

出版機關 衛生福利部國民健康署  
中華民國 112 年 09 月出版

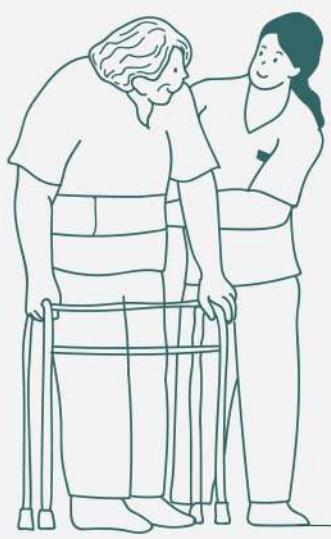
# 醫院發展 具延緩失能理念之 長者友善服務模式 實務操作手冊

PART A | 急診端 | PART B | 門診端 | 住院端 |



衛生福利部  
國民健康署

Health Promotion Administration,  
Ministry of Health and Welfare



出版機關 衛生福利部國民健康署  
中華民國 112 年 09 月出版

# 醫院發展 具延緩失能理念之 長者友善服務模式 實務操作手冊



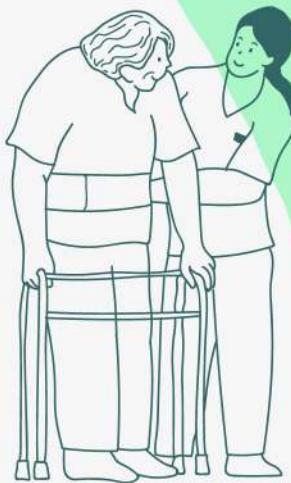
PART A | 急診端 | PART B | 門診端 | 住院端 |



衛生福利部  
國民健康署

Health Promotion Administration,  
Ministry of Health and Welfare





## PREFACE 署長序

台灣人口老化迅速，根據行政院國家發展委員會推估指出，2025年65歲以上老年人口將超過總人口數的20%，正式進入超高齡社會，對整個國家衛生政策與醫療照護體系，將造成重大的衝擊與挑戰。

高齡者的健康照護必須同時兼顧多重慢性病管理，以及預防身心功能衰退及失能。世界衛生組織強調高齡病人之醫療照護為衰弱預防與功能維持，爰醫療系統除了治療急重症以外，也要發展篩檢、評估、介入與轉銜照護，以恢復病人身體功能為目標。美國於1990年已發展出長者急性照護模式 (Acute Care for Elders，簡稱ACE)，由跨專業團隊共同合作實踐以高齡者為中心的照護計畫，目的在降低高齡病人住院期間失能之發生率，值得參考借鏡。

在過去的3年中，國民健康署與社團法人台灣急診醫學會團隊、國立成功大學團隊及專家學者，參酌國外執行經驗，協助醫院進行資源盤點及整合，建構「分區共學團隊」，透過不同醫院層級、資源，相互交流建立資源網絡，並發展及整合服務模式相關執行素材，以及彙整各醫院的經驗特色及專家建議，發展適用台灣高齡照護的實務操作手冊，提供各醫院執行ACE之參考，期待未來各醫院能建立具符合台灣需求及醫院特色的高齡照護模式，達到預防或延緩個案衰弱與失能，人人有尊嚴的活到老。

衛生福利部國民健康署 署長

吳乃軍

# INTRODUCTION 前 言

## 高齡化的問題

台灣是世界老化速度最快的國家之一，行政院國家發展委員會推估於2025年65歲以上人口比率將超過20%，正式邁入超高齡社會。中央健康保險署統計65歲以上高齡者醫療費用至2019年已增加至38.8%。隨著人口快速高齡化，預估慢性病與功能障礙的盛行率將隨之上升，導致後續就醫與長期照護之需求與負擔增加。

高齡者常有多重共病及老年病症候群，導致常常反覆送急診或者住院，最後變成失能、臥床、入住長照機構。過去以單一疾病為主的醫療照護模式，恐難適當處理高齡者的複雜問題。因此，於急性醫療端為高齡者訂定一套全面性與跨領域的醫療照護，協助長者進行壓力事件的管理，以預防、減緩或逆轉老年人的身心能力下降為出發點，減少因住院等壓力事件所導致的失能狀況，至關重要。

## WHO高齡者整合服務架構

### 1 願 景：

所有人都可以獲得高品質的健康服務，能滿足其生命歷程所需且為周全性、安全、有效、及時、有效率、可接受的服務。所有照護者為積極、主動、具良好技巧、在支持的環境中運作。初級健康照護核心價值和原則：健康權、社會正義、團結及參與。

### 2 目 的：

健康體系具高度的特定脈絡/關聯，提出以人為中心的單一整合照護服務模式，提出五種相依的策略。實現五項策略將有建立更有效的服務；任一策略缺乏則可能會削弱其他項目的進展：

- (1) 賦予人們和社區權力，讓其參與；  
*empowering and engaging people and communities;*
- (2) 加強管理方法，並為成果負責；  
*strengthening governance and accountability;*
- (3) 重新定位照護模式；  
*reorienting the model of care;*
- (4) 協調部門內與跨部門的服務；  
*coordinating services within and across sectors;*
- (5) 營造可行的環境。  
*creating an enabling environment.*

### 推動高齡者整合服務的優點

American Hospital Association (2018).Creating Age-Friendly Health Systems. Retrieved from <https://www.aha.org/system/-files/2018-08/age-friendly-v17.pdf> (October 31, 2022)

- 可重新部署現有醫院資源並確定其優先順序。
- 可透過調整關鍵的品質和安全介入措施，以改善對老年人的照護模式。
- 可支持各家醫院的使命、願景和價值觀，因為我們都關心年長者的健康（也因為我們總有一天都會成為年長者）。
- 使醫院在為即將到來的市場轉變做好準備使之處於領先地位。
- 可降低無效的醫療保健服務成本。
- 可提高有成本效益服務的利用率。



## 高齡友善基層照護服務及 建構延緩失能之長者友善 照護模式

呼應高齡友善的健康照護需求，美國於1990年發展出長者急性照護模式(Acute Care for Elders，簡稱ACE)的高齡照護模式，目的在降低高齡病人住院期間失能之發生率。為使高齡者於醫院得到完善照護，提升醫療端之服務量能，國民健康署積極整合社區與在地醫療資源，辦理「建構延緩失能之長者友善照護模式試辦計畫」(以下簡稱ACE試辦計畫)，於2019年10月起至2022年推動並補助醫院，協助醫院建立服務模式，彙整世界衛生組織(World Health Organization, WHO)在2017年所提出「以高齡者為中心的整合式照護模式」(Integrated Care for Older People，簡稱ICOPE)，以及美國John A. Hartford Foundation在2017年與Institute for Healthcare Improvement (IHI)協力合作，所發起的高齡友善醫療照護系統(Age-Friendly Health System，簡稱AFHS)活動所建立的4Ms (What Matters, Medications, Mentation, Mobility)的照護面向，規劃出醫院高齡照護服務流程，透過參考文獻與國際辦理高齡者急性照護模式經驗，依國內醫院實際現況及人員實務經驗，調整為本土化之ACE監測指標架構：透過結構面、過程

面、結果面設計，及依照不同執行場域(急診端、住院端、門診端)屬性的需求制定標準，協助醫院建立服務模式，內容包含：(1)納入延緩高齡者衰弱、失能之篩檢與預防策略，導入全面性評估；(2)跨領域團隊成員配置；(3)教育訓練；(4)高齡友善環境、器材與設備；(5)高齡友善照護策略；(6)品質指標、監測指標與成效指標等，發展台灣高齡友善照護模式，協助醫院進一步融入醫院原有服務系統，並協助醫院進行資源盤點及整合；建構「分區共學團隊」，透過不同醫院層級、資源，相互交流建立資源網絡；發展及整合服務模式相關執行素材(衛教素材、特色成果影片等)，持續提供長者友善支持性服務，讓高齡者從醫療端到社區端，都能得到強調功能最佳化的照護服務，並達到預防或延緩個案衰弱與失能、改善生活品質為目標。



# A

## 急診端



### 003 第一篇

高齡化的問題

### 007 第二篇

急診長者急性照護模式

- 007 整體架構及理想模式
- 011 不同情境/資源的作法
- 011 不同場域跨場域時的轉銜照護

028 高齡照護模式(含追蹤與轉介)

028 照護目標與原則

028 篩檢與評估

029 高齡照護策略

80 監測指標

### 091 參考文獻

### 012 第三篇

急診ACE核心面向

- 012 跨領域專業成員配置
- 012 跨領域專業人員組成
- 013 團隊會議
- 017 高齡照護教育訓練

### 098 急診端編輯群

- 021 高齡友善環境之建置
- 021 器材設備
- 025 環境



# B

## 門診端 與 住院端

### 105 總覽

### 113 第一篇

#### 跨領域團隊成員與會議

- 113 跨領域團隊成員
- 114 老年醫學團隊的運作模式
- 116 跨專業團隊成員工作內容及處理的問題
- 118 團隊運作的五大障礙
- 119 團隊會議
- 120 家庭會議

### 121 第二篇

#### 器材與設備、環境

- 121 定向溝通
- 123 無障礙設計
- 127 物理環境
- 129 高齡友善氛圍
- 130 適當空間
- 132 活動支持

### 135 第三篇

#### 高齡照護教育訓練

### 138 第四篇

#### 篩檢與評估

- 138 高齡者的預防保健篩檢服務
- 139 篩檢條件與工具
- 143 周全性老年醫學評估與工具
- 155 參考範例

### 159 第五篇

#### 照護計畫的擬定與執行

- 159 臨床流程與問題列表
- 160 照護目標的決定
- 166 照護計畫擬定與介入
- 175 轉銜與融入推動建議
- 178 參考範例

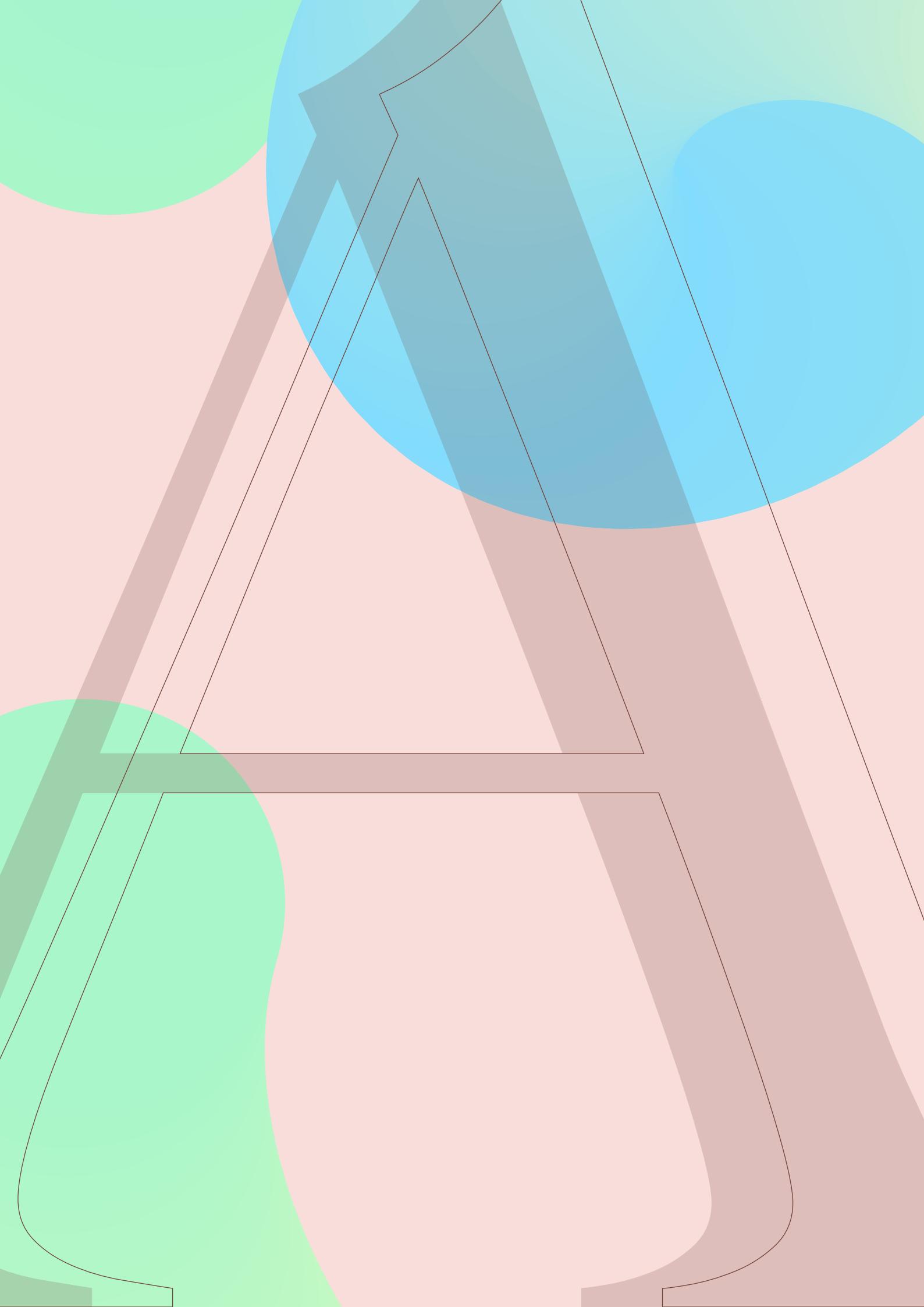
### 181 第六篇

#### 追蹤與成效

- 181 國外高齡照護相關的成效指標
- 182 追蹤與成效
- 187 參考範例

### 188 參考文獻

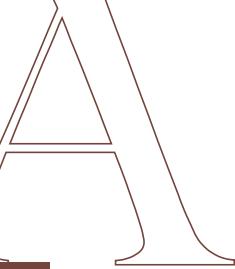
### 190 門診端與住院端編輯群



# PART A

## 急 診 端





## 第一篇、高齡化的問題

### (一) 問題在哪裡？

案例

1

82歲阿公，最近頻繁頭暈、全身無力、跌倒送急診、脾氣變暴躁且經常吵鬧，但醫師都說沒有問題。今天阿公又因跌倒由兒子送入急診，經醫師詳細檢查且評估後，並無發現任何異常（無腦出血、無肺炎、無骨折、無尿道感染、無心肌梗塞、血液檢查報告正常……），醫師告知兒子：「看起來沒什麼問題，阿公可以先出院回家了！」此時兒子卻說：「怎麼可能沒問題，我爸經常全身無力，又常跌倒，但每次醫院都說沒有問題，我們可不可以住院？我們家沒有人可以照顧…」，急診醫師心中的疑問：阿公哪裡有問題？有哪一科願意收阿公住院？

003

案例

2

75歲國中畢業為雜貨店老闆的阿公，有糖尿病、高血壓及因三年前腦中風造成左側偏癱的病史，在中風前常常忘東忘西，曾經從店裡回家卻迷路；中風後可以慢慢吞嚥，如廁需要協助，可以四腳拐杖慢慢行動，但因中風常常不說話，情緒起伏大，不愛外出，仍非常關心癌末臥床太太，目前與癌末臥床太太、外籍看護同住。外籍看護主要照顧阿嬤，但也會照顧阿公起居。後來因老伴過世，阿公的精神狀態每況愈下，且不願進食又長期臥床，接著開始大小便失禁、胡言亂語、意識混亂，今天因發燒不省人事，外籍看護打電話給阿公的子女後便送往急診。

案例

3

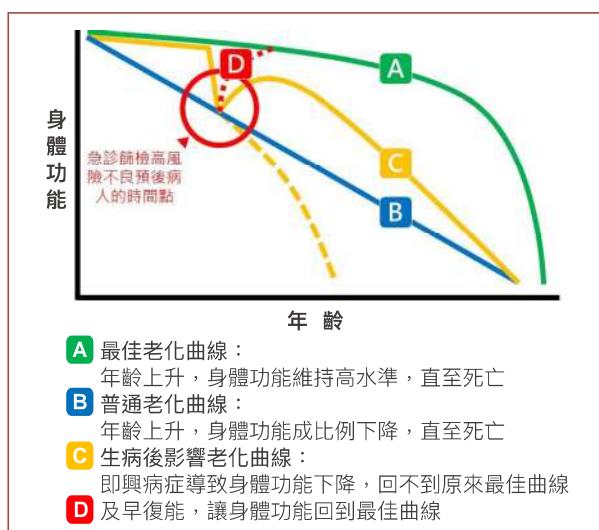
78歲的林先生，過去病史為高血壓及左肩關節炎。平常靠右手維持日常生活，下肢活動自如，生活獨立。今天在菜市場買菜不慎滑倒，導致右手疼痛而送往急診，經急診醫師評估為右手腕骨折，與以石膏固定。

醫師告知病人不需住院，將協助約骨科門診，並告知林先生可以回家休養了。林先生表示因自己為獨居生活，現階段雙手受傷，擔心無法照顧自己的生活起居，不知道該怎麼辦？

## 台灣面對超高齡海嘯的危機



**圖 1** 急診位於社區、住院與門診照護的交叉路口，是長者最常使用的緊急醫療資源及醫療照護之切入點。高齡病人因為有多重且慢性共病的特性，需要跨領域團隊合作來進行連續性照護。



**圖 2** 急性生病會惡化長者身體功能曲線，在急診及早篩檢出高風險不良預後或老年病症候群之病人，給予適當治療與轉銜照護可提升長者身體功能，減少後續醫療資源使用及家屬照護之負擔。

上述三個案例呈現了台灣越來越常見的老年病症候群及獨居問題。台灣的老化速度名列全世界前茅，預計在2025年邁入「超高齡社會」，屆時65歲以上人口將超過20% [1]。

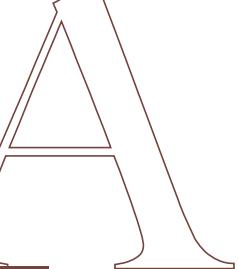
根據2018年台灣健保署統計，65歲以上之長者使用了38.2%的健保醫療費用，平均每一位長者使用的健保費用是為45-64歲的2.3倍，為0-44歲的5.5倍，而且仍持續快速增加中[2]。急診位於住院與門診照護的交叉路口，是長者最常使用的緊急醫療資源及醫療照護切入點（圖1），因此，急診之處置會明顯影響高齡病人的預後 [3-6]。

高齡急診病人因為有多重且慢性共病的特性，需要跨領域團隊合作來進行連續性照護，才能符合病人與家屬之需求，提升照護品質[3, 4, 6]。

004

超高齡社會裡，急診的功能不僅是拯救生命，亦是延緩失能的最後一道防線[4, 6]。因為急性生病會惡化長者身體功能曲線（圖2），在急診及早篩檢出高風險不良預後或老年病症候群之長者，給予適當治療與轉銜照護，可以提升長者身體功能，減少後續醫療資源使用及家屬照護之負擔[4, 6]。

此外，急診本是高齡連續性照護的重要一環，當病人或家屬求助無門時，就會來到急診[4, 6]。然而，過去的高齡照護一直遺忘急診，導致急診成為高齡照護的缺口，是台灣邁入超高齡社會的一大危機[4, 6]。



## (二) 解決方法

方法 1

### 國外的做法 – 國際上高齡急診照護經驗

因應高齡化挑戰並補足高齡照護在急診的缺口，美國最早於2008年發展出「高齡急診」，近年來變得越來越普遍 [4, 6, 7]。高齡急診的核心目標除了創造高齡友善的急診環境，亦希望急診除了救死扶傷的急重症醫療外，能夠初步篩檢長者的問題，特別是老年病症候群 (*geriatric syndrome*)，接下來再經由照護轉銜及跨領域團隊合作來進行改善，進而提升照護的品質，打破惡性循環，延緩失能，最終可減少整體醫療費用 (圖1) [4, 6, 7]。此外，急診作為住院病人與門診病人發生問題時的最初治療所在，其提供的治療照護將有機會給後續的照護打下基礎，如能在急診啟動更正確的診斷與治療，不但能增進病人的照護以及加速康復，同時還能有效地分配高齡族群的醫療資源 [4, 6, 7]。

005

為了讓高齡急診照護標準化，美國急診醫學會 (American College of Emergency Physician, ACEP) 以長者急性照護模式 (Acute Care for Elders, ACE) 模式精神，於2013年與美國高齡醫學會 (American Geriatric Society)、急診護理師協會 (Emergency Nurses Association) 及急診醫學學術學會 (Society for Academic Emergency Medicine) 共同出版了「高齡急診準則 (Geriatric Emergency Department Guideline)」[4]，為了推廣高齡急診，美國急診醫師學院在2018年啟動了高齡急診認證 (Geriatric Emergency Department Accreditation, GEDA)，截2022年12月，全世界已有超過387家醫院通過此認證。國際急診醫學聯盟 (International Federation of Emergency Medicine, IFEM) 也在2020年時依據美國高齡急診準則，發表了高齡急診照護白皮書，宣示「高齡急診」在未來世界的重要性[8]，這些國際經驗都是台灣發展「高齡急診」的重要參考，然而台灣與歐美之國情、保險與文化有明顯差異，我們應該發展出適合本土需求的高齡急診模式。

## 方法 2

### 國內的作法

#### 【1】發展台灣本土之高齡急診模式

衛生福利部國民健康署於108年時將ACE模式引進台灣，並由36家醫院，共有50個子計畫來試辦（急診端7個、住院端20個、門診端23個），期待能建立符合台灣本土需求的ACE模式，開啟了台灣高齡照護新紀元[9]。台灣急診醫學會在110年及111年承接輔導急診ACE（即「高齡急診(Geriatric Emergency Medicine)」）計畫，與急診端試辦醫院共同努力發展本土模式。基於高齡照護需要跨領域團隊合作的原則，台灣急診醫學會邀請台灣老年學暨老年醫學會及中華民國急重症護理學會等一起來參與輔導，台灣的急診醫學會參考美國高齡急診準則以及認證，經由專家的共識，以七個面向來輔導試辦醫院急診升級為「高齡急診」，分別為：跨領域團隊成員配置、教育訓練、器材與設備、環境、高齡照護策略、品質指標、監測指標。

006

#### 【2】急診ACE照護模式建議使用對象

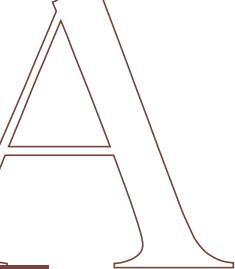
一般以65歲以上為高齡急診的服務族群，但考量各醫院有其不同目標及資源，每間醫院可自行訂定服務之高齡族群年齡。

#### 【3】急診ACE照護模式建議使用時機

高齡病人來到急診即可採取ACE照護模式，因高齡病人來到急診時，是身體功能下降及醫療照護需求增加之警訊。然而，急診應以急重症優先，病人需先穩定病情才進行ACE照護。

#### 【4】急診ACE照護模式希望達到的效益

期望藉由此照護模式可及早發現高風險不良預後或老年病症候群之長者，及早給予治療及轉銜照護，以期延緩長者失能，減少反覆出入急診或住院、醫療支出及家屬負擔，增加病人及家屬對於照護之滿意度。



## 第二篇、急診長者急性照護模式（以下皆簡稱「急診ACE」）之介紹

### （一）整體架構及理想模式

台灣急診醫學會受衛生福利部國民健康署之委託，參考「美國高齡急診準則」及「美國高齡急診認證」，經試辦醫院參用以及專家會議討論，研擬出「台灣高齡急診品質提升指引」作為台灣醫院進行急診ACE之基準（見附件一）。「台灣高齡急診品質提升指引」，內容由七大核心面組成，分別為跨領域團隊成員配置、教育訓練、器材與設備、環境、高齡照護策略、品質指標及監測指標。其相關作法陳述如下：

1

#### 結構面 – 跨領域團隊成員配置、教育訓練、器材與設備、環境

執行急診ACE照護模式，建議須具備具有高齡急診訓練的跨領域團隊成員以及高齡友善之環境設備，其中跨領域團隊成員配置中至少需有經過「高齡急診訓練」的醫師、護理師及專責個案管理師等，定期召開團隊會議討論以促進跨領域團隊互相瞭解，增加合作成功的機會。另外可透過邀請高齡病人或其家屬參與高齡急診照護品質提升會議。爭取院內長官的支持是成功關鍵，長官之支持能加速科別整合及整體計畫推動（圖3）。



圖 3  
跨領域團隊成員配置

團隊成員之教育訓練是做好高齡急診照護的基礎。教育訓練內容需要把長者的特殊生理、非典型的疾病表現，以及心理社會的需求考慮在內[4, 6]。

核心課程建議如下：高齡急診照護評估模式、非典型表現與多重共病、急性功能下降 (acute functional decline) 、外傷（包括跌倒、骨折等）、認知與行為問題（包含譴妄

症、失智症、憂鬱症）、藥物處理、照護轉銜及安寧緩和照護[4,6]（圖4）。進階課程建議使用4Ms架構來整合性評估及照護高齡急診病人，4Ms架構是美國IHI（Institute for Healthcare Improvement）所提出，包含What Matters（照護計畫要根據病人與家屬的期待來擬訂）、Medication（注意藥物問題）、Mentation（譴妄症、失智症及憂鬱症之預防、篩檢與治療）、Mobility（確保病人能每天安全活動來維持其功能，以及做他想做的事）[10]。

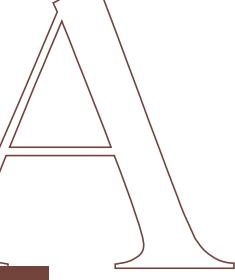


圖4  
高齡急診照護核心課程

高齡友善器材設備與環境應提供高齡病人與照顧者便利之生活所需，如視力、聽力及行動力等需求，建置相關高齡友善之器材與設備，俾使病人及家屬在急診時能得到便利與舒適，並減少醫源性併發症[4, 6, 7]。事實上，這些改善不僅是對高齡病人，對身心障礙者，甚至所有急診病人都有好處[4, 6, 7]（圖5）。



圖5  
高齡急診友善器材設備與環境



## 2

### 過程面 – 高齡照護策略

長者來到急診是一個警訊，這族群中有不少已經有衰弱症或進入衰弱前期，此時若不介入改善，病人就會進入常常送急診或住院之惡性循環。面對超高齡社會的來臨，急診應負起公共衛生最後一道防線的責任，在急診就能篩選出這些病人，給予適當高齡照護及轉銜以提升其預後，進而延緩失能。然而，急診仍以「急重症醫療」為優先，進行高齡照護不應影響急重症醫療，因為各醫院目標及資源不同，並不適合建立統一作法，應依醫院目標及需求選擇適合的照護策略（圖6）。



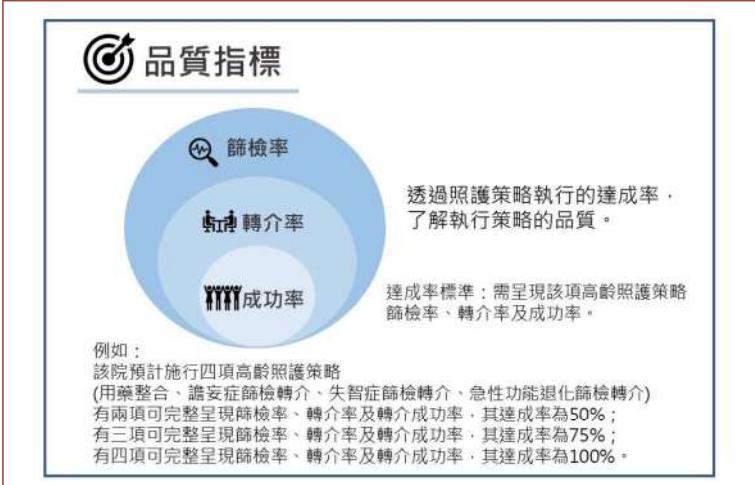
009

圖 6  
常見之高齡照護策略

## 3

### 結果面 – 品質指標、監測指標

透過照護策略執行的達成率以了解執行策略的品質，作為未來改善的參考（圖7）。



定期監測指標有助於了解高齡照護進行之成果狀態，以增加成功機會，有效提升照護品質[4, 6]。監測指標亦可發掘可能存在之問題，以此作為基礎來啟動新的高齡照護策略（圖8）。



圖8  
急診高齡照護品質指標

010

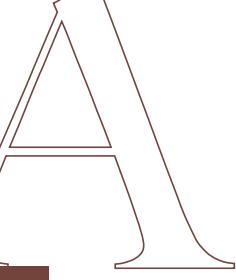
## 4

### 整體架構流程圖

依照病人從入急診到住院或出院，綜合急診ACE架構如下（圖9）。

圖9  
急診ACE整體架構流程圖





## (二) 不同情境 / 資源的作法

因應各醫院之目標及資源不同，在執行高齡友善策略時應依其目標選擇合適的收案對象及照護策略，例如在選擇長者收案年齡部分，一般以65歲以上入急診之長者為主，但若醫院評估75歲以上較適合其收案亦可。又例如，住院之轉銜照護以老年醫學科為優先，但若醫院無老年醫學科可配合，亦可選擇有進行高齡友善或合作意願高之科別，若該醫院原本就有合作之社區或長照資源，可選擇在急診進行社區或長照支援之轉銜照護。因為急診常是轉銜照護之起點或中間站，找好轉銜照護之合作對象，是急診進行高齡照護之重要關鍵。

急診與住院不同，急診分秒必爭，以拯救生命為優先。因急診繁忙，篩檢評估應以簡單快速為優先，冗長的周全性老年評估 (Comprehensive Geriatric Assessment) 並不一定適用於急診[4, 6-8]，建議先以單一高齡照護策略執行，後續再如同拼圖般一塊一塊將其拼湊完整[4, 6-8]，高齡照護策略的選擇可參考「台灣高齡急診品質提升指引」中的「高齡照護策略」，依各院既有資源及目標，選擇適用的照護策略，如此既可減少第一線執行之醫療人員負擔，亦可增加執行的成功率。

## (三) 不同場域跨場域時的轉銜照護

跨場域的照護轉銜是連續性高齡照護的重要關鍵，急診主要功能是篩檢及初步治療，後續再依篩檢結果及個案需求將轉銜至合適的場域進行照護，急診轉銜照護的場域包含住院、門診、居家以及社區，轉銜照護的策略可在定期跨領域團隊會議時討論，成功的轉銜照護有三大因素，第一是設立專責個管師，第二是找對合作的單位，第三是院內長官之支持，長官支持可加速科別整合，排除轉銜照護之問題，此外，除了及早篩檢出個案潛在問題並進行照護轉銜外，建議應設立相關監測指標以定期追蹤，如：篩檢符合條件轉介的人數及比率、篩檢符合條件成功轉介的人數及比率、篩檢符合條件成功轉介的結果，藉由此相關監測指標以了解執行成效。

## 第三篇、急診ACE核心面向

### (一) 跨領域專業成員配置

#### 1 領域專業人員組成

##### 1.1 說明

長者常有多重、慢性且複雜之問題，因此需要跨領域團隊的成員合作，給予全人且連續性照護才能幫助其解決問題

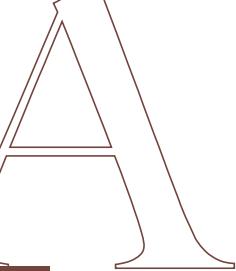
(圖1) [4,6-8]。常見的跨領域團隊成員包括醫師、護理師、個案管理師（或轉銜照護護理師 [transitional care nurse]）、專科護理師、藥師、社工師、物理治療師、職能治療師、營養師與志工等[4, 6-8]。高齡急診除了急診醫師以外，應有相關次專科醫師可提供諮詢，包括老年醫學科、安寧緩和專科及精神科（老年精神專科尤佳）等[4, 6-8]。跨領域團隊若有院內長官支持，更能加速進行科別整合，有利於個案進行轉銜照護 (transitional care)。

##### 1.2 作法

建議應先有一位經過高齡急診醫學訓練的急診醫師來主導整個團隊的進行，此位急診醫師最好同時具有急診醫學專科及老年醫學專科醫師資格，如此才能真正了解在急診如何進行高齡照護之品質改善[4, 6]，如果沒有上述之急診醫師，亦可由通過台灣急診醫學會所規範之「高齡急診照護教育訓練」之醫師來進行，若缺乏高齡人才，急診主管可挑選或指派年輕醫師，進行老年醫學專科醫師或相關高齡醫學訓練，為醫院或急診儲備未來高齡照護人才[11]，此外，急診醫師若有老年醫學專科醫師資格，有助發展第二專長，增加職涯選項。

建議應至少一位經過「高齡急診照護教育訓練」護理師來參與此團隊。此位護理師可由急診護理單位指派，或由急診護理主管兼任，最好是有參加品質改善經驗者[4, 6]。

建議至少有一位專責個案管理師，因為個案管理師為整個團隊實際執行的核心成員[4, 6]。個案管理師由具備護理師資格者轉任最佳，因為護理師經過臨床訓練較能理解病人與家屬問題，較能與醫院各部門協調溝通，如無護理師轉任，可由其他醫事人員（例如社工師）來擔任[12,13]。如無醫事人員可轉任，可依照醫院目標來選擇，原則上以擅長溝通協調者較適合，個案管理師聘請以醫院聘請專任為佳，若醫院無法聘請可以計畫經費聘請，若個案管理師招募有問題，可先以其他人員兼任之。



## 2 團隊會議

因為高齡急診病人經由急診篩檢及治療後需要有後續轉銜照護，故跨領域團隊之成員除急診的「水平」專業整合以外，建議邀請轉銜照護之夥伴參與，以利「垂直整合」，例如與住院端合作，可邀請住院端之醫師或個案管理師參與；與居家醫療合作可邀請居家醫療醫師或護理師參與；與到院前消防局緊急救護技術員（Emergency medical technician, EMT）合作，可邀請消防局EMT參與。

### 2.1 說明

團隊會議目的是要促進團隊運作進行，因此開會的內容可以涵蓋高齡照護策略實施、品質提升方案、病例討論以及讀書會。病例討論內容建議以與「轉銜照護」相關病例為主，以促進急診與後續轉銜照護單位之溝通連結，進而提升照護品質，增加跨領域團隊合作之成功機會。

### 2.2 作法

團隊會議可由個案管理師或跨領域團隊成員整理上期會議後期間之高齡照護策略進度及監測指標進行報告討論，亦可結合院內或國家級品質提升競賽來進行，讀書會內容可找該團隊高齡照護策略相關之研究，選擇文章時可搜尋美國高齡醫學會官方期刊（Journal of the American Geriatrics Society）[14]、美國急診醫師學院官方期刊（Annals of Emergency Medicine）[15]或是高齡急診醫學期刊（Journal of Geriatric Emergency Medicine）[16]等網站。醫院若有畢業後一般醫學訓練之醫師（postgraduate year, PGY）或住院醫師正在接受老年醫學訓練者，可由這些醫師擔任病例報告者，如此不但可達成老年醫學訓練要求，這些醫師亦可成為固定病例報告之人力。

### 2.3 具體範例（範例來源：奇美醫院）

急診醫學部與護理部、老年醫學科、高齡精神科、全人醫療科、藥劑部、復健部、緩和醫療中心、社會服務部與營養科合作成立奇美高齡急診團隊[11]，成員包括有醫師、個案管理師、護理師、專科護理師、藥師、物理治療師、營養師、社工師及志工[11]。其中醫師中5位具急診專科、6位具老年醫學專科、1位具有安寧專科、1位具有老年精神專科、2位具有安寧緩和共照資格[11]。在成員之高齡照護訓練方面，其中3位急診專科主治醫師具有「老年專科醫師」資格，2位急診專科醫師正在老年醫學專科訓練當中；護理長、副護理長、高階護理師及2位個案管理師（皆為護理師轉任）皆接受過台灣急診醫學會規定之高齡急診教育訓練。醫院於2019年進一步成立「高齡急診科」以持續投注心力於提升高齡急診照護品質。

在院長監督下，除了在急診進行跨領域的「水平整合」以外，亦積極與整合醫療病房（包含老年醫學科、全人醫療科與一般內科）進行「垂直整合」，讓高齡急診病人在急診處置後，不論是轉住院、門診或居家醫療，皆能有無縫接軌之連續性照護（圖10），高齡急診團隊每月皆會進行會議，整合醫療病房成員皆參與討論（圖11），其急診成員亦參加每月整合醫療病房之會議（圖12），以促進跨領域團隊合作，每個月高齡急診團隊會議會進行幾項例行議題：

- (1)個案管理師及專責臨床藥師報告上個月各種監測指標；
- (2)高齡照護策略與品質競賽進度；
- (3)案例報告：由整合醫療病房老年醫學科之PGY挑選由急診收治整合醫療病房之病人進行報告討論；
- (4)讀書會：由高齡急診科主任或在老年醫學科受訓之研究醫師挑選文章，並由老年醫學科住院醫師或PGY進行報告。團隊會議時間約2個小時（圖13），此外，團隊亦邀請長者參與品質提升會議（圖14），團隊亦設有LINE群組，群組成員除了團隊成員外，亦加入奇美醫院其他跨領域與跨院區成員，包含佳里奇美醫院與柳營奇美醫院之醫事人員，以分享各種高齡照護訊息（圖15）。



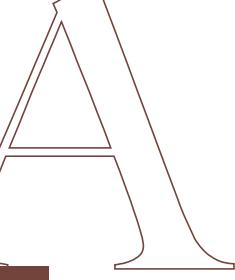
圖 10

跨領域團隊（急診、整合醫療病房、老醫、門診、居家醫療）提供長者連續性照護。



圖 11

高齡急診團隊每個月之例行會議



015

**圖 12**  
高齡急診團隊參與整合醫療病房會議



**圖 13**  
高齡急診團隊會議記錄摘要

奇美高齡急診團隊 Chi Mei integrated Geriatric Emergency care Team, CiGET

## 2021.09.24 高齡急診團隊會議

出席成員：見附件 1 ·  
主持與紀錄：召集人 范律程主任  
主要結論如下：

- 1 高齡急診指標
  - 1.1 般品質指標 (楊佩錡個管師)：見附件 2
  - 1.2 藥物整合指標 (朱育陞藥師)：見附件 3
- 2 急品圓滿妥症：
  - 2.1 婪妥症藥物整合 (朱育陞藥師)：見附件 3
  - 2.2 參加今年全國醫療品質競賽 (陳殿和醫師)：於 2021.10.01 進行中衛圓滿地訪查；於 2021.10.05 進行醫策會國家醫療品質獎競賽第二階段線上發表及面談，
- 3 2021 年國健署 ACE 計畫 (林怡君個管師)：見附件 4
  - 3.1 通訊追蹤進度：目前收案 510 人
  - 3.2 2021.09.16 第三次聯合討論會：圓滿完成報告
- 4 急診出院居家醫療論文已完成，目前正在投稿中。
- 5 Case discussion (王健綱醫師、陳亨聿醫師；見附件 5 )
- 6 讀書會 (黃柏諺醫師)：Hwang U et al. Geriatric Emergency Department Innovations in Care Through Workforce, Informatics, and Structural Enhancement (GEDI WISE) Investigators. Association of a Geriatric Emergency Department Innovation Program With Cost Outcomes Among Medicare Beneficiaries. JAMA Netw Open. 2021 Mar 1;4(3):e2037334. <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2776803>
- 7 下次會議時間地點：2021.10.29 (五) 12:30-14:30 實體 (急診多功能討論室) + Cisco 視訊會議

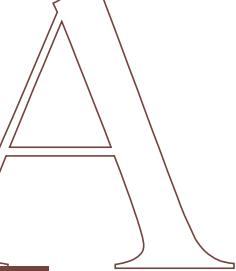


圖 14

邀請長者參與高齡急診團隊  
品質提升會議



圖 15  
高齡急診團隊LINE群組



# 3

## 高齡照護 教育訓練

### 3.1 說明

教育訓練是做好高齡急診照護的基礎。教育訓練需要把長者的特殊生理、非典型的疾病表現、心理社會的需求考慮在內[3, 4, 6]。所有高齡急診照護團隊成員都應要參加高齡急診照護的教育訓練，建議的教育訓練內容如下：高齡急診照護評估模式、非典型表現與多重共病、認知與行為問題、外傷（包括跌倒、骨折等）、急性功能下降（acute functional decline）、安寧緩和照護、照護轉銜及藥物處理等。

### 3.2 作法

建議將教育訓練課程內容分為核心教育訓練（圖16）以及進階課程訓練（圖17-20），急診高齡照護團隊成員皆須受過核心教育訓練。其他醫事人員之高齡急診照護教育訓練課程，建議必修項目為核心課程裡之「急診非典型表現與多重共病」、「急診認知與行為問題」及「急診急性功能下降」，但可依各醫院需求調整之。

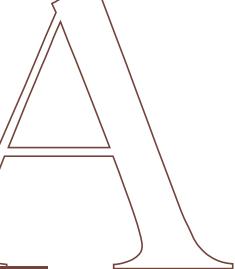
核心課程包含各種常見高齡急診病人問題的處理，因此進階課程建議以**4Ms**架構來整合性評估，以及照護高齡急診病人。**4Ms**架構是美國IHI（Institute for Healthcare Improvement）所提出，包含**What Matters**（照護計畫要根據病人與家屬的期待來擬訂）、**Medication**（注意藥物問題）、**Mentation**（譫妄症、失智症及憂鬱症之預防、篩檢與治療）、**Mobility**（確保病人能每天安全活動來維持其功能，以及做他想做的事）[10]，此架構簡單容易，適合用在忙碌的急診，因此美國急診醫學會也建議採用此架構來照護高齡急診病人[17, 18]，事實上，核心課程八堂課已含有**4Ms**架構，此進階課程是希望醫事人員把核心課程所學到之基本知識，以簡潔的**4Ms**架構來整合，以實證醫學為基礎，避免傷害病人，依照病人及家屬之期待進行臨床照護，並分享自己醫院未來計畫或已經在進行的照護模式。

課程名稱	課程綱要
1. 高齡急診照護評估模式	1. 高齡問題的本質 2. 跨領域團隊的組成 3. 評估與篩檢的模式 4. 了解病人與家屬的期待 5. 水平與垂直整合：全人與連續性照護
2. 急診非典型表現與多重共病	1. 高齡者臨床常見問題 2. 評估注意事項 3. 常見非典型表現
3. 急診認知與行為問題	1. 譫妄症 2. 失智症 3. 褒鬱症
4. 急診外傷 (包括跌倒、骨折等)	1. 跌倒的發生率與盛行率 2. 跌倒的原因及造成的併發症 3. 跌倒的評估篩檢與轉介 4. 跌倒的預防及處置 5. 長照機構的長者外傷及皮膚疾病(如疥瘡)
5. 急診急性功能下降	1. 老年病症候群 2. 功能的測量 3. 生病與急性功能下降 4. 減少導尿管及鼻胃管長期放置 5. 營養篩檢
6. 急診安寧緩和照護	1. 末期病人之定義包含預立醫療照護諮商(ACP)、預立醫療決定(AD) 2. 末期病人之病情告知 3. 緩和療護在急診 4. DNR (Do Not Resuscitate)
7. 急診照護轉銜	1. 轉銜照護的重要性 2. 醫院內之轉銜模式 (如出院準備服務之功能、急診個管師之角色) 3. 醫院外之轉銜模式：長照正式與非正式資源 (包含 hub 介紹、弱勢族群、獨老之轉銜) 4. 轉銜照護之回饋機制(如急診與護理之家) 5. 老人虐待與疏忽之辨認與轉銜
8. 急診藥物處理	1. 多重用藥及潛在不適當用藥之定義、風險及預防 2. 老人急診用藥安全把關及注意事項

018

圖 16

八大面向的核心課程



019

**圖 17**  
進階課程 – 醫師角色與應具備之照護能力與課程大綱

角 色	醫師是團隊之領導及主要決策者，應尊重並綜合跨領域團隊成員之意見，以病人及家屬意願為依歸（What Matters），擬訂個別性之照護計畫並施行。
高齡 照護能力	<ol style="list-style-type: none"> <li>了解各種疾病在高齡族群之表現。</li> <li>執行老年病症候群之評估、篩檢及轉介。</li> <li>與長者及家屬有效溝通，並進行醫病共享決策。提供相關高齡照護評估以預防及延緩失能。</li> <li>與藥師合作評估長者用藥整合。</li> <li>協調及統合各專業意見，以病人及家屬意願為依歸來進行照護。</li> </ol>
課程名稱	醫師如何使用4Ms架構來評估及照護高齡急診病人
課程綱要	<ol style="list-style-type: none"> <li>舉一高齡急診病人做為案例 (同時具有譫妄症、跌倒、多重藥物等老年病症候群問題)</li> <li>4Ms架構之簡介 (What Matters、Medication、Mentation、Mobility)</li> <li>如何在急診以4Ms架構評估及照護病人 (可說明如何以電子病歷輔助篩檢及轉介)</li> <li>分組報告以4Ms架構照護案例病人 (可依各醫院資源設計照護模式)</li> </ol>

**圖 18**  
進階課程 – 護理師角色與應具備之照護能力與課程大綱

角 色	護理師 / 個管師為病人之直接照護者，亦是團隊與長者及家屬間之主要橋梁及窗口。護理師 / 個管師除了基本照護以外，應有能力評估老年病症候群，以病人及家屬意願為依歸（What Matters），協調團隊與病人及家屬之意見，提供衛教及適當協助，並將病人狀況提供團隊成員了解。
高齡 照護能力	<ol style="list-style-type: none"> <li>了解各種疾病在高齡族群之表現。</li> <li>了解並依照病人及家屬意願來進行照護。</li> <li>執行老年病症候群之評估、照護及轉銜照護。</li> <li>協調團隊與病人及家屬的意見。</li> </ol>
課程名稱	護理師 / 個管師如何使用4Ms架構來評估及照護高齡急診病人
課程綱要	<ol style="list-style-type: none"> <li>舉一高齡急診病人做為案例 (同時具有譫妄症、跌倒、多重藥物等問題)</li> <li>4Ms架構之簡介 (What Matters、Medication、Mentation、Mobility)</li> <li>如何在急診以4Ms架構評估及照護病人 (可說明如何以電子病歷輔助篩檢及轉介)</li> <li>分組報告以4Ms架構照護案例病人 (可依各醫院資源設計照護模式)</li> </ol>

角 色	臨床藥師提供用藥諮詢與協助用藥整合，並適時提醒用藥問題。藥師主動協助藥物整合，可提升病人用藥安全，減少藥物不良事件。
高齡 照護能力	<ol style="list-style-type: none"> <li>了解各項老年病症候群及慢性病。</li> <li>發現、解決和預防用藥問題，特別是會影響Mentation及Mobility之用藥。</li> <li>協助建立藥物使用準則及藥物整合。</li> <li>提供醫療人員或病人藥物諮詢。</li> </ol>

課程名稱	藥師如何使用4Ms架構來評估及照護高齡急診病人
課程綱要	<ol style="list-style-type: none"> <li>舉一高齡急診病人做為案例 (同時具有譫妄症、跌倒、多重藥物等問題)</li> <li>4Ms架構之簡介 (What Matters、Medication、Mentation、Mobility)</li> <li>如何在急診以4Ms架構評估及照護病人 (可說明如何以電子病歷輔助篩檢及轉介，特別是藥物部分)</li> <li>分組報告以4Ms架構照護案例病人，著重在Medication的評估及減少Medication對Mentation及Mobility之影響。 (可依各醫院資源設計照護模式)</li> </ol>

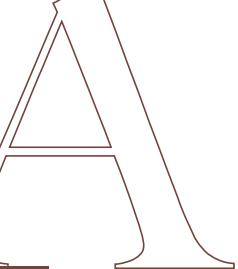
圖 19  
進階課程－藥師角色與應具備之照護能力與課程大綱

020

角 色	社工師可提供經濟協助、病友團體諮詢、促進醫病溝通及協調、出院安置計畫討論、一般社會福利諮詢、協助病人或家屬情緒疏導與諮詢、家庭困擾及關係協調以及保護性個案服務，包含老人虐待、疏忽、遺棄及性侵害等。社工師協助病人及家屬時，應以病人及家屬之意願為依歸 (What Matters) 。
高齡 照護能力	<ol style="list-style-type: none"> <li>評估病人的社會心理、社會和醫療需求。</li> <li>了解並依照病人及家屬意願來進行協助。</li> <li>協助照護個案家屬情緒，及協助家屬取得相關醫療資訊。</li> <li>協助物質與經濟需求照護。</li> <li>提供後續安置相關服務。</li> <li>緊急危機處理。</li> </ol>

課程名稱	社工師如何使用4Ms架構來評估及照護高齡急診病人
課程綱要	<ol style="list-style-type: none"> <li>舉一高齡急診病人做為案例 (同時具有社會支持系統問題、譫妄症、跌倒、多重藥物等問題，社會支持系統問題包含獨老、老老照顧等)</li> <li>4Ms架構之簡介 (What Matters、Medication、Mentation、Mobility)</li> <li>如何在急診以4Ms架構評估及照護病人 (可說明如何以電子病歷輔助篩檢及轉介，著重於社工師可提供之協助)</li> <li>分組報告以4Ms架構照護案例病人，著重在如何協助醫護人員進行後續處理。(可依各醫院資源設計照護模式)</li> </ol>

圖 20  
進階課程－社工師角色與應具備之照護能力與課程大綱



## (二) 高齡友善環境之建置

### 1 器材設備

#### 1.1 說明

高齡友善之急診應針對高齡病人的需求如視力、聽力及行動力等需求建置友善之器材與設備，俾使病人及家屬在急診時能得到便利與舒適，並減少醫源性併發症[4, 6, 7]。事實上，這些改善不僅是對高齡病人，對身心障礙，甚至所有急診病人都有好處[4, 6, 7]。常見的高齡友善器材與設備如下[4, 6, 7]：

- (1) 溝通輔助器材：提供老花眼鏡、聽力輔助器以及放大鏡，以促進醫病溝通。
- (2) 活動支持：有足夠之行動輔具，例如：輪椅、助行器及柺杖等以協助病人活動，並減少跌倒風險。
- (3) 相關高齡友善器材與設備：
  - 坐式或躺式體重機：因為評估病情以及用藥皆須有體重做參考，故坐式或躺式體重機可提供身體虛弱或行動不便者使用。
  - 防壓瘡之床墊與枕頭：以保護病人的皮膚，降低皮膚受傷及壓瘡的發生率。為容易清潔與減少感染，可考慮使用塑膠材質之氣墊。
  - 床邊馬桶：讓不穩定或行動不便之病人可於床邊如廁，可減少病人移動往廁所時跌倒風險，並方便醫護人員監測病人病情。
  - 拋棄式或保險套式集尿器：盡量讓病人自行解尿，可使用拋棄式或保險套式集尿器來收集尿液，以減少放置導尿管而增加之泌尿道感染風險。
  - 低高度床：急診推床高度應讓病人容易站立起身，以減少跌倒機會。
  - 可躺式扶手椅：對一些高齡病人可能更舒適，也方便轉送過程的舒適性。

#### 3.3 具體範例

社團法人台灣急診醫學會依照108年至110年急診ACE試辦經驗，及參考參考美國高齡急診準則[4,6]及美國高齡急診認證[7]研擬適合台灣的高齡急診核心課程教育訓練，協助醫院系統化的推動跨領域人員訓練以及培訓相關專業人員，已出版第一版「高齡急診教育訓練指引」[19]，111年再訂此第二版。教育訓練指引請參照附件二。

## 1.2 作法

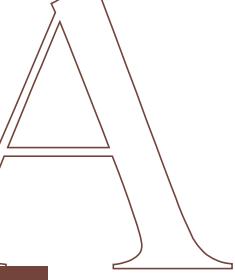
老花眼鏡及聽力輔助器可置放於診察區或留觀區護理站，以提供病人、照護者及醫事人員使用，剛開始，行動輔具如助行器及柺杖等，可能會使急診醫事人員認為會增加病人跌倒風險，事實上，增加這些行動輔具不僅可以幫助病人與家屬來進行活動，更可以減少跌倒風險，病人、家屬及照顧者對急診也會有較高之滿意度，坐式體重機可置放於檢傷處，以便檢傷護理師紀錄病人體重，防壓瘡之床墊與枕頭、床邊馬桶、拋棄式或保險套式集尿器及可躺式扶手椅可儲備於急診某空間，提供給有需求病人使用。

## 1.3 具體範例

以試辦醫院為例，相關之器材與設備如下（圖21），除了台灣高齡急診品質提升指引所列之器材與設備，亦可依照病人需求及創意自行設置其他高齡友善設備。



**圖 21** 試辦醫院之高齡友善器材與設備（接續下一页）



023



圖 21

試辦醫院之高齡友善器材  
與設備（接續下一页）



預防跌倒衛教單張



肌少症與衰弱症預防衛教單張

圖片來源：高雄榮民總醫院

024

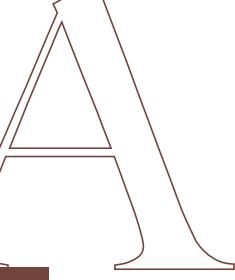


急診離院資源轉銜衛教單

圖片來源：高雄榮民總醫院



圖 21 試辦醫院之高齡友善器材與設備



## 2 環 境

### 2.1 說 明

高齡友善之急診環境應提供病人以及照顧者便利之生活所需，減少醫源性併發症及幫助疾病治療，常見的改善方向如下[4, 6, 7]：

- (1) 可提供食物及飲料：除了提供給病人外，建議應可提供照顧者食物及飲料，或引入販賣機，以避免照顧者因購買食物及飲料離開病人，減少病人自行下床而跌倒之風險。
- (2) 大的指針式時鐘：提供大的指針式時鐘可增加病人定向感，減少病人在急診產生譙妄症，在已出現譙妄之病人，增加定向感亦有助於其治療。
- (3) 可供輪椅輕鬆進出之廁所。
- (4) 相關支持性環境設備：
  - **適當的扶手**：例如馬桶及洗手台兩側皆有扶手、走道須提供扶手。
  - **清楚的標誌與指示**：增加病人及照顧者在急診之便利性。
  - **高架馬桶座**：運用在行動不便、無法蹲下之病人，增加如廁的方便性，減少跌倒風險。
  - **適當照明**：長者需要三到四倍於年輕人的照明才看得清楚，但光散射也會隨著年紀而增加，因此建議增設柔和之燈光照明及採用均勻的間接光。
  - **降低噪音**：雖然長者聽到某些字詞的能力方面有所下降，但對響亮聲音的敏感度確有增加。可使用吸音的材料減少背景雜音，如：窗簾、地毯、天花板等，同時也能增加隱私。
  - **防滑地板**：減少病人跌倒風險。
  - **每張病床可提供2張椅子**：可提供照顧團隊服務病人的空間及增加照顧者的空間。此項目是指在「需要時」可提供2張椅子，以利多人溝通時使用，並非每張病床都隨時要放置2張椅子，醫院可先放1張椅子，但留有空間可擺放第2張椅子。

### 2.2 作 法

在提供食物及飲料的部分，可與廠商合作以提供食物及飲料，合作模式依合約決定，可由廠商人員入急診販賣，若有感染或安全顧慮，可考慮由醫事人員或志工協助代訂，設置自動販賣機亦是可行之作法，其他相關設備可與院方討論購置或改善。

### 2.3 具體範例

以試辦醫院為例，相關之環境設置如下（圖22）。除了台灣高齡急診品質提升指引所列之環境，亦可依照病人需求及創意自行設置其他高齡友善之環境。



可提供食物和飲料：  
床邊餐點販售服務，  
提供食物及飲料

圖片來源：奇美醫院

可供輪椅進出的廁所

圖片來源：新竹國泰醫院

自動販賣機

圖片來源：  
大林慈濟醫院



大的指針式時鐘

圖片來源：淡水馬偕醫院

適當扶手

圖片來源：臺北榮民總醫院

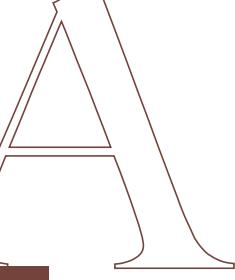


清楚的標誌與指示

圖片來源：臺北榮民總醫院（左）、羅東博愛醫院（右）

圖 22

試辦醫院之高齡友善環境  
(接續下一頁)



027



圖 22 試辦醫院之高齡友善環境

### (三) 高齡照護模式（含追蹤與轉介）

**1**

#### 照護目標與原則

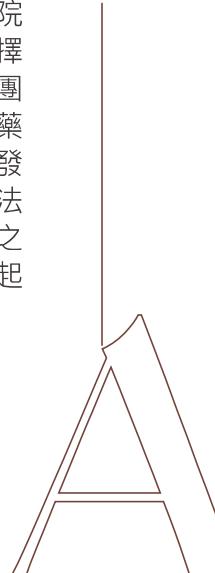
長者來到急診是一個警訊，代表著功能開始下降，以及可能需要增加更多的健康照護資源[4, 6, 8]。這族群中有不少已經有衰弱症或進入衰弱前期。這些病人要比年輕病人需要待在急診更長時間以及住院更久，消耗更多醫療照護資源[4, 6, 8]。面對超高齡社會的來臨，急診應負起公共衛生最後一道防線的責任，在急診就能篩選出這些病人，給予適當高齡照護及轉銜，以延緩失能，減少不良預後，進而減少家屬及全民健康保險的負擔。然而，急診仍以「急重症醫療」為首要，高齡照護策略的進行應以「不妨礙急重症醫療」為原則，先救命，救活了，病人才有下一步。因此，進行高齡照護時不應本末倒置，仍以急重症醫療為優先，進而與急重症醫療相輔相成。

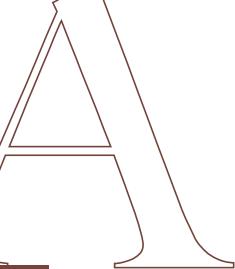
028

**2**

#### 篩檢與評估

當長者入急診，是進行篩檢評估的最好機會（圖2）[4, 6, 8]，在急診早期發現長者潛在性問題給予合適的衛教、治療以及轉銜照護，可延緩長者失能，提高長者晚年的生活品質[4, 6, 8]。急診與病房是截然不同的二個場域，因急診繁忙且緊急，停留時間通常不長，不建議使用高齡醫學的周全性老年評估，急診篩檢評估，建議以單一策略執行，而執行之相關策略可依各醫院文化特性、具備之資源及目標選擇合適的方案來進行[4, 6, 7]。例如，A醫院依照醫院的目標與資源，團隊認為「譴妄症」是優先題目，可選擇先進行「譴妄症之篩檢、治療及轉銜照護」；B醫院的團隊藥師的支持度很強，成功機率高，故選擇優先進行「藥物整合」；C醫院本來就有進行與社區之連結，可優先發展「社區與長照資源的轉銜」，高齡照護範圍很廣，無法一次到位，可依照醫院的目標與既有資源來設定要進行之照護策略會比較具體可行，然後如拼圖一樣，一塊塊拼起來，就會成為該醫院的高齡照護特色。





# 3

## 高齡照護策略

### 3.1 譫妄症

#### 3.1.1 說明

譫妄症在長者很常見，約25%的高齡住院病人有譫妄症[4, 6]，在急診，約8%-17%高齡病人罹患譫妄症[20, 21]。譫妄症會增加死亡率、罹病率，延長住院時間，需要更多約束及增加照護人員，增加功能下降、失能及需要住進長照機構的機率[4, 6]。過去研究發現只有16%-35%罹患譫妄症的高齡急診病人有被正確診斷出來[20]。為提升譫妄症之診斷及預後，美國高齡急診準則建議以高敏感度的「譫妄分類篩檢 (Delirium Triage Screen, DTS)」做篩檢，若DTS為陽性，再進一步做「簡要混亂評估法 (brief Confusion Assessment Method, bCAM)」確認[4, 6]。此外，4AT亦是常用在急診篩檢譫妄症的方式[7, 22]。要注意的觀念是，不管DTS、bCAM或4AT都僅是輔助診斷譫妄症工具，若臨床上很明顯譫妄可直接診斷，這些工具並不一定要使用。此外，這些工具的篩檢項目亦可讓不了解譫妄的醫事人員學習譫妄症的特徵。

029

#### 3.1.2 作法

建議進行提升譫妄症診斷率的步驟如下：(1)確認要輔助評估譫妄症的工具（例如DTS、bCAM、4AT）；(2)確認要用電腦輔助診斷或紙本輔助評估，若是電腦輔助評估要邀請資訊室幫忙；(3)確認執行評估的人員（如個案管理師、護理師、醫師、專科護理師或所有醫事人員皆要）；(4)對執行評估的人員進行教育訓練。以下為DTS（圖23）[6]、bCAM（圖24）[6]及4AT介紹（圖25）[22]。

