

中榮醫教

第十二期 | 2013春季號

12

Bulletin of Medical Education – Taichung Veterans General Hospital

Bulletin of Medical Education –
Taichung Veterans General Hospital



落實全人醫療照護

——臺中榮總高齡醫療專科醫師培訓教育

高齡醫學史與高齡醫學專科醫師訓練歷程

老年醫學中期照護之特色與實例

臺中榮民總醫院老年精神醫學核心課程訓練

高齡精神科醫師的訓練與養成

中榮醫教

Bulletin of Medical Education-
Taichung Veterans General Hospital

第十二期 | 2013 春季號

發行人：李三剛

社長：陳得源

顧問：藍忠亮

發行社：臺中榮總教學部

臺中市中港路三段160號

TEL:04-23592525

刊物網址：<http://www.3.vghtc.gov.tw/dme/bme.html>

創刊日期：2009年5月（刊期頻率一年4本）

第十二期：2013年1月

G P N：2009802252

I S S N：2076-0302

展售地點：五南文化廣場 臺中市中山路6號4樓

總編輯

陳怡行、黃揆洲

執行總編輯

陳怡行

編輯委員

黃揆洲、蔡肇基、陳厚全、傅雲慶、王立敏、
林麗英、蔡淑芳、陳啟昌、許正園、何鴻鑾、
謝祖怡、張梅芳、陳昭惠、林捷忠、歐宴泉、
黃金安、詹毓哲、唐憶淨、鄭文郁、任台華。

執行編輯

陳君豪、林怡秀

美術編輯

謝悅珍

攝影

李佳穎

版權所有，非經本刊及作者同意或
書面授權，不得轉載及複製

封面故事



▲臺中榮總對於高齡患者民的醫療照護向來不遺餘力，老年醫學專科醫師訓練計畫是依據臺灣老年學暨老年醫學會對於專科醫師訓練的課程基準，包括老年學與老年醫學之各項要點，提供臺中榮總資深住院醫師及榮院公費服務醫師高齡醫學相關課程之教育訓練，全面推廣老人照護之理念。



追求卓越的醫療、教學及研究，
以增進榮民、一般民眾及全人類的健康

contents 目錄

- 1 | 編輯手記／高齡醫學醫師訓練——世界潮流、臺灣現況與中榮發展
臺中榮總高齡醫學中心主任 / 唐憶淨醫師
- 3 | 高齡醫學史與高齡醫學專科醫師訓練歷程
高齡醫學中心主治醫師、家庭醫學科醫師 / 林鉅勝
- 6 | 老年醫學中期照護之特色與實例
高齡醫學中心專科醫師、內科部腎臟科醫師 / 翁碩駿
- 8 | 臺中榮民總醫院老年精神醫學核心課程訓練
前老年身心科主任 / 卓良珍醫師
- 10 | 高齡精神科醫師的訓練與養成
精神部老年精神科住院醫師 / 卓以平
- 12 | 嘉義分院中期照護運作模式介紹
嘉義榮民醫院老人醫學科主任 / 羅大維醫師
- 14 | 埔里分院 中期照護
埔里榮民醫院老人醫學科主任 / 曾耀賢醫師
- 15 | 高齡醫學專業研習——參訪英國 Addenbrooke's hospital 心得報告
高齡醫學中心主治醫師、神經內科主治醫師 / 李毓珊
- 18 | 我與高齡醫學的微妙際遇
高齡醫學中心專科醫師 / 蘇碩偉
- 20 | 老年醫學專科醫師訓練概況與心得
高齡醫學中心專科醫師、新陳代謝科總醫師 / 蔡婉妮
- 22 | 老年人口腔常見問題與保健
牙科部住院醫師 / 鄭玉辰
牙科部牙周病科主任 / 唐正醫師
- 24 | 高齡醫學病房個案管理師之角色功能
高齡醫學病房個案管理師 / 楊淑慧
- 25 | 中期照護轉介之經驗分享
高齡醫學病房中期照護個案管理師 / 吳孟倩
- 26 | 高齡教學門診個案管理師心得回饋分享
高齡門診個案管理師 / 呂婉柔
- 27 | 高齡專科藥師訓練
高齡醫學中心藥師 / 李維馨
- 28 | 高齡營養照護
高齡醫學中心營養師 / 郎惠芬
- 30 | 淺談高齡復健
高齡醫學中心物理治療師 / 吳佩穎
- 31 | 高齡專科心理師服務失智症長輩的訓練
高齡醫學中心臨床心理師 / 方心慧
- 32 | 高齡醫學研習心得
高齡醫學受訓醫師、急診部主治醫師 / 賴仕原

高齡醫學醫師訓練——

世界潮流、臺灣現況與中榮發展

臺中榮總高齡醫學中心主任 / 唐憶淨醫師

根據經建會2012年的人口推估，臺灣65歲以上老年人至2025年將佔全人口的20%，即將邁入「高齡社會」；而且臺灣人口快速老化，速度為世界之最。人口老化的影響層面廣泛，在經濟面，將影響儲蓄、投資、消費、稅收、退休金、勞動市場等；在社會面，將影響家庭組成、居住安排、照護需求、流行病學、醫療保健等。其中醫療成本上升是相當突顯的問題：年長者因身體機能退化，增加心血管疾病、癌症、糖尿病、慢性呼吸道疾病等罹病率，經常消耗社會醫療成本及健保支出。



長者因多重疾病導致身體孱弱，其症狀的表現也不典型。老年人因為多種病痛需在各科門診就醫，甚至是不同的醫院之間奔波；不僅患者感受不便，對家屬而言，他們必須犧牲工作時間陪伴就醫，更是一項沈重的負擔。因此，提供整體且周全的醫療照護是必然的趨勢。臺中榮總位於中區退輔系統之樞紐，負責整合總院、分院及榮家三層醫療照護服務，本院高齡醫學中心已於97年9月開始培訓具備高齡照護知識之老年醫學專科醫師，教導站在第一線的醫師如何照護非典型症狀及複雜急性病症的高齡長者，並發展高齡醫學整合性門診滿足病人及家屬的需求，提供高品質的老年照護和培養全人醫療的專業人員。

臺中榮總對於高齡患者民眾的醫療照護向來不遺餘力，高齡醫學中心主要任務為整合各種醫療服務資源、提升高齡病患的醫療照護層次，更強調老年病人之周全性評估與全人醫療照護，老年醫學專科醫師訓練計畫是依據臺灣老年學暨老年醫學會對於專科醫師訓練的課程基準，包括老年學與老年醫學之各項要點，提供臺中榮總資深住院醫師及榮院公費服務醫師高齡醫學相關課程之教育訓練，全面推廣老人照護之理念。訓練課程中包含神經醫學、復健醫學、精神醫學、高齡醫學病房、安寧緩和醫療照護、長期照護、居家護理、護理之家、榮民之家、高齡醫學門診訓練、高齡醫學教學門診訓練、社區訪視（單身獨居+出院特需）、中期照護會診，以及參與各項老年醫學學術活動，受訓醫師將體認到老年照護不僅僅是單純治療急性疾病，還必須兼具預防失能與健康促進的專業知識、熟稔老人常見身心疾病、老人常見神經、精神疾病、安寧緩和治療、長期

照護與簡易復健治療的原則，減少因各種疾病所帶來的失能與併發症，以期能將高齡醫學的知識與各項技能拓展至原所屬醫療單位，建立高品質的長者醫療照護。除了次專科醫師訓練計畫的豐富課程，臺中榮總高齡醫學中心亦融合醫師、護理、藥師、營養師、社工師、復健師、心理師、個案管理師等多專業跨領域的團隊醫療服務。

在高齡醫學專科的訓練中，首要面對的挑戰來自高齡長者因非典型症狀及複雜急性病症而入住醫院，此外更應認知中期照護的理念，將急性疾病治療延伸至後續生活功能回復。本計畫更擷取英國老年醫學專科訓練的重點精神，融入訓練中。特別在「出院準備服務」、「跨領域團隊合作與領導」、「教學研究」、「全人醫療照護」、「周全性老年評估」及「中期照護」方面著墨甚深，這是推動高齡患者整合性照護相當重要的環節。本中心更強調醫師在一般醫學訓練中所必須具備的知識、技能與態度，並非僅針對高齡醫學次專科訓練，而是訓練一個全人醫療之高齡醫學照護專業人士，並希望由此推動高品質的「研究型」與「教學型」高齡醫學專家。

此外，高齡醫學中心亦極力推動跨專業醫事人員的教育訓練，其目標是為了培訓跨專業團隊醫療照護人員，提供高品質的老人醫療服務。專科醫師訓練課程，加上高齡跨團隊運作模式的完整教學，以病人為中心，預防保健為主軸，除針對臺中榮總暨中區分院醫師、藥師、營養師、社工師、復健師、心理師等多專業醫療人員加強全面性訓練，也針對醫療人員之外的行政人員、技術人員及服務人員等做持續性的教育訓練，藉無縫式接軌的照顧服務，促進長者的健康、功能以及生活品質，全面推廣老人照護之理念。高齡醫學跨專業訓練課程針對高齡病患，重視的是跨專業周全性評估及介入，所依賴的就是所有團隊多方合作及協助，目前訓練課程中，我們尚有許多更多元化、具專業性領域的講師未加入高齡醫學師資行列，我們期許在明年訓練課程中能加入更多不同專業領域師資，讓高齡訓練課程更豐富，達到多樣化、跨團隊、以及全方位教育訓練的新里程碑。



高齡醫學史與 高齡醫學專科醫師訓練歷程

高齡醫學中心主治醫師、家庭醫學科醫師 / 林鉅勝



簡介

在講高齡醫學專科醫師訓練前，先跟大家介紹一些基本概念，首先常常有人會問，老年醫學跟高齡醫學有哪些不一樣，其實兩者的內涵是一致的，在輔導會體系內統一將老年醫學稱為高齡醫學，在三家總院都設有高齡醫學中心。

老年醫學和老年醫學（Geriatrics or geriatric medicine）可以說是內科或家庭醫學的次專科，專注於維持老年人的健康。老年醫學的目的藉由預防和治療老年人的疾病及預防失能來促進老年人的健康。

西方老年醫學史

了解老年醫學史對於將來發展老年醫學是非常重要的，因為從醫學史我們可以知古鑑今，從中發掘我們的未來發展的方向。其實在西元前367年，亞里士多德（Aristotle）就提出“Eugeria”這一個字來代表成功活躍的老年，代表這群老年人可以擁有獨立自主，沒有疼痛或痛苦的幸福生活。第一個主張應該有專業的老年醫學醫師是Maclachan在1863年所提出來的，Maclachan發現人在晚年常常會有萎縮和衰退的情形，但是大多數醫師並沒有興趣，他說研究、診斷和治療老年疾病是充滿了困難，常常需要有洞察力，技巧和智慧的醫師。

Metchnikoff創造了“老年學”（Gerontology）這個詞，代表的是研究老年人生理，行為和社會科學的科學。至於老年醫學“Geriatrics”這個名詞是由美國人Ignatz L. Nascher在1909年創造出來的，是由兩個古希臘字“Geras”及“Iatricos”所組成，

“Geras”代表的是老年，“Iatricos”代表的是醫師的意思。Ignatz L. Nascher被尊稱為老年醫學之父，他在紐約的西奈山醫院（Mount Sinai hospital）工作，他認為，“高齡患者及其疾病應該由一個獨特的醫學學科來照護”，他創造了“老年醫學”這個名詞。他認為：兒童是由兒科醫師來照護，老年人也應該由老年醫學科醫師照護。



▲Marjory Warren

另外一位影響老年醫學的重要人物是Marjory Warren，她被大多數老年醫學醫師認為是老年醫學之母（Mother of Geriatrics）。在1935年Marjory Warren成為英國倫敦的西米德爾塞克斯醫院（West Middlesex hospital）的外科主治醫師。

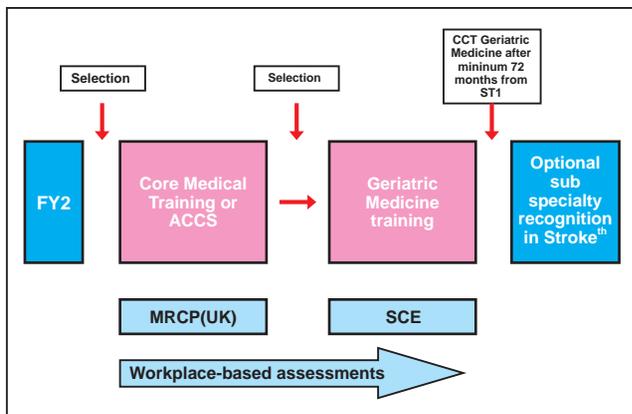
她負責照護714床罹患慢性疾病的老年患者，其中大部分患者並沒明確診斷，許多患者有醫源性的併發症的發生，這些病人很多人都有攣縮、褥瘡及大小便失禁的情形。這些慢性病床非常的擁擠，病房顏色暗灰沒有生氣，而且病房內沒有合適的設備，僅有幾把椅子。大多數患者都是臥床，沒有外界刺激，而且都沒有穿鞋。Marjory Warren的最初目標是保護這些老人患者，扭轉對老年患者的醫療忽視，安排合適的醫療保健。Dr. Marjory Warren開始詳細評估每個老年患者。她發現這些老年患者的許多慢性疾病是可以治療的。她開始以團隊照護為基礎，提供功能再

