

高齡友善

健康促進

| 社區照護服務手冊 |



衛生福利部
國民健康署

Health Promotion Administration,
Ministry of Health and Welfare

衛生福利部國民健康署 關心您
出版機關 衛生福利部國民健康署
出版年月 111 年 2 月

高齡友善

健康促進

| 社區照護服務手冊 |

署長序



依據國家發展委員會的人口推估報告，臺灣65歲以上老年人口占總人口比率於1993年達7%，成為「高齡化社會」，2018年達14%，轉為「高齡社會」，預計2025年將超過20%，正式邁入「超高齡社會」。為因應人口快速高齡化，亟需在社區中推動對長者友善及整合性的健康服務，以預防及延緩老年功能衰弱的發生。

國民健康署參考世界衛生組織的長者整合性照護評估指引，結合美國醫療照護改善研究機構之高齡友善照顧架構，委由奇美醫院，廣邀當前醫療及社區長者照護之專家學者，共同編撰高齡友善與健康促進之社區照護服務手冊，與一線醫療伙伴們分享如何關注長者認知功能、行動能力、營養、聽力、視力、憂鬱情形、用藥及生活目標等八大面向之健康，期能及早發現並預防長者功能衰退，促進長者健康，維持有尊嚴、有品質的生活，讓臺灣迎向健康老化的理想願景。



吳昭軍

署長 吳昭軍

目錄

06



1

高齡友善照護與健康老化

1.1 | 健康老化與慢性病防治

08

1.2 | 長者健康整合式評估

16

24



2

提升骨骼肌肉功能、 行動能力與活力

2.1 | 維持與強化自主行動能力

26

2.2 | 提升高齡者營養

34

2.3 | 促進咀嚼與吞嚥功能

42

50



3

維持感官系統的功能

3.1 | 視力保健與改善

52

3.2 | 早期介入聽力損失

60

66



4

預防嚴重認知障礙及 促進心理健康

4.1 | 認知障礙的預防與改善

68

4.2 | 面對憂鬱情緒

78

4.3 | 認識譴妄

86

92



5 擺脫尿失禁困擾

5.1 | 高齡男性與認知障礙者的尿失禁治療 94

5.2 | 改善高齡婦女的尿失禁問題 102

108



6 預防跌倒

6.1 | 認識增加跌倒風險的常見藥物 110

6.2 | 預防跌倒的運動訓練 118

6.3 | 以環境改善降低居家跌倒風險 126

134



7 提供照護者支援

7.1 | 照顧者壓力的支持與預防 136

7.2 | 連結高齡者照護社會資源 142

148



8 中醫與預防長者失能

8 | 中醫預防失能與社區照護 150

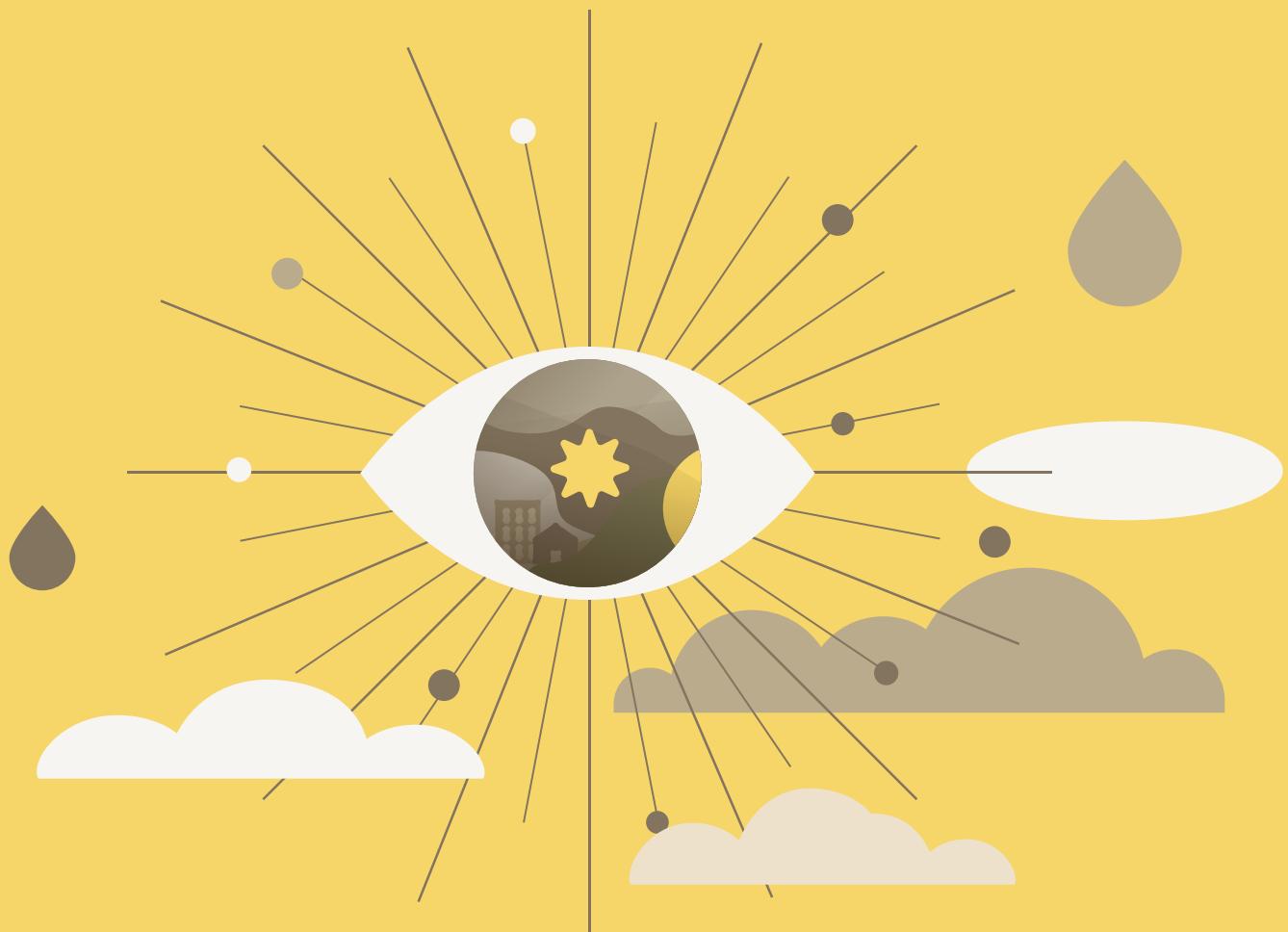
附錄一-長者健康整合式評估量表 158

附錄二-社區資源連結QR Code 168

高齡友善照護與 健康老化

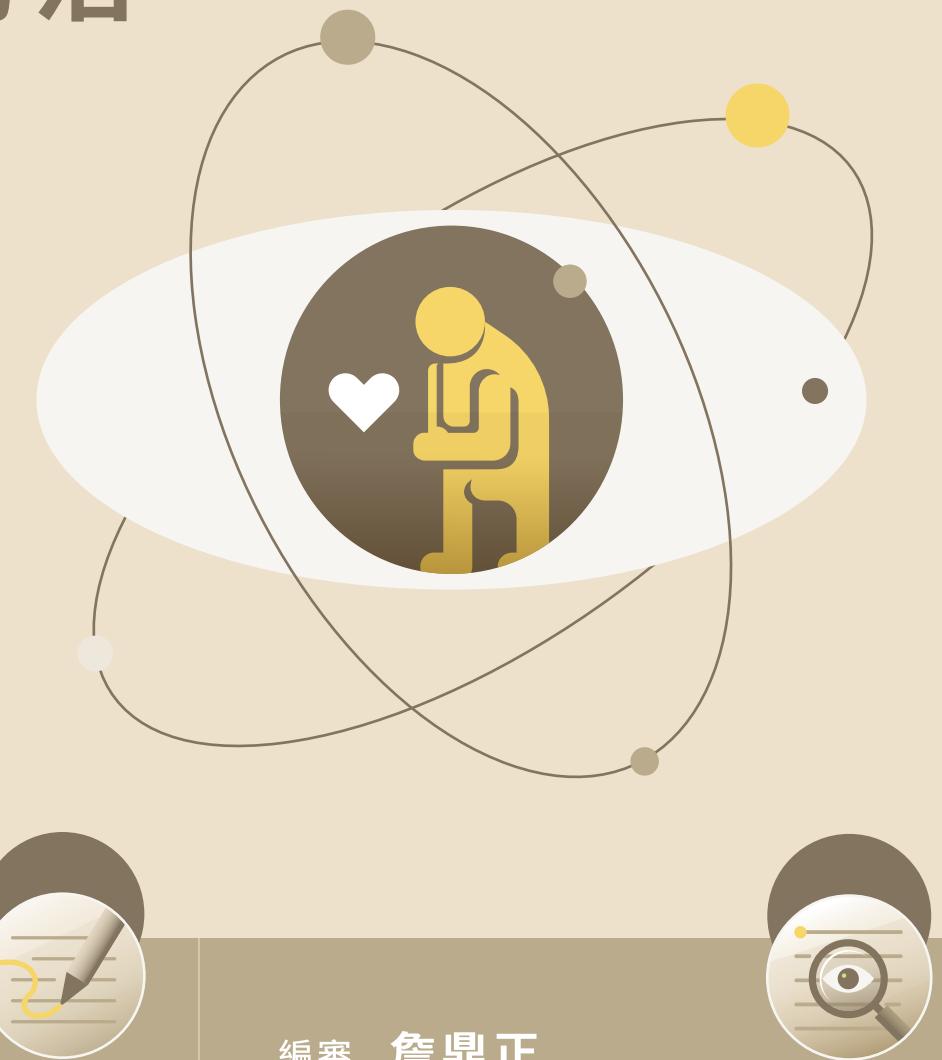


高齡友善照護有助於長者健康促進並建立和保持生活所需的身心能力，即使在經歷能力下降時也能維持功能發揮繼續做他們認為有價值的事情。



1 - 1

健康老化與 慢性病防治



著者 許華倚

- 現任**
- 揚生慈善基金會執行長
- 經歷**
- 具經濟、企管、國貿、高齡服務管理，與教育心理等經驗與背景
 - 衛福部老人福利推動小組民間團體代表委員
 - 台灣老年學暨老年醫學學會教育委員會委員
 - 台灣社會影響力研究院理事

編審 詹鼎正

- 現任**
- 國立台灣大學醫學院附設醫院新竹台大分院副院長暨新竹台大分院新竹醫院負責人
 - 國立台灣大學醫學院內科臨床教授
 - 亞太區脆弱性骨折聯盟共同主席
 - 中華民國骨質疏鬆症學會常務監事
 - 臺灣老年學暨老年醫學會理事

功能強化 健康老化

健康老化，不只是免於病痛，更是發展和維護老年安樂生活所需之功能。

在本章節中
您將了解

- 健康老化的定義
- 健康平均餘命
- 慢性病防治與健康老化的關係
- 如何邁向健康老化

健康老化與慢性病防治

臨床情境：

『陳阿嬤每天笑咪咪的出門去當志工，熱心協助社區各種事務，看起來好像很健康，但其實定期在服用降高血壓及降血糖藥物，自我控制管理的不錯。王伯伯每天在家看電視，不喜出門或運動，臉上常常愁眉苦臉，沒有慢性病及服用任何藥物，但常常說不舒服，走路沒有力氣，沒有食慾。請問哪位長者可以稱之為健康老化呢？』



健康老化與慢性病防治

何謂健康老化？

根據「世界衛生組織」(World Health Organization, WHO)的定義，健康老化是發展和維護老年健康生活所需之功能發揮能力(functional ability)的過程。老化會因為遺傳基因組成的不同而有明顯差異，加上人生階段與環境交互作用的過程；因此老化是多種因子所共同參與的結果。隨時間的累積，身體的功能、行為、外表及心智層面的變化不盡相同，因此，老年時期的功能發揮與生命歷程息息相關。

健康老化就是將功能發揮能力最大化。健康老化就是最大化一個人的功能發揮能力，而不是在於是否有疾病。

功能發揮能力包含：

- 1) 有獲得基本需求的能力，包含適當的飲食、衣物、住屋、健康照護、長期照顧及藥物。
- 2) 有學習、成長和做決定的能力，來強化自主性、尊嚴、獨立與自由。
- 3) 有行動能力來完成每天的任務，及參與活動。
- 4) 與兒女、親友、鄰居及身旁的人建立並維持人際關係。
- 5) 有貢獻的能力，如擔任志工、照顧家人、工作、當年輕人的顧問、協助朋友等。

健康老化與慢性病防治

所以功能發揮能力不只是基本的生理功能，而是更全人地看待一個人的生命及社會的參與。

健康老化=最大化功能發揮=內在能力+環境+以上兩者的交互作用

更進一步來看細節，功能發揮能力結合了：

1)個人的內在能力

2)所處的環境

3)人們如何和環境互動的面向

要將功能發揮能力最大化，即需要最大化內在能力，內在能力是一個人可運用的生理與心理能力，包含：

1)身體活動能力

2)感官能力(如聽力和視力)

3)活力(含營養狀況)

4)認知能力

5)心理素質能力(含情緒狀態)

這些內在能力是會相互影響的。

至於環境包含了住家、社區，甚至整個社會的互動，例如任何可以幫助我們每天生活的視覺、行動與記憶的產品、硬體設備或科技、大自然環境、他人或動物在情感上的支持及影響我們行為的態度，到整個社會的制度與政策等。在每個年齡階段，人們都應該可以得到支持，以滿足我們的基本需求，經由維持內在能力，提供友善的環境，並確保為有需要的人提供支持。



健康老化與慢性病防治

健康老化成效評估： 健康平均餘命

所謂健康平均餘命(Healthy Life Expectancy, HALE)是健康老化的成效評估指標，其定義為身體健康不需依賴他人的平均期望存活年數，健康平均餘命關注在增加生命的動力，而非只是活得長壽而已。

健康平均餘命反應了一生中健康狀況良好的程度。因此，它與健康老化高度相關。

平均餘命(Life Expectancy, LE)和健康平均餘命之間的差異反映了在疾病中花費的時間。根據衛福部統計，民國108年的平均餘命為80.86年，而健康平均餘命為72.39年，其中男性的平均為70.05年，而女性為74.8年，也就是約70來歲就有長期照顧的需求，而不健康餘命由101年的7.95年至108年已增加至8.47年。而在生命早期建立和保持內在能力，避免內在能力

下降並減緩下降速度，可以促進健康平均餘命的提升。因此，為了延長健康平均餘命的努力，不僅應該著重於提升預期壽命，也要努力減少失能的發生，才有助於達到健康老化。



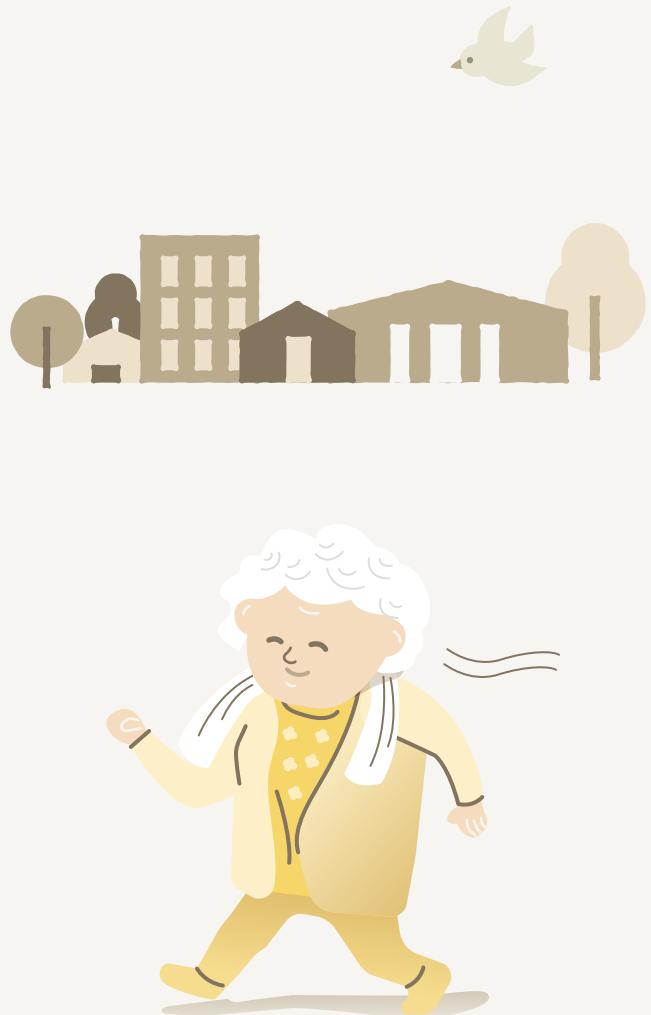
健康老化與慢性病防治

慢性病防治

健康老化不代表沒有慢性病，而是優化功能發揮能力，並確保以個人目標為重點來做慢性病管理。慢性病是長者失能的前十大主因，不健康餘命增加也和慢性病有關，尤其在新冠肺炎(COVID-19)疫情之下，慢性病防治更顯得重要，因為慢性病增加了疾病嚴重程度的風險和較高的死亡率，而疫情也導致在家不外出、減少運動、人際互動下降，甚至連規律回診都因此減少而導致病情控制不佳。

因此，自成年時期，採取健康的生活型態，和居住在友善的環境將可以延緩老化，在內在能力達到高峰後，也能預防慢性病發生的風險。慢性病致病原因多數和個人生活型態、不健康行為有關，例如：吸菸、飲食不良習慣、缺少運動等，而慢性病發生初期，在壯年、中年時期往往被忽略，隨著年紀增加越趨嚴重。

年輕時要做好自我健康管理，並養成良好的生活習慣，健康飲食、規律運動及控制體重，並定期接受健康檢查，除了可以早期發現、控制慢性病和避免併發症的發生外，對於尚未罹患慢性病者也有預防和延緩慢性病發生的機會。



健康老化與慢性病防治

如何邁向健康老化

世界衛生組織提出迎向健康老化的重要行動

- 1)** 改變我們傳統上對於年齡與老化的想法、感受與行動
- 2)** 確保社區有促進長者功能發揮的能力
- 3)** 有回應長者需求，並傳遞以長者為中心的整合性照護與服務
- 4)** 提供長期照顧給需要的長者

健康老化是每個人的社會責任

透過多元運動、均衡飲食、攝取足夠營養、學習新事物、刺激認知功能、充足的睡眠、多交朋友與人互動，正念(mindfulness)冥想練習並活在當下，提升並維持自己的內在能力，及維持身心健康的狀態。老化是人生必經的歷程，縮減不健康平均餘命的年數，讓壽命的延長得到好的生活品質與尊嚴優雅的老年生活。

社區資源連結

- 1.** 衛生福利部社會及家庭署-全台社區照顧關懷據點

[請點此處連結 或掃附錄二QR Code 1](#)

- 2.** 衛生福利部國民健康署-110年銀髮健身俱樂部核定據點

[請點此處連結 或掃附錄二QR Code 2](#)

- 3.** 教育部樂齡學習網

[請點此處連結 或掃附錄二QR Code 3](#)

- 樂齡學習中心

[請點此處連結 或掃附錄二QR Code 4](#)

- 樂齡大學

[請點此處連結 或掃附錄二QR Code 5](#)

- 樂齡學習輔導團

[請點此處連結 或掃附錄二QR Code 6](#)

- 樂齡學習示範及優質中心

[請點此處連結 或掃附錄二QR Code 7](#)

- 退休準備專區

[請點此處連結 或掃附錄二QR Code 8](#)

長者健康 整合式評估



著者 李純瑩



編審 詹鼎正



現任 • 高雄醫學大學附設醫院家庭醫學科主任

經歷 • 高雄醫學大學附設醫院老年醫學科專任
主治醫師

學歷 • 高雄醫學大學公共衛生學系研究所博士
• 高雄醫學大學公共衛生學系研究所碩士
• 高雄醫學大學學士後醫學系學士

現任 • 國立台灣大學醫學院附設醫院新竹台大
分院副院長暨新竹台大分院新竹醫院負責人

• 國立台灣大學醫學院內科臨床教授
• 亞太區脆弱性骨折聯盟共同主席
• 中華民國骨質疏鬆症學會常務監事
• 臺灣老年學暨老年醫學會理事

整合評估八面向 衰弱失能免煩惱

透過長者健康整合式評估可以早期發現長者功能衰退，並關注長者對於健康與照護所看重的事情，來擬定照護計畫，以維持及改善身體功能與心理健康。

在本章節中
您將了解

- 長者健康問題的特殊性
- 長者健康整合式評估
- 整合式評估後的介入與追蹤
- 促進長者整體健康的社區資源

長者健康整合式評估

臨床情境：

『76歲陳女士平常獨居，子女皆在外縣市工作，平時以電話關心母親的生活狀況。目前除了高血壓藥物控制且定期回診之外，沒有其他的疾病治療中，但近幾年經常感到疲倦，而且一個人吃飯時總感覺食不知味，食慾變差後體重也開始下降。過去沒有特別的興趣或參與社交活動的習慣，現在更感覺提不起勁，而且出現虛弱、走路不穩及害怕跌倒的狀況，也因此足不出戶，只待在家中。白天通常躺在床上休息看電視，到了晚上則是輾轉難眠，因而經常就醫拿安眠藥處理失眠的問題。

有一天半夜起床上廁所時，因為安眠藥的作用，使頭腦昏沉而不幸跌倒，送醫診斷頸部骨折，經過住院開刀，雖然手術過程很順利，但是卻無法恢復以往的功能狀態，因此出院後陳女士的子女安排她住到護理之家由他人照護。』



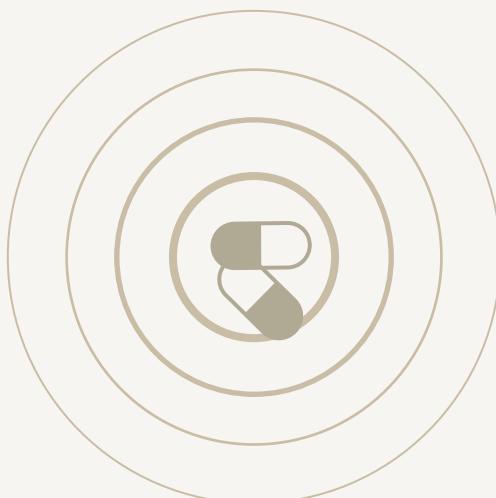
長者健康整合式評估

長者的健康問題

長者容易罹患多種慢性疾病，伴隨年齡增長，所帶來的生理系統與器官老化，更容易受到心理、社會、環境及外來壓力的影響而快速惡化，也增加生活依賴他人照護的風險。

「老年症候群」是長者常見的健康問題，當長者同時存在多重因素的健康狀況，這些健康狀況的累積與交互影響下，造成多重器官系統的功能受損，容易導致發生生理或心理挑戰事件時無法調適應對，進而產生健康惡化或失能的後果。常見的症狀包括衰弱、跌倒、憂鬱、營養不良、認知功能、聽力與視力障礙、失禁、疼痛等，因為這些症狀在臨牀上不易歸類為特定的診斷，因此容易被忽略，或是使用了更多的藥物治療卻每況愈下，且後續衍生出來的問題，參雜醫療服務與生活照顧議題，也給現階段的健康照護體系帶來挑戰。

面對快速老化的社會，世界衛生組織強調長者的健康照護面向，除了疾病的治療與控制之外，還須兼顧「提升和維護老年健康所需的功能」，也就是以「健康老化」為目標的照護，來維護長者自主的生活能力及生活品質。而現階段健康照護體系提供的單一疾病的照護模式，也需因應長者多重健康問題的照護需求而有所調整。



長者健康整合式評估

長者健康整合式評估

長者的健康狀況彼此間差異很大，往往需要個人化的治療與照護計畫，因此，必須先對長者的健康問題進行周全性評估。

世界衛生組織提出以人為中心的評估與照護指引，建議透過評估長者「內在能力」(intrinsic capacity)，來發現與瞭解長者的健康問題與需求，進而提供整合性照護(Integrated Care for Older People, ICOPE)，可以維護長者的功能發揮(functional ability)；其中「內在能力」是指「一個人的各種能力，包括了身體、心理和認知功能的組合」，其面向包括認知、行動、營養、情緒、視力和聽力等功能。提出了簡易的內在能力篩檢量表（簡稱ICOPE篩檢量表），便於使社區的基層健康照護單位或民眾可以對長者進行內在能力的篩檢，繼而提供個人所需的照護，延緩或改善失能狀況。

美國「健康照護品質改善協會」則提出4Ms的高齡友善照護架構，以使照護流程更符合長者健康需求。4Ms包含個人期待(what matters)、用藥(medication)、認知(mentality)、和行動(mobility)，雖不全然涵蓋所有事項，但足以做為改善長者照護好的起步。無論在何種醫療場域，皆可透過「4Ms架構」檢視醫療照護不足於高齡友善照護之處，藉由關注長者的用藥、行動、認知能力、以及長者和他們的家屬所關心的事情，並依照護目的調整醫療照護流程，就能使老年照護獲得很大的改善。

衛生福利部國民健康署綜合ICOPE與4Ms的重點，提出「長者健康整合式評估」，其包含了認知、行動、營養、視力、聽力、憂鬱、用藥、和生活目標八大面向(評估內容如下表)，做為社區及醫療院所提供長者周全性評估的工具，進而提供整合照護，以提升照護品質、維護長者生活功能與生活品質。

長者健康整合式評估



...

