

偏鄉醫療

走進台南最老鄉村-建立偏鄉高齡照顧服務的模式

李逸軒¹、陳良進¹、翁裕峰²、王雅麗³、游詠晨⁴、張家銘^{*1,3,4}

背景

台灣是未來十年內全球老化速度最快的國家，2025 年時預估高齡人口比率會超過 20%，成為標準的超高齡社會（國家發展委員會，2016）。隨著中央政府帶頭推動、媒體沸沸揚揚地報導年金改革，積極宣導 105 年上路的長照 2.0，社會大眾對於高齡人口急遽增加越來越有感，各地方組織也集思廣益，期望找到最適當的方法因應這股浪潮。在地安老是眾多台灣高齡者的心願，無可避免的，「健康」會是決定能否心想事成的關鍵之一。但多少偏鄉長者在子女離家工作，自己活動功能逐漸衰退後，就被社會給隔離，難以尋求協助，偏鄉資源也不足，只能在孤立無援的狀態下踽踽獨行。我們懷抱願景，帶著一股傻勁，及服務阿公阿嬤的熱情，來到大台南的左鎮區公館社區，希望與偏鄉長輩一起發現並解決問題。

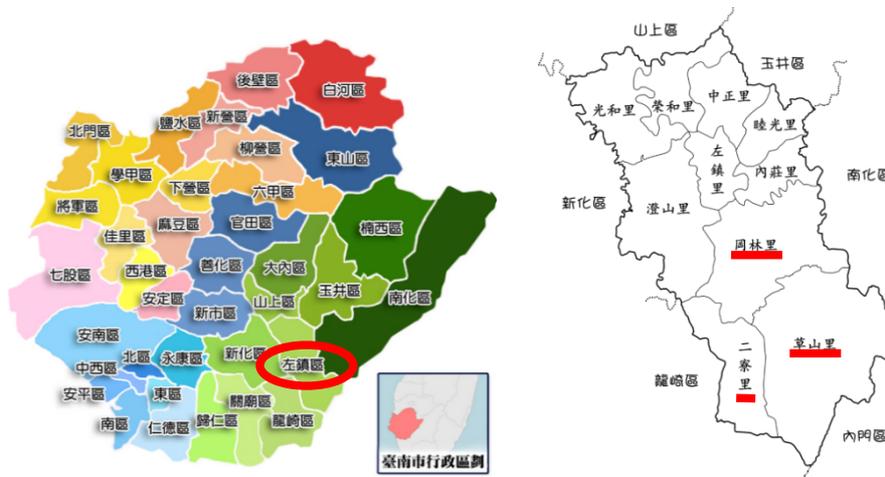
左鎮區位於台南市東方的偏鄉，土地面積約 36.92 平方公里，目前總人口數約 4,940 人，高齡人口約 1,324 人，高齡人口比率 26.80%，是大台南 37 區中人口最少也最老的地區，早已進入超高齡社會。公館社區為左鎮區的南邊村落，包含岡林、二寮、草山三個里，高齡人口比率分別為 23.53%、21.14%、22.77%（台南市主計處，2017）；在就業或其他資源條件不佳的情況下，壯年人口外流嚴重，多數留在社區中都是獨居或兩老偶共居的老人，實際高齡人口比率應高於戶政資料。社區位在草山月世界範圍內，屬於淺山山林地，平均海拔約 250 公尺，具有特殊的白堊土地形；地勢高低起伏，切開聚落型的居住空間，各戶之間相隔半公里到一公里，住戶呈現散居的狀態。

在醫療資源部分，社區內的衛生室已裁撤，公部門的衛生所位於左鎮區的北方村落，目前已無門診服務。民眾如有需要，須至附近一間私人診所看診，最近的大型醫療院所則是車程約 30 分鐘的新化分院。交通上，區域內僅有聯外的岡林里有公車線經過，一天八班車，對住民交通幫助有限，更往山裡的兩個里（二寮、草山）則完全無公車，在這樣的偏遠地區，不僅醫療資源缺乏，就連生活所需物資也難以取得。少數功能健全者，還可使用機車代步，但多數長輩的身體狀況已無法騎車，需仰賴子女返家時才有機會外出，日常生活大多時候要靠自己的雙腳行走。這些種種因素：人口特性、地形因素、交通限制，讓生活與照顧就醫的可近性難上加難。

