



衛生福利部「復能多元服務試辦計畫」
申請作業須知

衛生福利部

中 華 民 國 107 年 8 月 29 日

復能多元服務試辦計畫

107.08.22

壹、前言

全球面臨人口高齡化挑戰之際，我國自 1993 年起已達聯合國世界衛生組織所定義的高齡化社會標準，2018 年 3 月則已進入高齡社會，老年人口比率達 14.05%（約 331.2 萬人）。隨著老年人口快速成長，失能人口大幅增加，長期照顧的需求與負擔也隨之遽增，同時也為國人關注的重要議題之一。

長期照顧以早期介入、強調復原而非殘補代勞、強調預防而非事後照顧，以及聚焦於個案的優勢能力而非缺損(Heeboll,2012)。另，復能照護的觀念已發展出新型態的長照服務模式，在北歐各國扎根發揚光大，以個案自訂的生活目標為長照服務目標，由治療師、護理人員及社工等跨領域專業人員，加上照顧服務員及家庭照顧者一起協助並支持個案。而長照給付及支付基準基於此復能精神，將長照生活自立功能訓練(reablement)納入專業服務的組合。

復能照護與醫療復健最大的不同在於，復能是以長照個案為中心，由專業人員及照顧服務人員協助個案，善用個案自身潛能，維持個案生活參與不退化，促使個案現有最佳化。有鑑於出院病人有密集的復能服務需求，希冀透過此試辦計畫之評估及運作，提出專業服務照護相關支付制度及運作模式建議，使專業服務能落實於居家、社區間，進而減少照護成本需求、預防及延緩失能。

貳、計畫目的

- 一、以個案目標為導向，落實專業服務照護，協助個案自立生活訓練，提高社會參與及獨立性，以達健康在地老化。
- 二、凝聚專業服務團隊之專業合作，提出具效能之多專業長照服務模式。
- 三、強化出院準備服務效能，醫療與長照無縫接軌。

參、計畫內容

- 一、申請期限：自上網公告日起至 107 年 12 月 31 日止。
- 二、計畫執行期間：自計畫核定日起至 108 年 12 月 31 日止。

三、參與對象：參與本部「銜接長照 2.0 出院準備友善醫院獎勵計畫」或通過「長照服務出院準備友善醫院」認證之醫院或經縣市政府審查計畫通過逕予核定之醫院。

四、執行方式：

(一) 長照服務需求評估：

1. 評估時間點：於個案出院至少 3 天前完成評估。

2. 評估訓練：

(1) 由地方照管中心指派照管專員評估種子師資，提供申請單位之專職醫事或社會工作人員（醫事人員或社工師應執業登記於申請單位）訓練。

(2) 訓練課程包含：A.長期照護需求、評估；B.長期照護資源介紹與應用；C.照顧管理概論等 3 類課程 3 小時以上，及 D.評估量表說明與操作等 4 種課程，合計 7 小時以上之訓練。

