

醫院以病人為中心門診整合照護計畫- 照護計畫擬訂

衛生福利部台中醫院社區健康部暨家庭醫學科主任

許碧珊醫師

目的

- * 提供多重慢性病人適切、效率、良好品質的醫療服務，避免重複、不當治療用藥或處置，影響病人安全。
- * 配合總額支付制度，提供整合式照護服務，促成醫院各專科醫療之適當整合。
- * 對於病情穩定之病人，逐步落實分級醫療、促進層級間之轉診，以提升醫療資源使用效率。

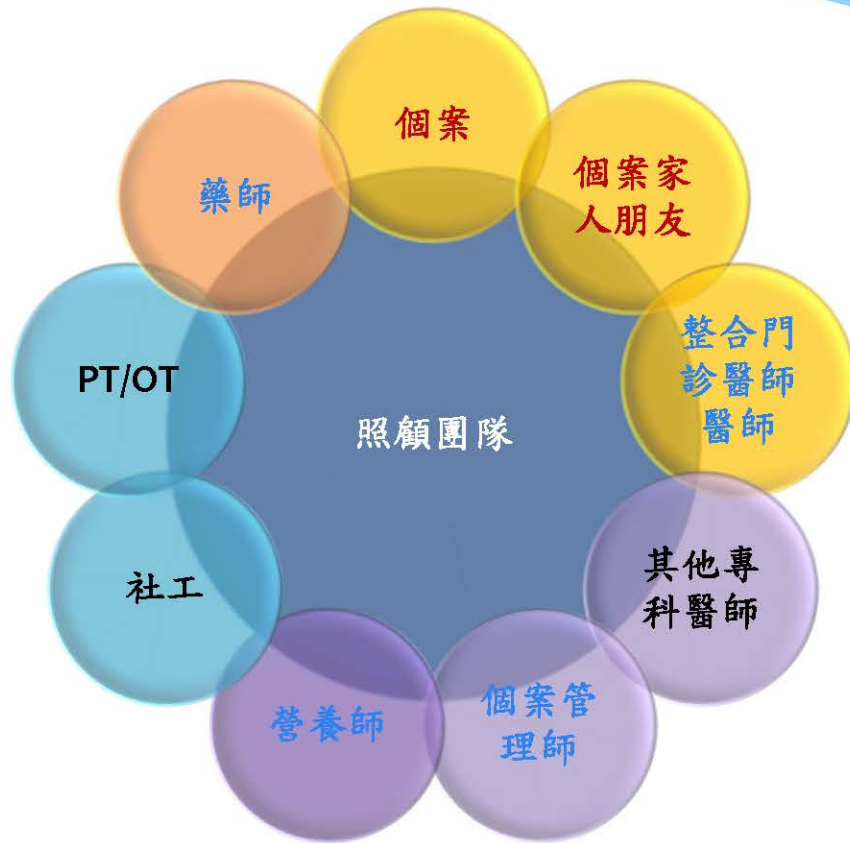


Who is the Focus?
誰該擺在思考的核心?

照顧團隊

整人、整家人、整團隊

Family-centered Care以家庭為導向的照顧計畫



Family-centered

家庭為中心

Health-orientated

健康導向

Community-based

社區為基礎

Integration

整合

Holistic care

全方位照顧

- * 收集相關的資訊
- * 增加診斷的精確性
- * 各司其職並相互溝通
- * 共同擬定病患的治療計畫、決定治療目標並預測其預後
- * 計畫付諸實行並追蹤其效果，視其成效而做出適當的修正等。

SDM

- * 經醫病雙向溝通，同時藉由「病人決策輔助工具（patient decision aids, PDAs）」及「決策引導（coaching）」提升與民眾溝通的效益



需求評估與計畫執行(3C2A)



整合標的



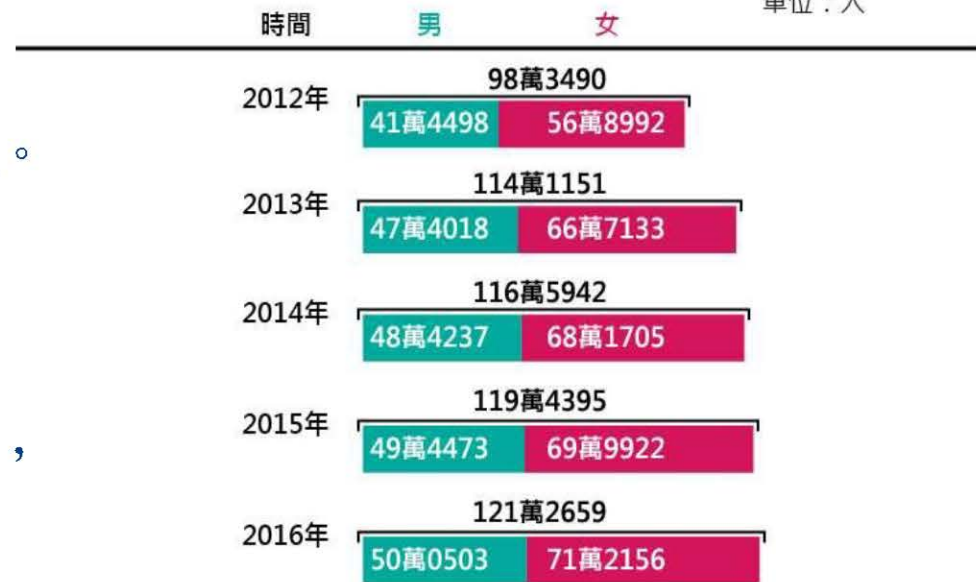
憂鬱症

* WHO

- * 常見的精神疾患。全球有超過3億人患有抑鬱症
- * 憂鬱症是全球健康不良和殘疾首要原因
- * 女性居多。
- * 最嚴重時，憂鬱症可以引致自殺。
- * 有有效的心理和藥物治療方法
- * 平均每100人就有3人可能罹患憂鬱症，衛生署國民健康局：8.9%的人有憂鬱症狀，約200萬人，其中重度憂鬱者，約佔5.2%，約125萬人。
- * 每個人終其一生有10~15%的機率罹患此症
- * 只有不到25%的患者接受治療

國人近年服用醫師處方抗憂鬱劑藥物人口統計

單位：人



資料來源：健保署

製表：黃天如

World Health Organization
Global Burden of Disease
Leading Causes of Disability

2004

- * Lower respiratory infections
- * Diarrheal diseases
- * **Unipolar depression**

2030

- * **Unipolar depression**
- * Ischemic heart disease
- * Traffic accident

Vulnerabilities for Depression

- * **Losses**
- * **Stressful life events**
- * **Lack of social support**
- * **Physical illness**
- * **Familial factors**
- * **Genetic factors**

S/S of major depression

- * Feelings of sadness, tearfulness, emptiness or hopelessness
- * Angry outbursts, irritability or frustration, even over small matters
- * Loss of interest or pleasure in most or all normal activities, such as sex, hobbies or sports
- * Sleep disturbances, including insomnia or sleeping too much
- * Tiredness and lack of energy, so even small tasks take extra effort
- * Reduced appetite and weight loss or increased cravings for food and weight gain
- * Anxiety, agitation or restlessness
- * Slowed thinking, speaking or body movements
- * Feelings of worthlessness or guilt, fixating on past failures or self-blame
- * Trouble thinking, concentrating, making decisions and remembering things
- * Frequent or recurrent thoughts of death, suicidal thoughts, suicide attempts or suicide
- * Unexplained physical problems, such as back pain or headaches

