

衛生福利部

110 年度長期照顧專業服務品質管理檢討與分析計畫

期末報告

111 年 2 月 25 日

採購案號：M1020210-1

計畫起訖：110 年 4 月 1 日至 111 年 2 月 28 日

得標機構：社團法人臺灣職能治療學會

計畫主持人：蔡宜蓉 高雄醫學大學職能治療學系助理教授

協同主持人：毛慧芬 台灣大學職能治療學系副教授

張玲慧 成功大學職能治療學系副教授

李玉春 陽明大學衛生福利研究所教授

林麗嬋 亞洲大學護理學系講座教授

王 劼 長榮大學高齡研究中心主任

羅玉岱 成大醫院高齡醫學部主治醫師

計畫助理：郭純安、黃晨茵

目 錄

| | |
|--|-----|
| 摘要..... | 2 |
| 壹、計畫執行架構..... | 4 |
| 貳、組織分工表..... | 5 |
| 參、執行進度表..... | 8 |
| 肆、完成之工作項目及成果..... | 11 |
| 一、成立工作小組、研修及專家小組..... | 11 |
| 二、工作小組會議..... | 18 |
| 三、文獻回顧..... | 18 |
| 四、舉辦專業服務手冊修正草案及專業服務操作指引修正草案-研修小組 專家會議與專家會議..... | 42 |
| 五、專業服務手冊修正草案初稿..... | 42 |
| 六、專業服務操作指引修正草案初稿..... | 42 |
| 七、典範案例成果分析..... | 45 |
| 八、分析復能多元試辦計畫以及一般長照專業服務個案之利用資料 | 48 |
| 九、專業服務模式驗證..... | 65 |
| 十、教育訓練..... | 148 |
| 伍、長照專業服務給付及支付制度檢討建議..... | 151 |
| 陸、專業服務品質管理機制建議..... | 166 |
| 柒、結語..... | 173 |
| 捌、參考文獻..... | 174 |

摘要

本計畫依據衛生福利部長期照顧給付及支付基準，研修專業服務手冊、更新長照專業服務操作指引，檢討並提出改良之長照專業服務給付及支付制度、研擬專業服務品質管理機制，以提供政策規劃之參考。

整體研究流程採用設計思考(design thinking)模式，經兩階段發散和收斂，發展和彙整知識，產出建議模式，經由多重驗證後，重整歸納完成各工作項目。進行之方法有：

- 一、成立工作小組、長照專業服務手冊及操作指引研修專家小組、模式驗證跨專業專家團隊。
- 二、研修長照專業服務手冊並提出修正草案。
- 三、研訂長照專業服務操作指引並提出修正草案。
- 四、研提長照專業服務給付及支付制度檢討與建議。
- 五、研擬專業服務品質評量及管理機制。
- 六、製作長照專業服務手冊/長照專業服務操作指引之教育訓練媒材，並舉辦 7 場次教育訓練。

本計畫結果：

- 一、本計畫經衛福部同意，邀請成立研修專家小組 15 人、專業代表專家小組 16 人、模式驗證專家小組 11 人、德菲法專家小組 21 人、和品質與制度焦點團體專家小組 21 人，累計完成了長照專業服務手冊及操作指引手冊修改、13 場實體或線上模式驗證會議(131 個實際個案模式驗證問卷填答)、兩階段德菲法專家共識及兩場品質與制度焦點團體座談會。
- 二、回顧並比較挪威、英國、澳洲和日本四個國家長照專業服務的制度，擷取各國制度中，有助於我國參考仿效之優點，包括：日本介護保險功能訓練服務之品質評核指標與獎補助設計、挪威與英國的復能專業人員教育訓練、挪威對民眾的宣導教育方式，以及澳洲區分復能訓練路徑與照顧服務路徑，和一年中有兩次訓練期程，超過者自費等。彙整後供衛福部參考。
- 三、典範案例分析：以質性研究之延伸個案法(the extended case method)，研究團隊共完成訪談來自台南、台北、高雄、雲林和宜蘭等獲縣市推薦的優質專業服務單位，總共 10 位個案他們的專業服務人員（照顧專員/A 個管、職能治療師、物理治療師、護理師、居服督導/居服員）以及個案與家屬，共 37 人。分析獲得有關開案轉介、成效、成功特質等重要資訊。
- 四、研提長照專業服務給付及支付制度檢討建議：藉由文獻回顧、專家會議、典範案例分析等，研擬給支付修正草案，提出低中高三等級之專業服務 CMS 及專業服務各碼別轉介判定指標，並經實際長照個案驗證及兩階段德菲法共識，據以修正草案。
- 五、實際案例模擬驗證：專業服務三等級 CMS 與各 C 碼轉介判定指標由專家使

用 131 例個案加以驗證，據以修正草案。

六、根據以上文獻回顧、典範案例成果分析與專家會議討論，研擬專業服務品質評量及管理機制，並經德菲法產生專家共識後之建議指標與策略。

七、製作公版長照專業服務手冊/長照專業服務操作指引之授課講義與教育訓練媒材、並辦理共七場次之教育訓練，完成近 2000 人之遠距訓練。

本計畫透過設計思考，進行多層次多階段的構想擬定、驗證與收斂，產出成功案例特質、專業服務三等級 CMS、各 C 碼轉介判定指標與品質指標，完成長照專業服務與操作指引手冊修訂，並完成七場次教育訓練。因計畫期程受疫情因素影響，執行事項繁多，各項政策建議雖皆產出雛形方向，仍需進階細部設計和實體試辦，方可執行。建議衛福部未來可將各議題設計出後續計畫方案，以期研議出實際可落實並全國推行之支給付與品質修正制度。

壹、計畫執行架構

本計畫依據衛生福利部長期照顧給付及支付基準，研修專業服務手冊、研訂長照專業服務操作指引，檢討並提出改良之長照專業服務給付及支付制度、研擬專業服務品質管理機制，以提供政策規劃之參考。

已完成工作項目：

- 一、成立工作小組、長照專業服務手冊及操作指引研修專家小組、模式驗證跨專業專家團隊
- 二、研修長照專業服務手冊並提出修正草案
- 三、研訂長照專業服務操作指引並提出修正草案
- 四、研提長照專業服務給付及支付制度檢討與建議
- 五、研擬專業服務品質評量及管理機制
- 六、製作長照專業服務手冊/長照專業服務操作指引之教育訓練媒材，並舉辦 7 場次教育訓練

整體研究流程：本計畫採用設計思考(design thinking)模式，進行國內現有長照專業服務制度之檢討與優化，分四階段進行，分別為發散期一、收斂期一、發散期二、收斂期二。

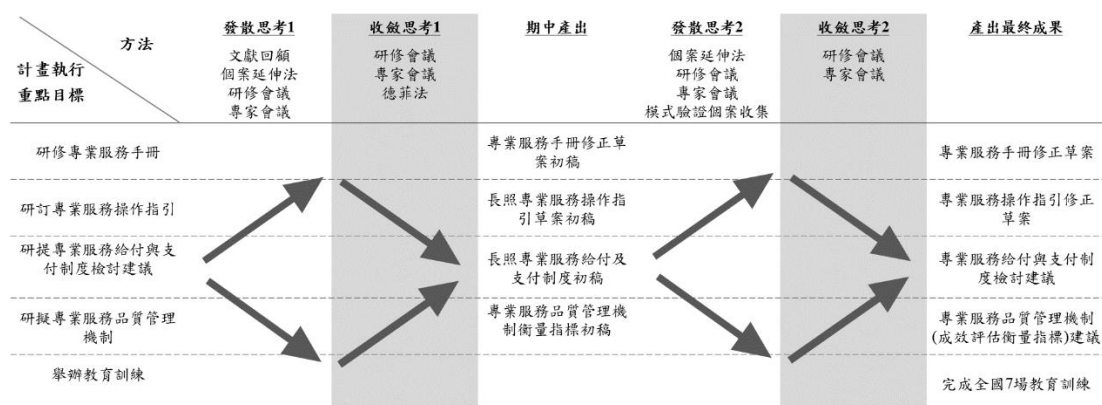


圖 1：研究流程圖

貳、組織分工表

主持人團隊之專長經驗與本計畫各項目標皆有許多相關，包括：期待產出長照專業服務之轉介條件，應與照顧管理系統之需求評估相結合，而照顧管理系統之需求評估係由長照多元評估量表發展衍生而出，本團隊成員中有多位皆曾主導多元評估量表之建立開發與特殊目的修訂之多項政府政策規劃案。長照 2.0 專業服務主要涵蓋復能、護理和醫事相關指導訓練，本團隊成員係主持長照生活自立功能訓練(即復能之前身)政策制度擬定之計畫團隊，並且主導撰寫復能操作指引。護理指導操作指引之撰寫計畫，亦由本團隊護理背景之協同主持人及其當時的團隊來主導撰寫。公衛背景之協同主持人，曾執掌我國全民健康保險之總額支付、論病例計酬和論人計酬試辦等重要給支付制度變革近十年；本計畫有關長照專業服務之給支付調整，亦將借重其專擅經驗。主持人團隊人力配置詳情請見表 1。

表 1：人力配置表

| 職稱 | 姓名 | 現職 | 在本計畫內擔任之具體工作性質、項目及範圍 |
|-------|-----|-----------------------------|--|
| 計畫主持人 | 蔡宜蓉 | 臺灣職能治療學會監事、高雄醫學大學職能治療學系助理教授 | 計畫撰寫、督導計畫執行、研修與專家小組成員之聯繫與溝通、經費預算規劃、文獻資料統整分析、研究方法設計、主持研修小組專家會議及專家會議、長照專業服務手冊及操作指引修正規劃與撰寫、單位訪視進行個案模式驗證、服務制度與品質指標規劃、結果分析、模式驗證成果撰寫、執行成效檢討、撰寫期中與期末成果報告 |
| 協同主持人 | 張玲慧 | 臺灣職能治療學會監事、國立成功大學職能治療學系副教授 | 計畫撰寫、研究方法設計、文獻資料統整分析、個案訪視單位規劃、督導計畫執行、協助行政協調、主持研修小組專家會議及專家會議、典範案例資料蒐集規劃與成果分析、長照專業服務手冊及操作指引規劃與撰寫、專業服務品質管理與給支付方式草案模擬驗證、教育訓練規劃與內容確認、單位訪視進行個案模式驗證、撰寫期中與期末成果報告 |
| 協同主持人 | 毛慧芬 | 臺灣職能治療學會監事、國立臺灣大學職能治療學系副教授 | 研修與專家小組成員之聯繫與溝通、研究方法設計、個案訪視單位規劃、督導計畫執行、文獻資料分析、協助行政協調、主持長照專業服務手冊及操作指引研修小組專家會議、長照專業服務手冊及操作指引撰寫、專業服務品質管理與給支付方式規劃、德菲法分析規劃、草案模擬驗證、模式驗證成果撰寫、工作人員職務 |

| 職稱 | 姓名 | 現職 | 在本計畫內擔任之具體工作性質、項目及範圍 |
|------------|------------|---|--|
| | | | 管理、單位訪視進行個案模式驗證、教育訓練活動規劃與講義確認、計畫檢討與成果分析、撰寫期中與期末成果報告 |
| 協同主持人 | 李玉春 | 國立陽明大學跨專業長期照顧與管理碩士學位學程主任、國立陽明大學衛生福利研究所教授 | 專業服務手冊及操作指引研修小組專家會議參與、專業服務給付及支付制度研修小組專家招募、德菲法分析、單位訪視進行個案模式驗證、政策制度與研究議題規劃、籌辦/參與研修小組專家會議及專家小組會議、協助行政協調、教育訓練活動規劃與講義確認 |
| 協同主持人 | 林麗嬋 | 亞洲大學護理學系講座教授、曾任陽明大學臨床護理研究所教授 | 專業服務手冊及操作指引研修小組專家會議參與、專業服務給付及支付制度研修小組專家之聯繫與溝通、長照專業服務手冊及操作指引撰寫、單位訪視進行個案模式驗證、政策制度與研究議題諮詢、籌辦/參與研修小組專家會議及專家小組會議、教育訓練活動規劃與講義確認、教育訓練活動執行 |
| 協同主持人 | 王劼 | 長榮大學高齡研究中心主任、長榮大學醫務管理學系副教授、物理治療師 | 專業服務手冊及操作指引研修小組專家會議參與、專業服務品質評量及管理機制研修小組及專家之聯繫與溝通、單位訪視進行個案模式驗證、研究議題諮詢、籌辦/參與研修小組專家會議及專家小組會議、政策制度與研究議題規劃、協助行政協調、資料分析統整、教育訓練活動規劃與講義確認 |
| 協同主持人 | 羅玉岱 | 成大醫院高齡醫學部主治醫師、台灣高齡照護暨教育協會常務理事、台灣家庭醫學會繼續教育委員 | 專業服務手冊及操作指引研修小組專家會議參與、專業服務品質評量及管理機制研修小組及專家之聯繫與溝通、長照專業服務手冊及操作指引撰寫、政策制度與研究議題規劃、單位訪視進行個案模式驗證、籌辦/參與研修小組專家會議及專家小組會議、專業服務給付制度修定驗證 |
| 專任計畫助理(2名) | 郭純安 黃晨茵 | - | 文獻資料收集與整理、會議資料草擬、會議與訪視紀錄記錄整理製作、行政業務(帳務核銷、公文撰寫等)、各類工作及專家會議會議籌備、聯繫與執行、會議記錄整理、教育訓練活動籌備、各學公會學分認證申請、倫理委員會計畫核可申請與行政、訪視個案之單位行前 |

| 職稱 | 姓名 | 現職 | 在本計畫內擔任之具體工作性質、項目及範圍 |
|-----|----|----|---|
| | | | 聯繫與流程規劃、計畫資料輸入整理、撰寫期中與期末成果報告初稿 |
| 臨時工 | - | - | 庶務執行(資料影印、物品購置、文書處理等)、會議與教育訓練場地聯繫及租借、器材租借、文宣製作、協助各項會議記錄整理與庶務、單位訪視進行個案模式驗證之資料準備、資料輸入、承辦報名業務及活動雜務如購票或訂餐事宜、會議機動支援、帳務核銷 |

參、執行進度表

一、計畫執行摘要

本計畫執行期限自民國 110 年 4 月 1 日決標日起，原定至民國 110 年 12 月 31 日止，因民國 110 年 5 月初 COVID-19 疫情升溫導致中央流行疫情指揮中心宣布全國自 5 月 15 日至 7 月 26 日進入三級警戒，禁止室內 5 人以上集會及社交聚會，並避免不必要移動、活動或集會。進而影響本計畫之部分工作項目進行（如：典範案例訪談、模式驗證會議、專家會議、教育訓練等），社團法人台灣職能治療學會於民國 110 年 6 月 28 日發文（臺職字第 1100000110 號）擬請衛生福利部同意展延採購案履約期限至民國 111 年 2 月 28 日，並於民國 110 年 9 月 8 日獲衛生福利部函文同意展延履約期限至民國 111 年 2 月 28 日止（衛部顧字第 1101962216 號），且於規定日內完成契約變更程序。以下為依據本採購案需求說明書中「參、交付項目及時程」，進行期末執行摘要報告。

二、執行進度表與說明

表 2：年度規劃總表與執行進度

| 計畫執行內容 | 細部規劃 | 狀態 | 工作內容說明 |
|--|---|-----|--|
| 1. 成立工作小組並制定計畫執行期程 | 決標日起 30 日內繳交工作計畫書含詳細工作進度表、細部執行計畫（內含專業服務手冊/操作指引研修小組專家會議、專家會議委員等名單） | 已完成 | 已於 110/4/30 繳交工作計畫書、工作進度表 |
| 2. 提出研修及專家小組名單送交長照司審核 | | 已完成 | 已於 110/4/30 繳交專業服務手冊/操作指引研修小組專家會議、專家會議委員等名單，並於 5/10 取得衛福部核定名單 |
| 3. 工作小組會議 | 至少每 2 個月 1 次 | 已完成 | 已於 110 年 4/26、5/28、6/25、8/13、9/17、10/26、111 年 1/4、2/18 進行 8 次工作小組會議（附錄一至八） |
| 4. 成立專業服務手冊、操作指引、專業服務給付及支付制度、和專業服務品質評量及管理機制研修小組、專家小組 | 於 110/7/31 前辦理至少 2 場專家會議 | 已完成 | 已舉辦之會議場次如下所述（附錄九至十四） |
| | 專業服務手冊修正草案-研修小組專家會議與專家 | 已完成 | 已於 110/5/23 進行研修小組專家會議、110/6/8 進行專家小 |

| 計畫執行內容 | 細部規劃 | 狀態 | 工作內容說明 |
|---|-----------------------------|-----|--|
| | 會議 | | 組會議 |
| | 專業服務操作指引修正草案-研修小組專家會議與專家會議 | 已完成 | 已於 110/6/20、8/29 進行研修小組專家會議、110/7/21 進行專家小組會議 |
| 5. 完成專業服務手冊修正草案初稿 | 決標日起 3 個月內函送 | 已完成 | 已於 110/6/30 提交衛福部呈核(附錄十五與十六) |
| 6. 文獻回顧 | 完成英國、挪威、澳洲、日本四國 | 已完成 | 已完成挪威、日本、英國及澳洲四個國家之文獻回顧 |
| 7. 完成專業服務操作指引修正草案與修正說明表 | 110 年 7 月 31 日前交付 | 已完成 | 與此份期末報告一同呈核(附錄十七至二十一) |
| 8. 撰寫並繳交期中報告 | 110 年 7 月 31 日前交付 | 已完成 | 110/7/31 前已交付 |
| 9. 典範案例成果分析 | 預計挑選各縣市之優質專業服務單位，預計收案約 10 名 | 已完成 | 已完成包含 10 名個案及專業服務人員共 39 位訪談(附錄二十二) |
| 10. 提請衛福部提供分析復能多元試辦計畫以及一般長照專業服務個案之利用，與專業服務提供前後照顧需求變化之資料 | 分析資料變項之確認 | 已完成 | 已完成分析資料變項之確認及於 110/7/7 發文提出入衛生福利部進行資料分析之申請(臺職字第 1100000115 號)，並於 110/7/14 收到衛生福利部之同意備查公文(衛部顧字第 1100125855 號) |
| | 以公文提出進入衛生福利部進行資料分析之申請 | 已完成 | |
| | 數據資料分析 | 已完成 | |
| 11. 專業服務給支付方式修正建議模擬驗證 | 聯繫單位與收案 | 已完成 | 已於 110/12 完成全台 13 個單位(遍及北中南東)，共 131 位個案，且符合計畫需求書中所規定 CMS2~8 每項失能等級至少納入 15 人 |
| 12. 研討專業服務給付及支付制度，並提出 | 德菲法專家書面審查與專家會議 | 已完成 | 已於 111/2 完成兩回合德菲法專家書面審 |

| 計畫執行內容 | 細部規劃 | 狀態 | 工作內容說明 |
|----------------------------|---|-----|---|
| 專業服務各項照顧組合之給支付方式 | | | 查。並於 111/1/25、1/26 舉辦兩場品質與制度專家小組會議 |
| 13. 完成專業服務給支付制度修正建議 | 彙整專家會議及德菲法書面審查成果並研提修正建議 | 已完成 | 詳見本期末報告內文 P.151 |
| 14. 研擬並完成專業服務品質評量及管理機制修正建議 | 彙整專家會議及德菲法書面審查成果並研提修正建議 | 已完成 | 詳見本期末報告內文 P.166 |
| 15. 專業服務手冊及專業服務操作指引修正草案 | 依據 110/10 各專業服務學公會等單位之回饋建議修改並經衛福部長照司確認內容 | 已完成 | 附錄十五至二十一 |
| 16. 製作教育訓練授課講義 | 講義與影片 | 已完成 | 已於 110 年 1 月製作完成，講義為 pdf 檔(附錄二十六)。影片為電子檔，燒錄於光碟片 |
| 17. 辦理全國教育訓練/錄製授課影片 | 因應 COVID-19 疫情，教育訓練共 7 場，6 場為線上授課，對象為專業服務從業人員；1 場為實體加線上授課，提供各縣市政府主管人員與會 | 已完成 | 線上授課共 6 場次，於 111 年 1/17、1/21 上午、1/21 下午、1/25、2/11 上午、2/11 下午舉行實體加線上授課 1 場次於 111 年 1/18 舉辦。總參與人數 1881 人。 |
| 18. 撰寫並繳交期末報告 | 111/2/28 前交付 | 已完成 | 於 111/3/1 前交付(因遇 228 連假故順延一工作日) |

肆、完成之工作項目及成果

一、成立工作小組、研修及專家小組

1. 工作小組

於 110 年 4 月初成立，主持群包含長照相關專業領域之專家學者，請見 p.5 貳、組織分工表。

2. 研修專家小組

研修專家小組人員以具執行專業服務實務經驗之人士為主，擬請其提供成功之案例，以貼近復能服務碼別及復能精神，並協助實務手冊之制定。任務主要為修正手冊或指引，撰寫案例，為使有效率完成初稿，於 110 年 4 月 24 日與衛福部周副司長與吳簡技面報及同年 4 月 26 日第 1 次工作小組會議討論決議，先以復能核心專業為優先，目前初擬研修小組包含以下九種專業：職能治療、物理治療、語言治療、醫師、護理、營養、心理師、藥師、照專或個管師，又以專業服務提供量估計，職能治療與物理治療為最主要的專業服務提供者，故推薦研修小組中職能治療與物理治療各邀 2~3 人，語言治療、醫師、護理、營養、心理師、藥師、個管師（每類邀請 1~2 人）。研修小組名單請見表 3。

