

行政院及所屬各機關出國報告
(出國類別：考察)

長期照護考察

出國人姓名：沈秉弘
服務機關：台北榮民總醫院
職稱：護理長

出國地區：加拿大
出國期間：91.2.3. — 91.2.23.
報告日期：91.年3.月26.日

J3/
C09100070

系統識別號:C09100070

公務出國報告提要

頁數: 65 含附件: 是

報告名稱:

加拿大長期照護考察團

主辦機關:

行政院輔導會臺北榮民總醫院

聯絡人/電話:

/

出國人員:

沈秉弘 行政院輔導會臺北榮民總醫院 護理部 護理長

出國類別: 考察

出國地區: 加拿大

出國期間: 民國 91 年 02 月 03 日 - 民國 91 年 02 月 23 日

報告日期: 民國 91 年 03 月 26 日

分類號/目: J3/醫療 J3/醫療

關鍵詞: 長期照護

內容摘要: 一加拿大卑詩省之健康照護體系介紹。二加拿大卑詩省之持續性照護體系。三持續性照護(機構參訪)。四老年醫學相關之服務方案失智症照護。五考察心得。六建議

本文電子檔已上傳至出國報告資訊網

報告內容

壹、 加拿大卑詩省之健康照護體系介紹.....	3
貳、 加拿大卑詩省之持續性照護體系.....	10
參、 持續性照護(機構參訪).....	27
肆、 老年醫學及相關之服務方案失智症照護.....	48
伍、 考察心得.....	54
陸、 建議.....	57

壹. 加拿大卑詩省之健康照護體系介紹

加拿大健康照護簡介

加拿大的人口約為三千萬，領土面積約 997 萬平方公里，分為十個省份與三個區域，其國民的健康照顧始於 1957 年所頒佈的醫院與診斷服務法 (Hospital Coverage)，1965 年所頒佈的醫療與診斷服務法案 (Medical Coverage)，1977 年聯邦政府頒訂 聯邦/省 政府財稅處理與既有方案財務法案 (Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Program Financial Act) 引入針對失能者的延長照護補助，撥發以人計費的總額預算，提供各省政府開辦普及護理之家保險的經濟誘因，1984 年加拿大健康法案 (Canada Health Act) 凡是省政府訂為「醫療必須的服務」才可以納入給付。

加拿大健康法案強調五個重點是：

1. Univesality(普遍性、多元化)
2. Comptenhensiveness(範圍廣泛符合民眾需求，且免於財務上的負擔)
3. Accesibility(具有可行性的)
4. Portability(保險必須可隨居民的遷徙而轉移)
5. Public Adminstration (由政府統籌辦理)

因此全國民眾皆可以得到保障，服務提供者若沒有遵循此五項精神，則其醫療預算與給付將會遭到刪減，以維護個案的權益。

加拿大在健康照護的推動上各省的內容與進度並不一致，英屬卑斯省 (British Columbia) 而言，其所推展的健康照護服務包含：Residential Care(居家照護)、Community -base Care(社區服務)、Ambulance Service(緊急救護服務)、Prescription drug benefits (藥政管理)、public Health and Halth Promotion(公共衛生與健康促進)、Hospital(醫院照護)、Medical Practions(醫療服務)、Other Practions(其他預防措施)。

卑斯省 2001 年全省人口約有 4.百萬，六十五歲以上老人人口數為 18%，原有健康照護區域系統共有 52 個，2001 年 12 月卑斯省新政府將組織重整，省方為健康計畫服務部，縮減部份以下分為五個地區健康局：Northen、Interior、Vancouver-Island、Vancouver Coastal 及 Fraser，各地區健康局掌管二至四個健康服務中心，健康計畫服務部角色是：地區經

費分配及管理、促進省健康服務目標、監測及評值所有策略、省法規制定及組織規畫等，其職掌：醫療服務、藥政管理、緊急救護服務及生命統計。地區健康局負責整合地區與特殊健康照護服務，並直接管理下列事項：俾斯省之癌症管理、卑斯省腎疾病管理、俾斯省社會工作轉介、卑斯省藥物及中毒中心、卑斯省疾病管制、兒童與婦女健康中心、醫院管理、精神科、持續性照護、心理健康服務及健康預防與促進。

有關卑斯省的公共衛生與健康促進提供社區健康護理、預防傷害與疾病、預防注射、語言與聽力門診、健康教育及健康調查(奶粉、送餐及輻射等)、緊急救護服務提供空中、地上及海上交通事故與緊急救護服務，所需費用民眾依情況部份負擔，但最多不超過 274 元/年。

加拿大醫療保健預算主要來自一般收入稅收及購物稅、州稅，在急性醫療，全國共有 100 家急性醫院，國家的預算百分之六十分配給「省」，百分之四十分配給「市」，Global Budget 經費來自「省」。人民進住醫院與醫療服務使用者不需付費，緊急救護服務(Ambulance Service)、持續性照護(Continuing Care Programs)及部份公共健康服務需付費。卑斯省醫療服務 99%由政府負擔，保險費每月單身自付 36 元，家庭者負擔 72 元，醫療服務經費給付超國 1.7 仟億元，支付 7200 位醫師及 3200 位醫事人員、超過六十三萬民眾受惠。

在藥事服務方面，平均每人每年不超過 2000 元，對於老人、長期照護機構住民、肺纖維症、精神病、愛滋病、肝炎及家中用氧氣等不需付費。

加拿大是高齡化社會，卑斯省 2001 年全省有四百零六萬人口，六十五歲以上老人人口數高達 13%，該省於 1978 年即訂定「持續性照護法」(Continuing Care Act)，依據此法提供其省內之居民持續性照護服務，在 BC 省「持續性照護」的運作是基於五個原則：

1. 單一窗口 (single entry)，以相同的標準進行篩選
2. 一致化的照護層級
3. 協調性的評估及安置
4. 協調性的個案管理
5. 單一的行政管理。

2000 年頒布「持續性照護機構法」(Continuing Care Facility Act) 並重新審視更新「持續性照護法」，其重點如下：

1. 所設計的服務要能支持個案保有其獨立性且儘可能住在他（她）自己的家中，並預防不適當地入住到長期照護機構。
2. 所設計的服務要提供照顧者更多的支持。
3. 機構式的照顧是針對需求複雜且無法在家裡被照顧的個案。
4. 所設計的服務要預防不適當的急診或住院之發生，同時要支援早期出院。
5. 所設計的服務要能符合不同類別個案之特殊需求。
6. 發展及管理相關服務要儘可能支持個案自行抉擇以及維持其獨立性。
7. 支持並鼓勵去發展各種支持性的居住選擇。
8. 改進持續性照護及急症照護間服務輸送過程的整合性及協調性。
9. 發展與管理資訊管理系統、需求評估系統及分類系統。

卑斯省持續性照護(Continuing Care)提供持續性服務、支持急性與慢性健康需求；內容包括在居家式的照護(Residential Care Programs)及社區式的照護(Community Based Programs)。機構式的照護又包含：(home care support)、群居之家(Group homes)、機構性中層級照護 (Intermediate care facilities)、特殊照護單位(Special care units)、多層級照護(Multi-level care)等。民眾使用社區服務(如家事服務、送餐服務、交通服務、修繕服務等)，需依經濟能力部份付費。民眾進住機構，亦依經濟能力部份付費每日 25 至 39 元不等。

目前卑斯省有 152 個非營利組織所設立的機構(由政府補助營運或補助興建)，94 個營利組織設立的機構(接受由個案管理師轉來之個案，可以向政府申請每床每天 7 元加幣之補助，但自費個案則政府不提供補助)，共計 264 個機構，總床數為 27,000 床。

利用卑斯省持續性照護(Continuing Care)者必須是加拿大公民、卑斯省省民、大於等於十九歲及健康情況異常。由於機構床數的限制及個案管理師的嚴格把關，因此個案要入住機構一般需等待 1-2 年，較受歡迎的機構或是熱門的科別甚至需要等待三年，為了讓個案在等待入住的階段，也能擁有具

品質的照護，因此政府會提供各類居家及社區性服務 (例如居家護理、居家職能、物理治療、日間照護、喘息服務、家事服務、家庭照顧者服務等方案)以支持個案及家屬能在家中接受照護。也鼓勵社區志工團體的介入，協助家屬、個案及機構，共同達成在社區的照護工作。例如提供親善訪視陪伴、家事服務、送餐服務、交通服務、修繕服務、辦理活動、募款等。社區志工團體、當地居民與機構良好及緊密的互動模式，使得社區照護更為落實與周延，也為加拿大社區式照護奠定成功的基礎。

溫哥華省 Fraser(行政區)健康管理機構簡介

日期：91.02.05 AM

地點：Fraser Health Authority

內容：

一. Fraser Region (B.C 省行政區之一) 現況：

人口分布 130 萬人，佔 B.C 省 33%。預算加幣 14 億元，來提供醫療健康服務及支持性照護服務。計有 13 家醫院提供 1521 張急性照顧床、7668 張長期照護床，有 20,000 位員工及 1,700 位醫生。

二. 社區照顧及老年人照顧：提供持續性整體性照顧服務，包括從急性醫療到慢性醫療之所需及居家、機構及特殊安置之服務，亦提供替代性療護。

1. 居家健康照顧

2. 社區照顧方案：成人日間照顧、Group Home、生命線。

3. 居住式的長期照顧：機構式、多層級式。

4. 替代性醫療：Transitional Care Unit (過渡期照顧單位)、Post Acute Care。

5. Assisted Living、Supporting Housing (到家協助、家事服務)。

6. 緩和療護、安寧療護。

三. 組織架構：董事會下分四位執行長並有共同策略 (財政、資訊、人事、品質管理)，主要服務項目有社區照顧及老年人照顧、急性照護、基礎照護 (藥事、檢驗、預防、保健等)。

四. 居家護理：

(一) 理念：「在家最好」，走出醫院能夠獨立，是一個跨越社區服務設計之服務。

(二) 提供 3 種到家照顧服務方式：

1. 維持及預防個案功能喪失：家事服務、個人照顧。

2. 急性需求照顧：為不須急性醫療照顧返家後仍需短期、替代性照顧者提供靜脈注射、傷口護理、疼痛控制。

3. 長期居家照顧：個人照顧、護理服務、物理治療、復健治療、心理治療。

(三) 4 個 Home care office 提供 Fraser 之居家照顧需求：Maple Ridge、Tri Cities、Burnaby、New Westminster。

(四) 由一群健康照顧人員組成，有清楚理念及協調溝通能力，共同合作且有權力針對個案作照顧決定。成員有註冊護士、社工、志工、家事服務員、語言治療師、藥師、復健師、營養師等。

(五) 居家護理服務項目：

1. 護理
2. 復建
3. 替代療護
4. 個案管理
5. 家庭支持
6. 社會資源服務
7. 案家協調

(六) 個案管理：

五. 社區照顧方案：

- (一) 生活線 (Life line)：24 小時個人緊急事件呼叫系統，維持能在家獨立安全的生活。
- (二) 日間健康照護中心/成人日間照顧：提供有病但能動之老人健康維護、復健並早期發現老人健康問題尋求醫療服務。
- (三) Group Home—William Rudd house：開創於 1995 年 10 月提供身體功能有問題之年輕成年人之健康照顧，住在一起互相分享扶持。服務項目個人照顧、活動安排、家事照顧。
- (四) 送餐服務
- (五) 預防及提早出院小組
- (六) 附加照顧
- (七) 70 歲老人心理諮詢服務

貳. 加拿大卑詩省之持續性照護體系

加拿大卑詩省持續性照顧

日期：91.02.12

加拿大卑詩省全省人口約有 400 萬人，65 歲以上的老人高達 13%，而這些人口群卻使用近 51% 之急性醫療及持續性照顧服務資源；卑詩省對於需要提供長期照顧服務通稱為持續性照顧 Continuing Care，意旨從照顧開始直到結束的持續性照顧。

