

出國報告（出國類別：考察）

英國長期照護模式與老年精神病患 者的居家醫療

服務機關：臺北市立聯合醫院松德院區

姓名職稱：邱智強 社區精神科主任

派赴國家：英國

出國期間：107/11/5-107/11/13

報告日期：108/1/23

摘要

為能在精神病患者老化問題上提供更多的服務，因此派職前往英國考察、觀摩關於精神病患者老化後相關的政策與服務，特別是著重於居家治療及這群病人相關的長期照護計畫及照顧方式。

看了英國對老年精神病患者的照護系統及社區醫療系統，不得不佩服他們分工的細膩及綿密，分六大區塊來處理老年精神病患的問題，包含記憶整合門診、社區精神醫療團隊、家訪治療團隊(危機處理)、老年精神科病房、護理之家治療團隊和心理科及心理治療團隊等。

對此次參訪較具體建議如下：第一、建議松德的社區居家團隊學習英國國民保健署National Health Service(NHS)的社區團隊的分層系統管理居家的個案，以做及時的討論及處理。第二、和研究資源較豐富的Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience(IOPPN)合作老人相關的研究。第三、建議松德病房開會時隨著病歷全面電子化，學習英國精神科治療團隊如何將團隊會議直接電子化。

目次

一、計畫緣起.....	1
二、出國目標.....	2
三、過程.....	2
四、心得及建議.....	13
五、附錄.....	16

一、計畫緣起

由於臺灣老人(65 歲以上)比率逐年上升,104 年底 65 歲以上者占 12.51%, 65 歲以上老年人口對 0-14 歲人口之老化指數為 92.18, 較上年增加 6.48, 續呈增加趨勢。行政院也於 105 年 9 月 29 日通過「長照十年計畫 2.0」, 並特別強調建立以社區為基礎之長照服務體系, 特規劃推動試辦社區整體照顧模式, 預計於各鄉鎮設立「社區整合型服務中心(A 級)」-「複合型服務中心(B 級)」-「巷弄長照站(C 級)」的社區整體照顧模式。然而長照適用對象一般為 65 歲以上老人, 或 50-64 歲身心障礙者。然而其評估工具及服務多是以身體障礙或老化引起之失能為主, 對精神障礙者在年齡老化後所提供之服務則較少著墨。由於精神病患者容易合併心血管疾病、癌症或其他合併症, 他們的年齡在去除自殺的影響和一般人相較約少十年。隨著精神醫療的進步與身體照護的改善, 老年精神病患者越來越多, 且他們較一般老人更缺少家庭的支持與經濟的支柱, 甚至有時連自行就醫都有困難, 因此常常需要居家治療處理。

臺北市立聯合醫院松德院區(以下簡稱聯合醫院)為臺北市最大的精神醫療中心, 我們在思覺失調症的照護方案包含其他聯合醫院及有超過 5,000 位個案。之前我們調查 104 年松德院區的老人門診服務量, 失智症有約 5,471 人次、情感性精神病有約 5,011 人次、思覺失調症有 4,090 人次, 這些是指 65 歲以上的患者, 且也都是所謂重度的精神病, 因此我們對於精神病患者老化過程的照護自然不能置身事外。

松德院區因應精神病患老化與配合聯合醫院社區居家的計畫, 目前積極參與居家藍鵲、機構安寧、設置精神護理之家與老年日間留院。為能在精神病患者老化問題上提供更多的服務, 甚至提供政策上的了解與建議, 派人前往老年政策及服務已建立較完整的英國前往考察、觀摩關於精神病患者老化後相關的政策與服務, 特別是著重於居家治療或照護及這群病人相關的長期照護計畫及照顧方式。

英國由於人口老化較我們早，且我們健保制度和其 NHS 較類似，松德院區之前有數位醫師皆為留英，因此已和對方建立起相當好的學習網絡，此次則將針對居家及重度精神病的長期照護問題前往學習及觀摩。