表 3：研修專家小組名單（共 15 位）

| 職別 | 序號 | 姓名 | 服務單位/職稱 | 專長/經歷/ 曾參與計畫/擔任課程講師 |
|------|----|-----|-------------------|--|
| 職能治療 | 1. | 蘇意婷 | 友芯居家職能治療所院長 | 衛生福利部預防及延緩失能照護計畫模組指導員 台南市社區健康促進活動帶領講師 台南市長照復能服務輔導計畫輔導委員 108 年台南市居家復能輔導計畫專家 108 年銀髮族認知活動設計與帶領技巧培訓課程講師 |
| | 2. | 曾翊庭 | 好生活居家職能治療所長 | 前臺灣職能治療學會居家職能治療服務督導 108 年復能跨專業共識營講師 108 年職能治療長照復能服務工作坊講師 109 年長期照顧給付及支付基準專業人員訓練講師 |
| | 3. | 莊博文 | 臺北市私立耀翔居家式長照機構負責人 | 前臺灣職能治療學會居家職能治療服務督導 台灣職能治療學會台北市復能團隊職能治療師 108 年職能治療長照復能服務工作坊講師 |

| 職別 | 序號 | 姓名 | 服務單位/職稱 | 專長/經歷/ 曾參與計畫/擔任課程講師 |
|------|-----|-----|----------------------------------|---|
| 物理治療 | 4. | 陳雅玲 | 康齡安健物理治療所所長 財團法人私立健順養護中心組長 | 108 年居家復能與社區物理治療課程講師 109 年物理治療長照復能專業服務課程講師 |
| | 5. | 游曉微 | 長庚科技大學高齡暨健康照護管理系助理教授 | 108 年建立延緩高齡衰弱跨職種團隊及實證方案計畫主持人 108 年物理治療復能服務實戰工作坊主辦人 109 年長照復能成效評值及復能照顧管理資訊科技平台開發計畫主持人 109 年物理治療長照復能專業服務課程講師 |
| | 6. | 江秀玲 | 天主教永和耕莘醫院復健科組長/社團法人新北市物理治療師公會理事長 | 105、106 年度長期照護醫事人員專業課程繼續教育計畫物理治療 Level II 專業課程講師 106 年社區健康促進活動培訓課程講師 108 年社團法人臺灣職能治療學會長照復能服務操作指引簡介工作坊講師 |
| 語言治療 | 7. | 王雪珮 | 台灣咀嚼吞嚥障礙醫學學會秘書長 食食樂語言治療所所長 | 台北市長照居家語言治療師 雙連安養中心吞嚥照護服務指導老師 108 年度老人福利機構專業人員在職訓練-吞嚥訓練照護與科技產品應用於長者活動帶領課程講師 109 年進食與吞嚥照護工作坊講師 |
| 醫師 | 8. | 鄭丁靚 | 台北榮民總醫院高齡醫學中心主治醫師 | 108 年長照與復能論壇台北場居家失能者家庭醫師計畫及居家醫療整合計畫課程講師 |
| 護理 | 9. | 高雅玉 | 萬芳醫院居家護理師 | 105 年度長期照護護理人員專業課程訓練 (Level II) 講師 109 年度臺北市長照關懷志工教育訓練課程：長照及相關社福資源運用講師 ※臨床護理經驗廿年有餘 |
| | 10. | 林治萱 | 新北市和鄰居家護理所教學研究主任/社區護理師 | 臺北市 110 年度弘道銀享照顧服務員訓練班講師 |
| 營 | 11. | 黃鈴君 | 惠璿營養諮詢 | 台灣營養學會北區會員代表 |

| 職別 | 序號 | 姓名 | 服務單位/職稱 | 專長/經歷/ 曾參與計畫/擔任課程講師 |
|------------|-----|-------------|-------------------------------------|---|
| 養 | | | 中心主任 | 107 年度長期照護營養師在職教育課程講師 |
| 心理師 | 12. | 林其薇 (諮商) | 台灣輔導與諮商學會理事 | 110 年度長照居家心理復能及在宅心理工作課程講師 |
| 藥師 | 13. | 鄭文柏 | 新北市藥師公會常務理事 | 參與健保署高診次者藥事照護、食藥署推動社區多元藥事照護計畫、社區藥師伙伴關係計畫 |
| 個管及照管督導/專員 | 14. | 徐樂天 | 社團法人士林靈糧堂社會福利協會北二區區長 北市 A 長照單位督導 | 108 年度物理治療復能服務實戰工作坊講師 109 年臺北市長期照顧給付及支付基準專業人員訓練講師 108 年度衛生福利部復能跨專業共識營講師 |
| | 15. | 翁嘉陽 | 台南市基督教青年會 A 單位個案管理師 | 衛生福利部長照人員暨醫事人員繼續教育：長照社區照顧服務體系 A 個管之角色任務及品質監測講師 |

3. 專家小組

專家小組人員為在此領域具代表性的專業領袖，協助審視手冊內容。預期於專家會議中（相關專業代表各一人檢視初稿並提供建議）及後續送至各專業組織徵詢意見時，納入其回饋，使之完整周延。

於 110 年 4 月 9 日與長照司進行工作會議時，提及研修專家小組會議與專家會議成員需包含下列 14 類專業：職能治療、物理治療、語言治療、醫師、護理、營養、心理師、藥師、照專或個管師、呼吸治療、中醫、牙醫、社工及聽力師等。研究團隊於 110/4 及 111/1 各提出 45 人及 42 人名單，經長照司審核勾選出最終專家小組名單請見表 4。

表 4：專家小組名單(共計 35 名)

| 職別 | 序號 | 姓名 | 服務單位/職稱 | 專長/經歷/ 曾參與計畫/擔任課程講師 |
|------|----|-----|-------------------------------------|--|
| 政策專家 | 1. | 吳淑瓊 | 行政院長照 2.0 整體檢討小組召集人 行政院長期照顧推動小組委 | 臺大衛生政策與管理研究所所長 (2003~2006) 行政院社會福利推動委員會委員 (1998~2003) 行政院長期照護專案小組召集人 |

| 職別 | 序號 | 姓名 | 服務單位/職稱 | 專長/經歷/ 曾參與計畫/擔任課程講師 |
|------|----|-----|---|--|
| 職能治療 | | | 員 | (2000~2003) |
| | 2. | 陳雅美 | 台大公共衛生學院健康政策與管理研究所副教授 | 華盛頓大學博士 2020 科技部計畫主持人 Develop and Evaluate Integrated Service Models for Home and Community-Based Long-Term Care in Taiwan 2019 科技部計畫主持人 Develop and Evaluate Integrated Service Models for Home and Community-Based Long-Term Care in Taiwan |
| | 3. | 林睿騏 | 衛福部雙和醫院復健醫學部技術長 | 前臺灣職能治療學會居家職能治療服務督導 106 年長照患者口腔功能復健促進課程講師 108 年復能指引與失智症之居家復能服務專業課程講師 |
| | 4. | 毛慧芬 | 臺灣大學職能治療學系副教授 本計畫協同主持人 | 臺灣職能治療學會長期照護推動小組主委 108 年職能治療長照復能服務工作坊講師 |
| | 5. | 柯宏勳 | 長庚科技大學高齡暨健康照護管理系兼任講師 台灣失智症協會理事 台灣在宅醫療學會理事 | 長庚大學臨床行為科學研究所碩士 社團法人臺北市職能治療師公會第六屆理事長 社團法人中華民國職能治療師公會全國聯合會第六屆理事 |
| 職能治療 | 6. | 沈明德 | 新康居家職能治療所督導 | 台北市職能治療師公會理事長 社團法人中華民國職能治療師公會全國聯合會第七屆理事 國泰綜合醫院職能治療師 19 年 台北市士林失智症日照中心外聘治療師 15 年 |
| | 7. | 曾翊庭 | 好生活居家職能治療所長 | 前臺灣職能治療學會居家職能治療服務督導 108 年職能治療長照復能服務工作坊講師 109 年長期照顧給付及支付基準專業人員訓 |

| 職別 | 序號 | 姓名 | 服務單位/職稱 | 專長/經歷/ 曾參與計畫/擔任課程講師 |
|------|-----|-----|---|---|
| | | | | 練講師 |
| 物理治療 | 8. | 廖麗君 | 高雄醫學大學 物理治療學系 副教授 | 中華民國物理治療學會連續性照護推動委員會副主委 衛生福利部 106 年「預防及延緩失能照護方案研發與人才培訓計畫」計畫主持人 109 年物理治療長照復能專業服務課程講師 |
| | 9. | 林佩欣 | 長庚大學物理 治療學系副教授 | 中華民國物理治療學會長期照護推動委員會委員及副主委 108 年度長期照護醫事人員繼續教育計畫物理治療 Level II 專業課程講師 109 年長照復能找 PT 講座講師 |
| | 10. | 江秀玲 | 天主教永和耕 莘醫院長照部 專員 | 105、106 年度長期照護醫事人員專業課程繼續教育計畫物理治療 Level II 專業課程講師 106 年社區健康促進活動培訓課程講師 108 年社團法人臺灣職能治療學會長照復能服務操作指引簡介工作坊講師 |
| | 11. | 陳雅玲 | 康齡安健物理 治療所院長 | 108 年居家復能與社區物理治療課程講師 109 年物理治療長照復能專業服務課程講師 |
| 語言治療 | 12. | 蘇心怡 | 長庚醫院耳鼻 喉科語言治療 師 | 語言治療師公會全國聯合會常務監事 台灣聽力語言學會常務理事 台北市語言治療師公會理事長 中山醫學院聽語治療學系臨床指導教師 109 年進食與吞嚥照護工作坊講師 |
| | 13. | 王雪珮 | 台灣咀嚼吞嚥 障礙醫學學會 秘書長 食食樂語言治 療所所長 | 台北市長照居家語言治療師 雙連安養中心吞嚥照護服務指導老師 108 年度老人福利機構專業人員在職訓練-吞嚥訓練照護與科技產品應用於長者活動帶領課程講師 109 年進食與吞嚥照護工作坊講師 |
| | 14. | 林淑娟 | 台南林淑娟語 言治療所所長 | 成大醫院語言治療師 108 年居家復能暨吞嚥專業技術研習講師 109 年吞嚥困難的居家照護技巧與復健講座講師 110 年台南市長照復能成效評估課程講師 |
| 醫 | 15. | 羅玉岱 | 成大醫院高齡 | 台灣高齡照護暨教育協會常務理事 |

| 職別 | 序號 | 姓名 | 服務單位/職稱 | 專長/經歷/ 曾參與計畫/擔任課程講師 |
|-----|-----|---------|--------------------------|--|
| 師 | | | 醫學部主治醫師 本計畫協同主持人 | 台灣家庭醫學會繼續教育委員會委員 106 年度科技部台灣高齡照護暨教育研討會講師 108 年度失智症照顧服務員基礎訓練核心課程高雄場講師 |
| 護理 | 16. | 林麗嬋 | 亞洲大學護理學系講座教授 本計畫協同主持人 | 衛生福利部長期照顧數位學習平台長期照護需求與情境介紹講師 |
| | 17. | 紀淑靜 | 義大醫療財團法人義大醫院 醫療品質副院長 | 中華民國護理師護士公會全國聯合會副理事長暨長期照護政策小組主任委員 「護理師社區照護模式」專案計畫：獨立型態護理機構的藍海，民 110 年，第一作者 |
| | 18. | 汪秋蓉 | 聯順居家護理所所長 | 台灣在宅醫療學會第四屆年會暨國際研討會「超 2026-構築未來幸福安居在宅醫療」籌備主委暨常務理事 臺灣護理管理學會 109 年度長照機後負責人培訓班講師 |
| | 19. | 林治萱 | 吉紅照顧本屋(社會企業)負責人 | 臺北市 110 年度弘道銀享照顧服務員訓練班講師 |
| 營養 | 20. | 金惠民 | 中華民國營養師公會全國聯合會第九屆理事長 | 輔仁大學與實踐大學兼任副教授 109 年臨床醫事人員培訓計畫營養職類師資培育研習營主持人 |
| 心理師 | 21. | 李玉嬋(臨床) | 臺灣醫療健康諮商心理學會理事長 | 國立臺北護理健康大學生死與健康心理諮商系教授 110 年度 320 國際幸福日論壇~養心善終之社區心理衛生亮點工作:社區心理健檢主題講者 |
| | 22. | 羅惠群 | 馬偕紀念醫院 協談中心諮商心理師 | 社團法人中華民國諮商心理師公會全國聯合會副理事長 109 年度台灣護理管理學會失智個案管理師正念減壓工作坊講師 105 年度諮商心理師資培育研習營合作取向跨職系團隊合作照護講師 |

| 職別 | 序號 | 姓名 | 服務單位/職稱 | 專長/經歷/ 曾參與計畫/擔任課程講師 |
|----------------|-----|-----|--------------------------|--|
| 藥師 | 23. | 邱建強 | 台中市新藥師公會理事長 | 110 年社區藥局實習指導藥師培訓-中國醫藥大學場講師 |
| 管理階層、照管督導、A 個管 | 24. | 莊美如 | 嘉義市政府衛生局副局長 | 嘉義市政府衛生局副局長 |
| | 25. | 王素琴 | 臺北市政府衛生局簡任技正 | 社團法人台灣長期照護專業協會常務理事 臺大醫院北護分院護理部主任、護理督導長 國立臺北護理學院附設醫院護理師、護理長 |
| | 26. | 李素華 | 高雄市長照中心主任 | 長照先導計畫時代新北資深照專督導 |
| | 27. | 林淑瑩 | 台北市衛生局照管中心照管督導 | 107 年度衛生福利部長照長期照護專業培訓課程 (Level I) 課程講師 |
| | 28. | 徐思嫻 | 新北市政府衛生局長期照顧管理中心督導 | 106 年度新北出院準備服務-教育訓練課程講師 109 年度金門縣社區整合型服務中心(A)個案管理人員初階教育訓練講師 |
| | 29. | 吳亭樺 | 財團法人門諾社會福利慈善事業基金會臺東站長 | 門諾基金會臺東長濱工作站(長濱鄉社區整體照顧服務體系 A 單位)站長 長濱鄉農會「綠色照顧站」課程活動負責人 |
| | 30. | 李逸軒 | 台南成大醫院 A 個管師 | 108 年度衛生福利部所辦理「一〇八年度優良長期照顧服務人員遴選活動」中「優良 A 個案管理人員獎」獲獎者 |
| 呼吸治療 | 31. | 楊玲玲 | 台北市呼吸治療師公會第五屆理事長 | 中華民國呼吸治療師公會全聯會第五屆常務理事 在宅醫療學會理事 好康居家呼吸照護所負責人 107 年度長期照護呼吸治療師 Level II 專業課程講師 |
| 中醫 | 32. | 陳運泰 | 彰化基督教醫院中醫部主治醫師 | 彰化基督教醫院中醫居家醫療執行醫師 中醫師公會全國聯合會長期照顧推動委員會召集委員 |
| 牙醫 | 33. | 陳建志 | 社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會第十四屆常務 | 嘉義市牙醫師公會理事長 社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會第十四屆常務理事 |

| 職別 | 序號 | 姓名 | 服務單位/職稱 | 專長/經歷/ 曾參與計畫/擔任課程講師 |
|----|-----|-----|--------------------|---|
| | | | 理事 | |
| 社工 | 34. | 張宏哲 | 國立臺北護理健康大學長期照護系副教授 | 台灣老人暨長期照護社會工作專業協會理事長 研究計畫：94 年度內部：我國長期照護體系規劃：服務輸送體系 96 年度衛生署委託科技計畫：建構以社區為基礎的失智症照護模式 2021 居家照顧服務經營實戰班講師 |
| 聽力 | 35. | 葉文英 | 三總耳鼻喉部專任聽力師 | 臺北市聽力師公會理事長 109 年度臺北市聽力師公會在職繼續教育課程：長照課程講師 三軍總醫院聽力師計畫主持人 |

二、工作小組會議

本研究案於 110 年 4 月初成立工作小組後，分別於 110 年 4/26、5/28、6/25、8/13、9/17、10/26 及 110 年 1/4、2/18 召開八次工作小組會議。相關議程及會議紀錄請見附錄一～八。

1. 第 1 次工作會議(2021/4/26)，附錄 一。
2. 第 2 次工作會議(2021/5/28)，附錄 二。
3. 第 3 次工作會議(2021/6/25)，附錄 三。
4. 第 4 次工作會議(2021/8/13)，附錄 四。
5. 第 5 次工作會議(2021/9/17)，附錄 五。
6. 第 6 次工作會議(2021/10/26)，附錄 六。
7. 第 7 次工作會議(2022/1/4)，附錄 七。
8. 第 8 次工作會議(2021/2/18)，附錄 八。

三、文獻回顧

團隊針對日本、挪威、英國與澳洲四國進行文獻回顧，符合需求說明書中所述「蒐集至少 3 國，包含美、澳洲、歐洲、亞洲國家文獻資料」之要求。除由實證醫學資料庫（例如：PubMed、MEDLINE 與 Cochrane 等）中進行搜尋外，也商請各國學者提供該國政策相關之復能或長照專業服務相關資料，彙整如下文內容。各國資料之整理對照請見表 5。主要整理項目分為：行政架構、服務組織、人員組成、專業教育宣導、財務、服務執行方式、人員分工、轉介條件、期程及次數上限、品質要求機制、獎勵/處罰措施、個人的成效、組織的成效、政府層級（全國、縣市）、涵蓋率/使用率等。

(一)日本長照體系中之專業服務概述

1.背景--日本介護保險制度簡介

日本總人口數截至 2020 年底約為一億兩千六百萬，老年人口比率為 28.4%，約有三千六百萬。日本介護保險自 1997 年 12 月立法以來，歷經多次變革，於 2000 年正式開始實施長照保險制度，因應時代、人口與經濟變化，每隔 3 年便會修正長照給付（介護報酬）。近年日本近年積極推動長照服務品質評價，及以實證為基礎的「科學長照」，2021 年日本新的長照保險給付修正案中，新增「科學介護推動制度加成」項目，以提高長照服務的品質(黃毓瑩, 2021)。

2.日本長照醫事專業服務執行狀況

1) 服務類型與組織，以下分為居家式及機構式

1) 居家式專業服務類型與人員：

- 訪問復健：指物理治療師，職能治療師，語言治療師到個案家裡提供復健服務。
- 居家療養管理指導：是由醫師，牙醫，藥師，營養師，齒科衛生士(進行器械材料準備、口腔衛生指導、專業醫療牙齒表面清潔等非侵入性治療)進行居家的健康管理與維持，但醫師或牙醫在此項目種只能提供建議而不直接執行醫療行為。(如果醫師必須進行醫療行為的話，則由醫療給付部分支出)。

2) 社區式

往返服務機構(台灣の日間照顧服務機構)，其中「通所復健機構」，有提供復健服務，稱為 day care，是以復健活動為主的機構。二種機構可為「通所復健機構」：a) 為聘有專門復健人員的長照機構。 b) 獨立行政法人福祉醫療機構：有些醫院提供專業人員與設備給社區需要的個案執行通所復健，由長照保險給付。

2) 專業人員與繼續教育

長照服務相關人員：醫師、牙醫師，保健師，護理師，齒科衛生士，物理治療師，職能治療師，語言治療師，營養師，介護福祉士，社會福祉士，醫療社工師，精神保健福祉士，心理師等，提供各種長照服務。但可從事訪問復健&居家療養管理指導者僅如下：

- 訪問復健：指物理治療師，職能治療師，語言治療師
- 居家療養管理指導由醫師，牙醫，藥師，營養師，齒科衛生士

上列人員取得醫事人員相關執照即可從事服務，法規條文沒有規定一定要有那些專業資格，或規範階級制度，大多是專業組織自

行強化，設定專門領域從業人員。

3) 財務來源/給付方式

日本出院後的門診復健服務都是長照服務，尤其長照等級下可使用單位數之限制。但其去看復健醫師門診則屬醫療保險給付(安藤岳彦, 2021)。

1) 2021 年度介護報酬單價

報酬單價是以單位計算。1 單位 10 日圓。但利用者大致可利用金額上限如下：依據要支援 1 2 或要介護 1~5 級，各級每月有使用上限 54600~242100 日圓。

只要在上限以內可以自由組合（日本沒有分不同組合包，全部服務一起計算額度）("【2021 年 4 月改定版】介護保険の自己負担額," 2021; 厚生勞動省, 2022; "訪問リハビリテーション 2021 年度介護報酬改定単価," 2021)。

2) 居家復健的費用

日本的給付相當複雜，會視地區性或要介護的程度來計算，難用一個統一的價錢說明。不考慮地區差異，一次 20 分鐘居家復健利用者付一成是 307 日圓，市町村會再給付九成是 2763 日圓，總共會拿到 3070 日圓。訪視 60 分鐘，則約 9,210 日圓。一次訪視最多 9 單位（三小時，276,300 日圓）

3) 通所的費用

通所支付要看長照等級與時間，還有各項加減算。一部分節錄於下表。有各項的加減算（加成或減成），例如新冠肺炎期間特例，2021 年 9 月底以前加算 0.1%，明確的復健管理（治療計畫與目標設定，文書紀錄，醫師說明）每個月加算 2130 單位或 483 單位。提供支援社會參與，每天加算 17 單位等("訪問リハビリテーション 2021 年度介護報酬改定単価," 2021)。

