

行政院及所屬各機關出國報告

(出國類別：研究)

老年精神醫學

服務機關：國立台灣大學附設醫院精神部

出國人：職稱：主治醫師

姓名：黃宗正

出國地區：美國

出國期間：90.12.1 ~ 91.11.30

報告日期：92.6.20

J2/
CO9100046

系統識別號:C09100046

公 務 出 國 報 告 提 要

頁數: 40 含附件: 否

報告名稱:

老年精神醫學

主辦機關:

國立臺灣大學醫學院附設醫院

聯絡人/電話:

李美美/23123456-1582

出國人員:

黃宗正 國立臺灣大學醫學院附設醫院 精神部 主治醫師

出國類別: 研究

出國地區: 美國

出國期間: 民國 90 年 12 月 01 日 - 民國 91 年 11 月 30 日

報告日期: 民國 92 年 06 月 23 日

分類號/目: J2/西醫 J2/西醫

關鍵詞: 老年精神醫學, 日間照護中心, 電痙攣治療, 長期照護, 失智症, 加州大學

內容摘要:

此次有機會到UCLA進修老年精神醫學,對美國的老年醫學及老年精神醫療照護之優缺點有進一步的認識。美國是全世界最富裕的國家,但醫療照護費用的昂貴與家庭支持系統的不足,使其老年精神醫療照護仍有許多困境。其優點在於老年醫學及精神醫學的研究仍居世界領導地位,幾個著名的老年長期追蹤研究仍在進行中,而老年精神醫療的訓練計畫完整而深入,在診斷和各種治療方法上均不斷突破創新中。UCLA老年精神醫學臨床的治療計畫包括急性病房,日間照護中心,一般門診評估,記憶特別門診和電痙攣治療等五大部份。此臨床計畫又和周邊(如West Los Angeles, Santa Monica)社區復健或照護單位互相聯繫,形成一個完整的照護系統。每年由UCLA fellowship 訓練出來的老年精神醫學專科醫師則到各地服務,持續提升老年精神醫療照護水準。針對國內情況,有五項建議,藉以提昇台灣的老年精神醫療照護水平。包括: 1. 國內的老年健康照護體系不完整,保險給付也不太合理,因此,老年精神病患可能遊走各科,徒然浪費資源,而正常的管道並未受到重視與鼓勵,因此未能完整建立及發揮應有之功能。建議政府整合醫療系統,推動以老年醫學專科,家醫科或內科醫師為主的老年病患就醫系統,由這些第一線的醫師轉介病人到相關次專科(如精神科),再進行次專科的診治及安置。 2. 就老年精神醫療照護系統而言,建議政府能整合成一暢通網路,讓資訊透明,使醫院、長期照護機構、居家護理、及社區中心能互相聯繫合作,打造老年人安心的醫療環境及支持系統。 3. 台大醫院做為全國醫界的領導者,應可考慮建立全國第一個「老年醫學訓練計畫」,其定位為次專科fellowship的一種。目前台灣老年醫學會已經開始老年醫學專科之考試,未來兩者結合,才能真正提高國內的老年醫療照護水準。 4. 由於老年精神病患(包括失智症,憂鬱症等)

在醫療照護上比一般老人更為困難，建議仿效先進國家建立全台第一個「老年精神醫學訓練計畫」做為神經科及精神科fellowship之一種，可以由精神科及神經科有經驗的教師合作來建立訓練計畫。5. 提供部分病床專供老年精神病患急性住院使用，未來照護這些病患將採精神科與老年醫學（專科）醫師，專業護理師，及社工師合作照護模式，此模式也將作為「老年精神醫學訓練計畫」的重要內容之一，包括了急性治療、居家護理、到長期照護等步驟。

本文電子檔已上傳至出國報告資訊網

摘要

此次有機會到 UCLA 進修老年精神醫學，對美國的老年醫學及老年精神醫療照護之優缺點有進一步的認識。美國是全世界最富裕的國家，但醫療照護費用的昂貴與家庭支持系統的不足，使的其老年精神醫療照護仍有許多困境。其優點在於老年醫學及精神醫學的研究仍居世界領導地位，幾個著名的老年長期追蹤研究仍在進行中，而老年精神醫療的訓練計畫完整而深入，在診斷和各種治療方法上均不斷突破創新中。

UCLA 老年精神醫學臨床的治療計畫包括急性病房，日間照護中心，一般門診評估，記憶特別門診和電痙攣治療等五大部份。此臨床計畫又和周邊（如 West Los Angeles, Santa Monica）社區復健或照護單位互相聯繫，形成一個完整的照護系統。每年由 UCLA fellowship 訓練出來的老年精神醫學專科醫師則到各地服務，持續提升老年精神醫療照護水準。

針對國內情況，有五項建議，藉以提昇台灣的老年精神醫療照護水平。包括：

1. 國內的老年健康照護體系不完整，保險給付也不太合理，因此，老年精神病患可能遊走各科，徒然浪費資源，而正常的管道並未

受到重視與鼓勵，因此未能完整建立及發揮應有之功能。建議政府整合醫療系統，推動以老年醫學專科，家醫科或內科醫師為主的老年病患就醫系統，由這些第一線的醫師轉介病人到相關次專科（如精神科），再進行次專科的診治及安置。

2. 就老年精神醫療照護系統而言，建議政府能整合成一暢通網路，讓資訊透明，使醫院、長期照護機構、居家護理、及社區中心能互相聯繫合作，打造老年人安心的醫療環境及支持系統。