一、政策與法令 Policy and Regulation

1. 持續性照顧法 (Continuing Care Act) -- 卑詩省於 1990 年訂定，其主要內容為持續性照顧的定義、服務對象、項目、範圍、建立準則及付費制度。
2. 社區照顧機構法 (Community Care Facility Act) -- 其主要內容為定義醫療健康管理者 (Medical Health Officer) 的工作及機構設置標準。
3. 持續性照顧的品質及標準由「加拿大健康服務評鑑協會」(Canadian Council of Health Service Accreditation) 制定全國性標準而 BC 省另須符合持續性照顧法的標準。
4. 衛生部 (Ministry of Health Mandate) 的主要工作為制定持續性照顧的相關政策與標準、醫療資源適用性與理、預算分配。
5. 持續性照顧的使命為有效率及責任的制度，不同於急性照顧，輔助並協助個案擁有健康及有品質的生活。
6. 卑詩省的老人健康政策包含健康的促進、財務安全、居家環境、交通工具、社會互動以及生活環境等項目。
7. 衛生部的健康政策目標：
 - (1) 提昇健康的生活品質
health and quality of life
 - (2) 公平及有一致性原則的資源分配
fair/consistent service allocation
 - (3) 協助個案居住在家裏
help clients stay home
 - (4) 支持個案能過其正常的生活
support normalized living
 - (5) 提供安全、有效率及適當的服務
safe, effective and appropriate services
 - (6) 決定床位供需的優先順序

determine bed requirements and priorities

二、年金及基金 Pension and Funding

卑詩省老人可領取的津貼，有以下三種形式：

1. 加拿大年金計畫建立於1966年一月，65歲開始領取年金。
2. Old Age Security(OAS)建立於1952年，主要的經費來自稅收，申請者需居住於卑詩省10年以上且年收入低於35000元加幣，最高可申請每年4800元補助
3. Guaranteed Income Supplement(GIS)長者若要經濟來源只有OAS(老年保險)的補助並無其他收入者，最高可申請每年5750元補助。
4. 卑詩省健康服務成本比例：以急性醫療佔最高約44%、其次為醫師診療佔25%；而持續性照顧佔12%；過去老人有醫療需求者大多滯留在醫院，而急性醫療得成本相當高，而卑詩省自行籌款辦理持續性照顧，其經費來源主要為稅收7億5千萬美元，而機構成本約佔25%，住在家中成本約佔5%；而維多利亞市的持續性照顧成本共57億5千萬美元，其中3%約1億6仟7佰萬元預算用於老人健康照護。

三. 持續性照顧 Continuing Care

1. 定義：提供一個繼續性服務，包含支持急性/慢性的醫療需求，個案可以在自己的家中、機構或是其他特別的單位；卑詩省持續性照顧包含居家照顧及機構照顧，不再是侷限於機構式服務。
2. 名詞解釋
 - (1)Continuing Care—包含居家及機構照顧
 - (2)Long Term Care—機構式照顧；早期方案
 - (3)Chronic Care/Extended Care—提供需要24小時護理需求的服務。
 - (4)Personal Care—個案不需要護理或醫療即可獨立生活，但需要送餐、沐浴及家事等在家服務
 - (5)Intermediate Care—個案尚獨立，但需要護理協助
 - (6)Multi-level Care—多層級照顧，需入住機構
3. 持續性照顧評估服務採單一窗口制，個案必須經由個案管理師評估，評估內容為個案資格、實際健康照顧需求、最適合的健康服務、依據其經濟狀況決定個案付費及補助等級。

4. 持續性照護等級分類

- (1) Personal Care—個案可獨立生活、不需護理照顧
- (2) Intermediate Care□—個案一天需要 0.5 小時護理照顧
- (3) Intermediate Care□—個案一天需要 1 小時護理照顧
- (4) Intermediate Care□—個案一天需要 2 小時護理照顧
- (5) Extended Care—個案一天需要超過 2 小時護理照顧

5. 持續性照護採使用者付費制

- (1) 家庭支持服務 Home Support Service 依據個案經濟能力支付之
- (2) 機構照護 Residential Care 個案自付每天 25-39 元加幣，最下限為 85%OAS

6. 持續性照顧的要素為個案管理制度、一致性的評估準則及照顧等級、提供等待制度、一致性的服務、使用者付費。

7. 持續性照顧在卑詩省的最佳優點：

- (1) 單一窗口 single point of entry
- (2) 整合評估與安置 coordinated assessment and placement
- (3) 個案管理 coordinated case management
- (4) 單一行政管理 single administration
- (5) 一致性照護層級分類 consistent care-level classification

四、持續性照顧的種類

1. 機構式照護 Residential Care Service

- (1) 內容：長期照護機構護理 Long term residential care、老人評估及復健單位 Geriatric assessment and rehabilitation units、團體之家 group homes、家庭式照護 family care homes、協助性住宅 assisted living(housing and care)
- (2) 經費採定額預算制，主要依據其員工比例、行政、房地及所有物；在卑詩省目前有 152 家非營利組織所設立的機構，94 家營利組織所設立的機構，總計有 264 家機構，總床數為 27000 床位。

(3) 機構式照護服務的種類

- a. 家庭式照護 Family care homes
- b. 團體之家 Group homes
- c. 中級照護機構 Intermediate care facility
- d. 多層級照護機構 Extended care facilities
- e. 特殊照護單位 Special care units

2. 社區支持方案 Community Based Program

(1) 宗旨：

希望個案都能留在自己的家中，對 home health care 有重要的觀念

(2) 目標：

- 1. 維持及預防：將服務直接提供至個案家中，預防其入住機構
- 2. 替代長期照護機構：提供可能代替機構服務方式
- 3. 替代急性醫療：滿足個案需求，使其提早出院

(3) 服務方式：

提供居家護理、社區物理治療及職能治療、家事服務、送餐服務、成人日間照護等服務

(4) 額外服務

與持續性照護相關的服務，例如喘息服務、安寧療護、緊急後送、亞急性照護、快速處理小組、等待服務、輔具提供、社區營養等服務。

5. 機構計畫與設計 Facility Planning and Design

▶▶趨勢：(1). 增加特殊照顧功能單位：如失智症。

(2). 小規模設計，床位數少每層均有餐廳、起居室、休閒區等小單位設備達家庭化感覺。

(3). 轉為公辦民營經營模式。

(4). 發展多層級照顧模式，以符合住民因健康狀況改變之不同照顧需求，減少住民轉介達零折騰。

(5). 增加防範走失設計：如 remember box、各區或單位採不同顏色設計、戶外花園欄杆採圓形設計住民能繞圈回原處……等。

(6). 以家庭化觀念設計：如稱呼、大家一起進餐等。

(7). 機構規模大小要考量經濟運作效益。

▶▶多層級照顧模式機構設計，依法規規定，以多層級照顧規定設計

注意地點是否合適、要有設計計畫及技術面之考量。

地點選擇：

1. 人口需求分布。
2. 工作人員工作方便性。
3. 是否有老人醫學專科醫師可提供服務。
4. 相關配合服務：洗衣、水、電……等。
5. 社區是否有其他醫療資源及照顧需求，可互通分享。
6. 建造地品質管制：太斜、太陡或不平均不合適。
7. 環境勿太單獨（週遭無任何事務），因不僅有風景亦須有路人、小孩、學校、車輛往來等一般社會往來之行為刺激。
8. 有社區資源加入。
9. 適當的停車空間，提供家屬朋友探訪。
10. 足夠的面積建造：1 公頃建 75 床。

設計計畫：含

1. 住民區：走廊寬度、顏色、通道、門禁管制、自然景觀、室內外活動空間、私人使用或公共使用、裝潢地板壁紙材質等建材……等。
2. 相關行政服務部門區。
3. 住民活動區。
4. 特殊需求區：安全、隱私、可隨時轉成其他用途、活動設計要有彈性、有自由活動空間、吃飯休閒區起居室空間要足夠且分開、出入口要有安全設施。
5. 廚房及相關服務設備區。

工程設計：

1. 暖氣、空調、通風等工程。
2. 配管設計。
3. 用電配置。
4. 能源維持：環保觀念，節約能源多採自然光線。
5. 綠色建築風格。

▶▶省經費資助：

1. 五年計畫。
2. 人口需求分布。
3. 機構設置符合規定標準。
4. 屬私人設置省則以回饋方式（每人每天加幣7元）補助。

六、總結 Summary and Discussion：

▶▶未來計劃發展：

1. 增加非機構式照顧模式（居家照顧）。
2. 打破縱向隔閡。
3. 公家與私人合作。
4. 提供非正式人員適當服務（支持團體）。
5. 提供各種不同層級服務：sub-acute care、convalescent、palliative care。

▶▶機構發展：

1. 蓋機構是最後的選擇。
2. 機構要設置要符合一定標準。
3. 結合居家、社區提供服務。
4. 不可低估長期照顧機構設計之複雜性。

▶▶行政系統發展：

1. 單一窗口。
2. 協調、評估、安置等辦法共用一套標準。
3. 結合個案管理。
4. 單一行政體系管理。
5. 一致的分級辦法。

持續性照顧的制度 構思 與回顧討論

日期：91.02.14 PM

地點：Continuing Care—Facility Planning and Design、Summary and Discussion

前言：

新政府體制改變，為結合持續性照護管理，以單一行政體系管理一致的分級辦法、做節省人力、物力及資源的機構式全面改革，並結合居家、社區提供服務。

內容：

一. Facility Planning and Design

- ▶▶趨勢：1.增加特殊照顧功能單位：如失智症。
- 2.小規模設計，床位數少每層均有餐廳、起居室、休閒區等小單位設備達家庭化感覺。
- 3.轉為公辦民營經營模式。
- 4.發展多層級照顧模式，以符合住民因健康狀況改變之不同照顧需求，減少住民轉介達零折騰。
- 5.增加防範走失設計：如 remember box、各區或單位採不同顏色設計、戶外花園欄杆採圓形設計住民繞依圈能回原處……等。
- 6.以家庭化觀念設計：如稱呼、大家一起進餐等。
- 7.機構規模大小要考量經濟運作效益。

▶▶多層級照顧模式機構設計，依法規規定，以多層級照顧規定設計，注意地點是否合適、要有設計計畫及技術面之考量。

●地點選擇：

1. 人口需求分布。
2. 工作人員工作方便性。
3. 是否有老人醫學專科醫師可提供服務。
4. 相關配合服務：洗衣、水、電……等。
5. 社區是否有其他醫療資源及照顧需求，可互通分享。
6. 建造地品質管制：太斜、太陡或不平均不合適。
7. 環境勿太單獨（週遭無任何事務），因不僅有風景亦須有路人、小孩、學校、車輛往來等一般社會往來之行為刺激。
8. 有社區資源加入。
9. 適當的停車空間，提供家屬朋友探訪。
10. 足夠的面積建造：1公頃建75床。

