

台灣藥學國際發展協會

Taiwan International Pharmacy Advancement Association

114 年 9 月 13 日學術研討會 學員手冊



會議地點：新光醫院 B1 大會議室

中 華 民 國 1 1 4 年 9 月 1 3 日

目錄

壹、學術研討會議程.....	3
貳、研討會課程講義內容.....	4
一、 如何在臨床教學場域推動全人健康照護.....	5
二、 如何推動及應用 TRM 與 IPE 於全人教學.....	28
三、 偏頭痛的全人醫療照護.....	57
四、 高齡化社會下的跨領域團隊照護暨全人教案教學.....	68



壹、學術研討會議程

時間	課程內容	主講人	主持人
12:30~13:00	報 到		
13:00~13:10	貴賓致詞		
13:10~14:00	如何在臨床教學場域推動 全人健康照護 (課程設計及教學技巧)	吳政誠 醫師/助理教授 臺北醫學大學	王春玉 榮譽理事長 台灣藥學國際發展協會 臺灣臨床藥學會
14:00~14:50	如何推動及應用 TRM 與 IPE 於全人教學 (跨領域及課程設計)	董恩傑 醫師 新光醫院教學型 主治醫師	陳隆景 主任 新光醫院師培中心/ 心臟內科
14:50~15:10	Discussion and Break		
15:10~16:00	偏頭痛的全人醫療照護 (一般醫學)	劉子洋 醫師 新光醫院神經科	柯維信 秘書長 台灣藥學國際發展協會
16:00~16:50	高齡化社會下的跨領域團 隊照護暨全人教案教學 (跨領域及課程設計)	鄒芸軒 藥師 新光醫院藥劑部	張明聰 部主任 新光醫院藥劑部
16:50~17:00	討論與回饋		

申請學分：藥師繼續教育（品質）4 學分、師培(提升) 3 學分+師培(一般醫學) 1 學分。

※為響應節能減碳，**本次研討會恕不提供紙本講義**，課程講義請掃描 QR code 下載電子檔，謝謝您的諒解！



貳、研討會課程講義內容

- 一、 如何在臨床教學場域推動全人健康照護 (p.5-26)
- 二、 如何推動及應用 TRM 與 IPE 於全人教學 (p.28-55)
- 三、 偏頭痛的全人醫療照護 (p.57-67)
- 四、 高齡化社會下的跨領域團隊照護暨全人教案教學 (p.68-96)



新光醫院第25屆藥劑部學術研討會

如何在臨床教學場域推動全人健康照護

臺北醫學大學附設醫院教學部 吳政誠醫師

2025年09月13日



Trust, Moral, Universal, Hand in Hand

講師簡歷

吳政誠 醫師

- 臺北醫學大學附設醫院
教學部教學型主治醫師
泌尿科主治醫師
全人種子教師
- 臺北醫學大學醫學系
醫學教育暨人文學科助理教授
- 中華民國泌尿科專科醫師



以能力為本的全人照護教育

3

20世紀初的醫學教育發展

Abraham Flexner Report (1910)

- Medical Education in the United States and Canada : A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching
- 在1910年針對**美國**和**加拿大**的醫學教育改革所提出的報告，**目的**要改善了過去醫學教育的弊端。



4

醫學教育發展改變



- ✦ 20 世紀前半醫學教育重心為標榜基礎與臨床醫學兩大支柱的 **disciplinary-based learning**，強調的是內容及架構 (content and structure)
- ✦ 20 世紀後半，開始重視基礎與臨床醫學整合的 **problem-based learning**，此乃強調方法與過程 (method and process)
- ✦ 在進入 21 世紀之前，則以 **competency-based learning** 為主流，強調成效與能力 (outcome and competency)。

5

勝任能力導向的醫學教育

Competency-based Medical Education, CBME

以「**目標能力**」為基礎，設計醫療專業課程、評量成果，並確保教育銜接臨床需要



當代醫學教育主流

使用有組織的能力架構，以**成果導向**的方式來設計、執行、評量與評估醫學教育訓練計畫



6

醫學教育的社會責任



社會對於**透明度**和**當責性**的要求日益增長，醫學院校面臨越來越大的壓力，需要提供更有力的證據來證明其社會責任。

*“With increasing societal demands for greater **transparency** and **accountability**, medical schools face growing pressures to produce stronger evidence of their social accountability.”*

Acad Med. 2020;95:1945–1954. 7

醫學教育的社會責任



CBME 的目標，在於能夠根據當地的條件培訓**衛生專業人員**，使其能在一定的熟練程度下執行醫療工作，以**滿足當地的健康照護需求**。

WHO. Competency-based curriculum development in medical education - an introduction 1978.

健康照護的改善目標



Triple Aim(2008)

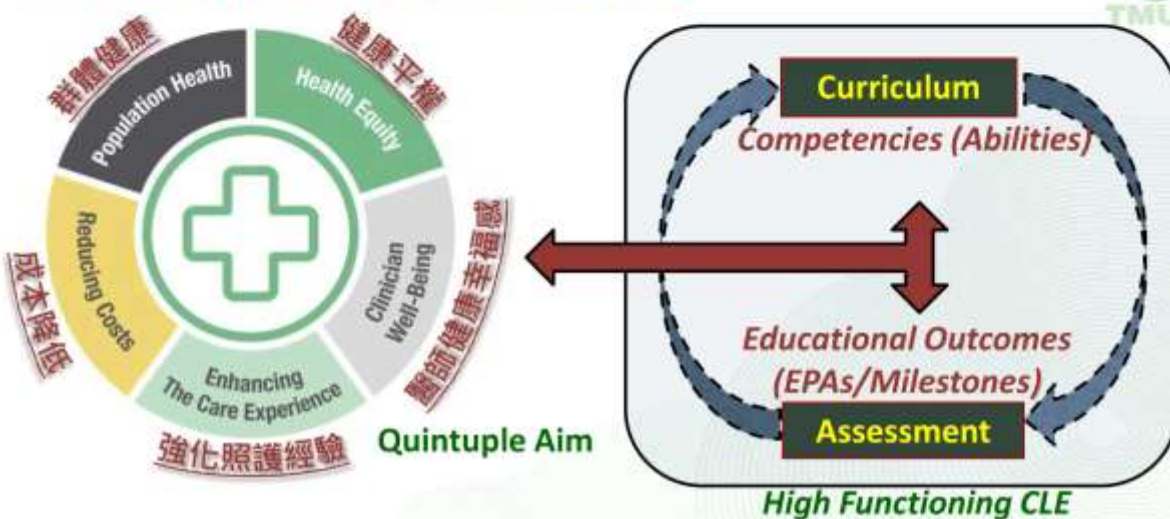
Quadruple Aim(2014)

Quintuple Aim(2022)

From the Institute for Healthcare Improvement

9

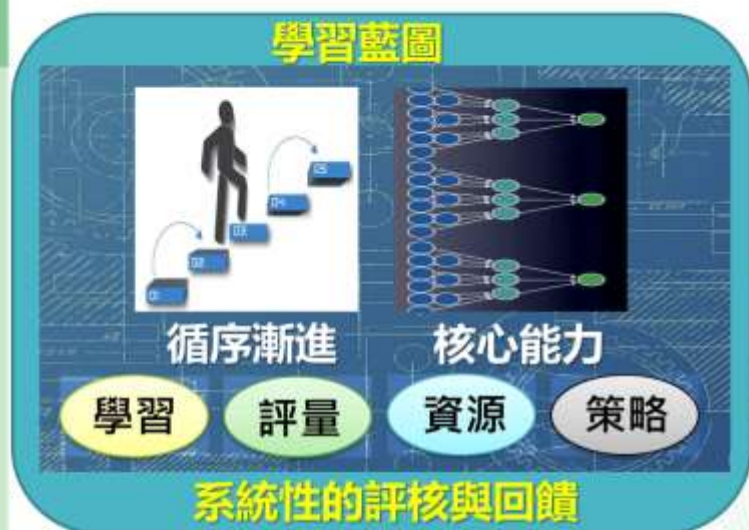
醫學教育的社會責任



美國健康照護促進協會 (IHI) 的五大目標，也代表了社會對醫療品質的期待，ACGME 近年將之視為醫學教育的 Outcome，因此而成為了 CBME 的目標。

ACGME 2023. 10

勝任能力導向的醫學教育



學習目標



11

以勝任能力為本醫學教育



1. 制定專業職業模式所需具備之**臨床能力架構**
2. 設計該能力架構之訓練**課程及評量**方法
3. **系統性/計畫性地檢視**所有學員之能力進展
4. 針對系統性評量之結果**量身打造個別訓練計劃**
5. **落實輔導**以確保所有學員達到該專業所需具展現之職業能力
6. 對未能符合專業能力進展之學員**實踐社會責任**

12

全人照護 Holistic Healthcare



- Holistic is from the Greek word holos, meaning whole.
- 全人醫療照護是針對病人的**生理**、**心理**、**社會**、**靈性**和**經濟**層面，及其對疾病的感受和因疾病影響自我照護能力所產生的需求進行**全面性的照護**。

(Ventegodt, Kandel, Ervin, & Merrick, 2016; Zamanzadeh, Jasemi, Valizadeh, Keogh, & Taleghani, 2015)

13

全人照護（醫策會）



- 全人照護(holistic healthcare)係指不僅提供**以病人為中心**之**生理**、**心理**、**靈性**及**社會**之醫療照護。
- 也要提供民眾**促進健康**與**預防疾病**之道。
- 並能及時、有效提供或安排適當之**長期照護**或**安寧照護**。

14

TMUH系統化全人照護教育



從2019至今

1. 能力架構 (院級軸線聚焦：全院特色)
2. 評量工具 (知識、態度、技能)
3. 臨床應用 (教育後實施機制或成效)

15

TMUH全人照護教育理論與工具發展



深根教學 系統建置 師資培訓 教案分享



理論在地化
全人照護能力定錨
a. 專業知識
b. 全人辨識
c. 同理反應
d. 醫病關係
e. 跨域整合(IP)

學習 & 評估工具研發
a. 全人照護執行：全人關懷能力量表 (HCCI)
b. 醫病關係：治療關係量表 (B-LRI)

延伸應用
特色職類課程建立
a. 一專科一全人：專科常見案例
b. 反思及成果發表
c. 臨床型態打磨課程
d. 全人醫療評估量表

01

02

03

16

TMUH院級教育歷程: 院內臨床教育從建置到精進

(實體)

(線上)



17

全人照護教育 & 跨部合作



18

全人照護定錨、科部同步接力！



從理論到全人教育實務



TMUH全人照護教育理論與工具發展



TMUH

深根教學 系統建置
師資培訓 教案分享

12職類學員：西醫、中醫、牙醫、護理、營養師、藥師、物理治療師、職能治療師、語言治療師、呼吸治療師、醫檢師、醫事放射師



理論在地化

全人照護能力定錨

- 專業知識
- 全人辨識
- 同理反應
- 醫病關係
- 跨域整合(IP)

評估標準化

學習與評估工具研發

- 全人照護執行：全人關懷能力量表 (HCCI)
- 醫病關係：治療關係量表(B-LRI)

延伸應用

特色職類課程建立

- 一專科一全人：專科常見案例
- 反思及成果發表
- 臨床型態打靶課程
- 全人醫療評估量表

01

02

03

21

全人照護五能力：教學目標定錨



TMUH

A-1: 教育訓練：

以CBME、ACGME六大核心能力為基底發展

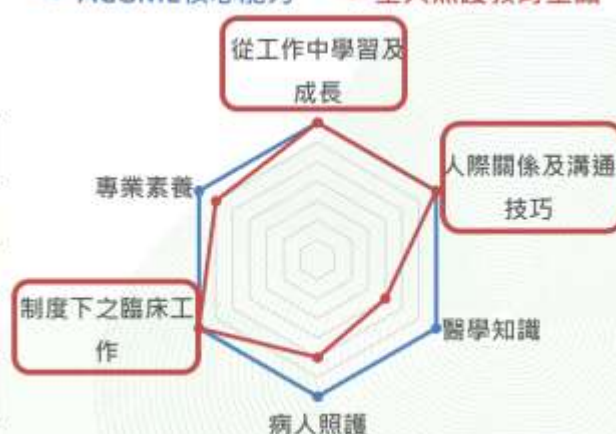
「全人照護五項能力」

以執行EPAs (Entrustable Professional Activities可信賴專業活動) 或達各科Milestone

例如

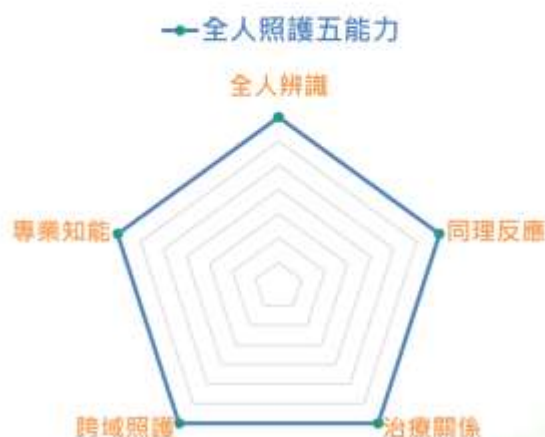
→ ACGME核心能力 → 全人照護教育重點

ACGME核心能力之三	全人照護五能力
工作中成長與學習	1 專業知能
	2 全人辨識
人際關係與溝通技巧	3 同理反應
	4 治療關係
制度下之臨床工作	5 跨域照護



22

TMUH全人照護教育評量：以能力為導向 & 評量標準化



知識：HCCI量表

全人照護能力評估量表 (HCCI)：協助學員自我省察/教師觀察學員是否展現對對病人生理、心理、靈性及社會層面相關議題的知能程度，進行照護能力之評量。

態度：Kirkpatrick's量表

確保學員(生)能從客觀事實描述反思改進至提出治療計畫，且進行全人醫療照護能具備足夠認知及技巧，教師針對其內容評估學員(生)展現臨床全人治療計畫與照護之能力。

技巧：B-L RI 治療關係量表

供學員自評、教師觀察、病人感知 3方向評估與病人間的醫病關係。

23

TMUH評量的施作時間和頻次(舉例說明)



1) Kirkpatrick's量表

確保學員(生)能從客觀事實描述進展至提出治療計畫，且進行全人醫療照護能具備足夠認知及技巧，教師針對其內容評估學員(生)展現臨床全人治療計畫與照護之能力。

2) HCCI量表

全人照護能力評估量表 (HCCI)：協助學員自我省察/教師觀察學員是否展現對對病人生理、心理、靈性及社會層面相關議題的知能程度，進行照護能力之評量。

層級	定義
Level 1 反應層級 (Reactions)	學習者對於本次學習反應如何，也就是學習者喜不喜歡這次的學習活動及學到了哪些知識。
Level 2 學習層級 (Learning)	2a：開始內化，學習者從本次的學習活動或方案中情意態度或心態上的轉變。 2b：開始思考可應用層面，學習者從本次的學習活動或方案中開始反思產德之知識或技能的可應用性。
Level 3 行為層級 (Behavior)	學習遷移，所學轉化成行動並展現出來。學習者在行為層面運用本次學習活動中所學習到的知識、技能或態度。
Level 4 成果層級 (Results)	4a：本次的學習活動或方案中產生臨床面操作的影響或結果。 4b：學員之行為改變產生集體影響

表單	層級	每月(梯)一份	半年一次
1.全人照護能力評估量表 學員自評	R PGY	內科、外科、婦產、兒科、急診、家醫、泌尿、骨科、神經、神外、復健、精神	病理、影醫、核醫、放腫、皮膚、耳鼻喉、眼科、麻醉
2.全人照護能力評估量表 教師自評	Clerk	內科、外科、婦產、兒科、急診、家醫、泌尿、骨科、神經、神外、復健、精神	- 24



(統計至2023/7)



