

面對高齡化社會的使命

醫師在
居家醫療
的角色



Content 目錄

前言.....	4
日本醫師會會長 橫倉義武	
代序居家醫療提供全人全社區的全程照護.....	6
中華民國醫師公會全國聯合會理事長／立法委員 邱泰源	
1 社區醫師機能與基本理念.....	8
日本醫師會常務理事 鈴木邦彥	
2 期望社區醫師提供的居家醫療.....	26
醫療法人社團盡心會理事長 新田國夫	
3 居家醫療和社區整合照護系統.....	40
獨立行政法人國立長壽醫療研究中心 居家合作醫療部長 三浦久幸	
4 社區醫師與多元職種協同合作.....	58
篠原醫院院長 篠原彰	
5 高齡者的居家醫療	
①腦中風與復健.....	74
東京都復健醫院醫療社福合作室 地方復健科科長 崛田富士子	
②肺炎 COPD.....	90
醫療法人社團 川越副院長 中島一光	
③失智症.....	108
醫療法人 大井戶診療所理事長 大澤誠	
④安寧照護.....	124
醫療法人 白髭內科醫院院長 白髭豐	
6 照護保險制度的活用.....	146
土橋醫院院長 土橋正彥	
7 出院支援與調整.....	160
醫療法人池慶會 池端醫院理事長、院長 池端幸彥	
8 社區醫師與後勤支援.....	176
醫療法人弘仁會理事長 梶原優	
9 居家醫療的過去、現在、未來.....	186
醫療法人阿斯莫斯理事長 太田秀樹	

前言

日本醫師會會長 **橫倉義武**

日本醫師會是代表我國的醫師領導醫療界全體的唯一團體。秉持這樣的精神，在與諸多團體攜手合作下，引領著我國的醫療至今。日本醫師會今後也會負起「守護國民健康和生命的專業團體」的職責，為了履行我們承擔的責任，將「傳承與改革」、「從地方到全國」作為口號，並以「與國民共同前進的專業團體的日本醫師會」為目標。

「傳承」是醫師會設立的宗旨，「醫師會是守護國民健康和生命而存在的專業團體」，我們將秉持此初衷，維持努力。而「改革」是將在醫學醫療上，快速創新帶來的恩惠，以造福國民為目的，提出新的架構並致力實現。

日本醫師會將「秉持歡迎各類諮詢的態度、熟知最新的醫療情報、必要時可轉介專科醫師和醫療機構、涉足保健福利等廣泛領域、擁有綜合診療能力的醫師」定義為家庭醫師。家庭醫師在日常診療中早期發現疾病、進行預防重症等適切的初期診療，同時也會對應地區的醫療照護資源的狀況，轉介給專門醫師，並承接症狀改善後的療養病人等，致力謀求多元職種間的合作。

社區醫療是一個重要的架構，能在各個地區適當地提供必要醫療，現正致力於復興此架構中。另外，在疾病構造的改變以及疾病預防、照護的預防上也非常重要。

由於醫療資源隨區域性的差異而有所不同，需要因應將來的性別、各年齡階級的人口構成或罹病率等需求，以脫離固有概念的家庭醫師功能以為中心，建構各自的地區醫療提供體系。這不就是國民或醫療提供者想要的醫療體制嗎！

在這當中被重視的「居家醫療」，是社區的家庭醫師所從事「對患者負起診療到臨終的責任」的代表性診療型態之一。為了推行這種醫療型態，日本醫師會在全國各地和地方醫師會合作舉辦研修會等，以醫師為對象，編製活動時使用的教材。作為家庭醫師功能的一環，我們認為居家醫療是門診的延伸，為提升學習的素質，如果研修等活動的場合中能使用此教材，實為萬幸。

透過這樣的活動，日本醫師會致力培育領袖，使之成為地方上居家醫療的中流砥柱。

日本醫師會一向深受各位醫師在地方上的努力耕耘支持，以建立「與國民共同前進的專業團體的醫師會」為目標，以堅持傲視全球的全民健保為主軸，立足於國民的觀點，展開多角化經營，真誠地實現國民所需求的醫療提供體系，今後也會與全體國民繼續共同努力。

居家醫療提供全人全社區的全程照護

中華民國醫師公會全國聯合會理事長／立法委員 邱泰源

隨著臺灣快速老化，失能、失智的病患愈來愈多，針對有就醫需求、行動又不便的民眾，全民健康保險署已經施行「居家醫療照護」整合計畫，提供居家醫療、一般居家照護、呼吸器居家照護、安寧居家療護等服務，全國有許多具有愛心及專業的醫師，投入這項有意義的醫療服務。

但是由於民眾的需求非常龐大，健康議題又是多元複雜，伴隨生活照顧的需求，使得醫師及跨專業領域的醫事團隊的能力面臨瓶頸。幸而我國鄰近的日本，比我們更早面臨高齡長輩的醫療與照顧需求，在1990年代，發展出相當於我國正在規劃的長期照護保險的「介護保險」，建構完善的高齡長輩醫療照護和生活照顧結合的體系，特別強調建立在社區基礎的醫療服務，鼓勵各種次專科醫師，走入民眾的家庭，承擔起從診療到臨終照護的責任，並且社區整合跨專業領域的資源，營造家庭、社區健康的環境和聯結，提供給病人完整的醫療和生活照顧，這是我國要發展長期照顧2.0政策，重要的參考。因此本手冊所使用的「社區醫師」是有這種守護全人、全家、全社區的意涵，也是臺灣和日本醫師面對快速高齡化的神聖使命。

臺灣和日本兩國邦誼穩固，長期進行國際醫療交流合作，中華民國醫師公會全國聯合會很榮幸得到日本醫師會的授權，將該會出版的「居家醫療」專輯翻譯為華文版，並邀請日本、新加坡、馬來西亞和臺灣的專家，進行經驗分享，讓臺灣醫師及相關醫事團體有機會學習日本及各國經驗，彼此交流，共同投入居家醫療服務，參與社區醫療照護體系的建構，讓醫療平等權落實在最有需求的民眾，拼湊出臺灣最專業、最有感的醫療服務和人文關懷，一起守護國民的健康。

1

社區醫師機能與基本理念

日本醫師會常務理事 鈴木邦彥

面對高齡化社會的使命——
醫師在居家醫療的角色

前言

我國的醫療不分階級，一律平等對待病患，不僅自由且病患能受到高品質的醫療照護，即使已是世界第一高齡化的國家，也能提供比先進國家更低成本的醫療服務，因此廣受世界好評（圖1、表1）。

圖1

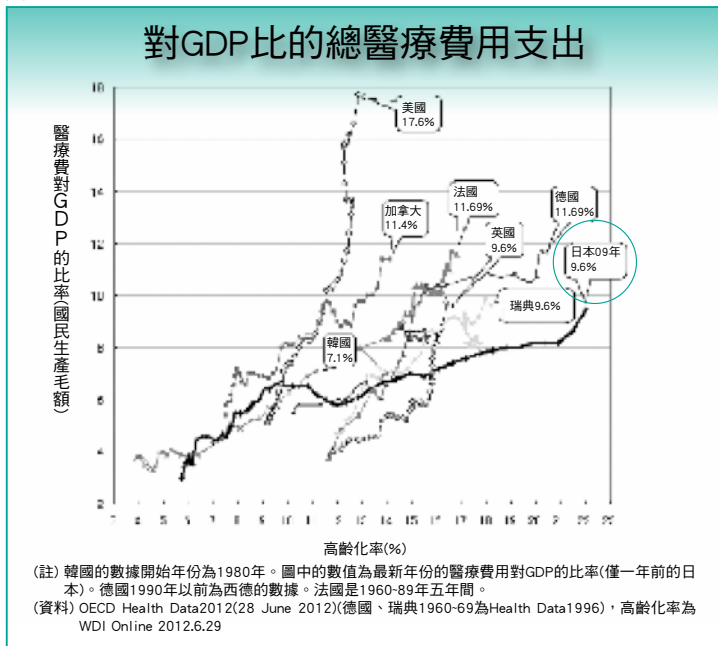


表1

世界的醫療評價

	平均壽命	健康狀態的自我評估	年輕層死亡率	癌症死亡率	循環器官疾病死亡率	呼吸器官疾病死亡率	糖尿病死亡率	筋骨格疾病死亡率	精神疾病死亡率	幼兒死亡率	醫療事故死亡率
澳洲	B	A	A	A	B	B	B	C	B	C	D
奧地利	C	A	A	B	D	A	D	A	A	A	D
比利時	C	A	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	B	n.a.
加拿大	B	A	B	B	B	B	C	C	B	C	B
丹麥	D	A	B	D	C	C	B	D	D	B	A
芬蘭	C	B	B	A	D	A	A	B	D	A	A
法國	B	A	B	B	A	A	A	B	B	B	C
德國	C	B	A	B	D	A	B	A	B	B	C
愛爾蘭	C	A	A	C	C	D	B	D	B	B	C
義大利	B	B	A	B	B	A	C	B	A	B	A
日本	A	D	A	A	A	C	A	A	A	A	A
荷蘭	C	A	A	C	B	C	B	B	C	B	A
挪威	B	A	A	B	B	B	A	B	C	A	A
瑞典	B	A	A	A	C	A	B	B	C	A	C
瑞士	A	A	A	A	B	A	A	C	C	B	n.a.
英國	C	A	B	C	C	D	A	D	C	C	B
美國	D	A	D	B	D	C	C	C	B	D	C

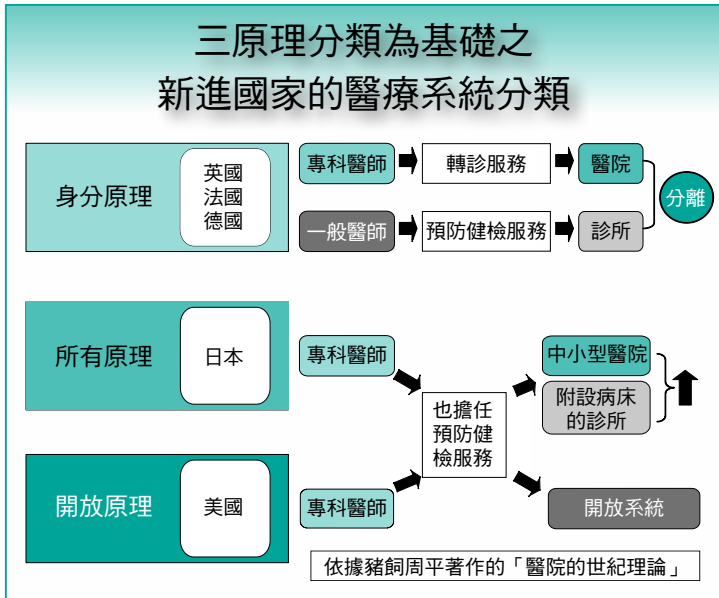
※將The Conference Board of Canada所製作的資料翻譯成日文並引用([http://www. Conference.ca/hcp/default.aspx](http://www.Conference.ca/hcp/default.aspx))

2010-2012年各國公布的數據比較

我國的醫療模式源自於明治20年代時，因西南戰爭緊縮財政，關閉了公立醫院，當時最高水準的帝國大學醫師們陸續開設了附設病床的醫院，從此確立了世界醫療體系中三原理之一的「所有原理」¹⁾。順帶一提，另外兩個原理分別是歐洲的「身分原理」與美國的「開放原理」（圖2）。

英國或北歐的GP（General Practitioner；全科醫師）相對於專門診療富裕階層的專科醫師，是綜合性診療平民百姓的醫師，但在我國，隨著由最高階層的帝國大學出身的醫師設立附屬病床的醫院、奠定了醫師會基

圖2



礎的同時，由戰前在大醫院累積臨床經驗的專科醫師開業，確立了今日的醫療模式。由於當時擁有10床以上的病床就被歸類為醫院，1~9床的診所被歸類為附設病床的診所，這就是今日我國醫療體系，中小型醫院和附設病床的診所為多數的原因。

我國的醫療在現今世界能一直備受好評地發展，理由即是：以民間中心的醫療提供體制，和昭和36年(西元1961年)確立的公共全民健保制度，兩者配合無間，且我國比先進國家更早實現因應高齡化及抑制醫療費用為目標而實施的「公共+民營的綜合型」制度。由此觀點來看，經由英國的公共醫療或北歐民營

化的推動，以市場原理為中心的美國，透過歐巴馬政權推行的全民健保，可說都很接近日本模式²⁾。

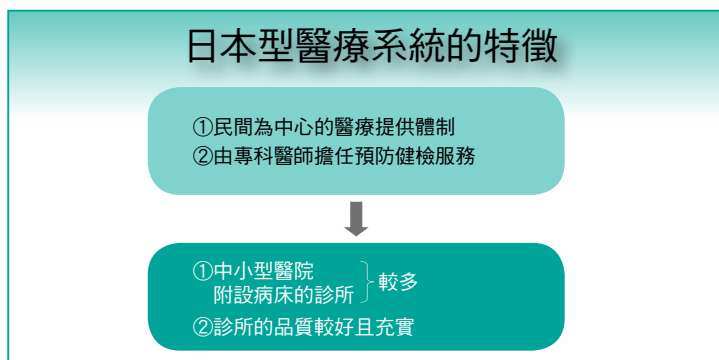
社區醫師機能的充實與居家醫療的必要性

我國因歷史的因素，形成由專科醫生自行開業，中小醫院和附設病床的診所數量眾多的模式。他們提供低成本且充實的醫療，同時也將在GP制度國家的大醫院才有的轉診服務，提升至預防健檢服務的等級，對抑制醫療費用有難以計數的貢獻（圖3）。

因而這些擁有社區醫師機能的200病床以下的中小型醫院、附設病床的診所與一般診所，在今後的超高齡社會裡，將扮演更加重要的角色。

日本醫師會對社區醫師定義如下（表2）：「萬事皆可諮詢、熟知最新醫療資訊，可在必要時介紹專科醫師、專門的醫療機構，是具有在身邊且可信賴的社

圖3



社區醫師的推動

在超高齡社會，除了失智症等疾病之外，還需要提高對高齡者帶來日常生活上不便的早期發現、早期治療（對應）的必要性，因此家醫的角色愈趨重要。在門診、居家醫療上投入適當的資源，以「家醫」為中心，對病患，國民健康做廣幅的對應。

社區醫師就是

萬事皆可諮詢、熟知最新醫療資訊，可在必要時介紹專科醫師、專門的醫療機構，是具有在身邊且可信賴的區域醫療、保健、社福的綜合能力的醫師。



公益社團法人 日本醫師會

區醫療、保健、社福的綜合能力的醫師。」

接著，將社區醫師的功能分成醫療機能 and 社會機能（表3）。其中，醫療機能如下：

在日常診療之中，掌握病患的生活背景，以自身的專業為基礎，進行重視醫療持續性的適當診療，對於非自身專業範疇的個案，則採取地區醫療網的合作方式轉診至確切的醫療機構，達到「醫院與診所、診所與診所的合作」，以提供病患最優良的醫療。

不受限於規定，即使非醫師自身的負責範圍，只要因應病患的相關問題，不論是保健、醫療、還是社福等各範疇，都能夠諮詢，從全人的觀點來對應。

另外，社會功能如下：

社區醫師的機能

醫療機能

- 在日常診療之中，掌握病患的生活背景，以自身的專業為基礎，進行重視醫療持續性的適當診療，對於非自身專業範疇的個案，則採取地區醫療網的合作方式轉診至確切的醫療機構「醫院與診所的院診合作、診所與診所的診間合作」，以提供病患最優良的解決方法。
- 不受限於規定，即使非醫師自身的負責範圍，並要因應病患的相關問題，不論是保健、醫療、還是社福等各範疇，都能夠諮詢，從全人的視點來對應。

社會機能

- 除了進行日常的診療之外，建立和地區居民間的信賴關係，積極地參與健康諮詢、健診、癌症健診、母子保健、學校保健、企業保健、地區保健等在地方上舉辦的醫療相關的社會活動、行政活動等，且同時進行與保健、長照、社福關係相關人員的合作。此外，還要致力推動讓地方上高齡者的居家醫療體系，即使無法長久但盡量延長長輩們在地方上的生活。

公益社團法人 日本醫師會

除了進行日常的診療之外，建立和社區居民間的信賴關係，積極地參與健康諮詢、健診、癌症篩檢、母子保健、學校保健、企業保健、社區保健等在地方上舉辦的醫療相關的社會、行政等活動，主要與保健、長照、社福關係相關人員的合作。此外，還要致力推動地方上高齡者的居家醫療體系，盡量延長長輩們在社區的生活。

日本的「綜合診療醫師問題」和各國的醫療制度的問題點

專科醫師過去在大醫院累積看診經歷後，即使自行開業，也仍然在大學的醫療事務局指派下至各附屬醫院出差看診，因此自然可以提升自身在各個醫學領域的診療能力。然而，最近年輕醫師們的專科醫師意願較強，最算自行開業，也希望只提供專科診療，像這樣的醫師人數增加之後，就全體而言，降低了社區醫師的功能。

成為現今話題的綜合診療醫師問題，也是社區醫師功能降低的其中之一。我國雖然也有人主張要像英國或北歐那樣導入GP及人頭制與守門員機能制度，但因忽視了我國醫療發展史的歷程與成果，而無法成立。

關於英國的GP，經過我們兩次至英國訪問調查的結果，現在英國的診所裡平均配置4~5位家庭醫師，居民是在診所登錄而非登錄家庭醫師，不論是由哪位醫師看診皆不得有異議。而且看診時段自上午8點至下午5點，夜間門診因為不是醫師的排班時段，幾乎不會有醫師排班，因此非看診時間就必須去稱之為OOH（Out of Hours）的專門診所。

再者，診所內因為有複數以上的醫師很難區分其差異，所以發展成醫師們會各自進修皮膚科或整形外科

等被稱為GPSIGP with Special Interest家庭醫師兼治科別的情況。

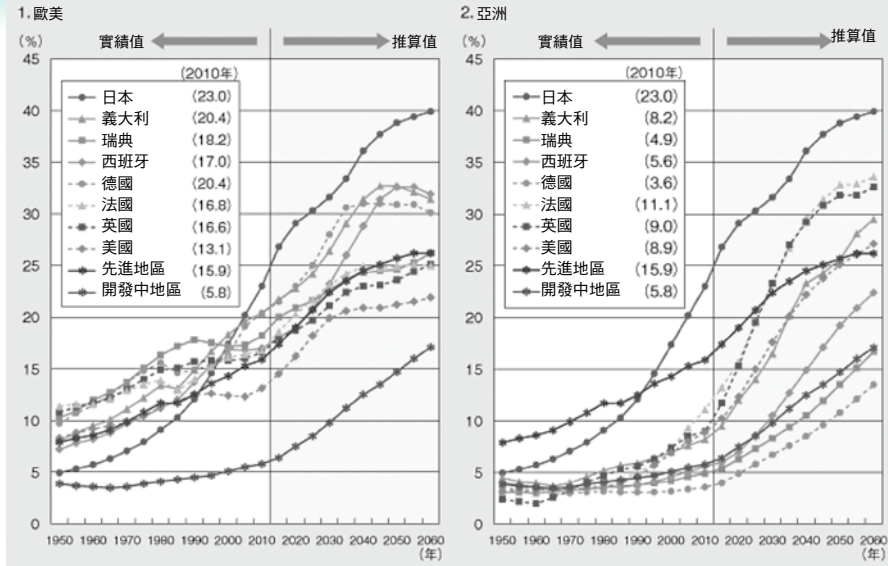
英國的家庭醫師在保守黨柴契爾政權下的新自由主義改革時，受其波及，醫療崩壞嚴重，在工黨布萊爾政權下，受當時好景氣所支持的「第三條道路」的改革恩惠而得到禮遇。然而到如今，再度由保守黨主導的卡麥隆聯合內閣的局勢下，削減醫療支出、推動民營化的主張又再度強勢起來。英國現在雖然為了削減醫療費用而將醫院的轉診服務下修至家庭醫師的預防治療職權內，不過因為家庭醫師和專科醫師的功能已完全分立而無法順利進行。²⁾³⁾

今年春天連休假期期間，我們前往拜訪荷蘭的GP，對其進行專訪時得知，他們積極地推動居家醫療的臨終照護，因此較英國對工作更加投入。即使如此，他們正常的出勤時間同樣是上午8點至下午5點，其他時間的值班一個月規定有3次，一年有6週的有薪假，還有2週的進修有薪休假，無論再怎麼晚，也會於65～67歲之間退休，享受第二個人生⁴⁾。

我們國家的改革一定要符合我們的國情，靠我們自己的雙手打造完成。若被問到為何要改革，這是因為我們不斷地朝向高齡化的高峰期發展，甚至會達到高齡化率40%的世界第一超高齡社會，此時愈顯重要的

圖4

各國高齡化率的變遷



(資料：UN, World Population prospects: The 2010 Revision)

不過，日本是根據2010前的總務省「國勢調查」、2015之後是根據國立社會保障、人口問題研究所「日本的將來預估人口（平成24年1月預估）」的假設出生中間值、死亡中間值的估算結果。

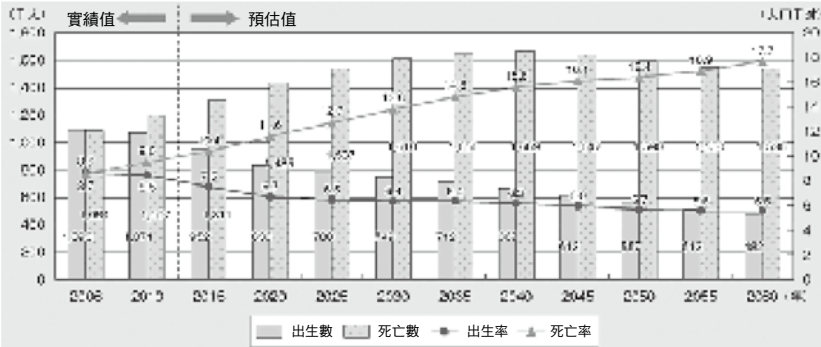
(註) 先進地區是指北美、日本、歐洲、澳洲以及紐西蘭等地區。

開發中地區是指非洲、亞洲（日本除外）、中南美、美拉尼西亞、密克羅尼西亞及玻里尼西亞等地區。

社區醫師功能反而更喪失，因此需要改革（圖4）。在超高齡社會裡，慢性病的長期管理日益重要，因為今後我國的死亡人口將大幅增加，必須確保以都市為中心的醫院以外的臨終場所（圖5）。醫院，尤其是中小型醫院或附設病床診所，將是接下來重要的臨終場所，不過由於自家的超高齡化獨居和老老世代的增加，使得家人間的照護功能降低，居家照護的場所也

圖5

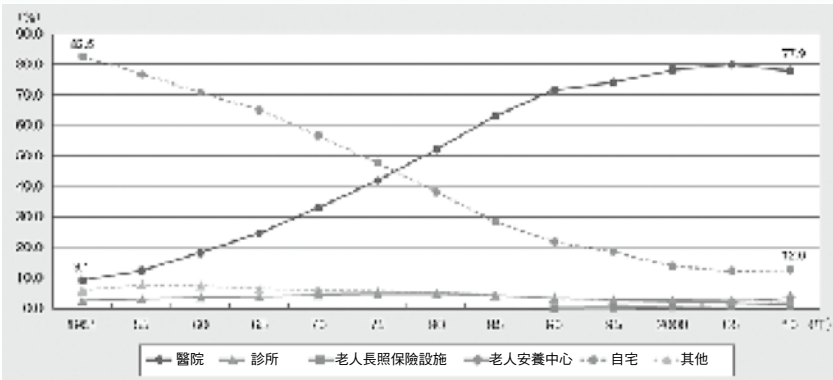
超高齡社會的進展與居家支援的必要性 預估將來的出生數與死亡數



資料：2006年、2010年厚生勞動省根據「人口動態統計」的出生率與死亡率（皆為日本人）。2015之後是根據國立社會保障、人口問題研究所「日本的將來預估人口（平成24年1月預估）」的假設出生中間值、死亡中間值的估算結果（包含在日外國人）。

圖6

死亡場所的變遷



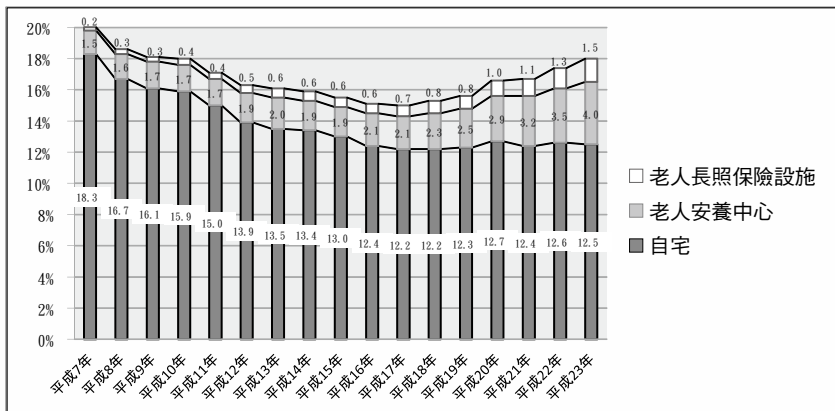
資料：厚生勞動省「人口動態統計」
 (註) 1990年之前在老人安養中心的死亡包括自宅或其他。

很難大幅度的增加。今後需要增加像是老人健康養護或特別養護等的長照保險設施，或附設服務的高齡者專用住宅等的自宅居家之外的臨終照護，增加居家醫療的需求（圖6、7）。

社區醫師本來就是希望自己所照顧的病患能夠長久就地就診。當長年照護的病患因高齡或者生病而無法到院門診的情形下，如果病患有需求，轉而以居家醫療的形式出診，繼而發展到負責其臨終照護，這對

圖7

從死亡場所類別來看年齡層死亡數百分率 (老人長照保險設施、老人安養中心、自宅)

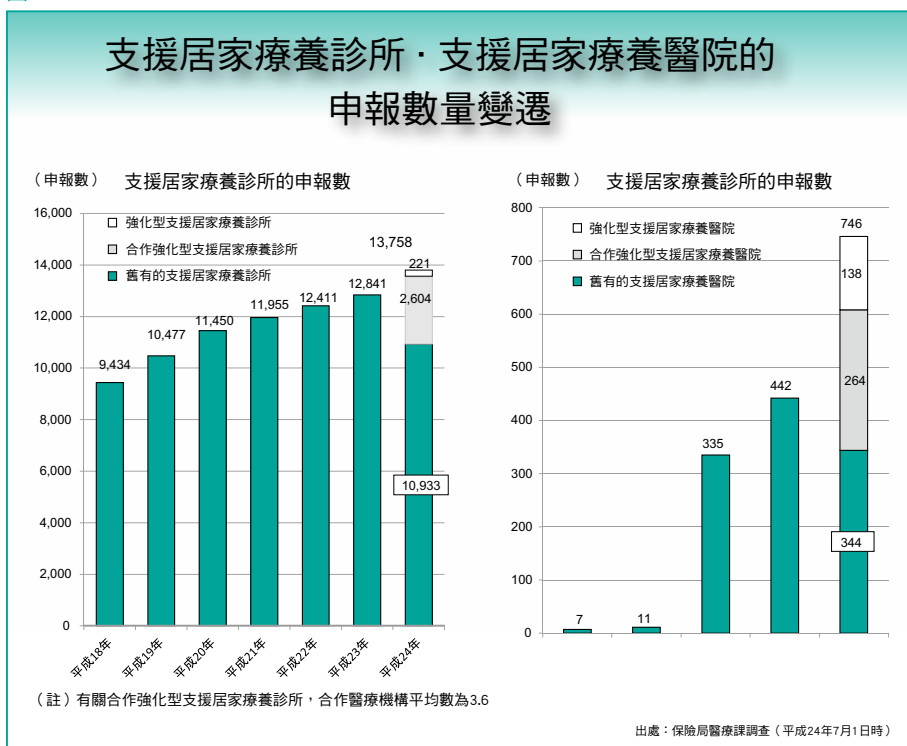


(註) 老人長照保險設施
是指對於長照需求者，在看護、醫學管理的長照及機能訓練或在其他醫療下能在日常生活中進行照顧為目的的設施中，根據長照保險法且獲得鄉鎮城市地方長官認可的機構。
老人安養中心
是指老人養護中心、特別看護老人安養中心、費用補助的老人安養中心以及自費老人安養中心。

近年來，與自宅相比，在老人長照中心與老人安養中心的死亡率有增加的傾向。

社區醫師來說是再自然不過的情形吧。不過在我國要以醫師一人之力，看診24小時，持續365天，是相當困難不可行的，因此，活用中小型醫院或附設病床的診所等的住院方式，或是考慮採取診所醫師們聯合看診，或組成看診團體等形式，評估看診報酬（圖8、9）。

圖8



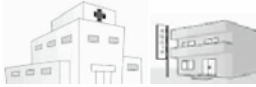
強化型支援居家療養診所・ 支援居家療養醫院（合作的場合）

- ①新設施基準（點數）…增加舊有的要件・與支援居家醫療診所相同
- ・所屬專任醫師3名以上
 - ・過去1年間的緊急出診實績5件以上
 - ・過去1年間的臨終照護實績2件以上

強化型支援居家療養診所・支援居家療養醫院（有病床の場合）

A醫院

擔任居家醫師2名
緊急出診2件/年
居家臨終照護5件/年



A診所（無床）

專任醫師1名
緊急出診3件/年
居家臨終照護0件/年

強化型支援居家療養診所（有病床の場合）



B診所（有床）

專任醫師1名
緊急出診2件/年
居家臨終照護2件/年



C診所（無床）

專任醫師1名
緊急出診2件/年
居家臨終照護1件/年



D診所（無床）

專任醫師1名
緊急出診1件/年
居家臨終照護0件/年

合作的場合

- ・緊急時的聯絡處一元化
- ・合作的醫療機關未滿10處
- ・合作醫療機關一個月一次以上的會議
- ・醫院進入合作系統時未滿200病床

強化型支援居家療養診所（無病床の場合）



B診所（無床）

專任醫師1名
緊急出診2件/年
居家臨終照護1件/年



C診所（無床）

專任醫師1名
緊急出診2件/年
居家臨終照護2件/年



D診所（無床）

專任醫師1名
緊急出診1件/年
居家臨終照護0件/年



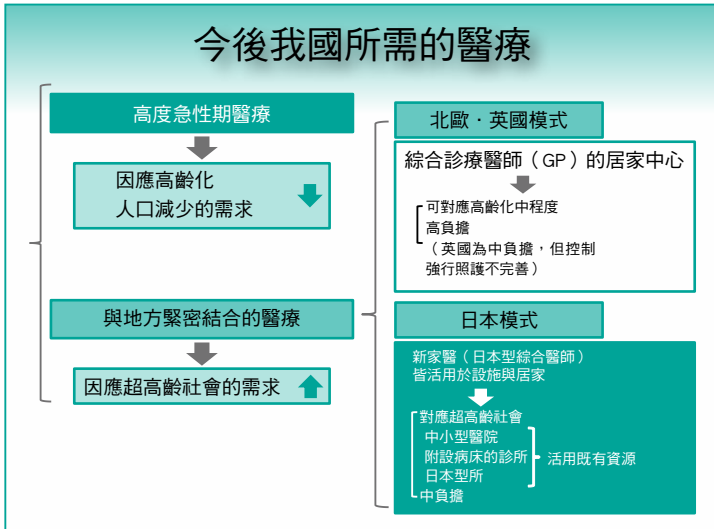
B醫院（200病床以上の醫院）

- ・僅在緊急時提供病床
- ・不提供居家醫療
- ・並非支援居家醫療醫院

合作的場合

- ・緊急時的聯絡處一元化
- ・合作的醫療機關未滿10處
- ・合作醫療機關一個月一次以上的會議
- ・醫院進入合作系統時未滿200病床

圖 10



社區醫師和涵蓋地域性的照護系統

今後，對我國而言有兩種必要的醫療形式。一是緊急的高度急性期醫療，另一個是和地方密切相關的醫療。在這之中，前者的需求會因人口數與年輕人口層的減少而降低，而後者的需求則會隨著超高齡化社會的進展而增加。

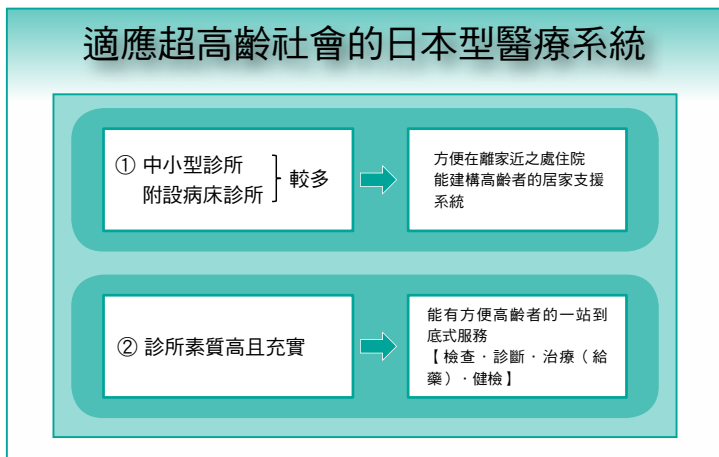
與地方緊密結合醫療的單位，是擁有社區醫師功能的中小型醫院和附設病床診所，或專科醫師所開業的診所，品質精良、設備完善、檢查、診斷、治療甚至可開立處方籤做健康檢查，對高齡者來說是便利的一站服務到底的診所。需要這些診所彼此支援互相合作、支持居家醫療，透過居家醫療裡居家照護、居家

復健或居家介護等多職種間的合作，以連結醫療和介護，擔負起領導責任的則是社區醫師（圖11）。

我國的社區醫師是擁有綜合能力的專業醫師，因此我國的居家醫療會藉由內科或外科的社區醫師，和眼科或耳鼻喉科等的社區醫師共組醫療團隊，提供居家也能享有更加專業的醫療服務。

在世界還前所未有的超高齡社會的我國，無法讓每人皆享有居家醫療的服務，所幸我國有能夠就近住院的中小型醫院或附設病床的診所，以及對高齡者友善的一站服務到底式的日本型診所的存在。活用這些既有的貴重資源，重度介護或特別養護、老人健康之家等設施的入住者，也需要能利用日本型高齡者照護系統，如果這些在日本全國的各鄉鎮城市或人口每10～20萬人之間都設置完善的話，我國的「涵蓋地域性

圖11



照護系統」即建置完成。

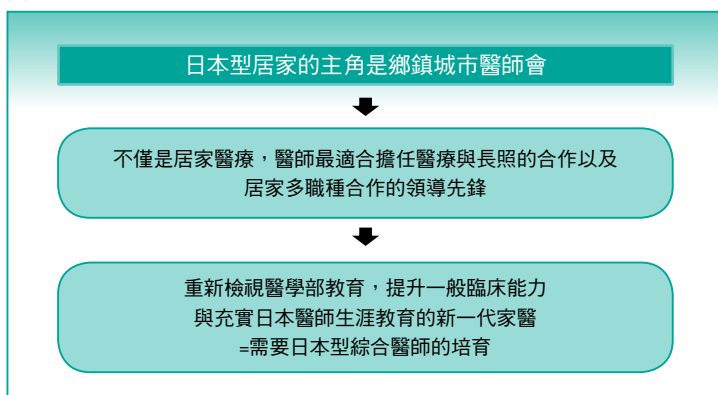
結語

為充實社區醫師的功能，不僅是居家醫療，也需要藉由日本醫師會所提倡的重新審視醫學教育來強化綜合診療能力，以及決定成為社區醫師時所充實的日本醫師會的生涯教育。透過這些研修和實踐而培養擁有整合能力的專科醫師，更必須成為新一代社區醫師，即是「日本型綜合醫師」，成為我國地方醫療的中流砥柱。