恢復的復健服務，設計和提供行動輔具。她也開始將這些照護老年患者的方法教導給醫學生的以及護士。她改善病房的環境，讓病房變得明亮，安排了病房活動，讓病房成為有朝氣的地方也讓病房的照護人員士氣大振，興起如何照護老年人的研究發展。Dr. Marjory Warren將714床減至240床，也讓病床的週轉率提升了300%。Dr. Marjory Warren的成就讓人讚嘆，事實上Dr. Marjory Warren所創立的周全性老年評估（comprehensive Geriatric assessment）在現代的老年醫學評估病人的狀況時依然相當重要。Dr. Marjory Warren及跟隨她繼續在老年醫學奮鬥的其他先驅在歐洲，美國和在其他地方已經作出了很大的影響。值得一提的在英國有些學者或醫院率先提出了一些治療老年病患、老年醫療行政及老年醫學教育的新作法；例如：Cosin的日間醫院（day hospitals），Howell的早期轉介及詳細記錄（early referral, detailed records），Amulree的譫妄，醫療政治學，醫學生教學（delirium； medical politics；

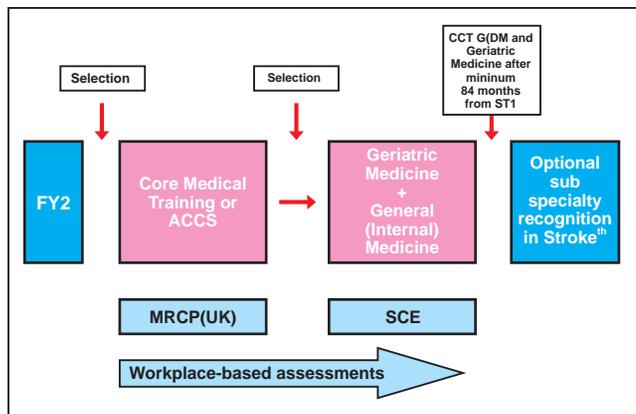
student teaching），Anderson是第一位老年醫學教授，他將英國的家庭醫師與老年人的退休課程連接在一起（first professor in geriatrics；links with GPs；retirement courses），Isacscs是第一個描述老年症候群（Giants of Geriatrics）的學者，這些學者都為現在的老年醫學照護提供了良好的基礎。

英國老年醫學訓練

英國在1980年代的調查中，幾乎所有的醫學院都會教導老年醫學，最常用的方法是由醫院的老年醫學科開立必修課程。在醫學院畢業後，要成為老年醫學的專科醫師必須接受2年的基本訓練，稱為ST1及ST2（Core medical training year1&2）。接受完訓練才可以應徵成為老年醫學的受訓醫師，在受訓期間這些受訓醫師可以選擇只接受4年的老年醫學訓練（圖一），或是5年的老年醫師訓練加內科醫師訓練（圖二），在接受完訓練後可以選擇要不要接受照顧中風患者的訓練，在英國中風患者主要是由老年醫學科醫師負責照護。



▲圖一



▲圖二

臺灣老年醫學次專科醫師訓練計畫發展

臺灣地區的老年人口在1993年底超過7%，正式邁入聯合國定義的「老化社會（aging society）」，而預計在2018年突破14%，成為名符其實的「老年社會（aged society）」。為了因應臺灣社會老化的狀況，臺灣的醫學界已經開始動了起來，接下來將介紹臺灣老年醫學的現況。

國家衛生研究院老年醫學次專科醫師訓練計畫

臺灣老年醫學會成立於一九八二年七月十日，係以研究老年醫學及相關科學之學術，促進老年醫學及相關科學之發展及應用，並加強國際老年醫學會之交流，增進老年健康為宗旨。

但在2004年之前全國約僅有150位老年醫學次專科醫師，有鑑於此，「國家衛生研究院老年醫學研究組」會同「臺大醫院」及「長庚醫院」於2004年邀請國內外專家為國內醫師進行為期一年的「老年醫學

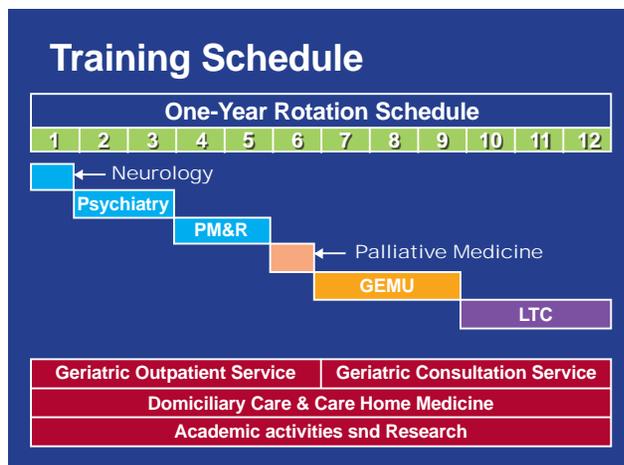
次專科醫師訓練計畫」。這個訓練計畫是由美國紐約西奈山（Mount Sinai）醫學院老年醫學專家Harrison Bloom 及Patricia Bloom 兩位教授參與規劃，並動員其他五位客座教授參與教學，以及國內老年醫學專家的支持，首創國內老年醫學次專科醫師訓練課程，除了訓練熟習老年醫學的醫師之外，並在上述各醫院建立老年照護團隊，包含醫師、護士、社工、復健、物理治療、職能治療、精神、神經、藥師等成員。在國衛院的訓練計劃，第1期（2004年）的7名學員，均是來自全國醫學中心且具內科、家庭醫學專科醫師或可報考參試資格的菁英。第2期（2005年）則將醫師資格範圍擴增至復健科及神經科，共招收8位學員。

退輔會體系老年醫學次專科醫師訓練計畫

退輔會體系所照顧的榮民中，老年人口比例高達 60% 以上，所以在退輔體系對於老年人的照護需求更是殷切。培養具備高齡醫學專長的醫師實為刻不容緩的使命，所以退輔體系在2006年與英國老年醫學會的協助下開始退輔體系的老年醫學次專科醫師訓練計畫。在這個計畫中臺北、臺中、高雄榮總都選派人選參加訓練，第一屆（2006年）的6位受訓醫師中，都具有內科、家庭醫學的專科醫師資格，受訓的內容為急性病房三個月、復健科兩個月、精神科兩個月、神經內科一個月、安寧病房一個月、長期照護三個月（圖三）。而且每兩個月邀請了英國老年醫學會或日本老年醫學的老師來教導受訓學員，每位學員也到英國或日本的醫院參訪學習老年醫學。第二屆（2007

年）的6位受訓醫師也是由三家榮總派員參加。在第三屆（2008年），為了擴大退輔體系的老年醫學次專科醫師訓練計畫，分別由臺北、臺中、高雄榮總自行培訓，共計有9位受訓醫師，退輔體系的老年醫學次專科醫師訓練計畫已經在臺灣開枝散葉，成為全臺最大的老年醫學專科醫師的訓練體系。

在高齡醫學專科的訓練中，首要面對的挑戰來自高齡長者因非典型症狀及複雜急性病症而入住醫院，此外更應認知中期醫療的理念，了解醫治急性疾病之外還必須持續性地將照護延伸至後續機構及社區之中。而接受高齡短期訓練之訓練醫師必須體認到老年照護不僅僅是單純治療急性疾病，還必須兼具疾病預防與健康促進的專業知識、熟稔老人常見身心疾病、安寧緩和治療、長期照護與簡易復健治療的原則，以減少各種因疾病所帶來的失能與併發症，以期能將高齡醫學的知識與各項技能拓展原所屬醫療單位，以建立高品質的高齡患者醫療照護。高齡醫學專科的訓練在「出院準備服務」、「跨領域團隊合作與領導」、「教學研究」、「全人醫療照護」、「周全性老年評估」及「中期照護」方面著墨甚深，這是推動整合性高齡患者照護相當重要的環節。強調醫師在醫學訓練中所必須具備的知識、技能與態度，並非僅針對高齡醫學次專科訓練，而是訓練一個全人醫療之高齡醫學照護專業人士，並希望由此推動高品質的「研究型」與「教學型」高齡醫學專家。



▲圖三

參考資料

1. A History of Geriatrics and Gerontology, G. Mulley; European Geriatric Medicine 3 (2012) 225-227
2. The history of geriatric medicine. The present: Problems and opportunities, J.M. Ribera Casado; European Geriatric Medicine 3 (2012) 228-232
3. Geriatrics From Wikipedia
4. Royal College of Physicians: <http://www.st3recruitment.org.uk/>
5. <http://www.jrcptb.org.uk/trainingandcert/ST3-SpR/Pages/Geriatric.a Spx>
6. British Geriatrics Society, <http://www.bgs.org.uk/>
7. 臺灣老年醫學會網站
8. 臺北榮總高齡醫學中心網站
9. 國家衛生研究院新聞稿
10. 戴東原理事長，邁進中的臺灣 醫學會一文 Journal of the Hong Kong Geriatrics Society V4 No.1 (March 1993)

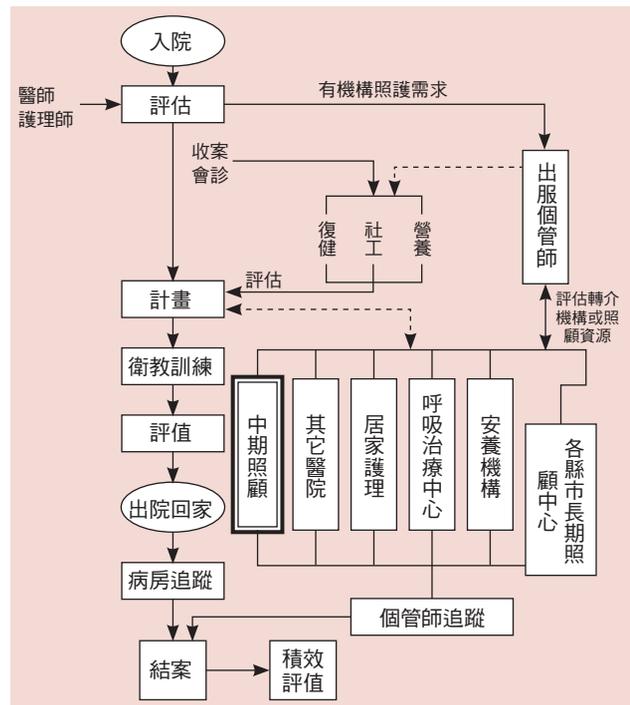
老年醫學中期照護之特色與實例

高齡醫學中心專科醫師、內科部腎臟科醫師 / 翁碩駿



十七世紀德國的前身普魯士，其宰相俾斯麥為了施行國家社會主義，把老人定義為65歲以上的族群；然而，很多65歲以上族群其身心靈仍健全，但老人中有一群稱為「羸弱、脆弱（Frailty）」的老人，其對疾病感受性特別強，尤其是大於75歲的老人，會因為急性病或多重慢性病進而降低其基本生活功能表現。其功能退化的程度，包含25~35%住院的高齡患者將損失一項基本生活功能、25%有認知功能障礙、20~25%有情緒障礙、20~40%有活動與行走障礙及營養不良。但受限於健保支付總額制度（Diagnosis Related Groups, DRG），高齡患者在急性醫療照護需求接近完成時，往往尚未能恢復獨立生活功能，因而增加了更多出院後併發症、死亡率及整體社會的負擔。

中期照護的目標，最主要是促進個案從疾病發生後，能夠恢復到最佳功能狀態、防止不必要的急性再住院、避免提早入住長照機構、支持個案及時出院後的照護、幫助個案恢復獨立且全面性的生活。其收案對象包括：急性醫療狀態穩定，具有功能回復及復健潛能的高齡病患。排除條件為：急性醫療病況不穩定、急性傳染病患、病危或末期病人、藥物濫用者、多專業團隊照護不能得到明顯助益者及中重度失智的高齡病患。中期照護轉介流程：從病患就醫的過程中，高齡醫學團隊就會利用「慢性病管理系統」先進行就養及非就養榮民評估篩選的動作（圖一）；另外，會診制度的健全逐漸取代先前“報轉榮家及榮院”動作；更重要的是，高齡醫學團隊在過去兩年於各病房培養了高齡護理種子，除了幫忙尋找高齡病患潛在問題，也能在出院準備服務上提供中期照護概念給病患及家屬認識。



▲圖一 中期照護轉介與總院各單位聯繫流程

目前中期照護轉介單位包含埔里及嘉義分院，以及合約機構如：財團法人敬德護理之家及員林郭醫院大村分院。更重要的是，中期照護強調整合性服務，包含積極復健、及時醫療、營養加強、藥物調整、心理建設資源支持。除了高齡專科醫師主導整個團隊外，復健科醫師、物理治療師及職能治療師等成員，提供個案合適的復健活動。營養師藉營養量表評估個案營養狀態，將針對營養不良的個案做合適的飲食配方調整。醫師和藥師一同討論個案用藥，減少不適當用藥。藉由量表評估個案情緒狀況，適時會診精神科醫師依個案情況提供藥物治療及心理諮商。視需要請社工師提供社會福利問題諮詢、協助輔具申請及連結社福團體提供經濟問題援助。

有關中期照護整體成效，近幾年評估及轉介的人數未能有效成長（表一），一方面與年長榮民（elderly veterans）逐漸凋零有關，另外費用考量（就養榮民只需伙食費，一般民眾目前仍需全額自

費）、中期照護單位距離太遠、對即將轉介的單位有疑慮、病患或家屬沒意願、病患或家屬自覺不需要以及只想回到自家（榮家）。

表一、中期照護轉介成效

年度	評估人數	合適轉介人數	實際轉介人數	轉介成功率(%)
98年1~12月	521	168	83	49.4
99年1~12月	720	239	109	45.6
100年1~12月	623	168	51	30.4

高齡個案的中期照護一旦啟動，個管師於個案入住前彙整資料以電子信件或書面傳真方式，寄給所屬中期照護單位，該單位會於24小時之內進行周全性老年評估，並完成中期照護個案追蹤單以了解個案之潛在需求，除了團隊式照護外並加強個案所欠缺部分，並於照護結束時總體評估及電話追蹤訪問（完成中期佔67.4%，其中順利返家80.6%，進入長期照護機構19.4%）；整體來看，經由中期照護後，其功能性改善是顯而易見的（表二）。但並非所有個案皆能完成中期照護，有一些個案在接受中期照護期間會因為病情變化（其中以急性病症、急性呼吸道疾病、肺結核為前三大原因）、個人因素（對所屬環境期待的落差

