

活動與課程報導

跨領域的學習---成大醫院高齡醫學部實習報導

【編者的話】：本報導乃建築、藥學、高齡健康管理背景的三位成功大學老年所學生，於 2021 年 12 月在成大醫院高齡醫學部的實習紀實與收穫感想，另也邀請成大醫院高齡醫學部主治醫師賴柏巨為文分享他於帶領這些實習學生期間的觀察與體會，期待更有助讀者了解跨領域的學習對於老年學與老年醫學的必要與重要性。

背景簡介

在國立成功大學老年學研究所的學習歷程中，學生們都將經過「老年生理」、「老年心理」、「老年社會」、「老年政策」、以及「研究方法」等五大領域課程的養成，在修習滿 15 學分且修畢「老年醫學概論」這堂必修課程後，方得以進行包括在成大醫院高齡醫學部(以下簡稱 7C)及校外自選單位分別各 36 小時的「老年學實習」。

7C 實習由成大醫院高齡醫學部、護理部、與老年學研究所共同規劃，為為期兩週精實的實習，內容分為四個部份：「7C 病房」、「高齡醫學門診」、「出院準備服務」、「居家出訪」。由於老年所學生組成多元，實習規劃便將此納入考量，將具醫療臨床相關背景的同儕與非從事醫事領域的同儕混合分組，期待促使學生們於實習過程中能教學相長並激發更多跨領域的對話。在實習期間進行「周全性老年評估」(Comprehensive Geriatric Assessment, CGA) 是 7C 實習的重頭戲，藉由多元性與跨專業的評估及處置，來瞭解並改善虛弱老人的身體、心理、社會、經濟、及功能狀態的問題。實習生在完成評估後可與個案、家屬、個案管理師等共同討論個案的潛在需求與撰寫照顧計畫，最後於 7C 每週的住院個案討論會中為跨專業團隊(包含醫師、護理師、個案管理師、藥師、社工師、物理治療師...等)進行完整的個案報告，個案報告可使不同專業得以更全面了解個案狀態及需求，進而進行跨專業的討論。

篇一：建築人的高齡醫學部病房歷險

陳珍順¹

序章：啟程前

成功大學老年所的學生組成和其他醫學院內大部分的系所不同，一是沒有大學部，二是開放名額給非醫療相關背景的學生報考。因此所有學生都是從其他學系取得大學學位後才進入老年所，且每年新生中總會有一、兩位專業背景讓人意想不到的學生加入。進入老年所之後，無論學生原先屬於何種背景，在畢業前都需至成大醫院的高齡醫學部病房進行為期兩週的必選單位實習，這對於原先非醫療相關背景的學生而言，彷彿一趟前往未知世界的冒險之旅。

我在三年前以建築系畢業生的身份申請甄試，正巧屬於讓人意想不到的那個少數，幸運地獲得進入老年所的門票，然而這份「特殊性」在實際進入碩班後則反過來變成一大弱項。在沒有任何醫療相關學習或經驗的支持下，很快地就感受到和師長、同學對話時的隔閡。為了盡快縮小自己和其他同學之間的差距，修課自然不得馬虎。其中最為關鍵的課程便是「老年醫學概論」，這是一堂由不同科別醫師輪流擔任講師，讓學生可從多種科別切入，了解高齡者的各種健康問題和醫療處置的必修課程。修習過這門課程，再加上其他必要之學分，方能進入高齡醫學部病房進行實習。

時間很快來到實習前夕，心想著這輩子大概就這麼一段時間可以穿著白袍在醫院裡走跳，和先前帶著工地帽、穿著橘色警示背心在工地爬上爬下相比，是完完全全不一樣的體驗，因此比起緊張感，興奮的感覺更加強烈，就像是要參加校外教學的小學生般。

¹ 國立成功大學老年學研究所研究生

第一章：局外人

隔天上午，第一次進到位於住院大樓七樓 7C 區的高齡醫學部病房，馬上就被指示拉張椅子去聽主治醫師談話。只見主治醫師坐在電腦前，一群年輕醫師圍著他做成一個扇形，所有人都盯著同一台小螢幕，聚精會神地聽著前輩如何評價自己對病人的處置是否適切、要如何改善等建議。從病人的急性問題、藥歷、就醫紀錄、X 光片、到電腦斷層掃描等，一連串珠炮似的專有名詞連發，高血鈣、磷、鎂、UTI、譫妄、血壓數值、血糖數值.....。在所有人彷彿大軍壓陣，肅穆地聽著戰況（病人的病況）的同時，我彷彿事不關己一般，只管細細地端詳臟器和脊椎的各種照影，一心沈浸在人體的奧妙之中。一切的一切都太陌生了，儘管聲音確實有進到耳朵，但並沒有往後產生意義。向來習慣從空間和圖像進行思考的我，面對大量陌生的名詞和數字，如同鴨子聽雷，有聽沒有懂。

接著主治醫師起身準備開始巡房，終於要見到病房裡的樣貌了，心裡暗暗鬆了一口氣。進到健保床病房，四床一間、左右各有兩床、各一組衛浴和洗手槽，中間以收納櫃當作分隔物，開放式抽屜裡有床上腳踏車，靠出入口有輪椅、助行器或四腳拐。醫師問診時通常會將拉簾拉上，但因為只有靠外側的那床有窗戶，內側的病床若拉上簾子之後就會變得很暗。正好有一床使用氧氣罩的病人，醫師和她的兒子詢問簽署 DNR（不施行心肺復甦術）的事情，那位病人眼睛直盯著醫師、兒子、還有一群同樣身著白袍的人，被拉簾圈住的範圍內空氣彷彿停止流動，有聲的交談霎時變成靜音。有那麼一秒多麼希望那位病人不知道 DNR 是什麼。回到拉簾內，醫師已開始和奶奶詢問病況：「您是哪裡人？您叫什麼名字？您今年幾歲？還記得我給您交代的功課嗎？」，醫師將口罩拉下好讓病人可以清楚看見嘴型和笑容，奶奶的眉頭似乎鬆了一些，眼睛也眯彎成月。或許奶奶早就知道了，也或許奶奶選擇不知道。

