

出國報告（出國類別：進修）

日本老年、失智症照護與設施、 高齡照護醫院與社區的連結模式

服務機關：國立成功大學附設醫院

姓名 職稱：廖悅如 護理長

派赴國家：日本

出國期間：104.9.27~104.12.19

報告日期：105.3.30

摘要

配合成大醫院創新加值服務發展高齡照護計畫政策，102 年完成創新設計友善長者的特色病房，現行已加入多元考量老人心理及老人復健等想法概念之硬體設計，並積極推動跨領域的高年團隊照護，計畫觀摩日本高齡照護病房之設施及管理模式學習特色以提升高齡友善環境之優勢，提升照護品質。計畫：

- 1.觀摩國外老年照護病房之設施。
- 2.觀摩國外高齡照護管理模式。
- 3.觀摩比較國內與國外之差異，學習特色。
- 4.了解國外高齡照護醫院與社區的連結模式。

目次

壹、 目的.....	1
貳、 過程.....	3
參、 內容說明.....	3
一、 日本醫療照護政策.....	3
(一) 高齡醫療政策方向與照護模式	4
(二) 日本的認知症政策方向.....	5
二、 高齡照護醫院與社區的連結模式.....	7
(一) 日本國立長壽醫療研究中心 National Center for Geriatrics and Gerontology (NCGG).....	8
(二) 熊本大學醫學院附設醫院.....	10
(三) 大阪縣淺香山醫院.....	13
三、 日本的老年照護醫療環境.....	13
肆、 心得.....	23
伍、 建議事項.....	24

壹、目的

根據聯合國世界衛生組織定義，65 歲以上老年人口占總人口比例達到 7%時稱為「高齡化社會」，達到 14%是「高齡社會」，若達 20%則稱為「超高齡社會」。內政部統計臺灣地區 2011 年老年人口已達 10.8%，嘉義、雲林和澎湖，老年人口超過 14%，已達「高齡縣」的標準。此外，全臺有 23 個鄉鎮區老年人口超過 20%，算是「超高齡社區」；其中，新北市平溪區是全國老年人口最多的鄉鎮，達到 25.8%。經建會推估，臺灣將在 2017 年達到 14%，成為「高齡社會」，老化速度年數約為 24 年，遠比歐美國家快得多。

依照內政部統計資料截至 102 年底資料，我國老化指數約為 65 歲以上者 269 萬 4,406 人占 11.53%，65 歲以上老年人口對 0-14 歲人口之老化指數為 80.51%，仍呈逐年增加趨勢。雖較全世界之 30.77%及開發中國家之 20.69%為高，但遠較已開發國家之 106.25%低；相較主要國家，遠較日本 192.31%、德國 161.54%、加拿大 93.75%、法國 89.47%、英國 88.89%為低，但比澳洲及美國 73.68%、新加坡 62.50%、中國大陸 56.25%為高。(資料來源:內政部統計 2014-01-18)

根據經建會「2010 年至 2060 年臺灣人口推計」報告，我國將在 2025 年左右即達到日本目前的老化指數。我國從「高齡化社會」進入「高齡社會」的速度比其他國家快，法國需時 115 年、瑞典 85 年、美國 73 年、英國 47 年、德國 40 年，預估我國將與日本相似，只歷時 25 年左右，就達「高齡社會」，推估到 2056 年就會增加至 37.5%，可能使得臺灣迅速成為全球最老的國家。

在全球老化趨勢下，失智症也隨著各國老化速度的加快而有增加趨勢；全球每個家庭和社會都可能被迫面對此一大衝擊。根據世界衛生組織(WHO)與國際失智症協會 2012 年 4 月 11 日發表的失智症報告指出：失智並非正常老化的一部份。2010 年估計全球有 3560 萬的失智症患者，以每年增加 770 萬人的速度成長，也就是每 4 秒鐘就有一名新罹病者。這個數字幾乎是每年新診斷愛滋病毒感染(HIV/AIDS)個案數(260 萬)的 3 倍。

國際失智症協會(2011)研究顯示，在富裕國家中只有五分之一到二分之一的失智患者，在基層醫療中被診斷出來，這樣的「治療落差」在中低度開發的國家會更大。失智人口增加目前已有 58%的失智症患者是住在中低收入國家，預計在 2050 年會增加到 71%。根據 2010 年全球失智症報告，失智症在全世界造成的社會成本超過世界 GDP 的 1% (6040 億美,2010)。根據 2010 年全球

失智症報告，在高收入國家，每位失智者平均每年耗用\$32,865 美元的社會成本。如果失智症照顧當做一個國家，那它將是世界第 18 大經濟體，早期診斷早期治療介入的花費，來延後入住機構的而省下的費用，每位失智症患者在其病程中可省下約\$10,000 美元的費用，再加上改善失智者與照顧者的健康與生活品質，更使其成為符合成本效益的投資。國際失智症協會更強調要有效地診斷出失智症的患者，需要靠潛在的失智症患者和提供社會照護和醫療照護的提供者。提高民眾對失智症的警覺度，並鼓勵民眾尋求資源協助。(2011 全球失智症報告)

臺灣人失智速度超過全球平均！臺灣失智症協會與世界衛生組織發佈最新報告，依經建會人口推計資料及社區失智症盛行率推算，到了民國 135 年國內失智人口將突破 62 萬人，比起 2 年前的推估，提早了 10 年到來，倍增速度超過全球，若趨勢不變，半個世紀以後，臺灣每 100 人中就會有 4 人是失智者。國內的失智總人口數在去年底估算已超過 19 萬人，其中 65 歲以上失智老人超過 17 萬人，佔總人口數的 0.75%，值得注意的是，全世界各國平均每 20 年、失智的人口才增加一倍，但臺灣增加幅度卻高達 2.1 倍、2.2 倍，超越全球。(2011 臺灣失智症協會)

因應高齡化社會，政府以經濟安全、健康維護、生活照顧三大規劃面向為政策主軸。此外，為周全對老人的身心照顧，並就老人保護、心理及社會適應、教育及休閒亦分別推動相關措施。老人人口的照顧與居住安養需求，更需積極規劃長照政策推動長期照顧體系、建立社區照顧關懷據點讓老人能獲得在地且妥適的照顧服務，長照保險就要開始如何由急性醫療有效的銜接長期照護，達到優質在地老化的持續照護也是高齡照護的重要挑戰，日本是全世界平均壽命最長，高齡人口比率最高的“長壽國”。因此，針對人口老化所做的社會與經濟體制的再建構是 21 世紀日本最大的課題之一，而日本與臺灣文化及人口高齡化時間最接近，此計畫觀摩日本高齡照護環境、高齡暨失智照護管理模式及學習其與社區的連結模式，以期提升高齡照護品質、出院之持續性照護。