為主）等原因提前終止中期照護（佔26.1%）。基於以上問題我們有相對應的改善措施，對病情容易變化會由醫師初步評估個案的合適性，以期有效降低個案提早中斷率；原有呼吸道疾病患者比較容易再出現急性呼吸道疾病，總院端會蒐集心肺訓練相關資訊、加強心肺訓練並製作相關衛教單張；有些個案轉至榮院後被診斷肺結核，進而轉至隔離病房；因此，在總院端除了加強檢驗痰液之外，再追蹤 CXR，並固定與胸腔科醫師討論以排除可能個案。對中期環境有疑慮，我們會於入住前提供中期單位照片或影片，減少想像與實際環境落差，並將已入住個案反應之問題與榮院端討論以利改善。

表二、中期照護前後其功能性改善程度

功能性評估	入中期時 Mean ± SD	出中期前 Mean ± SD	P
日常生活活動功能評估 (0~100分)	44.1 ± 20.8	64.9 ± 21.7	0.000***
複雜性日常生活功能 (0~8分)	1.9 ± 1.8	2.8 ± 2.2	0.001**
迷你心智狀態檢查 (0~30分)	20.2 ± 5.6	20.8 ± 5.3	0.062
憂鬱評估量表 (0~15分)	1.9 ± 2.3	1.6 ± 2.0	0.047 [†]
迷你營養評估 (0~14分)	8.1 ± 2.0	11.3 ± 2.5	0.000***

P前測vs.後測 from paired t test

*P<.05, **P<.01, ***P<.001

推動行銷方案預期以改善中期照護轉介量，高齡醫學中心過去在相關單位，如各病房、各科醫師會議、護理部會議及彰化榮家進行中期照護概念宣導，推廣中期照護理念，尤其強調骨科骨折術後、神經內科中風後高齡患者中期照護之重要性。另外，為擴大服務範圍，員林郭醫院大村分院能提供腸胃道出血後病情穩定、骨折、中風、截肢、脊髓病變、急性疼痛及慢性關節疼痛的自費民眾，以期改善基本生活功能。

中期照護不但提供高齡長者急性後醫療與亞

急性照護，且縮短總住院天數，並於日後長期追蹤個案，提供及時的協助。中期照護設定固定住院標準，功能性改善後即可返家，若經由三個月介入仍無成效，極可能轉至長期照護單位。在臺灣，老人的完整持續健康照護，從實際面包含了急性醫療、亞急性醫療、長期照護以及生活支持是環環相扣的，但除了醫療照護仍需要包含家庭支持及社會福利，才能達到禮運大同篇所說「老有所終，矜寡孤獨廢疾者皆有所養」。

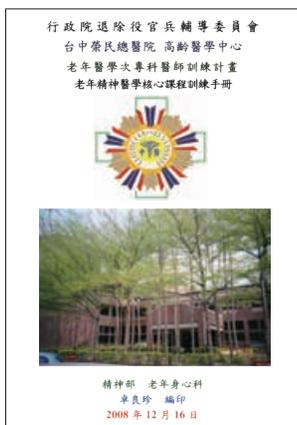


臺中榮民總醫院 老年精神醫學核心課程訓練

前老年身心科主任 / 卓良珍醫師



國內對於老年醫學次專科之訓練一年當中，精神醫學占了兩個月，其目的是促使老年醫學次專科臨床研究醫師能夠從身體（生物）、精神（心理）、社會（家庭）及靈命（價值觀、倫理）等多層面來學習老年精神疾病之評估、診斷及處理原則，包括理論及臨床應用。



▲圖一 老年精神醫學核心課程訓練手冊

臺中榮民總醫院編印了一本講義（如圖一）提供給受訓學員參考，其訓練流程如下：

一、老年身心科急性病房：

本病房位於精神科大樓之二樓，收容各種急性發作精神疾病之老年患者，包括精神分裂症、妄想症、重度憂鬱症、失智症合併心理及行為問題、譫妄狀態及其他腦器質癱候群等。

- (一)病歷寫作：會同社工師、護理師探詢家屬關於住院新病人的病前人格、學校史、職業史、退休史、家庭互動、社交活動、生活習慣、身體疾病史、藥物史及其精神狀態、社會支持資源等，並實施身體、神經、眼、耳之檢查。
- (二)每日之晨間會報，及最新雜誌閱讀，主任或主治醫師查房教學。學習鑑別診斷、治療計劃、預後等。
- (三)每週各一次之精神病房團隊會議及高齡醫學團隊病房例會的全備性老年身心疾病個案討論會。前者是

討論所有老年精神住院患者之處理方式，後者是較深入地討論高齡病房單一患者之診斷及處理方式。

- (四)每週三輪流由職能治療師、臨床心理師、神經心理師、社工師、藝術治療師…等介紹其專業在團隊治療處理上的角色，並學習各種精神症狀、認知功能、社會功能之評估表的測驗方法及應用。
- (五)每週輪流赴雲林榮家、彰化榮家、彰化自費安養中心、白河榮家或臺南榮家等具備安養、養護或護理之家功能的中長期照護機構的精神醫療諮詢、門診、會診及精神評估訓練。
- (六)每週四上午老年精神醫學新知讀書報告、文獻選讀或研究議題討論，增進學習經驗及裝備。
- (七)至少兩次參加老年精神患者之司法鑑定，包括禁產鑑定及刑事案件，藉以學習研判老年精神問題所影響的司法案件之處理準則。

二、內科精神病房 Medical Psychiatric Ward：

本病房位於72病房獨立的兩床，由老年身心科負責收容設有精神行為問題的失智症患者，實施身體、生化檢驗、腦部影像及神經心理特殊檢測，藉以鑑別失智症之類型，每週一下午會同神經放射科醫師討論個案，判讀腦部影像之變化，訓練學員能夠鑑別失智症之分類。

三、老年心理衛生門診及記憶力特別門診：

前者每週一、二上午門診，由老年身心科主任指導；後者每週一下午門診，由老年身心科主治醫師指導。門診患者經由病史諮詢、神經心理評估、生化、

腦部影像等檢測來初步研判老年精神疾病之診斷，並由指導醫師說明相關疾病之精神動力機轉、神經病理、致病因子分析、處理方法、老年精神藥物使用原則、復健及安置或社會福利資源的利用，申請補助之原則及手續，給予家屬之支持肯定與安慰鼓勵等心理諮商之示範及教導。

四、老年精神會診訓練：

(一)由老年身心科主任、主治醫師、臨床研究醫師等指導普通會診。除了示範會診病患

之臨床檢查、詢問病史之外，並於每日之晨間會報討論會診個案之病因、鑑別診斷、神經精神病理機轉、治療計劃與追蹤方針等。

(二)急診會診由臨床研究醫師或總醫師指導內外科病房或急診室的患者，特別要注意老年精神疾病患者的身體及血液、生化、腦部影像及其使用藥物狀況，入住精神科急性病房之前，要先排除患者的身體及生化、血液、感染、藥物中毒或腦挫傷等內、外科急性狀況。

五、老年人有憂鬱症或有自殺傾向之評估及治療：

(一)發現有自殺意念者應立即 on suicide precaution II，並找出引起自殺之病因，立即積極治療，且需有專人陪伴照料其生活起居，隨時密切防備自殺意外事件之發生，並確定自殺意念之消除，定期作追蹤比較。並學習憂鬱症之認知心理治療及抗妄想或抗憂鬱藥物之使用。

(二)老年憂鬱症須從社會心理、環境或器質性（血管型、憂鬱症、失智症）等層面來分析，需請社工師協助解決。若屬於血管型憂鬱症則需服用促進腦循環或代謝功能的藥物合併抗憂鬱劑及運動、陽光才有效果。阿茲海默失智症由於扁桃體（杏仁核）有



▲老年社團活動

病變（神經細胞內纖維纏結及細胞外腦斑）而導致情緒煩躁、憂鬱、敏感、疑心、易怒則可考慮加服低劑量的抗精神病藥物。

(三)老年妄想症也會使用被動攻擊方式來自殺、自我傷害、做為懲罰妄想對象。若合併失智症則使用較低劑量的抗精神病藥物，若產生錐體外徑路副作用，可以加服抗膽鹼乙醯胺藥劑。

四)老年人服用其他藥物所造成的憂鬱症，例如降血壓劑Reserpine，腎上腺素β-阻斷劑Inderal、Tenormin等，可改服其他替代藥品來避免憂鬱。

(五)老年人因各種腦神經傳導物質的降低，尤其是多巴胺減少所造成哀悼反應時間，可能延長到半年以上，需要有親屬、熟人陪伴、鼓勵外出參加教會、社團活動，曬曬晨、昏的陽光，避免因失去親人、好友的哀悼反應之社會心理壓力所造成的腦下垂體分泌ATCH而刺激腎上腺皮質層分泌Cortisol升高，干擾了神經演化及導致失眠，且因心情沮喪、少出門而產生感覺剝奪，使得神經樹突dendrite無法補償，而步入失智症。晨昏的陽光可減少老年人白天的嗜睡，且刺激正腎上腺素分泌而增加星狀細胞產生神經生長因子使神經細胞纖維代償性增加，降低失智症狀。



高齡精神科醫師的 訓練與養成

精神部老年精神科住院醫師 / 卓以平



前言

臺灣地區自民國82年9月底，65歲以上老年人口已達7.2%，正式邁入「老年國」及「老化社會」，到97年底已達到10.4%，預期民國115年達到20%，也就是平均每5個人就有一位老年人口。與過去1972年底老年人只佔3.2%，顯示現今臺灣醫療日益進步，國民健康保健知識增進。以此觀之，現在臺灣社會中高齡精神疾病已日益受到精神醫學界及醫界的重視。儘管臺灣人口結構逐漸趨向老化且未來老年精神疾病患者將隨之增加，但由於此次專科是精神醫學次專科發展中較晚起步，臺灣在1995年才成立老年精神醫學會，直到2009年才有第一批的老年精神醫學專科醫師，並且我們對老年生活及老年精神疾患所期望的不再只是活到老，且要活的「健康快樂」，因此現今對高齡精神科醫師的訓練與養成乃是額外的重要。

高齡精神科醫師的養成

談高齡精神科醫師的訓練與養成，我會將訓練與養成看成一體兩面。不如先談高齡精神科醫師的養成。因為就算再有多好的完整訓練課程卻沒有養成好的學習素養，將來在專業的學習態度及臨床照護之用心程度也會大打折扣，進而影響專業及照護品質。而

高齡精神科醫師的養成，也唯有透過訓練課程中甚至臨床醫學中所培養。

首先讓我們先了解一下，何謂高齡精神醫學（geriatric psychiatry）？其定義主要是針對老年期之行為、情感、認知功能等障礙所發展出一門診斷及治療之醫學，它包括了老年生物學、老年心理學、老年社會學，及常發生在老年期之特殊精神疾病，如失智症、老年憂鬱症、譫妄症、老年失眠症及老年妄想症，或年輕時所延續至老年的精神疾病，如精神分裂症、慢性焦慮症、慢性憂鬱症、躁鬱症等，最後還包括老年精神藥物學及非藥物治療及處理。

老年人精神疾病與年輕族群患者在生物、心理、及社會文化層面上（bio-psycho-social）是有所不同的。在生物層面，除了包含較偏重生物上的特殊性（biological heterogeneity）、較多合併身體及認知障礙的疾病（physical and cognitive



▲老年精神醫學專科醫師學習護照

William Osler

「說」醫學教育

Practical knowledge is real knowledge.

The knowledge which a man can use is the only real knowledge, the only knowledge which has life and growth in it and converts itself into practical power. The rest hangs like dust around the brain or dries like raindrops off stones.

comorbidity) 以及較高的藥物副作用外，養成一位專業的高齡精神科醫師更須加強面對處理老年心理層面的衝擊與了解，這包含了喪失悲慟、依附脫離、自我認同、自尊自憐、死亡的面對及現今社會文化的影響。因此高齡精神科醫師的養成，不是一年兩年或幾年的事，不外乎透過耐心、愛心、及信心（對老年患者的信心）長期在老年患者身上不斷的學習。

高齡精神科醫師的訓練

高齡精神醫學訓練課程內容包含兩部份。第一部份為醫院內臨床醫學的學習，這包含各種老年精神疾病、藥物學、照會及轉介，在學習跨領域團隊合作之運作模式上，包括：其他專科醫師、護理人員、社工人員、物理治療師、職能治療師、短期、中期及長期之治療計劃、長期照護體系相關資訊與連結長期照護機構內老年住民之精神照護甚至倫理與法律問題都是訓練的重點。第二部份須完成老年精神醫學學會繼續教育積分60分以上。

根據臺中榮總精神部99、100年老年門診服務量分析（包含老年精神門診、高齡整合門診、高齡精神門診、老年記憶門診），總人次高達25876人次，其前三名之診斷為失智症（68.10%），一般醫學狀況

造成之精神疾患（6.91%）及憂鬱性疾患（5.03%）診斷部份亦同於老年急性病房的統計分析。因此臺中榮總高齡精神醫學訓練方式，包含了門診訓練、讀書會、個案討論會、放射部聯合影像學討論會及埔里榮院護理之家、八卦山彰化自費安養中心老年住民之精神照護訓練。課程結束後也必須完成老年精神醫學專科醫師訓練學習護照及通過臺灣老年精神醫學專科醫師考試才算是一位合格的高齡醫學精神科醫師。

