

社區整合性照顧管理模式發展與成效 評估：以輕度、中度失能老人為例

陳亮汝、邱逸榛、黃文妮、曾明月、呂碧鴻*

一、計畫緣起

隨著老年人口的快速成長、平均餘命逐年延長，帶來慢性疾病與功能障礙的盛行。而根據過去文獻資料指出，老人健康常有多重慢性病，以致醫療費用高，且日常活動功能障礙率及慢性病罹病率都隨著年齡增加而急遽上升（Wagner, 1999；內政部統計資訊服務網，2007；吳秀英，2006；張鴻仁、黃信忠、蔣翠蘋，2002；吳淑瓊等，2002）。因此，已開發國家正積極試驗對衰弱老人及其他有複雜性、慢性與功能障礙群體提供照護，尋求可行有效益之照護模式，以解決人口快速老化，照護需求及醫療照護費用不斷上升的壓力（Kodner & Kyriacou, 2000; Leichsenring, 2004）。

近年來對老人複雜的健康問題，逐漸加強積極的健康促進，在發生障礙之前採取預防策略。過去文獻顯示衰弱（frail）而未失能的老人，或是有輕微的失能、有惡化的高危險性老人，便是預防介入後的主要對象及受益者（Ferrucci et al., 2004; Cynthia et al., 2005）。而整體照護囊括健康促進、疾病預防、早期發現、早期治療、預防失能與復健等連續性的服務過程，涵蓋醫療及社會服務各個層面，並不限於單一專業或長期照顧處理，故需要執行照顧管理制度，以提供連續性、整合性、個別性的服務。

過去我國長期照護相關計畫，以提供長期照護或急性後期照護為主，多偏向負向的理念，不僅分散規劃長期照護服務的提供，對於健康與社會資源服務的連結也缺乏連續性與整合性，鮮少採取積極預防的介入措施或正向照

* 陳亮汝，弘光科技大學健康事業管理系助理教授；邱逸榛，長庚大學護理學系副教授；黃文妮，義守大學物理治療學系助理教授；曾明月，美和科技大學護理學系講師；呂碧鴻，臺灣大學醫學院家庭醫學科副教授（通訊作者）。



顧策略。因此本計畫延續「高齡社會的來臨：為 2025 年的臺灣社會規劃之整合研究——高齡社會老人健康照護需要研究」所發展之衰弱本土化指標，發揮我國基層醫療的功能，在社區中篩選潛在的衰弱老人，給予適當的健康促進與健康照護，並發展健康問題複雜的失能老人之照顧管理模式。

二、研究設計與方法

(一) 研究對象

研究對象採立意取樣，就板橋市參與研究的基層家庭醫師門診中，選取符合收案標準的個案，收案標準為：(1) 年齡大於等於 65 歲。(2) 符合輕度及中度失能標準，失能判定為依據「我國長期照顧十年計畫－大溫暖社會福利套案之旗艦計畫」中對於失能之定義。(3) 居住於家中且位於臺北縣市者。(4) 意識清楚無認知問題，以簡短心智狀態問卷 (Short Portable Mental Status Questionnaire, SPMSQ) 評估，並依據教育程度判斷為非認知障礙者 (Pfeiffer, 1975)。(5) 能以國台語溝通。(6) 同意參與研究。排除條件為：罹患末期疾病，預期生命少於一年、非處於緩解期的癌症病患及罹患精神疾病者。

(二) 研究設計

本研究為三年期的研究規劃 (97/8/1~100/7/31)。

第一年重點在於發展整合性照顧管理模式內容、流程及健康促進與預防性的介入措施照護指引，並進行前驅研究以測試其介入措施之合適性與可行性。本研究與實驗社區中的基層醫師及臺北縣長期照顧管理中心合作，經由合作之基層醫師的個案中，尋找符合研究對象個案，由研究之護理人員進行個案評估，包含健康問題、需求、家庭照顧資源、醫療與長期照護資源使用現況等；再從中發展適合輕度及中度失能老人之居家照顧管理模式內容、流程及預防性介入措施。並舉辦基層醫師之焦點團體訪談與問卷調查，了解基層醫師其執業過程中照顧社區輕、中度失能老人的經驗，以及轉介其他相關單位的困難、基層醫師對輕、中度失能的認知及未來參與社區整合照顧管理服務模式之意願。

第二年及第三年則進行臨床試驗研究並評估其介入成效，採類實驗性研究設計 (quasi experimental design)，將同意參與研究之個案以隨機方式分為實驗組及對照組。實驗組個案接受第一年所發展之整合性照顧管理模式介入措施，包括：以護理人員為照顧管理師 (以下簡稱照管師)，進行周全性老年

