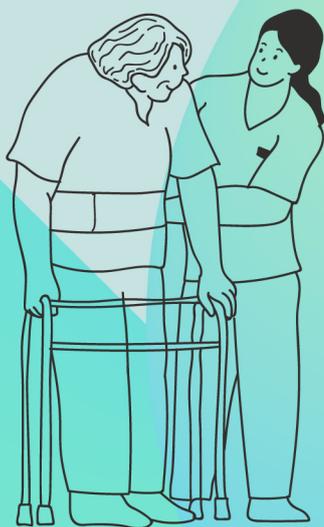


出版機關 衛生福利部國民健康署
中華民國 112 年 09 月 出版



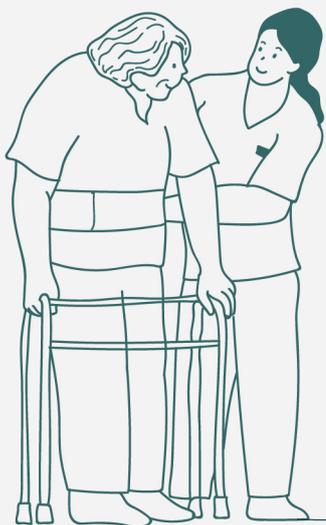
醫院發展 具延緩失能理念之 長者友善服務模式 實務操作手冊附錄冊

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



附錄冊

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

A

急診端



門診端 與 住院端

B

急診端附錄冊

001 第一篇

急診端常見Q&A

013 第二篇

急診端附件

- 013 附件一 台灣高齡急診品質提升指引
- 018 附件二 急診高齡照護教育訓練指引
- 062 附件三 照護模式建立具體範例影片-111年度急診端試辦醫院
- 063 附件四 長者照護相關資源

064 第三篇

急診端本冊相關流程圖

門診與住院端附錄冊

084 第一篇

常見高齡者健康問題(老年病症候群)照護流程

098 第二篇

門診端與住院端常見Q&A

104 第三篇

門診端與住院端附件

- 104 附件一 公版篩檢及評估工具
- 109 附件二 高齡照護教育訓練指引
- 147 附件三 ViVifrail
- 148 附件四 照護模式建立具體範例影片-111年度門診端與住院端試辦醫院

149 門診端與住院端本冊 相關流程圖

附錄冊
PART

A

急診端



第一篇、常見Q&A

(一) 跨領域團隊成員配置

問：個案管理師是否限醫療相關人員（護理師資格）？

答：

1. 計畫中個案管理師資格並不限於醫療相關人員，當然具護理師或相關醫學背景尤佳，但主要應依計畫需求而聘用相關人才。
2. 以奇美醫院為例，因為急診之篩檢方式簡單快速，非醫療人員亦可做，且考量個案管理師需與病人、家屬及各部門進行溝通，故過去亦有聘請非醫療人員但溝通能力佳者擔任個案管理師之案例。此非醫療專業之個案管理師表現良好。今年進行的計畫為急診出院追蹤訪視（通訊之追蹤服務），因急診護理師有相關經驗且了解院內流程，如病人衛教及出院轉銜等，故今年優先以具急診護理師經驗者擔任個案管理師一職。

問：急診端ACE個案管理師與急診醫護如何進行明確分工？

答：

1. 因急診忙碌且緊急，醫護人員常忙於急重症病人之處理，若選擇之篩檢工具複雜或需長時間，篩檢與後續轉銜照護應由專責「個案管理師」來進行。但是高齡急診照護應該「內化」到變成急診常規業務，若單由「個案管理師」來處理，可能使得高齡急診照護只落得在個案管理師身上，無法擴散到急診醫事人員、內化成臨床常規，所以單由「個案管理師」來進行篩檢與轉銜照護應是階段性作法，長遠計畫應是把篩檢與轉銜照護流程簡化，融入急診常規業務中。然而，儘管最終極目標是所有急診醫事人員皆能進行高齡友善照護，內化至臨床常規業務，但是若能搭配專職個案管理師，對急診進行高齡友善仍有莫大幫助。
2. 急診與老年醫學科合作方式依照醫院資源與目標來訂定，沒有一定作法，例如，老年醫學科可先與急診團隊溝通協調成立急診窗口（例如個案管理師、急診專科護理師或總醫師等），經急診先篩檢病人，再由此窗口提供可能符合條件的名單給老年醫學科。

問：專科護理師在急診推動延緩失能所扮演的角色為何？

答：專科護理師擁有相當程度的專業能力，是高齡照護很重要的夥伴，建議推展高齡急診照護可多加入專科護理師的參與。例如，若無個案管理師篩檢及轉介，醫師又太忙，可請專科護理師幫忙。

問：個案管理師招聘延遲怎麼辦？

答：人員招募若有問題，可思考由其他人員兼任，或是先著手教育訓練等進度。

問：跨領域團隊成員及與老年醫學科合作之重要性？

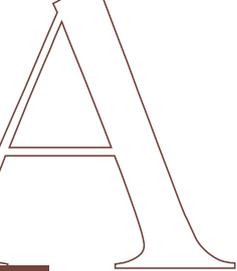
答：

1. 高齡急診病人之篩檢及轉銜照護需要急診與老年醫學科之團隊合作，如同治療心血管疾病要有急診與心臟科，缺一不可，由急診先進行診斷與初步治療，接下來再由心臟科接手做後續照護，若醫院無設置老年醫學科，也可以與其他科別，但具有高齡照護相關專長的醫師或團隊合作。
2. 高齡照護之跨領域團隊成員若能加入藥師、物理治療師、社工師、職能治療師及營養師等，更能符合長者的需求。
3. 跨領域團隊成員，例如藥師或物理治療師等，以兼任較可行。
4. 高齡照護的核心精神在於「以病人為中心，跨領域團隊介入」，因此在篩檢後之門診轉介，應避免轉介多個門診，例如一次就轉介病人到心臟科、胸腔科、腎臟科等，這樣會造成病人及家屬困擾。建議病人如無明顯次專科問題，應轉介至整合性門診為佳（例如老年醫學科），當然，轉介門診之選擇，需要尊重病人與家屬意願。

問：急診跨團隊會議之辦理間隔時間及方式？

答：

1. 急診跨團隊會議一般為至少三個月開會一次，因急診以急重症為主，無法和一般病房相同。若有專責醫師負責高齡急診



業務，可依醫院情況增加跨團隊會議次數，例如可改為一個月一次，甚至每周一次。

2. 會議內容建議有：

- (1) 個案討論：急診與老年醫學科（或其他合作病房）共同討論個案，藉此增進共識、提升照護品質。
- (2) 讀書會：團隊成員從中得新知，同時可建立共識。
- (3) 品質提升競賽討論（包含院內品質提升競賽及國家級品質提升競賽）：跨領域團隊會議可討論高齡照護策略之目標及執行方式，以奇美醫院為例，108年時進行藥物整合，109年時進行譫妄症篩檢，110年時進行新增通訊追蹤，這些高齡照護策略之進行，既達到國民健康署ACE計畫要求，又可改善醫院高齡照護品質，增進團隊成員高齡照護能力，若得獎還可幫醫院及團隊增加榮譽，一舉數得。

問：有醫院長官支持的重要性為何？

答：

長官支持是成功的最重要關鍵！因跨領域團隊的人力運用需跨部門協調，若有長官的支持較易讓各科部配合執行，並有利於個案篩檢後進行連續性之轉銜照護。

(二) 教育訓練

問：教育訓練之重要性及其對象？

答：

急診要進行高齡照護，醫事人員必須先具備高齡照護之能力，因此，所有急診人員都要受教育訓練，然而，因為臨床專業度不同，不同職類可有不同的教育訓練內容。如：醫師、個管師 / 護理師、藥師、社工師等不同教育訓練課程。

問：醫院資源不足情況下如何辦理教育訓練？（如師資缺乏等）

答：

1. 資源共享：由台灣急診醫學會建置平台，並蒐集各試辦醫院所提供之高齡急診教育相關課程影片，供各試辦醫院使用於教育訓練。
2. 講師建議名單：由台灣急診醫學會建立講師建議名冊，提供試辦醫院參考。

3. 共同辦理課程：由試辦醫院共同辦理、分享資源，課程資源亦可分享給其他試辦醫院使用。
4. 線上教育訓練及認證課程：台灣急診醫學會為因應廣大教育訓練需求，目前已經在進行籌劃中。

(三) 器材與設備

問：器材設備使用注意事項？

答：

1. 急診高齡友善相關器材與設備在購買前可思考購入後如何使用，例如：放置地點、使用時機、使用人、提供者等相關問題。
2. 高齡友善設備在使用上的安全性需一併考量，例如便盆椅的固定等。

(四) 環 境

問：可提供食物及飲料重要性為何？

答：

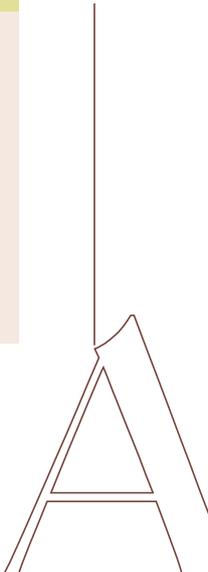
1. 提供食物及飲料給病人是急診必備條件，除了病人，建議也能提供食物及飲料給照顧者，以避免因照顧者離開床邊時，病人無人看顧，造成病人安全問題，如下床跌倒等。
2. 若病人於急診停留時間較久或是有特殊的需求（如吞嚥困難），建議可以其他途徑協助，例如結合餐廳或提供吞嚥困難治療餐，避免因嗆咳導致吸入性肺炎等問題。

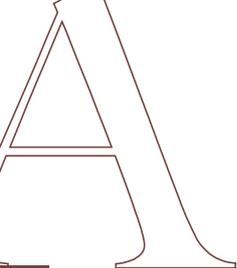
(五) 高齡照護策略

問：收案條件標準為何？

答：

1. 沒有一定的標準，應依各醫院資源、條件及預計達成之目標，訂定出各醫院高齡照護策略及收案標準。
2. 急診可與老年醫學科（或其他合作病房）共同討論出收案的或住院之標準，因為急診很忙碌，且以急重症照護為優先，因此，這標準應簡單清楚，以減少醫事人員壓力，增加醫事人員遵從度。





3. 我們所訂的「台灣高齡急診品質提升指引」只是指引出重點方向，但各家醫院狀況不同，不應該有單一標準，舉例來說，奇美醫院急診與老醫科的共識是以急性功能下降、多重共病、身心失能、安寧緩和需求為收治整合病房的標準，且由急診醫師判定，不須經由老年醫學科醫師同意，但這標準就不一定適用在其他的醫院。另外，不需收住院者，可以依照每個醫院資源設定篩檢標準，以提供病人轉銜服務。例如，奇美醫院有居家醫療，不須住院者，個案管理師可以將有居家醫療需求的病人轉介居家醫療服務。

問：建議於何處進行高齡照護策略的篩檢與收案？

答：

建議個案管理師於留觀區（個案等住院、觀察或等出院）進行收案，避免於診察區進行，因為診察區病人狀況常不穩定，需先處理急重症為優先，而且診察區病人流動速度很快，容易錯失收案時間窗口。留觀區的病人狀況通常比較穩定，且病人流動速度較慢，較適合做為收案地點。

問：如何選擇高齡照護策略？評估表單內容標準為何？

答：

1. 依醫院資源及目標來訂定高齡照護策略及評估表單，可以參考「台灣高齡急診品質提升指引」中建議之高齡照護策略，或參考台灣急診醫學會編製之實務操作手冊。
2. 跟老年醫學科病房進行周全性老年評估不同，在急診的評估應盡量簡單化，時間不要超過五或十分鐘。評估時間如果過長，實用性會降低。
3. 建議可參考「台灣高齡急診品質提升指引」中「高齡照護策略」所提供評估方式，由單一策略開始，較全面性篩檢（周全性老年評估）來的可行，例如，可由譫妄症篩檢及轉介開始，採用bCAM做為篩檢工具，加上人員教育訓練及建立後續轉銜照護流程。

問：急診進行篩檢收案應注意那些事項？

答：

1. 急診不同於病房原因是急診以急重症為主，首要目的為穩定病人，當病人為穩定狀態，才能進行篩檢並收案，建議選單一策略進行篩檢，非全面性篩檢。例如選擇由篩檢譫

妄症開始，就要訂定譫妄症篩檢工具以及相關流程，並進行醫事人員之教育訓練。

2. 高齡照護策略的選擇，應以現有資源可支持者為佳，這樣在執行篩檢評估後，才能有足夠資源來協助轉介處理或追蹤。
3. 做篩檢及轉銜照護時要先找好對口單位，這樣篩檢後有對口單位接手，篩檢才有意義，例如，進行篩檢失智症及轉銜照護，可找老年醫學科或神經內科合作，篩檢陽性病人轉給老年醫學科或神經內科進行後續診斷及治療。
4. 在高齡照護策略方面若針對「高齡骨折病人」進行收案，建議訂定明確的骨折病人，如髖骨骨折，因髖骨大部分因為跌倒造成，可再進一步進行跌倒評估或衰弱評估，並延伸後續改善策略，進而預防再跌倒。

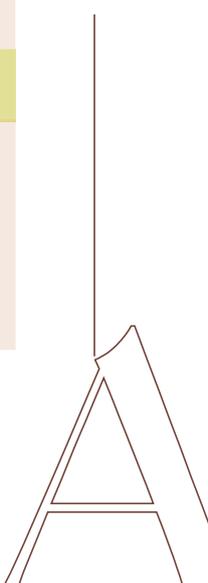
問：建議執行的延緩長者失能之照護策略？

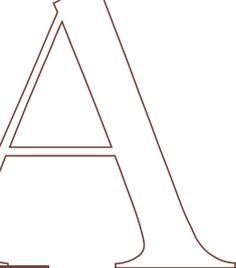
答：應依各醫院資源及目標選擇適合的照護策略，在「台灣高齡急診品質提升指引」中建議的「高齡照護策略」舉例如下：

1. 譫妄篩檢與轉介：方法有DTS、bCAM、4AT等。
2. 失智篩檢與轉介：方法有 Mini Cog、SIS、Short Blessed Test、Ottawa 3DY等，篩檢收案後轉介老年醫學科病房或門診。
3. 功能退化評估篩檢與轉介：可使用ISAR。
4. 跌倒評估轉介或追蹤：可使用Timed Up and Go Test。
5. 潛在不適當用藥：可使用Beers criteria執行。

問：執行譫妄篩檢，建議篩檢工具為何？

答：執行譫妄評估工具有4AT及美國高齡急診準則建議的bCAM、DTS、等，bCAM時間短，但執行人員需要進行足夠的教育訓練才能具體執行，4AT評估可能相對簡單易執行，各試辦醫院應依其資源評估選擇適用的評估工具。





問：ISAR與衰弱症關聯性？

答： ISAR為評估可能有高風險失能或退化的老人，不等於衰弱症診斷的判定。

問：急診執行跌倒評估後續轉介及治療方式？

答：

1. 「跌倒評估與追蹤」是很好的高齡照護策略，除評估跌倒與轉介外，也可再進一步進行其他評估，如譫妄症等。
2. 在急診進行跌倒評估後，轉介有跌倒風險個案進行後續介入的方式有：轉介老醫或跌倒門診、與骨鬆中心合作、居家評估等，詳細執行流程可參考已經有執行相關流程之醫院。
3. 若個案因跌倒骨折問題，除予以手術治療外，應進一步評估為何會跌倒的原因，可由復健科、家醫科或老人醫學科協助評估，進一步釐清跌倒原因，以避免下次跌倒。

問：急診藥物整合是甚麼？

答：

1. 急診藥物整合，並非是整合「急診所開的藥」，因為急診的藥本來就不會太多，而是在急診，篩檢出病人平常用藥有無「多重用藥」或「潛在不適當用藥」的問題，進而轉介住院或門診進行整合。可參考奇美醫院藥物整合流程如下：
 - (1) 對象：65歲以上辦理住院的病人。
 - (2) 篩檢條件：嚴重多重用藥（ ≥ 10 種）及潛在不適當用藥之病人。
 - (3) 篩檢方法：以電腦自動篩檢健保雲端用藥，把有符合篩檢條件的病人清單傳送給專責臨床藥師。
 - (4) 藥物整合：藥師收到電腦篩選名單後會進行藥物整合，並將整合建議從醫院資訊系統傳送給急診或住院端的主責醫師，醫師會參考藥師意見，並加上臨床判斷來決定是否修正用藥。
2. 高齡照護策略中藥物整合及潛在不適當用藥，特別留意及管理「病人自備藥」的部分。

問：藥物警示系統如何呈現？

答：

1. 以醫院資訊系統「資訊化呈現」為佳，以奇美醫院為例，急診與藥劑部合作，利用電腦篩檢嚴重多重用藥及潛在不適當用藥之病人，藥師收到電腦篩選名單後會進行藥物整合，並將整合建議從醫院資訊系統傳送給急診或住院端的醫師（圖1），再由臨床端決定是否修正用藥。

藥師整合留言同步傳送至急診、住院端



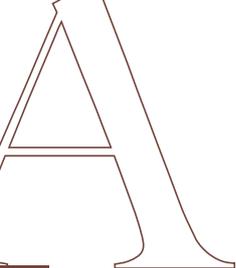
圖 1 藥師從醫院資訊系統傳送藥物整合建議給醫師

2. 但是資訊化需要時間建置，在尚無資訊化時，可先設定該醫院藥物整合的標準（例如，該醫院欲減少潛在不適當用藥，可以Beers criteria為標準），由藥師以「電話」與治療病人的醫師進行藥物整合溝通。藥師與醫師藥物整合的溝通原則是「僅給藥物整合建議」，而不是「要求醫師改藥」，因為醫師常有臨床需要，不得不使用潛在不適當用藥，否則容易造成醫藥之間衝突，並增加合作藥師心理的負擔，導致實施失敗率增加，但藥師給醫師意見仍有極大幫助，因為醫師可能因為臨床繁忙沒注意藥物問題，也可能根本不知道藥物可能的問題。藥物整合可以增進醫藥溝通，互相成長，病人也得到比較好的照護品質。

問：奇美醫院藥物資訊整合做法？

答：

1. 奇美醫院藥物資訊整合奇美醫院每日會定時對在院且有簽署雲端藥歷同意書之個案進行雲端藥歷下載，電腦會自動篩檢有「嚴重多重用藥」或「潛在不適當用藥」的病人，並傳送名單給專責臨床藥師進行藥物整合。針對急診病人則可進行單筆臨時下載，醫師無需再插入個案健保卡。



2. 譫妄症病人之藥物整合：急診醫師需先於急診醫囑系統輸入譫妄診斷碼，電腦會自動篩檢出診斷譫妄症之病人的名單，再由藥師按照名單進行藥物整合。

問：急診進行篩檢收案之後續動向的重要性？

答：住院有出院準備服務，病人後續動向較不用擔心，但急診病人沒有出院準備服務，因此病人後續發生的事情就值得擔心。而且病人會來急診代表有一個急性的健康狀況，常常不是在急診處理後就解決了所有的問題。因此，篩檢急診病人的問題，給予適當的轉銜照護、追蹤動向，是很重要的議題。

問：急診後續轉銜需注意事項？

答：

1. 急診出院後轉介門診須注意個案回診率，也就是有無確實回診，如病人無回診，需探討其原因，是否所提供的轉銜照護不符合病人或家屬需求。
2. 若個案由急診直接出院，但有衰弱或失能風險的長者可協助轉銜至社區長照。

問：如何於急診執行居家醫療收案？

答：因為很難做到隨時有居家醫療團隊來急診評估是否收案，故建議可先在急診會診或轉介居家醫療，然後病人可先出院，後續再由個案管理師或居家護理師聯絡家屬評估是否收案。

問：復健科適合在急診會診嗎？

答：復健科較適合住院時會診，較不建議在急診會診，因為病人常在急性期或只是短暫停留急診。若在急診等待住院過程很久，可考慮先在急診會診，或待病情穩定後再評估是否於急診會診。

問：有無比較適合評估高齡病患營養狀態的評估表？

答：常見高齡病人營養評估可參考迷你營養評估量表（Mini Nutritional Assessment, MNA），是一種全面性的營養評估量表。另外，MUST（Malnutrition Universal Screening Tool）也是可以選擇的簡單工具。

問：評估CFS時若長者無法清楚描述，如何解決？

答：評估CFS的資訊原則上應以來自長者本人或主要照護者，但臨床常遭遇困境常是長者無法清楚描述，長者又是獨居或由非主要照顧者陪同看診，導致醫事人員無法評估。若有類似上述困難，可從旁蒐集資訊，例如觀察個案是否有行動輔具等，或詢問鄰居、里長等。

問：失智轉介率相對低可能的原因？

答：有時不單純是醫院問題，也有可能是民眾無法接受失智這診斷，造成轉介上的困難，尤其在輕中度族群。

(六) 品質指標

問：品質指標之定義？

答：依110年本計畫第一次專家會議決議，品質指標定義為提出的高齡照護策略中之「完成項目比率」，例：若提出10項高齡照護策略，完成10項，那達成率為100%。

010

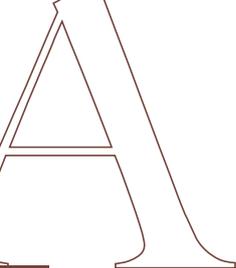
(七) 監測指標

問：篩檢符合條件成功轉介之人數及比率偏低，該如何繼續執行？

答：例如，個案因跌倒入急診，急診評估不需住院或個案不願住院者，經由詳細說明並轉介門診追蹤，但門診回診率偏低，依臨床觀察原因可能為個案自身問題（個性、知識能力不足）、家庭環境經濟問題等，建議可針對回診率偏低進行原因分析，並提出改善策略。例如，若是不方便回門診可轉介居家醫療，若是需要長照則協助申請長照2.0。

問：為何要了解高齡病人在急診中停留時間相關人數及比率？

答：高齡病人於急診停留時間過久容易引發譫妄症等併發症，因此在監測指標中「高齡病人在急診中停留時間超過八小時之人數及比率」用意是要減少病人在急診停留時間，高齡急診照護原則是減少病人住院，但也不希望增加病人在急診處理的時間。所以急診的重點是「篩檢」與「照護轉銜」，且篩檢要簡單、快速、省時，並非在急診進行過長之篩檢與過多之治療，導致反而延長病人在急診的時間。



(八) 減少感染疾病流行 對執行高齡照護策 略之干擾

問：了解再返急診人數及比率有何幫助？

答： 監測再返急診率有助評估照護品質，以利未來進行改善。

問：執行監測指標之注意事項？

答： 追蹤監測指標時應思考指標高低所代表的意義，區分指標為正向或負項時需要小心，因為若錯誤解讀指標方向會影響臨床作業。

問：COVID-19疫情下，如何繼續執行高齡照護策略？

答：

1. 急診是以急重症和防疫為優先，高齡照護策略在疫情嚴峻情形下必定受到影響，然而，我們可以先進行較不會受影響的項目，例如：建置更完善的教育訓練學習；無法收治老醫病房可改為出院追蹤；規劃適合醫院執行之高齡照護策略，待疫情慢慢降溫或解封時，再繼續進行。
2. 疫情對於各家醫院急診的收案及轉介均有很大的影響，第一線醫護人員反彈較大，此須從教育訓練著手，若醫護人員了解高齡照護的本質就會增加配合度。
3. 若是因為感染管制導致個案管理師無法評估，可考慮將篩檢工具簡化，並將高齡照護策略進行「內化」，變成急診醫事人員之例行性工作，這樣疫情干擾應會變小。
4. 因應疫情因素，實體辦理課程及會議會有困難，可改用視訊或錄影教學辦理。
5. 出院追蹤可以通訊（例如電話或視訊）進行，不受疫情影響。
6. 器材與設備的提供（如老花眼鏡、行動輔具）需重新評估使用規範，更加注意清潔消毒。

問：目前因新冠疫情影響，較少人使用衛教單張，有何替代方式？

答：

1. 改用手機掃描QR Code方式可讓個案獲取相關衛教知識。
2. 長者對於QR code容易有使用上的障礙，建議影音系統與QR Code兩者同時並行，尤其在老老照護的族群上。

(九) 其他

問：若遇個案不願意回診情形，相關作法？

答：作法須個別化，依照病人或家屬需求而定，可先詢問個案原因，若是就醫困難，個案管理師可進一步評估個案是否轉介居家醫療，若病人或家屬不願意居家醫療，但病人仍有就醫需求，則與病人或家屬討論適合的方式。

問：資訊系統對於急診高齡照護收案有何幫助？

答：由資訊系統協助顯示收案對象，可減少遺漏、加速處理效率、方便資料整理分析。

問：如何增加急診醫師對於急診ACE的認同？

答：推行ACE計畫就是說服的過程，從文化上慢慢蔓延出去，尚未有文化形成時需要先有人，待形成文化時，就不一定需要人了；策略不要想要改變所有的人，應該將精力著重在願意改變的人，大部分的人都是追隨者，一開始在急診執行轉介，有些人不認同，但把資源放在願意認同的人身上，改變就會慢慢被看見。

問：試辦醫院成員經驗分享

答：

1. 可從一個焦點病房推廣到全院，病人進步與病人、家屬滿意度之提升可激勵醫療團隊，建議將成果統計出來分享給團隊成員，或分享感人個案以激勵團隊。
2. 急診看診通常是快速進行診斷、治療並安排病人後續動向，在經過老年醫學訓練後發現，對於反覆出入急診的高齡長者（一年可能高達十幾二十次），運用老年病症候群概念協助看診並將其轉介到合適的門診後，可改善高齡長者反覆出入院的問題，成功改善的成果，也會影響身邊的同仁對此策略的想法。

第二篇、急診端附件

附件一 台灣高齡急診品質提升指引

110年03月23日訂定
110年04月09日第一次專家會議修訂
110年10月07日第三次專家會議修訂

表 1 「台灣高齡急診品質提升指引」內容類別 *

1. 跨領域團隊成員配置
2. 教育訓練
3. 器材與設備
4. 環境
5. 高齡照護策略
6. 品質指標
7. 監測指標

* 參考ACEP Geriatric Emergency Department Accreditation
<https://www.acep.org/globalassets/sites/geda/documnets/geda-criteria.pdf>

013

表 2 跨領域團隊成員配置 *

分級	初階 (Level 1)	進階 (Level 2)	高階 (Level 3)
1. 至少一位有經過「高齡急診訓練」的醫師 ††	☑	☑	☑
2. 至少一位有經過「高齡急診訓練」的護理師 †	☑	☑	☑
3. 醫師監督負責人/醫療主任		☑	☑
4. 個案管理師（或轉銜照護護理師）一個星期出現≥40小時		☑	☑
5. 跨領域團隊成員≥2種 §		☑	
6. 跨領域團隊成員≥4種 §			☑
7. 團隊至少每3個月開會1次	☑		
8. 團隊至少每1個月開會1次		☑	☑
9. 至少一個醫院長官（副院長層級以上）監督高齡急診運作		☑	☑
10. 病人或病人家屬參與品質提升會議			☑

* 參考ACEP Geriatric Emergency Department Accreditation
<https://www.acep.org/globalassets/sites/geda/documnets/geda-criteria.pdf>

† 符合「高齡急診訓練」8個訓練面向之條件請見表三。

†† 具備「台灣老年學暨老年醫學會專科證書」者，因訓練過程已包括所有教育訓練內容，故以出示台灣老年學暨老年醫學會專科證書為證明。

§ 跨領域團隊成員：例如老年醫學科醫師、高齡精神科醫師、藥師、物理治療師、職能治療師、營養師、社工師、安寧緩和專科醫師、志工等。

表 3 教育訓練 *

分級	初階 (Level 1)	進階 (Level 2)	高階 (Level 3)
醫師、護理師及個案管理師（或轉銜照護護理師） 要有8個訓練面向 †			
醫師、護理師及個案管理師至少各一位達成訓練要求	☑	☑	☑
全團隊成員有50%達成訓練要求		☑	
全團隊成員有75%達成訓練要求			☑

* 參考ACEP Geriatric Emergency Department Accreditation

<https://www.acep.org/globalassets/sites/geda/documnets/geda-criteria.pdf>

† 8個訓練面向包括：(1)急診高齡照護評估模式（例如：4Ms模式‡）；(2)急診非典型表現與多重共病；(3)急診急性功能下降（acute functional decline）；(4)急診外傷（包括跌倒、骨折等）；(5)急診認知與行為問題（包括譫妄、憂鬱、失智症）；(6)急診藥物處理（包含多重用藥、潛在不適當用藥）；(7)急診照護轉銜（包含住院轉銜、出院轉銜、衛教、追蹤）；(8)急診安寧緩和照護。

‡ Age-Friendly Health Systems: Guide to Using the 4Ms in the Care of Older Adults

[http://www.ihl.org/Engage/Initiatives/Age-Friendly-](http://www.ihl.org/Engage/Initiatives/Age-Friendly-Health-Systems/Documents/IHIAgeFriendlyHealthSystems_GuidetoUsing4MsCare.pdf)

[Health-Systems/Documents/IHIAgeFriendlyHealthSystems_GuidetoUsing4MsCare.pdf](http://www.ihl.org/Engage/Initiatives/Age-Friendly-Health-Systems/Documents/IHIAgeFriendlyHealthSystems_GuidetoUsing4MsCare.pdf)

014

表 4 器材與設備 *

分級	初階 (Level 1)	進階 (Level 2)	高階 (Level 3)
老花眼鏡	☑	☑	☑
輔聽器	☑	☑	☑
行動輔具（拐杖、助行器）	☑	☑	☑
以下器材設備 ≥ 3 種		☑	
以下器材設備 ≥ 6 種			☑
1. 坐式或躺式體重機			
2. 防壓瘡之床墊與枕頭			
3. 床邊馬桶			
4. 拋棄式或保險套式集尿器			
5. 低高度床			
6. 可躺式扶手椅			
7. 其他（醫院自提高齡友善器材與設備）			

* 參考ACEP Geriatric Emergency Department Accreditation

<https://www.acep.org/globalassets/sites/geda/documnets/geda-criteria.pdf>

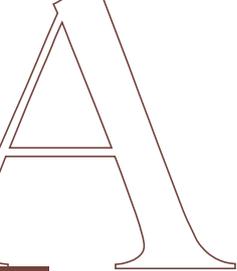


表 5 環境 *

分級	初階 (Level 1)	進階 (Level 2)	高階 (Level 3)
可提供食物及飲料	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
大的指針式時鐘	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
可供輪椅進出之廁所	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
以下高齡友善環境 ≥ 3 種		<input checked="" type="checkbox"/>	
以下高齡友善環境 ≥ 7 種			<input checked="" type="checkbox"/>
1. 適當的扶手 (例如：雙層扶手)			
2. 清楚的標誌與指示			
3. 高架馬桶座			
4. 適當照明			
5. 降低噪音			
6. 防滑地板			
7. 每張病床可提供2張椅子			
8. 其他 (醫院自提高齡友善環境改善)			

* 參考ACEP Geriatric Emergency Department Accreditation
<https://www.acep.org/globalassets/sites/geda/documnets/geda-criteria.pdf>

表 6 高齡照護策略 *†

分級	初階 (Level 1)	進階 (Level 2)	高階 (Level 3)
至少1項高齡急診照護策略	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
以下高齡急診照護策略 ≥ 10 種		<input checked="" type="checkbox"/>	
以下高齡急診照護策略 ≥ 20 種			<input checked="" type="checkbox"/>
1. 謾妄篩檢轉介或追蹤 (例如使用DTS、bCAM、4AT等)			
2. 失智篩檢轉介或追蹤 (例如使用Ottawa 3DY、Mini Cog、SIS、Short Blessed Test等)			
3. 功能退化評估轉介或追蹤 (例如使用ISAR、AUA、interRAI Screener、EGA†等)			
4. 跌倒評估轉介或追蹤 (包括活動力評估，例如Timed Up and Go Test等)			
5. 與藥師合作進行藥物整合			
6. 減少潛在不適當用藥 (使用Beers criteria或依醫院特性建立之方案)			
7. 安寧緩和照護			
8. 出院追蹤方案 (例如電話追蹤、視訊追蹤等)			
9. 建立社區輔助醫療追蹤之服務			
10. 轉介高齡特別門診流程 (如周全性老年評估門診、跌倒門診、記憶門診等)			
11. 長者虐待、疏忽照顧、遺棄轉介或追蹤			

12. 長者疼痛控制			
13. 高齡精神科照會			
14. 至少3種常見高齡急診疾病的藥物劑量及處理原則（例如譫妄、髌骨骨折、敗血症、腦中風、急性冠心症等）			
15. 標準化及減少導尿管使用			
16. 減少禁食時間並促進食物及飲水之取得			
17. 促進早期下床活動			
18. 促進志工參與高齡病人照護與關懷			
19. 高齡友善出院方案（例如出院資訊要有加大的字體、要有照護者的語言文字版、清楚的追蹤計畫等）			
20. 與原照護提供者溝通方案			
21. 轉銜至住宿型長照機構之方案			
22. 減少身體約束方案			
23. 返回住處的交通服務			
24. 需要時提供復健方案（包括住院）			
25. 在宅接受功能與安全之評估			
26. 增進轉銜至住宿型長照機構照護品質之方案			
27. 其他（醫院自提高齡急診照護方案）			

* 參考ACEP Geriatric Emergency Department Accreditation
<https://www.acep.org/globalassets/sites/geda/documnets/geda-criteria.pdf>

† 參考台灣急診醫學會「美國高齡急診準則中文版」<https://www.sem.org.tw/News/11/Details/432>
 可對照參考ACEP原版 <https://www.acep.org/globalassets/sites/geda/documnets/geda-guidelines.pdf>

‡ 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 Jan;36(1):143-146.

表 7 品質指標 *

分級	初階 (Level 1)	進階 (Level 2)	高階 (Level 3)
上述1項高齡照護策略的內容（篩檢率、轉介率及成功率）達成75%	☑		
上述10項高齡照護策略的項目達成率>75%		☑	
上述20項高齡照護策略的項目達成率>75%			☑

* 參考ACEP Geriatric Emergency Department Accreditation
<https://www.acep.org/globalassets/sites/geda/documnets/geda-criteria.pdf>

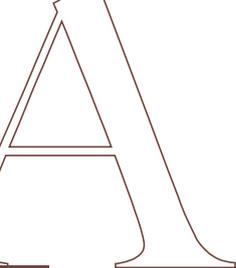


表 8 監測指標 *

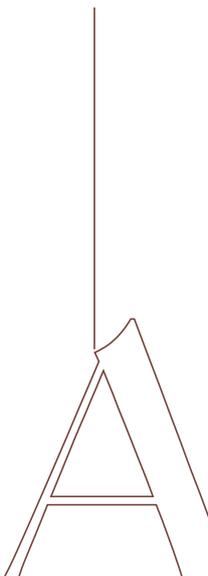
分級	初階 (Level 1)	進階 (Level 2)	高階 (Level 3)
追蹤以下 ≥ 1 之過程或結果監測指標	<input checked="" type="checkbox"/>		
追蹤以下 ≥ 5 項之過程或結果監測指標		<input checked="" type="checkbox"/>	
追蹤以下 ≥ 10 項之過程或結果監測指標			<input checked="" type="checkbox"/>
1. 接受篩檢之人數及比率			
2. 篩檢符合條件轉介之人數及比率			
3. 篩檢符合條件成功轉介之人數及比率			
4. 篩檢符合條件成功轉介的結果			
5. 高齡病人住院人數及比率 (包括分析其主訴及診斷)			
6. 高齡病人出院人數及比率 (包括分析其出院至住家或長照機構、主訴及診斷)			
7. 高齡病人再返急診人數及比率			
8. 高齡病人再住院人數及比率			
9. 高齡病人在急診中停留時間超過8小時之人數及比率			
10. 其他 (醫院自提監測指標)			

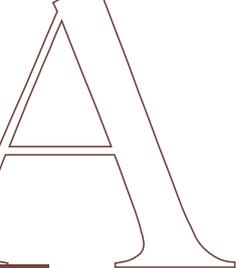
017

* 參考ACEP Geriatric Emergency Department Accreditation
<https://www.acep.org/globalassets/sites/geda/documnets/geda-criteria.pdf>

附件二 急診高齡照護教育訓練指引

- 一、 背景說明
- 二、 高齡急診照護核心課程
- 三、 教育訓練評值
- 四、 進階課程
 - (一) 醫師進階課程
 - (二) 護理師 / 個管師進階課程
 - (三) 藥師進階課程
 - (四) 社工師進階課程
- 五、 其他醫事人員之高齡急診照護教育訓練課程
- 六、 教育訓練講師推薦名單
- 七、 參考文獻





一、背景說明

1

超高齡化 對台灣的挑戰

台灣預計在2025年邁入「超高齡社會」，65歲以上人口將超過20%，老化速度名列全世界前茅[1]。據2018年台灣健保署統計，高齡者使用了38.2%的健保醫療費用，平均每一位高齡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） [3-5, 71]。因此，急診是高齡化社會公共衛生的最後一道防線，急診的處置也會明顯影響高齡病人的預後。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[4,71]。

2

美國高齡 急診照護經驗

因應高齡化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」（geriatric emergency department），近年來變得越來越普遍[3,71]。高齡急診的核心目標除了創造高齡友善的急診環境，亦希望在急診就開始篩檢長者的問題，尤其是老年病症候群（geriatric syndrome），接下來再經由跨領域團隊合作來進行改善與連續性照護，進而提升照護品質並減少醫療費用（圖1） [3,71]。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，如能在急診啟動更適當的診斷與治療，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[3,71]。為了讓高齡急診照護標準化，美國急診醫學會（American College of Emergency Physicians, ACEP）以長者急性照護模式（Acute Care for Elders, ACE）的精神，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），進一步在2018年開啟了高齡急診認證（Geriatric Emergency Department Accreditation, GDEA），截至2022年12月底，全世界已有超過387家醫院通過此認證[3, 4, 6, 71]。高齡急診在臺灣屬於一個初萌芽的領域，雖然我們可參考美國高齡急診準則來發展，但是應依國情、保險與文化差異，創造適合我們本土需求的模式。

3

發展在地化長者
急性照護模式

衛生福利部國民健康署為因應人口高齡化對社會、醫療及家庭等層面可能產生之衝擊，於108年開始鼓勵醫院參考國外經驗，推動適合台灣醫院之長者急性照護模式[72]。108年10月至109年12月補助36家醫院，110年1月至12月間補助52家醫院於急診端、住院端及門診端發展延緩長者衰弱、失能之篩檢與預防策略並建立模式，並於111年持續補助辦理「醫院發展具延緩失能理念之長者友善服務模式試辦計畫」，期延續計畫成果並持續推廣使長者從醫療端至社區端均能獲得連續性的整合照護服務。急診ACE模式（即「高齡急診」）為跨專業團隊照護模式（interdisciplinary team model），結合緊急救護技術員（emergency medical technician, EMT）進行到院前評估，整合醫院各種專業，連結到居家與社區，共同合作實踐以長者為中心的照護計畫，目的為減少急診高風險長者住院率、再急診率，避免高風險長者由衰弱惡化為失能、併發症及死亡率。因此，透過ACE模式，可實現醫院以人為本的高齡照護，並確保照護計畫與長者的功能、認知、社會心理狀態皆和目標保持一致。

台灣急診醫學會以美國高齡急診認證及美國高齡急診準則為藍本，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合作，融入台灣本土的特色，引用108年至110年急診ACE試辦經驗，出版「台灣高齡急診品質提升指引」及「高齡急診實務操作手冊」（註：因屬於國民健康署計畫，故配合計畫將以上二部分合成一本手冊稱為「急診端長者急性照護模式實務操作手冊」）[73]。此手冊是台灣在急診發展高齡照護之基礎，提供醫院進行急診高齡友善的重要參考。

020

4

高齡急診照護
教育核心訓練及重要性

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，以及心理社會的需求考慮在內[4]。常見的教育內容建議如下：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[4]。本指引係參考美國高齡急診準則[4]及美國高齡急診認證[74]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與培訓相關專業人員。本會依照108年至110年急診ACE試辦經驗，已出版第一版「高齡急診教育訓練指引」[75]，111年再經由跨領域專家共識修訂此第二版，期能藉此推廣高齡友善照護知能，增進高齡照護能力，進而提升照護品質，增加民眾對醫院之信賴，預防惡性循環，延緩長者失能，減輕家屬及全民健保的負擔。

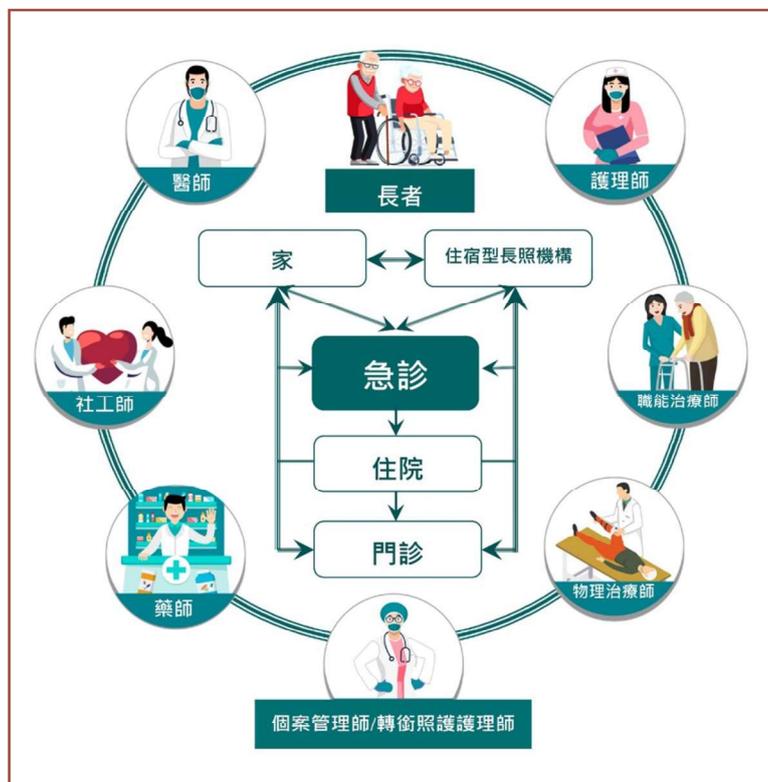
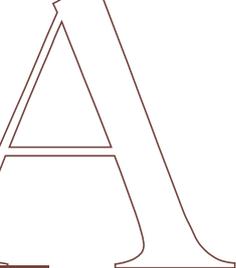


圖 1

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。高齡病人因為有多重且慢性共病的特性，解決長者問題需要跨領域團隊合作來進行全人且連續性照護。

二、高齡急診照護核心課程

1

說明

此核心課程指引係參考美國高齡急診認證[71]、美國高齡急診準則[4]、加拿大西奈山醫院[76]以及美國Institute for Healthcare Improvement (IHI) [77]，經由本會邀請急診醫學、高齡醫學、護理學、藥學以及社工師專家依照110年試辦經驗所共同制定，提供醫院辦理高齡急診照護教育訓練之參考，適用職類為醫師、護理師/個案管理師、藥師、社工師等相關醫事人員。

2

課程名稱 及課程綱要 [4, 75, 78]

核心課程共八堂課如下表，包含高齡急診照護評估模式、急診非典型表現與多重共病、急診認知與行為問題、急診外傷、急診急性功能下降、急診安寧緩和照護、急診照護轉銜、急診藥物處理。課程建議以單元進行，依授課方式及課程內容訂定所需時數。課程可參考110年本會舉辦教育訓練課程之錄影連結：

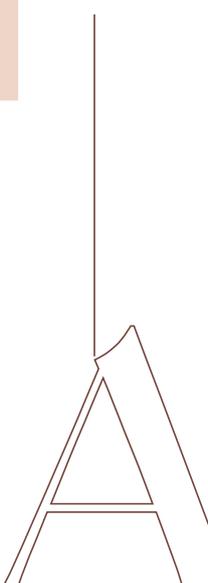


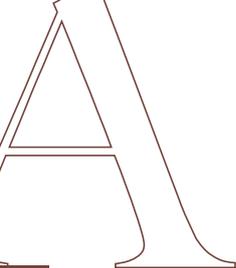
高齡照護訓練課程影片 (上)
<https://pse.is/4ed4j8>



高齡照護訓練課程影片 (下)
<https://pse.is/4ec5b5>

序	課程名稱	課程綱要
1	高齡急診照護評估模式	<ol style="list-style-type: none"> 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	<ol style="list-style-type: none"> 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	<ol style="list-style-type: none"> 1. 譫妄症 2. 失智症 3. 憂鬱症
4	急診外傷 (包括跌倒、骨折等)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 跌倒的發生率與盛行率 2. 跌到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	<ol style="list-style-type: none"> 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、急診個案師之角色)
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

3

核心課程
參考內容1. 高齡急診
照護評估模式

(以社團法人台灣急診醫學會於110年5月12日所主辦之核心教育訓練課程為例)

建議在每堂課程開始時先分享一個臨床案例，以使學員嘗試在學習前評估此案例。講師在核心知識講解完後分析原臨床案例，提出建議之處理模式，並與學員討論以增進學習效果。

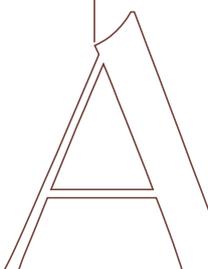
案例說明

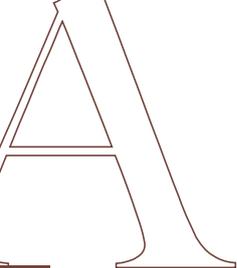
一位82歲阿公，最近頻繁頭暈、全身無力、跌倒送急診、脾氣變暴躁且經常吵鬧，但醫師都說沒有問題。

