

行政院及所屬各機關出國報告提要

出國報告名稱：老年醫學專科訓練報告

頁數 13 含附件： 是 v 否

出國計畫主辦機關/聯絡人/電話：衛生署/徐慧觀/02-23210151~647

出國人員姓名/服務機關/單位/職稱/電話：

張家銘/國立成功大學醫學院附設醫院/內科部老年科/主治醫師/06-2353535~5382

出國類別：v1 考察 2 進修 3 研究 4 實習 5 其他

出國期間：90 年 4 月 1 日至 90 年 6 月 30 日

出國地區：美國約翰霍浦金斯大學老年醫學中心

報告日期：90 年 9 月 4 日

分類號/目

關鍵詞：老年醫學、長期照護

內容摘要：(二百至三百字)

老年醫學及長期照護體系在台灣地區才正要起步，但尚未有具備老年醫學訓練之醫師來專門從事老人的醫療照顧。本報告是成大醫院內科部老年科主治醫師於九十年三月在衛生署“老人長期照護三年計劃”的安排下，與其他三位有志於老年醫學的同好(中山醫學院附設醫院顏啟華醫師、馬偕醫院陳鼎達醫師、門諾醫院繆偉傑醫師)一起前往美國 Johns Hopkins Bayview Geriatrics Center，進行為期三個月的短期老年醫學臨床訓練的過程與心得。雖然在兩個多禮拜內即倉促成行，所幸過程尚稱順利。其間並經由台灣同鄉會的介紹，認識從台灣來此執業的老年科柯孟德醫師，經由他的安排前往他所訪視的數間老人社區、養老院、護理之家及慢性病房參觀，對於美國的長期照護場所有更深入的了解。在此期間，除了瞭解美國的老人醫療照護體系外，同時也結交多位老年醫學前輩，一方面可向他們學習，增進自己的知識，並瞭解兩地老年醫學的差異，以擷長補短；另一方面也可在將來有方便請教及諮詢的對象，並可為將來拓展國際性研究及交流打下良好的基礎，以期提升老年人的醫療照顧水準。

行政院及所屬各機關出國報告

(出國類別: 考察)

國立成功大學醫學院附設醫院醫師出國進修

老年醫學專科訓練報告

服務機關: 國立成功大學醫學院附設醫院
出國人 職 稱: 主治醫師
姓 名: 張 家 銘
出國地區: 美國約翰霍浦金斯大學老年醫學中心
出國期間: 90年4月1日至90年6月30日
報告日期: 90年9月3日

國立成功大學醫學院附設醫院醫師出國觀摩報告

目錄

前言	1
過程及心得	1
壹、美國的醫療體系簡介	1
貳、美國老年醫學簡介	2
參、訓練機構 Johns Hopkins Bayview Geriatrics Center 簡介	3
一、老年復健病房 Terrace Rehabilitation Unit	4
二、慢性病房	5
三、長期照護單位(Long-Term Care Unit)	5
四、門診老年照護方面	6
五、日間照護(Beacham Adult Day Care)	6
六、社區老人的評估服務及居家照護	7
七、PACE (Program of All-inclusive Care for the Elderly)	7
八、其他長期照護機構觀摩	8
九、老年醫學研究	9
肆、研討會與學術發表會的參與	10
建議	11
結論	12
附件: Johns Hopkins Geriatrics Center 老年醫學訓練證明	13