二、出國目標

英國NHS倫敦南邊莫茲里醫院Maudsley hospital(有百年歷史之精神病院)及相關的研究機構精神心理暨神經科學研究中心(Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience，以下簡稱 IOPPN)(全世界每年量產最多論文的精神醫學機構)的居家或老人研究團隊。

三、過程

第一天(11月6日) 參訪老人社區服務的團隊(Community Mental Health Team)

第一天及第二天主要是拜訪在南倫敦和莫茲里醫院(South London and Maudsley NHS Foundation Trust，以下簡稱SLAM)的老人社區服務的團隊(Community Mental Health Team，以下簡稱CMHT)和莫茲里醫院的老年精神科病房(psycho-geriatric ward)，這兩單位都是由老年精神專科醫師Dr. Ocansey負責，他先十分客氣地先向我介紹南倫敦的老人精神醫療服務包含2個記憶整合門診、4個社區精神醫療團隊(Community mental health team，以下簡稱CMHT)、2個家訪治療團隊(Home Treatment Team，以下簡稱HTT)、3個老年精神科病房、2個護理之家治療團隊(Care Home Intervention Team，以下簡稱CHIT)和心理科及心理治療團隊(Psychological and Psychotherapy，以下簡稱P&P)。

以英國老人精神病患的服務來說，主要以個案盡量在家中提供居家的服務為主，此部分是由衛政或社政提供就看其評估所需。所以居家的個案通常會有社福單位提供評估這位老人個案的需求是甚麼再提供(通常是私人的社福單位向政府

單位申請)；而醫療的部分則是有身體或心理的居家醫療團隊，前者以家庭醫師主導，後者則是精神科，所以個案若可獨立則會在家以社區精神醫療團隊(CMHT)兩個家訪治療團隊(HTT)處理為主，他們的居家治療可做到護理師每天去盯藥2-3次，有些甚至可以晚上去服務個案，若白天有活動的需求則鼓勵他們參加日照中心的活動。他們現在已無在醫院的老年日間留院，反而是打破疾病的概念鼓勵精神病患者、失智症患者一同去參加日照中心，基本上是一起治療及參加活動的，有時則是依其功能分開做治療活動。

個案如果無法獨立在社區活動時就會被移到24小時有人照顧的保護性環境，他們的24小時老人照護之家(Care Home)包括有專人照顧的老年住宅之家(Residential Home)或更進一步有護理人員照顧的護理之家(Nursing Home)。一般並不特別區分精神病患或其他人的精神護理之家，但確實也有以精神病患者為主的(含失智症及思覺失調症等)叫老年精神護理之家(Elderly Mental Illness Nursing Home)，他們的精神科問題由精神科醫師負責，若有身體的問題則會由其他科醫師協助。若個案狀況較好些但需他人稍微看護者，若沒到這麼嚴重的也有叫庇護/或外面的庇護之家(sheltered or/external sheltered)的集合式住宅，這主要就是照顧者但非24小時，可能只是早晚來一下晚上協助鎖門或關門，有事可打電話給他們協助生活上的瑣事。當這些老年患者狀況越來越差就會需要進一步考量身體問題的處理，這時就會有家醫科或其他科的醫師介入，所以即使是完全躺床也並不用轉到其他單位，甚至最後也是在該機構直接作安療照顧。至於這些費用則是由社政單位評估過個案的財力看其需自付多少，甚至有些自己有房產的以房產來抵押養老，當然也引起爭議的是若自己不儲蓄留錢，反而政府會幫你付所有的費用。

去參觀SLAM社區精神醫療團隊(CMHT)時，醫師也說明了運作方式：先是由家醫科醫師或其他人的轉介，再由團隊那天當值的兩位工作人員之一接案先做初步的評估(如風險如何?是否需緊急處理?是否適合轉介等)，有必要可再詢問資深的值班人員或專科醫師。確定分案則要在十天內完成初次評估，之後在多專業的

