死亡人人數全年人口死亡人數83.8%。主要死亡原因可見表三。

根據台灣省公共衛生研究所民國七十八年發表之社區老人健康狀況與需求評估中提及老人樣本中有50.9%罹患慢性病，35.8%長期服用藥物。在日常生活自理部份，用餐、穿衣、沐浴、走路、修飾、移位、排泄上需要部份協助或完全需協助佔8.7%，但在準備食物、購物、家事、交通、重度打掃、洗衣等方面 (社會功能日常生活能力)，則有66.8%需要他人協助 (6)。

疾病壓縮與擴張 (compression and extent of morbidity)

有關疾病率、殘障率與死亡率變化的對應關係，文獻上共有三組理論陳述可參考(4)。

第一組為所謂的「疾病壓縮」(compression of morbidity) 觀點，係指近年來的死亡率下跌也伴隨著疾病與殘障率之改善 (Fries 1980,1983)；此一理論主張任一年齡的疾病與殘障率均隨著死亡率的改善而下降，因而壽命延長使得個人免於疾病與殘障危害的生命也比例延長。Fries (1980,1983) 認為在已開發國家中一般人的存活率將會發展為直角型態，也就是大部份人都能活到人生的極限，直到自然死亡為止；由於老年疾病得到有效控制，而年輕人的生活方式與健康習慣也有長足改善，生命表上的疾病與殘障率曲線將接近於死亡率曲線，同時則預期壽命 (出生時平均餘命) 將迫近於一個固定的極限。就圖一而言，三條曲線所包夾的區域將會縮小，一般人受到疾病殘障危害的機率降低，而且平均年數縮短 (7)。

第二組理論陳述預期心智障礙、慢性病及殘障將擴大流行 (pandemic of mental disorders, chronic diseases and disabilities)，認為近年來的死亡率改善只使得一般人在罹患疾病或殘障的條件下餘命加長，平均餘命增長代換為健康狀況不良期間延長的結果 (Gruenberg 1977, Kramer 1980)；準此觀點，由於某些社會與醫藥條件之改良，以往不容易存活的個體現在都能在罹患疾病或殘障的情況下存活下來，則每一個年齡組的殘障與疾病率都會因而增加。就圖一而言，若疾病與殘障率曲線

維持固定不變而死亡率曲線向右移動，擴大死亡率曲線和疾病、殘障率曲線之間的區域，則一般人受到疾病與殘障危害的機率乃隨之增加，平均年數也因而拉長(8)。

第三個理論稱為動態均衡論 (dynamic equilibrium)，介乎上述兩組觀點之間，承認近年來的死亡率改善係人類控制疾病惡化的能力加強所致 (Manton 1982)；認為人類雖然得以存活長久一點，由於殘障與疾病率下降的幅度比不上死亡率下跌的速度，一般人的生命中仍有部份可預期是在罹患疾病或殘障的條件下渡過。換句話說，此一理論預期各年齡組的殘障與疾病率都會隨著死亡率改善而增加，只是增加的幅度不像擴張論所設想的那麼大；就圖一而言，殘障率、疾病率與死亡率曲線間所包夾的區域(機率)以及平均殘障年數兩者，均介於前述兩個理論所設想的情況之間(9)。

如果臨床處理方面的努力可以顯著降低疾病的嚴重性，則殘障率曲線將會隨著死亡率曲線而向右移動。雖然疾病率沒有降低，殘障率卻隨著死亡率之下降而減少(4)。如何有效達成健康促進 (health promotion)，使活躍餘命得以延長 (extension of active life expectancy) 是醫療重要的課題。

國外研究報告指出復健的早期介入確實可以有效地預防及延遲慢性病的併發症，也可以減輕慢性病所造成的疼痛、衰退、行動困難等等。即使病患因身體功能障礙而導致殘障，復健醫療仍可以幫助許多患者恢復步行及自我照顧能力，並克服殘障，回歸家庭及社會。故就醫療成本投資與效應而言，復健醫療是既可提高醫療品質，又可節省長期醫療照護的財務花費，並且有效地減少機構性養護及住院的需求。當然也包括降低家庭及社會照顧殘障者的種種人力、物力的支出(10-12)。

老人復健 (Geriatric Rehabilitation)

老年人有許多疾病都會有身體功能的明顯缺失，包括癱瘓、日常生活自理障礙、失語症(溝通障礙)、認知障礙、大小便功能障礙等，需要接受復健。心肌梗塞、糖尿病、關節炎、慢性阻塞性肺部疾病等等，亦往往需要經過復健醫療照顧及擬定長期復健計劃，才可以控制及改善症狀之進行。老人最常需要復健醫療的可包括以下數類：