(3) 另，評估人員在照管專員或照顧管理督導指導下完成評估實務試作至少 3 名個案。

3. 評估工具：使用本部所訂照顧管理評估量表-簡表（附件 1）。

(二) 擬定照顧計畫：

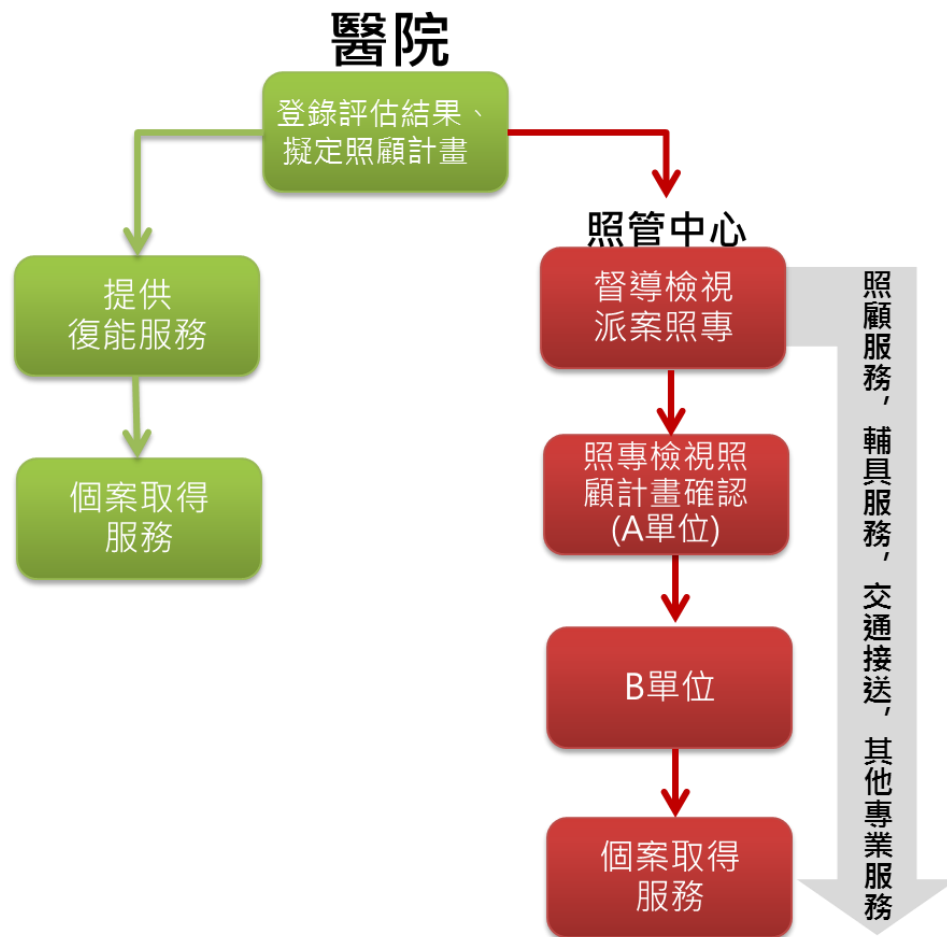
1. 流程及注意事項：

(1) 依長照需要等級評定結果，參考醫師意見，並與個案及家屬討論，擬定照顧計畫，確認照顧計畫及復能目標。

(2) 照顧計畫所包含復能服務照顧組合（CA01~CA04、CB01、CB02、CC01）可預支額度。

(3) 針對有復能潛能之個案建立自信，由個案、照顧者與個管員共同擬訂復能目標及計畫，並優先排列目標順序，增進個案參與訓練動機。

(4) 照顧管理評估及照顧計畫需有評估人員及個案（或家屬）簽名。



備註：復能服務指CA01、CA02、CA03、CA04、CB01、CB02、CC01照顧組合

2. 計畫額度

- (1) 個案如屬出院後有高密度復能服務之必要性與潛能，除依需要等級與給付額度擬定照顧計畫（含長期照顧給付及支付基準之 B、C、D、E、F 碼）外，可彈性將出院後 2~6 個月之照顧及專業服務額度的 30% 提前納入照顧計畫，提供復能服務並於當月至 3 個月內使用完竣。所指復能服務係長期照顧給付及支付基準照顧組合表之 CA01~CA04、CB01~CB02、CC01。
- (2) 聘僱外籍家庭看護工或領有政府提供之特別照顧津貼之長照需要者，如符合本計畫規定，經長照失能評估擬定照顧計畫，同前款得預支額度，以為復能服務之使用。
- (3) 復能服務預支額度扣除方式：長照服務個案其所預支額度（即出院後 2~6 個月給付額度提前規劃部分），於出院後 2~6 個月平均扣除。

- (4) 提前預支額度所擬之復能多元服務計畫，應於出院當月至 3 個月內使用完竣。
- (5) 本試辦計畫複評等級與出院前評估等級不同，預支額度以出院前評估等級之給付額度計算，其試算範例如附件 2。

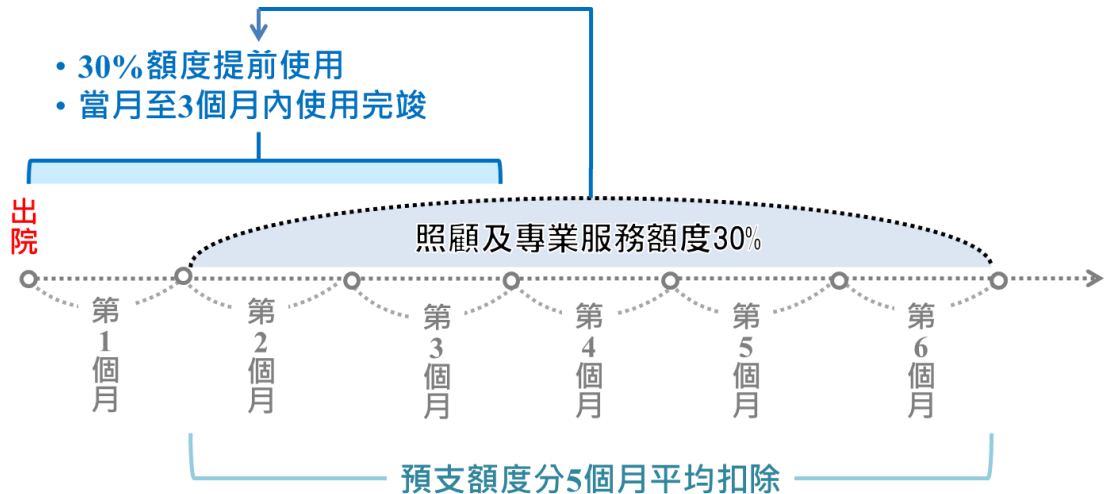


圖 1：復能多元服務 30%預支額度

(三) 復能多元服務提供及注意事項

1. 復能服務得逕由出院醫院提供或與出院醫院合作之服務提供單位提供；服務提供單位均需與地方政府簽訂特約。
2. 復能照顧組合服務之提供，應有醫師帶領團隊成員共同評估個案並擬定復能服務計畫，再由專業人員進行個案或主要照顧者之指導訓練；團隊成員應有 1 人負責個案管理，並提供指導紀錄、協調聯繫。
3. 出院醫院所擬照顧計畫，除復能多元服務外，其他如：生活照顧服務、輔具服務、交通接送或其他專業服務，由照管中心或 A 單位派案。
4. 本試辦計畫之出備個案，照管中心於個案出院後第 4 個月內複評；個案或家屬亦可自行向照管中心提出複評申請。
5. 長照輔具服務及居家無障礙環境改善服務評估：參與本試辦計畫醫院所服務之出院準備個案，於出院前經長照需求評估，有輔具服務及居家無障礙環境改善服務需要者，於 108 年 12 月 31 日前，長期照顧（照顧服務、專業服務、交通接送服務、輔具服務及居家無障礙改善環境