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……」

內容簡介與案例分析

1. 照護評估與計畫可以**4Ms**架構來評估，分別是**What Matters**（照護計畫要根據病人與家屬的期待來擬訂）、**Medication**（藥物問題）、**Mentation**（譫妄、失智及憂鬱之預防、篩檢與治療）及**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）。
2. 依疾病分類治療無法處理高齡問題，高齡問題常牽涉到多重疾病且經常盤根錯節互為因果，在高齡長者中「功能比疾病還要重要」，治療計畫以**What Matters**（病人與家屬的期待）為依歸。
3. 「老年病症候群」用以指稱老年族群常見的健康問題，例如聽力、視力問題、衰弱、譫妄、憂鬱、營養不良、認知功能問題、失禁、壓瘡以及疼痛等。這些老年病症候群常見於衰弱的長者，常無法以單一器官的疾病來解釋，而是反映出高齡者各器官系統功能儲量下降，並與各種危險因子及慢性疾病間的交互作用，而產生的非典型臨床表現。
4. 因為急診病人處理以急重症優先，因此周全性老年評估（**Comprehensive Geriatric Assessment, CGA**）不適用於急診。美國高齡急診準則建議採取單一問題導向的策略，例如醫院想進行急性功能下降評估，可使用**ISAR**（**Identification of Seniors at Risk**）；想進行譫妄症之篩檢、治療及轉銜照護，可使用**DTS**（**Delirium Triage Screen**）及**bCAM**（**brief Confusion Assessment Method**）；想進行潛在不適當用藥之篩檢及處理，可使用**Beers criteria**等。依據各醫院急診之目標、需求及資源，選用適合的方式。
5. 全身無力與跌倒須考慮與衰弱症或肌少症有無關聯；了解個案用藥判斷是否有可能因藥物引起的頭暈及無力；進行譫妄或失智篩檢釐清與脾氣暴躁或經常吵鬧的關聯性。
6. 善用水平與垂直整合，例如與老年醫學科或整合醫療病房（在奇美醫院為老醫科、全人科、一般內科）、居家醫療及門診合作，提供連續性照護，減少家屬負擔、醫療耗用率，增加病人及家屬滿意度。





此案例建議之處理模式

1. 於急診可先進行譫妄症的篩檢與治療及藥物整合。
2. 收住老年醫学科病房或整合醫療病房可進行周全性老年評估、復能、營養改善、失智評估、出院計劃擬定及轉銜照護。
3. 回家後可安排居家醫療、PAC (Post-Acute Care, 急性後期照護) 及長照服務。

資料來源及參考文獻

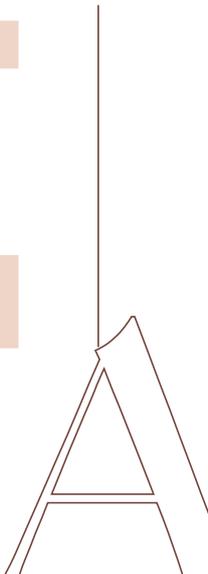
1. 衛生福利部國民健康署委託社團法人急診醫學會辦理110年急診高齡照護教育訓練
奇美醫療財團法人奇美醫院高齡急診科黃建程主任上課內容及講義
2. 美國高齡急診準則中文版 <https://is.gd/MZsgAV>
3. 美國高齡急診準則英文版
https://www.acep.org/globalassets/uploads/uploaded-files/acep/clinical-and-practice-management/resources/geriatrics/geri_ed_guidelines_final.pdf
4. 美國高齡急診認證
<https://www.acep.org/globalassets/sites/geda/documnets/geda-criteria.pdf>

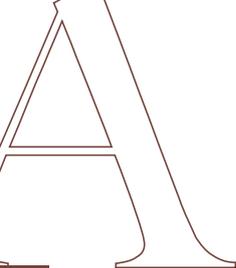
2. 急診非典型 表現與多重共病

案例說明

一位76歲女性，於星期三晚上六點，因腹痛兩天且伴隨噁心感前來急診，主訴有五天未解大便，想來急診灌腸，醫師協助進行以下評估：

過去病史	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hypertension 2. Mild renal insufficiency 3. s/p hysterectomy 35 y/o ago for myoma
目前藥物	Atenolol
生命徵象	BP 140/85 ; PR 80 ; RR 18 ; BT 37.8°C
理學檢查	<ol style="list-style-type: none"> 1. Slightly uncomfortable 2. Head, neck, lung, cardiovascular exam: normal 3. Abdomen: well-healed lower abdominal scar, normal bowel sound, mild to moderate bilateral lower abdominal tenderness, no rebound or guarding, no CV angle tenderness 4. Rectum: normal tone with hard, OB (-) brown stool 5. Pelvic exam: not performed
實驗室檢驗	<ol style="list-style-type: none"> 1. U/A: 1+ protein, 6 WBCs/hpf, no nitrates, no bacteria 2. BUN/Cr: 40/2.2 (same as 4 months ago) 3. WBC: 8600 with Seg: 70% 4. KUB: stool in the rectum and a descending colon
<p>經評估之後，於晚上七點半，醫師診斷為Constipation及UTI，並於晚上八點進行Fleet enema，病人解便後不適感緩解，並且要求回家，醫師給予 Keflex for UTI，病人MBD。兩天後，個案又因肚子不適、嘔吐且意識昏迷再度送入他院急診，此時急診醫師評估如下：</p>	
生命徵象	BP 90/40 ; PR 95 ; RR 28 ; BT 38.3°C ; Disorientation
理學檢查	Bilateral lower abdominal tenderness (right>left) , no rebound, no guarding
腹部X光	Nonspecific bowel gas pattern
實驗室檢驗	<ol style="list-style-type: none"> 1. U/A: 10 WBCs and 3 RBCs/hpf 2. WBC 8900 with 68% Seg and 20% band form 3. Serum bicarbonate: 15 4. BUN/Cr: 80/2.6
腹部及骨盆 電腦斷層	Appendicitis and a small amount of free fluid





醫師給予broad-spectrum antibiotics並入手術房處理，開刀過程中發現為壞疽性闌尾炎（gangrenous perforated appendix）及有200ml膿，後續因休克入加護病房，五天後因敗血症及多重器官衰竭而死亡。

內容簡介與案例分析

1. 急性闌尾炎（acute appendicitis）在老年人的腹部急性疼痛問題約占5%至7%，通常為不典型的表現，但確有高達50%的死亡率，其病程進展速度較快、穿孔率高達57%至74%，且壞疽性闌尾炎和膿腫形成的發生率也較高。
2. 超過50%的高齡長者合併有糖尿病、高血壓及冠狀動脈疾病等。
3. 利用電腦斷層診斷闌尾炎的敏感性和特異性為98%。
4. 經常會因為年齡、尿路感染、便秘、骨盆腔發炎、消化性潰瘍等原因造成誤診。

此案例建議之處理模式

1. 病人將自己的病情診斷為便秘：但若是便秘，排便後壓痛和疼痛會消失，且約有三分之一的高齡病人罹患闌尾炎時以便秘作為主訴。
2. 注意不要都將無泌尿系統症狀的病人其少量膿尿和發燒歸因於泌尿道感染：無症狀的泌尿道感染正常來說是不會以發燒來表現，且約有25%病人罹患闌尾炎會伴隨膿尿，造成誤診。

資料來源及參考文獻

1. 衛生福利部國民健康署委託社團法人急診醫學會辦理110年急診高齡照護教育訓練
奇美醫療財團法人奇美醫院高齡急診科黃建程主任上課內容及講義
2. 美國高齡急診準則中文版 <https://is.gd/MZsgAV>

3. 急診認知與 行為問題

案例說明

一位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、胡言亂語以及意識混亂，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。

內容簡介與案例分析

A. 為什麼3D（Dementia、Depression及Delirium）在急診是重要的？

a. 失智症：

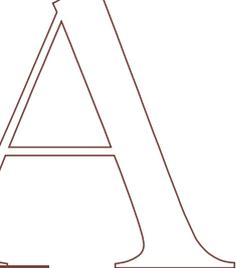
- (1) 慢性變化，困難診斷。
- (2) 初期變化在急診不一定會發現，但到了末期，可能出現日常的生活活動（Activities of Daily Living, ADL）、工具性日常生活活動（Instrumental Activities of Daily Living, IADL）變差、失智症合併精神行為症狀（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia, BPSD）、臥床、衰弱、反覆入出院進展到死亡，初期困難診斷且須花很多時間，但後期診斷將會出現很多併發症，並反覆出入急診，故在急診是很常見的。

b. 憂鬱症：

- (1) 耗時診斷，困難確診。
- (2) 反覆就診（逛醫院）、反覆檢查、重複領藥等許多就是潛藏憂鬱及焦慮的問題。

c. 譫妄症：

- (1) 若及時發現，預後佳。
- (2) 一旦發生就會加重原來的疾病，很常誘發的原因是因為身體處在一個壓力的狀況，重病的老人家都容易發生。



4. 急診外傷 (包括跌倒、骨折等)

B. 阿公有3D嗎？

a. 失智症：

- (1) 中風前：容易忘記、迷路。
- (2) 中風後：失能、ADL變差。

b. 憂鬱症：

- (1) 憂鬱情緒：中風後失能。
- (2) 焦慮：喪偶。

c. 譫妄症：

- (1) 危險因子：三高、中風、憂鬱、失智。
- (2) 誘發因子：發燒、感染。

此案例建議之處理模式

失智症、憂鬱症及譫妄症三者的共同性：

1. 共同的危險因子：多重共病、失能衰弱、低社經及教育程度、營養不均衡。
2. 非藥物治療雷同：家人陪伴、優質環境、提供認知及感官刺激、適當復健、避免衰弱、改善飲食、睡眠問題。
3. 精神行為症狀治療：非典型抗精神用藥、抗憂鬱用藥。
4. 跨團隊領域合作的照護模式：家屬、醫師、護理師、藥師、社工師、復健師、營養師等。

資料來源及參考文獻

1. 衛生福利部國民健康署委託社團法人急診醫學會辦理110年急診高齡照護教育訓練
奇美醫療財團法人奇美醫院高齡急診科黃建程主任上課內容及講義
2. Han JH, Suyama J. Delirium and Dementia. Clin Geriatr Med. 2018 Aug;34(3):327–354.
3. Oh ES, Fong TG, Hshieh TT, Inouye SK. Delirium in Older Persons: Advances in Diagnosis and Treatment. JAMA. 2017 Sep 26;318(12):1161–1174.

案例說明

87歲的王老太太，患有糖尿病及高血壓，先生在一年前去世後，王老太太便有憂鬱症及失眠問題，且日常功能下降（上廁所及洗澡需要人扶持），平常都在診所拿藥，藥物如下：

- Celebrex (Celecoxib 200mg) 1# QD
- Acetaminophen (500mg) 1# QID
- MgO (250mg) 1# QID
- Stilnox (Zolpidem 10mg) 1# HS
- Amaryl (Glimepiride 2mg) 1# QD
- Glibudon (Metformin 500mg) 1# TID
- Inderal (Propranolol 10mg) 1# BID
- Akineton (Biperiden 2mg) 1# BID
- Detrusitol SR (Tolterodine 4mg) 1# HS
- Xanax (Alprazolam 0.5mg) 1# QID PRN
- Allegra (Fexofenadine 60mg) 1# BID

有一天晚上，王老太太半夜在沒有叫醒家人情況下去上廁所，下床時突然頭暈沒站穩而跌坐地上造成右大腿疼痛，家人帶往急診發現右側髌骨骨折，骨科看完會診決定安排住院手術治療，於急診等床開刀。但卻在急診做術前準備時，王老太太出現了意識混亂且躁動情形，急診醫師立刻安排腦部電腦斷層，但沒有明顯異常，後來骨科醫師決定延後開刀，並請急診醫師評估是否有其他問題……

內容簡介與案例分析

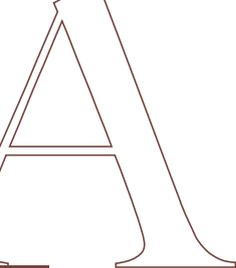
- (1) 經過急診醫師評估過後發現王老太太有譫妄的情況，而此次住院抽血發現電解質異常（鈉離子過低）及肺炎，也發現王老太太平時除高血壓及糖尿病的藥物，還有憂鬱及失眠而長期（但不定時）服用鎮定劑及安眠藥，最近又因為解尿不順及流鼻水去診所拿了幾種藥物。經過評估過後，本次跌倒可能是因為同時服用鎮定安眠藥物再加上抗組織胺所造成的頭暈及步態不穩所致。
- (2) 跌倒是老人常見的健康問題，跌倒可能只是單純的意外，也可能是很多問題潛在的表現，對於曾經跌倒或多次跌倒的老人，應思考是否需要我們詳細完整的評估，找出可能導致跌倒的原因與危險因子，並針對各項原因與因子提供合適的建議及介入方式，這樣才能有效減少再跌倒的機會。

此案例建議之處理模式

此次王老太太不只有骨折的問題需要處理，還有電解質異常、感染及譫妄等急性問題，加上有一些老年症候群（憂鬱、失眠、多重用藥、跌倒、解尿困難等），經多方會診討論後由骨科開完刀後轉老年醫學病房接受進一步評估治療。

資料來源及參考文獻

1. 衛生福利部國民健康署委託社團法人急診醫學會辦理110年急診高齡照護教育訓練
奇美醫療財團法人奇美醫院高齡急診科黃建程主任上課內容及講義
2. 台灣老年學暨老年醫學會（2020）。老年病症候群第二版。合記圖書出版社。



5. 急診急性功能下降

案例說明

一位81歲女性，先前有因牙齒痛問題引起心內膜炎導致瓣膜性疾病，後續又因跌倒股關節骨折進行手術，術後住院期間發現有心衰竭及腎功能不全等情形，行動方面術後以臥床為主，出院後開始出現食慾差、混亂、頻尿等情況又再度送往急診，後續檢驗報告發現腎功能指數確實變差，且Total Bilirubin（總膽紅素）也變高，檢驗報告如下：

	Bun	Cr	Albumin	K	Total Bilirubin
2020/06/10（出院）	98	1.89	3.2	4.2	1.3
2020/06/15（此次入院）	93	2.32	2.9	5.6	2.3

內容簡介與案例分析 –

A. 住院期間使用周全性老年評估（Comprehensive Geriatric Assessment, CGA）評估：

a. 身體功能及跌倒風險：

（1）慢性變化，困難診斷。

- 基本日常生活功能：90/100（入院前6個月）→10/100
- 工具性日常生活功能：6/8（入院前→0/8）
- Time get up to & go test：無法評估
- 握力：10.5 Kg
- STRATIFY（跌倒）risk：1/5

（2）失禁風險：Foley（+）

（3）迷你營養評估（Mini Nutritional Assessment, MNA）：6

（4）壓瘡風險（Braden scale）：14/23

（5）身心評估

- 老年憂鬱量表（Geriatric Depression Scale, GDS）：1/5
- 簡易智能檢查（Mini-Mental Status Examination, MMSE）：16/30（教育程度為6年）
- 混亂評估法（Confusion Assessment Method, CAM）：陽性

（6）疼痛視覺類比之量表（Visual Analogue Scale, VAS）：無法評估

（7）傷口：nil

B. 此次住院診斷為：肌少症、急性失能、譫妄、營養不良。

此案例建議之處理模式

1. 住院期間除了控制心衰竭及腎功能不全外，仍須儘早進行復能計畫。
2. 導入活動如畫畫等，並開始漸進式讓個案下床，進一步到練習行走。
3. 出院準備服務需以回復獨立生活功能為首要，故在住院期間除控制及治療原先疾病外，仍須注意功能狀況。

資料來源及參考文獻

1. 衛生福利部國民健康署委託社團法人急診醫學會辦理110年急診高齡照護教育訓練
2. 高雄榮民總醫院高齡醫學中心廖美珍醫師上課內容及講義
3. 美國高齡急診準則中文版 <https://is.gd/MZsgAV>

6. 急診安寧 緩和照護

案例說明

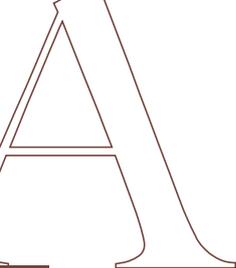
84歲男性，3月23日晚上九點因全身虛弱、無力且意識程度改變送往急診，女兒表示病人今天早上還可以走動，晚上叫他雖有反應，但反應很慢，今天覺得病人喘，坐著時也呼吸急促，之前有糖尿病、高血壓、腦中風、失智等問題並在神經腦血管科門診追蹤，但近五年沒有住過院也沒有來過急診。

神經腦血管科門診追蹤情形：

目前藥物
Aspirin
Piracetam granules for oral solution
Atorvastatin
Glimepiride
Lercanidipine
Sennoside A+B

神經內科
2020/7

- 2017/8 MRS (Modified Rankin Scale) : 2
稍有殘障，不能執行所有發病前能從事的活動但是未經協助也可以照顧自己的生活。
- 2019/3 MRS : 3
中度殘障，日常生活需要一些幫忙但不經協助也可以獨自行走。
- 2020/7 MRS : 3
中度殘障，日常生活需要一些幫忙但不經協助也可以獨自行走。



神經內科 2020/7 巴氏量表 (Barthel Index) =60
 進食：需他人協助 (非鼻管進食)
 平地步行：可自行使用助行器或不需他人協助行走
 大便控制：可自行控制或運用通便

神經內科 臨床失智量表CDR (Clinical Dementia Rating) : 1.0
 認知功能 (輕度)
 障礙 (失智) 簡易智能測驗 MMSE (Minimal mental state exam) :
 評估 16 (不同教育程度並無進行校調)

此次來急診的檢查情形

生命徵象 T : 36.5 ; P : 77 ; R : 18 ; BP : 130/84 ; SpO2 : 96%

昏迷指數 E3V2M5 F/S : 191mg/dL

身體檢查 General appearance : acute ill
 HEENT : no anemic conjunctiva
 Chest : coarse breathing sound
 Heart : regular heart beat
 Abdomen : soft ; no tenderness
 Extremities : freely movable ; no pitting edema

檢驗 WBC : 8400/uL, Segment : 80.9%
 CRP : 14.51 mg/L (normal range : <5 mg/L)
 Creatinine : 2.2 mg/dL
 BUN : 95.4 mg/dL
 檢查報告 Troponin-I : 0.37 ng/ml (<0.3 ng/ml) ; followed-up data was 0.354 ng/ml
 U/A : WBC 42/uL (normal range : <30) ; bacteria + VBG (room air) : PH 7.408 ; PO2 64.3 ; PCO2 29.1 ; HCO3 18.0
 Brain CT : 老化性腦部，無腦出血。
 CXR : 右上肺與雙肺中央區斑塊浸潤，雙肋膜腔微量積水。
 ECG : T波倒置，無 ST 段上昇。
 血糖、電解質、白蛋白、NH3 正常、肝功能指數稍高

急診診斷為肺炎、急性腎損傷，並給予抗生素、點滴水分補充及氧氣鼻導管及給家屬簽署DNR (Do Not Resuscitation) 進行緩和療法，數小時稍後於觀察室裝置生命徵象監視器/改氧氣面罩使用。

另一位急診觀察室醫師於3月24日12:04查房，向女兒解釋病情與病危，女兒難以接受並表示之前沒有人跟她解釋過DNR她就簽了.....女兒說只要有治癒的希望，就希望能夠治療但又不希望病人痛苦，醫師詢問若予氣管內管插管給於呼吸輔助呢？女兒表示插管會痛苦並反覆喃喃「這我不知道怎麼辦.....」

此時醫師檢視病人外觀，病人意識不清 E2V2M4、裝有氧氣面罩呈呼吸急促、裝有生命徵象監視器、有點滴但無升壓藥劑……醫師反思女兒的問題是什麼？以及這病人DNR是否有其適當性呢？

內容簡介與案例分析

A. 條文規定

a. 醫師法第 21 條：

醫師對於危急之病人，應即依其專業能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延。

b. 安寧緩和醫療條例第 7 條：

不施行心肺復甦術或維生醫療，應符合下列規定：

- (1) 應由二位醫師診斷確為末期病人。
- (2) 應有意願人簽署之意願書。但未成年人簽署意願書時，應得其法定代理人之同意。未成年人無法表達意願時，則應由法定代理人簽署意願書。前項第一款之醫師，應具有相關專科醫師資格。

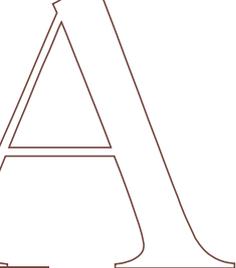
末期病人無簽署第一項第二款之意願書且意識昏迷或無法清楚表達意願時，由其最近親屬出具同意書代替之。無最近親屬者，應經由安寧緩和醫療照會後，依末期病人最大利益出具醫囑代替之。同意書或醫囑均不得與末期病人於意識昏迷或無法清楚表達意願前明示之意思表示相反。

前項最近親屬之範圍如下：

- 一、配偶。
- 二、成年子女、孫子女。
- 三、父母。
- 四、兄弟姐妹。
- 五、祖父母。
- 六、曾祖父母、曾孫子女或三親等旁系血親。
- 七、一親等直系姻親。

末期病人符合第一項至第四項規定不施行心肺復甦術或維生醫療之情形時，原施予之心肺復甦術或維生醫療，得予終止或撤除。

第三項最近親屬出具同意書，得以一人行之；其最近親屬意思表示不一致時，依第四項各款先後定順序。後順序者已出具同意書時，先順序者如有不同之意思表示，應於不施行、終止或撤除心肺復甦術或維生醫療前以書面為之。

**B.**

同理傾聽與找出資訊：思索家屬話語的線索「昨早能走路」卻「末期病人？」；「簽署DNR」但「不了解為什麼要簽署」。

C. 何為末期病人？

- (a) 安寧緩和醫療條例第3條
末期病人：指罹患嚴重傷病，經醫師診斷為不可治癒，且有醫學上之證據，近期內病程進行至死亡已不可避免者。
- (b) 對於「末期」兩個概念：一是指疾病末期，另一是指生命末期。
 - (1) 目前醫界多著眼於疾病末期，癌末可較清楚認定三/幾個月存活期（近期內死亡）。
 - (2) 非癌患者疾病進程預估，在八大非癌者中器官衰竭患者病程可能多至五年多，失智患者更長達八至九年，臨床醫師對非癌疾病末期、可存活期都難以預估何時到來。
 - (3) 生命末期的認定，一般仍侷限於以時間長短來評量，癌症末期為例，國內一般認定三個月，美國英國的末期定義多指在自然狀況下，認定甚至可存活半年。

D. 醫師如何看這女兒簽署的DNR？

- (a) 是以病人為中心思考？
 - (b) 病人曾表達的意願？
 - (c) 重要的家人母親知道病人曾表達的意願？以及母親與哥哥的意願？
 - (d) 醫療團隊有無與其它家庭成員的溝通？
 - (e) 女兒簽署的壓力？
 - (f) 病人入院至此家屬意願有改變嗎？並請同理家屬的意願變化。
 - (g) 有變化則是醫療團隊與家庭成員再溝通。
- E.** 醫師應了解 DNR同意書是家屬同意醫療人員不施行 CPR，但醫師應先專業判斷「是無效醫療」並不是家屬要求「要」「不要」CPR。
- F.** DNR應充分說明與澄清與關心的結果，注意不要給病人或家屬壓力，並瞭解病人/家屬偏好意向，打造善終醫療。

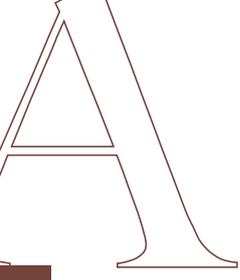
- G. 緩和照護並不等於安寧照護，在診斷為有危急生命的疾病時，可隨時提供緩和醫療；當病人預後可能為6個月或更短時，則適合安寧照護；緩和醫療為可接受延長生命的治療，而安寧照護為提供病人支持及舒適。
- H. 由行政院衛生署出版的「癌末病情告知指引」中提到ACTS 四原則為，告知前的評估與準備、應與家屬進行溝通、告知過程的好方式與態度、告知後的支持與追蹤。

此案例建議之處理模式

- (a) 緊師如何看家屬簽署的DNR？可思考：
- (1) 應以病人為中心思考及「當時」家屬對病情的理解是如何的？
 - (2) 簽署與否不是醫療照護的主要目的，目的是當與家屬溝通的介面。
- (b) 急診環境專業判斷的挑戰：
- (1) 先兩位專科醫師診斷末期疾病
 - (2) 判斷現病況 CPR 「是無效醫療」
 - (3) 家屬再表達
 - (4) 不是家屬要求「要」「不要」CPR
 - (5) 若非末期仍應給予必要治療以維護病人就醫權利
- (c) 臨床醫療倫理思辨四面向：
- (1) 醫療因素 (medical indication)
 - (2) 生活品質 (quality of life)
 - (3) 病人意向 (patient preferences)
 - (4) 社會環境 (contextual features)
- (d) CPR適當性需思考：
- 醫學證據、倫理原則、法律規範以及安寧照顧是照顧的過程而不是在某點的決定，是在病情討論過程中潛移出來，經由病情的討論來陪伴，減少病人與家屬身心靈的衝擊。

資料來源及參考文獻

1. 衛生福利部國民健康署委託社團法人急診醫學會辦理110年急診高齡照護教育訓練
林口長庚醫院急診醫學部管仁澤副部主任上課內容及講義
2. 安寧緩和醫學專科醫師醫師訓練核心課程
3. 林口長庚醫院緩和醫療委員會
4. 胡文郁、蔡甫昌、鄭安理 (2008)。癌末病情告知指引。行政院衛生署國民健康局



7. 急診照護轉銜

案例說明

75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時滑倒，導致右手疼痛而送往急診，經急診醫師評估為右手腕骨折，醫師告知病患不需住院，將予以打石膏固定，並協助約骨科門診，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？如果這個案例發生在你的醫院，你有什麼資源可以連結運用？

內容簡介與案例分析

A. 條文規定

照顧急診高齡長者需要一個「團隊」的合作，在急診若只單靠醫師或護理師，恐怕在照護轉銜方面會出現遺漏，因此建議急診可組織一個「高齡急診照護團隊」，團隊成員有個案管理師、受過高齡照護訓練的社工師及職能治療師、物理治療師、藥師、營養師介入並建立「上游」與「下游」單位的連結資料庫。

B. 長照2.0

- (a) A單位：個案管理員承接「醫院出院準備服務」或衛生局「長期照顧科」的轉介個案，依需求擬定照顧計畫，如社區整合型服務中心。
- (b) B單位：提供身體照顧服務、專業居家復能、交通接送、喘息服務、環境輔具評估，如居家服務、職能治療所、輔具中心及交通公司。
- (c) C單位：提供社區據點，如C據點、失智據點及樂齡中心。

C. 長照2.0服務對象

- (a) 65歲以上獨居長者、衰弱長者：65歲以上獨居或提不起勁、體重減輕或是下肢活動緩慢無力的長者。
- (b) 失能者：失去生活自理能力，如行動不便、需要協助吃飯、上廁所、洗澡、平地走動和穿脫衣褲等的65歲以上長者、55歲以上原住民、不分年齡的身心障礙者（領有身心障礙證明或手冊的失能者）。
- (c) 50歲以上失智者：表達能力降低、記憶力下降、睡眠障礙、產生幻覺等疑似失智症狀，或確診為失智症。

- D. 對於家庭照顧者若有需要尋求協助，可利用政府提供的「家庭照顧者支持服務」包括：有關資訊之提供及轉介、長照知識、技能訓練、喘息服務、情緒支持及團體服務之轉介等有助於提升家庭照顧者能力及其生活品質之服務。

此案例建議之處理模式

- (1) 林先生若符合長照2.0服務對象，則可協助聯絡長照2.0的A單位個案管理師，再由個案管理師至林先生家中評估其需求並提供相關服務。
- (2) 林先生若不符合長照2.0的服務對象，則醫院可協助了解病人需求，並提供相關可自費的長照服務單位聯繫方式，故建議醫院端可與下游單位建立資料庫，並適時提供給病人。

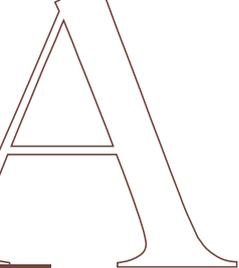
資料來源及參考文獻

1. 衛生福利部國民健康署委託社團法人急診醫學會辦理110年急診高齡照護教育訓練
2. 美國高齡急診準則中文版 <https://is.gd/MZsgAV>

8. 急診藥物處理**案例說明**

一位70歲獨居的阿公，有糖尿病、高血壓、高血脂、心房纖維顫動及憂鬱症等病史，最近因喘一個禮拜未改善且有加劇情形前往急診，病史詢問時發現除了喘還有咳嗽、發燒、畏寒，急診醫師評估，有上呼吸道的症狀、發燒有感染的現象，越來越喘，看起來是內科急症。

理學檢查	BP : 110/60 : HR : 60 : SpO2 : 94% (room air) BW : 60Kg Breath sounds : decreased in the base of right lung Irregularly irregular heart rhythm Bilateral lower extremity edema
實驗室檢驗	WBC : 12000 with left shift K : 2.9 BUN/Cr : 70/2.2 Blood glucose : 68 Digoxin level : 1.6 ng/ml (normal range : 0.8-1.6 ng/ml)
胸部X光	Right lower lobe pneumonia patch with a minimal associated pleural effusion
心電圖	Atrial fibrillation at a rate of 66 bpm
心臟超音波	Normal ejection fraction of 55%



家庭用藥

並了解阿公居家用藥情形：

醫囑用藥

- (1) Digoxin 0.125 mg by mouth daily (心房纖維顫動)
- (2) Furosemide 40 mg by mouth every morning (雙下肢水腫，但病患主訴感覺無效果)
- (3) Chlorpropamide 250 mg by mouth every morning (糖尿病)
- (4) Omeprazole 40 mg by mouth daily (不知使用原因，只因為之前覺得肚子不舒服，醫師故開立此處方)
- (5) Lisinopril 10 mg by mouth daily (高血壓)
- (6) Hydrochlorothiazide 25 mg by mouth daily (高血壓)
- (7) Amlodipine 5 mg by mouth daily (高血壓)

自行購買服用藥物

- (1) Unknown herbal agents (覺得之前精神科藥物沒效，吃中藥反而可舒緩心情)
- (2) Ginkgo Biloba Extract 1 capsule by mouth daily (增強記憶力)
- (3) Aspirin 100mg by mouth daily (預防中風)

後續急診醫師診斷為肺炎後，病患於留觀區待床，並開始進行治療，因肺炎予以levofloxacin 500mg；因肌酸酐 (Creatinine, Cr) 偏高，Furosemide and Hydrochlorothiazide暫停使用；中藥也先停用，到了晚上阿公抱怨失眠睡不好，急診醫師思考阿公多重共病多，故給予diphenhydramine 25 mg，阿公後來也比較好睡了，急診醫師決定在急診留觀的時候每天晚上都開此處方，以下為阿公在急診的用藥清單：

- (1) Digoxin 0.125 mg by mouth daily
- ~~(2) Furosemide 40 mg by mouth every morning~~
- (3) Chlorpropamide 250 mg by mouth every morning
- (4) Omeprazole 40 mg by mouth daily
- (5) Lisinopril 10 mg by mouth daily
- ~~(6) Hydrochlorothiazide 25 mg by mouth daily~~
- (7) Amlodipine 5 mg by mouth daily
- ~~(8) Unknown herbal agents~~
- ~~(9) Ginkgo Biloba Extract 1 capsule by mouth daily~~
- (10) Aspirin 100mg by mouth daily
- (11) levofloxacin 500mg by mouth daily
- (12) diphenhydramine 25 mg by mouth at bedtime

到第三天呼吸道症狀改善，發燒也退了，但血壓卻偏高 160/90 mmHg，急診醫師表示原來藥物照吃 (Lisinopril 10 mg and Amlodipine 5 mg)，但在第四天早上阿公要去廁所時不小心跌倒了，測血糖F/S為54 mg/dl，血糖偏低

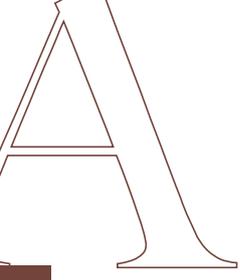
但人還清醒，並給予葡萄糖，醫師問診：「剛剛跌倒是不是因為有什麼不舒服？」，阿公表示：「有，跌倒前下床的時候覺得頭很暈，覺得人時地有點混亂。」醫師再追蹤抽血檢查發現血液尿素氮（Blood urea nitrogen，BUN）及肌酸酐為20mg/dl及1.1mg/dl，是有改善的，醫師心想，阿公是發生了什麼事情了嗎？低血糖？高血壓控制不好？下床不小心？心血管的問題？腦中風？還是其實是藥物問題呢？

內容簡介與案例分析

- A. Diphenhydramine為抗膽鹼藥物，不建議使用於高齡長者，使用於高齡長者容易產生混亂、頭暈及肢體不協調等情形發生，也可能造成跌倒的風險。
- B. 多重用藥處理原則：
 - (a) 藉著減少藥物劑量或種類，簡化病人一天內所要服用的藥物。
 - (b) 暫停使用效果不彰的藥物，並利用其他方式，並思考是否可能為其他藥物副作用導致。
- C. 高血壓藥物：可增加 Lisinopril 劑量，並停用 Amlodipine；Amlodipine可能會導致下肢水腫。
- D. 停用Furosemide，並建議阿公可以試著穿壓力襪，減少靜脈曲張，坐時兩隻腳抬高，觀察是否有改善。
- E. 了解當初為何會使用Omeprazole藥物，並了解有沒有必要一定要用？若沒有可以考慮停用，因其藥物副作用有肺炎、腕部骨折等。
- F. 為降低Digoxin濃度改成每二日使用0.125mg，同時也要追蹤鉀離子濃度，當鉀離子過低有可能是Digoxin中毒，其嚴重副作用有房室傳導阻滯（AV blockade）及心跳過緩（bradycardia），初期症狀可能是頭暈、噁心、想吐、全身無力，只要在治療濃度的上限的時候就可能發生此種非典型症狀。
- G. 心房纖維顫動是否需服用Warfarin？Warfarin比Aspirin更有效，但給長者服用Warfarin須特別小心，應了解是否有使用Warfarin的禁忌症，且治療濃度也須控制在一定範圍內。
- H. Chlorpropamide一般在高齡者因代謝慢盡量避免使用，若要使用則減半使用或更換藥物。
- I. 教育長者自行買藥及中藥需注意，有吃什麼藥需要跟醫生說明，且中藥與西藥會有交互作用，可能會影響藥物的效果，中草藥可能會有無法預期的副作用，像是銀杏如果和Warfarin或Aspirin一起使用，可能會有增加血流不止的風險。

此案例建議之處理模式

- (1) 考慮憂鬱症是否需要重新評估及治療
- (2) 出院後用藥：



- (a) Digoxin 0.125mg by mouth every other day, and f/u digoxin level
- (b) Chlorpropamide 125mg by mouth every morning or
- (c) metformin 500 mg by mouth every morning
- (d) Lisinopril 20mg by mouth daily, f/u K in 1 week
- (e) Aspirin 100mg by mouth daily
- (f) Levofloxacin 500mg by mouth daily for 5-7 days, then DC
- (g) Warfarin 5mg daily and f/u INR

資料來源及參考文獻

1. 衛生福利部國民健康署委託社團法人急診醫學會辦理110年急診高齡照護教育訓練
2. 美國高齡急診準則中文版 <https://is.gd/MZsgAV>

三、教育訓練評值[79-81]

教育訓練後評值學習成效，可參考Miller（1990）金字塔模式，Miller金字塔理論認為學習的四個重要過程包含四個層次，分別為知識（knows）、了解如何做（knows how）、呈現如何做（shows how）及實際執行（does）（圖2）。第一層次-知識（knows）：理解高齡急診照護的相關醫學知識（Medical knowledge）；此層級屬於評估認知層，評量目標為了解學員對於高齡急診照護相關知識的理解程度，建議以是非題、選擇題(Multiple choice questions)的方式進行。第二層次-了解如何做（knows how）：熟悉了解高齡急診照護相關的醫學知識後，將之運用於臨床照護之上；而此層級亦是屬於評估認知層次，評量方式建議可採用擴展匹配多選題(Extended matching questions)、口頭報告、病例報告的方式進行。第三層次-呈現如何做（shows how）：呈現如何將高齡急診照護執行於臨床照護之上；此層級屬於評估行為層次，評量方式建議以客觀結構式臨床測驗(Objective Structured Clinical Examination)、情境模擬(Medical simulation)的方式進行。第四層次-實際執行（does）：將高齡急診照護實際執行於臨床照護之上；此層級亦屬於評估行為層次，建議可採用臨床技能直接觀察評量(Direct observation of clinical skills)，例如迷你臨床演練評量(mini-CEX)、可信任專業活動(Entrustable Professional Activities)等方式進行。

042

學習層級		建議評量方式
認知層級 (Cognitive level)	知識 (knows)	是非題、選擇題(Multiple choice questions)
	了解如何做 (knows how)	擴展匹配多選題(Extended matching questions)、口頭報告、病例報告
行為層級 (Behavior level)	呈現如何做 (shows how)	客觀結構式臨床測驗(Objective Structured Clinical Examination)、情境模擬(Medical simulation)
	實際執行 (does)	迷你臨床演練評量(mini-CEX)、可信任專業活動(Entrustable Professional Activities)

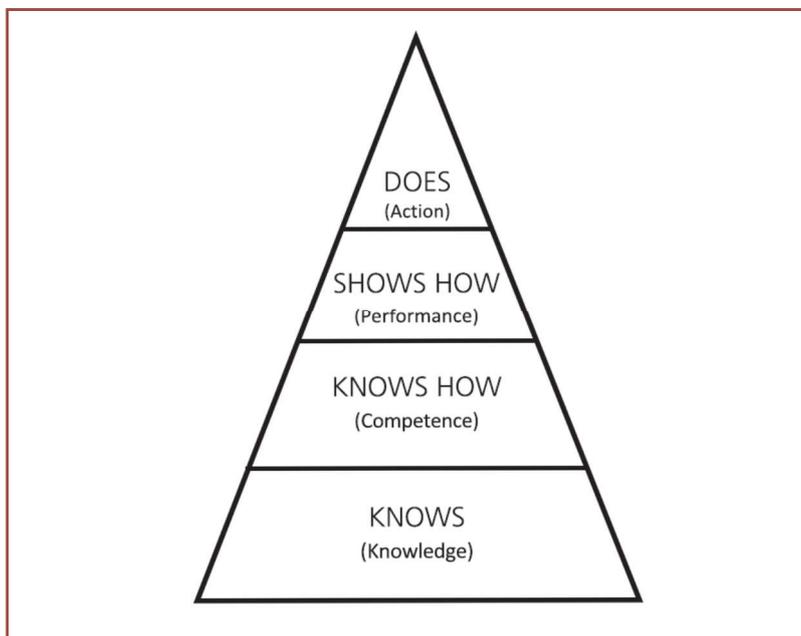
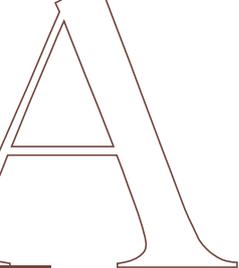


圖 2

Miller金字塔[79, 80]

提供以下相關測驗題庫供大家參用（以本學會於110年5月12日所主辦之核心教育訓練課程為例）：

1

**高齡急診
照護評估模式**

1. 以下有關高齡病人問題的本質，何者最正確？

- (A) 按「疾病分類」來治療
- (B) 「功能」比「疾病」重要
- (C) 「復能」須等疾病完全治好才開始
- (D) 依「治療準則」訂定治療目標

2. 美國Institute for Healthcare Improvement (IHI)提出「4Ms」模式來評估及照護長者，第一個「M」是「What Matters」，它代表的意義是？

- (A) 要考量對長者重要的事
- (B) 要考量對疾病最好的治療方式
- (C) 要考量採用花費最少的治療
- (D) 要考量採用延長生命的治療

3. 有關高齡照護的原則，以下何者最適當？

- (A) 由醫師肩負起醫療、護理、營養、復健、藥物及出院準備服務等多重角色
- (B) 由各個次專科進行多科門診評估
- (C) 跨領域團隊介入、全人性評估、個別化計畫與連續性照護
- (D) 急診、住院、出院準備與門診須訂立不同的照護方向

4. 有關在急診進行高齡問題篩檢原則，以下何者最適當？
- (A) 篩檢病人以預防失能非常重要，應比處理急重症還要優先
 - (B) 應全面使用周全性老年評估 (Comprehensive Geriatric Assessment, CGA) 在急診篩檢病人
 - (C) 善用既有資源，由單一問題為導向的策略開始，如拼圖般一塊一塊拼起來
 - (D) 由個管師在急診篩檢病人直接轉介即可，不需醫師或護理師參與
5. 進行高齡照護時，跨領域的團隊成員（例如護理師、藥師、營養師、物理治療師等）應採取何種態度來照護病人？
- (A) 等待醫師指示
 - (B) 等待病人或家屬要求
 - (C) 等待會診
 - (D) 主動出擊找出病人問題，提供跨領域團隊成員參考

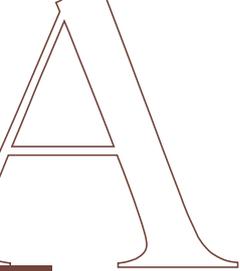
答案 | B A C C D

044

2

急診非典型 表現與多重共病

1. 高齡者發生社區性肺炎最可靠的表現及最能預測住院死亡率的生命徵象是？
- (A) 體溫
 - (B) 血壓
 - (C) 呼吸
 - (D) 心跳
2. 住院的高齡者最常見的電解質問題是？
- (A) 高血鉀
 - (B) 低血鉀
 - (C) 高血鈉
 - (D) 低血鈉
3. 下列關於比較高齡者與一般病人在急性冠心症的敘述何者有誤？
- (A) 高齡者比一般病人容易以昏厥來表現
 - (B) 高齡者比一般病人在ST波段上升的心肌梗塞 (ST Elevation Myocardial Infarction, STEMI) 心電圖上，較少呈現左傳導束支阻礙 (Left Bundle Branch Block, LBBB)
 - (C) 高齡者比一般病人較少以胸痛呈現
 - (D) 高齡者比一般病人較不易以心電圖診斷高血鈉



3

急診認知
與行為問題

4. 下列何者狀況經常會有非典型表現出現？

- (A) 高齡者（尤年齡大於85歲）
- (B) 多重共病或多重用藥
- (C) 認知障礙
- (D) 以上皆是

5. 住院的高齡者最常見的電解質問題是？

- (A) 胸膜炎胸痛（pleuritic chest pain）和咳血（hemoptysis）等症狀較少見
- (B) 缺氧（hypoxia）和暈厥（syncope）較常見
- (C) 以上皆非
- (D) 以上皆是

答案 | C D B D D

1. 下列何者不是失智症（dementia）的保護因子？

- (A) 有好的教育水平
- (B) 有較差的社經地位及生活環境
- (C) 平時能夠攝取足夠營養
- (D) 有適當的保健食品的使用

2. 下列特徵，何者比較像是焦慮症（anxiety）而不是憂鬱症（depression）？

- (A) 覺得生活沒有價值，甚至有罪惡感
- (B) 反覆出現自殺的意念
- (C) 感到疲倦或失去精力
- (D) 容易頭暈、心悸、盜汗、腹瀉、想吐的症狀

3. 下列何者不是譫妄症（delirium）的臨床表現？

- (A) 常常感到焦慮，總覺得有不好的事情發生
- (B) 有幻覺，看到別人看不到的事物
- (C) 日夜顛倒，睡眠時間混亂
- (D) 失去定向感，甚至認不得人

4. 下列哪一項不是共同治療3D（Dementia, Depression, Delirium）最好方式？

- (A) 跨領域團隊合作模式
- (B) 家屬適當的參與
- (C) 避免衰弱或失能，盡量讓病人維持原有功能
- (D) 約束病人，避免病人躁動時，受害或傷及其他人

5. 下列哪一項，能從3D中，把譫妄症 (delirium) 和另外兩個D，失智症 (dementia)，及憂鬱症 (depression) 區分出來？

- (A) 譫妄症是唯一會進展成慢性的
- (B) 譫妄症是唯一有幻覺的症狀
- (C) 譫妄症是唯一有急性精神狀況及意識狀況改變的
- (D) 譫妄症是唯一沒有理性思考的

答案 | B D A D C

4

急診外傷
(包括跌倒、骨折等)

1. 高齡者跌倒發生率雖然未必比青少年多，但是常常造成嚴重傷害的原因為何？

- (A) 常有共存疾病
- (B) 功能退化
- (C) 跌倒有時只是疾病末期的表現
- (D) 以上皆是

2. 高齡者跌倒的原因有很多，下列何者為是？

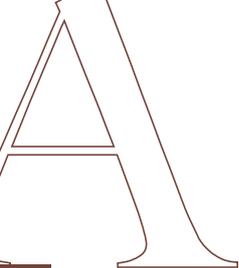
- (A) 內在因素，例如平衡及步態的改變
- (B) 外在因素，包含多重用藥
- (C) 環境因素，像是光線不足等
- (D) 以上皆是