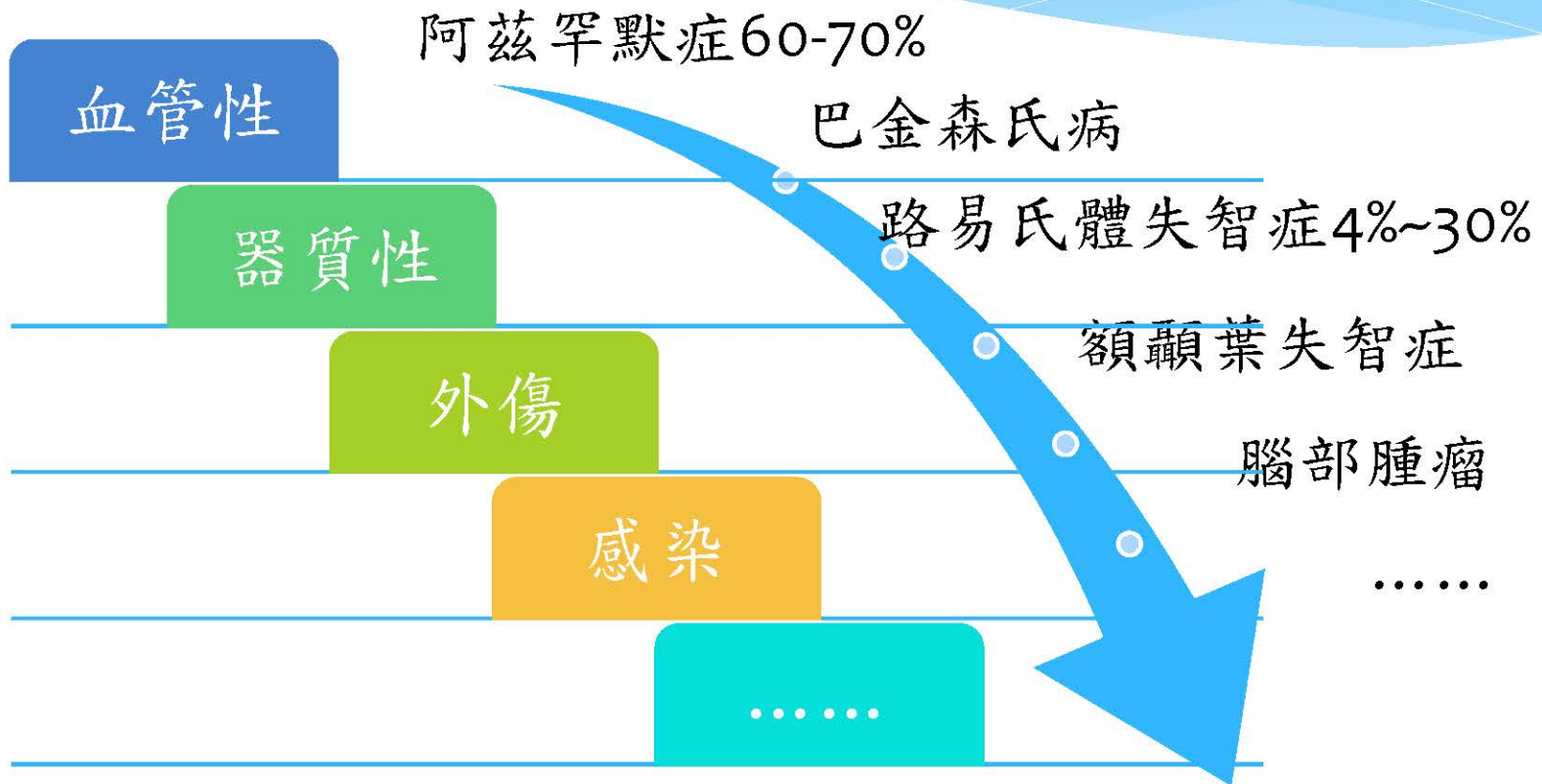
Key facts for dementia-WHO

- * 失智症是一種綜合病症，臨床表現為記憶、思考、行為和日常活動能力衰退。
- * 不是老化的正常情況。
- * 全世界大約有5000萬失智症患者，每年新增病例1000萬。
- * 阿茲罕默症是失智症最常見的形式佔失智症60-70%。
- * 失智症是全世界老年人殘疾和依賴他人的主要原因之一。
- * 失智症對患者本人、家庭、照護人員以及整個社會都會產生身體、心理、社會和經濟影響。
- * 世衛組織將失智症確定為公共衛生重點。
- * 台灣失智症協會2017

表一：五歲分年齡層失智症盛行率

年齡(歲)	65~69	70~74	75~79	80~84	85~89	≥90
失智症盛行率(%)	3.40	3.46	7.19	13.03	21.92	36.88

憂鬱、腦部退化走哪個路徑呢？



失智症診療手冊衛福部2016

表 8、阿茲海默症、血管性失智症、額顳葉失智症、路易體失智症的比較

	阿茲海默症	血管性失智症	額顳葉失智症	路易體失智症
認知範疇的缺損	以近期記憶力為早期的主要症狀	以注意力、執行功能	社交認知或語言功能為主	知覺-動作整合功能及注意力(或意識起伏)
幻覺的出現與特徵	在疾病早期幾乎沒有幻覺，但進到疾病中期或後期幻覺比例高(超過30%)。視幻覺的影像模糊、且維持短暫。有些個案有聽或嗅幻覺。	幻覺出現與腦部中風部位有關；整體而言，幻覺比例少於13%，有幻覺者認知功能較嚴重。	整個過程少有幻覺(10%)。	視幻覺與聽幻覺為主；疾病早期即有影像完整或生動的視幻覺。
乙醯膽鹼酶抑制劑的使用	有效；輕、中、重度可以使用。	部分個案有效。	無效	有效
發病的快慢	發病十分緩慢	大部分在中風後三個月內逐漸發病	發病緩慢	發病緩慢
發病年齡	大多在70歲以後發病	中年到老年都可發病	平均60歲(常見於45-65歲)	50-83歲
病程	5-12年	依腦損傷/惡化健康因素而定	2-10年	5-7年
占失智症的比例	60%	10-15%	<10%	10%

	阿茲海默症	血管性失智症	額顳葉失智症	路易體失智症
妄想的出現與特徵	早期不常見，中期十分常見(約60%)，經常有被偷妄想、忌妒妄想、被害妄想及錯認妄想，疾病的後期妄想減少。	妄想出現與腦部中風部位有關，比例上不高(<13%)。	妄想十分少見；而反覆刻板、強迫、儀式化固執行為或失去節制的行為常被誤以為有妄想。	疾病早期即有妄想，且妄想和大部分與幻覺相關，尤其是Capgras症候群。
失語症或語言缺損的出現與特徵	早期及中期無明顯失語症，中期常見的語言功能是先找字及物品命名問題，後期失語症才明顯。	可能因中風或腦損傷部位，在疾病早期就出現失語症；語言問題如發音流暢性、文法及音調問題在疾病早期就十分常見。	語言型的疾病在一開始就有明顯的語言問題。	疾病早期很少有語言問題(<5%)，語言問題通常在疾病後期才出現。
帕金森症狀的出現	疾病的後期才有一部分個案有帕金森症狀。	可能因中風或腦損傷部位，在疾病早期就出現帕金森症現象。	早期及中期無帕金森症狀。但10-20%個案有動作障礙 ² 。	疾病早期就有自發性帕金森症狀。
抗精神病藥物的使用	抗精神病藥物有效，但長期增加中風與死亡風險；高劑量抗精神病藥要減藥時須緩慢減藥，以避免復發。	儘量短期低劑量使用，對幻覺妄想可能有效。	抗精神病藥物對躁動不安無實證支持。	對所有抗精神病藥都十分敏感，容易產生帕金森症副作用或抗精神病藥物惡性症候群，建議考慮使用極低劑量

實驗室檢查與神經影像學

面向	必要項目	選擇項目
神經心理學檢查	MMSE, CDR	MoCA, CASI, ADAS-cog, CERAD neuropsychological battery, CDT, WMS, NPI, FAST, basic ADL, IADL, etc.
抽血檢查	Hb, MCV, GOT(AST)/GPT(ALT), BUN/Cr, TSH/T3/T4, B12, VDRL	Na, K, Ca, P, Cl, cortisol, ammonia, ESR, CRP, albumin, homocysteine, folate, tumor marker, autoimmune, HIV, heavy metals, etc.
神經影像學檢查	Brain CT	Brain MRI, SPECT, FDG-PET, etc.
其他檢查		CSF, CXR, EKG, etc.

備註：蒙特利爾認知評估量表 (Montreal Cognitive Assessment, MoCA)
阿茲海默症評估量表 (Alzheimer's Disease Assessment Scale-cognitive subscale, ADAS-cog)
畫鐘測驗 (Clock Drawing Test, CDT)
魏氏記憶量表 (Wechsler Memory Scale, WMS)

Drugs may cause depression

你是兇手嗎?

Cardiovascular drugs	Azathioprine	Ampicillin	Penicillin G	Benzodiazepines	Efavirenz
ACE inhibitors	Bleomycin	Chloramphenicol	procaine	Chloral hydrate	Enfuvirtide
Calcium channel blockers	Cisplatin	Methylphenidate (Ritalin)	Streptomycin	Ethanol	Saquinavir
Clonidine	Cyclophosphamide	Chloroquine	Sulfonamides	Other drugs	Zidovudine
Digitalis	Doxorubicin	Clofazimine	Tetracycline	Choline	Anticonvulsants
Guanethidine	Vinblastine	Cycloserine	Trimethoprim	Cimetidine	Ethosuximide
Hydralazine	Vincristine	Cyclosporine	Hormones	Disulfiram	Phenobarbital
Methyldopa	Antiparkinsonian drugs	Dapsone	Adrenocorticotropin	Lecithin	Phenytoin
Procainamide	Amantadine	Ethambutol	Anabolic steroids	Methysergide	Primidone
Propranolol	Bromocriptine	Ethionamide	Glucocorticoids	Phenylephrine	Tiagabine
Reserpine	Levodopa	Foscarnet	Oral contraceptives	Physostigmine	Vigabatrin
Thiazide diuretics	Stimulants	Ganciclovir	Antipsychotic drugs	Ranitidine	Anti-inflammatory agents
Guanabenz	Amphetamines	Griseofulvin	Fluphenazine	Statins	NSAIDS
Zolamide diuretics	withdrawal)	Isoniazid	Haloperidol	Tamoxifen	
Chemotherapeutics	Caffeine	Metoclopramide	Sedatives and antianxiety drugs	Antiretroviral drugs	
6-Azauridine	Cocaine (withdrawal)	Metronidazole	Barbiturates	Atazanavir	
Asparaginase	Anti-infective agents	Nalidixic acid			
		Nitrofurantoin			

Anticholinergic Burden

Table 7. Drugs With Strong Anticholinergic Properties

Antiarrhythmic	Promethazine
Disopyramide	Pyrilamine
	Triprolidine
Antidepressants	
Amitriptyline	
Amoxapine	
Clomipramine	Antimuscarinics
Desipramine	(urinary incontinence)
Doxepin (>6 mg)	Darifenacin
Imipramine	Fesoterodine
Nortriptyline	Flavoxate
Paroxetine	Oxybutynin
Protriptyline	Solifenacin
Trimipramine	Tolterodine
	Trospium
Antiemetics	
Prochlorperazine	Antiparkinsonian agents
Promethazine	Benztropine
	Trihexyphenidyl

Antihistamines (first generation)

Brompheniramine	Antipsychotics
Carbinoxamine	Chlorpromazine
Chlorpheniramine	Clozapine
Clemastine	Loxapine
Cyproheptadine	Olanzapine
Dexbrompheniramine	Perphenazine
Dexchlorpheniramine	Thioridazine
Dimenhydrinate	Trifluoperazine
Diphenhydramine (oral)	
Doxylamine	Antispasmodics
Hydroxyzine	Atropine (excludes ophthalmic)
	Belladonna alkaloids
Meclizine	Scopolamine (excludes ophthalmic)
Clidinium-chlordiazepoxide	
Dicyclomine	
Homatropine (excludes ophthalmic)	Skeletal muscle relaxants
Hyoscyamine	Cyclobenzaprine
Methscopolamine	Orphenadrine
Propantheline	

