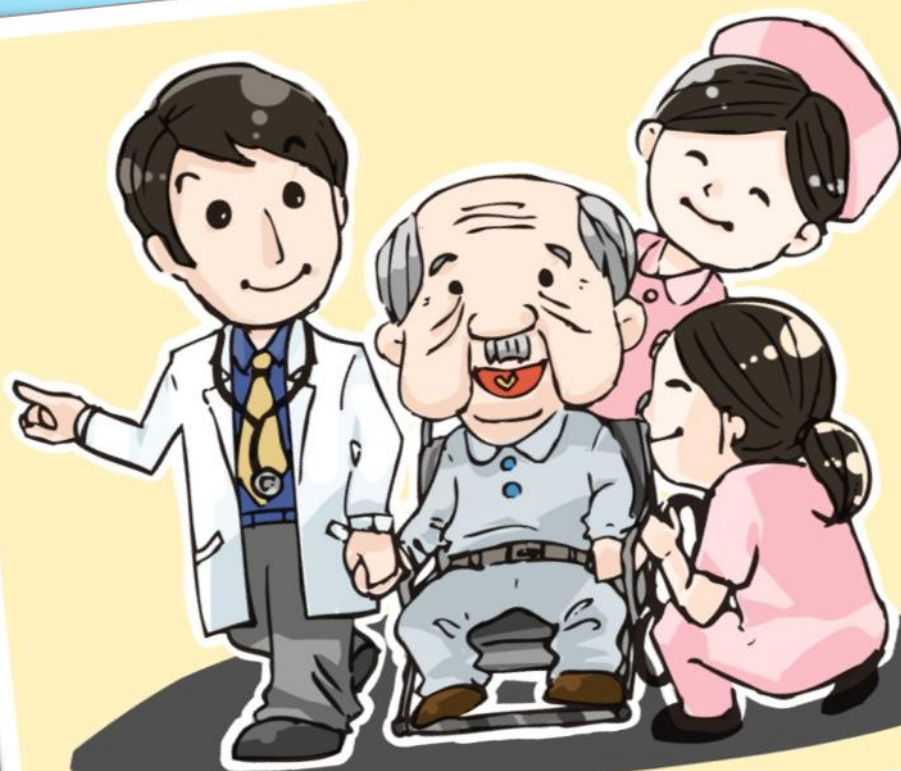


第四屆「政府服務品質獎」參獎申請書

參獎類別：服務規劃機關

中期一住照護您



行政院國軍退除役官兵輔導委員會
臺北榮民總醫院

中華民國 101 年 1 月

目錄

專案團隊基本資料	1
壹、個案背景與問題描述	
一、由一個故事說起	2
二、老化對健康照護體系的衝擊	5
三、我國醫療體系對於高齡病患照護之不足	14
四、急性疾病治療後與出院返家間的落差	19
貳、解決方法	
一、醫療體系缺失魚骨圖分析	24
二、台北榮總高齡醫療 SWOT 分析	27
三、台北榮總高齡健康服務現況簡介	29
四、流程整合	33
五、資通訊 (ICT) 服務導入	42
六、團隊教育訓練	59
七、結合社會資源	63
八、中期照護計畫推動	67
參、實際效果	
一、推動「中期照護計畫」之外部效益	79
二、推動「中期照護計畫」之內部效益	90
三、推動「中期照護計畫」之成本合理性	95
肆、附件	
一、中期照護試辦計畫	99

圖次

圖一、台灣人口快速老化	6
圖二、依年齡別病患健保醫療利用概況	7
圖三、老年人自覺健康情形每下愈況.....	9
圖四、我國老人照護體系示意圖.....	24
圖五、魚骨圖分析.....	25
圖六、SWOT 分析.....	28
圖七、傳統流程示意圖.....	31
圖八、中期照護流程示意圖.....	32
圖九、中期照護個案評估流程圖.....	37
圖十、中期照護個案追蹤管理流程圖.....	38
圖十一、拒絕轉介原因.....	41
圖十二、台北榮總互動電視作業系統.....	43
圖十三、台北榮總互動電視作業系統.....	43
圖十四、台北榮總互動電視作業系統.....	44
圖十五、台北榮總互動電視作業系統疾病衛教.....	44
圖十六、台北榮總互動電視作業系統中期照護簡介.....	45
圖十七、台北榮總互動電視作業系統病患生命徵象測量管理.....	45
圖十八、台北榮總互動電視作業系統病患生命徵象測量管理.....	46
圖十九、台北榮總互動電視作業系統餐飲服務.....	46
圖二十、中期照護個案管理系統之架構圖.....	47
圖二十一、中期照護個案管理系統登錄畫面.....	48
圖二十二、評估量表管理系統架構.....	49
圖二十三、基本資料.....	50
圖二十四、功能回顧.....	50
圖二十五、功能評估.....	51
圖二十六、重要之檢查報告.....	51
圖二十七、出院藥物紀錄.....	52

圖二十八、中期照護問題列表	52
圖二十九、評估量表管理系統登錄畫面	53
圖三十、評估量表管理系統案件分析	55
圖三十一、台北榮總周全性老年評估手持式設備系統	56
圖三十二、不同機構間周全性老年評估使用選擇	57
圖三十三、病患基本資料輸入頁面	57
圖三十四、老人健康狀況問卷操作頁面	58
圖三十五、老人身體功能及跌倒風險評估頁面	58
圖三十六、中期照護專家小組組成	63
圖三十七、台北榮總員山分院中期照護單位	72
圖三十八、桃園榮院員山分院中期照護單位	72
圖三十九、相關投稿雜誌	73
圖四十、中期照護標準及臨床作業指引	74
圖四十一、中期照護服務傳單張	75
圖四十二、桃園榮民醫院中期照護服務傳單張	76
圖四十三、台北榮總員山分院中期照護服務傳單張	76
圖四十四、中期照護國際研討會會議實況	77
圖四十五、國際高齡研討會會議實況	78
圖四十六、病患接受中期照護前後功能進步情形	81
圖四十七、會議實況	84
圖四十八、會議實況	85
圖四十九、民國 99 年 6 月 19 日中國時報報導資料	86
圖五十、民國 100 年常春月刊專刊報導資料	87
圖五十一、病患感謝信函	93
圖五十二、未接受中期照護者健康情況	95
圖五十三、成本效益平面圖	96
圖五十四、成本效益可接受曲線圖	96
圖五十五、經費補助一覽表	97

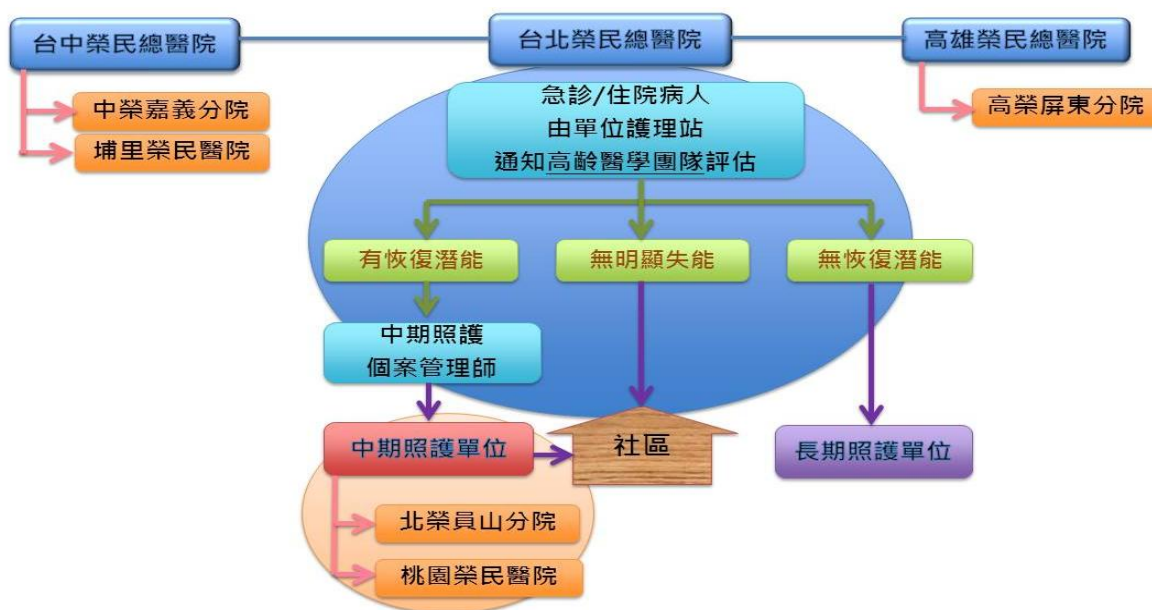
表次

表一、台灣未來人口結構推估表.....	5
表二、中期照護個案評估.....	39
表三、中期照護核心課程.....	59
表四、中期照護醫師核心課程.....	60
表五、中期照護個案管理師核心課程.....	61
表六、中期照護護理師核心課程.....	61
表七、中期照護藥師核心課程.....	62
表八、中期照護社工師核心課程.....	62
表九、中期照護訓練人數統計.....	62
表十、邀請外賓講座統計表.....	64
表十一、中期照護計畫推動小組會議表.....	67
表十二、中期照護實地訪視時程表.....	69
表十三、員山分院中期照護病患滿意度.....	82
表十四、桃園榮院中期照護病患滿意度.....	83
表十五、中期照護期刊論文一覽表.....	91
表十六、中期照護受訪一覽表.....	94

基本資料

專案名稱	中期一生照護您				
團隊成員	臺北榮民總醫院： 院本部林院長芳郁、李副院長壽東 高齡醫學中心陳亮恭主任、彭莉甯科主任、林明憲科主任、 陳秉儀個案管理師、陳姿吟行政助理 臺北榮民總醫院員山分院： 老年醫學科李威儒主任、劉謹儀個案管理師 桃園榮民醫院： 家庭醫學科蔣碩亞主任 老年醫學科游翁斌主任、張采健個案管理師 共計：12人				
專案經費	19,655千元				
執行時間起迄日	民國98年起				
聯絡人	曾美嘉	職稱	行政助理	電話	2875-7830
E-mail	曾美嘉：mctseng2@vghtpe.gov.tw			傳真	2875-7711

團隊運作架構或方式圖示



壹、個案背景與問題描述

一、由一個故事說起...

《楔子》

王老先生，是一名頭髮花白的 80 歲老人家，與同樣年邁的太太居住在傳統社區的老公寓裡。房子是年輕時辛苦攢錢買下來的，五層樓的公寓，沒有電梯，雖然王老先生近年來膝蓋的毛病有時會疼痛，但上下樓梯倒還可以。左鄰右舍都是老鄰居了，飯後閒暇時在社區公園運動聊天，生活倒也安逸。

有一天，老先生覺得發熱、疲倦，有咳嗽、濃痰、流鼻水的情形，起先並不怎麼在意，隨手拿起家裡的感冒藥來吃，結果不但沒有好轉，反而開始發冷發燒，一副病懨懨的樣子。王太太趕緊陪他到醫院掛急診，檢查結果發現白血球升高，照胸部 X 光顯示有肺炎的表現，因此醫師立刻安排王老先生住院治療。剛住院的時候，王老先生全身疲軟，而且也還斷斷續續發燒，大多時間躺著休息，隨著點滴及抗生素藥物的治療成效，發燒逐漸退去，白血球下降，追蹤 X 光片也顯示有明顯進步，到 14 天的抗生素療程告一段落後，醫師告知可以出院回家。原本肺炎痊癒出院應該是要感到高興的事，但是王老先生和太太卻憂心忡忡。原來老先生雖然平日身體沒有甚麼大毛病，但這次肺炎讓他體力衰退不少，加上治療期間多半躺在床上，較少下床活動，所以雙腳已經沒有力氣，連走路都會感到無力且覺得快站不穩而跌倒，這樣的狀況要怎麼爬上家裡公寓的五樓樓梯呢？而王太太自己的腰椎也不甚靈光，回家後也很難照顧王老先生的生活起居，兩人在出院的前一晚徹夜難眠，不知該如何是好。

像這樣疾病康復、但功能衰退的例子，每天都在醫院裡面上演。但是，「**醫院是治病的地方，不是讓你來休養的！急診室還有很多病患需要住院！**」這樣的話語，相信許多病患及家屬可能都聽過。在過去，像王老先生這樣的情形，醫院在擔負健保局醫療費用控管的狀況下，也只能勸說病患返家，這種情況下，病人的親友只能或扛或抱，

想盡辦法將病患帶回五樓的公寓，由於身體功能的退化，如果恢復的不理想，從此以後他可能只能待在家裡，因為就算有辦法走得下樓，他卻害怕走不上去。因此他變得鬱鬱寡歡，成天在家面對電視發呆，



漸漸地臥床時間變多了，也更沒有力氣起身走動，這樣的結果讓他心情更抑鬱，連起身的意願也沒有了。久而久之，他變成幾乎完全臥床，反覆發生肺炎及泌尿道感染，人的情緒反

應也變得呆滯，最後，身上開始多了鼻胃管甚至導尿管，肌肉萎縮且關節也攣縮了，家人不得已將王老先生送到安養護機構居住，但狀況也未見好轉，在進出幾次醫院之後，在一次的肺炎感染後他離開了人世...王老太太非常的不能理解，政府不是一直宣導醫療資源的有限，民眾都要珍惜健保資源，所以不要佔用病床，而且住院會造成院內感染機率的增加，所以在狀況許可下要盡快出院。但是，王老先生為什麼最後卻不幸的走了呢？難道真的像隔壁老李所說要去找立委關說病床才能讓王老先生在醫院恢復得比較好再回家嗎？王老太太啜泣著.....

《引言》

醫院面對廣大的病患需求，必須有效利用病床資源，加上健保局大力實施摺節費用的各種方案，可是，我們的醫療照護，真的只能做到這樣嗎？這是我們要問的問題。我國病患急性疾病的住院日確實較歐美各國為長，王老先生這樣的個案不是少見的狀況，可以說是老年人罹患急性疾病後的共同狀況。由於我國的社會文化與傳統孝道精神，家人之間多會彼此安排照顧像王老先生這樣的長輩返家後的後續就醫與休養。然而，由於人口結構與家庭功能的轉變以及全球化的結

果，越來越多的家人無法隨時在身邊照顧老人家，理論上老年人罹患急性病後能夠治癒本該高興，但面對像這樣急性疾病治療好轉，但身體功能因病衰退，無法馬上適應返回家中回到原來的生活，難道沒有辦法再多做些甚麼嗎？

對於這樣的病患需求，臺北榮民總醫院身為政府公部門機構，在「苦民所苦」的施政思維之下，參考歐美各國的制度，於民國 96 年提出了「中期照護」的概念，作為老年病患從急性疾病治癒到功能自主順利返家間的過渡期能給予充分的支持，以利其身心功能提升，這是我國中期照護服務的開端，創歷史之先河。在行



政院國軍退除役官兵輔導委員會的大力支持下，**本院首先結合北區榮民醫院—宜蘭員山榮民醫院（現為臺北榮民總醫院員山分院）與桃園榮民醫院，作為服務的據點**，自民國 96 年 7 月起推動先導試辦計畫，讓像王老先生這樣的患者，在高齡醫學整合團隊的評估之下，由臺北榮總轉到榮民醫院進行一個月左右的中期照護，在治療期間由整合治療團隊定期進行周全性老年評估，藉以發現病患潛在的各項身心功能的照護需求，並給予病患個人化的密集身心功能康復治療與功能訓練，讓這些患者的身心狀況功能盡量回復到疾病之前的狀態，再讓他們返家，重拾往日的的生活，避免病患在未完全回復之下直接返家而增加短期再住院機會、提早造成失能情形的來臨或是過早入住長期照護機構。由於試辦期間成效良好，「中期照護」服務獲得衛生署重視，自民國 98 年起納入第六期醫療網「新世代健康領航計畫」之中，並擴大到臺中榮總、高雄榮總、嘉義榮院（現為臺中榮總嘉義分院）、埔里榮院、龍泉榮院（現為高雄榮總屏東分院）等退輔會醫療院所共同推動，以嘉惠更多病患。

二、 老化對健康照護體系的衝擊

(一) 老年人口比例快速上升

我國 65 歲以上老年人口在民國 82 年時跨越總人口的 7%，正式成為聯合國世界衛生組織所定義的「高齡化社會」(aging society)。隨著國人平均壽命的延長、出生率的降低，加上二次大戰後之嬰兒潮也將在民國 103 年開始邁入老年期，行政院經建會推估，我國老年人口比率在民國 106 年時將達 14%，成為名符其實的「高齡社會」(aged society)，也就是俗稱的老人國（表一）。

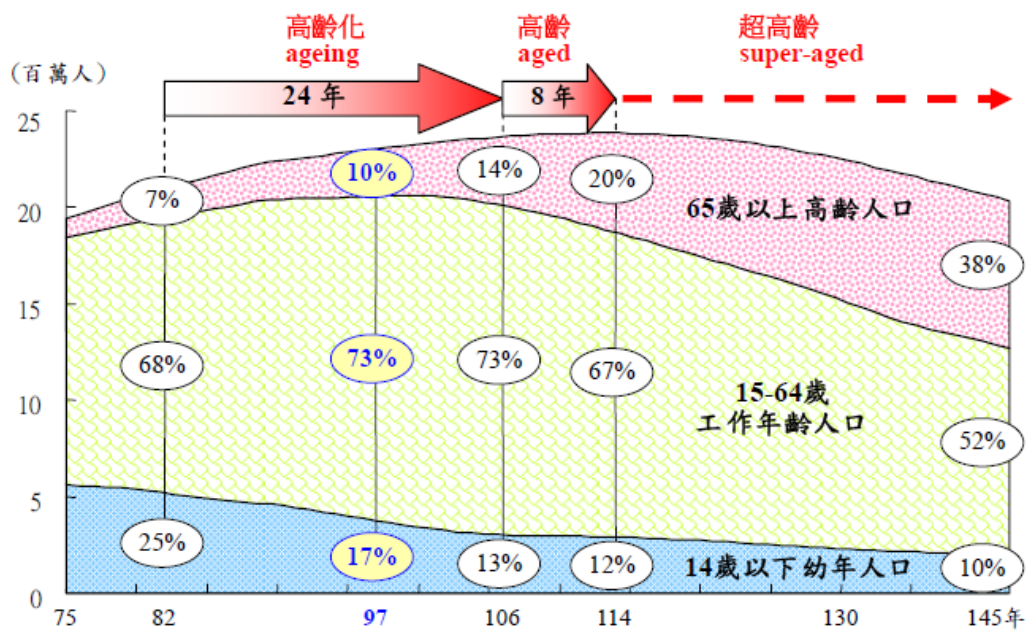
（資料來源：經建會 97 年）

年別	65 歲以上人口				65-74 歲人口		75 歲以上人口	
	人數 (萬人)	占總人口(%)			人數 (萬人)	占 65 歲以 上人口(%)	人數 (萬人)	占 65 歲以 上人口(%)
		低推估	中推估	高推估				
97	239.7	10.4	10.4	10.4	103.2	43.4	136.5	57.0
107	348.0	14.4	14.6	14.7	145.2	41.7	202.8	58.3
117	536.1	21.3	22.2	22.3	221.4	41.3	314.7	58.7
145	761.6	30.8	35.0	36.0	454.7	59.7	306.9	40.3

表一、臺灣未來人口結構推估表

環顧世界各國老年人口的比例由 7% 倍增到 14% 所經歷的時間，法國花了 125 年，美國 65 年，英國及德國為 45 年，過去全世界人口老化最快的國家日本僅花了 26 年，而我國推估則僅需 24 年，躍居全世界人口老化速度最快的國家之一。尤有甚者，在跨過 14% 的老年人口比例之後，人口老化的速度更為急速，在短短的八年之間，我國老年人口將迅速增加至 20% (圖一)，簡而言之，從民國 100 年到 114 年的短短十四年間，我國老年人口比例幾近倍增，由現在的約兩百五十萬人急速增加至五百萬人以上，我國因應人口老化所

衍生之各種問題的時間，也將比歐美各國來的急迫，也是人類歷史上獨一無二人口結構改變的經驗，對台灣社會發展所產生的衝擊無法估計。過去我國對於人口結構變化所採取的策略多以獎勵生育為主，但在民國 100 年 11 月的時候，經建會針對未來人口結構的變化指出恐怕已非獎勵生育所能改善，已經到了必須調整人口政策的時



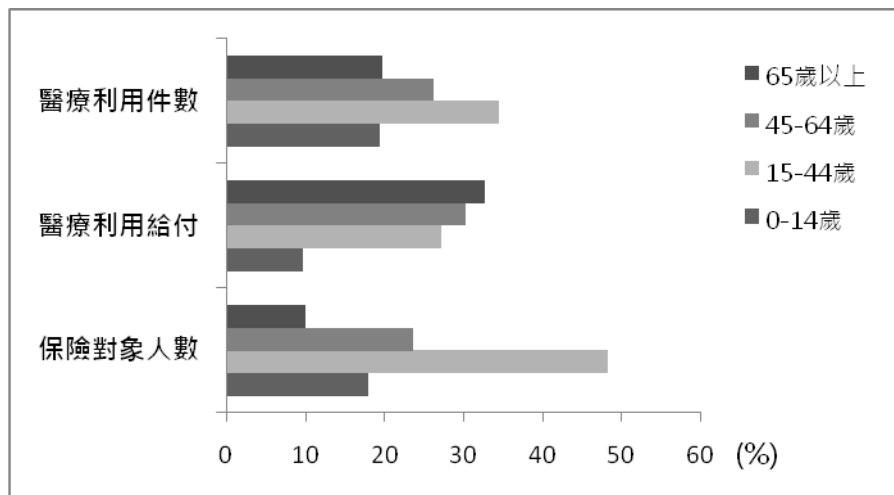
圖一、台灣人口快速老化

(二) 老年民眾醫療資源使用居高不下

民國 85 年全民健保開創之初，我國當年 65 歲以上老年人口約為 169 萬人，而該年度的健保費用約有 623 億為老年人所使用，而到了民國 97 年底，老年人口增加到 234 萬，但該年度老年人的健保費用支出約達 1700 億元。此一增加趨勢相當令人憂心，簡單估算，每增加 1% 的老年人口，健保支出增加約為 5%，而在未來的十四年間我國的老年人口將倍增至五百萬人以上，這樣的潛在健保費用負擔已非單純的二代健保、擴大費基或是增加保費足以

支應。依據 95 年全民健保資料分析發現，65 歲以上平均每人醫療利用為 15-44 歲族群的 2.8 倍。以醫療費用而言，65 歲以上者保險對象人數僅占一成，但醫療費用支出卻達該年度健保總費用的 33%（圖二）。尤有甚者，在民國 85 年的時候，65 歲以上人口所使用的健保費用與 65 歲以下的人群比較約為 4.9 倍，而到了民國 97 年底時此一比例擴大到 5.2 倍，這些現象都凸顯了既有的醫療服務模式對於老年人而言恐怕已經面臨必須調整的時候。

（資料來源：行政院衛生署衛生統計資訊網—全民健康保險概況）



圖二、依年齡別病患健保醫療利用概況

老年人醫療費用的增加主要肇因於慢性病的治療，由於慢性病的發生與年齡高度相關，加上新醫藥科技的發展，使得慢性病的治療與控制變成已開發國家的主要醫療支出，然而，慢性病的治療與控制在老年人猶有許多不明確的地方，還欠缺具有實證基礎的治療建議，因此也造成醫療體系在治療老年病患的慢性病時可能過度治療，這方面是未來衛生體系必須要深入研究才能確保最適切的治療方針。隨著老年人口的比例快速上升，醫療資源分配及使用的問題將日益嚴重，加上台灣家庭結構的改變，原本家庭所擔任的照顧功能逐漸喪失，對於健康照護體系的衝擊遠超出

過去的推估，過去健康照護體系所儲備的人才、建構的服務傳遞體系與財務規劃恐難以因應如此艱鉅的挑戰。與歐美相較，我國社會的家庭功能尚屬健全，以民國 89 年的戶口普查資料顯示，即便是都會型的台北市，依然有近半的老年人與子女同住，這樣的家庭照顧功能顯著的減少的醫療體系的負擔，也是歐美各國無法構築的社會安全體系。然而，由於現代家庭結構的改變，加上全球化的商業發展，未來子女能與父母同住的機會將逐漸減少，在此狀況之下，社會安全穩定的發展將更依賴政府公部門的力量，建構完整的社會安全網絡，而醫療照護體系必須以嶄新的思維、創新的作法來提升健康照護服務，方可因應全新的健康照護需求。

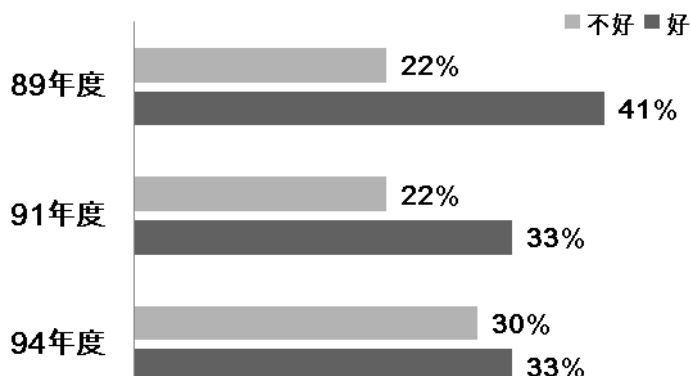
(三) 老年人自覺健康狀況不佳

人口老化雖然無可避免的會增加醫療資源使用，然而，在龐大的健康照護資源使用之下，我國老年民眾的自覺健康狀況卻逐漸下滑，此一現象形成醫療照護的一個重大挑戰。根據最近一次（94 年）內政部全國老人狀況調查報告顯示，65 歲以上老年人近三成認為自己健康與身心狀況不佳，近六成五罹患慢性疾病或重大疾病。最近一個月曾看過病者占 65.4%，過去一年內曾住過院者占 20.0%，平均住院次數為 1.9 次；相較於 50 歲至 64 歲的民眾，其過去一年曾看病者僅占 49.4%，住院者僅占 10.4%，高齡民眾明顯較常尋求醫療體系的照護，然而，較高的醫療資源使用卻未能對等的提升老年民眾的健康狀況，比較 89 年至 94 年之全國老人狀況調查報告發現，65 歲老年人自覺身心健康狀況良好的比率由 89 年的 41%，降至 94 年的 33%，而自覺健康狀況不良的比率，則由 89 年的 22% 驟升至 94 年的 30%（圖三）。

