

出國報告（出國類別：進修）

英國諾丁罕大學教學醫院
老年醫學部進修心得

服務機關：高齡醫學中心

姓名職稱：聘用住院醫師 葉國平

派赴國家：英國

出國期間：2013.6.8-2013.6.30

報告日期：2013.7.1

摘要

根據世界衛生組織的定義，我國從民國82年65歲以上的老年人口比率超過7%，而進入高齡化社會，時至2012年內政部戶籍人口統計資料顯示，全國65歲以上高齡人口數已佔總人口比率11.15%，預計在2020年以前，我們的老年人口比率將會超過14%而成爲高齡社會，我國社會結構以比世界其他先進國家都要快的速度老化，這對我們的國家運作影響甚鉅，並且行政院於2011年也修正「人口政策白皮書」中有關高齡化的對策，來因應我們人口快速老化的情況。台北榮總高齡醫學中心自成立以來致力於老年健康照護之研究與發展，期望提升我國老年民眾健康水平及照護品質。

老年人的健康服務是由許多與慢性疾病有關的長期問題所組成，然而現行國內的醫療照護卻往往著重於個別急性事件的組合。而實際上的老年健康照護必須規劃一個系統化的中長期照護體系，並鼓勵臨床醫師認識每位病患的預期病程並考量病患餘命及功能，而非以個別器官系統作爲治療中心。

本進修計畫以英國諾丁罕大學教學醫院老年醫學科爲主要進修機構，進修內容以社區老年醫學及整合式老年人照護服務體系爲主。

關鍵字: 老年醫學、社區老年醫學、急性醫療、中期照護、長期照護

一. 目的:

根據世界衛生組織的定義，我國從民國82年65歲以上的老年人口比率超過7%，而進入高齡化社會，時至2012年內政部戶籍人口統計資料顯示，全國65歲以上高齡人口數已佔總人口比率11.15%，預計在2020年以前，我們的老年人口比率將會超過14%而成為高齡社會，我國社會結構以比世界其他先進國家都要快的速度老化，這對我們的國家運作影響甚鉅，並且行政院於2011年也修正「人口政策白皮書」中有關高齡化的對策，來因應我們人口快速老化的情況。而台北榮總高齡醫學中心自成立以來，就致力於老年健康照護之研究與發展，期望提升我國老年民眾健康水平及照護品質。

我們的全民健保和英國之「國家健康服務」（National Health Service, NHS）對於醫療費用給付方式，原則上都是政府會負責給付，縱使兩國的制度運作方式不同，但兩個組織努力的目標其實是一致的。況且英國在NHS 成立之初便已將老年人口列入主要的照護對象，迄今已超過一甲子，可說是現代老年醫學的濫觴之地，有許多經驗可供我們借鏡。且英國老年人口的照護除了醫療之外，更結合了衛政與社福資源（Social Health Care）共同推動社區化及在地化的老年人中長期照護。對照我國老年醫學發展背景，英國的發展經驗具有相當重要的意義

本進修計畫的目的主要在於學習英國六十餘年的老年醫學發展經驗，及

整合式老人照護模式，結合急性綜合醫院，復健型社區醫院，護理之家等社區照護資源，探討整合式老人照護模式的效益。

二. 過程



(圖一) Queen' s Medical Center 大門口；可以看到右側旗幟的醫療人員有跨種族的醫療團隊，反應著英國多元族群的文化。

這次去英國進修的主要醫院為隸屬於Nottingham university hospital系統裡，兩個主要的教學醫院:Queen' s Medical Center (QMC)和Nottingham City Hospital。這兩家醫院的規模都是有將近1500個急性病床，然而兩家醫院相同專科的部門，其鑽研的領域不盡相同，有著互補的功效。我在諾丁罕進修時主要的指導醫師是Dr. Gordon，他是Department of Older People, Queen' s Medical Center的主治醫師，也是諾丁罕大學醫學院的副教授，他的專長是社區老年醫學(Community Geriatrician)，其主要工作內容包含兩大類:1.中期照護(Intermediate Care)、2.經基層醫師轉介的居家診療，除了社區老年醫學的學習之外，Dr.Gordon也安排了老年骨科照護、失智及瞻望照護、急性老年醫學病房、老人選擇性手術的術前評估特別門診、還有基層診所轉診的急診醫療等，除了在醫院裡面學習英國的老年醫學，Dr.Gordon建議我去參加了一場全國性的老年醫學研習會，另外