最後引用一段蕭醫師及本部陳展航主任教導學生所常用的一段話來做個總結：

蕭美君醫師

「住院醫師養成宛若學武歷程，學武初期，學蹲馬步，提水挑擔難免，抱怨解決不了事情，但是知道自己以後要學成何種武功門派，行走江湖有所依據，基本功自是免不了。俗說師父領進門，修行在個人，各種門派及各型師父前輩，眼花撩亂，或是難解師父個性行事與言下教導之意，這也是住院醫師們該學習之功課了。」（原載精神醫學通訊 24卷11期）

陳展航主任

「心靈猶如降落傘，為能開放方有功」（“Mind, like a parachute, functions only while it is open.”），唯有透過開闊的心胸來學習一切。🌱



▲團隊會議

嘉義分院 中期照護運作模式介紹

嘉義榮民醫院老人醫學科主任 / 羅大維醫師



本院之中期照護單位位於醫療大樓E棟五樓50病房，共有30床，98年4月7日通過衛生局設備訪查後開始收案入住。中期照護的兩大主要目標是「促進自主」與「預防不必要住院」，經由提供完整的服務架構，來達成以上目標。

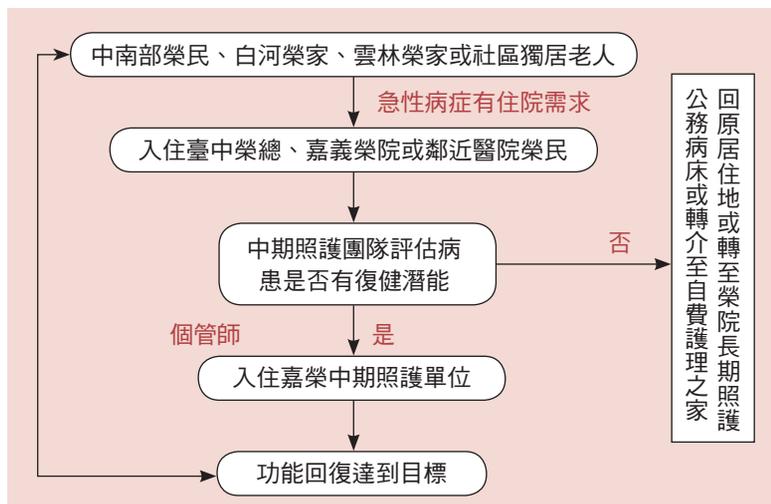
本院高齡醫學中期照護團隊工作成員，團隊成員及負責業務

職稱	負責人姓名	負責業務	備註
老年醫學專科醫師	羅大維	中期照護負責醫師，針對住民醫療需求評估及處置	專任
護理長	李金霞	負責中期照護業務推動	專任
個管師	郭育如（代）	主要對口窗，負責中期照護病房住民收入及出院周全性量表評估、品管監控、轉出業務安排及追蹤。	兼任
臨床護理師	郭育如、黃淑瑾 翁鈺期、郭欣穎	評估住民身、心、靈、社會需求及提供專業護理照護。	專任
復健科治療醫師	王偉全	評估住民復健需求，針對個別狀況給予復健與職能治療。	兼任
精神科醫師	王登五	住民有睡眠困擾、心理方面問題時，會診精神科醫師。	兼任
復健治療師	吳凱琳	負責中期照護住民之復健。	專任
營養師	黃小紅	住民入院時評估營養狀況，依據需要給予適當營養，出院時再次評估營養狀況，視病患營養狀況通知營養師會診。	兼任
臨床藥師	黃莉容	住民常有多重用藥情形，因此診視病患用藥適當性及病患用藥諮詢。	兼任
社工師	林曉鈺	協助住民處理經濟及尋求社會資源，安排中期照護病患轉出院去處。	專任
照服員	6位（合約廠商訓練後提供）	照顧住民日常生活及維持身體清潔。	專任

收案流程：

1. 門診病患由各科醫師評估後再連絡老年醫學科醫師。
2. 住院病患可經由老年醫學科醫師或個管師評估，合乎條件者會診老年醫學科醫師收案。
3. 外院轉診者經由老年醫學科醫師評估，合乎條件者掛急診後由老年醫學科醫師收案。

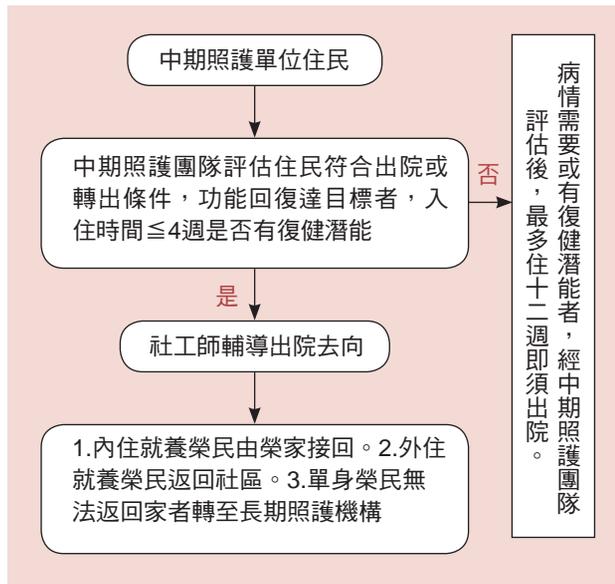
個案入住流程：



個案照護流程圖：



個案出院流程圖：



病患評量：

入住中期照護單位後，個管師於24小時內執行周全性老年評估（Comprehensive Geriatric Assessment, CGA），完成住民身體功能評估，待達到治療目標及照護與復健計畫且病情穩定出院前，必須再實施一次周全性老年評估，以評定實施中期照護的成效。經由中期照護單位持續性復健及照護後，可達到縮短急性病房住院天數，及降低再次入院頻率，降低疾病合併症發生率，提昇生活品質，進而降低醫療費用支出。

本院增加中期收案量及佔床率之方法：

1. 透過與外院、榮家、榮服處、社區里長的聯繫，提供諮詢管道，時常聯繫建立良好的合作關係。
2. 拜訪雲林榮家及白河榮家，宣導中期照護及篩選適合個案。
3. 與社區合作每次社區活動時，宣導及發放中期照護宣傳單。
4. 配合社區活動宣導中期照護及如有適合個案請協助留資料後，由個管師主動連絡，符合者收案。
5. 定期與內、外科病房主治醫師宣傳。
6. 每週輪流至內、外科病房訪視適合之住民。
7. 配合院方安排貴賓、榮服處輔導員及里長來院參訪中期照護單位。



埔里分院 中期照護



埔里榮民醫院老人醫學科主任 / 曾耀賢醫師

高齡化社會是臺灣已面臨的問題，而醫療服務體系更直接面臨人口老化所帶來的衝擊。中期照護服務整合醫療服務資源，提供病患在急性疾病住院後的替代方案，以回復老年病患最佳的身體功能和減少不必要的入院為目的。埔里分院從民國97年開設中期照護病房，當時對於老年照顧的懵懂，到今年透過跨團隊專業合作，讓約400多位病患能有效的自急性病況回復至正常生活功能。

埔里分院的中期照護服務，銜接急性病房的病患，透過積極復健來提升自我生活功能，以達獨立自主為目標。以復健和周全性評估為主的中期照護，是以骨折脊椎手術後、中風、心肺疾病的病患為主，傷口或瘻管的護理照顧病患為輔。中期照護的復健療程包括骨骼肌肉復健、神經復健、心肺復健和裝具輔具提供。一天二次的積極復健增加病患肌力、平衡感和緩解疼痛；心肺疾病病患接受心肺復健，包括呼吸訓練和有氧訓練，其中包括維持氣道衛生、呼吸再訓

練、胸廓運動等，加上Coach來教導病人正確的吸吐氣速率。因中期照護服務的介入，讓病患生活功能提升，也讓他們可以獨立自主生活。平均在中期照護出院時的巴氏量表（Barthel index）分數為 65，比起平均入住時巴氏量表分數 48，進步率達到 35.4%。

病患入住中期照護時透過跨團隊和跨專業的周全性評估，來訂定治療計畫，也發掘潛在的老年症候群。跨專業評估包括精神科了解是否有失智、憂鬱、譫妄問題；復健、神經或骨科評估神經肌肉骨骼問題；其他內外科或中醫的會診提供更完整的評估和治療選擇；跨團隊評估中，包括藥師、復健師、心理師、護理師、社工師和個管師，都有各自的評估項目，從不同領域的觀點來評估多面向問題，並在每週團隊會議中交流和討論病患問題和後續出院準備。

老年症候群的評估、治療和追縱是中期照護過程的必要項目。老年症候群是指老年人身上出現某些難以符合個別疾病診斷的臨床表徵。主要包括步態不穩、跌倒、失禁、認知功能不良、憂鬱、譫妄或藥物不良反應所引起之相關症狀。當多系統的生理老化加上原本的罹病狀況發生在同一個老年人身上，常造成多系統功能受損，而造成不易處理的生理及心理挑戰。存在老年症候群的病患，可能潛藏著不明的內科問題，若沒有提早治療介入將影響後續復健進展。

先進國家行之有年的中期照護，在臺灣醫療體系上只算是試辦的新醫療模式。但從幾年的臨床經驗和成果，它確實彌補了急性住院和返家過程中的醫療斷層，在整體醫療服務中扮演健康接力站的角色。



▲跨專業評估

參訪英國

Addenbrooke's Hospital

心得報告



高齡醫學中心主治醫師、神經內科主治醫師 / 李毓珊

我國老人人口於1993年底已超過總人口數的7%，達到聯合國世界組織所定義的「老化國家」，於2009年老年人口已超過10%，而於退輔會榮民照護與養護系統內在退輔會的榮民就養服務體系中，65歲以上的老年人口比例已達62.1%，所以發展老年醫學在退輔體系是刻不容緩的事情。英國的高齡醫學發展有年，也有一定的規模制度，如何學習英國的經驗，並因地制宜來發展臺灣的老年醫學，是我們想得到的。我們利用兩周的時間至Cambridge addenbrooke's Hospital向Doctor Forsyth學習英國的老人醫學經驗。

一、老年醫學病房參觀

(一) Addenbrooke's Hospital開立了五個老年醫學病房，其中一處為acute care ward，專門收治預期住院天數小於5天之病患。除acute care ward 為23床，其餘病房為28床。

(二) 病室除4間單人房（收治須隔離的病患或病危病患），其餘皆6人一間，每一間病室外皆有速乾洗手液與專屬病歷車，單人房外皆有設置洗手檯，拋棄式隔離衣與手套。

(三) 每張病床皆有個人電視，舒適靠背椅與食物櫃，acute delirium的病患，其病床高度可下降至幾乎與地同高。

(四) 營養師會訪視每位病患，而病患會拿到當月三餐菜單，他們可以自己喜好選擇餐

點。一天當中有6次飲料車巡迴提供病患茶、水、果汁、咖啡等飲料。

(五) 每個病房由一位主治醫師負責。醫療團隊包含1位資深醫師，2至3位住院醫師，2位資深護士，數位護士（平均一人照護4~6位病患），一位護理治療師與一位職能治療師。

(六) 主治醫師每週一、三、五，並於查房後舉行團隊會議，週二與週四會與住院醫師討論新病人。

(七) 病患來源主要為急診室。當病患至急診室求治，專責團隊必需在4小時之內評估安排去留。病患入住當天，治療團隊就會訂定治療目標，預定出院日期。並於團隊會議中作修正與討論後續安置問題。

(八) 團隊會議參與成員除醫師與資深護士之外，包含社工師、個案管理師（主要負責訂定出院計劃）與復健師。

Ward G4	Working Times: 1100 to 1300 1500 to 2000
Senior Clinical Nurse: Mark Cubitt	Telephone Numbers: 01223 217498 01223 217493
Senior Nurse: Kerry Piccaver	Junior Nurses Charge Nurse: Sarah Whitby Raj Boodoo Zenzo Silape
Consultant: Dr Forsyth	

▲病房專屬主治醫師和照護人員



▲定期舉行多團隊會議



▲病房床



▲無障礙廁所

二、悲傷輔導

Addenbrooke's Hospital推行悲傷輔導年餘，住院中過世的病患，專屬神職人員會以電話訪問（多在病患過世後6~7周，此時悲傷情緒應已緩歇，家屬應已回復正常生活型態）病患家屬情緒狀況與疑問，若有須要，則安排病患家屬與主治醫師會談。

會談地點於一隱密溫馨之會談室，先由神職人員陪伴。由病患家屬先抒發情緒，提出問題；再由主治醫師陳述客觀事實以解決病患家屬疑惑並自責的情緒。

三、安養之家

- (一)有三層樓：一樓為一般之安養中心，二樓以失智症住民為主，三樓住民主要為臥床與有管路者。
- (二)每一層樓皆有各自的護理站、餐廳，交誼廳，大型浴缸。走廊皆有扶手，照明明亮而溫和。
- (三)第一二樓層皆為單人套房。護理站張貼病患相片，一周活動表與住民的家屬的祝福卡片。房門皆有住民自己的相片。
- (四)二樓為失智區，因此環境有些微不同：具有懷舊治療效果的舊照片，色彩鮮豔的飾品（如彩帶、花

圈、鮮豔的帽子），各種不同材質的布塊（提供不同觸覺刺激）。並有佈置溫馨的美髮部門。

(五)整體環境暨整潔又溫馨，只可惜只有Cambridge當地居民才有機會入住。

四、門診參觀

(一)老年醫學門診

Addenbrooke's Hospital老年醫學門診，Doctor Forsyth診視由GP轉診過來的病人，為病人做進一步的診察，第一位是重聽的病患合併有胃痛的現象，當醫師使用紙筆代替口語時，溝通的障礙就消失了，病人可以清楚地表達胃痛的特徵，也就得到了適當的治療和處置，這啟發了我們要更貼心於高齡長者的多重疾患，不要因為需要多花心思而忽略他們的不適。

(二)帕金森門診

Dr. Forsyth本身亦是帕金森氏症專家，所以他也負責了劍橋地區所有帕金森病患的藥物治療，我們參加了他在Brookfields Hospital的帕金森門診，Brookfields Hospital是劍橋的一間區域性醫院，設有中期照護病房和門診，帕金森門診即是其中一診，所以該區的帕金森病患皆由doctor Forsyth及兩位帕金森

William Osler

說醫學教育

Emancipate the student.

