

出國報告（出國類別：其他）

國立台灣大學醫學院附設醫院
北護分院
105 年社區暨老年醫學參訪計劃

服務機關：國立臺灣大學醫學院附設醫院北護分院

姓名職稱：韓德生醫師兼醫療部主任

賴台軒醫師兼門診中心主任

李怡萱醫師兼社區健康中心主任

姜遠萍護理師兼護理部主任

林昱宏社工師

派赴國家：日本名古屋、東京

出國期間：2016 年 4 月 10 日至 4 月 15 日

報告日期：2016 年 4 月 28 日

摘要

本院願景為建構「社區化的健康照護體系」及「老年醫學暨長期照護整合型中心」，因此於 2016 年成立 T1 研究中心致力於老年醫學的研究。本次參訪行程為取經於日本面對高齡社會所發展的老年醫學研究，因此參訪對象為名古屋在宅醫療、國立長壽醫療研究中心、浴風會第三南陽園特殊養護老人施設、東京都老人綜合研究所。透過本次參訪經驗，瞭解健康照護機構間，以服務對象最大福祉的前題下緊密合作，從健康照護的過程中發展老年醫學研究，並由研究成果中發展出適切的政策參考，讓政府在未來面對人口高齡化的社會危機中化為轉機。

關鍵字：在宅醫療、社區整體照顧、老年醫學研究、長期照護

目次

一、目的.....	1
二、參訪過程.....	2
三、心得與建議.....	14
附件一 參訪行程.....	16
附件二 攜回資料清單.....	17

一、目的

截至 2015 年 7 月，我國總人口有 23,461,708 人，其中 65 歲以上有 2,871,311 人，佔我國總人口的 12.24%，目前人口老化的速度並沒有減慢，正朝向 14% 的界限前進，即將成為聯合國所定義的高齡社會(aged society)。人口老化，對我國的整體發展皆會有結構性的改變，我國政府也積極擬訂因應策略，即衛生福利部(2015)規劃「高齡社會白皮書」中提出四大方向：「延長老人健康年數，減少失能人數」、「落實『為老人找依靠』的施政主軸」、「減輕家庭中年輕世代的照顧壓力」、「促成銀髮產業發展的環境與商機」。因應社會需求，長期照護保險也預計自 2017 年開始實施。由此可見，高齡醫學與長期照護的建構與發展是國家現行政策的推行重點。

本院在整併入台大醫療體系以來，即以立基成為「老年醫學暨長期照護整合型中心」的典範，因此，相較於其他分院，特別強調發展「老年醫學與長期照護的最佳照護模式」、「結合社區照護資源，為社區民眾提供優質照護」，整併至今邁入第 12 年。近幾年，每年皆有數篇研究成果成功發表在國內外學術期刊與研討會。2015 年在新任黃國晉院長的推動下成立「社區暨老年醫學研究中心」，期許在臨床服務中發現老年人問題，積極努力協助解決問題，以成為台灣第一的社區及老年醫學研究中心為目標。

與台灣人文歷史有所淵源的鄰國-日本，於 1970 年進入高齡化的社會，並於 2000 年開始實施介護保險制度，而台灣高齡化速度與日本相近，日本面對其人口急速老化的因應之道，不管在硬體或軟體服務，皆能透過制度有效的輸送到有需要的民眾，實可提供我們諸多借鏡與啟發。

二、參訪過程

4月11日：參訪市橋亮一在宅醫療診所、岐阜綜合醫院

李怡萱

(一)、參訪行程

2016年4月11日，參訪團於一早自名古屋前往位於岐阜的市橋亮一在宅醫療診所。首先參與診所晨間跨專業個案討論會。在會議上診所將前一天訪視，包含緊急訪視的個案現況做簡報，並聽取各團隊意見。

接著參訪團分組隨同醫師、護理師至居家訪視，每組約隨同參訪3-4位病患。在宅醫療診所每兩個禮拜固定訪視病患。與台灣現行居家訪視相比，日本居家訪視後醫師可直接開立處方籤印出，病患會在附近藥局領藥。如需抽血檢驗也可當下完成。我隨同訪視的病患，第一位是101歲的老奶奶，有HTN, CAD，除口服藥外也使用nitroglycerin transdermal patch。老奶奶住在二樓，家屬白天在一樓工作，老奶奶會獨自在二樓活動，但多侷限於床上和房間。老奶奶步伐緩慢，近一年無跌倒記錄。每個禮拜有兩次居家服務協助老奶奶沐浴。第二位是80多歲的奶奶，我們到訪時正好遇到烘棉被的居家服務。奶奶最近血壓控制不良，醫師和護理師訪視後發現奶奶在日間照護機構適應不良，多次和工作人員有言語衝突，最近情緒不穩。討論後暫不調整血壓藥，後續與個案管理師(case manager)討論轉換日間照護機構。第三位是70多歲伯伯，住在小規模多機能的機構中。最近腸胃消化較差，但大致穩定。此機構包含居家服務、日間照護、以及數床住宿住民。住民皆住單人床，且可自行規畫空間並擺放私人物品，我們訪視的伯伯甚至放了一整套漫畫在房間中！

在輪流出外訪視的空檔，診所人員介紹診所硬體設備、作業流程，並放映一位行動受限、多重慢性疾病老人(COPD, stroke with neurological sequelae; under nasal cannula O2 supplement and sputum suction PRN)，成功自急性病房出院接受在宅醫療多團隊照護的記錄影片。