1. 神經系統之疾病：如腦中風、脊髓損傷、退化性神經病變等等。
2. 肌肉骨骼系統疾病：如截肢，嚴重骨折(包括關節攣縮、肌力減退等)、退化性關節炎、各種人工關節置換、冰凍肩、背痛、椎間盤突出、慢性筋膜炎等等。
3. 心臟血管疾病：如心肌梗塞、各類心臟手術及各種需心臟復健之病況等。
4. 肺部疾病：如慢性阻塞性肺部疾病(COPD)、肺部囊性纖維化、呼吸量不足等。
5. 免疫系統疾病：如類風濕關節炎、僵直性脊椎病變、乾癆性關節炎等各種關節病變。

- 6.新陳代謝及內分泌疾病：糖尿病合併足部病變、潰爛傷口、週邊神經病變、關節病變、骨質疏鬆症之併發症等等。
- 7.慢性疼痛疾病：由關節、肌肉筋膜、神經、甚至腫瘤等等引起之各種疼痛狀況。
- 8.嚴重燒灼傷 (Burn)
- 9.癌症復健。
- 10.老年人之多項機能障礙 (Multiple impairment)。

老人復健處方原則時必須瞭解其功能障礙或殘障的原因，能針對原因處理，停止殘障發生之進行。若不能診斷之殘障則利用代償方式，如配拐杖或改善環境設施去遷就老人的需要 (13)。

老人復健須視病人病況及機構性質不同而作不同程度的參與。復健團隊稱為核心小組 (core team)，與其他配合週邊工作小組 (expanded team) 的彼此配合也非常重要。常見服務於長期照護系統的復健單位有以下數種 (14-17)：

- 1.老人復健機構 (Geriatric Rehabilitation Unit)
- 2.老人中等照顧機構 (Geriatric Intermediate Care Facilities)
- 3.老人評估與治療機構 (Geriatric Evaluation Management Unit)
- 4.門診復健機構 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities)
- 5.護理之家復健機構 (Nursing Home, Rehabilitation Unit)
- 6.護理之家復健治療 (Rehabilitation in Nursing Home)
- 7.居家復健 (Home Rehabilitation)
- 8.成人日間照護 (Adult Day Care Center)
- 9.依賴的成年人社區照護機構 (Community Care Organization for Dependent Adult)
- 10.綜合性長期醫療照護安樂居模式 (On Lok and PACE—Program of All Inclusive Care for the Elderly)

老人復健研究之未來展望

老人復健的研究在復健研究領域以往是較困難。因為老人的殘障往往是有許多互動因素而不是單一疾病所致，同樣是腦中風病患，即使相同部位、大小的損傷，但病患原來有沒有其他相關器官功能障礙，認知功能、社會狀況、家庭支持程度等等都影響整體復健的進行及預後。

何種因素會影響老人既有的功能性技巧衰退，年齡對殘障的影響，各種老人功能性評估 (functional assessment) 及動作評核 (performance evaluation)，各類老人復健情況標準處置處方的建立，預防性復健 (preventive rehabilitation) 如步

態問題、跌倒預防，及對老人生活目標主動性重建 (remotivation for elderly) 等等，都是目前及未來的熱門研究趨勢 (18)。

結論

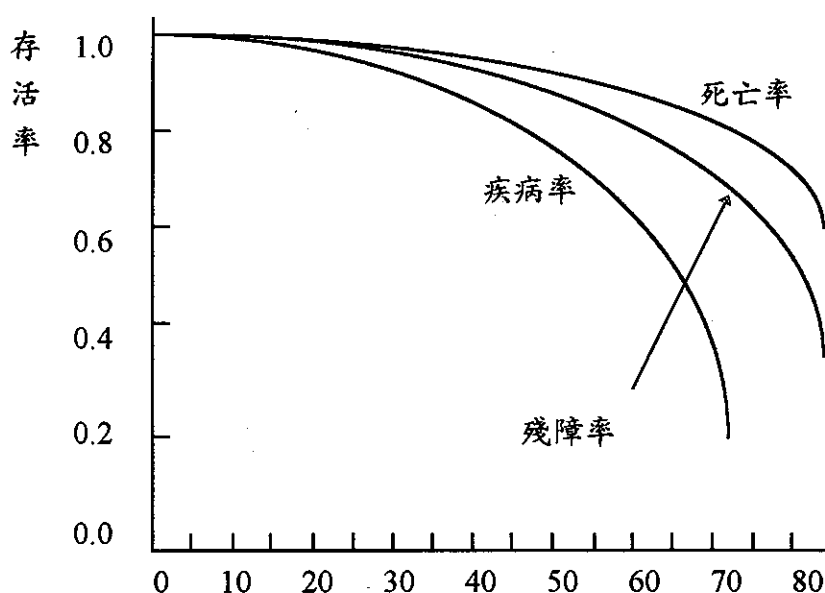
年老是人生自然必經之路。醫學知識及復健醫療的普及可以延遲老化，增進健康。適當的醫療照顧可以確保人的延年益壽而非苟延殘喘。在年輕力壯時曾努力耕耘，服務家庭社會的人，在年老體落弱以後應該得到家庭及社會的回饋。故老人醫學及復健的研究與發展是不能忽視的一門專業，可以造福人群，減輕家庭和社會的負擔，並使老年人能過著幸福快樂的晚景。

