

老年學相關機構與學者介紹

## 專訪李世代教授 (I)

白惠文<sup>1</sup>

時間：2010年2月10日下午3:00到5:00

地點：國立臺北護理學院長期照護研究所辦公室

長期照護研究所位在北護內江街上的一棟類似公寓的建築裡，從捷運西門站外面出來後，走約 9 分鐘的路就到了。對比站外西門町的繁榮，令人很難想像所內的沉靜。一個學術機構的成名與否，常常都不是因為建築看起來多有學問，而是那地方人的腦袋裡所裝的東西，創造出來的觀念和堅持學術化的精神理念。

很高興能夠有一對一的機會和老年醫學長期照護的先驅，已著作等身的大師，國立臺北護理學院長期照護所長李世代教授面談專訪。於專訪前翻閱李教授所創的長期照護雜誌，也順便從網路上搜尋相關網站和論文；瞭解除了行前自擬的訪問大綱之外，李教授對長期照護在教育法制和學術研究孜孜不息的努力結果。

特別令我感到有意思的是，北護的長照研究所的課程設計架構圖，主軸內容包含照護關懷(care & caring)、照顧支持保護(looking after, support &

---

<sup>1</sup>國立成功大學老年學研究所碩士一年級生，國立成大醫院斗六分院內科部老年科主治醫師

protection)、生活與生命(life & living)、人道價值與意義(humanity value & meaning)、倫理道德(ethic & moral)、專業知能(professional science-technology)、自主性及獨特性(autonomy & uniqueness)、協同合作與和諧(collaboration & harmony)、前瞻(promising)、激勵與創新(innovation & creation)、產業化永續化(industrialized & sustainable)、國際化(internationalized)等等。類似古代訓練成爲一個儒家或基督教訓練傳教士的內容，運用領域不是政治或宗教的意識形態而是迫在眉睫的現代”人的問題” --老化與長期照護 --無法單用一種或少數的專業來達到合於倫理的境界。這種求諸於各種必要的內在基礎，其課程可說是完整地呼應了李教授思考脈絡，有興趣的讀者可以上網[http://140.131.85.13/ntcnlong/course\\_circle.html](http://140.131.85.13/ntcnlong/course_circle.html)#查詢。

以下就原先所擬定的大綱，盡量按照李教授的口述的原意來寫，本稿件已經過李教授修改並同意刊載在成大老年所的老年論壇。

一、在長期照護的領域裡，目前最殷切有人才投入的研究主題有那些？

**李教授：**

長期照護主要是以老年人完整的照護，其範圍包含很多的層面，首先要能夠在基本分類上釐清，來做爲實務上政策上及學術上的使用。最大宗人力及時間的投入應屬日常生活的照護(尤指排泄及進食這兩大項);其次則屬活動的參與面，這和住民的智力及其他的功能有相對的關係;最後也是最小的部份才是醫療面。此外還有政策法制面，包含有信託、安全、及備位(例如醫療代理人);台灣人老了之後錢都不知跑到那裡去？一個老農民年輕的時候所賺的錢及流下的土地，被有心人士利用及剝削，進一步失能之後而需要使用社會資源；這種缺乏有力法制面的保護，居於弱勢的老年族群可能就會變成我們共同社會問題；這些問題都須要我們的關心及政策的推動。

就一個醫師而言，你不可能用小範圍的醫療內容去包含及處理大範圍的老年長期照護內容。但是現有的長照的一切被急性醫療的專業人員或以營利爲目的的經營者所把持，而呈現出資源分配不足和扭曲的狀態。台灣的長照

