

行政院國軍退除役官兵輔導委員會  
彰化榮譽國民之家保健組

101 年度研究報告



題目

如何運用機構六項品質監測指標  
評估執行成效並做全面改善方案

研究人員：保健組長 費廣明  
護理師 張淑真

中華民國 101 年 10 月

# 研究者簡述（一）

姓名：費廣明

單位：彰化榮譽國民之家保健組

專長：醫院管理/醫療管理/企業管理/公共衛生

學經歷：

1. 教育部部定講師
2. 中華民國失智者照護協會副理事長
3. 中臺科技大學管理學院兼任講師
4. 靜宜大學資訊學院兼任講師
5. 老人福利照顧機構評鑑指導老師
6. 教育部樂齡學習資源中心講師
7. 台灣醫務管理學會會員
8. 中華民國醫務管理師
9. 台灣長期照護管理學會會員
10. 台灣憂鬱症防治協會會員
11. 靜宜大學企業管理研究所醫療管理組
12. 中國醫藥大學醫務管理學研究所
13. 國防醫學院（衛）1974年班
14. 國家考試衛生環保行政職系及格
15. 前行政院退輔會埔里榮民醫院醫務行政室主任
16. 前行政院退輔會埔里榮民醫院兼資訊室主任
17. 前台北衛勤學校教務處處長
18. 國防醫學院兼任老師
19. 前國軍台中（803）總醫院軍醫官
20. 前國軍軍醫上校
21. 榮獲史懷哲醫療奉獻獎 921 救災醫療團隊代表受獎
22. 榮獲靜宜大學企業管理研究所傑出校友
23. 榮獲國防醫學院民國 100 年傑出校友
24. 靜宜大學校友總會常務理事
25. 靜宜大學中彰投校友會理事長
26. 靜宜大學 EMBA 校友會理事
27. 國防醫學院校友總會（衛）分會副會長
28. 國防醫學院中區校友會常務理事

## 研究者簡述（二）

姓名：張淑真

單位：彰化榮譽國民之家保健組

專長：護理師/健康管理/健康照護/保健員

學經歷：

1. 亞洲大學健康管理研究所碩士
2. 彰化榮家保健組保健員
3. 彰化基督教醫院急診護理師
4. 台大醫院燙傷加護病房護理師

# 如何運用機構六項品質監測指標 評估執行成效並做全面改善方案

## 摘要

人口老化已是全球性的趨勢，我國自 82 年起邁入高齡化社會以來，65 歲以上老人所占比例持續攀升，伴隨人口老化以及社會變遷，國內長期照護機構的需求已普遍存在，輔導會 18 家榮民之家，亦屬於長期照護的一環，長期照護六大指標：非計畫性體重改變、壓瘡、跌倒、非計畫性轉至急性醫院住院、院內感染及身體約束，是針對長期照護機構的品質指標，2010 年將六項品質指標項目納入正式評鑑，藉由評鑑來提升長期照護的品質，內政部修訂的老年福利機構評鑑指標已加入了疼痛評估來提升服務品質，本榮家收集 2 年資料統計分析仍有許多需要更精進的地方，如需以住民為中心的全人照顧模式，全面化的確保品質，應透過結構面、過程面及結果面三層面來提升機構的照護品質，而非僅是品質指標結果的呈現，因此長期照護專業人員在職教育訓練，應加強有系統的全面品質管理課程，強化人員對品質的了解，提升長期照護的品質。

關鍵字：品質指標、跌倒、壓瘡、約束、感染、非計畫性轉致急性醫院住院、

非計畫性體重改變

# 目

# 錄

第一章 緒論 . . . . .	1
第一節 研究動機與背景.....	1
一、研究動機.....	1
二、背景分析.....	1
第二節 研究目的.....	2
第二章 文獻探討 . . . . .	3
第一節 跌倒指標.....	3
一、老人跌倒現況.....	3
二、老年人跌倒預測因子.....	4
三、跌倒發生情形(時間、地點及傷害程度).....	5
四、老人跌倒之預防介入.....	6
第二節 非計畫性體重改變.....	8
第三節 壓瘡指標.....	9
第四節 非計畫性轉至急性醫院住院.....	11
第五節 約束指標.....	11
第六節 感染指標.....	17
第三章 材料與方法 . . . . .	19
第一節 研究對象與範圍.....	19
第二節 品質監測設計.....	19
第三節 六項品質指標的定義及測量方法.....	20
一、非計畫性轉至急性醫院住院指標.....	20
二、非計畫性體重改變指標.....	23
三、約束指標.....	27

四、跌倒指標.....	31
五、感染指標.....	34
六、壓瘡指標.....	38
<b>第四章 研究結果 .....</b>	<b>41</b>
第一節 跌倒指標.....	41
一、跌倒描述性統計.....	41
二、卡方檢定.....	50
三、跌倒身體傷害嚴重程度迴歸統計.....	51
第二節 非計畫性體重改變.....	51
一、非計畫性體重改變指標監測.....	52
二、住家榮民體位測量統計表.....	53
第三節 壓瘡指標.....	53
第四節 非計畫性轉至急性醫院住院.....	53
一、非計畫性轉至急診醫院住院指標監測年統計表.....	54
二、非計畫性轉至急診醫院住院統計表.....	55
三、非計畫性轉至急診醫院反覆住院人數統計.....	56
第五節 約束.....	57
一、約束的描述性統計.....	57
二、約束原因、持續時間等統計.....	59
第六節 感染指標.....	60
一、院內感染人數統計.....	60
二、疑似感染個案統計.....	61
<b>第五章 討論 .....</b>	<b>62</b>
第一節 跌倒.....	62
第二節 非計畫性體重改變.....	63
第三節 壓瘡.....	63
第四節 非計畫性轉至急性醫院住院.....	64

第五節 約束.....	64
第六節 感染.....	65
<b>第六章 結論與建議.....</b>	<b>67</b>
第一節 跌倒指標.....	67
第二節 非計畫性體重改變.....	69
第三節 壓瘡指標.....	70
第四節 非計畫性轉至急性醫院住院.....	70
第五節 約束指標.....	70
第六節 感染指標.....	72
第七節 結論.....	72
<b>參考文獻.....</b>	<b>74</b>
中文文獻.....	74
英文文獻.....	76
<b>附件表單.....</b>	<b>78</b>
跌倒事件處理紀錄表.....	78
跌倒高危險評估與護理措施表.....	79
新進榮民簡易營養評估單.....	80
非計劃性體重改變收案單.....	82
壓瘡簡易評估表.....	83
榮民感染症狀評估單.....	84
疑似疥瘡病患及環境處理報告表.....	85
追蹤身體狀況異常榮民改善報告表.....	86
身體約束評估紀錄單.....	87
身體約束情況登錄表.....	88
單次約束使用評估紀錄單.....	89
約束鬆綁監測紀錄.....	90
個別化護理計畫.....	91

護轉榮民就醫概況表 .....	92
非計劃性轉至急性醫院住院登記表 .....	93
住民轉急診住院報表 .....	94

# 第一章 緒論

## 第一節 研究動機與背景

### 一、研究動機

人口老化已是全球性的趨勢，我國自 **82** 年起邁入高齡化社會以來，**65** 歲以上老人所占比例持續攀升，**100** 年底已達 **10.9%**(行政院主計處)，伴隨人口老化以及社會變遷，國內專家及學者對於長期照護需求調查結果顯示，國內長期照護機構的需求已普遍存在，且使用率逐年升高，輔導會有 18 家榮民之家，**101** 年 1 月內住就養人數為 **8385** 人(輔導會統計資料)，佔床率已達 **90%**，依據內政部社會司老人福利需求推估，長期照護機構數量已逐漸足夠，因此確認及維護機構的照護品質，為當前之要務及未來發展的首要考量。財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會於 **1999** 年引進美國馬里蘭州醫院協會所主導的醫療品質指標計畫(長期照護六大指標：非計畫性體重改變、壓瘡、跌倒、非計畫性轉至急性醫院住院、院內感染及身體約束)，是針對長期照護機構的品質指標，台灣長期照護專業協會於 **2002** 年提出本土版長期照護品質六項指標，因評鑑是管理機構品質重要策略之一，所以內政部於 **2007** 年將台灣長期照護專業協會六項品質指標項目納入評鑑加分題，並於 **2010** 年將六項品質指標項目納入正式評鑑，藉由評鑑來提升長期照護的品質。

### 二、背景分析

長期照護品質是一項複雜的問題，引響品質的因素非常多元，包括：員工訓練不足，個案評估不正確、錯誤的照護技術及鬆散的法規管理，皆會影響整體的照護品質(張，**2010**)。

學者指出內政部雖然於 **2010** 年評鑑將長期照護六項品質指標納入，但評

鑑中發現多數機構僅依指標將數字算出百分比，對此結果的成因與後續對品質的影響多不清楚，整體品質管理之能不足(張，2010)，因此對長期照護品質的提升效果不彰。品管大師 **Donabedia(1980)**提出照護品質包括結構、過程、結果三個層面，而長期照護六大指標包括非計畫性體重改變、壓瘡、跌倒、非計畫性轉至急性醫院住院、院內感染及身體約束(台灣長期照護專業協會，2009)，而六大品質指標依據此三層面的探討，學者提出在結構面包括環境設施、人員素養及作業規範等，過程面為人員執行業務概況，臨床技術的安全穩定與標準化，評估紀錄的正確完整性等，結果面為壓瘡、跌倒、感染及約束等盛行率(張，2010)。

經濟合作暨發展組織 (**Organization for Economic Cooperation and Development,OECD**) 在 2005 年提出，人是品質確保系統中最重要影響因素品質，具有品質管理概念的員工，才可能執行有效的品質管理工作，因此運用品質指標檢視照護成果的閾值，對於照護品質的測量非常重要，可強化執行成效及潛在問題探討，而品質指標的應用也是機構品質保證及改善活動的一部份，可視為常規性檢視過程的一部份，照護實務的研究基礎，政策決定者的參考指引(**Karon & Zimmerman，2000**)。

## 第二節 研究目的

收集彰化榮家自 99 年 7 月份訂立六大品質指標程序，收集住民於榮家居住時所發生的跌倒、約束、壓瘡、非計畫性住院、院內感染，體重改變等，探討機構屬性、住民屬性與品質指標之間的相關性，藉以提供品質指標的全面改善方案。

## 第二章 文獻探討

### 第一節 跌倒指標

#### 一、老人跌倒現況

老年人發生跌倒次數及傷害嚴重度隨年齡增加而增加，在美國依年有超過 1 三分之一的 65 歲以上老人發生跌倒(Tinetti, 2003)，國內研究報告也顯示 65 歲以上老人跌倒比例為 10-20%，根據 2010 年衛生署統計，台灣地區 65 歲以上老年人口主要死亡原因，事故傷害亦為老年人十大死因之一，而意外墜落為事故傷害第三位，統計資料顯示每十萬人口意外墜落為 5.1%，其中 65 歲以上老年人佔了 98.9%，而根據美國疾病管制局 2010 年資料顯示意外傷害死因的第一位為跌倒，而老年人跌倒是最常見的非致死性外傷的入院原因 (CDC, 2010)，由以上資料可知，老年人跌倒是一項非常重要的議題。

研究指出 65 歲以上居住於社區中跌倒發生率為 6.3-32%(梁等、2005，張等，2003，黃等，2005，林，2008)，護理之家老人跌倒的發生率為社區老人的 3 倍( (Sieri, & Beretta,2004) )，跌倒老人中，18.9%未受傷，53.9%為輕傷及 27.3%為重傷，而國外則是將近有 40-60%的人曾經受傷，大約有 30-50%的人是輕傷，5-6%的人是骨折，甚至有 1%的人是嚴重的髕骨骨折。在護理之家曾經跌倒的老人中，也有 10-25%的人有骨折或是嚴重到要住院(梁偉

成、紀煥庭、胡名霞、林茂榮，2005；Vu, Weintraub & Rubenstein,2005），因此跌倒對老年人會造成身體的傷害，亦會影響到心理，因跌倒會造成恐懼，害怕再度跌倒而行動受限，且自信心降低而變的較依賴（林茂榮、王夷暉，2004）。

## 二、老年人跌倒預測因子

研究說明老年人跌倒原因分為內在因子與外在因子，內在因子包含生理因子、心理因子與藥物因子，外在因子則主要為環境因子(張等，2009)。生理因子含年齡、性別、步態、平衡、視力退化、本體感覺障礙（如周邊神經病變與頸部的退化性疾病）、內耳前庭系統障礙（主要為良性姿勢性眩暈症）、感覺神經的退化、各器官系統的老化或病變及生理性疾病（如心臟病、呼吸系統疾病、代謝疾病、失智症）、任何會影響中樞神經功能的疾病（中風、巴金森氏症、常壓水腦症等）、關節炎、脊髓損傷、姿勢性低血壓（症狀）、頭暈與暈厥等(張等，2009)；心理因子則主要為憂鬱症及害怕再次跌倒(林茂榮、王夷暉, 2004;)；藥物因子則為易引起頭暈、目眩、低血壓、四肢無力的藥物，長者使用安眠藥、抗憂鬱藥物、利尿劑、降血壓藥物、鎮靜劑、降血糖藥物、酒精等均會增加跌倒的機會(張哲誌 & 周騰達, 1994)，根據調查顯示，65歲以上老年人口中患有高血壓患者比例為37.7-43.5%（黃少君等，2005）。不安全的外在環境如光線不良、地板濕滑、高低落差等都會造成跌倒。

造成失智長者容易跌倒的因素有：大腦退化所致平衡障礙、藥物的副作用、心血管疾病與環境等(黃惠璣等，2007)。某些研究者指出：40%-60%的失智患者每年曾跌倒一次，其發生率為非失智老人的兩倍（劉秀枝，2001）。

楊於 2008 年整理跌倒的危險因子包括疾病、身體狀況、家居環境、公共環境、及不穩定的處境等。

疾病：視力不佳、低血糖、中風、頭暈/暈眩、失智症、低血壓、心臟病、巴金森症、用藥不當、關節炎等。

身體狀況：體能差、注意力不集中、平衡功能差、營養不良、體位覺差、動作配合不當、保護反應慢。

衣物鞋具：衣物太長、太短、太緊、太鬆、鞋具不合適、眼鏡不合適、影響視力及焦距調整。

家居環境：地面積水光滑、照明不夠、堆放障礙物、油污、地面材質光滑、地毯鬆動、樓梯搖晃、無適當護具或保護設備。

公共環境：路面積水光滑、照明不明亮、樓梯搖晃、沒有扶手、環境溫度低、突然有人或動物撞擊等。

不穩定的處境：站在不平穩物體上，如椅子、桌子、行動中的車子、搖擺不定的樓梯或橋面上。

### 三、跌倒發生情形(時間、地點及傷害程度)

研究指出老人跌倒發生以其平常活動時間及範圍為多，蔡等 2002 研究發

現在下午午休後至傍晚時分，常是其活動筋骨時間，因此發生跌倒時間以中午十二時至下午六時為多，老人跌倒事件的主要發生場所為住家，以跌倒場所而言，健康老人於室內跌倒地點以浴室最高、其次為樓梯、廚房、走廊、臥室；行動不便的老人則以臥室最高，其次為浴廁、客廳、走廊(張等，2009)。江等亦指出跌倒發生時段以白班居多佔 45.0%，小夜班為 40.0%，大夜班為 15.0%；最常發生跌倒的地點在住民臥室床旁，為 55.0%，房間內廁 15.0%(江等、2011)。

跌倒發生傷害程度，分為無傷害、輕度傷害(一級)、中度傷害(二級)、重度傷害(三級)，江等研究顯示無傷害佔 60.0%，輕度傷害佔 30.0%，中度傷害為佔 0.0%，重度傷害為佔 10.0%，分別造成住民髖骨骨折、腰椎壓迫性骨折，需轉急性醫療機構進行治療(江等、2011)。

#### 四、老人跌倒之預防介入

老化使老年人之感官系統退化、肌力降低、平衡與步態之功能明顯下降，增加意外跌倒之風險。適當之跌倒風險因子篩檢與評估對其跌倒之預防及介入非常重要(魏、2008)。

降低跌倒事件的方法，包括：改善醫療院所環境、加強高危險群病人評估及照顧、提供適當活動，並加強老人之步伐訓練及肌肉力量、增加身體柔軟度、提高平衡力運動外，還要加強病人衛生教育，向病人解釋易跌倒的情況，經由預防跌倒課程提供相關預防跌倒之事，不僅能降低害怕跌倒程度亦

能降低跌倒發生率（曾，2009）。運動訓練亦能有效降低社區老人的跌倒，長期的運動對跌倒預防效果很重要，降低的幅度的差異來自老人特性與運動內容的不同，因此醫師或治療師應針對每位老人的特性給於適當的運動處方，才會達到預防或減少跌倒的目的。

楊指出落實預防跌倒的四大項目(楊榮森、2008)：

健康生活型式：作息正常，早睡早起，衣物鞋具皆合適安全，飲食均衡，注意骨骼保健，日常飲食攝取足量鈣和維生素D。戒菸，戒酒。

疾病控制與服藥：基本疾病的控制及改善，改善身體上的功能障礙，心理上的障礙，定期接受身體和眼睛檢查，並適當控制。遵守服藥規範，詢問相關服藥副作用，藥物須明確標示，放在明亮處。

運動：遵循醫師或物理治療師指導，從事平衡訓練，姿勢訓練，活動調整等，以改善平衡功能，協調功能和肌力，但須注意運動場所安全，以減少跌倒。

改善環境：改造家居環境及公共場所環境，加裝保護設施(如扶手桿)，照明足夠。地面及通道不可堆放雜物，浴缸地面使用止滑材質。容易跌倒處漆上亮麗顏色；定期檢查地毯和樓梯鬆動現象，浴室及廚房保持乾燥及乾淨。

## 第二節 非計畫性體重改變

老化伴隨著許多生理變化，包括口腔健康、體組成、感官功能的衰退等，都和老人的營養有著密切的相關性。研究指出自由活動的老人營養不良盛行率約5-10%，進住機構及無法自由活動老人的營養不良盛行率達30-60%，主要問題包括蛋白質熱量營養不良、缺鐵性貧血、體重過輕或肥胖，以及維他命及礦物質不平衡。

慢性病與長期飲食型態脫離不了關係，如、糖尿病、高血壓、冠狀動脈疾病、中風、骨質疏鬆、便秘等，根據台灣社區及機構老人慢性疾病數之研究調查結果，指出機構老人罹患慢性病數高於社區老人(戰等、2002)。

老人營養評估，可藉由體位測量及迷你營養評估表來評估老年人肥胖及營養問題，體位測量項目為身高、體重、身體質量指數(BMI)、腰圍、臀圍、腰臀圍比、上臂中圍、小腿圍、三頭肌皮下脂肪厚度。根據世界衛生組織定義，BMI 為衡量肥胖之標準，計算方法為體重(公斤)除以身高(公尺)的平方， $BMI < 18.5$  為體重過輕， $18.5 \leq BMI < 24$  為健康體位，體位異常包括過重： $24 \leq BMI < 27$ ，輕度肥胖： $27 \leq BMI < 30$ ，中度肥胖： $30 \leq BMI < 35$ ，重度肥胖： $BMI \geq 35$ 。

迷你營養評估表(MNA)為一整合性與簡單方便的老年人營養狀況評估工具，滿分為30分，小於17分表示營養不良，介於17-23.5分表示有潛在營養不良的危險，分數大於24分表示營養狀況良好(Guigoz Y, 1996)。

老人的非刻意體重下降是指老人在過去 30 天內，在沒有刻意減重的情

況下，體重下降超過原有的5%或以上；過去120 天內，體重下降超過原有的10%或以上；或在6-12 個月內，體重下降超過原有的5%或以上， 會造成免疫力下降、降低生活品質，增加罹病率及死亡率(蘭等，2011)。研究指出非刻意體重下降在65歲以上老人為15.0-20.2% ( Alibhai et al.,2005 ) ，歐洲研究居家照護老人又13%發生非刻意體重下降(Sorbye et al.2008)。阿滋海默症患者當中，每10人就有3人在6個月後體重減輕至少5公斤(Guérin et al.2005) 。

蘭等於2011探討的文獻中指出，非刻意體重下降的老人乃是感染、憂鬱症與死亡的高危險群，體重下降4%，在臨床上即具有重要意義，護理之家的老人體重下降10%後，死亡率在6個月內明顯較高，一個月內體重降低5%的安養院老人，其死亡風險增加4倍，因此長期照護機構需要須以簡單體位測量找出死亡風險增加的老人，給予適當的營養，降低死亡情況。

老年人非刻意體重下降的原因又精神異常、癌症、良性胃腸失調，藥物作用、神經失調、其他等，當老人發生體重下降時，找出原因並針對危險因素加以治療，給予營養支持以解決問題。

### 第三節 壓瘡指標

壓瘡雖僅為人體局部組織的損傷，卻會引發不適，亦增加感染機會，進而危及患者生命，並造成醫療上沉重負擔，因此許多文獻皆致力於探討壓瘡的起因，並嘗試各種預防與處理壓瘡的方法，試由各層面著手，將損害降至

最低，行政院衛生署於91年研究結果顯示壓瘡的盛行率在安養/養護機構約為6.0%，而壓瘡產生的危險因子為白蛋白低，血色素低，移動力差及摩擦力/剪力大。壓瘡傷口以第一期及第二期傷口佔多數，壓瘡部位以尾椎處最多。

壓瘡的發生是由個體局部皮膚受外界持續的壓力與摩擦力，使該區域血液及淋巴腺阻塞，微血管內血流降低，組織因而缺氧，而血液灌流下降，無法有效移除新陳代謝所產生的廢物，使組織發生酸中毒，血管通透性增加，產生水腫、細胞壞死而產生壓瘡(Makiebust，1987)。