評估及跨專業團隊的照護諮詢，了解個案疾病或醫療問題，與其基層醫師溝通了解個案病情或健康上的需要；也提供促進健康的預防性措施，主要為體適能之增進活動，並視個案情況轉介與連結社區長期照護服務資源，定期進行家庭訪視、家屬電話諮詢，追蹤個案病情發展。對照組個案則接受目前一般性照護，以及每個月一次的定期電話關懷，提供社交性問候、關懷、了解有無特殊狀況發生等。資料收集時間為基準點評估、三個月、六個月及十二個月。

(三) 研究工具

1. 個案篩選工具：研究對象先以 SPMSQ、ADL 進行認知及日常活動功能評估。ADL 為評估個案在進食、移位、如廁、洗澡、平地走動、穿(脫)衣褲鞋襪等六項能力，一至二項需要他人協助者為輕度依賴，三至四項需人協助者為中度依賴。
2. 個案個人資料評估：含年齡、性別、婚姻狀況、教育程度、經濟狀況、罹病狀況、營養狀況及健康行為。營養狀況以迷你營養評估量表 (Mini Nutritional Assessment, MNA) (Guigoz, Vellas, & Garry, 1994) 進行。健康行為是指個案有無抽菸、喝酒、運動習慣及體重控制等行為。
3. 個案環境支持評估：包括居住狀況、社會參與及社會支持狀況。居住狀況為評估個案是否與家人同住及同住人數。社會參與是了解個案與社會接觸互動狀況，以詢問最近一個月曾經從事那些活動類型為參考。社會支持評估工具係採用 MOS (Medical Outcomes Study) 中文版社會支持量表，為 11 題的簡短版問卷，分數越高表示支持程度愈好 (唐婉如等人，2004)。
4. 結果評量指標：為個案有無發生不良健康結果，包含跌倒、住院、入急診、入住長照機構及死亡；身體功能及健康相關生活品質狀況。

(四) 資料分析

以 SPSS 11.0 for Windows 及 SAS 8.12 版套裝統計軟體進行，設定 α 為 0.05，進行描述性統計；以卡方及獨立樣本 t 檢定，比較實驗組及對照組是否具有顯著差異，並探討研究對象個人資源及環境支持變項與結果變項是否有顯著關係。最後以廣義線性迴歸 (GLM) 檢驗時間、組別對體適能與生活品質之影響。

(五) 倫理考量

研究計畫提報經臺大醫院研究倫理委員會審核通過後開始收案 (編號



200812013R)。

三、研究結果

本研究結果包含基層醫師之焦點團體訪談、臺北縣基層醫師問卷調查分析，以及介入成效。以下分別說明重要結果：

(一) 基層醫師之焦點團體訪談結果

1. 對目前社區輕中度失能老人長期照顧之看法與困境
 - (1) 偏遠地區的服務資源不夠，包括服務人力、資源太遠以致使用者需多付費(交通接送)。
 - (2) 使用者付費觀念之調整。因目前一般戶或中低收入戶使用長照相關服務，仍有部分負擔，以致個案或家屬多傾向聘用外勞，這反映出大家對於使用者付費的觀念尚在建立中。
 - (3) 目前長照服務較少提供改善失能的相關服務，對於減緩早期退化之相關服務仍須再加強。
2. 社區長照管理中心角色之功能與缺失

長照中心因公部門角色受限，在資源或服務內容彈性度較低，易讓部分服務流於形式。且網絡尚未建構，服務中斷點包括有：

 - (1) 臺北縣長期照管中心與急性醫院間無連結，以至於急性醫院出院準備服務無法徹底落實。
 - (2) 臺北縣長期照管中心未積極利用社區資源，以發現個案及介入個案的照護計畫，故早期失能個案可能錯失早期發現與健康促進的時機。
 - (3) 急性醫院出院準備服務與基層醫療醫師連結不佳，造成治療或照護的斷層。
 - (4) 對於幼兒及重度失能或癌末個案所能提供之社區服務相當有限，在偏遠鄉鎮地區尤其如此。
3. 對護理背景之個案管理師參與照顧管理模式之看法

在護理的訓練中，對於未發生疾病前的健康促進與預防觀念較薄弱。健康生活的衛教知能極少系統的納入該訓練裡，因此早期發掘個案、評估家庭功能及整合社區資源的經驗與能力，易落入醫院的醫療處理模式，忽略個案是在家庭與社區的脈絡中，故其工作方式應要有所調整。而因照管師具護理背景，在疾病相關的問題與需求處理上，能適切提供有效解決方案與資訊，