我也去拜訪了在劍橋大學教學醫院Addenbrook's Hospital的Dr.Forsyth。



圖二 老年骨科病房護理站及跨團隊會議

因為老年人並不能都只當作成年人的疾病控制標準來治療，加上許多專科的病人結構中，老年人的比率特別的高，所以英國老年醫學科醫師都會加入其醫療團隊，提升對老年人的醫療品質、減少併發症及減短住院時程，其中骨科及老年醫學科醫師的合作是最有規模且行之有年的，老年骨科醫師是老年醫學科醫師，負責評估老年人的術前、術後評估，並且在骨科醫師完成手術後，老年骨科醫師會與住院醫師、護理師、物理治療師及職能治療師一同照顧病人，並且與上述專業人員定期開跨團隊會議，各專業人員都會以他們的專業看法來評估病人的治療進度，並且討論病患之後出院準備的情況(如圖二，著灰色襯衫者為我的指導醫師Dr.Weerasuriya)，對於接受手術的老年病患在醫院出院後，都會有需要被安排至中期照護，去接受適當的復健，以期待可以恢復生活功能。



(圖三)失智/譫妄病房的醫療團隊

QMC的失智/譫妄病房在Prof. Harwood(圖三，左邊第三位)組織帶領下，是英國一個很有名的示範病房，雖然英國的住院病人主要是住院醫師及其他專業人員照顧，主治醫師基本上只有一個禮拜查2-3次病房，Prof.Harwood在每次查房前，依然會先舉行跨團隊會議(包括住院醫師、物理治療師、職能治療師、精神科護理師、護理師及專案護理師)，討論病人治療進度及出院準備，專案護理師在統整各專業人員意見之後，會幫病患安排出院的後續安置及持續治療復建問題。Prof. Harwood也非常熱心地將他們對於研究照顧失智/譫妄病人的文獻，電子郵件寄給我研讀，幫助我了解他們的照顧失智患者的方式，在病房佈置方面他們也是十分用心，在每一個病床旁邊都會有一個記憶箱(圖四)，裡面可以放一些患者熟悉的物件，如照片、信等，這可以幫助穩定失智患者的情緒，另外在病房的許多明顯處都有掛時間白板(圖五)，這可以幫助失智患者維持定向感，藉此也會大大減少失智患者發生譫妄的危險因子。



(圖四)記憶箱



(圖五)時間白板

老年人在住院過程幾乎都可能因為生病虛弱的臥床，造成一定程度的肌肉萎縮及功能退化，所以在英國老年人在急性病房完成階段性治療後，往往都會被安排接下來的中期照護，而中期照護又可以分成三大部分，第一：、社區醫院(圖六):他們仍然是屬於NHS的支付系統中，裡面的患者通常都是從急性醫院完成階段性治療，在醫療團隊評估情況較穩定後，轉院至社區醫院完成疾病治療且合併接受復健療程(圖七)，而當長者完成治療後，醫療團隊會依照他們的情況，安排去安養中心或居家照護做後續的物理/職能治療；第二、安養中心(圖八):對於急性症狀治



(圖六) 社區醫院 Lings Bar Hospital (屬中期照護的一環節)



(圖七) Lings Bar Hospital中期照護病房護理站(左)及病人用餐區(右)

療完成的長者，若仍有功能退化的問題，如果暫時無法在家妥善照顧，國家醫療保險會給付安養中心的費用，讓長者先入住中心，而社區物理治療師團隊會去指導長者復健，以期待長者將來可以回到自宅生活，或評估長者恢復情況，做未來安置的建議。在安養中心，照護員每餐都會鼓勵住民到用餐區用餐，平時也安排住民在交誼廳做活動，增加住民的交流及生活功能維持，並且內部裝潢也盡可能明亮寬敞，讓住民有溫馨的感受；第三、居家照顧:如果患者急性症狀已完成治療，且在家裡的照顧資源完善，長者也可以先回家中休養，而社區物理治療師團隊則會



(圖八)私立安養中心及其交誼廳

直接到家裡幫助病患。社區老年醫學科醫師每個月也會和社區復健團隊開跨團隊會議(圖九)，而社區復健團隊基本上是由資深護理師領導包含護理師、物理治療師及職能治療師的團隊，幫助中期照護系統中的長者恢復生活功能，而主要工作範圍是安養中心和居家照護的長者，而這些仍是屬於國家醫療保險給付的範疇內。



(圖九) Dr. Gordon(左最後者)是我這次進修主要指導醫師，Jane(右最後者)是這個社區復健團隊的負責人，物理及職能治療師穿著白色制服，差別在領口邊的顏色，穿藍色制服者為護理師。

英國的轉診制度落實完善，其中可以分為緊急和非緊急的情況，如果基層主要照護醫師認為他的病人需要緊急進一步檢查治療，就會安排當天轉診至後送醫院，而專門接受基層醫師轉診的部門(Ambulatory Care Unit)有別於醫院的急診(Accident & Emergency)，這個部門會有一位內科主治醫師、兩位住院醫師及護理師(圖十)，而事實上有時也會接受急診的轉診，這個部門的目的是要仔細評估觀察被轉診的病人，分辨可能緊急需要住院的病人，藉此減低住院的比例，以達到有效利用醫療資源、節省醫療成本。



