

榮家養護區確立照護層級、護理人員配置及設施之探討

八德榮譽國民之家 陳嘉愉、賴慧娟、宋欣生

摘要

一、研究緣起與目的

隨著老年人口的快速成長，慢性病與功能障礙的需求將逐漸浮現且增加，除健康與醫療服務外，亦需要廣泛的長期照護服務。照顧觀點需從急性醫療照顧模式，走向全區全人自我健康管理概念，降低不必要的醫療就醫行為與處置。另現行基層護理照護人力仍顯配置不足，各班上班人力卻未達養護型機構標準，探討適合的護理人力、照顧模式及設施，建構以榮民為核心的全人關懷照顧。

二、研究方法與過程

收集現行中央主管機關政策規畫為著眼點做分析，探討適合的護理人力配比、照顧模式及設施，以提升照護品質及住民安全為目的。

三、研究發現與建議

榮家應加強各專業人員長期照護與老人人性社會化照顧理念，降低不必要的醫療就醫行為與處置，另在長照服務法施行前做妥先期準備，深入評估與規劃最適切服務能量及相關照護（顧）人力，建置榮民長照保障機制，退輔福利與衛福部長照政策無縫接軌，營造榮家特色與定位，鼓勵職員工都能善盡自我職責並不斷創新和學習，並經由團隊合作讓榮家住民都能頤養天年。

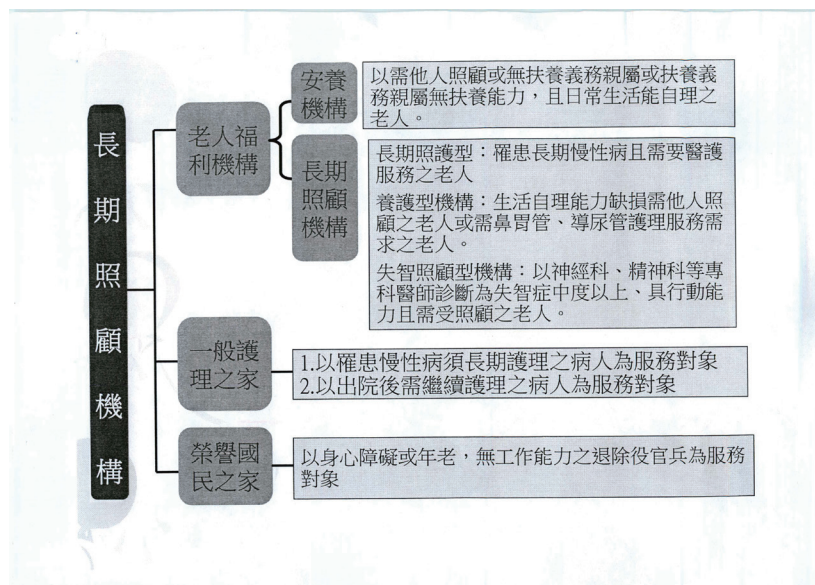
第一章 研究緣起與目的

隨著經濟的發展、醫療的進步與預防保健的推展，國民的平均餘命增長，社會人口結構逐漸呈現高齡化現象。我國已於1993年老年人口占總人口比率超過7%，成為高齡化（ageing）社會；推計將於2018年比率超過14%，使我國成為高齡（aged）社會，2025年比率將再超過20%，我國將邁入成為超高齡（super-aged）社會之一員。國人平均餘命的逐年上升，因老年而導致慢性疾病的機率也可能逐年上升，而衍生醫療照護的需求與相關問題。隨著老年人口的快速成長，慢性病與功能障礙的需求將逐漸浮現且增加，這些功能障礙者與缺乏自我照顧能力者，除健康與醫療服務外，亦需要廣泛的長期照護服務。依據99年國民長期照護需要調查之結果，在各年齡層的失能率方面，75-84歲者之失能率為65-74歲者之近三倍，75歲以上者之失能率跳增，85歲以上者近半數可能失能；推估未來50年我國5歲以上之失能人數，於100年將為668,933人，其中65歲以上老年人口為407,267人（60.88%），至119年將達1,174,071人，較100年成長75.51%，而65歲以上老年人口占整體比例亦增加為79.33%，至149年時我國5歲以上之失能人數將高達1,966,339人，而65歲以上老年人口占整體比例則為92.31%，可見未來我國長期照護的需求將大量增加。1998年公佈機構設置標準，目前我國在社政和衛政兩體系下共有「長期照護機構、養護機構、安養機構、慢性病房、護理之家」等，其中養護型機構主要提供失能者一般性護理及生活照