預期結果:

一、了解國外老年照護病房之設施。(二)了解國外高齡照護管理模式。(三)比較國內與國外之差異，學習特色之可行處性。(四)了解國外高齡照護與社區的連結模式，以提升高齡者出院照護

貳、過程

這次幸運的被遴選到國外為期三個月(2015年9月27日至12月19日)的醫療參訪，學習行程，分別是

一、享譽世界高齡學術研究的日本國立長壽醫療研究中心 National Center for Geriatrics and Gerontology (NCGG):參訪時間為四週(2015年9月28日至10月24日)。

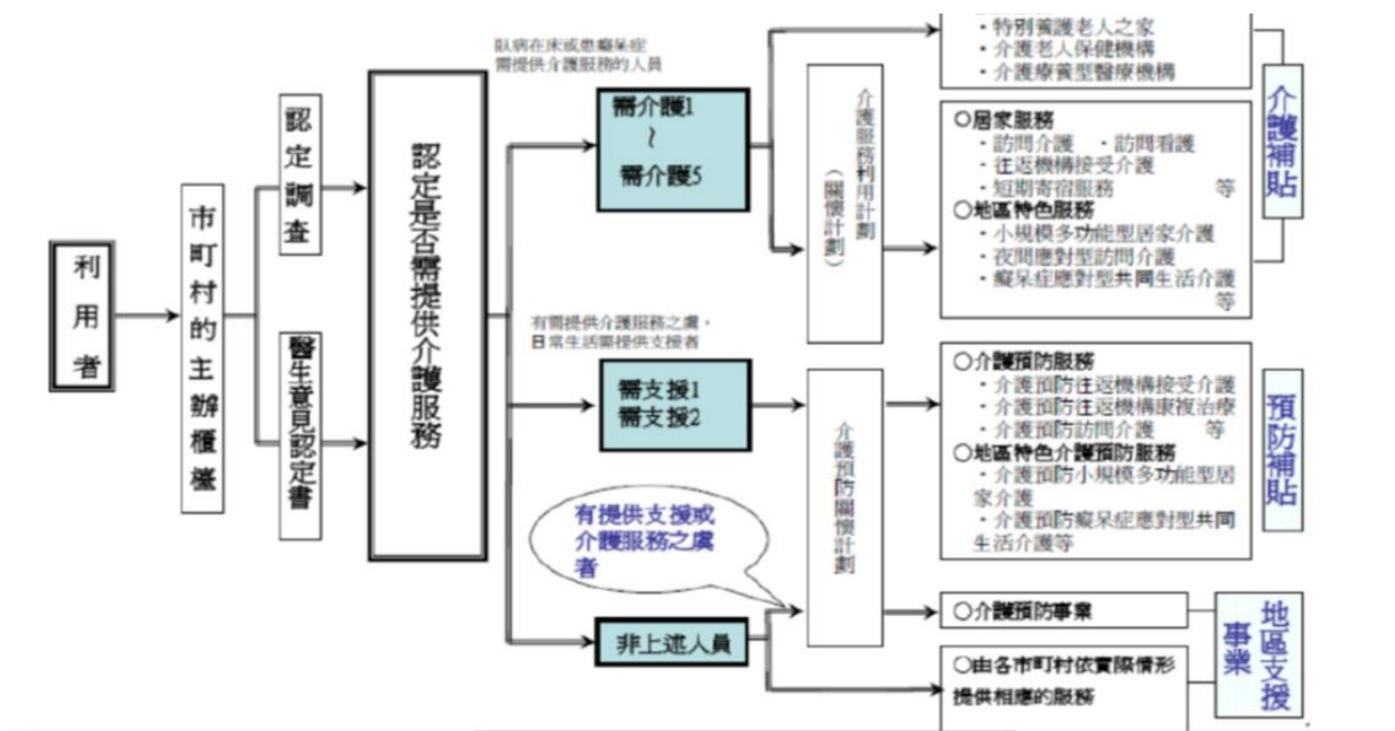
二、熊本縣熊本大學醫學院附設醫院 Kumamoto university hospital:參訪時間為六週(2015年10月26日至12月5日)。

三、大阪縣淺香山醫院 Asakayama hospital:參訪時間為二週(2015年12月7日至12月18日)。

參、內容說明

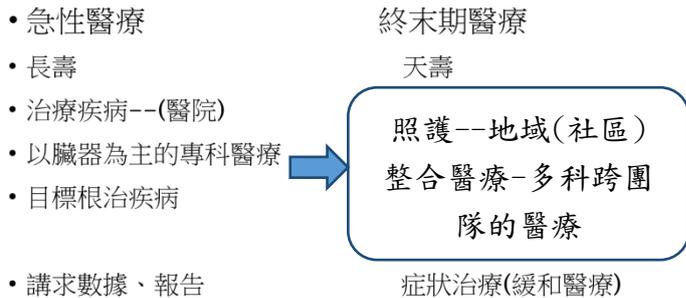
一、日本醫療照護政策

照護計畫依長者狀況以市町村為單位，經醫師及訪視調查員評估認定是否需要介護服務，由照護管理師規劃其出院照護計畫的設計，依賴程度分7級:分支援1-2級是提供一些生活支援，介護1-5依身體功能、自我照護能力、醫療的需求程度介入。日本的住院醫療後更強調復健的需求及生活的支持，相對持續照護系統相當重要。



(一)高齡醫療政策方向與照護模式

高齡社會-醫療面對的挑戰，一般的急性醫療是救命，主要的場所是醫院以臟器分科別、治癒為目標，需要的是檢驗、檢查的報告及數據，而高齡甚至超高齡社會醫療的目標是終末期醫療，醫療延伸至社區需要多科跨團隊的醫療，是以症狀控制提升生活品質為宗旨的五全照護銜接社區及居家醫療照護，近幾年日本更積極推動在宅醫療及人生最後一堂課的緩和醫療。



長照保險就要由急性醫療有效的銜接長期照護，達到優質在地老化的持續照護是高齡照護的重要挑戰，在日本的高齡醫療給付: 90%由長照保險負擔，10%為自付額，而照護計畫依長者狀況依賴程度分 7 級:分支援 1-2 級是提供一些生活支援，介護 1-5 依身體功能、自我照護能力、醫療的需求程度介入，醫療給付直接影響照護政策(表一)。日本的急性住院醫療給付強調亞急性及復健的需求，相對的轉診及持續照護系統相當重要。

住院給付制度

一般病房	
住院天數	給付點數
14天	340點
15-30天	150點
31天以上	50點
療養、特殊病房	
住院天數	給付點數
30天	800點
31-90天	600點
91-120天	400點
121天以上	200點