3. 高齡者跌倒的評估，關於一般原則何者錯誤？

- (A) 通常要先評估高齡者一年跌倒幾次
- (B) 如果都沒有跌倒過的健康長者，仍應進行周全性評估比較保險
- (C) 一般我們可以使用Get Up and Go Test以及 Timed Up and Go test 來評估一個高齡者的步態及平衡
- (D) 自述有步態不穩者，仍建議做周全性評估

4. 關於高齡者跌倒之後的周全性評估，何者錯誤？

- (A) 病史方面可以用簡單口訣SPLATT來記
- (B) 身體檢查方面包含外傷及可能的非外傷疾病
- (C) 急診在評估高齡者跌倒方面，可以簡單問「是否有5種以上的用藥？」以及「一年內是否有跌倒？」來快速評估
- (D) 實驗室檢查方面，年紀越大的高齡者風險越高，只要跌倒建議做越多檢查



5

急診急性
功能下降

5. 關於高齡者跌倒，下列何者錯誤？

- (A) 多補充維生素D無法減少跌倒風險
- (B) 24小時心電圖檢查對於高齡者跌倒或昏倒的診斷非常有幫助
- (C) 穿防滑鞋子對潮濕環境的防跌效果顯著
- (D) 若高齡者有多重用藥，尤其身心科用藥，就有較高的跌倒風險

答案 | D D B D B

1. 有關老年病症候群下列描述為非？

- (A) 多單一原因
- (B) 非診斷
- (C) 常有連續性
- (D) 會影響生活品質

2. 目前文獻上認為急診對長者急性功能下降的描述，何者為是？

- (A) 急診不易忽略長者之功能變化
- (B) 急診常規有標準評估長者功能下降的工具
- (C) 許多長者送急診常常是因急性功能下降
- (D) 急診僅能處理緊急問題，若長者的需求無法滿足，不會影響長者反覆來急診。

3. 下列描述為非？

- (A) 功能下降是老化自然的表現，是不可逆的
- (B) 長者生病常合併功能下降
- (C) 家裡申請外籍看護者，仍可申請長照2.0的居家復能
- (D) 因生病造成功能下降者，如有復健潛能，可送急性後期照顧進行復健。

4. 下列描述為是？

- (A) 急診約有75%個案的「功能評估」被忽略
- (B) 74% 的高齡者決定送急診的原因是功能下降
- (C) 急診評估病人的功能常常不足或過度，主要是為沒有標準的評估工具
- (D) 以上皆是

答案 | A C A D

6

急診安寧
緩和照護

是非題 -

1. Palliative care（緩和照護）和Hospice care（安寧照護）雖名稱不同，於醫療上是指在相同族群病人的同樣的醫療照護。
2. 「安寧緩和醫療條例」中指出，不施行心肺復甦術或維生醫療，應符合下列規定：一、應由二位醫師診斷確為末期病人，..。這一款之醫師，並不要求是專科醫師資格。
3. 現在在醫療上所謂的「限時的醫療嘗試（ Time limited trial）」，規定是只由加護病房醫師提供的醫療。
4. 自頒布「安寧緩和醫療條例」後，只要是80歲以上高齡病人於急診病危，都是符合其中末期病人的定義。

選擇題 -

2. 行政院衛生署曾有出版「癌末病情告知指引」，提到ACTS四原則，下列何者不是其中的原則？
 - (A) 告知前的評估與準備
 - (B) 應與家屬進行溝通
 - (C) 告知過程的好方式與態度
 - (D) 告知後的支持與追蹤
 - (E) 以上都是原則

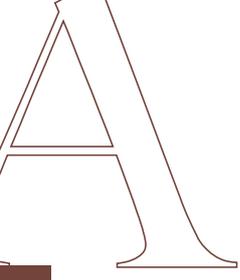
答案 | X X X X E

048

7

急診
照護轉銜

1. 當病人入院時，是由誰篩選高危險群病人，以啟動出院準備服務流程？
 - (A) 病房護理師
 - (B) 急診護理師
 - (C) 出院專責協調師
 - (D) 社工人員
2. 提供居家復能的單位，是屬於長照體系的哪一層級？
 - (A) A單位
 - (B) B單位
 - (C) C單位
 - (D) 以上皆是



3. 高齡急診病人之照護，主要責任是由誰承擔？

- (A) 醫師
- (B) 個案管理師
- (C) 社工
- (D) 高齡團隊全體

4. 為失能者擬定照顧服務計畫及連結或提供長照服務是屬於長照體系的哪一層級？

- (A) A單位
- (B) B單位
- (C) C單位
- (D) 以上皆是

5. 下列何者為是？

- (A) 高齡急診病人若能安排適當有效的轉銜照護，可以降低急診再返率及疾病併發症
- (B) 出院準備服務是指病人一入院即開始協助病人及家屬做好出院準備，在病人完成治療時能順利的出院回家或轉介到其他合適的照護機構
- (C) 照顧高齡急診病人要一個「團隊」的合作
- (D) 以上皆是

答案 | A B D A D

8

急診
藥物處理

1. 多重用藥為？

- (A) 使用具有不同作用機制的兩種藥物
- (B) 使用比臨床症狀更多的藥物
- (C) 聯合使用兩種已被證明比僅使用一種藥物更有效治療疾病的藥物
- (D) 使用一種藥物治療多種疾病

2. 可能導致多重用藥因素，下列何者為非？

- (A) 多重醫療問題
- (B) 看多個專科醫師
- (C) 頻繁住院
- (D) 從同一藥局取得多樣藥品

3. 可能導致多重用藥因素，下列何者為非？

- (A) 多重醫療問題
- (B) 看多個專科醫師
- (C) 頻繁住院
- (D) 從同一藥局取得多樣藥品

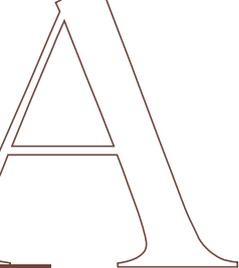
4. 老王今年78歲獨居且生活自理，患有高血壓、骨關節炎和骨質疏鬆，目前常規服用藥物有每日Aspirin 100 mg、lisinopril 10mg及amlodipine 10 mg。老王想利用中藥及非處方藥來增強自我身體健康，他並沒有腎結石及便秘等病史，下列何種狀況不適合老王？

- (A) 草藥製劑是天然產品，因此對服用多種藥物的病人是安全的。
- (B) 鈣1000 mg及維他命D 400 IU可能對老王有幫助。
- (C) 老王應準確記錄所選藥物的劑量和使用頻率。
- (D) 老王應向醫師說明非處方藥及草藥製劑的使用情況。

5. 以下有關減少多重用藥的步驟，何者為非？

- (A) 將藥物與已知的醫療問題相匹配
- (B) 停止沒有已知益處或有無法忍受的副作用的藥物
- (C) 保證藥物副作用可適當治療
- (D) 透過減少劑量來簡化藥物治療方案

答案 | B D B A C



四、進階課程

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 (以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) [82]，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[77, 83, 84]，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，並依照病人及家屬之期待進行臨床照護。

4Ms架構是一種評估及照護的模式，這4個M不是分開來評估，要整合來應用[77]，例如，不能只評估病人的Mentation (譫妄、失智及憂鬱)，還要注意其他3個M[77]，或許您的醫院已經進行某些4Ms的成分，可進一步找有熱忱的人員來參與，將整個4Ms架構做完整，並擴大到整個醫院[77]，有二個關鍵步驟可以幫助您將4Ms架構實現於臨床照護，以建立高齡友善之急診 (圖3) [77]。第一個步驟是「評估」，先評估高齡病人的4個M，第二個步驟是「行動」，將評估到的4Ms融入照護計畫並實踐[77]。詳細4Ms之教學內容，可參考IHI出版的「Age-Friendly Health Systems: Guide to Recognition for Geriatric Emergency Department Accredited Sites」[77]及「Age-Friendly Health Systems: Guide to Using the 4Ms in the Care of Older Adults」[82]、Megalla et al.所著「Using the 4M Model to Screen Geriatric Patients in the Emergency Department」[85]及美國急診醫師學院2021年會錄影「The 4Ms and Geriatric Emergency Care: ACEP21 Geriatric Pre-Conference」[84]。



圖 3 將4Ms架構實踐於照護高齡急診病人的二個關鍵步驟[77]

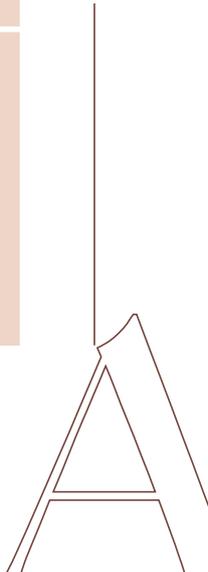
根據上述二個關鍵步驟，本課程建議先提出具有多重老年病症候群的個案，讓學員思考個案問題在哪裡，接下來解釋4Ms架構，然後由學員嘗試以4Ms架構，依照學員所處醫院具備的資源，來對此個案進行評估、建立照護計畫並實踐[77,84]。為了能夠促進腦力激盪，讓不同背景學員互相交流想法，此課程建議以工作坊並分組來進行，進階課程適用於醫師、護理師 / 個管師、藥師、社工師等與高齡急診照護高度相關之醫事人員，進行此課程前，應說明醫師、護理師 / 個管師、藥師、社工師在照護中扮演的角色及應具備之能力。

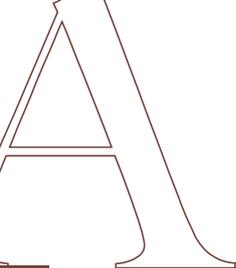
1

醫師進階課程

1. 角色與應具備之照護能力[4, 77, 82, 84]

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	<ul style="list-style-type: none"> (1) 了解各種疾病在高齡族群之表現。 (2) 執行老年病症候群之評估、篩檢及轉介。 (3) 與長者及家屬有效溝通，並進行醫病共享決策。 (4) 提供相關高齡照護評估以預防及延緩失能。 (5) 與藥師合作評估長者用藥整合。 (6) 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。





2. 課程綱要[4, 77, 82, 84]

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	<ul style="list-style-type: none"> (1) 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) (2) 4Ms架構之簡介 (What Matters、Medication、Mentation、Mobility) (3) 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) (4) 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)

1. 角色及應具備之照護能力[4, 77, 82, 84]

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以及窗口，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	<ul style="list-style-type: none"> (1) 了解各種疾病在高齡族群之表現。 (2) 了解並依照病人及家屬意願來進行照護。 (3) 執行老年病症候群之評估、照護及轉銜照護。 (4) 協調團隊與病人及家屬的意見。

2. 課程綱要[4, 77, 82, 84]

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	<ul style="list-style-type: none"> (1) 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) (2) 4Ms架構之簡介 (What Matters、Medication、Mentation、Mobility) (3) 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) (4) 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)

3
社工師
進階課程

1. 角色及應具備之照護能力[4, 77, 82, 84]

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、協助病人或是家屬情緒疏導與諮詢、家庭困擾及關係協調及保護性個案服務，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"> (1) 評估病人的社會心理、社會和醫療需求。 (2) 了解並依照病人及家屬意願來進行協助。 (3) 協助照護個案家屬情緒，及協助家屬取得相關醫療資訊。 (4) 協助物質與經濟需求照護。 (5) 提供後續安置相關服務。 (6) 緊急危機處理。

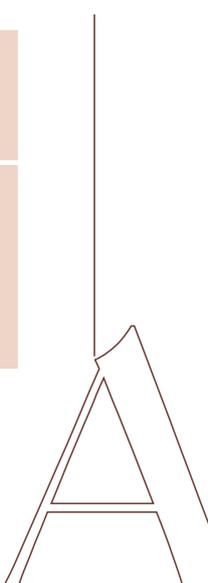
2. 課程綱要[4, 77, 82, 84]

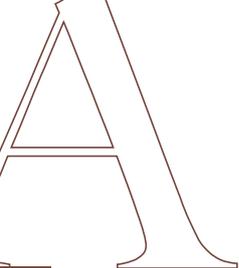
課程名稱	社工師如何使用4Ms架構來評估及照護高齡急診病人。
課程綱要	<ol style="list-style-type: none"> (1) 舉一高齡急診病人做為案例 (同時具有社會支持系統問題、譫妄症、跌倒及多重藥物等問題，社會支持系統問題包含獨老、老老照顧等) (2) 4Ms架構之簡介 (What Matters、Medication、Mentation、Mobility) (3) 如何在急診以4Ms架構評估及照護病人 (可說明如何以電子病歷輔助篩檢及轉介，著重於社工師可提供之協助) (4) 分組報告以4Ms架構照護案例病人，著重在如何協助醫護人員進行後續處理。 (可依各醫院資源設計照護模式)

4
藥師
進階課程

1. 角色及應具備之照護能力[4, 77, 82, 84]

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"> (1) 了解各項老年病症候群及慢性病。 (2) 發現、解決和預防用藥問題，特別是會影響Mentation及Mobility之用藥。 (3) 協助建立藥物使用準則及藥物整合。 (4) 提供醫療人員或病人藥物諮詢。





2. 課程綱要[4, 77, 82, 84]

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	<ul style="list-style-type: none"> (1) 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) (2) 4Ms架構之簡介 (What Matters、Medication、Mentation、Mobility) (3) 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) (4) 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)

055

五、其他醫事人員之高齡急診照護教育訓練課程

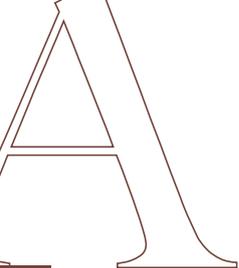
建議必修項目為核心課程裡之「急診非典型表現與多重共病」、「急診認知與行為問題」及「急診急性功能下降」，但可依各醫院需求調整之。

六、教育訓練講師 推薦名單

因長者問題常屬跨領域、多重且複雜，為達上述教育訓練課程之目標，本學會邀請台灣老年學暨老年醫學會、中華民國急重症護理學會、中華民國藥師公會全國聯合會、社團法人台灣老人暨長期照護社會工作專業協會、社團法人臺灣物理治療學會、社團法人臺灣職能治療學會、中華民國營養師公會全國聯合會、中華民國臨床心理師公會全國聯合會共同推薦講師，以協助試辦醫院推動人員教育訓練之參考，講師名單如下：

(一) 急診醫學

姓名	服務機構	職稱	專長
黃建程	奇美醫療財團法人奇美醫院 高齡急診科	主任	急診醫學、高齡醫學、安寧緩和醫學、長期照護、流行病學、環境醫學、人工智慧
陳殿和	奇美醫療財團法人奇美醫院 急診醫學部	主治醫師	急診醫學、老年醫學
簡定國	台灣基督長老教會馬偕醫療 財團法人馬偕紀念醫院急診部	部主任	急診醫學、一般急重症、老人急重症、外傷急重症
黃獻崑	臺北榮民總醫院急診部 災難醫學科	主任	急診醫學、內科醫學、重症醫學
李文輝	長庚醫療財團法人高雄長庚紀念 醫院急診醫學科	主治醫師	急診醫學、院外急救、緊急醫療救護系統、災難醫學
李宜恭	佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟 醫院急診科兼教學部副主任	主任	急診醫學、急重症醫療、到院前救護、災難醫學、實證醫學、醫學教育
周上琳	輔英科技大學附設醫院	主任秘書	急診醫學、高齡醫學、大型活動緊急醫療救護
林金翰	中國醫藥大學附設醫院 急診醫學部	主治醫師	急診及急重症醫學、急重症超音波、院前緊急救護、重大外傷、高齡急診照顧
林朝順	國泰醫療財團法人新竹國泰綜合醫 院急診醫學科	主任	急診醫學、醫學教育、老人醫學、OSCE訓練
施欣怡	國立成功大學醫學院附設醫院 急診部	主治醫師	急診醫學、高齡照護、公共衛生危機準備與應變、急重症醫療照護、新興傳染病
高元	奇美醫療財團法人奇美醫院急診部	主治醫師	急診醫學、職業醫學



姓名	服務機構	職稱	專長
許金旺	臺北市立萬芳醫院急診重症醫學部	主任	急診醫學、緊急醫療、救護災難、醫學急救技術
郭庭彰	衛生福利部苗栗醫院急診科	主任	急診醫學、老人急重症醫學、野外醫學、災難醫學、到院前緊急醫療救護
廖美珍	高雄榮民總醫院高齡醫學中心	主治醫師	內科學、急診醫學、高齡醫學
管仁澤	林口長庚醫院急診醫學部	副主任	急診醫學、到院前緊急醫療救護、災難醫學、健康管理與健康促進、預防保健、老人醫學
蔡于捷	臺大醫院新竹生醫醫院急診醫學部	主治醫師	急診醫學、老年醫學
鍾睿元	國泰綜合醫院急診醫學部	主治醫師	急診醫療、緊急醫療救護、急診重點式超音波、情境模擬醫學、醫學教育、老年醫學

057

(二) 老年醫學專家

姓名	服務機構	職稱	專長
張家銘	成大醫院內科部老年科	主治醫師 兼科主任	老年醫學、感染症、慢性疾病、長期照護
羅玉岱	成大醫院高齡醫學部	主治醫師	家庭醫學、安寧緩和醫學、老年醫學、長期照護
黃基彰	成大醫院內科部	主治醫師	老年醫學
周明岳	高雄榮民總醫院高齡醫學中心高齡整合照護科	主任	老年醫學、家庭醫學、安寧緩和醫學、社區醫學
曾祥洸	馬偕紀念醫院 老年醫學科	主任	老年疾病、一般內科性疾病、隱球菌(腦膜炎病理生理學)、微生物學、愛滋病、
詹鼎正	國立台灣大學醫學院附設醫院竹東分院	院長	感染症、結核病老年醫學、感染管制 老年醫學、骨質疏鬆、老人用藥
李孟智	衛生福利部臺中醫院	顧問	家庭暨社區醫學、流行病學與管理、醫學教育
黃集仁	台北長庚醫院	院長	急診醫學、到院前緊急醫療救護、重症照護、健康管理與健康促進、預防保健、老人醫學、災難醫學
陳人豪	國立台灣大學醫學院附設醫院老年醫學部	主治醫師	老年醫學及相關流行病學、骨質疏鬆及失智症

姓名	服務機構	職稱	專長
陳晶瑩	國立台灣大學醫學院附設醫院家庭醫學科	主治醫師	家庭醫學、老年醫學、營養學
陳英仁	林口長庚醫院一般內科暨高齡醫學科	主任	常見老年慢性病診治(如心臟病、高血壓、糖尿病、慢性便秘、泌尿道感染等)、藥物整合、周全性老年整合評估
吳芝穎	台北市立萬芳醫院家庭醫學科	主治醫師	家庭醫學/老年醫學/預防醫學、慢性病及多重藥物整合、戒菸治療與衛教、睡眠醫學、旅遊醫學
黃建程	奇美醫療財團法人奇美醫院高齡急診科	主任	急診醫學、高齡醫學、安寧緩和醫學、長期照護、流行病學、環境醫學、人工智慧
蔡孟修	奇美醫療財團法人奇美醫院老年醫學科	主治醫師	老年醫學及家庭醫學、多重慢性病控制及藥物整合、長期照護、預防保健、戒菸治療及衛教、安寧緩和療護、癌症疼痛控制

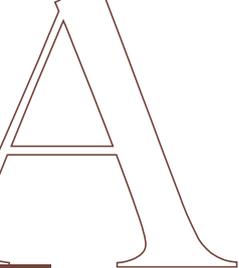
(三) 護理學專家

058

姓名	服務機構	職稱	專長
林綉珠	國立臺灣大學醫學院附設醫院護理部	副主任	急重症護理、創傷護理
陳麗琴	新北市立土城醫院護理部	主任	外科護理學、急重症護理學、護理行政、病人安全、醫學倫理、護理倫理、醫療爭議處理、臨床實務相關法律
詹靜媛	國立臺灣大學醫學院	督導長	護理行政
李權芳	附設醫院護理部 高雄長庚醫院護理部	副主任	專業問題研討、護理行政

(四) 藥學專家

姓名	服務機構	職稱	專長
陳玉瑩	林口長庚醫院行政中心藥材管理部	組長	藥事行政管理、抗生素管理、藥理學教師
蘇慧真	奇美醫療財團法人奇美醫學藥劑部	部長	重症加護病房藥事照護、團隊資源管理



(五) 社會工作學專家

姓名	服務機構	職稱	專長
張宏哲	臺北護理健康大學長期照護系	副教授	長期照護與社會工作
林玉琴	新動能社會工作師事務所	負責人暨 所長	社區老人服務、長照社區服務(日照、據點、照顧評估專員、居服督導)
林昱宏	國立臺灣大學醫學院附設醫院北護分院社工組	組長	長期照護實務

(六) 物理治療學專家

姓名	服務機構	職稱	專長
林佩欣	長庚大學物理治療學系	副教授	復健醫學、老人醫學
蔡佩玲	尹書田醫療財團法人書田泌尿科眼科診所物理治療科	主任	神經物理治療、骨科物理治療、健康促進物理治療、泌尿系統物理治療
蘇信昌	暉凌居家物理治療所	所長	骨科疾患、神經疾患、兒童療育、心肺復健、運動傷害、居家治療
陳昭瑩	國立臺灣大學醫學院附設醫院物理治療中心	經理	骨科術後物理治療、運動傷害防治、骨盆底肌功能重建、骨質疏鬆症物理治療
謝宛玲	臺北榮民總醫院高齡醫學中心	契約物理治療師	高齡物理治療
卓瓊鈺	國立成功大學物理治療學系	副教授	姿勢與平衡控制及電腦族累積性傷害、動作控制及累積性傷害
陳淑雅	中國醫藥大學物理治療學系	副教授	健康行為科學、中風上肢復健、虛擬實境與行動科技應用、平衡與跌倒

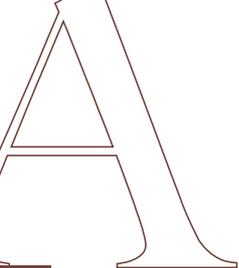
(七) 職能治療學專家

姓名	服務機構	職稱	專長
吳菁宜	長庚大學職能治療學系	特聘教授	健康老化與長照、臨床試驗、中風神經復健、虛擬實境、認知訓練
張婉嫻	衛生福利部台北醫院復健科	職能治療師、 技術長	成人生理職能治療、職能治療教學、急性後期照護
張玲慧	國立成功大學職能治療學系	副教授	高齡職能治療、長照復能、社區健康促進
毛慧芬	國立臺灣大學職能治療學系	副教授	老人與長期照護職能治療、失智症照護、生理疾病職能治療、科技輔具服務

姓名	服務機構	職稱	專長
蔡宜蓉	高雄醫學大學職能治療學系	助理教授	急性後期照顧、長照復能
張嘉玲	台北長庚醫院	職能治療師	神經復健、動作控制與學習、生理疾病職能治療、老人失能及延緩MCI之職能治療、燒燙傷之復健、副木及輔具設計製作、癌症淋巴水腫職能治療
林睿騏	衛生福利部雙和醫院復健醫學部	職能治療師、技術長	職能治療、居家復能、預防及延緩失能
徐秀雲	國立成功大學醫學院附設醫院復健部	職能治療組長	生理疾病職能治療、生物力學、動作控制
吳宜華	高雄長庚醫院復健科	復健資深專業職能治療師	居家復能、居家環境調整、失能與失智者活動安排與環境營造、外傷骨折、失能、高齡衰弱、罕病、兒童居家職能治療、學校特殊教育專業評估及介入、燒燙傷疤痕處理及壓力衣測量、副木製作、輔具評估及設計

(八) 營養學專家

姓名	服務機構	職稱	專長
許慧雅	高雄榮民總醫院高齡醫學中心	營養師	高齡長者營養、疾病營養、膳食設計與管理、社區營養衛教
鄭千惠	國立臺灣大學醫學院附設醫院	營養師	膳食療養、老人營養、吞嚥困難飲食指導
詹益瑞	臺中榮民總醫院	營養師	糖尿病營養、高齡營養、團體膳食管理



(九) 心理學專家

姓 名	服務機構	職 稱	專 長
郭乃文	國立成功大學醫學院 行為醫學研究所	教 授	復健心理學、臨床神經心理學、神經心理 衡鑑、神經心理治療、校園神經心理學、 正向心理學、老年心智功能照護
吳玉欣	高雄醫學大學附設中和 紀念醫院復健科	臨床心理師	預防失智與失能之評估與處理、職業傷病 防治
陳 靖	高雄長庚醫院身心醫學科	資深專業 臨床心理師	神經心理衡鑑、失智評估與復健、憂鬱及 焦慮症心理治療、校園心理諮商、失眠與 恐慌症之生理回饋、認知復健、催眠治療 、性侵害加害人評估與治療
張 琦	高雄榮民總醫院精神部	臨床心理師	各類身心科相關心理衡鑑(含司法鑑定、 變性評估)、成人心理治療(含動力式治 療、戒癮治療)、醫療人員專業教育訓練 及心理相關專題演講
沈慶華	國立成功大學醫學院附設醫院 復健部	臨床心理師	神經心理衡鑑與神經心理治療、復健心理 學、心智功能與社會情緒發展之評估與早 期療育、腦部傷損之心智功能評估與神經 心理復健、兒童與青少年之心理衡鑑與心 理治療、親職教養諮詢
朱怡娟	林口長庚醫院精神/神經科	臨床心理師	臨床神經心理學、失智症評估照護
何詩君	奇美醫療財團法人奇美醫院 緩和醫療中心	臨床心理師	安寧緩和照顧、哀傷失落諮商、心理腫瘤 照顧、心理評估、心理治療

附件三 照護模式建立具體範例影片-111年度急診端試辦醫院

試辦醫院



臺北市立萬芳醫院
委託財團法人臺北醫學
大學辦理



臺北榮民總醫院



臺北市立聯合醫院
中興院區



國泰醫療財團法人
國泰綜合醫院



台灣基督長老教會
馬偕醫療財團法人
淡水馬偕紀念醫院



臺中榮民總醫院



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

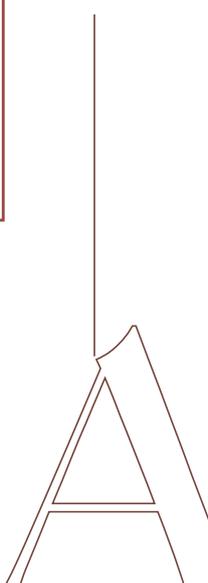


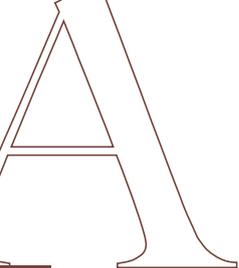
奇美醫療財團法人
奇美醫院

輔導團隊
彙整
試辦醫院
成果影片



急診端醫院
成果彙整





附件四 長者照護相關資源



衛福部長照專區
(1966專線)



衛生福利部長期照顧司



衛生福利部國民健康署
長者社區資源整合運用平台

063



衛生福利部社會及家庭署
社區照顧關懷據點服務入口網



社會安全網-關懷e起來



家庭照顧者
支持性服務資源地圖

醫院發展具延緩失能理念之長者友善服務模式



衛生福利部國民健康署-
老人防跌工作手冊(專業版)

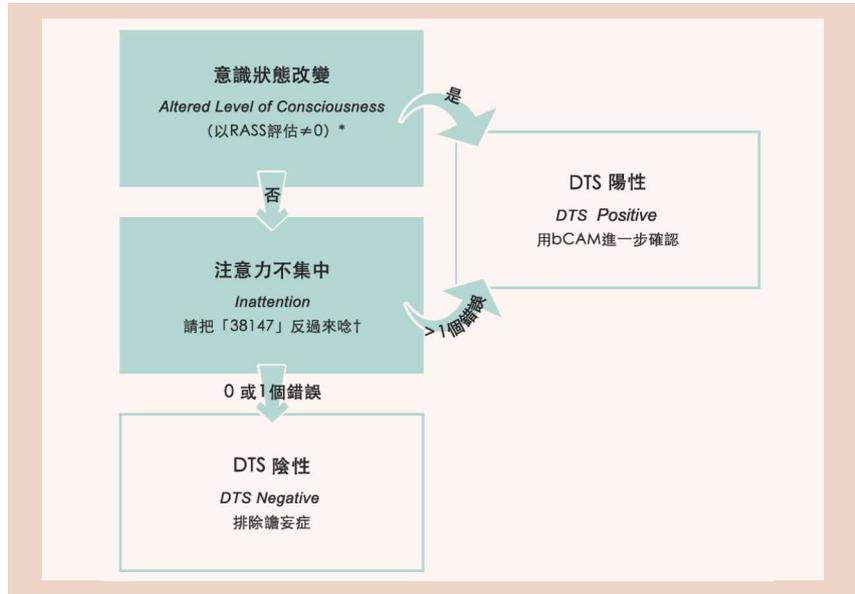


衛生福利部國民健康署-
長者防跌妙招手冊(民眾版)



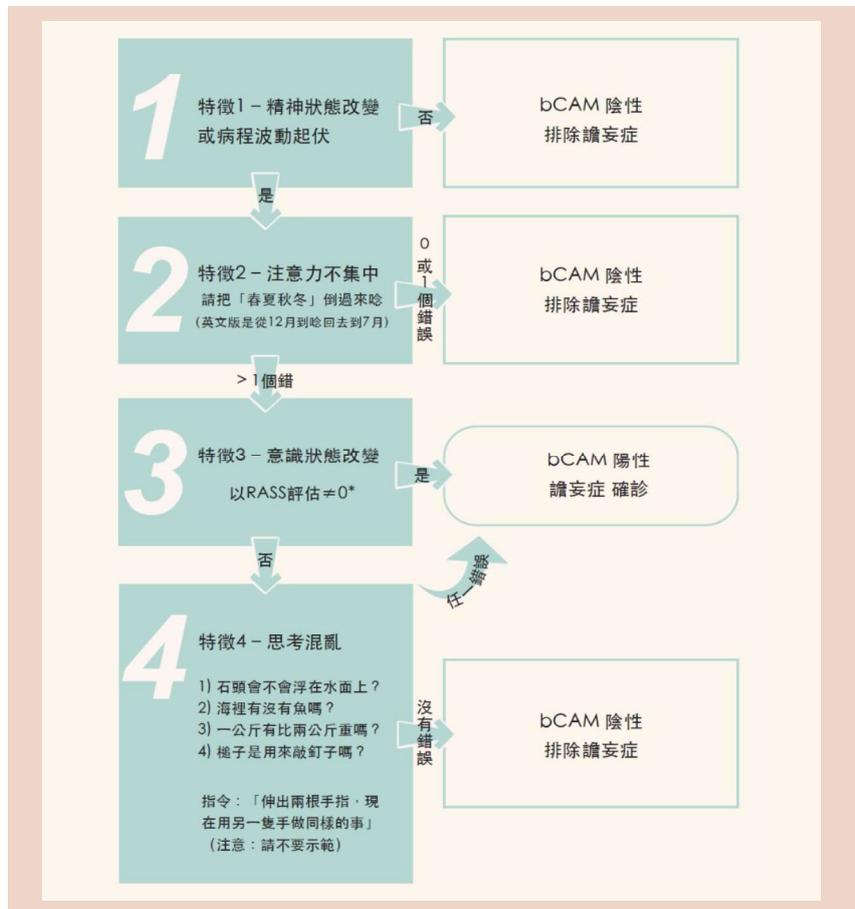
長者活力體能訓練方案

第三篇、急診端本冊相關流程圖



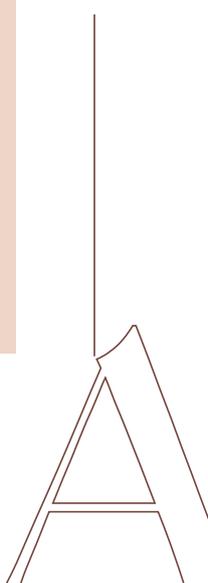
主手冊第29頁

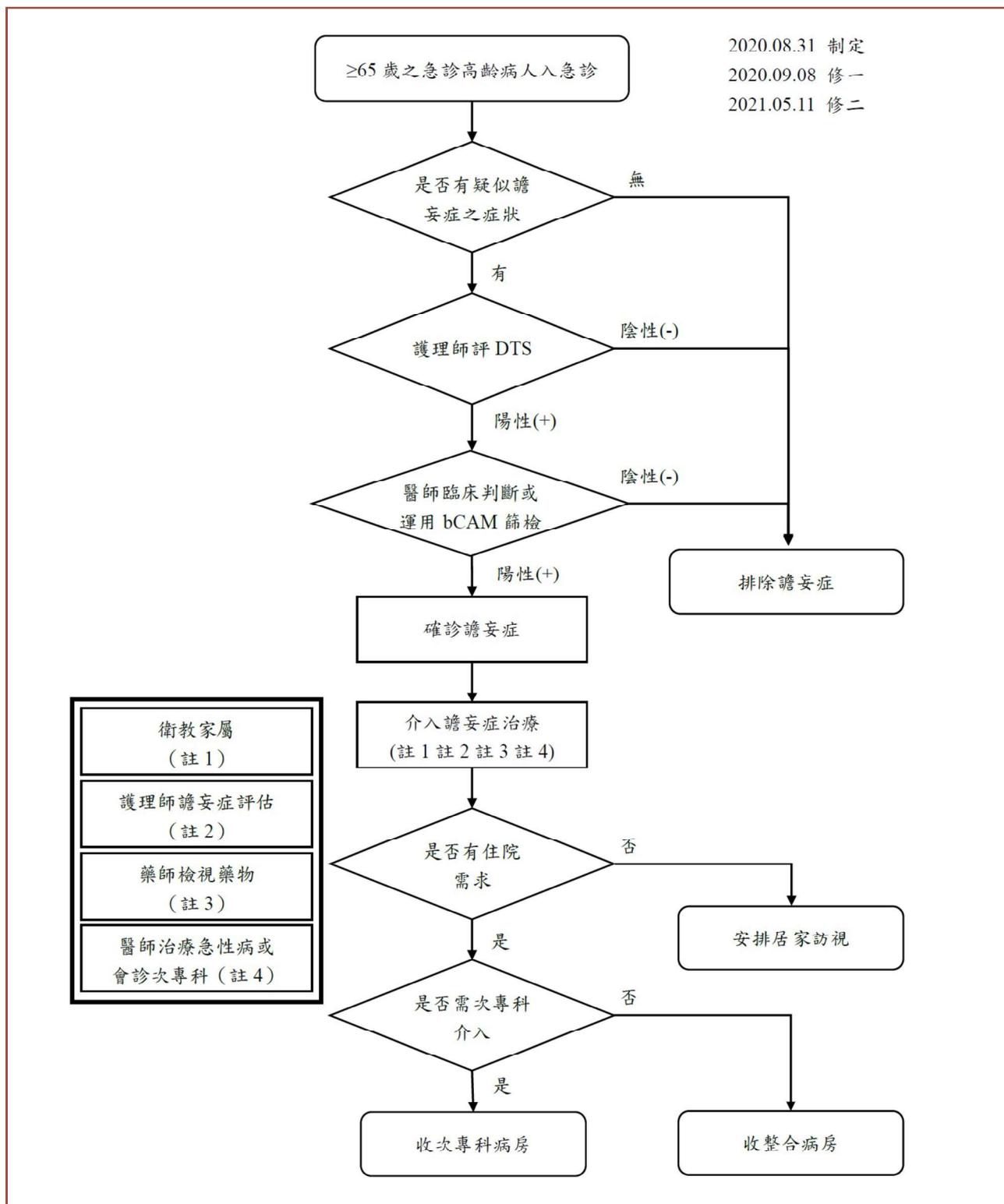
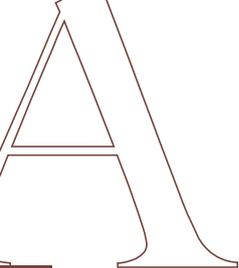
圖 23 DTS流程



主手冊第30頁

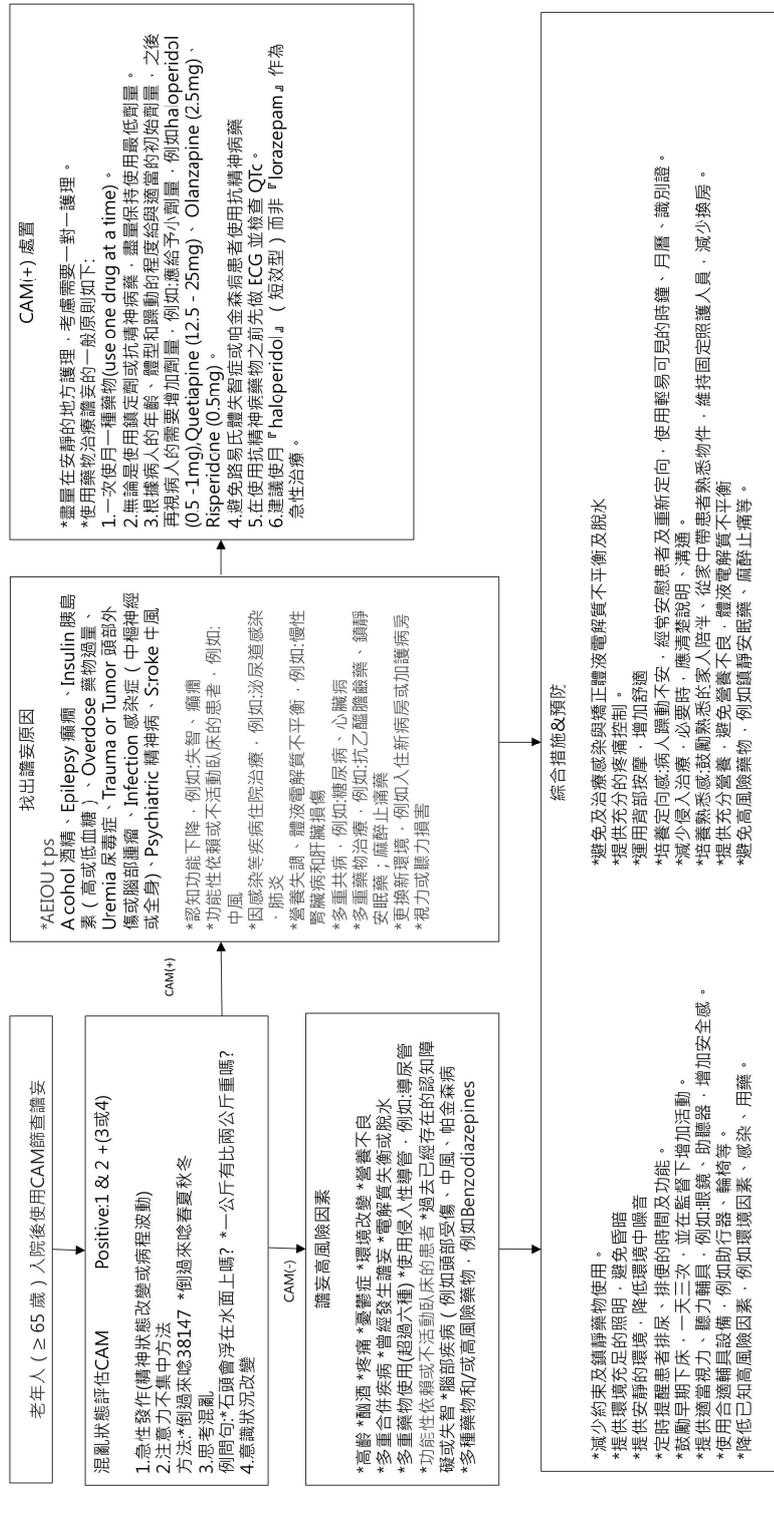
圖 24 bCAM流程



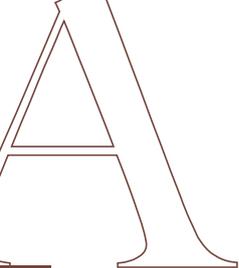


主手冊第32頁 圖 26 譫妄症評估、治療及轉銜照護流程(奇美醫院)

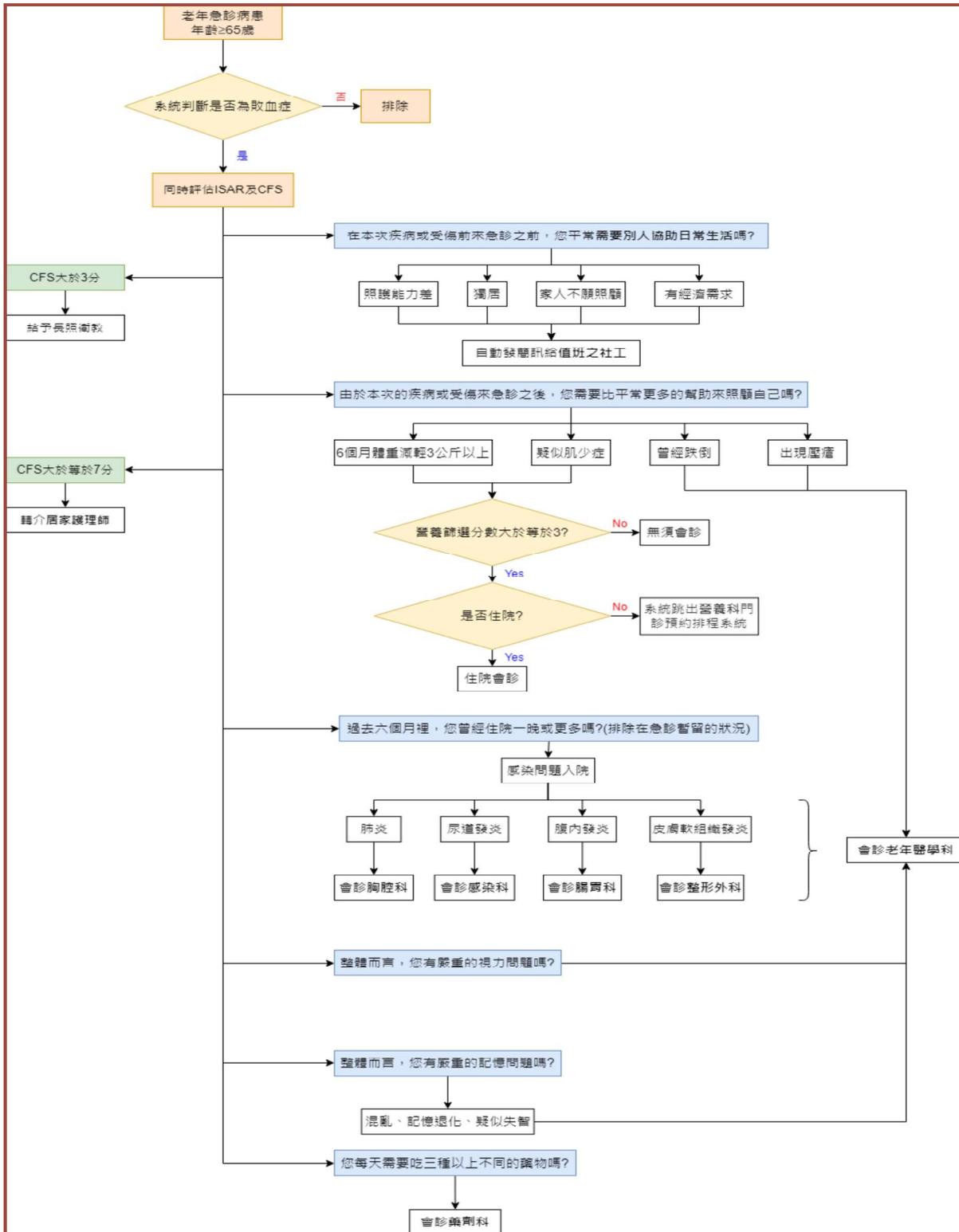
譫妄照護途徑



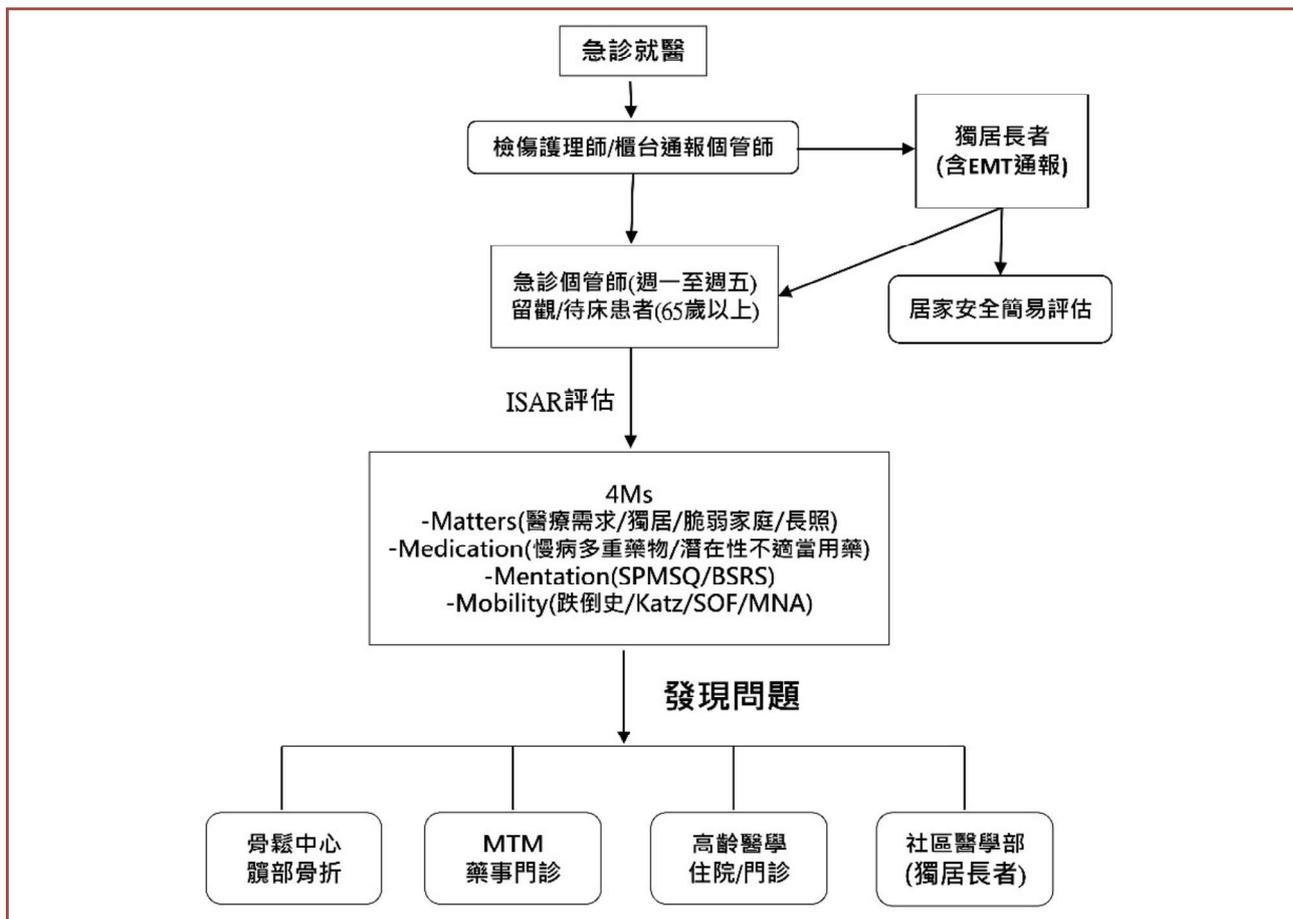
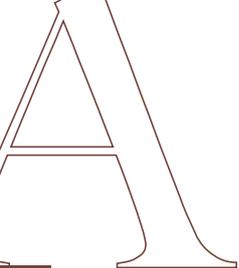
主手冊第36頁 圖 35 譫妄症診斷與照護流程(大林慈濟醫院)



