

出國報告（出國類別：進修）

日本國立長壽醫療研究中心進修報告

服務機關：臺中榮民總醫院

姓名職稱：鄧喬鳳督導長

派赴國家/地區：日本/愛知縣

出國期間：108 年 9 月 29 日

至 108 年 10 月 13 日

報告日期：108 年 11 月 25 日

一、摘要

因應高齡化趨勢與長期照護需求，臺灣至 2018 年已達到 14.05%進入真正高齡社會也面臨了許多高齡照護問題，為因應民眾多元長期照顧服務需求，達成在地老化目標，規劃發展以社區為基礎的整合式照顧服務體系。本院門診及住院病人 65 歲以上高齡長者約 40 %，故本院積極推展高齡照護及長照服務，除了提供居家醫療照護，也開設日間照顧中心收托失能、失智長者；更加入社區整體照顧體系實體 A 單位(大同書房)，以醫學中心等級經營長照服務，使長照服務真正讓民眾看的到、找的到及用的到，得到最適切的照護服務與滿足其需求。

本次藉由輔導會進修計畫前往日本國立長壽醫療研究中心二周，參觀記憶障礙照護及研究中心(失智門診及失智病房)、在宅醫療支援病房(過渡病房)、回復復健病房、在宅醫療參訪、在宅支援病棟、中途之家「ルミナス大府 (Luminous Obu)」、病房營養照顧、日照中心及失智團體家屋，雖然中榮是急性醫療的角色，如何在面臨高齡社會中在高齡照護上參考日本做法如何從醫院端銜接社區、居家，落實讓高齡長者在社區老化的期望，能加以應用於本院高齡者的照護。

關鍵字：社區長照

目 次

摘要	2
目的	4
過程	5
心得	31
建議	35

二、 目的

因應高齡化趨勢與長期照護需求，臺灣 65 歲以上老人人口於 1993 年已跨過高齡化 國家(aging nation)門檻高達 7.10%，至 2018 年已達到 14.05%進入真正高齡社會也面臨了許多高齡照護問題，因此如何滿足老人在生活需求及規劃完整社會福利政策，是個重要的議題。在 2013 年台中市老人生活狀況及福利需求調查指出：當老人有失能情形或需要他人照顧希望選擇居家照護方式(佔 72.9%)、其次是社區照顧(佔 7.3%)及機構式照顧(5.7%)；調查市區老人在生活照顧的需求方面，以社區照顧關懷據點(佔 20.5%)、居家服務(佔 10.4%)二項較其他需求為高；當老人在生病照顧方面有 34.5%透過配偶或同居人照顧其次是子女，仍有 12.4%老人表示即使在生病時仍由自己照顧自己。隨著台灣社會結構改變與經濟成長轉型，許多照顧者如配偶或是子女無法擔任照顧者，因此突顯出社區老人長期照護需求，如何推動長期照護與社區現有資源進行連結，落實真正需要照護老人身上，是刻不容緩的重要照護政策。

本院門診及住院病人 65 歲以上高齡長者約 40 %，故本院積極推展高齡照護及長照服務，設立有「長照全人整合照護管理會」發展以全人照護為目標之長照服務；參加「居家醫療照護整合計畫」提供無縫之居家醫療照護；106 年響應辦理衛生福利部「銜接長照 2.0 出院準備計畫」提供跨團隊照護，多元聯結長照服務資源；106 年 9 月台中市政府為順利銜接長照 2.0 服務，滿足當前社會照顧服務的多元需求，推出「陪同出院長照服務計畫」，我們亦積極投入社區經營：有社區衰弱介入團隊服務、社區診篩與衛教團隊等皆與各社區據點連結良好，107 年 1 月 29 日日間照顧中心開始營運，收托失能、失智長者；107 年 3 月申請社區整體照顧體系實

體 A 單位(大同書房)，以醫學中心等級經營長照服務,以跨團隊力量(醫師,護理師,復健師,營養師,藥師與社工師等專業人員), 充分讓醫療作為照護服務之後盾,並能將二者無縫接軌銜接，讓民眾得到更便捷合乎需求之高齡照護及長照服務，使長照服務真正讓民眾看的到、找的到及用的到，得到最適切的照護服務與滿足其需求。

由於負責工作業務於今年三月底新接瑛瑛督導長的出院準備、社區及居家業務，此次承蒙家慧主任爭取到經費並推薦屬下能到國外學習，也感謝院方長官成全，由於本院簽約的廣島醫院表示未能有符合我進修目標的安排，在很短時間內透過精神科藍祚鴻主任牽線，由已在長壽進修失智領域的嘉義榮院陳韋伶主治醫師幫忙，才得以前去日本國立長壽醫療研究中心進修二周，希望能瞭解其 1.急性醫療照護機構與社區長期照護機構、社區資源的連結與應用 2.社區長期照護機構運作模式 3.社區長期照護團體運作模式；以下是二周的行程說明。

三、 過程

(一)國立日本國立長壽醫療研究中心簡介

國立長壽醫療研究中心(簡稱NCGG)位於愛知縣大府市森岡町內佔地總面積達一百公頃的「健康森林」的中心點【圖一】【圖二】，每年因著有政府編列高額經費，以提供作為國家級老人健康福祉之各種研究，是高齡者健康與福利研究重鎮。旁邊有小兒醫院，還有一座健康森林公園【圖三】，而且公園內還有一間健康生活館提供民眾獲得健康知識並且有設置有泡湯處，在公園內 NCGG 也張貼了認知症運動海報並於地上有標示讓運動的人可以跟著做，往上還有一處元氣泡湯區，也有設有農夫市集提供農民將自種或自做的食材拿來賣，除了研究所外，有開設門診診療業務(最特

別是有一由眼科及耳鼻喉科聯合門診提供高齡長者針對視覺、聽覺、味覺、平衡覺、嗅覺開設五感門診)，另設有三百八十三床規模的醫院。NCGG 約每四十分鐘才有一班可以抵達的公車，老年病人若需自行或由家人陪同就醫時，皆須開車行經一小段蜿蜒的山路方能前往。雖然地理環境是在山上，可看到研究中心旁邊有公車站方便長者搭車，另外門口擺設各種輔具讓家屬直接開車到醫院門口，每日一早就是院方保全會一一推出來門口就定位放好，家屬就可直接取得門口所需要的輔具來讓長者使用，建議若有捐贈的物資，可以朝除了制式輪椅外，能有各式輔具提供尚有行動力的長者能自主的活動。