美國老年醫學觀摩

國立成功大學醫學院附設醫院 內科部 老年科

張家銘

前言

老年醫學及長期照護體系在台灣地區才正要起步，但尚未有具備老年醫學訓練之醫師來專門從事老人的醫療照顧。今年三月在衛生署「老人長期照護三年計劃」的安排下，本人有幸與其他三位有志於老年醫學的同好(中山醫學院附設醫院顏啟華醫師、馬偕醫院陳鼎達醫師、門諾醫院繆偉傑醫師)一起獲選前往美國著名的醫學中心---Johns Hopkins Medical Institute 的 Bayview Geriatrics Center 接受短期老年醫學觀摩訓練，雖然在兩個多禮拜內即倉促成行，所幸過程尚稱順利。其間並經由台灣同鄉會的介紹，認識從台灣來此執業的老年科柯孟德醫師，經由他的安排前往他所訪視的數間老人社區、養老院、護理之家及慢性病房參觀，對於美國的長期照護場所有更深入的了解。在此期間，除了瞭解美國的老人醫療照護體系外，同時也結交多位老年醫學前輩，一方面可向他們學習，增進自己的知識，並瞭解兩地老年醫學的差異，以擷長補短；另一方面也可在將來有方便請教及諮詢的對象，並可為將來拓展國際性研究及交流打下良好的基礎，以期提升老年人的醫療照顧水準。

一、認識美國老年醫學的內涵，考察老年醫學專科醫師訓練之課程安排及教材設計內容，評估設立所需之軟硬體設備，以為醫院日後培訓相關醫師之參考。

二、學習老年與年輕人疾病照顧上之異同。

三、瞭解老年長期照護之制度與知識。

四、觀摩老年醫學相關之研究，學習研究方法及研究方向。

進修過程及心得

壹、美國的醫療體系簡介

截至一九九五年年底的統計，美國人年齡大於或等於 65 歲的人口約有三千五百萬人，佔總人口 13%，較現今台灣之 8.6%（大於 190 萬人）為高。美國老年人平均一年看九次醫生（一般人平均一年看五次醫生）；老年人住院的比率是年輕人的三倍，而其住院天數較年輕人多 50%。由於美國的急性醫療住院費用相當昂貴，因此在狀況稍穩定之後（平均急性病房住院日數約三四天），很快便轉至亞急性或慢性病房接受後續的醫療照護，以避免因過長的住院日數造成過度的醫療浪費。

另外全美具有慢性疾病或傷殘的人口將近一億人，這些人的照護費用在一九九五年高達四千七百億美元；這其中的四千萬人的日常生活活動功能受到限制。而長期照護機構約有一萬八千家，均在政府的嚴密監控之下。雖然在過去十年間，大於七十五歲以上的美國老人數目增加 27%，然而護理之家的住民數目卻下降了 10%。原因為何？以下報告中將有說明。

貳、美國老年醫學簡介

其實英文中的老年醫學 (geriatrics) 這個名詞是二十世紀初由美國醫師 Nascher 所創的，但二十世紀初老年醫學在美國並無發展。美國老年醫學會 (American Geriatrics Society) 是於一九四五年，由一些老年醫學同好共同創立的。在前數十年的開創期期間，老年醫學並未受到重視，故發展緩慢；後來因社會的高齡化，老年醫學的重要性才逐漸受到重視，而有較為快速的發展，以迎合老年醫療照護的大量需求。而美國政府近十年來亦開始積極支持老年醫學的發展，主要是基於發展老年醫學可減少醫療的無限制消耗（如同台灣現在的情況一般），也可以避免老人花費太多時間與金錢去看太多的專科、降低老年病患再住院的機會、並可減少住在家

中的老人轉住到安養機構的機會，因而減少大量的醫療費用。而為強調多重專業照護的特性，美國老年醫學會亦開始接受醫師以外的專業人員申請加入成為會員，目前美國老年醫學專科醫師有五千多位，約佔全美醫師總數的 1.2%，但目前在快速成長之中。