壓瘡傷口的嚴重度可分為四級(趙等、1994)：

第一級：皮膚尚無蒼白的發紅區，當壓力解除後30分鐘，皮膚仍稍呈紫紅色，此期皮膚尚稱完整。

第二級：皮膚初見損傷，在表皮或真皮層呈現表淺性潰瘍，臨床上可看到擦傷、水泡、淺的火山口狀傷口，有部份皮層可能喪失，但未到皮下組織，傷口會痛。

第三級：整個皮層喪失，傷口損傷侵入皮下組織，但尚未侵犯肌膜，會出現硬結、焦痂組織及化膿感染的情形、管形成，臨床上可見深的火山口狀傷口，傷口通常不會痛。

第四級：組織壞死深及筋膜、關節、骨骼，廣泛性潰瘍，具惡臭之滲出液。

陳等(1993)研究針對形成壓瘡因素分析，產生壓瘡的因素有慢性病、不能

自行改變臥姿、年齡、排泄問題、營養、家屬及病患不知造成壓瘡的原因及預防方法。而改善方案有激發主要照顧者及病患之學習動機、改變臥姿、維持良好的營養狀況、換藥的方法入住即開始實施預防壓瘡發生的措施。

#### 第四節 非計畫性轉至急性醫院住院

隨著老年人口比率的攀升，老人因罹患慢性疾病而住院的比率也逐漸提升，目前住院病患中有高達27%為65歲以上老年人(黃等、2009)。老人住院會增加活動受限、營養不足以及院內感染等，若住院天數延長，更加重功能衰退的機會，比率可達30%—60%，因住院所導致的功能衰退，常造成身體永久性活動功能障礙，進而影響生活品質（王等，2004；Hoogerduijn et al., 2007）

趙(2007)針對部份護理之家研究顯示，住民轉住院者35.7%，轉住院的主診斷，以呼吸道感染最多佔39.2%，其次為泌尿道感染佔22.2%。

#### 第五節 約束指標

身體約束起源於精神科用以保護病人安全的一種措施，藉以控制其行為，臨床上，護理人員為避免病人拔管、跌倒及跌倒後引起合併症的醫療疏失，通常會對病人使用約束，部份機構也因人力不足，默許身體約束為合理措施，雖然臨床已證實約束住民不僅未能預防跌倒或減少照護人力，反而容

易增加住民跌倒、受傷、死亡的危險，但身體約束迄今仍被廣泛使用於急慢性醫療及長期照護機構。

約束依其使用方式分為化學性約束及物理性約束，化學性約束是指使用藥物限制或抑制某些行為或活動，物理性約束為使用任何物理或機械方式，限制個人身體自由活動的過程。

目前國內外積極倡導「無約束照護環境」的理念，但我國長期照護機構身體約束盛行率仍居高，黃惠璣等(2008)整理各國機構身體約束的使用率比較：美國身體約束使用率為28%(Bourbonniere et al, 2003)，澳洲身體約束使用率為25.5%(Retsas, 1998)，挪威身體約束使用率為17.0%(Kirkevold&Engedal, 2004)，台灣身體約束使用率為46.6%，其中預防跌倒佔96.5% (張毓珊, 2000)，黃等於2009年針對養護機構研究顯示約束比例高達74.1%，預防跌倒比例最高79.8%，學者整理最常用的約束理由為預防跌倒、預防自拔留置管路、行為紛亂躁動及維持肢體正常功能位置等(李莉, 2009)。

機構住民最常被床欄、安全帶、輪椅餐桌、約束背心、手拍等器具約束，容易導致照護人員對住民使用約束的原因為機構硬體設施有較多障礙物，因而增加住民跌倒機率時，年齡愈大的住民，因依賴程度愈高，愈容易被約束，溝通能力較差者、認知功能差且有問題行為者、有跌倒經驗之住民，照護人員對身體約束的知識不足，不知道運用替代措施等，皆易對住民使用約束措

施(黃惠璣等、2008)。

無約束的環境是長期照護重要的目標，而約束的理由主要是維護住民的安全，因此照顧者應增加了解住民出現不安全行為背後意義的知識，才能夠給予適當的替代性照護措施來維護住民的安全而減少約束，來達到無約束得長期照護環境，要將無約束具體落實在長期照護中，尚需要團隊的合作，郭等建議需成立消除約束的任務團隊，團隊由資深護理師、社會工作人員、物理治療，醫師等跨科組成，提供無約束的專業諮詢，並共同審視機構內約束的策略。

研究指出約束替代措施有許多優點，包括住院天數縮短、照顧人力減少、疾病合併症的降低、住民及家屬滿意度提昇(Clark et al, 1995)。李莉(2009)依照長期照護機構中臨床常見的約束四項理由：預防跌倒、預防自拔留置管路、行為紛亂、躁動及維持肢體正常功能位置，從生理、心理與社會、活動與環境安排等面向，提供照顧者在執行約束前執行約束替代措施的參考，減少住民的約束。

預防跌倒的替代措施(李莉整理 2009)：

生理評估	1. 跌倒高危險評估。 2. 生命徵象的評估。 3. 評估住民ADL 功能，確認下肢肌力功能。 4. 用藥評估：鎮靜劑、利尿劑、降壓藥。 5. 營養狀況評估：Hb、Albumin等。
------	---

	6· 白天定期2-4 小時、夜間就寢前主動協助住民如廁。
心理及社會	1· 加強巡視住民。 2· 增加陪伴及心理安撫。 3· 鼓勵家屬探訪陪伴。 4· 必要時採取一對一照護（可請志工協助）。
活動及環境安排	1· 若為跌倒高危險群住民，應於臥室、輪椅、病歷上作相關標示。 2· 安排增加肌力及平衡力之復健活動。 3· 住民使用的生活用品能方便拿取，如水杯、衛生紙、眼鏡等。 4· 確定住民會使用臥室叫人鈴，而放置的位置是可以自行取得的。 5· 臥床應調至最低，或放置一長條型的踏腳墊在床邊，方便住民上下床。 6· 室內燈光維持充足，夜間應開小夜燈。 7· 夜間可放置尿壺或便盆椅在床邊。 8· 定期檢測設備的功能如輪椅、助行器。

預防自拔留置管路的替代措施(李莉整理 2009)：

生理評估	1· 向住民詳細解釋各項管路的目的是，如鼻胃管、存留導尿管、氣切管、氧氣管等。 2· 確認各項管路的位置正確，避免住民產生不適的感覺。 3· 評估各項管路可能造成的危害反應，如鼻胃管滑脫、鼻胃管繞頸、胃脹氣及出血、泌尿道感染、呼吸道感染。 4· 評估移除鼻胃管、尿管、氣切管路的可行性。
心理及社會	1· 加強巡視住民。 2· 運用固定技巧，固定管路在住民看不到的位置，減少心理壓力。 3· 安排轉移注意力的活動：3-1 播放廣播、音樂。3-2 陪伴聊天、談話、閱讀等。3-3 鼓勵參與活動。3-4 至戶外逛逛。3-5 看電視、DVD。 4· 增加陪伴及心理安撫。 5· 鼓勵家屬探訪陪伴。 6· 必要時採取一對一照護（可請志工協助）。

活動及環境安排	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 安置住民在工作人員易見的範圍。</li> <li>2. 加強巡視住民確定各項管路固定正確位置，避免壓迫、反摺、拉扯牽引，造成住民的不適。</li> <li>3. 確實訓練各項管路照護，如鼻胃管護理、存留尿管護理、氣切護理、氧氣護理等。</li> <li>4. 安排移除鼻胃管、存留導尿管、氣切管移除訓練訓畫。</li> <li>5. 提供舒適的環境：5-1 適當的燈光、室溫。5-2 清潔平整的床單。5-3 適當的臥姿、坐姿、擺位。</li> <li>6. 讓住民易拔管路的手握東西，如握手器、握力球等。</li> </ol>
---------	---

行為紛亂、躁動的替代措施(李莉整理，2009)

生理評估	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 完整的身體評估，評估住民行為紛亂、躁動的原因，如認知改變、藥物、疼痛等。</li> <li>2. 確認住民身體外觀臥姿、坐姿、各項管路位置正常。</li> <li>3. 確認住民需要，如想下床、想喝水、尿布濕了、想上廁所、皮膚搔癢、肚子餓了、想家人等。</li> </ol>
心理及社會	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 執行各項照護及治療前需給予住民詳細說明及解釋。</li> <li>2. 增加住民陪伴、傾聽住民需求。</li> <li>3. 安排轉移注意力活動：3-1 播放廣播、音樂。3-2 陪伴聊天、談話、閱讀等。3-3 鼓勵參與活動。3-4 陪伴至戶外散步。3-5 看電視、DVD。3-6 給予肢體按摩。</li> <li>4. 鼓勵家屬探訪陪伴。</li> <li>5. 必要時採取一對一照護。</li> </ol>
活動及環境安排	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 安排參與各項活動。</li> <li>2. 提供舒適安靜的環境：2-1 柔和的燈光、舒適的室溫。2-2 清潔平整的床單。2-3 適當的臥姿、坐姿、擺位。2-4 增加軟枕支托擺位。</li> <li>3. 滿足住民的個別需求：3-1 想下床：協助住民下床活動。3-2-想喝水：協助飲水、漱口、滋潤嘴唇。3-3 尿布濕了：更換尿布及更換乾淨的衣褲。3-4 想上廁所：協助住民至廁所如廁。3-5 皮膚搔癢：更換棉質衣物、更換乾淨床單或被單、擦拭無香精潤膚乳液、輕拍皮膚減輕搔癢徵狀等。3-6 肚子餓了：提</li> </ol>

	<p>供適量的小點心、飲料。3-7 想家人：聯繫家人探視、以行動電話讓住民與家人通話。</p> <p>4. 提升自我照護功能，安排職能活動訓練日常生活技巧。</p>
--	--

維持肢體正常功能位置的替代措施(李莉整理，2009)

生理評估	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 確認住民肢體功能位置。</li> <li>2. 確認住民肢體位置易造成損害，如頭頸部無法伸展、坐輪椅時足踝會滑落、下肢僵硬足踝交叉壓迫。</li> </ol>
心理及社會	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 加強巡視住民。</li> <li>2. 增加陪伴及心理安撫。</li> </ol>
活動及環境安排	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 提供個別化輪椅符合住民個別需求： <ol style="list-style-type: none"> <li>1-1 高背輪椅：可支托胸、頸、頭部。</li> <li>1-2 輪椅下肢側邊護墊：避免足踝滑脫。</li> <li>1-3 輪椅特殊坐墊、靠背墊等輔具，可維持住民肢體的正常功能位置。</li> </ol> </li> <li>2. 會診職能治療製作個別化副木、支架，維持住民肢體的正常功能位置。</li> <li>3. 可利用軟枕固定及支托肢體。</li> </ol>

郭等提出改善病人約束問題，以 S-P-O 架構說明如何消除約束，在結構(structure)方面指環境改變、輔具改善、機構管理政策、工作人員工作環境等。過程(process)方面為照護措施、使用者與機構成員間互動的人際關係。結果(outcome)是指住民的需求可以被滿足，包括肢體功能的進展、情緒上的支持和飲食需求，照顧者能密切評估住民需求滿意度，身體功能改善程度。

學者指出經過約束縮減介入措施之後，約束的使用由 50%降到 45.7%，介入措施包括物理治療師教導平衡運動、精神科醫師評估、診斷行為問題並

適當調藥、約束教育諮詢及講解(葉等，2001)。加拿大經過四年的追蹤調查，長期照護機構經過身體約束減量課程訓練，約束比例由 30.3%降至 19.7%，效果顯著(李，2009)，因此重視約束的介入措施教育，有助於機構無約束照護觀念的落實。

## 第六節 感染指標

長期照護機構住民多為老年人，普遍有慢性疾病的問題及免疫功能降低等特性，且有不同程度的身體功能限制，器官功能明顯退化，容易造成各類感染，因居住於機構中容易產生群聚感染。

學者研究國內某護理之家感染率年平均約0.5千人日率，感染部位主要為泌尿道感染，其次為全身性感染、呼吸道感染及皮膚感染，感染菌種以大腸桿菌居多(鍾等，2011)，學者彙整文獻說明感染症是最主要造成長期照護機構住民住院及死亡的原因，感染種類依序是泌尿道感染、呼吸道感染、皮膚感染、軟組織感染、腸胃道感染、菌血症，長期照護機構住民發生呼吸道感染機率是一般社區老人的10倍，呼吸道感染是導致機構老人死亡的最大原因，各種感染的盛行率是10%，感染的發生率為每千人日4.1次 (林永捷等，2011)。陳等的研究顯示泌尿道感染發生率為每千人日1.82次，美國流行病學研究泌尿道感染的發生率為每千人日0.32-1.9次。李等研究居家照護個案泌尿道感染的發生率為18.67%。另研究顯示某護理之家的感染發生密度為4.11%，

感染住民平均年齡79.6歲，感染部位中，以泌尿道感染最常見42%，其次是呼吸道感染37.5%，血液感染13.4%。

鍾等提出由結構面、過程面及結果面之醫療品質架構建置感染管制品質監控，在結構面：(1)設置專職人員推動感染管制作業，(2)建立機構感染管制作業規範/感染管制照護指引，(3)住民入住及篩檢作業流程，(4)便利及充足的洗手設備，(5)規劃緊急應變空間/動線管理，(6)院內感染追蹤監測。過程面：(1)舉辦人員感染管制相關教育訓練，(2)新興傳染病防疫演習，(3)查核感染管制相關作業。結果面：(1)感染管制監控，(2)感染管制教育訓練，(3)新興傳染病防疫演習，(4)感染管制查核作業。

長期照護機構住民發生感染症的機會相當常見，改善此一問題是值得重視的議題。老年人感染症的預防勝於治療，預防之道包括注意個人衛生、維持活躍的生活型態、適度的營養、運動及休閒、定期預防注射及健康檢查等，以期能早期發現早期治療，此外應加強慢性疾病的控制及減少不必要的用藥和管路放置，以避免併發症的發生。(林永捷等，2011)

## 第三章 材料與方法

### 第一節 研究對象與範圍

本研究對象是以彰化榮譽國民之家內住榮民為研究對象，我國自 82 年起邁入高齡化社會以來，65 歲以上老人所占比例持續攀升，100 年底已達 10.9 %，由於台灣人口老化之速度明顯快於歐美等先進國家，國民每十人之中就有一人為老人，老人每七人之中就有一人為榮民，老人人口增加所帶來的社會效應，主要為安養護、醫療與照顧的資源與人力。輔導會各安養機構早期為安置大陸來臺單身榮民設立，後來擴大至退役軍人及傷殘官兵，就數量而言，民國 95 年底 65 歲以上榮民的人口數約佔全國老人的 13.4% ，而且對於居住於機構的老榮民通常又較其他的老榮民，在身體功能上更差，經濟安全、資源擁有或社會支持上都較弱勢，機構住民平均年齡為 80 歲以上，普遍都有慢性病、行動問題及照護需求。

榮家安養養護的對象—就養榮民，為年老生活無依著的退伍軍人，他們的青壯時期大都是在戰爭、顛沛的生活中度過，因此大部分的老榮民個性均較為孤僻，不易與人相處，因此榮家居住榮民之養護照顧及精神生活服務有其獨特性。

### 第二節 品質監測設計

品質監測的設計是參考2009年12月長期照顧專業協會出版的機構品質指標操作手冊中的非計畫性轉至急性醫院住院、非計畫性體重改變、約束、跌倒、感染、壓瘡指標及彰化榮家2010年7月制定的彰化榮家六大品質指標程序

書的內容，選擇符合本研究需求的內容，將兩者的內容加以整理合併並整理為符合本研究方法。

### 第三節 六項品質指標的定義及測量方法

(彰化榮家 2010 年 7 月制定的彰化榮家六大品質指標程序書)

#### 一、非計畫性轉至急性醫院住院指標

##### 1、目的：

- 1.1 探討機構住民罹患慢性疾病及潛在之感染問題，以了解長期照護機構住民經常反覆住院的原因予以列入品管指標監測。
- 1.2 有效探討並分析住民非計畫性轉至急性住院照護的原因，以作為機構照護品質改善之依據。
- 1.3 住民因疾病變化及意外事件發生，為使其獲得適切之處置醫療照護，故予以轉至急性醫院住院，以確保住民之安全。

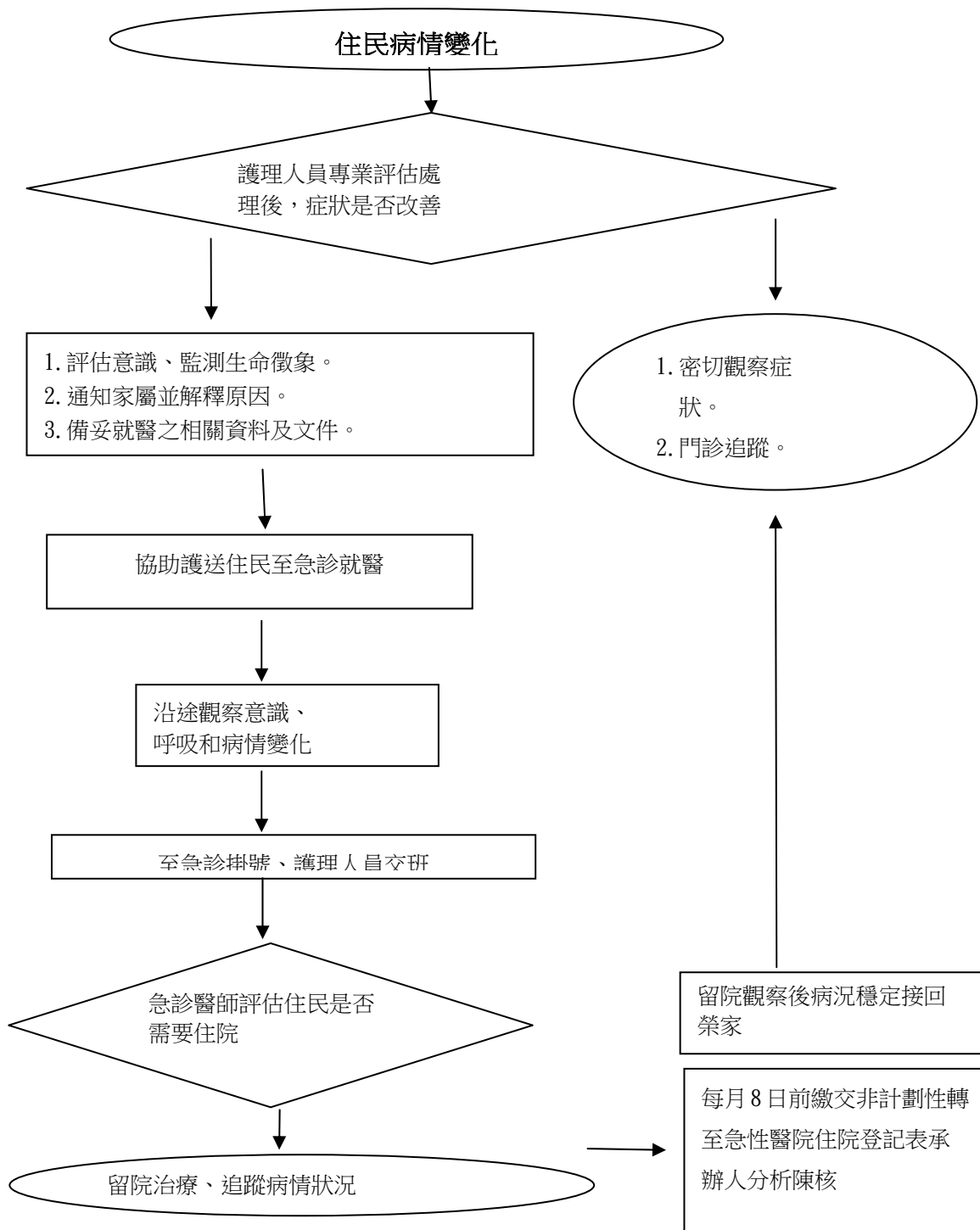
##### 2、適用範圍：

護理人員於照護過程中，評估住民之生命徵象、認知狀態、情緒表現、行為症狀、身體功能等發生改變時，或遇有異常事件（如：跌倒、外傷等）時，依住民需求予以協助即時就醫處置。

##### 3、名詞定義：

「非計畫性轉至急性醫院住院」係指排除無法抗拒的因素，住民非預期性的住院。

#### 4、非計畫性轉至急性醫院住院流程圖



## 5、實施方法：

- 5.1 住民入住後，由當班護理人員及照顧服務員評估住民其生命徵象、認知 狀態、情緒表現、行為症狀、身體功能狀況。
- 5.2 若發現住民有生命徵象、認知狀態、情緒表現、行為症狀、身體功能改變狀況，或遇有異常事件，經詳細評估且與照護團隊討論，確認是否有轉至急性醫院住院之需求。
- 5.3 確認轉至急診性醫院需求後，應立即通知家屬予以說明並請其前來陪同就醫轉診住院。
- 5.4 轉至急性醫院之前工作人員應至少每 30 分檢視住民狀況，並詳加記錄。
- 5.5 護理人員與轉診單位先行口頭交班及就醫概況表等相關資料交給醫院。
- 5.6 護理人員陪同就醫，應隨時觀察住民之意識、呼吸和病情變化、並紀錄救護車上之救護單。
- 5.6 到急性醫院與工作人員親自交班。
- 5.7 返回榮家後登入當月非計畫性轉至急診醫院住院登記表。
- 5.8 隨時追蹤及關懷住院住民之狀況。
- 5.9 任何轉診就醫住院，需將原因詳實紀錄於當月非計畫性轉至急診醫院住院登記表。
- 5.10 緊急救護設備應定期檢核其功能及完整性。