目前志工人數不多，年齡約七十多歲甚至八十多歲都有，因為考量志工非醫療背景，因此都是在門口協助長者，只要長者下車就會協助家屬一起車前協助。需要使用氧氣的長者也都自行攜帶小推車看來是推著小行李箱來看診。大廳也都看到長者很少有家屬陪同，自行就診，整個櫃檯的高度也都有考量長者的方便性，另外大廳旁也有餐飲店，旁邊有放一螢幕，定時撥放招募各種長者來參與臨床試驗的各種內容；由於日本是醫藥分離，會有藥師提供醫藥分離，長者可自行操作機器將處方籤上傳到長者附近的藥局領藥，也會有人教導協助操作。電梯的數字鈕及顯示樓層的數字也清新明瞭【圖四】。

由於提前一天到日本，在台灣時就已報名荒川秀井理事長在社區有多重用藥的演講，參與後也感受到日本長者本身對健康的重視，原來報名 1300 人，因場地所限只能接受 350 人報名，場內座無虛席，每個幾乎都是高齡者，剛開始先教長者椅子運動(放映影片)，發現其中有民眾跟著做，在沿路到會場均有人員沿路舉標示牌來引

導民眾入場，場外也提供衛教單張，吸收新知識【圖五】。

每日前來中榮的門診量高達七千人次，集結家庭醫學科、復健科、高齡醫學科、精神部、社工室可商議如何讓前來中榮看診的個案及家屬在等待看診時間中，也考量在不會過號的情況下，選擇特定幾個科別診間外或健康圖書館設計因應高齡長者課程或活動來引導對自我健康的重視。在中榮眷舍或附近公園或友善鄰里佈告欄徵詢同意後如【圖三】也可張貼中榮的認知課程及活動甚至是器材，如像 NCGG 直接將認知症運動的分解動作張貼讓民眾可自我練習。



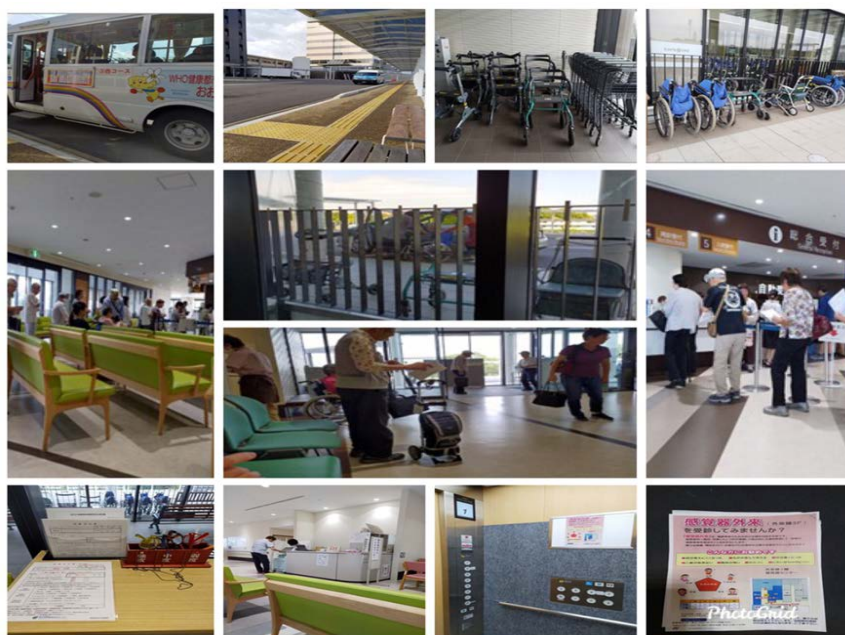
【圖一】長壽醫療研究中心周邊景色



【圖二】長壽醫療研究中心荒川秀井理事長、護理部同仁



【圖三】長壽醫療研究中心旁健康森林



【圖四】長壽醫療研究中心院內環境



【圖五】高齡長者社區講座

(二) 記憶障礙照護及研究中心

失智症在日本改稱為「認知症」。NCGG 推動 New Orange Plan 不遺餘力，除擔任 ORANGE 失智登記資料庫的管理者，更是國內失智照護的標竿醫院【圖六】。

1.失智門診(忘東忘西中心)：

一年以內超過 1000 人來過門診，要家屬陪同一起來或跟朋友一起來(由心理師評估)，先評估再門診，每個診次約十到十二位病患，其中初診病患限定一至二位。醫師希望家屬與患者在每次門診能夠有接觸，愛知縣世代都在附近，少移動，要求家屬在知道範圍提供資訊給院方。日本長照險(以身體功能來做判斷)，但是最近針對失智症來做評估，第一次來門診，還沒申請介護認定，但是醫師還是讓其有機會去申請。評估內容共 250 個項目包括 1.Barthel Index、2.IADL(電話、買東西、食事、家事，洗澡、交通、藥物管理、行動電話(有 GPS 定位的功能)透過看病人能按電話號碼或無法管理藥物。3.DBD 28 個項目(Dementia behavior Disturbance Scale)4.(Vitality Index)意欲指標，(wake up、communication、feeding、on and off toilet)5.家族的情緒共 22 個項目 Zarit。6.社會的評價:社會的背景、結婚、同居、衰弱程度、職業、經濟狀況。7.Nutrition Assessment、老年評估、跌倒評估、8.Geriatric Depression Scale(15 個項目)、9.MMSE。心理檢查室做完，UP&GO EXAM 走幾秒幾步，按秒，走路測試、WALK WAY (ANIMA)下面有感應，可以知道腳落地的位置、測重心(如果耳朵有問題)，腳底柔軟度(DFM)，握力(如果有 10 公斤，日常生活沒問題)、單腳測試。約耗時六十分鐘，醫師會依據檢查結果向個案與家屬說明其治療與相關照護計畫，同時個案檢查結果也會直接匯入院內的大型資料

庫，以供研究中心分析之用。



【圖六】記憶障礙照護及研究中心

2,失智病房：

共有三十床，A區:15人B區:15人，去年平均住院天數是22.3天，平均年齡82歲，女多於男。護理人員32人(包括打工)，需受過認證的失智老人專門的護士，一年約400人住院，也提供喘息服務。病房護理長強調，失智病房有三不：(1)不身體約束，(2)不精神藥物約束，(3)不言語喝斥禁止。失智長輩很少使用鼻胃管或胃造瘻管灌食，盡量都使用由口進食。病房護理師與病患的照護比例是1：7(一般病房是1：10)，單人房共10床一日12,000日元(額外要加15400日元/天)、四人房一日2,160日元，病房收治中重度失智個案、或精神行為問題之個案、與有急性住院需求之失智個案。失智病房的團隊成員包括老年科醫師、神經科醫師、精神科醫師、住院醫師、護理師、物理治療師(二位)、職能治療師(一位)、語言治療師(一位)、及音樂治療師等。失智病房地下地板都是軟的，如果病人跌倒受傷也不會太嚴重，病房內有遠紅外線、病人的腳若是跨越、即會通到

