

105 年高齡友善健康照護專業訓練課程 老人團隊角色與運作模式

彰化基督教財團法人彰化基督教醫院

高齡醫療整合中心

黃俊雄醫師

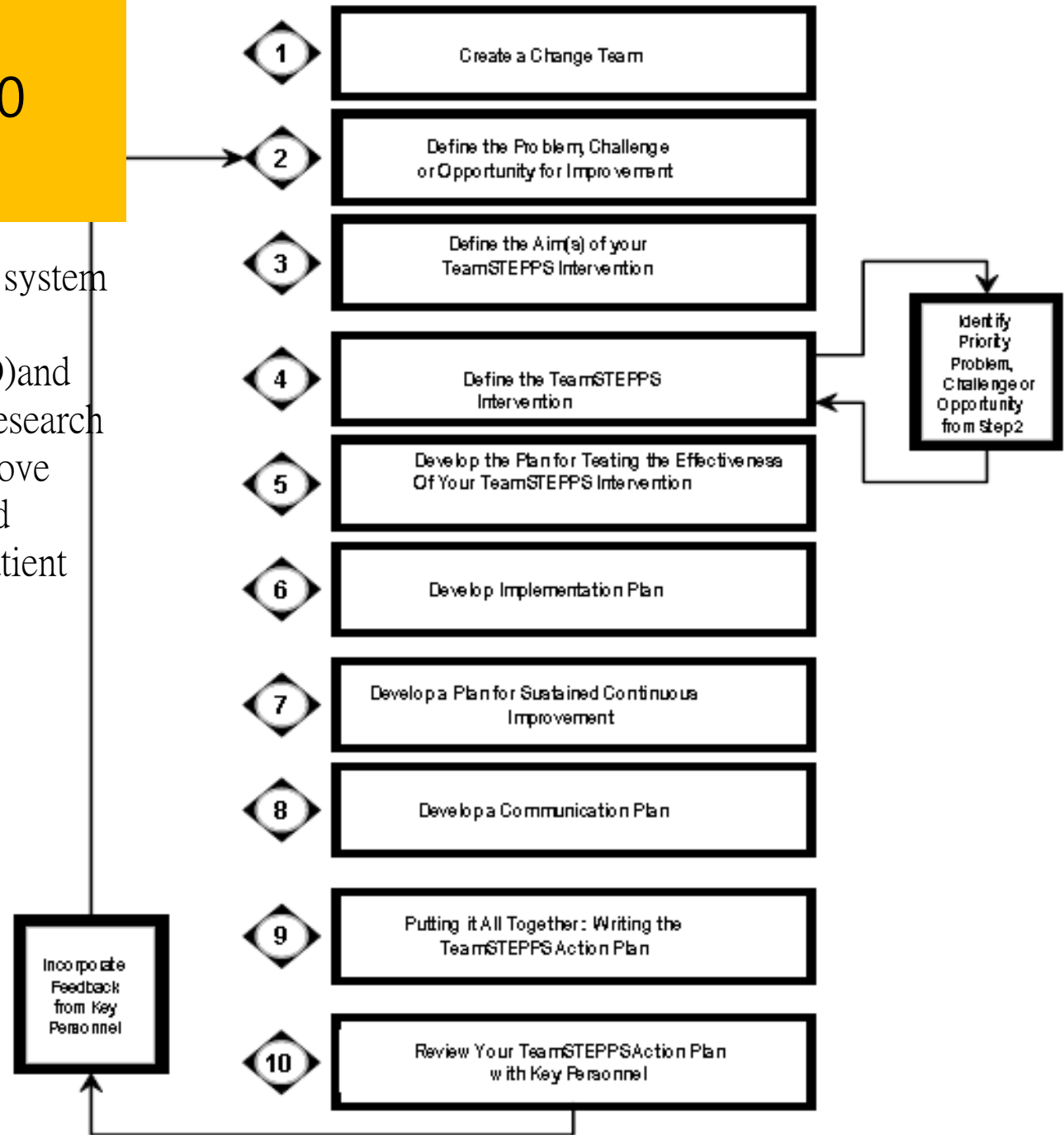
2016-7-20

大綱

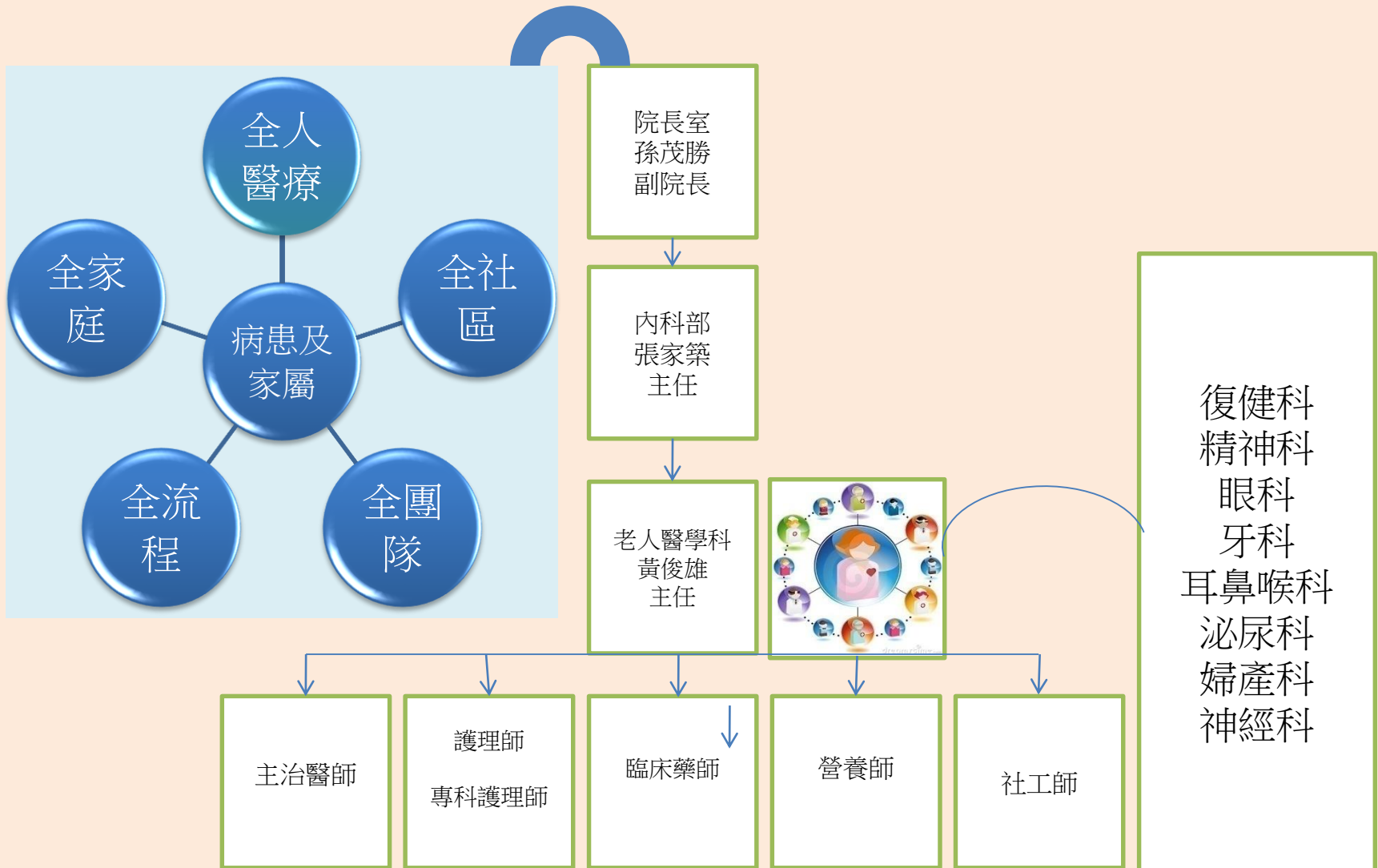
- 老人照護結構建置
- 運作模式 1：老人肺炎
- 運作模式 2：全院性跨團隊高齡照護整合
- 運作模式 3：中區高齡醫療整合

TeamSTEPPS 2.0

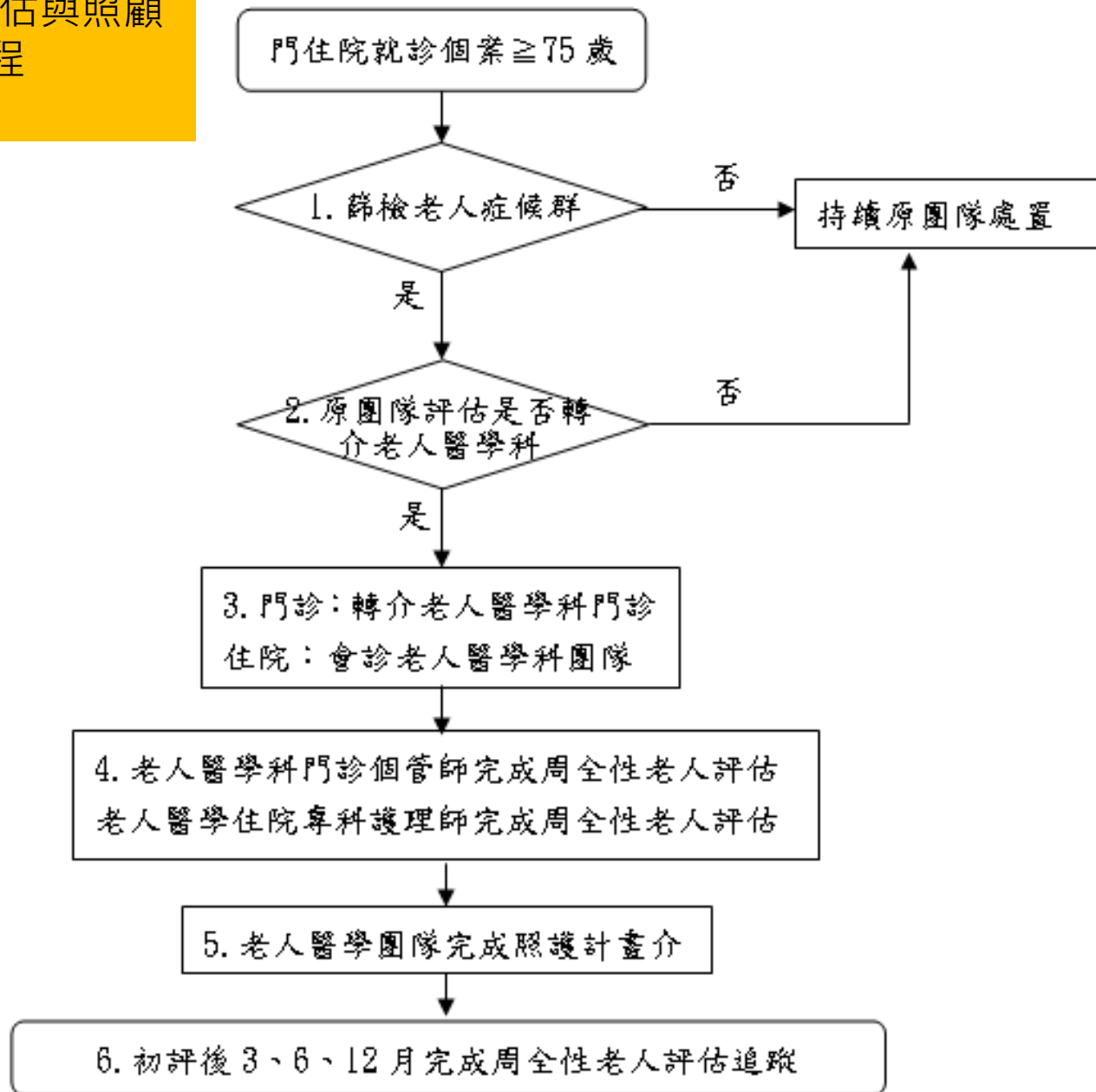
TeamSTEPPS is a teamwork system developed jointly by the Department of Defense (DoD) and the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) to improve institutional collaboration and communication relating to patient safety.