團隊會議上提出討論(Multi-Disciplinary Team，以下簡稱MDT)，中間會依據個案的狀況分配給追蹤的公衛護士，同時看是否需哪一個專業再去做進一步評估與給於協助，最後形成治療計畫(Care Plan Approach，以下簡稱CPA)，一般個案負責人最多一個人負責30位，所有的病人一個月要訪一次，同時也將個案分級來管理及照顧，當然也要有出備計畫(離開某一級或離開CMHT)。分級的好處則在標示個案的危險性，經由聚焦或重新審視病人的處置，這也幫助個案負責人在處理個案上能更以團隊合作方式思考及加速團隊去處理他的危險性及確認處理方式，分級是個動態過程可能經由家訪、電訪或團隊會議而改變。

目前位於莫斯里醫院的老年社區精神醫療團隊(CMHT)處理235個個案，包含2位老年精神科次專科、2位住院醫師、公衛護理(含專科護理師)有10位、復健治療師2位、心理師1位。一位公衛護士負責20-25位個案，和臺灣不同的是他們不僅只看嚴重的精神病患者，憂鬱症或焦慮症的個案也可納入，基本上只要家醫科醫師或其他精神科醫師無法處理皆可轉介。

我後來也參加了他們的多專業的團隊會議，他們討論了不同分層(綠、琥珀、紅及住院的個案)及新個案的討論，會議中也提到了不合作的老人是否要開最佳利益會議(Best Interest Meeting，以下簡稱BIM)，這可對限制或無行為能力之個案，由精神科醫師、家醫科醫師、社工及家人直接做出決定，以他們的精神狀態是否已有缺損無法獨立判斷、該接受何種治療或安置地方，當然個案若不服則須由法官決定。也有個案須依據他們的精神衛生法(Mental Health Act，以下簡稱MHA)轉介強制住院或強制社區治療，甚至是否有需要保護其安全的問題(如家暴或被虐待等)，過程中大家都貢獻自己的想法，討論十分踴躍。



圖一、有百年以上歷史的莫茲里醫院為此次參觀的南倫敦和莫茲里醫院的重鎮(圖片來源：出國人員自行拍攝)



圖二、莫茲里醫院(圖片來源：出國人員自行拍攝)



圖三、老人社區服務的團隊就位在莫茲里醫院往下走約五分鐘處(圖片來源：出國人員自行拍攝)

第二天(11月7日) 參觀老人精神科病房及討論老人研究

位在莫茲里醫院的老人精神科病房有20床，每一間都是單人房，但衛浴則是共用的。他們僅由一位專科醫師督導就是Peter Ocansey醫師，另有一位較資深的住院醫師，兩位資淺的住院醫師(一人照顧10床)，他們開會時有心理師、藥師、職能治療師、醫學生、社區的公衛護士及出院準備的護理師(Discharge Specialis Nurse)，因為目前大多的醫院並無社工協助。在帶我參觀過他們的病房後(有小廚房用餐處、陽光室、治療室、團體治療室及職能治療室)，Ocansey醫師表示他們上、下午都有活動，但也都是分組而非一起做同一個活動，開會時今天只討論十位個案，加2-3位新病人。有趣的是他們還會邀請病人或病人及家屬進來，全團隊和他們討論相關臨床事宜，這和我們大多是醫護人員及加社工和病患會談很不一樣。由於目前醫院並無社工，所以若需要相關服務要寫申請書至社福單位請求協助；另外則是出院安置等問題，因為不像臺灣的醫院有社工協助，他們是由出院準備的護理師來協助協調相關事宜。他們在團隊會議討論時，做出幾點重要訊息直接上網入電子病歷，看來這也是我們之後要學習的。