紅燈鈴,地下也有一塊藍色板子、病人下床也會感應(病人鞋子底下有黏感應兩片),有的病人會感覺被監控,約會有 1 至 2 位,就不能繼續再住在失智病房。門口也有一塊板子,算是第二道大門的部分要開啟,需要人為自動按另一面牆的按鈕,且按鈕一按,需要 7 秒才會開。也就是說醫護人員還有 7 秒的時間可以把病患追回,而病房大門打開面對的就是門診區的護理站,即使病患走出病房也會被門診區護理人員發現【圖九】。

病人的衣服有特製、拉鍊式,有的病人會預防拔管,會帶保護性約束帶,隔離衣一穿就丟,洗澡日、多人拉到澡床,床有排水孔,大廳讓病人有大字的日曆,且有護士種的花圃,讓病人觀賞,因考量病人洗手洗不乾淨,所以沒讓病人動手。無論病人是病床或推輪椅(氧氣),均會帶到大廳,通常病人看到大家都很安靜,就不容易躁動。都讓病人自己吃,容易吃飯掉東西,胸前圍圍兜兜若吃得很少,護理人員才會餵食,原則上每個病房外是病人的名字,但有的人不記得名字,就會用區域別用花的畫來區分。失智病房比一般病房多了一個很大的公共活動空間,可做為病患用餐區或進行團體活動之用,病房有大走道環繞著護理站提供長輩行走訓練,並且降低護理站高度減少遮蔽,使得護理師在走廊任何角度都能掌握長輩的狀況,另外還有泡澡堂、一間榻榻米活動室以營造家的感覺、及療癒的戶外小花園。每間病室的每個床位都有對外窗、冰箱及電視,並且每個房間可依個案的生活習性加以佈置;病床床欄設計僅能從單邊下床【圖八】。

3.失智復健課程 (Dementia Rehabilitation)

課程同時針對家屬及病患,希望透過這個課程讓失智患者掌握仍有的功能來重建

生活秩序，也讓家屬學會照顧失智家人的技巧，並增進與家人的互動。個案來源為失智門診的病患，由門診醫師轉介，經復健科醫師詳細評估日常生活功能、神經精神功能、家屬照顧負擔、與社會環境等面向後，開始進行課程。因為 NCGG 認為個別復健效果沒有很好，每週一堂一小時的課，每堂課安排幾組病患及家屬，我當天參與的課程是刺繡，會把整個進行過程拍照，也算是評估的一種，每組搭配一位復健師。課程開始時會先進行暖身活動，將不同家庭的失智長輩及家屬配對，不同家庭配對的好處是通常對別人的長輩會比較有耐性，也可藉由這樣的機會增進不同家庭間的交流。每個月也會安排一次針對家屬上課，針對失智症認識，也會告訴家屬長照險哪些是可以使用的。在腦力訓練上也與社區連結，一星期來一次門診檢查及訓練，用電話將資訊給 care manager，透過 care manager、日照中心來調整課程內容如語言或運動訓練。在失智門診外有一台腳踏車，可讓個案去騎腳踏車做智力測驗，也可改善失智狀況，一個星期可以來騎三次，每次 30 分鐘，在大府市有些也有這腳踏車配備，市民可使用。

NCGG 讓我最印象深刻是將失智門診及失智病房設置在同一層樓層，讓個案及家屬擁有自尊心，不會跟其他科的診間放一起，若需要住院旁邊就是病房，若失智病人不慎一走出病房大門，門診護理站立刻就可發現病人將病人帶回，失智病房的護理人員有受過失智訓練及國家認定，雖然中榮沒有專屬的失智病房，目前高齡 w35 病房所收治的病人都會有失智的可能或現存已有失智，因此建議在高齡醫學科及精神科的失智人員課程訓練或安排，在高齡團隊中成員均需面對個案照護並對家屬衛教，因此失智的訓練可考慮具備為必備訓練之一，之後在懷舊大廳及空

中花園也可對以團體方式進行個案及家屬課程設計，讓課程更可較符合長者及家屬的需要。



【圖七】失智病房團隊成員



【圖八】失智病房陳設



【圖九】失智病房預防病人走失門禁管理

(三) 在宅醫療支援病房(過渡病房)

南棟過渡病房【圖十】與當地社區醫師建構了醫院和社區居家醫療醫師協同運作模式，讓社區當中原接受居家醫療服務的長者，在必要時經社區居家醫療醫師評估後，得逕行入住醫院進行醫治，不用再透過急診等繁瑣不便的程序，此一措施除可針對高齡患者變化迅速的病程做出及時的回應外，也可大幅降低病患、家屬、及社區居家醫療醫師在面對照顧病患時會有的不確定感與壓力，從而減少未來出院時可能的擔心與阻力。住院最長 60 天，有 60%-70%個案有失智症，從回歸社區、家庭運用社會資源並有多職種(民眾、PT、OT、ST) 資源緊密連繫。個案完全回家有 70%；後續到機構照顧有 20% ，單人房 10 床 15400 元/天，二人房 4300-7500 元/天，四人房全部健保給付。目前收案對象也有骨科患者，從一般病房轉入直到治療完成，口腔照顧由齒科來教，教完後會在病床旁挑貼上病人口腔狀況，後續由護理人員繼續執行【圖十二】。

「在宅醫療支援病房」的特色如下：採登錄制，社區診所與 NCGG 需先簽訂合約，

合約診所再向 NCGG 登錄其有需求的在宅患者。有別於一般醫院是由醫院端判定病患是否能住院，登錄病患急性病況時，可由診所醫師判斷住院需求，透過電話直接請醫院安排入住在宅支援病房。在宅醫療支援病房的地域醫療連攜室（類似出院準備部門），於出院前召開出院準備會議，邀請在宅醫療的醫師、護理師、照服員、居家復健師、及介護支援專門員（照顧經理，care manager）參加，使原照護團隊可以了解病患的狀況，達到連續性照護的目標，也可讓不同團隊的人員互相交流認識，原團隊若不克前來，也可透過視訊會議參加。同時，亦邀請病患家屬參與，除了減輕家屬的不安，更能讓家屬了解病患的照護目標。此外，依據病人的狀況，「在宅醫療支援病房」也可在病患出院前提供家庭訪視。護理長最想做的是護士在上班時間(2 小時內)去案家了解在過渡病房所做的，到底在居家實際狀況如何(護理站有賣頭套、鞋子、褲子用於防跌)【圖十一】，目前是團隊會拍照回來回饋，病人出院前團隊會打電話給 care manager，由 care manager 與家屬溝通。