失智風險

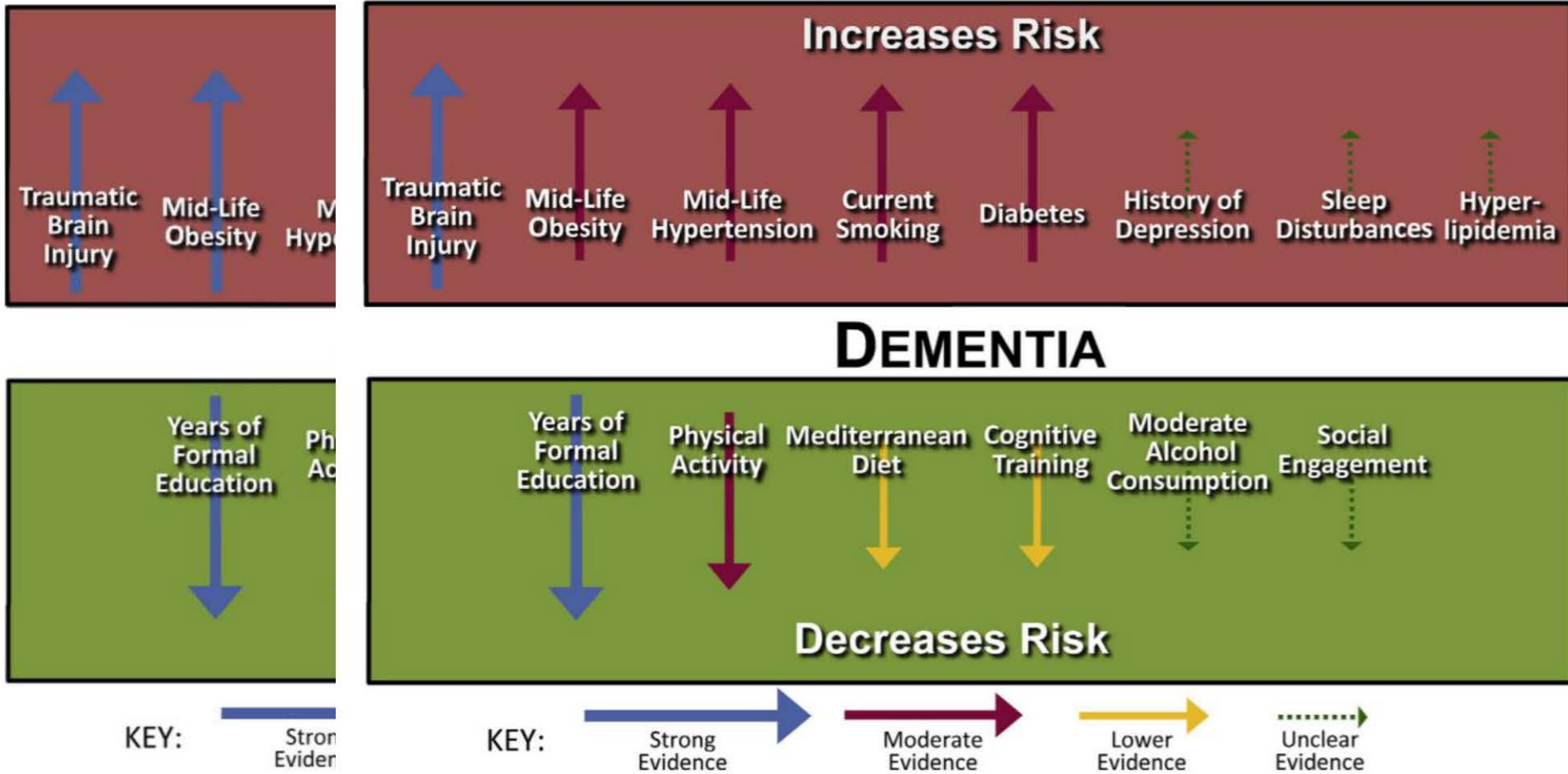


Fig. 2. Strength of evidence on risk factors for dementia.

憂鬱症藥物治療

SORT: KEY RECOMMENDATIONS FOR PRACTICE

<i>Clinical recommendation</i>	<i>Evidence rating</i>	<i>References</i>
Selective serotonin reuptake inhibitors are more likely than placebo to produce depression remission in the primary care population.	B	1
Serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors are slightly more likely than selective serotonin reuptake inhibitors to improve depression symptoms, but they are associated with higher rates of adverse effects such as nausea and vomiting.	B	6, 41
For treatment-naïve patients, all second-generation antidepressants are equally effective. Medication choice should be based on patient preferences, with adverse effect profiles, cost, and dosing frequency taken into consideration.	C	42
Antidepressants are most effective in patients with severe depression.	A	44-46
Preferred agents for older patients with depression include citalopram (Celexa), escitalopram (Lexapro), sertraline (Zoloft), mirtazapine (Remeron), venlafaxine, and bupropion (Wellbutrin). Because of higher rates of adverse effects in older adults, paroxetine (Paxil) and fluoxetine (Prozac) should generally be avoided.	C	50
Treatment for a first episode of major depression should last at least four months. Patients with recurrent depression may benefit from prolonged treatment.	C	42

A = consistent, good-quality patient-oriented evidence; B = inconsistent or limited-quality patient-oriented evidence; C = consensus, disease-oriented evidence, usual practice, expert opinion, or case series. For information about the SORT evidence rating system, go to <http://www.aafp.org/afpsort>.

失智症治療

- * 目前為止無任何治療方法可以阻止或逆轉退化性失智症的病程。
- * 目前在輕至中度的阿茲海默症的病人建議給予**乙醯膽鹼酶抑制劑**治療，中至重度的建議給予**NMDA 受體拮抗劑**(如, memantine)治療。
 - * 乙醯膽鹼酶抑制劑包括, donepezil(如, 愛憶欣)、rivastigmine(如, 憶思能 capsule/patch)、galantamine(如, 利憶靈)
- * 修正生活習慣, 養成健康行為, 非藥物的介入或治療是當今防治失智症的重要對策。
- * 失智症的**精神行為症狀**的治療以**非藥物**的治療為優先, 須使用藥物時由低劑量, 單純的藥物開始, 隨時檢討藥物使用的必要性。
- * 失智症患者共病的治療對減緩認知退化有幫助, 但須考慮共病治療的副作用與多重用藥的交互作用。

照護需求評估 生活該是甚麼樣？ 為什麼要改？



五個階段	五個步驟 (5 A)	五個策略 (5 R)
懵懂期	評估 (Assess)	關聯 (Relevance)
深思期	忠告 (Advise)	危險 (Risk)
準備期	同意 (Agree)	饋償 (Reward)
行動期	協助 (Assist)	阻礙 (Roadblock)
維持期	安排 (Arrange)	重覆 (Repetition)

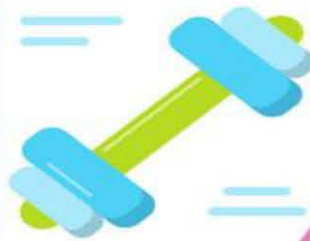
日常生活功能回彈計畫



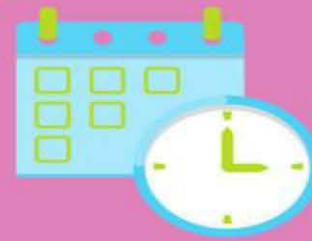
MEDICATION



PSYCHOTHERAPY

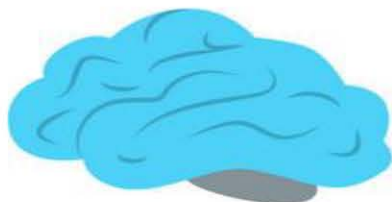
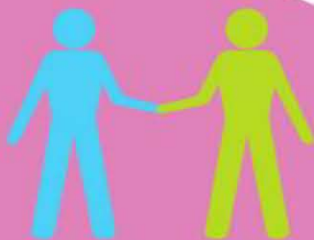


EXERCISE



SCHEDULE

COMMUNICATION



DEPRESSION TREATMENT

VITAMINS



HEALTHY FOOD



RELAXATION

TRAVEL



MUSIC



POSITIVE THINKING



SLEEP ENOUGH



失智症照顧計畫

- ✓ 認知促進、緩和失能
- ✓ 失智友善社區多元方案
- ✓ 安全看視創新方案

- ✓ 喘息服務
- ✓ 互助家庭
- ✓ 家庭關懷訪視
- ✓ 家屬照顧課程
- ✓ 家屬支持團體
- △ 連結社區資源
- △ 資源連繫會議

環境 Environment

- 友善社區營造
- 健康識能傳播
- 社區資源支持

M 醫療照護 Medical care

- 失智程度判定
- 記憶及行為治療
- 一般照護治療

C 服務提供者 Care giver

以失智症個案為中心，提供所需服務及生活支持

C 照顧協調者 Coordinator

引導、協助家庭照顧者，提供相關資訊及轉介服務資源

- 服務對象：失智個案及照顧者
- 服務據點之服務項目「V」
- 共照中心之服務項目「△」

- △ 個案管理登錄
- △ 協助記憶門診完整評估
- △ 協助診療照護諮詢
- △ 協助持續醫療照護追蹤
- △ 協助急性症狀醫療照護轉介

居家服務
居家復健
居家護理
環境改善
日間照顧
家庭托顧
團體家屋
小規多機
安寧照護
機構照護

失智症照護原則

台灣失智症協會

- * 把焦點放在他的能力與長處。儘量讓失智者做他會的工作或活動，讓他仍有機會貢獻自己。
- * 安排規律作息，避免經常改變。每天散步、晒太陽。
- * 在安全的前提下，允許他做他想做的事，適度調整照顧者的標準和習慣。
- * 先提醒他、帶著他做，必要時才替他做。失智者拒絕時，勿勉強，先順著他，稍後再嘗試另一方式。
- * 了解失智者過去背景及生活經驗，儘量配合長輩的習慣及喜好，多談他熟悉的往事，以維持言語能力並促進愉悅情緒。多引導協助失智長輩與他人互動，可促進其語言能力及人際滿足感。
- * 維護失智者尊嚴，多讚美他、顧到他的面子是有效的方式。在失智者可接受的範圍內，多以身體接觸的方式傳達溫暖與關懷。
- * 尊重每一位失智者的獨特性。
- * 請照顧者接受自己的情緒和限度，好好照顧和愛護自己，多運用社會資源、定期安排喘息和充電機會。

非藥物失智症治療

- * 懷舊治療 (reminiscence therapy)
- * 認知活動
- * 音樂團體
- * 藝術創作
- * 運動團體
- * 現實定向感治療 (reality orientation therapy, ROT)
- * 其他
 - * 包括舞蹈、園藝、芳香療法、園藝治療、寵物治療、娃娃治療、感官刺激等