參、訓練機構 Johns Hopkins Bayview Geriatrics Center 簡介

Johns Hopkins University Hospital 的老年醫學訓練研究機構 Geriatric Center 是在 Baltimore 南方 Inner Harbor 旁的 Bayview Medical Center 院區內。此區原本為 Baltimore City Hospital，是舉世聞名的巴爾的摩縱向老化研究 (Baltimore Longitudinal Study of Ageing) 的發源地。原本也附屬有一間慢性醫院，收容慢性病患，但現已改為研究大樓，為 NIA (National Institute of Ageing，為 NIH 的一分支) 的一部分。Bayview Geriatric Center 是一個 255 床的長期照護機構，它提供除了急性住院醫療以外之護理之家、慢性醫院以及復健等的技術性照護。此外也提供非住院的服務，包括基層照護、照會、尿失禁評估、日間照護、居家照護以及與老人連續性照護相關的照護計劃等。Johns Hopkins 的老年醫學與老年學研究員訓練計劃開始於 1983 年，目前有十四位主治醫師及八位臨床研究員 (Fellows)，下個年度又將增加八位臨床研究員，共同負起醫院老年醫學的臨床照護、訓練及研究。

Bayview Geriatrics Center 原本設有老人的急性照護服務，但自美國的急性病房平均住院天數不到四天後，老年醫學的照顧便不容易在急性病房發揮功效，因此便將老年醫學照護重心轉移至慢性照護方面。其急性照顧主要仍是在 Bayview 急性醫院的一般內科病房。老年科醫師亦須輪流至一般內科病房照顧一般內科的病患。

Transitional Care Unit 為亞急性照護單位，病患的病況雖已不需急性病房的照顧，但在出院之前仍需特別之後續醫療(治療及追蹤)及護理照顧便轉至此單位。疾病種類包含內外科病況，如呼吸道疾病、腫瘤、中風後及骨科術後均為此單位照護範圍。

老年復健病房 Terrace Rehabilitation Unit

位於地下一樓，病患的來源主要是由病房中病況較穩定，但因急性病導致行動不便或日常生活活動功能衰退的老年病患，希望藉著完整的老年醫療照顧，使能儘早回復獨立自主的日常活動功能為主要照顧目標。與 Transitional Care Unit 性質相似，但前者以日常生活活動功能為主要考量，而後者則以疾病後續照顧為主，功能復健為輔。至於那些病患適合轉至那種病房則有 case manager 來評估及安排。

在老年科病房的所有臨床照護單位，除了一般的醫療照顧外，尚需對病患做基本的老年醫學評估，特別強調病患住院前之日常生活功能、營養狀態、認知障礙、精神及社經狀況，以及跌倒危險因子的評估等項目，以期儘早發現病患的問題，提早處理及預防。而對病患的照顧皆是以團隊 (teamwork) 的方式來進行，成員是由來自各種不同訓練背景的醫療人員所組成的小組，包括醫師、護士、物理治療師、職能治療師、社會工作人員及護佐 (Nursing Aide)；有些單位還有營養師、臨床藥師、娛樂治療師 (Recreation Therapist)、語言治療師以及復健科醫師等共同參加。每位成員都有其特定的工作，以完成老年病患身體、心理、社經狀況及功能的全面性照顧。為落實不同訓練背景之醫療人員間的合作關係與溝通，每週至少召開一次的病患討論會 (依不同單位的需要決定其頻次)，討論並重新評估各方面治療的進展，來決定是否修正病患的治療目標及出院日期，整個討論會的時間約為一小時。另外對於每位新住院的病患，醫療小組會在

一週內為他們個別安排一次家庭會議，向家屬或親友解釋病患目前狀況，並回答家屬的問題，以及提出一些建議，希望能與家屬共同努力，為病患提供更好的照顧。

對於每位住至老年科病房的病患，醫師在住院時即會與病患及其家屬共同討論事先的指示(Advance Directives)，即當將來病患狀況不好(如昏迷、末期疾病或是失智症)時，預先決定要不要住院、接受藥物治療，或是接受插管及心肺復甦術，並先簽署州政府立法通過的文件，以尊重病患本身的權益。亦可指定一位代理人(proxy)負責將來的決定。

慢性病房

Chronic ward在四樓(Chesapeake)，有十四床。主要照顧的病患為不需急性醫療、但因行動不便或自我照顧能力不足，而需較長時間及較頻繁的醫療或護理照護者。這些病患多具有複雜的內科疾病、或是有大傷口、或是需加強氣切照護、或是需長時間抗生素治療等。由於狀況不似 nursing home 的居民穩定，故由較多 Nursing Aides(四位)照顧。