【圖十】在宅醫療支援病房護理長



【圖十一】在宅醫療用於防跌之配備



【圖十二】口腔清潔

(四) 回復復健病房

回復復健病房【圖十三】，主要是復健及藥物治療，護理長是男性(42 歲)，共 45 床，有 6 個看護 18 個護士(預計二年後會蓋新的病房會擴增到 50 床) 2 個護士組成一個團隊，互相支援，一星期洗三次，但實際洗兩次，分配洗；助行器自己買，輪椅可以借病人(用租)，輔具補助(健保補助)。當天剛好有一個八十多歲重聽的奶奶，女兒陪同推著輪椅前來，因膝關節開刀後入住，先看到護士先問診(用白板)，問病人是否同意將名字掛外面有沒有問題？告知吃飯都是要去食堂吃，因為讓病人無論是用柺杖或輪椅只要病人出病室也會算是一種復健，每個人準備一個藍子(內含口腔清潔用具、餐具、水杯)，PT 及 OT 一天做三次復健，住院期間家屬不用陪，但因

復健住院時間會長一點點，有告知家屬要定期來整理病人的用物及東西，因為是四人房，病人說話很大聲，因此當下就有跟家屬說明，怕影響其他床的安寧，會換病床。再來由復健師評估其他機能，如何做復健，病房需配備一名社工，接著帶病人先到復健室評估，讓其站 5 秒、前後步並觀察病人走到食堂步態、整個走廊都是止滑地板；接著復健醫師前來跟家屬解釋依照上述評估後，病人關節可能會無法做蹲下去的動作，也跟家屬說明要申請戒護認定須戒護 2 才可租輔具，如果戒護 2 以下輔具要自己購買。也跟家屬說明病人可能之後可彎曲的角度，因為日本都是傳統榻榻米，之後跪坐就不太可能，要家屬準備椅子準備床，因為無法在坐地上，床板上如何爬起來等。順便跟家屬說明經評估後約一個月出院，等傷口全部癒合 約 2-3 禮拜醫師會來看，屆時才會知出院狀況為何，也順便問家屬是否有居家相片，關心婆婆回家最喜歡活動是拔草、整理庭院；評估室內復健，2-3 禮拜後會待婆婆到外面走一下看適應如何，家屬用手機來呈現家中擺設，以利團隊提供考慮返家的動線。在回復復健病房，病人進食吞嚥狀況及需使用那些餐具的輔具由 ST(語言治療師)評估決定【圖十四】【圖十五】。

目前中榮針對 PAC 會進行下轉，對於不符合 PAC 個案或超長期住院需下轉，建議醫企室能統一當窗口，將各科及各下轉醫院各自窗口都能清楚建置名單，也能製表，提供醫師或專科護理師或個案管理師再與對方醫院溝通時，可直接聯繫，也能讓病人及家屬安心，也要讓個案及家屬清楚知道若是病情變化是如何再轉回院內治療，也建議下轉醫院要有回饋機制給醫企室再提供給各科，讓院方能掌握後續病人的狀況及案家滿意度，由於中榮占床率極高，一床難求，若能將整個下轉流程及回饋機制

建置會讓彼此溝通下轉更順暢。



【圖十三】回復復健病房同仁及復健室



【圖十四】回復復健病房內部空間及環境



【圖十五】各式各樣之輔具

(五) 在宅醫療參訪

中島一光院長表示這家診所在五年前蓋好，已經營四年【圖十六】，院長本身是 NCGG 呼吸治療科醫師，帶著同是在 NCGG 護理師年資已 15 年的由理子出來經營診所，還有二位 PART TIME 的醫師(一星期來一次來看半天或一小時)，二位事務員，由理子是護理長，四位護理人員(其中二位是具有專門安寧認定護理人員)，主要做居家醫療業務，沒收幼童個案，本院宗旨是 1. 希望患者沒有痛苦 2. 希望在家中，將疼痛管理好是重點，護士會根據居家生活方式全力支援(包括洗澡、排便、用藥副作用等等)，癌症病人 64 人佔 83%(平均 20 天過世，最多是二周就過世)，非癌 13 人佔 13%(平均 132 天過世)，有 77 人在家過世，有三人是照顧者倒下來只好去住院，在醫院往生。

日本法規規定是以 16 公里區域來照顧，但目前實際照顧是居住地是在 5-10 公里內距離。星期六上午會與居家病人及家屬溝通做 ACP，採預約制，每人約 60-90 分鐘進行詳細溝通。半天訪視量約 5-7 位個案；在宅醫療也提供二十四小時服務，護理人員排班拿電話(1800-0800)待命，一般癌症末期就會被叫的次數比較多，但當較穩

定時，被叫會比較少，日本人很會忍，都不會叫醫師，如果護理人員晚上有被叫，隔天護理長會判斷是否休假。政府規定一個星期探訪 4 次，3 次護士探訪，一次有醫師探訪。如果沒跟醫師，護士一天大概四家訪量，過世的很快，進進出出很多。該院有與居家護理站簽契約，first call 先是護理人員處理，Second call 是護理長，當無法處理時會找醫師。病人也可以打電話詢問，中島一光院長表示夜間診療頻次相當稀少，但居家護理夜間訪視頻次就相對較多。在宅醫療給付可分由醫療保險或介護保險支付，案家需負擔 10% 部分負擔，不同於國內的健保部分負擔 5%（國內收費相對較少），當日訪視都是由護理人員負責載著醫師開車前往案家。

日本在宅醫療服務對象並非均有管路留置；此次訪視個案有癌症疾病末期、癌症個案疼痛控制使用、呼吸器使用個案、年長失能老人，有管路留置個案佔率相當低，當日訪視八位個案只看到一例胃造瘻管。相較於國內鼻胃管留置率高比較，在日本老人進食量少視為老化過程，會適度由營養師介入評估，不會因進食狀況差就放置鼻胃管。