98年01月1日 設置內科部老人醫學科



彰化基督教醫院
AD 54 衰弱老年病患評估與照顧
政策與作業流程





跨專業團隊成員工作內容及處理的問題 (Krešević, 1998)

專業成員	工作內容	處理的問題
醫師	整體評估 醫療診斷及治療 藥物 預後 醫療處置 領導團隊 教育團隊 與其他醫師聯繫	多重藥物 多重疾病 日常生活活動功能退化 認知功能改變 憂鬱症 營養不良 褥瘡 照護的追蹤
護理師	評估病人功能 發展護理照護計劃 追蹤照護成效 提供健康維持與促進建議 給予病人及家屬支持 教育病人照護者及團隊成員 協調出院準備計劃	活動功能 跌倒 褥瘡及其危險因子的評估 尿失禁 行為問題 緩和療護 家屬或照護者資源 教育(治療、疾病預防或健康促進、藥物等) 醫療照護配合情形
社會工作師	病人資源的使用狀況、需求及建議 病人照護財務計劃/補助個案管理 對於出院轉介的評估與建議 與居家照護、復健、護理之家及社區機構的聯繫 諮詢及資源的提供	評估高危險老人(認知功能障礙、憂鬱症、獨居、缺乏支持、住院次數頻繁等) 照護經費缺乏 病人與照護者關係 照護整合 緩和療護 懷疑老人被疏於照護或受虐 教育(資源、服務給付的選擇與取得)

跨專業團隊成員工作內容及處理的問題 (Krešević, 1998)

物理治療師	評估行動能力(如移位、步態) 下肢活動範圍、強度及協調的評估及訓練 衰弱部位的運動訓練 評估行動所需輔具及支架的需求 對於因姿勢或肌肉不協調所造成疼痛的改善 教育病人、照護者及團隊	步態不穩 衰弱 平衡問題 跌倒 姿態性低血壓 行動安全建議 輔具建議 因急慢性問題所造成活動功能的衰退 因急慢性問題所需輔具者的教育 教育(移位技巧、跌倒時如何起來...等) 因活動力不佳所需的運動建議 出院後安置的建議
職能治療師	評估自我照顧能力(日常生活活動功能) 上肢活動範圍、強度及耐性的評估及訓練 細微動作的協調性 評估日常生活輔具使用的必要性 居家環境評估與建議 教育病人、照顧者及團隊	自我照顧能力障礙 自我照顧過程安全性堪虞 認知功能障礙 自我照顧能力受限但卻缺乏協助者 因急慢性問題所需輔具者的教育 居家環境障礙及安全問題
營養師	營養評估 評估飲食的適當性 教育病人、照護者及團隊	食慾不佳 近期體重減輕10%以上 白蛋白值低於3.6mg/dl 腸灌食 飲食建議 營養補充品建議 教育飲食營養

優質跨職類團隊十大原則

- ✓ 1. Leadership and management
- ✓ 2. Communication
- ✓ 3. Personal rewards,
training and development
- ✓ 4. Appropriate resources and
procedures
- ✓ 5. Appropriate skill mix
- ✓ 6. Climate
- ✓ 7. Individual characteristics
- ✓ 8. Clarity of vision
- ✓ 9. Quality and outcomes of care
- ✓ 10. Respecting and
understanding roles

周全性老人評估 (CGA)
對老人照顧有用嗎？

Comprehensive
geriatric assessment
increases 30-day
survival in the aged
acute medical
inpatients

[Dan Med J 2012;59(6):A4442]

CONCLUSION: An acutely ill elderly patient seems to benefit from CGA in a geriatric department. Short-term mortality is reduced despite higher age and comorbidity and the length of stay or readmission rate were not increased.



TABLE 3

Subgroup analysis of mortality in all 80+ aged patients acutely admitted through the emergency medical ward at Aarhus University Hospital from January 1 to April 15, 2009.

	Geriatric department, n (%) (N = 109)	General medical departments, n (%) (N = 387)	Adjusted* odds ratio (95% CI)
In-hospital mortality (%)	3 (2.8)	34 (8.8)	0.25 (0.07-0.83)*
30-day mortality (%)	7 (6.4)	50 (12.9)	0.40 (0.17-0.91)*
90-day mortality (%)	24 (22.0)	86 (22.2)	0.87 (0.51-1.47)

CI = confidence interval.

a) Adjustment of age and gender in a logistic regression model; *) p < 0.05.

周全性老人評估 (CGA) 對老人照顧有用嗎？

**Comprehensive
geriatric assessment
for older adults
admitted to hospital**
*[Cochrane Database
of Systematic Reviews
2011, Issue 7.]*

Main results

Twenty-two trials evaluating 10,315 participants in six countries were identified. **Patients in receipt of CGA were more likely to be alive and in their own homes at up to six months** (OR 1.25, 95% CI 1.11 to 1.42, $P = 0.0002$) and at the end of scheduled follow up (median 12 months) (OR 1.16, 95% CI 1.05 to 1.28, $P = 0.003$) when compared to general medical care.

In addition, patients were **less likely to be institutionalised** (OR 0.79, 95% CI 0.69 to 0.88, $P < 0.0001$). They were **less likely to suffer death or deterioration** (OR 0.76, 95% CI 0.64 to 0.90, $P = 0.001$), and were **more likely to experience improved cognition** in the CGA group (OR 1.11, 95% CI 0.20 to 2.01, $P = 0.02$). Subgroup interaction in the primary outcomes suggests that the effects of CGA are primarily the result of CGA wards.

A New Multimodal Geriatric Discharge-Planning Intervention to Prevent Emergency Visits and Rehospitalizations of Older Adults: The Optimization of Medication in AGEd Multicenter Randomized Controlled Trial

CONCLUSION: This intervention was effective in reducing rehospitalizations and ED visits for very elderly participants 3 but not 6 months after their discharge from the AGU. Future research should investigate the effect of this intervention of transitional care in a larger population and in usual acute and subacute geriatric care. *J Am Geriatr Soc* 59:2017–2028, 2011.

design), parallel-group, open-label trial.

SETTING: Six acute geriatric units (AGUs) in Paris and its surroundings.

PARTICIPANTS: Six hundred sixty-five consecutive inpatients aged 70 and older (intervention group (IG) $n = 317$; control group (CG) $n = 348$).

INTERVENTION: Intervention-dedicated geriatricians different from those in the study centers implemented the intervention, which targeted three risk factors for preventable readmissions and consisted of three components: comprehensive chronic medication review, education on

general practitioner and confirmed with the hospital administrative database.

RESULTS: Twenty-three percent of IG participants were readmitted to hospital or had an ED visit 3 months after discharge, compared with 30.5% of CG participants ($P = .03$); at 6 months, the proportions were 35.3% and 40.8%, respectively ($P = .15$). Event-free survival was significantly higher in the IG at 3 months (hazard ratio (HR) = 0.72, 95% confidence interval (CI) = 0.53–0.97, $P = .03$) but not at 6 months (HR = 0.81, 95% CI = 0.64–1.04, $P = .10$).