## 二、非計畫性體重改變指標

### 1、目的：

1.1 識別潛在或已存在的營養不良類型及嚴重程度

1.2 評估病人的營養需要，並改正其營養不平衡，將營養不良的後遺症減至最低，為高風險病人準備早期介入。

1.3 利用具體化的資料與紀錄，定期追蹤、分析個案體重增加或減少的原因、監測個案非計畫性體重改變程度。

### 2、適用範圍：

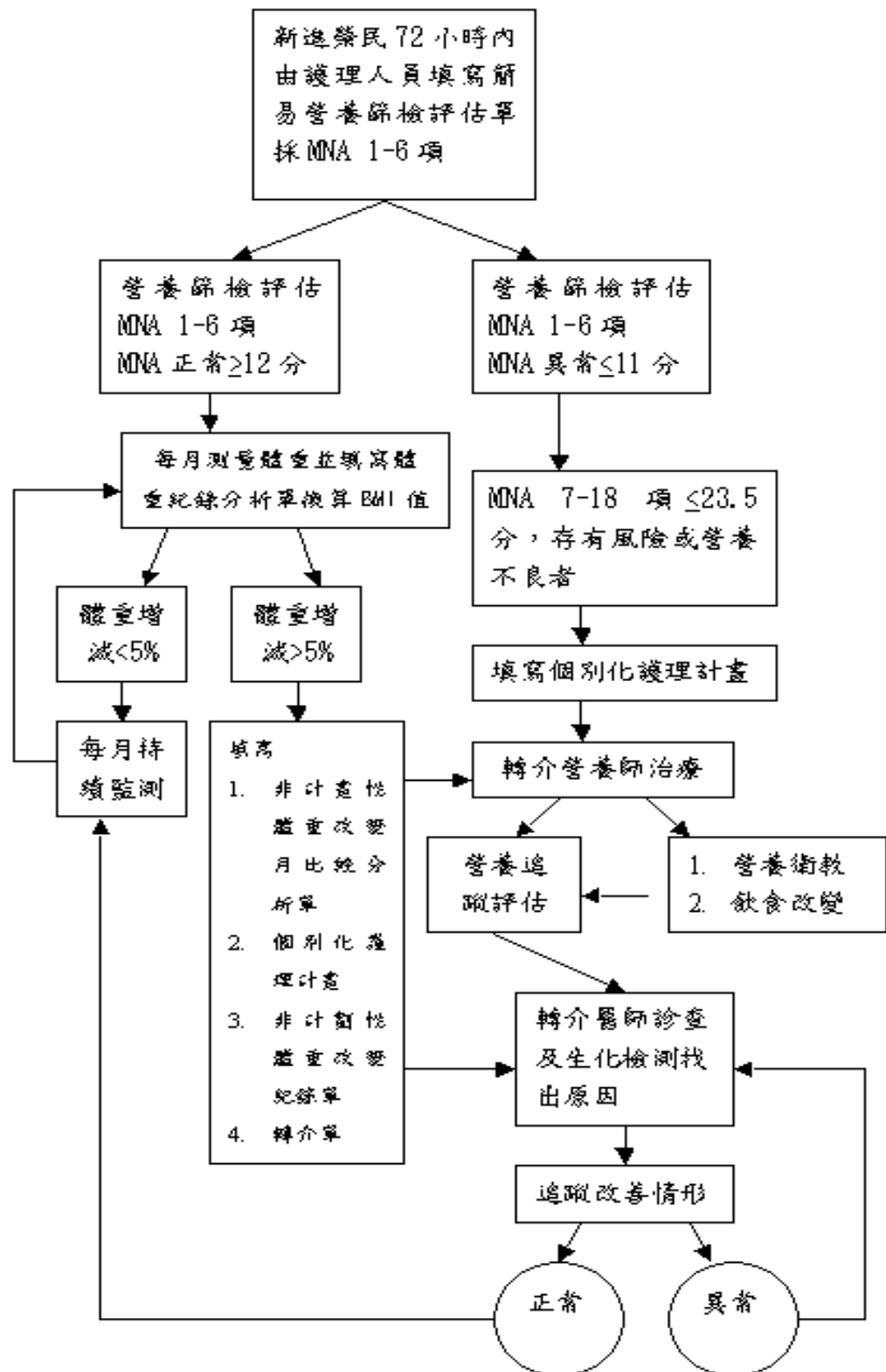
所有進住彰化榮家榮民，但不包含長期請假、住院、寄醫住民。

### 3、名詞定義：

「非計畫性體重改變」係指非營養計畫或藥物使用預期效果，所造成的體重減輕或增加。

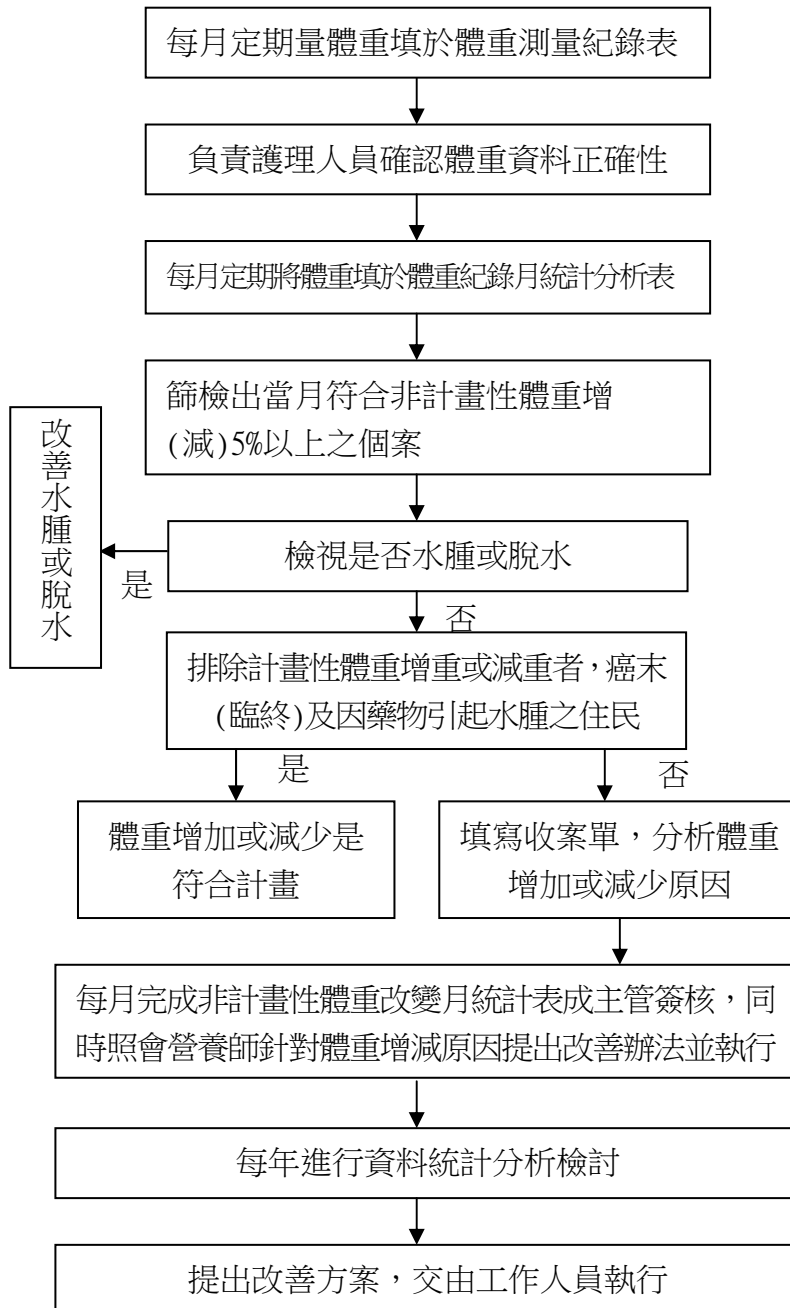
### 4、彰化榮家榮民營養篩檢評估及體重監測處置流程圖

## 彰化榮家榮民營養篩檢評估及體重監測處置流程圖



## 5、住民體重監測流程

住民體重監測流程



## 5.2 實施方法：

- 5.2.1 新進住民 72 小時內由責任區護理人員填寫完成新進榮民營養篩檢評估（附件 6.1），並紀錄，針對有營養不良風險者，予以填寫彰化榮家榮民營養問題需轉介單（附件 6.2）及彰化榮家榮民個別化護理計畫（附件 6.4），予以轉介營養師填寫榮民營養衛教紀錄單（附件 6.3）或醫師評估檢查治療追蹤，並由營養師建議榮民採取個別化飲食（附件 6.5），由秘書室伙食負責人協助督導廠商，供應榮民需求。
- 5.2.2 進住 30 天以上住民每月定期測量體重，針對非計畫性體重改變  $\geq 5\%$ （含增加及減少）個案予以轉介營養師衛教飲食改變或醫師血液生化檢查，找出原因並治療，並每季（3 個月）追蹤。
- 5.2.3 每月由堂長督導照服員於每月 10 日測量住民體重，並登錄於「彰化榮家榮民年度體重測量紀錄表」（附件 6.6），年底 12 月交責任區護理人員存查。
- 5.2.4 當月新入住者於備註欄內記錄入住時間、住院者紀錄住院及返家時間、病故者記錄「病故」及時間（記錄時間皆須含年、月、日）。
- 5.2.5 責任區護理人員於次月 10 日前依據體重測量紀錄表內容進行統計分析，並填寫「榮民體重測量紀錄月分析表」兩份（附件 6.7），一份交品質監測人員統計，一份隊護置護理站存查。若有體重減輕或增加 5% 以上之住民請於備註欄內註明，並填寫轉介單及收案單（附件 6.8），予以轉介營養師及醫師評估檢查治療及衛教紀錄（附件 6.3）。
- 5.2.6 責任區護理人員於次月 10 日前非計畫性體重改變之個案轉介單、收案單及營養衛教紀錄單、治療單，影送品質監測彙整人員，正本由堂隊護理人員置護理站存查。
- 5.2.7 品質監測彙整人員，每月依據統計分析內容，制作「照護品質指標月報表」，針對體重減輕或增加 5% 以上之住民，進行原因分析並擬定改善措施，彙整後陳閱。
- 5.2.8 堂隊責任護理人員每 3 個月持續追蹤改善情形，一份影印送交品質監測人員統計，正本堂隊護理人員存查。

- 5.2.9 每年一月做前一年之體重改變個案數年統計分析，並檢討改進做陳核，後影送交預防保健人員及堂長配合辦理。
- 5.2.10 每年配合成人健檢抽做血生化檢驗，評估營養及身體狀況。
- 5.2.11 每年依據前一年非計畫性體重改變發生率，檢討修正品質監測目標閾值。

### 三、約束指標

#### 1.目的：

- 1.1 住民因身體疾病及老化造成平衡能力差，下床時坐姿不穩而有跌倒之可能，故予適當約束以確保住民本身之安全。
- 1.2 住民因認知障礙，意識混亂而不自主拔管，故予適當約束以預防自拔維生管路。
- 1.3 住民因認知障礙，意識混亂而不自主自行抓傷皮膚，故予適當約束以預防自傷。

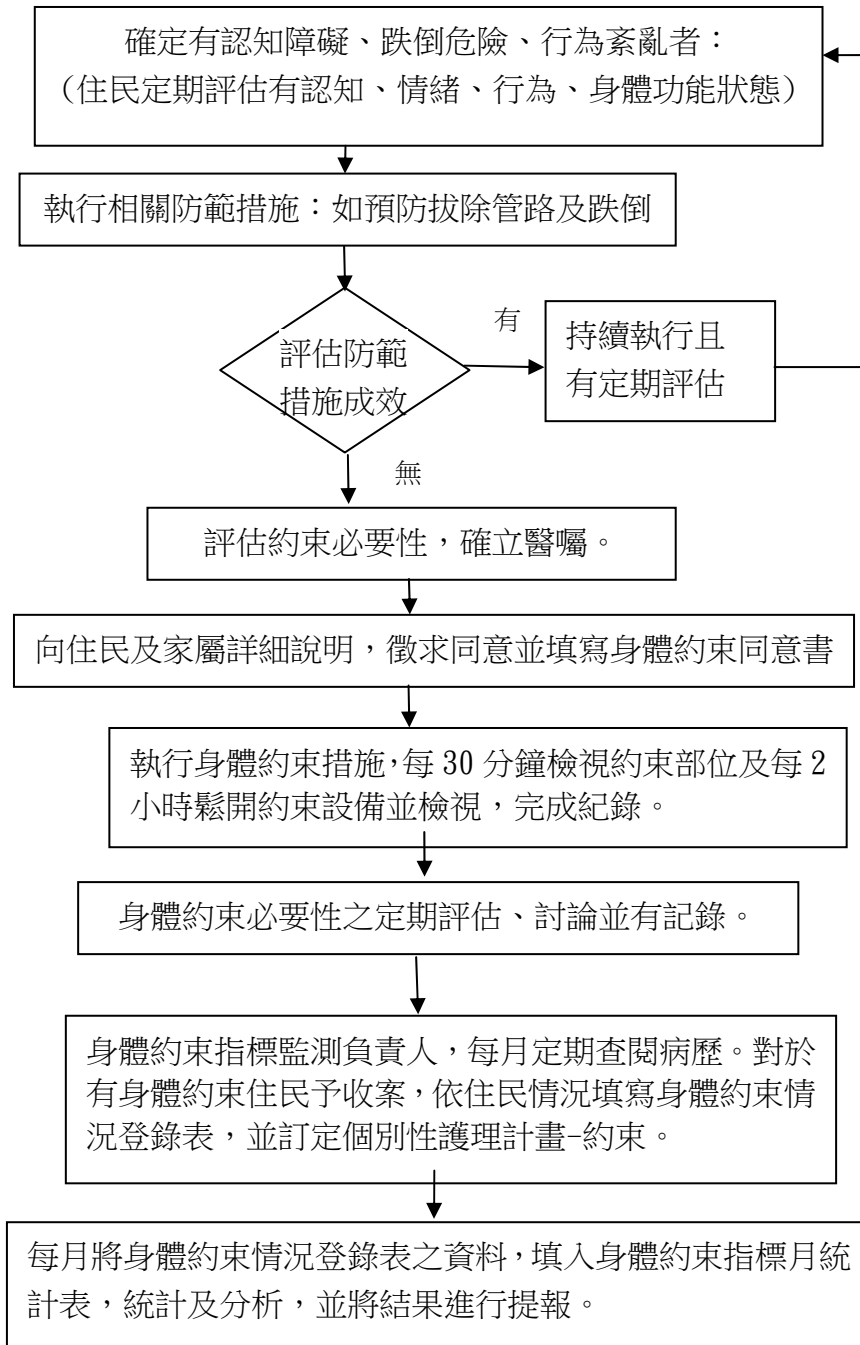
#### 2. 適用範圍

護理人員評估住民其認知狀態、情緒表現、行為症狀、身體功能等，發生改變時，利用設備或器材(如：使用約束帶、約束背心、手套、輪椅上餐板)於住民身上，限制個人任意接觸身體部位，或於居住之環境中活動的自由度，依約束指標規定執行約束。

#### 3、名詞定義：

身體約束(physical restraint)指利用設備或器材於個人身上，限制個人在其環境中的活動自由或接近他們身體自由度的過程。包括：約束帶、約束背心、手套、輪椅上餐板等，不包括床欄及藥物使用。

#### 4、約束品質監測流程圖



## 5.2 實施方式：

- 5.2.1 住民入住後，由當班護理人員評估住民其認知狀態、情緒表現、行為症狀、身體功能狀況，若住民有認知障礙、跌倒可能、行為紊亂等現象發生，先施行防範住民拔管或跌倒的措施，如：(請參見身體約束評估紀錄單)。
- 5.2.2 若防範措施無效，經詳細評估且與照護團隊討論，經醫師開立醫囑，家屬或住民同意下，才能執行身體約束措施。
- 5.2.3 身體約束的設備及設施：包括約束背心、腹部約束帶、床單、輪椅上之餐板、條狀約束帶、手套等。
- 5.2.4 身體約束開始時，該班護理人員需填寫「身體約束評估紀錄單」，並在「身體約束情況紀錄表」上註明約束日期、部位。
- 5.2.5 照顧服務員每 30 分鐘應檢視約束部位膚色、溫度、血循及皮膚完整等。
- 5.2.6 每 2 小時需執行鬆開約束設備，協助約束部位關節被動運動，檢查約束部位之皮膚完整性及血循情形，手套使用者應保持手部清潔與乾燥，並紀錄於「約束鬆綁監測紀錄單」。
- 5.2.7 定期於每週例行測量生命徵象時，主責護理人員依規評估約束之必要性，並記錄於「約束鬆綁監測紀錄單」。

## 5.3 使用約束準則

養護(長期照護)機構之照顧(護)應以無約束或最少約束為原則，若確有約束之必要，必須向住民或住民家屬說明，應事先取得住民或住民家屬的同意，並簽定約束同意書，且應留意下列各項準則：

- 5.3.1 不可使用裝上鎖的約束物品，並應留意約束物品使用方式、種類、約束部位，以避免住民意外受傷。
- 5.3.2 使用約束物品的時間應儘量減少，且尺碼必須合適，並確保盡量減低對該住民可能造成的不適。
- 5.3.3 必要時檢討是否有需要繼續使用約束。

- 5.3.4 為該住民約束應妥當穿戴及扣好約束物品，以確保其安全及舒適，並須定時轉換姿勢。
  - 5.3.5 使用約束的方法，必須以在火警及其他緊急情況下可迅速解除約束物品為準。
  - 5.3.6 使用約束期間，至少每隔兩小時予以解開約束，使其舒緩，防止約束物品因移位而引致該名住民的血液循環及呼吸受阻，並檢查住民受制於約束物品的情況，並加以記錄。
  - 5.3.7 約束的使用是為了防範住民自傷或傷人，絕對不可以作為懲罰、替代照顧住民或方便員工而使用。
  - 5.3.8 必須保存約束的使用記錄，以作為日後的參考與檢討。
- 5.4 注意事項：
- 5.4.1 身體約束事件：指單次的使用身體約束事件。
  - 5.4.2 不論醫囑的次數或醫囑更新的次數，身體約束事件的計算是以受約束者一開始約束至約束解除為止，受約束者可能在 24 小時內經歷多次的身體約束事件；可能在一次的約束時間持續 24 小時或更長。
  - 5.4.3 短暫的將約束解開以便檢查肢體循環執行全關節活動、如廁、進食等，皆不能視為約束事件終止。
  - 5.4.4 緊急狀況、單次短時間參加活動、暫離視線約束(10 分鐘內)之臨時約束不受約束同意書規範，須填寫「單次約束使用評估紀錄單」。
  - 5.4.5 床欄使用及化學性約束不包括在指標計算中。
  - 5.4.6 移除約束成功率，以解除約束時間至少一天以上。
  - 5.4.7 使用約束前需評估住民及其家屬之情況，確立醫囑，將其結果填寫於約束評估表及填寫約束同意書後實施約束行為。