3. 台大醫院做為全國醫界的領導者，應可考慮建立全國第一個「老年醫學訓練計畫」，其定位為次專科 fellowship 的一種。目前台灣老年醫學會已經開始老年醫學專科之考試，未來兩者結合，才能真正提高國內的老年醫療照護水準。

4. 由於老年精神病患（包括失智症，憂鬱症等）在醫療照護上比一般老人更為困難，建議仿效先進國家建立全台第一個「老年精神醫學訓練計畫」做為神經科及精神科 fellowship 之一種，可以由精神科及神經科有經驗的教師合作來建立訓練計畫。

5. 提供部分病床專供老年精神病患急性住院使用，未來照護這些病患將採精神科與老年醫學（專科）醫師，專業護理師，及社工師合作照護模式，此模式也將作為「老年精神醫學訓練計畫」的重要內容之一，包括了急性治療、居家護理、到長期照護等步驟。

章次	標題	頁次
第一章	背景與目的	5
第二章	對美國老年醫學發展之綜合觀察	13
第三章	NPI 與老年精神醫學	17
第四章	UCLA 失智症與行為神經科學計畫	20
第五章	老年精神醫學急性病房	23
第六章	老年精神醫學日間照護中心	26
第七章	以電痙攣療法治療難治之老年精神病患	29
第八章	老年精神病患之照護體系及長期照護系統	31
第九章	輕度智能障礙的研究	37
第十章	心得與建議	39

第一章 背景與目的

背景

一、老年醫學之重要性

人口老化在已開發國家已是十分重要的課題，它造成的老年問題的影響是多層面的—從個人生理疾病、心理障礙、精神疾病、到造成家庭困擾及龐大社會負擔等。以美國為例，在 1984 年即已有 11% 老人人口（大於 65 歲），他們花掉了全國 1/4 的藥費（只有 5% 以下的老人沒有服任何藥物），估計到了 2030 年，老人人口將達 17%。研究顯示住院老人中，78% 至少有四種重要疾病。以有名的阿滋海默病來看，65 歲以上的老人有 5-7% 罹病，80 歲以上有 20%，光是老年痴呆病人就占據了半數安養院的床位。即使較不嚴重的精神疾病在老人中也很普遍，如焦慮、憂鬱、睡眠疾病等，一項研究顯示在 50 歲以上的人約 40% 有失眠問題，可見問題之普遍。

台灣西化的現象十明顯，美國發生的問題許多都會在台灣陸續發生，我們的人口老化之速度十分快速，1994 年台灣老年人口比例跨越老

化國家之門檻—7%，估計 27 年後達到 14%，比歐美先進國家的速度更快。西德及英國歷經 45 年才從 7% 增加到 14%，美國歷經 66 年，瑞典歷經 85 年，法國更長達 115 年。台灣預計 2036 年將超過 20%，也就是每 5 個人就有一個老人，因此整個社會照顧老人之負擔將十分沉重。各種老年問題也日益明顯，報章雜誌常報導老人失智失蹤、無依受虐、多重疾病、喪偶自殺等醫療家庭社會問題，目前在台灣仍無妥善之健康福利制度已處理這些問題，將來還會更嚴重。4 年前一項台中市社區的研究便發現，每 3 位老年人就有一位有憂鬱症的症狀；去年另一個在南部做的研究也顯示類似之結果，可見老年精神疾病是多麼普遍，其潛在的諸多問題值得重視並應及早因應。

此外，老化不只是生理層面，也是心理和社會層面的改變。生理固然是會衰退，心理、認知和行為上也會隨著老化而產生種種改變，但是社會角色的轉換則對前二者造成衝擊，三者之互動衍生出老化之種種現象和問題。不同的社會有不同之標準，對老人的表現也有不同之期待。比如老化常伴有認知功能之減退。相關研究指出，一般無明顯生理疾病的人約在 70 歲左右會有短期記憶、視覺記憶、邏輯推理、視覺學習及語彙能力等衰退之現象，但不同年齡層（即使高達 90 歲）中都有部份的人仍保有極佳之認知功能。若沒有明顯腦部或精神疾

病，除了適應及反應變得稍差之外，人格並不會產生顯著改變，即使年輕時之反社會性人格患者，到老常會減少暴戾傾向。然而若不幸罹患精神疾病，則情況可能完全改觀。常見的老年期精神疾病有憂鬱症、痴呆症、譫妄等，其他如焦慮症、精神分裂症、酒精藥物成癮等雖較少見，但一旦發生對老年人之影響仍不可忽視。從生理角度言，避免過多之藥物和副作用，是藥物治療之大原則，但心理社會因素之全盤考量，是治療上不可或缺之因素。

老化後隨之而來的家庭及社會角色改變是影響老年生活品質之重要原因。退休、喪偶或分居等產生之失落經驗可能造成老年憂鬱症及自殺傾向。子女長大成家立業後，老人如何扮演父母和祖父母的角色將對自己及家人造成明顯影響，扮演得當則可能父慈子孝，享受天倫之樂，不當則可能成為孤獨無依之老人，進入惡性循環，生理心理健康均一起衰退。此外，維持適當之社交活動（包括宗教活動），是在當今大家庭結構明顯解構的時代中一大重要指標。良好的社交互動不但提供心理支持，也可能增進生理健康。宗教活動更可能提升靈性健康，為不可避免的死亡疑懼提供解答。

以上針對老年問題之分析顯示此一問題實在刻不容緩，有參考先進國家經驗之必要，因為這些問題已在先進國家發生過，他們處理這些問題之經驗（包括優點及缺點）如能做為台灣之借鏡，一定可以迅速有效地面對及解決這些問題，避免曠日費時，又重蹈他國之覆轍。

