衛生福利部
108 年度「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　108　年　1　月　23　日

目錄

壹、 前言 1
貳、 計畫目的 1
參、 申請方式 1
肆、 計畫內容 2
伍、 獎勵措施 5
陸、 計畫管考措施 7
柒、 其他配合事項 7

108 年度復能多元服務試辦計畫申請作業須知

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。而長期照顧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，促使個案現有能力最佳化。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、 申請方式

申請醫院擬具計畫書（附件 1）向所在地縣市政府主管機關提出申請，由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 2），地方政府可

採批次審查，其審查結果及參加本計畫之名單，請於每月 25 日提報本部。

肆、計畫內容

一、 申請期限：公告日起至 108 年 9 月 30 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、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）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 3）。

（二）照顧計畫擬定及轉介：

1. 依需求評估結果，所核定之長照需要等級與長照服務給付額度，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，由專業團隊與個案、照顧者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. 醫院評估、擬定之照顧計畫內容須告知個案或其家屬，並請評估人員

及個案家屬於照顧管理評估量表-簡表之注意事項簽名確認其照顧計畫。

5. 長照服務照會流程及轉介

(1) 醫院至照顧管理平台登錄評估結果、擬定照顧計畫。

(2) 復能照顧組合服務由醫院逕行照會提供服務或由醫院合作之專業服務團隊服務，並應有醫師帶領團隊成員共同評估個案，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（圖 1-綠線）。

(3) 醫院依個案評估結果逕行照會提供復能多元服務之外，其他如：生活照顧服務、輔具服務、交通接送或其他專業服務，則轉介所轄地方政府長期照顧管理中心照會（圖 1-紅線）。

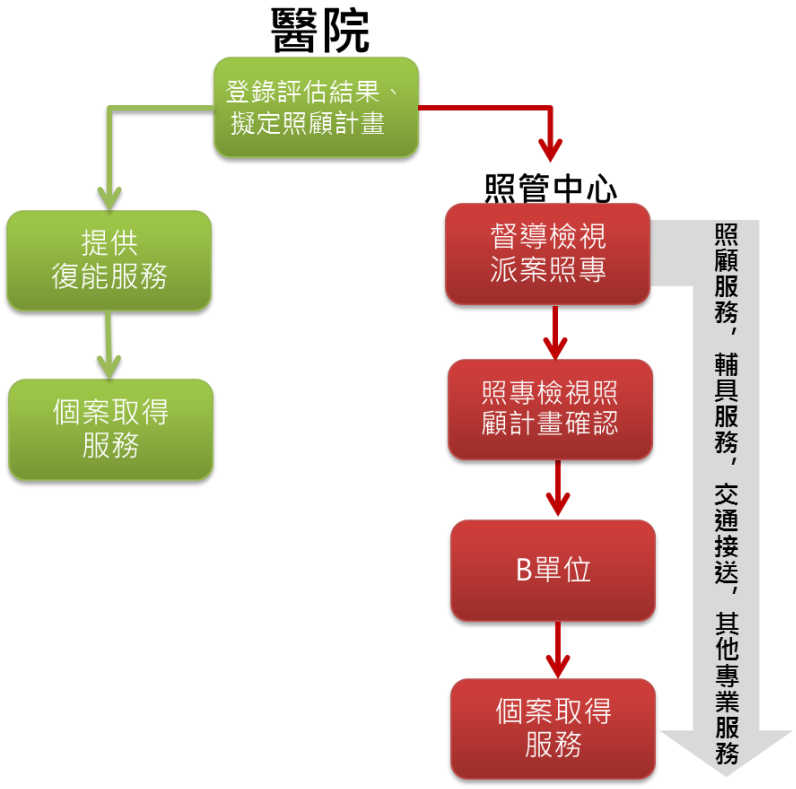


圖1：服務流程

6. 復能服務計畫額度

（1）出備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，仍可預支額度，以為復能服務之使用，其預支額度為照顧及專業服務給付額度之 30%。

（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，其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（圖 2）。