## 四、跌倒指標

### 1、目的：

為降低住民因跌倒所造成的傷害，機構內透過品質監測及在職教育安排課程，使工作人員均能了解住民跌倒因素，進而做為事件分析及住民照護計畫的參考，提供最安全的維護。

### 2、適用範圍

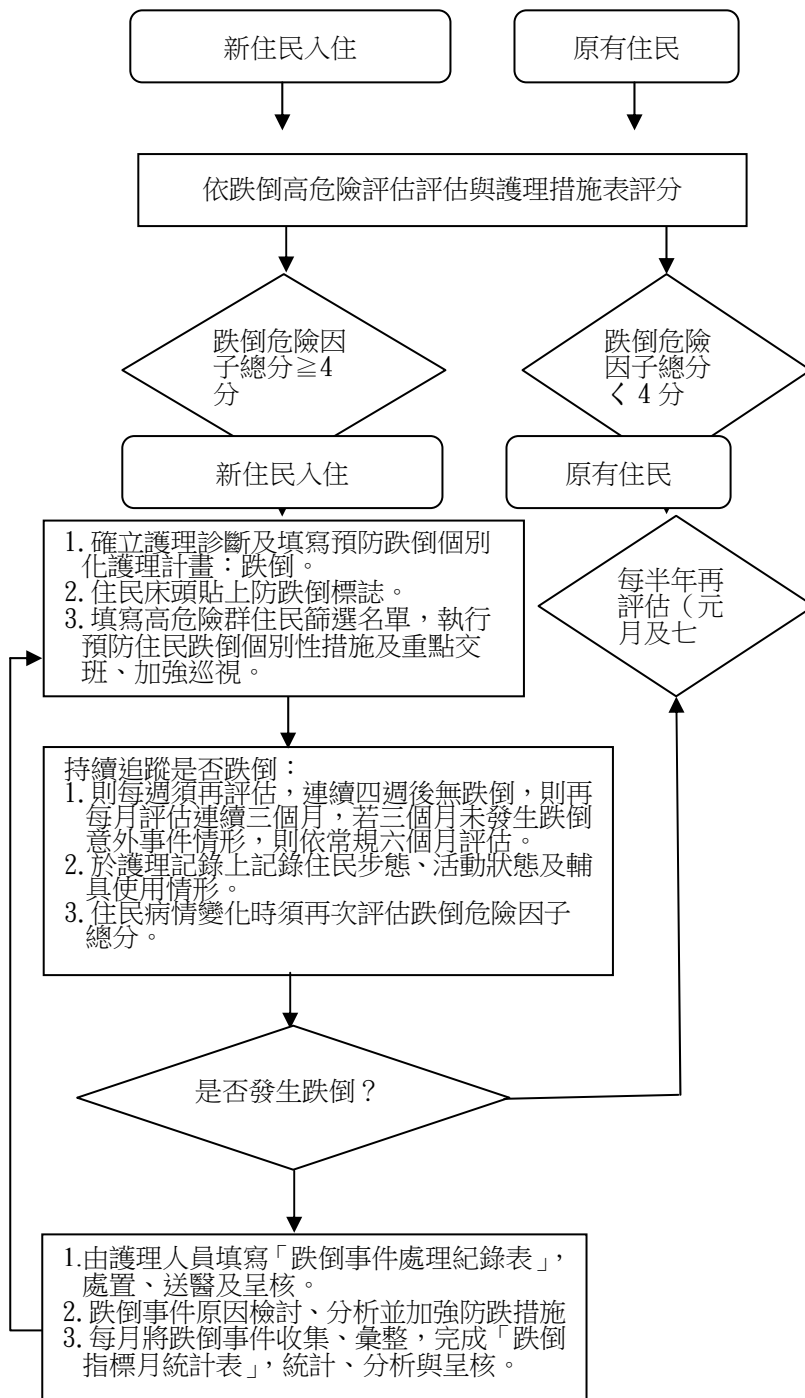
凡本家安養及養護榮民（含失智）均適用本程序書。

### 3、名詞定義：

3.1 「跌倒」：指住民因非預期性跌落在地面或其他平面。

3.2 「傷害」：指因跌倒而導致身體部份的組織或功能破壞。

#### 4、跌倒品質監測流程圖



## 5、實施方式：

- 5.1 每一位住民入住機構時依預防跌倒流程，養護榮民（含失智）8 小時內、安養榮民 24 小時內，分別由各責區任護理人員完成填寫「跌倒高危險評估與護理措施表」，評估住民是否為高危險群跌倒住民。
- 5.2 若有符合高危險群跌倒者，即確立診斷須填寫「榮民個別化護理計畫：跌倒」每週評估連續一個月，並填寫「各堂、隊高危險住民篩選名單」，列入重點交班，加強預防跌措施；無跌倒情形再連續評估三個月，無意外則依照常規每六個月評估一次。
- 5.3 原有住民每半年（元月及七月）依常規執行評估完成填寫「跌倒高危險評估與護理措施表」。
- 5.4 跌倒事件發生時，須先了解發生經過，值日人員或責任護士予初步檢查及量測生命徵象，若有受傷或異常情形必須協助安排保健組看診或送醫，並填寫「跌倒事件處理紀錄表」提報。
- 5.5 跌倒住民狀況需列入交班加強巡視，跌倒一週內，於堂隊晨間會議中個案討論其跌倒住民的個別化照護措施及衛教內容，在每月社福工作檢討合併品質監測會議討論跌倒住民特殊照護計畫及修正方向，紀錄之。
- 5.6 跌倒次月五內將「個別化護理計畫：跌倒」，影送承辦人一份彙整，作為改善措施執行及成效之依據。
- 5.7 承辦人每月收集各堂隊的「跌倒高危險群住民篩選名單」，彙整成「跌倒高危險群住民名冊」；另將實際跌倒住民之各項表單資料登錄並存檔，彙整成「跌倒指標月統計表」資料呈核。
- 5.8 承辦人負責跌倒指標監測，熟悉表單及計算公式，依跌倒件數發生原因、跌倒造成傷害嚴重度所佔比率，或是以「跌倒事件處理紀錄表」所記錄之內容，進行追蹤、落實改善方案。

## 五、感染指標

### 1、目的：

- 1.1 為避免住民入住機構期間受感染所採取的行動。
- 1.2 為了避免造成交互感染與預防感染傳播，住民發生感染時，治療該住民並預防其他住民與周圍人員（家屬、訪客及照護人員）受到感染而採取的行動，所採取的防護措施。
- 1.3 收集院內感染的發生密度及分析原因，以利應用適當照護措施，減少感染之發生。
- 1.4 預防機構內感染，並及早發現機構內發生感染個案及群聚事件，同時使工作人員能即時妥適處理及採取必要感染管制措施。

### 2、適用對象

榮家內之住民及工作人員，含委外工作人員：警衛、委外照服員、廚工均適用本程序書。

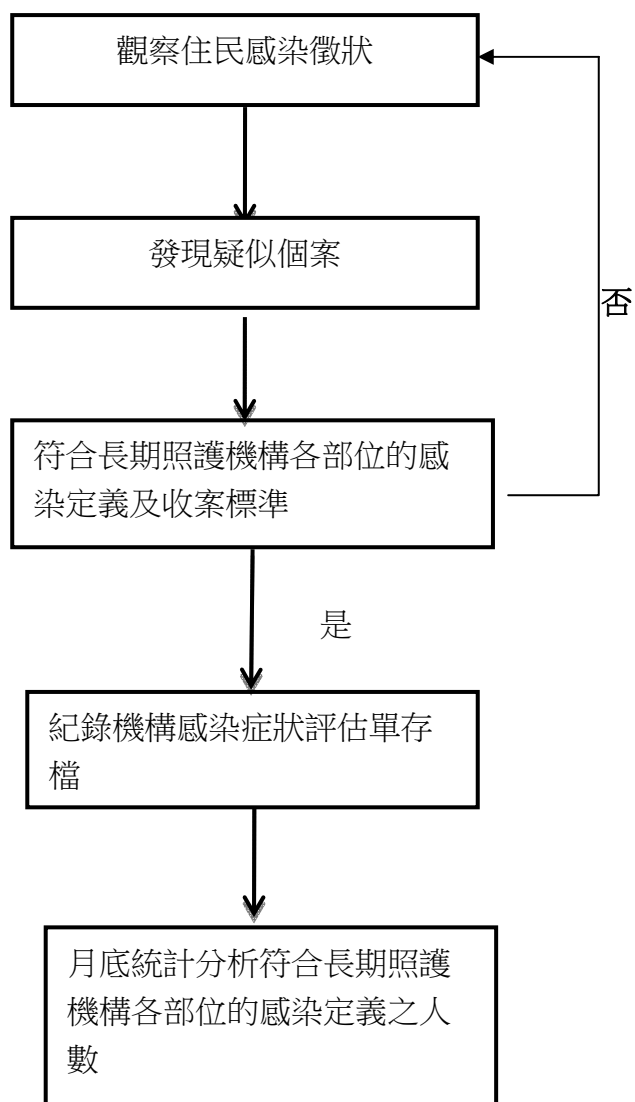
### 3、名詞定義：

- 3.1 「機構感染」：指住民入住機構期間因照護行為，造成微生物侵入住民體內，或入住期間微生物所造成的感染，但不包括入住即有的潛在的感染。
- 3.2 皮膚感染（Skin Infection）-此程序書所指為出現丘疹及皮膚發癢，經醫師或實驗室診斷疥瘡。

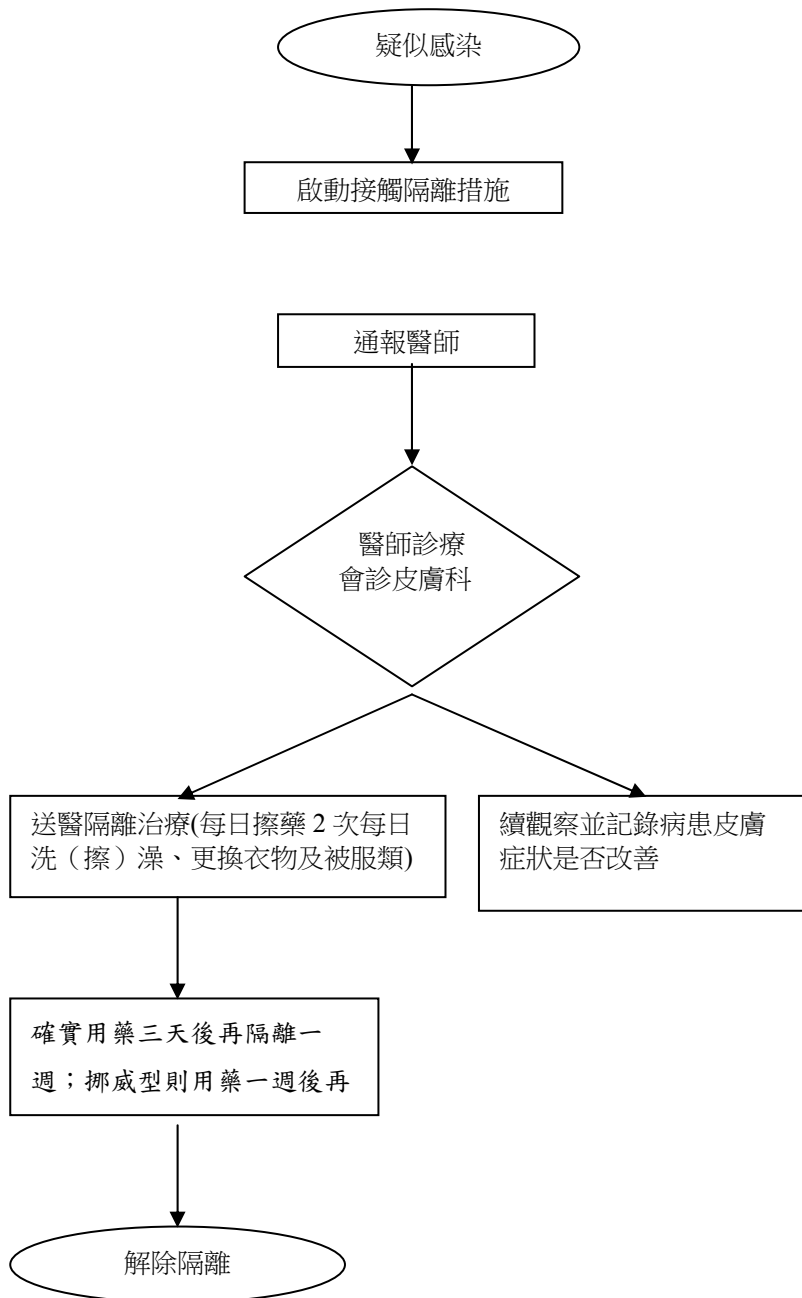
### 4.參考文件：

- 4.1 長期照護品質監測六大指標辦理。
- 4.2 台灣長期照護專業協會品質監測指標。
- 4.3 97 年本家醫護服務榮民品質監測六大指標作業。
- 4.4 彰化榮家感染管制措施實施要點

## 5.1、機構感染指標監測流程



## 5.2 疥瘡處理流程



### 5.3 實施方式-機構感染

- 5.3.1 資料收集：承辦人負責資料收集各隊戶資料依照「機構感染徵狀評估單」，篩選疑似感染個案，篩選資料如下：查閱護理紀錄及服務員照護紀錄、查閱交班本及住民使用之藥物、與相關工作人員討論以得知病人病程變化及感染相關資料，實際探視住民、發現疑似感染案例，則將其登記於「住民疑似機構感染登記表」、追蹤就醫及各種臨床檢驗報告結果、依據「長期照護指標定義」為標準，判別是否為機構感染、分析及評估資料。
- 5.3.2 確立案例：責任區護理人員經分析各戶資料後，發現機構感染案例，則填寫「機構感染登記表」及「機構感染個案資料卡」，予以收案並追蹤其病程變化。
- 5.3.3 記錄資料：承辦人將每月發現符合機構感染之種類及定義者，填寫於「院內感染指標月統計表」，依項填寫清楚各種資料。各責任區護理人員若發現有疑似個案時，填寫「彰化榮家機構感染個案資料卡」，且追蹤感染案例治療改善情形。
- 5.3.4 收案作業：負責人員在收案時若發現有疑問，可依照「機構感染個案資料卡」資料與相關人員討論如：醫師、感控師，並於感染案例確立後正式編號存檔。
- 5.3.5 資料統計、：依照「機構感染指標月統計表」之數據，計算出該項感染數據。可將每月感染數據製作圖表呈現。
- 5.3.6 分析資料：承辦人查看月報表之感染率，如發現明顯上升或超過既定之目標值，且具統計分析之意義，應收集更詳細之資料進行檢討改善，並提出具體執行方法。如經確認為群突發事件，則應依群突發之調查作業程序之規定辦理。
- 5.3.7 報告：負責人員需將每月機構感染調查之結果呈報機構主管。於機構會議時向工作人員報告調查結果，並提出因應措施與建議內容，機構工作人員須配合執行，以降低感染情形。
- 5.3.8 追蹤成效：負責人員須追蹤機構執行之相關感染控制因應措施成效，並隨時予以檢討。

## 六、壓瘡指標

### 1.目的：

- 1.1 增進護理人員皮膚評估能力和建立「壓瘡預防照護標準」。
- 1.2 維護住民皮膚完整性、生理安全，以預防壓瘡的發生。
- 1.3 藉由適切的壓瘡風險評估量表，及早發現潛在性壓瘡高危險群住民，以提供適宜照護措施。
- 1.4 對已發生壓瘡傷口者，透過監測傷口變化及傷口護理以促進早日癒合

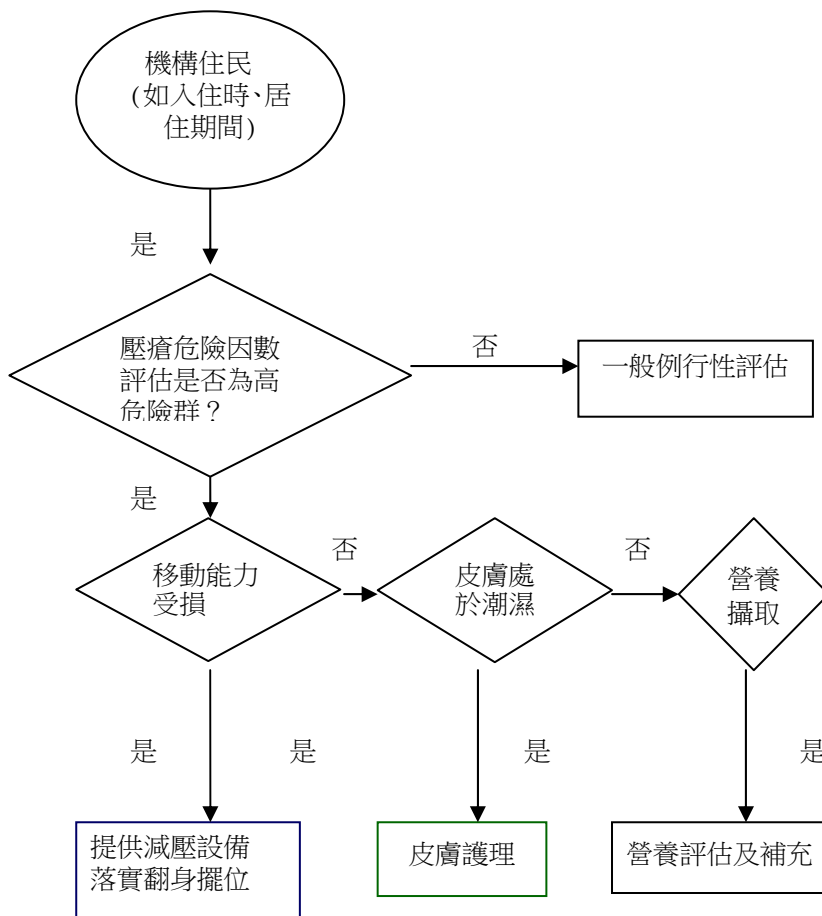
### 2. 適用範圍

- 2.1 壓瘡風險評估為高危險群且身體虛弱者。
- 2.2 經檢視皮膚有發生壓瘡者(無論是入住前已發生或入住後發生)。

### 3、名詞定義：

「壓瘡」是指個體局部皮膚，因長時間受到外在持續的壓力或剪力或摩擦力，致使該區的血液與淋巴腺通路阻塞，微血管內血流降低，組織因而缺氧。而血液灌流下降，導致無法有效移除新陳代謝產生的廢物，組織發生酸中毒，血管通透性增加，水腫相繼出現，終令細胞壞死，而產生壓瘡(Maklebust，1987；Bride，1993)。

#### 4、壓瘡品質監測流程圖



#### 5 實施方法：

- 5.1 責任區護理人員每天評估、檢查住民全身皮膚狀況，觀察有無壓瘡的發生。
- 5.2 若住民有壓瘡發生時，主護護士應觀察及評估壓瘡之部位、等級、大小、深度、周圍皮膚狀態、滲出物的量及性質及造成壓瘡原因，做詳實記錄並探討發生原因及擬定有效的改善措施。
- 5.3 發生壓瘡時，專責護士需填寫壓瘡評估表並報會及列入交班。
- 5.4 將住民壓瘡分析登記表，分析壓瘡等級並計算壓瘡發生百分比，依壓瘡指標統計完成「住民壓瘡月統計表」。
- 5.5 每月分析各照護專區的壓瘡期盛行率以及發生率，若壓瘡發

生有明顯上升時，應至照護專區實際瞭解原因並求證資料準確性。

- 5.6 探討發生壓瘡相關因素，並與該專區主護護士檢討及擬定有效護理措施。
- 5.7 每月將統計資料彙整呈核，當壓瘡發生有明顯上升時則召開討論會，共同研討積極改善措施。
- 5.8 住民身上的傷口並非全是壓瘡，應分辨是壓瘡或是擦傷或其他原因所致的傷口。
- 5.9 應確實診斷壓瘡傷口之癒合情形，有些傷口是表面乾燥會誤認傷口已好，實際傷口內部尚未癒合
- 5.10 收案日期為每月 1 日至月底最後一日。
- 5.11 注意期盛行率與入住後發生率之分子與分母定義。
- 5.12 個案若有多處不同級數之壓瘡，在不同級數之盛行率均應計算之。
- 5.13 本會三級醫療體制，凡榮民具壓瘡即送榮(總)院醫療，以維優質照顧。

## 第四章 研究結果

### 第一節 跌倒指標

#### 一、跌倒描述性統計

##### (一)交叉表及次數分配表

	年度	100 年		99 年	
跌倒時段	白班	11	33.3%	16	36.4%
	夜班	10	30.3%	13	34.1%
	晚班	12	36.44%	15	29.5%
跌倒地點	廁所	3	9%	7	16%
	房間	10	30%	15	34%
	浴室	1	3%	3	7%
	走廊	3	9%	4	9%
	戶外	12	36%	13	30%
	其他	4	12%	2	5%
跌倒人次	安養堂	13	40%	10	23%
	養護堂	20	60%	34	77%

##### 安養養護失智

	次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的	安養	37	37.4	37.4
	養護	45	45.5	82.8
	失智	17	17.2	100.0
	總和	99	100.0	100.0

##### 發生時間

	次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的	日班8-4	39	39.4	39.4
	晚班4-12	28	28.3	67.7
	夜班12-8	32	32.3	100.0
	總和	99	100.0	100.0

## 安養養護失智 \* 身體傷害嚴重程度

交叉表

			身體傷害嚴重程度				總和
			無傷害	一級傷害	二級傷害	三級傷害	
安養 養護 失智	安養	個數	5	19	6	7	37
		身體傷害嚴重程度內的 %	27.8%	47.5%	27.3%	36.8%	37.4%
	養護	個數	11	14	11	9	45
		身體傷害嚴重程度內的 %	61.1%	35.0%	50.0%	47.4%	45.5%
	失智	個數	2	7	5	3	17
		身體傷害嚴重程度內的 %	11.1%	17.5%	22.7%	15.8%	17.2%
總和	個數	18	40	22	19	99	
	身體傷害嚴重程度內的 %	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

## 安養養護失智 \* 發生時間

交叉表

			發生時間			總和
			日班8-4	晚班4-12	夜班12-8	
安養 養護 失智	安養	個數	14	8	15	37
		發生時間內的 %	35.9%	28.6%	46.9%	37.4%
	養護	個數	15	16	14	45
		發生時間內的 %	38.5%	57.1%	43.8%	45.5%
	失智	個數	10	4	3	17
		發生時間內的 %	25.6%	14.3%	9.4%	17.2%
總和	個數	39	28	32	99	
	發生時間內的 %	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

## 年齡 \* 發生時間

交叉表

			發生時間			總和
			日班8-4	晚班4-12	夜班12-8	
年齡	75歲以下	個數	3	2	2	7
		發生時間內的 %	7.7%	7.1%	6.3%	7.1%
	76-80歲	個數	11	7	9	27
		發生時間內的 %	28.2%	25.0%	28.1%	27.3%
	81-85歲	個數	17	10	14	41
		發生時間內的 %	43.6%	35.7%	43.8%	41.4%
	86-90歲	個數	5	7	4	16
		發生時間內的 %	12.8%	25.0%	12.5%	16.2%
	91-95歲	個數	3	2	3	8
		發生時間內的 %	7.7%	7.1%	9.4%	8.1%
	總和	個數	39	28	32	99
		發生時間內的 %	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

