

健康促進醫院工作小組會議

高齡健康照護

北榮高齡醫學中心

報告者：曾崧華

標準 1. 管理政策

1.1 醫院將臨床健康促進列為優先。

1.1.2 醫院目前的品質與經營計畫有包括臨床健康促進。

1. 臨床健康促進於醫院內品質管理中心或健康促進相關委員會會議上進行討論(四大危險因子：菸檳、酒、不健康飲食及缺乏運動，任兩項以上，無菸檳及高齡為必要項目)。

執行細則

1. 醫院品質管理中心或健康促進相關委員會有將健康促進列為品質指標及有相關品質活動。必要項目包括菸檳及高齡項目。

■完成

2. 有定期收集臨床健康促進議題，並納入品質與經營計畫中。

■完成

3. 有定期檢討與改善紀錄。

■完成

每年度執行退輔會

高齡醫學發展與照護計畫

臺北榮民總醫院
110年高齡醫學發展與照護執行計畫
成果報告

計畫主持人：張冠廷 醫師 
副主持人：楊玉祥 醫師 
承辦單位：高齡醫學中心
承辦單位主管：張冠廷 醫師 
承辦人：許晏成 醫務管理組長 
聯絡電話：02-2875-7930
傳真：02-2875-7711
電子郵件：mhba2@vghtpe.gov.tw
編日期：111.01.18

標準4.推動健康職場及確保臨床健康促進的能力

4.2 醫院確保人力資源策略全面的發展與實施，包括員工健康促進技能訓練與發展。

4.2.1提供員工臨床健康促進訓練與專業發展課程。

執行細則

1. 有健康促進(四大危險因子任兩項以上，無菸檳為必要項目)、氣候風險(如高溫熱傷害、低溫寒流等)評估及高齡友善照護相關議題訓練課程。

■完成 110年

-全線上課程，共計5208人參與

111年

-2/16辦理一場實體課程，250人參與

-線上課程，目前5298人參與

112年

-3/8辦理一場實體課程，1000+人參與

-線上課程已放上EDU

標準5.執行與監測

5.1醫院有實際執行臨床健康促進。

5.1.1醫院有編列健康促進服務所需的相關預算。

執行細則

1. 針對健康促進計畫，有專屬的預算編列及分配 (四大危險因子任兩項以上，無菸檳為必要項目)；非婦幼專科醫院，高齡者健康促進計畫為必要項目。

■完成

2.年度結束有經費執行檢討。

■完成

3.醫院有編列健康促進服務所需的相關預算。(分別列出醫院內部與外部之健促整體預算)

■完成

一、預算執行情形

(一)計畫總經費：

1. 計畫總預算數：18,441,940 元，實際執行數：18,441,940 元。
2. 執行率：100%。

(二)業務費：

1. 計畫業務費預算數：18,441,940 元，實際執行數：18,441,940 元。
2. 執行率：100%。

備註：執行率未達 85%者，須詳細說明原因及檢討改善。

標準5.執行與監測

5.2.2醫院有建立健康促進活動的品質評估方案。

執行細則

1. 有針對健康促進計畫之對象與目標，訂定評估的方法與進行時間(四大危險因子任兩項以上，無菸癮為必要項目)；非婦幼專科醫院，高齡者健康促進計畫為必要項目。

■完成

2. 有評估方案結果及納入改善計畫。

■完成

3. 健康促進活動評估方案，有置入醫院高層主管品質或經管會議中。

■完成

110年

績效指標	年目標值	至 12 月服務量
一、落實以病人為中心的高齡整合照護		
(一) 配置老年醫學專科之專任主治醫師。	7 人	9 人
(二) 總院高齡醫學中心開設高齡醫學病房，由老年醫學專科專任主治醫師執行醫療照護的病床數。	40 床	40 床
(三) 總院高齡醫學病房提供優質服務。	13,000 人日	14,069 人日
(四) 高齡醫學整合門診服務人次。	12,000 人次	15,055 人次
(五) 高齡整合門診提供初診病人周全性評估比率。	55% (550/1,000)	55.3% (637/1152)
(六) 高齡整合門診提供高齡多重共病(≥4 種慢性病)病患之慢病管理，提供長期管理服務。	250 人	316 人
(七) 高齡整合門診有效提升高齡多重共病患者(前項收案病患)生活品質。	有顯著提升	有顯著提升
(八) 高齡整合門診提供前項收案病患多重用藥(≥4 種長期用藥)高齡病患個案管理服務，降低潛在不當用藥比率。	10.1% (0.131/1.3)	30.5% (0.29/0.95)
(九) 總院辦理高齡病房病患衰弱介入服務人次。(CHS≥3 分或 CFS≥5 分)	400 人次	631 人次
(十) 總院推動高齡共照，協助住院高齡病人做周全性評估服務人次。	71 人次	127 人次
(十一) 總院提升急診高齡衰弱長者個案管理比率。	61%	80.53%
(十二) 總院降低急診高齡衰弱長者 3 個月內再入院之比率。	29%	29.77%
(十三) 總院急診已收案之高齡病人收治非高齡病房，提供共照或高齡周全性評估服務比率	60.1	81.5%