4) 申請方式、轉介條件、服務流程

評定為「需介護者 1~5 級」者，由地區鄉鎮縣市的介護支援專門員（長期照護管理專員）、護理師或社工師等進行介護預防服務計畫的擬定和各單位間的協調。再依據個案的需求擬定計畫，及該地可使用的資源而決定，是否可使用到居家復健或通所復健等服務，由個案及家屬做最後決定。並沒有特定的轉介條件。

5) 期程或次數上限

並無特定針對居家復健或通所之專業服務使用期程及次數限制。主要還是依據每個月設定不同額的最高服務給付上限(最高額度約 36 萬日元/月) 及照顧計畫，原則上個案使用的次數都不高，因為日本各地可用的專業服務資源差異大，除特定區域，日本居家復健及通所復健機構資源，並不充足。

3.日本長照醫事專業服務品質管理

(1) 評鑑制度、第三方評估機關的認證、公告評鑑結果

在品質管理方面使用「第三者評估與情報公開制度」，每三年評鑑一次，有經過評鑑的機構會發予認證，若是缺少任一項要件，或是有不法行為等，就會取消第三方評估機關的認證("第三者評估制度・情報公表制度について," 2017)。

獨立行政法人福祉醫療機構所經營的福利、保健、醫療等資訊網站「WAMNET」上呈現各機構的資訊與評鑑結果，服務使用者或家屬可以從中獲得社區中部份「地域密著型服務」(如小規模多功能型住宅介護服務)的外部評估情報("介護保険地域密着型サービス外部評価情報," 2022)。



圖 2：日本長照服務相關資料庫組成 (黃毓瑩, 2021)

(2) 資料庫之登錄管理與品質監測

分為三種資料庫，分別由個案管理單位及復健服務單位填寫。

- 1) 介護保險綜合資料庫(介護DB)：依據法規，強制各單位填寫，包含要長照認定的各種資訊。
- 2) 「長照復健服務的監測與評估資料庫 (monitoring & eValuation for rehabilitation Services for long-Term care, VISIT)」：針對社區及居家復健的品質評價資料登錄。鼓勵參與，有提供者，可提供「復健管理加成」。
- 3) 長照服務品質指標相關的資料庫：「照顧、健康狀態與事件資料庫 (Care, Health Status & Events, CHASE)」，2020 年開發，收集高齡者介護狀況，照護內容等數據，以分析評估成效。2021 年

起，VISIT 和 CHASE 將進一步整併為「LIFE (ライフ)」系統，為了鼓勵業者使用系統，部分服務若需加算點數需要於「LIFE」中進行資料登錄，稱為「科學長照推動制度加成」。

(3) 獎勵加成制度

為提升品質，獎勵服務具成效的機構，日本於 2018 年（平成 30 年）開始增加成效評估項目（事業所評估加算：評估要支援的狀態維持・改善率）以一年為單位。居家訪問復健事業所，符合以下基準者，則獎勵事業所評估加算 120 單位／月，一單位為 10 日元。（下列四項都要滿足，「加算」為額外之獎勵）

- 1) 符合使用人數，人員基準，並且向都道府縣知事提出報告，申請加算復健管理。
- 2) 事業所實際利用人數有 10 名以上。
- 3) 60%以上的實際利用人數，計算復健管理加算（有復健目標、計畫、限定時程）。
- 4) 復健管理加算三個月以上者之要支援狀態之維持：計算公式為（要支援狀態的「維持者」人數＋「改善者」人數 $\times 2$ ） \div （期間內評估對象（前一年的 1 月～12 月）、復健管理加算有三個月以上，之後更新或變更認定者數） ≥ 0.7 達成者。

*改善率指標由個管評估，包含以下：ADL、認知功能、口腔機能、營養狀況、每日活動。

- (4) 透過給付「加成」鼓勵複雜、專業性高之服務；透過給付「減算」防止長時間或高頻率使用資源

另通所復健事業所，提供「生活行為向上」(Management tool for daily life performance, MTDLP) 為重點的復健之新增評估方法。符合以下四項基準者，獎勵生活行為向上復健實施加算 3 個月以內 900 單位／月，3~6 個月以內 450 單位／月。但加算之後，仍持續利用該通所復健的話，下個月開始 6 個月之間，會開始減算。故隨時間，獎勵措施會遞減。

- 1) 專業人員有設置具有 MTDLP 專門知識或經驗的職能治療師，或是研修充實生活行為專業課程之物理治療師或語言治療師。
- 2) 提供記載以充實生活行為為目標的復健內容、實施頻率、實施場所以及實施時間等復健實施計畫，並提供復健服務。
- 3) 根據復健計畫實施復健內容，計畫中的實施期間的計畫結束日的前一個月內，舉行復健會議，並報告達成復健目標的狀況。通常由個管師召開，邀請有參與個案服務者。
- 4) 有算定復健管理加算。

*「生活行為向上管理 (MTDLP)」的補充說明：

生活行為向上管理 (MTDLP) 是指以個案的 24 小時 365 天裡，以個案

想從事的活動、必須從事的活動、期待從事的活動等為計劃焦點。根據個案的意思和想法，和個案的醫療與介護相關的專業人員、家屬、親戚甚至鄰居等，一起合作協助解決個案所面臨的生活課題。生活行為向上管理的理念與日本職能治療師和物理治療師法第二條第二項所提到的內容：「針對讓身體或精神障礙的人，主要以回復他們可以應用的運動能力或社會適應能力為目的，提供他們從事手工藝、工作或其他工作」相呼應。

2014 年日本職能治療師協會論文發表，顯示使用 MDTLP 的職能治療比原來的治療更能提高使用者的生活品質。在平成 27 年（2015 年）介護保險改訂報酬時增加了 MDTLP 的加算(能登真一，村井千賀，竹内さをり，岩瀬義昭, & 中村春基, 2014)。

另 2021 年日本在通所復健新增了減算規則(減少支付額度)，針對等級為「要支援 1」或「要支援 2」的服務使用者，若在使用一年的通所復健後仍需持續使用，則「要支援 1」的使用者每個月會減算 20 單位；「要支援 2」的使用者每個月會減算 40 單位(厚生勞動省, 2022)。

4. 日本長照醫事專業服務使用結果

(1) 涵蓋率/使用率

2018 年「要介護」等級服務利用者的比例中：居家訪問復健的費用比例為 0.4%、通所復健的費用為 4.1%。另以各服務內容表示平均一個人所使用的總費用(包含補足給付)，單位為千日圓/人。其中通所復健大約為 75000 日圓/人/月，居家訪問復健大約為 40000 日圓/人/月。

可見日本使用居家復健的比例非常低，可能受限於可到社區提供服務的專業人力不足是主要原因。而民眾大多會選擇使用通所復健，但此種性質復健是否能以日常功能為導向，則有待商榷。

(2) 個人層級之成效指標

故上述提及日本政府建立了「照護、健康狀態、與事件資料庫」CHASE (Care, Health Status & Events)，收集高齡者介護狀況，照護內容等數據，以分析評估成效。

利用者回饋資訊的內容包含以下：

- 1) 使用者的狀況
- 2) ADL：評估工具為 Barthel Index
- 3) 認知功能：評估精神行為症狀、活動動機等，使用的評估工具為 Dementia Behavior Scale (DBD13)、Vitality Index
- 4) 口腔機能：可吃的食物型態，有無吸入性肺炎
- 5) 營養狀態：低營養狀態的危險性，6 個月的 BMI 變化，6 個月的食物攝取量變化
- 6) 一日活動：1 週內從事休閒興趣活動的次數（類似興趣量表），

用餐地點的分布，排泄場所的分布

上述這些評估報告都是長照執行人員自己輸入或是個管師收到報告後輸入的，都是比較簡單普遍的評估工具，目前沒有明文規定要由誰評估。

(3) 組織層級之成效指標

日本政府所建立的資料庫 CHASE (Care, Health Status & Events)。收集高齡者介護狀況，照護內容等數據，以分析評估成效。事業所回饋資訊的內容包含以下：

- 1) 利用者屬性
- 2) ADL：使用的評估工具為 Barthel Index
- 3) 認知功能：評估精神行為症狀、活動動機等，使用的評估工具為 Dementia Behavior Scale (DBD13)、Vitality Index
- 4) 口腔機能：可吃的食物型態，有無吸入性肺炎
- 5) 營養狀態：低營養狀態的危險性，6 個月的 BMI 變化，6 個月的食物攝取量變化
- 6) 一日中的活動：1 週內從事休閒興趣活動的次數，用餐地點的分布，排泄場所的分布
- 7) 服藥狀況服用藥劑的數量：服用藥劑的類別，六個月間服用藥劑數量的變化（針對事業所）

結語：

1. 日本介護保險中之專業服務，許多仍與醫療機構連結性高，但醫院中專業人員提供社區（通所復健）及到宅的意願並不高，使得服務資源有限，民眾使用率低，尤其居家復健使用率極低。
2. 近三年來日本政府啟動科學長照，即是以成效為導向的品質管理，建置資訊平台，有系統的統整及擷取有用的資訊、進行客觀數據的資料登錄、整理與分析，以利進行個人健康變化及服務品質的監測與回饋。
3. 設計各種加成制度，鼓勵具有成效、可提供專業度高的專業服務單位，但也藉由減成制度，減少長時間或過度使用資源，或成效不彰者。

(二)挪威

結構面

1. 行政架構

挪威總人口數截至 2020 年底約為五百四十二萬人，老年人口比率為 17.53%，約有九十五萬人。挪威政府將全國分為三級行政區：(1)王國、(2)郡、(3) (kommune) 與市 (by)，2020 年起將全國分為 11 個郡，郡下設立 356 個自治市與市。復能政策依據是依據國內健康照顧服務法規 Health and Care Services Act，目前挪威尚未全國導入復能制度，而是由自治市或市自行決定導入與否，和設計執行相關(衛生福利部，民 105)，因此是地方自治與管轄事務。復能可由健康照顧提供者起始推動(由下而上)，在這種狀況之下，爭取執行計畫所需的政治、管理上的支持是很重要的。也可以由自治市的政府單位、健康照顧服務的管理者所起始(由上而下)，要求下屬的健康照顧單位執行復能計畫。

復能提供模式主要為以下兩種：(1)**專家模式(36%)**，一個復能團隊服務自治市/鎮中所有的居家服務區域(zone)，為獨立的專業團隊。(2)**整合模式(64%)**，每一個自治市/鎮中，每一個居家服務的區域都有一個復能團隊，此模式又分為兩種型式，分別為居家照顧專業為主(42%)，居家復健專業為輔，以及居家復健專業為主(22%)，居家照顧專業為輔。

2. 人員組成

復能團隊成員包含職能治療師、物理治療師、護理師、助理護理師、照護助理及社會教育者。在跨專業團隊中可與不同專業人員一起工作，彼此間能有資訊交換，且有固定辦公室可討論交流，因此居家照護人員在有疑問時能快速聯繫專業人員並與他們進行討論。團隊會針對個案此次申請服務的狀況，由團隊其中一人作為統整協調人員，亦可稱為復能督導、復能個案師，其有追蹤個案狀況的責任，也是實際提供復能服務的成員之一(Tuntland & Ness, 2014; 衛生福利部，民 105; Tuntland, 2015; Tuntland, 2019)。

挪威實施公醫制，職能治療師、物理治療師、護理師、護理師助理等醫療人員基本上受國家認證與管理，但因復能採用地方自治，各自治市或市針對復能服務提供人員，各自訂定額外教育訓練與資格要求。提供復能服務的醫療人員在其養成教育中，多半有教導復能教育。針對復能團隊主要成員，Reablement-30 提供 30 時數的線上進階課程，供各自治市或市採用。

復能主要團隊成員之角色執掌如下，職能治療師-評估並設定功能目標，日常生活功能訓練，進行環境改造和督促居家服務人員作居家練習。物理治療師-評估個案動作能力、訓練移動能力和特殊運動，督促居服員。護理師-協助在家醫療照護、營養和服藥常規，支持個案在家安全與安適生活。居服員-協助個案在家落實前三類成員指導的在家復能訓練，督促個案並紀錄進展。

3. 給付方式

由於挪威公醫制度，公民接受醫療和復能都是免費的。自治市申請外部資金補助復能實施方案，經費來源：1.挪威中央政府衛生部、2.郡層級的政府體系、3. 健康與復健的特別基金(衛生福利部，民 105；Tuntland, 2015)。2012-2015 自治市的復能起始基金大多來自挪威健康理事會(Norwegian Directorate of Health)以及其他形式的政府資金，而 2017 年起大多自治市開始用自己的預算籌備基金，但有些自治市仍接受及運用包含復能的復健計畫基金(ReAble Stockholm Workshop, 2018)。

4. 品質管理

目前挪威政府並沒有制式化的復能品質管理制度，健康專業人員和服務之管理，依照一般人員和服務法規執行。因實施公醫制，復能團隊人員領政府固定薪水，無任何財務績效回饋會連結到人員報酬或賞罰，目前也沒有任何明確的賞罰機制。

過程面

1. 服務流程

民眾向自治市申請公醫制下的健康及照護服務時，決策當局(decision-making authority)會先評估他是否有生活功能訓練的需求，如果有，便會啟動復能服務(包含居家照護服務及復能)。若個案所需服務與復能相關，某些自治市的復能小組會聯合進行評估(如：個案復能的潛力)(ReAble Stockholm Workshop, 2018)。在初次評估階段，輪派去接案的職能治療師、物理治療師及護理師都會使用 COPM 來了解個案重要活動上的限制及表現，接下來便會使用 COPM 來制定復能計畫，並確保與個案的需求、治療優先性及介入一致性(Tuntland et al, 2014；衛生福利部，民 105)。在開始介入後，職能治療師及物理治療師會監督居服員(home-care personnel)如何鼓勵及協助個案的日常訓練。因復能計畫是依據個人目標制定，因此介入內容會有多樣性，但復能服務仍會包含一般常見項目(如活動能力訓練)及個人化訓練項目(和自己生活選項有關的，例如：用自家洗衣機洗衣服)(Tuntland et al, 2014；Hjelle, K. M., Skutle, O., Alvsvag, H., & Forland, O., 2018)。一開始治療師會密集且多次訪視，在第二、三週後，治療師會與健康專業人員一起進行多次居家的共同訪視，且治療師會在場監督，協助個案建立自信，進行日常訓練的練習及重新學習技能。若達成一開始與個案設立之目標，如：日常生活獨立，即可結案(Tuntland et al, 2017；衛生福利部，民 105；衛生福利部，民 107)。

2. 轉介條件

個案轉介條件為：(1)申請或轉介居家照顧服務的長者、(2)因急性疾病住院的長者、(3)功能逐漸下降，但不需要住院或機構治療者、(4)有多種因素需復健者，多為骨折和平衡問題、(5)失智症患者(衛生福利部，民 105；衛生福利部，民 107)。**轉介人員**可為：1.個案、2.個案的親戚或朋友、3.初

級照護中的任何健康專業人員、4.個案的全科醫生、5.醫院照護中的健康專業人員。

3. 服務期程

復能期程平均為 5.7 週，多半落在 3-12 週之間，各自治市情況不同。各自治市容許提供復能的頻率大多為每週可提供 5 天，其次為每週 3-4 天，或是每周 2 天，各地情況亦不同(Tuntland, 2019)。在可容許訪視的頻率下，復能專業人員視個案訓練需求自行決定前往次數或頻率，初期通常比較頻繁，隨著訓練狀況穩定和熟練，會拉長訪視間隔，降低頻率。平常則由居服員督促練習。

結果面

1. 個人成效

個人成效部分，目標設定及評估會使用COPM；生理功能使用 Short Physical Performance Battery (SPPB)；健康相關的生活品質使用 European Quality of Life Scale (EQ-5D)及 COOP/Wonka；代償能力使用 Sense of Coherence questionnaire (SOC-13)；正向心理健康的結果使用 Mental Health Continuum–Short Form (MHC-SF)；功能性移動能力使用 Timed Up and Go (TUG) Test；抓握力量則使用 Jamar Dynamometer (Tuntland et al., 2014；Tuntland et al., 2016)。

2. 政府成效

相關研究顯示復能的花費小於或等於標準服務，並與標準服務相比有較高的 QALY (Quality adjusted life years)，表示復能服務比常規照護更具成本效益(ReAble Stockholm Workshop, 2018)。而許多自治市當局表示，他們在復能方面有良好的經驗。人們對這項服務充滿熱情，並對此開發了一些當地資源及工具。現有研究顯示，復能使用者及自治市當局都能獲得正向效益，但研究結果很少，內容不一致且沒有定論(挪威衛福部網站資訊, 2016)。

3. 覆蓋率

挪威使用復能服務方案之自治市在 2015 年約有 32%；2019 年有超過 50%以上的自治市實施(ReAble Stockholm Workshop, 2018；Tuntland, 2019)；而到了 2021 年，已有 75%以上的自治市實施復能。但由於各自治市做法不同，且在某些情況下會重複使用這項服務，因此難以統計人數。

結語：

1. 挪威研擬復能制度已多年，透過試辦計畫建立可行性並驗證成效，向地方政府說明宣導後，由其評估後自行決定導入，而非一開始便全國實施。
2. 社區內的復能團隊成員同屬一個公家服務單位，同處辦公，形成跨專業合作的最佳結構。

3. 復能團隊成員鎖定與生活中自我照顧與健康管理的核心專業為限，目標明確；並且與第一線照顧服務人員密切合作，共同以個案復能目標達成為重。
4. 復能已納入各專業人員養成教育之修讀課程內容，並有公版 Reablement-30 的線上教育，供各專業共同修讀。
5. 各級政府和民間專業團體發展許多社會教育媒材，持續向社會大眾教育和宣導復能概念，建立復能識能。

(三)英國

英國總人口數截至 2020 年底約為六千七百萬，老年人口比率為 18.65%，約有一千兩百萬人。在 1990 年代晚期，英國健康照護體系針對個案早期出院及避免個案住院，發展多元多專業的照護模式，這樣的照護模式會視需要納入復健。其主要目的為除了在醫院，也能在個案家中對臨床問題有所掌握(clinical oversight)。同時，社區照護團隊內的復健服務也將社會照護人員(social care)納入(Parker et al., 1999; Parker, 2014 cited)。這些服務在英國逐漸形成「中期照護(Intermediate care)」(Parker and Peet, 2001; Parker, 2014 cited)。National Service Framework for Older People 定義中期照護為「一種新層次的照護，且是介於初級照護服務及特殊服務的」，可避免不必要的住院、支持早期出院者及減少或延遲對長期機構照顧的需求(residential care)(Parker, 2014 cited)。中期照護服務包含四種形式：復能(reablement)、危機處理(crisis response)、以家為主的(home based)及以病床為主的(bed based)中期照護。其提供短期支持，以協助個案恢復及增加獨立性。這樣的服務會透過一個團隊與個案合作，以達到個案從急性醫院出院後，逐漸恢復能夠再度做自己覺得有價值的活動。

結構面

1. 行政架構

中期照護服務一開始由國家健康保險服務署提供(National Health Service)，當個案能在家中生活後，則交由成人社會照顧部門(English Adult Social Care Department)提供照護或復能服務。然而。依據各地的運作方式不同，也可能將服務整合後由地方政府主導(Age UK factsheet 76, 2021 ; Jane Miller, personal communication, December, 2021)。

2. 人員組成

中期照護團隊應包含多種專業人員。核心團隊應包括有技巧及勝任能力的執行者，如能執行中期照護服務者(delivering intermediate care packages)、護理人員(nursing)、社會工作者(social work)、治療師(如職能治療師、物理治療師、語言治療師)、居家照護人員(home care staff)、照護居家人員(care home staff)(NICE, 2017)。其中，英國復能團隊強調職能治療師的重要性，其角色及職責為核心的團隊成員，以及當團隊有需要時以督導的方式提供團隊建議，或作為訓練者及評估者(SCIE, 2011)。

3. 給付方式

英國政府會提供六週免費的中期照顧服務，若中期照護服務超過六週，地方政府則會根據個人財產評估收取合理費用，有可能是需要全額自付、或只需部分負擔或是免費。中期照護服務由社會照護系統及國家健康保險服務署提供經費，而經費的運用及取得取決於各地政府的運作模式。

過程面

1. 服務流程

中期照顧為短期的評估及支持服務，通常持續六周或更少，最多六周，且為一種積極的服務，目標在(1)協助個案在出院後儘可能獨立(2)當個案因疾病或障礙而在日常生活中遇到越來越多的困難時，能協助其繼續在家中生活(3)避免過早、永久性地入住護理之家。中期照護的核心概念為確保健康照護人員可以合作的方式來訂定出目標，提升個案獨立性及安適感，並使用以個人為中心的模式，考慮個案之文化差異及喜好。依據個案需求中期照護能在不同場域提供，包括：案家、臨時住所、日照中心、養護中心及護理之家、急症社區及日間醫院等地(NICE guideline, 2017)。

服務流程包含轉介、服務介入(評估、設定目標、目標回顧、建立自信)，並依介入結果決定是否需提供其他服務與支持或達成目標後結案。一旦個案被判定能加入中期照護並有潛能可以提升生活獨立性，專業人員會進行全面評估並與個案一起訂定個人目標，在中期照護的服務過程中，強調目標的設定及追蹤，專業人員會制定適合個案的護理及支持計畫，並與個案保持密切聯繫，記錄及定期審查的目標和進展，隨時調整支持計畫或時間進程(NICE guideline, 2018)。

在社會照顧體系中的復能模式，是以生活照顧為主，由治療師(常見為職能治療師)與照顧人員在初期共訪個案，治療師評估後，與個案、家屬、照顧人員商討復能目標，以及演練落實在日常規中的操作方式，以協助個案以自身潛能發揮，達到盡可能生活獨立的目標，且避免過渡幫助，助長機能退化(Jane Miller, personal communication, December, 2021)。