依據中山醫學大學 87 年針對老年病患自覺健康狀態及影響因素之調查，若老年病患持有拿拐杖、常看醫師、慢性病數目多、曾跌倒、身體疼痛、或服藥種類多，往往自覺健康狀態較差。亦即指

出老年人自覺健康狀況的下降與醫療服務的模式息息相關，傳統的醫療照護模式增加老年病患的疾病診斷、就診次數與用藥數量，卻未能依據老年人對於健康的需求提供服務，因此造成醫療服務費用的上升與老年民眾自覺健康落差。

65歲以上老年人自覺健康狀況



圖三、老年人自覺健康情形每下愈況

(四) 老年人特殊的健康照護需求

老年人並不是年紀比較大的成年人，他們的健康照護具有其獨特性，無論是在疾病發生、疾病表現徵候與照護需求都與一般病患不同，需要特殊的考量：

1. 「老化」並非疾病

「老化」是一個生物所共同面對的過程，無人可免於這個過程，而老化也就是代表多重器官功能的同時退化，而這樣的退化可能使得老年人較容易產生疾病或是較欠缺對疾病的抵抗力。老化的狀況在不同個體間以不同速度進行，即便在同一個人的不同器官裡亦以不同的速度發生，各種器官功能的老化具有高度的變異性與多樣性，且隨著年齡增長，變異性會日愈趨明顯，是故臨床照護必須根據不同的器官、個體，訂定個人化的計畫。一般而言，單純老化本身雖不會產生身體不適，但器官系統的老化卻會增加個體對疾病的易感性 (susceptibility)，

進而削弱老年人身心功能整體的抵抗力。

許多人慣於將老化與疾病之間畫上等號，其實這是相當明顯的謬誤，在正常的器官老化的狀況之下，雖然該器官功能無法與年輕時相同，但決不影響其日常生活功能，因此也不應被視為疾病的狀態，若將每個老化相關表現均以疾病的角度來詮釋，將造成老年人的生活照顧過度醫療化，因為醫療處置對於老化狀況的處理並非萬靈丹，反倒是應該要針對社區老年民眾量身訂做健康促進的活動才是重點，結合健康照護與養生服務建立嶄新的照護模式。

2. 老年人常常同時罹患多種慢性疾病

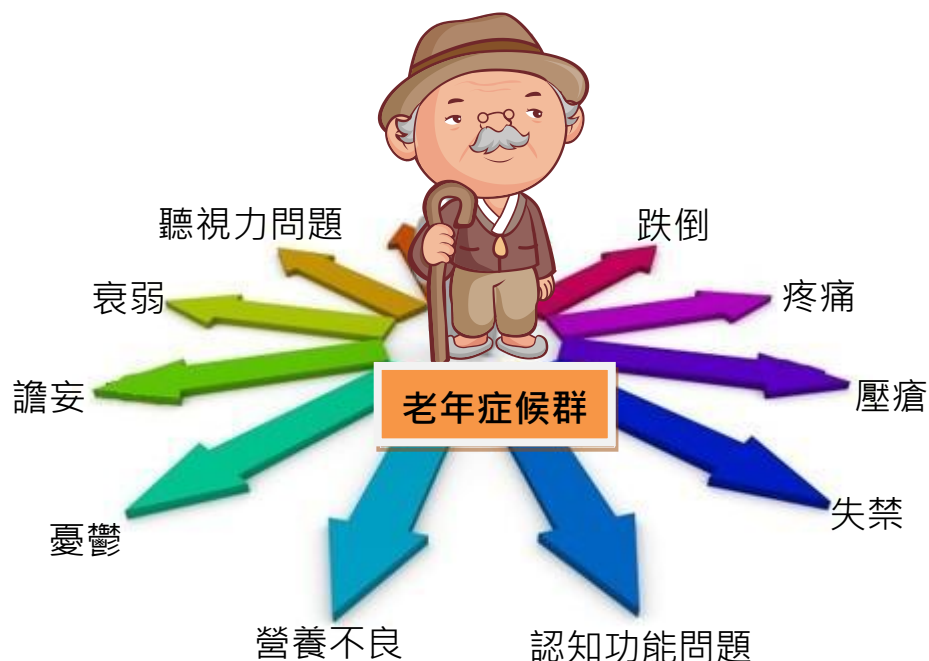
由於老年人時常罹患多種慢性疾病，而慢性疾病多只能倚賴長期的控制而無法治癒，慢性病的控制是全世界已開發國家的共同面對的照護負擔。根據行政院衛生署國民健康局的調查發現，我國老年民眾平均罹患三種以上的慢性病，而慢性病的控制也造成了較高醫療資源耗用的理由。然而，對於老年人而言，罹患各式各樣的慢性病絕非他所願，而是肇因於多重複雜的因素而導致疾病發病，而老年人所李煥之慢性疾病相當的多樣，也時常跨越器官系統，也造成健康照護體系的挑戰，因為我國的醫療照護以慣於以器官為主體的照護模式，也常因為各專科之間的意見差異造成治療目標的落差，而近年來興盛之慢性病健康管理便是為了解決此一困擾，也是針對罹患多重慢性疾病的老年民眾一大福音。

此外，若老年病患同時罹患急性疾病時，往往讓原有的慢性病況雪上加霜，也改變了急性疾病原有的表現，增加了疾病的嚴重程度，更增加了治療的困難度。老年人的健康照護又常合併生理、心理、及社會各個層面的問題，使得老年人的疾病處理更形複雜，傳統單一器官系統的醫療思維，無法提供老年病患周全的照顧，臨床醫療人員必須具備特殊的專業訓練才能

妥善的處理老年病患的健康問題。

3. 可治療的病況時常未被有效診斷

由於老化本身就會造成生理儲備能力的下降，使得老年人許多疾病初期的表現並不典型，加上許多老年病況常常會被誤認為是「老化」的表現，使得許多可治療的病況因而錯過早期診斷、早期治療的機會。此外，老年人更常會發生的「老年症候群」亦常常被臨床醫療人員忽視，所謂「老年症候群」指的是老年人常見的狀況，但不易歸類至傳統醫療診斷，例如跌倒、活動不良、不明原因體重減輕等狀況。況且，老年病患較年輕病患容易出現意識混亂、失禁、功能退化或無法自理生活，這些後續衍生出來的問題參雜醫療服務與生活照顧，正是現階段健康照護體系面對老人照護時的困境之一。近年來許多的研究均已指出老年症候群不僅是個必須要積極處理的問題之外，在急性疾病治療中若合併出現老年症候群更是對於具有極為重要的影響。



4. 老年人的身體功能及生活品質的重要性

由於老年人常具有多重慢性病況，而這些慢性疾病大多是以控制為主要目標，因此老年民眾的健康照護不應以治癒疾病為唯一目標，而應以維持最大的獨立生活功能及生活品質為要務。根據國民健康局所做的老人健康狀況調查顯示，具有中重度失能的老年人在追蹤 4 年間，平均死亡率可達 50% 以上。目前世界上對於高齡民眾健康照護的目標在於提升身心功能、減少失能，日本更在民國 94 年時制定全國性的策略預防失能的產生，而針對身心功能與生活品質為主要照護目標的話，與過去醫療照護的角度未見得完全相同，且對於老年人長期接受未具有生活品質提升意義的「無效醫療」也提出廣泛的檢討。

固然失能常是由於疾病所造成，但是許多的失能狀況並非無可避免，許多老年人的失能是由於罹患急性疾病之後，未能協助其身體功能回，使得病患未能由「疾病治癒」走向「功能自主」，進而成為永久性的失能而需要長期照護的服務。對於老年人而言，些微的功能改善往往能帶來關鍵性的生活品質提升。然而，在台灣當前的醫療照護制度偏重急性醫療與以疾病為中心的治療，高齡病患的功能障礙未獲得適當重視，使得病患過早進入失能狀態，反而引致後續長期照護更龐大的花費。

5. 老年病患接受治療的不良反應發生機率較高

由於高齡病患較常出現各式急慢性疾病，因此藥物或醫療照護的使用機會較高，進而造成多重藥物的使用、藥物副作用、藥物與疾病之交互作用、藥物與藥物之交互作用、不適當的藥物處方、或是因為醫療措施造成的醫源性的傷害，可能對高齡病患高度健康的風險，為了治療這些醫源性的傷害，又必須給予更多處置，不僅提高了病情的複雜度，更增加不必要的醫療支出。因此，高齡病患的醫療服務上，必須根據病患個別的狀況，深入地衡量其利弊得失，以高度專業的高齡醫學服務

預防不必要的傷害。

除了治療的不良反應之外，老年民眾接受藥物治療也需要深入考量，由於老年人身心功能的退化，對於藥物治療的反應可能不如預期，但是藥物的不良反應發生率卻較一般為高，例如一般民眾治療感冒時常使用來解除鼻塞、流鼻水與打噴嚏的抗組織胺在老年人使用便可能因為嚴重的抗膽鹼作用而出現急性尿滯留、意識不清、頭昏跌倒等嚴重的併發症，這都是治療高齡病患時所需要的專業思考。

6. 老年照護需要結合各專業領域的團隊合作

由於老年健康問題的複雜性，臨床照護人員必須具備多方面的專業知識及技能，方能提供高齡長者周全性的照護，更重要的是，對於老年人的健康照護而言，首重在於設定長期治療的目標，並非以短期的急性醫療治療成果為主要的衡量指標，必須審酌長期健康照護的目標設定治療的方式，包括醫療、照顧、社會心理以及照顧者的負擔等等面向。這樣複雜的照護需求無法僅靠單一的專業達成目標，更突顯了跨專業領域團隊合作的必要性，此一專業團隊成員應包含高齡醫學醫師、專科護



理師、物理治療師、職能治療師、營養師、藥師及社工師等等各種專業，透過跨領域的專業合作，針對高齡病患進行全面性的評估，互相溝通協調後，共同擬定治療的目標及照護計畫。

三、我國醫療體系對於高齡病患照護之不足

(一) 片斷化醫療欠缺整合性照護

高齡民眾由於彼此身體狀況及老化速度變異性的差別，因此需要針對不同高齡病患量身訂作的照護計畫以及設定照護目標。然而，過去的醫學教育與醫事人員訓練多以器官專科為主要治療目標，對於同時罹患多種疾病且具有複雜交互作用的老年病患，目前的醫療服務模式著實難以提供完整的治療。因為我國的醫療體系發展高度的專科化，往往一個疾病便需要一科的醫師處理，導致病患的照護相當的「片斷化」，而針對具有多重複雜照護問題的高齡病患而言，可以預期在現有的照護模式下並無法在單次就診中給予完全所需的治療。

套用單一專科對單一疾病的治療標準時，疾病的治療方針多半缺乏針對高齡複雜病患個別化的考量，其結果可能使得中風癱瘓的孱弱長者，與行動自如的健康長者套用相同的疾病控制標準，以糖尿病而言，若採相同的血糖控制標準，孱弱長者產生低血糖的風險將高於控制血糖的益處而危及生命。加上高齡病患照護的需求往往橫跨身體、心理、及社會各方面，需要高齡醫學專科醫師、護理師、社工師、復健專科、神經或精神專科、營養師、藥師等的共同合作以提供整合性的治療計畫。然而，由於目前的醫療傾向於高度專科化，高齡病患在各專科間，無法得到具有協調性的治療目標，甚至可能從不同醫師處服用重複或相斥的藥物，造成身體健康的危害。

目前的醫療模式對於照顧一般的老年民眾或許尚稱足夠，但是對於具有多重複雜照護需求的老年病患而言，可能需要全面的醫療服務整合，還需要跨越體系的整合服務輸送，讓高齡民眾在健康照護服務的體系上能得到完整而不間斷的整體性照護服務，這是目前片斷化的醫療與片斷化的照護服務體系尚難以達成的目標，也就因此格外值得進一步推動。

(二) 缺乏連貫持續的照護

高齡病患在急性疾病治療完成之後，可能需要一段復原的過程，針對急性疾病期間因為疾病本身或是臥床所產生的身體功能退化提供特殊的照護，此段過程是老年病患欲回復健康的關鍵步驟，其範圍涵括身體功能復健、營養狀況調整、以及認知功能回復，層面連貫急性、亞急性、慢性、到後續的生活照顧，然而現行健保醫療體系只提供了照護的兩個極端，亦即急性期的醫療與慢性的長期照護，其他的部分則付之闕如。



除此之外，尚有許多病患因為重大失能的疾病而無法回復獨立自主生活的能力，必須要

進入長期照護體系服務，在急性疾病治療之後無論是以積極治療讓功能回復至可獨立生活或是必須進入長期照護服務，兩者均需要一段過渡期，這是老年病患罹病的自然病程，我國由於老年人口速度過快，體系的調整的步調跟不上人口老化的程度，以致於過度強調急性醫療的服務，現階段所面臨的困境有很大一部分便是與此有關，是亟需修正的方向與目標。

(三) 缺乏評估衡量的標準及標準化的服務流程

醫療體系服務人員在現有的情況之下，即使認知到高齡患者的特殊需求，當需要進一步評估與處置時，在現有健康照護體系中卻缺乏評估流程及結果的衡量標準，也沒有標準化的後續轉介流程，使得高齡醫療服務概念無法轉變成切實可行的治

療計畫。尤其我國現有的健康照護服務過度倚賴醫院體系，而醫院經營發展在健保偏重急重症方向之下並未能建構完善的服務流程，加以欠缺老年人專屬就醫管道，老年病患穿梭於各大醫院與醫療專科之間卻可能僅得到一堆模糊的片斷答案與可能相斥的醫療建議。

而老年病患的評估需要兼顧生理、心理與社會各個綜合面向，並不是單純的醫療評估，需要定期且全面的進行周全性老年評估，並以此結果做為治療的基礎。此一周全性老年評估的優點在全世界被普遍證實，也被廣泛運用，但是我國目前尚無法系統性的全面推動以周全性評估為共同基礎的評估與服務模式，建構出標準化的服務模式與流程。

(四) 醫療服務提供者的老年照護專業訓練不足

由於高齡病患常常具有多種疾病，若器官疾病的思維來提供老年病患醫療服務，採取「頭痛醫頭，腳痛醫腳」，必定無法滿足病患的需求。然而長年以來的醫療訓練偏重在各器官的專科訓練，使得目前醫療專業人員在提供高齡病患醫療服務時，即使秉持著「全人照護」的理念，卻礙於過去相關訓練不足，又不知何處尋求繼續教育的管道，而常常覺得力不從心飽受挫折，甚至避免照顧老年病患。

由於我國醫療體系的發展以專科發展為基礎，實際上各科均具有照顧老年病患的經驗，且許多慢性病基本上就是老人病，因此各科醫療團隊多半認為將原有之老人病照顧好便是好的老人照護，針對複雜的照護需求則多半受限於專科立場而無法提供適切的照護，因而造成了各科都在照顧老年病患，但都欠缺一個整體的老人照護基本訓練以及對於老年人生理與心理變化的認識，對於實際照護不僅未能針對病患需求提供服務，第一線工作者也常因為老年病患這些複雜的議題而感到困擾，

過去的研究也指出急診室的工作人員普遍對於接觸老年病患感到困難，也都認為照顧老年人是工作中具有很多壓力的一環。

(五) 醫療資訊傳遞困難

現今就醫資訊難以流通，病患可能輾轉於各醫院接受重複檢查、重複用藥，不僅浪費醫療資源，更可能因此延誤治療時機，即使醫院都有提供病歷資料的申請，然而相關資料申請對於大多數老年病患也是一筆可觀的經濟負擔，這樣因制度設計上的缺陷所增加的民眾負擔理應盡量減輕。況且，高齡病患常具有多重疾病及心智功能障礙，尤其容易暴露在重複檢查、多重用藥與重複用藥的風險之中。因此，若能在兼顧安全又不侵犯病患隱私的前提下，讓各醫院間的醫療資訊獲得流通，必能掌握高齡病患診斷的正確性及時效性，減少醫源性傷害的發生。

老年病患的照護服務時常跨越不同體系，包括醫院、機構與社區，需要資訊系統提供即時的專業服務與訊息傳遞。尤其是周全性老人評估的結果，對於醫療服務具有相當重要性，而病患在不同機構間接受照護時也必須呈現評估的結果，使得長遠的照護目標與評估成果能隨著病患在各機構接受照護乃至於返家後均可以獲得適切的照顧。

(六) 缺乏友善就醫環境

根據聯合國世界衛生組織針對老年民眾的需求，訂定出「高齡友善健康照護原則」(Age-friendly health care principles)，在照護體系、硬體環境與照護流程等三大面向提出整體性建議。雖然我國對於醫療機構雖定有設置標準，其中明確規範了硬體設置標準、樓地板面積與空間配置並針對醫事人員比例定有要求，然而這是針對一般醫療服務所需而訂定，而非針對老年人。由於老年人已逐漸成為醫療體系主要的使用者，台北榮



總住院病患中已逾 50% 是 65 歲以上的老年病患，而歐美各國扣除婦兒科之後，約有 80% 的住院病患年逾 65 歲，也就是說在未來快速老化的人口結構中，醫療體系所接觸的病患勢將更為年老，也更需要高齡友善醫療服務，建立軟硬體服務與體系修正之間妥善的結合，方能提

供優質的醫療服務。

然而，我國目前就醫環境對於高齡病患而言並不夠友善，高齡患者病況複雜且有各式各樣的身心失能，然而複雜的門診就醫流程，對於行動不便的長輩實為一大挑戰；加上高齡長者身體孱弱，往往經不起漫長的門診等候過程，往往讓高齡病患及家屬感到求醫之路困難重重，甚至因而延誤了病情。此外，病房設施亦鮮少考量高齡病患的特殊需求，包括標示不醒目、地板易滑及反光、病房設施不利使用輪椅或推床的長者進出等，在在使得原本應該是提供病患安心治療的場所，變成處處潛藏危機的空間。而除了硬體的部分，更重要的體系面與服務提供的部分，距離完整的高齡友善醫療服務而言上有很長的距離，也不是單純提供態度和善的工作人員便可達成。

在高齡社會中，未來的醫療體系所提供的服務絕大多數將是針對高齡民眾，高齡友善的就醫環境可以讓具有複雜照護需求的高齡病患得到優質的醫療服務，然而，除了服務品質的提升之外，唯有透過這個過程可以完整的建置高齡友善醫療服務體系，讓現有的醫療體系能轉型並面對未來社會的挑戰，成為快速老化社會當中最重要支撐。

四、急性疾病治療後與出院返家間的落差

由於老年人的健康特性，老年人罹患疾病之後往往需要較長的恢復期以回復之前的生活功能狀態，需要一個特別的醫療服務模式協助老年病患回復健康，此一概念便是英國政策性導入的「中期照護」。過去的研究發現，老年人在10-14天的急性醫院住院後，雖然疾病治療完成，與住院前相較，病患出院時平均有約30%比住院前減少了一項自我照顧能力、25%有認知功能的下降、20%有情緒障礙、20-40%有營養不良的情形，而每個病患出院時都具有跌倒的風險，而這些病患若未經妥善治療安排而直接返回家中，一年之後約有35%的病患可能會死亡、每三個月有25%可能再住院，而整體而言，一年後的身心健康狀況明顯下降至需要長期照護的服務，這些實際上的需求是歐美各國推動中期照護的主要緣由。

然而，我國的老人照護服務尚欠缺中期照護的概念，加上已部分實施的「疾病診斷關聯群」健保支付方式，可能造成老年人在罹患急性病後無法充分獲得治療恢復功能而出院，此一狀況也將成為老人健康照護品質的重大威脅。我國過去的健康照護體系發展以急性醫療為主，未能有效改善老年人的健康狀況。我國人口老化速度全世界數一數二，快速增加的老年人口對醫療健康照護體系帶來沉重的衝擊，因此發展出滿足高齡族群複雜且多樣照護需求的服務體系是我國迫切需要發展的重點。由於老年人健康與疾病的特殊性，病患常常在疾病期間因為疾病因素或臥床導致身體功能退化，即使於疾病痊癒後仍需要一段復原的過程。而中期照護的制度設計就是針對急性疾病治癒後且具功能回復潛能的老年病患，提供短期積極的介入，以促進病人功能回復，提升病人生活自主能力，進而維持高齡民眾在生活上的自尊。

健保局自民國99年1月起實施台灣版之住院診斷關連群（Taiwan diagnosis related groups, Tw-DRG）支付政策，雖已有效管控急性住院醫療使用，然而，針對某些疾病患者可能因為診斷關連群的實施而無法在急性疾病之後的恢復期進行相關治療，歐美各國推動住院診斷關連群的支付方式時也同時推動不同模式的「亞急性照護」（Subacute care）、「急性後

期照護」(Postacute care)或是「中期照護」(Intermediate care)，以避免因為急性住院日管控下對複雜老年病患所產生的潛在健康危害。無論是稱之為「亞急性照護」、「急性後期照護」或是「中期照護」，其差異不僅在於名稱，而與所實施國家之健康照護體系有關，其中「亞急性照護」與「急性後期照護」以美國為主流，而「中期照護」則以英國為主流，但其中之推動目標具有相當懸殊的差異。我國在實施Tw-DRGs制度後，患者在急性治療期後九成以上仍持續使用健保資源，高達八成左右至少使用一年，這表示在我國目前的健康照護體系之中無法單純藉由推動急性疾病診斷關聯群的支付方式而改善病患的健康狀況，甚或得到醫療資源利用的有效配置。由於欠缺急性期之後的照護模式，病患藉由反覆使用急性醫療的方式取得所需的醫療照護服務，或是由於欠缺照護資源而陷入失能以及受各式併發症所苦。因此，發展急性後期的健康照護模式，實為國內必須面對的嚴肅議題。

英國的「中期照護」概念首次被正式提出是在2000年英國的「國家病床調查」(National Beds Enquiry)，之後成為英國健康照護服務體系(National Health Service)的醫療服務主要改革計畫，現在更成為英國衛生部「老年人國家健康服務架構」(National Service Framework for Older People)所認定老年人健康服務的重要基本要點之一。中期照護以各種健康照護服務模式的組合，以「盡量靠近家的照護」(care closer to home)為概念，提供整合性的健康照護，而主要的達成方法是透過醫療服務的延伸與以社區為基礎的衛政與社政整合服務。中期照護的兩大主要目標是「促進自主」(promotion of independence)與「預防不必要住院」(prevention of unnecessary hospital admission)，並經由提供嶄新且完整的服務架構，包括醫院、社區醫院、照護機構與社區式照顧來達成目標。不過，英國中期照護本身並沒有一個制式的服務與支付模式，而是依據病患的需求組合各種照顧服務資源，進而達到促進最大身心功能回復與減少住院。另外一個重要的目的便是讓病患透過這樣的服務避免因為無法自理生活而過早入住長照護機構，必須在出院前便妥善安排積極的身體功能回

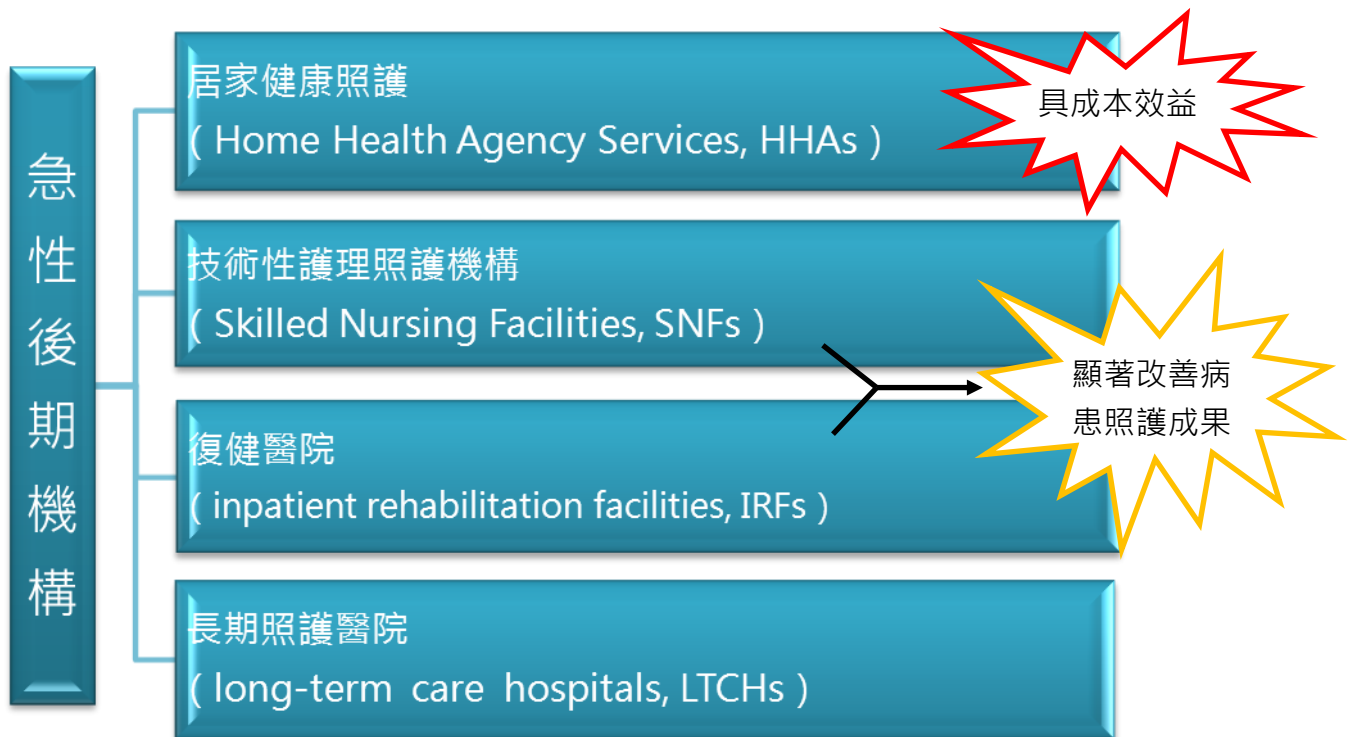
復治療 (physical enablement)，以便重新回到獨立自主生活的狀況。中期照護自發展以來，各種模式都不斷的在發展中，而其中一項最重要的便是社區醫院的轉型，中期照護的發展讓社區醫院的發展注入了新生命。英國中期照護的推動基本上著眼於病患的需求，並不限制疾病類別，因為老年人一旦罹患任何一種慢性病均可能造成重大的功能退化，都可能會需要相關服務。