評估項目	篩檢內容
認知功能	1.記憶力：說出3項物品：鉛筆、汽車、書，請長者重複，並記住，第二題後再詢問一次。 2.定向力：詢問長者「今天的日期？」(含年月日)。「您現在在哪裡？」
行動功能	椅子起身測試：12秒內，可以雙抱胸，連續起立坐下五次。
營養不良	過去三個月，您的體重是否在無意中減輕了3公斤以上？ 過去三個月，您是否曾經食慾不振？
視力障礙	1.您的眼睛看遠、看近或閱讀是否有困難？ 2.您過去1年是否"曾"接受眼睛檢查？
聽力障礙	氣音測試：「請跟著我唸 6、1、9」
憂鬱症狀	過去兩週，您是否常感到厭煩，或沒有希望？ 過去兩週，是否減少很多的活動和興趣的事？
用藥	1.您每天使用的藥物是否10種(含)以上？ 2.您服用的藥品中，是否包含止痛藥、幫助睡眠用藥等？ 3.您是否因為服用藥品而發生平衡感改變、睏倦、眩暈、低血壓或口乾舌燥等症狀？
生活目標	現在最困擾您的健康問題是什麼？ 您最擔心這個健康問題影響到生活上的什麼事？

長者健康整合式評估

評估後的介入及追蹤

「長者健康整合式評估」後，需針對所發現的問題做進階評估（進階評估量表見附錄一）。個別的進階評估結果，可能會產生數個需要治療或介入的問題。因為所評估的八大面向皆可能有相互影響的可能性，例如認知功能異常與憂鬱狀態經常同時存在，營養不良與行動不佳可能有關，任何的健康狀況不佳皆有可能出現憂鬱情緒等。

因此，後續的治療或介入除了針對各面向的問題提供處置之外，更需要考量長者整體的健康需求與優先期待，討論出一個周全及整合的介入計畫，提供優化內在能力的整合照護計畫。治療與介入可能包括醫療需求或健康促進需求，也需結合社區健康促進據點或資源、與醫療院所等跨領域的資源，需要時提供轉介服務。

以本章臨床情境的個案為例，若能在還未發生跌倒骨折的事件之前，就能透過評估發現有行動、營養、憂鬱、和

缺乏社交活動等狀況，協助長者安排能改善行動與營養的活動，進而增加社交生活，改善衰弱與憂鬱狀態，減少安眠藥的使用，或許就能避免跌倒骨折而導致失能的狀況發生。

對照護計畫的實施情況，需進行定期監測與追蹤其進度，以確保照護計畫的執行、及早發現執行介入計畫的困難處、評估效果以及長者功能狀態的變化，以便隨時調整照護計畫，也有助於維持長者與其照護者之間的關係。例如介入結果未能改善長者的內在能力時，還可藉由調整環境、提供輔助工具、或衛教照護者等做法，以支持長者能保有獨立自主的生活與健康、實現自我價值與生活目標。有時因長者自身喜好的考量，未必能接受我們所建議的做法，但仍能夠透過衛教與持續追蹤關懷，關心長者的後續變化，必要時提供所需的協助或照護。

長者健康整合式評估

社區資源連結

除了醫療院所外，優化長者內在能力的介入照護，也需要社區內的健康促進或照護資源的參與。國民健康署為此推動「社區資源整合工作」，其目的在進行社區健康資源服務盤點，包括正式或非正式的健康服務機構，跨領域整合醫療、公共衛生保健資源等，有相關資源轉介或連結需求者，可洽詢當地縣市衛生局或衛生所，或查詢國民健康署「長者資源整合運用平台」網站查詢。

[請點此處](#)

1. 什麼是長者健康整合式評估？

(國語版) ICOPE

[請點此處連結 或掃附錄二QR Code 9](#)

2 什麼是長者健康整合式評估？

(臺語版) ICOPE

[請點此處連結 或掃附錄二QR Code 10](#)

3. 長者健康整合式評估

(單張)

[請點此處連結 或掃附錄二QR Code 11](#)



提升骨骼肌肉功能、 行動能力與活力



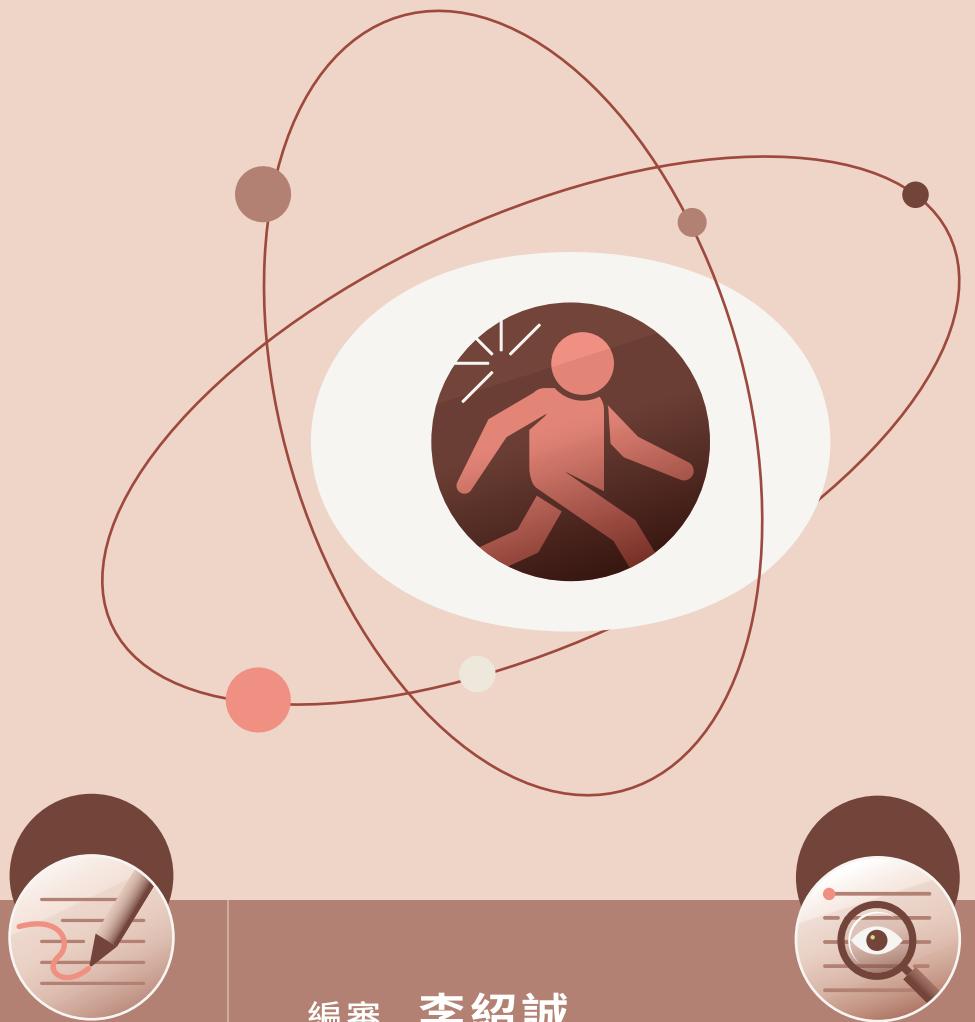
2

肌肉量及肌力的減少、柔軟度降低以及平衡問題皆會影響行動能力，而老化伴隨的生理變化也會對營養狀況產生負面的影響，在照護計畫中加入體能運動及營養攝取的建議，可有助於減緩、阻止或改善高齡者整體功能的下降。



2-1

維持與強化 自主行動能力



著者 王維弘



編審 李紹誠



現任 • 維弘復健科診所院長

經歷 • 台灣居家醫療醫學會理事
• 臺中市政府身心障礙鑑定審議諮詢小組委員
• 臺中市及彰化市長照復能延案審查委員
• 台灣復健醫學會長照委員

現任 • 台灣復健醫學會理事長

• 中華悅齡長照關懷協會理事長
• 衛福部長期照顧司諮詢委員
• 天使居長照財團法人董事
• 台北市伯大尼兒少家園常務董事

透過運動保體力 維持行動不費力

當評估長者體能下降時，應推薦多模式運動訓練，包括漸進式阻力肌力訓練和平衡、柔軟度及有氧運動。

在本章節中
您將了解

- 長者行動能力下降的原因
- 行動能力的評估工具
- 行動能力下降的治療與介入
- 可運用以提升行動能力之社會資源

維持與強化自主行動能力

臨床情境：

『72歲的李奶奶前一陣子因為肺炎發燒住院治療，出院後 家人帶她到住家旁邊的復健科診所，女兒疑惑地問著醫師，媽媽住院半個月之後為什麼沒辦法下床走路，本來都可以自己搭公車去買菜，現在都要坐在輪椅上，而且感覺越來越沒有力氣，食慾也越來越差，整個人瘦了一大圈，到底該怎麼辦才好...?』



維持與強化自主行動能力

常見原因

行動能力是長者能否維持生活各項功能的重要因素，隨著年紀增長，肌纖維數量及大小都開始減少，除了肌力逐漸下降，肌肉及肌腱柔軟度也會變差，而骨骼系統則是開始有骨質密度下降的問題，而關節軟骨的磨損及關節周圍組織彈性下降，合併關節液減少與關節結構上之磨損、退化性骨關節炎的產生也會影響行動能力。

除了肌肉骨骼的問題之外，心肺功能及大腦神經系統功能的退化、營養不良的狀況都會使長者的行動能力下降，長者的行動能力，除了慢性退化因素之外，也常見於像上述個案，在經過疾病臥床後無法快速地恢復，長者因抵抗力及身體自癒能力降低，一旦發生意外或疾病，往往因長時間臥床導致生理機能急速下降，長期臥床在活動限制的情形下，肌肉會快速萎縮，下肢與背部的抗重力肌，會首先受到影響，而其他肌肉也會因肌肉負重改變而產生變化，當長者降低腿部肌肉的負重後，因為減少了站立動作對身體維持肌肉結構與功能的重要刺激，肌肉質量快速地減少，也造成肌力下降和行動不便的發生。

維持與強化自主行動能力

評估工具

肌力評估：

臨牀上最常使用握力器來測量手部握力，也可測量膝蓋的彎曲力量等。

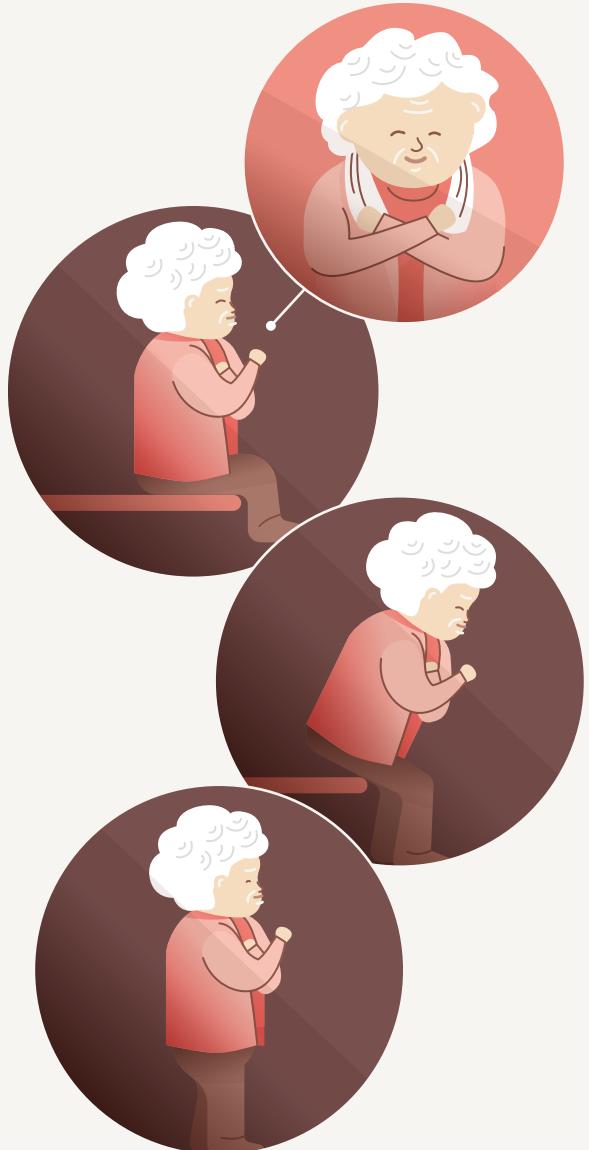
行動能力初步評估：

椅子起身測試

檢測時需準備一把穩定、有椅背、無把手的椅子，靠牆或擺放在一個環境安全的地方。請長者將雙手交握於胸前，從椅子起立和坐下連續進行五次，測量長者完成五次的秒數，若12秒內無法完成或長者無法施測及做不完5下者，則需進行複評。

複評

可考慮使用簡易身體表現功能量表 (Short Physical Performance Battery, SPPB) 將平衡測試、步行測試及椅子坐站測試三項的總分加總，若分數為0~9分則表示有行動能力障礙。



若評估已有行動能力障礙的問題，因盡速尋求醫師的評估，若伴隨有失能的情況，則須尋求復健科醫師的協助。

維持與強化自主行動能力

簡易身體表現功能量表

Short Physical Performance Battery (SPPB)

評分內容	得分
1. 平衡測試：腳用三種不同站法，每種站立10秒，使用三個位置的分數總和。	
A. 並排站立 (Side-by-side stand)	<input type="checkbox"/> 1分：保持10秒 <input type="checkbox"/> 0分：少於10秒
B. 半並排站立 (Semi-tandem stand)	<input type="checkbox"/> 1分：保持10秒 <input type="checkbox"/> 0分：少於10秒
C. 直線站立 (Tandem stand)	<input type="checkbox"/> 2分：保持10秒 <input type="checkbox"/> 1分：保持3-9.99秒 <input type="checkbox"/> 0分：保持<3秒
三個位置分數加總	
2. 步行速度測試： 測量走四公尺的時間	<input type="checkbox"/> 4分：<4.82秒 <input type="checkbox"/> 3分：4.82-6.20秒 <input type="checkbox"/> 2分：6.21-8.70秒 <input type="checkbox"/> 1分：> 8.70秒 <input type="checkbox"/> 0分：無法完成
3. 椅子起站測試： 連續起立坐下五次的時間	<input type="checkbox"/> 4分：<11.19秒 <input type="checkbox"/> 3分：11.2-13.69秒 <input type="checkbox"/> 2分：13.7-16.69秒 <input type="checkbox"/> 1分：16.7-59.9秒 <input type="checkbox"/> 0分：> 60秒或無法完成
總分	

總分說明 10-12分：行動能力正常 0-9分：行動能力障礙

維持與強化自主行動能力

治療與介入

一、多模組合運動計畫

• • •

行動能力不良者的運動計畫應包含多模組的運動訓練，可根據SPPB的測試結果設計個別化及持續漸進的運動處方。

阻力訓練	有氧訓練	平衡訓練	柔軟訓練
提供肌肉抗重力或是負重的訓練，使用重量、阻力帶或負重運動。	如快走或騎自行車運動。	可透過靜態和動態運動進行訓練；例如：單腿站立、腳跟與腳趾成直線行走。	改善肌肉與關節的延伸性和關節運動範圍；例如伸展運動或瑜伽。

二、增加營養食物

• • •

隨著老化，蛋白質的合成速率較年輕的成年人來得慢，而蛋白質合成速率的降低，會造成肌肉質量的流失。此外，不當的營養攝取，也可能是造成肌肉減少症的因素之一，例如有些長者的卡路里與蛋白質攝取不足，難以維持肌肉的質量。

三、骨關節疾病及疼痛的控制

• • •

長者肌力及肌耐力逐漸下降，對關節的保護及支撐效果變差，容易增加關節損耗及周遭軟組織慢性傷害，引發疼痛及關節僵硬等症狀，更讓長者不想活動與運動，再加上傳統「生病就要多休息」的觀念，更容易讓長者因「不動」而讓僵硬的症狀更加劇，透過復健光磁熱電等物理治療，可有效緩解疼痛及關節僵硬，逐漸打開長者對活動加劇疼痛的恐懼，有助於後續運動治療的進行。

四、輔具的使用

• • •

透過輔助器具的使用可改善行動能力受限的人維持或提高個人的功能發揮和獨立性，常見輔具包括手杖、拐杖、助行器、輪椅等。

五、失智的預防與延緩

• • •

除了肌肉及骨骼關節的因素，延緩失智亦是維持老人自主行動能力的重要課題。

維持與強化自主行動能力

六、長照服務及居家醫療

...

若長者近期內日常生活功能明顯退化，可先由醫師評估是否有潛在急性生理問題，排除後視需求安排居家復能，能以功能性目標為導向，訓練及指導照顧者來幫助失能長者儘可能逐步恢復生活自理能力，也可安排居服員陪伴就醫，或外出至復健科院所接受復健治療，或使用交通服務提升就醫復健的方便性，若出院後狀況仍無法出門就醫，可申請居家醫療的訪視，協助行動不便病患做好慢性病控制及出院後病況追蹤，避免因病情惡化導致更嚴重之失能產生。

長者運動注意事項

- 運動開始前，需先了解長輩的疾病史（有無禁忌症）及過去的運動習慣
- 穿著合適的服裝及運動鞋
- 若有身體不適或疾病者，應進一步與醫師尋求診斷並討論明確的運動方式（強度、頻率、時間、活動類別），並提醒長者務必包含暖身及緩和運動
- 過去較少運動經驗之長者或有活動限制者，運動強度及時間應逐漸增加
- 使用器械或重量訓練進行肌力訓練時，剛開始需有經專業訓練的人員從旁指導，若訓練後有持續不適的狀況，應尋求醫療協助
- 指導時應注意放慢說話速度，並適時給予長者鼓勵與讚美

- 飯前飯後一小時不宜運動
- 過程中有頭暈、胸悶、胸痛、心悸、盜汗等情形，應立即停止運動

社會資源

1.長者活力體能訓練方案(Vivifrail):此為一項促進體能訓練的國際計畫，目的在於提供社區和醫院進行預防長者衰弱和跌倒之介入參考，此計畫是基於長者的健康應該以功能性來衡量，在各種情況下維持長者自理的能力。

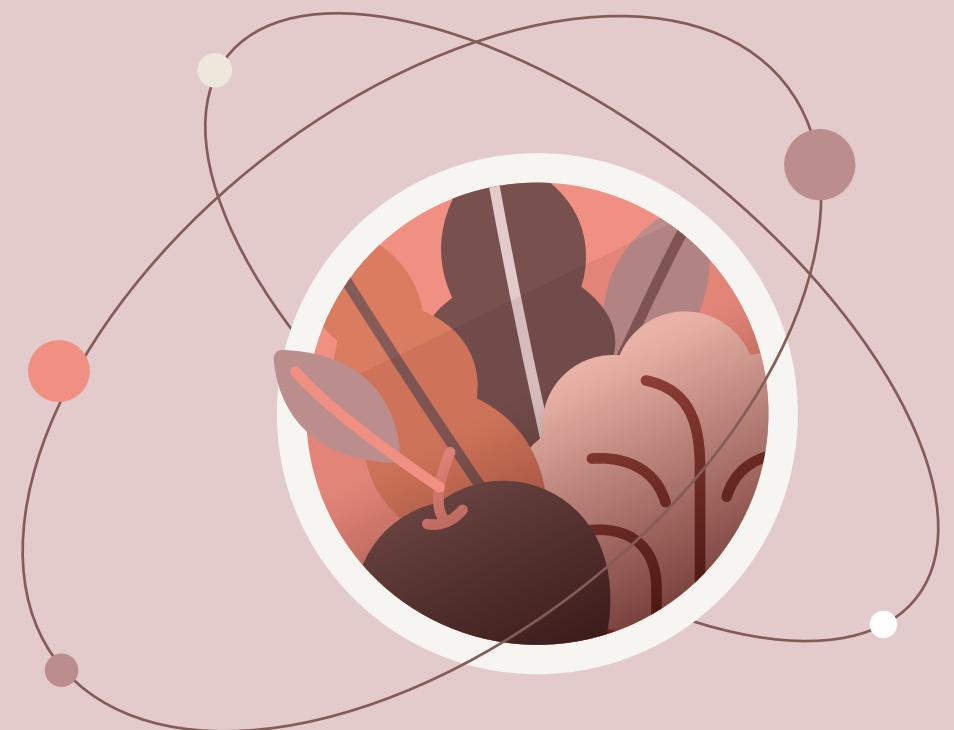
[請點此處連結或掃附錄二QR Code 12](#)

2.衛生福利部國民健康署全民身體活動指引-第七章：老年人的身體活動

[請點此處連結或掃附錄二QR Code 13](#)

2-2

提升 高齡者營養



著者 吳柏姍



編審 楊素卿



現任 • 臺北榮民總醫院營養部營養師

經歷 • 臺北榮民總醫院營養部臨床營養科營養師
• 美國科羅拉多大學附設醫院臨床重症營養
進修
• 奧地利維也納醫科大學附設醫院臨床重症
營養進修
• 台灣靜脈暨腸道營養醫學會副秘書長

現任 • 臺北醫學大學營養學院副院長

• 臺北醫學大學營養學院保健營養學系系主任
• 臺北醫學大學營養學院保健營養學系教授

經歷 • 美國Tufts大學訪問學者

學歷 • 日本國立東北大學農學博士

長者營養想做好 吃對吃夠不能少

對於營養不良之高齡者應提供營養諮詢，並調整飲食型態與生活習慣，必要時可考慮補充口服營養品。

在本章節中
您將了解

- 長者營養不良之常見症狀
- 長者常見營養不良原因
- 如何評估是否有高齡者營養不良的情況
- 針對高齡者營養不良的常見治療與介入

提升高齡者營養

臨床情境：

『62歲的李阿嬤自從孩子們都長大離家後，家中只剩兩老獨居，兩老平日生活都能自理，只是最近鄰居都說他們二老怎麼越來越瘦，李阿嬤想想自己每天都有吃三餐很正常，並不以為意，覺得年紀大就應該少吃肉類、少吃油脂，瘦一點沒什麼關係...。』



提升高齡者營養

常見症狀

老化伴隨著許多生理上的變化，這些變化會對長者的營養狀況產生負面影響。其中，體重逐漸下降為常見的症狀。長者體重下降可能是因為肌肉量減少與體脂肪量增加，長期下來持續肌肉、肌力及體能表現下降，而罹患肌肉減少症，並增加骨質疏鬆症和免疫功能降低的風險。

長者常見 營養不良之原因

長者常因老化造成味覺及嗅覺衰退、口腔牙齒功能咀嚼不佳、吞嚥困難以及腸胃蠕動變慢，造成食慾不佳或饑餓感降低，使得進食量變少。另外，長者獨居問題也會對心理產生負面影響，包括：孤立、沮喪等，再加上食物準備的困難、對飲食失去興趣，認為有吃飽就好，飲食的品質並未重視也常是造成長者營養不良的原因。



提升高齡者營養

如何評估是否有長者營養不良的情況

- 過去三個月，您的體重是否在無意間減輕了3公斤以上？
- 過去三個月，您是否食慾不振？

可詢問查閱三個月前的體重或體重紀錄，若沒有相關紀錄或沒有量體重的習慣，可改以詢問是否自覺有體重減輕、穿衣變寬鬆，或詢問親友或照顧者是否察覺長者有明顯變瘦的感覺？

若以上任一題的回答為「是」者，則請進一步以簡短迷你營養評估(Mini Nutritional Assessment Short Form; MNA-SF)，進行營養不良的篩檢。

篩檢



...

