

行政院及所屬各機關出國報告
(出國類別：研究)

老人醫學

服務機關：國立台灣大學附設醫院護理部
出國人職稱：護理師
姓名：王筱珮
出國地區：美國
出國期間：90.9.1~91.6.14
報告日期：91.7.15

J3/
c09004288

系統識別號:C09004288

公 務 出 國 報 告 提 要

頁數: 45 含附件: 是

報告名稱:

老人醫學

主辦機關:

國立臺灣大學醫學院附設醫院

聯絡人/電話:

李美美/23123456-1582

出國人員:

王筱珮 國立臺灣大學醫學院附設醫院 護理部 護理師

出國類別: 研究

出國地區: 美國

出國期間: 民國 90 年 09 月 01 日 -民國 91 年 06 月 16 日

報告日期: 民國 90 年 07 月 15 日

分類號/目: J3/醫療 J3/醫療

關鍵詞: 老人醫學, 老人護理, 長期照護

內容摘要: 醫療衛生、科技、社會的快速進步, 使國民平均餘命延長, 增加人口老化的速度, 此引發了老人照護的需求與問題, 如急慢性疾病的處理、長期照護的需求、以及機構照護的品質等。此次出國研習的目的即是吸取美國的經驗, 做為本院推展老人照護的參考, 學習老人急慢性疾病的知識、技能、預防、健康促進、連續性醫療照護模式與團隊、急慢性醫療照護品質的監控與管理等, 以提升本院老人服務的品質, 以及教學研究的水準。進修過程包括修習老人護理相關課程及參觀見習急性醫院與長期照護機構兩部份。台灣與美國老人照護的不同在於健康保險、老人照護模式、長期照護機構、評估工具、工作人員等的不同, 特別是團隊的合作關係, 以及依個案功能狀態給予不同程度的照護, 使持續性照護的理念更加落實。建議本院在未來能組織一個包含各專科的老人醫療照護團隊、成立以社區為基礎的老人日間照護中心、設立老人專科護理師的職位、使用各種評估工具及老人照護品質的嚴密監控與管理等。

本文電子檔已上傳至出國報告資訊網

摘要

醫療衛生、科技、社會的快速進步，使國民平均餘命延長，增加人口老化的速度，此引發了老人照護的需求與問題，如急慢性疾病的處理、長期照護的需求、以及機構照護的品質等。此次出國研習的目的即是吸取美國的經驗，做為本院推展老人照護的參考，學習老人急慢性疾病的知識、技能、預防、健康促進、連續性醫療照護模式與團隊、急慢性醫療照護品質的監控與管理等，以提升本院老人服務的品質，以及教學研究的水準。

進修過程包括修習老人護理相關課程及參觀見習急性醫院與長期照護機構兩部份。台灣與美國老人照護的不同在於健康保險、老人照護模式、長期照護機構、評估工具、工作人員等的不同，特別是團隊的合作關係，以及依個案功能狀態給予不同程度的照護，使持續性照護的理念更加落實。建議本院在未來能組織一個包含各專科的老人醫療照護團隊、成立以社區為基礎的老人日間照護中心、設立老人專科護理師的職位、使用各種評估工具及老人照護品質的嚴密監控與管理等。

目次

第一章	目的	5
第二章	過程	6
第一節	修課	6
第二節	參觀見習	9
第三章	老人護理模式	10
第四章	專科護理師及執業護理師的角色與功能	14
第五章	老人與長期照護保險系統	16
第六章	長期照護機構	17
第一節	機構的形態	17
第二節	機構的經營	19
第三節	住民評估工具	19
第四節	護理標準	20
第五節	機構評鑑	23
第七章	病患權利	26
第八章	醫院機構參觀見習概述	29
第一節	急性醫院—Moffitt-Long Hospital	30
第二節	慢性醫院—Laguna Honda Hospital	32
第三節	護理之家	34
第四節	老人公寓	36
第五節	On Lok SeniorHealth Center	37
第九章	心得	40

第十章 建議

44

附件：護理之家核對手冊

第一章 目的

人口老化是全球的趨勢，台灣地區亦於民國 82 年邁入「老人國」之林，目前老年人口比例雖不及美國或日本等國，但確是人口老化速度最快的國家之一。根據內政部的統計，2020 年台灣老年人口將達總人口的 14.08%，2030 年將佔 20.07%。而伴隨人口的老化，老人慢性疾病問題將成為未來醫療的一大難題。

老年人通常患有一種以上的慢性疾病，不但影響老人的身體功能狀況，也造成心理、社會的衝擊，處理老人慢性病問題不能只針對疾病，需做全面性的考量，也就是需要建立「整合性的醫療團隊」來處理老人問題。

此外，隨著疾病的進展，老年人身體功能逐漸退化，無法自我照顧，需要接受不同形式的照護，如機構照護、居家照護等，不同於急性醫療照護模式，在專業團隊的照護之下，減緩疾病的進展、促進並維持老人的獨立功能、延緩入住機構的時間，同時提升他們的生活品質。

目前國內在老人醫學和長期照護的相關知識與教育不足，以至於老人因慢性病再入院的情形非常常見，而機構的照護也欠缺照護品質，遑論機構老人的生活品質。美國的老年人口比例遠高於台灣，在老人醫學與長期照護方面有其先進的知識與經驗，可供本院學習與觀摩，故本次出國的目的在學習老人急慢性疾病的知識、技能、預防與健康促進，連續性醫療照護模式，急慢性醫療照護品質的監控與管理等，以提升本院在老人服務之品質，

與教學與研究的水準。

第二章 過程

此次出國進修過程分兩部份，一為修讀老人護理相關課程，一為醫院機構的參觀見習，分述如下。

第一節 修課

在修讀課程方面，其課程名稱與課程目標為：

一、 人類生理病理學與老化 (Human Pathophysiology and Aging)

課程目標：

整合老化與生理病理的概念，瞭解疾病的相關知識，包括細胞、神經和荷爾蒙的調節。瞭解老化的過程、老化個體對於疾病的感受性。

二、 老人護理 (Management Care of Older Adults)

課程目標：

- 分析APN在不同場所及跨部會小組中的角色。
- 提出護理策略以評估、診斷和處理老化相關問題，並運用生理病理、藥理、心理社會及倫理的概念。
- 確認可獲得的資源與支持系統，提供適當地與彈性地

照護。

- 檢視老人照護決策過程中的倫理議題。

三、 長期照護政策 (Long Term Care Policies)

課程目標：

- 瞭解長期照護系統及其市場因素，包括供需和價錢。
- 檢視長期照護勞力市場。
- 檢視公共與私人長期照護服務的異同。
- 檢視與長期照護服務品質與法案相關的經濟議題。
- 檢視長期照護計劃之成本效益與結果的不同分析方法。

四、 老年藥理學 (Geriatric Pharmacology)

課程目標：

- 藥物治療的原則。
- 針對老年人選擇、監測和評估治療的措施。
- 針對生理與心理疾病發展適當的藥物治療策略。
- 使用最少藥物之治療計劃，成功處理病患問題。
- 確認常見的藥物副作用，並避免其產生。

