

出國報告（出國類別：訓練）

老年醫學的跨專業團隊與居家醫療 小組合作照護訓練

服務機關：國立臺灣大學醫學院附設醫院

姓名：陳莉蓁

派赴國家：美國

出國期間：114 年 4 月 14 日至 114 年 5 月 2 日

報告日期：114 年 7 月 15 日

摘要

隨著臺灣即將邁入超高齡社會，老年醫療照護的挑戰日益嚴峻，跨專業團隊整合照護模式的重要性日益提升。為學習國際頂尖醫療機構的經驗，本人於 114 年 4 月前往美國紐約西奈山醫院（Mount Sinai Hospital）進行為期三周的見習，深入了解其老年醫學病房與門診照護模式，並觀摩安寧緩和醫療照會服務。希望能汲取跨團隊合作、教學與研究的經驗，強化臺灣的老年醫學和緩和醫療發展。

此次見習觀摩了西奈山醫院的老年醫學住院照護，包括機動式老年急性照護（The Mobile Acute Care for the Elderly, 簡稱 MACE）、老醫照會與共同照護服務（Concurrent），以及老醫門診照護的高風險病人門診整合計畫（Aging, Life Innovations, Goals & Needs, 簡稱 ALIGN）。另外也觀摩了緩和醫療照會服務，包括一般病房的緩和醫療照會模式、和加護病房的嵌入式緩和醫療模式（Embedded palliative care）。見習期間，也觀察到美國醫院對於臨床醫病溝通、醫療品質、住院醫師教學的重視，並將臨床結合研究，有助於提升照護品質。

透過此次見習，深入學習國際頂尖醫療中心的老年和緩和醫療照護模式、跨專業團隊合作溝通模式、資源整合、住院醫師訓練方式，希望未來能應用於臺大醫院，以提升本院老年醫療和居家醫療的臨床照護品質、以及教學與研究風氣。

目次

一、目的.....	1
二、過程.....	2
三、心得.....	10
四、建議事項.....	12

本文

一、目的

隨著人口老化的加劇，臺灣在 1993 年邁入高齡化社會（65 歲以上老年人口占總人口比率達 7%），2008 年成為高齡社會（65 歲以上老年人口占總人口比率達 14%），並即將在 2025 年邁入超高齡社會（65 歲以上老年人口占總人口比率達 20%），老年人口的照護成為一項重要議題。由於老年人的病症較為複雜，常有非典型或非特異性的臨床表現，與年輕人有很大不同，譫妄、憂鬱、跌倒、尿失禁等老年症候群也極為普遍，在照護老年病患上需要具備特殊的知識與技能。而老年人常合併多重慢性病，會到多科別門診就診，進行多項檢查並領取多種藥物，不僅增加醫療資源支出、也增加病患及家屬的負擔，而且多重用藥可能導致病情惡化。因此，如何整合各專科並建立「老年醫學照護團隊」變得至關重要。

臺灣自 2004 年開始由國家衛生研究院、臺大醫院等推動老年醫學次專科醫師訓練，期間也獲美國紐約西奈山（Mount Sinai）醫院多位老年醫學專家學者協助規劃，逐步發展老年醫學照護模式。臺大醫院身為先驅者，後續建立老年醫學病房和門診，並發展出「跨專業老年醫學照護團隊」，全面性地考量並整合老年病人的各種需求，並在多年來進行老年醫學次專科醫師的訓練，以及二年期 PGY 的老年醫學教學，期望能有更臻完善的老年人口照護品質。目前臺大醫院的老年醫學跨專業團隊照護模式在病房發展較完善，提供住院病人的老年周全性評估和後續治療計畫（包括藥物、營養、復健、輔具、照護資源轉介），然而在老年醫學門診照護上，跨專業團隊照護的經驗較為有限，需仰賴老年醫學科醫師擬定周全性照護計畫，並替病人轉介相關專業人員，整合各項資源服務。

此外，老年人較常面臨行動不便、就醫困難的問題。自 2016 年起，臺灣推行居家醫療整合照護計畫，針對行動不便的患者，提供包括居家醫療、重度居家醫療及安寧療護的三階段照護，讓病人能受到適當醫療照顧，也減少病家就醫負擔。臺灣於 2024 年 7 月起實施「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」，發展在宅急症照護，照顧肺炎、尿路感染、軟組織感染的病人在家接受抗生素治療。臺大醫院目前正積極推動居家醫療和在宅急症照護，如何幫居家醫療病人整合醫療需求，促進各專科團隊溝通，是未來努力的方向，以應對老年人口增加、日益複雜的醫療需求所帶來的挑戰。