績效指標	111年 目標值	至 12 月 服務量
一、落實以病人為中心的高齡整合照護		
(1) 配置老年醫學專科之專任主治醫師。	9 人	9 人
(2) 總院高齡醫學中心開設高齡醫學病房，由老年醫學專科專任主治醫師執行醫療照護的病床數。	40 床	40 床
(3) 總院高齡醫學病房提供優質服務。	12,001 人日	13,728 人日
(4) 高齡整合門診提供初診病人周全性評估比率。	65.1%	68.55% (861/1256)
(5) 高齡整合門診提供高齡多重共病(≥ 4 種慢性病)病患之慢病管理，提供長期管理服務。	301 人	452 人
(6) 高齡整合門診有效提升高齡多重共病患者(前項收案病患)生活品質。	有顯著提升	有顯著提升
(7) 高齡整合門診提供前項收案病患多重用藥(≥ 4 種長期用藥)高齡病患個案管理服務，降低潛在不當用藥比率。	10.1%	21.8% (0.19/0.87)
(8) 總院辦理高齡病房病患衰弱介入服務人次。	361 人次	656 人次
(9) 總院高齡醫學病房病患出院後 3 個月功能回復成效。(追蹤人次及進步率)	300 人次/ 16%	551 人次/ 17.31%
(10) 推動高齡共照，協助住院高齡病人做周全性評估服務人次。	100 人次	141 人次
(11) 總院提升急診高齡衰弱長者個案管理比率。	60.1%	71.3%
(12) 總院降低急診高齡衰弱長者 3 個月內再入院之比率。	29.9%	29.8%
(13) 總院推廣與輔導分院執行「急診高齡衰弱持續性照護模式」教育訓練場次	5 場次	5 場
(14) 總院推廣與輔導分院執行「急診高齡衰弱持續性照護模式」	全部完成	5 家
(15) 提升長者身體功能評估異常者之轉介率(%)	80.1%	100% (1020/1020)
(16) 推動高齡或失智症醫病共享決策 (Shared Decision Making , SDM)	有 SDM 和 追蹤機制	有 SDM 和 追蹤機制

標準6 高齡友善 Age-friendly

6.1 針對來院病人或家屬提供長者友善支持性服務。

執行細則

1. 提供定向溝通設備、提供活動或行動輔助設備[行動輔具、視力障礙(如:放大鏡、老花眼鏡、語音服務、放大字卡、圖卡等)、聽力障礙(如手語翻譯、寫字板等)輔具]及長者友善環境(如:扶手、緊急呼叫鈴、方便輪椅進出等)。

■完成(部分)

2. 了解高齡長者族群於醫院就診及科別分布，考慮語言、宗教信仰等文化差異，並有跨領域照護團隊。

■完成(部分)

急診高齡友善環境與設備



推車送餐供選購



大的指針式時鐘，避免謔妄



足夠的輔具



老花眼鏡



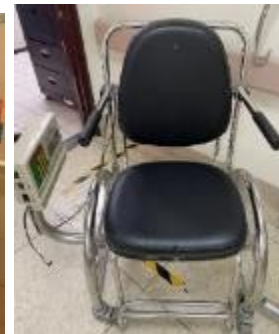
適當照明、防滑地板



清楚的標誌與指示



輪椅可進出之廁所



坐式體重機

高齡病房長者友善環境



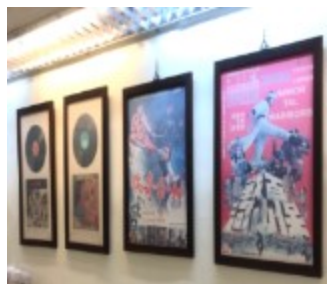
雙層扶手與
止滑地板



休息晤談空間



輪椅親善廁所 (無障礙洗手台、安全扶手及呼叫鈴)



