

出國報告（出國類別：短期進修）

日本鹿兒島
綠之園特養老人之家研修概況

服務機關：臺北榮民總醫院

姓名職稱：蔡瑞竊 進階護理師

派赴國家：日本 鹿兒島

出國期間：民國 106 年 11 月 14 到 106 年 12 月 15 日

報告日期：

摘要

在 2025 年全球高齡人口將遽增，我國 65 歲人口也會突破 20%，目前國內正在推動長照 2.0，為的就是服務廣大民眾，其中以老年人口佔多數，根據日本總務省 2017 年人口統計為 1 億 2558 萬人次，每年持續在下滑，且到了 2050 年，日本人口將下降到一億以下，剩餘半數人口還是超過 60 歲的老人，而日本是長照推動先驅，鹿兒島紘德會綠之園自 1988 年成立以來，就致力於推動在地老化，住民來自市町村或家屬自行申請，不乏由醫院直接進住的長輩，目前擁有的事業有特別養護老人之家、日間照護中心、居家照護支援中心、居家照顧服務、診所、門診復健、團體家屋等，背負著照顧當地長者到人生最後的使命，他們在乎的不是數量及規模，而是照護品質，所以在 2003、2010、2012 以及 2014 年分別取得品質管理、客訴管理、學習服務品質管理、環境管理 ISO 認證，這是日本唯一擁有四種認證的機構，但綠之園員工並不因此而自滿，仍持續在反省自己是否已提供最好的照護？所以到這樣一個不斷精進照護技巧的機構研修如何落實自立支援的概念以及現場照護，是個難得的經驗，除此之外，也藉此機會了解護理師在照護現場的角色和急性醫院與照護機構的合作體制。

關鍵字：自立支援。

目次

一、 目的	4
(一) 了解急性期醫院與照護機構的合作體制	
(二) 了解在照護現場的相關業務	
(三) 了解護理師在日本照護現場的角色	
二、 過程	
(一) 參訪行程	4
(二) 日本急性醫院與機構的合作體制	4
1. 介護保險介紹	
(1) 介護制度	
(2) 財源	
2. 介護申請	
(三) 照護計畫制定	5
(四) 介護福祉士	6
(五) 參訪機關	7
1. 德田腦神經外科病院	
2. 綠之園特別養護老人之家	
(六) 護理師在日本照護現場的角色	17
三、 心得	17
四、 建議事項（包括改進作法）	18
五、 附錄	20
研修結業證書	

本文

一、目的

- (一) 了解急性期醫院與照護機構的合作體制
- (二) 了解在照護現場的醫療相關業務
- (三) 了解護理師在日本照護現場的角色

二、過程

(一) 參訪行程

日期	時間	
11月14日	11:00	抵達鹿兒島機場，綠之園常務長及部長到機場迎接
	13:30	抵達鹿屋市綠之園特別養護老人之家
	14:00	環境介紹、宿舍安排
	18:00-19:30	以人為本的實現與支援（田中老師）
11月15日	09:00-12:00	社會福祉法人紘德會介紹，禮儀訓練（大久保老師）
	14:00-17:30	照顧專員職責及照護計畫介紹（村川老師）
11月16日	09:00-12:00	口腔保健及口腔機能訓練（浜田老師）
	14:00-17:00	排泄照護（富森老師），營養及餐食介紹（營養師）
11月17日	09:00-12:00	臥床及輪椅移位介紹（復健師）
	14:00-17:00	臥床及輪椅移位實作
12月6日	10:00-11:30	德田腦神經外科病院參訪
11月18日到 12月15日	08:00-17:30	照護現場實作 （日照中心、特養中心、居家訪視、團體家屋）

(二) 日本急性醫院與機構的合作體制

1. 介護保險介紹

(1) 介護制度（平成 12 年開始），分為生活福祉、老人醫療：

生活福祉：巡迴入浴車（從家中接熱水到車上）、送餐，到家訪問的護理師、復健師，醫師、牙醫師、藥劑師、短期住宿。

老人醫療：因需醫療而申請。

(2) 財源：

日本國民年滿 40 歲即開始終身繳交介護保險金，共有兩類被保險人，第一號被保險者（可優先申請）為年滿 65 歲國民、第二號被保險者為 40 歲以上未滿 65 歲國民。

40 到 65 歲依據收入高低繳交介護保險金，65 歲以上國民則是繳交一樣的介護保險金，但因市町村需負擔部分介護保險金，若當地以老人居多，則戶籍在該市町村的年輕人就要繳多一點的保險金。

以綠之園所在地鹿屋市輝北町市成鄉為例，該區 65 歲以上老人每個月的介護保險金是 4500 日圓（相當台幣 1215 元），即可使用介護保險服務。

2. 介護申請

有需求的民眾或家屬，不論是在醫院或住宅，皆向戶籍地市町村提出申請戒護判定，2006 年開始有社區整合制度，社區鄰里長也可協助提出申請，由調查員做第一次判定（將資料輸入電腦判定），通過後再由市町村照護專員做二次判定並區分支援或介護等級，從申請到第二次判定需在一個月內完成。收到介護保險判定等級後，由市町村轉介或民眾自行到機構申請服務，再由該機構照專協助制定照護計畫。判定等級若是要支援 1.2 級，則提供介護預防計畫（提升運動機能、營養改善、提升口腔機能、支援獨居老人、失智症者、憂鬱症者），若是需介護 1~5 級，則提供介護服務計畫。