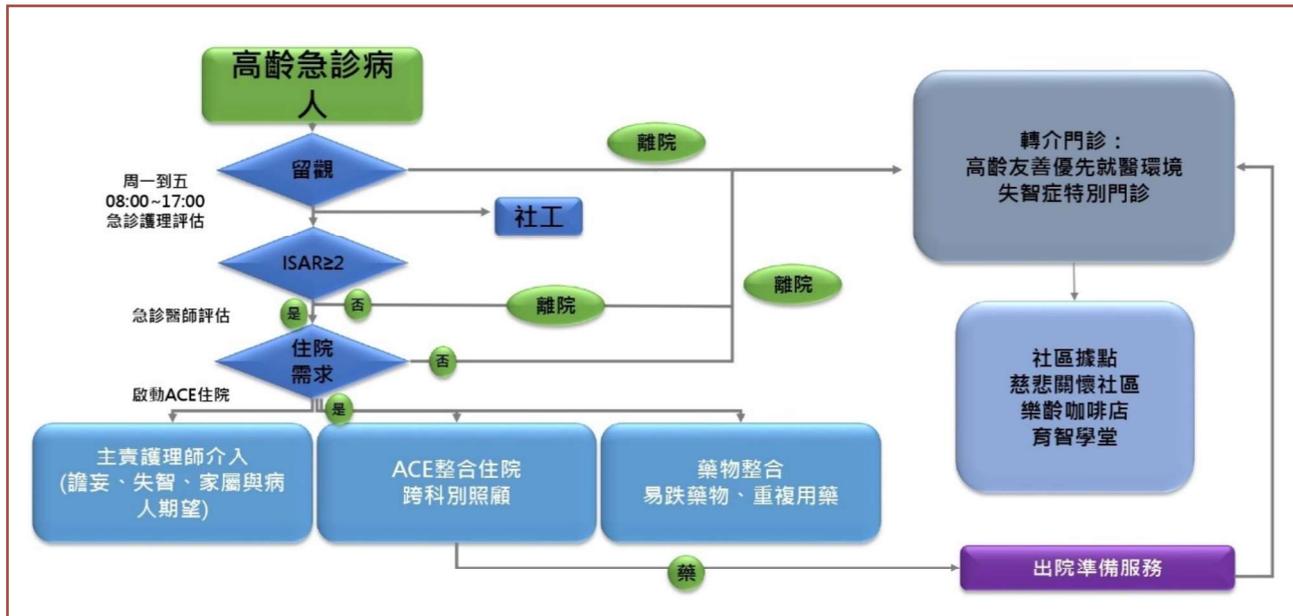
主手冊第38頁 圖 36 高齡急診病人篩檢轉介流程(臺北榮民總醫院)



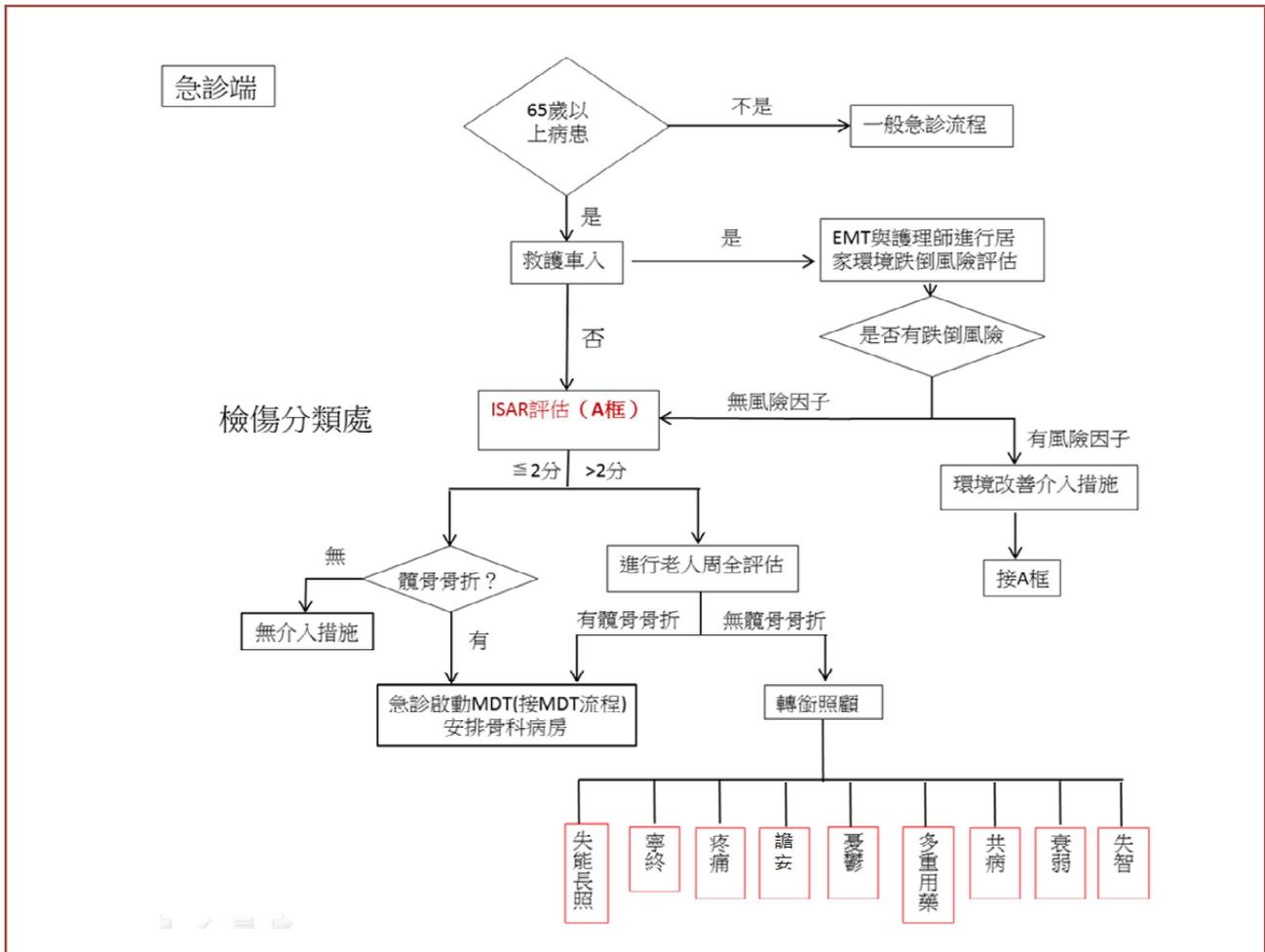
主手冊第41頁 圖40 篩檢及轉介-ISAR及CFS(臺北國泰醫院)



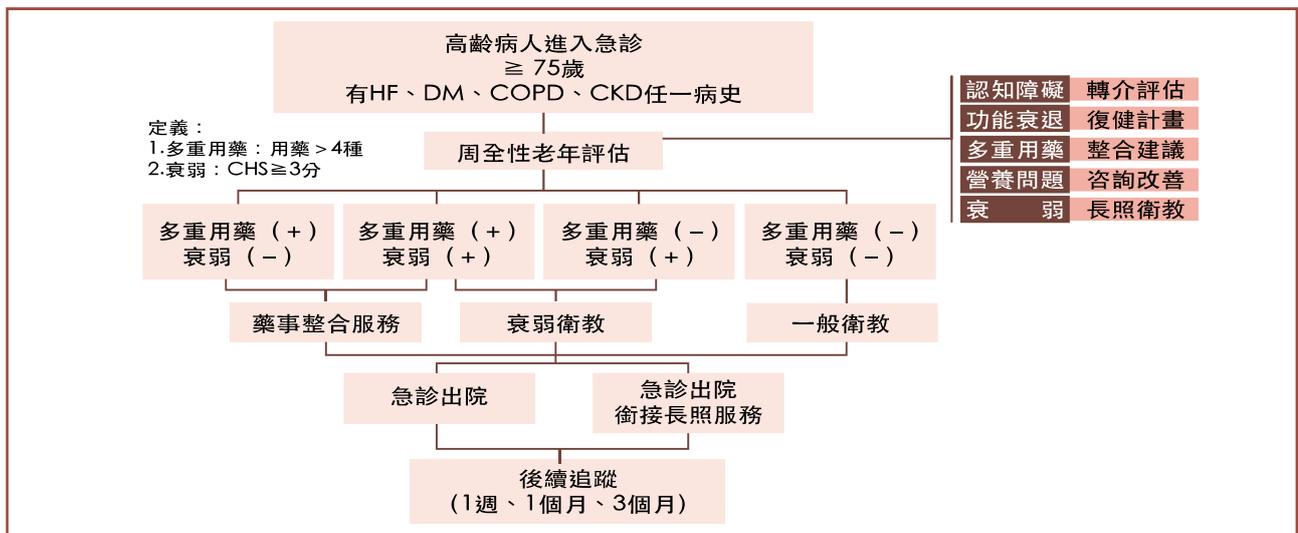
主手冊第43頁 圖 43 篩檢及轉介流程-ISAR及4Ms(臺北市立萬芳醫院)



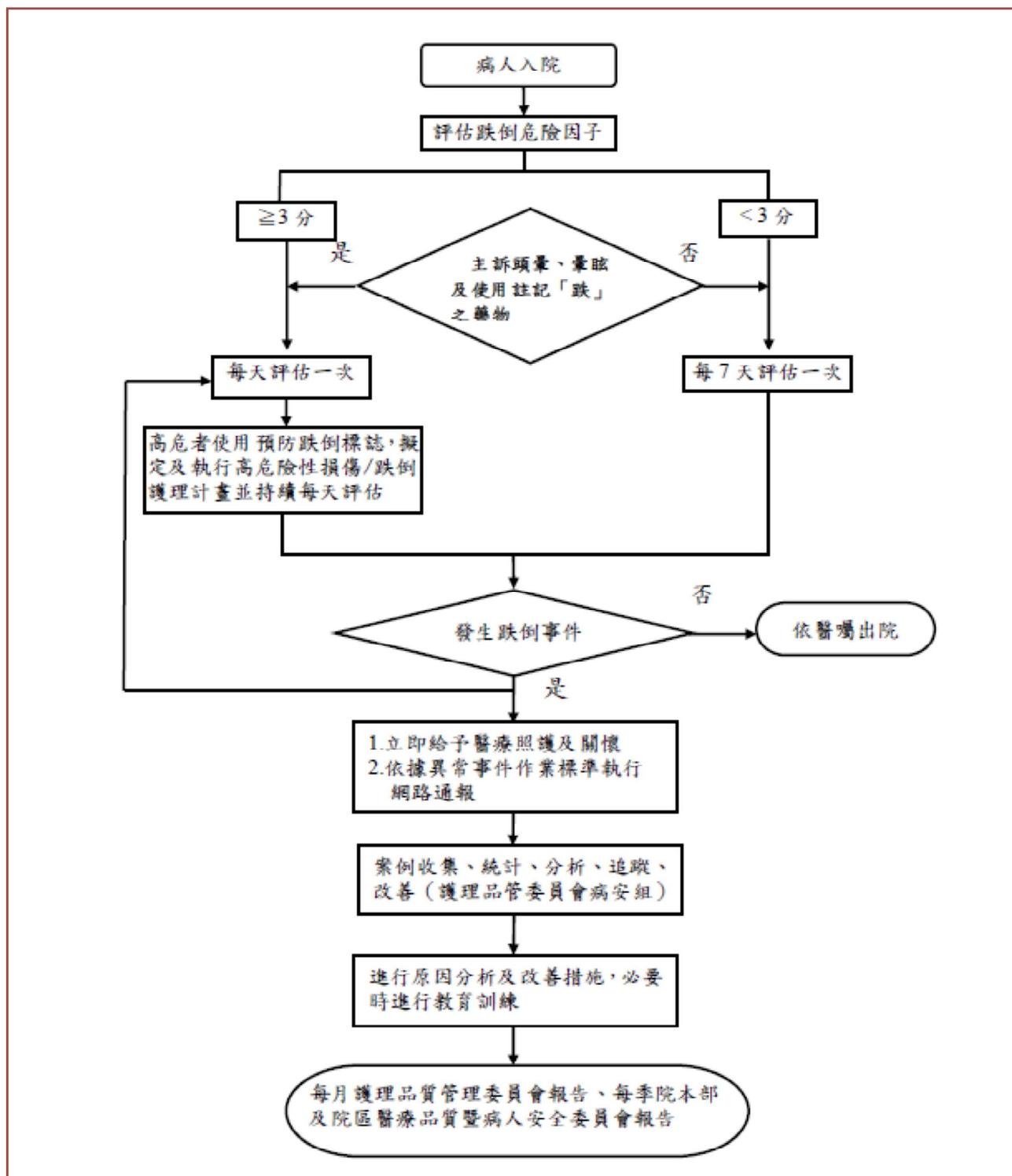
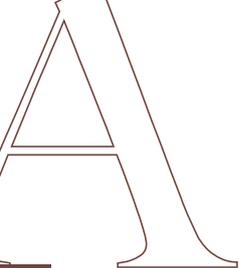
主手冊第44頁 圖 44 篩檢及轉介流程-ISAR(臺北市立聯合醫院中興院區)



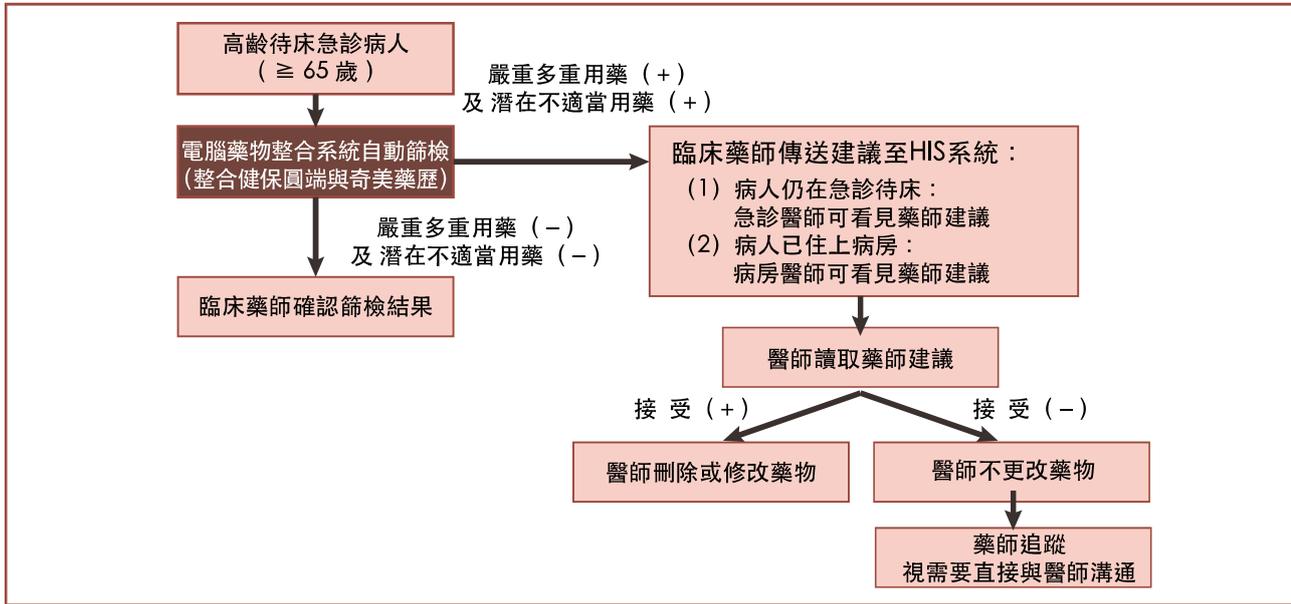
主手冊第45頁 圖 46 篩檢及轉銜照護流程(新竹國泰醫院)



主手冊第47頁 圖 47 整合照護流程(臺中榮民總醫院)

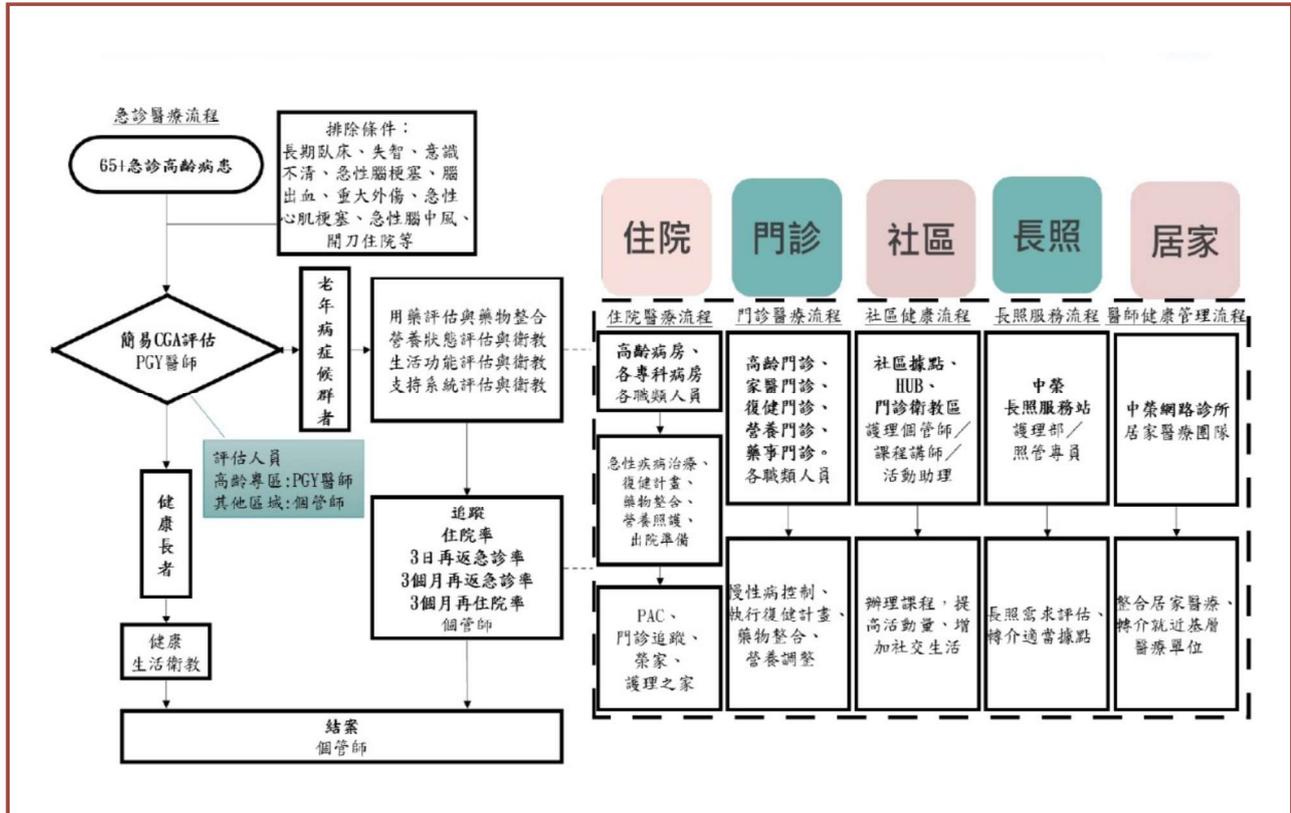


071



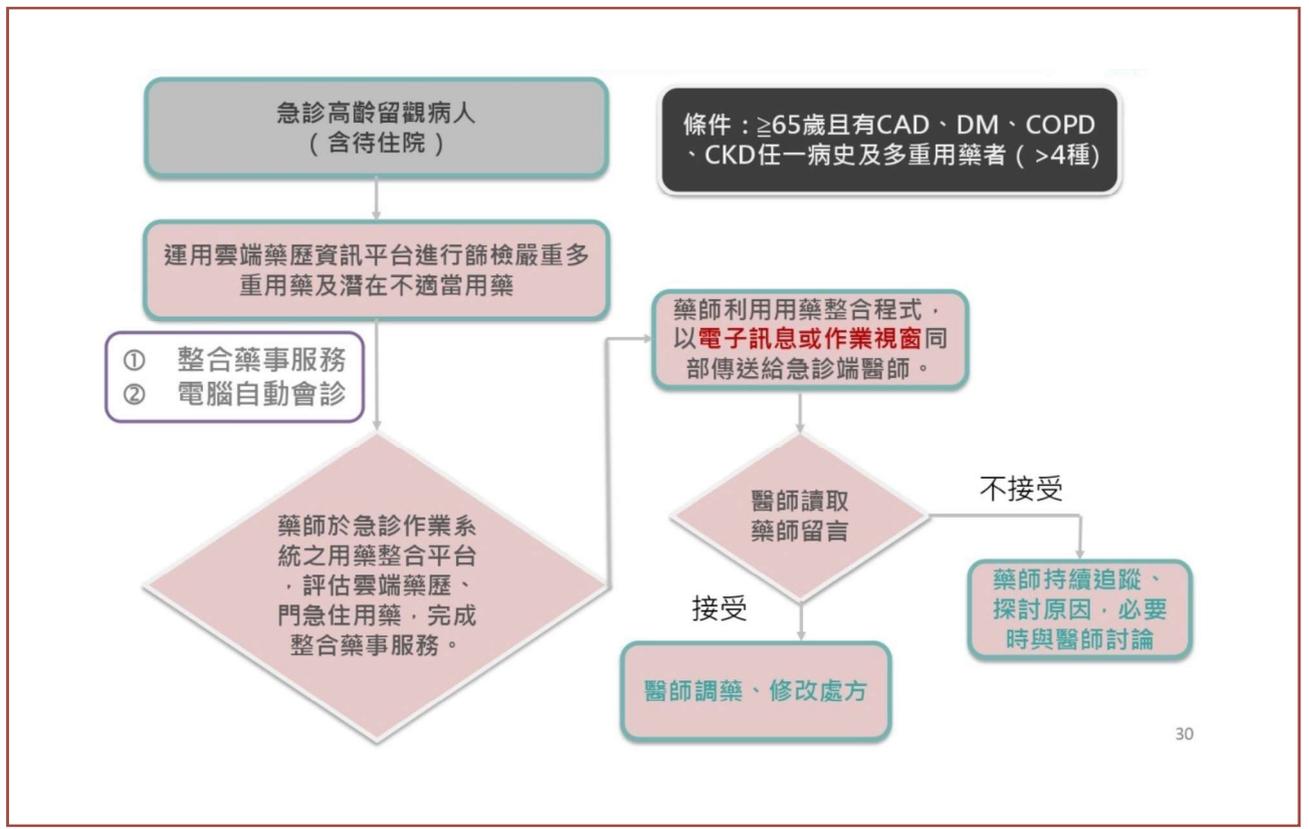
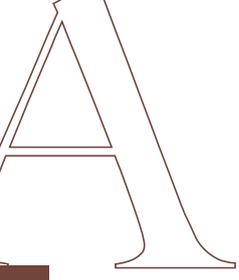
主手冊第56頁

圖 59 高齡急診病人藥物整合之流程圖(奇美醫院)



主手冊第58頁

圖 61 急診長者友善照護模式(臺中榮民總醫院)

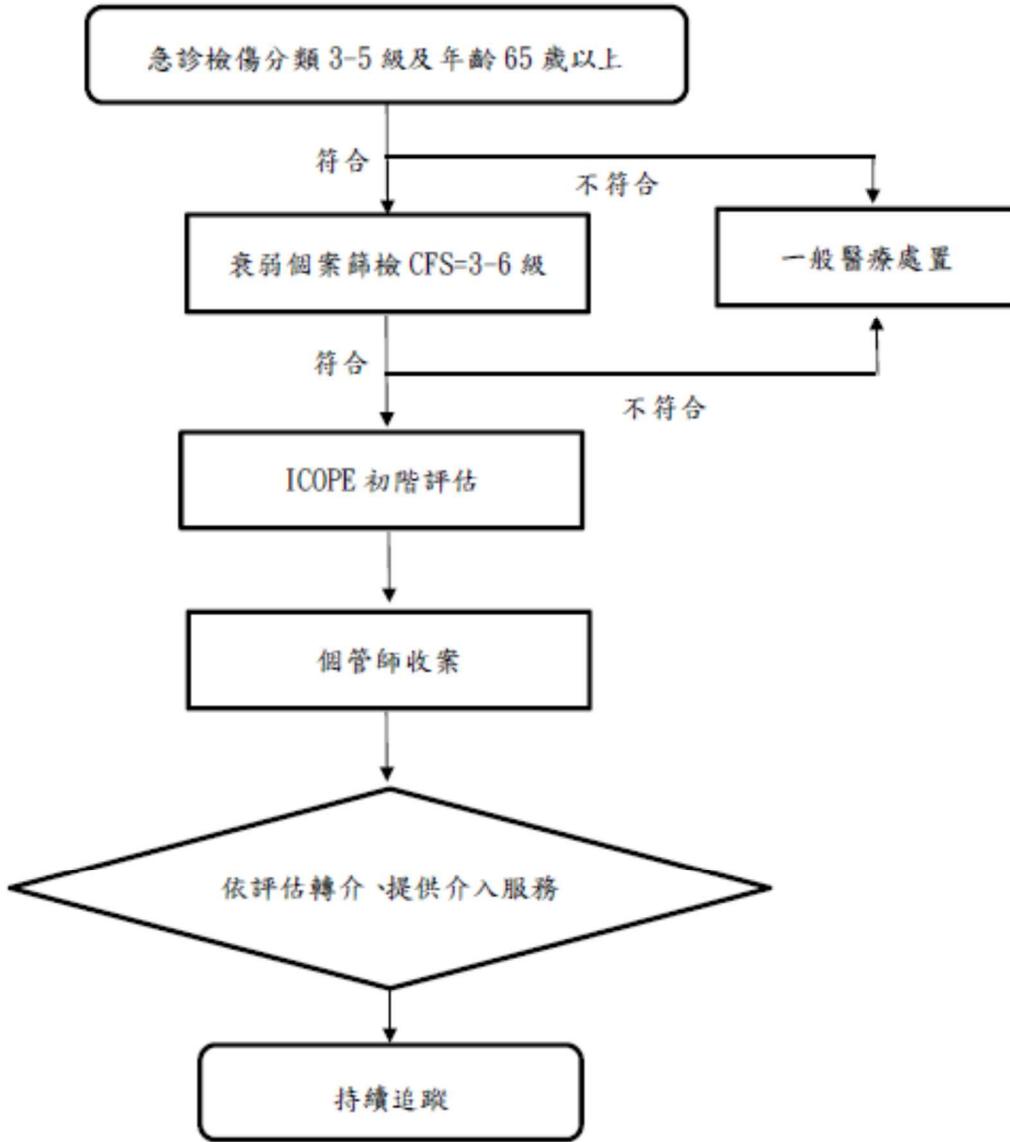


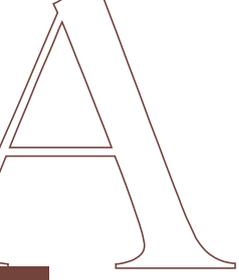
073

30

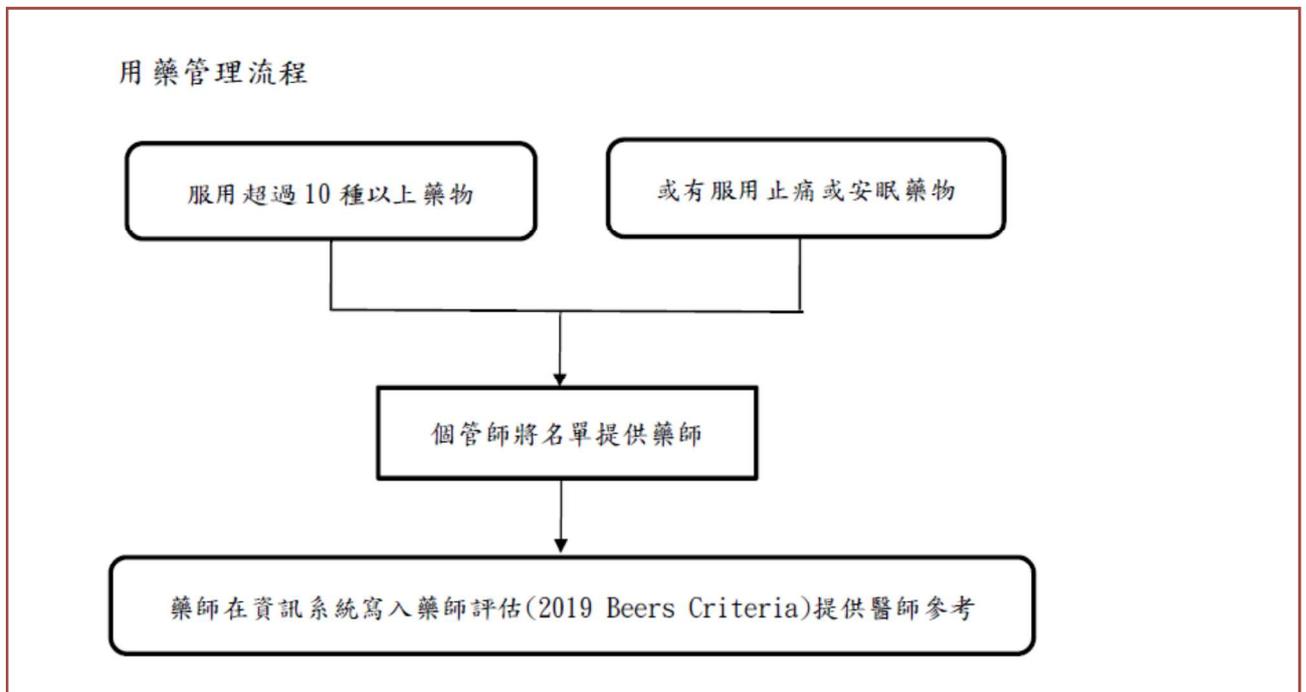
主手冊第58頁 圖 62 急診藥物整合流程(臺中榮民總醫院)

急診端流程圖



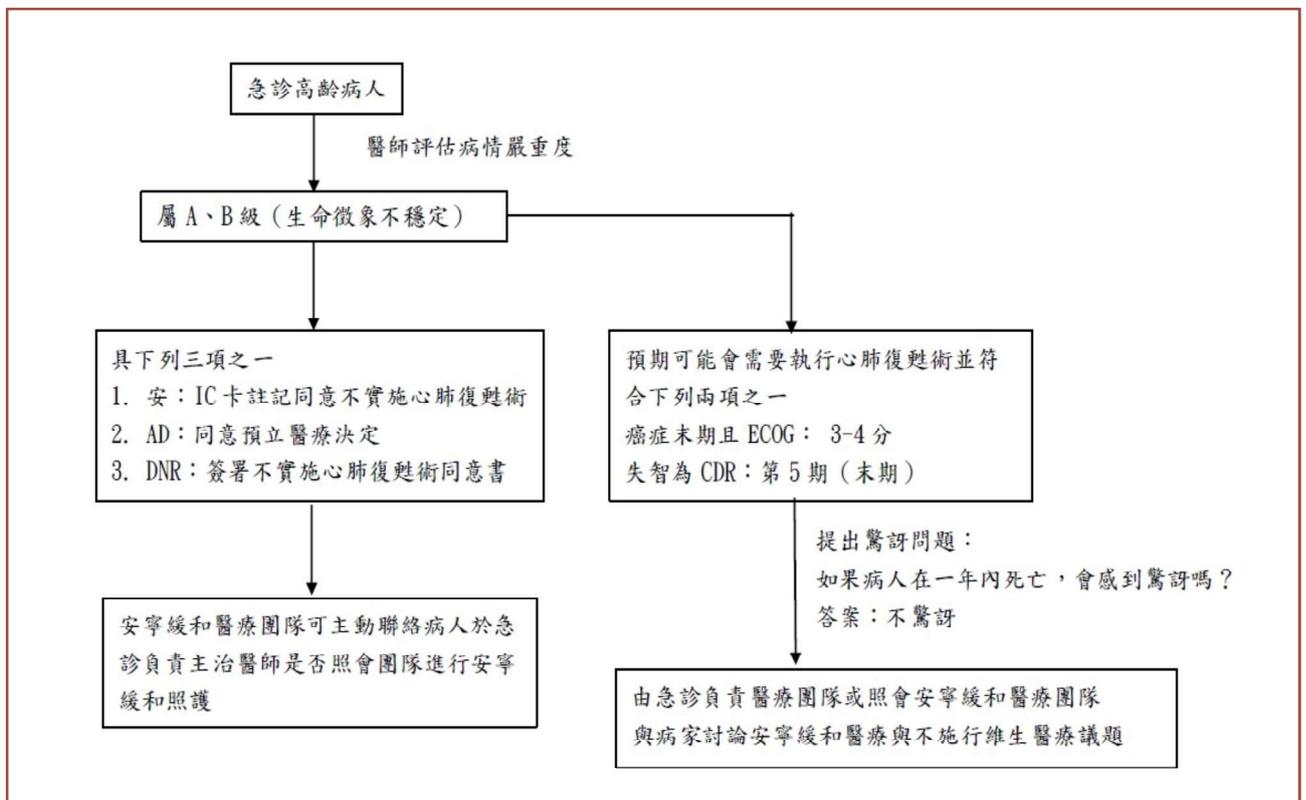


用藥管理流程



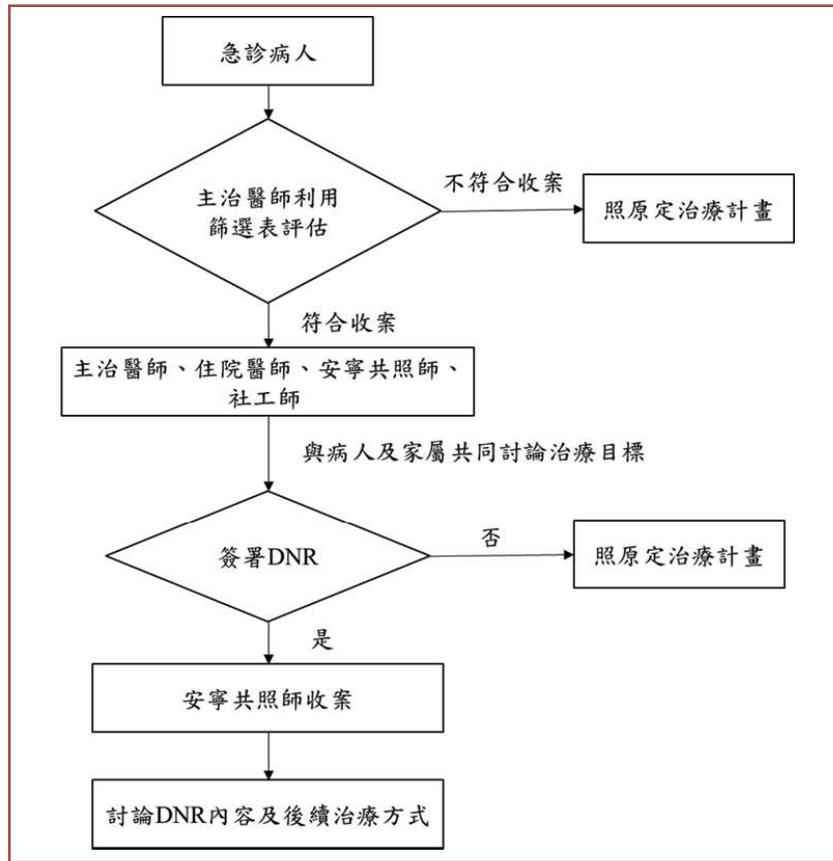
075

主手冊第59頁 圖 64 急診端用藥管理流程(竹山秀傳醫院)



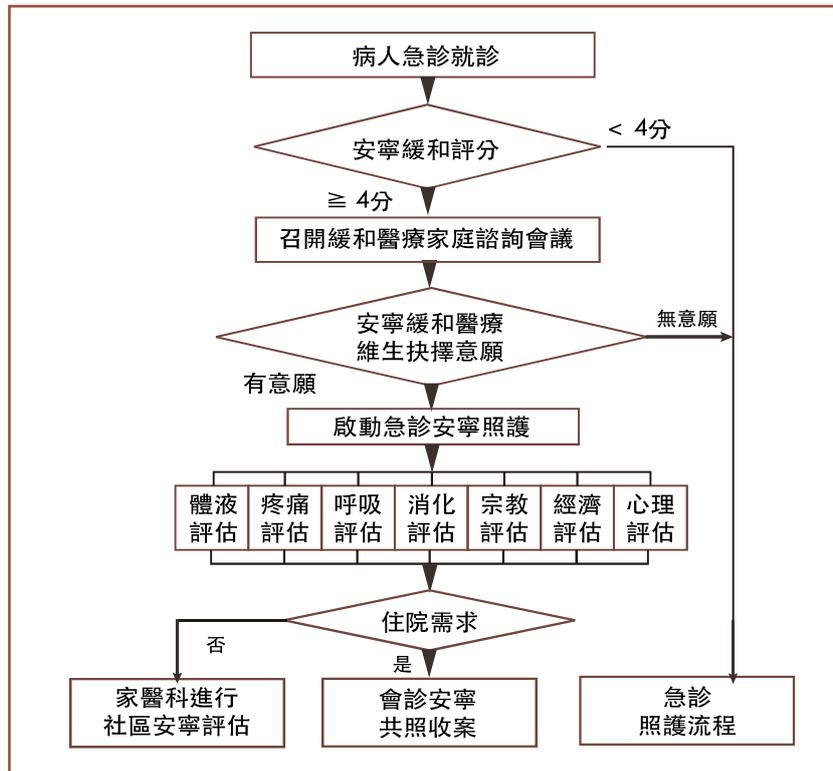
醫院發展具延緩失能理念之長者友善服務模式

主手冊第63頁 圖 68 急診安寧緩和照護流程圖(林口長庚醫院急診醫學部)



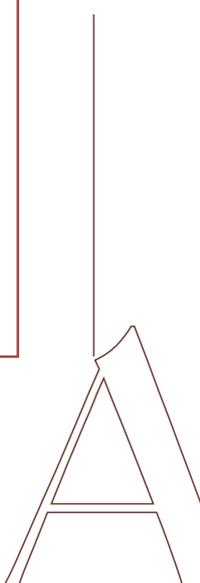
主手冊第64頁

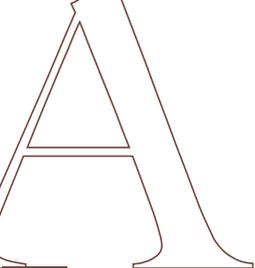
圖 69 急診安寧緩和照護流程圖 (臺北榮民總醫院)



主手冊第66頁

圖 71 急診安寧團隊收案與評估流程 (臺北市立聯合醫院中興院區)





需要或要求使用導尿管

- 病人是否有以下任何狀況或需求：
- 尿滯留／尿道阻塞？
- 病人的排尿量需要嚴密監控，同時病人無法使用尿壺或便盆？
- 尾椎或會陰部位有開放性傷口，並有小便失禁？
- 病人病情嚴重或失能、且無法使用其他收集尿液的方法？
- 手術後的病人？
- 神經性膀胱功能異常？
- 緊急骨盆超音波？
- 緊急手術？
- 髖骨骨折？
- 其他泌尿系統的問題？
- 安寧或緩和療護？



置放導尿管

考慮其他收集尿液的方法

主手冊第67頁

圖 72 標準化置放導尿管之適應症及流程

077

急診病人
可「出院」或辦理「自動出院」

急診醫師評估
「追蹤訪視」需求

否

出院

病人或家屬同意
「追蹤訪視」

否

出院

醫師點選HIS「追蹤訪視」
轉介按鈕留取病人聯絡資料

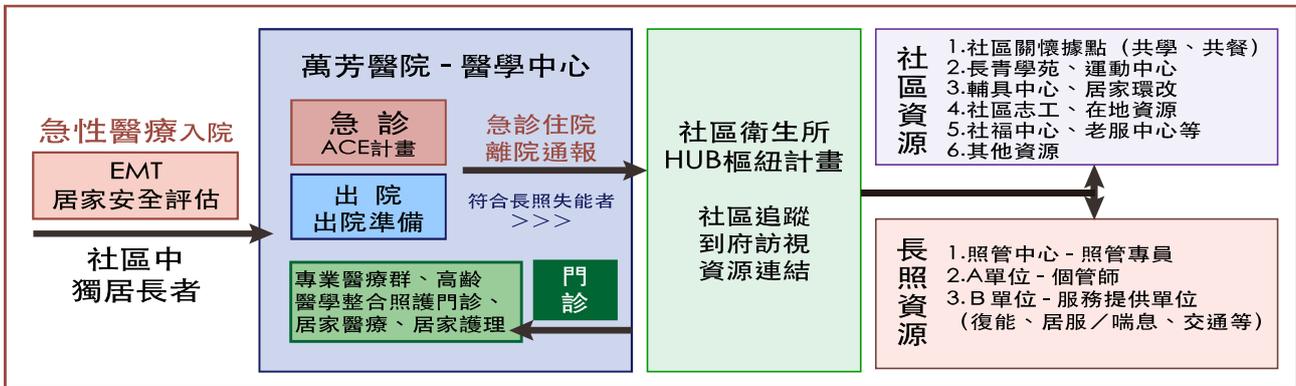
是

HIS系統傳送病人聯絡資料給個管師
個管師進行「追蹤訪視」
(病人出院後3天內)