練習

- * 辨識失智症
- * 與失智症患者與家人溝通技巧
- * 失智症照護網絡

🔄 ⓘ 不安全 | www.tada2002.org.tw/Download/BookVideo/1?page=2



台灣失智症協會
Taiwan Alzheimer Disease Association
唯一代表台灣之國際失智症協會正式會員

網頁 5

認識協會 ▾

關於失智症 ▾

服務項目 ▾

最新消息 ▾

捐款支持 ▾

參

首頁 / 下載專區 / 書籍/宣導教材

○ 書籍/宣導教材

失智症在診所可提出哪些症狀？

● 症狀與診斷標準：
「失智症」並非單一疾病，而是指因腦部受損，導致記憶力、判斷力、定向力、計算力、語言能力、社交能力等認知功能出現障礙，且足以影響日常生活。失智症在診所可提出以下症狀：
● 記憶力減退：
「最近常忘記重要的事情，例如忘記開會時間、忘記付帳單、忘記交還文件等。」
● 判斷力減退：
「最近常忘記付帳單、忘記交還文件、忘記開會時間等。」
● 定向力減退：
「最近常忘記開會時間、忘記交還文件、忘記付帳單等。」
● 計算力減退：
「最近常忘記開會時間、忘記交還文件、忘記付帳單等。」
● 語言能力減退：
「最近常忘記開會時間、忘記交還文件、忘記付帳單等。」
● 社交能力減退：
「最近常忘記開會時間、忘記交還文件、忘記付帳單等。」

看問留撥SOP-友善診所

Download



轉介

個案分享-活到老做到老

- 林女士，78歲已婚女性
- 教育程度：專科
- 主訴：近二個月無法入眠記憶力變差
- 兒子開早餐店希望個案幫忙準備小菜，每日位隔日備餐擔心
- MMSE 28，GDS 2, MNA 14, ADL 100, IADL 8, up to go test 11.4secs,
- MMSE 27，GDS 12, MNA-SF 3, ADL 100, IADL 8, up to go test 17 secs--半年後回診

個案分享-活到老做到老

3個月前火災體重減5kgs/3 months

Frailty criteria	Indicators
Weight loss	Loss of >10 pounds in past 12 months, unintentional.
Exhaustion	Response of "a moderate amount of the time (3-4 days)" or "most of the time" to either of two CES-D scale items: "I felt that everything I did was an effort"; "I could not get going" during the past week.
Weakness	Maximal grip strength in kg using Jamar hand-held dynamometer. Lowest 20%, stratified by gender and BMI quartiles.
Slowness	Time in seconds to walk 15 feet at usual pace. Slowest 20%, stratified by gender and standing height.
Low physical activity level	Weighted score of kilocalories expended per week in physical activities "you have done in the past 2 weeks" reported on short version of Minnesota Leisure Time Activity questionnaire. Lowest 20% for each gender.
Frailty	Presence of 3 or more of the above criteria.

BMI: body mass index. CES-D: Center for Epidemiologic Studies-Depression.

冬眠中的奶奶

- * Depression since her only child died 30 years ago
- * Parkinson's disease was diagnosed 5 years ago followed by an fell down episode with sequelae of right hip fracture s/p THR
- * Hallucination with insomnia noted for one year under
- * Current medications: sinemet 2#bid , madopar 1#bid. Xanax 0.5mg hs and prn , eurodin 2#hs, mesyrel 2#hs
- * Conscious: stupor, BP103/79mmHg, HR68/min, SaO2 93%, sarcopenia 4 limbs with abdominal fullness , no resting tremor, no rigidity, no spasticity

冬眠中的奶奶Care plan

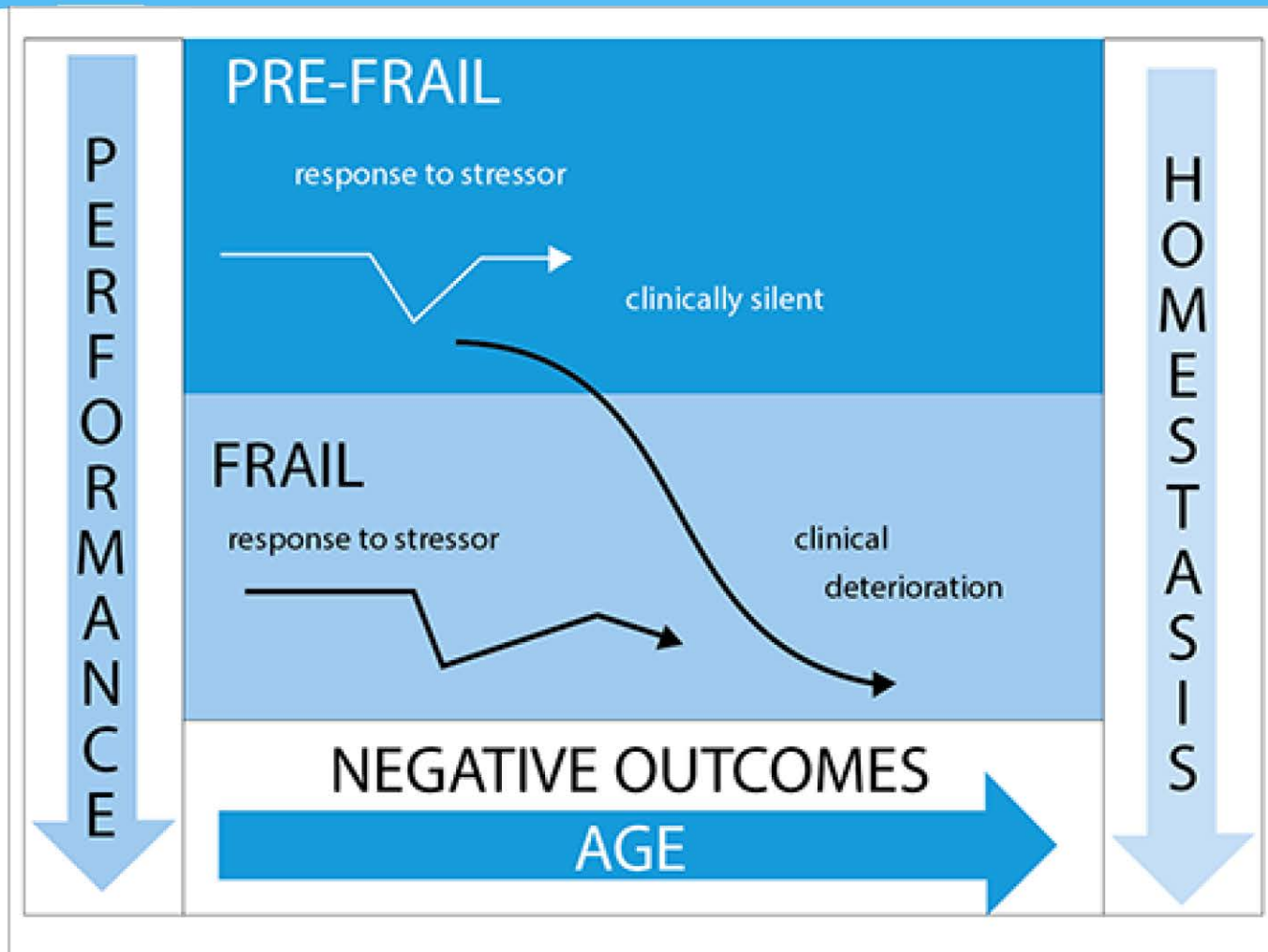
- * adjust medications
- * Long term care support -home rehab program
- * Deal with caregiver's problems
- * Nutritional support

體驗分享-失智獨居的阿嬤

- * 建議停止藥物治療時機：
 - * 病患對藥物順從性不佳。
 - * 病患在使用藥物後智能、精神行為、或生活功能減退速度反較治療前為快。
 - * 病患對藥物產生無法忍受之副作用。
 - * 疾病末期治療已無意義。



衰弱



高齡老人的運動處方

* 以下若有任何一樣答「是」，都應該禁止激烈活動

身體活動簡易自我評量表

(適用於15~69歲年齡層)

1.	是	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	醫師是否告訴過您，您的心臟有些問題，您只能做醫師建議的運動？
2.	是	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	當您活動時是否會有胸悶的感覺？
3.	是	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	過去幾個月以來，您是否有在未活動的情況下出現胸悶的情況？
4.	是	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	您是否曾因暈眩而失去平衡或意識的情況？
5.	是	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	您是否有骨骼或關節問題，且可能因活動而更惡化？
6.	是	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	您是否有因高血壓或心臟疾病而需服藥(醫師處方)？
7.	是	<input type="checkbox"/>	否	<input type="checkbox"/>	您是否知道您有任何不適合活動的原因？

肌肉訓練的原則

- 超負荷原則：對肌肉或神經施加比平常更強的運動刺激
- 漸進式原則：配合肌肉水準增加逐漸提高負荷刺激(強度、量、功率等)
- 持續性原則
- 特殊性原則：目的訓練肌肉不同選擇不同
- 全面性原則：所有的體力要素要均衡且整體性提升
- 個別性原則：性別、年齡、體力、健康狀況、訓練目的與經驗作調整
- 意識性原則：動機認知加強