服務) 給付及支付基準附表 3 照顧組合表 (E 碼及 F 碼) 之輔具評估人員, 得由非屬縣市政府設置或委託辦理之輔具服務單位甲類輔具評估人員為之。

肆、計畫管考措施

- 一、本計畫由縣市政府定期督導醫院執行, 包含服務流程時效、轉介服務、服務紀錄之情形。
- 二、試辦計畫結束時, 醫院需於 108 年 12 月 31 日前繳交整體試辦成果報告。
- 三、縣市政府應按季 (於 108 年 3 月 31 日、6 月 30 日、9 月 30 日、12 月 31 日前) 提報本部本試辦計畫辦理情形, 以便瞭解執行狀況。

伍、申請方式

- 一、申請醫院擬具計畫書向所在地縣市政府主管機關提出申請, 由縣市地方政府審查通過逕予核定即可執行本計畫 (審查表如附件 3), 地方政府可採批次審查, 其審查結果及參加本計畫之名單, 請於申請期限前每月 25 日提報本部。
- 二、申請計畫書參考格式 (如申請書附件 3) 如下:
 - (一) 摘要 (背景說明)
 - (二) 計畫目的
 - (三) 執行流程及方法 (需含專業團隊組合、合作模式、操作方式)
 - (四) 計畫目標
 - (五) 預期執行成果
 - (六) 其他檢附資料 (如合作團隊同意合作函)

陸、其他配合事項

- 一、本計畫申請說明相關規定, 如有未盡事宜, 依照本部長期照顧給付及支付基準相關規定辦理。
- 二、有關本試辦計畫之「申請作業須知」請至本部官方網站 (<https://www.mohw.gov.tw>) 之長照政策專區/長照 2.0/長照出院準備服務下載。

照顧管理評估量表-出院準備

A. 個案基本資料

姓 名	_____
出生日期	民國 (<input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 國) _____年 _____月 _____日
身分證字號	□□□□□□□□□□
聯絡電話	_____
性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
目前之居住狀況	<input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 固定與他人同住 <input type="checkbox"/> 輪流與他人同住 <input type="checkbox"/> 住在機構 <input type="checkbox"/> 其他
通訊地址	_____縣/市 _____市鄉鎮 _____區 _____村里 _____鄰 _____路街 段 _____巷 _____弄 _____號 _____樓
戶籍地址	<input type="checkbox"/> 同現居住址 _____縣/市 _____市鄉鎮 _____區 _____村里 _____鄰 _____路街 段 _____巷 _____弄 _____號 _____樓
常用語言	<input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 閩南語 <input type="checkbox"/> 客語 <input type="checkbox"/> 原住民語 <input type="checkbox"/> 其他 _____
有無聘僱看護	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
欲申請給付項目	_____
主要聯絡人	<input type="checkbox"/> 同個案本人 <input type="checkbox"/> 同申請代理人 姓名： _____ 與個案關係或身分： _____ 聯絡電話/手機： _____ 通訊地址： _____縣/市 _____市鄉鎮 _____區 _____村里 _____鄰 _____路街 _____段 _____巷 _____弄 _____號 _____樓

A3. 個案身分別【可複選】：

1. 一般戶 2. 低收入戶
3. 中低收入戶【勾選此項者續答 3a 題】 3a-1. 未達 1.5 倍 3a-2 1.5-2.5 倍
4. 榮民 5. 原住民
 6. 領有身心障礙證明 (手冊)
 無
 有，A3a4. 障礙等級： 1. 輕度 2. 中度 3. 重度 4. 極重度

E.個案日常活動功能量表 (ADLs)【以最近一個月能力為主】

選項	
<p>E1</p> <p>吃飯</p> <p>(不包含自行準備食物、餐具或盛裝食物等)</p>	<p><input type="checkbox"/>1.在合理時間(一小時)內,自行或用輔具進食餐盤食物</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 不需他人協助、監督或持續敦促,在合理時間內(一小時內),可自行用餐具取用眼前的食物、切割食物,將餐盤內食物吃完。 ◆ 能自行取用穿脫進食輔具。 <p><input type="checkbox"/>2.需要一些協助</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 需他人幫忙夾菜、切肉、弄碎食物或穿脫輔具等,但可自行吃飯。 ◆ 可自行吃食,但花超過一小時或食物灑落一地。 ◆ 可勉強及吃力執行完成,過程非常辛苦。 ◆ 需他人提醒飲食量,避免哽噎、過食或少食。 <p><input type="checkbox"/>3.需完全協助(完全依賴)</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 由鼻胃管進食。 ◆ 只能嘴動,手不會舀,完全由他人餵食。
<p>E2</p> <p>洗澡</p>	<p><input type="checkbox"/>1.能自行完成</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 可自行完成盆浴、淋浴或擦澡,不需他人協助、監督或持續敦促。 <p><input type="checkbox"/>2.協助下完成</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 需他人協助、監督或持續敦促,才能完成。 ◆ 可自行完成,但執行過程困難或清潔度不佳。
<p>E3</p> <p>個人修飾</p> <p>(包括自行洗臉、洗手、刷牙、梳頭、刮鬍子)</p>	<p><input type="checkbox"/>1.可自行洗臉、洗手、刷牙、梳頭、刮鬍子修飾</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 可自行完成洗臉、洗手、刷牙、梳頭、刮鬍子,不需他人協助、監督或持續敦促。 ◆ 可使用輔具。 <p><input type="checkbox"/>2.需協助</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 需協助、監督或持續敦促,才能完成所有項目。 ◆ 需準備用物(如牙膏、牙刷、漱口杯)才可以完成洗臉刷牙,屬於需協助。