因此，為學習國際頂尖醫療中心的老年醫療照護模式，本次特別前往美國紐約西奈山醫院進行短期訓練，希望透過此短期出國進修，學習國外老年醫學病房和門診的跨專業團隊照護模式、以及居家醫療小組照護模式，包括各專業職類的合作溝通模式、團隊會議、資源整合等，也觀摩國外老年醫學住院醫師訓練方式，汲取相關研究經驗，以提升本院老年醫療和居家醫療的臨床照護品質、增進科內教學和研究風氣。

二、過程

(一)美國紐約西奈山醫院老年醫學與緩和醫療科

美國紐約西奈山醫院的老年醫學發展歷史悠久，於 1982 年成立、為全美第一個老年醫學部，近幾年在 U.S. News & World Report 的排名，西奈山醫院的老年醫學領域都是全美排名第一，是全球公認的老年醫學領導機構。西奈山醫院也擁有全美最大的老年醫學訓練計畫，過去 40 年來訓練出的老年醫學醫師人數眾多、約占全美五分之一，教學訓練經驗豐富。臺灣於 2004 年推動老年醫學次專科醫師訓練期間，也獲得多位西奈山醫院的老年醫學專家學者協助規畫。

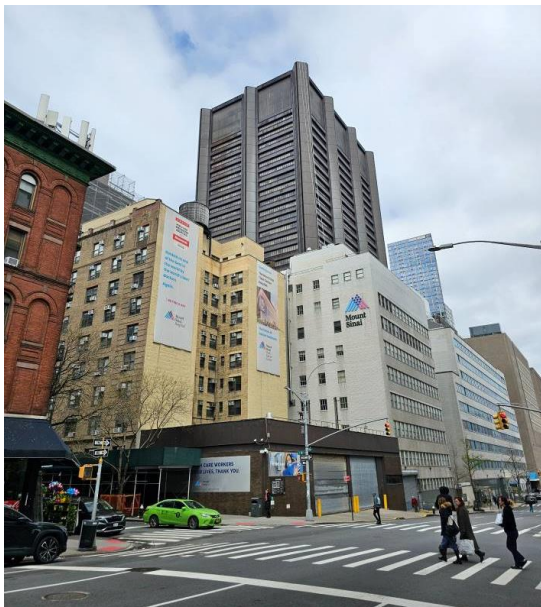
西奈山醫院老年醫學與緩和醫療科創建許多目前在美國常規實施的臨床照護模式，如遠距醫療（Telehealth and e-consult programs）、居家醫療（the Mount Sinai Visiting Doctors Program）、居家緩和醫療（Palliative Care at Home）、在宅住院（Hospitalization at Home）等，成為美國各地醫療體系的重要參考依據。西奈山醫院也參與了許多與老年醫學和安寧療護相關的重要研究計畫，包括 James J. Peters VA Medical Center 的老年研究、教育和臨床中心，The New Jewish Home 的老年研究院，The Center to Advance Palliative Care，The National Palliative Care Research Center。這些研究計畫引領老年醫學和安寧療護的發展，並應用在病人照護上。

西奈山的老年醫學和緩和醫療訓練中，除了住院、門診、社區和居家的臨床照護之外，也有各種學術課程和討論活動，包括個案研討會、文獻討論會、各式研討會（包括老年藥物學、臨床研究技巧、研究方法學、實證醫學、醫學倫理、緩和醫療、老年特別課程、學術講座）等，學習資源豐富。

在美國紐約西奈山醫療系統中，共有五個院區有提供老年醫學和緩和醫療服務，包括 The Mount Sinai Hospital、Mount Sinai Beth Israel、Mount Sinai Morningside、Mount Sinai West 和 Mount Sinai Queens。此次見習的醫院是西奈山醫院（The Mount Sinai Hospital），是一間 1134 床的三級教學醫院，其老年醫學和緩和醫療部門擁有近 40 位主治醫師，提供住院和門診病人的老年醫療照護、和安寧緩和醫療照護，照護服務內容如下：

1. 老年醫療照護（>75 歲）：目前西奈山醫院沒有老年醫學病房，病人會由機動式的老年醫療團隊照顧，老年醫療團隊也提供住院老年病人的照會和共同照顧服務。門診照護除了一般老醫門診外，還有針對高醫療需求病人的特殊門診。
2. 緩和醫療照護：西奈山醫院設有緩和醫療病房，一共 14 個床位；並設有 8 個緩和醫療照會團隊提供不同科別照會服務。另外提供安寧緩和病人門診照護。