下午拜訪精神科研究重鎮精神心理暨神經科學研究中心(Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience ，以下簡稱 IOPPN)老年精神病研究較多的 Robert Steward教授，他談到目前莫茲里醫院近十年已全面電子化，他們以電腦統計的方式辨識所謂類似大數據的資料，這樣可用去連結的方式處理，個案身分無法辨識，他們目前用相關資料已發表許多文章。另外他也提到目前所強調的精準醫療(Personalized Medicine)，也就是希望能用現有大量的資料為母群體，能以此發展出各種疾病治療的模型將其個別化，就能達到近似精準醫療的效果。至於人工智慧(Artificial Intelligence，以下簡稱AI)，這部分他們的團隊就較少著墨，他也較保留。他也提到中國很積極要和他們合作，希望建立自己的資料庫，同時他也表示願意當我們下一篇論文的作者群之一，且會協助提出建議及協助修改文章，也歡迎臺灣的學者能和他們有進一步合作機會。



圖四、負責老人社區服務的團隊(CMHT)及莫茲里醫院老人病房的老年精神專科醫師Dr. Ocansey 為人十分客氣熱愛教學，但他只做臨床(圖片來源：出國人員自行拍攝)



圖五、莫茲里醫院的老人精神科病房只有20床(此為門口的一景) (圖片來源：出國人員自行拍攝)



圖六、倫敦國王學院精神心理暨神經科學研究中心(圖片來源：出國人員自行拍攝)



圖七、倫敦國王學院精神心理暨神經科學研究中心莫茲里醫院資訊研究中心主要的負責人之一Robert Stewart教授(圖片來源：出國人員自行拍攝)

第三天(11月8日)護理之家治療團隊(Care Home Intervention Team; CHIT)及記憶門診

今天拜訪了莫茲里醫院老年精神科的主任丹尼爾(Daniel Harwood)，他向我介紹了他所負責的老人照護之家(Care Home)的部分。英國老人照護之家(讓需要24小時有人協助看著無法獨立生活者居住)一般來說有兩種：一種是不需專業人士照顧只需要有一般照顧的叫住宅之家(Residential Home)，通常約一個機構照顧3-4人至50人不等，入住的老人通常大致身體狀況還好，但無法獨力生活，一般老年的精神病可能住這種；另一種為護理之家(Nursing Home)，一般來說這裡的老人比較需要專業的照顧，通常他們老人大多混在一起不分失智症、精神病或身體問題，但確實有些有特別精神問題的護理之家(Mental health nursing home)及身體問題的護理之家(Physical nursing home)。通常這是社政體系出錢，當然英國在社政及衛政上有些衝突，主要還是和預算及錢誰出相關，丹尼爾醫師說他工作過最佳的狀態是社政體系派社工到他的醫院團隊一起工作，但他看法這是政治上的問題，他也不能怎樣。英國另一個面臨的問題則是經費上的不足，雖然目前服務都在

，但能提供的服務比二十年前少，特別是到家的喘息服務，因為工資很低，很多人都找到新工作就離開，看來經濟的衰退對英國影響很大。

下午拜訪了在倫敦市中心學校倫敦大學(University College of London)負責老人照會的Andrew Sommerlad醫師，因為之前有記憶門診工作經驗，他向我說明了記憶整合門診運作的狀況：一般大多是由家庭醫師轉介而來，小於65歲會轉給神經科去評估是否為早發性失智，且是否有其他問題引起失智現象。而65歲以上則轉給老年精神科醫師所帶領的記憶門診團隊，基本上家庭醫師應該已抽完基本的血液檢查，記憶門診收到後會由醫師在門診或去家中進一步問診作鑑別診斷及認知功能評估(通常醫師作簡短智能測驗Mini-Mental State Examination，以下簡稱MMSE 及其他認知功能檢查ACE-revised)，僅5%的個案轉介心理師，因為也要等約一個月才做得到；之後排影像學檢查確診後予以開立藥物，待調配穩定再轉回去給家庭醫師繼續處理(英國稱為同意分享照顧；Shared Care Agreement)，可能是為了避免家庭醫師因轉出而流失病人。一位醫師一周大概收到4-5位新個案，轉介至家庭醫師後有用藥者，記憶門診這邊護理師每六個月追蹤一次，再回報給精神科醫師看是否需調藥，還是有可能藥物無效，診斷需再考慮別的因素，若個案精神行為問題(Behavior and psychological symptoms disorder; BPSD)太嚴重難以處理，則會轉到社區心理衛生團隊處理。一般來說約15個左右家庭醫師會和一個醫院合作，互相轉介個案稱為NHS 臨床委託照顧團體(Clinical Commission Groups)，家庭醫師轉給醫院有的甚至還要付錢給對方，最後他向我介紹目前他們在推且覺得有證據力的包括：可轉介需訓練的患者給心理師作認知刺激訓練(Cognitive Stimulation Therapy，CST)共八堂課以團體方式帶領；另則是對照顧者則提供八次的個別心理治療，研究上覺得比團體治療效果較好。