五、 健康促進與維護 (Health Protection and Promotion)

課程目標：

- 分析目前對於整個生命週期健康維持之原則與建議標

準。

- 運用健康維護與促進模式的概念。
- 分析健康維護與促進的相關影響變數，如社會、文化、政策與職業)。
- 確認達到疾病預防與健康促進的策略。
- 根據理論架構與研究發現評估策略之結果。

六、 計劃的發展與管理 (Program Development and Management)

課程目標：

- 分析發展、執行、評值以病患為中心之計劃的重要組成元素。
- 分析成本利益 (cost-benefit analysis) 和成本效益 (cost effectiveness analysis) 的組成。
- 發展促進組織改進及持續談判，以維持病患為中心計劃的技巧。

七、 健康經濟與政策 (Health Economic and Policy)

課程目標：

- 瞭解影響健康照護成本的基本經濟理論和市場因素。
- 健康服務可及性的議題，特別是貧窮者、婦女、少數民族、小孩、老人和殘障者特殊族群。
- 檢視健康照護法案，以及不同成本效益分析方法。

- 檢視公共政策及健康法案對健康照護組織、專業和大眾的影響。

整體而言，UCSF 的課程非常多樣化，而且因為研究所的課程主要是針對臨床護理人員的再進修需要，所以課程的設計上都和實際的情形相配合，不光只是學理上的傳授，所以針對不同的主題會請臨床的醫護人員來上課，如『老人護理』的課程，每個單元都請在該領域的專家上課，如醫師、GCNS、GNP 等，所以不會和臨床脫節。此外如『計劃的發展與管理』課程，強調以病患為中心，並且還考慮成本利益與成本效益，符合管理式照護的理念。

另外幾乎每一課程均會列出必讀資料及建議閱讀資料，在上課前先閱讀這些資料之後，對於該內容會先有些概念，在上課時才會更容易吸收，此外也易促成學生與老師的雙向學習與溝通，而不是只有老師單方面的傳授。

資源系統的使用是另一項特色，在學校方面，從圖書館的網頁即可獲得非常多的資源，包括與健康相關的法案、相關的機構協會連結等，在課堂上也可獲得非常多的相關資訊。

為了增加學生與老師間的溝通，WebCT 是常用的系統，學生彼此及老師間可以透過 WebCT 進行多方的溝通，某些課程的老師也鼓勵學生利用 WebCT 進行討論。另外學科測驗也可經由此進行。

第二節 參觀見習

在醫院機構參觀見習方面，共有下列醫院及機構：

- 一、 急性醫院：Moffitt-Long Hospital
- 二、 慢性醫院：Laguna Honda Hospital
- 三、 護理之家：
 - Fruitvale Health Care Center
 - SF Community Convalescent Hospital
 - Ann Pearl Nursing Facility
 - Hayes Valley Center
 - Sunrise Assisted Living
- 四、 老人公寓：
 - St. Paul's Health Care Center
 - Lytton Gardens Health Care Center
 - Arcardia Retirement Residence
- 五、 On Lok SeniorHealth Center

參觀見習內容在後面將有詳述。

第三章 老人護理模式

在住院期間，老年住院患者較年輕患者易產生副作用，如意識混亂、跌倒、失禁等，因此醫療人員常給予精神鎮定劑、身體約束、尿管使用等，而未能依各別病患需求給予特殊的照護。

為滿足住院老人的需求，「護理人員改善老人照護計劃」研

究發展了五種急性醫院老人照護模式，以改善對老年患者的照護品質。此五種照護模式簡介如下：

一、 老人專科護理師模式 (The Geriatric Nurse Specialist (GNS) Model)

在芝加哥大學醫院所發展的模式，主要針對常見的問題，由老人專科護理師確認並處理老人特殊問題。此模式中，老人專科護理師提供照會與護理人員繼續教育的機會，改善護理人員發現及處理老人問題的敏銳度與時效。以急性意識混亂為例，專科護理師教導護理人員簡單的認知評估測試、瞻忘、失智和憂鬱的臨床區分、瞻忘的成因、預防與處理瞻忘的方式等。

此模式較經濟，針對常見的問題，且利用現有的資源，以避免進一步的問題產生，但可能需要較長的時間改變護理人員的照護習慣。

二、 老人急性照護模式 (The Acute Care of Elderly Patients (ACE) Model)

為凱斯西儲大學護理學院與克里夫蘭大學醫院合作發展的模式，主要在於設計特殊的環境，以合作性的團隊方式照顧老年急性病患者，其目的在預防老年患者的功能退化，此團隊成員包括護理人員、一位專科護理師、一位老人專科醫師、社工人員、營養師和物理治療師。

環境上的設計特別針對老年人的需求，如柔和的燈光、較低

的床、團體用餐和藝術與音樂治療的活動室以活潑的顏色裝飾等。此照護團隊的組合開始於各專科之間的研究講習會，提出老人常見問題，然後進一步發展臨床指引，如設計處理尿失禁的臨床指引。

因要設計特殊的環境，此模式的執行較昂貴，但病患的需求能較快獲得滿足，進而提升照護滿意度。

三、 老人資源護理模式 (The Geriatric Resource Nurse (GRN) Model)

此模式的概念來自於新英格蘭地區幾家醫院的經驗，於1980年代形成此模式，目前在全美已有許多醫院應用此照護模式，加州大學舊金山分校附設醫院亦在進行此模式的前驅試驗階段。

此以單位為基礎、護理人員為中心的老人照護模式來自於兩個理念：主護護士經由每天的照顧最清楚瞭解老年病患的問題；由主護護士擔任GRNs最能應用新的知識於照護中。

護理人員的專家資源來自於有經驗的GRNs、老人專科護理師和老人專科醫師。為了滿足主護護士成為GRN角色的學習需求，每月召開老人照護團隊會議，包括教育與意見的交換，任何新的知識或理念可以快速被採用。護理人員因為認知的增加與工作上的自我成長，進而提升了護理人員的工作滿意度。

四、 全面性出院計劃模式 (The Comprehensive Discharge Planning (CDP) Model)

為賓州大學醫院所發展，由老人專科護理師給予各別而全面性的出院規劃，以促進持續性的照護，減少再入院的情形。

全面性出院計劃模式當病患一入院即開始執行，持續至出院後四周。老人專科護理師的重點在於出院後預後較差的高危險性老年患者，如多種慢性病、缺乏資源的患者。病患與家屬一周七天都可以電話和專科護理師聯絡，故此模式促進了出院後的持續性照護。

此模式前三年的執行成果顯示，它縮短了出院到再入院的時間。

五、 個案管理模式 (The Case Management (CM) Model)

此模式發展於紐約的Beth Israel Medical Center，是多部會之間合作的照護方式，設計以結果為導向的病患照護模式，以確保資源適當的利用。

在此模式中，選擇護理人員擔任流動個案管理者 (circulating case managers) 或以單位為基礎的病患照護管理者 (unit-based patient-care managers)，每一位以單位為基礎的個案管理者負責處理15位病患的問題，而流動性個案管理者則到各個單位處理病患的特殊問題，如氣喘或糖尿病等。故此模式適用於特別需要護理措施的病患，如病情較複雜、有發展合併症的高危險群、虛弱、遵從性低的患者，個案管理者可以在病患住院當中預期病患的需求。