根據英國的資料推估，約有25.8%的老年病患在該次住院後會需要中期照護，而這些治療主要乃由老年醫學專科醫師所帶領的團隊在病患出院前便評估、治療，並與社區的治療團隊整合持續提供出院後的中期照護。



美國急性後期照護的發展主要在於以技術性護理照護中心作為主要的治療場所，首要的目標是在於縮短急性醫院的住院日。但是，這些機構主要的目的在於完成在急性醫院尚未完成之醫療照護而非絕對與病患的功能恢復有關，此一定義與英國的定義有很大的差異，且技術性護理照護中心當中所執行的業務相當廣泛，不僅執行很多護理照護之外，醫療照護內容也相當廣泛，也配有醫師定期查房，此一類型機構不僅在台灣尚無法普遍設置之外，我國之護理之家設置標準對於護理以外之專業人力並沒有規範，即便是英國也因為社區護理機構之專業人力配置所限，也無法以此種模式有效推動中期照護。美國的急性後期照護泛指病患自急性病床出院後的照護，讓病患可以順利回到社區，急性後期照護機構的服務對象也就是從醫院回到社區需要轉銜或過渡期服務的病人。美國急性後期照護在1997年美國平衡預算法案（Balanced Budget Act, BBA）施行後更受重視，該法案擴大聯邦醫療保險（Medicare）在急性後期照護之給付服務。

從美國的急性後期照護研究發現，以中風和髖關節骨折病人的照護而言，「居家健康照護」較具成本效益，而使用「復健醫院」較「技術性護理照護機構」能顯著改善病患的照護成果，但邊際成本較高。美國的急性後期照護的目的在於減少急性病床住院日，同時完成病患所需治療與進行復健，具有綜合性的目的，而非僅是單純的在於提供復健或是護理照護。



建立本土性急性後期照護服務具有其重要性，但也有極高之難度，由於我國與美國國情上的差異，民眾對於「完成急性醫療」的定義有相當大的差異，因此無法單純的以美國的急性醫院住院日做為標準，但是，為了有效改善民眾健康、避免失能，建構具有臨床效益的中期照護服務模式具有其絕對的必要性，因此，目前全國各地的醫療院所應配合因應人口老化，調整其定位開辦多重模式的中期照護服務，健全我國醫療健康照護體系，也使得社區高齡民眾能在其熟悉的社區居住，也藉由此一業務定位的差異，讓醫學中心與社區醫院的合作自然成型，使我國的健康照護體系更為健全與穩定，以高齡友善健康照護原則面對人口快速老化的挑戰。

貳、解決方法

一、醫療體系缺失魚骨圖分析

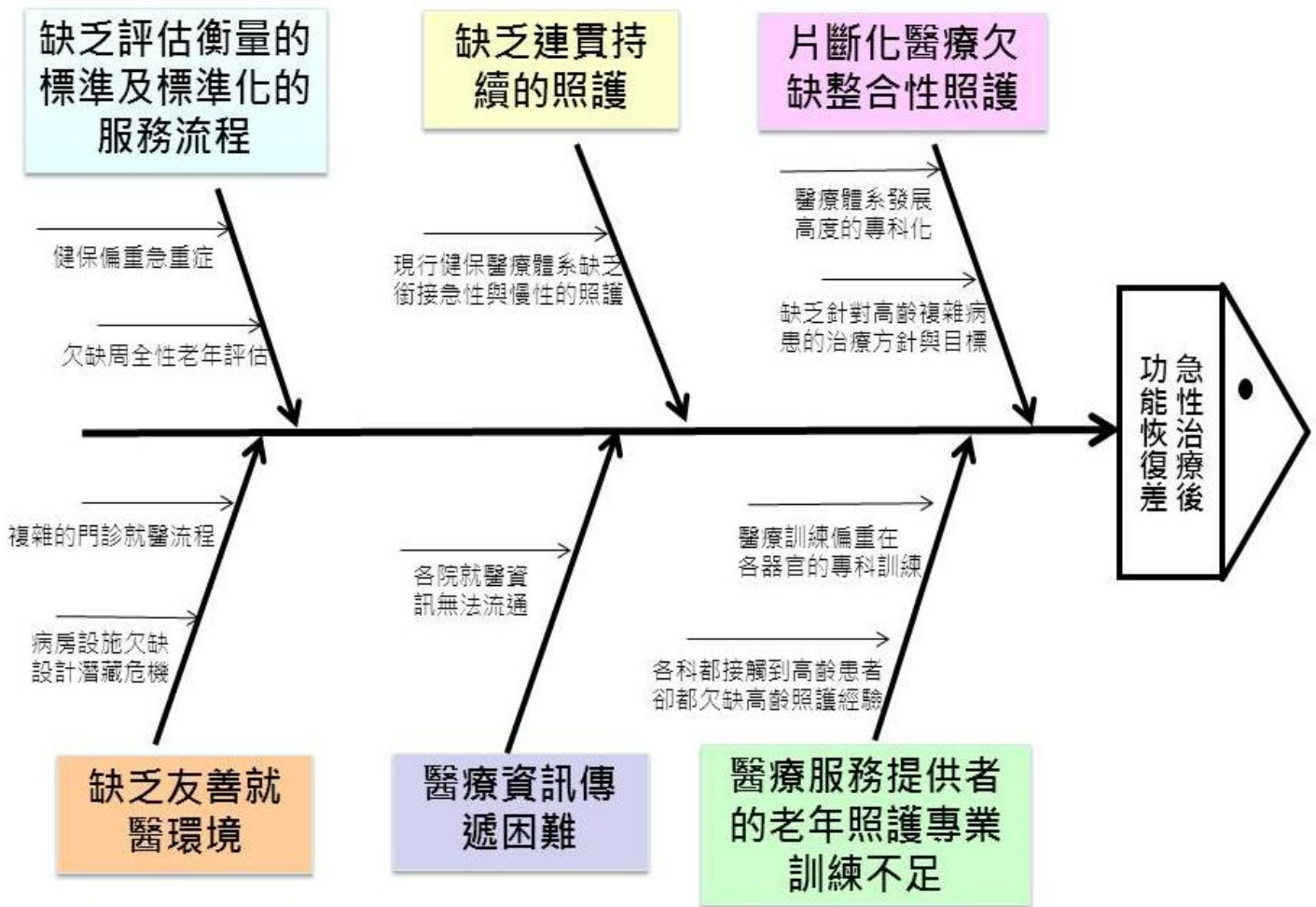
我國老人照護體系偏重急性病症處置及部分的長期照護，這種體系的设计對於高齡病患的健康照護是非常不利的。高齡病患常常因為生理功能儲備較差，又罹患多重疾病，往往單一的急性病症，就可能讓高齡患者造成嚴重的失能。然而，這種失能常常是可逆的，並非需要直接進入長期照護體系，只要能配合適當的復健及照護，就可以使得高齡患者回復原先的功能。但是，目前國內並無提供適當的轉銜照護，因而使得高齡患者的失能加速進入不可逆的階段。

我國目前醫療體系中，急性相關的醫療照護由衛生署統籌，有其單獨的法源依據，長期照護中之生活照顧則由內政部統籌，也有其法源依據。（圖四）然而，病患實際的健康狀態變化與照護需求卻是一連續性的動態變化，是無法也不應切割的，在目前高度片斷化的照顧服務體系之中，病患卻得在不同照護體系中移動，且目前的制度並沒有明確定位中期照護服務的內涵，過去病患只能自行尋找照護資源，游移在醫院、護理之家、長照機構等等單位，而中期照護在國內尚未制度化的發展，醫療照護團隊對於實際執行面的認識也粗淺，對於照護老人的專業知識與技能也仍不足。即便在不同單位間接受照護，也不見得能回復到健康的狀態，因此亟需創新的方法來簡化流程並達到無縫式高齡病患健康照護的目的。

急性照護	中期照護		長期照護	生活協助	
醫學中心	家庭照顧		護理	家庭照顧	
區域醫院	社區醫院		之家	長照機構	社會福利
醫療照護			社會照顧		
衛生署 醫療法 醫師法			內政部 老人福利法		

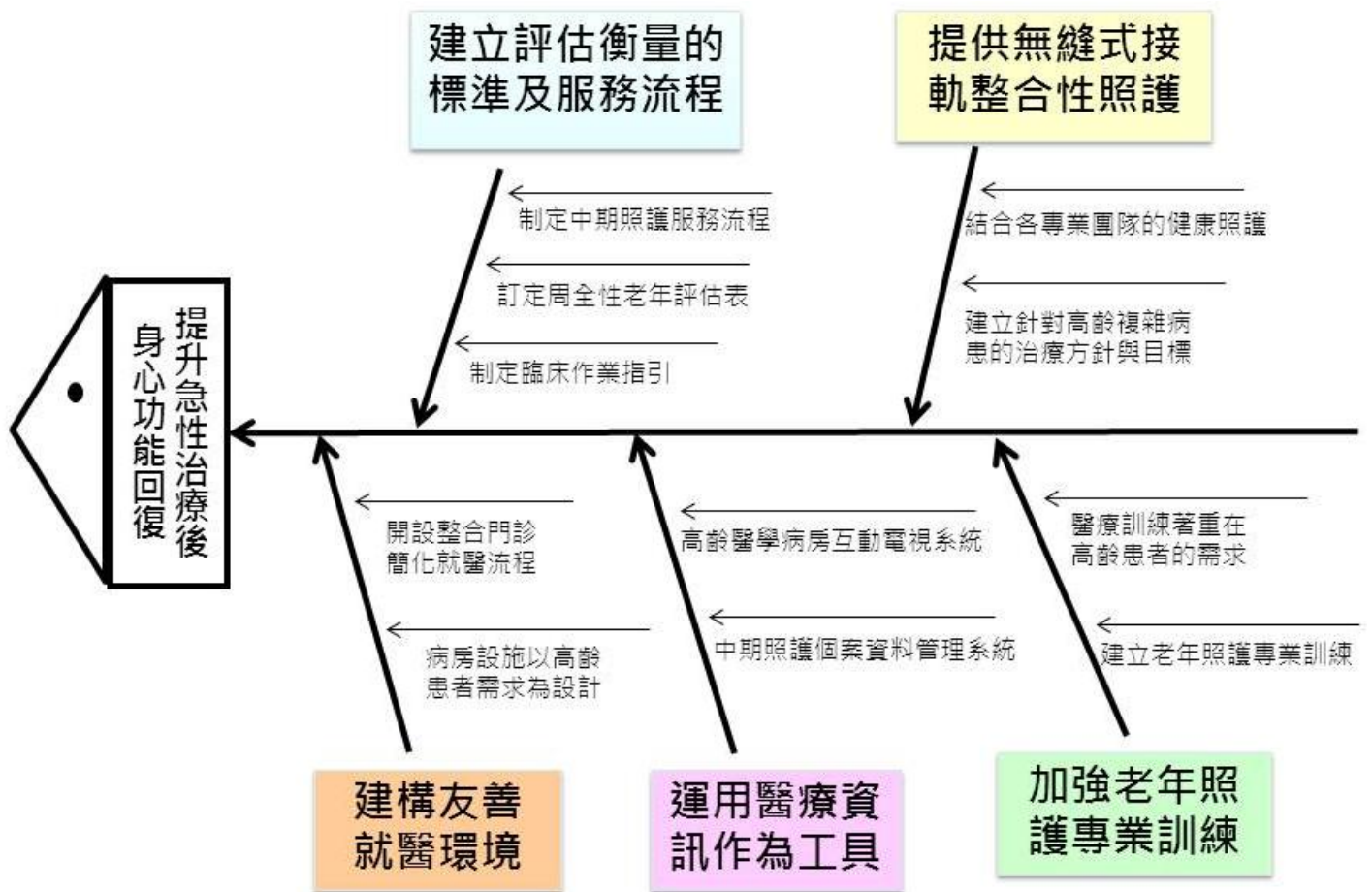
圖四、我國老人照護體系示意圖

經過個案背景與問題描述後，利用魚骨圖分析呈現問題與解決方案(圖五)。魚頭向右表示我們剖析高齡患者現況所形成的問題為：急性疾病治療後與出院返家間功能恢復落差！



圖五、魚骨圖分析

魚頭向左表示我們抽絲剝繭形成我們的解決方案，並且努力的在中期照護上為高齡患者提供較佳的照護模式，共創衛生單位、醫療機構、民眾三贏的目標，而其中最大的成就就是維持高齡患者生活功能。



二、台北榮總高齡醫療 SWOT 分析

在瞭解高齡醫療服務的現況及所面對的困境之後，為了針對組織更深入瞭解，本中心利用 SWOT 分析，對組織的優點（strength）、弱點（weakness）、機會（opportunity）、及威脅（threat），進行評估。（圖六）

（一）優點（strength）

台北榮總為首屈一指的國家級醫學中心，各醫療專科人才齊備，擁有豐富優秀的醫療資源與人才，有足夠實力提供高齡病患更好的服務品質。此外，退輔會系統轄下的照護系統完整包含各級醫療及照護單位，在整合各層級醫療資源方面，較於國內其他醫療機構，更為直接。並且榮總屬於較早投入老年醫學的領域，佔穩一定的領先地位。

（二）弱點（weakness）

異業整合之人才不足，加上退輔會轄下擁有各級醫療、安養機構，但健康資訊相對不流通，造成病人不便，也易造成健保資源浪費；同時，在現行國家醫療體系及健保制度下，亦缺乏對病人從保健、醫療到照顧之完整與連續服務。

（三）機會（opportunity）

疾病型態由急性轉為慢性，民眾對醫療的需求，已由過去單純治療疾病轉變為治療與照護並重，新型態之整合照護服務有極大的發展空間。加上台灣社會的老年人口比例逐年增加，尤其退輔會照顧的廣大榮民族群更加年邁，實為發展高齡醫學的契機。

（四）威脅（threat）

高齡照顧服務產業相對必須付出更多的心力與成本，在目前健保制度僅著重急性醫療的壓力下，經營與服務間的衝突仍待解決。

SWOT 歸納如下圖六所示，依據 SWOT 分析，以做為保持優點、改進弱點、利用機會並且化解威脅之用。



圖六、SWOT 分析

三、臺北榮總高齡健康服務現況簡介

(一) 臺北榮總高齡醫學中心成立緣起及服務內容

1. 創立緣起

鑒於老年照護相關資源有限，為了達到跨院、跨部科、跨領域的資源整合，退輔會於民國 93 年 9 月 14 日「發展老人醫學計畫」會議中宣示：「會屬機構應積極開拓老人醫學發展，培訓老人醫學人才及老人醫療和研究整合」。本院配合退輔會之政策，積極參與退輔會第六處之「發展老人醫學計畫」工作小組，整合研究、教學、訓練、政策發展等方向，首創成立「高齡醫學中心」，包含六大發展小組，分別為老化與抗老化研究組、環境安全與輔具設計組、醫療服務整合組、教育訓練組、長期照護與照護政策研究組、及高齡民眾生活品質提升組，並結合臺北榮總、陽明大學、國家衛生研究院老年醫學組、台灣老年學暨老年醫學會、英國老年醫學會等相關資源共同發展，於 95 年 2 月 16 日，由退輔會高主任委員華柱親自蒞臨指導，正式舉行「高齡醫學中心」開幕典禮暨掛牌儀式。

隨著業務推動的穩定，臺北榮總高齡醫學中心於民國 99 年起修正運作方式，將高齡醫學中心組織重整，下設兩個二級科，包括高齡醫學科，主要負責高齡醫學相關臨床業務，此外，另設研發推展科，以負責規劃與執行跨院所之間的創新高齡醫學計畫為主，並重新整建臺北榮總長青樓一至三樓，設置為高齡醫學中心、中期照護試辦管理中心、高齡醫學整合門診以及高齡醫學病房。

2. 服務宗旨及理念

透過跨科部的整合平台，打破老年照護各專業領域的藩籬，促進有限資源的整合利用，同時與國內外各專業組織如世界老年學寄老年醫學會、歐盟老年醫學會、英國老年醫學會、日本老年醫學會、國家衛生研究院及台灣老年學暨老年醫學會

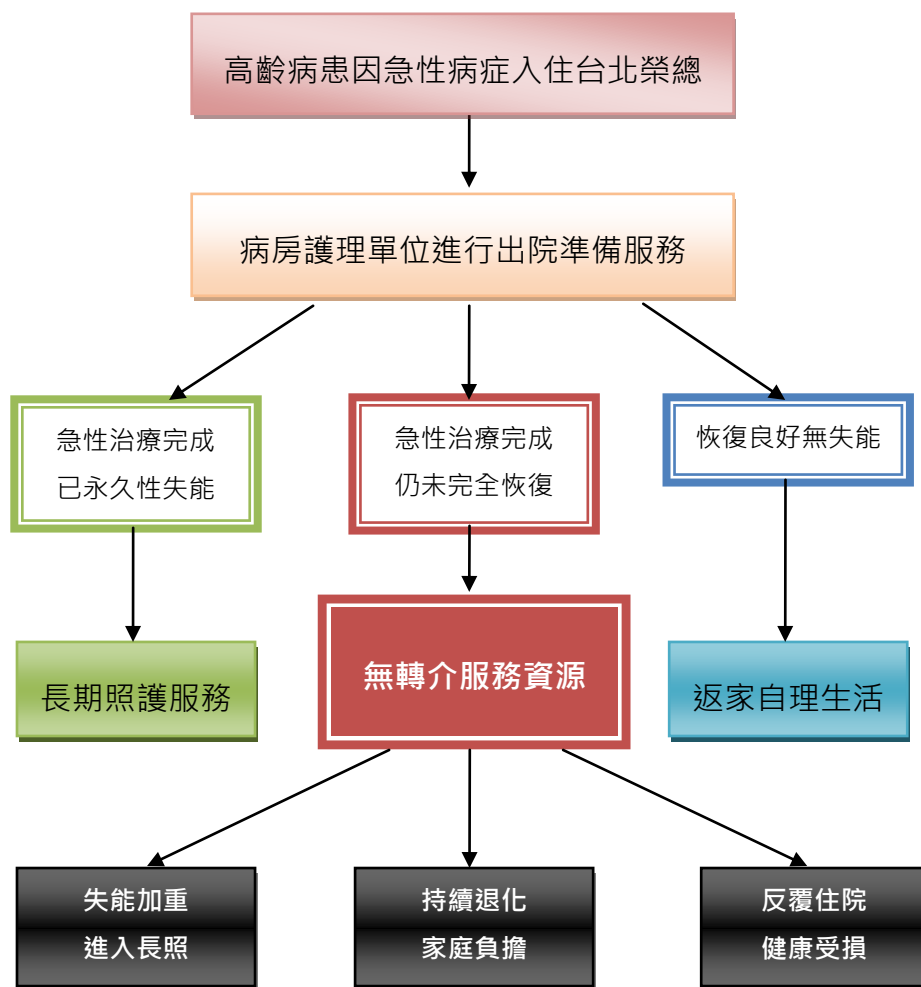
合作，推動整合式老年健康照護，提供我國高齡病患更高品質的醫療服務。

(二) 推動「中期照護試辦計畫」持續服務（計畫書如附件）

「中期照護試辦計畫」的設計推動即是為了克服老年病患在急性疾病治癒之後身心功能恢復上的需求而開辦，計畫試辦階段自民國96年7月起，初期針對高齡榮民病患為試辦對象，以台北榮民總醫院為單一窗口，結合台北榮民總醫院、桃園榮民醫院、員山榮民醫院、板橋榮家及社區獨居榮民，橫跨醫學中心急性醫療的重症處置、社區醫院中期照護的銜接治療、及生活照顧的後續輔助三個層面，幫助因急性病症造成失能的榮民，早日回復獨立之生活功能或原先之自我照顧能力，以利返回原先的居住環境。

1. 以往的方式：

在傳統的照護模式之下，高齡病患即使出院時具身心功能的缺損狀態，即便醫療團隊認為病患仍有再進步的空間，在急性醫療體系仍因沒有適當的轉銜照護，只能讓病患回到原居住地，仰賴家庭提供後續照顧，但對許多病患而言，其失能狀況可能繼續惡化，發生併發症而短期再入院、過早進入長期照護體系或加速身心狀況的失能而成為家人照顧的負擔。（圖七）



圖七、傳統流程示意圖

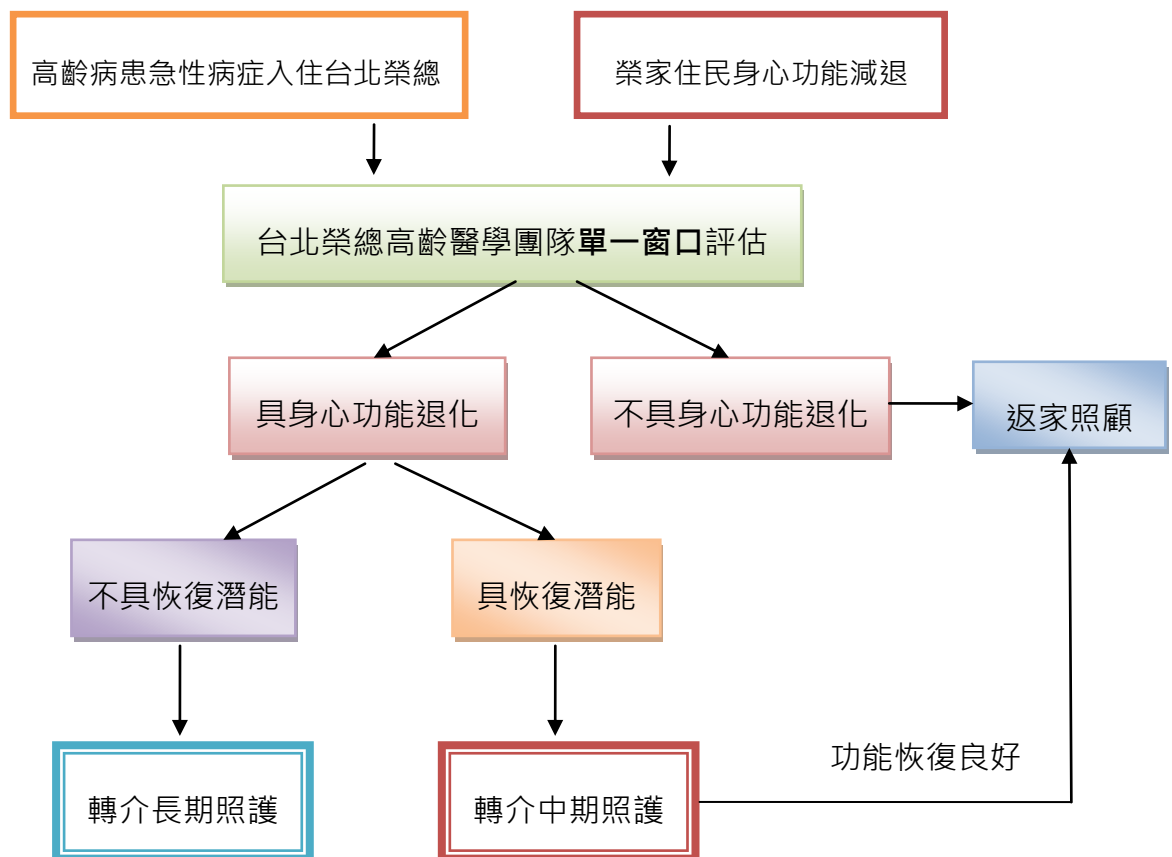
2. 本中心創新流程

本中心高齡醫學中心為推動中期照護，特成立中期照護團隊，除老年醫學專科醫師之外，特聘有個案管理師一名，負責與全院各病房單位聯繫，並與本院病房護理單位及醫療單位密切合作，針對適合中期照護服務個案進行收案事宜，透過周全性老年評估預評之施行，篩選適合轉介中期照護服務對象，並由個管師直接至病患之病房單位進行評估，以及行政協調。

本試辦計畫以板橋榮家住民及社區獨居榮民為對象，若病患因急性疾病至臺北榮總住院者期間發現有功能下降的情況，

病房單位的醫護人員會即時通知中期照護個案管理師，或者中期照護個案管理師可透過臺北榮總院內系統，查詢得知榮家住民至本院住院之動態，使得高齡醫學中心團隊可以直接得知新入院之板榮病患名單，主動至病房評估病人之病況與轉介需求。

若經中期照護團隊評估病患在治療期間具有身心功能下降但具「恢復潛能」，符合轉介中期照護標準，且病患與其家屬同意接受相關治療，在進行周全性老人評估之後便由臺北榮總個案管理師直接與桃園榮院或臺北榮總員山分院的中期照護個案管理師進行單一窗口直接聯繫，安排「中期照護」後續事宜，使得這些具有功能恢復潛能的病患可以得到最適切的醫療照護及復健。此外，有時醫護團隊在病患出院前因各項理由未及安排中期照護轉介，榮家的醫護團隊亦可與本中心中期照護個案管理師聯繫，由榮家醫護團隊進行周全性老年評估之後，也透過本中心單一窗口聯繫轉介（圖八）。



圖八、中期照護流程示意圖

3. 服務宗旨及理念

透過跨科部的整合平台，打破老年照護各專業領域的藩籬，促進有限資源的整合利用，同時與國內外各專業組織如世界老年學寄老年醫學會、歐盟老年醫學會、英國老年醫學會、日本老年醫學會、國家衛生研究院及台灣老年學暨老年醫學會合作，推動整合式老年健康照護，提供我國高齡病患更高品質的醫療服務。

四、 流程整合

有鑒於臺灣醫療體系在傳統上並沒有針對急性醫療照護之後建立一個持續性的服務體系，基本上設定病患在急性疾病痊癒之後就是回復健康，或者將相關照護與恢復期交由家庭成員自行安排，制度上欠缺一個能夠提供持續照護的服務模式，也就是所謂的中期照護。中期照護的實施將彌補醫療體系在照顧高齡病患的缺口，並且也讓病患及社會大眾了解中期照護所強調的「功能回復」及「獨立生活能力」的重要性，因為維持身心功能自主是世界衛生組織對於高齡民眾健康狀況的一致標準，讓民眾能充分了解健康照護的目標並能從中受惠。



