

從與日本京都大學學術交流與機構參訪看老年長期照護的未來

◎文 /

國立成功大學醫學院附設醫院急診部 施欣怡

國立成功大學醫學院附設醫院內科部老年科 張家銘

國立成功大學醫學院附設醫院內科部 王雅麗



京都大學松林公藏教授進行老人健檢評估

由於台灣高齡人口數的快速增加與醫療照護水準的穩定，老年照顧制度需求的建立與呼籲也開始受到關注，不論是年金制度、長期照護保險、老年住宅、慢性照護人力的議題，也都開始慢慢的在報章雜誌上出現，從政府到民間也都開始進行長期照護制度的討論與對話。雖然這些議題十分迫切與重要，但是一般大眾乃至於醫療相關人員，卻很少主動參與制度的建立與政策的辯論。對於這樣重大醫療與公共衛生政策，醫界應該要主動參與，才能建立臺灣從年金、社福到醫療連續照護的完整老年長期照護機制。

以日本為例，1970 年就進入聯合國所定義的高齡化社會 (65 歲以上的人口超過總人口比例的 7%)，接著 1995 年進入高齡社會 (65 歲以上的人口超過 14%)，並於 2007 年進入超高齡社會 (65 歲以上的人口超過 21% 以上)。為了因應高齡化社會的到來，日本於 1963 年起開始制定並施行相關政策：1963 年制定「老年福祉法」，1983 年實施「老人保健法」，1987 年開始「設置老人保健機構」；而在 1988 年 12 月，由當時的厚生省制定「高齡者保健福祉推進 10 年策略 (1990-1999 年黃金計畫)」，針對鄉鎮地區的高齡長者進行居家照護、長期



京都大學與成功大學老年醫學團隊進行社區老年周全性評估與研究前合影
(台南市新市區大社國小，2011年7月)

臥床設備與生活等問題進行應變對策。同時為了減輕長期照護的負擔，從1997年12月制定介護保險法，提出「國民介護保險制度」，為40歲以上的國民提供保障，並在2000年4月開始實施。由於65歲以上老人的保險費調整漲幅高（全國平均約40%），老人經濟生活與生活品質勢必受到衝擊，因此在2006年重新修訂「介護保險法」，依長期照護實際上的需求，包括排泄、進食、活動、精神心智及臨床醫療保健等照護面，來評估需要介護協助的程度，並給予適當的介護照顧。

在日本，研究老年相關議題的團隊的研究對象常不僅只在日本國內，以這次學術交流的對象—京都大學的松林公藏教授團隊為例，除了一般的老年醫學臨床服

務與研究外，研究對象也從原來只在日本高知縣等地定期進行國內的老年周全性評估，拓展到海外其他據點，希望可以了解不同國家的老年健康狀況與差異。研究的據點包括泰國、柬埔寨、青海、不丹與喜馬拉雅山下的中印邊界、太平洋的巴布亞新幾內亞和秘魯等地，並進行長時期的追蹤研究。而在2011年7月開始也將據點延伸到臺灣，在成大校友及京都大學研究生陳玟玲的聯繫下，配合成大醫院由內科部老年科張家銘主任領導的老年醫學團隊，在台南新市的大社里合作進行社區的老年周全性評估與研究，並於2012年的11月進行第二次的追蹤評估。

