

出國報告（出國類別：進修）

1. Eating habits and appetite control in the elderly: the anorexia of aging
2. Nutrition of the elderly at Home
(The Practical Aspects)

服務機關：臺大醫院

姓名職稱：鄭千惠 營養師

派赴國家：美國

出國期間：96.8.20~97.2.19

報告日期：2008 年 3 月 20 日

目次

參訪目的	3~4 頁
參訪機構及醫院過程	4~16 頁
心得	16~19 頁
建議事項	20~21 頁

參訪目的

由於親人的需要及本人的興趣，本人於民國九十年至九十一年間，走訪大台北地區多數安養中心及養護機構，發現大台北地區多數機構的老人的營養照顧並不完善。

爲了進一步了解台灣的老人營養問題，查閱許多相關的訊息，了解目前台灣人口老化情況極嚴重，在亞洲國家僅次於日本，排名亞洲第二；又根據台灣內政部的統計，台灣 65 歲以上老年人口的比例高達 9.77%(民國 95 年資料)，比起全世界老年人口比例 7% 超出甚多，且近年來，台灣生育率逐年下降，人讓人口老化的問題雪上加霜。

專業老人營養照顧是必須的，因為伴隨身體的老化，生理機能會逐漸的退化並延伸出許多的疾病，這些改變容易導致老年人厭食、吞嚥困難、味覺遲鈍、減緩胃排空及其他消化道的問題，這些問題常造成老人營養不良，當營養不良的情況產生時，老人的身體機能更加退化，如此惡性循環後，老人疾病的罹患率與死亡率的比例隨之上升，也是造成老人營養照顧品質低落的問題所在。

根據統計，台灣逾六成的機構未設置營養師，這些未聘請營養師的機構所供應的飲食中熱量、蛋白質的供應量普遍不足，供應的飲食內容也不正確。長期下來，老人的營養狀況差（台灣機構老人營養不良的比例高達 50%），疾病的復發率高，這些缺乏營養師照顧的年長患者，常因為長期營養不良而頻繁進出醫院，不但造成病患及家屬的經濟、精神負擔，也消耗不少國家醫療成本，這樣的照護模式實非老人之福。

談到老人的營養照護，我們一定要討論老人常見的飲食困擾「吞嚥困難」，國內老人有吞嚥困難的比例約有多少呢？根據統計約有 30 萬人。雖然官方統計的數字驚人，但目前台灣的吞嚥困難飲食的研究文獻並不完整，我們最常處理吞嚥困難的方式仍然是用管餵食來維持病患的營養狀況，因此，台灣管餵食的比例約為歐美國家的三至四倍。雖然許多人相信管餵食可以減緩病人營養不良的發生

率，但國外仍有不少研究指出，癌症末期、中風及失智症患者管餵食病人的存活率與治癒率，並沒有優於由口餵食的病人，尤其是管餵食所存在的併發症如肺炎、腹瀉、便秘、皮膚紅腫等問題都只有增加病人不適，降低病人的生活品質，因此我們急需研發營養均衡的吞嚥困難飲食，以服務台灣眾多的病友。

雖然國內醫療技術進步，國人的平均餘命增加，然而爲了提升國人的生活品質，延長老人的「健康餘命」更是我們所要努力的方向，因爲延長國人的健康餘命可以減少國家醫療支出，因此我們需要專業的營養師給予專業的老人營養照顧，「專業的營養照顧」包括老人營養評估、老人營養建議及營養教育等，專業的營養師還應該指導養護中心及病患家屬如何供應適當的飲食，以提升老年人的營養狀況，延長老年人的健康餘命，才能提升老人生命品質。

這些年來藉著個人在臨床的經驗及研究，發現國內老人的營養照護仍不完善，多數老人都有吞嚥困難的困擾，吞嚥困難容易造成老人的厭食及食慾不良，我們的治療方式多以口服營養補充或強迫灌食來解決患者的問題，造成台灣老人強迫灌食（插鼻胃管）的比例偏高，對於這樣的老年患者我們似乎沒有其他更好的營養建議，期待這次的出國參觀訪問可以更了解美國專業營養師在老人的厭食、吞嚥困難問題及營養照護上所做的努力，回國後在老人的營養評估、營養照顧領域能有更專業的表現，並了解吞嚥困難飲食的製作及供應方式，將經驗傳承給台灣的專業營養師及醫護人員以嘉惠眾多的老年人口。