25

浙江醫學院附屬醫院

一間珍惜
每個生命的醫院

——臨床常見全人照護案例手記



一間**珍惜**
每個**生命**的醫院
——香港聖保羅堂全人健康服務中心

[illegible][illegible]

26

全人照護教育：教案特色化(科別、職類)

依照主架構五能力・各科及職類特性所需能力之教案



20 專科特色教案

病人參與	小兒科—我的世界被按下了暫停鍵：曾於6-18歲罹患兒童及青少年腫瘤的病患 眼科—重見光明：老年性白內障治療
病人期待	婦產科—胎死腹中：流產病人 中醫—為愛而生：不孕症中醫治療
醫病溝通	耳鼻喉科—我的機會有多少？頭頸癌病人術前的溝通重要性 腎臟內科—開始洗腎的日子：糖尿病患者演進至末期腎臟病併發尿毒症 神經內科—我退化了嗎？輕度認知障礙病人 皮膚科—非小細胞肺癌標靶藥物治療副作用之苦：嚴重痤瘡及甲溝炎
台灣高齡議題	牙科—門診裡認知障礙與行動不便的您：高齡牙科 家醫科—何處是我家？高齡衰弱症長者的安置困境 骨科—Standing up again：高齡長者股骨轉子間骨折 泌尿科—攔截老人的私人問題：右側腹股溝及陰囊腫痛
生死之間	急診科—急性缺血性腦中風 心臟外科—跟閻羅王搶人：凌晨裡的急性A型主動脈剝離 重症醫學科—嚴重敗血症末期病患之全人全家照護
與病共處	麻醉科—PAIN, we care！慢性頑固性疼痛病人 復健科—重來的力量：腦中風復健病人的全人照護 精神科—精神科病人也有生病的時候：思覺失調症合併生理疾病
最後一哩的陪伴	放射腫瘤科—癌症末期病人併發因身心不適之緩解：緩和性短療程放射線治療 安寧療護科—善終之道：死而無憾、靈性平安的全人照護

10 職類特色教案

護理部	遊戲體驗式跨領域團隊溝通訓練之全人照護教學
營養室	運用mPath輔助訓練營養師敘事同理能力之成效
藥劑部	利用Psychodrama臨床演練，於全人醫療用藥整合之教學成果
醫學檢驗科	運用模擬教學及病人感知回饋調查於新進醫事檢驗師之全人照護評估
放射治療	以病人感知回饋調查與放射治療中斷率雙成效指標評估全人醫療概念落實於放射治療效果
呼吸治療	肺復原
職能治療	應用以人為中心治療關係會談能力於新進職能治療師之全人照護訓練
物理治療	運用模擬教學於新進物理治療師之全人照護訓練
語言治療	運用早期情境教案導入跨領域團隊合作暨全人照護與教育
臨床心理	實證丹佛家長模式教學-應用於臨床新進人員全人及跨職類教學

27



從教學到全人照護臨床實踐

28

入院預警評估-AICCI (醫務部發展:家庭會議召開指標)



**Admission Impression -
Charlson's Comorbidity Index**



評估風險分布(109/12-110/2)



	低風險 ≤ 6分	中風險 7-9分	高風險 ≥ 10分	P值
住院天數	4.3	7.6	9.7	<0.001
CMI	0.91	1.13	1.43	<0.001
死亡率	0.5%	3.5%	13.3%	<0.001

● 評估高風險後續作為:

充分說明
醫病溝通家庭諮詢、SDM
及早預警
調整治療計畫

即時矯正
專科諮詢 or 會診

落實檢討
低風險滯院及死亡個案

29

THSS 快速篩出全人照護需求



院中執行	計分規則	分數	後續處理
1. 評估執行	1. 評估執行	1. 評估執行	1. 評估執行
2. 評估執行	2. 評估執行	2. 評估執行	2. 評估執行
3. 評估執行	3. 評估執行	3. 評估執行	3. 評估執行
4. 評估執行	4. 評估執行	4. 評估執行	4. 評估執行
5. 評估執行	5. 評估執行	5. 評估執行	5. 評估執行



30

教育後，全院啟動全人照護之策略

★★★首創全人Triage：台灣臨床應用



全人醫療篩檢量表

生理(疾病不適)

心理(罹病適應)
BSRS

靈性(靈性困擾)

社會(家庭工作影響)

建立一個符合台灣醫療的臨床應用，
將病人的**生、心、靈及社**需求辨識，
風險分級·篩出高危族群·精準轉介！

高信效度

N=588
信度分析 Cronbach's Alpha
整體24題 .954
分項各六題：
生：.865
心：.860 (BSRS)
社：.920
靈：.897

驗證性因素分析EFA 結果
66.129% of Total Variance
Explained (Eigenvalue > 1)
KMO = .946

16名專家效度分析

專家類別	專家人數
醫師	8
社工師	2
靈性關懷	2
假借師	1
護理師	1
諮商心理	1
藥師	1

四面向皆高分保留

面向	CVI (Content validity Index)
生理	>0.9
心理	>0.9
靈性	>0.9
社會	>0.9
整體	>0.9

(≥0.8代表可保留)

教學部 廖若帆博士、侯文慧醫師, 2021

31

全人照護快篩分流機制與量表 (THSS)



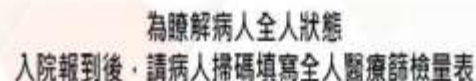
32

住院醫令-病人清單

- [illegible]



THSS三級加強關懷、四級轉介、五級跨團隊會議討論

[illegible]

生心社童 各面向達利	對應分級與 建議照護方式
0分	1. 辨識可能問題
1-6分	2. 留意個會及轉介時機
7-12分	3. 同理需求 一般衛教說明

全人分數
生3心4社1靈1

4級以上用書簡介
心・身・精神科(心理療法)
心身社出版
監・監・監・監・監

部分結果可於作業區外，經過該區後平均時間減短11.08秒(郵局公告之MIS Mail)



Exploring Holistic Health Triage Results Among Surgical Inpatients

Jeng-Cheng Wu, Wen-Hsuan Hou, Faith Liao

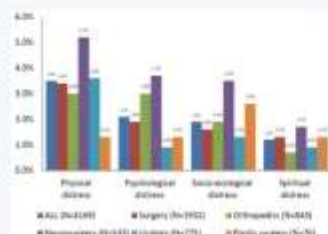
Taipei Medical University and Taipei Medical University Hospital, Taiwan

Introduction

Holistic care, a comprehensive approach to healthcare that considers the physical, psychological, socio-ecological, and spiritual well-being of patients, emphasizes patient-centered healthcare rather than solely disease-specific symptoms to enhance quality of life. Since November 2021, our hospital has implemented the validated Taipei Holistic Screening Scale (THSS) to identify care needs for 4,169 surgical inpatients to improve care quality.

Methods

The THSS is a self-reported screening tool designed with a five-tier triage system to assess four dimensions of distress: physical, psychological, socio-ecological, and spiritual. Each dimension comprises six items, rated on a 0-4 scale. A cumulative score ≥ 13 in any dimension signifies high-risk and need for additional support from the healthcare team.



	Physical distress	Psychological distress	Socio-ecological distress	Spiritual distress
Age (years)	OR: 1.02, p-value: 0.002	OR: 1.01, p-value: 0.002	OR: 1.01, p-value: 0.002	OR: 1.01, p-value: 0.002
Gender	Male: 1.02, p-value: 0.002	Male: 1.01, p-value: 0.002	Male: 1.01, p-value: 0.002	Male: 1.01, p-value: 0.002
Specialty	Neurosurgery: 1.02, p-value: 0.002	Neurosurgery: 1.01, p-value: 0.002	Neurosurgery: 1.01, p-value: 0.002	Neurosurgery: 1.01, p-value: 0.002
Orthopedics	1.01, p-value: 0.002	1.01, p-value: 0.002	1.01, p-value: 0.002	1.01, p-value: 0.002
General Surgery	1.01, p-value: 0.002	1.01, p-value: 0.002	1.01, p-value: 0.002	1.01, p-value: 0.002
Plastic Surgery	1.01, p-value: 0.002	1.01, p-value: 0.002	1.01, p-value: 0.002	1.01, p-value: 0.002
Chi-Square Test	11.01, p-value: 0.002	11.01, p-value: 0.002	11.01, p-value: 0.002	11.01, p-value: 0.002
Significance	0.002	0.002	0.002	0.002

Results

The THSS screening identified high-risk cases in 3.5% (147) for physical distress, 2.1% (89) for psychological distress, 1.9% (78) for socio-ecological distress, and 1.2% (48) for spiritual distress. Logistic regression analyses indicated that older patients had a higher likelihood of experiencing physical (OR=1.02; $p=0.002$) and spiritual distress (OR=1.02; $p=0.012$), while males had a lower risk of psychological distress (OR=0.58; $p=0.024$). Additionally, patients undergoing neurosurgery (OR=2.22; $p=0.007$) and orthopedics (OR=1.69; $p=0.049$) were more susceptible to psychological distress than those in general surgery, with neurosurgery patients also exhibiting an increased risk of socio-ecological distress (OR=2.02; $p=0.021$).

Conclusion

The study highlights THSS in identifying high-risk surgical inpatients. Findings suggest targeted interventions for older patients for physical and spiritual distress, gender differences in psychological distress, and higher psychological and socio-ecological distress risks in neurosurgery. These insights enhance holistic patient care and guiding future research.

Jeng-Cheng Wu, MD, MSc. Department of Urology & Department of Education and Humanities in Medicine, Taipei Medical University and Taipei Medical University Hospital, Taipei, Taiwan
Wen-Hsuan Hou, MD, PhD, MPH. Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Taipei Medical University and Taipei Medical University Hospital, Taipei, Taiwan
Faith Liao, RN, PhD. Department of Medical Education, Taipei Medical University Hospital, Taipei, Taiwan



全人照護教育建置歷程

☆ 發展實踐以勝任能力為導向的全人照護教育與臨床實務導入



111.02

全人專案

111.03

中心籌備

112.02

中心成立

聘請專家歸國發展：廖若帆博士

理論與教學架構

- 全人照護核心能力 (五能力)
- 全人照護訓練計畫書

師資培訓

- 培訓全人種子教師
- 培訓臨床教師

評量及應用研發

- HCCI 量表
- THSS發展

教學及臨床應用

- THSS發展(教學部) - SIPOC
- THSS導入(醫務部)

導入研究

- 臨床監測 - BI-Power (資訊系統)

全人照護國際研討會

- 第一屆(110/12/3): 靈性關懷的理論與實踐
- 第二屆(111/12/3-4): 靈性關懷的臨床導入
- 第三屆(112/12/3): 靈性關懷與宗教

全人關懷實踐工作坊

- 110年: 4場 215人
- 111年: 6場 300人
- 112年: 1場 35人

陳建宇主任、廖若帆副主任

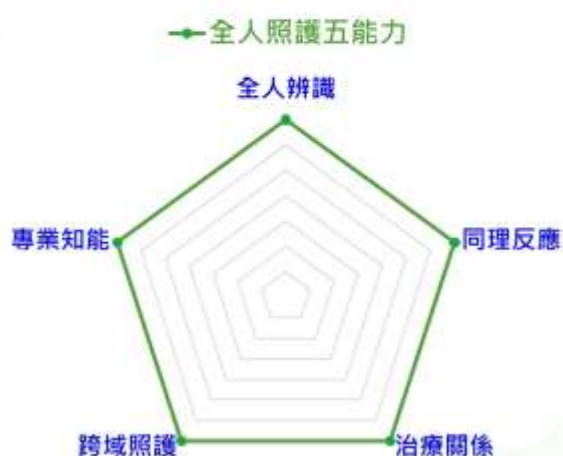
執行目標

- 短期: 以勝任能力為導向, 推進全人照護研究與臨床應用研發
- 中期: 整合跨學科方法, 知識
- 長期: 開發院校整合平台

中心永續發展

- 全人醫療: 臨床實踐與應用研發、優化、Healthcare Science - Action Research、國科會增能計畫等
- 全人教育: 組構韌性、個人韌性、教學教法、韌性專業工作坊、韌性國內外研討會等
- 全人發展: 教學實踐研究、全人教育 in AI 世代與研究

全人照護教育：以能力為導向 & 評量標準化



知識：HCCI量表

全人照護能力評估量表 (HCCI)：協助學員自我省察/教師觀察學員是否展現對病人生理、心理、靈性及社會層面相關議題的知能程度，進行照護能力之評量

態度：Kirkpatrick's 量表

確保學員(生)能從客觀事實描述反思改進至提出治療計畫，且進行全人醫療照護能具備足夠認知及技巧，教師針對其內容評估學員(生)展現臨床全人治療計畫與照護之能力

技巧：B-L RI 治療關係量表

供學員自評、教師觀察、病人感知 3 方向評估與病人間的醫病關係

37

全人照護定錨、科部同步接力！



臨床應用

(THSS的應用：

三級拉緊報、四級轉介、五級跨領域會議)

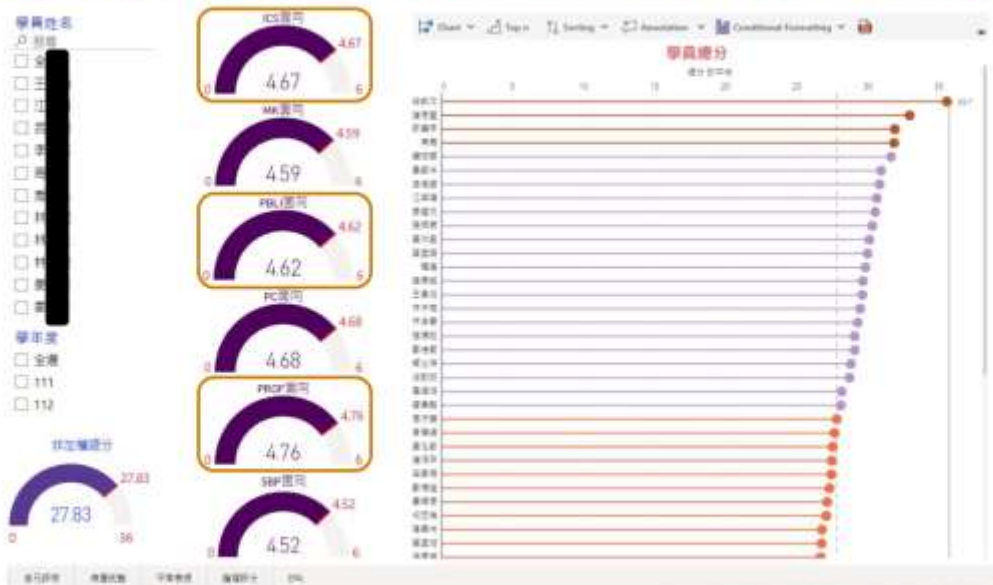
教學部持續支援科部：
全人照護專家學者
來院參與科部活動
(晨會、科會議、個案討論會)

教學



38

全人融入BI-PGY Milestone為例

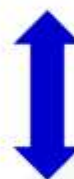


39

醫學教育的社會責任



提供以病患為中心之五全(全人、全家、全程、全隊、全社區)醫療照顧



發展醫病互利共好的醫療人員專業素養



創新的「全人全面復原力模式架構」
(Holistic and Universal Model of Resilience, HUMOR framework)
成立員工關懷中心

美國健康照顧促進協會 (IHI) 的五大目標，也代表了社會對醫療品質的期待，ACGME 近年將之視為醫學教育的 Outcome，因此而成為了 CBME 的目標。

ACGME 2023. 40

2022 SNQ 國家品質標章



全人照護教育全啟動

本院大事記：

- 自2019起，開始學習英國全人照護理論
- 2020 建立全人照護教育六階段師培專案
定錨全人照護五項必備能力
- 2021 導入教育及臨床THSS
- 2023 全人照護教育中心成立
- 2024 研發科技人文EPA導入