中午前往岐阜綜合醫院(Gifu Prefectural General Medical Center)，先試吃吞嚥困難飲食。這些吞嚥困難飲食經由酵素處理，在保持外型，色香味俱全的情況下，質地變得柔軟，適合老人和吞嚥困難病患食用。食品公司將每道菜或飯做成調理包的方式販售，在超市可買到，用電鍋或微波爐處理後即可食用，相當方便；但價格不斐，一般家庭通常可負擔一餐搭配一兩道菜。

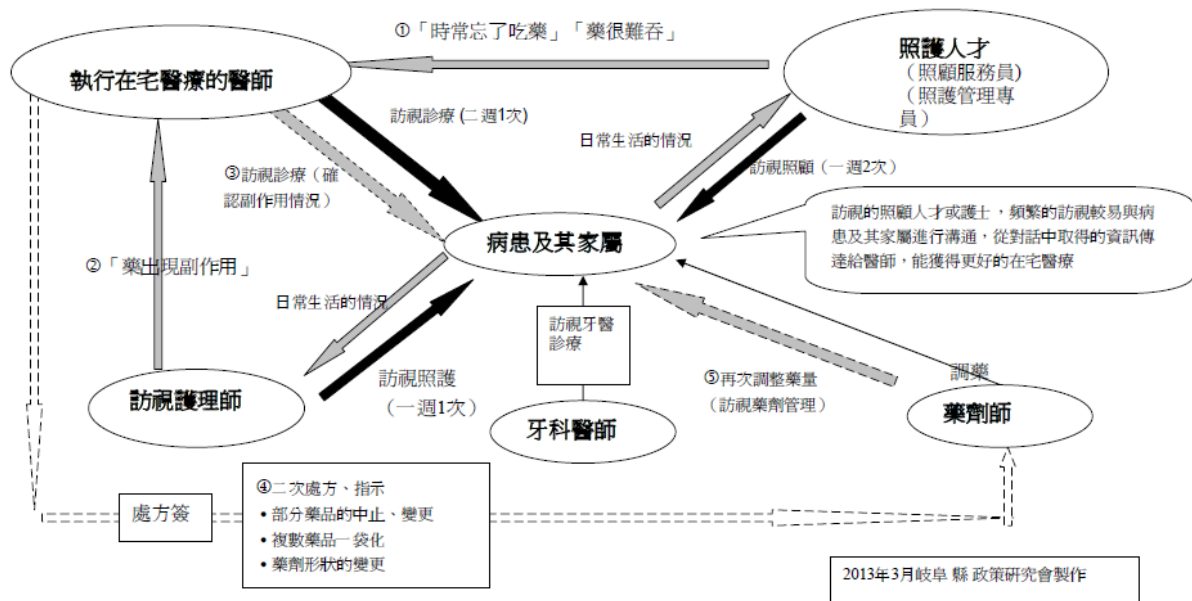
下午共有兩場演講，一場為市橋亮一醫師介紹在宅醫療體系，一場為岐阜綜合醫院簡介醫院與在宅醫師合作為病患進行出院準備，讓病患回到社區接受在宅醫療的機制。最後回到市橋亮一在宅醫療診所，由參訪團簡報台灣居家療護、長期照護制度，在宅醫療診所團隊成員提問討論。以下分段論述。

(二)、日本在宅醫療

日本在1981年將注射胰島素納入「居家醫療自我注射指導管理收費標準」，可以說

是居家醫療診斷收費制度化的開始。後來歷經多次醫療法修訂，以及2000年長照保險(介護保險)上路，在宅醫療服務逐漸完備。2012年厚生勞動省提出「在宅醫療·介護安心2012」政策後，相關業務陸續於日本全國各地展開，並投入上千億日元經費(全聯會國際事務工作小組，2015)。

在宅醫療是醫療相關人員去病患家裡進行醫療的行為。從事在宅醫療人員的主要類型為醫師、護理師、牙醫師以及藥劑師。在宅的病患接受多專業團隊的照護，以下為醫療、照護整合概念圖。



(三)、以市橋亮一在宅醫療診所、岐阜綜合醫院為例

1. 市橋亮一在宅醫療診所

- (1)人員編制：醫師 10 位(全職和兼職)(綜合診療科、血液腫瘤科、泌尿科、神經外科、神經內科、麻醉科、皮膚科、精神科、心臟科、外科、緩和醫療科)、護理師 10 位、營養師 1 位、音樂治療師 1 位，醫療行政相關人員 9 位，共 31 位。
- (2)執行業務：檢查—血液檢查、心電圖、腹部超音波、內視鏡確認胃造瘻管擺放位置)、治療和處置—抗生素治療(包含後線抗生素 imipenem, rocephin, levofloxacin)、靜脈營養(TPN, IV nutrition)、呼吸照護(TPPV, NIPPV)、嗎啡、換管及造瘻口照護(gastrostomy, nephrosomy, cystostomy 等)、胸腹水穿刺、輸血、腹膜透析。
- (3)醫師、護理師除固定訪視外，也提供往診(緊急訪視)。診所並有 24 小時遠距視訊照護服務。
- (4)每位醫師、護理師當天下班前以 email 形式交班當天訪視情況，醫療行政人員會整理後發送給每位團隊成員。
- (5)病患家中皆有一本病歷記錄，在宅醫療、服務人員訪視後皆會留記錄。
- (6)多數醫師、護理師同時有照護管理專員(case manager)資格，但由於業務繁忙，並未身兼相關業務。