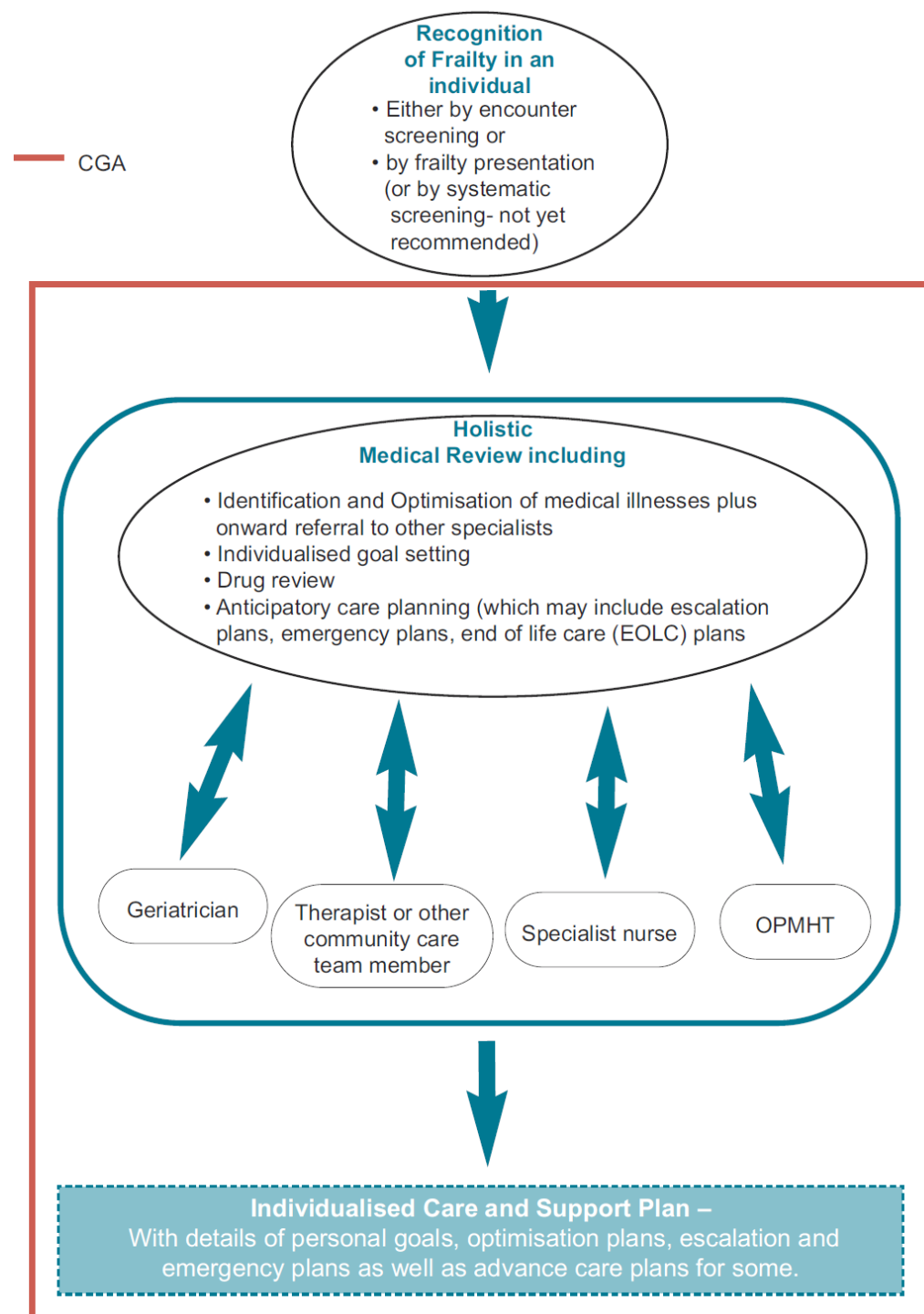
CONCLUSION: This intervention was effective in reducing rehospitalizations and ED visits for very elderly participants 3 but not 6 months after their discharge from the AGU. Future research should investigate the effect of this intervention of transitional care in a larger population and in usual acute and subacute geriatric care. *J Am Geriatr*

From the*Geriatric Unit, L'Assistance Publique—Hôpitaux de Paris, Hôpital Bichat; †Unité de Formation et de Recherche de Médecine, Université Paris Diderot, Sorbonne Paris Cité; ‡Geriatric Unit, L'Assistance Publique—Hôpitaux de Paris, Hôpital Bretonneau; §Department of Epidemiology, Biostatistics, and Clinical Research, L'Assistance Publique

Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)

Fit for Frailty - consensus best practice guidance for the care of older people living in community and outpatient settings

- a report from the British Geriatrics Society 2014



周全性老年團隊運作五步驟

1. 找出適合接受評估的病人
2. 完整的評估及建議
3. 依據建議實地執行
4. 追蹤執行成效
5. 修正治療計畫。

運作模式 1：

**老人肺炎之
周全性老人團隊評估與介入**

ATS IDSA肺炎指引中 關於老人照顧的提醒(1)

Infectious Diseases
Society of
America/American
Thoracic Society
Consensus Guidelines
on the Management
of Community-
Acquired Pneumonia
in Adults
2007

- CURB-65 criteria appear to function well **except** among patients with underlying renal insufficiency and among elderly patients
- Both clinical features and physical exam findings may be lacking or altered in elderly patients. All patients should be screened by **pulse oximetry**, which may suggest both the presence of pneumonia in patients without obvious signs of pneumonia and unsuspected hypoxemia in patients with diagnosed pneumonia

ATS IDSA肺炎指引中 關於老人照顧的提醒(2)

Infectious Diseases
Society of
America/American
Thoracic Society
Consensus Guidelines
on the Management
of Community-
Acquired Pneumonia
in Adults
2007

- **Criteria for clinical stability** In general, patients in higher PSI classes take longer to reach clinical stability than do patients in lower risk classes. This finding may reflect the fact that elderly patients with multiple comorbidities often recover more slowly. Arrangements for appropriate follow-up care, including **rehabilitation, should therefore be initiated early for these patients.**
- The overall effectiveness against invasive pneumococcal disease among persons ≥ 65 years of age is 44%–75%

西班牙指引： Guidelines for the management of community-acquired pneumonia in the elderly patient

Consensus document

Rev Esp Quimioter 2014;27(1): 69-86

]



Sociedad Española de Quimioterapia

► Menú principal

- Últimas noticias
- Información Institucional
- Actividades
- Revista Infección y Vacunas
- Becas y Premios
- Inscripciones (Socio de la SEQ)
- Zona Socios y Grupos de Trabajo

Revista Española de Quimioterapia >>>

- Último número (Septiembre 2015)
- Números anteriores
- TOP 5 Artículos citados
- E-mail alert
- Instrucciones a los autores
- Reimpresiones
- Factor de Impacto:

► Últimas Noticias ► Revista Española de Quimioterapia

REVISTA ESPAÑOLA DE Quimioterapia

Revista Española de Quimioterapia, la revista oficial de la Sociedad Española de Quimioterapia (SEQ), considerará para su publicación aquellos trabajos relacionados con la infección y la quimioterapia antimicrobiana y antiparasitaria en todos sus aspectos básicos, experimentales, diagnósticos y clínicos. Todos los manuscritos aceptados quedan como propiedad permanente de Revista Española de Quimioterapia (copyright Sociedad Española de Quimioterapia) y no podrán ser reproducidos total o parcialmente sin permiso de la revista. No se aceptarán trabajos publicados al mismo tiempo en otra revista. Todos los artículos tienen acceso gratuito al texto completo. **A partir de 2015, la Revista Española de Quimioterapia publicará 6 números anuales (febrero, abril, junio, agosto, octubre y diciembre).**

- [Último número \(Septiembre 2015\)](#)
- [Envío de manuscritos / Instrucciones a los autores](#)
- [E-mail alert](#)
- [Reimpresiones / separatas](#)
- [Top 5 artículos más citados](#)
- [Factor de Impacto: 0.797](#)

M 81

C.C



- Intermittent fever for 3 ds
- Cough/Sputum,
- Shortness of Breath
- Coffee-ground Vomitus

M 81

- Retired Ped-Med Dr
- smoke cessation 4 yrs
- Allergy : NKA
- Vaccination (-)
- T2DM, HTN, hyperlipidemia, CAD s/p PCI
- Polypharmacy+
- TOCC(-)

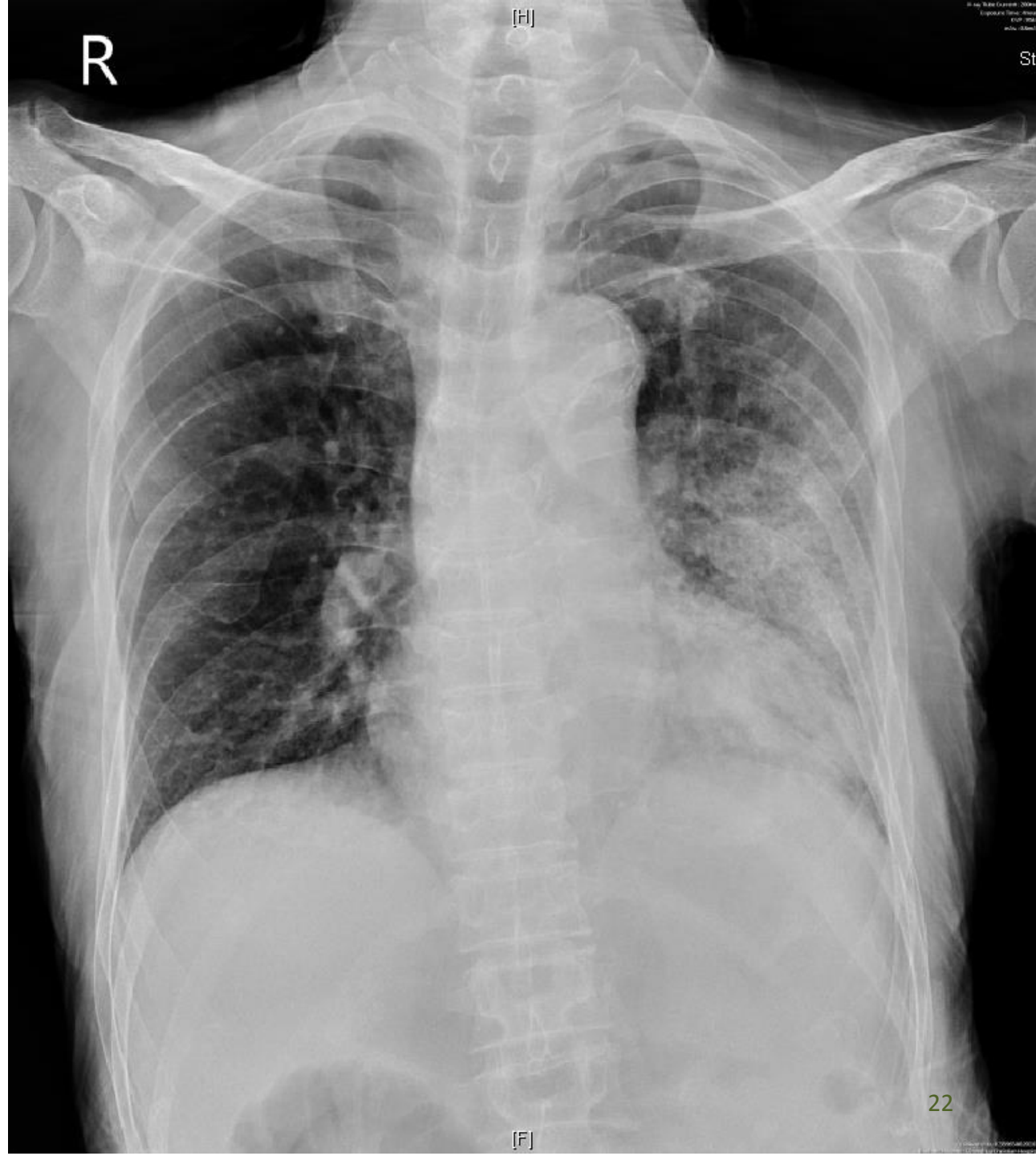
M 81

At ER

- H 170, W 51.8 BMI 17.9
- Vitals 36/99/20, 158/89
- Orientated
- Generalized weakness
- LAP(-), JVE(-), RHB, abdominal distension+, soft,
- Crackles BS
- Pedal edema(-)
- WBC 24,800, Seg 85%
- Hb 11.3, Plt 376K,
- BUN 36, Cr 1.57, Na 141, K 3.6

M 81

CXR



西班牙指引： PSI, CURB-65, SCAP, SMART-COP

certain studies
have suggested
oxygenation as
the best
prognostic
indicator in the
elderly

CURB-65 Severity Score ☆ ?