(表一)



(圖一)

高齡照護管理模式:五全(全人、全家、全隊、全程、全社區)由醫院到社區(圖一)，長者得到完整的醫療照護，因高齡者多重慢性疾病及功能退化問題，在急性住院除了疾病症狀的控制，復健使身體功能提升減少依賴是重點。因此急性問題解決後就轉到復健病房、復健醫院或慢性醫院及特殊病房(例:失智照護中心)···等等，出院準備計畫過程(圖一)的醫院地域連攜與照護管理師來連結

社區照護資源，讓照顧達到照顧持續性及完整性。醫病關係建立後依病人狀況及早介入預立醫療自主計畫(圖三)，以病人意願為最重要考量，更是醫療持續照護計畫的依據，讓長者得到適當的生活支持活的有尊嚴、有品質是高齡照護的主軸。



(圖二)



(圖三)

(二) 日本的認知症政策方向

由於高齡化的來臨認知症老年人人數上升，估計 2025 年認知症老年人數由 675 萬人至 2060 年達到 850 萬人，認知症比率攀升至老年人約 5 人中有 1 人罹病。隨著年齡預估罹患認知症的比率也提高，日本政府訂定失智症之政策方向大綱：

Summary of the “Five-Year Plan for Promotion of Measures Against Dementia (Orange Plan)” in Japan

Measure	Objective
Standardized dementia care pathway	Establish a dementia care pathway at each municipality Implement the pathway in the municipal Long-Term Care Insurance plan from 2015 to 2018
Early diagnosis and intervention	Increase the number of physicians who serve as a family doctor of persons with dementia from 35,000 to 50,000 Increase the number of dementia support doctors who provide support and advice to family doctors from 2500 to 4000 Establish 500 memory clinics (including Medical Centers for Dementia) Develop a model of Initial-Phase Intensive Support Team in community general support centers under the Long-Term Care Insurance program
Health-care services	Implement a Community Care Conference in all municipalities Establish a guideline for pharmaceutical therapy for dementia Develop a definition of “persons with dementia who require psychiatric inpatient care” Establish a critical pathway for discharge planning
Long-term care services	Enhance workforce of community-based services under the LTCI program
Family support, peer support	Increase the number of dementia coordinators to support persons with dementia in the community from 175 to 700 Increase the number of dementia supporters from 3,000,000 to 6,000,000 Establish a system to train and support citizen guardians for adults in all municipal governments Increase the number of dementia cafes and other community resources available for families
Younger onset dementia	Develop a handbook of younger dementia resources Assess care needs for younger onset dementia in state governments
Health and long-term care workforce	Develop a model of “Dementia Life Support (Dementia Care)” Increase the number of Dementia Care Practice Leaders (direct care workers under the LTCI) from 26,000 to 40,000 Increase the number of Dementia Care Advisers (directors of direct care workers under the LTCI) from 1600 to 2200 Provide training for 87,000 health-care workers in general (acute) hospitals

1. 標準化的照顧流程

早期診斷並給予認知訓練及活動介入：失智患者若能透過較為正確的評估，早期診斷及預防，不僅能透過藥物及日照活動減緩失智程度，讓長者及早接受社區照顧或選擇在宅照顧，落實在地老化，對於老年生活也有更多元的方式可以選擇，落實尊嚴的生活。

2. 早期發現早期給予生活支援，加強醫師正確診斷早期失智症及結合照顧管理師之評估與照顧計畫擬定，並連結診療所之服務。醫師能早期且正確的診斷，對於失智長者的照護有著相當大的幫助。

3. 建構社區醫療支援之連續性。

促進多職種間結合與合作：失智長輩的照護工作，需要不同專業的協調與合作，如何增進跨專業的合作與協調也是我們須努力的方向。

4. 建構社區之支援機構、家庭及醫療窗口。

建構社區整體照顧體制：由地方政府主導，依據社區不同的特性及自主性，建構社區互助的照顧體制，使重度的長者也能選擇在自己熟悉的社區生活到人生最後的階段，過有尊嚴的生活，所以如何將醫療及服務帶入社區，提供可近性的在宅醫療、居家服務、日間照顧或居住環境，是臺灣辦理長照保險應先努力建構的體制，以目前的社區關懷據點再開拓並善用，是建構社區整體照顧體制可深思的方向及重點。

5. 強化社區日常生活及家庭之支持。

為強化社區日常生活及家庭之支持廣為訓練失智症支援者(稱橘色計畫)：針對自治會、銀行、消防、警察、宅配業、公共交通機關等人員加強訓練失智症的正確知識與知能，使更多人能在社區中或職場上對有失智症的人或其家屬提供協助。

6. 強化早發性失智症之對應政策。

針對早發性失智症家族提供篩檢與家族支持團體減輕家屬的照顧負荷、都道府縣設立單一窗口提供相關資源諮詢、經驗交流的場所、申請居家服務、早發性失智症日照中心等協助。

7. 培訓醫療及介護支援中心之人員，以提高水準。

讓照顧不僅在地化而且致力透過政策推展及介護保險制度，促進醫療及介護服務充分的連結，提

供長輩專業服務與尊嚴的生活品質。

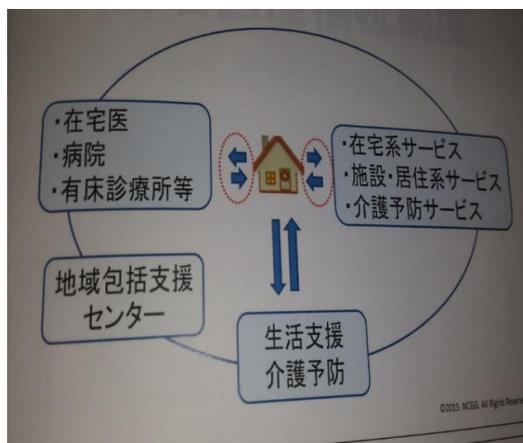
二、高齡照護醫院與社區的連結模式

醫院設有地域連攜部門(出院準備服務部門)連結-照護管理師-連結社區資源:在宅醫療、居家照護、機構設施、安養機構…。(圖三)

而高齡者的慢性疾病在疾病控制後，依失能狀況在社區持續接受照護，也可能需要反覆進出醫院，或設施機構之間，在這樣的照顧系統連接模式就涵蓋了完整的五全照護，在醫院中的醫療團隊能與社區照護做最好的銜接，其中值得學習的是醫療團隊之間的溝通管道，當與病人及家屬討論確定後續照護方向，醫院的地域醫療連攜室(出院準備部門)與病房人員直接到個案家中評估照顧環境，另社區照顧的計畫主要由個案照顧管理員到院評估，與醫院醫療人員溝通並視需要聯繫社區醫療的醫師、護理師、照服員、輔具中心..一起來開會，並邀請家屬參與，落實以病人為中心的理念以符合個別化且最適切的照護。(圖四)