A

過去三個月內有沒有因為食慾不振、消化問題、咀嚼或吞嚥困難而減少食量？

0=食量嚴重減少

1=食量中度減少

2=食量沒有改變

B

過去三個月內體重下降的情況

0=體重下降大於3公斤(6.6磅)

1=不知道

2=體重下降1-3公斤(2.2-6.6磅)

3=體重沒有下降

提升高齡者營養

C

活動能力

0=需長期臥床或坐輪椅

1=可以下床或離開輪椅，但不能外出

2=可以外出

D

過去三個月有沒有受到心理創傷或患上急性疾病？

0=有

2=沒有

E

精神心理問題

0=嚴重癡呆或抑鬱

1=輕度癡呆

2=沒有精神心理問題

F-1

身體質量指數(BMI)(公斤/米², kg/m²)

0=BMI<19

1=19≤BMI<21

2=21≤BMI<23

3=BMI≥23

如不能取得身體質量指數(BMI)，請以問題F2替代F1。

如已完成問題F1，請不要回答問題F2。

F-2

小腿圍(CC)(公分, cm)

0=CC<31

3=CC≥31

總分12-14分

屬正常營養狀況，建議加強一般健康生活型態或日常照護

總分8-11分

具營養不良風險

總分0-7分

屬營養不良

提升高齡者營養

針對長者營養不良的營養照護

1. 進行營養諮詢：

鼓勵所有長者，包括那些具營養不良風險或已屬營養不良的長者，進行營養諮詢，以確定長者的飲食是否均衡。

2. 調整飲食型態與生活習慣：

蛋白質的吸收率會隨著年齡增長而下降。而蛋白質攝取不足與肌肉減少有關，因此建議長者應增加蛋白質攝取量，並配合規律的運動或增加活動量，刺激肌肉合成。另外，用餐方式的調整也相當重要，可考慮家庭式用餐或增加社交，減少獨居長者的孤立感，同時增加進食的樂趣。

3. 補充口服營養品：

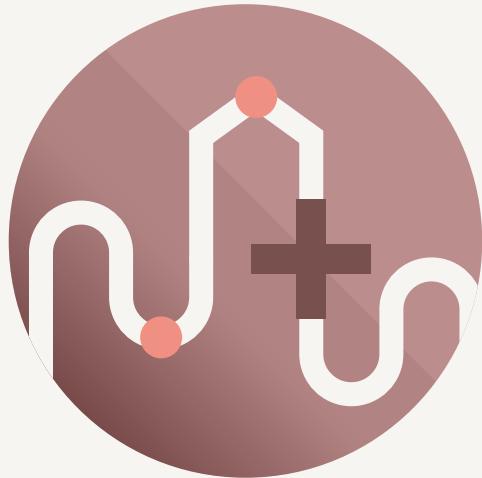
長者若無法改善攝食量，則需考慮口服營養品的補充。均衡營養配方的口服營養品可以解決長者進食量不足的問題，在日常飲食之外，額外提供熱量、高品質蛋白質、維生素與礦物質等。建議可以由專業營養師對於長者的飲食進行詳細的評估後，做出適當的建議。



提升高齡者營養

預後及追蹤

長者應定期監測與紀錄體重的變化，在進行各種營養介入或口服營養品補充後，營養不良長者的體重是否增加是主要的監測項目。



社區資源連結

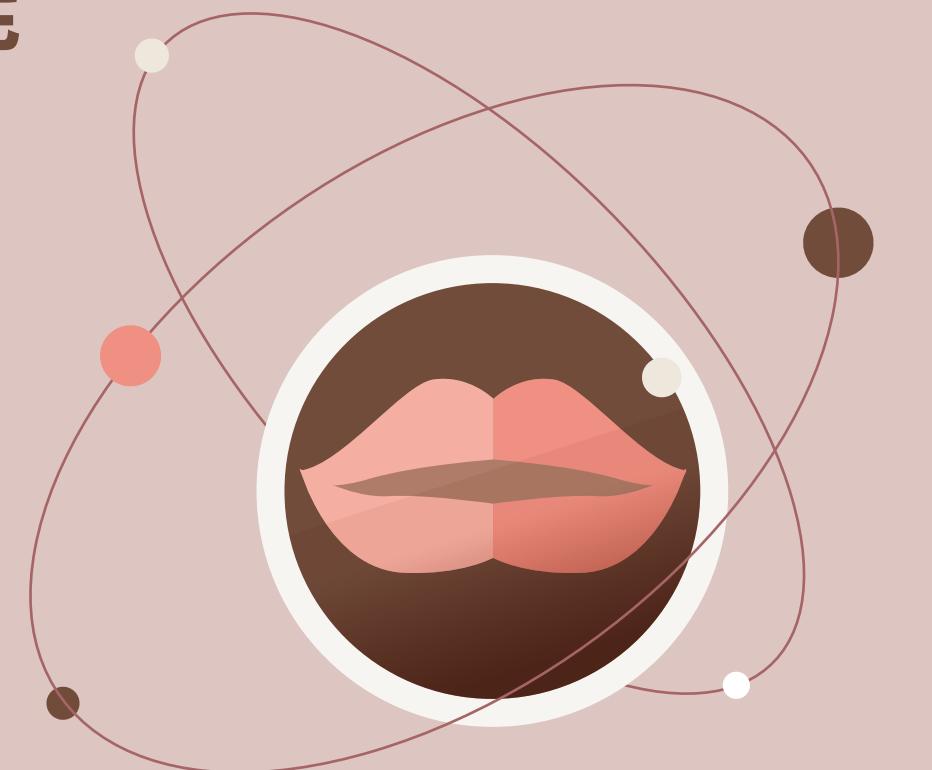
民眾可利用「衛生福利部國民健康署營養棒棒堂線上資源」查詢相關資訊。

請點此處連結 或掃附錄二QR Code 14

如果有營養或飲食上的問題，也可至各縣市衛生局「社區營養推廣中心」尋求專業營養師之協助。

2-3

促進咀嚼與 吞嚥功能



著者 林敬凱



- 現任**
- 新北市立土城醫院牙科主任
 - 新北市立土城醫院一般牙科暨義齒補綴科主治醫師
- 經歷**
- 台北長庚醫院一般牙科暨義齒補綴科主治醫師
- 學歷**
- 美國阿拉巴馬大學伯明罕分校牙醫碩士
 - 中國醫藥大學牙醫學士

編審 許明倫



- 現任**
- 國立陽明交通大學牙醫學院特聘教授
 - 台灣牙醫教育學會會長
 - 亞太牙醫教育學會創會主席
 - 醫策會牙醫二年期畢業後一般醫學訓練召集人
 - 衛福部牙醫專科醫師訓練計畫認定會召集人

口腔保健搭配健口操 長者好嚼好吞不會嗆

維持口腔健康及咀嚼吞嚥能力的健全，不僅可以保障長者營養攝取及飲食樂趣，更對認知功能障礙預防有正向的效果。

在本章節中
您將了解

- 老年咀嚼吞嚥障礙常見症狀
- 如何評估是否有老年咀嚼吞嚥障礙
- 老年咀嚼吞嚥障礙常見治療及預後
- 老年咀嚼吞嚥障礙可尋求的相關社會資源

促進咀嚼與吞嚥功能

臨床情境：

『張爺爺最近喝水時總容易嗆到，而且吃東西時需要花很多力氣來咀嚼食物，甚至邊吃邊咳，好不容易將食物吞進去了，但總覺得有卡卡的、吞不乾淨的感覺，這種不舒服的感覺讓張爺爺越來越抗拒吃飯，連平時最愛的紅燒獅子頭也覺得乏味了，近來也有體重下降的情形，甚至有營養缺乏及精神不濟的情況發生。』



促進咀嚼與吞嚥功能

咀嚼吞嚥障礙常見症狀 及自我評估

依王亭貴等人於台灣醫學期刊發表之社區老人吞嚥障礙研究，台灣約有12.8%的65歲以上長者，經過評估為咀嚼吞嚥異常；亦即每10位長者，就有1位有輕度以上咀嚼吞嚥障礙。一般長者會由於身體機能逐漸退化，而產生吞嚥問題和誤嚥的狀況。

吞嚥是指在食用食物時，透過口腔食用及吞嚥的動作使食物經過口腔和食道，吞嚥對於人們飲食及生活是重要的環節；誤嚥則為飲食的吞嚥障礙之一，原本應通往食道的食物不小心落入氣管，便可能會造成嗆咳等問題。有咀嚼吞嚥障礙的長者在日常中常見的現象，包括：

1. 吃東西時常出現咳嗽、或嗆咳(咳得幾乎喘不過氣來)。
2. 進食時間拉長，牙齒不斷的咬動食物或舌頭前後晃動，卻未見啟動吞嚥反射，每口食物需吞嚥兩三回。
3. 東西吃不完的次數增加，進餐後，舌面上仍殘留許多食物殘渣，食物堆在口腔內的一側而不自覺。
4. 吃或喝完後聲音會變濁。
5. 體重不斷下降，有脫水或是營養不良的狀況。
6. 不明原因的發燒，甚至有反覆性肺炎的發生。

如果家中長者有以上情形反覆發生時，小心有可能是吞嚥障礙，建議應盡快尋求專業醫師團隊的協助。

促進咀嚼與吞嚥功能

居家篩檢工具

進食評估工具 (Eating Assessment Tool ; EAT-10) 是Peter Belafsky博士於2008年所發表吞嚥困難篩檢工具，因易讀、易瞭解、內容簡短，內在信度佳，是**目前國際通用最簡易居家篩檢咀嚼吞嚥困難的方式。**

透過簡單10題問題，0-4分的評分方式，讓填答者能夠以最簡易的方式評估吞嚥困難症狀、臨床特點、心理狀況和社交影響。若評估結果達**3分以上**，可能就有吞嚥困難的前兆。問題內容如下：



NO.	吞嚥相關問題：(最近三個月內)	問題嚴重程度
1	我的吞嚥問題令我體重減輕	<input type="checkbox"/> 0=沒有問題, <input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4=問題嚴重
2	我的吞嚥問題令我不能如以前一樣外出用餐	<input type="checkbox"/> 0=沒有問題, <input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4=問題嚴重
3	我喝飲料時要花很多力氣	<input type="checkbox"/> 0=沒有問題, <input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4=問題嚴重
4	我吃固體食物時要花很多力氣	<input type="checkbox"/> 0=沒有問題, <input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4=問題嚴重
5	我吞藥丸的時候要花很多力氣	<input type="checkbox"/> 0=沒有問題, <input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4=問題嚴重
6	吞嚥的過程會引起痛楚	<input type="checkbox"/> 0=沒有問題, <input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4=問題嚴重
7	我的吞嚥能力令我不能享受用餐	<input type="checkbox"/> 0=沒有問題, <input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4=問題嚴重
8	我進食後會感到喉嚨黏有東西	<input type="checkbox"/> 0=沒有問題, <input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4=問題嚴重
9	我進食時會咳嗽	<input type="checkbox"/> 0=沒有問題, <input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4=問題嚴重
10	吞嚥的過程使我感到有壓力	<input type="checkbox"/> 0=沒有問題, <input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3, <input type="checkbox"/> 4=問題嚴重

促進咀嚼與吞嚥功能

臨床評估工具

1. 吞嚥功能評估—改良式三階段吞嚥功能評估，包括：

- 1) 第一階段，基本狀態評估
- 2) 第二階段，反覆性唾液吞嚥試驗法 (Repetitive Saliva Swallowing Test, RSST)
- 3) 第三階段，改良式喝水測試 (Modified Water Swallowing Test, MWST)

2. 吞嚥困難確診的特殊檢查：吞嚥透視攝影檢查、吞嚥內視鏡檢查、纖維內視鏡吞嚥檢查。

治療與介入

1. 吞嚥障礙的治療方法可分為直接與間接的方式：

直接治療是指將食物放入口中，經由改變食物的軟硬度、濃稠度，以減少嗆咳或吸入的機會，且在進食吞嚥時加強行為與動作的控制，並遵守下列原則：

(1)採90度正直坐姿，避免食物逆流或打嗝哽嗆，於餐後維持直坐姿20-30分鐘

(2)進餐後應清潔口腔，並確定口中無殘留食物

(3)遵守營養治療師建議的食物型態

(4)每口食物都確認完全吞下後才可再進食下一口

(5)若有嗆咳情形，應立刻停止進餐。

間接治療是指利用運動來改善神經肌肉運動控制，達到正常吞嚥的需求。例如：利用各種口腔肌肉運動來促進吞嚥肌群的活動度、協調度、肌張力，以強化口腔控制食團的能力；或利用溫度刺激提高吞嚥反射的敏感度及反射速度。除此，有部分障礙程度嚴重的患者，則可能需要更進一步接受外科手術或藥物治療來改善吞嚥障礙的症狀。

促進咀嚼與吞嚥功能

2.高齡口腔機能促進：

「健口操」源自日本的口腔體操，是專為長者設計的口腔機能促進體操，根據日本相關研究指出，每天只要十分鐘，可以幫助長者訓練口腔咀嚼肌群力量、強化咀嚼、吞嚥功效及預防吸入性肺炎，同時促進唾液分泌和預防窒息及誤嚥。

「健口操」，包含臉部、臉頰、舌頭的體操、發音練習、唾液腺的按摩及吞嚥的練習（考參考下圖）；好處包括：(1)促進唾液的分泌、(2)減少口腔內的食物殘渣、(3)改善吞嚥功能障礙、(4)豐富面部表情、(5)增加發音的清晰度。

口腔健康操

資料來源：陽明交通大學牙醫學系咀嚼吞嚥團隊

1 肩膀運動

吸氣上提肩膀 → 呼氣放鬆肩膀



2 頭頸運動

緩慢地抬頭 → 擡正 → 低頭 → 擱正
緩慢地右轉 → 擱正 → 左轉 → 擱正
活動頸部前後左右之肌肉



3 鼓腮

鼓右頰 → 鼓左頰 → 兩側鼓起



4 舌頭運動

舌頭向上 → 向前伸 → 向下
向左 → 向右 → 順逆時針繞圈



5 唾液腺按摩

用手指按摩耳下腺、顎下腺、
舌下腺



6 發音練習

發出Pa Ta Ka Ra的聲音



促進咀嚼與吞嚥功能

3.維持口腔健康：

口腔保健是預防咀嚼吞嚥障礙最重要的事情，規律清潔牙齒並定期口腔檢查洗牙以清除牙結石及評估牙周問題，同時依需求治療缺牙問題及維持對咬牙，並充分發揮咀嚼功能。

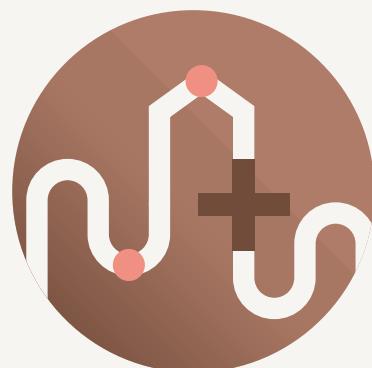
口腔健康及咀嚼吞嚥能力的健全，不僅可以保障長者營養的攝取及飲食樂趣的享受，更進一步對認知功能障礙的預防有正向的效果，大腦認知功能的正常運作維持，對於咀嚼吞嚥肌肉與神經系統的協調有穩定的功能。

社區資源連結

衛生福利部委託國立陽明大學牙醫學院跨領域與其他醫療專科合作，所編撰「**咀嚼吞嚥障礙評估訓練及宣導計畫**」手冊，

請點此處連結 或掃附錄二QR Code 15

分為民眾版健康照護手冊，以及醫師專業版臨床診治參考指引，設計一套咀嚼吞嚥障礙自我檢測方法與量表，供醫界和民眾參考。希望民眾能藉此手冊內容，熟知在日常生活及飲食中需要注意事項，並進行初步的調查與評估，再根據評估之結果，轉介至各不同科別接受專業之診治，以避免長者因咀嚼吞嚥障礙而引發相關併發症。



維持感官系統 的功能

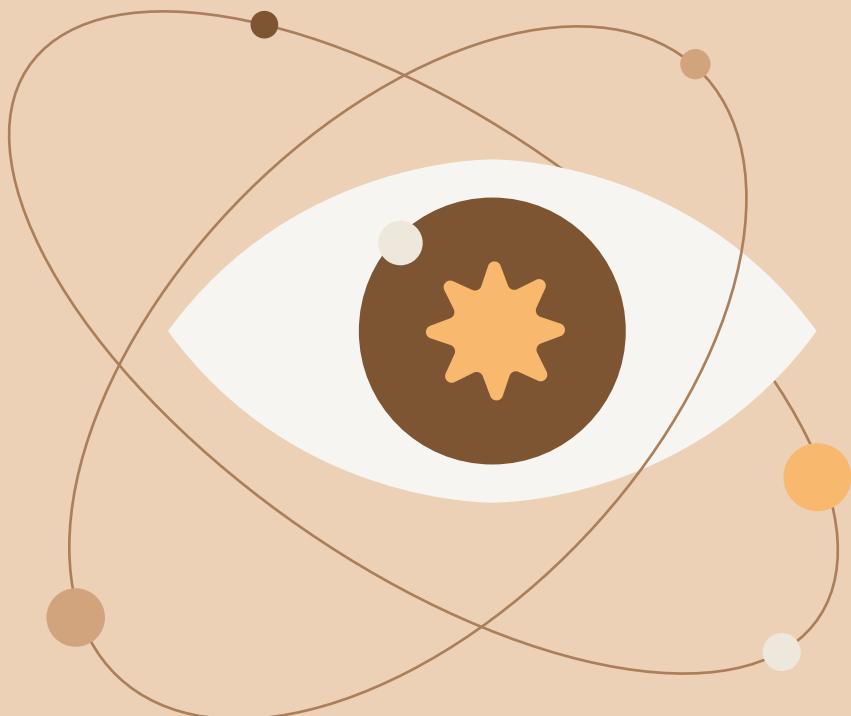


老化經常伴隨聽力或視力的受損，進而限制行動能力及社交參與，並會增加跌倒的風險，應透過治療及相關介入以改善或降低視聽力導致的影響。



3-1

視力保健 與改善



著者 劉宗學

- 現任 • 高雄信合美眼科院長
- 經歷 • 台北馬偕醫院台東分院眼科主任
- 台北馬偕醫院雷射屈光角膜科資深主治醫師
- 美國史丹佛大學醫學院眼科中心進修
- 美國邁阿密眼科角膜醫學中心研究員



編審 郭淑純

- 現任 • 奇美醫學中心眼科部部長
- 教育部部定副教授
- 中華民國視網膜醫學會理事
- 中華醫事科技大學視光系副教授
- 國際眼部炎症學會會員



目清視明好眼力 老年生活仍光明

長者視力問題應早期發現、即時治療，降低不可逆之視力喪失的機率。

在本章節中
您將了解

- 老年視力障礙症狀與常見病因
- 老年視力障礙的治療及預後
- 如何評估是否有老年視力障礙
- 老年視力障礙可尋求的
相關社會資源

視力保健與改善

臨床情境：

『林伯伯最近看電視覺得電視裡人的臉孔看不清楚，底下字幕以前都看得見，但是最近越來越不清楚，看電視的距離不自覺的也越靠越近。』

『李阿姨手腳最近怎麼常常有烏青一塊一塊的，看她走路常常會撞到桌角，騎腳踏車也常常跟人擦撞，是不是有什麼問題啊？』

『陳伯伯有次看小學三年級孫子的作業簿，突然發現簿子裡的格子怎麼歪七扭八，有些地方還看不到，嚇了一跳，眼睛出什麼問題了？』



視力保健與改善

常見症狀及原因

以上是老年視力障礙常見的情況，依據106年國民健康訪問調查，六十五歲以上的長者，有視力上問題的高達80.2%。常見的老年視力障礙原因有屈光不正（包括近視、遠視、散光）、老花眼、白內障、老年性黃斑部病變、糖尿病視網膜病變、青光眼等。

不同的病因造成程度不一的視力障礙，表現出來的症狀，一般會以兩種形式表現，一種是中心視力的異常，包括視力模糊、視物扭曲變形、眩光、複視、色彩及對比視力減退等等。另一種是周邊視野的缺損，這是青光眼典型的表現，周邊視野缺損早期沒有症狀，病人也無法察覺，嚴重時病人走路容易撞到障礙物，騎車、開車也常發生擦撞，這時已是嚴重的視野缺損。

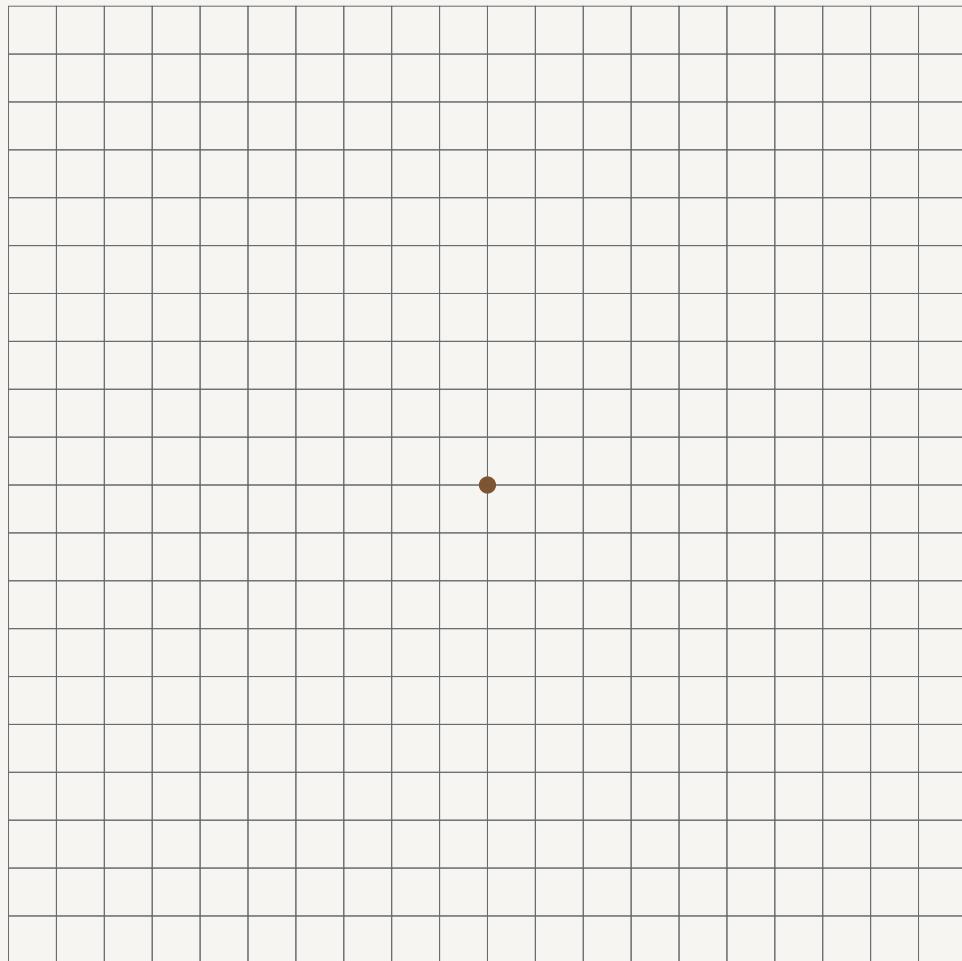
社區評估工具

在第一線的社區健康中心，視力檢查表是最重要的視覺功能檢測工具，設備簡易，人員訓練容易達成。經由受過訓練的第一線健康照護人員來替社區長者量測視力，可以篩選出絕大多數視力障礙的個案。其他像是阿姆斯勒方格表(Amsler Grid)，對於檢測黃斑部病變非常有用，尤其早期的黃斑部病變視力下降不明顯，視力檢查可能是正常，如果能做阿姆斯勒方格表檢查，可以篩檢出很多早期黃斑部病變的個案。

一旦篩檢出視力異常的個案，應及早轉介至眼科專科醫療機構進一步檢查與治療，以增進個案的視覺功能，並避免不可逆之視覺喪失。

視力保健與改善

阿姆斯勒方格表(Amsler Grid)



(方格表的大小為10cmX10cm)

說明:此表格為初步自我檢測視網膜黃斑部病變的方法。

- 1.把方格表放在眼前30公分之距離，周圍光線清晰平均。
- 2.若有屈光不正或者老花，請配戴看近的眼鏡進行測試。

3.單手手掌輕遮一眼，以另一眼凝視方格表中心黑點，整個過程要維持凝視中心黑點，**若發現影像模糊、顏色改變，方格的線條扭曲、不連續，或是周圍小方格的形狀不一致，即表示該眼視網膜黃斑部可能有病變，請務必至眼科進行詳細檢查。**

- 4.重複步驟1至3檢測另一眼。

視力保健與改善

治療與介入

經由眼科醫師完整的評估後，會依病況建議適當的治療。

一、屈光不正及老花眼

• • •

絕大部分長者在一生中的某些時期都需要眼鏡的輔助，包括看遠時的屈光不正矯正眼鏡（包括近視、遠視、散光）。超過一半以上視力篩檢時被發現視力不良的長者，只要配戴一副驗光精確的眼鏡，就可以增進他們的視覺功能。

二、白內障

• • •

白內障是全世界長者視力障礙最主要的原因，也是失明最主要的原因。白內障的盛行率隨年齡而增加，60歲以上的長者80%有白內障，70歲以上90%有白內障。當白內障嚴重影響視力而造成日常生活障礙時，會建議手術治療，通常手術的效果良好，若無其他視力障礙的疾病，手術後絕大部分病人都可以恢復完全的視覺功能。手術方式以白內障超音波乳化術合併人工水晶體植入術為目前主流，手術成功率在99%以上。

三、老年性黃斑部病變

• • •

這是已開發國家五十歲以上人口造成不可逆視力喪失最常見的原因，主要是視網膜黃斑部的色素上皮細胞因為老化跟不斷累積的氧化傷害，造成類脂質代謝物堆積，導致色素上皮細胞萎縮（乾性老年性黃斑部病變），若是進一步惡化，脈絡膜層長出新生血管（濕性老年性黃斑部病變），導致視網膜各層的破壞，形成黃斑部出血、黃斑部水腫，就會造成不可逆的嚴重視力下降。治療方式目前以眼內注射新生血管抑制藥物（anti-VEGF）的治療效果最好。另外，研究顯示含葉黃素的補充營養品可以降低老年性黃斑部病變發生的機率。

視力保健與改善



四、糖尿病視網膜病變

...

糖尿病視網膜病變主因是高血糖造成微細血管病變，造成血管滲出，微血管阻塞，視網膜缺血、缺氧引發新生血管增生，新生血管容易破裂，造成視網膜出血和玻璃體出血，新生血管纖維組織收縮造成視網膜牽引、剝離，最後導致嚴重視力喪失。罹患糖尿病的時間越長，控制越不好，產生糖尿病視網膜病變的機率越高，大部分的病人就如罹患糖尿病一樣，在初期沒有明顯的症狀，很多病患出現眼睛症狀時已經很嚴重了，因此早期診斷非常重要。

而早期診斷要靠定期檢查，糖尿病病人一年一次的視網膜檢查必須確實做到。以治療的方式來說，如果有新生血管，就必須做全視網膜雷射光凝固治療，若是有玻璃體出血或是視網膜剝離，就需要玻璃體切除手術。

五、青光眼

...