Estimates mortality of community-acquired pneumonia to help determine inpatient vs. outpatient treatment.

Confusion	+1	☐ YES ☒ NO
BUN > 19 mg/dL (> 7 mmol/L)	+1	☒ YES ☐ NO
Respiratory Rate ≥ 30	+1	☐ YES ☒ NO
Systolic BP < 90 mmHg or Diastolic BP ≤ 60 mmHg	+1	☐ YES ☒ NO
Age ≥ 65	+1	☒ YES ☐ NO

2
points

Moderate risk group: 6.8% 30-day mortality.

Consider inpatient treatment or outpatient with close followup.

Pneumonia Severity Index (PSI) Calculator

[Home](#) > [Risk Stratification: Site-of-Care Decisions](#) > [Pneumonia Severity Index \(PSI\)](#) > Pneumonia Severity Index (PSI) Calculator

This calculator requires Adobe Flash Player to view. [Download Flash Player](#)

Demographic factors

* Age

* ☒ Male ☐ Female

* Nursing Home Resident: ☐ Yes ☒ No

* Indicates required field

Known coexisting illnesses (check all that apply)

- ☐ Cancer or neoplastic disease
- ☐ Liver disease
- ☐ Congestive heart failure
- ☐ Cerebrovascular disease
- ☐ Renal disease

Physical exam findings

- ☐ Altered mental status
- ☐ RR ≥ 30/min
- ☐ Systolic BP < 90 mmHg
- ☐ Temperature < 35°C
- ☐ Pulse ≥ 125/min

Laboratory and radiologic

- ☐ Arterial pH on ABG
- ☐ BUN ≥ 30 mg/dL
- ☐ Sodium < 130 mmol/L
- ☐ Glucose ≥ 250 mg/dL (14 mmol/L)
- ☐ Hematocrit < 30%

PSI RESULTS

Score: 81 Risk Class: III
Site-of-Care: Supervised outpatient or short observation as inpatient

Risk	Risk Class	Score	Mortality
Low	I	< 51	0.1%
Low	II	≤ 70	0.6%
Low	III	71 - 90	0.9%
Moderate	IV	91 - 130	9.3%
High	V	> 130	27.0%

CLOSE ✕

西班牙指引： 急診執行整合老人醫學 評估 (IGA) ，有困難！

1	Cognitive situation
2	Confusional syndrome
3	Depression
4	Functional situation
5	Comorbidity
6	Polypharmacy
7	Falls
8	Social situation

Table 1 Integral Geriatric Assessment (IGA) adapted to emergency care		
Area examined	Scale	Questions
Cognitive situation	Six-Item Screener	Name 3 objects for the subject to learn : What year is it? What month is it? What day of the week is it? What 3 objects did I ask you to remember? At risk if has 3 or more errors
Confusional syndrome	Confusion Assessment Method	1. Acute onset or fluctuating course 2. Lack of attention 3. Disorganized thoughts 4. Altered level of consciousness At risk if 1 and 2, more if 3 or 4
Depression	Emergency Department Depression Screening Instrument	1. Do you often feel sad or depressed? 2. Do you often feel defenseless? 3. Do you often feel discouraged or unhappy? At risk with 2 positive answers
Functional situation	Barthel index	At risk if has acute functional impairment (Barthel $\leq$ 60, moderate-severe dependence)
Comorbidity	Charlson index	Greater risk with higher score ($\geq$ 3 points, high comorbidity)
Polypharmacy	Criteria of STOP & START	Identify inappropriate medication and lack of prescription of medications indicated
Falls	Get up and Go test	Time from getting up from an armless chair, walking 3 m and returning and sitting in the chair. At risk of frailty if > 10-20 sec and falls > 20 sec.
Social situation	Family situation of the Gijón Scale of Sociofamilial assessment	Lives with family without physical/psychological dependence (1); lives with spouse of similar age (2); lives with family and/or spouse and presents some grade of dependence (3); lives alone and has children nearby (4); lives alone with no children or these live at a distance (5). Higher score greater risk.

西班牙指引：
我們篩選病人
再決定是否評估

Screening scales in the elderly patient (cutoff ≥ 2)

TRST

→ ≥ 75 years

Has difficulty walking, transfers or has a history of recent falls?

Does the patient have cognitive impairment?

→ Does the patient live alone or have a capacitated care provider?

→ Does the patient take 5 or more different drugs?

Without taking this visit into account, has the patient been to the emergency department in the last 30 days or hospitalized in the last 3 months?

The nurse believes that this patient requires home follow up for some reported reason.

ISAR

→ ≥ 65 years

→ Prior to the acute process for which the patient was visited, was help regularly necessary in basic activities?

After the acute process for which the patient was visited was more help than necessary required for care?

Do the patient have serious memory problems?

Does the patient see well in general?

→ Does the patient take 3 or more different drugs a day?

Has the patient been admitted to hospital one or more days (excluding a visit to the emergency department) in the last 6 months?

找出適合接受評估的病人

Flemish version of the Triage Risk Screening Tool (fTRST)

	Risk	Yes	No
1	Presence of cognitive decline	2	0
2	Living alone or no help from partner/family	1	0
3	Reduced mobility or fallen in the past 6 months	1	0
4	Hospitalized in the past 3 months	1	0
5	Polypharmacy (5 different medications)	1	0
	Total (cutoff ≥ 2)		

The G-8 questionnaire

Items	Possible responses (score)
A Has food intake declined over the past 3 months due to loss of appetite, digestive problems, chewing, or swallowing difficulties?	0 = severe decrease in food intake 1 = moderate decrease in food intake 2 = no decrease in food intake
B Weight loss during the last 3 months?	0 = weight loss >3 kg 1 = does not know 2 = weight loss between 1 and 3 kg 3 = no weight loss
C Mobility?	0 = bed or chair bound 1 = able to get out of bed/ chair but does not go out 2 = goes out
E Neuropsychological problems?	0 = severe dementia or depression 1 = mild dementia 2 = no psychological problems
F BMI? (weight in kg)/(height in m ²)	0 = BMI <19 1 = BMI 19 to <21 2 = BMI 21 to <23 3 = BMI ≥ 23
H Takes more than three prescription drugs per day?	0 = yes 1 = no
P In comparison with other people of the same age, how does the patient consider his/her health status?	0.0 = not as good 0.5 = does not know 1.0 = as good 2.0 = better
Age	0: >85 1: 80–85 2: <80
Total score	(Cutoff ≤ 14) 0–17

完整的評估及建議

黃俊雄(99021)[CGA01]

老人醫學照護系統

CGA評估



病歷號碼

M 81 歲

評估日期



1. 基本資料

2. 老人評估

用藥評估

3. ADL、IADL

4. 居家環境

5. 家庭 6. 社會資源

7. 照顧計畫

8. 出院計畫

9. 健康促進

10. 心理健康

11. 追蹤要

與病患及(或)家屬告知定期追蹤周全性老年評估之重要性及目的後

☒ 同意執行 ☐ 不同意執行 ☐ 病患因素 ☐ 家屬因素 ☒ 醫療因素 ☐ 環境因素 ☐ 其他因素拒

社會福利身分別

☒ 一般戶 ☐ 中低收入戶 ☐ 低收入戶 ☐ 榮民/榮眷 ☐ 原住民 ☐ 身心障礙

常用語言

☒ 國語 ☐ 台語 ☐ 客家語 ☐ 原住民族語 其他

經濟來源

☒ 子女供應 ☐ 父母供應 ☒ 退休俸: 40000 ☐ 自己或配偶工作收入: ☐ 社會福利補助:

教育程度

☐ 0 無 ☐ 1 小學 ☐ 2 國中 ☐ 3 高中 ☒ 4 大學(專) ☐ 5 碩博士

宗教信仰

☒ 0 無 ☐ 1 道教 ☐ 2 佛教 ☐ 3 天主教 ☐ 4 基督教 ☐ 5 一貫道 ☐ 6 回教 ☐ 7 民間信仰 ☐ 9 其

已申請補助項目

☐ 電動車 ☐ 氣墊床 ☒ 輪椅 ☐ 四腳拐杖 ☐ 單腳拐杖 ☐ 居家無障礙改造 其他: 自備氣墊床

病歷號	評估日期	SOURCE	帳號	一般戶	中低收入戶	低收入戶	榮眷	PTTYP5	身心障礙	國語	台語	客語	原民語	其他語	子女	父母	退休俸	MC
25485103	1040825	O		Y	N	N	N	N	N	Y	Y	N	N		Y	N	Y	
25485103	1040602	O		Y	N	N	N	N	N	Y	Y	N	N		Y	N	Y	
25485103	1040310	O		Y	N	N	N	N	N	Y	Y	N	N		Y	N	Y	
25485103	1040128	I	701213120	Y	N	N	N	N	N	Y	N	N	N		Y	N	Y	