資料來源：https://www.snq.org.tw/chinese/03_service/02_detail.php?pdid=6045



41

2022 台灣永續行動獎銅獎



核心議題：「SDG4 優質教育及終身學習」

靈性關懷與教育-愛是永不止息



資料來源：<https://www.tmuu.org.tw/single/6548>

42

2023 SNQ 國家品質標章



點亮復原之路： 實踐全人醫療與共創照護品質

特色：

創新全人醫療照護模式，發展出「全人醫療篩檢量表(Taipei Holistic Screening Scale, THSS)」，**快速偵測**病人因疾病連帶產生的生理、心理、靈性、社會層面困擾和需求，及時提供最適照護



資料來源：https://www.snq.org.tw/chinese/03_service/02_detail.php?pdid=7073

43



臺北醫學大學附設醫院
Taipei Medical University Hospital

感謝聆聽

Trust, Moral, Universal, Hand in Hand

AQUIPTA 艾妥達 偏頭痛
(atogepant) tablets 專一口服藥物

全面預防 一錠翻偏



口服、每日一次
簡單方便



全面性預防
陣發性與慢性偏頭痛



預防偏頭痛且
耐受良好



艾妥達錠 10 毫克 / 艾妥達錠 60 毫克

AQUIPTA 10 mg tablets / AQUIPTA 60 mg tablets

【適應症】適用於每週 4 天以上發作之成人偏頭痛預防。【用法用量】艾妥達的建議劑量為：對於陣發性偏頭痛 (episodic migraine) 及慢性偏頭痛 (chronic migraine)，建議劑量為 60 mg 口服，一天一次。對於某些陣發性偏頭痛病人，亦可考慮 10 mg 或 30 mg 口服，一天一次。可考慮逐漸增加劑量。艾妥達錠應隨餐服用，不建議於睡前使用。劑量的調整應立即服用。如果非前次下一次服藥時間，應於作成人劑量調整時，自非前次服藥時間用下一次劑量。劑量調整應根據該產品說明書。【禁忌症】對 atogepant 或本品任何成分過敏者。過敏反應包括全身性過敏反應 (anaphylaxis) 及呼吸困難。【警誡及注意事項】不建議使用於重症肝功能不全 (Child-Pugh Class) 的病人。懷孕：對於懷孕女性使用艾妥達的數據有限。目前無充足資料。哺乳：目前無有關 atogepant 存在於人乳乳汁。對哺乳嬰兒之影響或對產乳量之影響尚不明。對體弱病人，此藥應產品說明書。【副作用】噁心、便秘、疲勞、嗜睡、食慾下降。

【使用前請詳閱完整核定仿單】

艾妥達錠 10 毫克 AQUIPTA 10 mg tablets：衛部藥輸字第 028641 號、艾妥達錠 60 毫克 AQUIPTA 60 mg tablets：衛部藥輸字第 028642 號

中文仿單 (譯自 CCDS version 4.0 (18 Jun 2024))

References: 1. 艾妥達錠 60 毫克 AQUIPTA 60 mg tablets 中文仿單 (譯自 CCDS version 4.0 (18 Jun 2024)) 2. 艾妥達錠 10 毫克 AQUIPTA 10 mg tablets 中文仿單 (譯自 CCDS version 4.0 (18 Jun 2024))

abbvie

瑞士藥廠艾伯維藥局有限公司台灣分公司
台北市民生東路三段 49 號及 51 號 15 樓
電話：(02) 2903-9818

AQUIPTA 艾妥達
(atogepant) tablets

TW-AQP-250023121250627
北市衛藥廣字第 113100093 號



淨零排碳 健康相伴

114年跨領域團隊訓練

<跨領域暨全人照護訓練>

教學部 董恩傑 醫師
2025/09/13



新光吳火獅紀念醫院

113 年度教學醫院評鑑基準及評量項目 (醫學中心適用)		
3.2 跨領域團隊合作		
【重點說明】		
藉由跨領域團隊合作訓練，讓醫療照護團隊成員間，特別是不同職類醫事人員間，能更瞭解彼此之業務特性，並掌握團隊合作之知能與技巧，以提升全人照護品質。		
條號	條文	評量項目
3.2.1	有多元化之跨領域團隊合作照護訓練	目的： 落實跨職類之醫療團隊合作照護訓練，以期提升全人照護品質。 符合項目： 1. 跨領域團隊合作照護模式之執行符合醫院規模或特性。 2. 提供跨領域團隊合作照護訓練課程，如醫療團隊資源管理 (team resource management, TRM)、聯合照護案例討論會 (combined conference)、共同照顧 (combined care)、出院準備服務、團隊治療、安寧護理、病人安全等。 3. 醫院能協助院內單位安排跨領域團隊合作照護訓練。 4. 醫院訂有涵蓋全體醫事人員之跨領域團隊合作照護訓練計畫，且執行成效良好。(試) 5. 對跨領域團隊合作照護訓練計畫之執行有定期檢討改善。(試) 6. 訂有對院內非醫事人員之其他人員全人照護教育課程，且執行成效良好。(試) 優良項目： 1. 因應院內醫療需求，研發創新之跨領域團隊合作照護模式，應用於醫療照護，且執行成效良好。 2. 申請受評職類之 50% 以上職類進行跨領域合作。 【註】 1. 「跨領域」至少須包含一半以上職類(應有 3 種職類以上)。 2. 跨領域團隊合作照護之訓練內容及頻次，應依衛生福利部核定之訓練計畫執行。

1.跨領域團隊合作照護模式之執行符合醫院規模或特性。 2.提供跨領域團隊合作照護訓練課程，如醫療團隊資源管理(team resource management, TRM)、聯合照護案例討論會(combined conference)、共同照顧(combined care)、出院準備服務、團隊治療、安寧療護、病人安全等。 3.醫院能協助院內單位安排跨領域團隊合作照護訓練。 4.醫院訂有涵蓋全體醫事人員之跨領域團隊合作照護訓練計畫，且執行成效良好。(試) 5.對跨領域團隊合作照護訓練計畫之執行有定期檢討改善。(試) 6.訂有對院內非醫事人員之其他人員全人照護教育課程，且執行成效良好。(試) 優良項目： 1.因應院內醫療需求，研發創新之跨領域團隊合作照護模式，應用於醫療照護，且執行成效良好。 2.申請受評職類之50%以上職類進行跨領域合作。 [註] 1.「跨領域」至少須包含一半以上職類(應有3種職類以上)。 2.跨領域團隊合作照護之訓練內容及頻次，應依衛生福利部核定之訓練計畫執行。	• 醫療團隊資源管理 TRM • 聯合照顧討論會 • 共同照顧 • 出院準備 • 安寧照護 • 安排跨領域合作照護課程 • 非醫事人員的全人照護課程 • 50%以上職類進行合作 • 3個職類以上
---	---

 淨零排碳 健康相伴 3

112-113 年度醫院評鑑及教學醫院評鑑說明會問答集（醫學中心適用）

內容
照護團隊」為除醫師與護理師之外，至少有2種職類人員（含社工師）參與。由於各院對字面用詞有不同理解，且醫院評鑑與教學醫院評鑑有所不同，請問「跨領域」之定義？跨領域職類是否包括社工師？ A： (1)「跨領域」係指至少須包含3個不同職類（含）以上。醫師及護理各認列1種職類，不合併計算。 (2)目前教學醫院評鑑包含西醫師、中醫師、牙醫師等醫師職類，以及藥事、醫事放射、醫事檢驗、護理、營養、呼吸治療、助產、物理治療、職能治療、臨床心理、諮商心理、聽力、語言治療、牙體技術等醫事人員（非醫師）職類，前述共計17類。

 淨零排碳 健康相伴 4

114年跨領域團隊訓練課程規劃(TRM+IPE)

- TRM 教學以擬真模擬教學
 - IPE 教學以專題課室討論
- 目標：急重症資源運用處置
目標：強化全人教育

TRM	主責單位	協辦單位
一月	大內科	呼吸、護理、社工
三月	大外科(整外)	護理、物治、諮商
五月	重症(神內)	護理、藥師、放射檢驗
七月	全院晨會(婦產)	護理、臨心、法務
九月	醫事放射	神內、護理、呼吸
十一月	護理部	重症、呼吸

TRM 基數月份 共計6場 以大科為主

IPE	主責單位	協辦單位
二月	兒科	護理、呼吸
四月	出院準備	營養、護理、社工 眼科
六月	老醫(9A劉玉香)	職治、營養、護理
八月	安寧(8A余明芬)	諮商、疼痛、宗教
十月	病理檢驗科	護理、
十二月	牙科	牙體、語言

IPE 偶數月份 共計6場 以小科/其他職類為主



114年跨領域團隊訓練課程規劃(TRM+IPE)

TRM 擬真模擬教學

IPE 教學以專題課室討論



急重症資源運用處置與團隊運作



強化軟性流程的全人教育



6

113年跨領域團隊訓練規劃-總計12次

月份	主責單位	協辦單位	負責人
三月	小兒	婦產、護理、呼吸	蔡○儀
四月	內科(腎臟)	護理、營養、呼吸	李○騰
五月	檢驗	血腫、護理、呼吸	陳○汝
六月	護理	婦產、小兒、檢驗、呼吸	余○華
七月	麻醉	藥劑、放射、檢驗、護理	廖○瑋
八月	重症	護理、營養、呼吸、物治、社工	葉○霖
九月	婦產	護理、呼吸、臨心	呂○鋒
十月	放射	神內、護理、呼吸	李○輝
十一月	護理	重症、放射、呼吸	余○華
十二月	外科(整外)	護理、營養、呼吸、職治	林○賢
十一月	牙醫	放射、牙體、語言	謝○杰
十二月	耳鼻喉	整外、聽力、諮商	郭○翔

非碳
健康相伴

TRM課程出席及滿意度

月份	主責單位	主題	出席人數	滿意度%
三月	小兒	一位緊急生產併新生兒急救之跨領域團隊照護案例	73	96.6
四月	內科(腎臟)	一位999病人ROSC復原期之出院準備之跨領域團隊照護案例	105	93.3
五月	檢驗	門診病人輸血前準備及醫病溝通之跨領域團隊照護案例	59	94.9
六月	護理	一位從未產檢孕婦安胎及醫病溝通之跨領域團隊照護案例	47	95.2
七月	麻醉	拔管後重新插管及急性呼吸窘迫處置之跨領域全人照護案例	33	96
八月	重症	中風後緊急情境處理及復原期全人照護之跨領域全人照護案例	39	93
九月	婦產	產程評估及真空吸引輔助分娩之跨領域全人照護案例	30	95
十月	放射	重症病人緊急MRI檢查之跨領域團隊照護案例	32	95
十一月	牙科	門診病人上顎腫瘤切除後功能重建之跨領域團隊照護	26	85
十一月	耳鼻喉科	術後聽力檢查中的緊急救援	22	98
十一月	整形外科	一位吸入性燒傷病人處置之跨領域團隊照護	59	95.6
合計			525	95.2

113年跨領域團隊訓練參與職類統計

職類參與共計39次

西醫職類10次 牙醫職類1次 非醫事職類2次

職類	西醫	牙醫	藥事	放射	檢驗	牙體	護理	營養	呼吸	聽力	物治	職治	語言	臨心	諮商	社工	法務	總計
主辦	7	1	0	1	1	0	1	0	0	0								11
協辦	3		0	1	0	1	8	3	5	1	1	1	1	1	0	1	1	28
小計	10	1	0	2	1	1	9	3	5	1	1	1	1	1	0	1	1	39

113年跨領域團隊訓練參與西醫統計

西醫	兒科	婦科	內科(腎臟科)	麻醉科	重症科	耳鼻喉科	外科(整外)	內科(神內)
主辦	1	1	1	1	1	1	1	0
協辦								1
小計	1	1	1	1	1	1	1	1

9

活動照片

113.4月腎臟內科主辦活動



113.7月麻醉科主辦



113.5月檢驗科主辦活動



113.8月重症科主辦活動



10

活動照片

113.10月醫事放射科主辦



113.11月牙科部主辦



113.11月耳鼻喉科主辦



113.11月整形外科主辦



淨零排碳
健康相伴11

Interprofessional Collaborative Competencies Attainment Survey (ICCAS) 跨專業協作能力達成調查

職別: ☐護理 ☐藥學 ☐放射 ☐呼吸治療 ☐臨心 ☐護理 ☐牙醫 ☐醫學 ☐其他:

職級: ☐JUGY ☐PGY ☐住院 ☐主治 ☐1-3年 ☐3年以上 第幾次參加TRM:

評分說明: 1= 非常不同意 2= 稍不同意 3= 略有不同意 4= 中立 5= 略有同意 6= 稍同意 7= 非常同意 na= 不適用

	課程前								課程後							
	1	2	3	4	5	6	7	na	1	2	3	4	5	6	7	na
溝通																
1 促進跨專業(IP)團隊成員之間的有效溝通																
2 積極聆聽 IP 團隊成員的想法和關切																
3 在不加評判的情況下表達我的想法和關切																
4 向 IP 團隊成員提供建設性的反饋																
5 以清晰、簡明的方式表達我的想法和關切																
協作																
6 尋求 IP 團隊成員解決問題																
7 與 IP 團隊成員有效合作以提升護理質量																
8 與 IP 團隊成員共同學習、增進護理																
角色與責任																
9 識別並描述我在 IP 團隊中的能力和貢獻																
10 對我在 IP 團隊中的貢獻負責																
11 理解 IP 團隊成員的能力和貢獻																
12 認識到他人的技能和知識如何補充並重疊於我的技能和知識																
以患者/家庭為中心的協作方法																
13 使用 IP 團隊方法與患者一起評估健康狀況																
14 使用 IP 團隊方法為患者提供全面護理																
15 將患者/家庭納入決策過程																
衝突管理/解決																
16 積極聆聽 IP 團隊成員的觀點																
17 考慮 IP 團隊成員的想法																
18 以尊重的方式解決團隊衝突																
團隊運作																
19 與 IP 團隊成員一起制定有效的護理計劃																
20 在重疊的工作範疇內協商責任分配																

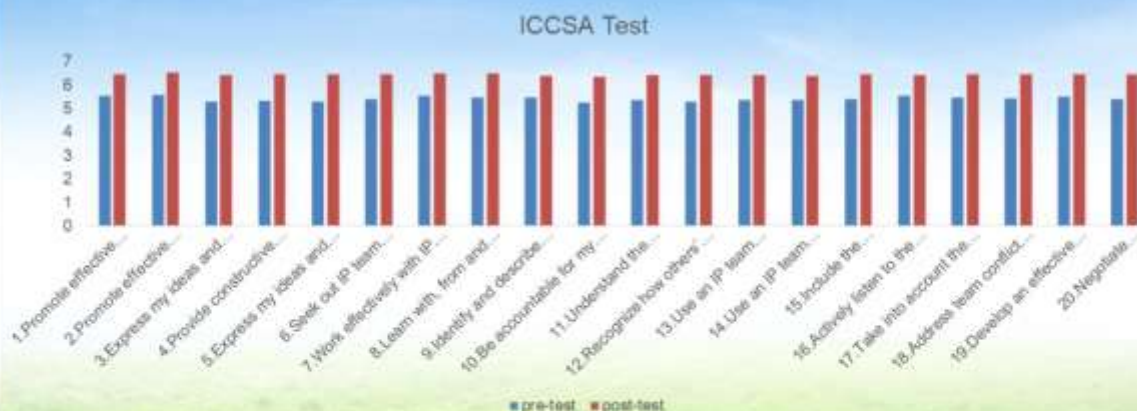
零排碳
健康相伴

ICCAS項目

溝通		以病患/家庭為中心的協作方法	
1	促進跨專業(IP)團隊成員之間的有效溝通	13	使用 IP 團隊方法與患者一起評估健康狀況
2	積極聆聽 IP 團隊成員的想法和關切	14	使用 IP 團隊方法為患者提供全面護理
3	在不加評判的情況下表達我的想法和關切	15	將病患/家庭納入決策過程
4	向 IP 團隊成員提供建設性的反饋	衝突管理/解決	
5	以清晰、簡明的方式表達我的想法和關切	16	積極聆聽 IP 團隊成員的觀點
協作		17	考慮 IP 團隊成員的想法
6	尋求 IP 團隊成員解決問題	18	以尊重的方式解決團隊衝突
7	與 IP 團隊成員有效合作以提升護理質量	團隊運作	
8	與 IP 團隊成員共同學習，增進護理	19	與 IP 團隊成員一起制定有效的護理計劃
角色與責任		20	在重疊的工作範圍內協商責任分配
9	識別並描述我在 IP 團隊中的能力和貢獻		
10	對我在 IP 團隊中的貢獻負責		
11	理解 IP 團隊成員的能力和貢獻		
12	認識到他人的技能和知識如何補充並重疊於我的技能		