懷舊走廊



提供活動訓練的輔具及維持人時地定向感



多元社交活動及綠化景觀設計



鼓勵病人及照顧者陪同起身活動，減少臥床時間

標準6 高齡友善 Age-friendly

6.2建構高齡友善醫療服務，並有系統性推動方式或流程

執行細則

1. 了解並有紀錄長者個別性照護目標與期待(偏好)，提供符合長者需求之服務，每年至少檢視1次或住院期間至少1次，並納入預立醫療自主計畫諮商及宣導。

■完成

2. 檢視並使用長者適合的藥物，避免不適當用藥，如目前長者實際使用藥物情況及辨識重複用藥、不適當用藥問題，並依個案狀況調整用藥，每年至少1次或住院期間至少1次。

■完成

3. 預防、篩檢、治療與管理失智、憂鬱與譫妄，提供長者心智功能如失智、憂鬱與譫妄之篩檢及評估，每年至少檢視1次或針對高危病人住院期間每天至少檢視1次譫妄情形。

■完成

4. 確保長者每天能安全的活動及維持功能，每年至少1次或住院期間至少1次。

■完成

臺北榮總高齡醫學團隊

高齡醫學科醫師、精神科醫師、復健科醫師

病房護理師、專科護理師、出備個管師

物理治療師、職能治療師

營養師、藥師

榮民輔導員、社工師

高齡個管師、諮商心理師

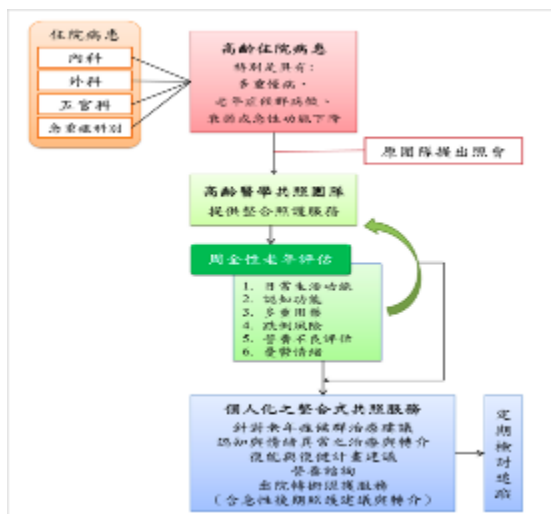


跨領域團隊會議：擬定照護計畫

Chief Complaints: Low back pain and weakness for 3 weeks Functional/Psychosocial/ Medical History Summary: 1. CAD with DVD, LAD-M 80% stenosis, LDX-P 40% stenosis, and RCA-M 50% stenosis - s/p DES over LAD-M on 2020/03/03, under plavix 2. Sick sinus syndrome s/p permanent pacemaker implantation (VVIR, SJM, in 2004) 3. Paroxysmal atrial fibrillation under apixaban 4. Severe tricuspid regurgitation, suspect pacing lead related 5. Type 2 diabetes mellitus 6. Right leg varicose vein 7. Phlebitis over left elbow IV insertion site (culture: O55A) - s/p Telicoplanin 8. Acute on chronic kidney disease 9. Hepatocellular carcinoma, BCLC stage 0, CUP score 0, s/p RFA and TACE, with suspected HCC, ISM/CHDSR 10. Chronic hepatitis C, s/p Ribavirin + Peginterferon alfa-2b with sustained viral response 11. Liver cirrhosis, hepatitis C related, child A, with splenomegaly 12. Severe thrombocytopenia, suspect IFN related iTP phenomenon, s/p IVIG therapy 13. Left inguinal hernia s/p mesh hernioplasty on 2012/06/12, with recurrent 14. Right vertebral artery occlusion with well collateral circulation 15. s/p appendectomy in 1952 16. s/p tonsillectomy	Comprehensive Geriatric Assessment: Clinical Frailty Scale= 5 Cognitive Status <input checked="" type="checkbox"/> WNL <input type="checkbox"/> Dementia <input type="checkbox"/> MCI <input type="checkbox"/> Delirium Education level 16yr MMSE 22/30 CCT Not done CAM (-) Mood <input checked="" type="checkbox"/> WNL <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Anxiety GDS 1/5 Vision OK Hearing OK Physical performance Falls in the past 1 year? YES ADL Past Nil IADL Past Nil STRATIFY 3/5 ADL Now 65/100 IADL Now 2/8 T.U.G. 47.8 sec RU (P/D) 5/5 LU (P/D) 5/5 RL (P/D) 5/5 LL (P/D) 5/5 Nutrition Weight 61.1kg BMI 21.9 Enteral tube No MNA Not done MNA-SF 4/14 Braden 18/23 Incontinence Bladder <input type="checkbox"/> CONT <input type="checkbox"/> Foley <input checked="" type="checkbox"/> INCONT Bowel <input checked="" type="checkbox"/> CONT <input type="checkbox"/> Constipation <input type="checkbox"/> INCONT Social Occupation 飛官/Retired Marital status married Caregiver son Living and Family Support/ Pedigree Significant Lab or Image finding 高齡的耆人在杭州，曾是飛官負責開戰鬥機。已婚，育有二男，與妻子和小孩子同住，家住西湖無電梯的四樓公寓。跟奶奶的感情要好，奶奶肺腺癌晚期，身體虛弱，幾乎臥床，跌倒以前在家會出門散步、看書、洗花。和老婆拌嘴，生活皆能自理。三月中做完心導管住院完，因下腿無力加上背痛，回家當天下午時摔了跤，曾在到大兒子有電梯的家，後來因下背痛加劇，雙腳和身體越來越虛弱而回來住院，住院期間主要外調在照顧。 Lab 1. Cr: 2.35(03/15) → 1.18 (04/02) → 1.36 (04/07) 2. K: 5.25 (04/02) → 4.40 (04/07) Low back pain 3. L-spine AP(0401): L1, L4 compression fracture 4. DEXA-BONE(04/07): T-score -0.4 Anemia 5. Hb: 10.1 (04/02) → 9.8 (04/07) 6. OB 4+ (04/02) HCC recurrence 7. CT(03/04): multiple lesions on both lobes liver, with largest 3.7 cm on the right lobe of liver 8. Sonogram(03/07): multiple lesions on both lobes liver, with largest 3.5 cm on the right lobe 9. Whole abdomen Sonogram(04/06): no hydronephrosis, multiple lesions on both lobes liver, with largest 4.3 cm on the right lobe of liver 10. AFP 1.49, ALT 19 Nutrient 11. Alb 3.4 12. Significant weight loss 76.8 (0224) → 61.1 (04/07)
--	--