E.個案日常活動功能量表 (ADLs)【以最近一個月能力為主】

選項	
E4 穿脫衣物 (包括穿脫衣、褲、鞋、襪)	<p>□1.自行穿脫衣褲及鞋襪</p> <ul style="list-style-type: none">◆ 能自行獨力完成，包括穿脫衣褲、解開釦子或拉拉鏈、穿脫鞋襪、綁鞋帶及穿脫輔具（義肢、支架），都不需他人協助、監督或持續敦促。每項動作分別於十分鐘內完成。◆ 若個案的衣褲鞋襪都沒有釦子或鞋帶，個案也能自行完成，如：穿功夫鞋或魔鬼氈的鞋子。 <p>□2.需協助</p> <ul style="list-style-type: none">◆ 在他人協助下，能在合理時間（十分鐘內），自行完成一半以上的動作。◆ 能夠自己穿脫大部分的衣褲鞋襪，但細微動作需他人協助，如將襪子拉好、繫鞋帶、扣好釦子等。 <p>□3.需完全協助（完全依賴）</p> <ul style="list-style-type: none">◆ 穿脫過程當中，至少一半以上需要別人幫忙才能完成。
E5 大便控制	<p>□1.無失禁（控），或當便秘時，能自行用塞劑、甘油球</p> <ul style="list-style-type: none">◆ 可完全自我控制大便，不會失禁（控）。◆ 當便秘時，可自行使用塞劑、甘油球或腹部按摩、用手指挖大便等，不需他人協助、監督或持續敦促。 <p>□2.偶爾失禁（控），或當便秘時需協助用塞劑</p> <ul style="list-style-type: none">◆ 大便失禁（控），每週不超過1次。◆ 當偶爾（每週1次以下）便秘時需他人協助。 <p>□3.需完全協助（完全依賴）</p> <ul style="list-style-type: none">◆ 大便失禁（控），每週出現超過2次（含）以上。

E.個案日常活動功能量表 (ADLs)【以最近一個月能力為主】

選項

<p>E6 小便 控制</p>	<p><input type="checkbox"/>1.無失禁（控）</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 可完全自我控制，日夜皆不會尿失禁（控）。 ◆ 個案是腹膜透析、可自行處理透析程序，不需他人協助、監督或持續敦促。 <p><input type="checkbox"/>2.偶爾失禁（控）</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 尿失禁（控）或尿急（無法等放好尿壺/便盆或無法即時趕到廁所）每週不超過1次。 ◆ 需他人協助處理腹膜透析。 <p><input type="checkbox"/>3.需完全協助（完全依賴）</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 尿失禁（控），每週超過2次（含）以上的失禁（控），或使用導尿管。
<p>E7 上廁所</p>	<p><input type="checkbox"/>1.可自行上下馬桶、整理衣褲、使用衛生紙、沖馬桶或清理便盆（尿壺）</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 可自行完成上下馬桶、穿脫衣褲且不弄髒衣物，自行使用衛生紙擦拭清潔，且不需他人協助、監督或敦促安全。 ◆ 使用便盆（尿壺）者，可自行清洗便盆（尿壺）、完成如廁動作、自行衛生紙擦拭等，不需他人協助、監督或持續敦促。 ◆ 有腸造瘻口（人工肛門）者，在清潔過程可完全自理，不需他人協助、監督或持續敦促。 ◆ 可使用輔具下（如馬桶專用起身扶手），且能自行完成，不需他人協助、監督或持續敦促。 ◆ 插導尿管者，可自行清理尿袋中的尿液。 <p><input type="checkbox"/>2.需協助整理衣物或使用衛生紙或需協助清理便盆（尿壺）</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 使用馬桶、便盆時需要幫忙扶持或協助整理衣物或使用衛生紙、沖馬桶或清理便盆（尿壺）。 ◆ 可自行完成，需有人監督或持續敦促安全及衛生。 ◆ 有腸造瘻口者，在清潔過程需他人少許協助或提醒。 <p><input type="checkbox"/>3.需完全協助（完全依賴）</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 整個過程，完全需要他人協助。 ◆ 有腸造瘻口（人工肛門）者，完全需他人協助清潔腸造瘻口。 ◆ 插導尿管者，完全需他人協助清理尿袋中的尿液。