參訪機構之過程

- ◎ Capital Manor (Sep.2007~Feb2008)
- ◎ Providence Elder Place (Oct.2007)
- ◎ Providence Benedictine Nursing Center (Nov.2007)
- ◎ Rose Villa (Jan.2008)
- ◎ VA Hospital (Feb.2008)

一、Capital Manor (簡稱 CM)

美國的老人機構往往將養生社區(Retirement community)與養護機構結合，以增加機構的收入。

Capital Manor 約設置 600 床，由於 Capital Manor 收取的費用並不便宜，所以其住民多為美國上層社會的人士，如醫師、工程師、律師等。申請的人的年齡需要在 62 歲以上，申請人若為夫妻，則二人都要 62 歲以上才符合申請資格。

Capital Manor 的住宿費有二筆費用，第一筆費用約 80000 美金，之後每月再支付 2000 元住宿費用。這費用幾乎包含所有的生活花費，但是不包含電話費及伙食費。

每餐供應普通伙食(Regular Diet)約 400 份，另有治療飲食約 70~80 份，至於身體機能良好的人，也可以在自己住處附設的廚房自行準備菜餚(約 100 位)。飲食的費用(一餐)已經包含在住宿費用內。普通伙食供應沙拉吧的自助餐(Bufferet-6 weeks cycle menu)的方式供應，治療飲食則是固定菜單。

用餐時間如下：早餐：7:00，午餐：11:45，晚餐：4:15

CM 營養部人員編製：營養師一名(兼任主任)，營養助理一名、餐飲經理一名、另廚師、配送人員及清潔人員共 22 名。

CM 營養師的工作，設計新的菜單、教育實習生、全部門的員工管理、年度預算編列、住民(Manor 1 & 2)營養評估。

到了用餐時間，機構中的 NA(Nursing Assistants)會將協助老人前往餐廳用餐，美國的機構或醫院均鼓勵病人前往餐廳用餐，所以每一層樓都會設置餐廳供病患用餐。若有病患不方便在餐廳(常遇見的是吞嚥困難的病人，在公共場合用餐較不自在)，餐點則會送往病房讓病人食用。因為根據研究指出，在餐廳用餐可以刺激患者的食慾。

在 CM 雖然嚴重失智症，及中風的患者人數約有 30 人，但是目前都沒有使用鼻胃管餵食，這些有吞嚥困難的患者都是由護理人員(NA)來餵食，即使需要

花費大量的人力（製作特殊飲食及人力餵食），醫療單位仍然願意讓病人由口進食，因為根據研究報告指出，管餵食無法提升失智症、中風及癌症末期患者的營養狀況及存活率，反而這些經由管餵食的病人的生活品質以不良者居多。

Date: 1/1/11

Dinner

MC1 Main (Includes Room Trays)		MC2
Regular	<u>24</u>	Regular <u>38</u>
Mech Gnd.	<u>1</u>	Mech Gnd. <u>3016F</u>
Mech Chopd	<u>0</u>	Mech Chopd <u>0</u>
Dysphagia Mech	<u>0</u>	Dysphagia Mech <u>1</u>
Puree	<u>1</u>	Puree <u>0</u>
Puree Soup	<u>3</u>	Puree Soup <u>3</u>
GF Puree Soup	<u>3</u>	GF Puree Soup <u>3</u>
MC1 South		
Regular	<u>3 (finger food)</u>	
Mech Gnd.	<u>1</u>	
Mech Chopd	<u>0</u>	
Dysphagia Mech	<u>1</u>	
Puree	<u>3</u>	
Puree Soup	<u>4</u>	
GF Puree Soup	<u>4</u>	
MC1 West		
Regular	_____	
Mech Gnd.	_____	
Mech Chopd	_____	
Dysphagia Mech	_____	
Puree	_____	
Puree Soup	_____	
GF Puree Soup	_____	