老年周全性線上評估



認知功能異常	排除急性身體問題後，可考量神內/精神/高齡等相關科別會診或門診追蹤。
情緒異常(低落)	排除急性身體問題後，可考量精神/高齡等相關科別會診或門診追蹤。
跌倒風險評估	排除急性身體問題後，可考量復健/神內/高齡等相關科別會診或門診追蹤
營養評估	視需要可考量會診營養師
多重用藥 (常規用藥 ≥ 10 種)	1. 急性狀況: 由當科評估必要性，可考量會診藥師評估藥物交互作用 2. 慢性狀況: 病患如有意願，可安排高齡門診進行用藥整合評估
日常生活功能失能	急性疾病穩定後， 1. 長期臥床，復能潛能低：評估照護資源不足 \rightarrow 整合照護暨長照轉銜服務中心 2. 急性功能下降，具復能潛能： 住院中 \rightarrow 可考量會診復健部 出院前 $\rightarrow \geq 75$ 歲，且具有帕金森氏症、失智症、慢性阻塞性肺疾病或第三期以上之慢性腎臟病任一疾病者 \rightarrow 可會診高齡醫學評估急性後期照護轉介

院內報告系統 周全性老年評估

正式報告

臺北榮民總醫院高齡醫學中心報告

病患資訊：	中正052-11張	男性 93歲 GERM	
申請序號 / 工作號：	0ASHZGM/	開立時間：	20200525 1535
開醫囑者：	DOC1909E 黃仲禹	簽收時間：	20200525 1556
報告人：	GERM5464 鄭義鎔	報告時間：	20200525 1603
檢體：	Patient		
醫囑名稱：	Comprehensive Geriatric Assessme		

Education :12years
Polypharmacy :N
UI in the past year : N
Fall in the past year: N

入院72小時完成

ADL: 100/100 ()NA MNA-SF: 11/14 ()NA
IADL: 4/8 ()NA STRATIFY: 1/5 ()NA
MMSE: 20/30 ()NA Morse Fall Scale: ()NA
GDS: 5/5 ()NA Braden scale: 20/23 ()NA
T.U.G. CAM:(-)
Time: 22.33sec ()NA
Assistive Device: (Y), Type :Single Cane
6-meter walking speed :0.529m/s ()NA
Grip strength :30kg (R) hand ()NA
CFS:4 PIM:0 AD-8:
備註：