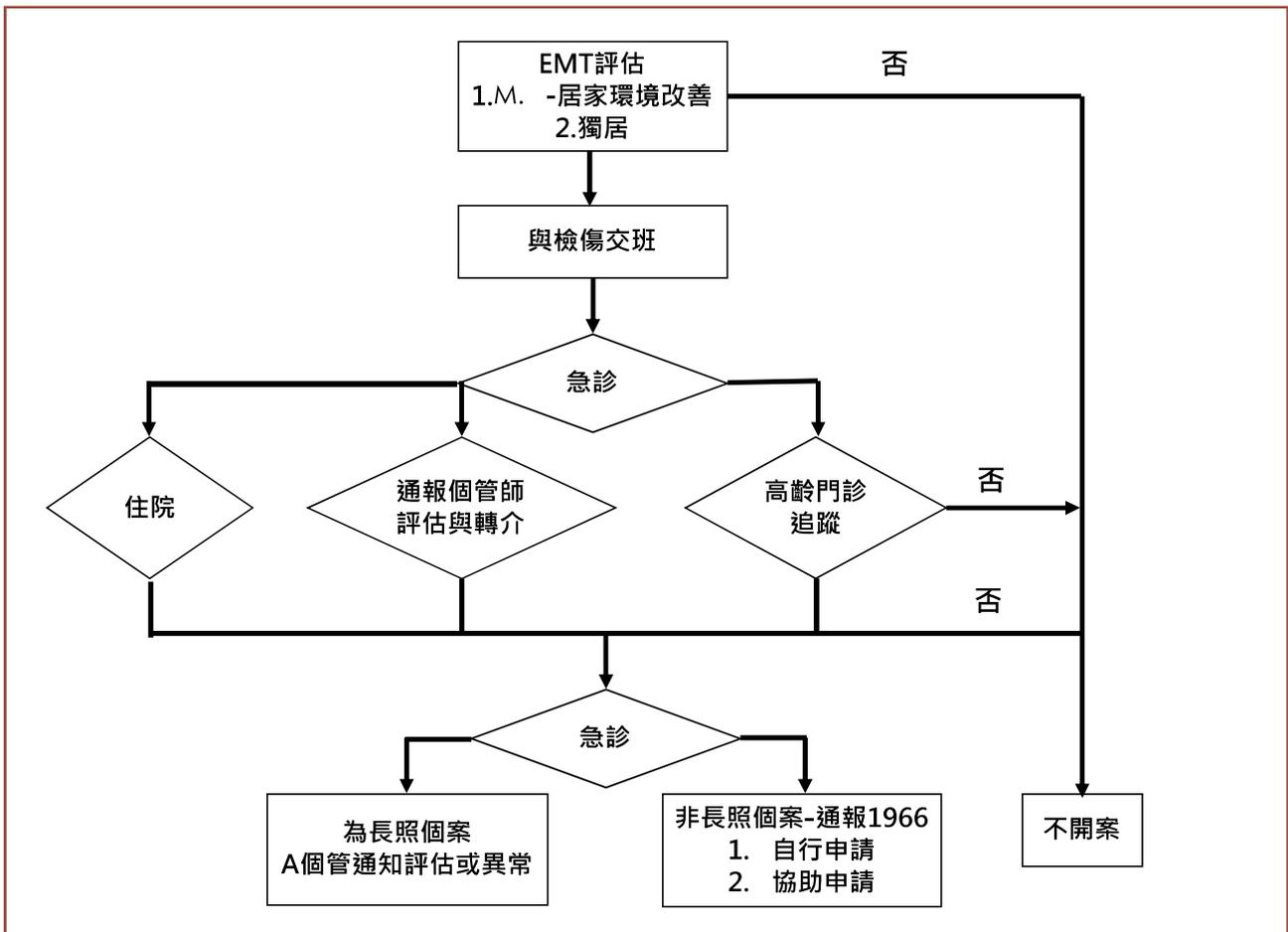
出院

主手冊第72頁

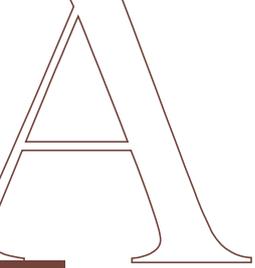
圖 77 急診出院追蹤訪視
流程(奇美醫院)



主手冊第74頁 圖 81 篩檢獨居長者進行社區照護轉銜(臺北市立萬芳醫院)



主手冊第76頁 圖 83 EMT訓練及高風險長者篩檢及轉介



垂直整合

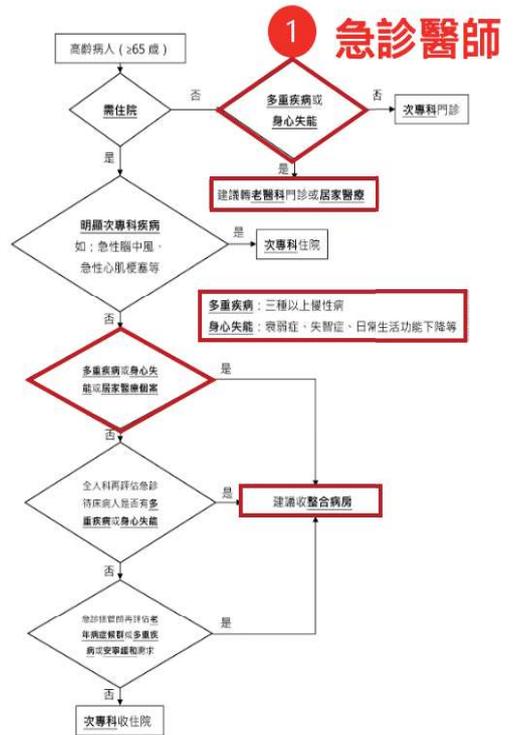
與整合病房合作
(老醫、全人科、一般內科)

4道關卡
篩檢多重共病及身心失能

急診醫師 2

急診留觀區全人科醫師 3

急診個管師 4



主手冊第79頁 圖 85 整合型篩檢轉介流程

NOTE





附錄冊
PART

B



門診端 與
住院端

B

Note

083

醫院發展具延緩失能理念之長者友善服務模式



第一篇

常見高齡者健康問題 (老年病症候群) 照護流程

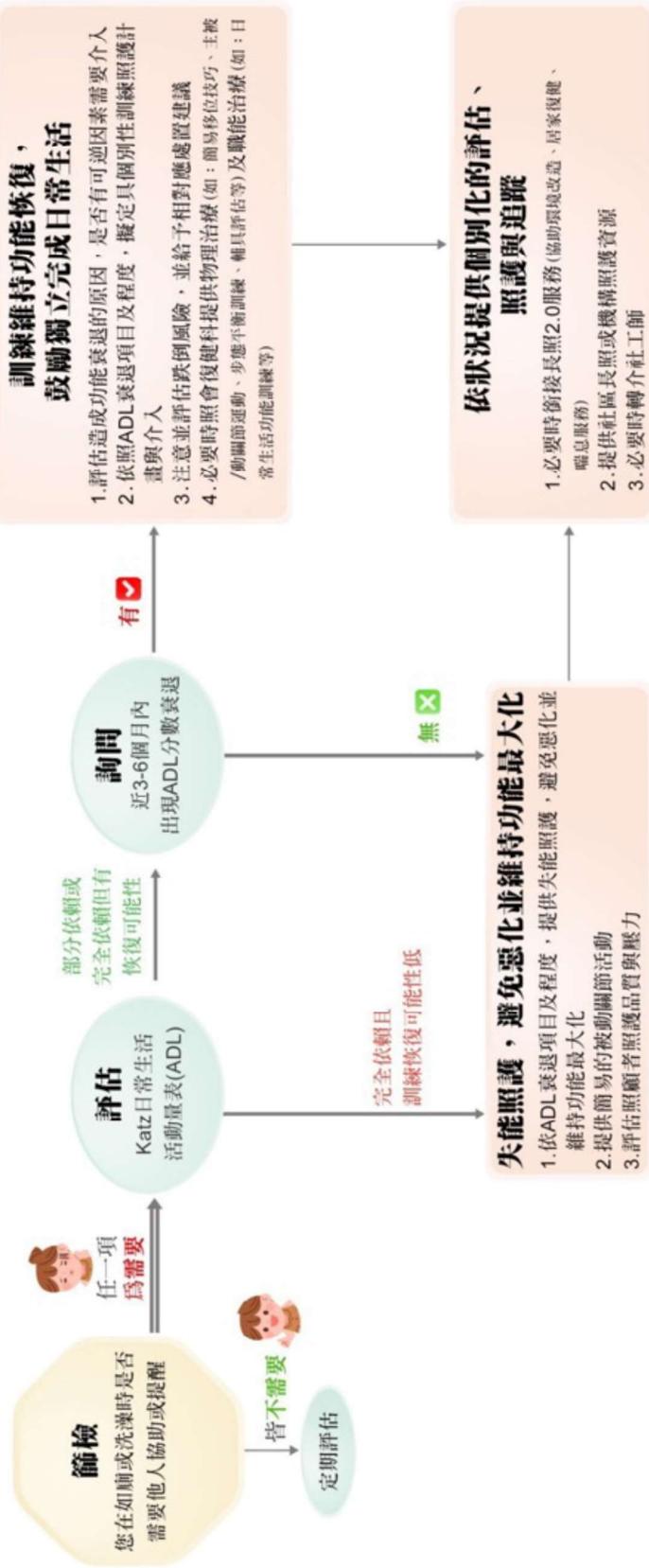
常見的高齡者健康問題（老年病症候群）照護流程，包括如：活動功能退化、衰弱症、跌倒、營養不良、認知功能障礙、憂鬱情緒、用藥評估、視力障礙、聽力障礙、尿失禁、留置尿管移除、社會互動、衰弱之預立醫療照護諮商及安寧緩和療護等。本手冊依據國內外相關文獻、臨床實務經驗與專家共識，建立台灣本土照護流程工具。

常見高齡者健康問題（老年病症候群）照護流程為適合台灣高齡者的照護流程建議，希望藉此協助醫院建立完整的ACE照護架構，並定期追蹤執行進度，落實讓高齡者從醫療端到社區端都能得到持續性的照護服務，以延緩衰弱、失能之發生。

接續下頁為

活動功能退化、衰弱症、跌倒、營養不良、認知功能障礙、憂鬱情緒、用藥評估、視力障礙、聽力障礙、尿失禁、留置尿管移除、社會互動、衰弱之預立醫療照護諮商及安寧緩和療護等。圖解說明。

活動功能退化



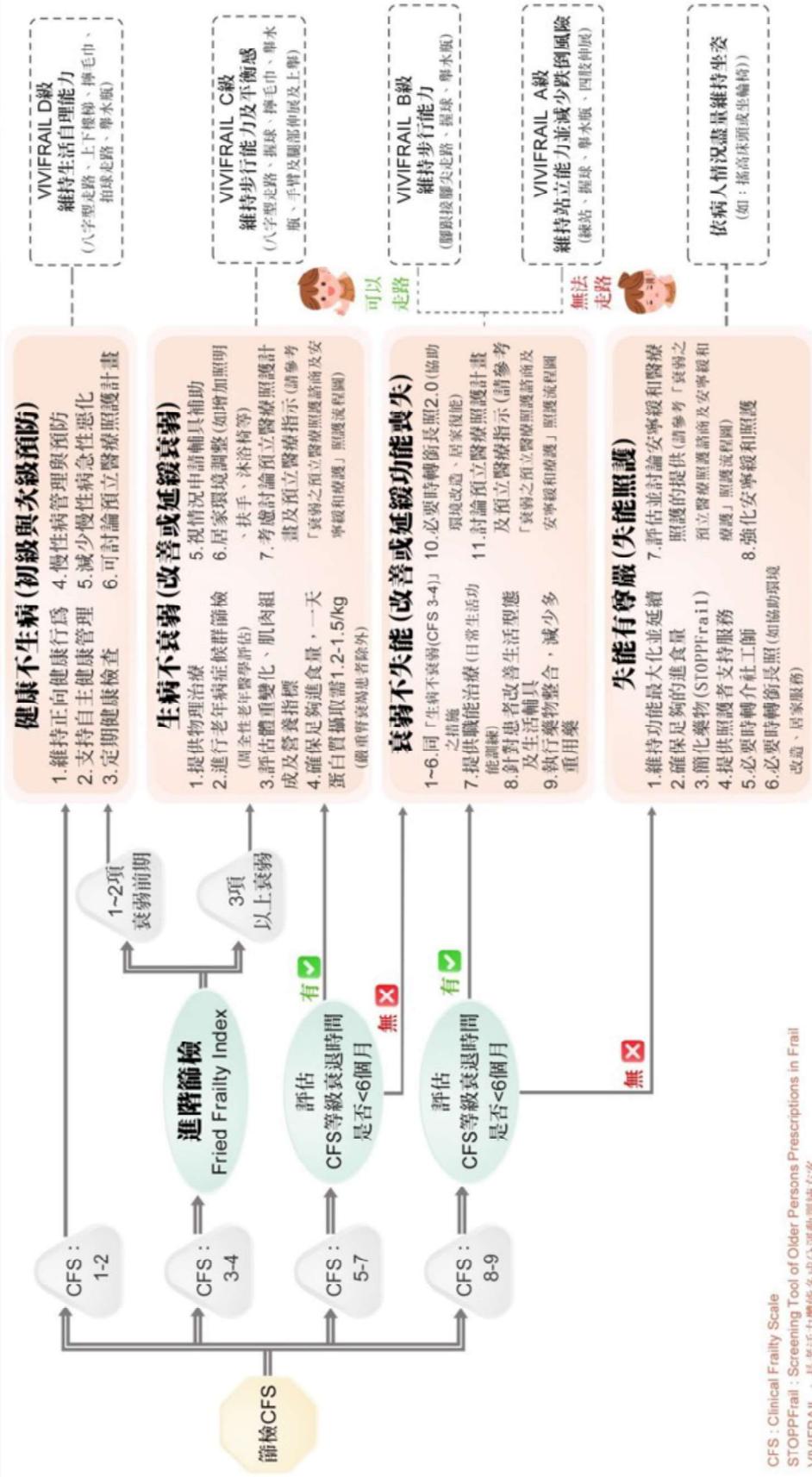
ADL : Activities of Daily Living

參考資料

1. Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the Aged: The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. Journal of the American Medical Association, 185(12), 914-919.
2. Katz, S., Downs, T. D., Cash, H. R., & Grotz, R. C. (1970). Progress in development of the index of ADL. The Gerontologist, 10(1), 20-30.

3. Malone, M., Capezuti, E., Palmer, R. (2015). Geriatrics Models of Care. Bringing 'Best Practice' to an Aging America. Springer International.
4. Whitehead, P. J., Worthington, E. J., Parry, R. H., Walker, M. F., & Drummond, A. E. (2015). Interventions to reduce dependency in personal activities of daily living in community dwelling adults who use homecare services: a systematic review. Clinical Rehabilitation, 29(11), 1064-1076.
5. World Health Organization. (2019). Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care. World Health Organization

衰弱症

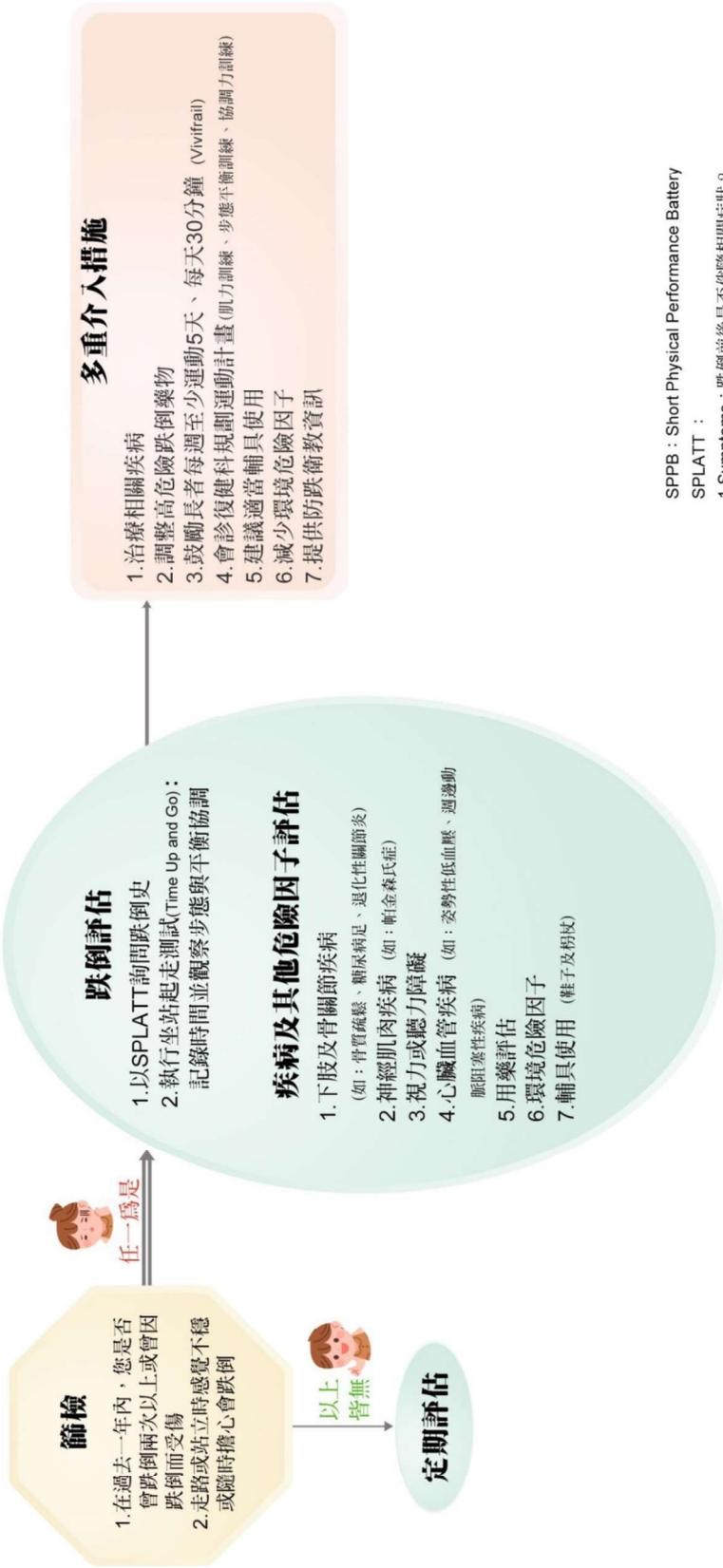


CFS: Clinical Frailty Scale
STOPPFrail: Screening Tool of Older Persons Prescriptions in Frail
VIVIFRAIL: 長者活力體能多成分運動訓練方案

參考資料

- Lee, L., Patel, T., Costa, A., Bryce, E., Hillier, L. M., Stonim, K., Hunter, S. W., Heckman, G., & Molnar, F. (2017). Screening for frailty in primary care: Accuracy of gait speed and hand-grip strength. *Canadian Family Physician*, 63(1), e51–e57.
- Rockwood, K., & Theou, O. (2020). Using the Clinical Frailty Scale in Allocating Scarce Health Care Resources. *Canadian Geriatrics Journal*, 23(3), 210–215.
- Travers, J., Romero-Ortuno, R., Bailey, J., & Cooney, M. T. (2019). Delaying and reversing frailty: a systematic review of primary care interventions. *The British Journal of General Practice*, 69(678), e61–e69.
- World Health Organization. (2019). Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care. World Health Organization.
- 衛生福利部 (2021)。長者活力體能訓練方案設計指南。取自<https://vivifrail.com/wp-content/uploads/2020/12/pasaporte-SANITARIO-CHIV4.pdf>。

跌倒



SPPB : Short Physical Performance Battery

SPLATT :

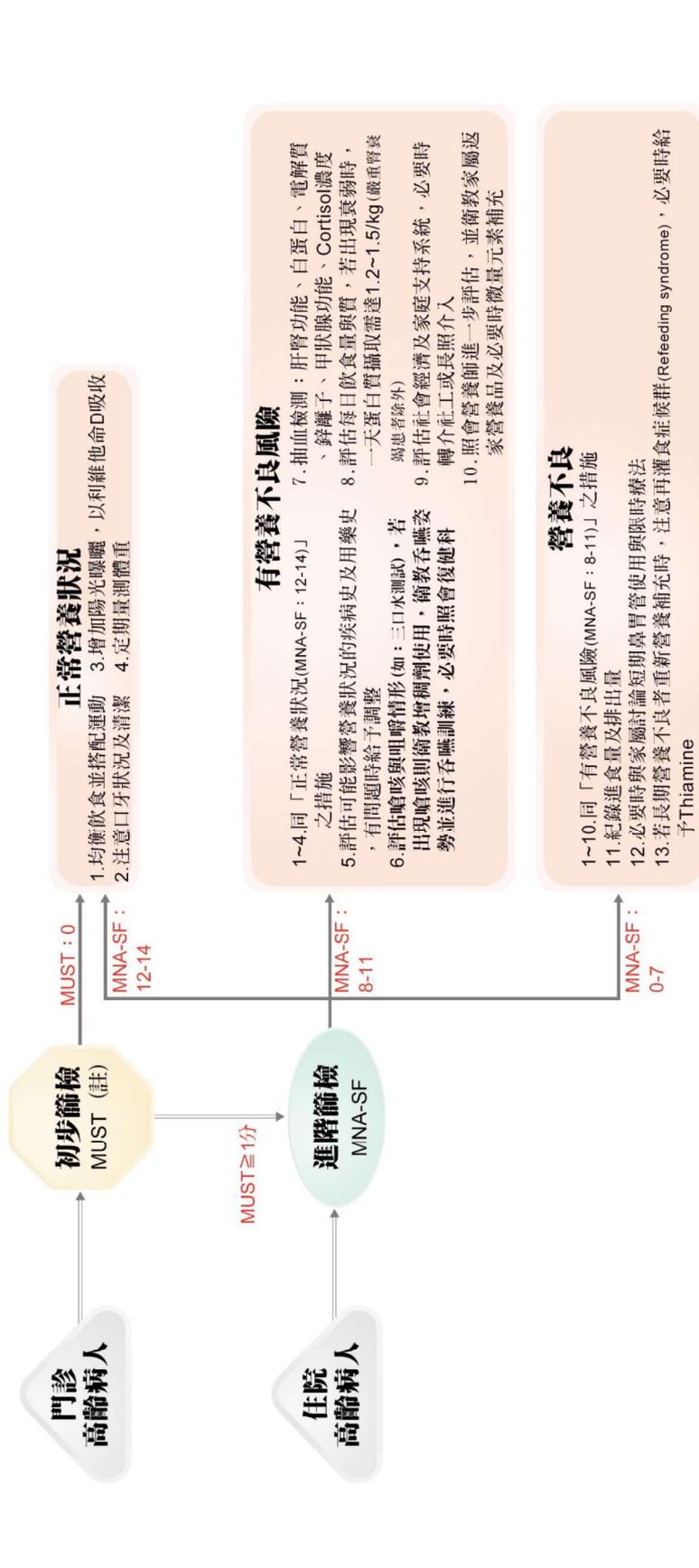
1. Symptoms : 跌倒前後是否伴隨相關症狀?
2. Prior fall : 過去是否有跌倒情形?
3. Location : 發生跌倒的地點(環境因素)?
4. Activity : 發生跌倒時正在做的事情?
5. Time : 跌倒的時間點?
6. Trauma : 跌倒後是否有造成創傷、是否影響到功能?

參考資料

1. American Geriatrics Society and British Geriatrics Society. (2010). Clinical Practice Guideline for the Prevention of Falls in Older Persons. New York.
2. Barry, E., Galvin, R., Keogh, C., Hogan, F., & Fahy, T. (2014). Is the Timed Up and Go test a useful predictor of risk of falls in community dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis. BMC Geriatrics, 14, 14.
3. Moore, A. A., & Siu, A. L. (1996). Screening for common problems in ambulatory elderly: clinical confirmation of a screening instrument. The American Journal of Medicine, 100(4), 438-443.
4. Panel on Prevention of Falls in Older Persons. American Geriatrics Society and British Geriatrics Society (2011). Summary of the Updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society clinical practice guideline for prevention of falls in older persons. Journal of the American Geriatrics Society, 59(1), 148-157.
5. World Health Organization. (2019). Integrated care for older people (ICOPE). Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care. World Health Organization.
6. 蔡榮傑、廖鳳鸞(2005)。老人跌倒因素的關係與預防。台灣醫學 9 (2), 277-284。
7. 衛生福利部(2021)。長者活力體操訓練方案設計指南。取自https://vivifrail.com/wp-content/uploads/2020/12/pasaporte-SANTARIO-CHV4.pdf。



營養不良



正常營養狀況

1. 均衡飲食並搭配運動
2. 注意口腔狀況及清潔
3. 增加陽光曝曬，以利維他命D吸收
4. 定期量測體重

有營養不良風險

- 1-4. 同「正常營養狀況(MNA-SF: 12-14)」之措施
5. 評估可能影響營養狀況的疾病史及用藥史，有問題時給予調整
6. 評估嗜咳與咀嚼情形(如：三口水測試)，若出現嗜咳則衛教增稠劑使用，衛教吞嚥姿勢並進行吞嚥訓練，必要時照會復健科
7. 抽血檢測：肝腎功能、白蛋白、電解質、鈉離子、甲狀腺功能、Cortisol濃度
8. 評估每日飲食量與質，若出現衰弱時，一天蛋白質攝取需達1.2~1.5/kg(嚴重腎衰竭患者除外)
9. 評估社會經濟及家庭支持系統，必要時轉介社工或長照介入
10. 照會營養師進一步評估，並衛教家屬返家營養品及必要時微量元素補充

營養不良

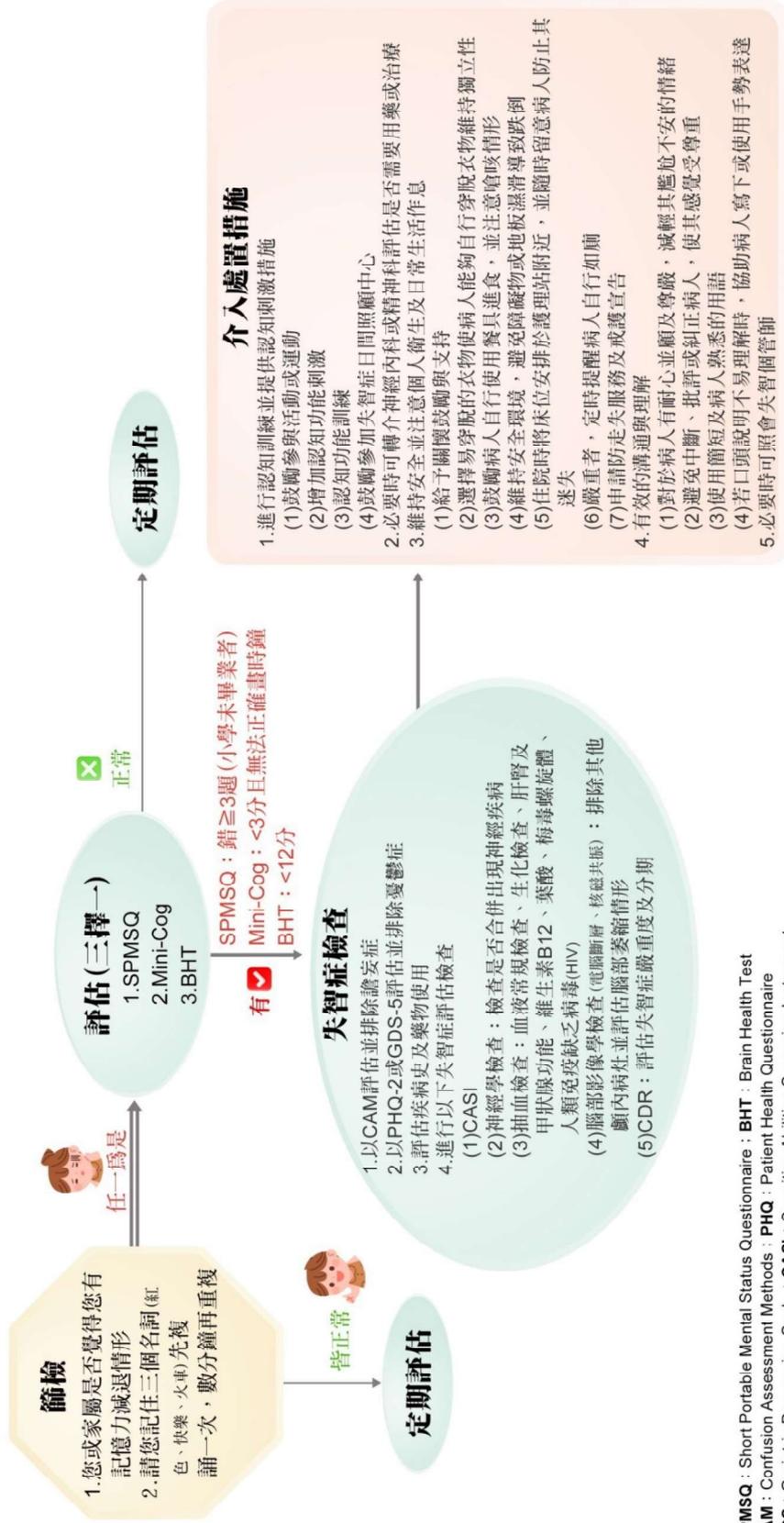
- 1-10. 同「有營養不良風險(MNA-SF: 8-11)」之措施
11. 紀錄進食量及排出量
12. 必要時與家屬討論短期鼻胃管使用與臨時療法
13. 若長期營養不良者重新營養補充時，注意再灌食症候群(Refeeding syndrome)，必要時給予Thiamine

MUST : Mainnutrition Universal Screening Tool
MNA-SF : Mini Nutritional Assessment-Short Form

參考資料

1. Dent, E., Hoogendijk, E. O., Vsvanathan, R., & Wright, O. (2019). Mainnutrition Screening and Assessment in Hospitalised Older People: a Review. *The Journal of Nutrition, Health & Aging, 23*(6), 431-441.
2. Morley, J. E. (2012). Undernutrition in older adults. *Family Practice, 29* Suppl 1, i89-i93.
3. Mueller, C., Compher, C., Ellen, D. M., & American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.) Board of Directors (2011). A.S.P.E.N. clinical guidelines: Nutrition screening, assessment, and intervention in adults. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition, 35*(1), 16-24.
4. Singer, P., Blaser, A. R., Berger, M. M., Alhazzani, W., Calder, P. C., Casaer, M. P., Hiesmayr, M., Mayer, K., Mon tejo, J. C., Pichard, C., Preiser, J. C., van Zanten, A., Oczkowski, S., Szczeklik, W., & Bischoff, S. C. (2019). ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. *Clinical Nutrition, 38*(1), 48-79.
5. Soysal, P., Veronese, N., Arik, F., Kalkan, U., Smith, L., & Isik, A. T. (2019). Mini Nutritional Assessment Scale-Short Form can be useful for frailty screening in older adults. *Clinical Interventions in Aging, 14*.
6. Ukleja, A., Gilbert, K., Mogensen, K. M., Walker, R., Ward, C. T., Ybarra, J., Holcombe, B., & Task Force on Standards for Nutrition Support: Adult Hospitalized Patients, the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (2018). Standards for Nutrition Support: Adult Hospitalized Patients. *Nutrition in clinical practice: official publication of the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition, 33*(6), 906-920.
7. Volker, D., Beck, A. M., Cederholm, T., Cruz-Jentoft, A., Goisser, S., Hooper, L., Kiesswetter, E., Maggio, M., Ray naud-Simon, A., Sieber, C. C., Sobotta, L., van Asselt, L., Wirth, R., & Bischoff, S. C. (2019). ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clinical Nutrition, 38*(1), 10-47.
8. World Health Organization. (2008). Age-friendly PHC center toolkit. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43860>
9. World Health Organization. (2019). Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centered assessment and pathways in primary care. World Health Organization.
10. 陳弘哲、許慧雅、周明岳、杜明勳 (2014)。老人營養評估與篩檢。家庭醫學與基層醫療，29 (3)，65-74。

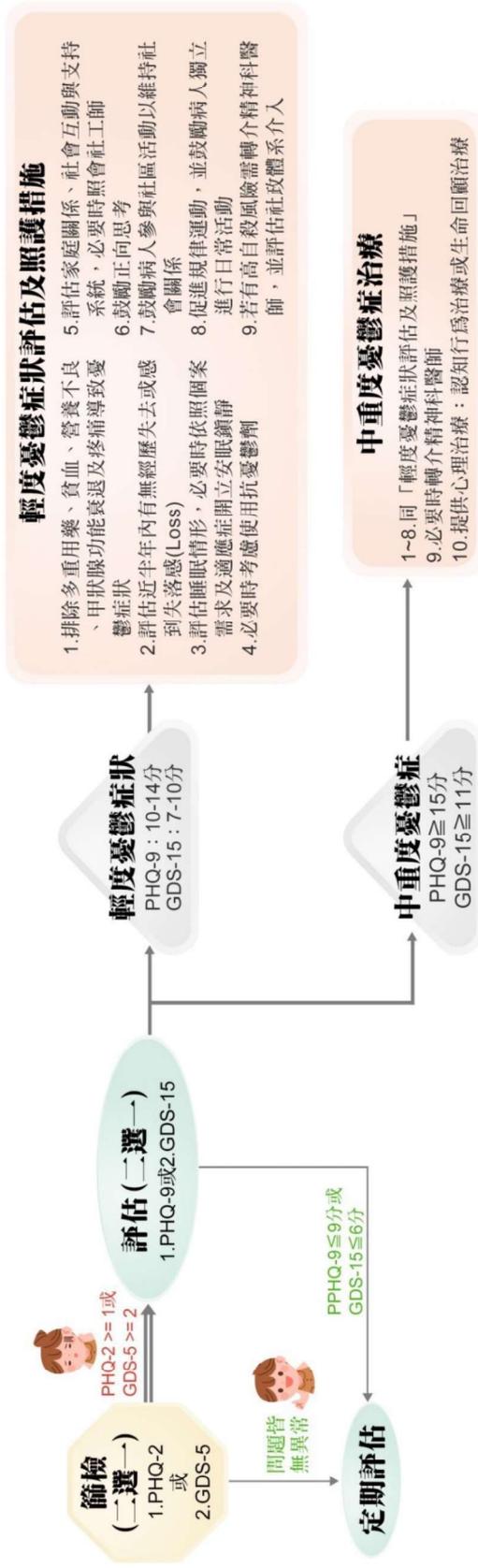
認知功能障礙



參考資料

1. Borson, S., Scanlan, J., Brush, M., Vitaliano, P., & Dokmak, A. (2000). The mini-cog: a cognitive 'vital signs' measure for dementia screening in multi-lingual elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 15*(11), 1021-1027.
2. Moore, A. A., & Siu, A. L. (1996). Screening for common problems in ambulatory elderly: clinical confirmation of a screening instrument. *The American Journal of Medicine, 100*(4), 438-443.
3. Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society, 23*(10), 433-441.
4. Tsai, P. H., Liu, J. L., Lin, K. N., Chang, C. C., Pai, M. C., Wang, W. F., Huang, J. P., Hwang, T. J., & Wang, P. N. (2018). Development and validation of a dementia screening tool for primary care in Taiwan: Brain Health Test. *PloS one, 13*(4), e0196214.
5. World Health Organization. (2008). *Age-friendly PHC centres toolkit*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43680>
6. World Health Organization. (2019). *Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care*. World Health Organization.
7. 吳麗芬 (2013). 失智症。於吳麗芬 (主編)。當代老年護理學 (三版, 261-280頁)。華杏。
8. 陳偉良、張麗文、高東緯 (2017)。失智症之診斷與治療。源遠護理, 11(2), 12-17。

憂鬱情緒

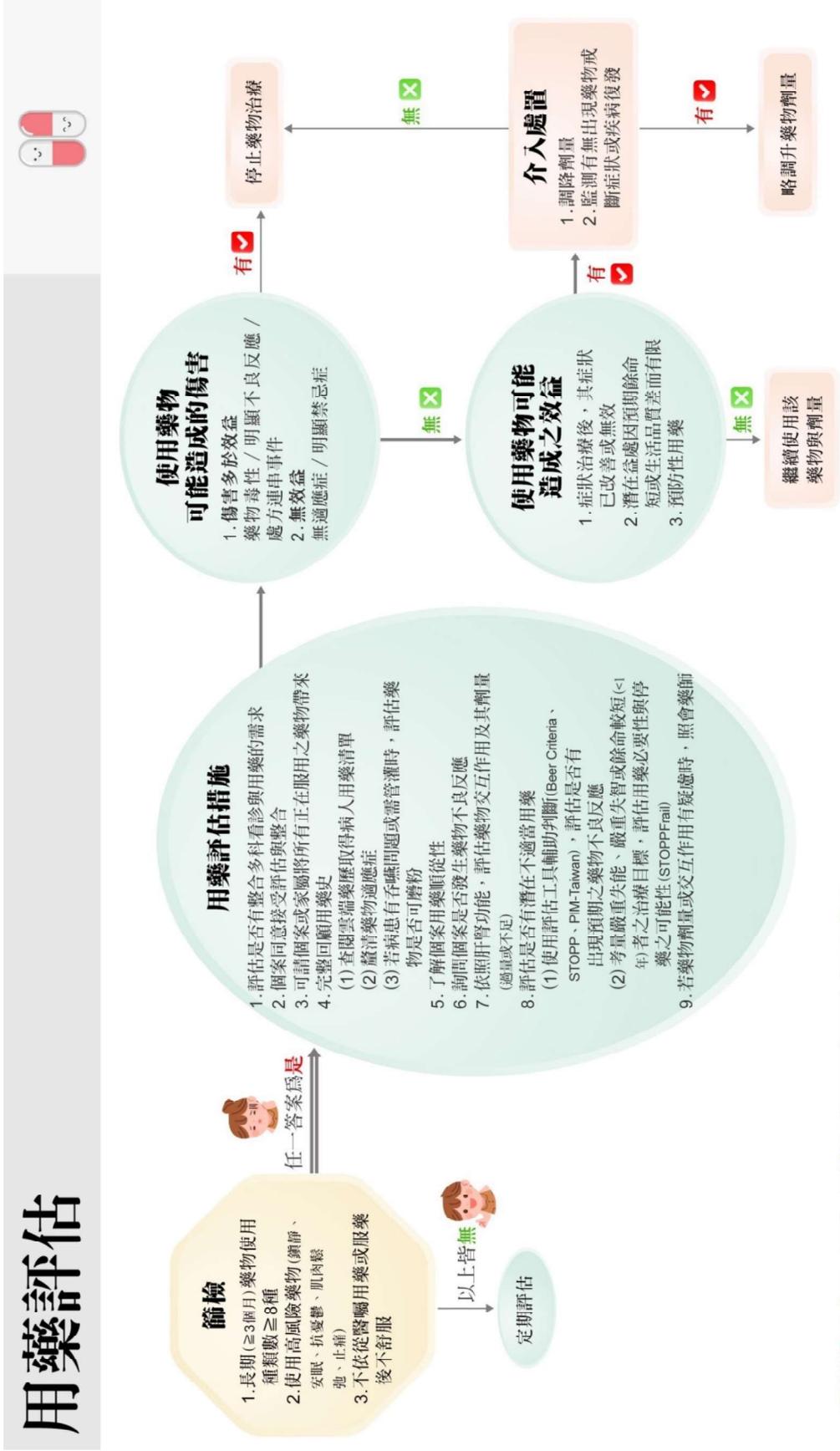


PHQ : Patient Health Questionnaire
GDS : Geriatric Depression Scale

參考資料

1. Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613.
2. Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*, 5(1-2), 165-173.
3. Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. B., Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-49.
4. World Health Organization. (2019). Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centered assessment and pathways in primary care. World Health Organization.

用藥評估



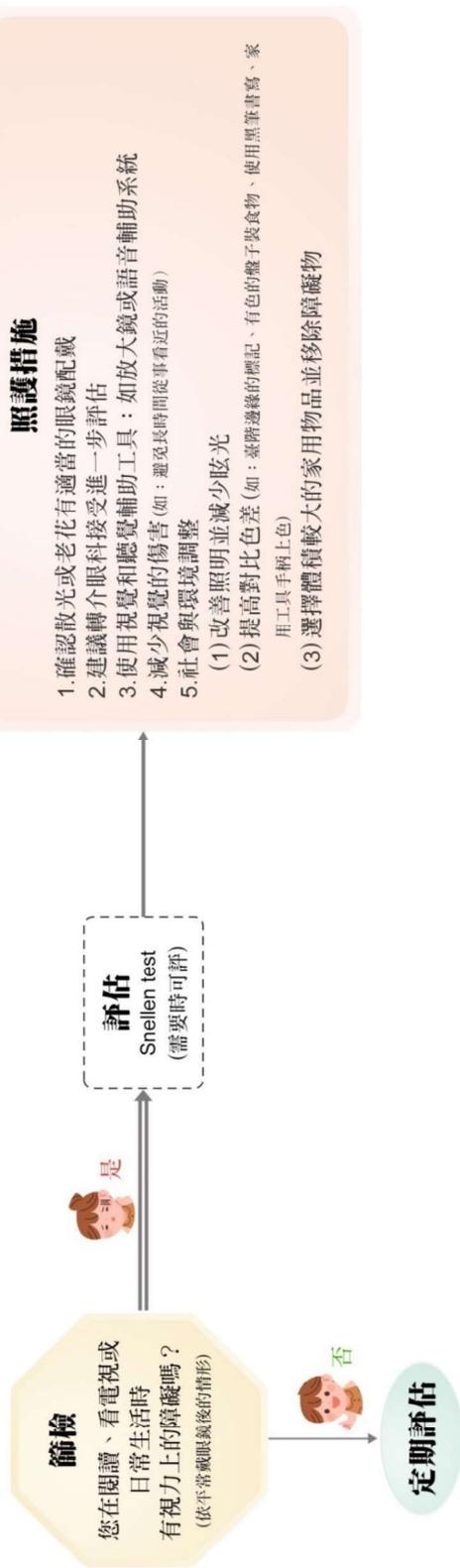
STOPPFrail: Screening Tool of Older Persons Prescriptions in Frail

參考資料

1. Beers, M. H., Ouslander, J. G., Rollinger, I., Reuben, D. B., Brooks, J., & Beck, J. C. (1991). Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. Archives of Internal Medicine, 151(9), 1825-1832.
2. Lavan, A. H., Gallagher, P., Parsons, C., & O'Mahony, D. (2017). STOPPFrail (Screening Tool of Older Persons' Prescriptions in Frail) adults with limited life expectancy consensus validation. Age and Ageing, 46(4), 600-607.
3. O'Mahony, D., Gallagher, P., Ryan, C., Byrne, S., Hamilton, H., Barry, P., O'Connor, M., Kennedy, J. (2010). STOPP & START criteria: A new approach to detecting potentially inappropriate prescribing in old age. European Geriatric Medicine, 1(1), 45-51.

4. Scott, I. A., Hilmer, S. N., Reeve, E., Potter, K., Le Couteur, D., Rigby, D., Gnjidic, D., Del Mar, C. B., Roughhead, E. E., Page, A., Jansen, J., & Martin, J. H. (2015). Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing. JAMA Internal Medicine, 175(5), 827-834.
5. 李佩甄、周月卿、陳曾基 (2017)。淺談處方優化：Deprescribing。家庭醫學與基層醫療。32 (10)，231-237。
6. 杜慧寧、張家銘、周政觀、葉鳳英 (2017)。老年人之用藥問題。台灣老年醫學暨老年學雜誌。12 (1)，1-19。

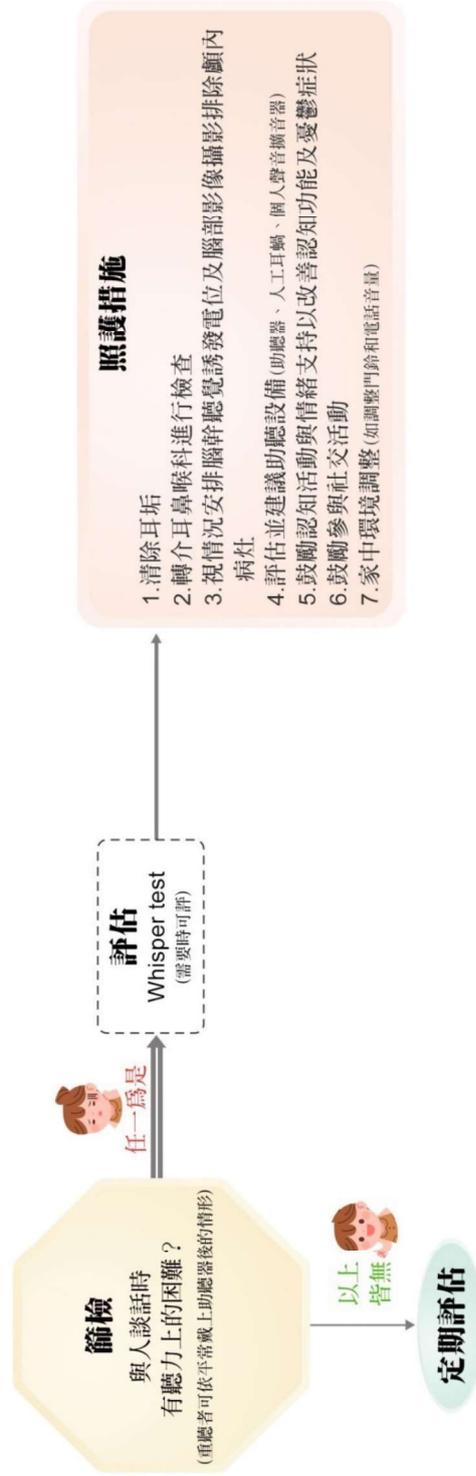
視力障礙



參考資料

1. Moore, A. A., & Siu, A. L. (1998). Screening for common problems in ambulatory elderly: clinical confirmation of a screening instrument. *The American Journal of Medicine*, 100(4), 438–443.
2. Sherman, F. T. (2007). Functional assessment: Easy-to-use screening tools speed initial office work-up. *Geriatrics*, 56(6), 36–43.
3. World Health Organization. (2019). Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care. World Health Organization.
4. 盧重、徐活恩、林孟卿 (2018)。高齡長者的視力減退常見情況與治療。家庭醫學與基層醫療, 33 (3), 68-72。

聽力障礙



若有感控疑慮、需避免近距離接觸時，可建議使用CALFRFAST test評估

參考資料

1. Moore, A. A., & Siu, A. L. (1996). Screening for common problems in ambulatory elderly: clinical confirmation of a screening instrument. *The American Journal of Medicine*, 100(4), 438–443.
2. Sherman, F. T. (2007). Functional assessment. *Easy-to-use screening tools speed initial office work-up*. *Geriatrics*, 56(8), 38–43.
3. World Health Organization. (2019). *Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care*. World Health Organization.