(圖十) Ambulatory Care Unit主要是評估內科疾病

英國許多醫療照護制度的建立，都是源起於節省整個醫療支出的宗旨，而且在英國住院費用相當昂貴，所以可以有效地讓患者縮短住院時間，就能讓醫療成本大大地降低，所以近幾年來英國老年醫學科學會在多篇研究證明下，建議如果老年人在接受選擇性手術前，可以先去跨團隊門診作整合性術前評估(Systemic Care for Older People in Elective Surgery，簡稱SCOPE)，結果證明減少長者術後併發症的機率、縮短住院日期、及加快長者術後恢復生活功能等，這個計畫在骨科手術病人上更為顯著，而Dr.Gordon也在今年開始執行老人接受選擇性心臟手術的術前跨團隊照護，期許也有顯著的成果，將來可以推廣到全英國。而這樣的術前跨團隊成員主要仍是老年醫學科醫師、物理治療師、職能治療師、社工及護理師(圖十一)

(圖十一) Dr. Moris(左一)是在 Cardiac SCOPES 中負責指導我的老年醫學科醫師





在諾丁罕大學附屬醫院進修期間，剛好在鄰郡的Leicester大學有舉辦全國性的老年醫學研討會(圖十二)，Dr.Gordon極力地推薦我去參加這個研討會，而在這次研討會聽了許多實用的議題，包括跌倒評估、失智/譫妄的照顧及尿失禁等，不僅有學術上的收穫，也遇見了許多從英國各地前來參加會議的老年醫學科醫師，在彼此互相交流下，也了解不少英國其他地方的老年醫學情形，更幸運的是還遇到了，過去曾經來本院指導我們老年醫學的Dr.Lo。

雖然大部分的時間都是在諾丁罕大學附屬醫院活動，我仍有安排去劍橋大學附屬醫院Addenbrook's Hospital拜訪Dr.Forsyth，過去已經有許多先進前去劍橋隨Dr.Forsyth學習，而我這次因受限於時間安排，Dr.Forsyth非常緊湊地帶領我了解他們老年醫學病房運作的情況，及讓我參加了他們的部務會議，在部務會議中，讓我印象深刻的是它們的死亡討論會(Mortality Meeting)，Dr.Forsyth要求報告的醫師整理的內容，除了病患住院過程、死亡原因外，也必須檢討住院期間照顧流程、病歷完成度等，是否都有符合英國國家健康醫療保險(NHS)的要求。

三. 心得

因為這次英國進修過程，除了收穫良多外，期間遇到了許多過去曾經來本院授課的老師，因為它們在來台期間，都有非常美好的回憶，所以我在英國進修期間，這些老師們都非常地照顧我，很感謝他們的熱心協助及招待。其實更感謝醫院的支持及主任、學長姐們過去的努力，我才有機會去英國學習老年醫學的經驗，而且那邊的老師們也像是回饋過去前輩們給他們的好印象，盡心盡力地想要幫我提高學習成果，真的讓我獲益良多。而對於這次學習的感想是覺得英國不愧為老年醫學發源地，整體性及一貫性的照護模式已很成熟，然而台灣的急性醫療照護水準其實並不遜色，甚至在資訊系統的應用上有過之而無不及；而我這次對”社區老年醫學”特別有興趣，社區老年醫學醫師服務的對象有兩大類:1.急性病房出院的老人、2.基層醫療轉介的居家老人。對於從急性病房出院的長者，醫院的醫療團隊會先為他們規劃中期照護，出院準備服務，之後長者可能會到社區醫院、安養中心或在家接受後續治療與復健，這是包含社區老年醫學科醫師的社區醫療團隊負責，讓長者像是進行一個醫療旅行一般，希望長者在逐步降階的醫療團隊服務中，可以有效地將生活功能及身體機能恢復至醫療團隊設定的目標，最終目的是希望可以讓長者回到自理日常生活的狀態，這不僅可以降低長者再住院率，進而減低醫療耗費，也可以藉長者生活功能進步，保留社會要另外

照護他們的資源。

另外因為老年醫學在英國屬於第二線醫療，所以社區老年醫學醫師會去居家訪視基層醫療轉介的病人，而這些被訪視的老人可能有一些特質，第一、可能行動不方便，不容易就醫；第二、個人不喜歡去看醫生，所以縱使身體不適，也鮮少就醫；第三、對於生病的長者的治療方針，基層醫療團隊已經遇到瓶頸。如果社區老年醫學科醫師可以在這些長者病情惡化前，先給予適當的診斷及積極的治療建議，期望這樣可以降低長者住院的機率，也可以降低生活功能退化的風險，也是節省醫療資源及社會成本的好方法。

四.建議事項:

雖然現今資訊發達，讓許多醫療新知都容易擷取，但有時知識是生硬的，若有機會和許多專家學者互相切磋討論，就更有機會將知識活用。並且出國進修可以更進一步了解各國制度面/執行面上值得學習之處，在與國外專家討論的過程中，也可對未來臨床服務及研究方向注入新的想法，應鼓勵醫護人員提升英文能力，並持續提供出國進修的機會，以拓展醫療人員的專業視野和提升我國老年醫學照護的研究發展及照護品質。