ICCASA前後測調查



投稿AMEE：

Optimizing Training Sessions for Interprofessional Care Competency Development





114年跨領域團隊訓練課程規劃(TRM+IPE)

- TRM 教學以擬真模擬教學 目標：急重症資源運用處置
- IPE 教學以專題課室討論 目標：強化全人教育

TRM	主責單位	協辦單位	IPE	主責單位	協辦單位
一月	大內科	呼吸、護理、社工	二月	兒科	護理、呼吸
三月	大外科(整外)	護理、物治、諮商	四月	出院準備	營養、護理、社工、眼科
五月	重症(神內)	護理、藥師、放射檢驗	六月	老醫(9A劉玉香)	職治、營養、護理
七月	全院晨會(婦產)	護理、臨心、法務	八月	安寧(8A余明芬)	諮商、疼痛、宗教
九月	醫事放射	神內、護理、呼吸	十月	病理檢驗科	
十一月	護理部	重症、呼吸	十二月	牙科	牙體、語言

TRM 基數月份 共計6場 以大科為主

IPE 偶數月份 共計6場 以小科/其他職類為主

114年課程出席及滿意度

月份	主責單位	主題	出席人數	滿意度%
一月	腸胃內科(TRM)	吐血緊急情境處理之跨領域全人照護	43	92.8
二月	兒科(IPE)	一位緊急生產併新生兒急救之跨領域團隊照護案例	34	92
三月	整形外科(TRM)	一位吸入性燒傷病人處置之跨領域團隊照護	39	86.3
四月	出院準備(IPE)	出院準備銜接長照2.0服務演練	71	92.8
五月	重症&神內(TRM)	[中風後緊急情境處理]與[中風後原期全人照護]之跨領域全人照護	91	98
六月	老醫(IPE)	一位老年醫學個案的急性病況治療與長期照護規劃	38	93.8
七月	全院晨會(婦產)(TRM)	[產程評估]及[真空吸引輔助分娩]之跨領域全人照護案例		
八月	安寧	安寧緩和跨領域團隊&全人醫療照顧討論會		
九月	醫事放射			
十月	藥劑部			
十一月	護理部			
十二月	牙科			

碳
伴
18

跨領域團隊(InterProfessional)合作的

教育與臨床實踐



Shared decision making / Choosing wisely

就單位科部而言
如何增加跨領域臨床合作

會議名稱	原參與職類	加入職類	原討論議題	加入議題
婦產科麻醉科聯合討論會	醫師護理師	藥師	減痛分娩特殊案例 緊急剖腹流程	藥師在生產後止痛與 個案用藥討論
經導管主動脈瓣置 放術討論會(TAVI)	醫師、護理師、麻 醉專科護理師、循 環師	復健師	病人個案狀況與手 術計畫	個案預計術後心臟復 健指導



何謂跨領域團隊資源管理(Team Resource Management)

TRM 精神



運用所有人員、設備及資
源，以達成安全與效率



實證醫學
Evidence based practice

TRM的發展與應用



航空界
組員資源管理(Crew resource management)
危機應對管理(Threat and error management)



醫療界
Medical Team Training、TeamSTEPS
Team Resource Management (TRM)
醫療團隊資源管理



淨零排碳
健康相伴



何謂跨領域團隊資源管理(Team Resource Management)

Crew Resource Management (CRM) in Sully



領導 (Leadership): 機長快速主導情境，清楚分工。



溝通 (Communication): 與副駕駛、塔台持續確認資訊。



決策 (Decision-making): 在極短時間內選擇河面迫降。



團隊合作 (Teamwork): 副駕駛、空服員、地面管制緊密配合。



淨零排碳
健康相伴



何謂跨領域團隊資源管理(Team Resource Management)

醫療照護中的團隊合作關係



Team $\neq$ Teamwork



團隊合作不良是造成醫療錯誤的原因之一



淨零排碳
健康相伴

Pocket Guide



TeamSTEPS[®] 3.0
Team Strategies & Tools to Enhance Performance and Patient Safety

TeamSTEPS[®] 3.0
Team Strategies & Tools to Enhance Performance and Patient Safety

Framework and Competencies
Team Competency Outcomes



Knowledge: Shared Mental Model
Attitudes: Mutual Trust, Team Orientation
Performance: Adaptability, Accuracy, Productivity, Efficiency, Safety, High Reliability
Sustainability: Enduring Culture of Safety



Agency for Healthcare Research and Quality



U.S. Department of Health and Human Services

淨零排碳
健康相伴24

TeamSTEPPS® 3.0

Team Strategies & Tools to Enhance Performance & Patient Safety

Framework and Competencies

Team Competency Outcomes



Knowledge: Shared Mental Model
Attitudes: Mutual Trust, Team Orientation
Performance: Adaptability, Accuracy, Productivity, Efficiency, Safety, High Reliability
Sustainability: Enduring Culture of Safety

Framework and Competencies Page 1



 淨零排碳
健康相伴25



何謂跨領域團隊資源管理(Team Resource Management)

團隊能力的展現




破
伴



何謂跨領域團隊資源管理(Team Resource Management)

TRM 四個核心內容



淨零排碳
健康相伴



何謂跨領域團隊資源管理(Team Resource Management)

領導: Brief 事前簡報

對於角色分配 建立期待、預期結果及可能發生的突發狀況作說明

- BRIEF 任務說明
- 成員有誰?
- 目標為何?
- 角色與責任?
- 治療計劃?
- 有那些設備?



淨零排碳
健康相伴



何謂跨領域團隊資源管理(Team Resource Management)

領導: Huddle 叫暫停

- 掌握最新的情境
- 討論新的問題
- 事件的新發展
- 再分配資源
- 表達組員關心的議題



何謂跨領域團隊資源管理(Team Resource Management)

領導: Debrief 復盤

- 任務結束後的檢討，以改善團隊的表現與效率
- DEBRIEF 任務檢討查檢表
- 哪些做的不錯？改善？
 - 溝通是否清楚？
 - 工作分配狀況
 - 資源、設備的運用狀況？
 - 解除心理壓力





何謂跨領域團隊資源管理(Team Resource Management)

守望:守望四方S.T.E.P.

守望:

- 病人 P: 生理狀態
- 同仁 T: 壓力、過勞
- 環境 E: 設備、安全
- 進展 S: 目標達成?



何謂跨領域團隊資源管理(Team Resource Management)

溝通

- CALL-OUT 大聲通報
尋求人員與設備等資源
- CHECK-BACK 回覆確認
完整的溝通迴路
- 何時使用CHECK BACK
口頭醫囑、核藥、核對身份
核對手術部位、急救給藥





何謂跨領域團隊資源管理(Team Resource Management)

溝通

□ ISBAR 模式: 交班、病況

Introduction – 介紹自己和病人基本資料

Situation – 病人發生什麼事?

Background – 臨床背景資料

Assessment – 我認是什麼問題?

Recommedation – 做什麼來解決問題



非碳
日伴



何謂跨領域團隊資源管理(Team Resource Management)

相助

□ ADVOCACY 為病人代言

假設你是家屬

□ TWO-CHALLENGE RULE

第一次提出被忽略, 以更堅定的語氣
再度提出一次問題

□ CUS 再三關切

CONCERN → UNCOMFORTABLE →
SAFETY ISSUE



非碳
健康相伴

不同的病人需要不同的照護團隊(框架與流程)



淨零排碳 健康相伴

• 全人照護

什麼是全人.....

淨零排碳 健康相伴

全人照顧的面向

➤ 全人(Holistic Health Care)

- 包括生理、心理、社會及心靈層面。

➤ 全家照護

- 同時考量個人的家庭特性與社經狀況
- 解決照顧者的問題

➤ 五全

- 全人、全家、全程、全隊、全社區

37



淨零排碳
健康相伴



淨零排碳
健康相伴



我們怎麼做UGY/PGY跨領域教育



淨零排碳
健康相伴

2024/07 麻醉科TRM演練



不要怕，我們一起來做看看

主題:院內突發性意識障礙



時間: 凌晨02:42

第一幕

病人概述:

50 歲男性, 身高175cm, 體重76kg, BMI:25
因chest pain, 入院預做心導管(隔天要做)
突然家屬.....



主題:院內突發性意識障礙

第一幕

時間: 凌晨02:42

病人概述:

50 歲男性, 身高175cm, 體重76kg, BMI:25
因chest pain, 入院預做心導管(隔天要做)
突然家屬.....

Q1: 請問醫師你想做什麼身體檢查(PE)與神經學檢查(NE)?

Q2:請問醫師你想測什麼生理參數? (Vital signs)

Q3:請問醫師你覺得是什麼疾病? 想沒有想照會哪一科來協助處理?

Q4:照會的時候我們試著用ISBAR來交班

啟動:院內急性中風



淨零排碳
健康相伴

!!按下去會這樣!!

		加碼名稱	是否	自費	自費	適用	劑量	總價	贈送/部位	備註/PRN
Brain	  	H4000356 Start Up CNA6	☒				1			ST
	  	7422020 CT - With/Without Contrast	☒	☐						
	  	7422030 Non-ionic CM	☐	☐						
	  	9459014 Needle Free Valve and Extension ...	☐	☐			1	EA		
	  	9400435 2DG x 1,25" Supercath 5 safety L...	☐	☐			1	EA		
	  	9849031 Inject CT Motion CT Contrast Age...	☐	☐			1	EA		
	  	4530070 Glucose PC	☒	☐			1	TIME		Bloo - ST
	  	4530260 BUN	☒	☐			1	TIME		Bloo - ST
	  	4530270 Creatinine	☒	☐			1	TIME		Bloo - ST
	  	4530290 Na	☒	☐			1	TIME		Bloo - ST
  	4530300 K	☒	☐			1	TIME		Bloo - ST	
  	4530100 AST	☒	☐			1	TIME		Bloo - ST	
  	4530666 Troponin I	☒	☐			1	TIME		Bloo - ST	
  	4520025 CBC+PT(without D.C)	☒	☐			1	TIME		Bloo - ST	
  	4520170 PT(肌量計算)	☒	☐			1	TIME		Bloo - ST	
  	4520180 APTT(肌量計算)	☒	☐			1	TIME		Bloo - ST	
AP	  	7425081 Chest: PA or AP view	☒	☐						
	  	5710450 EKG resting	☒	☐						

Q1:說明一下抽這些血
目的為何?

Q2:需要排什麼影像檢查?

要不要打contrast?

要不要做重組的CTA



淨零排碳
健康相伴

主題:院內突發性意識障礙

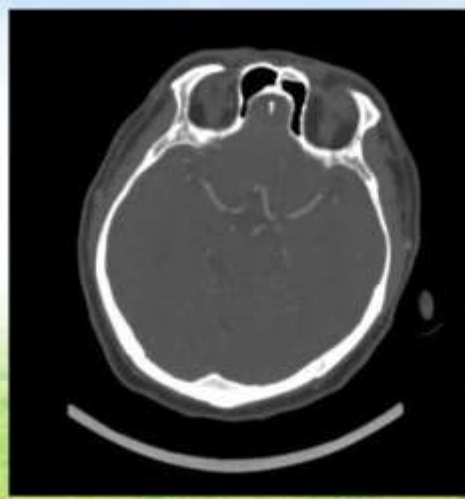
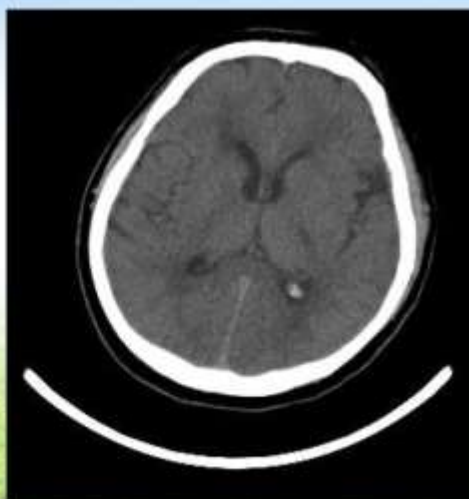


手機收到簡訊

第二幕

[HIS] UGY醫師: (85xxxx), 院內有六小時內中風病人(6031)(0343516x)(林X翰), 請待命!

初步 CT 影像





UGY TRM 實際演練

討論:與家屬溝通t-PA的預期好處及可能副作用

Q1: 打t-PA 血壓需控制在多少? 不打多少

Q2: NIHSS是什麼? 在什麼範圍可以打?

Q3: 打t-PA的絕對禁忌症有哪些?

Q4: 在4.5小時內, 打t-PA的好處?

Q5: 在無腦出血狀況下, 打t-PA造成出血的機會?

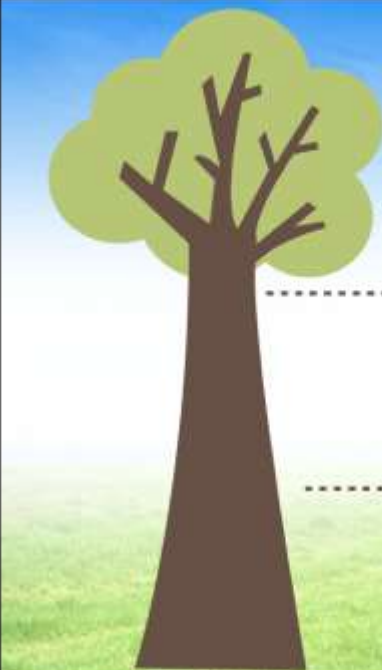


第三幕



我們怎麼做 IPE 全人討論





第一幕-兒科加護病房內

- 外接個案 李小姐之子
- **診斷**
GA35+2wks, BBW: 1680g, 出生之後體重輕
呼吸窘迫，血氧監測起來只有SpO2:80%，
給予氧氣cannula目前SpO2:90-95%
- **情況**
社區婦產科嬰兒室打電話至新生兒加護病房，請
求外接

 淨零排碳
健康相伴49



事件一

① 外接啟動第1分鐘：
由接電話的當班護理師收集外接資訊，確定啟動
外接團隊。

討論內容：
護理師：完整收集外接資訊，啟動外接團隊（聯
繫醫師，呼吸治療師及院外救護車），並調整加
護病房床位。

 淨零排碳
健康相伴50



事件一 請由A組護理師代表回答

外接啟動第1分鐘：
由接電話的當班護理師收集外接資訊，確定啟動外接團隊。

討論內容：
護理師：完整收集外接資訊，啟動外接團隊（聯繫醫師、呼吸治療師及院外救護車），並調整加護病房床位。

 淨零排碳
健康相伴51

桌次分配 說明

護理

桌次一

發表職類：**護理師**

呼吸治療師 醫師

醫師

桌次二

發表職類：**醫師**

呼吸治療師 護理

呼吸治療師

桌次三

發表職類：**呼吸治療師**

醫師 護理

- 相同職類請儘量分散到不同桌
- 桌次一 先需選出一個護理師 討論結束後發表關於護理题目的討論結果
桌次二 先需選出一個醫師 討論結束後發表關於醫師题目的討論結果
桌次三 先需選出一個RT 討論結束後發表關於RT题目的討論結果
- 原則是 1.每一桌各職類都有
2.該桌最後代表該職類發表討論結果

 淨零排碳
健康相伴52

搶答競賽得奶茶

- 各組派出一位的同仁 (可以是發表代表也可以不是)
- 當主持人秀出題目後，請與同桌組員討論後舉牌搶答，由主持人選擇優先答題桌次
- 答對該題可得麥香紅茶兩瓶，答錯該題扣麥香紅茶一瓶，沒有紅茶時不倒扣。
- 最後麥香紅茶最多瓶(最多分) 可得麥香奶茶一箱

最後
紅茶是你們的，奶茶是優勝者的



淨零排碳
健康相伴 53

第一題

院外週產期轉診(電話接聽者)詢問事項?
下列哪一個錯誤!!