●設計計畫：含

1. 住民區：走廊寬度、顏色、通道、門禁管制、自然景觀、室內

外活動空間、私人使用或公共使用、裝潢地板壁紙材質等建材…等。

2. 相關行政服務部門區。

3. 住民活動區。

4. 特殊需求區：安全、隱私、可隨時轉成其他用途、活動設計要有彈性、有自由活動空間、吃飯休閒區起居室空間要足夠且分開、出入口要有安全設施。

5. 廚房及相關服務設備區。

●工程設計：

1. 暖氣、空調、通風等工程。

2. 配管設計。

3. 用電配置。

4. 能源維持：環保觀念，節約能源多採自然光線。

5. 綠色建築風格。

▶▶省經費資助：

1. 五年計畫。

2. 人口需求分布。

3. 機構設置符合規定標準。

4. 屬私人設置省則以回饋方式（每人每天加幣 7 元）補助。

二. Summary and Discussion：

▶▶未來計劃發展：

1. 增加非機構式照顧模式（居家照顧）。

2. 打破縱向隔閡。

3. 公家與私人合作。

4. 提供非正式人員適當服務（支持團體）。

5. 提供各種不同層級服務：sub-acute care、convalescent、palliative care。

▶▶機構發展：

1. 蓋機構是最後的選擇。

2. 機構要設置要符合一定標準。

3. 結合居家、社區提供服務。

4. 不可低估長期照顧機構設計之複雜性。

▶▶行政系統發展：

1. 單一窗口。

2. 協調、評估、安置等辦法共用一套標準。

3. 結合個案管理。

4. 單一行政體系管理。

5. 一致的分級辦法。

緊急聯絡系統 Lifeline

日期： 91.02.17

一、前言：

幫助有醫療需要、殘疾個案或老人，使其能獨立且安全地居住於家中，提供 24 小時服務。

二、服務對象：

- 1、出院後需要休養的病人、老人及身障者。
- 2、主要的成員為老人，87%為 75 或高於 75 之長者、其中 21% 男性，79%為女性，最年輕者為 31 歲，最年者為 98 歲，平均年齡為 81 歲。

三、個案轉介來源

1、大部分的個案接由專業者所轉介，例如：

- a. 醫師
- b. 在社區工作的持續性照顧職員：居家照顧護士、物理治療師、職能治療師、居家支持工作者
- c. 日間健康方案的職員
- d. 於急性醫療工作者：護士、物理治療師、職能治療師、呼吸專科醫師、社工師及欲將個案轉回家中之持續性照顧職員

2、個案亦可直接申請此服務

四、作業系統：

緊急救援系統有下列二個主要成分：

- 1、基本配件—連結到電話線的話筒及擴音器
- 2、小的防水電話話筒(掛在脖子上或手腕上)

五、服務方式：

1. 當個案有緊急需求時，可即時按鈕求救，服務人員會立刻與您連線，協助您所需服務。
2. 個案須提供三個親友或鄰居電話號碼，而其距離個案家只需 5 至 10 分鐘路程，且他們有個案家中 key，以便及時協助。

六、收費標準：

使用者需支付 35 元購買器材，而每月再支付 35 元系統費用，目前省政府編列預算協助系統設計，利用電腦聯資訊系統，可快速將個案基本健康資料傳輸，緊急協助個案

加拿大卑詩省長期照護之個案管理

日期：91.2.18

時間：13：30-16：30

地點：Community Health Services

內容：LTC Care Management

前言：加拿大卑詩省之持續性照護方案於 1978 年立法，提供給 19 歲以上的人民，以住在該省之地區一年以上的住民或公民，其服務的理念是提供 1. 對的地方，2. 給對的人，3. 合適的時間，4. 好的服務，5. 對的醫療措施；目的使個案能獨立，且依需求選擇照顧的方式，自我照顧，家人參與的照顧或機構式照顧。

一、個案管理 --- 以維多利亞市 (Victoria) 為例

主要對象該國國民年滿 19 歲以上，尤以 65 歲以上高齡人口為主要對象。維多利亞市持續性照護服務包含機構式照護 (Residential Care)

及居家式照護 (In-home services)，其中機構式照護又包括：

- * 長期照護 (Extended Care) 照護時數 3 小時以上/天；
- * 中度照護 (Intermediate Care) 照護時數 3 小時以內/天；
- * 居家式照護包括居家支持 (Home Support) 家事服務 (Live-in Homemaker)；
- * 成人日間照護 (Adult Day Care)；
- * 喘息服務 (Respite Care)；

另外、專業服務如護理服務、物理治療等也用來支援個案繼續住在家中，以減少住院日數。這些服務雖由不同的機構或組織提供，但經過個案管理的協調組合，形成一個服務系列譜 (Continuum of service)。

卑詩省的持續性照護特別重視需求評鑑系統及個案管理的一致性，評估系統由省內各健康單位 (Health Unit) 之個案管理員負責需求評估、資深認定、處置、出院、等服務。

1. 個案篩選：

設有「服務專線 intaker center」專司個案篩選責任；即 市民有「長期照護」需求時，任何人都可以以電話與各區健康管理機構洽詢，必要時會轉接至相關人員 (醫師、個案師或醫院的 Liaison) 倘認為個案需持續性照護則連絡專員依「危險因子篩選表」(附表一) 電話訪談做初步的篩檢作業，危險因子積分達 7 分以上、即代表中度程度危急依需要由個案再做評估 (Resource Package)；12 分以上則重度危急立即轉介由個案收案。

2. 確認個案資格與照護需求評估：

個案管理員收到『服務專線 intaker center』轉介資料時、通常先以電話預約到訪時間做現場評估，確認『危險因子篩選表』之結果、精確認定高於7分再進行『照護需求評估』否則立即停止作業。

評估結果將分五等級：

- *個人照護級 (personal care)
- *中度照護 1.2.3.級 (intermediate care 1.2.3.)
- *長期照護 (extended care)
- *個人照護級與中度照護□，提供居家式照護 (in-home services)
- *中度照護 2.3.級以上代表需要機構照護 (residential care)

3. 照護計畫之確認與照護資源之聯結、協調：

當照護等級確立、個案/案家可依其喜好 (preference) 選擇服務項目或機構、個案管理員則就服務資源、床位分配、及個案經濟能力等等、雙方共同擬定計畫，進行安置、轉介等資源連結作業。

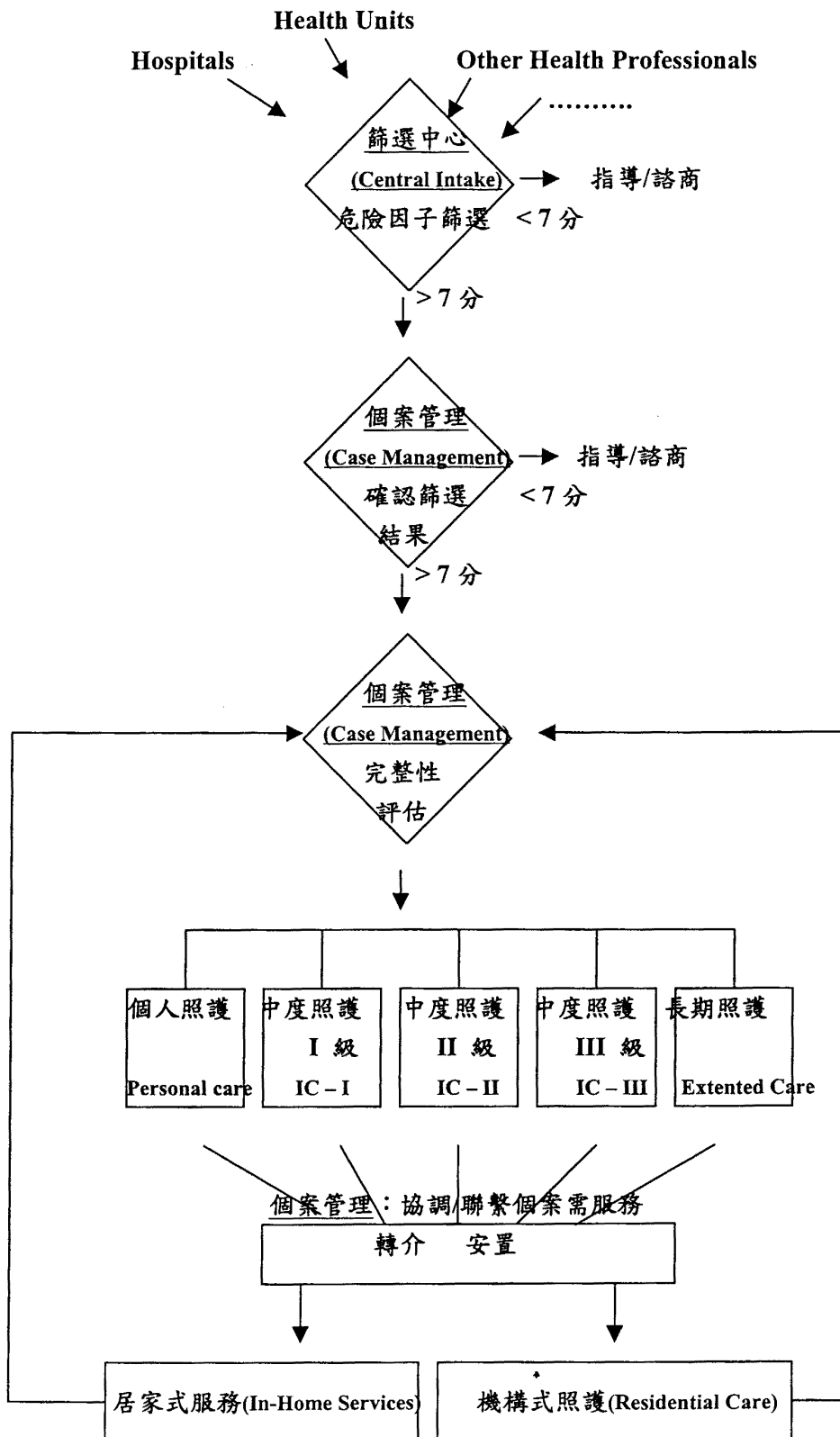
4. 必要時再評估：

個案被安置轉介後即接受其所需之服務、一旦個案的身心功能有變化時，個案、家屬、照護機構的相關人員隨時可以與個案管理員聯絡做再評估 (re-assessment) 重新確認照護等級；

B.C 省持續性照護服務，個案管理依據五項原則：

- * 單一窗口
- * 評估、安置、協調、等辦法共同一套辦法
- * 結合個案管理
- * 單一行政體系
- * 一致性分級辦法

二、個案管理流程



三、個案管理員之資格、職責與工作量：

個案管理員應具學士或碩士學位、每個區域依人口配置人員，護理人員占個案管理師之一半以上，其他個案管理師的背景有社工師、物理治療師、職能治療師及營養師，並在同一地區服務 4-5 年之實務工作，其所需訓練多為在職訓練 (on-job training)、區域健康機構中個案管理員是法規內被授權負責簽註「照護等級」者、每位個案管理員約有 200~250 之個案數；平均每週收新案 2~3 人。合理量應為 70-75 人，因此個案管理師因為工作量大亦易流失。

個案管理師工作原則：

- (1) 尊重個案
- (2) 感謝非正式的照顧者並予以支持及教育
- (3) 尊重提供服務者
- (4) 保持完整記錄給下一位提供服務之專業人員
- (5) 識別照顧者的能力
- (6) 評估個案心智狀況
- (7) 整組專業人員討論照護計畫
- (8) 與個案家屬訂立照顧契約
- (9) 對於整個照護系統提出建言與修正

附件一：持續性照護服務方案新案危險因子計分標準

根據個案平日日常生活功能程度評估以下 14 項之相關危險因子之得分

1. 年齡
 - 1 分：85 歲以上（以評估日為基準）
2. 日常生活活動之協助需求
 - 1 分：需要預先準備或督促性之協助
 - 2 分：需要實質的協助
 - 3 分：依賴另一個人完全的幫助
 - 3 分：需要移位的協助，自己無法完成 ADL

ADL：包括洗澡、盥洗、穿衣、進食、大小便排放（包括用物，如：直腸造、膀胱引流等）
3. 家事性日常生活活動協助需求
 - 1 分：需微量協助
 - 2 分：部份 IADL 可自行完成，但需組織能力的活動，如：購物計劃、備餐或財物處理事物則需他人協助
 - 2 分：組織能力完好，但身體功能受限無法完成 IADL
 - 3 分：無法完成任何一項 IADL

