



臺灣漸漸邁入高齡化的社會，老年人口比例逐年直線上升，自民國82年的7%，增加為95年的10%，預計民國106年時將達到14%，老年醫療的需求日益殷切；而老年人又普遍罹患多種的慢性疾病或是身心功能受限與缺損，問題不僅較為複雜，也需要整合性的長期照顧，這些都不是一般內科或家醫科能充分涵蓋到的。源於以上種種老年人對醫療與社會資源的特殊需求，老年醫學也就應運而生。

老年醫學的服務對象是老年人，一般常會以年齡來劃分，65歲以上的成年人稱為老人，但這樣的劃分標準其實並沒有生理上的依據，醫療照護上的需求才是考量重點。因為每個人老化的速度不同，個體間有著極大的差異性，同齡的老年人身體狀況可能大不相同，有人生龍活虎爬山打球樣樣來，有人卻長年臥病在床，照護方式是無法標準化一體適用的，必須針對個別情況來考量。其次，老年人生理的恆定能力較差，身體遭遇外來些許風吹草動很容易就被打倒，一個普通的感冒年輕人只要幾天就可以痊癒，但老年人可能嚴重到轉變為肺炎。詹老師特別要傳達的一個觀念是：人老了不一定就會生病，疾病並不是正常老化的一部份，只是老年人疾病的感受性會增加，比較容易生病。

◎老年醫學的特色

一、全人醫療 (Holistic Approach)

老年醫學全面兼顧了老年人生理、心理及社會層面上的需求，而不是只專注於疾病的治療。在這個概念下，功能狀態是老年醫學最主要的核心，功能狀態的好壞決定了老年人是否可以獨立自主地生活，基本的日常生活功能如吃飯、洗澡、穿衣、如廁；工具性的生活功能如打掃、煮飯、洗衣，如何讓這些功能狀態保持良好，首要工作當然是把疾病先治療好，但醫療其實只佔了其中的一小部份，還可以從外在環境上去改善，例如針對有行走功能障礙的老年人，可以利用一些輔具，像是助行器、輪椅或打造無障礙設施等方法去幫助他們。除此之外，認知的功能也很重要，但認知功能的缺損有時是不外顯的，例如失智症的老人外表看起來功能正常，可以如常吃飯行走，但卻記不得回家的路，仍然算是無法自理生活的。其餘像是經濟能力、社會支持的程度、親人關心探訪的頻率、獨居老人還有情感上的問題，這些都跟老年人是否可以獨立自主地生活息息相關。所以老年醫學除了治療疾病維持健康之外，還必須觀照老年人生命、生活和生計各方面的完整配套，可稱是身心靈全方位的全人照顧。

二、全程照護 (Continuity of Care)

其次談到另一個概念是照顧的地方在哪裡？一般年輕人生病就醫後，隨即可以返家，但老年人就比較複雜，就醫後可能無法立即返家，還需要進行復健；或者即使可以返家，但因為生活功能已經喪失或受損，仍然需要他人居家照顧，嚴重時甚至必須接受機構型的照護，最終勢也需要緩和醫療。所以老年醫學照顧的概念是一條線，從起點的預防到終點的死亡，涵蓋過程中的每個點。也就是以家為中心點，不僅注意到前期的預防保健、門診追蹤，一旦老年人需要緊急就醫，除了提供急性醫院治療，以及後續可能需要的亞急性復健照護之外，其他如機構式長期照護、居家與社區長期照護、甚至臨終的緩和醫療與安寧照護，都包括在內，所以老年醫學從頭到尾全程參與了老年人的照護過程。

三、整合專業性團隊合作 (Inter-disciplinary Team Work)

傳統的醫療行為只侷限在醫護人員，然而老年人的問題較為複雜，涵蓋層面也較為廣泛，一

般內科、家醫科、復健或護理部門因為醫療專業分工的緣故，都只能各自照顧到單一的點，只做片段式的治療，因此需要組成一個跨領域的老年醫學團隊來統籌協調各個部門，共同討論並整合意見以給予病患完整的照顧。團隊的成員大致包括了老年醫學專科醫師、精神科醫師、神經科醫師、復健科醫師，物理及職能治療師、營養師、藥師、護理人員、社工人員等等，未來臺灣甚至可能會發展出個案管理師。在這個團隊中，病患及其家屬也是重要的中心成員，因為醫療團隊的所有治療計畫，都必須先和病患及其家屬充分溝通考調，為其接受之後方能付諸執行。

四、強調生命延長與生活品質的平衡

詹老師表示，人都難免一死，老人醫學碰觸死亡議題的機會，又較一般內科或家醫科為多，到了生命的某個階段，或許值得思考一下，生命的延長與生活的品質，二者究竟孰重？該如何在中間找到一個平衡點？其實答案無關對錯，端看個人的取捨，病人的選擇永遠是最重要的，身為醫生應予以尊重。老年醫學照顧重點在於功能的提昇，但絕對不只是單純地延長壽命，也希望兼顧老年人存活期間的生活品質。