99年以白班跌倒比率為高佔36.4%，100年三班時段跌倒比率差異不大；最常發生跌倒的地點99年均以房間較高、戶外次之，100年以戶外及

房間跌倒人數較高；有44位（86.27%）的住民是因健康問題而倒，因環境中危險因素有2位（3.92%），其他因素5位（9.8%）

統計兩年跌倒次數，區分安養、養護及失智住民，養護住民跌倒人數45人次，佔所有跌倒人數的45.5%，安養住民跌倒所佔比例為37.7%，失智住民為17.2%，安養養護失智 \* 身體傷害嚴重程度交叉表分析，安養住民跌倒的傷害嚴重度以一級傷害最多47.5%，身體傷害程度達二級及三級傷者以養護住民最多，及將近一半的住民屬於需養護照顧的住民；以跌倒發生時間統計結果，白天跌倒比例較高為39.4%，晚班跌倒較少為28.3%，比較失智失能程度與時間的關係中，白班中跌倒個案安養、養護及失智各佔約三分之一，晚班則以養護(失能)住民佔多數57.1%，夜班發生跌倒則以養護及安養住民佔多數，分別為43.8%及46.9%。跌倒的年齡與發生時間的統計中，全天即不論日班、晚班或夜班，皆以81-85歲發生跌倒案件作多，76-80歲次之。

#### 年齡

		次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的	75歲以下	7	7.1	7.1	7.1
	76-80歲	27	27.3	27.3	34.3
	81-85歲	41	41.4	41.4	75.8
	86-90歲	16	16.2	16.2	91.9
	91-95歲	8	8.1	8.1	100.0
	總和	99	100.0	100.0	

#### 身體傷害嚴重程度

		次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的	無傷害	18	18.2	18.2	18.2
	一級傷害	40	40.4	40.4	58.6
	二級傷害	22	22.2	22.2	80.8
	三級傷害	19	19.2	19.2	100.0
	總和	99	100.0	100.0	

## 年齡 \* 身體傷害嚴重程度

交叉表

			身體傷害嚴重程度				總和
			無傷害	一級傷害	二級傷害	三級傷害	
年齡	75歲以下	個數	2	2	2	1	7
		身體傷害嚴重程度內的%	11.1%	5.0%	9.1%	5.3%	7.1%
76-80歲	個數	6	8	7	6	27	
		身體傷害嚴重程度內的%	33.3%	20.0%	31.8%	31.6%	27.3%
81-85歲	個數	8	19	7	7	41	
		身體傷害嚴重程度內的%	44.4%	47.5%	31.8%	36.8%	41.4%
86-90歲	個數		9	4	3	16	
		身體傷害嚴重程度內的%		22.5%	18.2%	15.8%	16.2%
91-95歲	個數	2	2	2	2	8	
		身體傷害嚴重程度內的%	11.1%	5.0%	9.1%	10.5%	8.1%
總和	個數	18	40	22	19	99	
		身體傷害嚴重程度內的%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

以年齡區分跌倒比例則以81-85歲住民跌倒人數最多，為所有跌倒人樹的41.4%，75歲以下及90歲以上跌倒人數相對較少，各為7.1%及8.1%；比較跌倒身體傷害嚴重程度，80%以上跌倒住民發生了一級以上的傷害，將近1/5的跌倒住民達到了三級傷害，傷害程度最多的為一級傷害為40.4%；90%發生一級傷害的住民年齡介於76-90歲中，47.5%的一級傷害住民年齡介於81-85歲，二級傷害中76-80歲為31.8%，81-85歲為31.8%，二者合計約為二級傷害住民的2/3，三級傷害也以76-85歲中佔最多，共68.4%。

安養養護失智 \* 跌倒發生地點 交叉表

			跌倒發生地點						總和
			房間	浴廁	走廊	戶外	餐廳	其他	
安養	安養	個數	5	2		26	3	1	37
		安養養護失智內的%	13.5%	5.4%		70.3%	8.1%	2.7%	100.0%
養護	養護	個數	20	12	2	8	1	2	45
		安養養護失智內的%	44.4%	26.7%	4.4%	17.8%	2.2%	4.4%	100.0%
失智	失智	個數	8	3	2	2	1	1	17
		安養養護失智內的%	47.1%	17.6%	11.8%	11.8%	5.9%	5.9%	100.0%
總和	個數	33	17	4	36	5	4	99	
		安養養護失智內的%	33.3%	17.2%	4.0%	36.4%	5.1%	4.0%	100.0%

事件發生可能原因

		次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的	住民健康因素	66	66.7	66.7	66.7
	治療或藥物反應	2	2.0	2.0	68.7
	環境危險因子	20	20.2	20.2	88.9
	其他因素	11	11.1	11.1	100.0
	總和	99	100.0	100.0	

跌倒發生地點 \* 身體傷害嚴重程度

交叉表

			身體傷害嚴重程度				總和
			無傷害	一級傷害	二級傷害	三級傷害	
跌倒發生地點	房間	個數	7	8	9	9	33
		身體傷害嚴重程度內的 %	38.9%	20.0%	40.9%	47.4%	33.3%
	浴廁	個數	6	8	2	1	17
		身體傷害嚴重程度內的 %	33.3%	20.0%	9.1%	5.3%	17.2%
	走廊	個數		1	2	1	4
		身體傷害嚴重程度內的 %		2.5%	9.1%	5.3%	4.0%
	戶外	個數	5	19	6	6	36
		身體傷害嚴重程度內的 %	27.8%	47.5%	27.3%	31.6%	36.4%
	餐廳	個數		3	1	1	5
		身體傷害嚴重程度內的 %		7.5%	4.5%	5.3%	5.1%
	其他	個數		1	2	1	4
		身體傷害嚴重程度內的 %		2.5%	9.1%	5.3%	4.0%
總和		個數	18	40	22	19	99
		身體傷害嚴重程度內的 %	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

跌倒發生地點 \* 發生時間

交叉表

			發生時間			總和
			日班8-4	晚班4-12	夜班12-8	
跌倒發生地點	房間	個數	9	13	11	33
		發生時間內的 %	23.1%	46.4%	34.4%	33.3%
	浴廁	個數	8	4	5	17
		發生時間內的 %	20.5%	14.3%	15.6%	17.2%
	走廊	個數	1	2	1	4
		發生時間內的 %	2.6%	7.1%	3.1%	4.0%
	戶外	個數	17	7	12	36
		發生時間內的 %	43.6%	25.0%	37.5%	36.4%
	餐廳	個數	3		2	5
		發生時間內的 %	7.7%		6.3%	5.1%
	其他	個數	1	2	1	4
		發生時間內的 %	2.6%	7.1%	3.1%	4.0%
總和		個數	39	28	32	99
		發生時間內的 %	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

事件發生可能原因 \* 身體傷害嚴重程度

交叉表

			身體傷害嚴重程度				總和
			無傷害	一級傷害	二級傷害	三級傷害	
事件發生可能原因	住民健康因素	個數	10	27	14	15	66
		身體傷害嚴重程度內的%	55.6%	67.5%	63.6%	78.9%	66.7%
	治療或藥物反應	個數	1	1			2
		身體傷害嚴重程度內的%	5.6%	2.5%			2.0%
	環境危險因子	個數	4	9	4	3	20
		身體傷害嚴重程度內的%	22.2%	22.5%	18.2%	15.8%	20.2%
	其他因素	個數	3	3	4	1	11
		身體傷害嚴重程度內的%	16.7%	7.5%	18.2%	5.3%	11.1%
總和	個數	18	40	22	19	99	
	身體傷害嚴重程度內的%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

探討跌倒事件發生的可能原因中，66.7%的跌倒住民是因為健康因素而發生跌倒，健康因素包含了年邁/虛弱、視力障礙、頭昏、步態不穩、其他等，1/5的跌倒住民發生原因為環境中的危險因子，包含地面濕滑、斜坡、地面物品、設備因素、其他等因素，僅有2個個案跌倒是因為治療及藥物的反應因素造成，造成身體各級傷害的跌倒事件最多原因為住民健康因素。

統計跌倒發生地點，以房間內及戶外所占比例最高，各佔約1/3，其餘1/3跌倒發生地點分佈在浴廁、走廊、餐廳及其他地點；一級傷害發生的最多的地點為戶外47.5%，二級傷害及三級傷害發生件數最多為房間內，分別為40.9%即47.4%，次之為戶外27.3%及31.6%。日班(8-4)發生跌倒件數以發生在戶外最多43.6%，晚班(4-12)則以房間內最多46.4%，夜班(12-8)則房間內及戶外各占1/3，即34.4%和36.4%。失能、失智住民跌倒發生地點以房間內最高，分別為44.4%、47.1%，安養住民跌倒發生地點則以戶外居多70.3%。

發生時間 \* 是否有高血壓 交叉表

個數		是否有高血壓		總和
		有	沒有	
發生時間	日班8-4	22	17	39
	晚班4-12	18	10	28
	夜班12-8	20	12	32
總和		60	39	99

發生時間 \* 是否有糖尿病 交叉表

個數		是否有糖尿病		總和
		有	沒有	
發生時間	日班8-4	5	34	39
	晚班4-12	8	20	28
	夜班12-8	5	27	32
總和		18	81	99

發生時間 \* 是否服用安眠藥 交叉表

個數		是否服用安眠藥		總和
		有	沒有	
發生時間	日班8-4	10	29	39
	晚班4-12	12	16	28
	夜班12-8	11	21	32
總和		33	66	99

## 罹患疾病數量 \* 身體傷害嚴重程度

交叉表

			身體傷害嚴重程度				總和
			無傷害	一級傷害	二級傷害	三級傷害	
罹患疾病數量	0	個數		3		1	4
		身體傷害嚴重程度內的 %		7.5%		5.3%	4.0%
1	個數		3	5	3	6	17
		身體傷害嚴重程度內的 %	16.7%	12.5%	13.6%	31.6%	17.2%
2	個數		3	8	6	3	20
		身體傷害嚴重程度內的 %	16.7%	20.0%	27.3%	15.8%	20.2%
3	個數		4	7	7	6	24
		身體傷害嚴重程度內的 %	22.2%	17.5%	31.8%	31.6%	24.2%
4	個數		5	11	1	1	18
		身體傷害嚴重程度內的 %	27.8%	27.5%	4.5%	5.3%	18.2%
5	個數			2	2		4
		身體傷害嚴重程度內的 %		5.0%	9.1%		4.0%
6	個數		2	3	1	2	8
		身體傷害嚴重程度內的 %	11.1%	7.5%	4.5%	10.5%	8.1%
7	個數		1	1	2		4
		身體傷害嚴重程度內的 %	5.6%	2.5%	9.1%		4.0%
總和		個數	18	40	22	19	99
		身體傷害嚴重程度內的 %	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

## 服用藥物種類 \* 身體傷害嚴重程度

交叉表

			身體傷害嚴重程度				總和
			無傷害	一級傷害	二級傷害	三級傷害	
服用藥物種類	0	個數		3	1	3	7
		身體傷害嚴重程度內的 %		7.5%	4.5%	15.8%	7.1%
	1	個數	2	1	2	1	6
		身體傷害嚴重程度內的 %	11.1%	2.5%	9.1%	5.3%	6.1%
	2	個數		5	3	1	9
		身體傷害嚴重程度內的 %		12.5%	13.6%	5.3%	9.1%
	3	個數		5	4	4	13
		身體傷害嚴重程度內的 %		12.5%	18.2%	21.1%	13.1%
	4	個數	2	7	2	1	12
		身體傷害嚴重程度內的 %	11.1%	17.5%	9.1%	5.3%	12.1%
	5	個數	6	4	2	4	16
		身體傷害嚴重程度內的 %	33.3%	10.0%	9.1%	21.1%	16.2%
	6	個數	3	6	4	1	14
		身體傷害嚴重程度內的 %	16.7%	15.0%	18.2%	5.3%	14.1%
	7	個數	4	6	1	1	12
		身體傷害嚴重程度內的 %	22.2%	15.0%	4.5%	5.3%	12.1%
	8	個數	1	1	2	2	6
		身體傷害嚴重程度內的 %	5.6%	2.5%	9.1%	10.5%	6.1%
	9	個數		2	1		3
		身體傷害嚴重程度內的 %		5.0%	4.5%		3.0%
10	個數				1	1	
	身體傷害嚴重程度內的 %				5.3%	1.0%	
總和	個數	18	40	22	19	99	
	身體傷害嚴重程度內的 %	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

統計跌倒個案是否罹患高血壓及糖尿病中，60.6%的跌倒個案罹患高血壓並服用高血壓用藥，18.2%罹患糖尿病病服藥控制血糖，而跌倒個案中有1/3的個案是有服用安眠藥幫助睡眠；跌倒個案中僅4人未罹患慢性疾病，其餘個案皆罹患1到7種的慢性病，有16%的跌倒住民罹患了五種以上的慢性疾病；跌倒住民中有7.1%的個案未服用任何藥物，15%跌倒個案服用1-2種藥物，服用3種以上藥物之跌倒住民達77.8%，有10.1%的跌倒個案服用了超過8種以上的藥物；一級傷害中以服用3-7種藥物者較偏高，二級傷害中以服用2.3.6種藥物者較多，三級傷害中以服用3.5種藥物者偏高，亦即產生傷害者多為服用一種以上藥物。

### 第幾次跌倒

		次數	百分比	有效百分比	累積百分比
有效的	第一次	87	87.9	87.9	87.9
	第二次	7	7.1	7.1	94.9
	第三次	3	3.0	3.0	98.0
	第四次(含以上)	2	2.0	2.0	100.0
	總和	99	100.0	100.0	

### ADL程度 \* 身體傷害嚴重程度

交叉表

			身體傷害嚴重程度				總和
			無傷害	一級傷害	二級傷害	三級傷害	
ADL程度	正常	個數	3	20	6	7	36
		身體傷害嚴重程度內的 %	16.7%	50.0%	27.3%	36.8%	36.4%
	輕度依賴	個數	9	13	11	6	39
		身體傷害嚴重程度內的 %	50.0%	32.5%	50.0%	31.6%	39.4%
	中度依賴	個數	4	4	1	5	14
		身體傷害嚴重程度內的 %	22.2%	10.0%	4.5%	26.3%	14.1%
	重度依賴	個數	2	3	4	1	10
		身體傷害嚴重程度內的 %	11.1%	7.5%	18.2%	5.3%	10.1%
總和		個數	18	40	22	19	99
		身體傷害嚴重程度內的 %	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

### 失智程度 \* 身體傷害嚴重程度

交叉表

			身體傷害嚴重程度				總和
			無傷害	一級傷害	二級傷害	三級傷害	
失智程度	無失智	個數	12	27	9	9	57
		身體傷害嚴重程度內的 %	66.7%	67.5%	40.9%	47.4%	57.6%
	輕度失智	個數	1	3	4	3	11
		身體傷害嚴重程度內的 %	5.6%	7.5%	18.2%	15.8%	11.1%
	中度失智	個數	3	7	5	5	20
		身體傷害嚴重程度內的 %	16.7%	17.5%	22.7%	26.3%	20.2%
	重度失智	個數	2	3	4	2	11
		身體傷害嚴重程度內的 %	11.1%	7.5%	18.2%	10.5%	11.1%
總和		個數	18	40	22	19	99
		身體傷害嚴重程度內的 %	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

已失能程度區分，跌倒個案中無失能的住民有 36.4%，輕度失能的有 39.4%，10.1%為重度失能住民；跌倒個案中 57.6%的個案認知程度是正常的，輕度失智 11.1%，中度失智以上程度為 31.3%；跌倒個案中發生重複跌倒 2 次以上者為 12.1%，其餘個案僅發生單次跌倒事件。

## 二、卡方檢定

pearson 卡方	數值	自由度	漸近顯著性(雙尾)
安養養護失智 * 身體傷害嚴重程度	4.995a	6	0.544
安養養護失智 * 發生時間	5.555a	4	0.235
年齡 * 身體傷害嚴重程度	7.973a	12	0.787
年齡 * 發生時間	2.425a	8	0.965
跌倒發生地點 * 身體傷害嚴重程度	17.720a	15	0.278
跌倒發生地點 * 發生時間	8.613a	10	0.569
事件發生可能原因 * 身體傷害嚴重程度	5.698a	9	0.77
事件發生可能原因 * 發生時間	15.504a	6	0.017
是否有高血壓 * 身體傷害嚴重程度	1.766a	3	0.622
是否有高血壓 * 發生時間	0.494a	2	0.781
是否有糖尿病 * 身體傷害嚴重程度	1.179a	3	0.758
是否有糖尿病 * 發生時間	2.926a	2	0.232
是否服用安眠藥 * 身體傷害嚴重程度	8.103a	3	0.044
是否服用安眠藥 * 發生時間	2.197a	2	0.333
罹患疾病數量 * 身體傷害嚴重程度	21.389a	21	0.435
罹患疾病數量 * 發生時間	11.746a	14	0.627
服用藥物種類 * 身體傷害嚴重程度	31.922a	30	0.368
服用藥物種類 * 發生時間	18.028a	20	0.586
ADL 程度 * 身體傷害嚴重程度	13.275a	9	0.151
ADL 程度 * 發生時間	4.635a	6	0.591
失智程度 * 身體傷害嚴重程度	6.824a	9	0.655
失智程度 * 發生時間	11.961a	6	0.063

\*P<0.05

以 SPSS 交叉表中 pearson 卡方檢定，事件發生可能原因 \* 發生時間顯著性為 0.017(p<0.05)，即跌倒事件發生的原因時跌倒發生的時間是有相關的，是否服用安眠藥 \* 身體傷害嚴重程度顯著性為 0.044(P<0.05)，即是不服用安眠藥會影響跌倒事件發生身體傷害的嚴重度，其餘安養養護失智 \* 身體傷害嚴重程度、安養養護失智 \* 發生時間、年齡 \* 身體傷害嚴重程度、年齡 \* 發生時間、跌倒發生地點 \* 身體傷害嚴重程度、跌倒發生地點 \* 發生時間、事件發生可能原因 \* 身體傷害嚴重程度、是否有高血壓 \* 身體傷害嚴重程度、是否有高血壓 \* 發生時間、是否

有糖尿病 \* 身體傷害嚴重程度、是否有糖尿病 \* 發生時間、是否服用安眠藥 \* 發生時間、罹患疾病數量 \* 身體傷害嚴重程度、罹患疾病數量 \* 發生時間、服用藥物種類 \* 身體傷害嚴重程度、服用藥物種類 \* 發生時間、ADL 程度 \* 身體傷害嚴重程度、ADL 程度 \* 發生時間、失智程度 \* 身體傷害嚴重程度、失智程度 \* 發生時間皆未達顯著性，即本資料中所顯示的結果彼此之間不會互相影響。

### 三、跌倒身體傷害嚴重程度迴歸統計

係數<sup>a</sup>

模式	未標準化係數		標準化係數	t	顯著性
	B 之估計值	標準誤	Beta 分配		
1 (常數)	1.240	1.263		.982	.329
安養養護失智	-.272	.257	-.194	-1.058	.293
發生時間	9.118E-02	.130	.077	.704	.483
年齡	7.289E-02	.111	.074	.659	.512
跌倒發生地點	-8.431E-03	.077	-.013	-.109	.913
事件發生可能原因	-7.426E-02	.100	-.084	-.740	.461
是否有高血壓	4.576E-03	.278	.002	.016	.987
是否有糖尿病	3.338E-02	.281	.013	.119	.906
是否服用安眠藥	.548	.283	.260	1.938	.056
罹患疾病數量	-6.056E-02	.077	-.105	-.791	.431
服用藥物種類	-6.571E-03	.055	-.016	-.119	.905
ADL程度	.109	.172	.104	.630	.530
失智程度	.210	.162	.231	1.292	.200
第幾次跌倒	5.509E-02	.215	.032	.256	.799

a. 依變數：身體傷害嚴重程度

安養養護失智、發生時間、年齡、跌倒發生地點、事件發生可能原因、是否有高血壓、是否有糖尿病、是否服用安眠藥、罹患疾病數量、服用藥物種類、ADL程度、失智程度與身體傷害嚴重程度，經迴歸統計分析皆未達顯著性。

## 第二節 非計畫性體重改變

一、非計劃性體重改變指標監測

非計劃性體重改變指標監測 99 年至 101 年 6 月統計表																
指標項目	年度	閾值	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	總計	年發生率
入住超過 30 天的 住民數	99	*	428	411	415	438	444	440	463	466	457	471	453	452	5338	
	100	*	465	469	451	456	456	431	422	444	461	425	442	433	5355	
	101	*	433	435	424	423	439	426								
體重減輕 5% 以上 的住民數; 非計畫 性體重減輕	99	≤ 5%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.00%
	100		0	0	0	2	4	3	1	1	2	1	1	0	15	0.28%
	101		0	0	1	2	0	0								
體重增加 5% 以上 的住民數; 非計畫 性體重增加	99	≤ 5%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.02%
	100		1	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	2	7	0.13%
	101		0	0	0	0	0	0								
合計	99		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0.02%
	100		1	0	0	2	4	7	1	1	2	1	1	2	22	0.41%
	101		0	0	1	2	0	0								

## 二、住家榮民體位測量統計表

區	分	人	數	百	分	比	備	註
體重過輕：BMI<18.5		47		11.3%				
健康體位：18.5<=BMI<24		217		52.0%				
體重過重：24<=BMI<27		106		25.4%				
輕度肥胖：27 <= BMI < 30		33		7.9%				
中度肥胖：30 <= BMI < 35		13		3.1%				
重度肥胖：BMI >= 35		1		0.2%				
合計		417		100.0%				

統計 99 年至 101 年 6 月分資料顯示，體重改變 5% 以上的比率為 0.19-0.62%，99 年沒有非計畫性體重減輕 5% 以上的住民，非計畫性體重增加 5% 以上的住民數 1 人，100 年非計畫性體重減輕 5% 以上的住民數 15 人，非計畫性體重增加 5% 以上的住民數 7 人，101 年 1-6 月非計畫性體重減輕 5% 以上的住民數 3 人，非計畫性體重增加 5% 以上的住民數 0 人；分析住民身體體位測量體重過輕：BMI<18.5 為 11.3%，健康體位：18.5<=BMI<24 為 52%，體重過重：24<=BMI<27 為 25.4%，輕度肥胖：27 <= BMI < 30 為 7.9%，中度肥胖：30 <= BMI < 35 為 3.1%，重度肥胖：BMI >= 35 為 1.2%。