(圖三)



(圖四)

這些出院計畫聯繫溝通的會議都由醫療費用給付，是推動政策很重要的設計，從日本政策，可看到日本政策建構在自助、互助、共助及公助的架構上，除了運用各種方式使個人能力提升外，亦希望社區能發揮功能。(表二)

出院計畫管理給付

服務項目	給付點數
出院前的家訪評估、指導	555點
介護支援連攜指導(2次)	300點
共同指導 負責在宅的醫師、護理師	300點
在宅醫療負責的醫師參加	300點 加算
住院中的醫師、在宅的醫師、藥師、牙科等3者以上	2000點 加算

(表二)

(一)日本國立長壽醫療研究中心 National Center for Geriatrics and Gerontology (NCGG)

首先感謝第一站 NCGG，副院長荒井教授(老年科醫師)及負責教學的遠藤教授(神內及老年專科醫師)的安排，學習很特別的多種跨科團隊小組的組織，整體的照護理念是提升長者身體功能、降低依賴程度、減輕照顧者負荷及醫療負擔。

NCGG 床數 321 床，致力於支持高齡者能達到最佳健康生活狀態的醫療照護為目標。他們將研究結果提供政府做健康政策的擬定，所以在組織、人力、設備、環境方面都是最完善的。這個醫院主要是老人是學習高齡照護的最佳場所，其住院目標是減少因疾病照成的失能，盡可能恢復其最佳的身體功能減少依賴程度，訓練高齡者出院可以自我照顧或提供輔具或支援能有好的生活品質。

醫院設有急性病房(疾病的治療及控制，住院二週)、亞急性復健病房(可住院一個月，加強復健及回家照護指導)及家庭治療支援病房是長期照護病房(屬於長照保險可住到三個月)。病人急性疾病問題處理穩定後轉復健可住 1-3 個月，家屬出院照護技巧有問題可轉家庭治療支援病房，或出院回家照顧有問題可連絡醫院的地域連攜(出院準備個管師)，評估後入住家庭治療支援病房，其屬於長照給付不算再入院一般平均住院日數為 21 天內，高齡者因骨質疏鬆及關節退化問題，骨科是重要科別一般開刀平均住 3 星期，重視及早復健，復健師會到病房帶病人去復健並留言給單位護理師，讓團隊知道病人去向。在日本對復健的重視可由各角落隨時可見復健師帶著病

人練走的身影得知。為了減少再入院除了復健，回家照顧環境相當重要，所以保險給付家庭環境評估，護理師與復健師需到病人家裡評估環境，給家屬、病人提供居家安全環境及設施的建議。

另外，高齡者常見的跌倒問題，該中心為了預防長者跌倒、受傷，只要是經評估為易跌倒的個案，病床下就會安裝一個感應器及擺放防護地墊；病人下床，護理師的手機及護士鈴會響，就可以即刻前往協助，如果病人已下床，軟硬適中的護墊則可以減少受傷的可能；另重要的警示病房內會貼不要穿拖鞋的警示告知不要穿拖鞋，醫院福利社也都有賣簡便包鞋。

吞嚥問題是高齡及失智病人照護的另一重點，在失智病房的病人每餐飯前會作健口操，已推 10 年了喔！每個病房都有食堂是吃飯的地方，護理長表示這環境設施是評鑑的加分項目，所以普遍醫院都有食堂，可以下床的病人護理師都會協助他們到這裡吃飯。食堂的天花板有插座設施方便病人的點滴 pump 可以插電。

特別的是有多種跨科團隊小組的組織，以提升長者身體功能為目標，每週到各需求單位討論個案、給予指導並接受諮詢，來支援所有病房的照護。其中有：失智支持團隊、安寧緩和照護團隊、壓瘡照護團隊、營養支持團隊……等等。團隊成員經歷完整且具權威性，有專科醫師、護理師，並依團隊特性編配有職能治療師、藥師、營養師……。其中，失智支持團隊有特定的認定看護師(認知症看護師)及專門看護師(老人專門看護師)，除了精神科醫師也有神經內科醫師，團隊中科與科之間相互合作，氣氛和諧。所以困難吞嚥問題有吞嚥個管師更有營養小組可以照會。高齡的緩和醫療有門診及安寧緩和醫療團隊，固定時間至各病房指導並追蹤有照會的個案，接受單位同仁問題的諮商，以協助病人得到好的照護。

醫院環境最讓我印象深刻的是「失智症中心」，有相當多非藥物治療的介入活動，例如：畫畫、唱歌，還有懷舊治療及園藝治療的花園……，另外每一病床都是靠窗、可看見陽光、能辨識日夜的；花季時，更是每位個案轉頭就可以觀賞到窗外櫻花美麗的綻放，真是讓人感動的精心設計。

還有，在高齡者的「認知功能」方面，常見的包括：記憶、語言、辨物、操作及計畫執行等功能。任一項功能發生問題或消失，就是輕度認知障礙(Mild Cognitive Impairment, MCI)；若進一步發展到兩種以上的認知功能損傷，且達足以影響正常生活、工作或社交活動的程度，就是臨床

上所稱的「失智症」(Dementia)。該中心積極防止認知功能惡化，針對 MCI 的個案就開始門診認知復健活動每週一次。而住院方面除了病人完整的評估外，也將家屬照顧負荷的評量列入常規，病人一入住病房即聯絡其區域的照護管理師(care manager)開始出院計畫的介入，並聯絡社區資源訪視護理師、照服員、輔具提供者……等，視需要護理師會至個案家中評估居家環境，希望長者能留在家中的環境照護及在地老化的理念。所以，近期更積極推動小規模、多機能的照護模式，就是個案可以自由選擇白天來日間照護，晚上回家的觀念；或家人有事時個案可在機構過夜(喘息服務)，而沒到機構的日子機構會派護理師、照服員訪視、送餐服務……等。

總而言之，NCGG 是以支持高齡者能自主生活、維持最佳健康狀態為目標的研究型醫院，協助克服各種老化所造成的障礙，除了急、慢性醫療照護，更提供積極復健，並設立「支援機器開發部門」研發機器人及支持高齡生活無障礙設施，連結社區長照安排持續性照護，若返家照護有問題家屬可連絡醫院的連攜個管師評估後入住該院"在宅支援病房"，其醫療保險歸於長照給付，該單位依家屬問題給予加強照護技巧的指導，盡快讓病人返家，這樣的照護系統設計相當完善，而每個研究結果都是國家高齡照護政策推動的範本。