青光眼的形成是因為眼睛內的壓力太高，壓迫視神經，使得視神經受損，初期造成視野缺損，最終導致失明的疾病。可分為急性和慢性青光眼，急性青光眼發病突然，會有視力模糊、眼睛疼痛、頭痛、噁心嘔吐等症狀。慢性青光眼症狀不明顯，等出現症狀時，視神經常常已嚴重受損，需靠定期眼睛檢查，才能及早發現。治療方式以降低眼壓為主，包括降眼壓眼藥水、口服降眼壓藥物、雷射或手術治療，治療目標為預防進一步傷害及維持現有視力不再惡化。

預後及追蹤

不同的視力障礙原因有不同的治療方案，大部分的視力障礙經過治療都能恢復不錯的視覺功能，例如屈光不正、白內障。有些則著重在早期發現，避免惡化，像是老年性黃斑部病變、糖尿病視網膜病變、

青光眼，這些疾病早期可能都沒有症狀，所以定期檢查非常重要。若能每年一次定期做視力檢查，適時的轉診接受治療，就可以降低不可逆視力喪失的機率。

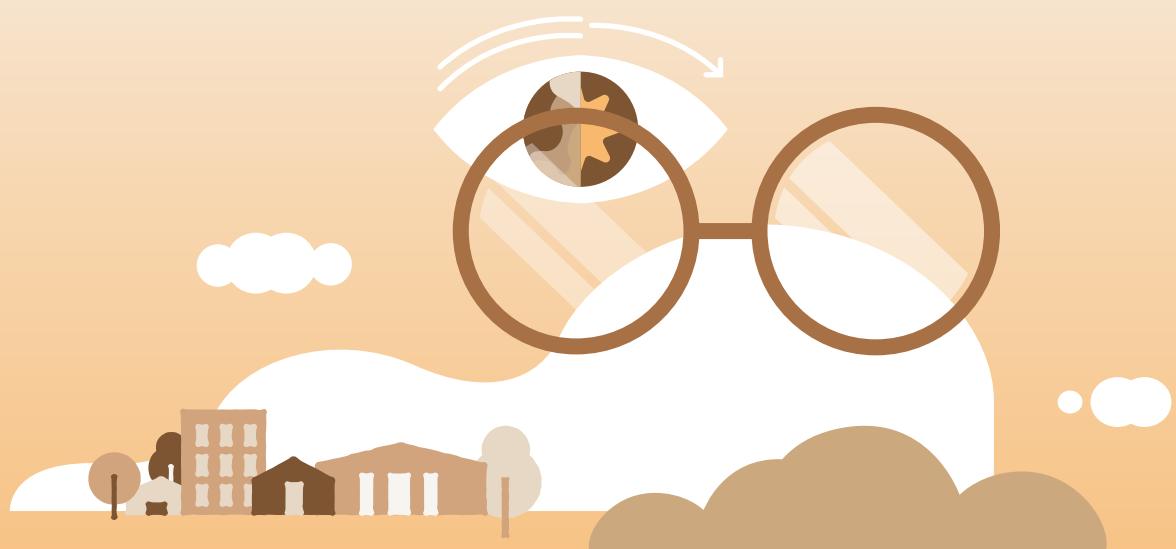
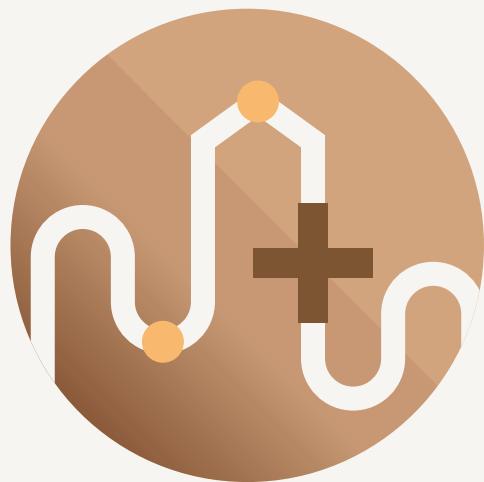
視力保健與改善

社區資源連結

如果年齡漸增後經過治療仍有不可逆的視力障礙，可向各縣市政府社會局洽詢視障輔具補助，或至**臺灣防盲基金會**

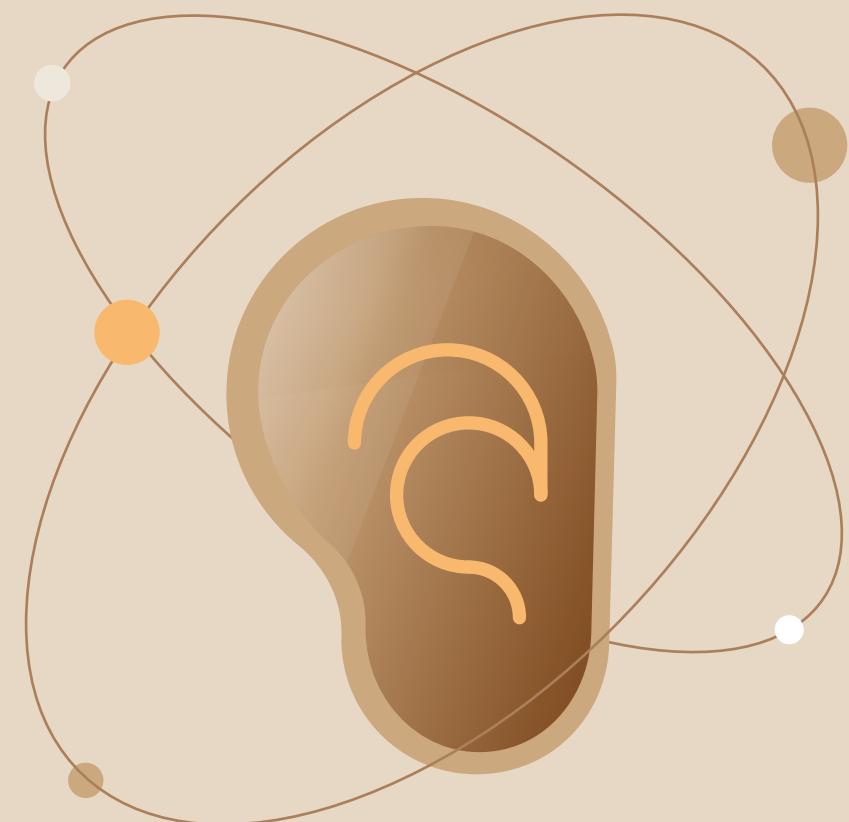
[請點此處連結 或掃附錄二QR Code 16](#)

申請衛教、義診、配鏡服務，幫助長者重建靈魂之窗與周遭環境的連結。



3-2

早期介入 聽力損失



著者 梁家光

- 現任
- 家光耳鼻喉科診所院長
 - 新光及耕莘醫院兼任主治醫師
 - 教育部部定副教授
- 經歷
- 三軍總醫院耳鼻喉科主任
- 學歷
- 美國西北大學臨床聽力學博士



編審 鄭熙騰

- 現任
- 鄭耳鼻喉科診所院長
 - 第六屆臺南市診所協會理事長
 - 第四屆中華民國診所協會全聯會副理事長
 - 第十六屆台灣耳鼻喉科醫學會常務理事
 - 第四屆臺南市醫師公會理事



聽力損失儘早查 聆聽訊息無誤差

及早發現長者聽力問題，找出原因並提供介入及治療，需要時應選用適合的助聽器。

在本章節中
您將了解

- 老年性聽力損失常見症狀
- 如何評估是否有老年性聽力損失
- 老年性聽力損失常見治療及預後
- 老年性聽力損失可尋求的相關社會資源

早期介入聽力損失

臨床情境：

『林伯伯最近總覺得聽不到門鈴聲、隔壁房間的電話聲，也聽不清楚女兒說話，特別在人多吵雜的餐廳聽不清且很容易誤會別人的意思，看電視時要將音量放很大聲才能聽得自在，因此常被孩子們抱怨電視聲音吵到鄰居。林伯伯從剛開始只是聽不清楚字詞，到後來情況愈來愈嚴重，家人朋友因為溝通吃力而減少與林伯伯談話，林伯伯也愈來愈不願意與人交談互動，心理上也顯得愈來愈孤單。』



早期介入聽力損失

常見症狀

老年性聽力損失主要是由於內耳神經細胞及腦神經功能退化，大多由高頻聽力開始逐漸減退，最終出現中頻及低頻音的聽力損失。

輕微聽力損失，會出現偶爾有聽沒有懂、在大空間或吵雜處聽不清楚、一句話需重複三次以上或是側耳才能聽得清楚的情形，電視音量開得比平常大聲抑是一種警訊，且隨著病況加重，會出現腦神經功能、認知功能與注意力衰退，對聲音的處理速度變慢造成前後句子相互重疊干擾，導致無法聽懂說話內容，這樣的情形會在收看電視新聞時女主播的音頻較高且說話速度快時最為明顯。

在心理層面，則是感到沮喪、無法專注、消極、孤單、低社交活動，常需要仰賴家人或朋友的鼓勵與經驗分享，長者才會比較願意面對自己聽力損失的情況，盡快尋求耳鼻喉科醫師的協助。

臨床評估工具

首先，檢查外耳是否有耳垢填塞、耳膜有無穿孔或塌陷、中耳有無積液或腫瘤（如膽脂瘤），接著需進行完整的聽力學檢查，包含純音聽力檢查、鼓室圖檢查、語音聽力檢查等。若有懷疑聽神經瘤，則會安排聽性腦幹神經電位反應及核磁共振檢查等。

治療與介入

經由醫師完整的耳部與聽力評估後，會依病況實施適當的治療，如取出耳垢、修補耳膜、抽吸中耳積水、摘除膽脂瘤、聽神經瘤等。雖然大多數的老年性聽損，需要配戴合適選配的助聽器或輔聽器材，但若未就醫直接自行購買助聽器，則可能錯過治療的機會。

早期介入聽力損失

認識助聽器

一、使用時機



...

有別於視力減退明顯的影響，聽力減退初期對生活的影響較小，從外表又不容易被發現，因此常被忽略或延遲求診，有些長者對於助聽器有著代表失能或不中用的擔憂，因此選配助聽器前，需要先建立正確觀念，釐清配戴助聽器是為了提供生活上的協助及提升溝通品質。

早期使用助聽器可有效減緩聽神經退化，而聽損愈重時助聽器的效果越有限，若等到較嚴重時才配戴，助聽器所能提供的幫助恐怕不大。若經濟狀況許可，則建議醫師評估有需要時就配戴，而非等到聽力損失達到聽障補助標準才進行配戴。

二、助聽器的選擇

...

助聽器能依照需要放大不同頻率的聲音，但太大聲會傷害內耳，而太小聲又效果不佳，因此選擇助聽器可視需求來選擇功能，如藍芽、多頻道、降噪音等，而非挑選價錢最貴的機型，若額外購買許多用不到的功能，除價錢高以外，使用時也較耗電。選擇助聽器如同選擇長者手機一般，價格高昂或過於複雜的功能不盡然貼近使用習慣，選擇符合需求的機型才是最重要的。

三、照顧者的支持

...

家人可鼓勵長者依照指示多使用助聽器，盡早習慣機器放大的聲音、改進語音分辨力，並減緩大腦及聽神經的退化。此外，家人應多給予正向支持，以防長者產生負面情緒而不再願意使用助聽器，一般來說，樂觀外向的長者較容易成功使用助聽器。若在使用上有問題，可進一步詢問醫師或聽力師。

早期介入聽力損失

四、溝通技巧

...

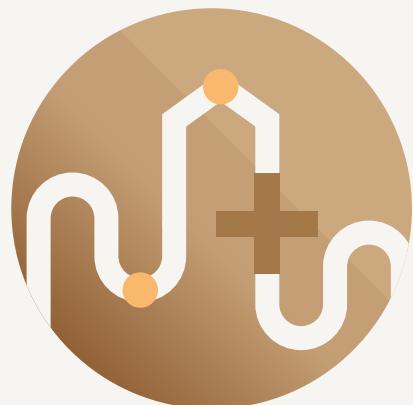
與聽損長者溝通時，不需要刻意提高音量，可透過放慢說話速度、咬字要清楚、溝通時平穩不情緒化及減少隔空喊叫的溝通模式，這些將有助於長者理解訊息，也讓彼此的溝通更為順暢。提供安靜、明亮、可以看清楚嘴型及肢體語言的談話環境，留意不要背對著長者說話，可使用一般說話音量即可，而談話距離保持在一公尺內。也可先提供明確主題，以協助長者更容易聽懂說話內容，例如：詢問「晚餐想吃牛肉麵嗎」，溝通時，可以先說「晚餐」，待確定聽懂了，再進一步詢問「要不要吃牛肉麵」。如此的溝通方式提供較多參照線索，使聽損長者較容易聽懂訊息內容。

預後及追蹤

根據衛生福利部統計處110年8月資料，台灣65歲以上長者聽損佔總聽障人口的70%以上，老年性聽損隨年齡增加，意味著聽力隨著年齡只會更衰退且不會再進步，因此平日應當注意避開噪音吵雜環境、保持良好運動及睡眠習慣、減少長時間使用耳機大聲聽音樂的機會。若懷疑有聽力快速減退的情形，需求診耳鼻喉科醫師，找出原因並儘速治療，且需依照醫師建議每半年到一年定期進行聽力追蹤檢查，以免錯失早期治療機會。

社區資源連結

可向各縣市聽障協會取得聽障相關知識，或向區公所詢問聽力殘障鑑定相關規定。



預防嚴重認知障礙及 促進心理健康



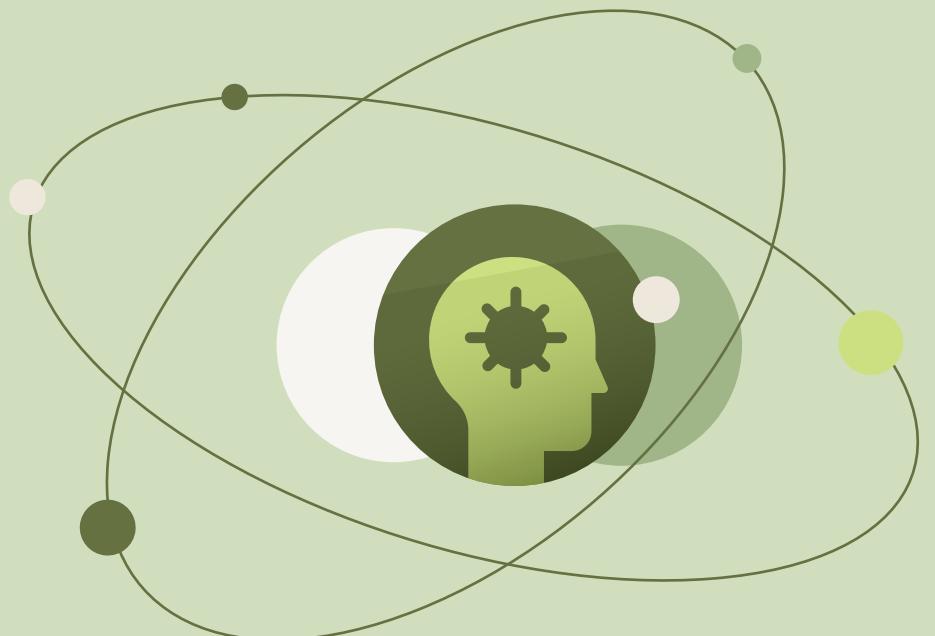
4

認知障礙及心理問題經常同時發生，且對個人日常生活管理能力及社交功能造成衝擊，應早期介入以預防退化和避免照護依賴。



4-1

認知障礙的 預防與改善



著者 藍聖星



編審 陳培豪



- 現任**
- 聖星診所負責人
- 經歷**
- 衛生福利部旗山醫院副院長
 - 高雄醫學大學神經科主治醫師
 - 美國哥倫比亞大學神經醫學中心研究員
 - 高雄市立小港醫院神經科主治醫師

- 現任**
- 馬偕紀念醫院神經內科資深主治醫師
 - 馬偕醫學院醫學系兼任助理教授
 - 台灣神經學學會神經復健長期照護暨老年學組主任委員
- 經歷**
- 馬偕紀念醫院神經內科病房主任
- 學歷**
- 國立陽明大學醫學系醫學士

早期篩檢失智 多元介入防治

對於有認知障礙的長者，應及早發現與協助轉介，以利診斷及給予治療，並連結社區照護資源。

在本章節中
您將了解

- 高齡者認知障礙的常見症狀
- 如何評估高齡認知障礙
- 高齡認知障礙的治療與預防
- 社會資源連結

認知障礙的預防與改善

臨床情境：

『王伯伯每天都會在社區運動，社區裡幾乎每一個人都認識他，最近鄰居們發現他會一直問重複的問題，像是孩子吃飽了沒、我們等一下要去哪裡。家裡的人注意到他記憶力變差，有時叫不出孫兒的名字、忘記家裡電話，每天都要花好多時間找眼鏡與鑰匙，有時候會一臉茫然地拿著電視的遙控器，問家人怎麼轉不到他要看的布袋戲。』



認知障礙的預防與改善

常見症狀

認知障礙症好發於老年族群，年齡越高盛行率越高。而認知障礙症泛指腦部疾病導致認知功能損傷或喪失，並非為單一疾病，如：阿茲海默氏症、路易氏體病，腦中風、腦部外傷、酒精性或是代謝性腦病變，皆有可能產生認知障礙症。長者較常出現的認知障礙症為退化型阿茲海默氏症及血管性失智症（腦血管阻塞或破裂引起的腦部功能損傷），臨床診斷需排除譖妄及其他精神疾病。

認知障礙症的核心症狀為一項或多項認知範疇（複雜注意力、執行功能、學習和記憶、語言、知覺—動作或社交認知）顯著比先前的認知表現降低，進而影響到日常生活獨立進行。輕度認知障礙症大多從記憶力開始退化，容易重複話題或忘記最近發生的事情，初期對整體生活影響不大，而後逐漸出現其他功能的缺失，例如找不到詞彙來溝通、無法處理本來熟

悉的事情、難以學習新的事物；較嚴重的認知障礙可能會出現對人、時間、空間混亂，突然認不得親朋好友、出門容易迷路、情緒起伏大、性格改變、或失去生理節律而有日夜顛倒的情形。

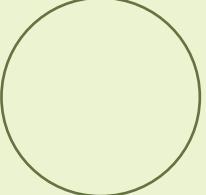
社區篩檢與評估工具

社區中若長者出現記憶力退化、性格突然改變或生活功能判斷上有明顯變化時，可使用迷你認知量表（Mini-Cog）或極早期失智症篩檢量表（AD-8）作為認知障礙症初步篩檢評估（如下表）。

認知障礙的預防與改善



迷你認知量表(Mini-Cog)

題項	施測項目	評分
三個名詞 記憶	仔細聆聽並記住三個詞(參考以下詞彙)， 聽完馬上複誦。 第1版：香蕉、朝陽、椅子。 第2版：領袖、季節、桌子。 第3版：村莊、廚房、嬰兒。 第4版：河流、國家、手指。 第5版：船長、花園、照片。 第6版：女兒、天堂、高山。	
畫時鐘	請在圓形中畫出時鐘， 並把指針設在11:10分。 	正常= 2分 異常= 0分
回憶詞彙	請回憶之前請你記住的三個詞彙。	記憶 ____ 項目 共 _____ /3分

- (1) 總分5分 = 畫時鐘分數2分 + 名詞回憶分數3分。
- (2) 總分數結果不到3分，建議進一步接受檢查。

出處:Mini-Cog[®] Instructions for Administration & Scoring

認知障礙的預防與改善



極早期失智症篩檢量表(AD-8)

	題目	是,有改變	否,無改變	不知道
1	判斷力上的困難：例如落入圈套或騙局、財務上不好的決定、買了對受禮者不合宜的禮物。			
2	對活動和嗜好的興趣降低。			
3	重複相同問題、故事和陳述。			
4	在學習如何使用工具、設備和小器具上有困難。例如：電視、音響、冷氣機、洗衣機、熱水爐（器）、微波爐、遙控器。			
5	忘記正確的月份和年份。			
6	處理複雜的財物上有困難。例如：個人或家庭的收支平衡、所得稅、繳費單。			
7	記住約會的時間有困難。			
8	有持續的思考和記憶方面的問題。			

當有2題以上為「是,有改變」時，建議接受進一步檢查和治療。

出處：楊淵韓、劉景寬譯，NEUROLOGY，2005;65:559-564

認知障礙的預防與改善

若檢測結果為需要進一步接受檢查，可轉介到醫院神經內科或精神科，來排除身心症狀干擾（如憂鬱或睡眠不佳導致認知功能表現不佳）及安排檢查與衡鑑來確定病因及確立診斷。

診斷與評估

排除身心狀況干擾

...

上述量表若檢測結果為需要進一步接受檢查，可以先帶長者到社區或是附近的診所，進行初步評估確認與轉介，有時候長者也許是憂鬱或睡眠不佳導致認知功能表現不佳，需要進行鑑別。

病因與衡鑑

...

若臨床醫師懷疑長者為失智症的個案，可轉介到醫院的神經科或是精神科進行檢查及衡鑑來確定病因及確立診斷。若長者診斷為失智症，醫師及臨床心理師可透過評估與衡鑑，確認目前失智程度，以作為後續治療依據，及日後身心障礙及長照資源申請的標準。

認知障礙的預防與改善

治療與預防

經由醫師及臨床心理師完整的評估後，認知障礙症可透過藥物及非藥物治療，提供長者多管齊下的治療介入。

一、藥物治療

...

針對可逆性病因及退化或血管性病因提供不同的治療方式。可逆性病因的治療，如常壓性水腦症、慢性硬膜下腔出血或腦膜瘤等可優先使用外科手術治療，而B12缺乏引起的失智症則可用藥物來進行改善。退化或血管性病因造成的認知障礙症，目前常用的藥物為乙醯膽鹼酶抑制劑或NMDA受體拮抗劑，依據疾病種類、病況嚴重程度、藥物反應、及服藥順從性來選擇使用藥物，雖無法完全阻止退化，但可延緩病程發展。此外，血管性失智症可使用預防中風藥物（如：抗凝血功能藥物）以控制中風危險因子。

二、非藥物治療

...

可與長者進行生命回顧的**懷舊治療**，透過過去生活紀錄、事件與經驗，使用舊照片、日常用品、年代音樂、錄音帶、錄影帶或光碟等引導物，協助長者回憶過去並述說過去經驗，可使長者感到熟悉溫暖、安定情緒，促進表達及維持腦部活動。

以團體為主軸的**認知促進活動**，利用各種媒材，結合生活中各項能力，使長者在活動中反覆練習訓練，如專注力、計算能力、記憶力、邏輯推理能力，藉以維持現有認知功能，延緩退化速度。也可透過**現實定向感治療**，利用情境或環境安排，促進長者感受周遭的真實情況，如：日期、時間、地點、天氣、季節、親朋好友現況等，有助於長者提升自尊並減緩問題行為。

藝術治療包含**音樂與美術**為媒材的介入手段，運用音樂、繪畫、拼貼、彫塑等方法與失智症者互動，提供豐富之音聲、視覺、觸覺的多感官刺激，重新開啟個案的自我表達機會；透過失智者歌唱或陳述分享其作品，促進失智者之語言表達及成就感。其他有非藥物治療包含運動團體、園藝治療、芳香療法、寵物治療、娃娃治療等，皆有助於延緩失能與退化。

認知障礙的預防與改善

非藥物治療有其重要的角色，除了在醫院或診所進行藥物治療外，非常建議利用已經佈建好的日間照顧中心或是社區失智症據點做非藥物的治療，每個失智據點不一定都能提供所有被證實有效的非藥物治療，但是非藥物治療能帶來的好處常常也有其普遍性，並不需要強求某一種非藥物治療介入。

三、預防與保健

• • •

修正生活習慣、養成健康行為是當今防治失智症的重要策略。在2020年的刺胳針(The Lancet)期刊的報告中，針對失智症的危險因子給予了預防失智症的相關建議：

● 控制血糖，減少糖尿病的危害	● 規律運動
● 治療高血壓	● 保持良好心情、避免憂鬱
● 注意居家安全，避免頭部外傷	● 避免過量飲酒
● 戒菸	● 治療聽力障礙
● 避免中年肥胖	● 維持正常的社交活動
● 降低空氣汙染暴露	● 活到老、學到老，參加社區學苑

認知障礙的預防與改善

社區資源連結

失智症是目前國家公共衛生的重要課題，政府在全台醫院廣設了失智共同照護中心，每家共同照護中心網絡中會有數家失智社區服務據點，在社區中提供非藥物的失智照顧與復健。

輕微的認知障礙（臨床失智症分級 CDR=0.5-1）可以先到失智照顧據點接受服務。若是中度以上（臨床失智症分級 CDR=2 或更高），就是較嚴重的失智症，需要更多照顧人力，建議尋找人力較充足的日間照顧中心（小提醒：若是要使用以上兩種照顧服務都需要醫師開立失智症確診的證明書）。

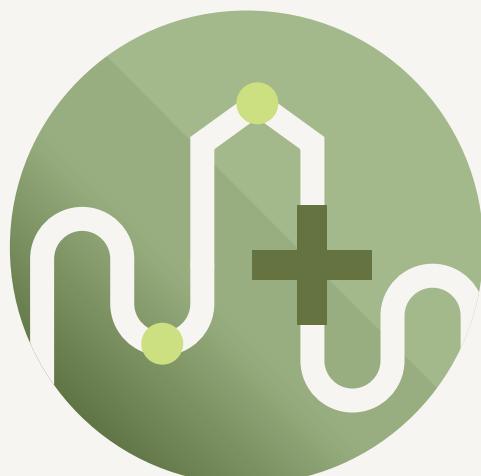
由於各地資源分配與各縣市政策不同，各地差異大且經常改變，可優先參考政府與各服務資源網站，如衛福部長照專區中的**失智照護資源布建及聯絡資訊**、撥打長照服務專線（1966專線）、或向各地方之失智症協會洽詢，亦可上台灣失智症協會的**社會支持中心網站**查看最新資源。

失智照護資源布建及聯絡資訊

[請點此處連結](#) 或掃附錄二QR Code 17

社會支持中心網站

[請點此處連結](#) 或掃附錄二QR Code 18



4-2

面對 憂鬱情緒



著者 林俞仲



編審 黃宗正



- 現任**
- 林俞仲身心精神科診所院長
- 經歷**
- 衛福部嘉南療養院高年精神科主治醫師
 - 加州大學洛杉磯分校研究員
- 學歷**
- 成功大學行為醫學研究所碩士
 - 高雄醫學大學醫學系

- 現任**
- 臺大醫院精神醫學部主任
 - 台大醫學院醫學系副教授
 - 台灣大學神經生物與認知科學研究中心副主任
 - 台灣老年精神醫學會理事長
 - 國際老年精神醫學會理事/秘書長

走出長者憂鬱 重拾生活樂趣

長者出現憂鬱症狀時應尋求協助與評估，若診斷為老年憂鬱症，可透過調整生活方式、藥物、心理治療與諮商、環境治療、以及職能治療來協助長者改善症狀。

在本章節中
您將了解

- 高齡者憂鬱常見症狀
- 如何評估是否有老年憂鬱的情況
- 老年憂鬱常見治療及預後
- 可尋求的相關社會資源

面對憂鬱情緒

臨床情境：

『吳奶奶最近每天哀嘆著活著沒意思，脾氣也變得暴躁，全身四處都疼、覺得不對勁，頻頻要家人帶她去看醫生，但檢查後卻查不出身體有什麼明確的疾病診斷，除此之外，注意力也開始變差，常常忘記家人交代的事情，情況越來越糟，越來越不想說話、吃飯，體重減輕，整天抱怨身體不舒服，晚上睡不著，白天則只想躺在床上，連原本最喜歡的種菜也興趣缺缺，讓家人好擔心...。』



面對憂鬱情緒

常見症狀

因為長者比較不習慣表達與描述自己的情緒、感受，所以老年憂鬱症往往以各種身體不適的症狀來呈現，常見的症狀包括：失眠、頭暈、胸悶、便祕、腸胃不適、心悸、焦慮不安、煩躁易怒、容易疲勞、食慾不振或體重驟減、社交退縮、無法查明原因的身體疼痛等。

尤其，老年憂鬱症也會出現認知障礙症狀，像是反應變慢、注意力及記憶力變差，甚至可能出現不切實際的妄想，而此種認知功能變差與失智症的症狀類似，常被誤認為失智症，因此老年憂鬱症也曾經被稱為「假性失智症」。由於一部份長者後續的確也發展為失智症，因此必須持續追蹤。

此外，老年憂鬱症常被認為是老化正常現象，也與長者的慢性疾病、老年神經退化疾病症狀很類似，因此常僅針對身體問題頻做檢查與治療，在進行鑑別診斷時容易被忽略。

評估工具

評估結果分數愈高表示愈有憂鬱傾向，建議及早接受精神科醫師進一步檢查和治療。

由於前述之老年憂鬱症特殊性質，長者對於情緒症狀的描述傾向保留，故臨床上的觀察相當重要，例如當長者有難以解釋的身體不適、活動力降低、認知功能減退等等，均須考慮憂鬱症存在的可能。

事實上，**女性、單身、孤獨、社交孤立、罹患身體疾病、重大失落事件（如家人過世等哀慟反應）、憂鬱家族病史、需要照顧他人的壓力、酒精濫用、經濟狀況差、低教育程度...**等，皆為老年憂鬱症的危險因子。

當長者呈現較多上述的危險因子時，就必須考慮憂鬱症的可能性。

面對憂鬱情緒



老人憂鬱量表 Geriatric Depression Scale (GDS-15):

在過去一星期當中，您是否有下列感受？如果「有」請答「是」，如果「沒有」請答「否」

題目	是	否
1 基本上，您對您的生活滿意嗎？	<input type="checkbox"/> 0分	<input type="checkbox"/> 1分
2 您是否減少很多的活動和興趣的事？	<input type="checkbox"/> 1分	<input type="checkbox"/> 0分
3 您是否覺得您的生活很空虛？	<input type="checkbox"/> 1分	<input type="checkbox"/> 0分
4 您是否常常感到厭煩？	<input type="checkbox"/> 1分	<input type="checkbox"/> 0分
5 您是否大部份時間精神都很好？	<input type="checkbox"/> 0分	<input type="checkbox"/> 1分
6 您是否會常常害怕將有不幸的事情發生在您身上嗎？	<input type="checkbox"/> 1分	<input type="checkbox"/> 0分
7 您是否大部份的時間都感到快樂？	<input type="checkbox"/> 0分	<input type="checkbox"/> 1分
8 您是否常常感到無論做什麼事，都沒有用？	<input type="checkbox"/> 1分	<input type="checkbox"/> 0分
9 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？	<input type="checkbox"/> 1分	<input type="checkbox"/> 0分
10 您是否覺得現在有記憶力不好的困擾？	<input type="checkbox"/> 1分	<input type="checkbox"/> 0分
11 您是否覺得現在還能活著是很好的事？	<input type="checkbox"/> 0分	<input type="checkbox"/> 1分
12 您是否覺得您現在活得沒價值？	<input type="checkbox"/> 1分	<input type="checkbox"/> 0分
13 您是否覺得精力很充沛？	<input type="checkbox"/> 0分	<input type="checkbox"/> 1分
14 您是否覺得您現在的情況是沒有希望的？	<input type="checkbox"/> 1分	<input type="checkbox"/> 0分
15 您是否覺得大部份的人都比您幸福？	<input type="checkbox"/> 1分	<input type="checkbox"/> 0分
總分		

總分說明

0~6分：適應狀況良好。

7~10分：屬中度情緒困擾，建議生活作息安排、慢性疾病控制、規律運動、社會參與、尋求支持。

11分以上：屬重度情緒困擾，建議轉介精神專科進一步評估。

面對憂鬱情緒

治療與介入

進行長者的憂鬱症狀治療前，醫師需先進行完整的評估，包含：長者的身體疾病史、目前用藥、生活功能與適應、社會支持系統、經濟壓力、是否有其他身心疾病等；在全面評估過後，醫師才能與長者及家屬討論適合的治療方式。老年憂鬱症經醫師診斷後，可透過藥物、心理治療、親友或照護人員陪伴調整生活、日間照護環境設施治療以提供長者多管齊下的治療與介入。

一、調整生活方式



...