可申請項目有：訪問（入浴車、排泄、食事），訪問看護（護理師），居家復健（復健師），居家療養管理（醫師、牙醫、藥劑師），日照（接送、入浴、食事、日常機能訓練），短期入住或短期療養，輔具租借，輔具購買（一年 10 萬日圓），住宅改修（一人限度 20 萬日圓）。

若申請介護，經審核通過後，民眾僅需再負擔介護服務一成費用，其餘九成將由國家支付（不含食事）。若民眾無收入來源，繳交不出一成的介護費用，則可向政府申請生活補助金協助給付介護費用，經審核通過，有需要介護的民眾將不需負擔任何費用。

住在 A 市的民眾，若想到 B 市的機構居住，須由 B 市的機構向 A 市的政府提出介護保險申請，且由 B 市的政府支付介護所需費用。

（三）照護計畫制定

1. 由照護專員(care manager)制定，照專需經過專門培育及國家考照。
2. 照護計畫需根據民眾的身心、家庭狀況以及居住環境整體做考量，服務的提供有數種不同組合，例如：日照、家訪、送餐、入浴、復健等等，因為部分計畫內容須由家屬配合執行，所以照專擬定好最後的照護計畫後會再與家屬做討論。
3. 評估表格（機構工作人員或照專皆可執行）：
 - (1) 基本評估（移動、排泄、入浴、口腔機能、食事、飲酒、抽煙、視力、聽力、可否傳達意思、可否理解指示內容、藥物管理、服藥內容、會不會暈車、目前回憶到的場所、以前的工作、興趣、喜歡的音樂、一天的活動、本人打算、家屬打算）
 - (2)FAST
 - (3)MMSE

- (4) 障礙高齡者日常生活自立度判定
 - (5) 認知症高齡者日常生活自立度判定
 - (6) 口腔機能評估表：介護等級、日常生活自立度、食物型態、假牙、口腔衛生狀態、假牙咬合情形、口腔濕潤狀態、吞嚥情形。
 - (7) 褥瘡評估及預防：日常生活自立度、褥瘡危險因子（意識、關節攣縮、骨頭突出、浮腫，合計 2.5 分以上則要褥瘡介護），介護計劃（減壓工具、移位、翻身、皮膚照護、營養狀態改善）。
 - (8) 跌倒評估表：認知障礙、行動障礙、有無跌倒過、感覺、運動機能、活動領域、藥劑、排泄，危險度：1,2,3 級（1 級：有可能跌倒、2 級：容易跌倒、3 級：站起來就會跌倒）。
 - (9) 日常生活評價表（有無偏癱、跌倒危險級數、就寢環境、床欄位置、床高度、是否使用便盆椅、是否需使用減壓床墊、輪椅是否需枕頭、椅子喜好顏色、桌子高低）。
 - (10) 整體簡易評估表（綜合以上評估表為一張，方便工作人快速了解長輩）
 - (11) 生活支援計劃表（此項由照專完成）：介護等級、訂定目標（為達成目標個人、家人、主要照顧者、鄰居、機構可以做些什麼）、具體作為（何時、誰做、怎麼做？），除了計劃以外，有無需要租借輔具或購買均需詳細紀錄在此，完成後再與其他涉及計劃人員開會討論，長輩或家人確認計劃無誤後須簽名及蓋章，照專每個月評估計畫執行成果及是否需修改，若是住在機構者則半年修改一次照護計畫。
4. 機構提供的介護服務是根據照護計畫向政府申請費用（9 成），且政府衛生機關每三年會不定期到機構審查，若無照實提供服務給民眾，將會追討補助金額。

（四）介護福祉士

台灣稱之為照服員，日本有專門的介護士學校，畢業後就職於醫院或機構，必須學習介護福祉學，必修科目除了照護幾本技巧以外，還有人的尊嚴、自立支援概念、認知症及殘障理解等等，需通過理論及技術考核來取得證書。因日本介護士人力不足，目前正研擬放寬簽證，希望可以吸引國外人才到日本當介護士，綠之園目前也可接受擁有日文檢定 N3 等級的外籍人士打工 28 週（因為非本國籍人民無法擔任正職介護士）。2017 年 9 月 1 日開始，日本簽證多了護理類（日語：介護），而且介護福祉士被日本政府認定為是高級人才，可快速拿到永住資格，但在此之前需經過四年的學習時間（2 年語言學校、2 年介護專門學校）。