尿失禁

篩檢

過去一年中是否有不自
主漏尿而弄濕褲子超過
六天以上之情形？



是



否

定期評估

病史詢問與檢查

1. 病史詢問
 - (1) 漏尿量
 - (2) 尿失禁的特性：急尿、滲尿、滴尿、漏尿
 - (3) 尿失禁相關的症狀：解尿困難、排尿用力、尿不乾淨、頻尿、夜尿、血尿
 - (4) 過去病史：神經性疾患（帕金森氏症、糖尿病、中風、充血性心臟病）
 - (5) 泌尿道病史：急性尿滯留、前列腺肥大、尿路結石、子宮脫垂、泌尿道感染
- (6) 住院期間曾放置並移除尿管
- (7) 用藥：利尿劑
- (8) 液體攝取習慣：液體攝取量、型態、次數
- (9) 排便習慣：排便頻繁、排便性質、軟便劑
2. 尿液分析：排除尿路感染
3. 必要時測量膀胱餘尿量：完全解完尿液後，以單次導尿或超音波測量剩餘尿量，若餘尿量少於100ml及自解量與於尿量禁或尿滯留
4. 難以區分種類且治療效果不佳時轉介泌尿科進行尿路動力學檢查

基本共通照護措施

1. 測量並紀錄病人自解尿量，並衛教液體攝入量及時間
2. 衛教減少咖啡因攝入
3. 鼓勵病態肥胖病人減肥
4. 行為治療：訂立排尿時間表，重建排尿習慣
5. 評估尿墊、尿布或便盆椅使用
6. 生物反饋法：使用儀器評估神經、肌肉及自主神經活動

區分尿失禁種類

壓力性尿失禁

腹壓升高時(咳嗽、大笑、打噴嚏)發生漏尿，無急尿感

- 1~6. 同「基本共通照護措施」
7. 衛教骨盆底肌肉運動(凱格爾運動)

急迫性尿失禁

膀胱過動症相關
導致頻繁少量排尿，有強烈急尿感

- 1~6. 同「基本共通照護措施」
7. 評估並給予抗膽鹼藥物
8. 衛教間歇性導尿進行膀胱訓練

滿溢性尿失禁

逼尿肌無力或尿道出口阻塞
導致姿勢改變時造成無預警地漏尿

- 1~6. 同「基本共通照護措施」
7. 定時清潔導尿或置入留置導尿管
8. 阻塞嚴重時會診泌尿科進行外科手術介入

功能性尿失禁

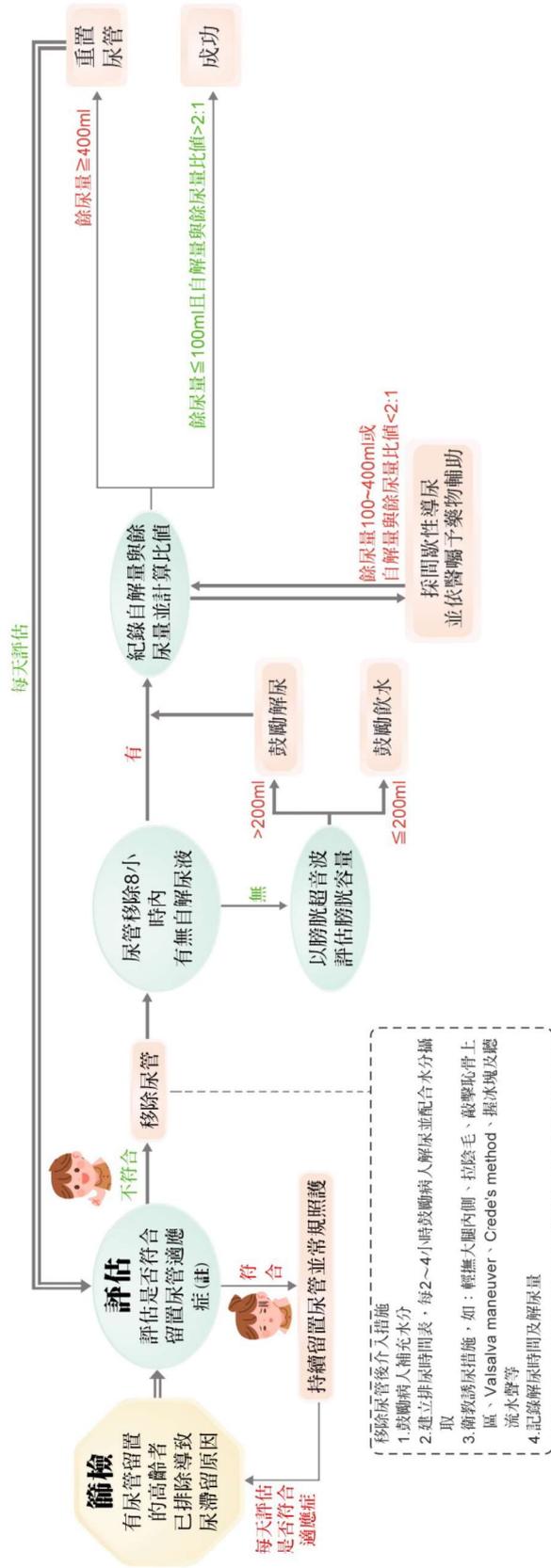
因行動不便或失智症等原因
於不當時機不自主排尿

- 1~5. 同「基本共通照護措施」
6. 物理及職能治療：活動功能訓練
7. 照顧者技巧訓練
8. 環境評估與介入(如：無障礙環境與輔具的評估與建議)
9. 定時更換尿布並翻身減少壓瘡

參考資料

1. Moore, A. A., & Siu, A. L. (1996). Screening for common problems in ambulatory elderly: clinical confirmation of a screening instrument. *The American Journal of Medicine*, 100(4), 438-443.
2. Nambiar, A. K., Bosch, R., Cruz, F., Lemack, G. E., Thiruchelvam, N., Tubaro, A., Bedretidnova, D. A., Ambühl, D., Farag, F., Lombardo, R., Schneider, M. F., & Burkhard, F. C. (2018). EAU Guidelines on Assessment and Non-surgical Management of Urinary Incontinence. *European Urology*, 73(4), 596-609.
3. Sherman, F. T. (2001). Functional assessment. *Easy-to-use screening tools speed initial office work-up*. *Geriatrics*, 56(8), 36-43.
4. World Health Organization. (2019). *Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care*. World Health Organization.
5. 馮萬發 (2020). 尿失禁。在陳人豪主編 (主編), *老年醫學急症照護* (頁86-98)。合記。
6. 蔡相秀 (2016). 虛弱老人的尿失禁照護概說。在 *台灣尿失禁協會* (主編), *骨盆底功能障礙與治療* (頁330-345)。台灣尿失禁協會。
7. 賴秀均 (2020). 尿失禁。在 *台灣老年學暨老年醫學學會* (主編), *老年病症候群* (二版, 頁103-128)。合記。
8. 鄭翔夫、唐憶淨、劉丕華、林組勝 (2011). 老年人常見尿失禁評估與處理。 *家庭醫學與基層醫療*, 26(7), 279-288。

留置尿管移除



註：留置尿管適應症：

1. 需要膀胱灌注或輸注藥物至膀胱的病人
2. 使用其他方法未能解除尿道阻塞無效的病人
3. 使用其他方法處理神經性膀胱和尿滯留無效的病人，例如：間歇性導尿
4. 需要嚴密監測輸入輸出量的重症病人
5. 預計執行泌尿道或其他相近處手術的病人
6. 在尾氣或周圍有3或4度壓瘡的尿失禁病人
7. 提供末期病人舒適
8. 因難放置尿管或泌尿學專科醫師特別要求的病人

參考資料

1. 胡芳文、陳清暉、張家鈞(2013)。以價值探討住院老人移除留置尿管處理方案。台灣老年醫學暨老年學雜誌，8(1)，1-13。
2. Hu, F. W., Yeh, C. Y., Huang, C. C., Cheng, H. C., Lin, C. H., & Chang, C. M. (2022). A novel intervention to reduce noninfectious and infectious complications associated with indwelling urethral catheters in hospitalized older patients: a quasi-experimental study. BMC geriatrics, 22(1), 426.

社會互動



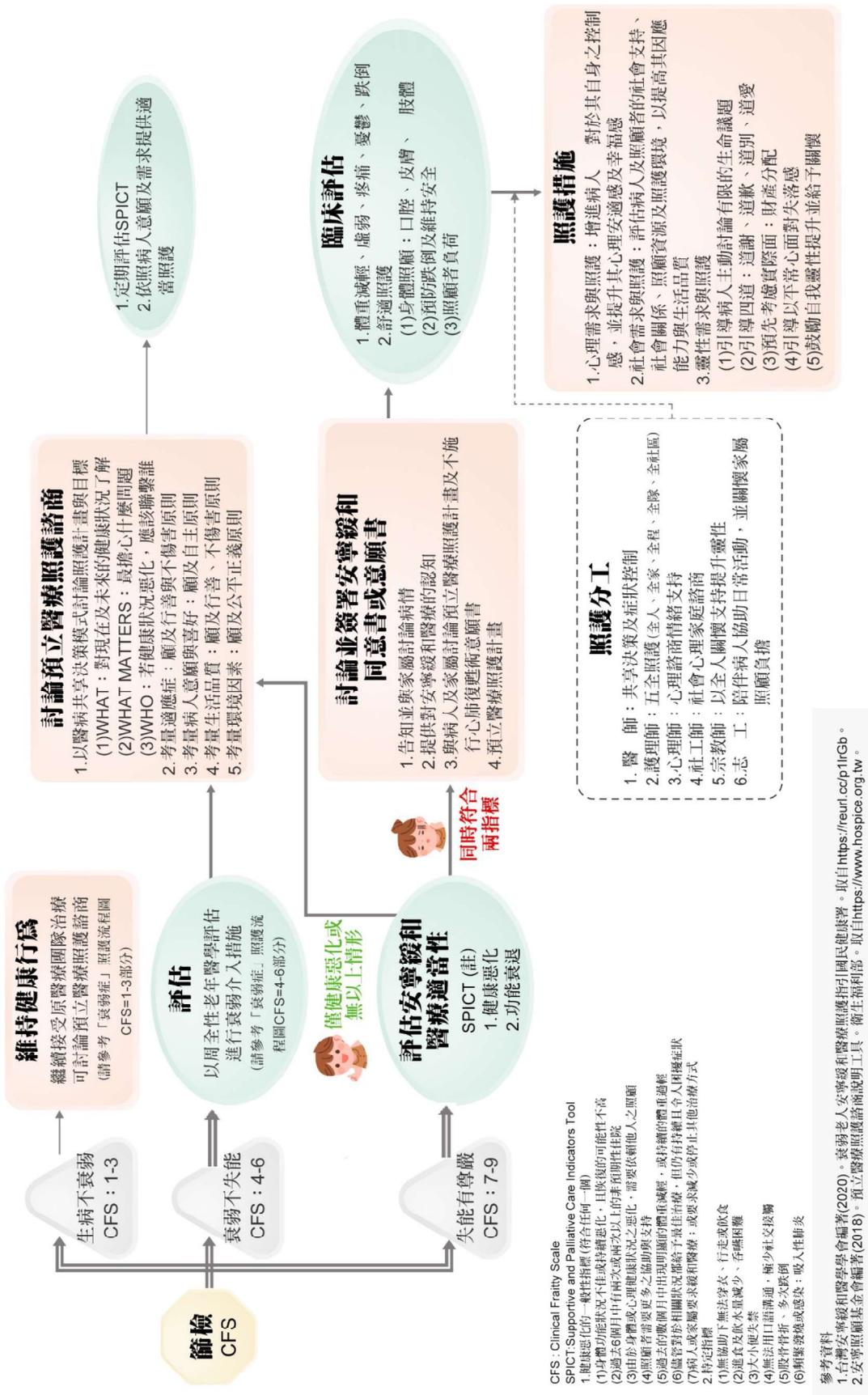
參考資料

1. Lubben, J. E. (1988). Assessing social networks among elderly populations. *The Journal of Health Promotion & Maintenance*, 11(3), 42-52.
2. Lubben, J., Blozik, E., Gillmann, G., Iliffe, S., von Renteln Knuse, W., Beck, J. C., & Stuck, A. E. (2006). Performance of an abbreviated version of the Lubben Social Network Scale among three European community-dwelling older adult populations. *The Gerontologist*, 46(4), 503-513.
3. World Health Organization. (2019). Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care. World Health Organization.
4. 蕭謙我、馬永川、王彥儒(2016)。高齡獨居者生活社交需求之調查。《福祉科技與職務管理學刊》4(4), 505-520。

衰弱之預立醫療照護諮商及安寧緩和療護



主要用於長期且持續的功能衰弱，經介入仍無法改善且預期不可逆之狀況



第二篇

ACE試辦醫院問答集

建置過程

問：如果醫院之前沒有接觸過ACE，也無高齡相關專科，初步該如何建立ACE模式呢？

答：參考操作手冊敘述，先建立該院之ACE架構（高齡友善環境、照護團隊成員與教育訓練等），其次需落實篩檢與評估、定期執行團隊會議與擬定照護計劃。最後，確保執行有落實介入，以及轉銜與追蹤，並做成效評估。後續在醫院支持之下，逐步將ACE模式拓展至其他病房，此時亦需定時審視成效狀況，並隨時調整。

問：我們醫院已經有ACE照護模式了，接下來還能如何發展呢？

答：建議已有ACE模式的醫院可視個管師及團隊的量能，提升合理的個案收案量，以及與針對高齡照護流程進行調整與改善：訂定成效指標，朝向改善成效指標邁進。另可發展專屬自家醫院特色之照護計畫，並逐步將高齡照護模式擴展至全院，將高齡照護流程內化至醫院流程中，並將高齡者健康問題篩檢，納為高齡病人入院常規。

問：醫療照護的介入與提供，高齡者與一般民眾有什麼不同呢？

答：一般民眾的病況較單一，而高齡者病況與症狀間交互影響較為複雜，不易僅針對單一症狀進行治療處置即可痊癒，需全面性評估高齡者狀況，如篩檢發現衰弱狀況不宜只安排衰弱課程的介入，應該先執行簡易的篩檢(如FIND-NEEDS)，找出所有可能造成衰弱的問題，再針對問題進一步處置，藉由跨專業團隊會議一同討論最合適之照護計劃。

問：如何跨領域整合及召集團隊？

答：先使病人集中管理，鼓勵大家共同執行、討論，漸漸組成團隊，帶出成果，使團隊成員獲得成就感。

收案過程

問：是否有ACE收案流程的建議？

答：可參考第166頁「ACE連續性高齡照護模式核心架構之服務流程推動建議」圖（可參考附錄冊第157頁），在非老年醫學病房或門診單位，可先訂初步的收案與排除條件，例如排除無法溝通、長期臥床或末期疾病者(如圖之註1)，再以篩檢工具(例如ICOPE或是FINDNEEDS)進行篩檢；若有二項以上問題時，再進一步複評或進行CGA。完整評估出高齡問題後，再擬定照護計畫，並進行團隊專業整合及介入，最後再追蹤其成效。
排除不適合的個案→篩檢→複評→擬定照護計畫→(團隊)整合介入→追蹤成效。

問：若高齡者狀況需協助且有符合收案條件，只有不符計畫既定之病房或收案年齡，是否能收入計畫中？

答：ACE計畫推行之目標為預防延緩失能，不限於計畫既定之病房或收案年齡等，若高齡者狀況有符合收案條件即可收為個案。期許各試辦醫院將高齡者篩檢與評估納入醫院常規照護流程，並落實執行。醫院發展高齡照護模式、執行照護計劃及轉介等過程，進而改善個案狀況之成果為最主要之目的。

問：一定需使用FIND-NEEDS 篩檢問卷與 ICOPE 及其他相關篩檢工具，進行篩檢嗎？

答：FIND-NEEDS 篩檢問卷與 ICOPE 及其他相關篩檢工具，目的皆為篩檢出高齡者的健康問題，試辦醫院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。

問：計畫收案期間會遇到高齡者不願或遲疑參與，有甚麼辦法嗎？

答：可藉由文宣宣傳外，也可以加入醫院所在地區的特色讓民眾感到認同，增加參與意願，建議收案由ACE專責醫師與病人及家屬說明篩檢評估之重要性，待病人及家屬同意收案後，個案師再行收案，過程將事半功倍。

問：醫院發展ACE模式時，原先設定之ACE單位，在執行過程中發現可收取或可發展的ACE病人數有限，該怎麼辦呢？

答：原先該單位原先的高齡病人的人數與特性，或是醫護人員團隊不適合ACE照護模式，建議可以變換或增加其他單位。

另外，推動本不需侷限在於單一處，當初設定的目的是先以一個場域為建立照護軟硬體模式之起始處，待後續模式與人員皆已建立完善與成熟，即可向外推廣發展。可以視醫院執行狀況增加同樓層或不同病房與診間一起推動。

問：因疫情升溫，至醫院看診或入院的病人數下降，導致ACE單位收案數下降或沒有個案可收取，該怎麼辦？

答：在此狀況下，雖然高齡者就診人數會下降，卻不會完全為沒有高齡病人生病住院，故團隊依舊可進行收案，若原定ACE病房關閉，無法收案或無個案可收取，建議擴展至其他高齡病患較多的病房，主動發現有需求之高齡者，並提供協助與照護。即使團隊無法進行完整完善之照護計畫，仍可以利用簡單之篩檢評估(如FIND-NEEDS問卷)，提供高齡者相關照護建議。照護團隊也可思考，若疫情一直持續下去，團隊可以有哪些應對措施，如何在疫情發生的情況下，持續了解住院高齡者狀況並提供照護。

問：因政府政策，醫院變更為專責醫院，或ACE單位轉為專責病房，該怎麼辦？(住院場域)

答：ACE照護流程，除了收取個案之外，亦需有相關之高齡環境、跨專業團隊、完整之照護計畫與流程以及完善之轉銜資源等。建議醫院可利用疫情期間個案數較少時，思考ACE模式哪些部分尚有不足，哪些地方可以再進行改善與調整。若變更為專責醫院時，則可以思考高齡病人在專責醫院的醫療照護與一般中壯年病人有何不同？除了思考ACE模式哪些部分尚有不足外，可擴展至其他有入院高齡者的病房進行收案，或是可針對執行部分，參考國外相關文獻，針對確診高齡者進行評估收案，發展 COVID-19 長者照護模式。

問：高齡者至門診看診時間短，較難詢問與收案，怎麼辦？(門診場域)

答：個管師可於高齡者填寫初診單或候診時，先簡單快速篩檢(ICOPE或FIND-NEEDS問卷)，看診時，提供給醫師衡量是否需進一步評估，再由醫師告知高齡者，可增加其評估意願。

問：醫院高齡者就診科別較多，若有問題將由其他診間轉介至ACE個管師進行CGA評估，在此狀況下，高齡者願意參與的意願不高，導致收案困難，該怎麼辦呢？（門診場域）

答：建議先解決高齡者前來就診的主要問題，再來了解長輩意願，針對有意願參與者再行收案，多重用藥/就診多重科別並非是主要收案標準(尤其是若病患不在意多重用藥或多科看診時)，需要先以高齡者為中心了解主要關心的事情(what matters)，並與其建立良好的關係。並於轉介之前，由主治醫師先進行轉介說明與解釋其目的與需求，徵得個案同意之後，再行轉介，而為避免個案多次就醫之不便，建議將看診時間調整至個案原有的就醫排程中。因此計劃中相關醫師的概念與轉介說明就很重要。

團隊會議

問：醫院因剛起步發展或因不可避免之因素(疫情嚴峻等)，導致收取個案較少，更甚無個案可以收取，是否還需進行跨專業團隊會議呢？

答：跨專業團隊會議與個案討論無須受限於個案數量多寡，有收取個案即可進行討論。會議的內容不僅限於討論個案進展，亦可討論ACE照護流程或計畫、評估工具等或特殊情況(如疫情)下之應變方式等，強化ACE模式之架構。

問：因政府規定，而無法召開團隊會議，該怎麼辦？

答：建議仍可定期召開線上團隊會議。此外，建議可由主責醫師加上個管師，分別與各職類相關人員進行討論，由主責醫師整合相關意見，並提供照護計劃方案。

問：因各職類人員本身皆有自身業務，較難一同開會討論個案之照護計畫，是否能請專責個管師分別詢問各職類人員的建議，亦或請各職類人員分別給予病人建議與介入呢？

答：呼應上題之回覆，高齡者的問題較複雜，需各職類人員共同討論、相互連結，進行跨專業的橫向溝通，並由主負責醫師與個管師進行整合、共同擬定照護目標，才能提供最符合高齡者需求之照護計畫。若僅由個管師分別詢問相關職類的建議，是為多專業照護，就缺乏橫向溝通。

教育訓練

問：高齡教育訓練的部分，該如何進行？

答：此手冊提供各項基礎核心課程之建議，由試辦醫院自行邀請相關專家，亦可跨醫院聯合辦理實體/線上課程。若試辦醫院有其他欲邀請之講者或不同之課程內容，皆可提供相關資料予以輔導團隊與署方確認。進階課程的部分，沒有既定之格式，由各試辦醫院自行辦理。

問：因疫情嚴峻，而無法進行實體之高齡教育課程訓練，該如何解決呢？

答：可規劃線上教育訓練，或請講者錄製相關課程影片，亦可與其他醫院合辦，也可在其他醫院同意的情況下，參加其辦理之教育訓練。

個案介入

問：我們醫院同時發展住院ACE與門診ACE，是否能將兩者個案數合併一起介入處置呢？

答：不建議。
因兩者之個案狀況、收案方式、照護團隊完整性、照護流程及介入措施與時間、硬體環境，皆有所差異，無法一併介入討論。

問：受疫情影響，後續居家訪視及追蹤較為困難，此部分該如何解決？

答：建議考慮其他替代方案，如進行電話簡單訪談、於高齡者看診時提供居家運動相關資訊，並定期追蹤進行狀況等。

問：高齡者回診意願低，無法提供後續介入與了解後續介入結果，怎麼辦？

答：了解回診意願低的原因，除了經濟、交通與家庭因素外，是否評估出的病況問題並非病患與家屬在意的。建議依高齡者症狀的嚴重程度或處理之難易恢復程度進行分次介入處置，亦可提供簡易表單給予長者維持或改善生活功能狀態(如:長者活力體能訓練方案)，後續追蹤可利用電訪形式詢問。

資源銜接

問：是否有社區或長照等相關資源，可以再銜接？

答：若為預期或已達6個月以上生活無法自理之65歲以上的老人、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，詳見衛福部長照專區(<https://1966.gov.tw/LTC/cp-6533-70777-207.html>)。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。除了上述長照資源外，針對失智症患者，還有團體家屋、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，詳見失智照護-衛福部長照專區(<https://1966.gov.tw/LTC/lp-6456-207.html>)。

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，入住住宿型服務機構累計達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(<https://www.mohw.gov.tw/cp-88-235-1-45.html>)，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。

第三篇、附件

附件一 公版篩檢及評估工具

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

(1)非刻意的明顯體重減輕	過去一年內體重減輕>5公斤
(2)自述疲憊感	一週超過3天以上覺得疲倦或提不起勁
(3)肌力下降	握力測試落在研究族群最低之20%、男性<26公斤、女性<18公斤
(4)行走速度變慢	行走速度落在研究族群最低之20%或<0.8公尺/秒
(5)低身體活動量	身體活動量落在研究族群最低之20%、男性

臨床衰弱量表 (CSHA Clinical Frailty Scale, CFS)

1□體態適切	具有規則運動習慣，和同年齡的人相比顯得體態恰當/健康
2□良好	沒有急性疾病，偶爾運動，體態不如上者適切
3□尚可	共病症有良好控制，除了走路以外，沒有規則運動習慣
4□易感的	生活功能尚未有依賴情形，然而日常活動是受限的，在白天常有疲累感
5□輕微衰弱	活動明顯變慢，在某些IADL開始需要別人幫忙
6□中等衰弱	足不出戶；無法爬樓梯，ADL包含沐浴開始受限，穿衣需(動眼口不動手)
7□嚴重衰弱	完全依賴，但臨床相對穩定，預期餘命>6個月
8□嚴重衰弱	完全依賴，接近生命終點，僅小病也無法痊癒
9□嚴重衰弱	生命即將走到終點，預期餘命<6個月，明顯衰弱

臨床衰弱量表 (CSHA Clinical Frailty Scale, CFS)

<input type="checkbox"/>  一級：非常健康 (Very Fit)： 充滿活力與能量，規律運動。	<input type="checkbox"/>  六級：中度衰弱 (Moderately Frail)： 爬樓梯、洗澡開始出現問題， 穿衣服也需要稍微協助。
<input type="checkbox"/>  二級：很好 (Well)： 沒有醫療上的問題，但運動比較不規律。	<input type="checkbox"/>  七級：嚴重衰弱 (Severely Frail)： 生活照顧需要他人幫助了，但生命徵象穩定。
<input type="checkbox"/>  三級：還可以 (Managing Well)： 有一些醫療上的問題，還算可以控制， 但走路不像以前那麼規律有活力。	<input type="checkbox"/>  八級：非常嚴重衰弱 (Very Severely Frail)： 完全需要他人協助，生命徵象開始不穩定了。
<input type="checkbox"/>  四級：脆弱 (Vulnerable)： 日常功能還算獨立，但會感覺到走路變慢， 有些活動受到限制。	<input type="checkbox"/>  九級：病末 (Terminally Ill)： 生命末期，在六個月內可能死亡。
<input type="checkbox"/>  五級：輕度衰弱 (Mildly Frail)： 明顯感到走路變慢，IADL開始需要他人 協助(如購物、煮飯、家事)。	<p>* 1. Canadian Study on Health & Aging, Revised 2008. 2. K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005; 173:489-495.</p> <p>© 2007-2009 Version 1.2. All rights reserved. Geriatric Medicine Research, Dalhousie University, Halifax, Canada. Permission granted to copy for research and educational purposes only.</p> 

SOF 衰弱評估量表 (Study of Osteoporotic Fracture, SOF)

指 標	衰弱評估詢問內容	評 分
體重減輕	1. 非刻意減重狀況下，過去一年體重減少3公斤或 5%以上? (先問個案體重和一年相較差不多還是減少?如果減少再問大約減少幾公斤?)	<input type="checkbox"/> 是(1 分) <input type="checkbox"/> 否(0 分)
下肢功能	2. 無法在不用手支撐的情況下，從椅子上站起來五次 (請個案實際做)	<input type="checkbox"/> 是(1 分) <input type="checkbox"/> 否(0 分)
精力降低	3. 過去一週內，是否覺得提不起勁來做事? (一個禮拜三天以上有這個感覺)	<input type="checkbox"/> 是(1 分) <input type="checkbox"/> 否(0 分)

衰弱評估(SOF法)第 2 題之注意事項：

1. 設施：約40公分高之直靠背椅子，並建議將椅子靠牆擺放。
2. 施測者指引：先詢問受試者對於進行此題是否有困難，若有困難者則該題由施測者直接選「是」，另，讓受測者靠著椅背坐下，並請受測者站起，施測期間站起算一次，並請數出聲音來。當受試者於第5次起立時結束測試。
3. 受測者指引：請盡你所能連續、不間斷的五次起立並站直、坐下，期間請保持兩手抱胸之姿式。
4. 施測過程應隨時注意受試者之狀況。
5. 建議5次起坐時間15秒內完成，如超過15秒未完成者，則該題為異常，請勾選「是」。

105

迷你營養評估表 (The Mini Nutritional Assessment, MNA)

<https://www.mna-elderly.com/>

A Has food intake declined over the past 3 months due to loss of appetite, digestive problems, chewing or swallowing difficulties? 0 = severe decrease in food intake 1 = moderate decrease in food intake 2 = no decrease in food intake	<input type="checkbox"/>
B Weight loss during the last 3 months 0 = weight loss greater than 3kg (6.6lbs) 1 = does not know 2 = weight loss between 1 and 3kg (2.2 and 6.6 lbs) 3 = no weight loss	<input type="checkbox"/>
C Mobility 0 = bed or chair bound 1 = able to get out of bed / chair but does not go out 2 = goes out	<input type="checkbox"/>
D Has suffered psychological stress or acute disease in the past 3 months? 0 = yes 2 = no	<input type="checkbox"/>
E Neuropsychological problems 0 = severe dementia or depression 1 = mild dementia 2 = no psychological problems	<input type="checkbox"/>
F Body Mass Index (BMI) = weight in kg / (height in m)² 0 = BMI less than 19 1 = BMI 19 to less than 21 2 = BMI 21 to less than 23 3 = BMI 23 or greater	<input type="checkbox"/>
Screening score (subtotal max. 14 points)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12-14 points: <input type="checkbox"/> Normal nutritional status	
8-11 points: <input type="checkbox"/> At risk of malnutrition	
0-7 points: <input type="checkbox"/> Malnourished	
For a more in-depth assessment, continue with questions G-R	

Katz 日常生活活動量表表 (Katz Activities of Daily Living) (Katz, 1963; Katz, 1970)

項 目	
1. 您能自行吃飯嗎	0 <input type="checkbox"/> 完全依賴 1 <input type="checkbox"/> 有些困難，需要指導、協助或使用輔具 2 <input type="checkbox"/> 可獨立完成
2. 您能自行穿衣服嗎	0 <input type="checkbox"/> 完全依賴 1 <input type="checkbox"/> 有些困難，需要指導、協助或使用輔具 2 <input type="checkbox"/> 可獨立完成
3. 您能自行移位嗎	0 <input type="checkbox"/> 完全依賴 1 <input type="checkbox"/> 有些困難，需要指導、協助或使用輔具 2 <input type="checkbox"/> 可獨立完成
4. 您能自己行走嗎	0 <input type="checkbox"/> 完全依賴 1 <input type="checkbox"/> 有些困難，需要指導、協助或使用輔具 2 <input type="checkbox"/> 可獨立完成
5. 您能自行如廁嗎	0 <input type="checkbox"/> 完全依賴 1 <input type="checkbox"/> 有些困難，需要指導、協助或使用輔具 2 <input type="checkbox"/> 可獨立完成
6. 您能自行控制大小便嗎	0 <input type="checkbox"/> 完全依賴 1 <input type="checkbox"/> 有些困難，需要指導、協助或使用輔具 2 <input type="checkbox"/> 可獨立完成
7. 您能自行沐浴嗎	0 <input type="checkbox"/> 完全依賴 1 <input type="checkbox"/> 有些困難，需要指導、協助或使用輔具 2 <input type="checkbox"/> 可獨立完成
評 分	

106

日常生活活動量表說明

項 目	0分 完全依賴	1分 有些困難，需要指導、 協助或使用輔具	2分 獨立完成
吃 飯	無法獨自吃完或採用 餵食或灌食	吃飯需指導或協助	能從盤中取食或能把飯 放到嘴裡並吃下去
穿 衣	無法自己穿衣服	有部分無法穿好	能自己穿上衣服、外衣、 吊帶、扣緊扣子
移 位	無法做任何移動	上下床或椅子皆需旁人或 器物協助	能獨立上下床且能從椅子 坐起（不需器物協助）
如 廁	無法如廁，使用便盆、 尿壺或尿布	需人協助到廁所去上廁所	能完成如廁、寬衣 並完成清潔
大小便	完全大小便失禁，需規律使用 導尿或灌腸	部分大小便失禁 (偶爾使用尿壺、便盆或尿布)	能自己控制大小便
洗 澡	無法自行洗澡	洗澡有一個部位以上需協助或 使用浴盆需協助	能自行洗澡（僅特定部位需 協助，如背部或失能的部位）



Lawton 工具性日常生活活動量表 (Lawton Brody Instrumental Activities of Daily Living, IADL)
(Lawton, 1969)

工具性日常生活活動能力 (IADL) (以最近一個月的表現為準)	
<p>1. 上街購物 【 <input type="checkbox"/> 不適用 (勾選“不適用”者，此項分數視為滿分)】</p> <p><input type="checkbox"/> 3. 獨立完成所有購物需求</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 獨立購買日常生活用品</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 每一次上街購物都需要有人陪</p> <p><input type="checkbox"/> 0. 完全不會上街購物</p>	勾選1.或0.者， 列為失能項目。
<p>2. 外出活動 【 <input type="checkbox"/> 不適用 (勾選“不適用”者，此項分數視為滿分)】</p> <p><input type="checkbox"/> 4. 能夠自己開車、騎車</p> <p><input type="checkbox"/> 3. 能夠自己搭乘大眾運輸工具</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 能夠自己搭乘計程車但不會搭乘大眾運輸工具</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 當有人陪同可搭計程車或大眾運輸工具</p> <p><input type="checkbox"/> 0. 完全不能出門</p>	勾選1.或0.者， 列為失能項目。
<p>3. 食物烹調 【 <input type="checkbox"/> 不適用 (勾選“不適用”者，此項分數視為滿分)】</p> <p><input type="checkbox"/> 3. 能獨立計畫、烹煮和擺設一頓適當的飯菜</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 如果準備好一切佐料，會做一頓適當的飯菜</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 會將已做好的飯菜加熱</p> <p><input type="checkbox"/> 0. 需要別人把飯菜煮好、擺好</p>	勾選0.者， 列為失能項目。
<p>4. 家務維持 【 <input type="checkbox"/> 不適用 (勾選“不適用”者，此項分數視為滿分)】</p> <p><input type="checkbox"/> 4. 能做較繁重的家事或需偶爾家事協助 (如搬動沙發、擦地板、洗窗戶)</p> <p><input type="checkbox"/> 3. 能做較簡單的家事，如洗碗、鋪床、疊被</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 能在家事，但不能達到可被接受的整潔程度</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 所有的家事都需要別人協助</p> <p><input type="checkbox"/> 0. 完全不會做家事</p>	勾選1.或0.者， 列為失能項目。
<p>5. 洗衣服 【 <input type="checkbox"/> 不適用 (勾選“不適用”者，此項分數視為滿分)】</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 自己清洗所有衣物</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 只清洗小件衣物</p> <p><input type="checkbox"/> 0. 完全依賴他人</p>	勾選0.者， 列為失能項目。
<p>6. 使用電話的能力 【 <input type="checkbox"/> 不適用 (勾選“不適用”者，此項分數視為滿分)】</p> <p><input type="checkbox"/> 3. 獨立使用電話，含查電話簿、撥號等</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 僅可撥熟悉的電話號碼</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 僅會接電話，不會撥電話</p> <p><input type="checkbox"/> 0. 完全不會使用電話</p>	勾選1.或0.者， 列為失能項目。
<p>7. 服用藥物 【 <input type="checkbox"/> 不適用 (勾選“不適用”者，此項分數視為滿分)】</p> <p><input type="checkbox"/> 3. 能自己負責在正確的時間用正確的藥物</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 需要提醒或少許協助</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 如果事先準備好服用的藥物份量，可自行服用</p> <p><input type="checkbox"/> 0. 不能自己服用藥物</p>	勾選1.或0.者， 列為失能項目。
<p>8. 處理財務能力 【 <input type="checkbox"/> 不適用 (勾選“不適用”者，此項分數視為滿分)】</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 可以獨立處理財務</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 可以處理日常的購買，但需要別人協助與銀行往來或大宗買賣</p> <p><input type="checkbox"/> 0. 不能處理錢財</p>	勾選0.者， 列為失能項目。

(註：上街購物、外出活動、食物烹調、家務維持、洗衣服等五項中有三項以上需要協助者即為輕度失能)

混亂評估方法 (Confusion Assessment Method, CAM) (Lawton, 1969)

1. 急性發作 2. 注意力不集中 3. 思考缺乏組織 4. 意識狀態改變

判讀：異常1 & 2 + (3 or 4)

憂鬱量表 (The Geriatric Depression Scale, GDS)

Yesavage Geriatric Depression Scale (GDS-30, GDS-15, GDS-5)(Yesavage, 1983, 1986)

請以過去兩星期的情況回答	
選 項	題 目
<input type="checkbox"/> 0.是 <input type="checkbox"/> 1.否	1. 您對您的生活滿意嗎？
<input type="checkbox"/> 0.是 <input type="checkbox"/> 1.否	2. 您是否常常感到厭煩？
<input type="checkbox"/> 0.是 <input type="checkbox"/> 1.否	3. 您是否覺得您的生活很空虛？
<input type="checkbox"/> 0.是 <input type="checkbox"/> 1.否	4. 您是否比較喜歡待在家裡而不喜歡外出做新的事？
<input type="checkbox"/> 0.是 <input type="checkbox"/> 1.否	5. 您是否覺得現在活得很沒價值？

病人健康狀況問卷 (Patient Health Questionnaire, PHQ-9)

Patient Health Questionnaire (PHQ-9, PHQ-2) (Kroenke, 2001)

在過去兩個星期， 有多少時候您受到以下任何問題所困擾？	完全沒有	幾 天	一半以上 的天數	幾乎每天
01 做事時提不起勁或沒有樂趣	0	1	2	3
02 感到心情低落、沮喪或絕望	0	1	2	3
03 入睡困難、睡不安穩或睡眠過多	0	1	2	3
04 感覺疲倦或沒有活力	0	1	2	3
05 食慾不振或吃太多	0	1	2	3
06 覺得自己很糟 一或覺得自己很失敗， 或讓自己或家人失望	0	1	2	3
07 對事物專注有困難，例如閱讀報紙或看電視時	0	1	2	3
08 動作或說話速度緩慢到別人已經察覺，或正好 相反—煩躁或坐立不安、動來動去的 情況更勝於平常	0	1	2	3
09 有不如死掉或用某種方式傷害自己的念頭	0	1	2	3
總 分				

評分說明 總分 10-14 分： 輕度憂鬱 15-19 分： 中度憂鬱 20 分以上： 重度憂鬱

附件

附件二 高齡照護教育 訓練指引 (門診與住院)

高齡照護教育訓練指引 (門診與住院)

衛生福利部國民健康署
國立成功大學 ACE 輔導計劃團隊
委託編撰

目 錄

背景說明

- 一、 高齡照護基礎核心課程
- 二、 高齡照護進階課程
 - (一) 醫師之高齡進階教育訓練課程
 - (二) 護理師之高齡進階教育訓練課程
 - (三) 社工師之高齡進階教育訓練課程
 - (四) 物理治療師之高齡進階教育訓練課程
 - (五) 職能治療師之高齡進階教育訓練課程
 - (六) 藥師之高齡進階教育訓練課程
 - (七) 營養師之高齡進階教育訓練課程
- 三、 高齡友善教育課程
- 四、 教育訓練之評值

附件

參考文獻

高齡照護教育訓練指引 背景說明

自1993年以來，台灣65歲以上的高齡人口比率為7.1%，達世界衛生組織定義之高齡化社會標準。於2018年高齡人口比率更攀升至14%，推估至2025年，高齡人口比率將超過20%，邁入超高齡社會。因高齡人口快速增加，推估慢性病與功能障礙的盛行率將隨之上升，加重後續就醫與長期照護之需求與負擔 [1]。依衛生福利部統計2017年總住院人數中，65歲以上者占36.2% [2]，高齡人口佔醫療保健消費者中之最多數；2007年美國研究亦顯示，65歲以上高齡者雖僅占總人口13%，卻佔醫院日數高達43%，其耗損醫療保險預算高達96%，且非為擴增醫院可解決之問題 [3,4]。

高齡者因在生理及功能上的異質性大，且多重共病症與疾病複雜性亦較高，導致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多重慢性疾疾病交錯所呈現的老年病症候群。鑒於此，英國國家保健署（National Health Service, NHS）發展急性衰弱照護網路（Acute Frailty Network, AFN）模式，主要是針對衰弱高齡病人，使用周全性老年評估，於入住72小時內找出高齡病人所有問題並介入處理，希望可改善整體的照護品質 [5]。美國在1990年發展長者急性照護（Acute Care for Elderly, 簡稱ACE）模式，其核心概念包含了：(1)以病人為中心的跨團隊高齡照護、(2)以護理師啟動的過程、(3)著重醫源性的病歷回顧、(4)早期進行轉銜計畫及(5)規劃安全活動和認知刺激的友善環境 [6,7]。

為提升醫療端之服務量能，國民健康署鼓勵醫院參考國外辦理長者急性照護（ACE）模式經驗，於急診端、住院端或門診端推動並發展適合我國本土之長者友善照護模式，使長者於醫院能獲得完整照護，亦透過醫療端與社區端適當之轉銜，返家後亦能得到持續性照護服務，以延緩衰弱及失能發生 [8]。ACE模式為一跨專業團隊照護模式（interdisciplinary team model），整合各專業學科，共同合作實踐以高齡者為中心的照護計畫，目的為降低高齡病人住院期間失能之發生率，提升或維持高齡病人的身體功能 [6]。

由於ACE為跨專業團隊照護模式，因此需整合各專業學科人員共同合作，實踐以高齡者為中心的照護，故在推動人員教育訓練方面，需具一致的基準。國內已有相關學會或協會舉辦醫師及護理人員之高齡教育訓練，然課程概念層次僅適用於該領域人員，且跨專業領域團隊合作照護模式



甚少，各領域對高齡照護有關之培訓概念及規劃之深度與廣度亦有不同。因此，本課程由台灣高齡照護暨教育協會整合多年高齡照護實務經驗與美國老年醫學會（American Geriatrics Society, AGS）[9] 提出之「Partnership for Health in Aging: Multidisciplinary Competencies in the Care of Older Adults at the Completion of the Entry-level Health Professional Degree（包含健康促進與安全、評估、照護計畫與協調、跨專業領域溝通、照顧者支持、醫療系統與福利等六個概念）」及應用「高齡護理品質促進醫療系統（Nurses Improving Care for Healthsystem Elders, NICHE）」[10] 與「台灣醫院評鑑暨醫療品質策進會之老年醫學訓練」[11] 的部份概念，作為建立「高齡照護核心課程」架構之基礎（詳如表一），規劃出國內人員培訓之高齡照護基礎核心課程，並經由高齡醫療照護及教育專家進行會議共識，訂定高齡照護核心課程，包括：高齡疾患與健康老化、長者預防保健與健康促進、衰弱症與肌少症、高齡藥事照護、周全性老年醫學評估、高齡跨專業團隊照護模式、高齡者安寧療護與靈性照顧、及照護計畫之擬定與執行，課程共計8小時。而各職類在執行高齡照護時，除基礎核心能力外，針對職類角色不同，所須執行照護之能力不同，故參考國內外文獻，整理各職類不同角色於高齡照護之職責、工作內容及相對應之能力，並邀請各職類臨床專業人員編修各職類進階課程之授課時數與課程大綱。

本指引分為高齡照護基礎核心課程及高齡照護進階課程，進階課程又分不同職類進行規劃。旨在協助醫院系統化推動人員教育訓練、培育所需專業人才，期能藉此高齡照護教育訓練之推廣及建立長者友善照護模式指引，以提升國內長者照護運作模式。

表一、台灣高齡照護教育訓練課程及其對應之國內外課程概念

台灣 (台灣高齡照護教育協會)	美國 (American Geriatrics Society)	美國 (Nurses improving care for health system elders, NICHE)	台灣 (醫院評鑑暨醫療品質策進會)
高齡照護核心課程	概念	部份概念之對應	部份概念之對應
<ol style="list-style-type: none"> 1. 高齡疾患與健康老化* 2. 長者預防保健與健康促進* 3. 衰弱症與肌少症* 4. 高齡藥事照護(多重不當用藥)* 5. 高齡者之跌倒 	<p>1. Health Promotion and Safety</p> <ul style="list-style-type: none"> · 健康促進 · 約束照護 · 安全用藥 · 老人虐待 · 機構與居家環境 	<ul style="list-style-type: none"> · 老化概念與理論 · 沒有約束之照護 · 辨識急性或潛在高齡者不當對待 (忽視或虐待) · 評估居住環境與社區資源可利用性 · 促進高齡者功能、生理與心理健康 	<ul style="list-style-type: none"> · 老年人的預防保健及健康促進 · 非機構式長期照護個案之照顧 · 長期照護機構內住民之處置
<ol style="list-style-type: none"> 1. 周全性老年醫學評估* 2. 高齡者的溝通與諮詢技巧 3. 高齡者視力與聽力 4. 認知功能障礙 	<p>2. Evaluation and Assessment</p> <ul style="list-style-type: none"> · 周全性老年評估 · 老化的生理心理與社會變化 (老年症候群) · 謾妄處置 · 溝通技巧 	<ul style="list-style-type: none"> · 老年症候群 · 整合高齡者照護之跨團隊領導與溝通技巧 · 接受與理解訊息之阻礙 · 評估居住環境與高齡者功能、生理、認知、心理與社會需求之關係(CGA) 	<ul style="list-style-type: none"> · 周全性老年醫學評估 · 溝通之技巧 · 老年人之用藥問題 · 老年病人常見症候群 · 老化、衰退與長壽的科學
<ol style="list-style-type: none"> 1. 高齡者安寧療護與靈性照顧* 2. 照護計畫之擬定與執行* 3. 高齡營養與吞嚥問題 4. 高齡精神與情緒問題 5. 高齡排泄問題 6. 實證基礎的緩和輔助療法 7. 高齡照護的倫理與決策 	<p>3. Care Planning and Coordination Across the Care Spectrum (Including End-of-Life Care)</p> <ul style="list-style-type: none"> · 臨終照護 · 進階照顧計畫擬訂 	<ul style="list-style-type: none"> · 家屬自主權利於選擇生活方式、治療、預立醫囑與生命末期照護 · 緩和安寧療護 	<ul style="list-style-type: none"> · 老年人安寧緩和醫療照顧
高齡跨專業團隊照護模式*	<p>4. Interdisciplinary and Team Care</p> <ul style="list-style-type: none"> · 跨專業領域之溝通 	(無)	<ul style="list-style-type: none"> · 與各種不同領域專業人員合作之運作模式
照護計畫之擬定與執行*	<p>5. Caregiver Support</p> <ul style="list-style-type: none"> · 評估照顧者的知識與能力 · 幫助資源連結減輕照顧者負擔 · 尊重個案與照顧者選擇 · 協助照顧者因個案狀況改變進行計畫調整 	<ul style="list-style-type: none"> · 能合併老化專業態度、價值與期待於提供高齡者與其家屬照護 	(無)
<ol style="list-style-type: none"> 1. 台灣現行長照政策與資源介紹 2. 出院轉銜與急性後期整合照護 3. 輔具與居家環境評估 4. 社區連結與社會資源整合 5. 機構式長期照護 	<p>6. Healthcare Systems and Benefits</p> <ul style="list-style-type: none"> · 協助個案與家屬發聲 · 幫助個案與家屬瞭解醫療與長照服務資源系統與運作 · 協助連結不同場域的照顧資源與連續性長照服務 	(無)	(無)