目標設定

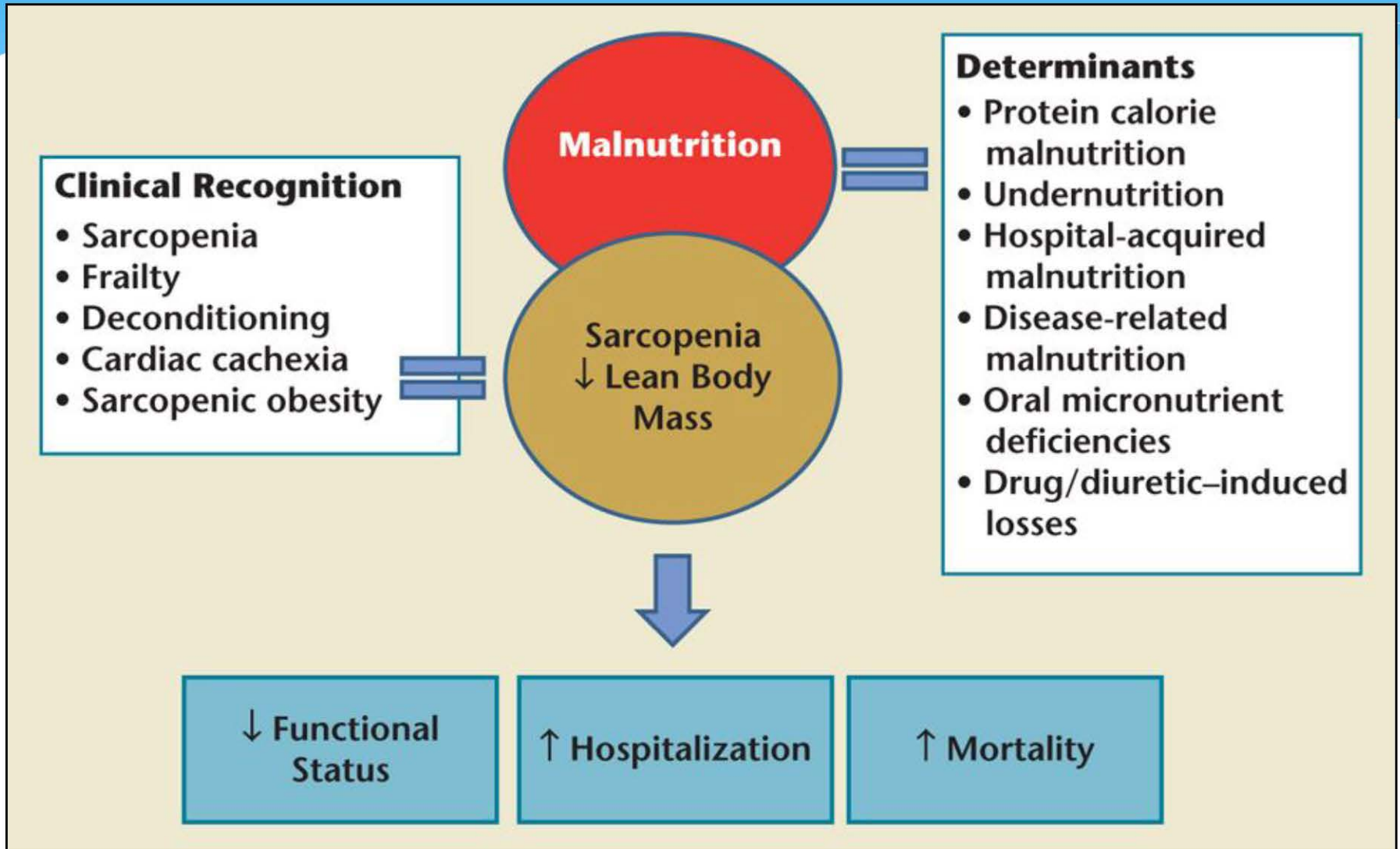
- * 指導者與運動者一起建立. 要SMART
- * Specific 特殊性
- * Measurable 可量化測量
- * Achievable 可達到
- * Reasonable 合理的
- * Time-table 有時間表的

運動類型

增進體適能的運動類型和訓練種類表

體適能組成	運動類型	訓練種類
心肺耐力	有氧運動	走路、慢跑、騎腳踏車、划船、登階、 有氧舞蹈、階梯有氧、橢圓機運動
肌力和肌耐力	阻力運動	自由重物、重訓器械、彈力帶
骨強度	負重有氧運動和 阻力運動	走路、慢跑、有氧舞蹈、階梯有氧、登 階、自由重物、重訓器械
身體組成	有氧運動和阻力運動	與心肺耐力和肌力訓練所列相同類型
柔軟度	伸展運動	靜態伸展、PNF伸展、瑜珈、太極拳和皮 拉提斯
平衡感	平衡訓練	太極拳、瑜珈、皮拉提斯和平衡運動

Malnutrition



Prevalence of under-nutrition

- * Prevalence Type of population
 - * Over 10% Non-institutionalised elderly people
 - * 10 – 50% Hospitalised for acute illness
 - * 10 – 70% Long care units or nursing homes

食物給予原則

- * “食物第一” 少量多餐，高能量、高蛋白質的食物-是營養不良的老年人的第一個治療選擇
- * 在試用Food First方法之前，通常不推薦使用口服營養補充劑
- * 對於因食物攝入量無法維持體重的營養不良的人，建議提供營養支持
- * 口服營養補充劑是食物攝入的補充而不是替代品 - 它們應該在兩餐之間給予，而不是在用餐時間

Nutrition support strategies

Problem	Solution
Loss of appetite	<ul style="list-style-type: none">•Check medications•Encourage “little and often” –energy rich, high protein foods•Maximise times of better appetite•Serve meals and snacks that are appealing in size and appearance•Food has to be eaten to be of benefit- favorite first•Drinks can lessen appetite –drinks are taken after meals•Find ways to stimulate the appetite•Consider meal settings
Chewing problems	<ul style="list-style-type: none">•Encourage adequate dental and mouth care•Try soft foods that require little chewing
Swallowing difficulties	<ul style="list-style-type: none">•Consider referral for speech language therapy assessment•Modify the consistency of foods as appropriate
Fatigue or difficulty obtaining or preparing food	<ul style="list-style-type: none">•Use convenience foods•Enlist family and carer support, consider Meals on Wheels•Make the most of good days•Fortify food with extra fats and sugar
Mobility problems	<ul style="list-style-type: none">•Consider assessment by a physiotherapist or occupational therapist•Ensure shopping and food preparation assistance is available
Chronic pain	<ul style="list-style-type: none">•Find and treat cause where possible
Social isolation, depression	<ul style="list-style-type: none">•Meals on wheels; family, friends and social services•Check medication use, consider counselling



每日飲食指南-107國建署



- * 1. 找出自己的健康體重 (表一)
- * 2. 查出自己的生活活動強度 (表二)
- * 3. 查出自己的熱量需求 (表三)
- * 4. 依熱量需求，查出自己的六大類飲食建議份數 (表四)。

1. 找到自己的健康體重

表一 健康體重與範圍

身高 (公分)	健康體重 (公斤)	正常體重範圍 (公斤)	身高 (公分)	健康體重 (公斤)	正常體重範圍 (公斤)
	$18.5 \leq \text{BMI} < 24$	$18.5 \leq \text{BMI} < 24$		$18.5 \leq \text{BMI} < 24$	$18.5 \leq \text{BMI} < 24$
145	46.3	38.9-50.4	169	62.8	52.8-68.4
146	46.9	39.4-51.1	170	63.6	53.5-69.3
147	47.5	40.4-51.8	171	64.3	54.1-70.1
148	48.2	40.5-52.5	172	65.1	54.7-70.9
149	48.8	41.1-53.2	173	65.8	55.4-71.7
150	49.5	41.6-53.9	174	66.6	56.0-72.6
151	50.2	42.2-54.6	175	67.4	56.7-73.4
152	50.8	42.7-55.3	176	68.1	57.4-74.2
153	51.5	43.3-56.1	177	68.9	58.0-75.1
154	52.2	43.9-56.8	178	69.7	58.6-75.9
155	52.9	44.4-57.6	179	70.5	59.3-76.8
156	53.5	45.0-58.3	180	71.3	59.9-77.7
157	54.2	45.6-59.1	181	72.1	60.6-78.5
158	54.9	46.2-59.8	182	72.9	61.3-79.4
159	55.6	46.8-60.6	183	73.7	62.0-80.3
160	56.3	47.4-61.3	184	74.5	62.6-81.2
161	57.0	48.0-62.1	185	75.3	63.3-82.0
162	57.7	48.6-62.9	186	76.1	64.0-82.9
163	58.5	49.2-63.7	187	76.9	64.7-83.8
164	59.2	49.8-64.5	188	77.8	65.4-84.7
165	59.9	50.4-65.2	189	78.6	66.1-85.6
166	60.6	51.0-66.0	190	79.4	66.8-86.5
167	61.4	51.6-66.8			
168	62.1	52.2-67.6			

* 身體質量指數 (Body Mass Index, BMI) 計算公式: $\text{BMI} = \text{公斤}/\text{公尺}^2$

2. 看看自己每天的生活活動強度

表二 生活活動強度

生活活動強度			日常生活內容
生活動作	時間 (小時)	強度	
安靜	12	低	靜態活動、睡覺、靜臥或悠閒的坐著 (例如: 坐著看書、看電視...等)
站立	11	低	
步行	1	低	
快走	0	低	
肌肉運動	0	低	
安靜	10	稍低	站立活動、身體活動程度較低、熱量較少, 例如: 站著說話、烹飪、開車、打電腦。
站立	9	稍低	
步行	5	稍低	
快走	0	稍低	
肌肉運動	0	稍低	
生活動作	時間 (小時)	強度	日常生活內容
安靜	9	高	身體活動程度為正常速度、熱量消耗較多, 例如: 上下樓梯、打球、騎腳踏車、有氧運動、打掃、散步、購物...等強度。
站立	8	高	
步行	6	高	
快走	1	高	
肌肉運動	0	高	
生活動作	時間 (小時)	強度	日常生活內容
安靜	9	高	身體活動程度較正常速度快或激烈、熱量消耗較多, 例如: 上下樓梯、打球、騎腳踏車、有氧運動、快走
站立	8	高	
步行	5	高	
快走	1	高	
肌肉運動	1	高	

3. 查出自己的熱量需求

表三 各性別、年齡與生活活動強度之每日熱量需求

性別	年齡	活動強度				身高 (公分)	體重 (公斤)
		熱量需求 (大卡)					
		低	稍低	適度	高		
男	19-30	1850	2150	2400	2700	171	64
	31-50	1800	2100	2400	2650	170	64
	51-70	1700	1950	2250	2500	165	60
	71+	1650	1900	2150		163	58
	19-30	1500	1700	1950	2150	159	55
女	31-50	1450	1650	1900	2100	157	54
	51-70	1400	1600	1800	2000	153	52
	71+	1300	1500	1700		150	50

* 以 94-97 年國民營養健康狀況變遷調查之體位資料, 利用 50% 百分比身高分別計算身體質量指數 (BMI)=22 時之體重, 再依照不同生活活動強度計算熱量需求。

請用中華標準營養資訊 (<http://gao.sinica.edu.tw/health/polin.html>) 查出個人熱量需求



4. 依熱量需求，查出自己的六大類飲食建議份數

依熱量需求，查出自己的六大類飲食建議份數	依熱量需求，查出自己的六大類飲食建議份數						
	1200 大卡	1500 大卡	1800 大卡	2000 大卡	2200 大卡	2500 大卡	2700 大卡
全穀雜糧類 (碗)	1.5	2.5	3	3	3.5	4	4
全穀雜糧類 (未經加工) (碗)	1	1	1	1	1.5	1.5	1.5
全穀雜糧類 (其他) (碗)	0.5	1.5	2	2	2	2.5	2.5
豆魚蛋肉類 (份)	3	4	5	6	6	7	8
乳品類 (杯)	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	2
蔬菜類 (份)	3	3	3	4	4	5	5
水果類 (份)	2	2	2	3	3.5	4	4
油鹽與堅果種子類 (份)	4	4	5	6	6	7	8
油鹽類 (茶匙)	3	3	4	5	5	6	7
堅果種子 (份)	1	1	1	1	1	1	1