Let us emancipate the student, and give him time and opportunity for the cultivation of his mind, so that in his pupilage he shall not be a puppet in the hands of others, but rather a self-relying and reflecting being.

地區護士追蹤及調整藥物。該門診也編輯了許多衛教單張，教導病患及家屬許多相關知識，並成立了病友會、游泳班等社團，鼓勵病患多參與團體活動。



▲為病人設置的服務

(三) 跌倒門診

Doctor Cambell也是老年醫學專科醫師，同樣任職於Addenbrooke's Hospital，他在Brookefield Hospital負責跌倒門診，由於醫院即將開設跌倒門診，所以我們主動要求參觀跌倒門診。病患同樣是由GP轉介，Dr Cambell首先介紹何謂significant fall或者red flag of fall，並教導如何評估跌倒病患，包括從病史詢問至理學檢查以及病人的衛教。

五、會診教學

病房參觀之餘，Doctor Forsyth 也帶我們去看會診，他負責的部分有老年醫學及帕金森氏症的會診，當高齡病人有出院安置困難，除了病房的社工協助外，也可以會診高齡醫學科；而醫院希望推行所有患有帕金森氏症患者在住院中都會診doctor Forsyth，為的是幫帕森病患調整藥物劑量，如術前需禁食可以改用針劑或皮下方式給予，使病人不因住院而行動困難，另一個原因是要確定病人的診斷是否正確，他們的行動遲緩有沒有其它原因等等。會診中有一位病患被診斷十來年的帕金森氏症，加上心智功能障

礙，醫師懷疑是DLB或者是其它可能性，經過Doctor Forsyth仔細問診和詳細檢查，認為病患的動作遲緩是因為服用抗精神科藥物引起的副作用，所以建議該科醫師停掉帕金森藥物，他們對會診病患的耐心和仔細都是我們該學習的。

六、GP研習營

在英國，GP是照護病人的第一線，所以持續訓練GP使擁有基本的能力是必要的，Doctor Forsyth負責了GP老人醫學的持續教育課程，而在5月12日下午，我們有幸參加，此次主題探討了老人的不適當用藥，演講者有Doctor Forsyth及數位藥師，除了上課外，課程中還分組討論真實個案，討論病人的用藥中是否有不適當用藥。

英國對高齡長者的照護有許多方面是值得我們學習的，例如：

- (一) 訓練專職於榮院及其它區域醫院的區域護理師以追蹤病人近況，如有變化即馬上和醫師討論。
- (二) 推動更完善的地區醫院和家庭醫師系統，減少病人住在醫學中心的日數並使病人病後返家更順利安心。
- (三) 定期針對醫師舉辦進修課程。
- (四) 定期和藥師共同討論藥物，依病人狀況修改藥物以期將醫源性影響降至最低。



William Osler

【說醫學教育】

The value of experience is to see wisely.

The important thing is to make the lesson of each case tell on your education. The value of experience is not in seeing wisely. Experience in the true sense of the term does not come to all with years, or with increasing opportunities. Growth in the acquisition of facts is not necessarily associated with development. Many grow through life mentally as the crystal, by simple accretion, and at fifty possess, to vary the figure, the unicellular mental blastoderm with which they started.

我與高齡醫學的微妙際遇

高齡醫學中心專科醫師 / 蘇碩偉

打從進入醫學生生涯，始終對於社會文明化帶來的慢性疾病有濃厚興趣，於是當結束三年的內科訓練，我選擇了內分泌新陳代謝科作為我的次專科。原因是糖尿病不僅為大多數慢性病的核心，諸如心血管，腦血管疾病，以及腎臟疾病的源頭常來自於糖尿病病人，或是有著“血糖異常”的背景。而糖尿病罹病率在現今臺灣，華人地區，甚至於全球，都是以飛躍的速度在成長。我在順利通過學會考試取得執照後，因為體認到慢性病族群的年齡層偏向中老年族群，高齡醫學訓練將對未來慢性疾病的照護明顯有所幫助。於此，在徵得當時擔任內科部部主任的許惠恒副院長同意，以及敝科林時逸主任和指導老師李奕德醫師的支持後，順利的開始了一年的高齡醫學訓練。很感謝科內的諸位師長對我的幫助，不僅僅是讓我多留一年，也感謝他們在這年裡依然繼續指導我。

臺灣老年醫學會所規定的課程內容，很精實也面面俱到。在整年的訓練結束後，自身對於高齡醫學核心內涵的體認，操作面的實行以及未來可能的願景想法的確改變很多。接觸高齡醫學的第一個月，我先到專責病房學習，當時首要的衝擊就是CGA，這是一套完整性針對老年人的評估。因為必須從多面向去照護老年人，除了必須抽絲剝繭釐清許多線索以診斷疾

病，營養家庭經濟以及心理層面等問題，在老年人的照護中都相對比年輕族群重要很多。尤其是，藉著這份評量，我初步了解到如何去量化“衰老”的過程，而不是過去簡單一招巴氏量表就走天下。而實際操作過CGA後，另一個深刻的體認，就是該如何與老年病患溝通。過往，或者是說因應目前健保的體制，每個醫師都習慣了在有限的時間內對大量的患者做出處置。然而，老年族群必須要更溫柔，更有同理心的態度去面對，而這勢必需要花上更多的時間。在這段時間，我確實放慢了腳步，彷彿回到實習醫師的心態，先與榮民伯伯聊個天建立關係後，用朋友而非醫



▲CGA評估表

William Osler

【說醫學教育】

Practical knowledge is real knowledge.

The knowledge which a man can use is the only real knowledge, the only knowledge which has life and growth in it and converts itself into practical power. The rest hangs like dust around the brain or dries like raindrops off stones.

師的角度，希望他能告訴我關於最近的煩惱，身體的不適，以及覺得需要協助的部份。慢慢引導有耐心的讓他完成各項問卷，接著還有需要起身活動的評量。或許，也常常如此，無法一次就取得老年病患的信任，但是只要多去看他，幾乎都能打破隔閡。

接著，我來到社區照護，這是繼PGY訓練之後，再有機會如此接近病人的居住環境。落實全人照護是高齡醫學裡相當重要的一環，藉著深入居家不僅是為了追蹤出院後的狀況，也是為了建立更友善的居住環境。例如，地上物品的擺放方式，門檻的高低，臥床的高度等等都是老年人跌倒的風險因子。更後續的訪視也另有功能。在疾病或是問題形成前，我們都知道早期預防比後續治療還要重要。這在老年族群尤其重要，因為老年人的急性疾病進展往往比年輕人迅速，所以若能建立起網絡來定期追蹤，以便早期發現及介入，不僅病患本身將受到較少的傷害，甚至於後需的花費也可能減少。

提到老年族群的疾病，首要就是神經內科的疾病。作為一個內科醫師，在這領域裡最常遇到跟處理的就是腦中風。然而Parkinsonism則是老年族群中不可被輕視的疾病，其分類跟評估實際上相當複雜，卻也往往被低估。於此，我們學著去發掘出疑似Parkinsonism的病患。除此之外就是老年失智症，這對於我們來說真的是一大挑戰，因為失智症的症狀常被其他疾病所遮掩，當到了極其明顯的階段時，常常已經嚴重造成生活上的不便。至於憂鬱症或是焦慮症，在老年族群也是極常見，雖然初期症狀不致於需要藥物治療，但是往往都與家庭經濟連動著，也間接加重了其他疾病的嚴重度，高齡醫學裡也安排了精神科的訓練，除了失眠的處置外，對於老年憂鬱症的問診技巧最讓我受益，印象也最為深刻。最無法被忽略的則是復健科了，我幾乎認為所有的老年人都能從復

健老師那邊得到幫助。除了病痛的緩解，病癒後的體力恢復之外，老年人能藉著復健老師的指導與幫忙，去學習正確的姿勢及運動計畫，不只可以減少未來跌倒的風險，或許也能幫忙老年人維持較佳的體能，甚至是骨質流失。至於輔具的使用，也是來了之後才發現其中學問其實很大的。老年族群中，容易被忽略的就是泌尿相關症狀，夜尿多尿漏尿或是尿不出來，這是相當不容易處理的問題。至於，老年人的代謝症候群與骨質疏鬆，心血管疾病與腎臟疾病，處理的原則與年輕人或是中年人最大的不同，在於將決定治療方針時，必須首先考慮就是副作用與風險，而非治療的成效。原因是在於照護高齡病患時，必須把平均餘命的概念帶入，如此一來，許多侵犯性檢查與藥物的必要性就將變得不那麼理所當然。

在這一年的經歷後，釐清了心中的疑問，長壽固然很重要，但是更重要的目標是，希望每位受到照護的老年人，都能在有尊嚴的前提下，活的健康快樂。於是他們必須得有足夠的體力，健全的心理與勇氣，而這正是我們的專業所在。最後，也是我最深的體認，就是老年族群裡疾病被低估的狀況，絕對是遠超乎我們的想像。這個領域需要很多人力的投入，即便未必成為專職的高齡醫學醫師，我認為每位醫療人員都應該要加強自身對於高齡照護的認知，因為高齡照護絕對是必須深入醫院的每個角落才能見效。中榮有很多已經完成高齡專科訓練的學長姐，這代表中榮的高齡照護已經慢慢在扎根，而學長姐實力堅強以外也都樂意指導後輩，我很感謝過去一年高齡團隊對我的照顧，希望以後能不愧期待，把高齡照護的種子遠播，並樂見其茁壯。

若有人問我，這一年的訓練是否會改變我原本的生涯規劃，我會回答：是的，也已經如此！



William Osler

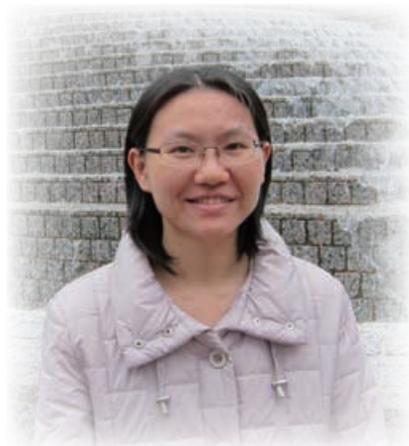
說醫學教育

Knowledge promotes love.

True and great love springs out of great knowledge, and where you know little you can love but little or not at all.

老年醫學專科醫師 訓練概況與心得

高齡醫學中心專科醫師、新陳代謝科總醫師 / 蔡婉妮



一、緣起

回想起去年決定接受老年醫學專科醫師訓練，彷彿是不久前發生的事。之前接受新陳代謝科訓練時，發現不論是住院或是門診病人，七八十歲的病人很普遍，九十歲以上的長輩也不少見。然而，就目前的醫療制度，要照顧這些多重疾病可能又合併老年症候群及衰弱的老人，常常覺得心有余而力不足，於是開始接受為期一年的老年專科醫師訓練，期許自己能提供這些高齡病患更全面的照顧。

二、老年醫學團隊及教學師資

臺中榮總高齡醫學團隊由藍忠亮前副院長領導，是臺灣老年學暨老年醫學會核定的專科醫師訓練醫院，於民國九十七年開始訓練老年專科醫師。在今年八月前藍副院長退休，由許惠恒副院長繼續帶領高齡醫學團隊。研究部蔡肇基主任為副召集人，過敏免疫風濕科陳得源主任為高齡醫學病房主任，家庭醫學科唐憶淨為高齡醫學科主任。尚有陳一銘、林鉅勝和李毓珊等核心指導醫師，及其他熟悉老年醫療照護專任之相關專科醫師（包括內科、安寧療護、復健科、神經科與精神科等）、護理人員、社工師、物理治療師、職能治療師、營養師、臨床藥師等。這些團隊的

成員每月會固定召開團隊會議，討論高齡病房的病患並協助老年醫學基本知識與技能之教學。

三、核心課程與英國教授上課內容

開始訓練的第一堂課是唐主任簡介老年醫學，主要考慮老人的生理、心理及社會層面，以功能為導向。主任也介紹「不老騎士」這部紀錄片，看過的人都大受感動，但是如何讓我們照顧的長輩們能和那些不老騎士一樣，可以勇敢且順利地去完成他們的夢想，是我們努力的目標。林鉅勝醫師上老年症候群這堂課，開宗明義即點出老年和年輕病患的最大不同在於：症狀不典型，給予臨床照顧者更大的挑戰。常見的老年症候群包括認知功能障礙、步態不穩、跌倒、憂鬱症、譫妄症、失禁及多重用藥等。楊淑慧個管師教導的周全性老年評估，幾乎是所有老年醫學臨床照顧者必備的武器，讓我們發現老人已存在或潛藏的問題。三家榮總的老年醫學專科醫師訓練還有一項特色，定期邀請英國老年專科教授來臺為期一週的小班教學，老師們常是傾囊相授，使受訓醫師受益匪淺。

四、訓練內容

依照臺灣老年學暨老年醫學會的專科醫師訓練綱

William Osler

「說醫學教育」

Emancipate the student.

Let us emancipate the student, and give him time and opportunity for the cultivation of his mind, so that in his pupilage he shall not be a puppet in the hands of others, but rather a self-relying and reflecting being.