中期照護的推廣還有另一個重要的方向，能夠藉此整合社區資源，讓病患在靠近家的社區醫院或機構，得到有效且有持續性的照護。也可以健全醫療體系的發展與建構社區健康照護網，讓社區醫院成為社區民眾健康促進的一個重要場所，也能成為高齡民眾的健康服務據點，從而推動跨體系的醫療服務整合，讓高齡民眾可以不必為了因為疾病治療與照護而必須離開其長年居住的社區，而能達成「在地安老」的目標。

由於健康的因素，高齡病患身體回復功能較差，罹患疾病之後需要較長的恢復期才得以回復到之前的生活功能狀態，而現代醫院管理的原則是縮短急性醫療住院日為目標，雖然曾有不少專家指出急遽縮短老年病患的急性醫院住院日，恐怕會帶來病患復健不足的缺失，而造成病患後續失能的機會上升。然而，若老人產生失能，將衍生更多的照顧問題及社會照護成本增加，過早進入長期照護階段，也將損害其生活品質。

中期照護是一個整合的團隊介入服務，在一般不超過四週的時間內，團隊成員給與密集且全面的介入服務，以客製化的身心功能回復治療計畫，逐漸提升高齡病患自我照護的能力，並進而減少病患家庭的照顧負擔與提升病患的生活品質。所謂的整合照護團隊成員包括老年醫學專科醫師、復健科醫師、精神科醫師、護理師、個案管理師、物理治療師、職能治療師、藥師、營養師以及社工師等等成員，在個案管理師進行周全性老人評估之後，依照評估結果所訂定的治療計畫，在落實治療計畫的同時也以周全性老年評估做為主要的治療計畫修訂依據，確保病患能隨時在進步的狀態之中。

行政院退除役官兵輔導委員會為因應高齡榮民照護的需求，自民國98年起，正式開辦中期照護計畫，以退輔會所屬醫療照護機構推動中期照護服務。以臺北榮民總醫院為中心，並以跨機關垂直整合方式，整合醫學中心與社區醫院，目前為止已於臺北榮總員山分院、桃園榮民醫院、埔里榮民醫院、嘉義榮民醫院、高雄榮總屏東分院設立中期照護單位，由臺北、臺中、高雄三家總院負責與區域內榮院共同推廣並且執行中期照護業務，收治經榮總或榮院高齡醫學團隊進行評估後，認為收住條件者為急性醫療狀態穩定且具有功能回復潛能者。

為了規劃完善的中期照護服務模式，臺北榮總也成立中期照護規劃與管理中心，負責推動中期照護服務相關業務之推動，含括行政事務作業、相關資料蒐集彙整、教育訓練及人力培訓規劃、統籌中期照護個案相關資料的彙整及分析，建立「中期照護個案資料管理系統」，提供個案資料輸入、傳送和分析作業等。除此之外，定期籌辦中期照護計畫推

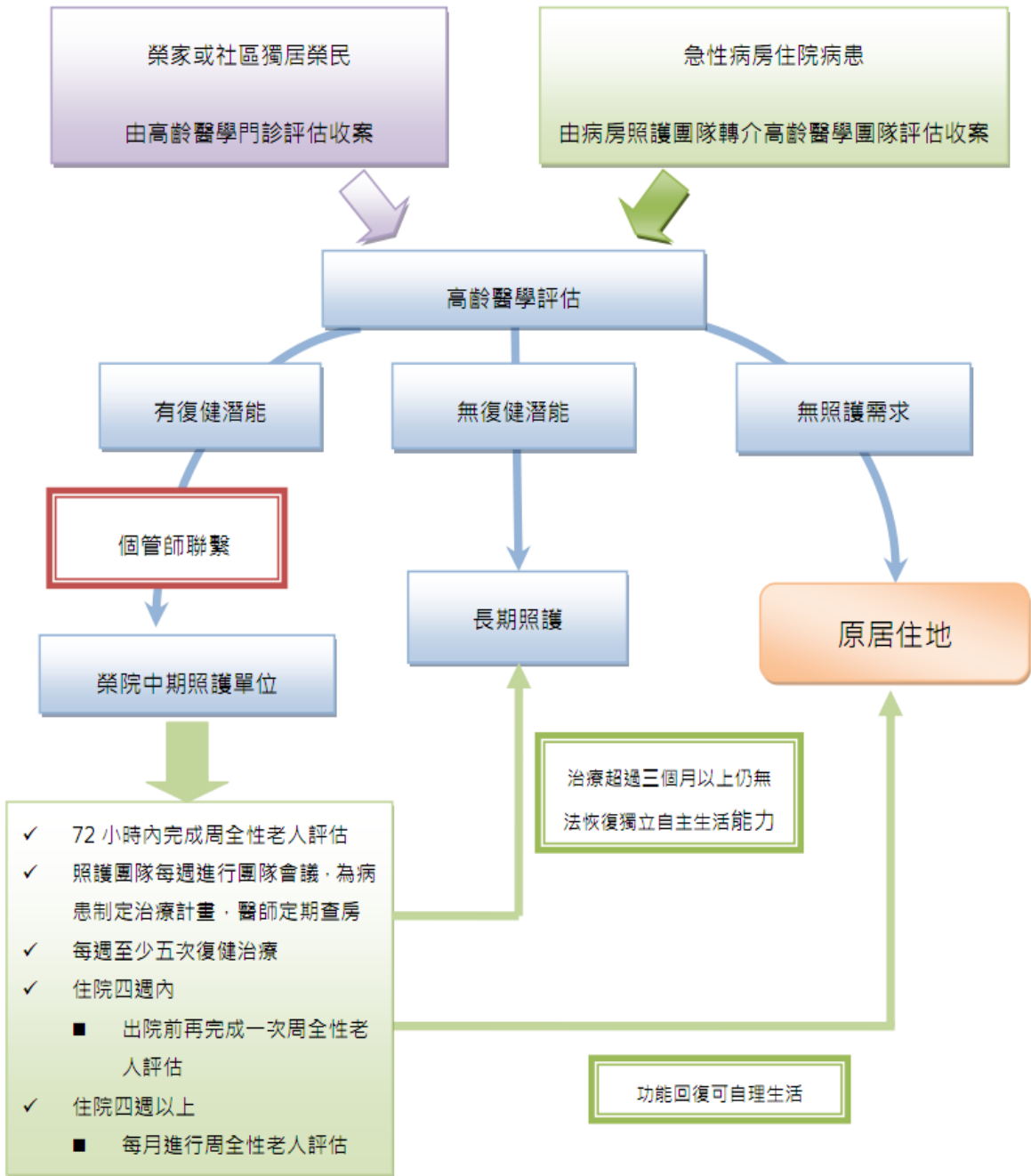
動小組會議，邀請各總院、榮院代表參與，針對中期照護服務之推動，進行意見交流及工作進度報告。中期照護規劃與管理中心另設有專家小組以及資料管理中心。專家小組是由13位國內外衛生福利、長期照護、老人醫學、復健醫學、物理治療、職能治療、藥學、護理、營養等領域之學者專家所組成，於99年4月9日召開專家會議，針對中期照護計畫推動所遭遇之困難以及推動的方向，提供專業建議，並討論修訂中期照護臨床診療作業指引內容。

(一) 中期照護個案評估流程

中期照護個案的篩選首先是由病患入住病房單位之護理人員進行初步評估，依其主要疾病與住院後功能狀態變化評估具有轉介中期照護之需要，便主動通知個案管理師進行個案功能狀況評估，在評估過後針對有功能回復潛能者進行收案。此外，中期照護個案管理師也能依照醫院資訊系統針對榮家住民進行搜尋，確認榮家住民住院之後便主動與該病房單位護理人員聯繫，並進一步評估是否具有收案之需要，帶完成收案之評估後，透過本院開發之中期照護計劃管理系統，將預計轉介病患之個人資料與相關治療經過與功能評估透過資通訊系統將資料上傳至管理中心，以及預計轉介之榮民醫院，以利接受轉介之榮院事前了解病患之基本病況。待個案入住中期照護單位之後，照護團隊個案管理師在72小時內完成完整中期照護老人周全性評估，並將評估結果透過管理系統上傳至管理中心，中期照護團隊定期舉行團隊會議，針對評估結果為病患制訂治療計畫並依照後續追蹤之結果進行照護計畫修訂。（圖九）

中期照護之跨機構運作之簡要基本運作要求：

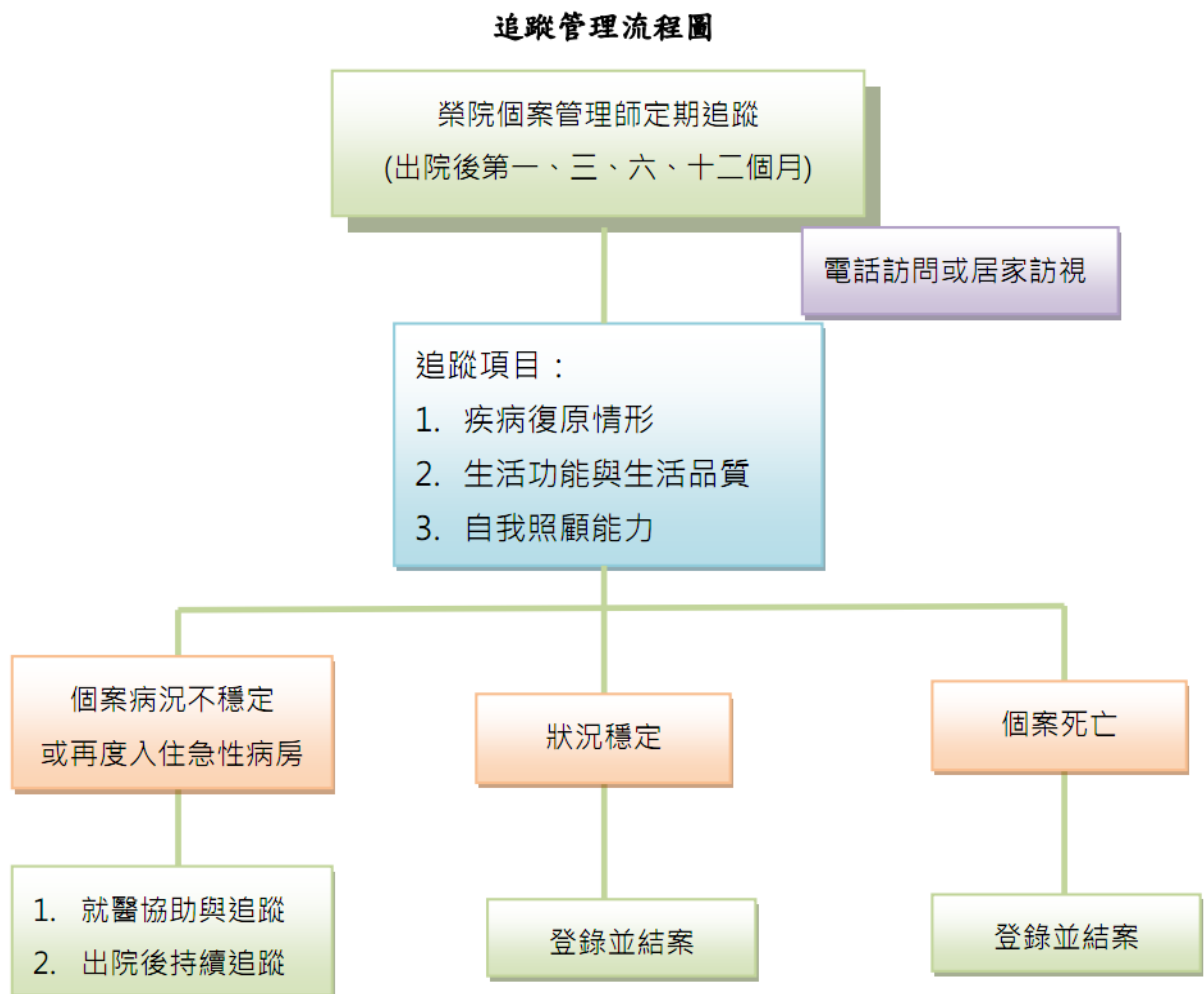
1. 中期照護規劃管理中心每年兩次定期至各榮院中期照護單位參與其團隊會議，以監測照護品質。
2. 中期照護團隊（包含總院與榮院）每季檢討中期照護的照護推動狀況及病人治療成果，並針對業務流程與專業發展找出改進方案。
3. 各榮院每週至少召開一次團隊會議，進行治療照護計畫之擬定及照護目標之修正。
4. 榮總與榮院均應設立機制評估住院病患急性症狀穩定後，經專業團隊個案管理師進行收案評估有回復潛能且病患有意願者，依病人需求轉介至榮院規劃之「中期照護單位」進行後續之復健及周全性老年照顧，使能恢復先前之功能狀態或回復至能獨立生活。
5. 符合入住條件的住民入住中期照護單位後，照護團隊應於72小時內完成「周全性老年評估」(Comprehensive geriatric assessment)，並擬訂照護計畫開始治療與復健，並於每兩週重新進行一次周全性老人評估，據以修正治療計畫。
6. 治療期間以4週為原則，若有特殊需求，可經評估後延長至12週。
7. 超過12週之病患，若無法恢復至理想的功能狀況，醫院應協助轉介至長期照護服務資源。



圖九、中期照護個案評估流程圖

(二) 追蹤管理流程、人力及訪查內容

個案在中期照護服務結束之後，個案管理師應定期追蹤個案返家後之生活功能、自我照護能力與疾病復原情形，自個案返家後第1、3、6及12個月以電話訪問或居家訪視的形式評估日常生活功能以及生活品質，一年後正式結案。個案於返家後追蹤期間出現新的健康照護問題，如發生跌倒、營養不良等老年症候群或有再次入住急性醫療體系，個案管理師予以記錄並列入追蹤項目中，必要時請病患就近至榮民醫院或榮民總醫院門診或急診就診，並做後續追蹤。若病患於追蹤期間有死亡等情事，個案管理師需登錄並予以結案。(圖十)



圖十、中期照護個案追蹤管理流程圖

(三)成效評估與評估方法

以周全性老人評估 (Comprehensive Geriatric Assessment, CGA) 各項功能評估為基礎，周全性老人評估的效用已獲國內外相關文獻證實，對於照顧具有複雜照護需求的老年病患而言具有明確的效果。周全性老人評估內容包含了多面向的功能評估 (如表二)，而這些評估內容與世界衛生組織強調老年人的身心功能方為定義其健康的論述一致。過去文獻均記載，周全性老年評估的成效必須要幾個條件的配合，包括特定的目標族群、以評估為基礎的介入計畫、照護成效需長期追蹤，而建構以周全性老年評估為基礎的中期照護便是以此為主要的理論架構而推動。研究指出，周全性老年評估為主的介入計畫，對於照顧具有多重複雜性疾病的老年民眾具有其優越性，無論是在門診、急性病房、社區民眾或是長期照護都有其成效。中期照護是一個創新服務模式，在美國也設計出類似的工具，做為美國中期照護的品質監測與管理工具，而本計畫也以周全性老年評估當中之身心功能各項指標做為成效的評估指標。

表二、中期照護個案評估

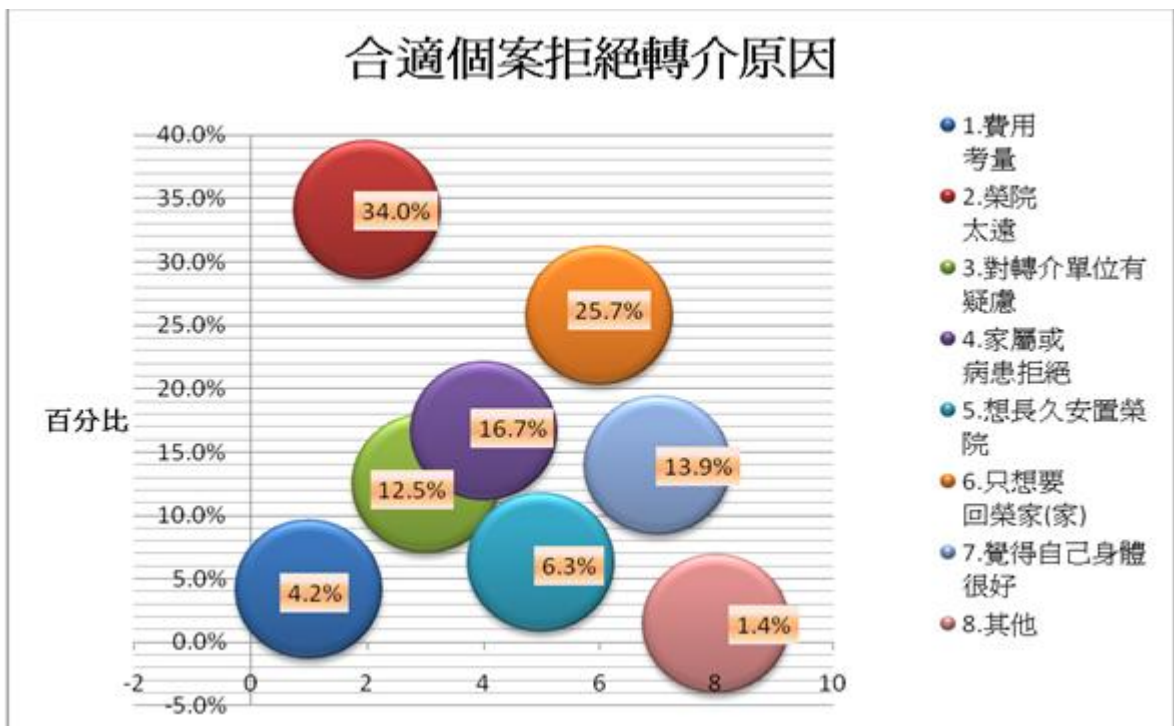
周全性老年評估
1. 巴氏量表 (Barthel index)
2. 工具性日常生活功能評估 (Instrumental activities of daily living)
3. 老人憂鬱量表 (Geriatric depression scale)
4. 簡易心智狀況檢查 (Mini-mental status examination)
5. 起立行走測試 (Timed up and go test)
6. 皮膚整體性風險評估 (Braden score)
7. 跌倒風險評估
8. 營養狀況評估 (Mini-nutrition assessment, MNA)
9. 生活品質測量 European Quality of Life – 5 Dimension (EQ5D)
10. 疾病史評估
11. 藥物評估

周全性老年評估為評估老年病患身心功能的完整工具，其中巴式量表為評估個案基本生活功能，包括進食、移動、沐浴、行走等等各項基本生活功能，依照巴式量表評分可判定其基本生活功能的狀況。工具性日常生活功能指較為高階但仍為一般生活所需的機能，包括基本理財、交通、撥打電話等等。情緒障礙是影響老年人健康相當重要的因素，而老年人最常使用的憂鬱評估量表，藉此簡易問卷可有效篩檢出具有憂鬱情緒的長者。簡易心智狀況檢查是用來評估老年人認知功能的篩選量表，主要目的在於發現早期的認知功能障礙，包括記憶、定向感與語言的基本能力，可協助診斷失智症。起立行走測試是一個老年人行走功能的整體測試，個案自座位起身、向前走三公尺轉身回至原座位處坐下，測量其執行這些動作的時間，時間越長代表具有行走功能的動作障礙。皮膚整體性風險評估主要針對個案產生褥瘡的風險進行評估，因為老年人若產生行動困難，出現褥瘡的風險也自然變高，需要定期評估。由於美國的研究指出 65 歲以上的老年人每年有三分之一會跌倒一次以上，且老年人的跌倒常常造成身體傷害，更會讓老年人因為害怕跌倒而不願意移動，所以必須透過簡易的跌倒評估量表來定期評估其跌倒風險。營養不良是急性照護之後很常見的問題，也可以透過迷你營養評估來推測期營養不良的風險，並可藉由其進食狀況的改變來調整熱量攝取，進而改變其營養狀況。老年人健康照護的目標有很多，除了身心功能之外，生活品質的測量也是最為重要的一環，因為身心功能的下降會明顯影響生活品質，因此必須採取定期的生活品質測量，做為治療計畫的參考。最後，對於病患的過去疾病史與藥物史也需要充分理解，尤其對於老年人用藥的潛在不良反應，必須要系統性的評估，否則很容易忽略很多老年人的健康狀況其實導因於藥物不良反應。

(四) 遭遇困難與解決方法

中期照護推動至今雖然有其重大意義，也達成相當明顯之成效，但執行期間也有許多的困難需要克服，這些困難的來源也十分繁瑣，針對執行之困難概述如下(圖十一)：

1. 因榮院之地理位置多較偏遠，並非病患所居住的城市，因此病患與其家屬會因為照顧上的困難而拒絕轉介。
2. 由於中期照護尚未納入健保支付，因此，除非公費就養之榮民可使用榮民照護體系資源投入外，非公費就養或是一般民眾則需要不同程度的自費，對於經濟上較弱勢的高齡病患而言，亦可能因為費用的考慮而拒絕轉介。
3. 醫療體系對於中期照護的認識不足，雖然中期照護規畫與試辦管理中心舉辦多次的教育訓練與相關宣導活動，仍有許多醫療從業人員對於中期照護的認識不足，無法積極協助轉介並協助病患接受治療。
4. 部分病患對轉介的單位不熟悉，對於治療的單位無法充分信任，以至於對於照護過程充滿疑慮。



圖十一、拒絕轉介原因

針對上述的困難，本院採取了相對應的解決策略，嘗試盡量解決相關困難而改善業務的推動。

1. 由於榮院地理位置為固定的限制無法改變，故採取加強環境與中期照護的介紹，印製簡單精美的手冊介紹中期照護服務內容與其益處，協助病患理解中期照護的優點。
2. 以高齡醫學病房為範例，建置住院病患之互動電視系統，透過活潑的影音內容，介紹中期照護服務，並透過影片讓病患更為理解未來轉介服務地點的環境與照護團隊，以增加病患對於中期照護的認識。
3. 持續辦理中期照護繼續教育課程，針對醫師、護理、社工以及其他專業人員進行中期照護的介紹與推廣，並安排人員致相關科部之行政會議進行。

五、資通訊 (ICT) 服務導入

(一) 高齡醫學病房互動電視系統

由於中期照護個案多是由急性病房住院期間出現後續身心功能問題，所以對於中期照護的介紹應始於急性醫院病房，故本計畫同時在臺北榮總高齡醫學病房透過現在的互動電視系統做相關的介紹，也利用互動電視的特性，協助病房同仁進行相關衛生教育與後續，也可讓病患接受充分對於高齡醫學的認識，讓家屬得到有關高齡者健康照護的需求，透過多媒體的介紹，讓病患與照護團隊建立完整的雙向聯繫，且互動電視系統未來也可以建立遠距醫療服務模式，但仍需病家同意接受機上盒的安裝，即使病患沒有接受中期照護服務，也可以取得相關衛教訊息資訊。

每位病患之病床均配有互動電視，將個人資料、醫療相關注意事項與衛教資訊以個人化的模式傳遞(圖十二)。



圖十二、台北榮總互動電視作業系統

每位病患所需之衛教資訊以院內及病房之設師介紹，也可透過該系統瞭解(圖十三)。



圖十三、台北榮總互動電視作業系統

並且可以針對高齡醫學常見之疾病，以及醫療病症提供相關之衛教資訊(圖十四)。



圖十四、台北榮總互動電視作業系統

高齡醫學常見老年人疾病與健康問題列表與衛教，畫面如圖十五所示。



圖十五、台北榮總互動電視作業系統疾病衛教

中期照護之簡介，以多媒體形式呈現中期照護服務流程與設施，乃至於該處之照護人員介紹(圖十六)。



圖十六、台北榮總互動電視作業系統中期照護簡介

互動電視上配置有血壓計與體溫計，將個人生命徵象測量後傳遞至護理站協助護理作業(圖十七)。



圖十七、台北榮總互動電視作業系統病患生命徵象測量管理

測量結果即時在電視螢幕上呈現，讓病患得知其生命徵象的測量結果，甚至可遠端傳送至家人(圖十八)。



圖十八、台北榮總互動電視作業系統病患生命徵象測量管理

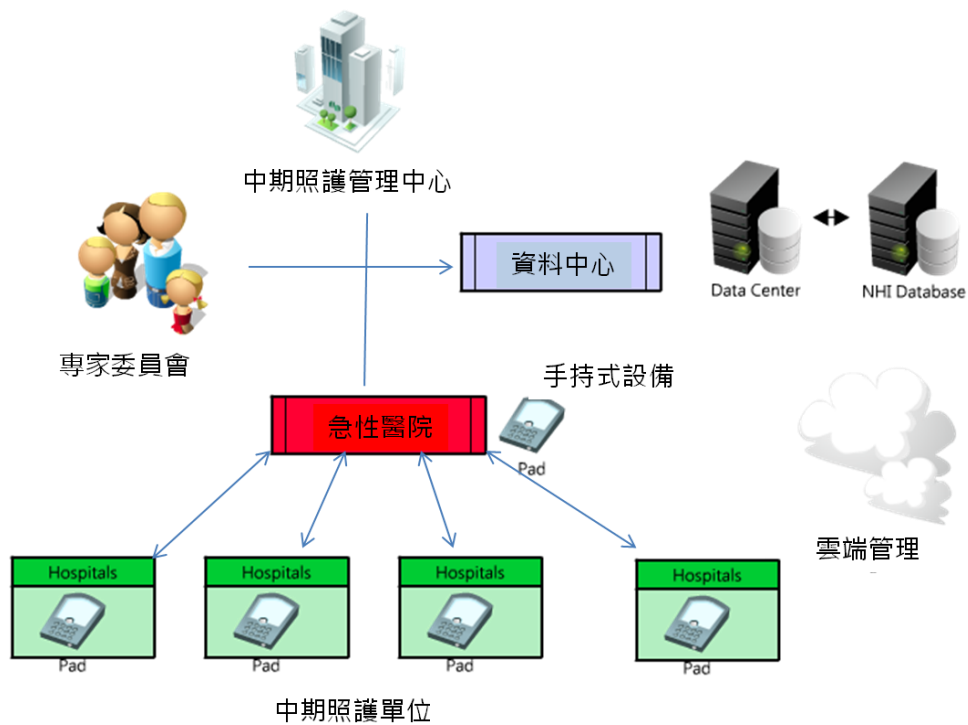
為鼓勵病患盡量攝取充足之飲食，本系統尚提供本院精神部病患經營之靜耘坊點餐與送餐服務(圖十九)，以盡力維持住院高齡病患之營養，也可協助精神病患返回社會。



