

出國報告（出國類別：實習）

## 106 年日本學習參訪報告

服務機關：國立成功大學醫學附設醫院

姓名職稱：柯又文護理師

派赴國家：日本

出國期間：106 年 12 月 28 日～107 年 02 月 28 日

報告日期：107 年 4 月 20 日

## 摘要

日本在 1994 年 65 歲以上高齡人口正式跨越 14%，成為高齡國家；目前更是已經成為超高齡國家，全國超過 4 分之 1 以上人口皆為大於 65 歲以上的長者。日本政府為了降低醫療費用支出，開始積極推動居家照護，希望能發展出以社區為主體的長期照護體系，建立「在宅医療連携拠点」(類似臺灣社區醫療群執行中心)，橫縱向串聯診所、醫院，提供在宅醫療服務提供者協助，例如情報共享、24 小時對應支援等等。內政部指出，臺灣 65 歲以上老年人口，由 1993 年底的 149 萬 1000 人逐年遞增至 2018 年 3 月底的 331 萬 2000 人，共增加 182 萬 1000 人，佔總人口數比例由 7.10% 上升至 14.05%，意即臺灣在 25 年內，由「高齡化社會」邁入「高齡社會」。所以，長期照顧需求人口日益增加，長期照護的發展更是刻不容緩，要有效的推展長期照護工作，不僅是急性醫療機構之責任外，更需要完整的建構與連結長期照護資源。

為因應此需求，選擇高齡化嚴重之日本為研習學習之國家，至福山大田腦神經紀念醫院、長期照護機構，學習了解日本的保險制度，並藉由實地參與醫院出院準備、個案管理師、地域醫療連攜室、居家護理等單位之推行現況及團隊合作模式，瞭解到一個急性醫療處置、完整的住院過程、出院準備服務、居家後續照護、社會資源運用及轉介、後續照護機構、社區協調聯繫，讓病人在疾病過程獲得適當且連續性之照顧。

期許未來醫院除了急性醫療專業之外，居家照護需求（例如沐浴、飲食、行動、購物等）也需要能夠被充份滿足。另外，建立各職類合作平臺，平時除了可以共同提供訪視服務外，並定期舉辦多職類的連攜會議、研修會，讓專業人員共同練習團隊合作。也透過定期舉辦研討會以及個案分享，實際討論該如何整合資源，該如何互相合作轉介，最重要的是，建立社區與醫院、社區內各職類的聯繫管道，朝向高品質服務邁進。

## 目次

一、目的 .....	1
二、過程 .....	2-53
三、心得 .....	54
四、建議事項 .....	54-55

## 一、目的

內政部指出，臺灣 65 歲以上老年人口，由 1993 年底的 149 萬 1000 人逐年遞增至 2018 年 3 月底的 331 萬 2000 人，共增加 182 萬 1000 人，佔總人口數比例由 7.10% 上升至 14.05%，意即臺灣在 25 年內，由「高齡化社會」邁入「高齡社會」。日本因人口老化問題嚴重，2015 年後老年人口急速上升，政府為妥善解決高齡社會的照護問題，於 2000 年四月規劃介護保險，依據利用者的選擇，綜合統一的提供必要服務的制度結構。介護保險以市、町、村地方政府提供在地老化之照護，目的為支援年老病弱者，使他們在需要照顧的狀態時保持尊嚴，盡其所能自理其日常生活。相對於我國長照十年計劃中，各縣市長期照護管理中心服務提供單位不足且人員的識能專業性不夠，無法提供病人及家屬適切的服務。筆者為醫學中心居家護理師，經常面臨個案於急性醫療專業治療穩定後須返家照護，常因疾病因素導致肢體障礙，住院過程中復健運動照護未立即介入，返家後因照護人力不足而聘請外籍看護，在照護認知及執行上皆有不足，護理人員予協助社會資源轉介介入照護，卻苦無適當轉介資源，有時個案資格不符，故無法獲得適當資源的支援，漸而加重家庭上之負荷。此次至福山大田腦神經紀念醫院學習日本保險制度、老人、慢性疾病之照護外，並參與出院準備服務會議、與居家訪視人員至案家居家訪視，也至同屬福山醫療群之山陽病院參訪及至四國愛媛醫院並參與出院準備服務會議，瞭解急性醫療與機構社區之轉介及資源連結。期許未來醫院在病人急性醫療專業治療過程中，病人的出院準備、長期照護資源能立即評估及介入，建構完善之合作模式及資訊平台，發展在宅醫療及資源共享，以減少病人及家屬之負荷並落實在地老化之精神。

## 二、過程

本次日本學習規劃，於 106/12/28~107/02/28 期間，至福山市大田腦神經醫院實習及至相關長期照顧機構（福山市山陽病院、愛媛縣小型機構、愛媛十全醫療學院附屬病院、五本松的家、介護老人保健施設-希望の館、鞆の浦さくら家）

### 參訪醫院簡介

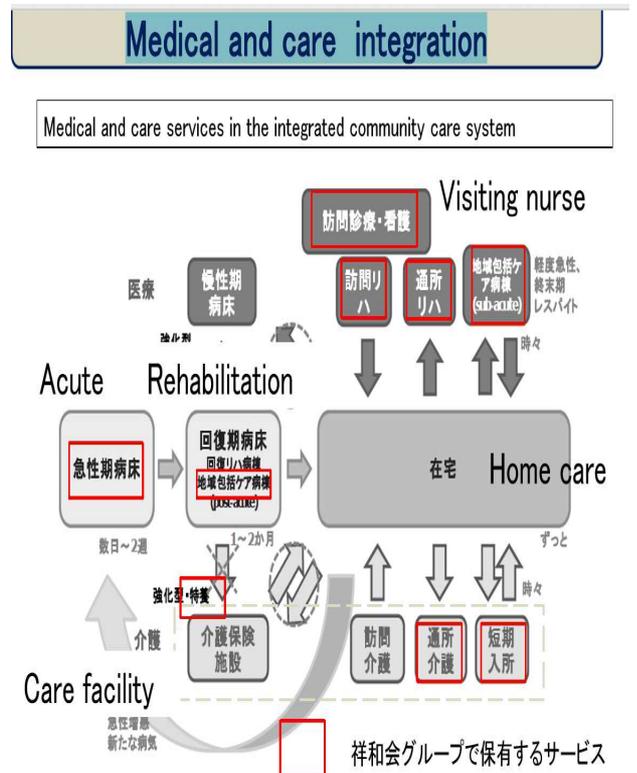
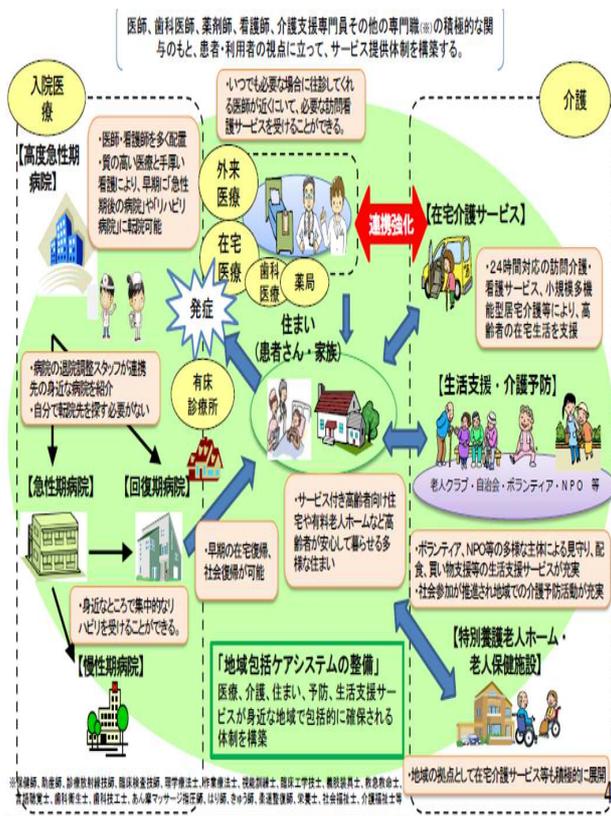
筆者於 106 年 12 月 28 日至 107 年 02 月 28 日至社區醫療法人祥和會腦神經大田紀念病院研習，該院位於廣島縣福山市（Fukuyama 位於中國地方中南部，廣島縣東南端，緊鄰岡山縣，是日本廣島縣的中核市，是福山都市圈的中心城市。人口數據推算約有 47 萬人，人口規模居於廣島縣內第二位，福山市 65 歲以上人口比率是 25.2%）。於 1976 年 12 月 1 日開院，定位為腦疾患專門病院(腦神經內外科、脊椎脊髓外科、內科、外科)，屬急性期病院。腦神經大田紀念病院有 4 棟大樓：入院棟、外來棟、康復大樓、檢查棟。入院棟共 7 樓層（1F 救急處置室、2F 手術室-DSA 室-醫局、3F 救急病棟-SCU-救急診察室、4F 及 5F 一般病房、6F 出院準備病房）；外來棟（1F 問診室、診察室、入退院、藥局、受付、患者相談室；2F 診察室、中央採血室、心電圖、肌電圖室、齒科診療室、生理檢查室、地域醫療連携室；3F 電腦斷層室、第四 MRI 室、X-Ray 室、骨密度檢查室、內視鏡室、處置室）；康復大樓（1F 福山健康舍殼店及第 3MRI 室；2F 居家護理所；3F 看護部、復健部；4F 日間照顧中心）；檢查棟（1F 健身房；2F 第 1.2 MRI 檢查室；3F SPECT 室；4F 大會議室），每棟樓層皆無縫連接，醫院的每一處都有無障礙設施，以顏色來區分不同檢查區，特別地區在樓梯處設有安全設施，需刷卡才可通行。



腦神經大田紀念病院病床數共 178 床，分別為 SCU 21 床、急診床 10 床、四樓一般病床 45 床、地域包括ケア病棟（出院準備病房）39 床、五樓一般病床 35 床、目前尚未開放的 28 床。全院共有護理人員 168 位、營養師 5 位，復健部人員包含復健醫師 2 位、物理治療師 22 位、職能治療師 14 位、語言治療師 14 位(日本 15 年前才開始有此證照)。2016 年約有 1217 腦中風病人就醫，腦梗塞 906 人 (74.5%)、腦出血 227 人 (18.6%)、硬腦膜下出血 84 人 (6.9%)，是臺灣少有的腦神經科專科醫院，雖然規模像是臺灣都會區一間普通區域醫院，但是院內就有 5 臺 MRI，腦中風病人要做 MRI，就像我們照胸部 X 光一樣簡單，隨時執行。日本全國平均三天內接受復健者佔 54.9%，腦神經大田紀念病院則高達 92.3%。

腦神經大田紀念病院的理念為 Small & Beautiful Hospital，成為小而美的醫院。基本方針：微笑有禮貌的醫院、優良學習及安全環境的醫院、分享診斷訊息、考慮病人的醫院。醫院的特色：腦神經疾患急性期專科醫院、引進電子病歷行程、積極研修預防腦中風慢性疾病如高血壓、糖尿病等疾病預防醫學。有三個遠景：治療腦中風病人(Cerebrovascular treatment)、急性期照護(Emergency care)、居家照護(Home care)

support)。治療脳卒中風病人方面：混合式治療於 t-PA 治療後立即執行；腦部手術或血管內治療-腦卒中風病人至急診就診後立即身體評估、抽血檢測、電腦斷層、來院 15 分鐘內執行 MRI 檢查來確立診斷，醫師確立診斷後若需 t-PA 治療及手術者會立即至手術室處理，處理畢後立即送至 SCU 照護。急性期照護：24 小時、全年 365 天無休息的接送腦血管疾病病人救治的救護車；病人早期接受復健療程，病人在 SCU 入院照護的第一天，語言治療師即至病人床邊評估病人吞嚥能力，職能及物理治療師在病人入院後隔天，立即至 SCU 執行肢體復健及日常生活功能評估，92.3% 住院三天復健師介入照護，復健治療師 365 days 無休假，有 2 位復健科醫師。居家照護方面，設立地域醫療連攜室、腦中風臨床路徑、腦中風病患平均住院日 48.3% 約 17.9 日。社區綜合醫療體系：腦神經中心大田紀念醫院（入院醫療、外來醫療）、明神館腦神經外科（外來醫療）、在宅醫療（居家護理）；社會福祉：在宅醫療（五本松の家）、長期照護施設 long-term care facility（地域密著型、特別養護老人）、生活支援。