(五) 參訪機關

1. 德田腦神經外科醫院（以急性中風及術後復健為主）

- (1) 共 106 床（一般及復健床位），床位使用率 90% 以上，平均住院天數：一般床（14.84 天），復健床（45.33 天），一年手術有 191。
- (2) 腦出血及腦梗塞個案各占一半，目前只有一例動脈取栓（此個案為外院做完靜脈溶栓後轉入該院行動脈取栓），今年靜脈溶栓 只有 10 件。日本政府規定動脈取栓須於發作後 8 小時內執行，靜脈溶栓須在發作後 5 小時內執行（入急診到溶栓需在一小時內），可是因為地處偏遠，以及向家屬解釋有困難，所以目前以外科手術取栓為主。
- (3) 物理治療師 18 位、職能治療師 11 位、語言治療師 7 位、助理 2 位，大學畢業基本工資：85.7 萬台幣/年（住房及交通另有津貼）
- (4) 中風發生入院後或手術後第二天即開始復健，兩週後召開復健會議做成效評估（醫生，護理師，復健師）。急性醫療結束後，入住復健床的個案，政府補助發作後一到三個月住院醫療（個人三成，政府七成）。
- (5) 復健部門有一套高度腦功能障礙的評估工具，藉由此來評估患者腦部障礙程度，提供復健方式，例如無法理解圖片意思及無法排列組合的個案，就知道是何種程度失語。
- (6) 為了減少醫療資源浪費及住院天數，個案入院兩天就要作癒後評估，包括：年齡、發病前的能力、從發病到復健的時間、腦損傷的大小、腦損傷部位，此種預測準確率大約 83%
個案一：75 歲，出血不大，可自立支援，大約復健三個月。
個案二：75 歲，出血大，預後不佳可能坐輪椅，會給予特別復健，盡可能提供自立支援。
個案三：75 歲，預測之後可以使用拐杖。
- (7) 該院也接受外院轉介的復健個案，復健中心除了一般常見的副件外，還有陶藝課，增加復健樂趣。
- (8) 復健時若需要貼布或服用藥物，例如銀杏等等，需自費，除非個案嚴重營養不良，醫療保險會給付營養補給費用。
- (9) 灌食器，管路和袋子分開，每天消毒，管路一週換一次，袋子髒了才換。
- (10) 該院人事成本占 6 成，因為是腦神經外科醫院，需要專門的神經科醫生，再加上日本人工較貴。



*模擬浴室(復健)



*復健室一角

2. 社會福祉法人紘德會（綠之園特別養護老人之家）

擁有 ISO 認證，是日本第一家申請認證的機構
機構服務有：

- (1) 特別養護老人之家
- (2) 日間照護中心
- (3) 居家照護支援中心
- (4) 小規模多機能（日照、介護型、醫療型）
- (5) 團體家屋
- (6) 診所
- (7) 門診復健中心
- (8) 藥局
- (9) 幼稚園

.政府規定入住機構需年滿 45 歲，年輕的身障者都是居家照護。

.床位數：130 床

.工作人員：180 位（理事長、常務長、部長、工作人員有行政人、專業技術人、看護師 11 位、營養師 2 位、調理士 10 位）。

.平均年齡：35 歲（18~70 歲）。

.台灣照服員年紀偏高，日本全國也是這樣的情況，不過綠之園盡量以年輕的員工為主。

.照護理念：在有限的人生中綻放屬於自己的人生花朵吧
以人為本的實現自立支援。

.照護標語：提供溫暖細心的服務，讓利用者心理健康，就算是不健康的利用者也會因此而開心。

. 照護三原則：

(1) 不臥床

一定要下床，早上就要下床，以家為主的概念，就算是有管路的長輩也是。

(2) 維持個人生活習慣（尊重個人）

泡澡，每週三次，機構裡有養貓、狗，常舉辦寫書法，插花等活動，平時提供飲品有咖啡、茶等，特殊節日會提供酒品，若有長輩提出要去打彈珠（啪青哥），或想吃拉麵等要求，也會盡力滿足，因為養寵物或插花等，是一般長輩在家中會做的事。

(3) 個人的主體性

尊重個人主體性，利用者若提出要求被拒絕過，將會不敢再提出，一般會在入住半年至一年才會提出要求，而且不會太離譜，大多是想回家一趟，想去拜拜，想去買東西，買新衣服新鞋子等，就算是身障者或認知症者也是，只要提出就盡力協助滿足。

而機構每年一次會到外面的溫泉，曾經有一次出去 67 位長輩，這時就需要 67 位照顧者，今年有一百多位利用者要一起去溫泉，所以也有一百多位照顧者一起出去，包含義工。

. 重點是盡力維持應該有的生活，因為長輩身體越來越差，生活品質就會隨之下降，所以盡可能滿足這些人的要求。

現場照護：

(1) 堅持零約束，維持尊嚴：

. 秉持著每個人都有獨特的個性，例如：不吃飯一定有原因，突然站起來也一定有原因，要去了解原因，而非將其約束在床椅，就算長輩會說聽不懂的話，也要去回應他，這就是信賴關係，約束就是一種虐待，有時約束會讓照服員更忙碌，例如跌倒或失禁，心理狀況不穩，肢體攣縮，嘔吐時易吸入性肺炎，尊嚴下降，意志消沈。

. 不要剝奪人的生存能力，讚賞是有益的，維持自尊，提升照護品質，認知症長輩想出去也不阻攔，可假裝在路上偶遇，關心及照顧引導他回來，或找其他事情轉移注意力，若真要外食外宿都可以，不過當然要取得家屬及照護團隊的支持。

. 若真約束在床椅，就需要使用尿布，但包尿布也不會減少照護時數，反而會降低尊嚴及增加感染率。

. 漠視長輩需求，給鎮靜藥還有約束在綠之園是絕對禁止的。

. 零約束是重要的決定，現場也要有創意，提供個別性的照護，組織成員共同創造認知症者可居住的環境。

. 不約束若跌倒該如何？綠之園照專在長輩入住前會跟家屬說清楚，得到理解及配合，若真發生跌倒，則由機構協助後續照顧。綠之園有 95% 的長輩有認知症，為預防長輩跌倒，日本政府有制式的跌倒評估表，可是機構也可以自己發展合適的跌倒評估表，目前綠之園有做跌倒分級，共三級，區分出完全不可跌倒或跌倒還可以的個案。分級不同，照護不同，且日本盡量不讓長輩坐輪椅，長輩坐輪椅就知道這個案會有高度跌倒危險，若他有任何動靜，例如要從椅子上站起來，就知道要注意防跌。