二、台灣老年醫學之歷史發展、現況與問題

國內老年醫學研究，從歷史的角度觀察，整體而言並不理想。在有限之研究中，除了 60 年代起曾文賓等在台灣各地區之高血壓、冠狀動脈心臟疾病及腦血管疾病有長達 20 年之系列研究；陳建仁等之癌症及烏腳病系列研究；劉秀枝等在金門多年的認知及失智社區研究；以及近期家庭計畫研究所的全國性老年追蹤調查稍具規模外，其餘多屬小格局、地區性、及橫斷面之研究。紮根性或奠基性質的研究也乏善可陳，老年醫學研究急需之廣泛性基本資料庫的建置也嚴重缺乏，不但規模不足，且斷層頻頻不夠連續。

政策方面，衛生署自 1989 年起才開始推展「中老年病防制計畫」，並逐年規劃國民保健計畫中長期照護業務與長期照護系統。雖然如此，快速之人口老化及社會變遷仍使政策顯得緩不濟急。整個社會老人問

題之層出不窮，如前述老年憂鬱症之研究顯示高達 1/3-1/4 老人有憂鬱症狀，即為明顯之證據，因為憂鬱之危險因子除生理因素外，尚包括心理家庭及社會因素，當憂鬱症普遍時，顯示出的是醫療政策、社會福利、家庭支持等層面的問題。此外，社會福利與醫療健康分屬不同機構管轄，造成事權分散，以致資源浪費或不足，猶待改善。

國家衛生研究院雖然在 1995 年成立老年醫學研究組，但由於人力、經費之限制，至今成效十分有限，因此對當前台灣面臨之老年問題可能無法從學術之角度提供有效之對策。

總之，台灣目前之老年問題無法單從本土之現有研究及制度獲得及時有效之解決，有必要參考先進國家的歷史發展，優劣經驗等，以其在最短時間內作有效之因應。

目的

老年醫學在台灣固然發展不足，然以一位精神科醫師的角度而言，進修時應以老年精神醫學為重點，以期待日後能與其他受過老年醫學相

關訓練的專業人員合作，共創新局。以我的觀察，目前老年精神醫學在台灣的發展有幾個問題：

- (1) 臨床診斷部分：精神科醫師對老年失智症的訓練不夠完整，特別不足的是「如何偵測早期失智症」，這是全球都在努力的目標，因為無論如何會診斷老年失智症，如果病情一旦演進成失智症，都有為時已晚的遺憾，常常大腦已經呈現不可逆的退化狀態，即使用藥有幫忙抑制繼續退化，也難以回復正常。
- (2) 臨床治療部分：由於老年病患常需用到許多藥物，也常對藥物治療無法忍受，或效果不佳，因此是臨床上的一大挑戰。而老年精神病患的治療用藥往往有藥物與藥物的交互作用，精神症狀對照護者的壓力也更大，因此老年精神疾病的治療訓練也就更形重要。此外，老年精神病患有時需用到電痙攣療法，國內在此方面的種種訓練仍嫌不足。
- (3) 老年精神醫學訓練計畫：目前全國只有台北榮民總醫院有老年精神病房，而完整的老年精神醫學訓練計畫（包括失智症）在國內都還沒有，台大醫院作為最重要的教學醫院，實有必要提供此方面的訓練計畫，以培育新一代的醫師。
- (4) 整體老年精神病患的醫療照護系統：從急性住院到社區安置或長期照護，目前國內尚未完整建立，有待吸收他國經驗。目前

在台灣的老年醫療，不論在政府的政策層次或是實際執行的醫療單位都顯得雜亂無章而欠缺整合。由於缺乏實務經驗，衛生政策的制定者，往往以自身的立場想像需求及供給，導致各部門基於本位，無法提供符合需求的務實服務。以常見的"老人失智症"為例，整體的照顧體系一直無法建立。從協助患者的居家治療、日間照顧，至專業的"失智症病房"和最終的"安寧照顧"，不僅醫療與社政無法彼此聯絡合作、連各類服務的提供應隸屬於那一領域都仍無法明確。而欠缺整合的服務體系更使得已開辦的服務無法被有效利用，使得有必要求助的老年人在這零亂的資訊系統中更顯得困惑而無助。

- (5) 基層醫療的醫師對老年精神醫學瞭解不足：老年患者碰到需要精神科醫療的問題時，第一個找的人通常是基層醫療提供者，如：家庭醫師，或一般科開業醫師。但是這些醫師所受的精神醫療訓練通常相當有限。這樣的情形使得對老年人精神醫療的提供更趨於不足，因為不單是老年人本身，連醫師可能都無法認清這些精神症狀。老年人容易將失眠、胃口改變和情緒的起伏變化認為是生理因素引起。這樣的傾向，往往受到醫師的偏差觀點而更誤導，輕易的將這些變化歸因於老化的現象。相對於其他族群及科別，老人精神醫療更需要整合生理、心理、社

會面向以提供診斷及治療。現在的基層醫療形態並無法讓醫師們分配足夠的時間來瞭解及介入老人醫療所需的全面處置。這使得對老年族群所能得到的精神醫療服務不足且流於偏頗。

- (6) 缺乏保險給付的經濟誘因：我們的健保體系已瀕臨危機，各類
- 的議論紛至沓來。對精神醫療而言，過低的給付使得醫療院所及工作人員缺乏合理的動機投入老人醫療服務。整體的老人精神醫療必須包括精神科醫師、護士、心理師、社工師及職能治療師組成團隊的共同合作。然而，如此提高的醫療成本並不能由現行給付制度中得到合理的支持。此外，對老年患者(特別是失智症)照顧者的支持與協助，更被現行的健保制度所排除，使得整合性的服務無法開展。