入院棟



外来棟



検査棟



未開放-回復期照護棟



全院禁菸

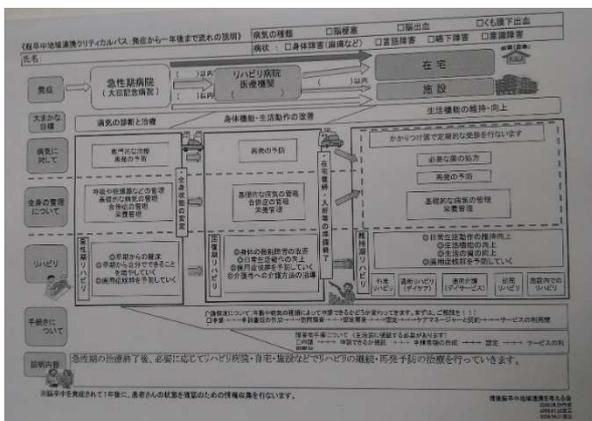
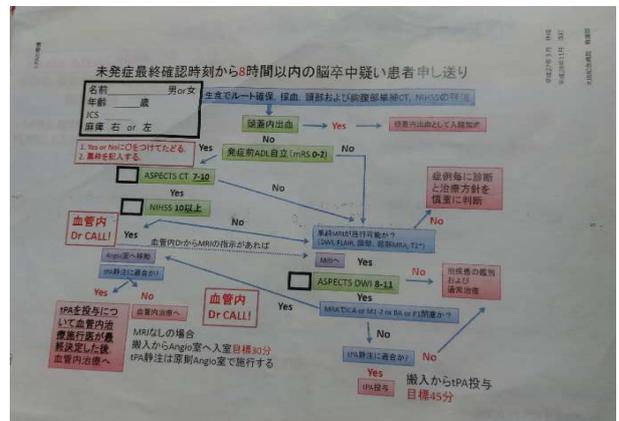
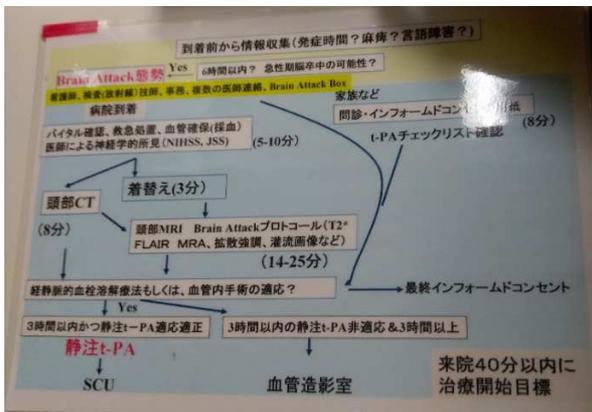
各階ご案内		
6F	スタッフステーション 浴室	病室601~621 介護浴室 デイルーム
5F	スタッフステーション 浴室	病室501~527 介護浴室 デイルーム
4F	スタッフステーション 浴室	病室401~421 介護浴室 デイルーム
3F	救急・SCU受付 救急診察室	SCU 救急病床 4E病棟 連絡通路
2F	手術室 MRI手術室	DSA血管内手術室 家族控室 医局
1F	入院棟玄関 救急処置室	防災センター 外来棟連絡通路

# 入院棟

(1F 救急処置室、2F 手術室-DSA 室-醫局、3F 救急病棟-SCU-救急診察室、4F 及 5F 一般病房、6F 出院準備病房)

## 1F 救急処置室

1. 急診室有 7 床，但有時會有 12-14 床，護理人員較資深，年資約為 20 年左右，護理人員專業能力及獨立性、穩定性佳。
2. 有完整流程準則依循執行。
3. 動線清楚，病患就診後經由醫師專業知識評估及判斷後，立即接受相關檢查，於 15 分鐘即做到 MRI 檢查，醫師正確判斷後進行適切的治療，可在 45 分內打 TPA 或執行 DSA 血管內手術。
4. 有專業熟練的事務員協助受付相關業務，讓家屬能立即完成相關手續，病人接受立即的檢查及處置。



### 目次

改訂版の刊行にあたって

はじめに

英語 (English)

ハングル語 (韓国語)

フィリピン語 (Filipino)

中国語 (中文)

タイ語 (ภาษาไทย)

スペイン語 (Español)

ポルトガル語 (Português)

インドネシア語 (Bahasa Indonesia)

ベトナム語 (Tiếng Việt)

ドイツ語 (Deutsch)

フランス語 (français)

## 外国人用診療ガイド

医療機関用

財団法人 政策医療振興財団

はじめに

英語 ENGLISH

Do you speak Japanese?

Yes, I speak Japanese.

I can speak some Japanese.

I can't speak any Japanese at all.

タイ語 ไทย

คุณพูดภาษาญี่ปุ่นได้หรือไม่?

ใช่, ฉันพูดภาษาญี่ปุ่นได้

ฉันพูดภาษาญี่ปุ่นได้บางส่วน

ฉันพูดภาษาญี่ปุ่นไม่ได้เลย

スペイン語 ESPAÑOL

¿Habla usted japonés?

Si, hablo japonés.

He hablado un poco de japonés.

No hablo nada de japonés.

ポルトガル語 PORTUGUÊS

Você fala japonês?

Sim, eu falo.

Eu falo um pouco de japonês.

Não falo nada de japonês.

フィリピン語 FILIPINO

Nakakaintindi ka ba ng salitang Hapon?

Opo, Nakakaintindi po ako.

Nakakaintindi po ako ng kaunti.

Hindi po ako nakakaintindi ng salitang Hapon.



救護車停車處開門即救急室



動線清楚



藥品上鎖

保溫機



救急處置室

用物齊備擺放清楚



急診室有救急處置室監視器



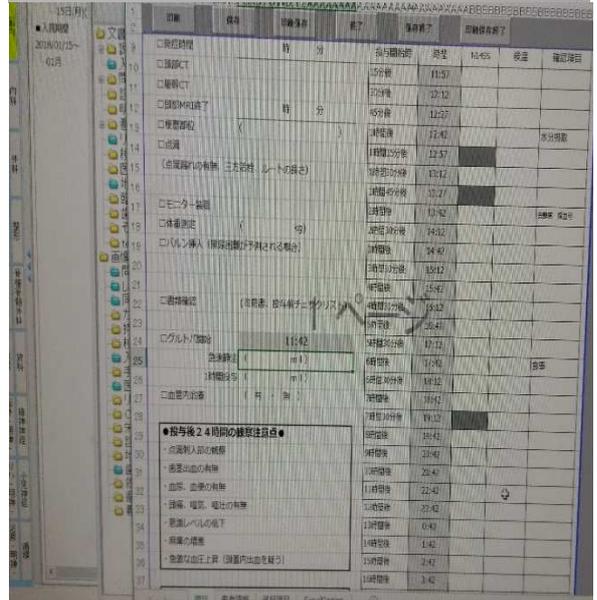
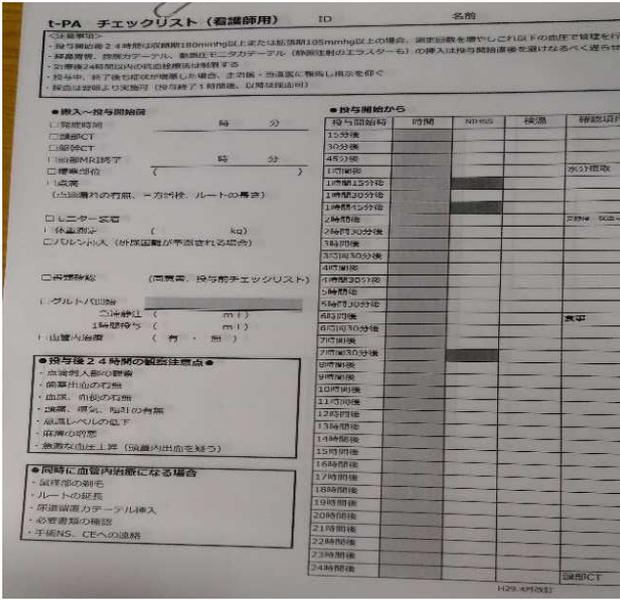
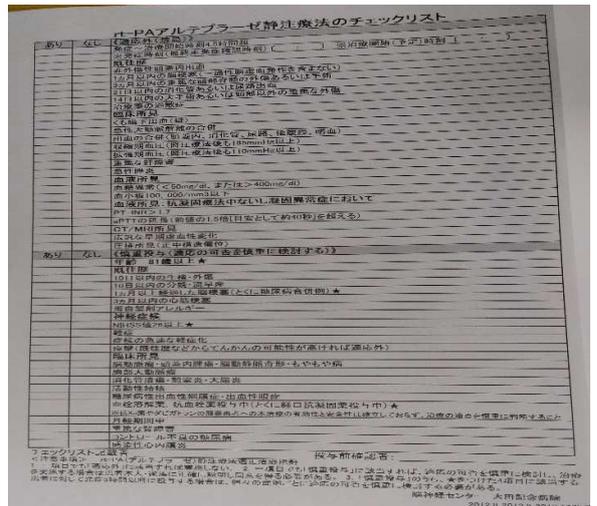
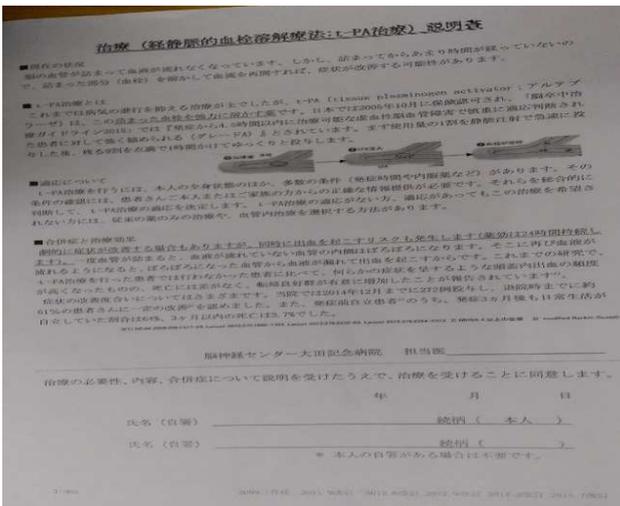
門過去就是 SCU



4 間 MRI



2 間 CT      1 間救急 CT



t-PA 治療の説明書及原則、専用箱子，方便醫療人員評估及使用

# 中風照護中心 (Stroke care unit , SCU)

中風照護中心(Stroke care unit , SCU)位於三樓，共 21 床，護理人員採兩班制，其白班時間 8:30-17:15，夜班時間 16:00-隔天 9:00。分成 A、B 兩組，各設立一位小組長、另有八位護士(包含四位年資未滿一年之護士)共同值勤。白班人員當救護車護送急性腦中風病人至急診處理，安排血液、心電圖後，由急診醫師陪同進行 X 光、電腦斷層或核磁共振檢查，該院電腦斷層及 X 光檢查室亦位於三樓，所以，病人完成電腦斷層及 X 光檢查後，則直接送至 SCU 接受照護處置，SCU 護理站有監視螢幕可監看到病人處理的流程，讓醫護人員可即時掌握病人動態，入住 SCU 後護理師須評估病人 NIHSS(National Institute of Health Stroke Scale)及負責直接照顧病人，病人如廁亦由護理師協助處理，處理過程中有問題須隨時報告小組長，小組長須掌控整組病人之病情，並隨時協助護理師處理病人狀況、了解檢驗結果、協助送檢、轉床。當病人轉床或出院後床位清潔均由護理師執行。單位內隨處可見復健師穿梭於其中協助病人執行復健運動，病人入住第一天語言治療師即介入評估，第二天復健醫師會與物理及職能治療師、語言治療師評估病人狀況，並給予復健運動計畫，SCU 每週 1、4 下午三點護理師與物理、職能、語言治療師及地域醫療連携室護理師一起開會討論所有病人復健狀況，是否無法達成之前設定之目標，需再修改出院計畫，因為此單位病人多為中風個案，故早期復健對病人更顯重要。

時間	リーダー	受け持ち看護師
8:30	日勤より申し送り	夜勤より申し送り
8:40	全体の病棟把握	病棟内状態把握、申し受け
9:00	病棟内業務調整と把握	病棟内業務調整と把握
10:00	病棟内業務調整と把握	病棟内業務調整と把握
10:30	病棟内業務調整と把握	病棟内業務調整と把握
11:30	病棟内業務調整と把握	病棟内業務調整と把握
12:00	休憩	休憩
12:30	休憩	休憩
13:00	病棟内業務調整と把握	病棟内業務調整と把握
14:00	病棟内業務調整と把握	病棟内業務調整と把握
15:00	病棟内業務調整と把握	病棟内業務調整と把握
16:00	病棟内業務調整と把握	病棟内業務調整と把握
17:00	夜勤リーダーへの申し送り (必要時)	夜勤者へ申し送り
17:30	業務終了	業務終了

時間	リーダー	受け持ち看護師
17:00	夜勤より申し送り	夜勤より申し送り
17:30	全体の病棟把握	病棟内状態把握、申し受け
18:00	病棟内業務調整と把握	病棟内業務調整と把握
18:30	病棟内業務調整と把握	病棟内業務調整と把握
19:00	病棟内業務調整と把握	病棟内業務調整と把握
19:15	病棟内業務調整と把握	病棟内業務調整と把握
20:00	病棟内業務調整と把握	病棟内業務調整と把握
21:00	病棟内業務調整と把握	病棟内業務調整と把握
21:30	休憩	休憩
22:00	病棟内業務調整と把握	病棟内業務調整と把握
0:00	病棟内業務調整と把握	病棟内業務調整と把握
0:30	病棟内業務調整と把握	病棟内業務調整と把握
1:00	病棟内業務調整と把握	病棟内業務調整と把握
2:00	病棟内業務調整と把握	病棟内業務調整と把握
3:00	病棟内業務調整と把握	病棟内業務調整と把握
4:00	病棟内業務調整と把握	病棟内業務調整と把握
4:30	病棟内業務調整と把握	病棟内業務調整と把握
5:30	病棟内業務調整と把握	病棟内業務調整と把握
6:00	病棟内業務調整と把握	病棟内業務調整と把握
7:00	病棟内業務調整と把握	病棟内業務調整と把握
8:00	病棟内業務調整と把握	病棟内業務調整と把握
8:30	夜勤終了	夜勤終了
9:00	業務終了	業務終了