圖十九、台北榮總互動電視作業系統餐飲服務

(二) 中期照護個案資料管理系統

中期照護規劃與管理中心統籌中期照護個案相關資料的彙整及分析，建立「中期照護個案資料管理系統」，提供個案資料輸入、傳送和分析作業等。各總院榮院需將所有「周全性老年評估」之資料，統一上傳至「中期照護個案資料管理系統」，並有「評估量表管理系統」以利服務成效之評估與分析，做為檢討改進、資料分析之用，以及便於服務方向之修正。



圖二十、中期照護個案管理系統之架構圖

中期照護管理中心設有資料中心以及專家委員會，資料中心負責彙整中期照護個案管理所產生之資料與周全性老年評估結果，並透過手持式設備將周全性老年評估的資料進行輸入與傳送，並由資料中心進行整體性的彙整與成果分析。



圖二十一、中期照護個案管理系統登入畫面

1. 系統簡介

為了在退輔會醫療體系下，能夠達到中期照護個案評估資料的彙整，藉由網際網路建置雲端資料管理系統為有效之作法。98年6月起由北榮規劃，自99年8月起正式使用。經由榮總與榮院團隊的腦力激盪，陸陸續續改版24次，成為目前所使用的版本。並由管理中心定期彙整與分析，檢視中期照護的服務狀況，作為檢討與改進的依據。透過該系統的建置，使得個案的資訊得以獲得良好的流通。

2. 系統內容

本系統針對中期照護個案，設置三大功能：新增案件、查詢案件、維護案件。對於從榮總篩選後適合的中期照護服務新個案，個案管理師會新增評估量表數據鍵入「中期照護試辦計

畫評估量表管理系統」中，上傳後轉介的中期照護榮院也定期將個案資料做追蹤上傳的動作，可供管理者做查詢及維護，並可據以定期檢討執行成效。

作業系統包含了總院與榮院中期照護單位的轉介行政作業、周全性老年評估資料交換、收案資料管理、個案臨床狀況分析與管理，同時兼顧行政、專業資料收集以及資料分析。

(1) 評估量表管理系統架構

包括基本資料、功能回顧、功能評估、重要檢查報告、出院藥物紀錄、中期照護問題列表等部分。



圖二十二、評估量表管理系統架構

(2) 評估量表管理系統畫面包含

(A)基本資料：個案基本資料包括姓名、生日、家庭狀況、及個案醫療決定等問題、收案的醫院及待轉的醫院。

新增案件

【一、基本資料】

1 姓名: 000 2 性別: 男 女 3 病區號: _____

4 出生年月日: _____ 5 身分證號: 000

6 教育程度: 年 4-1 不識字 1 民教班 2 國小 3 國中 4 高中 5 大專以上

7 婚姻狀況: 0 未婚 1 已婚 2 離婚 3 分居 4 離異 5 其他 _____

8 居住狀況: 0 獨居 1 與家人同住 2 與配偶同住 3 與家人居 (直系親屬合配偶)

9 住所: 0 家裡 1 與家人同住 2 護理之家 安老 護理機構 3 其他 _____

10 居住樓層: 0 一樓 1 二樓以上無電梯 2 二樓以上有電梯

11 宗教信仰: 0 無 1 佛敎 2 道教 3 基督教 4 回教 5 天主教 6 其他 _____

12 工作: 0 退休 1 家管 2 目前有工作

13 家庭經濟狀況: 0 富裕 1 小康 2 貧窮 3 其他 _____

14 福利: 0 無 1 有 (14-1) 有職業災 2 無職業災 3 中低收入戶 4 福保 5 殘障手冊 6 重大傷殘卡 7 其他 _____

15 主要照顧者: 0 自己 1 配偶 2 子女 3 看護 4 其他 _____

16 主要醫療決定者: 0 自己 1 配偶 2 子女 3 機構人員 4 其他 _____

收案醫院: _____ 臺北榮總 轉介醫院: 臺北榮總

退出

圖二十三、基本資料

(B)功能回顧：主要針對個案本身的功能狀況包括視力、聽力、睡眠、行走能力等

A表格

【二、功能回顧】

1 視力障礙: 0 無 2 無法評估 1 有
-> (3-1 影響日常活動? 0 否 1 是)
-> (3-2 配戴眼鏡? 0 否 1 是)

2 聽力障礙: 0 無 2 無法評估 1 有
-> (4-1 影響日常活動? 0 否 1 是)
-> (4-2 配戴助聽器? 1 是 0 否
-> 4-2-1 有無試過? 0 無 1 有不習慣)

3 睡眠障礙: 0 無 2 無法評估 1 有
-> (5-1 1 新問題 2 舊問題)
-> (5-2 說話: 1 良好 2 儘可簡單表達句子(詞) 3 儘可表達零碎詞字 4 無法評估 5 無法評估)
-> (5-3 理解: 1 良好 2 儘可理解簡單句子(詞) 3 儘可理解關鍵字 4 無法理解 5 無法評估)

4 睡眠問題: 0 無 2 無法評估 1 有
-> (6-1 服用藥物? 0 無 1 有
-> (6-1-1 0 偶爾 2 每週1-2次 3 每週3-6次 4 每天)

5 行動前是否可對能力有限: 0 無 2 無法評估 1 有, 已有 _____ 年

5-1 行走能力: 0 可獨立於戶外行走 1 可戶外行走但需人陪伴
 2 只能於室內獨立行走 3 只能於室內行走且需人陪伴 4 無法行走

5-2 使用輔具: 0 無 1 有
-> (5-2-1 0 單拐 2 三腳拐杖 3 助行器 4 輪椅)

退出

圖二十四、功能回顧

(C)功能評估：評估個案的目前功能狀況包括尿失禁、排便問題、跌倒史、營養狀況、日常生活評估、複雜性生活功能評估、憂鬱量表評估、疼痛評估等

Variables	Numeric Values	Score
1. History of falling	No	0
	Yes	25
2. Secondary diagnosis	No	0
	Yes	15
3. Ambulatory aid	None bed rest/walker assist	0
	Crutches cane/walker	15
	Furniture	30
4. IV or IV Access	No	0
	Yes	20
5. Gait	Normal bed rest/wheelchair	0
	Weak	10
	Impaired	20
6. Mental status	Oriented to own ability	0
	Overestimates or forgets limitations	15

Score = Total
跌倒風險: 總分 0-24, 低 25-44, 中 >=45

圖二十五、功能評估

(D)重要之檢查報告：個案入住前、後做的各項重要檢查報告

日期	WBC (UCCMM)	RBC (MCCMM)	HGB (g/dL)	HCT (%)	MCV (fL)	PLT (UCCMM)	DC	BAND (%)	SEG (%)	LYMP (%)	MONO (%)

日期	TP (g/dL)	ALB (g/dL)	CA (mg/dL)	CHOL (mg/dL)	BUN (mg/dL)	UA (mg/dL)	CREA (mg/dL)	TB (mg/dL)	ALP (U/L)	LDH (U/L)	ALT (U/L)

日期	AST (U/L)	NA (mmol/L)	K (mmol/L)	CL (mmol/L)	IP (mg/dL)	GLU (mg/dL)	GGT (U/L)	CK (U/L)	TC (mg/dL)	DB (mg/dL)	CRP (mg/dL)

圖二十六、重要之檢查報告

(E) 出院藥物紀錄：個案出院時的用藥紀錄

A screenshot of a software application window titled '選輸會中期照護試辦計畫評估案管理系統 Ver.1.23.0'. The interface shows a menu bar with options like '檔案(F)', '功能(A)', '視圖(V)', and '說明(H)'. Below the menu is a toolbar with buttons for '新增案件(N)', '查詢案件(Q)', and '維護案件(M)'. The main content area is labeled '資料下載, 案件維護, 五、出院藥物紀錄'. Underneath, there is a section 'A表格' containing a table titled '【五、出院藥物紀錄】'. The table has five columns: '藥物品項', '劑量與單位', '給藥途徑', '給藥頻率', and '備註'. The table rows are numbered from 1 to 22. At the bottom of the window, there is a '送出' (Print) button.

圖二十七、出院藥物紀錄

(F) 中期照護問題列表：經個案師評估後將個案的各項問題列於此，如憂鬱、失智

A screenshot of the same software application window. The main content area is labeled '資料下載, 案件維護, 六、中期照護問題列表'. Underneath, there is a section 'A表格' containing a form titled '【六、中期照護問題列表】'. The form consists of a table with two columns of checkboxes. The left column includes: '失禁: urine or stool', '認知功能障礙', '譫妄', '行動力及步態障礙', and '疼痛'. The right column includes: '跌倒', '憂鬱情緒', '日常生活功能及復健之可能性', '營養狀態不良', and '多重藥物使用 精神藥物使用'. Below the table, there are two text input fields: '總評醫師: _____' and '評估人員: _____'. At the bottom of the window, there is a '送出' (Print) button.

圖二十八、中期照護問題列表

(3) 資料更新規定

個案入住中期照護單位後，榮院中期照護團隊需於 72 小時內完成老人周全性評估，其中包括認知、情緒、行動力、疼痛、營養及生活品質等功能評估。

3. 系統架構

本系統共分有三種不同類型：

- (1) 退輔會中期照護試辦計畫評估量表管理系統(榮總)
- (2) 退輔會中期照護試辦計畫評估量表管理系統(榮院)
- (3) 中期照護資料管理系統-線上版

4. 評估量表管理系統

可以收集各總院及榮院的收案資料，據以分析管理之用。

評估量表管理系統

歡迎您使用評估量表管理系統!! 請先登入您的名稱及密碼 -10.1.2.110

登入名稱

登入密碼

確定

登出

今天是民國100年12月13日, 版權所有, 連線人數3(逾時時間180分鐘)

圖二十九、評估量表管理系統登入畫面

臺北榮總結合員山分院、桃園榮家，利用此系統登錄資料並可據以查詢，自 2009 年起共登錄 510 筆資料。

評估量表管理系統

案件查詢 | 案件分析 | 密碼變更 | 項目分析 | 歡迎 黃信勳 主任

案件查詢

啟用條件 收案醫院 轉介醫院

臺北榮總 桃園榮院 員山榮院 臺中榮總 埔里 嘉義榮院 高雄榮總 龍泉榮院

結案件 案件編號: 身分證號碼:

目前在第1頁/共51頁 總計510筆資料 全部顯示 顯示列數:

檢視記錄	CaseID	UserNo	UserID	UserName	HospitaID	DateA	MbrIdxA	CaseXStatus1A	HospitaIDB	DateB	MbrIdxB	CaseXStatus1B	DateAdd	DateEdit	Delete	
<input type="button" value="分析"/>	開診	20000	24321979	A104107136	簡克華	01		2009-08-12 104	未處理	0102		0	已派件	2009/8/18 下午 05:32:05	2009/8/18 下午 05:56:21	
<input type="button" value="分析"/>	開診	20003	17890276	F1052864991	胡民有	01		2009-08-21 104	未處理	0102		0	已派件	2009/8/24 下午 04:45:55	2009/8/24 下午 05:19:07	
<input type="button" value="分析"/>	開診	20008		A102163332	林茂桂	01		2009-08-28 104	未處理	0101	2009-09-01 507		已結案	2009/8/28 下午 05:23:43	2011/3/11 上午 11:03:57	
<input type="button" value="分析"/>	開診	20009	12080998	T100754457	曹正忠	01		2009-08-25 104	未處理	0102		0	已派件	2009/8/28 下午 05:40:17	2009/8/28 下午 05:50:11	
<input type="button" value="分析"/>	開診	20010	285267	F102905791	曾應碧	01		2009-06-30 104	未處理	0101	2009-07-03 507		已結案	2009/9/8 上午 11:07:52	2011/3/11 下午 02:44:47	
<input type="button" value="分析"/>	開診	20011	285597	F100896520	周志剛	01		2009-07-02 104	未處理	0101	2009-07-15 507		已結案	2009/9/8 下午 04:54:38	2011/3/11 下午 03:06:13	
<input type="button" value="分析"/>	開診	20016	3197	H100577095	王松博	0101		507	未處理	0101	2009-06-26 507		已結案	2009/9/1 下午 03:39:40	2009/9/15 下午 02:26:54	
<input type="button" value="分析"/>	開診	20017	23566	h101894746	王玉田	0101		507	未處理	0101	2009-08-20 507		已結案	2009/9/1 下午 05:22:20	2009/9/15 下午 02:26:44	
<input type="button" value="分析"/>	開診	20018	272411	E102830092	陸紹由	0101		507	未處理	0101	2009-07-02 507		已結案	2009/9/15 下午 02:36:34	2009/9/15 下午 04:27:06	
<input type="button" value="分析"/>	開診	20019	5458	T102916080	方樹成	0101		507	未處理	0101	2009-06-10 507		已結案	2009/9/15 下午 04:30:05	2009/9/16 下午 05:50:53	

目前在第1頁/共51頁 總計510筆資料 全部顯示 顯示列數:

案件查詢

啟用條件 收案醫院 轉介醫院

臺北榮總 桃園榮院 員山榮院 臺中榮總 埔里 嘉義榮院 高雄榮總 龍泉榮院

結案件 案件編號: 身分證號碼:

目前在第1頁/共51頁 總計510筆資料 全部顯示 顯示列數:

利用此系統之「案件分析」功能(圖三十)，可分別分析日常生活活動功能評估、複雜性日常生活功能、迷你營養評估量表、疼痛評估、憂鬱評估量表、皮膚危險因子評估表、起立行走測試(秒)、Functional Reach(cm)、營養評估、迷你心智狀態檢查、生活品質。

評估量表 管理系統

案件查詢 | 案件分析 | 密碼變更 | 項目分析 | 歡迎 陳亮恭 主任

歷史分析

分析設定：
 分析醫院： 收案醫院 轉介醫院
 分析項目：
 日常生活活動功能評估(得分)
 複雜性日常生活功能(得分)
 迷你營養評估量表(得分)
 疼痛評估 (平均得分)
 憂鬱評估量表(得分)
 皮膚危險因子評估表(得分)
 起立行走測試(秒)
 Functional Reach(cm)
 營養評估(得分)
 迷你心智狀態檢查
 生活品質

醫院： 臺北榮總 桃園榮院 員山榮院 臺中榮總 埔里 嘉義榮院 高雄榮總 龍泉榮院 全選

僅分析結案件
 建檔日期 日期區間： 2009/01/01 ~ 2011/12/31 (Ex.YYYY/MM/DD)
 收案日期 日期區間： 2009/01/01 ~ 2011/12/31 (Ex.YYYY/MM/DD)
 建案日期 日期區間： 2009/01/01 ~ 2011/12/31 (Ex.YYYY/MM/DD)
 轉介日期 日期區間： 2009/01/01 ~ 2011/12/31 (Ex.YYYY/MM/DD)

醫院名稱	個案數	B1	B2	B3	B4	B5	B6	B7	B8
員山榮院	143		53.15	62.43	73.28				
臺北榮總	109	44.17	44.86	62.37	72.5	50	85	85	
桃園榮院	162	44.97	63.63	69.57	73.75	82.5	85		

日常生活活動功能評估(得分)統計圖

顯示明細

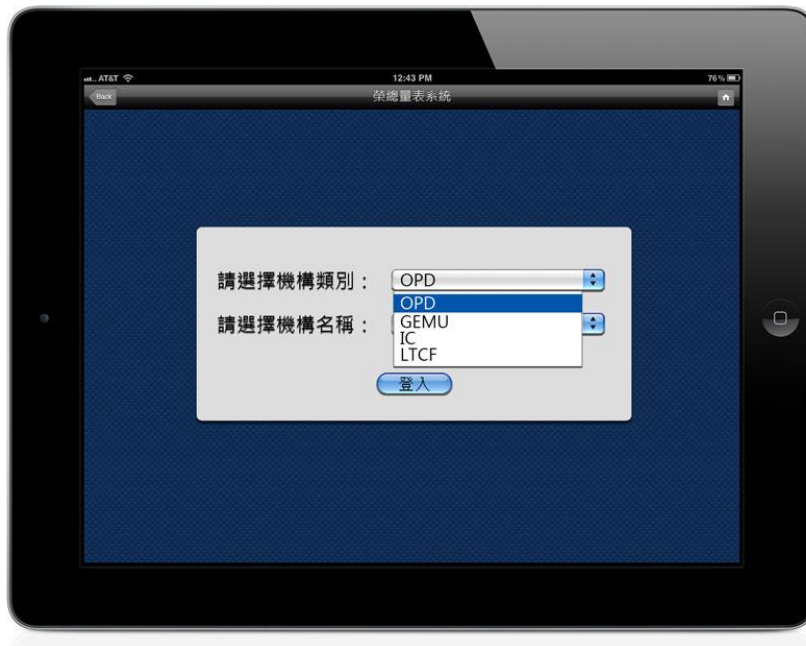
圖三十、評估量表管理系統案件分析

(三) 中期照護手持式個案資料管理系統

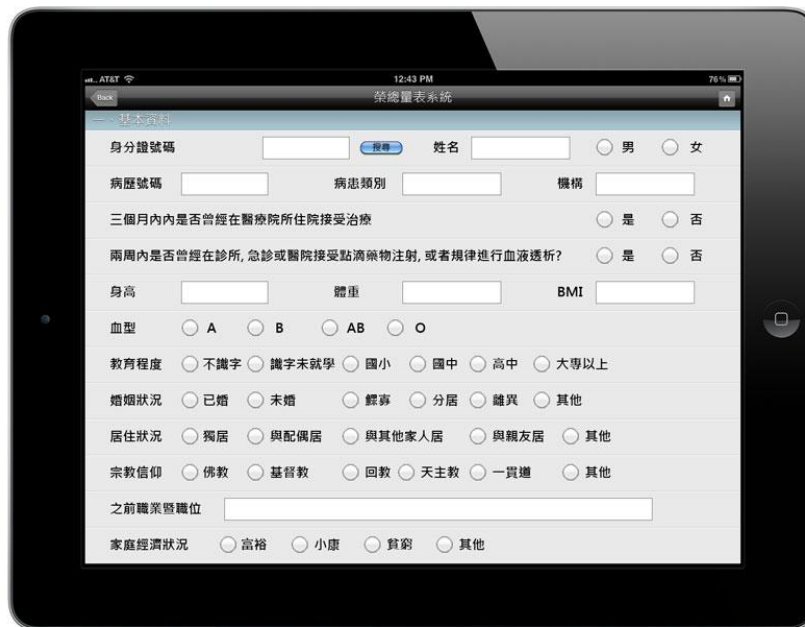
有鑒於中期照護個案之篩選與評估時常在各不同醫療機構間往返，在門診、急性醫院、中期照護與榮家之間，可能均有機會接受周全性老年評估，為求能夠提升周全性老年評估的效率以及提供各層級醫療機構間的資料參考，並能透過系統持續追蹤個案的健康狀況，特開發此一手持式系統做為串連各機構資料管理之用。運用新穎的科技產品，結合開發的軟體，為中期照護提供更完整快捷的服務。



圖三十一、台北榮總周全性老年評估手持式設備系統



圖三十二、不同機構間周全性老年評估使用選擇：OPD 為高齡醫學門診、GEMU 為高齡醫學病房、IC 為中期照護、LTCF 為長期照護機構



圖三十三、病患基本資料輸入頁面



圖三十四、老人健康狀況問卷操作頁面



圖三十五、老人身體功能與跌倒風險評估頁面

六、團隊教育訓練

為提升中期照護團隊之專業能力與服務品質，本院在中期照護試辦計畫推動初期，於 96 年 5 月 20、21 日辦理中期照護訓練課程，讓參與試辦之單位了解其內涵與規劃。期間透過多種管道宣導服務精神與作法。

另在 99 年 9 月 30 日起至 11 月 21 日期間，辦理系列中期照護教育訓練課程，除基礎核心課程外，並針對醫師、護理師、個案管理師、藥師、社工師等專業人員提供進階課程。

(一) 核心課程：

中期照護中的周全性老人評估必須在總院與榮院均組成一個跨領域團隊來進行周全性老人評估，各榮院高齡團隊於執行中期照護業務之前，應接受至少 15 小時之核心課程訓練，內容涵括老年醫學概述、周全性老年評估、老年症候群、以及中期照護理論與實務。

表三、中期照護核心課程

※核心課程：
中期照護發展的必要與現況
中期照護轉介流程實務
高齡醫學團隊會議之目標與運作
高齡照護團隊各專業人員工作內容與各式量表使用介紹
周全性老年評估
跌倒病患的評估與處理
失智病患的評估與照護
憂鬱症病患的評估與照護
譫妄病患的評估與處理
高齡病患的溝通技巧
老化：生理、心理、社會與社區層面
高齡病患用藥使用原則
高齡者的營養評估與原則

(二) 進階課程

進階課程分專業(醫師、個管師、護理、藥師、社工)

1. 醫師

表四、中期照護醫師進階課程

※醫師進階課程
中期照護的出院準備
中期照護單位團隊運作模式
中期照護單位管理原則
中期照護個案之急性併發症
高齡者的高血壓控制原則
高齡者的糖尿病控制原則
髖關節骨折病患術後照護原則
運動障礙患者的照護原則
高齡帕金森氏症之藥物治療
高齡患者步態、平衡評估與處理
跌倒病患的介入治療
高齡者骨關節與脊椎疾病
高齡者足部問題評估與處理
高齡患者多重用藥評估與介入
建立高齡患者適切的藥物治療
高齡者的睡眠問題與治療
高齡失智患者精神症狀處理

2. 個案管理師

執行「周全性老年評估」預評之個案管理師需另外接受 4 小時之實務訓練

表五、中期照護個案管理師進階課程

※個案管理師進階課程
中期照護個案營養評估
中期照護個案日常生活活動功能評估(ADL and IADL)
中期照護個案跌倒風險評估、評量與 TUGT、functional reach 操作
老年憂鬱量表介紹與操作
中期照護個案認知功能評估 MMSE、Mini-Cog、CAM)

3. 護理師

表六、中期照護護理師進階課程

※護理進階課程
醫病溝通的基本原則
預防跌倒照護
吞嚥困難病人照護
失禁病患的照護
髖關節骨折術後病患照護原則
床邊簡易復健原則

4. 藥師

表七、中期照護藥師進階課程

※藥師進階課程	
管灌病患藥物使用之注意事項	
建立高齡者適切藥物使用原則	
高齡病患多重藥物與潛在不當用藥使用	
高齡病患藥物與食品交互作用分析與處置	

5. 社工師

表八、中期照護社工師進階課程

※社工師進階課程	
高齡者的社會心理問題的認識	
高齡者社會需求的評估與處遇	
照顧者的壓力與需求	
現階段高齡者之社會資源	

(三) 訓練人數：

此課程同時對外開放，期望能有更多醫療同仁能了解中期照護的服務內容，能適時轉介合適之個案，提升整體病患照護品質。

表九、中期照護訓練人數統計

課程場次	99 年人次	100 年人次
基礎課程 DAY1	635	370
進階課程 DAY2	219	404
總計訓練人數	854	774

七、 結合社會資源

(一) 與國內學術單位合作：

為順利推動中期照護服務，本院與國內學術單位合作，成立「中期照護專家小組」。「中期照護專家小組」是由 13 位國內外衛生福利、長期照護、老人醫學、復健醫學、物理治療、職能治療、藥學、護理、營養等領域之學者專家所組成，針對中期照護計畫推動所遭遇之困難以及推動的方向，提供專業建議。



圖三十六、中期照護專家小組組成

專家小組名單：

- 國立陽明大學衛生福利研究所－藍忠孚教授
- 國立台北護理學院長期照護研究所－李世代所長
- 台灣老年學暨老年醫學會－陳慶餘理事長
- 國立陽明大學衛生福利研究所－吳肖琪教授
- 營養台灣營養學會－彭巧珍副秘書長
- 護理台灣護理學會－陳玉枝主任
- 復健台灣復健醫學會－蔡文鐘秘書長
- 職能治療台灣職能治療學會－吳菁宜常務理事
- 物理治療中華民國物理治療學會－胡名霞主委
- 行政院衛生署醫院管理委員會－桃園醫院徐永年院長
- 行政院衛生署護理及健康照護處－台灣大學護理系戴玉慈主任
- 行政院衛生署屏東醫院－李建廷院長
- 員林郭醫院大村分院－郭鐘添院長

(二) 與國外學術單位合作：

本院高齡醫學中心與英國老年醫學會合作，自 95 年 7 月起，每 2 至 3 個月邀請外賓來台，舉行為期約 1 週之講座，以訓練推動計劃所需之老年醫學專業人才。同時，透過密切頻繁的交流，簡化醫療人員至英國短期進修老年醫學之申請程序，提供人員進修之管道。

表十、邀請外賓講座統計表

學者姓名	現職	講學期間	講學內容
1 Adrian Wagg	Consultant Physician, in General & Geriatric Medicine, University College London Hospitals Foundation NHS Trust & Camden Primary Care Trust	980302-0306	老年尿失禁
2 Martin Curtice	Consultant in old psychiatry. Birmingham and Solihull Mental Health NHS Foundation Trust	980302-0306	老年憂鬱與失智
3 Matt Thomas	Consultant Physician, Department of Medicine for Elderly, Poole Hospital NHS Trust	980622-0627	老年暈厥與昏眩