2. 轉介條件

在英國，各地的服務轉介條件不盡相同，而在許多地區，服務常供不應求。當個案有以下情況時(1)支持及時出院(2)需要住院的替代方案(3)如果覺得在家生活有困難(4)支持臨終照顧(5)面臨永久入住養老院(6)失智者，負責個案的出院人員、護理人員、家庭醫生、社會工作者或急診科工作人員等專業人員會轉介給當地政府單位(local Trust)(Age UK factsheet 76, 2021)。

3. 服務期程

一次中期照護服務至多六週，若服務提供者認為個案已達到目標，服務也可能縮短至一到兩週，以下為結案的條件：(1)取消復能服務者、(2)個案已達最大程度的獨立，或照護支持減少，如所需給予的支持減少，甚至不須支持地獨立生活、(3)若在復能結束後仍需照顧支持，可和團隊成員討論以提供符合其需求的服務(Brent Council, n.d. ; Glendinning et al., 2010)。

4. 品質管理機制

管理者會進行訓練復能服務訓練：(1)提供員工復能服務的概念與知識、(2)解釋社會及醫學模式的失能、(3)確保員工熟悉且可對一般醫療狀況作出適當反應、(4)給員工可確認、同意、監測及記錄達到的結果的工具、(5)需要額外監督員工，支持他們的訓練，及推廣復能(SCIE, 2012)。此外，管理者會設立及監控服務方式，並強調在服務過程中，保持良好溝通、建立個案技巧與信心、即時聯繫、提供服務資訊，以確保接受服務者及其照顧者能隨時掌握服務的進展。

結果面

1. 服務成效

執行服務時，團隊會利用不同評估工具來量測服務的個人成效，如：評估個案對服務的滿意度，用 SF-36、EQ-5D 或 Adult Social Care Outcome Toolkit 評估個案接受服務後生活品質的改善，以及用 Barthel Index of Daily Living、NEADL、Lawton & Brody Scale 及 Canadian Occupational Performance Model 等量表來評估介入後個案生活獨立程度的成效(CSED, 2010)。而在讓個案達成獨立生活的目標後，便能予以結案，停止復能服務。此外，受服務後繼續生活在家中的比率、再住院率、死亡率、社會照顧預算的支出，也會作為服務成效的參考。

2. 人員滿意度

社會服務為主的復能模式，改變了照顧服務人力的工作典範，賦予其輔助教練的新角色，幫助個案增能，也提升自身工作滿意度。

3. 覆蓋率

根據 NAIC 於 2018 年的調查資料顯示，中期照顧在英國的轉介率為：1.以家為主的中期照護：598 人/每十萬人口 2.以病床為主的中期照護：257 人/每十萬人口 3.復能服務：568 人/每十萬人口 4.對危機的反應：538 人/每十萬人口。

結語：

1. 以盡速功能復原，提升自我照顧能力的中期照護，依據個案需求能在不同場域提供，包括：居家、社區或住宿機構。
2. 最初六週中期照顧服務為免費提供，掃除因經濟考量(包括自付額)而錯失時機。超過六週後再根據個人財產評估收取合理費用或部分自付。
3. 將復能專業人力投入到以生活照顧為主的團隊中，緊密合作，使功能訓練透過間接服務，融入日常作息，也提升照顧人員的價值。

(四)澳洲

澳洲總人口數截至 2020 年底約為兩千五百萬人，老年人口比率為 16.21%，約有四百萬人。澳洲於 1985 年以「協助年長者獨立生活自主以避免機構化」作為澳洲居家及社區照護制度(Australian Home and Community Care, HACC)之計畫照護目標(Lewin and Vandermeulen, 2010)。行至 20 餘年，因年長者的增加與照顧者的減少，導致此制度仍無法有效解決問題。因次，澳洲政府於 2015 年起開始提倡短期復能照護計畫(Short-term Restorative Care, STRC)，希望透過限時、目標導向、跨專業的整合性服務，提供在家的年長者更多的照護選擇，以恢復或減緩其功能下降的問題，並促進安適感(Department of Health, 2018)，同時發行” Your guide to short-term restorative care booklet” 及” STRC(Short-term restorative care) Programme Manual”，提供一般民眾及專業人員了解國家復能政策，希望能減緩老化社會所帶來的不良影響。復能(STRC)不適用近期剛出院的長者，剛出院的個案是接受轉銜照顧計畫 (Transition Care Program, TCP)。

結構面

1. 行政架構

根據澳洲政府手冊資料(Department of Health, 2017)，主責復能的行政架構為，(1)澳洲聯邦政府的服務部(Services Australia)(以前稱為社會安全部或人類服務部)，主責是發展及制定復能相關政策、執行復能相關政策、與服務提供者合作，評估計畫、撰寫政策執行報告及提供經費補助。全國老年服務申請的窗口-我的老年照顧(My Aged Care)，也是由聯邦政府管理的入口網頁進行申請的。(2)各州政府負責去認證和管理復能服務提供者，復能服務提供者主責包括：考量個案全方位需求、管理及協調服務計畫，並確認服務需求是否達成、確保品質、處理投訴事宜、評估巴氏量表(調整版)(Modified Barthel Index, MBI)分數，給予政府服務相關回饋建立機制以確保服務滿足復能手冊要求。

2. 服務組成

負責評估和需求確認的有：(1)我的老年照顧(My Aged Care)服務，為澳洲聯邦政府為 50 或 65 歲以上生活功能退化老人提供的服務，其負責個案篩檢以確認其需求及照護安排，並將有復能潛能的個案轉介給老年照護評估服務(Aged Care Assessment Service, ACATs)、或沒有復能潛能的個案轉給區域評估服務(Regional Assessment Services, RAS)。(2)老年照顧評估團隊(Aged Care Assessment Team, ACAT)，在地的 ACAT 會全面評估個案的需求，包括個案的生理、心理、文化、社會、醫療等面向，並確認個案的需求、提供資訊及轉介個案至適合的服務，包括復能(STRC)或是等待接受復能過渡期的聯邦居家支援計畫(Commonwealth Home Support Programme, CHSP)，後者是居家生活照顧服務。(3)區域評估服務(Regional Assessment Services, RAS)，當我的老年照顧評估認為個案僅需低強度的社區照顧服務後，會將

個案轉介至鄰近區域，進行進一步的 RAS 評估。但 RAS 若認定個案有復能潛能，也會轉介去接受復能訓練。

提供的相關服務給付方案，(1)復能(STRC)將於下段說明。而其他尚有(2)轉銜照顧計畫 (Transition Care Program, TCP)，針對剛出院的個案，提供 12 周生活功能訓練，幫助他們盡快恢復獨立生活能力。TCP 使用期間到結案以後 6 個月內，不得申請 STRC。(3)聯邦居家支援計畫(Commonwealth Home Support Programme, CHSP)，基本居家服務。(4)居家照顧組合計劃 (Home Care Package, HCP)較複雜的居家服務組合，包括復能訓練、護理、生活照顧、外出社交支持、交通、餐食等。

品質管控則由老年照顧品質及安全委員會(Aged Care Quality and Safety Commission)，根據「老年照顧品質標準」評估及控管照顧服務的品質。

3. 人員組成

復能服務須經由多專業團隊介入，至少需由三種專業組成，如家醫科醫師、老人醫學專科醫師、護理師、義肢裝具師、視聽檢查師、藥師、社區衛生工作者、物理治療師、口腔衛生師、足科醫師、營養師、驗光師、運動生理學家、心理師、職能治療師、社工、整骨師、語言治療師，其中一定要有家醫科醫師或老人醫學專科醫師。以上復能服務提供者需透過各州政府之認證，並在我的老年照顧系統註冊，始可提供服務。

4. 給付方式

復能服務提供者須在每個月的 20 日向政府申請補助，並提供個案在復能開始與結束的巴氏量表分數，以及使用復能之總天數。政府會根據復能執行場域的數量及經費的總額來訂定補助的金額，如 2021-2022 年，每人每天最高補助金額為澳幣 214.39 元。個案自付額會依服務的種類及程度而有不同，若是在居家、社區中執行，費用上限為澳幣 10.85 元，若是在住宿型機構執行，費用上限為澳幣 52.71 元。若個案輪流在家中與機構中接受服務，則會取決於個案在哪個場域過夜來進行收費。

過程面

1. 服務流程

復能流程包含轉介、評估、服務提供及結案。具照護需求的個案可自行聯絡，或由他人轉介的方式至 RAS 進行篩檢，篩檢通過後由 ACAT 進行全面評估，確認個案符合資格後即訂定支付制度，過程中會依據個案在醫療、生理、社會及心理相關的需求，與其共同擬定照護及服務進度及彈性照護協議，當批准符合復能服務後，須在六個月內啟用服務。而復能提供者須在 7 天內提供服務，且須以多專業團隊照顧方式介入，協助個案達到最適程度之獨立，促進個案之自我管理及自我滿足、提供量身定做之服務以達成個案目標。

結案準備(Exit strategy)，復能團隊要完成結案成果報告，並由復能服務

提供者協助轉銜結案後的需求評估，是否需要再度申請我的老年照顧(My Aged Care)。

2. 轉介條件

個案需為(1)處於功能退化，有可能透過復能延緩退化或改善者；(2)有失能風險，且若沒接受復能，可能會需要居家照顧、機構照顧或靈活照顧者。此外，(1)非住宿型機構永久居民；(2)為接受居家照顧組合計畫(Home Care Package, HCP)；(3)六個月內沒有接受過渡性照顧服務(transition care)；(4)三個月內沒有因功能下降而住院；(5)未接受臨終服務；(6)非為一年內已接受過兩次復能服務者。若有同時接受聯邦居家支援計劃(Commonwealth Home Support Programme, CHSP)，兩者提供的服務需不同。

3. 服務期程

一次復能服務至多八週(56 天)，期間至多可請七天假後補延期，故最長可達九週，若請假天數超過七天，則直接停止復能服務，若想再重啟服務，則需重新開案。每人一年內至多申請兩次復能。

當結案時，個管師須提供個案結案報告，內容包括復能的總期程、復能目標、目標達成情形、個案的功能程度(MBI 分數)、後續衛教、服務總金額。若個案還需其他長期照顧之服務，則需將個案轉介回我的老年服務進行 ACAT 或 RAS 評估。

4. 品質管理機制

老年照顧品質及安全委員會依據「老年照顧品質標準」中的準則進行品質管理，主要著重在個案的成效，而非提供者提供服務的過程，內容包括以下八大項：(1)個案的尊嚴及選擇；(2)提供個案持續的評估及介入計畫；(3)個人照顧及臨床照顧；(4)日常生活的服務與支持；(5)組織的服務環境；(6)回饋與客訴；(7)人力資源；(8)組織管理。

結果面

1. 個人成效

復能服務提供者須在結案時，在我的老年照顧系統登錄個案服務前後之改良式巴氏量表分數，以及總服務天數，作為個人成效之評估。

2. 覆蓋率

2018 年有 350 間合格的復能執行場域；2019 年，有 775 間；而到了 2020 年，數量增加至 1028 間。且在 2019 至 2020 年間，共有超過 4500 名個案使用復能服務。

結語

1. 篩選有潛力個案進行復能。申請老年服務一開始便進行復能潛力篩檢，有潛力者與無潛力者後續的服務路徑截然不同。無潛力者接受居服，但若發現有復能潛力，則轉介到復能訓練。

2. 出院後個案和社區個案的復能服務，區分開來。依照不同的需求屬性，有不同的支給付規定。
3. 較複雜的居家個案，由單一服務者提供整合性的居家服務組合，包括復能在內。
4. 限制復能期數。每人每年僅能申請兩個期程的復能給付，此外若有需要，需自費使用。且出院之後若已使用轉銜照顧計畫 (Transition Care Program, TCP)進行功能訓練，結案後半年都不得申請復能。

表 5：台灣、日本、挪威、澳洲、英國等國之長照專業服務比較表

| | 行政架構 | 服務組織 |
|----|---|---|
| 台灣 | 中央：衛生福利部長照司 地方：衛生局、社會局或各縣市長照中心(縣市級)、社區整合型服務中心 A 單位(地方行政區) | 複合型服務中心(B 單位)：居家式及社區式服務類長照服務機構，機構住宿式長照服務機構，綜合式服務類長照機構，醫事機構、護理機構、醫療法人(需與縣市政府簽署長照服務特約) |
| 日本 | 中央：厚生勞動省 老健局 地方：都道府県 福祉保健局(地域包括支援中心、居家介護支援中心、出院準備之個管服務) | 與醫事專業服務有關的有：日本出院後的門診復健服務都是長照服務，去看復健醫師門診則屬醫療保險給付。 <u>1.居家式：</u> <u>1) 訪問復健：</u> 區域內醫院之 OT,PT,ST 到個案家裡提供復健服務 <u>2)居家療養管理指導：</u> 是由醫師，牙醫（僅提供建議，不直接執行醫療行為，否則由醫療給付部分支出），藥師，營養師，齒科衛生士進行居家的健康管理與維持。 <u>2.往返機構服務：</u> day care，聘專門復健人員的通所復健機構，以復健活動為主的機構（醫院或長照機構） |
| 挪威 | 健康及照護服務法 1. 王國、2. 郡及 3. 自治市(全國 356 個)，由自治市或市自行決定導入復能制度與否 | <u>1.專家模式(36%)：</u> 一個復能團隊服務自治市/鎮中所有的居家服務區域(zone)，為獨立的專業團隊 <u>2.整合模式(64%)：</u> 由職能治療師、物理治療師負責整個復能計畫及引導，而日常生活訓練則由居家訓練者所引導 |
| 澳洲 | 中央：由澳洲政府主導 地方：各州的認證復能服務提供者、我的老年照顧服務、老年照顧評估團隊、區域評估服務、老年照顧品質及安全委員會 | 通過年度老年照顧機構核准單位(Aged Care Approvals Round, ACAR)之證認之單位 |
| 英國 | 中央：國家健康保險服務署(National Health Service, NHS) 地方：社會成人社會照顧部門、地方政府 | 由地方專員(local commissioners)和醫療保健提供者提供中期照顧服務。 <u>中期照顧</u> 包含四種形式：復能(reablement)、危機處理(crisis response)、以家為主的(home based)及以病床為主的(bed based)中期照護。 |

| | 人員組成 | 專業教育宣導 |
|----|--|--|
| 台灣 | 長照法第 18 條，醫事人員：具有醫事人員證書，並需完成長照 Level I~III 課程始，並申請長照人員證。每六年要接受長照繼續 | 長照 Level I~III 各課程， 出版專業服務手冊、長照專業服務（前身為復能服務）操作指引、護理 |

| | 人員組成 | 專業教育宣導 |
|----|--|--|
| | 教育課程，積分累計 120 學分（需完成 Level I,II) 所有醫事專業、社工人員、教保員 | 操作指引等 |
| 日本 | 可從事訪問復健 & 居家療養管理指導者僅如下： <u>訪問復健：物理治療師、職能治療師、語言治療師</u> <u>居家療養管理指導：醫師、牙醫、藥師、營養師、齒科衛生士</u> | 其餘專業人員由專業組織自行規範，如日本 OT 協會訂定生涯教育制度，成為「專門職能治療師」（高齡領域） |
| 挪威 | 職能治療師、物理治療師、護理師、助理護理師、照護助理、社會教育者。工作人員需要具有職能治療、物理治療或護理等學士學位教育或無學士學位的健康教育。所有衛生專業都需要獲得挪威衛生當局的授權才能在衛生部門工作 | 針對職能治療師、物理治療師、護士、社會教育者、社工），提供 Reablement-30 數位學習 、健康促進及與老人復健工作兼職的 進階教育-60 |
| 澳洲 | <u>至少需由三種專業組成</u> ，如家醫科醫師、老人醫學專科醫師、護理師、義肢裝具師、視聽檢查師、藥師、社區衛生工作者、 物理治療師 、口腔衛生師、足科醫師、營養師、驗光師、運動生理學家、 心理師 、 職能治療師 、社工、整骨師、 語言治療師 ，其中一定要有家醫科醫師或老人醫學專科醫師。復能服務提供者需透過各州政府之認證，並在我的老年照顧系統註冊，始可提供服務。 | 復能職前問卷：用以評估提供服務者之復能識讀能力 |
| 英國 | <u>中期照護團隊</u> 應包含多種專業人員，如：執行中期照護服務者、護理人員、社會工作者、 治療師(如職能治療師、物理治療師、語言治療師) 、居家照護人員、照護居家人員。 <u>強調職能治療師的重要性</u> ，作為核心的團隊成員、當團隊有需要時以督導的方式提供團隊建議，或作為訓練者及評估者。 | 管理者會重新訓練照護人員:復能訓練時間可能為半天到兩周之間。 <u>政府提供線上課程</u> ，對於社會照護和健康服務從業人員，包含：一線團隊和地方政府成人社會照護團隊的管理人員、職能治療師、復能團隊、有登記復能者、志願組織。 |

| | 服務執行方式 | 人員分工 |
|----|--|--|
| 台灣 | 流程：確認個案及家人的復能需求→復能團隊協助個案及家人擬定復能計畫→復能專業單位和照顧服務單位支持個案及家人執行之→達到結案標準即結束復能服務。 | 個案及家屬＋復能專業團隊＋居服員及居服督導＋個管師（長照A單位及出院準備）＋照顧專員及照專督導＋其他長照服務單位 |
| 日本 | 至市町村主辦櫃台申請→認定調查→介護支援專門員（長期照護管理專員）、護理師或社工師等擬定介護預防服務計畫， <u>和各單位間協調，及該地可使用的資源而決定，是否可使用到居家復健或通所復健等服務</u> 。（但所在地的專業服務可用資源差異大） | 物理治療，職能治療、語言治療師和其他必要的復健治療，以維持和恢復身心功能並支持日常生活獨立性，及減輕照顧者負荷為目標 其他尚有介護支援專門員、護理師、介護福祉士（居家照顧 |

| | 服務執行方式 | 人員分工 |
|----|--|--|
| | | 服務員)、聽力師、社工師、輔具諮詢員等 |
| 挪威 | 自治市的決策當局(decision-making authority)會先評估個案健康及照護服務的應用(包含居家照護服務及復能)，若個案所需服務與復能相關， 某些自治市的復能小組會聯合進行評估(如：個案復健的潛力) 職能治療師及物理治療師會使用 COPM 進行評估及制定計畫，並確保與個案的需求、治療優先性及介入一致性 | 物理治療師、職能治療師、有復健專業的護理師、其他(協助者) |
| 澳洲 | 流程：轉介(可自行聯絡或由他人轉介至 My Aged Care Regional Assessment Services, RAS)→評估(Aged Care Assessment Service, ACATs)→服務提供(批准後六個月內啟用服務、復能提供者須在 7 天內提供服務)→結案。 以多專業團隊照顧方式介入，協助個案達到最適程度之獨立，促進個案之自我管理及自我滿足、提供量身定做之服務以達成個案目標。 | 復能服務提供者 (STRC providers) ：要在 7 天內提供服務，包括全方位考量個案需求，管理及協調服務計畫，並確認服務需求是否達成、確認品質、處理投訴事宜、評估巴氏量表(調整版)(Modified Barthel Index, MBI)分數，給予政府服務相關回饋 服務輸送：須提供與 Flexible care agreement 一致的服務、以多專業團隊照顧方式介入、協助個案達到最適程度之獨立 |
| 英國 | 服務流程包含轉介→在居家或是機構提供介入(評估、設定目標、目標回顧、建立自信)→提供其他服務與支持或達成目標後結案。 中期照護 強調目標的設定及追蹤 ，專業人員會制定適合個案的護理及支持計畫，並與個案保持密切聯繫，記錄及定期審查的目標和進展，隨時調整支持計畫或時間進程。 | 職能治療師 (協助個案能更輕鬆及獨立地執行日常生活)、 物理治療師 (協助個案改善動作及體能活動)、 語言治療師 (協助有溝通、飲食及吞嚥問題的個案)、 照護居家人員 (在護理之家接受服務時，可能會參與服務)、 居家照護人員 (可能參與個案在家接受的中期照護)。 其他：護理、社工、醫師。 |

| | 轉介條件 | 期程及次數上限 |
|----|--|--|
| 台灣 | 由照專或 A 單位個管師依據與個案訂定之個案復能目標，對應長照需求評估所得出之 問題清單 內的問題，並進一步分析所需復能的需求，包含： 1.問題面向 2.對應之給付碼 3. 建議介入專業來銜接最適專業 | 以「密集式、短期訓練」為原則，每碼別大約三個月（至多六個月）期程， 不超過 12 次為原則 ，但應用不同碼別可持續服務 |
| 日本 | 基本理念是「支援其自立」與「利用者本位」 個管師依照個案需求，所在地可利用的資源，個案可利用的上限提出建議 醫院出院後銜接復健，由保健、福利、醫療方面的專家組成“介護認定審 | 依照個案每個月設定不同額的最高服務給付上限(最高額度約 36 萬日元/月)，個案狀況有所變化時可以申請更新 沒有次數規定，在上限內可以自由組合 （日本長照全部服務一 |