CGA評估



暫存

完成

放棄

列印

關閉

病歷號碼

M 81 歲

評估日期

1. 基本資料 2. 老人評估 3. ADL、IADL 4. 居家環境 5. 家庭 6. 社會資源 7. 照顧計畫 8. 出院計畫 9. 健康促進 10. 心理健康 11. 追蹤要

(1). 迷你認知評估

1. 三樣項目複述及記憶: ☒ 黑色 ☒ 彰化 ☐ 拖鞋 (記得的請打勾)
2. 時鐘繪畫測試: 11 時10分
3. 三樣項目回憶: ☐ 黑色 ☒ 彰化 ☐ 拖鞋

結果: ☐ 0 正常 ☒ 1 異常 ☐ 9 無法評估

(2). 瞻妄評估

1. 急性發作且病程波動 2. 注意力不集中
3. 無組織的思考
4. 意識狀態改變

結果: ☒ 0 正常 ☐ 1 異常 ☐ 9 無法評估 1 & 2 + (3 or 4)

(3). 情感評估 (老人精神抑鬱量表)

- ☒ 0是 ☐ 1否 基本上, 您對您的生活滿意嗎?
- ☐ 0否 ☒ 1是 您是否常感到厭煩
- ☐ 0否 ☒ 1是 您是否感到無論做甚麼事都沒有用
- ☒ 0否 ☐ 1是 您是否比較喜歡待在家裡而較不喜歡外出及不喜歡做新的事
- ☒ 0否 ☐ 1是 您是否感覺您現在活得很沒有價值
- ☐ 9無法評估, 原因:

總分: 2 > 2分須照會精神科

(4). 感官功能評估

- (a) 視力評估
1. 左眼 ☒ 清晰 ☐ 模糊 ☐ 失明
2. 右眼 ☒ 清晰 ☐ 模糊 ☐ 失明
- (b) 聽力評估
1. 左耳 ☒ 清晰 ☐ 重聽 ☐ 失聰
2. 右耳 ☒ 清晰 ☐ 重聽 ☐ 失聰

(5). 牙齒健康評估

- ☐ 2分: 口乾
- ☐ 1分: 進食困難
- ☐ 1分: 兩年內未看牙醫
- ☐ 2分: 口腔或牙齒疼痛
- ☒ 1分: 進食之食物性質改變
- ☐ 1分: 口腔內腫塊或潰瘍
- ☒ 0分: 無以上問題

總分: 1 > 2分須照會牙科

假牙使用

☐ 無 ☒ 有

(6). 步態平衡評估 (Timed Get-up and go test)

- ☐ 0 少於 10 秒者, 可界定為無限制的活動能力
- ☐ 1 20 秒內者屬大部分非依賴程度
- ☐ 2 20 秒至 29 秒間者, 屬變異性的活動能力
- ☒ 3 超出 29 秒者, 則可界定為顯著活動障礙
- ☐ 9 無法評估

總分 ≥ 1 分須照會復健科

(7). 吞嚥測試

- ☒ 0 正常
- ☐ 1 口腔期異常
- ☐ 2 咽部期異常
- ☐ 3 食道期異常
- ☐ 9 無法評估
- 異常已處理
- ☐ 鼻胃管
- ☐ 胃造瘻
- ☐ 腸造瘻
- ☐ 拒做假牙, 營養師介入改變飲食質地

總分 ≥ 1 分須照會復健科

(8). 營養評估

- (A) 營養不良狀態: 2 ☒ 年齡 > 70 歲
- (B) 疾病嚴重程度: 1

總分: 4 ≥ 3 分須照會營養師

(10). 尿失禁評估

- ☐ 是 過去一年是否因尿液漏出而滲溼褲子
- ☒ 是 漏尿情況發生於不連續的六天以上
- (1+2 Positive 異常)

結果:

- ☐ 0 正常
- ☐ 1 異常
- ☒ 2 異常已處理
- ☐ 3 行動不便包尿布但有知覺
- ☐ 4 目前尿道感染 後續門診追蹤

病歷號碼

M 81 歲

評估日期

基本資料

2. 老人評估

用藥評估

3. ADL、IADL

4. 居家環境

5. 家庭 6. 社會資源

7. 照顧計畫

8. 出院計畫

9. 健康促進

10. 心理健康

11. 追蹤要點

評估日期：

1040702

1040601

1040505

1040406

1040223

院區

K 彰基

用藥期間

2015/ 8/ 2

2015/10/ 1

擷取



健保藥歷

編號	院區	藥品碼	名稱	劑量	頻率	服法	磨粉	STAT	PRN	天數	總量	開始日期	結束日期	慢	醫師	科別	A1	A2	A3
1	K	MTCPF	Ciprofloxacin TAB. 250mg	2	Q12H	PO	N	0	0	7	28	2015/2/14	2015/2/20	N	吳曜充	一般外科	00		
2	K	MLKAO	Kaolin Susp.(自費) 120mL	30	BID	PO	N	0	0	5	3	2015/2/14	2015/2/18	N	吳曜充	一般外科	00		
3	K	MTNCA	NicoRANDIL 5mg	1	BID	PO	N	0	0	29	58	2015/2/14	2015/3/14	Y	黃宏凱	心臟血管f	01		
4	K	MTIBSH	IRBESartan 300mg	0.5	QD	PO	N	0	0	29	15	2015/2/14	2015/3/14	Y	黃宏凱	心臟血管f	01		
5	K	MTDILH	【180mg】 Diltiazem TAB.	0.5	QD	PO	N	0	0	29	15	2015/2/14	2015/3/14	Y	黃宏凱	心臟血管f	01		
6	K	MTTAM	Tamsulosin 0.2mg	1	HS	LOZ	N	0	0	29	29	2015/2/14	2015/3/14	Y	黃宏凱	心臟血管f	01		
7	K	MTRSV	ROSUvastatin 10mg	1	QD	PO	N	0	0	29	29	2015/2/14	2015/3/14	Y	黃宏凱	心臟血管f	01		
8	K	MTCPD	Clopidogrel 75mg	1	QD	PO	N	0	0	29	29	2015/2/14	2015/3/14	Y	黃宏凱	心臟血管f	01		
9	K	MTCIL	Cilostazol 50mg	1	BID	PO	N	0	0	29	58	2015/2/14	2015/3/14	Y	黃宏凱	心臟血管f	01		
10	K	MTGLYR	Nitroglycerin TAB. 0.6mg	1	ASO	SL	N	0	1	29	25	2015/2/14	2015/3/14	N	黃宏凱	心臟血管f	01		

編號	院外藥品名稱	劑量	頻率	服法	磨粉	STAT	PRN	天數	總量	慢	領藥日	健保碼	A1	A2	A3	R1	R2	R3

高警訊藥物

【180mg】 Diltiazem TAB.

多重用藥

藥師意見:

住院評估:

1. patient 有hypertension建議IRBESartan 300mg 0.5# QD可持續使用
2. Nicorandil、diltiazem、plavix、Nitroglycerin 可續用~
3. 住院未使用Tamsulosin 1#HS, 出院評估是否續用

適應症: 401.9 : 本態性高血壓

適應症: 414.9 : 慢性缺血性心臟病

適應症: 600.0 : 攝護腺 (前列腺) (良性) 增生

評估人員

異動時間

病歷號碼

M 81 歲

評估日期

1. 基本資料

2. 老人評估

用藥評估

3. ADL、IADL

4. 居家環境

5. 家庭 6. 社會資源

7. 照顧計畫

8. 出院計畫

9. 健康促進

10. 心理健康

11. 追蹤要

ADL

IADL

+

-

✓

✕

A. 基本日常生活活動能力 (ADL)

1 入院時

評估日期	ADL 狀態	異動人	異動時
1040825	45 5 治療後 3個月	165687	2015/8
1040602	35 5 治療後 3個月	165687	2015/6
1040310	35 4 出院後一個月	165687	2015/3
1040225	20 2 出院前	71644	2015/2
1040127	45 0 入院前一個月	149100	2015/1
1040123	25 1 入院時	147621	2015/1

1. 進食

- ☐ 10 自己在合理時間(約十秒鐘吃一口)可用筷子取食眼前的食物。若需進食輔具時，應
- ☐ 5 需別人幫忙穿脫輔具或只會用湯匙進食。
- ☒ 0 無法自行取食或耗費時間過長。

2. 個人衛生

- ☐ 5 可以自行洗手、刷牙、洗臉及梳頭。
- ☒ 0 需要他人部份或完全協助。

3. 上廁所

- ☐ 10 可自行上下馬桶、穿脫衣服、不弄髒衣服、會自行使用衛生紙擦拭。
- ☒ 5 需要協助保持姿勢的平衡、整理衣服或用衛生紙。
- ☐ 0 無法自己完成。

4. 洗澡

- ☐ 5 能獨立完成(不論是盆浴或沐浴)，不需別人在旁。
- ☒ 0 需別人協助。

5. 穿脫衣服

- ☐ 10 能自己穿脫衣服、鞋子，自己扣釦子、上拉鍊或綁鞋帶。
- ☒ 5 在別人協助下，可自己完成一半以上的動作。
- ☐ 0 不會自己做。

6. 大便控制

- ☐ 10 不會失禁，能自行灌腸或使用塞劑。
- ☒ 5 偶爾會失禁(每週)，需要他人協助使用灌腸或塞劑。
- ☐ 0 失禁，無法自己控制且需他人處理。

7. 小便控制

- ☐ 10 能自己控制不會有失禁，或能自行使用並清潔尿套、尿袋。
- ☒ 5 偶爾會失禁(每週≤1次)或尿急(無法等待放好變盆或及時趕到廁所)或需要他人協助
- ☐ 0 失禁，無法自己控制且需他人處理。

8. 平地行走

- ☐ 15 使用或不使用輔具，皆可獨立行走50公尺以上。
- ☐ 10 需他人稍微扶持或口頭指導才能行走50公尺以上。
- ☐ 5 雖無法行走，但可以操作輪椅(包括轉彎、進門及接近桌子、床沿)並可推行輪椅50
- ☒ 0 完全無法自行行走，需別人幫忙推輪椅。