	學者姓名	現職	講學期間	講學內容
4	Andrew Williams	Consultant Geriatrician and Intermediate Care Lead Royal Bournemouth and Christchurch Hospital NHS Foundation Trust	980622-0627	老人末期照護
5	Dr.Czeresna Heriawan Soejono	Head, Department of Internal Medicine, University of Indonesia Head, Division of Geriatric Medicine, University of Indonesia	980622-0627	高齡健康服務體系發展
6	John B Young	Professor of Elderly Care Medicine, University of Leeds	980913-0917	老年醫學概論與老年譫妄症
7	David Oliver	Consultant Physician, Royal Berkshire NHS Foundation Trust	980913-0917	老年骨科與老年照護倫理
8	Tahir Masud	General and Geriatric Medicine, Nottingham University Hospitals NHS Trust, UK	981123-1129	老年骨質疏鬆與巴金森氏症
9	Stephen Jackson	Professor of Clinical Gerontology and Consultant Physician, Department of Clinical Gerontology, King's College Hospital.	981123-1129	老年高血壓與老年用藥
10	Hideki Ito	Director, Tokyo Metropolitan Geriatric Hospital & Institute of Gerontology	981127-1129	老年糖尿病與其併發症
11	Jeanne Y. Wei	Geriatrics, College of Medicine, University of Arkansas, Medical Sciences	981127-1129	老年營養與心臟性惡病質
12	Jean Woo	Division of Geriatrics, Department of Medicine and Therapeutics, The Chinese University of Hong Kong	981127-1129	高齡醫學教育
13	Duncan Forsyth	Consultant Geriatrician, Addenbrooke's Hospital. Associate Lecturer, Faculty of Clinical Medicine University of Cambridge.	990329-0402	老年巴金森氏症
14	Rhian Simpson	Consultant Community Geriatrician, Cambridgeshire Community Services, The Princess of Wales Hospital	990329-0402	社區老年復健與預立醫囑
15	Terry Aspray	Consultant Geriatrician, Institute for Ageing and Health, Newcastle University	990719-0723	老年糖尿病
16	Elizabeta Mukaetova-Ladinska	Institute for Ageing and Health, Newcastle University	990719-0723	老年精神疾病與團隊照護
17	Gloria Gutman	Simon Fraser University, Canada	990828-0829	高齡友善健康服務體系
18	Wai Chong Ng	Tsao Foundation , Singapore	990828-0829	整合性社區高齡照護網絡
19	Kenji Toba	National Geriatrics and Gerontology Center, Japan	990828-0829	高齡友善健康服務的日本國家策略

	學者姓名	現職	講學期間	講學內容
20	Finbarr Martin	Consultant geriatrician, Guy's and St. Thomas's Hospital, United Kingdom	990829-0901	英國老年人健康照護、老年骨質疏松與尿失禁、老年衰弱與跌倒
21	Frances Dockery	Consultant Physician, St. Thomas' Hospital, London	990829-0901	老年肌肉功能與營養不良
22	Kenneth Rockwood	Professor of Geriatric Medicine at Dalhousie University	991029-1101	老年衰弱症與跌倒、加拿大之中期照護
23	Eamonn Eeles	Consultant in Geriatrics/ General Medicine, University Hospital Llandough	991029-1101	老年功能評估與暈眩
24	Jean-Pierre Michel	Elect president of the European Union Geriatric Medicine Society (EUGMS)	991029-1030	肌少症之診斷與治療、疫苗接種
25	Jean-Pierre BAEYENS	President of the International Association of Gerontology – European Region	991029-1030	歐洲老年人之營養不良、適切與不適切藥物處方
26	荒井秀典 (Hidenori Arai)	Professor, School of Human Health Sciences, Kyoto University Graduate School of Medicine	991029-1030	日本之中期照護發展
27	遠藤英俊 (Hidetoshi Endo)	Director, National Center for Geriatrics and Gerontology	991122-1124	日本失智症概況
28	來島修志 (Kijima Shyuji)	Lecturer, Department of Rehabilitation, Japan Welfare University	991122-1124	失智症的職能治療
29	淺井紫(Yukari Asai)	Chief Nurse, Hospital of National Center for Geriatrics and Gerontology	991122-1124	失智症的護理照護

八、中期照護計畫推動

(一) 中期照護計畫推動小組會議

為了檢討業務及規劃完善的中期照護服務模式之所需，每季至少進行一次計畫推動小組會議，與會成員包括各總院、榮院代表，針對中期照護服務之推動，進行意見交流及工作進度報告。

表十一、中期照護計畫推動小組會議表

活動名稱	日期	地點	活動目的
98 年中期照護計畫推動第 1 次會議	98/3/5	退輔會第六處 11 樓會議室	規劃成立「中期照護規劃與管理中心」
98 年中期照護計畫推動第 2 次會議	98/4/6	退輔會第六處 15 樓會議室	一、商討各總院和榮院訪視行程表及內容 二、確定資料管理中心周全性老人評估 (Comprehensive Geriatric Assessment, CGA) 三、討論各中期照護單位之設施標準及人力配置 四、討論中期照護病房之設置定位 五、確認專家諮詢委員會名單
98 年中期照護計畫推動第 3 次會議	98/5/4	臺北榮總致德樓 1 樓第四會議室	一、各院提出中期照護計畫進度報告 二、各院提出中期照護設施成本評估報告 三、討論「中期照護標準及臨床作業指引」綱要 四、討論九月份中期照護計畫成果發表會相關之主協辦單位日程表及工作內容 五、確認中期照護訪視時間表與中期照護核心進階課程表 六、商討「中期照護個案資料管理系統」使用者介面
98 年中期照護計畫推動第 4 次會議	98/6/8	台中榮總門診大樓七樓行政會議室	一、各院提出中期照護計畫進度報告。 二、討論「中期照護標準及臨床作業指引」實施方法。 三、討論「中期照護個案資料管理系統」版面及功能。
98 年中期照護計畫推動第 5 次會議	98/7/30	高雄榮總急診大樓 6 樓第六會議室	一、各院提出中期照護計畫進度報告 二、討論「中期照護標準及臨床作業指引」綱要內容(照護流程、病歷格式、內容規

活動名稱	日期	地點	活動目的
			<p>範，治療成效評估指標)</p> <p>三、中期照護個案資料管理系統使用建議</p>
99 年中期照護計劃推動第一次會議	99/4/9	台北榮民總醫院致德樓一樓第五會議室	<p>中期照護服務制度設計及臨床診療作業指引內容討論。</p>
99 年中期照護計劃推動第二次會議	99/6/3	臺中榮民總醫院行政大樓七樓會議室	<p>一、各院提出中期照護計畫進度報告與進步率的檢討。</p> <p>二、確認中期照護教育訓練課程表、地點、時間。</p> <p>三、統整「中期照護個案資料管理系統」匯出資料與各量表進步率計算方式。</p>
99 年中期照護計劃推動第三次會議	99/8/5	高雄榮民總醫院急診大樓六樓第六會議室	<p>一、各院提出中期照護計畫進度報告。</p> <p>二、確認中期照護教育訓練課程內容、時間、地點。</p> <p>三、10 月中期照護成果發表會各院報告初步成果分享與資料分析</p>
100 年中期照護計劃推動第一次會議	100/2/18	台北榮民總醫院致德樓一樓第五會議室	<p>一、檢討 99 年中期照護推動成效。</p> <p>二、確認 100 年中期照護各項活動時間表(團隊會議、訪視、專家會議)。</p> <p>三、中期照護教育訓練課程安排討論</p> <p>四、討論如何發展中期照護與急性醫療、長期照護、安寧照護及社區照護等服務資源之連結模式。</p> <p>五、討論如何發展多元化中期照護服務模式，如社區復健、居家復健、遠距照護等多元之服務模式，並比較各類模式之成本效益。</p>
100 年中期照護計劃推動第二次會議	100/6/20	高雄榮民總醫院第六會議室	<p>1. 各院提出中期照護計畫進度報告與進步率的檢討。</p> <p>2. 請員山分院及埔里榮院提具社區居家復健執行規劃方式或進度</p> <p>3. 確認中期照護教育訓練課程表、地點、時間。</p> <p>4. 討論臨床作業指引規範</p>

(二)中期照護實地訪視

中期照護規劃與管理中心訪視三家榮總(台北、台中、高雄)與五家榮院執行情形(員山、桃園、埔里、嘉義、龍泉)，榮總訪視內容主要為服務個案康復情形；榮院部份除服務個案康復情形外包括中期照護病房個案服務、照護流程及執行成效還有硬體部份。所有計畫推動小組工作成員須參加第一次(上半年)訪視，第二次(下半年)訪視則分區進行。

表十二、中期照護實地訪視時程表

訪視單位	日期	地點	活動目的
中期照護臺北榮總	98/5/4	臺北榮總致德樓 1 樓第四會議室	一、台北榮總中期照護個案篩選流程與執行成效報告 二、台中榮總與榮院、榮家間個案聯繫與團隊成員教育 三、台北榮總院與榮院、榮家間個案聯繫與團隊成員教育
中期照護臺中榮總	98/6/8	台中榮總門診大樓七樓行政會議室	中期照護個案篩選流程與執行成效
中期照護埔里榮民醫院	98/6/8	埔里榮民醫院行政大樓二樓會議室	一、個案的服務、照護流程及執行成效 二、意見交流與討論 三、參觀埔里榮院中期病房
中期照護嘉義榮民醫院	98/6/15	嘉義榮民醫院行政大樓三樓第二會議室	一、中期照護病房個案服務、照護流程及執行成效 二、意見交流與討論 三、參觀中期照護病房 四、CGA 量表電腦版測試
中期照護員山榮民醫院	98/7/13	員山榮院	一、中期照護病房個案服務、照護流程及執行成效 二、意見交流與討論 三、參觀中期照護病房
中期照護桃園榮民醫院	98/7/20	桃園榮院行政大樓一樓院部會議室	一、中期照護病房個案服務、照護流程及執行成效 二、意見交流與討論 三、參觀中期照護病房

訪視單位	日期	地點	活動目的
中期照護高雄榮總	98/7/30	高雄榮總急診大樓 6 樓 第六會議室	一、高雄榮總中期照護個案篩選流程與執行成效報告 二、高雄榮總與榮院、榮家間個案聯繫與團隊成員教育
中期照護龍泉榮民醫院	98/7/30	龍泉榮院第二醫療大樓 2 樓 視訊室	一、中期照護病房個案服務、照護流程及執行成效 二、意見交流與討論 三、參觀中期照護病房
中期照護員山榮民醫院	99/5/28	員山榮民醫院 作業大樓 3 樓會議室	中期照護執行成效簡報 參觀中期照護病房
中期照護台中榮總	99/6/3	臺中榮民總醫院 行政大樓七樓會議室	中期照護個案篩選流程與執行成效報告
中期照護埔里榮民醫院	99/6/3	埔里榮民醫院 行政大樓二樓會議室	埔里榮院中期照護執行成效報告 埔里榮院中期照護病房實地訪查
中期照護桃園榮民醫院	99/6/18	桃園榮民醫院 行政大樓一樓院部會議室	中期照護病房個案服務、照護流程及執行成效 參觀中期照護病房
中期照護嘉義榮民醫院	99/7/1	嘉義榮民醫院 行政大樓 3 樓第三會議室	中期照護執行成效及成果報告 參觀中期照護個案病房
中期照護高雄榮總	99/8/5	高雄榮民總醫院 急診大樓六樓第六會議室	高雄榮民總醫院中期照護個案篩選流程與執行成效報告
中期照護龍泉榮民醫院	99/8/5	龍泉榮民醫院 門診大樓 2 樓視訊會議室	龍泉榮院中期照護執行成效報告 龍泉榮院中期照護病房實地訪查
中期照護台中榮總	100/5/9	台中榮民總醫院 行政大樓七樓會議室	中期照護個案篩選流程與執行成效報告
中期照護埔里榮民醫院	100/5/9	埔里榮民醫院 行政大樓二樓會議室	埔里榮院中期照護執行成效報告 埔里榮院中期病房參訪與討論

訪視單位	日期	地點	活動目的
中期照護台北榮總 員山分院	100/5/20	臺北榮民總醫院員山分 院 行政大樓三樓會議室	北榮員山分院中期執行成效報告 北榮員山分院中期病房參訪與討論
中期照護台中榮總 嘉義分院	100/6/2	台中榮民總醫院嘉義分 院 門診大樓三樓第二會議 室	嘉義榮院中期照護執行成效報告 嘉義榮院中期病房參訪與討論
中期照護高雄榮總	100/6/20	高雄榮民總醫院 第六會議室	高雄榮民總醫院中期照護執行成效 報告
中期照護高雄榮總 屏東分院	100/6/20	高雄榮總屏東分院 新大樓 2 樓會議室	中期照護單位執行成效 意見交流與討論 參觀中期照護單位
桃園榮民醫院	100/7/1	桃園榮民醫院行政大樓 一樓院部會議室	桃園榮院中期照護執行成效報告 桃園榮院中期病房參訪與討論
台中榮民總醫院 嘉義分院	100/9/6	台中榮民總醫院嘉義分 院門診大樓三樓第二會 議室	中期執行成效及成果報告與討論 檢討與建議 提案討論
埔里榮民醫院	100/10/4	埔里榮民醫院 行政大樓二樓會議室	Falls in post-acute facility 檢討與建議 提案討論
桃園榮民醫院	100/10/31	桃園榮民醫院行政大樓 1 樓院部會議室	中期執行成效及成果報告與討論 檢討與建議 提案討論

1. 員山榮民醫院中期照護實地訪視情形



圖三十七、台北榮總員山分院中期照護單位

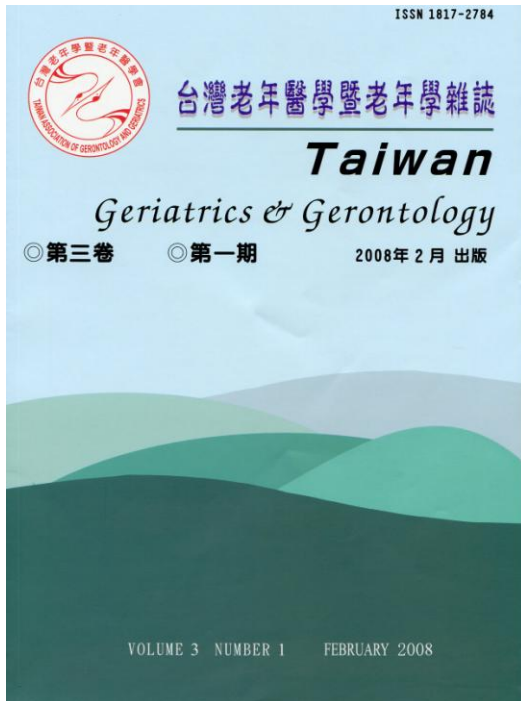
2. 桃園榮民醫院中期照護實地訪視情形



圖三十八、桃園榮民醫院中期照護單位

(三) 撰文闡述中期照護理念

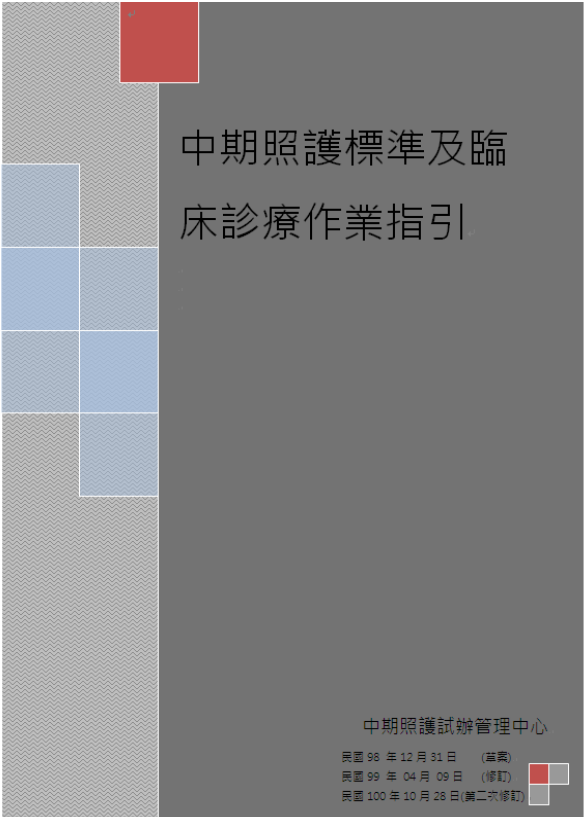
分別於台灣老年學暨老年醫學會雜誌及國家衛生研究院院訊等雜誌說明中期照護之重要性。



圖三十九、相關投稿雜誌

(四)編訂「中期照護標準及臨床診療作業指引」

中期照護管理中心已於今年初召開專家會議後制定出『中期照護設施標準及臨床診療作業指引』，各院在硬體設備及人力規劃皆提升至此標準。中期照護單位需設置專責醫師，並組成跨專業領域團隊，成員包括護理人員、照顧服務員、物理治療師、職能治療師、營養師、藥師、社工、個案管理師等其他相關專業人員。除了上述之人力及設施標準，服務內容還包括收案標準、照護流程、追蹤管理流程、訪查內容、治療成效評估指標、轉介流程、效益評估等。此作業指引將提供各項指標讓各院之中期照護單位能依循一定的標準來執行中期照護服務，並於病人出院後提供後續追蹤，以及相關的照護建議，以確保中期照護之服務有達到預期的目標及一定的成效。而中期照護的服務除了涵蓋各項專業，也強調單一評估機制、單一病歷記載及共同的作業流程。因此，此份指引將是各院在執行中期照護服務時不可或缺的重要參考指標。

	
<h3>中期照護標準及臨床診療作業指引</h3>	
<p>中期照護試辦管理中心 <small>民國 98 年 12 月 31 日 (編寫) 民國 99 年 04 月 09 日 (修訂) 民國 100 年 10 月 28 日 (第二次修訂)</small></p>	
<h4>目錄</h4>	
定義	02
服務內容	03
實施對象	04
實施方法	05
中期照護單位之建築設施標準	06
照護團隊人力配置	08
照護流程	11
追蹤管理流程、人力及訪查內容	14
人員訓練	16
治療成效評估	16
附件	↵
總院收案功能評估表	18
榮院中期照護獨全性老人評估表	28

圖四十、中期照護標準及臨床診療作業指引

(五)製作宣導單張

甚麼是【中期照護服務】

由於老年人在健康與疾病上的特殊性，急性疾病期間因為疾病治療或是臥床所產生的身體功能退化往往需要一段復原的過程，因此中期照護為針對老年病患身體功能回復、營養狀況調整與認知功能回復建立一個整合性的健康照護服務。

【中期照護】服務對象

- 經高齡醫學團隊評估後，病患急性醫療狀況穩定且其具功能回復潛能，轉介中期照護單位。
- 提供入住中期照護單位4-6週時間。

【中期照護】服務內容

- 整合醫療團隊照護
- 積極回復身心功能
- 提供高齡親善環境
- 加強認知功能回復
- 情緒障礙評估治療
- 營養狀況評估介入
- 多重用藥評估介入

如何與我們聯絡

您需要我們的服務時，請由您的醫師(門診、住院、急診)協助照會高齡醫學中心或高齡整合門診，即可為您服務或提供相關資訊。

連絡電話
02-28712121轉2998 或 3159
中期照護個案管理師

Intermediate Care
中期照護服務

只想，你更快好起來



台北榮民總醫院高齡醫學中心
Taipei Veterans General Hospital Center for Geriatrics and Gerontology

轉介中期照護單位：
桃園榮民醫院 | 員山榮民醫院
Taoyuan Veterans Hospital & Yuanshan Veterans Hospital





七十七歲李老先生，不小心摔跤骨折，在榮總進行關節置換術，開完刀必須坐著輪椅，連洗澡都要人幫忙，家住三樓的老先生根本沒辦法上下樓，全仰賴兒子揹上揹下，太太也照顧得快吃不消。

在台北榮總安排轉介**中期照護**單位，如今可在家人陪伴協助下自己走路爬樓梯。在那有專責人帶去做復健，真的很方便。

李老太太也說，照顧坐輪椅的先生很辛苦，幸虧有中期照護，大大減少家中負擔，讓家人安心及放心許多。

八十歲吳老先生原本身體硬朗，散步時撞到後腦造成腦震盪，住院期間老先生意識不清，亂發脾氣，晚上不睡覺，搞得看護都受不了，住院一個月意識慢慢清楚，醫師說可以辦出院!

吳老先生住院期間大部分時間都躺在床上，女兒憂心老爸走路搖搖晃晃沒有力氣，全天要有人盯著，擔心他會跌倒，而且家住五樓，還要往返醫院復健，大家白天都在上班，又沒有外傭，怎麼接病人回家??

還好……台北榮總安排老爸住進**中期照護**單位，密集復健、手眼協調訓練，吳先生已能夠自己洗澡、拿四腳拐走路，全家人總算不必再提心吊膽。



- 1 每周定期舉辦，跨領域團隊會議
- 2 營養師營養諮詢與衛教
- 3 物理職能治療，提升上肢關節活動度
- 4 醫師每周定期查房
- 5 護理師評估與車載

圖四十一、中期照護服務宣導單張



圖四十二、桃園榮民醫院中期照護服務宣導單張



圖四十三、台北榮總員山分院中期照護服務宣導單張

(六)辦理國際研討會

1. 中期照護國際研討會

為持續推廣中期照護並請國外專家到中期照護單位現地指導，本中心也多次舉辦國內外的 98 年 3 月於員山榮民醫院(現為臺北榮總員山分院)舉辦「中期照護國際研討會」，會中邀請英國老年醫學會 Dr. Wagg 及 Dr. Curtice 蒞臨指導，並舉行員山榮院高齡醫學整合門診暨中期照護揭幕典禮。會中除了由臺北榮民總醫院陳亮恭主任分享台灣中期照護發展的現況與未來外，也邀請推動中期照護服務的 5 家榮院代表一同分享經驗，並在綜合討論中，與兩位英國學者進行交流。



老年醫學會陳慶餘理事長致詞



英國老年醫學會 Dr. Wagg 及 Dr. Curtice 分享英國中期照護經驗



北榮高齡醫學中心陳亮恭主任分享台灣中期照護發展的現況



參觀員山榮院中照護單位

圖四十四、中期照護國際研討會會議實況

2. 高齡醫學國際研討會—中期照護與社區老年醫學

98年6月，臺北榮民總醫院於圓山飯店舉辦「國際高齡醫學研討會—中期照護與社區老年醫學」，會中邀請來自英國的Dr. Williams、Dr. Thomas，以及來自印尼的Dr. Soejono 擔任講座。



高齡學術研討會會議現場實況



臺北榮總林院長與來賓交流



英國學者演講



臺北榮總林院長致詞



臺中榮總高齡醫學中心唐主任提問

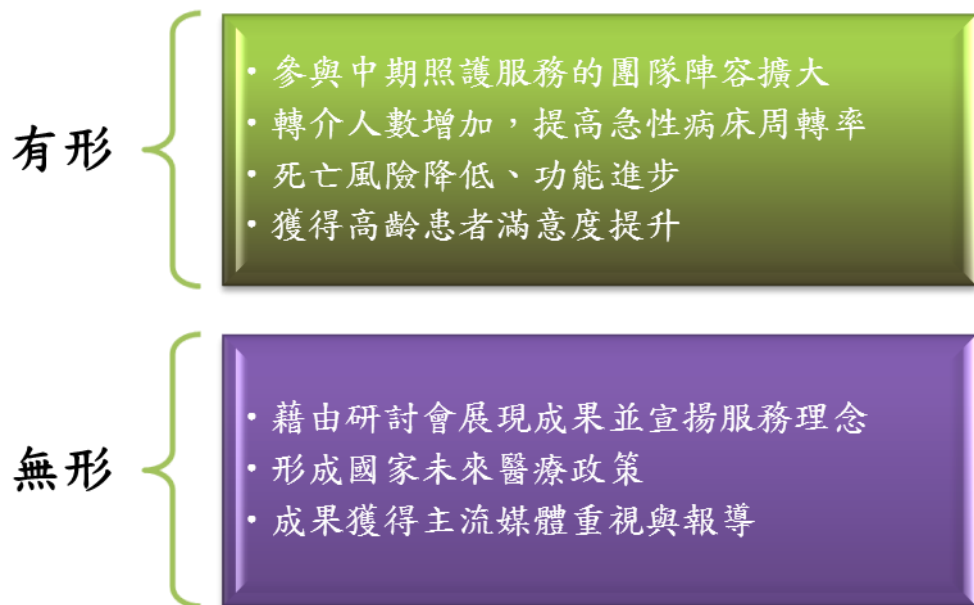


國際高齡醫學研討會國外學者與國內學者合影留念

圖四十五、國際高齡醫學研討會會議實況

參、實際效果

一、推動「中期照護計畫」之外部效益



◇ 有形效益：

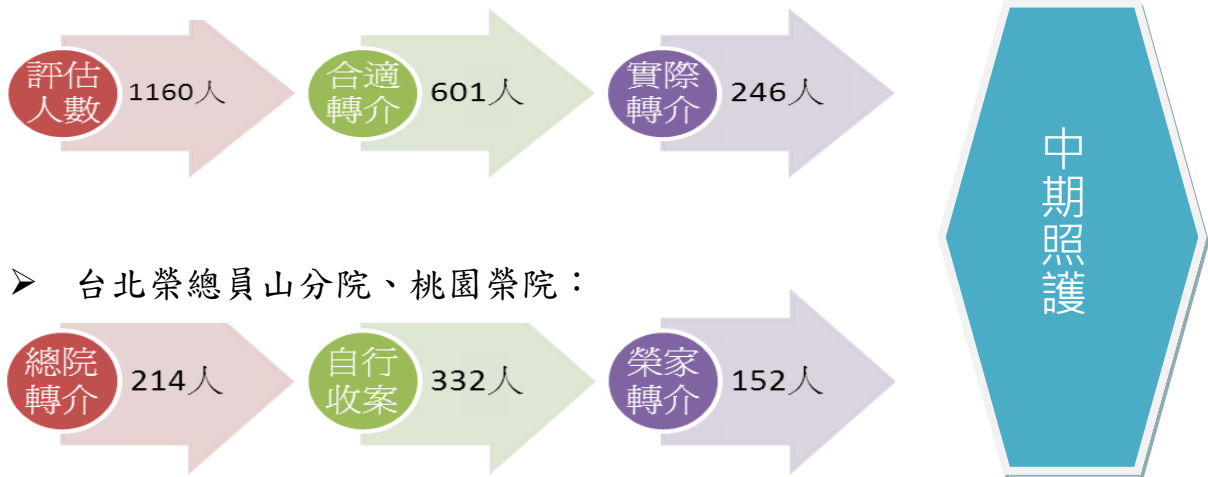
(一) 參與中期照護服務的團隊陣容擴大

「中期照護試辦計畫」獲致明顯成果，本院高齡醫學中心為因應高齡病患的照護需求，避免病患在各種急性疾病後復原不佳而提早失能，故建立全國獨創之「中期照護」服務模式。初期自 96 年 7 月起由北部地區試行辦理，以虛弱榮民及獨居榮民為試辦對象，並以臺北榮民總醫院為單一窗口，結合桃園榮民醫院、臺北榮總員山分院、板橋榮家、臺北榮家、桃園榮家及社區獨居榮民，建立橫跨醫學中心急性醫療的重症處置、社區醫院中期照護的轉銜治療、及長期照護與社區照顧等各個層面，幫助高齡病患早日回復獨立生活之自我照顧能力，以利返回原先的居住環境。收案條件為榮民病患於本院治療後，急性病況穩定，經高齡醫學團隊評估，具有功能回復潛能者，經轉介至桃園榮院或員山分院進行為期約 1 個月的中期照護。

(二) 轉介人數增加，提高急性病床周轉率

本院自民國 96 年 7 月起結合臺北榮總員山分院、桃園榮院推動中期照護試辦計畫，98 年起正式納入國家第六期醫療網。總計 98 年正式開辦至 100 年 11 月底止，台北榮總共評估 1,160 人，其中適合收案者 601 人，成功轉介服務者 246 人。而員山分院及桃園榮院端的服務情況，員山分院共計 343 人，桃園榮院為 355 人，明顯提升急性病床使用周轉率。

➤ 台北榮民總醫院：

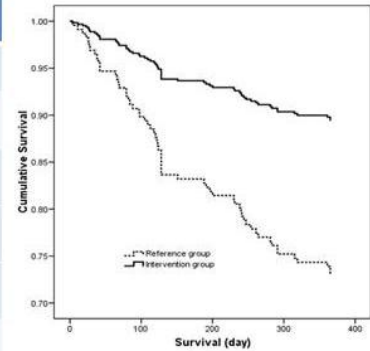


(三) 死亡風險降低、功能進步

本中心因應高齡榮民的照護需求，避免其因各種急性疾病後的復原不佳而演變成為失能，故以孱弱就養榮民及社區獨居榮民為試辦對象，建立全國獨創之「中期照護」服務模式，並於收案對象接受「中期照護」前後分別進行周全性老年評估，以利治療計畫之擬定及成果之標準化評估。本院以過去推動中期照護之經驗發現接受中期照護之患者，在巴氏量表、工具性日常生活功能、認知功能、老人憂鬱量表、行走狀況、疼痛狀況等方面，均較未接受中期照護之患者有顯著進步，並且可降低未來一年死亡風險達 62%。

完成中期照護時之身心功能

	收案日	四週後	P value
巴氏量表	46.3±29.0	71.9±31.3	<0.001
工具性日常生活功能	3.0±2.7	3.6±2.7	<0.001
中文版MMSE	17.1±5.7	18.3±6.4	0.037
老人憂鬱量表 (5項)	0.9±1.8	0.6±1.3	<0.001
行走狀況 (TUG)(秒)	30.1±10.7	20.6±6.0	<0.001
疼痛評估	2.5±3.0	1.2±2.0	<0.001



急性疾病治療完成高齡病患回復短期生活功能並降低長期死亡率

Chen LK, et al. Ann Med 2010;42:630-6.