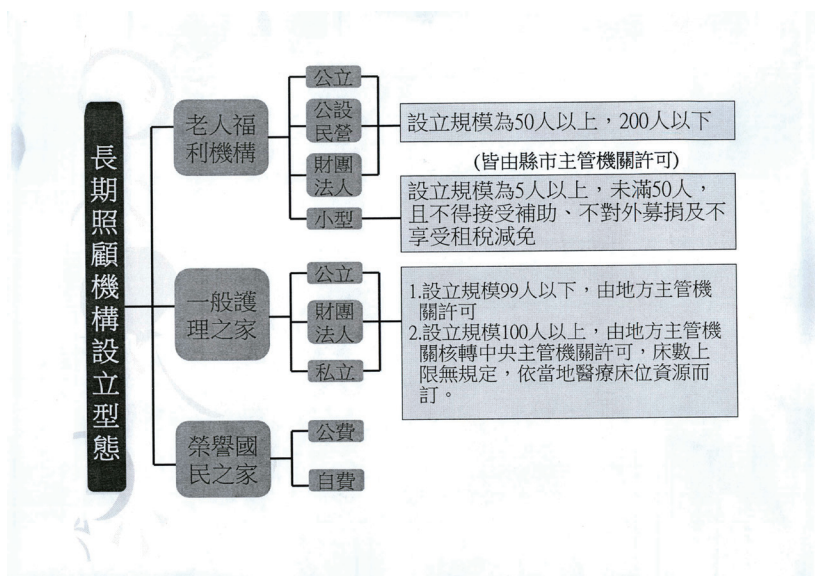
顧服務，以維持失能者剩餘功能為目標、護理之家主要針對因身體、心理障礙無法自理日常生活者，提供所需之長期性、技術性護理服務的機構。（如附表一、二）

輔導會所屬榮家照顧類型多元，有一般安養健康長者、失能老人及失智症照護專區；然整體上仍屬健康與輕度失能者為居家，僅少數長者為重度依賴個案，因此需要侵入性或密集性醫療照護治療的需求相對於其他民間機構為低。照顧觀點需從急性醫療照顧模式，走向全區全人自我健康管理概念，降低不必要的醫療就醫行為與處置。另現行基層護理照顧人力仍顯配置不足，雖達老人福利機構評鑑人數標準，惟各班上班人力卻未達養護型機構標準，究竟適合的人床比及需考慮休假人力，以收集現行中央主管機關政策規畫為著眼點做分析，探討適合的護理人力配比、照顧模式及設施，以提升照護品質及住民安全為目的。

附表一



附表二



第二章 養護區確立照護層級

國內評估長期照護服務個案的需要，經常是以「功能」觀點出發，衡量個案是否可以獨立生活以滿足食衣住行等需求，目前通用的評估工具不外乎有巴氏量表（ADL）及工具性生活活動量表（IADL），這2種量表是目前最常用來評估長期照護個案收案的認定標準工具，再依評量結果分數區分為「輕度」、「中度」、「重度」的失能。實施分級分區照護制度，可確保服務對象的照護品質，藉以提升服務工作人員的專業技能，使得長期照護對象可以適時、適地得到適切的服務與協助，因此養護區絕對需要「多元專業模式」的運作，包括專業、半專業與非專業人員的合作與參與。其中的專業人力包括醫師、護理人員、社工人員、物理治療師、職能治療師、營養師、藥師等；半專業人力包括照顧服務員或居家照服員等；非專業人力如志工等。這些專業人力必需以個案及其家屬之健康需求為核心，提供專業整合之照護，將受照護者視為一個獨立而完整的個體，尊重其生活方式與價值觀，才能使長期照護者獲得「個別化」與「人性化」的完整照護。