Capital Manor 病房餐點配送單



圖一
普通飲食用餐餐廳



圖二
健康老人所居住的房子
空間設計較具獨立性



圖三

生理功能較差【註】老人居住的大樓
宿舍與護理站相通，方便照顧

【註】失智症、帕金森氏症、及中風的老人



圖四
治療飲食用餐區
~多數為吞嚥困難患者



圖五
Dysphagia Mechanical Soft Diet



圖六
Pureed Diet, 由醫護人員負責餵食



圖七
吞嚥困難患者使用的水

二、Providence Elder Place【簡稱 PEP】

PEP 共有 720 位老人，PEP 的服務理念是給予虛弱的老年人好的生活品質及自主能力，並維持老年人的尊嚴。

PEP 雖然有 700 多位老人，但是參訪時機構中只有 3 個老人有使用管餵食 (NG 或 PEG)，營養師 (Ann Reid, RD. LD) 表示她當營養師多年，10 年前美國的管餵人數比例是較多的 (可能有到 10%)，但自 1994 年之後，管餵病人的人數逐漸下降，這幾年機構中管餵的人數很少，都不超過 5 位。

管灌食人數減少的因素如下：

1. 病人使用管餵食(NG tube 或 PEG)都需要病人本人或其家屬簽同意書，簽同意書前醫師需要詳細告知使用管餵食造成的副作用及管餵食的優點。
2. 有不少的報告指出使用管餵食會大幅降低病人的生活品質，也沒有提升病人的治癒率及存活率，因此不少家屬或是病人不願意長期使用管灌食來維持生命。
3. 語言治療師積極參與病人的吞嚥訓練，病人在最短的時間內就可以開始復健，恢復進食的能力。

由於營養師需要照顧的人數很多（一位營養師約負責 150 位），因此在 PEP 有一套很好的電腦系統協助營養師做病人管理，該電腦系統每天會提醒病人目前的營養狀況，由營養師決定是否需要做進一步的營養照顧，大大提升照護的效率及品質。

三、Providence Benedictine Nursing Center【簡稱 PBNC】

機構設置 100 床，其住民的年紀多為 85~95 歲。

住在 PBNC 的老人有些是長期居住，有些則是短期暫留，暫留的時間可能從數星期到數個月的時間（最多 100 天）不等。這些暫留的老人主要是因為剛出院，但生活中還無完全自理，無法回去原本居住的地方。為了讓老人可以早日恢復以

往的生活，這裡提供專業的復健師、營養師、社工師、活動設計師來照顧這些老人，提供營養的飲食、復健器材及場所(如：復健廚房、復健衛浴)讓病人復健，在復健廚房中可以看到廚房的設計、動線都是專為老人設計，讓老人在安全的環境下可以早日恢復獨立的生活。

PBNC 設置一位營養師，主要負責臨床的營養照顧及病人菜單設計，PBNC 的廚房的各項管理(人事、採購、驗收)則是由廚房經理負責，以確保老人可以獲得最佳的餐飲服務。

雖然這位 manager 非營養本科系畢業，但已經從事管理工作多年且受過數十小時的專業訓練，她管理廚房大小的人事(廚房約有二十位工作人員)及廚房相關業務駕輕就熟。

PBNC 的飲食供應是固定的菜單，每天供應三正餐、三點心，飲食中包含普通飲食及特別治療飲食(5 weeks cycle menu)，出餐的方式則是利用輸送帶一份份準備。餐點利用餐車運送到各護理站，護理站旁(共 4 個護理站) 都有一個病人用餐區，病人可以決定要在用餐區用餐或是自己的病房用餐。護理人員十分鼓勵病人到用餐區用餐，因為根據研究指出，在用餐區用餐的病人食慾較好。機構鼓勵病人自行用餐，護理人員(CNS)會每餐給予紀錄並注意病人的用餐情況。至於進食狀況差的病人(低於 50%)，護理人員再個別餵食。並給予進食紀錄。見附件表二

飲食的供應為普通飲食或是特別飲食，特別飲食除了供應營養成分調整飲食(如：低鹽飲食，低油飲食)，還供應質地調整飲食(如：軟質，細碎飲食 Mechanically altered Diet 及 細泥飲食 Pureed Diet)，其中值得一提的是，任何在室溫會融化變液體的固型食物(如 Ice Cream 及 Jelly)都不建議失智病人食用。