長期照護單位(Long-Term Care Unit)

Skilled-nursing home 位於二樓(Lakeside)及三樓(Bridgeview)共有六十二床，由八位 nursing aides 照顧，美國的 nursing aide 是需經三至四週的訓練才能取得資格。每一樓有一位 LPN(Licensed Practice Nurse)負責護理方面的管理，數位 RN(Registered Nurse)負責護理工作，精神科護士會定期前來評估住民的精神狀況(如憂鬱或焦慮)，需要時並給予心理治療。每週有一次的病患討論會，但醫師多無暇參加。此處與外面其他地區的 nursing home 不同之處在於此 nursing home 有 fellows 負責照顧並值班，且可安排特殊檢查(如內視鏡、MRI 等)。主治醫師一週查房一次，

但多只決定大方針；查房時護士會隨同報告現況與討論會的結果給主治醫師做參考。此處的住民並不僅限於老人，亦有六位脊椎損傷造成四肢癱瘓的年輕人。日常生活的安排希望能儘量配合個人的需求；午餐有 buffet 可供選擇。平常日安排有多種活動及娛樂，週日偶有牧師前來做禮拜以慰藉住民的心靈。

此外護理之家亦提供方便的申訴管道，住民隨時可將意見經由電話或意見單上傳至政府機關，上頭隨即派員來調查，若查證屬實，嚴重者護理之家會被勒令關閉，以維持護理之家的品質

雖然有 fellows 照顧，但若病患病況惡化時，仍需再轉回急診或急性病房接受急性病的照顧。

對於新住至護理之家的住民，護理人員必須在十四天內完成全方位的評估，以後並定期追蹤有無惡化。這些評估結果記錄在標準化的表格，稱為最小資料庫 (Minimum Data Set, 簡稱 MDS)，主評估的項目均為老人常見的問題，包括認知功能、感官功能、日常生活活動功能、精神狀況、尿失禁、跌倒、脫水、褥瘡、營養狀況、抗精神病藥物的使用以及活動限制等。

門診老年照護方面

老年醫學門診地點位於地下一樓 Beacham Ambulatory Care Center 內，有三個門診，包括骨質疏鬆門診、尿失禁門診及老年醫學評估門診，病患均是由其他醫院或診所轉介而來。由老年醫學科醫師做全面性的評估、檢查及治療。隔週一次門診，平均每個診約只看三至五個病人，其看診品質可想而知，一定較台灣為佳，但當然也就無盈餘可言。

日間照護 (Beacham Adult Day Care)

在香港，日間照護是供病情穩定的老人在白天於醫院做復健及用餐；但在此地則是供身體或認知功能障礙，而家屬白天無力照顧的老人用餐及做活動；類似托老，但無復健功能，也因此參與人數難以增長。日間照護可減少住至長期照護機構的需要並舒緩照顧者的負擔。

社區老人的評估服務及居家照護

“Age in place” (在宅安老)是每位老人的夢想，即使在美國也少有人願意於 nursing home 終其一生，經由完善的家中老人評估服務，可延緩老人行動不良程度的進展以及降低老人轉住照護機構的機會。此計劃成立於 1978 年，現為居家照護的一部分，服務 Baltimore 市東南約 200 位衰弱的居家老人。由老年科 fellows 定期(每三個月)前去行動不便或有多重疾病的老人家中訪視一次，對老人做完整的理學檢查並調整其用藥。需要時可直接抽血，由醫師帶回醫院檢查。若需要護理照護者，老年科醫師會聯絡護士另行處理。另外必要時社會工作人員亦會前往家中訪視，並提供協助。若老人有任何問題時，可隨時打電話詢問 on call 的老年科 fellows，以減少老人至醫院求診的機會。