圖四十六、病患接受中期照護前後之功能進步情形

(四) 中期照護病患滿意度提升

為了確保中期照護服務計畫能夠有良好的基礎並能穩健發展，期望老年人的健康照護能有更優質的品質，故設計於接受中期照護服務後相關的服務滿意度表，以監測服務品質。

中期照護計畫 滿意度調查													
親愛的先生女士：													
您好！為提高本單位醫療服務品質，營造更好的醫療服務環境，懇請您利用幾分鐘時間填寫這份問卷，以提供我們改進的方向。為保障您的權益，本問卷將由專人處理，問卷回答內容均予保密，敬請安心作答，完成問卷後請投入問卷回收箱或交給護理站，謝謝您的合作與支持，敬祝 健康快樂													
查、此部份為探討 您對中期照護服務各項的滿意程度，請您在適當的答案□內打 V													
	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>非常滿意</td> <td>滿意</td> <td>普通</td> <td>不滿意</td> <td>非常不滿意</td> </tr> <tr> <td></td> <td>□</td> <td>□</td> <td>□</td> <td>□</td> <td>□</td> </tr> </table>		非常滿意	滿意	普通	不滿意	非常不滿意		□	□	□	□	□
	非常滿意	滿意	普通	不滿意	非常不滿意								
	□	□	□	□	□								
1.入住前，醫護人員已使我了解中期照護的內容與目的	□ □ □ □ □												
2.入住過程中，我有得到完善的安排	□ □ □ □ □												
3.當我有疑問或不適時，醫護人員會立即的處理	□ □ □ □ □												
4.醫護人員的態度親切和善	□ □ □ □ □												
5.醫護人員的專業能力值得信賴	□ □ □ □ □												
6.醫療人員會主動關心我的情緒，並給予安慰與鼓勵	□ □ □ □ □												
7.接受中期照護增進我的行動能力回復	□ □ □ □ □												
8.接受中期照護增進我的自我照顧能力，如盥洗、洗澡或穿衣等	□ □ □ □ □												
9.接受中期照護增進我的日常活動能力，如工作、家事或休閒等	□ □ □ □ □												
10.接受中期照護讓我原有的病痛不適得到緩解	□ □ □ □ □												
11.接受中期照護改善我的情緒與睡眠品質	□ □ □ □ □												
12.單位內空間寬敞且明亮，環境整潔	□ □ □ □ □												
13.出院時，我有得到妥善的安排	□ □ □ □ □												
14.整體而言，對於中期照護單位的滿意度	□ □ □ □ □												
15.本次住院過程中是否曾發生下列異常事件：(可複選)													
□ 否	□ 身份資料辨識錯誤 □ 跌倒 □ 檢查部位錯誤 □ 用藥錯誤 □ 其他_____												
16.如果您對本單位有進一步的建議，我們想聽聽您的想法：													

式、填表人基本資料，請在適當的□內打 V													
是否為病人本人 □ 是 □ 否 年齡 _____ 歲 性別： □ 男 □ 女													
教育程度： □ 大專以上 □ 高中/高職 □ 初中/國中 □ 小學 □ 不識字													
辛苦您了，再次謝謝您！													

在維持 4 至 12 週的中期照護服務後，出院時由個案管理師完成「病患滿意度調查表」，以全面普查的方式對接受中期照護的個案做滿意度調查，其中內容包括 14 道題目，以 5 分法計分方式，每題之滿分為 5 分。員山分院自民國 99 年 5 月至 100 年 12 月止，進行病患滿意度調查共計 204 份，調查結果總平均分數為 4.3 分，滿意及非常滿意者佔 96%，針對不滿意的部分在團隊會議中進行檢討。(詳見表十三)

表十三、員山分院中期照護病患滿意度

總平均：4.3 分

內 容	非常滿意		滿 意		普 通		不 滿 意		非常不滿意	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1.入住前，醫護人員已使我了解中期照護的內容與目的	48	23.5%	149	73.0%	6	2.9%	1	0.5%	0	0.0%
2.入住過程中，我有得到完善的安排	60	29.4%	136	66.7%	6	2.9%	2	1.0%	0	0.0%
3.當我有疑問或不適時，醫護人員會立即的處理	61	29.9%	135	66.2%	6	2.9%	2	1.0%	0	0.0%
4.醫護人員的態度親切和善	65	31.9%	131	64.2%	8	3.9%	0	0.0%	0	0.0%
5.醫護人員的專業能力值得信賴	59	28.9%	138	67.6%	7	3.4%	0	0.0%	0	0.0%
6.醫療人員會主動關心我的情緒，並給予安慰與鼓勵	64	31.4%	131	64.2%	6	2.9%	3	1.5%	0	0.0%
7.接受中期照護增進我的行動能力回復	65	31.9%	130	63.7%	8	3.9%	1	0.5%	0	0.0%
8.接受中期照護增進我的自我照顧能力	62	30.4%	132	64.7%	8	3.9%	2	1.0%	0	0.0%
9.接受中期照護增進我的日常活動能力	55	27.0%	138	67.6%	9	4.4%	2	1.0%	0	0.0%
10.接受中期照護讓我原有的病痛不適得到緩解	58	28.4%	139	68.1%	7	3.4%	0	0.0%	0	0.0%
11.接受中期照護改善我的情緒與睡眠品質	54	26.5%	137	67.2%	12	5.9%	1	0.5%	0	0.0%
12.單位內空間寬敞且明亮，環境整潔	69	33.8%	130	63.7%	5	2.5%	0	0.0%	0	0.0%
13.出院時，我有得到妥善的安排	66	32.4%	133	65.2%	5	2.5%	0	0.0%	0	0.0%
14.整體而言，對於中期照護單位的滿意度	66	32.4%	132	64.7%	6	2.9%	0	0.0%	0	0.0%

而桃園榮院自民國 100 年 1 月至 100 年 12 月止，進行病患滿意度調查共計 57 份，調查結果總平均分數為 4.5 分，滿意及非常滿意者佔 97.4%，對於不滿意的部分在團隊會議中進行檢討。(詳見表十四)

表十四、桃園榮院中期照護病患滿意度

總平均：4.5 分

內 容	非常滿意		滿 意		普 通		不 滿 意		非常不滿意	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1.入住前，醫護人員已使我了解中期照護的內容與目的	25	43.9%	31	54.4%	1	1.8%	0	0.0%	0	0.0%
2.入住過程中，我有得到完善的安排	29	50.9%	27	47.4%	1	1.8%	0	0.0%	0	0.0%
3.當我有疑問或不適時，醫護人員會立即的處理	28	49.1%	27	47.4%	2	3.5%	0	0.0%	0	0.0%
4.醫護人員的態度親切和善	33	57.9%	23	40.4%	1	1.8%	0	0.0%	0	0.0%
5.醫護人員的專業能力值得信賴	29	50.9%	27	47.4%	1	1.8%	0	0.0%	0	0.0%
6.醫療人員會主動關心我的情緒，並給予安慰與鼓勵	32	56.1%	23	40.4%	2	3.5%	0	0.0%	0	0.0%
7.接受中期照護增進我的行動能力回復	28	49.1%	28	49.1%	1	1.8%	0	0.0%	0	0.0%
8.接受中期照護增進我的自我照顧能力	29	50.9%	27	47.4%	1	1.8%	0	0.0%	0	0.0%
9.接受中期照護增進我的日常活動能力	29	50.9%	26	45.6%	2	3.5%	0	0.0%	0	0.0%
10.接受中期照護讓我原有的病痛不適得到緩解	30	52.6%	25	43.9%	2	3.5%	0	0.0%	0	0.0%
11.接受中期照護改善我的情緒與睡眠品質	26	45.6%	27	47.4%	4	7.0%	0	0.0%	0	0.0%
12.單位內空間寬敞且明亮，環境整潔	26	45.6%	30	52.6%	1	1.8%	0	0.0%	0	0.0%
13.出院時，我有得到妥善的安排	30	52.6%	26	45.6%	1	1.8%	0	0.0%	0	0.0%
14.整體而言，對於中期照護單位的滿意度	29	50.9%	27	47.4%	1	1.8%	0	0.0%	0	0.0%

藉由病患滿意度調查表以增進中期照護之服務品質，依管理面來說，也是做為定期檢討改進的依據。

◇ 無形效益：

(一) 藉由研討會展現成果並宣揚服務理念

本院高齡醫學中心為展現成果並宣揚服務理念，舉辦成果發表會，並使國內外專家獲取知識交流。

1. 於 98 年 9 月 18 日與台灣老年學暨老年醫學會、國家衛生研究院合作，辦理「中期照護成果發表會暨國際研討會」，廣邀中期照護專家小組成員、各總院、榮民醫院中期照護團隊、及來自榮家或其他醫療院所之相關人員參與。會中邀請英國里茲大學老人照護醫學教授 John Young 及 David Oliver 出席分享英國經驗，並和國內許多專家學者及相關專業領域人士進行對談。



英國學者分享英國中期照護經驗



參與來賓問題提問



台灣學者分享國內中期照護經驗



參與來賓問題提問

圖四十七、會議實況

2. 另於 99 年 10 月 29 日、30 日，假臺北富邦國際會議中心辦理「2010 國際中期照護研討會暨歐盟高齡醫學會亞洲精華會議」，由各總院及榮院報告中期照護執行成果。廣邀中期照護專家小組成員、各總院、榮民醫院中期照護團隊、榮家、行政院衛生署體系單位與社福單位或其他醫療院所之相關人員參與，當天出席人員約 300 人。另也邀請日本日本京都大學荒井秀典教授與加拿大 Dalhousie 大學教授 Kenneth Rockwood 出席分享加拿大經驗，並和國內許多專家學者及相關專業領域人士進行對談。



2010 國際中期照護研討會來賓簽到



國內外學者問題討論



2010 國際中期照護研討會場



參與來賓提問

圖四十八、會議實況

常春
健康很簡單

2011 專刊 Autumn | 出刊

老年醫療資源 未來你也用得到

當父母變老 你可以做什麼？

老人病，
各科醫師一起看才對！

高齡醫學整合門診優點多

親善高齡醫學病房，
照護更升級

無障礙設施 病房比家裡還溫馨
貼心裝潢 讓病房變住房

桃宜榮院中期照護中心，
醫養制度完整

給老人病後坐月子／桃園榮家 醫療、安養合一的照護體系

「老」毛病有哪些？

常忘東忘西 得了失智症嗎？／活動自如 預防骨質疏鬆症
行動不靈敏 是老化的症狀嗎？



NT\$ 99



圖五十、民國 100 年常春月刊專刊報導資料



Part 5 桃、宜榮院 中期照護中心， 醫養制度完整

老人中長期照護中心，以醫院為主導，接近「家」的感覺。

老人不只是身體機能的退化，還常患有憂鬱病。榮德桃園、宜蘭員山榮民醫院，不只針對老人身體功能的復健，還有心理、社會層面的照顧。

48 康春專刊 2011年10月

桃、宜榮民醫院 中期照護中心 給老人病後坐月子

女性生完小孩要坐月子，調養身體；老人大病後出院，也要坐月子，想辦法讓身體功能回復到生病前的活力。老人坐月子中心稱為「中期照護」中心，老人坐月子時間也是1到2個月，平均大約6星期左右，最多不超過12週。

目前全台灣這類的老人坐月子中心有5家，全部都是退輔會榮民醫院體系。曾在國際知名老年醫學期刊發表全台灣第一篇中期照護論文的員山榮民醫院老年醫學科主任李威儀表示，經由老年醫學科、復健科、精神科、神經內科、營養師、社工等人員幫忙，老年人情緒變好了，也比較願意吃飯（營養）、走路比較穩（復健）、身體的疼痛減輕，可以慢慢地自理日常生活（刷牙、洗澡）等。

中期照護中心 加強身心復健

宜蘭員山榮民醫院及桃園榮民醫院的中期照護中心，於2007年7月開始運作，各有30床。英國學者認為，社區醫院（員山、桃園榮民醫院都是社區醫院）收治中期照護病人，以30床的規模其治療效果最佳。這兒的治療不僅針對身體功能的復健，還有心理的、社會層面的照顧。

中期照護中心的復健治療處方和台北高齡醫學中心病房差不多，但復健的強度需要更重、更密集，而且每隔兩星期就進行一次周全性老年評估，如果評估分數下降，馬上更改治療處方。

49 康春專刊 2011年10月

高齡醫學

復健下猛藥 走著出院

每天早上9點開始到下午，該中心老人就開始持續一天或半天的復健課程。

從去年開始，李威儀將部分老人的復健時間延長，由原本的一週200分鐘，延長到一週400分鐘，兩組病人原先都從推著輪椅入院，到拄著拐杖走出院，而400分鐘那一組身體功能回復的狀況更好。

整合式復健治療的重點有二，物理治療的部分以訓練病人的肌力、肌耐力為主，就像女性生產完後，皮膚被撐得寬鬆、變胖，要運動瘦身，讓肌肉變結實；職能治療則以遊戲來訓練頭腦、神經的靈活性，就像發展比較遲緩的小朋友需要進行早期療育一樣，讓大腦、肌肉群內的神經反應靈敏。

員山榮院的這些老人大多在生病前原本可以平穩走路的，生病後卻只能靠輪椅活動。一開始整合復健治療後，老人很挫折，動機也不強，但隨著復健次數增加，醫護人員的鼓勵，開始有了成效。個案管理師劉謹儀也是啦啦隊的一員，她說：「只要能感受到一點成績，老人就會很努力。」

在營養方面，女性坐月子有坐月子餐，老人坐月子，也需要營養補充。多數老人因為生病而食不下嚥，營養不良，營養師為老人補充營養，將老人體力補充到還沒生病之前的狀態，也教導老人那些營養成分對老人的身體比較有用，怎麼烹調。

經過營養師的細心調配營養處方，每位出院老人食慾也變得比較好，體重也有增加。

150 康春專刊 2011年10月

Part 5
桃、宜榮院中期照護中心、醫養制度完整

社工、藥師早介入 出院不煩惱

從病人住院第一天，李威儀就要求社工開始幫病人找人、找錢、找地方。

找人，是病人出院回家後，如果無法一個人過日子生活，要找可以幫忙照顧的親友。

找錢，病人住院時或出院後，有經濟上的困難，也要請社工幫忙，尋求社會補助。

找地方，病人出院後，可能回家，也可能回到長期照顧系統如安養院、榮家，這需要志工的協助。

老人最討厭的吃藥問題，中期照護中心藥師在病人出院時，也會細心地幫每位病人準備幾張紙，紙張上面有病人目前正在服用的藥品圖片、照片，以及吃藥的時間、劑量、療效。

李威儀曾追蹤國內中期照護中心病人，發現一個月內又住到急性病房的比率有16-18%。過去美國調查，住院病人（沒有年齡限制）出院後1個月，再住院的比率是2-3成，如果是65歲以上的老人的話，應該更高。可見，老人出院後，還是很需要醫療專業人員的協助、調養，讓身體更硬朗。

中期照護中心流程圖

病人住到急性病房 → 進行緊急危險的安全性老年評估

一 評估出可以進行復健治療的病人 → 送到中期照護中心病房 → 在72小時內完成完整版安全性老年評估

估 → 依據評估結果擬定治療處方 → 執行處方 → 2星期後進行完整版安全性老年評估 → 將會討論評估的結果 → 如果不理想 → 修正治療處方 → 執行新的處方

出院時間：

(A) 6-12週的期限到了。
(B) 病人的身體功能恢復已經到了極限，沒辦法再進步了。

收治及不收治病人群

收治族群：

2、已過急性期，不需要使用氧氣罩、不用打點滴。
3、急性住院期間發現有功能障礙，如生病前可上下樓梯，生病後無法上下樓梯。

不收治的族群：

1、因白內障手術、心博暫、切片等檢查入院急性病弱者。
2、疾病末期。
3、身體虛弱尚在接受持續性治療者。
4、身體功能退化已經無法回復的病人如長期臥床、植物人。

李威儀

學歷：中山醫學院醫學士
職：員山榮民醫院老年醫學科研究員
擔任：桃、宜榮民醫院員山分院高齡醫學科主任

150 康春專刊 2011年10月



桃園榮家 醫療、安養合一 的照護體系

走進桃園榮民之家深處，很訝異的發現，這兒居然有附設門診部，醫師正在看診，年輕的醫師說，早上的病人比較多，下午只有些許的零星個案。這兒就像外頭的診所一樣，雖然名稱是「榮民之家保健組」，但如榮家附近的居民有需要，也可以到這兒看病。

年輕的看診醫師是桃園榮民之家保健組家庭醫學科、老年醫學科主治醫師陳詩穎，她說，除了週二和週五下午在台北榮總，其餘時間都在這兒，這兒的保健組醫師共有3位，另外2位分別是復健科醫師、內科醫師。每個榮家保健組都設有1到3名醫師。

轉診制度，完整落實

全國榮民之家共有18家，其中14家為公費的安養護理中心，另外還有4家自費安養中心，不管是公費還是自費，目前依照法令的規定只收住榮民。台北榮總高齡醫學中心研發部主任林明憲表示，在退輔會的認定中，自費的安養中心是針對服役軍階比較高的退役軍官，不屬於公費收費榮民，有入住需求者，才能申請自費入住。



這18家長期照護機構全都有保健組、救護車的編制，這是與國內長期照護機構最大的差異。國內一般的安養院或護理之家，並沒有這些人力與設施配置的。陳詩穎表示，榮民身體不適，或是慢性病的健康管理，可就近到保健組看病，保健組醫師進行評估後，認為需要到大一點的醫院就會轉到榮民醫院或是榮總體系的醫學中心。從今年1月到8月底，桃園榮民之家就轉介了609人次到桃園榮民醫院、退輔會榮民體系的榮民醫院在榮民就醫的區塊上，堪稱國內落實轉診制度最完整的醫療體系了。

目前桃園榮民之家約有800位住民，80歲到90歲占68%，平均年齡為84.3歲，全國人口結構趨於高齡化，榮民的情況更是高度老化。

近年，退輔會推行醫養合一，將醫療服務和長期照

Part 5

桃、宜榮院中期照護中心，醫養制度完整



護服務緊密結合，除了榮民之家內設有保健組之外，最典型的範本就如東馬榮民之家。將台東榮民醫院蓋在榮民之家旁邊。另外，明年開始，各榮家保健組也預計增設物理治療師，強化老人復健醫療服務。在榮民之家內設有安養區，大多為身體功能健全、可以自理生活的老榮民，在桃園榮家內有4名百歲人瑞，身體硬朗，可以自己洗衣、領藥；還有針對長期臥床、有醫護人員照料的失能老人專區，稱為養護區；去年桃園榮家全新整建的失智專區才剛落成，未來南部的岡山、屏東、台南佳里和新北市的板橋也會跟進設立失智專區，提供失智榮民一個優質的照護環境。



高齡醫學專科的主治醫師駐診服務，去年開始，台北榮總、台中榮總、高雄榮總也針對其他保健組不具有老年或高齡醫學專科的醫師，開辦訓練班，希望將來能以照顧榮民的經驗，擴及到一般老人的照護，提供榮民與一般民眾優質的照護。

開放安養是未來趨勢

隨著榮民逐漸凋零，林明憲表示，過去專屬榮民照護的榮民醫院早已開放一般民眾使用，長期而言，榮家未來還是要走向開放的。榮家的改建與開放策略，具體作法還在研擬中。目前板橋、桃園、台北三峽、雲林、台南白河、高雄岡山榮家保健組，均已取得高

李威儒 PROFILE

學歷：國立清華大學醫學士
國立成功大學醫務管理研究所
現任：台北榮民醫院醫務主任兼高齡醫學科主任

林明憲

學歷：國立清華大學醫學士
現任：高齡醫學中心暨急症科主任

陳詩穎

學歷：國立清華大學醫學士
現任：桃園榮民之家保健組主治醫師



中期照護兼顧晚年 生活品質與荷包

中期照護起源於英國，英國「國家病床調查」2000年指出英國醫院病床數應適量的減少，可以有效運用醫療資源。然而，減少急性醫療病床數可能使病患無法完整的接受醫療護理而增加後續的負面影響。因此英國設計出中期照護做為主要的配套方式。英國學者指出，中期照護不限於護理或復健，而是整體性的團隊，特別是在情緒、用藥、營養與社會支持的部分。

類似的狀況在美國也有，美國為了推動診斷關聯群的支付方式，嚴格限制急性病床的住日，而為了繼續在急性醫療尚未完成的治療，美國推動急性護理為配套方法，所以，美國病患轉到「急性後期照護中心」時，多半都帶著點滴、尿管或未拆線的傷口，而急性後期護理以護理人員為主，欠缺完整醫療團隊，與英國的差異在於急性後期護理主要針對特定病程較長的疾病提供較完整的治療，而英國是不分疾病別，只要判定病患具有功能回復的潛能就提供服務。

榮民醫院，最早走進中期照護

由退輔會主辦的榮民醫院體系早在2007年6月就開辦試辦北區中期照護服務網，以照顧高齡榮民為



主。衛生署也在2009年開辦中期照護專案，而健保局的初期照護支付方案尚未成形。

衛生署旗下的臺立屏東醫院、臺立基隆醫院於2009年、2010年決定，由醫院附設護理之家提供中期照護。而2011年起，台灣老年醫學會更協助岡山榮民醫院中期照護中心積極與衛生署立醫院系統接軌，希望建立標準化的老人照護流程。

台北榮總高齡醫學科主任彭莉南指出，臺立醫院以自己醫院所附設的護理之家為服務主體，運作狀態不如退輔會體系的榮民醫院順暢。且臺立醫院以護理之家的模式辦理中期照護是相當有挑戰性的，因為台灣的護理之家多年來扮演的是長期照護的角色，以護理及個人照顧為主體，維持住民身心功能的穩定，不完全是積極復健以求功能恢復，所以護理之家辦理中期照護的成效有待評估，英國的資料看來不是很符合經濟效益。而台灣護理之家初步的研究發表資料看來也不理想。

國內的日間照護中心依照現況，多只收慢性精神病患。在中期照護中心照顧病人的員山榮民醫院高

Part 5

桃、宜榮院中期照護中心，醫養制度完整

齡醫學科主任李威儒表示，多數的老人從急性住院出院後，還是喜歡回自己的家，況且一般而言醫院在夜間僅提供緊急醫療的服務，若能利用白天時間進行復健、護理、營養、用藥照護就足夠的，開辦日間照護中心，不失為兩全其美的辦法。

出院後仍需醫療照護

彭莉南表示，病人因為肺炎或骨折等急性病症住院，等到疾病治療完成，年輕人可以馬上出院工作；但老年人活動力比年輕人差，加上住院臥床、少活動所流失的體力與肌肉，身體功能衰退的急速加劇，等到出院時，身體功能呈現最差的狀態。美國的統計指出，老人出院時的狀況如下：