操作醫師： DOC1909E 判讀醫師： DOC1909E 監督醫師： DOC1909E

活動功能
認知功能
衰弱程度
營養狀態
情緒狀態
褥瘡風險
跌倒風險
用藥情形
走路速度
握力程度
失禁情形
教育程度
照護資源

高齡照護流程-衰弱及預防延緩失能

衰弱及預防延緩失能

CFS ≥ 5分
CHS ≥ 3分
ADL < 90

- 鼓勵病患下床活動
- 醫療介入
- 復健安排
- 營養調整
- 認知障礙評估
- 感官保健
- 口腔檢查

【六、功能性評估】 日常生活功能評估：
1-3. 巴氏量表 (Barthel Index)：○777. 愈好 ○888. 不知道 ○999. 無法評估

項目	評估內容為護理師所實際可以完成的日常生活事務	分數
1. 進食	自己在合理的時間內(約十秒鐘吃一口), 可用筷子取食或取前食物, 並須使用適當餐具, 會自行取用穿脫, 不須協助。	10
	須別人協助取用或切好食物或穿脫適合餐具。	5
	無法自行進食。	0
2. 移位 (坐在上中廁所坐廁, 並可由廁所移至廁所)	可自行坐起, 且由床移至椅子或輪椅, 不須協助, 包括輪椅轉車及移動腳輪, 且沒有安全上的顧慮。	15
	在上述移位過程中, 須他人協助(例如: 予以拐杖以保平衡)或提握, 或有安全上的顧慮。	10
	可自行坐起但須別人協助才能移位至椅子, 須別人協助才能坐起, 或須兩人幫忙方可移位。	5 0
3. 個人衛生 (刷牙或漱口, 洗髮及洗頭, 洗腳及洗腳趾)	可自行刷牙、洗臉、洗手及梳頭髮和剃鬚子。	5
	須別人協助才能完成上述清潔事項。	0
4. 如廁 (穿脫衣服, 擦屁股)	可自行上下馬桶, 便後清潔, 不會弄髒衣服, 且沒有安全上的顧慮, 尚使用便盆, 可自行取脫並清洗乾淨。	10
	在上述如廁過程中須協助保平衡, 整理衣物或使用衛生紙, 無法自行完成如廁過程。	5 0
	須別人協助完成如廁過程。	0
5. 洗澡	可自行完成淋浴或沐浴。	5
	須別人協助才能完成淋浴或沐浴。	0
6. 平地走動	使用或不使用輔具(包括單支腳杖或無輪子之助行器)皆可獨立行走 50 公尺以上。	15
	需要腳杖扶持或口頭指導方可行走 50 公尺以上。	10
	無法行走, 但可獨立操作輪椅或電動輪椅(包含轉彎、進門及接近車子、床沿)並可推行 50 公尺以上。	5 0
7. 上下樓梯	可自行上下樓梯(可抓扶手或用拐杖)。	10
	需要腳杖扶持或口頭指導。	5 0
8. 穿脫衣服鞋襪	可自行穿脫衣服鞋襪, 必要時使用輔具。	10
	須別人幫助下, 可自行完成一半以上動作, 需要別人完全幫忙。	5 0
9. 大便控制	不會失禁, 必要時會自行使用潔廁。	10
	偶爾會失禁(每週不超過一次), 使用潔廁時需要別人幫忙, 失禁或需要導尿。	5 0
10. 小便控制	日夜皆不會尿失禁, 必要時會自行使用並清理尿布尿袋。	10
	偶爾會失禁(每週不超過一次), 使用尿布尿袋時需要別人幫忙, 失禁或需要導尿。	5 0
總分 (0-100)		得分
0-99 分(正常獨立)		1. 71-90 分(輕度失能) 2. 51-70 分(中度失能)
		3. 31-50 分(重度失能) 4. 0-30 分(極重度失能)

5-4. 衰弱狀態 (Cardiovascular health study, CHS)：○777. 愈好 ○888. 不知道 ○999. 無法評估

1. 肌力評估異常：男性 < 26 公斤、女性 < 18 公斤	○ 1. 是 ○ 0. 否
2. 行走時間異常：6 公尺直線行走速度 ≤ 0.8 公尺/秒	○ 1. 是 ○ 0. 否
3. 過去一年是否有體重減輕大於 5 公斤？	○ 1. 是 ○ 0. 否
4. 做任何事情都容易疲累	○ 1. 是 ○ 0. 否
5. 低活動量 (計算公式如下)：男性 < 383 kcal/週、女性 < 270 kcal/週	○ 1. 是 ○ 0. 否
總數 (0-5) (≥ 3 種, 有風險)	
總計 _____ ○ 有衰弱風險	
5-1. 請問在工作時間之外的時間是否從事以下活動	總計 _____ kcal/週
5-a. 散步 [2.5] kcal	x [] 小時/天 x [7] 天
5-b. 健走、搬運桶等 [4.5] kcal	x [] 小時/天 x 體重
5-c. 慢跑、游泳等 [6.5] kcal	x [] 小時/天 [] 公斤
5-a. _____ kcal/週	5-b. _____ kcal/週
5-c. _____ kcal/週	