時間	リーダー (日勤)
8:30	即席にて申し送り 夜勤事項報告
8:40	病棟把握、その他情報リーダーより申し送り
9:00	病棟内業務調整と把握
10:00	病棟内業務調整と把握
10:30	病棟内業務調整と把握
11:30	病棟内業務調整と把握
12:00	休憩
12:30	休憩
13:00	病棟内業務調整と把握
14:00	病棟内業務調整と把握
15:00	病棟内業務調整と把握
16:00	病棟内業務調整と把握
17:00	病棟内業務調整と把握
17:30	業務終了

月	15 時～病棟カンファレンス
火	体重測定
水	シーツ交換
	14 時～褥瘡回診
	NST 回診
木	15 時～病棟カンファレンス
	第 4 週 環境整備 DAY
金	NST 勉強会 (13 時～30 分)
土	
日	ケア日 (足浴・手浴・洗髪など)

\*日々の業務をみんなでがんばろう！

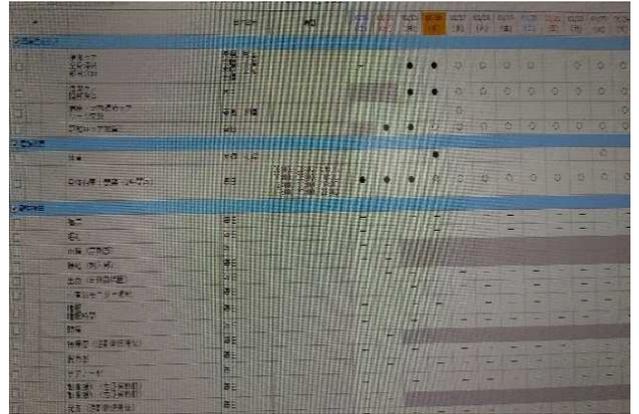
SCU 護理人員執務表



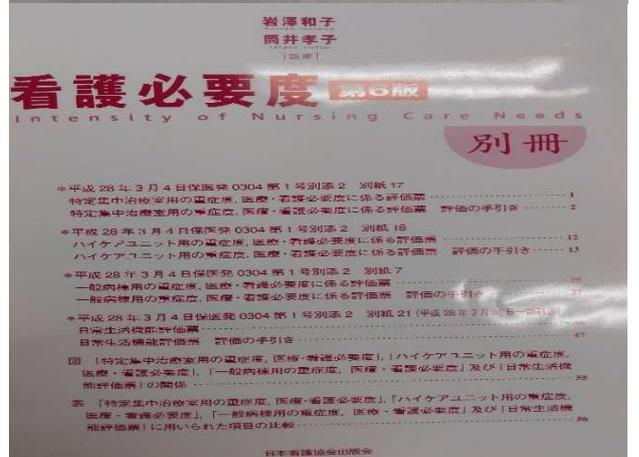
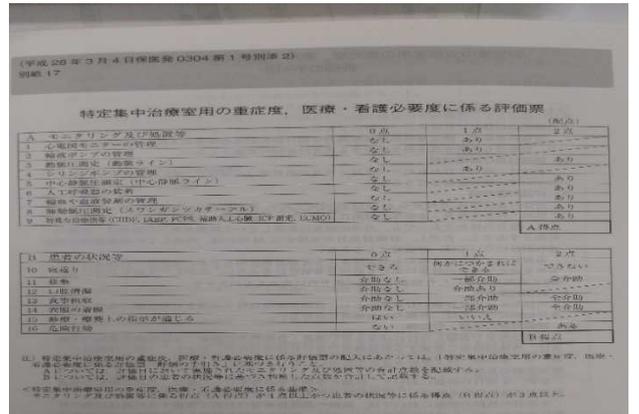
利用不同顏色及符號標示不同項目



監視器監看病人處置動線



完整的電腦作業系統-醫療處置紀錄



照護準則



以圖示呈現病人所需的復健圖



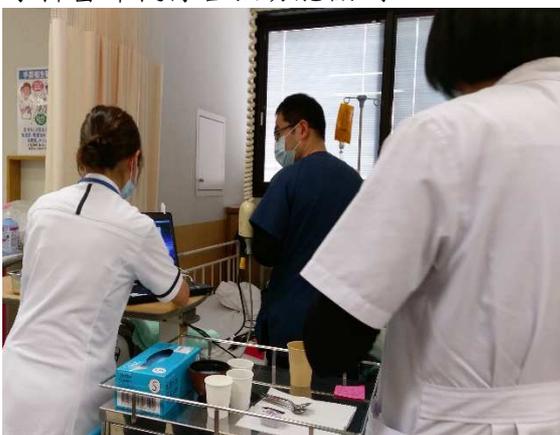
協助可行走病人執行主動運動



SCU 病室中備有復健輔具



牙科醫師執行吞嚥功能檢測



## ST 吞嚥訓練

### 案例 1：

89 歲、男性、心原性腦梗塞（左頂葉）、右側視野偏盲、失語症、右側無力、重度麻痺、認識病態失語（病人右側重度麻痺但病人覺得他的右側肢體可以舉起）



讓病人坐起



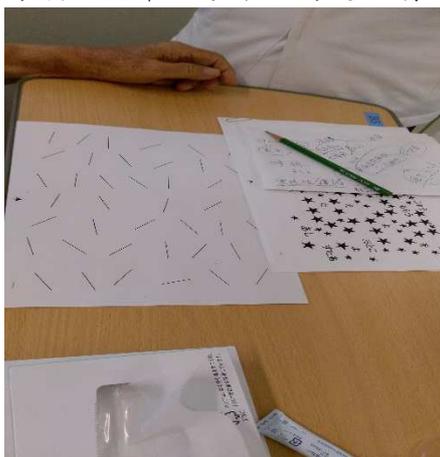
物品認知-5 項  
牙刷、鉛筆、手錶、湯匙、鑰匙



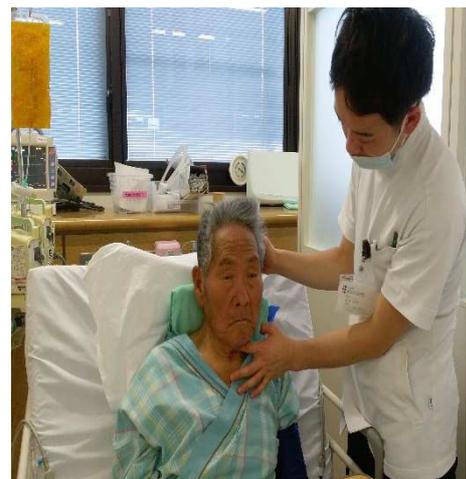
理解能力-圖片辨識如腳踏車、茶



請病人畫叉叉，病人只執行左側



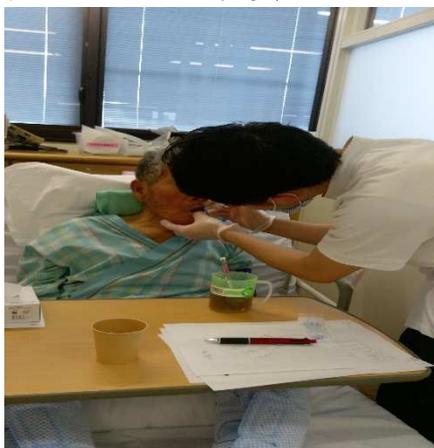
無法將小星星圈起來



RSST 唾液腺測試



攝取添加黏稠劑物品，無嗆咳



MWST 冰水口腔底測試



喝冰水測試-病人無嗆咳及嘎嘎聲



#### 4E 急診病房

此病房之前是加護病房，因看護制度關係而調整為急診病房，目前共 12 床，大多病人診斷為敗血症、呼吸衰竭、脊椎損傷、腦動脈瘤、ALS、腦梗塞、腦出血、預計手術或術後、洗腎等病況較不穩定者，單位設有生命徵象監視器、手術室監視器，可隨時知道病人手術狀況，照護的護病比為 1:4，白天有一位 Leader、及功能協助，護理長需 cover 急診，目前有四床地域醫療連攜中心收案中，今日有 3 位病人轉病房續照護，2 位手術、2 位洗腎、3 位使用呼吸器，呼吸器使用者有一位清醒者仍 PT 執行，有一位 DIC 呼吸器使用，因病況嚴重無 PT 介入外，其餘病人皆有復健治療的介入。



5F 病房-腦神經外科、難病、傳染疾病

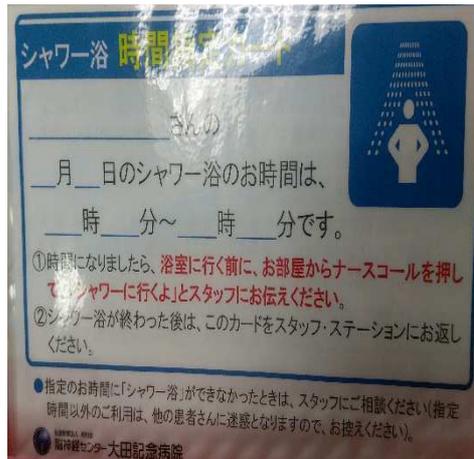
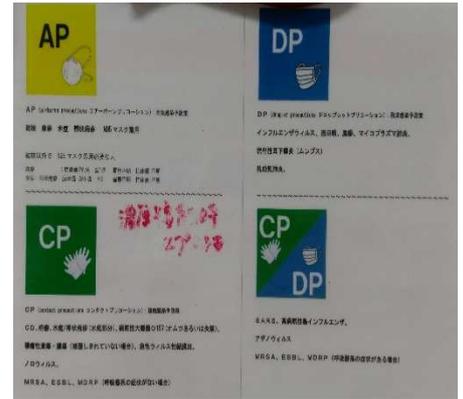
單位共 35 床，單人房 14 床、四人房 20 床（6 床難病-ALS、MS、MG、多發性筋炎）、1 間隔離房（肺結核、感染），分為 A、B 組照護，護理人員分為白班及晚班，護病人比為 1:4-5（白班 5 位護理師、1 位功能性；晚班有 2 位護理人員、1 位協助護理）目前單位有外籍護理師（越南籍）、看護員（協助尿布更換、清潔、餵食、更換床單、整理雜物）。每周三 NST 營養小組（醫師、護理師、營養師、藥劑師、語言治療師）討論高危險病人狀況（入院時、住院 3 天、住院一個月），每周會到不同病房檢討高危險群病人的狀況。



護理站住院病人一覽表



隔離房



洗澡機-有定期安排洗澡病人及時間



固定安排坐輪椅約 30-60 分



NST 營養小組病室診視及討論



轉病房護理人員交班



病人轉出或出院時護理人員送至電梯門口

## 6F 出院準備病房

在居家照護期間，無可避免地還是會遇到需要住院的情形發生。因此能有後送病房銜接急性醫療處置，並再度順利地轉回社區照護，也成為整體系統中不可或缺的一環。6樓為出院準備病房共 39 床，單人房共 6 間、三人房 3 間、四人房 6 間，目前有 33 位病人，白天有 3 位護士、3 位介護士（更換尿布、清潔、沐浴、日常生活照護），晚班有 1 位護士，病人住院時間約 60 天，跟臺灣急性後期照護類似，目的在改善自立功能，協助病患返家接受居家照護。單位有許多照護指導手冊、照護流程表、高危險評估表，若病人有跌倒則須 2 小時評估身體狀況、生命徵象監測，每日會安排病人溫水沐浴護理、洗頭等照護。言語聽覺士 (ST)、作業療法 (OT)、理學療法 (PT) 復健師依病人病情狀況設計復健訓練計畫，每週七天執行復健治療，每個病人不同會有不一樣復健師介入，訓練時間以 20 分鐘為一單位，每天最多 9 單位。病人執行相關復健時由復健師至病房接送病人執行復健治療，治療地點於護理站、走道或至單位復健室。每週四下午 3 點舉行單位病人出院準備討論會議，參加人員有復健科醫師、言語聽覺士 (ST)、作業療法 (OT)、理學療法 (PT)、護理師、護理長、營養師、地域醫療連攜員參加，醫療人員討論其單位每位病人目前處置狀況、營養狀況、肢體復健執行程度、吞嚥訓練、語言訓練狀況、介護資源需求、預計出院日。

病種		日	血液系	分	分	分	分	分	分
病種	日	血液系	分	分	分	分	分	分	分
1. 急性期より回復した状態、患者の状態が安定していること									
2. 急性期より回復した状態、患者の状態が安定していること									
3. 急性期より回復した状態、患者の状態が安定していること									
4. 急性期より回復した状態、患者の状態が安定していること									
5. 急性期より回復した状態、患者の状態が安定していること									
6. 急性期より回復した状態、患者の状態が安定していること									
7. 急性期より回復した状態、患者の状態が安定していること									
8. 急性期より回復した状態、患者の状態が安定していること									
9. 急性期より回復した状態、患者の状態が安定していること									
10. 急性期より回復した状態、患者の状態が安定していること									
11. 急性期より回復した状態、患者の状態が安定していること									
12. 急性期より回復した状態、患者の状態が安定していること									
13. 急性期より回復した状態、患者の状態が安定していること									
14. 急性期より回復した状態、患者の状態が安定していること									
15. 急性期より回復した状態、患者の状態が安定していること									

各項狀況及檢查皆有勾選式流程表



出院給予相關照護衛教手冊 (如胃造口、抽痰、糖尿病照護、胰島素注射等)