Skilled area 30 床

PNBC 其中 30 床在 skilled area，這些病人都必須是從直接醫院出院，但其狀況還不適合直接回家，或不適合居住於一般的護理之家的病人。

PBNC老人進食紀錄表(表二)



圖九
Rose Villa
老人居住的客廳



圖十
Rose Villa
老人居住的臥室

五、VA Hospital (Veterans Affairs Hospital)

VA Hospital 是美國的榮民醫院，其病患都是美國的現役或除役的軍人，其就醫費用全部由美國政府負擔，但此福利只限於美國軍人，軍眷不得至 VA Hospital 就醫。

奧瑞岡州的 VA Hospital 有二個院區，病人共約 300 人，本院位於奧瑞岡州的波特蘭市(Portland)、分院位於華盛頓州的溫哥華市(Vancouver)，二地往返一趟約需花費 20 分鐘。病人餐點在 Portland 製作後每日運送至溫哥華市，每天餐點運送二次，餐點送達溫哥華院區後，必須再加熱後才將餐點分送至病患手中。溫哥華院區廚房的設備只有加熱功能，無法為病患製備菜餚。

營養師每天早上需要與醫生一同參加病患照顧討論會，參與討論會的專業人士除了各科醫生、護理師還有心理師、復健師及營養師。各領域的專業人士貢獻自己的專長，團隊合作並以積極的態度來照顧病人。

美國奧瑞岡州 VA Hospital 的營養師 (Susan Holtorf, RD. LD) 提供美國臨床營養師針對帕金森氏症及癌症病患營養照顧的方向：

◎ 美國的帕金森氏症病人的營養照顧

帕金森氏症病患飲食建議：

- (1.)維持病患體重
- (2.)蛋白質建議攝取量
- (3.)營養補充劑的建議量等
- (4.)處理（減緩）藥物及疾病發展造成的生理不適，如：吞嚥困難、便秘、噁心、食慾不佳
- (5.)帕金森氏症病患如果有吞嚥困難，則給予適合的吞嚥困難飲食指導。

◎ 美國的癌症病人的營養照顧

癌症中前期：癌症治療往往因為不同的治療方式，而產生不同的副作用，這些副作用都與病人的食慾有著密切的關係。

這些副作用包含：噁心、嘔吐、味覺改變、唾液減少、口腔疼痛(或其他部位疼痛)、食慾不振、腹脹、腹瀉、便秘。

營養師應該針對病人的不適，提供專業的建議，避免病患長期營養攝取不足，造成病患營養不良，體力不足以致於無法完成整個療程。

癌症末期：美國的癌症末期所討論的，都是安寧照護。美國的醫院或專業營養師對癌症末期的病人沒有給予積極的營養支持，主要原因如下：

1. 強迫灌食對癌症末期的患者而言是一件痛苦的事情，因為這些患者吃不下可能是因為身體的疼痛、腸蠕動差或腹脹等，當病患面臨這種情形，又再被人強迫灌食是不人道的。
2. 根據研究指出，強迫灌食沒有辦法延長癌症末期病人的存活率，也沒有

辦法改善病情。

3. 當病人接近死亡(dieing)時，拒食及脫水往往是經歷死亡一個正常的過程，這時病人往往沒有飢餓感。每個人經歷死亡的過程時間長短不一，有人是幾天，有人可能長達數個月。

癌症末期的營養照顧：

1. 放寬病人飲食的限制。
2. 儘量供應病人任何他想食用的飲食，即使只有一口或是二口，鼓勵病患進食。
3. 供應水分，若病人無法飲用任何的液體，可以用棉花沾水，潤濕嘴唇。

◎ 吞嚥困難飲食

根據統計，住院病患中有 15% 的患者有吞嚥困難的問題，病患中容易發生吞嚥困難的族群：中風病人、頭頸部癌症病人、神經性疾病的病人如：Parkinson's Disease 病人、失智症病人及一般老化的老年人。

吞嚥困難飲食：Pureed diet, Dysphagia Mechanical Soft Diet , Dysphagia Mechanical Diet，應依患者的狀況而給予適合的飲食內容，嚴重吞嚥困難的病患其飲食的形態應該像布丁狀或是薯泥，中度吞嚥困難病患的飲食可以像蜂蜜狀，而輕度吞嚥困難的飲食型態則可以像糖漿狀。