註：專業人力指領有專業證照的人；半專業人力指經過專門訓練而從事照護工作的服務人員，在醫護人員的監督、指導下照顧住民的生活起居，非專業人力指非正式照顧人員。

一、預防照顧的意義與分級概念

近年，「預防」的概念廣被運用在老人長期照顧（護）領域上，所謂「預防照顧（護）」早已成為相關照顧服務辦法的重要措施及服務方案的核心項目，如：「老人健康促進四年計畫（衛生署，2009-2012年）」即規劃老人健康促進之願景為「使老人都能提升健康促進知能、執行健康生活形態、延緩老化、延長健康餘命」，並制定老人健康促進目標策略如下：老人健康體能、老人健康飲食、口腔保健、菸害防制、流感接種、預防保健及篩檢服務、老人跌倒防制、老人心理健康、老人社會參與等。「建立社區照顧關懷據點實施計畫（2005）」亦鼓勵民間團體設置社區照顧關懷據點，以社區營造及社區自主參與為基本精神，自主參與初級預防照顧服務工作，提供在地的初級預防照顧服務。預防照顧服務已是國內老人福利服務重視的概念及項目。所關注的焦點是如何減緩老人生理功能退化，維持個人自主以降低其對醫療照護及福利資源的依賴，達到個人福祉與整體社會福祉提升的雙贏（經建會，2009）。由此來看，「預防照顧」亦是源自於人口結構老化先驅國家對於失能照顧經費支出持續成長的檢討與反省所提出的因應對策之構想與措施。若能藉由健康促進及失能預防工作之推動，將可有效降低長期照顧需求，此亦是各國政府降低對長期照顧負擔的可行作法。

何謂「預防照顧」呢？一般而言，乃是以健康或較健康的老人為對象，透過保健知識、體能訓練、身體的功能訓練、檢測活動、團康遊戲、音樂吟唱等安全、有趣好玩、有效果的活動形式，讓老人保持身心健康、免於發病、或延緩需照顧程度的惡化。活動項目包括建立預防照顧的觀念與習慣、預防跌倒、預防失智、使咀嚼吞嚥能力不退化、營養改善、深化生命意義等。預防照顧的目標不只是以改善老人的運動功能及營養狀況等，更是包括透過身心功能的改善與環境的調整等，來提升老人的生活功能（活動）與社會參與（角色），並以此來支援深化老人的生命意義與自我實現，提高老人

的生活品質。總之，預防照顧的目標不但在於儘可能延長國民的健康壽命，也在於創造值得真心喜悅的長壽社會。依此看來，運動功能提升等個別服務只不過重要的是必須要有自我目標。因此，預防照顧特別重視照顧管理（care management）的功能，就是將預防照顧中的照顧管理想像成促進利用者提升其生活功能之意願，以利其掌握服務使用後的生活。

引用日本照護概念，為延長榮家住民的健康與平均餘命，提高住民的生活品質，可推展「生活習慣與疾病預防」及「預防照顧」的概念。一般來說，預防可分為三個層次：初級預防、次級預防、三級預防。其一在「生活習慣與疾病預防」方面，初級預防以健康的老人為對象，主要為避免不良的生活習慣造成疾病的發生，藉著提供各種健康促進方式來預防疾病的發生；次級預防是以患有疾病的住民為對象，在發生各種疾病的併發症之前，提供早期發現、早期治療的相關活動；三級預防是針對已經出現病症的住民，提供防止疾病嚴重化及衍生後遺症出現的相關活動。其二在「預防照顧」方面，初級預防是以尚存自主活動功能的住民為對象，提供日常生活功能的維持、透過衛教提升知識等相關活動，包含住民的精神、身體、社會各方面的維持和提升；次級預防是針對可能成為需支援、需照顧狀態之高危險群住民為對象，提供改善症狀、延緩病況等相關活動，以期早期發現和早期治療；三級預防為針對需協助或照護狀態的住民為對象，提供所需的照護服務防止失能重度化，因此公共衛生中三段五級的照護概念可運用於養護區的分級照護。透過區域榮民分級友善管理，從預防性失能及限制殘障多元著力，發揮以榮民為核心的全人關懷照顧，建構榮家為高齡友善社區。