2. 岐阜綜合醫院

- (1)592 床，2014 年占床率 90.2%，平均住院天數 12.2 日。加強推動出院準備服務後，平均住院天數由往年最高 13.4 天，降至目前 12.2 天。2014 年 29.2%病患回歸社區，7.3% 入住機構，56%轉介至不同層級醫院。
- (2)專設出院準備部門，共有 9 名 case worker、7 名護理師、5 名行政人員。
- (3)出院前召開出備會議，除院內醫護相關人員外，也邀請社區長照人員、在宅醫療相關人員參與。
- (4)政府政策如病患順利出院回家，有增加醫療給付。

(四)、日本在宅醫療與台灣居家照護體系的差異

1. 日本與台灣的差異

項目	日本	台灣	說明
收案條件	未限定特定疾病，醫師或 case manager 判斷有醫療需求者	依不同類別有不同收案條件，但較為受限，如一般居家需符合 ECOG>3; 安寧居家需符合癌末、八大非癌	
訪視頻率(醫師)	兩週一次，無訪視次數上限 (2015 年四月起，醫師可依專業判斷彈性減少訪視頻率)	兩個月一次，超過合理量點數打折；最少四個月一次	
在宅、居家給付(醫師) (假設照護一位居家病患一個月的給付)	8,300 日元/次 x2(兩週看一次)+ 45,000 日元(24 hr 管理費)/月= 61,600 日元 (18,480 NTD)	1,553 點/次 x0.5(兩個月看一次)= 776.5 點	一個半天約可看居家 4 人，機構居民 8 人； 假設醫師全職看居家，日本一個月醫療給付 (61,600x160=9,856,000 日元)(2,956,800 NTD); 台灣一個月醫療給付 (776.5x160= 124,240 點)
對照門診給付 (醫師) (假設照護一位門診病患一個月的給付)	6,000 日元/次 x2(兩週看一次)= 12,000 日元 (3,600 NTD)	250-320 點/次 x2(兩週看一次)= 500-640 點	日本門診一個半天約可看 30 人，假設醫師一個禮拜 10 個半天看診，一個月醫療給付 (6000x1200 = 7,200,000 日元)(2,160,000 NTD)； 台灣門診一個半天

<p>連續性與完整性</p>	<p>由在宅醫師連續性照護，需要專科時可轉介醫院(市橋診所所有各專科醫師)；可提供 24 小時諮詢及緊急訪視；case manager 可協調各專業人員；可提供治療及處置項目較多</p> <p>醫師角色薄弱，病患仍回門診開藥；可提供 24 小時諮詢，但大部分無法提供緊急訪視；各專業間無聯繫；礙於法令，可提供治療及處置項目較少(如 IVF, IV Abx)</p>	<p>20-100 人，假設一個禮拜 10 個半天看診，一診 30 人無慢處，一個月醫療給付(250x1200= 300,000 點)</p>
----------------	--	---

參考文獻

1. 全聯會國際事務工作小組(2015)。日本居家醫療的變遷及現況。台灣醫界，58 期 4 卷，頁 42-44。

	
<p>市橋亮一在宅醫療診療所外觀</p>	<p>市橋亮一在宅醫療診療所外牆</p>
	
<p>市橋亮一在宅醫療診療所門內合影</p>	<p>市橋診所晨間多團隊會議</p>



在宅訪視配備



在宅訪視配備



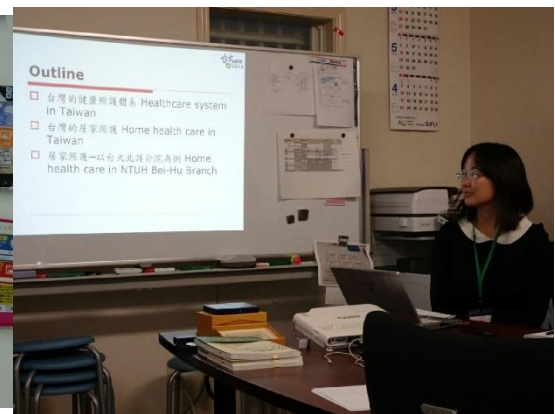
岐阜綜合醫院



岐阜綜合醫院



吞嚥困難飲食



分享台灣居家照護經驗

4月12日:參訪國立長壽醫療研究中心(National Center for Geriatrics and Gerontology, NCGG)

韓德生

日本政府於 2004 年設立國立研究開發法人國立長壽醫療研究中心，座落於愛知縣大府市，研究中心包括醫院、研究所及各獨立中心。醫院是由慢性結核病醫院改建，提供臨床服務兼收錄研究個案，全職員工數 460 人，兼職 154 人；共計 20 個臨床科，383 床，平均每日門診 583 人，住院 254 人。研究所全職員工數 85 人，兼職 195 人，下轄八

個研究部，分別是：老人基因體醫學、運動器疾患、再生再建醫學、幹細胞再生醫療、口腔疾患、老化機制、老化控制、整合老化神經科學研究部。獨立中心包括：失智症先進醫療開發中心、老年學及社會科學研究中心、齒科口腔先進醫療開發中心、全面照護及失智症研究中心、生物資料庫、健康長壽支援機器人中心、試驗臨床研究推進中心、醫學基因體中心、長壽醫療研修中心等。