增加體能活動或執行規律運動能改善老年憂鬱症狀，可依長者身體狀況選擇適當的體能活動，從入門型運動，如：健康體操、散步、健走，到需要肌力及柔軟度的進階運動，如：太極或瑜珈，都是不錯的選擇。除了運動外，盡可能維持長者的日常生活功能，從事能力範圍內的簡單家務，如：買菜、洗衣服、準備餐食等，可訓練四肢運動及認知能力。

此外，可多鼓勵或邀請長者參與愉快的活動和社交互動，家人的陪伴、傾聽與同理，對於老年憂鬱症患者而言是康復的重要一環。家人盡可能陪伴長者就醫、給予協助，留意藥物的遵循正確性，回家後可多抽空陪伴長者聊天或出門散步，亦建議陪同長者重拾興趣，增加生活重心轉移憂鬱情緒，若家人因工作或居住地點的因素不在身邊，可考慮轉介社區照顧關懷據點提供協助。

面對憂鬱情緒

治療與介入

二、藥物治療



...

目前有多種可選用的抗憂鬱藥物，例如選擇性血清素再攝取抑制劑(SSRI)、血清素／正腎上腺素再攝取抑制劑(SNRI)等，在藥物使用上，應遵循一般老人用藥原則，即”start low, go slow”，先選擇最小的有效劑量及緩慢調整劑量，並監測藥物的副作用，而在藥物的療效上往往比年輕人需要更久的時間或較高的劑量才能有所反應。在治療劑量(therapeutic dose)下，通常要4到6個星期，甚至於8個星期才能評估藥物的效果。

三、心理治療及諮詢

...

可尋求精神科醫師或心理師評估及提供相關的協助，心理治療可以輔助抗憂鬱藥物達到更好的改善效果。而心理治療更能預防憂鬱症的復發，如果在憂鬱症狀改善之後，持續的藥物介入合併心理治療可以得到最佳的預防效果。心理治療的模式很多，例如認知行為治療、人際心理治療、動力心理治療、團體心理治療...等。

四、環境治療及職能治療

...

提供支持、包容、陪伴、正向經驗等等的治療模式或環境，及特定生活功能的復健，例如日間照護機構、懷舊治療、日間病房、園藝治療、藝術治療、職能治療...等。

面對憂鬱情緒

預後及追蹤

根據衛生福利部所公布的自殺死亡統計資料，我國老年族群（65歲以上）的自殺死亡率一向高於其他年齡層，老年憂鬱症仍是需要重視的議題。憂鬱症常常慢性化，但更常在改善以後，又再度復發，因此應該要把憂鬱症視為需要長期控制的慢性疾病，或者亞急性的疾病來治療。

此外，失智症及憂鬱症兩者也可能並存。老年憂鬱症可能是失智症的前驅症狀，失智症的病程中也可能出現憂鬱症狀，故在老年憂鬱症的治療改善後，仍必須留意病人是否有認知功能、生活功能持續退化的失智症跡象。

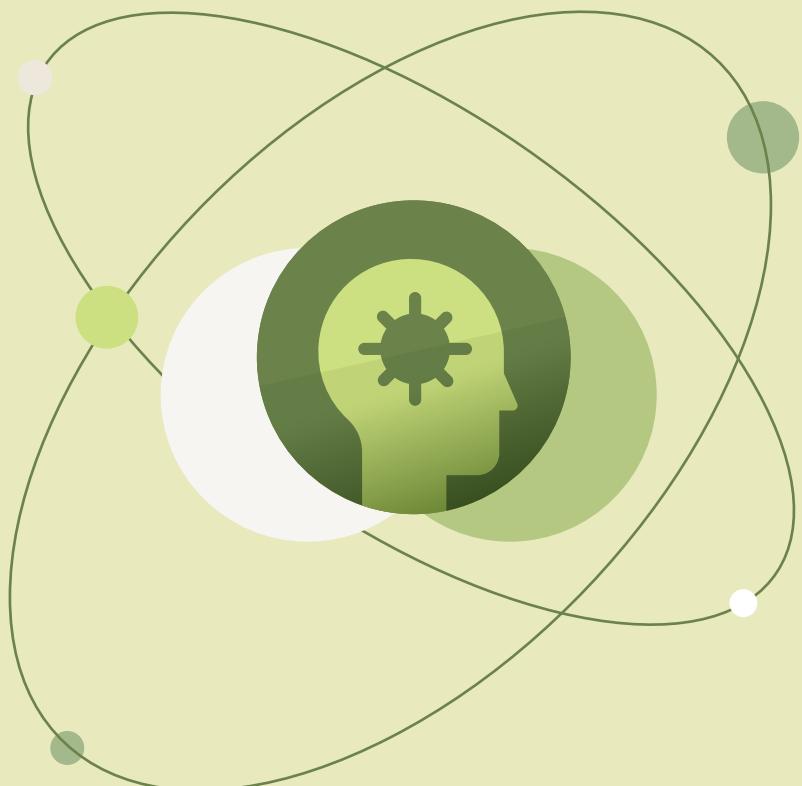
社區資源連結

可向各縣市社區心理衛生中心尋求協助，或者撥打衛生福利部1925（依舊愛我）安心專線，可提供全年無休、24小時免付費之心理諮詢服務，或撥打1995生命線及1980張老師專線，亦可提供適當的心理支持。



4-3

認識謬妄



著者 陳殿和



編審 黃建程



現任 • 奇美醫院急診部主治醫師

經歷 • 奇美醫院老年醫學科兼任主治醫師

• 奇美醫院急診部住院醫師

• 奇美醫院急診部總醫師

學歷 • 台北醫學大學醫學系學士

現任 • 奇美醫院急診部高齡急診科主任

• 奇美醫院老年醫學科主治醫師

• 教育部部定教授

經歷 • 台北榮總急診部住院醫師、總醫師、研究員

• 台北國泰醫學中心急診科主治醫師

急性混亂難區辨 排除譫妄為優先

當長者精神狀況在短時間內有改變，作息日夜顛倒，定向感異常，甚至產生幻覺等情況，應盡速就醫給予適當的治療，以減少不良預後，避免後遺症的發生。

在本章節中
您將了解

- 高齡譫妄症常見的症狀
- 如何及早發現譫妄症
- 譫妄症的常見治療與介入
- 譫妄症的預後及追蹤

認識譫妄

臨床情境：

『82歲的阿嬤，平時可以用四腳拐杖慢慢行動，生活起居大部分可以自理，兩個禮拜前，阿嬤因為左側腰部的皮膚長疼痛性、水泡狀的疹子，醫師診斷為帶狀皰疹，除了給予口服的抗病毒藥物外，還有止痛藥及皮膚藥膏。然而，阿嬤因為疼痛而失眠，漸漸地精神越來越差，晚上常常睡不著，白天卻又很嗜睡。平時阿嬤最喜歡到公園乘涼，但近幾天卻賴床不起。接著，阿嬤開始有點胡言亂語，有時候還認不得人。起初家人還沒有太在意，但某天早上，看護發現阿嬤尿失禁躺在床上叫不醒，因此緊急送急診就醫，經過醫師的診視，診斷病人有尿道感染，同時懷疑有譫妄症的發生，經過住院後的治療，阿嬤的精神狀況隨著疼痛及感染的改善而漸漸恢復，出院時已經意識清楚，並認得人。』



認識譴妄

常見症狀

長者突然精神混亂日夜顛倒，白天一直睡，晚上卻睡不著；產生幻覺，看到或聽到不存在的事物；失去定向感，譬如：認不得人、失去時間概念、不知身處何方。倘若出現上述這些症狀，很可能是譴妄症！

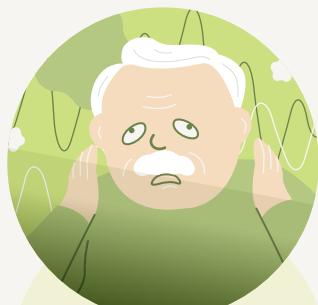
譴妄症的特徵是注意力及認知功能在短時間內急速地退化，而且情況時好時壞。倘若一般民眾在家發現長者精神狀況在短時間內有改變，作息日夜顛倒，定向感異常，甚至產生幻覺等情況，應儘速將長者送往醫療院所，讓醫師診視病人，才不會延誤病情。



作息日夜顛倒
早上睡覺；晚上醒著。



精神狀態改變
有的人會精神亢奮、易怒；
也有的人會過度安靜、
嗜睡。



產生幻覺
看到或聽到不存在
的人、事、物。



定向感功能異常
認不得人，不知道身在何處，
不知道時間日期。

認識譫妄

臨床評估工具

譫妄症是一個症候群，也就是病人無法靠抽血或醫學影像檢查來診斷，而是透過醫師的臨床判斷來診斷。醫師常使用混亂評估法(Confusion Assessment Method, CAM)來診斷譫妄症，其包含四個面向來評估：



- 1 急性精神狀況改變或病程波動起伏** 
- 2 注意力不集中** 
- 3 意識狀況改變** 
- 4 思考混亂** 

譫妄症發生的誘發因子

常見症狀		常見疾病
1	感染症	如：肺炎、尿道感染、腸胃炎等
2	心肺疾病	如：心肌梗塞、心臟衰竭、心肌炎、肺炎、呼吸衰竭等
3	腦神經疾病	如：中風、腦出血、癲癇、腦膜炎等
4	內分泌疾病	如：血糖過高或過低、甲狀腺疾病、電解質不平衡等
5	系統性問題	如：脫水、疼痛、低體溫、熱中暑、重大外傷等

認識譫妄

治療與介入

一旦醫師懷疑長者為譫妄症，便會致力於找出譫妄症的危險因子，例如：感染、潛在不適當用藥、疼痛問題、脫水、營養不足、睡眠障礙、電解質不平衡等。透過跨團隊合作的照護模式，全面性地照顧，包含：醫師積極治療誘發譫妄症的疾病；護理師檢視病人是否有疼痛、脫水、便祕、脹尿等問題；藥師極力找出潛在不適當用藥，並進行調整；營養師給予長輩飲食的建議；物理治療師或職能治療師協助讓病人活動關節，及早下床，避免功能退化。

此外，更重要的是，病人的家屬，要細心地照顧及陪伴病人，例如協助病人上下床，避免跌倒；讓病人的飲食均衡，避免脫水；協助病人活動關節；不厭其煩地提示人、事、物等，這些看似微不足道的陪伴與照顧，卻是治療成功的關鍵。

預後及追蹤

譫妄症是一種常見的老年病症候群，不論是住院、急診、機構或社區的高齡病人，均可能發生譫妄症，嚴重時甚至造成生命危險。譫妄症往往是急性發作，倘若沒有及時介入治療，可能演變成慢性的，甚至是造成永久性後遺症。

一旦譫妄症的發生，會增加病人的死亡率、住院天數、耗費相當高的醫療費用，使得病人生活功能急速退化，倘若病人恢復不佳，可能演變成失智症，最後，病人因為失能，而入住到長照機構。

譫妄症雖然是可以治療的，但其整體的預後並不佳，因此，醫療人員在臨牀上應有高度的警覺性，一般民眾也要有一定的認識，才能早期發現問題，及早送醫，給予適切的治療，減少不良預後，避免後遺症的發生。

一旦懷疑譫妄症的發生，應到醫療院所，尋求專業的醫師進行評估。

擺脫尿失禁困擾

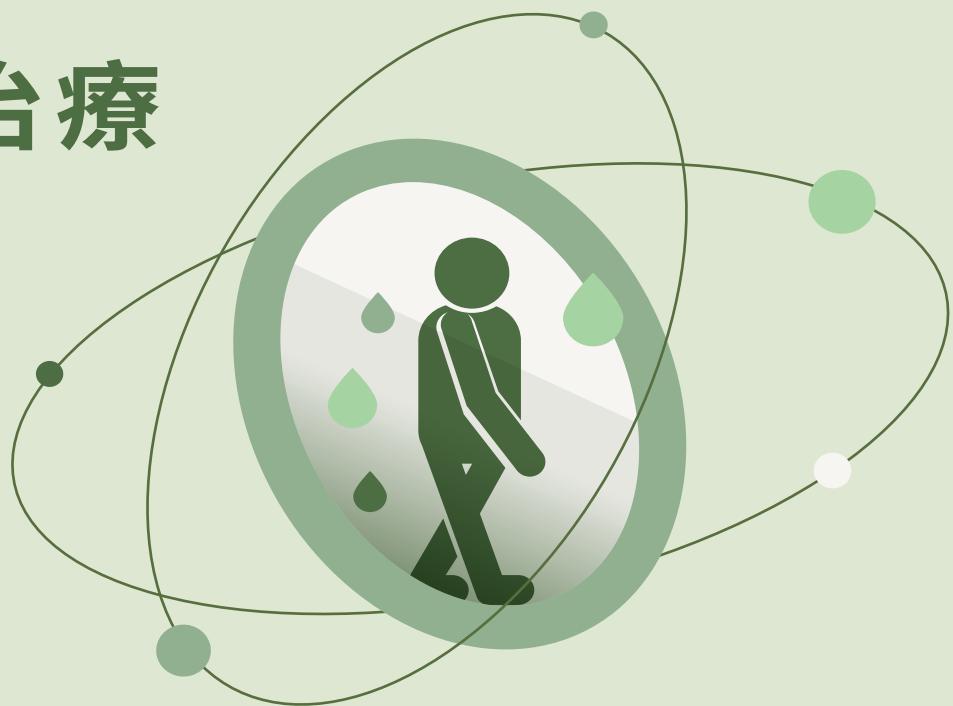


尿失禁影響全球約三分之一的高齡者，而失禁問題對心理及社會層面的影響，包括自尊心降低、社交活動受限、性生活障礙及憂鬱情緒。



5-1

高齡男性與 認知障礙者的 尿失禁治療



著者 林介山



編審 張美玉



- 現任
- 林介山泌尿科皮膚科主治醫師
 - 彰化基督教醫院泌尿科主治醫師
 - 中山醫學大學醫研所副教授

經歷

- 彰化基督教醫院泌尿科主任、董事

學歷

- 中山醫學大學醫學研究所碩士及博士

- 現任
- 張美玉泌尿科診所院長
 - 小港醫院泌尿科兼任主治醫師
 - 高雄市立大同醫院泌尿科兼任主治醫師
- 經歷
- 高雄醫學大學附設醫院主治醫師

長者失禁可改善 維護尊嚴好心安

出現尿失禁問題時，應尋求醫師協助以確認病因並配合治療，對於認知功能障礙長者的尿失禁問題，可藉由適時提醒排尿來因應。

在本章節中
您將了解

- 高齡男性與認知障礙者尿失禁的型態和種類
- 尿失禁的臨床評估
- 尿失禁治療與介入
- 尿失禁護理

高齡男性與認知障礙者的尿失禁

臨床情境：

『67歲的陳伯伯說：最近幾個月常常晚上起床解尿，白天也是一樣常常上廁所，好像老是解尿不乾淨，尿流細小無力，常常會尿不到男人用的馬桶，會尿到腳尖，有時褲子的拉鍊來不及拉下就尿褲子了。』

『80歲的卓爺爺兩年前腦中風，幸而治療之後除了左手左腿偏癱之外，還能緩慢行走，只是常常會來不及到廁所就尿褲子了，他不得不來就醫解決這問題。』



高齡男性與認知障礙者的尿失禁

高齡男性與 認知障礙者尿失禁的 型態和種類

所謂尿失禁，顧名思義是無法控制尿液就自行流出。尿失禁的型態和種類：可分為急性和慢性。急性就是突然發生的，也可能是暫時性的，常見的原因有感染、發炎、譫妄、精神疾病、藥物影響、尿液製造過多、便秘、行動不便來不及上廁所等等原因。若能即時找到原因並給予適當的治療，大多數是可痊癒或改善的。而慢性的尿失禁則較為複雜，主要可分為以下四類：

1.急迫型尿失禁

2.應力性尿失禁

3.滿溢性尿失禁

4.持續性尿失禁

若同時合併兩種以上的問題則稱為混合型尿失禁。

- 上述第一個例子的陳伯伯屬於前列腺及膀胱頸尿道下泌尿疾患，男性因攝護腺肥大造成尿液阻塞，久了之後膀胱一直累積尿液，使膀胱的肌肉漸漸失去能力，無法正常控制排尿，才造成尿失禁。

- 第二個例子的卓爺爺則是腦中風後因為腦部對於排尿中樞的抑制力不足，因此使得病人在有尿意感的時候，便會產生無法抑制的反射性排尿，而主要的問題仍然是大腦皮質對於排尿控制機轉發生障礙，影響排尿機能。

尿失禁是腦中風病人相當困擾的問題之一，嚴重干擾日常生活，造成這種問題最常見的原因為神經性膀胱(Neurogenic Bladder)，其致病機轉主要是因為腦部或薦椎以上的脊椎神經受損所導致，常見的疾病有阿茲海默病、多發性硬化症、椎間盤壓迫、休克、梅毒、外傷性的腦部或上段脊髓病變。

高齡男性與認知障礙者的尿失禁

臨床評估

1. 理學檢查

一般檢查：包括心智狀況和活動能力，並檢查有無下肢水腫及使腹壓增加的病因，如腹部腫瘤等。

神經學檢查：評估病人的運動和感覺神經機能及神經反射等。

肛診：檢查肛門括約肌的張力及反射收縮，前列腺肥大，有無大便阻塞。

視診：生殖器官的檢視(如包莖或疝氣)。

2. 實驗室檢查

驗尿，包括血尿、濃尿、糖尿的篩檢及尿液細胞學檢查等。其它項目有抽血定量尿素氮、肌酸酐、血糖和電解質等。

3. 進階評估

超音波，尿路攝影，膀胱鏡檢查以及尿動力學檢查等。



高齡男性與認知障礙者的尿失禁



治療與介入

現今有比較多治療尿失禁的方法，不過要用哪一種療法，還是要取決於病人的尿失禁類型，以及嚴重程度，基本上要先嘗試最簡單、最安全的治療或改善方式。

一、改變生活型態

• • •

減重、戒菸、戒酒、少攝取咖啡因(茶、咖啡、汽水)、避免搬重物、避免便祕、睡前少喝水等等，都有助於控制尿失禁。

二、安排解尿時間

• • •

在設定的時間去上廁所，例如每個小時上一次，再來可以慢慢延長間隔的時間，這種方式可幫助患者控制好膀胱，搭配生物反饋療法及凱格爾運動，可以使患者更好控制住急迫性及滿溢性尿失禁。

三、骨盆肌肉運動

• • •

凱格爾運動又稱骨盆底肌運動，藉由重複縮放部分的骨盆底肌肉進行，骨盆底肌肉訓練配合自我調控以改善尿失禁問題。

四、藥物治療常用藥

• • •

藥物治療常用藥如imipramine、oxybutynin、tolterodine、solifenacin、mirabegron、desmopressin等，由醫師依照尿失禁類型選用適當治療。

五、侵入性治療

• • •

攝護腺手術、尿道狹窄切開術、肉毒桿菌膀胱肌肉注射。

六、當上述治療療效不佳時

• • •

當上述治療療效不佳時，尿管的留置或永久性的膀胱造口也可解決解尿困難及尿失禁的問題。

高齡男性與認知障礙者的尿失禁

由於國人的生活水準提升，壽命的延長，尿失禁問題是十分常見且常使長者感到頭痛與煩惱的問題。尿失禁不但嚴重影響生活品質，更嚴重者容易造成尿路感染、腎功能受損等。醫療技術的進步，無論是藥物或是手術近年都有創新的發展。經過詳細評估確認診斷尿失禁的病因後經過配合泌尿專科醫師的治療，一般都可以達到不錯的治療效果。



高齡男性與認知障礙者的尿失禁

尿失禁護理也是重要的一環

許多人最先想到的多是「成人紙尿褲」，在替長者穿上紙尿褲前，其實應該要充分與長者溝通，因為長者是個獨立的個體，即便老了，仍保有自己的尊嚴與意願，此時若為了「照顧者的方便」而強逼長者穿上紙尿褲，雖然解決了眼前尿失禁的問題，卻忽略長者內心感受。

因此建議可以先協助長者自行如廁，或是改造家中廁所動線，讓長者能更容易如廁，若這些都無法避免長者憋不住的狀況，可以透過理性的溝通，與長者討論使用床邊尿壺或紙尿褲。照顧長者除了要有耐心，更需要投入大量的心力與時間，如何兼顧好長者的照護與家庭、事業，是許多人陷入的兩難困境，尿失禁的問題可與醫師討論如何取得最適當的處置。



5-2

改善高齡婦女的 尿失禁問題



著者 劉蕙瑄

- 現任
- 台北馬偕婦產部資深主治醫師暨婦女泌尿專科主治醫師
 - 馬偕醫學院醫學系專任副教授
 - 亞太婦女泌尿醫學會副秘書長
 - 台灣婦女泌尿醫學會副秘書長
 - 台灣婦女健康暨泌尿基金會副執行長



編審 陳進典

- 現任
- 中山醫學大學附設醫院婦產部主治醫師
 - 中山醫學大學附設醫院骨盆機能整合照護中心主任
 - 中山醫學大學 醫學系/醫學研究所教授
 - Editor of International Urogynecology Journal
 - Nepal Advisory Board member, Nepal program 2018, Foundation of International Urogynecology Association (FIUGA)



凱格爾強化骨盆肌 婦女失禁多練習

對於患有尿失禁(急迫性、應力性或混合型)的高齡婦女應建議骨盆底肌肉訓練，或結合膀胱控制訓練和自我監測。

在本章節中
您將了解

- 高齡婦女尿失禁的常見原因
- 尿失禁的臨床評估量表
- 高齡婦女尿失禁的診斷與治療
- 尿失禁對高齡婦女健康的影響

改善高齡婦女的尿失禁問題

臨床情境：

『陳阿嬤最近心情變得不好，過去的她喜歡旅遊，但最近家人想帶她出門都遭到拒絕，阿嬤幾乎每天都待在家裡。在家人細細詢問之下，才知道她最近有漏尿的問題，常常人還沒走到廁所就尿在褲子上，另外夜間也開始需要跑好幾次廁所，讓她睡眠品質變差，白天也因此無精打采、昏昏沉沉的。阿嬤因為不想要用護墊或是尿布，但是漏尿的問題使得她常常要換褲子，甚至床單，因此變得不敢踏出家門...。』



改善高齡婦女的尿失禁問題

高齡婦女尿失禁的常見原因

尿失禁是一種不自主的尿液漏出，而高齡婦女的尿失禁原因可分為下列幾類：

一、應力性尿失禁

• • •

尿失禁在腹壓突然增高時發生，如運動、咳嗽、大笑、打噴嚏等，可能與尿道過度移動或尿道內括約肌缺損有關。

二、急迫性尿失禁

• • •

尿失禁發生時或發生前有尿液急迫感，可能與逼尿肌過動及不正常收縮有關。

三、混合性尿失禁

• • •

同時具有應力性及急迫性尿失禁的症狀。

四、其他原因

• • •

藥物、酒精、咖啡因、便祕、停經期生殖泌尿道症候群、陰道瘻管、泌尿道感染、神經系統疾病、認知障礙、癌症、膀胱出口阻塞、低順應性膀胱等也會導致漏尿。

臨床評估量表

可參考台灣尿失禁防治學會網站（點選「醫療專業區」-「中文化問卷」）請點此處連結 或掃附錄二QR Code 19

核心下泌尿道症狀問卷表 (Core Lower Urinary Tract Symptom Score Questionnaire, CLSS)

膀胱過動症症狀評分表 (Overactive Bladder Symptom Score, OABSS)

尿失禁症狀困擾量表 (Urinary Distress Inventory, UDI-6)

用於評估下泌尿道症狀

尿失禁生活衝擊量表 (Incontinence Impact Questionnaire, IIQ-7)

則用於評估下泌尿道症狀對生活品質的影響

改善高齡婦女的尿失禁問題

診斷與治療

診斷



...

