

## 出國報告（出國類別：考察）

# 日本國立長壽醫療研究中心考察報告

服務機關：臺大醫院新竹分院

姓名職稱：陳孟侃主任

賴和賢主任

賴秀昀醫師

歐陽鍾美主任

黃淑麗護理長

楊榮真物理治療師

派赴國家：日本

出國期間：105 年 9 月 5 日 至 105 年 9 月 9 日

報告日期：105 年 10 月 24 日

## 摘要

人口快速高齡化是目前台灣社會面臨的嚴峻課題，發展高齡友善的醫療照護刻不容緩，本院於 2014 年底通過高齡友善醫院認證，在籌備的過程中遇到許多瓶頸，鄰近的日本素來以高品質的老年照護著稱，加以文化背景與我國較相近，因此選定日本為本次考察之對象。

日本國立長壽醫療研究中心（NCGG）位於愛知縣大府市，為厚生勞動省的直屬國家研究單位，設有七間研究中心，八間研究所，二十個臨床門診專科，及三百八十三床規模的醫院，本次主要瞭解記憶障礙照護及研究中心、衰弱門診、機器人中心、在宅支援病房、社區整體照護病房、及在宅醫療等單位的運作，並參觀了ルミナス大府介護老人保健設施及團體家屋，希望能借鏡 NCGG 的經驗，結合跨領域專業團隊，建構本院實際可行的老年照護模式。

# 目次

|                     |    |
|---------------------|----|
| 一、目的.....           | 1  |
| (一) 緣起.....         | 1  |
| (二) 主題.....         | 1  |
| (三) 原定計畫目標.....     | 2  |
| 二、過程.....           | 3  |
| (一) 考察人員.....       | 3  |
| (二) 考察行程.....       | 3  |
| (三) 國立長壽醫療研究中心..... | 4  |
| (四) 考察詳細內容說明.....   | 9  |
| 三、心得及建議事項.....      | 41 |

## 一、目的

### (一) 緣起

台灣於 1993 年跨過聯合國定義的「高齡化社會」門檻，國發會預估，台灣將以飛快的速度，於 2025 年進入「超高齡社會」，也就是六十五歲以上人口比率超過 21%，屆時每五個人中就有一位是老年人。根據 2012 年衛福部全民健康保險醫療統計年報資料顯示，六十五歲以上老年病患住院人次佔所有住院人次的 32%，佔二十歲以上成人住院的 57%；在美國，單是 2011 年，20% 六十五至七十四歲之老人及 27% 七十五歲以上老人至少去過急診一次，住院成人病患中，約 50% 為六十五歲以上，也就是說，老年病患是我們主要服務對象。

本院於 2014 年底通過高齡友善醫院認證，在籌備的過程中遇到許多瓶頸，觀摩國內同儕或參考英美制度，或流於理想化，或不適用國內醫療系統，一直苦於沒有找到令人滿意的運作模式。鄰近國家日本的高齡化因應對策起步甚早，可說是亞洲各國的先驅，在邁入高齡化社會的十年前，也就是 1963 年，就已制定老人福利法，厚生勞動省更整合了老人福利法和老人保健法，在 2000 年開辦介護保險制度。日本素來以高品質的老年照護著稱，加以文化背景與我國較相近，因此選定日本為本次考察之對象。

### (二) 主題

本次的參訪，以建構社區醫院實際可行的老年照護模式為主軸，結合家醫、老醫、護理、營養、復健各跨領域專業團隊，將此主軸延伸出去，為之前的困難找到解決靈感，並進一步探究老年照護的相關議題，希望能夠在目前的健保制度下，發展出本土化的高齡醫療照護模式供國內老年照護的先進參考。

### (三) 原定計畫目標

1. 瞭解急性病房老年營養照護：包括餐食的設計及供給、特殊飲食的供給、用餐時的環境及方式（如：群體共同用餐或單獨用餐）、照護人員提供何種協助給予無法獨立進食的老年病患、吞嚥困難病患的進食與評估、及人工營養水分供給之考量等。
2. 瞭解社區老年照護：針對社區復健中心及居家老年病患，其醫療服務的評估及運作，以及復健服務的供給。
3. 瞭解老年跨專業領域團隊的運作模式
4. 瞭解老年臨床藥事照護運作模式
5. 觀摩高齡友善醫院設施

## 二、過程

### (一) 考察人員

| 姓名   | 單位            | 職稱       |
|------|---------------|----------|
| 陳孟侃  | 社區及家庭醫學部      | 部主任      |
| 賴和賢  | 社區及家庭醫學部/企劃室  | 醫師       |
| 賴秀昀  | 社區及家庭醫學部老年醫學科 | 醫師       |
| 歐陽鍾美 | 營養室           | 室主任      |
| 楊榮真  | 復健部           | 物理治療師兼組長 |
| 黃淑麗  | 護理部           | 護理長      |

### (二) 考察行程

本次考察期間為 9 月 5 日至 9 月 9 日，為期五天的訪查行程如下：

| 日期      | 上午              | 下午       |      |
|---------|-----------------|----------|------|
| 9 月 5 日 | 相見歡             | NCGG 簡介  |      |
| 9 月 6 日 | 衰弱門診            | 失智症家族教室  |      |
| 9 月 7 日 | 過渡性照護           | 機器人中心    |      |
|         | 失智復健            | 營養支持小組   |      |
| 9 月 8 日 | 失智支持小組          | A        | B    |
|         |                 | 多重用藥介入小組 | 到宅訪視 |
|         |                 | 亞急性照護    |      |
| 9 月 9 日 | 介護老人保健設施：ルミナス大府 | 失智症病房    |      |

### (三) 國立長壽醫療研究中心 (National Center for Geriatrics and Gerontology)

#### 1. 組織簡介：

日本目前共有六個國家級醫療中心，分別針對癌症 (National Cancer Center, 1962 年成立)、心血管疾病 (National Cardiovascular Center, 1977 年成立)、神經精神醫學 (National Center of Neurology and Psychiatry, 1986 年成立)、國際醫療 (International Medical Center of Japan, 1993 年成立)、兒童健康與發展 (National Center for Child Health Development, 2002 年成立)、與老年醫學，即本次參訪的國立長壽醫療研究中心 (National Center for Geriatrics and Gerontology)。

國立長壽醫療研究中心成立於 2004 年，位於愛知縣大府市森岡町內佔地總面積達一百公頃的「健康森林」的中心點，其機構面積大小為 133,160 平方公尺。所在地點除每四十分鐘才有一班可以抵達的公車之外，老年病人若需自行或由家人陪同就醫時，皆須開車行經一小段蜿蜒的山路方能前往，如此不便的地理環境，相較其他特別是針對老年病患所設置的醫療機構時，所會考量的可近性及鄰近人口稠密地帶等條件有著極大的不同。細究其原因後我們發現，此一機構自其前身創立初始至今，為配合時代變遷導致的需求改變，迄今業已經過三次的組織改造。

國立長壽醫療研究中心其前身最初始源自於創設於 1938 年的全國愛知療養院與創立於 1939 年的國家療養院大府莊，該時期機構的主要服務對象為戰爭之傷殘士官兵；爾後經 1966 年兩者合併後，成立了國家中部療養院醫院，當時主要收治對象則轉為肺結核病患者；1980 年 11 月因預見了未來日本高齡化的趨勢，所以成立全國老齡化和老年研究中心的建議於全國性的學術會議開始被提出，經 1987~1988 年厚生省所提出的長壽科學研究中心被通過認可

後，先後又經 1995 年國家中部療養院醫院研究大樓的落成，以及 1998 年的五十床老年綜合病房在國家中部療養院醫院開設；於正式成立前國立長壽醫療研究所原設定的角色定位為「國立老化、老年病中心」，在政府推動高齡者保健福祉推進戰略之下，於 2004 年 3 月正式改名為「國立長壽醫療研究中心」，每年由政府編列高達 100 萬美元經費，以提供作為國家級老人健康福祉之各種研究，成為高齡者健康與福利研究重鎮與先驅，並加強與社會的整合。

該中心作為日本厚生勞動省的直屬國家研究單位，目前員工數為九百零四人，設置有七間研究中心，八間研究所，二十個臨床門診專科，三百八十三床規模的醫院。以如此的架構與量體，針對日本人口高齡化後所導致在疾病、生理、心理、及日常生活照護上所衍生的各項課題，透過臨床醫療服務的提供，以及整合其中的臨床醫療調查、研究、以及醫療技術的開發進行廣泛的研究，也藉該機構的服務研究資源及當中所從事的各項活動，來培育未來相關領域的專業人才，最後憑藉其教學、服務、研究之綜合成果直接協助日本厚生勞動省制定各項長壽相關的醫療政策與其推動和落實。如：深入參與近年推動之居家醫療，除開發多職種之研習課程及教材、實施都道縣府首長以及市町村職員的研習活動、都道縣府人員養成事業之進度管理、居家醫療發展據點之活動性評估，居家醫療生活品質（QOL）提升開發研究外，也和當地社區醫師建構了醫院和社區居家醫療醫師協同運作模式；推動失智症對策新橘色計畫（New orange Plan）；配合醫療保險制度的改變，開設多重藥物整合服務，減少多重用藥可能對於長者可能帶來的非必要性風險；身為一個國家級的機構，除提供臨床服務的開辦外，該機構當中也對於構築如何有效執行的模式及相關的指引做出貢獻。