要，受訓醫師必須接受老年醫學急性病房訓練至少三個月，神經、精神、及復健相關之老年醫學訓練至少各一個月，長期照護（含機構式與非機構式）至少三個月及3個月選修課程，如安寧病房一個月和內科醫學訓練二個月。訓練期間應接受至少半年（每週至少一次）之老年醫學訓練單位的門診訓練。各訓練科別期間之訓練內容及地點，應依受訓醫師之原有專科背景，提出符合不同專科背景之訓練計劃。

(一)高齡醫學專科病房

接受高齡醫學病房訓練的四個月，主要照顧老年症候群的病人。其中一位病人用藥種類高達十幾種，造成噁心嘔吐而頻繁至急診，每次檢查都無特別發現，症狀緩解後回家，隔了兩天又出現相同症狀，這位病患住院後，我們將病患的藥物逐漸減少，病患的腸胃道症狀完全改善，順利返家。還有幾位是有瞻妄情形的病人，造成家屬及照顧者很大的困擾，經過住院檢查及治療後，譫妄的情形改善，其中一位還從安養中心接回家中照顧。也有因為反覆跌倒而住院檢查，發現有的是姿勢性低血壓、下肢無力或是關節退化等問題，經過藥物治療、預防跌倒衛教及復健或手術後，減少病人返家後再跌倒的次數。高齡醫學和其



▲高齡長者分享會（不老騎士紀錄片）

他醫療單位最大的不同在於：跨專業團隊合作。每月定期舉辦跨團隊會議，討論住院病人的情形，各個專業提出建議及協助，努力去解決病人的各種問題，包括出院準備服務。

(二)選修科目和中長期照顧

為了讓高齡專科醫師能更全方位的照顧老年病人，學會特別規定有內科、復健、神經內科、精神科及安寧緩和醫學等科，依受訓醫師不同的專科背景選擇需要加強的部分。經由一至兩個月的訓練，更了解各個專科主要照顧的對象及可以提供的協助，有助於日後的跨專業合作。

中期病房的產生，主要是因應許多長輩往往因為一次感染或手術，而需較久的時間復原，提供一個可以讓這些近期功能衰退的病人，可以加強恢復且有醫護人員照顧的場所。目前的醫療制度，無法讓這些高齡病患全都住到體力恢復才出院，家屬常因為無法照顧，只好將長輩送至安養機構，我們希望藉由中期病房，能減少老年病患住院後功能衰退而無法回復，甚至因此被送至長期安養機構的比例。然而，隨著老年人口的快速增加，青壯年人數卻沒有等比例增加，未來勢必有不少的老人得在長期照顧機構度過晚年。因此，老年專科醫師的訓練過程當中，中長期照顧這一塊是不可或缺的。

五、心得與展望

這一年的老年醫學專科醫師訓練，感謝副院長、唐主任、核心指導教師及整個高齡醫學團隊，讓我們學習到不同之前以疾病為導向的醫學訓練，更注重老年病患的功能及全人照顧。隨著臺灣人口的快速老化，如何照顧這些長輩，使他們能獲得更好的生活品質，能安度晚年，是所有人應該努力的方向。

William Osler

【說醫學教育】

The value of experience is to see wisely.

The important thing is to make the lesson of each case tell on your education. The value of experience is not in seeing wisely. Experience in the true sense of the term does not come to all with years, or with increasing opportunities. Growth in the acquisition of facts is not necessarily associated with development. Many grow through life mentally as the crystal, by simple accretion, and at fifty possess, to vary the figure, the unicellular mental blastoderm with which they started.

老年人 口腔常見問題與保健



牙科部住院醫師 / 鄭玉辰
牙科部牙周病科主任 / 唐正醫師

隨著老年人口持續增加，老年慢性病逐漸受到重視，除了常見的心血管、糖尿病等系統性疾病外，口腔健康也逐漸被視為影響老年生活品質及健康的重要因子。而不良的口腔情況，除了導致進食困難、營養攝取不足、發音不良等問題，因為缺牙所導致不美觀，也可能影響社交溝通，進而影響心理層面，降低老年生活品質。

以下將針對常見老年口腔問題及如何預防及維護作一介紹。

● 老年人口腔常見問題

(一) 牙齒喪失 (tooth loss)

造成牙齒被拔除最常見原因為蛀牙 (caries) 及牙周病 (periodontal disease)。牙齒的喪失可能降低咀嚼能力導致體重減輕及營養不良等問題、影響說話發音、甚至改變選擇食物的習慣 (例如無牙患者可能會減少富含纖維素的食物而選擇富含飽和脂肪及膽固醇的食物)，進而影響病人的健康。

1. 蛀牙 (caries)

老年人因為口水排出流量減少，加上不良的口腔衛生習慣及沒有定期的口腔檢查，都會增加蛀牙的機會，加上老年人常見牙齦萎縮，更增加牙根部分的蛀牙 (root caries) 機率。



▲ 牙齦萎縮及牙根部位蛀牙



2. 牙周病 (periodontal disease)

不良的口腔衛生習慣、刷牙方式不正確、缺少定期口腔檢查等都是造成牙周病的原因，早期牙齦炎可發現牙齦紅腫及刷牙時牙齦流血等現象，當演變成牙周病時，可能伴隨牙齦萎縮甚至是牙齒動搖等情況。另外，一些老年人常見的系統疾病 (控制不良的糖尿病) 都有可能加劇牙周病的惡化。



▲ 牙齦炎 (gingivitis)



▲ 牙周病 (periodontitis)

(二) 假牙所造成的口腔炎 (denture stomatitis)

因為牙齒的缺失，使得大多數老年人都有配戴活動假牙，因為假牙所造成的口腔發炎口內可看到於假牙乘載區域口腔粘膜有紅腫情況，通常沒有任何症狀。

William Osler

「說醫學教育」

Practical knowledge is real knowledge.

The knowledge which a man can use is the only real knowledge, the only knowledge which has life and growth in it and converts itself into practical power. The rest hangs like dust around the brain or dries like raindrops off stones.

造成此種情況常見原因為：假牙底部與口腔粘膜接觸面有真菌等微生物增生，缺乏良好的假牙清潔（假牙上殘餘大量牙菌斑及食物殘渣、夜晚沒有將假牙拿下清潔並浸泡清水），另外，不合的假牙也可能導致口腔潰瘍（traumatic ulcer）的發生。



▲假牙造成的口腔炎（denture stomatitis）

(三) 口乾症（xerostomia）

因為年紀所導致的口水流量減低，可能造成口乾現象，口中有灼熱感，難以說話及吞嚥，甚至造成味覺改變。造成口乾症的常見原因除了因為年紀所導致的口水分泌量減少，頭頸部作過放射線治療外，高血壓、心理用藥或是泌尿道方面藥物也可能導致口乾症的發生（tricyclic antidepressants, antipsychotics, anticholinergics, beta-blockers and antihistamines）。

(三) 假牙所引起的口腔炎，每天睡覺前假牙務必要拿下來清潔及浸泡清水，不可戴在口中過夜。假牙上若有食物殘渣殘留，可使用軟毛牙刷搭配清水清潔，不可使用牙膏，以免造成假牙磨耗。另外，若有假牙不合情形，一定要請牙科醫師調整或重新製作。

(四) 針對口乾症狀，可咀嚼無糖口香糖刺激口水分泌或甚至牙科求診尋求治療。

正確的口腔清潔及維護能增進老年人整體的健康狀況，減少額外辛苦的牙科治療與花費，避免因為牙齒缺失造成的不美觀所引起的心理壓力與社交障礙等，希望藉由以上文章提供民眾口腔衛生及保健相關知識，提昇全民健康。

以上部分文字及圖片取自：

1. Wanda C. Gonsalves MD, A. Stevens Wrightson MD, Robert G. Henry, DMD, MPH/ Common Oral Conditions in Older Persons/ American Family Physician, Volume 78, Number 7 October 1, 2008
2. Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dent Oral Epidemiol 2005; 33: 81-92.

● 預防及維護

(一) 加強口腔清潔：選用適合大小及軟毛的牙刷，配合含氟牙膏及漱口水，維持三餐飯後及睡前清潔牙齒的好習慣；如果手部動作不靈活的老年人，可選用電動牙刷加強清潔牙齒的效率。另外，定期至牙科檢查，定期洗牙或是塗氟，減少吃含糖飲料及食物都能有效防治蛀牙及牙周病。

(二) 良好控制系統性疾病：控制不良的糖尿病可能使牙周病惡化，定期身體檢查及回診，配合醫師囑咐及用藥，規律的運動及正常的生活作息，都能有效降低這些系統性疾病與牙周病相交互影響所引起的變化。



William Osler

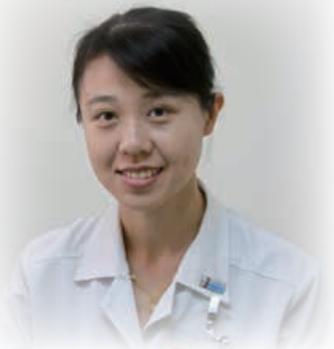
【說醫學教育】

Knowledge promotes love.

True and great love springs out of great knowledge, and where you know little you can love but little or not at all.

高齡醫學病房個案管理師 之角色功能

高齡醫學病房個案管理師 / 楊淑慧



民國97年9月成立高齡醫學病房，我擔任個管師一職，其主要任務是高齡個案之臨床照護與管理，在國內除了腫瘤個管師的角色功能、任務與職責有較明確的規範外，其他個管師則依照護對象的疾病特性，和長官討論擬定自己的工作職責；從那一刻起，我便一直思索如何照顧老年人？讓高齡醫學的個案得到的照護和它科不同；如何的管理？才不致讓老年人常常來醫院急診報到，急診的小床對於年邁的病人及辛苦照顧的家屬而言，都是不夠舒適的；如何培訓新進的個管師及讓受訓醫師，讓他們在高齡照護的領域中能瞭解並熟悉照護技巧，皆是重要的任務。

周全性老年評估是高齡者的第五生命徵象，其內容包含：基本資料、家系圖、功能性回顧（瞭解老年人是否有多重用藥，視、聽力是否影響日常生活狀況，是否有尿失禁、便秘及跌倒……等等問題）、功能性評估（包括：迷你心智狀態檢查、憂鬱量表評估、日常生活功能及工具性日常生活功能、步態和平衡的評估、營養狀況及生活品質自我評量）等項目，內容非常繁多；但藉由評估我們可以深入瞭解老年人其現存及潛在的健康問題，並包含身、心、靈、社會、環境各層面的狀況；評估技巧是每位高齡醫學的醫師及個管師們必備的工具，要能精準的評估老年人的問題，是需要經過嚴謹的訓練與實際操作，才能達到評估者間的一致性，教授周全性老年評估是我一直以來的工作與職責，而我也樂於將所累積的評估經驗和技巧與大家分享，讓受訓學員或護理種子進行評估時能更駕輕就熟，而不會因為遇到挫折而拒絕再執行評估。

高齡照護的特點主要是跨專業團隊的合作，其核心成員包含：老年科醫師、護理師、社工師、物理治療師、職能治療師、營養師、藥師、心理師、社工師及個管師等人員，在團隊中我扮演著溝通協調的角色，要清楚瞭解個案的需求，藉由跨團隊會議可以提供給老年家

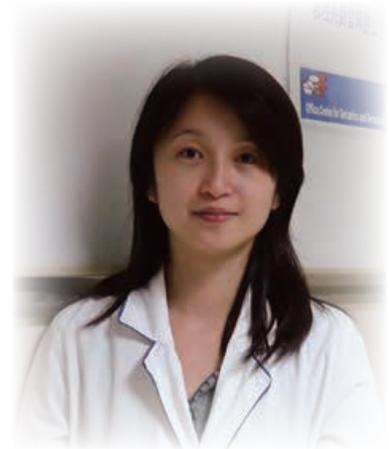
最合適的照護計畫；前兩年我們跨團隊會議的進行模式以教學的意涵佔的成分高，因此，每次僅選定一具代表性的個案，進行深入的討論，如此對該病患及參與開會的學員他們都認為幫助很大；但在民國99年7月我到密西根州榮民醫院的高齡醫學病房，參觀其跨專業團隊會議的進行方式時，他們竟然可以在90分鐘討論12個案例，平均一位7.5分，心裡想這種模式很不錯、很有效率，是值得我們學習的，目前我們也讓會議的進行變得更多元化，除了一週討論1~2位個案，並讓其他學習跨團隊會議的學員參與外，我們也結合住院全人照護的概念，將收案的個案提到會議中討論，每次可進行3~5位；也將出院的個案狀況提到會議中報告，讓團隊的其他成員也瞭解經過我們介入後個案返家後的狀況，因為有些居家個案的照護計畫是需要修正的，也非常需要團隊同仁的寶貴建議。不安全感容易讓老人又來到我們的急診室，因此健保局推廣全人照護即有改善此狀況，將困難處置或疾病複雜度高的個案收案管理，期望降低3天再急診和14天再入院的比例，增加服務滿意度，非常感謝醫院有重視到個管師的角色功能及工作成效，在許副院長及傅醫師的帶領下，個管師們竭盡所能的努力收案，讓住院全人的收案數達到目標值外，並結合出院準備服務提供給個案持續性、安心的照護。

高齡醫學的個管師除了扮演臨床個案照護及管理角色外，很重要就是經驗的分享與傳承，其對象包含：高齡醫學的受訓醫師、公費醫師、高齡護理種子、高齡醫學的個管師們，常常分享我在評估時及照護老年人時所面臨的種種問題，點點滴滴，我是如何解決他們的問題，這過程的感受，有時候是順利、甜蜜，有時候難免會不順、無力。回頭想想這四年多來，是什麼力量可以讓我一直在高齡的領域中持續努力下去，答案是---所有團隊同仁的支持及病人、家屬給予的滿滿回饋，真的非常感謝。



中期照護轉介之經驗分享

高齡醫學病房中期照護個案管理師 / 吳孟倩



「中期照護」是一項新的醫療服務，主要針對個案因衰老症狀、老人症候群、急性疾病開刀或內科疾病等所產生的功能退化，經評估為急性期穩定、具有恢復潛能的個案，轉介至中期照護單位由跨領域多專業團隊照護，提供身體功能復健、營養介入、藥物調整、及精神認知改善等整合性的健康照護服務模式。