讓個案可有較佳之照護模式。

4. 如建立社區照顧管理模式，基層醫師之需求

基層開業醫師與公部門衛生所之醫師，第一大考量是社區照顧之人力及時間。多數基層醫師對早期失能個案的發現與評估，只能採被動態度。即便能發現個案，也苦無轉介平台，造成醫療資源無法有效利用。另亦擔心轉出個案後，個案流失的問題。

第二大考量為政府提供之各項資源是否符合可近性、便利性之原則。如：仿照糖尿病照護網，廣立網狀社區醫療照護點，藉由個案管理師作資源的整合。

第三大考量是政府給付之可能性。中央部門應有專責單位，研擬長期照護財政來源，確立是社會保險或社會救助及附帶方案，以及非營利團體的角色等。

(二) 臺北縣基層醫師問卷調查分析結果

本問卷調查共郵寄 250 份，回覆有 89 份，回收率為 35.6%。

九成以上醫師對於衰弱及失能危險因素的認知正確，但意願較高的服務項目為提供相關社會福利資訊 (98.9%) 及主動通報或轉介給相關單位 (92.1%) 等；願意成為社區失能者照顧管理服務資源的比例最低 (77.5%)，次低為與相關服務單位人員共同討論個案整體健康狀況 (83.1%)。

在 59 位曾發現疑似失能個案的基層醫師中，八成以上是透過家屬或病患自行表達而得知個案有失能情形，七成是自己發現。僅有 5 位基層醫師使用評估工具來評估，而未用工具之原因以沒有量表可用居多，佔有 63.0%，其次是從沒用過量表 (37.0%) 及沒想到要用 (31.4%)，另 22.2% 認為評估後不知能做什麼協助。而發現失能個案後，有 57.6% 會教導個案或家屬相關照顧知識，僅有 45.8% 告知相關服務資訊；但以轉介醫療院所居多 (55.9%)，轉介至長期照顧中心或服務提供單位者均佔 30.5%，而無轉介至任一單位者有四成左右。

以長照顧管理中心來看，未轉介至相關單位之原因，為無管道或平台 (74.4%)，其次是無適合單位 (33.3%)，而有 30.8% 認為無轉介單可填寫，25.6% 認為無轉介需要。在未轉介醫療院所方面，仍以無管道或平台比例最高 (71.4%)，無轉介需要及無轉介單均各佔 23.8%。而無轉介長期照顧相關服務提供單位之前三大原因則為無管道或平台 (71.4%)、無轉介單 (34.3%)、



無轉介需要 (31.4%)。

(三) 介入成效

本研究個案來源是藉由長照管理中心、里長、基層醫師等提供可能個案名單，經研究人員進行篩選及徵詢參與研究之意願，最後得 32 位實驗組及 33 位對照組個案。經檢定，兩組個案在人口特質、健康特質及健康行為等並無顯著差異。

就趨勢來看，實驗組多數能維持身體功能，但未有明顯改善，這可能與研究個案多為慢性失能者有關，其動機及配合度較早期失能個案低。而介入活動的設計未針對個別個案失能需求設計，也可能為未見明顯改善的原因。另外需考慮的是，可能追蹤的時間僅為一年，尚未能看見個案在體適能方面的改進。於此，對於失能者之健康促進，最重要的是改善失能的情形，然而過去研究也發現，避免功能惡化及功能的維持已十分不易。所以在此研究中可發現，照管師進行介入對功能的維持是有助益的，但至少需六個月的介入，才能累積足夠的效果。

就健康相關生活品質的長期變化趨勢來說，在所評估的八個次量表，包括身體生理功能、因身體生理問題角色受限、身體疼痛 (bodily pain, BP)、一般健康狀況、活力、社會功能、因情緒問題角色受限及心理健康，實驗組皆較對照組個案分數高，尤其在因情緒問題角色受限 ($b=21.73, p<.001$) 及心理健康 ($b=7.59, p<.05$)，實驗組個案顯著較對照組個案分數高並達統計上之差異。

四、討論與建議

根據研究結果可知，基層醫師發現社區失能個案的比例並不低，因此，以社區基層醫療網就近照護早期失能個案是可行的辦法。另外，在執行失能者照顧經驗中，極少數是透過評估來確定失能，甚至沒使用過或沒想到要用評估工具，或不知道評估後能給予什麼協助，可見基層醫療與長期照顧服務之間的連結斷層。