對活用設施或居家的日本型高齡化照護系統進行統籌管理的是社區醫師，所以郡市區級的醫師會的角色今後更顯重要（圖12）。

在超高齡社會裡，即使是克服癌症、腦中風、心臟病等疾病的病患，若是喪失了生存價值或職務角色，

圖12



就可能會有廢用症候群或失智症。我國雖然是世界第一長壽的國家，但今後也會需要含有生存價值的高齡者就職活動、社會參與活動。對高齡者友善的社區營造，是包含障礙者在內對所有年齡層的人而言都友善的社區營造。

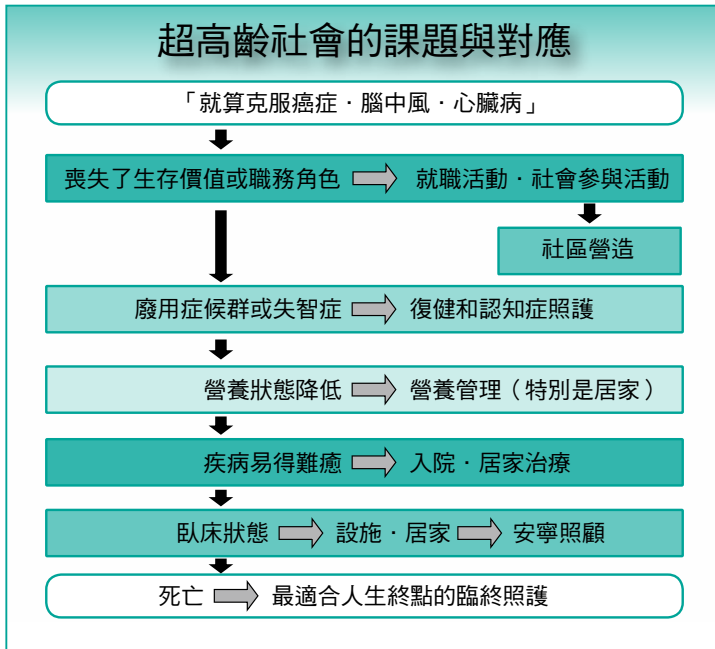
要讓廢用症候群或認知症的進展盡可能延緩的話，復健和認知症照護的功能就非常重要。特別是盡可能在習慣居住的環境下，進行生活的營養管理。如果漸漸虛弱下去就容易生病，並且不容易治癒，當狀況不佳時，接受居家醫療，視狀況再於中小型醫院或附設病床診所辦理住院。

如果最後接近臥床狀態，連居家醫療也有困難時，也會有人進入設施進行介護。現在的時代是2人之中會有1人罹癌、3人之中會有1人因癌病逝，到了末期就會是安寧照護登場的時候了。

雖然人終究有離世的那一天，不過我國身為世界上擁有最優良的醫療、介護制度，且是世界上最長壽的國家，需要有最適合人生終點的臨終照護（圖13）。

以能夠因應全國中各鄉鎮城市或人口每10~20萬人的區域性規模，以「郡市區級的醫師會」為中心，確立與行政機關合作中小型醫院或附設病床診所的住院、老人健康養護中心或特別養護中心的設施入

圖13



住，也要活用自宅或附設服務的高齡者住宅等居家醫療的日本型高齡者照護系統也就是「地方涵蓋照護系統」，如果能在「平常見得到面的關係」之中進行照護的話，就會減少救護車緊急從設施運送到急診中心的情況，高度急性期醫療和地方密切相關的醫療就能有效發揮各自原本的功能。

參考文獻

- 1) 豬飼周平：醫院的世紀理論，有斐閣，2010。
- 2) 鈴木邦彥：日本醫師會、民間醫院英國醫療、社福調查團報告書II，博仁會，2012。
- 3) 鈴木邦彥：民間醫院英國醫療、社福調查團報告書II，博仁會，2009。
- 4) 鈴木邦彥：日本醫師會、民間醫院荷蘭醫療、社福調查團報告書II，博仁會，2013。

2

期望社區醫師提供的居家醫療

醫療法人社團盡心會 理事長 新田國夫

面對高齡化社會的使命——
醫師在居家醫療的角色

前言

現今65歲以上的高齡者人口已達到史上最高的3,074萬人。75歲以上的後期高齡者為1,517萬人，占了總人口的11.9%（2012年9月15日）。2030年將急速增加20%。另外，因為家族型態的改變，單身高齡者世代由平成22年(2010年)的24.2%增加至38%。詳細觀察資料後發現，相較於全國平均增加35%，東京都增加40%，首都圈平均達到70%，死亡者人數達到160

表1

日本的超高齡社會的變化

後期高齡者的急增	11.2%（2010年）	19.7%（2030年）
單身高齡者世代的急增	24.2%（2010年）	37.7%（2030年）
死亡者數的急增	119萬人（2010年）	160萬人（2030年）
需要照護高齡者的急增	15.9%（2007年）	19.8%（2030年）
失智症高齡者的急增	280萬人（2010年）	470萬人（2025年）

此為厚勞省平成24年9月6日的照護最新資訊、平成23年版內閣府高齡社會白皮書、平成24年內閣府高齡社會白皮書、厚勞省平成22年人口動態統計月報年計（概數）的概況、2012年MITSUHO(瑞穗)集團銀行產業調查、特輯日本產業的中期展望-探尋日本產業重返榮景的希望領域-MITSUHO(瑞穗)集團銀行產業調查部製成。

前期高齡者 VS 後期高齡者

前期高齡者（65-74歲）

- 健康度高、具活動性
- 社會貢獻度（productivity）也高
- 就業意願高，與歐美相比的就業率高

後期高齡者（75歲以上）

- 身心機能的顯在退化
- 老年症候群、虛弱、失智症增加
- 到醫療機關就診的比率高（85.8%）
- 認定為需要照護者的比率高（86.4%）

認定需要照護者的比率（厚勞省2010）

	認定者數 （千人）	佔高齡者全體 的比率（%）	佔認定需要照護 者的比率（%）
前期高齡者	654	2.3	13.6
後期高齡者	4,152	14.3	86.4

參照 超高齡社會的基礎知識 國立長壽醫療研究中心研究所 鈴木參雄

萬人。此外，需要照護者有19.8%，罹患失智症的高齡者將增加至470萬人(2025年)(表1)。

65歲至74歲的前期高齡者，健康度高、具有活動性，對社會貢獻度也很高，身心機能都維持得不錯。然而成為後期高齡者後，身心機能顯著減弱。老年症候群的虛弱、失智症也會增加。需要照護的高齡者，

圖1

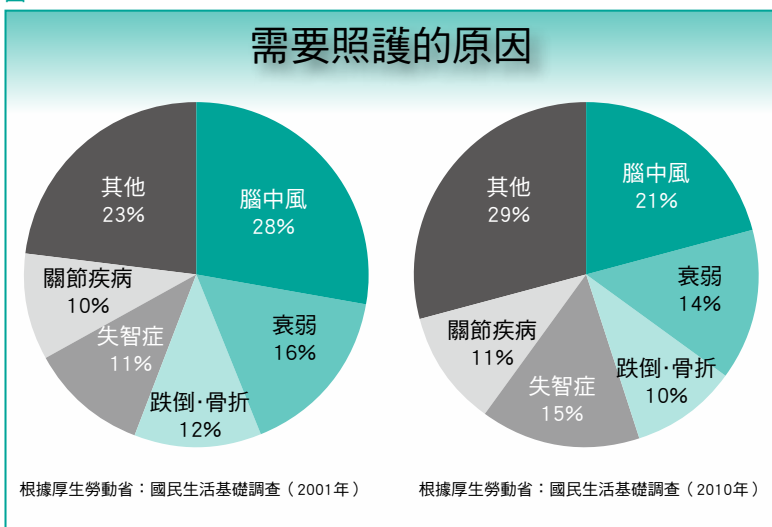
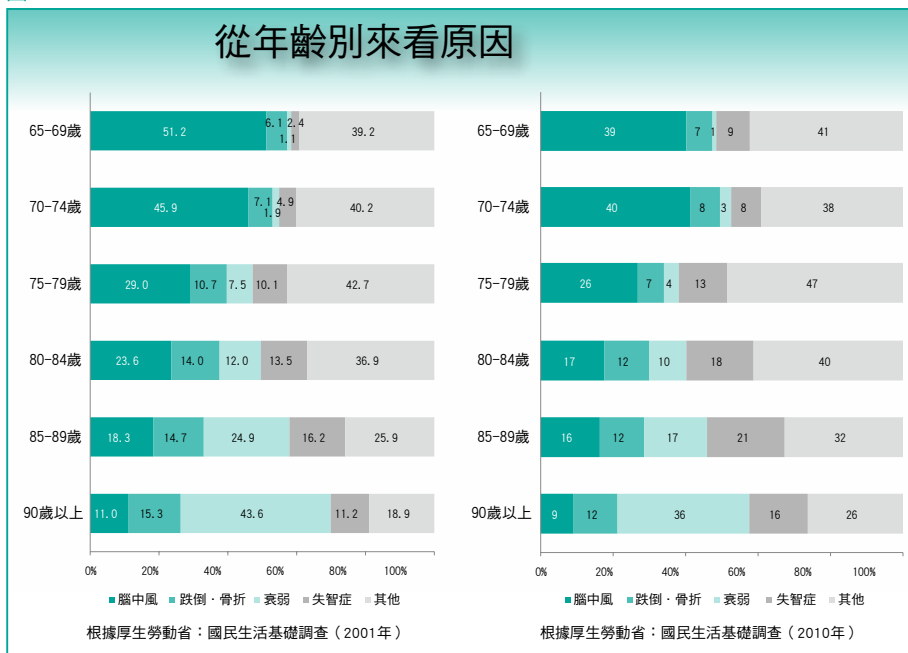


圖2



前期高齡者佔高齡者全體的2.3%，成為後期高齡者就增加到14.3%，認定需要照護者所佔的比例，有86.4%都是後期高齡者(表2)。

需要照護的原因

觀看需要照護的原因，即為腦中風、失智症、衰弱、關節疾病、跌倒、骨折等疾病(圖1)。

從2001年的統計來看，60歲世代腦中風的情形最多，隨著年齡的增加，會身懷數種疾病，80歲之後，衰弱、失智症、跌倒、骨折等問題佔了多數。原因是

表3

日本的超高齡社會的變化					
(參考：平成15年 高齡者照護研究會報告書)			(單位：萬人)		
將來預估(年)	平成14年 (2002)	平成22年 (2010)	平成27年 (2015)	平成32年 (2020)	平成37年 (2025)
日常生活自立度 II以上	149 6.3%	208 7.2%	250 7.6%	289 8.4%	323 9.3%

失智症高齡者的居住場所別的內容(平成22年9月現在)							
	住宅	特定設施	團體中心	老人長照 社福設施	老人照護 保健設施等	醫療機關	總計
日常生活自立度II以上	140	10	14	41	36	38	280

※由於是端數處理的關係，總計無法一致。
 ※老人照護保健設施等包含照護療養型醫療設施。
 根據平成24年9月6日 厚生勞動省 老健局高齡者支援課失智症・防治虐待對策推動室 照護保險最新資訊

60歲世代開始的癌症、心臟病、肺病、糖尿病等多種疾病造成的(圖2)。

其中應該特別標記的是失智症高齡者的增加。平成22年(2010年)失智症高齡者的日常生活自立程度II以上的人數雖然是208萬人，佔65歲以上人口7.2%，但到了平成32年(2020年)則增加至289萬人(8.4%)。預估這些失智症高齡者50%住在自宅(表3)。

社區醫師的義務和期許

社區醫師期待能對這樣的高齡社會有所對策。對前期高齡者所希冀的是，針對伴隨著臟器疾病而來的高血壓、糖尿病、高血脂症、癌症等的健康照護等，除了需具有專業的深度之外，還需擁有綜合的診療能力，並且能有廣闊的視野，並非只是診療特殊的疾病、熟悉專門的科別而已，而是共享、統合地方居民所有的疾病資訊，擁有針對全體多種疾病的對應能力。這是社區醫師的必要條件。

65歲以上，平均會同時罹患4個以上的疾病。因此，超出自己能力範圍的問題，需要諮詢並轉診給專科醫師，不過仍舊得加強廣泛對應各類疾病的能力。基本上，75%的疾病被認為是社區醫師能力可以對應處置的。社區醫師除了提供地方居民從出生到死亡相

社區醫師的重要任務角色

- 1 社區醫師在高齡社會中擔任確保健康壽命的重要任務角色
- 2 具有綜合診療能力，是社區醫師必備的要件，能支援地方一半部分的醫療。
- 3 除了需具有專業的深度之外，還需擁有綜合的診療能力，並且能有廣闊的視野
- 4 並非只是診療地方上的特殊疾病、專門的科別，而是要包含居民所有的疾病
- 5 提供地方居民從出生到死亡為止相關的醫療
- 6 參與病患和其家族的人生
- 7 對生活機能的維護・提升進行管理
- 8 在日常生活空間中，支援改善生活品質
- 9 進行失智症、復健、癌症安寧照顧
- 10 居家醫療是門診醫療的事前醫療

關的醫療之外，還需要和病患或家屬一同面對人生。不只是病患身體或臟器的問題，連精神、心理、社會問題都要有能力應對。

具體而言，就是對生活機能的維護、提升進行管理，在日常生活中，支援改善生活品質。不只有能力處理今天的疾病，對於將來可能會罹患的疾病，也要預想狀況同時進行研究。發作頻度高的慢性病，則要持續地觀察(表4)。

不僅為了治療，也為了支援生活

因此，社區醫師要做些什麼呢？包括疾病預防在內的所有醫療問題都和社區醫師有關，需要陪同病患與家屬一起思考解決醫療上的問題。

今後，後期高齡者的增加會帶來需要照護者的增加。當病患到了需要照護時，大部分都伴隨著高齡帶來的疾病，往返醫院看診已經不可能了。除了預防對策之外，也期望社區醫師可以到高齡病患住處出診。

在超高齡時代，國民醫療費的50%以上都使用在後期高齡者身上。所以針對後期高齡者同時罹患多種疾病的對策，不單只有門診，居家醫療的出診也是必要的。醫師的出診是居家醫療的出發點，也是居家醫療的根本。不過，僅是出診無法滿足高齡者的需求，希望藉由居家護理、居家牙科治療、居家藥劑管理、居家復健的整合利用，充分發揮功能。

居家醫療會持續到病患臨終為止。也就是說，居家醫療是支持病患日常生活的支持性醫療。而且，此目的不只是治療疾病，而是從延續生命到改善日常生活動作與提升生活品質，對象從罹患疾病轉變成失能障礙。

隨著每次出診，也需要有針對失智症、腦中風後遺

社區醫師在做什麼事情呢？

- 1 解決所有的醫療性問題
- 2 居家醫療
- 3 慢性病患的治療、支援療養（失智症、糖尿病、慢性阻塞性肺病(COPD)、骨質疏鬆症、心血管疾病等）
- 4 預防（照護健康）
- 5 臨終期醫療

症、虛弱、關節疾病、骨折後遺症、糖尿病、心血管疾病、慢性肺病等的日常生活支援。

居家醫療是醫療與照護的合作，讓社區醫師擔任整合機能的中心，發揮功能。

此外，還有臨終醫療。癌症的臨終醫療要有熟練的安寧照護。癌症以外高齡者的進食吞嚥功能喪失，希望有臨終期的最佳醫療與應對。

腦中風的後遺症是機能降低，非常需要復健的知識。藉由社區醫師所擁有的復健相關知識，就能防止廢用性症候群的發生。此外，這些知識也能應用在高

齡者肺炎等疾病治療後伴隨而來的日常生活動作問題上。

失智症的對應，最重要的是要減輕生活障礙與支援家人。藉由早期診斷出失智症，就能防止症狀惡化。如果只是門診治療，只能約略得知是由不明環境因素所造成，而藉由居家醫療的出診，則可以發現更多事實。

以協同家屬和地方的整合性照護為目標

了解病患家屬也是居家醫療的一項重要觀點。雖然我國高齡者家庭、高齡者單身家庭增加，但從需要照護者來看，主要的照護者是配偶佔25%、子女17.9%、子女的配偶14.3%。從性別來看，男性佔28%、女性大約是72%。從需要照護者同住的主要照護者的年齡來看，六十歲以上的男性有65.8%、女性有55.8%，也就是老老照護的比例相當高。

雖說可以利用照護保險，但是家屬精神或身體上的負擔還是非常重。希望社區醫師能找出這些過度的負擔，關懷家屬。

從制度上來說，今年度開始的新長照保險給付的方式，顯示了此問題的解決方向。長照保險成立10年後的現在，引進了「社區照護網」的概念。為了能在地方生活，期待「社區照護網」的居家醫療。居家醫療

是「社區照護網」裡的主要支柱。如果沒有整合社區的醫療和照護系統，就無法發揮機能。其核心功能即是社區醫師的居家醫療。

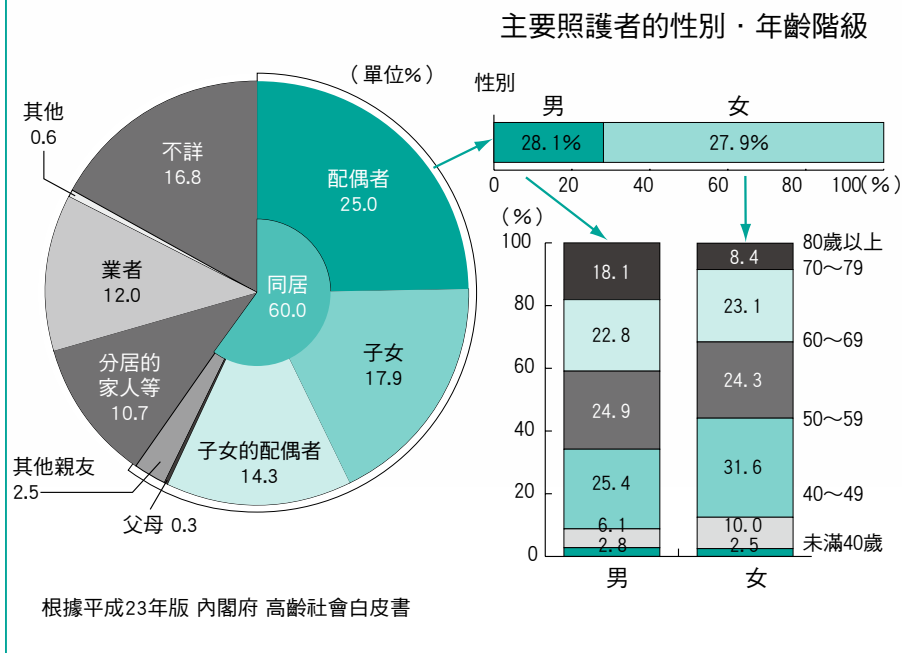
社區醫師進行的居家醫療無法靠一人的力量進行，有賴社區裡支援的所有職種以及家屬的共同合作。不過，這個主軸是社區醫師和病患。病患與其家屬仍期

表6

社區醫療群中的社區醫生居家醫療

- 1 與地方支援居家醫療的多職種、同職種工作人員合作
- 2 與醫院、居家醫療工作人員的相互理解、圓滑地相互配合
- 3 能提供一元性醫療、照護、社福、生活支援的總監角色
- 4 因應超高齡者的醫療措施
- 5 支援超高齡住宅、團體中心等多樣化生活
- 6 為了提升生活品質而發揮在地方社會上的職務角色
- 7 從治癒醫療到支援醫療
- 8 從合作到統合

從需要照護者來看主要照護者的關係



待社區醫師是可「託付」各項事情的角色。

此外，對於出院的病患而言，期望的是和醫院員工間的相互理解。從急性醫療的醫院出院，轉換成罹病的日常生活者，可能會從社區居民的醫院轉向社區。比如說，即使生病也可以保障在社區繼續生活下去，這是適合今後超高齡時代的目的，因此，需要圓滑地與社區相互整合。

今後的醫療需要轉換思考，從「合作」轉為「整合性照護」。在醫院的醫療，不單只是期望臟器疾病的醫療，而是包含出院後生活的醫療，需要以居家醫療的方式進行整合性照護的橫向聯結。為了提升生活品質，從「治癒醫療」到「支持醫療」，因為有滿足此目的的社區整合性照護的關係，才有可能拯救一個又一個的高齡者（圖3·表6）。

結語

居家醫療位在醫院醫療的延長線上，站在病患立場，最期待的就是自己的疾病能確切地治癒，因此，高品質的醫療就是病患受到良好的醫療。不過，居家醫療的對象是先端醫療無法治癒的病患，在舊有醫療評價的醫療品質延長線上討論，是非常困難的。這應該被放在典範移轉的標準，也就是大家所說的從治癒到照護的範圍來討論。

此主軸顯示的是，對於罹患不治之症的病患，該如何使其在臨終前能確保生活品質，目的並非確切的治療治癒，而是在確切的對應當中提高滿足度。

不論是醫院或診所，出診對於第一線的醫療機關而言，是無法欠缺的醫療型態。與住院或門診醫療相比，醫療本質上並無二致，但卻擁有門診的延長上所

沒有的「某種事物」。

出診在醫療型態上，處在急診醫療和門診醫療的中間位置，這樣的特徵指的就是出診的「某種事物」。試著將「出診」這個用詞改成「居家醫療」，「某種事物」指的就是臨床醫師將經驗累積的直覺或人生觀用初診醫療來補足。另一方面，醫院有專門醫療的觀念，但今後需要在適合超高齡時代的醫療上有所進展，「擁有新價值觀、能對應臨終醫療的醫療」才是居家醫療。居家醫療並非只對應目前的醫療，而是一併對應社會、環境、家屬的醫療才是。

表7

要求居家高齡者的醫療品質

了解全身機能與部分（臟器）機能的平衡、調和狀態，透過狀態的恢復，進而有良好的生命預後，改善生活品質。

居家高齡者醫療品質，是改善生活品質與有良好的生命預後，也包含安詳地死亡。

我們目前是將病患個別的生死觀或價值觀、思想、信條、信仰寄託在專業醫師的領域執行，對於伴隨臨終期的醫療或照護而產生的病症過程，則由個人的人生觀加以應對。

期許臨終期醫療是現今社會倫理中的最佳醫療。居家醫療就是朝著「某種事物」為目標的第三醫療（表7）。

3

居家醫療和社區整合照護系統

獨立行政法人 國立長壽醫療研究中心

居家合作醫療部長 三浦久幸

面對高齡化社會的使命——
醫師在居家醫療的角色

前言

在持續少子高齡化的現代社會，大眾漸漸不再著眼於「治療疾病的醫療」，而是認知「支持性醫療」的必要性。擔任將「支持性醫療」具體化的中心要角就是居家醫療。另一方面，獨居高齡者、高齡者世代（老老照護）、以及最近失智症夫婦的「雙失智照護」的增加，造成了社會問題。因此，談論居家醫療時，無法把「居家環境」的問題切割開來，其中還包括對充實社區整合照護系統的要求。本篇即是關於居家醫療和社區整合照護系統的考察。

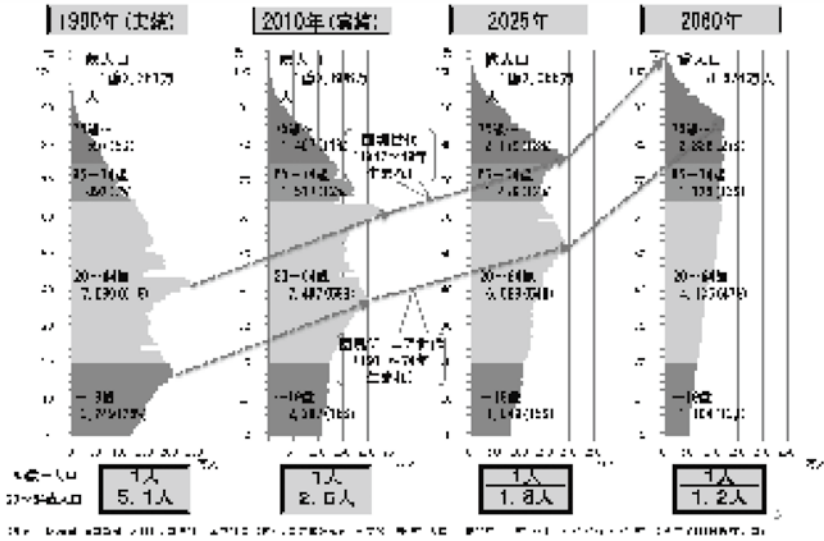
超高齡社會所期許的醫療願景

如圖1所示，可看到日本人口結構的變化，現在是2.6個人支援1個老人的社會結構，到了少子高齡化更加深刻的2060年時，會變成由1.2個人支援1個老人的社會結構。當團塊世代(指日本戰後出生的第一代)全部邁入75

圖1

人口金字塔的變化（1990～2060年）

觀察日本的人口構造變化，發現已成為2.6個人支援1個老人的社會結構，到了少子高齡化更加深刻的2060年時，預估會變成由1.2個人支援1個老人的社會結構。



（出處）總務省「國勢調查」及「人口推算」，國立社會保障・人口問題研究所「日本將來的人口預估（平成24年1月推算）：出生中位・死亡中位預估」（每年10月1日的現今人口）

歲的2025年時，高齡化率將達到30%，因此在到達2025年之前，現在期待的就是該如何整合醫療、照護體制。

雖然社會結構產生變化，75歲以上的高齡人口增加，但在此要檢視的是高齡者的醫療需求。如圖2所示，可預見患有老年症候群的高齡者今後將會增加。老年症候群指的是「常見於高齡者身上，有各種症狀原

因，最重要的是治療，同時也需要照護與護理。」可分為三大類：

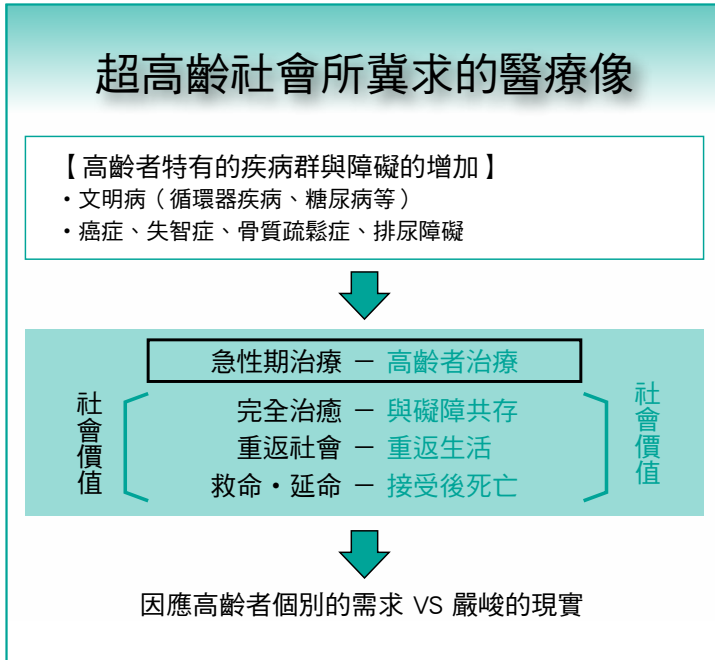
1. 主要是急性疾病的附屬症狀，雖然與年輕病患的發生頻率相同，但高齡者和年輕人的處置方式不同，是需要特別注意的症候群。
2. 主要發生在慢性病患身上的症狀，是65歲以上的前期高齡者開始慢慢增加的症候群。
3. 出現在75歲以上的高齡者急增的症狀，和日常生活動作（ADL）的減少有密切的關係，是照護變成重要的廢用性關連症候群。

這三類老年症候群的分類和隨著老化程度的變化，說明著高齡者的複合疾病症狀，以及醫療和照護不可分的實際證明。特別是慢性病和廢用性症候群的患者多數為高齡者，在日常生活中需要預防惡化或持續接受醫療與照護，更加顯示「支持性」醫療的重要性。期待社區醫師能掌握這些疾病的整體狀況並且擁有應對技巧。

除了考量支援療養生活的醫療和照護之新體制與負責人之外，如前所述，需要更詳細地觀察超高齡化和疾病構造的變化（表1）。

如圖2所示，高齡者特有的疾病和障礙增加，針對疾病和障礙的價值觀也隨之轉變，醫療變成是和障礙

表1



共存，願意參與社會活動者實現所期望的生活型態，及支援理想的告別人生方式。因此，對應高齡者個別且多樣需求的必要性同時，因獨居老人和高齡夫婦世代增加所產生的弊端和嚴峻的現實，也隨之顯現。如同島崎¹⁾所述：如果「尊重病患對生存方式的意願和選擇，在久居習慣的居家環境中，維持和外界互動並能支援生活的醫療」就是居家醫療的話，包含高齡者的住宅問題在內，需要有具體性的對應，提供醫療、照護、社福的一體化。

高齡者有何需求？

-疾病構造與老年症候群-

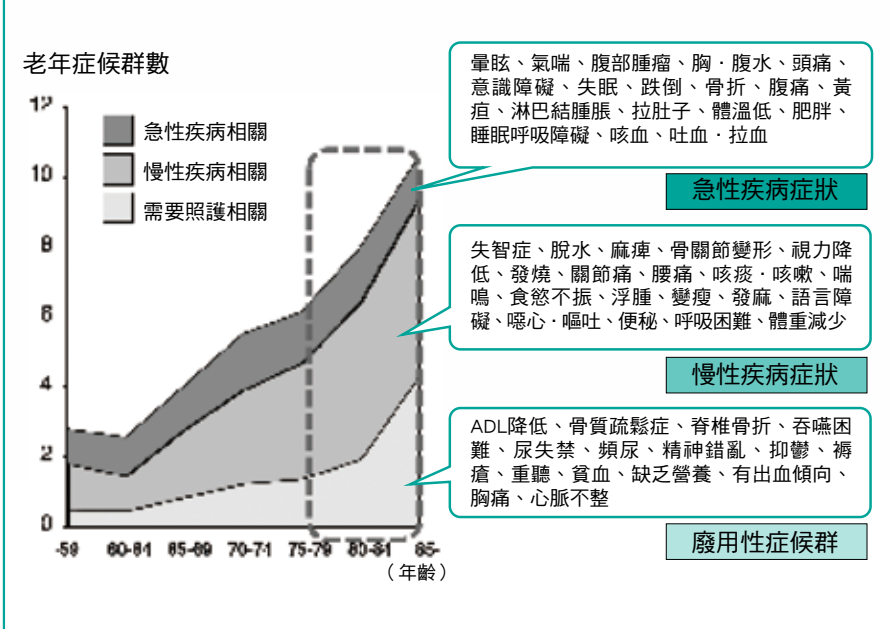
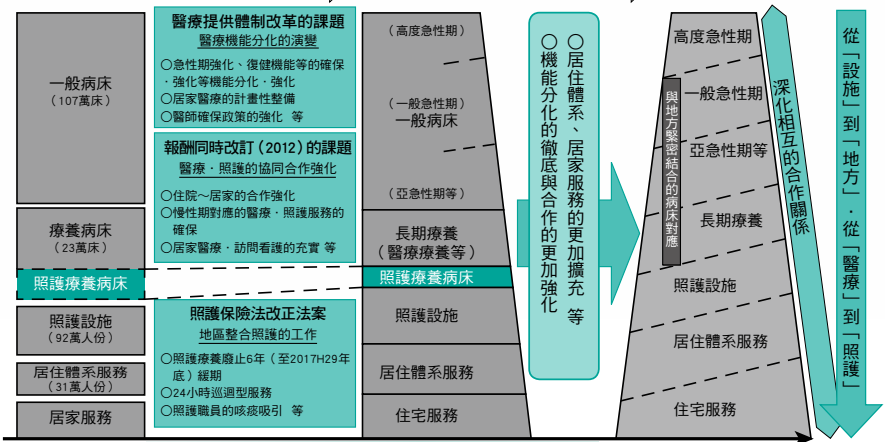


圖3顯示的是將來的醫療與照護機能重組的方向性。今後需要更加推動醫療機能的分化，對於高度急性期、一般急性期、亞急性期等等，因應所需，進行機能分化、集約化、合作強化，同時為了促進「從設施到地方」、「從醫療到照護」的流程，以居家醫療計畫的整合和擴充居住環境、居家服務為目標。在這樣的醫療與照護機能重組之中，「支持生活」機能的充實即是至關緊要的課題。

未來的醫療・照護機能再編制的方向性示意圖

- 透過醫院、病床的機能的角色任務分擔，能更有效果、更有效率地建構服務體制，因此希望能因應「高度急性期」、「一般急性期」、「亞急性期」所需，進行機能分化、集約化與強化合作。再加上順應地方實情而進行廣泛的醫療，而建構階段性的新體制。藉由醫療機能的分化、強化與效率化的進展，目標是能對應愈趨增加的高齡化需求，在現有的病床數的狀況下，建構出高機能的體制。
- 透過醫療需求的狀態態，進行醫療、照護服務的適當機能分擔，同時也充實居住體系與居家服務。

【2011 (H23) 年】 → 【2015 (H27) 年】 → 【2025 (H37) 年】



為了醫療、照護基盤整備，再編制的集中性・計劃性投資

(出處)「醫療・照護相關的長期估算(主要是與服務提供體制改革相關的改革)」第10回社會保障改革的集中檢討會議(2011年6月2日)

「社區整合照護系統」與其目標 (表2)

統合並提供醫療、照護、社福系統即是「社區整合照護系統」，依據社區整合照護研究會(平成20年度老人保健健康增進等事業)2)定義為「以提供符合需求的住宅為基本，為確保生活上的安全、安心、健康，不只是醫療或照護，包含社福服務等支援各式生活等服務，

社區整合照護系統的定義

· 社區整合照護系統乃定義為「以提供符合需求的住宅為基本，為確保生活上的安全、安心、健康，不只是醫療或照護，包含社福服務等支援各式生活等服務，可以由日常生活的場所（日常生活領域）適切地提供地方的體制」。此時，關於社區整合照護圈，是指「定義為大約在30分鐘內所能趕至的理想範圍，具體上是以中學的學區範圍為基本。

根據社區整合照護研究會（平成20年度老人保健健康增進等事業）

社區整合照護的規定

· 國家及地方公共團體，被保險者盡可能在習慣居住的地區，過著能有自行應對能力下的自立生活，保險給付相關的保健醫療服務與社福服務的相關行政措施、需要照護狀態的預防或減輕或防止惡化的措施、及支援於當地社區的自立生活措施、醫療與居住相關措施及嘗試與促進各方的互助合作等，是前述行政單位非得要致力推行的。

照護保險法第5條第3項

可以由日常生活領域適切地提供地方的體制」。此時，關於社區整合照護圈，是指「定義為大約在30分鐘內能到達的理想範圍，具體上是以中學的學區範圍為基本」。

關於此法律的根據，在照護保險法第五條第三項裡所規定：「國家及地方公共團體，被保險者盡可能在習慣居住的地區，過著有自行應對能力的自立生活。保險給付相關的保健醫療服務與社福服務的相關行政措施、需要照護狀態的預防或減輕、防止惡化的措施，及支援當地社區的自立生活措施、醫療與居住相關措施及嘗試與促進各方的互助合作等，是前述行政單位必須要致力推行的。」