| | 轉介條件 | 期程及次數上限 |
|----|--|---|
| | 查會”可能提出建議，但無強制性。 | 起計算額度）因上限額度很吃緊（常需自費），不可能頻繁使用 |
| 挪威 | 1. 申請或轉介居家照顧服務的長者 2. 因急性疾病住院的長者 3. 功能逐漸下降，但不需要住院或機構治療者 4. 有多種因素需復健者，多為骨折和平衡問題 5. 失智症患者 | 平均為 5-7 週，其餘為 3-12 週不等，各自治市情況不同。大多為每週提供 5 天的固定時間，其次為每週 3-4 天，各自治市情況不同 <u>（一週不止一次，密集服務）</u> |
| 澳洲 | <u>轉介條件：</u> 1. 處於功能退化，有可能透過復能延緩退化或改善者。 2. 有失能風險，且若沒接受復能，可能會需要居家照顧、機構照顧或靈活照顧等。 <u>排除條件：</u> 1.最近無接受機構照顧、居家照顧、過渡性照顧。2.六個月內沒有接受過過渡性照顧服務。3.三個月內沒有因功能下降而住院。4.未接受臨終服務。5.一年內已接受過兩次復能 在居家或住宿型機構執行皆可，但若是永久機構居民則不可使用此服務。 | 一次服務至多八週，期間至多可請七天假。 一年內至多申請兩次。 若個案想要重新開始 STRC，個管要聯絡 ACAT，ACAT 會重新評估並做 Support Plan Review，確認個案的需求 費用會依服務的種類及程度而有不同，若個案會輪流在機構與家中接受服務，則會看個案是在哪邊過夜來進行收費 |
| 英國 | 在英國，各地的服務轉介條件不盡相同，服務常供不應求。 一般轉介條件：(1)支持及時出院(2)需要住院的替代方案(3)覺得在家生活有困難(4)支持臨終照顧(5)面臨永久入住養老院(6)失智者 | 服務為免費提供，一次中期照護服務至多六週，若服務提供者認為個案已達到目標，服務也可能縮短至一到兩週。 在某些情況下，目標達成可能需要六週以上的時間。 |

| | 品質要求機制 | 獎勵/處罰措施 |
|----|--|---|
| 台灣 | 每次提供個案、家屬及照顧者適合形式之指導資料 照顧服務管理資訊平台之上傳申報資料--表單依據目標，填寫 COPM（表現：1~10 分） 特約單位規範(各縣市特約單位服務品質表) | 部分縣市有自訂之記點原則：例如每發生一次記一點，當年度累計滿五點者，將暫停個案(含自行開發之長照個案)派案一百八十日，但非全國一致。專業單位若為居家式長照機構有督考評鑑，有退場機制，但治療所僅有查核機制。AA05 獎勵服務複雜個案 |
| 日本 | 獨立行政法人福祉醫療機構網頁 WAMNET，為民間單位蒐集各機構的資訊與評鑑結果 第三者評估與情報公開制度，每三年評鑑一次，有經過評鑑的機構會發予認證 | 2018 年增加成效評估(要支援的狀態維持、改善率)以一年為單位 改善率：ADL 認知功能、口腔機能、營養狀況、每日活動 居家訪問復健事業所，符合基準者，則獎勵加算 120 單位／月 |

| | 品質要求機制 | 獎勵/處罰措施 |
|----|--|--|
| 挪威 | 《衛生人員法》第 4 條是國家層面衛生法的關鍵條款，該規定對執行工作的衛生人員提出了要求，且為對衛生人員的監督案件進行評估的基礎 復健期程結束後，健康照護人員會進行追蹤訪視 介入結果會以某種方式記錄，以便評估個案的進步 | 挪威目前尚無關於復能的具體獎勵或懲罰措施 |
| 澳洲 | 老年照顧品質及安全委員會依據「老年照顧品質標準」中的準則進行品質管理，主要著重在個案的成效，而非提供者提供服務的過程，內容包括八大項：(1) 個案的尊嚴及選擇；(2) 提供個案持續的評估及介入計畫；(3) 個人照顧及臨床照顧；(4) 日常生活的服務與支持；(5) 組織的服務環境；(6) 回饋與客訴；(7) 人力資源；(8) 組織管理。 | 政府會定期評鑑： 1. 在 3-6 個月前，評鑑委員會電話通知評鑑的日期，機構須在評鑑日 8 周前完成並繳交自評表。 2. 評鑑後 7 天會收到評鑑結果，若不符合標準，機構須在 28 天內完成並繳交 plan for continuous improvement(PCI) |
| 英國 | 管理者會進行訓練復能服務訓練。 管理者會設立及監控服務方式，並強調在服務過程中，保持良好溝通、建立個案技巧與信心、即時聯繫、提供服務資訊，以確保接受服務者及其照顧者能隨時掌握服務的進展。 | 英國目前尚無關於復能的具體獎勵或懲罰措施 可以向工作人員溝通。 可以向 NHS 投訴：向病人諮詢和聯絡服務處 (Patient Advice and Liaison Service , PALS) 或 POhWER 慈善機構求助以獲得建議可能會有所幫助。 |

| | 個人的成效 | 組織的成效 |
|----|--|--|
| 台灣 | 獨立/依賴: 類似 COPM (表現: 1~10 分) ADL, IADL 分數改變 照顧負荷減輕 | 個案管理師對專業服務提供者進行滿意度調查。 |
| 日本 | 1. 使用者的狀況 2. ADL: 使用的評估工具為 Barthel Index 3. 認知機能: 評估行動心理症狀・意欲, 使用的評估工具為 Dementia Behavior Scale (DBD13)、Vitality Index 4. 口腔機能: 食物型態, 有無吸入性肺炎 5. 營養狀態: 低營養狀態的危險性, 6 個月的 BMI 變化, 6 個月的食物攝取量變化 | 三個品質指標資料庫, 鼓勵事業所提供 1. 介護保險綜合資料庫。DB 各事業所一定要輸入填寫 2. Vistit 針對復健服務品質, 2019 年 3 月有 577 事業所參與 3. Chase 是成效指標, 2020 年開發 |

| | 個人的成效 | 組織的成效 |
|----|--|---|
| | 6. 一日活動：1 週內從事休閒興趣活動的次數（類似興趣量表），用餐地點的分布，排泄場所的分布 | |
| 挪威 | COPM、生理功能、生活品質、代償能力、心理健康、功能性移動能力、抓握力量 | 滿意度及適當的勝任度、多專業的投入、能依據市民需求及目標提供服務 |
| 澳洲 | 復能服務提供者須在結案時，在我的老年照顧系統登錄個案服務前後之改良式巴氏量表分數，以及總服務天數，作為個人成效之評估。 其他：WHOQOL-BREF、Disability Assessment for Dementia (DAD)、Short Physical Performance Battery (SPPB)、Geriatric Depression Scale-15 item (CS-GDS-15)、Quality of life in Alzheimer's disease (QOL-AD)、EQ-5D-5L、Zarit Burden Inventory (ZBI)、The Home Safety Self-Assessment Tool (HSSAT) | 覆蓋率：2018 年有 350 間合格的復能執行場域；2019 年，有 775 間；而到了 2020 年，數量增加至 1028 間。且在在 2019 至 2020 年間，共有超過 4500 名個案使用復能服務。 |
| 英國 | 1. 個案對服務的滿意度 2. 生活品質：SF-36、EQ-5D 或 Adult Social Care Outcome Toolkit 3. 生活獨立：Barthel Inde、NEADL、Lawton & Brody Scale 及 COPM | 受服務後繼續生活在家中的比率、再住院率、死亡率、社會照顧預算的支出 |

四、舉辦專業服務手冊修正草案及專業服務操作指引修正草案-研修小組專家會議與專家會議

因 110 年 5 月初 COVID-19 疫情升溫導致中央流行疫情指揮中心宣布全國自 110 年 5 月 15 日進入三級警戒，禁止室內 5 人以上集會及社交聚會，並避免不必要移動、活動或集會。其後因疫情起伏，故本計畫所舉辦之研修小組專家會議、專家會議、典範案例訪談均以線上視訊模式進行。

各次會議之議程與會議紀錄請見附錄九~十四。

1. 第 1 次研修小組專家會議(2021/5/23)，附錄 九。
2. 第 2 次研修小組專家會議(2021/6/20)，附錄 十。
3. 第 3 次研修小組專家會議(2021/8/29)，附錄 十一。
4. 第 1 次專家會議(2021/6/8)，附錄 十二。
5. 第 2 次專家會議(2021/7/21)，附錄 十三。
6. 第 3、4 次專家會議(2022/1/25、2022/1/26)，因兩場討論議題相同，故將會議紀錄合併於附錄 十四中呈現。

五、專業服務手冊修正草案初稿

經過兩次研修小組專家會議及一次專家會議後，完成專業服務手冊之修正草案初稿並建立修改對照表。詳細草案初稿內容請見附錄十五，修正說明表請見附錄十六。

本次依據 109 年 12 月 10 日衛部顧字第 1091963056 號公告修訂長期照顧給付及支付基準，合併原 CA01~CA04，改為「CA07-IADLs 復能、ADLs 復能照護」；合併原 CA05~CA06，改為「CA08-個別化服務計畫(ISP)擬定與執行」。另針對各碼別之目標、執行人員資格及作業內容進行部分修正，以更符合實務現況。

六、專業服務操作指引修正草案初稿

經過三次研修小組專家會議及四次專家會議後，完成專業服務操作指引之修正草案初稿。分為「專業服務操作指引-觀念篇」、「專業服務操作指引-操作篇」、「專業服務操作指引-個案範例」以及「專業服務操作指引-附錄一、二」、「專業服務操作指引-附錄三」。各篇詳細草案初稿內容請見附錄十七到二十一。

團隊並新增「指引修正說明」如下各項所列：

1. 「專業服務操作指引-觀念篇」修正草案初稿，附錄 十七。

長照專業服務操作指引觀念篇-更新重點

1. 指引名稱與內文改稱「專業服務」，而非「復能服務」，並納入護理操作指引。
2. 專業服務的目標與核心觀念更新
 - (1) 目標新增環境安全及個案特殊問題（例如：營養照護、口牙、吞嚥、壓傷及困擾行為等）之需求，也可

針對個案或照顧者進行專業服務指導與諮詢，以提升照護品質。

(2) 核心觀念新增結合專業服務照顧：減少沒有必要的照顧，增加個案執行生活活動的訓練與執行時間，故應包含訓練照顧者如何調整作法，來輔助專業服務。

3. 新增國際復能聯盟 ReAble network 釐清復能特性、組成、目的及目標族群定義之相關研究，並列出專家認可共識的復能特徵及適用之「目標族群」。
4. 依據專業服務對象的需求特性與服務目標，新增分類表。
5. 照專、A 個管或出院準備之個管人員，負責最前端的長照需要等級核定、及照顧問題清單和需求的服務項目判定即可，專業服務訓練之目標改為由 B 單位專業人員撰寫。
6. 訓練期程之原則由不超過三個月修改為不超過六個月。
7. 專業服務指導人員之簡介依各專業團體建議進行文字調整，並新增呼吸治療師、藥師、中醫師、牙醫師、聽力師等相關專業之簡介。
8. 出院準備銜接長照服務管道，將復能多元服務計畫之相關說明刪除。
9. AA03 碼 B 單位專業人員跟居服員一同前往案家討論和交班專業服務計畫，兩者服務重疊的時間由建議約為 15~20 分鐘修改為建議至少 30 分鐘。

2. 「專業服務操作指引-操作篇」修正草案初稿，附錄 十八。

長照專業服務操作指引操作篇-更新重點

1. 將操作篇細分為〈共通操作指引〉及操作指引操作篇〈護理操作指引〉，並將居家護理指導與諮詢服務的處置指引之完整內容新增於附錄三。
2. 照專及 A 個管修改為不需撰寫個案之專業服務訓練目標，僅需確認個案有專業服務需求，並從問題清單思考派案專業服務可參考之方向。專業服務之訓練目標改為由 B 單位之專業人員撰寫。
3. 進入案家之專業改為由「專業服務單位」方進行統整協調，若專業服務 B 單位內無包含兩種或兩種以上的專業類別，則才由照專或 A 個管進行媒合。
4. 新增 A 個管追蹤專業服務訓練進度之相關說明：經專業人員確立專業服務訓練目標且開始執行專業服務訓練後，A 個管可透過 AA02 照顧管理碼別定時掌握個案目前執行狀況，並進行服務品質追蹤。

5. 專業服務訓練項目由 1 項為主修改為 1-5 項，解決之問題數量修改為至多 5 項。
6. 新增接受指導之照顧者應固定為同一人(組)的相關說明，並將均需提供書面指導紀錄修改為視需要提供指導紀錄。
7. 訓練期程之原則由不超過三個月修改為不超過六個月，並新增每週申報一次為原則及複雜個案開立多個碼別之相關說明。
8. 新增延案及結案後重啟專業服務之條件說明。

3. 「專業服務操作指引-個案範例」草案初稿，附錄 十九。

長照專業服務操作指引個案範例-更新重點

1. 新增涵蓋各種使用專業服務常見的個案類型及不同 CMS 等級的個案範例，以供第一線實務人員參考。
2. 個案類型包含：自閉症兒童、腦麻青少年、輕度失能(CMS 等級 2~3 級)、中度失能(CMS 等級 4~6 級)、重度失能(CMS 等級 7~8 級)、失智症及精神障礙，共七類。

由於長照個案情況多樣，因此除上述個案範例正文中之專業服務核心職別外，特邀相關領域之長照專家撰寫單一專業服務案例，提供閱讀者從更多角度完善專業服務，並提升長照服務品質。

4. 「專業服務操作指引-附錄一、二」，附錄 二十。

「專業服務操作指引-附錄一」之內容為服務紀錄參考格式，內容僅供參考，各職別可依照專業服務內容自行調整運用。

「專業服務操作指引-附錄二」之內容為問題清單之專業服務需求分析與派案對照表，僅列出解決該問題面向之主要專業人員，非排除其他符合執行人員資格之專業人員介入。

長照專業服務操作指引附錄-更新重點

1. 附錄一-服務合約書：其中長期照顧管理中心(照管中心)修改為社區整合型服務中心(A 單位)。
2. 附錄一-評估表及服務紀錄表：新增主要照顧者狀況及服務指導對象之勾選欄位。
3. 附錄二-專業服務需求分析與派案對照表：依各專業團體建議新增相關給付碼別及相關專業類別。
4. 附錄二-專業服務需求分析與派案對照表：原表中無護理相關問題面向，將操作指引護理篇提及之問題面向加入附錄二並新增對應給付碼。

5. 「專業服務操作指引-附錄三」，附錄 二十一。

「專業服務操作指引-附錄三」之內容為居家護理指導與諮詢服務的處置指引，內容為經護理師護士公會全國聯合會核定之「CD02 居家護理指導與諮詢照護操作指引手冊」。

七、典範案例成果分析

本計畫已向各縣市政府衛生局或長照中心徵求 1~2 個優質且有意願參與之長照服務單位（A 或 B 單位）。經研究團隊參考文獻回顧歸納出之長照專業服務（含復能服務）成功因素，從上述全國推薦中挑選至少 7 個優質單位，從其服務、有實際使用長照專業服務並具成效的個案共 10 位，預計涵蓋不同 CMS 等級、急性後期照護(post-acute care, PAC)和社區 A 單位之個案、不同診斷、年齡層、失能程度等。

從使用者作為延伸出發點，透過質性研究之個案延伸法(The Extended Case Method)，訪談相關人員，如照專、個管、專業服務團隊、個案、家屬、其他長照服務提供者（居家服務員）等，深度蒐集相關資訊。利用紮根理論的譯碼程序與 ATLAS.ti 9.0 質性分析軟體進行內容分析。最終歸納出典範案例之長照專業服務（復能轉介條件、復能成效、復能成功原因、優質專業服務單位特質和案家特質等）之成功策略與相關要素。

自 110 年 6 月至 110 年 9 月底，研究團隊共完成訪談來自台南、台北、高雄、雲林和宜蘭等優質專業服務單位，總共 10 位個案，類型包含失智症、中風、帕金森、骨科疾患和躁鬱症等個案，其長照需求等級多集中在 6~8 級，因個案日常生活活動依賴、吞嚥障礙、呼吸易喘、營養不良等問題或照顧者照顧技巧不佳等問題，因而申請專業服務。團隊訪問其專業服務人員（照顧專員/A 個管、職能治療師、物理治療師、護理師、居服督導/居服員）以及個案與家屬，共 37 人，典範案例受訪者資料請見表 6。

表 6：典範案例受訪者資料

| 個案資料 | | | | | | 受訪者資料 | | | | |
|------|----|----|----|--------|--------|-------|----|--------|------|--------|
| 編號 | 縣市 | 性別 | 年齡 | CMS 等級 | 長照服務次數 | 性別 | 年齡 | 專業人員身分 | 從業年資 | 長照服務年資 |
| 1 | 台南 | 女 | 93 | 7 | 8 | 女 | 39 | 職能治療師 | 14 | 3 |
| | | | | | | 女 | 62 | 居服員 | ≤1 | ≤1 |
| | | | | | | 女 | 61 | 家屬 | - | - |
| 2 | 台北 | 男 | 73 | 8→6 | 20 | 女 | 42 | 物理治療師 | 20 | 18 |
| | | | | | | 女 | 30 | 個管（社工） | 7 | 5 |

| 個案資料 | | | | | | 受訪者資料 | | | | |
|------|----|----|----|-------|--------|-------|-------|----------|------|--------|
| 編號 | 縣市 | 性別 | 年齡 | CMS等級 | 長照服務次數 | 性別 | 年齡 | 專業人員身分 | 從業年資 | 長照服務年資 |
| | | | | | | 女 | 31 | 居督(社工) | 4 | 3 |
| | | | | | | 男 | 40-45 | 家屬 | - | - |
| 3 | 高雄 | 女 | 83 | 7 | 12 | 女 | 25 | 職能治療師 | 4 | 4 |
| | | | | | | 女 | 25 | 居服員 | 1 | 1 |
| | | | | | | 女 | 38 | 個管 | 10 | 1~2 |
| | | | | | | 女 | 40+ | 照專 | 8~9 | 4~5 |
| | | | | | | 女 | 39 | 專業督導 | 12 | 11 |
| 4 | 雲林 | 男 | 73 | 7→5 | 9 | 男 | 37 | 職能治療師 | 14 | 10 |
| | | | | | | 女 | 28 | 居服組長(OT) | 6 | 6 |
| | | | | | | 女 | 28 | 居服員 | 5.5 | 5.5 |
| | | | | | | 女 | 50 | 個管(護理) | 28 | 3 |
| | | | | | | 男 | - | 個案 | - | - |
| 5 | 宜蘭 | 女 | 91 | 8 | 18 | 女 | 44 | 物理治療師 | 20 | 2 |
| | | | | | | 女 | - | 護理師 | - | 4 |
| | | | | | | 女 | - | 家屬 | - | - |
| 6 | 台北 | 女 | 91 | 6 | ? | 男 | - | 物理治療師 | 14 | 11 |
| | | | | | | 女 | - | 個管 | 10 | 2 |
| | | | | | | 女 | 64 | 家屬 | - | - |
| 7 | 高雄 | 男 | 22 | 7→1 | 12 | 女 | 33 | 職能治療師 | 11 | 9 |
| | | | | | | 女 | 26 | 個管 | 4 | 4 |
| | | | | | | 男 | 54 | 家屬 | - | - |
| 8 | 台南 | 女 | 80 | 8 | 8 | 女 | 32 | 職能治療師 | 8 | 2 |
| | | | | | | 女 | 35 | 個管 | 1 | 2 |
| | | | | | | 女 | 56 | 家屬 | - | - |
| 9 | 台南 | 女 | 79 | 5 | 12 | 男 | 47 | 職能治療師 | 20 | 2 |
| | | | | | | 女 | 39 | 物理治療師 | 15 | 2 |
| | | | | | | 女 | 27 | 個管 | 2 | 2 |
| | | | | | | 男 | 53 | 家屬(兒子) | - | - |
| | | | | | | 男 | 91 | 家屬(配偶) | - | - |
| 10 | 台南 | 男 | 92 | 6 | 12 | 男 | 28 | 職能治療師 | 7 | 0.5 |
| | | | | | | 女 | 35 | 個管 | 1 | 2 |
| | | | | | | 男 | 65 | 家屬 | - | - |

以下為典範案例成果摘要，詳細訪談紀錄與質性分析結果請見附錄二十二。

經訪問 10 個成功案例，共 37 位受訪者後，可以發現個案常因疾病的後遺狀態導致其移動能力降低和日常生活活動的依賴，以及照顧者的照顧表現不佳等因素，而轉介專業服務。透過專業服務介入後，個案的活動力和特定功能表現、日常生活活動和社會參與以及照顧者照顧技巧都會有所提升和明顯成效。此外，需特別注意有多數個案在專業服務介入後，對於自己的進步超乎轉介時的期待，代表個案在急速失能或長期習得無助的狀況下，因對自己能力的不確定性，加上復能知識的缺乏，讓個案很難去想像自己是否還能有所進步或改善。因此復能目標的訂定可想見會有困難，需要能夠準確評估其潛能的專業人員引導。

除了探討復能的轉介以及成效外，我們也發現影響復能成功最常見的原因包含個案和照顧者對復能訓練的態度、專業人員和照顧者間的關係建立以及團隊合作、個案與照顧者對復能訓練的認識等因素。當個案或照顧者任一人有強烈的動機想要改善生活時，較能訂定明確的復能目標，也較有意願執行專業人員提供的居家作業；因此建議可以先讓案家嘗試申請一組復能，讓專業人員和案家建立關係並提高其動機後，會有較佳的復能成效。

