

老年學相關機構與學者介紹

## 專訪李世代教授 II

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。

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、**問題**：對一個優秀的老專醫師而言，應具備內在和外在的條件有那些？最需要老專醫師的領域有那些？

**李教授（答）**：

要想做為一個老專醫師，必須先是一個醫師（受過完整內外科專科的訓練及社區的觀念），而後才能成為一個老專醫師。老專於現行的醫療的生態

---

<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

下，自行開業絕對無法生存，要想在醫院要有生存空間也不容易，主流的觀點就會把老專的醫師邊緣化，被認定成一個可有可無的科，取得資源的困難度相對增加；以營運獲利為思考主軸的管理者，其狹隘的觀點也無法與之互動取得共識。要想老專有所發展，還得先提昇於佔有大量資源的急性醫療內的相對地位。此外，醫師走入長照比例較少，大多對這個領域沒有相對合適於此場域的臨床概念。北護的長照研究所也會有少數的醫師來參與，也還不能在課堂上理解長照的處理模式，我會請他們來跟診，或帶著去看我本身如何處理長照的問題，但是要強調醫療不能擺在最重要的位置。

老化的問題本身並不限於單一專科性的醫療問題；現行的社會觀點把只看單一面向評估或醫療技術處理的專科醫師當作主流價值，就已製造了很多的問題。某部分的醫師缺乏獨立思考問題（問題是甚麼或問題在那裡？）的能力及典範的學習。到底我們是在製造更多問題（例如開立更多非必要的檢驗及侵入性處置），還是真正在解決問題，並沒能思考清楚。我們以醫學的角度去思考來解決健康問題，要先去說服自己，從醫療的目的來看，到底有沒有解決病人健康的問題；要知道醫學是為人服務而不是醫學為人服務，我們常常搞混掉；腫瘤科的病人一個個死掉，論文卻一篇篇寫出來，做為一個人的價值受到扭曲。如果思考自己是其中的一個病人，你接受這樣醫療的過程嗎？

像心臟科在各大醫院裡掌握大量的老年病人，與老專的病人大量重疊而後作心導管就在心臟科追蹤，也未能把老年人的問題處理好，只會開藥而已，可是他們不知道老年症候群及虛弱老人的觀念（事實上也已經放入ICD裡，並且有明確的定義），也不會想把病人釋出轉給合適的專業來評估處理。尤其是少數走入管理階層的醫師，為了營利求生存，普遍地與臨床醫師形成一種對立的關係。利用民眾對醫療知識沒有深入瞭解來賺錢，公然鼓勵醫師多開（一般性甚或是侵入性的）檢查或自費項目以利醫院衝業績，在位者可以快速的累積金錢或可以放得上檯面的成績。殊不知醫療機構的存在不是為了來賺錢，而是在損益兩平的情形之下，改善醫療的品質，推廣各樣式的健康促進及加強弱勢（老人或殘障）的服務品質、加強偏遠地區的服務。

此外，受社會老年學的薰陶有助於養成一個優秀的老專醫師。如果能夠懂更多有關老年的人文(humanistic)內容，就像家庭醫學科的養成訓練，有最廣泛的學習與訓練，能夠讓臨床的應對及治療趨於成熟而富有人性。更甚者，一個具有良好優秀人文素養的專業人員，會將政策及實務面帶往合適的方向。

在日本，各類專業領域的社會是金字塔型的觀點，也很早就已經知道一個社會不須要每一個人都處於金字塔的最頂尖，其倫理的教育中仍然強調階

級與服從的觀念，到現代化的社會之中依然被重視且於日常生活中實行。教育，做為要導入任何國家大型政策之前，一定會做相關的人文素養的建立，日本的文科省於昭和時代起，就從小學就已開始在進行，以致於到全國人民都能充分瞭解且接受，例如老化的時代已經來臨，會產生甚麼現象及要如何做好充分的準備去面對問題，於真正實施長期照護之前就已經準備完成。一旦開始進行相關的政策實務面，也才不會出現人民情緒上的抗爭與不滿。一家醫學中心要配合多少家區域地區醫院及診所都已經算好了，醫學中心的角色要與周邊次級機構呈現出互補而非相互競爭的狀態；多少百萬人要有某個醫療技術的專科醫師，也都算好，不需要每個醫師都去當走專科。醫學中心的評鑑也可以由地方性的醫院或診所來瞭解及審查，如此，才能知道病人是否有被合適的轉介。