### 第三節 壓瘡指標

因輔導會三級醫療體制，凡榮民具壓瘡即送榮(總)院醫療，以維優質照顧。因此收集 2 年榮家住民壓瘡個案，僅一位因新進住榮家時即有壓瘡存在，並也立即送醫治療痊癒後始返家，因此居家住民未有壓瘡個案，針對新進住住民及由醫院出院返家時皆會執行壓瘡評估，檢視其身體皮膚狀況，達良好照顧品質。

### 第四節 非計畫性轉至急性醫院住院

一、非計畫性轉至急診醫院住院指標監測年統計表

指 標 項 目	年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	總計	平均
新住民人次(A)	99	13	11	12	13	15	14	20	16	9	11	11	11	156	13
	100	10	12	9	10	5	10	12	15	9	10	10	16	128	11
	101	5	6	12	12	17	9	/	/	/	/	/	/	/	/
入住後 72 小時內非計畫性轉至急診性醫院住院人次(B)；	99	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	1.28%
	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0.78%
	101	0	0	0	0	0	0	/	/	/	/	/	/	/	/
住民總人次(C)	99	506	497	434	438	444	437	462	457	464	456	440	444	5479	456
	100	429	445	450	447	438	432	441	428	448	443	456	440	5297	442
	101	433	435	424	423	439	426	/	/	/	/	/	/	/	/
非計畫性轉至急診性醫院住院人次(D)	99	64	53	50	54	35	38	28	49	57	36	33	34	531	9.69%
	100	30	29	28	37	34	20	18	23	27	29	31	41	347	6.55%
	101	32	26	43	29	18	38	/	/	/	/	/	/	186	/
因心臟血管代償機能減退而非計劃性至急性醫院住院人次 (D1)	99	6	7	13	15	8	8	3	15	6	7	8	9	105	19.77%
	100	5	0	1	7	0	1	1	5	8	2	6	7	43	12.39%
	101	5	4	4	3	1	0	/	/	/	/	/	/	17	/
因骨折而非計劃性至急性醫院住院人次(D2)	99	3	3	2	1	1	3	0	1	2	1	1	2	20	3.76%
	100	1	2	0	0	0	1	0	2	0	2	1	6	15	4.32%
	101	2	2	0	0	1	0	/	/	/	/	/	/	5	/
因腸胃出血而非計劃性至急性醫院住院人次 (D3)	99	0	1	6	3	6	6	1	5	3	7	6	2	46	8.66%
	100	1	3	3	4	1	1	2	1	2	1	1	2	22	6.34%
	101	0	3	1	2	1	2	/	/	/	/	/	/	9	/
因感染而非計劃性至急性醫院住院人次(D4)	99	4	9	9	9	9	9	6	12	15	6	5	7	100	18.83%
	100	5	5	5	8	10	6	9	5	8	7	6	4	78	22.47%
	101	6	4	18	9	5	23	/	/	/	/	/	/	65	/
因其他內外科原因而非計劃性至急性醫院住院人次 (D5)	99	51	33	20	37	11	15	18	16	31	15	13	14	274	51.6%
	100	18	19	19	18	23	11	6	10	9	17	17	22	189	54.46%
	101	19	13	20	15	10	13	/	/	/	/	/	/	90	/

## 二、非計畫性轉至急診醫院住院統計表

分類	入住 72 小時內轉診/住院	D1 (心臟血管代償機能減退)			D2 (骨折)	D3 (消化系統疾病)			D4 (感染)					D5 (其他內外科疾病)			
		高血壓(低血壓)	中風	心臟疾病	骨折	胃腸出血	消化性潰瘍	腸阻塞	泌尿道感染	蜂窩組織炎	肺炎(呼吸道感染)	敗血症及不明熱	皮膚感染(疥瘡)	糖尿病	氣喘	外傷	其他
各類疾病人數	3	42	9	57	27	13	22	20	60	32	137	7	1	24	100	13	192
各類疾病百分比		5.6%	1.2%	7.5%	3.6%	1.7%	2.9%	2.6%	7.9%	4.2%	18.1%	0.9%	0.1%	3.2%	13.2%	1.7%	25.4%
各類疾病平均住院天數	7.16 (全部)	6.57	8.44	6.21	7.11	6.23	6.33	8.15	8.03	7.66	7.93	7.14	13	6.54	6.89	6.77	7.18
D1-D5 疾病人數		108			27	55			218					329			
D1-D5 疾病人數百分比		14.3%			3.6%	7.2%			31.2%					43.5%			

### 三、非計畫性轉至急診醫院反覆住院人數統計

反覆住院次數	人數	人數百分比	人次	人次百分比	備註
2次	82	22.97%	164	21.30%	
3次	40	11.20%	120	15.58%	
4次	27	7.56%	108	14.03%	
5次	10	2.80%	50	6.49%	
6次	6	1.68%	36	4.68%	
7次	3	0.84%	21	2.73%	
8次	7	1.96%	56	7.27%	
9次	3	0.84%	27	3.51%	
10次	1	0.28%	10	1.30%	
反覆住院人數合計	179	50.14%	592	76.88%	
1次	178	49.86%	178	23.12%	
總人數	357	100.00%	770	100.00%	
反覆住院4次以上人數	57	15.97%	308	40%	

### 非計畫性轉至急診醫院住院安置區分統計

區分	人數	百分比	備註
安養住民人次	181	23.51%	
失能住民人次	480	62.34%	
失智住民人次	109	14.16%	
合計	770	100.00%	

非計畫性轉至急診醫院住院中入住後 72 小時內非計畫性轉至急診性醫院住院人次 99 年 2 人，100 年 1 人，101 年 1-6 月 0 人，非計畫性轉至急診性醫院住院人次 99 年 531 人，100 年 347 人，101 年 1-6 月 0 人，因心臟血管代償機能減退而非計劃性至急性醫院住院人次 (D1) 99 年 105 人次，100 年 43 人次，101 年 1-6 月 17 人次，因骨折而非計劃性至急性

醫院住院人次(D2)99年20人次,100年15人次,101年1-6月5人次,因腸胃出血而非計劃性至急性醫院住院人次(D3)99年46人次,100年22人次,101年1-6月9人次,因感染而非計劃性至急性醫院住院人次(D4)99年100人次,100年78人次,101年1-6月65人次,因其他內外科原因而非計劃性至急性醫院住院人次(D5)99年274人次,100年189人次,101年1-6月90人次。

統計99年7月至101年6月份資料,因心臟血管代償機能減退而非計劃性至急性醫院住院(D1)包含高(低)血壓、中風、心臟疾病,為D1-D5疾病人數的14.3%,平均住院天數分別為6.57、8.44、6.21天,因骨折而非計劃性至急性醫院住院(D2)為36%,平均住院天數7.11天,因腸胃出血而非計劃性至急性醫院住院(D3),包含胃腸出血、消化性潰瘍、腸阻塞,所佔比例為7.2%,平均住院天數介於6.23-8.15天間,因感染而非計劃性至急性醫院住院(D4),包含泌尿道感染、蜂窩組織炎、肺炎(呼吸道感染)、敗血症及不明熱、皮膚感染(疥瘡)等,平均住院天數介於7.66-13天間,佔所有住院比例的31.2%,因其他內外科原因而非計劃性至急性醫院住院(D5),為所有住院原因中比例最高為43.5%,包含糖尿病、氣喘、外傷及其他等,平均住院天數為6.54-7.18天。

收集2年非計畫性轉至急診醫院住院人員中,反覆住院人數超過一半,達50.14%,住院2次的住民有22.97%,反覆住院4次以上人數佔所有住院人數的15.97%,以住民安置區塊區分統計,安養住民佔23.51%,失能住民為62.34%,失智住民為14.16%。

## 第五節 約束

### 一、約束的描述性統計

約束人員登錄情形

約束人員登錄表

編號	姓名	床號	開始日期	約束理由	約束設備	約束部位	每日持續時間	開始時間	解除日期	解除原因	約束持續時間
1	曾 X 峻	604-3	99/12/1	行為紊亂	約束帶	腰部	>8 小時 16 小時	白班	99/12/23	住院	22 天
2	孫 X 興	303-2	100/2/27	預防跌倒	約束背心	軀幹	>8 小時 16 小時	白班	100/4/1	未坐輪椅	1 個月 2 天
3	廖 X 英	703-3	99/12/1	預防跌倒	約束帶	腰部	>8 小時 16 小時	白班	100/5/21	死亡	5 個月 19 天
4	周 X 勳	701-4	99/12/1	預防跌倒	約束背心、餐板	軀幹	>8 小時 22 小時	白班	100/11/2	亡故	1 年 4 個月 9 天
5	鍾 X 富	104-3	99/8/2	行為紊亂	手套	手腕	>4 小時 8 小時	小夜	100/11/2	住院	1 年 8 個月 7 天
6	劉 X 福	304-4	100/2/22	預防跌倒	約束帶、手套	腰部、手腕	1 小時	白班	101/1/1	住院	10 個月 8 天
7	陳 X 江	怡園	100/1/18	預防跌倒	約束背心、餐板	腰部	>8 小時 16 小時	白班	101/1/24	住院	1 年 5 天
8	竇 X 順	502-1	100/11/16	預防跌倒	約束背心	軀幹	>8 小時 16 小時	白班	101/4/8	亡故	4 個月 23 天
9	范 X 修	202-4	100/10/12	行為紊亂	手套	手腕	>8 小時 16 小時	小夜	101/04/01	認知改善' 情緒穩定	6 個月 18 天
10	陳 X 根	101-1	100/10/12	行為紊亂	手套	手腕	>8 小時 16 小時	小夜	101/04/01	認知改善' 情緒穩定	6 個月 18 天
11	陳 X 發	怡園	101/04/20	預防跌倒	約束帶	腰部	>4 小時 9 小時	白班	101/06/02	住院	1 個月 12 天
12	黃 X 坤	203-2	100/12/1	預防跌倒	手套	手腕	>8 小時 16 小時	小夜	101/3/5	住院	3 個月 5 天
13	鄧 X 友	704-2	99/12/1	行為紊亂	約束背心、餐板	軀幹	>8 小時 16 小時	白班	持續約束		1 年 7 個月
14	王 X 東	703-1	100/3/1	預防跌倒	約束背心、餐板	軀幹	>8 小時 16 小時	白班	持續約束		1 年 3 個月
15	初 X 卿	505-1	101/1/1	預防跌倒	約束帶、約束背心、手套、餐板	腰部、手腕、軀幹	>4 小時 8 小時	白班	持續約束		6 個月
16	張 X 坦	B6	101/04/04	預防跌倒	約束背心	軀幹	>4 小時 8 小時	白班	持續約束		2 個月
17	陳 X 澤	怡園	101/04/10	預防跌倒	約束帶	腰部	>4 小時 10 小時	白班	持續約束		2 個月

## 二、約束原因、持續時間等統計

約束原因		
	人數	百分比
行為紊亂	5	29.4%
預防跌倒	12	70.6%

約束持續時間		
	人數	百分比
1 小時	1	5.9%
>4 小時 8 小時	5	29.4%
>8 小時 16 小時	11	64.7%

單一或多重約束		
	人數	百分比
單一約束	11	64.7%
多重約束	6	35.3%

約束開始時間		
	人數	百分比
白班	13	76.5%
小夜	4	23.5%

收集 2 年約束人員資料，共計有 17 員接受過約束行為，統計其約束原因，5 人(29.4)是因為行為紊亂而約束，12 人(70.6%)是為了預防跌倒而約束，從開始約束至解除約束時間，持續約束最短天數為 22 天，超過一年約束時間人員共計 5 員，其餘約束人員約束時間介於 1 個月以上 1 年以內，截至 101 年 6 月底，仍有 5 位住民持續約束中，解除約束原因中，最多原因為長期住院或是死亡，佔所有解除約束比例的 75%，其他解除約束原因為因原本坐輪椅而約束，因不坐輪椅所以解除約束，及認知改善及情緒穩定而解除約束。全部約束個案中，曾多重約束人員計 6 員，所佔比例為 35.3%，一天中約束持續時間介於 8-16 小時人數為 11 人，介於 4-8 小時人員計 5 員，僅 1 人每天約束時間減少於 1 小時，約束開始時間多在白天 76.5%，其餘在小夜班開始約束。

## 第六節 感染指標

### 一、院內感染人數統計

院內感染人數統計表

年度	年總感染人數	年總感染發生率(‰)	呼吸道感染		泌尿道感染		腸胃道感染		皮膚疥瘡感染	
			人次	比率(‰)	人次	比率(‰)	人次	比率(‰)	人次	比率(‰)
99	81	6.75	44	3.67	26	2.17	0	0.00	11	0.92
100	32	6.00	25	5.00	2	0.33	0	0.00	7	1.17
101/1~6月	65	/	49	/	9	/	3	/	4	/

## 二、疑似感染個案統計

100 年 1 月至 101 年 6 月 疑似感染個案統計表

日期	感 染 部 位					處 置			
	呼吸道	泌尿道	腸胃道	皮膚	其他	急診	住院	門診	未轉診
101 年 1 月	7	3	0	0	0	1	9	0	0
101 年 2 月	2	1	0	0	0	0	3	0	0
101 年 3 月	13	2	2	0	0	1	14	2	0
101 年 4 月	2	2	1	1	0	2	4	0	0
101 年 5 月	0	0	0	1	0	0	1	0	0
101 年 6 月	25	1	0	2	0	3	23	2	0
100 年 1 月	3	0	0	0	0	0	3	0	0
100 年 2 月	4	1	0	0	0	0	5	0	0
100 年 3 月	6	0	0	2	0	0	5	3	0
100 年 4 月	9	0	0	1	0	0	8	2	0
100 年 5 月	1	0	0	3	0	0	4	0	0
100 年 6 月	0	0	0	2	0	0	2	0	0
100 年 7 月	0	2	0	5	0	0	4	3	0
100 年 8 月	4	1	0	3	0	0	6	2	0
100 年 9 月	1	3	0	0	0	0	4	0	0
100 年 10 月	6	3	0	0	0	1	8	0	0
100 年 11 月	0	1	0	3	0	0	3	1	0
100 年 12 月	3	1	0	0	0	0	4	0	0
合計	86	21	3	23	0	8	110	15	0
百分比	65%	16%	2%	17%	0%	6%	83%	11%	0%

年總感染發生率為 6~6.75%，感染部位主要為呼吸道感染，所有感染個案統計，65%為呼吸道感染，年發生率為 3.67~5‰，其次是泌尿道感染及皮膚疥瘡感染，佔感染人數的 16%及 17%，所有感染個案中，83%皆有送醫接受住院治療。

## 第五章 討論

### 第一節 跌倒

本研究統計發現 99 年跌倒發生率為 0.027%，100 年跌倒發生率為 0.032%，與文獻顯示 65 歲以上老人跌倒比例為 10-20%，明顯偏低，但比較 99 年及 100 年則有增加情形，養護住民佔所有跌倒人數的 45.5%，失智住民為 17.2%。與文獻中所述失智老人跌倒發生率為非失智老人的 2 倍不同，資料中顯示跌倒的發生以養護失能住民偏多，為一般住民跌倒發生的 2 倍，失能、失智住民跌倒發生地點以房間內最高，其次是浴廁及戶外，安養住民跌倒發生地點則以戶外居多，其次是房間內及餐廳，與文獻研究有所差別，因本榮家位居山坡地，安養住民白天外出機會多，因此戶外跌倒機率高，而失能住民跌倒地點以房間內居多與文獻研究結果相同，因此需針對住民特性，安排不同的預防措施，安養住民需加強戶外防跌衛教，而失能及失智住民則需加強房間內預防跌倒措施及衛教。

身體傷害的嚴重度，統計資料發現無傷害比例未 18.2%，將等研究顯示無傷害比率為 60%，顯示本榮家住民跌倒傷害比例明顯偏高，輕度傷害、中度傷害及重度傷害之比例亦比文獻中的比例高，因此改善住所環境及加強高危險群評估，並對個案積極介入預防措施相當重要。

統計跌倒個案是否罹患高血壓及糖尿病中，60.6%的跌倒個案罹患高血壓並服用高血壓用藥，18.2%罹患糖尿病病服藥控制血糖，而跌倒個案中有 1/3 的個案是有服用安眠藥幫助睡眠；如此發現多數跌倒個案皆罹患或服用會影響平衡因素的疾病及藥物，跌倒個案中僅 4 人未罹患慢性疾病，其餘個案皆罹患 1 到 7 種的慢性病，有 16%的跌倒住民罹患了 5 種以上的慢性疾病；跌倒住民中有 7.1%的個案未服用任何藥物，15%跌倒個案服用 1-2 種藥物，服用 3 種以上藥物之跌倒住民達 77.8%，有 10.1%的跌倒個案服用了超過 8 種以上的藥物；一級傷害中

以服用 3-7 種藥物者較偏高，二級傷害中以服用 2.3.6 種藥物者較多，三級傷害中以服用 3.5 種藥物者偏高，亦即產生傷害者多為服用一種以上藥物，因此針對罹患慢性疾病個案，正確用藥衛教及需針對用藥的副作用，及疾病本身會產生的危險性加以提供個別性衛教，可有效預防跌倒，並減少跌倒傷害的發生。

住民平均年齡在 80 歲以上，跌倒個案輕度失能的有 39.4%，10.1%為重度失能住民，輕度失智 11.1%，中度失智以上程度為 31.3%，因失智造成大腦退化導致平衡障礙，顯示需積極的復健措施或運動訓練介入，加強步伐及肌力訓練，提高平衡力，預防及減少跌倒的發生。

## 第二節 非計畫性體重改變

統計本榮家 2 年資料，非計畫性體重減輕 5%以上的住民數 18 人，非計畫性體重增加 5%以上的住民數 8 人，與研究顯示 15-20.2%的 65 歲以上老人有非刻意體重下降的問題，數據上有明顯的差距，；分析住民身體體位測量體重過輕：BMI<18.5 為 11.3%，健康體位：18.5<=BMI<24 為 52%，體重過重：24<=BMI<27 為 25.4%，輕度肥胖：27 <= BMI < 30 為 7.9%，中度肥胖：30 <= BMI < 35 為 3.1%，重度肥胖：BMI >= 35 為 1.2%。

## 第三節 壓瘡

因輔導會三級醫療體制，凡榮民具壓瘡即送榮(總)院醫療，以維優質照顧。因此收集 2 年榮家住民壓瘡個案，僅一位因新進住榮家時即有壓瘡存在，並也立即送醫治療痊癒後始返家，因此居家住民未有壓瘡個案，針對新進住住民及由醫院出院返家時皆會評估及填寫簡易壓瘡評估表，及早發現潛在性壓瘡高危險群住民，以提供適宜照護措施，發現潛在性壓瘡高危險群及壓瘡個案立即訂定個別化護理計畫，持續評值。

## 第四節 非計畫性轉至急性醫院住院

本榮家非計畫性至急性醫院住院比率為 6.55-9.69%，與趙(2007)研究 35.7% 明顯減少，以因其他內外科原因而非計畫性至急性醫院住院為最多 43.5%，因感染而非計畫性至急性醫院住院次之 31.2%，感染中以呼吸道感染而住院者最多，其次是泌尿導感染，與趙(2007)研究相同。

老人住院會增加活動受限、營養不足以及院內感染等，若住院天數延長，更加重功能衰退的機會，比率可達 30%—60%，因住院所導致的功能衰退，常造成身體永久性活動功能障礙，進而影響生活品質（王等，2004；Hoogerduijn et al., 2007），本榮家資料顯示各種疾病的平均住院天數約為 6-8 天，反覆住院人數超過一半，達 50.14%，住院 2 次的住民有 22.97%，反覆住院 4 次以上人數占所有住院人數的 15.97%，因此預防措施格外重要，需針對各類疾病擬定預防的標準作業流程，並依個案提供個別化照護措施，尤其針對呼吸道感染及泌尿道感染的標準照護流程擬定，另外對於重複住院個案，評估個案身體疾病及潛在的問題，及早介入預防措施，減少重覆住院的機率。

## 第五節 約束

目前國內外積極倡導「無約束照護環境」的理念，但我國長期照護機構身體約束盛行率仍居高，文獻指出身體約束使用率為 17.0%到 46.6%，其中預防跌倒比例最高 79.8%至 96.5%，收集本榮家 2 年約束人員資料，身體約束使用率為 0.12%，與國內外研究比較，本榮家約束使用明顯較少，共計有 17 員接受過約束行為，統計其約束原因， 29.4%是因為行為紊亂而約束，70.6%是為了預防跌倒而約束，約束原因與國內外研究相同，多數是為了預防跌倒，從開始約束至解除約束時間，超過一年約束時間人員共計 5 員，每個星期護理人員會評估約束情形，評估是否續約束，每 3 個月重新評估並與醫師及家屬討論，決定是否續約束，本榮家解除約束原因中，最多原因為長期住院或是死亡，佔所有解除