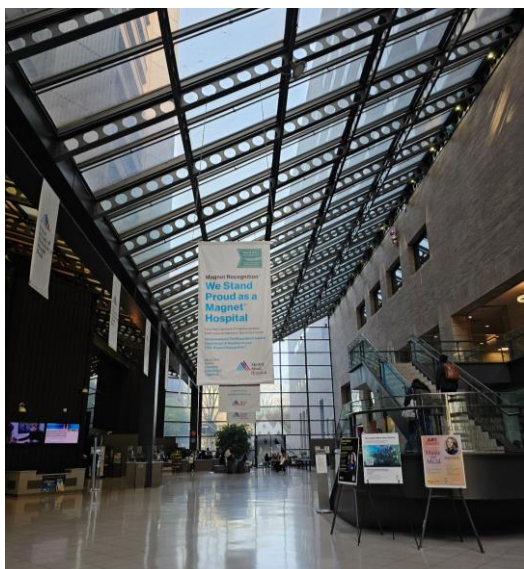
西奈山醫院擁有全美最大的研修醫師訓練計畫，共有四種訓練計畫，目前研修醫師一共有 32 位。四種訓練計畫包括一年期的老年醫學訓練、一年期安寧緩和醫療訓練、兩年期的 LEAP 計畫（Learn-Educate-Advocate-Promote）、與兩年期的老年醫學和安寧緩和醫療訓練（Integrated Geriatrics-Palliative Medicine），其中，LEAP 計畫希望能培養研修醫師具備老年醫學核心知識與領導能力，未來能主導醫院、醫療體系或照護品質改善計畫，在保險機構等政策單位擔任領導角色。



圖一、西奈山醫院外觀



圖二、西奈山醫院入口



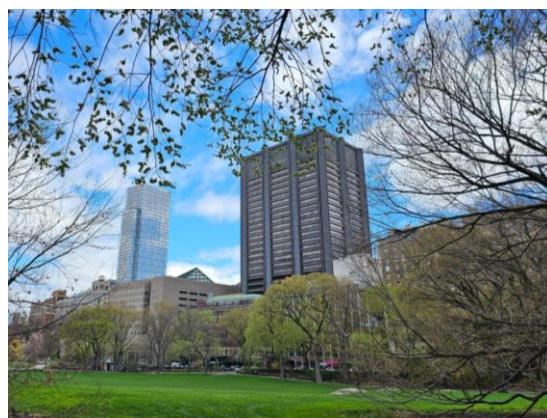
圖三、西奈山醫院大廳，左側為醫學院研究大樓，右側為西奈山醫院病房大樓



圖四、西奈山醫院病房大樓的大廳一隅，可見其建築設計注重自然光引入



圖五、Martha Stewart Center for Living 門診大樓，老年醫學門診位於四樓



圖六、西奈山醫院緊鄰紐約中央公園，此為中央公園看向醫院的景色，咖啡色建築為醫學院大樓，左側米色建築為醫院

(二)老年醫學住院照護

針對住院病人提供的老年醫療照護模式有兩種，機動式老年急性照護 (MACE, The Mobile Acute Care for the Elderly)、老醫照會與共同照護服務 (Concurrent)，以下會分別介紹：

1. 機動式老年急性照護 (MACE, The Mobile Acute Care for the Elderly)：老醫門診長期追蹤病人若住院，會入住內科系病房，由老醫團隊主責照護。

MACE 是由西奈山醫院首創的一種創新老年照護模式，為原本在老醫門診接受照護的高齡病人，提供持續且整合性的住院照護服務。此模式強調以病人為中心的跨專業團隊合作，並不受限於特定的實體病房，而是以機動的團隊進入各病房進行評估與治療。MACE 團隊每日舉行跨專業會議 (Interdisciplinary Team Meeting)，由老年醫學主治醫師與研修醫師共同負責病人的評估和照護計畫；社工則協助處理保險事宜與出院計畫；過去亦曾設有護理協調員 (Nurse coordinator) 擔任「住院教練」(Hospital coach) 角色，負責疾病和用藥相關衛教、協助出院後電話追蹤。

多年前西奈山醫院曾設有傳統的老醫急性醫療病房 (Acute Care for the Elderly Unit, ACE unit)，但後來因一些因素撤除而改為目前的機動式照護模式。雖然以病房為單位的老醫急性醫療照護在實務上具備許多優勢，便於跨專業團隊合作、進行周全性老年評估、整合照護，但此模式至今在各醫院間仍未被廣泛推行，主要受限於初期設置的高昂成本、人力需求與空間規劃等挑戰，另外由於多數醫院病床使用率高、病人流動快速，即使設立急性病房，也難以長期保留床位給特定的高齡病人，導致即便病人符合收治條件，亦常因病房滿床而無法入住。因此 MACE 照護模式更具機動性、有其優勢，也是和臺大醫院的老年醫學急性病房照護模式很大的不同之處。

在 MACE 見習期間，團隊每日照護病人大約 8 至 10 位，早上 9 點由老年醫學主治醫師、研修醫師及社工召開團隊會議，討論每位病人的病情進展與後續動向。目前 MACE 團隊成員已經沒有護理師和藥師 (過去曾設有)，然而每個病房本身都有配置營養師、藥師與社工人員，可協助評估病人狀況。團隊會議結束後開始查房，主要由研修醫師領導問診評估、身體檢查、病情解釋和說明照護計畫，甚至主持家庭會議，主治醫師則適時補充意見，查房時每位病人會看半小時左右。