該研究中心使命為提升老人生理及心理健康，以提升生活獨立性。其財源來自政府公務預算，研究人員另撰寫研究計畫爭取院外研究經費。中心內的臨床醫師超過一半均有研究計畫。醫院及研究所充分合作，以提供高品質醫療與臨床研究。

醫院著重以全面且連貫的方式提供先進的醫療照護及新穎的功能改善療法。主要治療領域包括失智症、骨質疏鬆與骨折、吞嚥困難、肌少症與跌倒、功能回復、居家醫療、臨終醫療、失智症之護理照護。研究所則執行老化、老年醫學、社會學相關之研究計畫。研究領域包括：失智症之預防、診斷及治療，骨質疏鬆症及肌少症之預防，衰弱症及老年症候群之診斷與照護，居家醫療相關研究，健康與福祉之社會網路。

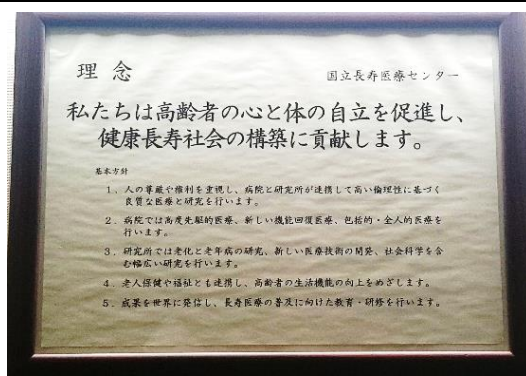
研究中心最終希望提供政策擬定之相關資訊，並對日本及全世界長壽醫學之提升作出貢獻。

參考資料

1. 2016 總統大選蔡英文長期照顧政策主張 <http://iing.tw/posts/80>
2. 日 1.3 億人口 四分之一是老人。自由時報 2014-04-16.
<http://news.ltn.com.tw/news/world/paper/771059>
3. 日本國立長壽醫療研究中心 <http://www.ncgg.go.jp/>
4. 東京都健康長壽醫療中心研究所 http://www.tmghig.jp/J_TMIG/J_index.html



國立長壽醫療研究中心正門合影



每個病房均懸掛國立長壽醫療研究中心之理念	國立長壽醫療研究中心的 micro PET/CT
	
國立長壽醫療研究中心老人門診	美輪美奐設計感十足的國立長壽醫療研究中心之失智症病房

4月13日：參訪浴風會

林昱宏

當日從名古屋到東京後，下午參訪浴風會，了解日本失智症照護推展政策與參觀期第三南陽園。

浴風會命名起源於該院名稱係來自《論語》：「莫春者，春服既成。冠者五六人，童子六七人，浴乎沂，風乎舞雩，詠而歸。」。1923年，因關東大地震造成許多災民，1925年設置時由民捐義捐480萬(其中天皇御賜330萬)，1926年落成，1927年2月開始啟用，當時可收容450名，1942年第二次世界大戰該園區由陸軍接收使用，戰後歸還改組為社會福祉法人，施設開始收住自費安養的老人，1959年另開設病院。截至2014年10月1日，已經可收住1555位老人，職員有121名，另醫院則有250名。設立的基本理念：1. 與在地社區緊密合作，2. 以住民為中心提供的服務，3. 提供專業化合作；服務宗旨：1. 尊重住民個別化的個人特質，以住民為中心提供服務，2. 遵守各項法令規範，保護個人隱私，3. 積極培訓照護人員參與各項訓練，並鼓勵自學，4. 照顧團隊中相互尊重、密切合作，共同努力建構完善的照護環境，5. 瞭解社區需求，緊密與社區互動，盡一己之利，共同推動社區照護。日本政府在全國設置三個失智症研修中心：分別在東京、大府與仙台。失智症研修中心設置理念為1. 即使罹患失智症，但是患者還是活著，2. 照顧人員如何以「人性關懷」對待失智者，3. 創造一個失智患者友善的社會環境，讓他們具有尊嚴的活著。

日本失智症照護推展政策，內容如下：

(一)日本認知症對策現況與未來發展

根據2012年1月30日讀賣新聞報導，日本厚生勞動省人口推估2048年日本總人口將僅剩1億人，2060年超過40%者為高齡者；另外根據國立社會保障・人口問題研究所的統計推估，從2010年到2035年，日本全國獨居老人將增加53.1%。失智症的人口推估，依厚生勞動省2014補助的研究成果，依據2012年的統計資料為基礎，失智症人口有462萬人(約15%)，到2025年將成長到675萬人(19%)，若再加上糖尿病對於失智症發生率的影響，調整後失智症人口推估將更成長到730萬人(20.6%)，而照顧失智症患者最困難的部份是BPSD(Behavioral and