PACE (Program of All-inclusive Care for the Elderly)

這是美國對於衰弱的老人所設計的一個非營利性質的計劃。美國有鑑於需要長期照護的老人急遽增加(1990年約有七百萬人，而至二零二零年則將增為一千二百萬人)，且目前長期照護體系僅止於機構式、非連續性的照護，過早將老人送至護理之家，對於長期照護的費用無法做有效的控制。故於 1995 年規劃了一個全國性的計劃，稱為總括性之老人照護計劃 (Program of All-inclusive Care for the Elderly, 簡稱 PACE)由國立 PACE 協會負責。在十五個月的前導研究後，選定十三個州的二十五個地區

辦理,在馬里蘭州僅有由 Johns Hopkins Geriatrics Center 負責的 PACE , 稱為 Hopkins Elder Plus。可收案老人的條件為年齡至少需在五十五歲以上(Hopkins 定在六十五歲以上)、身體狀況確需接受護理之家照護的情形、本身有 MEDICAID 及 MEDICARE 保險、居住於可提供服務的地區內(約二小時車程範圍內)。在定額的給付之下(每個月每位老人約三千五百美元),由整合多種專業的團隊,針對每位老人的不同狀況及需求設計不同的全方位照護計劃,所提供的照護服務(它括所有醫療、檢查、藥物、復健、輔助器材、居家照護及居住在長期照護機構的費用等)並無數量、金錢、時間上的限制,但亦無其他額外的資助(類似總額預算制),即使此老人後來因其他疾病住院、或接受開刀、或做昂貴的檢查均需全由 PACE 給付。這是以社區為基礎的人性照護,希望能幫助衰弱的老人儘可能在自己的社區內能獨立生活,避免過早住進護理之家或再住院,並將醫療及長期照護經費做有效的運用。

這個計劃在美國似乎有不錯的成效,但若要在台灣施行則恐有困難,一方面台灣本無長期照護保險制度,政府不可能提供這方面的經費;一方面這是一種全方位醫療照護的良心事業,且為非營利性質,台灣少有醫師有能力且願意全心全力不計酬勞地去照顧這些體弱的老人;另外臺灣並無專科護理師(Nurse Practitioner,可獨立開處方及值一線班)制度以分擔醫師照顧病患的重擔。

其他長期照護機構觀摩

在台灣同鄉會認識已在 Baltimore 執業二十多年的老年科醫師柯孟德(老家在嘉義布袋,現父母及弟仍在臺北),為使我們對美國的老年醫學及長期照護有更完整的認識,柯醫師安排我們去參觀多所老人社區、護理之家及安寧病房(醫院),且將他所知傾囊相授,以求對台灣的老年醫學有所

貢獻。而這些參觀確也讓我們對美國的老年照護有更清楚的瞭解，而非僅限於象牙塔內的 Hopkins（後來在我們的要求之下，Hopkins 亦安排我們參觀四所機構）。雖然硬體設施有豪華有簡單，但整體而言，環境均相當舒適、窗明几淨，照護的品質均在一定的水準以上，而州政府也會定期或不定期前往評估其照顧品質及其硬體設施，以求品質的維持。

美國的 nursing home 中住的是需要技術性護理照護的老人；chronic hospital 則是需要部份醫療照護治療(包括使用呼吸器)的病患；而僅需要部份日常生活起居照顧的老人則住至 assisted living facility(每位老人有獨自的一間公寓、衛浴及廚房設施，機構每日提供一餐及定期房間整理與訪視、並提供服藥服務)，這是近十幾年新興的老人安養機構，可減少老人住至護理之家的機會(此為美國老人數目增加，但護理之家的住民數目卻下降的原因之一)；至於具有自我照顧能力的老人則可住在 retired home 或是 senior house。由於老年人終究有體力日衰而無法照顧自己或需住至 nursing home 的一天，為求對老年人的連續性照護，有些財團或機構在蓋 retired home 之時，便將 assisted living 及 nursing home 也考慮進去，成為一個 continuing care retirement communities(簡稱 CCRC)，有些 CCRC 大到住有近三千位老人，裡面提供大部份的生活所需(如銀行、郵局、商店、理容店、運動及休閒設施、並輔導老人自組社團)，彷彿是一個社區一般，九成以上的 CCRC 是非營利性質的。每位老人的入住費用約在 110,000 美元，每個月尚需繳二千美元的月費，若要將此理念成功應用在不甚富有且生性節儉、又安土重遷的台灣老人身上恐得做相當的調整。