*可調高度的椅子，
可使乘坐的人雙腳穩定踩在地面



*床欄轉動可當扶手，床尾無床欄
(因為四邊都裝設床欄就是約束)
地上裝設離床感知機

(2)參與社區活動，保持良好互動：

- .綠之園會和社區做連結，時常辦活動，也有協助社區巡邏守望相助。
- .每三個月會有一次社區活動，職員有參加社團，會提供表演，每年一次夏天祭典，邀請居民參加，如此可讓不喜歡出門的長輩也可以出來走一走，促進身心健康。

(3)技術考核，鼓勵員工：

- .日本每年在鳥取縣辦理技術奧林匹克，綠之園都派機構內技術稽核前三名的員工參加。
- .日本銀髮研究大會，大久保先生（事務課）每年都會參加，此會有將近 4000 名施設人員參加。
- .在日本高職學歷要工作五年才會有大學的薪資，所以為了讓員工有加薪的機會，綠之園提供了技術考核制度，按照等級給予不同的薪水加給，所以並非年資較久或學歷較高薪水較高（利用技術考核薪水加給降低離職率）。
- .鼓勵考取國家證照（抽痰及鼻胃管灌食需要執照，國家一年有兩次的考核制度）。

(4)自立支援，生活自理：

- .維持個人尊嚴幸福追求權，自己的權利自己決定。
- .只要長輩是在合理且安全的環境下，都不應剝奪長輩生活自理的權利。
- .鼓勵及耐心等候長輩完成日常自理動作，例如進食及推輪椅等。

(5)重視禮儀：

- .以顧客滿意為目標，時時展現笑容。
- .漠視，是不好的態度，包含對家屬或長輩都是，會失去信任感，好的態度是家屬或長輩靠

近時，要放下手邊工作打招呼。

.服務的種類有許多：

精神的服務：表現貢獻的基本服務精神，考慮到本身的利益之前先重視對他人的貢獻。

態度的服務：接客待度、電話對應、表現、表情、服裝、注意儀容、關懷關心等等。

犧牲的服務：把特定的事物變成免費、附加贈品、折扣等等，利用本身的犧牲來達成服務。

業務的服務：為肉眼看不到的無形商品，這個是以自己本身的工作來做等價報酬的服務。

.要做到讓人歡喜的服務，做出和其他機構不同的差異性，提升競爭力。

.抱著不滿的人可被分為：解決後滿足、解決後仍不滿足、不抱怨不投訴三種類，解決了主動投訴的顧客再回頭使用服務的比例最高。而且，不能忽視顧客評價，因為好的評價一個人會跟五個人分享，可是差評卻會跟十個人分享。

.了解 10-1=0 的法則：若一整個團隊都很努力的在提供照護，其中卻有一個部門未盡到該有的服務，則會讓之前所有好的印象瞬間變成白費。但無理的要求是無法達成的，所以綠之園大久保部長也接受家屬抱怨，若有家屬抱怨，一律由他處理，員工不須獨自面對。所以員工的身心狀況也很重要，員工才是機構的根本，部長的辦公桌是開放空間，方便看到所有經過的人，包括家屬，若有員工表情不對勁可立即發現，進而關心，部長的手機也是 24 小時開機，因為有些員工在夜深人靜時容易感到悲傷，若想找人相談時，隨時有人傾聽，（部長每個月接到將近 20 件的相談案件）。

(6)新人制度：

.新進員工會有一位學長姐協助，為期一年，會有正式的學長姐任命制度，如此可讓學長姊跟著成長，學長姐須維持良好態度及正確知識，當新進員工的模範。新人前兩週不工作，只做教育訓練和現場見學。

.員工都有教育訓練，一年有 80 小時，上課內容皆會錄影，無法到場的員工可利用時間自學，教育訓練皆是下班後，會報加班時數兩小時，因為在日本未滿一年就離職的照服員很多，所以教育訓練必須完整而且密切，除了知識的傳遞以外，還有技術的加強，可降低離職率。

.一般日本新進員工是在每年的 4 月 1 號正式上班，若是在那時一起進入機構的員工就會有 3 個月的研修（提供住宿）試用期，考核內容有：研修課程的參與，工作態度，出勤，以及長官的考核（一年兩次，會有自評及兩位中高級長官的考核，避免因長官個人喜好影響結果），非此時進入機構的員工則提供 3 日的密集訓練（因為應該是有經驗的照服員），到 4 月 1 號再一起上新人課程。至於正式或非正式員工（打工）的教育訓練都是一樣的，因為大家都是穿著機構的制服，對外的表現要一致。

.新進員工前三個月每人照護 4 人，其他員工照護 8-10 人。

.日本目前沒有引進外籍勞工，現在的照服員除非是有永久居留權的外國人，或者申請留學打工的外國人，其他外國人都不可在此地工作，日本政府已在評估引進外勞的方式，例如至少日語能力要有 N3，理解照護理念才能維持一定的照護水準。

(7)了解認知症，以人為本的照護：

.日本目前有 483 萬人認知症患者，認知症患者用鎮靜劑並不能立即改善症狀，不僅如此，用藥也會造成昏沈易跌倒，所以綠之園不會使用鎮靜劑。

.該如何照顧認知症患者：

- ① 每個動作都要提醒避免忘記，且盡量一直住在同一個地方，因為改變環境會讓他們焦躁。
- ② 對親人易有責罵，但對第三者會很客氣，這是因為信賴親人，所以出現的症狀會完全相