至於不幸罹病而成老、病、殘者，應由社會善用資源，建立合適的慢性醫療照護體系加以妥善照顧及復健。不僅使有生產能力的子女可安心於工作，老人亦能有尊嚴的繼續生活著。這也許將是現代台灣社會的新安老模式。

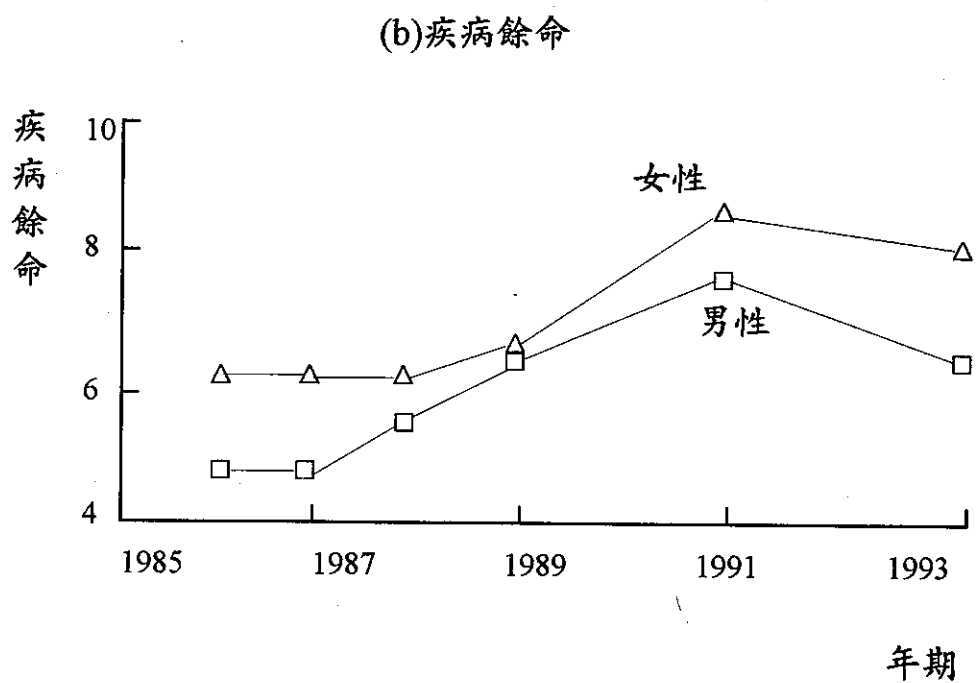
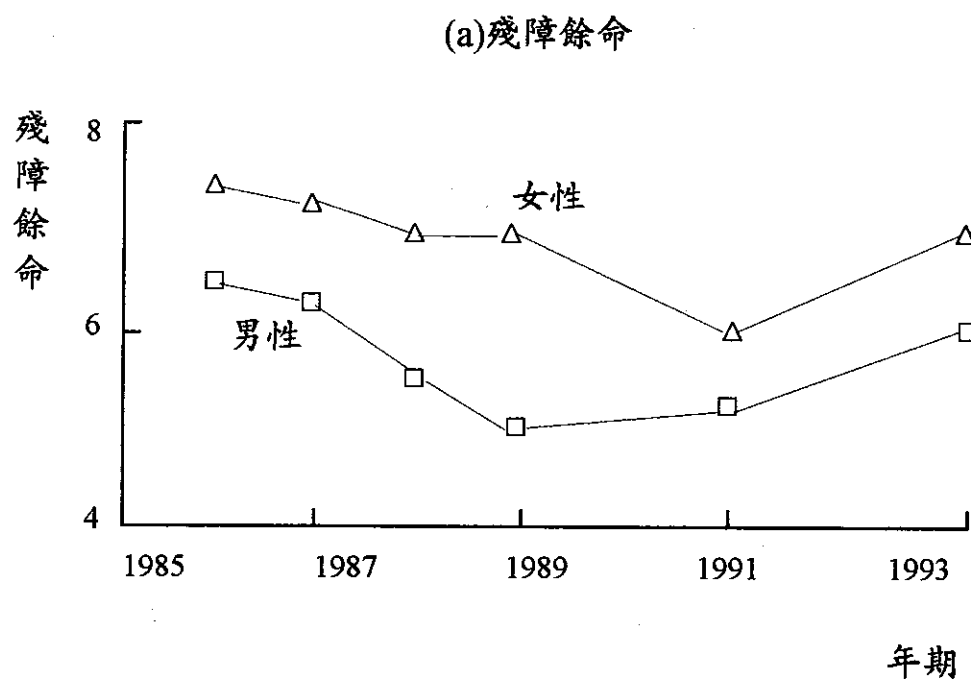
參考文獻