一般的內科團隊主要都是在醫院裏面進行臨床醫學診療，松林教授的京都團

隊，除了將一般在醫院裏面進行的老年性周全性評估搬到社區外，為了和社區經營長期的關係、讓居民與長者習慣定期性的周全性評估，並能與團隊維持更良好的互動，評估的同時也進行保健與健康宣導活動。在這兩年一同參與健檢活動中，也觀察見識到京都團隊所展現的合作默契、紀律與效率，包括活動進行開始前的場地勘查、動線與流程的安排，時間與現場的掌握等。由於每位參加健檢的老人會進行簡單的空腹抽血並當場檢測，之後即要總結所有檢查的結果，因此在報告出來之前的這段時間，就要把握時間進行問卷、體能與功能性的測量，還要針對周全性評估的重點進行病史和理學檢查，同時回答家屬與老人家的問題，也不能讓其他人等待過久，這些都必須有充分的計劃與時間掌握。而京都研究團隊在每天完成健檢後，都進行當天活動的檢討，全員參與進行每天的檢討和資料審視；在四到五天的研究結束之後，研究資料也完成輸入和初步的分析。整個團隊除了研究工作之外，幾乎沒有休閒的行程，這樣認真嚴謹的研究態度與認真精神，讓同時參與研究的我們留下了深刻的印象。

在和京都大學進行田野合作研究兩年後，松林教授邀請成大老年醫學團隊前往京都大學，在 2013 年的 1 月 24 到 28 日進行雙方學術交流，並參訪京都的高齡住宅與老年照護機構。成功大學由老年學

研究所盧豐華所長、內科部老年科的張家銘主任、黃基彰醫師、急診部的施欣怡醫師、和物理治療系的蔡一如老師，從臺灣的老年學研究教育、都市與鄉村社區老年人的健康狀態及老年病症候群之比較、老年資料庫的資料研究、急診老年跌倒病患的特色及跌倒的機轉與預防等不同觀點，分享彼此的研究經驗與老年照護心得。

京都大學的老年科及心臟科和田 (Wada) 醫師在學術研討會中談到日本老人與京都大學學生對於生命末期無效醫療的看法。與在臺灣的我們臨床所見不同的是，許多日本的老人對於生命末期的治療選擇當中，除了簽署拒絕插氣管內管與心肺復甦的 DNR (do not resuscitate) 之外，也選擇不要進行鼻胃管的置放，甚至於點滴注射；而京都大學的在學學生也回答了如果自己或父母及長輩如果到了生命末期要接受哪些治療，也有不少人除了選擇 DNR 之外，也選了拒絕鼻胃管與點滴注射。今井醫師則分享了以精神科醫師的觀點，以 Delirium(譫妄) Checklist 和照會小組的方式，協助臨床人員早期發現和治療譫妄的問題，藉以達到減少住院天數的目的。奧宮醫師則談到，喜馬拉雅山和安地斯山上的老人們在一些慢性疾病如糖尿病和高血脂方面的差異，雖然高度會影響到人類的血紅素但 HbA1C(糖化血色素) 的指標，但是生活習慣的改變和城市化，也影響了糖尿病的發生。最後由松林

教授總結老年醫學本土化與國際化研究與 Field Medicine 的精義，從不同的觀點重新闡釋老年醫學研究的新義。除了在學術殿堂的研討之外，京都的古色古香與京都大學的濃厚學術氣息也讓人留下深刻的印象。

為實際了解日本老年照護與老年住宅的現狀，我們在學術交流研討會的隔天前往位於京都近郊的 Life Inn Kyoto (ライフ イン 京都) 進行參觀，是綜合型的高齡照顧機構，包含可供可獨立生活的「一般高齡者公寓」、需要部份介護照護的「介護型公寓」，與需完全介護之「護理之家」三部分。如果住民因為年紀或部分功能的退化需要部分介護照顧但還沒有到需要長期照護的程度，有部分的房間和區域是屬於可以提供協助的。

由於 Life Inn Kyoto 算是日本的高級高齡住宅，裡面的設施與設計十分完善。主要採取飯店式的管理，房間跟一般我們入住的飯店並沒有太大的差別，一個人居住的房間大概約 32.05m² ~ 85.56m²。裡面也有完善的各項休閒娛樂設施，如演奏廳、麻將桌、橋牌桌、茶室、電影院、餐廳、美容院、圖書館、簡單的商店和菜園等等，也有各式各樣的社團組織，讓入住者可以在一起從事各式休閒娛樂活動。因為是公寓式住宅，對於入住者行動也沒有太大的限制，可以自由的進出並且從事