圖十一
醫院供應給吞嚥困難病人的果汁
可分為：糖漿狀及蜂蜜狀的稠度

◎ 語言治療師的訪談

雖然此次訪問所參訪的多為美國專業的營養師，但 VA Hospital 特別安排我

與語言治療師會面，因為美國語言治療師的工作有很大的比例是幫吞嚥困難的患者做吞嚥訓練，語言治療師向我解釋他們的工作的內容，及幫患者作訓練的過程，讓我更了解吞嚥訓練的完整作業流程。

吞嚥困難的治療所參與的專業人員包含，語言治療師、復健師、營養師。醫生評估病人的狀況是否需要照會語言治療師，語言治療師會利用碎冰（較不會嗆到）來觀察病人的吞嚥狀況，而給予病人不同的專業建議，同時建議營養部門應該供應何種質地飲食給病人，營養師則針對患者的需要製作適合的飲食，以維持患者的營養狀況並避免患者因為進食而嗆到。

心得

首先要感謝台大醫院長官及營養室同仁的支持，讓我有機會走訪美國奧瑞岡州的養護中心及醫院。

有人說奧瑞岡州是美國老人最好居住的地方，走訪此地之後發現，這裡不但環境優美、氣候佳，老人醫療照護系統也很好，真不愧稱為美國退休老人的天堂。

能動就是福

在美國，我所觀察到的老人年紀雖然大，但其肢體的功能仍然很好，即使行動不方便，仍然可以看到她們推著 walker 到處走來走去，她們的醫護人員很鼓勵老人到處走走，因為她們相信增加活動量可以維持身體的功能不致退化，還可以刺激食慾，由於安養機構的照護的很好，在安養機構老人的平均壽命比美國人平均壽命長八至九年，在機構中快一百歲的老人早上還在走動，下午就平安離世的故事時有所聞，就如 Capital Manor 的工作人員所描述，「在這裡有許多老人年紀很大，大到自己都忘記自己幾歲了（超過一百歲），但是仍然會出來四處走動，即使在辭世前一天，都還可以自己活動，當上帝的時間一到，他們就平安的離開了」。我想這樣安祥的晚年應是許多人所追求的吧。

絞盡腦汁促進食慾

在機構中每天都有活動設計師設計不同的活動讓老人參與，如：有人彈鋼琴讓老人唱歌，也有設計老人所喜歡的賓果遊戲（Bingo）或是散步。老人參與活動時通常都會有食物、茶水或飲料的供應，鼓勵不愛喝水及食慾不佳的老人多補充水分及熱量，可以說一天有 18 個小時隨時提供食物及水分的供應。

無論是醫院還是在機構，病人吃飯時大多都是到餐廳坐著吃飯，因為有不少文獻指出，在餐廳吃飯可以刺激食慾，增加進食量。吃飯時間 CNA(Certified Nursing Assistant)會協助病人到用餐區用餐，若病人可以自行吃飯，鼓勵病人自己用餐，如果病人用餐有障礙則會給病人使用輔具。至於嚴重失智或是中風的老人則是由 CNA 負責餵食，每餐都要記錄病人的進食狀況(以 25%、50%、75%及 100%方式紀錄)，一般而言一位 CNA 約餵食 2~3 個老人，餵食時間約 40 分鐘可以完成。餵食時，一定是一口一口慢慢餵食，對於有失智症的患者，都會配合口令並告知現在正在吃甚麼食物，讓患者記得他們正在用餐。這些 CNA 在餵食病患後需要記錄病人的進食量，若有進食狀況差的患者，會再照會營養師做進一步的營養照顧。台灣的養護中心的營養照顧是不一樣的方式，大部分養護中心沒有營養師參與，即使有，許多都是應付評鑑，臨時約聘的營養師，評鑑後就沒有營養師參與營養照顧，機構中所供應的飲食內容也常蛋白質含量不足，或是質地不合乎住民的需求，餵食老人時一位照顧者往往需要餵食 8~10 位老人，且這些餵食者常是未受訓練的外傭或阿嫂，在沒有營養師參與，也沒有人力協助餵食的情況下，養護中心老人營養不良的比例會上升，這也許是研究統計國內安養中心老人營養不良比例偏高的因素之一，當然這些老人長期營養照顧不佳的強況下，壓瘡、肺炎、體力差需要臥床等營養相關問題一直重複發生。