最終的目標是如圖4所示的社區整合照護系統架構。

社區整合照護系統

社區整合照護系統的示意圖



【社區整合照護的五個觀點的架構】

為了實現社區整合照護，而整合下列五個觀點的架構（因應使用者的需求，提供○1-○5適當組合的服務）

1. 與醫療的合作強化
 - 24小時對應的居家醫療、出診看護和復健的充實強化
 - 照護人員的咳嗽吸引等醫療行為的實施
2. 照護服務的充實強化
 - 特養等照護據點的緊急整備（平成21年度修正預算：確保3年間16萬人）
 - 24小時對應的定期巡迴、隨時應對服務的創設等居家服務的強化
3. 預防的推展
 - 盡可能不成為需要照護狀態而做的預防與自立支援型照護的推展
4. 看護、供食、採買等多樣性生活支援與權利擁護等
 - 獨居、僅有高齢夫婦世代的增加、失智症的增加而推行各種生活支援（看護、配食等生活支援和財產管理等的權利擁護服務）服務的推展
5. 高齡者也能繼續居住的高齡住宅整備（與國土交通省合作）
 - 附設服務的高齡者住宅的確保

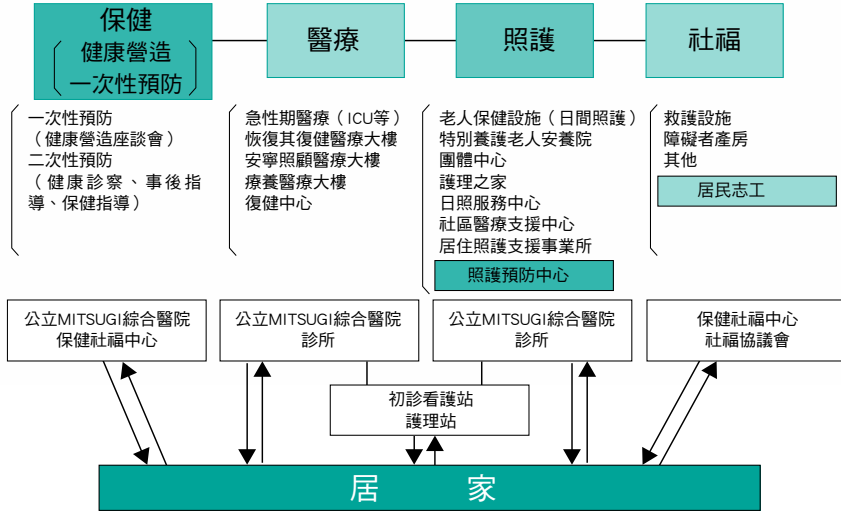
根據「居家醫療安全・照護安心2012」厚生勞動省醫政局指導課居家醫療推展室資料

以高齡者的居家環境、生活支援為基礎，透過照護預防、醫療、護理的整合，以人口一萬人程度的中學校區範圍為單位，目標是打造出盡可能長久生活的社區。假設會威脅到居民安全、安心、健康的因素是突來的疾病或隨疾病發生的劇變、虐待、足不出戶與社區的孤立等狀況，就期待透過整合社會的各項資源或是藉由利用複合性的系統，能提供全天候及時對應性的服務。在社區整合系統報告書中提到，居家醫療尤其重要，若無法

圖5

以公立MITSUGI(三井)綜合醫院為中心的社區照護系統¹⁾

社區照護系統的流程



根據山口昇氏 有關社會保障審議會後期高齡者生存之道的特別部會(第4回)/2006年11月20日視聽資料

充實的話，此系統就無法發揮作用。

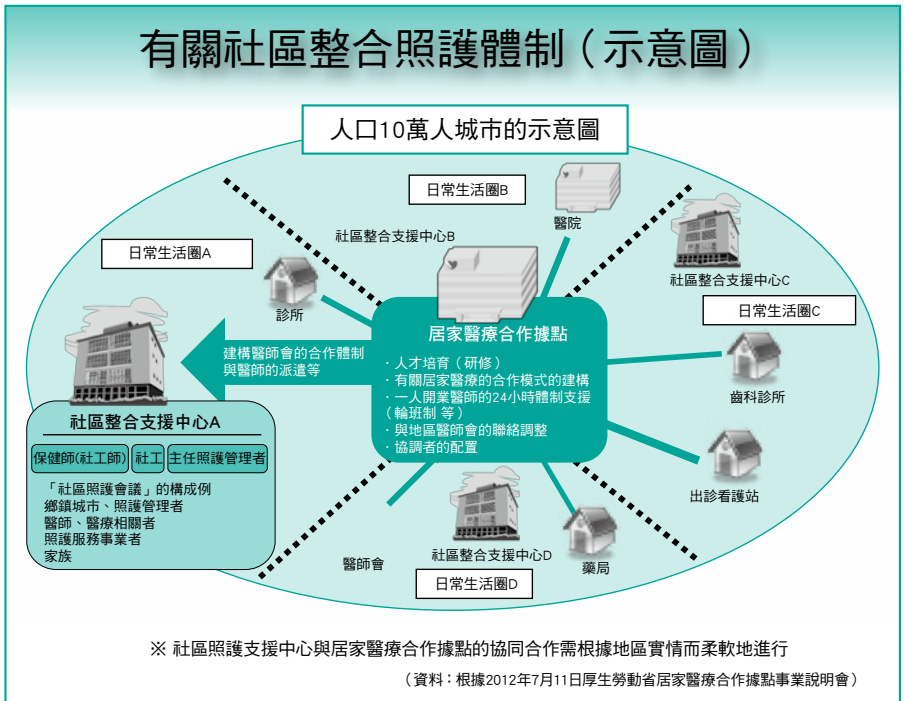
這個社區整合照護系統的原型如圖5所示，是以廣島縣公立MITSUGI(三井)綜合醫院為中心的系統。此醫院的社區整合照護系統是保健、醫療、照護、社福的合作體系，此外，設施照護和居家照護的合作也包含在內。社區整合照護系統的硬體設施如圖5所示，為公立MITSUGI(三井)綜合醫院、保健社福綜合設施（長期照護設施、特別養護老人之家等照護設施、復健中心等）

以及保健社福中心、照護預防中心等，軟體設施為營造健康、居家照護、復健、零臥床作戰（照護預防）、照護、社福、居民參與等活動。

廣島縣公立MITSUGI(三井)綜合醫院主要以醫院和保健社福綜合設施為基礎，提供一體化的服務。然而在其他地方建構這種能夠一體提供醫療、照護、社福的系統很不簡單，現狀是許多地區依然很難建構起醫療和照護間的合作體系。

如圖6所示，如果要在各地實踐社區整合照護系統，

圖6

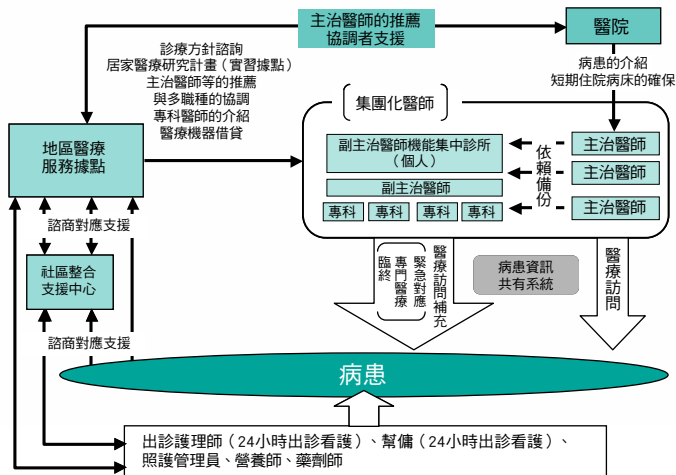


【都市郊區範例】千葉市柏市

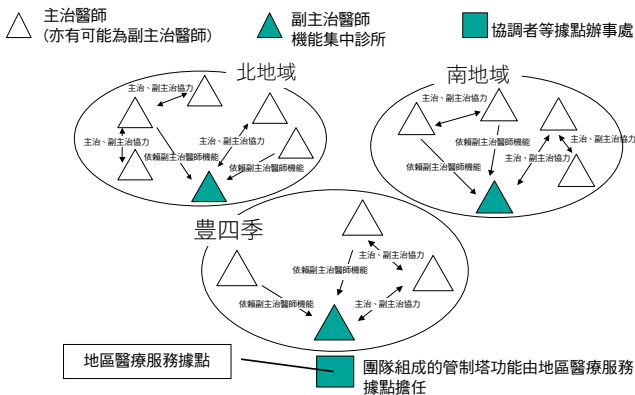
建構包含居家醫療在內的中心區的社區整合照護系統的重點

- ① 家醫的負擔減輕
 - 主治醫師・副主任醫師系統的構築
- ② 主治醫師・副主任醫師的團隊編成與醫療・看護・照護的合作
 - 地區醫療據點的整備

<社區整合照護的地區醫療據點的定位>



<主治醫師、副主任醫師系統>



(資料：柏市製成：2012年10月13日鄉鎮城市領袖研修資料)

雖然在照護面上是由「社區整合支援中心」擔任核心的角色，但在醫療上的連結，會因「難度太高」等理由而無法順利合作。為解決此狀況，自2011年度起，在厚生省主導之下，展開居家醫療合作據點計畫。特別2012年度，在全國105個據點開始推動計畫，行政單位與醫師會攜手，醫療與照護間開始合作，公認效果良好。2013年度開始，是以縣政府推動的計畫，而各居家醫療合作據點是在各項據點活動中推行，醫療端主動連結照護端，這在建構合作體系的意義上佔有著非常重要的位置。

結合地區特性發展的社區整合照護系統實例³⁾

以下是2012年度的居家醫療合作據點計畫中，提出以構築社區整合照護系統為目標的活動實際案例。

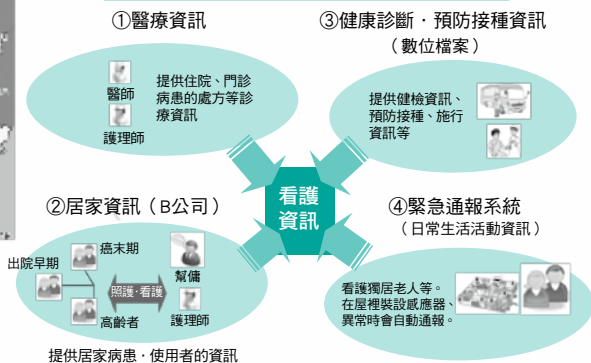
圖7是千葉縣柏市的案例。柏市以高齡化率超越40%的豐四季台住宅區為對象，與東京大學等進行「產業學術政府三方合作模式」，舉辦高齡社會綜合研究會，為打造出「永遠都可在自宅安心養老的社區」，進行視野可見的構築社區整合照護系統活動。柏市在這個社區整合照護系統中，居家醫療更為重要。在當地醫師會的協助下，著手進行社區醫師的合作系統。雖然對個人開業的醫師來說，要確保365天24小時都

【人口銳減地區範例】和歌山縣SUSAMI町

人口 4,764人 (男 2,281人 女2,483人)
 世代數 2,333戶
 高齡化 41.0% 75歲以上 24.9%
 (H24.3.31 居民基本清冊)



SUSAMI町地區看護支援系統



根據平成24年度居家醫療合作據點事業成果報告會資料

能對應體制的運作，會有相當大的負擔，不過這負擔能透過主治醫師、副主治醫師的支援體制而大為減輕。如果不藉由這樣的體制再搭配上居家護理等各相關職種的合作，居家醫療就無法成立，因此，以柏市整體的系統進行活動，整合社區醫療據點。

圖8是和歌山縣SUSAMI町(須佐美町)的實例。如圖所示，SUSAMI町(須佐美町)是個人口略多於4000人的沒落地區，醫療資源也很稀少，透過由町立醫院派遣醫師到診所，整合附有急救功能的醫療專車，即使在醫療資

源不足的情況下，也能因應居民的期望，持續提供24小時的醫療服務。如圖所示，在這裡使用ICT情報通信技術，建構包含全體居民的醫療情報或居家情報以及急救對應等守護系統。就算醫療和照護資源稀少，也能藉由使用ICT(Information Communication Technology)情報通信技術等方式，建立起整合照護系統。

圖9、10是埼玉縣的埼玉綜合醫院的案例。埼玉綜合醫院緊鄰著高齡化愈趨嚴重的幸手住宅區，以此住

圖9

【地方都市範例】高齡化進展的小地區 與社區整合照護

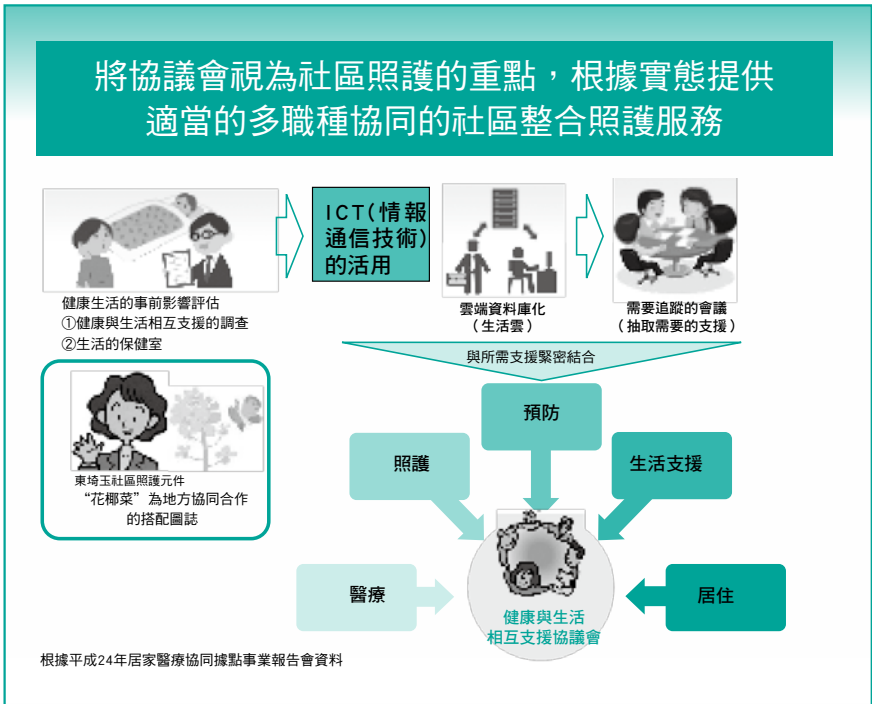
（社會醫療法人Japan Medical Alliance埼玉綜合醫院）

高齡化社區單位裡，以居民為主體
設立「健康與生活支援協議會」，成為地方合作與看護的據點

「健康與生活支援協議會」
在人口3-5千人的「社區」裡設立居民主體的協議會。
以社區照護與安穩的合作據點為功能。

現在設置協議會的社區
①幸手地區（幸手）②FRESH TOWN（杉戸）
※今後要在每個社區設置。

根據平成24年度居家醫療合作據點事業報告會資料



宅區為範例，和住宅區自治會共同設立了「幸手住宅區健康與生活互助協議會」。住宅區自治會長兼任協議會會長，採取以居民主導的體制運作。由協議會會長呼籲，廣邀各方合作，包含民生委員、社區整合支援中心、幸手市高齡社福課、幸手市消防大隊、東埼玉綜合醫院，以住宅區全戶為對象進行健康生活評估調查。甚至還在社區內開設的沙龍裡設置「生活的保健室」，在其中實施和健康與生活相關的綜合諮詢業務「萬事商量」，創造居民和醫療的連結點。以醫療

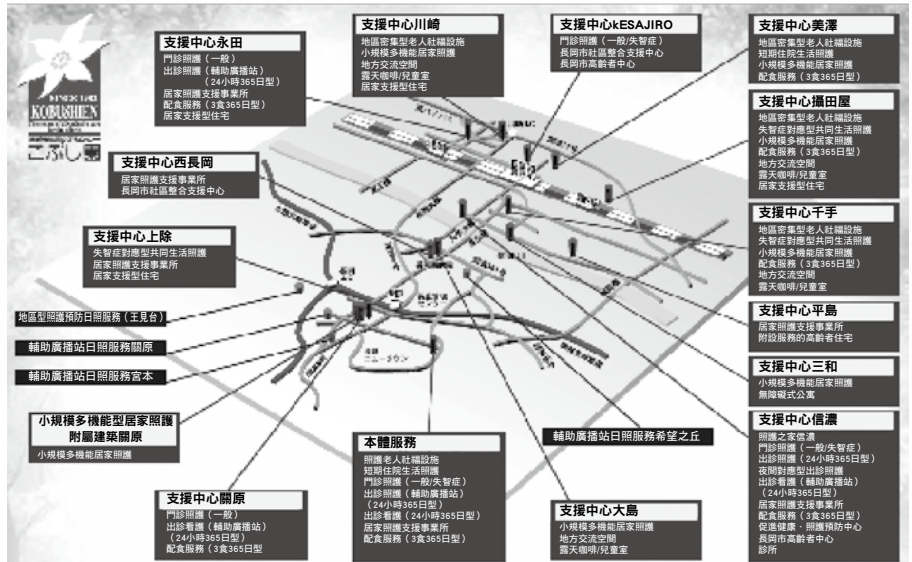
「支援生活」的觀點，由互助會主導，和各方合作，建立互助共助的生活支援體制。

圖 11 是社會福利機構長岡社福協會高齡者綜合照護中心辛夷園的實例。以前是在遠離街區的特養設施提供照護，但為了實現在住慣的社區養老的期望，現在特養設施全部撤去，改成在市內64個地點營運支援

圖 11

【地方都市範例】從特養依賴到熟悉的地區 (社會社福法人長岡社福協會高齡者綜合照護中心KOBUSHI園)

現在已沒有特養，而是在城鎮當中營運64所的支援中心(門診、出診系服務、小規模多機能居家照護等)，在地方上也持續如同設施一般地，就算沒有24小時體制的家人陪伴，也能有安心、安全、快樂生活的社區營造。



根據平成24年度居家醫療合作據點事業報告會資料

中心（日照和居家服務，小規模多機能型居家居家照護等）。即使不像在設施是24小時的體制，但在沒有家人的情況下，仍然持續建構著安心、安全、快樂生活的社區。這樣的案例雖然是由單一社福團體全面營運，但為了建構「社區整合照護系統」，首先應該要高度評價作為充實「家居環境」與照護提供體制的先驅示範點。今後在這樣的體系裡，我認為重點是該如何提供更高品質的居家醫療。

參考了這幾個案例，其他地區也推行以建構「社區整合照護系統」為目標的活動。從這些案例得知，系統建構關係著各地區的實施主體、理念、方法等因素，居家醫療在系統裡的位置也各異。不論是哪種形式，若無法充實居家醫療，就難以建構起「社區整合照護系統」，因此需要包含核心的計畫辦理單位，配合地區實際狀況，綜整出具彈性且適當的居家醫療形式。在這些活動中，「社區醫師」的功能就變得更加重要了。

結語

在高齡化急遽地改變社會結構的過程中，可以預料「支援生活」形式的居家醫療需求會愈趨增加。面對這個狀況，以家居環境為主，提供包含醫療、照護、社福

總結

- 在高齡化急遽地改變社會結構的過程中，可以預料「支援生活」形式的居家醫療的需求會愈趨增加。
- 以住宅為基本，為確保生活上的安全、安心、健康，不只是醫療或照護，包含社福服務等支援各式生活等服務，可以由日常生活的場所（日常生活領域）適切地提供地方的體制（社區整合照護系統）
- 需要建構能因應社區的高齡者數、醫療提供體制實況的軟性系統。

服務等各種生活支援服務，可以由日常生活的場所（日常生活領域）適切地提供地方的體制。建構這樣的體制，需要因應社區的高齡者數目、醫療提供體制的實況，彈性地對應，期許社區醫師能擔負起這個重要的任務角色。

參考文獻

- 1) 島崎謙治：社區整合照護系統 第七章居家醫療的現狀、理念、課題。國立社會保障、人口問題研究所研究機構編，慶應義塾大學出版 2013
- 2) 厚生勞動省報導發表資料：「社區整合照護研究會報告書～今後檢討的論點整理～」。2009年5月22日 <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/05/h0522-1.html>
- 3) 厚生勞動省網站：「有關居家醫療的進展」 http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/indez.html

4

社區醫師與多元職種協同合作

篠原醫院 院長 篠原 彰

面對高齡化社會的使命——
醫師在居家醫療的角色

前言

為了面對2025年的超高齡社會，2012年2月內閣會議決議「社會保障、賦稅一體改革大綱」之中，揭示要以確實實現醫院、病床機能的分化、強化與合作，居家醫療的充實與重點化、效率化以及建構社區整合照顧系統等為重點目標。大綱涵括的「醫療、照護改

表1

「社會保障・賦稅一體改革大綱」

平成24年2月17日內閣會議決定

(因應地方現況的醫療・照護服務提供體制的效率化・重點化與機能強化)

- 在高齡化更加急速推進的2025年，要實現的社會型態就是：不管住在哪裡，都有符合此人的適當醫療・照護服務。
- 推動預防接種・健檢等的疾病預防與照護預防。此外，生病時確實地接受「治療性醫療」的話，就能活得有尊嚴。

※根據第三章 具體性改革內容（改革項目與工程）「2.醫療・照護等①」摘要。

「社會保障、賦稅一體改革大綱」

平成24年2月17日內閣會議決定

- (1) 醫療服務提供體制的制度改革
 - 以急性期為主機能的強化，醫院・病床機能的角色切割分擔・合作的推展，居家醫療充實等為內容之醫療服務提供體制的制度改革。
- (2) 社區整合性照護體制系統的建構
 - 以盡量在熟悉的場域居住為基礎、持續生活為目標的社區整合照護系統（醫療、照護、預防、居住、生活支援服務等，需要照護者所合作之整合性支援）的建構。

※根據第三章 具體性改革內容（改革項目與工程）「2.醫療・照護等①」摘要。

革」，是由醫療提供體制的重新檢視，藉由醫療、照護雙方合作所建構出社區整合照護系統的兩大支柱（表1・2）。

此外，在平成25年度開始的社區醫療計畫中，重新顯示出「關於居家醫療應達成的目標、醫療合作體制的整備」，設置在厚生勞動省的居家醫療、照護推動計畫小組，也在平成24年度增列預算，根據平成25年度預算，相關局處一致總動員，實施「推動居家醫療及照護」政策（表3・圖1）。

像這樣根據國家政策，以實現社區居民在長久居住的地區裡享有必要的醫療、照護服務，安心生活為目標，對於擔任社區醫療重任的地方醫師會或社區醫

「有關醫療計畫的重新檢討」 ～「有關居家醫療的體制建構的指針」～

○有關居家醫療之醫療體制的充實・強化

⇒為了充實・強化在醫療合作體制當中，擔任居家醫療的醫療機關等，指出在醫療計畫裡已制訂的其他疾病・事業相同的「居家醫療體制建構的方針」，考量與照護保險事業（支援）的合作，透過道府縣之市町村區應達成的目標和政策的記載等，敦促醫療計畫實效性的提升。

○有關居家醫療範圍的設定

⇒居家醫療會因地方的不同，使得醫療資源的整備狀況和照護的合作模式差異，針對此情況做勘查，不限於過去的二次醫療圈，而是為了盡量在緊急狀況時的對應體制（重症除外）和醫療與照護體制合作的構築，因應市町村區單位和保健所轄區範圍等地區性醫療及照護資源等的實際情況，做彈性設定。

○有關每個疾病・事業的PDCA週期的演進

⇒為了每一種疾病・事業都能建構出有效率、有效果的醫療體制，需要提升醫療計畫的落實執行性。因此要在「醫療計畫製成方針」中標示出下列過程：

- ・首先，將所有市町村區可切入之指標等在大方針中給予定位，市町村區就採用這些指標並掌握現狀
- ・接下來，以已經掌握的現狀為基礎，從課題中抽出，設定解決課題時的數值目標，制訂達成目標的政策・事業
- ・此外，標示出進行定期作評價的組織（醫療審議會等）或期限（每一年等），進行政策・事業的進步狀況等的檢討，並且因應所需重新檢視政策、事業等
- ・最後，向居民公開這些資訊

師們，更加需要與地方核心醫院的功能分擔與醫療合作。此外，以扮演醫療照護合作關鍵人物的社區醫師為中心，努力強化居家醫療的功能，毫無疑問，將會是今後在超高齡社會裡地方醫師的重要課題。為了實現這個目標，每位會員醫師的意識改革與共識的建立是不可或缺的，同時需要牙科醫師、藥師、居家護理師、出院療養護理師或醫療社工、照管專員(照管師

居家醫療、照護的合作推展方向性

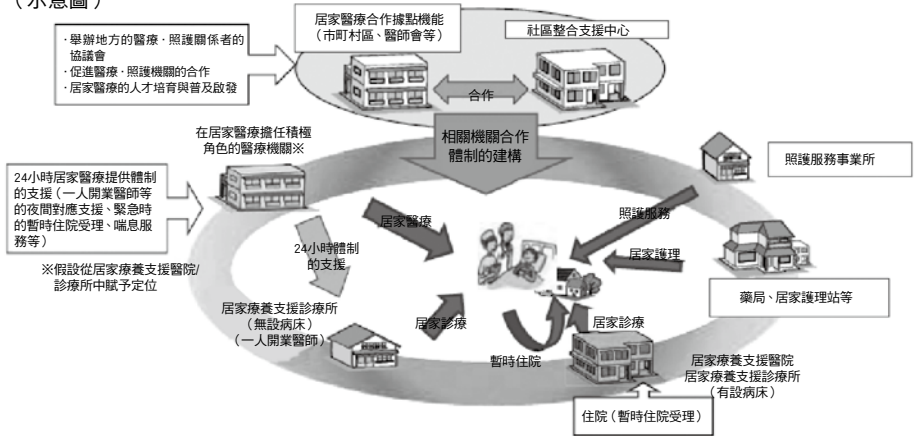
○就算生病，也能在自家等熟悉的生活場域療養，持續活出自我的生活。因此，需要地方上的醫療・照護的關係機關（※）合作，提供整合性且持續性的居家醫療・照護。

（※）支援居家醫療相關機關的實例

- ・在地的醫療機關（定期居家診療的施行）
- ・居家療養支援醫院、診所（設有病床）（緊急應變時暫時受理住院的施行）
- ・居家護理事業所（與醫療機關合作、服藥管理和點眼藥、壓瘡的預防、洗腸等的護理照護的施行）
- ・照護服務事業所（入浴、排泄、進食等照護的施行）

○因此，相關機關合作，透過多職種協同，能建構居家醫療・照護一體化的體制，以市町村區為中心，與地方的醫師會等緊密合作，同時建構地方相關機關的合作體制。

（示意圖）



根據厚生勞動省居家醫療・照護推展計畫小組「有關居家醫療・照護的推展」摘要

)、以及照護服務業者等諸多相關人士的合作與協助，醫師必須更全力以赴，負起地區醫療所有會員的責任。

本文除了提到有關今後全國(都道府縣的)市町村區(比照國內的鄉鎮區層級)所進行的「社區整合照護系

統」裡社區醫師的功能，同時也以靜岡縣醫師會居家醫療推動中心所實施、針對其他相關職種的問卷調查為參考資料，關於居家醫療裡多元醫事職種協同所發現的問題點，希望能對往後的政策考察有所助益。

社區整合照護系統與地區性照護會議的實際狀況

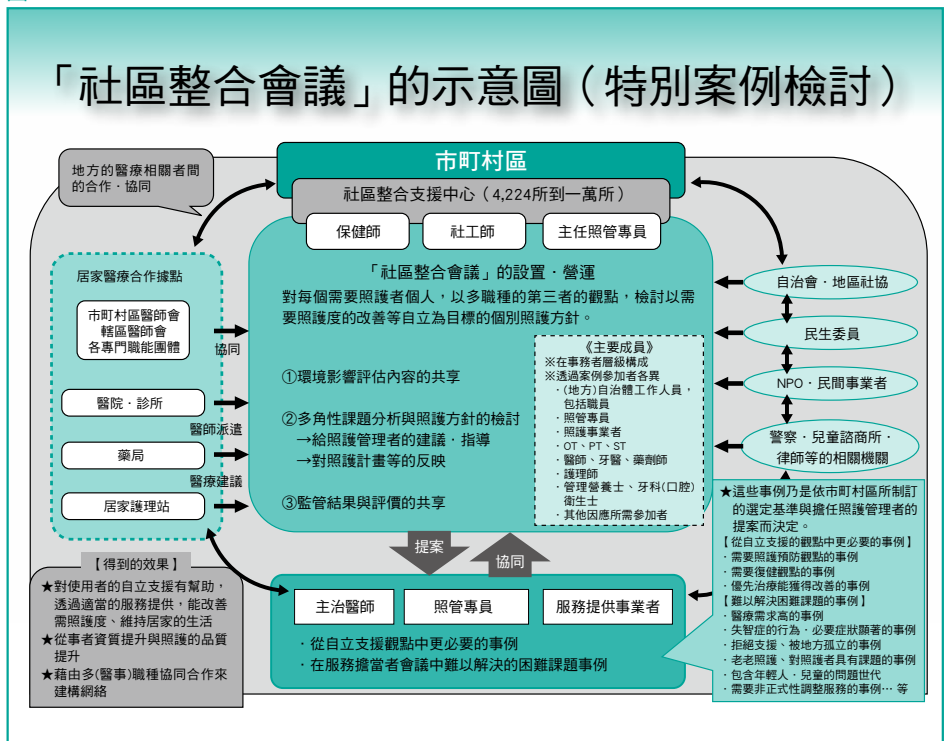
就算高齡者到了需要照護的狀態，也希望到人生終點都能在已經習慣長住的社區裡持續生活。為此，期望市町村區的保險業者可以考慮地區特性，建立包含居家環境、醫療、照護、預防、生活支援等，全面性提供社區整合照護系統。

社區整合照護系統的實際情形並非系統而是網絡。核心就是市町村區或社區整合支援中心，也可能是地方醫師會或老人保健設施等，因應地方的實際狀況而考量各種情形；不過，理所當然地至少要和鄉鎮城市有密切關係。

此外，考量我國一年間會增加1兆日元的社會保障費用，今後恐怕無法期待會增加需要且足夠的病床數和設施。尤其是在往後10年間高齡化急劇進展的大都會圈，確保高齡者的居住用地與居家醫療的推進，乃是具有急迫性的課題，落實建構社區整合照護系統的政策是當務之急。

為推動社區整合照護，社區整合支援中心藉由召開「地區照護會議」來推動多元職種協同合作，是非常重要的因素。地區照護會議定義為：①支援社區高齡者的相關團體或機構的代表者會議②多元職種的專業人士所參加的困難案例檢討會議。為了能持續營造地區的機關、團體網絡，同時也以照護管理的教育支援為目的。此外，應普及並穩固地區照護會議，例如：參加居家醫療合作據點事業的市町村區或醫療機

圖2



構等，應該在鄰近市町村區裡召開的地方照護會議之中，派駐專職負責人等，勘察並檢討地區的實際狀況（圖2）。

地方照護會議裡的醫師會或家庭醫師的責任角色

地方醫師會或社區醫師與地方照護會議的關聯是，醫師會幹部們以社區醫師的代表身分參加所有的會議，對每個社區醫師而言，不同於以主治醫師的身分出席自己的病患所需要支援與照護時的檢討會議，而是期望站在社區醫師的立場，在社區整合支援中心隨機抽選出的困難案例檢討場合中，能以醫療現場代表的身分參加。

對地方醫師會或社區醫師而言，在居家醫療方面的積極努力是刻不容緩的，但居家醫療也不可能單靠醫師一個人完成。在針對需要照護認定者服務的負責人會議上，要充分認知與醫療人員或照護人員的多元職種協同合作的必要性。從現狀來看，依各地不同的情形，社區醫師投入的狀況有很大的差異。身為社區醫師，對於地方照護會議的積極參與，是大眾期待對意見領袖應努力成為推動多元醫事職種協同合作的契機（表4）。

社區整合照護會議與家庭醫師

- 社區整合照護與其說是系統，不如說是網絡，多職種(醫事)之間面對面是很重要的
- 醫師會會員等需做為家庭醫師代表，參與全體會議
- 對於遭遇困難的事例，需以醫療職種(系)的身分參加社區照護會議
- 需理解社區整合照護中心與居家照護支援事業所等合作的必要性，但是地方差異性很大
- 對於地方照護會議的積極參與，是大眾所期待對意見領袖應努力成為推動多元職種協同合作的契機

其他醫事職種對家庭醫師的期待

以「社區醫師與多元醫事職種協同合作」為主題，靜岡縣醫師會正致力於同縣地區醫療再生計畫，在靜岡縣居家醫療推動中心裡，針對參與企劃營運的居家療養相關的多元職種關係者們，進行以「對社區醫師的期待」為主題的問卷調查。

居家護理師、出院準備護理師、照管專員、醫療社工、牙科醫師、藥劑師等各職種の共同期望大致分成：

1. 對於各職種於居家現場能達成的任務角色，能正確地理解並積極活用。
2. 希望社區醫師積極地帶領大家在多元職種協同合

作上多加努力。

3. 希望社區醫師可以認知到相關職種同仁是重要的夥伴，能從分享病患的資訊開始，繼而彼此信賴並活用大家的能力。
4. 希望能定期出席服務負責人會議或相關職種的意見交換場合，表達治療方針或見解。
5. 希望社區醫師可以加深對臨終服務的理解，努力整合居家臨終體制（表5）。

表5

其他職種對社區醫師的期待① （各職種共同的期望）

- ①各職種對於居家現場能達成的任務角色，能正確地理解並積極活用
- ②希望社區醫師積極地帶領大家在多元職種協同合作上多加努力
- ③希望社區醫師可以認知到相關職種同仁是重要的夥伴，能從分享病患的資訊開始，繼而信賴並活用大家的能力
- ④希望能定期出席服務負責人會議或相關職種意見交換之場合，表達治療方針或見解
- ⑤希望社區醫師可以加深對臨終服務的理解，努力整備居家臨終體制

此外，因職種的不同，各別職種有不同的意見，以居家護理師的立場來看意見如下：

1. 希望能理解居家護理和照護的差異，並活用在地的居家護理站。
2. 有關採取共同診療方式的合作醫師與居家護理師間的合作，希望社區醫師能共同分享資訊。
3. 在臨終期時，希望能配合使用者的狀態進行醫療，希望能有取得家屬同意、可以自然地處理臨終服務的社區醫師。

在臨終期時，希望可以藉由醫師和居家護理師間良好的分工合作，將確認死亡徵兆的工作委託居家護理師進行，使得夜間出診的負擔減輕，同時能受理更多的臨終服務（表6）。

表6

對社區醫師的期待② （居家護理師）

- ① 希望能理解居家護理和照護的差異，並活用地方的居家護理站
- ② 有關採取共同診療方式醫師與居家護理師間的合作，希望社區醫師能共同分享資訊
- ③ 在臨終期時，希望能配合使用者的狀態來進行醫療，希望能取得家屬同意，社區醫師可以自然地處理臨終服務
- ④ 在臨終期時，希望可以藉由醫師和居家護理師間良好的分工合作，將確認死亡徵兆的工作委託居家護理師進行，使得夜間出診的負擔減輕，同時能受理更多的臨終服務