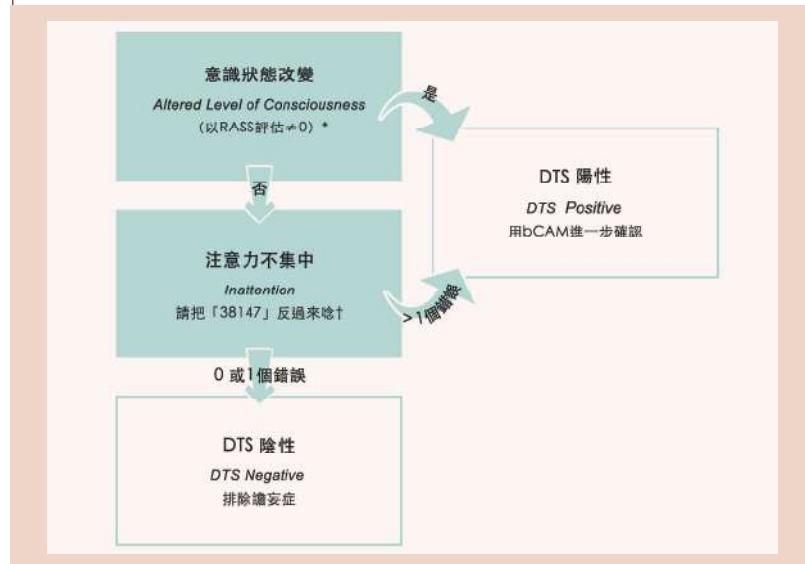


圖23 DTS流程

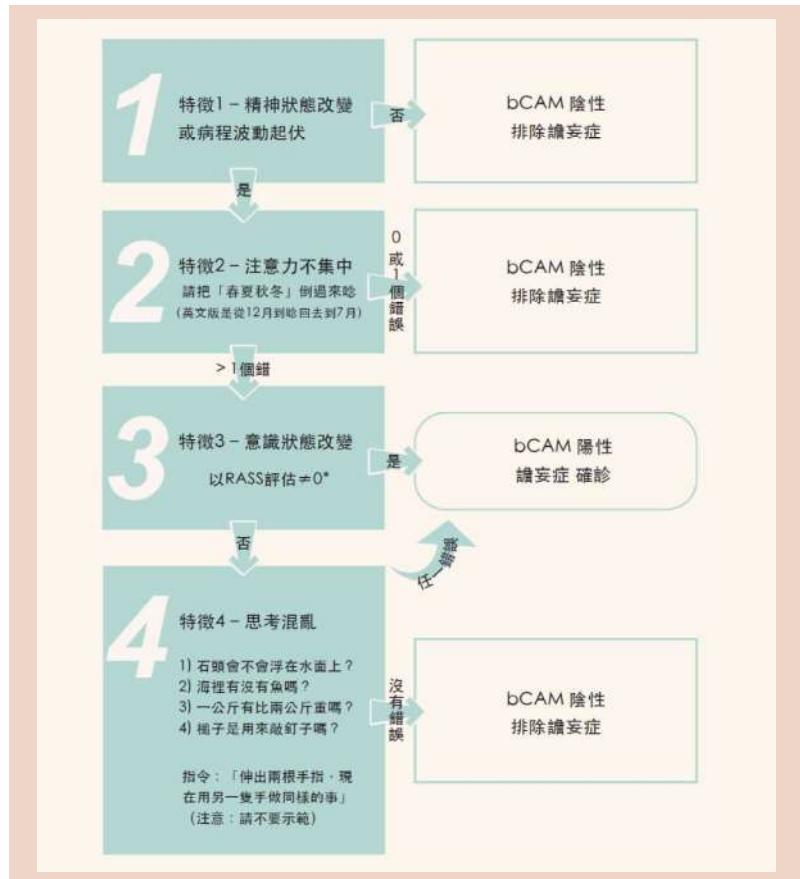


圖 24 bCAM流程

#### 四項譫妄快速診斷方案 (4AT) :

4AT是為譫妄和認知障礙快速初步評估而設計的篩檢工具。

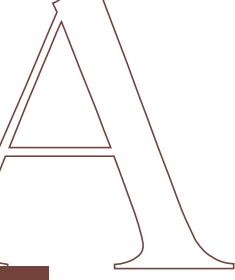
**4分以上顯示譫妄但並非確診：**

確診可能需要對精神狀態更詳細的評估。1至3分顯示認知障礙，需要更詳細的認知測試和知情者提供的病史。0分不能絕對地排除譫妄或認知障礙：由臨床情況決定是否需要更詳細的測試。

##### (1) 清醒度 (Alertness)

包括的病人可能相當昏睡（如：在評估中難以被喚醒和/或明顯很嗜睡），或激動/過度活躍。觀察病人，如果病人在睡覺，嘗試用言語或輕觸病人肩頭來喚醒病人。透過讓病人說出姓名和地址來協助評分。

正常 (在整個評估過程中很清醒，並不躁動)	0
喚醒後有十秒以下的輕微迷糊，之後正常	0
明顯不正常	4



**圖 25**  
評估方式-4AT [22]

### (2) 簡易認知測試 (Abbreviated Mental Test)

年 齡：你今年幾歲？

出生日期：妳生日是幾月幾號？

地點（醫院或建築物名稱）：我們現在在什麼地方？

年 份：今年是哪一年？

	全部答對	0
	答錯一題	1
	答錯兩題或以上 / 無法測量	2

### (3) 專注力 (Attention)

問病人「請你用30減3，然後再減3，連續減10次」（答案為30、27、24等），如有需要，可以給提示，例如「30減3是多少？」

	七個或以上的答案正確	0
	少於七個答案正確或拒絕開始測試	1
	無法測試（因為不適、嗜睡或注意力不集中）	2

### (4) 急性的變化或波動的病情 (Acute change or fluctuating course)

有證據顯示由近兩個星期開始，在清醒度，認知能力或其他精神狀態（例如：被迫害妄想、幻覺）有顯著的變化或波動。這種變化或波動到最近24小時仍然存在。

	否	0
	是	4

僅增進譴妄症診斷率並無法提升病人預後，建議若要進行提升譴妄症診斷率需同時實施譴妄症治療之教育訓練，此外，在急診診斷譴妄症後仍需後續治療照護，故應與住院（病房）或出院（例如居家醫療）做好轉銜照護之合作，這樣的連續性照護才能真正幫助到病人及家屬。

#### 3.1.3 具體範例

範例來源一：奇美醫院-醫學中心

醫院採用電腦輔助之「DTS+bCAM」來幫助評估高齡病人之譴妄症，同時建立相關治療以及轉銜照的護流程（圖26），臨牀上可先評估是否明顯譴妄，若無法確認，護理師在護囑系統可以使用DTS來輔助評估病人是否有譴妄症（圖27），若DTS呈現陽性，醫院資訊系統會自動將陽性

訊息傳送給主責急診醫師，醫師可直接判斷是否為譴妄症或使用bCAM來輔助評估（圖28），當診斷譴妄症後即啟動相關治療照護，專責臨床藥師也會由醫院資訊系統收到訊息，幫忙檢視有無易致譴妄之藥物，並將建議由醫院資訊系統傳送給主責醫師，病人若需要住院，除非是明顯次專科問題需要次專科處理（例如：急性心肌梗塞），盡量收住整合醫療病房進行跨領域團隊的照護、住院端的醫師也會收到藥師提醒訊息，若病人或家屬決定不住院，則評估轉介居家醫療。

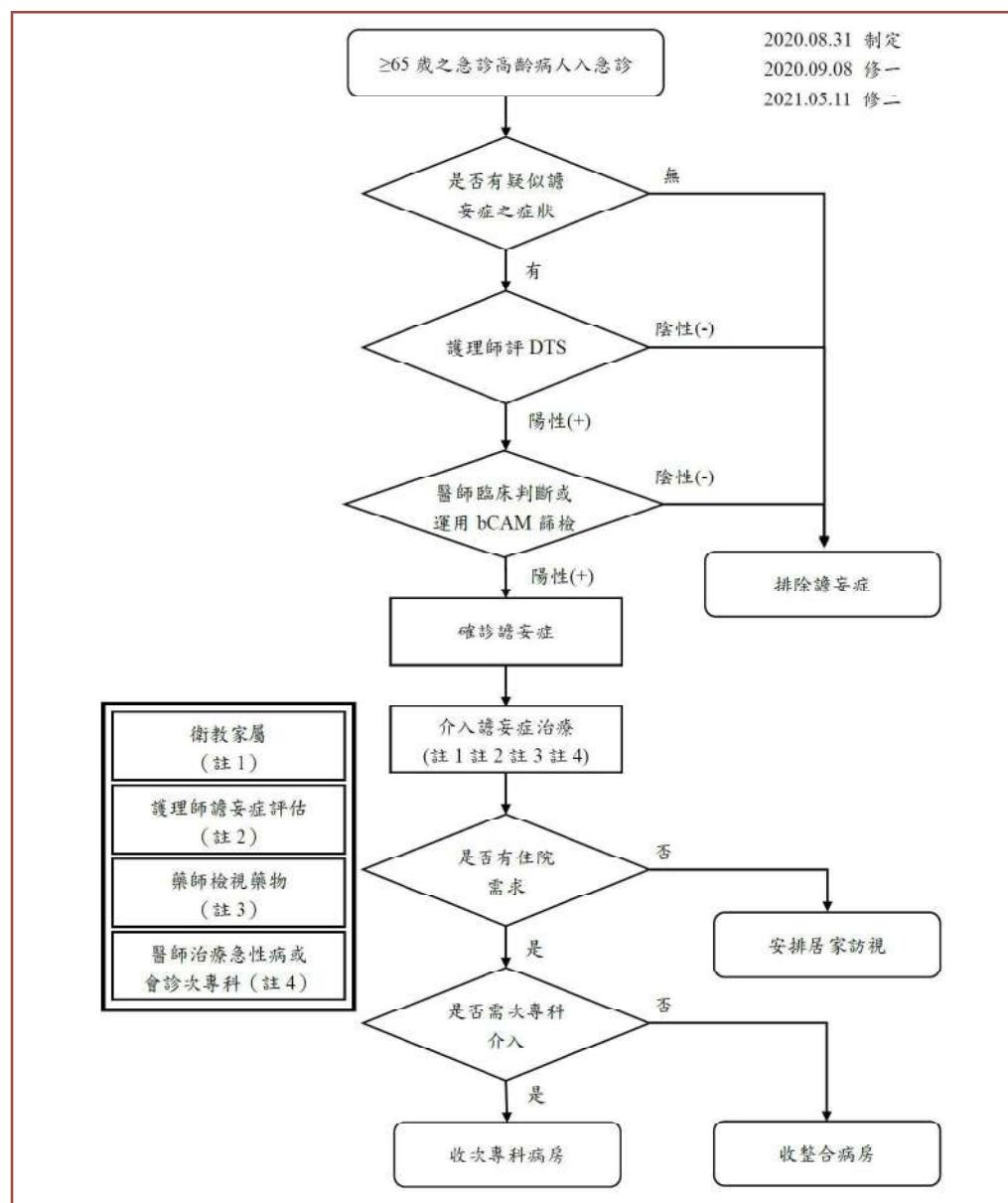
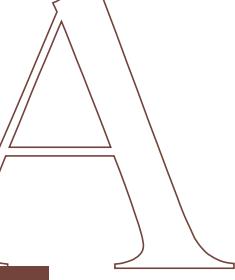


圖 26 謳妄症評估、治療及轉銜照護流程



**Delirium Triage Screening (DTS)**

評估者人事號： 990916 評估者姓名： 陳若玲

一、意識狀態改變  
Altered Level of Consciousness (以RASS評估#0)

- +4 慢度躁動好鬥且危及他人
- +3 跳動且會拔除身上管路
- +2 頻繁的無意義動作
- +1 焦躁但無侵略動作
- 0 清醒
- 1 對聲音有眼神反應且可維持十秒
- 2 對聲音有眼神反應但維持少於十秒
- 3 對聲音有反應但無眼神對焦
- 4 對聲音無反應但對痛有反應

護理評估： 進行第二項評估

二、注意力不集中 (Inattention)  
請把「38147」反來唸

- 0 或1個錯誤
- > 1個錯誤

謬妄評估： DTS篩性(DTS Positive) 可 bCAM 進一步評估

圖 27 護理師可由護囑系統以DTS進行譴妄症評估

**Brief Confusion Assessment Method ( bCAM )**

病歷號： 88888880 姓名： 諸葛宜惠 評估者： A11001 主治醫師： A11001

日期： 10/01/2021 掛號號： 093256

特徵1 - 智能狀態改變或病程波動起伏  
 是  否

特徵2 - 注意力不集中：請把【春夏秋冬】倒過來唸（英文版是從12月到唸回去到7月）  
 >1個錯誤  0或1個錯誤

特徵3 - 意識狀態改變：以RASS評估 # 0  
Altered Level of Consciousness

- +4 慢度躁動好鬥且危及他人
- +3 跳動且會拔除身上管路
- +2 頻繁的無意義動作
- +1 焦躁但無侵略動作
- 0 清醒
- 1 對聲音有眼神反應且可維持十秒
- 2 對聲音有眼神反應但維持少於十秒
- 3 對聲音有反應但無眼神對焦
- 4 對聲音無反應但對痛有反應
- 5 對痛與刺激無反應

特徵4 - 思考混亂（若明顯思考混亂可直接勾選，若不确定可以選下面4項方式評估）  
1) 石頭會浮在水面上嗎？  
2) 海裡有沒有魚？  
3) 一公斤有比兩公斤重嗎？  
4) 橘子是用來敲釘子嗎？  
 任一錯誤  沒有錯誤

謬妄判斷： bCAM 陽性，謬妄症確診

圖 28 醫師可由醫囑系統以bCAM輔助診斷譴妄症

### 範例來源二：萬芳醫院-醫學中心

醫院採用4AT進行譴妄篩檢評估，由護理師進行初評，若有譴妄症疑慮再由醫師和專科護理師進行複評（圖29），經由醫師或專科護理師評估後有需要的個案，則協助轉介神經內科門診（圖30）。

<b>急診高齡譴妄評估(65歲以上)護理師初評</b>																																																								
<p>▲4AT總分&gt;4分，或第四題選項為「是」，請轉交給醫師進行複評。 排除條件：酒精戒斷、藥物濫用/過量、重大外傷需啟動Trauma Team、需緊急插管急救之病患。</p> <table border="1"> <tr> <td>病歷貼紙</td> <td>日期</td> <td>曾經診斷失智：是□ 否□</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><b>1)Alertness 清醒度</b></td> </tr> <tr> <td>正常(完全警覺，但不激動)</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>叫醒後稍微嗜睡&lt;10秒之後正常</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>明顯異常</td> <td>4</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3"><b>2)AMT4</b> (年齡、出生年月日、所在地、今年年份)</td> </tr> <tr> <td>無錯誤</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1個錯誤</td> <td>1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>≥2個錯誤或無法測驗</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3"><b>3)Attention專注力</b> 問病人：「請你用30減3，然後再減3，連續減10次。」 30 - 27 - 24 - 21 - 18 - 15 - 12 - 9 - 6 - 3</td> </tr> <tr> <td>能夠減7次或以上</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>減少於7次</td> <td>1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>無法評估(因為不舒服、嗜睡、注意力不集中)</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3"><b>4)Acute change or fluctuating symptoms急性變化或波動</b> 過去兩個星期開始有清醒度、認知能力或其他精神狀態上明顯改變或波動(例如：被迫害妄想、幻覺)，過去24小時內仍然可見。</td> </tr> <tr> <td>是</td> <td>4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>否</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">4分或以上：可能是譴妄/認知障礙 1至3分：可能是認知障礙 0分：不大可能是譴妄或嚴重認知障礙(但譴妄仍可能存在如果第4項的資訊不完全)</td> <td>總分</td> </tr> <tr> <td colspan="3">評核者簽名</td> </tr> </table>			病歷貼紙	日期	曾經診斷失智：是□ 否□	<b>1)Alertness 清醒度</b>			正常(完全警覺，但不激動)	0		叫醒後稍微嗜睡<10秒之後正常	0		明顯異常	4		<b>2)AMT4</b> (年齡、出生年月日、所在地、今年年份)			無錯誤	0		1個錯誤	1		≥2個錯誤或無法測驗	2		<b>3)Attention專注力</b> 問病人：「請你用30減3，然後再減3，連續減10次。」 30 - 27 - 24 - 21 - 18 - 15 - 12 - 9 - 6 - 3			能夠減7次或以上	0		減少於7次	1		無法評估(因為不舒服、嗜睡、注意力不集中)	2		<b>4)Acute change or fluctuating symptoms急性變化或波動</b> 過去兩個星期開始有清醒度、認知能力或其他精神狀態上明顯改變或波動(例如：被迫害妄想、幻覺)，過去24小時內仍然可見。			是	4		否	0		4分或以上：可能是譴妄/認知障礙 1至3分：可能是認知障礙 0分：不大可能是譴妄或嚴重認知障礙(但譴妄仍可能存在如果第4項的資訊不完全)		總分	評核者簽名		
病歷貼紙	日期	曾經診斷失智：是□ 否□																																																						
<b>1)Alertness 清醒度</b>																																																								
正常(完全警覺，但不激動)	0																																																							
叫醒後稍微嗜睡<10秒之後正常	0																																																							
明顯異常	4																																																							
<b>2)AMT4</b> (年齡、出生年月日、所在地、今年年份)																																																								
無錯誤	0																																																							
1個錯誤	1																																																							
≥2個錯誤或無法測驗	2																																																							
<b>3)Attention專注力</b> 問病人：「請你用30減3，然後再減3，連續減10次。」 30 - 27 - 24 - 21 - 18 - 15 - 12 - 9 - 6 - 3																																																								
能夠減7次或以上	0																																																							
減少於7次	1																																																							
無法評估(因為不舒服、嗜睡、注意力不集中)	2																																																							
<b>4)Acute change or fluctuating symptoms急性變化或波動</b> 過去兩個星期開始有清醒度、認知能力或其他精神狀態上明顯改變或波動(例如：被迫害妄想、幻覺)，過去24小時內仍然可見。																																																								
是	4																																																							
否	0																																																							
4分或以上：可能是譴妄/認知障礙 1至3分：可能是認知障礙 0分：不大可能是譴妄或嚴重認知障礙(但譴妄仍可能存在如果第4項的資訊不完全)		總分																																																						
評核者簽名																																																								
<p>Version 1.1/03/2012</p>																																																								

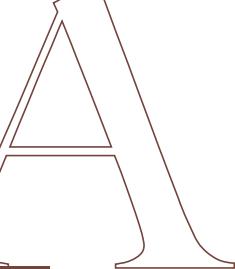
  

<b>急診高齡譴妄評估(65歲以上)醫師複評</b>																																																		
<p>1)▲ Risk 確認譴妄風險因子</p> <table border="1"> <tr> <td>認知障礙/失智/譴妄</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>腦部疾病(頭部受傷、中風、帕金森)</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>營養不良(BMI&lt;20)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>日常生活功能需要他人協助(吃飯、洗澡、穿衣)</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>視力/聽力障礙</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>憂鬱(診斷)</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>多重外傷/頸部骨折</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>嚴重疾病(ICU)</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>感染</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>多重共病(3種以上)</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>尿素和電解質異常</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>多重用藥(6種以上)/高風險用藥(例如:BZD類藥物)</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>以上總共勾選數量</p>			認知障礙/失智/譴妄	<input type="checkbox"/>	腦部疾病(頭部受傷、中風、帕金森)	<input type="checkbox"/>	營養不良(BMI<20)	<input type="checkbox"/>	日常生活功能需要他人協助(吃飯、洗澡、穿衣)	<input type="checkbox"/>	視力/聽力障礙	<input type="checkbox"/>	憂鬱(診斷)	<input type="checkbox"/>	多重外傷/頸部骨折	<input type="checkbox"/>	嚴重疾病(ICU)	<input type="checkbox"/>	感染	<input type="checkbox"/>	多重共病(3種以上)	<input type="checkbox"/>	尿素和電解質異常	<input type="checkbox"/>	多重用藥(6種以上)/高風險用藥(例如:BZD類藥物)	<input type="checkbox"/>																								
認知障礙/失智/譴妄	<input type="checkbox"/>	腦部疾病(頭部受傷、中風、帕金森)	<input type="checkbox"/>																																															
營養不良(BMI<20)	<input type="checkbox"/>	日常生活功能需要他人協助(吃飯、洗澡、穿衣)	<input type="checkbox"/>																																															
視力/聽力障礙	<input type="checkbox"/>	憂鬱(診斷)	<input type="checkbox"/>																																															
多重外傷/頸部骨折	<input type="checkbox"/>	嚴重疾病(ICU)	<input type="checkbox"/>																																															
感染	<input type="checkbox"/>	多重共病(3種以上)	<input type="checkbox"/>																																															
尿素和電解質異常	<input type="checkbox"/>	多重用藥(6種以上)/高風險用藥(例如:BZD類藥物)	<input type="checkbox"/>																																															
<p>2)▲ (PINCH ME)譴妄潛在原因 3)▲ Management 譴妄照護介入</p> <table border="1"> <tr> <td>P(Pain): 是否疼痛？尿滯留？</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>P 評估疼痛並給予止痛</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>IN(Infection): 是否存在可能的感染？</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>IN 評估感染症狀並治療</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>C(Constipation): 超過三天未解便？</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>C 避免便秘</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>H(Hydration/Nutrition): 電解質失衡/缺氧/低血壓/低血糖</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>H 監測生命徵象</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>M(Medication): 規則用藥或近期新增藥物</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>M 避免錯藥劑</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>E(Environment): 是否受(環境、噪音、活動力)影響</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>E 藥物(檢視平常用藥)</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Others(其他)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>E 環境(提供安靜、舒適空間)</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>E 感官功能輔助(輔聽器與眼鏡)</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>O 避免約束</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>O 允許家庭陪伴</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>O 會診專科(神內/精神科)</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>其他_____</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>評核者簽名</p>			P(Pain): 是否疼痛？尿滯留？	<input type="checkbox"/>	P 評估疼痛並給予止痛	<input type="checkbox"/>	IN(Infection): 是否存在可能的感染？	<input type="checkbox"/>	IN 評估感染症狀並治療	<input type="checkbox"/>	C(Constipation): 超過三天未解便？	<input type="checkbox"/>	C 避免便秘	<input type="checkbox"/>	H(Hydration/Nutrition): 電解質失衡/缺氧/低血壓/低血糖	<input type="checkbox"/>	H 監測生命徵象	<input type="checkbox"/>	M(Medication): 規則用藥或近期新增藥物	<input type="checkbox"/>	M 避免錯藥劑	<input type="checkbox"/>	E(Environment): 是否受(環境、噪音、活動力)影響	<input type="checkbox"/>	E 藥物(檢視平常用藥)	<input type="checkbox"/>	Others(其他)	<input type="checkbox"/>	E 環境(提供安靜、舒適空間)	<input type="checkbox"/>			E 感官功能輔助(輔聽器與眼鏡)	<input type="checkbox"/>			O 避免約束	<input type="checkbox"/>			O 允許家庭陪伴	<input type="checkbox"/>			O 會診專科(神內/精神科)	<input type="checkbox"/>			其他_____	<input type="checkbox"/>
P(Pain): 是否疼痛？尿滯留？	<input type="checkbox"/>	P 評估疼痛並給予止痛	<input type="checkbox"/>																																															
IN(Infection): 是否存在可能的感染？	<input type="checkbox"/>	IN 評估感染症狀並治療	<input type="checkbox"/>																																															
C(Constipation): 超過三天未解便？	<input type="checkbox"/>	C 避免便秘	<input type="checkbox"/>																																															
H(Hydration/Nutrition): 電解質失衡/缺氧/低血壓/低血糖	<input type="checkbox"/>	H 監測生命徵象	<input type="checkbox"/>																																															
M(Medication): 規則用藥或近期新增藥物	<input type="checkbox"/>	M 避免錯藥劑	<input type="checkbox"/>																																															
E(Environment): 是否受(環境、噪音、活動力)影響	<input type="checkbox"/>	E 藥物(檢視平常用藥)	<input type="checkbox"/>																																															
Others(其他)	<input type="checkbox"/>	E 環境(提供安靜、舒適空間)	<input type="checkbox"/>																																															
		E 感官功能輔助(輔聽器與眼鏡)	<input type="checkbox"/>																																															
		O 避免約束	<input type="checkbox"/>																																															
		O 允許家庭陪伴	<input type="checkbox"/>																																															
		O 會診專科(神內/精神科)	<input type="checkbox"/>																																															
		其他_____	<input type="checkbox"/>																																															
<p>Version 1.1/03/2012</p>																																																		

圖 29 急診譴妄4AT評估表單

<b>急診高齡照護門診轉介單</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>急診譴妄：</b>(限約神內黃怡臻醫師)，請勾選轉介原因。       <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 疑似認知障礙/失智/譴妄。</li> <li><input type="checkbox"/> 有腦部疾病史(頭部受傷、中風、帕金森、癲癇、腦膜炎等)。</li> <li><input type="checkbox"/> 輕微感染(可門診追蹤，不需住院)。</li> <li><input type="checkbox"/> 多重用藥(6種以上)/高風險用藥(例如:BZD、精神科類藥物)。 轉介者：_____</li> <li><input type="checkbox"/> 多重慢性病史(&gt;3種以上)(例如：二高、心臟疾病、神經內科疾病等)。</li> </ul> </li> <li><b>急診多重藥物：</b>(藥事照護整合門診，回診請安排3至5日後，需有轉介單才免200掛號費)。       <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 慢性處方箋&gt;8種藥物、看診科別&gt;2種。</li> <li><input type="checkbox"/> 外院處方箋想至本院整合。</li> <li><input type="checkbox"/> 疑似藥物不良反應，說明：_____。</li> </ul> </li> <li><b>脆弱性骨折：</b>不需立即住院開刀，門診追蹤(限約骨科陳昱斌醫師、郭宜潔醫師)。       <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 新/舊脊椎壓迫性骨折。</li> <li><input type="checkbox"/> 上肢骨折(肱、尺、桡、腕、掌骨)，跌倒造成，非車禍外力所造成之骨折。</li> <li><input type="checkbox"/> 頸部骨折(含股骨頭、股骨頸、轉子間骨折)，跌倒造成，非車禍外力所造成之骨折。</li> <li><input type="checkbox"/> 疑似骨質疏鬆、肌少症。</li> </ul> </li> </ul>		
病歷貼紙		

圖 30 急診高齡照護門診轉介單



### 範例來源三：大林慈濟醫院-區域醫院

長者進入急診後，由急診醫護人員執行初篩評估，評估內容有臨床衰弱量表（Clinical Frailty Scale, CFS）、高風險長者（Identification of Seniors at Risk, ISAR）及DTS（圖31-33），篩檢陽性則照會高齡照護師進行進一步的4項4Ms評估及CAM篩檢譴妄症（圖34），若CAM篩檢呈陽性會再與急診醫師討論找尋譴妄原因，並給予預防譴妄措施及相關衛教（圖35），期望給予早期發現，給予適合的照護。

評估時間	CFS 兩週前	CFS 現在	臨床衰弱 CFS 高風險長者 ISAR 譴妄 DTS																																																			
			評估日期/時間	2022年09月25日 13時43分	存檔	修改	刪除																																															
							清除																																															
			<table border="1"> <thead> <tr> <th>兩週前 (單選)</th> <th>現在 (單選)</th> <th>分數</th> <th>定義</th> <th>表徵</th> <th>圖形</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>1</td> <td>非常健康</td> <td>健壯、活躍、精力充沛並充滿活力；定期運動並處該年齡階段最健康的狀態。</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>2</td> <td>健康</td> <td>無明顯疾病症狀但健康狀況低於第1類的人；經常運動或偶爾活動。</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>3</td> <td>維持良好</td> <td>有疾病問題但得到很好控制的人；即使偶爾有症狀，但除了規律行走外，通常不規律運動。</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>4</td> <td>非常輕微的衰弱</td> <td>日常生活不依賴他人的幫助，症狀通常會限制活動。常見抱怨行動變慢和在白天感到疲倦。</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>5</td> <td>輕度衰弱</td> <td>活動更明顯變慢的人；需要他人協助IADL。影響購物和獨自外出、備餐、吃藥、輕量家務勞動。</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>6</td> <td>中度衰弱</td> <td>所有室外活動和家務方面需要幫助的人。在室內，上下樓梯有問題；需要他人幫忙洗澡。</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>7</td> <td>重度衰弱</td> <td>無論何種原因（身體或認知功能下降）生活無法自理。身體狀況看起來穩定，死亡風險也不高（6個月內）。</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				兩週前 (單選)	現在 (單選)	分數	定義	表徵	圖形	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	非常健康	健壯、活躍、精力充沛並充滿活力；定期運動並處該年齡階段最健康的狀態。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	健康	無明顯疾病症狀但健康狀況低於第1類的人；經常運動或偶爾活動。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	維持良好	有疾病問題但得到很好控制的人；即使偶爾有症狀，但除了規律行走外，通常不規律運動。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	非常輕微的衰弱	日常生活不依賴他人的幫助，症狀通常會限制活動。常見抱怨行動變慢和在白天感到疲倦。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5	輕度衰弱	活動更明顯變慢的人；需要他人協助IADL。影響購物和獨自外出、備餐、吃藥、輕量家務勞動。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6	中度衰弱	所有室外活動和家務方面需要幫助的人。在室內，上下樓梯有問題；需要他人幫忙洗澡。		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7	重度衰弱	無論何種原因（身體或認知功能下降）生活無法自理。身體狀況看起來穩定，死亡風險也不高（6個月內）。	
兩週前 (單選)	現在 (單選)	分數	定義	表徵	圖形																																																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	非常健康	健壯、活躍、精力充沛並充滿活力；定期運動並處該年齡階段最健康的狀態。																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	健康	無明顯疾病症狀但健康狀況低於第1類的人；經常運動或偶爾活動。																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	維持良好	有疾病問題但得到很好控制的人；即使偶爾有症狀，但除了規律行走外，通常不規律運動。																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	非常輕微的衰弱	日常生活不依賴他人的幫助，症狀通常會限制活動。常見抱怨行動變慢和在白天感到疲倦。																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5	輕度衰弱	活動更明顯變慢的人；需要他人協助IADL。影響購物和獨自外出、備餐、吃藥、輕量家務勞動。																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6	中度衰弱	所有室外活動和家務方面需要幫助的人。在室內，上下樓梯有問題；需要他人幫忙洗澡。																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7	重度衰弱	無論何種原因（身體或認知功能下降）生活無法自理。身體狀況看起來穩定，死亡風險也不高（6個月內）。																																																		

圖 31 急診醫護人員臨床衰弱量表（CFS）初篩表單-資訊化高齡篩檢（檢傷及醫囑系統）

臨床衰弱 CFS 高風險長者 ISAR 譴妄 DTS		評估日期/時間	2022年09月25日 11時45分	存檔	修改
<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 1. 本次疾病之前，平時日常生活是否需要他人協助。 <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 2. 本次疾病之後，是否需要比以前需要更多的幫忙。 <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 3. 過去六個月內，是否曾經住院大於一晚。 <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 4. 是否有嚴重視力問題。 <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 5. 是否有嚴重記憶力問題。 <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 6. 是否服用3種以上藥物		第一階段RASS評估 <input type="radio"/> RASS ≠ 0 可能譴妄 <input type="radio"/> RASS = 0 則評估注意力，“38147”倒過來唸			

上 圖 33 急診醫護人員DTS初篩表單-資訊化高齡篩檢（檢傷及醫囑系統）

下 圖 32 急診醫護人員高風險長者（ISAR）初篩表單-資訊化高齡篩檢（檢傷及醫囑系統）

<u>Medication</u>	<input type="checkbox"/> >=5 <input type="checkbox"/> 藥物服從性差 <input type="checkbox"/> 潛在不適當用藥 <input type="checkbox"/> 第一代抗組織胺 <input type="checkbox"/> 抗帕金森劑 <input type="checkbox"/> 肌肉鬆弛劑 <input type="checkbox"/> 麻醉止痛藥 <input type="checkbox"/> 降血壓藥 <input type="checkbox"/> 降血糖藥 <input type="checkbox"/> 利尿劑 <input type="checkbox"/> 軟便劑/瀉藥 <input type="checkbox"/> 心血管用藥 <input type="checkbox"/> 抗凝血劑 <input type="checkbox"/> 抗憂鬱/抗精神病腦 <input type="checkbox"/> 鎮靜安眠藥 <input type="checkbox"/> 抗癲癇藥物 <input type="checkbox"/> 口服抗癌藥物 <input type="checkbox"/> 健康食品 <input type="checkbox"/> 中藥 <input type="checkbox"/> 其他:		
<u>Mentation</u>	譫妄	<b>混亂狀態評估(CAM)</b>	Positive : 1&2+(3 or 4) <input type="checkbox"/> 1.急性發作 <input type="checkbox"/> 2.注意力不集中(請把38147反過來唸) <input type="checkbox"/> 3.意識狀況改變 <input type="checkbox"/> 4.無組織的思考(例如:石頭會不會浮在水面上、1公斤有比兩公斤重嗎)

圖 34 4Ms評估-Mentation的混亂狀態評估 (CAM)

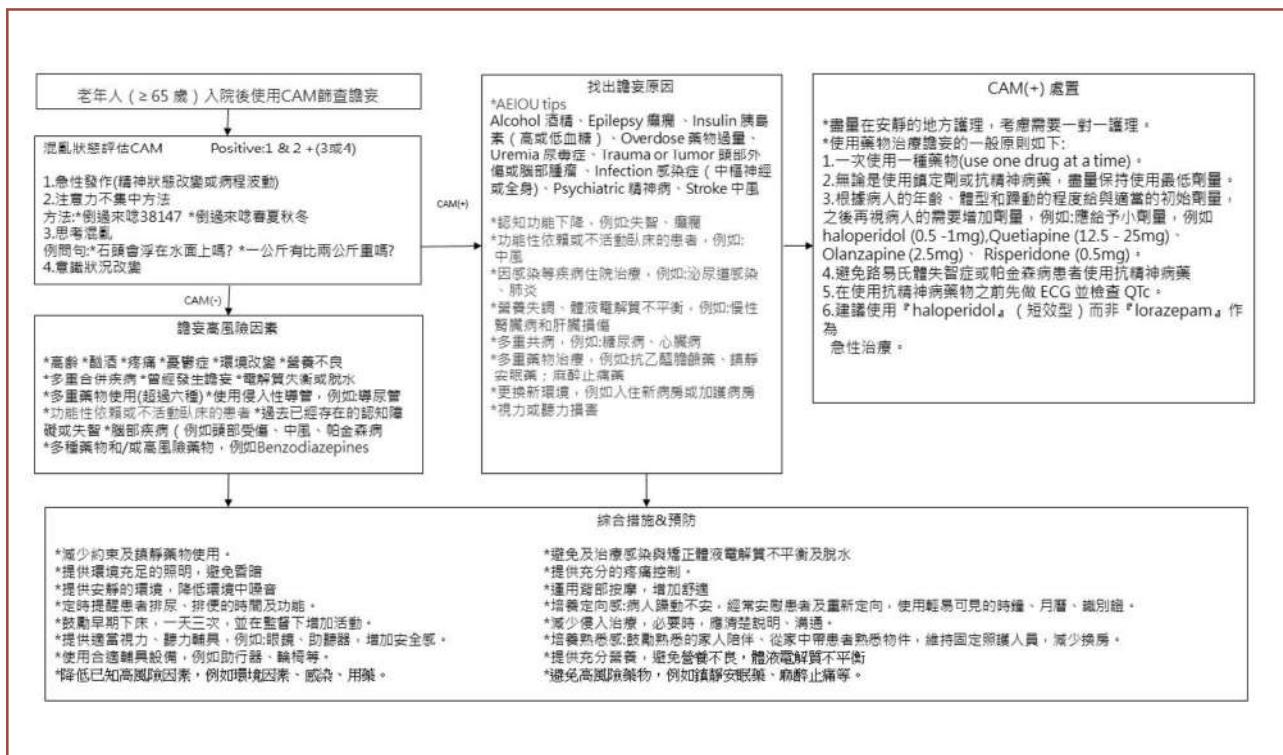
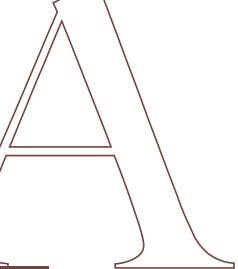


圖 35 譫妄症診斷與照護流程



### 3.2 失智症

#### 3.2.1 說明

失智症是緩慢進行且目前仍無法治癒的疾病，然而，早期發現與治療可以延緩疾病的進行、維持病人的功能與生活品質以及減輕照顧者壓力[23]。失智症常不易察覺，研究發現只有約1/3的病人獲得診斷，因此，如何提高第一線醫師對失智症病人的敏感度與診斷能力是相當重要的課題[23]。

#### 3.2.2 作法

在急診進行失智症篩檢有幾項建議工具，包含Mini Cog、Ottawa 3DY、SIS、Short Blessed Test 及 MMSE (Mini-Mental State Examination) 等[5-7]，因急診忙碌，以快速簡單的工具為首選，以下舉Mini Cog為例[24]：

- 步驟1：3個名詞記憶（如：腳踏車、紅色、快樂）
- 步驟2：畫時鐘（如：畫一個圓形時鐘，將1至12數字寫出來，並畫出指示時間的指針）
- 步驟3：3個名詞回憶

名詞回憶：0-3 分

畫時鐘：0-2 分

總分：0-5 分

(若病人<4分表示可能失智症，需進一步檢查確認)

篩檢陽性病人若可由急診出院，可以建議病人至腦神經內科、老年醫學科或失智症專門門診進行進一步的檢查，病人若住院，可於急診加入「疑似失智症」診斷，建議住院端醫師進一步檢查確診。

在急診篩檢失智症的問題是容易因為急性病症影響認知功能導致誤判，故待急性病症緩解後，需進一步檢查確認。

#### 3.2.3 具體範例

##### 範例來源一：臺北榮民總醫院-醫學中心

醫院採用簡易心智狀態問卷調查表 (Short Portable Mental State Questionnaire, SPMSQ) 來篩檢失智症，高齡病人於急診高齡照護專區時，由專科護理師先進行ICOPE (Integrated Care for Older People) [25]評估確認高齡病人問題及需求 (圖36-37)，發現有疑似認知功能異常者，再進一步進行SPMSQ篩檢評估，接下來再針對篩檢異常者進行收案，並做適當轉介照護 (圖38)。



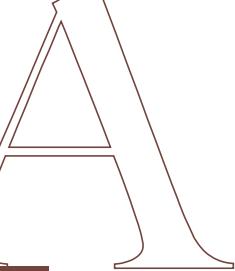
圖 36 高齡急診病人篩檢轉介流程

首頁   <input type="text"/>   <input style="background-color: #0070C0; color: white; font-weight: bold; padding: 2px 5px;" type="button" value="查詢"/>   我的病人   急診醫學 外傷 兒科 婦產科   A B C D E I P S T W Z 統計   留觀列印   主要功能   DOC5649K / 黃獻峰 / 節錄 (編號)		
評估項目	初評內容	初評結果
A.認知功能	1.記憶力：說出3項物品：鉛筆、汽車、畫，請長者重複，並記住。第3題後再詢問一次。	<input type="radio"/> 是 <input checked="" type="radio"/> 否
	2.定向力：詢問長者「今天的日期？」（含年月日），長者回答是否正確？	<input type="radio"/> 是 <input checked="" type="radio"/> 否
	3.定向力：詢問長者「您現在在這裡？」，長者回答是否正確？	<input type="radio"/> 是 <input checked="" type="radio"/> 否
**詢問長者第1題記憶力的3項物品		是否能記住3項物品 <input type="radio"/> 是 <input checked="" type="radio"/> 否
B.行動功能	椅子起身測試：12秒內，可以雙手抱胸，連續起立坐下5次。	<input type="radio"/> 是 <input checked="" type="radio"/> 否
	1.過去三個月，您的體重是否在無意中減輕了3公斤以上？	<input type="radio"/> 是 <input checked="" type="radio"/> 否
C.營養不良	2.過去三個月，您是否有吞嚥困難或食慾不振？	<input type="radio"/> 是 <input checked="" type="radio"/> 否
	1.您是否罹患糖尿病？	<input type="radio"/> 是 <input checked="" type="radio"/> 否
D.摺力障礙	2.您的眼睛是否有任何問題，看遠方、看近或閱讀上有困難，或有眼鏡疾病？	<input type="radio"/> 是 <input checked="" type="radio"/> 否
	請跟着念念6-1-9 (用單音測試，若未能正常複讀，再測2-5-7-仍未能正確複讀，即填「否」)	<input type="radio"/> 是否能正確得到 <input type="radio"/> 是 <input checked="" type="radio"/> 否
E.聽力障礙	1.過去兩週，您是否感到耳鳴（心煩或耳語「阿囉」），或沒有希望？	<input type="radio"/> 是 <input checked="" type="radio"/> 否
	2.過去兩週，您是否減少很多的活動和興趣的事？	<input type="radio"/> 是 <input checked="" type="radio"/> 否
F.憂鬱	1.過去兩週，您是否感到憂鬱（心煩或耳語「阿囉」），或沒有希望？	<input type="radio"/> 是 <input checked="" type="radio"/> 否
	2.過去兩週，您是否減少很多的活動和興趣的事？	<input type="radio"/> 是 <input checked="" type="radio"/> 否
G.社會性環境與支持	A-F項無誤評估為陽性	<input checked="" type="radio"/> 是
	1.您每天使用的藥物是否10種（含）以上（包括中藥兼任西藥）？ (註：中藥算為1種藥物)	<input type="radio"/> 是 <input checked="" type="radio"/> 否
H.用藥	2.您服用的藥品中是否包含止痛藥、幫助睡眠用藥等？	<input type="radio"/> 是 <input checked="" type="radio"/> 否
	3.您是否因為服用藥品而發生平衡或改變、頭暈、眩暈、低血壓或口乾舌燥等症狀？	<input type="radio"/> 是 <input checked="" type="radio"/> 否

圖 37 ICOPE評估電子表單

首頁   <input type="text"/>   <input style="background-color: #0070C0; color: white; font-weight: bold; padding: 2px 5px;" type="button" value="查詢"/>   我的病人   急診醫學 外傷 兒科 婦產科   A B C D E I P S T W Z 統計   留觀列印   主要功能   DOC5649K / 黃獻峰 / 節錄 (編號)																																															
ICOPE表單 / 蘇格心智狀態問卷調查表 (SPMSQ)																																															
請回答評估：*可以以0-999.無法評估																																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">問題</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">分數 ( * 誤解的總分 )</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.今天是幾號？(年、月、日都對才算正確)</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/>0</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="radio"/>1</td> </tr> <tr> <td>2.今天是星期幾？(星期對才算正確)</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/>0</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="radio"/>1</td> </tr> <tr> <td>3.這是什麼地方？(對所在地有任何的描述都算正確；說「我的家」或正確說出城鎮、醫院、機構的名稱都可接受)</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/>0</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="radio"/>1</td> </tr> <tr> <td>4.1.您的電話號碼幾位？(經詢問後後確實無誤即算正確；或在會談時，能在二次間隔較長時間內重複即算正確) 4.2.(如長輩沒有電話才問此問題) 您住在什麼地方？</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/>0</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="radio"/>1</td> </tr> <tr> <td>5.您幾歲了？(年齡與出生年月日符合才算正確)</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/>0</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="radio"/>1</td> </tr> <tr> <td>6.您的出生年月日？(年、月、日都對才算正確)</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/>0</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="radio"/>1</td> </tr> <tr> <td>7.現住的地址是誰？(姓名正確即可)</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/>0</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="radio"/>1</td> </tr> <tr> <td>8.前任的親戚是誰？(姓名正確即可)</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/>0</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="radio"/>1</td> </tr> <tr> <td>9.您媽媽叫什麼名字？(不需要特別強調，只須說出一個與他不同的女性姓名即可)</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/>0</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="radio"/>1</td> </tr> <tr> <td>10.從20減3開始算，一直減3減下去。(期間如有出現任何錯誤或無法繼續進行即算錯誤)</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/>0</td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="radio"/>1</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">總分 (0-10)</td> <td style="text-align: center;">得分 <b>10</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">0.0-2分 (正常)    1.3-4分 (輕度認知障礙)</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">2.5-7分 (輕度認知障礙)    3.8-10分 (嚴重認知障礙)</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: right;">程度 <b>3</b></td> </tr> </tbody> </table>			問題	分數 ( * 誤解的總分 )		1.今天是幾號？(年、月、日都對才算正確)	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	2.今天是星期幾？(星期對才算正確)	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	3.這是什麼地方？(對所在地有任何的描述都算正確；說「我的家」或正確說出城鎮、醫院、機構的名稱都可接受)	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	4.1.您的電話號碼幾位？(經詢問後後確實無誤即算正確；或在會談時，能在二次間隔較長時間內重複即算正確) 4.2.(如長輩沒有電話才問此問題) 您住在什麼地方？	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	5.您幾歲了？(年齡與出生年月日符合才算正確)	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	6.您的出生年月日？(年、月、日都對才算正確)	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	7.現住的地址是誰？(姓名正確即可)	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	8.前任的親戚是誰？(姓名正確即可)	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	9.您媽媽叫什麼名字？(不需要特別強調，只須說出一個與他不同的女性姓名即可)	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	10.從20減3開始算，一直減3減下去。(期間如有出現任何錯誤或無法繼續進行即算錯誤)	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1	總分 (0-10)		得分 <b>10</b>			0.0-2分 (正常)    1.3-4分 (輕度認知障礙)			2.5-7分 (輕度認知障礙)    3.8-10分 (嚴重認知障礙)	程度 <b>3</b>		
問題	分數 ( * 誤解的總分 )																																														
1.今天是幾號？(年、月、日都對才算正確)	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1																																													
2.今天是星期幾？(星期對才算正確)	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1																																													
3.這是什麼地方？(對所在地有任何的描述都算正確；說「我的家」或正確說出城鎮、醫院、機構的名稱都可接受)	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1																																													
4.1.您的電話號碼幾位？(經詢問後後確實無誤即算正確；或在會談時，能在二次間隔較長時間內重複即算正確) 4.2.(如長輩沒有電話才問此問題) 您住在什麼地方？	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1																																													
5.您幾歲了？(年齡與出生年月日符合才算正確)	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1																																													
6.您的出生年月日？(年、月、日都對才算正確)	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1																																													
7.現住的地址是誰？(姓名正確即可)	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1																																													
8.前任的親戚是誰？(姓名正確即可)	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1																																													
9.您媽媽叫什麼名字？(不需要特別強調，只須說出一個與他不同的女性姓名即可)	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1																																													
10.從20減3開始算，一直減3減下去。(期間如有出現任何錯誤或無法繼續進行即算錯誤)	<input type="radio"/> 0	<input checked="" type="radio"/> 1																																													
總分 (0-10)		得分 <b>10</b>																																													
		0.0-2分 (正常)    1.3-4分 (輕度認知障礙)																																													
		2.5-7分 (輕度認知障礙)    3.8-10分 (嚴重認知障礙)																																													
程度 <b>3</b>																																															
<input type="button" value="完成"/>																																															

圖 38 SPMSQ篩檢失智症



039

### 範例來源二：新竹國泰醫院-地區醫院

醫院採用 Mini Cog 來協助篩檢失智症，高齡病人進入急診先進行 Identification of Seniors at Risk (ISAR) 的評估 [4,6]，當ISAR評估大於2分，再進一步進行周全性的老年評估 (CGA)（圖39），CGA中使用 Mini Cog 篩檢失智症，並做適當轉銜照護。

#### 第四部份-認知

1. 請記得以下這五樣東西，等一下我會再詢問您。  
蘋果，鋼筆，領結，房子，汽車

2. 請在紙上畫出六點五十分。  
時的部分正確：2分；分的部分正確 2 分

3. 剛才我請您記住的五樣東西為何？  
記得一項 1 分

4. 我要唸一段故事給您聽，請您注意聆聽，最後我會問您一個問題。  
珍是一名成功的股票經紀人，她在股票市場賺了很多錢，她認識了傑克，一位非常帥氣的男士，並且嫁給了他，並且生了三個小孩，他們一起住在芝加哥，後來她停止工作，並且留在家裡養育三個小孩，當小孩長大到青少年時，她回到原本的工作。她和傑克過得快樂的生活。  
請問故事中，珍住在哪裡？  
答對 1 分

得分：\_\_\_\_\_

圖 39 Mini Cog 篩檢失智症

### 3.3 急性功能退化

#### 3.3.1 說明

長者來急診是一個警訊，代表其功能開始退化，可能需要使用更多醫療資源[4,6]，在急診篩檢出功能退化的病人，給予早期轉介處理，可以提升其預後，並減少後續醫療資源使用[4,6]，最常用來篩檢功能退化的工具是ISAR，其他工具例如 AUA (Assessment Urgency Algorithm) 、interRAI Screener 及 EGA (Emergency Geriatric Assessment) 等[4, 6, 26]。

#### 3.3.2 作法

以ISAR為例，ISAR使用了6個項目來篩檢，如果病人有 $\geq 2$ 個項目為陽性，屬於高風險病人，建議進一步進行周全性老年評估，並收入個案管理追蹤治療[4, 6]。因為各個醫院的資源不同，建議ISAR篩檢的閾值可依各醫院需求調整。

1. 在受傷或生病之前，你是否定期需要有人幫忙？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
2. 自受傷或生病後，你是否需要比之前更多的幫忙？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
3. 過去 6 個月內，你是否曾經住院待過一晚或多晚？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
4. 一般來說，你的視力可好？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
5. 一般來說，你的記憶力是否有嚴重問題？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
6. 你一天是否服用超過 3 種藥物？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
<b><math>\geq 2</math> 個項目為高風險病人，建議進一步進行周全性老年評估，並收入個案管理追蹤治療</b>	

040

#### 3.3.3 具體範例

##### 範例來源一：臺北國泰醫院-醫學中心

醫院以ISAR為主軸，並加上CFS來篩檢敗血症之高齡病人功能退化及衰弱風險，運用資訊系統協助醫護人員進行篩檢，再依篩檢結果進行相關的治療及轉介（圖40-42）。

圖續下頁

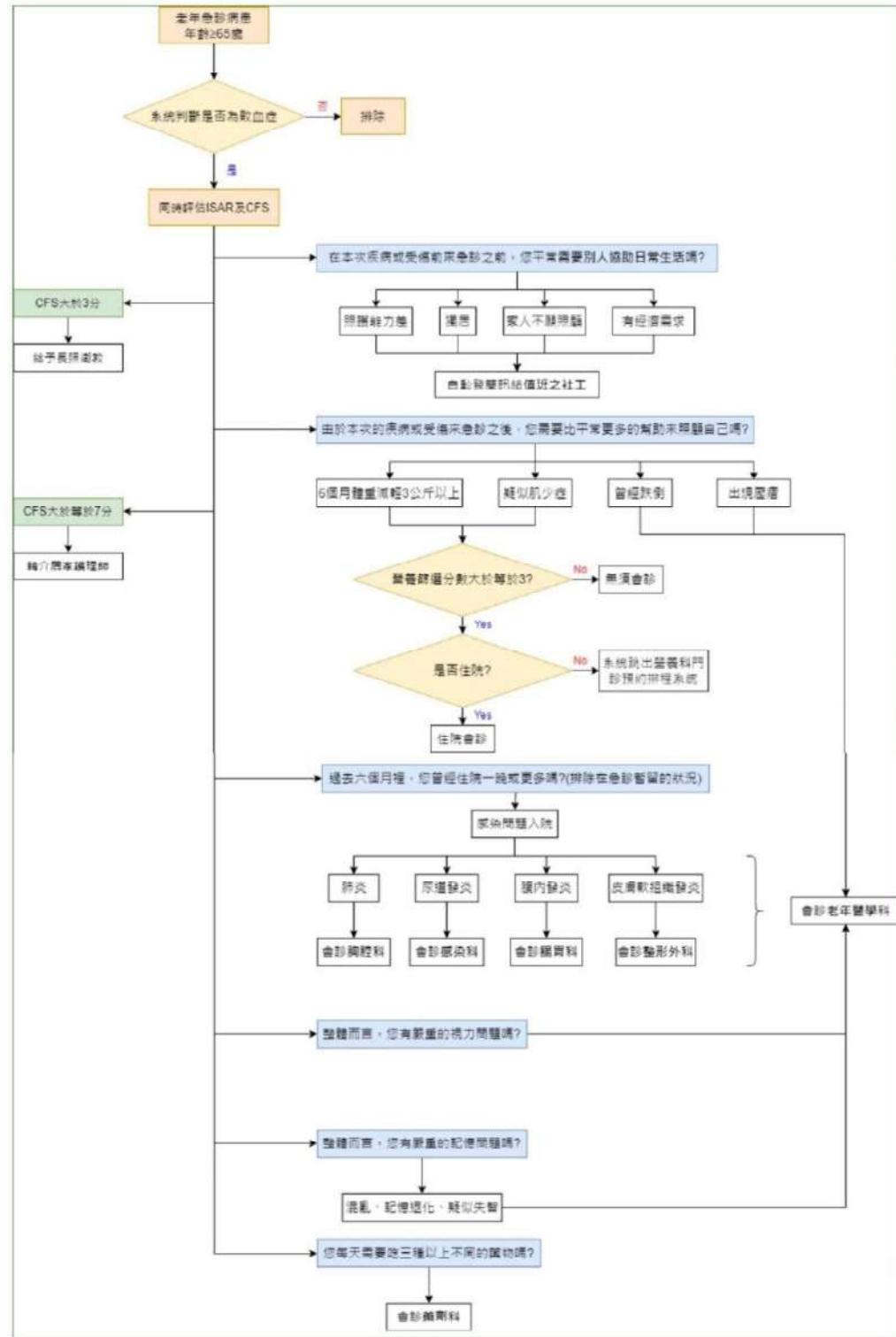


圖 40 篩檢及轉介 - ISAR及CFS

**ISAR評估**

存檔 | 關閉

CFS分數： 5：輕度衰弱 ▼ 隨末衰弱量表

1.在本次疾病或受傷前來急診之前，您平常需要別人協助日常生活嗎？	●是 ○否
□照護能力差 □獨居 □家人不照顧 □有經濟需求	
是否可站立或行走? ●是 ○否	
2.由於本次的疾病或受傷來急診之後，您需要比平常更多的幫助來照顧自己嗎？	●是 ○否
□出現壓瘡 □六個月體重減輕三公斤 □疑似肌少症 □曾經跌倒	
3.過去六個月裡，您曾經住院一晚或更多嗎？(排除在急診暫留的狀況)	●是 ○否
□肺炎 □尿道發炎 □腹內發炎 □皮膚軟組織發炎 <input checked="" type="checkbox"/> 其他	
4.整體而言，您有嚴重的視力問題嗎？	○是 ●否
5.整體而言，您有嚴重的混亂、記憶退化、疑似失智的問題嗎？	○是 ●否
6.您每天需要吃3種以上不同的藥物嗎？	●是 ○否
每天需要吃10種以上不同的藥物？ ●是 ○否	
總分	4

圖 41

醫院資訊系統ISAR評估畫面

042

**ISAR評估**

存檔 | 關閉

CFS分數

病人疑似衰弱症，建議會診/轉介：

1.在本次疾病或受傷前來急診之前，您平常需要別人協助日常生活嗎？

照護 ※過去六個月曾經住院：建議轉介老人醫學科

是否可站立或行走？

※每天需要吃3種以上不同的藥物：建議轉介藥劑科或老人醫學科

2.由於本次的疾病或受傷來急診之後，您需要比平常更多的幫助來照顧自己嗎？

出現壓瘡

3.過去六個月裡，您曾經住院一晚或更多嗎？(排除在急診暫留的狀況)

肺炎

4.整體而言，您有嚴重的視力問題嗎？

5.整體而言，您有嚴重的混亂、記憶退化、疑似失智的問題嗎？

6.您每天需要吃3種以上不同的藥物嗎？

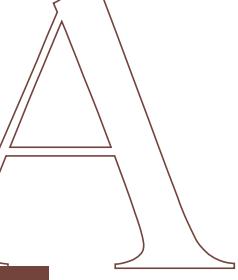
每天需要吃10種以上不同的藥物？

總分

關閉

圖 42

醫院資訊系統之轉介畫面



## 範例來源二：臺北市立萬芳醫院－醫學中心

醫院使用ISAR，並依據4Ms來篩檢長者問題，4Ms之內容如下[10, 17, 18]：

- (1) **What Matters**：獨居身分辨別，詢問目前所需協助，是否需要長照資源協助，或醫療處置是否符合長者的生活目標。
- (2) **Medication**：評估病人平日的用藥是否超過6-8種以上、是否有多間醫院看診拿藥、服用藥物出現副作用情形（例如消化道出血等），篩檢若發現病人有藥物問題，且病人或家屬同意，即轉介病人至藥事整合照護門診。
- (3) **Mentation**：使用簡易心智狀態問卷之調查表（SPMSQ）來篩檢失智症[23]，簡式健康量表（Brief Symptom Rating Scale, BSRS）來篩檢憂鬱症[27]。
- (4) **Mobility**：詢問跌倒史、Katz日常生活活動獨立指數（Katz Index of Independent of Activities of Daily Living）[28]、衰弱評估（Study of Osteoporotic Fractures, SOF）[29]、迷你營養評估表（Mini Nutritional Assessment, MNA）[30]。

評估完再依據病人問題及需求轉介至其他單位（圖43）。

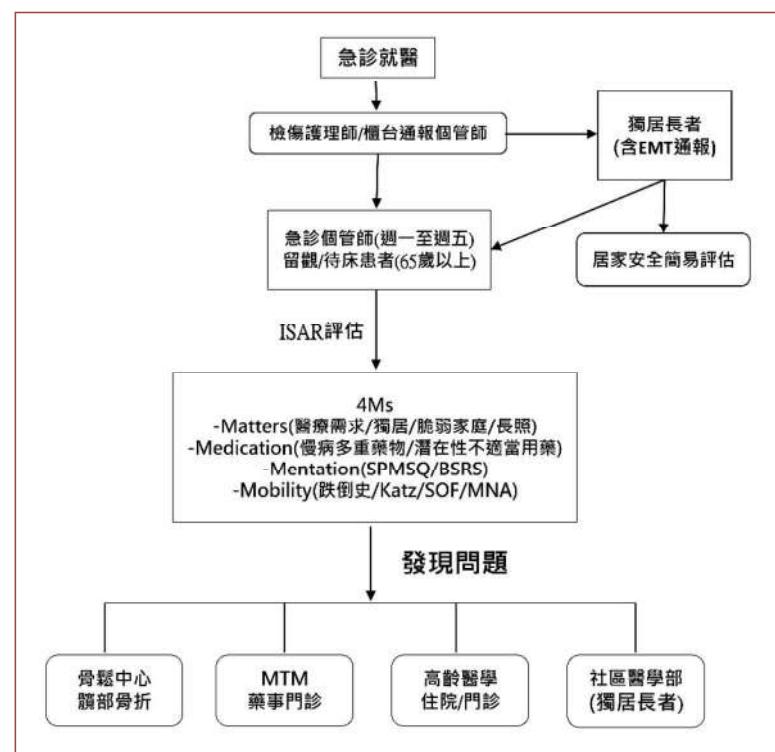


圖43 篩檢及轉介流程-ISAR及4Ms

## 範例來源三：臺北市立聯合醫院中興院區－區域醫院

醫院採用ISAR來協助篩檢評估長者功能退化（圖44），首先進行部門教育，召開專案會議，讓急診科全體醫師、護理師及個案管理師皆能了解本計畫並且主動參與，以Google表單來製作ISAR篩檢，由護理師評估留觀區之高齡急診病人，ISAR篩檢分數 $\geq 2$ 即啟動收案（圖45）。

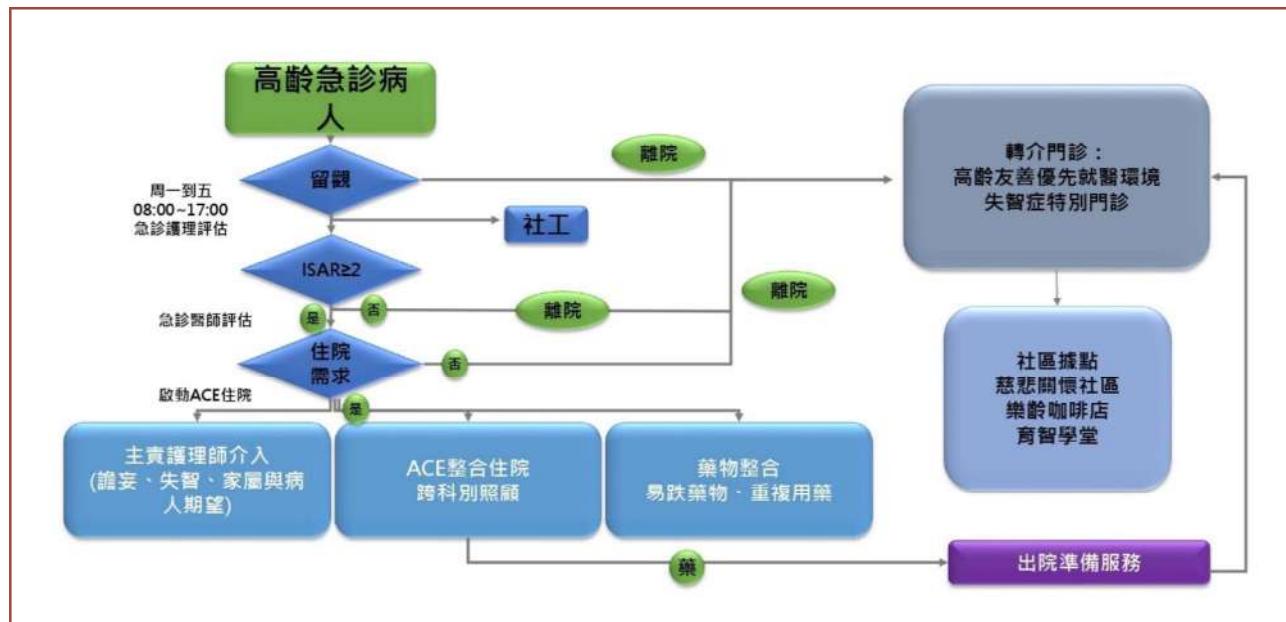
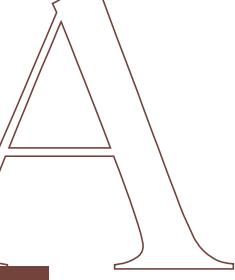


圖 44 篩檢及轉介流程 - ISAR

The figure displays four screenshots of a Google Form used for ISAR screening:

- Screen 1:** "中興急診老人ISAR評估". It includes fields for "病歷號" (Medical Record Number), "病人姓名" (Patient Name), "性別" (Gender), and "評核者大名" (Reviewer's Name). It also contains a section for "ISAR評核(Age)" with a question about memory loss.
- Screen 2:** "中興急診老人ISAR評估". It shows a question about difficulty getting out of bed with a wheelchair icon and a "24H" icon.
- Screen 3:** "請問您是否常常忘記事情？". It features a cartoon head with a question mark and two radio button options: "是" (Yes) and "否" (No).
- Screen 4:** "請問您是否覺得看不懂？". It shows a person icon and a question about reading comprehension, with two radio button options: "是" (Yes) and "否" (No).