IADL：清理房子、洗衣、購物、備膳、存提款及處理財務事務
4. 認知功能
 - 0 分：部份記憶喪失，但不影響判斷力或安全
 - 1 分：記憶喪失，但已影響判斷力及安全
 - 2 分：心智功能明顯改變，每天都出現定向感之困擾
 - 3 分：(a) 經醫師診斷為失智症者
(b) 經診斷為心理健康異常者
(c) 出現問題行為，如：遊走、攻擊性行為、不適當之性行為等
5. 藥物使用
 - 1 分：用藥須經提醒或協助開瓶，對藥名、劑量、作用或用藥時間會遺忘
 - 1 分：心智正常，但生理因素致使需要協助開瓶子、倒水等
 - 2 分：需經常性的協助或提醒用藥事宜
 - 3 分：完全依賴他人給他藥
6. 移走動能力
 - 0 分：可以自行移位及步行，有時需用輔具
 - 1 分：近三個月都需要用輔具方能移位或步行
 - 1 分：需預先準備好或微量之協助方能移位或步行
 - 2 分：需協助移位，但單腳或雙腳能支撐，其能力是可預測且一致的
 - 3 分：需大量協助，協助者須支撐其身體，個案之能力無法預測跌倒之發生

7. 跌倒
- 1分：過去三個月至少跌倒一次但沒受傷
 - 2分：過去一個月內至少跌倒一次，但造成之傷害尚不需急診處理
 - 3分：過去一個月至少跌倒一次，所造成的傷害需要急診處理
- 確認個案家屬知道洗澡設備相關資源及走動輔具
曾經跌倒的每一個案都需轉診給復健人員，進行居家安全評估
8. 支持系統
- 0分：同住者願意且有能力協助
 - 1分：獨居或群居，但可獲得家人或朋友之協助
 - 2分：同住者或者不願意，或者沒能力協助
 - 2分：住在集體住宅，但沒有家人或朋友協助
 - 3分：獨居或缺乏可以協助照顧的家人或朋友
 - 3分：住在臨時住所且缺乏可以協助照顧的家人或朋友
9. 受虐
- 2分：個案自述潛在性虐待的情境
 - 3分：個案自述受虐的情境且其情境會其有安全上之考量
10. 支付能力受限
- 1分：接受保障收入之貼補金(guaranteed income supplement, GIS)
 - 2分：接受身障津貼或社會救濟者
11. 急症住院
- 1分：一年中使用住院或急診服務兩次或以上者
 - 2分：目前住院期間曾使用 ICU 或 GRH 者
 - 2分：住院超過兩個月以上者
 - 2分：一年中住院或急診服務四次者
 - 3分：一年中住院或急診服務超過四次者
12. 疾病/傷害
- 1分：若不安排個案接受長照服務則會有安全上的考量
 - 2分：(a) 可能出現疾病，自傷或傷害他人的行為，如：火災、吸煙
(b) 酒癮或其他藥物使用者，會危及本人或他人者
 - 2分：個案出現逃離家人或家庭的行為
 - 3分：個案出現自身或對他人的危險，例如：爐火意外、煙蒂火災、囤積垃圾以及鼠類孳生等現象
 - 3分：個案有離家遊走的危險
一旦個案有上述情事，應予環境衛生部連繫
13. 照顧者之壓力與疲潰
- 1分：照顧者是配偶（大都是與個案相近之年齡），或者是一位不同住的家人且有其他角色職務
 - 2分：照顧者不太健康，例如：需要醫療治療或是因照顧壓力而須妥協

3分：照顧者本身也在危急狀態，例如：需要急症住院或正處於情緒或生理的崩潰狀態

14. 不適當的

0分：被診斷為末期，但預後長於6個月

1分：預後短於6個月

2分：情況持續改變，PPR分數大於50%

3分：情況持續變差，PPR分數小於50%

不論總分如何，上述2及3分者，都需轉給個案管理員進行評估

要求程度之描述

	低度需求	中度需求	高度需求
資源：	本人 他人		缺乏
進行的失能狀態：	穩定狀態		末期
感覺失落：	調適得很好		不安全
一般性的活力情況：	可處理的疲勞、低體能		安全考量
社會議題：	有點隔離 家庭支持		安全考量 潛在性的虐待
調適策略：	健康且合適的		十分差的策略
焦慮：	可處理的		衰弱的焦慮
憂鬱：	適當或可處理的		衰弱的憂鬱
營養狀態：	適當或健康的		多重疾病

不同層級所需之時數範圍

低度：不提供服務

中度：每月提供 0-60 小時

1 級：每月 0-8 小時 2 級：每月 0-34 小時 3 級：每月 0-60 小時

高度：每月提供 0-120 小時

1 級：每月 0-80 小時 2 級：每月 0-100 小時 3 級：每月 0-120 小時

定義

- (1) 督促：包括提醒或提示線索，但尚不需要實際上的“出手”協助
- (2) 虐待：包括身體、情緒及心理，性或財務上的虐待或忽視，但不包括藥物濫用或自虐
- (3) IADL：清理房子、洗衣、購物、備膳、存提款及處理財務事務
- (4) ADL：包括洗澡、盥洗、穿衣、進食、大小便排放（包括用物，如：直腸造、膀胱引流等）

參. 持續性照護(機構參訪)

機構參訪/成人日間照護

日期：91.2.5 PM 地點：Second Spring Adult Day Program
前言： 為提供，有健康問題但能部份自我照顧之老人的健康維護、復健。
依不同層級的認知損傷，設計治療性、娛樂性活動；並早期發現老人健康問題、尋求醫療服務。

內容：

* 緣起：1996.11 創建，附屬於 Shiloh United Church，為 B.C 省 Simon Fraser Health 之持續性家庭照顧系統之一，基於為了能提供老年人一再造能力、社交能力及給予合適之諮詢協助而設立。

* 性質：公立，政府補助預算。

* 目標：協助老年人能在社區獨立自主生活，讓他們自行開創及發展朋友關係，獲得成功、安全、關心庇護所。

* 住民來源：

1. 有健康照護需求但希望仍生活於社區中。
2. 家屬或照顧者要求休息。
3. 是醫院出院計畫安排之個案。
4. 是其他治療或評估單位（團體）追蹤的對象。

* 服務項目：

1. 事先電話了解今日需求，而提供持續的服務。
2. 交通車迎接至本處。
3. 給予飲料及點心（不供正餐）。
4. 進行每日活動及步行。
5. 家庭化用餐。
6. 下午安排音樂、遊戲、推板、討論等活動。
7. 測量血壓、體重。
8. 指導諮詢衛教服用藥物。
9. 依需求照會個人家庭醫師或相關照護專家。
10. 每月更換活動及菜單。

* 服務時間：每日 9:30~14:30，每週一至週五。

工作人員數：6 人

1. 註冊護士一名
2. 活動設計師二名
3. 司機一名
4. 廚師二名

另志工每週來二次

急性後期照護方案

時間：91.02.07 上午 地點：Fraser Health Authority Conference Room

一、前言：

針對需要例行治療病況穩定之失能者，預期經過治療有明顯進步及復原，以協助病人達到多功能及醫療保健，促進早日出院回家的準備，這個照護計畫不是以家庭為基礎的服務。本計畫預計 2002 年四月實施，實施計畫的單位是在 Queen Park Care Centre 特殊內科急性後期照護病房，共有十五床。這個措施可以減少皇家哥倫比亞醫院急診部(Royal Columbian Hospital Emergency Department)的壓力

二、方案緣起：

- (一) 由於哥倫比亞醫院內科單位(Edmonton units)於 1999 年平均病人住院日 15 天，2000 年平均病人住院日達 18 天。
- (二) 病人延長住院原因為：肺炎、傷口感染、慢性肺阻塞性肺炎、糖尿病、血栓手術後等

基於上述理由在皇家哥倫比亞醫院(Royal Columbian Hospital)對內科病人執行六至十二個月的計畫，這個計畫將連結居家護理(Home Health Center)與持續性照護(Continuing Care)、醫師、皇后公園照護中心(Queen Park Care Centre)、皇家哥倫比亞醫院(Royal Columbian Hospital)及病人、家屬。

三、方案目的：

- (一) 對於急性病、受傷、惡性病患在支持治療或外科復原期，提供適當的民眾需求。
- (二) 協助病人達到治療與功能的最大潛能。
- (三) 提供合宜的急性照護諮詢服務。

四、方案對象：

- (一) 病情穩定經評估或復健趨向回家的成人。
- (二) 服務項目：包含有靜脈注射抗生素、造瘻口處理、糖尿病照護及心臟衰竭照護。
- (三) 急性期治療穩定預計轉至急性後期照護病房約五天。

預期效益：

- 1.支持病人早日出院回家，使家庭發揮功能並預防可能的迷失與住院天數過長
- 2.提供預定的治療過程或復健，避免不必要的診斷或侵入性檢查
- 3.提供急性住院，非急性治療需求的病人出院並有合適的照護

五、方案方針：

- (一)快速認定新病人之治療或惡化問題。
- (二)儘可能增進功能，促進出院。
- (三)提供服務是有成本效益。

六、方案過程：

(一)指導：

- 1.當病人進住在急性後期照護單位(Post Acute Care)約住七天、需要做入出院護理計畫。
- 2.所有指導應與其他相關部門有連結。

(二)入住標準：

- 1.病情穩定。
- 2.期待或想回家
- 3.最多只能住7至15天
- 4.照顧需求在本計畫項目與諮詢範圍內

(三)排除標準：

1. 病人需求很多
2. 病人需要經常診斷或治療監測
3. 病人需求是急性治療、復健或精神科醫院
4. 病人住院需求超過十五天
5. 病人精神狀況不穩定
6. 病人有遊走離家出走行為
7. 病人以住在長期照護機構或在等待機構照護中

七、評值：

- (一) 評值例行之工作日誌監測與適應症成績報告。
- (二) 工作人員、居家照護服務、 Royal Columbian Hospital、 Queen Park Care Centre 互相監視評值過程與進展情形。
- (三) 評值應著重在計畫結構、計畫過程與結果，利用五大品質指標來監測：
 - 1.可行性：病人在急性病房等待進住時間。
 - 2.安全性：院內感染率、非進住標準而住入率、出院一個月因相同診斷內再入院率。
 - 3.滿意度：病人家屬醫師相關工作人員之滿意程度。
 - 4.效率： 病人自急性病房轉至急性後期照護單位不超過十五天出院回家率。
 - 5.效益： 病人入住與出院標準達到本計畫預期結果比率。

機構參訪/機構式（護理之家）照護

日期：91.02.08 AM

地點：Normanna—Residential Care

前言：提供無法於家中得到 24 小時合適的個人照護、屬於機構式中層級照護（Intermediate care facility）；

收住類別：1. 個人照護級：（personal care）

2. 中度照護級 I II III：（intermediate care 1、2、3）

3. 持久（長期）照護級：（extended care）

內容：

*硬體設備：

1. 二層樓建築，採木質設計（溫暖柔和）。
2. 顏色注重家庭化，以柔和整體設計為基準。
3. 共分五區，其中 2 區為重症照護置放於二樓，每區以挪威名命名，（因當時北歐挪威移民捐贈興建）。
4. 暖氣設計於地板上（恆溫）。
5. 每區約 18~20 間，多為單人房亦有 2 人房每間：
 - ♥窗台低。採光好均看到風景。
 - ♥設有施採殘障設施設計之衛浴設備（無障礙空間）。
 - ♥電動木質床。
 - ♥住民床單、衣物可自選喜歡花色使用亦可自備。
 - ♥房間門口設有 remember box 放置自己喜愛物，並有一體成型之照片置於門上，以提醒記性不好的老人返回房間。
6. 地下室設洗衣房
7. 廚房。
8. 每區均有工作櫃檯，檯面低無折角、便居民諮詢提供服務。
9. 每區均有起居室（工作櫃檯在前面）—居民房間以此為中心環繞一圈。