1. Spirduso WW : Physical Dimensins of Aging. Illinos : Human Kinetics 1995, PP7-9, 326-419.
2. 李世代、郭重雄：財團法人國家衛生研究院老人醫學研究組規劃報告。中華民國84年7月。
3. 涂肇慶，陳寬政：台灣地區老年殘障率之研究。台大人口學刊 1994；15: 17-30.
4. 李俊仁、韓揆、白榮熙：我國邁向高齡化社會醫療保健政策探討研究報告。行政院科技顧問組。中華民國84年1月31日。
5. 行政院主計處：中華民國台灣地區80年老人狀況調查報告。中華民國81年9月。
6. 吳淑瓊：老人長期照護研究。中華民國82年6月。
7. Fries JF : Aging, natural death, and the compression of morbidity. New Engl J Med 1980; 303:130-5.
8. Olshansky SJ, Carnes BA , Cassel CK , Brody JA : Tracing off longer life for worsening health : the expansion of morbidity bypothesis. J Aging Healt 1991; 3 : 194-216.
9. RogersA, Rogers RG, Belanger A : Longer life but worse health ? measurement and dynamics. J Geront 1990 ; 30 : 640-9.
10. Hoeign H : Educating primary care physicians in geriatric rehabilitation.clin Geriatr Med 1993 ; 9 (4) : 883-93.

11. Mc Murtry CT, Rosenthal A : International curmmmon denominators in geriatric rehabilitation and longterm care. J Am Geriatr Soc 1995 ; 43 : 1123-6.
12. Penington GK : Benefits of rehabilitation in the presence of advanced age or severe disability. Med J Austr 1992 ; 57 (10) : 665-6.
13. Hoeing H, Mayer-Oakes SA, Siebens H, et al : Geriatric rehabilitation : what do physicians know about it and how should they use it ? J Am Geriatr Soc 1994 ; 42 : 341-7.
14. Kemp BJ : Psychological care of older rehabilitation patient. Clin Geriatr Med 1993 ; 9 (4) : 841-57.
15. Joseph CL, Wanlass W : Rehabilitation in the nursing home. Clin Geriatr Med 1993 ; 9 (4) : 859-71.
16. Rodriguez GS, Goldberg B : Rehabilitation in the outpatient setting. Clin Geriatr Med 1993 ; 9 (4) : 873-81.
17. 李孟芬：綜合性的長期醫療照護模式－以美國安樂居為例。公共衛生。中華民國81年：19 (1)：76－85.
18. Brummel－Smith K : Research in rehabilitation. Clin Geriatr Med 1993 ; 9 (4) : 895-904.