為能順利達成設置之初所被賦予除臨床服務外，亦需以研究作

為教學服務以及協助政策研擬基礎的重責大任，因此自設置之初迄今，政府在該機構的運營上給予了相當的財務補助，就總資產而言，政府自 2004 年以來的投資累積已經高達 103 億日圓，另外每年也給予了相當的補助費以支應其營運，以 2013 年至 2015 年而言，2013 年政府所提供的營運費補助金為 34 億日圓，設施整備費補助金為 2.3 億日圓，總計來自政府的補助為 36.3 億日圓；2014 年政府所提供的營運費補助金為 30 億日圓，設施整備費補助金為 1.3 億日圓，總計來自政府的補助為 31.3 億日圓；2015 年政府所提供的營運費補助金為 27 億日圓，設施整備費補助金為 5.3 億日圓，總計來自政府的補助為 32.3 億日圓。

|                                                                                    |                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |
| 國立長壽醫療研究中心                                                                         | 各科部門診一覽表                                                                            |

## 2. National Institute for Longevity Sciences-Longitudinal Study of Aging (NILS-LSA)

原創於 1995 年 Chubu Hospital 的 National Institute for Longevity Science，2004 年發展成目前的 Research Institute of NCGG，2010 年又進一步擴展，致力於老人醫學研究的臨床應用，透過各類的研究活動，促進老人的生理與心理的健康。該 Research Institute 共分三個中心：Center for Development of Advanced Medicine for Dementia (CAMD)、Center for Gerontology and Social Science

(CGSS)、及 Center for Development of Advanced Medicine for Dental Disease。

此次安排參訪學習兼任醫院副院長的荒井秀典教授，同時也是 CGSS 主任，特別商請 CGSS NILS-LSA 活用研究室室長大塚礼博士，為我們介紹社區進行了十九年長期縱向性世代研究— National Institute for Longevity Sciences-Longitudinal Study of Aging (NILS-LSA)：

(1) 目的

該計畫為一長期追蹤的世代研究，目的在釐清老化的過程與找出老年疾病如失智症、骨質疏鬆、老年性失聰...等疾病的致病因子；該研究為結合醫學、精神科學、運動生理學與營養學的跨科部社區研究。

(2) 研究設計：

A. 收案對象與方式：該研究起始於 1997 年，收案的對象來自於大府市與 NCGG 所在的愛知知多郡東浦町年齡 40-79 歲的民眾，以年齡、性別分層隨機抽樣方式寄發邀請函，首批收案共 2267 名受試者參與，後續每兩年進行第二波、第三波等共計八波檢查，每波檢查針對退出者，以年齡、性別相同的新受試者進行補入，於 2013 後開始不再增收新案，進行追蹤性調查，目前進行兩波。

B. 測量指標：

(a) Medical examination：包括生活型態、過去病史、血液尿液檢查、頭部 MRI、休息時代謝率、頸動脈超音波、周邊脈搏、心電圖、眼底、眼科檢查、耳鼻喉檢查、骨密檢測、身體脂肪組成、脂肪厚度、肌肉厚度與腹內脂肪等。

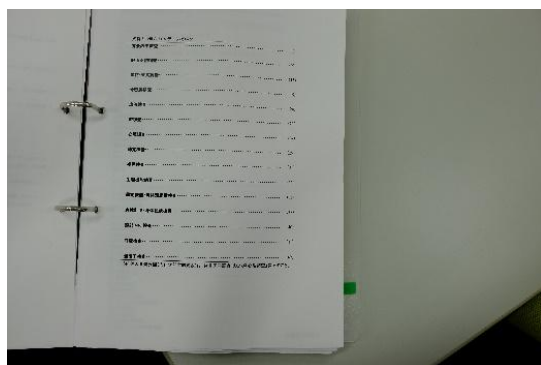
- (b) 體適能檢查：包括體適能、靜態平衡、3D 動態分析，運動問卷調查等。
- (c) 營養調查：包括食物與營養攝取與三日飲食紀錄。
- (d) 精神學檢查：認知功能、Mental Health 與個性調查。
- C. 結果分析：包括橫斷性研究與長期資料追蹤分析，主題包括有 Dementia, Frailty, Fall and Fracture, Under Nutrition, Mental Health, Locomotive Syndrome, Sarcopenia 等。
- D. 經費來源：初期 1997 年厚生省補助約每年一億日元，之後因財政問題逐年遞減，目前該計畫每年約 3000 萬日幣，約 50%比例用於人事費用。
- E. 學術發表：截至目前，在 PubMed 以關鍵詞「NILS-LSA」搜索，可搜索到三十二篇的文獻發表，在收案後的三年 2000 年發表了八篇描述型研究於流行病學領域的期刊，近年的發表領域亦相當廣闊，包括耳鼻喉科、復健、營養、糖尿病...等疾病與認知能力的相關橫斷性或追蹤性研究，甚至基因表現與疾病關連性的成果。
- F. 限制：因政府投入大筆的資金支持世代研究的進行，但財務問題迫使收案於 2013 年後停止，僅進行追蹤性研究，將無法看到新的世代的健康影響。此外，成果發表的速度不如預期，因此，主持的 CGSS 目前思索將資料開放給學界申請，希望能產出更多的成果。



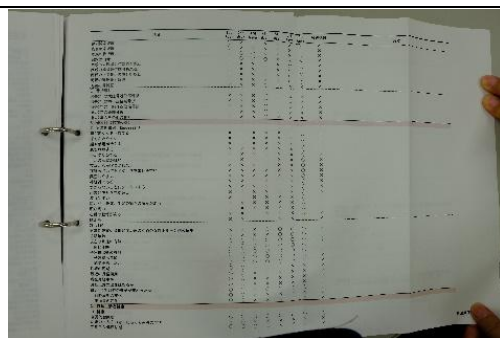
NCGG 醫院入口可見 LSA 的標示



與研究室大塚礼室長合影



NILS-LSA 的收集面向相當完整



NILS-LSA 各波的資料



拜會荒井秀典副院長



參訪學員上課互動情形

#### (四) 考察詳細內容說明

##### 1. 記憶障礙照護及研究中心（The Center for Comprehensive Care and Research on Memory Disorders）

失智症在日本原本被稱為「癡呆症」，於 2004 年在全國的共識下改稱為「認知症」。2014 年日本全國的失智人口推估為四百六十萬人，預估在 2025 年將達到七百萬人。2005 年厚生勞動省發起「失智症百萬支持者十年計畫」，提高民眾對於失智的認識，並創造失智友善的環境。安倍內閣進一步於 2015 年推動新橘色計畫（New Orange Plan），ORANGE 代表 Organized Registration for the Assessment of dementia on Nation-wide General consortium toward Effective treatment，包括失智症專業醫師培訓（新橘色計畫目標人數五千人）、失智症初期密集醫療照護服務模式之開發研究，及失智症專業醫師及失智症病患醫療中心之資格認證等。藉此，讓經由原利用賦權式政策架構 Orange plan 所培訓出來分散於全國各地社區當中約近六百萬名的「失智症之友」，除了能提高其對失智症的警覺性及建立對失智症友善的環境之外，更能讓實際發生失智症的個案能得到適當且高品質的醫療照顧。

NCGG 推動 New Orange Plan 不遺餘力，除擔任 ORANGE 失智登記資料庫的管理者，更是國內失智照護的標竿醫院。「記憶障礙照護及研究中心」提供了許多先導性的計畫及照護模式，並提供大量的復健運動計畫，中心有專屬的治療團隊，包括物理治療師 PT（理学療法士）、職能治療師 OT（作業療法士）、語言治療師 ST（言語聴覚士）、護理師、心理師、音樂治療師、社工師等。專業團隊要協助失智症家屬支持團體與失智症個案的非藥物治療的安排，例如：團體活動、體適能訓練、認知訓練、懷舊療法、音樂治療、園藝療法、寵物治療、藝術治療等非藥物照顧方法，以提昇

長者照顧品質，增進功能之獨立，並改善失智患者精神行為症狀，以下分別介紹。

#### (1) 失智病房

共有三十床，病房護理師與病患的照護比例是 1：4，單人房一日 12,000 日元、四人房一日 2,160 日元，病房收治中重度失智個案、或精神行為問題之個案(behavioral and psychological symptoms of dementia, BPSD)、與有急性住院需求之失智個案。失智病房的團隊成員包括老年科醫師、神經科醫師、精神科醫師、住院醫師、護理師、物理治療師(二位)、職能治療師(一位)、語言治療師(一位)、及音樂治療師等。

病房的硬體設計非常具有巧思，一進病房大門就可以感受到地板較柔軟，可在病患跌倒時提供緩衝；病房大門內外地面皆鋪設感應帶，由於失智長輩的病房便鞋鞋底埋有金屬片，當踏出病房時即會被感應帶偵測，並將訊息立刻傳送到護理站及護理師的 PHS 手機中；病房大門雖然沒有特殊隱藏或裝飾，但其開關加蓋設於距門口稍遠牆面上，且按下開關後延遲十秒才會開門，也就是說醫護人員還有十秒的時間可以把病患追回，而病房大門打開面對的就是門診區的護理站，即使病患走出病房也會被門診區護理人員發現。

失智病房比一般病房多了一個很大的公共活動空間，可做為病患用餐區或進行團體活動之用，病房有大走道環繞著護理站提供長輩行走訓練，並且降低護理站高度減少遮蔽，使得護理師在走廊任何角度都能掌握長輩的狀況，另外還有泡澡堂、一間榻榻米活動室以營造家的感覺、及療癒的戶外小花園。每間病室的每個床位都有對外窗、冰箱及電視，並且每個房間可依個案的生活習性加以佈置；病床床欄設計僅能從單邊下床，