另輔導會所屬各榮家內住住民需定期實施評估巴氏量表（ADL）及心智功能量表（MMSE），並依據評估結果，調整安置於安養區、養護區、失智區，其目的是針對自我照顧功能缺損或心智功能缺失者，提供其必要且支持性的協助，避免產生「被動性失能」，也因此住民功能缺損越多者所需的照護人力和時間也相對性增加，如果只依照單位屬性（安養或養護、失智）編制照顧服務人力比是有待商榷的。依據老人福利機構設置標準第 11 條長期照護型機構照顧服務員：日間每照顧五人應置一人；未滿五人者，以五人計；夜間每照顧十五人應置一人；未滿十五人者，以十五人計。另第 16 條養護型機構、第 18 條小型養護型機構照顧服務員：日間每照顧八人應置一人；未滿八人者，以八人計；夜間每照顧二十五人應置一人；未滿二十五人者，以二十五人計。在者，榮家安置對象為高齡長者，這類長者們因正常老化而衍生活動不便，可能發生跌倒的意外事件，或亦突發的心血管疾病等非預期性事件發生，單位確實得依據住民失能的輕中重度程度分配照顧服務人力比但不能忽略受照顧者均為高齡長者亦會影響照護品質的一環。

註：照服員工作職責：（103 年輔導會就醫保健處頒訂）

1. 協助病患（住民）之照護：翻身、改變姿勢、臥床者背部護理、注意點滴、胸腔導管、氧氣管及引流管等是否暢通、協助紀錄輸出輸入量及收集標本、測量生命徵象（體溫、脈搏、呼吸、血壓）及氧氣使用、約束照顧、推送看診或接受檢查治療、冰（溫）

枕使用、觀察病情變化並隨即報告、協助遺體護理、協助轉床搬遷及病人辨識、協助走失之協尋、協助按時服藥。

2. 維持病患（住民）之清潔：口腔清潔、假牙清洗、洗臉、刮鬍鬚、梳頭、更衣、床上擦澡、沐浴、修指（趾）甲、病床整理、更換床單、病床週邊清潔及浴廁清潔。
3. 協助病患（住民）營養之需要：協助加灌開水、協助用餐、餵食、鼻胃管灌食、個人餐具清洗。
4. 提供病患（住民）排泄之需要：大（小）便處理、更換尿套（袋）、更換紙尿褲、更換看護墊及污穢衣物之清洗。
5. 提供病患（住民）活動之需要：協助上下床、使用輪椅、注意榮民活動之安全、協助肢體活動，推輪椅至戶外活動等。
6. 協助病患（住民）日常生活之需要：協助購物、寄信、送洗衣物等。
7. 提供病患（住民）心靈之需要：協助陪伴、陪談傾聽、參加活動等。
8. 另團體照服員於執行工作時，需依醫療、安養單位照顧服務員之工作流程與規定辦理。
9. 若發生意外災害時，應主動協助搶救、疏散病患（住民）及支援救災等工作。
10. 臨時交辦事項。

二、護理人員配置

在長期照護機構中，護理人員常常是獨立執行住民整體性評估的專業人員，藉以了解服務對象現存及缺損的能力，並訂定照護計畫，其中健康者僅需提供日常生活協助和健康養生管理，而慢性病患則需協助疾病的管理或轉介、就醫安排。另輔導會所屬安養護機構安置對象為榮譽國民（單身或有眷），因此榮家的護理人員也常扮演「家屬」或「親人」等身份角色，對於單身者或被家屬忽視的老榮民，護理人員就如同生活中的親人般，就護理工作中較無侵入性、危險性的生活照顧部分是由照顧服務員執行，而照服員年齡普遍高於護理人員，如何指導和管理照顧服務員亦是挑戰護理人員的課題，也成為平日工作中的一大難題。另護理人員也是安養護機構中服務品質的「監督者」，同時需兼負照顧服務員的「指導者」等多重身份，因此護理人員的評估能力和判斷能力就顯重要，故護理人力的配置需多方考量。