第二章：提槍上陣

實習第二週的第一天終於訂下了要進行「老人周全性評估」（Comprehensive Geriatric Assessment，底下以 CGA 簡稱之）的個案，正好是前一週門診跟診時家屬來診間召開家庭會議的個案。患者有病竇症候群、高血

鈣、及失智症三大問題，前兩項問題主治醫師建議進行放入心臟節律器和切除副甲狀腺的處置，而失智症的部分因為家屬目前仍缺乏病識感，數年來堅持主張患者是因為年紀大所以記性較差，無視其他可能有認知退化的徵兆。因為自己本身也是失智症家屬，在家庭會議的當下彷彿看見家裡過去曾經的樣子，莫名的親近感油然而生。到了主治醫師要分配學生做 CGA 的時候，心裡就默默期望就是該位患者，因為自己既非醫護、營養、藥學等任何有在 CGA 評估項目內的專業，只有失智症因為有照顧家人的經驗，是唯一可能和家屬聊聊、聽聽他們困難的部分，因此在確定要幫這位患者進行 CGA 後，其實心裡有種安心的感覺。

CGA 不但要找出患者的老年病問題，還要擬定合適的介入方案，條件允許的話，更是期望幫助患者在住院期間就開始進行復健。然而分派個案時主治醫師便預告該位個案能介入的程度有限，因為家屬之間對於手術和術後恢復的期望差異太大，兒子兒媳之間、兒子女兒之間，並非團結一致地面對患者的照顧議題。特別在患者的認知退化方面，即使完成心臟節律器植入和副甲狀腺切除，若仍堅持不讓患者就醫檢查，患者和家屬的生活品質還是會受到影響。

CGA 評估共分成三次才完成，因為患者的急性譫妄、日夜顛倒，配合度、和專注程度時好時壞，即使有家屬和看護在一旁協助，評估的進程還是相當緩慢。CGA 的結果正如主治醫師所說，該名個案能介入的有限，首先是患者近期頻繁跌倒後還無法站立，而家屬看著患者總是喊累也不忍督促患者做復健（如床上腳踏車、握力器等），其他還有家庭橫向連結不佳、照顧負荷大...等，最後是評估項目裡沒有、純粹個人感覺的----家屬還不是很信任團隊。從家屬的角度來看，住院期間一下要做檢查、一下要評估，好不容易同意要開刀，卻還要等刀，等刀期間病人必須空腹...，總體而言似乎沒有讓家屬感覺到可以完全放心的地方。另外是實習生的存在，明明是穿白袍但不是醫生的年輕人（小毛頭）一直來問東問西（做 CGA），但又沒有給出什麼好建議（無法下診斷），也難怪兒子看見實習生來會習慣性地說：「啊你們這次又要來問什麼？」。

第三章：另批蹊徑

眼看這樣下去即使完成了 CGA 也沒有實質意義，心想至少在緩和家屬的不信任上面要做點什麼才好。因為自己沒辦法像同期的另外兩位實習生（醫管&營

養背景)能夠熟練地帶著個案做復健或是做營養衛教,我若直接詢問他們有關個案失智症的部分更顯唐突(更何況家屬尚處在否認個案失智的階段),左思右想,自己本身背景是建築學系,似乎只剩下從熟悉的「環境」著手。正好從專科護理師那邊取得個案自宅的錄影檔案,不如就先從這邊開始吧。看著影片試著想像個案自宅的配置並繪製草圖,想著也許能用圖面來跟家屬了解一下家中的環境。

隔天進病房,個案兒子果不其然地招呼:「啊你們這次又要來問什麼?」,趕緊拿出草圖遞到家屬面前。「想跟您了解一下阿嬤之前在家的生活啦!您看看這是不是您家裡的樣子。」「喔喔喔,對對對,欸,對!妳很厲害欸,怎麼知道的?」,兒子盯著圖試著指認阿嬤的房間,「欸,對!我媽媽就是睡這間啦!」,兒子激動地指著阿嬤和看護的房間,「記得您有說阿嬤要拿東西的時候跌倒的,想問一下是從這邊嗎?」「嘿,對啦,就是這邊,就是這裡,她站起來拿水,要坐回床上的時候摔的。」,兒子一邊用食指在床的位置邊筆劃,一邊說著跌倒的原委。看著個案兒子露出不曾見過的、稍微放下防備心的樣子,我乘勝追擊地把阿嬤在客廳、餐廳、浴室以及花園生活的樣子都問了一遍。原來阿嬤先前在家時是可以拿著助行器到處移動的,生活上雖有外籍看護協助,不過 ADL 還算能自理,還會到外面的花園走動。對於阿嬤在家生活的樣貌有了立體的想像後,感覺自己總算能夠投入整個 CGA 了(指評估完之後的介入)。阿嬤原先的居住環境是三層鋼筋混凝土造透天厝的一樓,和外看、兒子兒媳同住,返家後有輪椅使用的需求,最好能結合認知促進活動在日常生活中。無障礙設計、通用設計、失智症照顧環境,該是把平常在研究室唸過的 paper 拿出來用了。為了給個案家屬一點回饋、同時也為了跨團隊會議報告,綜合一些想法後我再次拿起筆,這次是真的要繪製實際的環境改善建議圖了(見圖 1)。