圖八、南倫敦和莫茲里醫院的2個護理之家治療團隊之一就在莫茲里醫院旁(圖片來源：出國人員自行拍攝)

第四天 (11月9日)家訪治療團隊(Home Treatment Team; HTT)

最後一天參訪整天都在HTT團隊，其實有點像危機處理團隊 (Crisis Intervention Team)，他們只接受由CMHT及CHIT的轉介，也就是如果這兩個團隊的個案不穩定就會被轉到HTT團隊，HTT團隊包含8位護理人員(含兩位較資深的專科護理師)，另就是一位部份工時的老年精神科醫師(一周來兩天)。一旦個案被轉介，他們會作較密集、強度較高的訪視，基本上四小時內要做第一次訪視，48小時內他們需要一天訪視兩次，協助盯藥或密切評估這些老年人的危險性，之後視狀況減少，但起碼是每天要訪視一次，直到個案穩定後再轉回原來的CHIT或CMHT團隊，一般來說平均他們追蹤的時間約1-2周至8周不等，個案也像CMHT團隊是分級處理及討論。他們團隊的目的是即使嚴重的病人，還是盡量減少住院，但以較密集社區家訪的方式結合原來的團隊一起處理，但一旦個案需要住院，此三區有60張老年精神科的床直接由HTT團隊掌控，一旦這些個案需要住院甚至強制住院，他們也會做適當安排，一般個案量約為18至20個，我去參觀時個案較少僅12個。他們上、下午都各聚在一起，一次會討論所有手上的個案，然後再各

自去看病人，依據那邊的醫師說：他們約一半轉介HTT的個案為情感性疾患(鬱症或躁鬱症)。

我上、下午和他們的護理師各去看一個病人。上午的個案是住在護理之家的男性病患，因有杭亭頓疾病(Huntington's disease)且有些暴力及自傷的危險性而由家人送他至安養院，但每次家人探視要離開他就開始激動且要求回家，基本上他拒絕訪視、也拒藥，此次專科護理師來評估其危險性，且請醫師評估其藥物，我們到時CHIT的心理師已在那邊，也和個案有些接觸，於是就展開三方會談(護理之家主持人、CHIT的心理師及HTT的專科護理師)，有趣的是他們花了近20-30分鐘討論個案狀況、用藥及家人相處等狀況，一般在臺灣較少有機會這麼深入討論一位在護理之家的個案，多是看診完即離開，雖然後來個案拒絕護理師的訪談，但還是和CHIT團隊約定時間找醫師及家屬一起會談。中午也在HTT團隊中討論此個案，團隊中的醫師在我們之後也去訪了個案，她評估覺得個案似乎只是適應問題，並不一定要用藥，她決定寫給電子郵件給CHIT的醫師討論她的評估及建議如何處理。故，由此個案即可看他們在社區的團隊如何互相合作處理個案，覺得收穫頗多。可惜下午要拜訪妄想症的老婆婆，雖然開車近半小時，個案還是不領情，不願開門讓我們進去，也不認為自己需要吃藥，護理師僅能用電話和她問候，表示明天會再來。後來護理師也提到因個案雖精神病症狀明顯，但她自理能力沒問題，且自殺、自傷危險性似乎不高，真的高危險性才會考慮申請是否要強制評估(英國的精神衛生法第二條，若危險性不確定可強制28天評估)，我們只好結束此行程。