從支援出院護理師的立場所獲得的意見如下：

1. 需要在出院會議聚集各相關職種人員，增設定期討論。
2. 有關在不明瞭病患的存活意志與否的狀態下進行病患不期望的急救醫療措施問題，希望能在居家療養時，與病患及家屬取得共識。

地區性醫療協同合作室工作的醫療社工的意見則是：希望地方醫師會等處設置如綜合醫院門診整合服務的醫療社工，以便銜接醫療、社福、照護空隙間的相關工作（表7）。

表7

對社區醫師的期待③ (出院準備護理師・MSW)

從出院準備護理師的立場

- ①需要在出院會議聚集各相關職種人員，增設定期討論的場合
- ②有關在不明瞭病患的存活意志與否的狀態下進行病患不期望的急救醫療措施，希望能在居家療養時，與病患及家屬取得共識

從地方醫療協同合作室工作的醫療社工立場

- ①希望地方醫師會等處設置像綜合醫院的門診整合服務一般的醫療社工，以便銜接醫療社福照護銜接空隙間的相關工作

從照管專員的立場來看：

1. 希望能確實理解長期照護保險的規定與長期照護服務的內容。
2. 希望提到專門的醫學用語時，可以用容易理解的語言表達。
3. 因為不好意思去麻煩業務繁忙的社區醫師，要拜託和聯絡都很困難，希望能夠有明確的聯絡規範，建立方便聯絡的制度。
4. 希望在地方醫師會的單位裡，能有社區醫師和照

表8

對社區醫師的期待④ (照管專員)

- ①希望能確實理解長期照護保險的規定與長期照護服務的內容
- ②希望提到專門的醫學用語時，可以用容易理解的語言表達
- ③因為不好意思去麻煩業務繁忙的社區醫師，要拜託和聯絡都很困難，希望能夠有明確的連絡規定等方便聯絡的制度
- ④希望在地方醫師會的單位裡，能有社區醫師和照管專員相互交換意見的場合
- ⑤希望可以理解身為團隊成員，共享病患資訊是必要的

對社區醫師的期待⑤ (牙醫師、藥劑師)

從牙醫師的立場

- ①希望社區醫師在出診時，也能順便檢查病患的口腔狀況
- ②希望能理解口腔疾病和全身疾病是相關連的

從藥劑師的立場

- ①為了避免重複用藥、併用禁忌、忘記服用等，且為了適當管理藥物，希望能更加活用藥劑師
- ②藉由得知有關開藥記錄、疾病名稱、檢查資料等病患相關資訊，能對病患進行即時的用藥指導或高風險的藥物管理
- ③希望在出院會議或居家指導時，考慮讓藥劑師參加

管專員相互交換意見的場合。

5. 希望大家可以理解，身為團隊一員，共享病患資訊是必要的（表8）。

此外，從牙科醫師的立場來看：

1. 希望以社區醫師為中心，致力於相關職種の協進促動。
2. 希望社區醫師在出診時，能順便檢查病患的口腔狀況。
3. 希望能理解口腔疾病和全身疾病是相關連的。
4. 希望召開有關多元職種の研修會或講演。

從藥師的立場來看：

1. 為了避免重複用藥、併用禁忌、忘記服用，以及適當管理藥物，希望能更加活用藥師。
2. 藉由得知有關開藥記錄、疾病名稱、檢查資料等病患相關資訊，能對病患進行即時的用藥指導或高風險的藥物管理。
3. 希望在出院會議或居家指導時，考慮讓藥劑師參加（表9）。

結語

在高齡者醫療領域裡，需要將觀點從「治療疾病」轉換成「支援人生與生活的醫療」。社區整合照護的推動，對全國市町村區來說，絕對是重要的課題，需要身為提供醫療服務的地方醫師和家庭醫師共同合作。

在先進地區的千葉縣柏市裡，市長率先帶頭和柏市醫師會合作，實施推動社區營造的「柏計畫」，其中包含以社區醫師為中心的社區整合支援中心、居家護理、團體家屋等附設具綜合機能的社區設施。在建構社區整合照護系統或推動多元醫事職種協同合作時，希望全國都能以這樣積極的態度來努力，也期待來自市町村區的醫師會、地方醫師會或家庭醫師能展現出

積極的行動力。

居家醫療絕不是光靠醫師一個人就能完成的工作，最重要的是要靠居家療養的病患和相關多元醫事職種每位專業者之間的合作幫忙。最重要的是要在市町村區所實施的社區整合照護系統裡，以身為關鍵人物的社區醫師為中心，建構相關醫事職種の網絡，打造雙向聯繫的合作體制，因應各種狀況。

在靜岡縣以醫療職系為中心的其他職種の問卷調查裡得知：雖然對社區醫師有諸多期待，但大多是期望能夠建構以社區醫師為中心，加深相互的理解、立基於信賴關係上的聯絡合作體制。其中不易查覺的重要觀點，或是許多可以立即著手進行的意見和要求，希望都能以市町村區的醫師會和地方醫師會為中心，盡快進行檢討改善。

此外，日醫總合研究所定期實施的「國民對醫療的滿足度調查」的結果得知：社區醫師的病患滿意度非常高，地方需要支援照護的高齡者幾乎毫無例外地全都擁有社區醫師。對社區醫師來說，積極地關照有長照需求的病患是理所當然的。

今後在全國的市町村區應該推行的社區整合照護系統，也希望大家不負眾望謹記自身責任重大，是社區醫療的重要角色。

近來，部分民間業者高齡長照的新商業模式引發出問題，若是平常在社區裡就有地方醫師會、家庭醫師和社區整合支援中心、照管經理、居家護理師等合作網絡的話，就能拒絕從高齡者身上圖利的不肖業者。

5

高齡者的居家醫療

①腦中風與復健

東京都復健醫院

醫療社福合作室 地方復健科 科長 崛田富士子

面對高齡化社會的使命——
醫師在居家醫療的角色

前言

腦中風為需要照護原因的第一名，「臥床」是在居家醫療當中最容易遇到的情況。復健在管理機能改善和維持方面，佔有最重要的位置，這些是眾所周知的事實，然而所需的專門病床與專門醫事職種數仍在不足的狀態。某份報告¹⁾觀察指出：腦中風的病患有一半以上是從急性期醫院直接出院回家。住院天數有縮短的傾向，而高齡者大多有多樣化障礙等問題，多數的案例都是直接出院回家，因此有潛在性復健的必要，且有用的症例很多。

有關高齡腦中風病患的居家療養管理，要從復健的角度切入觀點。

腦中風發病後的歷程

腦中風管理，如圖1的縱軸所示：需要有良好的醫療與復健、照護及社福。此外，顯示在橫軸上的時間

軸，常使用「急性期」（發病後2週～2個月左右）、
「恢復期」（2個月以上6個月後）、「維持期」等字眼。

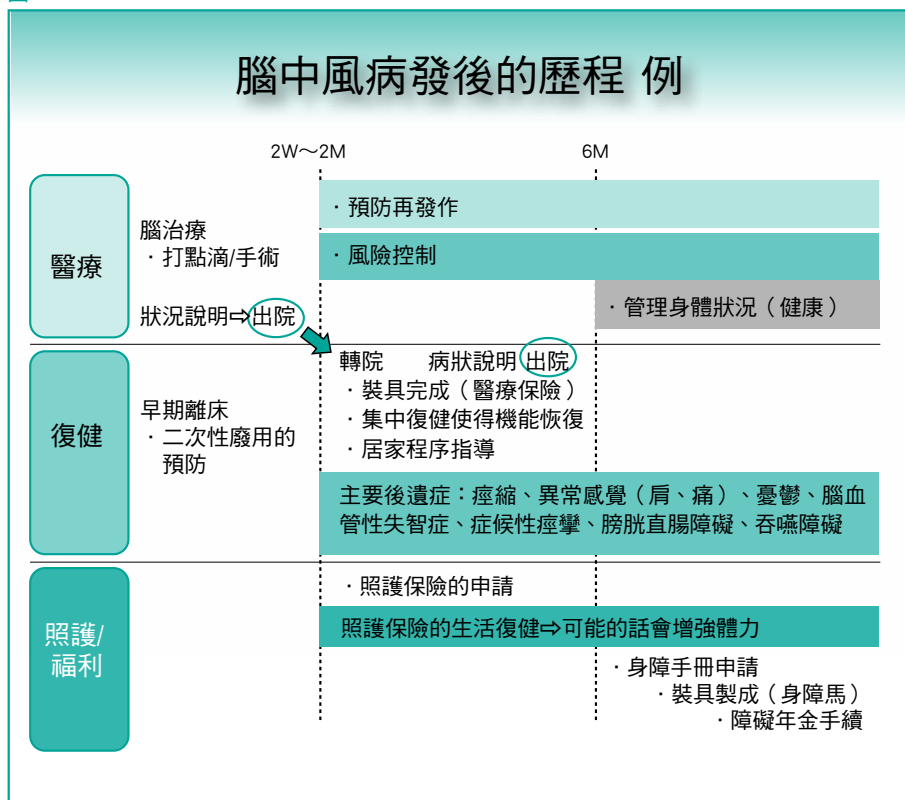
發病初期以在急性期醫院治療為優先。因為不動，為了預防肌肉組織的變性，要及早在床上開始做復健訓練。之後為了四肢功能的恢復，以早期離床為目標，從在床上進行抓握開始進行到移位訓練。真正的復健訓練希望至少能坐在輪椅上維持30分鐘。

有些病患會在恢復期轉至所謂的復健專門醫院。轉院後要開始利用並準備預防再發病的醫療與復健、照護保險等社會資源以及促進自立支援。腦中風的復健，其機能管理大概在三個月左右會達到高峰^{2) 3)}，建議要將這段期間當作黃金期，集中進行復健。

然而，也有報告指出：轉院至恢復期復健醫院的病患，未達30%。原因在於有重度內科問題、或是需治療2個月以上的病患佔一半以上，且多數是虛弱的高齡者。報告顯示有原本就體力不足、且合併其他疾病的重度症問題，同時還有住院相關機能障礙⁴⁾（因入院而產生情緒不穩、食慾不振、失智症惡化等，引發其他機能障礙、阻礙自立）的高風險。

為了要在某種程度上理解腦中風的發病部位與時間經過所引起的可能性後遺症和問題點，需要多加思慮

圖1



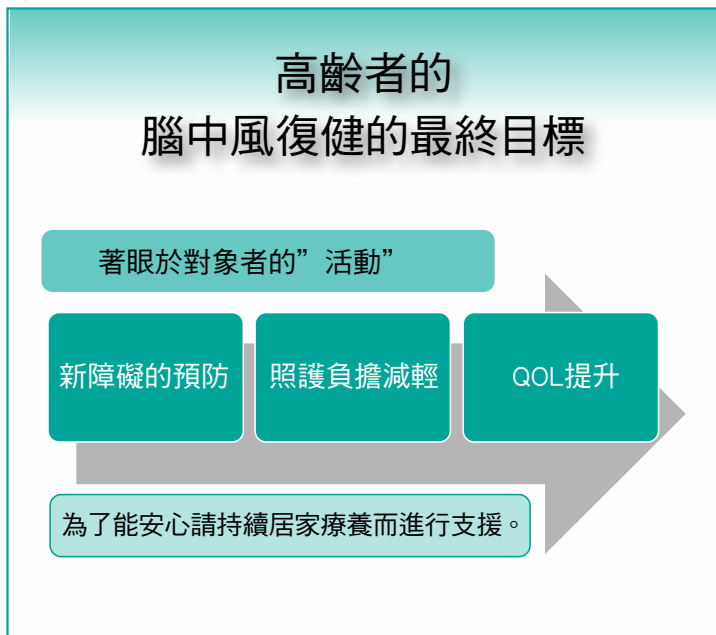
考量。如圖1所示：一旦發病之後，隨著時間，會有各種醫療、復健、照護的問題產生。是否有和復健專門職接洽是很重要的，圖1所顯示的是主要後遺症，無關年齡，散見在歷程當中。不過，因為有些高齡者在腦中風發病以前就被認定有老年症候群，有些不是因腦中風引發的障礙、或是無症候性的腦障礙，都可能隨著腦中風而重新產生問題，需要注意進行全面的管理。

高齡者的腦中風復健目標

所有照護保險相關醫事職種的共同目標，就是為了讓復健者能持續性安心地居家療養。其中，高齡者腦中風後期的復健目標有三點，如圖2。

大目標就是要提升生活品質。特別是腦損傷引起的局部麻痺等運動障礙，會阻礙全體活動。身體不能動的話，對所有生物而言都是生死攸關的事。精神性的活動會逐漸下降，產生臥床等負螺旋曲線。切斷這樣的曲線，就能重新「活動」。

圖2



如果無法行走、無法出門散步，那就活用輪椅。一直躺在床上的話，心也無法活動。起身看看電視、讀讀書，以想做且能夠做的事情為主軸來幫助活動，這就是復健。

接著，下一個目標就是減輕照護的負擔。高齡者就算是微小的腦部損傷，也可能產生重大的障礙，以至每一個動作都需要幫忙。可以的話，以增加本人配合動作的方法來進行訓練。例如：換尿布時挺起腰、從床上移動到輪椅上時，照護者只要抓準時機幫忙扶著、抬高等。此外，也需檢討設定易於照護的環境，進行病床的引進、家具的配置、多樣化輪椅的選擇與

圖3

為了決定實踐目標

評估「障礙」	「能做的事情」有什麼
<ul style="list-style-type: none">· 妨礙活動的事項· 障礙是「生存困難」的全部	<ul style="list-style-type: none">· 殘存能力

國際生活機能分類ICF
International Classification of
Functioning, Disability and Health.
WHO 2001

**復健之心
以（看見障礙的心）
守護著**

使用方法的指導等。

再來就是要預防障礙。特別要多加留意是安靜、臥床所引起身心皆認定的廢用性。

如何展開復健？

最終目標如前述，但決定個別的實踐目標時，要確認使用者和照護者的需求及想做的事，必須要評定現在能做的事與不能做的事。

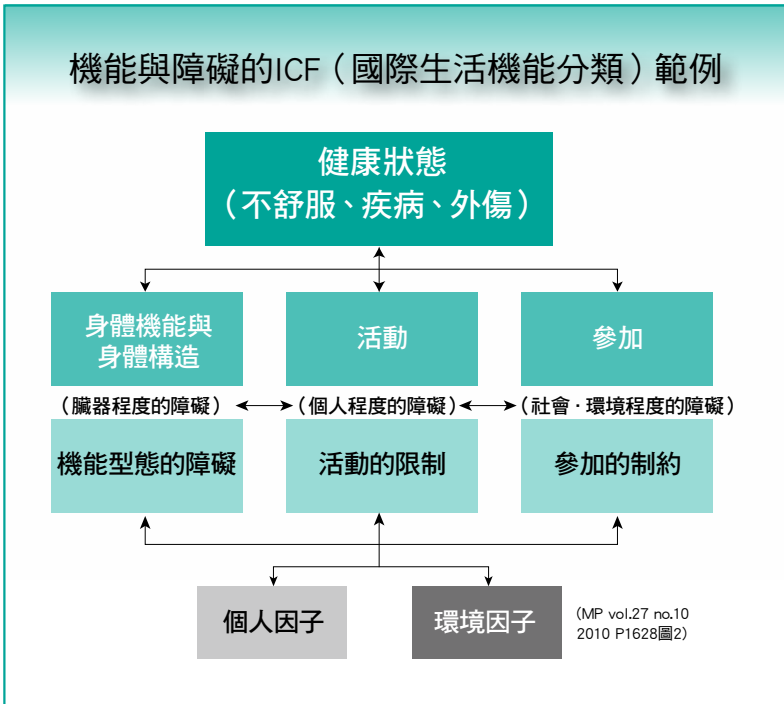
將妨礙這些活動的都評定為障礙。WHO將「生活上的困難」皆定義為「障礙」，2001年國際生活機能分類（ICF；International Classification of Functioning, Disability and Health）採用此定義。顯示出這指的不僅是單一疾病（圖3）。

「疾病對個人所帶來的不經濟，是疾病本身所引起的機能型態障礙、活動限制和參與社會的制約，這些都與個人因素和環境因素形成複雜的網絡」，上述就是WHO的ICF原型。透過將各個事項做正確詳細的分類，進而能掌握「架構」的方法最受推崇（圖4）。

然而，高齡者有許多「機能型態障礙」與其衍生的「活動限制」，該如何達成目標呢？需要做全盤性的考量。

例如：可以試著從高齡者的腦中風所引起的「機能

圖4



型態障礙」進行考量（圖5）。以綠色顯示的四大項障礙（身體障礙、精神面障礙、腦幹系障礙、排泄障礙）皆為腦中風所引起的「機能型態障礙」。不過，因為高齡者在腦中風發病之前就存在「機能型態障礙」（灰色的兩項目），所以就算同樣是腦中風，也會有不同的複雜性障礙。

希望這些隨著所有「機能型態障礙」所衍生的「活動限制」，例如：因為右半邊麻痺而無法進食、無法行走，或是因為「參與的制約」而無法出門散步、無

法去旅行等個別問題能受到重視，包含非正式性服務等都能有必要且柔軟性的對應。

日常生活動作的評定方法 ADL; activities of daily living

以障礙所引起的「活動限制」為指標，用來「診斷日常生活動作自立度」的方法，就是「ADL評價」。這種評價方法在建立復健目標時非常有效果，也是復健醫療當中最基本的核心概念。

一旦有機能型態障礙，ADL會降低，成為需要照護的層級。然而，就算殘存著機能型態障礙，也還能

圖5

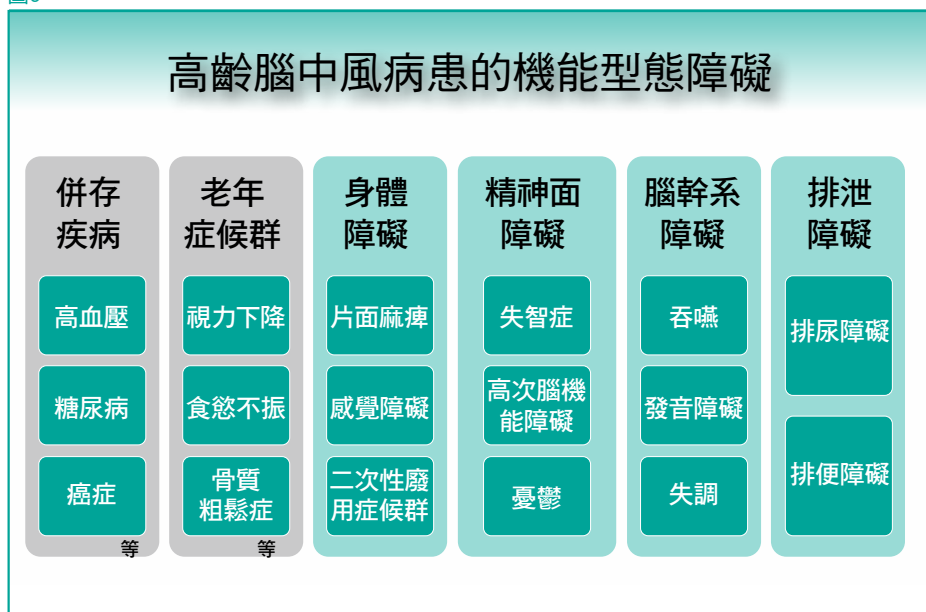
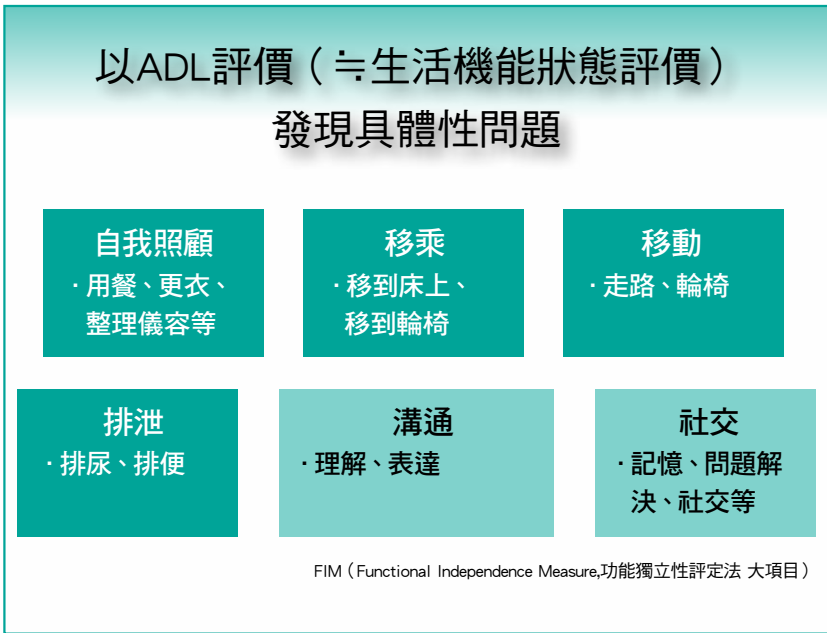


圖6



因為動作而能自立自主。例如：因為右半邊局部麻痺而無法行走時，就算是在右邊的上下肢無法治癒、無法活動的狀態下，只要能夠以其他型態學會身體的動作，就能移動。因此，機能型態障礙被視為有別於ADL。換句話說，學會新動作的ADL訓練可說是「運動學習」。

圖6顯示的就是代表性的ADL評定方法「機能性自立度評價法（FIM；functional Independence Measure）」⁵⁾的六大項。雖然無法詳細了解此評價方法，但得知分成運動項目四項（顯示為深綠色、13項

目)、認知項目兩項(顯示為淺綠色、5項目),其架構就是能夠對基本生活機能狀態進行評價。當不知道如何診斷生活機能時,可參考此評價方法。

圖7

障礙程度別復健達成目標(具體例)

障礙的全體像 需要照護度	輕度 支援1・2	中度 需要照護1・2・3	重度 需要照護4・5
復健介入的目的	健康、製造體力	引發淺在能力、擴大活動範圍(ADL的擴大)	為了清潔等而對照護有助益
麻痺・補裝具等	無裝具、實用手	以步行為目的,需要拐杖或短下肢裝具	以移乘為目的,使用短下肢裝具,以輪椅移動
具體的復健計畫	直線行走、散步 利用大眾交通工具、外出、家事、復職支援等	ADL訓練(利用廁所、浴室、外出準備等)透過直線行走或步行,強化體力	照護方法檢討指導(床上動作、移乘) 照護所需的關節可動區域或動作確保
能利用的照護保險的復健服務	門診復健 出診復健	門診復健 出診復健	出診看護 出診復健

環境設定(社福用具利用或住宅修繕)/社福照護的社會資源的活用

實際生活的復健

從掌握「活動」的狀態、支援QOL的提升等觀點，將達成目標的方法以障礙、照護程度別的方式顯示於圖7。

如果照護程度為需要支援1、2程度，障礙程度為輕症的話，目標就是預防新障礙，以本人想做的事情為中心，對於會成為腦中風後期的後遺症問題的筋攣和腦血管性的失智症等多加留意即可。在維持活動的狀態下，接著要對照護保險所需服務的利用多加檢討。

需要照護1、2、3程度為中度障礙，個別差異性大。有些症例可期待透過所謂的機能訓練來改善與擴大ADL，在可能的範圍內，接受以復健專科醫師為首的復健專家建議。如果復健專家不在場時，以安坐在座位上為目標來進行評價即可。無法坐在座位上時，則以在能坐起的床上進行動作、起身、翻身等狀態進行評價，為了能獲得配合動作而進行訓練的檢討。

有關生活動作，肌力的問題雖然很大，但無法有具體性指標。筆者是以測量握力的方式，測量潛能。6) 7) 8)

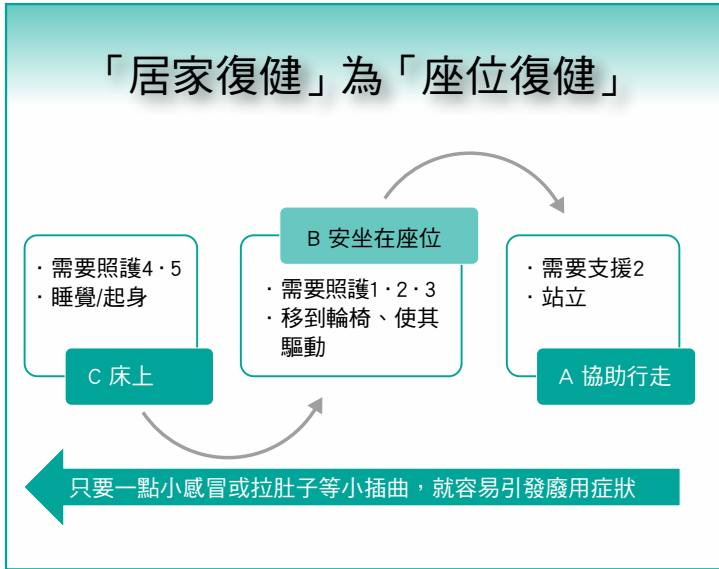
如果無法安坐在座位上，躺著也可以。綜合地握住握力器也能夠進行認知面的評價。雖然實際的握力數

據不同，但是80歲男性目標為25公斤、女性為10公斤左右。筆者的經驗是，當沒有麻痺症狀且大致上能夠隨意運動時，如以一般握力器測出5公斤時，就需要進行考量，可以學習的方式進行動作訓練。實際上，短期間的訓練可能讓動作進步，但是很少會增加握力，長期才會實際增加握力，對使用者是一種鼓勵。

需要照護4、5的病患，多數為醫療依賴度高的病患，因此希望除了照護方法之外，還要有全面性的診療菜單。例如：為了要方便更換襯衫，要進行肩、肘等可動區域的運動；為了方便更換尿布，進行股關節可動區域的運動，頸部和軀幹也要能拱起。如果持續臥床，在床上能進行的抓握，一旦坐起來就會變得困難，所以能坐起來的機會越多越好。

對於居家療養而言，能安坐在座位上，具有重大的意義（圖8）。在出診處進行療養時，如果能夠確認被照顧者每天用什麼樣的姿勢生活、每天花多少時間起身，就容易檢討日後的活動和復健的目標。虛弱高齡者如果在ADL的維持與擴大的狀況下，盡可能安全地坐在輪椅上一段時間，就可能可以外出，如果能在自家出出入入的話，就可檢討是否能利用照護保險的出診服務。坐在座位上能夠刺激腹肌、背肌、上肢肌肉，提升覺醒度，坐車移動也能促進配合動作。

圖8



此外，就有離開床進食的可能性，也有可能對攜帶式便盆的使用和入浴動作進行檢討。這些都會刺激精神面，且與大目標的QOL提升和減輕照護量有關（圖9）。

為了高齡腦中風者的QOL提升支援

眼睛看不見的障礙當中，心的問題也很重要。有報告顯示腦中風後期憂鬱症的可能性會增加⁹⁾，因此希望醫療者積極尋求相關性。

就算不是重度障礙，對高齡者而言，罹患腦中風以及因腦中風而無法活動後，會有很大的喪失感。不僅是運動、麻痺等感覺障礙，還有排泄、吞嚥等障礙產生與生活直接相關的問題，可能會在日常生活活動中帶來非常大的限制。現階段雖然無法克服所有的障礙，但是，病患就算是高齡，也能和這些障礙一起活出自我。此時，醫療者的同理心是非常大的力量。

圖9

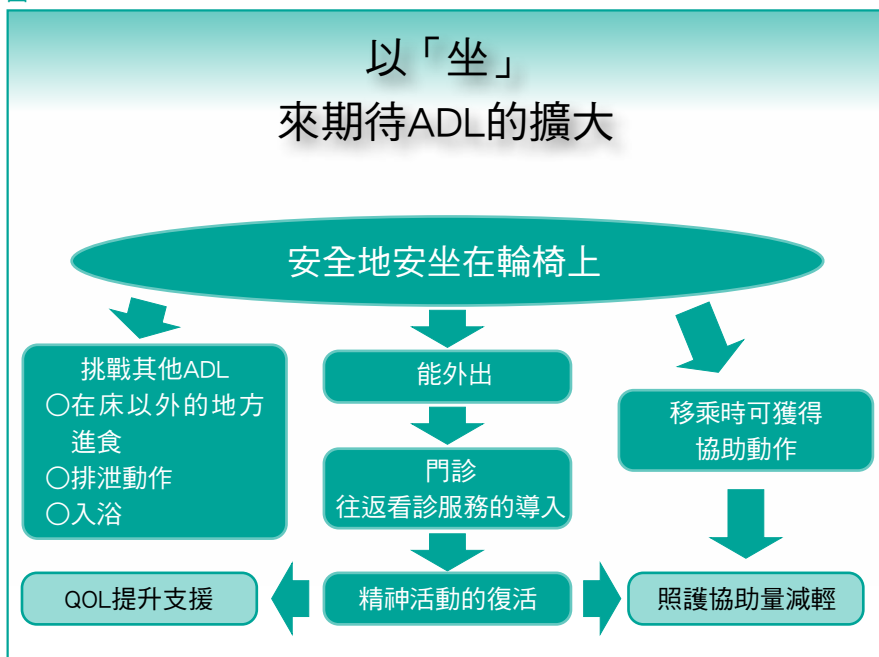
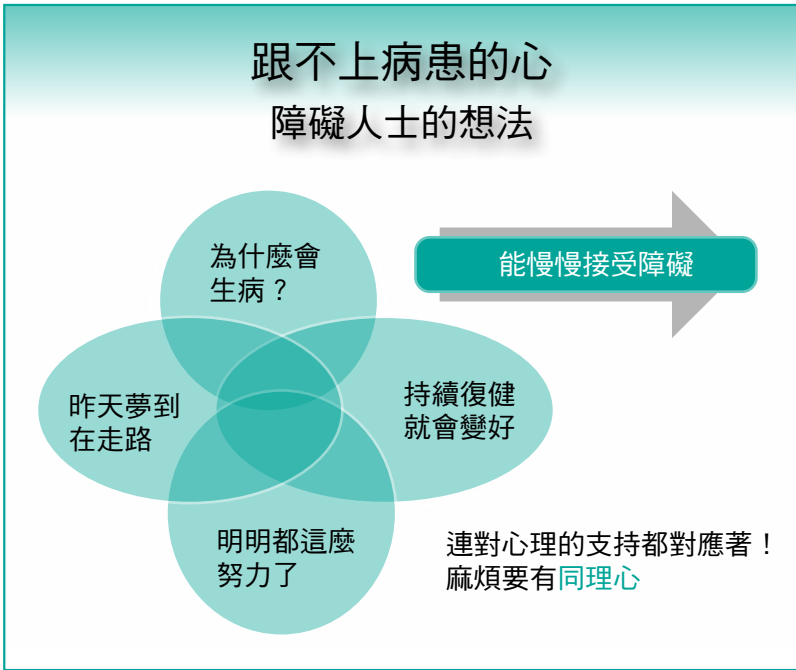


圖10



結語

透過2000年開始的照護保險，而製成主治醫師意見書，將生活機能評價變成現今家醫的職務。不僅是拯救生命，而是以看顧生活的介入照護來提升診療品質與病患的QOL。要達成復健的目標，「座位」是重點。雖然以能做的事情為主軸來測量其潛能很重要，但是，必要時也可對醫療保險或照護保險的復健專門職種的商議等進行檢討。

需要照護原因第一名的腦中風病患的居家療養，需

要一邊進行風險管理、一邊在早期的絕佳時機進行各種具有復健觀點的服務，如此一來，可抑制不活動而造成的二次弊害，且能夠持續進行生活復健的節奏。希望社區醫生能扮演領導者的任務角色¹⁰⁾。

參考文獻

- 1) 平成24年度第一回 東京都復健協議會 資料2：腦中風醫療相關的實態調查（速報值），2012.
- 2) Jorgensen HS et al. :Outcome and time course of recovery in stroke Part I & II: Outcome(1), Time course of recovery(II) The Copenhagen Stroke Study. Arch Phys Med Rehabil76:399-412. 1995.
- 3) Kwakkel G et al. :Impact of time on Stroke37:2348-53. 2006.
- 4) Covinsky KE, Pierluissi E, Johnston CB.:Hospitalization-associated disability:” She was Probably able to ambulate, but I’ m not sure” . JAMA306(16):1782-93.2011.
- 5) 千野直一編：現代復健醫學.p206-207，金原出版,2011.
- 6) 大塚友吉,其他：高齡者的握力-測量法與正常值的檢討-.復健醫學31：731-735,1994.
- 7) 牧迫飛雄馬,其他：為了需要照護者而開發Bedside Mobility Scal：信賴性與妥當性的檢討.理學療法學 35（3）：81-88,2008.
- 8) Chino N, Sonoda S, Domen K et al.:Stroke impairment assessment set (SIAS):有關新腦中風機能評定法.日本復健醫學會誌31（9）:119-125,1994.
- 9) 筱原幸人,其他編：腦中風治療方針2009.p338-40,協和企劃,2009.
- 10) 堀田富士子,里宇名元：復健醫學與實地醫學的任務角色.Medical Practice27（10）：1618-1622,2010.