研修醫師在評估老醫病人時，評估內容主要包括食慾、睡眠、排便與排尿情況；活動能力與使用輔具的狀況；是否有疼痛、跌倒風險及多重用藥問題；認知功能狀況、是否出現譫妄；以及基本與進階日常生活功能 (ADL 與 iADL)。此外，也會了解病人是否已指定醫療代理人 (Health Care Proxy)，以及主要照顧者與家庭支持程度。臨床實務上多以一般老年評估為主，較少進行完整的周全性老年評估 (Comprehensive Geriatric Assessment, CGA)，如果評估有專科需求，才會照會特定科別進一步處理。

另外也會以「老年醫學 5M (The Geriatrics 5M)」這套架構來評估老醫病人，涵蓋以下五大面向：

- **Mind (心智)**：認知功能、決策能力、譫妄、躁動等行為症狀
- **Mobility (行動)**：日常生活功能評估 (bADL 與 iADL)、跌倒風險篩檢和處置
- **Medication (用藥)**：用藥整合、多重用藥評估、不適當藥物評估
- **Multicomplexity (多重複雜性)**：照護轉銜、住院潛在風險、不典型表現和老化生理變化、衰弱、預後判斷、感官障礙、壓瘡與尿失禁。
- **Matters most (在乎的事)**：重視病人的溝通、心理與靈性需求、症狀評估、病人價值觀偏好、預立醫療照護計畫 (Advance Care Planning)。

MACE 見習期間對兩個個案印象深刻。第一位是 83 歲女性，患有失智症，近期接受白內障手術，病人獨居無其他家屬、醫療決策上需監護人協助，監護人對出院照護有疑慮、不確定病人用藥遵從性，因此團隊需協助評估後續照護需求，並密切和社工討論擬定出院計畫。第二位為 76 歲女性，患有末期腎病，因身體狀況不佳無法耐受血液透析，且合併低血氧需使用正壓呼吸器輔助呼吸，面對病程進展，團隊協助召開家庭會議，由研修醫師主持、討論照護目標，後續病人選擇緩和醫療停止洗腎、轉至安寧病房善終，體現老年醫學以病人為中心 (Matters most) 的照護模式。

MACE 團隊每兩週會輪替住院醫師和主治醫師，病人的門診主治醫師和住院主治醫師通常也為不同人，導致整體照護較難達成其連續性。

2. **老醫照會與共同照護服務 (Concurrent)**：老醫團隊提供相關科別的老醫照會和共同照護服務，協助評估處置老年症候群，包括外科系科別 (骨科、一般外科、血管外科)、加護病房 (內科、外科、神經外科、心臟科)、神經科、復健科、心臟內科、肝膽胃腸科與腫瘤科等。

針對外科病人的共同照護 (surgical co-management)，評估條件包括：病人科別為骨科、一般外科及血管外科；病人超過 75 歲、失智症、多重用藥、高風險藥物使用、具老年症候群等特徵時；預期住院時間超過 48 小時、有急性創傷或需進行侵入性處置時。研修醫師會負責評估病人是否符合上述條件，若符合條件就會由老醫團隊介入共同照護，進行功能與藥物評估、跌倒風險評估、及預立醫療計畫等老年評估。若病人來自門診端，則可透過 ALIGN 計畫 (見下一項討論) 進行更全面的術前整合評估與後續追蹤。

(三)老年醫學門診照護

老年醫學門診位於 Martha Stewart Center for Living 的四樓，主要服務對象為 75 歲以上的高齡病人，提供一般門診以進行初級照護、慢性病管理以及老年相關症候群 (跌倒、認知) 的評估與追蹤，過去曾設有營養師與藥師參與老年評估，目前則主要由醫師進行老年評估。另外對於病情較複雜、高使用醫療資源或具多重共病與社會支持不足的高風險族群，則可納入 ALIGN (Aging, Life Innovations, Goals & Needs) 計畫，進行密集、短期的整合性照護；若為預計接受外科手術的高齡病人，則可轉介至 ALIGN-CARE 計畫，由老年醫學團隊進行術前功能與認知評估，並與外科團隊共同擬定照護策略，確保病人能在手術前後獲得妥善照護。

ALIGN 計畫是西奈山醫院老醫科門診專為高風險老年病人所設立的整合門診照護模式，針對近期反覆至急診就醫或住院、用藥複雜且慢性病控制困難、多重共病、健康識能低落、有高機率未按時回診、認知與功能缺損、照顧者問題、或有社會經濟困境、缺乏適當社會支持的病人，提供這些病人密集且短期的整合式跨專業照護。該計畫自 2016 年創立，鎖定的是佔全美醫療費用超過一半的 5% 高使用者族群，期望透過精準介入改善照護品質並減少不必要的醫療資源使用。