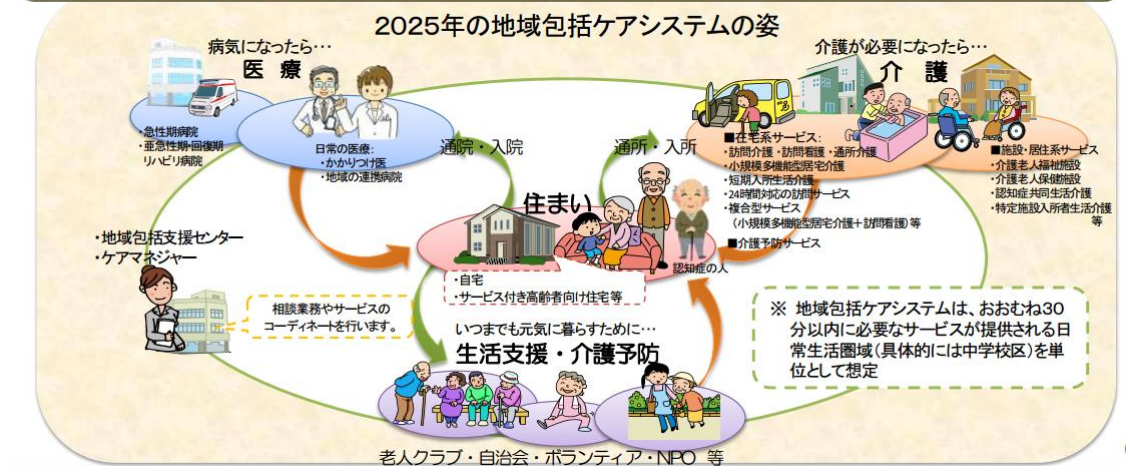
psychological symptoms of dementia)。失智症高齡者的社區整體照顧對策：高齡者人口中有 15% 是失智、介護認定者中約有 6 成為失智長者、介護服務者長常會服務失智者、大多數的失智長者過半數住在家接受生活協助，因此醫療與生活照顧要共同合作協助照護失智長者、社區整體照顧模式對於失智長者需強化社區內的互助合作，讓失智長者在原有的社區中持續生活。

(二) 社區整體照顧模式

1. 2025 年，75 歲以上的團塊世代將達到高峰，即使轉為重度需要介護狀態，也能住在已經習慣的地區過著自己想要的生活到終死，因此需要建構具有整合性、整體性的醫療、介護、預防、居住、生活支援系統(即為社區整體照顧模式)。
2. 未來失智症的高齡者會越來越多，為了能支援失智症高齡者能在社區內持續生活，建構社區整體照顧模式是重要的。
3. 在大都市 75 歲以上人口會快速增加，但在人口減少的町村部則 75 歲以上的人口增加則會趨緩，地域間的高齡化情況會有顯著差異。
4. 市町村或都道府縣作為介護保險的保險者，應以該地區的自主性及主體性為基礎，並按照其社區之特性來建構社區整體照顧模式。

介護の将来像(地域包括ケアシステム)

- 住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの実現により、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるようになります。
- 認知症は、超高齢社会の大きな不安要因。今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差を生じています。**
地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や、都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要です。**



(三) 整合性的失智症照顧是必要的：從發病後在熟悉的社區環境到終老

1. 以徹底執行以個案為中心的醫療、照顧等服務
2. 預防失智症
3. 建構早期診斷、早期因應的系統
4. 適切的因應 BPSD 所衍生的行動、心理症狀與身體的合併症

5. 提供完整的失智症生活支援照顧
6. 失智末期的醫療照顧緊密合作
7. 社區推進黨要有視野建構讓醫療、照顧服務有系統的合作

(四)2015 年失智症策略的新的理念：尊重失智症者的自主意志，建構失智友善社區可以讓失智長者在熟悉環境繼續生活為目標。

七大項發展目標：

1. 推廣認識失智症
2. 針對失智症的病情能有合宜、適切的醫療、照顧等服務的提供
3. 強化早發性失智症的措施
4. 支援失智症的照顧者
5. 促進失智友善社區
6. 利用健康傳播加強失智症的預防、發現、治療、復健與照顧模式的研究成果的利用
7. 必須以失智症及其家屬的角度來看待

第三南陽園屬日本的特別養護型機構，第三南陽園的建築於 2002 年 2 月落成，同年 4 月開始啟用，可收入住 207 人，單人房有 32 間、雙人房有 7 間、4 人房有 35 間，新的 4 人房有 9 間。設施內還有理髮廳、商店、餐廳與美容院，可以服務住民、住民家屬與工作人員，甚至於社區民眾。另，還有提供住民家屬遠房前來探視住民，還可以提供住民家屬的住宿空間。

另外機構內也設立有 Group Home(團體家屋)，一整層共有兩個單位，提供給失智症老人家庭化與個別化的照顧服務，因為收住的失智症長者人數不多，工作人員人力比為 1:3，因此可以較有人力與時間來滿足失智症長者個別化需求，因照顧人員皆有受過失智症的專業研修，所以對於失智症的問題行為可以有能力去因應，且因與失智症長者共同生活的照顧，例如在廚房中一起準備烹食的料理，在客廳中閒聊等，除了照顧也同時達到生活復健的效果。



浴風會入口處合影



與浴風會的常務理事等代表合影



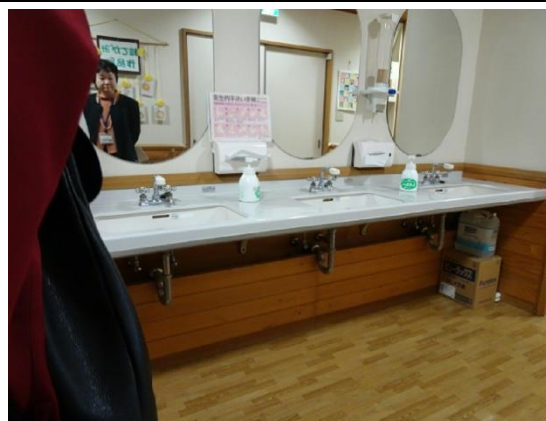
機構內養育動物與住民共同生活



走道扶手壁有規劃病床等物品存放空間



團體家屋佈置如家般的感覺



洗手台的規畫可友善住民自行使用

參考文獻

1. 社會福祉法人浴風會。 <http://www.yokufuukai.or.jp/index.html>
2. 認知症介護研究・研修中心。 <http://www.dcnnet.gr.jp/>
3. 第三南陽園特別老人養護院。 http://www.yokufuukai.or.jp/nanyo_en/#B003