高齡照顧不應該是雨露均霑式的給予，其中有的需要就醫協助、有的需要經濟支援、有的需要社會連結、有的需要生活訓練、有的需要安養照護；這些不是在社區設一個日間照顧據點就可以解決高齡照顧問題的，是需要綿密的訪視與關係的建立，也需要專業且足量的人力與資源才能做好。因此我們開始思考提供到宅的健康與生活服務協助，似乎較能突破困境。

¹國立成功大學老年學研究所、²國立成功大學人文及社會中心、³台灣高齡照護暨教育協會、

⁴國立成功大學醫學院附設醫院內科部老年科。



上圖：台南市行政區域圖、左鎮區行政區域圖

社區的高齡健康篩檢與到宅的居家訪視

周全性老年醫學評估(Comprehensive Geriatric Assessments ; CGA)為一套全面且詳細的評估工具，涵蓋層面包括老年人身體疾病、日常生活活動功能、認知、情緒、衰弱、營養、用藥、排尿、經濟、環境、家庭社會支持等功能與情況；目的強調藉由各層面的評估結果，及早找出潛在的健康問題，以結合多專業團隊提供建議或處置，延緩功能衰退、減少長照資源的耗用，或是減少醫療資源的使用 (張家銘、蔡智能，民 92；吳麗芬，民 96)。過去許多研究顯示 CGA 用於評估社區中高齡者各層面的需求所帶來的效果，且適合護理人員第一線使用 (Bahat et al., 2015; Craig, Chadborn, Sands, Tuomainen, & Gladman, 2015; Matsubayashi et al., 2010; Tikkanen et al., 2015)。

在左鎮公館社區的高齡健康服務，起源於成功大學人文及社會科學中心(人社中心)的計畫：「發展銀髮族的活力社區共同生活之高齡全人健康照護」，主要做法是參考台灣高齡照護暨教育協會在台南市鹽水區歡雅里及北區國興里的健康篩檢與介入評估服務經驗，結合成大醫院老年科、成大老年學研究所與左鎮公館社區發展協會，在成大醫院老年科主任兼老年學研究所張家銘老師與人社中心翁裕峰老師的帶領與協助下，進行多次溝通討論，最後從「社區高齡長者健康篩檢」與「居家訪視」兩部分著手。

以高齡健康評估篩檢做為與社區接觸的首次活動，台灣高齡照護暨教育協會與成大人社中心協助招募專業志工，運用以 CGA 為核心發展的社區長者健康評估量表，找出長輩們潛在的老年病症候群或健康問題，現場給予建議與諮詢；並同時藉由篩檢與長輩認識、建立關係，針對評估風險較高者優先安排居家訪視。爾後由社區關懷據點提供不方便出門的長者名單，徵得長者同意後，在社區關懷據點志工的帶領之下，與專業人員一起負責到宅訪視的工作，延續 CGA 的照護目標，以促進居民、關懷據點與照護團隊三方的信任與互動，成為後續社區各項

發展的根基。

社區高齡長者健康篩檢活動情形



左圖：基本資料與病史詢問



右圖：血糖血壓量測



左圖：跌倒與衰弱評估



右圖：認知憂鬱評估



左圖：用藥諮詢



右圖：醫師總結與建議



(草山里健康篩檢活動大合照)

自2016年起，我們陸續在岡林里、草山里辦理兩場高齡健康評估篩檢活動，在多層面的評估下，發現每位長輩都有不同的失能風險和健康問題。團隊在社區現有資源、人力下，設定較可行的照護目標，給予個別化建議與處置(White, 2013)。首先針對慢性病控制不佳個案，如高血壓、糖尿病、高血脂、痛風等，提供以下服務：

- (1) 評估其用藥知識、是否規則服藥、按時回診、有無家人或交通接送協助就醫。若尚未就醫或有用藥疑慮者，與主要照顧者討論返診調藥的可能性。
- (2) 每次訪視或長輩至據點時監測血壓、血糖，衛教平時監測的重要性。
- (3) 一般疾病轉介個案給每週四自新化來當地服務的家醫科周醫師，可提供到宅看診的服務，並將藥物送至家中，讓長輩不需至大醫院返診或領慢箋，若是季節性的小感冒，也可即時獲得照顧，是長輩的一大福氣。