相對於台灣，這種教育及金字塔型的觀點，是否合於我們的國情（民粹拜金、普遍缺乏人文素養與關懷的狀況），可以值得我們來思考：從合理的理論基礎中去探究政策的研究及思維的培養；某個方案是否合於現行的文化、資源的分配、及民俗社會，再進一步進入導入期來推動；其可行性不是叫得大聲的人算數，或像菜市場上漫天喊價，應該來比較相對可供精算的基礎。所以，台灣的健康教育，吾人到處可見到粗糙且思慮不周的健康教育及政策引入（像是最近，老人照護科於技職體系普遍的成立，其師資充足與否、內容的定位、訓練後的證照認證、要求學生的條件、及學生畢業後要去那裡…等等一連串的準備未能到位，到時候這些問題會變得無法收拾。）；南北的資源分配不合理；位居高位的人習於不去思考耗用資源合理性在那裡，養成浪費的態度；醫學中心利用其大型及專科學術的優勢，和地方性的診所競爭，間接引入以醫學中心及醫療技術的專科為主流價值，使得一般民眾不能信任地方的醫療而猛往醫學中心擠，也因此越大的醫院賺的錢越多，醫療資源（尤指人力專業）高度集中在少量大型的醫療機構。

老專醫師最好能夠充分瞭解 ICD & ICF 的觀念 (international classification of function)，不只是疾病本身相關的醫療，探討病因及特殊處置，更要對老化、疾病、心理、社會、經濟等問題而延伸出的失能有所認識，體認醫療的問題在長期照護的領域裡不能無限上綱。

舉個簡單的例子來看，類風濕性關節炎 (Rheumatoid arthritis)，我們都知道就是一個或到數個關節的疼痛及萎縮問題，而我們一般所稱的”重大傷病”，不知道字句內真正的含意是甚麼，只有引用急性醫療的觀念，翻譯成 catastrophe (an extremely large-scale Disaster)，明顯可笑的翻譯，反射出價值的錯亂，事實上病人可能只有一支手指頭不能動，而沒有任何功能上的受損。重病都是各次專科各稱其是則是，這一類的醫療評定缺失功能性評估的一面，都是因由早期次專科至上本位主義的錯誤觀念導入，造成今日荒謬的情形。

每一個各別的器官或系統次專科都認為只有他們才能開立”重大傷病”，完全不管病人還有多少功能上的問題。對於明顯已經臥床，追蹤已數個月以上的居家照護往診醫師，居然不能開立相關的某某障礙，來幫助無法帶病人本人到門診的家屬。搞到最後竟然只有復健科才能開，不管是肢體或神經的部份，變成一個專門開立殘障證明的科。DRG (diagnosis related group) 也沒有包含功能性上的概念，所以也沒有明確定義該要能處理的老年病症候群 (geriatric syndrome)。

**二、問題：**亞急性或中期照護，在目前現階段的醫療體系可不可行？政府（健保）對的政策發展可能性？

**李教授（答）：**

中期照護 (intermediate care) 這種觀念目前已經躲在急性醫療裡面，類似 subacute care，postacute care，或 amenity care。美國、日本、或加拿大都沒有特別把中期照護切割出來；於急性的照護裡做適度的區隔，在目前似乎是比較可行的，到底兩種（急性、慢性）或是三種（急性、中期、慢性）照護體系比較好，可能就要作政策研究，從各個層面去探討；日本人統計耗用的總體資源比例，急性醫療比長期照護約 6:1，約 42 兆及 6.2 兆日圓，其每兆日圓約創造 24 萬的就業機會；台灣的經建會連相對應的資料都沒有，21 世紀要想發展高齡產業的策略，也都是喊口號而已。這一類的政策研究都是很值得我們去做研究。

要想運用長照機構來承接從急性醫療轉入，需要處理更多的醫療護理問題或未處理完的老年症候群的病人（例如 DRG 臨床路徑的病人無法立即出院），目前應該不可行。有多重的理由，包括機構的規模太小（49 床以下，不需經過中央的審查）、人力及訓練不足（護理技術不足，護理之家只比養護機構多一些護理人力比而已）、品質太差（只能應付督考）、偏重營利比（15% 以上；暗床、超收的比例太高、外籍照服員比例過高……等）。事實上，過去推展小機構以及強調在地老化，把大型的機構加以妖魔化實在沒有必要。大型的長照機構還是有其存在的必要；社服的需求如收容貧戶獨居無力自理的老人、喘息服務、及做為一個延伸至社區服務的平台，只有大型的機構（大於 100 人），設有充足的專業人員才能做得到。台灣過去為了因應政策小機構大量成立，但大都沒有與社區連結，相較於日本的 unit care 已與社區做連結，明顯不同。