*總床位數：100 床；雙人房可提供夫婦或可相互扶持之夥伴居住。

*居民類別：屬中度照顧等級，計收住三級居民

I—須照護時數 20~40 分鐘

II—須照護時數 2 小時

III—須部份協助

*性質：公立，政府預算補助。

*費用：自付 800~1200 元/每月（加幣）每人，為房間費及伙食費。

*工作人員數：依居民照護需求配置，另需符合省標準及受工會監督。

*活動設計特色：音樂療法（有彈鋼琴、隨音樂舞動及跳舞）分別安排於上下午全體居民參與不論反應如何（合不合適）均能達到激發居民之自我表現目的，晚上聚會唱晚安曲促進睡眠。每 3~4 個月更換曲目。

加拿大安寧療護簡介

時間：91.2.18 上午

地點：Mount St. Mary 醫院

有關加拿大安寧療護 (Palliative care) 此課程的主題內容包括緒論、運用模式及計畫發展課程內容，茲敘述如下：

一、安寧療護之意義

在加拿大現在大部份的人稱醫療為 Palliative 以取代以前的 hospice，此名詞是由加拿大一位學者所命名，主要是因為在加拿大魁北克省的民眾認為 hospice 的意思代表貧民窟 (slums)、貧困 (destitute)，因此他們不認同此名詞。

Palliative 的意義包括 (1) 遮蔽或掩蓋疾病的意思 (2) 解除疼痛之意 (3) 積極的癌症治療 (4) 瀕死病患之計劃 (5) 廣義之哲理 (6) 並非僅限臥床中之垂死病患 (7) 是個專門的學科。因此其哲理強調照護的對象不應侷限在因癌症或愛滋病等疾病所導致之瀕死病人，應包括其需承受痛失病患之家屬，或面臨生命終期 (end of life) 之老衰者。且需透過純熟及具愛心的照護，來滿足其生理、心理或靈性上的需要，以達到促進舒適與治療的理念。

二、安寧療護照護模式

安寧療護之模式眾多，茲以加拿大區域模式 (CHR regional model) 之維多利亞市安寧療護服務為例來說，其服務架構包含：

1、醫院

醫院設置安寧療護單位，並訓練安寧照護專科醫師，同時訓練地方的家庭醫師以進行醫院及社區照護上的連結。

2、家庭

由專業團隊組成，並進行必要性的家訪活動，其人原組成包括醫師、居家護理師、諮商、神職及志工等人員。

3、以社區為基礎之非營利組織與基金會

主要功能為發展基金，其活動包括捐贈、遺贈、募款活動或補助金等；此外還有發展公共關係及病患權利擁護倡導者。

4、病患與家屬：

強調病患與家屬的需要，提供 24 小時服務，以因應其相關問題，如半夜時刻發生無法控制的症狀或害怕在家死亡等問題。

5、志工

需經歷一年四次的訓練過程，服務內容包括醫院單位輪值、家訪、悲慟處理、靈性照護及基金募款等。

6、憂傷與哀慟

由諮商人員及志工支持，服務內容包含個人與團體，提供散步聊天或舉辦研討等活動。

7、學習中心

提供學生或從業人員之教學或教材資料，並具備評值與研究功能。

8、社區連結

強調服務以社區需要為基礎，建立照護單位與家庭之橋樑。

9、安寧療護緊急處置小組（Palliative Respon Team 簡稱 PRT）

病患於居家時若有任何害怕或擔憂，可在半夜打電話或直接入住到照護單位去。照護單位設置有緊急處置小組（由護理人員及其他專業人員）至病患家中提供二十四小時服務，小組人員攜帶急救箱制家中，除了可以心理支持外 可以緊急處治外並可以依病人情況給要物。（病患要自費）。

10、安寧療護行為量表(Palliative Performance Scale)

利用本量表可以很快的描述病人目前的身體功能程度，亦可以做為工作人員評估與測量病人的標準，有診斷的價值。工作人員依據量表結果提供適當的服務，量表項目包括：

(1) 移動(Ambulation)

軟弱或癱瘓致病人無法起床也不能自我照顧

(2) 活動性或慢性之疾病(Active and Extent of Disease)

經醫師診斷有某些病徵或慢性病存在

(3) 自我照顧(Self-Care)

分為有時需幫助、定期需幫助、完全需幫助

(4) 進食(Intake)

目前進食情況分為正常進食、減少或很少

(5) 意識狀態(Conscious Level)

分為意識清楚、混淆、嗜睡、昏迷

三、安寧療護新名詞-善終 (End of Life)

源自於老年醫學喝，基於老化但無疾病末期需要者，所以新名詞包括有積極治療護理，透過愛心照護，使病患達到身、心、社會感覺舒適的理念。目前聯邦政府衛生部已將善終照護 (End of Life Care) 制定全國統一標準

四、安寧療護計劃發展課程內容

文化考量是設計安寧療護發展課程最重要的核心，也就是需依照當地的文化背景以決定所要學習的內容，進而提供病人或家屬所需。參與此計劃的相關人員包括醫師、護士、護佐、社工人員、營養師、行政人員、職能治療師、活動設計人員、支持人員、居家管理員、家屬、病患住民、神職人員及志工。而此課程的訓練標準包含照護計劃、以社區為基礎、團隊、急症單位、舒適、死亡率、心理生活、靈性生活等概念。現以加拿大 Mount St. Mary 醫院之安寧療護訓練計劃為例，共分 8 個主題，並明列其目標，其內容如下：

主題 1.

- ▶ 醫院簡介：包括醫院歷史背景、哲理、使命任務、緩和醫療計劃發展。
- ▶ 安寧療護介紹：歷史背景與哲理。
- ▶ 訓練計劃之目標與規則。
- ▶ 訓練進度與其他相關實務介紹。
- ▶ 醫院參觀。

目標

- * 了解醫院及其緩和醫療計劃。
- * 知道緩和醫療發展變化的歷史與哲理。
- * 明瞭課程目標及相關規範。

主題 2

- ▶ 持續介紹緩和醫療之哲理與原則。
- ▶ 確認個人的動機與期望。
- ▶ 溝通及發展關係，以了解彼此。
- ▶ 緩和醫療照護團隊工作：科際間的團隊，並將志工納入。

目標

- * 知道臨終的情緒改變與靈性需要
- * 了解科際團隊及志工的角色

主題 3

- ▶ 醫院住民多樣性之需要：包括社會、情緒、靈性需要——如隔離與接觸、憂鬱與參與、害怕與希望等概念。
- ▶ 住民、家屬及工作人員的需要。
- ▶ 隱私的原則、溝通及照護計劃。
- ▶ 需要的差異、生命史、個人生命哲學、及舒適的定義。

目標

- * 了解醫院住民於臨終之複雜需要，且知道課程計劃如何描述那些需要。
- * 在醫院中生活是如何進行，包括住民、家屬、付費及志工人員。
- * 與所在的民眾接觸。

主題 4

照護層面：什麼是社會心理照護？

- ▶ 住民、家屬及員工們的社會心理需要是什麼？
 - 他們如何對社會心理需要作反應？
 - 為何有些人遭遇有些人不會？

目標

- * 了解住民、家屬及員工們於社會、心理議題上必須處理的複雜性。
- * 深入觀察個別差異，即為何有些人因某些事件蒙受傷害，有些人則能與其事件和平共處。
- * 檢視生理及社會環境，如何衝擊其社會心理議題。
- * 需要培養工作人員樂於與脆弱的個案站在一起，並協助其共度難關。

主題 5 照護層面：什麼是靈性照護？

- ▶ 住民、家屬及員工們的靈性需要是什麼？
 - 他們如何對靈性需要作反應？
 - 老年人的哀傷與失落：住民及家屬。
 - 臨終的態度與意義。

目標

- * 有機會思考靈性照護的本質，並確認住民的靈性需要及因應方式。
- * 介紹與疾病及臨終情境有關的憂傷議題，及死後可能會發生的問題，例如期望與哀傷。
- * 何者反應及支持是有用的？何者是無幫助的？
- * 我們相信自己對別人具有深深地影響力。

主題 6 照護計劃

- ▶ 將住民及家屬納入計劃中。
- ▶ 臨終照護、安寧療護之定義。
- ▶ 慢性疾病，如失智症。
- ▶ 心理社會議題、症狀處理議題。
- ▶ 當死亡接近時的改變。

目標

- * 了解醫院住民於臨終之醫療層面。
- * 醫療、社會、心理及靈性上如何確保其舒適。
- * 隨著住民於認知及感覺上的缺失，何種議題會產生？
- * 我們希望除去疼痛，因此定義焦點則圍繞在生命之生理、心理、社會及靈性等層面。

主題 7 長期照護中之緩和醫療 - 從家庭之變遷中談

- ▶ 家庭動力學：預期性的哀傷。
- ▶ 溝通 傾聽及反應。
- ▶ 病人與家屬之議題。
- ▶ 照護團隊之議題。
- ▶ 與認知及感覺缺失之個人溝通。

目標

- * 洞察入住醫院過程對住民及家屬的衝擊。
- * 了解如何完成對住民的評估、計劃與溝通。
- * 了解如何處理醫院住民的相關議題。
- * 科際間的團隊能回應廣大範圍的需要問題，並能允許適當的人提供適當的支持。

主題、8 照護層面：夥伴的概念

- ▶ 期望：從內部、從別人
- ▶ 共存：對於瀕死、死亡及憂傷能有創意性的回應。
- ▶ 自我照顧
 - 從緩和醫療志工角色中成長。
 - 壓力因應方式。
- ▶ 複習安寧及緩和醫療照護之實務原則。

目標

- * 自我評估：在醫院中之緩和醫療工作中我能提供什麼？
- * 探查：與人相處及專注力。
- * 面對失落、哀傷、瀕死及死亡的工作中，保重自己的方式。
- * 綜論緩和醫療之重要原則。
- * 我們需總是要不斷自問：我正在滿足誰的需要？

Meal On Wheels 送餐服務 現場參觀

日期：91.02.19

地點：Dispatch Centre

壹、組織：

由 Silver Threads 提供服務，屬非營利組織

貳、組織架構：

編制一名主任、二位專職人員、一位志工協調人員，送餐志工約 350 名；而餐點則以契約方式廠商合作。

參、服務對象：(在家無法自行烹飪的獨居個案或夫妻)

- 一、自費申請者，佔 30%，
- 二、由聯邦政府退伍軍人部轉介須送餐服務之個案
- 三、醫院轉介特殊飲食個案或身障個案

肆、服務內容：

- 一、提供中午熱食及冷凍食品
- 二、由營養師設計午餐(湯、主食及點心)
- 三、提供特殊飲食如高血壓、糖尿病等，但洗腎特殊飲食因其較複雜且特殊，目前未提供此項服務
- 四、除提供營養餐食外，尚有志工訪視及電話諮商服務，如遇特殊假期如聖誕節亦會準備小禮物贈送，使個案得到親切人性化的服務
- 五、製作書面說明提醒餐點注意事項，食物保存溫度及最佳食用時間，以確保食品安全與衛生。

伍、服務時間：

- 一、週一至週五午餐，國定假日及週六週日則以冷凍食品於前一天送達
- 二、由於路線個案量安排事宜，餐點於早上 11 點至下午 1 點送達，為確保食品安全與衛生，須於規定時間內食用

陸、申請程序：

申請者直接以電話申請，個案可依其需要選擇一週或一個月，如遇外出旅遊或親友探訪無須送餐服務者，可前一天電話取消餐點。

柒、送餐作業：

申請者(本人、家屬或專業人員轉介)直接以電話申請→專職人員利用電腦資訊軟體將個案資料建檔(姓名、地址、電話、

Meal On Wheels 送餐服務 現場參觀

日期：91.02.19 地點：Dispatch Centre

壹、組織：

由 Silver Threads 提供服務，屬非營利組織

貳、組織架構：

編制一名主任、二位專職人員、一位志工協調人員，送餐志工約 350 名；而餐點則以契約方式廠商合作。

參、服務對象：(在家無法自行烹飪的獨居個案或夫妻)