針對容易跌倒的病患，在下床側地面鋪設軟墊，並有紅外線監測裝置通知護理站病患離床。病房護理長強調，失智病房有三不：(1)不身體約束，(2)不精神藥物約束，(3)不言語喝斥禁止。鼓勵長者下床活動，以減低因臥床而產生之廢用性萎縮症 (disuse atrophy)，不得已須約束的情形則採胸部約束。病房的電子病歷，會分項鍵入失智病患之 BPSD 症狀，例如：失眠、躁動，詳述其表現並持續更新。

長輩在吃飯時會集中在公共空間，由護佐提供必要的協助，有些長輩在吃飯時容易分心，則會安排單獨的空間提供協助。失智長輩很少使用鼻胃管或胃造瘻管灌食，盡量都使用由口進食，而全院需灌食的病患則不到十位。



記憶障礙照護及研究中心入口



病房入口處地面鋪設感應帶



失智病房洗澡設備-1



失智病房洗澡設備-2

|                                                                                   |                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |
| 失智病房音樂治療                                                                          | 病室採光良好，地面有離床感知設備                                                                   |

## (2) 失智門診

每個診次約十到十二位病患，其中初診病患限定一至二位。初診病患進入記憶門診後，會經一系列系統性的評估，包括醫師診療、神經學檢查、CT、MRI、PET 檢查、身體功能評估（ADL、IADL、BPSD、MMSE、步態平衡、肌力測驗）等，約耗時六十分鐘，醫師會依據檢查結果向個案與家屬說明其治療與相關照護計畫，同時個案檢查結果也會直接匯入院內的大型資料庫，以供研究中心分析之用。

## (3) 家族教室（Dementia Class）

NCGG 每年約有 1000 位新診斷的失智患者，針對失智病患及家屬的課程共有三種，第一種初階班，是針對初診斷的早期失智患者（MMSE 介於 20-24 分之間），對象是病患本身，目前在網路上已可下載其課程講義「失智症的第一步（認知症はじめての一步）」

（<http://www.ncgg.go.jp/monowasure/news/documents/0511-5.pdf>）。第二種中階班，是適用於中度失智的病患，課程主要針對其家庭照顧者；第三種則是由資深的照顧者，在其失智親人往生後，給予新手家庭照顧者的經驗傳承。

本次參觀的為中階班，由中心的櫻井孝部長親自接待，此

計畫大約於四年前開始，兼具服務與研究性質。本團體主要由護理人員帶領，團隊主要成員為醫師、護理師、心理師、及社工師。病患來源為院內醫師門診轉介，每年共會開立二個班，每班約二十人上下，每班再根據性格測驗的結果，將性格傾向相近的家屬分在同一小組，一組五至六人，進行為期三個月共六堂課程。六堂課的內容前二堂偏重失智症疾病相關知識的教育，中間二堂則著重家屬心理層面的自我認知，以及理解病患的行為問題，最後二堂課的重點，則是教導家屬製作「我的地圖」，繪出自己身邊正式及非正式資源的地圖，同時標示出關係親疏，藉由這樣的過程，了解自己有哪些資源可以利用，有哪些關係可以去努力，達到加強家屬支援力量的目的。

在 NCGG，許多臨床工作與研究是相結合的，這與 NCGG 的目標「為了提供最新的實證應用於老人或是失智症患者臨床治療」有關。櫻井部長表示，這樣的研究計畫每年在他的部門就有二十個在進行當中，「家族教室」就是其中之一。簡述研究設計及初步結果如下：

- A. 對象：入院失智症患者的家屬與主要照顧者。
- B. 採隨機對照研究，根據失智病患 MMSE 結果，分成初階班與中級班，隨機分派成介入組與控制組。
  - (a) 介入組：初階班或中階班，分別給予教材與三個月的教育課程，由臨床護理師或其他相關醫療人員給予六次的教育訓練。
  - (b) 控制組：僅給予相關之教材，除了教育課程外，其餘臨床照護與對照組相同。
- C. Outcome 測量：測量照顧者的研究前、三個月、六個月的

Burden Index、Depression score、Burnout Scale。

D. 後續：會針對對照組再施予三個月相同的訓練課程。

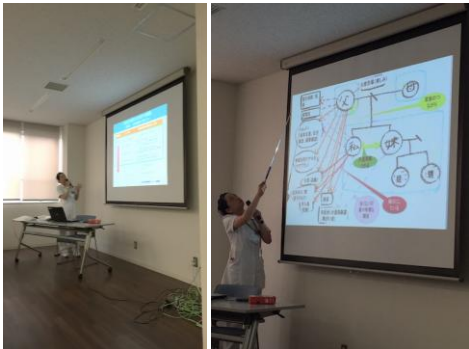
E. 初步成果：在中階班的隨機對照研究結果對於照護者的 Burden Index 與憂鬱程度及 Burnout Scale 都有顯著性的改善，效果也比初階班顯著。

#### (4) 失智復健課程（Dementia Rehabilitation）

課程同時針對家屬及病患，希望透過這個課程讓失智患者掌握仍有的功能來重建生活秩序，也讓家屬學會照顧失智家人的技巧，並增進與家人的互動。個案來源為失智門診的病患，由門診醫師轉介，經復健科醫師詳細評估日常生活功能、神經精神功能、家屬照顧負擔、與社會環境等面向後，開始進行課程。目前共有五十位個案，每週一堂一小時的課，每堂課安排十組病患及家屬，每組搭配一位復健師。課程開始時會先進行暖身活動，將不同家庭的失智長輩及家屬配對，不同家庭配對的好處是通常對別人的長輩會比較有耐性，也可藉由這樣的機會增進不同家庭間的交流；參訪當日進行的主題是「上週發生了什麼有趣的事」，請長輩回憶過去這個星期發生了什麼有趣的事，配對的家屬則在旁擔任鼓勵與協助的角色；第二階段的活動包括手工藝品創作、雙重任務訓練（dual task exercise）、或藉由季節特有的事件讓長輩感受到季節的更迭等。課程同時也會給予回家作業，協助長輩複習課程所學之技巧。此外，每月會舉辦一次照顧者課程，藉由角色扮演教導家屬如何因應失智病患的症狀，也讓照顧者交換彼此經驗。

#### (5) 失智及譫妄支援小組（Dementia and Delirium Support Team, DST）

DST 主要目的在協助及教育一般病房的第一線人員照顧失智病患，尤其是病患的 BPSD，團隊成員包括失智中心護理長、老年專科護理師、失智護理認證護理師、神經內科醫師、精神科醫師、精神科社工、藥師、與職能治療師。當病房發現困難照護的失智個案，由病房護理人員通報 DST 的專責護理師，專責護理師至病房收集病患相關資訊並於當日或隔日於團隊會議中討論後，將意見回饋給原照護團隊，DST 的主治醫師及專科護理師也會在每週四 10:30-12:00 針對通報個案進行全院查房，若經處理後病患情況未改善，則會轉至失智病房。統計 2014 年 6 月至 8 月期間，最常碰到的照護問題包括拔管路、喊叫、躁動、跌倒高危險、譫妄、及失眠等。

|                                                                                     |                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |
| <p>家族教室上課情形</p>                                                                     | <p>與櫻井部長討論家族教室</p>                                                                   |
|  |  |
| <p>失智復健課程-1</p>                                                                     | <p>失智復健課程-2</p>                                                                      |

## 2. 衰弱門診（Locomotive syndrome/Frailty Clinic）

是一個兼具臨床及研究的門診，目的在找出 prefrail 的個案，

期能透過介入使個案回復 **robust**，這也是減少長照花費從源頭節流的方法。病患來源為門診轉介，有鑑於原本使用的 **Kihon Checklist** 二十五題版本過於冗長，目前使用新發展出的 **5-item self-report questionnaire for frailty** 進行快速篩檢，只要二題以上為是即轉介至 **Frailty Clinic**。五題的內容分別為：(1)過去六個月是否體重減輕二公斤以上？(2)你覺得你是否比以前走路速度慢？(3)你是否為增進健康而步行達一週一次以上？(4)你能夠回憶起五分鐘前發生的事嗎？(5)過去二週你是否沒有任何原因卻感覺疲倦？（出處： *J Am Med Dir Assoc.* 2015 Nov 1;16(11):1002.e7-11. doi: 10.1016/j.jamda.2015.08.001. Epub 2015 Sep 15.）

完整初評一個人約需二小時，由三個人操作此測試，內容包括 **Kihon Checklist**、日常生活功能、跌倒史、營養評估、認知功能（**MMSE**、**MoCA**）、老年憂鬱量表（**GDS**）、功能狀態（**SPPB**、**TUG**）、握力、足背屈角度、及身體組成等。篩檢出為輕度者，給予衛教手冊，重度者則給予營養及運動的介入，進行之後一年追蹤一次精簡版的量表，**outcome** 為 **disability**。