約束比例的 75%，其他解除約束原因為因原本坐輪椅而約束，因不坐輪椅所以解除約束，及認知改善及情緒穩定而解除約束。

## 第六節 感染

感染症是導致長期照護機構老年人住院及死亡的主要原因之一，老年人由於免疫功能較差、患有慢性疾病、多重器官退化、生活功能障礙、侵入性的醫療處置、多重用藥等特性，使得老年人感染機會增加。本家統計住民感染主要為呼吸道感染，其次是泌尿道感染及皮膚疥瘡感染，與文獻統計結果泌尿道感染與呼吸道感染是前兩名，其次為皮膚及軟組織感染，腸胃道感染及菌血症大致相同，因此，改善長期照護機構住民發生感染症問題是值得重視的議題。檢視本榮家感染發生及統計等發現，每個月收集了感染個案的資料，能夠依個案擬定個別性照護計畫，但對於感染症發生的事先防護措施，未能妥善連結，因此未能依迫切需要的議題，如當發現住民感染發生最多為呼吸導感染，即應立即修正感染管制措施，針對呼吸道感染，探討發生原因並執行預防措施，能避免更多呼吸道感染症的發生，但老年人具有多項慢性疾病，因此在擬定照護措施時，應多方考量亦即老年人感染症的預防勝於治療，預防之道包括注意個人衛生、維持活躍的生活型態、適度的營養、運動及休閒、定期預防注射及健康檢查等，以期能早期發現早期治療，此外應加強慢性疾病的控制及減少不必要的用藥和管路放置，以避免併發症的發生。收集資料期間，於101年6月發生了流行性感冒A型的群聚事件，使的該月感染發生率相對提高。

泌尿道感染亦是長期照護機構最常見的感染症之一，本榮家的泌尿道感染機率居第二位，所有泌尿道感染中，使用導尿管者僅一位，檢視收集的泌尿道感染個案資料，皆因產生發燒症狀或是因身體虛弱送醫檢查後發現，因長期照護機構住民發生感染症狀時，臨床的表現常是不典型的症狀或徵候，因此明確的感染症定義能使照護人員快速鑑別感染症的發生，同時給予及早期的處置及治療，減少不必要的併發症發生，而分析院內感染資料時，發現並未針對感染

症發生較多的泌尿道感染部分有一套有效的預防性介入措施來減少泌尿道感染的發生。

感染症發生必須要與住民本身的身體因素，慢性疾病，營養狀況，ADL、失智、如廁、臨床症狀，住院天數、年齡等進行資料收集及統計評估等，依據感染屬性訂立感染管制及照護措施等，並擬定預防性措施，藉以降低長期照護機構感染症的發生，提升長期照護的品質。

## 第六章 結論與建議

### 第一節 跌倒指標

照護人員需確實執行預防跌倒照護措施，護理人員方面在新住民入住完成後跌倒危險因子評估表及住民每月完成住民跌倒危險因子評估表，須讓其他照護者知道高危險群，進而到預防之措施；另外「高危險性傷害-- 跌倒」護理問題應按護理措施執行，因易流於表面作業，給予預防跌倒衛教單張，並提供護理指導，確實評值，並提供改善方案。

工作人員對於預防住民跌倒措施認知不足，家屬為榮民準備的衣物不符合住民穿著，常有褲子太大、太長，照顧服務員在照顧住民時須注意衣褲及鞋子有無過大或太長；對於下肢乏力步態不穩及虛弱之榮民服務員認為住民要上廁所時，只要按紅燈就會前去處理，未按規定將便器放在住民床邊或榮民執意起身廁所，按規定定時巡視及時解決住民需求，須再加強防跌衛教及再舉辦相關在職教育，並製作「預防住民跌倒」之宣傳海報，加強宣導。

住民因活動功能障礙導致跌倒，確實執行預防住民跌倒護理照護標準及常規，持續的跌倒監測、檢討與改善，定能增進住民安全，提昇單位的照護品質。

跌倒危險因子評估結果書寫於護理人員及照護服務員交班所用的交班卡上，並每個月定期更新；跌倒事件處理記錄表之原因加以修訂，可讓護理人員詳加分析進而加以提供預防跌倒個別照護措施。本榮家跌倒危險因子可參考學

者(楊、2008)建議再加以細分，因更細分的危險因子更能針對問題改善，能有更加完善的預防措施。

安排住民復健運動，但因住民年齡較高，且每位住民肢體活動功能障礙程度之差異大，增強關節活動度、肌力的成效，短期內較難評估其對預防跌倒的影響程度，但住民及家屬都重視每次的復健活動，將之視為必要完成的功課，且需要復健團隊的加入，給予個別的復健評估，持續追蹤復健成效，才能達到預防或減少跌倒的發生。因本榮家住民大部份年齡高達 80 歲以上，不僅有疾病因素如:失智、退化、健忘等，無法配合工作人員的照護措施，也使得預防跌倒的成效受到影響。對於這些住民應提供那些預防跌倒措施，也是未來需要再深入探討。

簡化房間放置之物品擺設，避免形成障礙，照顧服務員應注意及陪伴視力不良住民，使熟悉環境、移除床邊障礙物。廁所、走廊等公共設施務必維持良好之照明。指導行動不便住民利用適當輔具協助行走，高低不平的地面及樓梯應避開。勸導住民身體不適或肢體乏力時，切勿自行外出，請照顧服務員協助日常生活照顧(例如購物、看診)。指導行動不便者正確使用輔具，工作人員應經常檢視輔具結構是否穩固，如有故障立即更換送修。

定期辦理護理人員及照服員跌倒防治在職教育訓練；定期辦理榮民預防跌倒衛教，並針對跌倒個案加強個別防跌衛教。住家各樓梯全面製作、張貼壓克力防跌警語「小心樓梯慢慢走」。改善失能區各戶出口小斜坡鋪設與整修、使坡度更平緩及防滑，各房戶大浴室地面全面加貼防滑貼條，減少跌倒的發生。

## 第二節 非計畫性體重改變

統計本榮家 2 年資料，非計畫性體重減輕 5% 以上的住民數 18 人，非計畫性體重增加 5% 以上的住民數 8 人，與研究顯示 15-20.2% 的 65 歲以上老人有非刻意體重下降的問題，數據上有明顯的差距，若排除測量上及統計上的準確性，檢視其問題若住民得到良好照顧，必然會減少體重下降問題，但本榮家在收及體重測量僅採計每個月單一次性的資料，為持續追蹤個案連續 3 個月、6 個月的體重變化，另外對於非計畫性體重增加或下降僅追蹤 5% 的增減，對於 4% 或超過 10% 的個案，應該特別注意需有個別的照護措施，研究指出體重下降 4%，在臨床上即具有重要意義，體重下降 10% 後，死亡率在 6 個月內明顯較高，因此建議收集資料時不僅追蹤體重增減 5% 個案，針對增減 4% 及 10% 以上人員，確實篩檢出來，並給於適當的營養，降低死亡風險。

住民身體體位測量 BMI，體重過輕，體重過重，輕度肥胖，中度肥胖，重度肥胖者分別飲食衛教並提供特殊飲食，本榮家針對異常體位住民並未個別給於適當的衛教或提供特殊飲食，並未有積極的追蹤此類個案。

迷你營養評估表(MNA)為一整合性與簡單方便的老年人營養狀況評估工具，在收集資料時發現，本榮家針對住民並未有全面性的住民迷你營養評估表的資料，因此無法評估住民的營養狀況，針對新進住民也僅看到部分零星資料，無法有效評估營養狀況，因此建議能全面性執行營養評估，篩檢出營養不良或是潛在營養不良個案，找出原因並針對危險因素加以治療，給與營養支持

並維持在營養良好狀況，避免造成免疫力下降，降低生活品質，減少罹病率及死亡率。

### 第三節 壓瘡指標

壓瘡的發生是由個體局部皮膚受外界持續的壓力與摩擦力，使該區域血液及淋巴腺阻塞，微血管內血流降低，組織因而缺氧，而血液灌流下降，無法有效移除新陳代謝所產生的廢物，使組織發生酸中毒，血管通透性增加，產生水腫、細胞壞死而產生壓瘡，因此針對住民提供簡易壓瘡評估，及早發現潛在性壓瘡高危險群住民，以提供適宜照護措施。

### 第四節 非計畫性轉至急性醫院住院

老人住院會增加活動受限、營養不足以及院內感染等，若住院天數延長，更加重功能衰退的機會，因住院所導致的功能衰退，常造成身體永久性活動功能障礙，進而影響生活品質，因此預防措施格外重要，另外對於重複住院個案，評估個案身體疾病及潛在的問題，及早介入預防措施，減少重覆住院的機率，因住民由醫院返家後，更需要密集性的照護觀察，否則會比一般住民更容易再住院，需針對各類疾病住院原因加以分析，擬定疾病照護的標準作業流程，並依個案提供個別化照護措施。

### 第五節 約束指標

機構照護人員約束之主要理由為維護住民安全，因此針對住民方面探討，

住民年齡越大，依賴程度越高，或是溝通能力愈差者、認知功能差且有問題行為者，或是有跌倒經驗者愈容易以安全理由而約束，工作人員方面主要問題為人力不足、約束的教育訓練課程不足容易導致約束，因此加強照顧人員對約束方面的教育訓練及充足的照護人力，可減少約束的使用。

建立無約束照護環境，是國內外積極在倡導的理念，無約束的照護除了可增加日常生活能力及提高身體功能，也能鼓勵工作人員發展創造性和個別性取代約束，正確的評估及替代措施可有效的減少約束，當老年人有跌倒及可能受傷的情形時，不一定要先給予約束限制活動，可先身體評估或環境評估，評估身體上有其他不適，是否有高血壓或低血壓的病史，頭暈，衣服是否合身，鞋子是否合腳，或是輔助工具是否恰當、環境照明是否不佳，地板是否濕滑等，另外再考慮營養及檢驗值之生理指標，然後再與其他照護者及醫師、家屬討論是否需要約束。若是為了要預防跌倒而約束，可以先評估住民的行動能力，增進身體功能、改善居住環境、調整身體移動習慣，多陪伴、注意個別需要、提供有意義的活動以分散其注意力、應用活動輔助工具，或使用約束替代方案，使用約束替代品時須依個別評估來選擇替代工具，以維持最適當的身體姿勢及舒適。

給與提供照顧者，包含護理人員及照顧服務願再教育，提供足夠有關老人約束的資訊，於約束住民時注意安全性的相關危險因素，加強分享使用成功的替代方案經驗，可有效減少約束的使用，或能成功的解除約束。

## 第六節 感染指標

長期照護機構住民發生感染症的機會非常多，有很高比例的呼吸道及泌尿道感染，但從我們所收集的資料中未把個案本身所存在的慢性疾病一起納進來考量，另外針對較高感染的疾病如泌尿道感染也已未有進一步有效的預防措施介入，如膀胱訓練、水分的補充等，解決老年人的感染是預防勝於治療，包括針對個人衛生的注意、維持活躍的生活型態、適度的營養、運動及休閒，定期預防注射及健康檢查等，由我們收集資料的過程中，發現過於分工，收集資料僅限於收集及分析彙整，未將所收集到的資料提出有效的改善方案，須由前端控管依據所收集的資料擬定照護計畫，如制定如何注意個人的衛生、維持活躍的生活型態、適度的營養、運動及休閒，定期預防注射及健康檢查等的標準作業流程，提供照顧者遵從的準則，並由標準流程中擬定個別的照護計畫，減少感染性疾病的發生。

感染議題是需要全面品質管理，建議機構護理人員應有專人接受感染管制訓練，所受訓練必須是有系統的規劃，訓練如何收集院內感染個案之技能，進而能分析及運用所收集資料，訂定合適機構之感控方案，降低機構內感染率。

## 第七節 結論

為了因應評鑑，開始了六項品質指標的監測，各單位也依長期照護專業協會出版的機構品質監測指標，制定符合各機構的品質指標執行作法，本榮家亦執行了數年，本計劃收集了 2 年的資料加以分析，仍有許多需要更精進的地方，

如需以住民為中心的全人照顧模式，全面化的確保品質，應透過結構面、過程面及結果面三層面來提升機構的照護品質，而非僅是品質指標結果的呈現。

最新修正的老人福利機構評鑑將疼痛評估納進指標項目之一，本榮家亦將疼痛評估納入品質指標監測之一項，對於疼痛評估的作法，是每日由照顧服務員測量體溫時評估，並登記在疼痛評估紀錄單，若有疼痛初步處置無效，轉介醫療人員協助處理。

因此長期照護專業人員在職教育訓練，應加強有系統的全面品質管理課程，強化人員對品質的了解，提升長期照護的品質。

## 參考文獻

### 中文部分

王靜怡、王子娟、郭藍遠、梁忠詔、江傳江(2004)花蓮市社區老人身體功能障礙發生情況及相關身體功能之初探。物理治療，29(5)，293-301

台灣地區醫療院所的病患及照護機構住民的壓瘡預防介入措施及追蹤之研究  
(行政院衛生署九十一年度科技研究發展計畫)

李 莉(2009)長期照護機構中的身體約束議題。長期照護雜誌、13(2)、P157-167

李孟芬(2009)審視現階段長期照護機構身體約束倫理議題。長期照護雜誌13(2)

李明昕、邱偉嘉、黃麗娟、王建楠、蘇世斌(2010)居家照護個案因泌尿道感染住院之盛行率及相關危險因子探討。台灣家醫誌; 20: 110-121

李 莉、李英芬、江珮瑩(2011)降低護理之家住民跌倒發生率之改善方案。長期照護雜誌15(1) 39-50

林永捷、彭莉甯、陳亮恭(2011)長期照護機構住民的感染症。台灣老年醫學暨老年學雜誌；6(2)：73-85

林淑芬、高毓秀(2008)機構高血壓老人預防跌倒行為相關因素之探討。健康促進與衛生教育學報 第29期，第99-117頁

林茂榮、王夷暉(2004)社區老人跌倒的危險因子與預防。臺灣公共衛生雜誌，23(4)，259-271。

疾病管制局<http://www.cdc.gov/Injury/wisqars/>

張哲誌、周騰達(1994)老人跌倒的預防(上)。基層醫學，9(9)，170-174

張鈞惠、郭鐘隆、林靜兒、蔡益堅(2009)多元跌倒預防計畫對改善老人跌倒相關變項和生活品質之成效探討。健康生活與成功老化學刊 Vol.1, No.2 p1-14

- 張鳳琴、蔡益堅、吳盛良(2003)台灣地區非致命事故傷害狀況。台灣公共衛生, 22(6), 492-500
- 梁偉成、紀煥庭、胡名霞、林茂榮(2005)社區老人跌倒機轉與傷害嚴重度。物理治療, 30(3), 105-115。
- 郭惠敏、高淑芬(2009)朝向無約束的長期照護。長期照護雜誌13(2)2009 p131-140
- 陳瑞琴、駱麗華(1993)居家護理病患壓瘡問題之探討。護理研究, 民國82年9月1(3), p257-268
- 陳鼎達、黃麗卿、鍾葵葵、張家銘(2005) 護理之家住民因泌尿道感染而住院之調查研究。台灣老年醫學雜誌、Vol. 1 No. 2, 65-77
- 曾雅梅(2009)。長期照護機構高風險群老人跌倒因素與防跌課程介入成效之探討。未出版碩士論文, 台北: 國防醫學院公共衛生學研究所。
- 黃少君、陳曾基、周碧瑟(2005)石牌地區老年人跌倒累積發生率及其相關因素之探討。台灣公共衛生雜誌, 24(2), 136-145。
- 黃惠子、陳清惠(2009) 住院老人功能衰退的危險因素及照護。護理雜誌 56 卷 1 期・中華民國98 年2 月, p85-89
- 黃惠璣,李中一(2009)某市養護機構住民身體被約束之狀況及相關因素之研究。台灣衛誌 2009, Vol.28, No.2, P132-142
- 黃惠璣、吳森琪、蘇秀娟、林季宜、馬霏菲(2008)構住民使用身體約束之芻議。台灣老人保健月刊 VOL4NO1, P23-37
- 黃惠璣、林季宜、王寶英(2007)老人或失智老人跌倒危險因子之初探。台灣老人保健學刊 Vol.3, No.1p1-13
- 楊榮森(2008)老年人的跌倒與骨折預防。台灣老年醫學暨老年學雜誌;3(2):78-90
- 葉淑惠、林麗味、王興耀、吳淑如、林昭宏、蔡富棉(2001)護理之家施行約束縮減方案之成效。護理研究、9(2),183-192
- 趙耿裕(2007)・護理之家住民非計畫性轉住院之研究—以南部四家護理之家為

例·未發表碩士論文，屏東：美和技術學院健康照護研究所。

趙莉芬、劉雪娥(1994)認識壓瘡及其相關危險因子。護理雜誌，民國83年12月  
41(4)，p59-64

劉秀枝（2001）當父母變老-關心失智症、中風及其他神經疾病。台北：天下文  
化。

蔡素蘭、林茂榮(2002)跌倒對台灣鄉村社區老人日常生活活動能力衰退與害怕跌  
倒心理的影響。物理治療 27(4)：155-164

戰臨茜、高森永、金惠民、李美璇(2002)、北台灣社區與機構中老人的營養狀況  
及其預測因子、中華民國營養學會雜誌，27(3)，147-158

鍾婷鶯、林均穗、邱月璧、江秉誠、劉淑娟(2011) 淺談護理之家感染管制品質  
監控機制之建構。長期照護雜誌15 (1)，P31-37

魏大森(2008)老年人跌倒的篩檢與評估。台灣老年醫學暨老年學雜誌；3(2)：  
91-105

蘭淑貞、彭又文(2011)老人的非刻意體重下降及其危險因素與處置。長期照護雜  
誌15 (2) P145-155

## 英文部分

Alibhai, S. M., Greenwood, C., & Payette, H.(2005). An approach to the management  
of unintentional weight loss in elderly people. *Canadian Medical Association*

Clark、Fraaza、Schroeder、Maddens。(1995)。Alternative nursing environments：  
Do they affect hospital outcomes？*Journal of Gerontological  
Nursing*.21(11),32-38

Guérin, O., Andrieu, S., Schneider, S. M., Milano, M., Boulahssass, R., Brocker, P., et  
al. (2005). Different modes of weight loss in Alzheimer disease: A prospective  
study of 395 patients.

- Guigoz Y , Vellas BJ and Garry PJ(1996)Assessing the nutritional status of the elderly : The Mini nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation.Nutr Rev 54(suppl) : 59-65
- Hoogerduijn, J. G., Schuurmans, M. J., Duijnste, M. S. H., de Rooij, S. E., & Grypdonck, M. F. H. (2007). A systematic review of predictors and screening instruments to identify older hospitalized patients at risk for functional decline.*Journal of Clinical Nursing, 16*(1), 46– 57.
- Makiebus J(1987)Pressure ulcers : Etiology and prevention.Nursing Clinics of North America.22(2) , 377-395
- Sorbye, L. W., Schroll, M., Finne-Soveri, H., Jonsson, P. V., Topinkova, E., Ljunggren, G., et al. (2008). Unintended weight loss in the elderly living at home: The aged in home care project (AdHOC). *Journal of Nutrition, Health & Aging, 12*, 10-16.
- Tinetti M.E. (2003) Preventing falls in elderly persons. *The New England Journal of Medicine 348*(1), 42-49

# 附件表單

## 跌倒事件處理紀錄表

一、基本資料： 年齡： <input type="checkbox"/> 75歲以下 <input type="checkbox"/> 76-80歲 <input type="checkbox"/> 81-85歲 <input type="checkbox"/> 86-90歲 <input type="checkbox"/> 91-95歲 <input type="checkbox"/> 95歲以上 姓名：( ) 房戶別： <input type="checkbox"/> 安養； <input type="checkbox"/> 養護堂 ( ) 戶；發生班別： <input type="checkbox"/> 日班 <input type="checkbox"/> 晚班 <input type="checkbox"/> 夜班 家屬情形： <input type="checkbox"/> 有； <input type="checkbox"/> 無； <input type="checkbox"/> 已通知家屬：( )							
二、跌倒發生事件日期、時間、地點： 年 月 日 時 分 <input type="checkbox"/> 房間； <input type="checkbox"/> 浴室； <input type="checkbox"/> 廁所； <input type="checkbox"/> 走廊； <input type="checkbox"/> 戶外； <input type="checkbox"/> 其他詳補述：( ) <input type="checkbox"/> 第一時間反映人：單位 ( ) 級職 ( )；姓名 ( )							
三、身體遭受傷害： <input type="checkbox"/> 無、 <input type="checkbox"/> 有： <input type="checkbox"/> 瘀傷； <input type="checkbox"/> 擦傷； <input type="checkbox"/> 挫傷； <input type="checkbox"/> 其他：( ) <input type="checkbox"/> 撕裂傷； <input type="checkbox"/> 意識不清； <input type="checkbox"/> 骨折； <input type="checkbox"/> 其他傷害情形說明：( ) <input type="checkbox"/> 傷害嚴重度： <input type="checkbox"/> 一級（擦傷）； <input type="checkbox"/> 二級（撕裂傷）； <input type="checkbox"/> 三級（骨折）							
四、事件發生原因： 住民健康- <input type="checkbox"/> 年邁/虛弱 <input type="checkbox"/> 意識障礙 <input type="checkbox"/> 視力障礙 <input type="checkbox"/> 活動障礙 <input type="checkbox"/> 排洩障礙 <input type="checkbox"/> 主訴頭昏 <input type="checkbox"/> 步態不穩 <input type="checkbox"/> 下肢乏力 <input type="checkbox"/> 精神疾病 <input type="checkbox"/> 久病不癒 <input type="checkbox"/> 其他 因治療或藥物反應- <input type="checkbox"/> 照護處置 ( ) <input type="checkbox"/> 使用特殊藥物 ( ) <input type="checkbox"/> 其他 因環境危險因子- <input type="checkbox"/> 地面濕滑 <input type="checkbox"/> 光線太暗 <input type="checkbox"/> 設備不良 ( ) <input type="checkbox"/> 斜坡 <input type="checkbox"/> 地面物品 <input type="checkbox"/> 其他 其他因素- <input type="checkbox"/> 未使用助行器或任何類輔具 <input type="checkbox"/> 約束失當 <input type="checkbox"/> 情緒不穩 <input type="checkbox"/> 藥癮/酒癮 <input type="checkbox"/> 其他							
五、跌倒事件立即通報人員： <input type="checkbox"/> 總值日官 <input type="checkbox"/> 保健組長 <input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 護理長 <input type="checkbox"/> 堂隊長 <input type="checkbox"/> 值勤護士 <input type="checkbox"/> 其他：							
六、跌倒事件發生及處理情形詳載：							
七、事件處理後建議改進事項詳載：							
八、病史及藥物服用情形詳載(責任護士填寫)：							
填表人		責任護士		護理長		副主任	
責任照服員		堂隊長		保健組長		批示	