圖 45 使用Google表單進行ISAR篩檢



#### 範例來源四：新竹國泰醫院－地區醫院

醫院使用ISAR來篩檢功能退化，若長者之ISAR>2分，則進一步進行周全性老年評估及後續轉銜照護（圖46）。

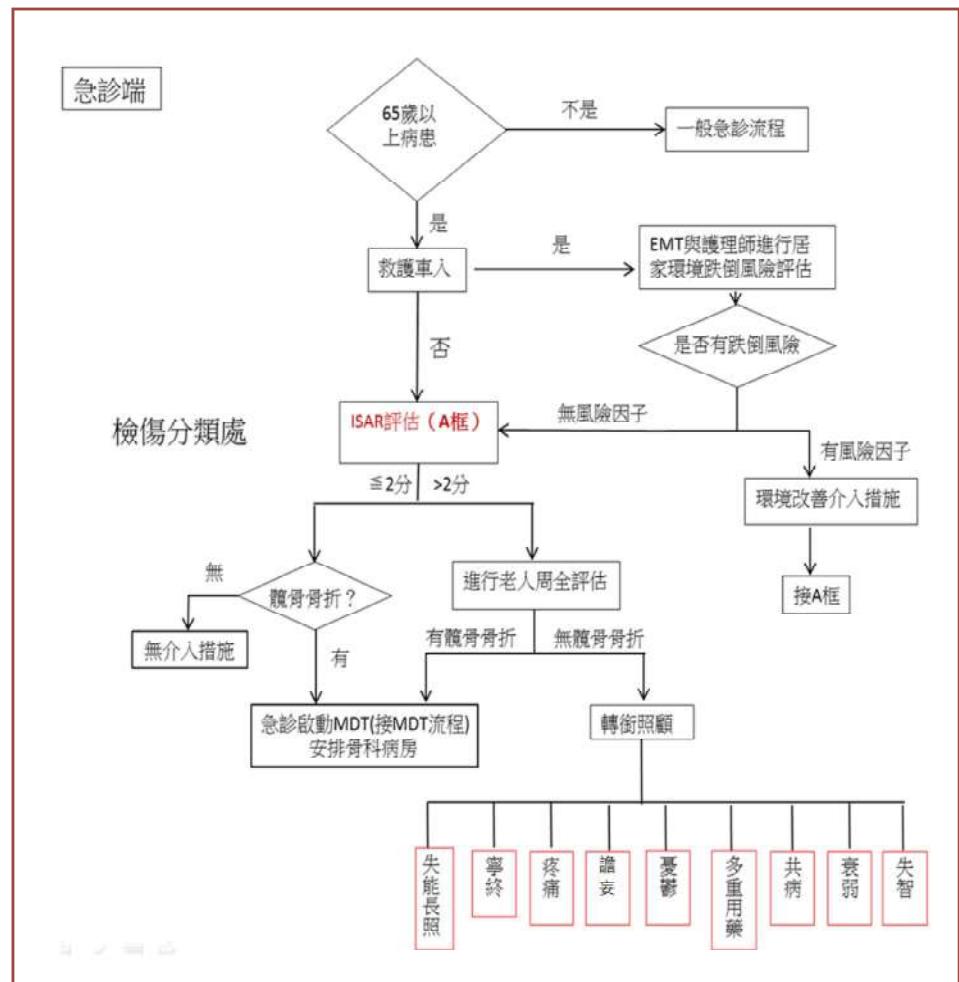


圖46 篩檢及轉銜照護  
流程 – ISAR

### 3.4 跌倒

#### 3.4.1 說明

外傷在高齡族群是引起死亡的頭號原因之一，而跌倒是引起外傷的主要機制，可能導致骨折、腦出血、長期臥床及死亡[4, 6]。長者跌倒不只是處理跌倒引起之外傷，還要了解跌倒的原因，是否有急性的問題造成跌倒？如感染、心律不整、貧血、電解質不平衡、心肌梗塞、腦中風及藥物副作用等[4, 6]。排除掉急性問題後再評估其他跌倒原因，以預防未來再跌倒[4, 6]。然而，引發長者跌倒的原因常很複雜，通常由老年病症候群所造成，包括內在以及外在因子，需要周全性老年評估，甚至居家環境檢查，才能根本

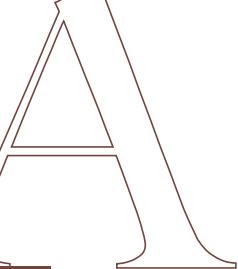
處理潛藏的問題[4, 6]。若能夠在急診啟動篩檢跌倒高風險者，並進一步給予轉介處理，對於預防長者再跌倒有關鍵性的幫助[4, 6]，除了治療跌倒引起之外傷、尋找跌倒原因以外，預防病人在急診發生跌倒亦是重要議題[4,6]。

### 3.4.2 作 法

實際執行上主要是進行高風險跌倒病人之篩檢及轉介，另外，已跌倒病人之處理及轉介，及預防在急診發生跌倒，亦是高齡友善急診應具備的基本功能。目前有很多篩檢高風險跌倒之工具，然而大部分都不適用於急診[4, 6]，適合急診使用的工具應該要簡單且直接，否則不但難以施行，病人與家屬也不一定認同[4, 6]，常用在急診使用的篩檢工具是「坐站起走測試（Timed Up and Go test）」[4, 6]，方法是請受檢者坐在直背的椅子上，然後請病人站起，依照平常習慣速度往前走三公尺，轉身回到椅子上再坐下。接下來計算上述動作時間，若超過20秒，則需進一步評估[31]。另外，「30秒坐到站測驗（30 Seconds Sit-to-Stand Test）」提供下肢肌力、速度及協調的量測，亦是急診簡單方便的評估方式[31]。它包含在30秒內從標準高度（43公分）的椅子完成五次坐到站所需的時間，12次以下表示跌倒的風險增加，需進一步的評估[32]，評估完之轉銜照護，可依據該院之目標及資源來進行，例如可轉介老年醫學科門診、跌倒門診或居家安全的評估，有關預防衰弱或跌倒之長者體能訓練方案，可以參考衛生福利部國民健康署所建議之Vivifrail (<http://vivifrail.com/tw/traditionalchinese/>) [33]。高跌倒風險之病人出院時，應協助其取得助行器及相關輔具[4, 6]。如果病人住院治療，建議應進一步進行周全性老年評估，由跨領域團隊（包括物理治療師或職能治療師等）來進行介入[4,6]，其他常見篩檢跌倒工具還有Morse fall scale[34]及STRATIFY等[35]，當然，對於有經驗的急診醫事人員來說，明顯會跌倒者就不用進行這些工具篩檢。

已跌倒之病人若已經發生併發症，例如骨折或腦出血，則由次專科先進行處理（例如手術及住院），若無併發症者應評估其發生之原因，再依照其原因給予適當轉介治療。

因為急診具有繁忙且緊急之特性，在急診進行跌倒預防是很困難的議題，目前尚無單一有效策略[36]，依過去的研究文獻，預防跌倒應採取多面向策略（multi-factorial strategy）來增加對高跌倒風險病人的警覺心，促進醫事人員、病人及照顧者之溝通與策略進行[36]。



急診器材與設備、環境可做下列的改善（可參照本手冊「高齡友善環境之建置」章節）[4, 6, 7]：

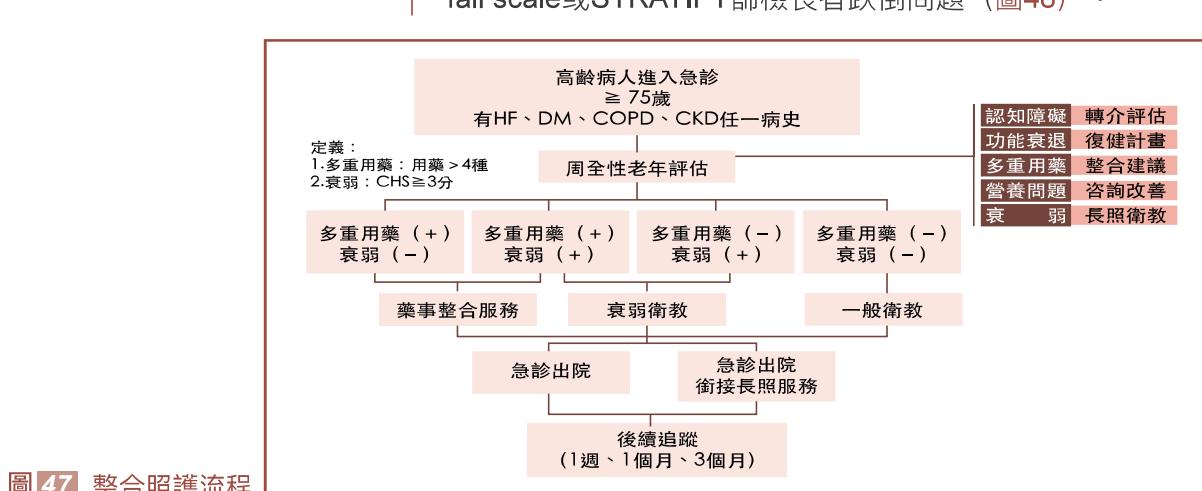
- (1) 可提供食物及飲料：除了提供給病人外，建議應可提供照顧者食物及飲料，以避免照顧者因購買食物及飲料離開病人，減少病人自行下床而跌倒之風險。
- (2) 提供聘請照服員服務：病人之家屬臨時趕來急診，常常有事在身而無法隨時陪伴病人，急診若能提供聘請照服員服務，不但可減少家屬負擔，照服員在旁還可減少病人下床活動時發生跌倒，並協助醫事人員進行治療。
- (3) 行動輔具（拐杖、助行器）
- (4) 床邊馬桶
- (5) 低高度床
- (6) 牆上、通道及廁所安裝扶手
- (7) 高架馬桶座
- (8) 適當照明
- (9) 橡膠或防滑的地板表面／墊子
- (10) 平整的地板表面
- (11) 妥善設置與功能的床邊欄杆

047

### 3.4.3 具體範例

#### 範例來源一：臺中榮民總醫院－醫學中心

醫院110年整合照護流程收案對象為75歲以上長者，具有心臟衰竭（Heart Failure, HF）、糖尿病（Diabetes Mellitus, DM）、慢性阻塞性肺疾病（Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD）、慢性腎臟病（Chronic Kidney Disease, CKD）四項診斷之一，符合以上收案條件者，即由個案管理師進行周全性老年評估（圖47），並運用Morse fall scale或STRATIFY篩檢長者跌倒問題（圖48）。



評估內容	評估工具	評估異常處理
認知功能評估	迷你心智狀態檢查(MMSE)	諮詢衛教、轉介資源、門診
譫妄評估	Confusion Assessment Method	諮詢衛教
情緒問題評估	老年憂鬱量表(GDS-5)	諮詢衛教、轉介資源、門診
生活品質問題評估	EuroQol-5D-3L、EuroQol-VAS、巴氏量表、工具性日常生活活動功能表	諮詢衛教、轉介資源
上肢功能評估	握力測試	諮詢衛教、提供衛教品
下肢強度、步態與平衡性評估	起身 - 行走測試、6 公尺行走速度	諮詢衛教、轉介門診
營養問題評估	迷你營養評估簡式(MNA-SF)	諮詢衛教、轉介資源
跌倒問題評估	Functional reach test、STRATIFY risk assessment tool、Morse fall scale	諮詢衛教、轉介門診
多重藥物問題	藥物統計	諮詢衛教、轉介資源、會診藥師
多重共病問題評估	Modified Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics Charlson Comorbidity Index	諮詢衛教
衰老/肌少症問題	Cardiovascular health study	諮詢衛教
褥瘡與皮膚缺損問題	Braden Scale	諮詢衛教、轉介資源

圖 48 周全性老年評估工具及轉介治療方式

048

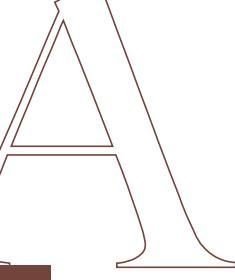
### 範例來源二：奇美醫院 - 醫學中心

所有高齡急診病人至急診就診時，護理師藉由STRATIFY來評估病人是否有高跌倒風險，評估若為高跌倒風險者，會進行以下護理處置：

- (1) 床頭放置黃、紅色高跌卡（圖49）。
- (2) 予以高跌倒風險衛教。
- (3) 護理師每班於護理紀錄持續評估跌倒風險。

為避免照顧者離開病床邊，減少病人跌倒風險，急診部與營養部共同設置「床邊餐點販售服務」，可提供食物及飲料（前面環境圖21），在 COVID-19 疫情期間因急診有管制，販售員無法進行床邊餐點販賣，故改由病人主責護理師詢問病人或照顧者飲食需求，幫忙代訂餐點，此外，為方便家屬，預防無家屬陪伴導致病人跌倒風險增加，由護理部與照服員公司合作，建立鐘點照服員機制（前面環境圖21）。

接續下一頁圖面



049



## 圖 49 護理師評估跌倒及預防跌倒措施

### 範例來源三：臺北榮民總醫院 – 醫學中心

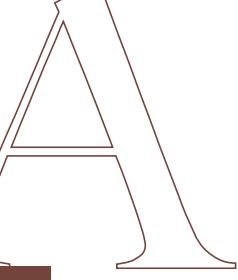
醫院採用 ICOPE 與 SPPB ( Short Physical Performance Battery) 評估[37]對於最近一年有跌倒之個案進行跌倒風險者評估 (圖50)。具體方式為高齡病人於急診高齡照護專區時，由專科護理師先進行ICOPE評估初步篩檢高齡病人問題，有行動功能問題者再進一步進行SPPB評估 (圖51)。

首頁   <input type="text"/>   <a href="#">查詢</a>   我的病人   急診醫學 外傷 兒科 婦產科   A B C D E I P S T W Z 統計   留觀列印   主要功能   DOC5649K / 黃獻坤 / 醫師 ( <a href="#">詳細</a> )		
評估項目	初評內容	初評結果
A.認知功能	1.記憶力：說出3項物品：鉛筆、汽車、畫，請長者重複，並記住，第3題後再詢問一次。	<input type="radio"/> 是 <input checked="" type="radio"/> 否
	2.定向力：詢問長者「今天的日期？」（含年月日），長者回答是否正確？	<input type="radio"/> 是 <input checked="" type="radio"/> 否
	3.定向力：詢問長者「您現在在這裡？」，長者回答是否正確？	<input type="radio"/> 是 <input checked="" type="radio"/> 否
**詢問長者第1題記憶力的3項物品		是否能記住3項物品 <input type="radio"/> 是 <input checked="" type="radio"/> 否
B.行動功能	椅子起身測試：12秒內，可以雙手抱胸，連續起立坐下5次。	<input type="radio"/> 是 <input checked="" type="radio"/> 否
C.減員不喪	1.過去三個月，您的體重是否在無意中減輕了3公斤以上？	<input type="radio"/> 是 <input checked="" type="radio"/> 否
	2.過去三個月，您是否曾經抱怨不振？	<input type="radio"/> 是 <input checked="" type="radio"/> 否
D.視力障礙	1.您是否罹患糖尿病？	<input type="radio"/> 是 <input checked="" type="radio"/> 否
	2.您的眼睛是否有任何問題；看遠方、看近或閱讀上有困難。或有眼睛疾病？	<input type="radio"/> 是 <input checked="" type="radio"/> 否
E.聽力障礙	請問我您6、1、9 (用氣音測試，若未能正常複讀，再測2、5、7，仍未能正確複讀，即填「否」)	是否兩耳都聽得到 <input type="radio"/> 是 <input checked="" type="radio"/> 否
	1.過去兩周，您是否常感到厭煩（心煩或自語「阿煩」），或沒有希望？	<input type="radio"/> 是 <input checked="" type="radio"/> 否
F.憂鬱	2.過去兩周，您是否減少很多的活動和興趣的事？	<input type="radio"/> 是 <input checked="" type="radio"/> 否
	A~F有幾項評估為陽性	<b>3 </b>
G.用藥	1.您每天使用的藥物是否10種（含）以上（包括中藥等任何用藥）？ (註：中藥算為1種藥物)	<input type="radio"/> 是 <input checked="" type="radio"/> 否
	2.您服用的藥品中是否包含止痛藥、幫助睡眠用藥等？	<input type="radio"/> 是 <input checked="" type="radio"/> 否
	3.您是否因為服用藥品而發生平衡感改變、頭暈、眩暈、低血壓或口腔乾燥等症狀？	<input type="radio"/> 是 <input checked="" type="radio"/> 否

圖 50 ICOPE 評估電子表單

首頁   <input type="text"/>   <a href="#">查詢</a>   我的病人   急診醫學 外傷 兒科 婦產科   A B C D E I P S T W Z 統計   留觀列印   主要功能   DOC5649K / 黃獻坤 / 醫師 ( <a href="#">詳細</a> )	
評分內容	得分
1.平衡測試：腳用三種不同站法，每種站立10秒，使用三個位置的分數總和。	
A.並排站立 ( Side-by-side stand )	<input type="radio"/> 1分：保持10秒 <input checked="" type="radio"/> 0分：少於10秒
B.半並排站立 ( Semi-tandem stand )	<input type="radio"/> 1分：保持10秒 <input checked="" type="radio"/> 0分：少於10秒
C.直線站立 ( Tandem stand )	<input type="radio"/> 2分：保持10秒 <input type="radio"/> 1分：保持3-9.99秒 <input checked="" type="radio"/> 0分：少於<3秒
三種位置分數加總	<b>0</b>
2.步行速度測試：測量走四公尺的時間	
	<input type="radio"/> 4分：<4.82秒 <input type="radio"/> 3分：4.82-6.20秒 <input type="radio"/> 2分：6.21-8.70秒 <input type="radio"/> 1分：>8.70秒 <input checked="" type="radio"/> 0分：無法完成
3.椅子起坐測試：連續起立坐下五次的時間	
	<input type="radio"/> 4分：<11.19秒 <input type="radio"/> 3分：11.2-13.69秒 <input type="radio"/> 2分：13.7-16.69秒 <input type="radio"/> 1分：>16.7-59.9秒 <input checked="" type="radio"/> 0分：>60秒或無法完成
總分	<b>0</b>
10-12分：行動能力正常 0-9分：行動能力障礙	

圖 51 SPPB 跌倒篩檢評估表單



#### 範例來源四：臺北市立聯合醫院中興院區 - 區域醫院

醫院以電子化表單，由檢傷護理師來評估病人跌倒風險，評估的內容包括年齡、走動能力、自我照顧能力（排泄能力）、視力、意識障礙、跌倒病史、主訴及是否有使用影響意識、活動之藥物（圖52、圖53）。若是有高跌倒風險者，在急診出院前予以衛教預防跌倒。若收住院治療，則由住院端進行4Ms-ICOPE評估。

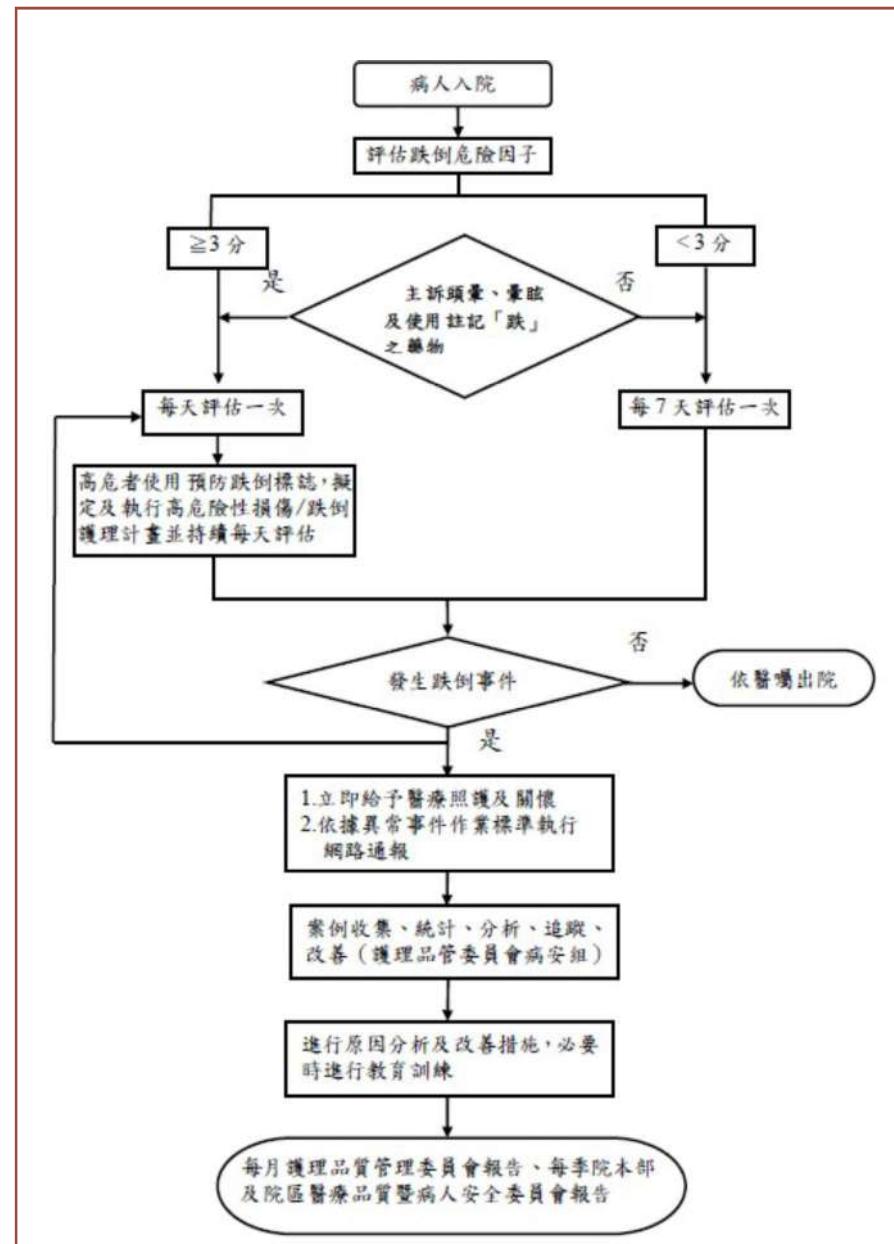


圖 52 跌倒照護策略流程圖

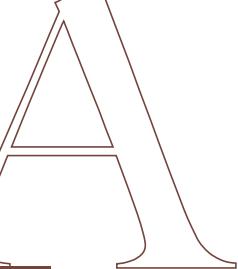
跌倒評估	疼痛評估	壓力性 損傷	生命徵象	傷口評估	意識評估	氧合系統	管路維護
呼吸治療							安寧緩和 需求表
跌倒危險因子評估							
測量時間 111/09/07 13:58							
年齡 <5歲 <b>65歲以下</b> ≥65歲				意識障礙 <b>無</b> <b>有</b>			
走動能力 平穩 不穩 臥床				跌倒病史 <b>無</b> <b>有</b>			
自我照顧能力-排泄能力 可以自理 無法自理				主訴：頭痛、暈眩、虛弱 <b>無</b> <b>有</b>			
視力 清晰 有障礙 無法評估				是否有使用影響意識、活動之藥物 <b>無</b> <b>有</b> A.鎮靜安眠藥 B.降血壓藥 C.降血糖藥 D.抗癲癇劑 E.利尿劑 F.軟便劑、瀉劑 G.散瞳劑 H.止痛麻醉劑 I.中醫安神藥物			
總分 <b>0</b>							

圖 53 跌倒評估之電子表單

052

#### 範例來源五：大林慈濟醫院-區域醫院

長者進入急診後，由急診醫護人員執行初篩評估，評估內容有臨床衰弱量表（CFS）、高風險長者（ISAR）及譴妄症（DTS），篩檢陽性則照會高齡照護師進行進一步評估，評估引起跌倒之原因，再依可能原因予以衛教以預防再跌倒（圖54），無論個案是否有跌倒史都會進行跌倒評估，若是有跌倒史會再進行 SPLATT（Symptoms, Previous, Location, Activity, Time, Trauma）評估[38]（圖55）。



### 高風險跌倒因素

- \* 年齡超過65歲
- \* 跌倒史
- \* 肌力不足
- \* 日常生活功能受限
- \* 獨居
- \* 視覺受損/聽覺受損
- \* 衣著、鞋子不合
- \* 輔具使用不當
- \* 居家、戶外環境障礙
- \* 慢性疾病
- \* 姿態性低血壓
- \* 黑便
- \* 藥物
- \* 骨質疏鬆

### 跌倒預防改善措施

- \* 檢視衣著，避免穿長裙及寬褲等
- \* 避免赤腳，建議選擇合腳、防滑且包覆性高的鞋子
- \* 姿態性低血壓提醒變換姿勢應緩慢，感到頭暈必須先坐5-10分鐘再變化姿勢
- \* 適當補充水分，有助血壓維持
- \* 步態、平衡與運動計畫，保持規律運動，定期練習肌力、柔軟度和身體平衡
- \* 建議是否配戴助聽器或眼力矯正及眼疾治療，例如白內障等
- \* 檢視患者藥物，包含保健食品、中草藥，並將藥物資料提供醫療團隊知悉，必要時照會藥師做藥物檢視及整合
- \* 評估患者是否獨居，若獨居照會社工
- \* 居家環境易造成跌倒，照會長照評估是否申請長照服務，例如：居家環境評估
- \* 評估是否因某些慢性疾病之症狀增加跌倒風險，例如：低血糖、低血壓等
- \* 評估及調整輔具使用
- \* 50歲以上成人每日至少需攝取飲食鈣量 1200 毫克和維生素D3 800-1000IU
- \* 自費營養諮詢

50

053

圖 54 高跌倒風險之因素及相關預防改善措施

急診高風險長者評估紀錄單			
基本資料			
姓名/病歷號/年齡:		家族譜：	
居住地址：		說明：	
過去病史：			
入急診日期/原因：			
管路：		主要聯絡者/電話：	
Clinical Frailty Scale: 居家兩週前 分 → 現在 分 ISAR: ___分			
4MS	項目	評估	備註
Mobility	近期跌倒史	*跌倒評估 1. 或步行時是否覺得不穩？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 2. 否擔心會跌倒？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 3. 過去一年內是否有跌倒過？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 3-1若有跌倒，共跌倒幾次？ <input type="checkbox"/> 1次 <input type="checkbox"/> 2次以上(包含2次) 3-2是否有因此受傷？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 *一年內跌倒____次(有跌倒，請評估SPLATT) 跌倒高風險因素： <input type="checkbox"/> 衣著不合 <input type="checkbox"/> 鞋子不合 <input type="checkbox"/> 姿態性低血壓 <input type="checkbox"/> 視力/聽力功能障礙 <input type="checkbox"/> 其他：	S: P: L: A: T: T:

圖 55 跌倒評估

### 3.5 藥物整合

#### 3.5.1 說明

依美國疾病管理及預防中心資料顯示，65歲以上的長者，因藥物不良事件（adverse drug event, ADE）而至急診就醫的機率為一般人的兩倍，急診就醫後轉為住院之機率為一般成年人的七倍[39]。高齡病人每增加1種藥品使用，發生跌倒的風險會增加23%[40]。因嚴重多重用藥（major polypharmacy，使用超過10種以上的藥物）而引發導致跌倒後之90天內死亡率高達20.9%[41]。另外，潛在不適當用藥（potentially inappropriate medications, PIM）和跌倒亦有高度相關性[42]。在台灣，失能長者有嚴重多重用藥的比率為38.1%[43]，門診長者潛在不適當用藥的比率為62.5%[44]，嚴重多重用藥和潛在不適當用藥，都會使病人因藥物不良事件導致入急診及住院的風險增加。因此，以藥物整合來減少多重用藥和潛在不適當用藥，可降低長者發生藥物不良事件，減少長者住院或送急診，進而降低整體醫療費用[4, 6]，然而，長者平常很少機會做藥物整合，因此長者來急診時是最好藥物整合的機會[4, 6]。

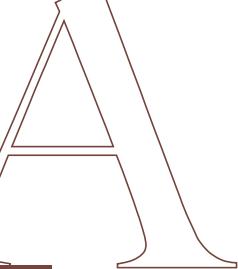
#### 3.5.2 作法

進行藥物整合需先成立跨領域團隊，建議成員應包含急診醫師、臨床藥師、老年醫學科醫師、精神科醫師與護理師等[45,46]，臨床藥師的參與是藥物整合成功的關鍵，建議以「專責」臨床藥師為優先，並在藥物整合過程中擔任啟動之角色[45,46]，可以美國高齡醫學會之Beers criteria為基礎[47]，經由跨領域團隊討論來決定適合該院使用之潛在不適當藥物清單與替代藥物[45,46]，健保署已設置雲端藥歷系統，病人藥歷可由雲端藥歷系統查詢，建議與醫院資訊室合作，建立以電腦輔助經由雲端藥歷篩檢用藥，由臨床藥師來進行藥物整合[45,46]，臨床藥師進行藥物整合後之意見，亦建議以電子資訊方式傳送給病人家屬參考[45,46]，若無法進行電腦輔助篩檢及整合，可以紙本方式進行。

#### 3.5.3 具體範例

##### 範例來源一：奇美醫院 - 醫學中心

醫院以跨領域團隊合作方式，結合急診醫學部、藥劑部、資訊室、老年醫學科、高齡精神科、全人醫療科、物理治療師、護理部及營養師進行高齡急診病人之藥物整合（圖56）[45, 46]，為突破過去藥事照護模式，該團隊採用美國高齡急診準則之建議，以健保雲端藥歷作為電腦輔助整合



用藥的基礎，加上急診專責臨床藥師主動參與，於急診提早啟動高齡病人之藥物整合，降低病人嚴重多重用藥及潛在不適當用藥，進而減少藥物不良事件，增進醫療照護品質，並減少醫療費用與家庭負擔。具體實施對策如下[45, 46]：

- (1) 以階段式教學培訓急診專責臨床藥師：由藥劑部部長挑選一位年資兩年以上的藥師，分為四種階段培訓，第一階段為「語言性教學」，以演講來傳遞知識，病以口頭加書面模式進行授課；第二階段為「直觀性教學」，運用實務及模型，以過去案例進行筆試後的檢討，使藥師對學習的事物能更清楚；第三階段為「實踐性教學」，安排藥師實際演練，學習後直接實際運用；第四階段為「研究性教學」，教學原則是希望學員能發現問題、提出問題、從而解決問題，藉由專業教學手法，訓練藥師進行雲端藥歷藥物整合及認識潛在不適當用藥的課程，強化藥師跨院藥物整合能力。
- (2) 根據現有資訊平台，以健保雲端藥歷為基礎，透過電腦自動篩檢出高齡急診待床病人之嚴重多重用藥 ( $\geq 10$ 種藥物) 及潛在不適當用藥：以既有之資訊系統，增加整合高齡急診待床病人的健保雲端藥歷功能，自動篩選出嚴重多重用藥以及潛在不適當的用藥清單給藥師進行整合（圖57），並將藥師整合後的建議，以電子訊息方式，傳遞給急診端和住院端的主責醫師（圖58）。醫師與藥師共同對用藥安全進行把關。每月追蹤藥師留言及醫師接受率，定期於高齡急診團隊會議報告，針對藥物整合有疑慮時，隨時與團隊進行討論。
- (3) 於高齡急診團隊建立跨領域團隊共識，建置潛在不適當用藥之替代藥品及治療方案建議資料庫：由高齡急診團隊之專家群根據2015年美國高齡醫學會出版之Beers criteria為基礎來進行共識修訂[48]，以GRADE評定證據品質及建議強度，設置了條列性準則（36類藥品），選定 Beers criteria 中建議避免使用之強度為「強」者、證據等級為「中」或「高」者，且院內常見的藥物，並依據台灣民眾臨床習慣做調整，訂定出奇美醫院高齡病人潛在不適當用藥品項及建議（圖60）。另外，該團隊也定期進行潛在不適當用藥定義之更新。高齡急診病人藥物整合之流程（圖59）。



圖 56 高齡急診團隊進行藥物整合對策討論



圖 57 以電腦自動篩檢具有嚴重多重用藥及潛在不適當用藥病人，將名單傳送到臨床藥師之藥物整合平台進行整合



圖 58 臨床藥師藥物整合後之建議呈現於急診端及住院端給予主責醫師參考

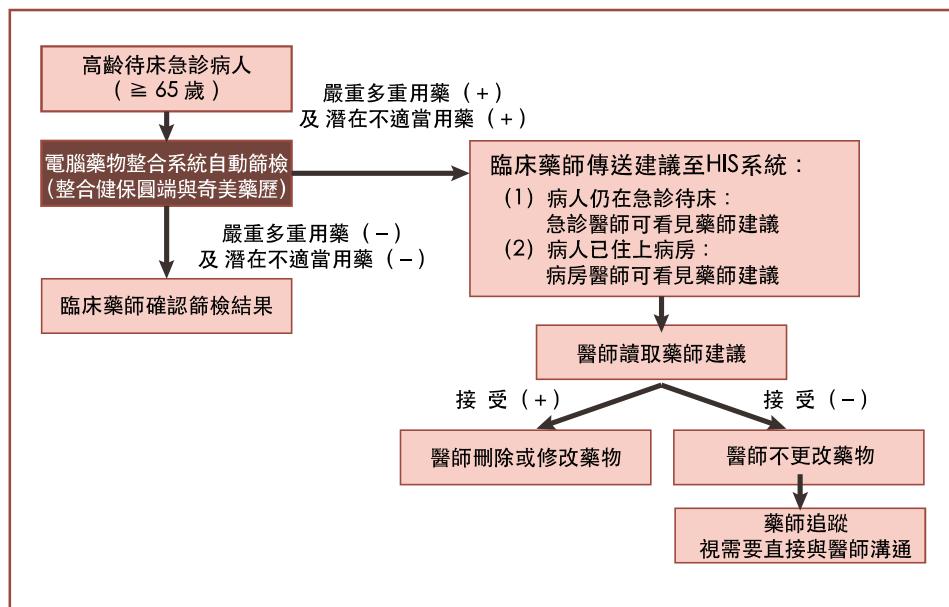
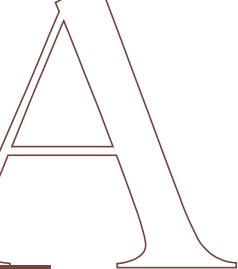


圖 59 高齡急診病人藥物整合之流程如右



Supplement Table 1. Potentially inappropriate medications (PIM) and alternative therapies in Chi-Mei Medical Center			
No	Classification / Medications	Concern	Alternative therapy
1.	抗組織胺: 院內: Carboxamine, Cyproheptadine, Dimenhydrinate, Meclizine 院外: Brompheniramine, Clemastine, Chlorpheniramine, Dexchlorpheniramine, Diphenhydramine (oral), Doxylamine, Hydroxyzine, Promethazine, Triprolidine	抗膽鹼效果強、嗜睡、易致跌	因抗膽鹼效果強、嗜睡，建議選擇第二代抗組織胺 (e.g., Loratadine, Desloratadine, Cetirizine)
2.	抗帕金森氏症 院內: Benzotropine (oral), Trihexyphenidyl	不建議預防抗精神疾病用藥導致的筋體外症候群；治療帕金森氏症有更有效的藥物	1. 避免使用於預防抗精神疾病用藥導致的筋體外症候群 2. 建議使用其他抗帕金森氏症用藥：如 L-Dopa/Benserazide、Carbidopa/Levodopa
3.	解痙劑: 院內: Atropine (排尿眼藥水), Dicyclomine, 院外: Belladonna alkaloids, Clidinium-Chlordiazepoxide, Hyoscyamine, Propanteline, Scopolamine	抗膽鹼效果強；效果未明	抗膽鹼效果強、避免使用
4.	降壓藥: 院內: Doxazosin, prazosin 院外: Terazosin	藥物性低血壓風險高、易致跌。 不建議常規用來治療高血壓	避免作為降壓藥物；若合併 BPH, HTN 可選擇
5.	心律不整用藥 院內: Dronedarone	不能用於永久性心房纖維顫動或嚴重、失代償心衰竭	避免用於永久性心房纖維顫動或嚴重、失代償心衰竭
6.	毛地黃: 院內: Digoxin > 0.125 mg/day	避免作為 AF 第一線用藥，若使用需依照腎功能調整劑量	避免作為 AF 第一線用藥，若使用需依照腎功能調整劑量
7.	院內: Nifedipine 立即釋放錠	因會增加死亡率	避免常規使用 (除非開立pm)
8.	院內-抗憂鬱藥物: Doxepin >6mg/d, Imipramine (高劑量), Clomipramine, 院外: Amitriptyline, Nortriptyline, Paroxetine	低血壓、心肌缺血的風險 抗膽鹼、鎮靜效果強	建議選擇其他的抗憂鬱藥物 (如: Sertraline, Fluoxetine, Venlafaxine, Duloxetine)
9.	抗精神疾病藥 - 效果弱: 院內: Chlorpromazine	抗膽鹼副作用、二線用藥導致 EPS	建議選擇非典型抗精神疾病藥如 Risperidone, Quetiapine, Aripiprazole, Amsulpride
10.	長效型鎮靜藥物 院內: Benzodiazepine (BZD): Clonazepam, Diazepam, Fludiazepam, Flunitrazepam 院外: Clorazepate, Chlordiazepoxide, Flurazepam 院內: 半衰期長: Phenobarbital 院外: Secobarbital 院內: Non-BZDs: Zolpidem	延長鎮靜效果、增加跌倒和骨折	如聚斂使用，使用短效型 BZD (避免 Zolpidem)、避免長期使用
11.	麥角鹼類 院外: Isoleptamine	缺乏療效	避免使用
12.	雌性素、或與黃體素併用 院內: Estradiol Valerate, Cong. Estrogen	致癌的風險 (乳癌、子宮內膜癌)，缺乏心臟、認知功能保護的效果。	1. 避免口服和局部貼片 2. 可使用低劑量陰道內給予雌性素 (如: Estrogen Conj.陰道乳膏、Estradiol 17-Be gel)，治療下泌尿道感染、性交疼痛及其他陰道症狀。
13.	長效型嗎氯類降血糖藥物 院內: Glipizide, Glibenclamide, 院外: Chlorpropamide	老人家使用，半衰期延長，導致延長了低血糖風險	避免使用，改其他如 Repaglinide
14.	腸胃道用藥: 院內: Metoclopramide	可能導致 EPS	1. 避免使用，除非胃輕癟 2. 腎功能不良須調整劑量 3. 建議改 Mosapride
15.	腸胃道用藥:	可能導致中樞	選擇 Famotidine 或

圖 60 高齡急診團隊建立之潛在不適當用藥清單及其建議替代藥物

## 範例來源二：臺中榮民總醫院 - 醫學中心

醫院針對65歲以上長者進行簡易CGA評估，若有老年病症候群者會進一步進行用藥評估與藥物整合、營養狀態評估與衛教、生活功能評估與衛教以及支持系統評估與衛教，後續再依個案需求安排住院、門診、社區、長照及居家轉介（圖61）。急診藥事整合服務是由資訊室協助建立電腦系統，從健保雲端藥歷篩選嚴重多重用藥及潛在不適當用藥，篩檢出有藥物問題之個案會自動會診藥師，藥師進行藥物整合後將建議回饋給醫師，醫師只要在作業系統上有進入個案畫面，藥物整合建議就會在系統上顯示，提供醫師整合藥物參考（圖62）。

圖 61 急診長者友善照護模式

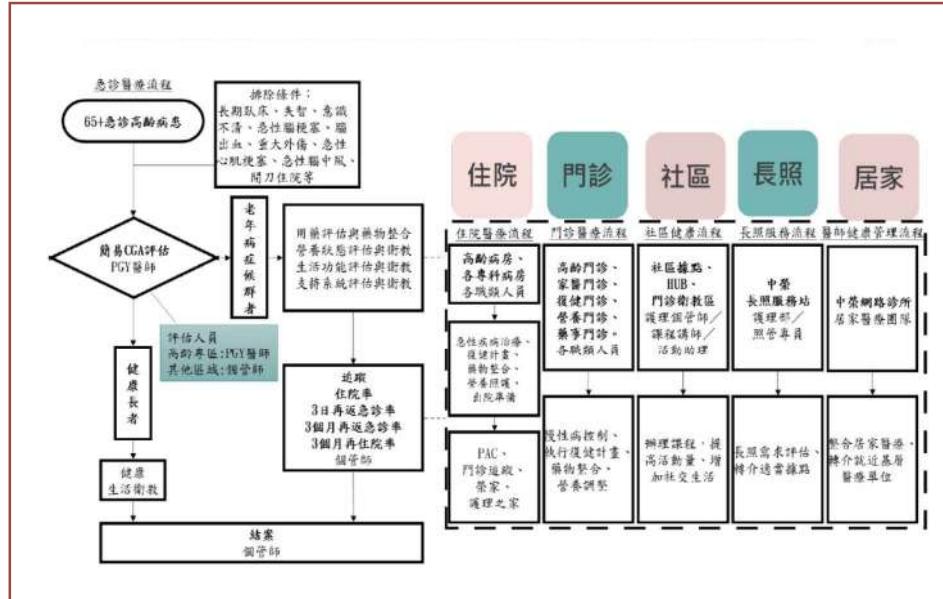
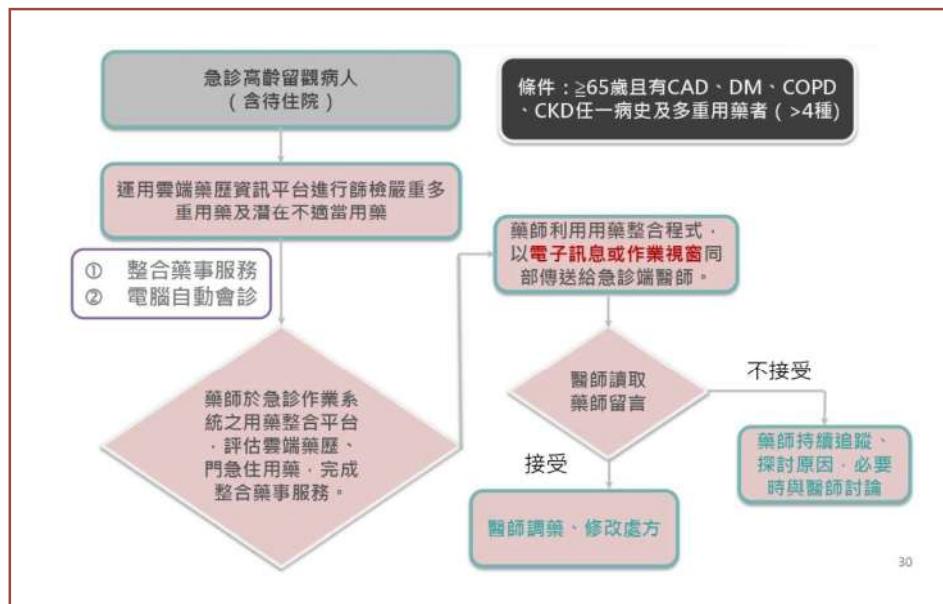


圖 62 急診藥物整合流程



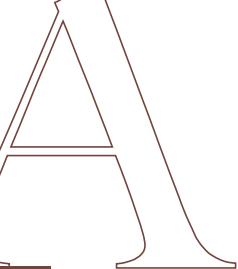
058

30

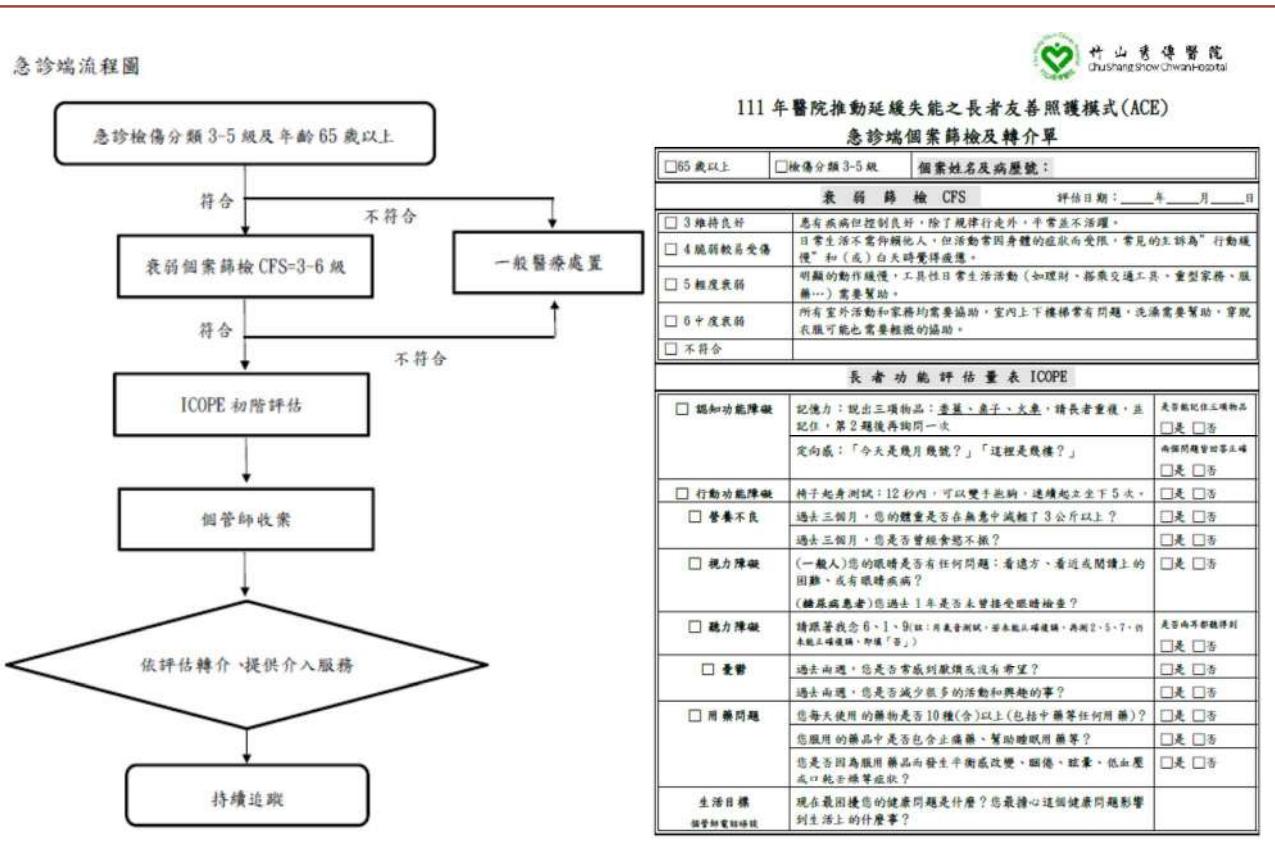
### 範例來源三：竹山秀傳醫院 - 地區醫院

醫院急診將「檢傷分類3-5級及65歲以上長者」進行CFS評估，CFS評估為3-6分再進一步執行ICOPE評估（圖63），當評估個案有用藥問題時，予以適當轉介及提供相關服務（圖64）。

接續下一页圖面



急診端流程圖



059

圖 63 急診流程圖及個案篩檢及轉介單

### 用藥管理流程

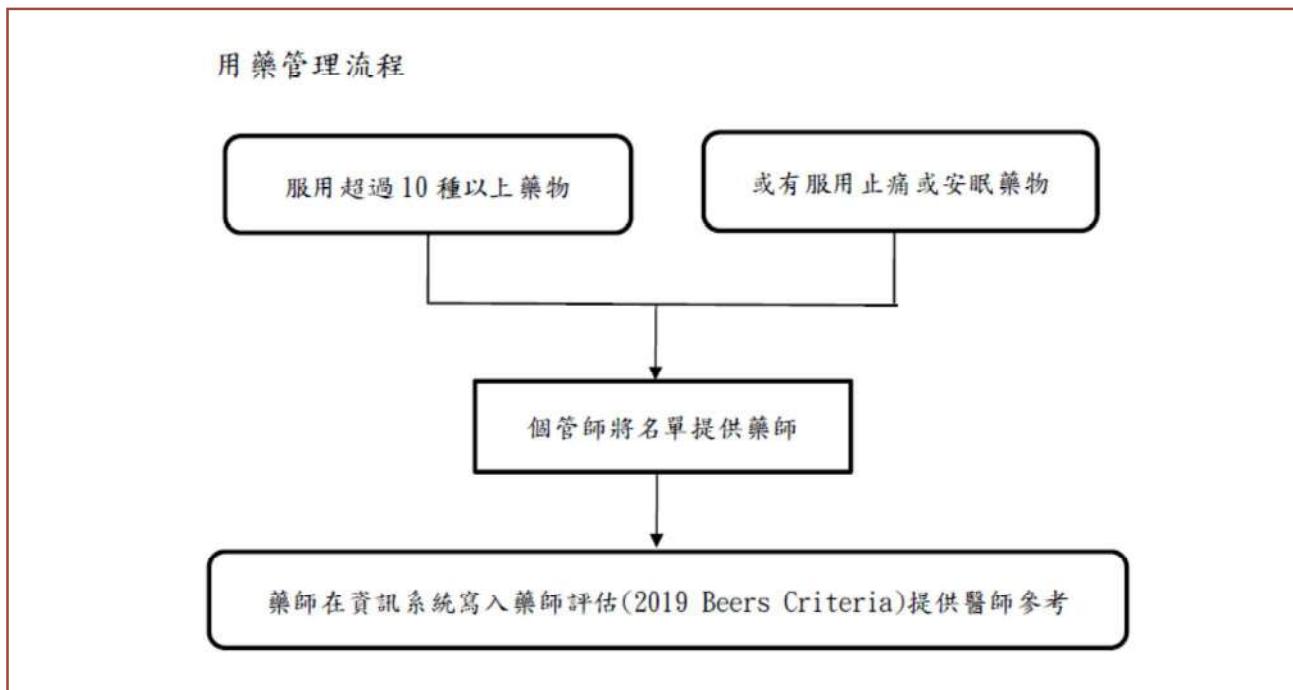


圖 64 急診端用藥管理流程

### 3.6 安寧緩和照護

#### 3.6.1 說明

在急診，末期病人的診斷與預後存活之評估，對於醫療人員、病人、家屬是至關重要議題[4, 6, 49, 50]，除了討論不施行心肺復甦術與不施行維生醫療的重大決定之外，應與安寧緩和醫療團隊合作，提供末期病人安寧緩和照護與善終，以改善病人的生活品質、減少住院天數、降低再急診率、增進病人與家屬的滿意度、減少加護病房的使用及整體醫療費用[4, 6, 49, 50]。

#### 3.6.2 作法

急診醫師對有慢性病且嚴重病況病人，預期可能會需執行心肺復甦術時，預測存活時間可使用提問題法，例如：

(1) 時間法 ( temporal approach ) :

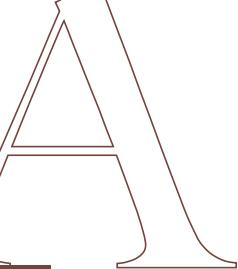
比如提問自己「這位病人還能活多久？」，或問病人或家屬「病人的主治醫師曾有說過嗎？」；

060

(2) 驚訝問題法 ( surprise questions ) :

比如提問自己「如果病人在（一時間段內）死亡，我會感到驚訝嗎？」[51]。

對於癌症病人，許多工具已被驗證可幫助預測病人預後和適時安排安寧緩和照護，例如緩和身體活動功能量表 (Palliative Performance Scale, PPS)、緩和預後指標 (Palliative Prognostic Index) [51, 52]、克氏身體活動功能量表 (Karnofsky Performance Scale)、緩和預後評分表 (Palliative Prognostic Score) 等 (圖65) [52]。急診業務繁忙緊湊，以針對目標族群、具備時效性、快速簡單之工具為首選，過去有對進行性癌症 (advanced cancer) 之急診病人的研究指出，結合驚訝問題法與美國東岸癌症臨床研究合作組織ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group, ECOG) 活動體能狀態之3-4級，可識別出有安寧緩和照護需求的病人 (圖65) [53]。另外，也有研究發現緩和身體活動功能量表 (PPS) 及法令紋下垂與否 (drooping of nasolabial folds)，可以預測癌症病人3天內死亡率 (圖66) [54]，這些簡單且快速的工具，可提供急診醫事人員評估啟動安寧緩和照護之參考。



ECOG	狀態	Karnofsky	狀態	PPS	狀態
0	正常，無疾病症狀	100	無症狀、無疾病	100	正常活動、無疾病
		90	能進行正常活動，有輕微症狀及病兆。	90	正常活動、少許疾病
1	有症狀，可正常步行且對生活無影響	80	勉強可進行正常活動，有一些症狀及病兆。	80	活動稍微費力、少許疾病
		70	生活可自理，但不能維持正常活動或工作。	70	無法正常工作、少許疾病
2	躺在床上的時間<50%	60	生活有時需人協助，但大多數時間可自理。	60	無法做家事、明顯疾病
		50	生活常需人照料。	50	大部分坐或躺、無法做任何工作、疾病更嚴重
3	躺在床上的時間>50%	40	生活不能自理，需特別照顧。	40	大部分躺床、無法做任何工作、疾病更嚴重
		30	生活嚴重不能自理。	30	幾乎臥床、無法做任何工作、疾病更嚴重、進食減少
4	需長期完全臥床，無法自理生活	20	病重，需住院積極支持治療。	20	幾乎臥床、無法做任何工作、疾病更嚴重、進食只能稍微吸吮
		10	病危，臨近死亡。	10	幾乎臥床、無法做任何工作、疾病更嚴重、意識嗜睡到昏迷只能口腔護理
5	死亡	0	死亡。	0	死亡

圖 65 預後評估工具量表

圖 66 結合緩和身體活動功能評估量表 (PPS) 及法令紋下垂 (drooping of nasolabial folds) 與否來預測癌症病人3天內死亡率

變量(緩和身體活動功能評估量表和法令紋下垂與否)	3 天內死亡率
緩和身體活動功能量表： $\leq 20\%$ + 法令紋下垂(+)	94%
緩和身體活動功能量表： $\leq 20\%$ + 法令紋下垂(-)	42%
緩和身體活動功能量表：30-60%	16%
緩和身體活動功能量表： $\geq 70\%$	3%

非癌症急診病人之生命末期判斷是不同於癌症病人的，非癌症病人往往有病況因為治療而起伏不定的經驗，而原疾病主治醫師對於病人預後判斷也較難以從病人或家屬中得知[55]，過去資料顯示，非癌症病人進入安寧緩和照護的比例較癌症病人低[55]，因此，可以預見要讓這些病人於急診接受安寧緩和照護或不施行心肺復甦術而善終，困難度會比較高。以八大非癌症疾病中的老年期及初老期器質性精神病態的病人為例，急診醫師除了審視病人是否已有預立醫療決定書（advance decision, AD）或已有抉擇不施行心肺復甦術意願，建議要同時檢視病人是否有顯著的身體功能衰退表現，病人之臨床失智評分量表（clinical dementia rating, CDR）分期是否為5（末期），病人及家屬的意願與需求，並參考國外養護機構的高齡晚期失智症病人的存活率評估工具的相關研究，規劃急診醫事人員識別出可能有需求的病人，提供安寧緩和照護的流程[12]。除了過去的八大非癌，健保給付於2022年新增末期衰弱老人、末期骨髓增生不良症候群病人、符合病人自主權利法第十四條第一項第二至五款所列臨床條件者，以及罕見疾病或其他預估生命受限者，期讓更多病人有機會接受安寧療護服務[56]。

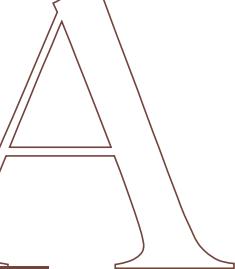
062

### 3.6.3 具體範例

#### 範例來源一：林口長庚醫院急診醫學部 - 醫學中心

急診室內由急診醫師評估高齡病人病情嚴重度的等級後，醫療資訊系統急診醫囑畫面可呈現病人病情嚴重度之等級（圖67），若符合A、B（生命徵象不穩定）級，且病人同一行後端欄位若有（安）：IC卡註記同意不實施心肺復甦術、（AD）：同意預立醫療決定、（DNR）：簽署不實施心肺復甦術同意書這三項之一，安寧緩和醫療團隊可主動詢問該病人於急診負責主治醫師是否照會該團隊進行安寧緩和照護；或是評估高齡病人病情嚴重度為嚴重度A、B（生命徵象不穩定）級後，急診負責醫療團隊檢視病人若為癌症末期且為ECOG 3、4或臨床失智評分量表（CDR）分期為5（末期），當有疑慮或預期可能會需執行心肺復甦術時，提出驚訝問題：如果病人在一年內死亡，會感到驚訝嗎？若是不驚訝答案，可由急診負責醫療團隊或照會安寧緩和醫療團隊與病家討論安寧緩和醫療與不施行維生醫療議題（圖68）。

接續下一頁圖面



The screenshot shows a medical information system interface for the emergency department. At the top, there is a search bar with fields for '醫師' (Doctor), '住院號' (Hospital Number), '床號' (Bed Number), and '【急診醫學科】' (Emergency Medicine). Below the search bar, a message box displays vital signs: 【體溫:36.9】 【脈搏:68】 【呼吸:12】 【舒張壓:51】 【血氧:100】 2021/10/27 11:14 【血糖值:5.267mg/dL】; 檢測主訴: [(A010101)病患來診時呼吸短促,重度呼吸窘迫(<90%)外ON ENDO]; and a note: 簽署不實施心肺復甦術同意書. A red box highlights the 'DNR' status in the '簽署不實施心肺復甦術同意書' section.

床號	住院號	病人姓名	病人動態/警位	備註
LE30E			① A 2021/10/25 12:57:45	
LE30F			① B 2021/10/26 21:47:01	
LE30G			③ C 2021/10/27 12:53:03	
LE30H				
LE30I				
LT321				
LT322			③ D 2021/10/27 00:09:46	
LT323			③ D 2021/10/27 12:43:21	
LT325			② C 2021/10/26 18:08:43	
LT326			③ C 2021/10/27 00:15:24	
LT327			③ D 2021/10/26 17:00:38	
LT329			② C 2021/10/29 16:20:11	
LT330			② C 2021/10/25 11:29:07	
LT331			③ B 2021/10/25 14:50:03	
LT332			② C 2021/10/27 01:50:08	
LT333			③ D 2021/10/25 10:33:11	
LT335			① C 2021/10/26 12:01:36	
LT336				

At the bottom, there is a toolbar with various medical icons and a timestamp: 2021/10/27 10:30:28.33.