退輔會為因應大量高齡榮民的照護需求，避免榮民因急性疾病後的功能復原不佳而導致失能，因此中期照護應運而生-於民國96年6月起試辦北區中期照護服務網，由臺北榮總與桃園及員山榮民醫院合作中期照護，之後見初步成效，故在97年將中期照護推廣至臺中及高雄榮總：臺中榮總與埔里榮院合作，高雄榮總與龍泉榮院合作，98年度中部地區的中期照護更進一步納入嘉義榮院。

而我有幸於99年9月接任中期照護個案管理師一職，進行中期照護個案發掘及轉介，因「中期照護」尚處於發芽階段，大部分的人對於此照護模式懵懂不知，因此我們先致力於大力推廣宣導，並將此訊息傳達給第一線的醫護人員，我們於各病房護理站、護理部在職教育、醫師會議共舉辦了約二十場的宣傳活動，希望經由醫護人員的了解，當在照護病患過程中發現有此照護需求的個案能進行會診中期照護個案管理師，由個案管理師前往評估、介紹及進行收案，其中非常感謝護理部大力支持，並於各病房培訓高齡護理種子協助發掘個案，另外，我們更印製中期照護宣傳單張、手冊及海報，並將海報張貼於各護理站，希望能將此概念深植人心。當然，起步維艱，過程並非一帆風順，起初最常遇到的是認知上的磨合，例如：轉介中期照護的

條件之一「復健潛能」，究竟臥床的病患是否具有復健潛能？是否合適接受中期照護？首先，在評估上我們會與個案之前功能比較，並了解目前疾病狀況，倘若個案的復健潛能高，經由復健治療對於身體活動功能有顯著進步且疾病穩定則合適接受中期照護，若個案復健潛能低、復健治療用以維持身體活動功能或疾病進展屬不可逆會日趨惡化之狀況則認定為屬長期個案，不適合接受中期照護，藉此篩選出中期照護之顧客群，亦讓每個個案能適得其所，得到最適切妥當的醫療服務。另外，在轉介過程中也常遇到個案因距離太遠、費用太高或只想回家而拒絕接受中期照護，其實有個很重要的觀念-生病了，我們需要住院治療，那身體活動功能下降了怎麼辦？我們可尋求中期照護，並以此勸戒個案，除此之外，雖無法改善上述現實問題，但為促使此服務更貼切民眾需求，我們亦盡力設法，發展出相關配套措施，目前臺中榮總提供往返埔里分院與嘉義分院的接駁車，減少因距離太遠而不願接受中期照護之原因，至於費用太高問題，因目前中期照護仍屬試辦計畫，所以需自費，不過倘若個案有經濟問題，我們亦會會診社工師，尋求協助。

從接任此工作至今，轉介許多因疾病或意外導致身體活動功能下降，或因身體活動功能下降而自怨自艾的個案，經由至中期照護單位接受復健治療後目前已恢復活動功能返家生活，重拾笑容與自信，就像折翼後的鳥兒再度展翅高飛，內心有說不出的感動與成就。目前亦有幾家署立醫院跟進進行中期照護服務，因此想必中期照護是有其發展必要性，也希望經由大家的努力，讓中期照護能如大樹般茁壯、根深蒂固、枝芽密佈。 

高齡教學門診個案師 心得回饋分享

高齡門診個案管理師 / 呂婉柔



我國人口老化日趨嚴重，根據許多研究調查發現，臺灣正逐步走向「高齡社會」，國民健康局推估至114年的65歲以上人口約佔20%，邁入「超高齡社會」。面對快速老化的高齡社會與老年人的多重慢性疾病，本院也提供「高齡整合性門診」以服務高齡病患的醫療照護層次。

「高齡醫學教學門診」是一種創新的醫療服務模式，成立於民國98年6月，門診成立以來，每月以隔週五上午時間進行門診服務，服務對象：80歲以上老人、65歲以上合併有身心功能不全，尤其是近6個月內不明原因功能急速下降、具有老年症候群者，例如：步態不穩、經常跌倒、營養不良、尿失禁、認知功能問題、憂慮情緒等、同時使用多種藥物或需多專業資源介入。教學門診是以一位主治醫師為病患看診，另外尚有老年專科受訓醫師、住院醫師、實習醫師及門診個案管理師在場，主治醫師為病患看診服務，個案師進行周全性老年評估，找出老年人潛在的身心問題，相對應的給予病患診斷及治療，在有所需的情況下，與病患及家屬進行溝通討論病情，及依個案本身狀況，適當的給予轉介社福資源，例如：我國十年長期照顧服務計畫、院內正推動執行之無縫接軌式照護服務計畫、及監測血壓、血糖之遠距照護服務

等等；另一方面由主治醫師積極努力的培訓照護知識的老年專科醫師，使高齡醫學教學門診身具教學與研究重要的醫療本質。

在這幾個月的「高齡醫學教學門診」服務之後，感覺臺灣正逐漸邁入高齡化社會，高齡醫學門診的成立是必須的，目前在看診時發現好多需要幫忙的高齡患者，他們多因為身體老化因素，使得身體功能逐漸退化，門診上除了針對身體健康問題協助加以解決，心理上更應多幫這些高齡就醫病患心理支持，以正面思考鼓勵性質協助高齡長輩們，讓他們多感受社會支持溫暖的一面。「高齡醫學教學門診」除了服務高齡長者病患，其實實習醫師、受訓醫師也有相同受益，在門診上以一對一的面對面溝通，讓病患家屬及醫療團隊以多面向討論並積極解決病患問題，使醫病關係達到協調，透過教學門診服務，使未來將成為老年專科醫師們擁有機會為高齡長輩看診學習成長，更使得高齡長輩們獲得優質的看診服務，以達優良的醫療服務品質。



William Osler

「說醫學教育」

Emancipate the student.

Let us emancipate the student, and give him time and opportunity for the cultivation of his mind, so that in his pupilage he shall not be a puppet in the hands of others, but rather a self-relying and reflecting being.

高齡專科藥師訓練

高齡醫學中心藥師 / 李維馨



人口高齡化已是全球普遍的現象，臺灣也正加速邁入人口老化社會。有鑑於此，本院於97年成立高齡醫學病房，高齡專科藥師也應運而生。回顧高齡專科藥師訓練史，早在1979年美國就已重視並著手規劃，1980年成立高齡專科教育中心（Geriatric Education Centers），1986年建立高齡專科藥師認證制度。反觀國內，高齡專科藥師訓練則於近年始受重視。藥師公會全聯會於99年開始舉辦老人藥事照護培訓課程，直至今日培訓及格藥師人數436人，且人數是逐年增加，顯見大家對高齡專科藥師培訓的重視與投入與日俱增。

高齡專科藥師培訓重點可分三部份，分別為態度（Attitudes）、知識（Knowledge）及技能（Skill）。態度方面須讓受訓藥師能在面對高齡病人問題時有同理心，並重視跨領域團隊溝通。知識方面須了解高齡病人藥物動力學及藥效學的變化、高齡病人常見的慢性病治療原則及高齡病人潛在不適當用藥指引。技能方面則須教導受訓藥師能評估病人用藥處方，與其他醫事人員溝通；能與高齡病人及家屬溝通，了解病人用藥史；能設計、實施、監測及評估病人的照護計劃。

目前訓練的方式有(1)課堂教學；(2)每兩個月，於藥劑部內舉辦一次老人醫學科疑義處方病例討論；(3)每週二下午參與跨領域團隊會議；(4)每週至少一次參與醫師查房；(5)鼓勵藥師參與全聯會舉辦的老人藥事照護培訓相關課程。直至今日，本部有兩位藥師取得居家照護藥師資格。希望經過這些訓練後，受訓藥師能獨立評估高齡病人用藥，能與醫師溝通，提供用藥指導，擬定病人照護計畫，並進行後續追蹤與監測。

筆者很幸運能夠接觸到高齡病人藥事照護領域。在擔任高齡專科藥師期間，與團隊成員及醫師共同討論病例，學習到以不同面向思維高齡病人照護，讓我能提供給病人用藥上更周全的建議及用藥指導。這一路走來雖然辛苦，但收穫良多，也希望接續培訓更多高齡專科藥師，讓更多的藥師參與高齡病人藥事照護，共同提高高齡病人用藥安全。

師資培育訓練課程

跨領域 團隊合作照護工作坊

（種子培訓）

第1階段

102.2.23（六）09:00~17:00

第一會場及教學大樓

人數限制：100人次為限

授課對象：1.醫師：各醫療部科主治醫師
2.醫事：資淺及資深臨床教師
師培學分：進階8小時

（團隊演練）

第1階段

102.2.24（日）09:00~17:00

第一會場及教學大樓

人數限制：225人次為限

授課對象：1.醫師：住院醫師以上各層級醫師
2.醫事：資淺及資深臨床教師
師培學分：進階8小時

聯絡人：鄭雨潔（04）23592525 分機3141

高齡營養照護

高齡醫學中心營養師 / 郎惠芬



臺灣已進入高齡化社會，老年人隨著年齡的增長，身體慢慢的老化，身體的組織器官功能退化，味覺及腸胃道功能改變，使得許多銀髮族出現營養上問題。特別是當老年人發生生理創傷或心理壓力時，例如：受傷、骨折、感染或手術等，這些身心創傷會增加身體代謝的耗損，以及身體對熱量和蛋白質的需求。此時需要有營養師適當的高齡營養照護計畫，以減少身體肌肉組織耗損，改善營養狀況，增強免疫力，讓高齡長者身體早日康復。

進行老年人的營養照顧之前，可利用迷你營養評估表（MNA），以簡單快速的方法，篩選出營養不良的危險群，找出高危險群的病人，再進行完整的營養照護計畫。

完整的營養照護流程（nutrition care process），包括：營養評估（nutrition assessment）、營養診斷（nutrition diagnosis）、營養介入（nutrition intervention）、營養監測與評估（nutrition monitoring and evaluation）。

營養評估：

（一）體位狀態：

1. 體位評估：依據身高和體重以身體質量指數（BMI）評估體位是否為理想或肥胖或過輕。
2. 體重變化：比平時體重是否最近6個月體重減少10%以上或1個月減少5%以上。

（二）飲食評估：

1. 咀嚼 / 吞嚥的能力。
2. 飲食習慣 / 喜好 / 食物過敏 / 不耐。

3. 食慾（攝食量的變化）：攝食量是否比平時少，減少多少，時間有多久，是否超過1星期。
4. 攝食內容的變化：飲食是否均衡，全穀類、蛋豆魚肉類、蔬菜、水果、奶類、油脂類選擇的狀況和攝取的份量。
5. 餐次的變化和頻率：除正餐外是否有吃點心，內容成份。
6. 營食品的補充：種類和份量。
7. 得到或準備食物的能力。

（三）生理 / 病理狀態：

1. 疾病史：糖尿病 / 高血壓 / 高血脂 / 腎臟病 / 胃潰瘍 / 癌症 / 手術等。
2. 胃腸症狀：有無噁心、嘔吐、腹瀉、腹脹、厭食等。
3. 藥物：類固醇 / 免疫抑制劑 / 抗癌藥物。
4. 活動力：有行動力、不良於行、臥床等。

（四）生化檢驗值。

營養診斷：

營養診斷是依據病患的營養評估，確認並標示出病人的營養問題，這個問題可由營養專業人員處理，營養診斷與醫療診斷不同，書寫內容包含營養問題（problem）、相關病因（etiology）、所產生的徵候 / 症狀（signs/symptoms）三個部份。營養診斷是以PES的方式呈現，P（problem）：明確指出病人需要解決的營養問題，E（etiology）：造成營養問題的相關病因，為病人的營養介入重點，S（signs/symptoms）：營養問題所呈現的徵候及症狀，可做為監測與評估的指標。

營養介入：

包括計畫與執行，針對老年人的營養問題，提出改善策略，擬定適當的營養介入照護計畫：

- (一)改善飲食內容／質地：普通／軟質／細碎／半流質／流質飲食。
- (二)補充口服營養品。
- (三)增加餐次頻率。
- (四)飲食的製備介紹。
- (五)監控體重變化。

營養監測與評估：

營養監測與評估是追蹤營養介入計畫的成效，可觀察營養問題所呈現的徵候及症狀是否改善。

老年人的身體功能隨著年齡逐漸走下坡，提早篩選出營養不良的高危機群，營養師給予適當的營養照護計畫可以防止高齡長者營養不良的狀況發生，有助於老年人改善營養，增強體力，維持體重，提升免疫力，降低罹病風險，以利整體健康的促進。