在宅醫療訪視個案會固定由主責醫師訪視，中島一光院長非常了解個案各項狀況包括家中有多少成員還有包括寵物是什麼？居家環境及居家經濟狀況都瞭若指掌；訪視過程中訪視醫師與個案及家屬非常有互動，個案或家屬也對中島一光院長相當的信任；跟訪過程中有一位個案因感冒，懷疑流感，立刻聯絡護理人員前來抽血送驗，報告也一小時後通報得知結果，立刻開處方。由社區居家藥師協助送藥到府，並衛教評估用藥情形，甚至當天傍晚有一個案剛出院返家，立刻就到案家去，這時已看到 CARE MANAGER 等在門口。這次訪視看到日本的醫療輔具很多是採租借的方式，像

醫療用床介護保險有給付租借費用，案家只需負擔約 1500 日元/月費用，相當便宜；個案可以疾病嚴重程度不同租借不同功能之醫療床，相當便利也符合人性需求。其他包含氧氣製造機、呼吸器及其他醫療輔具等介護保險有給付租借費用。目前台灣因為輔具都是採購買方式，就與台中市衛生局合作僅二家租賃廠商，確實可有再努力的地方，讓個案再病童程度有適合的輔具可使用。

當天剛好有與中島院長簽約的居護站居家護士因病人氣胸打電話來問疼痛藥物劑量，醫師用手機回答，病人用自控式嗎啡機器，是每天用多少量嗎啡？按一次 0.5ML 嗎啡，醫師問居家護士會不會操控機器，因為須經醫師指導，不能居護自己決定要調多少，接著由護理長問：目前病人狀況會不會很痛苦，經確認只有太太在照顧先生，就安撫太太有事可以先打電話來，接著醫師直接跟患者用擴音互動電話溝通，跟病人表達會把您的量增加，請您不用擔心。病人想吃拜託醫師能否吃，病人拜託醫師他會咬碎，兒子去買很多外觀看起來但咬起來入口即化；有的病人在醫院估計只有幾天或數星期但想回家會更好，也有病人沒有病識感會要求得流感的兒子不要來看他，病人想要住院但又想回家就會給予選擇，當病人已過世，會再將過世個案跟團隊分享過程，有一個個案最後一天還跟家屬喝酒，跟太太 兒子聊天，隔天就過世了，在中島院長的看法裡，在醫院是不可能這樣圓滿走完的，當然現在都老老照顧後來沒辦法照顧只能在機構過世。還有病人要用氧氣但想吸煙，醫師會告訴病人抽菸的地方不要與氧氣互通 也要注意環境動線避免著火【圖十七】。

但因著日本人文化，若是住在女兒家裡，老公朋友來不方便，就會選擇住院醫院，另外也可看到獨居老人很不安也會選擇去住醫院，如果是癌末病人，會以適量用嗎

啡並運用社會資源支援家屬，不做延命治療。護理長也提到做居家醫療的同仁，一定要照顧部下心情，因為護士會給自己壓力過大有些會因為病人去世，承受不住，也會離職。待遇方面日本醫院與居家薪水差不多，主要是從事在宅醫療不願有大小夜班，不喜歡很難的 case，因此留人也是挑戰。針對中榮目前居家護理所僅有六位居家護理師，確實沒有 24 小時排班待命出訪，雖健保局目前也有給付夜間訪視的費用，一旦個案有需要到急診，需經檢傷分類等級，由於居家個案多數是有管路，均是被評估有需要才得已才會來急診，建議能為居家個案設置快速到急診就診流程。



【圖十六】在宅醫療診所



【圖十七】居家爬梯機及在宅醫療個案(相片均有徵詢個案及案家同意)

(七)在宅支援病棟

附屬社區營運， 在宅醫療支援病棟共 321 床，床位散在各病房，長壽每日平均入院患者 256.6 名門診量每日 588.1 名，20 個診療科，長壽以高齡為主，因為是國立，營運目標還未達到與世界溝通的目的。2009 年氣切、人工呼吸器、尿管很多醫師不收，當初盡可能讓老老照顧，讓社會支援在居家能獲得照顧。經醫院出院需與社區醫師連結，2009 年原本有 20 床居家醫療支援病房，患者採登錄制，現在沒有 20 床，都數落在各病房，目前包括醫師、在宅醫療為部長、護理師到我們醫院登陸有 150 家。 但病人出院到家去看沒有給醫院收入，一次去看政府有費用，一個月可以去家中五次支援，若一個月仍沒有穩定，會轉介給居家護理站去支援。如果再入院，不會再開一次會，但會要求對方提供病人相關資料。

入院目的：急性、喘息、居家指導、換胃造瘻管、彌留時如何支援。出院返家有 77%，不同科轉到不同科有 8%，轉到別的醫院有 5%，在家往生有 7%.剩下是入住機

構去。地域醫療連攜室也會到各個病房去確認病人狀況，第一週開始討論出院有沒有需要支援、家屬的意願、到家裡去看家中配備；第三周準備出院希望每個專科都有這樣的人可以出院前去確認，出院後訪視或電話；只要家屬能做到 50 %到 80 %，如果 20 %做不到護士就會去支援【圖十八】。如果病人有居家服務會連絡 care manager 加入其計畫內，出院時也會談到 ACP(但說的容易做的難)。目前病人出院，團隊目前是無法到案家去家中確認環境及所需設置，但現行仍是希望團隊醫師能夠及早對於需長照需求者及早於出院前三天就能照會出院準備護理師，才能由後續長照個管員去案家時能提供更適切的居家照護及專業照護，甚至是環境改造及輔具申請。



【圖十八】出院準備出訪包

(八)社區日照中心

感謝醫療翻譯的安排也去參觀社區私人日照中心，共 28 床，包含洗澡，有車子接送，0830-1630，自己有餐廳，每餐有 20 到 30 種菜色，由介護福祉士(非看護，是國家資格考試認定的看護)，有二張床可以讓個案休息，其中一個是癌症末期只剩三個月

婆婆，已不能從口進食，雖平日大多躺床，但活動時也跟著開心跟著鼓掌。可看到當天傳球活動安排及歌唱比賽【圖十九】。目前本院日照中心 20 床，由於每個長者背景不同，有的是喜歡吃西式餐點有的喜歡吃日式餐點，甚至可以增加一些餐點設計提供長者選擇，包括志工服務的喝咖啡或喝茶的抽籤方式來增加多元性，另外很多日照中心是有專車接送，由於年輕人早早要出門上班，北榮目前是用公務車去接，或許與停車場廠商合約屆滿時可以考慮加入接送行列，但車子需有殘障的設計，由照服員跟著去案家接長輩。