只有生活照顧而醫護受次專科至上的影響過度強調，沒有活動沒有生活重心。現有養護機構內的老人，吾人所見都只是吃飽等死而已，並沒活動的參與面，更談不上專業的活動安排(只有在精神科有關心理精神層面的個別及團體的活動，而與老人的照護無關)，在國外極為強調而國內已呈現萎縮的職能治療，實質上比起物理治療在，長照的領域裡應更有發展的空間才對；被抽掉的這部份的內容沒有人在乎和支持。如果在機構裡沒有人與人的互動，至少可以用人與動物(例如養貓、狗，或其它寵物的刺激)，或人與靜物的互動(例如種菜 gardening，可見變化，可吃，可送社區；但是不要選擇生長很慢的樹，要看到開花結果恐怕是等不到，而且也沒明顯的刺激可言)；我們可以看到刊載在 JAMA 或 WHO 的文章都有不斷的創新點子，可以有不同的發揮但沒有很複雜的結構性問卷調查或統計。

這麼簡單的分類，也恐怕不是在較小範圍工作的醫師或醫事人員，抱持著醫療至上的觀點的能夠完整涵蓋或理解。也因此會高層的官員，也絕大部份是我們醫界的專門的人才，普遍未能瞭解長照相關的概念，以致推動影響範圍廣大的政策時無法合理的估算需投入的相關資源要素，以及其需求量。

公部門社政或衛生單位的浪費，尤其是政策上的重北輕南，造成在北部官員不適當地運用資源。例如花大錢成立關懷據點而無實質能對高度失能者或家庭在照護上有助益，事實上國外也未有相同的作法；開辦公部門老人相關的健康照護促進而卻多是健康的老人在打乒乓球或其他的活動，沒有具信效度的照護評估工具，無法具體的評估照護內容，及開會時不知道長照的供需及照護體系的相關性是甚麼以致浪費公帑的普遍現象。但更令人覺得可怕的事，這些握有權力的人並不知道自己不懂長期照護，沒有 insight，而以自己為是的方式來分配預算及制定政策法令，既沒有正確的觀念，更不用提有任何邏輯上的系統可供做比對。

在私部門，以醫學中心為主流價值，把過度區分次專科的方式用來照護現有不斷增加的老年人口及其失能共病，把少數專門照顧虛弱的老年人(frailty)，從事推廣老年健康促進活動的醫師或醫事人員，和地方性的醫療單

位加以邊緣化，而使得取得資源及整合的過程更為困難。你去做長期照護和老年醫學，在診所甚麼都不能作，只能開藥。在醫院邊緣化，整個醫療體系和社會價值不支持你。這種現象從醫學中心對次級醫療單位的評鑑就可明顯看出來，是一種由上對下的價值支配，或甚至是一種剝削的關係(例如醫學中心利用其名號及連結資源來開地區性的門診與診所競爭，以致大者恆大，缺乏競爭優勢的診所紛紛倒閉關門) 社會的醫療價值的判斷也被間接教育成醫學中心好，愈次專科的醫師愈好，而非醫學中心的醫療不值得採用。這種普遍的觀點就連醫院裡的醫師和護理人員也多認識不清。醫療機構等級不同，在基礎點上應該是平等相互往來，而不是絕對價值上的判斷。

為什麼台灣的醫療照護系統會變得如此扭曲呢? 答案在於教育和體制。所以我自覺必須要從基層工作再回到醫療機構並取得學術地位來闡述正確的長照觀念，為正義公平合理的法制及體系建立而發聲。如果我再不站出來說話，相關的政策法令只會演化得更糟糕。不只是台灣的醫療照護系統，普遍的各個層面的教育，對人文廣泛的瞭解及關懷可以說這一切的起點。試想一個醫師或科學家一輩子待在實驗室裡，只面對一個基因或一個細胞的研究，寫出的論文報告讓他成為一個院士，到底對台灣而言有甚麼價值可以傲人呢? 又更下者，利用別的學者辛苦在基層所建立的資料庫來寫論文而拿到碩博士或進階仕途而不知感謝，竟回過頭來以醫學中心的至上的姿態來批評基層學者的無知。

人文的基本素養方面至少包含有：利他主義(altruism)(學生考試得一百分: 對這個身處的社會到底有甚麼好處，多你一個又有甚麼好處? 少你一個或許還可以少一個人吃飯，減少對社會資源耗用!)、公平(equity)、正義(justice)(官員身處高位不去深入探索相關性的課題，借此機會使用特權卻不覺不好意思，殊不知政策的制定往往動則影響數萬或至數十萬人以上)。國外的基督教及人與人的互動之中有包含這樣的精神，而我們的各層級教育之中顯然缺乏，為人師表也難能不斷強調並以身作則。我在論文的指導教育上常常要求