此為台灣高齡照護協會截取美國與台灣老年醫學與照護相關文獻內容整理之表格。

*: 為高齡照護共同核心課程。

高齡照護基礎核心課程

此課程為執行高齡照護需具備之基礎知識，有參與高齡照護的人員皆需進行此教育訓練，內容包括高齡疾患與健康老化、長者預防保健與健康促進、衰弱症與肌少症、高齡藥事照護、周全性老年醫學評估、高齡跨專業團隊照護模式、高齡者安寧療護與靈性照顧、照護計畫之擬定與執行等（詳如表二）。總計八堂課（均為必修課程），每堂課程為1單元，建議時間約為60分鐘，教育訓練前後需進行綜合測驗。

課程名稱	課程綱要	高齡照護進階課程
高齡疾患與健康老化	<ol style="list-style-type: none"> (1) 老化的原則與表現 (2) 老年人疾病的特徵 (3) 高齡疾病照護的特殊考量 	陳人豪(台大)、賴秀昀(台大新竹)、周明岳(高榮)、張家銘(成大)、李世代(輔大)、彭莉甯(北榮)、陳亮恭(關渡醫院)
長者預防保健與健康促進	<ol style="list-style-type: none"> (1) 公共衛生、預防醫學 (2) 生活習慣：吸菸、喝酒、飲食、睡眠 (3) 身體活動：觀念澄清與行為促進 (4) 社交互動、靈性支持、環境文化切入 	黎家銘(台大北護)、溫瓊容(台大)、張皓翔(台大)、賴秀昀(台大新竹)、楊宜青(成大)、林鉅勝(中榮)、高聖倫(花蓮慈濟)、李純瑩(高醫)
衰弱症與肌少症	<ol style="list-style-type: none"> (1) 衰弱症(Frailty) (2) 肌少症(Sarcopenia) 	陳晶瑩(台大)、詹鼎正(台大)、賴秀昀(台大新竹)、楊登棋(成大)、彭莉甯(北榮)、張欽凱(台大雲林)、許碧珊(中榮)、周明岳(高榮)、王郁鈞(高榮)、高聖倫(花蓮慈濟)
高齡藥事照護 (多重與不當用藥)	<ol style="list-style-type: none"> (1) 老年人的藥物動力學特性 (2) 老年常見用藥問題與危險因子 (3) 老年人潛在不適當用藥準則介紹 (4) 周全性高齡藥事照護概念及模式 (5) 臨床案例 	張勤斌(台大新竹)、彭仁奎(台大北護)、黃資雅(高榮)、杜慧寧(成大)、張舜欽(大林慈濟)、林明慧(北榮)
老年問題篩檢與 周全性老年醫學評估	<ol style="list-style-type: none"> (1) 前言和案例探討 (2) 老年問題篩檢與周全性老年醫學評估的基本概念 (3) 老年問題篩檢與周全性老年醫學評估項目及內容 (4) 老年問題篩檢與周全性老年醫學評估的優點 	陳人豪(台大)、賴秀昀(台大新竹)、黃基彰(成大)、林鉅勝(中榮)、周明岳(高榮)、高聖倫(花蓮慈濟)、羅玉岱(成大)、曾崧華(北榮)

課程名稱	課程綱要	高齡照護進階課程
高齡跨專業團隊照護模式	(1) 瞭解跨專業團隊照護在高齡者的必要性 (2) 跨專業團隊成員的角色 (3) 跨專業照護的運作模式 (4) 跨專業團隊溝通	賴秀昀(台大新竹)、周明岳(高榮)、賴柏亘(成大)、高聖倫(花蓮慈濟)
高齡者安寧療護與靈性照顧	(1) 台灣步入高齡多死社會 (2) 高齡者照顧的倫理議題 (3) 高齡者的安寧緩和療護 (4) 高齡者的靈性照顧	張炳勛(台大新竹)、彭仁奎(台大北護)、黃資雅(高榮)、羅玉岱(成大)、張舜欽(大林慈濟)、林明慧(北榮)
照護計畫之擬定與執行	(1) 為何需要擬訂照護計畫 (2) 照護計畫的形成 (3) 主要問題列表 (4) 擬訂照護計畫與目標 (5) 照護計畫案例討論	張家銘(成大)、賴秀昀(台大新竹)、周美香(高榮)、李世代(輔大)、陳亮恭(關渡醫院)、高聖倫(花蓮慈濟)

參考文獻

- [9] American Geriatrics Society. (2019). Multidisciplinary Competencies in the Care of Older Adults at the Completion of the Entry-level Health Professional Degree (Partnership for Health in Aging). Retrieved September 06, 2019, from <https://www.americangeriatrics.org/geriatrics-profession/core-competencies>
- [10] Bub, L., Boltz, M., Malsch, A., & Fletcher, K. (2015). The NICHE Program to Prepare the Workforce to Address the Needs of Older Patients. In Malone, M. L., Capezuti, E. A., & Palmer, R. M. Geriatrics Models of Care (pp. 57-70). New York: Springer, Cham. 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 (2019)。二年期醫師畢業後一般醫學訓練計畫。2019年09月03日，取自：<https://bit.ly/2kjtWLU>
- [12] Capezuti, E. A. & Boltz, M. (2014). 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 (pp. 49-68). New York: Humana Press. doi: 10.1007/978-1-4939-1025-0

高齡照護進階課程

此課程為提供給已完成基礎核心課程，並欲針對不同面向進一步深入學習之對象，其課程內容依不同職類(醫師、護理師、社工師、物理治療師、藥師及營養師)進行規劃。參考國內外文獻、臨床人員經驗與專家意見，編列進階課程建議之時數、主題與大綱。每堂課程為1單元，建議時間約為60分鐘，培訓前後均需有綜合測驗，檢視課程成效及學員回饋。

(一) 醫師高齡進階 教育訓練課程

醫師於高齡照護之角色職責為，針對高齡者相關的評估結果，給予一連串之照護計畫建議，以及相關處置決策。因此，醫師對於整個高齡照護需具備全盤性之瞭解，以下針對醫師提供高齡照護能力與進階課程以供參考。

1. 醫師之高齡照護能力：

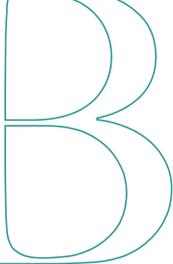
角 色	高齡照護能力
老年科醫師 [13]	<ol style="list-style-type: none">01. 能與高齡者進行有效溝通02. 瞭解老年醫學知識03. 瞭解常見的疾病(如高血壓、高血脂、高血壓、腎臟病等)在高齡者的醫療照護原則、目標與青壯年人之異同04. 瞭解合併共病時之醫療考量與單一疾病時之異同05. 能辨識衰老的徵兆和疾病的非典型表現06. 能進行高齡者藥物管理07. 能評估及照護高齡者的功能衰退及制定復健計畫08. 能評估及照護高齡者複雜病情及衰弱09. 能執行高齡者緩和醫療及臨終照護10. 能於不同場域進行高齡者評估及照護(醫院、急性後期照護、日間照護、居家醫療照護、長照機構及護理之家)11. 能評估及照護常見的老年病症候群(如：跌倒與暈眩、認知障礙(譫妄、失智)、憂鬱症、體重減輕與營養問題、用藥問題、視聽力障礙、尿失禁、壓瘡、睡眠障礙、便秘與排便失禁)

角 色	高齡照護能力
非老年科醫師 [14]	<ol style="list-style-type: none"> 01. 瞭解常見的疾病(如高血壓、高血脂、高血壓、腎臟病等)在高齡者的醫療原則、目標與青壯年人之異同 02. 能辨識衰老的徵兆和疾病的非典型表現 03. 能使用評估工具進行高齡者身體功能及自我照顧能力的評估 04. 能執行高齡者認知功能評估，並能定義和區分譫妄、失智和憂鬱症的臨床表現 05. 能進行跌倒、平衡和步態評估，並制定照護計畫 06. 能根據高齡者年齡及疾病特性進行藥物處方調整 07. 能維護高齡者的安全及預防不良事件，如潛在醫源性傷害、虐待等 08. 能評估及管理大小便失禁，包含藥物及非藥物治療 09. 能運用團隊資源進行轉銜照護 10. 能評估高齡者的能力，並依其需求訂定照護計畫，包含預立醫療及臨終照護 11. 具有道德倫理及誠信，並尊重其他專業成員及病患 12. 能運用語言及非語言的方式與病患及同儕進行有效溝通 13. 能根據臨床問題進行推理及研究，並將研究應用於臨床照護上

2. 醫師之高齡進階教育課程

醫依據其高齡照護能力、臨床人員經驗與專家意見，醫師進階教育課程建議為4~8個單元，每單元約為60分鐘，以下提供相關高齡照護進階課程，分為優先學習以及次要學習。

續下頁表格



優先學習

課程名稱	課程綱要
高齡營養與吞嚥問題	<ul style="list-style-type: none"> • 介紹高齡者常用之營養與吞嚥評估工具、 • 介紹高齡者常見營養相關問題與飲食控制之目標 • 說明高齡者面臨營養相關困難(如吞嚥或進食困難)之處置方式與衛教相關技巧 • 探討高齡者營養處置之相關議題 (如非必要鼻胃管放置議題)
認知功能障礙	<ul style="list-style-type: none"> • 介紹常見認知功能障礙(包括譫妄症、失智症)的症狀、評估、診斷、鑑別診斷及治療 • 介紹失智症合併精神行為症狀(BPSD)處置 • 評估過程中如何對高齡者解釋說明，避免其焦慮、害怕或感到受侮辱
高齡精神與情緒問題	<ul style="list-style-type: none"> • 介紹高齡者常見的精神及行為症狀的診斷、治療及處置，包括老年憂鬱症、失眠問題及焦慮症等
高齡者之跌倒	<ul style="list-style-type: none"> • 高齡者跌倒的流行病學資料 • 可能增加跌倒風險的危險因子與藥物 • 高齡者跌倒評估流程 • 居家跌倒風險環境評估 • 預防跌倒的實證介入
台灣現行長照政策與資源介紹	<ul style="list-style-type: none"> • 瞭解長期照護個案族群暨社會需求層面及議題 • 瞭解長期照護服務體系與現況 • 醫師於長期照護中所扮演的角色 • 介紹與醫師有關的政府長照計畫，包括「長照2.0計畫」、「居家失能個案家庭醫師照護方案」、「醫師意見書」與「減少照護機構住民至醫療機構就醫方案」等 • 介紹醫療與長照之整合與連繫
維持身體活動功能(復能)之照護	<ul style="list-style-type: none"> • 介紹復能專業服務之服務目標、核心概念及服務模式等 • 藉由案例說明，如何設定復能目標及進行專業間合作

次要學習

課程名稱	課程綱要
高齡者的溝通與諮詢技巧	<ul style="list-style-type: none"> • 介紹何謂溝通(有效vs.無效溝通)以及溝通模式 • 介紹與高齡者溝通的方式與技巧(例如：肢體動作、傾聽技巧、讓長者感到受尊敬、音量、聲調、速度及停頓點) • 說明觀察長者的行為、動作、表情、衣著、呼吸情形、皮膚與臉的外觀、視聽力、記憶力及理解力等功能 • 學習瞭解病患/服務對象的屬性和限制性，以及醫療專業人員、家庭的態度以及社會和文化觀點如何在復健過程中影響溝通 • 學習辨識及評估溝通障礙(如視聽力障礙、構詞障礙、失語症、健康識能不足及認知) • 學習調整溝通方式，包括使用合適的溝通設備，提供憂鬱症、失智症、焦慮症或喪親之痛的高齡者提供有效的溝通 • 發展輔助溝通方法，為健康識能不足、聽/視力、語言障礙的高齡者提供有效的溝通
高齡疏忽與虐待	<ul style="list-style-type: none"> • 簡述高齡者保護之現況與重要性 • 高齡者疏忽照顧的相關因子、徵候表現與評估 • 高齡者受虐待的類型、相關因子、徵候表現與評估 • 說明「老人受虐與意外傷害的鑑別診斷」 • 說明台灣相關法律規範與如何協助高齡者進行疏忽照顧的責任通報，並實際操作演練
出院轉銜與急性後期整合照護	<ul style="list-style-type: none"> • 介紹急性後期整合照護模式 • 照護模式銜接與轉銜之建議方案 • 目前實際執行情況與優點分析
輔具與居家環境評估	<ul style="list-style-type: none"> • 簡介輔具類別、產品與功用 • 分析長期照護所可能遇到的障礙與問題，以及其相關可應用之輔具建議 • 評估居家環境常見的障礙為何，並可運用哪些方式進行改善
高齡照護的倫理與決策	<ul style="list-style-type: none"> • 簡述高齡者決策特質與台灣家庭的醫療決策模式 • 臨床常見的倫理困境(如真相的告知、家人間決策衝突及DNR議題等) • 分享倫理思辨的基礎與模式，並運用臨床實例，闡述面對高齡者醫療照護倫理困境時的因應方針

(二) 護理師之進階 教育訓練課程

護理師之角色職責為高齡者與跨專業團隊重要之橋樑，可直接接觸高齡者與家屬，瞭解高齡者實際狀況以及期望，並結合周全性老年評估，將意見及評估結果提供給跨專業團隊成員，進行討論及規劃照護計畫。為使護理師能提供高齡者適切之照護，故提供護理師高齡照護能力與進階課程以供參考。

1. 護理師之高齡照護能力：

角 色	高齡照護能力
護理師 [15]	<ol style="list-style-type: none"> 01. 可整合老化概念與理論於照護高齡病人 02. 因高齡者照護複雜性高，會利用其他健康照護資源機會亦增加，故需能辨識與尊重照護之差異性 03. 有能力選擇合適的高齡照護模式 04. 可依據實證提供沒有約束之照護 05. 針對有生理與認知需求之高齡者，可執行與監督預防合併症發生之策略 06. 能運用實證指引預防或管理老年病症候群 07. 能有效促進高齡者與其家屬經歷不同照護之過渡期 08. 能辨識急性或潛在高齡者不當對待（忽視或虐待），且能適切處理 09. 具整合跨團隊高齡照護之領導與溝通技巧 10. 能評估居住環境與社區資源之可用性，以協助高齡者自我實現 11. 能運用資源或方案以促進高齡者功能、生理與心理健康 12. 能評估高齡者接受與理解訊息之阻礙 13. 能合併自身對老化之專業知識、態度、價值與期待於提供高齡者與其家屬照護 14. 選擇生活方式、治療、預立醫囑與生命末期照護時，能維護高齡者與其家屬自主權利 15. 能使用具信效度評估工具，以執行護理照護 16. 能評估居住環境與高齡者功能、生理、認知、心理與社會需求之關係 17. 能辨識高齡者急性問題、慢性疾病、生理、心理與治療間之複雜交互關係 18. 提供以病人為中心照護計畫時，能考量正式或非正式照顧者生理與心理健康 19. 能對生理與認知障礙之高齡者，適時與適切提出緩和安寧療護

2. 護理師之高齡進階教育課程

依據其高齡照護能力、臨床人員經驗與專家意見，護理師之進階教育課程建議為8個單元，每單元約為60分鐘，以下提供相關高齡照護進階課程，課程分為優先學習與次要學習。

優先學習

課程名稱	課程綱要
高齡營養與吞嚥問題	<ul style="list-style-type: none"> 介紹高齡者營養評估（如吞嚥評估、口腔評估、備餐評估） 說明高齡者各種營養常見問題與控制之目標 說明高齡者各種營養常見問題的改善方法與衛教相關技巧（如吞嚥構音訓練、飲食質地介入、吞嚥訓練的方式、快凝寶的使用方式及時機、特殊營養品的使用）
高齡精神與情緒問題	<ul style="list-style-type: none"> 介紹高齡者常見精神及行為症狀的診斷、治療及處置，包括老年失智症之精神層面評估及治療、急性意識障礙、老年憂鬱症、失眠問題、焦慮症等老人常見精神疾病 說明急性期之譫妄問題及處理方式
認知功能障礙	<ul style="list-style-type: none"> 介紹認知功能障礙、篩檢工具及評估方式 介紹高齡者常見神經系統疾病（老年失智症、腦中風及巴金森氏症等）的症狀、診斷、評估及治療 介紹認知訓練的方法 評估過程中如何對高齡者解釋說明，避免其焦慮、害怕或感到受侮辱
高齡者之跌倒	<ul style="list-style-type: none"> 高齡者跌倒定義與流行病學資料 跌倒常見的原因與危險因子 跌倒的預後及預防方式 介紹跌倒相關的評估與及判讀意義（如SPLATT、步態、SPPB及躺坐站血壓等）
高齡疏忽與虐待	<ul style="list-style-type: none"> 簡述高齡者保護之現況與重要性 介紹高齡者疏忽照顧與虐待的類型、相關因子、徵候表現與評估，並搭配案例討論以加深印象 說明台灣相關法律規範與如何協助高齡者進行疏忽照顧與虐待的責任通報，並實際操作演練
維持身體活動功能 (復能)之照護	<ul style="list-style-type: none"> 介紹復能專業服務之服務目標、核心概念及服務模式等 說明復能和復健之差異 藉由案例說明，如何設定復能目標及進行專業間合作
高齡照護的倫理與決策	<ul style="list-style-type: none"> 簡述高齡者決策特質與台灣家庭的醫療決策模式，以及臨床常見的倫理困境（如真相的告知、家人間決策衝突及ACP議題等） 分享倫理思辨的基礎與模式，並運用臨床實例，闡述面對高齡者醫療照護倫理困境時的因應方針
台灣現行長照政策與 資源介紹	<ul style="list-style-type: none"> 瞭解長期照護個案族群暨社會需求層面及議題。 瞭解長期照護服務體系與現況

次要學習

課程名稱	課程綱要
高齡者的溝通與諮詢技巧	<ul style="list-style-type: none"> 介紹與高齡者溝通的方式與技巧（例如：肢體動作、傾聽技巧、讓長者感到受尊敬、音量、聲調、速度及停頓點）及輔助溝通之工具 說明觀察長者的行為、動作、表情、衣著、呼吸情形、皮膚與臉的外觀、視聽力、記憶力及理解力等功能 學習瞭解病患/服務對象的屬性和限制性，以及醫療專業人員、家庭的態度以及社會和文化觀點如何在復健過程中影響溝通 學習辨識及評估溝通障礙（如視聽力障礙、構詞障礙、失語症、健康識能不足及認知） 學習調整溝通方式，包括使用合適的溝通設備，提供憂鬱症、失智症、焦慮症或喪親之痛的高齡者提供有效的溝通 發展輔助溝通方法，為健康識能不足、聽/視力、語言障礙的高齡者提供有效的溝通
高齡排泄問題	<ul style="list-style-type: none"> 簡述高齡者常見失禁問題（包含：大小便失禁、便秘）、失禁類型與其預防照護 說明高齡者排泄系統之狀況與原因、評估方式與技巧、處理原則、照護需求及有關議題探討（如對高齡者生心理、社會至生活品質各方面之影響）
出院轉銜與急性後期整合照護	<ul style="list-style-type: none"> 介紹急性後期整合照護模式、功能與收案條件 照護模式銜接與轉銜之建議方案（包含轉銜照護的目標、長者意願等） 實際案例介紹銜接急性後期整合照護之變化
輔具與居家環境評估	<ul style="list-style-type: none"> 簡介輔具類別、產品（四腳拐、防滑貼、自製斜坡板及邊角防撞泡棉等）與功用 常見輔具的使用方式及注意事項（如使用四腳拐的高度評估） 分析長期照護所可能遇到的障礙與問題，以及其相關可應用之輔具建議 評估居家環境常見的障礙為何，並可運用哪些方式進行改善
機構式長期照護	<ul style="list-style-type: none"> 瞭解長期照護的觀念及長期照護機構服務的方式 介紹長期照護機構中常見的醫療問題、急性病症的處理及轉診流程 護理師在長期照護機構中的角色 認識國內長期照護機構的種類與設立條件

(三) 社工師之進階 教育訓練課程

社工師的角色為依據周全性評估之結果，以及跨專業團隊成員共同討論照護計畫後，提供高齡者相關心理上與生活上之建議。針對社工師之角色職責，整理以下高齡照護能力與進階課程以供參考，使社工師面對高齡者時，更能瞭解長者之狀況。

1. 社工師之高齡照護能力

角色	高齡照護能力
社工師 [16]	<ol style="list-style-type: none"> 01. 能與高齡者及照顧者建立良好的關係 02. 能瞭解高齡者身心靈及環境社會變化 03. 能評估高齡者對於老化、死亡、瀕死等自我價值觀及偏見 04. 能接受並尊重高齡者選擇和決定自己的生活的權利和需要 05. 能運用個案管理的專業（協調、倡導衛生教育能力，監控和出院計劃）聯結高齡者及其家人的資源和服務 06. 能與其他專業人員合作，提供高齡者合適的照護 07. 能協助高齡者和家庭瞭解如何處理悲傷、失落和哀悼的問題 08. 能收集高齡者與社會交流的連結，如：個案在社會上的功能，主要和次要社會支持，社會活動水平，社會技能，財務狀況，文化背景和社會參與度 09. 能安排服務計劃，其中包括針對高齡者的適當生活安排和心理支持 10. 能評估高齡者影響身體健康的社會心理因素。

122

2. 社工師之高齡進階教育課程

依據其高齡照護能力、臨床人員經驗與專家意見，社工師之進階教育課程建議為 15 個單元，每單元約為 60 分鐘。

課程名稱	課程綱要
在跨專業與連續性照護的社會工作	<ul style="list-style-type: none"> • 瞭解高齡者在跨專業與連續性醫療照護的服務需求 • 介紹社工師在連續性照護可介入的時機與方式 • 介紹社工師在跨專業高齡照護團隊中之角色
社工師在決策、預立醫療計畫和指示的角色	<ul style="list-style-type: none"> • 簡述高齡者決策特質與台灣家庭的醫療決策模式 • 臨床常見的倫理困境（如真相的告知、家人間決策衝突及預立醫療計畫和指示、DNR議題等） • 分享倫理思辨的基礎與模式，並運用臨床實例，闡述面對高齡者醫療照護倫理困境時的因應方針



課程名稱	課程綱要
高齡者緩和醫療及安寧療護的社會工作	<ul style="list-style-type: none"> • 瞭解長期照顧常見的倫理議題 • 緩和醫療及安寧療護的結構及過程 • 疾病連續過程和生命末期對長者及其家人的影響 • 臨終病人的照護 • 評估及介入緩和醫療和臨終關懷的患者和家屬 • 緩和醫療及安寧緩和的社會資源連結
高齡者營養與口腔吞嚥問題的評估與處置	<ul style="list-style-type: none"> • 簡述高齡者營養狀態的評估，包括蛋白質、鈣、維生素D和液體攝入量等 • 介紹高齡者口腔與吞嚥功能評估 • 介紹食物質地分級概念與製備質地調整食物 • 說明高齡者各種營養常見問題與控制之目標 • 說明高齡者各種營養常見問題的改善方法與衛教相關技巧
高齡認知與情緒問題	<ul style="list-style-type: none"> • 介紹認知功能障礙與情緒問題的篩檢工具及評估方式 • 介紹高齡者常見神經系統、精神及行為症狀疾病（老年失智症、急性意識障礙、老年憂鬱症、焦慮症等）的症狀、評估、診斷及治療 • 評估過程中如何對高齡者解釋說明，避免其焦慮、害怕或感到受侮辱 • 介紹認知功能障礙、精神及行為症狀高齡者的照護原則
高齡者的溝通與諮詢技巧	<ul style="list-style-type: none"> • 介紹何謂溝通（有效vs.無效溝通）以及溝通模式 • 介紹與高齡者溝通的方式與技巧（如肢體動作、傾聽技巧、讓長者感到受尊敬、音量、聲調、速度及停頓點） • 說明觀察長者的行為、動作、情緒、表情、衣著、呼吸情形、皮膚與臉的外觀、視聽力、記憶力及理解力等功能 • 學習瞭解病患/服務對象的屬性和限制性，以及醫療專業人員、家庭的態度以及社會和文化觀點如何在復健過程中影響溝通 • 學習辨識及評估溝通障礙（如視聽力障礙、構詞障礙、失語症、健康識能不足及認知） • 學習調整溝通方式，包括使用合適的溝通設備，提供憂鬱症、失智症、焦慮症或喪親之痛的高齡者提供有效的溝通 • 發展輔助溝通方法，為健康識能不足、聽/視力、語言障礙的高齡者提供有效的溝通
社工對高齡者的評估	<ul style="list-style-type: none"> • 社工高齡評估工具介紹 • 藉由案例說明高齡個案評估方式、技巧及注意事項

課程名稱	課程綱要
因應功能的衰退與環境改變	<ul style="list-style-type: none"> 介紹高齡者功能衰退相關因素、評估及因應 介紹高齡居住環境及各環境照護方式 高齡者環境改變因素及影響探討 [18] 高齡失能以及高齡居住環境相關的社會資源連結 <p>中華民國老人福利推動聯盟-住宅修繕申請說明 https://www.oldpeople.org.tw/pop/pages/5d9ab015352b4c10b23073fac3a3550f 失能老人接受長期照顧服務補助辦法 https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=D0050156</p>
高齡疏忽與虐待	<ul style="list-style-type: none"> 簡述高齡者保護之現況與重要性 介紹高齡者疏忽照顧與虐待的類型、相關因子徵候表現及評估 說明台灣相關法律規範與如何協助高齡者進行疏忽照顧與虐待的責任通報
高齡政策及經濟考量	<ul style="list-style-type: none"> 瞭解長期照護個案族群暨社會需求層面及議題 瞭解長期照護服務體系、執行現況與所面臨的困境 瞭解高齡相關經濟問題及醫療保險議題
高齡排泄問題	<ul style="list-style-type: none"> 簡述高齡者常見失禁問題（包含大小便失禁、便秘）、失禁類型與其預防照護 說明高齡者排泄系統之狀況與原因、評估方式與技巧、處理原則、照護需求及有關議題探討（如對高齡者生心理、社會至生活品質各方面之影響）
出院轉銜與急性後期整合照護	<ul style="list-style-type: none"> 介紹急性後期整合照護模式 照護模式銜接與轉銜之建議方案 目前實際執行情況與優點分析
維持身體活動功能 (ADLs、IADLs復能)之照護	<ul style="list-style-type: none"> 介紹復能專業服務之服務目標、核心概念及服務模式等 藉由案例說明，如何設定復能目標及進行專業間合作
輔具與居家環境評估	<ul style="list-style-type: none"> 簡介輔具類別、產品與功用 分析長期照護所可能遇到的障礙與問題，以及其相關可應用之輔具建議 說明高齡者的輔具需求及相關輔具補助事宜 評估居家環境常見的障礙為何，並可運用哪些方式進行改善
社區連結與社會資源整合	<ul style="list-style-type: none"> 瞭解社區高齡者全人化醫療照護的服務需求 介紹正式或非正式相關的社會資源 依據高齡者的需求，介紹可運用的福利與服務（如補助資源、日間照護、喘息服務、復康巴士等申請條件與管道）

(四)
物理治療師之
進階教育訓練課程

物理治療師之角色職責為協助高齡者於急性病症趨緩後，進行復能訓練。高齡照護有復健相關專業人員之介入，能使長者獲得更為合適之運動建議。為使物理治療師能針對高齡者提供適切之協助，提供相關物理治療師需具備之高齡照護能力與進階課程，以供參考。

1. 物理治療師之高齡照護能力

角 色	高齡照護能力
物理 治療師	Domain 1：評估
	01. 瞭解跨專業團隊、周全性老年醫學評估的概念、跨專業團隊的照護方式於高齡者較單一專業的優勢
	02. 瞭解周全性老年醫學團隊中每個成員的角色功能和貢獻（如老年醫學科醫師、老年醫學專科護理師、物理治療師、社工師、個管師、營養師、藥師、職能治療師、語言治療師）
	03. 瞭解物理治療師在老年醫學團隊中的角色功能
	04. 能整合正常老化對生理系統的影響，包含老化對常見疾病的影響以及不活動對生理的影響等，並能針對高齡者訂定合適的介入活動
	05. 能辨識正常老化的生理變化及高齡者常見的感覺問題
	06. 能基於心理和社會老化理論的背景解釋病患/服務對象的行為，並選擇適當介入措施
	07. 瞭解典型與非典型間成功老化的差異，並提出合適的建議
	08. 能選擇合適認知功能與憂鬱評估工具（如SPMSQ、MMSE、畫時鐘測試、GDS、PHQ），並確認是否需轉介
	09. 能瞭解和運用跌倒風險和活動不便的評估工具（Berg平衡測試、坐站起走測試、行走測試、步態及平衡測試），並能向醫療團隊提出相關建議
	10. 能考量高齡者的認知功能及溝通能力，並能客觀評估高齡者的疼痛狀況
	11. 能執行基本的營養評估，包括蛋白質、鈣、維生素D和液體攝入量等，必要時提供轉介
	12. 能區分憂鬱症、譫妄和失智症，並適時根據狀況提供轉介
	13. 能辨識及評估溝通障礙(如視/聽力障礙、構詞障礙、失語症、健康識能不足及認知障礙)
	14. 瞭解病患/服務對象的屬性和限制性，以及醫療專業人員、家庭的態度以及社會和文化觀點如何在復健過程中影響溝通
	15. 能調整溝通方式，包括使用合適的溝通設備，提供憂鬱症、失智症、焦慮症或喪親之痛的高齡者提供有效的溝通
	16. 可發展輔助溝通方法，為健康識能不足、聽/視力、語言障礙的高齡者提供有效的溝通
17. 諮詢其他專科，必要時協助進行轉介	

角 色	高齡照護能力
<p>物理治療師</p>	<p>Domain 2：照護計畫與協調(包含臨終照護)</p> <p>01. 能發展以實證為基礎及以高齡者為中心的物理治療，以復能概念為架構，強調功能活動並考慮符合生理系統的最佳老化原理：(1)肌肉骨骼(如骨關節炎、脊椎狹窄、椎間盤疾病、骨折、關節置換術後、截肢、廢用萎縮、尿失禁)；(2)神經運動(如中風、帕金森氏病、阿茲海默氏病、退化性關節炎造成的脊髓神經壓迫性損傷，前庭疾病)；(3)心肺(如心肌梗塞、冠狀動脈繞道手術、心肌病、慢性阻塞性肺疾病、肺炎、需要氧氣治療之疾病)；(4)皮膚(如蜂窩性組織炎、壓瘡、血管功能不全的潰瘍、淋巴水腫、燒傷)</p> <p>02. 可針對高齡者發展以實證為基礎的預防措施及減少風險的方案（如骨質流失、肌少症、柔軟度限制、跌倒、心肺功能不全、皮膚完整性受損，姿勢控制障礙）</p> <p>03. 能針對複雜病情的病患發展照護計畫（如衰弱、心衰竭、呼吸器依賴、多種共病、失智、惡性腫瘤、多重創傷）</p> <p>Domain 3：評估</p> <p>01. 可適時調整照護計畫以解決心理社會相關因(如沮喪、習得性無助、焦慮、恐懼)</p> <p>02. 可以根據病患的價值觀、生活方式、預期壽命、合併症、藥物、抽血數值、住所環境設置和財務狀況，給予建議的介入措施</p> <p>03. 瞭解預立醫療照護諮商並討論對物理治療的意義</p> <p>Domain 4：輔具與居家環境評估</p> <p>能對環境提出建議修改，以滿足高齡者的需求(如設備、隱私、照明、溫度控制、輔助工具)</p> <p>Domain 5：高齡者的倫理議題與安寧緩和的物理治療</p> <p>能為接受臨終照護的高齡者制定物理治療照護計畫，其中應包括：(1)病患的目標；(2)治療內容；(3)病患的功能和緩和療護的需求</p> <p>Domain 6：跨專業領域溝通</p> <p>01. 有效與醫療團隊之間進行高齡者健康狀況的交流(如團隊會議、電子病歷、出院摘要、跌倒監控工具，社區訪視會議)</p> <p>02. 能依循相關證據/文獻，指導有關跨區域及不同照護體系間過渡期的治療及連續性</p> <p>03. 重視服務間以及不同照護環境間過渡期的治療連續性</p> <p>04. 可根據高齡者特定需求選擇合適的專業人員進行轉診或諮詢，以滿足高齡者的特定需求</p> <p>05. 能與其他專業人員進行適當且及時溝通，說明轉診或諮詢的原因</p> <p>06. 能在物理治療師的執業範圍內提供諮詢</p>

角 色	高齡照護能力
物理 治療師	<p>07. 可根據物理治療的成效排定優先順序，以制定團隊照護計畫</p> <p>08. 可根據高齡者、照顧者、專業人員及照顧工作者的學習風格、文化、社會和教育程度調整溝通方式</p> <p>Domain 7：照顧者支持</p> <p>01. 能評估照顧者對於老化對於功能影響的知識和看法</p> <p>02. 可確認照顧者對他服務的病患/家庭成員的健康需求期待，並有能力辨識和管理常見的健康問題</p> <p>03. 能以具有文化及年齡差異性的觀點與照顧者進行溝通</p> <p>04. 可評估照顧者和病患建立照顧關係的目標，確認潛在的衝突，並酌情諮詢其他專業人員</p> <p>05. 瞭解病患與護理人員的需求，並分析其需求提供協助ADL及IADL的服務及支持系統</p> <p>06. 能提倡照顧者使用合適的服務和產品，以減輕照顧者的負擔並支持有效照護</p> <p>07. 能提供限制最少的環境限制，及最大程度地發揮身體功能和獨立性</p> <p>08. 能教育照顧者以最小的限制讓病患能達到最佳的功能</p> <p>09. 可依照病患、照顧者能力和環境變化調整照護計畫</p> <p>Domain 8：醫療系統與福利</p> <p>01. 瞭解如何記錄並詢問高齡者及其照顧者未獲滿足需求的問題</p> <p>02. 可通過轉診或諮詢方式促進病患/服務對象達到最佳功能</p> <p>03. 能向高齡者、照顧者、同事、醫療照護提供者和機構</p> <p>04. 提供最佳的實證照護資訊</p> <p>05. 瞭解各種可提供高齡者物理治療的醫療保健公共計畫(如Medicare、Medicaid、Veterans、社會福利)</p> <p>06. 可利用科技獲取有關服務的信息，與高齡者和照顧者有效交流這些資源，並能將病患轉介至適當的醫療保健專業/社會服務</p> <p>07. 可進行照護機構擴展高齡復健服務(如急性後期復健、家庭保健、護理技能、輔具中心、安寧療護)之討論能確認可促進高齡者獨立生活能力的資源(如送餐，家庭照顧資源、社會服務、電子警報設備、社區支持團隊、交通服務、家庭環境改造、輔助設備) [19]</p>

2. 物理治療師之高齡進階教育課程

依據其高齡照護能力、臨床人員經驗與專家意見，物理治療師之進階教育課程建議優先學習(9 單元) 與次要學習(6 單元)，每單元約為 60 分鐘。

優先學習

課程名稱	課程綱要
高齡者的溝通與諮詢技巧	<ul style="list-style-type: none"> • 介紹何謂溝通（有效vs.無效溝通）以及溝通模式 • 介紹與高齡者溝通的方式與技巧（如肢體動作、傾聽技巧、讓長者感到受尊敬、音量、聲調、速度及停頓點） • 說明觀察長者的行為、動作、情緒、表情、衣著、呼吸情形、皮膚與臉的外觀、視聽力、記憶力及理解力等功能 • 學習瞭解病患/服務對象的屬性和限制性，以及醫療專業人員、家庭的態度以及社會和文化觀點如何在復健過程中影響溝通 • 學習辨識及評估溝通障礙（如視聽力障礙、構詞障礙、失語症、健康識能不足及認知） • 學習調整溝通方式，包括使用合適的溝通設備，提供憂鬱症、失智症、焦慮症或喪親之痛的高齡者提供有效的溝通 • 發展輔助溝通方法，為健康識能不足、聽/視力、語言障礙的高齡者提供有效的溝通
物理治療師在跨專業與連續性照護的角色	<ul style="list-style-type: none"> • 介紹跨專業團隊、周全性老年醫學評估的概念，並解釋跨專業團隊的照護方式於高齡者較單一專業的優勢 • 介紹周全性老年醫學團隊中每個成員的角色功能和貢獻（如老年科醫生、老年科專科護理師、藥師、物理治療師、社工師、個案師，職能治療師，語言治療師） • 學習物理治療師在老年醫學團隊中的角色功能 • 學習有效與醫療團隊之間進行高齡者健康狀況的交流（如團隊會議、電子病歷、出院摘要、跌倒監控工具，社區訪視會議） • 說明依循相關證據/文獻，指導有關跨區域及不同照護體系間過渡期的治療及連續性 • 介紹服務間以及不同照護環境間過渡期的治療連續性之重要性 • 學習根據高齡者的特定需求，選擇合適的專業人員進行轉診或諮詢，以滿足高齡者的特定需求 • 學習與其他專業人員進行適當且及時溝通，說明轉診或諮詢的原因 • 介紹在物理治療師的執業範圍內提供諮詢 • 學習根據物理治療的成效排定優先順序，以制定團隊照護計畫 • 學習根據高齡者、照顧者、專業人員及照顧工作者的學習風格、文化、社會和教育程度調整溝通方式 • 學習諮詢其他專科，以在必要時協助進行轉介
高齡者認知與情緒問題評估與物理治療	<ul style="list-style-type: none"> • 介紹認知與情緒功能障礙 • 介紹高齡者常見的精神及行為症狀的診斷、治療及處置，包括老年失智症之精神層面評估及治療、急性意識障礙、老年憂鬱症、失眠問題、焦慮症及其他老人常見精神疾病 • 學習區分憂鬱症、譫妄和失智症，並適時根據狀況提供轉介 • 學習選擇合適的認知功能與憂鬱的篩檢工具及評估方式（如 SPMSQ、畫時鐘測試、MMSE、GDS、PHQ），並確認是否需要轉介



課程名稱	課程綱要
高齡者的溝通、高齡者營養、口腔健康與吞嚥問題	<ul style="list-style-type: none"> 簡述高齡者營養狀態的評估與合格標準 介紹高齡者口腔保健與日常照顧 介紹高齡者吞嚥功能評估與基準 介紹高齡者如何安全進食的技巧 介紹食物質地分級概念與製備質地調整食物。 學習不宜磨粉藥品評估與建議 學習執行基本營養評估，包括蛋白質、鈣、維生素D和液體攝入量等，必要時提供轉介
個別化的高齡者物理治療照護計畫擬定	<ul style="list-style-type: none"> 介紹以高齡者為中心的物理治療，以復能概念為架構，強調功能活動並考慮符合生理系統的最佳老化原理：(1)肌肉骨骼；(2)神經運動；(3)心肺；(4)皮膚 瞭解高齡者相關問題預防措施及減少風險的方案（如骨質流失、肌少症、柔軟度限制、跌倒、心肺功能不全、皮膚完整性受損，姿勢控制障礙） 介紹影響物理治療結果的相關因子（如：年齡、功能、病人日常習慣、藥物、合併症、住所環境設置、經濟、文化、病患的價值觀） 學習針對複雜病情的病患發展照護計畫（如衰弱、心衰竭、呼吸器依賴、多種共病、失智、惡性腫瘤、多重創傷） 藉由案例說明如何在擬定物理治療方案時考慮疾病末期、生存餘命與生活品質 學習依照病患、照顧者能力和環境變化調整照護計畫 學習適時調整照護計畫以解決心理社會相關因素（如沮喪、習得性無助、焦慮、恐懼）
高齡者安寧緩和的物理治療	<ul style="list-style-type: none"> 瞭解疾病末期的物理治療 學習為接受安寧緩和或臨終照護的高齡者制定物理治療照護計畫：(1)病患的目標；(2)治療內容；(3)病患的功能和緩和療護的需求
高齡照護的倫理與決策預立醫療照護	<ul style="list-style-type: none"> 簡述高齡者決策特質與台灣家庭的醫療決策模式，以及臨床常見的倫理困境 瞭解長期照顧常見的倫理議題與因應方針 瞭解預立醫療照護諮商並討論對物理治療的意義
照顧者支持	<ul style="list-style-type: none"> 學習評估照顧者對於老化對於功能影響的知識和看法 學習確認照顧者對他服務的病患/家庭成員的健康需求期待，並辨識/管理常見健康問題 學習以具有文化及年齡差異性的觀點與照顧者進行溝通 評學習估照顧者和病患建立照顧關係的目標，確認潛在衝突，酌情諮詢其他專業人員 瞭解病患與護理人員的需求，並分析其需求提供協助ADL及IADL服務及支持系統 提倡照顧者使用合適的服務和產品，以減輕照顧者的負擔並支持有效照護 學習提供限制最少環境限制，及最大程度地發揮身體功能和獨立性 學習教育照顧者以最小的限制讓病患能達到最佳的功能

課程名稱	課程綱要
醫療系統、 長照資源與社會福利	<ul style="list-style-type: none"> · 瞭解長期照護個案族群暨社會需求層面及議題。 · 介紹正式或非正式相關的社會資源。 · 學習記錄並詢問高齡者及其照顧者未獲滿足需求的問題 · 學習通過轉診或諮詢方式促進病患/服務對象達到最佳功能 · 學習向高齡者、照顧者、同事、醫療照護提供者和機構提供最佳的實證照護資訊 · 瞭解各種可提供高齡者物理治療的醫療保健、長照資源與社會福利 · 利用科技獲取有關服務的信息，與高齡者和照顧者有效交流這些資源，並能將病患轉介至適當的醫療保健專業/社會服務 · 討論照護機構擴展高齡復健服務（如急性後期復健、家庭保健、護理技能、輔具中心、安寧療護、日間照護、喘息服務）等申請條件與管道 · 確認可促進高齡者獨立生活能力的資源（如送餐，家庭照顧資源、社會服務、電子警報設備、社區支持團隊、交通服務、家庭環境改造、輔助設備） · 瞭解長期照護服務體系、執行現況與所面臨的困境

次要學習

課程名稱	課程綱要
高齡排泄問題	<ul style="list-style-type: none"> · 簡述高齡者常見失禁問題（包含大小便失禁、便秘）、失禁類型與其預防照護 · 說明高齡者排泄系統之狀況與原因、評估方式與技巧、處理原則及照護需求
出院轉銜與急性後期整合照護	<ul style="list-style-type: none"> · 介紹急性後期整合照護模式 · 學習照護模式銜接與轉銜之建議方案 · 學習目前實際執行情況與優點分析
高齡者之跌倒	<ul style="list-style-type: none"> · 瞭解高齡者跌倒定義與流行病學資料 · 高齡者跌倒原因與影響因（藥物、視力、環境、肌力等） · 跌倒的預後及預防方式 · 跌倒之評估（如SPLATT、步態、SPPB及躺坐站血壓等） · 預防跌倒之處置照護（如環境、光線、視野、肌力訓練等） · 簡述高齡者保護之現況與重要性
高齡疏忽與虐待	<ul style="list-style-type: none"> · 介紹高齡者疏忽照顧與虐待的類型、相關因子、徵候表現的評估，與上述因素對健康的危害 · 說明台灣相關法律規範與如何協助高齡者進行疏忽照顧責任通報，並實際操作演練
維持身體活動功能(復能)之照護	<ul style="list-style-type: none"> · 介紹復能專業服務之服務目標、核心概念及服務模式等 · 藉由案例說明，如何設定復能目標及進行專業間合作 · 瞭解復能專業服務推展成效以及所面臨之困境
輔具與居家環境評估	<ul style="list-style-type: none"> · 簡介輔具類別、產品與功用 · 分析長期照護所可能遇到的障礙與問題，及其相關可應用之輔具建議 · 評估居家環境常見的障礙為何，並可運用哪些方式進行改善 · 學習對環境提出建議修改，以滿足高齡者的需求（如設備、隱私、照明、溫度控制、輔助工具）