三、**問題**：成大老年研究所的教學方針可否有需要改善？課程的開立有何建議？發展方向及期待？

**李教授（答）**：

教育及政策要發展人文，導向人文素養的養成很重要，精神教育很重要，前面已經討論很多，日本就做得很好，值得我們去學習；一個小小的國家能發動世界戰爭，且不論其道德或族群的仇恨，要有很好的精神教育，一個人可以當三個人用，才能成就很多事。健保及醫療評鑑也必須要有合適的人文內容導入，才能走向正確的道路。

如果成大老年所要跳脫醫療掛帥，可以從社會科學的角度來做具有人文價值的 research，應該可以發展得不錯。可是純粹社會科學、社政體系或有社工背景的人，從長照的角度來看也不一定正確或實務有待修正，例如像字面上的繆誤，chronic care 應翻譯成長期照護而非長期照顧；社工應該更強調人文關懷及去瞭解自己不懂的領域，像是參與醫院的 morning meeting，除去自己的於做學術時的本位主義，深入去看醫療與社工相關的部分；有社會學者對於經費的取得，有多少就花多少，不問其合理性，只看結果而不問過程；設置不適當的單位（例如關懷據點）；做為高級官員對老年及長期照護問題，不肯花時間去深入瞭解，僅用自己狹隘的觀點去做事，以致對話內容沒有交集，更甚者只想佔缺取得資歷。

此外課程的部分也應該有個別化的課程，老專醫師就不用再到醫院重複學習醫療的層面，多去認識社福、照護、管理的資源及內容，瞭解其他專業人員的想法就很重要；護理、社工、管理等不同的背景，恐怕老師們都要花時間去設計不同的核心課程，到底具體的個別化的配套措施是甚麼、及整合所有的老師所教授的 content，就需要一個有力的所長來整合與設計核心課程。目前沒有這樣的所長，合適這個職位的人，必須要是能有在醫學院及醫院裡，能有實力打入主流，取得更豐富的資源來支持老年所；與其他的老師的私交要好，能夠道德感召加入這個所的老師，在各方面都要相當的專業水準及廣泛的人文素養（能夠像家庭醫學科的基礎訓練廣度），去瞭解一個國家處的緯度不同，其歷史、民族特性、理想性是甚麼；很多社會文化裡類似特權的劣根性，才能被人文匡正；只有極少數的學校，像是北醫就才有人文所，連台大都沒有。我之所以會強調人文等非醫療的面向，是因為我早期年輕的時候就寫了很多評論性的文章，對政策很感興趣，談論世界觀的文章、台灣的價值及如何定位。目前我已到退休的年齡，恐怕也無法到南部來承接。

兼任的老師除了深入自己以外的東西，凡進入所內教學就要做調整，需要大家腦力激盪，如何與所上其他的老師交融或互補，導向老年研究的領域，建立老年所的主體性，否則時間一久，讓人看不出有任何的特色，這個所就

會泡沫化。儘可能要讓所有的老師（讓老師能拿學分）及學生都能參加共同的seminar，教學的方針要訂定得更具體，不管是實務或學術理想；之前竟然有學生竟投機拿原本的單一醫療專科的內容做為畢業的論文，最後也取得畢業證書！將來要把這個案列入負面教材；如果學生想要做原本的專業的研究，就請他回其相關的研究所，不用來老年所。

另外要開始與校友加強聯繫向心回饋機制，請校友回所內回饋到工作崗位上的心得，畢業後的學生就業的心路歷程，很有可能再回到原來或完全不同的職場，會讓我們看到教學面向不足的地方。各式各樣的老年機構經營的課程也很重要，學生也要有管理、micro view 的觀念，沒有實務實習的整合性就不能夠瞭解經營面的痛苦，邀請專人（例如像李光廷）來講照護產業的企業管理，日本產業怎麼設計。

## 後記

最後感謝成大老年所代所長林其和院長的邀約及劉立凡老師的安排專訪李教授，也特別感謝成大老年科主任張家銘醫師的建議和之前專訪過的學長姊們的意見，才能讓這次的過程順利完成。經過將近兩個半小時的專訪李教授之後，更令我有這一份強烈的感受：作為一個”讀冊人”知識份子，跳脫於現實環境的跼限，勇於做獨立思考而能博聞強記，言人所不能言。李教授以一個充滿人文情懷的教育學者，鏗鏘有力地道出除了長期照護及醫學等學術領域之外，以及基本的做人做事的道理，讓我們在學術上不只是知識及理念層級上的提昇，更是一個難能可貴的典範學習機會。會後也讓我沉思不已，幾次於書寫本文時的獲得啟發性的感動，也與很多人分享。