圖一 疾病、殘障、與存活率



圖二 台灣地區六十五歲時的殘障與疾病餘命

表一 1988年至2050年台灣人口預測

年代	人口 (百萬)	出生率 (每千)	死亡率 (每千)	自然 成長率 (人)	人口百分比(%)			依賴人口(%)	
					15歲 以下	15-64 歲	65歲 以上	少年 (15歲 以下)	老年人 (65歲 以上)
1998	19.79	17.24	5.14	12.10	28.23	66.16	5.61	42.67	8.48
高推估									
1990	20.26	17.00	5.46	11.53	27.22	66.72	6.06	40.80	9.08
1995	21.36	15.94	5.88	10.06	24.53	68.25	7.22	35.94	10.58
2000	22.38	15.14	6.22	8.92	22.22	69.65	8.13	31.90	11.67
2010	24.18	13.41	7.02	6.38	20.64	70.00	9.36	29.49	13.37
2020	25.33	11.71	8.31	3.40	18.38	68.61	13.01	26.79	18.96
2030	25.85	11.32	10.62	0.69	17.01	64.64	18.35	26.31	28.39
2040	25.50	10.62	13.84	-2.85	16.69	62.38	20.93	26.76	33.55
2050	24.53	10.50	14.85	-4.34	16.20	61.05	22.75	26.54	37.26
中推估									
1990	20.25	16.73	5.46	11.26	27.20	66.74	6.06	40.76	9.08
1995	21.27	14.88	5.89	8.98	24.21	68.54	7.25	35.32	10.58
2000	22.12	13.41	6.27	7.14	21.30	70.47	8.23	30.23	11.68
2010	23.44	11.99	7.21	4.78	18.54	71.81	9.65	25.82	13.44
2020	24.14	10.06	8.67	1.39	16.45	69.89	13.66	23.54	19.54
2030	24.02	9.19	11.35	-2.16	14.61	65.64	19.75	22.26	30.09
2040	22.99	8.72	14.83	-6.10	13.95	62.83	23.22	22.20	36.96
2050	21.31	8.35	16.85	-8.50	13.55	60.26	26.19	22.49	43.46
低推估									
1990	20.25	16.73	5.46	11.26	27.20	66.74	6.06	40.76	9.08
1995	21.27	14.88	5.89	8.98	24.21	68.54	7.25	35.32	10.58
2000	22.13	13.48	6.27	7.21	21.31	70.47	8.23	30.24	11.68
2010	23.40	11.29	7.22	4.07	18.39	71.94	9.67	25.56	13.44
2020	23.86	8.94	8.76	0.18	15.41	70.78	13.81	21.77	19.51
2030	23.39	7.61	11.63	-4.01	12.91	66.81	20.28	19.32	30.35
2040	21.82	6.37	15.55	-9.18	11.37	64.17	24.46	17.72	38.12
2050	19.48	5.44	18.32	-12.88	9.88	61.46	28.66	16.08	46.63

附註：截至人口零成長前，總人口預測將再增加6.1百萬(高推估)、4.4百萬(中推估)、或4.2百萬(低推估)

基本假設：(1) 1988年時，出生的生命餘命為男性71.7歲，女性76.1歲；至2011年，男性74.7歲，女性79.5歲。

(2) 1988年的總生育率為每千人18.37，高推估將維持此一水準；中推估假設，至1995年將下降下為16.98，再降至2000年的16.00；推估假設，至1995年的總生育為16.98，至2020年為14.00，最後至2050年的11.00。

(3) 資料來源：中華民國行政院經濟建設委員會人力規劃處，(中華民國台灣地區民國77年至119年人口推估)。

表二 台灣地區患病老人占全部老人之比率

疾病型態	78年12月	80年12月
65歲以上老年人口	1,188,000	1,329,000
1. 高血壓	30.01 %	33.61 %
2. 關節炎、風濕症	30.30 %	32.87 %
3. 心臟病	12.35 %	13.33 %
4. 胃或十二指腸之潰瘍	10.15 %	11.92 %
5. 糖尿病	9.07 %	10.92 %
6. 眼睛白內障、青光眼	11.16 %	9.51 %
7. 氣喘	8.82 %	8.58 %
8. 皮膚病	5.52 %	4.52 %
9. 腎臟病	2.98 %	3.59 %
10. 老年痴呆症	3.44 %	3.57 %
11. 肝、膽疾病或結石	2.41 %	2.81 %
12. 腦中風(癱瘓)	3.37 %	2.77 %
13. 攝護腺腫大	1.35 %	1.74 %
14. 惡性腫瘤(癌症)	0.41 %	0.49 %