（4）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 4。

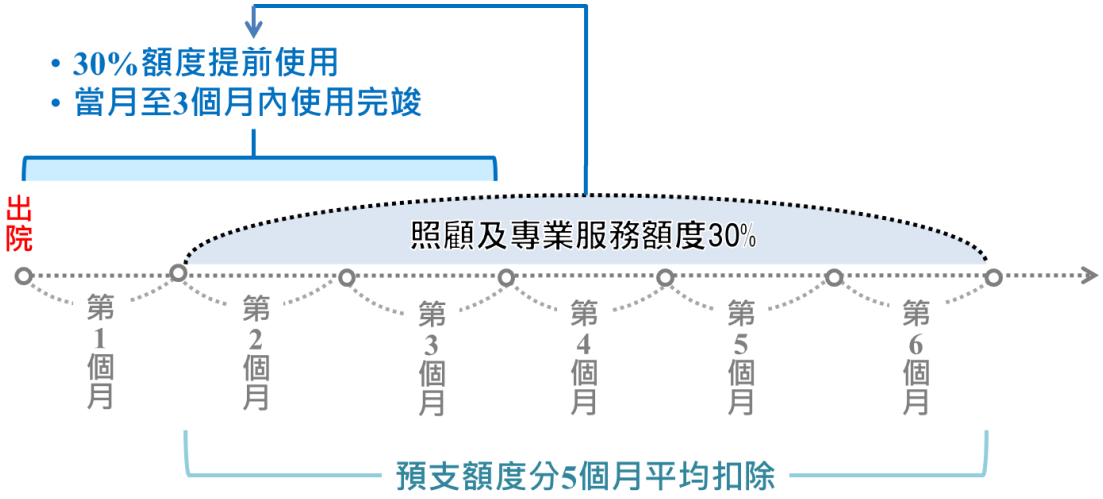


圖 2：復能多元服務 30%預支額度

（三）召開專業團體復能服務會議：

1. 建立專業服務團隊合作及溝通機制、熟悉復能服務原則及執行策略，不定期召開院內、院外跨單位復能服務會議。團隊成員應包括物理治

療人員、職能治療人員、醫師、護理人員、營養師、語言治療師、呼吸治療師等資格人員至少 3 類以上。

2. 辦理長照講座至少 1 場，向民眾宣導長照及復能照顧相關資訊。

（四）復能多元服務提供及注意事項

1. 復能服務得逕由參與本試辦計畫之醫院提供或與前開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. 申報長照復能服務費用之核銷，逕由服務提供單位向地方政府辦理核銷。如：醫院提供服務由醫院申報費用，醫院派案服務予其合作之服務提通單位提供服務者，則由該合作之服務提供單位申報費用。

3. 本試辦計畫之個案，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。

伍、 獎勵措施

一、獎勵目的：為強化本試辦計畫之效能及推動品質績效，落實復能服務照護及運作模式於居家、社區間，減輕家屬照顧壓力，進而減少照顧成本，爰針對參與本試辦計畫醫院，予以獎助。

二、獎勵資格：

（一）醫院提送試辦計畫書經所轄地方政府審查通過並函送本部，本部逕依審查結果核定醫院獎勵資格。

（二）獎勵資格核定期限至 108 年 9 月 30 日止（以本部核定為主）。

三、獎勵方式：

（一） 第一階段：

1. 參與本獎勵計畫之申請單位須經地方政府審查通過參與 107 年或 108 年「復能多元服務試辦計畫」之醫院，且於 108 年 3 月 31 日前完成復能服務個案數目標：醫學中心 40 位；區域醫院 20 位；地區醫院 10 位，始得申請獎勵費用新臺幣（以下同）50 萬元（復能服務目標數可追溯自地方政府依本部 107 年 8 月 29 日衛部顧字第 1071961591 號公告 107

年度復能多元服務試辦計畫審查通過日起醫院之執行個案數)。

2. 獎勵費用限用於專責實施本計畫，增聘評估人員或復能服務專業團隊人員。

（二）第二階段：自 108 年 1 月 1 日起算，達下表復能服務目標數之單位，予以額外獎勵：

類別 / 獎勵	108 年度復能服務累計目標數		
	地區醫院	區域醫院	醫學中心
15 萬元	60 位	120 位	240 位
25 萬元	90 位	180 位	320 位
35 萬元	120 位	240 位	360 位