1. 有1/3的老年病人從急性醫院出院時，較之前減少1項自我照顧的能力：如食物要弄碎、從床上移到椅子或輪椅要他人幫忙、大小便失禁、如廁要家人幫忙、無法自己洗澡、無法走50公尺以上的距離、穿脫衣褲鞋襪、刷牙洗臉梳頭等沒辦法做到、無法自行上下樓梯。
2. 有1/4認知功能下降：住院病患出院的時候，有四分之一的認知功能比住院的時候差，可能是因為疾病因素所造成的或是加重原有的失智狀況，而這樣的認知功能下降對於出院回家後的狀況也相當危險，可能會加重回家後的照護負擔。
3. 有20-25%有情緒障礙：統計上也發現出院病患，有約20-25%的患者在出院時候具有情緒障礙。

絕大多數是憂鬱與焦慮，而在急性疾病住院的階段並沒有適當的篩檢與介入，若未能及時發現，對於出院後的健康狀況也有很大的負面影響。

4. 有20-40%營養不良：根據統計有高達20-40%的病患在出院時有營養不良的狀態，由於營養狀況的維持與改善需要時間，若未能在住院期間與出院後積極評估與介入，很難提供完整的營養改善。

5. 有1/4的老人出院3個月內再次住院；有1/3在一年內死亡：由於這些病患出院時帶有各種的問題，若沒有妥善的安排，很可能在出院後沒多久就出現相關的醫療問題而需要反覆住院治療。

彭莉南補充，國內的研究發現，同樣身體健康狀況的80歲老人，在生了一場病後接受中期照護和出院馬上回家的比較之下，發現接受中期照護的病患死亡風險顯著下降62%，顯見老人即便急性疾病痊癒出院後，還是很需要持續性的醫療照護。

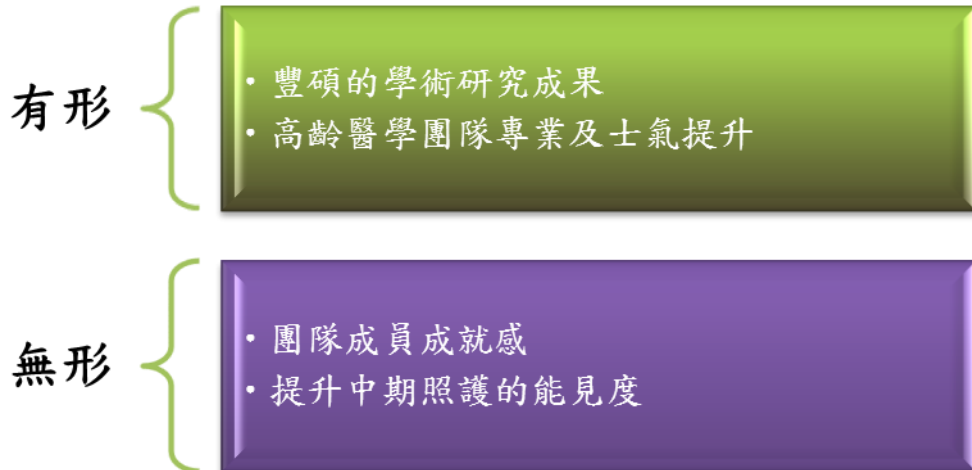
李威儒 PROFILE

學歷：國立清華大學醫學士
國立成功大學醫務管理研究所
現任：台北榮民醫院醫務主任兼高齡醫學科主任

彭莉南

學歷：國立清華大學醫學士
國立成功大學醫務管理研究所
現任：台北榮民醫院高齡醫學科主任

二、 推動「中期照護計畫」之內部效益



◇ 有形效益：

(一) 豐碩的學術研究成果

高齡醫學中心除了致力於高齡病患服務品質的提升外，為了提供給病患最先進的技術與治療，中心亦致力於高齡醫學相關研究資源的整合，產生了豐碩的學術研究成果。自 95 年 2 月高齡醫學中心成立以來，至今登載於國內外學術期刊的文章共計 53 篇，獲得醫界良好評價，其中針對中期照護的學術期刊發表即已達七篇，其中包括 Journal of American Medical Directors Association 與 Annals of Medicine 等佔該學門領域約 10% 的高影響學術期刊，本中心的學術發表已經成為亞洲最大的中期照護研究團隊，朝向建立亞洲標準的方向邁進。

表十五、中期照護期刊論文一覽表

篇名	作者	出版品	出版年
中期照護：架構老年健康服務的關鍵	陳亮恭等	台灣老年醫學雜誌	2007
Community hospital-based intermediate care promotes short-term functional recovery and reduces long-term mortality in frail older patients: A prospective cohort study	陳亮恭等	Ann Med	2010
以周全性老年評估為核心的本土化中期照護社區醫院模式成效	李威儒等	台灣老年醫學雜誌	2010
Effectiveness of short-term interdisciplinary intervention in post-acute patients in Taiwan	李威儒等	J Am Med Dir Assoc	2011
Predicting clinical instability of older patients in post-acute units in Taiwan: a nationwide cohort study	李威儒等	Disabil Rehabil	2011
Dose-dependent effect of rehabilitation in functional recovery of older patients in the post-acute care unit.	李威儒等	Arch Geriatr Geronol	2011
Effectiveness of community-based post-acute care improving depressive symptoms among older patients: a nationwide cohort study in Taiwan	劉慕恩等	J Chin Med Assoc	2011
Screening post-acute care needs of hospital inpatients in Taiwan: a hospital-based study	周明岳等	J Chin Med Assoc	2011

(二) 高齡醫學團隊專業及士氣提升

由於高齡醫學團隊及中期照護的運作模式在我國才剛起步，本中心在探索這塊未知的領域時，遭遇了許多瓶頸，透過不同專業領域團隊成員的互相切磋及腦力激盪，團隊的合作能力明顯提升。此外，由於退輔會及台北榮總院方的支持，在過去數年中，共計有 6 位醫師獲得晉升主治醫師，25 位團隊成員獲得出國進修之機會，團隊工作士氣及配合度明顯提升。尤其是成員可以藉由辦理該項業務參與衛生署、健保局等各項相關工作會議與政策討論，對於團隊成員的士氣相當有所激勵。

◇ 無形效益：

(一) 團隊成員成就感

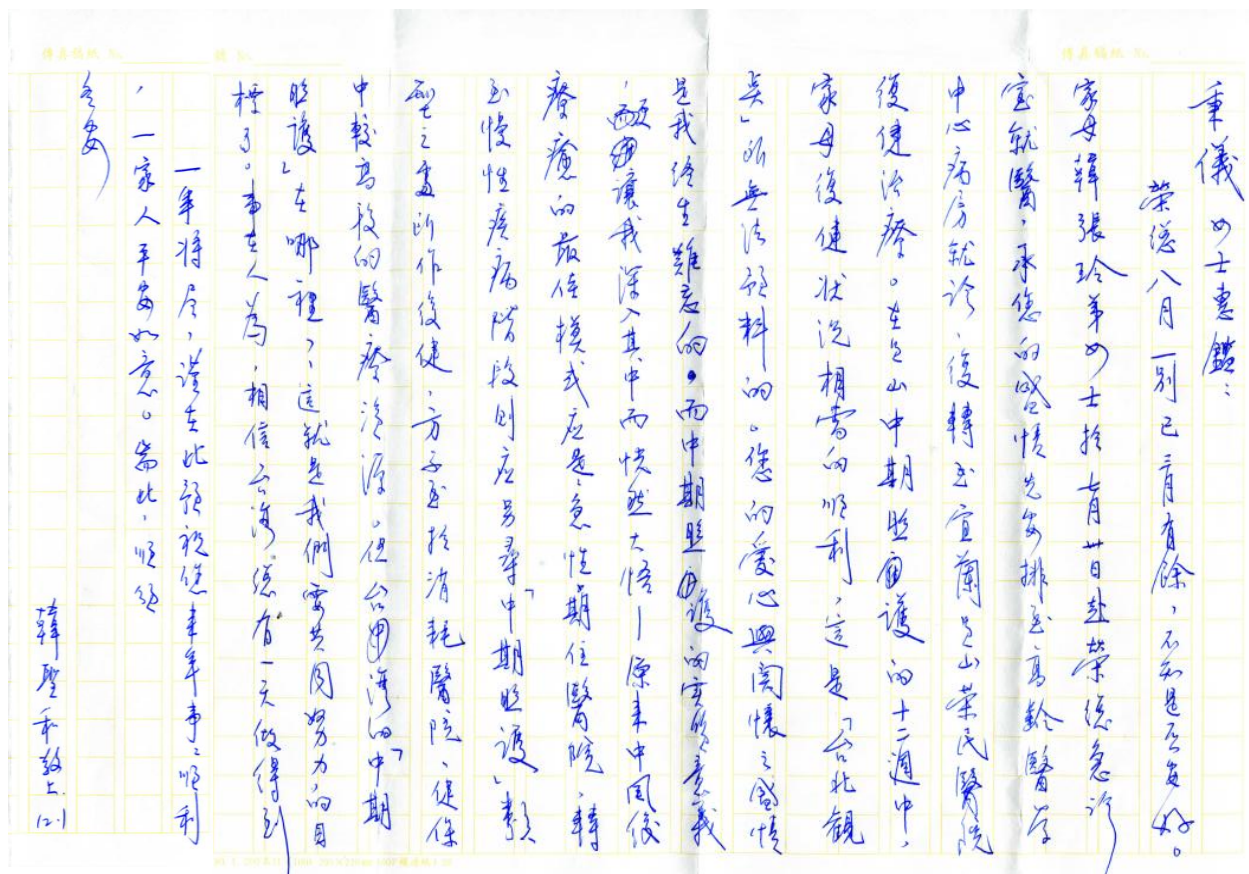
臺北榮總員山分院中期照護單位劉謹儀個案管理師的分享：

『那像以前我們在加護病房的時候，我們只要把病人抽完痰，呼吸方面沒有問題了，我們就把他送出去，後續就是病房的事，就是看不到後續，反正我在急性期把他處理好了。那現在就是不一樣，現在就是看著病人虛弱的進來，經過我們積極復健及團隊的治療，大家都認真投入這個工作，有需要改進的地方就馬上改進，看到病人用走的回家，家屬也常常很感動說，他是這樣進來，本來是想送榮民醫院或者是榮家就好，那現在竟然又可以回家又跟大家一起生活，也常常會有家屬打電話來說，回應說最近他的生活真的很好了，很感謝我們，這樣也是造成我們多了一份成就感。』

另外，本中心也不時接獲民眾感謝信函，鼓勵個案管理師的協助，得以邁向健康的晚年人生。該信函部分摘錄如下(圖五十一)：

『榮總八月一別已三月有餘，不知是否安好。家母韓張玲弟女士七月三十日赴榮總急診室就醫，承您的盛情先安排於高齡醫學中心病房就診，復轉於宜蘭員山榮民醫院復健治療。在員山中期照護的十二周中，家母復健狀況相當的順利，這是「台北觀點」所無法預料的。您的愛

心與關懷之盛情是我終身難忘的，而中期照護的實質意義，讓我深入其中而恍然大悟--原來中風後療癒的最佳模式應是急性期住醫院，轉至慢性疾病階段則應另尋「中期照護」轉型之處所做復健，方可避免消耗醫院、健保中較高段的醫療資源。但台灣的「中期照護」在哪裡？這就是我們要共同努力的目標了。事在人為，相信台灣總有一天做的到。」



圖五十一、病患感謝信函

(二) 提升中期照護能見度

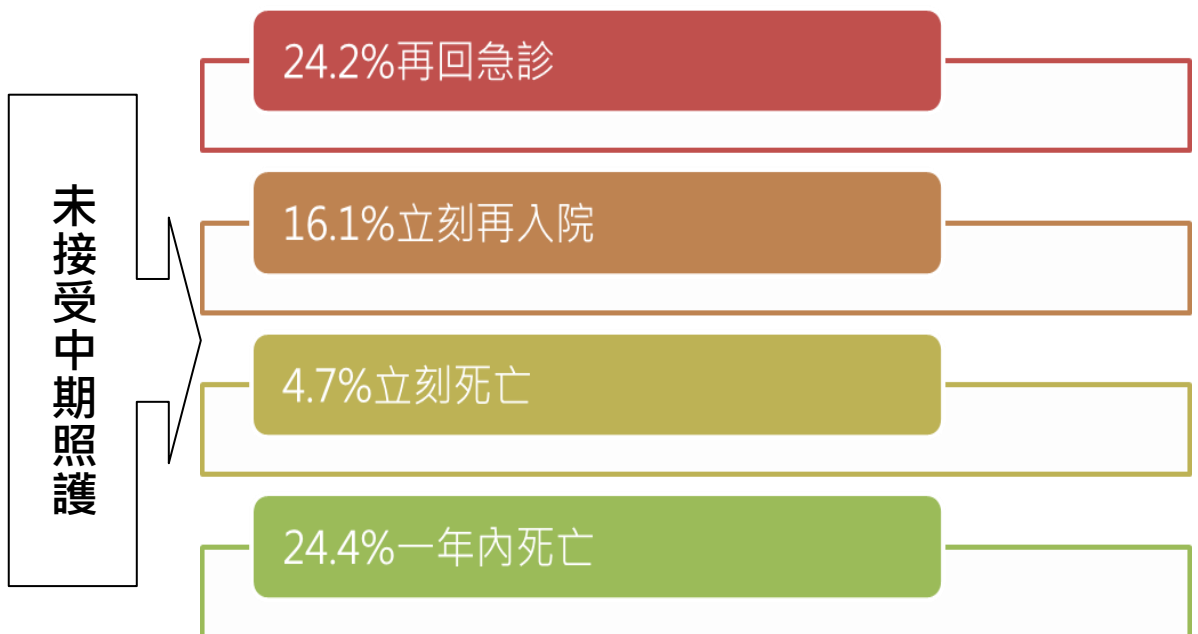
各機關交流參訪，專業學習與成長。機關團體參訪中期照護服務共計 16 場次，藉以提升中期照護之能見度。

表十六、中期照護受訪一覽表

參訪日期	參訪單位
98.07.10	記者團參訪台北榮總員山分院
98.07.13	中期照護台北榮總員山分院實地訪視
98.07.21	輔導會與台北榮總視導台北榮總員山分院
98.07.28	監察委員整合規劃成效實地訪查台北榮總員山分院
98.08.14	桃園榮院、板橋榮家觀摩台北榮總員山分院
98.09.23	輔導會主委參訪台北榮總員山分院
99.01.27	韓國翰林大學參訪台北榮總員山分院
99.04.28	記者團參訪台北榮總員山分院
99.05.24	立法院外交及國防委員會暨輔導會長官蒞院參訪台北榮總員山分院
99.05.28	各榮院訪視台北榮總員山分院
99.08.17	王參事參訪台北榮總員山分院
99.09.24	署立基隆醫院參觀台北榮總員山分院
99.10.12	美國退伍軍人協會參訪桃園榮院
99.11.09	山東泰山管理學院參訪桃園榮院
100.04.29	鳳林榮院參訪台北榮總員山分院
100.08.30	台灣老年學暨老年醫學會參訪台北榮總員山分院

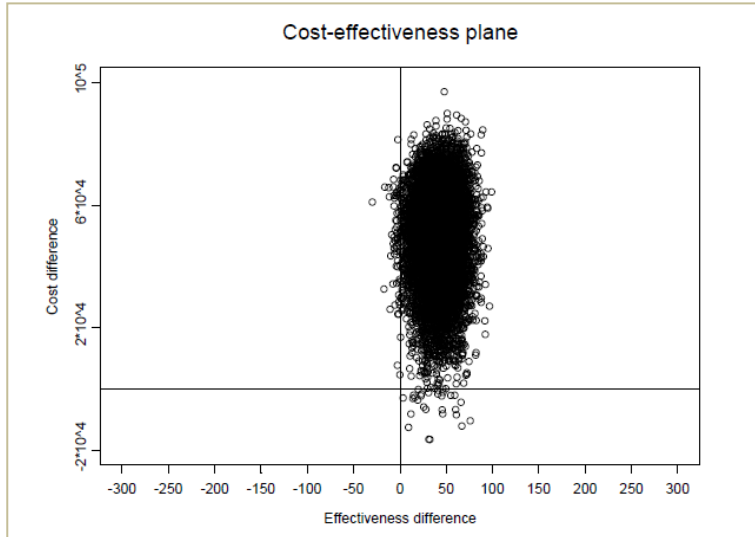
三、推動「中期照護計畫」之成本合理性

台北榮總高齡醫學中心以健保支付價格做估算，並且比較接受中期照護與沒有接受中期照護個案的預後比較，接受中期照護服務之個案，可得到顯著的改善成效，而沒有接受中期照護的組別相較於有接受中期照護的組別，明顯可見較差的健康表現。



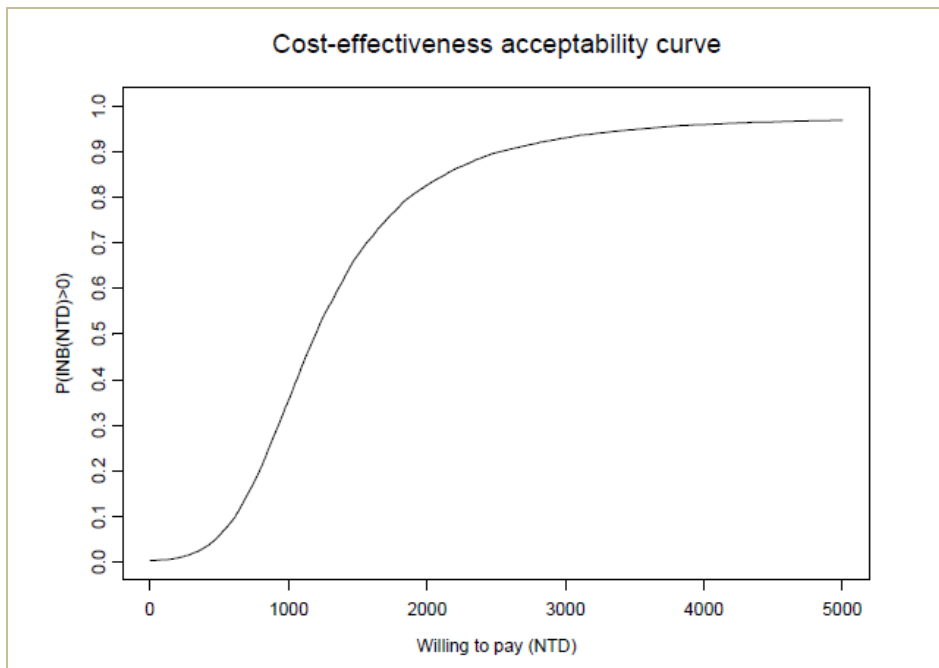
圖五十二、未接受中期照護者健康情況

再利用急性健保醫療給付價格，包含住院之藥費、護理費、病房費、醫師費等，每日復健費用等等換算中期照護的成本效益。經過兩萬筆的數據實驗後，可以得知絕大多數落在第一象限，顯見中期照護是有效，但需增加花費的治療(圖五十三)。



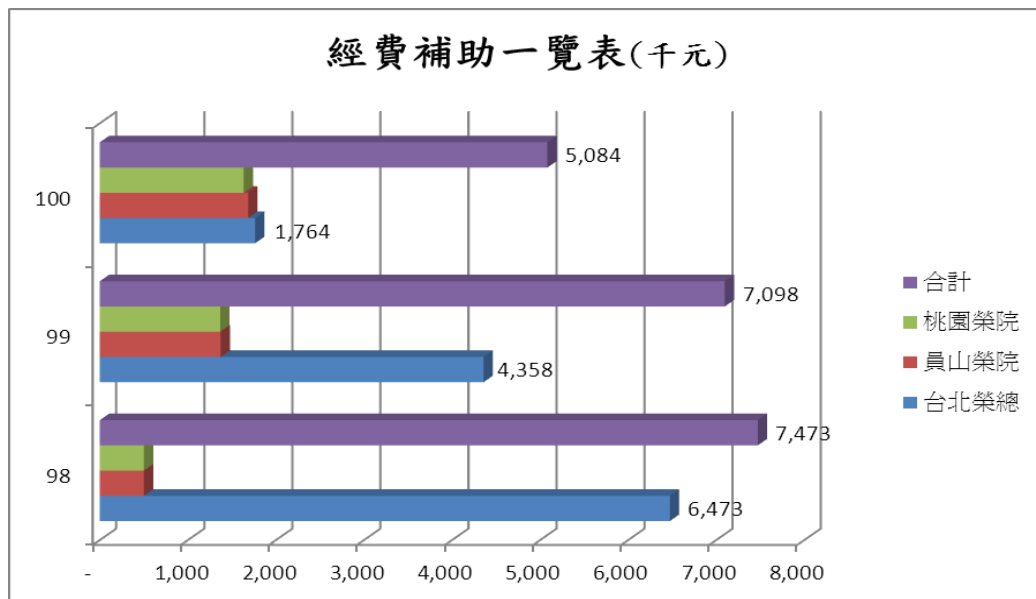
圖五十三、成本效益平面圖

進一步分析成本效益可接受曲線圖(圖五十四)，可得知出其 Incremental cost-effectiveness ratio 為 2,416 元，即有 90% 以上的機會可達本中心推動中期照護短期與長期成果的成效。



圖五十四、成本效益可接受曲線圖

以臺北榮總轉介接受中期照護的個案 246 人為例， $246 \text{ 人} \times \text{平均收案接受 42 天的中期照護服務} \times 2,416 \text{ 元} = 24,962,112 \text{ 元}$ ，倘若依現有健保計價機制付費約需 24,962,112 元，然本計畫之執行輔導會補助金額僅為 12,595,000 元，顯見計畫執行團隊的用心投入，以 56.8% 的經費達成了 100% 的成果。



圖五十五、經費補助一覽表

換個節省健保費用的角度來看，以圖五十二的數據換算，若 246 位個案若無接受中期照護，則預計會有 60 人次再急診、40 人次再入院。以同年度單次急診平均花費 7000 元、住院平均 10 萬元為基準，則中期照護約可節省健保費用 442 萬元。對於健保的財務不啻是一項相當大的助益。

著手推動中期照護的國內接受度及國際能見度是難以金錢衡量的成果，尤其是累積的學術成就使本中心成為亞洲首屈一指的中期照護推動團隊，對於高齡長者的健康照護及功能恢復，更是無形的推手。本計畫推動初期包括硬體建置、人員招募等費用，所需經費較高，之後運作順利，即可逐步減少成本支出，僅維持最低費用。

其他節省成本的情形如下：

1. 節省交通時間與成本

透過資訊系統的建置，成本約 10 萬元，但節省不同地點的中期照護工作人員往返的必要性，而將更多的時間用於病人的中期照護服務上，提升復健與照護的品質，使得以回復較佳的生活品質。

2. 人力精簡與人事成本

中期照護以任務編組方式，人事聘用以契約行政助理、契約醫事技術師的方式，以及現任正式人員兼任此項業務。並由退輔會協助支持，提撥計畫經費，以減輕院方的財務負擔。

在全民健保總額制度的精神之下，每年健保總額成長的比例固定為 3%，實不足以因應人口快速老化所造成的相關醫療費用需求。因此，藉由提供優質的健康照護服務，使高齡病患能維持生活功能、保持健康，醫療服務使用的頻度越少，相對就等於降低醫院醫療成本支出。中期照護服務模式，使高齡獨居榮民及榮家住民在急性疾病痊癒後，能重拾病前的自我照顧能力，將能減少其醫療支出。因此以如此的經費可獲得中期照護廣大的成效，實屬難得，更值得推廣給全國人民。

肆、附件

行政院國軍退除役官兵輔導委員會台北榮民總醫院

中期照護試辦計畫

一、緣起：

服務的範圍是協助急性病況已穩定的病人恢復獨立生活的功能，照護的目標不侷限於醫療層面，必須同時考慮病人出院後的照顧地點，以及訂定符合臨床實際情況的回復目標。

二、目的：

提供高齡榮民在急性醫療與出院返家間的持續性照顧，使其恢復最佳的生活功能狀態，並延緩失能的產生，避免提早進入不可逆之長期照護階段，並提升榮民之照護品質，有效運用公務床作業與建立本會之照顧模式。

三、試辦作業：

- (一) 試辦機構：由北部地區試行辦理，垂直整合臺北榮總、桃園榮院及員山榮院。
- (二) 入住對象：初期試辦計畫以臺北榮總、桃園榮院及員山榮院收住之第六類第一目榮家住民及社區之獨居榮民，經高齡醫學團隊評估合於收住條件者。
- (三) 入住條件：急性醫療狀態穩定（病情穩定）經高齡醫學團隊評估，具有功能回復及復健潛能者。
- (四) 施行方式：
 1. 人員訓練：為利業務執行，由臺北榮總高齡醫學中心負責訓練桃園榮院、員山榮院相關人員與作業方式榮院之老年團隊應接受至少老年醫學 15 小時之專業課程，執行周全性老年評估（Comprehensive Geriatric Assessment, CGA）預評護理人員應接受 2 小時之實務訓

練。

(1) 時間：96年5月19—21日，上午9時至下午5時。

(2) 地點：台北榮總致德樓第11會議室。

2. 正式收案作業：96年6月1日至12月31日。

3. 轉介流程：

(1) 台北榮總、桃園榮院與員山榮院高齡醫學（老年醫學）團隊透過醫院出院準備服務小組，評估將出院的榮民是否符合入住條件。

(2) 符合入住條件的榮民入住中期照護病房後，照護小組應於24小時內擬定治療照護計畫，開始治療與復健。

(3) 治療與復健以4週為限，若有特殊需求，需由各院向本會專案提出申請，奉核可後，最多為12週，即需出院。

(4) 超過12週之病患，符合公務預算病床入住條件者，轉公務預算病床繼續照護，不符公務預算病床入住條件者，醫院應協助轉介至榮院自費護理之家或其他長期照護機構。

4. 初期預估床位需求為60床，擬由桃園榮院及員山榮院各撥30床公務床因應。

5. 老年醫學團隊成員依老年醫學會要求應有老年次專科醫師一名、臨床護理師一名、復健科醫師（或物理治療師）一名、精神科醫師一名、營養師一名、個管師一名、及其他專業人員，如：臨床藥師、社工師、職能治療師等。

6. 參與試辦計畫之榮民(總)醫院，應每月將執行人數與成效報第六處。

7. 台北榮總於97年1月提報試辦作業成果。

8. 經費來源：醫療費用比照一般健保模式申報，復健醫療費用以門診方式申報。