- 一、自費申請者，佔 30%，
- 二、由聯邦政府退伍軍人部轉介須送餐服務之個案
- 三、醫院轉介特殊飲食個案或身障個案

肆、服務內容：

- 一、提供中午熱食及冷凍食品
- 二、由營養師設計午餐(湯、主食及點心)
- 三、提供特殊飲食如高血壓、糖尿病等，但洗腎特殊飲食因其較複雜且特殊，目前未提供此項服務
- 四、除提供營養餐食外，尚有志工訪視及電話諮商服務，如遇特殊假期如聖誕節亦會準備小禮物贈送，使個案得到親切人性化的服務
- 五、製作書面說明提醒餐點注意事項，食物保存溫度及最佳食用時間，以確保食品安全與衛生。

伍、服務時間：

- 一、週一至週五午餐，國定假日及週六週日則以冷凍食品於前一天送達
- 二、由於路線個案量安排事宜，餐點於早上 11 點至下午 1 點送達，為確保食品安全與衛生，須於規定時間內食用

陸、申請程序：

申請者直接以電話申請，個案可依其需要選擇一週或一個月，如遇外出旅遊或親友探訪無須送餐服務者，可前一天電話取消餐點。

柒、送餐作業：

申請者(本人、家屬或專業人員轉介)直接以電話申請→專職人員利用電腦資訊軟體將個案資料建檔(姓名、地址、電話、

協助式生活住宅-assisted living

- 是根據支持性住宅的基本模式。
- 與其說是照護理念不如說是照護的層級：照護及服務適合住民。
- 是一種以健康社會模式為基礎 - 民眾可主導他們自己的生活及照護。
- 可依照他們個人的能力範圍提供住宅，包括了穩定的醫療狀況及能主導他們自己的照護。
- 具有隱私的單位及共同活動的空間（例如：餐廳及娛樂區）。
- 服務的有效性類似支持性住宅。
- 每天提供 24 小時的個人照護（包括：洗澡、穿衣、規律服藥）。
- 單位內有提供各項照護之工作人員，當有專業服務需求時，得經由政府之地方健康單位安排。
- 住民入住是經過政府之地方健康單位所安排。
- 未獲准。

支持性住宅-Supportive Housing

- 支持性住宅是結合了建築特色及個人服務，使無能力可以長久留在社區者能有此選擇。
- 支持性住宅是第一優先且主要的住宅方式，結合了各式最基本的服務，包括：
 - 一個具有隱私的空間，包括可以上鎖的門。
 - 一個安全且無障礙的環境。
 - 具有監測及緊急反應系統。
 - 至少每天有一餐的用餐服務，以及
 - 家事服務、洗衣及休閒娛樂方案。
- 護理及其他與健康相關服務是由政府之地方健康單位所研發，這些服務是一些特殊安排或是能讓任何人可以獨立生活在社區中的相關服務。
- 支持性住宅是一個支持性的方案，但並不是一個健康照護的環境。它不同於協助式生活住宅 (assisted living)，這些照護服務提供是在一個地區，通常是符合需求，而且有彈性的。協助式生活住宅則是將照護規格化，照護區域是一種集合式住宅。
- 很重要的是，必須明辨住宅(housing)及照護式住宅模式(housing models of care) 間之不同。
- 老年人也許選擇支持性住宅是基於許多理由，包括一些立即性健康需求及維護需求；例如，他們想要確定假如當他們健康衰退，他們仍能很好的維持他們的獨立。

長期照護通過評鑑之機構參觀

時間：2002. 2. 21

地點：The Lodge at Broadmead

該評鑑每三年進行一次，評鑑之過程包括下列五個步驟：準備階段(get ready)、自評(do the self-assessment)、接受評鑑(plan and have survey)、使用評鑑結果(use the report)及進行改進(make ongoing improvements)；評鑑的方法為同儕評審，意即由評鑑委員會聘請資深的經營者為專家到受訪機構進行為時1-2天的資料審閱及實地訪查。長期照護機構之評鑑標準共有六大項目29小項，分別為：有關長期照護機構之品質管理方面，加國健康服務評鑑委員會(Canadian Council of Health Service)負責所有健康照顧相關機構之評鑑工作，評鑑委員需事前訓練，有給職執行評鑑工作，其範圍包括提供持續性照護之長期照護機構；至於是否要參與評鑑係由每一個長期照護機構自行決定且需付費，不是政府強制性的評鑑。

1. 領導與夥伴(leadership and partnership)：經營管理相關活動

- (1) Addressing needs of population served
- (2) Positive relationship with the community
- (3) Meeting the organization's mandate
- (4) Accountable to stakeholders
- (5) Being an ethical organization
- (6) Providing clear direction (strategic plan)
- (7) Managing Risk
- (8) Being a learning organization
- (9) Achieving positive Outcomes

2. 環境(environment)：對外在環境以及相關設備等

- (1) providing suitable environment
- (2) minimizing adverse effects (disaster, infection, emergencies)
- (3) respecting the environment (healthy environment)
- (4) learning which includes: improvement, benchmarking &
- (5) use of information
- (6) achieving positive outcomes

3. 人力資源
 - (1) Standards on accrediationaling,
 - (2) Standards on education
 - (3) Volunteers.
 - (4) Strategic plan with projections for recruitment & retention-
the right people for the right jobs.
4. 資訊管理(information management)：相關資訊之取得、管理與安全之維護
 - (1) Strategic information plan
 - (2) Supporting evidence based decision making.
 - (3) Ensuring security of information
 - (4) Include all information devices-electronic data, telephone,
record storage
5. 個案照顧(client care)
 - (1) Identify population
 - (2) Achieving wellness
 - (3) Being responsive
 - (4) Addressing clinical needs
 - (5) Empowering clients & setting goals
 - (6) Evidence Based Care & practices
 - (7) Achieving and measuring outcomes

理論上，機構評鑑是品質管理的一環，但是現階段加國長期照護機構幾乎是滿床，而且其等待入住的人數也不少，評鑑是採榮譽制，對於評鑑結果表現不良機構在財務方面也不會有什麼影響，由於評鑑之需求在行政事物或準備上也需要有時間及人力來準備，部分機構並不一定每三年參加一次評鑑。評鑑委員認為目前評鑑仍需改進事項：1. 實地評鑑時間有限，委員僅能看到片斷及目前情形，評鑑結果受質疑。2. 住民服務項目牽涉到很多工作人員，有時很難釐清應該是誰的職責。

The Lodge at Broadmead 多層級照護機構參訪

時間：2002.2.21

地點：The Lodge at Broadmead

一、機構簡介：

本機構創建於1996年4月，共有225床，屬多層級之機構，共分為八區，每一區有30床，其中三間房間為二人房，餘為一人房，提供給加拿大榮民及社區民眾居住。機構整體設計家庭化，對住民來說，此地如同家庭般，他們大部分因為老化、失能而入住，因此需要某些程度的專業性護理照護。有些能持柺杖行走或獨立坐在輪椅上自行移動，有些則基於生理或心理上的失能，而無法獨立的移動。

此機構屬乃屬多層級照護（multi-level care），其中的層級包括以下種類：

1. 中間照護層級1（intermediate care 1）---居家照護者。
2. 中間照護層級2（intermediate care 2）---失智症早期者。
3. 中間照護層級3（intermediate care 3）---能移動及失智症晚期者。
4. 延展照護（extended care）---不能移動，可能是或非失智症者，即具有重大照護需要者。

二、機構特色：

1、個人化的照護：

能依據住民個別的需要，提供個人性的照護。整體設備具有居家似的環境下，機構有健康專業團隊及志工，提供最佳品質之照護。亦提供多樣化的職能(織布、畫圖、勞作等)，住民依據個別需求參與適合個人的各種活動。家屬與朋友來訪有小廚房可溫熱食物與聚餐，機構歡迎小孩與寵物來訪。

2、注重食物的品質：

用餐時間住民在家庭化的餐廳享受家庭式生活及美好情誼的時刻。食物的主菜是依據住民攝取狀況及加拿大食物指引來設計，且住民可享有預約餐桌或是個人化餐桌的服務。

3、特別之處

提供住民多層級照護選擇，從中間照護層級至延展照護，讓老年人或榮民們依其健康之改變需要，能留在原地接受照護而無須轉介至其他機構。

4、主街

如同此機構的市中心，此條室內街道包括牙科診療室、美容院、理髮院、咖啡屋、禮品店、銀行、多功能房間、酒店、創意藝術工作室、教堂、音樂娛樂室及接待室等。

5、私人房

住民有他們個人的生活單位，包括獨立的房間和衛浴設備，而雙人房則提供給夫妻或喜歡與別人分享的住民們。房間設計盡其所能地提供隱私與舒適，每個房間採光自然，窗外景觀佳。為了讓房間更個人化，鼓勵住民自己攜帶喜愛的圖畫、照片、家具或他們珍藏的其他用物。

6、庭院花園

設置於房間部中央，任何一層樓都可以看到花園，花園內設有扶手，提供住民一個安全及令人安心的室外環境。

7、符合時代的照護

機構依據每個人的生活型態，提供合適的支持與協助。而確保住民生活品質，尊重其自主性，故此地的照護哲理就是認為每位住民有權利獲得相關資訊、隱私及信任。為了達到這些理念，所有住民被鼓勵去（1）維持他們的獨立及自尊。（2）盡可能地保有家庭與社區的關係。（3）參與日常生活活動。（4）參與住民委員會之會議。

8、照護團隊

除了一群具有經驗及訓練良好的健康專業團隊外，尚有 250 位志工照顧，並有老人照護的專科醫師設計一套具關懷及靈敏度高的照護計劃，且此計畫定期地被檢視，以因應住民的需求而隨之改變。

9、鼓勵性的生活型態

日常活動內容是整合住民的照護活動，並經過照護團隊計劃與組織而形成。活動內容包括賓果、園藝、保齡球、電影、酒吧、社區外出旅遊活動、教會及靈性之相關活動等。就如同一個小社區般，此處的住民有其社區組織，稱為住民委員會，其主要的目的是確保在形成決策過程中，這些住民能藉此提出他們的意見。

三、經費來源：基金會及省政府衛生廳

肆. 老年醫學及相關之服務方案失智症照護

加拿大西門老年研究中心

時間：91.2.12

地點：西門菲沙大學

一、前言：

加拿大西門菲沙大學老年研究中心創立於 1982 年，本中心於 1983 年開始辦理學士後學位，1996 年辦理碩士學位，1999 年有選修課程教育，有關老年與老化是本中心主要研究與教育的重點，並提供相關資訊與諮詢服務給各社區與大學。本中心經費六年前是由聯邦政府提供；三年前由大西門菲沙大學與各企業捐助。

二、業務範圍：

(一)研究：本中心獲得國際間認同，提供研究的項目有：

1. 老化與環境營造：研究機構、住宅規畫設計、社區環境 與有效應用的技巧，例如：將寵物代到機構，另研究視障長者進住機構之特殊環境與設備。
2. 預防老人受害與剝削：針對預防老人財務、生理、心理、性侵害等相關議題研究，避免老人遭受家人或陌生的財務與虐待。
3. 健康促進與老化：檢測影響老人健康因素並協助老人促進其心理與身體健康，預防慢性病與失能，鼓勵老人參與社區活動，延長衰老時間，而設計活動，例如：研究女性比男性壽命延長的原因、女性壽命延長所造成的身心問題等。
4. 人口學改變與生活型態：對生命各期程改變的影響如：結婚、生產、退休、年金與收入等研究，如何促進身體、心理健康計畫、活躍老人，例如：觀察老人騎腳踏車之身體、心理反應，長者開車年齡的探討。
5. 成人教育：對支持團體、心理支持、延長壽命、志工等相關研究。

(二)資訊服務：本中心所收集與研究的資料，提供所有相關服務之機構、學生、研究者參考，設有老人圖書館、開放書籍、報告及新知等，並免費協助任何研究者。本中心每年發行四次定期刊物，並設有網站。