在護理人員擔任照管師的過程中發現，其評估家庭功能及整合社區資源的能力較薄弱，這與護理人員教育訓練過程較強調臨床疾病照護有關。

在社區若發現了失能個案而未轉介至相關單位，主因為無管道或平台、無轉介單及無轉介需要，可見轉介平台並無與長期照顧服務資源之連結，而

服務單位間之連結也缺乏共通平台與流程。據此，建議如下：

1. 未來應加強基層醫師繼續教育，包含失能量表評估、長期照顧資源之資訊、早期失能之相關診斷與知識、長期照護服務資源之認知等。
2. 增進培養護理人員在健康促進與個案管理之專業知識、社區發掘、收案與管理早期失能個案、連結整合衛政與社政資源之能力。
3. 建立急性醫療、基層醫療與長照系統三者之間資訊與服務連結的平台，使資源能具有互通性，增加彼此之間的聯繫與合作。
4. 為使基層醫師積極參與社區整合性照顧管理模式，化解被動的疾病治療為主動照顧網絡，宜考量基層醫師之時間、人力與誘因。

在增進個案執行介入活動方面，建議：

1. 循序漸進指導介入活動，並針對個案失能部分提供運動設計。
2. 在介入手冊中輔以完整的圖檔參考，過程中為個案設計運動週計畫表，並張貼在家裡醒目的地方。
3. 由照管師帶著個案做運動，邊做邊說明該活動對身體部位的益處，並尋求其支持系統給予鼓勵與督促，提高其運動動機。
4. 將鄰近的實驗組個案聚集起來，以社區型運動團體方式介入，運用同儕力量增加個案參與意願及配合度。
5. 給予禮品作為誘因，視活動執行情形給予獎勵。

雖過去研究發現，避免失能者功能惡化及功能的維持已十分不易，本研究中亦尚未見個案在各項體適能檢測有顯著進展，但也發現若無照管師進行介入的話，功能的維持相當困難，甚至是急速走下坡。在實驗組中，初期的介入對個案的功能改善情形是不穩定的，但六個月後，通常能有些微的改善或維持情形，可見健康促進的介入需長期持續與維持，而介入時間需要半年左右才能累積足夠的效果。因此，建議未來研究可善用照顧管理的服務特質，依個案評估結果及失能項目，建立跨專業團隊為個案量身訂做符合個人需求的健康促進或體適能活動，使活動設計內容更能符合個案需求；並延長其研究追蹤時間。

我國將朝向長期照護保險制度，因此應確認長照中心與其他部門或資源之斷層，能及時處理並形成網絡，以期未來能在預防失能與提供失能者更完善與全面性的照顧服務。



參考文獻

- 內政部統計資訊服務網 (2007)。〈民國 94 年老人狀況調查結果摘要分析〉。2007 年 6 月 29 日，取自 <http://sowf.moi.gov.tw/stat/Survey/94old.doc>。
- 吳淑瓊等 (2002)。〈全國長期照護需要評估第一年成果報告〉。臺北市：行政院衛生署委託研究計畫報告。
- 吳秀英 (2006, 3 月 16 日)。〈臺灣老人健康照護推動狀況〉。老人健康照護的多元發展與研究研討會，臺北醫學大學護理學院主辦。臺北：臺北醫學大學。
- 張鴻仁、黃信忠、蔣翠蘋 (2002)。〈全民健保醫療利用集中狀況及高、低使用者特性之探討〉。《臺灣公共衛生雜誌》，21 (3)，207-213。
- 唐婉如、羅文珮、郭小菁、游瓊瑤 (2004)。〈臨終與非臨終消化道癌症病患生活品質與其相關因素探討〉。《腫瘤護理雜誌》，4 (2)，1-13。
- Cynthia M. Boyd, Qian-Li Xue, Crystal F. Simpson, Jack M. Guralnik and Linda P. Fried (2005). Frailty, hospitalization, and progression of disability in a cohort of disabled older women. *Am J Med*, 11 (8), 1225-31.
- Ferrucci, L., Guralnik, J. M., Studenski, S., Fried, L. P., Cutler, G. B., Jr., & Walston, J. D. (2004). Designing randomized, controlled trials aimed at preventing or delaying functional decline and disability in frail, older persons: a consensus report. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52 (4), 625-34.
- Guigoz, Y., Vellas, B. J., & Garry, P. J. (1994). Mini nutritional assessment: a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts and Research in Gerontology*, 4 (Suppl No2), 15-59.
- Kodner, D., & Kyriacou, C. K. (2000). Fully integrated care for frail elderly: two American models. *International Journal of Integrated Care*, 1 (1), 1-19.
- Leichsenring, K. (2004). Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *International Journal of Integrated Care*, 4 (3), 1-15.
- Pfeiffer E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of American Geriatrics Society*, 23, 433-441.
- Wagner, E. H. (1999). Care of older people with chronic illness. In E. Calkins, C. Boulton, E. H. Wagner, & J. T. Pacala (Eds.), *New ways to care for older people: building systems based on evidence* (pp. 39-64). New York: Springer Publishing Company.