第四章 專科護理師(CNSs)及執業護理師(NPs)的角色與功能

為了因應市場上進階護理人員 (Advanced Practice Nurses) 的需求，各個護理學校積極擴展臨床碩士學位的課程以反應市場需要，許多學術單位紛紛舉辦研討會，提出訓練課程的建議，至於 CNSs 和 NPs 的角色與功能，在臨床上仍有不同，以下是兩者的比較，可從 6 方面比較之。

	CNSs	NPs
病患疾病的處理 (management of client health-illness status)	<ul style="list-style-type: none"> • 某一專科的知識。 • 處理疾病相關問題。 	<ul style="list-style-type: none"> • 廣泛的照護知識。 • 診斷疾病。
護病關係 (nurse- client relationships)	<ul style="list-style-type: none"> • 短期的護病關係，如疾病的急性期階段。 	<ul style="list-style-type: none"> • 長期的護病關係，會和病患及家屬建立較長久的關係。
教育功能 (teaching-coaching function)	<ul style="list-style-type: none"> • 身體系統和相關的護理措施。 • 病患來源是 CNSs 的專業領域，如心臟科、腫瘤科，或依其工作的地點，如居家照護、急性照護。 	<ul style="list-style-type: none"> • 解決全面性的健康促進和特殊狀況的教育。 • 病患來源是 NPs 認證的領域，如老人、成人、兒童。
專業角色 (professional role)	<ul style="list-style-type: none"> • 與護理人員的合作關係。 • 較無自主性，會診的功能居多。 	<ul style="list-style-type: none"> • 與醫師及其他人員的合作關係。 • 較具自主性。

健康照護傳遞系統的管理與協調 (management and negotiating health care delivery systems)	<ul style="list-style-type: none"> • 執業地點通常在照護機構。 • 健康照護系統之內的溝通，有時仍包括機構外的個案管理。 	<ul style="list-style-type: none"> • 執業地點通常在辦公室或社區。 • 健康照護系統和專業人員之間的溝通，如個案管理。
照護品質的監督與確保 (monitoring and ensuring the quality of health care practice)	<ul style="list-style-type: none"> • 監測機構或護理單位內的照護情形。 • 病患的結果、新技術、成本分析、護理措施、研究、品質保證、持續性照護品質改善和工作人員的成長。 	<ul style="list-style-type: none"> • 監測執業場所或照護團隊的照護品質。 • 病患結果、病患滿意度和照護的成本效益。

以見習的醫院來說，GCNS 的角色不負責身體的評估，當新病患入院時，RN 會進行病史的詢問及初步評估，有必須時會請 GCNS 探視病患，如有壓瘡、精神認知障礙、身體活動功能障礙等，此時 GCNS 會根據病患的情況給予不同的處置與進一步評估，如對於認知障礙的病患給予 MMSE 評估，皮膚壓瘡會記錄壓瘡狀況給予處理的建議等，其他相關的專業人員也會同時參與病患的評估與建議，若病患有轉介的必要，則會請社工人員處理，GCNS 並不做出院後的追蹤。

GCNS 訂定有各種照護的標準指引，如認知過程改變的照護指引、排泄型態改變照護指引等，並且要定期修正內容。

教育是 GCNS 的主要工作之一，他除了負責病患與家屬的教育之外，還得設計課程教育臨床護理人員，灌輸老人照護的觀

念，此外得參與研究計劃的進行，如 Moffitt-Long Hospital 的 GCNS 正參與老人照護模式的研究計劃。

至於 GNPs 在機構中的角色，一般是由 GNP 處理機構中住民的問題，有些機構定期有 GNP 到機構駐診，有嚴重問題時才轉介給醫師。

第五章 老人與長期照護保險系統

常用的老人與長期照護保險系統主要為聯邦醫藥保險 (Medicare)、加州醫藥保險 (Medi-Cal) 與私人保險。

聯邦醫藥保險是聯邦的保健計劃，被保險人為 65 歲以上老人，或 65 歲以下失能者。聯邦保健計劃分為 Part A (住院保險) 與 Part B (醫療保險) 兩部份，Part A 支付的部份包括住院、技術性照護之護理機構、居家照護服務、安寧照護等。Part B 支付的部份包括醫師看診、門診服務、住院期間之物理治療、職能治療、語言治療、特殊醫療器材與活動性 X 光照射服務等。

加州醫藥保險為州政府的保健計劃，被保險人為低收入者。支付護理之家的照護與藥物，根據統計，70% 的加州醫藥保險是的使用在護理之家與長期照護上。

第六章 長期照護機構

管理式照護模式的執行已使住院天數縮短，機構式照護已成為老人照護的重點。美國機構照護的發展已有多年歷史，建立有不同於急性醫療照護的標準，茲將長期照護機構分為機構形態、住民評估功具、護理標準與機構評鑑幾個部份做說明。

第一節 機構的形態

依照老人的功能狀態以及需要協助的程度，分為不同形式的機構，包括：

- 1、**護理之家 (Nursing Home)**：即技術性照護之護理機構 (Skilled Nursing Facility)，住民的日常活動為完全依賴，需要全面性的護理。
- 2、**居家和社區照護 (Home and Community Care)**：對於疾病或失能的人，提供各式居家服務，而不需入住機構，如提供送餐服務、購物服務、成人日間照護、喘息服務。
- 3、**非醫療性老人之家 (Subsidized Senior Housing)**

(Non-Medical))：由聯邦和州計劃提供給中低收入老人的住宅，提供特殊的服務予有需要的老人，如購物或洗衣等，住民在住宅中通常是可以獨立生活的。

4、協助性老人之家 (Assisted Living (Non-Medical

Senior Housing))：住民需要部份協助，如食物製備、洗衣、或提醒服藥等，一般來說，住民仍可獨立生活，只需部份協助，在此類機構中，住民付每個月的房租，並且付需要服務的費用。

5、提供膳宿的照護之家 (Board and Care Homes)：是

針對無法獨立生活，需要不同程度服務，但不需要住到護理之家的個案。大多數此類機構提供日常活動的服務，如進食、行走、沐浴、如廁等。某些私人長期照護保險和醫療協助計劃給付這類的服務，但大多數此類機構未接受聯邦醫藥保險和加州醫藥保險的給付，故無法受到嚴格的監控。

6、退休公寓 (Continuing Care Retirement

Communities (CCRCs))：根據住民的需要提供不同等級的服務，從獨立的居住公寓到技術性護理服務，機構依住民的需要安排不同的居住環境，但仍在同一個CCRC社區，通常CCRCs在入住前需要先付一筆錢，

以及每個月付費，所以對於一般收入的老人來說是太昂貴了。

第二節 機構的經營

機構的經營型態分為：

- 1、私人營利性組織 (Private for-profit corporations)
- 2、非營利性組織 (Non-profit corporations)
- 3、宗教性組織 (Religious affiliated organizations)
- 4、政府經營 (Government entities)