【圖十九】社區日照中心長者活動

(九)失智團體家屋

此家私人的失智團體家屋也是感謝醫療翻譯協助安排，全都是由看護照顧，團體成立六年【圖二十】，一區塊九人共兩個區塊共 18 人；白天 1:3，晚上二區各一人，如果以介護 2 每月要繳 16 萬日幣費用，也怕個案跑出去，因此每個訪客進出均須登記，開大門的按鈕式內藏在辦公室內，每個房間外會貼上個案最近的活動讓家屬知

道，房間內的佈置是以家中自己擺設拿來，有看到寵物治療有貓有狗；有團體旅遊。有病人住到彌留狀態，有的病人需要抽痰，但考慮病人已住習慣，因此未來是可以跟居家醫療做合作，因為這些是需要醫療行為。此家是沒跟居家醫療簽約，在宅醫療中島醫師也去另一家失智團體家屋看個案，該家的電梯是有設計的，也就是平常會有箭頭上下來操作上樓或下樓，但此電梯未標示，但固定需長按幾秒電梯門才會開啟。建議未來再防長者走自行跑出去的電梯及按鈕設計是可考量的。



【圖二十】失智團體家屋

(十) 中途之家「ルミナス大府 (Luminous Obu)」簡介

本次 NCGG 安排參訪的「ルミナス大府」在愛知縣大府市，醫院到社區之中途之家，此棟建築已有 19-20 年，離 NCGG 車程約五分鐘，屬於社會福祉法人仁至會下的組織，此機構包括介護老人保健設施及失智症團體家屋，也設有居宅介護支援事業所，並提供居家護理服務。介護老人保健設施設置簡介：為一棟五層樓的建築，一樓為復健中心，提供機構住民及通所介護（日間照護）個案復健，及日間照護用餐，浴室、

廚房、辦公室、諮商室、與會議室亦設在一樓；二樓為失智區；三、四樓為失智及失能共用區；五樓為洗衣間及屋頂花園。服務內容：個案服務利用的形式可分為：長住型、短期入住（居家病患喘息照顧）、日間照護、以及居家復健，機構的最終目標在於使長者能夠回到家中。

星期一、三有志工咖啡店【圖二十一】來服務老人喝咖啡喝果汁，為讓老人有個高興的時間，每杯 50 元日幣，會算在入住費用內。先讓長輩在各自樓層先抽好顏色卡，綠色代表喝咖啡、橘色代表喝果汁，再一一由工作人員推輪椅下來，由志工依照顏色將咖啡及果汁送到長輩桌前，大多是附近志工來幫忙，已有志工做 19 年，有的擔任除草志工。每個月有做活動跳日本舞，下個月每一樓層辦歌唱比賽，讓長輩高興也算做復健。外面的人也可以進來做復健(有交通接送)，日照中心有個別復健也有集體復健，也有住在樓上也可以來樓下參加復健。只有中晚餐以果汁機打碎再用成形狀讓病人自己能自己吃，坐輪椅雖然看到很可憐，但我們讓長輩自己推著輪子移動，因為總是幫著病人不見得是好事。有澡堂，一個星期洗兩次，此項工作是工作人員是最容易負擔重也容易出問題，因為有些老人家不喜歡在別人面前脫衣服，沒有分男女生看護來幫忙男長者女長者洗澡。2 樓是失智、3 樓到 4 樓是一般區，同一時間集體起床一起看電視比較安心，門要出去是要按密碼按四個號碼(隱藏式的)，有時會發生暴力，會尋找為何發生暴力，如果無法解決無法住這裡。失智症若 30 人(白天三人照顧、晚上 1 人照顧)若住滿 100 人就會有五人。每個樓層白班一到兩個護士，晚上只有一個護士，不約束活動，但擔心下床跌倒所以地板有感應器。介護二到五可來住，每個月收費 17-18 萬日幣，每個月有志工來教書法，

四人一間 11 萬日幣，單人房 17 萬，3 樓 4 樓一般病人其房間內會有洗臉及廁所的地方，有需要幫忙按紅燈鈴，醫師一週來四次，有復健師護士編制。

民生委員是每一個社區最重要的志工，每個志工負責 270 到 300 個案件，一般是退休後才來做，一期做三年，目前大區域 14 個民生委員負責幼兒園小學中學都有，大府福治委員會給的資源是很少，有學習的機會到各地去見學 參加失智障礙者見學，但做福祉事業要懂得設限，否則永遠做不完。而 NCGG 只有玄關有志工及研修棟有志工幫忙掃地，乃是因為考慮志工安全的疑慮，沒有醫療專業知識，這裡志工是沒有費用的。建議若三家榮院若有長期大樓的建置，是可以考慮結合志工多機能的设计。



【圖二十一】民生委員

(十一)病房營養照顧

住院病人做營養諮詢，每星期三 1430 看醫師、藥師、營養師、NST 去到病床旁做評估，3PM 以後集中開會，醫師及臨床檢查人員，Medical social worker，多種的檢討討論，醫生或臨床人員、營養師會提供吃不下問題點在哪裡？當無法吃時，失智就由護理及 ST 來照顧、訓練、醫師做藥物調整；攝食以護士照顧比

較多，目標是針對病人所需的量，如何去達成，比較困難的病人才會找營養師。一天:10-20 件營養諮詢。吞嚥困難飲食一般用於失智症重症、CVA、假牙調整，神經性如帕金森氏症(病變)等病人，日本 NCGG 有開發果凍食:每天做 5 份【圖二十二】，目前果凍食已在申請專利中，但坊間已有很多商家開發各種各式的果凍食讓居家病人可選購。進行第一次營養諮詢約一小時，如果比較有接觸會 30 分鐘內完成。整個住院病人營養評估會跟病人約時間到診間，進行以下步驟：1. 先脫鞋、量體重、量肌力、看有沒有腳水腫，最近有沒有站不穩的情形 2. 問是否手會痛，因為手有貼布，病人表示被計程車門夾到(一年前被夾到，現在還會痛)3. 現在看檢查結果(比上一次肌肉降低一點，因為復健已都結束了，也沒再做復健)4. 有沒有出去走路 5. 體重狀況 6. 確認每天飲食內容 7. 測驗握力(一年前握力 24 現在 16)8. 詢問病人醫師有建議要做什麼 9. 體重是有增加 3 公斤，可以跟醫師溝通是否可以繼續做復健 10. 用衛教單張衛教飲食內容 11. 並做下一次約診是三個月後再評估。果凍餐因為還要塑形製作比較費時，但確實是能滿足吞嚥困難病人口慾的感覺，目前在中榮營養室若在人力許可範圍下，可以從中榮日照中心的長輩餐食中提供變化，甚至也可以設計為日照中心活動之一，讓長者參與。