1. 獎勵費用採累計方式加總，如：地區醫院 108 年度復能服務目標數達 120 位，始得申請獎勵費用共計 75 萬元。

2. 各階段獎勵費用不得以比例計算分攤申請獎勵費用。如：依 108 年度復能服務目標數規定，地區醫院年度復能服務目標數達 72 位，獎勵費用則為 15 萬元。

四、獎勵費用撥款方式及注意事項：

（一）獎勵費用撥款方式

1. 第一階段：請地方政府於 108 年 4 月 30 日前函送所轄醫院復能多元服務試辦計畫審查結果表（附件 2)、復能服務執行成果表（附件 5，以登錄照顧管理評估之復能服務紀錄計算之，統計至 108 年 3 月 31 日止）正本一式 2 份及獎勵費用領據（各醫院)，向本部申請獎勵費用，經本部審核通過，逕予撥付醫院。

2. 第二階段：請地方政府於 109 年 2 月 5 日前函送所轄醫院復能服務執行成果表（附件 5，以登錄照顧管理評估之復能服務紀錄計算之，統計至 108 年 12 月 31 日止）正本一式 2 份及獎勵費用領據（各醫院)，向本部申請獎勵費用，經本部審核通過，逕予撥付醫院。

（二）申請獎勵費用注意事項：

1. 第一階段獎勵費用請領資格及條件須為108年3月31日前參與本試辦計畫之醫院，且達上開獎勵方式第一階段之復能服務目標數。

2. 復能服務目標數成果資料：

(1) 獎勵費用之目標數資料除各醫院填報之復能服務執行成果表，本部亦參考照顧管理資訊平台之統計資料作為核定獎勵費用之依據。

(2) 復能服務目標數計算:個案須為參與本試辦計畫醫院之出備個案，且由醫院進行個案長照需求評估、擬定照顧計畫（含復能目標計畫）、照會復能服務（含自行提供服務及派案服務合作單位）、登打服務紀錄（醫院或服務提供單位）。

(3) 為有效統計參與醫院之復能服務目標數，請參與本獎勵計畫之醫院須於每月10日前完成上月份服務紀錄登打。

陸、 計畫管考措施

一、本計畫由地方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、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（提報資料包含醫院繳交地方政府之執行成果表如附件5，地方政府繳交之執行成果季報表如附件6）。

三、試辦計畫結束時，醫院需於109年1月15日前繳交整體試辦成果報告予地方政府(附件7)，地方政府於109年2月5日前併同申請獎勵費用相關文件函送本部。

柒、 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、醫院辦理「復能多元服務試辦計畫」期間自行停止本計畫服務內容，經所轄地方政府及本部查證屬實，自停止之日起計算，依比例追還已發給之獎補助費(未滿一個月以一個月計)。

三、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。

附件 1

○○○○辦理衛生福利部
108年度「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：

<table>
<tr><td>計畫名稱</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>執行機構</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>計畫
主持人</td><td></td><td>職稱</td><td></td><td>電話</td><td></td><td>手機
傳真</td><td></td></tr>
<tr><td>e-mail</td><td colspan="3"></td><td>連絡
地址</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>計畫
連絡人</td><td></td><td>職稱</td><td></td><td>電話</td><td></td><td>手機
傳真</td><td></td></tr>
<tr><td>e-mail</td><td colspan="3"></td><td>聯絡
地址</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>計畫
專業人員</td><td></td><td>職稱</td><td></td><td>電話</td><td></td><td>手機
傳真</td><td></td></tr>
<tr><td>e-mail</td><td colspan="3"></td><td>聯絡
地址</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="8">主持人簽名：_____</td></tr>
</table>

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
其他檢附資料(如合作團隊同意合作函)

附件 2

衛生福利部 108 年度「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	□符合　　□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)	審查意見：
機構承辦人員：	聯絡電話： e-mail： 手機：
機關審查意見： □通過　　□計畫修正後通過　　□不通過	