反。

- ③ 會選對自己有利的行為，例如：不要說長輩這樣對或不對，久了長輩會產生抗拒。
- ④ 初期和進行中的症狀有可能會一起出現，需理解長輩。
- ⑤ 雖健忘，但情感仍在，只是無法表達心中感動，所以要尊重不要指責。
- ⑥ 跟長輩一起演戲，要有褒獎，道歉，道謝，認同。
- ⑦ 若長輩想回家，可以說天已晚或者沒車等等，找事情轉移注意力。
- ⑧ 有時長輩執著在一件事，例如抽衛生紙，不管是廁所的或是別人的，工作人員也要學著接受，若可以接受就不會覺得是錯事，只要跟著整理就可以。
- ⑨ 你態度強硬，他更強硬。
- ⑩ 了解認知症症狀，站在他的立場想，就可進入他的世界。
- ⑪ 身體衰弱（以前認知症者沒有治療，臥床，可活 5.5 年，現在患者活得更久，是因為有治療且提供了照護）。

⑫ 理解和尊重

個案一：86 歲女性，做料理給小孩吃是他一直以來的夢想，因為以前忙碌都沒機會，現在一直想要做料理給小孩，需用同理心理解他，對應方法為：聯繫家人讓他回去煮飯，也可以讓家人做情感的連結，這就是結合過往的經歷提供照護。

個案二：80 歲女性，弟弟到他家中發現髒亂無比，才發現可能有認知症，送姊姊到門診做檢查，確認是認知症患者後，協助短期住宿並使用認知症處方貼布（Rivastigmine），目前已回家中居住（獨居），一週來日照中心三次，介護員會協助接送，沒來的日子也會去送餐（兩餐），協助簡單清理居家環境，一週做一次家訪，MMSE:10 分變成 14 分，雖然改變不大，但是至少可以自己打掃煮飯。

. 曾有長輩不吃飯，可能是認不出來白碗裡裝的白飯，之後提供黑碗，知道是白飯後就會吃了，所以理解認知症患者的行為是基本的尊重，而非一味地批判及制止。若在症狀急性發生時，會向家屬說明不用藥原因及照護方式，治療第一原則是照護，若非藥物不可，則少量且盡快停止。

. 對工作人員做認知症照護方式的教育及公司理念，希望理解及配合，若真的無法照護就會換方法或換工作人員照顧。而工作人員會把精神集中在症狀出現的長輩身上，當然也會安撫其他長輩，且當班應該要有專人照顧症狀出現的長輩，因為照顧到一半就離開，並不會對症狀有幫助。

(8) 提升進食樂趣，維持生活品質：

. 良好的進食需倚靠口腔機能 and 正常排泄，除此之外食物色香味也很重要。吃東西是健康的來源，吃得開心就會覺得活著真，而一餐好吃的飯會使長輩身體健康，身心愉快，社交正常身體心理社會健康。

. 尊嚴的用餐：選自己可以吃的，不強迫，不提供碎食餐。

. 一般人吃飯時不會有困難，可是長輩會考慮到自己的牙齒咬合狀況以及餐具的選擇，並非想吃什麼就可以吃，接受並理解個人用餐習慣，例如習慣用手吃飯的長輩也不要制止。

. 每餐執行口腔保健包含刷牙和健口操或機能訓練

用具：牙刷，舌刷，牙縫刷，牙齦刷，假牙專用牙刷（有自立支援輔具），半側麻痺自立支援可使用的假牙刷，海綿牙刷，注水牙刷，保濕劑，吸引器

. 維持長輩正確姿勢才可進行刷牙。

- 每位長輩皆使用口腔評估表，了解口腔情形，共有：
五個題組

- ① 口腔衛生狀態（三題）
- ② 假牙和咬合狀態（兩題）
- ③ 口腔機能（四題）
- ④ 吞嚥障礙（十題）
- ⑤ 需口腔照護的風險（八題）

四個面向評分（分數越高越不好）：

- ① 口腔衛生
- ② 假牙咬合狀態，口腔機能
- ③ 進食吞嚥障礙
- ④ 是否是需口腔照護的高危險群

(9)食物不軟爛：

- 食物型態：

普通食物

碎食：不衛生，不好看，易噎（所以機構不提供這樣的餐食）

軟質：還是有食物原形，且易吞

嚥下食：食物更軟

半固體食：更細，由果汁機弄碎，手工維持食物形狀，在日本提供此類餐點的公司很多，若有長輩牙齒咬合狀態不好，則提供這樣的餐食。

· 若長輩體重下降，進食情形改變，則會嘗試使用不同形式提供食物（麵，飯等等），但不管如何，仍先讓長輩自己進食，不足再協助餵食或使用營養補給品。最終目標由口進食，每月皆會測量體重，若有過重或過輕則會在會議提出討論。