### 3. 多重用藥介入小組（**Polypharmacy Intervention Team**）

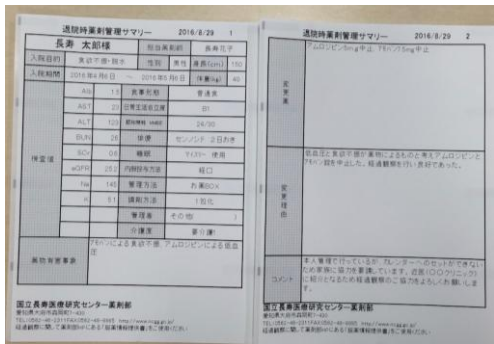
根據 **NCGG** 的統計，一年將近 1800 位的住院病人中，平均年齡為七十八歲，平均每人使用 4.9 種藥物，若以使用五種以上的藥物定義為多重用藥，多重用藥的比率約為五成，若以年齡劃分，八十到八十四歲族群多重用藥比率最高，八十五歲以上最少。

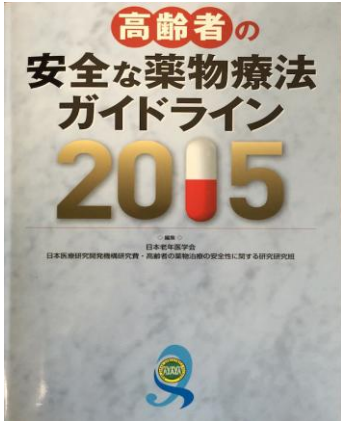
由於多重用藥是老年病患普遍的問題，加上醫療保險目前針對使用六種以上慢性藥物（定義為四週以上的長期用藥）的病患，若能於出院時減少二種以上的藥物，則給予 250 點（一點 10 日元）獎勵，因此 **NCGG** 自 2016 年 9 月開始針對骨科、復健科、及老年科病房的所有病患提供多重用藥介入小組服務，同時也進行研究，

若病患使用五種以上的藥物，在取得同意書後收案，計畫預定進行三年，預計收案五百例，並監測其介入後一週、出院時、及出院後一個月的用藥變化、藥物不良反應、用藥配合度（8-item Morisky Medication Adherence Scale, MMAS-8）、及日常生活功能等指標。

團隊成員包括老年科醫師、護理師、藥師、營養師、語言治療師、及社工師，一週一次會議，每次討論三到四位病患。小組主要針對三大問題進行討論：(1)潛在性不適當藥物：依據 2015 年日本老年醫學會所出版的 Screening Tool for Older Persons' Appropriate Prescriptions in Japanese (STOPP-J) 找出潛在性不適當用藥，(2)重複用藥，(3)符合適應症卻未給予藥物。

此外，日本的漢藥為正規醫療的一部份，並由醫療保險給付，許多西醫師都會處方漢藥，藥師對漢藥也有相當的瞭解，日本老年醫學會出版的老年藥物治療安全指引有專門的章節探討老年人使用漢藥的注意事項。藥師也介紹了許多協助病患服藥配合度的小物，若病患有需要可向醫院購買。

|                                                                                     |                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |
| 藥師介紹協助病患服藥的小物                                                                       | 藥物介入病歷範本                                                                             |

|                                                                                   |                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |
| 漢藥粉包                                                                              | 日本 2015 年老年藥物治療安全指引                                                                |

#### 4. 營養部門

營養部門主要業務包括：病房供餐服務、病房營養照顧，以及門診營養諮詢。

##### (1) 病房供餐服務

醫院住院病床數約為 300 床，住院病人數約 250 人，其中約 200~220 人訂餐（含普通飲食 120 餐、管灌飲食 10 人，吞嚥困難餐 30~40 人，以及 40~50 人為軟質、低渣等治療飲食）。其中最有特色的是吞嚥困難飲食的分類與製作。如圖一。

Dysphagia Diet of NDDG

| Aim                               | Diet for training        |         |                |                | Diet for supplying nutrition |                 |                           |            |
|-----------------------------------|--------------------------|---------|----------------|----------------|------------------------------|-----------------|---------------------------|------------|
|                                   | 1                        | 2       | 3              | 4              | 5                            | 6               | 7                         | 8          |
| Shape                             | jelly                    | thick   | only for jelly | only for thick | thick                        | jelly and thick | cut into pieces and thick |            |
|                                   | code 01                  | code 02 | code 11        | code 2         | code 11                      | code 12         | code 3 / 4                | code 3 / 4 |
| Classification of society in 2013 |                          |         |                |                |                              |                 |                           |            |
| The diet number of time           | once a day (fundamental) |         |                |                | three times a day            |                 |                           |            |
| Nutrition value                   | one meal                 | a day   | one meal       | a day          | one meal                     | a day           | one meal                  | a day      |
| Energy (kcal) (flow = 4.184)      | 90                       | 270     | 70             | 210            | 470                          | 1410            | 430                       | 1300       |
| Protein (g)                       | 5                        | 15      | 0.5            | 1.5            | 13                           | 39              | 15                        | 45         |
| Fat (g)                           | 0                        | 0       | 0              | 0              | 7                            | 21              | 5                         | 15         |
| Carbohydrate (g)                  | 17                       | 51      | 17             | 51             | 82                           | 246             | 82                        | 246        |
| Salt (g)                          | 0.2                      | 0.6     | 0.1            | 0.3            | 1.7                          | 5               | 1.7                       | 5          |
| Water (ml)                        | 30                       | 150     | 30             | 150            | 400-500                      | 1200-1400       | 400-500                   | 1200-1400  |
| Image                             |                          |         |                |                |                              |                 |                           |            |

圖一、吞嚥困難餐

(2) 吞嚥困難飲食

- A. 吞嚥困難訓練飲食，包括果凍餐(jelly)和濃稠餐(thick)
- B. 吞嚥困難飲食：分 level 1、level 2 (a-c)、level 3、level 4
- C. 濃稠度分類 level 2 又分 a、b、c 不同階段 (a 最稠，c 最稀)，a：300~500 mPa·s (每 100cc 水加 2 公克增稠劑)、b：150~300 mPa·s (每 100cc 水加 1.5 公克增稠劑)、c：50~150 mPa·s (每 100cc 水加 1 公克增稠劑)。
- D. 使用不同種類之增稠劑，如類似澱粉分解酶之粉末可將澱粉分解，較易吸收。

(3) 供餐服務：採冷熱分開保溫之餐

|                                                                                     |                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
|   |   |
| 果凍餐 (Jelly)                                                                         | 濃稠餐(Thick)                                                                           |
|  |  |
| Level 1 & 2                                                                         | Level 2 (a,b,c)                                                                      |

|                                                                                   |                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |
| 普通飲食 (Normal diet)                                                                | Level 4                                                                            |
|  |  |
| 冷熱分開保溫餐車                                                                          | 右邊熱食、左邊冷食                                                                          |

#### (4) 病房營養照顧

營養師接受病房之營養照會與諮詢，每週參加營養支持小組（Nutrition Support Team, NST）會議，每週與其他專業人員討論五至七位個案，包括醫師、檢驗師、藥劑師、社工師、護理師等，會議中針對住院病患營養相關問題討論，各個專業提出看法與建議，最後由主治醫師做後續照護方向。

NST 照護病例檢討表單如下：

| No.                                                                                                                                                 | NST介入日 | 主治医                       | 病種名                                                                                  | ID     | 氏 名                                               | 性                               | 生年月日  | 年齢                                                                          | 病 名 | 入院日 | NST依頼コメント |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------------------------------------------------|---------------------------------|-------|-----------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----------|-----------|
|                                                                                                                                                     |        |                           |                                                                                      |        |                                                   |                                 |       |                                                                             |     |     | 身長        | 標準体重      |
| <small>※1. 測定標準体重表(標準体重範囲(%)以内)<br/>           ※ 標準体重表域(%BW:110~90)<br/>           BW-NBW=A<br/>           A×0.25=B<br/>           BW+B=ABW</small> |        |                           |                                                                                      |        |                                                   |                                 |       |                                                                             |     |     |           |           |
| 嚥下障害<br>口腔嚥の障害<br>咽頭嚥の障害<br>嚥食時間延長(15以上)<br>嚥食の低下                                                                                                   |        |                           |                                                                                      |        | 消化器症状<br>AC    cm   TSF    mm   %   AMC    cm   % |                                 |       | 嚥食量の増減<br>嚥食後の苦味<br>嚥食後の使用<br>口腔内残存<br>口臭の有無<br>嚥食の速度<br>嚥口の障害<br>舌苔の有無     |     |     |           |           |
| 1                                                                                                                                                   | 期      | 検査部門                      |                                                                                      | 薬剤部門   |                                                   | 栄養部門                            |       | 看護部門                                                                        |     |     |           | 医事部門      |
|                                                                                                                                                     |        | 各 部 門 の 治 療 目 標 ( 現 時 点 ) |                                                                                      |        |                                                   |                                 |       |                                                                             |     |     |           | 症例検討(議事録) |
|                                                                                                                                                     |        | 検査値                       | 薬剤投与内容                                                                               |        | 栄養摂取量                                             |                                 | コメント等 |                                                                             |     |     |           |           |
|                                                                                                                                                     |        | 実施日                       | TP<br>ALB<br>GLU<br>BUN<br>CRE<br>CRP<br>Na<br>K<br>Cl<br>WBC<br>Hb<br>T-Cho<br>リン酸値 |        |                                                   | BEE<br>活動<br>心電図<br>食権<br>local | local | 体重<br>NW/A<br>ABW(補正標準体重)<br>食事摂取量割合: 主食   副   副食   剤<br>栄養摂取方法   活動状況   排便 |     |     |           |           |
| 2                                                                                                                                                   | 期      | 検査部門                      |                                                                                      | 薬剤投与内容 |                                                   | 栄養摂取量                           |       | コメント等                                                                       |     |     |           | 症例検討(議事録) |
|                                                                                                                                                     |        | 各 部 門 の 治 療 目 標 ( 現 時 点 ) |                                                                                      |        |                                                   |                                 |       |                                                                             |     |     |           | 症例検討(議事録) |
|                                                                                                                                                     |        | 検査値                       | 薬剤投与内容                                                                               |        | 栄養摂取量                                             |                                 | コメント等 |                                                                             |     |     |           |           |
|                                                                                                                                                     |        | 実施日                       | TP<br>ALB<br>GLU<br>BUN<br>CRE<br>CRP<br>Na<br>K<br>Cl<br>WBC<br>Hb<br>T-Cho<br>リン酸値 |        |                                                   | BEE<br>活動<br>心電図<br>食権<br>local | local | 体重<br>NW/A<br>ABW(補正標準体重)<br>食事摂取量割合: 主食   副   副食   剤<br>栄養摂取方法   活動状況   排便 |     |     |           |           |