基於以上考量，我選擇了UCLA作為進修的地方，主要因為UCLA連續10年都是經US News and World Report調查為全美在老年醫學方面排名第一的醫院，其老年精神醫學的訓練中心—Neuropsychiatric Institute (NPI)也有極高的聲望，在失智症、憂鬱症和精神分裂症的訓練方面更是全美有名。

第二章、對美國老年醫學發展之綜合觀察

在旅美期間，陸續對美國整體老年醫學作了一些研究，茲將重點心得先摘要如下。

歐美先進國家從 19 世紀開始即陸續邁入老化國家之列，老人及老化問題也在 19 世紀即開始受到注意，但囿於當時客觀環境及條件並不理想，所以一直難以突破。本世紀初，流行病學研究方法發展出來，到了 40 年代，老人與老化問題之研究漸有改觀，為老年問題提供了具體的因應對策，其中以美國最為突出。

哈佛大學醫學院首先著手研究成年人的發展（Study of Adult Development at Harvard Medical School），以世代縱向（cohort/longitudinal）追蹤研究方法開風氣之先；接著數十個較具規模的老年及老化研究相繼出現，陸續有重要的研究成果問世。較受矚目的有 1947 年到 1972 年的 Lundby 人格研究；1947 年到 1978 年的學生老化研究；1948 年到 1983 年約翰霍浦金斯大學醫學院白種學生的 Precursors Study；1948 年起的 Framingham Heart Study；1951 年到 1956 年的 Kansas City Study；1958 年起的 Baltimore Longitudinal Study on Aging, BLSA)；1960 年到 1975 年的七國研究

(美國、日本、芬蘭、荷蘭、義大利、希臘、及南斯拉夫)；1966年起全美社區老年住民的追蹤調查(National Longitudinal Survey of Old Men)；1967年起之 Nijmegen 疾病登錄研究；1968年到1976年的 Duke II 研究；1969年到1979年之美國社政單位的 Longitudinal Retirement History Study；1971年到1975年的 Saint Louis Study；1971年起的全美健康營養調查；1972年到1983年的美國社區老人資源與服務研究；1976年到1984年以美國及墨西哥人為對象的 San Antonio 研究；1976年起的 Koganei 社區住民研究及美國 11 大州護士健康研究；1980年到1982年的猶他地區喪偶老人研究；以及1984年到1990年美國全國性老化研究 (the Longitudinal Study of aging, LSOA) 等。一些長程的研究如 Duke Study, Framingham Heart Study 及 Baltimore Longitudinal Study on Aging 均有突破性的斐然成果。以上所述，僅是其中大要，其他仍有許多研究有重要發現，這些成果當然不表示美國人特別優秀，而可能是反映了1900年起美國本土之穩定發展，不受戰亂干擾，並廣泛吸納全球人才等時代背景及因素。

全球眾多的老年醫學相關研究中，較受矚目者有 77 個縱向世代追蹤研究，其中以美國居大多數。其研究對象從數百到數萬不等，進行時

間少則數年，多則長達數十年，甚至為一直持續之永久研究設計。研究範圍包括老年醫學領域中的老化的基礎研究、老人與老人病的臨床研究、老年人醫療保健的照護研究、老年人功能與殘障研究、老年人之公共衛生與流行病學研究及老年人之心理社會行為研究。其詳細內容涵蓋老年人口學、體質人類學、老年生物醫學、生物化學、分子生物學、老化基因學、老化與疾病分也的界定、老年病因學、老年營養學、老年藥物濫用、老年精神醫學、老年行為科學、老年復健醫學、老年骨骼肌肉運動醫學、老年醫療保健照護模式、老人之生活及生命品質衡鑑、老年醫療政策等。

此外，美國早在 1962 年即由白宮召集全國性老年醫學討論會，促成政策架構，並於次年由聯邦政府編列預算支應老年醫學的研究發展。1971 年白宮再度召集全國性老年醫學研討會，決定成立國家級老年醫學研究機構。三年後國會正式通過立法，成立國家老化研究所 (National Institute on Aging, NIA)，隸屬在國家衛生研究院 (National Institutes of Health, NIH) 之下，每年的經費預算達 4 億美元以上。在醫療體系方面，美國就有 old-age home、nursing home、day care、community care 及 hospital 等多種機構，收容診治各種不同的老年人口，且保險給付也有其特殊方式，值得研究其經

驗與得失。

總括言之，所謂「他山之石，可以攻錯」，從歷史發展來看，美國之老年醫學無論在研究、行政、醫療各方面，都有其卓越之處，當然也有其嚐試錯誤的寶貴經驗，值得他國借鏡。特別是向台灣這種快速進入已開發狀態的國家，又有人口快速老化的問題，對於他國之過去歷史經驗，實在有必要研究。

以下各章將分項報告與老年精神醫學相關的學習經驗和建議，以期對國內未來老化之問題有所助益。

第三章、 NPI 與老年精神醫學

NPI 成立於 1960 年代，是一個非常有特色的精神醫學重鎮，之所以稱為”Neuropsychiatric”就是因為不設限在精神或神經之次分科，而是結合各個相關領域，包括精神科，神經科，神經外科，藥理，人類學，行為科學等相關領域，讓各領域的專家都在附近工作，而且鼓勵彼此進行跨領域研究，期待能透過群策群力，完整地研究人腦的神經精神現象。其旁還有一個 Brain Research Institute (進行各種 Basic Neuroscience Research) 及 Brain mapping Center (BMC, 主要進行各種 Brain Imaging Study), 彼此合作的計畫很多。BRI 的研究較有名的如對記憶相關的蛋白質研究，腦中風的動物實驗等；BMC 則以 functional MRI 聞名，包括對海馬區在記憶的功能角色、躁鬱症、早期失智症、兒童精神分裂症等的 functional MRI 研究等。此外，PET 的發明者也在 UCLA，目前在 molecular and medical pharmacology 部門擔任主任，因此用 PET 作工具的研究也很多，如老年精神科 Dr. Gary Small 用 PET 作為早期診斷老年失智症的工具，便是其中赫赫有名者。因此 UCLA 被認為是美國西部第一 neuroscience 中心，而 NPI 則是其核心之一。NPI 研究的範圍廣泛，包括 psychoses, addiction,

autism, and developmental disorders, attention deficit disorder, mood disorders, epilepsy, dementia, 及 demyelinating disease 等。