· 機構內每個月會有一次邀請外面餐廳到機構內，提供長輩點餐，選擇自己喜愛的食物。



*半固體食

*軟質

*正常餐

(10)排泄要定時：

- .為了不讓無法清楚表達要上廁所的長輩包尿布（僅使用小尿片），就必須了解長輩如廁時間，機構使用了膀胱超音波（ゆりりん），持續貼在利用者肚臍下方 20 小時，觀察排尿情況（長輩膀胱可容納尿量，排尿時間及習慣），藉此來了解，進而減少尿布的使用，甚至可不再使用尿布（小尿片也有不同大小，依據尿量來使用，不使用復健褲或包覆尿布），每一位長輩皆會隨機評估三次（非連續三日），若檢查數據和現實不同，則會再繼續評估，且因為長輩已入住一段時間，生活習慣不易改變，所以只要稍加留意，排泄習慣是可以被記錄，有數據佐證，則可提供工作人員照顧長輩的依據，時間到了就協助如廁。且每班需詳細紀錄排泄情形，包括尿量、排尿時間、協助如廁前小尿片是否已浸濕等等。
- .長輩排泄時維持正確姿勢很重要，因為排泄時需要使用肌肉，盡量不要懸空，所以可輔助小板凳，讓腳踏穩，廁所也有不同的扶手，可滿足前傾、右側偏癱、左側偏癱等不同的長輩使用。



*有靠背，雙側扶手可轉動，舒適又安全

(11)復健融入生活不無

趣

- .復健過程不止維持殘存機能，更要發揮更多機能。維持自立生活：按照自己的想法生活，自主性的參加活動，鼓勵自立支援：生活基本可以按照自己的想法，擁有高質感自立生活之支援。所以團隊情報共有很重要，可讓復健老師了解訊息，依據評估，提供服務，且大家作法要一致，不要讓長輩不懂該如何做。
- .應了解長輩產生廢用症候群會除了會增加照服員的工作負擔之外，長輩也會沒有尊嚴。
- .認知症長輩平常的活動也是復健之一，例如起床，走路，吃飯時從輪椅坐起到椅子，一天就有三次，到廁所也是運動之一，讓復健融入生活。
- .若有以回家為目標的長輩，除了增加復健次數以外，也可以到模擬屋做居家練習，團隊還會到家裡去查看環境，擬定適合長輩的復健訓練。施以訓練日常生活為主要目的，例如教洗米煮飯等等，若情況許可，則家人一起來，教導如何協助。
- .每日到日照中心的長輩，若工作人員發現身體機能下降，復健師會到家中拜訪，了解原因
- .協助移位重點：

先將輪椅或椅子 45 度角放床尾

- ① 臥床長輩：雙目對視，輕聲叫喚，雙手胸前交叉，彎曲雙膝，身體轉向工作人員，右手壓住膝蓋，左手穿到肩膀下方，將長輩重心移向自己，照服員雙腳一前一後蹲低，稍微使力將長輩挪起，將長輩雙腳挪向內側（長輩重心集中），再將長輩重心向自己，雙手插入腋下抱起挪到輪椅。
- ② 左側偏癱長輩：請長輩自己以右手抓住左手，右腳勾住左腳，臉向右，協助將身體轉向右邊，腳放到床下，請長輩右手肘放頭部用力壓床墊，此時工作人員協助坐起。
- ③ 從輪椅移位至椅子：
告知長輩，將雙腳內縮至輪椅下方，長輩雙手環抱工作人員肩膀，工作人員將雙手放置長輩腋下，將長輩中心往前至工作人員身上，協助站起，勿拉扯褲頭易造成不適。

(12)提供安寧照護，陪伴走完人生最後旅程

. 據 1951 年到 2009 年統計，日本人臨終時想在家裡還是醫院？1951 年時想在自宅的比較多，到了 2009 年想在醫院或機構的比較多，原因是機構及醫院的照護技術越來越好，照護保險也較具體化，但是 2015 年再做一次統計，長輩最後的時間卻是想留在機構而非醫院，這和家屬的想法一致(75~77%)，這是因為家屬及長輩把機構當家。

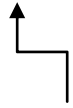
. 由此也可以看出居家醫療的重要性，若居家醫療做得好，是否會有較多人選擇在自宅過往。日本 47 都道府縣，鹿兒島的居民選擇在自家過往的比率偏低，這是因為支持居家醫療的醫生不夠，綠之園的長輩也是，1998 年時並沒有長輩想在機構過往，到目前已經是 100%想在機構過往，而綠之園每年有 20~30 為長輩在此地過往，日本其他機構也想推動，但並不容易，這是因為綠之園有診所醫生，護理師，家屬較放心，部分醫療照服員不能做時，可以放心交給醫療人員，讓醫療人員來支持照服員執行照護。

. 剛開始推動時會有困難例如：工作人員對臨終照護的認知及能力不足、與家屬間順暢的推動有困難、工作人員較年輕，無過往經驗。為了增進安寧照護順暢推動，則須對工作人員進行教育，且機構臨終關懷具體明確化（有手冊）、清除工作人員不安和恐懼感、告知工作人員長輩臨終的最末端需守護，我們不做誰來做，而臨終只是照護的延長而已，創造好的場所，提供高品質照護，讓長輩尊嚴走完人生的最後一個階段



*大澡堂，日間照顧長輩使用

*高背輪椅，坐輪椅長輩使用



*澡堂斜坡，可將輪椅推入泡澡



*安養區長輩，由一人協助洗澡



*兩人協助抱入浴池，一人看顧

(13)會議：

.朝會：

理事長和主管以及其他綠之園機構的人，例如：南九州、北九州、沖繩（視訊會議）。

.每天由夜勤寫下前一天發生的事在會議時報告，報告事項有：前一天利用者用餐情況、生命徵象、尿量、夜班發生的事、點滴用量、所做的護理、醫療情況，還有今天機構所有長輩人數。