跨團隊會議報告時間是上午十點,正好有一些時間先去病房將圖傳給家屬。趕緊和個案兒子說明環改建議,一來一往之間又多得知了一些居家環境的現況,也討論了後續找室內裝修/工班施作時的重點,如:照明的位置和形式(坎燈位置、間接照明)、櫥櫃的開啟方向(改用側拉式)、桌面高度/桌下空間(餐桌、廚房檯面)、浴廁淨寬(小便斗及淋浴間拆除)、戶外活動安全(地坪材質、植栽種類)。這是我進入老年所之後第一次有這樣的機會可以結合建築環境和失智/失能照顧,同時考量使用者需求提出設計(雖然忽略了預算、也沒有實地丈量測繪),真是這次在老年科病房實習中最意外的收穫。

實習的最後一日正好是這位個案要手術的日子，因為 CGA 結下的緣分使然，總覺得想要多與這位個案及家屬的相處，於是就陪著他們下到一樓的麻醉諮詢門診等待。經過兩回居家環改的關懷與討論，個案兒子似乎終於卸下心防，問了許多有關失智症的症狀、類型、發現、及就診等問題，和先前始終堅持的態度相比真是軟化了許多。正好這幾年間累積了一些照顧失智家人的經驗，我便和在院期間的台籍看護一搭一唱，順勢將相關資訊轉知給個案兒子。即使一點點也好，若家屬能有一絲絲轉念的念頭，都可能讓個案有機會儘早獲得診斷、儘早開始治療。

後記

實習結束，本以為就此回到平靜的生活，誰知沒過多久就聽同學轉述個案兒子在打聽那個畫圖的學生要問問題（但因為傳達延誤而錯過聯絡的機會），在實習結束三個月後，負責醫師轉知個案手術成功且恢復良好，更驚喜的是出院回家後個案兒子也真的實際照著圖面執行了硬體環境改善（見圖 2、圖 3）！我看著醫師在投影幕上播放的錄影畫面，只見個案靈活地拿著助行器在家中花園裡來回走著，跟住院當時因為譫妄而總是答非所問的模樣完全判若兩人。家中環境也經過一番整理，特別是照明的部分加強許多。個案當時反覆入院的主要原因正是因為一次夜裡起床時的跌倒所造成，因此看到影片中她僅是這樣小小的一步，也足以讓我感動不已！

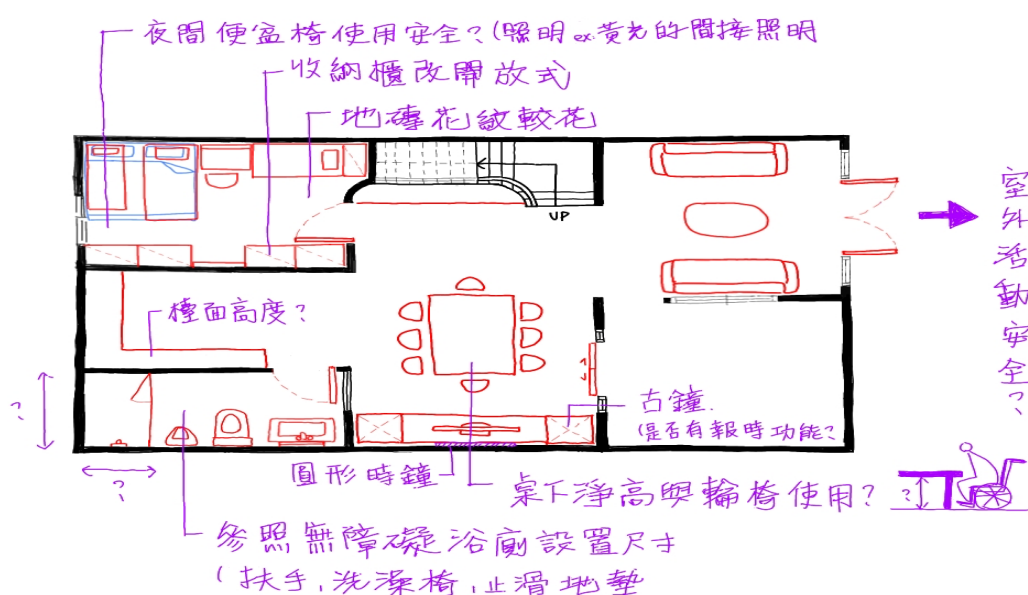


圖 1 居家環境改善建議配置圖

從住院、出院、又入院、手術、再到出院，不管是個案還是家屬，都是好長一段折騰的日子，作為一位外行實習生，除了讓我知道自己的建築背景可以在CGA中也派上用場外，能在這樣漫長的過程中被稍稍記得，實在是歷險中最好的紀念。