5

高齡者的居家醫療

②肺炎 COPD

醫療法人社團 Pallium Clinic川越 副院長 中島一光

面對高齡化社會的使命——
醫師在居家醫療的角色

前言

迎接超高齡社會，無法前來門診的高齡病患的出診和居家拜訪診療的需求的確增加了，但是居家能夠實施的檢查和治療有限，在這當中，該如何應對肺炎與

表1

聽診

1. 正常呼吸音
 - a. 肺泡呼吸音
聽得到肺的末梢在吸氣時的強烈低調音
 - b. 支氣管呼吸音
在比較粗的氣管發生的呼氣時的強烈高調音
2. 異常音
 - a. 斷續性RA音
 - ①coarse crackles：水泡音（咕嚕咕嚕、咕啾咕啾）
伴隨支氣管炎的痰等分泌物所產生的呼吸初期可聽到的粗低音
 - ②fine crackles：捻髮音
因為間質性肺炎而產生像毛髮相互摩擦般地吸氣後可聽到的細高音
 - b. 連續性RA音
 - ①wheeze：笛樣音（哮鳴聲、咻咻）
氣喘發作時或強制性提早呼氣時可聽到的連續性高音
 - ②rhonchi：鼾樣音（咕咕、嗚嗚）
因為比較粗的氣管的分泌物滯留而發生的，咳嗽之後會有減弱、消失的低音
 - c. 其他
 - ①胸膜摩擦音：（就就聲）
在胸膜等胸壁上相互摩擦後而發生的，吸氣、呼氣時可聽到連續音
 - ②stridor：（喘鳴聲）
從喉嚨等胸廓外的氣管狹窄部位而發生的，吸氣時可聽到連續音

表2

聽診的要點

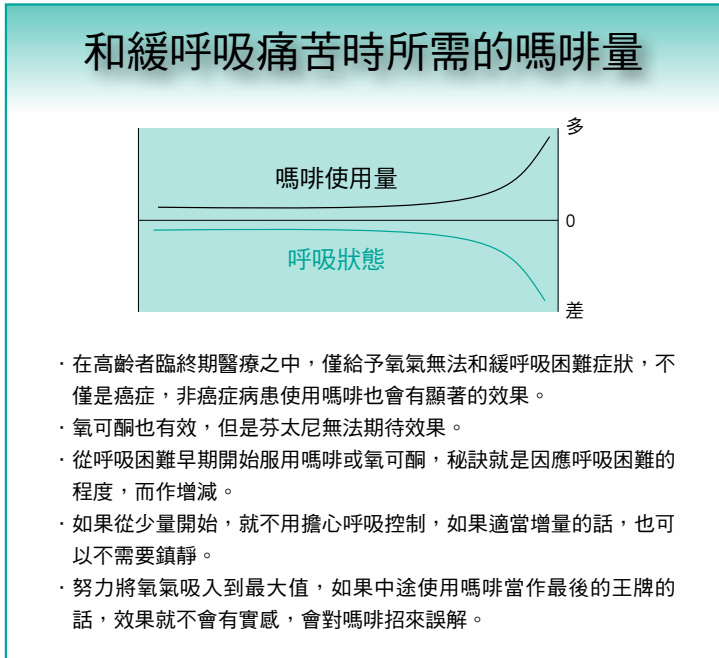
- 掌握平時的聽診所見
- 比較左右：氣胸、胸膜積液、肺擴張不全、肺炎
- 呼吸音的降低：
 - 空氣進不去（肺擴張不全、肺炎、胸膜積液、氣胸）
 - 無法傳達（胸膜積液、氣胸）
- 肺末梢的支氣管呼吸音
 - 肺硬化時（肺炎、肺擴張不全等）
- 背側部的聽診
 - 在肺底部的fine crackles（肺線維症、間質的變化）
 - 強制呼氣時所增強的wheeze（喘氣）
 - 咳嗽後消失的rhonchi（支氣管內分泌物）

COPD（Chronic Obstructive Pulmonary Disease）呢？基本上，就是要活用眼耳鼻口，即：問診、聽診、視診、嗅覺、溝通。

適當的問診是診斷的捷徑，這些依據對聽診有用（表1）。由於高齡者過去的症狀有個人差異性，要診斷與日常之間的變化。交叉比對左右，同時對前胸部位、側胸部位、背部進行上中下聽診。特別是背部的聽診很有用，不可省略（表2）。

在呼吸不全的診斷當中，脈搏血氧飽和度分析儀是重要的寶物，但是氧氣飽和度與呼吸困難感時常會背離。無須考慮「因為氧氣飽和度佳，應該就不會感到痛苦」，最終都得和緩病患的自覺症狀（圖1）。相

圖1



反地，慢性呼吸不全病患已習慣低氧，居家氧氣療法（home oxygen therapy；HOT）之中，實際上也有許多不靠氧氣生活的病患。吸入氧氣不會使QOL降低，但是需時常重新檢視起先是否適應居家氧氣療法（表3）。

居家高齡者的肺炎對應

1. 診斷

高齡者肺炎當中有加上感染症的肺炎、以及由吞嚥障礙引發誤嚥性肺炎。前者被視為社區型肺炎（community-acquired pneumonia），可參考日本呼吸

呼吸不全與呼吸困難

在宅氧氣療法的適應

PaO₂為55Torr以下者，以及PaO₂為60Torr以下，睡眠時或運動負荷時有顯著的低氧氣血症，被醫師認定有必要進行居家氧氣療法者。根據適應病患的判定，從SpO₂推測，使用PaO₂無妨。

1. PaO₂ 60Torr=SpO₂ 90%
2. 低氧氣血症與呼吸困難感經常乖離
3. 對病患而言，改善呼吸困難是很重要的

器學會的「社區型肺炎診療方針」對應之。後者與用餐時的顯性誤嚥相比，餐後經管營養的逆流和睡眠中的唾液引發的不顯性誤嚥，發病時不易了解。最重要的是要從發燒、呼吸數增加、脈搏跳動頻繁、食慾降低、病懨懨等的狀態變化來懷疑肺炎。

2. 注意結核

要考量到高齡者常有結核的可能性。特別是過去有結核症狀但治療履歷不清楚時，需多加留意。由於高齡者無法說結核菌素反應與QuantiFERON(QFT)檢查有用，因此當有疑慮時，務必實施咳痰或胃液的抗酸菌塗抹、培養檢查。就算被檢驗出抗酸菌也無須慌張，趕緊以PCR法進行非結核性抗酸菌的鑑別。

表4

居家診療到什麼樣的範圍呢？

根據身體所見、年齡而做的肺炎重症度分類(A-DROP系統)

使用指標

1. 男性70歲以上、女性75歲以上
2. BUN 21mg/dL 以上或有脫水
3. SpO₂ 90% 以下(PaO₂ 60Torr以下)
4. 意識障礙
5. 血壓(收縮期) 90mmHg以下

重症度分類

- | | |
|----------------|---------|
| 輕 症：沒有上述症狀 | → 門診 |
| 中等症：具有上述1或2種症狀 | → 門診或住院 |
| 重 症：具有上述3種症狀 | → 住院治療 |
| 超重症：具有上述4或5種症狀 | → ICU住院 |

• 意識障礙是由肺炎而來的意識障礙的變化

1. 由於呼吸數 30/分以上與生命預後有關，所以也推薦呼吸數測量
2. 根據病患本人與家屬的意願，最終都交由診療醫師的判斷

改變引用自成人社區型肺炎診療指導方針

3. 療養與看護的場所

有關高齡者的肺炎要居家治療到哪一階段，需最大限度地尊重本人和家族的意願。雖然有透過與美國感染症協會(IDSA)的死亡率相關危險度和日本呼吸器學會的重症度分類（A-DROP系統）（表4）來決定治療場所的系統，但是最終都交由診療醫師的判斷。不是只依靠危險度和重症度來判斷，而是在人生走到盡頭之前，能對希望在自家療養的病患給予最大的尊重，

將人視為人，有尊嚴的對待，這就是社區醫生最重要的使命之一。

4. 檢查與重度症分類

在X光攝影困難的居家治療，需聽診眼和鼻、實際看咳痰的性狀，確認有無嫌氣性菌特有的惡臭。治療前的咳痰檢查（一般細菌與抗酸菌檢查），如果之後沒有抗菌藥的反應，就是有用。不過，由於混入口腔內細菌，對於培養結果的解釋需多加注意。

尿液檢查除了肺炎球菌和退伍軍人菌的迅速診斷之外，對於脫水的檢測、尿路感染的鑑別、糖尿病的檢測等也有用。

如要實施血液檢查，可納入重症度分類（A-DROP系統）所使用的BUN。白血球數對細菌性肺炎與非典型肺炎的鑑別有幫助。CRP對治療歷程的評價有用，但會偏離A-DROP系統指標與IDSA的危險度估算系統。IDSA會在檢查項目中加入Na、血糖。

5. 治療

肺炎為細菌性、病毒性、還是非典型（黴漿菌肺炎、衣原體、退伍軍人菌）、誤嚥，會因嫌氣性菌的關連性而有不同的使用藥劑。點滴困難的居家療養，

表5

居家醫療採用的口服抗菌藥

- 肺炎球菌
盤尼西林系（高用量安蒙西林）、Penemue系、Respiratory Quinolone
- 流感菌
β 內醯胺分解酶阻害劑配合盤尼西林系、第2,3世代Cephalo系、類抗生素系
- 克雷白氏
β 內醯胺分解酶阻害劑配合盤尼西林系、第2,3世代Cephalo系、類抗生素系
- 黃色葡萄球菌
β 內醯胺分解酶阻害劑配合盤尼西林系
- 卡他莫拉菌
大環內脂系、β 內醯胺分解酶阻害劑配合盤尼西林系、第2,3世代Cephalo系
- 連鎖球菌
盤尼西林系、大環內脂系
- 綠膿菌
類抗生素系
- 嫌氣性菌
盤尼西林系、β 內醯胺分解酶阻害劑配合盤尼西林系、Penemue系、±克林達黴素
- 退伍軍人菌
類抗生素系、大環內脂系+Rifampicin
- 黴漿菌、披衣菌
大環內脂系、四環素系、Respiratory Quinolone系

則是將所選擇的口服藥以發炎菌別顯示（表5）。

a. 細菌性肺炎時

首先會視為社區型肺炎，考量肺炎球菌或流感菌並作處置。肺炎球菌最多，三個月以內給予β 內醯胺系抗菌藥物時，需考量「盤尼西林耐性肺炎球菌」

的可能性。如果有COPD等慢性呼吸器疾病時，流感菌很重要，除了 β 內醯胺分解酶產生菌之外，不產生 β 內醯胺分解酶的耐性菌（ β -Lactamase-Negative Ampicillin-Resistant；BLNAR）也會逐漸增加。任何一種的Respiratory Quinolone藥物都能發揮效果。

b. 非典型肺炎時

高齡者的黴漿菌肺炎與衣原體肺炎不多見。當白血球不會增多且少痰或對 β 內醯胺系抗菌藥物沒有反應時，就可考量此可能性，並對大環內脂系、四環素系或是Respiratory Quinolone藥物的給予進行檢討。

此外，按摩浴缸和溫泉入浴後的肺炎也會鑑別是退伍軍人菌。退伍軍人菌尿中抗原迅速檢查對診斷是有用的，就算是輕症，也必須儘快給予類抗生素藥物治療。由於容易重症化變得致命，因此需經常檢討是否住院治療。

c. 誤嚥性肺炎

起因菌多為嫌氣性菌、黃色葡萄球菌、克雷白氏肺炎菌、肺炎球菌、綠膿菌等，嫌氣性菌之中，Peptostreptococcus、Prevotella、Fusobacterium的關連性高。雖然第一選擇 β 內醯胺分解酶阻害劑配合盤尼西林系藥物，對嫌氣性菌合併使用適當的克林達黴素，但是氨基配糖體系藥物無效，LVFX的效果也差。

d. 病毒性肺炎

除了流感病毒之外，也有因腺病毒、RS、副流感、鼻病毒等引起的肺炎，不過高齡者更需要注意細菌性肺炎的合併症狀。細胞巨大型病毒肺炎為伺機型感染，只要使用類固醇藥物或是免疫抑制藥物，即可避免發病。

6. Respiratory Quinolone

Moxifloxacin (MFLX)、Garenoxacin (GRNX)、高用量的Levofloxacin (LVFX) 被稱為Respiratory Quinolone藥物，對肺炎球菌的抗菌力強，且對非典型病原體也有效，因此頻頻成為高齡者的第一選用藥物，不過因為菌的耐性化有急速進行的可能性，因此如果沒有慢性呼吸器疾病且基礎疾病也是輕度的話，應該就會考慮給予 β 內醯胺分解酶阻害劑配合盤尼西林±大環內脂系或四環素系藥物。

7. 高齡者的用法用量

由於高齡者有潛在性的腎機能下降，需要調整抗菌藥物的服用量。由於血中濃度半減期延長，服用藥物的間隔也要延長，並減少一次的服用量。

腎機能降低的程度會以肌酸酐廓清率（Ccr）或推定系球濾過量來判斷，但是Ccr有從性別、年齡、體重、血清Cr值推算的算式，取得一覽表之後就相當方便。此外，Respiratory Quinolone藥物，應避免包含用量調節時在內的分批服用，一次服用一日量（表6）。

表6

高齡者的抗菌藥物服用量

- 抗菌藥物的服用，以每要記得PK/PD為考量，使用十分量，以短期間使用為原則。
- 高齡者需考量有潛在性的腎機能下降，需要調整抗菌藥物的服用量。
- 為了延長半減期，延長服藥間隔、也要注意體重、決定一次的服用量。
- Respiratory Quinolone藥物，應避免包含用量調節時在內的分批服用，一次服用一日量。
- 腎機能 Ccr (Cockcroft Gault推定公式)
 - 男性： $Ccr = \{(140 - \text{年齡}) \times \text{體重 (kg)}\} / \{72 \times \text{血清肌酸酐值 (mg/dL)}\}$
 - 女性： $Ccr = \{(140 - \text{年齡}) \times \text{體重 (kg)}\} / \{72 \times \text{血清肌酸酐值 (mg/dL)}\} \times 0.85$
- (例)LVFXの場合中、腎機能 Ccr (mL/min) 為
 - $20 \leq Ccr < 50$ 時; 第一天 500mg 1次、第二天以後 250mg 一天服用一次
 - $Ccr < 20$ 時; 第一天500mg 1次、第三天以後 250mg 每兩天服用一次

9. 預防

a. 流感疫苗

不僅是高齡者本身，希望接觸機會多的家人也能接種疫苗。此外，為了避免醫療人員也成為感染源，工作人員自身也應積極接種疫苗。

b. 肺炎球菌疫苗

基本上希望65歲以上起碼要接種一次。預防效果可以持續5年到7年，只要距離上次接種有5年以上就可以再接再種。不過，對於再接再種的副作用強的可能性，需充分說明並作適當的處置。

此外，本劑可以和流感疫苗同時接種，但是需不同手腕分開打針。考量再接再種的副作用，原則上間隔一星期以上再接再種就沒有問題。

c. 誤嚥對策

吞嚥復健對吞嚥障礙有效，應檢討積極地引進居家療養之中。不過，為了預防經常誤嚥的情況，最重要的就是平時應保持口腔內的清潔。透過適當的口腔保健，就能確實降低誤嚥性肺炎的風險。

誤嚥是腦梗塞造成舌咽神經和迷走神經知覺枝裡的物質P下降，吞嚥和咳反射產生障礙，而阻害物質P分解的ACE阻害藥物對於誤嚥性肺炎的預防很有幫助。

居家高齡者的COPD對應

在這半世紀之間，COPD的疾病概念一直在變遷。英國將慢性支氣管炎、美國將肺氣腫等疾病概括為COLD (chronic obstructive lung disease)，之後更改稱為COPD。2001年全球慢性阻塞性肺病全球倡議組織 (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) 刊載，並於2011年最新版上發表。日本在1999年由日本呼吸器學會「COLD診斷與治療的方針」上發表，之後與GOLD進行整合，於2013年4月最新的第四版發行。

1. 定義與疾病概念

表中顯示的是COPD的定義 (表7)，末梢氣道病變與氣腫性病變為同列，根據比例的不同，而區分為氣

表7

COPD的定義與診斷

1. 定義

「長期吸入暴露以香煙為主的有害物質所產生的肺部炎症性疾病。顯示出無法經由呼吸機能檢查而恢復正常的氣流閉塞。氣流閉塞是因為末梢氣道病變與氣腫性病變以各種比例的複合作用所引起，通常為進行性。臨床會慢慢產生勞動時的呼吸困難與慢性的咳、痰為特徵，不過也有缺乏這些症狀的情形。

2. 診斷基準

1. 在服用支氣管擴張劑之後的呼吸機能檢查
1秒率 (FEV1/FEV) 未滿70%。
2. 其他的氣流閉塞疾病除外。

腫型COPD與非氣腫型COPD。COPD疾病至始至終都在生理學上定義為疾病概念，慢性支氣管炎與肺氣腫並不同義。

慢性支氣管炎是根據咳、痰等病徵而定義的疾病，「需認定咳痰症狀一年持續三個月以上，且持續兩年皆如此」，而肺氣腫是以病理形態學的定義為基礎的疾病，指的是「終末細支氣管所引起的末梢氣腔的肺泡壁破壞且異常擴大，不是明顯的線維化的病變」，也就是只有伴隨著氣流閉塞的場合才會被診斷為COPD，沒有伴隨氣流閉塞的場合會考量並區別為非COPD的「單純性慢氣支氣管炎」或是非COPD的「CT肺氣腫」。

2. 診斷、病期分類、重症度

診斷基準顯示於表7，第一個應該要除外的就是氣喘。然而鑑別不易，且有20%~40%的病患會合併氣喘。間質性肺疾病也是除外的疾病，不過也有氣腫合併肺線維症（combined pulmonary fibrosis and emphysema）。

COPD的診斷首先由懷疑而起。有長年抽煙經歷、慢性咳嗽和咳痰、勞動時呼吸困難等症狀的時候，要進行呼吸機能檢查，確認有無閉塞性障礙。如果透過胸部CT檢查發現LAA（low attenuation area）時，就是確

診，不過居家醫療是有困難的。因此，採用IPAG問卷進行過濾篩檢（表8），如有疑慮就開始進行診斷，如果有效的話，則診斷就會做現實的應對。此外，就如同COPD被稱作是香煙病一樣，病患大約9成都有抽煙經歷，相反地，只要全數都沒有抽煙經歷的話，COPD的可能性就相當低。

COPD的病期分類，是透過呼吸機能檢查的一秒量的下降而決定的，但不一定要和臨床重度症一致。決定治

表8

IPAG問卷		
問題	選項	分數
1.你幾歲？	40-49歲 50-59歲 60-69歲 70歲以上	0 4 8 10
2.一天抽幾根煙？（如果現在禁煙的話，以前抽幾根煙？）合計到目前為止抽了幾年呢？ [一天的抽煙包數=一天的香煙數/20根（一包數）][Pack-years=一天的抽煙包數X抽煙年數]	0-14pack-years 15-24pack-years 25-49pack-years 50pack-years以上	0 2 3 7
3.你的體重是幾公斤？你的身高是幾公分？ [BMI = 體重(公斤) / 身高 ² (公尺 ²)]	BMI<25.4 BMI 25.4-29.7 BMI>29.7	5 1 0
4.會因氣候的關係而使得咳嗽加劇嗎？	是的，有時候會因為天氣而加劇。 不是，與天氣無關。 沒有咳嗽	3 0 0
5.會不會明明沒感冒卻咳痰？	是 不是	3 0
6.會不會早上一起床立刻想咳痰？	是 不是	0 3
7.會常常喘鳴（哮鳴聲、咻咻）嗎？	不，沒有 有時或經常	0 4
8.現在（或過去）有過敏症狀嗎？	是 不是	0 3

引用自IPAG診斷・治療手冊日文版

療方針時所採用的重症度，是由勞動時呼吸困難等症狀以及運動耐受度、體重減少和合併症狀的有無、增惡頻率等來做綜合性的判斷。如果將氣喘相關的事項採用修正MRC（mMRC），將日常生活相關的事情採用問卷COPD Assessment Test（CAT）的話，就能做更客觀的評價（表9）。

3. 治療

居家治療是以安定期的症狀以及QOL的改善與急性增惡的預防為治療目標，進行藥物療法、居家氧氣療法、居家人工呼吸療法（home mechanical ventilation;

表9

修正MRC（mMRC）與CAT問卷

修正MRC（modified British Medical Research Council；mMRC）

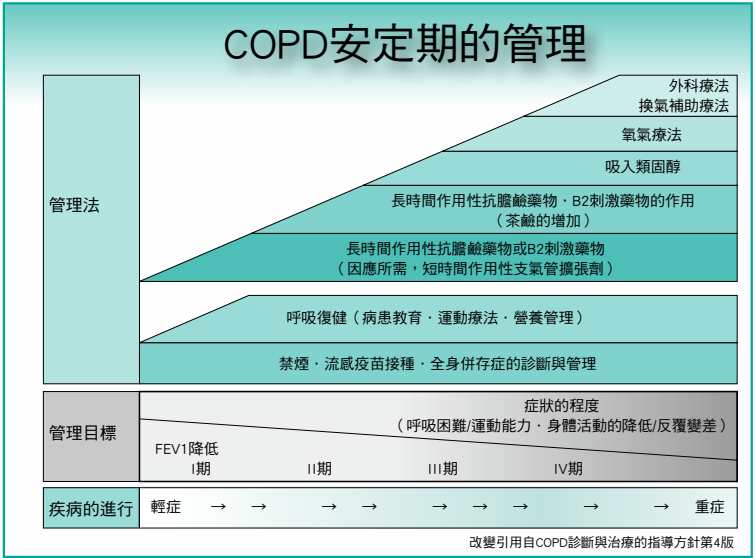
程度分類

- 0 只有激烈運動時會氣喘
- 1 在平坦的道路上快走，或是走在平穩的坡道時會氣喘
- 2 因為會氣喘，所以在平坦的道路上走得比同年代的人還慢
或是用自己的速度走在平坦的道路時，會因氣喘而停下來
- 3 平坦道路約100m或是走路幾分鐘後，會因氣喘而停下來
- 4 因為氣喘劇烈而無法出門。或是換衣服時會氣喘

CAT問卷

	分數		分數
完全不會咳嗽	①②③④⑤	總是在咳嗽	()
完全沒有積痰感	①②③④⑤	總是有積痰感	()
完全不會呼吸困難	①②③④⑤	非常呼吸困難	()
爬坡或樓梯時不會氣喘	①②③④⑤	爬坡或樓梯時非常氣喘	()
在家中的日常生活不受限	①②③④⑤	在家中的日常生活非常受限	()
無須考量肺狀態就能外出	①②③④⑤	在意肺狀態，無法外出	()
睡得好	①②③④⑤	在意肺狀態，睡不好	()
非常有精神	①②③④⑤	完全沒有精神	()

圖2



HMV)、病患教育與復健等。實際上，是一邊對病期分類與重症度作綜合性判斷，一邊因應COPD的進行而增強階段性的治療（圖2）。此外，不管在哪一個階段，大前提就是要迴避香煙，從事禁煙指導的醫療人員如果抽煙的話，不但缺乏說服力，也會失去信賴，需多加留意。

a. 藥物治療

藥物療法的中心就是支氣管擴張劑。如果是輕症（只限於強力勞動時會產生呼吸困難症狀的程度），僅在必要時暫用短時間作用性支氣管擴張劑SABA（short-acting beta2-agonist）。

如果是中等症（就算是一般的勞動也會出現呼吸困

難)的話,長時間作用性抗膽鹼藥物LAMA (Long-Acting Muscarinic Antagonist)、或是短時間作用性支氣管擴張劑LABA (long-acting beta2-agonist)二者擇一,進行定期吸入或貼合使用。

再者,如果是重症的話,合併使用LAMA與LABA (可追加茶鹼),如果反覆頻繁增惡、合併氣喘時,也可追加吸入類固醇藥物。

b. 居家氧氣療法 (HOT) 與居家人工呼吸療法

HOT可改善生命預後,但是無法確立COPD安定期的HMV的有用性。COPD為II型呼吸不全,容易從肺泡低換氣引發高碳酸氣血症。目標的氧氣飽和度為90%以上,給予所需的氧氣時,需留意避免CO₂麻醉。麻醉危險性高的病患要檢討HMV,但是在導入與繼續時,需對病患本身的意願給予最大的尊重。導入之後也需一邊確認黏附 (adherence) 與CO₂麻醉,經常重新檢視是否繼續進行 (表3)。

c. 病患與家人的自我管理能力

居家醫療的最大目標就是要迴避急性增惡、長期維持安定期。因此,提高病患與家人的自我管理能力是很重要的,從禁煙指導、居家復健、營養管理、HOT和HMV的管理、增惡時和增惡迴避的黏附 (adherence)、人生末期所準備的Advance care

COPD臨終期的 Advance Care Planning (ACP)

病患想知道的點

- COPD是什麼疾病？之後會如何進行？
- 有什麼樣的治療？什麼程度、症狀和QOL？會改善預後嗎？
- 自己的生命與QOL上的預後
- 死亡會如何拜訪我？
- 今後如果變差時，該如何應對？

planning (ACP) 等，應編列的內容很多。其中「最後也要活出自我」的高齡者增加，ACP的重要性也增加了。

有關急性增惡時的人工呼吸器安裝等，最重要的是應在安定期和家人商量，以沉著的心情冷靜地思考（表10）。

結語

高齡者醫療是從「不放棄治療至人生末期為止」轉換到「以更完善的照護來提升病患、家人的QOL的醫療」，如果只靠醫師和護士來應對病患、家人的多樣性需求的話，是非常困難的，需要增加多職種之間的配合，組成團隊才行。社區醫生不僅是針對病患、家人，與行政人員之間的溝通也很重要，希望以權責者的身分發揮領導的功能。

5

高齡者的居家醫療

③失智症

醫療法人AZUMA會 大井戶診療所 理事長 大澤誠

面對高齡化社會的使命——
醫師在居家醫療的角色

前言

2012年7月，厚生勞動省預估失智症高齡者的日常生活自立度II以上的高齡者人數會在2015年達到345萬人（表1）。

比起2003年出版的「高齡者照護研究會報告書」¹⁾的估計值250萬人還大幅提升，而筑波大學的朝田隆教授等人所做的疫學調查的預估還更超過許多²⁾。今後不僅需要有符合需求的設施，更希望多數的失智

表1

失智症高齡者的日常生活自立度II以上的高齡者數

平成24年8月24日厚生勞動省發表

2010年「失智症高齡者的日常生活自立度」II以上的高齡者數為280萬人。

2012年為305萬人，2015年預估達到345萬人。超過65歲以上人口比率的10%。

*需要注意自立度I（有些許失智症，但是日常生活在家庭或社會上幾乎能自立的人）。

有些人因為認知機能等的衰退，日常生活會產生不方便、對環境的思慮不足時，產生急遽的狀態變化的可能性很高。在失智症的中核症狀變差之前，減輕生活上的壓力、不安和預防混亂、維持・QOL，是在預防失智症重度化上很重要的編制。

表2

以「就算罹患失智症，也能在地方上繼續生活的社會」為理念，否定失智症只能利用醫院或設施。因此，否定了舊有的流程、以建構標準性的失智症照護路徑為目標。從七個觀點的編制為例。

1. 標準性的失智症照護路徑的製成・普及
2. 早期診斷・早期對應
 - 提升家醫的失智症對應力
 - 設置失智症初期集中支援團隊
 - 評估工具的檢討・普及
 - 周邊型失智症疾病醫療中心的整備
 - 照護計畫製成體制的整備
3. 建構能在地方上支援生活的醫療服務
 - 策劃失智症的藥物治療指導方針
 - 確保一般醫院的失智症的手術、處置等的實施
 - 提升一般醫院的失智症對應力
 - 將精神科醫院住院的必要狀態像明確化
 - 從精神科醫院出院・居家賦歸的支援
4. 照護服務的建構
 - 醫療・照護服務的合作
 - 適合失智症的照護
 - 團體之家的活用
 - 居家生活困難時的照護保險設施
 - 提升照護保險設施等的失智症對應力
5. 強化在地方的日常生活・家族的支援
 - 照護預防
 - 失智症社區支援推進員的設置
 - 給互助組織的支援
 - 失智症支援者巡迴宣傳
 - 權利擁護者推展
 - 市民監護人培育與活動支援
 - 家族支援
6. 年輕失智症對策
 - 製作指導手冊
 - 建構居所
 - 掌握需求
 - 就業支援
7. 人才培育
 - 策劃失智症生活支援模式
 - 給醫療・照護從事者的研修 與其他

2012年6月18日厚生勞動省發表

新失智症的醫療與照護

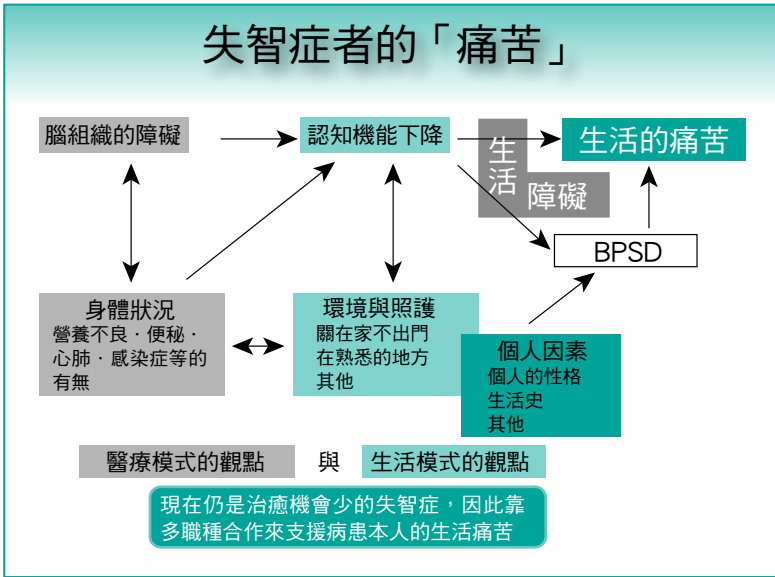
症病患能在地方生活、居家醫療能有所對應。

對失智症患者的社區整合照護系統戰略

對失智症病患而言，希望在居住習慣的社區維持生活，以保身心的安定，而「社區整合照護系統」在這一方面非常有用。

接著，國家為了要更有效地進行失智症病患與家人的支援，將過去的失智症的醫療與照護全面性整合，並發表於平成24年6月18日的「新失智症與醫療與照護的方向性」之中。之後歸納整理在同一年9月5日的「失智症施策推進5年計畫（orange plan）」之中（表2）。

圖1



居家醫療的對象與階段·達成目標的考量方法

如果將某些年齡層的臥床者與癌症末期病患視為狹義的居家醫療對象的話，那麼能夠行走的失智症病患就是廣義的居家醫療對象。失智症病患居家醫療的生活中心為家庭，因此比起出診醫療，應該將生活的範圍拓展至往返診所、或是短期入住設施等的場所，將生活的場所從家庭移往團體之家或付費老人安養院、附設服務的高齡社區等居住習慣地區的「住宅」，並以生活再編制為前提。藉此，目標就是要改善各種因素所產生的失智症病患的「生活之苦」，正因為如

此，社區醫生能做的更多（圖1·表3）。

另外，多數的失智症病患都是家屬緊急帶來初診時，已經是需要往返診所或短期入住設施的服務。如果是之後會再敘述的阿茲海默症（Alzheimer's disease；AD）的話，多數是中期以後的程度，居家醫療需要求對身體可動的失智症病患的BPSD（失智症的精神症狀及行動障礙）和對身體合併症的對應。接下來，藉由移往後期、臨終期，就會與狹義的居家醫療對象重疊了。

在此敘述的前提是以「階段、達成目標」為考量方法。即是，將失智症的進行過程分為幾個階段並達成目標，不過考量血管性失智症的病變部位不同，無法整合進行過程，正確應該要說是佔失智症的原

表3

讓失智症的「人」在「地方」 接受診療

- ①容易獲得疾病資訊+「生活資訊」
⇒能更正確診斷與對應
- ②容易進行考量家族背景的醫療
⇒容易理解就算是同一症狀，每個家庭的煩惱都不同
- ③失智症病患的身體合併症
⇒以先對應並同時診療失智症

圖2

AD的重度症/FAST		
AST (Functional Assessment Staging)		
重症度	臨床診斷	FAST裡的特徵
1.無認知機能的降低	正常	不被認定有主觀及客觀的機能降低
2.非常輕度的認知機能降低	年齡相應	忘記東西，難以表達想起的事情
3.輕度的認知機能降低	境界狀態	在需要熟練的工作場合，被同事認定有機能降低。難以到新場所旅行。
4.中等度的認知機能降低	輕度的AD	招呼客人用晚餐、管理家計、購物等程度的工作也會有障礙。
5.偏高度的認知機能降低	中等度的AD	沒有他人的幫忙就無法選擇適當的衣服。要好說歹說才會去洗澡。
6.高度的認知機能降低	偏高度的AD	(a)不適當的穿衣
		(b)需要幫忙洗澡。討厭洗澡。
		(c)馬桶不沖水
		(d)尿失禁
		(e)大便失禁
7.非常高度的認知機能降低	高度的AD	(a)最大限度只能說六個字，語言機能降低
		(b)能理解的單字只有一個
		(c)步行能力降低
		(d)座椅能力喪失
		(e)笑的能力喪失
		(f)昏迷及昏睡

因疾病的一半的AD階段為佳。此時，Reisberg等人所做的FAST分類（Functional Assessment Staging of Alzheimer's disease）會有幫助。這是因為此FAST分類符合多數AD症例的進行過程（圖2）。

以下，以代表失智症的阿茲海默症為例進行談論，以FAST分類為基礎，將AD分為境界狀態、初期、中期、後期、臨終期等五階段，各個階段的居家醫療所

希望的角色任務不同，發揮的功能也不同，不過都能支援失智症病患在居住習慣的地區繼續生活下去。此外，維護失智症病患尊嚴的課題，也依個階段而異。

每個階段不同居家醫療的功能與課題

希望以圖3為基礎，考量各個階段的居家醫療所應負責的角色任務3)。

1. 境界狀態～初期（表4）

境界狀態可說是MCI（Mild Cognitive Impairment）的狀態。從MCI到初期，如果可以掌握失智症的話，

圖3

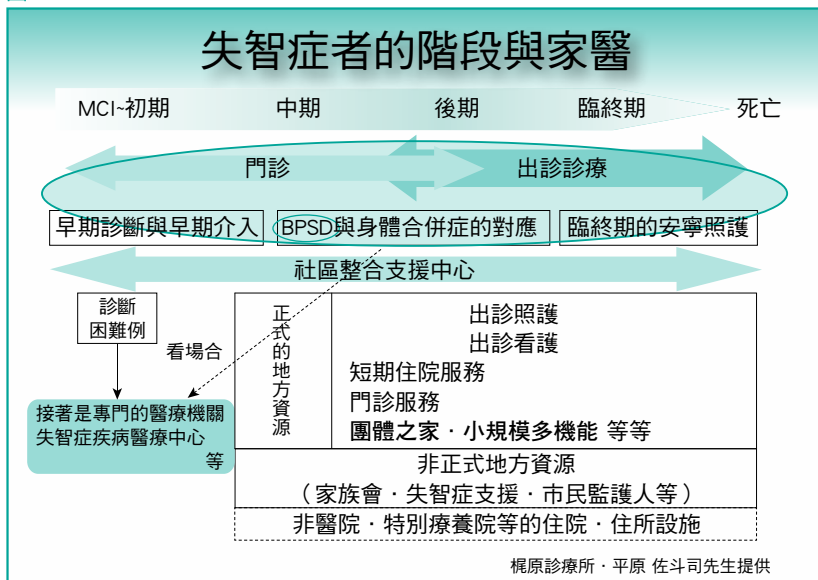


表4

AD病期別的特徵：初期

以記憶力障礙為最先發生。不僅是無法記住已體驗過的事情，連自己也會忘記。無法區分會與不會的事情（病態失認性態度）。其結果，不認為自己忘記或做不到，自己搶著做，或是明明自己會做卻過分依賴他人，和身邊的人起摩擦。接著病患本人再因重複的失敗，而多有挫折感・喪失感。請重視自尊心。

請不要責備病患忘記與做不到的事情

表5

為了日常診療能注意到

1. 受診時的行動變化的確認
忘記回診預約・頻繁地受診
無法進行服藥管理・感情面的變化
打扮或診察流程的變化等
2. 根據受診時的回答進行確認
地址・年齡・照護者
同居家屬・受診方法・身體狀況
受診目的・插話的確認
（進食・上次受診日等）・日期・星期等

就可以透過所謂的腦活性化復健等各種活動和運動、飲食生活的改善、乙醯膽酯酶阻害劑或營養補充品的服用等早期介入，期待腦的復原力。除了靠健檢發現狀態之外，如果是經由門診持續性看同一病患的家醫，也可以察覺是否有輕度失智症障礙的產生（表5）。