第三節 住民評估工具

一般長期照護機構對使用的評估工具為 Zimmerman 等人所發展的 Mini Data Set (MDS)，以正式為 HCFA 與 CMS 發佈頒行，此評估工具可以評估每一位住民在入院時的情形，以及住進機構後的改變狀況，以確認出住民或機構潛在的照護品質問題。

MDS 是一份 8 頁的評估表，必須在入院 2 星期內完成評估，並於每一季將結果送至 CMS，做為機構評鑑的參考項目之一。醫療人員可以依 MDS 評估的結果，訂定照護計劃，因此發展出照護品質的幾個指標項目，包括意外 (Accidents)、行為和情緒狀況 (Behavioral / Emotional patterns)、臨床處理 (Clinical

management)、認知狀況 (Cognitive patterns)、排泄 (Elimination / Continenence)、感染控制 (Infection control)、營養進食情形 (Nutrition / Eating)、身體功能 (Physical functioning)、精神藥物的使用 (Psychotropic drug use)、生活品質 (Quality of life)、皮膚狀況 (Skin care)。

第四節 護理標準

標準建立之背景：

1986 年美國醫藥協會 (Institute of Medicine) 發表「改善護理之家照護品質」報告，指出全國性的護理之家照護品質問題，建議加強聯邦法案予以管理；另外全國會計辦公室 (U.S. General Accounting Office) 亦指出全國 1/3 的護理之家未達最低聯邦標準，也建議加強聯邦法案的約束管理。

在 1987 年預算法案 (Omnibus Budget Reconciliation Act of 1987) 中的護理之家修正案 (Nursing Home Reform Act) 提出由 HCFA 執行新的護理之家聯邦標準與調查過程，HCFA 與各州的調查機構訂定合約，於每 9~15 個月進行一次護之家的評鑑調查。

OBRA 1987 加強了住民的生活品質與權利、照護品質、全面性的住民評估、調查過程的改進、不合規定之罰鍰等。

1995 年 7 月開始，根據範圍與嚴重性給予缺失分級，缺失的範圍分為 3 個等級，缺失的嚴重性分為 4 個等級，同時並給

予懲罰，如吊銷執照、罰鍰等。

護理人員配置標準：

此配置標準於 1995 年為 National Citizen's Coalition for Nursing Home Reform (NCCNHR) 所接受認可，包括各類護理人員與住民比例、最低護理時數、教育訓練等。

一、 護理行政人員 (Administrative staff)

- 至少有一位全職的註冊護士 (RN) 擔任 Director of Nursing，一天工作 8 小時，一星期工作 7 天。
- 超過 100 床的機構需至有一位全職的 Assistant Director of Nursing，一天工作 8 小時，一星期工作 7 天。
- 至少有一位註冊護士擔任 Nursing Supervisor，為 24 小時職班，一星期工作 7 天。
- 至少有一位全職的註冊護士擔任 Director of In-Service Education，負責護理人員的在職教育與訓練。

二、 有執照護理人員 (Licensed nursing staff) : RNs,

LVN/LPNs

- 其工作職責包括住民的評估、治療、給藥、指導監督護理助理員 (NAs)。
- 建議三班最低護理人員與住民比為：
白班 1:15 (0.53 小時/住民/天)

小夜班 1:20 (0.40小時/住民/天)

大夜班 1:30 (0.27小時/住民/天)

三、提供直接照護之護理人員 (Direct care nurse staff) : RNs, LVN/LPNs, NAs

- 建議三班最低護理人員與住民比為：

白班 1:5 (1.6小時/住民/天)

小夜班 1:10 (0.8小時/住民/天)

大夜班 1:15 (0.53小時/住民/天)

- ➡ 最低直接照護時數為4.13小時/住民/天。
- ➡ 直接與間接照護總時數為4.55小時/住民/天。
- ➡ 護理人員應依照住民的最高護理需求調高時數。

四、用餐時間之護理人力 (Staff at mealtime)

- 完全依賴進食者，護理人員與住民比為1：2~3
- 部份依賴進食者，護理人員與住民比為1：2~4
- 最好由註冊護士或有執照護理人員協助，以確認和處理吞嚥困難的情形。

護理人員的教育與訓練：

- 一、 Director of Nursing：最低為大學學歷。
- 二、 以長期來說，最好有慢性病、失能和老人照護專長的碩士

學位之臨床專科護理師 (GCNS) 與執業護士 (GNP)。

三、 NAs的訓練：

- 最低75小時的訓練。
- 通過四個月的試用期。
- OBRA 1987規定美年至少有12小時的在職教育訓練。

四、 一般認為75小時的訓練時間過短，擬建議提高為150小時。

第五節 機構評鑑

評鑑資料來源：

評鑑資料的主要來源有兩部份，一為Online Survey, Certification, and Report System (OSCAR)，一為MDS的評估結果。

OSCAR 的資料來源，主要是與州政府簽約的調查機構實地評估的結果，調查機構會將資料整理送至 Center of Medicare and Medicaid Services 的 OSCAR 資料庫，以提供最新的評鑑資料。實地的評估是每 9~15 個月進行一次，以確保機構的住民獲得有品質的照護，以及安全與舒適的環境。

MDS 資料來自於機構對住民的評估，機構必須對每一位住民的功能狀態與醫療需要做完整的評估，並定期將評估後的資料傳送到 CMS。

評鑑結果的描述：

評鑑結果的描述包括住民特徵的描述，與機構的缺失。

一、 住民特徵：

- 共有 8 項，以百分比表示。
- 此 8 項住民特徵包括有：
 - ✓ 進食完全依賴。
 - ✓ 臥床。
 - ✓ 關節活動受限。
 - ✓ 失禁。
 - ✓ 不預期的體重上升或下降。
 - ✓ 約束。
 - ✓ 壓瘡。
 - ✓ 問題行為。

二、 缺失分類：

包括：

- ✓ 處置不當 (Mistreatment)
- ✓ 生活品質 (Quality Care)
- ✓ 住民評估 (Resident Assessment)
- ✓ 住民權利 (Resident Rights)
- ✓ 給藥服務 (Pharmacy Service)
- ✓ 環境 (Environmental)
- ✓ 營養和飲食 (Nutrition and Dietary)

✓ 行政 (Administration)

✓ 資料申報 (Reported Between Inspections)

三、 缺失的描述：

- 缺失的嚴重性 (Severity of Deficiency)：即傷害的程度，分為 1~4 四個等級。

等級	描述
1	潛在的微小傷害
2	微小的傷害或實際的潛在傷害
3	實際的傷害
4	立即性的傷害

- 缺失的範圍 (Scope of Deficiency)：即傷害的影響範圍，分為三個等級。

等級	描述
少 (Few)	缺失對住民、工作人員或事件的發生影響很少。
一些 (Some)	缺失對住民、工作人員或事件的發生有較多的影響。
許多 (Many)	缺失普遍存在於機構中，對大部份或所有的住民有潛在的影響。

新的計分系統：

Medicare表示，原有的計分系統若非有醫護的背景，一般民眾很難從資料中比較出長期照護機構的優劣，因此Medicare重新設計新的計分系統，並且將收集到的資料予以量化，讓一般民眾更容易瞭解。