【圖二十二】細碎飲食及果凍餐

(十二)日照中心緊鄰農會市集設計模式

由於是假日，感謝醫療翻譯本身也是日照中心的人員，因此就近安排我去參觀岡崎日照中心，一入門口右側全是寬敞的大廳為老人可聊天互動的地方，也有設浴澡間可以泡澡(需收費)；左側為日照中心設置一詢問站，可提供老人諮詢及單張。它特別的地方是旁邊緊鄰老人農會，長者可以拿自己種的菜去賣，貼上自己的名字，自己標價錢。農會內也有餐飲區及休息區讓前來的長者也可以在這裡聚會聊天，收銀台的收費員也都是中高齡者居多【圖二十三】。由於本院日照中心是在眷舍內，是在原先招待所一樓，目前與西屯周邊商圈的店家可能基於地點設限，無法多元的提供附近社區居民的交流及活動舉辦，因此建議若三家分院或榮家若考慮設計上或許可結合在地周邊商家及當地的民情來提供住民及周遭社區長者民眾多元的交流平台。



【圖二十三】日照中心緊鄰農村市集

四、心得

高齡已是全球每個國家都會面臨課題，日本 NCGG 高齡失智專家遠雄英俊醫師也同時是 NCGG 副理事長，他認為要評估長照做得好壞可從長者的笑容看得出來，當然也可輔助很多生活品質量表去施測。他認為要讓長者維持自尊心、針對即使要面對死亡後的未來世也能開心、而且要保持活到老學到老的心態、要能與人交流、若以人生的角度來看，每個長者都是後輩的前輩，都對後輩具有教育的效果；現在若說失智是 600 萬人，以後只會增加不會減少，但持續性的運動，才能讓失智不要更嚴重。



【圖二十四】日本失智專家遠雄英俊醫師

由於 NCGG 位於大府市，在日本而言算是小城市，且位置是在山上，旁邊的健康森林公園因為面積很寬廣，是我每天早上必去走的地方，每次都需花費至少一小時時間，NCGG 在此座公園內也貼上預防認知症的運動步划，在日本的公園可看到每天晨起運動的老人，也會看到他們甚至是慢跑，還有用拐杖走運動場的，但日本人相當內斂，每次都是我主動打招呼道早安或問好他們才會回應，但在病房或居家醫療當個案知道我是台灣來的護士就很開心也會很熱情告訴我他們也來過台灣，很喜歡台灣，甚至我唱了二手日語歌給長者聽時，原本癌末是躺在床上，卻開心的要坐起來跟我互動，其實是可以感受到日本長者內心的熱情及溫暖。

因為每天去運動就會看到相同的臉孔感受到長者的運動持續力真高，由於長者早起也發現會戴帽子還有袖套防紫外線，甚至女長者會撐傘，在公園的佈告欄中張貼有營養、復健、認知症課程且是整年度的每月課程時間表，不太看到其他商業廣告。也發現社區中參與課程也相當踴躍，在農會市集裡看到收銀機的人員均是長者，同時長者可以將自己所種的農作物及花以自己想要賣的價錢去標價，同時有的甚至設計讓長者讓可以

聚會喝茶或聊天的場所，在咖啡店經營裡不再是年輕人園地反而長者也很自在的看報及喝咖啡，連裡面時鐘的設計字體相當大相當醒目【圖二十六】。

醫院是很少看到家屬陪看診的，醫院都有許多輔具可以協助長者維持自我活動的功能，能自己去上廁所自己去看診自己推著輪子去吃飯。很多的平面的設計均有考量長者使用的操作，無論是電梯或是提款機甚至是電話都便於操作。對於病人出院當天即已備妥床及氧氣機，時效性真是令人佩服，主要也跟日本輔具市場的保險給付方式與台灣不同，日本只需付少許租借費用，廠商還會約六個月進行保養，是因為個案所自付的租金時，廠商可以從政府拿到十倍的費用。各種偵測長者跌倒的感測器及軟地板的設計甚至也開發頭套、防跌褲子來避免跌倒後的傷害嚴重性。

針對失智症的個案也顧及個案及家屬的尊嚴，特地將失智門診及失智病房為同一區域，主要是不要跟其它科別的門診在一起，讓個案及家屬會很自在的不會認為被貼上標籤。預防失智病人走失的鞋底的偵測器及門的巧思設計也讓工作人員在忙碌之餘能因為警報器響了而去將病人追回。

無論在居家或病房都可看到病人的大大的藥盒掛在牆壁上，如果沒懸掛式的也備有一明顯藥盒標示藥物，尤其去居家的日曆可看出家屬都有巧思特別再放大讓病人能看清楚。

目前社區所設的照顧性質都偏向多機能，同時有日照中心，也可接居家復健，也有失智團體家屋還有長期照護床位，讓個案及家屬服務更多元。此次也感謝我的醫療翻譯 miki 也安排住在她婆婆家，看到居家看護已經 72 歲了，仍樂於工作將自己安排一周只有休一天，另外五天每天都排照顧 2-4 個個案，她表示這個年紀還能做表示身體是健康

而且跟社會互動不失智。可看到 miki 婆婆門口及家中均陳設無障礙空間，讓婆婆使用輪椅進入房間、客廳、盥洗、婆婆房間床月租 1000 日幣，客廳也掛著一周中每天要執行的運動項目表【圖二十五】。但相對隔壁鄰居 100 歲婆婆，剛照顧完媳婦(洗腎 10 多年)過世到現在也要照顧身心障礙的兒子，房子是出租的(自己洗衣服，推著小推車出去)，婆婆的 care manager 未認真去思量個案所需是什麼，包括申請床，結果因為婆婆說這樣的擺設，無法看電視，就把床搬走了，所以日本還是有少數 care manager 品質層次不齊。