叫人鈴-以碰觸、聲音、吹氣等方式來使用



預防跌倒警報器-床邊離床報知器



送檢查時的監視器，可知道病人已至哪個檢查單位



利用輔具執行腕部運動



復健師每日安排相關活動，一個月會有兩次音樂療法



定期協助病人日常生活



營養師飲食教導

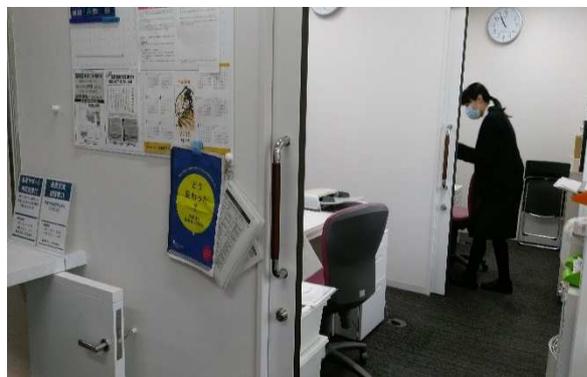
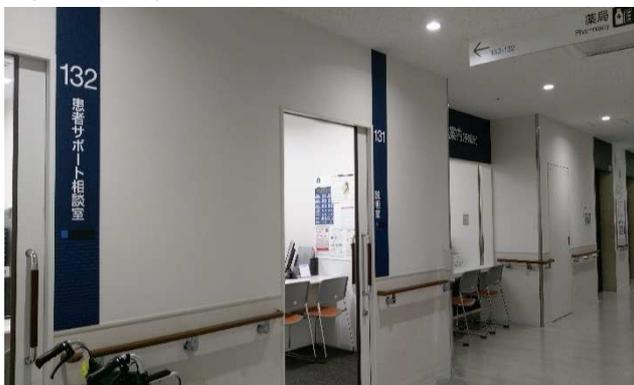


一個月一次地域聯繫會議

## 門診（入院案内手續處）

門診（入院案内手續處）共有3位人員，2位事務人員（兼職）、1位護理人員，入院案内手續處事務人員接受到住院病人拿取之單張辦到，事務人員依據單位之入院說明手冊向病人及家屬說明住院相關事宜，如想入住病房種類、病房入住費用、自費物品費用（如口罩）、住院攝取飲食及病人飲食禁忌、檢查時間、檢查注意事項（禁食時間）、醫師的交代事項、目前攝取之藥物與檢查會有相關（聯繫藥劑師向病人及家屬說明注意事項-因個人隱私故無法照片呈現）、測量身高及體重、預定住院日期、住院紀錄單基本資料（宗教、婚姻、家族史、過去病史等相關資料）。

新病人入院前須先至該中心由護士與病人及家屬會談，收集病人基本資料、用藥史、齒科評估、評估ADL、住家環境、經濟狀況、介護保險、及需支援或介護等級、後續適合之照顧地點、預計出院日期。每位病人約耗時三十分鐘，每週約24位病人。由入退院中心完成退院支援病人基本資料並建檔後可節省護理站護理人員人力及時間。病人入院三日內由地域醫療連攜室護士、社工、各病房與醫師、護士及物理、職能及語言治療師開會，討論病人病情及復健狀況，是否需支援，若需支援則由社工將討論結果填寫於相談依賴簽(會談紀錄)並輸入電腦後，七日內完成退院支援計畫書。需支援之病人若介護保險員(似我國長照專員)評估病人返家可能會有問題，則可於病人出院前提出召開會議，由個案日後居家訪視之外院醫師、介護保險專員、地域醫療聯攜室人員、社工師、營養師、藥師、物理治療師、職能治療師、語言治療師、護理師、儀器廠商及家屬共同討論後，介護保險專員、地域聯攜室與復健師實際至病房評估病人狀況，決定返家所需之資源服務是否需調整，介護保險專員需完成退院前紀錄單後，該院以PDF檔掃描至電腦病歷中。此流程讓全院從上至下訊息一致，對病人狀況及動態都很清楚並能掌控病人動態，有效床位利用，出院後有效資源連結，減少不必要之住院。







插入卡片門診報到



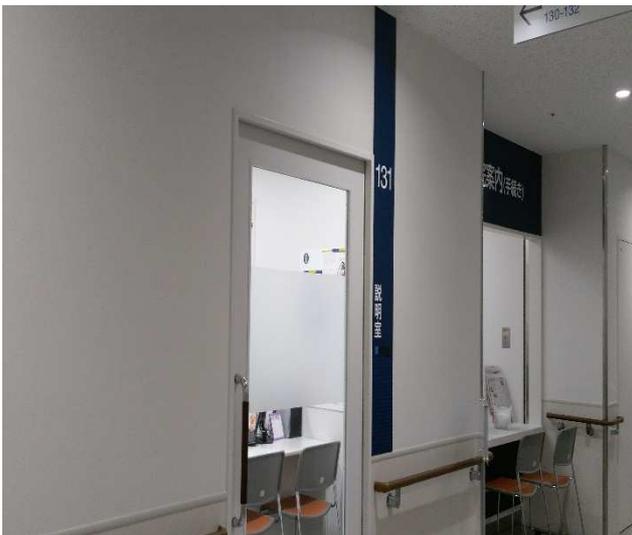
護理師先詢問基本資料



醫師看診



住院病人護理師先詢問基本資料



住院病人護理師先說明相關事宜



監測儀器



無障礙廁所



一樓右側偏癱、二及三樓左側偏癱



尿液檢查直接於如廁後放置



顏色區分檢查室



健康促進發展-健康食品的開發，設計營養食譜、減鹽料理包

### 復健部-病人 178 位

今天見習復健部，復健部成員共 50 人，醫師 2 人、PT：20 人、OT：11 人、ST：19 人，病人來源有入院病人、外院病人、門診病人，每位復健師一天需照護 8-11 位病人復健部醫師、治療師、退院支援看護師〈協助病人出院後介護保險資源的聯繫〉等成員，每天會至 SCU 探視所有神經科病人〈腦出血、腦梗塞、硬膜下出血〉，團隊人員討論病人診斷、過去病史、職業、入院前 ADL 狀況、目前可執行程度，醫師向病人說明目前疾病發展狀況、身體功能情形，再依病人診斷類別的不同，給予個別性身體評估如血壓（躺、坐）、肢體肌力、活動度、感覺、認知程度、吞嚥能力、肢體可執行程度（可否自行行走活動、站立等狀況），團隊再依病人狀況予以計畫後續照護的討論，如執行的復健運動類型、病人職業類別、後續職業能力的執行。例如：68 歲女性、腦梗塞、無法自行行走、家屬無法照顧，住院期間執行 PT、OT、ST 治療，所以，後續照護會暫至復健機構續照護。復健理學治療師（PT、OT、ST）每周與每個單位舉行一次討論會，每次會議約 30 分鐘，針對入院 2 天以上之病人，制定復建計畫，並開始進行復健。日本保險制度，以腦傷病人為例子，60 天內之急性期，美日復健可達 9 單位（每單位 20 分鐘），復健理學治療師依病人耐久性及體力進行復建計畫調整，超過 60 天，每日復健為 6 單位，持續 180 天。入院 3 天內 92.3% 病人開始執行復健（全國之數據為 54.9%），由此可見，大田醫院非常重視病人早期復健。

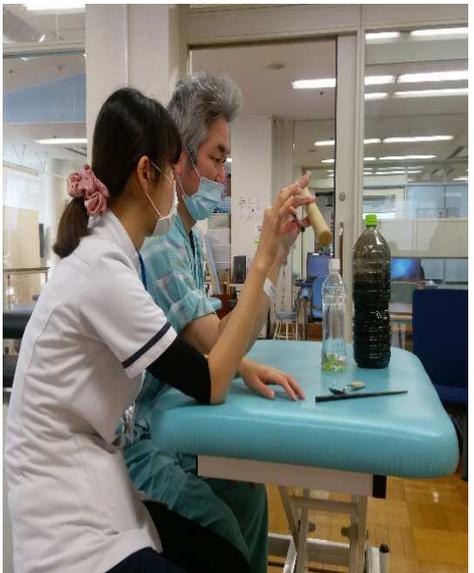
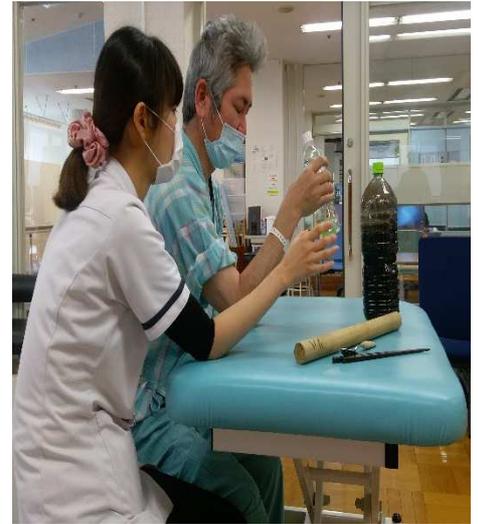
牙科醫師執行內視鏡檢測病人吞嚥狀況，由護理師給予不同濃稠度物品給病人由口攝取測試，牙科醫師執行病人口腔清潔及檢測，ST：7 床有 1 位、PT：3、OT：6 人，於病人入院即立即介入。



SCU 單位復健運動的執行

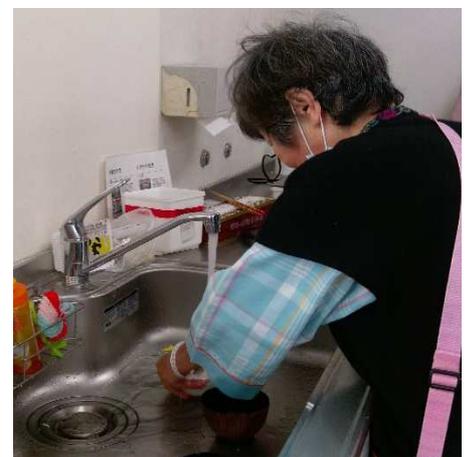
## OT 治療：

案例：左側視丘出血、右側肢體無力、感覺異常，執行 OT 治療，今日執行患肢抓握木棒手臂伸直、彎曲、左右移動、向前傾，再閉眼執行相同動作後張眼，確認位置有無偏移；利用瓶裝水握住瓶子讓瓶內的水保持水平，再把水平擺正，病人目前使用容量較大的瓶裝水無法正確將瓶子擺正，但小瓶裝水可簡單操作；以大拇指及食指平衡木棒，病人目前無法正確執行，會有掉落情形；以患側肢體操作拿筷子動作，並夾取物品，病人能正確執行。



### OT 治療：

案例：75 歲女性、有 Af、左大腿骨骨折之病史、心因性腦梗塞、左側無力，1/8 住院，因病人是家庭主婦，在家常烹煮味噌湯，故今日 OT 治療內容視病人想執行何種類而定，所以，阿嬤選擇煮味噌湯，治療師給予病人隱蔽的環境，讓病人選擇烹煮味噌湯所需的物品、食材、配料，以及食材準備如削皮、切菜、調味、火候大小的調整，治療師則在旁提醒及協助，執行過程中病人仍有些遲疑狀況及物品歸放錯誤，但時間為 20 分鐘，也知道需準備何種物品、知道物品放置地方如菜放在冰箱等，左側肢體在執行切菜動作時也能自如操作，最後，阿嬤嘗試味道後自以覺得味噌太甜了，也請治療師及我們品嚐，很可愛的阿嬤。



## 吞嚥功能檢查---纖維內視鏡吞嚥檢查(FEES)

吞嚥動作可分成三個步驟，第一步驟是口腔磨碎的食物往喉咽送(口腔期)，第二步驟是食物經咽喉進入食道(喉咽期)，第三步驟是食道的輸送(食道期)這三個過程有故障皆會造成吞嚥困難。腦中風為一種急症，因腦部的血流受阻，導致無法供應腦部氧氣的需求、腦組織壞死和功能失調，在吞嚥功能方面，腦中風會造成運動性吞嚥困難，其吞嚥肌肉輸送或蠕動不全或神經之調配失調，所以，病人往往需借助鼻胃管進食。

大田紀念病院診斷吞嚥障礙的黃金準則是透過纖維內視鏡吞嚥檢查，在病人SCU 當天會進行檢查，後續會在病房再檢測。纖維內視鏡吞嚥檢查(Fiberoptic Endoscopic Examination of swallowing,FEES)是一種針對吞嚥功能的內視鏡檢查，應用軟式纖維內視鏡觀察口腔、咽部及喉部的解剖構造，並針對食物在吞嚥前、吞嚥中及吞嚥後咽部和喉部的反應作紀錄並發現可能的病灶所在，醫師及語言治療師會請病人吞嚥不同的食材（染色的水、添加黏稠劑的水及粥），因為食物染色可觀察食物的走向，若食物的走向有問題，會再改變病人姿勢，可在無放射線下進行吞嚥功能的評估。此方式是醫師及語言治療師共同進行，除了吞嚥功能的評估外，也能協助病人選取最安全的食材類別、進食方式，搭配後續吞嚥復健的療程，以期增加病人的生活品質。

治療吞嚥障礙的方法取決於病人吞嚥障礙的類型和嚴重程度，對於口腔和咽部吞嚥困難，治療方法通常側重於吞嚥治療，包括口腔運動和飲食的改變。而食道期的吞嚥障礙主要透過外科手術或藥物治療。管灌也是用於治療吞嚥障礙的另一種選擇，包括鼻胃管或胃造瘻。對於嚴重吞嚥障礙的患者，鼻胃管可將營養經由鼻子傳送到胃，而胃造瘻則是把營養直接經由胃送到腹部。