新的計分系統將評分項目分為長期標準 (long-term criteria) 與短期標準 (short term criteria)，長期標準有6項，短期標準有3項，以百分比表示，項目各為：

長期標準	壓瘡 (bedsore) 感染 (infection) 體重 (weight) 日常活動 (daily activities) 嚴重疼痛 (severe pain) 身體約束 (physical restraints)
短期標準	譫忘 (delirium) 嚴重疼痛 (very bad pain) 行走功能改善 (improved walking ability)

目前此新的計分系統尚未全面實施，先在科羅拉多州、佛羅里達州、馬里蘭州、俄亥俄州、羅德島和華盛頓州進行實驗階段。

第七章 病患權利

即使護理機構做得再好，新入住的住民也會經歷一段困難的

調適期，需要家屬和朋友的支持才能安然度過，然而這些調適必須先瞭解住民應有的權利和特殊的保護，這些權利與保護是有法律的保障的。

- 1、**病患有被尊重的權利 (Respect)**：住民有權利接受有尊嚴的與尊敬的對待，如決定自己的時間安排，何時睡覺、何時起床、何時吃飯、選擇自己想參加的活動等。
- 2、**病患有不被約束的權利 (Restraints)**：除非必要，如處理疾病症狀，使用物理性或化學性約束是違反法律的，約束會減少活動功能、降低自尊、憂慮或生氣，約束並無法提供安全，若因此跌倒造成的傷害會更大。
- 3、**病患有管理金錢的權利 (Managing Money)**：住民有權利管理自己的金錢，會交由信任的人管理，如果住民要求機構管理個人財產，必須簽署書面文件授權機構，而機構也必須讓住民能夠接觸銀行帳戶、金錢、或其他金錢記錄。
- 4、**病患有隱私、各人財產和居住安排的權利 (Privacy, Property, and Living Arrangements)**：住民有隱私的權利，此外在不干擾他人的權利、健康、安全的前題下，住民有權利維持或使用個人財產，如信件未被拆閱、有安全系統不使個人財產被偷、櫃子上鎖等，若夫妻倆住在同一個機構，

有權利住在同一個房間。

- 5、**病患有被保護與預立遺囑的權利 (Guardianship and Advance Directives)**：除非有精神認知上的障礙或已有法律上的安排，住民有權利自己做決定，住民可以事先簽署 **Advanced Directive**，或稱為生前遺囑 (living will)，在活著的時間都是合法的，當住民無法言語的時候，可以決定接受什麼樣的處置，住民也可以指定某人替自己做決定，稱為 **Durable Power of Attorney for health care**。
- 6、**病患有訪客探視的權利 (Visitors)**：住民有權利在合適的時間與訪客會面，只要住民希望見到家屬，機構必須允許家屬的探視，住民也有權利拒絕和某人見面。
- 7、**病患有參與醫療的權利 (Medical Care)**：住民有權利被告知疾病狀況、使用的藥物、和參與自己的照護計劃，有權查看自己的醫療記錄，有權拒絕服用藥物或醫療處置，有權看自己的醫師。
- 8、**病患有接受社會服務的權利 (Social Services)**：機構需提供住民任何需要的社會服務，包括諮商、與其他住民糾紛的仲介、協助與法律或財經專家接觸、以及出院計劃。

- 9、**病患隨時搬出的權利 (Moving Out)**：住民有權利搬去另一個機構，但在入住時機構通常要求住民要離開時給予適當的通知，若未給予通知將依規定付賠償金。
- 10、**病患不出院和轉院的權利 (Discharge and Transfer)**：機構沒有讓住民出院的權利，除非因為住民保險或安全的需要、機構無法滿足功能逐漸退化的需要、住民健康狀況改善不再需要機構照護、機構關閉等，另外若非緊急狀況，機構需給予30天的出院或轉院期限，且住民可以選擇想去的機構。
- 11、**病患之家屬與朋友有其應有的權利 (Rights for Families and Friends)**：當住民要求，家屬或法定監護人有權利探視住民，他們也有權利和其他住民的家屬見面，參與家屬討論會。法律規定，機構必須為每一位住民訂定照護計劃，在住民的同意下，家屬需被允許參加照護計劃。

另外在各病房均貼有病患免費申訴專線電話 (ombudsman)，上面說明病患應有的權利，此病患的申訴列入長期照護機構的評鑑項目。

第八章 醫院機構參觀見習概述

在醫院機構參觀見習方面，共十一個醫院與機構，依性質分為急性醫院、慢性醫院、護理之家、老人公寓與 On Lok SeniorHealth Center 分別介紹。

第一節 急性醫院—Moffitt-Long Hospital

照護模式：

即 UCSF Medical Center，目前沒有 GNP，只有一位 GCNS，其所採用的老人照護模式是 Geriatric Resource Nurse Model (GRN)，當入院老人有需要時，有壓瘡、意識混亂、認知障礙等問題時，主護護士會會診 GCNS，GCNS 即會給予適當的評估，如 ADL、IADL、MMSE 等，依病患情況持續性地追蹤結果，若有轉入其他長期照護機構做復健或長期照護的需要，則社工人員會依此評估結果，尋找適當的機構予以轉介。

老人專科護理師之職責與角色：

GCNS 的主要工作職責之一是教育，包括病患、家屬與護理人員的教育，他必須設計安排教育訓練的機會，同時參與研究工作。此外，GCNS 處理幾乎病患所有的問題，如皮膚傷口、營養狀況、疼痛等，他會依據知識經驗決定如何處理問題，若遇到無法處理的問題才會建議會診該專科的醫師。

照護團隊：

團隊合作在此醫院是非常的落實，如每星期一早上的護理巡視 (nursing round)，參與的人員包括護理人員、個案管理師、

專科護理師、物理治療師、社工人員、照護協調員、神職人員等，每星期二的病房巡視則另包括醫師的參與，且各專科的人員會每天主動探視病患，以評估進展，有需要的病患則予適當的轉介，所以在縮減住院天數的同時，病患依然能獲得持續性的照護。

護理標準：

在老人照護上訂定有護理標準，如潛在性自我照顧缺失、瞻望、排泄形態改變、身體活動功能障礙等，內容包括問題的相關因素、定義性特徵、預期結果、護理措施。此護理標準可為護理人員的照護參考，亦可給予病患及家屬做為照護指引。

評估工具：

常用的老人評估工具包括有：

- 1、功能狀態評估：評估老人為獨立或依賴。
 - ADL's：沐浴、穿衣、轉身、進食、小便、大便。
 - IADL's：用電話、洗衣、購物、旅行、準備食物、用藥、房屋整理、金錢處理。
- 2、FAST：評估Alzheimer Disease患者的功能狀態等級。
- 3、Timed Up and Go：測量從椅子上坐起、走9尺距離、轉身、走回、坐下所花的時間，此時間和ADL的能力有關。
- 4、NYHA Functional Classification：心臟疾病患者的功能分級。
- 5、Folstein MMSE：評估記憶力、注意力、定向感、精神集中、閱讀、語言與視覺空間感覺。