照護模式:成組護理，有主護個案外也分組，在身體清潔、環境維護及照護活動基本上都有 2 人一組互相幫忙及確認，由於日本醫療家屬並不會留在醫院，所以人力配置都有照服員(care helper)，白班護病比是完美的 1:4 護理師 1 人照顧 3-4 位病人。每個病房一位護理長配置 2 位副護理長，人員分兩大組分別負責，失智病房則再加一位具有失智個管師資格的副護理長。但班別為 2 班制，夜班 4pm 上到隔天 9am,晚上可以輪流睡覺 2 小時，佔床率約 70-80%，病情嚴重會轉觀察室(因這沒有 ICU)，但這樣班別只在 NCGG 這國家級的研究中心，這裡的照護模式大都是先趨模式，研究結果會提供國家作為照顧政策的參考。

(二)熊本大學醫學院附設醫院

因日本失智政策明確，熊本大學醫學院附設醫院副院長池田教授(神經精神科)是失智症專家，致力於失智症研究及醫療照護的推動，受熊本縣政府肯定並大力支持推動所謂的熊本失智照

顧模式在整個熊本縣。

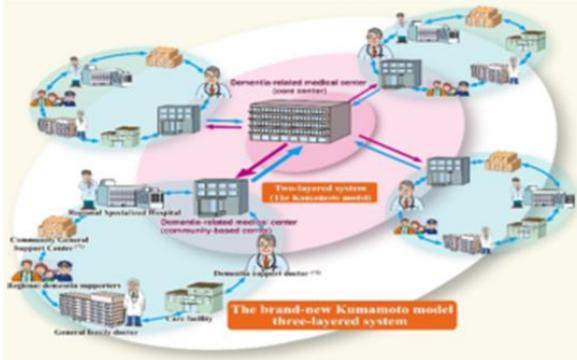
第二站是熊本熊本大學醫學部附屬病院(熊大醫院)總床數 845 床，它是當地的醫學中心，護病比是 1:6~7。該院的最大特色是著力於失智照護的推廣及普及，由門診至病房及後續照護更遍及偏遠地區的轉診及社區照護。熊本大學醫學院附設醫院的失智症支持團隊成員組織完整，有專科醫師(神經精神內科醫師)、護理師、認知症看護師、職能治療師、心理師、心理專家、社工師……團隊之間相互合作，氣氛和樂。且整團隊參與門診初診的個案及家屬的評估，個案至門診報到後，須先進行過去醫療史、身體檢查評估、步態平衡及認知功能檢查 mini-mental test (MMSE)、ADL、IADL、BPSD、照顧者負荷評估、運用社會資源評估等，再經醫師看診後安排神經學檢查如：MRI, SPECT, PETC-T，所有檢查評估的時間約需 60 分鐘，門診後再開團隊會議討論評估結果以確立診斷及診療計畫。

熊大醫院的失智照護政策模式，在政府全力支持下連接 10 家失智有關的醫療中心，每年舉辦 6 次大型研討會，分享治療及照護理念的新知和研究，並作案例分享及討論以全面提升熊本內的失智照護。

熊本失智照顧模式:分三個階層，由社區發現由社區醫師初步診療疑似失智症轉介至第二階的區域醫院專科醫師判定診斷，如困難診斷及治療個案則轉往醫學中心-熊本大學醫學院附設醫院診斷治療(第三階)，依轉診原因處理給予協助治療或確診，病情穩定後則回轉回該區醫療院所或社區，依病人需求給建議讓病人得到持續性治療及照顧。

熊本的失智照護模式

The brand-new Kumamoto model
Three-layered system with GP, care stuffs, & dementia supporters



為了普及醫療人員的知識及凝聚失智症治療共識提升照護品質，熊本大學醫學院附設醫院連結 10 家醫院做據點，定期開會並派遣醫師駐診，所以此團隊除了醫療照護、研究也是教育者，而在評估及照顧方向也都將家屬列為照護的重點，因此更關注照顧者負荷及支持，讓熊本失智照護模式有相當的成效。

熊本縣創立的失智症醫療模式「失智症疾患醫療中心」

抱持著「完善失智症早期發現 / 早期治療體制」、「加強醫療與看護之協合作業」、「提供充分的專科醫師諮詢服務」三大宗旨，熊本縣以「失智症疾患醫療中心」的形式在縣內設置了 10 處醫療機構。

熊本縣失智症疾患醫療中心配置了失智症的專科醫師與諮詢員，病徵供以下服務

- 介紹失智症的專門醫療機構
- 到醫療機構就診前的醫療諮詢
- 對誘發失智症的原發疾病進行特殊鑑別診斷，並根據診斷結果進行治療或早期處理

※患者本人、患者家屬、醫療機構、福利機構均可往熊本中心咨詢。諮詢服務免費，診療費收取與各醫療健康保險。

其中，有跨學科領域的參與者，包括醫師（專科護理師、家庭醫師及失智支援醫生）、護理師、社工師、職能治療師、物理治療師、語言治療師、心理師、照服員、家務助理、照護管理師、當地的護士和當地行政人員(社會局調查員)等；推動模式以社區為中心，社區的失智支持中心、診所、綜合醫院、精神病醫院、養老院、當地政府機關等資源全部投入此照護系統，可見日本對

高齡失智問題的重視。

此外，他們對於偏遠困難個案照護的推動，是以社區為中心舉行研討會。我恰好趕上他們(2015年)10月31日在熊本縣天草醫院舉行的「老年失智症研討會」，天草醫院距離熊本大學醫院車程約3小時，仍全隊12人驅車前往，會議目的是支持在社區困難照顧的失智症，以案例分享作經驗交流，提供更多的新知及資源，以提升偏遠的失智症醫療照護。藉此可看出日本在失智照護理念是讓長者能在地安老，這對於失智長者是非常有助益的。

(三)大阪縣淺香山醫院

再來，是第三站的大阪縣淺香山醫院，協助我的是大阪大學統合保健看護科學分野(護理系)的山川副教授是高齡照護的專家，它是這家醫院的特任部長，淺香山醫院是地區型醫院，以精神科為主的綜合醫院，有1,200個病床數，分有急症病房及慢性病房，護病比是1:10~20。