4月14日：參訪東京都健康長壽醫療研究所

賴台軒

東京都健康長壽醫療研究所, The Tokyo Metropolitan institute of Gerontology (TMIG) 成立於 1972 年，為東京都因應高齡化社會所產生的種種問題而建立的研究機構，與東京都老人醫院, the Tokyo Metropolitan Geriatric Hospital (TMGH) 位於同一個園區，於 2009 年兩個獨立的機構合併。東京都健康長壽醫療研究所，以下簡稱 TMIG，為關東地區首屈一指以老人老年為主題的研究機構，有超過 200 位研究員，包括全職，兼任研究人員與研究生。此研究機構大致分成兩大部分，一為自然科學系研究, Research on Biology and Medical Sciences，其中包括：老化機轉的研究，老化功能性研究，老化腦神經學研究，老年病理研究與神經影像研究等。另一為社會科學系研究，包括：社會參與與社區健康研究，自立促進的介護預防研究等。我們此次慕名而來，一方面本院為台大醫療體系中以老人與社區為主的醫院，相關的主旨與 TMIG 相似，另一方面本院新成立老人與社區

研究中心，需要向 TMIG 學習相關的研究發展，並尋找日後合作的主題與參與。很幸運行前得到該機構的總裁井藤英喜 Hideki Ito 與所長許俊銳 Shunei Kyo 大力的支持，於民國 105 年 4 月 14 日順利參訪。

首先，所長許俊銳親自接待我們此參訪團，並介紹 TMIG&TMGH 的歷史沿革與現在發展的狀況，目前 TMIG 現正邁向中期目標，也就是” researching aiming to maintain and advance the elderly’ s health and improve their vitality”。接著副所長新開省二先生介紹 TMIG 相關的研究概況後，社會參與與社區健康研究所的藤原部長為我們演說 ” Promoting participation and contribution to society among elderly Japanese: From the viewpoints of support projects for employment and volunteering”。日本從戰後到現在，獨居的比例越來越高，老年族群的功能性，不管是 IADL, intellectual activities and social roles 都在逐年遞減，因此日本政府於 2004 年制訂老人雇用的法令並於 2012 年再做修正，期待老年族群能夠重返職場，進而增進生活品質。根據 TMIG 的研究，老年族群投入工作，志工甚至嗜好，都能減緩生活機能的退化，值得臺灣做為借鏡。接著，自立促進與介護預防所的北村部長為我們介紹 TMIG 的重要世代研究：“ 10-year community-based intervention for frailty prevention and its effects on healthy aging”。在老化的議題中，frailty 衰弱是近幾年研究的重心。Frailty 是一個與年紀有關的症候群，包括減少對於壓力的承受度，進而造成多種生理狀態的退化進而發生不好的預後。Frailty 的指標包括肌肉的減少(sarcopenia), 營養的下降(lower nutrition)和血管的退化(subclinical vascular disease)。TMIG 建立了一個完整的世代研究，追蹤超過十年，並嘗試一個社區整體照護系統 (community-based integrated care system), 最後證明完整系統的介入能幫助老年族群健康的老化，結果令人印象深刻。人力照護福祉團隊的石崎部長則介紹” Home medical care in Japan: Coordination with long-term care insurance system”，將日本這幾年來發展 home medical care 的歷史，與健康保險與長照保險如何落實在宅醫療做了非常完整的介紹。臺灣現在欲發展長照保險，如何借鏡已經提早老化並已發展完整體系的日本是很重要的課題。院長黃國晉亦指示台大醫療體系應該提早做相關的研究與準備。

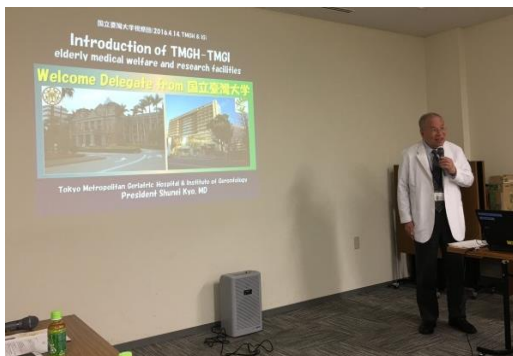
參訪 TMIG, 絕對不能錯過他們舉世聞名的大腦銀行(brain bank)。由創立者村山部長 (Shigeo Murayama)親自解說，這裡的 brain bank 是日本第一個大腦銀行，也是最大的一個。有 7000 多個 autopsy paraffin blocks，並有完整的 neuroimaging 的資料，其中多達 2000 位有 frozen neocortex 的檢體並做基因的研究，其中自 2001 年起有超過 1000 個半腦的冷凍檢體，令人嘆為觀止。最後，我們參觀了東京都老人醫院，探訪包括安寧病房，手術室，加護病房和復健中心，給予我們醫院的配置很多啟發。