物品準備



SCU-牙科醫師與治療師討論病情



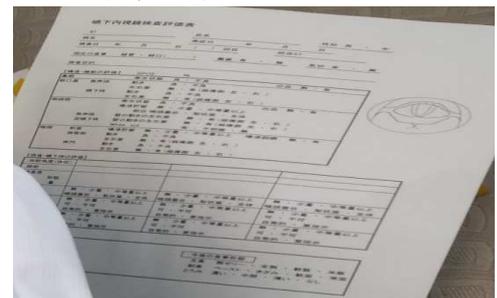
SCU-醫師執行 FEES 檢查



病室-醫師與治療師執行 FEES



治療師與病房護理師討論結果



嚥下內視鏡檢查評值表



## PT

80 歲、女性、右腦出血、肢體沒有麻痺、高次腦機能障礙、失語症、左半側空間失認、注意障礙，1/13 住院、1/30 出院，於 1/14 開始予以復建計畫執行，PT 執行 20 分鐘、OT 執行 40 分鐘、ST 執行 40 分鐘，1/23-1/24 返家與女兒居住一晚，測試適應返家日常生活功能的執行，復健過程中評估病人恢復狀況，執行不同復建計畫，讓病人能及早適應返家獨立生活。



踩腳踏車



重力訓練



上下樓梯測試

### 腦神經大田醫院日間照顧中心(Day care unit)

福山市人口數約 470000 人，65 歲以上人口比率 25.2%，高齡人口漸增，也因應長期疾病如罕病、肌萎縮脊椎側索硬化症(ALS)及平均餘命少於十個月之病人無法長期住院，為減輕其家庭負擔及增加生活品質，故需安排至日間照顧中心(Day care unit)，進行復健治療。腦神經大田紀念醫院日間照顧中心(Day care unit)共有 32 位工作人員，每天約 25 人執勤，成員含有復健師、看護師、照護員。每日由專人專車接病人到日間照顧中心(Day care unit)，活動結束後也會親自送病人返家。

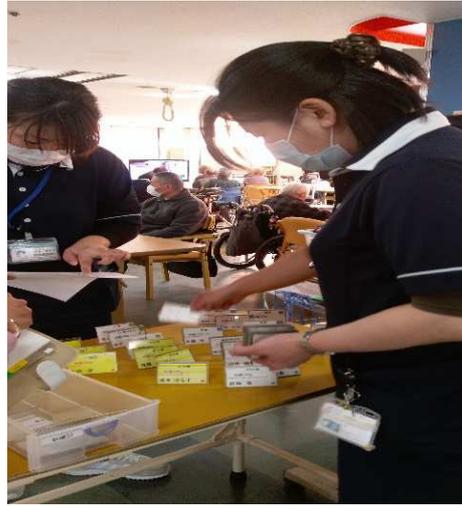
日間照顧活動設計分成三類，包含 1-2 小時、6 小時及一天型之活動時程，由 Care manager 評估病人情形決定時數，活動設計由復健師會議中討論後依病人需求設計符合病人之活動。1-2 小時的病人是 ADL 可自理者，經由復健師評估病人狀況，與病人討論後設計所適合的運動類型；6 小時可部分自行處理日常生活者、行動功能有受損，要支援 1 者 1 周 2 次、要支援 2 者 1 周 3 次，接受的服務項目：生命徵象監測低周波溫水浴、個別性體能指導、團體活動、巴士接送，簡易之復健運動如體操、起立、坐下、足部運動，當天復健師以 500 磅及 1 公斤重的球，請長者執行足部運動如踩踏、外展等運動；一天型被照護者有慢性病及行動功能有受損，服務項目：監測病人生命徵象、依醫囑予以個別性的處置如給予慢性病之口服藥物，依病人所需營養的不同，營養師予以個別性飲食及點心設計，協助有胃造口病人灌食配方奶，協助不能在家洗澡之病人沐浴及管路護理（導尿管、胃造口），口腔衛生士於飯後給予口腔清潔、假牙照護，復健師依個別性提供物理、職能治療，設計病人的運動計畫，如體操、自行車、按摩、腦力激盪、體能訓練等，讓高齡者可回復或維持其體力，使日常生活運作無慮。

日間照顧中心(Day care unit)定期舉辦失智症團體活動，於復健治療師帶領病人至獨立之場地進行活動，人數約 4-5 人，依節奏活動肢體及軀幹，進行猜拳遊戲腦力激盪，左手剪刀右手布、右手石頭左手布、左手石頭、右手剪刀左手石頭，若出拳錯誤則記錯誤一次，筆者也參與活動可能因為語言關係，在遊戲過程常常出錯拳，比長者們遜多了。筆者觀察職能治療師協助個案執行復健治療，運用各項巧思及科技，協助身障病人還可以部分自行執行功能的肢體，進行生活功能的復健活動。針對可自行活動之個案則安排至健身中心進行肌耐力訓練，復健治療師會依病人的不同需求，設計及提供個別化指導及訓練，而此健身中心於非日間照顧中心使用的時段，可提供院內同仁使用，促進員工健康管理。





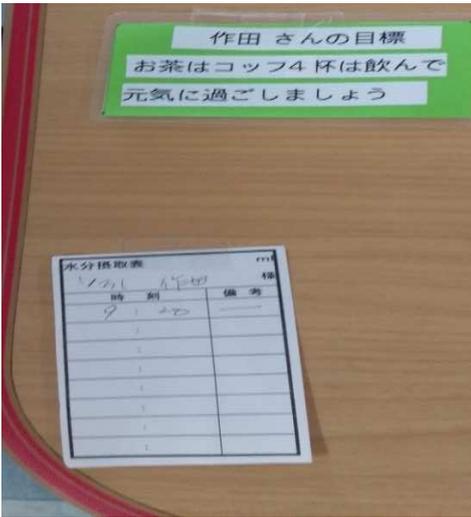
給藥



依不同熱量需求設計



測量生命徵象



水分攝取



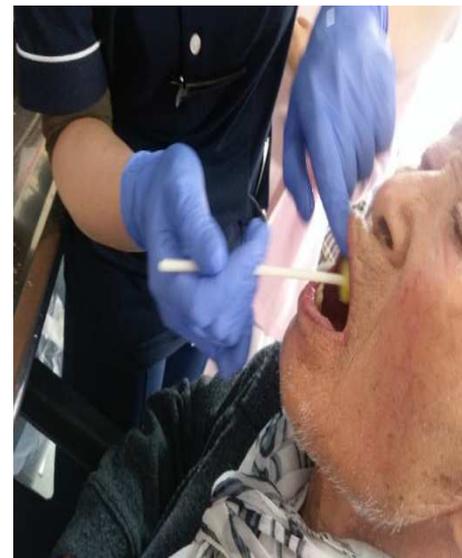
協助進食



洗澡椅可升降並控制方向及高低



長者自行刷牙



衛生士協助口腔清潔



口腔清潔用物



不同重量球類



足部運動



長者復健運動



卡拉OK



足部運動



1-2 小時病人至一樓健身房依復健師設計的運動模式

### 地域醫療連攜室

地域醫療連攜室人員包括護士 4 人、社工 3 人及事務員 3 人。另外，設置三名護士負責入退院中心，主要進行入院前協助完成資料建檔，退院前協助辦理相關手續。事務員職責：大多時間在辦公室接收回覆患者來電、業務傳真處理、單位業務量統計、平均住院日數統計、合作醫療機關數據管理。看護師及社工職責：每人各負責一個單位，大多時間皆在病房處理病人相關事宜、與醫師查訪了解病人病情及家庭狀況、後續照護方向、視單位屬性個案討論（負責 SCU 人員 2 回/每周）、各種諮詢業務、出院支援的醫療聯繫（醫師向家屬及病人說明病情、治療狀況、藥物、目前須接受的後續照護，與家屬及病人達成共識，護士需與家屬及病人討論後續照護機構並與之聯繫或是返家照護）、介護資源申請及運用（輔具、無障礙環境設計）、重要情況下協助患者的角色。

病人入院三日內由地域醫療連攜室護士、社工、各病房與醫師、護士及物理、職能及語言治療師開會，討論病人病情及復健狀況，是否需支援，若需支援則由社工將討論結果填寫於相談依賴簽(會談紀錄)並輸入電腦後，七日內完成退院支援計畫書。需支援之病人若介護保險員(似我國長照專員)評估病人返家可能會有問題，則可於病人出院前提出召開會議，由病人日後居家訪視之外院的醫師、介護保險專員、地域醫療連攜室人員、社工師、營養師、藥師、物理治療師、職能治療師、語言治療師、護理師、儀器廠商及家屬共同討論後，介護保險專員、地域醫療連攜室人員與復健師實際至病房評估病人狀況，決定返家所需之資源服務是否需調整，介護保險專員需完成退院前紀錄單後，以 PDF 檔掃描至電腦病歷中。此流程讓全院從上至下訊息一致，對病人狀況及動態都很清楚並能掌控病人動態，有效床位利用，出院後有效資源連結，減少不必要之住院。

因急性病房給付較高，病人疾病嚴重度與住院天數將影響醫院收入及病床利用率，故每日早上九點護理部部長、各樓層護理長於 Stroke Care Unit (SCU)開會討論個案狀況，評估是否需轉亞急性、慢性病房或已達出院標準，下午四點再由護理部部長、各樓層護理長、醫事課及地域醫療連攜室人員一起開會討論個案床位之安排。院長每週一會至護理部與護理主管、各病房護理長及醫療連攜室人員開會討論全院病人狀況，評估是否需轉亞急性、慢性病房或已達出院標準(SCU-W1 及 W4、4F-W3、5F-W5、6F-W4 個案討論)。院長定時每週(1.2.5)至各樓層護理站與護理長討論所有住院病人後，至病房探視每位病人，同時說明病情及評估個案狀況。每個月一次退院支援會議，星期三下午 2 點至 3 點，在 7 樓會議室，參加人員有各樓層護理長、副護理長、地域支援部、看護部、復健醫師、醫事課、醫局藥劑師，討論診療報酬狀況，退院調整等相關事項，以因應看護制度、診療報酬。



地域醫療連攜室



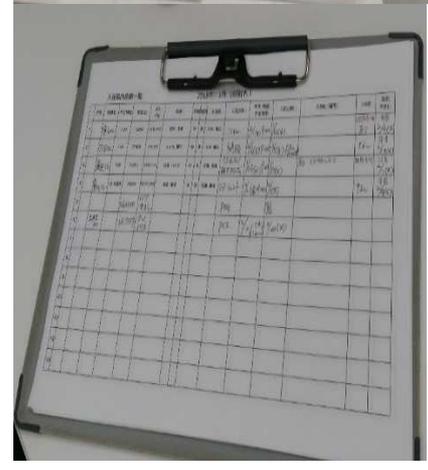
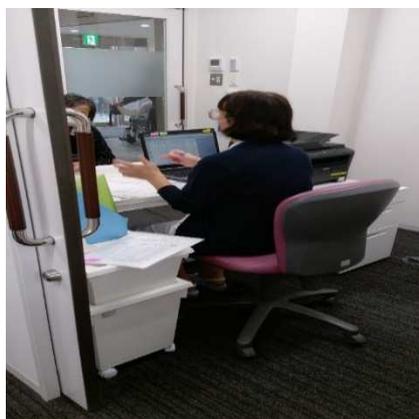
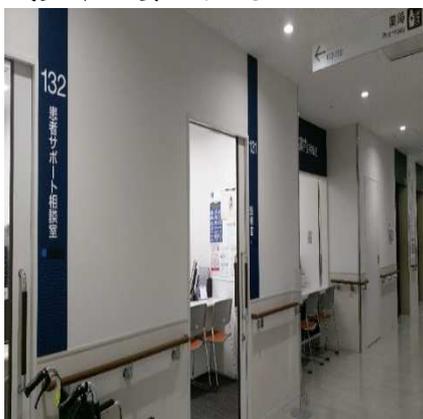
院長與護理長討論全病房病人及查房





門診（入院案内手續處）共有 3 位人員，2 位事務人員（兼職）、1 位護理人員，入院案内手續處事務人員接受到住院病人拿取之單張辦到，事務人員依據單位之入院說明手冊向病人及家屬說明住院相關事宜，如想入住病房種類、病房入住費用、自費物品費用（如口罩）、住院攝取飲食及病人飲食禁忌、檢查時間、檢查注意事項（禁食時間）、醫師的交代事項、目前攝取之藥物與檢查會有相關（聯繫藥劑師向病人及家屬說明注意事項-因個人隱私故無法照片呈現）、測量身高及體重、預定住院日期、住院紀錄單基本資料（宗教、婚姻、家族史、過去病史等相關資料）。

新病人入院前須先至該中心由護士與病人及家屬會談，收集病人基本資料、用藥史、齒科評估、評估 ADL、住家環境、經濟狀況、介護保險、及需支援或介護等級、後續適合之照顧地點、預計出院日期。每位病人約耗時三十分鐘，每週約 24 位病人。由入退院中心完成退院支援病人基本資料並建檔後可節省護理站護理人員人力及時間。病人入院三日內由地域醫療連攜室護士、社工、各病房與醫師、護士及物理、職能及語言治療師開會，討論病人病情及復健狀況，是否需支援，若需支援則由社工將討論結果填寫於相談依頼簽(會談紀錄)並輸入電腦後，七日內完成退院支援計畫書。需支援之病人若介護保險員(似我國長照專員)評估病人返家可能會有問題，則可於病人出院前提出召開會議，由個案日後居家訪視之外院醫師、介護保險專員、地域醫療聯攜室人員、社工師、營養師、藥師、物理治療師、職能治療師、語言治療師、護理師、儀器廠商及家屬共同討論後，介護保險專員、地域聯攜室與復健師實際至病房評估病人狀況，決定返家所需之資源服務是否需調整，介護保險專員需完成退院前紀錄單後，該院以 PDF 檔掃描至電腦病歷中。此流程讓全院從上至下訊息一致，對病人狀況及動態都很清楚並能掌控病人動態，有效床位利用，出院後有效資源連結，減少不必要之住院。