師資培育訓練課程

教學方法錦囊袋 / 成人教育教學法

102.1.24 (四) 15:00~17:00

臺中榮民總醫院 兒醫部會議室
第二醫療大樓 4F

人數限制：60人次為限

授課對象：1.醫師：住院醫師以上各層級醫師
2.醫事：資淺及資深臨床教師

師培學分：基礎2小時



中正大學

胡夢鯨 教授

你會問問題嗎？ 談臨床教學的提問技巧

102.1.31 (四) 15:00~16:00

臺中榮民總醫院 兒醫部會議室
第二醫療大樓 4F

人數限制：60人次為限

授課對象：1.醫師：住院醫師以上各層級醫師
2.醫事：資淺及資深臨床教師

師培學分：基礎1小時



彰化基督教醫院

廖以誠 主任

臨床教師的多元智能

T型人才的培育

102.2.21 (四) 15:00~17:00

臺中榮民總醫院 階梯教室
教學大樓 1F

人數限制：60人次為限

授課對象：1.醫師：住院醫師以上各層級醫師
2.醫事：資淺及資深臨床教師

師培學分：基礎2小時



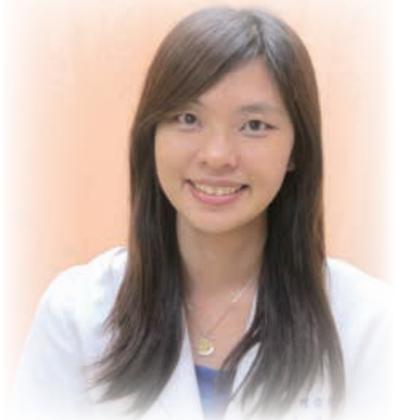
高雄醫學大學醫學院

蔡哲嘉 副院長

聯絡人：鄭雨潔 (04) 23592525 分機3141

淺談高齡後健

高齡醫學中心物理治療師 / 吳佩穎



在全球人口持續朝向高齡化發展的趨勢，藉由醫療科技的進步、營養與公共衛生改善，不僅促成了人類平均壽命的延長，更使得老年人口持續攀升，快速的老年人口增長速率帶來了醫療照護問題，多數老人隨著年齡增加開始有慢性疾病問題，而部分長者也漸漸出現身體功能衰退或失能問題，在老年照護方面，除了一般內科疾病的控制之外，復健更是扮演著協助長者恢復生活功能、保有生活品質不可或缺的重要角色。

高齡整合性門診之病患，經由醫師及個案管理師評估過，發現有步態不穩、肌肉無力、容易跌倒或有肌肉骨骼相關問題且有復健潛能之個案，轉介至高齡復健門診並開立復健醫囑，經物理治療、職能治療師初步評估，結合儀器治療、運動治療、徒手治療、日常生活功能評估等擬定復健訓練計畫，並給予高齡患者及時的衛教。

高齡復健門診的病患平均年齡為80歲，其中以男性占60%左右，尋求復健協助的原因以退化性關節炎、下背痛等肌肉骨骼問題最多，其次為跌倒問題。多數的老人常常將退化問題視為理所當然，認為年紀大了本來就會出現酸痛不適，而忽略了及早就醫的重要性，老年人往往到了關節嚴重退化磨損、甚至變形，疼痛到無法忍受時才尋求醫療協助。對於肌肉骨骼的問題處理，復健可以藉由電療及熱療來降低患者疼痛情形。另外運動是復健非常重要的一環，除了在治療室的運動治療，治療師更強調安全居家運動的好處，每日在家身體活動，自我訓練，將復健、保養的概念帶入日常生活中，能使復健治療效果達到更大的效益。臨床的經驗，若患者順從性高，年輕老人

(65~75歲)在關節退化初期就接受復健治療，常有不錯的治療效果。然而對於八十幾歲的長者，關節磨損或變形的程度較嚴重，身體的回復性較差，治療效果就沒有年輕老人來得好，雖然如此，但多數八十幾歲的長者卻也反應復健可以減緩他們平時的疼痛，並且減少他們使用藥物或消炎止痛針劑的依賴性。

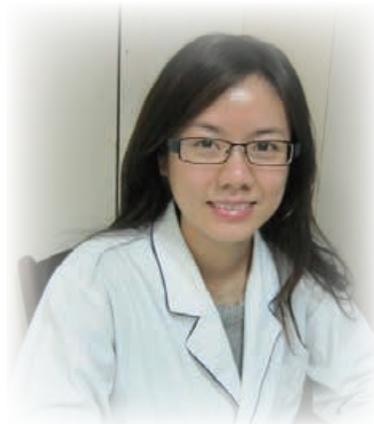
另外，多數的高齡患者具有多重問題的特性，常常需要耐心去詢問、評估問題，才能找到最適合的解決方式。例如老人跌倒問題，可能因為肌肉力量不足、平衡能力不佳造成的，但也可能因為視力模糊、低血壓、眩暈、甚至居家環境問題所導致。詢問病患發生跌倒當時的狀況，是判斷病患跌倒原因很好的依據，跌倒是因為感到腳無力而軟腳？還是覺得腳頓頓不受控制？抑或是站起來突然感到暈眩？甚至是洗澡的時候在浴室滑倒？藉由患者的回答進而判斷適當治療方式，選擇是要加強肌肉力量訓練、平衡訓練、還是安全居家環境改造？而患者的鞋子、褲子長度、柺杖同樣都需評估其適當性，另外就長者本身平常的生活作息給予調整建議，以降低跌倒的風險。

復健可以協助長者回復更好的身體狀況，即使高齡八十、九十歲，經由訓練一樣有進步的空間，即使長者是屬於退化性疾病問題，也能藉由復健來延緩患者退化速度，維持較好的生活品質。



高齡專科心理師 服務失智症長輩的訓練

高齡醫學中心臨床心理師 / 方心慧



在高齡醫學的訓練過程中，照顧失智症的高齡長輩是一項非常具有挑戰性的服務工作，無論是醫療人員或對於失智老人家庭照顧者來說，都需要有愛心、耐心、能注重細節，並能感受老人的需求，為長輩們提供一個全方位的照顧服務及周全性的老年評估是本高齡醫學中心的特色，因此高齡醫學中心所提供心理師的訓練與資源也相當豐富與確實。

首先，心理師分別在精神科與高齡失智整合門診提供高齡長輩服務，只要自覺最近記憶力有問題的民眾都可掛號看記憶門診，接受初步評估，醫師再安排更詳細的檢查。心理師會透過量表來評估病人心智功能，常用的有簡短智能測驗（MMSE）、老人憂鬱量表（GDS）與臨床失智評估量表（CDR）量表，若有需要，亦會另外安排時間作更完整的認知功能評估，給予認知功能的結構性測試與判讀，以及病房的會談工作。值得一提的是，經過詳盡的診斷與晤談過程，可發現少數記憶不好的病人，實際是有憂鬱症或有憂鬱症狀產生，而非是失智症，此時，就會建議病人返回精神科門診，此亦為本中心「跨領域團隊合作與領導」與推動整合性高齡患者照護相當重要的環節。

而心理師也參與臺南佳里榮家高齡失智老人之懷舊團體治療的活動設計，懷舊治療是非藥物性的治療措施，可以幫助醫療人員與老年人建立信任與支持性關係；在帶領懷舊團體的過程中，聽見老人們敘說著自己過去的生命故事，與其他長輩們找出共同交集話題及深埋心底的願望，彼此在回顧人生經驗中肯定對方的貢獻。每次團體結束後，總讓我有更進一步的體會與更深刻的心得，當下次聽到老人訴說「想當年」

的故事時，能多一份熱忱與同理心。

在與高齡長者接觸的過程中，時常發現老年人容易因為身體結構及功能退化，怨嘆人生步入遲暮階段，造成高齡者的心理層面產生挫折和不安的負面情緒。在治療進行當中，心理師需要隨時掌握「與個案同在」的精神，擔任詢問者、探索者及傾聽者，讓老人有充分的表達機會，協助老人重新評估自己的獨特性及價值觀；更重要的是，失智症的治療與照顧是一條漫長的路，期待更多醫療人員與家屬一起攜手前進，每當看見家屬與本院醫療團隊共同為了家中的長輩得了失智症而努力奮鬥的過程，都令我十分感動。在臺灣年齡結構高齡化顯著的趨勢下，未來如何聚焦醫療資源於需要幫助老年患者，讓失智長輩們得到更好的照顧品質，相信也是未來高齡專業訓練與工作上的新目標與挑戰。

師資培育訓練課程

臨床教師基礎訓練班

102.2.3 (六) 08:00-17:00

第二會場

人數限制：100人次為限

授課對象：1.醫師：住院醫師及總醫師。

2.醫事：未取得臨床教師資格者

師培學分：基礎8小時

聯絡人：鄭雨潔 (04) 23592525 分機3141

高齡醫學研習心得

高齡醫學受訓醫師、急診部主治醫師 / 賴仕原



下鄉的生活過得很快，一轉眼也將屆滿兩年了。這是我在下鄉的最一個月，也就是在高醫學training。當時知道最後一個月要來高齡醫學受訓時，其實心中百般不願意。但是既然是最後一個月，該還的還是要還的！！

總醫師在orientation 時就交代，每個新病人都要做周全性老年評估。一開始覺得這個評估好費時，好無趣。但隨著在高齡醫學的時間越來越久，漸漸瞭解到高齡醫學整體作業之後，卻發現這個「周全性老年評估」的重要性。

這是一項綜合跨領域的診斷數據，評斷老年人在醫療、心理、功能與臨床照顧狀況等結果。評估項目包括基本日常生活功能評估、工具性日常生活功能評估、認知功能評估、步態及平衡性評估、感官功能評估、憂鬱症評估、營養評估、皮膚危險因子評估及跌倒高危險群篩選等

一般內外科醫師，甚至是身為急診醫師的我，特別強調在於注重病人的main problem。也就是根據主訴，臨床症狀去快速診斷病情，以便治療病患。整個治療的重心主要就是在於急性病症的治癒與恢復。之後『心滿意足』的讓病患回家。從沒特別想過老年人的特殊需求。

病人急性問題治療好了，就是該讓他回家的時候了。殊不知也沒特別想過，病人更虛弱了，病患沒有家屬、也沒有照顧的人，病人無法自己照顧自己…等。這些以往沒想過的問題，在高齡醫學中卻顯的特別重要。因為高齡醫學是要我們體認老年照顧並不單純指治療急性病，必須兼具疾病預防，疾病照顧，健

康促進，身心靈三方面復健治療原則。這讓我瞭解到，老年人的需求與需要絕對不是只是把急性疾病治療好就足夠的。

而每個星期二的病房團隊會議，也讓我看到不一樣的照顧內容與精神。高齡醫學是個team。成員包括的專業、多科系的醫師群，有家醫科醫師、老年醫學專科醫師、精神科、復健科醫師等以及護理人員、個案管理師、營養師、臨床藥師、物理治療師、職能治療師、社工人員等，這種以全方位的照顧病患身心靈，就病患之醫療照護需求充分討論並建立具有充分協調性的照護計畫。而當病患急性疾病病情穩定之際，高齡醫學中心更能連結中期照護服務與社區照護資源，提供病患更為完整的出院準備服務。這讓我瞭解到這個看似不起眼的高齡醫學科，確有著讓人尊敬又敬佩的一面。

很高興在下鄉結束前可以run到老人醫學科。因為這個月真的讓我對老年人的照顧有著完全不同的體驗與感受。還記得唐主任推薦看的電影-不老騎士，與我這個月看到與照顧的老年病患，其實真的很深刻的體會到。老年人除了因為老化與疾病問題造成體能衰退之外，其實和我們年輕人一樣，甚至如同小孩一般擁有一顆玩樂、純真的心。

隨著老化漸漸的到來。我們終究會走到老化，年華不再的那一天，當我們期待未來的年輕人如何對待我們的同時，或許我們對目前的老年人也該有所付出與貢獻……

感謝高齡醫學科給我一段很好的回憶，真的…。🌱

101年優良教學醫師

臺中榮總每年於醫師節前夕，由各部科依人數比率推薦教學優良醫師候選人，再由全院的住院醫師與實習醫師投票選出「臨床教學績優主治醫師」；實習醫師投票選出「臨床教學績優住院醫師」。依得票數之多寡，最高票之前十五名為「院級教學優良醫師」，其餘為「部科教學優良醫師」，以獎勵熱心投入教學的中榮臨床教師們。以下是101年當選優良教學醫師的名單：

臨床教學績優主治醫師名單

	科部	姓名
院級 教學 績優 主治 醫師	兒童醫學部	陳昭惠
	急診部	詹毓哲
	兒童醫學部	王建得
	放射線部	熊小灃
	兒童醫學部	林明志
	內科部	吳明儒
	教學部	陳得源
	外科部	陳伊呈
	外科部	王賢祥
	內科部	陳一銘
	牙科部	唐正
	中醫科	蔡真真
	部級 教學 績優 主治 醫師	婦產部
放射線部		陳虹潔
外科部		李明璟
內科部		葉宏仁
內科部		王俊興
心臟外科		謝世榮
內科部		陳信華
眼科部		張嘉仁
內科部		曾政森
麻醉科		吳志成
復健科		李友淳
外科部		陳維信
外科部		周佳滿
急診部		林子傑
家庭醫學科		王雅瑜
放射腫瘤科		陳冠文
內科部		李威儒
麻醉科		沈靜慧
皮膚科		陳怡如
內科部		王振宇
內科部		詹明澄
精神部		洪嘉均
骨科部		曾崇育
急診部		王立敏
神經外科	張維傑	
耳鼻喉部	吳尚衡	
心臟內科	張偉俊	
核醫科	蔡世傳	

臨床教學績優住院醫師名單

	科部	姓名
院級 教學 績優 住院 醫師	婦產部	黃佩真
	內科部	董欣
	眼科部	許閱彥
	復健科	沈惠民
	內科部	鄭硯寧
	核子醫學科	林瑩
	外科部	賴思岑
	內科部	林明賢
	外科部	林志鴻
	心臟內科	洪振瀛
	外科部	黃勝揚
	皮膚科	阮昭奎
	牙科部	李俊穎
中醫科	陳婉伶	
部級 教學 績優 住院 醫師	皮膚科	林亮辰
	外科部	劉宏貞
	放射線部	蔡欣宇
	耳鼻喉部	謝宜凌
	放射腫瘤科	陳建志
	內科部	黃駟榮
	精神部	周伯翰
	兒童醫學部	蔡怡靜
	內科部	黃俊德
	內科部	邱榮德
	內科部	廖昱勛
	神經外科	黃愉芬
	外科部	劉嘯天
	內科部	郭家維
	兒童醫學部	許雅淇
	內科部	張景明
	婦產部	劉芝谷
	內科部	陳拓邦
	兒童醫學部	劉啟裕
	神經外科	施育彤
	麻醉科	馮育斌
	內科部	陳鈴宜
	兒童醫學部	黃靖甯
	骨科部	王證琪
牙科部	吳芳儀	