資料來源：行政院主計處

表三 台灣地區65歲以上人口主要死亡原因

順位	主要死亡原因	死 亡 人 數			65歲以上 每十萬人 口死亡率	死亡 %
		合 計	男	女		
1.	惡性腫瘤	10,525	6,879	3,646	764.86	16.58
2.	腦血管疾病	10,075	5,372	4,703	732.16	15.87
3.	心臟疾病	9,667	5,102	4,565	702.51	15.23
4.	糖尿病	3,516	1,393	2,123	255.51	5.54
5.	意外事故及不良影響	2,416	1,735	681	175.57	3.81
6.	肺炎	2,240	1,325	915	162.78	3.53
7.	腎炎、腎徵候群腎變性病	2,000	1,080	920	145.34	3.15
8.	高血壓性疾病	1,880	875	1,005	136.62	2.96
9.	支氣管炎、肺氣腫及氣喘	1,702	1,090	612	123.69	2.68
10.	結核病	1,292	1,020	272	93.89	2.03
11.	慢性肝病及肝硬化	1,268	767	501	92.15	2.00
12.	敗血症	1,087	613	474	78.99	1.71
13.	胃及十二指腸之潰瘍	616	396	220	44.77	0.97
14.	自殺	349	239	110	25.36	0.55
15.	營養性消瘦	135	50	85	9.81	0.21

資料來源：衛生統計82年版

註：81年年中65歲以上人口1,376,070人

省立豐原醫院老人日間照護簡介

徐弘正 副院長

省立豐原醫院 復健科

壹、前言

- 一、本院於民國七十二年四月三十日開辦，開辦之初期規劃為一百床，七十六年擴充病床至二〇二床，七十七年度經評鑑為地區教學醫院，七十七、七十八年度奉准擴建地下一層，地上三層之醫療復健大樓，於七十九年度完工啓用，增設病床九十床，總病床數增至二九二床，八十年五月經行政院衛生署公佈為區域教學醫院。
- 二、本院以「主動發掘民眾之需求，結合社區資源，提供綜合性、持續性、社區醫療保健服務」為理念，並以「建立地區醫療保健服務的地區醫療中心」為建院目標。本院診療圈多屬農村及半工商地區，人口老化問題都較市地區嚴重，如七十一年六十五歲以上老年人口平均 4.53%八十年已增加至 6.27%每一鄉鎮老年人口均有逐年增加之趨勢，詳如附件一，本院診療圈各市鎮六十五歲以上老年人口數統計表。八十年本地區數鄉鎮現已達到或接近老年人口之 7%，如和平鄉 11.84%、石岡鄉 8.93%、新社鄉 8.95%、卓蘭鎮 8.16%、二義鄉 7.44%、東勢鎮 7.70%、后里鄉 7.00%、外埔鄉 6.73%。依內政部估算臺灣地區至公元二千年民國八十九年老年人口將達 8.2%。顯示農山村地區較都市地區提早十年以上進入老年化，又依據本院七十五年十二月辦理「南陽里居民醫療需求訪問調查」結果顯示行動上需人扶持，極需要「復健」服務者占 6%，不能自由行動需人扶持局限在家，需要「日間照護」者占 4%，臥床不起須人照料，需要「居家照護」者 2%，故興建綜合性社區醫療復健大樓，提供復健門診治療（職能治療、運動治療、電療、水療、語言治療、日常生活訓練）、住院（包括復健及醫療）、日間照護、短期住院、居家照護等多元性、整合性醫療保健服務。
- 三、日間照護（Day Care）是長期醫療照護（Long-Term Care）重要一環，本院日間照護係為配合本院復健大樓之啓用及復健科、家庭醫學科之設立而開辦，收容行動不便需人扶持但不需住院治療之病殘老人，早晚派車接送，並施以臨床診療，護理照護、復健、心理治療及團康娛樂等多元性、專業性的服務，以期病殘老人能早日回歸社會並減輕家庭扶持照護之人力及精神負擔，同時亦能紓解慢性病患佔用急性病床之困擾。

貳、日間照護服務實施要點

一、組織

由家庭醫學科、復健科、護理科、病歷室、社會服務室等，組織日間照護小組，共同推動日間照護活動。

二、服務對象及收案條件

1. 年滿七十歲以上病殘老人，經本院醫師以 Modified Barthel Index Scoring 評定為 25 分--75 分（總分 100 分）及適合日間照護治療者。
2. 設籍且居住豐原市者優先。
3. 七十歲以下或未設籍豐原市者得視病況及家庭狀況審定。