Clinical Frailty Scale*

- 1 Very Fit** - People who are robust, active, energetic and motivated. These people commonly exercise regularly. They are among the fittest for their age.
 - 2 Well** - People who have no active disease symptoms but are less fit than category 1. Often, they exercise or are very active occasionally, e.g. seasonally.
 - 3 Managing Well** - People whose medical problems are well controlled, but are not regularly active beyond routine walking.
 - 4 Vulnerable** - While not dependent on others for daily help, often symptoms limit activities. A common complaint is being "slowed up", and/or being tired during the day.
 - 5 Mildly Frail** - These people often have more evident slowing, and need help in high-order tasks (finances, transportation, heavy housework, medication). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation and housework.
 - 6 Moderately Frail** - People need help with all outside activities and with keeping house. Inside, they often have problems with stairs and need help with bathing and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.
 - 7 Severely Frail** - Completely dependent for personal care, from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~ 6 months).
 - 8 Very Severely Frail** - Completely dependent, approaching the end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.
 - 9 Terminally Ill** - Approaching the end of life. This category applies to people with a life expectancy < 6 months, who are not otherwise evidently frail.
- Scoring frailty in people with dementia**
The degree of frailty corresponds to the degree of dementia. Common symptoms in mild dementia include forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal. In moderate dementia, recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting. In severe dementia, they cannot do personal care without help.
- * 1. Canadian Study on Health & Aging, Revised 2008.
2. K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *BMJ* 2005; 331:456-465.

高齡照護流程-老年憂鬱

老年憂鬱量表

GDS ≥ 2

- 給予心理支持及鼓勵抒發心情
- 提供心理諮商
- 必要時協助照會精神科或轉介社工室

系統說明：老年憂鬱量表 (Geriatric Depression Scale, GDS-5)：○ 777 港語 ○ 655 次加道 ○ 999 無法評估

過去一星期中，

1.基本上，您對您的生活滿意嗎？	否。 是。
2.您是否常常感到厭煩？	否。 是。
3.您是否常常感到無論做什麼，都沒有用？	否。 是。
4.您是否比較喜歡待在家裡而較不喜歡外出 及不喜歡做新的事？	否。 是。
5.您是否感覺您現在活得很沒有價值？	否。 是。
總分 (0-5) (≥2 異常) 得分 _____ ○ 異常	

高齡照護流程-譫妄

譫妄

CAM(+)

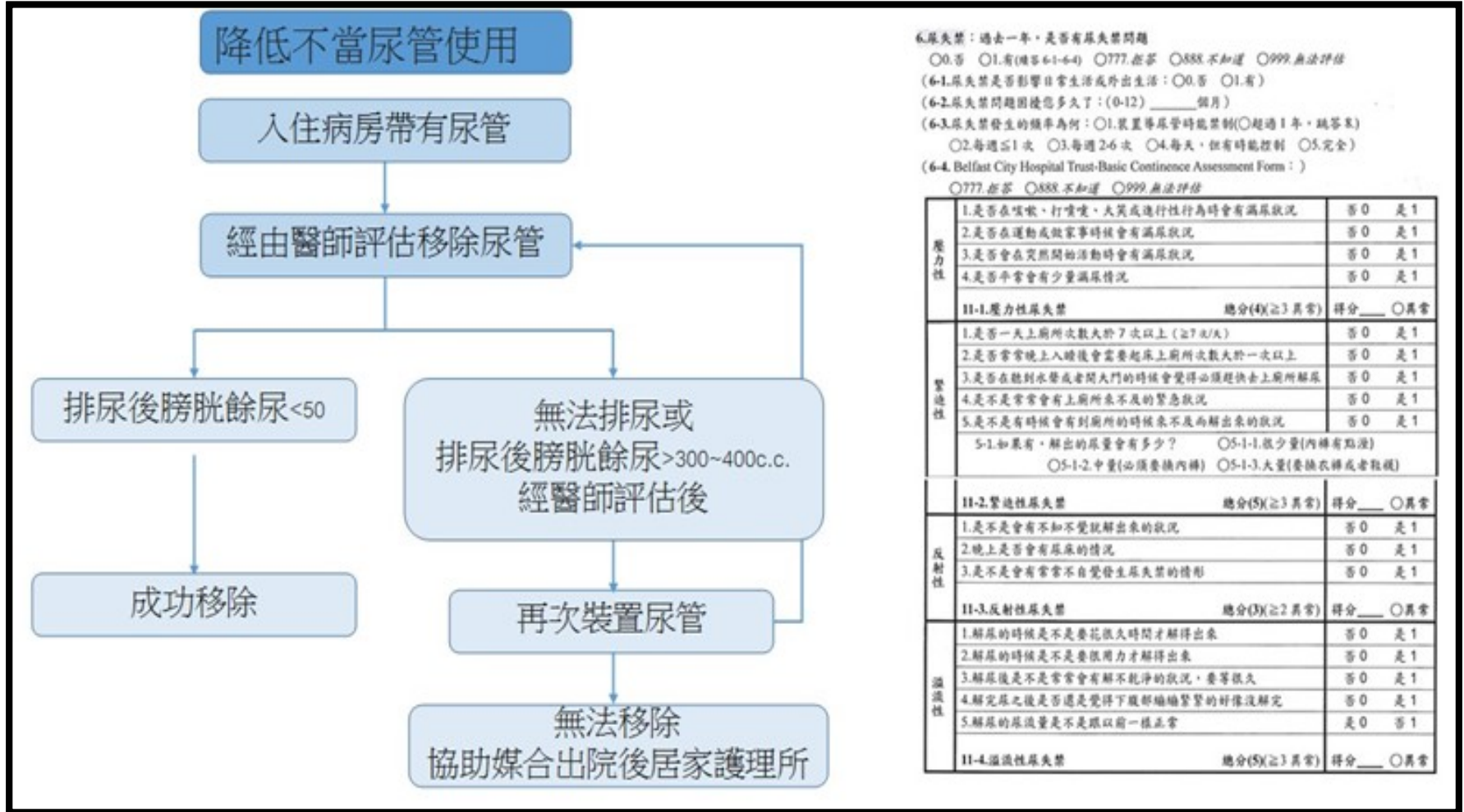
- 藥物調整
- 維持定向感知策略
- 評估排便與排尿狀態
- 處理急性內科問題
- 維持適當感官刺激
- 確保感官功能與溝通狀態
- 盡早移除管路
- 維持晝夜週期與日間活動量
- 確保移動安全