如果發現MCI或初期的AD，則可試試看上述的積極性介入。也希望有社區整合支援中心、照護預防事業和預防給付服務等的配合。

上述的失智症施策推進綜合戰略的「失智症初期集中支援團隊」的功能就是早期診斷與介入。且此時期的告知也屬於居家醫療的角色任務。

有關告知，需要緊急進行檢討。當認知機能從中等度以上下降之後，由於病患本人大多缺乏疾病常識，告知的意義貧乏，但如果是初期的年輕性的AD，會面臨是否轉換配置職場，或停職的時機等，與往後的人生設計有關，且周遭難以決定的重要事項很多，因此希望能告知。此外，也和選定監督制度等問題有關。另一方面，AD的輕易告知也有警鐘響起的意見。以AD代表性腦變性疾病原因的失智症，在現在的時機點上是無法根治的，因此，其告知需和癌症告知一樣慎重才行。

表6

AD病期別的特徵：中期

「能動的失智症」+「脫控制」
=「因為能活動而讓身邊的人感到
困擾的失智症」

妄想多

活在過去輝煌的世界

無法進行複雜的動作

重要的是評估能做什麼

希望不管哪一種都是先有正確的診斷與早期的介入等醫療與照護程序。此外，希望在判斷能力和自我決定能力尚未有太大阻礙的時期，能對今後自我的生活做事前意義顯示的倫理考量。

2. 中期（表6）

這個時期以後，如果沒有指示或看護，無法在家庭過日常生活，病患本人和家屬會產生許多混亂。為了情緒性的安定、支援活化各項能力過自立的日常生活，需要有各種照護服務和配合。此外，BPSD的對應與身體合併症狀的診斷、治療也要求助於醫療資源。

有關BPSD，有時候需要服用抗精神病藥物，服用之

表7

BPSD的抗精神病藥物的使用方法

- 中等度到重度的BPSD，是以幻覺、妄想、身體性攻擊等具體性症狀為標的
- 由成人正常用量的1/2~1/3左右開始，監控效果、副作用同時漸增
- 在1~4週之間進行效果判定，沒有看到改善就中止、變更藥劑，禁止增加等多藥劑併用
- 注意是否大多無法適應→要求知情同意
- 每種疾病的非藥物性對應的併用
- 要求照護人員、對包含抗精神性藥物的精神藥物的過度期待與多度吹毛求疵

表8

服用抗精神病藥物中的照護者的觀察

- 是否因為服用藥物而改善症狀
- 白天的打瞌睡是否增加
- 能否順暢地喝進液體
- 坐在位子上身體會不會傾斜
- 踏出第一步要走路時流不流暢
- 身體的動作會不會僵硬
- 是不是沒有感冒卻發高燒

要求製造出確實服藥與監控作用・副作用的體制

際，希望能有親切仔細的知情同意，同時需謹慎避免服用過量（表7·8）。另外，也需在倫理的意義下，對此時期容易引發的抑制行為嚴加地戒防。

此外，有關身體合併症，在這個缺乏言語表現的時期，會產生感染症、脫水症等，彷彿自然地身心機能會下降，對於無法進食的狀況需多加留意。有一些充滿熱忱的照護人員會將這樣的症狀視為臨終期，採取極端地限制醫療介入的安寧照護（「視為末期」）。這是狹隘的醫療，否定了失智症病患的生存權。因此，希望能有因應適當的身體環境影響評估的治療，有關利用照護保險服務的治療，現今的照護保險以及醫療保險制度的架構還不算能完全應對。

為了要讓失智症病患繼續在自己熟悉的地區生活，最重要的就是要克服此時期。期待失智症施策推進綜合戰略之「身邊型失智症病患醫療中心」的延伸機能，能在此時期發揮功效。

3. 後期～臨終期（表9）

到了後期，幾乎喪失語言，沒辦法做的事情也增加了許多。大小便失禁成了日常性，還有，身體的動作也變得不方便，有時候會有痙攣症狀。所有的日常生活皆需要人照護。有關失智症的高齡者，不容易定義

AD病期別的特徵：後期～臨終期

出現帕金森氏症或痙攣發作等身體症狀，再更進一步就會臥床。手腳的隨意運動消失、臉部表情也消失、大小便失禁、無法說話、因為有吞嚥障礙，而反覆發生誤嚥性肺炎

對臥床者的對應・口腔照護很重要

「臨終期」。如前所述，AD代表的變性疾病與血管失智症的病期進展情況不同，但是AD的「臨終期」可說是相當於FAST分類的stage7-d、e、f。

此時期，在病理上大腦皮質機能廣泛喪失狀態下，接近於失外套症候群（apallial syndrome）。失外套症候群保有吞嚥反射，但是會發現吞嚥障礙，過程之中會增加誤嚥的頻率、無法用嘴口進食。因此，大多會進行營養管理，此期間會持續數個月到數年，無法限定期間。

此「臨終期」會被要求要有插鼻胃管營養、經皮內視鏡胃造瘻術（PEG）、完全靜脈營養（TPN）等醫療性判斷。此外，此時期也是頻繁地併發誤嚥性肺炎

的時期，可選擇服用抗生素、吸入氧氣等的治療。

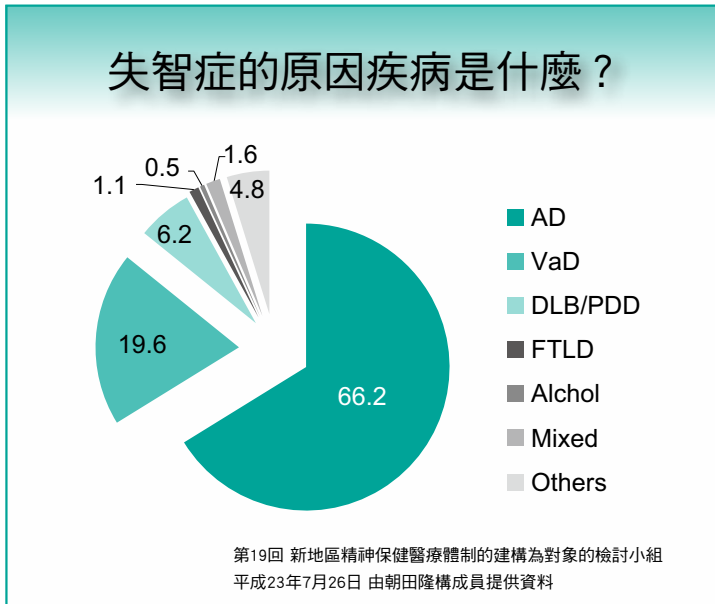
即是，現狀就算定義了「臨終期」，也無法預測正確的死期，這些治療的選擇項目依然存在，醫療成了倫理性的課題。在此，與癌症的「末期」大不相同，在病患本人難以決定意思的狀態下，以適當的身體的環境影響評估為基礎，一邊參照各種跡象、一邊對家屬說明狀況、推敲病患本人的意思（如果有事前指示，就參考之），並進行包含「安寧照護」的臨終決定。在身體的環境影響評估當中，希望透過簡易吞嚥誘發試驗（simple swallowing provocation test；SSPT）或吞嚥內視鏡檢查（video endoscopic examination of Swallowing；VE）等，評定吞嚥機能，不過在居家醫療現場，評價的體制尚未健全。

了解AD以外的失智症的症狀歷程

概觀AD以外的其他代表性失智症的症狀歷程（[圖4](#)），想要強調的是，多數的失智症並沒有像AD裡的FAST進行期分類，至少在臨終期會產生認知機能、運動機能的障礙。

其中之一就是進食、吞嚥障礙，將此以高度治療且對治療與照護無反應的肺炎併發時期視為臨終期，如前所述，此時要深思熟慮的是倫理性課題（以是否進行

圖4



鼻胃管營養為代表)。

1. 血管性失智症

(vascular dementia; VaD)

主要原因的腦梗塞與虛血性變化的類型，是透過皮質型或皮質下型或更多的皮質下型，經由多發性小間隙梗塞 (lacunar infarction) 或賓斯旺格病 (Binswanger) 型，有各式各樣的進行方法。當反覆發作小間隙梗塞時，每發作一次就會更加惡化，但是不會再發作梗塞，當腦循環改善、安定時，症狀也會安定，多數會持續長期相同的狀態。VaD的多數症例都伴隨神

經症狀，大多一開始就引發構音障礙或吞嚥障礙，容易從進食當中引起誤嚥性肺炎。

此外，由於錐體外路障礙，步伐變小，就算是小小的階梯差也容易跌倒。這些神經症狀會影響預後，容易產生誤嚥性肺炎、臥床、褥瘡等的合併症狀，左右所有歷程的長度。

2. 路易氏體失智症

(Dementia with lewy bodies;DLB)

進行運動症狀與自律神經症狀，幾乎為臥床狀態，已失禁或已有吞嚥機能障礙。此外，與AD或VaD相比，DLB的認知機能障礙的進行為同等或更快速。一旦進行之後，幻視或認知機能的動搖就變得很明顯。DLB發病後的平均生存期間不滿10年，但是也有DLB從發病1~2年間就急速惡化至死。

3. 前頭側頭型失智症

(frontotemporal dementia;FTD)

前頭側頭葉變性症當中的FTD，初期是以脫抑制為中心的性格變化，或重複相同行為的反覆動作最為明顯，但是認知障礙輕。到了中期，言語不清、失語等語言機能的障礙、自發性障礙、以及被稱為思考怠惰的特有性

接觸障礙變得明顯，但意外地確保有記憶力。到了末期，有明顯的精神荒廢，無言、不愛乾淨，運動方面會出現痙縮與原始反射等，最後就變成臥床。

結語

站在「階段、達成目標」的觀點，對於主要代表失智症的AD，應在「地區整合照護系統」當中，發揮居家醫療的效果，而且為了維護其尊嚴，每一個階段都要了解居家醫療。此外，也要接觸有關AD以外的代表性失智症的症狀歷程，所有的疾病到了末期都會產生運動機能障礙，形成「臨終期」的倫理性課題。

希望將這些事項以「多職種協學」的方式進行共通的認識，再透過相互配合並以團隊達成目標，讓以失智症病患為對象的居家醫療及照護發揮實效性，完成失智症施策推進綜合戰略。

參考文獻

- 1) 高齡者照護研究會：2015年的高齡者照護（報告書）.2003.
- 2) 第19回 新地方精神保健醫療體制的建構的檢討團隊朝田隆構成員提供資料.2011.
- 3) 大澤誠,其他：明日的居家醫療 第4卷,p304-329,中央法規,2008.

5

高齡者的居家醫療

④安寧照護

醫療法人 白髭內科醫院 院長 白髭 豐

面對高齡化社會的使命——
醫師在居家醫療的角色

前言

本稿乃解說安寧照護的定義與日本現狀，之後會顯示具體的實踐方法。最後會將地區普及安寧照護的方法論，以OPTIM計畫所獲得的知識詳加描述。

國內外的安寧照護現狀

根據2002年得WHO定義，安寧照護對於直接面對威脅生命的疾病伴隨問題的病患與家屬而言，能早期發現疼痛和身體性、心理社會性、精神心靈上的問

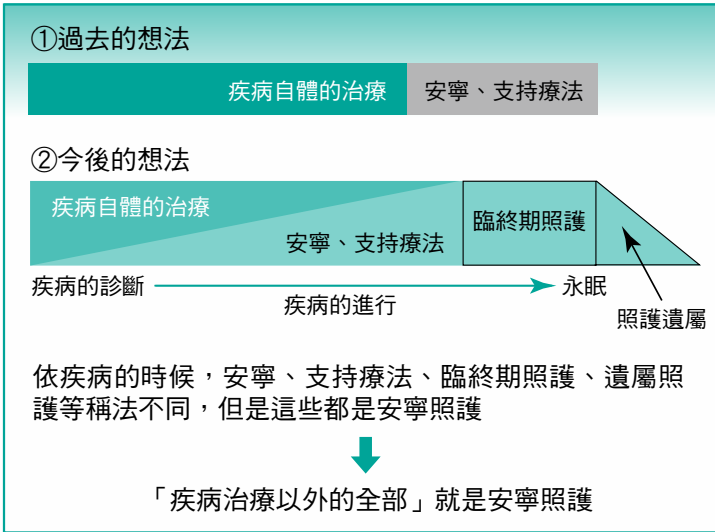
表1

什麼是安寧照護（2002 WHO的定義）

出緩和醫療照顧對象為罹患威脅生命之疾病的病人和他的家屬，透過多科整合團隊之合作，對病人因疾病產生的身、心、靈問題進行早期偵測、詳細的評估和適當的處置，以達到預防和減緩痛苦，改善病人生活品質的目標。

日本安寧病房是以癌症末期與AIDS為對象

圖 1



題，透過正確的環境影響評估與處置，可預防並減輕痛苦，達到提升生活品質的目標（表1）。

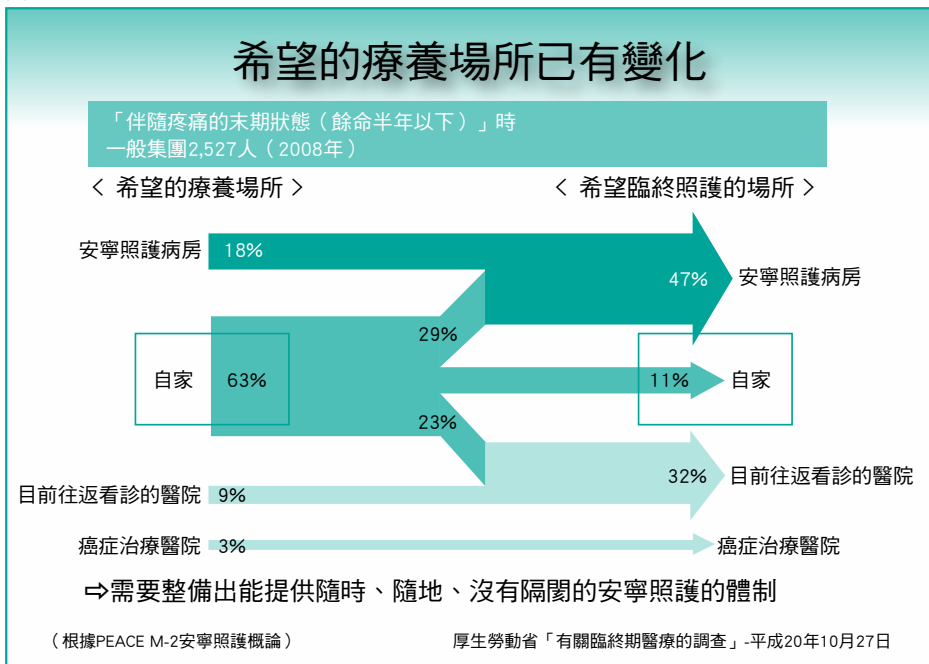
在日本的安寧照護病房，是以癌症末期與AIDS為對象，而英國則是以家醫（GP）的安寧照護系統，實施Gold Standards Framework（GSF）的國家政策。GP能夠鑑定可能離臨終不久的病患（餘命一年），與病患坦率地討論此話題，除了製作Advanced care planning之外，同時也要登錄病患成為支援對象。GP要與出診護士和各種治療師、保健師等主要照護團隊一起，進行實現病患希望的團隊照護。此時，照護的所需費用原則上是免費的。

在美國，當兩位醫師判斷為預後六個月時，就能進

入安寧照護程序。安寧照護今後在日本將不僅限於癌症和AIDS，也需要適用於神經性難症（AIS等）、失智症、心疾病和呼吸器疾病及透析病患的臨終期等良性疾病。

日本與歐美先進國家相比，用於癌症疼痛緩和的醫療用麻藥的消費量較少，推測癌症性疼痛的和緩不完善，對配合癌症醫療的醫師的安寧照護的重要性也認知不足，國民到現在也還是對安寧照護沒有正確理解與廣為人知，從對身體性苦痛和對精神心理性苦痛的

圖2



對應來看，安寧照護仍未完全滲透至醫療。

2007年4月實施癌症對策基本法，以此為基礎，同一年6月策劃出「癌症對策推進基本計畫」。接著經過5年之後，在2012年6月策劃出新基本計畫。其中的內容就是「為了要讓癌症病患與其家屬盡可能享有高品質的生活，安寧照護會在被診斷出癌症後開始提供服務，同時需要在診斷、治療、居家醫療等各種場面下全面實施。」因此，能夠廣泛實踐高齡者的居家醫療、提供安寧照護，可說是在安寧照護的實踐上佔有非常重要的地位（圖2）。

安寧照護的代表性症狀管理

1. 疼痛

1) 疼痛的評價

在疼痛的評價之中，病患如何感受自身的疼痛是最重要的。應評定的內容為：疼痛帶給日常生活的影響、模式與強度、疼痛部位與歷程、性狀、增惡（輕快）因子、治療的反應、副作用等。這些乃是採用①NRS：0~10的11階段評價（幾乎沒症狀時為0，無法言喻的痛苦為10的評價）、②VAS（visual analog scale）、③Face Scale等評價。此時，最重要的是要詢問持續性疼痛、突出疼痛、持續+突出性疼痛等的疼

痛模式。

疼痛分為內臟痛、體性痛、神經障礙性疼痛。內臟痛腹部腫脹時的定位很曖昧不明，是顫抖性的疼痛，類鴉片會有效。

體性痛是像骨轉移等瞬間性定位明確的疼痛，對突出性疼痛而言，急救（rescue）的使用很重要。

此外，酥麻如電流鑽動、麻痺、陣陣疼痛，多數為類鴉片效果差的神經障礙性疼痛，需要鎮痛補助藥物。

表2

疼痛的性狀・分類・評價

（性狀・分類）

1. 侵害受容性疼痛

1) 內臟痛

腹部腫脹的痛等定位曖昧。鈍痛：類鴉片有效

2) 體性痛

骨轉移等定位明瞭。抽痛：突出痛的話，急救（rescue）很重要。

2. 神經障礙性疼痛

神經叢浸潤、脊髓浸潤等

酥麻如電流鑽動、麻痺、陣陣疼痛。難治症。鎮痛補助藥有效。

（評價）

1) NRS：0~10共有11階段評價（幾乎沒有症狀時評價為0，無法言語的疼痛評價為10）

2) VAS（visual analog scale）、3) Face Scale

※詢問持續痛、突出痛、持續+突出等疼痛的模式

表3

治療互除法 (algorithm)

1. 乙醯胺酚或NSAIDS的開始
胃潰瘍的預防、乙醯胺酚4000mg/日OK
2. 類鴉片的導入
跟著WHO方向舵而開始使用類鴉片
類鴉片的定時服用、噁心想吐·便秘的預防、急救 (rescue) 的指示
3. 已殘存·增強的疼痛的治療
為了消除持續性的疼痛，增量類鴉片
為了處理突出痛（體動時或突然的疼痛）而使用急救 (rescue)



4. 無關階段，需考量神經區塊、放射線治療

2) 疼痛的治療 (表3)

①乙醯胺酚或NSAIDs的開始

能夠紓解癌發炎時的疼痛。定時服用，同時服用胃潰瘍預防藥物（H2 blocker、PPI）、進行急救 (rescue) 的指示。當有胃潰瘍、腎機能障礙時，就使用乙醯胺酚。

②類鴉片的導入

定時服用，配合噁心想吐、便秘對策、急救 (rescue) 的指示進行。

腎機能障礙要避免服用嗎啡。

③殘存、增強的疼痛治療

在持續性疼痛消失之前，每隔1~3天要逐漸增加30~50%的類鴉片量。就算是定期服用類鴉片，70%的病患還是會經歷突出性疼痛。因此，將一天的徐放性製劑的定期處方量的1/6的速放製劑作為急救（rescue）的一次量。

2. 呼吸困難、消化器症狀（表4）

1) 呼吸困難

表4

呼吸困難、消化器症狀

1. 呼吸困難

- 1) 評價：以病患的主觀性評價為第一
是否伴隨著呼吸不全？能治療的原因存在嗎？
是否伴隨著不安因素？
- 2) 藥物療法：
嗎啡（呼吸困難的話，嗎啡有效）
抗不安藥物、類固醇、氧氣、輸液量削減、咳、痰對策
- 3) 非藥物療法：照護

2. 消化器症狀

- 1) 噁心想吐、嘔吐的評價：檢索出原因
藥劑（NSAID、類鴉片、SSRI、抗憂鬱藥、地毛黃等）、高鈣血症、腎障礙、消化管閉塞、便秘、腹水、胃潰瘍、腦轉移、癌性髓膜炎
- 2) 噁心想吐、嘔吐的治療
原因的治療（類鴉片的變更、高鈣血症的治療）
止吐藥（抗組織胺、多巴胺受容體拮抗藥、消化管蠕動促進藥抗膽鹼藥、複數的受容體拮抗藥）、腎上腺皮質固醇
- 3) 噁心想吐、嘔吐的照護
避免嘔吐物的臭氣・用餐・香水。冷卻法、在進食上下功夫

首先要以聽診、X光檢查、血液檢查等確定可能的原因。如果是肺炎、心律不整的話，要先進行治療。氧氣當然是在低氧血症時給予，但是就算沒有低氧血症，如果病患使用之後能減輕呼吸困難的話，就可使用。生命預後為數週間的病患，盡可能避免使用會產生胸水、肺水腫、氣道分泌亢進的輸液。

①Betamethasone

漸減法：3~5天給予4~8mg/日量。如果有效，就逐漸減少為最具效果的最小量。如果沒效就停止。

漸增法：從0.5mg/日 開始，每次增加0.5mg。

②鹽酸嗎啡

15mg分3次（或肛門塞劑、注射製劑）

③抗不安藥

Alprazolam（0.4mg）3 T3X

Lorazepam（0.5mg）3 T3X

Etizolam（0.5mg）3 T3X

以上需定時服用，當呼吸困難時，使用鹽酸嗎啡（5mg）一包、Alprazolam（0.4mg）0.5T、可待因鹽酸20mg等的急救（rescue）藥物。

2）消化器症狀（噁心想吐、嘔吐）

①噁心想吐、嘔吐的評價：檢索原因

藥劑（NSAID、類鴉片、SSRI、抗憂鬱藥物、洋地黃

等)、高鈣血症、腎障礙、消化管閉塞、便秘、腹水、胃潰瘍、腦轉移、癌症性髓膜炎

②噁心想吐、嘔吐的治療

原因的治療(類鴉片的變更、高鈣血症的治療)

止吐藥(抗組織胺、多巴胺受容體拮抗藥、消化管蠕動促進藥、抗膽鹼藥、複數的受容體拮抗藥)、Corticosteroid

③噁心想吐、嘔吐的照護

用空氣清香劑避免嘔吐物的臭氣，在進食上下功夫

3.情緒的苦痛(表5)

情緒的苦痛是廣泛的概念，包含所有感情面的不愉快經驗。主要是抑鬱、不安。

1) 評價

①詢問擔心的內容

起先提出開放性問題。

「是什麼樣的事情引起情緒痛苦呢？」

②同理照護的心情痛苦

「一天當中會不會有心情低落的時候呢？」

③確認有無自殺傾向

表5

情緒的苦痛

定義

是廣泛的概念，包含所有感情面的不愉快經驗。主要是抑鬱·不安。

1. 評價

① 詢問擔心的內容

起先提出開放性問題。「是什麼樣的事情引起情緒痛苦呢？」

② 同理照護的心情痛苦

「一天當中會不會有心情低落的時候呢？」

③ 確認有無自殺傾向

2. 治療

① 照護（精神上的支援）

傾聽，不要批判不要做價值判斷，要包容接受。

② 藥物療法

苯二氮焯系抗不安藥物→SSRI(SNRI)→其他抗憂鬱藥物

3. 諮商（對精神科醫師）

① 當有照護的心情痛苦時

② 闡述有自殺傾向時

2) 治療

① 照護（精神上的支援）

首先是要一直傾聽病患的話語，不要批判不要做價值判斷，要包容接受。

② 藥物療法

benzodiazepine系抗不安藥物

→SSRI(SNRI)→其他抗憂鬱藥物

3) 諮商（對精神科醫師）

① 當有照護的心情痛苦時

② 闡述有自殺傾向時

表6

譫妄

1. 診斷基準

- 1) 意識障礙（不了解四周的狀況、自己的狀況）
- 2) 認知機能障礙、幻覺·妄想
- 3) 這一陣子有變動（夜晚惡化）
- 4) 有原因藥物、身體要素的存在

2. 治療

1) 原因檢索

藥物（類鴉片、安眠藥、抗不安藥物、抗膽素藥物）

高鈣血症、脫水、高尿毒症、腎機能障礙

貧血、低鈉血症、感染症、腦轉移

促進因子：疼痛、尿閉鎖、宿便、發燒、口渴

2) 治療

原因治療、Risperidone、Haloperidol、Chlorpromazine

4. 譫妄（表6）

譫妄是在死亡之前，70%並會都會出現的病態。

診斷基準如下。

①意識障礙

（不了解四周的狀況、自己的狀況）

②認知機能障礙、幻覺·妄想

③這一陣子有變動（夜晚惡化）

④有原因藥物、身體要素的存在

首先要從原因檢索來進行治療。即是，要檢索原因藥物的類鴉片、安眠藥、抗不安藥物、抗膽素藥物等的有無。接下來要檢索原因病態的高鈣血症、脫水、低鈉血症、感染症、腦轉移等的有無。然後注意有

無疼痛、尿閉鎖、宿便、發燒、口渴等促進因子的有無。

首先要優先進行原因治療。在給予應使用的有效藥劑，如：Risperidone、Haloperidol、Chlorpromazine等。

安寧照護的技巧

1. 給予類固醇

當有疼痛、呼吸困難、噁心想吐、嘔吐、食慾降低、全身倦怠感時，需檢討類固醇的給予。從Betamethasone 4~8mg/日量開始漸減，或是從0.5mg/日量開始漸增。

2. 有無高鈣血症

癌症病患有15%會出現此症狀。當產生噁心想吐、嘔吐、食慾不振、想睡、譫妄、便秘（腸閉塞）、口渴等時，需以血液檢查來判斷有無高鈣血症。就算沒有骨移轉，都可能發生。這是預後不良的要因之一，從高鈣血症到死亡大多1~3個月。

使用雙磷酸鹽製劑（Aredia、Zometa）進行治療。

3. 持續皮下注射

當無法給予內服藥物、肛門塞劑時，必要時需進行疼痛與呼吸困難強短的症狀管理。給予類鴉片（嗎啡、

安寧照護的技巧

1.類固醇

當有疼痛、呼吸困難、噁心想吐、嘔吐、食慾降低、全身倦怠感時
Betamethasone 4-8mg/日→漸減，或是0.5mg/日→漸增

2.高鈣血症

- 1) 癌症病患約有15%會出現
- 2) 當噁心想吐、嘔吐、食慾不振、想睡、譫妄、便秘（腸閉塞）、口渴
- 3) 就算沒有骨移轉也會發生
- 4) 預後不良的要因：從高鈣血症到死亡大多1~3個月
- 5) 治療：雙磷酸鹽製劑（Aredia、Zometa）

3.持續皮下注射

當無法給予內服藥物、肛門塞劑時，需進行疼痛與呼吸困難強短的症狀管理

給予藥物：類鴉片（嗎啡、芬太奴、可待因酮）、體抑素、Haloperidol

4.皮下點滴

從靜脈作血管確保有困難時（失智症、譫妄有危險等）

將軟針由腹部等皮下插入，將穿入部位以膠帶黏貼固定。以20ml/小時的速度打點滴。1日500ml為佳。需謹慎地決定是否適應點滴

芬太奴、可待因酮）、體抑素、Haloperidol等。

4. 皮下點滴

如果從靜脈作血管確保有困難（失智症、譫妄有危險）時進行。將軟針由腹部等皮下插入，將穿入部位以膠帶黏貼固定。以20ml/小時的速度打點滴。1日500ml為佳。

癌症的臨終期需謹慎地決定是否適應點滴（臨終期癌症病患的點滴治療的方針 第一版）。

提升溝通技巧的應注意事項

基本的溝通技巧，首先就是要從整頓儀容舉止、安排座位等溝通的準備開始。其次，實際與病患面對面時，需要要求要看對方的眼臉、應答等傾聽的基本技巧。

最重要的是採用無法以yes no回答的問題（開放性問題）。之後，需要向對方顯示充分的同理心，「痛苦到想結束生命，對吧？」重複病患的語詞，積極地使用沉默（5～10秒），等待病患抬頭並發言。

表8

基本的溝通技術

1. 溝通的準備

整頓儀容舉止、安排座位

2. 傾聽的技巧

要看對方的眼臉、應答

3. 問問題的技巧

採用無法回答Yes/No的問題（開放性問題）

4. 同理心的技巧

1) 接納情緒

- 重複病患的情緒 例…（沉默）…痛苦到想結束生命，對吧？
- 積極地使用沉默（5～10秒） 例 等待病患抬頭並發言

2) 打探心情與擔心的事

例 可以告訴我你擔心的事嗎？

3) 向對方顯示能理解情緒的事情

如果能連結病患的背景與情緒，就明確地傳達出能理解的事情

例 罹患這樣的疾病，工作的時候一定很痛苦，對吧？

大家都這麼想喔

多數的病患都有相同的經驗

此外，可用「可以告訴我你擔心的是事嗎？」這類問，句打探病患心情與擔心的事，並且要顯示出同理心。

安寧照護的地區合作 從OPTIM計畫所獲得的知識

在2008年4月起的三年間，實施了安寧照護普及的地區計畫（OPTIM計畫）。以鶴岡地區、柏地區、

圖3

為了安寧照護普及的地區計畫 (OPTIM)

目的：「製作符合日本的安寧照護的地區計畫範例」

研究期間：2008～2011年

研究地區：長崎市（長期）、鶴岡市（山形）柏市（千葉）、濱松市（靜岡）

課題

- 安寧照護的技術無法浸透
- 病患對於安寧照護的認識不足
- 未確立自家・地區之間的合作體制
- 沒有安寧照護的專家・沒有利用的可能

介入：整合性地區安寧照護計畫

- 1) 安寧照護的知識、技術提升
 - ・ 指導手冊的散布
 - ・ 安寧照護研討會
- 2) 提供適當的資訊給癌症病患、家屬
 - ・ 宣傳單的散布
 - ・ 市民對象演講會
- 3) 地區的安寧照護的全面性指導與配合的促進
 - ・ 對談窗口
 - ・ 出院支援、調整程序的導入
 - ・ 地方多職種配合協議會
- 4) 以安寧照護專家的診療、照顧的提供
 - ・ 地區安寧照護小組
 - ・ 卓越計畫

濱松地區、長崎地區等四地區為對象，進行地區的介入，並作前後的比較研究。對象疾病為惡性腫瘤，主要評價項目為「quality of care」「專門安寧照護服務的利用數」「居家死亡率」。

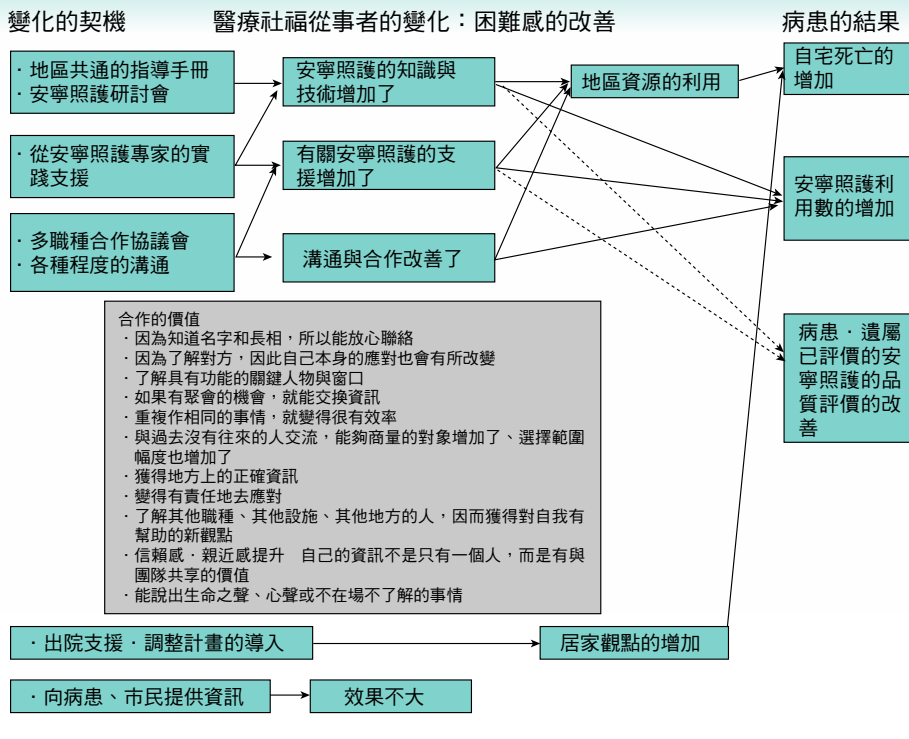
對地區進行四點的介入：①安寧照護的知識、技術提升。②提供適當的資訊給癌症病患、家屬。③地區安寧照護的全面性指導與配合的促進（地區的對談窗口的設置、出院支援、調整程序的導入、地方多職種配合協議會）。④以安寧照護專家的診療、照顧的提供為支柱，進行複合介入（圖3）。

無論此OPTIM計畫並未伴隨制度和體制的組織性變更與否（交付由參加者的自發性協助），地區全體的癌症相關醫療社福從事者的多數皆參加，對地方帶來有意義的變化。透過介入後調查所設定的問題之中，得知「安寧照護的知識和技術增加了」、「安寧照護的支援增加了」、「溝通與協助更完善了」、「居家的觀點增加了」（圖4）。

網路調查則發現：「因為知道名字和長相，所以能放心聯絡」、「因為了解對方，因此自己本身的應對也會有所改變」、「了解具有功能的關鍵人物與窗口」、「如果有聚會的機會，就能交換資訊」、「重複作相同的事情，就變得很有效率」、「與過去沒有

圖4

地區產生變化的過程



往來的人交流，能夠商量的對象增加了、選擇範圍幅度也增加了」、「獲得地方上的正確資訊」、「變得有責任地去應對」、「了解其他職種、其他設施、其他地方的人，因而獲得對自我有幫助的新觀點」、「信賴感、親近感提升」、「自己的資訊不是只有一個人，而是有與團隊共享的價值」、「能說出生命之

聲、心聲或不在場不了解的事情」，透過上述分享，而能體驗「協助配合的價值的實感」。

如果要作綱要的話，就是：透過體驗網絡的價值，獲得有關安寧照護的知識，來改善困難感，特別是協助配合相關的困難感、接受專家支援的困難感、職種之間溝通的困難感等（圖5）。

有關安寧照護的利用數，是增加了介入地區全體的「專門安寧照護服務」的利用，介入地區全體的居家死亡率上升。居家死亡率的增加與全國平均的增加

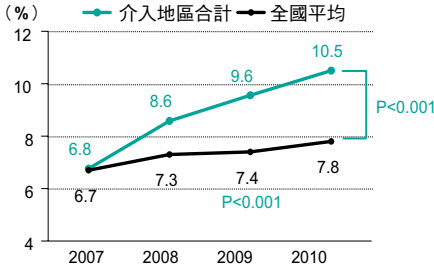
圖5



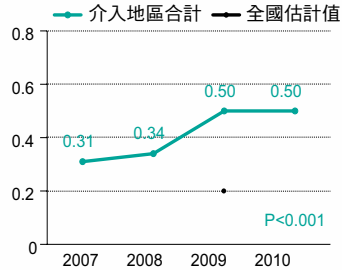
圖6

主要評價項目與醫師、護理師的困難感

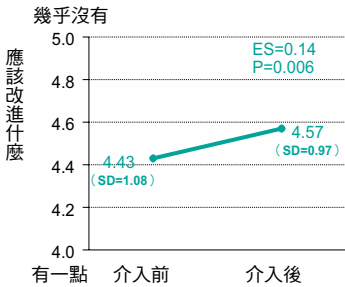
自宅死亡率



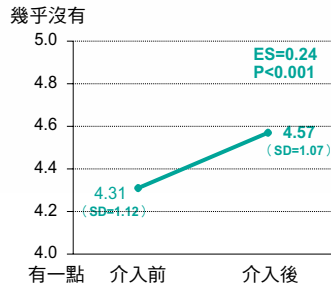
專門安寧照護服務的利用數



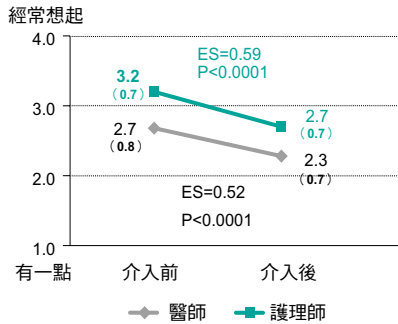
病患的痛苦和緩的品質評價



遺屬的痛苦和緩的品質評價



醫療者的困難感



率相比，具有意義性的幅度較大，但是此增加在地方上的差異也顯而易見。這是因為規定地方存在的資源數量。

在居家死亡的病患遺族當中，「想在希望的場所過生活」的病患壓倒性地多，因為沒有增加照護負擔，確認可依循病患、家屬的期望。

有關安寧照護的品質評價與QOL（quality of life），到醫院就診病患的變化較小，但是臨終期癌症病患比到醫院就診病患還具有意義性變化。

以上得知，透過不伴隨制度和體制的組織性變更的全面性地區安寧照護程序所產生的最大變化就是，不僅是建構地方網絡、改善醫療社福從事者的知識、減輕困難感，還讓病患在自己希望的場所—多數是自家過生活，而且病患、家屬的安寧照護品質評價和QOL也間接地獲得改善。帶來此變化的主要介入之一就是，在「多職種協同配合協議會」為契機之下，在各介入地區進行各種程度的協議會等溝通機會、以安寧照護專家為中心而實施的安寧照護研究會、安寧照護專家的支援、出院支援、調整程序的導入等。

透過出院支援、調整程序，特別會增加醫院的醫師、護士的「居家」觀點。這些變化可從改善醫師、護士的困難感當中觀察出來。

由以上得知，今後的安寧照護知識、技術的提升，市民啟發、溝通與協調的改善，專家支援所進行的安寧照護程序，是將既有的資源做最大化的活用，藉此就可能提升地區全體的安寧照護成效。

在OPTIM實踐的多職種配合協議會的編列，已編列入既有的居家醫療配合據點事業當中。今後進行安寧照護或居家醫療的普及推進時，會是大型的編列組織。

表9

結語

安寧照護知識、技術的提升，市民啟發、溝通與協調的改善，專家支援所進行的安寧照護程序（OPTIM計畫），是將既有的資源做最大化的活用，藉此就可能提升地區全體的安寧照護成效。

在OPTIM實踐的多職種配合協議會的編列，已編列入既有的居家醫療配合據點事業當中。

OPTIM計畫不僅是安寧照護，也會在普及推行居家醫療之際，給予較大的指示。

結語

安寧照護知識、技術的提升，市民啟發、溝通

與協調的改善，專家支援所進行的安寧照護程序（OPTIM計畫），是將既有的資源做最大化的活用，藉此就可能提升地區全體的安寧照護成效。

引用文獻

- 1 社團法人 日本醫師會：癌症安寧照護指導手冊2008,青海社,2008
- 2 國立癌症研究中心 癌症醫療支援研究部 癌症醫療支援研究室內：OPTIM Report2011地方的實踐.安寧照護普及的地區計畫報告書.厚生勞動科學研究費補助金 第三次對癌症綜合戰略研究事業「安寧照護程序的地區介入研究」班
- 3 國立癌症研究中心 癌症醫療支援研究部 癌症醫療支援研究室內：OPTIM Report2012證據與提議.安寧照護普及的地區計畫報告書.厚生勞動科學研究費補助金 第三次對癌症綜合戰略研究事業「安寧照護程序的地區介入研究」班
- 4 Morita T,Miyashita M,Yamagishi A,rt al.：Effects of a programe of intervenetions on regional comprehends palliative care for patients with cancer. a mixed-methods study. Lancet Oncol may 9(13)S1470-2045.2013.