圖 67 醫療資訊系統急診醫囑畫面

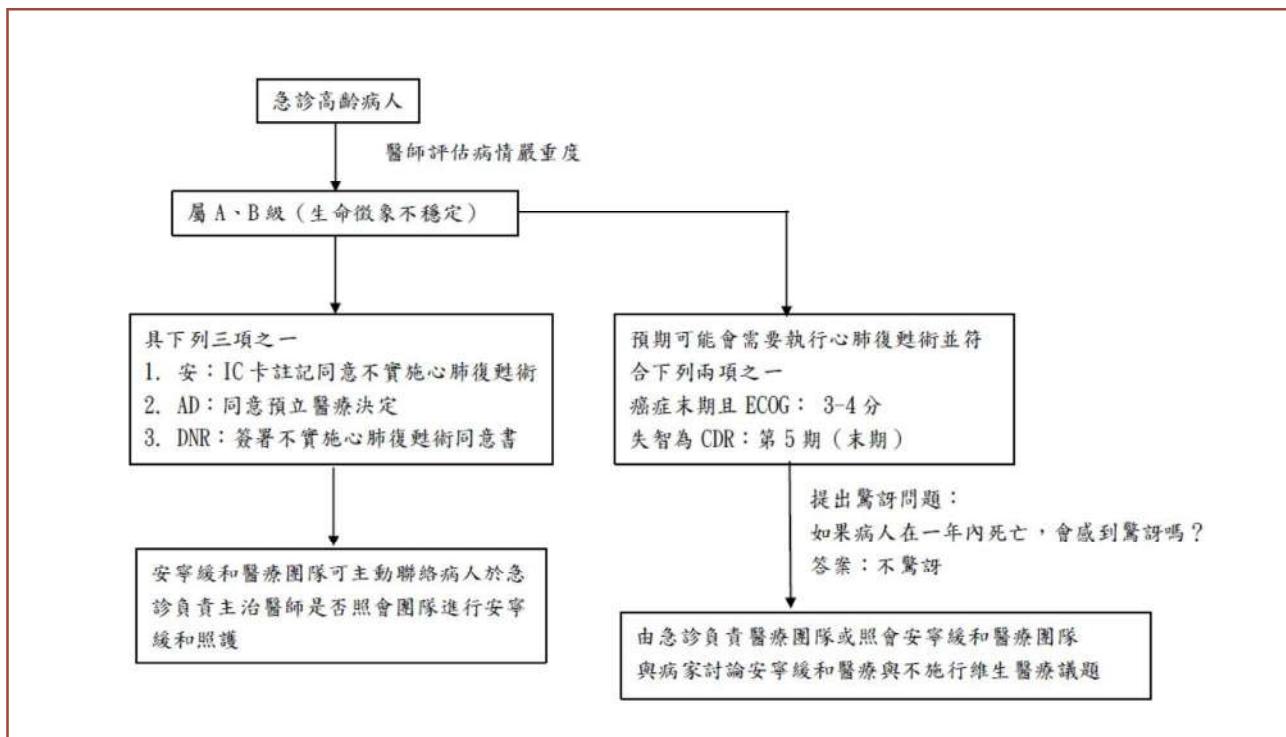


圖 68 急診安寧緩和照護流程圖

## 範例來源二：臺北榮民總醫院-醫學中心

安寧病房提供安寧共照師及社工師於急診，由急診醫師篩選適當個案後由安寧共照師、社工師進行訪視、收案及後續照護（圖69）。

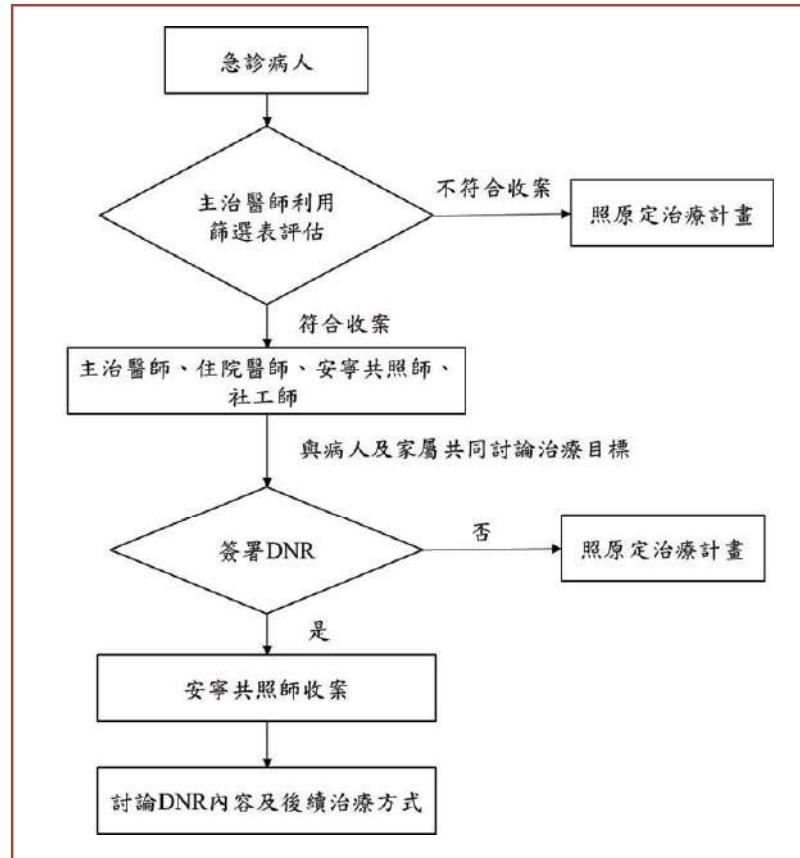


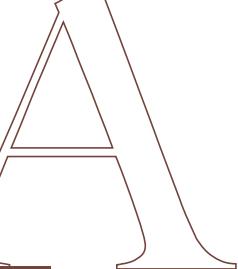
圖 69  
急診安寧緩和照護流程圖

064

## 範例來源三：臺北市立聯合醫院中興院區 - 區域醫院

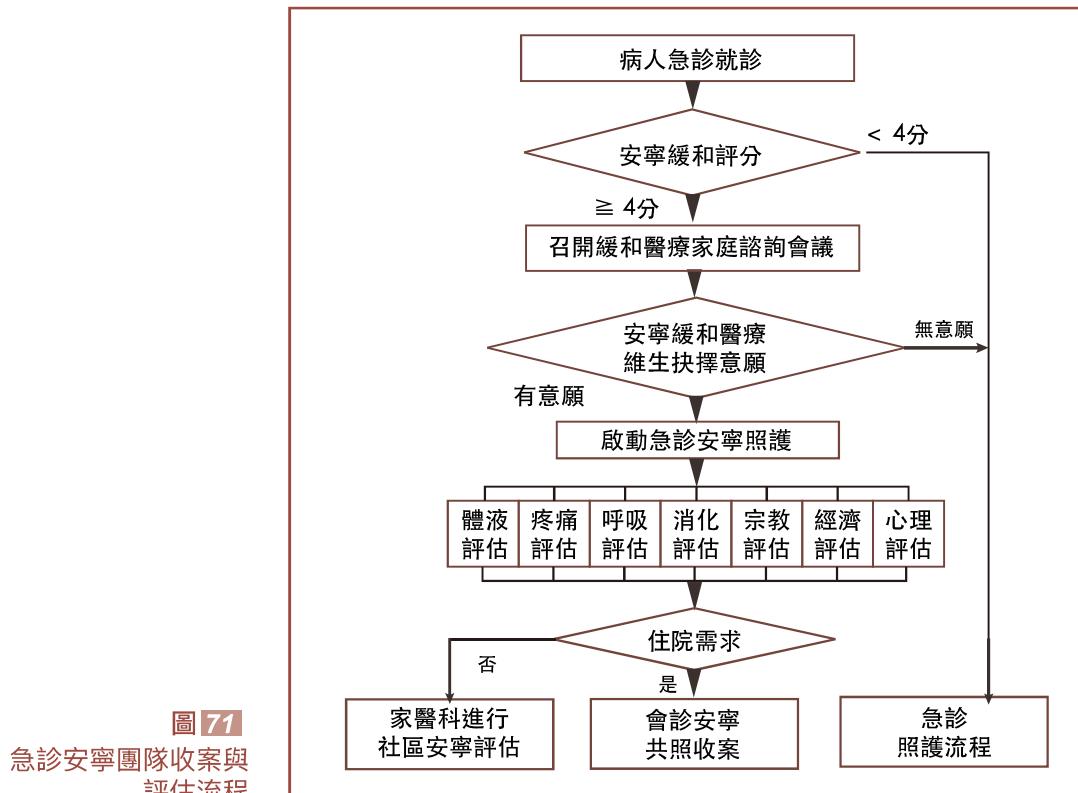
主要由醫師和護理師介入進行安寧緩和評分（圖70），分數大於等於4分則召開緩和醫療家庭諮詢會議，了解安寧緩和意願，有意願則啟動急診安寧緩和照護，並根據住院需求與否提供會診安寧共照收案或由家醫科進行社區安寧評估（圖71）。

接續下一頁圖面



A、本次住院與安寧緩和主要相關病症		每項計2分 護理師/醫師		B、次要共病症(1-5項不與A欄重複)		每項計1分 護理師/醫師																																																																																																																	
1. 癌症末期(轉移、復發)，不選擇抗癌治療	<input type="checkbox"/>	1. 原發癌症	<input type="checkbox"/>																																																																																																																				
2. 末期COPD(平時休息時會喘)	<input type="checkbox"/>	2. 中度COPD(日常活動會喘)	<input type="checkbox"/>																																																																																																																				
3. 末期肝病(如黃疸、腹水、重複性、腹膜炎、肝昏迷、胃食道靜脈出血等)	<input type="checkbox"/>	3. 肝硬化	<input type="checkbox"/>																																																																																																																				
4. 洗腎病人(65歲以上且洗腎超過2年)	<input type="checkbox"/>	4. 其他洗腎病患	<input type="checkbox"/>																																																																																																																				
5. 末期心臟病(平時休息時會喘或端坐呼吸)	<input type="checkbox"/>	5. 中度心衰竭(運動性呼吸困難)	<input type="checkbox"/>																																																																																																																				
6. 嚴重失能之神經性疾病(如中風、昏迷、失智等病人致長期臥床者)	<input type="checkbox"/>	6. 其他複雜性疾病(慢性傷口、重大傷病、多重外傷等)	<input type="checkbox"/>																																																																																																																				
7. 其他可能致死之急性疾病(如ARDS、敗血症、多重器官衰竭等)	<input checked="" type="checkbox"/>																																																																																																																						
		A組得分	2	B組得分	0																																																																																																																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">A、B評分</th> <th colspan="2">C、D評分</th> <th colspan="2">護理師意見</th> <th colspan="2">主治醫師意見</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">總表</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <th colspan="2">C、目前功能狀態</th> <th colspan="2">D、其他狀況(每項計1分)</th> <th colspan="2"></th> <th colspan="2"></th> </tr> <tr> <td colspan="2">           1. 完全活躍，能夠從事生病前的各種活動 (計0分)         </td> <td colspan="2">           1. 團隊/病人/家屬在做出複雜的決策和確定照顧目標時需要幫助 <input type="radio"/> </td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"> <input checked="" type="checkbox"/> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">           2. 無法負擔費力的工作，但能夠行走且從事輕度的工作(計0分)         </td> <td colspan="2">           2. 病人有無法忍受的疼痛 <input type="radio"/> </td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">           3. 無法從事任何工作，但可以行走且自我照顧 (計1分)         </td> <td colspan="2">           3. 病人有無法緩解的心、靈或社會上的問題 <input type="radio"/> </td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">           4. 僅能在床上或輪椅上從事有限度的自我照顧 (計2分)         </td> <td colspan="2">           4. 病人在過去30天內，因相同診斷重複到急診就醫 <input type="radio"/> </td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">           5. 完全失去自我照顧的能力(計3分)         </td> <td colspan="2">           5. 病人在過去30天內，因相同診斷重複住院 <input checked="" type="radio"/> </td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> </td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>C組得分</td> <td>3</td> <td>D組得分</td> <td>1</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">護理師意見</td> <td colspan="4">A+B+C+D 總分</td> <td colspan="2">6</td> </tr> <tr> <td colspan="8">           1. 若病人於未來6-12個月內死亡，您是否覺得訝異嗎?  <input type="radio"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/>             2. 您認為此病人是否為末期病人?  <input type="radio"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/>             3. 您認為此病人是否需要接受安寧照護?  <input type="radio"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> </td> </tr> <tr> <td colspan="8"> <table border="1"> <tr> <td>護理師</td> <td>85348</td> <td>...</td> <td>張輝莉</td> </tr> <tr> <td>評估日期</td> <td>111/07/03</td> <td>19:37</td> <td></td> </tr> </table> </td> </tr> </tbody> </table>								A、B評分		C、D評分		護理師意見		主治醫師意見						總表				C、目前功能狀態		D、其他狀況(每項計1分)						1. 完全活躍，能夠從事生病前的各種活動 (計0分)		1. 團隊/病人/家屬在做出複雜的決策和確定照顧目標時需要幫助 <input type="radio"/>				<input checked="" type="checkbox"/>		2. 無法負擔費力的工作，但能夠行走且從事輕度的工作(計0分)		2. 病人有無法忍受的疼痛 <input type="radio"/>				<input type="checkbox"/>		3. 無法從事任何工作，但可以行走且自我照顧 (計1分)		3. 病人有無法緩解的心、靈或社會上的問題 <input type="radio"/>				<input type="checkbox"/>		4. 僅能在床上或輪椅上從事有限度的自我照顧 (計2分)		4. 病人在過去30天內，因相同診斷重複到急診就醫 <input type="radio"/>				<input type="checkbox"/>		5. 完全失去自我照顧的能力(計3分)		5. 病人在過去30天內，因相同診斷重複住院 <input checked="" type="radio"/>				<input type="checkbox"/>												C組得分	3	D組得分	1			護理師意見		A+B+C+D 總分				6		1. 若病人於未來6-12個月內死亡，您是否覺得訝異嗎? <input type="radio"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 您認為此病人是否為末期病人? <input type="radio"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 3. 您認為此病人是否需要接受安寧照護? <input type="radio"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/>								<table border="1"> <tr> <td>護理師</td> <td>85348</td> <td>...</td> <td>張輝莉</td> </tr> <tr> <td>評估日期</td> <td>111/07/03</td> <td>19:37</td> <td></td> </tr> </table>								護理師	85348	...	張輝莉	評估日期	111/07/03	19:37	
A、B評分		C、D評分		護理師意見		主治醫師意見																																																																																																																	
				總表																																																																																																																			
C、目前功能狀態		D、其他狀況(每項計1分)																																																																																																																					
1. 完全活躍，能夠從事生病前的各種活動 (計0分)		1. 團隊/病人/家屬在做出複雜的決策和確定照顧目標時需要幫助 <input type="radio"/>				<input checked="" type="checkbox"/>																																																																																																																	
2. 無法負擔費力的工作，但能夠行走且從事輕度的工作(計0分)		2. 病人有無法忍受的疼痛 <input type="radio"/>				<input type="checkbox"/>																																																																																																																	
3. 無法從事任何工作，但可以行走且自我照顧 (計1分)		3. 病人有無法緩解的心、靈或社會上的問題 <input type="radio"/>				<input type="checkbox"/>																																																																																																																	
4. 僅能在床上或輪椅上從事有限度的自我照顧 (計2分)		4. 病人在過去30天內，因相同診斷重複到急診就醫 <input type="radio"/>				<input type="checkbox"/>																																																																																																																	
5. 完全失去自我照顧的能力(計3分)		5. 病人在過去30天內，因相同診斷重複住院 <input checked="" type="radio"/>				<input type="checkbox"/>																																																																																																																	
		C組得分	3	D組得分	1																																																																																																																		
護理師意見		A+B+C+D 總分				6																																																																																																																	
1. 若病人於未來6-12個月內死亡，您是否覺得訝異嗎? <input type="radio"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 您認為此病人是否為末期病人? <input type="radio"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 3. 您認為此病人是否需要接受安寧照護? <input type="radio"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/>																																																																																																																							
<table border="1"> <tr> <td>護理師</td> <td>85348</td> <td>...</td> <td>張輝莉</td> </tr> <tr> <td>評估日期</td> <td>111/07/03</td> <td>19:37</td> <td></td> </tr> </table>								護理師	85348	...	張輝莉	評估日期	111/07/03	19:37																																																																																																									
護理師	85348	...	張輝莉																																																																																																																				
評估日期	111/07/03	19:37																																																																																																																					

圖 70 臺灣版-潛在生命末期評估工具



### 3.7 標準化及減少導尿管使用

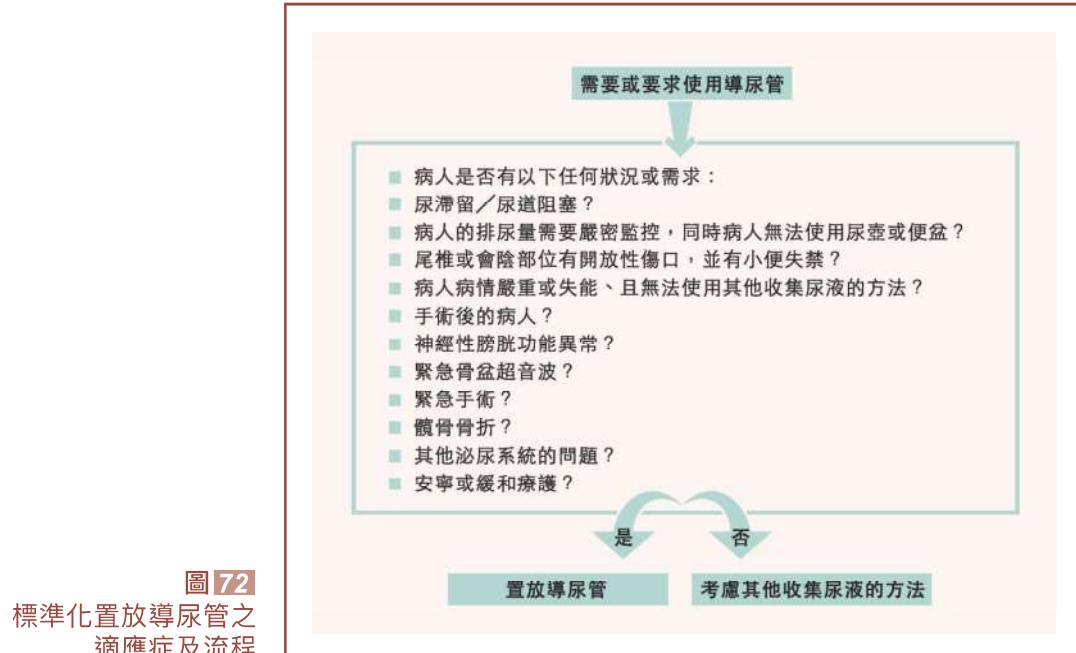
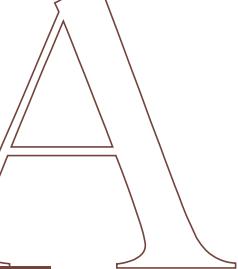
#### 3.7.1 說明

泌尿道感染是長者住院的主要原因之一，其中約80%與留置導尿管有關係，大約每五個住院病人就有一位被放置導尿管[3,4,7]，留置導尿管會導致每日增加5%泌尿道感染的風險，這些病人中有一小部分會因為留置導尿管而產生菌血症及敗血症，因而顯著增加醫療花費及延長住院時間[3, 4,7]，而且導尿管留置也容易讓病人尿路產生損傷或疼痛[57]，這些併發症都可能讓病人減少活動，進而造成身體不良影響，甚至導致失能[58]。因此，導尿管之使用應有標準化程序及適應症，以減少置放後之併發症。

#### 3.7.2 作法

應建立標準化及減少導尿管使用之流程，依美國高齡急診準則建議，放置導尿管應有適應症，否則應考慮其他集尿方式，例如使用拋棄式或保險套式集尿器（圖72）[4,6]，然而，此標準化流程是為了提供置放導尿管之準則，以便正確使用導尿管，並非取代醫師的臨床判斷，如果臨床醫師認為需要，仍以醫師決策優先[4, 6]。

接續下一页圖面



067

### 3.7.3 具體範例

範例來源一：高雄榮民總醫院 - 醫學中心

醫院建立電子化導尿管置放流程，醫師置放導尿管時需勾選臨床適應症（圖73）。

醫院發展具延緩失能理念之長者友善服務模式

**圖 73**  
導尿管置放適應症之  
電子化檢核表

**ON FOLEY選擇**

醫囑名稱ON FOLEY請選擇適應症：

**ON FOLEY導管醫囑，開立前須確認適應症(2021年08月資訊執行小組決議)**  
請勾選或輸入臨床適應症

尿滯留／尿道阻塞(urine retention/obstruction)  
 尿量監測(urine output measurement)  
 手術需要(for surgery)  
 傷口照護(for wound care)  
 膀胱沖洗或藥物留置(bladder irrigation/intravesical therapy)  
 因外傷等病況需長時間固定不動(prolonged immobilization)

其他病情需要(other conditions) :

**確定**

### 3.8 衰弱症

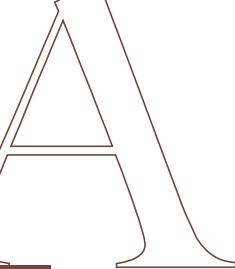
#### 3.8.1 說 明

依據衛生福利部國民健康署108年「長者衰弱評估」篩檢結果，20萬名65歲以上社區長者中，65-74歲長者有8.2%出現衰弱前期，1.3%為衰弱狀態；75-84歲長者有15%出現衰弱前期，3%為衰弱狀態；85歲以上長者有26.9%出現衰弱前期，6.9%為衰弱狀態[59]。年紀越老衰弱比率越高，有衰弱狀態的長者更容易因為視力、聽力、肌力、平衡感變差、服用鎮定藥物或多種藥物，而增加了跌倒的機會，甚至造成骨折、住院、失能[59]。長者來急診代表了功能有退化，因此病人來急診是最好篩檢衰弱的時機，如果能夠在急診提早發現長者健康異常的狀態，盡快尋求資源的協助，有較高機會可預防及治療衰弱，進一步延緩失能[59]。

#### 3.8.2 作 法

在急診篩檢衰弱長者，建議使用簡單快速的工具，例如「臨床衰弱量表（CFS）」（圖74）[60]，衛生福利部國民健康署所提倡的ICOPE亦是可選擇的工具[59]。然而ICOPE花費時間較多，較適合由專責個案管理師來進行，不適合由第一線忙碌於急重症處理之醫師或護理師執行。CFS以圖像化的方式來將長者功能以1-9級做分類，分別為：(1)非常健康；(2)健康；(3)維持良好；(4)脆弱較易受傷害；(5)輕度衰弱；(6)中度衰弱；(7)嚴重衰弱；(8)非常嚴重的衰弱；(9)末期[60]，因為CFS簡單直覺，可考慮成為急診評估之必要項目，所有醫事人員皆可進行評估，然而要注意的是，所評之CFS應是長者之基線狀態（baseline state），並非因急症來急診時之狀態，因急症會導致CFS明顯下降，無法反應真正CFS[61,62]。評估CFS之後則依醫院資源來建立轉介流程，如：篩檢出有衰弱者，出院可轉介老年醫學科、家醫科、復健科、衰弱特別門診或社區資源進行介入改善，住院者可由老年醫學科或有跨領域團隊可進行周全性老年評估及介入改善之單位收治。

接續下一頁圖面



臨床衰弱量表			
1.非常健康 	健壯、活躍、精力充沛並充滿動力，定期運動且處於所在年齡階段最健康的狀態	6.中度衰弱 	所有室外活動和家務均需要協助，在室內上下樓梯常有問題，洗澡需要幫助，穿脫衣服可能也需要輕微的協助
2.健康 	無明顯疾病症狀但不比等級1的人健康，經常運動，偶爾活躍（例如季節性）	7.嚴重衰弱 	無論原因（身體或認知功能下降）而導致生活完全無法自理，但身體狀況相對穩定而無死亡的風險（6個月內）
3.維持良好 	患有疾病但控制良好，除了規律行走外，平常並不活躍	8.非常嚴重的衰弱 	生活完全無法自理，接近生命終點，即使得到輕微的病症也難以康復
4.脆弱較易受傷害 	日常生活不需仰賴他人，但活動常因身體的症狀而受限，常見的主訴為“行動緩慢”和（或）白天時覺得疲憊	9.末期 	接近生命終點，這個期別包含不符合衰弱定義但預期壽命少於6個月的人
5.輕度衰弱 	明顯的動作緩慢，工具性日常生活活動（如理財、搭乘交通工具、重型家務、服藥...）需要幫助		

©2009. Version 1.2\_EN. All rights reserved. Geriatric Medicine Research, Dalhousie University, Halifax, Canada. Permission granted to copy for research and educational purposes only. Translated with permission to Traditional Chinese by Yueh-Hsin Wang, Taiwan, 2019

圖 74 臨床衰弱量表[60]

### 3.8.3 具體範例

#### 範例來源一：淡水馬偕醫院－醫學中心

醫院以CFS作為初步篩檢衰弱症之工具，由急診醫師評估高齡病人之CFS後，將CFS 4-7分者會診老年醫學科醫師，以便後續收治老年醫學科住院或轉介至門診追蹤，在與資訊室的溝通及合作下，於急診醫令頁面增設高齡病人區，將65歲以上之高齡病人依年齡區間分類設色，並設置CFS分數欄位，以便於觀看目前線上高齡病人之評估狀況（圖75）。

床號/病歷號		即日起 選擇患者， 請 DoubleClick 一覽表				每 22 秒重取 患者一覽表一次				
						2021/07/21 15:41:34				
待診患者一覽		急診患者一覽		本人已診患者一覽		患者交班		研究病歷一覽		ISS 外傷登錄
患者分佈		患者一覽		排序方式:		檢偏級數		床號		入院日期
所有患者	未分區	分區	床號	報回	住	姓名	病歷號	性	歲	CFS
<input type="checkbox"/>	所有患者					★…	2513…	女	97	8
<input type="checkbox"/>	未分區	重慶區	103			劉蕙慈	內		04h44m	R0600 Dyspnea, unspecified
<input type="checkbox"/>	(一般外科)	重慶區	104			劉蕙慈	內		1d1h29m	R1010 Upper abdominal pain, unspecified
<input type="checkbox"/>	(內科)	未分區	X102			看診	劉蕙慈	內	0d0h21m	R0600 呼吸困難
<input type="checkbox"/>	(兒科)	第五…	504			周思湯	內		0d2h30m	R509 Fever, unspecified
<input type="checkbox"/>	預約住院	第三…	302			劉蕙慈	內		0d4h48m	D649 Anemia, unspecified
<input type="checkbox"/>	高齡預約住院	未分區	X093			周柏辰			0d1h7m	M519 Unspecified thoracic, thoracolumbar a…
<input type="checkbox"/>	高齡病人	觀察室	201			預約住院	黃偉翔	內	0d19h19m	R0600 呼吸困難
<input type="checkbox"/>	24小時內結果系	未分區	X016			周柏辰			0d3h47m	S7290KA Unspecified fracture of unspecific…
<input type="checkbox"/>	ICU 床位狀態	監察室	211			預約住院	黃偉翔	內	2d18h35m	K92 胃腸道出血
<input type="checkbox"/>	急診收學	觀察室	205			預約住院	黃偉翔	內	0d17h23m	R1013 心窩部痛
<input type="checkbox"/>	大量傷患	車臣區	101			苗觀察室	劉蕙慈	內	0d2h13m	N039 優性腎炎症候群伴有關節異常的組織形態…
<input type="checkbox"/>	住院中心預排床	觀察室	212			預約住院	黃偉翔	內	1d3h56m	J441 優性阻塞性肺病伴有关(急性)發作
<input type="checkbox"/>		觀察室	202			苗觀察室	劉蕙慈	內	0d7h1m	R109 腹痛
<input checked="" type="checkbox"/>		第五…	599			苗觀察室	劉蕙慈	內	1d1h38m	L0390 Cellulitis, unspecified
<input type="checkbox"/>		未分區	X059			看診			0d0h59m	
<input type="checkbox"/>		重慶區	110			預約住院	黃偉翔	內	0d1h0m	N185 Chronic kidney disease, stage 5
<input type="checkbox"/>		觀察室	203			預約住院	黃偉翔	內	1d2h59m	R42 頭暈及目眩
<input type="checkbox"/>		第三…	301			預約住院	黃偉翔	內	2d1h23m	R531 虛弱

圖 75 CFS評估及年齡分色

### 3.9 出院追蹤及轉銜照護

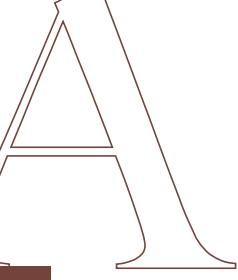
### 3.9.1 說明

依研究顯示，急診出院後的轉介或照護轉銜，包含門診安排、居家醫療服務或社區資源轉介等，是影響高齡病人急診就醫經驗之重要因素[63]。急診出院時的資訊不足是高齡急診病人不滿意的主要原因之一[4, 6]，高齡友善之急診應有病人出院追蹤及轉銜照護方案，可彌補病人出院時未完備的醫療或資訊，並減少潛在性醫療糾紛[4, 6]。

### 3.9.2 作法

應有適當的出院追蹤方案以及出院指南（或衛教資訊）[4, 6]，建議由專責個案管理師來進行出院追蹤，若無專責個案管理師，可由急診人員來兼任之，病人出院追蹤轉介的條件則按照醫院資源、目標及病人需求而定，並非所有病人皆需要追蹤，例如，可由醫師判斷病人是否有追蹤的需求，再進行轉介，轉介之方法建議以電子化行之，以簡化流程，並減少臨床人員負擔，出院追蹤一般以電話進行追蹤，近年來視訊設備進步，亦可以視訊追蹤行之[4, 6]。

出院指南應該要提供在急診診斷及相關資訊給予家屬或長照機構，以利後續連續性照護[4, 6]，出院指南應該要有加大字體，如果能達到圖文並茂更好，以利閱讀理解[4, 6]，以下是建議的出院指南內容[4, 6]：



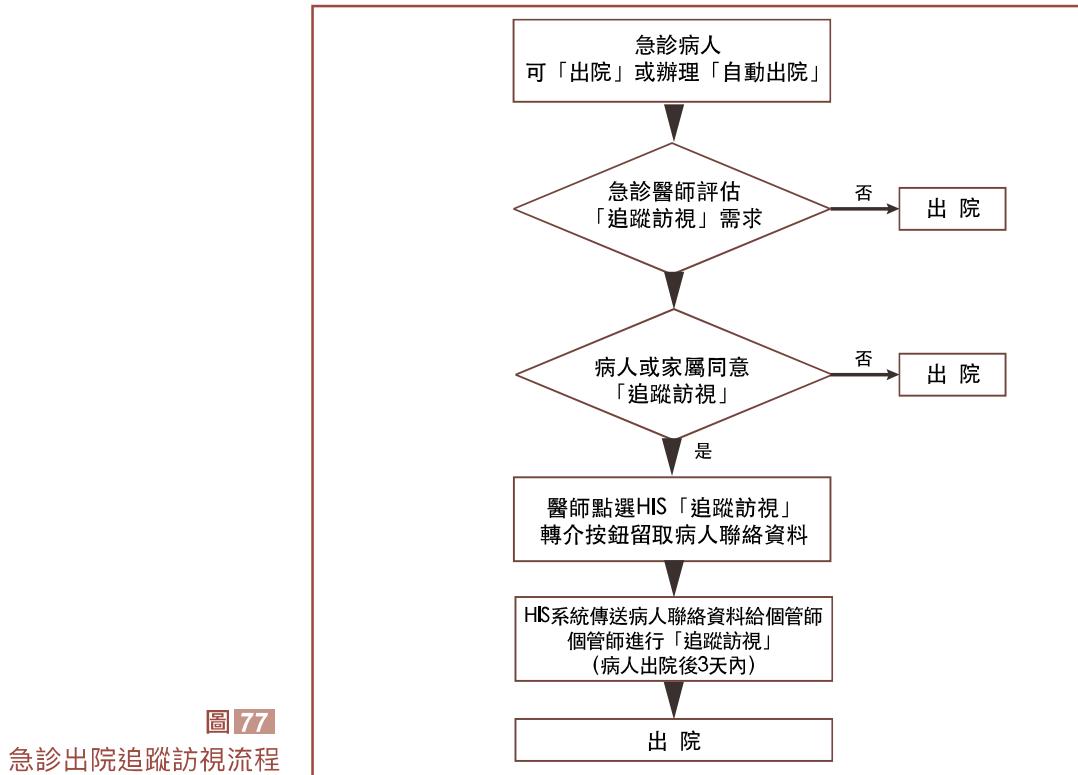
- (1) 病人主訴
- (2) 檢驗結果及說明
- (3) 急診治療及反應
- (4) 急診會診結果
- (5) 初步出院診斷
- (6) 新處方或改變長期之藥物
- (7) 照護計畫（包含門診、居家醫療或社區資源轉介等）

### 3.9.3 具體範例

#### 範例來源一：奇美醫院

醫院由專責個案管理師來進行出院追蹤服務，由急診醫師視病人需求或個案管理師評估病人有需求者（例如辦理自動出院者），以醫院資訊系統進行轉介（圖76），個案管理師收到轉介病人資料後，於病人出院後3天內以電話或視訊聯絡病人或家屬進行追蹤（圖77），如果病人有居家醫療需求，亦可以使用此出院追蹤進行居家醫療之轉介，轉介之醫師可在轉介畫面點選「居家醫療」選項（圖78），個案管理師在追蹤訪視時會與病人或家屬進行居家醫療討論並轉介，若醫師未點選「居家醫療」，但個案管理師在追蹤訪視時發現病人有居家醫療需求，亦會進行轉介，追蹤訪視除了以電話方式進行，醫院亦建立「視訊追蹤」之模式，依病人需求而定，例如評估傷口是否有感染，可以視訊追蹤來診察傷口，假若個案管理師不確定傷口有無問題，可以視訊會診醫師進行（圖79），「視訊」追蹤模式雖然理想，然而奇美醫院實際執行發現，因為病人與家屬在急診時並不認識該個案管理師，沒有建立關係，因此雖然很滿意個案管理師進行「電話」追蹤訪視，但通常不願意露臉進行「視訊」。

**圖 76**  
醫院資訊系統轉介  
出院追蹤訪視服務



072

88888880 資訊室測試

若病人有居家醫療需求，醫師可在轉介畫面點選「居家醫療」

1. 請選擇【訪視模式】:  通訊追蹤  居家醫療

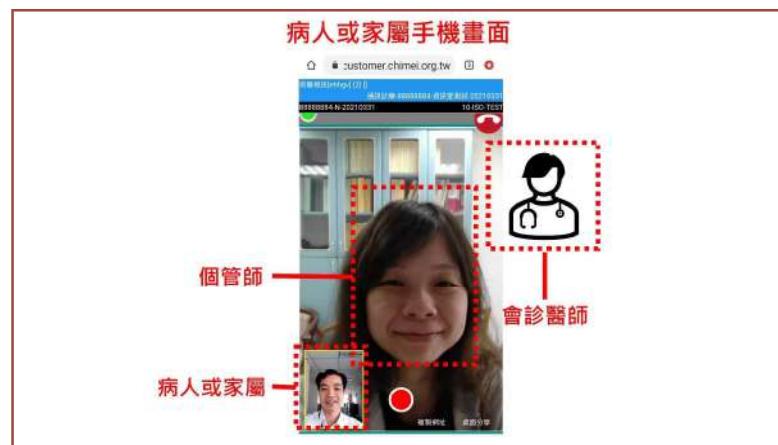
2. 請選擇【訪視時段】:  上午  下午

3. 請選擇【聯絡人】: [新增聯絡人](#)

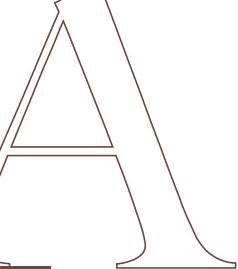
選取	序號	姓名	關係	電話	決策者
<input checked="" type="checkbox"/>	0	BBB	兄弟	0911123123	是
<input type="checkbox"/>	1	資訊室測試	本人	0922336428	
<input type="checkbox"/>	2	AAA	配偶	0963013223	是
<input type="checkbox"/>	10	李00	兄弟	0912345678	
<input type="checkbox"/>	11	李00	本人	0912345678	

主治醫師人事號: A11001 黃建程 [送出](#)

**圖 78**  
「居家醫療」轉介畫面



**圖 79**  
手機視訊追蹤畫面



## 範例來源二：臺北榮民總醫院

當病人需要住院，會建議收治有整合照護之病房，例如急診後送病房、高齡醫學病房，評估異常者在出院時會給予評估結果及轉介單（圖80），轉介單背面有門診時間表，並依照病人或家屬意願幫忙預約掛號。另外，會依據個案需求協助轉介至醫院附近的C級據點，並於兩星期後進行電話追蹤轉介成效。

073

**急診高齡病人轉介門診單**  
(衛生福利部國民健康署推動計畫)

轉介門診科別：高齡醫學科

轉介醫師/專科護理師：急診部黃獻霖 3/2  
科主任

轉介原因：

具有多重疾病、同時使用多種藥物病人

疑似認知功能缺損個案

有老年症候群者。如：衰弱、營養失調、壓瘡、步態不穩容易跌倒、尿失禁、躁妄症或憂鬱症等

反覆入院高醫療資源使用病人

失眠

其他問題\_\_\_\_\_

住安養中心，無法下床

ADL = 10  
MMSE = 11  
此次因 Fever 入 ER.

圖80 急診高齡病人轉介門診單

### 3.10 獨居長者

#### 3.10.1 說明

據109年內政部不動產資訊平台資料顯示，全台僅老人居住的住宅數高達58萬戶，較10年前大增近25萬戶，增幅高達76%[64]。長者獨居不一定沒有子女，大都數是因為子女沒有多餘的心力照顧長輩，只能讓長者獨自生活，獨居造成許多問題，包含無法自己打理生活、發生緊急狀況沒有人協助、人身財產及治安問題、缺乏人際互動引發憂鬱症及失智症、死亡率高，甚至最後孤獨死，關懷獨居長者雖無法對醫院營運帶來獲利、減少醫療費用，但應是醫院應盡的社會責任，同時也有助提升醫院的聲望。

#### 3.10.2 作法

可與EMT及社工師合作進行獨居長者篩檢，並協助轉介居家醫療、長照資源、社區追蹤。

#### 3.10.3 具體範例

範例來源：臺北市立萬芳醫院

醫院進行獨居長者社區友善照護轉銜，在急診經由EMT協助篩檢出獨居長者，予以轉介居家醫療、長照資源、社區追蹤。長照資源服務內容包含申請輪椅與洗澡椅、居家醫療、居家服務、送餐、疫苗預約、短期機構喘息、疫情紓困補助等（圖81）。

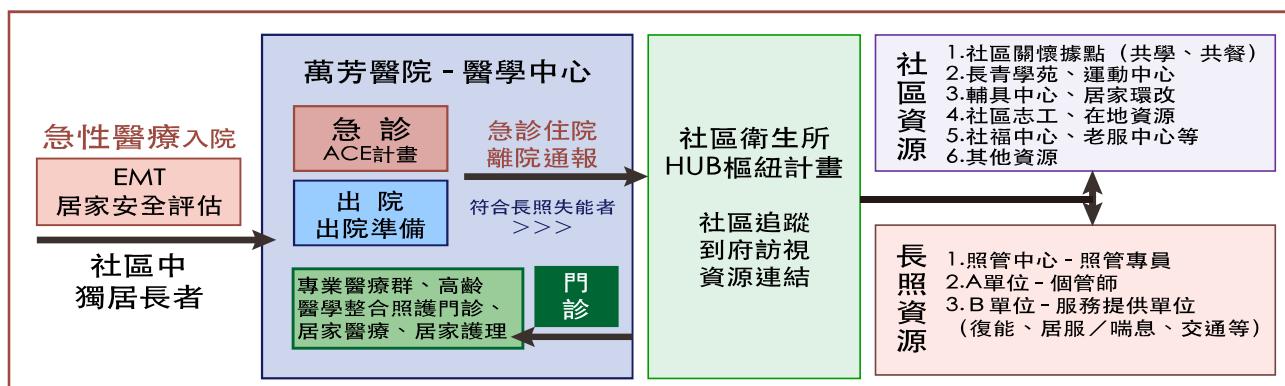
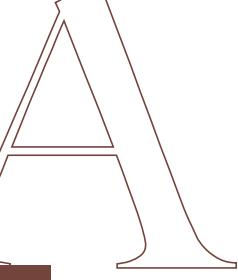


圖 81 篩檢獨居長者進行社區照護轉銜



### 3.11 與緊急救護系統之合作

### 3.11.1 說 明

急診可與到院前的緊急救護系統合作訓練EMT處理高齡病人之能力[4, 6]，除此之外，與EMT合作進行高風險長者之篩檢及關懷亦是高齡友善急診可發展之策略之一。

### 3.11.2 作法

可與醫院轄區之消防局先進行合作，進行EMT之高齡照護訓練以及高風險長者之篩檢。

### 3.11.3 具體範例

## 範例來源一：新竹國泰醫院

醫院與轄區之消防局合作，由EMT幫忙篩檢跌倒長者居家安全，再依結果進行轉介、追蹤及在宅接受功能與安全之評估（圖82）。

075

## 範例來源二：高雄榮民總醫院

醫院與高雄市消防局合作進行EMT之高齡照護訓練，並由EMT協助篩檢跌倒長者及獨居長者之居家安全，並依結果進行轉介及協助（圖83）。

圖 82

## 與消防局合作之跌倒長者 居家安全篩檢及轉介

中華人民共和國通用機動證照 車輛行駛證		發給日期：2010年3月26日
老者安家安全交際證件		
車輛編號：_____ 車型：_____ 驚呼日期：2010年3月26日 車輛類別： <input checked="" type="checkbox"/> 客車 <input type="checkbox"/> 貨車 <input type="checkbox"/> 三輪車 <input type="checkbox"/> 拖車 <input type="checkbox"/> 半挂車 車輛狀態： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/> 故障 <input type="checkbox"/> 修理		
<b>系統管理評價</b> 安全、準確、隨時可用、能為老者安家提供所有安全資訊。		
1. 車輛運轉可否？能為老者安家提供所有安全資訊。 <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不清楚		
2. 車輛內部是否清潔，無異味。 <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不清楚		
3. 車輛外觀是否整齊，無破損。 <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不清楚		
4. 車輛各項機器（如冷氣機、暖風機）是否正常。 <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不清楚		
5. 駕駛員有無酒醉情形。 <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不清楚		
6. 車輛前座及後座有無危險品。 <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不清楚		
7. 車輛前座及後座頭枕（如頭枕、頭靠椅背）是否正確。 <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不清楚		
8. 車輛前座及後座安全帶是否正確。 <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不清楚		
9. 車輛前座及後座頭部是否有充氣袋。 <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不清楚		
<b>護理人員：</b>		EMT人員： <u>陳浩宇</u>
<b>一、評量表單填寫</b> 1. 每個車廂周圍 2. 開介質處理情形 3. 驕駕規範情形 4. 車內清潔情形		
請依序填寫： 1. 每個車廂周圍： <input checked="" type="checkbox"/> 清潔 <input type="checkbox"/> 有空氣清新劑 <input type="checkbox"/> 有空氣淨化器 <input type="checkbox"/> 有除濕裝置 2. 開介質處理情形： <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 3. 駕駕規範情形： <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 4. 車內清潔情形： <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
<b>護理人員：</b> <u>陳浩宇</u>		





## 急診友善-EMT

### EMT分隊檢傷交班



### EMT與檢傷交班：

- 2021.1-7月：交班 1977 人次
- 其中高危總個案數 107 人次
- 跌倒 67.3%、獨居 10.2%
- 兩者皆有 22.5%

### EMT長者友善流程



### EMT與急診交班 (跌倒、獨居)

119 轉入

請輸入119所屬單位  
消防局

跌倒(居家環境安全問題):  
● 是 ● 否 ● 無法評估

獨居(照顧問題):  
● 是 ● 否 ● 無法評估

確認

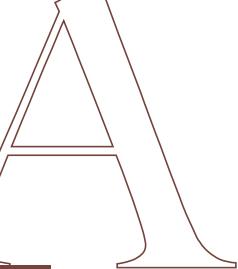
高雄榮民總醫院 急診檢傷護理評估表

編號: 0065 | 請用日期: 2025-10-14 09:28

看診科別: 急診醫學科 | 001 001  
看診分級: 3 級  
類 別: 一般照護  
來 源: [隱藏] | 聲音記錄人: [隱藏]  
藥物過敏史: 無過敏記錄

10  
高雄榮民總醫院急診友善分享

圖 83 EMT訓練及高風險長者篩檢及轉介



### 3.12 促進志工參與

#### 3.12.1 說 明

許多研究顯示志工可以對急診的高齡病人做出許多貢獻，包含減少社會隔離感、增加情感支持、協助飲食需求、病人引導、行動協助、治療輔助等，亦可減少醫事人員及家屬的負擔[65, 66]。

#### 3.12.2 作 法

建議先規劃要志工協助之事項，並進行志工之教育訓練[65, 66]。志工所能協助的事項依照醫院資源及目標而定，可參考HELP計畫（Hospital Elder Life Programme）[67]或CARE計畫（Care and Respect for Elders with Emergencies program）[68]。

#### 3.12.3 具體範例

範例來源：奇美醫院

急診部與社會服務部合作，以志工進行長者關懷服務，並進行教育訓練以增進志工長者關懷能力（圖84）。

圖 84  
高齡急診友善志工



### 3.13 整合型篩檢轉介

#### 3.13.1 說明

因急診有緊急且繁忙之特性，以處理急重症優先，因此在急診進行高齡友善之篩檢及轉介通常需要專人（例如個案管理師或轉銜照護護理師）來進行，然而，若僅由個案管理師來執行篩檢轉介容易使急診之高齡友善策略淪落到個案管理師一人手上，無法內化，難以使高齡友善融入急診所有醫事人員的内心及臨床常規。因此，簡化篩檢方式，讓所有急診醫事人員都了解並可以輕易執行，是提升整體高齡友善之重要方向。

#### 3.13.2 作法

可與老年醫學科或有跨領域團隊可進行周全性老年評估及介入之單位合作，需住院之病人由急診醫師（或專科護理師協助）以簡單方式篩選，進而收治合作單位之病房，如病人不需住院，可轉介至合作單位之門診或居家醫療。

#### 3.13.3 具體範例

078

##### 範例來源：奇美醫院

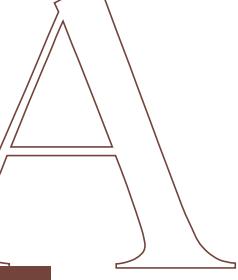
急診部與整合醫療病房（老年醫學科、全人醫療科、一般內科）合作，以「多重疾病、身心失能及安寧緩和需求」為篩檢條件，4道關卡來篩檢病人收住整合醫療病房，再由整合醫療病房進一步周全性老年評估及跨領域團隊介入，以解決高齡病人的各種問題，此4道關卡如下（圖85）：

##### (1) 第一道關卡：

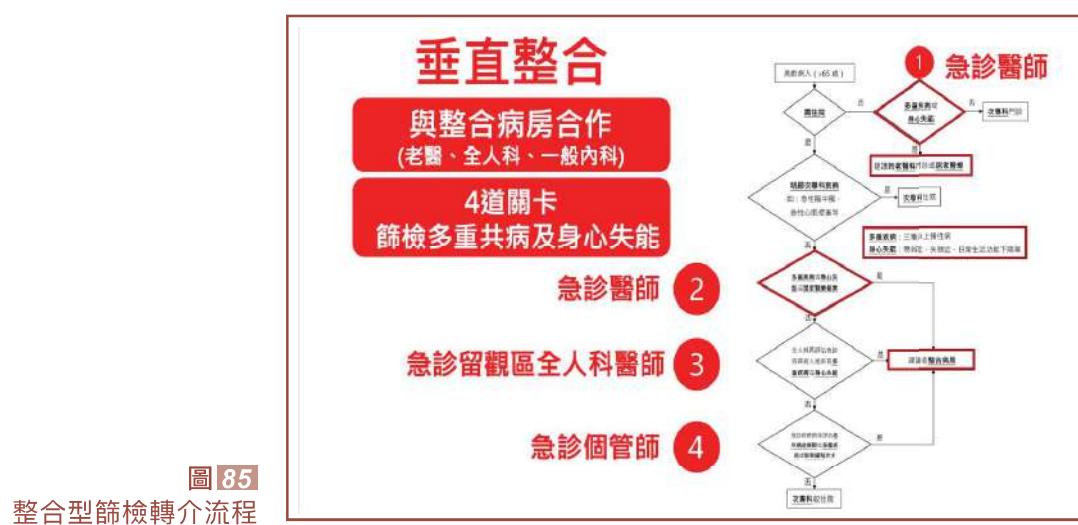
當高齡急診病人經過急診醫師評估後不需住院，但符合「多重疾病（三種以上慢性病）或身心失能（失智症、譫妄症、功能退化、跌倒、衰弱等）」任何一條件，則建議轉銜老年醫學科門診追蹤或轉介居家醫療照護。

##### (2) 第二道關卡：

當高齡急診病人經醫師評估後需住院接受治療，符合「多重疾病、身心失能或安寧緩和需求」者任何一條件，則優先收住「整合醫療病房」。若無上述任一條件且有明顯次專科疾病（例如急性心肌梗塞、腦中風等），則收治次專科病房。



- (3) 第三道關卡：
- 當高齡急診病人經醫師評估後需住院接受治療，急診醫師一開始沒有收住「整合醫療病房」，但病人於急診觀察區待床時，急診全人醫療科醫師及專科護理師進行再次評估，若符合「多重疾病、身心失能或安寧緩和需求」者任一條件，則建議改收住「整合醫療病房」。
- (4) 第四道關卡：
- 急診個案管理師於上班日將進行急診觀察區待床病人（未收住「整合醫療病房」者）再度篩選。若病人符合「多重疾病、身心失能或安寧緩和需求」，則建議改收住整合醫療病房。



## (四) 監測指標

定期監測高齡急診指標有助於了解高齡照護策略進行之成果，以增加成功機會，有效提升照護品質[4, 6]，監測指標亦可發掘可能存在之問題，以作為基礎來啟動新的高齡照護策略，常見的監測指標如下[4, 6, 7]，但不限於此，醫院可依目標建立新指標。

### 1 接受篩檢之人數及比率

#### 1.1 說明

分母為「高齡急診病人數」，分子為「高齡急診病人接受篩檢的人數」（高齡急診病人接受篩檢的人數 / 高齡急診病人數）。

#### 1.2 作法

篩檢項目則依醫院設定之高齡急診照護策略而定，例如執行「譴妄症」篩檢，則其指標為：高齡急診病人接受「譴妄症」篩檢的人數 / 高齡急診病人數。

#### 1.3 具體範例

080

##### 範例來源：奇美醫院

醫院進行「嚴重多重用藥」及「潛在不適當用藥」之篩檢及轉介，故建立監測指標為（圖86）：

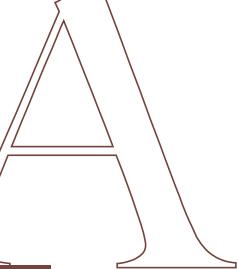
##### (1) 嚴重多重用藥：

高齡急診病人接受「嚴重多重用藥」篩檢的人數 / 高齡急診病人數。

##### (2) 潛在不適當用藥：

高齡急診病人接受「潛在不適當用藥」篩檢的人數 / 高齡急診病人數





# 2

## 篩檢符合條件 轉介之人數及比率

081

### 2.1 說明

分母為「篩檢符合條件人數」，分子為「篩檢符合條件者並進行轉介之人數」（篩檢符合條件者並進行轉介之人數 / 篩檢符合條件人數）。

### 2.2 作法

篩檢項目則依醫院設定之高齡急診照護策略而定，例如執行「譴妄症」篩檢，則其指標為：篩檢符合「譴妄症」並進行轉介之人數 / 篩檢符合「譴妄症」人數。

### 2.3 具體範例

範例來源：臺北榮民總醫院

醫院進行「失智症」及「急性功能退化」篩檢，針對陽性個案予以轉介，故建立監測指標為（圖87）：

**(1) 失智症：**

篩檢符合「失智症」並進行轉介的人數 / 篩檢符合「失智症」人數。

**(2) 急性功能退化：**

篩檢符合「急性功能退化」並進行轉介的人數 / 篩檢符合「急性功能退化」人數。

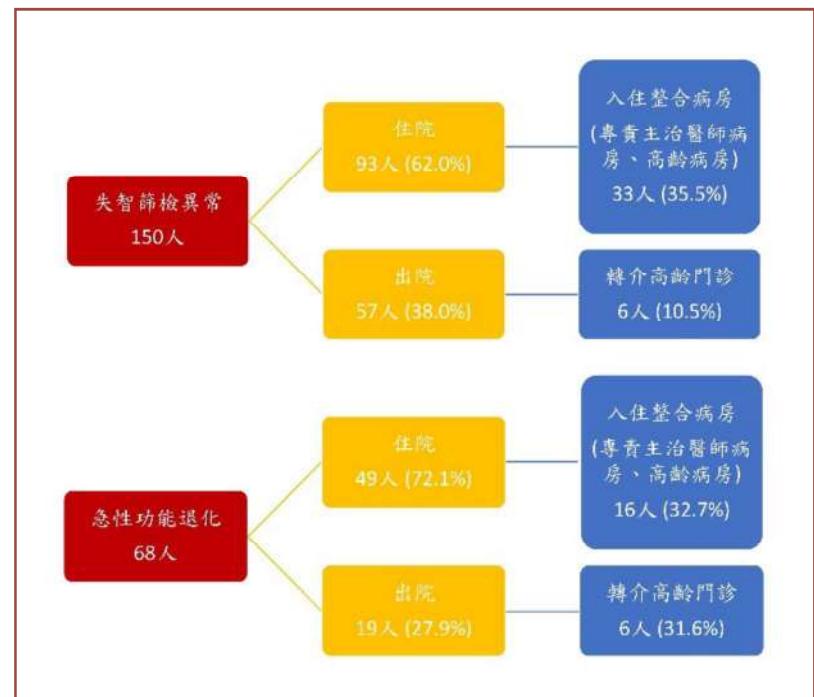


圖 87

「失智症」及「急性功能退化」  
監測指標

# 3

## 篩檢符合條件成功轉介之人數及比率

### 3.1 說明

分母為「篩檢符合條件者並進行轉介之人數」，分子為「篩檢符合條件者成功轉介之人數」（篩檢符合條件者成功轉介之人數 / 篩檢符合條件者並進行轉介之人數）。

### 3.2 作法

篩檢項目則依醫院設定之高齡急診照護策略而定，例如執行「衰弱症」篩檢，則其指標為：篩檢符合「衰弱症」成功轉介之人數 / 篩檢符合「衰弱症」並進行轉介之人數。

### 3.3 具體範例

範例來源：淡水馬偕醫院

醫院進行急診CFS篩檢「衰弱症」以進行轉介與追蹤，故建立監測指標為：篩檢符合「衰弱（CFS 4-7分）」成功轉介老醫住院之人數 / 篩檢符合「衰弱（CFS 4-7分）」並進行轉介之人數（圖88）。

082

	接受 CFS 評估	轉老醫住院	轉介老醫科住院比率
2月	26	2	7.69%
3月	95	4	4.21%
4月	47	8	17.02%
5月	38	1	2.63%
6月	18	0	0.00%
7月	135	0	0.00%
8月	9	0	0.00%
9月	38	3	7.89%
合計	406	18	4.43%

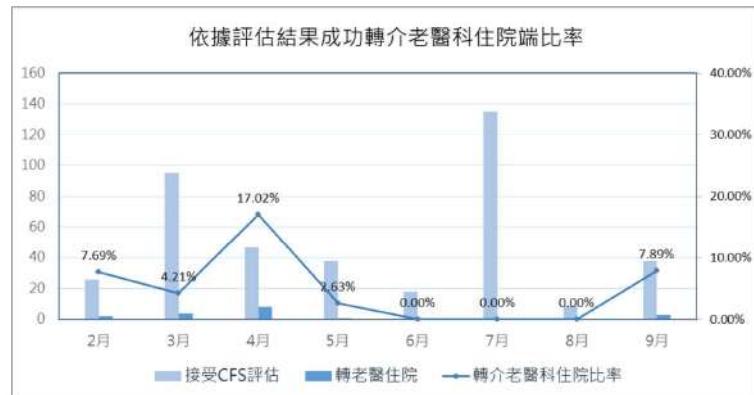
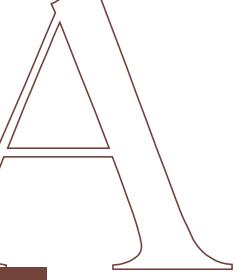


圖 88

篩檢符合衰弱（CFS 4-7分）成功轉介之人數及比率



# 4

## 篩檢符合條件 成功轉介的結果

### 4.1 說 明

前三項皆是過程的指標，而此項是監測篩檢病人轉介之結果，台灣急診醫學會參考台灣臨床成效指標（Taiwan Clinical Performance Indicator, TCPI）[69]以及疾病照護品質認證[70]，設定下列三項監測指標供參考，但不限於此，可依醫院目標來建立新指標。

#### (1) 三日內回急診：

分母為「篩檢符合條件並成功轉介的人數」，分子為「篩檢符合條件並成功轉介的三日內回急診人數」  
(篩檢符合條件並成功轉介的三日內回急診人數 / 篩檢符合條件並成功轉介的人數)。

#### (2) 十四天再入院：

分母為「篩檢符合條件並成功轉介的人數」，分子為「篩檢符合條件並成功轉介的十四天再入院人數」  
(篩檢符合條件並成功轉介的十四天再入院人數 / 篩檢符合條件並成功轉介的人數)。

#### (3) 一個月內死亡：

分母為「篩檢符合條件並成功轉介的人數」，分子為「篩檢符合條件並成功轉介的一個月內死亡人數」  
(篩檢符合條件並成功轉介的一個月內死亡人數 / 篩檢符合條件並成功轉介的人數)。

### 4.2 作 法

篩檢項目則依醫院設定之高齡急診照護策略而定，例如執行「譴妄症」篩檢，則三個指標分別為：篩檢符合「譴妄症」並成功轉介的三日內回急診人數 / 篩檢符合「譴妄症」成功轉介的人數、篩檢符合「譴妄症」能成功轉介的十四天再入院人數 / 篩檢符合「譴妄症」成功轉介的人數、篩檢符合「譴妄症」能成功轉介的一個月內死亡人數 / 篩檢符合「譴妄症」成功轉介的人數。

### 4.3 具體範例

#### 範例來源：臺北榮民總醫院

醫院進行「篩檢符合多重疾病或身心失能，收住整合醫療病房」，故建立監測指標為（圖89）：

#### (1) 高齡急診病人篩檢收住整合醫療病房出院後三日內回急診率：篩檢「收住整合醫療病房」出院後三日內回急診人數 / 篩檢「收住整合醫療病房」人數。

- (2) 高齡急診病人篩檢收住整合醫療病房出院後十四天再住院率：篩檢「收住整合醫療病房」出院後十四天再入院人數 / 篩檢「收住整合醫療病房」人數。
- (3) 高齡急診病人篩檢收住整合醫療病房一個月內之死亡率：篩檢「收住整合醫療病房」一個月內死亡人數 / 篩檢「收住整合醫療病房」人數。



圖 89 「收治整合病房」監測指標

084

## 5

### 篩檢符合條件 成功轉介的結果

#### 5.1 說明

此項是監測醫院整體高齡急診病人住院狀況，除了基本的人數及比率以外，亦可進一步分析主訴、診斷或是科別分布，供醫院進行醫療資源分配以及品質改善參考，分母為「高齡急診病人數」，分子為「高齡急診病人住院人數」（高齡急診病人住院人數 / 高齡急診病人數）。

#### 5.2 作法

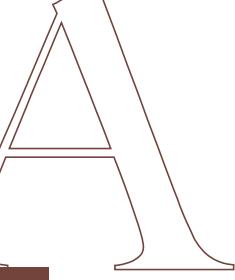
每月計算「高齡急診病人住院人數 / 高齡急診病人數」，並持續監測以了解病人之變化。

#### 5.3 具體範例

##### 範例來源一：臺北市立萬芳醫院

醫院分析高齡急診病人住院人數及比率，故建立監測指標為：高齡急診病人住院人數 / 高齡急診病人數。萬芳醫院並進一步每月分析住院病人之主訴及診斷，以了解其分布狀況，以利監測及後續品質改善參考（圖90）：