6 急性譫妄測試 (Confusion Assessment Method, CAM):

○777.拒答 ○888.不知道 ○999.無法評估

急性發作且 病程波動	1a.與平常相比較，是否有任何證據顯示病人精神狀態產生急性變化？	○ 0.否 ○ 1.是
	1b.這些不正常的行為是否在一天中呈現波動狀態？意即症狀來來去去或嚴重程度起起落落。	○ 0.否 ○ 1.是
注意力 不集中	2.病人是否集中注意力有困難？例如容易分心或無法接續剛剛說過的話。	○ 0.否 ○ 1.是
思考 缺乏組織	3.病人是否思考缺乏組織或不連貫？如雜亂或答非所問的對話、不清楚或不合邏輯的想法、或無預期的從一個主題跳到另一個主題。	○ 0.否 ○ 1.是
意識狀態 改變	4.整體而言，您認為病人的意識狀態為過度警覺、嗜睡、木僵、或昏迷。	○ 0.否 ○ 1.是
總評	1a+1b+2 皆為「是」，且 3 或 4 任何一項為「是」	○譫妄

高齡照護流程-管路移除



6.尿失禁：過去一年，是否有尿失禁問題
0.否 1.有(請答6-1-6-4) 777.拒答 888.不知道 999.無法評估

(6-1.尿失禁是否影響日常生活或外出生活：0.否 1.有)

(6-2.尿失禁問題困擾您多久了：(0-12) _____個月)

(6-3.尿失禁發生的頻率為何：1.裝置導尿管時能控制(超過1年，跳答8)
2.每週≤1次 3.每週2-6次 4.每天，但有時能控制 5.完全)

(6-4. Belfast City Hospital Trust-Basic Continence Assessment Form：)
777.拒答 888.不知道 999.無法評估

壓力性	1.是否在咳嗽、打噴嚏、大笑或進行性行為時會有漏尿狀況	否 0 是 1
	2.是否在運動或做家事時會有漏尿狀況	否 0 是 1
	3.是否會在突然開始活動時會有漏尿狀況	否 0 是 1
	4.是否平常會有少量漏尿情況	否 0 是 1
II-1.壓力性尿失禁 總分(4)(≥3異常) 得分____ <input type="radio"/> 異常		
緊迫性	1.是否一天上厕所次數大於7次以上(≥7次/天)	否 0 是 1
	2.是否常常晚上入睡後會需要起床上厕所次數大於一次以上	否 0 是 1
	3.是否在聽到水聲或者開大門的時候會覺得必須趕快去上厕所解尿	否 0 是 1
	4.是不是常常會有上厕所來不及的緊急狀況	否 0 是 1
	5.是不是有時候會看到廁所的時候來不及而解出來的狀況	否 0 是 1
5-1.如果有，解出的尿量會有多少？ <input type="radio"/> 5-1-1.少量(內褲有點溼) <input type="radio"/> 5-1-2.中量(必須更換內褲) <input type="radio"/> 5-1-3.大量(要換衣服或者鞋襪)		
II-2.緊迫性尿失禁 總分(5)(≥3異常) 得分____ <input type="radio"/> 異常		
反射性	1.是不是會有不知不覺就解出來的狀況	否 0 是 1
	2.晚上是否會有尿床的情況	否 0 是 1
	3.是不是常常會不自覺發生尿失禁的情形	否 0 是 1
II-3.反射性尿失禁 總分(3)(≥2異常) 得分____ <input type="radio"/> 異常		
滲漏性	1.解尿的時候是不是要花很長時間才解得出來	否 0 是 1
	2.解尿的時候是不是要很用力才解得出來	否 0 是 1
	3.解尿後是不是常常會有解不乾淨的狀況，要等很久	否 0 是 1
	4.解完尿之後是否還是覺得下腹部痠痛緊緊的好像沒解完	否 0 是 1
	5.解尿的尿流量是不是跟以前一樣正常	是 0 否 1
II-4.滲漏性尿失禁 總分(5)(≥3異常) 得分____ <input type="radio"/> 異常		