縣（市）　　局　業務主管核章：　　承辦人員：

附件 3

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（□前 □國）_____年 _____月 _____日
身分證字號	□□□□□□□□□□
聯絡電話	_____
性　　別	□男　　□女
目前之居住狀況	□獨居　□固定與他人同住　□輪流與他人同住　□住在機構　□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	□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	□國語　□閩南語　□客語　□原住民語　□其他_____
有無聘僱看護	□無　□有
欲申請給付項目	_____
主要聯絡人	□同個案本人　□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	
E1 **吃飯** （不包含自行準備食物、餐具或盛裝食物等）	**□1 .在合理時間（一小時）內，自行或用輔具進食餐盤食物** ♦ 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。 **□2 .需要一些協助** ♦ 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。 **□3 .需完全協助（完全依賴）** ♦ 由鼻胃管進食。 ♦ 只能嘴動，手不會舀，完全由他人餵食。
E2 **洗澡**	**□1 .能自行完成** ♦ 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。 **□2 .協助下完成** ♦ 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。
E3 **個人修飾** （包括自行洗臉、洗手、刷牙、梳頭、刮鬍子）	**□1.可自行洗臉、洗手、刷牙、梳頭、刮鬍子修飾** ♦ 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。 **□2.需協助** ♦ 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）	**□1.自行穿脫衣褲及鞋襪** ♦ 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。 **□2.需協助** ♦ 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。 **□3.需完全協助（完全依賴）** ♦ 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**	**□1.無失禁（控），或當便秘時，能自行用塞劑、甘油球** ♦ 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。 **□2.偶爾失禁（控），或當便秘時需協助用塞劑** ♦ 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。 **□3.需完全協助（完全依賴）** ♦ 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	
E6 **小便** **控制**	**□1 .無失禁（控）** ♦ 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。 **□2.偶爾失禁（控）** ♦ 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。 **□3.需完全協助（完全依賴）** ♦ 尿失禁（控），每週超過 2 次（含）以上的失禁（控），或使用導尿管。
E7 **上廁所**	**□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）** ♦ 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。 ♦ 有腸造廔口（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。 **□2 .需協助整理衣物或使用衛生紙或需協助清理便盆（尿壺）** ♦ 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。 ♦ 有腸造廔口者，在清潔過程需他人少許協助或提醒。 **□3 .需完全協助（完全依賴）** ♦ 整個過程，完全需要他人協助。 ♦ 有腸造廔口（人工肛門）者，完全需他人協助清潔腸造廔口。 ♦ 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**	**□1 .可自行坐起，移至椅子或用輪椅** ♦ 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。 **□2 .移位時需少部分協助或提醒** ♦ 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。 **□3 .可自行坐起，離床需大部分協助** ♦ 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。 **□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。
E9 **走路**	**□1 .獨立走 50 公尺以上（可用輔具）** ♦ 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。 **□2 .需協助扶持走 50 公尺以上** ♦ 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。 **□3 .不能步行 50 公尺，但能操縱輪椅 50 公尺** ♦ 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。 **□4 .不能步行 50 公尺，且無法操縱輪椅** ♦ 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 0.

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	
F1 **使用電話**	問法：請問您當需要聯絡他人時，您能不能自己打電話？ **□1 .能獨立使用電話，含查電話簿、撥號等** **□2 .僅能撥熟悉的電話號碼** ♦ 個案只能撥少於 5 組的常用電話。 **□3 .僅能接電話，但不能撥電話** ♦ 只能接聽電話，並聽懂對方所說的內容。 **□4 .完全不能使用電話**
F2 **購物**	問法：請問您能不能自己一個人購物（買東西）？ **□1 .能獨立完成所有購物需求** ♦ 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。 **□2 .只能獨立購買日常生活用品** ♦ 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。 **□3 .每一次購物都需要有人陪** ♦ 個案只要有人陪伴，就可以完成購物。 **□4 .完全不能獨自購物** ♦ 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。
F3 **備餐**	問法：請問您能不能自己一個人準備餐食？ **□1 .能獨立計畫、準備食材及佐料、烹煮和擺設一頓飯菜** **□2 .如果準備好一切食材及佐料，能做一頓飯菜** **□3 .能將已做好的飯菜加熱** **□4 .需要別人把飯菜煮好、擺好**