.機會卡制度:如果有做錯事，例如領錯老人的錢，要寫服務改善報告書（類似異常事件報告，綠之園稱之為機會卡），並在會議上報告處理進度及後續追蹤。

.週會：

每星期一會集合員工報告本週預定事項及喊一次機構的理念，再由一位員工分享心得，以

此來凝聚員工的向心力。

聯合會議（理事長、口腔照護師、營養師、排泄照護師、基層工作人員）：

由工作人員報告長輩進食情形，營養師報告營養狀況，若有長輩想吃的食物此時也可以提出，由團隊多方考量來決定是否食用，例如想吃飯糰，就會詢問牙齒咬合情形等。也會利用此會議了解長輩口腔訓練情形，由口腔照護師提供建議，包括檢查口腔時發現口腔旁側不乾淨，進食後需注意、牙縫不乾淨，可利用牙間刷，口腔乾燥長輩可利用潤滑劑，若長輩在刷牙時睡著，仍需持續做口腔保健，若進食較久，可能是因為吃飯姿勢不正確，導致吞嚥障礙，除了維持正確姿勢以外，可做強化舌頭運動功能。

（六）護理師在日本照護現場的角色

介護非醫療，所以，以協助讓住民能夠過上自己想要的生活為主，因此，護士的角色不在於治療，而是支持住民，支持健康的生活，在機構裡的主要工作人員是照服員，護理師只是協助的角色，但家訪時則需依賴護理師執行，每次均執行測量生命徵象，食事詢問，排泄詢問，了解身體狀況，預約下次訪視時間，若有直腸造瘻等也要評估造瘻口外觀及更換造瘻袋，若訪視時發現長輩不舒服，會回報給醫生，請醫生開藥後再帶回去給長輩服用。

居家收案範圍：介護保健保險個案，車程 30 分鐘，醫療保健保險個案不分距離。機構會製作大型一週藥袋，方便立即了解是否有服藥。

綠之園有 11 位護理師，一般沒有門診的機構大概只有兩位護理師，都是日班，夜間 on call。

三、心得

日本人口老化數度過快，且出生率下降，繳交介護保險費的人口變少，使用者卻與日俱增，所以，儘管申請介護服務時自付一成，其餘九成由政府支出的福利很好，臺灣卻不宜直接引用，仍須修改成符合臺灣人民未來發展的方式開辦長照。日本預估到 2025 年，全球嬰兒潮當時出生的人將會超過 75 歲，到時日本政府財政會出現重大負擔，所以日本定期檢討一次，做適當調整，預估之後保險金會增加以外，也希望高齡者多到戶外參與社區活動，增進身心靈健康，並加強口腔保健，維持營養攝取，在綠之園裡的住民也是，機構工作人員皆有自立支援概念，在非必要時刻不提供協助，就算是肢體半邊麻痺住民也是如此照護，希望可以讓需介護等級下降，或維持原等級，雖然住民會抱怨工作人員不協助，但經解釋以及得到家屬的體諒之後，大部分住民會盡力完成自己可以達到的事，包括洗澡、穿衣、穿輔具及穿鞋等。

而日本因為醫療及機構床位不足，發展出亞急性床位，前往參訪的醫院就是一個例子，急性期出院後，亞急性床政府規定可以入住三個月，和臺灣的急性後期照護有異曲同工之妙，入住期間提供積極復健，期望未來可以回家。若真要繼續住到機構或者使用機構的日照中心，則須向市町村提出介護認定後才申請機構，臺灣目前是向長照中心提出申請，再由個管到民眾住家評估適合的服務種類，或者家屬直接到喜歡的機構提出入住申請。若民眾入住機構，則由護理師或營養師，復健師再做一次評估，和日本不同的是，日本所有的照護計畫由照專負責，再與其他專業人員討論後，依照計畫共同照護。

日本九州鹿兒島綠之園肩負著照顧當地居民的使命，以人為本的照顧理念，盡力維持長

輩的日常生活習慣，例如：泡澡，喝咖啡或者喝燒酒等等，若有認知症的長輩以手抓食物來吃也不會阻止，只要長輩可以進食，也絕不插鼻胃管，若一開始就有鼻胃管的個案，可以配合的話，會利用口腔機能訓練，協助儘早拔除鼻胃管，盡量不包尿布這件事也是，每天協助長輩到廁所，維持排泄習慣，如此忙碌卻也可以做到零約束，這一切都歸功於機構的主角：照護員，用心理解長輩需求，正確交班，秉持著公司理念，尊重且有耐性地對待長輩。進食時，行政人員也會來共同協助，綠之園就像一個大家庭，這樣的理念也由看護師帶到居家訪視，隨車訪視時可以深深感受到看護師對待長輩的用心，言談間發現長輩與看護師之間的互動很親近，尤其是住在輝北市的獨居長輩，居住環境極差，孤獨寒冷，若有親切的綠之園員工到家中送餐以及關心，無疑是寒冬中的一股暖流。

日本的長輩在需介護前可透過機構社區服務，養成健康促進的觀念，並了解機構的多元化功能，積極參與及規劃未來，可以自由選擇想使用的服務及想要被照護的方式，多元化且尊重長輩的原有生活的方式，強調自立支援等等作法，皆讓其他國家自嘆不如。