其他的休閒旅遊活動，也可以出去辦事、訪友；同時家人也可以前來探視並且暫時住在體驗房內，一起享受旅遊京都與共享天倫之樂。在交通聯絡方面，每小時就有接駁車可從公寓往返火車站，方便讓住民和親友可以使用。在公寓的附近大概 500 公尺的距離，就有由集團所附屬的中型的社區型醫院供住民前往看診，同時在非假日也有特約醫師會來公寓的診療室提供有需要的住民就近看診。

因為高齡住民在疾病與認知功能嚴重退化後可能需要其他介護或慢期照護的護理之家的幫忙，此時這些住民會轉入在照護中心裡可以提供慢性照護的護理之家，因此考量入住照護中心的病患特性，在照護中心有許多設計就跟一般的高齡住宅有許多不同，包括懷舊設施、滅火器等設施就會內嵌在牆壁內，寬廣的走道設計以預防跌倒。另外在照顧上也會有許多特殊考量，包括加強照顧人力、設計各式活動、加強門禁管制預防老年人走失等措施。值得注意的是，在照護中心的住民，即使功能退化到需要三管照顧的狀況，照護中心仍會考量病患的個人生理以外的需求，以我們看到的一位已經完全臥床且意識不清的病患，照護中心的工作人員除了原先的三管照護之外，仍讓她躺在躺椅上，把她推到播放演歌的電視機前，持續接受一些感官上的刺激，或許她在言語功能上已經喪失，但透過聲光的效果，仍然可以讓她



京都大學與成功大學老年醫學團隊雙方進行學術交流後合影
(京都大學，在 2013 年 1 月 25 日)

的腦部持續接受刺激。

在 Life Inn Kyoto 一般的高齡者公寓，入住對象條件為 55 歲以上有健康保險證與介護被保險證的人，如果是夫妻一起進住，只要其中一方滿 55 歲即可。一般的住民在入住前必須繳付相當金額的入住金，之後每個月還要繳交管理費、伙食費或其他特殊服務的服務費。如果入住者在入住後 15 年內過世的話，會將入住金比例償還給家屬；入住超過 15 年以上還不需要介護照顧者，則不用再追加入住金，但仍要按月繳交相當的管理費和其他服務費。雖然入住金和管理費並不便宜，但是因為公寓有非常周全的安全措施和服

務，又能保有生活的獨立性，因此吸引許多高收入的族群前來居住，選擇作為最後落腳的地方。

在前往日本之前，由於臺灣曾發生北門醫院大火事件、日本媒體也曾報導日本有護理之家和醫院爆發諾羅病毒的群突發，因此這次參觀的過程中，老年住宅與護理之家對於感染管制與防災，也是我們觀察的重點之一。Life Inn Kyoto 的感染管制工作，讓人十分印象深刻，除了到處可見的洗手台之外，住民也充分落實感染管制的概念，在進入餐廳用餐之前，每位住民不論是否使用輔具，都一定會使用位於餐廳門口的乾洗手液進行洗手，感染

管制的觀念和行動確實落實在一般生活當中。在建築物本體方面，此住宅已經建造 30 年，當時是以日本最高的防震標準（耐震約七級）建造的，在 311 東日本大地震之後，日本目前還未公布最新的建築法規，如果有新的建築法規相關規定，機構會根據最新的建築法規，重新再進行再補強。在和住民談天的過程中，我們也詢問到 1995 年阪神大地震時這棟建築內的狀況，住民表示除了搖晃之外，其他並沒有什麼大損害，他們住在這裡也很放心。每年機構內也會進行多次消防演習，除了管理人員的演習之外，住民也一起參加演習，熟悉各項防災措施，照護中心的護理之家也會進行實務演習，練習實際疏散的狀況。