經詳細的病史詢問及身體檢查評估後，可安排尿液檢查、棉墊重量檢查、超音波、婦科檢查及尿路動力學檢查，以進一步了解膀胱的功能及尿失禁的類型。

治療

...

依據不同的尿失禁類型會建議不同的治療，下列為常見的治療方式

初始治療：對於大部分的尿失禁治療可考慮保守治療，主要可分為行為治療與骨盆底肌運動。

行為治療

包括膀胱再訓練(改變排尿習慣和姿勢)、改變生活習慣(如適量的飲水、減少咖啡因、酒精等刺激膀胱的物質)以及減重等。

骨盆底肌運動

藉由訓練骨盆底肌群的力量，來預防及治療輕中度尿失禁、膀胱過動症及脫垂。另外，也可尋求婦女泌尿專科醫師或專業的治療師進行生理回饋訓練；運動次數及收縮強度可隨需要調整。

藥物治療：在急迫性尿失禁上可使用藥物來幫助治療，主要分成兩大類：抗毒蕈鹼類(anti-muscarinic)及乙三型交感神經刺激劑(β_3 -adrenergic agents)。

若初步治療三個月後仍效果不彰，則需要及時轉介婦女泌尿科醫師評估。

手術及其他侵襲性治療：在可透過手術改善骨盆底肌肉和筋膜鬆弛的結構問題；有些時候會選擇其他侵襲性治療方式(例如膀胱內注射肉毒桿菌毒素)，但這些侵襲性治療方式都應由專科醫師評估與建議後施行。

改善高齡婦女的尿失禁問題

骨盆底肌運動

• • •

又稱凱格爾運動、會陰收縮運動或是提肛運動。當我們在解尿中，嘗試將小便忍住，此時會陰的動作即是正確之凱格爾運動骨盆底肌運動所要訓練之肌肉群所負責；但不要在解尿時自己進行此一訓練。

一般建議骨盆底肌運動一天做二到三次，一次大約二十下，訓練的目標是：骨盆底肌肉維持十秒鐘收縮，然後慢慢放鬆十秒鐘，重複以上收縮與放鬆的動作。

此運動不受時間地點限制，洗臉刷牙或是看電視時、甚至通勤搭車時，都可在不被旁人察覺下進行此運動的訓練。

尿失禁對高齡婦女健康的影響

尿失禁對生活品質有重大的影響，且與憂鬱和焦慮、工作障礙和社交孤立有關；並可能導致會陰部感染，增加跌倒及骨折的風險進而影響行動力。同時也增加照護者的負擔，如果高齡婦女有尿失禁的相關問題，應盡快尋求醫師的協助。

預防跌倒

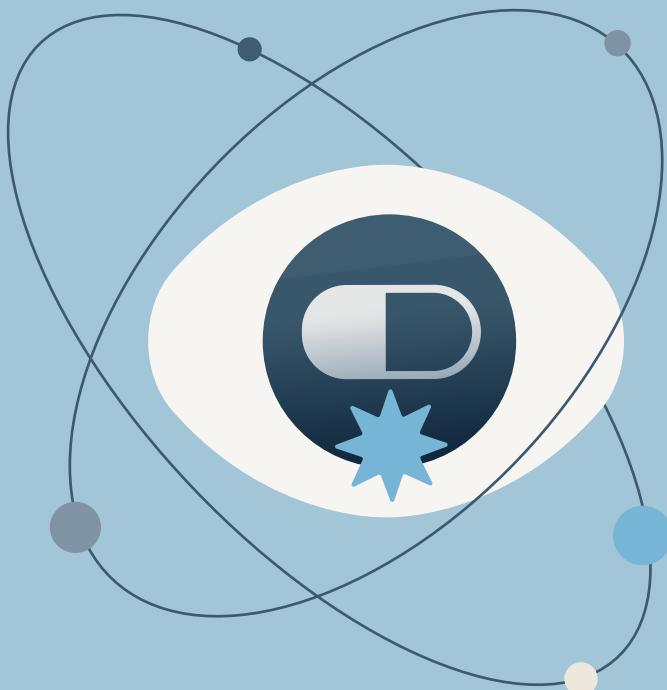


跌倒是高齡者住院和傷害致死的主要原因。跌倒的發生包含環境因素和個人因素，因此可以進行居家環境風險評估和調整，在必要時停用影響精神狀態之藥物，並搭配運動訓練與物理治療，以降低高齡者跌倒的風險。



6-1

認識增加跌倒風險的 常見藥物



著者 游佩雯

- 現任**
- 美術藥局負責人暨總藥師
 - 臺中市健保特約藥局協會理事
 - 成功大學臨床藥學碩士
- 學歷**
- 中正大學成人及繼續教育學系博士生
 - 中國醫藥大學藥學系兼任講師

編審 黃千惠

- 現任**
- 國立成功大學醫學院附設醫院
藥劑部臨床藥事組藥師兼組長
 - 國立成功大學醫學院藥學系兼任講師
- 經歷**
- 國立成功大學醫學院附設醫院
藥劑部臨床藥師
- 學歷**
- 國立台灣大學藥學系畢業
 - 國立成功大學醫學院臨床藥學
研究所畢業

藥物吃對和吃少 長者生活不跌倒

對有跌倒風險的長者進行藥物審閱，停用不必要、有害及高風險的藥物。

在本章節中
您將了解

- 藥物與跌倒的相關性
- 跌倒篩檢評估表
- 具增加跌倒風險的藥物類別
- 藥物調整的原則

認識增加跌倒風險的常見藥物

臨床情境：

『王爺爺長期有在服用醫師開的安眠藥，這陣子因為小感冒吃了好幾天流鼻水的藥，那天起床想上廁所，下床後突然覺得頭暈、走路也有點遲鈍，一下子步伐不穩，就在廁所門口跌倒了！幸好，兒子媳婦還沒上班，聽到「碰！」的一聲，就衝到爺爺房間查看，發現爺爺跌倒後意識不太清楚，也不知道有沒有撞到頭，一家人趕緊把爺爺送到急診去。』



認識增加跌倒風險的常見藥物

常見症狀

根據國民健康署106年「國民健康訪問調查」，3,280位65歲以上長者中，自述過去一年曾跌倒者比率為15.5%，也就是說每6個長者，就有1位在一年內有跌倒的經驗。長者跌倒通常是多重因素，藥物是其中一個常見的因素。而藥物導致跌倒風險增加的原因，包括使用了可能導致頭暈、步態不穩、肌肉無力等不良反應的藥物。而長者常見的多重用藥(poly-pharmacy)，由於重複用藥、交互作用與藥物可能引起副作用的影響，更是讓跌倒風險大幅提升。

臨床評估工具

臨牀上跌倒風險因子，不是只有藥物，而是多重風險因子的共同影響，跌倒評估在國民健康署2021年《老人防跌工作手冊》中有跌倒篩檢評估表（如圖），其中有兩點直接與藥物相關。此外，在臺灣長者健康整合式評估中，用藥相關評估包含三點：

1. 您每天使用的藥物是否10種（含）以上（包括中藥等任何用藥）？
2. 您服用的藥品中是否包含止痛藥、幫助睡眠用藥等？
3. 您是否因為服用藥品而發生平衡感改變、睏倦、眩暈、低血壓或口乾舌燥等症狀？

無論在跌倒篩檢評估表或臺灣長者健康整合式評估，兩者的用藥問題均為釐清長者是否有正在使用高風險致跌藥物或引起跌倒相關的藥物不良反應。

認識增加跌倒風險的常見藥物

跌倒篩檢評估表

是	否	問題		...
2	0	過去一年我曾經跌倒過		
2	0	我使用柺杖或助行器以維護行動安全 (或：其他人曾建議我使用柺杖或助行器)		
1	0	我有時會覺得走路時不太穩		
1	0	我在家走路時需要扶著家具來維持平衡		
1	0	我會擔心不小心跌倒		
1	0	我從椅子上站起來時需要用手幫忙撐住		
1	0	從路邊跨上人行道時，我覺得有點困難		
1	0	我常常覺得很急著要上廁所		
1	0	我覺得腳步的感覺有些異常		
1	0	我吃的藥有時會讓我覺得頭暈或比平常來的累		
1	0	我吃安眠藥或讓心情比較好的藥		
1	0	我常常覺得傷心或憂鬱		

總分超過4分就是高危險群

資料來源：國民健康署（2021）老人防跌工作手冊

認識增加跌倒風險的常見藥物

具增加跌倒風險的藥物類別 (Fall-risk Increasing Drugs, 簡稱FRIDs)

根據文獻彙整了高風險導致跌倒藥物，口訣為「**腦靜循糖肌**」。

一、腦，作用在中樞神經系統可能對認知與行動力有多重影響的藥物。

這部分包含的藥物有帕金森氏症用藥、失智症用藥、抗癲癇用藥、具抗膽鹼作用的藥物，可能影響步態、行動功能與認知。其影響是來自疾病與藥物多重干擾，有服用這方面藥物的長者應多注意防範跌倒的措施，除了調整藥物更需要配合環境改善來著手。



二、靜，可能具有鎮靜安眠作用的藥物。

具有鎮靜安眠作用的藥物，不只安眠藥與鎮靜劑（如：苯二氮平類(benzodiazepines)及非苯二氮平類（亦稱Z-drugs）），許多中樞神經系統穩定劑、抗精神疾病用藥（如：quetiapine, haloperidol, risperidone）、抗憂鬱劑（如：三環抗憂鬱藥：(doxepin, trazodone, mirtazapine) 等）都具明顯嗜睡作用，嗎啡類止痛藥(opioids)也有鎮靜的副作用。另外，常見抗組織胺藥物（尤其第一代抗組織胺）除了嗜睡副作用，也可能因為抗膽鹼作用，導致長者視力模糊影響行走時的安全。



認識增加跌倒風險的常見藥物

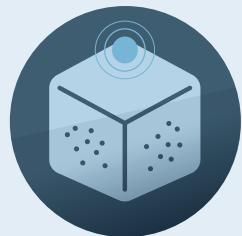
三、循，影響心血管循環系統並潛在導致姿勢性低血壓或暈厥的藥物。

許多藥物可能誘發姿勢性低血壓、血壓下降或心搏過緩，服用心血管用藥或利尿劑的長者，須監測平日血壓與心跳，日常注意姿勢轉換宜緩和，當有藥物劑量或用量改變時更要密切監測。除此之外，服用攝護腺用藥（如：doxazocin, tamsulosin）、心絞痛（如：nitrates）或心律不整用藥（如：amiodarone）、部分帕金森用藥（如：ropinirole, pramipexole, selegiline），是常見引發姿勢性低血壓的藥物，注意降血壓藥物中beta-blockers亦可能導致心搏過緩也具暈厥風險。



四、糖，可能導致低血糖的藥物。

長者有使用降血糖藥物，尤其胰島素及sulfonylureas與meglitinides類降血糖藥，需要注意低血糖症狀與衛教，避免低血糖導致的暈厥跌倒。



五、肌，影響肌肉骨骼系統或潛在藥物不良反應而導致肌肉無力或神經病變的藥物。

許多長者有疼痛的問題會服用止痛藥與肌肉鬆弛劑，而肌肉鬆弛劑可能導致肌肉無力而有跌倒風險；另外少數藥物也可能誘發肌肉骨骼系統相關副作用而增加跌倒風險，如膽固醇用藥（如：statins）、胃藥（如：proton pump inhibitors）、具免疫調節的抗瘧藥（如：hydroxychloroquine）、特定化療藥（如：紫杉醇（taxanes）），建議以不良反應個案評估處理。



認識增加跌倒風險的常見藥物

治療與介入

在世界衛生組織(WHO)的高齡整合照護(ICOPE)指引中，預防跌倒當務之要就是進行藥物整合評估與停用可能有害且不必要的藥物；美國疾病管制局(CDC)則建議「停、換、減」三步驟，「藥能停就停、換成更安全的、減到最低有效劑量」；在英國國家健保局(NHS)指引更提出，長者使用超過四種以上藥物就可能有跌倒風險，因此，為長者定期進行藥物整合評估是重要的，此外最新文獻指出藥物調整不應作為預防跌倒的單一策略。

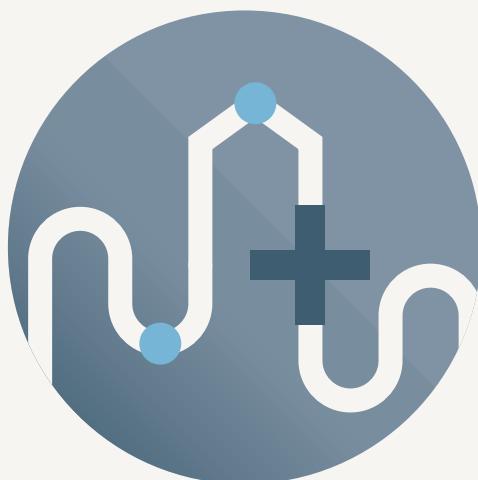


預後及追蹤

根據107年死因統計資料顯示，跌倒是長者意外死因第二位。當涉及到長者跌倒時，藥物因素雖然常見，但也通常是較容易改變的風險因素，用藥請尋求醫師及藥師進行評估整合。

社區資源連結

若有藥物相關問題，可洽有提供用藥整合諮詢的社區藥局、診所或醫院藥師，由藥師協助進行藥歷評估與執行整合藥事照護，並回饋給醫師以減少易跌風險藥物，共同打造用藥安全。



6-2

預防跌倒的運動訓練



著者 王維弘



編審 李紹誠



- 現任
- 維弘復健科診所院長
 - 台灣居家醫療醫學會理事
 - 臺中市政府身心障礙鑑定審議諮詢小組委員
 - 臺中市及彰化市長照復能延案審查委員
 - 台灣復健醫學會長照委員

- 現任
- 台灣復健醫學會理事長
 - 中華悅齡長照關懷協會理事長
 - 衛福部長期照顧司諮詢委員
 - 天使居長照財團法人董事
 - 台北市伯大尼兒少家園常務董事

運動增肌協調好 生活品質會更好

應向有跌倒風險的長者建議運動訓練，使長者更有效地從事日常生活動作並降低跌倒之風險。

在本章節中
您將了解

- 長者跌倒常見因素
- 防跌復健運動的目的
- 防跌復健運動的原理
- 防跌復健運動的訓練方式

預防跌倒的運動訓練

臨床情境：

『85歲的林爺爺，近期因為疾病住院了一陣子，經過治療後雖無急性症狀，但出院後行動上變得無力，大多時間都躺在床上或坐在沙發上，後來連起身也漸漸變得困難，也因此食量變的更少，整個人都瘦了下來，前天早上吃完早餐拄著拐杖要去廁所時不小心被門檻絆倒，所幸就醫後沒有大礙...。』



預防跌倒的運動訓練

長者跌倒常見因素 與復健運動

跌倒，在長者失能一直扮演著極其重要的角色，由於長者肌力及協調性下降，對於環境因素的改變，往往不能做出及時及足夠的反應，除了跌倒事件的機率增加，跌倒傷害的嚴重度亦較年輕人高，跌倒不僅導致長者肢體傷害，後續所帶來行動不便及臥床亦可能衍生出心肺功能衰退，不僅會加速長者本身機體的失能，更間接增加家庭及社會成本的負擔。

老年跌倒也與環境因素有關，常見的環境危險因素如浴室濕滑、家中擺設、生活動線中不預期的物體、不適當的燈光及通道照明不足、過低及過軟的座椅，床鋪過高或過低等，都可能增加長者跌倒意外。

另外，抗精神病藥物、抗焦慮藥／鎮定劑、帕金森藥物、胰島素、麻醉性止痛藥或慢性病控制不佳等造成的姿態性低血壓，亦是增加跌倒風險的因子。而針對長者肌少症的治療可以有效預防跌倒意外的發生，增加蛋白質的攝取，搭配低強度持續的肌力訓練及協調訓練可有效延緩長者的失能退化並同時達到預防跌倒的效果。

本章節介紹常見的復健運動以協助長者預防跌倒：



預防跌倒的運動訓練

坐到站



目的

增加關節律動以利生活功能所需,如:上廁所、綁鞋帶、坐餐桌...等。



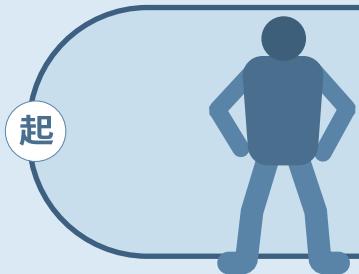
原理

增加髖關節及髂骨關節律動,進而減少站起後沒站穩導致跌倒,或是上完廁所無法站起來等原因,也可以進一步預防下背痛、關節磨損問題。

訓練方式

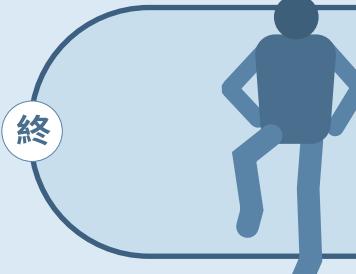
於穩固座椅,從坐姿緩慢站起至站立後再緩慢坐下為一次,初始每日早中晚各五次,以週為單位,視體能狀況漸次增加到早中晚各20次。

單腳站(前抬)



目的

提升下肢肌力以降低走路時跌倒風險。



原理

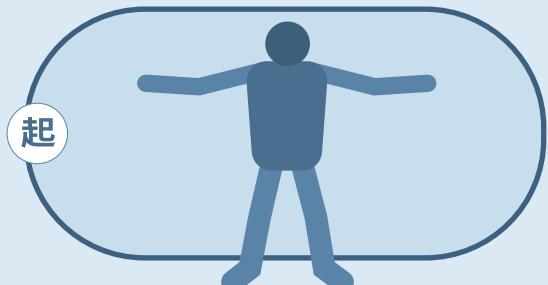
年紀增長會伴隨肌力下降,以至於下肢活動角度變小,如果可以盡可能維持下肢肌力,如跨門檻、走樓梯時,就不太會被絆倒。

訓練方式

站立姿,單腳緩慢抬起,慢慢放下為一次,過程中以前側大腿出力,維持小腿自然下垂,抬起時膝關節為90度。初始每日早中晚兩腳各10次,以週為單位,視體能狀況漸次增加到早中晚各30次。

預防跌倒的運動訓練

大字旋轉



目的

增加身體移動面積，
提升穩定性。



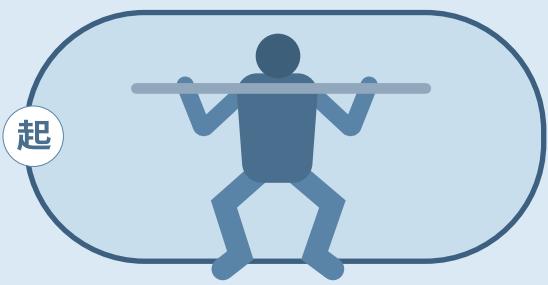
原理

年紀大肌力下降後，脊椎也會因周邊肌力下降限制活動，故長者在跨比較高的門檻或是台階、身體往側邊移動較多時，容易感到不穩。

訓練方式

站立姿兩腳微開30公分，兩手張開身體呈大字型，緩慢彎腰旋轉，初始每日早中晚各10次，以週為單位，視體能狀況漸次增加到早中晚各30次。

肩推



目的

增加核心肌力
以提升活動能力。



原理

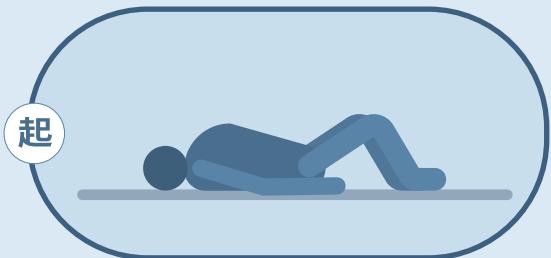
身體在往上出力時，較容易讓腹部核心開始出力，核心肌力增加有助於：走路速度增加、降低跌倒風險、預防關節退化...等優點。

訓練方式

馬步站姿，兩肘彎曲平放胸前，緩慢上舉至呈霸王舉鼎的姿勢，初始每日早中晚各10次，以週為單位，視體能狀況漸次增加到早中晚各30次，並可視情況以橫桿或啞鈴增加上舉重量。

預防跌倒的運動訓練

橋式運動



起



終

目的

增加臀部肌力
以降低下肢負擔。

原理

橋式運動可以最大化臀部出力，臀部肌力增加有助於：預防下背痛、關節退化、運動傷害等優點。

訓練方式

平躺兩膝微彎平採地面，緩慢抬起臀部再放下至平躺姿，初始每日早中晚各10次，以週為單位，視體能狀況漸次增加到早中晚各30次。

預防跌倒的運動訓練

其他參考資料連結

可參考衛生福利部國民健康署出版之相關手冊

1.

老人防跌工作手冊(專業版)

幫助我國健康照護人員了解長者防跌重要性，並增進防跌照護知能，進而積極參與防跌工作，降低跌倒對長者身心與生活的影響，以擁有更健康的老年生活。

[請點此處連結 或掃附錄二QR Code 20](#)

2.