- 6、Geriatric Depression Scale (GDS)：測量憂鬱情形，包括15個問題。
- 7、AD早期確認工具 (AD Early Identification Tool)：10個AD的警訊，以早期偵測出AD。
- 8、問題行為早期確認工具 (Patient Behavior Early Identification)：偵測未診斷出失智症的患者所表現之行為或症狀，此行為或症狀可為失智症的線索。

第二節 慢性醫院—Laguna Honda Hospital

屬於舊金山市政府的機構，成立於 1866 年，為全美最大的護理之家之一，共有 1200 個床位，分為 39 個病房與 2 個急性單位。

工作人員教育與訓練：

教育與訓練部門負責全院的教育訓練，規定應有的教育內容與時數，在每次的教育課程中會記錄參與的人數，於課後進行立即的測試，並有測試結果之統計。

Laguna Honda Hospital 雖是慢性醫院，但每個月均安排有 CPR、ACLS 等課程，使工作人員有應便緊急狀況的能力。

照護品質之監控：

有品質管理人員 (quality management) 負責照護品質的監控，如壓瘡、感染、跌倒、營養狀況等。

成人日間照護中心 (Adult Day Health Center) :

營運時間為星期一至星期五，上午8點到下午4點30分，提供的服務包括有個人照護 (nursing and personal care)、物理治療 (physical therapy)、職能治療 (occupational therapy)、語言治療 (speech therapy)、社會服務與諮詢 (social service and counseling)、中餐服務 (mid-day meal)、往後交通 (transportation to and from the ADHC)、社交、娛樂、教育活動 (social, recreational, and educational activities) 等，可以和其他老人家建立社教關係與友誼，此外，工作人員可以用英文、廣東話、中文或西班牙語等溝通。

成人日間照護中心每天早上有晨間會議 (morning meeting)，參與的人員包括有職業護理師 (NP)、病患服務員 (NA)、社工、物理治療師、職能治療師、志工等，討論住民或單位事。

每星期四有小組會議 (team meeting)，參與的成員包括有職業護理師 (NP)、病患服務員 (NA)、藥師、社工、物理治療師、職能治療師、志工等，討論事項主要是住民的再評估。在病歷中的記錄有社工記錄、護理再評估與照護計劃、娛樂治療記錄、物理治療記錄、職能治療記錄、語言治療與足部治療記錄等。

阿滋海默日間照護中心 (Alzheimer's Day Care Resource Center) :

中心的目標在確認住民的活動能力與技能、提供活動的機會、提供喘息服務與支持、提供資訊、教育與訓練。營運時間為

每星期一至星期四，上午10點到下午4點30分左右。

阿滋海默日間照護中心提供的服務有個人照護、物理治療、職能治療、語言治療、社會服務與諮詢、飲食服務、交通、社交與娛樂活動等。

在家屬與主要照顧者支持方面，每個月的第二個星期五下午1點到2點半有家屬會議，討論記憶障礙等問題。

第三節 護理之家

參觀的護理之家機構有Fruitvale Health Care Center、SF Community Convalescent Hospital、Ann Pearl Nursing Facility、Hayes Valley Center及Sunrise Assisted Living。

一般來說，護理之家收案的對象為需要部份協助或完全協助的老人，提供全天24小時的照護。護理之家參觀的項目內容以HCFA出版的指引手冊（附件）為依據，內容大致如下文所述。

護理之家的個案通常必須是符合聯邦醫療保險或加州醫療保險的對象，否則必須由個人保險來負擔費用；各機構提供的服務內容也不盡相同，如有些提供失智老人的照護、呼叫器的使用、安寧療護、喘息服務或復健治療；其他提供的服務尚有醫療（視各機構的規定，如有些機構有靜脈注射的服務）、基本個人照護、物理治療、職能治療、語言治療、膳食、交通、社會服務、康樂活動等。

護理之家的居住環境方面，應該是沒有異味、乾淨、舒適、

溫度適當、採光好、飯廳或公共空間應該是沒有噪音的；抽煙應是被禁止的或限制在特定的區域；傢俱設備應堅固、舒適等。

護理之家的工作人員方面，工作人員與住民的表情應是和善、有禮貌、且互相尊敬；所有的工作人員應配帶識別證以利住民辨認；進入住民房間時應先敲門，並且叫住民的名字；護理之家應提供所有工作人員訓練與繼續教育的機會；護理之家應隨時至少有一位RN當班，CNAs應有合理的住民照護比例，並且加入照護計劃的討論；工作人員中應有一位全職的社工人員及醫師。

住民的房間應允許放置個人的物品或傢俱，有個人的儲藏櫃或抽屜，每個住民的房間都有窗戶，可以使用的電話和電視，選擇室友的權利，有水壺予住民使用，護理之家有其政策或程序保障住民的隱私或個人財產。

在護理之家的走廊、樓梯、休息室和浴室方面，需有清楚的出口標示，有安靜的空間提供住民與親友會面用，有煙霧偵測器與灑水裝置，所有的公共空間、住民房間、房門入口等設計為輪椅可以通行之用，在走廊和浴室牆上應有把手裝置。

在飲食與食物上，住民有選擇食物的權利，有點心供應，當住址有需要時，工作人員應協助住民用餐。

所有護理之家的住民，包括無法下床的住民，應選擇參與各種不同的活動；護理之家也應有戶外的空間供住民使用，或協助住民走出戶外；此外也應有志工團體的積極參與。

住民的安全與照護方面，護理之家應有緊急疏散計劃，並定

期舉行消防演習；住民應獲得預防性的照護，如每年流行性感
疫苗的注射，以維持住民的健康；住民有繼續看私人醫師的權利，
緊急狀況時有鄰近的醫院可轉送；不定期舉行住民照護計劃討論
會，盡可能選擇方便的時間以利家屬和住民的參與；不符合前次
評鑑標準之缺失應矯正。

在參觀的機構中，Sunrise Assisted Living不算是護理之家，
也不是老人公寓，但提供類似護理之家的服務，如他們接受輕微
失智的老人，提供協助性服務，但他們不為CMS的評鑑對象，
也不使用MDS為評估工具，工作人員非正式的護理人員，如RN、
CNAs等，但他們有自行發展的評估工具用以評估住民，採個別
服務計劃 (Individual Service Plan) 照顧住民，機構自行設計有
工作人員的訓練計劃與課程，「5 Star Training Program」即是
工作人員的訓練課程，並且安排有繼續教育。

第四節 老人公寓

參觀的機構有St. Paul's Health Care Center、Lytton
Gardens Health Care Center及Arcardia Retirement
Residence。

老人公寓的特色在於他依據每位住民的活動功能狀態與需要
協助的程度，分別安排住民在不同的單位中，提供不同的服務，
所以住民不需要因為身體功能狀況的退化而得再另覓其他照護機
構。

St. Paul's Health Care Center共有四個不同等級的單位，在社區照護中心除了老人的日間照護之外，還包括兒童的日間照護，讓老人家與小孩子有相處的時光，對老人家來說是件愉快的事。