門診營養諮詢接受門診病患有營養相關問題者諮詢，大

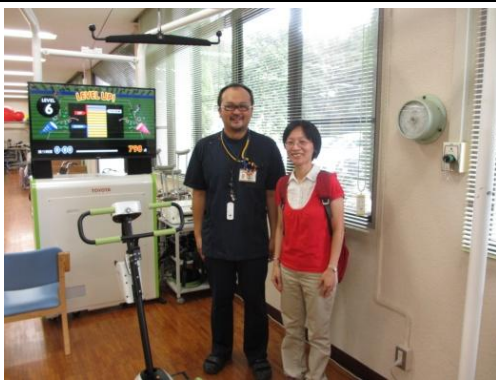
營養諮詢門診

門診食物模型

22

復健部主要成員包括：復健部醫師四名、物理治療師（理学療法士，PT）十七名、職能治療師（作業療法士，OT）十六名、語言治療師（言語聴覚士，ST）五名。全院治療師其實共有七十四名：物理治療師三十五名、職能治療師二十六名、語言治療師十三名。目前全院有四十五床是復健病房，住院患者的平均年齡不會超過八十歲。發病起一百八十天內的個案無論住院或門診可以每天接受復健治療（依病情需求接受 PT/OT/ST），每二十分鐘為一節，每天每個專業至多可以做三節治療（即六十分鐘且一對一的治療品質），合計一位病患每天至多可執行 PT/OT/ST 共一百八十分鐘治療課程。若發病大於一百八十天則每月只能接受十三次的復健治療計畫。治療費用以腦中風住院個案為例：

- (1) 每次療程(20min\*3 節=60min)約 2500-3350 日元\*3 節  
=7500-10050 日元
- (2) 每天個案接受\*3PT/OT/ST 的治療  
=7500-10050\*3T=22500-30150 日元
- (3) 依個案的身份別每次需繳納部份負擔 10%-30% (=2250-3015→  
6750-9045)日元

|                                                                                     |                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |
| 與 NCGG 復健部 PT 組長合影                                                                  | 復健運動教室                                                                               |

|                                                                                   |                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |
| 治療師辦公討論區                                                                          | 復健行走練習區                                                                            |

在復健部專業治療的所有患者中，38%的接受康復主要用於腦血管疾病，和神經病症（包括脊髓損傷、帕金森氏病、脊髓小腦變性、肌萎縮性側索硬化），和 34%的接受骨科相關疾患（如脊椎和股骨骨折）術後之復健訓練。還有其他如廢用性萎縮症（disuse atrophy）、因肺炎疾病導致長期臥床（prolonged immobility）等個案；經由跨專業團隊合作，包括醫生、牙醫、營養師、藥劑師、護士與呼吸治療師，經過運動耐力試驗以確定個案運動之適當強度。另外由職能治療師提供了認知功能障礙康復治療。有吞嚥障礙之個案由語言治療師提供吞嚥治療訓練。

除了一般的復健治療方法，該院機器人中心研發多項機器人輔具以協助病患，包括：

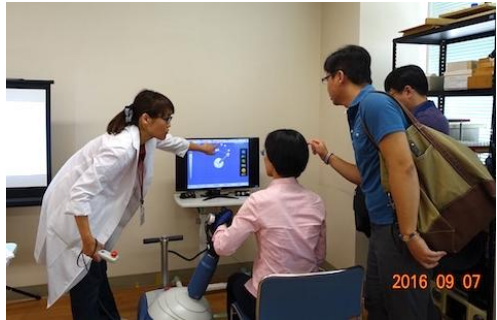
- (1) 坐站兩用式輪椅
- (2) 電動長腿支架：可協助下肢癱瘓者站立，也可搭配助行器使用。
- (3) Smiby 娃娃機器人：長 44 公分，重 1.2 公斤，已上市，官網售價 73,440 日元。外型類似人類嬰兒，穿著觸感柔軟的毛衣，可眨眼、張口，高興時會發出類似真實嬰兒的笑聲，雙頰 LED 燈則發出粉紅色的光，若長時間沒人理睬則會開始啼哭，LED

燈會發出藍色的光代表眼淚。透過溫暖的觸感及療癒的笑聲，用以協助自閉症患者學習互動，安撫失智症患者不安情緒，也可陪伴獨居老人。

- (4) 室內用沖水式便盆椅：清潔便盆椅常被許多人視為畏途，因此發展出有如沖水馬桶的便盆椅，並有免治功能，分為室內簡易型，約六十萬日元，也可將管路接出室外直接排水，價錢較高。
- (5) 守衛機器人（見守りロボット）：內建鏡頭及麥克風，可用於病房或機構內巡邏，機器將影像傳回中控室，可協助發現遊走或倒地病患，中控室也可透過麥克風直接與現場通話。守衛機器人的巡邏路線是固定的，由天花板上的感應器決定路線。
- (6) Hug 移位機器人（移乗サポートロボット Hug）：由富士機械製造株式会社製造，約六十萬日幣，將行動不便的病患由床上移至座椅，十分耗費力氣，也可能造成人員受傷。移位機器人可以代替照護人員支撐行動不便病患的身體，讓病患往前輕靠在機器上，幫助抬起臀部，照護人員只需推動機器即可將病患移位。
- (7) Pepper 機器人：由鴻海精密所製造鼎鼎大名的 Pepper，也在 NCGG 的機器人研究中。Pepper 主要非提供照護用途，而以提供娛樂功能為主，因此有表情及十隻手指，可做出仿真的舞蹈動作，也可提供常態性的服務工作補足人力缺口。
- (8) 步態訓練機器人：引進 Toyota 生產的機器人治療設備，利用機器人協助加上懸吊系統步態訓練儀，以期矯正個案的步態。
- (9) 其他：利用遊戲軟體配合平衡儀之互動操控，在生動活潑具

趣味性的治療模式，使個案於無壓力之情況下，有效率增進個案平衡協調能力和上肢活動功能，並降低其個案發生跌倒之比例；ReoGo-J 上肢復健機器人，為增進上肢癱瘓病患之肌力並預防關節攣縮而設計，由於機器人可不停重複的訓練，亦能提供穩定相同的阻力，並有十七種訓練方式及五種輔助模式供治療師選擇，是復健的一大助力。

|                                                                                                                  |                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
|                                |   |
| <p>坐站兩用式輪椅</p>                                                                                                   | <p>守衛機器人      電動長腿支架</p>                                                             |
|                               |  |
| <p>Hug 移位機器人</p> <p>(照片取自官網 <a href="http://robotcare.jp/?page_id=148">http://robotcare.jp/?page_id=148</a>)</p> | <p>Toyota 電腦步態矯正訓練設備</p>                                                             |

|                                                                                    |                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|   |   |
| <p>Smiby (照片取自官網 <a href="http://www.togoh.co.jp">http://www.togoh.co.jp</a>)</p>  | <p>學員體驗 Smiby 中</p>                                                                 |
|  |  |
| <p>沖水式便盆椅      Pepper 機器人</p>                                                      | <p>ReoGo-J 上肢復健機器人</p>                                                              |

## 6. 過渡性照護 (Transitional Care)：在宅醫療支援病房

為了支援在宅醫療，讓病患盡可能地留在家中照顧，NCGG 於 2009 年 4 月於南三病棟 2 樓成立「在宅醫療支援病房」，與當地社區醫師建構了醫院和社區居家醫療醫師協同運作模式，讓社區當中原接受居家醫療服務的長者，在必要時經社區居家醫療醫師評估後，得逕行入住醫院進行醫治，不用再透過急診等繁瑣不便的程序，此一措施除可針對高齡患者變化迅速的病程做出及時的回應外，也可大幅降低病患、家屬、及社區居家醫療醫師在面對照顧病患時會有的不確定感與壓力，從而減少未來出院時可能的擔心與阻力。

「在宅支援病房」的特色如下（圖二、圖三）：

### (1) 採登錄制

社區診所與 NCGG 需先簽訂合約，合約診所再向 NCGG 登錄其有需求的在宅患者。有別於一般醫院是由醫院端判定病患是否能住院，登錄病患患有急性病況時，可由診所醫師判斷住院需求，透過熱線電話直接請醫院安排入住在宅支援病房。