標準6 高齡友善 Age-friendly

6.3定期檢討高齡友善照護服務並結合在地資源，因應長者需求提供適切性服務與追蹤。

執行細則

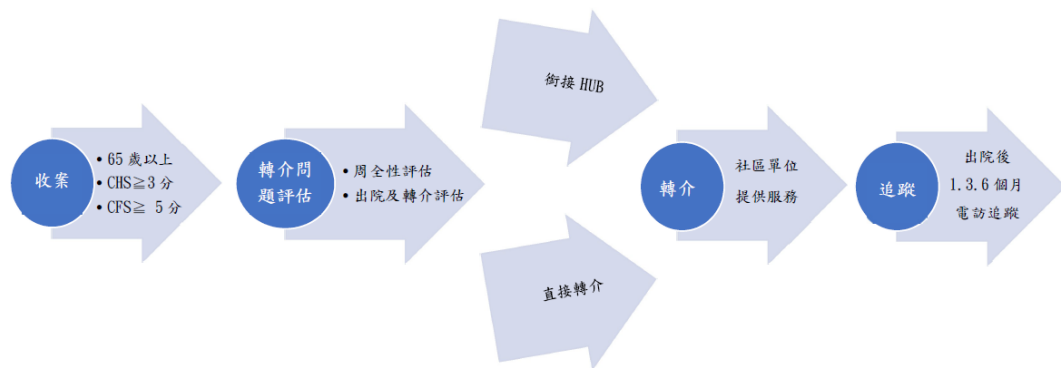
1.定期檢討並提出改善方案。

■完成

2.與公、私部門資源合作，提供家屬與照顧者指導訓練或社區相關服務資訊。

■完成

與樞紐資訊中心連結



臺北榮民總醫院

社區長者服務資源轉介管理機制流程架構圖

實施方法 (含收案、評估、轉介、後續追蹤)			
收案條件	評估	轉介	後續追蹤
<p>介入條件：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 高齡醫學病房(中正樓 52 病房) 之 65 歲以上住院長者 2) 衰弱程度 CHS ≥ 3 分或 CFS ≥ 5 分 3) 住院中病情穩定且能配合治療之病患 4) 能瞭解並願意配合介入 <p>排除條件：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 病情不穩定之病患 2) 嚴重認知功能障礙無法配合治療或介入之病患 3) 有高傳染性疾病者 4) 曾有精神疾病 5) 急性意識混亂 6) 無法行走之病患 7) 言語或文字無法溝通者 8) 醫護同仁認為不適合介入者 	<p>一、周全性評估量表</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 個案基本資料 2) 健康習慣 3) 疾病史(CIRS-G 及 CCI) 4) 藥物安全性評估 5) 功能性回顧 6) 日常生活功能性評估(ADL) 7) 工具性日常生活功能(IADL) 8) 認知功能評估(MMSE) 9) 情緒問題：老人憂鬱量表(GDS) 10) 營養評估(MNA) 11) 步態評估(Walking sped-TUGT) 12) 握力測試(Hand Grip Strength) 13) 跌倒風險(STRATIFY) 14) 意識謬妄評估表(CAM) 15) 壓瘡風險評估(Braden Scale) 16) 生活品質(EQ5D3L、EuroQoL-VAS) <p>二、個案師 住院後第一天、第三天及每隔七天 出院及轉介評估</p>	<p>依據周全性評估結果及個案需求提供社區資源如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 運動 2) 居家安全 3) 高齡營養 4) 失智及高齡友善 5) 慢性病管理 6) 預防保健 7) 交通 8) 社會參與 9) 福利及補助 10) 長照服務 11) 衛生局北投區聯繫窗口： 27208889#1849 12) 其他社會資源 	<p>個案師於出院後第一個月、第三個月及第六個月電訪追蹤</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 藥物檢視 2) 日常生活功能性評估(ADL) 3) 工具性日常生活功能(IADL) 4) 營養檢視 5) 跌倒評估 6) 護理諮詢 7) 再入急診/再住院檢視 8) 社區服務資源使用狀況 9) 其他問題



簡報完畢 敬請指教