(三)辦理大型會議、研討會。

(四)參與社區活動：本中心與加拿大老年醫學科協會、加拿大老年醫學科護士協會共同合作，成立加拿大健康網站。

(五)教學方案：辦理老年醫學科選修課程，學士後、碩士、博士等課程。

三、未來持續性照護的趨勢

- (一)當以住家支持服務的費用超過住在機構的費用，才會鼓勵老人進住機構。
- (二)逐漸以家庭為基礎，其服務依據老人需求提供在家與二十四小時服務。
- (三)將保健、社會福利與居家服務等三者分開，依據民眾需求提供個別性服務，減少資源浪費。
- (四)提供家庭式照顧，將機構建築的費用花在民眾的照護需求上。
- (五)傳統由政府資助機構，轉為私人經營，讓大眾有權利選擇。
- (六)私人企業提供服務，需要幫助的老人可以居住在專門之老人區住宅或老人公寓。

四、策略與規劃：

(一) 目前各省提供下列三種型態之持續性照護：

1. 家庭支持(Home Support)：老人住在一般家庭，提供送餐、居家護理、家事服務、日間照護等。
2. 支持性生活之家(Support Living)：搬到專門住宅提供吃、住服務，例如老人公寓、Group Home 等。
3. 機構(Facility)：提供居家生活及專業照護服務，例如護理之家、安養院等)。

(二) 策略：原俾斯省有保健中心五十二個，去年十二月改為省市機構便於社區居民容易利用，但經費仍龐大；目前提供長期照護服務以高危險群為主，為縮減經費，減少老人入住機構，增加社區之輔助性服務，將取消老舊之安養機構，經費用來做輔助性的照護，例如 Support Living、Assisted Living 等，仍應進一步思考，到底多少機構、多少輔助項目、是否仍有其他方法，才能滿足民眾的需求。

五、長期照護機構的建築設計理念

- (一) 家庭化自然本質：傢俱擺設如家庭的感覺，方便日長生活起居，硬體設計考量住民社交方便性。
- (二) 設備易辨識：部份老人有思維的問題，設計要考慮老人辨識容易，例如：地板不要太亮會反光、水槽與臺面顏色有區別。
- (三) 多種活動空間：有不同活動區可同時進行不同活動。
- (四) 治療性廚房：非傳統性自己在廚房作菜，住民使用之廚房設計高度讓乘坐輪椅者亦可使用。

(五) 安全的外門區：顧及住民走出機構門外亦能獲得安全。

六、Dr Tong Loure 實驗室：(Dr Tong Loure Living Labolary)

本實驗室於 1997 年成立，為針對觀察人類行為及老人相關議題等研究設計之實驗室，其特色是實驗室內房間各種設備(如牆壁、門、廚房、浴室等)，可依實驗情況所需隨時做調整，觀察那種設計適合那類病人使用(坐輪椅、執拐杖或步行者)，實驗室內置有攝影機可以同步與電腦連線觀察肢體行為並做分析，被實驗者的行為持續被監測，實驗者可在電腦上或另一房間看到被實驗者行為的表現。本實驗室亦可做為人員訓練及示範使用。

維多利亞市老年科服務簡介

時間：91.2.15

地點：Victoria General Hospital Department of Geriatrics

維多利亞市立醫院(共有 600 床之綜合醫院)於 1992 年成立老年科,該部門信念為提供老人在社區與急性期之特殊照護,滿足老人個別需求,能接受最合宜治療,由於該部與社區結合,使老人能獲得連續性有品質之照護。

一、任務

(一) 教育：不定期參與社區家庭醫師聚會演講,定期辦理全島會議。通常指導家醫科醫師的項目為：老人認知能力、失禁、如何做評估、跌倒處理及骨質疏鬆症等問題。

(二) 諮詢服務：

1. 提供在社區中的家醫科醫師諮詢服務,協助家醫科醫師照顧在社區的老人。

2. 提供急性醫療系統醫師的諮詢服務,促進回到醫院的老人獲得最適當的治療處置,如：會診、提供老人行為或精神症狀之處理。

(三) 提供特殊老人醫學計畫以直接照護老人：至長照機構、緩和 照 護單位或暫留單位(TCU)看診。

二、老年科服務項目：

(一) 急性照護諮詢(Acute Consultation/Liasison Program)

(二) 急性後期復健單位(Post Acute Rehabilitation Unit)

有二十床病房,提供老人復健,發揮病人身體功能,協助生活獨立,回到社區或機構,病人是由該院各單位轉介進入,入住條件：1. 大於等於七十五歲 2.本院入住病人經老年科小組評估需要復健者 3. 身體功能有可能改善者 4.有意願回家 5.雖然以上四項都有,仍需由老年科醫師考慮其個別情況而決定。

急性後期復健單位工作小組成員有：醫師、護士、社會工作人員、物理治療師、職能治療師、營養師。單位內設有物理治療室、職能治療室、活動室等,依病人需求安排復健,協助獨立生活、出院。

(三) 社區老人醫學評估與治療單位(Community Geriatric Assessment And Treatment Unit)

病房共有十六床,病人是由社區中家醫科醫師或護士到家中評估後轉介進入,入住條件： 1.大於等於七十五歲 2.身體或精神狀況衰弱住在社區或機構者 3.需入院接受老人醫學科小組評估與復健

4.身體功能有可能改善者 5.有意願回家或至機構雖然以上五項都有，仍需由老年科醫師考慮其個別情況而決定。本單位小組成員及服務內容與急性後期復健單位同。

(四) 門診(Outpatient Department Care Program)

由二位醫師負責，對於進住(二)或(三)單位二至三週後身體功能未改善者，依情況轉至長期照護機構，出院在社區者，門診可持續追蹤。

三、老年科醫師評估老人的重點：

(二) 疾病的負擔(Burden of Medical Illness)：各種疾病對老人身體的影響。一般醫師只會針對第一個重點各種疾病造成的影響，而其他四項則不會關心。

(三) 獨立生活的功能(Pre-morbid Function)：病發前後的 ADL 及 IADL。

(四) 認知能力(Cognition)：給予心理測驗及認知能力測驗。

(五) 心理及社會的支持(Psychosocial Support)：家屬是否對其心理及社會的支持，決定出院後採居家照護或進住機構。

(六) 動機(Motivation)：動機強弱影響學習態度。

四、未來展望

(一) 成立老人醫學中心(Geriatric Primary Care Center)

因本地區七十五歲以上老人約有二千人沒有家庭醫師照顧，成立中心可以直接照顧這些人。

(二) 成立更多的復健病房

伍. 考察心得

考察心得：

- 一、卑斯省有關持續性照護的法案有「醫院法 (Hospital Act)」、「社區照護機構法 (Community Care Facility Act)」與「持續性照護法 (Continuing Care Act)」，且會因應時代的演進而修訂，以適合社會、經濟與政治的需要。
- 二、已將「長期照護」(Long Term Care) 服務改稱為持續性照護 (Continuing Care)，持續性照護包含除急性照護 (Acute Care) 以外之 Home Based Service 與 Residential Based Service。
- 三、所設計各項服務均以「支持個案保有其獨立性且盡可能住在自己家中」、「預防不當的進入照護機構」、「提供家庭照護者更多的支持性服務」之理念，提供人性的照護、防止醫療資源之浪費。
- 四、卑斯省的持續性照護有完整的資源整合、相同的評估標準、一致化的照護層級和單一的行政管理等，提供老人多元化的、可行且有尊嚴的照護，以維護老人的權益。
- 五、照護需求評估是根據全省統一通用的評估表，依老人每日所需之護理照護時數分五個等級：

個人照護級 (personal care)	需護理時數 0 小時
中度照護 1 級 (intermediate care 1)	需護理時數 0.5 小時
中度照護 2 級 (intermediate care 2)	需護理時數 1 小時
中度照護 3 級 (intermediate care 3)	需護理時數 2 小時
延伸性照護級 (extended care)	需護理時數 2 小時以上

中度照護 2 級以上代表需機構照護 (Residential Based Service)，個人照護級與中度照護 1 級者則提供居家式照護 (Home Based Service)。但未來中度照護 2 級將改由居家式照護 (Home Based Service) 服務。
- 六、機構為「多層級」照護機構 (multi-level facility)，因老人的身心變化大，中度照護 2、3 級及延伸性照護級者均可住在同一機構中的不同區域，不會因情況改變而需搬遷至別的機構。
- 七、Supportive Housing 與 Assisting Living 同屬於協助式老人生活住宅，給予較少的協助；使有能力可以留在社區生活的老人能有所選擇。
- 八、本市之長期照護機構多數以醫院為背景；不同於卑斯省、多層級照護為機構式經營模式且由政府福利法支持。
- 九、個案管理制度在政府公權力的支持（如法案、付費制度等）下，個案管理師擁有為個案進行資源分配的最大權力。

- 十、因急性醫療、社區式照護與機構式照護已有很好的連結，所以家庭醫師及個案管理師都扮演極重要的角色，當個案有服務需求時，能適時接受服務，得到最妥當安排。專業團隊（含物理、職能治療師、社工、營養師、志工...等）積極介入持續性照護，值得學習。
- 十一、非營利組織協助政府提供各類的服務，如送餐服務、日間照護、機構式服務等等，政府予以部分的補助。
- 十二、加國有感於醫療費用日漸提昇，自 1988 年發起提撥醫療費用的 0.5-1%；鼓勵醫院提出各式各樣的方案（使醫院與社區結合之社區服務），方案經審查通過即給予經費。甚主要目的是讓病患及早離開急性醫院，由設計的方案提供居家式照護，如 Post Acute Care、Hospital in Home、Geriatric Psychiatry Outreach Program、Geriatric CERE Program、Palliative Care Model in a LTC Facility、Elder Friendly Hospital 等等。
- 十三、因老人對醫療與護理的需求，自 1970 年始將老人的持續性照護全歸併衛生部管轄。1978 年訂定「持續照護法 (Continuing Care Act)」，開始有制度的推動持續性照護方案 (Continuing Care in British Columbia)，將居家照護與機構養護系統整合；採用個案管理系統進行服務需求之評估、審核與資源分配；有效進行【單一窗口的管理】。
- 十四、維多利亞市立醫院設有老年醫療諮詢團隊，其主要成員包括老年醫學專科醫師、老年精神科醫師、物理治療師、職能治療師、專科護理師、牙醫師、社工...等，給予老年病人完整而快速的評估、設計治療計畫、配合復健等方式，並且結合醫院及社區的，有效資源，幫助老人回復日常生活功能、控制病情，重新回到家庭或社區生活，或轉到照護機構。
- 十五、卑斯大學醫院內設有失智症門診於 1993 年成立，診所內的醫療團隊包括老年醫學專科醫師、精神科醫師、神經心理治療師、遺傳學專家、語言治療師、社會工作者等，此門診主要為評估及診斷由醫師轉介而來的病人，提供病人及家屬諮詢服務，此外並研究失智症發生的原因、過程、特性及可能的治療方法，對罹患失智症者及家屬提供最好的協助。