學生能從大的架構去思考評論其所做的研究的價值是甚麼？一個具有完整倫理能力高度專業的人會自然地將政策實務帶往正確的方向與使用適於人性的做法。

日本在長照方面經驗早在昭和時代就已開始，皇室太子必須學習有關老年的相關內容，國民的教育從小教導有關老化的內容，政治(厚生省)及民間學術機構不斷地投入相關的研究，早已精算出該投入多少資源要素(能創造多少就業)及與日俱增的須求的推估，也經過朝野推動對老化的瞭解及相關問題的探討，然後才以合理的資源投入成立合於規模經濟及專業倫理。日本也向北歐取經，學習各類老年社會福利建設所需做的及所能做的內容。

有關照護的評估工具來清楚定義一個人失能所需耗用的資源，日本學者高橋泰所編製的介護量表(目前已發展到第七版，日本政府如果不支持的話，不可能再續修改)，是日本人投入大量金錢研修發展出來的，所費不貲。芬蘭，德國，甚至韓國(有 54 題，來源不明確，可能是開會來決定)都有類似的量表，反觀國內的長照政策討論時，對於該給付多少沒有立論的基礎點，只能像菜市場喊價一樣來進行，最後會訂出離譜的規章法令也不會令人覺得意外。如果我們能把高橋泰的介護量表來做本國的信效度，或寫出要如何來修改成適合我們國人的介護量表都可以是長照相當有價值的題目。我們不太可能再像日本一樣花大錢來弄出一個新的介護量表，或許透過外交管道來免費取得使用的權利是一個便捷的方式。如果能把介護工具用在居家也很好，健保完全不知道如何去給付這個部分。在機構做應該會更快有結果。

其他值得從醫療的角度來看的東西,有很多臨床醫師受專科的本位主義影響，欠缺對功能的面向評估，如 Charlson's Comorbidity Index (CCI)，很多有做臨床研究的醫師應該都知道，對疾病的研究一定會用到 CCI，信效本身就已經很有疑問了，但是沒有其他比較為臨床醫師熟悉共病指數；用來做像癌症的研究或許還可以，因為病理報告的結果通常很確定；用來做在老年人的研究就有很大的問題，看不出疾病到底對一個人影響多少(生活品質、功能、well being)? Bronchitis 或 Pharyngitis 到底那一個病較重，不可能僅用疾

病的診斷或病因來判別，次專科的人會說這個病會死人，可是在長期照護的觀點我們不怕病人死，只怕病人死不了。幾乎所的老年人或多或少都須要旁人的照顧，如果我們能用高橋泰的介護量表來看(weighting)也勢必是一個很好的研究題目。WHO 都沒有類似這一類的研究文章，如果能投(稿)的出去，對台灣在國際的名聲才會有幫助。其他比較有可看性的研究，例如澳洲 Cummings 做幸福指數(把 pain scale 連起來做)台灣比較需要的是政策幸福指數 WHO 及美國的 CIA 有很好人口學的流病資料。站在基層醫療上去看，例如每年每人會生多少次病(around 3.4 per person per year)，以及類似於美國的 primary care index 都是值得發展。

國外像日本對研究的優先性的排行榜，腫瘤科排行最後一名，這一方面早就被看出是不可行的(只有幾個 biomarkers 可玩)，而在國內好像很夯，為什麼會變成這樣？這是牽涉到權利、資源及利益的分配不均所造成的錯誤現象，類似於教育都是不可用利益掛帥，醫院的經營也是一樣，要達到損益兩平是很容易的，不需要只是為營利的目的而存在；臺灣醫療如果被不懂人文的人來帶領的話，而走向難以理解的扭曲資源的畸形狀態，就會很慘。

後記：本專訪文章第二部份將於下期刊載。