(2) 強調全面全程的照護

在宅支援病房提供急診處置、入院至出院的全程照護，以及末期病患的臨終照護（看取り）。此外，同一位病患，每次住院時皆由同一位護理師照顧，以維持照顧的連續性。

(3) 跨專業領域提供出院支援

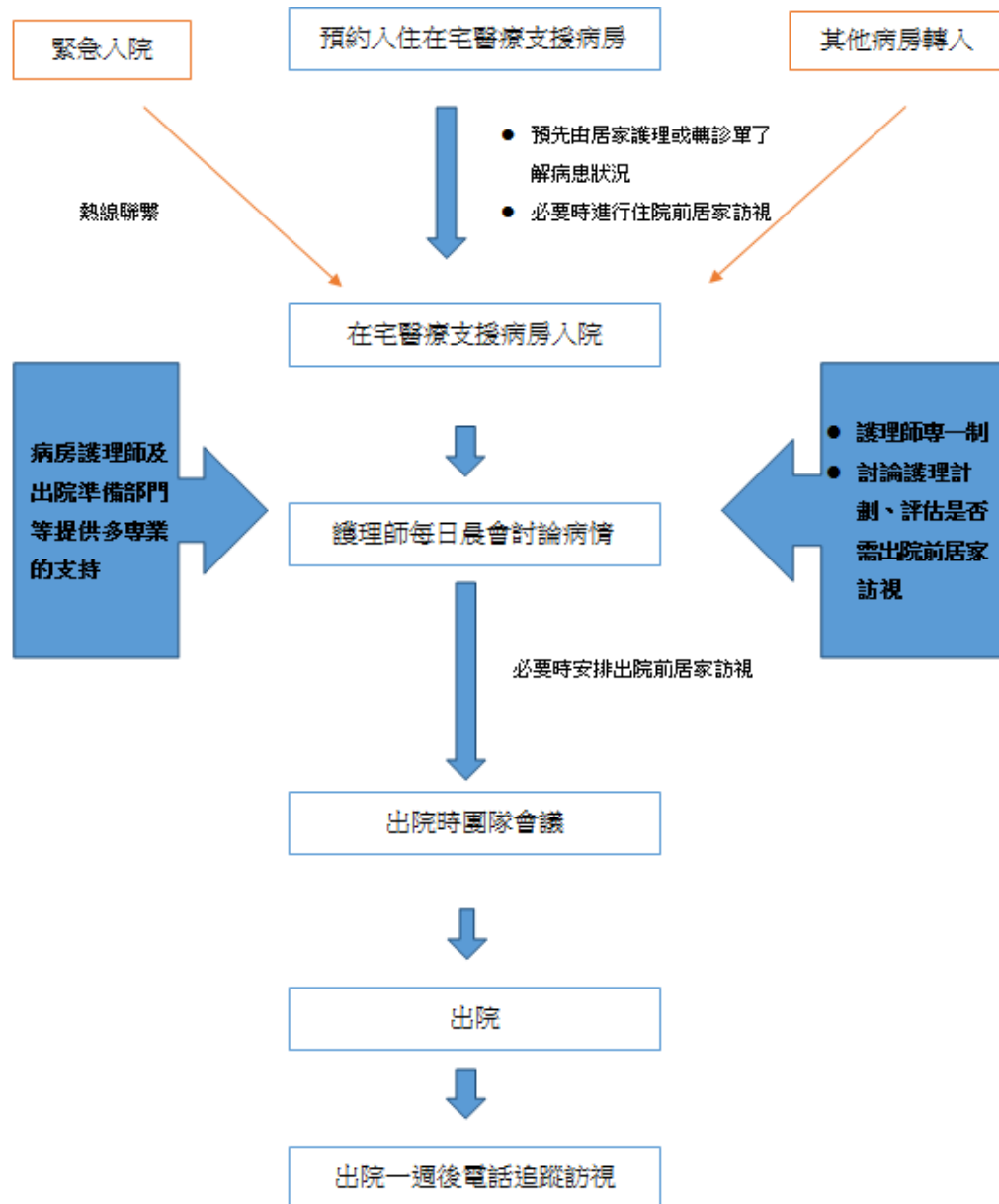
「在宅醫療支援病房」的地域醫療連攜室（類似出院準備部門），於出院前召開出院準備會議，邀請在宅醫療的醫師、護理師、照服員（ヘルパー）、居家復健師、及介護支援專門員（照顧經理，care manager）參加，使原照護團隊可以了解病患的狀況，達到連續性照護的目標，也可讓不同團隊的人員互相交流認識，原團隊若不克前來，也可透過視訊會議參加。同時，亦邀請病患家屬參與，除了減輕家屬的不安，更能讓家屬了解病患的照護目標。此外，依據病人的狀況，「在宅醫療支援病房」也可在病患出院前提供家庭訪視。

(4) 良好的社區連結

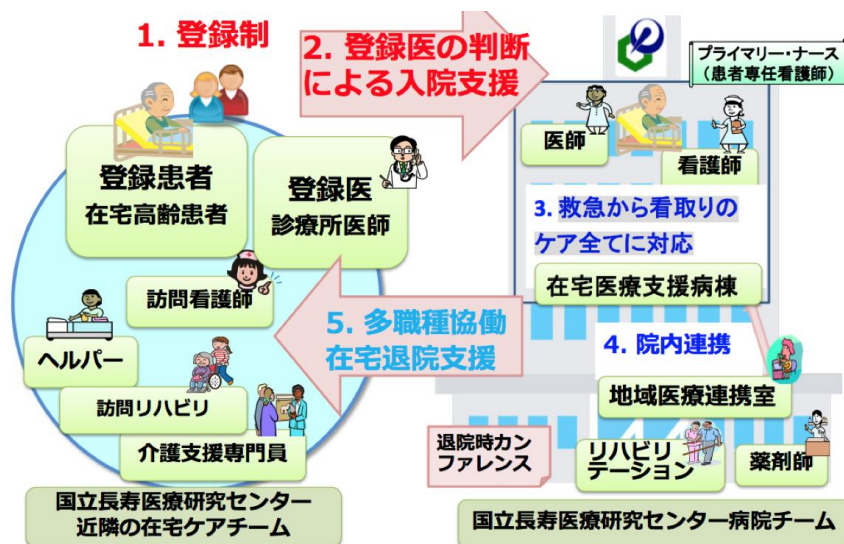
醫院藥劑師與社區藥局藥師有通暢的溝通管道，可針對出院病患的藥物進行討論；醫院營養師也針對吞嚥困難病患提供到府訪視服務，此服務由介護保險支付。另外，醫院也定期舉辦社區居家護理師、營養師、牙醫師、登錄醫師的交流會議。

病房自 2009 年 4 月啟用至 2013 年 3 月，共入院 1008 人

次，平均年齡為七十八歲，平均住院日數為 20.5 日，入院目  
 的一半為急性及亞急性治療，其餘包括更換胃造瘻管、出院  
 指導、喘息照顧、臨終照護等。出院狀況，以回家占多數，  
 比率為七成，14.5%為死亡。



圖二、在宅醫療支援病房的運作



圖三、在宅醫療支援病房住出院流程



## 7. 亞急性照護：社區整體照護病房（地域包括ケア病棟）

目前 NCGG 共有二種亞急性病房，一個是回復復健病房，共十五床，主要針對中風及髖部骨折的病患，採論件計酬制（fee for service），每天最多可復健三小時，假日不休息，包括物理、職能、及語言治療，最長可住六個月。另外一個病房則是社區整體照護病房，由於高齡患者常於住院中產生新的失能，如果由急性病房出院後直接回家，很容易再入院或是變成需長期照護的失能病患，因此有了社區整體照護病房的產生，病房的給付屬於「定額給付」，每

天最多復健四十五分鐘，主要以物理及職能治療為主，最多可住六十天。

社區整體照護病房位於國立長壽醫療研究中心的南三病棟 1 樓，二年前開始設立，共三十床，病患來源為本院及外院急性病床下轉，由於病房的目的是讓度過急性期的病患經由復健而能夠回到自己家中，因此病患出院返家的比率須達百分之七十以上。入住社區整體照護病房病房並沒有制式的條件，原則上已是長期照護的個案不收，嚴重的失智患者則轉至失智病房，病患住此病房並不需要支付額外費用，與住在急性病房的負擔一樣。病房「定額給付」每日支付 2,558 點（1 點為日幣十元），護病比為 1:13，護佐（看護補助者）與病患比則為 25:1，專職物理治療師一名，職能或語言治療師一名，此外，必須有專任的在宅復歸支援擔當者一人，由社區志工來負責亦可。

## 8. 在宅醫療

### (1) 在宅醫療簡介：

「在宅醫療」是把醫療服務送到個案家，結合各種醫療專業人員，讓個案出院後，可以得到適切照顧。在日本目前提供社區在宅醫療服務，以醫師為中心，365 天 24 小時的往診服務。主要是由醫師、護理師、藥劑師、復健治療師等，依個案不同需求安排不同職類人員至案家提供必要性服務。依個案介護等級程度不同，訪視頻次及提供的服務也不同；各職類人員會安排不同時間去案家提供服務。

在宅醫療的財源來自兩種保險——醫療保險和介護保險（2000 年施行之介護保險是專為高齡者提供照護服務，四十歲以上的日本人都視為被保險人，且有義務繳交保險費）；訪

問診療（居家醫訪）和部分訪視看護（居家護理）都是由醫療保險給付，其他的服務則由介護保險負擔。案家使用服務時必須自行負擔總額的 10%之部分負擔。部分交通費也可由保險支付，交通工具則視地區而不同。

