

單位與學者介紹

約訪吳尚琪教授 I -談急性後期照護、亞急性 照護及中期照護

陳輝宇¹

非常高興這次吳尚琪教授願意接受我們的採訪。吳教授對於急性後期照護有諸多研究，對於長期照護的發展也多有所建言。希望藉著這次的訪談，讓我們能簡單的認識急性後期照護的觀念與內容，以及教授對於長期照護當中服務傳遞的看法與概念。

以下為訪談內容：

(一) 急性後期照護、亞急性照護與中期照護的觀念與服務傳遞的目標？

亞急性照護 (Sub-acute care)、急性後期照護 (post acute care, PAC)、中期照護 (intermediate care, IC)，這三個字的觀念主要在於 acute care 與 long term care 之間，皆是難以被明確定義的名詞。

美國早期大部分使用 sub-acute care，系針對沒有急性醫療照護需求但缺乏適當安置地點的病患，在急性病床提供服務。因為 Medicare 支付制度改革的关系，開始發展亞急性服務，藉由跨領域團隊，提供短期、複合式醫療或復健介入，以結果為導向的照護。

然而治療僅僅在急性是不夠的，必須增加到急性後期的照顧，因此又出

¹ 國立成功大學老年學研究所碩士三年級生

現了 post-acute care (PAC)，目的是為了從急性病床出院後的照顧，讓病患可以順利的回到社區。

中期照護 (intermediate care) 則是多為英國所採用，目的一樣是介於急性與長期照護之間的照護服務，當急性照護解決了急性的生理問題之後，藉由中期照護提供恢復期的照護，使病患得以重新回到社區獨立生活。

目前台灣會比較喜歡使用急性後期照護 post acute care (PAC) 這個字眼。急性後期照護基本上就是指急性(acute)到長期(long term)間的這段期間。而 PAC 的內容範圍十分廣泛，可以是居家的，也可以是社區的，也可能是機構的。假若是採用亞急性(sub-acute)，則會被認為是比較前端的照顧。急性後期的這段期間，如果患者照顧得好，就不會回到急性醫療體系，同時也不會進入長期照護系統，而能夠獨立自主生活。因此，積極的復健變得相當重要，復健可以讓病人恢復功能，從急性照顧體系中脫離，同時訓練獨立的生活能力，使之不至於落入長期照護體系當中。

例如一個髖關節置換的病人，他必須學習出院回家以後如何好好上廁所，也就是該怎樣移位，才不會發生再跌倒的危險，也就不會產生二度置換的問題。因此，學習回到家中如何維持日常生活能力，並且同時避免傷害的再度發生，也藉此學會如何自己照顧自己。當人們學會並且有能力自己照顧自己之後，就不會落入長照體系當中，由別人來照顧自己，也不會因為發生跌倒的意外，重新進入急性醫療體系當中。

又例如，當一個可以自己從事日常活動做的中風病人，明明可以自行達成日常生活功能，卻不願意自己做的時候，這就不算是積極復健，這樣的人就很容易因為依賴而失能，最後落入長期照護體系當中。這時候，心理上的復健變得相當重要，因為患者的信心與求生的意願往往大大地影響進行復健的效果。

因此，在急性後期照護的這個區塊，不論是生理上或是心理上，積極復健扮演著十分重要的角色。

至於英國常用的中期照護(intermediate care)這個字眼，容易與美國長照體系當中的(intermediate care facility, ICF)造成混淆，雖然兩者意義完全不相同，但是在字面上同時都使用 intermediate，這容易造成誤解，被認為僅是長期照護中的一小個區塊。

二、請教急性照護、急性後期照護、長期照護之間的異同或範疇的分野？

急性照護、急性後期照護、長期照護之間，最主要的分野在於資源提供的比重不同，究竟是醫療照護重要還是復健重要？又或者是護理重要還是生活照顧重要？目前也沒有任何研究能夠指出這些比重的分配應當如何。例如一個護理人員該照顧幾床，照服員應該照顧幾床？這些都會牽涉到成本，因此，急性後期的照顧不可能得到比急性還要高的給付，因為投入的照顧密度也有所差異。因此，整體而言，我們無法給予這三者確切的分野，只能夠說這三者之間不同的照顧服務提供的比重不同。

三、經文獻得知，急性後期照護或亞急性照護當中，針對需求者的復健是重要功能之一，進而可以連接到社區的長期照護中，因此想請教您急性後期照護或亞急性照護中復健的角色與功能？

復健在急性後期照護扮演十分重要的角色，需要分成兩個部份來談，一個是身體上的復健，另外一個則是心理上的復健。通常我們對於復健的認識不外乎物理治療(PT)、職能治療(OT)、語言治療(ST)，然而，在復健的領域當中，心理復健也佔了相當重要的角色，這個角色也應該被相當的重視與強調。