圖九、家訪治療團隊 (圖片來源：出國人員自行拍攝)



圖十、外表及擺設和住家沒兩樣的護理之家(圖片來源：出國人員自行拍攝)

四、心得及建議

看了英國對老年精神病患的照護系統及社區醫療系統，不得不佩服他們分工的細膩及綿密，分了六大區塊來處理老年精神病患的問題，包含記憶整合門診、社區精神醫療團隊(CMHT)、家訪治療團隊(HTT)、老年精神科病房、護理之家治療團隊(CHIT)和心理科及心理治療團隊(Psychological and Psychotherapy, P&P)。參訪過程其實也深刻了解到社區的工作重點還是要人、要錢，否則很難深入去做，

這部分是臺灣目前健保制度下的單門，當然如果因為此就覺得全盤不適合在臺灣實施也不盡然，確實最可能的做法是由中央或健保署來改變整個醫療系統，非以住院為主而是社區醫療化作第一步，或許可先於失智或其他有障礙的老人開始，這和總院之前一直提到的家裡即醫院的想法較一致。

當然他們的工作人員還是有很多抱怨，特別是因英國經濟變差後NHS預算減少，工作人員人數下降，但要做同樣的事，也因此升遷、教學、督導也被負擔的臨床工作影響。另則是社工幾乎全面撤出醫療體系，雖他們的中央政府和臺灣一樣社政及衛政同屬一個部門，但目前在地方社政、衛政也幾乎都分開，要申請相關福利或到底哪一塊算醫療、哪一塊算社會福利也經常有爭執(就和臺灣一樣社政體系希望和醫療相關的就由NHS或健保出)。其他則是公平性的問題，因為無論你年輕工作不工作，最後你都會得到類似的照顧，反而若你有房子政府會把它收回來付你的費用，沒錢的反而全部由政府出，似乎反而在鼓勵不工作的人。

雖然有這些缺點，但優點也很多，第一、他們社區或對精神障礙老人的服務分工很細，且各單位協調溝通多，對困難的個案可做到每天兩次家訪及花許多時間不同團隊彼此溝通。第二、他們將有精神障礙及一般老人放在同一個安養院，且個案從頭到尾除非迫不得已需住院，都在同一個地方照顧，因此也都布置得像家一樣；不像臺灣大多的安養院不收年輕時有精障診斷的個案，而需另設精神護理之家，但最後身體問題變嚴重時又要再找一般的護理安置，個案又要重新適應。但這比較像全臺灣的政策，或許可由較熟的安養中心開始，建議他們提供老年精神病患服務，我們提供支援。第三、他們社區的團隊不論CMHT、HTT 都用分層系統在管理病人，這會讓個案的狀況變得較清楚，這應該是我們社區的團隊值得學習的地方。第四、英國研究資源豐富，此次和IOPPN的負責莫斯里醫院病歷資料處理研究的老師討論收穫頗豐，他也同意持續和我們有相關學術上的合作，這部分是可參考的。第五、隨著資訊化的進步SLAM早已經實施電子病歷化10年，去參觀他們老人病房時，他們開團隊會議也是十分讓人驚艷，除了因應電子化直接投影由住院醫師節錄登打團隊會議摘要，其餘人貢獻想法，他們還直接邀請

病人及家屬到會議中來；但臺灣人要在一大群人面前談自己或家裡的是較困難，應該可考慮先學他們如何因應電子化組織團隊會議。

因此對此次參訪較具體建議如下：

- 一、 建議松德的社區居家團隊學習NHS社區團隊的分層系統管理居家的個案，將個案分級管理，同時特殊個案在團隊會議中提出，以做及時的討論及處理。
- 二、 和研究資源較豐富的IOPPN合作老人相關的研究，目前將和Robert Stewart教授合作相關精神科老人的議題。
- 三、 建議松德病房開會時隨著病歷全面電子化，建議用直接投影或有大螢幕的面板時學習SLAM如何將團隊會議直接電子化。