長者防跌妙招手冊(民眾版)

輔助健康照護工作人員向長者傳達防跌知識，並透過手冊中的工具來幫助長者改善生活中的防跌環境與習慣。

[請點此處連結 或掃附錄二QR Code 21](#)



6-3

以環境改善 降低居家 跌倒風險



著者 林嘉慧



- 現任
- 林嘉慧建築師事務所主持建築師
 - 台灣女建築家學會共同發起人/理事
 - 淡江大學建築系講師
 - 屏東基督教醫院長照醫療建築顧問
 - 社團法人台灣社區式長照聯盟榮譽顧問

編審 陳政雄



- 現任
- 老人建築研究室主持人
 - 陳政雄建築師事務所建築師
 - 輔仁大學醫學院兼任副教授
- 經歷
- 中原大學建築學系系主任暨建築研究所所長
 - 日本東京大學工學部研究員

居家環境要安全 長者行動沒風險

針對居家住宅進行高齡友善改造，透過專業評估移除可能導致跌倒的環境危險，增加長者防跌安全。

在本章節中
您將了解

- 長者居家光線與照明
- 地面順平與防滑
- 長者居家動線規劃與傢俱建議
- 長者居家樓梯設計與色彩規劃

以環境改善降低居家跌倒風險

臨床情境：

『半夜三點鐘，82歲的林爺爺睡到一半，一如過去的夜裡準備起身上廁所，一個側身翻到了床邊，幸好兒子前兩天幫他裝設了床邊活動扶手才不至於一翻身就墜下床，床緣的高度讓他順勢地踏著防滑襪站起往前行走，平時不需要使用助行器的他，在沒開燈的黑暗中，有點緊張地沿著房間的牆面前行，沿路扶著書桌衣櫃的邊緣慢慢走向房門口，才能按下房內燈光的開關，而這一趟廁所之行現在才走到二分之一的路程，好在聽見聲響的家人已起床來攬扶林爺爺走向廁所...。』



以環境改善降低居家跌倒風險

根據107年死因統計中，跌倒高居65歲以上長者意外事故的第二大死因(每十萬人25.7人)，而國民健康署106年「國民健康訪問調查」指出，每6位長者就有1位在一年內有跌倒的經驗，進一步分析長者跌傷地點，室內發生跌傷的第一位為臥室(35.6%)，第二位為客廳(30.8%)，第三位為浴室(17%)。

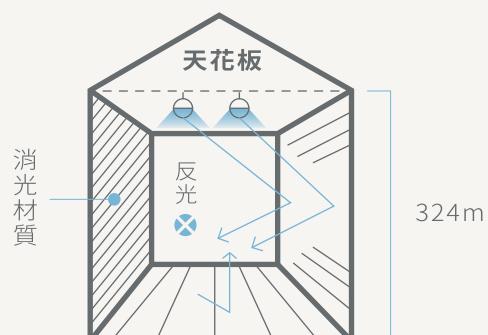
居家環境與長者生活密不可分，除了基本的友善環境議題之外，應該讓居家場域可以成為預防跌倒的生活環境。

以下將居家空間從玄關、客廳、房間開始，依該空間進行防跌設計規劃的說明與建議。

室內空間的光線應充足

從入口玄關開始，室內的燈光照明設計影響著整體空間氛圍，選擇適當的色溫、流明、瓦數等，來滿足室內照明的安全需求。例如黃光到白光的色溫應介於4000k~6000k之間，而一般居家的天花板平均高度約3~4公尺(m)，若是以上述色溫基準，換算下來1坪平均則會需要1000流明(並非以瓦數為依據單位)。

符合以上的條件，才能稱為滿足了一般生活及長者的基本光源需求，讓視覺穩定不至於偏暗，可減少因視線不足而發生的跌倒。至於牆面裝修的材料，也應該考慮消光的材質，才不會造成眩光，並有助於光源的控制。



*室內材質防眩光

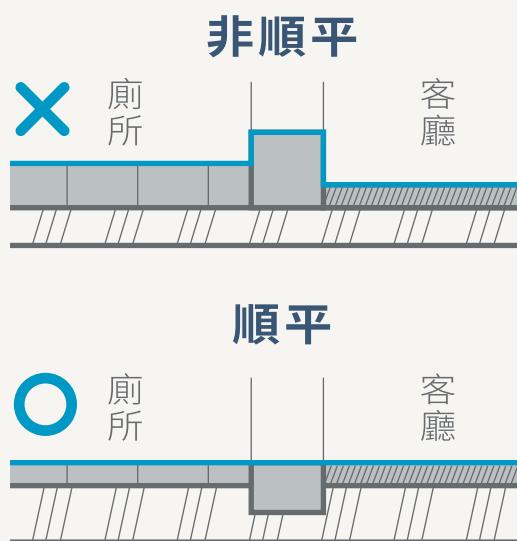
1坪 = 1000流明

以環境改善降低居家跌倒風險

室內地面應順平

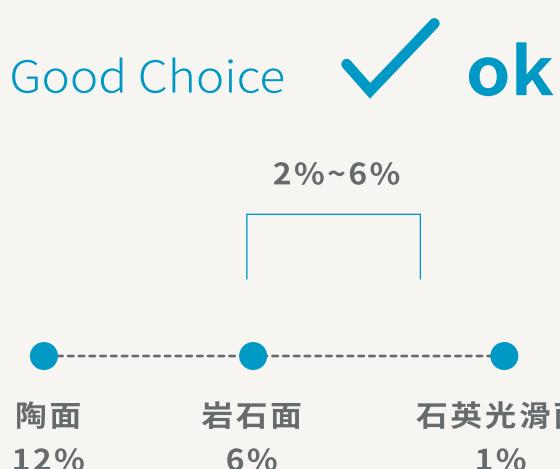
室內地板的規劃常常因不同的空間屬性而設計不同高低差，例如廚房與客廳之間為了廚房清掃潑水的需求，除了高低差外或許還會設置門檻；同樣的，因浴室設計淋浴間的乾濕分離區，導致了不同高低差的設計。

此外，對外的陽台，則有窗框突起於地面。為預防長者因高低差導致的絆跌，在裝修階段時，需做全面的使用討論，或改變慣常的濕潑打掃方式，達到全居家的全室順平，以免去跌倒的可能。



地板材料防滑

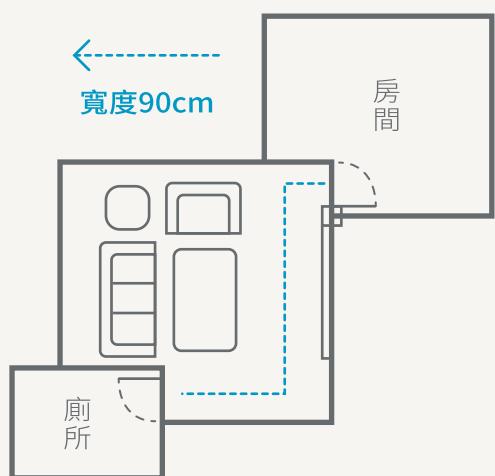
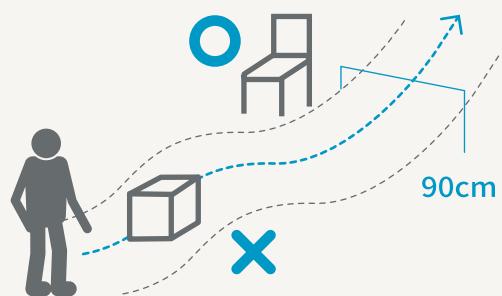
地板材料應考量摩擦係數與地板材質吸水率，係數越小則越易滑跌、係數越大則易絆跌。而既有空間的地板，則應控制地面積水問題，修繕時可選擇地板材料為岩石質感面磚且吸水率數值在2%~6%之間。穿鞋時的防滑係數應該在0.6~0.7為妥，另外可以再穿上尺寸合宜的防滑襪，更能降低風險。



以環境改善降低居家跌倒風險

動線路徑排除障礙物

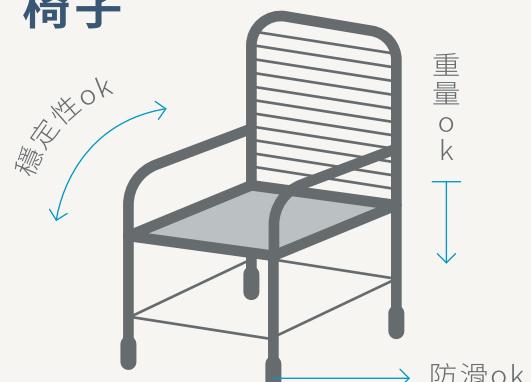
居室內通行的動線空間依長者習慣，將其習慣行走動線上的障礙物（如電線、椅子等）移除，以防移動時碰撞與勾到電線或物品等而跌倒，建議也可使用適當輔具協助自主行進，室內供通行的動線空間尺度至少要保持寬度90公分以上且沒有障礙物的規劃。



傢俱除美觀舒適外 應同時考量穩定性

居家環境的設置中最容易在傢俱選定時造成安全上的忽視。常常將美觀作為選定的標準，卻忽略長者在起身、就坐及移動過程中的穩定性。一般單人座椅除了美觀舒適外，其坐面與地面的高度，應考量是否有助於長者起身與就坐的穩定，其他傢俱則需考量其重量是否可以成為長者在行進移動間的自然扶手。

椅子



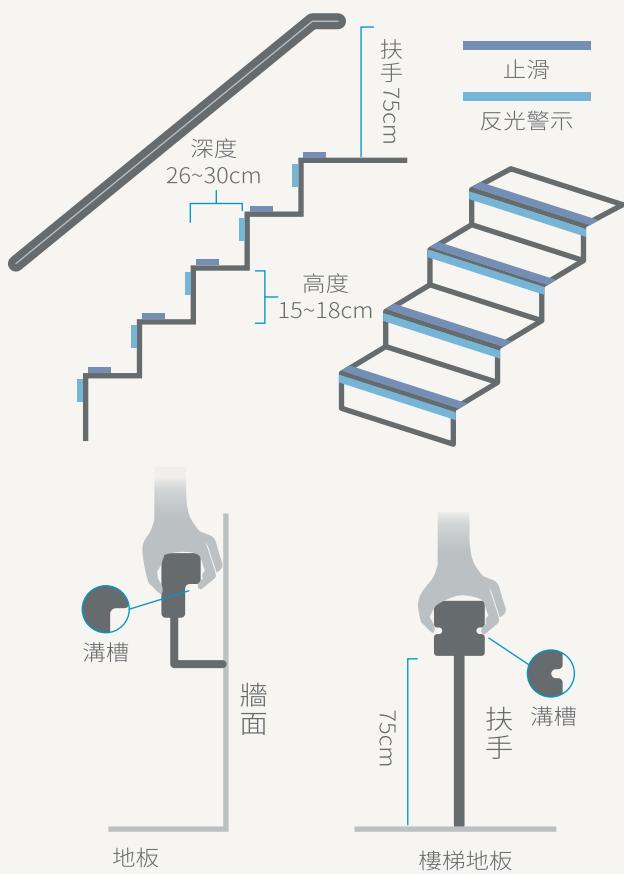
桌子



以環境改善降低居家跌倒風險

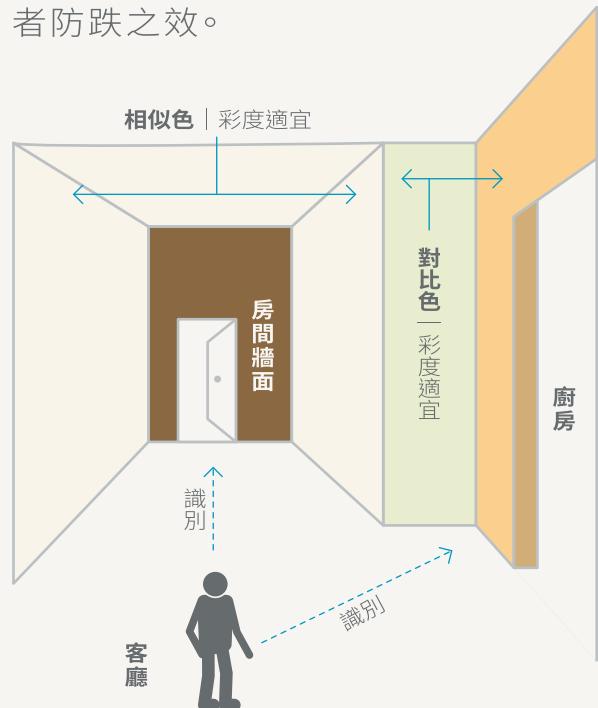
樓梯的高低設計及 警示應清晰

適合長者使用的室內樓梯深度應為26~30公分，高度應為15~18公分，扶手高度應符合法規高度的最低要求75公分，且握把應具有側邊或下緣溝槽以供適當握持，並在上下樓梯的梯面與垂直階面設有防滑貼條或反光警示。



環境裡相似深淺色 的應用產生對比性格 的空間

各空間應提供主題一致性的色彩計畫，並在特別使用的空間，採單一牆面著特殊主題色或相似差異色來強化輕度失智症長者（認知衰弱）的空間定向性；雖然色彩的運用與配置，是見人見智的做法，但相較於其他方式，在不同空間中運用色彩的深淺相似或對比，讓長者能在色彩的引導或暗示下行動，亦能有助於長者防跌之效。



以環境改善降低居家跌倒風險

居住環境是高齡照護的基礎，依照長者身心及需求設計的居住環境，是長者福利的基礎；有良好的居住環境，才能解決長者切身的問題，去除現有居家環境的障礙，提升長者居家活動的安全性，特別是家中有較高跌倒風險的長者時，在許可的情況下進行住家改造，塑造安全、便利、舒適的居家環境。



提供照護者支援



7

在照顧整體功能嚴重下降之患者時，照顧者有很高的風險面臨自身的心理壓力和憂鬱情緒。而對於面臨壓力的照顧者應提供心理社會需求的評估及心理支持和訓練，並連結社會資源給予協助。



7-1

照顧者壓力的 支持與預防



著者 郭慈安

- 現任**
- 中山醫學大學醫學系醫學人文學科副教授/主任
 - 中山醫學大學附設醫院臺中市失智共同照護中心執行長
 - 中華民國家庭照顧者關懷總會理事長
- 經歷**
- 美國加州比佛利市政府志工與老人服務組組長
- 學歷**
- 加州大學洛杉磯分校社會福利研究所博士

編審 邱啟潤

- 現任**
- 中華民國家庭照顧者關懷總會監事
 - 高雄市家庭照顧者關懷協會理事
 - 高雄醫學大學護理學系 兼任教師
- 經歷**
- 高雄市家庭照顧者關懷協會創會理事長
 - 高雄醫學大學護理學系副教授

照顧長者不容易 調適壓力少憂慮

面對高度照顧需求的長者，照顧者負荷及壓力需要被重視，應提供照顧者適合的心理介入、照護訓練及協助支持。

在本章節中
您將了解

- 照顧者常見的照顧負荷
- 照顧者如何面對照顧負荷
- 如何自我檢測是否照顧負荷過大
- 照顧者心理支持的社區資源

照顧者壓力的支持與預防

臨床情境：

『小芬工作認真、在公司備受肯定，才剛被升為主管就遇到父親中風。小芬是父母唯一的孩子，母親因為在她大學時出車禍離世，因此小芬並無照顧的替手。這三年來小芬認真帶父親去醫院復健，因此走路的功能還算可以維持，但是最近父親開始出現記憶力衰退和時空錯亂的情形，父親常會找不到東西就把家裡弄得亂七八糟，每晚凌晨三點說要出去工作，卻找不到回家的路，小芬常常阻止不了，自己的生活也因此被弄得團團轉。小芬開始出現失眠的情形，也常因為擔心父親找不到路回家而減少自己的休閒社交生活，疲憊及心理壓力造成上班時無法專心、時常出錯。而小芬的叔伯輩也開始勸小芬離職，在家才能好好照顧父親，畢竟她是父親唯一的孩子，小芬不照顧，誰照顧？



照顧者壓力的支持與預防

照顧者與照顧負荷

照顧是段漫長的歷程，但對大部分的照顧者來說，這個歷程卻是悄悄而來，剛開始可能是「預備照顧者」，偶爾幫家人拿藥、陪伴看醫生或是簡單幫忙料理家務等，而隨著家人的身體狀況改變或是遇到住院生病後，照顧者會開始進入一個「新手照顧者」的角色，逐漸肩負起被照顧者的日常起居、醫療照護、生活安排等。

當疾病進展或隨著年齡而來的多重共病，照顧者可能會從暫時性的照顧變成固定的照顧者，進而成為照顧歷程中的「資深照顧者」。在這個過程，照顧者的生活很難不被影響，許多照顧者的生活以生病的家人為中心，很難放下家人外出、規劃自己的生活安排、甚至侷限原有的人際社交生活。

此時照顧者可能產生
以下幾種生活上的負荷：

(1)健康狀況變差與睡眠不足

(2)矛盾的情緒與心理狀態

(3)擔憂經濟與安全看視的不足

(4)工作與生活的平衡

(5)家庭與人際關係變得薄弱

這些負荷往往是同時存在而且互相影響，因此須留意持續照顧是否造成身體的疲累，進而影響到自我的健康、工作與生活的平衡、經濟狀況變差，家庭是否也因照顧負擔變得不知所措或無法分工。

照顧者需要被同理，因為心裡可能會出現焦慮、難過、憤怒、不安、無奈、害怕的情緒反應，長期下來也可能會產生憂鬱、罪惡感及過度負面想法。

照顧者也同時需要平衡照顧與家庭，對現代的家庭來說不能輕易「為了照顧而離職」，因照顧時間或許還會持續很久，一旦離職，到時是否能夠重返職場也讓人堪憂。

照顧者壓力的支持與預防

評估工具

在照顧的過程中，照顧者因為與家人的互動而獲得心靈上的滿足感，但同時也得面對來自身體、心理、財務、社會的各種壓力。中華民國家庭照顧者關懷總會提供家庭照顧者壓力量表，讓照顧者自我檢核目前的壓力狀態，看看自己是否該找機會放鬆一下！

請您在看了下列14項敘述後， 就您實際上照顧的情況，圈選後面的分數。		從來 沒有	很少 如此	有時 如此	常常 如此
1.	您覺得身體不舒服時還是要照顧他	0	1	2	3
2.	感到疲倦	0	1	2	3
3.	體力上負擔重	0	1	2	3
4.	很難把他抱起來或移動他	0	1	2	3
5.	睡眠被干擾(因為病人在夜裡無法安睡)	0	1	2	3
6.	因為照顧他讓您的健康變壞了	0	1	2	3
7.	感到心力交瘁	0	1	2	3
8.	照顧他讓您精神上覺得痛苦	0	1	2	3
9.	當您和他在一起時，會感到生氣	0	1	2	3
10.	因為照顧家人影響到您原先的旅行計畫	0	1	2	3
11.	與親朋好友交往受影響	0	1	2	3
12.	您必須時時刻刻都要注意他	0	1	2	3
13.	照顧他的花費大，造成負擔	0	1	2	3
14.	不能外出工作家庭收入受影響	0	1	2	3

總分

總分是0分：非常好，您已經能夠克服照顧上所面臨的各種問題與壓力

總分是1~13分：您調適得很好，但是照顧的路是很漫長的，繼續保持下去！

總分是14~25分：您已經開始出現一些壓力的徵兆囉！建議您請家人、朋友或申請長照服務來幫忙照顧，讓您可以出去走一走，喘口氣，放鬆一下身心。

總分是26~42分：您目前承受著相當沉重的負擔，強烈建議您立即尋求社會資源的協助，以確保您及被照顧者都能有良好的生活品質。

照顧者壓力的支持與預防

給照顧者的建議

上述自我評估量表是讓照顧者檢視自己的生活是否已經被照顧負荷所影響。照顧者通常很難啟齒與旁人談及內心想法，如「照顧真的很無奈」、「再怎麼累都應該照顧家人」，因為大部分的照顧者會認為那是家裡的事，不好意思讓外人知道；或是即便跟別人講，別人有可能也不會體會。因此，照顧者需要自我檢視照顧壓力，或由身旁較為親近的親友協助評估、提供關心及支持。**針對照顧者的心理支持，以下有幾點建議：**

1. 提醒照顧者，要照顧他人，必須把自己先照顧好。
2. 勇於尋求協助不是弱者，是讓自己成為更聰明的照顧者。
3. 心理的負荷不會自己消失，需要自我覺察然後願意面對。
4. 不要認為只能自己獨自處理，透過多元資源管道協助，讓照顧者更有方法克服與適應照顧歷程中所產生的改變。若因照顧負荷而導致職場工作有困擾時，可優先考慮尋求資源協助或申請喘息服務。
5. 若照顧者出現負面想法，甚至自傷或傷人的行為時，請記得打「1925」專線。

社區資源連結

衛生福利部提供許多照顧者資源，包括：

1. 有長照資源需求者，可撥打1966。
 2. 需要心理協談者，地方政府衛生局的社區心理衛生中心提供心理諮商服務。
- [請點此處連結 或掃附錄二QR Code 22](#)
3. 需要照顧諮詢、討論如何照顧不離職，可尋求當地「家庭照顧者支持服務據點」，或撥打**0800-50-7272 (0800-有你-真好真好，台語)**

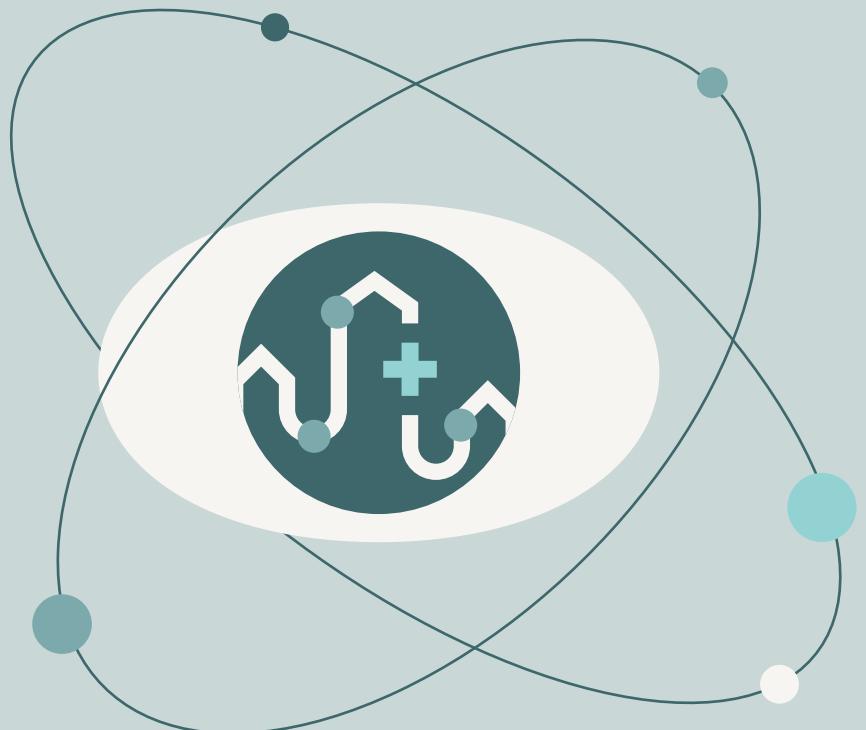
全國各地設立**「家庭照顧者支持性服務資源地圖」**

[請點此處連結 或掃附錄二QR Code 23](#)

可尋求在地的資源，提供喘息、紓壓、教育課程、心理協談、個案管理與志工關懷服務。

7-2

連結高齡者 照護社會資源



著者 謝美倫



- 現任**
- 苗栗市衛生所護理師兼主任
- 經歷**
- 苗栗縣政府長期照護管理中心主任
 - 苗栗縣政府衛生局企劃科科長
 - 苗栗縣護理師護士公會顧問
 - 苗栗縣助產師助產士公會理事長

編審 廖秀慧



- 現任**
- 苗栗縣政府衛生局保健科科長
 - 苗栗縣護理師護士公會理事長
 - 苗栗縣助產師助產士公會理事
 - 台灣婦幼衛生協會監事
 - 台灣癌症學會理事

照護資源有整合 轉介連結效率高

未整合的各種長者照護資源因不易取得導致使用率低，透過社區資源整合可以讓長者更即時地找到相關的健康照護資源。

在本章節中
您將了解

- 社區資源整合工作的簡介
- 社區資源的服務內容
- 社區資源轉介的介入步驟
- 可尋求的社區資源服務

連結高齡者照護社會資源

臨床情境：

『79歲獨居張阿婆因為高血壓到診所就醫，醫師察覺阿婆步態蹣跚並因為擔心膽固醇太高開始自行飲食減量而虛弱無力，但診所又沒有營養師，此時醫師想起了衛生所的長者社區資源平台，於是請護理師拿起手機查詢【高齡營養】資源，查到苗栗縣社區營養推廣中心，點選苗栗縣衛生局轉介單，請阿婆到長者營養評估門診接受營養師的專業評估。

經過評估後，發現阿婆有肌少症，除了給予營養諮詢衛教外，也建議阿婆要有運動的習慣，營養師拿起手機查詢【運動】資源，發現阿婆住家附近的關懷據點就有長者預防延緩失能運動班，點選苗栗縣衛生局轉介單，並安排阿婆前往運動班，在關懷據點除了參加運動班，里長也開始鼓勵阿婆來參加社區關懷據點其他課程及中午共餐。

營養師在當時也點選【醫療保健】資源，連結衛生所協助替阿婆安排肺炎鏈球菌疫苗的施打，及安排了成人預防保健的檢查，衛生所計畫承辦人也主動點選連結【高齡營養】苗栗縣社會福利促進協會及中華民國紅十字會苗栗縣支會，提供阿婆食物銀行物資及獨居長者定期關懷，紅十字會得知家裡水龍頭漏水很久，卻沒有水電師傅願意去協助處理這個小工程，於是點選連結【居家安全與防跌】資源，請水電師傅前往修理。

阿婆再次來到診所複診時，嶄露笑臉，頻頻跟醫師道謝，她現在週一至週五到社區關懷據點，跟社區老人家們聊天、吃飯、做運動，真好！

阿婆：「能遇見那麼多人幫忙我，真是感謝！」』

連結高齡者照護社會資源

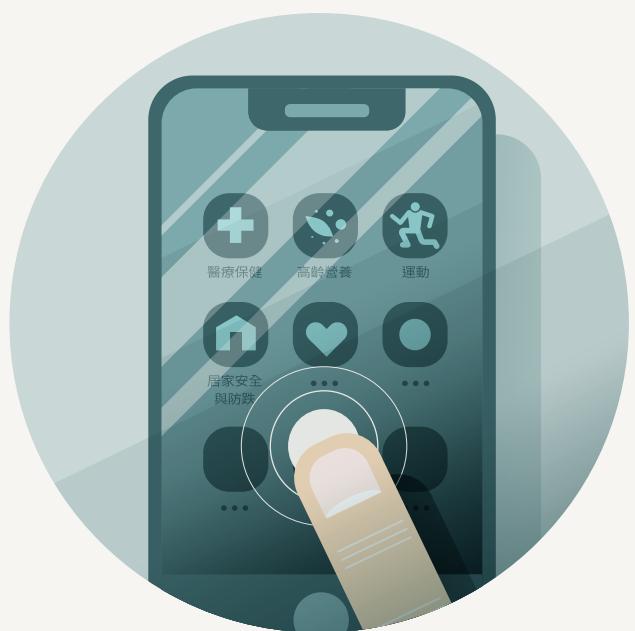
以上真實案例，源自於診所、衛生所、社區營養推廣中心、里長、福利協進會、紅十字會、水電行、里長等人員，透過層層單位、人物的聯繫，將社區健康資源串聯，協助阿婆接受健康資源的服務，進而達到長者預防及延緩失能之目的。

為增進長者活躍及健康老化，國民健康署透過衛生體系、醫療體系與社福體系的結合，建置以長者需求為中心的高齡健康照護整合模式，108年起致力推動社區資源整合工作，由衛生局擔任計畫統籌，進行社區健康資源服務盤點，整合長者或失能者所需之相關資源，並建立社區跨單位（領域）合作模式，透過資源連結及轉介，媒合機構提供有需求的民眾取得相關資源或服務，以多樣化模式提供符合長者生活樣態之服務，有效預防並減少衰弱、失能及失智的風險。

什麼是 「社區資源整合工作」？

將散落在服務長者的社區資源服務進行盤點與整合，結合**產、官、學、民、醫**等各領域資源，整合成社區資源服務網絡，進而建置資源轉介服務，提供65歲以上健康、亞健康、失能及失智者之健康服務資源連結，提供各類健康服務的媒合。

簡單的說，就像是一個健康104平台，負責**「查、打、接、轉」**，為各單位繁雜的業務建立一個簡易的平台，提供給機關團體或鄉親、家屬立即查詢，搜、找健康資源不用等。



連結高齡者照護社會資源

社區資源裡有什麼？

以苗栗市衛生所為例，盤點了長者常用的「運動、居家安全及防跌、醫療保健、交通、福利補助、社會參與、慢性疾病管理、失智及高齡友善、高齡營養、個人資源」共計列出10大面向資源。

以阿婆為例，此次社區資源成功提供的資源服務有【居家安全與防跌】、【高齡營養】、【運動】、【醫療保健】。

 運動 運動課程 運動指導	 居家安全及防跌 輔具之提供 防跌衛教	 高齡營養 送/共餐 營養推廣中心 食物銀行	 失智及高齡友善 失智友善社區 友善組織及商店
 慢性疾病管理 糖尿病照護網 支持團體	<h2>社區資源 有哪些</h2>		 醫療保健 成人健檢 癌症篩檢 衰弱評估
 交通 復康巴士 無障礙接送	 社會參與 陪伴關懷 志工服務 銀髮就業	 福利補助及資源 老人假牙 眼鏡輔助 諮詢窗口	 個人資源 量血壓 志工