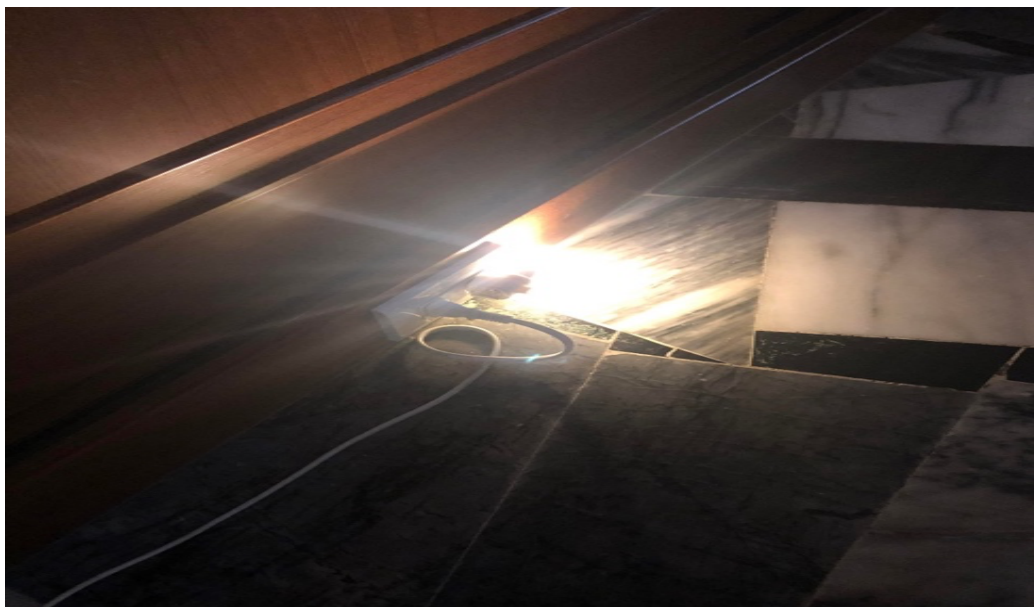


圖 2 在空間中較低的位置設置夜燈，避免開啟天花板照明時帶來的強烈光



圖 3 讓餐桌的桌面寬廣、座椅有靠背可穩住身體重心，進行認知活動較能專注，另使餐桌和客廳及正門視線相通，個案及家屬能看到對方，增加彼此的安心感

篇二：從只看「藥物」慢慢到看一個病「人」的實習學習

顧宜佳¹

老年所的課程中，除了學習老年醫學、老年心理、老年社會、老年政策等相關知識之外，也規劃了成大醫院老年科病房、居家訪視、出院準備服務以及自選單位實習的必修學分，讓我們能將學校所學應用於臨床照護上，以對照其中之差異。我的背景是醫院藥師，在實習之前只會評估藥物的問題，比如劑量調整、交互作用、重複用藥...等，雖然過去有與化療團隊共同照護病人的經驗，但老年人問題相對複雜許多，當時的我覺得無力感很重、幫不上忙。而此次經過在高齡醫學部的實習之後，我發現自己知道面對高齡患者需要評估哪些面向、了解以藥師的角度要怎麼介入、以及除了藥物問題還有哪些問題是可以被改善的。因此，站在藥師的腳色，我覺得不管是醫院臨床藥師或是社區藥局的藥師都可以學習 CGA 的技巧，以便對於高齡患者常見的問題更有敏感度，提出來的建議也才會更符合病人的狀況。

由於實習期間須完成住院病人的 CGA 並完成個案討論，而住院與門診的病人特性不同，通常有急性問題待處理且心理壓力較大，評估往往無法一次完成而需要分次評估，因此，與病人及家屬建立好關係能讓後續評估更順暢，這一點也是我覺得最困難的。以往雖然接觸的病人很多，但多為主動諮詢或透過醫師轉介，態度相對主動且病況穩定，且需要的資訊病歷上都有紀錄，我只要額外收集藥物相關的部分即可，而 CGA 是我第一次需向病患收集這麼大量且深入的資訊。老年所的特色是跨領域的學習，同學們除了有醫療背景的醫師、中醫師、營養師、聽力師等專業之外，也有長照、社工、建築、教育等背景的同學。這次實習與長照、社工背景的同學分配到同一組，發現他們可以從聊天過程中搜集到大量資訊，甚至連簡易心智狀態問卷調查表（Short Portable Mental Status Questionnaire, SPMSQ）的問題都可以很自然探詢，覺得相當地佩服，希望自己能從中學習，在保持專業之餘仍能自然地與病人做朋友，得到信任後續的介入才有意義。

¹ 國立成功大學老年學研究所研究生、台南市立醫院藥師

在收集完資料之後，醫師會在巡房前詢問各專業的想法，快速地討論出共同目標，整合專業意見來擬定照護計畫，並給予初步的介入。跨團隊會議時再與其他成員（精神科醫師、專師、個管師、住院醫師、PGY 醫師、社工師、營養師、藥師、復健團隊、急性後期照護個管師）討論計畫並修正。老年科病房除了處理急性醫療的問題之外，也會花蠻多時間了解病人的社會支持、經濟、環境等狀況，並協助連結出院準備跟急性後期照護。我覺得這些對病人及家屬來說都是非常重要的資訊，且對預後影響極大，而這些都是我過去不曾關心的議題。我覺得跨團隊討論的過程很有趣，不同的專業可以看到不同的面相，甚至會得到不同的答案，可以減少單一專業忽略的細節，將拼圖拼湊得更完整。

去居家訪視的時候，可以看到病人的居家環境、藥物使用、照護問題等，能討論的事情比病房更多，也更容易跟病人建立長期關係並追蹤。這是我的第二次居家訪視，跟實習前第一次訪視僅評估藥物有很大的不同，一樣的訪視時間，但評估出阿公有夜間頻尿、視力問題、白天無人照護、環境、多重用藥、喝水嗆咳、過瘦等營養問題，許多問題可能與藥物相關，但藥物調整卻不是介入的重點。

另外，過去對於醫療如何銜接長照實在是摸不著頭緒，在出院準備服務的個管師們非常仔細地介紹居家醫療、重度居家護理、安寧居家護理、急性後期照護、機構及輔具租借或購買等資訊。其中我對於後續照護平台特別感興趣，原來成大醫院已經有銜接醫療及護理之家的平台，功能有機構病人資料查詢（包含基本資料、預約門診紀錄、傷口及留置管路資訊、病歷資訊及三個月內的檢查檢驗報告），也可藉由後續照護平台進行照護意見交換及回覆病人入住後的照護情況，雖然是 2021 年 11 月剛啟用，但很期待未來這個平台可以擴展到診所及藥局，除了資訊共享可提升效率，雙向的溝通平台也可以提升照護品質。