三、服務期間

1. 每週一至五上午八時至下午四時。
2. 每週六上午至中午十一時。
3. 例假日及國定假日除外。

四、服務內容

提供結合醫療與福祉，兼顧生理與心理功能之重建，教育病患及家屬之整合性服務。

主要服務項目為：

1. 醫療服務：每天由家醫科醫師對日間留院病人給予診療、檢查，心理輔導等醫療服務。
2. 護理服務：每日測量血壓、脈搏、呼吸、投藥、注射、體位交換、飲食、沐浴、更換尿布、褥瘡護理、病人身心及社會方面照護。
3. 機能訓練：每日上午十點至十一點十分由復健科安排日常生活訓練、肢體運動、移位訓練等團體復健治療活動，下午則安排個人職能及運動治療，以期早日適應家居生活。
4. 休閒娛樂療法：透過復健及休閒活動，加強與老人溝通，每日上午九時三十分至十時安排各色各樣富於治療與娛樂活動，如體操、日光浴、團體衛教、作業治療、團康活動、室內遊戲、手工藝、女紅、錄影帶欣賞、每週安排戶外活動、每月舉辦慶生會、聯誼會、家屬座談會等。
5. 義工加入：義工與醫院員工一起參與照護活動，如會談治療、日常生活照護、協助休閒娛樂活動等。
6. 日間留院老人發生緊急病況，由急診室負責診治，一般疾病由家醫科診治，需要時轉介病房住院治療。

五、收費標準

1. 照護費：每月收費依據政府公佈每月國民生活最低標準之六倍計收，會計年度依新標準調整。本院目前照護費係依七十九年每月國民生活最低標準 $2700 \times 6 = 16,200$ 元計收，未接送者以 16,200 元打九折計收 14,580 元。
2. 特殊治療材料費：按收費標準另行計收，保險給付項目得依規定申請給付。
3. 機械浴：每次三百元。

六、工作人員配置

1. 醫師二人（兼任）：由家庭醫學科及復健科各指派一人。
 2. 護士三人（專任）：其中一人為日間照護室負責人，掌理行政、策劃、連繫等工作。
 3. 社工員一人（兼任）：由社會服務室指派。
 4. 復健技術員一人（專任）。
 5. 照護員六人（專任）。
 6. 司機二人（一名專任、一名兼任）。
 7. 工友一人（兼任）：由復健大樓一樓清潔工友兼任。
- 視收個案人數，增聘照護人員。

參、復健治療及日常生活訓練

一、前言

醫學為生命延長歲數，復健為歲數添加生命。復健在老人日間照護佔有極重的角色。復健治療包含物理治療、職能治療及語言治療。這些治療將視老人本身之疾病，而予以不同之治療課程。老年人在生理上有其特性，與一般年輕復健病患不同。如老年人知覺功能較差，痛覺感受較一般人為低。甚至骨頭斷了而不自知，或所感覺痛的位置也非斷骨所在，所以當老人站不起，必需詳細檢查原因，老人在體溫調節上也較差，在施行復健治療時，應注意熱療之強度與時間，施行時亦應注意環境，不可讓老人受寒。老年人之智能減退，尤其是患有癡呆症的老人，常因空間感判斷錯誤而致跌倒。所以復健治療應特別注意安全。故老人復健的原則在於鼓勵作自動自發性的活動，避免被動性、照護性的活動。活動內容應該簡單易做而不具有危險，每次活動量不要多、不要長，最好少量多次，較高的目標應分成幾個層次，幾個階段完成。尤其該注意老人的恢復很很慢，切忌操之過急或感到失望。老人運動部位應偏及全身，而不能侷限於病變部位，運動方法應著重於有氧運動次高量運動及等張收縮最重要的復健目標應以病人生理，心理能力為依據，切忌因面子上的考慮而影響復健作業。

二、服務項目

(一) 物理治療

1. 機能再教育運動：老人長期臥床後或住院一段期間其身體機能均需予以再教育，使其恢復日常活動之能力。運動方法以墊上運動、平行桿內運動及行訓練。
2. 中風病人的運動治療：日間照護病患以中風病人比例最大，運動方式以反射作用引導協同動作產生，再使病人有控制協同動作的能力，進而改變固定的協同動作使之趨向正常。
3. 骨科復健：老人最常患的股骨骨折，在長期臥床後常造成關節攣縮，維持正常肢體之肌力，再予以站立及行走訓練。訓練當中尤其需注意股四頭的力量，此處最易萎縮，而造成膝背屈現象。可利用熱療及水療來治療關節攣縮。干擾波治療及等速運動來訓練肌力。
4. 脊髓損傷之復健運動：大部份至日間照護之脊髓之損傷病患屬於腰椎以下之脊髓損傷，這類病患應注意其壓瘡之產生定期讓其移動臀部避免坐在輪椅過久，同時應注意反射性高血壓，如發現治療中病人臉色潮紅即應注意，尤其是在胸椎以上脊髓損傷病患。脊髓損傷病患可針對病情予以墊上運動，漸進性阻力運動平行桿內運動及持拐行走訓練。
5. 老人癡呆症之復健：一般老人癡呆可分為腦血管性癡呆及老年癡呆（阿茲海默型癡呆），腦血管性癡呆多半有高血壓或腦中風病史，這類病患如有腦中風則予以腦中風之治療，阿茲海默型癡呆程度較嚴重，在早期即有顯著的人格異常，此類病患常無方向感，即使身體功能好，但常不能行走，此種病患預後較差。在復健上儘量評估老人移動能力而予以動作能力訓練，使其不會長期臥床，不要勉強要求其不能做到的事，儘量讓動作有自發性，且能自我理解及判斷動作的平衡及技巧，更要求動作的適當性。
6. 神經肌肉病變之復健：肌無力症狀或運動神經原病變之患者，因其肌力會隨時間逐漸變差，故給予之復健運動，不可超出其本身之能力，且應與家屬說明疾病預後，不可存有不確之希望。