目前 ALIGN 團隊包括 2 位老醫主治醫師、1 位專科護理師、1 位社工與 2 位照護協調員（類似個案管理師角色），由老醫主治醫師和專科護理師進行老年評估，社工評估醫療保險、社會經濟和照顧問題等，照護協調員負責預約門診、交通安排。ALIGN 團隊主要以老年醫學 5M 架構評估病人，整合醫療照護、社會資源與轉介安排。團隊會為其安排每月一次的門診或電話追蹤，整體追蹤時間約半年；待病況穩定、5M 沒有明顯活動性問題後，再轉回原本的常規門診持續追蹤。目前 ALIGN 約有 100 多位病人接受照護。

ALIGN-CARE 計畫是針對預計接受外科手術的高風險老年病人所設計的術前老年醫學整合評估服務，希望透過術前的老年評估，提升病人的手術準備度與整體照護品質。此計畫涵蓋多個外科科別，包括腎臟移植、外科腫瘤、一般外科、血管外科與泌尿外科等。由老醫團隊評估認知功能、藥物使用與步態分析等，並搭配術前身體檢查與社工評估，以判斷病人的身體狀況和功能是否能因應手術與術後復原。大多數病人僅需安排 1 至 2 次門診，即可完成整體評估流程。這樣的模式可協助外科醫師更精確掌握病人風險，有助於醫療決策。

ALIGN 早上門診 9 點開始、下午門診 1 點開始，門診採預約制，每位病人評估時間約為 30 分鐘，另外開放少數名額可當天臨時加掛。看診流程上，病人報到後會由醫療助理（medical assistant）先行量測身高、體重與生命徵象。接著進入診間進行看診，有時會先由醫學生或專科護理師進行初步問診和評估，再由主治醫師進一步評估與討論。若當日需要抽血檢查，醫療助理或護理師可於診間直接完成採檢程序，不需再額外前往其他地方抽血，提升流程效率與病人便利性。若評估後有其他專科介入需求，則會另行安排後續的門診轉介與追蹤。



圖七、老年醫學門診的診間走廊



圖八、門診診療間

見習期間對其中一位奶奶的病況和 ALIGN 團隊的介入特別有印象。這是一位 89 歲女性病人，診斷包括膝關節退化性關節炎、深層靜脈栓塞、高血壓、甲狀腺功能低下、脊椎狹窄與慢性下背痛。她日常生活可自理，獨居多年，僅有一位牧師偶爾提供協助，病人以前會固定參與教堂活動。她因左腳反覆疼痛，於一個月內三度至急診就醫，因此轉介至 ALIGN 團隊追蹤。以老年醫學 5M 來評估，移動能力存在跌倒風險，目前每週接受三次物理治療；用藥則有順從性不佳的情形，未按時服用抗凝血藥；認知方面有輕度認知障礙；多重複雜性方面病人屬於多重共病且社會孤立的高風險病人；在對病人最重要的事情上，她表達希望能再次跳舞、回到教堂。ALIGN 團隊針對她的需要，安排核磁共振檢查確認下背痛和腳痛原因，強化用藥遵從性，提供心理與靈性支持，協助她在「好日子」與「壞日子」中找到生活節奏與意義，鼓勵病人在狀況好時，有機會經由團隊協助交通安排，再次回到教堂參與活動。

透過 ALIGN 跨專業團隊介入，提供足夠人力和時間來評估複雜高齡個案，可減少高風險老醫病人的急診與住院次數、緩解醫療系統負荷，並建立和其他科別的合作模式，提供一套可執行、可評估且具持續追蹤能力的老年整合照護流程，未來也有機會在其他醫院應用推廣。

(四)安寧緩和醫療照會服務

此行原本想看的居家醫療小組照護模式，因目前不屬於老年醫學部門，可惜無法前往觀摩，調整為安寧緩和醫療照會見習。

在西奈山醫院的緩和醫療服務中，住院與門診皆設有完整的照護團隊與多元服務模式。西奈山醫院設有緩和醫療病房 (palliative care unit, PCU)，一共 14 張單人病床，專門照護末期且目標為舒適照護的病人，病人通常是來做善終準備、若狀況穩定則以出院規畫、銜接安寧居家為主，病房平均住院天數 4~10 天，白天開放 4 位訪客拜訪（訪客可交換），過夜 1 位訪客，不用照顧者、由護理師負責病人之身體清潔等照護。

另外設有 8 個緩和醫療照會 (palliative care consults, PC consults) 團隊提供不同科別照會服務，包括一般病房 (orange team, purple team)、外科加護病房 (PC in SICU/TICU)、內科加護病房 (PC in MICU)、神經外科加護病房 (PC in NSICU)，並與一般內科與心臟科整合共照 (Integrated hospital medicine, Integrated CCU)，是非常龐大的住院緩和醫療服務。