日本因應高齡化社會，醫療體制不斷改革，近年來在宅醫療逐漸受重視。醫療法部分於 1985 年第一次醫療法修正創設地方醫療計畫、1997 年第三次醫療法修正創設地方醫療支援所等；診療報酬部份於 1980 年新設在宅醫療的指導管理費、1984 年創設緊急出診的加給費，1992 年在宅醫療整合點數原型誕生等；日本推動在宅醫療相關制度不斷的變遷，主要是為能提供更安定無虞的的居家醫療服務。

在宅醫療服務對象主要為往返醫院有困難者，包含高醫療需求者、高齡衰弱、失智症高齡者、癌症末期、神經退化疾病或嚴重外傷導致臥床者...等。任何年齡、任何人皆可接受訪問診療。來源可透過醫院轉介、社區轉介或門診。服務項目包括診療、療養指導、開立處方藥品、更換氣切、尿管或 PEG、安寧療護、中心靜脈營養...等。訪問診療拜訪日期須事先決定，原則上每個月拜訪兩次，但可依個案照護需求調整訪視頻次。每次半天診療約 5-7 件（平均每位個案約三十分鐘）。訪問看護依個案照護需求調整訪視頻次。一般服務範圍直線距離十六公里（車程約三十分鐘）為限。

台灣居家照護始於 1987 年，1995 年全民健保開辦之後，開始有居家照護給付，包含一般居家護理以及安寧居家療護。行政院核定「長期照顧十年計畫」提供八大項服務-照顧服務（居家服務、日間照顧、家庭托顧）、輔具提供及無障礙環境

修繕、老人營養餐飲服務、交通接送服務、居家護理、社區及居家復健、喘息服務、長期照顧機構服務。長照十年計畫或全民健保都有給付居家式照護。台灣的照護服務一直存在著照護不連續，以及橫向聯繫不足的問題。

## (2) 在宅醫療參訪

參訪診所-あいち診療所 野並(2006 年 4 月登錄)

訪問診療醫師-野村 秀樹 院長

あいち診療所在宅醫療提供服務：

- A. 訪問診療（居家醫療）— 失智症、人工呼吸管理等所有的醫療服務。
- B. 訪問看護（居家護理）
- C. 訪問リハビリテーション（居家復健）— 物理治療師、職能治療師及言語治療師等一對一指導。
- D. 通所リハビリテーション（デイケア）（日間照護）。

此次跟訪的訪視診療醫師平時有門診醫療也有訪問診療（在日本有只專門做訪問醫療），診所中有三位醫師（野村 秀樹、畑 恒土、岡崎 嘉樹醫師）負責訪視診醫療，野村醫師負責 30 位個案；與日本一般規範一樣，半天訪視量約 5-7 位個案；在宅醫療也提供二十四小時服務，野村醫師表示夜間診療頻次相當稀少，但居家護理夜間訪視頻次就相對較多。

在宅醫療給付可分由醫療保險或介護保險支付，案家需負擔 10%部分負擔，不同於國內的健保部分負擔 5%（國內收費相對較少）。當日訪視有用走的（案家裡離診所不遠），最多的是醫療人員自行開車前往，野村醫師說因訪視部分負擔費用已經很高了，所以不再向個案收取任何交通費用。

日本在宅醫療服務對象並非均有管路留置(日本在宅診療比較像現階段推行的全民健康保險居家醫療照護整合計畫及長照十年計劃)；此次訪視個案有癌症疾病末期、癌症個案使用 TPN 及疼痛控制使用、呼吸器使用個案、年長失能老人、腦部疾病行動不便之幼童等，有管路留置個案佔率相當低。相較於國內鼻胃管留置率高比較，野村醫師表示在日本老人進食量少視為老化過程，會適度由營養師介入評估，不會因進食狀況差就放置鼻胃管。

在宅醫療訪視個案會固定由主責醫師訪視(除非醫師有休長假，則會由代理醫師訪視)，野村醫師非常了解個案各項狀況；訪視過程中訪視醫師與個案及家屬非常有互動，個案或家屬也對野村醫師相當的信任；跟訪過程中有兩位個案是因臨時有狀況的緊急訪視，對於這樣的訪視過程對個案及家屬而言相當及時性也相當有幫助。

日本在宅醫療有很多的團隊介入，訪視過程中醫師會參考其他團隊的照護記錄，如訪問看護（與あいち診療所不同體系）、居家介護員等。另外，醫師處方開立後會由社區居家藥師協助送藥到府，並衛教評估用藥情形。這次訪視看到日本的醫療輔具很多是採租借的方式，像醫療用床介護保險有給付租借費用，案家只需負擔約1500日元/月費用，相當便宜；訪問看護說個案可以疾病嚴重程度不同租借不同功能之醫療床，相當便利也符合人性需求。其他包含氧氣製造機、呼吸器及其他醫療輔具等介護保險有給付租借費用。

## 9. ルミナス大府 (Luminous Obu)

### (1) 介護保險給付の機構式照護簡介：

入住機構的住民需負擔百分之十的部分負擔，其餘百分之九十由介護保險支付，住宿費（水電費）及餐食費則需自行負擔。機構分為三種型態：

A. 介護老人福祉設施（Facility covered by public aid providing long-term care to the elderly）

入住對象為六十五歲以上老年病患，因嚴重的生理或心智障礙需持續性的照護，居家照顧有困難，需護理協助但不需醫療照護。這一類型的機構沒有最低的醫病比要求，有的機構甚至沒有醫師。此種機構價格最低也最熱門，往往需要等待很久才能入住。

B. 介護老人保健設施（Long-term care health facility）

為醫院與家庭間的過渡機構，提供病患長期照護、功能訓練、生活協助、以及必要的醫療照護，最終目標在於透過積極的復健與護理照護，使出院長者能夠回歸家中。此類機構住宿天數上限為半年，若需延長住宿時間，每三個月需重新評估開立診斷書。此種機構有最低的醫病比要求，為 1:100。

C. 介護療養型醫療設施（Sanatorium medical facility for the elderly requiring long-term care）

主要是針對已度過急性期，病況穩定但仍需醫療照護的病患，醫病比 1:48，是長照機構中最高的。厚生勞動省在 2011 年提出醫療改革，廢除介護療養型醫療設施，而以新型態的機構代替，不過迄今進展狀況不甚順利。另外，若病患需要更多的醫療照護，則可入住醫院的療養病床

（慢性病床），這些病床則由醫療保險所給付，療養病床同樣也在 2011 年的醫療改革中裁定減少床數。

## (2) 「ルミナス大府（Luminous Obu）」簡介

本次參訪的「ルミナス大府」，於 2000 年 4 月開幕，位在愛知縣大府市半月町三丁目 29 番地，離國立長壽研究中心車程約五分鐘，屬於社會福祉法人 仁至會下的組織，此機構包括介護老人保健設施及失智症團體家屋，也設有居宅介護支援事業所，並提供居家護理服務。

### D. 介護老人保健設施

#### (a) 設置簡介

為一棟五層樓的建築，共有一百床，其中六十五床為一般失能床，三十五床為失智床。建築的一樓為復健中心，提供機構住民及通所介護（日間照護）個案復健，及日間照護用餐，浴室、廚房、辦公室、諮商室、與會議室亦設在一樓，二樓為失智區，三、四樓為失智及失能共用區，五樓為洗衣間及屋頂花園。機構內配置有醫師一名，十三名護理人員，物理治療師及職能治療師各五名，照服員五十一名，其他專業包含社工師，照顧經理，營養師，及藥師。

#### (b) 服務內容

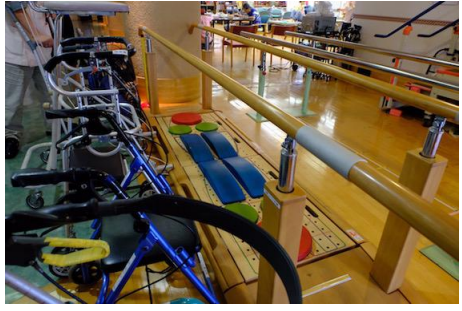
個案服務利用的形式可分為：長住型（九十六床）、短期入住（四床，居家病患喘息照顧）、日間照護（三十位）、以及居家復健（一週二次，一次四十五分鐘），收案條件為符合介護保險認定要介護 1-5 的個案。住民的平均年齡為八十五歲，疾病別以中風、失智、及

髖關節或脊椎骨折為主，80%的住民有失智診斷，平均居住時間為一年半。由於其屬於介護老人保健設施，機構的最終目標在於使長者能夠回到家中，然而實際的狀況僅有三到四成的住民可以回家。

### (c) 空間規劃

機構的空間開闊，通風良好，連小細節都整理得十分乾淨。每層樓皆鋪設木地板，使用木製傢具及裝飾，並有大面採光的公共活動空間。機構共有四十八間單人房及十三間四人房，房間內明亮寬闊，床旁地面鋪設離床感知器。

|                                                                                     |                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
|   |   |
| <p>在ルミナス大府與總設施長討論</p>                                                               | <p>全體人員設施前合照</p>                                                                     |
|  |  |
| <p>走廊空間明亮</p>                                                                       | <p>公共空間採光良好</p>                                                                      |

|                                                                                   |                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |
| 室內大片落地窗，並有離床報知器                                                                   | 一樓復健設施                                                                             |
|  |  |
| 機構住民午餐                                                                            | 營養室歐陽主任試吃中                                                                         |