6

照護保險制度的活用

土橋醫院 院長 土橋正彥

面對高齡化社會的使命——
醫師在居家醫療的角色

前言

我國的照護保險制度，隨著急速高齡化，從平成12年(2000年)4月起開始實施全體社會支援高齡者照護的措施。過去的高齡者照護是由行政主導老人福利制度來提供「處遇制度」，但因為縱向切割分立，內藏了各種課題，因而將舊有制度再整編，新的社會保險方式以利用者本位的架構創設出照護保險制度。本制

表1

照護保險制度與高齡化進展 與高齡者照護狀況的變化

- 1.長壽、高齡化的進展
- 2.高齡化的進展所伴隨需要照護高齡者的增加
- 3.照護的長期化、重度化
- 4.家族照護機能的降低
- 5.對個人人生而言的照護問題
- 6.對家族而言的照護問題
- 7.對社會而言的照護問題

表2

高齡者照護舊有制度 與照護保險制度的差異

舊有的制度

- 老人社福與老人保健制度
- 社會扶助（公費負擔）
- 市町村區決定服務內容
- 醫療與社福分開
- 市町村區或社會福利協議會等的公家團體的服務
- 中高收入者的使用者負擔較重

照護保險制度

- 照護保險制度再整編
- 社會保險（保險費）
- 使用者選擇服務內容
- 依照護計畫不同而綜合化
- 民間企業・NPO等多樣化事業者的服務
- 與所得無關，需負擔一成

度實施五年後重新檢視處置，因此以各各時代的先決條件為基礎，依序進行法律修正。此外，將「社區整合支援中心」「地區密集結合型服務」「社區整合照護」等新概念引進制度之中。讓日常在地方從事醫療的「社區醫師」熟知這些內容，是非常重要的，因此針對這方面加以介紹。

少子高齡化產生的課題

出生率下降與平均壽命延長，產生了急速高齡化，預估平成32年65歲以上的高齡者會佔人口的29.1%。伴隨而來的是身障者、失智症等需要照護之高齡者增加，並產生照護長期化與重度化的問題。另一方面，高齡者與子女的同居率卻年年降低，朝核心

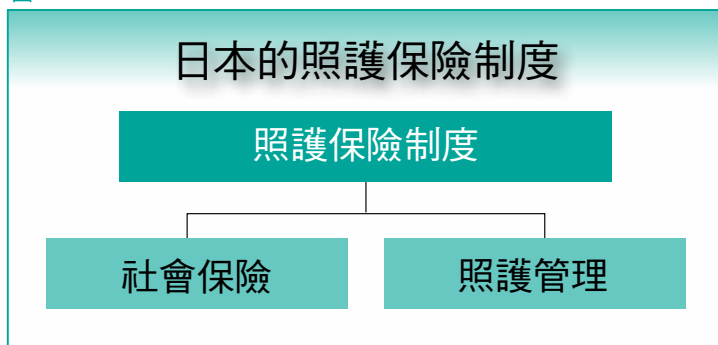
家庭進展，家屬的照護力顯著降低。此外，需要照護者世代約有一半是獨居高齡者或是核心家族世代，這些都會造成重大的社會問題。

「居住在熟悉的自家，以自己希望的方式安心養老」，是高齡者的願望，但是當需要照護時，這個願望就會變得令人不安。此外，對家人而言，照護多少會造成精神上、肉體上的負擔，有人會對不知道要照護到何時而感到不安。另外，為了照護，家屬當中特別是女性會離開職場，產生許多社會性課題。

日本的照護保險制度架構

平成12年4月實施照護保險制度，其特徵就是將「社會保險的原理」、「照護管理的理念」這兩個完全不同的體系制度一體化進行，創造出由全體社會相互支援高齡者照護的架構（圖1）。

圖1



照護保險制度的歷程

- 平成12年4月
實施照護保險法
- 平成18年4月
全面實施平成17年修訂的照護保險法
- 平成21年5月
全面實施平成20年修訂的照護保險法
- 平成24年4月
全面實施平成23年修訂的照護保險法

有關高齡者照護，過去是透過老人社福制度和老人醫療制度，在市町村區以社會扶助的方式設置處遇制度，並提供必要的服務。然而，醫療和社福並沒有一體感，公共服務難以劃一，再加上根據能力承擔相對稅負的比例，致使使用者可能負擔過重。

制度實施後，採用了照護管理課題分析的照護計畫，尊重使用者的意願，可選擇照護服務。此外，能將所提供的照護服務多樣化，以一定的比例負擔。

從照護保險制度的進展看今後課題

平成12年4月實施照護保險制度之後，將制度的持續可能性、重視預防的觀點、社會連帶為基礎的改革作為基準，並分別於平成17年(2005年)、20年、23年進行調整修正(表3)。

平成17年的主要修正點是：轉換為新預防給付與地區支援事業創設注重之預防型系統，並從居家與機構間使用者負擔不均衡修正的觀點來重新檢視設施給付與確立新的服務體系，為了確保高齡者能在附近的生活圈內「繼續生活」，而創設地區密集結合型服務、創設在地區中負責綜合管理中樞的社區整合支援中心，推展醫療與照護配合強化的主治醫師與照護管理者之間的多職種協調、合作等。其他像是確保提升服務品質的方法、重新檢視市町村區保險人機能的強化等（表4）。

表4

平成17年的照護保險制度 修正的要點

- 轉換為重視預防型系統
新預防給付的重新檢討、地區支援事業的創設
- 機構給付的重新檢討
住宿費用、餐費的重新檢討、對低所得者的重新檢討
- 新服務體系的確立
地區密集結合型服務的創設、社區整合照支援中心的創設
住宿服務的充實、醫療與照護的合作強化
- 服務品質的確保、提升
資訊公開的標準化、事業者規制的重新檢討、照護管理的重新檢討（資格的更新・主任照管專員創設）
- 負擔的模式、制度營運的重新檢討
需要照護認定事務的重新檢討、市町村區保險者機能的強化等

平成20年的照護保險制度 修正的要點

- ・對照護服務事業者的規制強化
 - 法令遵守等的業務管理體制整備的義務化
 - 對事業者本部等的進入檢查權等的創設
 - 有問題時的業務管理體制的修正勸告、命令權限
- ・指定取消等的逃避處分對策
 - 將事業廢止、休止的提出從事後變更至事前提出制度
 - 指定逃避處分、追加更新的失格事由
- ・對事業廢止時的使用者的服務確保對策
 - 對事業廢止時的使用者的服務確保對策的義務化
- ・有關照護從事者等的人才確保與處置改善的法律
 - 根據平成20年議員立法而提案並決議成立

平成20年的修正是：受到當時媒體報導造成重大社會問題的大型照護事業者不正當事件的影響，設置了遵守法令與防止再犯的架構。此外，以照護從事人員的人才確保與待遇的改善為目的，希望立法能保障照護報酬3%（表5）。

平成23年的修正是：透過醫療與照護的配合強化等方式，進行需要照護者的全面性支援（社區整合照護）的推進、照護人才的確保與服務品質的提升，能實施照護工作人員從事的醫療性照護（咳痰抽吸等）的法律整合，高齡者的居住整合，引進在熟悉的社區中安心生活的高齡者住宅與照護保險制度的定期

平成23年的照護保險制度 修正的要點

- 醫療與照護的合作強化等
對需要照護者的全面性支援（社區整合照護）的推展等
- 照護人才的確保與服務品質的提升
受到一定教育的照護人員的咳嗽抽吸等的實施等
- 高齡者的居住整備等
附設服務的高齡者住宅（銀髮住宅）供給的促進等
- 失智症對策的推展
市町村區的權利擁護・失智症支援對策等
- 保險人主體性編制的推展等
- 保險費的上漲緩和

巡迴，隨時對應型服務的架構。有關失智症對策的推展，因預見親人會有支援照護上的困難，因此市町村區推展市民支援人員共助，活用並維護權利，為失智症的支援政策而努力。此外，也應推展保險人（即是市町村區）的主體性架構等。

以服務為目的之社區整合照護的五個觀點

透過強化與醫療的配合，除了二十四小時對應的居家醫療、居家護理和復健的充實之外，照護人員的咳嗽抽吸、鼻胃管營養等的醫療性照護，在一定的要

件之下就可能實現。這些醫療行為被規制於醫師法當中，從過去到現在，在一定的條件之下，是以實質性違法性拒絕論而被認可的。現在，透過法律整備而能實施，但是相關議題卻仍堆積如山。

對於照護服務的充實強化而言，為了支援以重度者為首之需要照護高齡者的居家生活，創設出白天、夜間都要一體化且密切配合的居家照護與護理，同時進行定期與隨時應對的巡迴訪視。隨時對應型居家照護與護理，在地區密集結合型服務的類型中賦予定位。

對於預防照護的推行，希望盡可能不要變成要照護的狀態(即維持支援狀態)，朝自立支援型的照護上進展。守護、供食、採買等多樣性生活支援服務的確保

表7

「整合」的意義

1. 全面性提供保健、醫療、照護、住宅、雇用、社會參與等服務
2. 整合自我照護、非正式照護、正式照護或自助、互助、公助的照護提供主體
3. 不僅是需要照護、支援高齡者，是以高齡者全體為對象。將來要以生活圈中所有的居民為對象。

社區整合照護的五個觀點 提供全面性、繼續性，無斷層的服務

1. 與醫療的合作強化
24小時對應的居家醫療、居家護理和復健的充實強化
照護人員的咳痰抽吸等醫療行為的實施
2. 照護服務的充實強化
24小時對應的定期巡迴，隨時應對服務的創設
3. 對於預防的推展
4. 守護、供食、採買等多樣性生活支援與權利擁護
獨居、高齡夫婦、失智症增加而推行生活支援、
財產管理等權利擁護服務
5. 高齡者的居住整備（與國土交通省合作）
附設服務之高齡者住宅的確保

與權益維護，可說是因為獨居、高齡夫婦、失智症增加而推行的政策。

高齡者的住家營造方面，很重要的是能確保高齡者能有安定持續居住的住宅。為了要讓日常生活或照護不安定的高齡獨居者或夫婦世代能夠在熟悉的地區安心生活，因而創設了國土交通省與厚生勞動省共同規劃的「附設服務的高齡住宅與照護保險制度的定期巡迴，隨時應對服務的架構」，希望能普及化。

在熟悉的街道上生活

為了讓高齡者在熟悉的地區安心且繼續活出自己，以照護服務為首的各種服務會因應高齡者的需求與狀態的變化，提供毫無斷層的服務。像這樣支援高齡者生活的綜合性機關，在平成17年(2005年)的照護保險制度的修正之後，設置在社區整合支援中心裡，以市町村區直營或委託民間的方式經營。必須事業就是地區支援事業之一的全面性支援事業與指定照護預

表9

社區整合支援中心 平成17年的照護保險制度修正時設置

- 整合性支援事業
 - 照護預防管理業務
 - 綜合諮詢支援業務
 - 防止虐待、早期發現、權利擁護業務
 - 全面性、持續性照護管理支援業務
- 多職種協同合作的社區整合支援網絡的建構
- 指定照護預防支援
 - 照護預防服務計畫的製成
 - 指定照護預防服務的提供確保
- 照護預防、日常生活支援綜合事業（平成24年新設）、其他

防支援。此外，為了有效地實施全面性支援事業，而進行環境整備，透過多職種協同合作，為社區整合支援網絡的建構而努力。

另外，從平成24年(2012年)以後，尊重市町村區的主體性，對需要支援者、二次預防事業對象者（主要是需要照護狀態較高的65歲以上人士），將照護預防和供食、守護等的生活支援中心，實施為根據市町村區的判斷，而能夠獨自提供服務。此外，社區整合支援中心的工作人員，原則上會配置保健師、社福士、主任照管專員等，實現以團隊達成目標。

以符合地區特性的照護服務為目標

為了確保高齡者在附近的生活圈裡能夠「繼續生活」，而將服務全體的整備視為課題。過去包含居家、機構的照護服務可達18種，但是全國共通的基準和報酬一致，且未必依循地區的特性。因而重新檢視制度，加上過去的一致性服務，重新創設出利用範圍主要是市町村區圈域內的地區密集結合型服務。還有，當有失智症或獨居等居家生活有困難時，也以不要離開所熟悉地區生活為目標，提供因應地區特性的服務。

定期巡迴、隨時應對型居家照護護理，對居家需要

地區密集結合型服務

- 為了確保高齡者在附近的生活圈裡能夠「繼續生活」，而需要服務體制的整備
- 以服務利用為主的市町村區裡的「地區密集結合型服務」的創設
- 當居家生活有困難時，提供有地區特性的服務，讓病患不要離開熟悉的地區居住。
- 機構的特徵就是團體家屋等比較小規模的機構為多。

照護者而言，接受定期性巡迴訪問與隨時通報，在宅由照護社福士等進行入浴、排泄、用餐等照護，除了進行日常生活的照顧之外，同時，護理師也提供療養上的照顧與所需的診療輔助。

結語

為了要推展居家醫療照護，必須利用並活用照護保險的各種服務，醫師無法避免要與居家照護管理專員（照護管理者）等協同合作。為了實踐居家醫療、照護，希望有多職種的團隊達成目標，但是理解各專門職種的專業性更為重要。因此，除了進行照護保險制度之外，同時也要掌握照護服務的內容，這一點對

表11

實施照護給付的服務1

市町村區指定・監督的服務（預防給付除外）

□居家服務

- ・居家服務……………居家照護、居家入浴照護、居家護理
居家復健、居家療養管理指導
- ・門診服務……………門診照護（day service）
門診復健
- ・短期住院服務……短期住院生活照護（短暫居住）
短期住院療養照護
- ・特定機構入住者生活照護、特定輔具販售、輔具租借

□居家照護支援

□機構服務

- ・照護老人社福機構、照護老人保健機構、照護療養型醫療機構

□居家照護輔具具購入費用・居家照護住宅修繕費用

表12

實施照護給付的服務2

市町村區指定・監督的服務（預防給付除外）

□地區密集結合型服務

- ・定期巡迴、隨時對應型居家照護護理（附設服務的高齡者住宅等）
- ・夜間對應型居家照護
- ・失智症對應型門診照護（day service）
- ・小規模多機能型居家照護
- ・失智症對應型共同生活照護（團體之家）
- ・地區密集結合型特定機構入住者生活照護
（小規模付費老人安養院）
- ・地區密集結合型照護老人社福機構入住者生活照護
（小規模特別養護老人安養院）
- ・複合型服務

醫療者來說很重要。平成12年實施的照護保險制度已超過10年，制度的內容變得複雜，但是重視持續支持需要照護者居住在熟悉地區的觀點，利用並活用社區整合照護或地區密集結合型服務等，將成為今後的課題，希望醫師都能精通這些制度。

參考文獻

- 1) 財團法人長壽社會開發中心：照護支援專員基本測驗6訂,財團法人 長壽社會開發中心,2012
- 2) 財團法人厚生勞動統計協會：國民衛生的動向.厚生的指標增刊59（9）,2012
- 3) 財團法人厚生勞動統計協會：國民福祉的動向.厚生的指標 增刊57（11）,2010
- 4) 厚生勞動省：平成24年版 厚生勞動白皮書.厚生勞動省編,全國官報販售協同組合,2012

7

出院支援與出院調整

醫療法人池慶會 池端醫院 理事長、院長 池端幸彥

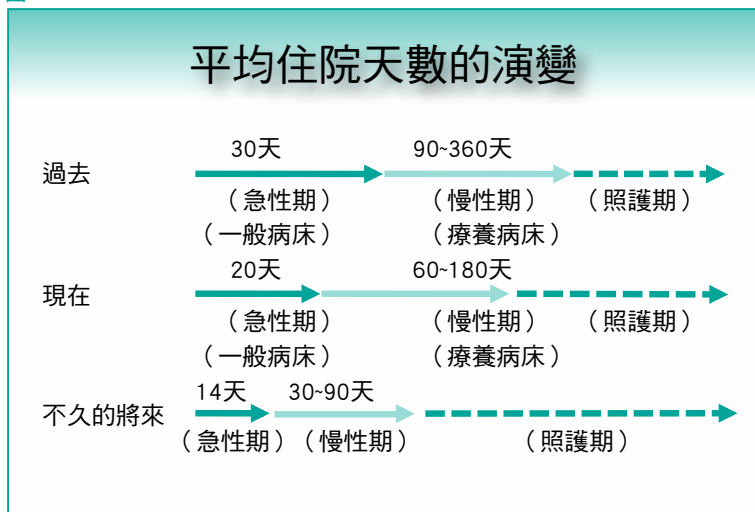
面對高齡化社會的使命——
醫師在居家醫療的角色

前言

「出院支援與出院調整」這兩個名詞，目前還不是很耳熟，預測在不久的將來，因為居家醫療進行的更加順暢，導致醫院的平均住院日數會縮短到14天左右（圖1），屆時，大家會更熟悉這兩個名詞。

「出院支援」與「出院調整」，意義似乎並不明確。根據宇都宮宏子的解釋，患者理解自己的疾病與

圖1



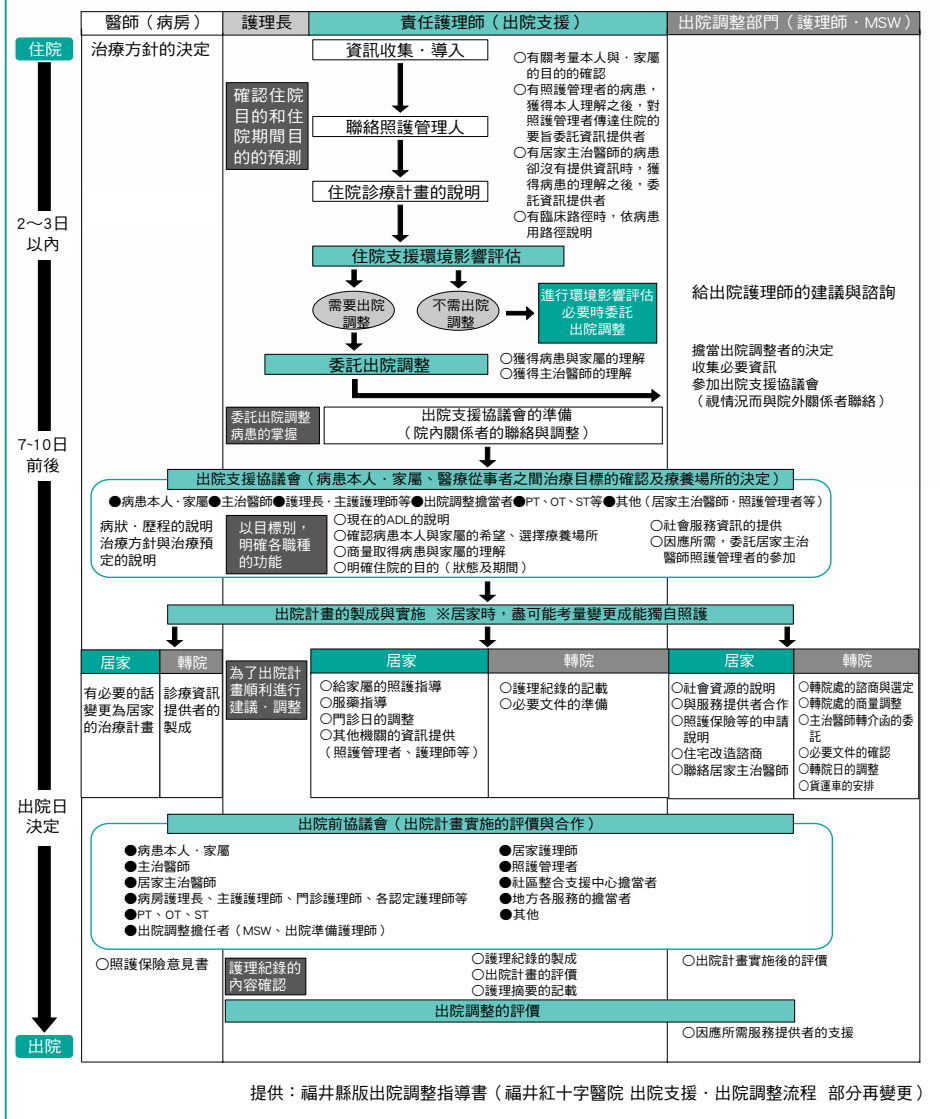
障礙，出院後繼續接受必要的醫療或護理，同時自己決定在何處療養、如何生活，而支援以上決定，就是「出院支援」。為實現患者的決定，以患者與家屬的意願為本，將環境、人、事物連結到社會保障制度或社會資源的管理過程即為「出院調整」。不過，本文嘗試將出院支援與調整，以身為家庭醫師的觀點，盡可能對病人及家屬有所助益的內容來一併解說。

出院支援與調整的理想流程

出院支援與調整的主要流程，以圖2的流程圖來簡單說明。若說這裡掌握了支援與調整的成敗也不誇張，總之關係到要如何在最早的階段裡，意識到「出院後」的需求，並開始進行支援與調整。首先要在住院初期，收集資訊，說明住院診療計畫書的內容，評估是否需要出院調整，若判斷需要支援時，住院後7～10天內舉行初次的出院支援會議。假如居家主治醫師無法參加會議的話，要使其能接收到往後治療的訊息，以便能夠儘量以家屬的立場思考，在治療計畫裡提供建議，有助於建立出院後的信賴關係。

另外，藉由和主治醫師與各工作人員建立面對面的關係，會讓往後的合作更容易。甚至出院後必要的醫療處置或是否要繼續使用醫療器材等，皆可在出院前

出院支援、出院調整的流程



提供：福井縣版出院調整指導書 (福井紅十字醫院 出院支援·出院調整流程 部分再變更)

在雙贏的關係下，雙方一起合作推動出院調整乃為重點。

必備醫療保險與介護保險相關知識

如同各位所知在保險診療裡，居家醫療的對象是「臥床或等同臥床的狀態，而無法到院者」，這個判斷基準並非是病患的嚴重度或日常生活動作（ADL）的能力或照護需求的程度，而是完全依據主治醫師判斷病人的行動能力。雖然說是「居家」，但不一定是自宅，也包括老人之家（特別養護、養護、平價、付費等）、附設服務高齡者住宅、特定機構、團體家屋、小規模多機能型居家照護事業所、複合型服務事業所等，包含其入住者或使用者等，雖然各自的計費方式有微妙的差異，但出院後搬進這些機構，就算是「居家」，這點要多加注意。

另外，除特殊狀況外，避免服務距離超過16公里，因為無法計算出診費用、居家患者的居家診療費，希望一併留意。

「居家護理」是決定居家醫療成敗的關鍵，居家醫療和居家護理的合作，是非常必要的。出院後居家主治醫師會提供居家護理指示書等。還有「居家護理」在醫療保險與介護保險裡皆有其定位，適用條件或有

不同，也要請大家注意。

日本醫療保險的居家護理，是以罹患惡性腫瘤或帕金森氏病等相關不治之症，符合「厚生勞動大臣認定疾病等」，或是臨終照護患者、急性惡化病患等為對象。基本上，若非上述醫療保險對象，又有需要照護認定患者，則應遵照照護保險優先順序原則，因為居家護理全部都在照護保險對象裡，所以交付指示書時要留意。

不過實際狀況，當發給照護保險的居家病患的居家護理指示書後，有可能病情突然惡化，判斷短期內需要每週4次以上頻繁護理時，則需要再發給「特別居家護理指示書」，這點希望大家也要有所認知。甚至自2012年診療報酬修訂後，需要外宿的居家護理或限定出院後2週內，因為主治醫師對於剛出院、尚處在不穩定時期所提供頻繁的居家護理，可以發出同樣的指示書，給病患有力的支援。

此外，雖然說居家醫療漸漸充實起來了，但隨之而來的自付額也增加了，希望大家要知道年齡與負擔率的程度或高額療養費的關係。還有，重度的急性期疾病治療後的出院患者，有許多是接近臥床的狀態，達到發給「身體障礙者手冊」的資格，另外有許多是可以使用「重度身心障礙者醫療費補助制度」。

接受居家醫療的場所與計算可能的主要診療報酬點數

場所	出診診療	門診	管理費	在癌醫總	備註
自家	○(1)	○	在醫總管	○	第二位以後，以初・複診費計算取代居家病患出診診療費
附設服務高齡者住宅・收費老人安養院（特定機構以外）	○(1或2ro)	○	在醫總管	○	
團體家屋	○(1或2ro)	○	在醫總管	○	
小規模多機能型居家照護	○(1或2ro)	○	在醫總管	○	僅可計算住宿日。往返日處理方式等同日照，請留意。
附設服務高齡者住宅・收費老人安養院（特定機構）	○(1或2i)	○	特醫總管	×	
特別養護老人安養院	○*(1或2i)	○	特醫總管*	×	※僅限於末期的惡性腫瘤、從死亡日追溯30日以內的病患
短期居留（短期住院生活照護）	○*(1或2ro)	○	特醫總管*	×	※僅限於末期的惡性腫瘤、從死亡日追溯30日以內的病患
日照	×	×	×	×	因為不是生活居住地，

「居家診療」◎欄位的「1」為居家病患出診診療費1級（同一建築物居住者以外）830點；「2i」為居家病患出診診療費2i級（同一建築物居住之特定機構等）400點；「2ro」為居家病患出診診療費2ro級（同一建築物之其他居住者等）200點

註）在醫總管：居家時醫學綜合管理費 特醫總管：特定機構入住時等醫學綜合管理費
在癌醫總：居家癌症醫療綜合診療費 服高住：附設服務的高齡者住宅

年齡與醫療保險的自負額度

年齡區分	醫療區分	自負額度	高額療養費（一般）
75歲以上	後期高齡者醫療	1成～3成（視所得）	月限額度44,400日圓（門診限額度12,000日圓）
70歲以上75未滿	前期高齡者		
小學入學後以上70歲未滿	一般醫療	3成	月限額度80,100日圓（醫療費-267,000日圓）×1%
未就學兒童	嬰幼兒醫療	3成	

部分摘自「蒲公英醫師的居家報酬計算方針」

出院前會議

出院會議，如同字面意義，住院時以主治醫師為首的各醫療相關工作人員或負責居家照護的各職種人士齊聚一堂，互相討論出院後的居家照護預想到的問題點及其對策的重要會議。最重要的一點是，確實掌握患者與家屬的需求與意願，身為居家主治醫師在參加會議時，要有意識地站在滿足上述的觀點，以配合其需求與意願，來思考病人需求和治療目標。因為是專業人士的會議，所以往往會只以專家的視野，來調整服務內容，希望能努力把患者本人的尊嚴置於心裡。

當天的參加者會依討論內容而決定，一般會由本人與家屬、醫院主治醫師、負責護理師、出院調整負責人員（護理師或是醫療社工（MSW））、復健負責人員（PT、OT、ST）、居家主治醫師、照管專員、居家護理師、地區整合支援中心負責人、居家照護服務負責人等為對象。當然，希望居家主治醫師絕對要排除萬難出席會議。會中要準備到當天為止的診療資料，或護理摘要、計畫書附件等，讓大家過目並能夠事先整理大致的課題。

一般會議流程是，大家從簡單的自我介紹開始，本次會議目的、患者的概況、檢討的課題、說明預定

的議程等之後，首先由醫院的主治醫師開始簡單說明患者的病名、治療經過、現在病狀或治療內容、今後預測的風險、預後狀況等等。之後，會有與會者的相關問答、關於各課題或風險的對應方法，會議也要尊重居家主治醫師與患者本人及家屬的信賴關係，共同討論出最好的照護方式和資源連結，經過密切相互討論，大致決定對策時，由會議主持人(大多是主治醫師或個案管理師)向全體確認最終服務計畫等。此時最應該留意的是，要確認是否符合患者與家屬的意願。

另外，要確保與個別領域的負責人間的聯絡方式，這是讓往後的合作可以順利進行的秘訣。另外要注意的是希望大家合作，在20~30分鐘左右結束會議。即使是困難的案例，也希望能在一小時內結束會議。

居家主治醫師參加會議的10點注意事項

1. 要在住院初期就藉由會議的場合交換資訊，而非出院前才開始，不只是與患者及家屬，也包含工作人員之間，建立信賴關係是最理想的。
2. 從住院連結到出院的會議，是能夠面對面合作的機會，希望居家主治醫師儘可能的參加。即使是進入癌症末期，也就是對所謂的「臨終」有所覺悟的病人及家屬，仍舊會懷抱著種種不安。在這種狀

態下，若出院時醫院的工作人員和之後負責居家照護的各職種人士齊聚一堂，能夠與病人及家屬一起商量討論，建立彼此聯繫的管道，就能帶來很大的安心和信賴感。有時因為業務繁忙，無法出席會議，但希望大家能將出席會議視為居家照護責任者的權利而非義務。

3. 出院會議不一定只有醫療相關人士參與，病人及家屬、照護相關人士等其他多元職種也可出席，所以請儘可能以淺顯易懂的語言說話。
4. 判斷「進食」與「活動」能力非常重要，相關的營養評價項目或日常活動評價也不可忽略，尤其是否維持坐姿、居家的營養攝取方法或必要的復健內容，這些資訊可以預防廢用性病況，同時也可依據這些資訊訂定適宜的居家服務項目。這些資訊很少從急性期醫療相關的醫師處取得，可以的話希望由居家醫療醫師這裡來確認較好。
5. 住院醫療期間，一天24小時、一年365天，隨時只要按下呼叫鈴，護理師會立刻趕來病床邊，必要時醫師也會前來。可是回到居家醫療，就無法有這樣的醫療及護理服務。從這點來看，至少在出院後一個月內，有必要導入頻繁的居家護理或居家復健等服務。不過，患者本人或家屬，很多都尚未能充分

認識此必要性，身為居家主治醫師需要確實地傳達此一狀況，讓病人和家屬理解。

6. 參加會議的秘訣是，尊重實際居家護理服務後，可能會發現某些課題，藉著多元職種的情報交換，聯結解決的策略，而不是憑空想像，讓不同資源的介入，無法產生實質的功能。
7. 在出院會議時，各職種的負責人才首次會面的情形很常見，對於今後的聯絡、討論的時間或方式，務必要做好確認工作。
8. 居家醫療並不是把在醫院採取的醫療方式，照樣搬進家裡。雖然說高科技的居家醫療機器大有進步，實際上在包含成本考量之下多不可行，因此醫院和居家的工作人員，要能在互相商量中努力尋找妥協點，這也是很重要的。關鍵在於居家主治醫師，請務必以此觀點，帶領會議的進行。
9. 若是癌症末期或預後不佳的神經性疾病等，很難避免會浮現一堆課題。其實，回到居家生活的意義，是尊重一種「希望」、「大家通力合作的話就會有辦法的」的感覺，居家主治醫師往往要表現出「開朗」的態度。很多病人很有活力的過著居家醫療生活，「自家」裡棲息著許多眼睛無法看見的能量，很多醫師都有這種無法解釋的體驗。

10. 常常被指出的問題點是，從住院轉到居家，是不是被醫院丟下不管呢？許多家屬或本人不論如何都會有不安的感覺。從這點來看，我們會期待即使患者轉到居家，醫院的醫師也要確實通力合作，若在必要時緊急住院，會協同居家醫師看診等，展現負責態度。