9. 上下樓梯

- ☐ 10 可自行上下樓梯，可使用扶手、柺杖等輔具。
- ☐ 5 需他人協助或監督才能上下樓梯。
- ☒ 0 無法上下樓梯。

10. 上下床或椅子

- ☐ 15 整個過程可獨立完成。
- ☐ 10 移動身體時需要稍微協助、給予提醒、安全監督。
- ☒ 5 可自行坐起，但從床上坐起時或移動身體時需要他人協助。
- ☐ 0 不會自己移動。

病歷號碼

M 81 歲

評估日期

1. 基本資料

2. 老人評估

用藥評估

3. ADL、IADL

4. 居家環境

5. 家庭 6. 社會資源

7. 照顧計畫

8. 出院計畫

9. 健康促進

10. 心理健康

11. 追蹤要

ADL
IADL

+

-

↶

↷

評估日期	IADL	狀態	異動人	異動時間
1040825	5	5 治療後 3個月	165687	2015/8/25 上午 10:13:28
1040602	5	5 治療後 3個月	165687	2015/6/2 下午 04:25:50
1040310	5	4 出院後一個月	165687	2015/3/10 下午 03:47:08
1040225	4	2 出院前	71644	2015/2/25 下午 08:23:29
1040128	1	1 入院時	71644	2015/1/28 下午 09:31:53
1040128	3	0 入院前一個月	71644	2015/1/28 下午 09:31:35

B、工具性日常生活活動能力 (IADL)

1 入院時

1. 上街購物

- ☐ 3 獨立完成所有購物需求。
- ☐ 2 獨立購買日常生活用品。
- ☐ 1 每一次上街購物都需要有人陪。
- ☒ 0 完全不會上街購物。

2. 外出活動

- ☐ 4 能夠自己開車、騎車。
- ☐ 3 能夠自己搭乘大眾運輸工具。
- ☐ 2 能夠自己搭乘計程車但不會搭乘大眾運輸工具。
- ☐ 1 當有人陪同可搭計程車或大眾運輸工具。
- ☒ 0 完全不能出門。

3. 食物烹調

- ☐ 3 能獨立計畫、烹煮和擺設一頓適當的飯菜。
- ☐ 2 如果準備好一切佐料，會做一頓適當的飯菜。
- ☐ 1 會將已做好的飯菜加熱。
- ☒ 0 需要別人把飯菜煮好、擺好。

4. 家務維持

- ☐ 4 能做較繁重的家事或需偶爾家事協助（如搬動沙發、擦地板）
- ☐ 3 能做較簡單的家事，如洗碗、鋪床、疊被。
- ☐ 2 能做家事，但不能達到可被接受的整潔程度
- ☐ 1 所有的家事都需要別人協助
- ☒ 0 完全不會做家事

5. 洗衣服

- ☐ 2 自己清洗所有衣物。
- ☐ 1 只清洗小件衣物。
- ☒ 0 完全依賴他人。

6. 使用電話的能力

- ☐ 3 獨立使用電話，含查電話簿、撥號等。
- ☐ 2 僅可撥熟悉的電話號碼。
- ☒ 1 僅會接電話，不會撥電話。
- ☐ 0 完全不會使用電話。

7. 服用藥物

- ☐ 3 能自己負責在正確的時間用正確的藥物。
- ☐ 2 需要提醒或少許協助
- ☐ 1 如果事先準備好服用的藥物份量，可自行服用。
- ☒ 0 不能自己服用藥物。

8. 處理財務能力

- ☐ 2 可以獨立處理財務。
- ☐ 1 可處理日常購買，但需要別人協助與銀行往來或大宗買賣。
- ☒ 0 不能處理錢財買賣。

病歷號碼

M 81歲

評估日期

1. 基本資料 2. 老人評估 用藥評估 3. ADL、IADL 4. 居家環境 5. 家庭 6. 社會資源 7. 照顧計畫 8. 出院計畫 9. 健康促進 10. 心理健康 11. 追蹤要

住屋種類

☒ 1. 平房 ☐ 2. 公寓 ☐ 3. 電梯大廈 ☐ 4. 透天厝/樓中樓 ☐ 5. 其他

所有權

☒ 1. 自有 ☐ 2. 租借 ☐ 3. 其他

居家環境安全

一年內有無跌倒紀錄 ☐ 有 ☒ 無a. 一年內個案跌倒發生次數：b. 跌倒主要發生地點：☐ 1. 臥室 ☐ 2. 客廳 ☐ 3. 浴室 ☐ 4. 樓梯 ☐ 5. 陽台 ☐ 6. 走道 ☐ 7. 廚房 ☐ 8. 室外 ☐ 9. 其他

居家環境衛生

☒ 無異常狀況 ☐ 1. 異味 ☐ 2. 雜物堆放，久積灰塵 ☐ 3. 通風不良 ☐ 4. 蚊蟲滋生 ☐ 5. 缺水 ☐ 6. 家中無紗門、紗窗 ☐ 7. 熱水器置於室內

環境總評

- ☐ 1. 居家環境不良(衛生)
- ☒ 2. 居家空間不方便(無障礙設施不足)
- ☐ 3. 居家環境不安全(居住危險地區)
- ☐ 4. 以上皆無

居家改造
BNQ特力屋

病歷號碼 2

M 81歲

評估日期

1. 基本資料 | 2. 老人評估 | 用藥評估 | 3. ADL、IADL | 4. 居家環境 | **5. 家庭 6. 社會資源** | 7. 照顧計畫 | 8. 出院計畫 | 9. 健康促進 | 10. 心理健康 | 11. 追蹤要
☐ 無主要照顧者☐ 有主要照顧者☒ 有主要照顧者, 不與個案同住

姓名 李俊宏

年齡 50

性別 M

每天照顧時間: 平均 12 小時

已照顧個案 年 6 個月

與個案關係

☐ 1. 配偶☐ 2. 未婚兒子☐ 3. 未婚女兒☒ 4. 已婚兒子☐ 5. 媳婦☐ 6. 已婚女兒/女婿☐ 7. 孫子/孫女☐ 8. 父母☐ 9. 兄弟姊妹☐ A. 公婆☐ B. 岳父母☐ C. 其他

特殊狀況

☐ 1. 在學☐ 2. 服兵役☐ 3. 持有重大傷病卡☐ 4. 持有身障手冊☐ 5. 其他☒ 6. 以上均無

目前就業狀況

☐ 1 無☒ 2 全職☐ 3 兼職(部分時間工作)

自認為在照顧個案上最需要協助的地方是 1. 營養不良 2. 急性功能喪失

家庭照顧者負荷總計分 3

照顧者總評

☒ 照護品質不佳☐ 家庭照顧者負荷過重☐ 家屬無照護意願☐ 以上皆無

其他

次要照顧者 李慧敏

與個案關係 3女

☐ 個案是否受虐, 說明:☒ 同戶中是否另有長期照顧對象:

姓名

案妻

☐ 同戶中是否另有其他長期照顧需求之潛在個案: 姓名

無

<- 請通報社工

個案總評

☐ 1. 獨居☒ 2. 技術性護理需求高☒ 3. 密集日常生活需要完全照護☒ 4. 個案問題行為☐ 5. 遭疏忽受虐☐ 6. 家中無照護人力☐ 7. 以上皆無☐ 8. 其他

社會資源使用狀況

☐ 個案是否有使用社會福利資源☒ 外傭

一. 社會福利資源 無

二. 醫療資源 無

三. 志願服務 無

☐ 是否有心理社會支持需求 <- 請照會社工

病歷號碼

M 81 歲

評估日期

1. 基本資料

2. 老人評估

用藥評估

3. ADL、IADL

4. 居家環境

5. 家庭 6. 社會資源

7. 照顧計畫

依據建議實地執行

周全性老人評估的檢查表

問題描述

再評估 會診/照會 已有處置

1. 瞻妄

2. 失智症 (行為症狀)

3. 憂鬱狀態

4. 感官功能障礙 (視聽力)

5. 牙齒功能障礙

6. 尿失禁及導尿管之使用

7. 日常生活活動功能及復健之可能性 (Gait, swallowing, ADL, IADL)

身高 170 cm 腰圍 76 cm

8. 營養狀態: 體重 51.8 kg BMI 17.92

握力 kg 級數 沒測原因

9. 褥瘡: 部位: 面積: Gr.

10. 多種藥物之使用

11. 心理社會支持需求

12. 慢性疼痛

疼痛評估

13. 骨折、跌倒再評估

14. 排便問題

15. 物質濫用 (香菸 酒精 檳榔 成藥)

16. 是否需召開家庭決策會議

異常

總分: 2

總分: 1

Gait: 3分, ADL: 25分, IADL: 5分,

總分: 4

有

照護品質不佳, 個案問題行為

無

跌倒次數: 0 分數: 4

是 否

神經科

復健科

營養師

藥師

社工

評估人員

71644 翁雲麗

會診老人醫學科個案

異動時間

西班牙指引： 老人分類

1	The elderly patient without clinical criteria of frailty
2	The elderly patient with clinical criteria of frailty
a	The elderly patient with clinical criteria of mild frailty
b	The elderly patient with clinical criteria of moderate-severe frailty

Box 1: The CSHA Clinical Frailty Scale

- 1 *Very fit* — robust, active, energetic, well motivated and fit; these people commonly exercise regularly and are in the most fit group for their age
- 2 *Well* — without active disease, but less fit than people in category 1
- 3 *Well, with treated comorbid disease* — disease symptoms are well controlled compared with those in category 4
- 4 *Apparently vulnerable* — although not frankly dependent, these people commonly complain of being “slowed up” or have disease symptoms
- 5 *Mildly frail* — with limited dependence on others for instrumental activities of daily living
- 6 *Moderately frail* — help is needed with both instrumental and non-instrumental activities of daily living
- 7 *Severely frail* — completely dependent on others for the activities of daily living, or terminally ill

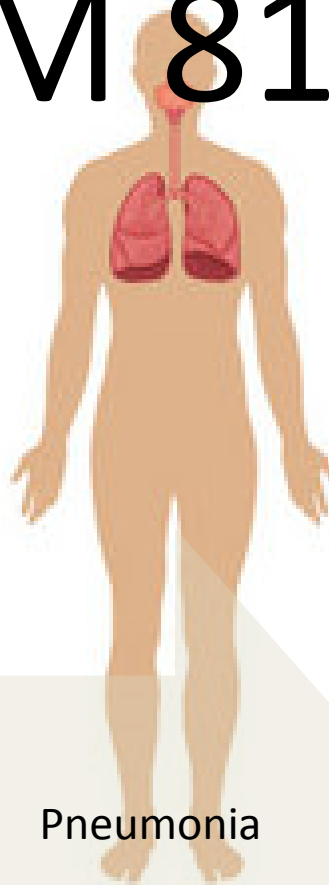
Note: CSHA = Canadian Study of Health and Aging.