最後，因為長照個案較多為複雜型個案，因此一個優質專業單位需要有多元專業，且要能進行有效的團隊溝通和合作，另外，專業人員具復能素養與經驗、提供案家非單位內的外部資源、尊重彼此專業等特質也很重要。建議可利用督導制度來監測復能的品質，並增加專業服務人員的專業素養。

八、分析復能多元試辦計畫以及一般長照專業服務個案之利用資料

(一)資料整理與定義

1.資料來源：

經社團法人臺灣職能治療學會於 110 年 7 月 7 日以臺職字第 1100000115 號函向衛生福利部提出資料庫分析申請，並於 110 年 7 月 14 日接獲衛部顧字第 1100125855 號函覆同意後進行。

衛生福利部長照司提供 107~109 年度之下列長照服務相關資料庫數據以供分析：(1)長照照顧服務 CA110 長照需求評估記錄、(2) QD120 專業服務記錄。

2.資料處理：

首先依年度區分，以該年度身分證 ID 為歸人依據，保留 107 年第一筆 CA110 評估結果。後續根據當年度所有 QD120 專業服務記錄註記每一個 ID 使用的 C 碼碼別，同一個人一年中可能重複使用同一碼別。有使用任何一個 C 碼者，被認定為「有」使用 C 碼，若非，則視為「無」使用 C 碼。表 7 呈現各碼別編號與名稱對照。以下專業服務以 C 碼為代稱。

表 7：新舊制 C 碼碼別及名稱對照

| 碼別 | | 名稱 |
|-------------------|------|------------------------|
| 109 年 12 月 前舊制 | 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 |
| 109 年 12 月 前舊制 | CA05 | 「個別化服務計畫(ISP)」擬定與執行—居家 |
| | CA06 | 「個別化服務計畫(ISP)」擬定與執行—社區 |
| - | CB01 | 營養照護 |
| - | CB02 | 進食與吞嚥照護 |
| - | CB03 | 困擾行為照護 |
| - | CB04 | 臥床或長期活動受限照護 |
| - | CC01 | 居家環境安全或無障礙空間規劃 |
| - | CD02 | 居家護理指導與諮詢 |

註：109 年 12 月後新制，原 CA01、CA02、CA03、CA04 合併為 CA07-IADLs 復能、ADLs 復能照護；原 CA05、CA06 合併為 CA08--個別化服務計畫(ISP)擬定與執行

計畫團隊針對以下二大議題分析：C 碼使用情況及使用者特性，C 碼使用之結果及影響成效之因子。結果摘要於下，另分析結果並應用於支給付政策，操作指引，與品質提升機制之參考依據。

(二)C 碼使用情況及使用者特性

107~108 年未限制服務使用次數上限，但考量到自 109 年 5 月起規定每碼別服務使用上限 12 次，需更多次數者得申請延案，為確保資料性質之一致性，故分析 C 碼使用情況及使用者特性時不納入 109 年度資料。

1.C 碼使用人數：

表 8 顯示：107 年有 38,181 名長照個案使用 C 碼服務，佔所有長照服務總人數(N=180,660)的 21.13%；而 108 年則成長至 76,785 名，成長約二倍，佔當年度所有長照服務總人數(N=284,208)的 27.02%。

表 8：107、108 年各年度 C 碼使用人數及累計使用次數^註

| 使用次數 | 107 年 (N=38,181) (使用次數：1~213 次) 平均值±標準差: 11.33±13.67 次 | | | 108 年 (N=76,785) (使用次數：1~252 次) 平均值±標準差: 15.41±19.65 次 | | |
|------|--|--------|--------|--|--------|--------|
| | 人數 | 百分比 | 累進百分比 | 人數 | 百分比 | 累進百分比 |
| 1 | 6790 | 17.78% | 17.78% | 14421 | 18.78% | 18.78% |
| ⋮ | ⋮ | ⋮ | ⋮ | ⋮ | ⋮ | ⋮ |
| 3 | 4083 | 10.69% | 37.40% | 6148 | 8.01% | 34.16% |
| ⋮ | ⋮ | ⋮ | ⋮ | ⋮ | ⋮ | ⋮ |
| 6 | 2943 | 7.71% | 52.99% | 4104 | 5.34% | 46.95% |
| ⋮ | ⋮ | ⋮ | ⋮ | ⋮ | ⋮ | ⋮ |
| 12 | 1614 | 4.23% | 70.39% | 2335 | 3.04% | 62.70% |
| ⋮ | ⋮ | ⋮ | ⋮ | ⋮ | ⋮ | ⋮ |
| 18 | 1003 | 2.63% | 80.23% | 1553 | 2.02% | 71.83% |
| ⋮ | ⋮ | ⋮ | ⋮ | ⋮ | ⋮ | ⋮ |
| 24 | 641 | 1.68% | 86.58% | 1114 | 1.45% | 78.15% |
| ⋮ | ⋮ | ⋮ | ⋮ | ⋮ | ⋮ | ⋮ |
| 36 | 295 | 0.77% | 94.76% | 1377 | 1.79% | 88.79% |
| ⋮ | ⋮ | ⋮ | ⋮ | ⋮ | ⋮ | ⋮ |
| 60 | 88 | 0.23% | 98.92% | 245 | 0.32% | 95.95% |

註：僅摘錄部分次數，詳細請見附錄二十三

2.整體 C 碼的使用次數：

- (1) 107 年及 108 年每位個案每年使用次數的範圍為 1~213 次，1~252 次，平均使用次數±標準差分別為：11.33±13.67，15.41±19.65 次，標準差大，顯示個案一年使用次數的差異性大，有少數個案使用

次數呈現極端值（超過 100 次）。

- (2) 107 年及 108 年一年使用次數 ≤ 12 次者之百分比分別為 70.39%及 62.70%，使用 13~24 次者之百分比分別為 16.19%及 15.45%，使用 25~36 次者之百分比分別為 8.18%及 10.64%；故一年使用次數 ≤ 36 次者之累進百分比分別為 95%及 89% (107 年有 95%的個案使用次數未超過 36 次，108 年有 89%的個案使用次數未超過 36 次)。

總結與政策建議：

- (1) 過往 C 碼被並非嚴重濫用，但有使用不均的情況：一年使用次數平均約 11.33 及 15.41 次，107 年長照個案中有使用 C 碼者佔 21.13%，108 年達最高佔 27.02%，此與本計畫專家判定之專業服務需求比例七成，或與北歐國家約七成使用專業服務，仍有落差。因少數個案使用次數異常高（一年使用超過 100 次），造成大眾誤解 C 碼使用過多，此亟需要澄清。換言之，仍有大量專業服務需求者沒有使用專業服務。
- (2) 因誤解 C 碼濫用而自 109 年緊縮制度，造成照管單位設定各種轉介 C 碼的限制，急遽緊縮服務量，使不少 C 碼專業服務單位，經營不易而選擇退出長照體系，長照人才的流失實屬可惜。且針對有專業服務需求的個案，其無法獲得適切的轉介與專業服務，影響案家權益及照顧品質。
- (3) 依上述結果顯示，如國外服務次數以 12 次為上限之規定，有限使用頻率次數，可符合大多案家的需求。109 年 5 月起，規定每碼別使用上限 12 次，需更多次數者得申請延案，此應可符合大多個案之需求。且若有密集專業服務需求時，需考量銜接醫療復健體系更為適切。

3.個別 C 碼使用情況：

使用個別 C 碼的次數與該年度佔比：

- (1) 表 9 呈現個別 C 碼於 107 年及 108 年使用之總次數。107 年使用總次數為 432,403 次，108 年使用總次數為 1,183,123 次
- (2) 使用率最高者為 CA03（ADLs 復能照護—居家），分別佔 107 年與 108 年所有 C 碼使用次數的 66.17% 及 69.09%。使用次數第二多者為 CA01（IADLs 復能照護—居家），分別佔 107 年與 108 年所有 C 碼使用次數的 14.41% 及 15.33%。使用次數第三多者為 CB04（臥床或長期活動受限照護），分別佔 107 年與 108 年所有 C 碼使用次數的 7.43% 及 6.28%。使用次數第四多者為 CB02（進食與吞嚥照護），分別佔 107 年與 108 年所有 C 碼使用次數的 2.49% 及 3.00%。其餘碼別使用均少。
- (3) 屬性相近之碼別合併檢視：

- 1) 生活功能訓練類：合併 CA01~04，佔比最高，107 年及 108 年分別使用次數佔比為 82.69%、85.12%。故專業服務仍以生活功能訓練需求為大宗。
- 2) 心智及情緒行為訓練類：合併 CA05、CA06、CB03，107 年及 108 年分別使用次數佔比為 0.99%、1.29%，使用率低。
- 3) 營養、進食與吞嚥類：合併 CB01、CB02，107 年及 108 年分別使用次數佔比為 3.73%、3.92%。
- 4) 臥床者與護理需求：合併 CB04、CD01、CD02，107 年及 108 年分別使用次數佔比為 11.47%、8.53%。
- 5) 環境安全規劃需求：CC01，107 年及 108 年分別使用次數佔比為 1.12%、1.13%。

表 9：107 與 108 年個別 C 碼使用次數

| | 107 年 | | 108 年 | |
|----------------|---------|--------|----------|--------|
| | 總次數 | 百分比 | 總次數 | 百分比 |
| CA01~04 | 357,542 | 82.69% | 1007,096 | 85.12% |
| CA01 | 62,299 | 14.41% | 181,373 | 15.33% |
| CA02 | 2,765 | 0.64% | 2,220 | 0.19% |
| CA03 | 286,105 | 66.17% | 817,392 | 69.09% |
| CA04 | 6,373 | 1.47% | 6,111 | 0.52% |
| CA05~06+CB03 | 4,298 | 0.99% | 15,306 | 1.29% |
| CA05 | 2,063 | 0.48% | 6,633 | 0.56% |
| CA06 | 159 | 0.04% | 127 | 0.01% |
| CB03 | 2,076 | 0.48% | 8,546 | 0.72% |
| CB01+CB02 | 16,110 | 3.73% | 46,421 | 3.92% |
| CB01 | 5,345 | 1.24% | 10,939 | 0.92% |
| CB02 | 10,765 | 2.49% | 35,482 | 3.00% |
| CB04+CD01+CD02 | 49,597 | 11.47% | 100,937 | 8.53% |
| CB04 | 32,113 | 7.43% | 74,337 | 6.28% |
| CD01 | 17,281 | 4.00% | 5,470 | 0.46% |
| CD02 | 203 | 0.05% | 21,130 | 1.79% |
| CC01 | 4,856 | 1.12% | 13,363 | 1.13% |

政策建議：

- (1) C 碼使用仍以生活功能訓練 (CA01~04)，功能導向之訓練為大宗，使用次數佔八成以上，其次是針對長期臥床者之照顧指導與特殊需求

(CB04, CD02)，及少部分有進食、吞嚥及營養照護(CB01+CB02)之需求者。

- (2) 其他碼別使用次數偏低，推測可能原因如 CA08、CC01 的服務內涵，常可併入於 CA07；CB03 需至少二種專業提供服務，然針對心智障礙類個案，其與專業人員建立關係不易，實務上不易使用此碼別，通常轉開其他如 CA07；至於 CD02 使用率較低，可能是因醫療體系亦可提供健保居家護理。或較少單獨開立 CD02，個案常合併其他需求，故使用 CB04 可納入其他專業背景人員，使用上彈性較大。

4.CMS 等級與 C 碼使用情況：

- (1) 不同 CMS 等級使用 C 碼專業服務碼「類型」的次數(百分比)，及個案使用次數的中位數(表 10、表 11)

- 1) CMS 等級愈高(失能程度愈嚴重)，使用次數愈多，107、108 年 CMS 7 級使用總次數分別佔所有次數的 19.28%、17.54%，CMS 8 級則分別佔 34.81%、32.09%。
- 2) 107、108 年輕度失能者(CMS 2~3)使用次數分別佔 10.12%、9.79%；中度失能者(CMS 4~6)使用次數分別佔 35.78%、40.59%；重度失能者(CMS 7~8)使用次數佔 54.09%、49.63%，約佔一半的 C 碼使用次數。
- 3) 各碼別中大多是重度失能者使用較多，但 CA08 及 CB03 的中度失能者使用率為最高，107、108 年分別佔 51.42%、64.97%。
- 4) 107 年、108 年個別個案使用各 C 碼次數的中位數，整體而言，除 CC01 碼中位數為 1 次，其餘碼別類型，均為失能程度愈重個案，使用次數愈多。如，108 年 CA07 個案一年使用次數的中位數，CMS 2~5 級為 9 次，CMS 6~7 級為 10 次，CMS 8 級為 12 次。

表 10：107 年 CMS 各級使用 C 碼次數

| CMS level | CA01~04 (CA07) | | CA05~06 (CA08)+CB03 | | CB01+CB02 | | CB04+CD01 +CD02 | | CC01 | | 總次數 (百分比) |
|-----------|-------------------|---|------------------------|-----|---------------|---|--------------------|---|---------------|---|------------------|
| | 次數 (百分比) | 註 | 次數 (百分比) | 註 | 次數 (百分比) | 註 | 次數 (百分比) | 註 | 次數 (百分比) | 註 | |
| 2 | 12,782 (3.58) | 6 | 385 (8.96) | 5 | 425 (2.64) | 3 | 670 (1.35) | 4 | 199 (4.10) | 1 | 14,461 (3.34) |
| 3 | 26,923 (7.53) | 7 | 332 (7.72) | 4.5 | 499 (3.10) | 3 | 1,191 (2.40) | 4 | 372 (7.66) | 1 | 29,317 (6.78) |
| 4 | 41,293 | 7 | 704 | 4 | 1,356 | 3 | 2,168 | 4 | 565 | 1 | 46,086 |

| | | | | | | | | | | | |
|----|--------------------|---|----------------|-----|------------------|---|-------------------|---|------------------|---|--------------------|
| | (11.55) | | (16.38) | | (8.42) | | (4.37) | | (11.64) | | (10.66) |
| 5 | 48,759 (13.64) | 7 | 707 (16.45) | 4 | 1,380 (8.57) | 3 | 3,060 (6.17) | 4 | 695 (14.31) | 1 | 54,601 (12.63) |
| 6 | 48,160 (13.47) | 8 | 799 (18.59) | 5 | 1,602 (9.95) | 2 | 2,739 (5.52) | 5 | 717 (14.77) | 1 | 54,017 (12.49) |
| 7 | 69,747 (19.51) | 8 | 698 (16.24) | 4 | 3,221 (20.00) | 3 | 8,812 (17.77) | 4 | 875 (18.02) | 1 | 83,353 (19.28) |
| 8 | 109,827 (30.72) | 9 | 673 (15.66) | 3.5 | 7,622 (47.33) | 3 | 30,947 (62.41) | 6 | 1,433 (29.51) | 1 | 150,502 (34.81) |
| 總和 | 357,491 | | 4,298 | | 16,105 | | 49,587 | | 4,856 | | 432,337 (100) |

註：個案使用次數之中位數

表 11：108 年 CMS 各級使用 C 碼次數

| CMS level | CA01~04 (CA07) | | CA05~06 (CA08)+CB03 | | ICB01+CB02 | | CB04+CD01 +CD02 | | CC01 | | 總次數(百分比) |
|-----------|--------------------|----|------------------------|---|-------------------|---|--------------------|---|------------------|---|--------------------|
| | 次數 (百分比) | 註 | 次數 (百分比) | 註 | 次數 (百分比) | 註 | 次數 (百分比) | 註 | 次數 (百分比) | 註 | |
| 2 | 36,089 (3.7) | 9 | 1,313 (8.68) | 5 | 803 (1.78) | 3 | 1,248 (1.26) | 4 | 668 (5.01) | 1 | 40,121 (3.49) |
| 3 | 66,654 (6.82) | 9 | 948 (6.26) | 5 | 1,787 (3.96) | 3 | 1,728 (1.75) | 4 | 1,255 (9.40) | 1 | 72,372 (6.30) |
| 4 | 127,885 (13.09) | 9 | 2,845 (18.80) | 6 | 3,018 (6.68) | 3 | 3,428 (3.46) | 4 | 1,796 (13.46) | 1 | 138,972 (12.09) |
| 5 | 149,231 (15.28) | 9 | 2,755 (18.21) | 7 | 4,262 (9.43) | 3 | 4,600 (4.65) | 4 | 2,179 (16.33) | 1 | 163,027 (14.19) |
| 6 | 148,933 (15.25) | 10 | 4,231 (27.96) | 9 | 4,853 (10.74) | 3 | 4,520 (4.57) | 4 | 1,939 (14.53) | 1 | 164,476 (14.31) |
| 7 | 174,600 (17.88) | 10 | 1,431 (9.46) | 5 | 7,852 (17.38) | 4 | 15,386 (15.54) | 6 | 2,280 (17.09) | 1 | 201,549 (17.54) |
| 8 | 273,226 (27.98) | 12 | 1,610 (10.64) | 4 | 22,607 (50.04) | 4 | 68,080 (68.77) | 6 | 3,227 (68.77) | 1 | 368,750 (32.09) |
| 總和 | 976,618 | | 15,133 | | 45,182 | | 98,990 | | 13,344 | | 1,149,267 (100) |

註：個案使用次數之中位數

政策建議：

國外文獻提及，輕中度失能，是復能導向專業服務的著重對象，故如何提升

CMS 輕、中度失能者的轉介及使用，可強化之。但也可能其學習較快達成目標，故使用次數無需過多。

(2) 個案（歸人）使用碼別情況（表 12、表 13）：

- 1) 瞭解 107 年、108 年，一年中每個案使用幾個 C 碼服務，結果顯示大部分個案只使用一個 C 碼服務（90.89%、87.05%）。
- 2) 個別 C 碼的使用次數，107 年、108 年使用 CA07 碼人數分別佔 79.58%、77.61% 為最大宗，每位個案 CA07 使用平均次數，107 年為 12.53 次，108 年大幅增加至 17.01 次。使用人數較多的碼別，如 CB04，107 年、108 年使用平均次數分別為 10.19 次和 14.58 次。另 CC01 碼一組可使用 2 次，但因有部分縣市只會提供一次，作為申請 EF 碼時給付，故 107 年、108 年使用平均次數分別為 1.27 次與 1.17 次。

表 12：107 年與 108 年歸人之 C 碼各碼別使用人數與次數

| 年度 | 項目 | CA07 | CA08 | CB01 | CB02 | CB03 | CB04 | CC01 | CD02 |
|-------------------|------------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|-------|
| 107 年 N=35,869 | 平均次數 | 12.53 | 9.11 | 3.34 | 7.14 | 4.97 | 10.19 | 1.27 | 2.09 |
| | 平均次數 SD | 13.86 | 7.80 | 4.02 | 8.55 | 4.87 | 11.52 | 0.53 | 1.25 |
| | 0 次人數 | 7323 | 35625 | 34267 | 34362 | 35451 | 32717 | 32036 | 35772 |
| | 非 0 次人數 | 28546 | 244 | 1602 | 1507 | 418 | 3152 | 3833 | 97 |
| | 非 0 次比例 | 79.58% | 0.68% | 4.47% | 4.20% | 1.17% | 8.79% | 10.69% | 0.27% |
| 108 年 N=76,275 | 平均次數 | 17.01 | 17.47 | 3.91 | 10.03 | 8.24 | 14.58 | 1.17 | 5.87 |
| | 平均次數 SD | 19.57 | 17.69 | 5.59 | 13.27 | 9.22 | 16.76 | 0.42 | 7.11 |
| | 0 次人數 | 17077 | 75888 | 73480 | 72737 | 75238 | 71175 | 64809 | 72675 |
| | 非 0 次人數 | 59198 | 387 | 2795 | 3538 | 1037 | 5100 | 11466 | 3600 |
| | 非 0 次比例 | 77.61% | 0.51% | 3.66% | 4.64% | 1.36% | 6.69% | 15.03% | 4.72% |

表 13：107 年~108 年歸人後單年使用 C 碼數量

| 年度 | 使用 C 碼數量 | 人數 | 比例 |
|-------|----------|--------|--------|
| 107 年 | 0 | 0 | 0 |
| | 1 | 32,603 | 90.89% |
| | 2 | 3,010 | 8.39% |
| | 3 | 248 | 0.69% |
| | 4 | 8 | 0.02% |

| 年度 | 使用 C 碼數量 | 人數 | 比例 |
|-------|----------|--------|--------|
| 108 年 | 0 | 0 | 0 |
| | 1 | 66,394 | 87.05% |
| | 2 | 8,970 | 11.76% |
| | 3 | 860 | 1.13% |
| | 4 | 48 | 0.06% |

- 3) 表 14 分析 109 年 5 月次數限縮後，個案使用碼別數及使用次數的差異，以 108 年 5~12 月與 109 年 5~12 月的同期間使用 C 碼數及次數情況進行比較。結果顯示各碼別次數均變少限縮，以 CA07 為例，108 年，歸人後每人平均使用次數為 14.62 次，對照 109 年限制次數後，其同時期平均使用次數為 9.7。