備註：

一、本表陳核後正本置榮民個人資料夾、影本一份交承辦人統計分析；責任區護理人員須填寫榮民「個別化護理計畫：跌倒」；次月五日影送一份交承辦人，作為改善措施執行及成效之依據。

二、發生班別區分：日班【08：00-16：00】；晚班【16：00-24：00】；夜班【24：00-08：00】

## 跌倒高危險評估與護理措施表

房別：                      床位：                      姓名：                      填表日期：                      年                      月                      日

評估日期								
危險因子								
照護措施								
責任護士								

### ◎跌倒危險因子：

1.年齡大於 65 歲；2.近期三個月內曾有跌倒經驗；3.平衡感失調；4.肢體功能障礙；5.意識障礙；6.虛弱者；7.下肢無力；8.視力不佳；9.睡眠障礙；10.為腦中風、失智症、帕金森氏症；11.服用影響意識或活動之藥物：抗組織胺、抗高血壓、鎮靜安眠藥、肌肉鬆弛劑、輕瀉劑、利尿劑、抗抑鬱藥、降血糖藥；12.其他：

### ◎照護措施：

1. 正確評估高危險群跌倒住民。	12.躁動不安者視需要給予適當約束。
2. 讓住民及家屬了解可能會造成跌倒危險因素。	13.地板保持清潔乾燥。
3. 指導住民及家屬所服用藥物之作用及注意事項。	14.光線照明充足、走道無障礙物。
4. 介紹環境及各項設備使用方法（呼叫鈴、床頭燈）。	15.教導漸進式下床活動之正確姿勢。
5. 病床輪子固定不動。	16.強化下肢訓練。
6. 圍上床欄並固定穩當。	17.訓練移位。
7. 教導輔具正確使用方法及置於適當位置，並檢查煞車功能、穩固性	18.bedside 加貼防跌倒標誌。
8. 常用物品置於住民隨手可取之處。	19.至少每 2 小時探視住民一次。
9. 尿壺、便盆放置於適當位置。	20.穿著大小合宜之衣褲及鞋子。
10.下床時需有人在旁陪伴。	21.其他.
11.如廁時需人陪伴或協助。	

一、危險因子及照護措施以代號填入即可。

二、新住民入住養護隊（含失智）8 小時內或入住安養隊 24 小時內由責任區護士完成第一次評估。

三、跌倒危險因子每項為一分，總分 $\geq 4$ 分即為高危險群跌倒住民，並以紅筆在危險因子欄圈註區分；則每週須再評估，連續四週後無跌倒，則再每月評估連續三個月，若三個月未發生跌倒意外事件情形，則依常規六個月評估一次

三、住民依常規每半年（元月及七月）評估一次。

四、凡列高危險群跌倒住民者，需填寫「榮民個別化護理計畫-跌倒」置榮民個別資料夾。各堂、隊「高危險住民篩選名單」一份置護理站列入重點交班，加強預防跌倒措施，一份送交承辦人彙整成高危險群住民名冊。

## 新進榮民簡易營養評估單

一	基本資料					
	姓名		身分證字號		年齡	
	性別		身 高	公分	體 重	公斤
	個人飲食嗜好或禁忌			身體質量指數 (BMI)		
二	疾病史及自我照顧能力					
	病 史					
	自我照顧能力 (ADL)					
	血 壓	/ mmHg				
三	實驗室檢查 (健檢資料, 無則免)					
	白蛋白		總淋巴球		血糖	
	血紅素		礦物質		維他命	
	膽固醇		電解質		其他.	
四	迷你營養評估表篩檢、填寫下列項目分數					分數
	1、過去三個月是否因喪失食慾、消化功能或咀嚼吞嚥困難導致進食減少? 0=嚴重喪失食慾      1=中等程度食慾喪失      2=無喪失食慾					
	2、最近三個月是否體重減輕? 0=體重減輕大於 3 公斤 (6.6 磅)      1=不知道是否體重減輕 2=體重減輕介於 1-3 公斤      3=無體重減輕					
	3、活動力 (Mobility)? 0=侷限在床或椅子上      1=能夠離開床或椅子但無法出門      2=可以出門					
	4、過去三個月是否遭受心理壓力或罹患急症? 0=有      2=無					
	5、神經精神心理問題 0=嚴重失智症或憂鬱症      1=輕微失智      2=無精神心理問題					
	6、身體質量指數 (Body mass index BMI=公斤體重/公尺身高平方) 0= BMI < 19      1= 19 < BMI < 21      2= 21 < BMI < 23      3= BMI ≥ 23					
	篩檢結果 (分)					

備註：

加總最大值 = 14 分

≥ 12 分：正常不需要進一步評估

≤ 11 分：可能有營養不良的情況，需進一步完成 MNA7-18 項評估(以下)。

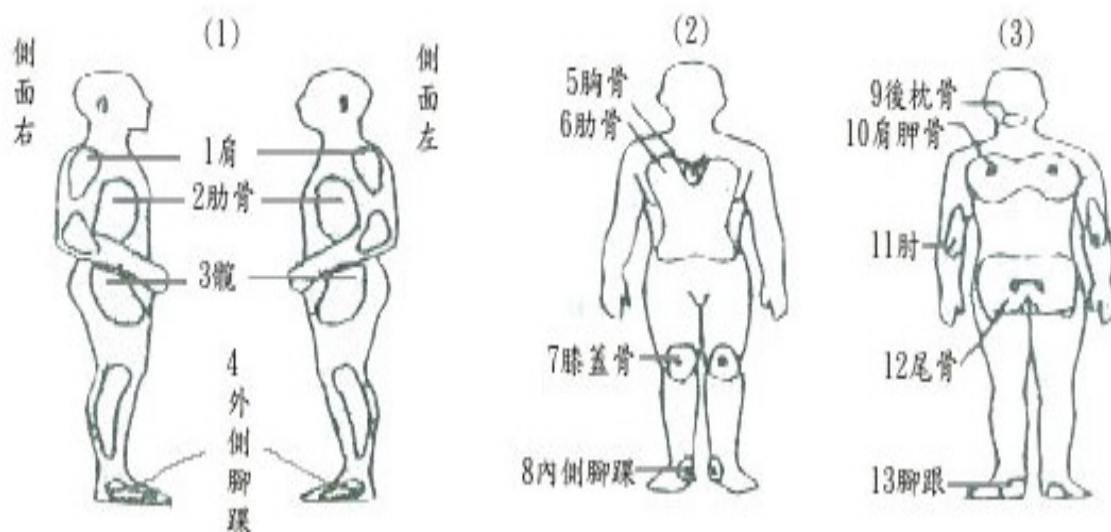
	7、可以獨立生活(非住在護理之家或醫院)?	
--	-----------------------	--

	0分=否            1分=是	
	8、每天需服用三種以上的處方藥物？ 0分=是            1分=否	
	9、褥瘡或皮膚潰瘍？ 0分=是            1分=否	
	10、一天可以吃幾餐完整餐？ 0分=1餐            1分=2餐            2分=3餐	
	11、蛋白質攝取量： 每天至少攝取一份乳製品(牛奶、乳酪、優酪乳)..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 每週攝取兩份以上的豆類或蛋類..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 每天均吃些雞鴨魚肉.....(注意：一天一種為一個”是”) <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否  ≤1個“是”=0分            ≤2個“是”=0.5            ≤3個“是”=1分	
	12、每天至少攝取二份或二份以上的蔬菜或水果？ 0分=否            1分=是	
	13、每天攝取多少液體(包括開水、果汁、咖啡、茶、牛奶·一杯=240cc) <3杯“是”=0分            3-5杯“是”=0.5分            5杯以上“是”=1分	
	14、進食方式？ 0分=需人協助            1分=可自己進食但較吃力            2分=可自己進食	
	15、你覺得自己的營養狀況如何？ 0分=覺得不好            1分=不清楚或營養不太好            2分=沒有營養問題	
	16、與其他同年齡的人比較，你認為你自己的健康狀況如何？ 0分=較他們差            0.5分=不知道            1分=差不多            2分=比他們好	
	17、臂中圍(MAC)： 男： 0分<22.5            1分=<22.5~23.4            2分≥23.5 女： 0分<21            1分=<21~21.9            2分≥22	
	18、小腿圍 (公分) 0分= C.C.< 31            1分=C.C.≥31	
篩檢結果總分		
建 議	<input type="checkbox"/> 續評估紀錄每月體重 <input type="checkbox"/> 轉介營養師 <input type="checkbox"/> 轉介醫師	
評估人員：	評估日期：        年        月        日	
<p>總分=30分； ≤16.5=營養不良； 17-23.5=具不良風險 ≥24=低風險</p> <p>※本評估單於榮民入住 72 小時內由責任區護理人員負責評估填寫 MNA1-6 項，異常者再完成 MNA7-18 項評估；正本置於病歷，影送品質監測之營養體重監測彙整人員。</p>		



## 壓瘡簡易評估表

堂隊	戶別	姓名	診斷	出院	新入住	接送人員



傷口 編號	壓瘡 分期	傷口大小 (長×寬×高)	組織外觀					分泌物				備註
			發紅	水泡	潰瘍	壞死	結痂	乾燥	滲液	膿樣	異味	

壓瘡分期：

- 1 · 皮膚完整沒有破損，有持續不退的紅斑印
- 2 · 皮膚有水泡或紅疹且傷到真皮層
- 3 · 皮膚層全部受傷並深到皮下組織或脂肪
- 4 · 深及肌膜、肌肉甚至深及骨頭

護理人員簽章：



## 疑似疥瘡病患及環境處理報告表

單位	實踐堂	榮民姓名		房戶別	
日期		就醫院所		護送人員	
處 理 情 形		處 理 日 期	處理者簽名	管制完 成日期	堂 隊 長 簽 名
病 患 處 理					
環 境 處 理					
衣 物 處 理					
棉 被 等 處 理					
其 他					

1. 疥瘡病患處理責任護理人員請督導確實執行並詳記錄於表中，請說明處理時間點及詳情。
2. 疥瘡個案若未送醫隔離而需居家隔離，請依各權責區域隔離，放置於各隔離空間，服務照顧及紀錄仍屬各堂隊(松柏堂於 B8、安養堂隊於自主健康管理室)，請詳閱自主健康室規範。
3. 請各責任護士於疥瘡病患送醫 3 日內填寫本表，呈隊長、護理長、組長。

責任護理人員：

護 理 長：

堂 長：

保健組長：

1. 持續追蹤其出院後、衣物、棉被等靜置二週管制情形，請隊長填管制完成時間並簽名。
2. 呈核首長批示後，將此表送交保健組預防保健承辦人彙整。

責任護理人員		護理長		堂隊長	
保健組長		副主任		家主任	

## 追蹤身體狀況異常榮民改善報告表

房戶別：

姓名：

<p>一、異常疾病類別</p> <p>健 檢—<input type="checkbox"/>胸部 X 光檢查  <input type="checkbox"/>糞便檢查  <input type="checkbox"/>血液檢查  <input type="checkbox"/>其他</p> <p>傳染疾病—<input type="checkbox"/>呼吸道  <input type="checkbox"/>腸道  <input type="checkbox"/>性病  <input type="checkbox"/>其他</p> <p>品質指標—<input type="checkbox"/>體重增加    <input type="checkbox"/>體重減輕  <input type="checkbox"/>跌倒  <input type="checkbox"/>壓瘡</p> <p>整體性評估<input type="checkbox"/>ADLS        <input type="checkbox"/>MMSE /    BSR</p>
<p>二、異常狀況處理情形</p>
<p>三、追蹤改善情形</p>
<p>四、續追蹤改善情形</p>

責任區護士

護理長

組長

備註：正本存放榮民病歷，影本送交各業務承辦人

## 身體約束評估紀錄單

- 一、每3個月需更新同意書，更新同意書前，須完成各類替代措施，並依執行情形重新修訂護理計畫：
- 預防跌倒的替代措施(保健-程序-07-04-附件-6.1.1)
  - 行為紊亂、預防自傷替代措施(保健-程序-07-04-附件-6.1.2)
  - 維持肢體正常功能位置的替代措施(保健-程序-07-04-附件-6.1.3)
  - 預防自拔留置管路的替代措施(保健-程序-07-04-附件-6.1.4)
- 二、身體約束理由：預防跌倒行為紊亂、預防自傷 維持肢體正常功能位置預防自拔管路(種類尿管鼻胃管靜脈注射氣管內管其他 \_\_\_\_\_)
- 協助治療(短期)其他\_\_\_\_\_
- 三、身體約束設備種類：約束帶 約束背心 手套 餐板 其他\_\_\_\_\_
- 四、身體約束部位：軀幹 腰部 足踝 骨盆 手腕 膝部 其他\_\_\_\_\_
- 五、身體約束時間：下床時 床上時間 協助治療時
- 六、醫師評估結果：同意 不同意 醫師簽章：\_\_\_\_\_
- 七、護理措施
- 使用身體約束前已試過其他防範措施
  - 評估身體約束理由，必要性及可能造成合併症
  - 與工作人員協商
  - 向住民解釋
  - 與住民家屬討論經同意身體約束，日期\_\_\_\_\_
- 八、家屬已瞭解：身體約束理由 身體約束設備種類 身體約束部位 身體約束時間

### 彰化榮家住民約束同意書

本人\_\_\_\_\_因家屬\_\_\_\_\_先生女士因有前述約束理由，而有安全顧慮之虞，並經\_\_\_\_\_醫師診斷或有臨床護理工作三年以上護理人員得參據醫師既往診斷紀錄，得於必要時經評估有約束之必要，於生命安全優先前提下，信任其專業判斷能力並依使用約束物品準則得逕行必要約束決定權，為恐口說無憑，特立此同意書為證。本同意書自簽訂日起三個月內有效

護理人員：\_\_\_\_\_

立同意書人：\_\_\_\_\_

簽章：\_\_\_\_\_

國民身分證統一編號：\_\_\_\_\_

住址：\_\_\_\_\_

聯絡電話：\_\_\_\_\_

中華民國

年

月

日

## 身體約束情況登錄表

約束理由	代號	身體約束設備	代號	身體約束部位	代號	身體約束開始時間	代號	每日身體約束持續時間(小時)	代號	解除身體約束原因	代號
預防跌倒	1	約束帶	1	腰部	1	白班	1	≤1 小時	1	認知改善	1
預防自拔管路	2	約束背心	2	足踝	2	小夜	2	>1 小時≤4 小時	2	情緒穩定	2
預防自傷	3	手套	3	手腕	3	大夜	3	>4 小時≤8 小時	3	病情惡化	3
行為紊亂	4	餐板	4	膝部	4			>8 小時≤16 小時	4	死亡	4
協助治療(短期)	5	其他	5	軀幹	5			>16 小時≤24 小時	5	其他	5
其他	6			其他	6						

編號	姓名	床號	開始日期	約束理由	約束設備	約束部位	持續時間	開始時間	解除日期	解除原因
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										



# 約束鬆綁監測紀錄

## 彰化榮家約束鬆綁監測紀錄單 保健-程序-07-04-附件-6.4

姓名：\_\_\_\_\_ 床號：\_\_\_\_\_

約束部位：\_\_\_\_\_ 約束設備：\_\_\_\_\_ 約束時間：\_\_\_\_\_

若當班位約束，請在該班登記“未約束”及“簽名”，每2小時鬆綁15分鐘，每30分鐘應檢視約束部位膚色、溫度、血循及皮膚完整等。血循及皮膚正常代號：N或OK或良好。約束肢體注意隨時保持清潔。

日期	時 間	7AM				9AM				11AM				1PM			
		7	30	8	30	9	30	10	30	11	30	12	30	1	30	2	30
年 月 日	血循.膚色.																
	溫度.完整.																
	鬆綁時間	時分至時分				時分至時分				時分至時分				時分至時分			
	照服員簽名																
	時 間	3PM				5PM				7PM				9PM			
		3	30	4	30	5	30	6	30	7	30	8	30	9	30	10	30
	血循.膚色.																
	溫度.完整.																
	鬆綁時間	時分至時分				時分至時分				時分至時分				時分至時分			
	照服員簽名																
	時 間	11PM				1AM				3AM				5AM			
		11	30	12	30	1	30	2	30	3	30	4	30	5	30	6	30
血循.膚色.																	
溫度.完整.																	
鬆綁時間	時分至時分				時分至時分				時分至時分				時分至時分				
照服員簽名																	
日期	時 間	7AM				9AM				11AM				1PM			
		7	30	8	30	9	30	10	30	11	30	12	30	1	30	2	30
年 月 日	血循.膚色.																
	溫度.完整.																
	鬆綁時間	時分至時分				時分至時分				時分至時分				時分至時分			
	照服員簽名																
	時 間	3PM				5PM				7PM				9PM			
		3	30	4	30	5	30	6	30	7	30	8	30	9	30	10	30
	血循.膚色.																
	溫度.完整.																
	鬆綁時間	時分至時分				時分至時分				時分至時分				時分至時分			
	照服員簽名																
	時 間	11PM				1AM				3AM				5AM			
		11	30	12	30	1	30	2	30	3	30	4	30	5	30	6	30
血循.膚色.																	
溫度.完整.																	
鬆綁時間	時分至時分				時分至時分				時分至時分				時分至時分				
照服員簽名																	

備註：有異常請通知護理人員。護理人員每週評估，約束之必要性，並檢視皮膚情形。

繼續約束。 暫停約束，原因：\_\_\_\_\_。

護理人員簽名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_年 月 日

## 個別化護理計畫

堂	隊	姓名	床號
起	始	日	完成日
護	理	問	題
原因	檢討	分析	護理目標
住民約束 約束設備： <input type="checkbox"/> 約束帶 <input type="checkbox"/> 約束背心 <input type="checkbox"/> 手套 <input type="checkbox"/> 餐板 <input type="checkbox"/> 其他 約束部位： <input type="checkbox"/> 軀幹 <input type="checkbox"/> 腰部 <input type="checkbox"/> 足踝 <input type="checkbox"/> 骨盆 <input type="checkbox"/> 手腕 <input type="checkbox"/> 膝部 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 預防跌倒 <input type="checkbox"/> 預防自傷 <input type="checkbox"/> 行為紊亂 MMSE： 分 <input type="checkbox"/> 預防自拔管路(種類 <input type="checkbox"/> 尿管 <input type="checkbox"/> 鼻胃管 <input type="checkbox"/> 靜脈注射 <input type="checkbox"/> 氣管內管) <input type="checkbox"/> 協助治療(短期) <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 無跌倒 <input type="checkbox"/> 無自傷 <input type="checkbox"/> 無自拔管路 <input type="checkbox"/> 配合治療 <input type="checkbox"/> 維護安全 <input type="checkbox"/> 照護標準化 <input type="checkbox"/> 其他(結案如死亡、轉出、住院等)	
照	護	計	畫
執行	改善	方法	定期追蹤
評估	值	檢討	與改進
<input type="checkbox"/> 評估身體約束理由，必要性及可能造成合併症 <input type="checkbox"/> 與工作人員協商 <input type="checkbox"/> 向住民解釋 <input type="checkbox"/> 增加陪伴 <input type="checkbox"/> 主動了解需求並予滿足 <input type="checkbox"/> 協助下床坐輪椅 <input type="checkbox"/> 降低床之高度 <input type="checkbox"/> 床欄保護 <input type="checkbox"/> 鼓勵參與有意義之活動以分散其注意力，如下棋、看電視等。 <input type="checkbox"/> 每週檢查皮膚狀況時，評估執行改善之成效並檢討建議。 <input type="checkbox"/> 工作人員約束技能正確熟練			
責任護士簽名			*99年8月1日修正

## 護轉榮民就醫概況表

戶別： 堂 戶	床號： 姓名：
特殊注意事項	
家屬	
送醫時間	年 月 日 時 分
目前情況	
疾病及就醫史	
服用藥物	
其他交班事項	

護轉人員簽名：

## 非計劃性轉至急性醫院住院登記表

彰化榮家非計劃性轉至急性醫院住院登記表 年 月	
代號	症狀表號
D1	因心臟血管代償機能減退而非計劃性急診及住院照護
D2	因骨折而非計劃性急診及住院照護
D3	因腸胃出血而非計劃性急診及住院照護
D4	因感染而非計劃性急診及住院照護
D5	因其他內外科原因而非計劃性急診及住院照護

戶別	姓名	入住 72 小時內住院		症狀 代號	日期		診斷	治療醫院 (住院)
		是	否		住院	出院		
				D				
				D				
				D				
				D				
				D				
				D				
				D				
				D				
				D				
				D				

備註：

1. 僅紀錄非計畫性轉至急性醫院住院，若為事先安排住院者，不列入指標監測中。
2. 本表每月 8 日前繳交承辦人分析陳核。

責任護士：