CMAJ • AUG. 30, 2005; 173 (5)

M 81

Common problems in frailty which need to be addressed to reduce the severity and improve Outcomes

- ☐ Falls
- ☐ Cognitive impairment
- ✓ Contenance
- ✓ Mobility Weight loss and poor nutrition
- ✓ Polypharmacy
- ✓ Physical inactivity
- ✓ Low mood
- ☐ Alcohol excess
- ☐ Smoking
- ☐ Vision problems
- ☐ Social isolation and loneliness



Pneumonia

Clinical Frailty Scale 6

Moderately Frail

People need help with all outside activities and with keeping house. Inside, they often have problems with stairs and need help with bathing and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.

西班牙指引： 不同菌種風險因子考量

Enterobacteriaceae
and/or
Anaerobes

Risk factors
Functional impairment
✓ Risk factors of aspiration
Dysphagia
Gastroesophageal reflux
✓ History of vomiting
Cerebrovascular diseases
Dementia
Periodontal disease
✓ Bad oral hygiene

Table 3 Risk factors for different microorganisms	
MICROORGANISM	RISK FACTORS
<i>P. aeruginosa</i>	Severe COPD with FEV1<35%
	COPD > 4 cycles of antibiotic treatment in the last year
	Bronchiectasias with previous colonization
	Nasogastric tube for enteral alimentation
<i>Enterobacteriaceae</i> and/or Anaerobes	Admission in the ICU
	Functional impairment
	Risk factors of aspiration
	Dysphagia
<i>Enterobacteriaceae</i> and/or Anaerobes	Gastroesophageal reflux
	History of vomiting
	Cerebrovascular diseases
	Dementia
<i>Methicillin-resistant S. aureus</i>	Periodontal disease
	Bad oral hygiene
	Submitted to bed sores or wounds
	Clinical severity + recent hospitalization + previous endovenous antibiotic + institutionalization
	Previous colonization

西班牙指引： 抗生素選擇

This patient ranked
Moderate frailty
Indicated to empiric
UNASYN

Table 4		Empiric treatment in CAP in the elderly
	SCENARIO	TREATMENT
Patient without frailty	Outpatient treatment	Amoxicillin/clavulanate or cefditoren + clarithromycin or moxifloxacin or levofloxacin
	Treatment at admission	Amoxicillin/clavulanate or ceftriaxone + azithromycin or moxifloxacin or levofloxacin
Patient with frailty	Mild frailty*	Amoxicillin/clavulanate or ceftriaxone + azithromycin or moxifloxacin or levofloxacin
	Moderate-severe frailty	Ertapenem or amoxicillin/clavulanate**
Uncommon pathogens	<i>Enterobacteriaceae/anaerobes</i>	Ertapenem or amoxicillin/clavulanate**
	Methicillin-resistant <i>S. aureus</i>	Add linezolid
	<i>P. aeruginosa</i>	Piperacillin/tazobactam or imipenem or meropenem
		or cefepime + levofloxacin or ciprofloxacin or amikacin or tobramycin

* Evaluate risk factors for microaspiration and multiresistant bacteria with special caution.

** Evaluate local resistance to amoxicillin/clavulanate and patient severity.

西班牙指引： 抗生素安全使用

IPSG 3

drug dosage adjustment
recommendations by IT

開立抗生素時，主動依據腎功能提供
建議劑量

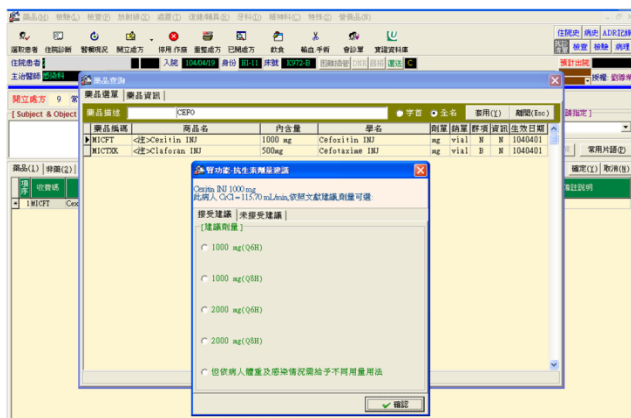


Table 5		Antibiotic doses	
ANTIBIOTIC	DOSE	DOSE IN RENAL INSUFFICIENCY (ml/min)	
AMIKACIN	15-20 mg/kg/24 h	60-80: 9-12 mg/kg/24 h; 30-40: 4,5-6 mg/kg/24 h; 10-20: 1,5-3 mg/kg/24 h;	40-60: 6-9 mg/kg/24 h 20-30: 3-4,5 mg/kg/24 h < 10: 1-1,5 mg/kg/24 h
AMOXICILLIN-CLAVULANATE IV	2 g/6-8 h	30-50: 1 g/8 h; < 10: 500mg/24 h	10-30: 500mg/12 h
AMOXICILLIN-CLAVULANATE VO	2/0,125 g/12 h	30-50: 500 mg/8 h; < 10: 500mg/24 h	10-30: 500mg/12 h
AZITHROMYCIN IV/VO	500 mg/24 h	No adjustment required	
CEFDITOREN VO	400 mg/12 h	30-50: 200mg/12 h;	< 30: 200 mg/24 h
CEFEPIME IV	2 g/8 h	30-50: 2 g/12 h; < 10: 1 g/24 h	10-30: 2 g/24 h
CEFTRIAXONE IV	1-2 g/12-24 h	> 10: not required	< 10: máximo 2 g/24 h
CIPROFLOXACIN IV	400 mg/12 h	30-50: not required;	< 30: 200 mg/12 h
CIPROFLOXACIN VO	500 mg/12 h	30-50: not required;	< 30: 250 mg/12 h
ERTAPENEM IV	1 g/24 h	< 30: 500 mg/24 h	
IMIPENEM IV	1 g/6-8 h	30-50: 250-500 mg/6-8 h;	< 30: 250-500 mg/12 h
LEVOFLOXACIN IV/VO	500 mg/12-24 h	20-50: 250 mg/12-24 h; < 10: 125 mg/24 h	10-20: 125 mg/12-24 h
LINEZOLID IV/VO	600 mg/12 h	No adjustment required	
MEROPENEM IV	1 g/8 h	30-50: 1 g/12 h; < 10: 500 mg/24 h	10-30: 500 mg/12 h
MOXIFLOXACIN IV/VO	400 mg/24 h	No adjustment required	
PIPERACILLIN/TAZOBACTAM IV	4/0,5 g/6-8 h	20-50: 2/0,25 g/6 h;	< 20: 2/0,25 g/8 h
TOBRAMICINA IV	4-7 mg/kg/24 h	60-80: 4 mg/kg/24 h; 30-40: 2,5 mg/kg/24 h; 10-20: 1,5 mg/kg/24 h	40-60: 3,5 mg/kg/24 h 20-30: 2 mg/kg/24 h



西班牙指引： 臨床穩定標準

Table 6 Clinical stabilization criteria

- Heart rate < 100 bpm
- Respiratory rate < 24 rpm
- Axillary temperature < 37.2 °C
- Systolic blood pressure > 90 mmHg
- O₂ saturation > 90%
- Good level of consciousness
- Tolerance to oral route

What to do?	Who does it?
At initial nursing assessment	Blank cell.
Identify the caregiver who will be at home with the patient	Bedside nurse
Let the patient and family know that they can use the white board in the room to write questions or concerns	Bedside nurse
Elicit the patient and family's goals for the hospital stay	Bedside nurse
Inform the patient and family about steps toward discharge	Bedside nurse
Daily activities	Blank cell.
Educate the patient and family about the patient's condition at every opportunity and use teach back	All clinical staff
Explain medicines to the patient and family and use teach back	All clinical staff
Discuss progress toward goals	All clinical staff
Involve the patient and family in care practices	All clinical staff
Prior to discharge planning meeting (1 to 2 days before discharge planning meeting; for short stays, this may occur at admission)	Blank cell.
Give Be Prepared to Go Home Checklist and Booklet (Tools 2a and 2b) to the patient and family	Hospital identifies one person: Nurse, patient advocate, or discharge planner
Schedule discharge planning meeting with the	Hospital identifies

CGA評估



病歷號碼

M 81 歲

評估日期

1. 基本資料

2. 老人評估

用藥評估

3. ADL、IADL

4. 居家環境

5. 家庭 6. 社會資源

7. 照顧計畫

8. 出院計畫

9. 健康促進

10. 心理健康

11. 追蹤要

(1) 出院狀態

MB 正常出院

住院期間:

病房號

(2) 長期照護需求

☐ 否☒ a 日常生活功能依賴者☐ b 後續性照護困難者，如：家庭支持系統差、獨居、無安置處、輔具準備、社會資源、經濟困難等任一項需求者。☐ 家庭支持系統差☐ 獨居☐ 無安置處☒ 輔具準備☐ 經濟困難☐ 社會資源☒ c 長期管路留置者，且合併他項照護需求者。

最後一次更換日期

☐ C1.鼻胃管☐ C2.尿管☐ C3.膀胱造口 開刀日期:☐ C4.氣切 開刀日期:

Fr.