* 「全穀類」主食品: 糙米類、全穀食品、燕麥、玉米、甘藷等, 請改選「六大類食物簡介」; 「其他」高白米類、白飯類、白粥類等, 以「全穀類」取代「其他」; 量換:
(註 1) 高鈣豆漿至少佔 1/3 以確保鈣質內容; (註 2) 選取 1500 大卡的青少年, 高鈣豆漿至少佔 1/3 以確保鈣質內容; (註 3) 深藍色蔬菜至少佔 1/2 以確保鈣質內容; (註 4) 選擇高維生素 E 堅果種子的種類, 如核桃仁、杏仁、杏仁露、腰果、松子、椰子。

健康餐盤-107國建署



乳品類

每天早晚一杯奶

每天1.5-2杯
(1杯240毫升)



水果類

每餐水果拳頭大

在地當季多樣化



蔬菜類

菜比水果多一點

當季且1/3選深色



堅果種子類

堅果種子一茶匙

每餐一茶匙，相當於大拇指第一節大小
約杏仁果2粒、腰果2粒
或核桃仁1粒



豆魚蛋肉類

豆魚蛋肉一掌心

豆 > 魚 > 蛋 > 肉類



全穀雜糧類

飯跟蔬菜一樣多

至少1/3為未精製全穀雜糧之主食



* 素食聰明吃

- * 1. 不吃乳品類的素食者，記得從豆(蛋)類攝取足夠蛋白質，每餐約1又1/3掌心的量。
- * 2. 深色蔬菜可提供較豐富的維生素、礦物質，例如：鈣質。
- * 3. 素食者容易缺乏的維生素 B12 可以從藻類中獲得，尤其是紫菜含量最多。
- * 4. 菇類有較豐富的維生素 D，幫助鈣吸收。

地中海飲食

- * 低熱量
- * 偏重天然食材
- * 天然調味
- * 簡單烹飪

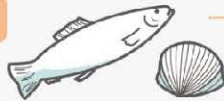
每日必吃

全穀類、水果、蔬菜、豆類、
香辛料、堅果類、健康的油脂
(主要是橄欖油)



每週至少吃

兩次魚貝類



每週適量吃

乳製品 (發酵佳)
蛋、白肉



盡量少吃

紅肉、
甜食



喝足夠的水

1.5-2 公升



適量飲酒

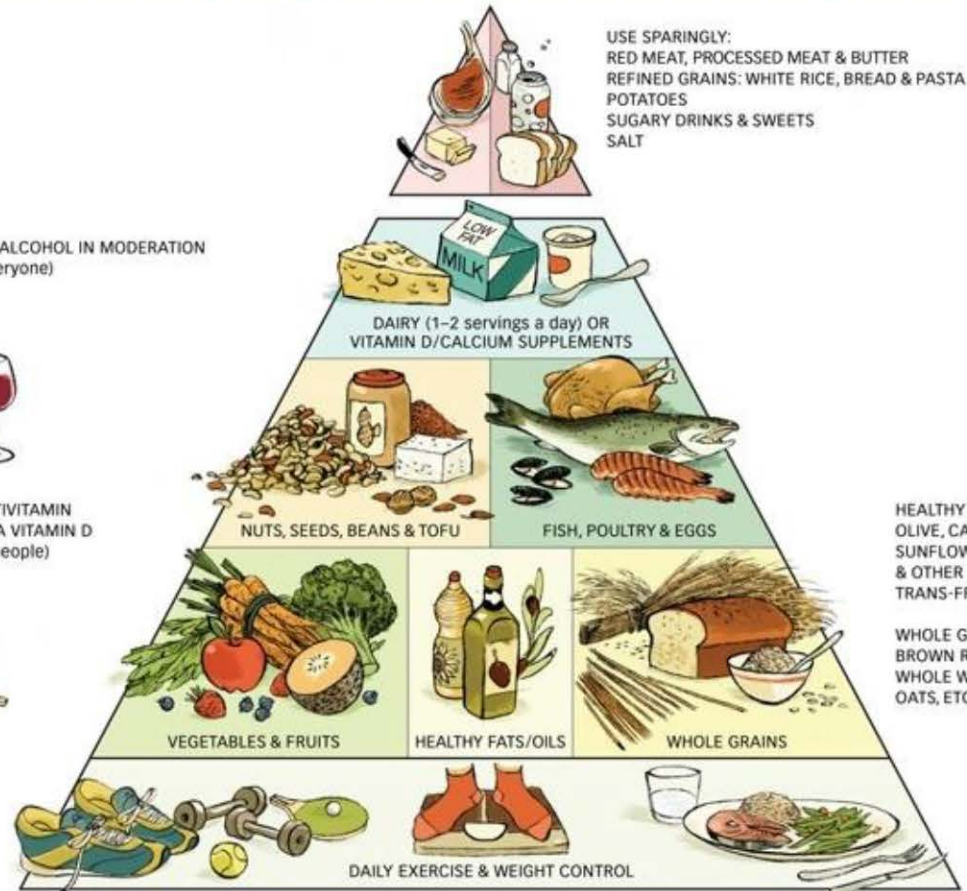
紅酒為一般
常喝的酒



OPTIONAL: ALCOHOL IN MODERATION
(Not for everyone)



DAILY MULTIVITAMIN
PLUS EXTRA VITAMIN D
(For most people)



For more information about the Healthy Eating Pyramid:
WWW.THE NUTRITION SOURCE.ORG

Copyright © 2008

老年人每天需要多少蛋白質？

- * 推薦的成人參考營養素攝入量
Reference Nutrient Intake (RNI) 為每天每公斤體重0.83克蛋白質。
- * 與年輕人相比，老年人應增加蛋白質攝入量。老年人每天每公斤體重攝入1.0克至1.2克蛋白質

Vitamin D

- * 血清25OHD濃度建議需超過 50 nmol/L(IOM, 2011)。
- * 中老年人維生素 D 低於50 nmol/L，與老年衰弱指數間有強烈正相關
- * 骨質疏鬆症、髖關節骨折或椎骨骨折者，有較高比例有維生素 D 不足 (<30 nmol/L) 的現象 (Hwang et al., 2014)
- * 每日維生素 D 攝取量大於 5 μg 對正常體位的停經前婦女，其罹患乳癌的風險顯著較低(M. S. Lee et al., 2011)
- * 血清 25OHD 濃度與糖尿病的全因死亡風險呈負相關強 (Chien et al.,2015)
- * 腎臟保護的功能、心臟血管保護的功能、免疫調節的功能及預防癌症的功能等

表三：與維生素D缺乏或不足相關的疾病

分類	疾病
肌肉骨骼系統	
骨骼疾病	佝僂病(rickets)、軟骨症及骨質疏鬆症等
肌肉疾病	肌肉功能不良、無力及疼痛等
其他相關疾病	跌倒及骨折等
免疫系統	
自體免疫疾病	第一型糖尿病、多發性硬化症(multiple sclerosis)、發炎性腸病(inflammatory bowel disease)、紅斑性狼瘡及風濕性關節炎等
過敏性疾病	溼疹等
感染性疾病	結核菌感染、病毒感染及上呼吸道感染等
神經系統	憂鬱、阿茲海默症及精神分裂症等
呼吸系統	慢性阻塞性肺病、氣喘、間質性肺疾病及囊性纖維化(cystic fibrosis)等的嚴重度、不良的肺功能、肺部感染或癌症等
心血管(循環)系統	心臟肥大、高血壓、冠狀動脈疾病、鬱血性心衰竭，周邊動脈疾病等
肝膽系統	脂肪肝、慢性肝臟疾病的發炎、纖維化及嚴重度、肝臟疾病引起之骨病變等
代謝症候群相關疾病	代謝症候群、肥胖、血脂異常及第二型糖尿病等
癌症	直腸大腸癌、乳癌及攝護腺癌等
皮膚表皮系統	異位性皮膚炎、白斑及乾癬等
腎臟泌尿系統	蛋白尿、慢性腎臟病及腎功能惡化等
生殖系統	女性：不孕、試管嬰兒胚胎植入(in vitro fertilization, IVF)的結果、多囊性卵巢症候群及其表現等 男性：精子及精液的品質不良、睪丸病變及不孕等
不良的懷孕結果	妊娠高血壓、妊娠糖尿病、早產兒、體重不足(small-for-gestational age)、子女的骨骼病變及氣喘等
死亡率	心血管疾病、癌症及呼吸系統疾病的死亡率及總死亡率

Vitamin D 建議劑量 800-2000 IU/D

- * IOM建議的每天攝取量(此建議是建立在少量陽光照射及25(OH)D目標值為20 ng/ml的前提下)
 - * 1至70歲為600IU，
 - * 71歲以上為800IU，
 - * 孕婦或哺乳者為600IU，
- * 美國內分泌協會建議的劑量和IOM類似，但對於維生素D缺乏的高危險群建議的劑量則多一些，
 - * 1至18歲為600-1000IU，19歲以上為1500-2000IU
- * 台灣劑量建議
 - * 19歲以上成人之 UL：50 μ g (2,000 IU)/d
 - * 出生至12個月的嬰兒之 UL：25 μ g (1,000 IU)/d
 - * 年齡為1-18歲的兒童及青少年之 UL：50 μ g (2,000 IU)/d
 - * 懷孕及哺乳婦女(年齡範圍14-50歲)之 UL：50 μ g (2,000 IU)/d