許多長輩有退化性關節炎或骨質疏鬆，加上長期務農飽受腰痠背痛、下肢無力之苦，礙於社區內以及鄰近地區無復健場所，團隊訪視後，建議可行的非藥物緩解方式，如姿勢調整、熱敷、穿戴護腰、簡易肌力訓練動作等。若效果不佳或希望用藥者，則交由社區巡診的骨科李醫師治療。曾有一位阿嬤因為下背疼痛，加上個性較容易緊張，連續臥床兩週，害怕疼痛而不願意下床，許多夥伴嘗試各式方法都無功而返，團隊偕同李醫師到家中看診，在他的鼓勵及攙扶下，阿嬤終於突破內心的恐懼，成功下床，發現也未如同自己擔心那般疼痛，開心之餘直呼想趕快去洗澡。

另外若篩檢出有老年病症候群者，由於社區巡診醫師無法處理，需轉介至成大醫院內科部老年科，進行更詳盡的檢查或治療。曾有一對偶居夫婦，因為阿公嚴重尿失禁與認知功能等問題，導致阿嬤照顧困難與焦慮失眠，夫婦一起轉介至老年科張主任治療處理後，阿公的症狀改善許多，阿嬤的照顧壓力也隨之減輕，相關症狀經治療後也改善。也減少相關長照資源的需求。

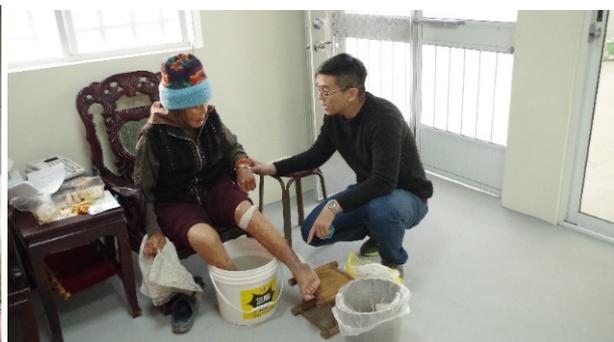
在老年病症候群當中，預防衰弱與跌倒視為首要任務，團隊以個人訓練與外部支援雙管齊下：

- (1) 於訪視時進行藥事服務，評估潛在增加高齡者跌倒風險之用藥，與團隊中藥師、醫師討論藥物調整之建議。
- (2) 平時活動量小、下肢肌力不足的長輩中，若可外出至據點者，鼓勵參與並安排交通接送至關懷據點，參加高齡體適能課程，透過專業體適能老師進行肌力強化、平衡訓練，配合護理師指導預防跌倒技巧及居家環境注意原則，增進相關知識。
- (3) 不適合或無外出意願者，於訪視過程教導簡易股四頭肌群訓練動作，使個案能在家中自行鍛鍊，並鼓勵外出至住家周圍散步，預防肌少症、關節攣縮等情形。
- (4) 評估個案現有輔具適當性，建議更換或購買的輔具類型。
- (5) 提供主要照顧者相關正式部門申請管道及補助資訊。
- (6) 建議居家環境，如廁所、扶手、行走動線上的適當改善。
- (7) 聯繫正式或非正式組織，評估補助住宅環境改造的可能性。

定期訪視、電話關懷對於心情憂鬱、沮喪的長輩是相當重要的服務，訪視人員於會談中瞭解可能原因，盡可能緩解生理不適及不便後，與社區同仁共同邀請參與據點活動，增加社交的機會。不願外出者，維持定期拜訪關懷近況，據點亦會發送物資或符合節氣的食品，與其分享喜樂。