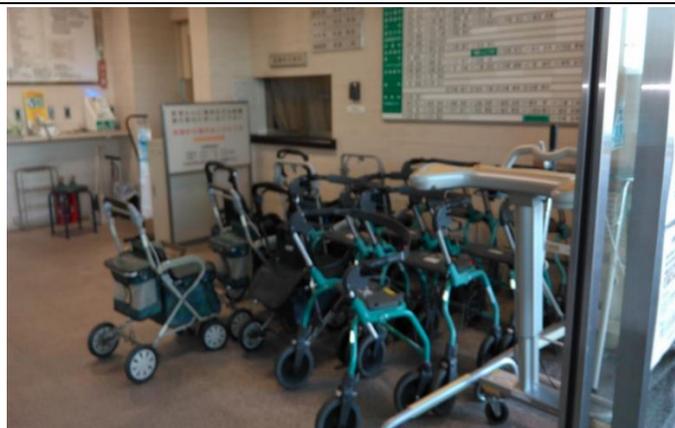
我參訪的是失智病房，收治各科轉來的失智個案，病人的腦退化症之行爲和心理症狀(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia，或稱BPSD)，BPSD問題也相對的嚴重且常見，人力相對較研究中心及醫學中心少，但團隊合作及角色分工使其團隊運作都相當成熟。失智個案管師有2位除了到門診介入失智指導並轉介社工、職治……，另也須接受病房的照會，指導單位人員照護技巧，提供整體的照護理念。