就我國護理人員法第 24 條，護理人員之業務：一、健康問題之護理評估。二、預防保健之護理措施。三、護理指導及諮詢。四、醫療輔助行為。前項第四款醫療輔助行為應在醫師之指示下行之。第一項業務外，並得於醫師監督下執行醫療業務。另依據老人福利機構設置標準第 11 條長期照護型機構護理人員：隨時保持至少有一人值班；每照顧十五人應置一人；未滿十五人者，以十五人計，另第 16 條養護型機構、第 18 條小型養護型機構護理人員：隨時保持至少有一人值班；每照顧二十人應置一人；未滿二十人者，以二十人計。若收容有需鼻胃管、導尿管護理服務需求之老人者，應依第十一條規定配置工作人員。又依該標準第 27 條安養機構護理人員：隨時保持至少有一人值班。在在顯示法規只依據單位屬性配置護理人員，卻忽略護理人員在不同屬

性的照護機構所擔任的多重身分角色，同時受照顧對象的年齡、情緒問題、多重慢性疾病等複雜問題，都會影響護理人員執行照護工作的困難。

依據衛生福利部頒布之「長期照護服務網計畫」(第一期)-102年至105年計畫中對於入住機構服務護理人力推估：依人力配置，以不同人床比區分分別做低、中、高推估。

- (1) 低推估參考長期照護保險小組推估方式，以現行人床比配置標準為依據，乘以休假係數1.5計算；
- (2) 中推估為考慮部份全日型住宿機構為小型機構（例如30床左右的規模），以前述推估方式，即使已經考慮休假係數，仍然無法排出每班皆有護理人員當班，故以小型機構也能夠排出各班皆有一位護理人員當班的人力標準，設定人床比為1:10，並乘以休假係數1.5。
- (3) 高推估為根據101年1月份專家會議多位護理專家之意見，考慮到護理人員工作負擔、護理品質及病人安全之需求，規劃出較理想的人力配置，設定人床比為1:8，並乘以休假係數1.5。

而目前長期照護護理人員在所有執業護理人員中占的比率約為6%，供給方面並非主要問題，較需要解決的問題包括：

1. 擴展長期照護護理人員之培訓管道，現行學校課程仍以急性照護為主，畢業後之臨床經驗亦以急性照護為多，因此非常需要長期照護方面的訓練，尤其是實務經驗的充實，應擴展適合實習的多元管道提供學員實習/觀摩。
2. 建立長期照護護理之工作模式標準，以便提供教學、示範的場所，以利人員實習及觀摩。
3. 持續分析長期照護護理人員之工作負荷及照護品質，最適合的人力配置原則，並建構友善之工作環境。

第三章 養護區設施之探討

聯合國大會於1991年通過聯合國老人綱領中提到五個要點為：「獨立」、「參與」、「照顧」、「自我實現」、「尊嚴」，作為老人基本權益保障之共同目標。此五點議題中提到有關居住環境在「獨立」及「照顧」方面的議題：在「獨立」議題中提到老人應居住於安全與合適的環境，且盡可能居住於居家中；「照顧」議題中提到老人不管居住何處應保有其尊嚴，並享有人權和基本自由。「獨立」與「照顧」的概念對於居住空間有重大意義存在，運用於老人居住空間上，可解釋為隨著老化所伴隨的身心機能低下，再加上適時提供適當的支援，藉由幫助老人掌握自己的力量，獨立自主完成生活所需。