E.個案日常活動功能量表 (ADLs)【以最近一個月能力為主】

選項

E8 移位	<p><input type="checkbox"/>1.可自行坐起，移至椅子或用輪椅</p> <ul style="list-style-type: none">◆ 可獨立完成整個移位過程，包括自行坐起及獨立坐穩、由床移至椅子或輪椅、使用輪椅的煞車和移動腳踏板，都不需要他人協助、監督或持續敦促，且沒有安全上顧慮。 <p><input type="checkbox"/>2.移位時需少部分協助或提醒</p> <ul style="list-style-type: none">◆ 需要少許協助或提醒，方能完成移位的過程。◆ 在移位過程，有安全上顧慮，需有人在旁監督或持續敦促。 <p><input type="checkbox"/>3.可自行坐起，離床需大部分協助</p> <ul style="list-style-type: none">◆ 能自行坐起及獨立坐穩，但移位至椅子或輪椅的過程，需他人大部分的協助。 <p><input type="checkbox"/>4.需完全協助（完全依賴）不能自行移位，完全需他人協助才能坐起來或需人幫忙才能移位。</p>
E9 走路	<p><input type="checkbox"/>1.獨立走 50 公尺以上（可用輔具）</p> <ul style="list-style-type: none">◆ 可獨立或自行使用輔具（包含拐杖、支架、義肢、助行器）行走 50 公尺以上（指一口氣走完）。◆ 行走過程無安全顧慮，不需要他人協助、監督或持續敦促。 <p><input type="checkbox"/>2.需協助扶持走 50 公尺以上</p> <ul style="list-style-type: none">◆ 需他人稍微扶持（如一手攙扶）或口頭指導，才可行走 50 公尺以上（一口氣走完或中間需休息一次以內）。◆ 不需他人扶持，但行走時間明顯過長或走不到 50 公尺。◆ 行走時搖擺不定，有跌倒危險。 <p><input type="checkbox"/>3.不能步行 50 公尺，但能操縱輪椅 50 公尺</p> <ul style="list-style-type: none">◆ 雖無法行走，但可獨立操作輪椅（包括轉彎、進門、接近桌子、床沿等），並可推行輪椅 50 公尺以上。◆ 可行走，但需他人大量扶持，且行走距離在 50 公尺內（包含需休息好幾回），並有跌倒危險。 <p><input type="checkbox"/>4.不能步行 50 公尺，且無法操縱輪椅</p> <ul style="list-style-type: none">◆ 無法行走 50 公尺以上，完全依賴他人。◆ 需要他人協助操作輪椅才能移動，或完全無法操作者。

E.個案日常活動功能量表 (ADLs)【以最近一個月能力為主】

選項

E10

上下
樓梯

1.安全上下樓梯，可用扶手、拐杖

- ◆ 可自行上下一層樓梯，不需他人扶持、監督或持續敦促且無安全上顧慮。
- ◆ 上下樓梯的過程，允許抓扶手、使用拐杖、支架等。

2.需協助、監督或持續敦促

- ◆ 抓扶手、使用拐杖，仍然需要他人稍微扶持（指一手輕扶）、口頭指導、監督或持續敦促。
- ◆ 只能上樓梯，但無法下樓梯。

3.無法上下樓

- ◆ 需他人大量協助，如全程需一人雙手費力扶持或需兩人共同扶持。
- ◆ 完全無法上下樓梯，可能需別人用背的。

※若 E1~E10 1.皆不需協助【跳答 F 大題】 2.有任一項需協助【續答 E11 題】

※ E11 題若個案無法回答者，可由主要照顧者代答。

E11.請問您目前行動能力如何？

- 1.可以在平坦地面上跑跳
- 2.可在平坦地面上輕鬆行走，但在不平坦

地面上行走相當吃力

- 3.自己行走需扶持穩定物或需透過他人扶持才能行走
- 4.無法跨步行走，坐在一般靠背高度有扶手的椅子上可保持坐姿穩定與平衡
- 5.坐在一般靠背高度有扶手的椅子上無法維持坐姿

F.個案工具性日常活動功能量表 (IADLs)【以最近一個月能力為主】

選項

<p>F1 使用電話</p>	<p>問法：請問您當需要聯絡他人時，您能不能自己打電話？</p> <p><input type="checkbox"/>1.能獨立使用電話，含查電話簿、撥號等</p> <p><input type="checkbox"/>2.僅能撥熟悉的電話號碼</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 個案只能撥少於5組的常用電話。 <p><input type="checkbox"/>3.僅能接電話，但不能撥電話</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 只能接聽電話，並聽懂對方所說的內容。 <p><input type="checkbox"/>4.完全不能使用電話</p>
<p>F2 購物</p>	<p>問法：請問您能不能自己一個人購物（買東西）？</p> <p><input type="checkbox"/>1.能獨立完成所有購物需求</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 指個案可以獨立購買任何想要的物品，包含必需品與非必需品。 <p><input type="checkbox"/>2.只能獨立購買日常生活用品</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 指個案僅能獨立在附近商店購買簡單日常必需品（例如便當、衛生紙...等）。 ◆ 購買較複雜的品項就需要有人陪。 <p><input type="checkbox"/>3.每一次購物都需要有人陪</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 個案只要有人陪伴，就可以完成購物。 <p><input type="checkbox"/>4.完全不能獨自購物</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 個案因身體、精神或智能狀況因素，完全不能購物，例如長期臥床之昏迷個案或心智功能障礙之個案。
<p>F3 備餐</p>	<p>問法：請問您能不能自己一個人準備餐食？</p> <p><input type="checkbox"/>1.能獨立計畫、準備食材及佐料、烹煮和擺設一頓飯菜</p> <p><input type="checkbox"/>2.如果準備好一切食材及佐料，能做一頓飯菜</p> <p><input type="checkbox"/>3.能將已做好的飯菜加熱</p> <p><input type="checkbox"/>4.需要別人把飯菜煮好、擺好</p>