◎老年醫學發展現況

一、英、美兩國的發展

老年醫學的存在已有不算短的歷史，早在1930年英國就開始了，當時的想法也是因為老人的問題比較複雜，所以就以團隊合作的方式來進行醫療，到40、50年代成立了老年醫學會。英國是老年醫學發展較成熟的國家，在英國老年醫學是一門獨立的專科，在臺灣則是屬於內科或家醫科的次專科。英國的做法是讓有意朝老年醫學發展的人，從住院醫師第一年開始就接受五年的完整訓練。有些醫院甚至規定70歲以上的住院老人須先由老年醫學的專科醫師測定複雜度，據以決定後續處理流程，諸如此類強制性的規定造就老年醫學在英國蓬勃發展。美國的老年醫學會約在1970年代成立，但老年醫學發展至今仍有其限制，主要是因為老年人的病症大部份是多重性的複雜問題，可能需要三倍於一般成人的時間診斷，但卻無法獲得等比例的利潤回饋，受限於自由市場價量法則，老年醫學發展的腳步自然也就較為緩慢，明瞭此一現實困境後，美國趨向於將老年醫學定位成一門教育的學門，也就是或許無法培訓足夠的老年醫學專科醫師，但可以和其他專科合作，傳達概念讓其他專科在醫療過程中加入老年醫學的元素。

二、臺灣及本院現況

臺灣老年醫學會成立於民國71年，臺大醫院參與老年醫學的發展也頗有歷史，早期如許成仁等多位教授大力提倡老年醫學，並先後在老年醫學會扮演重要角色。民國87年嚴崇仁醫師奉派赴美國約翰霍普金斯大學受訓回國後也計劃開始進行推展，一方面透過老年醫學會結合國家衛生研究院（以下簡稱國衛院）老年醫學組，訓練及招考老年醫學專科醫師。另一方面也開始規劃籌備臺大醫院的老年醫學部門。

民國93年起與國衛院攜手合作老年醫學次專科醫師訓練課程，有計畫地培育本土化的老年醫學次專科醫師，辦理方式是招收全國醫學中心內科、家醫科醫師，施以一年的紮實訓練，先後訓練了兩期共15名種子醫師；老年醫學會辦理的老年醫學專科醫師考試，則是開放給修畢學分符合資格的醫師報考，迄今也已舉辦了四年，每年約120名通過取得證照，所以目前臺灣的老年專科醫師已達400多位，但在本院、榮總等各大醫學中心現職專門從事老年醫學的醫師可能不到50位。老年醫學會也正與衛生署共同推動「輔導地區醫院轉型老人照護醫院試辦計畫」，北護分院即為試

辦院區之一，陸續將會有約25個地區醫院加入。

榮總先一步於民國95年初成立高齡醫學中心，以跨部科橫向整合、任務編組的方式運作，但其老年醫學科仍設在家醫部下；臺大醫院則是將老年醫學的位階加以提升，於民國95年8月成立老年醫學部，由蔡克嵩副院長擔任主任，成立宗旨是希望提供一個整合的平臺，集結現有的人力與資源，配合北護分院的居家與長期照護團隊，建立多領域專業整合之「老年醫學照護團隊」，提供綜合且完善的老年醫療照護。主要提供以老年人為中心的整合性臨床服務，依據其罹病情況、失能程度、家庭或社會資源、恢復潛力與個人喜好等情況，視需要提供預防保健、老年醫學整合門診、急性或亞急性病房、照會服務、居家照護、護理之家等各式服務。

三、周全性老年評估簡介

民國95年9月老年醫學部開辦周全性老年評估（Comprehensive Geriatric Assessment，簡稱CGA）門診，服務對象為生活功能喪失、患有老年症候群、多重慢性疾病、同時服用多種藥物、有精神層面或支持系統問題的老年人。開放每週半天的門診時間，由主治醫師輪流指導進行第一線的診療評估，依評估的結果，判斷病人需要何種程度的協助，照會或轉介至相關專科門診進行後續處理，或視其需要由各個問題層面切入，設計出一套完整適用的治療計畫來改善病人的健康狀況。由於老年患者的病情多半較為複雜，需要投注較多的資源與時間仔細評估以給予最適切的治療處方，所以目前每個診次仍有五個名額的限制。此外本院家醫科的陳晶瑩醫師開立的老年醫學特別門診，也設計出了一套周全性老年評估的指標量表。

周全性老年評估的項目包括了一般醫學評估、藥物回顧、心智功能評估、憂鬱症評估、視力、聽力、營養狀態評估、大小便失禁評估、疼痛評估、成癮物質評估、醫源性問題評估，並擴及獨立生活功能評估、駕駛能力及社經功能評估、出院準備服務等等。會先就現有的病患中挑選合適者進行評估，主要原因是希望接受評估的病人最好有相當的複雜度，但也具有一定程度的改善空間，所以處於兩個極端，像是病況單純或輕微的病人以及病況極其嚴重無法改善的病人都都不適合接受CGA，前者是沒有必要性，後者則是做了CGA對其幫助也有限。