Lytton Gardens Health Care Center的健康照護中心 (health care center) 接受手術後短期的照護，並提供復健等服務。

Arcardia Retirement Residence的收案對象是62歲以上，可以獨立生活的退休老人，並不接受需要活動協助的老人，但當住民的身體功能狀況逐漸退化，或者有認知障礙時，機構會提供他們協助性服務或特殊照護，不會要求住民轉到其他機構接受進一步的照護，此機構強調的是終身的居住環境 (lifetime living facility)，讓老人享有愉快的晚年生活。

第五節 On Lok SeniorHealth Center

開始於1971年舊金山的中國城，是個非營利性的、以社區為基礎的組織，目前在舊金山共有七處老人中心。

On Lok的廣東話發音為“安樂居”，亦即“平安快樂的地方”之意，其主要目標是幫助老人留在家中，繼續在社區生活，延長入住機構的時間。在1971年成立時，On Lok是全國第一個日間照護中心之一；1975年提供居家服務；1979年強調跨部會團隊合作的重要性，此外開始接受聯邦醫藥保險的經費，實驗將長

期護理合併在 On Lok 服務範圍內；1983 年 On Lok 開始接受聯邦醫藥保險和加州醫藥保險的經費資助，允許 On Lok 每個月依人頭計劃的固定費用，以對於原本需要在養老院內接受照顧的老人提供日間健康護理、住院、交通、飲食及居家護理等各項服務；1986 年推出的 PACE 計劃 (Program of All -inclusive Care for the Elderly) 帶領全國其他州類似照護計劃的推行，1997 年 PACE 已從示範計劃成為聯邦醫療保險的提供者，提供完整性醫療照護與長期照護服務。

On Lok 的收案標準為 55 歲以上的老人，居住在舊金山地區，有多種醫療問題，健康狀況或記憶問題，日常活動執行困難，無法自己留在家中生活，符合入住機構標準的老人。

服務內容包括有：

- 所需的主要醫療和專科護理，例如心臟科、神經科等。
- 看護護理。
- 成人日間健康中心。
- 社會服務。
- 配藥。
- 物理、職能和康樂治療。
- 居家護理與個人護理。
- 如需要提供營養服務與膳食。
- 提供交通與緊急醫療交通。
- 緊急住院或機構照護。
- 專科醫療服務，如聽力科、牙科、視力、足科、語言治療等。

PACE計劃：

即Program of All-Inclusive Care for the Elderly，開始於舊金山On Lok的耆英健康保健計劃，是整合性的管理照護系統，在1997年的平衡預算法案 (Balanced Budget Act of 1997) 中成為聯邦醫藥保險永久提供者，目前已有多個州仿倣此計劃，或實驗類似計劃的可行性。

PACE 的收案標準亦是年滿 55 歲，符合機構照護的老人。

PACE 的特色在於針對虛弱的老人、在同一地點和各專科的合作下提供各種需要的服務，包括急性和長期的照護，每月固定的費用，強調預防而非治療，以提升照護的品質。

PACE 計劃執行的成果，有愈來愈多符合資格者加入，消費者滿意度增加，減少了機構照護的機會，使醫療服務的使用情形改變，但並未增加死亡率。

PACE 計劃的執行也有其限制在，包括發展上的議題、中等收入老人的加入、全責醫師 (primary care physician) 加入的困難。

一、發展上的議題：

如工作人員的召集與訓練，病患及家屬對 PACE 的認識，且需要社區醫師與專業人員的支持。

病患和家屬會擔心加入 PACE 計劃後會失去自主權，如選擇醫師、醫院、護理之家等會受到限制，但當他們瞭解

PACE 的運作之後，這些疑慮都可化解。

PACE 提供者和社區醫療提供者的工作關係與溝通必須獲得改善，因為社區醫師擔心病患加入 PACE 失去客源而不悅。

二、 中等收入老人的加入：

幾乎所有 PACE 加入者符合聯邦醫藥保險與加州醫藥保險的給付標準，但中等收入老人不符合加州醫藥保險的範圍，必須自行負擔此部份的費用，雖然自付 PACE 的費用少於護理之家的費用，但護理之家提供有房間三餐伙食，所以他們寧可選擇護理之家，所以 PACE 必須更加瞭解非加州醫藥保險符合對象的需求，教育家屬 PACE 的優點，以及與健康政策制定者合作，建構完善的經濟體制，以滿足這龐大族群的需要。

三、 全責醫師的加入：

接受正式老人專科訓練的醫師有限，大部份的老人照護訓練是在急性醫療院所，少有社區或居家老人的照護經驗，未來在教育方面需增加老人醫學的訓練，並且以 PACE 的模式及地點為訓練的參考。

第九章 心得

人口老化已成為世界各國的一大隱憂，伴隨而來的問題是老人慢性病與長期照護的問題，美國老年人口比例遠高於台灣，早在 1970 年代即注意到此問題；加上 2010~2030 年嬰兒潮人口將步入老年階段，可以預期美國在未來的二、三十年內將會面臨更多的老人與長期照護困境。

台灣的老年護理與長期照護仍有極大的進步空間，因為即使有醫護背景的人員對此概念也是非常欠缺，曾有人懷疑成立老人醫學部門的必要性，一般人對於老年人以及長期照護機構的負面觀感，也成了推動老人與長期照護的障礙，當然此障礙亦是推動我們向前的一個助力，希望藉由他人經驗的吸取，減少自行摸索的時間，改善國內老人與長期照護的品質，以趕得上人口老化的速度。

雖然美國有許多非常可貴的經驗，然而台灣與美國在文化上、政策上、醫療體制上等等的差異，我們不能照單全收地模仿人家，必須做適度的修正以符合國內的情形。以下將針對兩國在老人與長期照護上的不同做一比較。

	台灣	美國
健康保險	民國 83 年全民健保同意給付居家護理(資源耗用群)，民國 85 年護理之家比照居家護理納入全民健保，但只給付部份項目，如三管的給付。	主要為 Medicare、Medicaid 與長期照護保險。

老人照護模式	無特定的照護模式。	GNS、ACE、GRN、CDP、CM
長期照護機構	<ul style="list-style-type: none"> • 未依住民功能狀態分等級，仍有醫院的影子存在。 • 目前老人福利機構包括安養機構、養護機構、長期照護機構。 • 沒有屬於機構自己的交通工具，負責住民的交通，如門診，尤其日間照護住民往返的交通接送是一個問題。 	<ul style="list-style-type: none"> • 除技術性護理之家，一般依住民功能狀態分等級給予不同程度的照護。 • 機構負責住民的交通，如看門診、日間照護的接送等。
機構轉介	社會局與各醫院社工室負責。	有社工、個案管理師、NPs 等負責，依病患的情況安排適當的機構，以維持連續性的照護。
老人評估	在急性醫院當中並未特別針對老年人設計或使用特殊的評估工具，在機構中主要評估項目為 ADL、IADL、MMSE 等，其他的評估表，通常是研究時才使用。	在醫院當中依老人的狀況給予不同的評估，如 GDS、FAST、Timed Up & Go 等，在長期照護機構一般均使用 MDS 評估系統 (Medicare & Medicaid 補助的機構，以為評鑑參考)