左圖：居家訪視評估長者



右圖：居家訪視緩解身體問題



左圖：居家訪視臥床長者



右圖：居家訪視失能長者與環境



左圖：居家訪視教導簡易運動



右圖：轉介成大醫院老年科
進行完整評估檢查治療

關懷據點與健康促進活動

偏遠地區的關懷據點角色相當重要，能協助居民獲得資訊、聯繫情感、加強社交、健康促進、預防失能、疾病就診(巡診)、資源連結。團隊與公館社區發展協會協力，在社區內部一位總幹事、兩位返鄉青年、三位廚房人員(不算工作人員)有限人力下，於今年初開始在每週二上午試辦，著重高齡體適能運動、預防失能健康促進活動、結合在地人文農產的創意課程，中午時舉行共餐，讓平時在家飲食簡單而缺乏營養的長輩們，有機會補充均衡營養的食物。

據點式服務在此地區面臨地形與交通的困難，最初僅能服務鄰近岡林里、二寮里，能自行走至據點的長輩，其餘位於外岡林、二寮里、草山里長輩，在沒有交通接送下，若需步行至關懷據點需花費 2-3 小時，許多有高度參與意願的長輩受到阻礙。不過在社區發展協會及多方資源的協助下，社區於過年前以自籌款購買一輛愛心接駁車接送長輩，解決了交通的問題。另外加上照護團隊幾個月居家訪視時對長輩們的鼓勵與宣傳，過年後每週前來參與關懷據點課程的學員數明

顯增加，目前每次平均都有 20-22 位長輩固定參與，我們離在地老化的願景有更進一步。

聯合報、聯合新聞網對於我們的偏鄉高齡服務做系列報導，包含「偏鄉老人不出門他們花 3 年小額募款買車接送」、「偏鄉散村長照看不到的角落」、「來自低收入戶這名成大學生卻充滿正向能量」、「低收陽光男帶長輩運動博感情」、「阿嬤腳傷拖 10 多年訪視生嚇一跳」，共 5 則新聞。團隊也獲永齡教育基金會邀請，向組織內老師與社工分享偏鄉高齡服務的經驗。



左圖：預防失能活動課程



右圖：高齡體適能運動課程



左圖：高齡體適能運動課程



右圖：跌倒預防衛教指導課程



左圖：聯合報系列報導



右圖：聯合報系列報導



左圖：永齡教育基金會分享



右圖：永齡教育基金會分享

反思與心得

感謝成功大學人文及社會科學中心的計畫經費支持，以及台灣高齡照護暨教育協會的專業與人力協助，讓我們學習與收穫良多。在左鎮偏鄉服務至今已 7 個月，建立起屬於在地的照護模式，合計關懷公館社區約 50 位長輩，提供服務 33 位長輩。回顧這一切從無到有，挨家挨戶的拜訪、認識、評估，與居民、社區建起了很好的夥伴關係，共同發現了很多問題，而在協助解決的過程，也遭遇到了更多困難：

- (1) 居民普通教育程度低，整體健康識能較不足，對於健康行為、疾病控制、用藥管理態度缺乏主動性，照護計劃執行上需有更多溝通和鼓勵。
- (2) 因獨居、兩老偶居比例高，子女的照護功能弱，許多仰賴家屬協助之介入，需經過多次溝通，或連繫有照顧意願的家屬才能開始，計畫執行易受延宕，增加潛在風險惡化的機會。
- (3) 過去此區域無類似高齡或醫療服務，居家訪視時需先與案家建立關係、信任感，再逐漸從健康評估切入，加上有品質的周全性老年評估需要逐一問題詳細瞭解，有時需 2-3 次訪視才可完成，投入很多人力與時間。
- (4) 社區周圍或鄰近地區較缺乏老年醫學專業訓練之醫師與專業人員，無法就近提供服務。
- (5) 社區發展協會人力吃緊且業務量繁重，一位總幹事與兩位返鄉青年的工作內容包含農特產銷售、環境營造、旅遊活動、關懷訪視、據點活動與其他行政業務等，缺乏專職人員或長期志工，因此在設計照護計畫上，需考量社區可配合人力與時間做安排。
- (6) 目前關懷據點仍為免費服務，若期望增加據點天數，在本身產業盈餘不夠支付下，需考慮向長輩收取適當費用或另謀財源，或由政府補助偏鄉，才有機會永續發展。