緩和醫療照會團隊成員包括主治醫師、研修醫師、專科護理師 (NP)、靈性關懷師 (chaplain)、社工，並納入輔助療法如瑜伽、按摩、藝術治療等專業人員，另有心理師每週參與一次，提供完整的身心靈支持。

門診端則設有緩和醫療門診，位於腫瘤門診區內，由主治醫師、專科護理師、護理師、社工與靈性關懷師組成團隊，大部分針對接受癌症治療的病人提供症狀控制、心理支持與預立醫療計畫等服務，以期在疾病早期即介入緩和照護，提升整體生活品質與照護連續性。

此次見習觀摩了其中兩個緩和醫療照會模式，一般病房緩和醫療照會、和內科加護病房的嵌入式緩和醫療，分別介紹如下：

1. 一般病房緩和醫療照會

在西奈山醫院一般病房緩和醫療照會服務中，照會內容包括症狀控制（特別是疼痛控制）、介紹安寧緩和照護概念，以及與病人和家屬進行照護目標（Goal of Care）的討論。每天大約有 2 至 4 張新病人的安寧療護照會，團隊服務病人數約為 13 至 15 位，一旦照會安寧緩和療護，安寧團隊會與原團隊共同照護病人，每日召開團隊會議討論每位病人的照護計畫、結束後進行床邊查房，直到病人不需要安寧緩和團隊的介入協助，團隊才會結束此次照會服務輪值（off service）。

每天早上 8 點舉行的跨專業團隊會議（interdisciplinary team meeting），由主治醫師、研修醫師、專科護理師、社工、靈性關懷師與藝術治療師共同參與，討論每位病人的症狀控制、心理社會需求與照護計畫安排，進行約半小時至一小時。查房時通常由主治醫師、研修醫師、和靈性關懷師共同進行，主要由研修醫師領導評估病人症狀，每天針對疼痛、喘等常見癌症症狀進行藥物調整，調整嗎啡用量、自控式止痛裝置劑量，並和病人及家屬討論後續照護目標，進行預立醫療決策（如 DNR）、指定醫療代理人（Health Care Proxy）與是否轉入緩和病房（PCU）等重要議題的討論，確保病人意願與價值能被充分尊重與落實，查房時主治醫師扮演輔助的角色。

對於需要進一步討論治療選擇與照護方向的病人，團隊會安排家庭會議，會議進行大約 30 至 60 分鐘，由主治醫師、研修醫師、社工與靈性關懷師共同參與，並由研修醫師來主持，平均 1 天會召開 2 個家庭會議。在家庭會議前，團隊通常會先進行 pre-meeting，和病人原本的照護團隊釐清病情、與討論重點，確保家庭會議過程順暢且一致。家庭會議通常會討論到以下面向：

- 病情預後（Prognosis）：會盡量向病人和家屬告知預後狀況，但有時病況不可預期，也會提醒病家「希望能有最好的結果，但也要為最壞的情況做準備」（hoping for the best, preparing for the worst）。
- 照護目標（Goal of care）：協助病人與家屬釐清其價值觀，當下最重視的是什麼，希望繼續延長生命、或是以舒適照顧為主。
- 臨終照護（End-of-life care）：討論病況不可逆轉時，是否進行 DNR、或是撤除維生系統等。
- 是否轉入安寧緩和病房：若病人病情惡化、且希望以安寧緩和舒適照顧為主，會和病人與家屬討論是否轉至緩和病房、以及可能的出院準備計畫。

家庭會議通常使用 REMAP（Reframe, Emotion, Map values, Align, Plan）做為溝通架構，來協助病人及家屬討論照護目標。五個步驟分別為：Reframe，協助病人與家屬了解目前病情及預後；Emotion，同理並接住病人或家屬的情緒反應，建立信任關係；Map values，探詢病人價值觀、最重視的事情；Align with values，提出符合病人價值觀的醫療建議；最後是 Plan，共同擬定接下來的醫療照護方向與計畫。此 REMAP 架構強調以病人為中心去協助病家決策，是很重要的會談技巧。

見習期間參與了幾次安寧緩和照會團隊召開的家庭會議，大致上都是以 REMAP 架構去和病家討論照護目標，包括心臟衰竭病人的強心劑使用、末期肝癌合併肝衰竭病人的安寧緩和照護、末期乳癌病人的 DNR 及感染營養處置、末期腎病合併週邊動脈疾病、腳部組織壞死的病人未來是否截肢之考量。家庭會議由研修醫師主持，會議結束後主治醫師、靈性關懷師也會再給予研修醫師相關回饋建議，包括表現良好的地方、會議中遇到的困難，可應用哪些技巧來推進討論、協助病家做出決策，可幫助研修醫師在每次主持家庭會議的實務經驗中，更加精進自己的醫病溝通決策技巧。