NPI 與 Neuropsychiatric Hospital (NPH) 乃一體之兩面，在同一棟建築中。其中有各種臨床治療計畫，包括 adult psychiatry, child and adolescent psychiatry, 及 geriatric psychiatry。Geriatric psychiatry 是我觀察的主要重點，包括 5 種主要治療計畫與單位，即 geriatric assessment program, acute geriatric psychiatry unit, geriatric day treatment service, UCLA memory clinic, and electroconvulsive therapy (ECT) service。Geriatric assessment program 是門診服務，老年病人由此接受初步評估，以安排進一步治療計畫；Acute geriatric psychiatry unit 是急性住院治療，病人精神狀況不穩定，通常是由外面醫院或照護機構轉介進來，是封閉性病房的治療；geriatric day treatment service 是日間照護服務，以病情穩定，智能不差的病人為主，進行復健治療；UCLA memory clinic 主要治療 dementia and mild cognitive impairment 的病人，是門診服務為主，並進行許多臨床試驗與研究；ECT service 則是針對病情難治的老年精神病患，如難治之憂鬱症，予以電痙攣療法。第

四章起將對各治療計畫之特色加以簡介，尤其是值得我們借鏡的地方
將加以說明。

第四章 UCLA 失智症與行為神經科學計畫

(Dementia and Behavioral Neuroscience Program)

在 NPI 的旁邊有個 Reed Building，屬於 Department of Neurology 的辦公室及研究中心，其中有個 UCLA Dementia and Behavioral Neuroscience Program，該 program 很有名，是 NIA 支助的 Alzheimer's disease center 之一，其 director Dr. Jeffrey Cummings 是美國知名的 behavioral neurologist 與 neuroscientist，他從 behavioral neurology 起家，進一步將臨床服務與研究拓展到 dementia (especially Alzheimer's disease) 的領域，是著名雜誌 NEUROLOGY 的編輯，也是我的指導教授。由於 dementia 是此次進修的重點之一，所以我參與了這個 program 的一切活動與訓練。

UCLA Dementia and Behavioral Neuroscience Program 包括門診，診斷會議，個案討論會，dementia 系列演講，fellow training lecture series，臨床藥物試驗，fellow seminars，個人研究計畫督導，及論文寫作等。訓練十分紮實，從臨床到研究都包含在內。訓練的地點

包括兩個醫院，即 UCLA medical center 與 VA hospital，所以可以看到的病人種類不少。這樣的 fellowship program 在台灣的精神醫學界或神經醫學界目前應該都沒有，但若以 dementia 這個大病而言，實在有成立類似的 training program 的必要，或至少包含在「老年精神醫學」的訓練計畫之中，其優點包括下列幾項：

- (1) 針對未來之需求，訓練學有專精的醫師以便因應。根據研究，若能早期診斷治療 dementia，即使早一年都可以省下大筆經費，因為 dementia 病人的 morbidity 與照護成本高，若能維持好一點，就能少掉許多 comorbidity 及 complication。
- (2) fellow training 可以提高研究的質與量，fellows 的基本研究能力已具備，只要加以指導，通常可以完成素質不錯的論文。
- (3) fellowship 可提高臨床服務的品質，其程度已在總醫師的層次。
- (4) 可提高教學品質，因為 fellowship 的重心在研究，因此對教學任務即易勝任。如果就台大醫院而言，以神經部和精神部專攻此領域的醫師群合作成立類似之 training program，在未來應可考慮。

這種 program 與類似的 neuroscience programs 若有機會成立並彼此交流或合作，則對本世紀的重點研究—brain research，絕對大有助

益。我在該中心主要研究的是 dementia 的前期— 輕度認知障礙症 (mild cognitive impairment) 的臨床表現，以及 Alzheimer's disease 的長期追蹤表現，已有一篇論文投稿中。

第五章 老年精神醫學急性病房

位在 NPH 3F 的老年急性精神病房是一個代表性的病房，每年來自世界各地的訪問者很多。這個病房是全美第一個老年精神病房，由於歷史久，運作方式不斷改良，目前的模式可以做為借鏡。整個治療團對包括精神科及老年醫學醫師（後者處理內科相關問題），護理人員（licensed vocational nurses and certified nurses' aides），社工師，及職能治療師。住院醫師每人負責最多 5 位病人，licensed vocational nurse 負責最多 3 人，certified nurses' aide 每人只負責 1 位病人，主治醫師約 2-3 個月輪調一次，每週團隊督導 3 次，並隨時與住院醫師討論病人情況，可說是人力、時間十分密集的照護方式，因此住院的時間短，平均住院天數在 7 天左右。住院病人主要是重鬱症，譫妄，失智症伴有行為問題（如攻擊、激動等）及精神病症狀等。由於病情有時難以用藥物治療，故用電療治療者也常見。