對於良好的居住空間規劃，對於老人及照顧者有何益處，藤井智(2006)提出四種幫助：支援獨立生活；減輕照顧者負擔；擴大生活圈和促進社會參與；提升生活品質。此四點可以增加老人的獨立生活之外，藉由整備或設計居住空間，亦能減輕照顧者的時間與力量上的負擔，並且增進其與社會交流，進而提升其生活品質。另外，日本建設省建設政策中心亦曾於1993年提出有關整備老人住宅會帶來照顧費用的減少之結果。研究內容將老人住宅分

為 I 與，老人住宅 I 以能獨立生活老人為對象，改善住宅的基礎設備，如減少落差、增設扶手等；老人住宅 則以重度失能老人為對象，改善住宅空間有擴大廁所及浴室面積，設置無障礙空間等。由此可知，整備或設計良好的居住空間，除了可以幫助老人獨立生活外，亦能減少照顧者負擔，更能減少照顧費用支出。

老人福利機構設立標準第 3 條：建築物之設計、構造與設備，應符合建築法及相關法令規定；消防安全設備、防火管理、防焰物品等消防安全事項應符合消防法及相關法定規定；用地應符合土地使用管制相關法令規定；引用水供應應充足，並應符合飲用水水質標準；應維持環境整潔與衛生，並應有妨害衛生之病媒及滋生源防治之適當措施。另第 4 條規定：長期照顧機構及安養機構應有符合下列規定之設施：

- (1) 寢室：良好通風及充足光線，且有自然採光之窗戶。不得設於地下樓層。室內設之床位，每床應附有櫥櫃或床頭櫃，並配置緊急呼叫系統；床邊與鄰床之距離至少八十公分。至少設一扇門，其淨寬度應在八十公分以上。二人或多人床位之寢室，應備具隔離視線之屏障物。寢室間之隔間高度應與天花板密接。有可供直接進入寢室，不須經過其他寢室之走廊。
- (2) 衛浴設備：至少設一扇門，其淨寬度應在八十公分以上。屬於多人使用之衛浴設施，應有適當之隔間或門簾。照顧區應設衛生及沐浴設備，並配置緊急呼叫系統。有適合臥床或乘坐輪椅老人使用之衛浴設備。
- (3) 照顧區、餐廳、浴廁、走道、樓梯及平臺，均應設欄杆或扶手之設備。樓梯、走道及浴廁地板應有防滑措施及適當照明設備。
- (4) 廚房應配置食物加熱、貯藏及冷凍設備。
- (5) 公共設施有提供公用電話者，應有適合身心障礙或行動不便老人使用設計。
- (6) 有被褥、床單存放櫃及用品雜物、輪椅等之儲藏設施。

而老人福利機構設置標準第 10 條規定略以……………：機構得視業務需要，設物理治療室、職能治療室，護理站應具下列設備：

- (一) 準備室、工作車。
- (二) 護理紀錄櫃、藥品及醫療器材存放櫃。
- (三) 急救配備：氧氣、鼻管、人工氣道、氧氣面罩、抽吸設備、喉頭鏡、氣管內管、甦醒袋、常備急救藥品。
- (四) 輪椅。
- (五) 污物處理設備。

另 103 年安養護機構評鑑指標，環境設施與安全權維護中護理站設施設備設置情形：護理站應有基本急救設備、準備室、護理紀錄櫃、藥品及醫療器材存放櫃、工作台、治療車及洗手設備；各項設備功能正常，藥品須在效期內；每層樓均設護理站或簡易護理工作站（機構內至少設有 1 處護理站）。※ 基本急救設備之項目包含：

(1) 氧氣；(2) 鼻管；(3) 人工氣道；(4) 氧氣面罩；(5) 抽吸設備；(6) 喉頭鏡；(7) 氣管內管；(8) 甦醒袋；(9) 常備急救藥品。

*常備急救藥品：

Albuterol(或 Aminophylline 等 支 氣 管 擴 張 劑)1 瓶、Atropine5 支、Epinephrine(或 Bosmin 等 升 壓 劑)10 支、Sodium bicarbonate5 支、Vena 5 支、Solu-cortef 5 支、50%G/W 3、NTG. Tab 數顆。