個案分享

改善個案營養狀況後並由復健師教導復健活動，個案原本憤世忌俗，慢慢敞開心胸並笑臉迎人，**目前可自行行走5-8公尺。**

- * ADL 80
- * GDS 5

團隊協助轉介**長照居家服務**改善原本雜亂的生活環境、甘霖基金會**送餐服務**讓個案可以溫飽，vit D3+cal

66歲楊阿姨因開刀後導致右膝關節無法行走，僅能靠同居友人協助生活起居感到生不如死



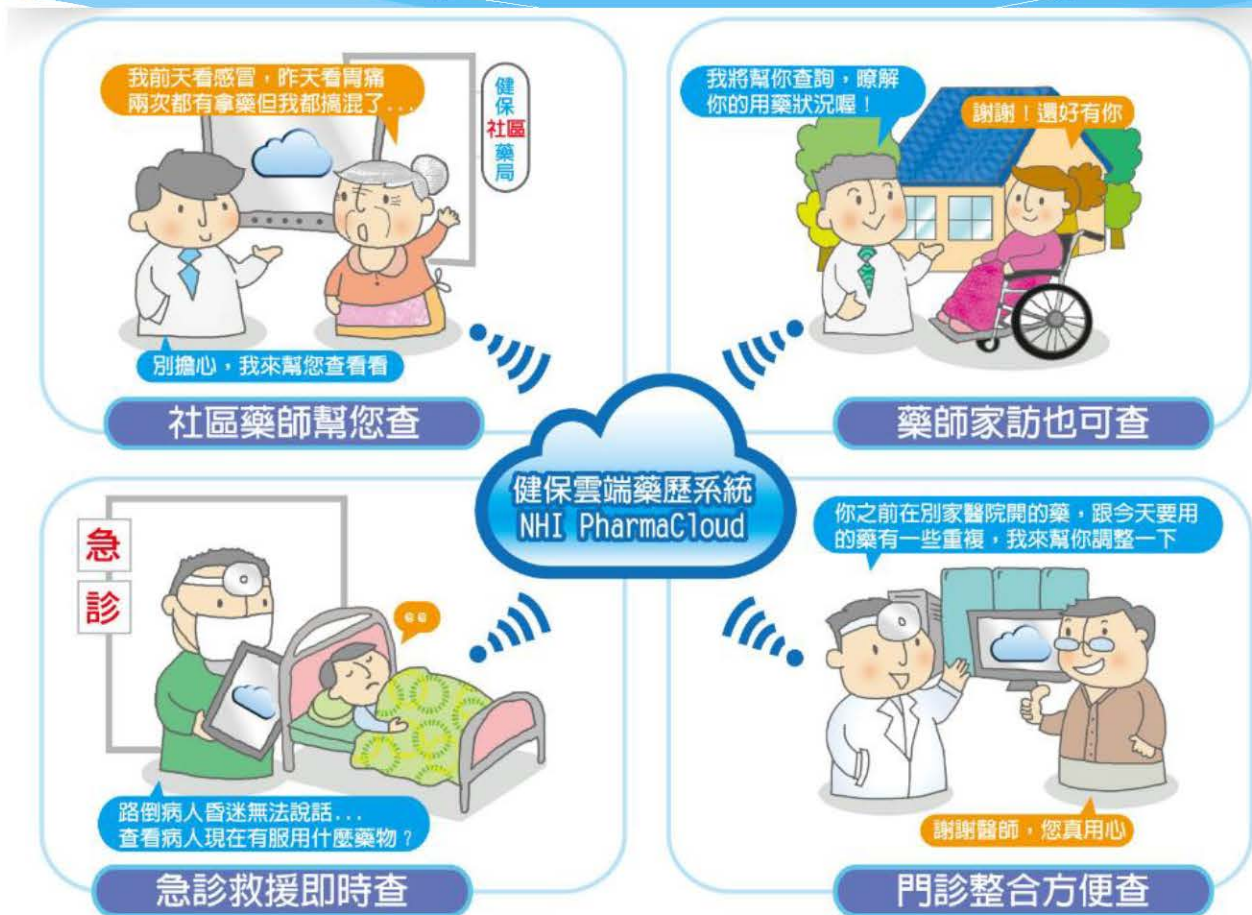
- * ADL 40
- * GDS 12 (無異常 0-4, 憂鬱症狀 5-9, 憂鬱 ≥ 10)
- * MNA-SF 5

藥物－你想治療誰？

- * 考慮非藥物治療
- * Beer's criteria
- * 用藥數應保持在最低必要量
- * 新症狀出現時回顧病患藥歷
- * 途徑、劑量、頻率、或是干擾藥物吸收之交互作用上作些調整
- * 定期監測及評估藥物的療效及毒性
- * 衛教與回覆示教

用藥整理：除須記載實際使用情況及重複用藥、建議以潛在不當用藥(Beers criteria)評估。

- * 健保雲端藥歷查詢
- * 適應症
- * 有效性
- * 安全性
- * 依順性



安寧預立醫療自主計畫

如何啟動預立醫療決定

疑似特定臨床條件之一發生時

2位專科醫師確診
&
緩和醫療團隊至少2次照會確認

符合特定臨床條件之一

-  末期病人
-  不可逆轉昏迷
-  永久植物人
-  極重度失智
-  其他經政府公告之疾病

按預立醫療決定接受或拒絕

1. 維持生命治療：

指心肺復甦術、機械式維生系統、血液製品、為特定疾病而設之專門治療、重度感染時所給予之抗生素等任何有可能延長病人生命之必要醫療措施。

2. 人工營養及流體餵養：

指透過導管或其他侵入性措施餵養食物與水分。

緩和醫療照護

尊嚴善終

- 尊重病人醫療自主
- 保障病人善終權益
- 促進醫病關係和諧

每一個人對自己的疾病，都有知情、選擇與決定的權利。不論您是處於健康或疾病的狀態，請及早與家人及朋友到醫療機構進行「預立醫療照護諮商」，共同討論在五種特定臨床條件下，您希望的醫療照護與善終選項；再簽署「預立醫療決定書」，以確保您的尊嚴善終。

你是重要的，因為你是你！

即使活到最後一刻，
你仍然是那麼重要！

我們會盡一切努力，
幫助你安然逝去；

但也會盡一切努力，
讓你好好活到最後一刻！

—西西里·桑德絲
Dame Cicely Saunders



財團法人(台灣)安寧照顧基金會
中華民國 Hospice Foundation of Taiwan

電話：02-2808-1130 傳真：02-2808-1137

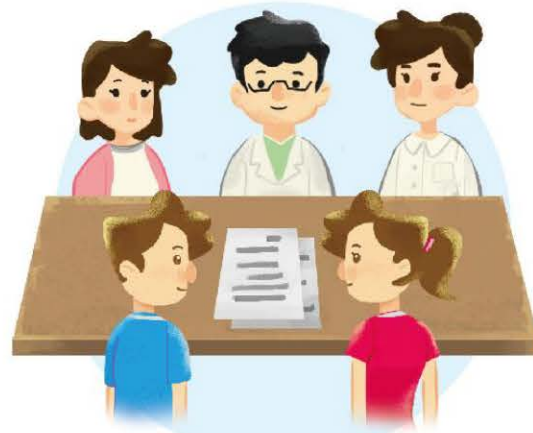
E-mail：hospice@hospice.org.tw

www.hospice.org.tw

LINE@: @tdt9241n

病人自主權利法

預立醫療照護諮商 預立醫療決定



病人自主權利法免付費諮詢專線

0800-008-545

衛生福利部補助
本案係醫療發展基金獎勵
經費來自於品福利健康捐

廣告

向前延伸預防保健，向後延伸安寧照護

社區預防性照顧

- 電話問安、關懷訪視、健康促進、餐飲服務

預防失能或延緩失能之服務

- 肌力強化運動、吞嚥訓練等

失智症照顧服務

- 延緩失智教育、支持與照顧服務；失智日間照顧

家庭照顧者支持服務據點

- 舒壓活動、技巧教學、心理諮詢、支持團體等

出院準備服務

- 長照需求評估，轉介，無縫評估

居家醫療

- 到家中提供醫療、護理、安寧服務

有下列狀況的人， 都可以向各縣市長期照顧管理中心提出申請喔！

失能身心障礙者

領有身心障礙證明（或手冊）
的失能者

55歲以上失能原住民

55歲以上日常生活如穿衣脫襪、進食、
洗澡、平地走動等需協助的原住民

50歲以上失智症患者

50歲以上有表達能力降低、記憶力下降、睡眠障礙、
產生幻覺等疑似失智症狀，或確診為失智症民眾

日常生活需他人協助的獨居老人 或衰弱老人

日常生活如穿衣脫襪、進食、洗澡、平地走動等需協助的
獨居老人；或體重減輕、下肢無力、提不起勁的衰弱老人

65歲以上失能老人

65歲以上日常生活如穿衣脫襪、進食、洗澡、
平地走動等需協助的失能老人



使用服務需要付錢嗎？怎麼計算？



照顧及專業服務

依失能等級每月給付
10,020-36,180元

一般戶：
給付額度 X 部分負擔比率 16%
中低收入戶：
給付額度 X 部分負擔比率 5%



交通接送服務

依失能等級與城鄉距離每月給付
1,680-2,400元

依距離遠近計算
一般戶：
給付額度 X 部分負擔比率 21%~30%
中低收入戶：
給付額度 X 部分負擔比率 7%~10%



輔具及居家無障礙 環境改善服務

每3年給付
40,000元

一般戶：
給付額度 X 部分負擔比率 30%
中低收入戶：
給付額度 X 部分負擔比率 10%



喘息服務


依失能等級每年給付
32,340-48,510元

一般戶：
給付額度 X 部分負擔比率 16%
中低收入戶：
給付額度 X 部分負擔比率 5%

* 低收入戶由政府全額補助，免部分負擔

* 請注意！長照住宿式機構服務使用者不能申請這四類長照服務

沒達失能標準能申請嗎？



王奶奶走路不穩、下肢無力，
有輕微失智症狀，怎麼辦呢？

對於輕微失智或衰弱但生活上可自理的長輩，照管專員會協助連結**失智共照中心、失智社區服務據點、社區照顧關懷據點、巷弄長照站**，提供民眾**失智症照護及預防延緩失能照護**等服務

聘請外籍看護工家庭也可以申請長照服務喔！



原來我們家也可以申請長照，
真是太好了！

- ✓ **交通接送服務**
- ✓ **輔具及居家無障礙環境改善服務**
- ✓ **照顧及專業服務**（額度僅給付**30%**，
且限使用專業服務、到宅沐浴車服務）
- ✓ **喘息服務**（外籍看護工無法協助照顧持續
一個月以上時可申請）