接續下一頁圖面

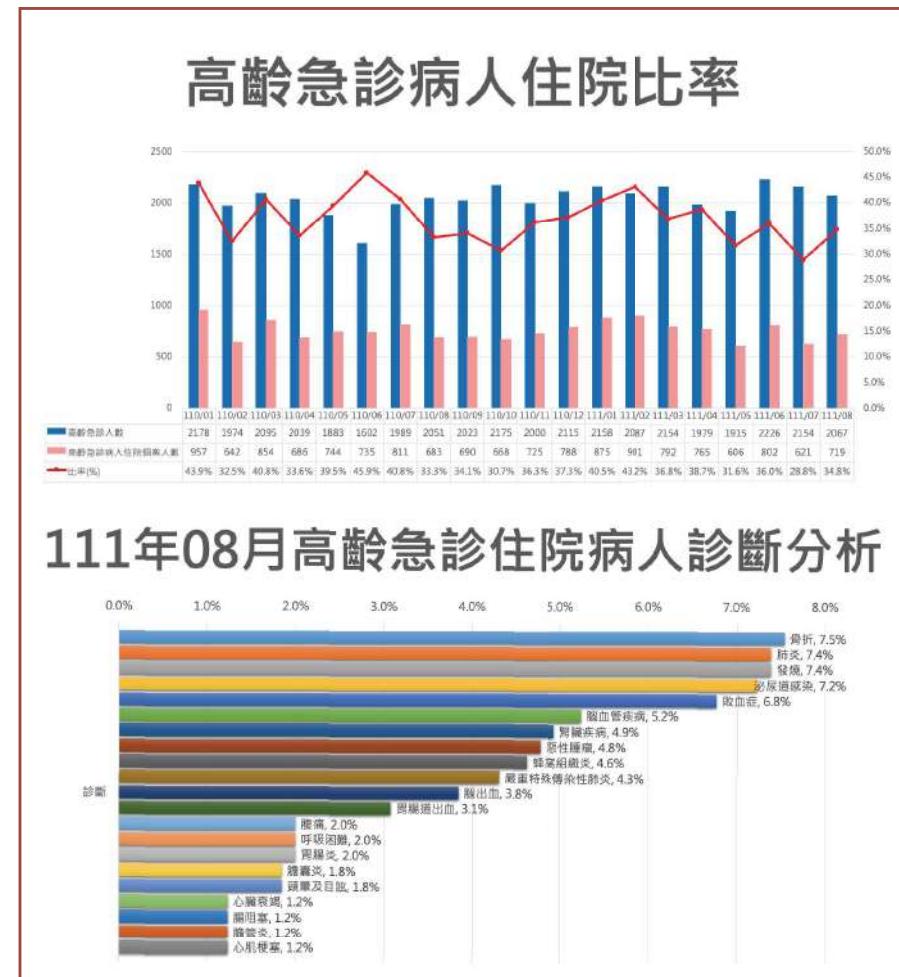


**圖 90** 高齡病人住院人數、比率、診斷分析

月份	7月	8月	9月
高齡病人 住院人數及比率	35.8% (1)呼吸 30% (2)消化 13% (3)生殖泌尿 13% (4)循環 12% (5)傷害中毒與其他外因 11%	24.3% (1)消化 17% (2)生殖泌尿 16% (3)呼吸 14% (4)生殖泌尿 13% (5)傷害中毒與其他外因 11%	31.8% (1)呼吸 21% (2)循環 15% (3)生殖泌尿 14% (4)消化 13% (5)傷害中毒與其他外因 12%

### 範例來源二：奇美醫院

醫院分析高齡急診病人住院人數及比率，故建立監測指標為：高齡急診病人住院人數 / 高齡急診病人數 · 並進一步每月分析住院病人之主訴及診斷，以了解其分布狀況，以利監測及後續品質改善參考（圖91）。



## 6

## 高齡病人出院人數及比率

## 6.1 說明

此項是監測醫院整體高齡急診病人出院狀況，除基本的人數及比率以外，亦可進一步分析出院至住家或長照機構、主訴及診斷等，供醫院進行醫療資源分配及品質改善參考。分母為「高齡急診病人數」，分子為「高齡急診病人出院人數」（高齡急診病人出院人數 / 高齡急診病人數）。

## 6.2 作法

每月計算「高齡急診病人出院人數 / 高齡急診病人數」，並持續監測以了解病人之變化。

## 6.3 具體範例

## 範例來源一：羅東博愛醫院

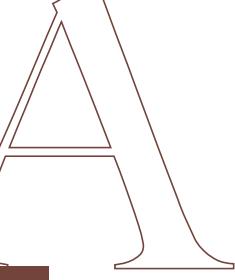
醫院分析高齡急診病人出院人數及比率，故建立監測指標為：高齡急診病人出院人數 / 高齡急診病人數（圖92）：

高齡長者出院人數及比率			
110 年	急診高齡長者人數	高齡長者出院人數	比率
1月份	1376	845	61.41%
2月份	1267	812	64.09%
3月份	1314	805	61.26%
4月份	1361	843	61.94%
5月份	1122	706	62.92%
6月份	1066	660	61.91%
7月份	1301	854	65.64%
8月份	1278	866	67.76%
9月份	1414	951	67.26%
年度	11499	7342	63.85%

## 範例來源二：奇美醫院

醫院分析高齡急診病人出院人數及比率，故建立監測指標為：高齡急診病人出院人數 / 高齡急診病人數，奇美醫院並進一步每月分析出院病人之主訴及診斷，以了解其分布狀況，以利監測及後續品質改善參考（圖93）：

接續下頁圖面



**圖 93**  
高齡急診病人出院  
人數、比率、診斷分析



## 7 高齡病人再返急診人數及比率

### 7.1 說明

此項是監測整體高齡急診病人醫療品質，參考美國高齡急診認證[7]及台灣臨床成效指標[69]所設定。分母為「高齡急診病人數」，分子為「高齡急診病人再返急診人數（三日內）」（高齡急診病人再返急診人數（三日內） / 高齡急診病人數）。

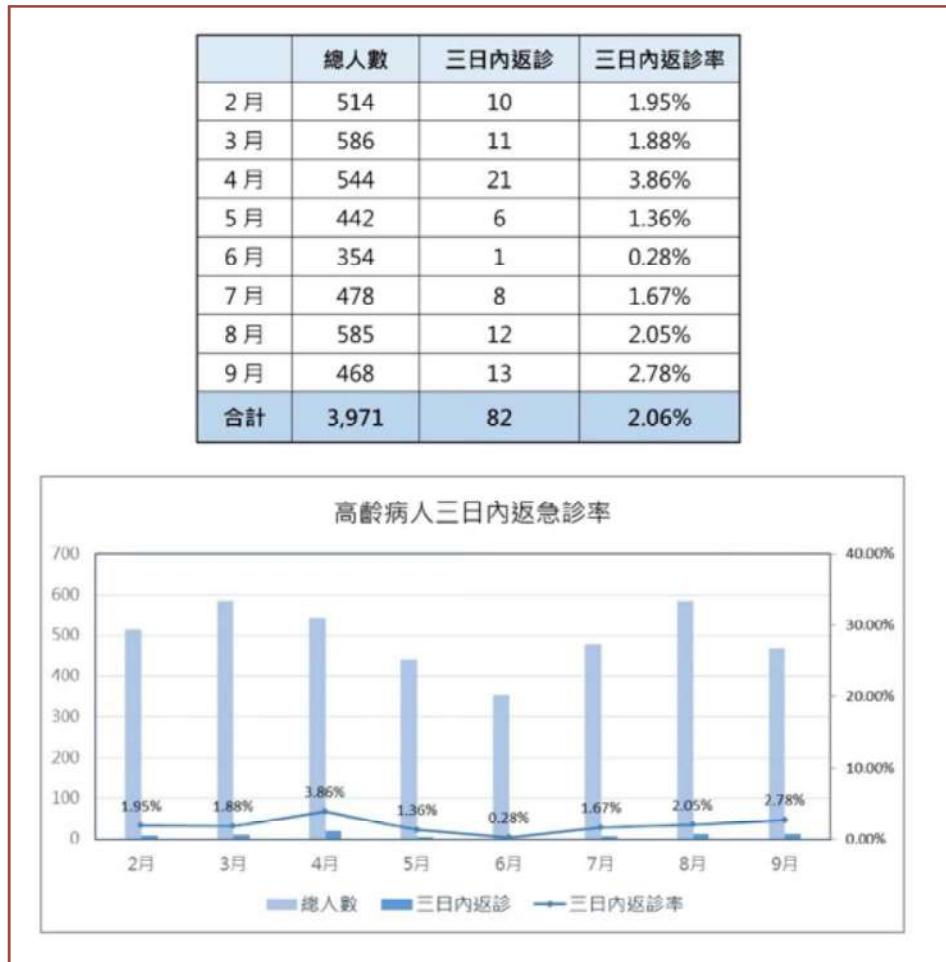
### 7.2 作法

每月計算「高齡急診病人再返急診人數（三日內） / 高齡急診病人數」，並持續監測以了解病人之變化。

### 7.3 具體範例

範例來源：淡水馬偕醫院

醫院分析高齡急診病人三日內再返急診人數及比率，故建立監測指標為：高齡急診病人再返急診人數（三日內） / 高齡急診病人數（圖94）：



**圖 94** 高齡急診病人三日內再返急診人數及比率

## 8

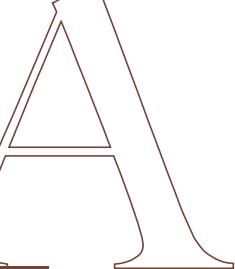
### 高齡病人再住院人數及比率

#### 8.1 說明

此項是監測整體高齡急診病人醫療品質，參考美國高齡急診認證所設定[7]。依台灣臨床成效指標，通常再住院指標期間設定「十四天」[69]，然而期間設定過長，再住院之原因與當次的急診品質關係較顯薄弱，故建議設定為「三日」，分母為「高齡急診病人數」，分子為「高齡急診病人再住院人數（三日內）」（高齡急診病人再住院人數（三日內） / 高齡急診病人數），然而，醫院可依目標自行建立新指標，不限於此。

#### 8.2 作法

每月計算「高齡急診病人再住院人數（三日內） / 高齡急診病人數」，並持續監測以了解病人之變化。



### 8.3 具體範例

#### 範例來源一：羅東博愛醫院

醫院分析高齡急診病人三日內再返急診後住院人數以及比率，故建立監測指標為：高齡急診病人三日內再返急診後住院人數 / 高齡急診病人數（圖95）。

圖 95  
高齡急診病人三日內再返急診後住院人數及比率

高齡病人 72 小時內再返急診後住院人數及比率			
110 年	急診高齡長者人數	高齡長者 72 小時內再返急診後住院人數	比率
1 月份	1376	11	0.80%
2 月份	1267	18	1.42%
3 月份	1314	8	0.61%
4 月份	1361	9	0.66%
5 月份	1122	10	0.89%
6 月份	1066	12	1.13%
7 月份	1301	18	1.38%
8 月份	1278	21	1.64%
9 月份	1414	25	1.77%
年度	11499	132	1.15%

#### 範例來源二：奇美醫院

醫院分析高齡急診病人三日內再返急診後住院人數以及比率，故建立監測指標為：高齡急診病人三日內再返急診後住院人數 / 高齡急診病人數（圖96）。

圖 96  
高齡急診病人三日內再返急診後住院人數及比率



## 9

## 高齡病人在急診停留超過八小時之人數及比率

### 9.1 說 明

此項是監測整體高齡急診病人醫療品質，參考美國高齡急診認證所設定[7]。分母為「高齡急診病人數」，分子為「高齡急診病人在急診停留超過八小時人數」（高齡急診病人在急診停留超過八小時人數 / 高齡急診病人數）。

### 9.2 作 法

每月計算「高齡急診病人在急診停留超過八小時人數 / 高齡急診病人數」，並持續監測以了解病人之變化化。

### 9.3 具體範例

#### 範例來源一：新竹國泰醫院

每月分析高齡急診病人在急診中停留時間超過八小時之人數及比率，故建立監測指標：高齡急診病人在急診中停留時間超過八小時人數 / 高齡急診病人數（圖97）。

090

5. 高齡病人在急診中停留時間超過 8 小時人數及比率

項目	月份	<4%									小計
		1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	
高齡病患在急診中停 留時間超過 8 小時個 案數		54	36	37	48	35	35	38	56	30	369
急診高齡人數		448	417	399	420	418	333	425	402	404	3666
急診中停留時間超過 8 小時比率		12.0	8.63	9.27	11.4	8.37	10.5	8.94	13.9	7.42	10.0
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%

圖 97

高齡急診病人在急診中停留時間超過八小時之人數及比率

## 六、參考文獻

- 01 全球人口老化之現況與趨勢  
[<https://www.ndc.gov.tw/cp.aspx?n=4AE5506551531B06>]
- 02 國情統計通報 [<https://www.dgbas.gov.tw/public-Data/9112816348T64VQLTY.pdf>]
- 03 Hwang U, Morrison RS: The geriatric emergency department. J Am Geriatr Soc 2007, 55(11):1873-1876.
- 04 American College of Emergency P, American Geriatrics S, Emergency Nurses A, Society for Academic Emergency M, Geriatric Emergency Department Guidelines Task F: Geriatric emergency department guidelines. Ann Emerg Med 2014, 63(5):e7-25.
- 05 Huang CC, Chen WL, Hsu CC, Lin HJ, Su SB, Guo HR, Huang CC, Chen PC: Elderly and Nonelderly Use of a Dedicated Ambulance Corps' Emergency Medical Services in Taiwan. Biomed Res Int 2016, 2016:1506436.
- 06 091 美國高齡急診準則中文版  
[<https://www.sem.org.tw/News/11/Details/432>]
- 07 Geriatric Emergency Department Accreditation Program  
[<https://www.acep.org/geda/>]
- 08 Ellis B, Lowthian JA, Melady D: IFEM White Paper on the care of older people with acute illness and injury in the emergency department. CJEM 2021,23(4):425-426.
- 09 Hu FW, Wang, Y. W., Lee, C. Chi., Yueh, F. R., Lo Y. T., Wu, C. Y., Wang, L. Chuan., Chung, Y. F., Shen, S. Y., Chen, I. C., Huang, C. C., Lin, D. C., Chang, C. M.: Development and investigation of the age-friendly health care model in Taiwanese hospitals. Journal of Healthcare Quality 2020, 14(6):80-83.
- 10 Age-Friendly Health Systems: Guide to Using the 4Ms in the Care of Older Adults [[http://www.ihi.org/Engage/Initiatives/Age-Friendly-Health-Systems/Documents/IHIAgeFriendlyHealthSystems\\_GuidetoUsing4MsCare.pdf](http://www.ihi.org/Engage/Initiatives/Age-Friendly-Health-Systems/Documents/IHIAgeFriendlyHealthSystems_GuidetoUsing4MsCare.pdf)]
- 11 奇美高齡急診  
[<http://sub.chimei.org.tw/57900/index.php/specially/specially3>]
- 12 Mitchell SL, Miller SC, Teno JM, Kiely DK, Davis RB, Shaffer ML: Prediction of 6-month survival of nursing home residents with advanced dementia using ADEPT vs hospice eligibility guidelines. JAMA 2010, 304(17):1929-1935.

- 13 Hamilton C, Ronda L, Hwang U, Abraham G, Baumlin K, Morano B, Nassisi D, Richardson L: The Evolving Role of Geriatric Emergency Department Social Work in the Era of Health Care Reform. *Soc Work Health Care* 2015, 54(9):849-868.
- 14 Journal of the American Geriatrics Society [<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/journal/15325415>]
- 15 Annals of Emergency Medicine [<https://www.annemergmed.com/>]
- 16 Journal of Geriatric Emergency Medicine [<https://institutionalrepository.aah.org/jgem/>]
- 17 Age-Friendly Health Systems: Guide to Recognition for Geriatric Emergency Department Accredited Sites [[https://www.acep.org/-/globalassets/sites/geda/documents/guide-to-recognition-for-geda-sites\\_final.pdf](https://www.acep.org/-/globalassets/sites/geda/documents/guide-to-recognition-for-geda-sites_final.pdf)]
- 18 The 4Ms and Geriatric Emergency Care: ACEP21 Geriatric Pre Conference [<https://www.acep.org/geda/news-events-articles/>]
- 19 高齡急診照護教育訓練指引－各職類人員 [<https://www.sem.org.tw/News/11/Details/731>]
- 20 Perez-Ros P, Martinez-Arnau FM: Delirium Assessment in Older People in Emergency Departments. A Literature Review. *Diseases* 2019, 7(1).
- 21 Ke YT, Peng AC, Shu YM, Chung MH, Tsai KT, Chen PJ, Weng TC, Hsu CC, Lin HJ, Huang CC: Prevalence of Geriatric Syndromes and the Need for Hospice Care in Older Patients of the Emergency Department: A Study in an Asian Medical Center. *Emerg Med Int* 2020, 2020:7174695.
- 22 4AT. Rapid Test for Delirium. [<https://www.the4at.com/>]
- 23 失智症診療手冊 [<https://www.mohw.gov.tw/cp-189-207-1.html>]
- 24 Borson S, Scanlan JM, Chen P, Ganguli M: The Mini-Cog as a screen for dementia: validation in a population-based sample. *J Am Geriatr Soc* 2003, 51(10):1451-1454.
- 25 長者功能評估 [<https://health99.hpa.gov.tw/theme/content/1163>]
- 26 Ke YT, Peng AC, Shu YM, Chung MH, Tsai KT, Chen PJ, Weng TC, Hsu CC, Lin HJ, Huang CC: Emergency geriatric assessment: A novel comprehensive screen tool for geriatric patients in the emergency department. *Am J Emerg Med* 2018, 36(1):143-146.
- 27 簡式健康表 [<https://health99.hpa.gov.tw/onlineQuiz/bsrs5>]
- 28 Wallace M, Shelkey M, Hartford Institute for Geriatric N: Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL). *Urol Nurs* 2007, 27(1):93-94.

- 29 臺北市政府衛生局長者衰弱評估表 [<https://www-ws.gov.taipei/Download.ashx?u=LzAwMS9VcGxvYWQvN-jg0L3JlbGZpbGUvNDcxNzAvNzk1NDExNC81NjA2OTBkMC1hYzZmLTQ1MGIYjcxMi03ZWE2NjUzZGVjNDgucGRm&n=MTA45bm06ZW36ICF6KGw5byx6KmV5Lyw6KGo5qC45a6a54mILnBkZg%3D%3D&icon=.pdf>]
- 30 老人營養評估與篩檢  
[file:///C:/Users/chien/Downloads/02-290302.pdf]
- 31 Yim-Chiplis PK, Talbot LA: Defining and measuring balance in adults. Biol Res Nurs 2000, 1(4):321-331.
- 32 STEADI-Old Adult Fall Prevention [<https://www.cdc.gov/steady/>]
- 33 長者體能訓練方案 [<http://vivifrail.com/tw/traditionalchinese/>]
- 34 Morse JMM, R.M.; Tylko, S.J.: Development of a scale to identify the fall-prone patient. Can J Aging 1989, 8:366-367.
- 35 Oliver D, Britton M, Seed P, Martin FC, Hopper AH: Development and evaluation of evidence based risk assessment tool (STRATIFY) to predict which elderly inpatients will fall: case-control and cohort studies. BMJ 1997, 315(7115):1049-1053.
- 36 Stoeckle A, Iseler JI, Havey R, Aebersold C: Catching Quality Before It Falls: Preventing Falls and Injuries in the Adult Emergency Department. J Emerg Nurs 2019, 45(3):257-264.
- 37 SPPB簡易身體功能評估(專業人員版)  
[<https://health99.hpa.gov.tw/material/6692>]
- 38 Ang GCL, S.L.; How, C.H.: Approach to falls among the elderly in the community. Singapore Med J 2020, 61(3):116-121.
- 39 Adverse Drug Events in Adults [[https://www.cdc.gov/Medication-Safety/Adult\\_AdverseDrugEvents.html](https://www.cdc.gov/Medication-Safety/Adult_AdverseDrugEvents.html)]
- 40 Kojima T, Akishita M, Nakamura T, Nomura K, Ogawa S, Iijima K, Eto M, Ouchi Y: Polypharmacy as a risk for fall occurrence in geriatric outpatients. Geriatr Gerontol Int 2012, 12(3):425-430.
- 41 Kragh Ekstam A, Elmstahl S: Do fall-risk-increasing drugs have an impact on mortality in older hip fracture patients? A population-based cohort study. Clin Interv Aging 2016, 11:489-496.
- 42 Woolcott JC, Richardson KJ, Wiens MO, Patel B, Marin J, Khan KM, Marra CA: Meta-analysis of the impact of 9 medication classes on falls in elderly persons. Arch Intern Med 2009, 169(21):1952-1960.
- 43 Chan DC, Hao YT, Wu SC: Polypharmacy among disabled Taiwanese elderly: a longitudinal observational study. Drugs Aging 2009, 26(4):345-354.

- 44 Lai HY, Hwang SJ, Chen YC, Chen TJ, Lin MH, Chen LK: Prevalence of the prescribing of potentially inappropriate medications at ambulatory care visits by elderly patients covered by the Taiwanese National Health Insurance program. *Clin Ther* 2009, 31(8):1859-1870.
- 45 Liu YL, Chu LL, Su HC, Tsai KT, Kao PH, Chen JF, Hsieh HC, Lin HJ, Hsu CC, Huang CC: Impact of Computer-Based and Pharmacist-Assisted Medication Review Initiated in the Emergency Department. *J Am Geriatr Soc* 2019, 67(11):2298-2304.
- 46 Liu YLC, L.L.; Wu, P.C.; Hsu, M.C.; Tsai, K.T.; Kao, P.H.; Hsu, C.C.; Lin, H.J.; Huang, C.C.: An implementation for improving the safety of medication for older emergency department patients waiting for bed and reducing major polypharmacy and potentially inappropriate medications. *Resuscitation & Intensive Care Med* 2021, 6:63-73.
- 47 By the American Geriatrics Society Beers Criteria Update Expert P: American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria(R) for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc* 2019, 67(4):674-694.
- 48 By the American Geriatrics Society Beers Criteria Update Expert P: American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc* 2015, 63(11):2227-2246.
- 49 Weng TC, Yang YC, Chen PJ, Kuo WF, Wang WL, Ke YT, Hsu CC, Lin KC, Huang CC, Lin HJ: Implementing a novel model for hospice and palliative care in the emergency department: An experience from a tertiary medical center in Taiwan. *Medicine (Baltimore)* 2017, 96(19):e6943.
- 50 Lamba S, Quest TE: Hospice care and the emergency department: rules, regulations, and referrals. *Ann Emerg Med* 2011, 57(3):282-290.
- 51 林譽家、林明慧、陳曾基: 末期病人預後評估與預後量表的臨床應用. *基層醫療* 2021, 36(8):256-263.
- 52 如何判斷生命末期 [<https://tzuchi-hospital.omninsight.io/article/263/956>]
- 53 Verhoef MJ, de Nijs EJM, Fiocco M, Heringhaus C, Horeweg N, van der Linden YM: Surprise Question and Performance Status Indicate Urgency of Palliative Care Needs in Patients with Advanced Cancer at the Emergency Department: An Observational Cohort Study. *J Palliat Med* 2020, 23(6):801-808.

- 54 Hui D, Hess K, dos Santos R, Chisholm G, Bruera E: A diagnostic model for impending death in cancer patients: Preliminary report. *Cancer* 2015, 121(21):3914-3921.
- 55 Fried TR, Bradley EH, O'Leary J: Prognosis communication in serious illness: perceptions of older patients, caregivers, and clinicians. *J Am Geriatr Soc* 2003, 51(10):1398-1403.
- 56 衛生福利部全民健康保險署: 全民健康保險安寧共同照護試辦方案. In.; 2022.
- 57 Complications of urinary bladder catheters and preventive strategies [<https://www.uptodate.com/contents/complications-of-urinary-bladder-catheters-and-preventive-strategies#H17>]
- 58 Saint S, Trautner BW, Fowler KE, Colozzi J, Ratz D, Lescinskas E, Hollingsworth JM, Krein SL: A Multicenter Study of Patient-Reported Infectious and Noninfectious Complications Associated With Indwelling Urethral Catheters. *JAMA Intern Med* 2018, 178(8):1078-1085.
- 59 世界衛生組織新版-長者健康整合式評估 [<https://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=4141&pid=12813>]
- 60 王玥心、張曉婷、林明慧、陳曾基、黃信彰: 老人衰弱症的評估與預後. *家庭醫學與基層醫療* 2019, 34(9):252-257.
- 61 Elliott A, Taub N, Banerjee J, Aijaz F, Jones W, Teece L, van Oppen J, Conroy S: Does the Clinical Frailty Scale at Triage Predict Outcomes From Emergency Care for Older People? *Ann Emerg Med* 2021, 77(6):620-627.
- 62 Rockwood K, Theou O: Using the Clinical Frailty Scale in Allocating Scarce Health Care Resources. *Can Geriatr J* 2020, 23(3):210-215.
- 63 Berning MJ, Oliveira JESL, Suarez NE, Walker LE, Erwin P, Carpenter CR, Bellolio F: Interventions to improve older adults' Emergency Department patient experience: A systematic review. *Am J Emerg Med* 2020, 38(6):1257-1269.
- 64 住宅資訊統計彙報 [<https://pip.moi.gov.tw/V3/E/SCRE0103.aspx>]
- 65 Ellis B, Melady D, Foster N, Sinha S, Lau V, Saraga S, McLeod SL: Using volunteers to improve the experience of older patients in the emergency department. *CJEM* 2020, 22(4):514-518.
- 66 Schultz CH, Stratton SJ: Improving hospital surge capacity: a new concept for emergency credentialing of volunteers. *Ann Emerg Med* 2007, 49(5):602-609.

- 67 Inouye SK, Bogardus ST, Jr., Baker DI, Leo-Summers L, Cooney LM, Jr.: The Hospital Elder Life Program: a model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients. Hospital Elder Life Program. J Am Geriatr Soc 2000, 48(12):1697-1706.
- 68 Sanon M, Baumlin KM, Kaplan SS, Grudzen CR: Care and Respect for Elders in Emergencies program: a preliminary report of a volunteer approach to enhance care in the emergency department. J Am Geriatr Soc 2014, 62(2):365-370.
- 69 台灣臨床成效指標 [<https://tcpi.jct.org.tw/>]
- 70 疾病照護品質認證-品質指標介紹與說明 [<https://www.-jct.org.tw/cp-21-1155-4a85d-1.html>]
- 71 Geriatric Emergency Department Accreditation Program [<https://www.acep.org/geda/>]
- 72 Hu FWW, Y.W; Lee, C.C.; Yueh, F.R.; Lo, Y.T.; Wu, C.Y.; Wang, L.C.; Chung, Y.F.; Shen, S.Y.; Chen, I.C.; Huang, C.C.; Lin, D.C.; Chang, C.M.: Development and investigation of the age-friendly health care model in Taiwanese hospitals. Journal of Healthcare Quality 2020, 14(6):20-26.
- 73 急診端長者急性照護模式實務操作手冊 [<https://www.sem.org.tw/News/11/Details/730>]
- 74 Geriatric Emergency Department Accreditation Program [<https://www.acep.org/geda/>]
- 75 高齡急診照護教育訓練指引－各職類人員 [<https://www.sem.org.tw/News/11/Details/731>]
- 76 Geri-EM [<https://geri-em.com/>]
- 77 Age-Friendly Health Systems: Guide to Recognition for Geriatric Emergency Department Accredited Sites [[https://www.acep.org/-globalas-sets/sites/geda/documents/guide-to-recognition-for-geda-sites\\_final.pdf](https://www.acep.org/-globalas-sets/sites/geda/documents/guide-to-recognition-for-geda-sites_final.pdf)]
- 78 美國高齡急診準則中文版 [<https://www.sem.org.tw/News/11/Details/432>]
- 79 Miller GE: The assessment of clinical skills/competence/performance. Acad Med 1990, 65(9 Suppl):S63-67.
- 80 Ten Cate O, Carraccio C, Damodaran A, Gofton W, Hamstra SJ, Hart DE, Richardson D, Ross S, Schultz K, Warm EJ et al: Entrustment Decision Making: Extending Miller's Pyramid. Acad Med 2021, 96(2):199-204.
- 81 黃湘萍: 教學科技與多元情境於身體評估課程之教學實踐成效. 長庚科技學刊 2019, 31:29-42.

- 82 Age-Friendly Health Systems: Guide to Using the 4Ms in the Care of Older Adults [[http://www.ihi.org/Engage/Initiatives/Age-Friendly-Health-Systems/Documents/IHIAgeFriendlyHealthSystems\\_GuidetoUsing4MsCare.pdf](http://www.ihi.org/Engage/Initiatives/Age-Friendly-Health-Systems/Documents/IHIAgeFriendlyHealthSystems_GuidetoUsing4MsCare.pdf)]
- 83 Megalla MA RM, C.: COVID-19 in Older Adults- A Practical Review for Emergency Providers. *Journal of Geriatric Emergency Medicine* 2022, 3(1):1-19.
- 84 The 4Ms and Geriatric Emergency Care: ACEP21 Geriatric Pre Conference [<https://www.acep.org/geda/news-events-articles/>]
- 85 Megalla M, Avula, R., Manners, C., Chinnery, P., Perrella, L., Finefrock, D.: Using the 4M Model to Screen Geriatric Patients in the Emergency Department. *Journal of Geriatric Emergency Medicine* 2021, 2(9):1-6.

## 編輯群

### 專家群

#### 王英偉 醫師

慈濟大學醫學系 / 教授  
花蓮慈濟醫院院長室 / 顧問、緩和醫學中心 / 主任  
衛生福利部國民健康署 / 前署長

#### 黃建程 醫師

台灣急診醫學會第十五屆急診高齡暨安寧照護小組召集人  
台灣老年醫學暨老年醫學會第十四屆副秘書長、專科甄審委員會委員  
奇美醫療財團法人奇美醫院急診部高齡急診科主任  
教育部部定教授

#### 管仁澤 醫師

台灣急診醫學會第十五屆急診高齡暨安寧照護小組副召集人  
林口長庚紀念醫院急診醫學部副主任

#### 鍾睿元 醫師

台灣急診醫學會第十五屆急診高齡暨安寧照護小組副召集人  
國泰醫療財團法人國泰綜合醫院急診醫學部主治醫師

098

#### 簡定國 醫師

臺灣基督長老教會醫療財團法人馬偕紀念醫院急診部主任  
馬偕學校財團法人馬偕醫學院醫學系助理教授

#### 黃獻皞 醫師

台灣急診醫學會第十五屆急診高齡暨安寧照護小組委員  
臺北榮民總醫院急診部災難醫學科主任  
陽明大學醫學系助理教授

#### 陳殿和 醫師

奇美醫療財團法人奇美醫院急診部主治醫師  
南臺科技大學高齡福祉服務系兼任助理教授

#### 李宜恭 醫師

台灣急診醫學會第十五屆急診高齡暨安寧照護小組委員  
佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院急診部部長  
慈濟大學醫學系助理教授

#### 林朝順 醫師

台灣急診醫學會第十五屆急診高齡暨安寧照護小組委員  
國泰醫療財團法人新竹國泰綜合醫院急診醫學科主任  
輔仁大學醫學系助理教授

#### 許金旺 醫師

台灣急診醫學會第十五屆急診高齡暨安寧照護小組委員  
萬芳醫院急診重症醫學部主任  
臺北醫學大學醫學系副教授

### 郭庭彰 醫師

台灣急診醫學會第十五屆急診高齡暨安寧照護小組委員  
衛生福利部苗栗醫院急診科主任  
教育部部定講師

### 廖美珍 醫師

台灣急診醫學會第十五屆急診高齡暨安寧照護小組委員  
高雄榮民總醫院高齡醫學中心主治醫師

### 李孟智 醫師

台灣老年學暨老年醫學會第十四屆理事  
世界家庭醫師會-亞太地區（Wonca APR）主席  
衛生福利部臺中醫院顧問醫師  
中山醫學大學教授

### 林綉珠 護理師

中華民國急重症護理學會第七屆理事長  
國立臺灣大學醫學院附設醫院護理部副主任  
教育部部定講師

### 陳玉瑩 藥師

中華民國藥師公會全國聯合會副秘書長  
長庚醫療財團法人行政中心藥材管理部組長  
清華大學學士後醫學系兼任講師

### 張宏哲 社會工作師

社團法人台灣老人暨長期照護社會工作專業協會理事長  
臺北護理健康大學長期照護系副教授

## 執行編輯

### 黃建程 醫師

台灣急診醫學會第十五屆急診高齡暨安寧照護小組召集人  
台灣老年醫學暨老年醫學會第十四屆副秘書長、專科甄審委員會委員  
奇美醫療財團法人奇美醫院急診部高齡急診科主任  
教育部部定教授

### 管仁澤 醫師（主編「安寧緩和照護」章節）

台灣急診醫學會第十五屆急診高齡暨安寧照護小組副召集人  
林口長庚紀念醫院急診醫學部副部主任

### 鍾睿元 醫師（主編「教育訓練評值」章節）

台灣急診醫學會第十五屆急診高齡暨安寧照護小組副召集人  
國泰醫療財團法人國泰綜合醫院急診醫學部主治醫師

### 楊佳容 呼吸治療師

台灣急診醫學會110–111年輔導醫院推動延緩失能之長者照護模式計畫研究助理

## 誌 謝

本手冊範例素材由下列機構提供，僅此致謝：

### 竹山秀傳醫療社團法人竹山秀傳醫院

曾俊凱副院長、洪順世急診室主任、李彥霈復健科副主任、洪加芳護理長

### 佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院

林名男副院長、李宜恭急診部部長、張舜欽老年醫學科主任、涂松昀急診部主治醫師、李荔芳急診部副護理長  
陳怡萱老年醫學科高齡照護師、李美芳老年醫學科高齡照護師、吳明宗老年醫學科高齡照護師

### 長庚醫療財團法人台北長庚紀念醫院

黃集仁院長

### 長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院

詹逸凌急診醫學部副主任、管仁澤急診醫學部副部主任、羅祥雲急診醫學科主任、  
紀娟鵬安寧共照護理師

### 奇美醫療財團法人奇美醫院

林宏榮院長、許建清急診醫學部部長、黃建程高齡急診科主任、陳殿和急診醫學部主治醫師、高元急診醫學部主治醫師、楊佩錡急診醫學部個案管理師、林怡君急診醫學部個案管理師、蔡岡廷老年醫學科暨整合醫療病房主任、蔡孟修老年醫學科主治醫師、洪尚平老年醫學科主治醫師、高霈馨高齡精神科主任、翁子傑全人醫療科主治醫師、澎安琪護理長、陳瑤玖高階護理師、張琇媛高階護理師、楊婷雅副護理長、陳輝宇物理治療師、朱育陞藥師、涂美瑜營養師組長、林意琪社工師、王昭雪老年醫學科個案管理師

### 高雄榮民總醫院

黃豐締急診部副主任、高志翔急診部科主任、王棋護理部部主任、林育德高齡醫學中心中心主任、盧玉強高齡醫學中心顧問、周明岳高齡醫學中心科主任、梁志光高齡醫學中心科主任、陳惠鈴護理部督導長、伍麗珠護理部督導長、徐榛美護理部主治醫師、張簡宏暉急診部主治醫師、蘇芮霖急診部主治醫師、曾文敏急診部主治醫師、蘇子維急診部主治醫師、廖美珍高齡醫學中心主治醫師、徐盈欣高齡醫學中心主治醫師、王郁鈞高齡醫學中心主治醫師、高詠彥高齡醫學中心專員、林曉佳高齡醫學中心物理治療師、姚星貝高齡醫學中心個案管理師、王思蘋高齡醫學中心個案管理師、陳海玉護理部急診室護理長、林孟如護理部急診室副護理長、高佩諺護理部急診室副護理長、鄒理萍護理部急診病房副護理長、洪正隆護理部資訊護理師、陳淑美護理部資訊護理師、翁閔瑩護理部資訊護理師、林家琪護理部護理師、黃文鈴護理部護理師、王勁慧護理部出服個管師、陳靖文藥學部藥師、莊舒涵營養室營養師、陳天愛社工室社工師、許文娟社工室社工師

### 國泰醫療財團法人國泰綜合醫院

陳健驛急診醫學部部長、鍾睿元急診醫學部主治醫師、邱彩綸急診醫學部護理長、李佳旻急診醫學部秘書、廖宜婕急診醫學部研究助理、魏芳君護理部副主任、黃柏堯老人醫學科主任、郭明娟院長室副主任、盧孝宜資訊部組長、蔡欣倩資訊部資訊工程師、許芳瑞藥劑部門診調劑組組長、陳明玉營養部營養師、林麗玲社工室組長

### 國泰醫療財團法人新竹國泰綜合醫院

林朝順急診醫學科急診主任、翁菁甫胸腔內科/老人醫學科胸腔科主任、李維玲護理科副主任、楊子霈護理科個案管理師

### **輔英科技大學附設醫院**

周上琳秘書室(急診醫學專科醫師)主任祕書、李英勝急診醫學科主任、洪銘秀內科(高齡醫學專科醫師)主治醫師、黃偉源護理部專科護理師組長、陳沛綺護理部急診督導、竇文宏復健科組長、林玲英復健科物理治療師、陳凱儀營養室營養師、余靜婷藥劑科藥師、王信隆資訊室主任、劉妍希社會工作室組長、黃亞琪秘書室組長、黃金福品安中心管理師、林千慈教研部管理師、王昭星秘書室高齡專責個管師、施筱婷秘書室高齡專責管理師

### **臺中榮民總醫院**

林子傑急診部主任、林時逸高齡醫學中心主任、林承賦高齡醫學中心主治醫師、林帛震急診醫學科主治醫師、廖尉凱急診醫學科主治醫師、朱耶綾高齡醫學中心個管師、陳熠蓁急診部個管師

### **臺北市立萬芳醫院—委託財團法人臺北醫學大學辦理**

許金旺急診重症醫學部主任、林英欽高齡醫學科主任、黃文成急診醫學科主任、溫采薇急診室護理長、賴玥蓉急診室護理長、陳為庭急診醫學科主治醫師、劉英國急診醫學科主治醫師、王鼎程急診醫學科主治醫師、徐士昌急診醫學科主治醫師、胡凱君急診醫學科主治醫師、林佑誠急診醫學科總醫師、顏孟鐸急診醫學科住院醫師邱薇庭護理師、李婧瑋急診醫學科研究助理

### **臺北市立聯合醫院中興院區**

吳岱穎醫務長、林帝芬護理科督導長、洪子堯急診科主任、葉琇碧急診科護理長、徐嬿臻護理科護理長、翁紹恩藥劑科主任、張明珠工務課課長、蔡宗達社工課課長、蕭雅娟教學研究課主任、許甯傑整合醫學照護科主治醫師、陳建廷消化內科主治醫師、林枝蓉護理科護理長、古伊辰護理科護理長、王鳳足護理科護理長、王國守研究助理、張建之研究助理

### **臺北榮民總醫院**

顏鴻章急診部部主任、黃獻皞急診部科主任、林佩瑩急診部主治醫師、王則堯急診部主治醫師、林家弘急診部專科護理師、曾倩倩急診部專科護理師、劉蕙嘉急診部個管師

### **臺灣基督長老教會馬偕醫療財團法人淡水馬偕紀念醫院**

簡定國台北馬偕急診醫學部部主任、黃明堃急診醫學部部副主任、林瑞萍急診醫學部護理長、賴玟君急診醫學部個案管理師、花若寒急診醫學部個案管理師

### **臺灣基督長老教會馬偕醫療財團法人新竹馬偕紀念醫院**

蔡維謀急診醫學科部副院長、陳德理急診醫學科部部主任、解晉一急診醫學科部院長室專員、盧美言護理部督導、陳佳伶護理部護理長、林文慧護理部個管師、羅凱薰藥劑科藥局主任、林幼羚營養課課長、蔡幸芬社工課長、許雅芬護理部護理長

### **醫療財團法人羅許基金會羅東博愛醫院**

張賢政社區醫學部主任、許智翔急診醫學科主任、王勝賢經營管理部專員、黃士竑急診醫學科研究助理、田珮貞急診護理站護理長、林珮雯醫事課課長、楊欣貽出備服務小組個管師、陳麗芬居家護理所護理長、陳淑謐藥劑科主任、楊逸群復健技術科主任、簡瑞宏社區醫學部專員、吳嫵瑩社工課組長

# NOTE

102



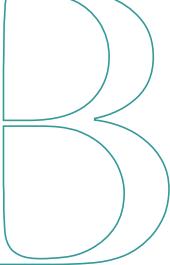


PART

# B

門診端 與  
住院端





## 總覽

### ACE計畫概說

#### 為什麼要加入高齡者急性照護模式 (Acute Care for Elders, 簡稱ACE) ?

醫療科技的進步與衛生環境的改善，導致人類平均餘命逐漸上升。人口開始高齡化，因高齡者有多重慢性病及複雜健康問題，或有後續照護的需求等，故健康照護體系使用者中，以高齡者的比率為最大多數。

高齡者照護的獨特性與複雜性，有別於過去以單一疾病為主之醫療照護，例如：因多重疾病所需之多重用藥，而容易造成藥物的不良反應與交互作用、缺乏將病人與家屬的生存價值與治療目標納入考量之照護計劃、多位照護提供者彼此溝通協調不足、或照護偏好的改變（以居家及延長獨立自主性為主）。另外，高齡者也多經歷過社會及情緒的老化經驗，例如：社會角色與及自我認同的改變、社交孤立及孤獨、活動力降低、失去獨立自主性、所擁有資源的改變（食物以及經濟安全）。這些錯綜複雜的因素，導致需要一個特別設計的照護傳遞模式，以因應高齡者的個人醫療需求、價值以及喜好的不同，整合量身訂作照護的方式。

#### 高齡者急性照護模式 (ACE)核心概念

美國在1990年發展出高齡者急性照護模式 (ACE)，其核心概念包含：(1)以病人為中心的跨團隊高齡照護、(2)周全性老年評估與避免醫源性傷害、(3)注重活動促進，定期與物理治療師與職能治療師討論治療建議、(4)早期進行轉銜計畫及出院準備服務、(5)規劃安全活動和認知刺激的友善環境等要素，共同合作實踐以高齡者為中心的照護計劃，目的於降低高齡病人住院期間失能之發生。

#### 國家健康和長期照護系統的支持

國家健康和長期照護系統可透過 MACRO、MESO、MICRO架構來支持實行。MACRO為系統（整體）層級，包括：加強治理與權責系統及啟動系統層級的強化；MESO為服務（中間）層級，即服務之實施需要利益相關者（包括：決策者、衛生專業人員、社會關懷工作人員、研究人員、社區管理人員、及高齡者）在各個級別和階段持續合作，幫助高齡者於自家中維持獨立生活（包括：長青中心、交通服務、餐點遞送或共餐地點、護理師或照顧者訪視、成年人日間照護服務等）。MICRO則以人為中心，促進、維持或恢復健康，或減少疾病與失能所帶來的影響。

### (1) MACRO系統（整體）層級：

- 促進健康老化需要衛生和社會關懷部門的參與。
- 政策應具體說明衛生保健和社會關懷之間的連繫，將如何在國家、地區和社區各層級發揮作用。
- 獎勵、籌資機制和表現監測，可鼓勵將重點轉向優先照顧高齡者，以優化高齡者的內在能力和功能發揮。
- 在國家和地方各層級監測高齡者之改變。

### (2) MESO服務（中間）層級：

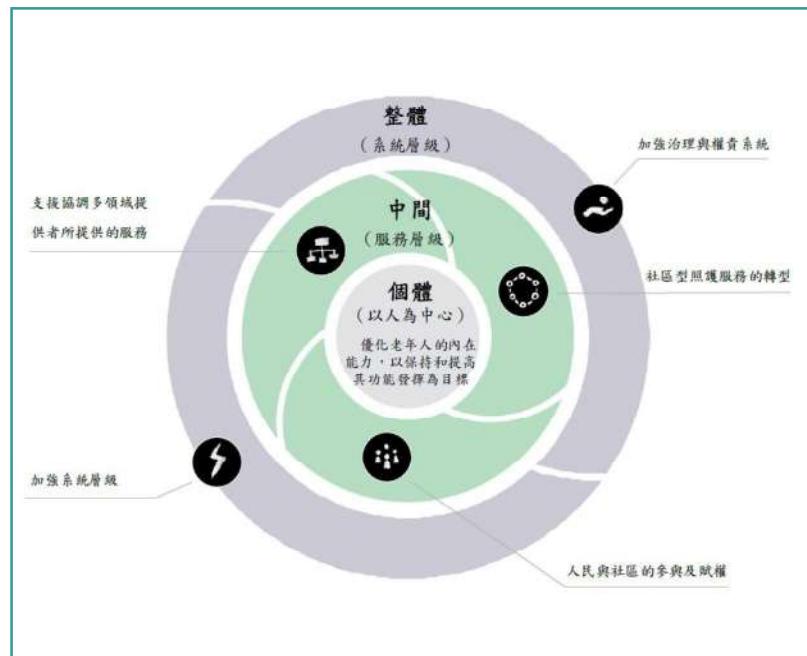
- 人民與社區的參與和賦權。
- 支援協調多領域提供者所提供的服務。
- 社區型照護服務的轉型。

### (3) MICRO：以人為中心

- 優化高齡者的內在能力，以保持和提高其功能發揮為目標。

106

### 以ICOPE 執行架構為例





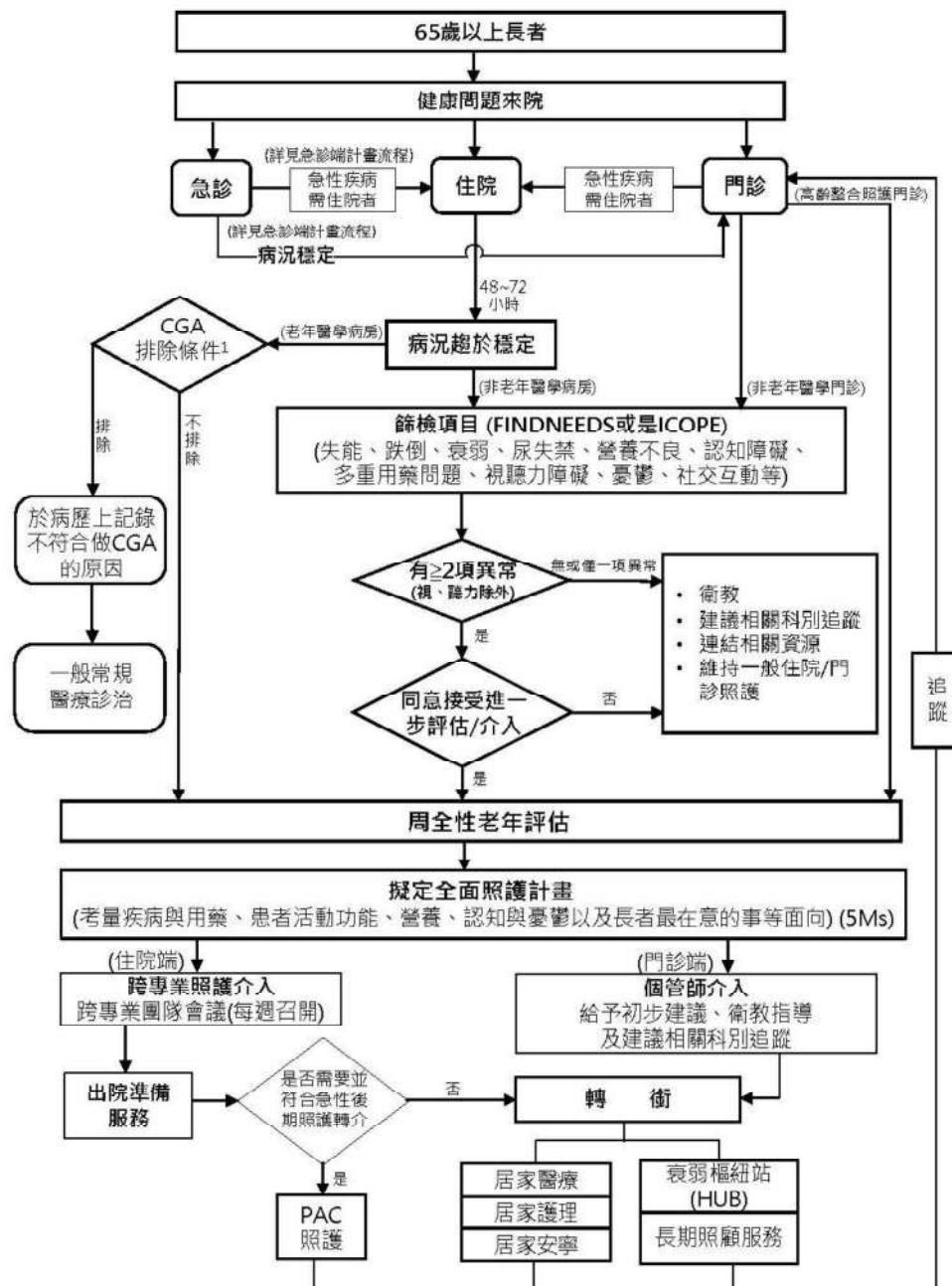
## 實踐模式 的改變

美國醫療照護服務CMS支持之系統改革：以更好的照護、  
更好的價值，及更健康的人為目標。



## ACE連續性高齡照護模式核心架構之服務流程推動建議

### 連續性高齡照護模式核心架構之流程



<sup>1</sup>排除評估之條件：1.入住機構，且日後無返家計畫。2.長期臥床。3.經輔具協助仍無法溝通者。4.嚴重失智症。



## 簡略說明

門診、住院及急診場域之高齡照護整合摘要：

1. 高齡者於急診時，著重在篩檢和少部份的評估/處理，大部份健康問題會轉至門診進一步處理。另外，視高齡者需要也可由急診轉居家或直接銜接社會資源。
2. 大部分的周全性老年醫學評估(Comprehensive Geriatric Assessment，簡稱CGA)可以在門診進行，但若高齡者疾病與功能衰退狀況過於複雜、嚴重或緊急，無法於門診短時間內，提供完整的評估與治療、或照護介入時，仍需轉入有老年醫學病房，以提供跨專業的、高強度的、快速的評估、治療與照護介入處置。

(張家銘。周全性老年醫學評估的一般概念。台灣老年醫學會編：周全性老年醫學評估的原則與技巧。第二版。新北市。合記出版社，2019:1-19

3. 住院及門診端高齡照護流程，開始於高齡者進行篩檢後（以FIND-NEEDS篩檢問卷為例），若有2項以上有異常，經個案同意將進一步進行周全性老年醫學評估(CGA)。
4. 針對CGA發現的問題初步擬定照護計劃。對照護計畫擬定不熟的初學者，建議可使用5Ms (Multi-complexity, Mobility, Mentation, Malnutrition, Matters) 架構，針對飲食、活動、認知精神等項目進行計畫的擬定，並考量高齡者目前在意的事（Matters），將問題做整合及介入。
5. 住院端建議每週召開一次團隊會議，針對個案的情況進行深入探討，並且在住院期間就需要討論出院後轉銜相關事項（包括照會出服/轉PAC/連結HUB/居家環境準備等等）。門診端由個管師進行篩檢和/或CGA後，給予初步建議、衛教指導、後續轉銜與追蹤。
6. 若醫療院所無老年醫學病房或老年科醫師，或為區域醫院以下尚未建立完整的高齡照護團隊，建議可先轉介至各科部進行篩檢、評估與後續介入處置。只要醫師或個管師能落實Geri-FORCE(Geriatrics Formulated by Outcome Related Care & Empowerment)（針對個案狀況開會討論、執行照護計畫、持續追蹤個案狀況），無論是醫學中心、區域醫院或地區醫院，即可確實推動高齡醫療照護。

## Geri-FORCE 照護流程與五大照護面向5Ms

由於高齡者的健康儲備能力較差且其臨床症狀表現為非典型，難以及早察覺介入。再者，高齡者急性疾病問題，易合併多重健康問題，例如老年病症候群，易導致功能衰退發生，故難以單一科別或專業即可解決複雜的病況。

團隊於2020年期間，致力於發展台灣本土之Geri-FORCE 照護流程與模式，基於高齡醫療跨專業照護的精神，再參考及彙整世界衛生組織 (World Health Organization, WHO) 於2017年所提出「以高齡者為中心的整合照護模式」(Integrated Care for Older People，簡稱ICOPE)，以及美國 John A. Hartford Foundation在2017年與Institute for Healthcare Improvement (IHI) 協力合作，所發起的高齡友善醫療照護系統 (Age-Friendly Health System，簡稱AFHS)所建立的4Ms (What Matters, Medications, Mentation, Mobility) 的照護面向，並參考澳洲的緩和療護成效合作模式架構 (Palliative Care Outcomes Collaboration，簡稱PCOC)，來發展符合台灣需求的「以成效及增能為導向之高齡照護模式」，簡稱Geri-FORCE，以及簡易的 FIND-NEEDS篩檢與更完整呼應篩檢面向之5Ms (Multi-complexity, Mobility, Mentation, Malnutrition, Matters) 照護。規劃出醫院高齡照護服務流程，並說明其內容與成效指標，包含：篩檢、評估、照護計畫、團隊會議、介入轉銜及後續追蹤，也與ACE檢核表相呼應。期望未來可由Geri-FORCE落實讓高齡者從住院端到社區端，都能得到強調功能最佳化的照護服務，並達到預防或延緩高齡者衰弱與失能，進而改善生活品質。

110



## Geri-FORCE 照護流程與模式

Geriatrics Formulated by  
Outcome Related Care & Empowerment

111

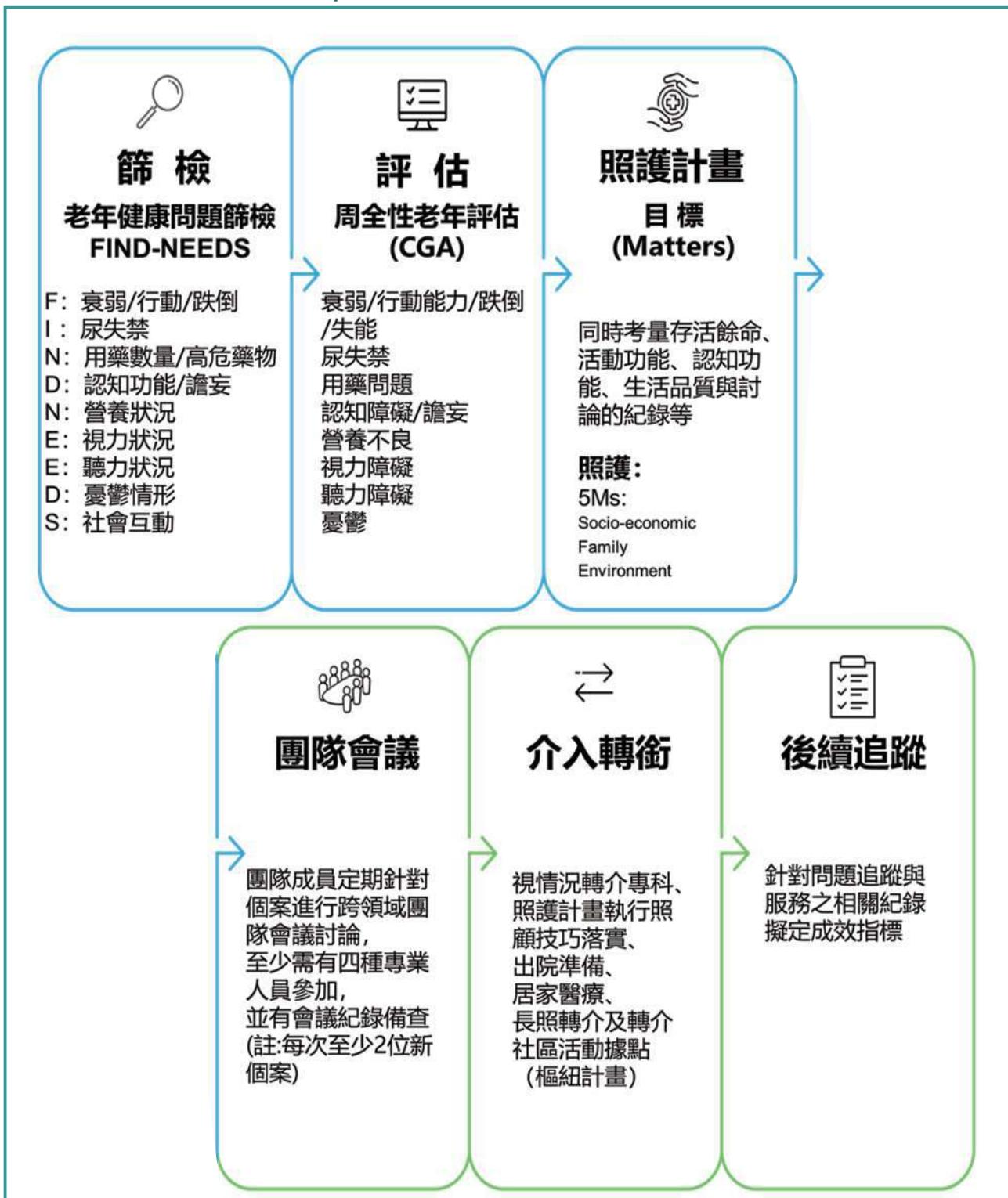
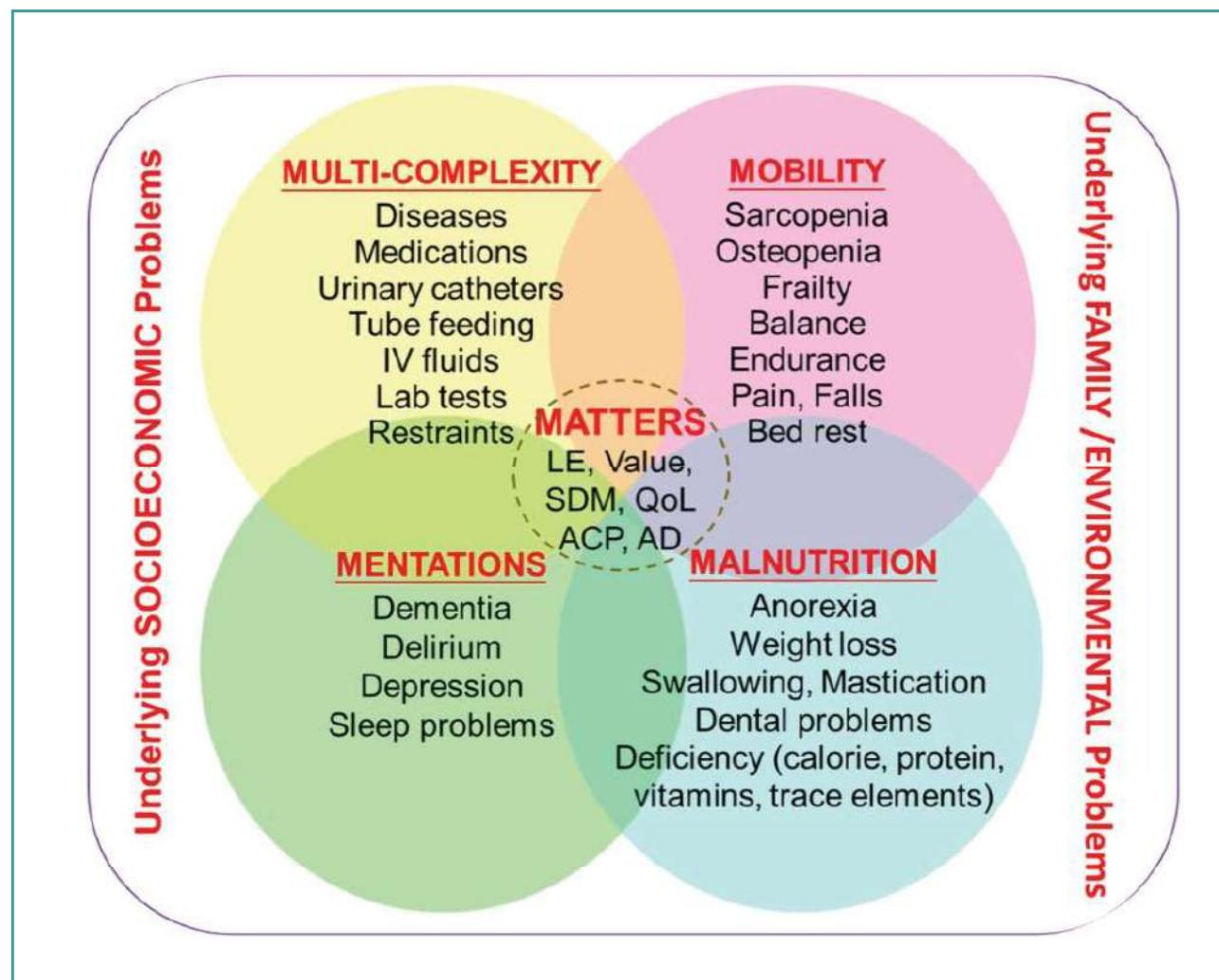