UCLA 的老年精神病房與國內的病房運作方式最大差別有幾點：

- 一、 法律文件的簽署很多，包括住院說明，醫療權力代理行使權，法律全力代理行使權，放棄急救同意書等。這是因為有些病人因嚴重

腦功能異常而抗拒治療，或因失能無法行使合理判斷，這是年邁體衰的老年人可能發生的棘手情況，故常需有法律或醫療代理人，以維護病人的最佳權益。而醫師也須為一些相關法律事誼到法院出庭說明。

二、 治療團隊人員與病人的比例極高，照顧的品質當然也好，不過醫療費用也很高。

三、 有固定的老年醫學醫師參與治療，提供完整機制協助處理老年人複雜的病情。

四、 住院天數的縮短，社工師常在病人一住院就開始準備病人出院事宜。

這些特點可以做為台灣的參考，因為未來的人口老化，病人權益意識上漲，保險制度更改，都有可能使台灣漸漸趨向美國化，類似的問題也可能產生。當然，風俗民情的不同，也可能造成治療模式的差異。國內在法律文件的設計上沒有先進國家周密，沒有老年醫學的專科訓練中心，專門的老年精神病房，可說是軟硬設施都未完全具備，亟需提早因應準備，否則老年病人將很不幸。舉例來說，沒有老年醫學的次專科醫師，雖然目前仍可暫時藉著照會不同科別的方式來進行醫療，但臨床上常出現多頭馬車沒有整合的現象，心臟科開心臟的藥，胸腔科開胸腔科的藥，骨科也開骨科的藥，結果藥物一大堆，可能產

生不良作用，反而不利於病情恢復。

第六章 老年精神醫學日間照護中心

為了協助一些病情不嚴重，但功能未必恢復的患者，NPH有一個日間照護中心及計畫，其目的主要有二：

一、 透過專業人員的專業協助，促使輕症老年患者恢復功能，生活正常化。

二、 藉由支持團體之形成，使病患彼此互相幫忙，共同成長。

其計畫目前主要收治的對象是憂鬱症，焦慮症等精神官能症患者，少數功能較佳的精神分裂症患者也可以參加。

日間照護中心的精神主要有四：

1. 重整及瞭解自身角色功能
2. 有目的的生活安排
3. 有意義的回歸社區生活
4. 發展人際支持團以協助生活之種種困難。

日間照護中心的目標也有四：

1. 評估精神問題並提供治療

2. 評估個案的能力，功能及問題
3. 協助個案從醫院過渡到社區
4. 提供社區中精神狀態不穩定的老人支持與協助，以避免長期住院。

其活動內容包括各種團體，即健康衛教團體、目標設定團、情感團體、認知團體、休閒團體、生活規劃團體等。通常一個星期 2 到 3 天，病人自備中餐，大家可以藉中餐時間談天說笑，彼此傾吐心聲，互相支持，有時工作人員也會一起進餐，甚至藉機會辦理慶生、結婚紀念等活動，有時雖沒有任何名目，也有人會自動攜帶蛋糕或糕點來與大家分享，可以說是相見愉快，增進情誼，對寂寞的老人實在有其正面效果。令人印象深刻的是，主持此計畫的主要人物是一位資深護士，她的帶領方式十分溫暖，除了口語表達清楚，說話幽默外，見面時她常與患者親切擁抱，關心的問候，因此整個團體的凝聚感很不錯。

1933 年該中心曾在 *America Journal of Psychiatry* 發表一篇有關日間照護成果的研究論文。主要結論發現，典型的並人是 70 歲左右的白人寡婦，罹患憂鬱症，57% 在前 3 個月會有改善。預後較佳的相對因素為：一開始的功能較佳及社會支持較佳者，及治療中壓力事件

較少者。可見老年日間照護中心雖然它並不能對所有的病人都有用，
但確有其一定的功能與效果。

第七章 以電痙攣療法治療難治之老年精神病患

電痙攣法早在 1934 年即已開始使用，其歷史悠久，效果很好，但因有記憶障礙的副作用，及曾被政治力介入不當使用於政治犯身上，因此在一般大眾的印象中並不好。由於老年人的種種複雜狀況及殘餘功能不足，部分老人無法忍受一般常規藥物治療，或對藥物治療的反應不佳，因此電痙攣法迄今仍在老年精神疾病治療上有一席之地。國際老年精神醫學會前會長 Edmond Chiu, 在他的老年精神病房中，使用電痙攣法的比率高達 65%。UCLA 的老年精神醫學治療計畫中特別獨立出電痙攣法一項，原因也類似。

UCLA NPH 規定住院醫師都需接受電痙攣法的訓練，包括每週半天參與實際治療至少 20 次；親自接受其他部門的電痙攣法照會至少 5 個人次；至少從開始到出現追蹤 5 個個案的完整治療過程，並在定期電痙攣法討論會中報告。學習的內容全都呈現在一本 UCLA ECT training 的住院醫師手冊中，厚達百頁，包括常規治療，緊急情況處置，相關法律條文及文件等，十分完備。治療團對包括麻醉科，精神科醫師及護士。根據我在 UCLA 的觀察，其安全性很高，過程中血

壓心跳的變動雖然很常見，但在有經驗的麻醉科醫師手中總能迅速處理，沒有困難，而治療的效果往往很不錯。台灣目前尚無類似的訓練手冊，而且此項治療在老年精神疾病患者的使用訓練也不足。加上幾個相關因素，此項有效的治療相對地使用不足。這幾項因素包括：

1. 老年人的內科狀況多，電痙攣法需配合麻醉藥之使用，過程中有一定的風險。
2. 麻醉師的參與也使治療成本提高，很多醫院因此避免此項治療。
3. 治療中血壓心跳的變動使一般精神科醫師擔心，因此無法單獨進行。