人員	RNs、CNAs、醫師、 社工、PT、OT 等。	GCNSs、GNPs、 醫師、社工、藥師、 PT、OT、ST、RNs、 LVNs、CNAs、司機、 神職人員、個案管理 師、營養師、activity coordinator 等。
----	-----------------------------	---

老人照護不僅是醫療人員的工作，也需社會大眾的認同，以及政府官員們的支持，也就是說老人與長期照護不只是醫療議題，也和國家的健康政策、老人福利政策息息相關。

直至今日為止，一般人仍對老人照護或機構照護的認識有限，機構照護的品質也常為大眾所詬病，如何讓老年人在人生的最後階段活得有品質，我們應該抱持幾個觀念：

- 盡量保持老人的獨立功能狀態 (Encouraging Independence)。
- 維持老人的尊嚴 (Preserving Dignity)。
- 提供個別性照護服務以維持其功能狀態 (Personalizing Services)。
- 給予選擇的自由 (Enabling Freedom of Choice)。
- 強調個別性的服務 (Fostering Individuality)。
- 維護其隱私 (Protecting Privacy)。
- 豐富其精神生活 (Nurturing the Spirit)。
- 鼓勵家屬與朋友的介入 (Involving Family and Friends)。

台灣社會的快速轉型，傳統大家庭的歡樂氣氛已不復見，但現今的老年人仍大多數存在有與家人同住的觀念，有人可以彼此照應，因此在目前的都市叢林中，老年人是活在自己狹小的空間中，高科技的東西他們不會，左鄰右舍互不往來，街道上車輛橫衝直撞等，使他們的生活愈加狹隘，如此反而增加老年人功能的退化，所以如何讓老年人在人生的最後階段活得快樂、自在、有尊嚴，盡可能維持其功能及社交活動，這是我們應該努力的方向。

第十章 建議

經由本次的出國進修所學，在前一章對台灣與美國的老人護理做了一比較，在此對本院的老人護理發展給予以下建議：

- 一、 加強護理人員（包括各種照護系統與單位的護理人員）在老人照護方面的教育。
- 二、 透過對外衛生教育的方式，加強一般民眾對老人常見疾病的認識，如阿滋海默式症 (Alzheimer's Disease) 等，以避免對老人產生負面的影響，並教導照顧技巧。
- 三、 建立老人醫學照護團隊，此團隊的成員包括醫師、護理人員、社工人員、物理治療師、職能治療師、藥師、營養師等，加強團隊成員間彼此的溝通與整合，以提供整體性、

連續性的照護。

- 四、 設立老人專科護理師的角色，訂定其職責，以發揮其角色功能。
- 五、 建立並強化老人醫療照護傳輸系統，使老人在出院後能獲得連續性的醫療照護，減少再入院的情形。
- 六、 建立以社區為基礎的連續性醫療照護模式，促進老人的獨立功能，減緩失能的進展，進而改善老人生活品質。
- 七、 推展社區老人日間照護中心及其功能，並提供交通的服務。
- 八、 運用各種評估工具，以早期發現老人的問題、目前活動狀況與自我照顧能力等，做為進一步治療、活動協助或機構安排的參考。
- 九、 建立完善而嚴密的照護品質監控系統，以確保老人照護的品質。
- 十、 建立老人主要照顧者的資源及支持系統，以獲得適當的訊息與喘息，進而增加照護的品質。

老人護理的發展包含政策面與實質面，它可能需要長時間的努力才有具體的成果，我們需要的是跨出第一步，並且持之以恆，在過程中不斷學習改進，相信台灣的老人是可以生活地很快樂的。

4

Nursing Home Checklist

Name of Nursing Home: _____ Date of Visit: _____

	Yes	No	Comments
Basic Information			
The nursing home is Medicare-certified.			
The nursing home is Medicaid-certified.			
The nursing home has the level of care needed (e.g. skilled, custodial), and a bed is available.			
The nursing home has special services if needed in a separate unit (e.g. dementia, ventilator, or rehabilitation), and a bed is available.			
The nursing home is located close enough for friends and family to visit.			
Resident Appearance			
Residents are clean, appropriately dressed for the season or time of day, and well groomed.			
Nursing Home Living Spaces			
The nursing home is free from overwhelming unpleasant odors.			
The nursing home appears clean and well-kept.			
The temperature in the nursing home is comfortable for residents.			
The nursing home has good lighting.			
Noise levels in the dining room and other common areas are comfortable.			
Smoking is not allowed or may be restricted to certain areas of the nursing home.			
Furnishings are sturdy, yet comfortable and attractive.			

Nursing Home Checklist



	Yes	No	Comments
Staff			
The relationship between the staff and the residents appears to be warm, polite, and respectful.			
All staff wear name tags.			
Staff knock on the door before entering a resident's room and refer to residents by name.			
The nursing home offers a training and continuing education program for all staff.			
The nursing home does background checks on all staff.			
The guide on your tour knows the residents by name and is recognized by them.			
There is a full-time Registered Nurse (RN) in the nursing home at all times, other than the Administrator or Director of Nursing.			
The same team of nurses and Certified Nursing Assistants (CNAs) work with the same resident 4 to 5 days per week.			
CNAs work with a reasonable number of residents.			
CNAs are involved in care planning meetings.			
There is a full-time social worker on staff.			
There is a licensed doctor on staff. Is he or she there daily? Can he or she be reached at all times?			
The nursing home's management team has worked together for at least one year.			

Nursing Home Checklist



	Yes	No	Comments
Residents' Rooms			
Residents may have personal belongings and/or furniture in their rooms.			
Each resident has storage space (closet and drawers) in his or her room.			
Each resident has a window in his or her bedroom.			
Residents have access to a personal telephone and television.			
Residents have a choice of roommates.			
Water pitchers can be reached by residents.			
There are policies and procedures to protect resident's possessions.			
Hallways, Stairs, Lounges, and Bathrooms			
Exits are clearly marked.			
There are quiet areas where residents can visit with friends and family.			
The nursing home has smoke detectors and sprinklers.			
All common areas, resident rooms, and doorways are designed for wheelchair use.			
There are handrails in the hallways and grab bars in the bathrooms.			
Menus and Food			
Residents have a choice of food items at each meal. (Ask if your favorite foods are served.)			
Nutritious snacks are available upon request.			
Staff help residents eat and drink at mealtimes if help is needed.			

Nursing Home Checklist



	Yes	No	Comments
Activities			
Residents, including those who are unable to leave their rooms, may choose to take part in a variety of activities.			
The nursing home has outdoor areas for resident use and staff help residents go outside.			
The nursing home has an active volunteer program.			
Safety and Care			
The nursing home has an emergency evacuation plan and holds regular fire drills.			
Residents get preventive care, like a yearly flu shot, to help keep them healthy.			
Residents may still see their personal doctors.			
The nursing home has an arrangement with a nearby hospital for emergencies.			
Care plan meetings are held at times that are convenient for residents and family members to attend whenever possible.			
The nursing home has corrected all deficiencies (failure to meet one or more Federal or State requirements) on its last state inspection report.			