64 小時的實習內容很充實，學習到 CGA 的技巧、與老年人及與團隊間的溝通技巧、急性照護、門診照護及出院後的連續性照護資訊，得到許多不同的想法與衝擊，更珍貴的是：藉由實習機會，我對於介入的思考角度從只看「藥物」慢慢學習到怎麼看一個病「人」。另外也在實習的過程中評估論文研究設計的流暢性及可行性，在學術與臨床之間相互應證，都是非常珍貴的機會及體驗。

篇三：學習與實踐：從 7C 看到貼近需求的高齡整合照護

辜于芮¹

由於本身畢業於臺北醫學大學高齡健康管理學系，大學在學期間的學習主軸便是高齡者的生活：健康照護、健康促進、健康產業...等，與此次進入 7C 病房實習最相關的便是高齡者健康照護，而周全性老年評估（本文簡稱 CGA）也是大學四年學業中的主角之一。所以，這次進入 7C 病房實習，我相較於組員們較不感到陌生，且加上過往長期於社區照顧關懷據點協力的經驗、台語的優勢、及熟稔如何與長輩們互動，於是很快地進入狀況，努力跟上 7C 病房工作的步調。

1. 7C 病房：以人為本的醫療照護

從進入實習前的說明我了解到：能夠有適合的個案來做 CGA 評估真的是很難得的機會，長者們大多因為一些急性醫療需求而住院，又因複雜的老年病症候群而進入 7C 病房，所以當長者們急性病症不穩定、臥床衰弱程度高，或是難以介入照護措施等情形發生時，就可能無法為其執行周全性評估。過去在大學時期的高齡健康照護實習場域多屬護理之家、養護中心等長期照護機構，機構中的住民狀態相較於醫療院所病房中的長者們穩定，且較無積極的復健資源介入（如管路的移除與復能），所以住民們的身心功能與生活自理能力基本上較不會再有進步的機會，僅能維持現狀。因此，過往的我，執行周全性評估的感想總是很有限，許多面向的評估可能已經無法施測，或是問題與照護建議寫下來卻難真有介入的機會。再者，我也能理解周全性評估在機構中難以執行的原因很廣泛，可能是因為機構專業與照顧人力不足、家屬將住民照顧責任完全推給機構、住民傾向依賴等。

反觀 7C 的醫療與照護決策卻讓我十分驚喜，還記得第一天跟著醫師查房進行團隊會議時，PGY 向主治醫師報告個案即將出院，並詢問排尿困難與考慮裝尿管的建議，主治醫師的一句話：「裝尿管就直接給膀胱判死刑了。」所以最後討

¹ 國立成功大學老年學研究所研究生

論出：先讓個案暫時裝著尿管回家，但可以指導個案的家屬於安排門診的當天上午在家先移除尿管，下午再來醫院回診測餘尿，後續再評估與追蹤個案的排尿狀況。這是我第一次感受到什麼是教科書上說的：盡可能維持與協助高齡者還擁有的能力！常常大家把口號喊得大聲卻難有實際作為，謝謝 7C 讓我看見真正延緩失能的醫療照護策略與實踐。

雖然此次 7C 實習過程中，僅有為一位長者執行 CGA 的機會，但相反地我有更多的時間可以在評估過後，持續關懷與追蹤個案的狀況，親自執行自己擬定的照顧計畫，也透過更多的相處去了解個案的家庭背景和故事，與個案和家人聊聊返家的照顧安排與期待。評估初期十分順利，但考量爺爺（個案）的體力與休息的需求，將尚未完成的評估延後進行，然而爺爺接連兩天一直處於燒燒退退的狀態，也促使我親身了解在病房中執行周全性評估的難處。在病房中，個案最重要的終歸是要排除急性的問題，才有辦法進入更全面的評估與後續照顧處置，應注意切勿在長輩們有急性問題時急著將評估完成，如果執意將評估一氣呵成，後續整理與規劃的照顧建議與計畫卻也有可能不適用於個案。

在 7C 病房中也看見了對於照顧者的支持，以我的個案為例，爺爺跌倒入院前為家庭的主事者，現在卻需要同為高齡者的奶奶協助生活功能，老老照顧下的壓力負荷可想而知，這種種都讓我對於主要照顧者負擔和個案的未來照顧議題感到擔憂。所幸後來個管師協助向女兒說明奶奶的憂慮與照顧負擔。女兒起初十分驚訝，因為她不曾知道：原來看起來照顧爸爸很俐落的媽媽談起爸爸生病的狀況也有默默流淚的時候，後續女兒因而更積極地關心媽媽，也幾乎每天都來醫院探視、陪伴用餐。看著照顧者曾因體貼子女與對照顧的責任心所造成的情緒壓抑，因 7C 團隊的努力能夠逐漸紓解，並走向全家人互相關懷與分擔照顧，是我於 7C 病房中最深刻的感動。

進入 7C 病房實習讓我實際看見與感受到長輩們在急性期通常都是較為衰弱的狀態，此時的身心功能與入院前的狀態差距甚大，但心中卻為長輩們感到開心的是一在 7C 病房不只是關注他們的急性、疾病問題，而是以人為本、以盡力讓長輩們回到入院前的生活功能及後續家庭照顧為目標去為長輩做周全性評估與照顧計畫。7C 的醫護人員們對待病患與家屬不只是尋常地交代病情與治療計畫，更是將他們的照顧需求與能力納入考量，為的便是讓他們能夠在病房中盡可能地

讓病情穩定、了解如何監測與自我照顧、連結後續的照顧資源等，讓個案與家屬有能力負擔返家後的照顧，並減少再入院的風險，如此當然也可以有機會減少醫療成本。回想起當年在上老年醫學概論課程時，張家銘主任問了我們：老年醫學在健保與長照中的角色為何？我想進來 7C 踏踏實實走過的同學們都明白了這一道題。