不以方便照顧患者為目的，以病患的立場考量做整體的醫療照顧

在美國機構中，曾經看過一個令我印象深刻的案例：一位高齡 90 歲的老先生，用他顫抖的雙手嘗試著自己扣釦子，一排釦子約扣了 30 分鐘，他自己慢慢

的完成這個「艱鉅」的工作；我也曾觀察過一位九十多歲的老太太，每頓飯要花一至二個小時來完成，她總是最早去餐廳，最後離開的那一位。醫護人員向我解釋，她們不會爲了方便照顧(節省時間)就幫他們完成這些工作(如：扣釦子或餵食)，因爲老人做這些事可以維持她們的生理功能，若給予太多的協助，這些功能會逐漸消失，這對這些老人而言是不好的。經過評估後若老人們真的需要協助，他們就會協助老人完成這些日常需求，若老人的生活還是可以自理，在安全的環境下讓她們自己完成生活的瑣事。她們儘量讓老人維持最好的生理功能，以保持最好的生活品質。

此次回台灣後不久，恰巧有個中部老人的案例值得吾人深思與探討：有一位九十多歲的老太太因爲吃東西速度很慢，且食量小，以致體重減輕，而去看醫生，醫生建議插鼻胃管，給予腸道營養。老太太的家人很不捨，認爲老人家只是吃東西較慢，爲甚麼要受這種苦？但是醫生認爲只有這樣才能供應足夠的營養給老太太；而我也在思考，即使給了足夠的腸道營養給這位老太太，但是他的其他生理功能是否會因而退化，甚至衍生其他的後遺症呢？因爲有不少使用鼻胃管餵食的人因爲自我形象變差，行動較不方便，會不願與人接觸也不愛活動，慢慢的這些人老化速度會更快，所以給予這位老太太腸道營養是否過於激進？是否可以有其他更好的取代方式？這都值得醫學界研究討論。

多樣吞嚥困難飲食供選擇

在美國吃的不好、中風、失智、吞嚥有困難的老人爲數不少，這些病人又不想使用管餵食(PEG)，爲了兼顧病患維持良好的營養狀況又要讓病人可以早日進食，語言治療師很早就參與病人的吞嚥訓練，讓病人可以早日由口進食，而營養部門則發展出許多不同質地的食物，供老人食用如：finger food，dysphagia mechanical diet，dysphagia mechanical soft diet，pureed diet 等。就連餐點外各種飲料都有商業產品可以購買，而且都是 Ready to use，如：牛排、蔬菜、果汁、咖啡、牛奶、豆漿、開水等都是吞嚥困難病人可以飲用的質地或是稠度。反觀台灣

目前的情況，商業用的吞嚥困難食品並未進口，目前只有食物增稠劑可以使用，且只剩諾華公司的「快凝寶」可以使用，另一個口碑也不錯的「輕鬆吞」也因為不敷成本即將退出台灣市場，這是因為吞嚥困難的病人(有是百萬的統計數字)並沒有被重視，許多醫院並沒有供應吞嚥困難飲食餐，因此病人家屬或養護中心更不清楚要如何供餐給這些吞嚥困難的老人，這也是台灣管餵食患者的人數高出西方國家很多倍的原因。

餐飲管理制度的差異

美國營養師所擔任的工作仍然以臨床的營養照顧為主要的工作項目，供餐的工作常設定在輔導及監督的角色，若菜單需要更新，則會設計新的菜單給住院的患者使用，至於其他膳食的工作則多由膳食經理來管理，廚房經理的工作包括廚房工作人員的人事管理、採購、庫房管理等，雖然膳食經理並非營養科系畢業，但可能具有餐飲(旅館)管理或其他管理背景，經過數十小時食品安全訓練後就可以擔任。由於美國營養師工作分配單純化，所以營養師可以在臨床的專業上有較完整的發展。經過觀察後發現，台灣營養師的生態與美國並不相同，在台灣只要醫院的供膳沒有外包，營養師需要負責膳食及臨床的業務，供膳及臨床每年輪調是目前各醫院較常使用的制度。台灣醫院供膳營養師的工作範圍很大，除了設計菜單、成本控制、還有工作人員的管理、排班、叫貨、驗收、器材的採購等(根據了解目前台灣只有三總、榮總及亞東醫院的營養師沒有輪調，為固定職務的方式)。其實管理是一門很大的學問，個人非常認同新來的營養師須要先在廚房了解醫院供餐的形式，然而要一位年輕的營養師在廚房管理幾十位資深的員工並非一件容易的事，由於經驗不足，在管理中發生事倍功半的事也是常見的問題。