F.個案工具性日常活動功能量表 (IADLs)【以最近一個月能力為主】

選項

<p>F4 處理家務</p>	<p>問法：請問您能不能自己一個人做家事？</p> <p><input type="checkbox"/>1.能單獨處理家事，或偶爾需要協助較繁重的家事（例如：搬動家具、清理廚房且完成歸位等）</p> <p><input type="checkbox"/>2.能做較簡單的家事，如洗碗、擦桌子</p> <p><input type="checkbox"/>3.能做較簡單的家事，但不能達到可接受的清潔程度</p> <p><input type="checkbox"/>4.所有的家事都需要別人協助方能完成</p> <p><input type="checkbox"/>5.完全不能做家事</p>
<p>F5 洗衣服</p>	<p>問法：請問您能不能自己一個人洗衣服（含晾曬衣服）？</p> <p><input type="checkbox"/>1.自己清洗所有衣物</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 不論個案用什麼工具洗衣服（洗衣機或以洗衣板用手洗），可以洗（晾曬）所有的衣服，且可自行完成。 <p><input type="checkbox"/>2.需部份協助（例如需協助晾曬衣物或洗滌厚重衣物）</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 只能洗內衣褲或襪子等貼身衣物（僅需泡水，沖一沖即可），或僅能洗部份衣物，部份需協助（例如厚重衣物）。 <p><input type="checkbox"/>3.需完全協助（完全依賴）</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 所有衣服需完全由別人協助洗及晾曬。
<p>F6 外出</p>	<p>問法：請問您能不能自己一個人外出活動？</p> <p><input type="checkbox"/>1.能夠自己開車、騎車或自己搭乘大眾運輸工具</p> <p><input type="checkbox"/>2.能夠自己搭乘計程車，但不能搭乘大眾運輸工具</p> <p><input type="checkbox"/>3.當有人陪同時，可搭乘大眾運輸工具</p> <p><input type="checkbox"/>4.只能在有人協助或陪同時，可搭乘計程車或自用車</p> <p><input type="checkbox"/>5.完全不能出門</p>

F.個案工具性日常活動功能量表 (IADLs)【以最近一個月能力為主】

選項

<p>F7 服用藥物</p>	<p>問法：請問您能不能自己一個人服用藥物？</p> <p><input type="checkbox"/>1.能自己負責在正確的時間用正確的藥物（含正確藥量）</p> <p><input type="checkbox"/>2.如果事先準備好服用的藥物份量，可自行服用</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 個案有時會忘記吃藥，需提醒時間或份量，或需他人準備好份量，依時間排好放進藥盒，或需要他人在藥包上做記號，個案再自行服用。 <p><input type="checkbox"/>3.完全不能自己服用藥物</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 包含亂吃、拒吃、藏藥、無法自行服藥。
<p>F8 處理財務的能力</p>	<p>問法：請問您能不能自己一個人處理財務？</p> <p><input type="checkbox"/>1.可以獨立處理財務</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 指到郵局（銀行）提存款、支付房租、帳單、給錢、找錢等。 <p><input type="checkbox"/>2.可以處理日常的購買，但需別人協助與銀行往來或大宗買賣</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 只能處理日常購買（給錢、找錢），無法處理與銀行或金額較大的財務往來。 <p><input type="checkbox"/>3.完全不能處理錢財</p>

G.特殊複雜照護需要

G4e.請問個案是否有經醫師診斷，且目前（6個月內）仍存在的疾病【可複選】？

- 1.否 2.是【續答疾病史】

疾病名稱	目前正在治療	目前使用藥物
<input type="checkbox"/> 01.高血壓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 02.糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 03.骨骼系統（關節炎、骨折、骨質疏鬆症）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 04.視覺疾病（白內障、視網膜病變、青光眼或黃斑性退化等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 05.腦血管意外（中風）、暫時性腦部缺血（小中風）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 06.冠狀動脈疾病（如心絞痛、心肌梗塞、動脈硬化性心臟病）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 07.心房顫動或其他節律障礙	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 08.癌症（過去五年內）：_____癌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 09.呼吸系統疾病（氣喘、慢性阻塞性肺病、肺炎、呼吸衰竭等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 10.消化系統疾病（肝、膽、腸、胃）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 11.泌尿生殖系統疾病（良性攝護腺肥大、腎衰竭等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 12.失智症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 13.精神疾病（思覺失調症、雙極性精神障礙、憂鬱症等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 14.自閉症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 15.智能不足(輕度、中度、重度、極重度、其他及非特定智能不足)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 16.腦性麻痺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 17.帕金森氏症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 18.脊髓損傷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 19.運動神經元疾病（最常見為肌萎縮性脊髓側索硬化症, ALS）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 20.傳染性疾病（疥瘡、肺結核、梅毒、愛滋病等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 21.感染性疾病（過去一個月內）：_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 22.罕見疾病：_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 23.其他：_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G5.特殊照護