- 十、因急性醫療、社區式照護與機構式照護已有很好的連結，所以家庭醫師及個案管理師都扮演極重要的角色，當個案有服務需求時，能適時接受服務，得到最妥當安排。專業團隊（含物理、職能治療師、社工、營養師、志工...等）積極介入持續性照護，值得學習。
- 十一、非營利組織協助政府提供各類的服務，如送餐服務、日間照護、機構式服務等等，政府予以部分的補助。
- 十二、加國有感於醫療費用日漸提昇，自 1988 年發起提撥醫療費用的 0.5-1%；鼓勵醫院提出各式各樣的方案（使醫院與社區結合之社區服務），方案經審查通過即給予經費。其主要目的是讓病患及早離開急性醫院，由設計的方案提供居家式照護，如 Post Acute Care、Hospital in Home、Geriatric Psychiatry Outreach Program、Geriatric CERE Program、Palliative Care Model in a LTC Facility、Elder Friendly Hospital 等等。
- 十三、因老人對醫療與護理的需求，自 1970 年始將老人的持續性照護全歸併衛生部管轄。1978 年訂定「持續照護法 (Continuing Care Act)」，開始有制度的推動持續性照護方案 (Continuing Care in British Columbia)，將居家照護與機構養護系統整合；採用個案管理系統進行服務需求之評估、審核與資源分配；有效進行【單一窗口的管理】。
- 十四、維多利亞市立醫院設有老年醫療諮詢團隊，其主要成員包括老年醫學專科醫師、老年精神科醫師、物理治療師、職能治療師、專科護理師、牙醫師、社工...等，給予老年病人完整而快速的評估、設計治療計畫、配合復健等方式，並且結合醫院及社區的，有效資源，幫助老人回復日常生活功能、控制病情，重新回到家庭或社區生活，或轉到照護機構。
- 十五、卑斯大學醫院內設有失智症門診於 1993 年成立，診所內的醫療團隊包括老年醫學專科醫師、精神科醫師、神經心理治療師、遺傳學專家、語言治療師、社會工作者等，此門診主要為評估及診斷由醫師轉介而來的病人，提供病人及家屬諮詢服務，此外並研究失智症發生的原因、過程、特性及可能的治療方法，對罹患失智症者及家屬提供最好的協助。

建議：

- 一、 將『持續性之照護』歸併衛生體系，由衛生單位提供整體有系統的照護。目前本市之持續性照護分散於衛生與社政兩大行政體系中，為使兩局資源能互相整合，衛生局與社會局曾於民國 85 年合組「長期照護規劃推動小組」，定期召開長期照護研討會議，設置單一窗口服務，惟整合不易致陷入困境；盼將所有持續性照護歸併，整合服務系統，真正落實單一窗口（single entry）服務。
- 二、 建構資訊網絡，使未來個案管理與資源之掌握更具效率。有效掌握所有個案之情況與持續性照護資源之使用情形，並可應用於資源耗用統計之相關分析，減少文書工作及傳遞時間。
- 三、 鼓勵與獎勵非營利組織協助政府提供社區式之服務。政府之資源有限，民間力量無可限量；鼓勵與獎勵非營利組織（如紅十字會、慈濟...等等團體）協助政府提供社區式之服務。
- 四、 辦理持續性照護相關之教育訓練：辦理持續性照護教育，宣導持續性照護理念及持續性照護相關從業人員之在職訓練。
- 五、 鼓勵與獎勵醫院提供社區式之服務：結合醫院、社區之個案管理師（liaison & case manager）協助病患早日出院，縮短住院天數、提供社區式之服務，避免醫療資源之浪費。
- 六、 以多功能照護機構（multilevel facility）提供機構式服務。
- 七、 成立老年醫療服務團隊，成員包括老年醫學專科醫師、老年精神科醫師、牙醫師、物理治療師、職能治療師、專科護理師、營養師、社工等，給對社區老人提供跨專業團隊服務，為仍需要持續性照護的老人設計治療、復健...等計畫，讓留在社區的老人能維持日常生活功能，提昇生活品質。
- 八、 物理治療師、職能治療師加入跨專業團隊服務，讓失能者留在社區仍可得到專業人員的服務。
- 九、 提撥一部分醫療費用，讓醫療人員申請、並補助所設計社區式照護方案，讓病人早日離開醫院回到社區，以結省醫療經費。
- 十、 統一評估表，依老人每日所需訂定一致性的照護層級：

個人照護級（personal care）	需護理時數 0 小時
中度照護 1 級（intermediate care 1）	需護理時數 0.5 小時
中度照護 2 級（intermediate care 2）	需護理時數 1 小時
中度照護 3 級（intermediate care 3）	需護理時數 2 小時
延伸性照護級（extended care）	需護理時數 2 小時以上

- 十一、 強化台北市各區長期照護中心個案管理師的功能，並由台北市長期照護示範中心、設專責人員負責整合所有資源，輔導、指揮各區長期照護中心，並建立長期照護服務網路。
- 十二、 多設各種病人及家屬之支持團體，以協助病人及家屬調適生活。

Geriatric & Long Term Care Study Tour Schedule 長期照護參訪課程表

	Monday February 18	Tuesday February 19	Wednesday February 20	Thursday February 21	Friday February 22
AM 9:00 to 12:00	<p>Session 21 Location: EMP Boardroom</p> <p><i>Overview of Palliative Care</i> Presenter: David Cheperdak</p> <p><i>Palliative Care Model in a LTC Facility</i> Jerry Rothstein</p> <p><i>Tour of Victoria Hospital</i></p>	<p>Session 23 Location: Silver Threads 4 Centennial Sq.</p> <p><i>Meals on Wheels</i> Presenter: Donna Williams</p> <p><i>Meals on Wheels Dispatch Centre</i></p>	<p>Session 25 Location: Ministry of Health 1515 Blanshard St</p> <p><i>Legislation</i> Gerrit Clements</p>	<p>Session 27 Location: Room 206 W. Thomas Bldg. Camosun College</p> <p><i>Camosun College "Home Support Resident Care Program"</i> Presenter: Sharon Dixon</p> <p><i>Practical Nursing Access Program</i> Presenter: Sharon Dixon</p>	<p>Session 29 Location: Room 7022 Jack David Bldg 1810 Blanshard</p> <p><i>Round Table Discussions and Future Planning</i></p>
	Lunch	Lunch	Lunch	Lunch	Lunch
PM 1:30 to 4:30	<p>Session 22 Location:</p> <p><i>Individual Research Sessions</i></p>	<p>Session 24 Location: Room 7022 Jack Bldg 1810 Blanshard St.</p> <p><i>Elder Friendly Hospital</i> Presenter: Belinda Parke</p> <p><i>Hospital in the Home</i> Presenter: Gillian Hobbs</p>	<p>Session 26 Location: Broadmead Lodge 4579 Chatteron</p> <p><i>Overview of Residential Care /Tour of Broadmead Lodge</i> Presenter: Ms. Gloria Parker Director of Care</p> <p><i>Accreditation of LTC Facilities</i> Presenter: Ms. Gloria Parker CCHFA Surveyor</p>	<p>Session 28 Location: Room 206 W. Thomas Bldg. Camosun College</p> <p><i>LTC Information & Facility Monitoring Systems: Minimun Data Set</i> Presenter: Mr. Rob Tornack</p> <p><i>Overview of Vigil System</i></p>	<p>Session 30</p> <p><i>Individual Research Time</i></p>
6:00				<p>Location: to be determined</p> <p><i>Project Completion Reception & Presentation of Certificates</i></p>	

Note: Session 17 to Session 30 will be held in Victoria

Geriatric & Long Term Care Study Tour Schedule 長期照護參訪課程表

	Monday February 11	Tuesday February 12	Wednesday February 13	Thursday February 14	Friday February 15
AM 9:00 to 12:00	<p>Session 11 Room£ 32 JB Macdonald Bldg UBC Faculty of Dentistry</p> <p><i>Geriatric Dentistry</i> Presenter: Dr.MacEntee Dr.Chris Wyatt</p>	<p>Session 13 Location: Simon Fraser University at Harbour Centre</p> <p><i>Gerontology Research Centre</i> Presenter: Dr.Gloria Gutman</p> <p>Dr.Tong Louie <i>Living Lab</i></p>	<p>Session 15 Location: <i>Group will Travel to Victoria</i></p>	<p>Session 17 Location: EMP Boardroom 2334 Trent Street</p> <p><i>Planning Session'Defining Requirement,Roles & Responsibilities in the Development of Taipei City LTC &Geriatric Network</i></p> <p>Presenter: Steve Kenny Michale Hsieh</p>	<p>Session 19 Location: 7C Conf.Rm Victoria General Hospital</p> <p><i>Geriatric Services in the Vancouver Island Health Region</i> Presenter: Dr.Sam Williams</p> <p><i>Community Assessment & Treatment Post Acute Geriatric Assessment& Rehab</i></p>
	Lunch	Lunch	Lunch	Lunch	Lunch
PM 1:30 to 4:30	<p>Session 12 Location: 2211 Wesbrook Mall UBC</p> <p><i>Alzheimer Clinic</i> Presenter: Dr. Lynn Beattie</p> <p><i>Walking Tour of UBC Compus</i></p>	<p>Session 14 Location: 20601 W. Cordova</p> <p><i>Alzheimer Society</i> Presenter: Dawn Lybarger</p> <p><i>Site Visit- Three Links CARE Centre</i> Presenter: Director of Care</p>	<p>Session 16 Location: <i>Individual Research Session</i></p>	<p>Session 18 Location: EMP Boardroom 2334 Trent Street</p> <p><i>Overview of Vancouver Island Health Regional</i> Presenter: Barbara Poole</p>	<p>Session 20 Location: Memorial Pavulion</p> <p><i>Overview of Geriatric Care Program</i> Presenter: Dr. Ted Rosenberg</p> <p><i>Outpatient Consultation Clinic</i></p> <p><i>Geriatric Day Hospital</i></p> <p><i>Geriatric Psychiatry</i> Presenter: Dr. Sylvie Argouarch</p>

Note: Session 17 to Session 30 will be held in Victoria

Geriatric & Long Term Care Study Tour Schedule 長期照護參訪課程表

	Monday February 4	Tuesday February 5	Wednesday February 6	Thursday February 7	Friday February 8
AM 9:00 to 12:00	<p>Session 1 Location: Executive Brdrm BC Trade Office</p> <p><i>Welcome & Review of Schedule</i></p> <p><i>Overview of BC Healthcare System</i></p> <p><i>Orientation British Columbia Vancouver and Victoria</i></p> <p>Presenter: Lois Burton</p>	<p>Session 3 Location: Fraser Health Authority</p> <p><i>Welcome Overview Continuing Care</i> Presenter: Dianne Garrett</p> <p><i>Home Health CARE/Case Mgmt</i> Presenter: Catherine Barnardo</p> <p><i>Community Programs</i> Presenter: Carol Wheeler</p>	<p>Session 5 Location: Vancouver Health 715 West 12th Ave</p> <p><i>Geriatric Psychiatry Outreach Program</i> Presenter: Dr.Dan MacDonald</p> <p><i>Division of GeriatricMedicine</i> Presenter: Dr.Roger Wong</p>	<p>Session 7 Location: Fraser Health Authority</p> <p><i>Multi-level care/ Residential care</i> Presenter: Dianne Garrett</p> <p><i>Post Acute</i> Presenter: Sue Grant</p> <p><i>Palliative Care in The Community</i> Presenter: Dr. Doris DeGroot</p>	<p>Session 9 Location: Normanna Residential Care Facility</p> <p><i>Tour Normanna</i> Presenter: Carol Smith</p> <p><i>Wrap up Panel for questions</i> Presenter: Dianne Garrett Catherine Barnardo</p> <p>Sherry</p>
	Lunch	Lunch	Lunch	Lunch	Lunch
PM 1:30 to 4:30	<p>Session 2 Location:</p> <p><i>Individual Research Sessions</i></p>	<p>Session 4 Location: Second Spring 520 Mc Donald St</p> <p><i>SiteVisit-Second Spring ADP</i> Presenter: Linda Aiken</p> <p><i>Quality Improvement/ Accreditation & Eden Alternative</i> Presenter: Carol Smith</p>	<p>Session 6 Location: Vancouver General Hospital 855 West 12th Ave</p> <p><i>Site Visits Acute Care Facility Vancouver General Hospital</i> Presenter: Terry MacKay</p>	<p>Session 8 Location: Fraser Health Authority</p> <p><i>Tour of William Rudd</i> Presenter: Tami Goodwin</p> <p><i>Life Line</i> Presenter: Karen Caithness</p> <p><i>Assisted Living/ Supportive Living</i> Presenter: Liisa Szczotko</p>	<p>Session 10 Location:</p> <p><i>Individual Research Sessions</i></p>

Note: Session1-Session16 will be held in Vancouver.