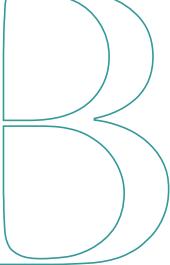
圖 ■ 評估與擬定高齡者照護計畫的主要面向與內容（5Ms）



LE: life expectancy; SDM: shared decision making;

QoL: quality of life; ACP: advance care planning;

AD: advance directives



## 第一篇

### 跨領域團隊成員與會議

#### 跨領域團隊成員

依醫院的資源及需求來組織跨領域團隊，並制定架構及流程

整合醫院資源，依照服務的客群以及需求，成立跨領域團隊，並建立架構及流程，成員至少需具備六種專業（含）以上。

01. 醫師（老年醫學專科醫師或受過高齡醫療訓練）
02. 高齡個案管理師（專職於執行高齡評估及處置之醫療人員）
03. 護理師（主要照顧者）
04. 社工師（固定專人可供照會）
05. 營養師（固定專人可供照會）
06. 藥師（固定專人可供照會）
07. 物理治療師（固定專人可供照會）
08. 職能治療師（固定專人可供照會）
09. 語言治療師（固定專人可供照會）
10. 心理師（固定專人可供照會）

老年醫學照護成員除了具備本身的專業照護能力外，亦須特別熟悉常出現於高齡者健康問題的照護知識及技巧，最好跨專業團隊裡的每位成員都需有老年醫學照護專業的訓練，各專業成員除了就自己的專業發揮外，也熟悉其他專業在照護中的角色，以及如何與其他專業溝通。而病人及其照顧者亦為團隊的成員，除了有助於協助高齡病人熟悉其健康照顧知識及技術，以維持並促進治療的效果外，也可在病方與醫方有共識及瞭解治療目標的前提下，使病人獲得妥善的照護。

（張家銘。周全性老年醫學評估的一般概念。台灣老年醫學會編：周全性老年醫學評估的原則與技巧。第二版。新北市。合記出版社，2019:1-19）

## 老年醫學團隊的運作模式

在跨專業團隊，每一位成員對於每位高齡病人的照護計劃均提供各專業觀點的意見並共同合作，以發展並執行共同的照護計劃，也對於整個團隊的運作共同分擔責任。此種跨專業團隊合作，需具備以下的五個特點：

- 1.持續的溝通
- 2.瞭解且信任彼此的能力及專業
- 3.團隊成員照護理念相近
- 4.團隊成員的地位平等
- 5.且具有分擔工作以達成目標的熱忱

若此團隊運作適當的話，其醫療照護的成效將遠大於個別專業照護加總的效果，亦即具有一加一大於二的成效。

114

(張家銘。周全性老年醫學評估的一般概念。台灣老年醫學會編：  
周全性老年醫學評估的原則與技巧。第二版。新北市。合記出版社，  
2019:1-19)

	多專業團隊	跨專業團隊
運作方式	各專業獨自運作、為平行工作	整合不同專業、共同合作
計劃及目標	沒有共同整合一致	各專業一致同意
團隊成員照護理念	不一致	相近
團隊會議	無	定期召開
溝通討論	少橫向溝通、必要時各自找相關專業討論	多橫向溝通、並共同討論治療目標、計劃、過程
彼此的專業及能力	不瞭解	瞭解且信任
責任及工作分擔	負責自己專業	共同協助分擔
團隊成員地位平等	不平等	較平等
領導者	多為醫師	不一定為醫師
病患及家屬	不是團隊成員	可為團隊成員

(張家銘。周全性老年醫學評估的一般概念。台灣老年醫學會編：  
周全性老年醫學評估的原則與技巧。第二版。新北市。合記出版社，  
2019:1-19)



在篩選出適合評估的病人之後，開始進行老年醫學團隊的評估。團隊運作的過程有以下六個步驟：

- 一 資訊收集：團隊成員依其專業領域，分別評估及收集該病人與其專業相關的病史資料，以增加診斷的精確性與完整性。
- 二 於團隊內討論：成功的老年照護團隊，必須有定期召開的跨專業團隊會議。目前，醫院多由團隊領導者的老年醫學科醫師擔任主持人，各專業成員報告所整理的病人資料及所安排的處置，共同討論及彙整各專業的評估結果。
- 三 擬定治療照護計劃：討論後，依據每位病人的狀況，共同擬定整體的治療照護計畫，同時決定其治療照護目標並預測預後，以避免不同專業間的治療照護出現重複或衝突的情形。
- 四 執行治療照護計劃：各團隊成員依擬定的治療照護計劃中，與自己專業有關之部分進行治療照護。
- 五 追蹤治療照護執行的效果：追蹤的頻次及細節，則依病人問題的困難度、治療照護方式以及預期恢復的情況決定。
- 六 修改治療照護目標及計劃：當病人恢復的狀況無法達到預期的治療照護目標時，即需討論其可能的原因，並做出適當的修正及調整治療照護目標。若病人恢復的狀況超越預期治療照護的目標時，亦可將治療照護目標調高或提前結案。

(張家銘。周全性老年醫學評估的一般概念。台灣老年醫學會編：  
周全性老年醫學評估的原則與技巧。第二版。新北市。合記出版社，  
2019:1-19)

一個有效率團隊的建立，需要有瞭解各專業與團隊運作的領導者，且各個成員都具有使命感及專業能力，另需有足夠時間以歷經“形成—衝擊—正常化”(forming-storming-norming) 或是連結—協調—整合 (linkage-coordination-full integration) 的三階段磨合過程。

## 跨專業團隊成員 工作內容及處理的問題

(張家銘。周全性老年醫學評估的一般概念。台灣老年醫學會編：  
周全性老年醫學評估的原則與技巧。第二版。新北市。合記出版社，  
2019.1-19)

職類	工作內容	處理的問題
醫師	整體評估 醫療診斷及治療 藥物 預後 醫療處置 領導團隊 教育團隊 與其他醫師聯繫	多重藥物 多重疾病 日常生活活動功能退化 認知功能改變 憂鬱症 營養不良 壓傷 照護的追蹤
個管師	評估病人功能 發現健康需求 設定醫療照護目標 擬定高齡照護計畫 跨專業學科溝通、協調 照顧者及醫療照護人員溝通 高齡照護諮詢 資源連結及轉介 返家健康追蹤	活動功能的評估 老年病症候群評估 跨團隊溝通聯繫 照護計畫追蹤與調整 家屬或照護者資源連結 教育(照護相關知能、高齡資源等) 醫療照護諮詢
護理師	評估病人功能 追蹤照護成效 發展護理照護計劃 提供健康維持與促進建議 給予病人及家屬支持 教育病人照護者及團隊成員 協調出院準備計劃	活動功能 跌倒 壓傷及其危險因子的評估 尿失禁 行為問題 緩和療護 家屬或照護者資源 教育(治療、疾病預防或健康促進、藥物等) 醫療照護配合情形
社會工作師	病人資源的使用狀況、需求及建議 病人照護財務計劃/補助個案管理 對於出院轉介的評估與建議 與居家照護、復健、護理之家及 社區機構的聯繫 諮詢及資源的提供	評估高危險高齡者(認知功能障礙、憂鬱 症、獨居、缺乏支持、住院次數頻繁等) 照護經費缺乏 病人與照護者 照護整合 緩和療護 懷疑高齡者被疏於照護或受虐 教育(資源、服務給付的選擇與取得)



## 職類

## 工作內容

## 處理的問題

物理治療師

評估行動能力(如移位、步態)  
 下肢活動範圍、強度及協調的評估及訓練  
 衰弱部位的運動訓練  
 評估行動所需輔具及支架的需求  
 因姿勢或肌肉不協調所造成疼痛的改善  
 教育病人、照護者及團隊

步態不穩  
 衰弱  
 平衡問題  
 跌倒  
 姿態性低血壓  
 行動安全建議  
 輔具建議  
 因急慢性問題所造成活動功能的衰退  
 因急慢性問題所需輔具者的教育  
 教育(移位技巧、跌倒時如何起來...等)  
 因活動力不佳所需的運動建議  
 出院後安置的建議

職能治療師

評估自我照顧能力(日常生活活動功能)  
 上肢活動範圍、強度及耐性的評估及訓練  
 細微動作的協調性  
 評估日常生活輔具使用的必要性  
 居家環境評估與建議  
 教育病人、照顧者及團隊

自我照顧能力障礙  
 自我照顧過程安全性堪虞  
 認知功能障礙  
 自我照顧能力受限但卻缺代協助者  
 因急慢性問題所需輔具者的教育  
 居家環境障礙及安全問題

藥師

用藥評估  
 用藥調整  
 藥品治療方案  
 教育病人、照護者及團隊

高神經精神問題用藥評  
 藥物在高齡者的特殊考量  
 不適當用藥  
 衰弱失能用藥調整  
 教育(藥物等)

營養師

營養評估  
 評估飲食的適當性  
 教育病人、照護者及團隊

食慾不佳  
 近期體重減輕10%以上  
 白蛋白值低於3.6mg/dl  
 腸灌食  
 飲食建議  
 營養補充品建議  
 教育飲食營養

## 團隊運作的五大障礙

1. Inattention to results



忽視結果

2. Avoidance of accountability



規避責任

3. Lack of commitment



缺乏承諾

4. Fear of conflict



害怕衝突

5. Absence of trust



喪失信賴

## 團隊運作的五大障礙

Five dysfunctions of teams. (From Lencioni, P. [2022]. *The five dysfunctions of a team*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.)

## 老年醫學團隊的運作模式

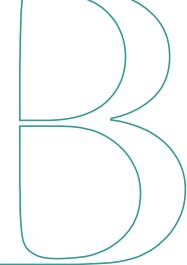
針對個案進行跨領域會議討論，並依狀況予以調整照護計畫

團隊成員定期針對個案進行跨領域團隊會議討論，並有服務架構、會議討論模式與流程記錄。（跨領域會議討論至少需有四種專業人員參加，如：醫師、護理師、社工師、營養師、物理治療師、職能治療師、藥師、語言治療師、心理師等）。

1. 每週召開跨領域團隊討論會議
2. 依據個案狀況進行照護計畫調整
3. 每週開會討論目前住院個案並追蹤前次討論個案  
(註：每次至少2~5位個案)

跨專業團隊討論會，可提供回顧與討論每位住院病人各方面健康問題的機會。雖然，所有被討論的高齡病人都可能從中受益，但希望詳細討論的主要對象，針對具有複雜問題或是可能有活動功能退化的高危險病人。

(張家銘。周全性老年醫學評估的一般概念。台灣老年醫學會編：  
周全性老年醫學評估的原則與技巧。第二版。新北市。合記出版社，  
2019:1-19)



## 20200305 老年科跨專業團隊會議紀錄

72B

79 歲男性，2020 年 03 月 01 日入院，主訴噯喎呼吸喘，過去病史：慢性阻塞性肺病，grade2,group B。糖尿病(HbA1C:7.0% on 2020/2/06)、高血壓、右側橢脛中風(2020/2/20)。

目前急症問題為吸入性肺炎及放喉呼吸衰竭，治療計畫為 1. 完成吸入性肺炎之抗生素療程；2.評估吞嚥功能⇒ 會診復健科 for 吞嚥復健；3.預計本周出院。

CGA summary : (醫師)(有簡報)

老年病症候群：

- 跌倒風險：→評估：近期一年內未有發生跌倒狀況。建議助行器，但阿公好像有點敷衍我。居家環境：透天厝，房間在一樓。TUG:14 秒(患者表示自己有走慢一點讓我看比較清楚)。握力:R:29 Kg/L:17.9 Kg。  
→計畫：1.建議適宜鞋子(包鞋)建議適當輔具使用(建議患者及家屬學習使用助行器)；2.居家環境評估與建議防滑設施。
- 近期功能衰退：→評估：CFS:3 → MP: 左側 5, 右側 5；2020/02/20 右側橢脛中風。阿斯匹靈使用中。→計畫：會診復健科，加強危側復健並鼓勵適當鞋子與輔具。
- 營養：→評估：1.平日進餐會煮飯；2.住院期間為家屬備餐；3.上排為活動式假牙、下排為非活動假牙；4.無吞嚥或嘔喎問題(目前評估)；5.體重減輕(2/20 51.5→3/03 48.5kg)與 BMI:18.95；6.個案表述無食慾變化；7.MNA:8(recent stress + BMI)。  
→計畫：1.會診營養師；2.吞嚥運動復健。
- 藥物：→評估：固定胸腔科陳昌文醫師門診，服用血壓(Exforge 1 tab QD)及血糖(Metformin 1 tab TID)藥物和吸入性(Anoro)藥物使用。患者表示口服藥物有自己常規使用。但吸入性藥物偶爾才會使用。  
→計畫：1.藥物衛教；2.吸入性藥物衛教。
- 認知：→評估：認知功能清楚 SPMSQ 10/10, GDS:0/5。入院前可以自行騎機車去市場。→計畫：建議社區活動。

出院準備：

返家照顧：居家防跌(進行居家衛浴環境改造)；建議參與社區活動與適度運動。

(影片：吸入性藥物影片)

飼養護理師：個案上週中風有住院過，本次進來因嘔喎，有請家屬帶來快凝實便用。住院期間觀察個案無嘔喎情形。家屬會提醒個案，所以個案吃藥丸會一顆一顆吃。活動部分，步態可，之前中風影響左邊左側，會慢慢走，孫子會陪伴在走

72C.Fu

個案 2/26 評過 CGA。過去病史： CKD stage 3 / type 2 DM / hypertension / HBV / gout。本次呼吸喘、NG 刷開始有原因評估個案有嘔喎問題，所以 NG 道是放置，今天有試著用布丁可，未來會拔除。

住院急症問題：

- Dyspnea：治療計畫 1.Empirical Ceftriaxone(2/14~2/20)> Tazocin(2/24~3/1) Clinical symptoms had improved；2. Keep NG feeding. (Swallowing test : choking)；3. Intensive chest care and sputum suction.
- Rigidity and limbs tremor (Parkinson's disease)：治療計畫 1. 會診精神科， EEG (N) 、 Medicine for Parkinson (Madopar(200/50) 0.25# TIDPC) 、 Survey hyponatremia 、 Check ammonia for negative myoclonus ；\*\*Delirium，會診精神科：Avoid anticholinergic agents and BZD ；(Aripiprazole, Alprazolam, Nitrazepam, Citalopram) . Seroquel(25) 1# HS 。

CGA summary : ( 嘉祐)(有簡報)

老年病症後群：

- 活動功能依賴：→評估：1. 入院前 ADL 完全獨立；2.由新綜合轉入後，中度依賴至完全依賴；3.CFS: 6>7 > 6；4.Hand grip R:20.6 (7.0) Kg/L:19.4 (9.7) Kg => 變差：5. 吞嚥問題：atropine 、NG(+) (Swallowing test : choking,keep NG) ；6. Get up and go: 無法測試。  
→計畫：復健計畫：2/14-2/15 床旁練站： 2/16-2/17 床旁練站：目前可在看護扶杖蹲走；與復健科 combine care,bed side rehabilitation and ST training；練站、踝腳踏步、平衡感訓練走。
- 憂鬱：→評估：1. GDS:5/ 5/5 ；2. 分評過程中情緒激動落淚，拒絕評 GDS-15 ；3. 認為自己會死在醫院，病房上持續呼喊丈夫兒子；4. 長期使用精神科藥物 Aripiprazole (Atypical antipsychotics), Alprazolam (BZD) 、Nitrazepam (BZD) , Citalopram Hydrobromide (SSRI)=> DC - Seroquel 1# HS ；5. 外院診治 MDD → 計畫：1. 會診精神科；2.delirium：三班協助定向感：減少使用 BZD 、anti-cholinergic agent=> 住院中多於情緒支持及鼓勵說話，主動感謝護理人員並會配合處置，雖偶爾還是會說話中有咒罵行為，但也有些笑容。
- 營養：→評估：於急診疑似嘔喎放置 NG；抱怨喉嚨疼痛，上頸有突起物；吞咽困難(+)，連口水都無法吞；急性尿瀦留放置 Foley。  
→計畫：1. 會診 ENT 評估；疑似 NG 或插管造成創傷⇒ pain control with Comflam ；2. Atropine 減少口水分泌；3. 評估 NG & Foley 拔除時機⇒ Choking(+) , urine retention(600ml), keep 寶塔留置。
- 多重用藥：→評估：1. 在南醫院；高血壓、糖尿病；精神科內科；腸胃；精神科診所；anti-psychotic, SSRI, BZD ；→總計約 14 種常規用藥。  
→計畫：1.住院常規用藥整合至 8 種；2. 出院後預計規劃整合至成大門診。

出院準備：需視活動恢復狀況評估家中準護(病人住二樓)；住院中加強運動處方及吞嚥訓練；Parkinson's disease 線門診追診及藥物調整；病人出院會暫時住機構並持續復健，觀察活動情形，若功能有進步會返家照護；有申請巴士量表及長照服務。

(影片)

【理師】：個案東西從嘴巴吃會嗆嘴，目前吃布丁可，活動步態很多，原本需人協助從床上移到床旁，目前步進到可用助行器走，助行器可配合使用。

【理師】：個案目前復健狀況？

【復健老師】：目前有巴金森氏症的步態，步態時大步一點並且慢慢走，今天開始下去級復健。

【服個案管理師】：原本要回家請外傭照顧，因為外傭要等到 5 月份，目前暫時去機構照顧。

【醫師】：上次 2/20 有評估，上次會有攻擊行為，目前住院改善，本週會訪復健科，但因為個案年齡問題所以無法去 PAC，希望去護理之家不要退步。

圖 | 跨域專業團隊會議記錄

## 家庭會議

家庭會議的舉行需視個案個別情況決定是否舉行。

家庭會議重點在於，針對個案目前的資訊再與個案和家屬一起設定未來的規劃和目標，並排除個案與家屬於照護上的衝突。

個案相關訊息收集內容包括：

- 失能前的活動功能情況
- 主要照顧者的支持程度
- 經濟資源
- 居家環境
- 照護目標
- 了解目前個案於復健、照顧或醫療問題之溝通情況（家庭成員之間、家人與個案之間及醫療機構間）

針對以上的資訊，接續討論決定以下內容：

- 個案本次醫療照護或復健目標
- 個案出院後安置處所之規劃或是臨終關懷方式

120

家庭會議與會人員，包括：

- 醫師
- 社工師
- 護理師/個管師
- 病人家屬重要成員

## 第二篇

### 器材與設備、環境

#### 定向溝通

對高齡者的就醫環境有適當且符合需求之營造

除高齡友善醫院基本要求，針對高齡者需求能進一步提供適合且有尊嚴之環境，並增加復健活動空間。

*規劃自文獻及輔導中心專家群之建議：Palmer, R. M. (2018). The acute care for elders unit model of care. Geriatrics (Basel), 3(3), 59.*

王用亨、顏啟華 (2002)。老年醫學門診的設立。

台灣老年學暨老年醫學會會訊第55期。

#### 住院端

1. 提供顯眼的大型數字時鐘及日曆



圖 1、2 成大醫院2022年 圖 3 成大醫院2003年

2. 有一致且符合邏輯之定向指引，如：指標字體大而適合閱讀



#### 圖片來源

成大醫院  
輔大附設醫院  
高雄榮民總醫院  
日照中心

- 提供溝通輔助器材，如：老花眼鏡、聽力輔助器



圖片來源：成大醫院

## 門診端

- 提供顯眼的大型數字時鐘及日曆



122

圖片來源：成大醫院

- 有一致且符合邏輯之定向指引，如：指標字體大而適合閱讀



圖片來源：左：成大醫院，中間2圖：北榮員山醫院，右：聖馬爾定醫院

- 提供溝通輔助器材，例如：老花眼鏡、聽力輔助器



圖片來源：左：成大醫院，中：聯合中興醫院，右：埔里基督教醫院

## 無障礙設計

### 住院端

1. 廁所的高位或低處皆有緊急呼叫鈴



圖片來源：左：成大醫院，右：光田醫院

2. 馬桶及洗手台兩側皆有扶手且有功能，或可調整



圖片來源：左：成大醫院，中：北榮員山醫院

參考：

建築物無障礙設施設計規範（內政部108.1.4台內營字第1070820550號令修正，自108.7.1生效）

- (1) 505.6可動扶手：馬桶至少有一側為可固定之掀起式扶手。使用狀態時，扶手外緣與馬桶中心線之距離為35公分，且兩側扶手上緣與馬桶座墊距離為27公分，長度不得小於馬桶前端且突部分不得大於15公分。
- (2) 507.6扶手：洗面盆應設置扶手，型式可為環狀扶手或固定扶手。設置環狀扶手者，扶手上緣應高於洗面盆邊緣1公分至3公分。設置固定扶手者，使用狀態時，扶手上緣高度應與洗面盆上緣齊平，突出洗面盆邊緣長度為25公分，兩側扶手內緣距離為70公分至75公分。但設置檯面式洗面盆或是設置壁掛式洗面盆已於下方加設安全支撐者，得免設置扶手。

3. 友善之如廁規劃，例如：床邊馬桶、輪椅親善廁所



圖片來源：成大醫院

4. 避免使用扭轉式門把或水龍頭



124

參考：

建築物無障礙設施設計規範（內政部108.1.4台內營字第1070820550號令修正，自108.7.1生效）

205.4.3 門把：

門把應採用容易操作之型式，不得使用凹入式或扭轉型式，中心點應設置於距地板面75公分至85公分、門邊4公分至6公分之範圍。使用橫向拉門者，門把應留設4公分至6公分之防夾手空間。

參考：

建築物無障礙設施設計規範（內政部108.1.4台內營字第1070820550號令修正，自108.7.1生效）

207.3.3高度：設單道扶手者，扶手上緣距地板面應該為75公分至85公分。設雙道扶手者，扶手上緣距地板面應分別為5公分、85公分，若用於小學，高度應各降低10公分（如圖207.3.3）。

圖片來源：成大醫院

5. 走道提供雙層扶手



圖片來源：成大醫院



圖片來源：臺北榮民總醫院



## 無障礙設計 門診端

### 1. 廁所的高位或低處皆有緊急呼叫鈴



參考：

建築物無障礙設施設計規範（內政部108.1.4台內營字第1070820550號令修正，自108.7.1生效）

#### 504.4 求助鈴—504.4.1 位置：

無障礙廁所盥洗室內應該設置二處求助鈴，一處按鍵中心點在距馬桶前緣往後15公分、馬桶座墊上60公分，另設置一處可供跌倒後使用之求助鈴，按鍵中心距地板面高15公分至25公分範圍內，且應明確標示，易於操控。

圖片來源：成大醫院

### 2. 桶及洗手台兩側皆有扶手且有功能，或可調整



參考：

建築物無障礙設施設計規範（內政部108.1.4台內營字第1070820550號令修正，自108.7.1生效）

01. 505.6 可動扶手：馬桶至少有一側為可固定之掀起式扶手。使用狀態時，扶手外緣與馬桶中心線之距離為35公分，並且兩側扶手上緣與馬桶座墊距離為27公分，長度不得小於馬桶前端且突部分不得大於15公分。

02. 507.6 扶手：洗面盆應設置扶手，型式可為環狀扶手或固定扶手。設置環狀扶手者，扶手上緣應高於洗面盆邊緣1公分至3公分。設置固定扶手者，使用狀態時，扶手上緣高度應與洗面盆上緣齊平，突出洗面盆邊緣長度為25公分，兩側扶手之內緣距離為70公分至75公分。但設置檯面式洗面盆或設置壁掛式洗面盆已於下方加設安全支撐者，得免設置扶手。

圖片來源：成大醫院

### 3. 友善之如廁規劃，例如：輪椅親善廁所



參考：

建築技術規則（中華民國2一百零八年八月十九日內政部台內營字第1080813597號令修正「建築技術規則」建築設計施工編部分條文，自中華民國一百零九年一月一日施行）

建築設備編「第二章：給水排水系統及衛生設備」、「第二節：衛生設備」、「第三十七條：建築物裝設之衛生設備數量不得少於下表規定」、「六、宿舍（大便器）」：

男子：每十人一個，超過十人時，每增加二十五人，增加一個。

女子：每六人一個，超過三十人時，每增加十人增加一個。

#### 同條-說明：

（四）宿舍按固定床位計算，且得依宿舍實際男女人數之比例調整之。

圖片來源：成大醫院

#### 4. 走道提供雙層扶手



參考：

建築物無障礙設施設計規範（內政部108.1.4台內營字第1070820550號令修正，自108.7.1生效）

207.3.3 高度：設單道扶手者，扶手上緣距地板面應為75公分至85公分。設雙道扶手者，扶手上緣距地板面應分別為65公分、85公分，若用於小學，高度應各降低10公分。

圖片來源：成大醫院

### 物理環境 住院端

#### 1. 止滑地板

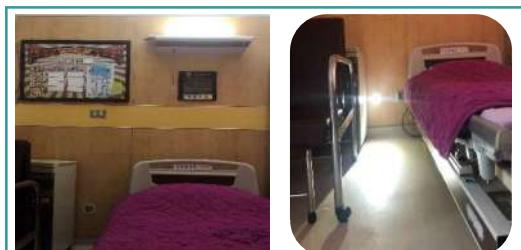


圖片來源：成大醫院

圖片來源：北榮員山醫院

126

#### 2. 不刺眼之燈光照明



圖片來源：成大醫院

(左) 免直射眼睛的光線 (右) 病房的腳燈

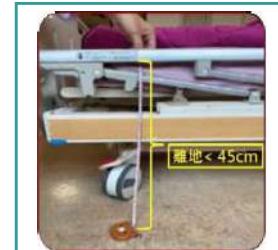


圖片來源：輔大醫院

反射式的燈光

#### 3. 準備特殊高齡者需求之床具或寢具 (減壓床墊及枕頭、可降低床面至離地小於45公分病床或診療床)

圖片來源：成大醫院



#### 4. 自然光線之引進



圖片來源：依序分別為成大醫院、輔大醫院、光田醫院、豐原醫院、柳營奇美醫院

#### 5. 降低噪音之措施



圖片來源：成大醫院  
譴妄長者之單獨治療室

127

### 物理環境 門診端

#### 1. 止滑地板



圖片來源：北榮員山醫院



圖片來源：成大醫院

#### 2. 不刺眼之燈光照明



圖片來源：成大醫院



圖片來源：北醫附設醫院

### 3. 自然光線之引進



圖片來源：成大醫院



圖片來源：北榮員山醫院

## 高齡友善氛圍

### 住院端

#### 1. 優質且有特色的高齡友善環境營造



圖片來源：成大醫院

左為可以呈現日夜不同的天花板，  
右為日光室提供音樂表演、交流互動

128



圖片來源：成大醫院

左為易於病房辨識的名稱與圖飾，  
右為病房走廊折疊椅



#### 2. 景觀的設計，懷舊氛圍的營造



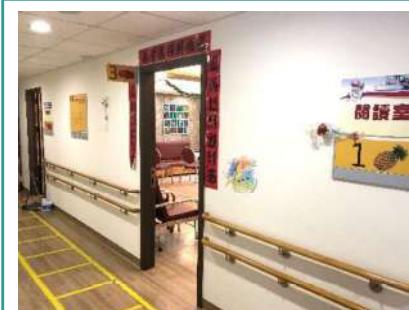
圖片來源：臺北榮民總醫院走廊、護理站





圖片來源：成大醫院

左圖為病房門口意像-仿三合院大廳，  
右圖為公車站之休息區



129

圖片來源：左圖為成大醫院護理站、懷舊走廊，  
右圖為高雄榮民總醫院日照中心閱讀室

## 高齡友善氛圍

### 門診端

#### 1. 優質且有特色的高齡友善環境營造



圖片來源：成大醫院

#### 2. 景觀的設計，懷舊氛圍的營造



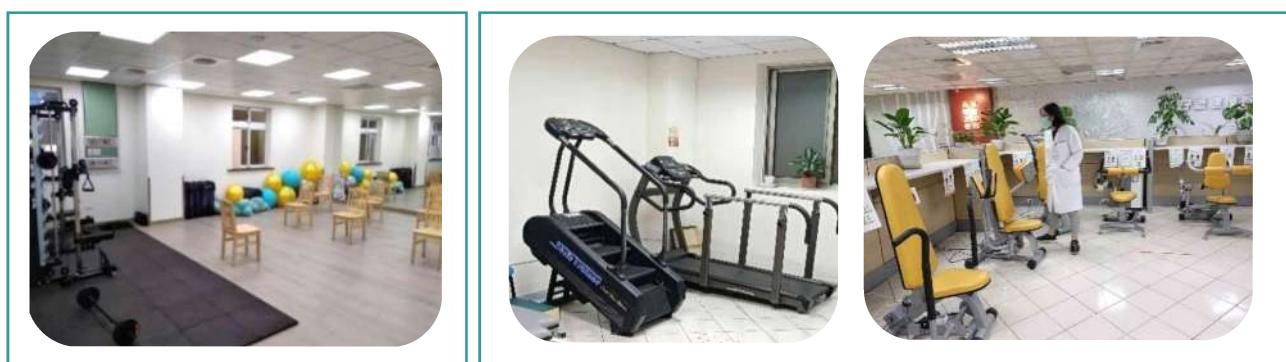
圖片來源（由左至右依序）：北榮員山醫院、  
高雄榮民總醫院日照中心、成大醫院

## 適當空間 住院端

### 1. 有復健活動空間



圖片來源：北榮員山醫院



圖片來源：安泰醫院

圖片來源：竹山秀傳醫院

130



圖片來源：成大醫院

圖片來源：臺北榮民總醫院

## 適當空間 住院端

### 2. 提供照顧團隊專責服務高齡者的空間



圖片來源：成大醫院



圖片來源：北榮員山醫院

131

## 適當空間 門診端

### 1. 提供照顧團隊專責服務高齡者的空間



圖片來源：成大醫院



圖片來源：北榮員山醫院



圖片來源：大林慈濟醫院

## 活動支持

1. 有足夠之行動輔具，例如：輪椅、助行器



圖片來源：成大醫院房間內

圖片來源：北榮員山醫院房間內

圖片來源：成大醫院走廊

2. 提供適合的活動訓練輔具：

例如：腳踏訓練器、踝強化腳踏訓練器、站立式輪椅、學步車、臂撐式助步車、前輪式助行器等

132



圖片來源：成大醫院

### 3. 設計適合高齡者的活動，促進活動



圖片來源：北榮員山醫院

圖片來源：竹山秀傳醫院



圖片來源：大林慈濟醫院



圖片來源：埔里基督教醫院



圖片來源：童綜合醫院



圖片來源：羅東博愛醫院

圖片來源：安泰醫院

#### 4. 設計適合高齡者的活動，促進活動（續）



圖片來源：羅東博愛醫院



圖片來源：輔大附設醫院



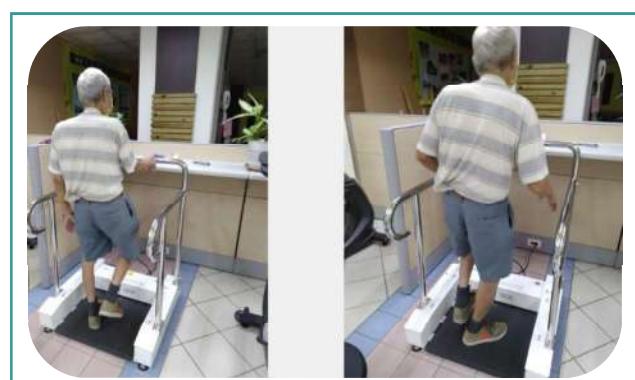
圖片來源：中山醫附設醫院



圖片來源：成大醫院



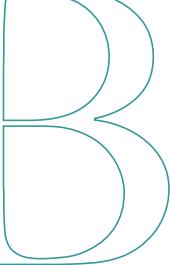
圖片來源：萬芳醫院\_健口操



圖片來源：竹山秀傳醫院\_單腳站立平衡訓練



圖片來源：高齡榮民總醫院日照中心



## 第三篇

### 高齡照護教育訓練

#### 教育訓練指引

高齡照護團隊成員需接受「高齡照護教育訓練指引（門診與住院）」（附件二）所規劃的高齡照護教育課程訓練。

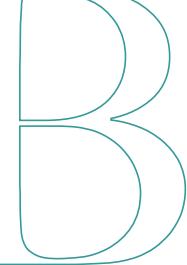
高齡照護之跨領域團隊成員，需接受高齡照護訓練核心課程，使人員能了解長者友善照護模式試辦計畫之工作內容與服務價值，進而將高齡照護理念推廣到其他病房或門診其他科別。（詳細請見附件二）

高齡照護基礎核心課程（綱要請詳見附件）	
高齡疾患與健康老化	老年問題篩檢與周全性老年醫學評估
長者預防保健與健康促進	高齡跨專業團隊照護模式
衰弱症與肌少症	高齡者安寧療護與靈性照顧
高齡藥事照護(多重與不當用藥)	照護計畫之擬定與執行

135

高齡照護進階課程	
醫師	高齡營養與吞嚥問題 認知功能障礙 高齡精神與情緒問題 高齡者之跌倒 台灣現行長照政策與資源介紹 維持身體活動功能(復能)之照護 高齡者的溝通與諮詢技巧 高齡疏忽與虐待 出院轉銜與急性後期整合照護 輔具與居家環境評估 高齡照護的倫理與決策
護理師	高齡營養與吞嚥問題 高齡精神與情緒問題 認知功能障礙 高齡者之跌倒 高齡疏忽與虐待 維持身體活動功能(復能)之照護 高齡照護的倫理與決策 台灣現行長照政策與資源介紹

高齡照護進階課程	
護理師	高齡者的溝通與諮詢技巧 高齡排泄問題 出院轉銜與急性後期整合照護 輔具與居家環境評估 機構式長期照護
社工師	在跨專業與連續性照護的社會工作 社工師在決策、預立醫療計畫和指示的角色 高齡者緩和醫療及安寧療護的社會工作 高齡者營養與口腔吞嚥問題的評估與處置 高齡認知與情緒問題 高齡者的溝通與諮詢技巧 社工對高齡者的評估 因應功能的衰退與環境改變 高齡疏忽與虐待 高齡政策及經濟考量 高齡排泄問題 出院轉銜與急性後期整合照護 維持身體活動功能(ADLs、IADLs復能)之照護 輔具與居家環境評估 社區連結與社會資源整合
物理治療師	高齡者的溝通與諮詢技巧 物理治療師在跨專業與連續性照護的角色 高齡者認知與情緒問題評估與物理治療 高齡者營養、口腔健康與吞嚥問題 個別化的高齡者物理治療照護計畫擬定 高齡者安寧緩和的物理治療 高齡照護的倫理與決策預立醫療照護 照顧者支持 醫療系統、長照資源與社會福利 高齡排泄問題 出院轉銜與急性後期整合照護 高齡者之跌倒 高齡疏忽與虐待 維持身體活動功能(復能)之照護 輔具與居家環境評估



## 高齡照護進階課程

<p><b>職能治療師</b></p>	<p>高齡者的溝通與諮詢技巧 跨專業與連續性照護和服務轉銜 個別化的高齡者職能治療照護計畫擬定 高齡精神與情緒問題及認知功能障礙與處置 高齡者跌倒與衰弱之運動強化 藥物治療在高齡者的考量 高齡者營養、口腔健康與吞嚥問題 輔具及居家環境評估與應用 高齡疏忽與虐待 照顧者支持 高齡者安寧緩和 高齡照護的倫理與預立醫療照護決策</p>
<p><b>藥 師</b></p>	<p>疾病的藥物治療在高齡者的特殊考量 高齡營養與吞嚥問題 高齡神經與精神問題評估與用藥 老年人潛在不適當用藥評估 衰弱跌倒、失能與用藥的調整 個別化的高齡者藥品治療方案 藥師在跨專業與連續性照護的角色 非藥物治療議題</p>
<p><b>營養師</b></p>	<p>高齡族群營養評估 高齡者疾病的營養照顧: 1. 疾病的營養照護在高齡者的特殊考量 2. 多重共病的營養整體考量</p> <p>營養師的周全性老年評估與在跨專業團隊中的角色 營養師應該知道的用藥問題 高齡者口腔健康與吞嚥問題的評估與處置 失智症的評估處置與營養照護 衰弱與肌少症的評估處置與營養照護 營養相關之高齡議題 高齡者的倫理議題與安寧緩和的營養照護</p>

## 高齡照護進階課程

1.	高齡疾患與健康老化	2.	長者預防保健與健康促進
3.	台灣現行長照政策與資源介紹	4.	高齡者的溝通與諮詢技巧

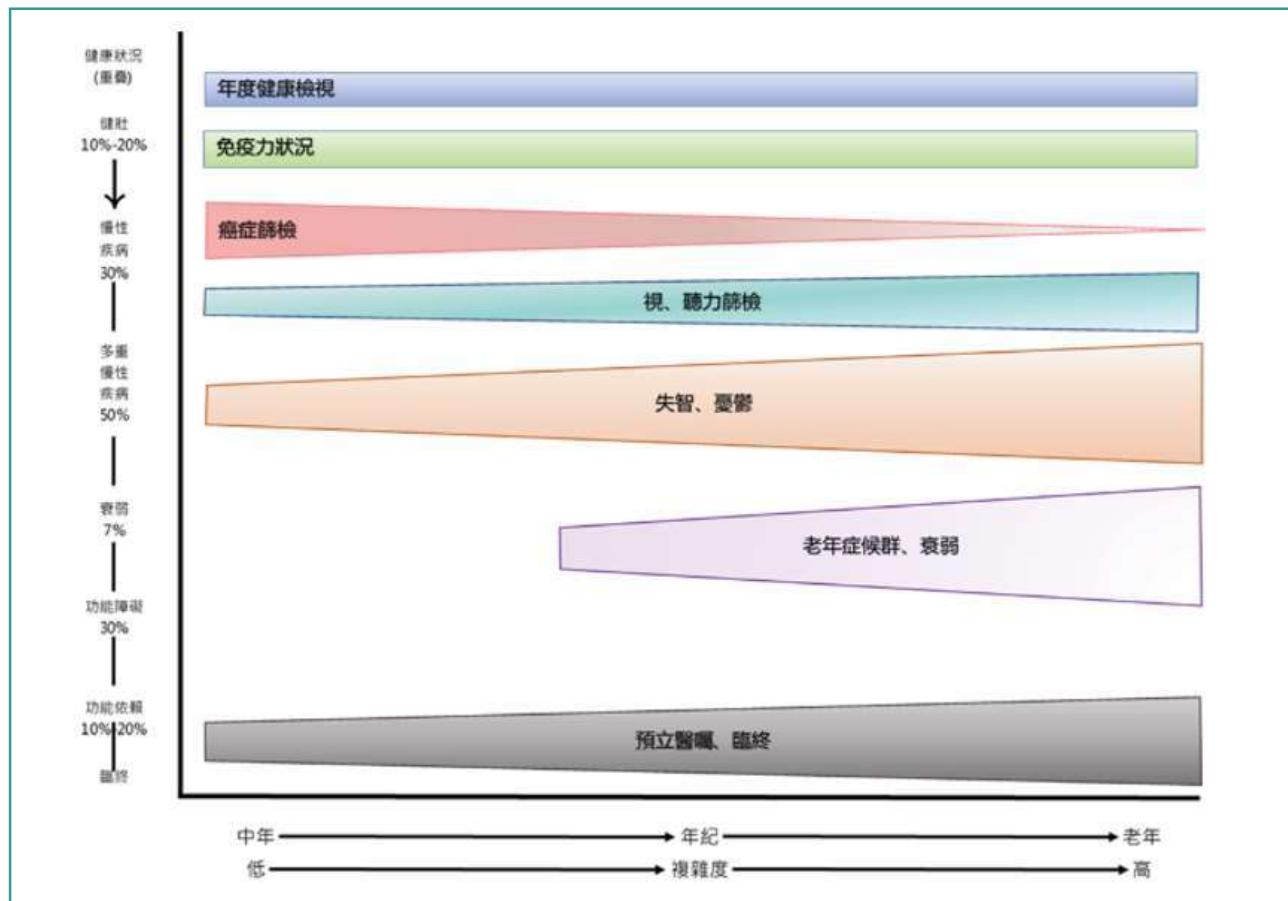
## 第四篇

### 篩檢與評估

#### 高齡者的預防保健篩檢服務

根據高齡者的年齡及預期風險 / 效益，修正國家(美國)篩檢建議：

過去以疾病為中心的指南，較不適合高齡者維持身體功能和生活品質，強調功能狀態和多重風險因素的減少，對於高齡族群更為重要！



Nicholas, J. A., & Hall, W. J. (2011). Screening and preventive services for older adults. *Mount Sinai Journal of Medicine: A Journal of Translational and Personalized Medicine*, 78(4), 498–508.



## 篩檢條件

為了使計畫幫助到有需要的人，因此需要設定篩檢條件。可以視醫院本身的資源、環境而設定不同的篩檢條件，但仍須先設下幾個基本條件，以下提供參考：

(張家銘、蔡智能 (2003) , 「老年人之周全性評估」，台灣醫學，7卷3期，364-374。)

### 納入條件：

01. 已有功能不全（尤其是近期有惡化傾向）
02. 已有老年病症候群
03. 有生理的疾病（如多重慢性疾病）
04. 同時服用多種藥物
05. 有精神層面問題
06. 有支持系統的問題
07. 多次入院

### 排除條件：

01. 嚴重疾病者，如疾病末期病人
02. 重症加護病人
03. 嚴重失智者
04. 活動功能為完全依賴
05. 需長期居住在護理之家

在高齡病人的照顧過程中，努力找出所有的健康相關問題是非常的重要，但並非一定要對每項異常問題作出精確的診斷後才能治療，非必要的介入性診斷檢查反而可能是有害，且未必是病人及其家屬所想要或需要的。其實，除了可復原的疾病需努力找出病因及診斷外，對於無法復原或治療的健康問題，若未能考量病人的脆弱性，可能無法耐受其檢查，極力尋找其病因，但卻無法對後續的慢性問題提供適當的處置時，對病人並無實質的幫助，且對醫病關係會有負面的影響。

(張家銘。周全性老年醫學評估的一般概念。台灣老年醫學會編：周全性老年醫學評估的原則與技巧。第二版。新北市。合記出版社，2019:1-19)

## 篩檢工具

藉由簡便、可行的篩檢方法，獲取詳實的訊息，再經由整個團隊成員的溝通、討論，提出確實可行的介入計畫，持續追蹤處置成效，並根據結果適切地加以修正。期望經由系統性的評估與治療，能使高齡照顧臻於完善。

(張家銘。周全性老年醫學評估的一般概念。台灣老年醫學會編：周全性老年醫學評估的原則與技巧。第二版。新北市。合記出版社，2019:1-19)

此手冊舉例FIND-NEEDS篩檢問卷與ICOPE，試辦醫院也可依院內慣用篩檢工具進行，惟需注意篩檢項目需涵蓋高齡者健康需求之全面性。

## FIND-NEEDS 篩檢問卷

ACE模式自2019年開始於各醫院推廣與發展，在醫療人力和時間有限狀況下，有醫院覺得CGA用於初步評估所有高齡病人較為繁雜，項目多、耗時且成本高，難以用於評估所有高齡病人。本團隊考慮建構高齡篩檢工具，克服ICOPE執行面之問題（多需專業人員執行、部份面向於第一階段未進行篩檢而需要進到第二階段才進行評估、部份題目於第一階段較複雜與耗時、明定的篩檢費用使訪員於第二階段執行上，擇易捨難而忽略對高齡病人更重要的項目、多數題目非以高齡者需求為出發點，而使其篩檢出問題也不願意進一步檢查），參考多項評估篩檢工具，並擷取或加上相對簡易之篩檢方法，以現有之單項篩檢量表（如GDS-5、PHQ-2、SOF等）、簡易篩檢方式（如ICOPE、4Ms）或簡單詢問（如跌倒、失禁、失能、營養等）來做篩檢之問題，以快速了解高齡者初步健康狀況為目標，而研擬發展出「FIND-NEEDS篩檢問卷」。

此問卷根據周全性老年評估以及長者友善照護模式，結合國內外相關文獻，以ICOPE、4Ms、WHO 10-min screener、DEEPIN及 Kihon checklist 等篩檢工具之共同項目為基礎，與臨床實務等相關資訊，其內容包括了：「Function功能」、「Incontinence尿失禁」、「Nutrition營養不良」、「Dementia認知障礙」、「Number of medications用藥數量/高危 藥物」、「Eyes視力狀況」、「Ear聽力狀況」、「Depression憂鬱症」及「Social Interaction社會互動」九大面向，組合成適合台灣醫療機構門診或住院高齡病人之健康問題篩檢工具。其「Function功能」包括三個次面向（依大致惡化的順序篩檢Function功能、Fall跌倒與Frailty衰弱），其餘面向皆為單一篩檢面向。

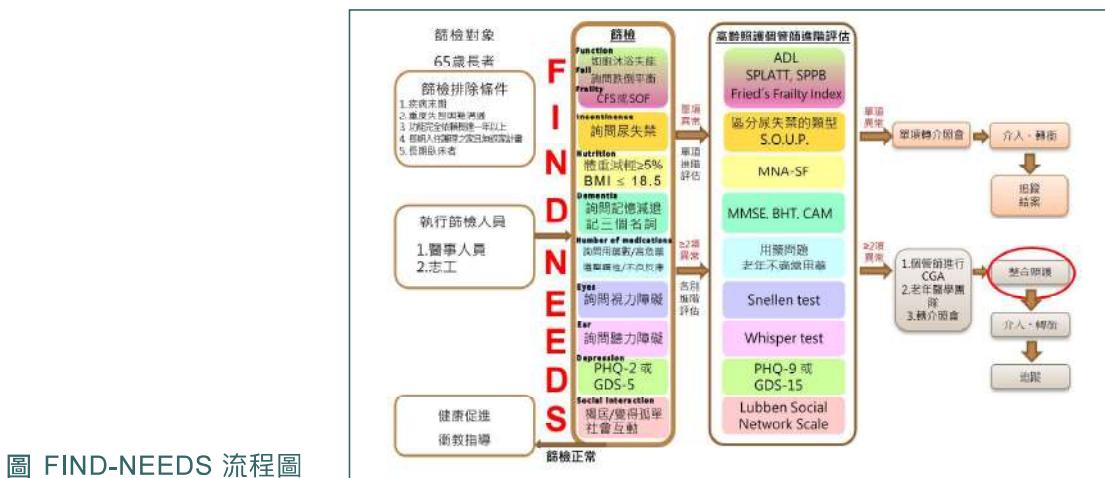
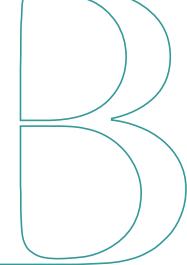


圖 FIND-NEEDS 流程圖



**FIND-NEEDS**可一次完成高齡者篩檢、不須分階段/層次進一步評估、不需專業人員亦可協助快速篩檢、可全面性篩檢出高齡者健康問題、且為不同場域(居家、社區、長照機構、門診、急診與住院等)均可以運用之老年問題篩檢工具。經臨床驗證，具良好信、效度、敏感性及特異性(對應CGA)之高齡者篩檢工具。

希望以簡單的問題詢問，即可初步篩檢出高齡者之潛在老年病症候群，有異常者再以既有之評估工具/問卷進一步評估、轉介或處置。本計劃提供紙本問卷，歡迎各醫院依需求參考取用，唯使用紙本時請註明「國民健康署與成功大學ACE計劃團隊提供」。

# 國立成功大學醫學院附設醫院高齡醫學部

## FIND-NEEDS 老年問題篩檢問卷

訊息提供者：□0.本人 □1.家人或陪同就医者 □2.其他\_\_\_\_\_

姓 名：\_\_\_\_\_

收案地點：□0.病房 □1.門診

單 位：□0.高齡醫學部 □1.一般內科 □2.感染科 □3.骨科

職 別：□0.醫師 □1.專科護理師 □2.個案管理師 □3.護理師 □4.PGY □5.助理 □6.志工 □7.其他\_\_\_\_\_

### 一、 功能面向 (Function, Fall, Frailty)

#### *Function*

1.1 您在如廁或洗澡時是否需要他人協助或提醒？

#### *Falls*

1.2.1 在過去一年內，您是否曾跌倒 2 次以上或曾因跌倒而受傷？

1.2.2 起床或站立時感覺不穩，或隨時擔心會跌倒？

#### *Frailty*

1.3.1 CSHA Clinical Frailty Scale (CFS) 級分：\_\_\_\_\_

1.3.2 Study of Osteoporotic Fracture (SOF) 級分：\_\_\_\_\_ (請加總 1.3.2.1 + 1.3.2.2 + 8.1.2)

1.3.2.1 您是否未來刻意減少的情況下，過去一年中體重減了 5% 以上？

1.3.2.2 您是否可以在不用人支援的狀況下，從椅子上站起來 5 次？(請做實際做，並測時間)

### 二、 尿失禁面向 (Incontinence)

2.1 在過去一年中，您是否有不自主漏尿或弄濕褲子超過六次以上的情形？

### 三、 飲食面向 (Nutrition)

3.1 在過去三個月間，在非刻意情況下，您是否體重減輕了 2-3 公斤 (5%) 以上？

3.2 身高\_\_\_\_\_體重\_\_\_\_\_ BMI\_\_\_\_\_ 是否為 18.5？

### 四、 認知障礙面向 (Dementia)

4.1 您或家屬是否覺得您有記憶力減退的情形？

4.2 我要告訴你這個三名詞 (紅色、快樂、腳踏車)，請先重複一次，並請記住，三分鐘後會再請你重複一次

### 五、 藥物數量/高危險藥物面向 (Number of medications)

5.1 您長期 (≥ 3 個月) 藥物總種類數是否 ≥ 8 種 (中藥不算一種)？

5.2 您服用的藥品是否有鎮靜安眠、抗憂鬱、肌肉鬆弛、止痛等藥物 (若有專業人員請多協助確認：抗精神藥物等)？

5.3 您是否有沒有依從醫師處方來服用，或服藥後覺得不舒服？

### 六、 觀察狀況面向 (Eyes)

6.1 您在閱讀、看电视或日常生活時有視力上的困難嗎？(依平常戴眼鏡或使用放大鏡後的情形)

### 七、 听力狀況面向 (Ear)

7.1 您在與人談話時有聽力上的困難嗎？(重聽者可依平常戴助聽器後的情形填寫)

### 八、 壓抑症面向 (Depression)

8.1 Patient Health Questionnaire (PHQ-2) 級分：\_\_\_\_\_

8.1.1 過去 1-2 週，您是否感覺情緒低落、沮喪或沒有希望？

8.1.2 過去 1-2 週，您是否感覺失去做事情的興趣或提不起勁？

### 九、 社會參與面向 (Social interaction)

9.1 是否獨居或經常覺得孤單？

9.2 日常生活不常參加或互勵之活動 (例如打電話、網路聯繫、與朋友聚會聊天、參加教育/廟宇/鄉里活動、參加教牧課程或擔任志工等)？

**總結**(請勾選哪些面向有問題)：任一小題填答「1」則視為該篩檢面向為「有問題」

F  I  N  D  N  E  E  D  S

若上述僅有單一大項篩檢有問題：僅做該項目之進階評估與處置或照會。

若上述有二大項以上篩檢有問題：除了進行個別項目的進階評估或照會，建議進一步由老年醫學團隊進行周全性老年醫學評估與處置。

成大醫院高齡醫學部 版本日期：2022.04.21

第 1 頁 共 1 頁

## ICOPE

ICOPE是由世界衛生組織（WHO）所建立的問卷，主要施測對象為內在能力和功能下降的高齡者，以簡單的問卷及早發現高齡者健康問題，及早進行介入，以預防失能、依賴的情況發生。施測內容包括：「認知功能」、「行動功能」、「營養不良」、「視力障礙」、「聽力障礙」及「憂鬱症」六個面向，國民健康署也有針對ICOPE進行內容補充，增加「用藥」及「社會支持」，使施測內容更為完善。（詳情點進WHO網址：<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-FWC-ALC-19.1>）

ICOPE長者功能評估量表 ( Integrated Care for Older People )						評估日期：_____年____月____日
評估項目	初評內容	初評結果	初評結果說明	複評結果		
A. 認知功能	1. 記憶力：說出 3項物品：鉛筆、汽車、書，請長者重複，並記住。第3題後再詢問一次。 2. 定向力：詢問長者「今天的日期？」（含年月日），長者回答是否正確？ 3. 定向力：詢問長者「您現在在哪裡？」，長者回答是否正確？ **詢問長者第1題記憶力的3項物品	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	任一答案為「否」，請擇一(MMSE、BHT、AD8等)量表進行評估。	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	採AD8量表者，請由長者的家屬回答。	<input type="checkbox"/> 正常 <input checked="" type="checkbox"/> 異常
B. 行動功能	椅子起身測試：12秒內，可以雙手抱胸，連續起立坐下5次。	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	答案為「否」，請進行SPPB量表評估。	<input type="checkbox"/> 正常 <input checked="" type="checkbox"/> 障礙		
C. 營養不良	1. 過去三個月，您的體重是否在無意中減輕了3公斤以上？ 2. 過去三個月，您是否曾經食慾不振？	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	任一答案為「是」，請進行MNA-SF量表評估。	<input type="checkbox"/> 營養不良 <input checked="" type="checkbox"/> 營養不良風險		
D. 視力障礙	1. 您的眼睛看遠、看近或閱讀是否有困難？ 2. 您過去1年是否曾接受眼睛檢查？	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	第1題答案為「是」，且第2題答案為「否」，請進行WHO簡單視力表或Snellen test 測試。	<input type="checkbox"/> 正常 <input checked="" type="checkbox"/> 進一步檢查		
E. 聽力障礙	請跟着我念 6、1、9 (注：用數音測試，若未聽正確復讀，再測2、5、7，仍未聽正確復讀，即填「否」)。是否兩耳都聽得到嗎？	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	答案為「否」。 1. 依長者情況轉介。 2. 進行聽力障礙之社會需求支持評估。	<input type="checkbox"/> 正常 <input checked="" type="checkbox"/> 進一步處置		
F. 憂鬱	1. 過去兩週，您是否常感到厭煩(心煩或台語「阿難」)，或沒有希望？ 2. 過去兩週，您是否減少很多的活動和興趣的事？	<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	任一答案為「是」，請進行GDS-15量表評估。	<input type="checkbox"/> 良好 <input checked="" type="checkbox"/> 重度情緒困擾		
A~F有幾項評估為陽性：						_____項
						「1項」以上者，請進行「用藥及生活目標評估」。 「2項」以上者，請進行「社會性照護與支持評估」。
						特約診事服務機構名稱及代號(蓋章)
請依上述評估結果提供個人化之健康管理處置						
評估結果均正常：						
<input type="checkbox"/> 衛教( <input type="checkbox"/> 自我健康管理 <input type="checkbox"/> 提供社區據點資訊)						
評估結果任一項有異常(可複選)：						
異常項目	衛教	介入/轉介單位			未轉介(1:已追蹤治療/2:自行轉醫/3:個案拒絕)	
		本單位	其他單位(名稱)	社區據點(名稱)	1	2
A. 認知	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. 行動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. 營養	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. 視力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. 聽力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. 憂鬱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*用藥						
其他說明：						

圖 ICOPE 長者功能評估量表

國民健康署：ICOPE長者功能評估量表(院所版)\_前測初評。

2022年10月30日，取自：<https://bit.ly/3fjLB2p>

## 周全性老年醫學評估 (Comprehensive Geriatric Assessment，簡稱CGA)

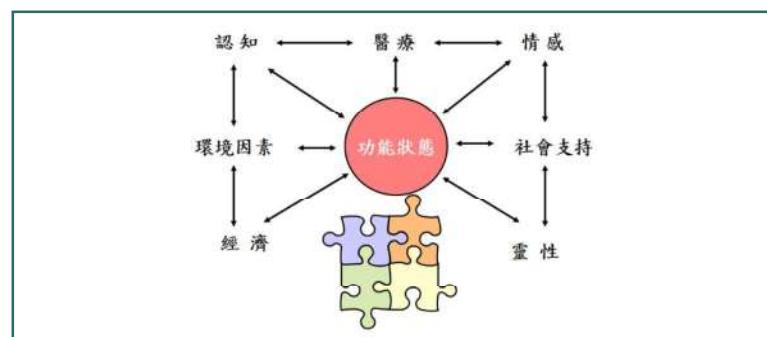
### 針對住院、門診高齡者訂定周全性老年評估 (CGA)

根據高齡者的問題，制定相關的評估流程，例如：功能衰退高危險群篩檢工具、謄妄篩檢工具、失智症篩檢流程、跌倒風險評估、老人疏忽照顧與虐待之辨識準則、疼痛控制流程、緩和醫療照護、精神狀況的評估準則、降低尿管使用準則、減少禁食時間、提升活動力政策、降低約束使用準則等。

在住院、門診照護實務中，除一般評估外，能提供老年病症候群照護流程，包括：日常生活功能、衰弱、跌倒、疼痛、營養不良（包括進食與吞嚥的評估）、謄妄、認知功能、憂鬱、尿失禁、管路留置、用藥、安寧照護、長照資源的需求等照護準則。

#### [ What ] 什麼是CGA？

- 以高齡者的功能狀態為中心
- 多元且跨專業的評估及處置
- 瞭解並改善高齡者潛在的所有問題



#### [ Why ] 高齡病人為什麼需要評CGA？

- 改善診斷準確性、提升介入有效性
- 提升正向結果（提升活動功能、生活品質、心理健康、滿意度）、減少負面結果（功能衰退、藥物使用、照顧者負擔、醫療資源使用、居家照護需求、醫療保健/保險費用）
- 進行個別化的照護計劃擬定
- 有助於出院計劃擬定
- 可減少住院期間潛在併發症之發生

國立成功大學醫學院附設醫院高齡醫學部  
老年病患評估簡表

其他說明：(居住、就醫原因、基線問題等)

日期：\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 評估者簽章：\_\_\_\_\_

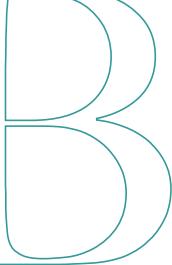
Problem List	Evaluation	Result
<b>1 Delirium</b>	混亂狀態評估(CAM) Positive: 1 & 2 - ( 3 or 4 ) ( )1. 意識障礙 ( )3. 無目的的思考 ( )2. 注意力不集中 ( )4. 遊離既況改變  Below: _____ 或 _____ Now: _____  游離 _____ 誤答 _____ 著迷 _____ 特殊 _____ 行走 _____ 如廁 _____ 便祕 _____ 浴浴 _____ 活動功能評量：完全無障礙 ( )可穿著裤子 ( )可行如廁扶杖 ( )可行更復訓練 ( )完全健忘 (僅在家可記起社區活動) 使用何種輔具：( )無 ( )導引 ( )四腳拐 ( )助行器 ( )輪椅助行器 ( )其他 ( )不適用 進食程度：1. 難以 ( )進食 ( )半適合 2. 高度 ( )進食 ( )半適合 3. 使用方式 ( )進食 ( )不適合 語音評量：( )有 ( )無 CFS：( )少於 10 kg ( )10-20 kg ( )20-40 kg ( )40-60 kg ( )60 kg 以上  ( )尿失禁 ( )大便失禁 ( )小便失禁 ( )失禁原因：白大衣 ( )全大 	
<b>2 Physical performance</b>	( )無法評估 ( )拒絕評估 ( )功能獨立 ( )近期功能衰退 ( )長期功能依賴	
<b>3 Incontinence</b>	( )尿失禁 ( )便祕 ( )夜尿 ( )或 ( )床邊留 ( )排尿困難 ( )大便失禁 ( )便祕 ( )其他問題：_____	
<b>4 Introgenesis</b>	( )鼻胃管：時間 _____ ( )直腸管：時間 _____ ( )乳頭管：時間 _____ ( )造廈：時間 _____ ( )PEG：時間 _____ ( )其他：時間 _____	
<b>5 Institution</b>	( )入住機構：機構名稱 _____ 入住時間 _____	
<b>6 Eyes</b>	( )是否因视力功能障礙影響日常生活	
<b>7 Ears</b>	( )是否因聽力功能障礙影響日常生活 助聽器：( )無 ( )有，配戴情況：_____	
<b>8 Urnals / Falls</b>	( )一年內跌倒 _____ 次；跌倒原因：_____ 場所：_____ 有無受傷：( )有 ( )無 (SPLATT)	
<b>9 get up and go test</b>	分 _____ 秒 _____ ( )無法測量	
<b>10 Pain</b>	( )疼痛指數：_____ 分 (0-10)，部位：_____	
<b>11 Pressure Ulcer</b>	( )壓瘡：共 _____ 处。位置：_____ 等級：_____ 大小：_____ 來源：_____	