#### E. 認知症高齢者グループホーム（失智團體家屋）

「團體家屋」起源於瑞典，是專為失智患者打造的居住環境，目的在營造一個類似家庭的環境，以提供失智長輩個別化的服務。因此雖然是居住在全天候有人照護的環境中，在介護保險中卻將之歸類為「地域密著型服務（社區密切相關型服務）」中的「失智症對應型共同生活介護」，而非定位成機構照護。2006 年介護保險進行了重大的變革，鼓勵社區式服務並修正了機構的給付項目後，團體家屋的數量大增。法規規範團體家屋的住民為五至九人，照護服務人力日間配置比為 1:3，夜間配置夜勤一人，照護人力配置的比例基本上與機構相同，但照護人力需另外接受失智照護的專業訓練。團體家屋的照護費用一樣 90%

由介護保險給付，民眾自付 10%，但是團體家屋的照護費用一般比機構略高，通常還需支付一筆入住保證金。

在ルミナス大府的團體家屋，每位長輩都擁有個人獨立的房間，在客廳及飯廳等共用的空間中如家庭一般的生活，家屋內還養了一隻溫馴的狗，更增添了家的溫暖。入住個案皆輕度失智患者，日常生活功能較佳，共有九位長輩，日間有三到四位照服員，夜間一位。拜訪時，見到長輩們在飯廳愉快的撿菜及協助料理中餐，充滿家庭互動的和諧氣氛，長輩也開心的邀請我們參觀她的房間，可以感受到長輩真心喜愛這裡的生活。



ルミナス大府團體家屋入口



團體家屋溫馨的客廳

### 三、心得及建議事項

(一) NCGG 為國家級中心，接受大規模資金的挹注，顯見日本政府在面對高齡化社會來臨時的迫切感與務實態度，這樣的作法或可為將快速步入高齡及超高齡社會的我國做為借鏡，成立一國家級的專業專責研究教學服務機構，針對台灣特有的社會現況，醫療體系，以及文化人文背景為國家未來在老年醫療的發展以及長期照護的發展找出一條正確解決的道路。因為以目前研究機構（國家衛生研究院）獨立於臨床服務及教學的情況而言，並無法務實地在現有的醫療服務架構下去進行相關整合型的政策試行及研究，最終的結果是往往許多立意良善的政策發想在過了研究計畫階段之後並無法真正的落實到全面性的政策推展，甚至胎死腹中，而如此的反覆的過程當中除虛耗國家的資源之外，面臨高齡化的迫切性卻也日益迫切。

(二) 日本介護保險於 2000 年開辦，十六年內花費由每年 3.8 兆日元成長至 10 兆，究其主因仍與人口老化有關，為了減少花費，日本政府近年來致力於篩檢衰弱並積極介入，以防止衰弱老年人進一步變成失能。NCGG 目前篩檢的個案中約有 20% 老年人符合衰弱診斷，但僅有 1% 加入衰弱預防計畫，主要的理由是缺乏動機，或是對衰弱沒有警覺。對照國內老年照護的經驗也有相似的情形，長輩常常缺乏足夠的動機進行營養改善及運動來預防衰弱，另外一個問題則是國內缺乏相關的資源提供介入，長輩自己在家運動或找尋復健資源的配合度相當低。為改善這種情形，日本目前有些區域的地方政府會提供運動教練，將長輩十到十五人組成運動小組進行介入，以期提高衰弱介入的成效。本院為區域級醫院，與社區有良好之連結，因應未來長照 2.0 的推展，應思索如

何提供社區老人預防衰弱的篩檢計畫及介入課程，包括如何利用現有的社區據點，或是與鄰近日照中心合作。

- (三) 為了提供老年病患高品質的照護，NCGG 十分落實跨專業領域團隊照護，本次參訪的失智病房、在宅支援病房、社區整體照護病房、復健病房、失智復健課程、家族教室、多重藥物介入小組、營養支持小組、及失智及譫妄支援小組等，皆採用跨專業領域團隊的方式來運作，不愧是高齡照護的國家級中心。然而如果要將這些模式應用於本院，在沒有健保給付的支援下，財務與人力勢必相當吃緊，因此實務上，可參考 NCGG 研究與臨床密切結合的模式，任何一個嶄新服務推行的背後幾乎都有研究連結，將院內老年醫學發展定位在建立典範性以及在現有醫療制度下可行的服務模式為優先，針對各專業領域可發展及現有的資源部分進行 pilot 的隨機對照研究，以作為未來老年醫學與長期照護發展的依據。這類小規模的研究，除了建立老人醫學發展的特色醫療，提供未來國家導入相關服務的臨床依據外，於研究同時，可蒐集相關之成本效益，作為未來國家訂定長照保險或是健康保險納入服務的定價參考。
- (四) 對於社區世代研究部分，大規模的世代研究需要良好的研究設計、大批的經費支撐且需要長期有計畫性的收案與追蹤，如沒有國家相對應經費的支持，中間將會經過漫長等待的黑暗期，但是優點是可以同時進行各種不同領域（例如：營養、老人、復健、心血管、代謝症候群...）等 cross sectional 或是 longitudinal studies。如果以醫院為中心，沒有國家的經費補助，進行該社區世代研究，應該無法支應龐大的經費。目前可行方案為對於院內各醫療各職類有興趣的主題，可考量搭配縣市政府的整合式篩檢或是中央單位的研究案（中研院）進行世代的建立，以減少經費，但是必須

重新進行研究設計（考量取樣的代表性與外推性問題）。此外，日方近日考量資料釋出，供研究申請，可以檢視目前國內已經進行具代表性的資料庫，例如：國民營養調查，國衛院 frailty 研究...等與日方 NCGG 合作進行跨國性比較研究。

(五) 臨床營養照顧感覺較緩和，與台灣醫院對老人之營養相對較積極，營養介入目標差別很大，對於吃不下或營養不良患者目標設立是階段性且多為維持基本功能為建議，尤其針對進食困難的末期失智患者，會透過跨專業領域團隊小組尋求改善營養之方法，以由口進食為目標，很少給予餵食管，與歐美相關學會對於末期失智病患不建議給予管灌餵食的指引一致；反觀國內，末期失智患者幾乎都採用管灌餵食，除了文化背景的差異，醫療專業人員本身對於管灌餵食的觀念也需要更多的教育及討論。另外，吞嚥困難飲食的設計與製備分不同階段且甜鹹不同，較國內膳食供應更佳，食物也覺得較美味，病患反應佳，是值得我們效法。

(六) 人口老化的社會，在宅醫療是未來的趨勢；政府目前也正積極推行各項長期照護政策如全民健康保險居家醫療照護整合計畫及長照十年 2.0 計劃。居家醫療照護服務團隊成為很重要的核心人物，如何因應將來政策性的變化，需詳細規劃將來的醫事及服務人力，如居家醫訪、居家護理、居家復健，甚至居家營養師、居家服務員等人力配置及培訓。因應未來台灣人口老化，因思考院內長照人力現階段的配置；目前有開辦各項長照訓練課程，鼓勵有興趣的同仁可以參與相關訓練課程。

(七) 本院復健部物理治療師 PT：15 名、職能治療師 OT：11 名、語言治療師 ST：6 名，比起 NCGG 壯大治療師群人數短少許多。目前個案類型包括神經(腦與脊髓)系統受損、骨骼關節受損、心肺系統疾患、與小兒早期療育之門診與住院之個案，跟台灣其他

之醫療院所治療內容與客群大同小異重疊性高。因為台灣健保給付低廉與核刪壓力大，各單位又有業績成長與考核壓力下，單一治療師服務量高得讓 NCGG 的 PT 嚇一跳，但是健保點值的給付卻少得可憐，跟 NCGG 一對一的高品質治療方式相較之下有如天壤之別！

- (八) 依據國發會推估，民國 107 年時 65 歲以上老年人口比率將達 14% 的「高齡社會」，民國 114 年更高達 20%，將邁入「超高齡社會」。依衛福部的調查顯示民國 104 年失能總人數約 75.5 萬，65 歲以上失能老人約有 48 萬人，占失能總人數約 64%；未來比例勢必節節高升。依台灣失智症協會統計資料顯示，台灣於民國 104 年底 65 歲以上失智人口有 23 萬 7652 人，佔全國總人口 1.07%，亦即目前在台灣約每 100 人中即有 1 位失智者。而目前新竹市 105 年 6 月底總人數為 43 萬 5238 人，65 歲以上人口數為 4 萬 6797 人，佔新竹市人口數 10.75%；失能老人約有 1 萬 6243 人，失智人口 530 人(0.121%)。新竹縣總人數則為 54 萬 4624 人，65 歲以上人口數為 6 萬 3029 人，占新竹縣人口數 11.57%；失能老人約有 2 萬 2712 人，失智人口 844 人(0.154%)。而對老人而言，老化過程中所產生的問題，包括多重慢性病、體能衰弱等亦將愈來愈嚴重。因此，如何以預防為健康促進的概念，以減緩老人生理功能退化及失能，降低其對醫療照護及福利資源的依賴，達到健康老化之目的為當前最重大之挑戰。若能借鏡日本 NCGG 失智中心之 PT、OT、ST 日間照護經驗在本院執行將是一項亮點，團體治療模式可以服務新竹市民約五百多位失智個案，期使早期介入接受早期治療，以減輕其家庭照顧負擔；而非等到退化失能才進行復健治療計畫，意即將經費花在預防照護之前端，可降低個案因缺乏活動而快速退化，反而可提升個案日常功能與生活品

質，減輕整體社會的照顧負擔。