(二) 職能治療

職能治療是使個人參與既經選定活動的藝術和科學，主要目的在於恢復功能，誘發適應生活及行動能力所需基本技巧的學習能力。職能治療為預防畸形發生增強認知統合能力，訓練患側以期功能恢復。訓練健側以代償已失功能，主要方法以活動為治療媒介。為達到目的，職能治療以功能性職能治療及日常生活訓練兩領域達成。

1. 功能性職能治療--以腦中風為例

目的在於激發動作之恢復，保持肩關節活動度，促進兩邊身體統合，作手功能訓練，代償已失之功能。活動的原則在於一項活動可同時達到多方面的目的，並訓練同時兩手完成活動。

2. 日常生活訓練：將職能治療的原則及功能性職能治療訓練所得，融合表現在日常活動，日常生活訓練包括床上活動、穿脫衣服、如廁、上下樓梯、大小便控制、進食、洗澡、修飾等。另外家事訓練對病情較輕病患亦相當重要，殘障者不僅可不需人照顧，偶而還可幫忙擔任家事工作，讓年青人可出外工作。家事技能之增進也能培養自信與自動。日常生活訓練須合乎日常生活的實際要求，才可讓病人和家屬接受。

(三) 語言治療

1. 失語症的治療：醫護人員在例行的醫療護理及日常生活照護時，必須多與失語症患者談話，失語症者清楚的訊息。這些訊息包括他的情況、每天的例行工作，以及其他需要他理解及遵守的事項，鼓勵失語症者藉助各種可行方式來表達他的需要及意念儘量使他成為參與者而非旁觀者，使病人能夠主動傾聽及增加注意力，視覺的接觸可增加注意力。談話時把正在做的活動減慢或停下來，讓病人能注意傾聽，並檢示說話者的面部表情及手勢。鼓勵其他病友多與失語症患者談話並參與活動。

在治療上，與失語病患者講話時，必須面對面。有視覺的接觸可增加注意力，使患者從你面部表情獲得非口語的線索，並且讓患者感到你願意給他時間談話。談論具體的話題，內容以現實環境中常出現的人、事、物為主，避免抽象的概念。使用簡短而文法完整的語句，語句之間要停頓病人才有足夠時間去理解，當病人的語音不清晰時要求他再說一、二次，猜測他要表達的意思次數不可多，否則病人會有挫折感，鼓勵病人用各種不同方式來表達，例如：手勢、指認、書寫、畫圖等。

2. 吞嚥的治療：腦中風病患、神經肌肉病患、長期臥床、老年癡呆患者均會有吞嚥問題。可藉由口腔肌肉訓練來達到自我進食。

參、結論

老人日間照護的復健要遵從老人復健的原則，日間照護室腦中風患者即使恢復黃金期已過，如給予日常生活訓練仍有相當的進步。但需注意的是日間照護時均有照護員在旁，如日間照護病患欲終止照護時，應有 1-2 星期請其家屬參與予復健治療俾能回家後仍可維持效果。治療課程之安排除隨個人病情予以排定外，可給予群體治療；不管是腦中風患者或是老年性癡呆患者，頭部外傷患者，由於腦部的器質性變化導致程度不等癡呆行為，採取群體治療可使病患增加參與意願與興趣。

照護者及復健工作者在照護老人患者時，應以最大努力去引起患者之共鳴，接觸老人，學習了解老人的感受，在活動上儘量安排具娛樂性及群體性的活動可增進其社會關係的建立及彼此之互助。