我認為這樣有效的治療模式應該建立常規訓練計畫，以培訓未來的醫師有更多能力去造福老年精神病人。這種訓練在一般療養院不易進行，有賴綜合醫院，特別是醫學中心，來承擔此任務。

第八章 老年精神病患之照護體系及長期照護系統

精神疾病的照護體系中，光是急性住院和日間照護等是絕對不夠的，長期照護機構扮演的角色可能還更重要。尤其在美國這種社會文化，老年人通常不會與子女同住，一旦生病會仰賴醫療系統及長期照護系統，否則下場就會很淒慘。整體而言，美國的健康照護服務系統包括急性住院，急診，日間照護，居家照護，護理之家，社區心理衛生中心，社區老人中心，其他教育性與志願性組織，及個案管理等。以下逐項說明。

老年精神病患中，病情佳者經治療後可在社區生活，便可參加社區心理衛生中心，老人中心，或志願性組織的活動，來充實老年生活；情況稍差者，可參加日間照護或經由居家照護而維持正常生活；當病情嚴重無法獨立照顧個人衛生時，便需注入護理之家。日間照護已在前面說明過，主要是針對家人無法在白天給予病人支持協助者（如，必須上班，家中沒有人可照顧病人），而居家照護則由訪視護士提供某些家中主要照顧者技術上的協助，以幫助妥善照料病人，比如，指導如何換鼻胃管，打皮下胰導素，或如何調整戶內環境以幫助失智症

老人的情緒控制等。研究顯示，居家照護的成本比護理之家低，也確能迎合一般社會大眾的需求，可有效延長老人住在家中的時間。

美國的社區心理衛生中心比較沒有太大成效，多數都是針對一般社會大眾，而非為老人設計。相對地，許多社區心理衛生中心的專業心理師在面對老人精神疾病患者時，對其複雜的狀況與需求感到無能為力。當然也和經費有關，如果充裕的話，社區的心理衛生服務也可產生良好成效，比如麻塞諸塞週的整合方案就相當的成功，有效地減少病人在住院的比例。

教育性與志願性組織在加州十分蓬勃發展，幫助老人志工利用不同方式來服務自己的社區。聯邦政府及州政府多少都對這些組織給予資助，提供方案的專業人員一些薪資，並提供志工若干交通補助費。許多學校及醫院也組織老人志工團體來提供各項服務，從兒童補習到團體諮商都有。地方學校或大學經常為老人設計一些教育課程，讓老人能繼續學習成長，最顯著的例子是老人大學，課程有長有短，但都是針對老人設計，退休老人可以從參與不同課程中成長，並結交朋友。許多宗教機構也提供類似方案，甚至範圍更大，包括旅遊，禮拜等活動。許多研究顯示，個人的宗教信仰與生活適應，生心理健康，生活

滿意度，以情緒好壞有正相關。尤其是老年人，隨著年齡增長，心智成熟，會愈重視生命意義的追求，因此宗教信仰也更行重要。

由於老年精神病患的問體複雜，個案管理愈來愈受到重視。通常個案管理原是社工人員，他們會協助個案進行各種轉介服務，並定時追蹤諮詢，瞭解個案檔案情況，給予最佳建議，以免老年個案在各種複雜情況中無所適從。研究發現，失智症及生理功能差的老人，個案管理特別重要。其他研究顯示，接受個案管理的老人感到自己擁有較大的控制權，滿意度較高。

由於加州人口眾多，老年人口也很多。光是洛杉磯都市就有 950,000 位 65 歲以上老人 (500,000 是 75 歲以上)，因此老年精神病患的人數也很多 (光是阿滋海默症可能就有 95,000 人)。神智清楚但需要某種照顧的老人可能會選擇”assisted living hotels”，價格從每月 750 到 3000 美金都有，視房間大小，地點而定。如果病情嚴重，需要全日護理之家照顧的，則價格更貴，從每日 84 到 120 美元，是房間條件及照顧的需求而定。這些昂貴的費用可能會耗盡個人一生的積蓄，因此是美國老人很擔心的問題。美加的護理之家乃是為殘障人士提供的庇護性環境，服務的對象包括老人 (但非侷限在老人)，它有一套

專業的醫療督導制度，聘僱專業的照護員工及護理人員。不但提供吃，住，也提供復健方案，醫療，娛樂，以及專業社工人員和心理師的諮商服務。每位住戶都有個個別照護計畫，而且所有的醫療服務及用藥都在專業護理人員的監控下進行。儘管如此，大多數的人仍對護理之家存有刻板印象，有人認為它是「收容垂死老人的大倉庫」「僵化不人道的」「臭氣沖天的」。新一代的護理系畢業生都希望找到較具挑戰性的工作（如新生兒加護病房），而較不願從事無聊的長期照護工作。

美國有超過 16,000 所護理之家，其中由政府經營的比例不到 5%，20% 是由非營利機構經營，而 75% 是由營利性機構經營的，約有 82% 的護理之家可接受政府的相關補助。研究發現，年齡愈大，住進護理之家的機會愈多：在 65 到 74 歲的人口群中，住進護理之家的比例為 17%；75 到 84 歲為 36%；85 到 94 歲則上升到 60%。一般認為，這一代老年人住進護理之家的比例為 43%，女性比男性高（約為 52%：33%）；其中約 55% 曾停留一年以上，21% 曾停留超過 5 年。加州大學洛杉磯分校的教授 Mary Ann Lewis 曾對 24 所護理之家 197 位老人進行追蹤研究，發現他們的流動率相當高，經常在護理之家，醫院和自己住所間進進出出。2 年的追蹤結果發現，9% 老人離開護理之家