為提供護理之家住民更好的照護品質，美國政府規定每個護理之家需有一位醫療指導者(Medical Director)，負責院內的醫療業務諮詢、監督照護品質、與其他部門主管共同參與院內政策的制訂、協助發展工作人員、住民與家屬的教育、對外則為護理之家醫療方面的代表。此種制度可

供臺灣提升護理之家照護品質的參考。

老年醫學研究

Johns Hopkins 的醫學研究是眾所周知的，從在此定期召開的研究會議便可略窺一二，但可惜的是短暫的三個月並無福接觸到這些研究，即使是表明參與的意願。僅知其 Geriatric Research Center 是屬於 NIH 下之 NIA (National Institute of Aging, 總部設於 Washington DC) 的一處老年研究中心，下有十幾個實驗室，包括 Cardiovascular Science, Cellular and Molecular Biology, Clinical Investigation, Genetics, Immunology, Molecular Genetics, Neurosciences, Personality and Cognition, Brain Physiology and Metabolism, Research Resources Branch 等。而每個實驗室之下又有數個單位，各有數位 MD 及 PhD 共同研究；若再加上前來學習的研究員，其研究陣容之龐大可想而知！

肆、研討會與學術發表會的參與

除了各單位均有的整合多種專科的討論會外，每週一有期刊研讀會；週二早上有晨會，由研究員擇一病例做完整討論。週二中午有老年醫學討論會 (grand round)，內容包括：Current Scientific Topic, Clinical Follow-up, Clinical Case Presentation, Research in Progress / Emerging Concepts，除報告特殊病患治療的後續追蹤外，也有最新老年醫學研究的文獻整理以及大家的研究進度報告及討論；另外也邀請其他醫院的老年醫學專家前來做專題演講。隔週五在 NIA 另有一次老年學的專題討論會。

五月中在 Chicago 有為期五天的美國老年醫學會年會，除了學術研討會針對相關議題做深入探討外，另外有針對 fellows 所安排兩天的核心課

程，對我們而言是獲益良多！而發表會及海報展示共發表老年醫學相關論文四百餘篇，與會者亦包括各學界的醫療人員，研究範圍相當廣泛，舉凡與老人有關者均為其研究範圍。他們的研究經費來源很廣且很充沛，一年也有數個月的時間無臨床工作的負擔，如此才能沒有後顧之憂的專心從事研究！

建議

隨著老年人口的增加，老年醫療照護的需要將與日俱增。看到美國的老年醫療照護，不但已達到一個「全人」的照顧目標，而其老年醫學研究亦早已蓬勃發展，我們至少落後美國近四十年之久！對於此已是燃眉之急的老年醫學發展，本人的未來計劃與建議如下：

- 一、於成大醫學中心設立老年醫學科病房，建立培訓老年醫學專科醫師所必需的軟硬體設備；協調各相關醫療人員，設立整合多種專科的老年醫療團隊，提供老年醫學的訓練，希望能成為台灣最早也是最完善的老年醫學專科醫師教學訓練中心。
- 二、建議以整合多種專科的模式設立亞急性恢復病房、慢性病房、日間病房(醫院)及長期照護機構，以降低過多非急性或慢性病患長期佔用急性病房所造成的醫療浪費及紓解急性病房不足的窘境，促進日常生活活動功能衰退的病患早日恢復日常生活，並可做為專業人員訓練及示範場所。
- 三、利用各種管道及機會，積極推廣老年醫學的概念，由自己科內至全院、乃至全台灣；並呼籲衛生主管單位能積極補助及鼓勵各醫學中心，乃至各教學醫院成立老年醫學科，期能培養量足質優的老年專科醫師，以因應老年人口快速增加的需求，並提高老年醫療照顧的品質。
- 四、與現有長期照護機構建立合作關係，定期前往評估及追蹤，並與工作