2. 內科加護病房的嵌入式緩和醫療

在加護病房中的緩和醫療模式，可分為三種類型：照會式（Consultative）、整合式（Integrated）與嵌入式（Embedded）。照會模式最常見，也是目前臺大醫院加護病房採行的緩和醫療模式，由主治醫師在需要時（病人病情惡化、症狀難以控制、需召開家庭會議）提出照會，介入時機通常較晚；整合式模式是將緩和醫療的理念整合進加護病房照護流程，由加護病房醫療團隊執行為主，緩和醫療團隊並非加護病房常駐人員，但與加護病房會定期溝通擬定照護計畫；嵌入式模式中，緩和醫療團隊為加護病房的一份子，主動監測病人病況，可及早辨識安寧需求、介入症狀控制和討論照護目標。

西奈山醫院選擇在內科加護病房和外科加護病房採行嵌入式緩和醫療（Embedded Palliative Care）模式，希望能及早辨識病人需求、症狀控制，減少不必要的侵入性治療，預立醫療計畫和提升照護品質。在此模式下，緩和醫療團隊由主治醫師和護理師組成，每天早上參與加護病房晨會（約 15 分鐘），會議由加護病房主治醫師主持，更新所有病人的臨床資訊、預期病況變化，與會者包括內科加護病房研修醫師、社工、物理/職能治療師、營養師、和緩和醫療人員。

晨會結束後，緩和醫療團隊會根據剛才資訊，整理出需要緩和醫療介入的病人名單，介入內容包括：症狀控制、照護目標討論、協助召開家庭會議、撤除維生治療的溝通。此種模式讓緩和醫療得以更早期且主動介入重症照護，提升醫療決策的品質。西奈山醫院的研究指出，嵌入式緩和醫療能有效提早啟動安寧照護，早期完成醫療代理人指定與照護目標的文件記錄，同時也顯著降低病人在院內死亡的比例。

三、心得

此次在美國紐約西奈山醫院的見習過程，不論是老年醫學或是安寧緩和的照護模式，抑或是住院醫師訓練模式，和本科都有一些不同之處，讓我對美國的老醫和安寧醫療以病人為中心的跨團隊整合照護有了更深的認識，也對於其臨床和研究發展模式印象深刻，希望能為本科未來的老醫安寧醫療發展提供參考，注入更多可能性。

(一)老年醫學住院及門診跨專業團隊整合照護

此次在西奈山醫院的老年醫學病房及門診見習，對其清楚分工且運作成熟的跨專業團隊印象深刻，無論在住院 MACE 團隊照護或門診 ALIGN 整合照護，皆是以病人為中心、重視照護細節、由不同專業人員（醫師、專科護理師、社工師）各司其職，替病人擬定完整的照護計畫，評估過程較完整、但也較費時，即使每天都查房，團隊在每個病人幾乎都會花費將近半小時、以進行臨床決策溝通，這在臺灣忙碌的醫療環境中較難達成。

相較之下，本科目前的老醫病房跨專業團隊成員較多、涵蓋範圍較廣，但能評估的病人較有限，而老醫門診仍以個別醫師照護為主，尚缺乏專責的照護協調員或社工長期參與，亦較難針對高風險病人進行密集追蹤或居家轉銜安排，仰賴個別醫師的專業評估，有時較難周全考量社會經濟和照顧層面。然而在醫師端的照護細節上則差異不大，本院也是使用 Geriatric 5M 的框架去詳細評估病人的疾病、藥物、行動力和生活功能、家庭照顧、心理社會層面等議題。

另外西奈山醫院有提供老醫照會服務，協助評估外科病人的老年症候群，多重用藥、以及相關手術風險，也可以減少住院中譫妄、藥物相關副作用、感染等併發症的風險。在本科因人力資源有限，並無提供這樣的服務，僅能針對病房內的老醫病人進行評估。

此次見習讓我深刻體會高齡整合照護的理想樣貌與執行細節，也看到美國在制度設計和實務流程式的彈性和創新。西奈山醫院的跨專業團隊照護模式、高風險病人篩選整合照護、跨科老醫照會，應是我們在老醫照護可以借鏡學習之處。未來門診照護可以仿照 ALIGN 模式，針對多重複雜共病、反覆急診就醫、多科別就診、高風險老醫個案，給予短期整合照護。期盼未來能在本院建立具本土化特色的高齡整合門診照護模式。

(二)安寧緩和照護的不同模式、跨專業團隊照護的重要性

在西奈山醫院的安寧緩和照護中，因主治醫師和研修醫師人數多、醫療量能較大，因此在近年來發展出八個緩和醫療照會團隊，能提供加護病房嵌入式安寧緩和照護，是非常龐大的住院緩和醫療服務；而一般病房照會團隊以跨團隊照護模式，每天都會舉行跨專業團隊會議，讓各職類成員（主治醫師、研修醫師、專科護理師、社工、靈性關懷師、藝術治療師）能掌握病人病情，在更新病況的同時，也會隨時評估是否需要藝術治療、瑜珈或按摩治療師的介入，讓病人能接受更好的症狀控制、周全的照護照護。