適當而且良好的心理復健，能夠激發求生的潛能，當一個人覺得自己的人生還有救，還有存在的意義的時候，自然就會往好的方向走；假使一個人中風了，自己認為自己病了已經中風了，人生已經沒什麼好期待也沒什麼意義與價值了，是一個需要別人照顧的人，通常就會落入長期照護的體系之中接受他人的照顧。

然而，通常我們在談論到復健的角色的時候，只會注意到 PT、OT、ST，卻往往忽略了心理復健的重要。要先有積極的人生態度與求生意志，才有可能在接下來的復健活動當中得到最好的效果。

此外，在急性後期，甚至是長期照護的領域當中，專業固然重要，但是不應該存在本位主義，因為復健不會僅僅侷限在某個專業領域之中，可能除了物理治療之外，還必須同時做職能治療師的工作，甚至進行一部分的語言治療，並且同時扮演心理治療師的角色。

除了實務操作的考量之外，在急性後期照護或是長期照護的體系當中，台灣也沒有辦法支付這麼多的專業人員，因此，專業間的相互替代變得非常重要。當然，每個專業都有其獨特性與重要性，但不同的專業人員之間除了在爭取自己應有的給付之外，更應該重視的是病患所接受的整合性照護，如何在有限的預算當中爭取病患最大的權益。

如果以目前民眾使用健保的方式，往往產生許多的浪費，對健保資源也有濫用的情況。以復健為例，常常會有民眾長期使用並且經資源佔用不放，不斷地做復健只因為比較輕微的毛病；然而，相對而言，也有許多民眾並不瞭解或是無法獲得資源的提供，就是所謂的(under use vs. over use)所產生不公平的現象。由此可以見到，在未來長期照護保險實施後，相同的現象也可能會發生，除了對財務造成沈重的負擔之外，公平性也受到嚴重的考驗。

因此，包裹式給付變成為未來必然發展的方向，針對病患個人一次包裹來給付，而不是針對不同的專業介入給予不同的次數或是金額的給付。讓不同的專業之間找到適當的互補與分工，如此，才有辦法在有限的資源與經費中做最好的分配、獲得最大的效益。

四、依您所見，我國目前現況要推行居家或社區復健所遭遇的困難可能有哪些？

最主要的問題是專業人員不足以及缺乏財務的支持。

在門診的時候，我們往往可以發現很多個案有居家或是社區復健的需求，但是在實際的執行上，真正由醫師出訪到個案家庭當中的數目卻很少，尤其是這些會使用居家式服務的民眾，通常都是沒有辦法出家門或是因為失能被限制在家中，所以往往不會出現在門診當中，因此，真正的需求並不容易被看見。

在門診當中會出現的，通常屬於活動力較強的患者，他們的來去比較自由，這部份的患者可以進行社區式的復健。我們可以用類似藥品的慢性處方箋的角度來看，針對狀況較為穩定的患者，我們可以提供他們社區式的復健服務，減少病患到達醫療院所與門診的次數，醫師只需要在一段時間，或者是病情有變化的時候，再透過門診與急診的途徑介入，如此可以節省很多的花費。因為，假如所有的事情都要進入醫療院所去做，所有的工作都需要醫師來決定，都會造成過度醫療的問題。

舉例來說，許多長照機構都會與醫療院所簽約請醫師駐診，然而，機構當中的住民，是否真的需要這麼頻繁的門診醫療，這是有待商榷的。從政策的角度來看，相同的錢與其拿來請醫師到社區或是機構看診，還不如將這部份的經費拿來讓復健治療介入來得直接。

要解決這些可能發生的過度醫療現象，有賴資訊的透明與公開。唯有資訊的透明公開，才能讓大眾明瞭資源的運用是否失當，資源是否有浪費或者是不足的部份，也才能夠讓真正的需求與過度的浪費被凸顯出來，讓資源做有效合理的分配。若是將錢花錯地方，如此一來就一點用處都沒有了，得不到應有的效果。而錯誤的財務分配導致真正有需求的部份得不到經費的挹注，相對的想要投入的專業人員便會減少，整個服務就無法被建立起來，當然，這些都需要法規的突破。

在急性後期與長期照護的部份，治療師的介入相較於護理仍舊需要在醫師底下進行，應該可以有獨立執行業務的空間，只是，究竟多少的給付才算合理，復健治療師與復健醫師之間的從屬關係在居家與社區服務這一個區塊該如何做界定，醫師看診與實際執行復健服務的比重應該如何分配，都亟待各方的意見與進一步的討論。

此訪談稿之 II 將於本論壇第 008 期刊載，敬請期待。