四、建議事項（包括改進作法）

整體而言，臺灣目前是有著與日本相同的人口老年化問題，急性後期照護提供積極復健，期望未來可以返家居家照護。

本院為急性醫療醫院，雖與亞急性醫院有下轉連結，然需有急性醫院專責協助下轉之人員尤佳，可執行相關實質評估、合適下轉機構或者日照中心可提供的服務種類之功能，評估後經整合協調(coordinator)支援照會，如：護理師、營養師、復健師、個案管理師、專人送餐或居家服務，所有的照護計畫由專責人員負責擬訂，之後再與其他專業人員討論，依照計畫共同照護，或向長照中心提出申請。以神經內科為例，目前粗估有 80% 的出院個案須協助轉介(居家護理、安養中心、護理之家等)，但臨床出備個管除了臨床照護事務以外，一週僅有 4 小時可專責處理出備事宜，且為配合長照 2.0 政策，需評估的表單極多，在此建議神內應有獨立出備個管，且需有資訊平台，整合架接相關資訊易於執行與追蹤。

（一） 以人為本，強調自立支援的照護，提升照護品質

聽聞本院即將開設日間照護中心，照護員需能用心理解、有耐性、尊重長輩、確實交班，並積極了解及規劃長輩後續選擇，希望使用的服務及想要被照護的方式，以尊重長輩的原有生活的方式，強調自立支援之作法為主，以下為當地日照的優點，值得學習：

1. **詳細記錄長輩的過去**，包括以前工作和家庭環境，目前家人皆住在何處等等，接受長輩因為生活在不同環境可能產生的行為及個性，例如固執、不喜社交、易怒等，都不應有異樣眼光或忽略他。
2. 可以行走的長輩或勉強可以行走的長輩，皆應該讓其**自由走動**，包括自行用餐，即便會弄髒環境、衣物或用手吃飯，都應在旁協助，注意安全即可，肢體活動不便的長輩也是，吃飯、穿衣等，皆應讓其自行完成，不足處再接手協助。
3. 送迎時，皆要有禮貌及噓寒問暖，讓長輩得到關心及感受溫暖。
4. 在日間照護機構裡，可**設計不同活動**，針對腦部、肢體、社交等等，讓遊戲不單調無趣，長輩不再只是發呆看電視，但只願在旁邊看的長輩也不強迫，建議大廳

要寬敞，桌椅挪開後即可辦日常遊戲活動，又有預留空間讓靜態的長輩可以坐著休息。

5. **餐食多變化**，每週一至兩天設計不同菜單，例如：多樣菜色可自由選擇(buffet)、外食餐廳進駐(碗粿、米粉湯等)。除了開水以外，也提供不同飲品，例如：紅茶、綠茶、咖啡等，因為每個人想喝的不同。
6. **安排溫馨活動**替長輩慶生，請平日不參加日常遊戲活動的長輩一起製作卡片，慶生當天舉辦卡拉ok，請不唱歌的長輩先一起做蛋糕，讓大家皆有參與感。
7. 若有堅持外出的**失智長輩也不約束**，可先勸阻，若無效則找事讓他做，例如種花、挖土、洗杯子、搬桌椅、整理文件、摺衛生紙等等，轉移注意力，但須有人陪伴，建議設置室外花園，但又在安全空間內，可讓長輩像在戶外一樣活動。
8. **聯絡簿記錄**今天長輩的情況，需家屬注意或協助之處，家屬也可在聯絡簿上寫下任何想告訴工作人員的事，提供溝通橋樑。

(二) 復健融入生活，提升成效

問題發現：到病房訪視病患時，我常會問家屬或病人目前居住樓層，是否有電梯或障礙空間？是否有告知復健老師因應家中居住環境所需的復健？(例如上下階梯，跨門檻、床的高低)得到的答案都是不知道，無障礙空間的改建緩不濟急以外，所需金額有些家庭負擔不起。

改進措施：

1. 請家屬拍攝家中影片或照片，提供復健老師參考。
2. 請復健老師主動詢問日常生活最大的需求是什麼？例如：自己吃飯、自己上廁所等，可規劃個人復健計畫。
3. 提供多種輔具介紹，建議選擇合適輔具。

(三) 定時邀請復健師教導基層工作人員正確移位技巧

問題發現：護理師的移位技巧除了學校所學以外，就是學長姐的指導，目前仍在使用抓褲頭等方式移位，但是會造成病患不適，也不見得省力。

改進措施：

1. 開課教導護理師正確移位方式，減少腰背損傷。
2. 因應人員流動，應定期舉辦。

(四) 重視禮儀訓練、凝聚向心力

問題發現：在同一樓層工作的護理師們互不認識，因為害羞所以常不互相打招呼。家屬到訪時，也不會起立回應問題，仍舊忙著手上的工作，易造成觀感不佳。

改進措施：

1. 不要求記住同樓層護理師名字，但在見面時或許可以說聲你好，加上微笑，可拉近彼此距離。
2. 家屬到護理站詢問時，應起立回答，相信家屬會感受到被尊重及有禮對待。

(五) 把握黃金復健期

問題發現：腦中風病人常到住院後第五天後才開始會診復健科，有些甚至七天後才會診，這是因為急性期過後，病況穩定才開始復健，但是復健並非一定要到五樓復健中心做，在病床上即可開始（復健老師會評估個人合適復健項目），所以，常常在開始復健後一週才會談出院，如此住院天數將會達到 20 天左右。

改進措施：

1. 為有效縮短住院天數，建議入院第三天即可會診復健科，提早為出院做準備。
2. 若需急性後期照護的病患，可在復健一週後，及早做復健計畫。

五、附錄

研修結業證書