此次參訪東京都健康長壽研究所，是一個新的嘗試。我們從中學習到一個以老人老化為主題的研究機構是如何建立。其跨領域(multidisciplinary)的結合值得我們學習。而日本在面對高齡化社會做得種種努力，從在宅醫療，社區參與，保險制度的建立等都值得臺灣借鏡。關於老化的研究，包括衰老與肌少症的研究，腦神經的影像與病理的蒐集，社區參與與預防性的研究，都是我們未來研究中心努力的方向。而 TMIG 和 TMGH 其研

究中心與醫療機構的互相配合，值得我們學習。



圖一：與東京都健康長壽研究所所長許俊銳及其他同仁於第二會議室合影留念



圖二：TMIG 所長許俊銳親自接待本團並做介紹



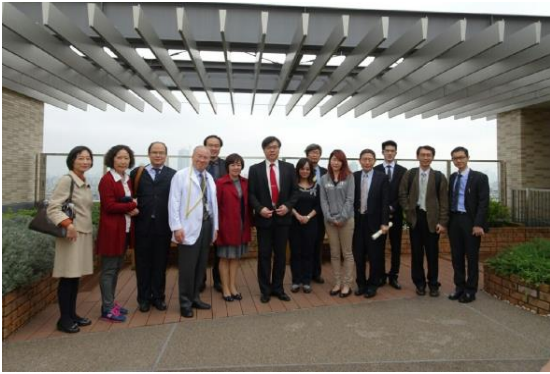
圖三：黃國晉院長致贈紀念品感謝許所長的熱心安排



圖四：黃國晉院長與 TMIG 新開副所長，藤原部長和北村部長熱烈討論



圖五：中午台大醫院北護分院與東京都健康長壽研究所於午餐討論會後合影



圖六：於東京都老人醫院安寧病房外的空中花園合影



圖七：腦神經病理部的村山部長帶領我們參觀 brain bank

三、心得與建議

在宅醫療部分：

- (一)簡化居家照護表單記錄，團隊人員每次訪視可留一份複本記錄，方便病患回門診時提供開立處方醫師參考。
- (二)目前台灣由居家護理師身兼 case manager 角色，但可評估病患對其他居家醫療、服務專業的需求，卻無調度協調的權力。各縣市長照管理中心的 case manager 也無法負荷現階段台灣所有居家病患。台灣缺乏 case manager 人才培訓及職缺，衛政及社政系統也無有效整合。
- (三)台灣目前即將試辦的居家醫療整合計畫，開放失能在家病患，醫師可至家中看診開立處方。居家照護也要求提供 24 小時諮詢服務，每年每案管理費 600 點。但就醫療給付面來看，日本醫療院所門診醫師及全職在宅醫療醫師的醫療給付幾乎為 1:1；而台灣醫師從事居家醫療和門診診療健保給付相比，差距為 1:2.4 以上。醫療給付難以成為吸引醫師自門診醫療轉任居家醫療的誘因。
- (四)台灣的居家照護限於法令、給付能提供的服務時間及內容都有限，無法有效取代門診醫療。日本接受在宅醫療的失能及高齡老人，較能有效減少門診看診次數，甚至是住院次數、天數。

研究中心部分--台灣發展國家級高齡及健康研究中心之方向建議：

台灣高齡人口比率雖不及日本，但是老化速度在全球數一數二，設置國家級高齡研究中心以尋求解決方案刻不容緩！參訪上述日本兩所成效卓著之長壽研究中心後，本著「他山之石可以為錯」的想法，我們做出下列五點建議。

- (一) 為進行臨床試驗，研究中心應有老人醫院作為基礎，以利收案、試驗、以及後續追蹤。老人醫學既然是人的研究，研究材料自然就需以人為對象；臨床試驗(藥

物或儀器)、研究倫理、成效追蹤均需要在醫院執行。這也是上述兩所研究中心不約而同與老人醫院合併之原因。因此，可思考就現有以老年病患為主要治療對象之公立社區或區域醫院進行改制，以收事半功倍之效。

- (二) **老人科學領域廣泛，為集中焦點，各研究組皆須有臨床醫師參與，以解決臨床問題為導向。**老人科學領域廣泛，科技整合廣納研究人員實屬必要；然為充分利用資源，聚焦於重要議題亦為重要原則。上述兩中心之臨床醫師皆約占全體研究人員之半數，除了便利臨床研究，以臨床角度(clinical perspective)尋找問題，聚焦於重要議題，可增加研究成果的應用性。
- (三) **失智與失能為老人醫學的兩大問題。**國家級研究中心應以此兩項疾患為首要方向，整合各醫院中心，建立兩種疾病之登錄資料庫(registry)，除提供流行病學之精確資料外，更有利於臨床試驗及政策擬定。對於現有資料庫應予以整合，除可精簡研究資源外，亦能避免零片段之研究結果。
- (四) **無論失智或失能，運動均為最佳的萬用藥(polypill)，需列為治療重點。**越來越多的文獻顯示：運動能同時改善老人疾病(包括高血壓、糖尿病、高血脂症、肥胖症等)，並減緩失能與失智的速度，有效縮短接受照顧的時間、減少個人及國家社會的支出。運動同時也是最便宜、副作用最少之治療方式。在設計運動治療、給予運動處方時，除利用醫院設備外，亦應建立簡易實施的社區版運動類型，以方便居家患者施作。一個全民運動的國家將是一個全民健康的國家！
- (五) **以機器人協助治療、照護及陪伴為跨領域合作之趨勢。應善用台灣 IT 產業優勢，導入業界研發能量，合作開發商業化機器人。**對老年人而言，許多疾病無法治癒；造成的失能除了復健/運動訓練外，對於無法回復的部分，則須提供輔具或照顧者來解決。在人力短缺的未來，科技輔具及照顧機器人將是一個解決方案。國立長壽醫療研究中心因著地利之便，接受愛知縣當地豐田汽車(Toyota)的協助，開發治療、照護、陪伴機器人，成效卓著。事實上，台灣 IT 產業無論硬軟體皆執世界牛耳，若能與醫療院所、學界等密切合作進行產品開發，不但有助於醫療照護，更有機會打入全球市場，開發出另一片藍海。