2. 高齡醫學門診：聆聽、陪伴、關懷

在高齡醫學門診裡，感受最深刻在於視病猶親，醫師們與病人、家屬的互動盡是真誠與溫暖，是我目前看過醫病關係最好的門診了。病人來到診間不是「哪裡痛」、「開什麼藥」、「下次再來」，而是慢慢地去引導病人們對談，了解他們實際的生活型態、藥物順從、照顧者關係等，去聆聽病人與家屬最真實的需求與感受，提供他們可以接受的建議，並且讓他們可以自己選擇。

底下與大家分享在高齡醫學科門診中很常見卻令我印象深刻的一些小片段：（1）整合用藥：在跟高齡醫學科的三次門診中，每一次門診都有看見醫師為病人減藥或整合藥物。病人們在不同的醫院、不同的診別看病所以一直不斷被開藥，而多一個藥對病人來說可能都是多一道負擔，更遑論是高齡者了，若是藥物沒有適當的整合，也可能發生病人把藥帶回家後，卻不願吃那麼多藥、挑藥吃、多吃少吃等情形，衍生出後續更複雜的問題。（2）感動的小盆栽：病患今天沒到，但讓女兒帶著病患插的盆栽到診間報到了！女兒表示媽媽現在有持續聽醫師的話，給自己找很多事情做，這次插了小盆栽來給醫師驗收成果。這是我從來沒想過會在門診中看到的場景，原來，診間裡可以不只有問診與開藥，在高齡醫學門診中看見醫師提供更多樣的資源或建議給病人與家屬參考，像是鼓勵他們做些自己喜歡的事情、或參與日照中心或社區據點與其他人互動等。我想這些或許是對病人與家屬另一種生活資源與支持，讓長輩們更願意走出家門，接觸更多刺激，讓生活有了重心之後，漸漸地能夠滿懷期待地過著每一天。

3. 居家出訪：最持久的照護型態

居家出訪實習中，我跟隨著居家護理師走進四家不同種類的照護對象與案家

中，包含臥床被兒子約束於床上的長輩、重度依賴有意識但面帶笑容的長輩、身受腦中風痛苦瀕臨放棄邊緣的中壯年人、只有阿公扶養的腦麻孩童（外貌像個孩子但實際年齡與我相當），面對這麼多元的照護對象，看見護理師對於不同的案家情形不斷地轉換相處模式，調整至雙方都能互相尊重與信任的關係，並保有彈性的界線。

訪視結束後與護理師討論著居訪會遇見的種種樣貌，心中百感交集，尤其是當他說出：「如果案家只能做到 60 分的照護但能延續更長的時間，我們何苦去苛求他們達到 100 分的完美，讓照顧者身心俱疲，照顧者久了就成了下一個病人.....」，這段走入案家的實習，也讓我再次學習到：每個案家在面對照顧上都有他們的困難，重要的是長久的照護而不是單次的介入，需要考量的是整個家庭與個案的照護型態與需求、社經狀況、照護負荷等。

4. 出院準備服務：照護連續性的考驗

出院準備服務為我們說明急性後期照護 (Post-acute Care, PAC) 與協助個案出院前評估及登入長期照顧服務管理系統的措施，為了都是及早準備，讓個案返家就能直接有專業復能或照顧、喘息等長照服務進入，為案家規劃未來長期的照顧旅程。

PAC 上路讓個案在住院與返家間可以有一個較高頻率與強度的復健期緩衝，幫助個案在急性重症後期，有望恢復其既有能力。雖然對於 PAC 的理念深感認同，但目前還很可惜在於服務條件十分嚴格，僅有六類對象（腦中風、燒燙傷、創傷性神經損傷、脆弱性骨折、心臟衰竭、衰弱老人）適用且照顧範圍有限，例如：70 歲衰弱老人，雖然復建潛力與預後比起 80 歲可能來的更好，但 PAC 在衰弱老人的年齡限制為 75 歲，無法轉介 PAC 服務。

出院準備銜接長照服務，出服個管師的角色就如同照專，可以先行評估個案失能等級與額度、登入長照系統，讓個案返家即有長照服務緊接著進入。我覺得十分認同及早發現長照個案與銜接照護，但是也有一些疑惑在於看似連續的服務中是否有橋接困難的情形，例如：個案居住地於外縣市，個管師與我們說明出服能夠盡力給資訊，但其實要照護連續性佳，個案與其家庭的積極與配合度更是重要，需要主動去尋求資源。這也讓我聯想到那麼個案與案家對於長照的理解與需

求又是如何呢？在醫院出服難以持續追蹤的情況下，若是個案與案家先行接受了出備銜接長照的服務，返家後因變更長照服務的窗口或認為服務不適用、不好用的內外影響下而中斷，那麼服務效益也可能難以彰顯，促使我不斷地去思考什麼樣才能稱為真正的照護連續。

5. 授人以魚，不如授人以漁

這次實習當中曾詢問醫療與照顧連續性的問題，主任說著去出服、居家看看再回來與他討論，為什麼我們看起來、聽起來好像很完善的醫療與長照銜接，做起來卻不貼近病人與家屬的需求呢？