(五) 職能治療師之 進階教育訓練課程

職能治療師在高齡者於不同病程時，透過功能訓練、代償介入(輔具、環境、照顧者技巧調整等)、生活作息調整、轉銜社區或長照服務等，達成最佳化功能表現，促進高齡者日常及社區活動之獨立性。並適時教導返家後的主責照顧者如何協助長者功能促進，預防長者返家後習得無助感的產生。職能治療師可採用活動選擇、分析、設計、與調整介入，提升高齡者參與活動動機及安適感，並且教導照顧者提供適當的協助，而非過度協助。針對職能治療師之角色職責，整理以下高齡照護能力與進階課程以供參考，使職能治療師面對高齡者時，更能瞭解長者之狀況。

1. 職能治療師之高齡照護能力

角色	高齡照護能力
職能治療師	<ol style="list-style-type: none"> 01. 能與高齡者與其照顧者進行有效溝通 02. 具有道德倫理及誠信，並尊重其他專業成員、病患及其家屬 03. 瞭解老年醫學知識並有協助選擇合適的高齡照護模式 04. 瞭解常見的疾病在高齡者的醫療照護原則與目標 05. 能評估及照護高齡者的功能衰退及制定復能計畫 06. 能執行高齡者認知功能缺損與情緒行為問題之篩檢與評估，並制定照護計畫 07. 能進行跌倒問題之篩檢與評估，並制定照護計畫 08. 能執行高齡者安寧緩和醫療及臨終照護 09. 能評估照顧者在促進長者日常及社區活動之獨立性的照顧知能，並制定教導計畫。 10. 能於不同場域進行或轉銜高齡者評估及照護(醫院、急性後期照護、日間照護、居家醫療照護、長照機構及護理之家) 11. 能維護高齡者的安全及預防不良事件，如潛在醫源性傷害、虐待等 12. 瞭解藥物對高齡者之功能表現影響 13. 瞭解營養與進食功能對高齡者之功能表現影響

2. 職能治療師之高齡進階教育課程

依據其高齡照護能力、臨床人員經驗與專家意見，職能治療師之進階教育課程建議優先學習(8單元) 以及次要學習(4單元)，每單元約為60分鐘。

優先學習

課程名稱	課程綱要
跨專業與連續性照護和服務轉銜	<ul style="list-style-type: none"> • 瞭解高齡者在跨專業與連續性醫療照護的服務需求、及治療連續性之重要 • 介紹職能治療師在跨專業高齡照護團隊連續性照護可介入的時機與方式、與角色 • 瞭解如何諮詢其他專科，以在必要時協助進行轉介 • 瞭解醫療端、高齡健康促進及長期照護個案族群暨社會需求層面及議題 • 瞭解高齡健康促進及長期照護服務體系與現況 • 介紹醫療端(如急性後期整合照護、居家醫療)、長照、高齡健康促進(如銀髮健身俱樂部)及社會福利資源(如急難救助、房屋修繕、輔具中心)轉銜整合與應用
高齡者的溝通與諮詢技巧	<ul style="list-style-type: none"> • 介紹與高齡者溝通的方式與技巧 • 學習觀察長者於溝通互動時之動作、外觀、表徵與行為反應等功能表現。 • 學習瞭解病患/服務對象的屬性和限制性，以及醫療專業人員、家庭的態度以及社會和文化觀點如何在復健過程中影響溝通 • 學習辨識及評估溝通障礙（如視聽力障礙、構詞障礙、失語症、健康識能不足及認知） • 學習調整溝通方式，並發展輔助溝通方法，包括使用合適的溝通設備，以提供有效的溝通
個別化的高齡者職能治療照護計畫擬定	<ul style="list-style-type: none"> • 介紹以高齡者與主要照顧者為中心的復能為導向的核心概念及服務模式 • 高齡者適用之職能治療評估工具介紹 • 藉由案例學習、設定復能目標及進行專業間合作並發展複雜病情的病患照護計畫 • 學習以全人(家)考量，依照病患、照顧者能力和環境變化調整之照護計畫
高齡精神與情緒問題及認知功能障礙與處置	<ul style="list-style-type: none"> • 介紹高齡者常見精神及行為症狀的診斷、治療及處置 • 介紹認知功能障礙與情緒問題篩檢工具及學習正確評估方式及結果解釋 • 介紹高齡者認知訓練及功能促進的方法 • 學習如何衛教照護者針對高齡者的認知功能障礙、精神及行為症狀進行日常照護及功能促進



優先學習

課程名稱	課程綱要
高齡者跌倒與衰弱之運動強化	<ul style="list-style-type: none"> · 學習高齡跌倒與衰弱流行病學資料、常見的原因、危險因子與跌倒衰弱的預後 · 學習預防跌倒與衰弱之相關實證、評估與介入 · 學習跌倒與衰弱相關的評估與對應之相關評估與介入（如肌力平衡訓練、環境改善等） · 運動強化之基本概念與操作重點
藥物治療在高齡者的考量	<ul style="list-style-type: none"> · 老化對於藥物動力學、藥效學的影響 · 高齡者常見疾病治療準則（如糖尿病、高血脂、高血壓）對於高齡者的治療目標 · 高齡者常見用藥問題與藥物不良反應 · 高齡者潛在不適當用藥準則（一般準則與衰弱者準則） · 常見藥物與食物（包含保健食品）之交互作用 · 介紹高齡者常見不適當用藥情況(磨粉、剝半、膠囊、水劑、中藥)與建議 · 其他用藥配合餐食之安全考量
高齡者營養、口腔健康與吞嚥問題	<ul style="list-style-type: none"> · 學習高齡者營養狀態評估與營養需求標準，必要時提供轉介 · 學習高齡者日常口腔清潔照顧與保健 · 學習高齡者吞嚥功能評估及安全進食技巧 · 學習食物質地分級概念與製備調整食物質地方式
輔具及居家環境評估與應用	<ul style="list-style-type: none"> · 簡介高齡者常用輔具類別、產品與功用 · 評估與分析高齡者個人與環境常見障礙，並進行輔具及環境改善需求評估，提供指導與建議 · 各項補助與非補助之輔具及環境資源轉介使用

次要學習

課程名稱	課程綱要
高齡疏忽與虐待	<ul style="list-style-type: none"> · 簡述高齡者保護之現況與重要性 · 介紹高齡者疏忽照顧與虐待的類型、相關因子、徵候表現的評估，與上述因素對健康的危害 · 說明台灣相關法律規範與如何協助高齡者進行疏忽照顧責任通報，並實際操作演練
照顧者支持	<ul style="list-style-type: none"> · 學習評估照顧者對於老化的知識和看法，了解照顧者身心靈狀況、及家庭需求與期待。 · 學習與照顧者和高齡者建立合作關係，考量文化及年齡差異性的觀點進行溝通與支持。 · 了解家庭支持系統，並依情況適時轉介其他專業人員
高齡者安寧緩和	<ul style="list-style-type: none"> · 瞭解疾病末期的安寧緩和照護 · 學習為接受安寧緩和或臨終照護的高齡者制定職能治療照護計畫：支持病患的臨終需求，並採用合宜輔具、節省能量技巧提供緩和職能治療以提昇高齡者與其家庭之臨終安適感
高齡照護的倫理與預立醫療照護決策	<ul style="list-style-type: none"> · 高齡者決策特質與台灣家庭的醫療決策模式 · 臨床常見的倫理議題困境與因應方針 · 瞭解預立醫療照護諮商流程

(六)
藥師之
進階教育訓練課程

藥事人員在高齡健康照護團隊中具核心角色，藉助藥師專業協助老年長期照護工作，可降低照護工作者之負擔、加強照護者與病患的用藥觀念、降低不需要之藥品的使用與濫用、降低藥品不良反應與後續醫療成本、提升老年長期照護之品質。為使藥師能針對高齡者提供適切協助，提供相關藥師需具備之高齡照護能力與進階課程，以供參考。

1. 藥師之高齡照護能力

角 色	高齡照護能力
藥 師	Domain 1：高齡者藥物治療的基本原則
	01. 瞭解老化的生理變化與藥物動力學的影響
	02. 瞭解高齡者常見疾病與衰弱
	03. 瞭解藥因性疾病(drug-induced diseases)與老年病症候群
	04. 能根據高齡者的疾病嚴重度、病人偏好、生活品質與生存餘命依優先順序列出問題清單
	05. 能評估現有治療指引是否適合高齡者使用
	Domain 2：周全性評估與藥物治療的關聯性
	01. 瞭解老年虐待與疏於照顧
	02. 能評估居住環境與高齡者功能、生理、認知、心理與社會需求之關係
	03. 能評估高齡者原有生活型態並根據其擬定照護計畫
	04. 能執行周全性老年評估，並針對問題提出照護計畫
	05. 能根據高齡者的特性(例如年齡、功能、病人偏好、藥物經濟或文化)提出個別化的治療目標
	06. 能結合自身對於老年病症候群的知識運用於評估藥物相關問題與介入
	07. 能整合高齡者藥歷與實際使用情形，歸納出現有藥物問題
	08. 能從周全性老年評估內容中連結藥物問題或未來潛在藥物問題
	Domain 3：高齡者藥物相關問題評估與藥物治療方案擬定
	01. 能處理或預防高齡者的藥物相關問題(medication-related problems)
	02. 能在高齡者身心狀況有變化時重新評估用藥並調整照護計畫與目標
	03. 能執行老年人潛在不適當用藥評估並判斷是否需要藥師介入並擬定藥物照護目標與計畫
	04. 能針對高齡者的疾病狀況與照護計畫提出合適的檢驗數據監測目標與建議
	05. 能評估高齡者實際用藥行為或照顧者實際給藥行為，評估服藥遵從性(medication adherence) 並給予適當衛教
	06. 瞭解高齡者的照護計畫並個別化擬定連續性的藥事照護計畫與治療目標

角色	高齡照護能力
藥師	<p>07. 能在訂定藥物治療方案時考慮老化造成的藥物動力學與藥效學影響因素</p> <p>08. 能藉由調整藥物治療方案將多重用藥、處方連續事件 (prescribing cascades)、與抗膽鹼用藥負荷 (anticholinergic burden) 的情形降到最低</p> <p>09. 對於藥物相關問題 (例如多重用藥、服藥遵從性差、藥物不良反應、未充分用藥與潛在不適當用藥) 能提出改善的藥物治療方案</p> <p>10. 瞭解高齡者疾病末期、生存餘命與生活品質並評估藥物治療對其益處與風險做出相關建議</p> <p>Domain 4：跨專業團隊溝通與藥師的角色</p> <p>01. 具跨領域高齡照護能力與溝通技巧</p> <p>02. 能發現高齡者的問題需要其他專業介入並適當的轉介</p> <p>03. 能整合或提供照護資源給高齡者或其照顧者</p> <p>04. 瞭解藥師於跨領域高齡照護的角色與責任並尊重其他專業</p>

2. 藥師之高齡進階教育課程

依據其高齡照護能力、臨床人員經驗與專家意見，藥師之進階教育課程建議為8個單元，每單元約為60分鐘。

課程名稱	課程綱要
疾病的藥物治療 在高齡者的特殊考量	<ul style="list-style-type: none"> 介紹老化對於藥物動力學、藥效學的影響 介紹常見的疾病治療準則 (如糖尿病、高血脂、高血壓) 對於高齡者的治療目標與考量
高齡營養與吞嚥問題	<ul style="list-style-type: none"> 簡述高齡者營養狀態的評估與合格標準 介紹高齡者吞嚥功能評估與基準 介紹高齡者如何安全進食的技巧 不宜磨粉藥品評估與建議，以案例說明如何由藥物磨粉衍生評估至個案營養與衰弱狀態 介紹藥物－食物交互作用與有味覺異常副作用藥品 介紹常見的營養補充品選擇與其和藥物的交互作用
高齡神經與 精神問題評估與用藥	<ul style="list-style-type: none"> 介紹高齡者常見神經系統疾病的症狀、診斷、評估及治療 介紹認知功能障礙、篩檢工具及評估方式 介紹高齡者常見的精神及行為症狀的診斷、治療及處置 說明急性期之謔妄問題及處理方式 評估過程中如何對高齡者解釋說明，避免其焦慮、害怕或感到受侮辱 介紹高抗膽鹼性質藥品

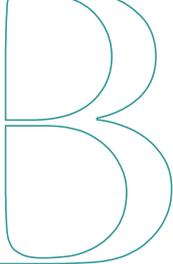
課程名稱	課程綱要
老年人潛在不適當用藥評估	<ul style="list-style-type: none"> · 介紹老年人不適當用藥評估方式 · 介紹條列式準則(implicit criteria)(Beers, STOPP, STOPP-Frail) · 藉由案例說明，如何評估潛在不適當用藥與建議
衰弱跌倒、失能與用藥的調整	<ul style="list-style-type: none"> · 瞭解高齡者跌倒定義與流行病學資料 · 高齡者跌倒原因與影響因素(藥物、視力、環境、肌力等) · 介紹易致跌藥品 · 跌倒之評估 (如SPLATT、步態、SPPB及躺坐站血壓等) · 預防跌倒之處置照護 (如環境、光線、視野、肌力訓練等)
個別化的高齡者藥品治療方案	<ul style="list-style-type: none"> · 介紹影響藥物治療結果的相關因子 (例如：年齡、功能、病人日常習慣、藥物經濟或文化) · 藉由案例說明如何在擬定藥品治療方案時考慮疾病末期、生存餘命與生活品質
藥師在跨專業與連續性照護的角色	<ul style="list-style-type: none"> · 瞭解高齡者全人化醫療照護的服務需求 · 介紹藥師在連續性照護可介入的時機與方式 · 藉由案例說明藥師在不同場域和資源下所扮演的角色會有所不同 · 介紹藥師在跨專業高齡照護團隊中之角色
非藥物治療議題	<ul style="list-style-type: none"> · 介紹高齡者的健康識能與健康促進方案 · 介紹老年病症候群常見的非藥物治療方式 (例如：生活型態調整與白天活動安排、物理治療等方式) 並以案例說明 · 瞭解預立醫囑與安寧照護之概念與內容

(七)
營養師之
進階教育訓練課程

營養師在跨專業團隊之角色職責包括營養評估、評估飲食適當性、教育病患、照護者及團隊。高齡照護有營養相關專業人員之評估，可瞭解相關障礙的影響以及有助於照護計畫的完整訂定。為使營養師能針對高齡者提供適切之協助，提供相關需具備之高齡照護能力與課程供參。

1. 營養師之高齡照護能力

角 色	高齡照護能力
營養師	<p>Domain 1：高齡族群營養評估</p> <ol style="list-style-type: none"> 01. 瞭解老化對於身體的影響及對營養需求的改變 02. 瞭解高齡者之整體營養評估與需求 03. 瞭解高齡者營養素缺乏的評估與判讀 04. 瞭解常見高齡者的飲食問題(如食慾不佳、吞嚥困難、腹脹等)
	<p>Domain 2：高齡者疾病的營養照顧</p> <ol style="list-style-type: none"> 01. 瞭解常見疾病(高血壓、高血脂、高血壓、腎臟病、衰弱及肌少症)的營養與飲食調整原則在高齡者的治療目標與考量 02. 能針對高齡者合併共病(糖尿病、腎病變、失智、肌少症、何時移除鼻胃管等)狀況於整體考量後提出營養照顧計畫
	<p>Domain 3：營養師對周全性老年評估的因應與在跨專業團隊中的角色</p> <ol style="list-style-type: none"> 01. 能瞭解高齡者跨專業團隊醫療照護的服務需求 02. 能瞭解周全性老年醫學評估的概念與營養介入 03. 能瞭解周全性老年醫學團隊中每個成員的角色功能和貢獻 04. 能有效與醫療團隊之間進行高齡者健康狀況的交流(如團隊會議、電子病歷、營養評估工具、出院摘要與轉銜，社區訪視會議) 05. 能依循相關證據/文獻，指導有關跨區域及不同照護體系間過渡期的治療及連續性 06. 瞭解服務間及不同照護環境間過渡期的治療連續性之重要性 07. 能根據高齡者特定需求，選擇合適專業人員進行轉診或諮詢，以滿足高齡者的特定需求 08. 能與其他專業人員進行適當且及時溝通，說明轉診或諮詢的原因 09. 能在營養師的執業範圍內提供諮詢 10. 能根據營養照顧的成效排定優先順序，以制定團隊照顧計畫 11. 能根據高齡者、照顧者、專業人員及照顧工作者的學習風格、文化、社會和教育程度調整溝通方式 12. 可向其他專科進行諮詢，必要時協助進行轉介



角 色	高齡照護能力
營養師	<p>Domain 4：營養師應該知道的用藥問題</p> <ol style="list-style-type: none"> 01. 瞭解高齡者常見用藥問題與副作用 02. 瞭解常見藥物與食物(包含保健食品)之交互作用 03. 瞭解藥物與營養的交互作用 04. 瞭解常見因藥物副作用引起腸胃問題 (如腹瀉、腹脹等)之藥物 05. 瞭解不宜磨粉藥品的評估與建議 06. 瞭解藥物－食物交互作用與有味覺異常副作用藥品
	<p>Domain 5：高齡者口腔健康與吞嚥問題的評估與處置</p> <ol style="list-style-type: none"> 01. 瞭解口腔健康與日常照顧 02. 瞭解高齡者吞嚥障礙的評估與基準 03. 瞭解高齡者安全進食的技巧 04. 能提供簡易吞嚥訓練技巧
	<p>Domain 6：失智症的評估處置與營養照護</p> <ol style="list-style-type: none"> 01. 瞭解失智症的評估與日常照顧 02. 能針對高齡失智症患者提供營養照顧 03. 瞭解不同失智症類型之營養問題 04. 瞭解失智症早中晚期之飲食問題/營養支持 05. 瞭解舒適餵食概念 06. 瞭解管灌介入的適當時機
	<p>Domain 7：衰弱評估處置與營養照護</p> <ol style="list-style-type: none"> 01. 瞭解衰弱評估與處置 02. 能執行對衰弱高齡者之評估並提供飲食建議 03. 瞭解肌少症者飲食與營養評估 04. 瞭解高蛋白高熱量食物介入 05. 能提供介護食物建議與食物質地分級之食物製備
	<p>Domain 8：營養相關之高齡議題</p> <ol style="list-style-type: none"> 01. 瞭解老人疏忽照顧與虐待-刻意/非刻意 02. 能與社區資源連結，尋求協助(衛生所或原住民文化健康站) 03. 康站) 04. 瞭解諮詢/法規、經濟議題/保險/健康保險 05. 瞭解高齡者的溝通方式與技巧 瞭解高齡者的健康識能與健康促進 06. 能瞭解與高齡者相關的醫療器材
	<p>Domain 9：高齡者的倫理議題與安寧緩和的營養照護</p> <ol style="list-style-type: none"> 01. 瞭解預立醫囑 02. 瞭解長期照顧常見的倫理議題 03. 瞭解衰弱高齡者之營養灌食 04. 瞭解高齡者常見之倫理議題 05. 瞭解安寧緩和對高齡者之重要性 06. 認識舒適進食 07. 能針對疾病末期高齡者提供營養照顧

2. 營養師之高齡進階教育課程

依據其高齡照護能力、臨床人員經驗與專家意見，營養師之進階教育課程建議為 9 個單元，每單元約為 60 分鐘。

課程名稱	課程綱要
高齡族群營養評估	<ul style="list-style-type: none"> · 老化對於身體的影響及對營養需求的改變 · 高齡者之整體營養評估與需求 · 高齡者營養素缺乏的評估與判讀 · 常見高齡者的飲食問題（食慾不佳、吞嚥困難、腹脹等）
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	<ul style="list-style-type: none"> · 介紹常見的疾病（如高血壓、高血脂、高血壓、腎臟病、衰弱及肌少症）的營養與飲食調整原則在高齡者的治療目標與考量 · 合併共病時之營養考量（如糖尿病、腎病變、失智、肌少症、何時移除鼻胃管等） · 高齡者多重共病之營養照顧（含案例分享）
營養師的周全性老年評估與在跨專業團隊中的角色	<ul style="list-style-type: none"> · 瞭解高齡者跨專業團隊醫療照護的服務需求 · 介紹周全性老年醫學評估的概念與營養介入（含案例分享） · 瞭解周全性老年醫學團隊中每個成員的角色功能和貢獻（如老年醫學科醫師、老年醫學專科護理師、物理治療師、社工師、個案師、藥師、職能治療師、語言治療師） · 瞭解營養師在跨專業高齡醫學團隊中的角色功能 · 能有效與醫療團隊之間進行高齡者健康狀況交流（如團隊會議、電子病歷、營養評估工具、出院摘要與轉銜，社區訪視會議） · 依循相關證據/文獻，指導有關跨區域及不同照護體系間過渡期的治療及連續性 · 重視服務間以及不同照護環境間過渡期的治療連續性 · 根據高齡者的特定需求，選擇合適的專業人員進行轉診或諮詢，以滿足高齡者的特定需求 · 與其他專業人員進行適當且及時溝通，說明轉診或諮詢的原因 · 在營養師的執業範圍內提供諮詢 · 根據營養照護的成效排定優先順序，以制定團隊照護計畫 · 根據高齡者、照顧者、專業人員及照顧工作者的學習風格、文化、社會和教育程度調整溝通方式 · 諮詢其他專科，必要時協助進行轉介
營養師應該知道的用藥問題	<ul style="list-style-type: none"> · 高齡者常見用藥問題與副作用 · 常見藥物與食物（包含保健食品）之交互作用 · 藥物與營養的交互作用 · 常見因藥物副作用引起腸胃問題（如腹瀉、腹脹等）之藥物 · 不宜磨粉藥品評估與建議 · 介紹藥物－食物交互作用與有味覺異常副作用藥品 · 其他用藥安全

課程名稱	課程綱要
<p>高齡者口腔健康與吞嚥問題的評估與處置</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 口腔健康的評估與日常照顧 • 介紹高齡者吞嚥障礙的評估與基準（含案例分享）或拆為二堂(各30分鐘)： (1)口腔健康(牙醫師)；(2)吞嚥問題(ST) • 高齡者口腔保健(何時該看牙醫?) • 高齡者如何安全進食的技巧 • 簡易吞嚥訓練與衛教相關技巧（如吞嚥構音訓練、吞嚥訓練的方式、快凝寶的使用方式及時機、飲食質地介入、特殊營養品的使用）
<p>失智症的評估處置與營養照護</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 介紹失智症的評估與日常照顧 • 對於失智症有益之飲食 • 不同失智症期程之飲食營養問題與營養照顧（含案例分享） <ul style="list-style-type: none"> • 少量多餐概念 • 手指食物概念 • 舒適餵食概念 • 管灌介入的適當時機
<p>衰弱與肌少症的評估處置與營養照護</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 衰弱症與肌少症之評估 • 衰弱與肌少症的處置 • 對衰弱症與肌少症之飲食建議與營養照顧（含案例分享） • 高蛋白高熱量食物介入 • 介護食與食物質地分級之食物製備
<p>營養相關之高齡議題</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 老人疏忽照顧與虐待（刻意/非刻意） • 與社區資源連結（衛生所或原住民文化健康站） • 瞭解諮詢/法規、經濟議題/保險/健康保險 • 高齡者的溝通 • 高齡者的健康識能與健康促進等 • 與高齡者相關的醫療器材
<p>高齡者的倫理議題與安寧緩和的營養照護</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 瞭解預立醫囑 • 瞭解高齡者與長期照顧常見的倫理議題 • 瞭解安寧緩和對高齡者之重要性 • 認識舒適進食 • 疾病末期的營養照顧 • 衰弱安寧緩和與高齡者之營養照顧

三、

高齡友善教育課程

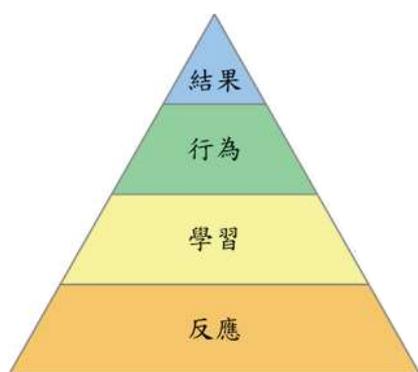
高齡照護之概念，希望未來可由住院端、門診端及急診端以至全院性推動。因此，對於高齡照護之教育訓練不僅限於醫療相關人員，故以下提供適合之高齡友善教育課程，期能使非醫療人員也能得到此訓練或概念。高齡友善教育課程建議為4個單元，每單元約為60分鐘，至少選修2堂。

表三、非醫療人員之高齡友善教育課程

- | | |
|------------------|----------------|
| 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 |

四、

教育訓練之評值



圖、Kirkpatrick四階層訓練評估模式

教育訓練之評值，建議參考Kirkpatrick四階層訓練評估模式，以進行不同層級之成效評估。Kirkpatrick四階層訓練評估模式，分為：

(1) 反應層次：是指學員對訓練課程的內容、課程活動的安排、教學的軟硬體環境、教學操作的設施、教學進行的方式、講師專業的知識與技能及教學的態度與熱忱等評值，即為課程滿意度調查；建議試辦醫院於教育訓練後，針對學員進行滿意度調查，做為後續規劃教育訓練參考。

(2) 學習層次：指學員在知識、態度、技能及行為的改變情形，亦指學員經過教育訓練後，是否具備該知識、態度與利用知能執行或改變目前之行為；本團隊提供相關學習層次調查問卷於附件，以利試辦醫院參考，然此附件內容與形式僅為參考範例，實際評值內容與方式，請依各試辦醫院訓練課程進行彈性修正。

(3) 行為層次：是指訓練遷移，亦即學員是否能將學習移轉至工作上，及是否培養成長久的行為或習慣；此為長期成效，需由各醫院進行臨床觀察與稽核，確認經教育訓練後，學員是否能培養該行為與習慣。

(4) 結果層次：是指學員對組織績效的貢獻，此為最終層面，各醫院可利用簡單統計，調查經教育訓練後一段時間之成效，如照護品質改善等。

附件

教育訓練之評值－反應層次

高齡照護核心課程 滿意度調查表

下列題目主要為對高齡照護核心課程的瞭解程度、教學安排的滿意度、活動場地的滿意度、整體滿意度與相關意見或建議，請就您在下列適當的空格中以“V”的方式勾選答案。

題 目	很滿意			
	滿 意	不滿意	很不滿意	
01. 您對課程瞭解程度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02. 課程能充分奠定您的專業基礎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03. 使您能瞭解基礎高齡照護相關知識	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04. 使您具備執行基礎高齡照護所需技巧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05. 使您在高齡照護有啟發之效果	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06. 您對講師授課滿意度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07. 您對教學方法滿意度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08. 您對講師上課準備之教學內容滿意度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09. 講師對於課堂上或授課後對學員提問之解答，令您滿意	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 講師課堂上與學生互動程度之滿意度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 所使用之教室，其學習設備滿意度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 針對本課程提供之學習環境，整體滿意度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 整體而言，您很滿意此課程	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 課程能激發您學習的興趣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 您會推薦其他同仁來參與此課程	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

相關意見或建議：

附件

教育訓練之評值－學習層次

知識

01. 下列何者不是影響個體死亡與疾病的四大因素之一？
 - (A)醫療體系
 - (B)文化背景
 - (C)環境因素
 - (D)生物因素。

02. 吃得營養有助於高齡者健康促進，請問下列何者不屬於國民健康署：我的餐盤6口訣的建議？
 - (A)每天早晚一杯奶
 - (B)豆魚蛋肉一掌心
 - (C)飯跟蔬菜一樣多
 - (D)水果比菜多一點。

03. 關於促進長者活動的敘述，下列何者正確？
 - (A)長者因為容易體力不佳以及關節活動不良，但為了運動成效，每日仍應要努力持續運動到30分鐘
 - (B)活動種類越多元越有趣，也比較有成效，應該鼓勵長者多從事多元的活動
 - (C)長者的活動量可以遵循“Start low and go slow ” 口訣，從最基礎的活動量慢慢開始，會比較容易上手也較安全
 - (D)作家事與日常生活簡單以走路代替坐車，不能算是活動的一部份。

B

附件

教育訓練之評值－學習層次

技能及行為

高齡照護態度量表

下列題目主要為描述您對高齡者的看法，由非常同意到非常不同意請您以實際的感覺在下列適當的空格中以“V”的方式勾選答案。描述中，『多數的』是指超過半數以上的。

題 目	非常同意	有些同意	有些不同意	非常不同意
01. 多數的高齡者是待人親切的	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02. 多數的高齡者是脾氣不好的	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03. 當環境改變時，多數的高齡者是可以做新的調適	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04. 多數的高齡者是勤儉的	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05. 多數的高齡者是愛倚老賣老的	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06. 多數的高齡者如果有機會的話，仍願意繼續工作而不願意依賴他人	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07. 多數的高齡者是善良的	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08. 多數的高齡者對未來抱持消極的態度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09. 多數的高齡者具有自我做決定的能力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 多數的高齡者過度要求愛和保證	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 多數的高齡者是愛管閒事的	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 多數的高齡者外觀是邋遢的	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 多數的高齡者是處事圓滑成熟的	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 多數的高齡者是慈祥的	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 多數的高齡者是觀念保守	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. 多數的高齡者是能與他人相處愉快、和諧的	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. 多數的高齡者對他的家庭而言是一種負擔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. 多數的高齡者是有智慧的	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. 多數的高齡者常喜歡談他的過去，而令人感到厭煩	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. 多數的高齡者是不講理、難纏的	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. 多數的高齡者具有豐富的人生經驗，值得學習	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. 多數的高齡者是囉嗦的	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. 多數的高齡者是風趣的	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

附件

教育訓練之評值－學習層次

態度

高齡照護自評能力量表

下列題目主要為描述您對照護高齡者時所具備的相關能力，請就您自覺信心的程度在下列適當的空格中以“V”的方式勾選答案。

題 目	非常 有信心	有 信心	有點 沒信心	非常 沒信心
01. 能瞭解高齡者正常老化及疾患之差異	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02. 能瞭解治療或處置高齡者與中壯年人疾患之治療的差異	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03. 能提供高齡者預防保健諮詢服務與建議	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04. 能提供高齡者健康促進之指導	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05. 能執行高齡者衰弱症及肌少症的篩檢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06. 能提供高齡者衰弱症及肌少症指導與照護	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07. 能評估高齡者多重用藥問題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08. 能嘗試提供高齡者多重用藥問題之建議	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09. 能瞭解周全性老年醫學評估工具之項目與內容	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 能完整正確的執行周全性老年醫學評估	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 能瞭解跨專業老年醫學團隊之理念及運作模式	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 能與跨專業團隊進行個案整體性問題評估與相關方法之研討	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 能評估高齡者靈性及安寧緩和療護需求	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 能提供高齡者靈性及安寧緩和療護專業服務	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 能針對高齡者的疾患特性擬定照護計畫	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. 能完整自主的執行高齡者照護計畫	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

附件

附件三 vivifrail

vivifrail 中文網站網址：
<https://vivifrail.com/tw/%E7%B4%A2%E5%BC%95/>
<http://vivifrail.com/tw/traditionalchinese/>

147



附件

附件四

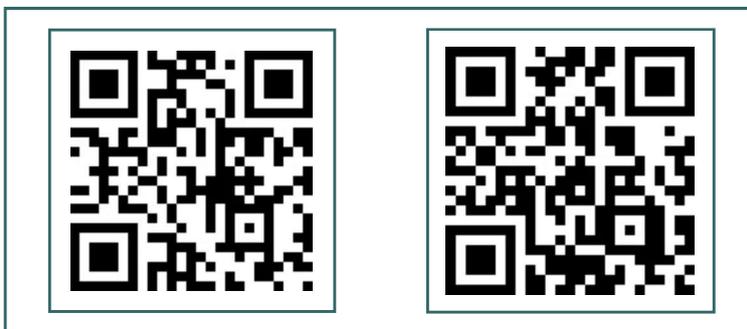
照護模式建立具體範例影片 -
111年度住院端與門診端



住院端醫院成果彙整

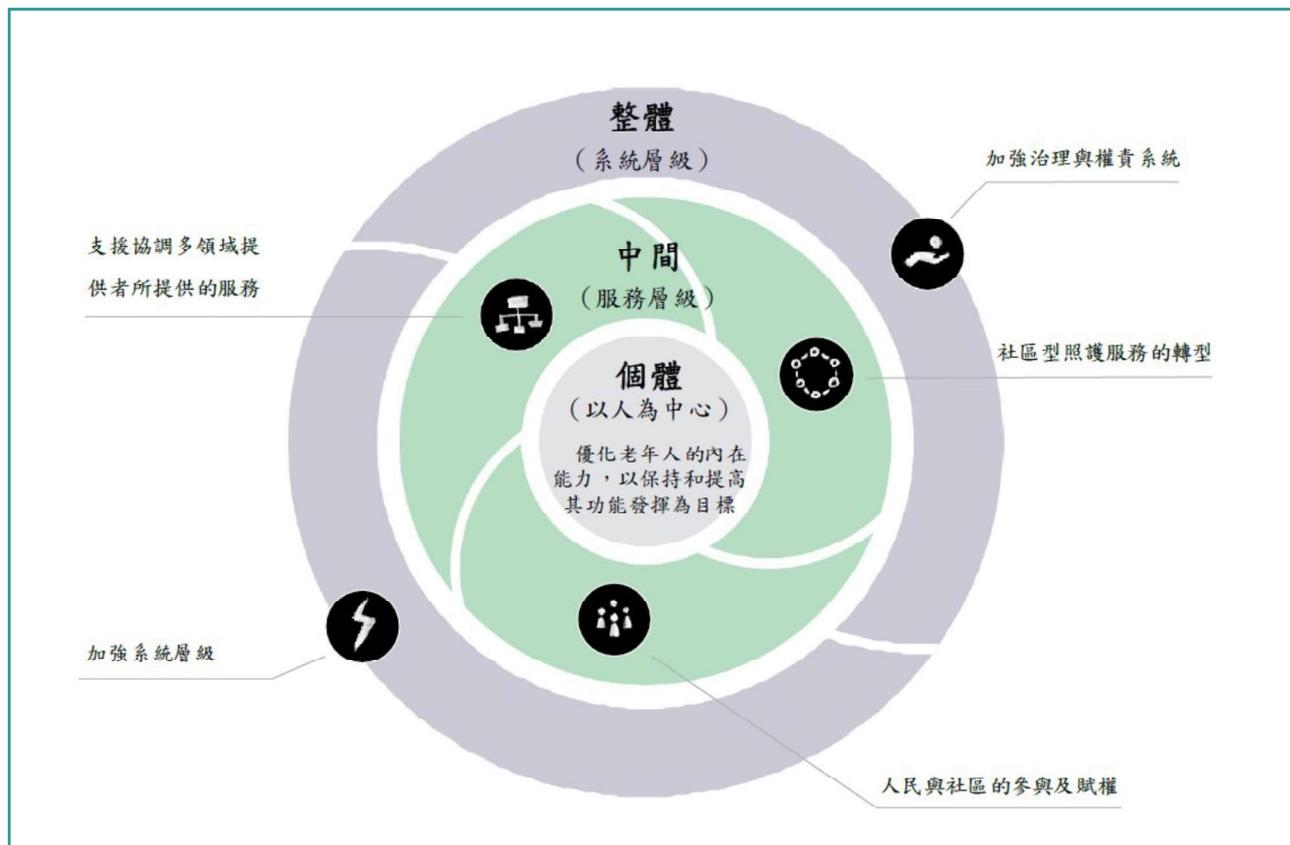


門診端醫院成果彙整



住院端及門診端試辦醫院特色成果影片

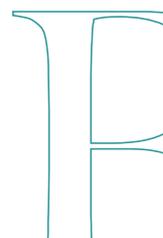
第四篇、門診端與住院端本冊相關流程圖



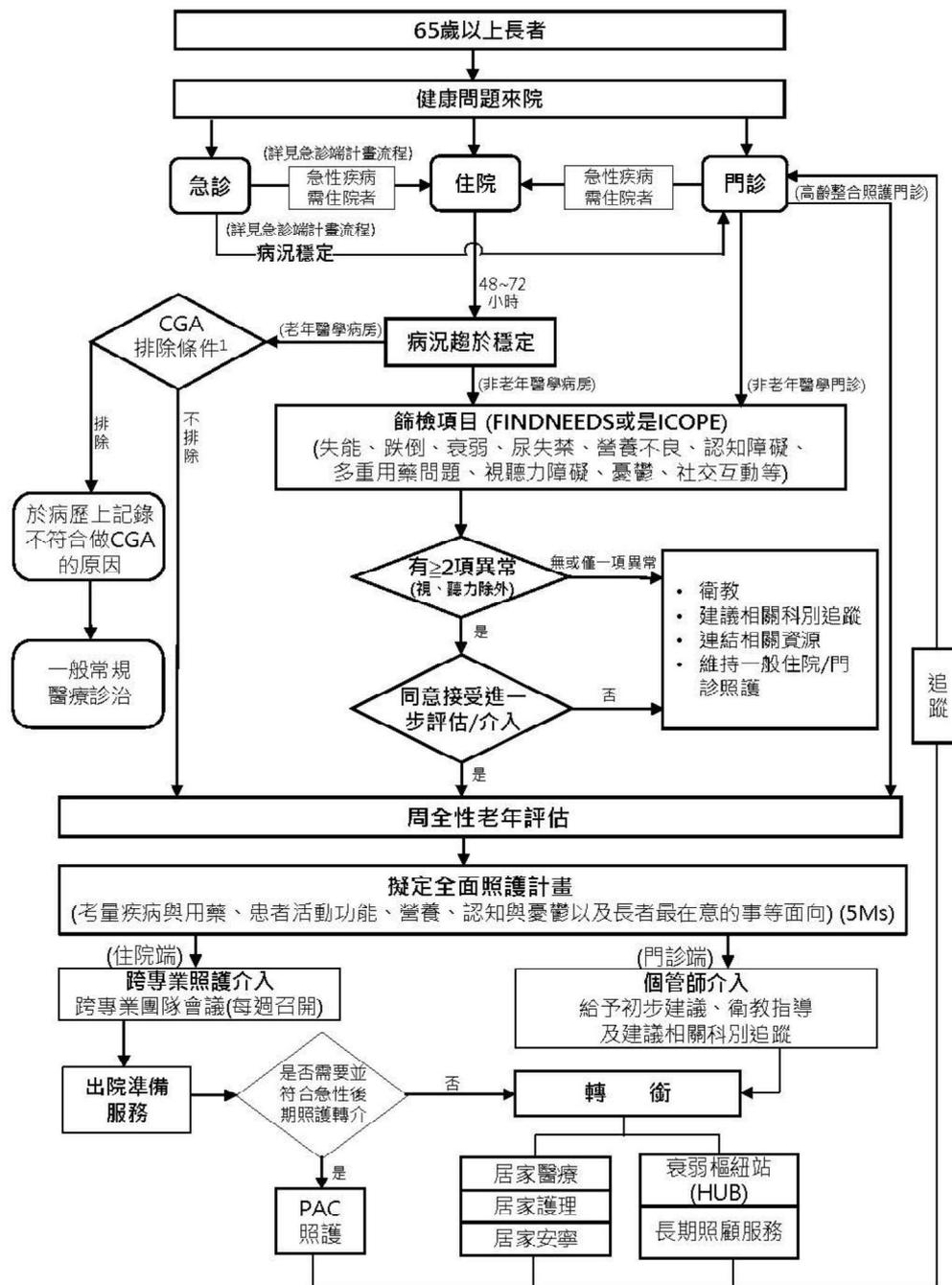
主手冊第002頁 圖 國家健康和長期照護系統(以ICOPE執行架構為例)



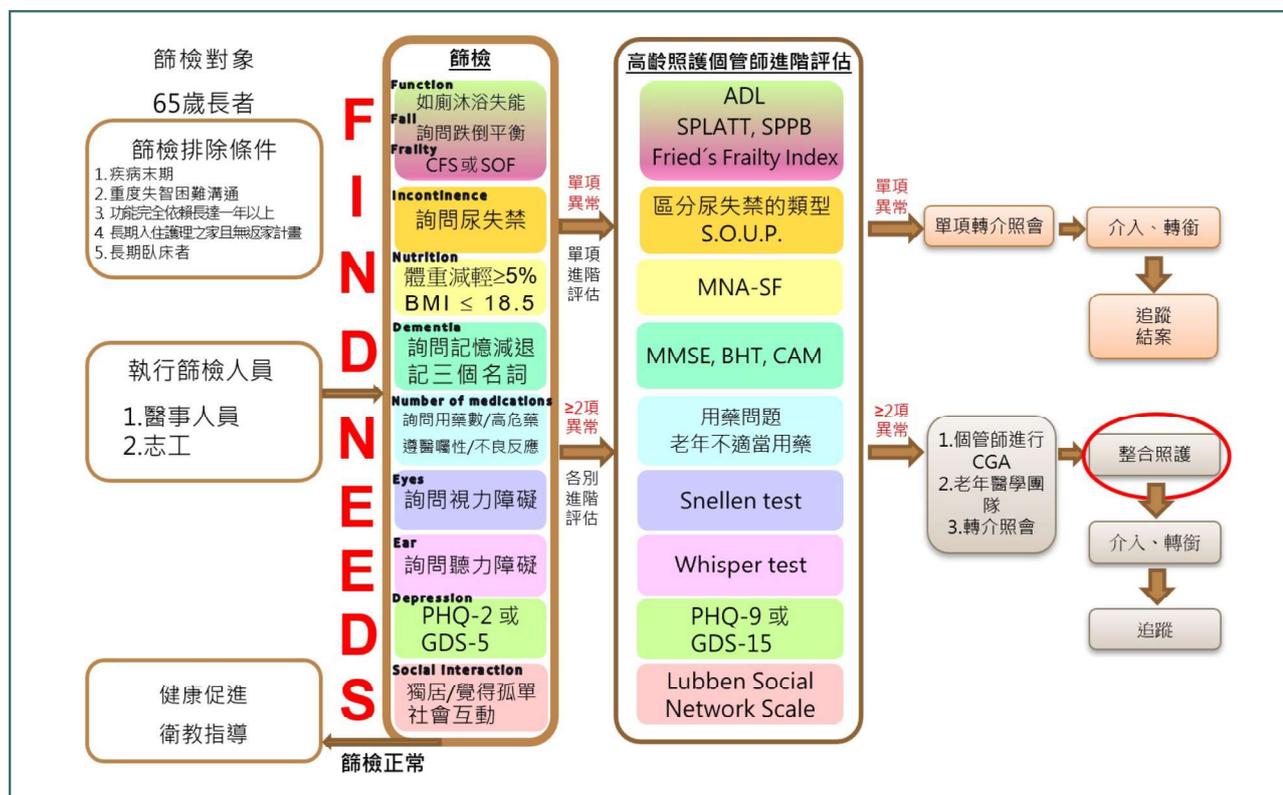
主手冊第003頁 圖 美國醫療照護服務CMS支持系統改革



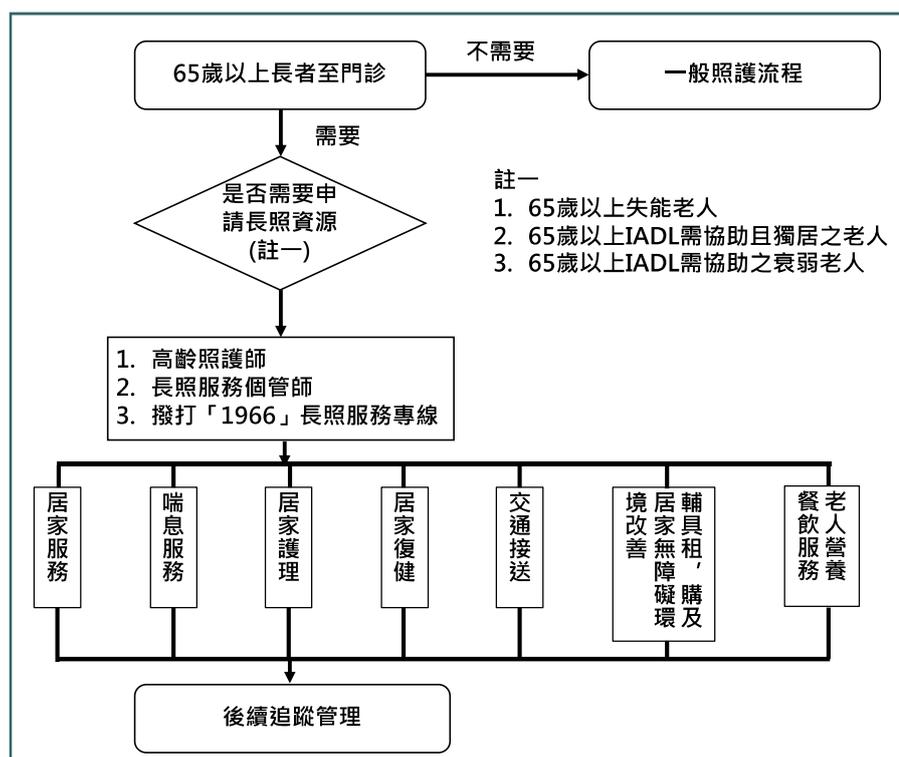
連續性高齡照護模式核心架構之流程



¹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。



主手冊第036頁 圖 FIND-NEEDS 流程圖



醫院發展 具延緩失能理念之 長者友善服務模式 實務操作手冊附錄冊



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附錄冊

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) 林岱嬋、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 | 978-626-7260-58-6 (PDF)

G P N | 4711200070

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 978-626-7260-58-6



9 786267 260586