註：急救車內其他配備品項表

品項	數量	品項	數量	品項	數量
體溫計 (肛溫及腋溫)	各一支	壓舌板	2 支	生理食鹽水 (500ml)	1 袋
寬膠帶	2 卷	血壓計	1 組	甦醒袋 (含接頭及口罩)	1 組
止血帶 (止血用)	2 卷	聽診器	1 組	咬合器	2 個
剪刀	1 把	紗布繃帶 (大、中、小)	各 2 卷	口呼吸道 (含各種大小型 式五種以上)	1 組
優碘液	1 瓶	彈性繃帶	2 卷	鼻咽呼吸道 (含各種大小 型式五種以上)	1 組
護目鏡	2 個	三角巾	5 條	手電筒及其備用電源	1 組
紙口罩	1 盒	手套	4 雙	驅血帶 (靜脈注射用)	1 條
鑷子 (有齒、無齒)	各 1 支	酒精棉片	10 片	活性碳粉末	1 瓶
乾棉球	1 包	彎盤	1 個		
紗布 (2*2、3*3、4*4)	各 2 包	垃圾袋 (一般、感染)	各 1 個		

綜合上述，當身體機能受老化的影響，使得老人待在居家時間也相對延長，跟其他年齡層相比，住宅裡容易讓老人發生跌倒等意外，而跌倒後會限制老人的活動度，引起關節攣縮、肌肉萎縮、心肺耐力變差等廢用症候群 (disuse syndrome)，老人活動範圍縮小或恐懼步行和移動等，因此安養護機構設施設備除符合老人福利機構設置標準外，最重要的是無障礙通道和安全的活動空間，提供榮民長者一個安全、安心且能持續居住的家。

肆、結論

單打獨鬥的照護模式已不合乎時代潮流，合作是二十一世紀裡各行各業所強調的重點，尤其是長期照護範疇的個案，所需要的協助和處置均得仰賴跨專業的攜手合作，提供個別性的照護，榮家應加強各專業人員長期照護與老人人性社會化照顧理念，降低不必要的醫療就醫行為與處置，另在長照服務法施行前做妥先期準備，深入評估與規劃最適切服務能量及相關照護 (顧) 人力，建置榮民長照保障機制，退輔福利與衛福部長照政策無縫接軌，營造榮家特色與定位，鼓勵職員工都能善盡自我職責並不斷創新和學習，並經由團隊合作讓榮家住民都能頤養天年。

參考文獻

1. 全國法規資料庫 http://law.moj.gov.tw/News/news_result.aspx (老人福利法、老人福利機構設置標準)
2. 衛生福利部護理及健康照護司 (長期照護服務法、全責照護專區) http://www.mohw.gov.tw/cht/DONAHC/DM1.aspx?f_list_no=582
3. 王世俊、林麗嬋、吳方瑜、薛桂香等。老年護理學。偉華書局有限公司。(2005)
4. 簡姿娟、李素貞、林昭卿、林貴滿等。照顧服務員－護理指引。華杏出版股份有限公司。(2005)
5. 陳惠姿、毛慧芬、李世代、林麗嬋等。長期照護實務。永大出版社。(2006)
6. 劉淑娟、葉淑娟、蔡淑鳳、徐慧娟、廖彥琦、周世珍、蕭仔伶等。長期照護。華杏出版股份有限公司。(2007)
7. 葉淑惠、張文芸、陳幼梅、林愛貞、陳美妃等。老人照護指引。偉華書局有限公司。(2003)
8. 護理之家作業規範。中華民國長期照護專業協會。(2006)
9. 長期照護雜誌第 17 卷第三期。(2013.12)
10. 長期照護雜誌第 18 卷第二期。(2014.09)
11. 社區發展季刊 141 期。(2013.03)
12. 衛生福利部(2014)長期照護服務網(第一期)-102年至105年(核定本) 取自衛生福利部護理及健康照護處網頁資料。
http://www.mohw.gov.tw/cht/DONAHC/DM1_P.aspx?f_list_no=581&fod_list_no=4530&doc_no=42566