107年12月1日起

擴大聘請外籍看護工家庭使用喘息服務

獨居
僅與外籍看護工同住

主要照顧者
為70歲以上

且被照顧者
經照管中心評估
長照需要等級
為7至8級

外籍看護工短時間休假
可給付喘息服務補助！

放寬原「無法協助照顧達一個月以上者，
始可給付喘息服務」限制！

這樣我就不擔心我家瑪莉
不在時，沒人照顧我了！



家人出現了長期照顧需求

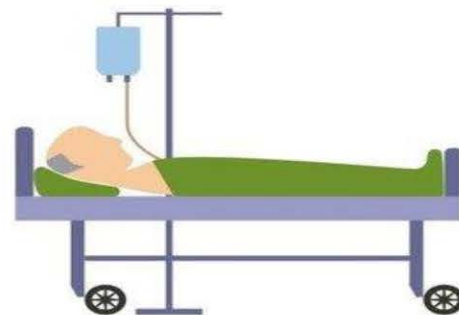
定義：家人身心失能持續或預期達6個月以上者，需生活支持、協助及照顧等。



照顧管理專員到家

評估哪些事？

1. 日常生活活動功能能力 (ADLs)
2. 工具性日常生活活動能力 (IADLs)
3. 溝通能力
4. 特殊及複雜照護需要
5. 認知功能、情緒及行為型態
6. 居家環境、家庭支持及社會支持
7. 主要照顧者負荷



全額補助

核定補助條件

1. 失能程度：依輕、中、重程度，分有1到8級。
2. 經濟狀況：一般戶、中低收入戶、低收入戶。

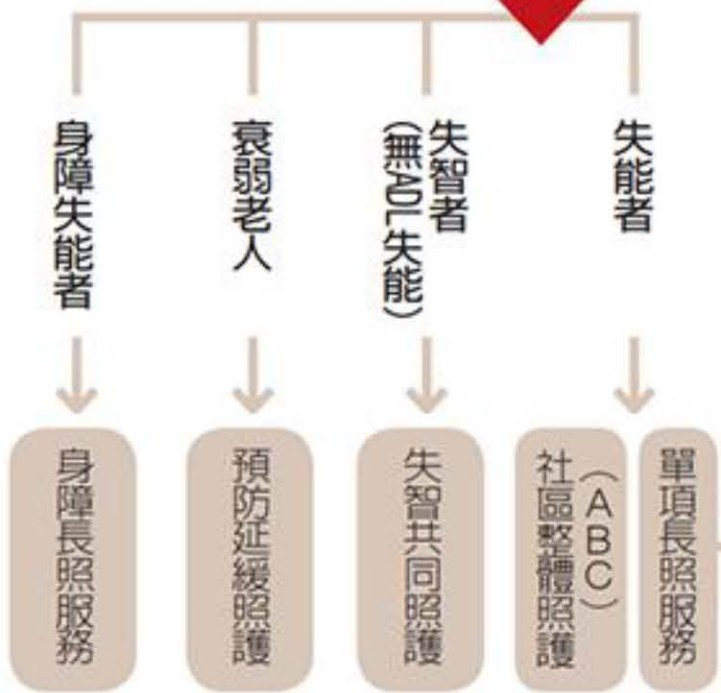
約7到20個工作天，長照服務陸續來囉！

別忘了還有輔具租借及居家無障礙環境改善。

長照補助試算服務

長照2.0自107年起提供「照顧及專業服務」、「交通接送服務」、「輔具服務及居家無障礙環境改善服務」、「喘息服務」等四大項給付服務，簡稱「長照四包錢」。為幫助民衆善用長照補助，中華民國家庭照顧者關懷總會特別開發線上程式，讓您秒懂政府新補助並試算服務組合。





單項長照服務項目

- | | |
|----------------------|-------------|
| 1. 照顧服務 | 5. 居家護理 |
| 2. 交通接送 | 6. 居家及社區復健 |
| 3. 餐飲服務 | 7. 喘息服務 |
| 4. 輔具購買、租借及居家無障礙環境改善 | 8. 長期照顧機構服務 |
- (以上 8 項為實際服務內容)

- | | |
|----------------|-------------------|
| 9. 小規模多機能服務 | 14. 銜接出院準備服務 |
| 10. 失智症照顧服務 | 15. 銜接居家醫療服務 |
| 11. 家庭照顧者支持服務 | 16. 原住民族地區社區整合型服務 |
| 12. 社區預防性照護 | 17. 銜接社區整體照顧體系 |
| 13. 預防或延緩失能之服務 | |
- (以上 9 項為整合方式)

長照需要等級(CMS)

進行長照
需要評估

電腦判定長照
需要等級(給付額度)

擬訂照顧計畫

以「照顧管理評估量
表」評估

機構類型	收案人數
全日住宿型	2,626
居家服務型	1,073
居家護理型	585
社區型	1,252
合計	5,536

依據ADLs分數等級、
IADLs障礙項數、心
智障礙、特殊照護、
情緒問題行為分數
等因子，分為2-8等
級

CMS

CMS-C01
(給付額度 X_1)

CMS-C02
(給付額度 X_2)

CMS-C03
(給付額度 X_3)

CMS-C05
(給付額度 X_3)

照顧組合
表

基本日常照顧*單位數
協助沐浴*單位數
營養照護*單位數

家務協助*單位數
安全看視*單位數
餐食照顧*單位數

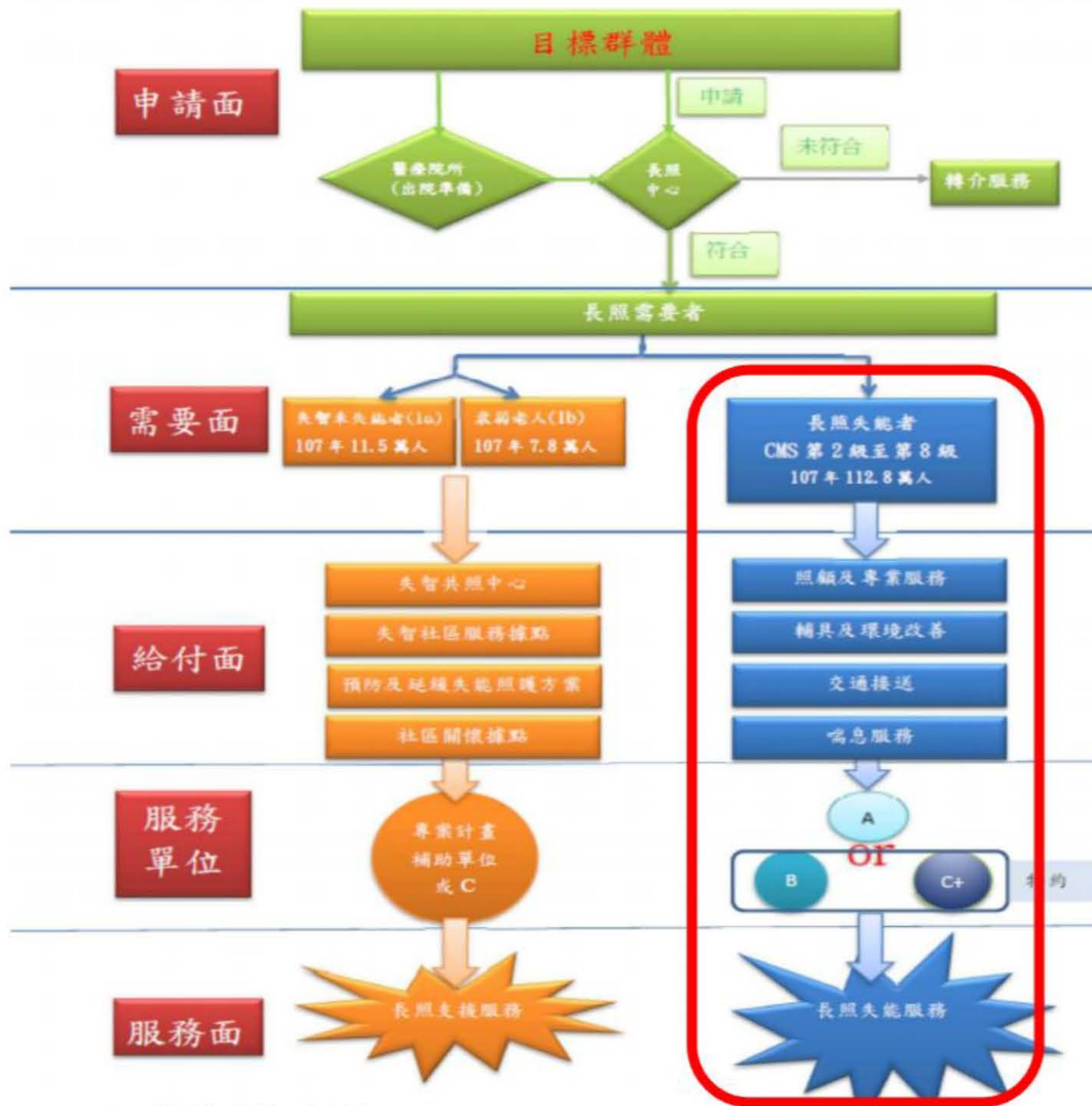
外籍看護工申請

特定身心障礙項目 持重度身心障礙證明

- * 1. 平衡機能障礙
- * 2. 智能障礙
- * 3. 植物人
- * 4. 失智症
- * 5. 自閉症
- * 6. 染色體異常
- * 7. 先天代謝異常
- * 8. 其他先天缺陷
- * 9. 精神病
- * 10. 肢體障礙（限運動神經元或巴金森氏症等二類疾病。但曾聘僱外籍家庭看護工者，不在此限。）
- * 11. 罕見疾病（限運動神經元疾病。但曾聘僱外籍家庭看護工者，不在此限。）
- * 12. 多重障礙（至少具有前十一項身心障礙項目之一）

醫療團隊認定須24小時照顧者各項病症需要

- * 被看護者年齡未滿80歲，有全日照護需要。
- * 被看護者年齡滿80歲以上未滿85歲，有嚴重依賴照護需要或全日照顧需要。
- * 被看護者年齡滿85歲以上，有輕度以上依賴照護需要。



分進合擊、相互備位

	整合門診	單科/社區
個案狀態	1. 多科-(3種(含)以上慢性病，並經2位(含)以上醫師看診 2. 多重用藥-慢性病之藥品品項數合計達10種(含)以上，並經2位(含)以上醫師看診	1. 整合穩定後分流
個案分流轉介(衛&福)	+++	++
專業諮詢-專業vs專業	+++	++
專業諮詢-專業vs民眾	V	V
3C2A個案管理	V	V
風險偵測與下降	V	V
急症處置	+++	+++
慢性病控制	+++	+++



整合門診診治分級分流轉介概念