在參觀 Life Inn Kyoto 的過程中，我們遇到了在機構中負責規畫相關老年介護照護的介護支援專門員（又稱為ケアマネジャー，Care Manager），這是根據日本介護保險法所發展出來的專業，與介護相關的設施包括住宅、相關事業等都需要有 Care Manager 負責相關的規劃。介護支援專門員必須和案主與家屬做訪談與評估，規劃符合案主相關的介護服務，也須定期評估案主的狀況和目前提供的介護服務是否恰當，再重新或延續之前的介護照顧。

日本在平成 19 年（2007 年）開始

導入介護支援專門員的登錄系統，每 5 年必須根據接受在職教育的紀錄定期更新。依目前日本所規定的介護支援專門員必須接受國家考試，符合報考資格的包括：1. 相關的醫事專業證照，如社會福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士、醫師、齒科醫師、藥劑師、保健師（同公衛護士）、助產師、看護師、准看護師、理學療法士（同物理治療師）、作業療法士（同職能治療師）、視能訓練士、義肢裝具士、齒科衛生士、言語聽覺士、あん摩マッサージ指壓師（按摩指壓師）、針灸師（Acupuncturist）、きゅう師（Moxibutionist）、柔道整復師、營養士（管理營養士，同營養師）；在持有證照有五年以上的實務經驗後，通過測驗後取得資格，目前約有一半介護支援專門員是由介護福祉士通過考試取得；2. 符合社會福祉主事任用資格（依法擔任社會福祉相關公職者），修畢訪問介護員（Helper）二級課程者有五年以上的實務經驗者；3. 不符合上述資格者，須符合在指定的福祉設施中專門負責介護照顧與諮詢者實際經驗超過十年。

目前，除了提供一般的長期照護與介護服務之外，日本的長期照護更積極拓展到預防階段，希望透過社區參與和專業的積極介入，在早期可以找出潛在性需要幫忙的高齡者，提供運動、營養、社交幽閉、口腔健康、認知、與憂鬱方面的量表

與協助，藉以減少未來需要介護協助的需求。

在日常生活方面，有許多設計都讓人見識到日本對於人性和便利的考量；更重要的是將高齡化的效應轉成事業和政策，讓全民一起了解高齡化，讓全民一起關心這個社會現象並提出對策。在學校的一般教育中，從小學開始就讓他們接觸到老年相關的議題；在中學課程裡，除了一般的知識授與之外，也包括了許多和高齡化和相關照護的課程選修，也有介護相關專門學校，讓學生們了解到社會的這些問題和對策，並讓他們可以在未來選擇和高齡化相關的各項產業。而厚生勞動省為了強調高齡化和老人介護相關議題的重要性，從2008年起在每年的11月11日發起了介護之日，希望藉著這一天和前後一週透

過各式各樣政策宣導、報導和讓民眾實際體驗的方式，讓民眾了解高齡化社會的現狀和介護事業的辛苦，在2009年厚生勞動省大臣的特別聲明中還包括了薪資保障和其他鼓勵年輕人投入相關產業的政策說明。

日本的少子化與高齡化一直是日本社會重要的問題，為了因應各項需求，日本政府與社會花了很多心思在規劃相關的政策，也積極將各項產業與專業結合，希望可以藉此發展經濟、增加內需。綜觀日本的高齡住宅規劃與長期照護機制，可以發現主要是以人和功能為考量，在菜單設計上，以單點料理為主而不是給予全餐；在專業人力的安排上，也是以長期經營和專業整合去做規劃，十分值得臺灣在規劃長期照護與保險制度上學習。

參考資料：

1. ライフ・イン京都 (Life Inn Kyoto)

2. 厚生労働省介護支援専門員網頁

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/syokuin/index.html

3. 日本介護保険法

<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/H09/H09H0123.html>

4. 介護保険制度改革の概要－厚生労働省

<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/topics/0603/dl/data.pdf>

5. 厚生労働省介護予防マニュアル

<http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/tp0501-1.html>