## 居家護理

成員包含管理者+訪問看護師 1 位（常勤兼務）、訪問看護師 11 位（常勤）、1 位（非常勤）復健師 8 位（PT 4 位、OT 2 位、ST 2 位）、營養師 1 位（地域醫療連携室）、專任事務員 1 位，成員均於同辦公室，方便開會或討論個案問題，減少聯絡時間。病人共 101 位，40 位來自大田紀念病院，61 位來自其他醫療院所，在宅醫療有 20 位病人。病人診斷多為神經難病（ALS、脊髓小腦變性症、多系統萎縮症、進行性核上性麻痺等）、惡性腫瘤、腦出血、腦梗塞、硬腦膜下出血後遺症、心疾患。病人出院由個案管理師擔任協調者，評估個案狀況及需求並擬定計畫，每人最多 40 位個案，每月須追蹤個案狀況並適時調整服務內容及時數，直到病人往生。家訪次數視病人狀況、醫療保險及介護保險申請次數，有些病人每天，有些病人 3 天/周，訪視費用也不相同。居家訪視成員包括護士、復健師、介護福祉士（臺灣的病患照顧服務員）。居家照護範圍：開車 30 分鐘路程、在宅、居住小規模多機能照護機構者。

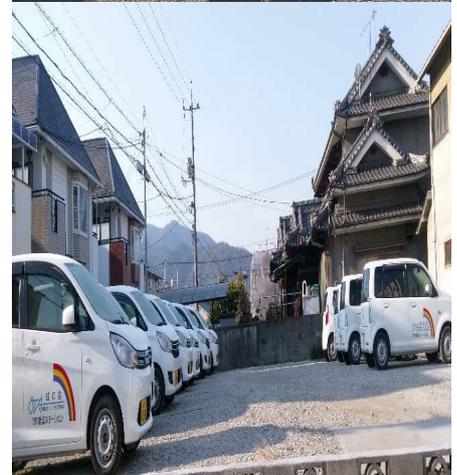
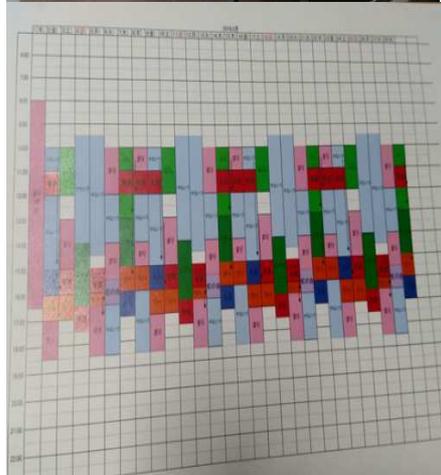
與居家訪視護理師至脊椎損傷及肌萎縮脊椎側索硬化症(ALS)居家病人家中訪視，發現日本居家病人無障礙環境設計完善，針對病人個別性設計符合之輔具，讓病人在家中利用適當輔具讓日常生活更方便。居家護理師與病人及家屬有良好醫病關係，也對病人家中環境非常熟悉，連瓶瓶罐罐放於何處均瞭若指掌。居家護理師至病人家中給予生命徵象的測量、協助病人身體清潔、餵食、排便訓練等等，完成既定之護理後必將用物環境整理乾淨，執行護理過程中與病人或家屬溝通了解居家照顧問題並提供諮詢服務，並與家屬討論居家行程表及安排病人返診或住院等。居家護理團隊能依病人及家屬需求適時與家屬及病人討論所需的照護，讓病人及家屬得到適當的心理支持及照護喘息。



大島 章 様 平成30年1月

12月22日

日	月	火	水	木	金	土
12月31日	1	2	3	4	5	6
	11:00 訪問看護 点検	11:00 訪問看護 点検	15:00 訪問看護 点検	15:00 訪問看護 点検	15:00 リハビリ	11:00 訪問看護 点検
7	8	9	10	11	12	13
	11:00 訪問看護 点検	11:00 訪問看護 点検	11:00 訪問看護 点検	11:00 訪問看護 点検	15:00 リハビリ	11:00 訪問看護 点検
14	15	16	17	18	19	20
	11:00 訪問看護 点検	11:00 訪問看護 点検	11:00 訪問看護 点検	11:00 訪問看護 点検	15:00 リハビリ	11:00 訪問看護 点検
21	22	23	24	25	26	27
	11:00 訪問看護 点検	11:00 訪問看護 点検	11:00 訪問看護 点検	11:00 訪問看護 点検	15:00 リハビリ	11:00 訪問看護 点検
28	29	30	31			
	11:00 訪問看護 点検	11:00 訪問看護 点検	11:00 訪問看護 点検			

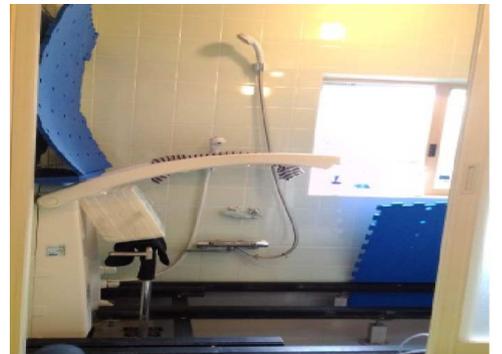


### 案例一

病人女性 70 歲、直腸癌，沒有家屬，長住小規模多機能機構照護，目前有血便、右腕部皮膚有約 3\*3 公分二級褥瘡、疼痛問題（嗎啡貼片使用），每天需注射點滴故居護理師每日至機構訪視，每次約一小時，訪視當天因為病人血便厲害、疼痛問題，護理師協助處理血便狀況、傷口護理、生命徵象監測、疼痛評估、與主治醫師連繫後安排住院處理。

### 案例二

病人男性 36 歲，原於幼兒園擔任保育員，因游泳場跳水事故導致頸椎損傷（已 7 年），照顧者為案妻，上肢手指變形輔具使用可執行轉動、滑動動作、下肢癱瘓無法行走，需人協助移位，可自行操作輪椅活動，一天自行導尿 10 次，睡覺則單導管接上尿袋（醫院給付導尿管 2 次/月），目前問題有排便及排尿問題。居家訪視一周三次，協助腹部按摩、挖便、單導、身體清潔、生命徵象監測；居家復健一周一次，居家輔具協助申請及購置（專門病院協助）



協助寫字

協助打字

輔具枕頭



協助尿管打水球輔具

導尿管及尿袋

無障礙廁所

### 案例三

病人意識清楚能理解，但無法表達，呼吸器連接持續性低壓力抽痰使用，吞嚥困難胃造口留置灌食，上肢肢體無法執行活動、下肢可微抬臀動作，長期臥床，皮膚無損傷，左手手指頭無法比五的動作，主要照顧者為案妻，目前問題：排便問題、呼吸訓練。居家訪視每周2次，沐浴每周2次，今日居家訪視監測生命徵象、聽診、腹部按摩、挖便、洗頭、呼吸訓練，病人有自發性呼吸，每次訪視會執行呼吸訓練。



洗頭



呼吸器檢測



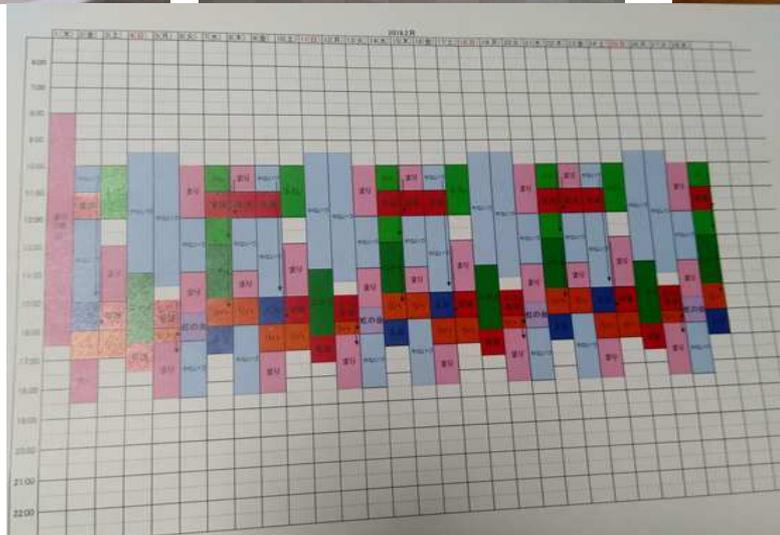
呼吸訓練



呼吸訓練機器監測

案例四

病人 54 歲男性、肌萎縮症，使用 Bi-PAP，有心臟疾病（心臟節律器）、肺氣腫、左腎結石、副鼻腔炎，主要照顧者為案妻，距離大田醫院約 30 分鐘的路程，靠海邊，家中有電動床、氣墊床、腳步充氣按摩、移位機、無障礙衛浴，申請相關照護資源，目前居家訪視每周 1 次、沐浴每周 2 次。



## 日本醫療保險制度

### 國民健康保險

國民健康保險是日本的公辦醫療保險制度，公家機關醫療保險有兩種，一種是國民健康保險，一種是在任職公司所加入的健康保險。從醫療保險制度本身來看，分為受雇者保險和地區保險兩部分，兩大部分又分別由健康保險、國民健康保險、船員保險和互助組合四大部分組成；從制度運作來看，有分別由國家公務員、地方公務私立學校教職員參加的互助組合式的運營，有由 700 人以上大企業參加的健康保險組合式的運營，也有面向一般受雇者的以政府為投保人的政府掌管的運營和面向一般公民的國民保險運營，加入國民健康保險則給付診療費的 70%，支付餘下的 30% 費用就可以接受診療。從保險的內容來看，不僅包括醫療費的支付和負擔，還包括分娩補貼、育嬰補貼、喪葬非、療養補貼等。在國民健康保險中，也有所需費用的全額必須由自己負擔的時候，如住進醫院的單人房等時的「差額床費」、使用在健康保險中沒有被承認的高額的特殊治療藥時及牙科需要裝金冠等的特殊治療。；從保險對象來看，不僅包括被保險者本人，還包括其贍養家屬。保險費用依各地區與個人情況而有所不同，年收入在一定金額以下的人，保險費還可以減免 70% 至 50%。醫療保險規定：對無工作能力、無收入來源、無法交納保險者，經核實可劃為生活保護範圍，免交保險費，享受免費醫療。收入低下的農民和自營業者可享受免交一半保險費的待遇。

日本的醫療保險的資金來源由保險費和稅收兩部分構成，即國家補貼和國庫負擔部分是由稅收來彌補的。彌補的資額各制度有所不同，政府掌管的保險稅收補貼其給付部分的 13%，國民健康保險的一半來自于國家稅收。

### 介護保險法

介護保險對象主要為 65 歲以上的老人，稱為第一號被保險者，40 歲~65 歲未滿的加入醫療保險者（患有早期癡呆、腦血管疾患、肌肉萎縮性側索硬化症等 15 種疾病）稱為第 2 號被保險者。被保險人需經一定程序經認定為需要支援或需要照護者方能使用介護保險所提供之照護服務。被保險人需向居住所在地的介護保險行政窗口提出申請，再由市町村派遣專人到府進行訪問調查，同時，需由被保險人的主治醫師出具意見書。照護認定審查會根據訪問調查結果及主治醫師的意見作第二次認定，認定結果通知書會郵寄給被保險人。從申請到認定結果出爐所需時間約一個月左右。照護認定的有效期原則上為半年，有部分市町村為 3 到 5 個月。照護認定有效期內若狀況沒有改善，可更新照護認定，更新後的照護認定有效期為一年到兩年。有效期後若沒有更新，照護認定即失效。

申請人得到介護保險的認定後，有一名專業的介護師（取得國家認定的介護師資格）來幫助申請人制定一份符合認定的介護等級、也適合本人健康狀況和要求的介護服務計劃。將此計劃交有關醫療機構。醫療機構照此計劃到府提供介護服務，或用車接患者到相關機構接受服務，然後送患者回家。介護計劃實施半年後，再進行一次健康調查和重新評估，根據健康狀況的改善程度（或惡化程度），調整介護等級，制定新的介護計劃。

日本長照保險有個很重要的角色是「照顧經理 (care manager)」，負責整合資源，判斷病人需要的服務是什麼。制度剛開始時候，照顧經理多是有醫療背景的護理師擔任，現在則有八成是居服人員，這出現了問題：照顧經理對醫療沒有概念，也因為日本社會氛圍，照顧經理與醫師社會地位落差太大，照顧經理往往不敢主動跟醫師聯絡，最後只能在缺乏病人醫療資訊下擬定照顧計畫，對病人不一定好。因此 2012 年日本設計「在宅醫療連攜據點」的制度，希望解決這兩個問題。

在宅連攜據點有五個任務：1. 解決多職種連攜相關的議題；2. 提供在宅醫療從業人員相關的支持服務；3. 多職種合作以提升醫療照護品質；4. 提供在宅醫療相關教

育講座啟發社區民眾；5.在宅醫療相關人才培育。透過在每個地區設立在宅醫療連攜據點，據點可以是醫院、開業診所、各地醫師會等，定期辦理研習、講座，邀請所有從事或者尚未從事在宅醫療的診所醫師、居家護理師等醫護人員，一起交流學習，探討如何合作，建立友好的關係，跨越過去醫療與長照間的藩籬。至今，雖然在宅醫療醫師的數量增加不多，但因為在宅醫療連攜據點凝聚了地區的醫護人員，也主動邀請沒有做在宅的醫師一起去看病人，在實際的在宅醫療出診過後，有些醫師會覺得在宅醫療沒有這麼困難，甚至有些年紀較大的醫生也願意投入。在宅醫療連攜據點也延伸出另一個重要任務：當地診所與診所之間互相合作，連結老診所跟年輕開業醫兩方。比如老醫師半夜去看病人比較辛苦困難，據點就可幫助他找到年輕醫師開的診所，採取雙主治醫師的制度，當老醫師無法出動時就是年輕開業醫師協助出診。