人員討論，以改善照護品質。

五、建立長期照護資源中心，以提供老人醫療及醫療方面以外的社會資源及服務。

六、運用社會資源(如寺廟的經費)，建立以社區(如在寺廟旁)為基礎的老人活動中心，提供老人社交、進修、運動、衛生保健知識以及簡單復健之場所。由寺廟提供經費，醫院提供技術。以達”取之於社會，用之於社會”的目的。

七、早日成立老年醫學專科醫師制度，並賦予專科醫師有關老人評估的給付及給予設立長期照護機構特別權限及優惠(但亦需嚴格限制其看診人數)，以鼓勵住院醫師從事老年醫療服務，並提升老人的照顧品質。

八、參考國外資料，由國內老年醫學專家們訂定本國的老年醫學訓練計劃，以提昇老年醫學訓練的品質。

九、於各醫學院課程中加入老年醫學之選修或必修課程，自醫學生的學習過程中根植其老年醫學觀念，以啟發日後從事老年醫學的興趣。

十、與其他三位同在 Hopkins 受訓的同好們共同積極參與台灣老年醫學會各項活動，使會員們對老年醫學有更深刻的認識，提升台灣老年醫學會的學術水準。

十一、定期與各醫院共同合辦老年醫學月會或季會，討論特別病例及做期刊研讀，以繼續獲取老年醫學新知。

十二、加強居家照護及在宅評估，以減少老人住至長期照護機構或住院機會。

十三、從事老年醫學相關之研究：從搜集並建立老人健康之基本資料庫開始，進而研究老年人醫療保健照護、老年人之功能、心理社會及行為、臨床疾病、以及老化之基礎研究等。

十四、加強訓練照護者(如菲傭及一般看護)的照護技巧，可使體弱的老人持續在家中安老，減少進住護理之家等機構的機會。

結論

台灣已是高齡化國家，然而台灣醫療界及衛生主管單位對老年醫學尚無正確的概念，認為只要會治療老人的疾病即是老年醫學，未能對老年醫學有特別的重視。而在現行健保政策取向之下，愈細的分科、愈多的檢查及愈快的看診速度，才能獲取更多的健保費用；對於具慢性病、合併多重器官疾病或其他疾病以外問題的病患，則因缺乏成本效益而避之唯恐不及，是台灣現今醫療的最大危機，但卻也是老年醫學發展的轉機所在！美國政府已瞭解老年醫學的重要性而正戮力發展中，而臺灣為了自身的將來及避免增加下一代的負擔，衛生當局應正視老年照顧的龐大需求，將老年醫學訂為重點發展科，鼓勵各醫學中心成立老年醫學科，除從事教學與研究外，並提供有志醫師接受完整的老年醫學專科訓練；並賦予老年科醫師特殊評估的給付及給予設立長期照護機構特別權限及優惠；同時透過繼續教育或月會，提升現有醫師的老年照顧知識；並鼓勵成立慢性病房及日間病房。如此才有可能應付台灣人口快速老化後的廣大醫療照顧需求，並避免醫療浪費及延緩老人住至護理之家的機會。

感謝衛生署、成大醫院及內科部曹朝榮主任的鼓勵並提供進修經費、醫院的帶職帶薪支持及其他前輩的協助，才能促成這三個月的美國老年醫學的學習機會。時間雖短而無法深入觀察，但已達原期望之學習目標。今後將繼續以所學實際運用於老年病患的照顧上，並將致力於教學與研究，以期對台灣老年醫學的發展盡最大的努力。