三、日本的老年照護醫療環境

在疾病的治療及控制後的復健是高齡者的醫療重點，為了提升身體功能及認知功能的訓練環境的支持很重要。

以下為日本參訪所見的醫療環境，及輔具設施等的分享。

醫院入口的輔具



醫院入口的輔具



醫院販賣部賣防跌的包鞋



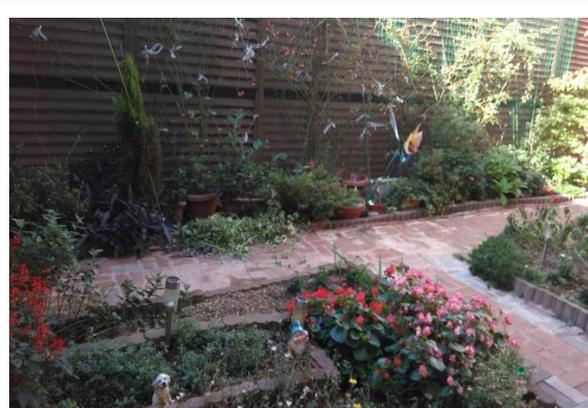
防跌的包鞋



失智中心—公告日期及當天活動的刊版



病房外有小花園



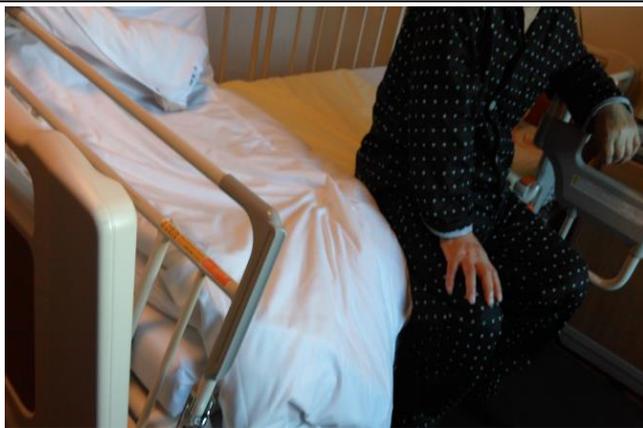
NCGG 失智中心的病房---病人下床的活動空間及吃飯的地方



病房內有一庫房放置許多文具、書籍、畫冊、CD、VCD、玩偶等道具



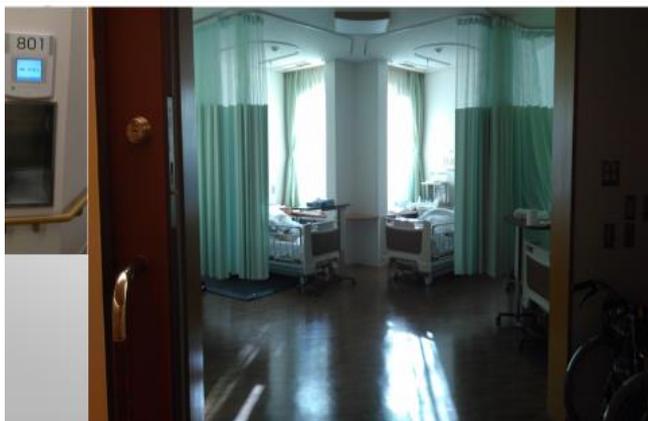
床欄方便坐起的扶手



床欄的扶手方便坐即起身



只要入院評估為跌倒高危者，為防病人自己下床受傷的地墊及感應器會將訊息傳送至護理站與護理師 P H S 手機，或直接讓病人睡在墊子上。



為讓病人容易找到自己房間，門外可以有不一樣的裝飾或吊飾



病人的美術治療—畫畫、撕紙藝術



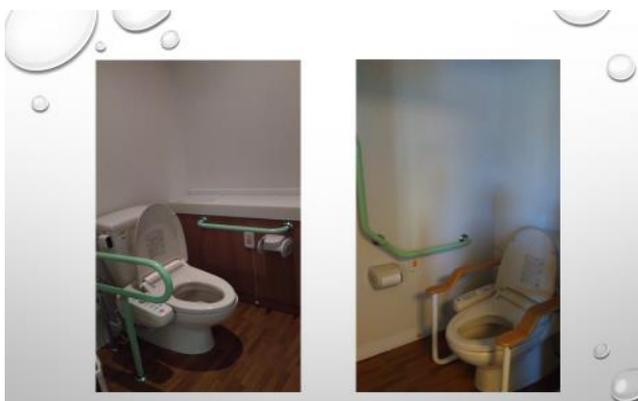
健保房仍有私人的冰箱、電視即可上鎖的抽屜



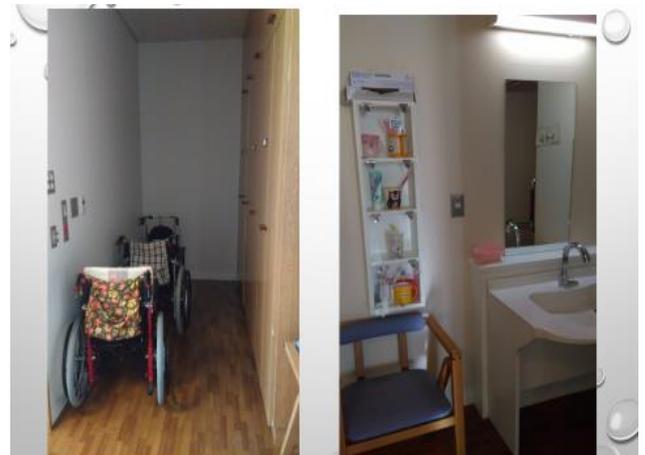
單人房有微波爐、冰箱、電視及電磁爐



廁所是治馬桶及扶手設施



入病房前有一空間是衣櫥及輪椅的空間，牆的另一面試洗手臺及放置病人口腔清潔的牙刷、牙膏，病人易取得且一目了然



盡量不約束病人，但真無法配合的病人防拔管，用約束帶是磁鐵扣子，病人不會去咬繩子



約束手套用瓷釦，手套有棉花防病人受傷



日本泡澡文化中是非常重要的，所以到處可見他們設施中都有澡盆

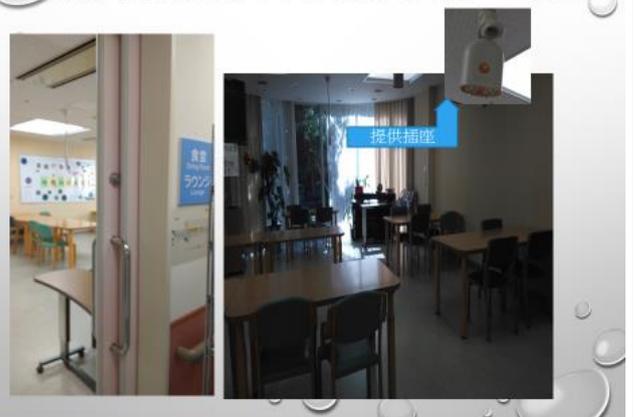


洗澡椅結合浴盆可以泡澡

病房都有食堂，有提供無糖綠茶



提供病人與病友或家人一起用餐的空間----食堂



高齡照護創新、輔具研發

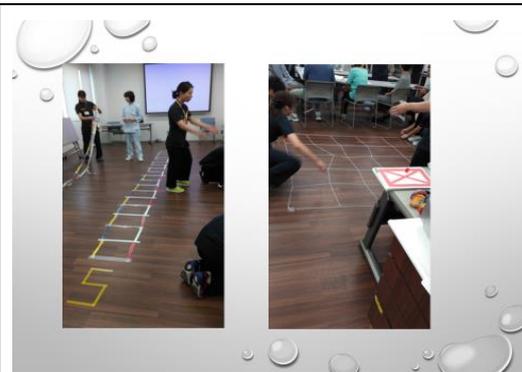
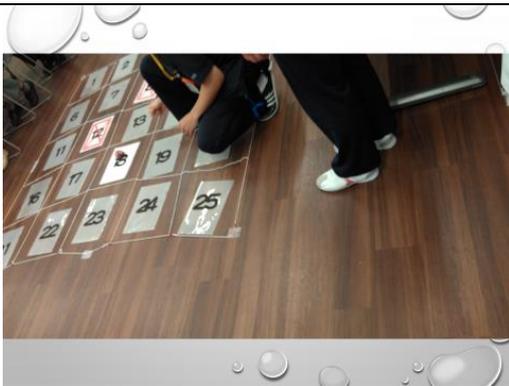


隔離病房的前室也有復健器材



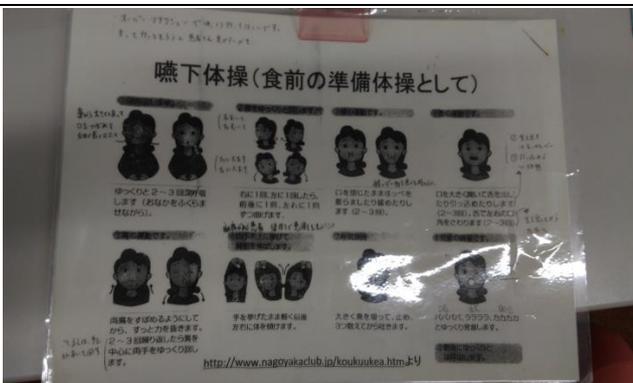
木板拼圖
(護理師的先生做給病房的復健工具)

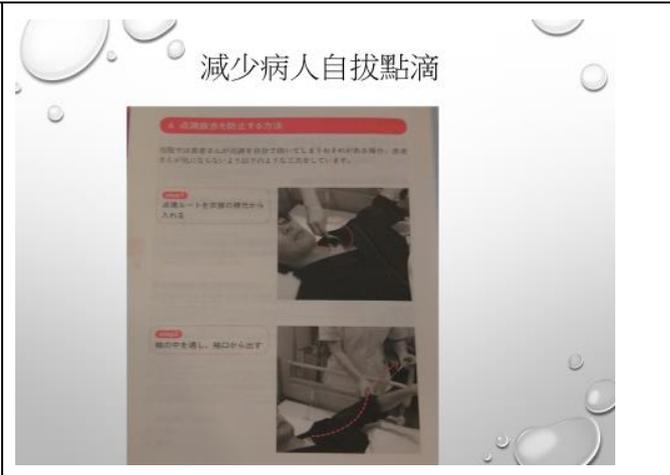
職能治療師安排認知訓練活動，除了肢體活動增加體能外，設計元素須讓個案有計算及判斷並運用團隊合作的技能



吞嚥體操

防撞到頭的帽子

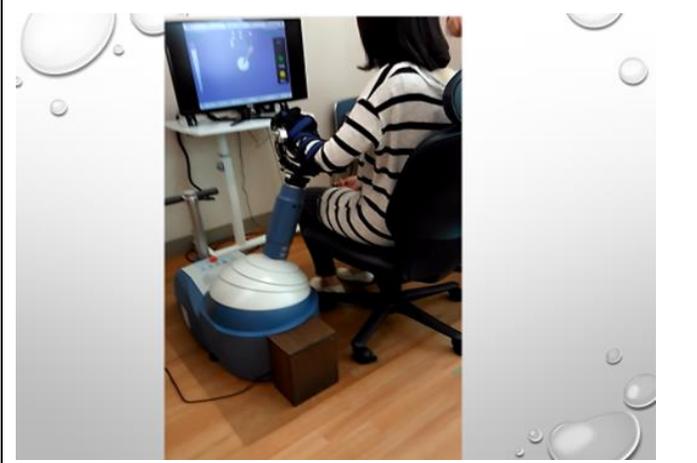




NCGG 的「支援機器開發部」

104 年度設立“支援機器開發部門”，致力於硬體設備的研發，期待創造一個“無障礙”(Barrier-Free)的適合高齡者的生活環境。另「老人照護研究部」，主要研發老人的復健及照護技術。