建議事項

一、針對老人的需求與狀況做專業的營養評估

台灣目前老人營養評估仍然使用標準體重及 BMI 值來評估，然而 BMI 的使用對象應該是年齡少於 65 歲的成年人，並不適用於年長的老人，美國於 1968 年就有老人專用的體重評估表，方便醫護人於做更專業的營養評估，台灣也需要發展台灣老人專用的體重評估表，以利醫護人員做更專業的老人營養照護。

醫院應該落實紀錄病人住院時的身高體重，並每週追蹤。

養護安養中心則應落實每月為老人量一次體重。

二、推廣適合患者的吞嚥困難飲食（熱量、質地）

大型的教學醫院或小型的地區醫院，需要針對吞嚥困難的患者發展適合的飲食並製作衛教單張教導飲食製作，讓病患在醫院、回家都能獲得完整的營養照顧。衛教單張內容至少應包括：食品安全衛生、飲食製作步驟、建議每日營養攝取量、可食用及避免食用食品建議表。

三、營養師人力調整(廚房、臨床)

雖然營養學在預防醫學上扮演著很重要的角色，但是營養師在醫學界上仍屬於弱勢，雖然台灣營養師已經有足夠的人力可以投入職場，但是各醫院營養師的人力一直都是不足的，營養師除了需要負責臨床組的營養照顧，還要負責廚房的各項管理，常輪調的結果可能讓營養師在專業上無法有完整的發展。

管理、採購都是大的學問，也許可以考慮由管理的專才來管理廚房的營收、財產及人力資源，營養師只負責設計菜單及衛生安全督導，這樣的人力分配也許在工作效益（病人的癒後、醫療支出、病人飲食滿意度）上會有更好的表現。

四、老人專科營養師在職教育

雖然目前台灣的老人醫學逐漸受到重視，許多大型的醫院開始有老人專科的設置，營養師也開始參與老人的營養照護，但老人營養的發展仍在萌芽的階段，我相信日後營養師在老人照護上有將佔有不可或缺的地位，營養師的專業可以讓老人的醫療照顧更臻完善，因此，我認為營養師公會也應該扮演重要的角色，協助負責老人專科的營養師落實更多的在職訓練，以提供優質的專業人力以因應未來廣大的市場需求。

五、落實營養師人力配置

為提升大眾的健康，減少醫療支出，落實營養師的人力配置是必須的政策，在美國，急性醫療院所營養師人力約每 70~100 名病患配置一名營養師，此人力不包含廚房管理之供膳營養師，在非急性醫療單位如養護中心則 200~300 名病患須配置一名營養師，小型的安養院所（人數少於 100 名）則有兼職營養師擔任營養照顧。反觀國內的營養師人力配置大幅落後美國營養師的人力配置，在急性醫療單位，扣除擔任行政工作的營養師、供膳營養師，每位臨床營養師所需照顧的病患約 300~400 名，至於安養機構設置的營養師人力，根據 2005 年的研究（曾明淑教授），台灣地區約 43.26% 的安養中心聘有專職或是兼職營養師，而營養師的人力多集中在大台北地區。為了提升全民的健康，落實老人社會的營養照護，政府應該落實各醫療院所營養師的人力配置，才是當務之急。

近年來全民健保年年虧損，為了減少醫療支出，延長國民的健康餘命一直是大家努力的方向，因此「預防醫學」的觀念開始發酵，營養照顧與營養教育在預防醫學上佔有不可或缺的地位，目前在台灣領有營養師證書的人口約有五千人，然而從事營養相關的執業營養師約二千多人，約有二分之一以上的營養專業人員從事非營養相關的業務，為了提升全民的醫療品質，政府應該立法以落實醫療單位營養師的人力配置。