G5a.個案目前是否接受特殊醫療照護？

- 1.無
- 2.有

項目【可複選】
<input type="checkbox"/> 01.插入（更換）鼻胃管或胃造口管護理
<input type="checkbox"/> 02.管灌餵食
<input type="checkbox"/> 03.氣切護理（更換氣切造口管、氣切造口處理）
<input type="checkbox"/> 04.呼吸器
<input type="checkbox"/> 05.抽痰(含蒸氣吸入)
<input type="checkbox"/> 06.氧氣治療
<input type="checkbox"/> 07.血氧濃度測量
<input type="checkbox"/> 08.中心靜脈營養導管護理
<input type="checkbox"/> 09.靜脈注射、肌肉注射、皮內注射、皮下注射、點滴加藥
<input type="checkbox"/> 10.更換腎臟引流或膀胱引流管
<input type="checkbox"/> 11.更換膀胱造口管
<input type="checkbox"/> 12.留置導尿管護理（含尿袋、小腿袋使用）
<input type="checkbox"/> 13.一般導尿
<input type="checkbox"/> 14.大小量灌腸、留置性灌腸
<input type="checkbox"/> 15.糞嵌塞清除
<input type="checkbox"/> 16.造口護理（含造口灌洗）
<input type="checkbox"/> 17.引流管灌洗
<input type="checkbox"/> 18.傷口護理、換藥（不包括三、四級壓傷傷口處理）
<input type="checkbox"/> 19.壓傷處理
<input type="checkbox"/> 20.疼痛處置
<input type="checkbox"/> 21.被動性關節運動
<input type="checkbox"/> 22.血液透析
<input type="checkbox"/> 23.腹膜透析

K8.請寫出其他特殊狀況或需注意之照顧問題：

☐ CMS 等級額度：

☐ 照顧計畫

PLAN-1.是否使用居家照顧服務_____

PLAN-2.是否使用日間照顧服務_____

PLAN-3.是否使用家庭托顧服務_____

PLAN-4.是否使用專業服務_____

PLAN-5.是否使用交通接送服務 1.否 2.是

PLAN-6.是否使用輔具服務 1.否 2.是

PLAN-7.是否使用居家無障礙環境改善服務 1.否 2.是

PLAN-8.是否使用家庭照顧者支持性服務-喘息服務 1.否 2.是

PLAN-9.是否使用機構服務 1.否 2.是【續答 PLAN-9-1】

PLAN-9-1. 建議服務內容

1.長期照護型機構 2.養護型機構 3.失智照護型機構 3.護理之家

5.精神護理之家 6.其他：_____

PLAN-10.是否使用失智症照顧服務 1.否 2.是

PLAN-11.是否使用原住民族地區社區整合型服務 1.否 2.是

PLAN-12.是否使用小規模多機能服務 1.否 2.是

PLAN-13.是否使用社區整體照顧模式 1.否 2.是

(成立社區整合型服務中心、複合型服務中心與巷弄長照站)

PLAN-14.是否使用社區預防性照顧 1.否 2.是

PLAN-15.是否使用預防或延緩失能之服務 1.否 2.是

PLAN-16.是否使用銜接居家醫療 1.否 2.是

PLAN-17.除住宿機構服務外，仍無法滿足其需求 1.否 2.是

PLAN-18.轉介其他資源

1.無 2.關懷訪視 3.電話問安 4.諮詢服務 5.中低特照津貼

6.轉介精神科 7.口腔保健 8.其他：_____

復能多元服務額度試算-案例 1

(一) 情況：個案 70 歲，因意外輕微腦中風，出院前經出院準備團隊評估 CMS 等級為第 2 級（照顧及專業服務額度 10,020 元/月），依評估之等級額度擬訂照顧計畫，居家照顧服務使用額度 5,520 元，另因個案有高密度復能需求，核定於出院當月使用 ADLs 復能照護-居家（CA03）3 組合 12 次（預支額度 13,500 元）、第 2 個月 IADLs 復能照護-居家（CA01）1 組合 3 次（使用額度 4500 元），復能服務使用額度不足，故需預支額度。

(二) 復能服務預支額度試算：

名稱項目		月份					
		1	2	3	4	5	6
使用 上限 規定	A. 照顧及專業服務額度	10,020	10,020	10,020	10,020	10,020	10,020
	B. 可預支使用於復能服務額度上限	-	3,006 註 1	3,006	3,006	3,006	3,006
		15,030 註 2			-		
實際 使用 情形	C. 照顧及專業服務額度	10,020	10,020	10,020	10,020	10,020	10,020
	D. 實際使用於復能服務之預支額度	13,500 註 3			-		
	E. 預支額度後所剩照顧及專業服務額度	0	7,320 註 4	7,320	7,320	7,320	7,320

註 1：彈性將出院後 2~6 個月之照顧及專業服務額度的 30% 可提前納入照顧計畫，並僅限使用復能服務 CA01~CA04、CB01~CB02、CC01；故平均每月可預支 3,006 元（ $10,020 \times 30\% = 3,006$ 元）使用。