【圖二十五】日本住家環境



【圖二十六】高齡友善咖啡館

五、建議事項（包括改進作法）

1. 目前中榮針對 PAC 會進行下轉，目前高齡醫學科有一窗口負責傳送病摘給配合的承做醫院，依照健保局規定，承做醫院收案三日內是要進行各職類跨團隊會議也會邀請家屬參加，由於僅是病摘，可能承做醫院還是有希望對病人狀況更能掌握也希望知道家屬期待，建議要下轉前一天或當日原醫師團隊住院醫師或專科護理師能與對方醫院進行電話交班；讓整個下轉流程經過彼此溝通更順暢也能讓病人及家屬安心。

**衛生福利部豐原醫院
深化整合會議簽到單**

915111 郭秋輝
52410-031 謝明耀
108/09/03 蘇明均 68歲 男

【時間】108 年 10 月 31 日
【地點】32 病房 病情討論室
【主席】蘇明均 主任
【記錄】陳麗華 個案師
【應出席人員】

職 稱	姓 名	職 稱	姓 名
主治醫師	蘇明均	營養師	陳清如
專科護理師	王合生	社工師	林瑞珍
物理治療師	陳麗華	護理長	李佑真
職能治療師		PAC 個案師	陳麗華
語言治療師		出院準備個案師	陳明慧
		護 理 師	蔡信宏

出席率： (實際出席人數/應出席人數*100%)

姓 名	職 稱	姓 名	職 稱

家屬簽名：_____

與病人關係：_____

2. 每日前來中榮的門診量高達七千人次，集結家庭醫學科、復健科、高齡醫學科、精神部、社工室可商議如何讓前來中榮看診的個案及家屬在等待看診時間中，也考量在不會過號的情況下，選擇特定幾個科別診間外或健康圖書館設計因應高齡長者課

程或活動來引導對自我健康的重視。在中榮養舍或附近公園或友善鄰里佈告欄徵詢同意後也可張貼中榮的認知課程及活動甚至是器材，如像 NCGG 直接將認知症運動的分解動作張貼讓民眾可自我練習。

3.NCGG 是將失智門診及失智病房設置在同一層樓層，讓個案及家屬擁有自尊心，不會跟其他科的診間放一起，若需要住院旁邊就是病房，若失智病人不慎一走出病房大門，門診護理站立刻就可發現病人將病人帶回，失智病房的護理人員有受過失智訓練及國家認定，雖然中榮沒有專屬的失智病房，目前高齡 w35 病房所收治的病人都會有失智的可能或現存已有失智，因此建議在高齡醫學科及精神科的失智人員課程訓練或安排，在高齡團隊中成員均需面對個案照護及對家屬衛教，因此失智的訓練可考慮具備為必備訓練之一，之後在懷舊大廳及空中花園也可對以團體方式進行個案及家屬課程設計，讓課程更可較符合長者及家屬的需要。

4.現行醫院所提供給前來看診的病患能使用的是制式藍色輪椅，或許病人本身就能有行走能力，但礙於選擇有限僅能選擇讓家人推。相較於考量病人自尊及自主性，如果有機會添購各式輔具時，也較能多元的提供給病人使用。

5.櫃台、提款機設計的介面可以較符合長者使用，甚至是輪椅的患者操作。由於高齡者多，建議若在醫院各公共空間若有擺設的時鐘字體能字體變大。

6.失智評估在日本 NCGG 須列入每個高齡病人的必評項目中，若是病人前來做復健是由復健科依照表中項目來評估，若是來失智門診則由心理師評估，目前高齡病房均有對高齡者做 CGA 就涵括 MMSE，建議在診間外或健康圖書館也可放置 AD-8 極早期失智症篩選量表可提供門診個案自我評估，門診後棟一樓設

有失智共照中心周一到周四 0900-1200，若 AD-8 表篩選有問題，或許可再填一份 MMSE，當發現有問題時則再進一步建議掛失智門診。

AD-8 極早期失智症篩檢量表

本問卷可民眾自我評估、詢問長者之親屬或照顧者，近幾年來當事人是否常常出現以下情況，並記錄下來，以判斷其是否需要接受診療。

填表說明：你認為在過去的幾年中，有因為認知功能(思考和記憶)問題而導致的改變，請填「是，有改變」。若無，請填「不是，沒有改變」；若不確定，請填「不知道」。

	是， 有改變	不是， 沒有改變	不知道
1.判斷力上的困難：例如落入圈套或騙局、財務上不好的決定、買了對受禮者不合宜的禮物。	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐
2.對活動和嗜好的興趣降低。	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐
3.重複相同的問題、故事和陳述。	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐
4.在學習如何使用工具、設備、和小器具上有困難。例如：電視、音響、冷氣機、洗衣機、熱水爐(器)、微波爐、遙控器。	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐
5.忘記正確的月份和年份。	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐
6.處理複雜的財務上有困難。例如：個人或家庭的收支平衡、所得稅、繳費單。	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐
7.記住約會的時間有困難。	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐
8.有持續的思考和記憶方面的問題。	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐
AD-8 總得分：.....分			

計分標準：是=1分；不是=0分；不知道=-不計分

7.高齡病人照顧包括出院前團隊及病人的 care manager 即已到家掌握其居家動線，以現行本院人力下，或許可考慮由家屬住院期間及早能提供居家的環境相片可以提供復健科評量復建計畫包括到出院前可能身體恢復功能的狀況來提供個案返家所需的動線，個案的主治醫師、臨床護理師，長照個管員於會診回覆紀錄中即能做討論，若能共同查房更能及時討論時，讓個案返家照顧的連續性。但若能於出院前召開出院準備會議，邀請醫師、護理師、照服員、居家復健師、及 care manager 參加甚至包括家屬參與(也可透過視訊會議)會讓接手團隊清楚原團隊照護計畫。

8.由於高齡長者容易在五感退化，建議未來本院眼科及耳鼻喉科也可提供高齡長者針對視覺、聽覺、味覺、平衡覺、嗅覺開設五感聯合門診。

9.果凍餐因為還要塑形製作比較費時，但確實是能滿足吞嚥困難病人口慾的感覺，

目前在中榮營養室若在人力許可範圍下，可以從中榮日照中心的長輩餐食中提供變化，甚至也可以設計為日照中心活動之一，讓長者參與。

10.由於本院日照中心是在眷舍內，是在原先招待所一樓，目前與西屯周邊商圈的店家可能基於地點設限，無法多元的提供附近社區居民的交流及活動舉辦，因此建議若三家分院或榮家若考慮設計上或許可結合在地周邊商家及當地的民情(農業大鎮)來提供住民及周遭社區長者民眾多元的交流平台。