

中華民國營養師公會全國聯合會【函】

機關地址：臺北市大同區塔城街 7 號 3 樓

電話：(02) 2963-3530

承辦人：秘書處

電子信箱：twda9807@gmail.com

受文者：如正副本

速別：普通件

密等及解密條件：普通

發文日期：中華民國 115 年 09 月 21 日

發文字號：全聯會營十一字第 1150001626 號

附件：如說明四

主旨：有關本會就老人福利機構評鑑制度及營養照護品質精進之具體修正建議案，詳如說明，請查照惠復。

說明：

- 一、本會長期投入輔導各地方老人福利機構住民之營養照護專業服務，考量接受老人福利機構服務之住民多有高齡、多重慢性疾病、失能、失智、吞嚥障礙及營養不良等複合性健康問題，營養照護已不僅止於餐食供應與管理，更涉及營養不良預防、肌少症防治、吞嚥與進食安全、個別化營養照護及住民進食尊嚴等重要照護議題，遂於 115 年 9 月 1 日拜會貴部就上述議題進行交流與提出具體政策建議。
- 二、是日交流會晤之結論，涉及老人福利機構部分如下：
 - (一) 尚未公告之 116 年老人福利機構評鑑實施計畫及評鑑指標草案，應維持以前年度營養照護相關指標與配分(5 分)，並應就一級指標新增營養師最低服務時數，另評鑑委員組成增加具備營養師專業之人數，並由具全國性專業營養學、協及全聯會推薦。
 - (二) 研議老人福利機構設置標準之人力配置納入營養師為必要人力配置或應結合專業營養諮詢中心。
- 三、查 116 年度老人福利機構評鑑指標(草案)近期進行調整。廚房設施、餐飲作業流程、食品衛生管理、供餐品質及膳食營養等相關項目於評鑑架構中減少或未予明確列載，恐使機構在餐飲管理、食品安全及營

養照護方面缺乏一致性之查核依據，食安問題日趨嚴重，對於長期居住於機構之住民而言，餐飲供應具有持續性及高度依賴性，其食品安全與膳食品質應為機構照護品質的重要組成，宜配置相當之評鑑項目與配分，如若以外包餐飲、團膳配送、中央廚房供餐或其他供餐方式，機構對住民所提供之飲食服務仍負有照護管理及住民安全之責任，供餐作業涉及食品採購、驗收、儲存、調理、運送、保溫（冷）、分餐、留樣、異常事件處理及特殊飲食供應等環節，若缺乏適當之評鑑要求及管理指標，食品安全風險仍可能存在，且不因廚房作業委外而消失。

四、檢附本會規劃「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」及「116 年度老人福利機構評鑑指標修正建議表」各 1 份，以供貴署於調整評鑑標準、設置標準或相關法令規定時參用。

正本：衛生福利部社會及家庭署

副本：台北市營養師公會、新北市營養師公會、桃園市營養師公會、新竹市營養師公會、臺中市營養師公會、彰化縣營養師公會、南投縣營養師公會、雲林縣營養師公會、嘉義市營養師公會、台南市營養師公會、高雄市營養師公會、屏東縣營養師公會、宜蘭縣營養師公會、花蓮縣營養師公會、基隆市營養師公會、本會