表 14：108 年與 109 年同時期歸人之 C 碼各碼別使用次數

| 年度 | 項目 | CA07 | CA08 | CB01 | CB02 | CB03 | CB04 | CC01 | CD02 |
|-----------------|----------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|-------|
| 108 年 5~12 月 | 總人數 | 64625 | 64626 | 64627 | 64628 | 64629 | 64630 | 64631 | 64632 |
| | 平均(不含 0) | 14.62 | 15.25 | 3.56 | 9.08 | 7.53 | 12.77 | 1.15 | 5.54 |
| | 0 次人數 | 14491 | 64260 | 62423 | 61775 | 63762 | 60606 | 54979 | 61506 |
| | 非 0 次人數 | 50134 | 366 | 2204 | 2853 | 867 | 4024 | 9652 | 3126 |
| | 非 0 次比例 | 77.58% | 0.57% | 3.41% | 4.41% | 1.34% | 6.23% | 14.93% | 4.84% |
| 109 年 5~12 月 | 總人數 | 62045 | 62046 | 62047 | 62048 | 62049 | 62050 | 62051 | 62052 |
| | 平均(不含 0) | 9.7 | 11.11 | 3.43 | 6.84 | 5.22 | 7.23 | 1.13 | 4.85 |
| | 0 次人數 | 17996 | 61545 | 59848 | 59383 | 61593 | 58810 | 50105 | 58719 |
| | 非 0 次人數 | 44049 | 501 | 2199 | 2665 | 456 | 3240 | 11946 | 3333 |
| | 非 0 次比例 | 71.00% | 0.81% | 3.54% | 4.30% | 0.73% | 5.22% | 19.25% | 5.37% |

(三) C 碼使用之結果及影響成效之因子

1. 107~108 年 C 碼使用結果（成效）

(1) 資料處理：

- 1) 將所有 CA110 紀錄導入（共 311 萬筆，3,110,776）撈取有專業服務記錄的 CA110 紀錄（共 106 萬筆，10,669,83），因個案使用服務會有跨年情況，此處不採分年度計算，納入 107 年~108 年所有個案資料。
- 2) 撈取有前後測，且所有身分證 ID 的第一筆跟最後一筆（歸人，約 13 萬筆，135,242）。
- 3) 選取使用專業服務最接近之前一次，及接受服務之後最接近一

次的需求評估。

- 4) 為避免個案短時間內有登錄評估記錄或複評，故撈取合理複評的間隔時間在大於 5 個月（150 天），12 個月（365 天）以內的紀錄（歸人，35,375 筆）。
 - 5) 另排除使用服務一次之個案，因其服務期程短暫，可能無法顯示專業服務成效。
- (2) 成效指標為：CMS 等級變化、ADL、IADL（評估量表）、照顧負荷（評估量表中 CARE_BURDEN）等之改變情況。
- (3) 分別針對以上四項指標（CMS、ADL、IADL、CARE_BURDEN），瞭解使用專業服務後，其會進步、持平 vs. 分數退步三種的比例，除針對所有使用 C 碼者，另會針對佔最多數的 CA01~04 使用者，及非 CA01~04 使用者分析，資料請見表 15。

表 15：107~109 年 C 碼使用成效

| 項目 | 人數 | | | | 百分比 | | |
|-------------|-------|--------|-------|--------|--------|--------|--------|
| | 退步 | 持平 | 進步 | 總數 | 退步 | 持平 | 進步 |
| CMS | 3,106 | 18,666 | 3,481 | 25,253 | 12.30% | 73.92% | 13.78% |
| ADL | 4,349 | 16,126 | 4,778 | 25,253 | 17.22% | 63.86% | 18.92% |
| IADL | 2,936 | 19,077 | 3,240 | 25,253 | 11.63% | 75.54% | 12.83% |
| CARE_BURDEN | 2,011 | 14,112 | 2,759 | 18,882 | 10.65% | 74.74% | 14.61% |

註：CMS--失能等級、ADL--基本日常生活功能、IADL--工具性日常生活功能、CARE_BURDEN--照顧者負荷)

2. 預測使用成效的相關因子

- (1) 將上述歸入後，使用兩次以上專業服務的所有個案，以 CMS 與 ADL 為成效，比較進步 vs 退步者之差異，資料請見表 16。

表 16：使用 C 碼後 CMS 或 ADL 進步與退步者之差異---單變項分析（僅列出達顯著差異之變項）

| CMS | | ADL | |
|----------|----------|----------|----------|
| 變項 | <i>p</i> | 變項 | <i>p</i> |
| 城鄉 | <0.001 | 城鄉 | <0.001 |
| 身分別 | - | 身分別 | - |
| 一般戶 | 0.017 | 一般戶 | 0.006 |
| 低收入戶 | 0.023 | 低收入戶 | 0.028 |
| 主要照顧者之關係 | <0.001 | 主要照顧者之關係 | <0.001 |
| - | - | 聽力 | 0.033 |
| 教育程度 | <0.001 | 教育程度 | 0.003 |

| CMS | | ADL | |
|------------------|----------|-------------------|----------|
| 變項 | <i>p</i> | 變項 | <i>p</i> |
| 疼痛程度 | <0.001 | 疼痛程度 | <0.001 |
| 皮膚狀況 | <0.001 | 皮膚狀況 | <0.001 |
| 關節活動度 | 0.048 | - | - |
| 過去 3 個月體重減輕 | <0.001 | 過去 3 個月體重減輕 | <0.001 |
| 骨骼系統疾病 | <0.001 | 骨骼系統疾病 | <0.001 |
| 視覺疾病 | 0.001 | 視覺疾病 | 0.003 |
| 腦血管意外 | <0.001 | 腦血管意外 | <0.001 |
| - | - | 心房顫動或其他節律障礙 | 0.046 |
| 癌症 | <0.001 | 癌症 | <0.001 |
| 泌尿生殖系統疾病 | 0.016 | - | - |
| 失智症 | <0.001 | 失智症 | <0.001 |
| 智能障礙 | 0.006 | 智能障礙 | 0.036 |
| 帕金森氏症 | <0.001 | 帕金森氏症 | <0.001 |
| 脊髓損傷 | 0.001 | 脊髓損傷 | 0.004 |
| 運動神經元疾病 | 0.026 | 運動神經元疾病 | 0.019 |
| 抱怨吞嚥困難或吞嚥時會疼痛 | 0.002 | - | - |
| 吃東西或喝水的時候出現咳嗽或嗆咳 | <0.001 | 吃東西或喝水的時候出現咳嗽或嗆咳 | <0.001 |
| - | - | 用餐後嘴中仍含著食物或留有殘餘食物 | 0.037 |
| 有流口水之情形 | 0.001 | 有流口水之情形 | 0.008 |
| 坐姿平衡 | <0.001 | 坐姿平衡 | <0.001 |
| 站立平衡 | <0.001 | 站立平衡 | <0.001 |
| 過去 12 個月跌倒 | <0.001 | 過去 12 個月跌倒 | <0.001 |
| 日常活動因擔心跌倒而受限 | <0.001 | 日常活動因擔心跌倒而受限 | <0.001 |
| 對於危險的認知 | <0.001 | 對於危險的認知 | <0.001 |
| - | - | 居住狀況 | 0.023 |
| 環境構造上的障礙"有"構成問題 | <0.001 | 環境構造上的障礙"有"構成問題 | <0.001 |
| 個案的活動範圍有跌倒風險 | <0.001 | 個案的活動範圍有跌倒風險 | 0.009 |
| 社會參與 | <0.001 | 社會參與 | <0.001 |
| - | - | 社交互動需協助 | 0.028 |
| 衰弱 | <0.001 | 衰弱 | 0.001 |
| 照顧負擔 | <0.001 | 照顧負擔 | <0.001 |
| 遊走 | 0.002 | 遊走 | <0.001 |

| CMS | | ADL | |
|--------------|----------|--------------|----------|
| 變項 | <i>p</i> | 變項 | <i>p</i> |
| - | - | 日夜顛倒/作息混亂 | 0.035 |
| 語言攻擊行為 | 0.002 | 語言攻擊行為 | 0.001 |
| 干擾行為 | 0.036 | 干擾行為 | <0.001 |
| 抗拒照護 | <0.001 | 抗拒照護 | <0.001 |
| 妄想 | <0.001 | 妄想 | <0.001 |
| 幻覺 | <0.001 | 幻覺 | <0.001 |
| - | - | 憂鬱及負性症狀 | 0.005 |
| 重複行為 | <0.001 | 重複行為 | <0.001 |
| 其他不適當以及不潔行為 | 0.022 | 其他不適當以及不潔行為 | 0.001 |
| 情緒及行為問題總數 | <0.001 | 情緒及行為問題總數 | <0.001 |
| 主要照顧者年齡 | <0.001 | 主要照顧者年齡 | <0.001 |
| ADL 總分 | <0.001 | ADL 總分 | <0.001 |
| IADL 總分 | <0.001 | IADL 總分 | <0.001 |
| 年齡 | <0.001 | 年齡 | <0.001 |
| - | - | BMI | <0.001 |
| 照顧者負擔總分 | <0.001 | 照顧者負擔總分 | <0.001 |
| 短期記憶 | 0.031 | 短期記憶 | 0.002 |
| 目前行動能力 | <0.001 | 目前行動能力 | <0.001 |
| 飲食狀況 | 0.012 | 飲食狀況 | <0.001 |
| 個案可獨留在家多久 | <0.001 | 個案可獨留在家多久 | <0.001 |
| 照顧者過去一個月健康狀況 | <0.001 | 照顧者過去一個月健康狀況 | <0.001 |

(2) 使用 C 碼後 CMS 或 ADL 進步與退步者之差異---多項迴歸分析結果：將上列達顯著者，將針對使用任一 C 碼者，及使用 CA01-04 者二類情況，進行迴歸分析，Y 為：CMS、ADL、CARE_BURDEN（照顧負擔）。

1) 使用任一 C 碼時，進步者與退步者的差異

表 17 中列出進行多變項迴歸分析，進步者與退步者達顯著差異之變項，*表示有進步

- i Y 為 CMS 時，*表示有進步的變項如下：國中&高中、皮膚異常(反向)、骨骼系統疾病、腦血管意外、每年至少一次社會參與、CMS_ADL（ADL 總分）(反向)
- ii Y 為 ADL 時，*表示有進步的變項如下：六都、國小、國中&高中、骨骼系統疾病、腦血管意外、心房顫動或其他節律障礙、每年至少一次社會參與、情緒及行為問題總數(反向)、BMI<18(反向)

iii Y 為 CARE_BURDEN 時，*表示有進步的變項如下：站立平衡-極差、幻覺(反向)

表 17：使用 C 碼後 CMS、ADL、照顧者負擔 CARE_BURDEN) 進步與退步者之差異---多項迴歸分析結果

| CMS , N=5,641 | | ADL , N=7,661 | | CARE_BURDEN , N=3,841 | |
|------------------|--------|------------------|--------|-----------------------|-------|
| 變項 | p | 變項 | p | 變項 | p |
| - | - | 六都* | <0.001 | - | - |
| - | - | 國小* | 0.031 | - | - |
| - | - | 國中 & 高中* | 0.023 | - | - |
| 國中 & 高中* | 0.016 | - | - | - | - |
| 皮膚異常* | 0.045 | - | - | - | - |
| - | - | 減重超過 3kg | <0.001 | - | - |
| 體重無變化或增加 | 0.019 | 體重無變化或增加 | <0.001 | - | - |
| 骨骼系統疾病* | 0.003 | 骨骼系統疾病* | <0.001 | - | - |
| 腦血管意外* | 0.035 | 腦血管意外* | <0.001 | - | - |
| - | - | 心房顫動或其他節律障礙* | 0.040 | - | - |
| 癌症 | 0.009 | 癌症 | <0.001 | - | - |
| 泌尿生殖系統疾病 | 0.007 | - | - | - | - |
| 帕金森氏症 | 0.020 | 帕金森氏症 | 0.031 | - | - |
| 運動神經元疾病 | 0.008 | 運動神經元疾病 | 0.044 | - | - |
| 吃東西或喝水的時候出現咳嗽或噎咳 | 0.001 | 吃東西或喝水的時候出現咳嗽或噎咳 | <0.001 | - | - |
| - | - | - | - | 站立平衡-極差* | 0.017 |
| - | - | 過去 12 個月沒有跌倒 | 0.002 | - | - |
| - | - | 過去 12 個月跌倒 2 次以上 | 0.004 | - | - |
| 每年至少一次社會參與* | <0.001 | 每年至少一次社會參與* | <0.001 | - | - |
| - | - | 遊走 | 0.032 | - | - |
| - | - | 日夜顛倒/作息混亂 | 0.008 | - | - |
| - | - | 語言攻擊行為 | 0.034 | - | - |
| - | - | 抗拒照護 | 0.002 | - | - |
| - | - | 妄想 | 0.003 | 妄想 | 0.020 |

| CMS , N=5,641 | | ADL , N=7,661 | | CARE_BURDEN , N=3,841 | |
|---------------|----------|---------------|----------|--------------------------|----------|
| 變項 | <i>p</i> | 變項 | <i>p</i> | 變項 | <i>p</i> |
| - | - | - | - | 幻覺* | 0.004 |
| - | - | 情緒及行為問題總數* | 0.011 | - | - |
| - | - | - | - | 照顧者年齡 | 0.002 |
| CMS_ADL* | <0.001 | CMS_ADL | <0.001 | - | - |
| - | - | CMS_IADL | <0.001 | CMS_IADL | 0.012 |
| CMS_AGE | <0.001 | CMS_AGE | <0.001 | - | - |
| - | - | BMI* | <0.001 | - | - |
| - | - | - | - | - | - |
| 短期記憶 | 0.009 | 短期記憶 | 0.006 | - | - |
| 個案可獨留在家多久 | 0.050 | - | - | - | - |
| 照顧者過去一個月健康狀況 | 0.008 | 照顧者過去一個月健康狀況 | <0.001 | - | - |

- 2) 僅使用 CA07 時，進步者與退步者之差異（表 18）
- i Y 為 CMS 時，*表示有進步的變項如下：六都、骨骼系統
 - ii Y 為 ADL 時，*表示有進步的變項如下：六都、聽力適當、聽力輕度障礙、骨骼系統、腦血管意外、每年至少一次社會參與、BMI>18
 - iii Y 為 CARE_BURDEN 時，*表示有進步的變項如下：過去 1 個月完全無疼痛、過去 1 個月中度到嚴重疼痛、站立平衡-正常、站立平衡-極差

表 18：僅使用 CA07 碼後 CMS、ADL、照顧者負擔 CARE_BURDEN）進步與退步者之差異---多項迴歸分析結果

| CMS , N=3920 | | ADL , N=5263 | | CARE_BURDEN , N=2683 | |
|--------------|----------|--------------|----------|-------------------------|----------|
| 變項 | <i>p</i> | 變項 | <i>p</i> | 變項 | <i>p</i> |
| 六都* | 0.002 | 六都* | <0.001 | - | - |
| - | - | 聽力適當* | 0.050 | - | - |
| - | - | 聽力輕度障礙* | 0.018 | - | - |

| CMS , N=3920 | | ADL , N=5263 | | CARE_BURDEN , N=2683 | |
|------------------|----------|------------------|----------|-------------------------|----------|
| 變項 | <i>p</i> | 變項 | <i>p</i> | 變項 | <i>p</i> |
| - | - | - | - | 過去 1 個月完全無疼痛* | 0.038 |
| - | - | - | - | 過去 1 個月中度到嚴重疼痛* | 0.014 |
| - | - | 減重超過 3kg | <0.001 | - | - |
| - | - | 體重無變化或增加 | <0.001 | - | - |
| 骨骼系統* | 0.011 | 骨骼系統* | 0.018 | - | - |
| - | - | 腦血管意外* | <0.001 | - | - |
| - | - | - | - | 冠狀動脈疾病 | <0.001 |
| 癌症 | 0.011 | 癌症 | 0.010 | - | - |
| 失智症 | 0.017 | - | - | - | - |
| 帕金森氏症 | 0.017 | 帕金森氏症 | 0.001 | - | - |
| 運動神經元疾病 | 0.033 | - | - | - | - |
| 吃東西或喝水的時候出現咳嗽或嗆咳 | 0.047 | 吃東西或喝水的時候出現咳嗽或嗆咳 | 0.012 | - | - |
| 有流口水之情形 | 0.025 | - | - | - | - |
| - | - | - | - | 站立平衡-正常* | 0.050 |
| - | - | - | - | 站立平衡-極差* | 0.022 |
| 過去 12 個月沒有跌倒 | 0.045 | 過去 12 個月沒有跌倒 | 0.007 | - | - |
| - | - | 過去 12 個月跌倒兩次以上 | 0.009 | - | - |
| - | - | - | - | 小範圍有能力認知到危險 | 0.024 |
| - | - | 每年至少一次社會參與* | 0.012 | - | - |
| - | - | 抗拒照護 | 0.025 | - | - |
| - | - | 妄想 | 0.028 | - | - |
| - | - | 憂鬱及負性症狀 | 0.042 | - | - |
| - | - | - | - | 照顧者年齡 | 0.019 |
| CMS_ADL | <0.001 | CMS_ADL | <0.001 | - | - |
| - | - | CMS_IADL | <0.001 | - | - |
| CMS_AGE | <0.001 | CMS_AGE | <0.001 | - | - |

| CMS，N=3920 | | ADL，N=5263 | | CARE_BURDEN， N=2683 | |
|--------------|----------|--------------|----------|------------------------|----------|
| 變項 | <i>p</i> | 變項 | <i>p</i> | 變項 | <i>p</i> |
| - | - | BMI* | <0.001 | - | - |
| - | - | - | - | - | - |
| - | - | 短期記憶 | 0.032 | - | - |
| - | - | 飲食狀況 | 0.031 | - | - |
| 照顧者過去一個月健康狀況 | 0.019 | 照顧者過去一個月健康狀況 | 0.003 | - | - |

小結：

- 1) 專業服務介入後，CMS 或 ADL 前後測結果顯示，持平的個案佔大多數，對於長照個案而言，也許功能能維持，已經是專業服務的成效。受限於研究方法限制，有關專業服務的成效，需要更嚴謹的研究設計與探討（如個案控制研究）。
- 2) 上述結果，可協助瞭解哪些特性之個案預期可能會有較佳功能進步或照顧負荷減輕之成效，作為轉介指標的參考。但另一方面顯著功能退化的個案，也對於專業服務的成效，可能需釐清其是否有更適切的成效指標，例如：BMI <18 者，其成效指標可能需更專注於營養狀態，全面性功能指標（CMS、ADL）可能較難反應專業服務的成效。

3. 109 年 C 碼使用後 COPM 成效（N=7,459）

方法：109 年 10 月起，專業服務單位於系統上填寫復能服務長期目標，並於結案時，針對各目標填寫其表現情況：1 分（表現及差）~10 分（表現極好）。故此部分分析 109 年 10~12 月之 C 碼使用結案之資料（N=7,459）。分析問題及結果分述如下：

- (1) 共 7,459 人，提出 12,693 次目標。每人平均 1.61 種目標；每人平均 1.70 次目標（會重複目標）。大多數個案的目標不超過 3 項，1 項目標的佔最多(63.09%)。每位個案提出之目標數目之分布如下表 19。

表 19：109 年 C 碼目標類別數與人數

| 目標類別數 | 人數 | 百分比 |
|-------|-------|--------|
| 1 | 4,706 | 63.09% |
| 2 | 1,347 | 18.06% |
| 3 | 1,095 | 14.68% |
| 4 | 242 | 3.24% |

| 目標類別數 | 人數 | 百分比 |
|-------|----|-------|
| 5 | 50 | 0.67% |
| 6 | 12 | 0.16% |
| 7 | 4 | 0.05% |
| 8 | 2 | 0.03% |
| 9 | 0 | 0.00% |
| 10 | 1 | 0.01% |

- (2) 目標類型及次數(哪些問題是較高頻率被列為訓練目標)，及介入後各目標的進步、持平或退步之情況，如表 20。最常設定的目標對應的問題依序為：走路、其他(如各種休閒活動)、移位、進食(吞嚥)、上下樓梯等。

表 20：109 年 C 碼使用各類目標之人數與次數

| | 人數(%) | 提出總次數 | 退步 | 持平 | 進步 | 次數百分比 |
|------------|--------------|-------|----|----|-------|--------|
| 1. 進食(含吞嚥) | 958(12.84) | 1,005 | — | 43 | 962 | 7.92% |
| 2. 洗澡 | 188(2.52) | 196 | — | 5 | 191 | 1.54% |
| 3. 個人修飾 | 192(2.57) | 201 | — | 3 | 198 | 1.58% |
| 4. 穿脫衣服 | 444(5.95) | 460 | 2 | 10 | 448 | 3.62% |
| 5. 大便控制 | 19(0.25) | 20 | — | 1 | 19 | 0.16% |
| 6. 小便控制 | 21(0.28) | 22 | — | 1 | 21 | 0.17% |
| 7. 上廁所 | 355(4.76) | 361 | 2 | 6 | 353 | 2.84% |
| 8. 移位 | 2,224(29.82) | 2,322 | 9 | 80 | 2,233 | 18.29% |
| 9. 走路 | 2,552(34.21) | 2,672 | 18 | 77 | 2,577 | 21.05% |
| 10. 上下樓梯 | 737(9.88) | 760 | 3 | 11 | 746 | 5.99% |
| 11. 使用電話 | 22(0.29) | 25 | — | 1 | 24 | 0.20% |
| 12. 購物 | 92(1.23) | 98 | — | — | 98 | 0.77% |
| 13. 備餐 | 141(1.89) | 148 | — | 5 | 143 | 1.17% |
| 14. 處理家務 | 116(1.56) | 119 | — | 2 | 117 | 0.94% |
| 15. 洗衣服 | 8(0.11) | 8 | — | — | 8 | 0.06% |
| 16. 外出 | 563(7.55) | 587 | 1 | 13 | 573 | 4.62% |
| 17. 服用藥物 | 32(0.43) | 33 | — | 2 | 31 | 0.26% |
| 18. 處理財務 | 12(0.16) | 13 | — | — | 13 | 0.10% |
| 19. 皮膚傷口照顧 | 275(3.69) | 284 | 3 | 8 | 273 | 2.24% |
| 20. 管路照顧 | 62(0.83) | 63 | 1 | — | 62 | 0.50% |
| 21. 營養 | 412(5.52) | 426 | 1 | 17 | 408 | 3.36% |
| 99. 其他 | 2,604(34.91) | 2,870 | 10 | 82 | 2,778 | 22.61% |