- A.目前問題(如:週數、體重)
- B.轉介之醫療院所名稱與住址
- C.外接原因/週數
- D.轉接診所醫師姓名

淨零排碳
健康相伴 54



Take Home message

對於跨領域團隊訓練與全人教育我們的作法



1. 向下扎根：著重於UGY/PGY訓練階段

在醫學生及住院醫師初期階段導入

2. 建立團隊意識：強調跨專業合作的重要性

強化「團隊勝於個人」的理念，
反思團隊合作對病人全人照護的價值。

3. 在討論與演練中建立軟性流程

導入「非正式流程」：例如溝通框架、互助提醒、團隊回饋。
逐步習慣使用共通語言與溝通模式。

4. 向院內已有的全人臨床團隊學習

觀摩既有的全人照護團隊（如安寧、慢病管理、多專科會診團隊）。
借鑒臨床團隊成熟的運作經驗與溝通模式，轉化為教學與訓練素材。



淨零排碳
健康相伴

淨零排碳



健康相伴

Thank you for your attention!!



新光吳火獅紀念醫院
56

偏頭痛病人 的全人 醫療照護

劉子淳
MD, MSc(Ped) (Oncol), MSc, PhD (GSC)

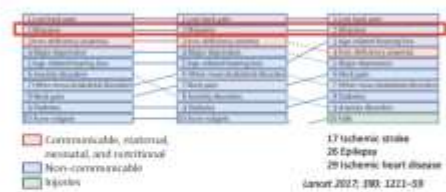
新光醫院 神經科
陽明交響大學 / 輔仁大學
臺灣神經學會 / 臺灣腦科學會

主治醫師
劉子淳
醫師



Migraine is the second leading cause of disease burden globally

Leading causes 1990 Leading causes 2016 Leading causes 2045



17 Ischemic stroke
26 Epilepsy
29 Ischemic heart disease
(Lancet 2017; 390: 1211-59)

Primary Headache Disorders at Clinics



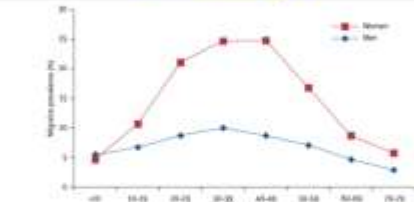
Most are migraine or probable migraine

Wang et al. Migraine Disorders International Conference
Primary Headache Disorders: Epidemiology, Pathophysiology, Treatment
November 2016, London, UK

Wang et al. Prevalence and diagnosis of migraine in
patients consulting their general practitioners with a neurological
disorder: a cross-sectional study. Headache. 2016;
56(10):1511-20

(Source of Data: Wang et al.)

Migraine prevalence in relation to age in men and women in Europe



THE LANCET
Neurology

Jensen & Stovner 2010

頭痛 vs 偏頭痛



頭痛 偏頭痛

症狀 疾病

The International Classification of Headache Disorders



1982 1988 2004 2018

International Headache Society

1.1 Migraine without aura (Common migraine; hemicrania simplex)

- 1. At least **five** attacks fulfilling criteria B–D
- 2. Headache attacks lasting **4–72** hours (untreated or unsuccessfully treated)
- 3. Headache has at least **two** of the following four characteristics:
 - 1. unilateral location
 - 2. pulsating quality
 - 3. moderate or severe pain intensity
 - 4. aggravation by or causing avoidance of routine physical activity (e.g. walking or climbing stairs)
- 4. During headache at least **one** of the following:
 - 1. nausea and/or vomiting
 - 2. photophobia and phonophobia
- 5. Not better accounted for by another ICHD-3 diagnosis



the International Classification of Headache Disorders, 3rd edition, 2013

ID Migraine™ Screener

- Headache + ≥ 2 items:

1. Disability
2. Nausea
3. Sensitivity to light

- Sensitivity = **88%**
- Specificity = **75%**
- Positive predictive value = **33%**

NEUROLOGY

Lipton et al. 2005

8



Does brain imaging help with migraine diagnosis? Structural MRI – a fractal dimension based analysis



Lee et al. Headache International Migraine Congress 2020, September 2021, No. 43255, 4/2021

What initiates a migraine headache?
偏頭痛如何產生？

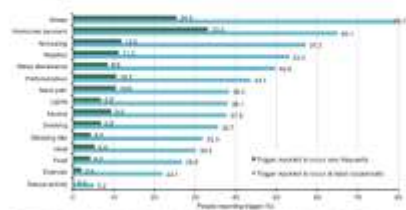
為何我有偏頭痛？



頭痛誘發因素

- HORMONES
- Caffeine
- SKIN CARES
- PHYSICAL EXERCISE
- BRIGHT LIGHT
- STRESSFUL SITUATION
- SLEEP
- LACK OF SLEEP
- SMOKE
- SWEET

Triggers of a migraine attack (n=1,207)



Reported in International Headache Society, 2013, 53(1), 1-10. Adapted from: Headache International 2013, 53(1), 1-10.

Pathophysiology of Migraine

Activation of the Trigeminovascular System



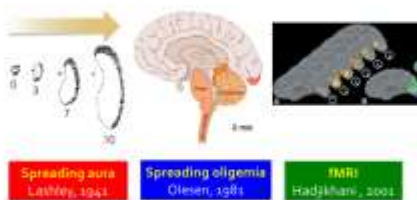
Visual aura & visual snow



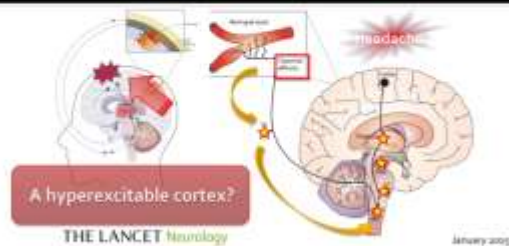
Brain 2014; 132: 1419-1428

C. J. Schankin et al.

Cortical Spreading Depression

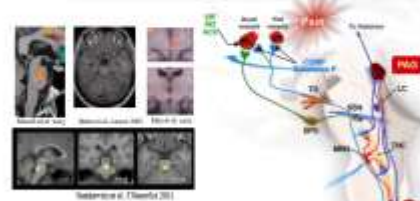


Cortical spreading depression might activate the trigeminovascular system

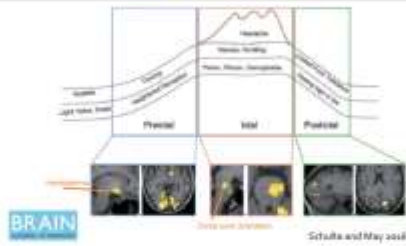


Migraine generators?

Episodic Brainstem Dysfunctions in filtering sensory inputs



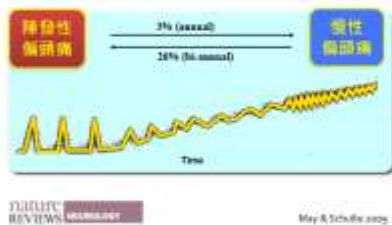
偏頭痛發作週期



頭痛日記 Migraine Diary



Chronification of Migraine is Reversible!



Risk factors for progression from EPISODIC to CHRONIC migraine



ICHD-3 Criteria Medication Overuse Headache



See International Classification of Headache Disorders, 3rd edition, 2013

Clinical and biobehavioral perspectives: Is medication overuse headache a behavior of dependence?

Chia-Hung Lee¹, Jia-Hsiang Lin², Wen-Ching Chen³, Wen-Chieh Chen⁴, Wen-Chieh Chen⁵

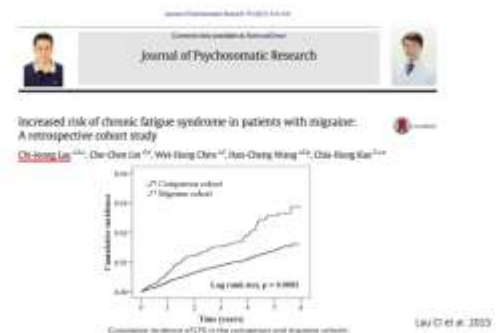
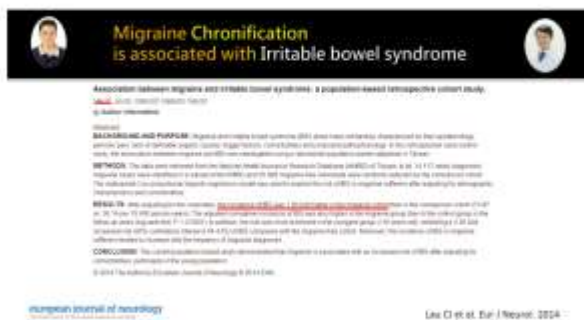
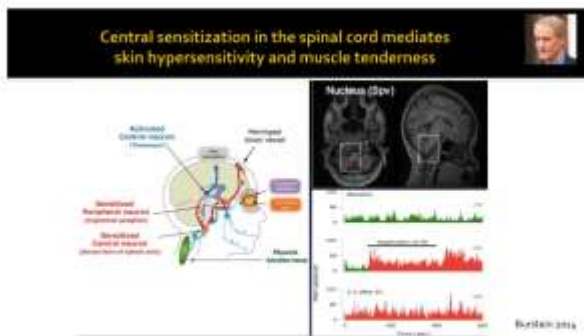
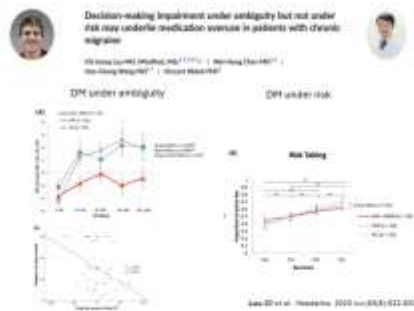
¹Department of Neurology, National Taiwan University Hospital, Taipei, Taiwan
²Department of Neurology, National Taiwan University Hospital, Taipei, Taiwan
³Department of Neurology, National Taiwan University Hospital, Taipei, Taiwan
⁴Department of Neurology, National Taiwan University Hospital, Taipei, Taiwan
⁵Department of Neurology, National Taiwan University Hospital, Taipei, Taiwan

Abstract

Medication overuse headache (MOH), previously termed as analgesic abuse headache or medication overuse headache, is a common form of chronic headache disorder that has a deleterious impact on health and society. Although it has been widely accepted that increasing abusive medication use is paradoxically the cause of MOH and drug discontinuation is the best means of chronic, ongoing, debilitating pain, it is whether drug discontinuation can be the cause or consequence of headache chronicization. Clinical features in MOH such as their complete drug-withdrawal behavior, analgesic dependence and high relapse rates share similarities with

Progress in Brain Research Volume 255, 2020, 371-382
© 2020 Elsevier B.V. All rights reserved.

Lee CH et al. Prog Brain Res, 2020;255:371-402



慢性偏頭痛不只是痛 共病症更衝擊生活品質



Treatments of migraine



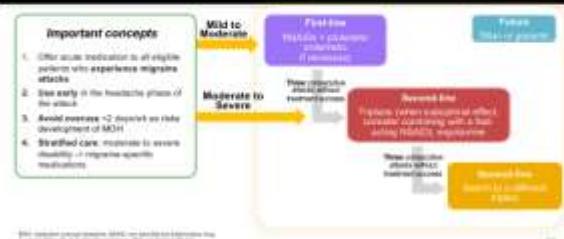
頭痛藥服用方式

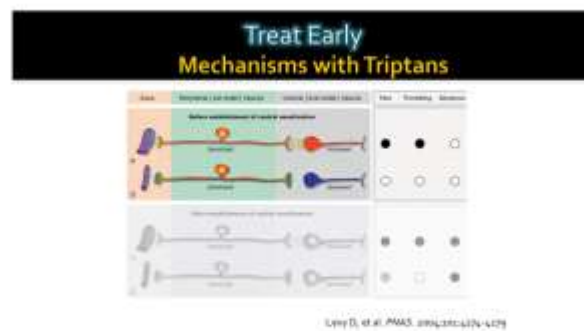
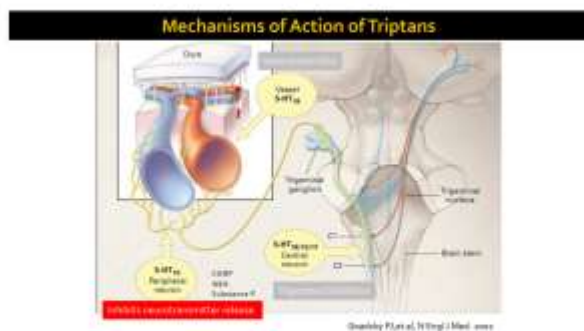
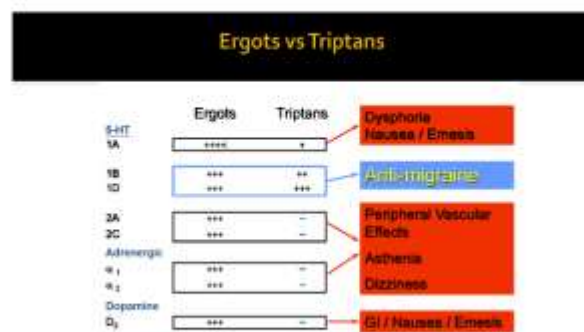
- 止痛藥:「有痛才吃」
 - 不同程度的頭痛,止痛藥物也不盡相同 – 有痛就吃藥
 - 痛到頭皮痛,麻,頭痛再吃藥就無效
- 頭痛預防用藥:「需天天服用」

Acta Neurol Taiwan 2017;26:76-88



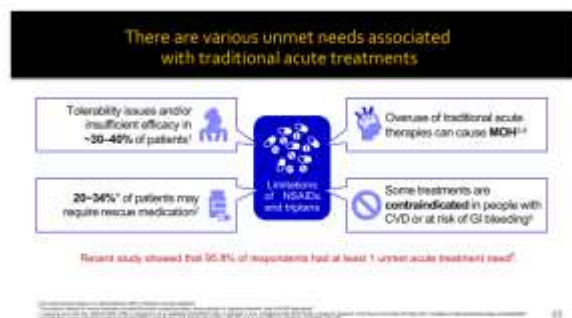
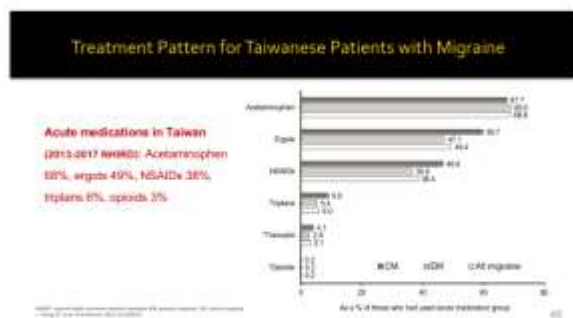
Migraine Management 2022 Taiwan Guidelines for Acute Treatment of Migraine¹