連結高齡者照護社會資源

為什麼要做社區資源整合工作？

健康及亞健康長者因高齡化所衍生的常見問題

• • •

長者因高齡化所衍生的問題，包含慢性病、身體功能退化以及失能、失智等狀況，居家照護或是利用長照2.0的服務，許多的資源長者也許無法逐項了解及利用，為推動適合本土之長者友善照護模式，必須連結社區，進行社區健康資源服務盤點，包括健康服務傳遞、跨領域整合醫療、公共衛生保健資源，配合良好的行政管理，以建立單一據點、單一窗口，提供高齡健康照護整合服務模式，建立跨單位、跨領域之長者健康服務資源轉介機制，運用資源管理方式將醫療保健和社會服務系統做整合，提供連續性、一致性及整合性照顧，讓長者能及時獲得完整的健康福利服務，讓高齡友善服務再升級。

了解長者所需要的社區資源

• • •

高齡化議題不僅只侷限於單純的「關心長者」，而是一個全民必須共同投入的銀色世代運動。如何了解長者所需要的社區資源，單純靠衛生所或承辦人員是不足的，所以需要結合更多單位一起合作，例如：(1)醫療院所、診所(2)村里鄰長(3)社區團體(4)商家等。

社區資源轉介的介入步驟

• • •

透過社區資源整合工作可初步評估長者面臨的問題，協助推動連結各地資源（公私部門、醫療院所和民間團體），期以一條龍服務的概念，將其轉介至適合的治療場域，或是延緩失能及增能的場所，給予長者最佳的照護模式，提供各類服務的媒合，以落實長者「在地老化」、「安全老化」、「健康老化」與「活躍老化」的生活。

可尋求的社區資源服務

• • •

- (1)長者社區資源整合運用平台 [請點此處連結 或掃附錄二QR Code 24](#)
- (2)洽詢各縣市衛生所

中醫與預防 長者失能



8

中醫可透過氣功導引運動、經絡穴位按摩、耳穴敷貼按壓、藥膳飲食、中醫藥物、針灸、拔罐等治療協助長者預防失能。對於飲食和生活的忌諱，中醫師也可依長者狀況給予合適的建議。



8-1

中醫預防失能 與社區照護



著者 林舜穀



現任 • 臺北市立聯合醫院仁愛院區中醫科主治醫師
• 臺北市立大學兼任講師

學歷 • 國立陽明交通大學傳統醫藥研究所碩士
• 中國醫藥大學中醫學系醫學士

編審 葉家舟



現任 • 臺灣中醫家庭醫學醫學會理事長
• 佛教大林慈濟綜合醫院中醫部部主任兼內科部主任
• 佛教大林慈濟綜合醫院研究部副部主任
• 慈濟大學學士後中醫系教授
經歷 • 考試院典試委員

預防失能不缺席 長者健康中醫行

中醫可依長者身體狀況，提供治療、衛教、飲食及生活建議來提升健康狀態，若長者困難就醫，也可以進行中醫居家照護。

在本章節中
您將了解

- 中醫對長者失能及居家醫療的評估
- 中醫對預防失能的照護方法
- 中醫照護的預後及追蹤
- 中醫預防失能與社區照護資源

中醫預防失能與社區照護

臨床情境：

『陳奶奶最近體力越來越差，就連吃飯和洗澡也需要家人幫忙，以前還可以上街買菜下廚，現在卻每天攤在沙發上懶得動彈，家人非常的擔心，聽說吃點中藥可以提升體力和免疫力，但電視和網路上的廣告一大堆，也不知道哪一種比較有效？又聽說吃多了中藥可能傷肝傷腎，也不敢輕易買來嘗試，很是苦惱...。』



中醫預防失能與社區照護

常見症狀

隨著年紀增大，長者的大腦與身體也會逐漸衰弱，生活功能也會漸漸喪失、需要他人的協助才能順利完成。例如腿腳無力無法上下樓梯，走路也越來越困難；或是大腦功能退化導致計算與理解能力下降，沒辦法打電話和親友聯繫，甚至無法理解別人的話語；也有些長者因為地點和時間的辨認感喪失，害怕走丟而不敢出門上街；嚴重時甚至連洗澡、吃飯、上廁所等基本的生活必需活動也無法自理。

評估工具

中醫師在照顧病患時，除了基本的望聞問切四診，以及針對主要症狀進行辨證論治，也會運用中醫體質量表 (Body Constitution Questionnaire, BCQ)，判斷個案病患是否有陽虛、陰虛、痰濕、血瘀等證型，並據以決定中醫的治療策略、衛教與飲食生活建議。中醫師會詢問病患、家屬與照護者關於生活中日常活動的狀況，例如大小便、飲食、穿脫衣服、走路的狀況，以及是否需要他人協助，還有協助的程度等等，並評估病患失去功能的主要原因，包含營養不良、情緒干擾、五官退化，或是有失智症、心臟衰竭、糖尿病等容易造成失能的疾病等等。衛生福利部中醫藥司也編輯《中醫居家照護病例範本》，提供包含中風、癌症、失智、肌少症、帕金森氏症等居家照護常見疾病的標準評估量表，中醫師會根據個案的需要選擇合適的評估方法。

中醫預防失能與社區照護

治療與介入

中醫對於預防失能的方法包含氣功導引運動、經絡穴位按摩、耳穴敷貼按壓、藥膳飲食建議等方法，若是個案疾病與虛弱到了較嚴重的程度，也會需要服用中醫藥物、針灸、拔罐等治療。中醫師會根據個案的身體狀況與需要，選擇合適的照護方案。此外，許多台灣的民眾會對於飲食和生活的忌諱有疑問，中醫師也會根據個案的狀況量身訂製合適的建議。

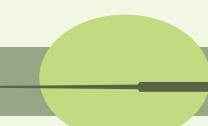
一、中醫藥物治療



...

中醫師會根據中醫的證型與體質判斷，選擇經過實證研究驗證的中藥方劑與藥物。例如針對癌症患者化療後的噁心和食慾降低，中醫師可以使用香砂六君子湯來緩解噁心不適感，並且增加飲食攝取量；針對中風後的肢體無力與攣縮，中醫師可以使用補陽還五湯來幫助個案恢復。針對高齡長者的衰弱、肌肉無力、體力衰退等症狀，中醫師會根據患者的需要，開立補中益氣湯、人參養榮湯等處方。對於吞嚥困難的病人，臨床研究發現中藥方劑如半夏厚朴湯可以增加個案進食量，並且在研究追蹤中發現可以有效減少嗆咳與吸入性肺炎的風險。

二、針灸治療



...

中醫會用針灸協助個案減輕痛苦並且恢復身體的功能。例如帕金森氏症個案的肢體僵硬、不穩、顫抖、暴衝等動作，可以藉由頭皮針灸減少；中風或臥床過久而出現的關節僵硬、緊縮也可以透過針灸來增加活動幅度；針灸也可以幫助失智與衰弱個案維持咀嚼和吞嚥能力，避免嗆咳與噎到食物的風險。

三、拔罐與刮痧



...

若病患太過虛弱或無法接受侵入性治療，中醫師也會利用拔罐、刮痧等非侵入式的方法刺激經絡與穴位，例如：糖尿病患者周邊神經病變症狀的嚴重程度和感覺功能，可以在刮痧治療後得到明顯改善。

中醫預防失能與社區照護



四、藥膳飲食指導

...

許多日常生活中的食材也是中藥，具有一定的補養性質且使用安全，中醫師會從衛生福利部中醫藥司公告可供藥食同源的藥材中，選擇合適者建議家屬放入飲食中，並且指導合適的服用方法。中醫師的飲食建議，不僅可以幫助個案增加進食量，並且也能減少泛酸、噁心、胃部悶脹等感覺。

五、經絡穴位按摩

...

經絡與穴位的按摩可以幫助減輕患者的疼痛，放鬆緊繃僵硬的肌肉，並且可以增強收縮的力量與耐力，中醫師會根據患者情況，給予家屬、個案本身還有照護者按摩的建議，並且指導正確的位置、方向與頻率等等。經絡穴位按摩也可以幫助個案減少認知退化、緩解異常情緒、並且幫助維持身體的平衡。

六、耳穴敷貼按壓

...

耳朵上有著豐富的穴位分布，例如在耳朵的外側由上而下分布著一系列對應身體脊椎的穴位，由上而下一次對應薦椎、腰椎、胸椎、頸椎、針對肌肉無力行走不穩的個案，中醫師會指導個案按摩刺激這些穴位，可以幫助身體中軸肌肉的力量，幫助患者的移位能力與走路穩定度。

七、氣功導引運動

...

中醫師針對失能與衰弱的問題，已經開發出許多適合的保健運動方案，例如八段錦、太極拳、易筋經等等，即使是坐輪椅甚至是臥床的個案，也會有相應的導引運動可以增強力量，維持關節活動度。臨床研究指出氣功導引運動可以有效的幫助病患提升肌肉力量、增強體力並且強化運動能力。中醫師也會根據個案需要指導適合的方案。

中醫預防失能與社區照護

預後及追蹤

預防失能與社區照護的方案並不是永遠適用一套方法，中醫師會每個月重新診察病人的狀況以及恢復情形，並且重新調整照護策略以及臨床建議。除了利用前述的評估工具與量表以了解改善情況以外。中醫師也會根據病患和家屬的反饋，挑選合適的治療與衛教指導方法，並且積極跟西醫師、營養師、藥師、物理治療師等專業醫療夥伴配合。

社區資源連結

若病患因為疾病、失能、行動不便而難以就醫，可以由中醫師到宅進行居家照護。最常見是因為中風而肢體無力，難以行走甚至必須要長期臥床的個案；或是重度失智症缺乏基本的生活自理能力，以及因為嚴重的精神與行為症狀，而極度抗拒出門就醫的個案；此外，癌症病患因為極端的虛弱與體力降低，也可以接受中醫居家照護的協助。

中醫預防失能 與社區照護 相關參考資料

《中醫居家手冊》

[請點此處連結 或掃附錄二QR Code 25](#)

《長照問題中醫照護秘訣手冊》

[請點此處連結 或掃附錄二QR Code 26](#)

《中醫居家病例範本》

[請點此處連結 或掃附錄二QR Code 27](#)

《台灣慢性疾病中醫臨床診療指引》

[請點此處連結 或掃附錄二QR Code 28](#)

中醫社區醫療及 長期照顧服務網絡

彙整全台灣目前有提供中醫社區醫療、居家醫療及長期照顧的醫療單位，民眾可依照所在地區查詢方便就醫的場域

[請點此處連結 或掃附錄二QR Code 29](#)

中醫預防失能與社區照護



附錄一

長者健康整合式 評估量表



ICOPÉ長者功能評估量表

(Integrated Care for Older People)



評估項目	初評內容	評估結果	初評結果說明	複評結果
A. 認知功能	1.記憶力：說出3項物品：鉛筆、汽車、書，請長者重複，並記住，第2題後再詢問一次。		任一答案為「否」，請擇一(MMSE、BHT、AD8等)量表進行評估。 採AD8量表者，請由長者的家屬回答。	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常
	2.定向力：詢問長者「今天的日期？」(含年月日)「您現在在這裡？」	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
	3.定向力：詢問長者「您現在在這裡？」，長者回答是否正確？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
	**詢問長者第1題記憶力的3項物品	是否能記住三項物品 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
B. 行動功能	椅子起身測試：12秒內，可以雙手抱胸，連續起立坐下5次。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	答案為「否」，請進行SPPB量表評估。	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 障礙
C. 營養不良	1.過去三個月，您的體重是否在無意中減輕了3公斤以上？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	任一答案為「是」，請進行MNA-SF量表評估。	<input type="checkbox"/> 營養不良 <input type="checkbox"/> 營養不良風險 <input type="checkbox"/> 正常
	2.過去三個月，您是否曾經食慾不振？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
D. 視力障礙	1.您的眼睛看遠、看近或閱讀是否有困難？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	第1題答案為「是」，且第2題答案為「否」，請進行WHO簡單視力表或Snellen test測試。	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 進一步檢查
	2.您過去1年是否"曾"接受眼睛檢查？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
E. 聽力障礙	請跟著我唸6~1~9 (註：用氣音測試，若未能正確複誦，再測2~5、7，仍未能正確複誦，即填「否」)	是否兩耳都聽得到 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	答案為「否」，1.依長者情況轉介。2.進行聽力障礙之社會需求支持評估。	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 進一步處置
F. 憂鬱	1.過去兩週，您是否常感到厭煩(心煩或台語「阿雜」)，或沒有希望？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	任一答案為「是」，請進行GDS-15量表評估。	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 中度情緒困擾 <input type="checkbox"/> 重度情緒困擾
	2.過去兩週，您是否減少很多的活動和興趣的事？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
A~F有幾項評估為陽性		_____項	「1項」以上者，請進行「用藥及生活目標評估」。 「2項」以上者，請進行「社會性照護與支持評估」。	

請依上述評估結果提供個人化之健康管理處置

評估結果均正常：衛教(自我健康管理 提供社區據點資訊)

評估結果任一項有異常(可複選)：

異常項目	衛教	介入/轉介單位			未轉介(1:已追蹤治療/2:自行就醫/3:個案拒絕)			
		本單位	其他單位(名稱)	社區據點(名稱)	1	2	3	其他(說明)
A.認知	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
B.行動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
C.營養	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
D.視力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
E.聽力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
F.憂鬱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
*用藥	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

其他說明：

用藥及生活目標評估量表

初評任一項以上異常，詢問個案是否有下列問題，並依建議提供相關處置

評估項目	評估內容	評估結果	結果說明
G. 用藥	1.您每天使用的藥物是否10種(含)以上 (包括中藥等任何用藥)? (註:中藥算為1種藥物)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	任一答案為「是」者，請依長者情況轉介藥物諮詢及提供用藥衛教。
	2.您服用的藥品中是否包含止痛藥、幫助睡眠用藥等?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	3.您是否因為服用藥品而發生平衡感改變、 睏倦、眩暈、低血壓或口乾舌燥等 症狀?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
H. 生活目標	現在最困擾您的健康問題是甚麼？ 您最擔心這個健康問題影響到生活上的甚麼事？ _____		

極早期失智症量表(AD8)



填表說明

- 在計分時是以「是，有改變」當做計分的依準。
- 若您以前無下列問題，但在過去幾年中有以下的『改變』，請勾選「是，有改變」；若無，請勾「不是，沒有改變」；若不確定，請勾「不知道」。
- 「是，有改變」代表您認為過去幾年中因為認知功能（思考和記憶）問題而導致改變，若因為重大傷病或事故而導致的改變則不算。
- 請依照自己或家人過去與現在改變狀況（可與約半年前做比較）來回答，而不是以目前的平常表現來回應。

項目	是,有改變	否,無改變	不知道
1 判斷力上的困難：例如落人圈套或騙局、財務上不好的決定、買了對受禮者不合宜的禮物。			
2 對活動和嗜好的興趣降低。			
3 重複相同問題、故事和陳述。			
4 在學習如何使用工具、設備和小器具上有困難。例如：電視、音響、冷氣機、洗衣機、熱水爐（器）、微波爐、遙控器。			
5 忘記正確的月份和年份。			
6 處理複雜的財物上有困難。例如：個人或家庭的收支平衡、所得稅、繳費單。			
7 記住約會的時間有困難。			
8 有持續的思考和記憶方面的問題。			

當有2題以上為「是，有改變」時，建議您接受進一步檢查和治療。

簡易身體表現功能量表

Short Physical Performance Battery (SPPB)



評分內容

得分

1 平衡測試：腳用三種不同站法，每種站立10秒。使用三個位置的分數總和。

A 並排站立 (Side-by-side stand)		<input type="checkbox"/> 1分：保持10秒 <input type="checkbox"/> 0分：少於10秒
B 半並排站立 (Semi-tandem stand)		<input type="checkbox"/> 1分：保持10秒 <input type="checkbox"/> 0分：少於10秒
C 直線站立 (Tandem stand)		<input type="checkbox"/> 2分：保持10秒 <input type="checkbox"/> 1分：保持3-9.99秒 <input type="checkbox"/> 0分：保持<3秒
三個位置分數加總		
2 步行速度測試：測量走四公尺的時間		<input type="checkbox"/> 4分：<4.82秒 <input type="checkbox"/> 3分：4.82-6.20秒 <input type="checkbox"/> 2分：6.21-8.70秒 <input type="checkbox"/> 1分：> 8.70秒 <input type="checkbox"/> 0分：無法完成
3 椅子起站測試：連續起立坐下五次的時間		<input type="checkbox"/> 4分：<11.19秒 <input type="checkbox"/> 3分：11.2-13.69秒 <input type="checkbox"/> 2分：13.7-16.69秒 <input type="checkbox"/> 1分：16.7-59.9秒 <input type="checkbox"/> 0分：> 60秒或無法完成
總分		

總分說明

- 10-12分：行動能力正常
- 0-9分：行動能力障礙

迷你營養評估量表(簡版)

Mini Nutritional Assessment-Short Form (MNA-SF)



營養篩檢	分數
1 過去三個月之中,是否因食慾不佳消化問題、咀嚼或吞嚥困難以致進食量越來越少	<input type="checkbox"/> 0分:嚴重食慾不佳 <input type="checkbox"/> 1分:中度食慾不佳 <input type="checkbox"/> 2分:食慾無變化
2 近三個月體重變化	<input type="checkbox"/> 0分:體重減輕>3公斤 <input type="checkbox"/> 1分:不知道 <input type="checkbox"/> 2分:體重減輕1~3公斤 <input type="checkbox"/> 3分:體重無改變
3 行動力	<input type="checkbox"/> 0分:臥床或輪椅 <input type="checkbox"/> 1分:可以下床活動或離開輪椅但無法自由走動 <input type="checkbox"/> 2分:可以自由走動
4 過去三個月內曾有精神性壓力或急性疾病發作	<input type="checkbox"/> 0分:是 <input type="checkbox"/> 2分:否
5 神經精神問題	<input type="checkbox"/> 0分:嚴重痴呆或抑鬱 <input type="checkbox"/> 1分:輕度痴呆 <input type="checkbox"/> 2分:無精神問題
6 體質量指數(BMI)=體重(公斤)/身高(公尺) ²	<input type="checkbox"/> 0分: BMI<19 <input type="checkbox"/> 1分: 19≤BMI<21 <input type="checkbox"/> 2分: 21≤BMI<23 <input type="checkbox"/> 3分: BMI≥23
總分	

總分說明

- 12-14分:正常
- 8-11分:有營養不良之風險
- ≤7分:營養不良

聽力障礙之社會支持需求評估



評分內容	評估結果
1 是否覺得很孤單？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2 日常生活不常參加與人互動之活動，例如與朋友聚會聊天、參加教會／廟宇活動、參加鄰里活動或長青課程等？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

任一答案為「是」者，照護建議為：

- 1 轉介至專業聽力照護，評估並提供助聽設備(助聽器、人工耳蝸、個人聲音擴音器)。
- 2 參與社交互動可以降低認知能力下降憂鬱及聽力損失引起的情緒和其他風險。
- 3 朋友和家庭成員可以幫助預防孤獨和孤立。
- 4 家中環境調整，如將門鈴和電話放在屋內都能聽到。

老人憂鬱量表



Geriatric Depression Scale (GDS-15)

在過去一星期當中，您是否有下列感受？如果「有」請答「是」，如果「沒有」請答「否」

題目	是	否
1 基本上，您對您的生活滿意嗎？	<input type="checkbox"/> 0分	<input type="checkbox"/> 1分
2 您是否減少很多的活動和興趣的事？	<input type="checkbox"/> 1分	<input type="checkbox"/> 0分
3 您是否覺得您的生活很空虛？	<input type="checkbox"/> 1分	<input type="checkbox"/> 0分
4 您是否常常感到厭煩？	<input type="checkbox"/> 1分	<input type="checkbox"/> 0分
5 您是否大部份時間精神都很好？	<input type="checkbox"/> 0分	<input type="checkbox"/> 1分
6 您是否會常常害怕將有不幸的事情發生在您身上嗎？	<input type="checkbox"/> 1分	<input type="checkbox"/> 0分
7 您是否大部份的時間都感到快樂？	<input type="checkbox"/> 0分	<input type="checkbox"/> 1分
8 您是否常常感到無論做什麼事，都沒有用？	<input type="checkbox"/> 1分	<input type="checkbox"/> 0分
9 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？	<input type="checkbox"/> 1分	<input type="checkbox"/> 0分
10 您是否覺得現在有記憶力不好的困擾？	<input type="checkbox"/> 1分	<input type="checkbox"/> 0分
11 您是否覺得現在還能活著是很好的事？	<input type="checkbox"/> 0分	<input type="checkbox"/> 1分
12 您是否覺得您現在活得沒價值？	<input type="checkbox"/> 1分	<input type="checkbox"/> 0分
13 您是否覺得精力很充沛？	<input type="checkbox"/> 0分	<input type="checkbox"/> 1分
14 您是否覺得您現在的情況是沒有希望的？	<input type="checkbox"/> 1分	<input type="checkbox"/> 0分
15 您是否覺得大部份的人都比您幸福？	<input type="checkbox"/> 1分	<input type="checkbox"/> 0分
總分		

總分說明

0~6分：適應狀況良好。

7~10分：屬中度情緒困擾，建議生活作息安排、慢性疾病控制、規律運動、社會參與、尋求支持。

11分以上：屬重度情緒困擾，建議轉介精神專科進一步評估。

社會性照護與支持需求評估表



初步篩檢出現兩項以上異常，詢問個案是否有下列問題，並依建議提供相關處置

詢問個案是否有下列問題	是(請打勾)	處置建議
1 在屋內的行動有困難		<ul style="list-style-type: none">• 居家環境調整
2 上廁所有困難		<ul style="list-style-type: none">• 防跌計畫
3 穿衣服有困難		<ul style="list-style-type: none">• 營養／身體活動計畫
4 洗澡沐浴有困難		<ul style="list-style-type: none">• 照顧者支持
5 保持個人整潔有困難		<ul style="list-style-type: none">• 連結社會照護資源
6 進食有困難		
7 居住地點有困難		<ul style="list-style-type: none">• 連結社會照護資源 (里長、社會局)
8 財務有困難		<ul style="list-style-type: none">• 轉介社工師
9 感覺孤獨		<ul style="list-style-type: none">• 強化社交或社會參與活動
10 平時沒有一定的社交活動，例如從事有興趣的活動、工作、擔任志工等		<ul style="list-style-type: none">• 轉介社區活動據點

附錄二

社區資源 連結QR Code



社區資源連結QR Code

1

衛生福利部社會及
家庭署-
全台社區照顧關懷據點



2

衛生福利部國民健康署-
110年銀髮健身俱樂部
核定據點



3

教育部樂齡
學習網



4

樂齡
學習中心



5

樂齡大學



6

樂齡學習
輔導團



7

樂齡學習示範及
優質中心



8

退休準備
專區



9

什麼是
長者健康整合式評估?
(國語版) ICOPE



社區資源連結QR Code

10

什麼是
長者健康整合式評估?
(臺語版) ICOPE



11

長者健康
整合式評估(單張)



12

長者活力
體能訓練方案
(Vivifrail)



13

衛生福利部國民健康署
全民身體活動指引-
第七章：老年人的身體活動



14

衛生福利部國民健康署
營養棒棒堂
線上資源



15

「咀嚼吞嚥障礙
評估訓練及
宣導計畫」手冊



16

臺灣防盲
基金會



17

失智照護資源布建及
聯絡資訊



18

失智症社會支持中心
網站



社區資源連結QR Code

19

臺灣尿失禁
防治協會網站



20

老人防跌
工作手冊(專業版)



21

長者防跌
妙招手冊(民眾版)



22

社區心理
衛生中心



23

家庭照顧者
支持性服務
資源地圖



24

長者資源
整合運用平台



25

中醫居家
手冊



26

長照問題
中醫照護秘訣
手冊



27

中醫居家病例
範本



社區資源連結QR Code

28

台灣慢性疾病
中醫臨床診療指引



29

中醫社區醫療及
長期照顧服務網絡



高齡友善 健康促進

社區照護服務手冊



書名：高齡友善健康促進社區照護服務手冊

執行單位：衛生福利部國民健康署

執行小組：吳昭軍、魏璽倫、吳建遠、周燕玉、鍾遠芳、蔡春瑜

編輯單位：奇美醫療財團法人奇美醫院老年醫學科

主編：蔡孟修

編輯團隊：蔡岡廷、何詩君、郭雅薇、張榛芸、陳珮純、王亞方

監製：邱仲慶、林宏榮

美術編輯：子淮設計顧問有限公司

著者：李純瑩、許華倚、王維弘、吳柏姍、林敬凱、劉宗學、梁家光、藍聖星、林俞仲、
(依章節順序) 陳殿和、林介山、劉蕙瑄、游佩雯、林嘉慧、郭慈安、謝美倫、林舜穀

編審：詹鼎正、李紹誠、楊素卿、許明倫、郭淑純、鄭熙騰、陳培豪、黃宗正、黃建程、
(依章節順序) 張美玉、陳進典、黃千惠、陳政雄、邱啟潤、廖秀慧、葉家舟

出版機關：衛生福利部國民健康署

電話：(02) 2522-0888

地址：10341臺北市大同區塔城街36號

出版年月：民國111年2月 **版次：**第一版

網址：<https://www.hpa.gov.tw/>

定價：免費提供下載，不提供販售

著作財產權人：衛生福利部國民健康署本書保留所有權利。欲利用本書全部或部分內容者，須徵求著作財產權人衛生福利部國民健康署同意或書面授權。請洽衛生福利部國民健康署(電話：02-25220888)。

©All rights reserved. Any forms of using or quotation, part or all should be authorized by copyright holder Health Promotion Administration, Ministry of Health and Welfare. Please contact with Health Promotion Administration, Ministry of Health and Welfare. (TEL:886-2-25220888)

展售處：本手冊以電子書形式提供，登載於衛生福利部國民健康署健康99網站
網址為<https://health99.hpa.gov.tw/> ISBN:9789865469726(PDF)

本出版品經費由國民健康署菸害防制及衛生保健基金支應。
This publication is funded by the Tobacco Hazards Prevention and Health Protection Funds of Health Promotion Administration.

GPN:4711200054



Longer lives!
Better health!

GPN:4711200054