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	
F4 **處理家務**	問法：請問您能不能自己一個人做家事？ **□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）** **□2.能做較簡單的家事，如洗碗、擦桌子** **□3.能做較簡單的家事，但不能達到可接受的清潔程度** **□4.所有的家事都需要別人協助方能完成** **□5.完全不能做家事**
F5 **洗衣服**	問法：請問您能不能自己一個人洗衣服（含晾曬衣服）？ **□1.自己清洗所有衣物** ♦ 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。 **□2.需部份協助（例如需協助晾曬衣物或洗滌厚重衣物）** ♦ 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）。 **□3.需完全協助（完全依賴）** ♦ 所有衣服需完全由別人協助洗及晾曬。
F6 **外出**	**問法：請問您能不能自己一個人外出活動？** **□1.能夠自己開車、騎車或自己搭乘大眾運輸工具** **□2.能夠自己搭乘計程車，但不能搭乘大眾運輸工具** **□3.當有人陪同時，可搭乘大眾運輸工具** **□4.只能在有人協助或陪同時，可搭乘計程車或自用車** **□5.完全不能出門**

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	
F7 **服用藥物**	問法：請問您能不能自己一個人服用藥物？ **□1 .能自己負責在正確的時間用正確的藥物（含正確藥量）** **□2 .如果事先準備好服用的藥物份量，可自行服用** ♦ 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。 **□3 .完全不能自己服用藥物** ♦ 包含亂吃、拒吃、藏藥、無法自行服藥。
F8 **處理財務的能力**	問法：請問您能不能自己一個人處理財務？ **□1 .可以獨立處理財務** ♦ 指到郵局（銀行）提存款、支付房租、帳單、給錢、找錢等。 **□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** ♦ 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。 **□3 .完全不能處理錢財**

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

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

注意事項：

為加速長照服務個案_____先生/小姐，出院後銜接長照服務時數，本人_____同意由貴院進行長照需求評估，提供予長期照顧管理中心(下稱照管中心)，以作為核定出院後照顧計畫使用。照管中心可於個案出院後第 4 個月內再次派員拜訪執行複評，如個案有需求，亦可自行向照管中心申請提前複評。

簽名

評估人員：　　年　　月　　日

個案家屬：　　年　　月　　日

附件 4

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 9 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：

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

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（10,020×30%=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×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÷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（15,460×30%=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×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÷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÷5 個月=4,312 元/月；10,020 元×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。

附件 5

○○○○○○○○醫院 108 年度復能多元服務試辦計畫執行成果表(統計至 108 年○月○日)

月份	出院人數	銜接長照服務出院準備之長照需求評估人數（A）	執行復能服務個案數								未轉介之復能個案數(C=A-B)
			CA01 IADLs 復能照護-居家	CA02 IADLs 復能照護-社區	CA03 ADLs 復能照護-居家	CA04 ADLs 復能照護-社區	CB01 營養照護	CB02 進食與吞嚥照護	CC01 居家環境安全或無障礙空間規劃	總個案人數(B)	
107/08											
09											
10											
11											
12											
108/01											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											

10											
11											
12											

執行單位核章

單位主管：　　承辦人

照顧管理中心核章

單位主管：　　承辦人

附件 6

○○○縣市所轄醫院 108 年度復能多元服務試辦計畫執行成果季報表(108 年○-○月)

序號	醫院名稱	出院人數	銜接長照服務出院準備之長照需求評估人數（A）	執行復能服務個案數								未轉介之復能個案數 (C=A-B)
				CA01 IADLs 復能照護-居家	CA02 IADLs 復能照護-社區	CA03 ADLs 復能照護-居家	CA04 ADLs 復能照護-社區	CB01 營養照護	CB02 進食與吞嚥照護	CC01 居家環境安全或無障礙空間規劃	總個案人數（B）	
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												

照顧管理中心核章

單位主管：　　承辦人

附件 7

_____醫院

108 年度復能多元服務試辦計畫成果報告(參考格式)

一、 計畫概述

(一) 摘要

(二) 執行方式(出院準備推展模式、合作模式、操作方式)

(三) 專業團隊成員名單(院內外專業團隊組合)

姓名	職稱(如護理師、物理治療師等)	執掌

(四) 計畫目標及效益

二、 計畫實施情形及檢討

(一) 計畫執行流程(復能指導措施說明、個案追蹤機制、結案方式)

(二) 內部作業檢討情形(包括召開工作會議或針對內部評估流程、擬定復能目標、結案記錄、溝通協調等檢討)

(三) 外部作業檢討情形(合作提供服務單位之合作模式、溝通協調、計畫執行遭遇困境提出建議及檢討)

三、 其他附件（合作同意函、年度執行成果表(附表)、服務紀錄表格式）