- (7) 目前居家訪視亦為免費服務，若未來無計畫經費時，亦需考慮向長輩收取適當費用，或由政府補助偏鄉，才可永續提供居家訪視服務。

綜合以上幾點反思，此區偏鄉高齡者的特性亦同美國 Rural Health Information Hub 所列，如低健康識能、低教育程度、缺乏可負擔且可靠的公共交通運輸、總人口數與經濟規模小、鮮少機會接觸健康食物或健促活動，成為服務提供者的一大挑戰，考驗其智慧、創意及耐心。與社區建立友好、互信的夥伴關係相當重要，彼此溝通、瞭解下，在擬定計畫時更能考量地區的優勢或限制，以長期時間的投入思考各項服務所需人力、資源、時間成本，才能找出最適合雙方期待的照護模式(Dennis, Hetherington, Borodzicz, Hermiz, & Zwar, 2015)。

回頭檢視現今各行政區積極爭取著的長照 2.0 A、B、C 據點，雖然仍在第一年的試辦期，許多角色定位、執行細節都還在研議，不論是巷弄型的柑仔店或據點式的 C 型服務站，在整體設計與配置上，若設在偏鄉場域，僅能服務身體功能佳、無交通限制的長輩，無法真正走入街坊，解決更多在地長輩的問題。醫療端期望能針對整合複雜及多重病況的老年人醫療照護，提高相關的給付，以鼓勵更多醫師真正從事高齡診療工作，也可減少及長照資源的耗用，另外也希望能提高偏遠地區服務相關的支付。此外，建議持續推廣老年病徵與相關評估技巧，讓更多第一線服務提供者具有此觀念，於各自的居家或社區中早期發現長輩可能的老年問題，及早介入以延緩失能，最終得以在地健康老化。



上圖：家訪時與阿嬤合照



上圖：岡林里關懷據點活動大合照

參考文獻

- Rural Health Information Hub(2014). Barriers to health promotion and disease prevention in rural areas. Retrieved from <https://www.ruralhealthinfo.org/community-health/health-promotion/1/barriers>
- Bahat, G., Tufan, F., Bahat, Z., Tufan, A., Aydin, Y., Akpınar, T. S., . . . Karan, M. A. (2015). Observational cohort study on correlates of mortality in older community-dwelling outpatients: The value of functional assessment. *Geriatrics & Gerontology International, 15*(11), 1219-1226. doi:10.1111/ggi.12422
- Craig, C., Chadborn, N., Sands, G., Tuomainen, H., & Gladman, J. (2015). Systematic review of EASY-care needs assessment for community-dwelling older people. *Age and Ageing, 559-565*.
- Dennis, S., Hetherington, S. A., Borodzicz, J. A., Hermiz, O., & Zwar, N. A. (2015). Challenges to establishing successful partnerships in community health promotion programs: local experiences from the national implementation of healthy eating activity and lifestyle (HEAL™) program. *Health Promotion Journal of Australia, 26*(1), 45-51.
- Matsubayashi, K., Wada, T., Ishine, M., Sakamoto, R., Okumiya, K., Ishikawa, M., . . . Nishinaga, M. (2010). Community-based geriatric assessment and preventive intervention lowered medical expenses for the elderly. *Journal of the American Geriatrics Society, 58*(4), 791-793.
- Tikkanen, P., Lonroos, E., Sipilä, S., Nykanen, I., Sulkava, R., & Hartikainen, S. (2015). Effects of comprehensive geriatric assessment-based individually targeted interventions on mobility of pre-frail and frail

community-dwelling older people. *Geriatrics & Gerontology International*, 15(1), 80-88. doi:10.1111/ggi.12231

White, D. (2013). Development of a rural health framework: Implications for program service planning and delivery. *Healthcare Policy*, 8(3), 27.

國家發展委員會 (2016)。中華民國人口推估 (105 至 150 年) 數據 - 中推估。
取自 <http://goo.gl/d4kckk>

台南市主計處 (2017)。台南市三月分統計月報。取自

<http://www.tainan.gov.tw/tn/account/warehouse/F30000/month10603>

張家銘、蔡智能 (民 92)。老年人之周全性評估。臺灣醫學，7(3)，364-374。

吳麗芬 (民 96)。周全性老人評估與護理。護理雜誌，54(6)，61-66。