「支援機器開發部」開發高齡者的照護機器，特別重視老人回歸社會活動所面臨的種種問題。此部門並將支援“銀髮族”產業，開發新機能，安全性高的機器。



輪椅及輔具相當多樣



屋內用步行器約:13500元



離床告知器
15500元



復健師帶病人復健會在病房床旁桌留言，有良好的溝通

物理治療師陪高齡者在病房扶著小機器練走

團隊間良好的溝通方式

職能或物理治療師會親自到病室帶病人做復健，且會留下他的名字及連絡電話在病房的床旁桌



常見的四輪助行器

物理治療師訓練高齡者扶著四輪助行器練走



老人照顧機構

日間服務Day service

有才藝班



拐杖花色多



團體家屋
GROUP
HOME

公共活動空間
-客廳、餐廳



都是個人房，
自己的布置方
式，家具可以
自己帶來



安養中心大多也有日間照顧中心



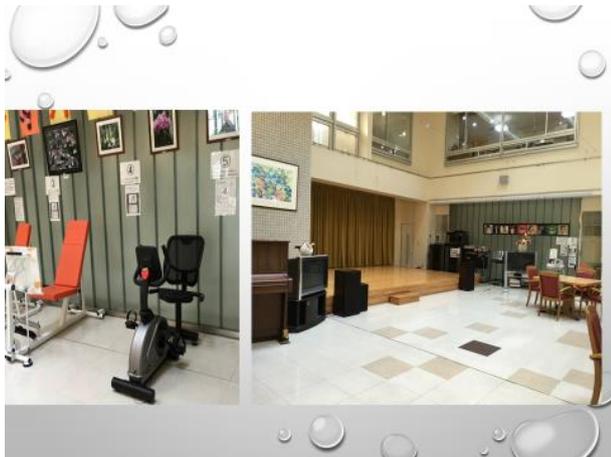
日間服務的泡澡區

• 長輩走道旁是工作人員的走
道可以協助下去泡澡

這一區可以淋浴按摩



有懷舊歌曲表演及運動器材



「小規模多機能」是日本在所推出介護保險(長照保險)後，所發展出，強調以被照護者為中心的一種社區型照護模式，結合社區的長照與醫療服務資源，提供多元化的社區服務，包括：居家服務、日間照顧、臨時住宿服務等，服務一定的人數，通常是在 25 人以下，以滿足社區被照護者 24 小時全方位照護需求。

小規模多機能照顧是依長輩的需求來設計，白天來日照或日間服務，晚上可以回家或選擇住宿

小規模多機能照顧



小規模多機能照顧



訪視一位獨居長者月曆標的是每天照服員到的時間



失智的獨居個案(因愛抽菸-瓦斯改電磁爐、裝設防火感應噴水設施)



肆、心得

三個月的日本參訪學習很快的結束了，這次參訪看到日本人對長輩照顧的用心及尊重，尤其是以病人為中心的理念，在照護過程中更可發現跨專業團隊的照護，遵循每個步驟及流程非常踏實的執行，不論是門診、急性病房、失智症病房、地域支援病房、出院準備服務的聯繫服務及居家介護，在病人住院中就能為病人及早規劃與聯繫相關醫療照護、長照資源等，協助病人與家屬能夠安心返家休養，像家的日照中心與團體家屋，讓長輩可以感覺像在自己習慣的社區中生活，對於日本在高齡照護上的重視，及全人、全家、全隊、全程、全社區的投入照護觀念等，根深蒂固的埋入內心。臺灣與日本的高齡照護理念是相當接近的，但日本其經歷及投入高齡議題的時間比我們早，且國家相對重視高齡醫療及照護政策，致使其在方法和技術上已累積相當多的研究及經驗，值得我們學習。

日本是臺灣的十倍大，下轉醫療院所或機構、社區照護或回家的準備，需透過多次的會議及家訪的方式連結社區資源及照護團隊，由照護管理師負責病人的出院照護計畫及聯繫，其社區的資源豐富及國家醫療給付政策支持是推動的基石，另一高齡問題照顧人力不足及住院日數長的醫療成本高，迫使日本近幾年將縮短住院日數列為指標，更積極推動在宅醫療，也轉變政策將開放外勞進入醫療照顧，反觀，臺灣已邁入高齡化社會，預估 2025 年就會進入高齡社會，雖有頂尖的醫療技術及世界稱羨的健保制度，但高齡照護的「長照政策」才要啟動，我認為及早應對並全面提升護理人員對高齡照護的認知、學習更多方面的專業能力和創新的技術，尤其如何普及對高齡者周全性評估篩檢問題，除了老年病症候群，在高齡失智問題須盡早提供認知訓練及資源，減輕家屬照顧負荷，連結長期護理機構和社區護理均屬刻不容緩。而臺灣優勢應是家人在醫院陪伴且開放外籍照服員，能及早指導家屬照顧技巧及回家的準備，惟，無形中出院照護問題也都落在醫院醫療團隊的工作，所以更須國家支持、正視並制定政策的執行，始能真正落實適合國人的高齡、友善醫療環境及照護模式。

本院經整建後已完整規劃高齡友善的照顧環境，已達相當水準是可提供療癒的環境，及臺灣是小而美的寶島，相信只要國家長照政策支持提供高齡復健給付，增加社區資源連結醫院系統，將能發揮更好的醫療效益。

伍、建議事項

- 一、 高齡照護在醫院急性醫療加強積極復健外，需考慮如何整合醫院的跨團隊力量，並將發揮對人的關懷與尊重，由個案管理師建議未來相關個案的照護討論與出院準備服務連結，可嘗試連結醫療照護延伸至社區照護，透過各種服務的聯結及社區資源來滿足長者多元選擇的需求。
- 二、 高齡失智問題須盡早診斷及早提供認知訓練及資源，減輕家屬照顧負荷，連結長期護理機構和社區護理均屬刻不容緩，且臺灣機構環境及照顧人力的培訓也是需要努力的方向。
- 三、 高齡照護需要醫療照護與生活照顧的合作，而臺灣優勢應是家人在醫院陪伴且開放外籍照服員，藉由個人的增能及親友、社區的互助來提供協助，不僅降低長照保險的負擔並達到社會保險共助的體制，使資源能集中並有效運用，能及早指導家屬照顧技巧及回家的準備，並再長照保險規劃醫院醫療團隊與社區照護體系的連結，所以更須國家支持、正視並制定政策的執行，始能真正落實適合國人的高齡、友善醫療環境及照護模式。
- 四、 從政府角色的介入透過社區照顧、在地老化的體制來照顧大多數失智的長者，結合社區保健體系及公立機構的合作，民間機構確實的落實與配合，才能朝向以社區為導向的長期照護體制的建置，讓長輩能夠居住於熟悉地終老。
- 五、 長照政策提供居家護理與醫療訪視的給付點數，並給付項目鼓勵地區醫院與基層醫療院所加入居家醫療合作，共同擔任地區性醫療與社區照護合作之重要推手，朝向以居家或社區為導向的高齡照護，推動在宅醫療，可整合現有之居家護理與安寧居家療護，提供連續性的高齡居家照護。