本表單由成大醫院「高齡醫學部」提供

Problem List	Evaluation	Result
<b>12 High health care utilization</b>	( )一年內至急診 2 次以上，原因：_____ ( )最近一年內住院 ____ 次，原因：_____ ( )近一個月到過其他診所及急診：( )無	
<b>13 Polypharmacy</b>	使用 _____ 藥物種類方劑：( )幾種，在 _____ 開門診規劃建議。 ( )藥物服藥性 ( )藥在不需服用藥？ 經常性使用藥方劑/再發性/中藥茶：( )無 ( )有	
<b>14 Nutrition</b>	MUST 分數：_____ ( )BMI：_____ kg/m <sup>2</sup> ( )體重：_____ kg ( )年齡：_____ kg ( )一週內體重下降 5%；六個月內體重下降 10% ( )最近六個月內體重改變：_____ ( )吞嚥：( )無 ( )有 ( )三口水測試 ( )正常 ( )異常 ( )咀嚼：( )正常 ( )異常 ( )牙齒：( )正常 ( )缺牙 (具功能) MNA 分數：_____ ( )8 分以下 ( )有營養不良的風險 ( )7-2 分 ( )營養不良	
<b>15 Dementia</b>	( )易心智狀態問卷調查表(SMMSE)：<8 種 ( )MSE ( )1. 今天是幾號 ( 年、月、日 ) ? ( )2. 今天是星期幾? ( )3. 這是什麼地方? ( )4-1. 他的電話號碼是幾號? (或 4-2) ( )4-2. 他住什麼地方? ( )5. 慶典幾十? ( )6. 他的出生年月日? ( )7. 現任的總統是誰? ( )8. 前任的總理是誰? ( )9. 想請約會什麼名字? ( )10. 從 20 歲開始算，一直減 3 歲下去。	
<b>16 Depression</b>	老年憂鬱量表(GDS)：過去兩周裡中 (Do GDS-15 if-2) ( )是 ( )否 ( )是 1. 您對您的生活滿意嗎? ( )是 ( )否 2. 您是常常感到厭煩? ( )是 ( )否 3. 您是常常感到生活很空虛? ( )是 ( )否 4. 您是多麼喜歡待在家裡而不喜歡外出做新的事? ( )是 ( )否 5. 您是否覺得自己活得不如以前?	
<b>17 Advance Directive</b>	DNR：( )已簽署 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ( )未簽署 ( )未評論 Advanced care planning: NG: ( )已 ( )未 ( )有 ( )未評論 FOLER: ( )已 ( )未 ( )未評論 ( )未評論 ( )已 ( )未 ( )未評論	
<b>18 Care providers issue</b>	( )有照護者能力 ( )已接受居家照顧 居住狀況：( )獨居 ( )同住者	
<b>19 Socioeconomic issues</b>	( )經濟問題，來源 _____	
<b>20 Family conference</b>	( )照護問題 _____ ( )社會支持需求 ( )家庭衝突 _____ ( )家庭支持問題 _____ ( )財產品質 *主要決策者：	
<b>21 Others</b>	( )過去一個月健狀品質如何? ( )已施打肺炎鏈球菌 ( )已施打流感疫苗 ( )已施打帶狀孢疹疫苗	
<b>Summary</b>		

本表單由成大醫院「高齡醫學部」提供

圖 國立成功大學醫學院附設醫院  
高齡醫學部老年病患評估簡表



## 老年醫學評估的考量

### [ How ] 在不同場所執行周全性老年醫學評估的比較

	老年醫學病房	照會、急性後期、門診、日間病房	社區或居家之外展服務
疾病急性程度	中~重	中~輕	輕
病患問題及需求的複雜度	高	中	低
急性失能程度	高	中	低
家屬支持	佳~差	佳~可	較佳
適合評估對象	有限制	普通	不限制
評估人員	全部團隊	核心團隊	核心成員
評估範圍	完整評估	重點評估	篩選問題並轉診
花費	昂貴	中等	較少

(張家銘。周全性老年醫學評估的一般概念。台灣老年醫學會編：周全性老年醫學評估的原則與技巧。第二版。新北市。合記出版社，2019:1-19)

執行周全性老年醫學評估前，需考慮到評估量表的信度與效度、病人所在之地域與場所、病人的接受度、所需花費的人力與時間、其適合評估的病人族群，與不同老年評估訓練程度的人員等，所對應評估的廣度、深度與內容會有所不同。而評估中應考量的因素，包括：訊息的來源(如病人自己的陳述，可能與照顧者的陳述有所不同)、病人的能力及負擔，另也需考慮病人本身急慢性病況的差異。

### [ What ] CGA 會收集哪些資訊呢？

若是在醫護人力及時間有限的情形下，為求有效率地發現高齡病人的健康問題時，可於問診時，先將老年醫學評估的四個大方向（如身體、心理、社會及功能）或5Ms或問題的出現與否（如老年病症候群），以問題導向（problem-oriented）的方式，融入傳統病史詢問及理學檢查之中，用以篩選出病人的主要問題，接著再深入(in-depth)詳細評估有問題之部分，進而逐一加以詳細評估並解決。

## 各項目評估工具

### 項目：衰弱評估

#### Fried's衰弱指數 (Fried's Frailty Index) (Fried LP, 2001)

描述和施測目的	簡易的衰弱檢測
主要族群	高齡者族群
實施方式	依Fried學者在2001年提出衰弱症的主要5項臨床指標(Fried frailty phenotype)，包含了「非刻意的體重減輕」、「自述疲憊感」、「肌力下降」、「行走速度變慢」以及「低身體活動量」，根據每項定義所描述之情況看受試者是否有符合。
計分方式	5項指標之中，符合0項為健康(robust)，符合1~2項者歸為衰弱前期(pre-frailty)，而符合3項以上就認定為衰弱症(frailty)。

#### 臨床衰弱量表

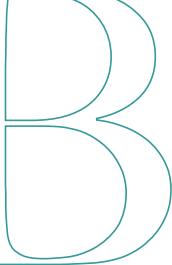
#### (CSHA Clinical Frailty Scale, CFS) (Rockwood, 2005)

描述和施測目的	了解衰弱程度
主要族群	高齡者族群
實施方式	共有 9 種嚴重衰弱程度，根據每種衰弱程度所描述之定義選擇評估受試者的衰弱程度。
計分方式	9 種嚴重衰弱程度分為： 非常健康( Very Fit )、很好( Well )、還可以( Managing Well )、脆弱(Vulnerable)、輕度衰弱( Mildly Frail )、中度衰弱 (Moderately Frail )、嚴重衰弱( Severely Frail )、非常嚴重衰弱( Very Severely Frail )、病末( Terminally III )，依據每種衰弱的程度所描述之定義，選擇評估受試者的衰弱程度。

#### SOF衰弱評估量表

#### (Study of Osteoporotic Fracture, SOF)

描述和施測目的	衰弱評估
主要族群	高齡者族群
實施方式	共三題，第一題詢問受試者：「過去一年中是否在無意間，體重減了5%以上」，回答「是」計算為1分。第二題請受試者在不用手支撐的狀況下，從椅子上站起來5次，受試者於第5次起立時結束測試，無法完成計算為1分。第三題詢問受試者：「過去一週之內，您是否經常（一個禮拜內有3天以上）有提不起勁來做事的感覺？」，回答「是」計算為1分。
計分方式	1分表示懷疑為衰弱前期，2分以上則為衰弱。



## 各項目評估工具

### 項目：跌例評估

#### 詢問關於跌倒問題

(American Geriatrics Society/British Geriatrics Society, 2010)

描述和施測目的	了解高齡者跌倒情況
主要族群	高齡者族群
實施方式	直接詢問受試者「在過去12個月內，您是否曾有跌倒在地兩次以上」、「是否有行走或是平衡的困難」及觀察是否有呈現跌倒的急性徵候表現。
計分方式	任何一項的答案為「是」，需進一步詢問與評估。

#### 椅子起立測試

(Chair Stand Test/Jones, 1999)

描述和施測目的	測量高齡者的下肢肌肉力量
主要族群	高齡族群
實施方式	受試者坐在椅子進行預備，聽從施測者的指令，以雙手抱胸的姿勢，開始進行30秒的起立坐下。完全站立可記錄一次成功，施測者紀錄受測者在30秒內能夠起立坐下的次數。
計分方式	若14秒內無法站立5次以上，需進一步詢問與評估。

#### 簡易體能狀況量表

(The short physical performance battery, SPPB) (Guralnik, 2000)

描述和施測目的	全面評估高齡者行動能力
主要族群	高齡族群
實施方式	包含平衡測試、步行速度測試、椅子起立測試 1. 平衡測試：在三個圓地戰力的位置各站立10秒，用三個位置的得分總和作為此項測試得分 2. 步行速度：步行4公尺的時間 3. 椅子起立測試：5次椅子起立動作的時間
計分方式	測量三項測試花費的時間，每一項測試得分再1-4分之間，總分範圍再0(體能最差)到12(體能最佳)之間，得分<9分表示「行動能力受限」。

### 起立行走測試 (Timed Up and Go Test, TUG)

描述和施測目的	針對體弱高齡者的基本平衡和移動技能的簡單測試
主要族群	高齡者
實施方式	要求受試者從扶手椅上站起來，步行 3 公尺，如需要可使用輔助裝置，於3公尺時轉身，再走回到椅子上並坐下 可能需要 9 秒到 1 到 2 分鐘 (決於步行速度)。
計分方式	完成所需的時間 (以秒為單位)。異常值可參考 Steffen 於2002的著作以及Hill等人於1999的著作。

### 各項目評估工具

#### 項目：視、聽力評估

### WHO簡單視力表

描述和施測目的	簡易的近視及遠視篩檢
主要族群	高齡族群
實施方式	在3/1.5公尺處用4個大/小Es進行測試，讓受試者辨認缺口方向。
計分方式	<p>1. 在3公尺處用4個小Es進行測試，若可以辨識四個小Es中至少三個的方向，視力優於6/18。</p> <p>2. 在3公尺處用4個大E進行測試，若可以辨識方向，視力為6/60，如果不能辨識大E中至少三個的方向，則需要評估視力損傷及眼部疾病。</p> <p>3. 在1.5公尺處用4個大E進行測試，如果至少辨識四個大E中的三個，視力為3/60。</p>

148

### 史奈倫視力表 (Snellen test/Snellen, 1862)

描述和施測目的	簡易的視力測試
主要族群	高齡者族群
實施方式	表中共有11行大寫字母，第一行包含一個字母(通常為"大寫E"，但也可以使用其他字母)，其他行包含逐漸變小的字母。將表置於10公尺遠的牆上，並將單眼蓋住測量單眼視力。
計分方式	<p>20/20 視力被認為是正常視力，代表受試者可以在 20 英尺處閱讀大多數人應該能夠在 20英尺遠閱讀的字母。</p> <p>1. 輕度視力受損：視敏度低於6/12</p> <p>2. 中度視力受損：視敏度低於6/18</p> <p>3. 重度視力受損：視敏度低於6/60</p> <p>4. 失明：視敏度低於3/60</p>



**各項目評估工具**  
**項目：社交互動評估**

**耳語聽力檢查法 (The Whisper Test/ Pirozzo, 2003)**

描述和施測目的	簡易的聽力測試
主要族群	高齡者族群
實施方式	易操作，無需任何設備，非聽力專家也可施測，施測者站在受試者的視野後面，遮住非測驗耳朵，在距離耳朵 60 厘米處以低聲說出三個隨機單詞或數字。
計分方式	如果受試者正確地重複所有三個數字或單詞，則視為通過；如果回答中有多個單詞或數字不正確，則為聽力異常。

**社會網絡量表  
(Lubben Social Network Scale/ Lubben, 2006)**

描述和施測目的	評估老年憂鬱症
主要族群	醫院、社區或住宅環境中的高齡者
實施方式	包含親戚網絡和朋友網絡的結構特性（譬如網絡成員的規模、互動的頻率、及關係的親近程度等）以及網絡所發揮的支持功能（含情緒性支持及工具性支持）
計分方式	得分越低顯示受試者的社交互動障礙越明顯，總分<20分顯示受試者有極度受限制的社交互動，有高風險的社交隔離情形。

**各項目評估工具**  
**項目：營養評估**

**營養不良篩檢方法  
(Malnutrition universal screening tool, MUST) (British Association for Parenteral and Enteral Nutrition, 2003)**

描述和施測目的	評估營養不良的風險
主要族群	高齡族群
實施方式	以BMI、非計劃性體重流失和急性疾病的影響作為決定營養不良的標準。
計分方式	MUST≥1表示中度和高度營養不良風險；MUST<1表示無營養不良風險。

**迷你營養評估表**

(The Mini Nutritional Assessment, MNA) (Vellas, 2006)

描述和施測目的	評估營養不良的風險
主要族群	醫院、社區或住宅環境中的高齡者
實施方式	四個部分18個項目，測量體重、身高和減輕重量，進行一般評估（生活方式、藥物使用、移動性）、飲食評估（進餐次數、食物和液體攝入量、餵養自主權）及主觀評估（對健康和營養狀況的自我認知），約15-20分鐘完成。
計分方式	總評估分數24至30分：正常營養狀況 總評估分數17至23.5分：有營養不良風險 總評估分數少於17分：營養不良

**各項目評估工具****項目：日常生活活動評估****Katz 日常生活活動量表**

(Katz Activities of Daily Living) (Katz, 1963; Katz, 1970)

描述和施測目的	日常生活活動評估測量
主要族群	慢性病患者和高齡者
實施方式	日常生活六大活動：洗澡、穿衣、如廁、位移、大小便控制、進食。由臨床醫生通過訪談和觀察進行評估。
計分方式	每項目有三個選項（獨立完成、有些困難及完全依賴）。 依賴性取決於在兩週內觀察到的執行某項活動所需的援助程度。

150

**Lawton 工具性日常生活活動量表**

(Lawton Brody Instrumental Activities of Daily Living, IADL) (Lawton, 1969)

描述和施測目的	評估日常生活複雜活動的表現
主要族群	居住在社區的高齡者，不適用於機構高齡者
實施方式	評估八項日常生活項目，包括電話的使用、外出購物、準備食物、家務維持、洗衣、自行搭乘交通工具、藥物使用和處理財務的能力。此量表為自行回答的問卷，約五分鐘能完成。
計分方式	每個項目皆有兩個選項（不能、可以），「不能」記為0分，「可以」則記為1分，總分越高功能越好。





**各項目評估工具**  
**項目：尿失禁評估**

**詢問關於尿失禁的問題  
(Moore & Siu, 1996)**

描述和施測目的	了解年高齡者尿失禁情況
主要族群	高齡者
實施方式	測驗者直接詢問受試者關於尿失禁問題，詢問：「在過去一年中，您是否有不自主滲尿而弄濕褲子的情形？」，如果受試者的回答為「是」，則繼續問「不自主漏尿的總天數是否超過六天以上？」
計分方式	如果受試者兩個回答皆為「是」，需進一步評估與處置。

**各項目評估工具**  
**項目：認知評估**

**迷你心智狀態測驗  
(The Mini-Mental State Examination, MMSE) (Folstein, 1975)**

描述和施測目的	用於評估認知障礙的嚴重程度並記錄隨時間的變化
主要族群	醫院、社區或住宅環境中的高齡者
實施方式	評估認知各面向，包括定向能力、三個詞記憶能力、注意力以及計算能力、三個詞的回憶、語言/視覺結構，測驗約需十分鐘完成，內容包括口說和書寫測驗結合，可以由非醫療專業人員施測，但建議須熟悉測試內容及方式。
計分方式	滿分為30分。受過教育者24/23為異常；未受過教育者14/13為異常。不過，為臨床方便使用，國內健保對相關藥物的使用規範仍以10分以下視為重度，10-14分為中重度，15-26分為輕至中度，27分以上歸類為無失智症。
備註	教育水準對MMSE分數有重大影響，有兩大缺點和限制，判讀時應特別小心。 一、難以鑑別輕度失智與正常高齡者，特別是高教育程度者，往往已有認知功能障礙，但MMSE仍可高達28-30分。 二、低教育程度或有腦傷而失語者得分常較其真實智能低。

### 簡易心智狀態問卷 (Short Portable Mental Status Questionnaire, SPMSQ) (Pfeiffer, 1975)

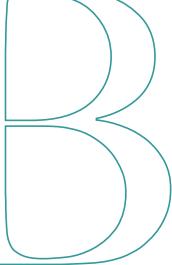
描述和施測目的	快速篩檢認知功能障礙
主要族群	住院或門診的年長病人
實施方式	測驗有十個問題，包括定向力、個人史、最近記憶及計算力若。整個測驗大約需要五分鐘的時間，測試必須包括所有十個問題。
計分方式	最高分數為十分，答錯兩題以上可能為認知功能障礙，需進一步的評估。
備註	需特別注意問卷的表現會因教育程度不同而不一樣。因此，如果學年數 6 年以下或小學教育不完整的受試者，允許增加一個錯誤。如果是高中或更高教育的受試者，則減少一個錯誤。

### 畫時鐘測驗 (The Clock-Drawing Test)

描述和施測目的	用於檢測阿茲海默失智症
主要族群	疑似患有阿茲海默失智症者
實施方式	請受試者畫特定時間的時鐘，此測驗涵蓋了廣泛的認知領域：語言理解、記憶、空間編碼、抽象思考、計劃能力、注意力和視覺建設能力，快速且易於測驗。
計分方式	此測驗有六套不同的評分標準
備註	不適合測試輕度失智病人，建議搭配 MMSE 測驗，更加了解受試者的情況。

### 混亂評估方法 (Confusion Assessment Method, CAM)

描述和施測目的	測試譫妄
主要族群	在醫院環境中急性期的高齡病人，也可用於危險重症病人
實施方式	完整的 CAM 測試包含九個項目，包括急性發病、注意力障礙、思考解構、意識狀態改變、定向感障礙、記憶力缺失、知覺障礙（幻覺、錯覺）、精神動作躁動或遲緩及睡眠覺醒週期改變。後來因應 DSM-IV 診斷標準的改變，推出 CAM 簡短版，僅保留前四題。可由非精神科訓練的醫療專業人員施測，不需太多培訓。大約需要五分鐘，簡短版更只需兩分鐘可完成。



### 計分方式

混亂評估法包括4個要件，病人一定要符合前兩個要件，再加上至少第三或第四要件其中之一，才能診斷譴妄症：

1. 急性發作的症狀前病程時好時壞
2. 注意力不集中
3. 無組織的思考
4. 意識障礙

### 腦適能測驗

(Brain Health Test, BHT) (Tsai et al., 2018)

描述和施測目的	了解高齡者認知功能退化與失智症情況
主要族群	高齡族群
實施方式	先詢問受試者基本問題，例如年齡、生日、是否有自覺記憶力減退及是否有其他的危險因子（如中風史、高血壓、糖尿病…等）。接著，針對定向力、訊息登錄、思考流暢、訊息回憶項目進行測驗。
計分方式	根據每個測驗項目所對照之分數進行加總，總分為16分，且以9/10分為切分點。
備註	資訊請見臺灣臨床失智症學會全球資訊網： <a href="http://www.tds.org.tw/ap/download_view.aspx?bid=49&amp;sn=a1193b64-50da-4d5c-96d9-aad745ef1420">http://www.tds.org.tw/ap/download_view.aspx?bid=49&amp;sn=a1193b64-50da-4d5c-96d9-aad745ef1420</a>

### 迷你認知功能篩檢 (Mini-Cog)

描述和施測目的	簡易評估認知及記憶
主要族群	高齡族群
實施方式	施測人員請受測者仔細聽三個詞語（詞語間沒有關聯），覆述一次並記住。施測人員請受測者在紙上的圓圈內畫上11:10的時鐘，受測者需在合適的位置填上數字及畫出長短針（選擇受測者看不見時鐘的座位，也特別提醒不能看手錶）。畫完時，請受測者說出先前的三個詞語。

計分方式	若符合以下其中一個條件，則需就醫作進一步檢查。
	1. 三項詞語記憶全錯或皆無法說出。
	2. 能答對1~2項詞語，且未能正確畫出時鐘或拒絕進行。 ＊正確的時鐘需符合以下三個重點： (1) 1~12 數字順序正確 (2) 數字位置正確 (3) 長針明顯長於短針，且指向正確的時間

## 各項目評估工具

### 項目：情緒評估

#### 老年憂鬱量表 (The Geriatric Depression Scale, GDS) (Yesavage, 1983, 1986)

描述和施測目的	確定高齡者是否有憂鬱症
主要族群	醫院、機構和社區環境中的高齡者
實施方式	有 30、15、5 項版本。 使用最廣泛的十五項版本。由受試者自行或是由熟知受試者情況的人依題目所描述的情況回答「是」或「否」。約五到十分鐘完成。 依問卷上所勾選項目旁的數字加總計算。
計分方式	30項版本：評分10 至19為輕度憂鬱；20-30 則為 重度憂鬱。 15項版本：5分以上則為憂鬱症。 5項版本：2分以上則為異常。

#### 病人健康狀況問卷 (Patient Health Questionnaire, PHQ) (Kroenke, 2001)

描述和施測目的	測驗年高齡者是否有憂鬱症
主要族群	高齡者
實施方式	分為有九題版本以及兩題的簡式版本，通常先由簡式版先篩檢，若分數大於等於1分，建議進一步測PHQ九題版本。依題目所描述知情況在過去兩個星期發生的頻率分為四個選項，分別為「完全沒有」、「幾天」、「一半以上的天數」及「幾乎每天」。由受試者自行回答或由熟知受試者情況的人回答。大約需要十到十五分鐘。
計分方式	「完全沒有」 = 0 分、「幾天」 = 1 分、「一半以上的天數」 = 2 分、「幾乎每天」 = 3 分。簡式版本中，分數大於等於1分，進一步測PHQ九題版本。九題版本中，總分 10-14 分為輕度憂鬱；15-19 分為中度憂鬱；20 分以上為重度憂鬱。



## 參考範例

(節錄自：  
臺灣老年醫學暨老年學雜誌  
2018；13(2)：126-137)

83歲姜姓男性，一月中旬因鼻胃管反抽，發現咖啡色狀液體，餵食後腹脹噁心，瀝青樣黑便已兩天，由護理之家照護者帶到急診，處置後入院至胃腸科病房。上消化道內視鏡檢查發現有十二指腸潰瘍，經氫離子幫浦阻斷劑(PPI)治療後，出血狀況有所改善。過去務農為主，此次入院3個多月前的生活原本是獨立自主，但後因發生車禍導致脾臟破裂與骨盆腔出血合併左側肋骨與髂骨骨折，緊急接受腹部脾臟切除手術以及骨盆腔經動脈栓塞術。術後由於虛弱與持續臥床，致下肢無力無法行動，家屬於出院後將病人送至護理之家照顧。

姜阿公在護理之家的兩個多月間，日常生活活動功能(Activity of daily living, ADL)持續衰退，大多時間皆在臥床，且多次反覆住院；近二個月前因術後腹部膿瘍再住院接受引流手術，出院後沒多久又因左上肢蜂窩性組織炎再住院。該次住院期間因由口進食量仍少，持續體重下降、營養不良而放置鼻胃管協助營養補充進食，至今已經一個月。本次住院治療後，出血狀況雖然改善，但病人依然食慾不佳、體重持續下降；同時病人情緒低落，不願也無力下床活動，導致活動功能持續衰退，因此照會高齡醫學團隊。

高齡醫學團隊於接受照會後，依Geri-FORCE照護流程，先以FIND-NEEDS問卷進行篩檢，結果如下；初步發現姜阿公意識清楚，但有近期活動功能衰退、營養不良、憂鬱症，且因住機構導致社會互動支持度低，與置放鼻胃管而產生醫源性問題。

### FIND-NEEDS 篩檢發現：

- 功能面向 (Function, Falls, Frailty)：術後3個月持續有功能衰退至失能的現象。
- 營養面向(Nutrition)：發現有體重減輕的情況(50→38 kg)，BMI為14.8kg/m<sup>2</sup>，並且食慾不佳而近一個月被置放鼻胃管。
- 憂鬱症面向 (Depression)：出現心情低落、吃不下、不想動的情況。
- 社會支持面向(Social interaction)：住長照機構，社會支持度低，不希望到機構生活。

經與家屬討論後，表示若可移除管路，有改善時可以帶回家照顧，因此住院一週後轉至老年科病房，進行老年病症候群相關病況之照護介入。因為有兩面向以上的異常，因此進一步身體檢查與高齡照護師(個管師)運用CGA評估姜阿公的情況：

用藥史：病人於此次住院前的慢性病用藥，僅有一般外科開立之軟便藥Sennapur® 睡前2錠。此次加上消化道用藥部分包含Pantoloc® (Pantoprazole, 40mg/tab) 每日1錠、於咳嗽伴隨有痰症狀，給予Sodicon®(Dextromethorphan, 15mg/tab)三餐飯後1錠、Fluimucil® (Acetylcysteine, 600mg/tab)早晚飯後1錠。另外因情緒低落，轉至老年科病房後給予Remeron® (Mirtazapine 30mg/tab)睡前半顆服用。

### 身體檢查主要發現

姜阿公體重為38公斤，身體質量指數為 $14.8 \text{ kg/m}^2$ ；整體外觀十分瘦弱，協助下可從躺臥至坐起，然而因下肢無力而無法站立。整體皮膚的部分，在腹部有已癒合之手術傷口，目前已無疼痛感，在尾骶骨處有一 $2\times 2\text{cm}$ 一度壓瘡。牙齒僅剩零星幾顆，有輕微齒垢，無假牙。呼吸平順，夜間偶有咳嗽伴隨有痰情形，但痰液量不多，聽診雙側肺部下葉有輕微濕囉音，可能與臥床痰液蓄積相關；心血管方面，心跳規律，無明顯心雜音，無姿勢性低血壓問題。

骨骼肌肉神經系統方面：因為手術後多為臥床休息，雙上肢肌力為5分，雙下肢肌力為3分，兩側膝蓋有輕微關節僵硬，但未到攣縮程度，僅能在協助下從躺臥姿勢移位到坐在床邊。握力部分上肢左手為8kg，右手為10kg。神經學檢查正常，無單側無力或局部神經學症狀。實驗室檢查無明顯異常。

156

### CGA主要有問題的面向：

(感官溝通、心智、日常生活功能、排泄功能、營養)

#### 一、感官溝通方面

病人以台語溝通，視力與聽力方面則無明顯異常。

#### 二、心智方面

以混亂評估方法(Confusion Assessment Method, CAM)，評估無明顯譫妄情形；以簡短心智狀態檢查量表（SPMSQ量表）評估為9/10分，無失智情形。在老年憂鬱量表(Geriatric Depression Scale, GDS)五題版評估，得分為1分：病人覺得活得沒有價值。仔細詢問後發現姜阿公術後因身體活動受限、且需依賴他人的情況，導致情緒低落，非常生氣家人把他送至護理之家；在護理之家以及多次住院期間，甚至會賭氣不吃不喝也不下床。但對於未來復健若可恢復日常生活功能，包含行走、由口進食等抱持希望，也很期待能夠可以回到自己家中生活。



### 三、日常生活功能方面

在此次住院的三個多月前發生車禍前的ADL為完全自理，包括工具性ADL(IADL)也幾乎都可以自己完成。但發生車禍並接受手術之後ADL即無法自理，出院後入住護理之家時也大多時間臥床。此次住院接受老年醫學照會時以巴氏量表 ( Barthel index，滿分100分) 進行評估，姜阿公僅有25分，除了大、小便控制部分可自理、移位需要部分協助以外，其他在個人衛生、如廁、洗澡、平地活動、上下樓梯部分，則需完全協助。

### 四、排泄功能方面

尿液可自解，但須旁人以尿壺方式協助解尿，無頻尿或失禁問題。在大便功能方面，由於活動減少，加上進食量也少，因此排便較不順暢；在沒有使用藥物的狀況下，超過3天也不會想解便，需使用塞劑下可在協助下解便。

### 五、營養方面

姜阿公身高為160公分，體重在2022年車禍手術前時為50公斤，身體質量指數(Body mass index, BMI)為 $19.53\text{ kg/m}^2$ 。在護理之家期間因感染問題反覆住院時，體重降為43公斤，身體質量指數為 $16.8\text{ kg/m}^2$ ；而此次住院中會診老年科時的體重為38公斤，身體質量指數僅有 $14.84\text{ kg/m}^2$ ，屬於體重過輕，在過去三個月中總計體重下降12公斤。姜阿公因情緒問題減少進食，進食量過低狀態下，於去年12月開始放置鼻胃管進行灌食；住院時看護表示一天灌食4餐，共約1000 kcal/day，但病人常會拒絕，因此實際每日攝取熱量不確定。若以迷你營養評估表(Mini Nutritional Assessment, MNA)評估其營養狀況，總分為5分，屬於高度風險的營養不良。病人抱怨因放置鼻胃管，吞嚥時會感覺喉嚨不適。在吞嚥方面，進行吞嚥評估(三口水測試)時，發現姜阿公吞嚥功能其實是正常的，無吞嚥反射延遲或出現水聲的情形。

### 六、社會經濟支持

姜阿公與太太育有二女二男，平時與小兒子同住在臺南市下營區，居住環境為獨棟兩層樓房子，他的房間在2樓，需上下樓梯。最高學歷為小學，受過日本教育可通日本語言。年輕時在糖廠工作，退休後務農種玉米，直到此次發生車禍前都還可以騎腳踏車到農地巡視。四位子女皆已經成家立業，家庭經濟收入為中等，可支撐生活。小兒子表

示，若病人能恢復日常生活功能，包含行走(協助下)與自行進食(拔除鼻胃管)時，可將病人接回家照顧。

- 醫療問題：十二指腸潰瘍併出血(已改善)、因吃不下而放置鼻胃管，吞嚥時會感覺喉嚨不適，進行吞嚥評估(三口水測試)時，吞嚥功能正常。
- 活動功能：車禍傷害術後3個月持續有功能衰退至失能的狀況，功能完全依賴且呈現臥床的狀態。
- 營養：有顯著的體重減輕 ( $50 \rightarrow 38\text{ kg}$ )，BMI等於  $14.8\text{kg/m}^2$ ，並且食慾不佳，吞嚥功能正常。
- 憂鬱：憂鬱量表 (GDS-5)分數為1分，但出現心情低落、吃不下、不想動的情況，認知功能正常。
- 姜阿公有長照資源(護理之家照護)的使用。

釐清姜阿公的問題所在之後，接下來針對其情況進行照護計畫的擬定，會在下一章節的參考範例進行說明。

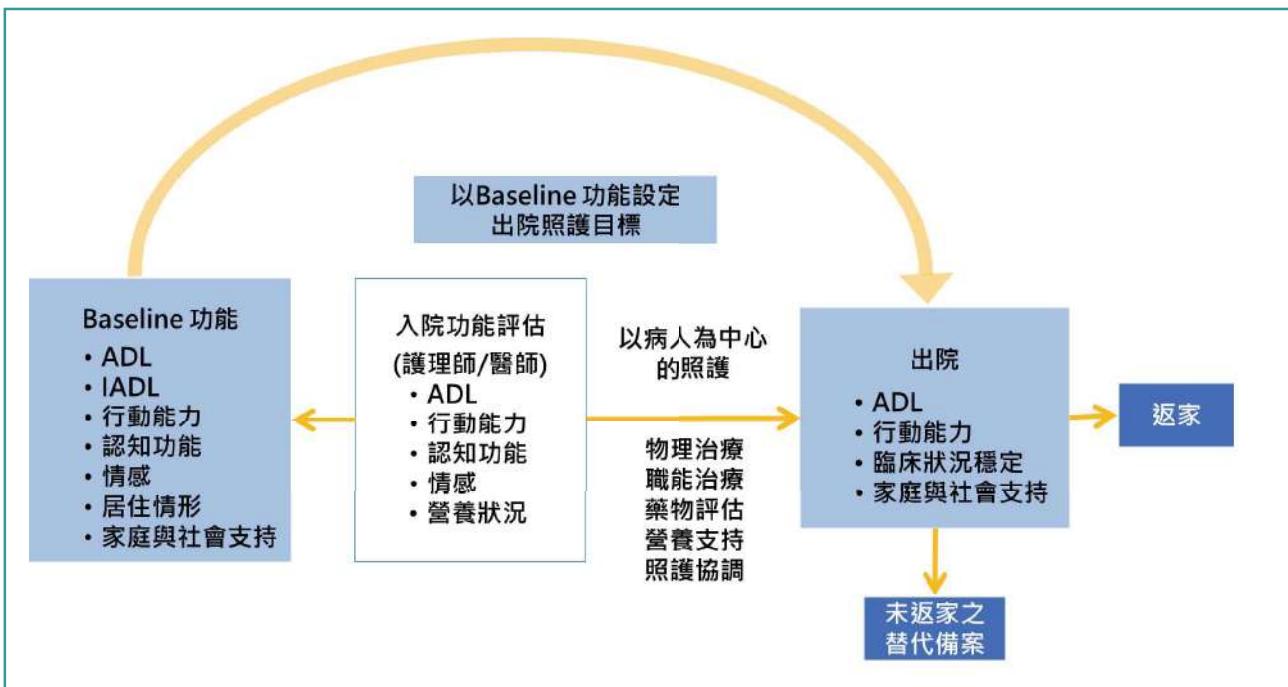
## 第五篇

### 照護計畫的擬定與執行

#### 臨床流程 (Clinical pathway)

以活動功能為例

(Clinical pathway: the functional trajectory ADL activities of daily living, IADL instrumental activities of daily living (From Palmer RM. Acute hospital care: future directions. In: Yoshikawa TT, Norman DC, editors. Acute emergencies and critical care of the geriatric patient. New York, NY: Marcel Dekker Inc; 2000:461-86.))



159

#### 問題列表 (Problem list)

(張家銘。周全性老年醫學評估的一般概念。台灣老年醫學會編：周全性老年醫學評估的原則與技巧。第二版。新北市。合記出版社，2019:1-19

建議從以下五個方向，列出高齡者所有問題：

01. 急性疾病、亞急性問題或慢性疾病控制不良：例如感染、急性腦中風、心臟病、出血、外傷骨折...等。
02. 慢性疾病：有持續用藥治療或追蹤的疾病，例如高血壓、糖尿病、心血管疾病、失智、關節炎...等，或是已經治癒很久、沒有持續用藥治療或追蹤的疾病，例如盲腸炎、肺結核...等。

03. 老年病症候群：認知功能障礙（譫妄/失智）、衰弱/功能退化/失能、憂鬱、跌倒、營養不良、吞嚥困難、失禁...等。
04. 醫源性問題：鼻胃管、尿管、氣切管、臥床、不適當藥物...等。
05. 日常生活與社會狀況：獨居、社經狀況、照顧方式、居家環境、生活品質、預立醫囑...等。

## 照護目標的決定

高齡者由於各器官功能已老化而衰退，考量臨床狀況，評估各器官功能之剩餘存量，是否還足夠於有限的生存餘命使用，以維持其生活品質為主要目標，避免單純以完全治癒為目的而做的篩檢性健康檢查，例如：對超高齡、失能或失智長者的癌症篩檢，但也避免將老化的表現當作疾病的症狀問題治療。

除了治療可復原的疾病外，老年醫學更重視症狀處理、支持療法與緩和療護。因此，在決定疾病照護計畫之前，需評估各器官功能之剩餘存量，考量在有限的生存餘命與生活品質之下，如何與病人及家屬討論疾病治療與症狀改善的抉擇。若需更進一步的檢驗時，則需考量該檢驗對病人的危險性、疾病的可治療性及治療後對病人預後和生活品質的影響，另需了解病人與其家屬的期望。因此，在做進一步的檢驗，特別是具侵入性的檢查時，請先思考「該檢驗結果是否會影響後續的處置方向？」，就可減少非必要或有侵入性的檢驗對高齡病人的傷害。

但年紀並非是主要的決定因素，需考量因年老伴隨而來的共病症、活動功能與認知功能障礙，以及家庭照護狀況。這些因素可在周全性老年醫學評估後了解全貌，有助於擬定與整合醫療照護計畫。例如：一位衰弱或失智的78歲病人，發現有惡性腫瘤時，是否要進一步檢查、開刀或傷害性較大的積極治療？還是有其他傷害性較小的緩和治療選擇？另外，若還可在有限生存餘命與生活品質之下，仍可正常運作時，則不需嚴格控制或治療。例如：腎絲球過濾率只剩二十幾的八十多歲衰弱高齡者，就不需再嚴格控制飲食或治療慢性腎功能不良。

(張家銘。周全性老年醫學評估的一般概念。台灣老年醫學會編：周全性老年醫學評估的原則與技巧。第二版。新北市。合記出版社，2019:21-48)



## 照護目標的決定

### 住院端

以國立成功大學醫學院  
附設醫院為例

考量高齡者的需求與整體狀況，來訂定醫療照護目標

決定高齡者疾病治療方向與照護目標時，除參考一般成人疾病治療準則之外，能同時考量存活餘命、功能狀態、認知功能與生活品質等等，甚至將高齡者與家屬的宗教、文化、族群、社會地位等，一併整體列入考量。

#### 01. 一般常見疾病在高齡者的治療準則。

參考準則：

- 高齡者與衰弱高齡病人的高血壓處置  
*Hypertension Management in Older and Frail Older Patients*  
<https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCRESA-HA.118.313236>
- 2023 高齡者糖尿病之醫療標準  
[https://diabetesjournals.org/care/article/46/Supplement\\_1/S216/148044/13-Older-Adults-Standards-of-Care-in-Diabetes-2023](https://diabetesjournals.org/care/article/46/Supplement_1/S216/148044/13-Older-Adults-Standards-of-Care-in-Diabetes-2023)
- 高膽固醇血症在高齡者以病患為中心的治療  
(Treatment of hypercholesterolaemia in older adults calls for a patient-centred approach)  
<https://heart.bmjjournals.com/content/106/4/261>
- 高齡者之慢性腎臟病第3b期及以上時的臨床處置準則  
*Clinical Practice Guideline on management of older patients with chronic kidney disease stage 3b or higher*  
<https://academic.oup.com/ndt/article/32/1/9/2931168>
- 美國老年醫學會/英國老年醫學會之預防高齡者跌倒臨床實踐準則更新版摘要  
<https://geriatrictoolkit.missouri.edu/balance/AGS-BGS-CPG-Fall-Prevention-JAGS-2011.pdf>
- 有限餘命的衰弱高齡者之STOPP 共識  
[STOPPFrail (Screening Tool of Older Persons Prescriptions in Frail adults with limited life expectancy): consensus validation]  
<https://academic.oup.com/ageing/article/46/4/600/2948308>

## 02. 有將高齡者的存活餘命、功能狀態、認知功能與生活品質納入考量。

參考準則同01。

**Subjective**

請詢問旅遊史、藥物、接觸史、群聚

decreased response (hypotalkative) to people in recent days  
decreased activity in recent two weeks  
dysuria-, abd pain -  
urinary incontinence for 1+ months  
ADL: independent in: feeding, dressing, transfer, toileting, grooming, bathing, ambulation, stairs; but became slowly recently  
falls +, once 1+ year ago  
BW loss +? kg in Poor appetite / intake +  
Memory impairment ++ Depressive mood : mild due to discomfort  
Visual impairment: -- Hearing impairment: --

**Objective**

Bp: 149/85 FR:78  
Com: clear  
Complexion pale. Sclera: not icteric. Throat: not injected  
Neck: supple, no LAF  
Chest: BS: clear, no rales, no wheezes HS: RHB: no murmur  
Abdomen: soft, flat, no tenderness Bowel sound: normo-active  
No knocking tenderness over flank or costo-vertebral area  
Extremities: freely movable contracture -- atrophy --  
no leg edema  
Skin: no wound, no ecchymosis/petechiae

Registration (紅色、快樂、火車): 3/3  
畫時鐘 (CDT) (11:10')  
3-item recall: 9/3  
Serial 100-7... 20-3... x  
5-GDS: 2/5  
1.基本上,您對您的生活滿意嗎? ....  
2.您是否常感到疲倦? .....  
3.您是否常感到無論做什麼事,都沒有用?  
4.您是否比以前更難在家中而較不喜歡外出及不喜歡做新的事?  
5.是否感覺您現在活得很有價值? n

**Diagnosis**

mild fever/ susp. UTI  
cognitive impairment, susp delirium, ? dementia  
fralty  
urine incontinence  
suspected protein-energy malnutrition  
HTN

A + P 已宣導，病人符合案：子排

**ACE plan**

Check Lab data (general survey);  
arrange admission  
Encourage passive & active ROM, 腹部復健器 use,  
Fall: General information & Education  
nutrition support

**Subjective**

請詢問並選別史、藥物、接觸史、群聚

occasional mild bloody stool difficulty to walk  
cognitive function: +, but family report possibly shadow phenomenon  
depression, anxiety, day and night Clinical Global Impression (CGI) 5  
ADL partially dependent tendency or apathy in: dressing, grooming, transfer, bathing, toileting, eating, using; independent in: feeding, BW loss -- kg in Poor appetite / intake --  
Memory impairment + Depressive mood +/- Urinary incontinence -  
Mobility / problem + Walks with a walker for 2 years  
falls +, due to lower leg weakness several weeks ago  
Right hip fracture three prior total hip replacement in 2019 at 醫合醫院

**Objective**

Bp: 133/66mmHg, HR: 78 (2021/1/1)  
PR: 60/min, RR: 16/min, SpO2: 98% (2021/1/1)  
Bt: 152cm, BW: 58.1kg, BH: 110cm, BF: 70歲 (2019/10/20)  
BH: 162cm, BW: 59kg, BH: 112cm, BF: 70歲 (2019/10/20)  
Physical examination:  
Consciousness: clear orientation to person, time, and place  
Complaints: pain, when and where  
Head: normal head shape, no enlarged thyroid gland  
Chest: regular heart beat, no murmur  
Abdomen: soft, no tenderness, bowel sound: nonconstrictive, no knocking tenderness  
Limbs: warm, no edema, both lower limb strength (-)  
Skin: no wound, no ecchymosis/petechiae

**5-GDS**

1.基本上,您對您的生活滿意嗎? ....OK  
2.您是否常感到疲倦? .....  
3.您是否常感到無論做什麼事,都沒有用? n  
4.您是否比以前更難在家中而較不喜歡外出及不喜歡做新的事? sometimes  
5.是否感覺您現在活得很有價值? n  
CGI(GDIT) 亂世醫學網測量值: HAIc: 6.30% %

自動化全血白細胞計數(C0201059) CORT/IM 8.65 ng/mL  
尿液蛋白質半定量試劑盒(C0301011) ACR 12.5 mg/g  
2020/09/08 電動電極血清濃度試劑盒(CPC141D) mg/dl : HbA1c 7.2  
2020/09/08 電動電極血清濃度試劑盒(CPC141D) mg/dl : HbA1c 8.0  
BW:50.1kg, BP:152/90mmHg, PR:60, SpO2:98%, GFR:62.5ml/min  
青素類抗生素過敏篩查(C0210004AS-COV2 PCR (鼻咽拭子檢驗)) Negative  
2021/09/08 K: 4.5 mmol/L : NA: 157 mmol/L CREA: 0.96 mg/dL eGFR: 2.40 ALT: 22 UL: CHOL: 176 mg/dL  
UIC: 3.8 mg/dL Hb: 106.0 g/dL  
體重體脂百分比(C0210010) 0.8 34.0  
2021/09/08 骨盆腔X光片(C021002) 骨盆腔, with partial obstruction, w/ biopsy (G)

2021/09/08 骨盆腔X光片(C021002) Pathological fracture (0.45 cm above the anal verge); biopsy: Adenocarcinoma.

**Diagnosis**

mental status (Adrenocortical)  
Parkinson disease with dementia, differential diagnosis: dementia of Lewy body  
Dementia with behavioral and psychological symptoms  
Depression  
Ocular syndrome: ptosis, blurry CR 6/7  
Diabetes mellitus, type 2, no evidence of nephropathy or neuropathy

**A + P** 已宣導，病人符合案：子排

**Diagnostic**

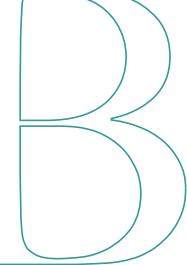
Rule out HbA1c and finger stick  
Monitor blood pressure and take sugar at home  
**Therapeutic**

- Keep Glucophage (Metformin) and add Metformin for higher HbA1c
- Keep insulin (Humalog) and Cacoac (Repaglinide) for hyperglycemia, discontinue Novolin (Analog) due to relatively low blood glucose levels
- Keep chronicdose of insulin
- Keep MgCO Magnesium citrate, Exolax (Einsatz), Moxide (Monsiprolide) for constipation
- Keep Clozapine (Clozapine) from Psychiatrist and Meloxicam (Levoradol/Benzoradol), Elertor XR (Venlafaxine), Wiggen (Memantine) from Neurologist
- Observe department follow up on 2021/06/17
- Education:

  - Increase memory stimulation and can exercise to avoid delirium
  - May introduce long-term care resources use
  - Encourage to increase frequency of meals and duration of ambulation
  - Increase fluid intake such as water, milk, applesauce, milk
  - Avoid falling down, environmental change

- discuss with family about advance directive
- 安排Proctologist for colonoscopy, due to poor cognition and functional status
- symptomatic treatment
- pillbox, crav, pain control if needed

ETC 8 weeks



### 03. 有將高齡者與家屬的宗教、文化、族群、社經地位等因素納入考量。

The screenshot shows a medical software interface with various sections:

- Subjective:** Includes symptoms like "decreased response (hyporeactive) to people in recent days" and "decreased activity in recent two weeks".
- Diagnostic:** Lists findings such as "mild level/ resp. UTI", "cognitive impairment, step deftition, ? dementia history", and "step protein-energy malnutrition (SEM)".
- Objective:** Lists physical findings like "Chest: clear, no rales, no wheezes", "HR: RBBB, no murmur", and "Abdomen: soft, flat, no tenderness".
- Plan:** Includes "Encourage passive & active ROM, 腹部保健 use, Falls General Information & Education, nutrition support".
- Other:** Shows vital signs: SBP 149/65, PR:70, Resp: 16, Temp: 36.8°C, Hb: 11.7 g/dL, L: 12.5 kg, TUG: 25s, Gait: 3.72 sec, MMSE: 27/30, STM: 2/4/10, Mini-Cog: 6/6.
- Questions:** A yellow box highlights questions about the patient's life, such as "您對您的生活滿意嗎？……" (Are you satisfied with your life? ...), "您是否常常感到疲倦？……" (Do you feel very tired? ...), and "您是否常感到無趣的什麼事，都沒有用？" (What things do you feel bored about? They are not fun or interesting).

163

- 具有高品質的多元文化之高齡照護  
( Achieving High-Quality Multicultural Geriatric Care)

<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.13924>

- 女同性戀、男同性戀、雙性或變性別之高齡照護(American Geriatrics Society Care of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Older Adults Position Statement)  
<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.13297>

- 性別平等之高齡照護  
(When Women Rise, We All Rise: American Geriatrics Society Position Statement on Achieving Gender Equity in Geriatrics)  
<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.16195>

The form includes fields for:

- 日期時間:** 104.12.27. 10:10 ~ 10:10
- 地點:** 70會議室
- 主持人:** 本
- 出席人員 (請打勾):** 本
- 其他相關人員:** 本
- 主要目的:**
  - 了解病人的病情變化及需求，能夠變化
  - 了解病人的慢性變化並不可逆，團隊成員對後期處置進行溝通
- 討論結果:**
  - 過敏藥物發作如病人過去中風，藥效異不顯，二期風濕有關，在回復上健不顯，但有抗炎性。
  - 服藥在多數情況下難達到原圖，但這些之後之後，便能改善的情況。團隊會盡力找尋藥物上的平衡。
- 結語:**
  - 家屬不希望家裏老人輕變，傾向不送醫。
  - 團隊居家上會定期隨訪，定期評量。

### 04. 預立醫囑的討論。

非為院內制式化之預立醫療照護諮商流程，此部分為人員口頭簡易詢問即可。

- 安寧療護計畫實務標準

(hospice care standard for hospice programs):  
[https://www.nhpco.org/wp-content/uploads/2019/04-Standards\\_Hospice\\_2018.pdf](https://www.nhpco.org/wp-content/uploads/2019/04-Standards_Hospice_2018.pdf)

- 多重慢性病況長者的醫療決策之指導原則

(Decision Making for Older Adults With Multiple Chronic Conditions: Executive Summary for the American Geriatrics Society Guiding Principles on the Care of Older Adults With Multimorbidity):  
<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.15809>

- 無親友長者的醫療決策 (AGS Position Statement: Making Medical Treatment Decisions for Unbefriended Older Adults) :

<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.14586>

## 照護目標的決定

### 門診端

以國立成功大學醫學院  
附設醫院為例

考量高齡者的需求與整體狀況，來訂定醫療照護目標

決定高齡者疾病治療方向與照護目標時，除參考一般成人疾病治療準則之外，能同時考量存活餘命、功能狀態、認知功能與生活品質等，甚至將高齡者與家屬的宗教、文化、族群、社經地位等，一併整體列入考量。

#### 01. 一般常見疾病在高齡者的治療準則。

參考準則：

##### ■ 高齡者與衰弱高齡病人的高血壓處置

Hypertension Management in Older and Frail Older Patients  
<https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCRESA-HA.118.313236>

##### ■ 2023 高齡者糖尿病之醫療標準

[https://diabetesjournals.org/care/article/46/Supplement\\_1/S216/148044/13-Older-Adults-Standards-of-Care-in-Diabetes-2023](https://diabetesjournals.org/care/article/46/Supplement_1/S216/148044/13-Older-Adults-Standards-of-Care-in-Diabetes-2023)

##### ■ 高膽固醇血症在高齡者以病患為中心的治療

(Treatment of hypercholesterolaemia in older adults calls for a patient-centred approach)  
<https://heart.bmj.com/content/106/4/261>

##### ■ 高齡者之慢性腎臟病第3b期及以上時的臨床處置準則

Clinical Practice Guideline on management of older patients with chronic kidney disease stage 3b or higher  
<https://academic.oup.com/ndt/article/32/1/9/2931168>

##### ■ 美國老年醫學會/英國老年醫學會之預防高齡者跌倒臨床實踐準則更新版摘要

<https://geriatrictoolkit.missouri.edu/balance/AGS-BGS-CPG-Fall-Prevention-JAGS-2011.pdf>

##### ■ 有限餘命的衰弱高齡者之STOPP 共識

[STOPPFrail (Screening Tool of Older Persons Prescriptions in Frail adults with limited life expectancy): consensus validation]

<https://academic.oup.com/ageing/article/46/4/600/2948308>



**02.** 有將高齡者的存活餘命、功能狀態、認知功能與生活品質納入考量。

參考準則同**01**。

**03.** 有將高齡者與家屬的宗教、文化、族群、社經地位等因素納入考量。

- 具有高品質的多元文化之高齡照護  
(Achieving High-Quality Multicultural Geriatric Care)  
<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/-doi/10.1111/jgs.13924>

- 女同性戀、男同性戀、雙性或變性別之高齡照護  
(American Geriatrics Society Care of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Older Adults Position Statement)  
<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/-doi/10.1111/jgs.13297>

- 性別平等之高齡照護  
(When Women Rise, We All Rise: American Geriatrics Society Position Statement on Achieving Gender Equity in Geriatrics)  
<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/-doi/10.1111/jgs.16195>

**04.** 預立醫囑的討論。

非為院內制式化之預立醫療照護諮商流程，此部分為人員口頭簡易詢問即可，並記載於病歷中。  
(如圖到數第2行)

- 安寧療護計畫實務標準

(hospice care standard for hospice programs) :  
[https://www.nhpco.org/wp-content/uploads/2019/04/Standards\\_Hospice\\_2018.pdf](https://www.nhpco.org/wp-content/uploads/2019/04/Standards_Hospice_2018.pdf)

- 多重慢性病況長者的醫療決策之指導原則

(Decision Making for Older Adults With Multiple Chronic Conditions: Executive Summary for the American Geriatrics Society Guiding Principles on the Care of Older Adults With Multimorbidity) :

<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111-jgs.15809>

- 無親友長者的醫療決策 (AGS Position Statement: Making Medical Treatment Decisions for Unbefriended Older Adults) :

<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111-jgs.14586>

### Assessment & Plan]

#### 1.活動功能：

- (1)握力訓練：軟球及繩衣大夾。
- (2)買計步器計算個案每日步數：至少每日3000步。
- (3)舉水瓶
- (4)抬腿運動、坐姿踏步
- (5)體感腳踏器

#### 2.高危跌倒：居家環境，適宜輔具使用，上下肢肌力訓練，個案家屬已將環境有裝相關扶手。

3.照顧議題：外籍看護去年9月(108/9)開始照顧個案，印尼籍，語言不通，但目前與案家屬用翻譯軟體溝通，英文翻成印尼文或印尼文翻成中文。提供長照資源(社區關懷據點、日照中心)，請家屬若考量日照中心，務必家屬自己先去看過環境再帶個案去看，無須每日去日照中心。家庭照顧支持佳。

#### 4.營養議題：營養補充、食材準備，提供高纖果凍及牛奶。

5.認知議題：認知訓練、鼓勵活動參與、生活安排。鼓勵與小孩子及家屬玩桌遊、撲克牌、大富翁、拼圖。鼓勵可讓個案維持原有功能，包括準備食材、自己洗私人衣物自己刷。(家屬會讓個案參與洗米也很好)。

6.ACP議題：已提供家屬預立醫囑同意書，請家屬帶回討論，下次再帶來。

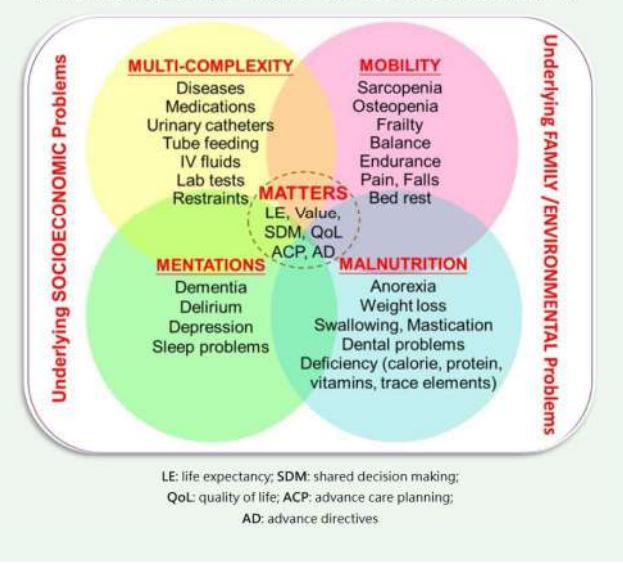
7.ACE門診計畫收案。

## 照護計畫擬定與介入

高齡病人的多重疾病與問題，特別是面對衰弱、失能、失智或超高齡的脆弱族群時，並非所有疾病與問題都需要、可以、適合處理或是治療，或者病人可能無法耐受其治療處置。可考慮優先處理治療後，可改善其生活品質或日常生活功能的疾病與問題，其次為在治療負荷不大的情況下，治療處置該疾病與問題，可以維持其生活品質或日常生活功能者上。述以外疾病與問題的治療處置，即使可以延長有限的生存餘命，但卻非健康的生存餘命時，需再讓病人及家屬多了解治療後的可能狀況，再討論決定。

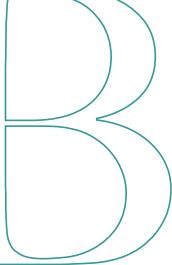
166

圖：評估與擬定高齡者照護計畫的主要面向與內容 ( 5Ms )



(張家銘。周全性老年醫學評估的一般概念。台灣老年醫學會編：周全性老年醫學評估的原則與技巧。第二版。新北市：合記出版社，2019:21-48

對照護計畫擬定不熟的初學者，建議可使用更完整呼應篩檢面向之5Ms (Multi-complexity, Mobility, Mentations, Malnutrition, Matters) 照護架構，將問題做整合及介入。



## 照護計畫擬定與介入

### 住院端

除高齡者疾病的醫療照護建議外，也針對周全性老年評估的結果，一併擬訂後續照護計畫，例如：檢視藥物的使用狀況，並提供藥物整合、評估高齡者營養狀況，並提供介入的建議、針對衰弱及失能個案擬訂計畫等。另外，能於高齡者就醫的過程中，提供醫療以外各種服務資源的轉銜並完成出院準備。

- 高齡者照護服務能夠根據老年病症候群篩檢或周全性老年評估之結果，由團隊依據評估結果，擬定整體後續照顧計畫，內容包括：  
多重疾病以及用藥、認知（譫妄、失智）、跌倒、憂鬱、功能衰退(ADL/IADL)、營養、衰弱以及失能、社交（疏忽、虐待、獨居）、失禁以及感官（視力、聽力）。
- 對於個案所服用之藥物加以評估及整合，避免用藥問題及不適當用藥。
- 對於個案的營養狀況予以篩檢，並提供介入的建議。
- 高齡者照護服務能夠針對衰弱及失能個案，擬定預防或延緩失能的計畫。
- 對於未能完全治癒的病況或老年病症候群相關照護問題，透過個管師或相關專業的協助，提供適當的照護建議，或連結相關的照顧服務資源並協助出院準備的轉銜。

### 01. 照護計畫的擬定

#### (1) 團隊針對評估結果擬訂一個整體的照護計畫

跌 倒	譫 妄	憂 鬱
失 禁	失 智	營 養
衰弱及預防 延緩失能	多重用藥或 控制不良的疾病	社交 (疏忽、虐待、獨居) 及感官(視力、聽力)

#### 內容範例

- 案例概要
- 基本狀況資料：
  - 身心健康功能、基本健康狀況

- 身心健康功能、基本健康狀況
- 生生活動參與(ADL、IADL...)...
- 感官、言語(溝通)、睡眠、特殊行為舉止
- 健康服務及長照需求之過去經歷及執行概況
- 家庭(人)、居住、環境狀況 (contextual factors)
- 社經狀況
- 需求與提供連結評估、社會資源連結特記事項

■ (團隊)照會、彙整、個案討論(會)、(照護紀錄)

■ 照護計畫

參照自黑澤貞夫：*照護計畫—透過案例學習制定演練。*  
一橋出版；Oct, 2001 & 2006

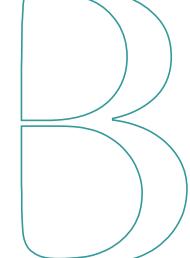
- a. **Specialized Nursing**(特殊護理)：藥物治療、各臨床次系統護理...
- b. **Tasks Related to Rehabilitation**(復健要務)：運動系統評估、運動系統訓練、擴張生活基本運動、PT、OT、ST、運動療法...
- c. **Personal Care** (個人照護)：個人外觀及衛生、穿衣、沐浴(含移動、如廁、尿布處理...)、進食營養 / 液體替代、起床 / 更換姿勢、移位、室內行動、運動(功能維持促進)、問題行為、觀察 / 檢測、溝通、教育、出入院 / 外出活動、被服更換、環境、物管、洗衣、監控、入出院(流程)、諮詢聯繫 / 調整...
- d. **Care System Management** (照護系統管理:聯繫、報告、會議、研討會...)：  
**PAC** / 日照 / 居家、溝通 / 報告 / 蒐集訊息、相關照護會議 / 紀錄、室內安置 / 清潔...