註 2：出院當月至第 3 個月可使用預支額度之上限為 15,030 元（每月預支 3,006 元 \times 5 個月），須於出院當月至 3 個月內使用完竣。

註 3：預支復能服務額度上限：10,020 元 - 5,520 元 - 18,000 元 = -13,500 元，故預支 13,500 元

註 4：第 2~6 個月照顧及專業服務可用額度為 7,320 元（預支額度 13,500 元 \div 5 個月 = 2,700 元/月；10,020 元 - 2,700 元 = 7,320 元）

復能多元服務額度試算-案例 2

(一) 情況 1：個案 70 歲，因意外輕微腦中風，出院前經出院準備團隊評估 CMS 等級為第 3 級（照顧及專業服務額度 15,460 元/月），因個案有高密度復能需求，擬定照顧計畫：

1. 當月使用 ADLs 復能照護-居家(CA03) 4 組合 12 次(使用額度 18,000 元)、第 2 個月使用 IADLs 復能照護-居家(CA01) 3 組合 9 次(使用額度 13,500 元)，復能服務使用額度 31,500 元，額度不足，故需預支額度。
2. 當月使用居家照顧服務使用額度 5,520 元。

(二) 情況 2：個案出院後 3 個月照管中心複評，等級降低為第 2 級（10,200 元/月）。

(三) 復能服務預支額度試算：

名稱項目		月份					
		1	2	3	4	5	6
使用 上 限 規 定	A. 照顧及專業服務額度	15,460	15,460	15,460	15,460	15,460	15,460
	B. 可預支使用於復能服務額度上限	-	4,638 註 1	4,638	4,638	4,638	4,638
		23,190 註 2			-		
實 際 使 用 情 形	C. 照顧及專業服務額度	15,460	15,460	15,460	10,020	10,020	10,020
	D. 實際使用於復能服務之預支額度	21,560 註 3			-		
	E. 3 個月複評後原第 3 級降低至第 2 級，預支額度後所剩照顧及專業服務額度	0	11,148 註 4	11,148	7,014 註 5	7,014	7,014

註 1：彈性將出院後 2~6 個月之照顧及專業服務額度的 30% 可提前納入照顧計畫，並僅限使用復能服務 CA01~CA04、CB01~CB02、CC01；故平均每月可預支 4,638 元（ $15,460 \times 30\% = 4,638$ 元）使用。

註 2：出院當月至第 3 個月可使用預支額度之上限為 23,190 元（每月預支 4,638 元 \times 5 個月），須於出院當月至 3 個月內使用完竣。

註 3：實際使用於復能服務之預支額度 21,560 元（ $15,460$ 元 - $5,520$ 元 - $31,500$ 元）

註 4：第 2~3 個月照顧及專業服務可用額度為 11,148 元（預支額度 21,560 元 \div 5 個月 = 4,312 元/月； $15,460$ 元 - $4,312$ 元 = 11,148 元）

註 5：第 4~6 個月照顧及專業服務可用額度為 7,014 元（預支額度 21,560 元 \div 5 個月 = 4,312 元/月； $10,020$ 元 \times 30% = 3,006 元， $10,020$ 元 - $3,006$ 元 = 7,014 元）。為保障個案使用服務之彈性，如扣除預支額度後，不及複評額度 70%，以複評額度 70% 提供服務。

衛生福利部「復能多元試辦計畫」 計畫審查表

基本資料	機關審查結果
機構名稱： 地址： 機構負責人：	
申請辦理資格	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合
計畫書格式 1. 綜合資料【含申請單位名稱(全銜)】。 2. 摘要 3. 計畫目的 4. 執行流程及方法(需含專業團隊組合、合作模式、操作方式) 5. 計畫目標 6. 預期執行成果 7. 其他檢附資料(如合作團隊同意合作函) 8. 符合本計畫參、三、參與對象資格	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
機構承辦人員：	聯絡電話： e-mail： 手機：
機關審查意見：	

縣(市)

局 業務主管核章：

承辦人員：



○○○○辦理衛生福利部
「復能多元服務試辦計畫」
計畫申請書

申請單位名稱

計畫名稱：復能多元服務試辦計畫

申請機構：

計畫主持人：

計畫聯絡人：

聯絡電話：

傳真電話：

E-mail：

手機：

申請日期： 年 月 日

衛生福利部公告辦理「復能多元服務試辦計畫」

壹、綜合資料

計畫編號：

計畫名稱							
執行機構							
計畫 主持人		職稱		電話		手機 傳真	
e-mail				連絡 地址			
計畫 連絡人		職稱		電話		手機 傳真	
e-mail				聯絡 地址			
計畫 專業人員		職稱		電話		手機 傳真	
e-mail				聯絡 地址			
主持人簽名：_____							

目 錄

頁碼

封面

目錄

壹、綜合資料

貳、計畫摘要(摘述本計畫之目的與實施方法及關鍵詞)

參、計畫內容

一、摘要(背景說明)

二、計畫目的

三、執行流程及方法(需含專業團隊組合、合作模式、操作方式)

四、計畫目標

五、預期執行成果

六、其他檢附資料(如合作團隊同意合作函)