理事長 黃孟娟

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。

附件二、116 年度老人福利機構評鑑指標修正建議表

現行指標	問題	建議修正	新增指標	修正效益
B25 服務對象飲食相關照護情形 116 年度將 109 年度 B28、B29、B30 相關內容整併於 B25，以達指標精簡之目的。	1. 指標過度簡化，鑑別度不足 109 年度 B28、B29、B30 原分別呈現不同飲食照護面向，整併後集中於單一指標，較難區分機構不同層面的照護品質。 2. 進食安全議題較不易被具體評量 高齡者常有吞嚥困難、噎咳、噎食及進食能力下降等風險，若僅以一般飲食照護呈現，較難充分反映機構對進食安全的重視及執行情形。 3. 「餐食適切性」與「進食安全」屬不同照護面向 餐食是否符合個別需求，與服務對象是否能安全進食，涉及不同的照護能力與專業判斷，宜適度區隔。	維持 116 年度指標精簡化方向，不恢復 109 年度 B28、B29、B30 原有架構；於現行 B25 之外，新增進食安全及吞嚥飲食照護指標。建議將照護概念明確區分為： B25：餐食及個別化飲食照護—「吃得適合」 B26：進食安全及吞嚥飲食照護—「吃得安全」	B26 服務對象進食安全及吞嚥飲食照護情形 機構應依服務對象之進食及吞嚥能力，提供適當之飲食質地、餐食型態、進食協助及必要之餐具或輔具；對具有吞嚥困難、噎咳、噎食或其他進食風險者，應有辨識、評估、照護、處理、紀錄及必要之專業轉介機制。 評量重點： ①飲食質地與個別需求 ②吞嚥及進食風險辨識 ③進食姿勢及進食協助 ④餐具／輔具使用 ⑤噎咳、噎食等異常處理 ⑥專業轉介及追蹤 ⑦工作人員相關知能	1. 維持指標精簡原則 不增加 109 年度原有多項指標的複雜度。 2. 提升指標鑑別度 將「餐食供應」與「進食安全」明確區分，更能呈現機構不同層面的照護品質。 3. 強化高齡者進食安全 使吞嚥、噎咳、噎食及進食風險成為可被具體評量的照護項目。 4. 從「供餐」走向「安全進食」 評鑑不僅確認機構有提供餐食，更進一步確認服務對象是否能獲得適切且安全的進食照護。 5. 落實個別化照護精神 依服務對象功能及需求提供適當飲食與進食支持。

現行指標	問題	建議修正	新增指標	修正效益
將 C7 取消	食安問題日趨嚴重，對於長期居住於機構之住民而言，餐飲供應具有持續性及高度依賴性，其食品安全與膳食品質應為機構照護品質的重要組成。	修改 C7 內容： 自辦伙食： 1. 訂有廚房作業標準(至少應包含設施設備之清潔、檢查、垃圾及廚餘之處理方式)及食材儲存之作業標準，且落實每日環境管理並有紀錄；洗碗及洗菜應分槽處理。 2. 餐廳環境維持清潔，且有定期清掃及消毒之紀錄。 3. 具乾貨、冷凍(-18℃以下)及冷藏(7℃以下)食材之設備，且生、熟食材分開儲存管理，並有進貨及定期檢查之紀錄。 4. 食物檢體留存(整份或每樣食物125公克)分開封裝，標示日期及餐次，冷藏存放48小時。 5. 負責膳食廚工每年至	文件檢閱 現場察看 1. 檢視廚房(或配膳室)、餐廳現場環境及每日環境管理紀錄。 2. 檢視及量秤食物檢體留存之餐數及重量。 3. 自辦伙食需現場檢視食材儲存設備之保存溫度及分類儲放情形。 4. 供膳外包需再檢閱合約及GHP或HACCP之稽查合格證明。	老人福利機構即使採用外包餐飲、團膳配送、中央廚房供餐或其他供餐方式，機構對住民所提供之飲食服務仍負有照護管理及住民安全之責任，若缺乏適當之評鑑要求及管理指標，食品安全風險仍可能存在，且不因廚房作業委外而消失。

現行指標	問題	建議修正	新增指標	修正效益
		少接受8小時營養及衛生之教育訓練。 供膳外包： 1. 訂有配膳作業標準(至少應包含設施設備之清潔、檢查、垃圾及廚餘之處理方式)，且落實每日環境管理並有紀錄。 2. 餐廳環境維持清潔，且有定期清掃及消毒之紀錄。 3. 供膳外包機構與供應商訂有合約且在有效期限內，並有食品良好衛生規範準則(GHP)或食品安全管制系統(HACCP)證明書之合格證明。 4. 食物檢體留存(整份或每樣食物 125 公克)分開封裝，標示日期及餐次，冷藏存放 48 小時。		