☒ C5.其他管路: 12指腸管2015-02-23置放☐ d 其他☒ 完成轉介出院準備服務小組及給予住院病摘出院交付單張有 ☐ 轉診單☒ 住院患者出院囑咐單☒ 衛教單張

其他:

(3) 團隊照顧目標(Team Goal)

Goal of acute care: 1. 左肺大葉型肺炎控制

Goal of continuum care: 1. 營養支持 2. Rehabilitation improve ADL

外勞照顧技巧指導對照表

印尼語 indo

- ☐ 01.居家個人衛生-口腔護理
- ☐ 02.居家個人衛生-洗頭
- ☐ 03.居家個人衛生-清潔手腳
- ☐ 04.居家個人衛生-身體清潔
- ☐ 05.居家個人衛生-會陰清潔及沖洗
- ☐ 06.如何協助由口進食
- ☐ 07.鼻胃管的照護
- ☐ 08.如何由鼻胃管正確灌入食物
- ☐ 09.尿失禁的照護
- ☐ 10.留置導尿管的居家護理
- ☐ 11.膀胱造瘻口照護
- ☐ 12.膀胱訓練需知
- ☐ 13.氣切造口的居家照護-氣切護理
- ☐ 14.氣切造口的居家照護-從氣切口抽痰
- ☐ 15.蒸氣吸入姿位引流背部扣擊
- ☐ 16.居家用氧需知
- ☐ 17.居家日常生活照護指引-皮膚照護
- ☐ 18.傷口的皮膚照護-正確的換藥
- ☐ 19.居家日常生活照護指引-身體正確的姿勢
- ☐ 20.復健的居家照護-關節活動
- ☐ 21.排痰訓練及甘油灌腸
- ☐ 22.居家日常生活照護指引-發燒的照護
- ☐ 23.糖尿病照護-測量血糖
- ☐ 24.糖尿病照護-飲食
- ☐ 25.高血壓照護-量血壓
- ☐ 26.高血壓照護-高血壓之飲食指引
- ☐ 27.高血脂之飲食指引
- ☐ 28.需緊急就醫情形

安裝衛教單

印衛教單

CGA評估



病歷號碼

M 81 歲

評估日期

1. 基本資料 2. 老人評估 用藥評估 3. ADL、IADL 4. 居家環境 5. 家庭 6. 社會資源 7. 照顧計畫 8. 出院計畫 9. 健康促進 10. 心理健康 11. 追蹤要點

10. 老年症狀群(門診追蹤要點)

- ☐ a. 瞻妄, 失智, 憂鬱 ☐ c. 尿失禁 ☒ e. 營養問題 ☒ g. 多重藥物
☒ b. 感官牙齒功能障礙 ☒ d. 日常生活活動功能 ☐ f. 褥瘡 ☒ h. 疼痛

個管師評估後總結：

個案意識清楚可溝通，情緒低落，近期1個月內無譫妄，上肢肌力左邊4 分右邊4 分，下肢肌力左邊3 分右邊3 分，外觀左足踝慢性傷口褥瘡破皮，身上留置管路：12指腸管2015-02-23置放，住院時狀態：臥床，育有1子3女，主要照顧者3女，同住者 案妻 及案妻的外勞，此次求診目的：左肺肺炎及左深入型腹股溝鉗塞網膜開刀修補，基本日常生活功能(ADL)：重度依賴，提供衛教資訊：社會資源、居家外勞照顧技巧指導』會診腸胃科已給外傭中文應對手冊及加強教育外傭照護技巧，下次追蹤事項：營養狀況及復健及左下傷口問題，待主治醫師評估後再執行下一步治療方向，續追蹤。

◎預計下次再評估時間：

電子連絡版

主治醫師	99021 黃俊雄	日期	
住院(實習)醫師	176358 陳冠容	日期	
臨床專科護理師	71644 翁雲麗	日期	2015/1/23 下午 12:52:53
臨床專任藥師	168150 林子正	日期	2015/2/24 上午 09:11:41
臨床專任營養師	125398 張巧靜	日期	

M 81

Individualised Care
and Support Plans
(CSP)

- ❑ A health and social care summary
- ❑ An optimisation and/or maintenance plan
- ❑ An escalation plan
- ❑ An urgent care plan
- ❑ An advance care plan or end of life care plan

AREA	Geriatric Care Management Follow-up
Medical	✓ Comorbidity > polypharmacy > compliance ✓ Vitals, BS record daily, BW weekly ✓ Vaccination ✓ Water/ fruit, Diet preparation, Nutrition
functional	✓ Oral hygiene, bath ✓ Home-based, group-based rehabilitation ✓ Fall prevention, barrier free home
neuropsychiatric	-
Social	✓ Family dinner ✓ Rehabilitation program

ATS IDSA pneumonia Guideline

Comprehensive Geriatric Assessment

Swallowing assessment and intervention
Oral hygiene, Nutrition, delirium
Caregiver/family education, Vaccination
CPT/ VEST, Rehabilitation

1.主
診:48
0.0-
487.0
或
507.0
2.排
除老
人醫
學科
及小
兒科

2014

肺炎住院件數

肺炎死亡件數

比率

運作模式 2：

全院性跨團隊高齡照護整合

37 Disease-Specific Care Centers , 113 Case Managers

	Team Name	Age ≥65
	Chronic kidney disease (CKD)	68.70 %
	Type 2 Diabetes mellitus (DM)	59.87 %
	Stroke	56.40 %
	Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)	72.61 %
	Asthma	33.33 %
	Total Knee Replacement (TKR)	81.00 %
	HIV	00.00 %
	Hepatocellular carcinoma (HCC)	44.26 %
	Breast cancer	9.75 %
	Acute myocardial infarction (AMI)	-
	Pain	-
	Urine incontinence	-
	Dementia	-
	Fall prevention	-

Integration Cross Teams

	Team Name	Age ≥65
	Chronic kidney disease (CKD)	68.70 %
	Type 2 Diabetes mellitus (DM)	59.87 %
	Stroke	56.40 %
	Chronic obstructive pulmonary disease	72.61 %
	Asthma	33.33 %
	Total Knee Replacement (TKR)	81.00 %
	HIV	00.00 %
	Hepatocellular carcinoma (HCC)	44.26 %
	Breast cancer	9.75 %
	Acute myocardial infarction (AMI)	-
	Pain	-
	Urine incontinence	-
	Dementia	-
	Fall prevention	-

**Integrated
Geriatric Health
Care Team**

**Comprehensive
Geriatric Care
+
Age-Friendly
Health Care**

Documented Improvement in Physical and Mental Health

Comprehensive Geriatric Assessment Integrated Health Promotion Service

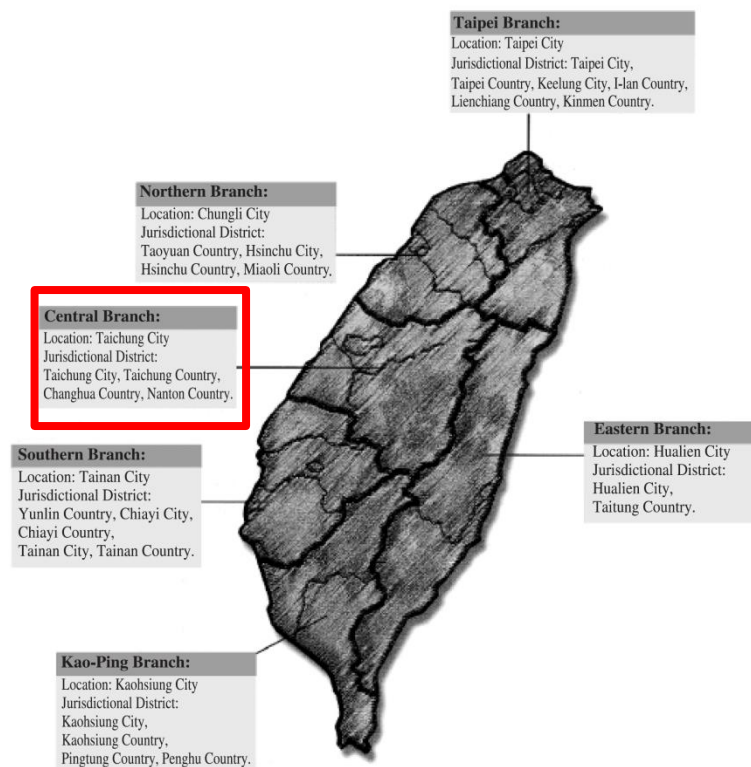
運作模式 3：

中區高齡醫療整合



2013-2015

GUIDING REGIONAL HOSPITALS TO PROVIDE INTEGRATED GERIATRIC CARE PROGRAM



2013

- **STRUCTURE AND PROCESS STAGE**

- 15 regional hospitals developed Integrated Geriatric Health Care Team and integrated care process.
- 157 multidisciplinary professionals completed training.
- Completing Comprehensive Geriatric Assessment for 304 enrolled elderly patients.

2014

- **OUTCOME STAGE**

- 11 regional hospitals developed Integrated Geriatric Health Care Team and integrated care process.
- 150 multidisciplinary professionals completed training, 74 case managers participated in CGA training course
- Enrolled 239 elderly patients, Implement of Integrated Geriatric Health Care Toolkits for assessment, intervention, and quality.

2015

- **EXPANSION STAGE**

- 12 regional hospitals and 13 Public Health Centers participating

Program Outcome

2013

304 elderly patients

10.00% lack of participation in social activities
57.31% no regular exercise
32.26% lack of social support
60.07% deterioration of mobility
52.04% declining in balance
42.33% fall experience
25.08% screens positive for dementia
30.58% screen positive for depression
41.53% risk for malnutrition,
60.07% risk for fall,
94.38% two or more comorbid conditions
68.58% polypharmacy

2014

239 elderly patients

42.9% mild Cognitive impairment
40.7% screen *positive* for depression
52.9% risk for malnutrition
73.2% polypharmacy
16.0% urine incontinence
49.4% fall experience
59.3% chronic pain

3-month of
intervention

14.7% Improved ADL

2016 中區高齡醫療網絡



Take Home Message

Not only cure, but also care!
reduce family caregiver burden

- Meet identified community needs
- Make team small then gradually bigger
- Clarify care process, multidisciplinary role and duties
- Case managers plus IT facilitate coordination
- Select manageable quality indicators to improve individual and team performance



How can they work together
if they don't learn together?