相比之下，本院安寧照護團隊因受限量能，僅能以照會模式提供服務，並無嵌入式服務；且本院每日安寧照會量眾多（一天約 8~10 張照會），因此無法像西奈山醫院每天進行跨團隊會議，也無法每天查房評估所有的安寧緩和照會病人，照護上仰賴共照護理師每周一次的訪視，共照護理師也會視病人狀況變化，評估是否有其他職類人員的介入需求，如主治醫師、藝術治療師、或靈性關懷師來共同照護；另外，本院並未採用西奈山醫院在加護病房的「嵌入式」安寧模式，使得重症病人的安寧緩和介入通常較晚，常在病況已惡化時，才來討論照護目標及預立醫療計畫。未來本院若能增加安寧緩和人力配置，引入更多元的照護模式，應可進一步優化末期病人照護品質。

(三)臨床模式與研究並進，實證導向發展

西奈山醫院的老年醫學與緩和醫療團隊不僅發展出如 MACE 與 ALIGN 等創新臨床照護模式，更注重將實務經驗轉化為具體研究成果。每一項臨床創新皆有對應的研究評估與數據支持，並於期刊或年會發表。例如，ALIGN 計畫就透過研究驗證其在降低急診就醫率與不必要住院上的成效；MACE 照護和一般住院照護相比，有比較低的不良事件、縮短住院天數、較好的滿意度。這種結合臨床與研究的實證導向，使得每項服務模式的設計與改善更具科學性與可複製性。

(四)重視住院醫師教學，培養高度自主性

西奈山醫院對研修醫師的教學極為重視，不僅安排豐富的個案討論、講座與跨專業團隊會議，更鼓勵住院醫師實際參與臨床決策。在老年醫學與安寧療護的訓練過程中，研修醫師常扮演主導角色，從個案評估、病情說明到家庭會議的主持都具有高度自主性，主治醫師則適時引導與補充，甚至在會後找時間討論回饋研修醫師的表現。這樣的訓練模式不僅增強臨床判斷力，也培養了未來成為獨當一面醫師所需的溝通、協調與專業責任感。

相較之下，臺灣雖然同樣重視住院醫師的教學，但因主治醫師常要兼顧住院和門診臨床業務、行政和研究工作，查房時間很有限、且難安排固定時間查房，因此較難讓住院醫師在主治醫師前完整的表現其問診、病情解釋和溝通技巧。若能轉換成住院醫師主導查房，對於住院醫師的訓練應更有幫助。

(五)挑戰與限制

儘管西奈山醫院的老年醫學和安寧緩和醫療展現許多優勢，仍有少數美中不足之處。首先，美國健保制度複雜，病人保險類型眾多，常需仰賴社工協助釐清與申請，增加行政負擔。其次，電子系統尚未整合，導致病人的過去就醫紀錄、用藥清單或預立醫療指示（如 POLST）散見於不同平臺，臨床資訊取得困難。再者，西奈山醫院主治醫師採兩週輪班 on/off service 制度，雖強化團隊照護概念，但也削弱了與病人之間的長期關係與照護連續性。

四、建議事項

(一)老年醫學整合照護

1. 老醫病房的臨床照護，和社工端更密切合作，以建立更完善的照護計畫
2. 老醫門診可借鏡西奈山醫院的 ALIGN，設立高風險老年病人之短期整合門診。對多重共病、反覆急診、功能退化之個案，提供短期、密集的跨專業照護。
3. 老醫門診建立跨專業團隊，導入個案師與社工，提升照護連續性、整合社會資源與後續追蹤轉銜安排，以提高照護品質。
4. 若未來有更多老醫人力，可在外科系病房推行老醫共同照護模式，協助他科住院病人老年評估（如跌倒、譫妄、藥物調整等），擴大老年評估覆蓋率。

(二)安寧緩和照護優化

1. 提高病房的跨專業團隊會議頻率、強化團隊之間的連結，再將此跨團隊模式推展至照會團隊。
2. 若未來有更多安寧人力，可在加護病房推行嵌入式（**embedded**）或整合式（**integrated**）安寧照護模式。
3. 鼓勵住院醫師主持家庭會議，提升溝通與決策能力。

(三)教學與臨床研究

1. 鼓勵住院醫師主導團隊的查房與家庭會議，提升臨床判斷與溝通力。
2. 推動臨床照護可結合研究驗證，每項臨床新服務皆應設有指標與成果追蹤，建立實證導向，以提升照護品質，並進一步投稿與發表。
3. 建立跨團隊定期教學，制定標準流程和回饋機制。