為了降低醫療費用支出，日本政府開始積極推動居家照護，希望能發展出以社區為主體的長期照護體系。於是從 2000 年介護保險開始，加入在宅醫療服務，但真正蓬勃發展是從 2006 年之後，厚生勞動省與勇美財團合作，舉辦各項活動鼓勵診所提供在宅醫療服務，同時提高在宅醫療給付標準，才真正提高在宅醫療服務量。

## 愛媛縣小型機構

機構負責人中矢小美今年 74 歲，護理人員退休，退休後至工廠工作接觸養護機構的設施，再加上雙親生病需人照料，接觸照護高齡者的照護設施很不符合人道，思考未來的老年生活也要這麼沒尊嚴嗎？於是思考後開創了照護高齡者的照護設施，讓家屬無法白天或全天候照顧家人時，能選擇的日間照顧(Day care)及團體家屋 (Group home)，成立至今已十幾年，有 4 位工作人員，目前日間照顧(Day care)共有 20 位、團體家屋(Group home)有 9 位住民，僅限松山市無管路之老人可入住，每月需付 150000-170000 日圓。其房子為木製房屋，特別請人設計特殊的雕花、天井、佛堂、無障礙設施、無障礙浴廁、廚房、客廳、活動區域等舒適寬敞的環境，不是將老人關起來害怕他人歧視的眼光，而是讓老人能自由活動，有尊嚴的生活著，每日安排不同的活動如唱歌、玩牌、念佛經、吟詩、烹飪、泡茶、畫畫、寫書法、淋巴按摩運動、足部腳底運動、筋骨拍打按摩，自製活動輔具使用，讓高齡者發揮自己的專長，有被需要的感受，每天開開心心學習，將日常生活當復健。



與中矢小美合影



溫馨客廳



佛堂



特殊雕花



喝茶聊天



唱歌玩牌



有左右肢體障礙無障礙廁所



無障礙環境



可休息的床鋪



雜貨店



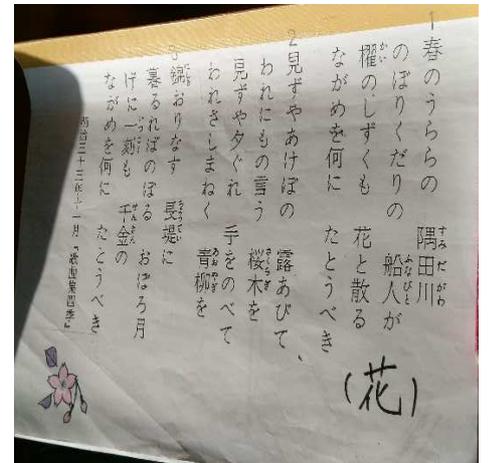
工作人員帶領團體活動



利用傳統工具讓長者使用



誦念經文一天三回念誦心經



日本歌曲、詩詞、小牌





淋巴按摩及握拳運動 20 下、口腔運動



足部腳底按摩運動唱 10 首歌



利用橡皮筋手部運動約 5 首歌



自行攝食



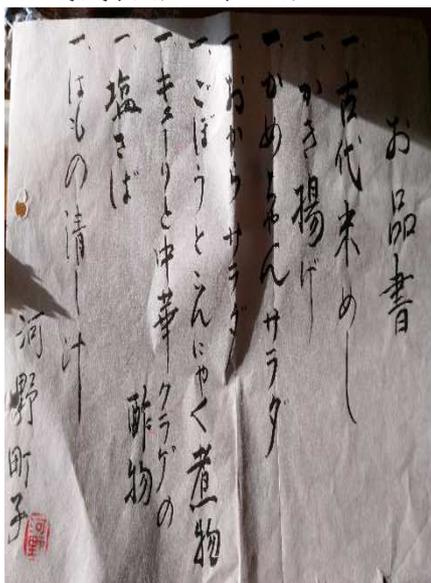
90 幾歲長者自行活動



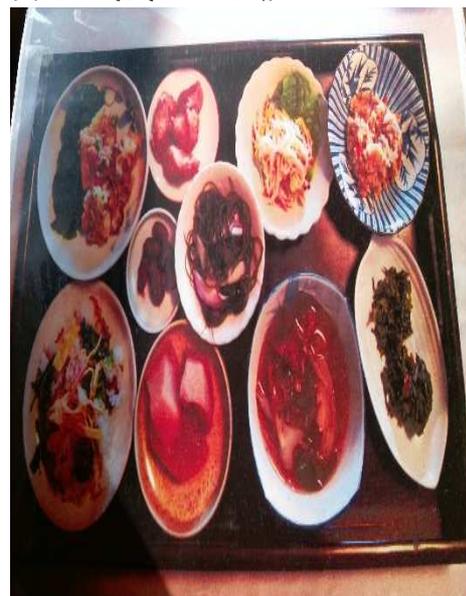
與 90 幾歲阿公合影



畫畫作品



書法作品



烹飪

## 鞆の浦・さくらホーム

Konoura 是一個有傳統和歷史的港口城鎮，人口下降和老齡化正在迅速進行中，但在地居民對這個地區的依附度很高，相互支持的精神就是這個城鎮的文化。負責人羽田富美江是一位物理治療師，經營櫻花之家的動機是認為與“人”的關係不是一個實際的地方，而是某個地方，如果居住在那裡的人的感覺發生變化，那麼這個地區和城鎮就會發生變化，她的管理理念：與家人聯繫、與社區聯繫，使之成為一個能展現個性的家，實踐關懷家庭和社區，連接“人”和“地區”的橋樑。「理論中照顧重點是創意，照顧沒辦法有 SOP。每一個人在不同時間點，需要的東西不一樣，所以需要的照顧也會不一樣，因為人是會變的。」在此社區正在進行一項工作，福利專業人員藉用當地人民的力量的同時，將支持作為社區中的家庭和城鎮的成員有尊嚴的生活，就是這樣的珍惜，全體員工繼續為實現老年人、殘疾人和多代人的和諧社會而共同奮鬥，讓夢想成真。設置了其他照護設施，建立在用戶生活區約 400 米的範圍內。讓在地居民自由享受生活的居住在熟悉的區域，沒有醫療處置，支持融入當地的自然生活，發展在地居民的潛在能力，享受日常生活。



鞆の浦さくら家



不用白光



負責人羽田富美江



當地健康老者擔任照護者



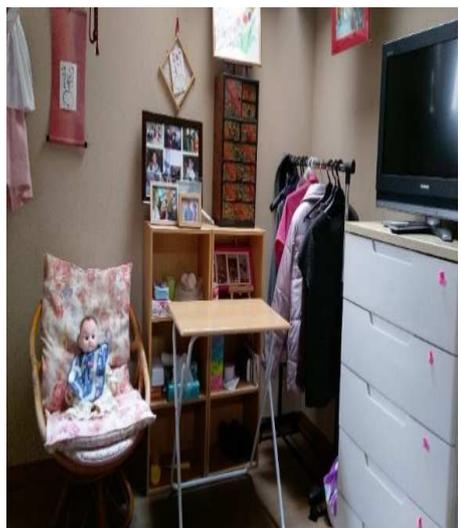
讓居住長者不受約束享受生活



安排活動課程



用膳處



視居住長者生活習慣擺設生活用品





止滑、排水、並依不同長者予以不同方式



糖果屋，從小孩到老人，每個人的聚集地，一直充斥著溫暖的笑容。



隨時接送長者

## 介護老人保健施設-希望の館

營運方針：在醫療管理方面，我們強調光明居家的氛圍，努力為居民提供歡樂個別化人生的服務。

服務功能：除了根據 ICF 概念（與日常生活直接相關的康復）開展康復外，我們還致力於足部護理和音樂療法。

樓層：3 樓

介護病人類別：要介護 1-17 人、要介護 2-19 人、要介護 3-21 人、要介護 4-21 人、要介護 5-23 人

照護老人保健設施是指那些被證明需要護理狀態的護理及醫療方面的醫療訓練，日常生活中的其他必要的醫療護理等的護理保健服務設施根據病人的能力提供支援日生活的設施，為了能早日歸家生活而提供。

### 長期護理的程度和護理認定的參考時間等的關係

要介護度	基準時間	保持和改善狀態的可能性	付款限額基數的分類
不適用	25 分未滿	(不用審查)	(沒有給付)
要支援 1	25 分以上 32 分未滿	(不用審查)	4970 單位/月
要支援 2	32 分以上 50 分未滿	它不屬於“認知衰退”或“狀態不穩定”	10400 單位/月
要介護 1		它對應於“認知衰退”和“狀態不穩定”中的一個或兩個	16580 單位/月
要介護 2	50 分以上 70 分未滿	(審查なし)	19480 單位/月
要介護 3	70 分以上 90 分未滿	(審查なし)	26750 單位/月
要介護 4	90 分以上 110 分未滿	(審查なし)	30600 單位/月
要介護 5	110 分以上	(審查なし)	35830 單位/月

工作人員：

	常勤	非常勤		常勤	非常勤
看護職員	11 専従	1 専従	管理栄養士	1 専従	
介護職員	26 専従	2 専従	介護支援専門員	4 専従	
醫師	1 専従	1 非専従	其他人員	1 専従	4 専従
事務員	3 専従		介護福祉士	26 専従	2 専従
藥劑師		1 非専従	介護支援専門員	3 専従	
支援相談員	3 専従				
理学療法士	2 非専従				
作業療法士	3 非専従				



大浴場



機械浴室



無障礙廁所



単人房



四人部屋



毎日時間表



失智症患者安全門禁-密碼鎖



感染管制



寫字訓練



機能回復訓練室



日常生活機能訓練



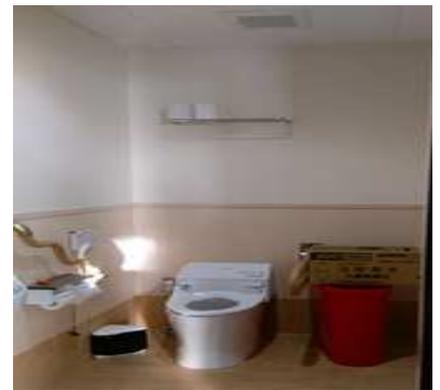
無障礙交通接受

## 愛媛十全醫療學院附屬病院

在居家照護過程中，無可避免地還是會遇到需要住院的情形發生。在宅醫療負責醫師評估病人狀況協助病患住院治療，藉由「地域包括支援病棟」，最長可以住到60天，跟臺灣急性後期照護類似，目的在改善自立功能，協助病患返家接受居家照護。另一種形式「在宅醫療病棟」患者直接入院（最長可住到2週），不須經由急診。「在宅醫療病棟」病患來源包含輕症急性患者、緊急需求患者（例如照護提供者本身臨時因病無法提供服務，導致患者出現生活障礙）、緩和醫療需求、喘息服務需求等。住院期間主要護理師也採用責任制，每次住院時護理師一直都是同一位，利於進行連續性周全照護。



單人房



四人房



公共澡堂-泡澡機、浴池、無障礙洗澡機

## 面対面出院準備會議

住院病人出院前會進行「面対面出院準備會議」，參加成員不只是病房主治醫師、病房護理師，包含在宅醫療負責醫師、負責居家護理師、醫療連攜專門員、保健所人員、後續照護的日間照護機構人員也都會一同參與，家屬和病患也會在現場，醫師向家屬及病人說明目前疾病發展過程、病人目前疾病發展階段、住院檢查項目結果、治療經過、藥物治療、合併症、返家後問題、返家後的照護計畫進行討論，並尊重家屬和病患意願，若有必要時也會進行出院前在宅訪問。簡言之，社區整體照護的核心概念為「偶爾入院、大部份在宅」，代表就是透過各種資源介入，盡量維持病患居住於家中，若有需求才入院接受治療，並從住院的第一天起，就開始為出院後的返家照護進行準備。



住院主治醫師向家屬及病人說明疾病狀況及檢查結果



面対面出院準備會議



八代 金吾 様 病状説明 (2018/1/24 水曜日)  
 国立病院機構愛媛医療センター 神経内科 戸井孝行

病名: [ ]  
 入院期間: 2018年1月24日

●検査結果のまとめ

【血液検査】  
 総タンパク 7.1g/dl, Alb 4.1g/dl: 栄養状態良好。  
 肝機能、腎機能、脂質値: 正常。血球値 83mg/dl, HbA1c 5.7% → 糖尿病なし  
 白血球 6,600/μl → 正常、ヘモグロビン 13.8g/dl → 貧血なし。  
 甲状腺機能: TSH 1.06, freeT4 1.17, freeT3 2.34 → 正常範囲  
 PSA (前立腺マーカー) 正常 (U-4) 5.261 → 軽度の上昇。

【心電図】 心拍数 64/分、完全右胸ブロック。 → 経過観察。  
 CV PR 2.76% 年齢 (80歳) 相応の値下ほど: 自律神経機能の低下も疑う。

【CT 検査】 胸部: ①左肺動脈に小結節が存在。右のものは 7mm 大 → 経過観察。肺野中に軽度の弛緩を認める。甲状腺に腫大を認める。  
 腹部: ②肝臓に軽度の弛緩を認める。膵臓に 2.2cm 腫大を認める (門静脈石硬化)。両側腎臓病。③膀胱結石を認める。右前立腺に軽度増大を認める (前立腺肥大の疑い)。