實際走完出院準備服務與居家出訪後，對於 PAC 計畫感受深刻。PAC 比照我過往學習中相對熟悉的長照服務而論，其實更加明白了長照的服務缺口，或許在於一般大眾都以為長照使用對象的需求只有協助生活，直接漠視了個案與案家復能的可能性，就只急切著想要去解決眼前的問題，評估、分配額度、安排照顧服務進入.....等，例如：長輩在急性後期，身體還較為衰弱，無法自己洗澡，就應額度分配服務，派遣居服員進入幫他們洗澡，但長久有人幫忙洗澡的情況下，長輩們的依賴程度只會隨之增加，也不認為自己有機會能重返急性前生活能夠自理的時候了。如此看來，長照服務的使用會越來越普及沒錯，但是問題或許是：長照有真正對應在服務對象的能力與需求上嗎？長照資源與社會成本花費真的為高齡社會解決問題嗎？還是反倒讓高齡者的社會依賴程度更高呢？換句話說，如果一個長輩只是因為急性問題與症狀導致近期生活功能衰退，但實際上很有復建與復能的潛力，我們卻只著眼於他目前的依賴程度，幫他打理生活照顧面，那麼能預見的或許是長照服務資源將有可能綁在這位長輩身上一輩子了。

如果我們希望長照資源不再只像投入水中，撲通一聲，沒有漣漪，那麼該正視的就是去看見長者、照顧者、與其家庭的功能、能力、與需求，給予真正能夠幫助到個案與案家的資源，積極地去協助他們找回生活的自主權與尊嚴，也讓社會資源的效益增加。最後，再次感謝這個實習學習機會，讓我更加了解與期望自己能夠成為在高齡社會中協助賦能長者與其家庭的角色。而面對 7C 實習的種種挑戰中，也非常感謝有組員們同在，在個案評估與各實習階段中我們得以用更多元的視角去感受與討論，也呼應著身為老年所研究生的我們，期許能夠在高齡社會中進行跨領域溝通與合作，更貼近長者們的真實生活。

篇四：照顧老人，好難？跨專業領域交織而出的老年交響曲

賴柏巨¹

在還沒有新冠病毒大流行時，在高齡病房查房，遇到床邊的照顧者技巧較不嫻熟者，我們醫療團隊會基於職責地教導床邊照顧者如何照護高齡患者，例如拍痰、翻身擺位、移位、行走工具的使用、如何預防嗆咳...等等諸多內容，得到的回應有很多種，可能是比較負面的一「隨便啦，你說的我不懂啦，反正他人好好地躺在那裡休息不就好了嗎？幹嘛要把他動來動去？」「他都這麼老了，就不要做這麼多，他怎麼可能可以吃得下這些東西？」「我跟你們不一樣，我不是學醫療的，你講的那些我真的不會」；但也有可能是正面的——「我以前都不知道要這樣照顧老人，這次住院收穫很多！」「我還想再了解怎麼樣可以讓爸爸更舒服，這也許是我最後一次照顧爸爸了...」。這些話語背後有很多的故事，但不論故事如何改變，都是環繞在照顧的議題之上。實際上，在新冠病毒大流行後，現行在許多專責病房，這些高齡照護的問題更是赤裸裸地被凸顯出來。新冠病毒就像一張殘酷的考卷，一翻二瞪眼，血淋淋地呈現許多高齡者的照護問題。高齡者進入專責病房後，有些藥物經過暫停使用，反倒人也好好的，甚至還有精神更佳；有些家庭為了照護問題，甚至吵到鬧翻不相往來；有些長者多子多孫，但卻沒有人願意來照顧。其中不免有些家屬總是覺得照顧老人很困難，也比較沒有意願去學習，但，照顧老人真的很難嗎？

老年醫學是一門很獨特且近幾年才開始受到大眾注意的學問。在臨床醫學上，老年人的問題和表現常常是千變萬化，往往比教科書還精采百倍。老年病患最典型的表現就是什麼都不典型，而諸多的不典型表現往往延遲了他們的問題被發現。就像一個甲狀腺亢進的老年人，他可能只是覺得胃口差，而非像傳統心跳加快、眼睛突出、燥熱冒汗的表現；而一個有心臟疾病的老年人，他可能只是覺得精神跟胃口不好，而非像傳統胸悶、盜汗、喘的表現。除此之外，「老年病症候群」更是格外重要的議題。

¹ 成大醫院高齡醫學部主治醫師

老年病症候群包含失智、憂鬱、譫妄、衰弱、跌倒、功能下降、視力、聽力、多重用藥、失禁、營養不良等。這些傳統不被認為是一種疾病診斷的名詞，卻是在在影響一位高齡者能否順利出院或平安善終的重要因素。這些老年病症候群，不僅會彼此交互影響、產生新的問題，更會惡化原有的疾病。好比說：一個高齡者如果嗆咳沒有得到適當的衛教，那麼他會因為嗆咳而影響進食的慾望，造成營養不良、體重減輕、及嚴重衰弱。萬一他本來有糖尿病，這時可能會連帶產生低血糖或糖尿病併發症；萬一他因為嗆咳而致吸入性肺炎，導致呼吸衰竭，輕則臥床失能，重則插管甚至氣切。因此對於老年病症候群，可謂不可不慎！而要察覺老年病症候群，唯一正解，就是進行「老年周全性評估」，有系統性地分析評估長者的問題而切入，但評一次「老年周全性評估」所需時間也是十分耗時！

老年病患往往是多重疾病，光連處理多重疾病已是十分費心，若再額外處理許多老年病症候群，將會更需要耗費許多心力。因此照顧老年病患，其實真的很難！但它的困難之處，其實是在於老年病患在遇到問題時該怎麼處置才是最佳解，常常沒有一定的答案，一切端看個案的衰弱程度、家庭支持系統、個人期待、與家屬的想法...等等。如何照顧老年病患，不是傳統的選擇題，而是一次又一次的申論題，沒有標準答案，因此更需要集思廣益和更多職類同仁共同討論。