(2) 確實執行介入措施，並留有記錄

(3) 有做後續追蹤並記錄

(4) 出院準備執行、整合與追蹤

- (團隊)照會、彙整、個案討論(會)、(照護紀錄)
- 由跨領域團隊規劃完整的流程
- 個管師協助後續出院準備的照護並做資源整合，負責轉銜工作個管師給予建議並做後續追蹤



4. 聽時：老年科，2020/08/07 15:06:05 - 2020/08/17 10:12:40

**[Comments and Others]**

Comments and Others

紀錄時間：2020/08/13 16:16

**Comments**

<跨團隊暨個案討論會議紀錄>

居住：個案住於永康區透天一共三樓/原住於二樓，因下肢無力改至一樓居住。

就醫原因：個案近年反應與低血糖帶狀皮炎異常狀況改變，此次因低血糖、叫喚無反應送至急診。

急性問題：低血糖(人院血糖：32mg/dl)

**CGA：**

老年病症狀群：

(1) 慢血糖：

評估

1.住院前多次因低血糖意識狀況改變，體水或方體使用後會清醒，此次血體入院前測量32mg/dl

2.HbA1C : 8/10 8.1% (6/3 8.7%)

3.住院期間血糖變化：6/10 279-280-262-300; 8/9 200-222-311-320; 8/8 130-223-336-363

4.右眼失明，左眼視力模糊，平時自行注射胰島素，有施打胰島素劑量風險

5.飲食不均衡：早餐：桂格燕麥片2湯匙(一般調湯匙)。桂格完穀3湯匙+250-300mL水份；午及晚餐：一餐飯(約醫院餐錢的8分滿)，2-3樣青菜約5-6口量，喜愛喝青菜湯，每日至少會喝一碗，雜面及豆類不一定。肉類約5兩1切，許久未吃到魚，若感到肚子餓會吃1-2包蘇打餅，因怕咀嚼困難，食物會煮軟爛後食用。住院期間每日1500卡，低蛋白50克(糖尿病飲食低，擇食飲食，可吃完，每日水分約1200-1500mL)。

6.型態尿病相關串項知識缺失，表示只要吃醣(糖)還不會低血糖

計畫

1.調整糖尿病藥物劑量(目前已停止使用門診針劑，8/10增加Glitins 0.5Tab QD PO)

2.與營養師評議營養評估與諮詢；3.予低血糖、血糖測量及藥物使用方式之衛教指導

4.安排眼科檢查；5.會診新陳代謝科；6.討論居家照護或居家人員換餐的可行性

(2)近期功能變更及高危險因子

評估

1. ADL : (106-09開刀前) Katz : 10分→109-8-11 : 8分，需協助沐浴

2. 壓力：右子14.2kg，在手21kg(手握力因右手指背脫臼，故較差)

3. CFS : 3

4. 當去年住院開刀後下肢或腰無力，近三個月重則無法上下樓梯，雙膝有退化性關節炎，使用電動輪椅保養

5. 還有一次跌倒在今年7月份

5. 右側肩膀無明顯不適，只有些微肚子痛；P：跌倒經驗多；L：最近一次在廁所（最常發生在暮夜）；A：正在洗衣服（站著）；T：下午，難以時間不記得；T：右肩膀

6.SPPB:9分 (Balance test:4分· Gait speed test:4分· Chair stand test:1分)

計畫

1.骨盆復健科，加強下肢訓練；2.鼓勵踩腳踏車及Chair stand訓練

(3)家庭支持功能評估

評估

1.個案與長子一家同住，長子患有憂鬱症，去年開始狀況惡化，較無法照顧個案，平時就醫皆個案自行前往。

2.居住者經濟狀況較差（除了米工作、媳婦送餐、孫女無業在家、孫了一個在加油站上班、一個車工半工），個案經濟來源：老人年金、零用補助金及家女協助，經濟上較吃緊。

3.孫女對個案是否聽話情形，因此個案有些鬱悶及自信心不足。

備註

1.社工師2.評估後擴出院資源3.持續關注個案情緒變化

2020-06-24	<年	<月	月>	年>	查詢	一年	二年	三年	<input type="checkbox"/> 特殊科診
住別：男，血型：AB+，初診時間：1998/08/06，最近看診：2020/06/06 (Login： <input type="text"/> 登出)									
 個案和小兒子一家人同住，目前住一樓李義房，平日煮食烹煮二人三餐，個案會走到一二樓中帶炒飯、二樓吃飯，近日頻繁跌倒，請協助轉具(來歷已質walker)及可使之(長照?居家環境改善?)資源申請，謝謝									
<b>會診回函：</b> <b>●體外介外-PAC</b>									
<b>照護計畫執行與出院準備的後續追蹤服務之相關記錄</b>									
<p>一、6/9病人此次因腰痛，全身無力且近日頻繁跌倒入急診，抽血檢查出低血鈉、高血鉀住院治療，現病人意識清楚，身上無管路及氣管使用，家屬照顧中，目前病況改善將準備出院後進，評估家屬照顧能力有限，故安排預約電宅大字明日早上10:30討論後續照顧。</p> <p>二、6/10目前病人意識清楚，現無管路、無氣管使用，活動下床需他人協助及照護，家屬照顧中。個醫師評估病人，此病人發生日期：6/6 由急诊入，巴氏量表 = 30分，CFS: 5-6, 目前使用的行動輔助行距5-10公尺。經評估後符合PAC-疾病高齡收容，與大字了解PAC-疾病高齡及給予PAC-疾病高齡說明書單張說明目的，住院時間約2-3週及中止條件，並討論後續照顧計畫，表示希望轉院至高齡台南分院繼續健復治療，個醫師請醫師準備需病摘要，將協助傳真請該院醫師評估安排入住床位，個醫師亦向案子說明若想返家照顧，需確認照顧人處，並學習照顧技巧(如:移位技巧)，建議暫停家庭訪視，考慮租借或購買相應輔具(輪椅器)，案子可接受，個醫師提供家庭輔具租借相關資料、長期照顧服務管理中心相關服務資訊及個體化照護方式；家屬了解及準備，個醫師協助傳真病歷摘要，至高齡台南分院請醫師評估。</p> <p>三、6/11病人現症況改善，清潔卫生規定，個醫師聯繫高齡南分院，表示醫護願意收容個案入住，經本院醫師確認下轉一醫院，個醫師請醫師及護理師準備轉診單，出院病歷摘要、出院前3日病程紀錄、影像光碟、照護照顧紀錄，出院照護計畫、轉介報告書，及家屬不需委託診斷書，個醫師亦將案子討論轉院交換工具，案子表示要接康復巴士轉送。</p> <p>四、6/12病人因昨晚呼吸感應情形，故待穩定後再轉院PAC，病人現意識清楚，無氣管使用，肢體有水腫情形，看警訊中。</p> <p>五、6/17 個醫師至病房探視病人後，與醫師討論病況及預計出院時間，預計下星期一，昇永康榮民醫院森管高齡個醫師討論轉院時間及預約床位，若病況穩定，預計星期一出院。</p> <p>六、6/19病人因昨晚發燒，故請醫師評估轉院待定後再轉院PAC，快隔下星期三，個醫師通告升永康榮民醫院森管高齡個醫師知，若病況穩定，預計星期三出院。</p> <p>七、6/22病人因血流培養長菌需抗生素治療14天，故待治療後再評估是否可轉PAC-長齡高齡。</p>									

## 照護計畫擬定與介入

## 住院端

## 02. 提供疾病診療與藥物整合服務

- (1) 評估所有服用藥物的交互作用並依個案狀況調整藥物，且有記錄可查
- (2) 有臨床藥師執行整合供醫師評估，並依個案狀況調整藥物，且有記錄可查（註：若是困難整合，須記錄原因才算完整）
- (4) 有做後續追蹤並記錄

跨團隊醫療個案討論會紀錄			
時間	2021年09月23日 10時00分至 11時00分	紀錄	.....
個案姓名	林	病歷號	.....
報告者：個管師 居住：「透天厝一樓(與丈夫、二兒子一家同住) 就醫原因：lower legs edema for one year, exaggerated in recent 2 days 急性問題：Acute exacerbation (AE) of Congestive heart failure, suspect infection induce 多重用藥 評估： 1.個案固定在台 醫院神經科及腎臟科就醫，有其他症狀會到家中附近診所 台：醫院 神經科 [慢性處方箋] Famotidine 20mg/tab (Famotidine) 1 tab BID Seroquel 25mg/tab (Quetiapine) 1 tab QD Acetin Granules 66.67mg/G (Acetylcysteine) 1 pack BID Lactul Syrup 666mg/ml (Lactulose) QD 台：醫院 腎臟科 [慢性處方箋] Espin 100mg/cap (Aspirin) 1 tab QD Sevikar 5/40 mg/tab (Amlodipine/Olmesartan) 1 tab QD Linicor 500/20 mg/tab (Niacin/Lovastatin) 1 tab HS Urinol 100mg/tab (Allopurinol) 1 tab QD (8/2) Syntam 1200mg/tab (Piracetam) 1 tab QD Mosapin 5mg/tab (Mosapride) 1 tab BID Magnesium Oxide 250mg/tab (Magnesium Oxide) 1 tab BID Through 12.5mg/tab (Sennoside) 3 tab HS 診所 2021/07/15-2021/09/11 (斷續就診，每次三天份) Hou We Ming 200mg/tab (Cimetidine) 1 tab TID Domperan 10mg/tab (Domperidone) 1 tab TID Tecolin 100/50 mg/tab (Theophylline/Guaicol glycolate) 1 tab TID Asthilax 75/20/12.5/2 mg/tab (Diprophylline/Papaverine/DL-Methylephedrine/Chlorpheniramine) 1 tab TID Mubroxol 30mg/tab (Ambroxol) 1 tab TID Izymin 10mg/tab (Cetirizine) 1 tab TID 診所 2021/07/15-2021/09/02 (斷續就診，每次七天份) Torsix 5mg/tab (Torsemide) 1 tab BID Cololex 20mg/tab (Trospium) 1 tab BID Solin 5mg/tab (Sofienacin) 1 tab HS Nogout 50mg/tab (Benzbromarone) 1 tab HS Bromazin 1.5 mg/tab (Bromazepam) 1 tab HS 2.用藥皆由素夫協助分藥，家屬及個案本人皆認為用藥過多且複雜，並不知道其作用。 3.曾因為便祕住院，住院過程感受不佳，出院後非常依賴軟便藥物，有自行偷吃藥情形，服藥遵從性不佳。 建議： 1.會診藥師，並協助藥物調整。 2.家屬及個案有意願之後固定於本院藥物整合，但考量個案就醫與用藥習慣、家庭功能等問題，請家屬可再做考慮。			

團隊討論內容及建議

**藥師：**上周五及本周一分別去探訪過個案，但個案對自己的用藥並不是很了解，詢問案夫表示藥物都有指示吃，但化痰藥會看病人咳嗽狀況給予，聽起來餘藥量還好，家屬確實也覺得病人藥物多又不知道為什麼人則不斷抱怨有便祕情形，但似乎與平常吃的較少因此解便也較少有關，家屬另有表示若住院期間將不會再帶病人到其他醫院及診所就診。



## 照護計畫擬定與介入

### 住院端

### 03. 提供營養的篩檢與介入的建議

- (1) 訂定高齡營養篩檢量表及流程，如：MUST、MNA-SF、或NSI等。
- (2) 對有營養問題的高危險個案進行營養評估與介入，並有完整記錄。
- (3) 有執行後續追蹤與記錄。

跨團隊醫療個案討論會紀錄			
時間	2021 年 10 月 21 日 10 時 00 分至 11 時 00 分	紀錄	.....
個案姓名	黃 .....	病歷號	.....
報告者：	1. .... 居住狀況：與妻子、兒子、女兒同居於.....公寓，過去生活範圍會到公園散步，但最近半年起功能衰退，走路十分不穩須扶東西行走、少出門，至最近兩個月多臥床，無法自行活動。 就醫原因：反覆噉咳，全身無力 急性問題： 1. Aspiration pneumonia 2. Poor nutrition with easy choking		
CGA:	1. 營養不足及吞嚥問題 評估： Albumin: 2.5 g/dl 可通過三口水測試，但吃飯易噉咳 照會 ENT 協助評估，無相關問題 照會復健科協助評估及吞嚥訓練，待 swallowing videofluoroscopic examination 計畫： 飲食熱量逐漸上調，從 S2 DM diet 1200 kcal 現已逐漸上調至 1800 kcal 監測進食量及進食噉咳狀況 持續吞嚥訓練及復健，完成吞嚥攝影檢查 建議家屬自費補充蛋白質		
個案简介			

### 04. 針對衰弱及失能個案擬訂計畫

- (1) 跨領域團隊成員針對衰弱及失能個案，擬定預防或延緩失能的計畫
- (2) 根據計畫有創新的介入措施
- (3) 有後續追蹤的相關記錄

## 照護計畫擬定與介入

### 門診端

除高齡者疾病的醫療照護建議外，也針對周全性老年評估的結果，一併擬訂後續照護計畫，如：檢視藥物的使用狀況，並提供藥物整合、並能於就醫的過程中，提供醫療以外各種服務資源的轉銜。

- 高齡者照護服務能夠根據老年症候群篩檢或CGA評估結果，由團隊依據評估結果，擬定整體後續照顧計畫，內容包括：  
多重疾病與用藥、跌倒、認知(譫妄、失智)、憂鬱、功能衰退(ADL/IADL)、營養、衰弱與失能、失禁、社交(疏忽、虐待、獨居)及感官(視力、聽力)。
- 對於個案所服用之藥物加以評估及整合，避免用藥問題及不適當用藥。
- 對於需要長照或社區資源之失能及照護問題，透過個管師或相關專業的協助，提供適當的照護建議以及轉介，或連結相關的照顧服務資源。

#### 01. 照護計畫的擬定

172

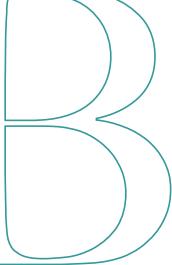
##### (1) 團隊針對評估結果擬訂一個整體的照護計畫

跌 倒	譫 妄、失智與憂鬱	功能衰退(ADL/IADL)	衰弱與失能
營 養	失 禁	多重用藥或控制不良的疾病	社交(疏忽、虐待、獨居)及感官(視力、聽力)

- (2) 確實執行介入措施，並留有記錄
- (3) 有做後續追蹤並記錄

##### 內容範例

- 案例概要
- 基本狀況資料：
  - 身心健康功能、基本健康狀況
  - 身心健康功能、基本健康狀況
  - 生活活動參與(ADL、IADL...)...
  - 感官、言語(溝通)、睡眠、特殊行為舉止
  - 健康服務及長照需求之過去經歷及執行概況
  - 家庭(人)、居住、環境狀況 (contextual factors)



- 社經狀況
- 需求與提供連結評估、社會資源連結
- 特記事項

- (團隊)照會、彙整、個案討論(會)、(照護紀錄)
- 照護計畫

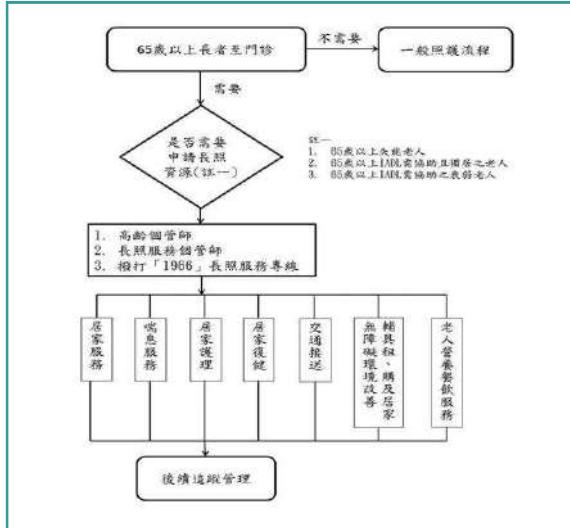
參擷自黑澤貞夫：照護計畫—透過案例學習制定演練。  
一橋出版；Oct, 2001 & 2006

- a. **Specialized Nursing(特殊護理)**：藥物治療、各臨床次系統護理...
- b. **Tasks Related to Rehabilitation(復健要務)**：運動系統評估、運動系統訓練、擴張生活基本運動、PT、OT、ST、運動療法...
- c. **Personal Care (個人照護)**：個人外觀及衛生、穿衣、沐浴(含移動、如廁、尿布處理...)、進食營養 / 液體替代、起床 / 更換姿勢、移位、室內行動、運動(功能維持促進)、問題行為、觀察 / 檢測、溝通、教育、出入院 / 外出活動、被服更換、環境、物管、洗衣、監控、入出院(流程)、諮詢聯繫 / 調整...
- d. **Care System Management (照護系統管理)**: 聯繫、報告、會議、研討會...)：  
PAC / 日照 / 居家、溝通 / 報告 / 蒐集訊息、相關照護會議 / 紀錄、室內安置 / 清潔...

[Diagnosis]	
* [Dx] * [ICD-10 : J49] : Chronic obstructive pulmonary disease, unspecified	
[Subjective] 同僚體制以病人為中心之整合照護計畫 臨床藥師執行整合供醫師評估，並依個案狀況調整藥物，且有紀錄可查	
[Objective] 未... 一般內科 2020/04/23 [慢性病方案] Symbic 100mg/tab (Allopurinol) 0.5 tab QD PO x 28 天 x 2 次 Uptor 40mg/tab (Atorvastatin) 0.5 tab QD PO x 28 天 x 2 次 Normacol Plus granule 7g/pack (Sterculia/ Frangula) 1 pack QD PO x 28 天 x 2 次 Sennapur 12.5mg/tab (Gennoside A+B) 2 tab HS PRN PO x 28 天 x 2 次 = 50.00 tab [每次用量1-2錠，已諮詢病患自行調整] Alivan 0.5mg/tab (Lorazepam) 1 tab HS PO x 28 天 x 2 次 Bokey EM 100mg/cap (Aspirin) 1 cap QOPC PO x 28 天 x 2 次  藥： 胸腔內科 2020/03/27 [慢性病方案] Ambroxol 30mg/tab) 1 tab TIDPC PO x 28 天 x 3 次 Xanthium SR 200mg/cap (Theophylline) 1 cap QOPC PO x 28 天 x 3 次 Spilofo Respimat inh 2.5/2.5mcg/puff, 60puff/bd (Tiotropium/Olodaterol) 2 puff QD INHL x 28 天 x 3 次 = 1.00 bd. Ignow SR 60mg/tab (Dextromethorphan) 1 tab BIDPC PO x 28 天 x 3 次 *ec N MOI 100mcg/dose, 200dose/bt(Fenoterol)] 2 dose PRN INHL x 28 天 x 3 次 = 1.00 bd.	

## 02. 提供藥物整合服務

- (1) 評估所有服用藥物的交互作用並依個案狀況調整藥物，且有記錄可查
- (2) 有臨床藥師執行整合供醫師評估，並依個案狀況調整藥物，且有記錄可查 (註：假如是困難整合，須記錄原因才算完整)
- (3) 有做後續追蹤並記錄



### 03. 照顧服務資源的轉銜

- (1) 由跨領域團隊規劃完整的流程，且有個管師進行資源整合。
- (2) 個管師協助照護及轉介，或連結相關的照顧服務資源。
- (3) 個管師做後續追蹤並記錄。

#### 執行治療計畫效果不佳的主要原因，包括：

01. 該病人的主負責醫師不能接受決議的治療目標
02. 與治療建議相關的資源提供並不適當
03. 病人不能持續配合治療及接受追蹤。

174

(張家銘。周全性老年醫學評估的一般概念。台灣老年醫學會編：周全性老年醫學評估的原則與技巧。第二版。新北市。合記出版社，2019:1-19)



## 轉銜與融入推動建議

高齡者於疾病醫療照護加入各種服務資源的轉銜，對於延緩失能也有極大的幫助。

### ■ 長者社區資源整合運用平台：

高齡者社區資源整合運用平台的前身是國民健康署於108年推動的「預防衰弱服務網-樞紐計畫」，此計畫是國民健康署交由各地方政府衛生局統籌，挑選一些衛生所作為資源整合樞紐站，以盤點、整合社區高齡者或失能者所需之健康資源服務，包括：運動、居家安全與防跌、高齡營養、失智及高齡友善、慢性疾病管理、預防保健、交通、社會參與、福利及補助、其他等10類。透過相關資源間的連結及轉介，提供有需求的民眾更加容易取得相關資源或服務。雖然此計畫於110年結束，但仍可藉由「長者社區資源整合運用平台」網站查詢個案家周遭的相關資源。

長者社區資源整合運用平台：<https://healthhub.hpa.gov.tw/>

### ■ 高齡整合照護門診：

隨著人口結構高齡化，多重慢性病人逐漸增多，甚至已為我國醫療照護系統中最重要的資源使用者，國人多數仍分科看診，造成多重慢性病人時間及經濟上的負擔，病人重複、不當用藥也增加，我國醫療照護品質下降，醫療成本隨之大增，整合照護急迫性逐年增加。

衛生福利部中央健康保險署針對此問題，提出「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」，期望能提供多重慢性病人有效率、適當且良好品質的醫療，避免不當治療、用藥，促進層級醫療單位間之轉診，有效利用醫療資源，也可促成醫院各專科醫療之適當整合。如尚未有整合照護門診，可參照衛生福利部中央健康保險署的「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」進行設置，內容詳情請見計畫書。

「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」  
計畫書：<https://reurl.cc/aG66r7>

### ■ PAC 急性後期整合照護計畫：

PAC急性後期整合照護計畫，目的於提升急性後期品質而建立台灣急性後期整合照護模式，使病人能恢復功能或減輕失能程度，減少後續再住院醫療支出，利

用垂直整合轉銜系統(急性期、急性後期、慢性期)，以提升病人照護之連續性。

PAC的收案條件，須為18歲以上，且經醫療團隊評估可以出院且具積極急性後期照護潛能。須排除存活期小於6個月、長期臥床大於3個月、神經或骨骼肌肉損傷、嚴重認知障礙、長期使用呼吸器、嚴重心衰竭末期、近期內接受心臟手術、洗腎、等待腎移植、居家用氧、無意願加入PAC、與醫療團隊無共識或是曾經結案者。另外，也會依據病症不同而有不同的收案條件。

#### ■ 居家醫療：

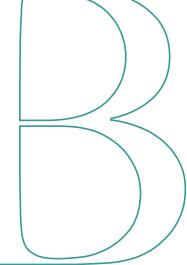
居家醫療介入的狀況，包括：個案主要照顧者的知識及技能缺乏、個案居住地點為自宅、子女家..等（不含照護機構）。居家護理師主要協助個案於家中的管路處理、壓傷及術後傷口換藥、教導主要照顧者護理指導照顧(如抽痰、灌腸...等)、長照資源媒合、檢體留取及臨終照護。居家醫師則是進行個案疾病診斷、慢性病管理、藥物治療及各種評估。

176

此處提及主要的三種居家醫療分為居家醫療（基本條件）、重度居家醫療（進階條件）、安寧居家療護（進階條件），居家醫療的收案條件如下表格：

(參考自  
[https://www.nhi.gov.tw/Content\\_List.aspx?n=229E6EBB8F3CF41B&topn=5FE8C9FEAE863B46](https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=229E6EBB8F3CF41B&topn=5FE8C9FEAE863B46))

居家醫療 (基本條件)	居住於住家(不包含照護機構) 經照護團隊醫事人員評估有明確的醫療需求 個案本身不便外出就醫(如巴氏量表<60分及特殊疾病或其他)
重度居家醫療 (進階條件)	居家醫療(基本條件)的項目 個案維持有限的自我照顧能力(如50%清醒時間臥床或受限輪椅) 個案有明確護理需求 患有慢性病且需長期護理或出院後需繼續護理之患者
安寧居家療護 (進階條件)	居家醫療(基本條件)的項目 需經過院所安寧居家療護小組專責醫師評估或安寧療護教育訓練及臨床見習之醫師評估



### ■ 衛福部長照專區：

若為預期或已達6個月以上生活無法自理65歲以上老人、55歲以上原住民或失能身心障礙者，可連絡當地長期照護管理中心，經其到府評估後申請長照服務銜接。長照服務包括「照顧及專業服務」、「交通接送」、「輔具租借、購買及居家無障礙環境改善」及「喘息服務」四種類。

衛福部長照專區：

<https://1966.gov.tw/LTC/cp-6533-70777-207.html>

### ■ 失智照護-衛福部長照專區：

針對失智症患者，有團體家屋、失智共同照顧中心、失智社區服務據點等失智照顧服務資源。

失智照護 - 衛福部長照專區：

<https://1966.gov.tw/LTC/lp-6456-207.html>

### ■ 身心障礙-衛生福利部：

若被照顧者未申請長照服務，且年度綜合所得稅稅率級距12%(含)以下，入住住宿事服務機構累計達90天以上時，可申請階梯性金額補助，一年最高可領取6萬元。身心障礙者則可透過身心障礙-衛生福利部網站，查詢身心障礙各項協助資源，包含身心障礙者鑑定、安置照顧和輔具資源，以及福利服務和諮詢專線等資訊。

身心障礙 - 衛生福利部：

<https://www.mohw.gov.tw/cp-88-235-1-45.html>

## 參考範例

延續姜阿公的評估結果，運用5Ms面向整理出的問題列表（Problem list）：

- **Multi-complexity**：十二指腸潰瘍併出血(已改善)、醫源性問題-鼻胃管。
- **Mobility**：近三個月因車禍手術後臥床，導致活動功能衰退至失能，現無法行走。
- **Mentation**：疑似憂鬱，部分起因於失能，導致適應障礙，認知功能正常。
- **Malnutrition**：有高度營養不良風險，BMI值嚴重偏低( $14.8 \text{ kg/m}^2$ )，現因衰弱與食慾不佳以鼻胃管灌食，但吞嚥並無問題。
- **Matters**：姜阿公車禍前與小兒子同住，因車禍手術後衰弱與鼻胃管灌食，不得已入住護理之家。姜阿公對於未來若可恢復日常生活功能，包含行走、由口進食等抱持希望，也很期待能夠可以回到自己家中生活。小兒子為主要的照顧者表示，，假如能恢復到可在家中照顧之情況，願意將姜阿公接回家照顧。

針對姜阿公的情況，利用5Ms來擬定照護計畫並進行介入。

- **Multi-complexity**：出血狀況已改善，繼續使用氫離子幫浦阻斷劑(PPI)治療十二指腸潰瘍併出血。由於姜阿公抱怨因放置鼻胃管導致喉嚨疼痛，在確認沒有咽喉及吞嚥的問題之後，開始嘗試軟質食物，沒有出現嗆咳或噁心嘔吐的症狀，且量也逐漸增加，最後將鼻胃管移除。
- **Mobility**：姜阿公轉至老年科病房後，團隊採漸進式訓練，由於臥床時間較久，一開始先確定阿公無姿勢性低血壓之問題後，讓他練習坐姿平衡，再起身坐至床緣處。除了照會復健科進行復健外，另外也提供各種輔具進行下肢肌力訓練，包括每日使用「腳踏訓練器」練習，減低肌肉衰退及關節的攣縮；接著加上讓阿公使用「站立式輪椅」，逐步訓練下肢肌力，並適應站立姿勢及平衡協調。當阿公可在協助下站立時，開始使用「老人學步車」練習行走，經過六天積極的漸進式訓練之後，姜阿公已可不需協助下自行使用助行器行走約20公尺。活動量增加了，食慾也變好了。

178



- **Mentation**：因情緒低落、少進食、不活動等憂鬱共伴症狀，轉至老年科病房後給予Remeron® (Mirtazapine 30mg/tab)睡前半顆服用。團隊了解拒絕進食與下床的原因，也與家屬溝通預期可達成的目標，在得到姜阿公信任後，願意開始下床活動並持續復健而改善，也願意增加由口進食。
- **Malnutrition**：團隊營養師評估後，建議以漸進式給予熱量，從600 kcal/day逐步調整增加至目標為1200 kcal/day，並加入高蛋白配方。由於患者長期進食量偏低，屬於復食症候群(Refeeding Syndrome)之高風險族群，建議補充5天的針劑Thiamine (Vitamin B1) 以預防復食症候群。至於嘗試增加由口進食量與鼻胃管移除已於前述，介入後體重也略為增加至大於39kg。

#### ■ 居家環境與後續照顧問題

由於平時病人住二樓，團隊也跟家屬討論居家環境的擺設，如何協助上下樓、調整屋內物品擺設，減少障礙，以利助行器活動，以及討論是否要在床旁、浴室或馬桶的牆壁裝置扶手等。照顧的部分，家中也已申請聘請外籍看護協助共同照顧。

在轉至老年科病房經團隊照護訓練一星期後，姜阿公的情緒和精神與飲食都改善許多，行動能力也進步到可以使用助行器行走。阿公順利出院，趕在小年夜前如願回到家，跟思念的家人一起吃團圓飯。

#### 追蹤與結果

姜阿公轉至老年科住院一星期後出院，出院時活動功能已恢復至可用助行器行走約20公尺，並給予出院後的復健及活動建議。一個月回診時除了可持續使用助行器行走活動外，在協助下也可上下樓梯；在三個月返診時，已可使用四腳手杖行走，半年後返診時已可不需輔具下行走約20公尺以上。日常生活除洗澡跟穿衣尚需人協助外，大多都已可自理。

體重過輕與營養不良的部分，出院前鼻胃管移除後已可順利由口進食，並給予出院後的飲食建議。一星期回診時體重為39.3公斤，比住院時增加1.3公斤；一個月後返診時體重為42公斤。出院三個月後返診時體重為46.5公斤，半年後返診體重增至52公斤，已恢復與過去車禍手術前相同之體重。在日常生活功能及體重逐漸恢復下，病人的憂鬱情緒亦逐漸改善，也表達對自己的進步很開心。

姜阿公後續也定期回診，由門診醫師追蹤各項生理指標，高齡照護師(個管師)也繼續追蹤老年病症候群的狀況，並衛教阿公了解自己的情況、知道該如何做、如何吃可以更加健康。也會連結高齡社區資源給爺爺，如成大運動班、社區自辦的活動等。期望爺爺能夠不在醫院時，仍可繼續進步，多多活動，也拓展自身的社交圈。爺爺在此照護模式下，身心情況漸入佳境，能正常飲食，也可以自行外出行走近一小時；最重要的是，可以繼續與心愛的家人一起生活，心情更加正面向上，維持美好的晚年生活。

姜爺爺運用Geri-FORCE照護之影片介紹：

<https://bit.ly/3fhH9RE>

(或請查詢FB「高齡療復力Geri-FORCE」社團)

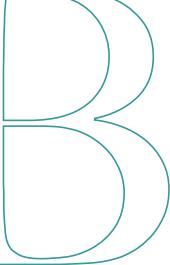


出院後回第一次返門診之情形

出院後六個月，走路不需攬扶，  
但仍稍有不穩



出院一年後回門診，走的更穩些，且神采奕奕！（快樂的大合照）



## 第六篇

### 追蹤與成效

#### 成效指標

國外高齡照護相關的成效指標說明：  
Hospital Elder Life Program (HELP)

啟動計劃前，鼓勵醫院在三個月內獲取相關成效指標的基線率(baseline rates of outcomes)，此數據將為醫院重要的基礎資料。計劃成功實行一年後再次測量，往後每年測量一次。

成效類型視各醫院量身訂制，理想的考量情況為：(1)對醫院領導者為重要；(2)可作為HELP計劃規律追蹤程序的一部份；(3)從其他醫院亦可收集到的成效。建議單位向醫院領導者提交年度報告，內容包括：服務病人數、臨床效益、病人滿意度、及潛在減少的成本。此類持續進行中的報告是相當重要的。然而，需注意的是，允許充足的時間至少12-18個月，以達臨床效益和成本節約。

#### HELP 提出之臨床成效指標

01. 謳妄 Delirium: prevalent and incident
02. 跌倒 Falls
03. 身體約束使用 Use of physical restraints
04. 離床警報使用 Use of bed alarms
05. 住院天數 Length of stay
06. 護理之家安置 Nursing home placement
07. 病人的家庭滿意度 Patient of family satisfaction scores
08. 認知測驗變差 Decline on cognitive testing
09. 出院時日常生活活動功能變差 Decline in basic activities of daily living (admission to discharge)
10. 出院時工具性日常生活活動功能變差 Decline in instrumental activities of daily living (admission to discharge)
11. 住院及出院後的醫療成本節省 Hospital and post-hospital cost savings
12. 護理人員留職率或滿意度 Nurse retention or satisfaction scores
13. 照服員留職率或滿意度 Aide retention or satisfaction scores
14. 壓傷 Pressure ulcers
15. 尿管相關之感染 Catheter-associated urinary tract infections
16. 營養不良 Malnutrition
17. 不活動 Immobility
18. 疼痛管理 Pain management
19. 便秘 Constipation
20. 看護(常伴) Use of sitters (constant companions)
21. 事件報告或法律行動 Incident reports or legal actions
22. 30天死亡率 30-day mortality rate
23. 30天再入院率 30-day readmissions rate

## 追蹤與成效

### 住院端

#### 訂定服務成效指標，定期追蹤並進行品質改善活動

針對長者友善照護模式之監測中心計畫，根據醫院特色，訂定計畫單位高齡者照護服務質量成效指標，並且定期舉辦會議與資料分析，持續進行品質改善活動（若已開始執行的項目，可提供相關之成效）。成效指標分為「必要指標」及「選配指標」，「必要指標」是每間醫院必須自我監視的幾項指標，選配指標則是醫院根據自己醫院的情況、資源及特色以選擇是否針對此項目持續進行品質改善。

#### 1. 成效指標

##### (1) 必要指標

###### A. ACE單位高齡者接受周全性老年評估(CGA)的比率

分子：ACE單位高齡者接受周全性老年評估(CGA)的比率

分母：ACE單位符合收案條件者，在篩檢後符合CGA評估之人數

###### B. 該單位接受ACE服務，經周全性老年評估(CGA)，發現有日常活動功能(ADL)衰退者，出院時較出院前二週內，功能持平或改善比率

分子：相較於介入前，介入後之ADL維持或改善的人數

分母：經CGA評估有ADL衰退，且同意接受介入之人數

\* 分子說明：若只評估不介入，無助於功能改善。

\* 分母說明：不一定是功能衰退才接受ACE介入，如ACE收案者若評估出只有營養、家庭支持等問題，但「無功能衰退」，則不會進行功能改善相關介入活動。同時，若評估有功能問題，則需提供相關介入活動

###### C. 針對問題擬定照護計畫的比率

分子：有擬定照護計畫之人數

分母：接受CGA後，評估有問題且接受ACE介入之人數

\*分母說明：在評估後，若沒有針對老年問題進行相關處置，則失去篩檢及評估的意義。

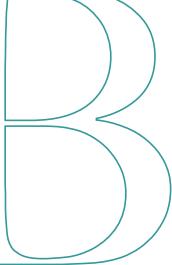
###### D. 14日內病人再住院率

分子：該次出院後14天內再住院人數

分母：經CGA評估發現問題，於住院期間接受ACE介入後出院之人數

\*分子說明：國外文獻多以30日內再住院為指標，在110年經專家效度審查修正後，以國內醫院品質指標之14日再入院為主。

\*分母說明：住院期間經CGA評估有問題，且有接受ACE介入後出院的人數



E. 出院後三個月仍存留住院時置放之管路的比率：

(1)鼻胃管 (2)尿管

分子：ACE單位針對問題介入後，出院後三個月，仍存留住院時置放之(1)鼻胃管的人數、(2)尿管的人數

分母：ACE介入個案出院三個月內為初次放置(1)鼻胃管的人數 (2)尿管的人數

(1) 若未放置或長期置放者，未在此討論；但初次置放，在三個月內還有潛在能訓練恢復，則一定要討論移除的可能。若部份長者無法移除管路，則需於病歷寫清楚，並考量**what matters**。

(2) 三個月若已移除且沒有再置放，無論期間使用何種介入方案(如：敲膀胱)，都表示是成功的介入方案。此外，出院當下仍有較多干擾因子或介入措施尚需時間發酵，介入需持續才可能有潛在成效。有些治療需長期且於出院後連結門診追蹤，才能在三個月時具成效。三個月之病況亦相對穩定，有時病患出院後不會頻繁回診，若時間點定的太緊(如4-6週)，可能會讓團隊感到壓力。

(2) 選配指標

A. ACE計畫單位高齡者偵測到老年病症候群 認知功能不佳、衰弱、近期(住院或看診二週前) 功能衰退、跌倒以及憂鬱、尿失禁、營養不良、多重用藥問題) 的比率

分子：評估有老年病症候群之人數

分母：ACE單位已接受CGA評估的人數

B. 團隊成員接受高齡照護核心課程訓練的比率

分子：團隊成員有接受訓練人數

分母：團隊成員數

C. 轉介PAC、長照或社區健康促進相關資源比率

分子：(1)有轉介PAC的人數；(2)有轉介長照或社區健康促進相關資源的人數

分母：經CGA評估，發現有衰弱、失能或認知功能障礙 (1)有轉介PAC需求的人數；(2)有轉介長照或社區健康促進相關資源需求的人數

\*分母說明：若評估非衰弱、失能或認知功能障礙，僅為憂鬱或用藥問題，則無轉介需求；此外，若將「發現有衰弱、失能或認知功能障礙」此句刪除，分母將更難定義何為「有需求的族群」。

D. ACE病房介入服務滿意度

2. 成立推動小組，訂定服務質量成效指標

3. 定期 (至少每個月一次) 召開會議，進行資料分析與追蹤

4. 針對成效不佳之指標，進行品質改善活動

## 追蹤與成效

### 門診端

訂定服務成效指標，定期追蹤並進行品質改善活動

針對長者友善照護模式之監測中心計畫，根據醫院特色，訂定計畫單位高齡者照護服務成效指標，定期進行會議，追蹤指標，並持續進行品質改善活動（若已開始執行的項目，可提供相關之成效）。成效指標分為「必要指標」及「選配指標」，「必要指標」是每間醫院必須自我監視的幾項指標，選配指標則是醫院根據自己醫院的情況、資源及特色選擇是否針對此項目持續進行品質改善。

#### 1. 成效指標

##### (1) 必要指標

- A. 該單位接受ACE服務，經周全性老年評估(CGA)發現有功能衰退者，功能持平或改善比率

分子：相較於介入前，介入後ADL維持或改善的人數  
分母：經CGA評估有ADL衰退，且同意接受介入之人數

\*分子說明：若只評估不介入，無助於功能改善。

\*分母說明：不一定是功能衰退才接受ACE介入，如ACE收案者若評估出只有營養、家庭支持等問題，但「無功能衰退」，則不會進行功能改善相關介入活動。同時，若評估有功能問題，則需提供相關介入活動。

- B. ACE單位長者接受周全性老年評估(CGA)的比率 (建議與C.擇一呈現)

分子：ACE單位長者接受周全性老年評估(CGA)的比率  
分母：ACE單位符合收案條件者，在篩檢後符合CGA評估之人數

- C. ACE單位門診65歲以上高齡者接受篩檢與評估的比率 (建議與B.擇一呈現)

\*說明：本題包括篩檢，由於門診時間短且病況相對穩定，有專家建議先篩檢，若有複雜問題再進行CGA。因篩檢率與評估率的分子與分母不同，在此將篩檢率與評估率分開。

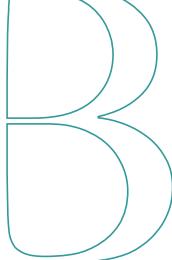
篩檢率：

分子：進行篩檢之人數  
分母：ACE門診單位高齡病患人數

\*分母說明：排除不適合納入篩檢者，並註明排除條件。

分子：ACE門診單位實際接受CGA評估之人數  
分母：ACE門診單位篩檢後符合CGA評估之人數

\*分母說明：註明不同意接受CGA評估的原因



#### D. 針對問題擬定照護計畫的比率

分子：有擬定照護計畫之人數

分母：接受CGA後，評估有問題且接受ACE介入之人數

\*分母說明：在評估後，若沒有針對老年問題進行相關處置，則失去篩檢及評估的意義。

#### E. ACE病房介入服務滿意度

##### (2) 選配指標

###### A. ACE計畫單位高齡者偵測到老年病症候群

認知功能不佳、衰弱、近期(住院或看診二週前)功能衰退、跌倒以及憂鬱、尿失禁、營養不良、多重用藥問題)的比率

分子：評估有老年病症候群之人數

分母：ACE單位已接受CGA評估的人數

###### B. 團隊成員接受高齡照護核心課程訓練的比率

分子：團隊成員有接受訓練人數

分母：團隊成員數

###### C. 轉介長照或社區健康促進相關資源比率

分子：有轉介長照或社區健康促進相關資源的人數

分母：經CGA評估有衰弱、失能或是認知功能障礙，且尚未接受相關資源服務的人數

\*分母說明：若評估非衰弱、失能或認知功能障礙，僅為憂鬱或用藥問題，則無轉介需求；此外，若將「發現有衰弱、失能或認知功能障礙」此句刪除，分母將更難定義何為「有需求的族群」。

###### D. ACE門診個案14日內入急診之比率

分子：接受ACE介入後，14日內入急診之人數

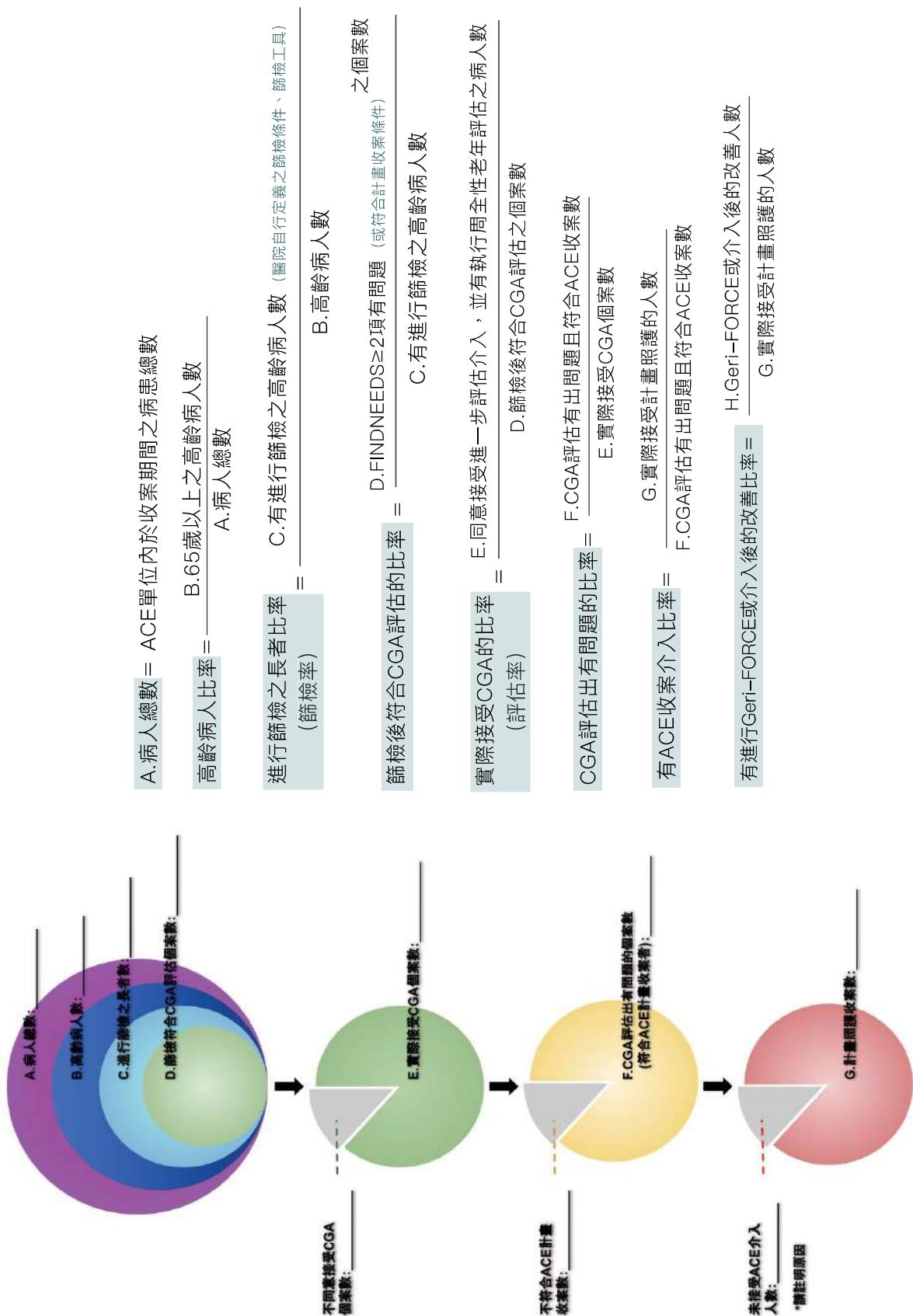
分母：門診ACE單位，接受CGA評估出有問題，且有接受ACE介入之人數

2. 成立推動小組，訂定服務質量成效指標

3. 定期召開會議報告、追蹤以及進行檢討

4. 針對成效不佳之指標，進行品質改善活動

## ACE單位：申請ACE計劃時，設定之收案病房區域或診間





## 參考範例 -以醫療財團法人羅許基金會羅東博愛醫院為例

### 住院端

#### 住院端篩檢評估與收案照護狀況

分區共學住院端第二組  
第三場培力研習會：111/11/30

住院端統計區間：2022年05月12日起至11月20日

項目	人數	
總病人數	2,570	
高齡病人數：心臟血管內科(11F)/腎臟內科(13F)/胸腔內科(14F)病房	1,438	
進行篩檢之長者數 (ICOPE初評)	1,269	
篩檢後符合CGA評估個案數	1,131	
不同意接受CGA評估個案數	36	
實際接受CGA評估個案數 (ICOPE複評)	1,095	
不符合ACE計畫收案數	0	
CGA篩檢出有問題的個案數 (符合CGA計畫收案者)	1,095	
未接受ACE介入人數	32	
計畫照護收案人數	1,063	
項目	分子	分母
總病人數	2,570	
高齡病人比率	高齡病人數：1,438	總病人數：2,570
篩檢比率 (ICOPE初評)	篩檢病人數：1,269	高齡病人數：1,438
篩檢後符合CGA比率	符合CGA評估病人數：1,131	篩檢病人數：1,269
實際接受CGA評估比率 (ICOPE複評)	CGA評估病人數：1,095	符合CGA評估病人數：1,131
篩檢比率 (初評率)	篩檢病人數：1,269	高齡病人數：1,438
評估率 (複評率)	CGA評估病人數：1,095	符合CGA評估病人數：1,131
收案介入率	計畫照護收案病人數：1,063	符合CGA計畫收案病人數：1,095
CGA篩檢出有問題比率	符合CGA計畫收案病人數：1,095	CGA評估病人數：1,095
計畫照護比率	計畫照護收案病人數：1,063	符合CGA計畫收案病人數：1,095

### 門診端

#### 門診端篩檢評估與收案照護狀況

分區共學門診端第二組  
第三場培力研習會：111/11/04

門診端統計區間：2022年05月12日起至09月30日

項目	人數	
總病人數	599	
項目	分子	分母
高齡病人數：腎臟內科/家庭醫學科	405	總病人數：599
進行篩檢之長者數 (ICOPE初評)	327	高齡病人數：405
篩檢後符合CGA評估個案數	293	進行篩檢之長者數 (ICOPE初評)
不同意接受CGA評估個案數	21	篩檢後符合CGA評估個案數
實際接受CGA評估個案數 (ICOPE複評)	272	不同意接受CGA評估個案數
不符合ACE計畫收案數	0	實際接受CGA評估個案數 (ICOPE複評)
CGA篩檢出有問題的個案數 (符合CGA計畫收案者)	272	不符合ACE計畫收案數
未接受ACE介入人數	16	CGA篩檢出有問題的個案數 (符合CGA計畫收案者)
計畫照護收案人數	256	未接受ACE介入人數
項目	分子	分母
總病人數	599人	計畫照護收案人數
高齡病人比率	高齡病人數：405	總病人數：599
篩檢比率 (ICOPE初評)	篩檢病人數：327	高齡病人數：405
篩檢後符合CGA比率	符合CGA評估病人數：293	篩檢病人數：327
實際接受CGA評估比率 (ICOPE複評)	CGA評估病人數：272	符合CGA評估病人數：293
篩檢比率 (初評率)	篩檢病人數：327	實際接受CGA評估比率 (ICOPE複評)
評估率 (複評率)	CGA評估病人數：272	篩檢比率 (初評率)
收案介入率	計畫照護收案病人數：256	評估率 (複評率)
CGA篩檢出有問題比率	符合CGA計畫收案病人數：272	收案介入率
計畫照護比率	計畫照護收案病人數：256	CGA篩檢出有問題比率

## 參考文獻

- 01 國家發展委員會：中華民國人口推估（2020至2070年）報告。2020。<https://reurl.cc/Xly8ag> [2021/09取得]。
- 02 衛生福利部統計處：106年全民健康保險醫療統計電子書。2017。<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/cp-4269-45872-113.html> [2021/9取得]。
- 03 岳芳如、張瑩如、胡芳文：護理人員高齡照護能力培訓課程之成效探討。台灣老年醫學暨老年學雜誌 2018；13，87-99。
- 04 Palmer RM: The Acute Care for Elders Unit Model of Care. Geriatrics Basel, Switzerland 2018; 3(3), 59.
- 05 Conroy S, Dowsing T: The ability of frailty to predict outcomes in older people attending an acute medical unit. Journal of Acute Medicine (JACME) 2013; 12(2), 74-76.
- 06 Kellie LF, Katrina BE, Edgar P, Ellen SD, Denise MK, Robert MP: Acute care for elders: A Model for Interdisciplinary Care (Aging Medicine). Editors by Michael LM, Elizabeth AC, Rober MP. P.7.
- 07 Flood KL, Allen KR: ACE units improve complex patient management. Today's Geriatric Medicine 2013; 6(5), 28. <http://www.todays-geriatricmedicine.com/archive/090913p28.shtml> [2021/09 accessed]
- 08 D'onofrio A, Büla C, Rubli E, Butrognو F, Morin D: Functional trajectories of older patients admitted to an Acute Care Unit for Elders. International Journal of Older People Nursing 2018; 13: e12164.
- 09 American Geriatrics Society: Multidisciplinary Competencies in the Care of Older Adults at the Completion of the Entry-level Health Professional Degree (Partnership for Health in Aging). 2019. <https://www.americangeriatrics.org/geriatrics-profession/core-competencies> [2016/09 accessed].
- 10 Bub L, Boltz M, Malsch A, Fletcher K: The NICHE Program to Prepare the Workforce to Address the Needs of Older Patients. In: Malone ML, Capezuti EA, Palmer RM. Geriatrics Models of Care 2015 (pp. 57-70). New York: Springer, Cham, <https://doi:10.1007/978-3-319-16068-9>
- 11 財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會：二年期醫師畢業後一般醫學訓練計畫。2019。<https://www.jct.org.tw/cp-171-4644-c6ce4-1.html> [2021年09月30日取得]。

- 12 Capezuti, E. A. & Boltz, M.: An Overview of Hospital-Based Models of Care. In Malone, M. L., Capezuti, E. A., & Palmer, R. M. *Acute Care for Elders: A Model for Interdisciplinary Care* 2014 (pp. 49-68). New York: Humana Press. <https://doi:10.1007/978-1-4939-1025-0>
- 13 Parks, S. M., Harper, G. M., Fernandez, H., Sauvigne, K., & Leipzig, R. M.: American Geriatrics Society/Association of Directors of Geriatric Academic Programs curricular milestones for graduating geriatric fellows. *Journal of the American Geriatrics Society* 2014; 62(5), 930.
- 14 Charles, L., Triscott, J. A., Dobbs, B. M., & McKay, R.: Geriatric core competencies for family medicine curriculum and enhanced skills: care of elderly. *Canadian Geriatrics Journal* 2014; 17(2), 53.
- 15 Pierre, J. S., & Conley, D. M.: Introduction to gerontological nursing. In K. Mauk. (Ed.), *Gerontological nursing: competencies for care* 2018 (4 nds., pp.3-21). Burlington, MA: Jones & Bartlett.
- 16 Rosen, A., Zlotnik, J. L., Curl, A., & Green, R. G.: CSWE SAGE-SW national competencies survey and report. 2000. Washington, DC: Council on Social Work Education.
- 17 Altilio, T., Otis-Green, S., & Dahlin, C. M.: Applying the National Quality Forum Preferred Practices for Palliative and Hospice Care: A social work perspective. *Journal of social work in end-of-life & palliative care* 2008; 4(1), 3-16. <https://doi.org/10.1080/15524250802071999>
- 18 Castle, N. G.: Relocation of the elderly. *Medical care research and review* 2001; 58(3), 291-333. <https://doi.org/10.1177/107755870105800302>
- 19 Wong, R., Avers, D., Barr, J., Ciolek, C., Klima, D., & Thompson, M.: Essential competencies in the care of older adults at the completion of the entry-level physical therapist professional program of study. *Academy Geriatric Physical Therapy* 2014.

## 編輯群

( 按輔導團隊醫師名稱筆劃順序排列 )

### 特別指導

#### 王英偉

慈濟大學醫學系 / 教授  
花蓮慈濟醫院院長室 / 顧問、緩和醫學中心 / 主任  
衛生福利部國民健康署 / 前署長

### 主 編

#### 張家銘

國立成功大學醫學院附設醫院高齡醫學部 / 主任  
國立成功大學醫學院醫學系內科學科、老年學研究所 / 副教授  
台灣高齡照護暨教育協會創會理事長 / 常務理事  
台灣整合照護學會理事 / 學術委員會委員  
台灣老年學暨老年醫學會 / 專科醫師訓練委員會委員  
台灣長期照護專業協會 / 學術委員會委員

### 副 主 編

#### 胡芳文

國立成功大學醫學院附設醫院護理部 / 高齡照護專責護理師  
國立成功大學醫學院護理學系 / 臨床副教授  
台灣高齡照護暨教育協會 / 常務理事  
台灣社區衛生護理學會 / 理事  
台灣護理學會 / 進階護理委員會委員

190

### 執行編輯

#### 林岱嬅

國立成功大學醫學院附設醫院高齡醫學部 / 專案工作人員  
台灣高齡照護暨教育協會 / 副秘書長

#### 楊玖潤

國立成功大學醫學院附設醫院高齡醫學部 / 專案工作人員

### 輔導團隊醫師

#### 黃基彰

國立成功大學醫學院附設醫院高齡醫學部 / 主治醫師  
國立成功大學醫學院醫學系 / 臨床講師  
台灣高齡照護暨教育協會 / 理事

#### 賴柏亘

國立成功大學醫學院附設醫院高齡醫學部 / 主治醫師

#### 羅玉岱

國立成功大學醫學院附設醫院高齡醫學部 / 主治醫師  
台灣高齡照護暨教育協會 / 常務理事  
台灣家庭醫學醫學會 / 繼續教育委員會委員



## 諮詢專家

( 按專家名稱筆劃順序排列 )

### 王富宏

王觀瑜診所 / 主治醫師

### 王嘉穗

臺北榮民總醫院員山分院藥劑科 / 主任

### 方雀娥

國立成功大學醫學院附設醫院高齡醫學部 / 專科護理師

### 李純瑩

高雄醫學大學附設醫院家庭醫學科 / 主任  
高雄醫學大學附設中和紀念醫院老年醫學科 / 主治醫師

### 杜彗寧

國立成功大學醫學院附設醫院藥劑部 / 藥師

### 林育德

高雄榮民總醫院高齡醫學中心 / 主任  
台灣高齡照護暨教育協會 / 理事長  
高雄市失智症協會 / 理事

### 林宗瑩

國立成功大學醫學院  
健康照護科學研究所暨職能治療學系 / 副教授

### 林奕璇

國立成功大學醫學院附設醫院高齡醫學部 / 個案管理師

### 洪菁霞

國立成功大學物理治療學系 / 教授暨主任  
國立成功大學醫學院附設醫院物理治療中心 / 兼任物理治療師

### 柯玉珍

國立成功大學醫學院附設醫院營養部 / 營養師

### 徐秀雲

國立成功大學醫學院附設醫院復健部 / 職能治療師  
國立成功大學職能治療學系 / 臨床副教授

### 高聖倫

佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院老年醫學科 /  
主任

### 許慧雅

高雄榮民總醫院 / 營養師  
嘉南藥理大學藥粧生技產業學士學位學程 / 兼任講師  
高雄市營養師公會 / 前理事長  
台灣高齡照護暨教育協會 / 理事

### 郭芳艷

國立成功大學醫學院附設醫院高齡醫學部 /  
專科護理師

### 陳建良

義守大學物理治療學系系主任 / 副教授  
台灣高齡照護暨教育協會 / 理事

### 張玲慧

國立成功大學職能治療學系 / 副教授  
亞太職能治理聯盟 / 總會長  
社團法人臺灣職能治療學會 / 監事

### 張欽凱

台大雲林分院老年醫學部 / 主治醫師  
台灣老年學暨老年醫學會 / 專科醫師訓練醫院審查委員  
台灣在宅醫療學會 / 理事

### 彭莉甯

臺北榮民總醫院高齡醫學中心高齡醫學科 / 主任  
國立陽明大學醫學系家庭醫學科 / 副教授  
台灣整合照護學會 / 常務理事

## 誌 謝

### 彭巧珍

南臺學校財團法人南臺科技大學 高齡福祉服務系暨高齡服務學士學位學程 / 副教授  
 台南市營養師公會 / 常務監事  
 台灣素食營養學會 / 常務理事  
 勞動部雲嘉南分署小型企業人力提升計畫 / 輔導委員  
 公共工程委員會 / 採購評選委員  
 台南市食品安全衛生管理體系 / 食安輔導員  
 台南市108年餐飲衛生管理分級評核評鑑計畫 / 評核委員

### 黃俊雄

光田綜合醫院胸腔內科 / 主治醫師、  
 呼吸治療科 / 主任醫師  
 台灣內科醫學會、台灣胸腔暨重症加護醫學會 /  
 胸腔暨重症專科醫師暨指導醫師  
 台灣醫學教育學會 / 會員一般醫學臨床教師

### 詹鼎正

國立台灣大學醫學院附設醫院老年醫學部 /  
 主任、北護分院內科 / 兼任主治醫師  
 國立台灣大學醫學院內科 / 臨床教授  
 台灣老年學暨老年醫學會理事 / 教育委員會主任委員

### 蔡宜蓉

高雄醫學大學職能治療學系 / 助理教授  
 高雄醫學大學附設中和紀念醫院精神科 /  
 兼任職能治療師  
 社團法人臺灣職能治療學會 / 監事

### 蔡娟秀

慈濟大學護理學系 / 教授  
 慈濟科技大學護理系 / 主任  
 台灣尿失禁防治協會副理事長 / 護理委員會主委

### 黎家銘

台大醫院北護分院家庭醫學部 /  
 主治醫師、住院中心主任  
 台灣老年學暨老年醫學會 /  
 資訊及專科醫師甄審委員

本手冊建議、範例、素材由下列機構提供，  
 謹此致謝：

中山醫學大學附設醫院  
 天主教中華聖母修女會醫療財團法人天主教聖馬爾定醫院  
 台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人淡水馬偕紀念醫院  
 台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人新竹馬偕紀念醫院  
 光田醫療社團法人光田綜合醫院  
 安泰醫療社團法人安泰醫院  
 竹山秀傳醫療社團法人竹山秀傳醫院  
 佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院  
 奇美醫療財團法人奇美醫院  
 奇美醫療財團法人柳營奇美醫院  
 埔基醫療財團法人埔里基督教醫院  
 財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院  
 高雄市立大同醫院  
 (委託財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院經營)  
 國立成功大學醫學院附設醫院  
 童綜合醫療社團法人童綜合醫院  
 新光醫療財團法人新光吳火獅紀念醫院  
 臺中榮民總醫院  
 臺北市立萬芳醫院-委託財團法人臺北醫學大學辦理  
 臺北市立聯合醫院中興院區  
 臺北榮民總醫院員山分院  
 臺灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院  
 輔仁大學學校財團法人輔仁大學附設醫院  
 衛生福利部南投醫院  
 衛生福利部桃園醫院  
 衛生福利部臺北醫院  
 衛生福利部臺南醫院  
 衛生福利部豐原醫院  
 賢德醫院  
 戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院  
 聯新國際醫院  
 醫療財團法人徐元智先生醫藥基金會亞東紀念醫院  
 醫療財團法人羅許基金會羅東博愛醫院

# 醫院發展 具延緩失能理念之 長者友善服務模式 實務操作手冊



急診端 | 門診端 | 住院端 |

書名 | 醫院發展具延緩失能理念之長者友善服務模式實務操作手冊

發行人 | 吳昭軍署長

著者 | 衛生福利部國民健康署、社團法人台灣急診醫學會、國立成功大學

編輯小組 | 黃建程、張家銘

(以下人員依姓氏筆畫排序) 林岱嬪、胡芳文、管仁澤、楊佳容、楊玖潤、鍾睿元

編審 | 魏璽倫、吳建遠、周燕玉、鍾遠芳、康久真

美術編輯 | 陳益昌設計工作室

I S B N | 978-626-7260-57-9 (PDF)

G P N | 4711200071

展售處 | 本手冊以電子書形式提供，登載於衛生福利部國民健康署健康99網站

出版機關 | 衛生福利部國民健康署

電話 | (02)2522-0888

地址 | 103205-臺北市大同區塔城街36號

出版年份 | 中華民國 112 年 09 月 版次 | 第一版

網址 | <https://www.hpa.gov.tw>

定價 | 免費提供下載，不提供販售

著作財產權人 |

衛生福利部國民健康署本書保留所有權利。

欲利用本書全部或部分內容者，需徵求著作財產權人國民健康署同意或書面授權。

請洽衛生福利部國民健康署(電話：02-25220888)

@all right reserved.

Any forms of using or quotation, part or all should be authorized by copyright holder Health Promotion Administration, Ministry of Health and Welfare, Taiwan, R.O.C..(TEL:886-2-25220888)

本出版品經費由國民健康署菸品健康福利捐支應。

This publication is funded by the Tobacco Hazards Prevention and Health Protection Funds of Health Promotion Administration.





ISBN 978-626-7260-57-9

A standard linear barcode representing the ISBN number 9786267260579.

9 786267 260579