

附件一、老人福利機構評鑑制度及營養專業人力配置精進政策建議

一、將「營養照護」列為老人福利機構評鑑之獨立品質面向

建議於老人福利機構評鑑基準中，將營養照護由現行餐飲管理相關項目中予以強化，建立完整之營養照護品質指標，並建立明確之評鑑項目、評分方式及品質要求，使營養照護由附屬於餐飲管理之內容，轉化為可被檢視、追蹤及持續改善之專業品質項目。包括：

- (一) 住民營養風險篩檢及定期追蹤。
- (二) 營養不良、體重異常及肌少症風險之辨識與處理。
- (三) 個別化營養照護計畫之建立與執行。
- (四) 吞嚥困難及質地調整飲食之營養管理。
- (五) 特殊營養需求住民之營養照護。
- (六) 營養照護成效之追蹤與紀錄。
- (七) 營養師與醫師、護理師、社工師、照顧服務員及其他專業人員之跨專業合作。

二、建立與機構規模及照護需求相連結之營養師最低服務時數

建議參照現行老人福利機構不同專業人力配置之概念，依機構收住人數及照護需求建立營養師最低服務量，至少應確保住民能接受定期營養評估、營養風險個案追蹤及個別化營養照護。

建議初期可採「專任或特約」方式辦理，並依機構規模建立最低營養專業服務時數，以兼顧小型機構之實務可行性及大型機構之照護需求。上述服務量係以確保住民基本營養照護需求為原則，實際服務量並應視機構住民失能、失智、吞嚥障礙、營養不良及其他高風險個案比例適度增加。

建議依機構床數規模配置營養專業人力，並納入老人福利機構設立標準，建議如下：

- (一) 25 床以下：兼任營養師每月 8 小時。
- (二) 25 至 49 床：兼任營養師每月 16 小時。
- (三) 50 至 74 床：兼任營養師每月 24 小時。
- (四) 75 至 99 床：兼任營養師每月 32 小時（每週 8 小時）。
- (五) 100 至 199 床：兼任營養師每月 64 小時（每週 16 小時）。
- (六) 200 床以上：至少配置 1 名專任營養師。

三、建立高營養風險及進食安全住民之營養照護機制

建議評鑑指標納入高風險住民營養照護流程，包括：

「營養風險及進食安全辨識 → 營養師專業評估 → 個別化營養照護 → 餐食／質地調整 → 跨專業介入 → 定期追蹤 → 成效評估」

並應將吞嚥困難、咀嚼能力下降、噎咳、進食時間過長、體重下降及攝食量不足等情形納入進食安全與營養風險之辨識範圍，建立照顧服務人員及其他第一線人員之觀察、紀錄與專業轉介機制。使營養照護由單次性服務轉變為持續性的品質管理服務。

四、將營養照護結果及住民健康功能改善納入評鑑品質指標

建議評鑑逐步由「是否有提供服務」轉向「是否產生照護成效」，並建議採「過程指標＋結果指標」並行方式，避免評鑑僅著重於文件是否完備，而能實際反映營養照護對住民健康、功能及生活品質之影響。可評估下列結果指標：

- (一) 營養不良住民之改善率。
- (二) 非預期體重下降之比例及改善情形。
- (三) 營養風險住民追蹤完成率。
- (四) 吞嚥及質地飲食管理之適切性。
- (五) 高風險住民營養照護計畫完成率。
- (六) 住民功能及生活品質相關營養照護成效。

五、評鑑委員納入營養專業

建議於老人福利機構評鑑委員遴聘時，適度納入具老人營養、長期照顧、臨床營養或機構營養實務經驗之營養師，以確保評鑑內容能從專業角度檢視住民營養照護品質。尤其涉及營養評估、特殊營養需求、吞嚥及質地調整飲食等專業事項，宜由具相關專業資格及實務經驗之營養師參與評核，以提升評鑑之專業性、公平性及一致性。

六、建立「餐食管理」與「營養照護」雙軌並行之評鑑架構

建議將現行餐飲管理與營養專業照護適度區分：

- (一) 餐食管理：著重食品安全、衛生、餐點供應、膳食製備及餐食品質。
- (二) 營養照護：著重營養風險、營養評估、個別化營養照護、吞嚥飲食、特殊營養需求及照護成效。

二者相互連結但專業目的不同，應避免以餐食管理指標概括營養照護品質。藉此避免營養師之專業角色被侷限於菜單設計或餐點管理，並充分發揮營養專業在高齡健康及長期照顧中的功能。

七、將營養照護納入老人福利機構整體品質提升及政策發展

超高齡社會下，老人福利機構照護模式應由「維持基本生活」逐步轉向「維持健康、功能與生活品質」。營養是健康與功能維持之基礎，建議社家署於後續老人福利機構評鑑制度研修、評鑑指標調整及相關政策規劃時，將營養照護列為老人福利機構重要之專業品質指標，並逐步建立與機構設立、人力配置、評鑑及品質提升政策相互銜接之營養照護制度。