簡而言之，身為出席出院會議的居家主治醫師的具體注意事項（表1），最後要再次展示針對與出院支援及調整相關的所有職種的工作人員指南10點注意事項，希望大家多加參考。

表1

參與出院協議會的 主治醫師的10點心得

1. 住院時敲門
2. 出席會議不是義務，是權利
3. 盡量用平易近人的語詞
4. 事先控制的「吃」與「動」
5. 出院後立即的居家護理、居家復健是有效果的
6. 邊跑邊思考
7. 確認「報告、聯絡、商量」的時間與方法
8. 居家醫療不是住院醫療的送外賣？！
9. 居家是「希望」之光（相信「家的力量」吧！）
10. 擔保「任何時候都有住院病床」，共同醫療

出院支援、調整的十項目標

1. 重視尊嚴
2. 重視生活品質、有尊嚴的人生
3. 與地方合作
4. 與醫療合作
5. 理解要求與需求的不同
6. 理解膳食與營養
7. 理解復健、失智症
8. 理解臨終照護
9. 以特製化醫療 (tailor-made medicine) · 照護為目標
10. 重視多職種合作、團隊合作達成目標

出院支援之後要視為「慢性期醫療」

到現在為止，主要是以從急性期醫院轉到在宅照護的導入為中心來解說。最後，要觸及到連結急性期醫療與居家醫療的「慢性期醫療」可能性。

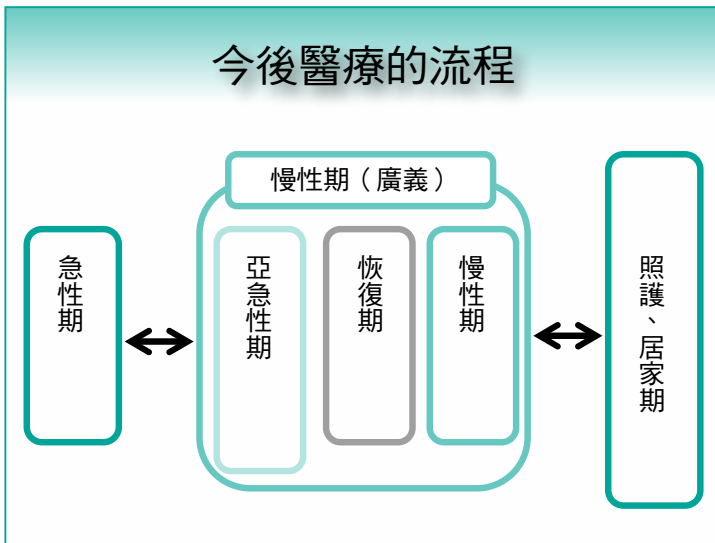
如同開始時所提到的，今後無論喜好與否，移轉到「居家」醫療的壓力將會愈加高漲。不過另一方面，急性期醫療和照護或居家醫療間的鴻溝仍舊很大，以筆者的經驗，從急性期醫院的出院調整負責人突如其來地發出「因為病人希望這週出院，拜託出席出院會議」的通知，接收到的人就會被嚇到，雖然召開了出院會

議，但區區數日間實在很難調整的案例還是很多。

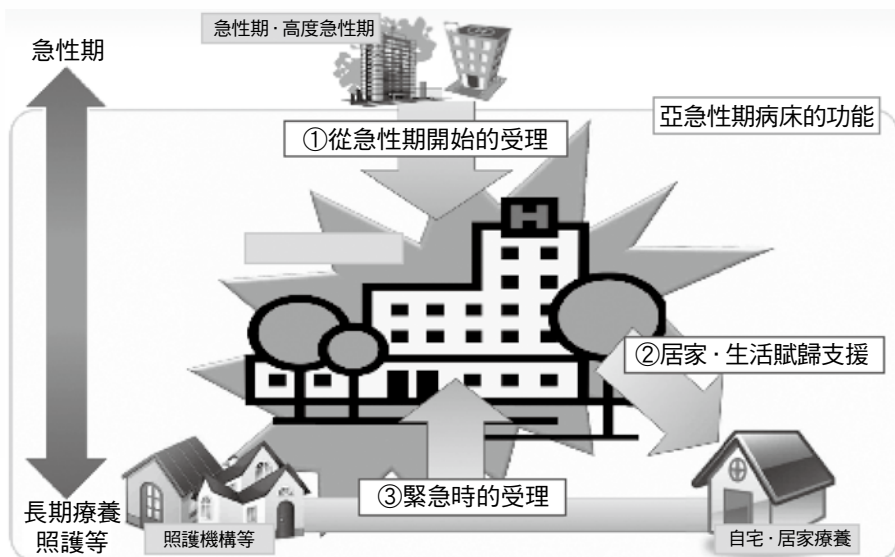
其中，還有雖然已是重度介護的狀態，卻連介護保險的認定都無法申請，在這種情形下，突然被主治醫師通知要出院，像這樣不得不先提供照護服務，再以走鋼索的方式移轉到居家醫療的例子也散見於各處。不過對急性期醫院來說，讓新到院的急性期患者能早一刻有床位，而讓舊有的病患接受適切的醫療，也是不得已的事。

讓急性期醫院負責急性期醫療，病情穩定時，接著應該要盡早轉院到負責亞急性期或恢復期的病房，進

圖5



亞急性期病床的社區醫療發揮的功能



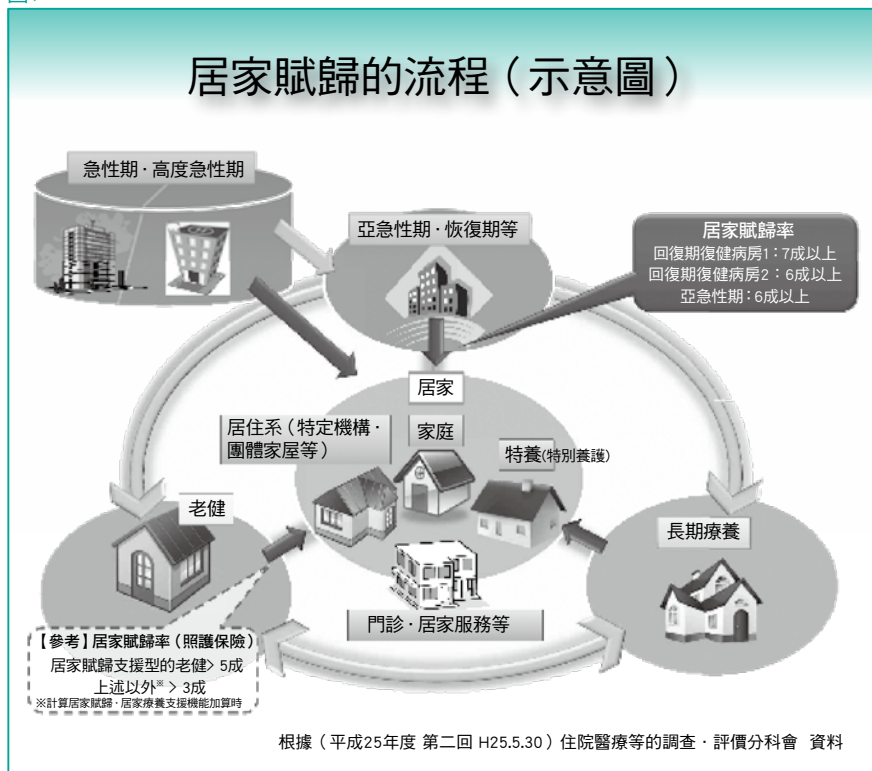
根據（平成25年度 第二回 H25.5.30）住院醫療等的調查・評價分科會 資料

行移轉到居家的支援及調整。如果能夠建立「亞急性期病房」、「恢復期病房」的體系，那麼一部份的急性病床或療養病床就能釋出，「居家療養支援醫院」可以說是滿足這種功能的醫院。「住院醫療等調查及評價分科會」（武藤正樹分科會會長）也有此論述，非常注意今後的醫院機能應有的方向性（圖5、6、7）。

結語

本文主要是以出院支援及調整的觀點，對於以急性期疾病入院的患者，在移轉到居家醫療的過程中，居家主治醫師的角色或態度為中心，加上部分個人意見參雜其中，最後提到關於居家支援病床機能的有效性。對於之後想參與居家醫療的各位醫師，若能有所幫助，實屬我幸。

圖7





社區醫師與後勤支援

醫療法人弘仁會 理事長 梶原 優

面對高齡化社會的使命——
醫師在居家醫療的角色

前言

由於人口的高齡化，對居家醫療的需求有逐年增加的趨勢。伴隨的是對充實居家醫療與往診的要求。患者也開始期望自己的家庭醫師，直到自己人生的最終站，都能擔任診察的工作。

日本政府自2006年開始推動的居家療養支援診所，逐漸改變了患者在醫院過世與在自宅過世的比例。不

表1

為了進行居家療養

- 居家療養是
為了讓人們在自己熟悉的地區、與家族、友人、地方人士一同安心地生活，因而居家相關多職種之間相互合作支援。
- 居家醫療是
不單單只是提供醫療，而是透過醫療在所有相關領域中，進行生活支援。
- 所以，在基於此一理念的行動，能夠使病人安心地因應病患本人、家屬意願。

居家醫療是

- 不僅是提供服務，還提供臨終關懷
- 在笑顏中接納這樣的生活，迎接死亡的來臨並做好相關的準備

過直到現在患者在自己家中臨終的比例依然只有15%上下。今後隨著居家醫療的進展，日常的診察以及如何透過與在宅醫療有關的多種醫療職類，獲得患者及家屬的信賴，社區醫師是擔當此責任的最佳人選。因此，要如何整合資源是非常重要的課題。其中，包含醫院的後勤支援設施所扮演的角色責任很重大。本文將敘述關於居家醫療與其支援應有的樣貌。

施行居家醫療的重點

居家醫療是使人們可以在自己習慣居住的地區，得享護理、復健、營養等的服務與支援，安心地和家人與朋友一起生活。居家醫療並非只提供醫療而已，而是透過醫療提供與全人相關的生活支援，因此基於理念的行動是很必要的。我們自己也要扮演好地區安全網的角色，對於患者本人與家屬的請求要自覺地以行動來回應。

後方支援：出診、門診機能

1. 專科醫師
精神科、皮膚科、眼科、耳鼻喉科、其他專科醫師
2. 整合支援中心、民生委員
虐待、生活支援
3. 保健所
精神疾病、感染症
4. 其他
律師、志工等

為了支援這些人的生活，必須有許多職種的專業人員加入居家醫療行列。照護專員是守門員。癌症末期等高度醫療的情況下，醫師與護理師的角色很重要。其他相關職種還有牙醫師、藥師、護理師、復健師、營養師、志工及友人等，都在不同的角色上努力，使被照顧者能過著更充實生活。

這些多職種服務就是需要熱忱的服務，也可說是居家療養，其意涵就是讓病患能在笑顏中，以自己想要的的生活方式迎接並接納死亡的環境，為實現此一目標，將所需的後方支援分述於下。

居家醫療的各式後援

後方支援的第一點是，具有訪問診療及往診的機

能。希望大家特別留意的是，以下4個項目（表3）。

1. 當面對自己專業以外的疾病時，能得到各科專門醫師的支援。
2. 對於遭受虐待或獨居、孤立、生活缺乏資援的地區，應整合各支援中心的資源加以必要支援。
3. 在精神疾病或感染症上有衛生所的支援。
4. 失智症患者需有成年代理人制度、律師或志工的支援。

因牽涉到與各方人士的合作，平時就應留心各種資源，建立關係。

後方支援的第二點，在於住院機能的確保。這一點對居家醫療醫師來說，不就是安心感的最大聯結嗎？（表4）。

表4

後方支援：住院機能

1. 醫院
急性期對應醫院（居家療養支援醫院等）
地區醫療支援醫院
2. 安寧照護病房
地區癌症據點醫院
3. Hospice
臨終照護
4. 設施
照護療養、保健、社福設施

1. 醫院要揭示居家患者急性病變時的住院對策。急性期對應醫院、居家療養支援醫院，對於此任務不能不積極參與。另外，地區醫療支援醫院所也是一樣。
2. 關於癌症的緩和照護，在地區癌症據點醫院裏有緩和照護病房，可以獲得關於緩和痛苦，包含疼痛控制的支援。當疼痛控制效果不良時，可以先住院，之後再度採取居家療養也沒問題。
3. 在臨終照護裡，也有先居家療養然後利用臨終關懷服務的患者。
4. 其他也有因病況或照護環境而利用設施服務的人，平時就先和病患本人及家屬討論是很重要的。

總之，需要有許多的後方支援機能。

對後方支援醫院的七點要求

接下來，講述關於大家對後方支援醫院的期待與希望提供的服務（表5）。

1. 首先，在緊急時如何順利將患者轉送到支援醫院是必要的。從病人剛住院時的檢傷分類，以及住院後的治療事項，希望能做到完備。
2. 透過不同的專門職類所帶來最新專門知識的講習或

支援，能對家庭醫師及相關多元職種的資質提升有所貢獻。

3. 施行針對居家患者的喘息住院的對應。在照護現場雖然有提供短期入住的服務，但是對於有高度醫療需求的患者醫院應該提供醫療服務。
4. 關於緩和與控制，即使不是緩和看護病房，一般醫院也應該培訓有安寧照護能力的工作人員。
5. 緊急時，希望能提供必要的資材。因為家庭醫師不可能預備著各式各樣的資材，這樣就能大大地放心。若平常就建立起這樣的制度，真的是很棒的事。
6. 關於檢查，有必要打造不用等待太久就可以順利進

表5

對於後方支援醫院的要求

1. 緊急時的對應
2. 專家的支援
3. 疼痛緩解（respite）住院
4. 安寧控制
5. 資材提供
6. 檢查
7. 派遣講師
8. 其他

臨終看護的說明

* 支援體制的確認

家族、親族、友人、志工
相關多職種人員

* 說明

1. 臨終期的病狀
2. 不安、病情急速惡化時的對應
3. 後方支援醫院的說明
4. 與親屬分享資訊
5. 死亡時的應對

行的制度。

7. 派遣講師至地區舉辦講習會等，致力於品質的保證也很重要，對於地區合作也有其效果。

如果有這樣的後方支援，家庭醫師就可以安心地在居家醫療上努力。因此事先與醫院討論合作方式是很重要的。因地區而異，居家醫療的基礎也有所差異，因此，每位家庭醫師在自己的地區與醫院一起合作，建構出完整的網絡。在這樣的照護網絡裡，病患本人就可以安心地在家接受臨終照護了。

居家醫療對臨終照護的說明

首先，建立起各方支援的體制，然後達成相關各職種能夠迅速反應的緊密合作，之後才開始進行到臨終關懷。以下五點在這方面是非常重要的（表6）。

1. 關於癌症末期引發的各種病症，要事先對家屬以容易理解的方式說明。
2. 不安時，要事先說明關於緊急狀況的對應聯絡網。
3. 說明與後方支援待命醫院的合作，以提供安心感。
4. 與相關家屬共享情報，事先就要致力避免意見不一致的發生。
5. 事先說明死亡的對應時（聯絡方法、發給診斷書、往生處置等），也要對隨側在旁的護理師說明。

像這樣在與家屬的談話中，居家醫療的繼續與臨終關懷就在信賴關係中進行。接下來要試著敘述關於居家療養的合作。

關於居家醫療裡必要的合作

沒有多職種醫療的合作，居家醫療就無法成立。要致力於怎樣的合作呢？以下有四個重點（表7）。

1. 為使居家療養與生活圈一致，在中小型地區要建

居家療養合作 居家醫療合作據點

1. 地方合作
多職種の參與
生活圈＝療養圈單位
2. 資質的提升（品質的擔保）
讀書會、研討會、演講會
3. 問題點的抽出與解決
工作坊團體、效果、檢證（學會發表）
4. 組織建構
方向性、透過PDCA週期的持續性

（依據船橋南部居家療養研究會的活動）

構納入醫院的多元職種合作組織。當然以醫師為中心進行是最好的。

2. 為品質擔保舉辦讀書會、講座、演講會。
3. 舉辦以發現與解決地區問題點為目的之工作團體活動，作為成果檢驗在學會上發表，再進行下一個活動。
4. 活用Plan（計畫）→ Do（實行）→ Check（評價）→ Act（改善）的循環，致力於組織的持續性。

我們在千葉縣船橋市南部地區（人口約10萬）建構了船橋南部居家療養研究會，推行這樣的活動有六年之久。現在包含居家療養支援病院，和八十一個相關

設施合作，努力地提升居家醫療。像這樣由多職種一起發掘研究地區問題點，並將結果於學會發表。這種可以獲得評價的體制是維持合作的基本。「大家一起完成了什麼」的成就感對提升動機有很大的幫助。

結語

居家醫療是生活支援，透過熱忱才得以持續的推動。如何減輕居家醫師的負擔，又確保患者的安心感，後方支援醫院扮演的角色非常重大。發揮這些機能的是，地區上多元職種的合作體系。在尋找各個地區隱含的問題時，不斷思考解決方式並實行，合作才能持續下去。

最後，關於居家相關多元職種能做到的事，就是要透過熱忱，儘可能地接觸與傾聽患者，在共處的時間裡，將其投影在自己的人生，並反映在明天。

9

居家醫療的過去現在未來

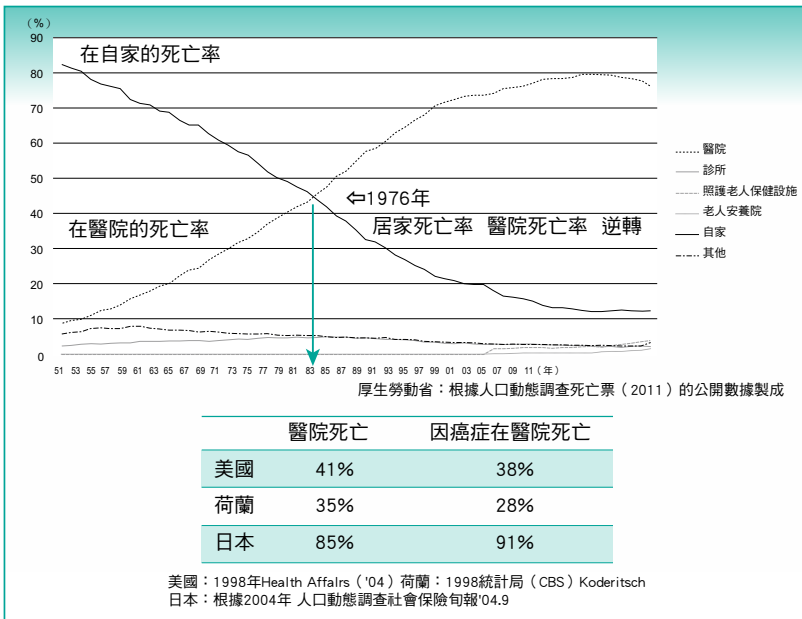
醫療法人 ASMss 理事長 太田秀樹

面對高齡化社會的使命——
醫師在居家醫療的角色

前言

舉全國之力，推廣居家醫療，使得「居家醫療」「居家照護」、「居家臨終關懷」這樣的詞彙，在報紙等媒體上看到的機會變多了。居家醫療變成國民關心的事，「以前不論何時都可以輕鬆拜託醫師來往診的」，聽得到民眾紛紛懷念出診的聲音。

圖 1



雖然居家醫療不可能拿掉出診的部分，但出診並不同於居家醫療，想要用言語正確地表達居家醫療的本質意義還有推進的證據並不容易。因此在本文裡，本文希望一邊回顧居家醫療近半世紀的歷史，一邊談及現狀的課題與展望。

施行居家醫療的重點

以前開業醫師施行的「往診」，包括對高齡者在自家死亡的診斷，對日本來說，擔負著重要的角色。然而這樣出診的意義漸漸消失，1976年，在醫院過世的人數超越了在自宅過世的人數，高齡者在醫院結束生命的文化就此形成（圖1、表1）。

接著，到了正式迎向高齡化社會的七零年代。這個時期日本的地區醫療迎來巨大的轉變。醫療高度專業化，診斷技術、治療技術水準大幅提高，包括人工血液透析的普及或超音波掃描的登場（1975年）等，醫學發展做為科學技術的一環實在令人瞠目結舌。

透過血液透析使得因患有尿毒症而失去性命的事情變少了，電腦斷層攝影或超音波檢查等影像診斷技術的發展，提升了外科手術的可能性，腦出血或頭部外傷患者的救治率顯著提升。與經濟高度成長相輔相成，科學技術萬能的神話，造成民眾對醫療產生巨大

表1

1970年代的動向

1970年 突然進入高齡化社會 高齡化率7.1%

1995年 高齡社會（14.6%） 7%→14% 25年

2007年 超高齡社會（21.5%） 14%→21% 12年

2012年 高齡化率 24%（每四人裡有一人）

1973年「一縣一醫科大學構想」閣議決定

齒科大學・醫學部入學名額增加

1976年→4,380人 1987年→8,360人 約10年間醫師倍增

40年後 開業醫師只有專科醫師

1973年（東京都'69・秋田縣'69）老人醫療費免費化

社會性住院增加 社福政策的貧困 醫療一肩擔起

1976年 EMI公司自製頭部CT1010 設置於東京女子醫大

（1975年 國產初的電腦斷層在藤田學園保健衛生大學運作）

醫療的高度化 醫院信仰

女性的社會進出 家族型態的變化（非婚化・晚婚化・DINKS・核心家族化・老老世代）
地方共同體（社區的崩壞）

的期待。不孕症治療就如同神話一般，宛如生命是可以控制的，這種幻想也高漲起來。

雖然救命的技術提升了，「植物人」也產生了。即便可以避免死亡，但在社會活動有其限制的情形下，維持生命的患者，也一路增加。但是國民無法捨棄對醫學作為科學的過多期待。甚至，出現以住院醫療代替貧乏的高齡福利政策承接問題的風潮，變成日本特有的社會性住院現象。

在這個高齡者明顯增加的時代，因為政治性的決定朝高齡者醫療免費化邁進。「社會上一般做法」導致

無法理解的民眾意識也助長「在家裡往生的話，社會上的…」以致連得享天年的高齡者也能輕易住院，過度的醫療介入結果是死亡文化也繼承了價值觀。

這時，一縣一醫科大學的構想具體化。從70年代到80年代，醫學院的名額增加近兩倍。造成一年誕生近8000個醫生，實習醫師的制度整備起來，由學術團體主導的專科醫師制度普及了。每位年輕的醫師以器官分類、疾病分類的專科醫師為目標，導致現在開業的醫師大部分多為專科醫師。更有甚者，國民期待享受專門度高的先進醫療，因此醫療機關配備有精密的診斷儀器、部署了專門的醫師……，不斷回應國民的醫療需求(表2)。

從治癒的醫療到支持的醫療

我國的醫院醫療興盛期始於1970年代，進入高齡化社會沒多久，「日本尊嚴死協會（舊日本安樂死協會）」於1976年誕生。此後也開始了「Hospice」運動，對拯救生命的高度醫療不再抱著過多期待，開始尋求安穩結束生命的醫療必要性，「死亡臨床研究會」也開始運作。醫療技術的高度先進化並不一定會連結到國民的幸福，最先開始發出疑問聲音的是睿智的市民們。

到了90年代，丹麥的醫療福祉現狀透過記者的報導被介紹出來，讓大眾知道所謂臥床老人的存在是日本

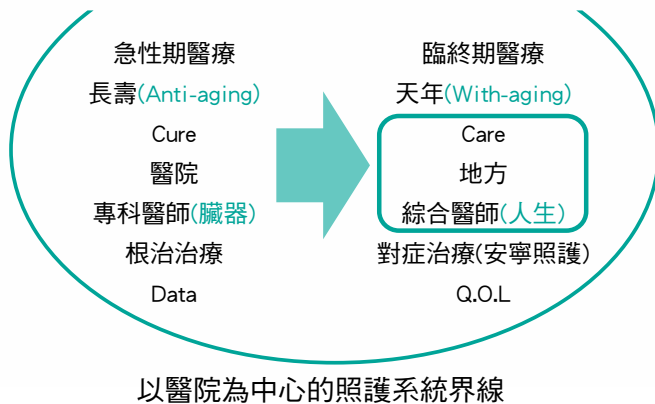
表2

對高度先進醫療的意識變遷

- 1976年 日本安樂死協會→1983年 日本尊嚴死協會
- 1977年 日本死的臨床研究會 臨終關懷照護研究的老店
- 1982年 生死考量會 市民的集會
- 1987年 臨終關懷研究會 季羽倭文子(護理師)臨終關懷照護的創始人
- 1990年 有「臥床」與沒有「臥床」的國家(葡萄社) 大熊由紀子
- 1992年 日本臨終關懷・居家照護研究會 「死」的權利 「自我決定權的確立」
- 1995年 學習死亡(有斐閣) 柏木哲夫醫師 死不是醫學的敗北
- 1996年 在醫院死亡(文春文庫) 山崎章郎醫師
- 1996年 日本安寧醫療學會成立 Palliative Medicine的學際性與學術性研究
- 2003年 大養生的推薦(角川書店) 早川一光醫師
- 2007年 滿足死(疋田善平醫師) 奧野修司 讀賣新聞社 醫療文藝復興
- 2010年 「平穩死」的推薦(講談社) 石飛幸三醫師
- 2012年 大往生與醫療無關(幻冬社) 中村仁一醫師
- 2012年 「平穩死」的10個條件(Book Man社) 長尾和宏醫師

圖2

超高齡社會・多死亡社會所期待的 醫療的模式轉變



特有的狀況。當時被稱作老人病棟的地方，有眾多的高齡者臥病在床，藉由點滴或人工營養來存活。無神的眼珠盯著天花板，不用多久就產生褥瘡，遭肺炎奪走性命，這可說是日本式的高齡者末期醫療的景象。

然而，每四人中就有一人是高齡者，史無前例的超高齡、多死亡社會來臨時，醫療的目的、角色、期待也隨之改變，導致以往的醫療典範將大大地轉變（圖2）。不論醫學如何地發展，死亡仍是無法避免的法則，社會該冷靜地接受理所當然事實的時機到了。鼻胃管的爭議或終止人工營養補給等的議論，可說就是其中的代表。一直以來以醫院為中心，也就是說單以治癒為目標的健康照護系統，要解決高齡者的健康課題是很困難的。

居家醫療的黎明期與發展

在這樣的社會背景下，1992年住家已被明確地定位為為醫療提供的場所之一，居家護理被認定足以獲得醫療報酬。相對於出診的「居家診療」概念登場了。讓醫院機能遍佈地區的思考方式，將住宅視作病房，出診承擔了病房巡診的功能，可以說是日本居家醫療的曙光。

1994年開始，24小時的出診體制被認定足以接受優厚的診療報酬，居家醫療漸漸不再被視為診所經營

的負擔。2000年起，居家療養將由社會全體支持的介護保險制度施行。不婚化、晚婚化、DINKS（雙薪無子的頂客族）等現象產生，家族的型態變的多元化之後，介護已經不再只是女性的角色了。透過媳婦的照護與醫師的出診，高齡者於自家接受臨終關懷，和60年代比較之下，社會已經發生了革命性的變化。

將高齡者的生活與醫療一肩扛起的介護保險制度，以介護的社會化為理念，認同民間企業對介護事業的參與投資。各式各樣的居家照護支援服務誕生了，市場競爭原理在服務品質裡發揮作用。

在這之後，障害者自立支援法(2006年)與癌症對策基本法（2007年）陸續施行，服務難以在醫院治療的對象，這些疾病或障礙人士，將由地區來支援。因此，支援的對象拓展到高齡者以外，這些改變是由法制化開始帶動的。

地區整合照護中居家醫療的角色

嘗試整理居家醫療的概念，可以說是「在日常生活環境中，對往來醫院有困難的病患，藉由獲得患者與家屬同意，醫療工作者到府提供全人的整合醫療，若有意願的話，連臨終關懷都能支援的醫療」。生活環境，並非只有自家而已，而是泛指讓療養者覺得舒適、屬意的

場所。另外，「全人整合醫療」是指，不管任何疾病、障礙、性別、年齡，不只是疾病治療，保健、福祉也包括，連家族背景或地區都包含的醫療。最重要的功能是，在病患屬意的場所提供末期醫療、緩和醫療。居家醫療幾乎可以稱做是支援生存的醫療。

從被稱作「居家醫療元年」的1992年開始，經過20年，在2012年，又改為「新生居家醫療元年」，因為厚生勞動省對都道府縣通知，會將「五疾病五事業及居家醫療」納入下期的保健醫療計畫。要求在地方基層行政單位裡，建構以醫療、介護、福祉（生活支援）、保健（預防）、居宅的五個領域組成的整合照護系統，居家醫療在地區整合照護系統裡有了清楚的定位。以即使年紀大了、身懷障礙，也能繼續居住在原來的地區為原則，在由地區社會全體支援療養者的系統裡，將生活放在醫療之上這樣的概念已經決定，所以有了支援療養生活的機動服務，居家醫療就是其中之一。

以多元職種完成同一目標，以從醫療支援到生活的成就感，又更加地誘發了動機（圖3）。

結語

居家醫療的推動，在於修正社會性住院現象與表裡合一的關係性，在普及的過程中，存在各式各樣的障

礙，恐怕連醫師自身對居家醫療的偏見與誤解都沒清除。

甚至，對國民傳遞居家醫療正確訊息的宣導活動也不充分，本來應該擔負起建構地區整合照護系統重責大任的市町村行政單位的態度也因地區間的不同而有很大的差異。不只是高齡化率，高齡者實際的人數不同，社會資源的充足度等也不同，要一邊顧慮地區上各式各樣實際的情況，一邊努力發展居家醫療。

超高齡社會裡的醫療典範已經大幅改變，居家醫療

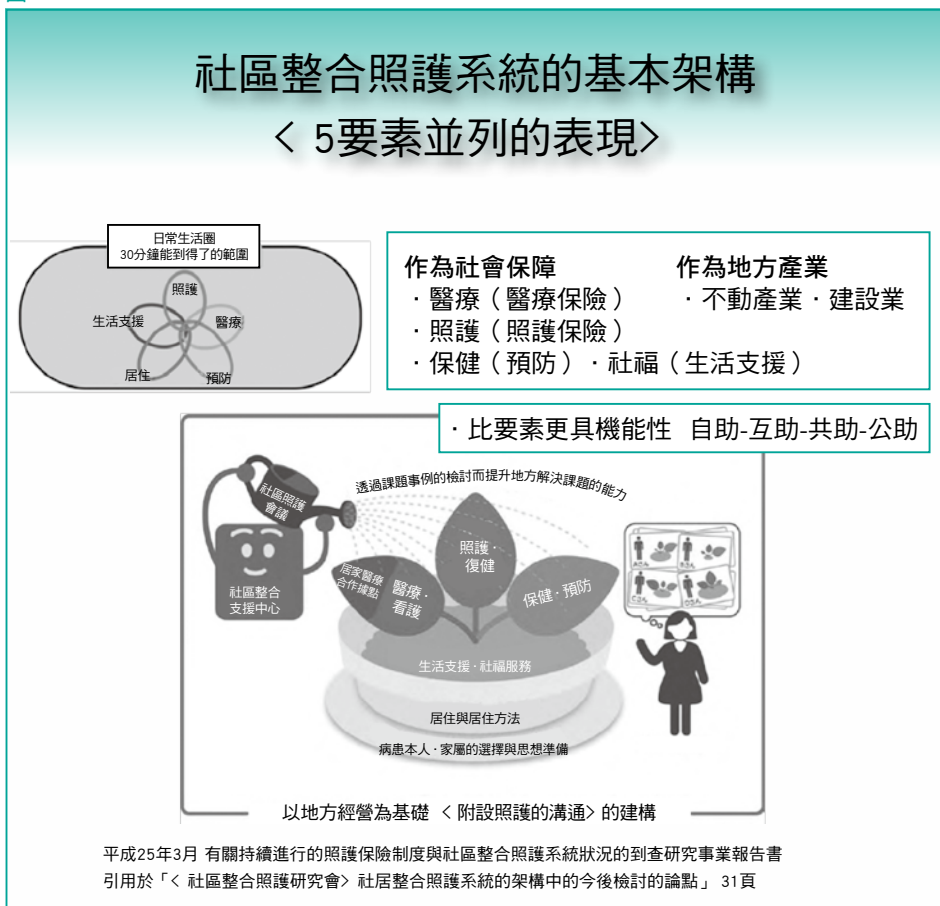
圖3

居家醫療、照護安心2012	
厚生勞動省	
5 疾病	5 事業
癌症	救急醫療
腦中風	災害時醫療
急性心肌梗塞	偏僻地區治療
糖尿病	周產期治療
精神疾病	小兒醫療(包含急救醫療)
鄉鎮城市	第6期保健醫療計畫

居家醫療

的普及在日本社會已成時代的必然。為了往返醫院有困難的患者，及為了儘早回應家屬的期望，藉由提供優質的居家醫療，加深對醫療的信賴，是身為家庭醫師的堅持吧！我們相信居家醫療能夠改變日本的醫療文化（圖4）。

圖4



編後語

因應高齡化社會，世界各國都大力推動醫療體系的重整，發展不同類型的照護模式。日本是個前所未有的超高齡社會，面對種種現象，必須以不斷改革新的方式因應，所謂「他山之石，可以為錯」，從他們身上，我們必有許多的學習。

今年六月，全聯會理事會正式決議通過「推動居家醫療國際交流計畫」，除了籌備於十一月十二日舉辦的「居家醫療國際研討會」，同時也在洪德仁醫師的聯絡奔走下，承蒙日本醫師會慨允，授權我們出版「居家醫療」一書。為工作順利推展，組成「居家醫療國際研討會工作籌備小組」，由李紹誠醫師擔任召集人，與洪德仁、陳適卿、詹鼎正、黎家銘等醫師、王必勝秘書長及全聯會林忠劭主秘及李美慧組長帶領的會務人員曾欣怡、周文馨等人群策群力共同推展事務的進行。

在書籍出版方面，有賴洪德仁醫師全力投入，初審譯稿後，由深諳日文的李世代、張欽凱、詹鼎正幾位醫師複審，耗時一個多月，再請資深編輯金明瑋女士潤稿，交由專業設計賀立人先生完稿。在此對投入的每一位深深致謝。

同時，也要特別謝謝邱理事長對此書的關心，甚至親自蒞臨小組會議，對書名譯文及書中某些名詞譯法加以指導，務期保持原意精神。另外，也謝謝吳運東顧問在某些譯稿給予

的指正，俾使文稿更通順。

在短短時間內完成一本書的翻譯、印就，不是一件容易的事，雖然靠各位參與的醫師、工作人員盡力完成，但疏漏、失誤或欠週之處必在所難免，請醫界同仁、夥伴、先進不吝指教，俾使內容更臻完善，有利學習與借鏡。

最後，謹向所有參與本書中譯本及研討會的工作夥伴致謝，尤其邱理事長泰源的支持，更讓臺灣國際醫療交流發展更具實質內涵，大家合力的付出，已為台灣長期照護的未來跨出一大步，相信一步一腳印，藉著真誠虛心的學習，除了能為國人提供更好的醫療服務外，亦能本著醫師的使命感，建立最適合台灣的長期照護模式，為高齡者提供全人、有心的照護。