「一個人走得快，一群人走得遠」，這也是為什麼老年醫學強調跨團隊與整合專業的原因。我身為一名老年科醫師，很幸運在成大高齡醫學部病房有完整的團隊，不管是護理師、專科護理師、復健團隊、出服個管師、社工師，平常大家聚在一起討論病人的動向，彼此激盪出許多火花和照護的樂趣。但在 2021 年 12 月輪值病房時，我更幸運遇到了四位成大老年所實習生：陳珍順、郭柏慶、顧宜佳、蔡昕育。他們的加入，讓團隊更加堅強且產生許多激盪！

建築背景的珍順是四位實習生中唯一沒有醫療背景的學生，因此她剛開始實習的時候感到十分惶恐，對於許多艱深的術語不甚了解，也不太確定要如何評估病患。尤其珍順照顧的個案非常困難，是一位高齡 90 歲的奶奶，過去即有失智、憂鬱等身心症狀，跌倒後造成左髌骨骨折，手術雖非常成功，但是術後返家開始嚴重譫妄而致失能。後來入院發現嚴重高血鈣，因而導致急救三次，入住加護病房後轉出更是衰弱，當時為了等開刀與術後加護病房觀察也花了許多時間。但珍順還是藉由她的熱情、照護自身家中失智長者的經驗，甚至從家中環境改善跌倒的觀點切入，除了完整做了「老年周全性評估」，更適時發揮她建築的長才，藉

由畫起平面設計圖來衛教家屬如何改善家中環境、設置照明燈...等。奶奶住了一個多月後終於順利出院，出院後鼻胃管、尿管一個一個移除，現在已經是自己持助行器每天在家行走的健康長者，連個案的兒子都說個案比開刀前更加健康。

柏慶是營養師出身，他照顧的個案是一位出家師父，因為心臟衰竭、急性痛風發作及胃腸出血造成急性功能衰弱。再加上出家人因為茹素，本就很容易造成蛋白質攝取不足而致肌肉流失，但其實茹素者經由適當的飲食衛教與介入，也是可以達到充分的蛋白質攝取，因此柏慶剛好發揮他營養學的專長，結合「老年周全性評估」，給予個案環境、飲食、以及糖尿病相關衛教，個案順利出院後，回診時已可以自己重新站立，精神也明顯改善許多，但因為住處離成大醫院太遙遠，後續還是回到附近診所繼續追蹤。

宜佳是藥師出身，他照顧的個案是因為泌尿道感染來住院，但是個案本身多重用藥問題十分複雜，除在成大醫院多科看診，也在其他醫療院所拿藥，甚至同一科別還看了二位醫師，血糖藥物也是分別二處領取。如此的情境很容易造成醫源性的問題如低血糖或血糖控制不良。宜佳憑藉自身藥學專業，在進行「老年周全性評估」時，除針對個案的衰弱程度和糖尿病控制提出相對應的建議外，也跟家屬與病患針對一顆一顆藥物做細心衛教，指導藥盒的使用與藥物可能的副作用。雖然個案後續堅持維持原樣而未回診，且也仍繼續多科看診，但宜佳仍非常努力憑藉自身專業，給予個案許多小心使用藥物的建議。

昕育本身是長照背景專業，他照顧的個案是因為足部蜂窩性組織炎入院，但比起個案感染的問題，其背後照護的議題更加複雜。正因為「老年周全性評估」的介入，昕育進一步發現個案家中支持系統不佳，與案夫有所爭執，且因為發現個案服藥順從性不佳，因此尋求家中成員介入時，更發現個案長子本身因身心問題無法給予個案協助，個案次子因工作關係也很難給予個案照護。因此昕育發揮其所長，給與案主心理支持，並建議案主接觸社交或社區活動，減少與案夫發生摩擦的機會，轉移注意力和尋找生活重心，並學習與疾病共存。雖然個案後續未再回診，但昕育仍憑藉自身專業，給予個案許多實用的建議。

綜觀四位實習生的照顧個案經驗，我們可以發現：並非做了「老年周全性評估」、有進行介入，高齡者從此以後就可以過著幸福快樂又健康的日子。畢竟還要看長者的接受程度和疾病病況，但是如果不評估、不發掘問題，那高齡患者永遠沒有機會改善生活品質。此外，上述四位實習生的經驗也告訴我們一個很重要

的概念，就是：照顧高齡者是不分專業的。任何專業都會與高齡有關，傳統醫療領域背景如我、宜佳、柏慶，本就與醫療照護息息相關，但許多的醫療知識與處置，若沒有經過老年學的淬鍊和老年周全性評估的訓練，反倒有時會對高齡者造成醫源性的傷害。因此，老年學的訓練對醫療領域的同仁是十分重要的。此外，病人最長時間的活動場域是社區，而非醫院，因此所有的長照知識背景亦是十分重要。珍順建築的背景乍看之下與高齡照護無關，但若是沒有高齡照護的觀念而設計出的建築，恐怕會造成高齡者安全上的疑慮與不友善的環境。有人說資訊跟長者總沒什麼關係了吧？這當然還是有關的，就像疫苗接種登記系統，如果介面能簡單到讓許多的長者皆能操作，那這樣才更能推廣普及疫苗的接種。也有人說法律總該沒關係了吧，這也不然，實務上目前老人照護在法律政策上，尤其是對高齡者疏忽照顧的議題，仍是需要法律人才協助介入，才能保護到更多的長者。

因此我們可以知道：照顧高齡者是不分專業的，高齡的友善環境需要大眾共同參與。而像成大老年所一系列專業的課程規劃與實習規劃，就提供了珍順、柏慶、宜佳、昕育如何進行老年周全性評估和了解老年學的精要。照顧老年人本來就不是一件簡單的事情，但如果有適當地引導，經由正宗心法的訓練，循序漸進，如此必然便能對老年人照護有更進一步的了解。所以，照顧老人很難嗎？從這四位實習同學的經驗，我們可知道：照顧老人，不難！端看有沒有心、願不願意而已，別無捷徑！與大家分享之。