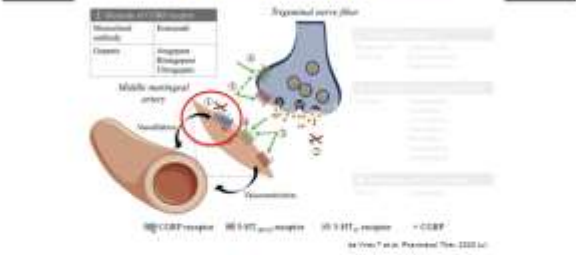
[illegible][illegible][illegible]

[illegible]

縣市	機構名稱	課室名稱	課室負責人	課室成員	課室成員人數
基隆市	基隆市衛生局	基隆市衛生局流行病學課	陳文雄	陳文雄、陳文雄、陳文雄	3
新竹市	新竹市衛生局	新竹市衛生局流行病學課	陳文雄	陳文雄、陳文雄、陳文雄	3
新竹縣	新竹縣衛生局	新竹縣衛生局流行病學課	陳文雄	陳文雄、陳文雄、陳文雄	3
苗栗縣	苗栗縣衛生局	苗栗縣衛生局流行病學課	陳文雄	陳文雄、陳文雄、陳文雄	3
桃園市	桃園市衛生局	桃園市衛生局流行病學課	陳文雄	陳文雄、陳文雄、陳文雄	3
桃園縣	桃園縣衛生局	桃園縣衛生局流行病學課	陳文雄	陳文雄、陳文雄、陳文雄	3
台中市	台中市衛生局	台中市衛生局流行病學課	陳文雄	陳文雄、陳文雄、陳文雄	3
台中縣	台中縣衛生局	台中縣衛生局流行病學課	陳文雄	陳文雄、陳文雄、陳文雄	3
南投縣	南投縣衛生局	南投縣衛生局流行病學課	陳文雄	陳文雄、陳文雄、陳文雄	3
嘉義市	嘉義市衛生局	嘉義市衛生局流行病學課	陳文雄	陳文雄、陳文雄、陳文雄	3
嘉義縣	嘉義縣衛生局	嘉義縣衛生局流行病學課	陳文雄	陳文雄、陳文雄、陳文雄	3
台南市	台南市衛生局	台南市衛生局流行病學課	陳文雄	陳文雄、陳文雄、陳文雄	3
台南縣	台南縣衛生局	台南縣衛生局流行病學課	陳文雄	陳文雄、陳文雄、陳文雄	3
高雄市	高雄市衛生局	高雄市衛生局流行病學課	陳文雄	陳文雄、陳文雄、陳文雄	3
高雄縣	高雄縣衛生局	高雄縣衛生局流行病學課	陳文雄	陳文雄、陳文雄、陳文雄	3
屏東縣	屏東縣衛生局	屏東縣衛生局流行病學課	陳文雄	陳文雄、陳文雄、陳文雄	3
花蓮縣	花蓮縣衛生局	花蓮縣衛生局流行病學課	陳文雄	陳文雄、陳文雄、陳文雄	3
台東縣	台東縣衛生局	台東縣衛生局流行病學課	陳文雄	陳文雄、陳文雄、陳文雄	3
澎湖縣	澎湖縣衛生局	澎湖縣衛生局流行病學課	陳文雄	陳文雄、陳文雄、陳文雄	3
金門縣	金門縣衛生局	金門縣衛生局流行病學課	陳文雄	陳文雄、陳文雄、陳文雄	3



Novel Migraine-specific medications



Comparison between Anti-CGRP mAbs and Gepants

Parameter	mAbs	Septatis
Size	Large	Small
Route of administration	Injection/infusion	Oral
Indication	Prevention	Acute therapy
Onset of effect	Days	Hours
Half-life	3-6 weeks	8-12 hours

(after 10:00 PM) 3374 Broadway, N.Y.C.

Preventive treatments for migraine



发电装机容量 (万千瓦)	在运核电装机容量 (万千瓦)	装机容量	发电设备
--------------	----------------	------	------

[illegible]© 2011 北京理信恒泰企业管理咨询有限公司 *Printed in China/Revised: 2011.11.169-171*

計算機網絡 444 例題詳解

[illegible]

© 2005 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 257: 209–220

© 2005 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 257: 209–220

藥物類別、常用劑量 mg/kg/d	如無副作用時每 4~6 小時口服 1 次	副作用	治療建議
-------------------	----------------------	-----	------

[illegible]

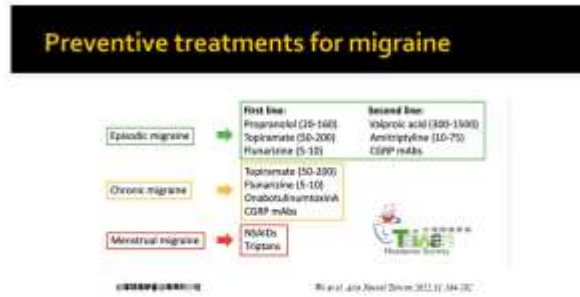
© 2011 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 270: 269–277

© 2011 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 270: 269–277

2- 預防性治療之新製劑藥物分類

藥物名稱 (通用名/Trade Name)	適應症/說明 (Indication/Description)	劑型 (Formulation)	備註 (Remarks)
Propranolol (普萘洛爾)	預防性治療 (預防性治療)	口服錠劑 (Oral tablet)	A
Topiramate (托吡酯)	預防性治療 (預防性治療)	口服錠劑 (Oral tablet)	A
Flunarizine (氟桂利嗪)	預防性治療 (預防性治療)	口服錠劑 (Oral tablet)	A
Amitriptyline (阿米替林)	預防性治療 (預防性治療)	口服錠劑 (Oral tablet)	A
Gabapentin (加巴噴丁)	預防性治療 (預防性治療)	口服錠劑 (Oral tablet)	A
Cimetidine (西咪替丁)	預防性治療 (預防性治療)	口服錠劑 (Oral tablet)	A
Ergotamine (麥角胺)	預防性治療 (預防性治療)	口服錠劑 (Oral tablet)	A
Sumatriptan (舒馬普坦)	預防性治療 (預防性治療)	口服錠劑 (Oral tablet)	A
Rizatriptan (瑞捷普坦)	預防性治療 (預防性治療)	口服錠劑 (Oral tablet)	A
Frovatriptan (佛羅普坦)	預防性治療 (預防性治療)	口服錠劑 (Oral tablet)	A
Zolmitriptan (卓美普坦)	預防性治療 (預防性治療)	口服錠劑 (Oral tablet)	A
Gepirone (吉比隆)	預防性治療 (預防性治療)	口服錠劑 (Oral tablet)	A
Lasmiditan (拉斯米迪坦)	預防性治療 (預防性治療)	口服錠劑 (Oral tablet)	A
Ubrogepant (烏布羅加潘特)	預防性治療 (預防性治療)	口服錠劑 (Oral tablet)	A
Rimegepant (瑞米加潘特)	預防性治療 (預防性治療)	口服錠劑 (Oral tablet)	A
Atogepant (阿托加潘特)	預防性治療 (預防性治療)	口服錠劑 (Oral tablet)	A
Frovatriptan (佛羅普坦)	預防性治療 (預防性治療)	口服錠劑 (Oral tablet)	A
Zolmitriptan (卓美普坦)	預防性治療 (預防性治療)	口服錠劑 (Oral tablet)	A
Rizatriptan (瑞捷普坦)	預防性治療 (預防性治療)	口服錠劑 (Oral tablet)	A
Sumatriptan (舒馬普坦)	預防性治療 (預防性治療)	口服錠劑 (Oral tablet)	A
Ergotamine (麥角胺)	預防性治療 (預防性治療)	口服錠劑 (Oral tablet)	A
Cimetidine (西咪替丁)	預防性治療 (預防性治療)	口服錠劑 (Oral tablet)	A
Gabapentin (加巴噴丁)	預防性治療 (預防性治療)	口服錠劑 (Oral tablet)	A
Amitriptyline (阿米替林)	預防性治療 (預防性治療)	口服錠劑 (Oral tablet)	A
Flunarizine (氟桂利嗪)	預防性治療 (預防性治療)	口服錠劑 (Oral tablet)	A
Topiramate (托吡酯)	預防性治療 (預防性治療)	口服錠劑 (Oral tablet)	A
Propranolol (普萘洛爾)	預防性治療 (預防性治療)	口服錠劑 (Oral tablet)	A

台灣醫學會頭痛學組 (TOS) | Journal of the Neurological Sciences 322 (2014) 144-151

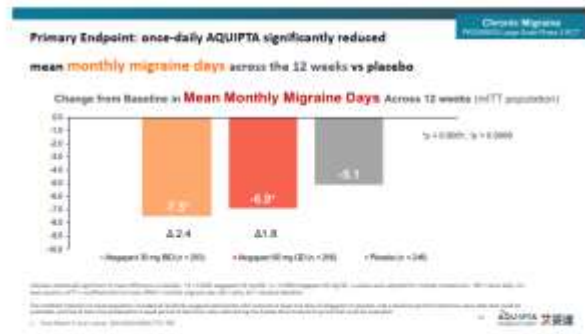
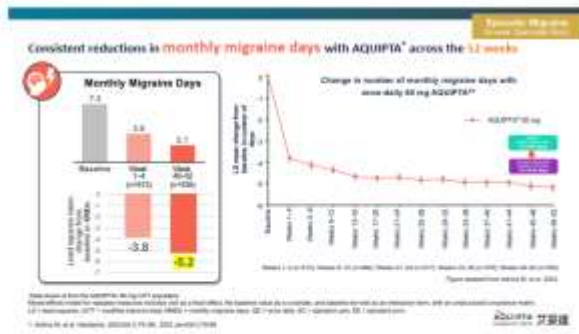


Structure and function of different CGRP pathway mAbs

	Fremanezumab ^a	Erenumab ^b	Galcanezumab ^c	Evinumab ^d
RoA	s.i. IgG1	s.i. IgG1	s.i. IgG1	s.i. IgG1
Binding	Monoclonal, specificity	Monoclonal	Monoclonal	Monoclonal
IgG subtype	lgG1	lgG2	lgG1	lgG1
Human sequences ^e	Humanized (90% human)	Human (98% human)	Humanized (90% human)	Humanized (90% human)
Expression system	Chinese hamster ovary (CHO)	Chinese hamster ovary (CHO)	Chinese hamster ovary (CHO)	Chinese hamster ovary (CHO)
Target	CGRP ligand	CGRP receptor	CGRP ligand	CGRP ligand
t _{1/2}	28 days	28 days	27 days	27 days

^aFremanezumab (Erenumab) is a humanized IgG1 monoclonal antibody that binds to the C-terminal of CGRP, preventing it from binding to its receptor. ^bErenumab is a human IgG2 monoclonal antibody that binds to the α1 subunit of the CGRP receptor, preventing CGRP from binding. ^cGalcanezumab is a humanized IgG1 monoclonal antibody that binds to the C-terminal of CGRP, preventing it from binding to its receptor. ^dEvinumab is a humanized IgG1 monoclonal antibody that binds to the C-terminal of CGRP, preventing it from binding to its receptor. ^eHuman sequences refer to the percentage of human amino acid sequences in the antibody framework.