並且未再接受機構式照護；37%老人死於護理之家；54%經常在護理之家和醫院間來往。2年研究結束，約有15%的老人仍住在護理之家，15%的老人已經搬回家裡，70%的老人死亡（其中28%死於住院的一個月內，60%死於一年以內）。其他的研究也有類似發現，住入護理之家的半年死亡率約25%，一年死亡率約50%。

就營運而言，護理之家希望多收自費病人，因為比醫療補助的金額還多。就某個程度而言，自費病患的費用是用來貼補公費病患的醫療費用。但一項9年的追蹤研究顯示，21%的病患會把積蓄用光，只好靠醫療補助來支付照護費用。相對的，護理之家員工的流動率也很高，特別在都會區更嚴重。大部分的護理之家都聘用合格的照護人員（而非專業護理師）來照護病人因為專業護理師常不願擔任此項瑣碎，繁重，需處理穢物的工作。有些家屬常抱怨護理之家尿味重，但沒尿味的並不一定就好，因為他們可能把尿失禁老人都插上尿管。

總之，大多數的服務方案都對老年精神病人維持獨立生活有幫助，但是資金的缺乏是主要的問題。每個人將來都會變成老人，良好的老人健康促進與醫療照護體系是很重要的，包括政策面（如社會安全法案，從年輕就存老年保險金），社福面及醫療面都要環環相扣，以形

成完整的健康促進及照護網。換言之，健康促進（如社區心理衛生，
教育組織等）和醫療照護都很重要，初級預防

第九章 輕度認知障礙症的研究

我在 UCLA 的研究主題是「輕度認知障礙的神經症狀」。完成論文一篇，並受邀和我的指導教授合寫了兩本書中的兩章，分別是「輕度認知障礙的不同定義及症狀」，「神經精神量表 (Neuropsychiatric Inventory) 再重度失智症的使用」。

我主要利用在 UCLA 阿滋海默症研究中心追蹤的輕度認知障礙症患者 28 人，利用神經精神量表測量其症狀，並和 124 位輕度阿滋海默症病患，50 為正常老人進行對照比較，結果發現，由輕度認知障礙症進展到阿滋海默症，的確有一些脈絡可循；輕度認知障礙症常有明顯情緒症狀（包括憂鬱，焦慮，易怒）和冷漠，到了輕度阿滋海默症時則妄想明顯增多。但輕度認知障礙症會因定義和個案來源的不同而有神經精神症狀表現的差異，比如，社區的個案之嚴重度就比臨床的個案輕；同樣是臨床個案中，CIND (cognitive impaired not demented) 又比 isolated memory impairment (as defined by Petersen's criteria) 輕。

離開前一個月，我嘗試研究阿滋海默症病人神經精神症狀的長期追蹤演變，目的有二：(1) 瞭解神經精神症狀的長期變化形式。(以往的研究幾乎都是橫斷面研究為主)(2) 比較長期有某種症狀(如妄想)的病人與沒有的神經生物學的差異，這部分目前仍在資料分析階段。

第十章 心得與建議

出國增加見聞與經驗，確實有不少收穫與心得。美國是全世界最富裕的國家，老年人受到的照護算是很好，但相對的也花了國家龐大的預算，由於醫療及照護費用的節節升高，目前即使是美國也面臨了及困難的老年健康照護問題，由於老年精神病患又伴有精神及行為問題，在照護上更為不易。針對國內現況，對未來如何提升老年精神醫療品質，有五點建議：

1. 國內的老年健康照護體系不完整，保險給付也不太合理，因此，老年精神病患可能遊走各科，徒然浪費資源，而正常的管道並未受到重視與鼓勵，因此未能完整建立及發揮應有之功能。以失智症而言，不給付合理的門診及社區社工師諮詢或護理照護費用，導致病患及家屬不知何去何從，最後病情惡化，家屬也負荷過重而崩潰，屆時造成的損失可能是前述諮詢照護費用的數十倍。就整個健保系統而言，反而是得不償失。建議政府能整合醫療系統，推動以老年醫學專科，家醫科或內科醫師為主的老年病患就醫系統，由這些第一線的醫師轉介病人到相關次專科，如精神科，再進行次專科的診治及安置。

2. 就老年精神醫療照護系統而言，建議政府能整合成一暢通網路，且讓資訊透明，使醫院、長期照護機構、居家護理、及社區中心能互相聯繫，彼此合作，打造老年人安心的醫療環境及支持系統。
3. 台大醫院做為全國醫界的領導者，應可考慮建立全國第一個「老年醫學訓練計畫」，其定位為次專科訓練，也就是 fellowship 的一種。目前台灣老年醫學會已經開始老年醫學專科之考試，未來兩者結合，才能真正提高國內的老年醫療照護水準。
4. 由於老年精神病患（包括失智症，憂鬱症等）在醫療照護上比一般老人更為困難，建議仿效先進國家建立「老年精神醫學訓練計畫」做為神經科及精神科 fellowship 之一種，可以由精神科及神經科有經驗的教師合作來建立訓練計畫。這些 fellows 在訓練後可到全國各地做為台灣第一波老年精神醫學的種子醫師，協助提升各地的老年精神醫療照護水準。
5. 提供部分病床專供老年精神病患急性住院使用，未來照護這些病患將採精神科與老年醫學（專科）醫師，專業護理師，及社工師合作照護模式，此模式也將作為「老年精神醫學訓練計畫」的重要內容之一，包括了急性治療、居家護理、到長期照護等步驟。