CGA及其後續處置主要目的是希望藉由各專業領域的合作，提供完整可行的治療計畫，增進老年病患的生活功能，降低進住養護之家的機會，減少藥物的重複使用或減少一定時間內重複住院的次數，所以在臨床上可稱得上是老年醫學的一項重要武器。除了每週的CGA門診之外，由10多位專科醫護及社工人員組成的跨部門小組，每週也會選擇一位住院的老年病患，進行個案深度討論並擬訂治療計畫，再將計畫交付該病人的老年專科主治醫師與醫療團隊執行，並定期分析、追蹤成果，目前為止已持續進行兩年，蒐集彙整了相當多的案例資料。

◎未來的目標與展望

一、積極整合各領域專家，提供完善醫療照護

隨著老年醫學漸漸受到重視，將持續與政府部門、醫學中心及研究單位緊密合作，妥善運用各種資源，積極整合各個領域的專家，共同推展老年醫學；並計劃延攬更多老年精神、復健、神經等專科的醫護人員加入團隊擴大服務，提供老年人綜合且完善的老年醫療照護。

二、培養老年醫學專科醫師與長期照護人才

完成三年內科或家醫科醫學訓練的住院醫師，通過甄審後即可接受老年醫學次專科訓練，未來希望能培育出更多的老年醫學專科醫師。另一方面也計劃支援院內的其他部室，培訓各種老年

醫療照護的專業人員，如臨床護理師、物理治療師、職能治療師、藥師、社工等。

三、提升臨床及照護水準，架構完整服務

礙於空間與人力，北護分院現未設有合格的老年急重症病房，但居家護理及長期照護的經驗十分豐富；本院總區則專長於提供急性醫療及門診服務，但缺少專門的老年病房，目前雙方互為支援相輔相成，未來無論是否仍依據此模式運作，或在通盤考量下調整資源，長期的目標都在提升臨床治療及長期照護的服務水準，架構一個完整的老年醫療服務網。

四、進行老年醫學與老年學相關研究，建立完整研究體系

堅實的研究基礎可以做為臨床應用的後盾，目前老年醫學部正與國衛院合作，進行多項有關老年醫學與老年學的相關研究，例如郭旭格醫師正在進行的研究是「腦血管因子對老年人身體與心智功能的關聯性－頸動脈狹窄大腦白質缺血性病變與老年症候群」，經由長期追蹤觀察心血管病變導致心智功能缺損與老年症候群之間的關聯性。詹老師本人則計劃進行兩項研究，一項是與公衛學院及衛生署合作的「探討臺灣社區老年人用藥相關問題與介入試辦計畫」，計劃一方面從健保資料檔挑選樣本進行訪談，一方面進行藥物回顧門診，另一項是「減少臺灣住院老年人藥物相關性問題之多醫學中心介入研究計畫」，也是有關藥物回顧方面的研究。

◎人文觀點下的老年醫學

從事老年醫學這些年來，詹老師覺得精神上最大的回饋還是來自於病患的病情好轉，例如看到一位插上胃管尿管，送進養護中心的病人，在經過門診的調整，以及與泌尿科的通力合作下，症狀獲得改善得以拔除所有插管回家去；或是看到原本憂鬱沮喪的老家用藥後展露微笑，這些成功的案例都是他快樂的泉源。老師建議有志投身老年醫學的醫師，首先要對照顧老年人有興趣、樂於跟老年人接近、有高度的服務熱忱，並且習於與各領域專業人員團隊合作的工作模式，非常歡迎具備以上特質的人，一起來加入老年醫學的行列。

訪談將近尾聲，詹老師別有所感地表示，目前臺灣醫學仍處於分科化的階段，專科醫師主要還是偏重在器官或病症的治療，而不是「人」的治療。老年醫學和一般醫學，在醫療行為上可能並沒有很大的不同，但最大的差異是醫療概念上的不同，它強調的是老年人身心靈各方面的醫療照護，從這個角度來看，與其說老年醫學是一門醫學，不如說它其實更像是一種哲學，這雖然是詹老師個人對老年醫學另一面向的詮釋，但似乎也值得我們進一步來共同省思。

◎圖書資訊的利用

以往要取得醫學相關資料，必須親自到圖書館複印，距離遠又耗費時間，後來一方面由於國際網路的迅速發展，可以很方便地從網路上檢索所需資訊，另一方面因為工作日益繁忙，因此漸漸減少造訪圖書館的頻率，而是改以直接在網路線上搜尋的方式來查找醫學相關文獻，不僅節省許多寶貴的時間，資訊的來源也更加完整。

圖書館提供的各式電子資源，例如資料庫、電子書、電子期刊及書目管理軟體等服務，老師都經常使用，對於研究與教學工作，以及臨床診斷的應用上，都有很大的幫助。尤其是PubMed所收錄的醫學文獻資訊相當豐富，更是每天一定必用的一個資料庫，老師同時也盛讚EndNote是管理個人書目的超級好幫手。對於圖書館目前提供的服務，老師覺得很滿意，希望本館能持續努力精益求精，提供讀者更完善的服務。