偏頭痛 超前部署123 懶人包

1. 預防偏頭痛 不可不預123
2. 預防偏頭痛 不可不預123
3. 預防偏頭痛 不可不預123

如蒙賜顧請洽 台灣頭痛學會 02-2707-1234



台灣頭痛學會

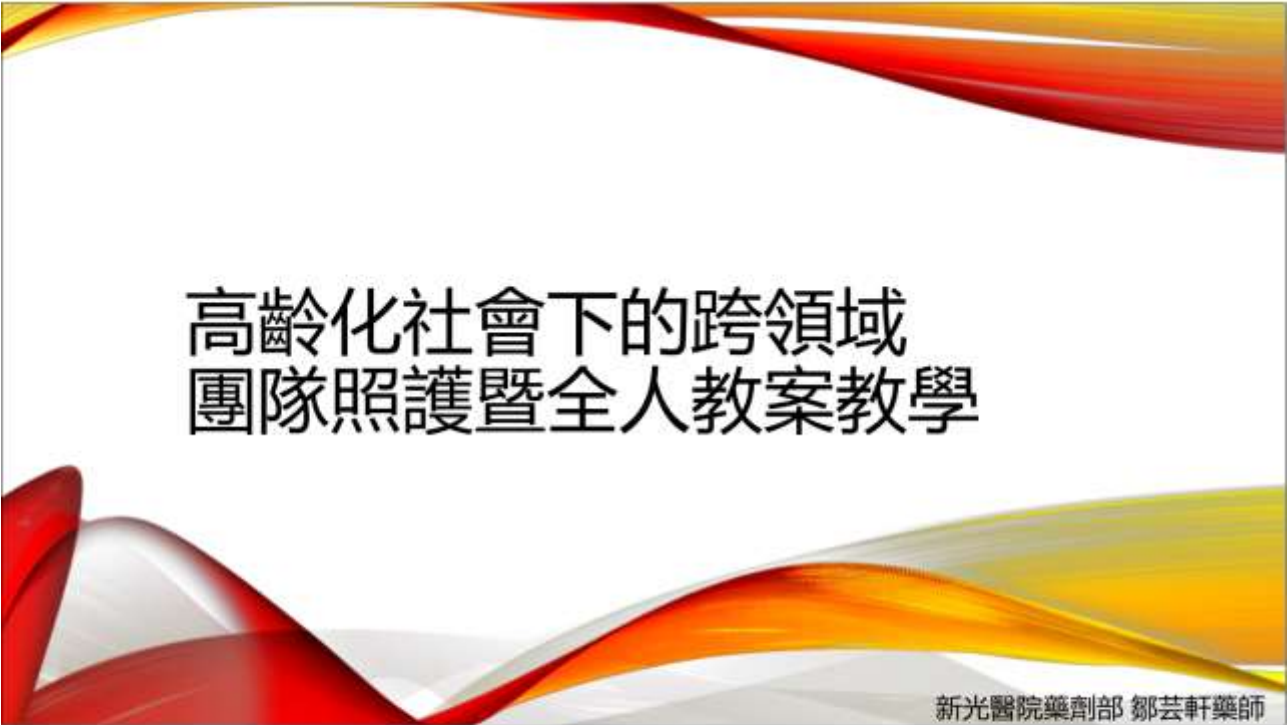
Taiwan Headache Society

第一屆正式公開徵集 徵件有獎活動

<https://taiwanheadache.org.tw/>

Thank you

Collaborators



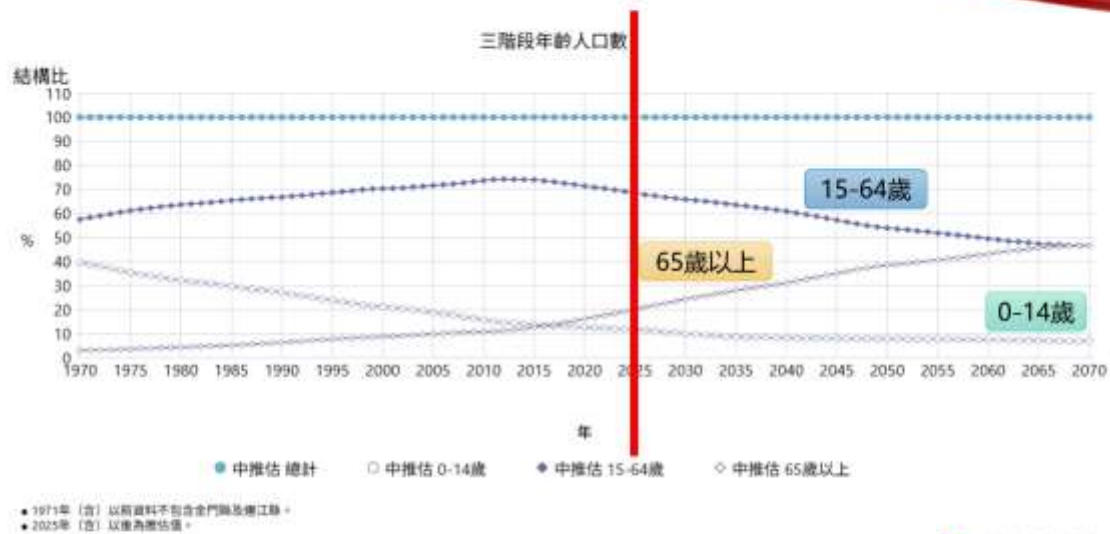
高齡化社會下的跨領域 團隊照護暨全人教案教學

新光醫院藥劑部 鄒芸軒藥師



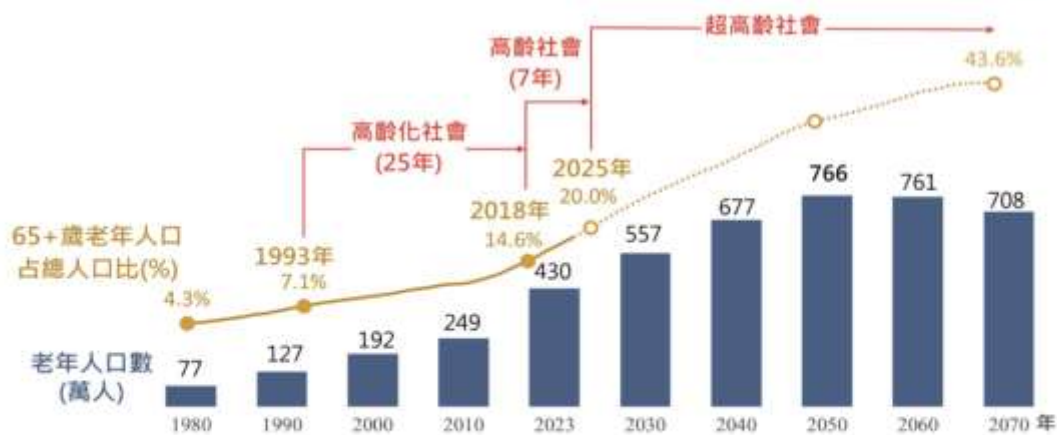
高齡化社會，我們準備好了嗎？

台灣的人口結構



國家發展委員會
人口推估查詢系統

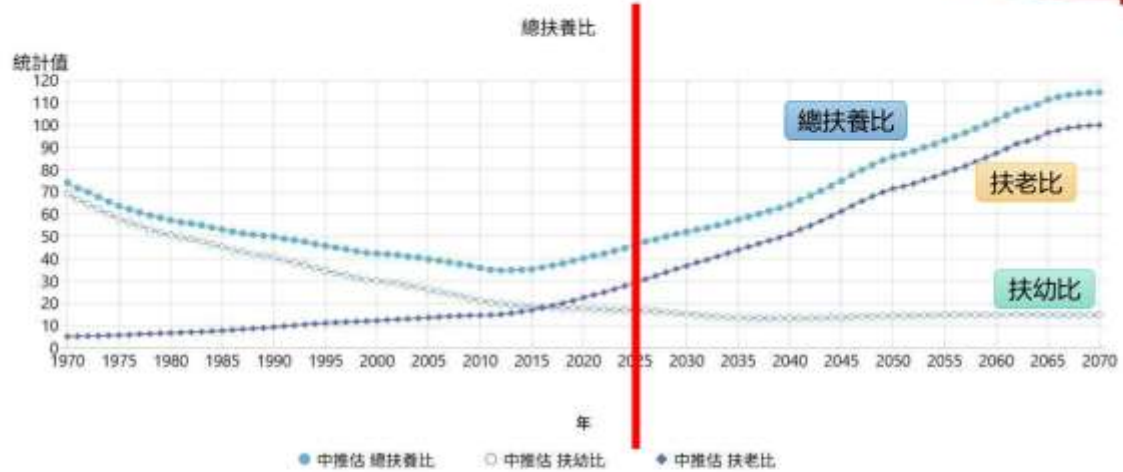
高齡化社會



註：截至2023年為實際值，其餘為假設總生育率為1.2人之中推估結果。

國家發展委員會
人口推估查詢系統

扶養比



- 1971年（含）以前資料不包含金門縣及連江縣。
- 2025年（含）以後為推估值。

國家發展委員會
人口推估查詢系統

2010年全國失能率

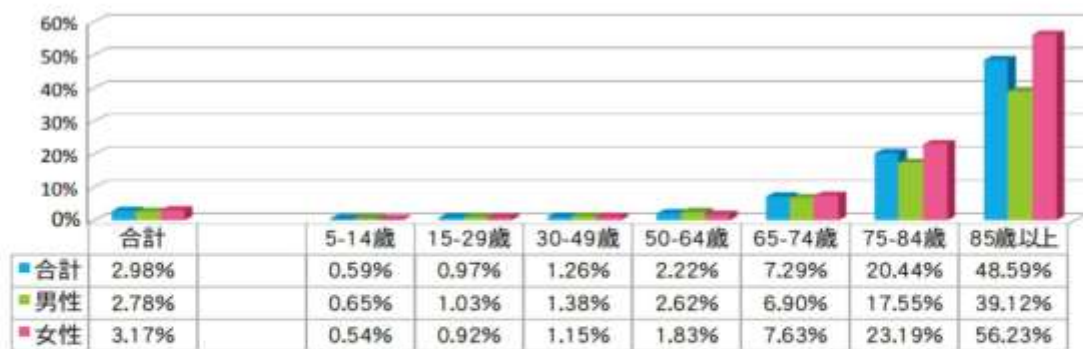
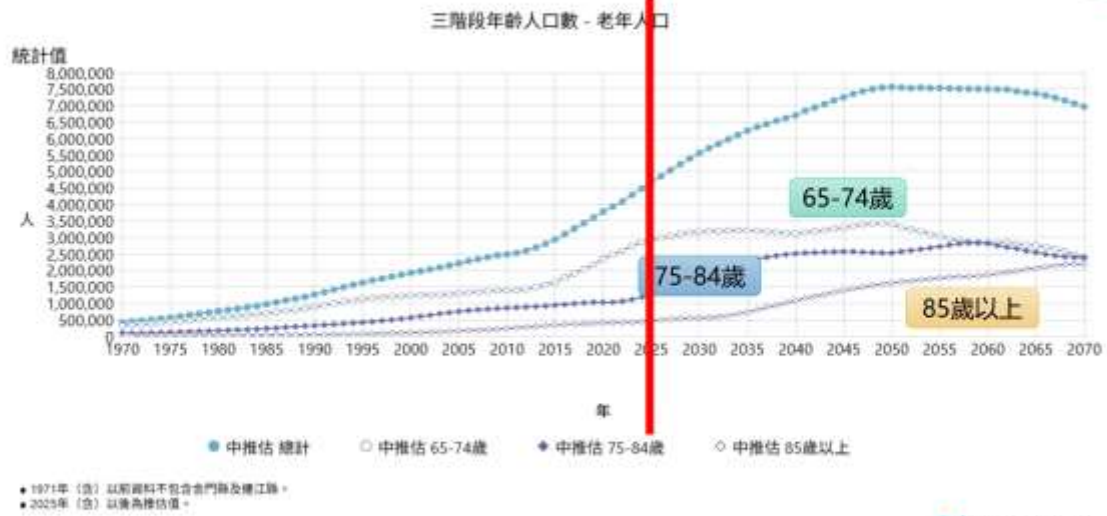


圖 1 全國失能率—依性別及年齡區分

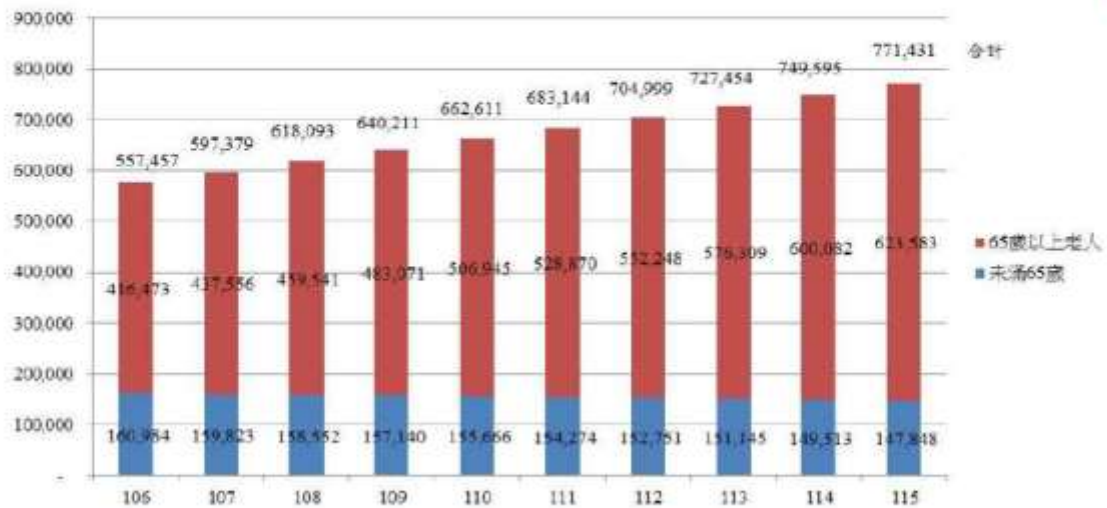
資料來源：衛生福利部社會福利保險司，2010年國民長期照護需要調查第一階段。

老年人口變動趨勢



國家發展委員會
人口推估查詢系統

長期照護需要人口數推估



資料來源：長期照顧十年計畫2.0

老年、失能、以及長照...

失能的影響

- 112年統計，國民零歲健康平均餘命為72.45歲，平均餘命為80.23年，相差近8年

健康平均餘命69.94歲
平均餘命76.94歲



健康平均餘命75.13歲
平均餘命83.74歲

長期照護政策發展軌跡



巴氏量表 (Barthel Index)

- 評估維持基本生活所需的自我照護能力
- 總分100分，分數越高獨立性越好
- 是長期照護當中最常使用的身體功能量表之一
- 項目簡單，可測試患者在脫離他人幫助下的基本日常生活活動及行為
- 缺點為對小變化較不敏感，較無法評估在同樣需要協助下不同程度上的差異

0-20分	完全依賴
20-61分	嚴重依賴
61-90分	中度依賴
91-99分	輕度依賴
100分	完全獨立

Feeding

0 = Unable

5 = Needs help cutting, spreading butter, etc, or requires modified diet

10 = Independent

Bathing

0 = Dependent

5 = Independent (or in shower)

Grooming

0 = Needs to help with personal care

5 = Independent face/hair/teeth/shaving (implements provided)

Dressing

0 = Dependent

5 = Needs help but can do about half unaided

10 = Independent (including buttons, zips, laces, etc)

Bowels

0 = Incontinent (or needs to be given enemas)

5 = Occasional accident

10 = Continent

Bladder

0 = Incontinent, or catheterized and unable to manage alone

5 = Occasional accident

10 = Continent

Toilet use

0 = Dependent

5 = Needs some help, but can do something alone

10 = Independent (on and off, dressing, wiping)

Transfers (bed to chair and back)

0 = Unable, no sitting balance

5 = Major help (one or two people, physical), can sit

10 = Minor help (verbal or physical)

15 = Independent

Mobility (on level surfaces)

0 = Immobile or <50 yards

5 = Wheelchair independent, including corners, >50 yards

10 = Walks with help of one person (verbal or physical) >50 yards

15 = Independent (but may use any aid; for example, stick) >50 yards

Stairs

0 = Unable

5 = Needs help (verbal, physical, carrying aid)

10 = Independent

IADL (Instrumental Activities Of Daily Living)

- 檢視是否能在社會中獨立生活的基本工具性生活技能
- 總分32分，分數越高獨立性越好
- 僅在輕度失能有較明確的判定標準

上街購物*	獨立完成所有購物需求	1	食物烹調	能獨立計畫、烹煮和擺設一頓適當的飯菜	1
	獨立購買日常生活用品	0		如果準備好一切佐料，會做一頓適當的飯菜	0
	每一次上街購物都需要有人陪	0		會將已做好的飯菜加熱	0
	完全不會上街購物	0		需要別人把飯菜煮好、擺好	0
外出活動*	能夠自己開車、騎車	1	家務維持	能做較繁重的家事或需偶爾家事協助（如搬動沙發、擦地板、洗窗戶）	1
	能夠自己搭乘大眾運輸工具	1		能做較簡單的家事，如洗碗、鋪床、疊被	1
	能夠自己搭乘計程車但不會搭乘大眾運輸工具	1		能做家事，但不能達到可被接受的整潔程度	1
	當有人陪同可搭計程車或大眾運輸工具	0		所有的家事都需要別人協助	1
	完全不能出門	0		完全不會做家事	0

洗衣服	自己清洗所有衣物	1	處理財務能力*	可以獨立處理財務	1
	只清洗小件衣物	1		可以處理日常的購買，但需要別人協助與銀行往來或大宗買賣	1
	完全依賴他人	0		不能處理錢財	0
使用電話的能力*	獨立使用電話，含查電話簿、撥號等	1	服用藥物*	能自己負責在正確的時間用正確的藥物	1
	僅可撥熟悉的電話號碼	1		需要提醒或少許協助	1
	僅會接電話，不會撥電話	1		如果事先準備好服用的藥物份量，可自行服用	0
	完全不會使用電話	0		不能自己服用藥物	0

長照2.0的目標



長照2.0的特色

提供從支持家庭、居家、社區到住宿式照顧的多元連續服務



1
社區整體照顧ABC模式
實現在地老化



2
擴大服務對象
增加服務項目



3
服務找得到、容易找



4
給付及支付新制
量身打造照顧計畫



長照2.0服務對象擴大

長照1.0服務對象	長照2.0新增服務對象
65歲以上失能老人	50歲以上輕度失智症者
55歲以上失能山地原住民	55歲以上失能原住民
50歲以上失能身心障礙者	未滿50歲失能身心障礙者
65歲以上IADLs失能獨居老人	65歲以上衰弱老人

長照2.0服務體系



長期照護服務體系

服務類型	服務內容
社區式	於社區設置一定場所及設施，提供日間照顧、家庭托顧、臨時住宿、團體家屋、小規模多機能及其他整合性等服務。但不包括機構住宿服務類。 如：日間照護、社區復健、交通接送等
居家式	到宅提供服務。 如：居家服務、居家復健、居家護理、輔具購買租借需求評估、居家藥事、居家營養等
機構式	已受照顧者入住的方式，提供全時照護或夜間住宿等服務。 如：護理之家、榮民之家、喘息服務（機構式）、長期照護機構（養護型、長照型）等

長期照護服務體系

	護理之家	老人長期照護中心 (長期照護型)	老人長期照護中心 (養護型)	安養機構	失智照護機構
服務對象	慢性病需長期護理或出院後需休養者。	照顧罹患長期慢性病，且須醫護服務之長者。	生活自理能力缺損需他人照顧之老人。	需他人照顧或無扶養義務親屬或扶養義務親屬無扶養能力，且日常生活能自理之老人為照顧對象。	照顧經神經科、精神科等專科醫師診斷為失智症中度以上、具行動能力，且需受照顧之長者。
機構類型	護理機構	老人福利機構	老人福利機構	老人福利機構	老人福利機構
管路	3管	3管	2管	無管路	無管路



長照3.0

8大目標



健康促進



醫療照顧整合



積極復能



提升機構量能



強化家庭支持



導入智慧照顧



落實安寧善終



人力專業發展

推動長照3.0

- 自114年9月1日起施行
 - 放寬聘僱外籍看護工之被照顧者家庭適用社區式照顧服務。
 - 擴大社區式交通接送(BD03)服務範圍及給付額度。
 - 調高營養照護服務(CB01)次數及給付額度。
 - 調整居家喘息服務(GA09)內容。
- 自115年1月1日起施行：
 - 擴大給付對象，新增納入全年齡失智且失能者及評估期間符合衛生福利部中央健康保險署公告之急性後期整合照護計畫收案對象為長照給付對象。
- 自115年7月1日起施行：
 - 新增智慧科技輔具每3年6萬元額度可用於租賃5大面向智慧科技租賃輔具項目（含移位、移動、沐浴排泄、居家照顧床、安全看視）。