隨著時間的流逝，人口老化問題只會越趨嚴重。這個課題不分你我、無論藍綠，只要是這個國家的生命共同體都有遇到的一天，端賴各界合作以智慧來解決。期許新政府能依照政見設立「國家級高齡及健康研究中心」，創造無論是目前或是未來的老人都能享受成功老化的福祉國家。

附件一 參訪行程

日期	參訪單位	說明
4/10(日)	搭機前往日本名古屋	
4/11(一)	名古屋在宅醫療市橋亮一診所	簡述：參訪社區在宅醫療，了解日本中長期照護，以及日本不同層級的醫療體系如何提供病患連續性醫療。 時間：08:30-17:30 行程：詳第一日參訪行程
4/12(二)	國立長壽醫療研究中心 (National Center for Geriatrics and Gerontology, NCGG) 7-430 Morioka-cho, Obu City, Aichi Prefecture, Japan	簡述：日本政府於 2004 年成立國立長壽醫療研究中心 (NCGG)，創立目的是為了成立一個與健康與社會議題相關之研究機構以因應日本人口的快速老化。該機構主要是由醫院及研究單位所組成；醫院針對老人失能方面提供全人的醫療照護，而在醫院的財務支援下，NCGG 能專注且獨立地進行研究計畫與調查(如：老化與老年疾病、社會科學和提升老年人身體功能的新醫療科技發展)。 時間&行程：9:00-16:00 Host by Prof. Arai & Dr. Chang
4/13(三)	搭乘新幹線前往東京浴風會	簡述：參訪日本東京老人照護機構。 時間：14:30-16:30 行程：第三南陽園(特別養護老人院、失智症團體家屋)、失智症研究中心
4/14(四)	參訪東京都老人綜合研究所 (Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology, TMIG) 35-2 Sakae-cho, Itabashi-ku, Tokyo, 173-0015, Japan	簡述：東京都老人綜合研究所創立於 1972 年，並於 2009 年經歷大規模組織改造，目前為一獨立的研究機構，東京市政府為主要預算來源。除了提供東京都老年長者專門的臨床照護外，該機構在老化生物學與老人醫療科技領域上皆有傑出的研究表現。TMIG 的研究主題廣泛，涵蓋老化機轉、提升老年者生活品質的功能性生物老化醫學以及老年病(如：阿茲海默症、帕金森症、糖尿病、衰弱症候群等)。 時間: 9:30-16:00
4/15(五)	搭機自東京返國	

Primary Schedule (11 April, 2016)						
Group	Group A	Group B	Group C	Group D	Group E	Group F
Member	Visitor ①	Visitor ③	Visitor ⑤	Visitor ⑦	Visitor ⑧	Visitor ⑨
	Visitor ②	Visitor ④	Visitor ⑥	Dr. Lee's wife		
Translator	None		Mrs. Igarashi (Dr. Sang-Ju Yu's wife)		Dr. Sang-Ju Yu	
Doctor	Dr. Ichihashi		Dr. Tsuchiya		Dr. Iida & Dr. Kunieda	
Nurse	Undecided		Undecided		Undecided	
09:00	Morning Conference					
09:30	Consultation accompaniment	Clinic introduction	Consultation accompaniment	Clinic introduction	Consultation accompaniment	Clinic introduction
10:00						
10:30	change		change		change	
11:00	Clinic introduction	Consultation accompaniment	Clinic introduction	Consultation accompaniment	Clinic introduction	Consultation accompaniment
11:30						
12:00	Go to Gifu Prefectural General Medical Center					
12:30	Lunch time & dysphagia diet food sampling @ conference room					
13:00	Dr. Ichihashi's lecture (Theme: Home care in Japan)					
13:30						
14:00	Lecture by Post-discharge coordination department of Gifu Prefectural General Medical Center					
14:30	(Theme :Smooth cooperation between hospital and home care)					
15:00	Group work (Theme: Reflection about today's program)					
15:30						
16:00	Go back to Kagayaki					
16:30						
17:00	Lecture by National Taiwan University Hospital @ Kagayaki					

附件二 攜回資料清單

編號	名稱	附註
1	がん患者のケアマネジメントー在宅ターミナルをささえる7つのフェーズ・21の実践	市橋亮一 若林英樹 荒木篤著作
2	國立長壽醫療研究中心簡介	
3	社會福祉法人浴風會・高零者保健醫療總合中心簡介	浴風會病院・老健施設資料
4	東京都健康長壽醫療研究所簡介	
5	認知症對策	國立長壽醫療研究中心衛教資料