① ② ③ ④

【中脳線エコー検査】 左右、軟部とも腫大、明らかな占拠性病変はなし。

【腹部エコー検査】 肝臓: 明らかな占拠性病変はなし。胆嚢: 内部に小さな結石または胆泥。膵臓: 両側に腫大。膵臓に 2.2cm 腫大。膀胱結石 (11mm 大)。

【心臓エコー検査】 心臓の大きな異常はなし。

【血管機能検査】 CAVI (動脈の硬さ: 正常 ~ 89) 右 11.9/左 12.0 → 80歳以上に相当。  
 ABI (動脈の詰まり程度) 右 1.11/左 1.10 → 正常

【脳部 MRI 検査】  
 ① 早期に古い小さな脳梗塞を疑う。びまん性脳萎縮を認める。② 脳幹部・小脳に異常なし。  
 ③ MFA: 主な脳動脈に狭窄や動脈瘤様の突出は認めない。

① ② ③

【DAT スキャン】  
 ① 両側脳実体の濃度は基準値に低下している。黒質線系ドパミン神経の脱髄の存在を疑う。SDR (特異的結合比) は R=0.28, L=0.48 と低下が強い。

【MERG シンチ】  
 ② 心臓への集積は基準値に低下している。④ 脳/脳組織比 (早期) 1.44, (後期) 1.11  
 ① ③

【脳血流シンチ】 ③/④ 両側脳実体脳血流低下を認める (左>右)。右側脳葉にも血流低下を認める。

① ② ③ ④

●パーキンソン病の病態経過  
 手足の振動に緊張 (強直) あり、歩くときに歩幅が小さくなる (小歩歩行)、足が止まる (すくみ足)、前傾姿勢、体が揺る (左揺り) (姿勢反射低下)。  
 → いずれも、パーキンソン病でみられる症状があります。今回行った、脳の検査などの結果からも、「パーキンソン病」である可能性が高いと考えられます。

④ ⑤、⑥ 症状状も悪化することから薬の副作用の可能性も考慮して「エプビニール」は減量・中止。  
 ★ ドパミン agonist 製剤 (ニュープロパッチ) を新たに追加 (4.5mg → 9.0mg/日)、以下はこれまで通り継続。  
 ★ L-DOPA 配合錠 L (100) 4錠 / 4×毎食後・夕食後 3 時間隔  
 ★ L-DOPA OO 錠 (200) 1.5錠 / 3×毎食後

●その他の合併症  
 ・痔核: 消化器外科受診。→ 9 割方向に内痔核あり。1 日 1 回軟膏 (ネリプロクト軟膏 2g)。  
 ・右脳内腔/左内腔 脳静脈瘤: → 当該での検査機では脳圧測定は不可。当該の脳動脈内では病状に大きな変化はないと考えられる。当該では脳内腔の脳静脈瘤の検査が限定され、検査機種の面からも、「はた外科」の紹介状を待機して、近くの脳科を受診されることをお勧めします。

●今後の計画と相談  
 治療継続 - 在宅療養・サービス利用、次回レスパイト (リハビリ) 入院などの計画。  
 訪問診療: クリニック六花さん ① 2月16日 (金) ② 2月27日 (水)  
 訪問看護:  
 福祉サービス:  
 レスパイト入院:  
 ① 平成 30 年 月 日 ( ) ~ 月 日 ( ) 時 分 ~  
 カンファレンス 月 日 ( ) 時 分 ~  
 ② 平成 30 年 月 日 ( ) ~ 月 日 ( ) 時 分 ~  
 カンファレンス 月 日 ( ) 時 分 ~  
 ③ 平成 30 年 月 日 ( ) ~ 月 日 ( ) 時 分 ~  
 カンファレンス 月 日 ( ) 時 分 ~

## 五本松的家（Goromatsu）建立一個綜合性社區服務體系

位於福山區市中心，是一所地域密著型特別養護老人所，是大田醫院的附屬保健設施機構，1樓是社區型養老院 10 人、日間服務 20 人、區域交流空間（護士生活辦公室）、生活的托兒所，2樓是老年人特別養老院 19 人，3樓是短暫停留 20 人，工作人員有 41 人，負責人田原久美子是公共衛生、精神保健、護理支持專家、癡呆護理高級專家。照顧理念是將通過醫療保健、護理和人性化服務來創造“快樂和幸福”，為人們的心靈生活作出貢獻。機構中相關照顧設施是依據大家老年生活時想要的護理設施，像家一樣舒適的場所。目標為像一個家一樣的環境，讓居住者如同居住在自己的家，透過醫療護理和人性化服務創造快樂和幸福，讓每一個人都會透過溫柔彼此的微笑會感到高興，每個月一次會議，參加人員包括護理人員、復健師、保健師、機構負責人、訪視看護各區主管報告狀況，共同討論工作常見問題如與醫師的溝通、病人問題、溝通問題、癡呆症病人的照護，共同討論互相成長。

每一層樓以較鮮艷顏色設計，電梯有密碼鎖設定，防止長者自行搭電梯下樓，設置許多休閒活動設施及肢體復健設施，讓長者能在生活中繼續學習，依長者不同能力設計不同學習課程，讓長者受到尊重，有自信、自主功能的維持，亦設有能讓長者自行如廁及沐浴之輔具，無障礙空間，依長者需求的不同設計不同飲食。



團體活動、唱卡拉 OK、休憩的床鋪



精油噴霧



復健器具



不同顏色-失智症長者



特製個人性飲食



長者可自行沐浴



無障礙環境及安全電梯鎖



會議



教育訓練

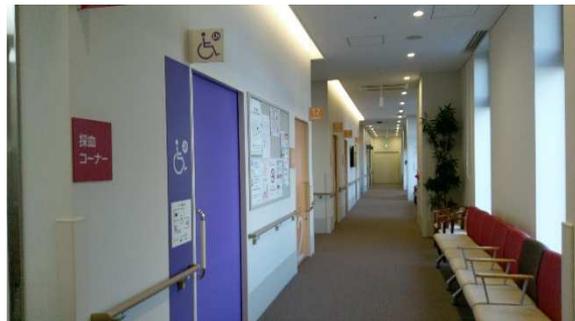


## 醫療法人辰川會山陽病院

山陽病院為集團醫院，含有腎醫療、社會福祉特別養護老人、在宅事業部、福山市地域包括病房，主治外科、內科、泌尿器科、整形外科及人工透析，是救急、勞災、更生醫療指定的醫療院所。看護師有 88 名，分兩班制，一星期上班 40 小時，一年年休日有 110 天。於福山市共有三間病院，包括：醫療之山陽病院（59 床一般病床、地域病床 23 床、19 台透析裝置，每月透析人次為 380 人次）、腎醫療之山陽腎病院（專門提供居家、護理之家病人血液透析，共 104 台透析裝置，每年接受透析人數為 283 人）、福祉之特別養護老人設施、戒護之 Day care（70 位病友）。

醫療之山陽病院 1 樓為門診區，共有 7 間診察室；2 樓為透析室、手術室、復健室。透析室大部分成員為臨床工學技術士，腎臟末期病人透析與否，醫師會與病人及家屬討論，由病人及家屬簽名表示不要繼續透析後，再掃描存入病歷，但其意願可能會隨時變動。3 樓為急性期病房、手術病人、肝、腎、心臟疾病，共有 45 床，3 間病房設置錄影監視設備，避免意外事故、認知症病人醫療安全，病人及家屬須簽署同意書，表示同意監視錄影。4 樓為區域綜合病房，以高齡患者認知症居多，共 37 床，病房區設置復健設施。4 樓為區域綜合病房，以高齡患者認知症居多，共 37 床。病房區設置復健設施，提供病人進行復健。

護理站呼叫鈴電腦系統，可統計病人呼叫頻次及時段，每位護士配置一台 PHS，可即時回應病人的需求，若統計資料得知病人叫鈴太多次時，醫療團隊會給予以下處理，部室與家屬、醫師會談，依問題擬定策略，若是心理問題，則轉介心理師協助處理，心理師也會處理工作人員心理問題。該院有設置一位機器人，提供出院病人諮詢、指導病人做運動、跳舞給失智病人看。日本 DPC 醫療保險制度，給付金額與病人年齡有關（70 歲以上，自付 10%；69 歲以下，自付 30%）。且日本醫療政策針對高度急性期與急性期之醫療，將由 380000 床減縮為 190000 床。高度急性期與急性期住院天數為 14 天。日本自 2000 年開始介護保險，戒護保險給付分成戒護度 1-5，支援度 1-2，護理之家給付包括醫療保險（佔小部份）、介護保險（佔大部分），為增加在宅照護率，提供居家訪問診療、居家護理。山陽病院住院天數為 18 天至 60 天，主要以高度急性期與急性期病人居多。





### 三、心得

此次有機會到日本福山大田腦神經紀念醫院研習，不但讓我視野變得寬廣，也學習成長許多，雖然這是一家規模不大且不是市中心的醫院，但卻能把專業醫療發展得如此完善、完整，麻雀雖小五臟俱全，小而美且效率驚人的醫院，其醫院動向規劃清楚完善、資訊系統完整、人員工作職責明確，能讓急診病患到院十五分鐘內即完成腦部電腦斷層掃描，做正確診斷並立即得到處置，不僅著重在醫療方面，在照護方面也很重視，醫療及照護互相完美配合，讓病人得到最好的醫療照護品質。在疾病治療的過程中，也立即提供復健運動的照護，讓病人損傷降到最低，不管在加護單位、病房中各個角落都可見到復健師無所不在的服務。院長除了親自參與出院準備服務討論會，強調可依需求立即召集團隊成員開會，其開會的時間掌控良好，效率也很高，也重視床位控管及資源的運用，護理部主任與相關人員固定每日召開會議兩次，即時依個案病情變化，評估轉出及轉入動向。

另外，個案管理師則評估個案照護需求，安排相關人員訪視，讓個案返家後即可獲得跨團隊之照護。為了讓筆者更深入了解日本介護保險現況，醫院主動協助聯繫安排筆者參訪三陽病院、Sakura home、國立愛媛醫院、老人團體家屋及日間照顧、居家訪視所及社區健康護理師追蹤個案，讓我從急性醫療處置及照護，一直到居家照護、社區照護，社會資源運用的淋漓盡致、醫療團隊的合作等，這些景象讓人印象深刻且深受感動。日本住院病人出院前經過個案管理師完整之評估後提供出院計畫，依病人狀況整合相關資源系統並適當運用，讓個案出院後得到妥善且連續性之照顧，尤其在日本介護保險開辦後，居家病人由受過訓練的專業人員提供服務，不僅讓個案能在家中得到適當的照顧免於往返醫院之辛勞外，在適時狀況下提供機構短暫照護，讓家屬也能得到適當喘息的時間。

此次有日本研習的機會很感謝長官的鼓勵，感謝施欣怡醫師及同仁的協助，也很感謝隨行同伴的互相幫忙及照顧，更感謝福山大田腦神經紀念醫院的安排學習內容，讓我開了眼界也稍瞭解日本介護保險及醫療現況，最後更要感謝福山大田腦神經紀念醫院理事長夫人不僅熱心安排學習內容更照顧我們的生活、飲食，也要謝謝該院護理部主任及副主任研習結束後，帶我們去體會日本道地的居酒屋料理，並親自送筆者搭機返臺，這些點點滴滴都讓我很感動、眼眶泛淚，感受到人間處處有溫情。

### 四、建議事項

- (一) 急性醫療處置有清楚流程、完善資訊系統、動線規劃明瞭、藥物專用箱子。
- (二) 在急性醫療過程中，照護目標也著重在病人早期復健，及早評估病人狀況，設計適合病人的復健運動計畫，完善的復健療程，以增加病人身體功能，減少其依賴程度，並預防廢用症候群。
- (三) 出院前會進行「面對面出院準備會議」，雖然形式上類似臺灣的出院準備服務會議，不過參加成員不只是病房主治醫師、病房護理師，包含在宅醫療負責醫師、居家護理師、長照專員也都會一同參與，家屬和病患也會在現場，就返家後問題進行討論，並尊重家屬和病患意願，若有必要時也會進行出院前在宅訪問。
- (四) 「在宅醫療病棟」是在宅醫師最好的後援，在居家照護過程中，無可避免地還是會遇到需要住院的情形發生。可接受直接患者入院（最長可住到2週），不須經由急診，而是由在宅醫療負責醫師判定是否需住院。住院期間主要護理師也採用責任制，每次住院時護理師一直都是同一位，利於進行連續性周全照護。「在宅醫療病棟」病患來源包含輕症急性之患者、緊急需求之患者（例如照護提供者本身臨時因病無法提供服務，導致患者出現生活障礙）、緩和醫療需求、喘息

服務需求等。

- (五) 日本也建構了地域包括支援系統，由地域包括支援中心（類似臺灣長照中心）整合各項資源，提供單一窗口服務連結。而各地區醫師公會又自行組成「在宅醫療及介護連攜支援中心」，與地域包括支援中心密切合作，負責聯繫在宅醫療與地域照護的各項事宜，確實將醫療與照護進行整合。
- (六) 社區整體照護的核心概念為「偶爾入院、大部份在宅」，代表就是透過各種資源介入，盡量維持病患居住於家中，若有需求才入院接受治療，並從住院的第一天起，就開始為出院後的返家照護進行準備。
- (七) 整合跨部門、跨領域的資源，塑造以人為中心的照護體系，才能真正達到「在地老化，在宅善終」的目標。