長照常見用藥問題

藥物儲存條件評估

- 由合格醫護人員執行處方
- 藥品完全按規定儲放區分且非專業人員不易取得(妥善保存或上鎖)
- 藥品有清楚標示
- 藥物皆未過效期
- 處方藥品由護理人員發給
- 不再使用之管制藥品應送交藥局回收處理



藥物儲存條件評估

- 是否有專用放置藥品的冰箱?
- 是否每日有查核溫度(查核溫度登記表)
- 置藥冰箱內是否有需冷藏藥品以外的其他物品?
- 儲存標示(是否依每位病患個別存放)
- 每一位病患的藥物是否有清楚的標示
- 藥品是否過期



用藥評估四大方向

重複用藥
藥物劑量過高
藥物不良反應
需監測

安全性

適應症

有病但未治療
續服已停用的藥物

服藥順
從性

有效性

對用藥有疑慮
用藥相關知識不足
忘記服藥或給藥

不適當的藥物選擇
藥物劑量過低
未依醫囑給藥
用法錯誤
疾病控制不佳

112 年藥師個案介入統計

112年	住民數 (安養院/護理之家)	DRP	訪視率	介入率	醫師接受度
1月	129 (70 + 59)	8	100%	6.20%	接受: 7 (87.5%); 退住: 1 (12.5%)
2月	129 (68 + 61)	10	100%	7.75%	接受: 9 (90%); 不接受: 1 (10%)
3月	131 (70 + 61)	7	100%	5.34%	接受: 7 (100%)
4月	130 (68 + 62)	6	100%	4.62%	接受: 6 (100%)
5月	126 (70 + 56)	6	100%	4.76%	接受: 6 (100%)
6月	127 (71 + 56)	6	100%	4.72%	接受: 6 (100%)
7月	124 (68 + 56)	5	100%	4.03%	接受: 5 (100%)
8月	135 (72 + 63)	7	100%	5.19%	接受: 7 (100%)
9月	134 (70 + 64)	7	100%	5.22%	接受: 7 (100%)
10月	133 (72 + 61)	8	100%	6.02%	接受: 8 (100%)
11月	139 (72 + 67)	5	100%	3.60%	接受: 5 (100%)
12月	141 (72 + 69)	4	100%	2.84%	接受: 4 (100%)

112 年 DRP 種類統計

DRP Type	案例數	比例	接受	不接受	未回覆	死亡	退住
疾病控制不佳	17	22%	17	0	0	0	0
需監測	15	19%	14	0	0	0	1
有病但沒有治療	11	14%	11	0	0	0	0
需衛教	8	10%	8	0	0	0	0
藥物不良反應	8	10%	8	0	0	0	0
重複用藥	4	5%	4	0	0	0	0
不適當的藥物選擇	2	3%	2	0	0	0	0
用法錯誤	2	3%	2	0	0	0	0
服藥順從性不佳	2	3%	1	1	0	0	0
劑量過高	2	3%	2	0	0	0	0
藥物交互作用	2	3%	2	0	0	0	0
劑量過低	1	1%	1	0	0	0	0
其他	5	6%	5	0	0	0	0
統計	79	100%	77	1	0	0	1
%			97%	1%	0%	0%	1%

CASE 1 重複用藥

- 邱奶奶 79歲
- 主診斷: Cerebral infarction, Parkinson's disease, HTN, hyperlipidemia
- 住民狀況:
 - 住民有多年失智、HTN病史，長期服藥控制。2024/01/12在家發現住民左側無力行動不便，急診診斷為腦梗塞，出院後持續於A院門診追蹤。
 - 2025/02/28因發燒，呼吸費力至B院急診治療。

神經科 慢性處方 (處方日2025.01.22)

Sinemet/Carbidopa + Levodopa	25+100mg/tab	0.5	BID	PO
Syntam/Piracetam	200mg/ml	6ml	QD	PO
Bisacodyl	10mg/supp	2	PRN	Supp
Plavix/ Clopidogrel	75mg/tab	1	QD	PO
Cozaar/Losartan	50mg/tab	1	QD	PO

一般醫學科 出院帶藥 (處方日2025.03.16)

Actein/Acetylcysteine	600 mg/sachet	1	BID	PO
Dulcolax/Bisacodyl	5mg/tab	1	BID	PO
Edarbi/Azilsartan	40mg/tab	1	QD	PO
Musco/Ambroxol	3mg/ml	10ml	TID	PO

神經科 慢性處方 (處方日2025.01.22)

Sinemet/Carbidopa + Levodopa	25+100mg/tab	0.5	BID	PO
Syntam/Piracetam	200mg/ml	6ml	QD	PO
Bisacodyl	10mg/supp	2	PRN	Supp
Plavix/ Clopidogrel	75mg/tab	1	QD	PO
Cozaar/Losartan	50mg/tab	1	QD	PO

一般醫學科 出院帶藥 (處方日2025.03.16)

Actein/Acetylcysteine	600 mg/sachet	1	BID	PO
Dulcolax/Bisacodyl	5mg/tab	1	BID	PO
Edarbi/Azilsartan	40mg/tab	1	QD	PO
Musco/Ambroxol	3mg/ml	10ml	TID	PO

- 住民狀況：

- **建議：**住民原固定使用血壓藥Cozaar 1#QD，2/28因肺炎入院治療，出院帶藥Edarbi1#QD，目前用藥紀錄皆使用中。因此兩種皆為同類藥物，建議評估是否仍需續用或更換為其他種類藥物控制。
- **醫師回復：**接受，DC Cozaar，續追蹤血壓情形。

CASE 2 用法錯誤

- 蔡奶奶 93歲
- 主診斷：HTN、COPD、Seizure、GERD
- 住民狀況：
 - 有COPD長期使用吸入器治療，控制穩定
 - 近期無急性發作入院紀錄
 - 口腔護理佳，無念珠菌感染

胸腔內科 慢性處方

Bisacodyl/Bisacodyl	10mg/supp	1	QDPRN	SUPP
Bokey/Aspirin	100mg/cap	1	QD	PO
Senokot/Sennoside	7.5mg/tab	2	HS	PO
Berotec/Fenoterol	100mcg/dose	2PUFF	Q6H PRN	INHA
MgO/Magnesium Oxide	250mg/tab	2	TID	PO
Musco/Ambroxol	3mg/ml	10ml	QD	PO
Foster/ Beclomethasone+Formoterol	100+6mcg/dose	2PUFF	Q12H	INHA
Keppra/Levetiracetam	100mg/ml	5ml	BID	PO

• 住民狀況：

- 查閱給藥紀錄發現住民Berotec實際使用頻率為2 Puff Q6H，未依醫囑PRN使用。
- **建議：**衛教Berotec使用之時機，若無症狀而長期使用可能會導致Berotec在發作時無法達到預期的治療效果。
- **護理師回復：**之後會視住民情況再使用Berotec。

其他用法錯誤

郭奶奶	處方Eliquis 2.5mg 1#BID，但給藥紀錄誤植為1#TID
余爺爺	處方Syntrend 25mg 1#QD，但給藥紀錄誤植為1#QOD
黃爺爺	皮膚科開立Levozine 1#HS，給藥紀錄用途填寫抗癲癇
陳奶奶	長期使用Exforge 1#QD，但給藥紀錄誤植為Exforge HCT
蔡爺爺	醫師處方Spiolto 2 PUFF QD，但給藥紀錄為2 PUFF BID
蔡爺爺	長期Xarelto 15mg 1#QN，但給藥紀錄誤植為Rivapress 1#QN
翁爺爺	家屬有自備藥物和保健食品，給藥紀錄單內容遺漏並與實際狀況不符需修正
邱奶奶	長期服用Witgen (Memantine 1#BID) 1#BID，途徑為口服但給藥紀錄誤植為吸入使用

CASE 3 沒有病但有用藥

- 張奶奶 86歲
- 主診斷：HTN、hyperlipidemia
- 住民狀況：
 - 自訪視起長期用藥狀況穩定。
 - 意識清楚，可口語溝通。

心臟內科 慢性處方(2021.05.29)

Lipitor /Atorvastatin	20 mg/tab	0.5	QD	PO
Sevikar/ Olmesartan+Amlodipine+HCT	40/5/12.5mg/tab	1	QD	PO
Propranolol	10mg/tab	1	QID PRN	PO

• 住民狀況：

- 2022.06 因Covid-19感染後持續有咳嗽症狀，新增Medicon-A 1#TID，後續長期固定使用此藥品
- 2025.01經詢問護理之家，住民症狀已改善，未再有咳嗽症狀
- **建議：**目前已無咳嗽症狀，建議可停用Medicon-A。

CASE 4 管灌需求/重複用藥

- 楊爺爺 84歲
- 主診斷: HTN、BPH
- 住民狀況:
 - 自訪視起長期用藥狀況穩定。
 - 2023.01因年齡增長、吞嚥狀況退化新放置鼻胃管

胸腔內科 慢性處方(2023.01.16)

Harnalidge/Tamsulosin	0.4mg/tab	1	QD	PO
Zanidip/Lecardipine	10mg/tab	1	QN	PO
Actein錠/Acetylcysteine	600mg/tab	1	BID	PO
Senokot/Sennoside	7.5mg/tab	2	HS	PO
Diovan/Valsartan	160mg/tab	1	QD	PO
Regrow/Dextromethorphan	60mg/tab	1	QD	PO

• 住民狀況：

- Harnalidge為緩釋劑型，磨粉管灌會導致藥物釋放速率改變，增加副作用的風險。
- 2023.01.19因管灌需求調整藥品為Hytrin (Terazosin 2mg/tab) 1#HS

給藥紀錄表 2023.02.16

Harnalidge/Tamsulosin	0.4mg/tab	1	QD	PO
Zanidip/Lecardipine	10mg/tab	1	QN	PO
Actein錠/Acetylcysteine	600mg/tab	1	BID	PO
Senokot/Sennoside	7.5mg/tab	2	HS	PO
Diovan/Valsartan	160mg/tab	1	QD	PO
Regrow/Dextromethorphan	60mg/tab	1	QD	PO
Hytrin/Terazosin	2mg/tab	1	HS	PO

給藥紀錄表 2023.02.16

Harnalidge/Tamsulosin	0.4mg/tab	1	QD	PO
Zanidip/Lecardipine	10mg/tab	1	QN	PO
Actein錠/Acetylcysteine	600mg/tab	1	BID	PO
Senokot/Sennoside	7.5mg/tab	2	HS	PO
Diovan/Valsartan	160mg/tab	1	QD	PO
Regrow/Dextromethorphan	60mg/tab	1	QD	PO
Hytrin/Terazosin	2mg/tab	1	HS	PO

• 住民狀況：

- **建議：**因住民新放置鼻胃管，原使用藥品Harnalidge為不建議磨粉劑型，故前次醫囑修改為Hytrin 1#HS，停用Harnalidge，但訪視時發現住民目前同時使用Harnalidge和Hytrin，建議依醫囑停用Harnalidge並修正給藥紀錄表避免誤用。
- **護理之家回復：**了解，已修正給藥紀錄。

其他管灌需求

- 王許奶奶 83歲

- 有肺腺癌診斷，給藥護理師將Iressa磨粉後管灌
- 仿單：無法整粒吞服錠劑時，例如病人只能吞嚥液體，可將錠劑於水中崩散後服用。應將錠劑放入半杯飲用水(非碳酸類)中，不要壓碎，攪拌直到錠劑崩散(約 15 分鐘)後，立即喝下此溶液，再以半杯水沖洗杯緣並喝下。另外，此溶液也可用鼻胃管餵食。
- **建議：**Iressa不可敲碎磨粉後管灌，須以適量水分崩散後管灌。

其他管灌需求

- 謝奶奶 72歲

- 有肺腺癌診斷，新開標靶藥物Giotrif，護理師詢問泡製方式。
- 仿單：將錠劑放入水中，不要壓碎，攪拌直到錠劑崩散成極小的顆粒(約 15 分鐘)後，立即喝下此溶液，再以約 100 mL 水沖洗杯緣並喝下。此溶液也可用鼻胃管餵食。
- **建議：**Giotrif需以適量水分崩散後管灌，泡製方式如上。

CASE 5 藥品管理/藥物不良反應

- 廖奶奶 91歲
- 主診斷: Chronic systolic (congestive) heart failure、Atrial fibrillation、HTN、CKD
- 住民狀況:
 - 長期使用Lixiana 30mg 1#QD+ Plavix 1#QD
 - 2023.12兩度因胃腸道出血至急診
 - 出院後回診心臟內科，調降劑量為Lixiana 15mg 1#QD+Plavix 1#QD

心臟內科 慢性處方 (處方日2024.02.03)

Lixiana/ Edoxaban	15mg/tab	1	QD	PO
Aldactin/Spironolactone	25mg/tab	0.5	QD	PO
Nebilet/Nebevolol	5mg/tab	1	QD	PO
Coxine/Isosorbide 5-mononitrate	40mg/tab	1	QD	PO
Plavix/Clopidogrel	75mg/tab	1	QD	PO
Kinax/Alprazolam	0.5mg/tab	1	HS	PO
Diovan/Valsartan	160 mg/tab	0.5	QD	PO

整合醫學科 慢性處方 (處方日2024.01.15)

Takepron/Lansoprazole	30mg/tab	1	QD	PO
-----------------------	----------	---	----	----

- 住民狀況：

- 2024.04 NG反抽 coffee ground，暫Hold Lixiana for 7 days。
- **建議：**因住民反覆發生胃腸道出血情形，建議可增加消化性潰瘍藥物使用以預防胃腸道出血。
- **醫師回復：**新增Famotidine 20mg 1#QD

- 住民狀況：

- 2024.05 定期檢視藥櫃時發現**住民藥櫃內藥物為Lixiana 30mg**
- 因住民最後一次慢籤僅剩餘約三日藥物，故當日改掛巡診，並再確認本次所領劑量是否正確。

胸腔內科 慢性處方 (處方日2024.05.02)

Lixiana/ Edoxaban	15mg/tab	1	QD	PO
Aldactin/Spironolactone	25mg/tab	0.5	QD	PO
Nebilet/Nebevolol	5mg/tab	1	QD	PO
Coxine/Isosorbide 5-mononitrate	40mg/tab	1	QD	PO
Plavix/Clopidogrel	75mg/tab	1	QD	PO
Kinax/Alprazolam	0.5mg/tab	1	HS	PO
Diovan/Valsartan	160 mg/tab	0.5	QD	PO

• 住民狀況：

- 2024.07 Famotidine醫囑到期暫不開藥
- 停藥後偶又出現coffee ground
- **建議：**因住民過去時有胃腸道出血情形，建議評估恢復使用Famotidine並觀察住民狀況是否改善。
- **建議：**檢視用藥紀錄發現Lixiana 紀錄為30mg，但實際處方為15mg，檢視藥櫃藥物正確應是給藥紀錄誤植。

胸腔内科 慢性處方 (處方日2024.10.07)

Lixiana/ Edoxaban	15mg/tab	1	QD	PO
Aldactin/Spironolactone	25mg/tab	0.5	QD	PO
Nebilet/Nebevolol	5mg/tab	1	QD	PO
Coxine/Isosorbide 5-mononitrate	40mg/tab	1	QD	PO
Plavix/Clopidogrel	75mg/tab	1	QD	PO
Kinax/Alprazolam	0.5mg/tab	1	HS	PO
Diovan/Valsartan	160 mg/tab	0.5	QD	PO
Famotidine	20mg/tab	1	QD	PO

Thanks for your
attention