- (3) 以專業服務目標被提出的總次數來看，進步及退步之情況：96% 個案的 COPM 均為進步，很少數為持平(3.15%)或退步(0.42%)(表 21)。
- (4) COPM 結果與次數的關聯性：另依據 COPM 個案的結果是退步、持平、還是進步，再利用串資料的方式 (QD120)，去調查這些個案在那段時間內用了幾次 C 碼。進步者之平均次數為 6.3 次；退步者之平均次數為 4.1 次(表 21)。進步之 COPM 平均分數變化為 4.26 分；退步之 COPM 平均分數變化為-2.64 分。COPM 平均變化分數與 C 碼使用次數的相關係數為 -0.0078 (無顯著相關)。

表 21：109 年使用 C 碼後 COPM 成效

| COPM 平均表現 | 人數 | 百分比 | C 碼使用次數 (平均) | COPM 變化 平均分數±標準差 |
|-----------|------|--------|-----------------|---------------------|
| 退步 | 31 | 0.42% | 4.10 | -2.64 ± 1.65 |
| 持平 | 235 | 3.15% | 3.02 | 0 ± 0 |
| 進步 | 7193 | 96.43% | 6.30 | 4.26 ± 1.96 |

政策建議：

1. 專業服務目標以行動類（行走、轉移位等）為最多、但「其他」也佔相當高比例，故顯示長照個案有非常多元的目標，可尊重案家的自主性來設定。
2. 109 年 10 月起之專業服務目標達成（COPM）記錄分析結果顯示，針對目標 96%都是進步的，但此結果的可信度需保留，因為不清楚專業人員是如何填答的，是詢問個案、照顧者？還是專業人員自己主觀看法？且填寫前後測的時間不明，是在結案時，自行填上初評的表現嗎？此容易有所偏差，參考價值較低。
3. 若要改善上述 COPM 資料可信度不佳的情況，建議若能是第三方，如 A 個管詢問最佳，要在初評及結案時分別填寫，以詢問個案或照顧者為優先，若仍須由專業人員填寫，則建議需有抽檢機制，A 個管可利用 AA02 時，追蹤個案情形，並完成 COPM 之詢問。
4. 服務次數與個案 COPM 進步雖無直接關係，但退步者，明顯使用次數稍低。

九、專業服務模式驗證

團隊以兩種方式進行專業服務模式驗證：(一)實際收案之模式驗證會議、(二)德菲法專家共識，此處將結果分述如下文。

(一) 實際收案之模式驗證會議

目的：提出「專業服務給付制度修正模式草案」

方法：

分為兩階段。

第一階段：承多次文獻回顧、延伸案例訪談和專家會議結果，計畫團隊初擬出「專業服務給付制度修正模式草案」，包含：高中低需求分級制、以及 C 碼各碼別轉介判定指標。

第二階段：為驗證給付制度修正模式草案的合適性，遂以實際使用長照服務的個案，請專家參考修正模式草案來驗證其是否適用，並收集意見進行模式修正。

研究團隊於 110 年 11 月至 12 月間邀集全台 13 個同時具有個管 A 單位和專業服務 B 單位的機構，每個機構提供約 10~12 位長照個案去識別化之照顧需求評估量表(MDAI)與失能基本情況資料。每位個案由 3~4 位不同背景之專家，經閱讀個案資料、聆聽機構 A 個管案例報告及進行跨專業會議討論後，各自依據團隊事先擬定之專業服務需求判定表(見表 22)判定該位個案是否有使用長照專業服務之需求、建議服務期程、頻率、次數、建議使用 C 碼碼別、判定依據的 MDAI 項目和判定理由。

計畫團隊初擬出「專業服務給付制度修正模式草案」對於專業服務分為高中低三等級的需求，低需求者提供每年 6 次專業服務訪視，中需求者提供每年 12 次，高需求者為每年 24 次服務。此分級需求規劃，提供給模式驗證專家在評定轉介建議時做為參考。專家判定專業服務的碼別與次數時，鼓勵以個案與照顧者的需求為優先考量，不需侷限於現有支付制度的規定。例如，不受一次單碼、一星期一次、最多 12 次、三個月等現行限制。

個案立意取樣之條件包括：(1)照顧需求評估日期落在 109 年 9 月至 110 年 12 月之間。(2)失能類型多元，包含中風、失智、出備、骨科、兒童、精神障礙、身心障礙等。(3)涵蓋 CMS 2~8 等級，且每一等級至少有 15 位個案(依本標案需求書規定)。(4)實際上有使用 C 碼專業服務者約佔一半。依本標案需求書規定，需至少有 120 案。

表 22：模式驗證會議－專業服務需求判定表

| 模式驗證專家填寫問卷 | | | |
|---|-----|---|-------|
| 一、您是否為這位個案轉介專業服務？(請於框內打V) | | | |
| | | 是(請接續填寫第二、三大題) | |
| | | 否，原因(請自行輸入)： ※即使業主/案家表明拒絕接受專業服務，只要您認為個案的身心失能狀況需要專業服務介入，請勾選上一欄「是」，並繼續完成第二、三大題。 | |
| 二、您決定為這位個案轉介專業服務的原因(請於框內打V，可複選) | | | |
| 個案具學習能力：如意識狀態、認知程度及動作能力可遵從指令做出動作等。 | | | |
| 近期內日常生活功能明顯退化，個案可能因急性疾病、意外或多重醫療狀況、近期曾住院、生病、受傷等原因導致身體、心理或社會功能受損，造成生活功能明顯改變，需要照顧與協助者。 | | | |
| 個案近期接受輔具或環境改造服務，需學習新的操作技巧或日常活動進行方式。 | | | |
| 家屬照顧技巧或與個案互動技巧不足。 | | | |
| 個案或照顧者表達需要試復能訓練之意願。 | | | |
| 個案有接受專業人員指導的動機，並能配合居家練習。 | | | |
| 家庭支持(願意支持個案接受專業服務指導，並能配合居家練習)。 | | | |
| 案家能理解是提供非留案性、次數有限之復能導向指導，非醫院型態復健服務。 | | | |
| 案家期待個案能儘可能恢復功能自主，減少直接照顧。 | | | |
| 其他(請自行輸入)： | | | |
| 三、接受C碼專業服務整體期程與頻率(不考慮目前衛福部或縣市規範限制) | | | |
| 1.個案類型(請打V) | | 低需求(一個期程1-6次) | ____次 |
| | | 中需求(一個期程7-12次) | ____次 |
| | | 高需求(一個期程13-18次) | ____次 |
| 2.總介入時間需要多久？____個月或 ____週 | | | |
| 3.頻率為何？單週____次或雙週____次 | | | |
| 4.原因(必填) | | | |
| 每位個案一年C碼次數上限參考表 (一年最多有兩次期程) | | | |
| | 低需求 | 中需求 | 高需求 |
| 每次期程 | 6 | 12 | 18 |
| 一年上限 | 12 | 24 | 36 |
| 四、您決定為這位個案轉介何種專業服務類別？(至少3種，請填寫優先順序1-3)，並將您認為合適作為建議轉介指標的MDAI量表題項於框內打V(可複選)。 | | | |
| CA07 IADLs 復能、 ADLs 復能照護 | | 轉介順序： (至少3種，請填寫優先順序1-3，若優先順序相同可填「同時」) 原因(必填)： | |
| 選填：接受CA07之專業服務期程與頻率 (不考慮目前衛福部或縣市規範限制) | | 建議轉介指標 請勾選您認為建議轉介CA07之MDAI題項(可複選) | |
| 1.需要幾個月？ | | C1.個案意識狀態：1-3任一項(1.清醒 2.嗜睡 3.混亂) | |
| 2.總次數 | | C5.個案理解能力：1-3任一項(1.良好 2.僅可理解簡單的字或詞) | |
| 3.頻率為何？(如：單週____次、雙週____次...) | | E.大題日常活動功能量表(ADLs)：未達滿分 | |
| | | F.大題工具性日常活動功能量表(IADLs)：未達滿分 | |
| | | G8c.在過去12個月中，個案有沒有跌倒或摔倒過(例如：走路時跌倒、滑倒、坐著或站著沒坐好或站好，或蒙被而摔倒，還是躺著時倒下，無論是否有受傷)？2.或3. 1.沒有跌倒或摔倒過 2.跌倒或摔倒1次 3.跌倒或摔倒2次以上(含2次) | |
| | | J.主要照顧者負擔：J01-J05至少任3項為1. J01.睡眠受到干擾 J02.體力上的負擔 J03.需分配時間照顧其他家人 J04.對個案的行為感到困擾 J05.無法承受照顧壓力 | |
| | | GA10.個案是否有輔具使用上的問題：2. 1.沒有 2.有 | |
| | | ※半年內ADL功能有變差：是 建議：在詢問「E大題」完畢後，順便問：「最近半年內生活自理功能有變差嗎？」 | |
| | | ※三個月內有進行環境改造：有 建議：在詢問「H1c.請問個案居住處是否有任何環境上的障礙會影響到日常生活？」時，順便問：「最近三個月內有進行環境改造？」 | |
| | | 其他建議： | |
| CA08 個別化服務計畫 (ISP 擬定與執行) | | 轉介順序： (至少3種，請填寫優先順序1-3，若優先順序相同可填「同時」) 原因(必填)： | |
| 選填：接受CA08之專業服務期程與頻率 (不考慮目前衛福部或縣市規範限制) | | | |
| 1.需要幾個月？ | | | |
| 2.總次數 | | | |
| 3.頻率為何？(如：單週____次、雙週____次...) | | | |

| | | |
|--------------|--|--|
| | | |
| CB01 營養照護 | 轉介順序： (至多3種，請填寫 優先順序1-3，若僅 先順序相同可填 「同時」) | |
| | 原因(必填)： | |

| | |
|---|--|
| 選填： 接受CB01之專業服務期與頻率 (不考慮目前衛福部或縣市規範限制) | |
| 1.需要幾個月？ | |
| 2.總次數 | |
| 3.頻率為何？(如：單周 一次、雙周一次...) | |

| | |
|--|---|
| 建議轉介指標 請勾選您認為建議轉 介CB01之MDAI題項 (可複選) | G4a.個案過去3個月體重是否減輕：1.或2. 1.非計畫性體重減輕超過3公斤。 2.非計畫性體重減輕1~3公斤。 3.體重無變化。 4.不知道。 5.其他。 |
| | G4c.個案一般的飲食狀況，以週為單位：1-3任一項 1.未吃完，每餐進食量不超過整餐的1/3，或除正餐外沒有補充任何點心，或被禁食（或採清流質或靜脈輸液超過5天），或灌食自製管灌飲食小於1600cc/日，或攝取的管灌飲食小於800大卡/日 2.未吃完，每餐進食量不超過整餐的1/2，或偶爾吃點心，或灌食自製管灌飲食小於2000cc/日，或攝取的管灌飲食小於1000大卡/日 3.未吃完，每餐進食量超過整餐的1/2，或有時拒絕用餐但會吃點心，或灌食自製管灌飲食小於2400cc/日，或攝取的管灌飲食小於1200大卡/日 4.每餐吃完，從不拒絕用餐，或不需要任何補充食物，或灌食自製管灌飲食大於2400cc/日，或採用管灌飲食（或靜脈營養）大於1200大卡/日 |
| | G5.進食困難：01、02、16、22、23任一項 01.插入（更換）鼻胃管或胃造口管護理 02.管灌飲食 16.腸道造口護理 22.血液透析 23.腹膜透析 |
| | G2d.傷口情形：5、6、7任一項 1.擦傷、割傷 2.壓傷 3.燒燙傷 4.術後傷口 5.延遲癒合之手術傷口 6.糖尿病足潰瘍 7.血管性潰瘍 8.其他 |
| | G2d1.壓傷等級：（若有多處壓傷，請選最嚴重的等級）3-6任一項 1.第一級 2.第二級 3.第三級 4.第四級 5.無法分級 6.深層組織損傷 *建議：在詢問「E大題」完畢後，順便問：「最近半年內生活自理功能有變差嗎？」 |
| | G4d.衰弱評估 (SOF)：G4d1：1且 G4d2：2 且 G4d3：1 G4d1.您是否在未刻意減重的情况下，過去一年中體重減少了5%以上？1.是 G4d2.您是否可以在不用手支撐的狀況下，從椅子上站起來5次？2.否 G4d3.在過去一週內，您是否經常（一個禮拜內有3天以上）有提不起勁來做事的感覺？1.是 |
| 其他建議： | |

| | | |
|-----------------|--|--|
| CB02 進食與吞嚥照護 | 轉介順序： (至多3種，請填寫 優先順序1-3，若僅 先順序相同可填 「同時」) | |
| | 原因(必填)： | |

| | |
|---|--|
| 選填： 接受CB02之專業服務期與頻率 (不考慮目前衛福部或縣市規範限制) | |
| 1.需要幾個月？ | |
| 2.總次數 | |
| 3.頻率為何？(如：單周 一次、雙周一次...) | |

| | |
|--|---|
| 建議轉介指標 請勾選您認為建議轉 介CB02之MDAI題項 (可複選) | G6a.個案是否有任何關於吞嚥困難的情形或症狀？【可複選】：2-6任一項 1.無吞嚥困難 2.抱怨吞嚥困難或吞嚥時會疼痛 3.吃東西或喝水的時候出現噁氣或噁嘔 4.用餐後嘴中仍含著食物或留有殘餘食物 5.當喝或吃流質或固質的食物時，食物會從嘴角邊流失 6.有流口水之情形 7.無法評估 |
| | G5a.個案目前是否接受進食照顧？2.有，再加上01-02任一項 01.插入（更換）鼻胃管或胃造口管護理 02.管灌飲食 |
| | C1.個案意識狀態：1 1.清醒 2.嗜睡 3.混亂 |
| | C5.個案理解能力：1-3任一項 1.良好 2.僅可理解簡單的句子 3.僅可理解關鍵的字或詞 |
| | G4a.個案過去3個月體重是否減輕：1、2、4任一項 1.非計畫性體重減輕超過3公斤。 2.非計畫性體重減輕1~3公斤。 3.體重無變化。 4.不知道。 5.其他。 |
| | G4c.個案一般的飲食狀況，以週為單位：1. 1.未吃完，每餐進食量不超過整餐的1/3，或除正餐外沒有補充任何點心，或被禁食（或採清流質或靜脈輸液超過5天），或灌食自製管灌飲食小於1600cc/日，或攝取的管灌飲食小於800大卡/日 2.未吃完，每餐進食量不超過整餐的1/2，或偶爾吃點心，或灌食自製管灌飲食小於2000cc/日，或攝取的管灌飲食小於1000大卡/日 3.未吃完，每餐進食量超過整餐的1/2，或有時拒絕用餐但會吃點心，或灌食自製管灌飲食小於2400cc/日，或攝取的管灌飲食小於1200大卡/日 4.每餐吃完，從不拒絕用餐，或不需要任何補充食物，或灌食自製管灌飲食大於2400cc/日，或採用管灌飲食（或靜脈營養）大於1200大卡/日 |
| 密照專詢問後個案表達有訓練以口進食之意願 | |
| 其他建議： | |

| | | |
|---------------|--|--|
| CB03 因行為照護 | 轉介順序： (至多3種，請填寫 優先順序1-3，若僅 先順序相同可填 「同時」) | |
| | 原因(必填)： | |

| | |
|---|--|
| 選填： 接受CB03之專業服務期與頻率 (不考慮目前衛福部或縣市規範限制) | |
| 1.需要幾個月？ | |

| | |
|--|---|
| 建議轉介指標 請勾選您認為建議轉 介CB03之MDAI題項 (可複選) | J.主要照顧者自負：01-05任一項 J01.睡眠受到干擾 J02.體力上的負擔 J03.需分配時間照顧其他人 J04.對個案的行為感到困擾 J05.無法承受照顧壓力 |
| | H01a~H14a在過去三個月內，個案是否有出現該類行為： 以下任一項為：2.有發生 H01.逃走、H02.日夜顛倒/作息混亂、H03.語言攻擊行為、H04.肢體攻擊行為、H05.干擾行為、H06.抗拒照護、H07.妄想、H08.幻覺、H09.恐懼或焦慮、H10.憂鬱及負面症狀、H11.自傷行為及自殺、H12.重複行為、H13.對物品的攻擊行為、H14.其他不適當或不行為 |
| | G7.個案被診斷為失智症後，照顧者是否有接受護理人員或其他專業人員提供下列的教導？【可複選】：1. 1.未接受過教導 2.維持認知功能 3.行為管理技巧 4.日常生活安排 5.安全與保護 |
| 其他建議： | |

| | |
|-------------------------------|--|
| 2.總次數 | |
| 3.頻率為何?(如:單周 __次、雙周__次...) | |

| | | |
|--------------------------------|--|--|
| CB04 臥床或長期活動 受限照護 | 轉介順序: (至多3種,請填寫 優先順序1-3,若優 先順序相同可填 「同時」) | |
| | 原因(必填): | |

| | |
|--|--|
| 選填: 接受CB04之專業服務期程與頻率 (不考慮目前衛福部或縣市規範限制) | |
| 1.需要幾個月? | |
| 2.總次數 | |
| 3.頻率為何?(如:單周 __次、雙周__次...) | |

| | |
|---|---|
| 建議轉介指標 請勾選您認為建議轉 介CB04之MDAI題項 (可複選) | E8 移位 (個案日常活動功能量表ADLs): 3或4 1.可自行維持坐平衡,移至椅子或用輪椅 2.移位時需少部分協助或提醒 3.可自行維持坐平衡,離床需大部分協助 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維持坐平衡或需人幫忙才能移位 |
| | J. 主要照顧者負擔: 01、02、04、05任一項 J01. 睡眠受到干擾 J02. 體力上的負擔 J04. 對個案的行為感到困擾 J05. 無法承受照顧壓力 |
| | G. 特殊複雜照護需要: 至少一項 G1. 疼痛狀況, G2. 皮膚狀況, G3. 關節活動度, G4. 戒煙史與營養評估, G5. 進階照顧, G6. 吞嚥能力, G7. 個案被診斷為失智症後, 照顧者是否有接受護理人員或其他專業人員提供下列的教導?, G8. 跌倒、平衡及安全 |
| | I. 情緒及行為型態: 至少一項 I01. 遊走、I02. 日夜顛倒/作息混亂、I03. 語言攻擊行為、I04. 肢體攻擊行為、I05. 干擾行為、I06. 抗拒照顧、I07. 妄想、I08. 幻覺、I09. 恐懼或焦慮、I10. 憂鬱及負面症狀、I11. 自傷行為及自殺、I12. 重複行為、I13. 對物品的攻擊行為、I14. 其他不適當或不潔行為 |
| 其他建議: | |

| | | |
|-----------------------------------|--|--|
| CC01 居家環境安全或 無障礙空間規劃 | 轉介順序: (至多3種,請填寫 優先順序1-3,若優 先順序相同可填 「同時」) | |
| | 原因(必填): | |

| | |
|--|--|
| 選填: 接受CC01之專業服務期程與頻率 (不考慮目前衛福部或縣市規範限制) | |
| 1.需要幾個月? | |
| 2.總次數 | |
| 3.頻率為何?(如:單周 __次、雙周__次...) | |

| | |
|---|--|
| 建議轉介指標 請勾選您認為建議轉 介CC01之MDAI題項 (可複選) | H1e 個案居住處是否有任何環境上的障礙會影響到日常生活: 2-7 任一項 1.環境構造上的障礙並不構成問題 2.個案的活動範圍有障礙(如:去廁所、就寢、用餐地方) 3.個案的活動範圍有跌倒風險(如:光線昏暗、地板濕滑或不平、地面有障礙物或線路) 4.個案從室內到室外有階梯或門檻 5.個案使用助行器或輪椅,室內行走過於狹窄或有限礙 6.空間不夠置放額外的醫療設備或器材(如:病床、呼吸器) 7.其他:(請註明) 8.不適用 |
| | G8c 過去 12 個月中,個案有沒有跌倒或摔倒過(例如:走路時跌倒、滑倒、坐著或站著沒坐好或站好,或暈眩而摔倒,還是騎著時摔下,無論是否有受傷): 2或3任一項 1.沒有跌倒或摔倒過 2.跌倒或摔倒1次 3.跌倒或摔倒2次以上(含2次) |
| | 其他建議: |

| | | |
|------------------------------|--|--|
| CD02 居家護理指導與 諮詢 | 轉介順序: (至多3種,請填寫 優先順序1-3,若優 先順序相同可填 「同時」) | |
| | 原因(必填): | |

| | |
|--|--|
| 選填: 接受CD02之專業服務期程與頻率 (不考慮目前衛福部或縣市規範限制) | |
| 1.需要幾個月? | |
| 2.總次數 | |
| 3.頻率為何?(如:單周 __次、雙周__次...) | |

| | |
|---|--|
| 建議轉介指標 請勾選您認為建議轉 介CD02之MDAI題項 (可複選) | G5a. 個案目前是否接受進階照顧: 2.有, 再加上01-23任一項 1.無 2.有 01.插入(更換)鼻胃管或胃造口管護理、02.管灌養食、03.氣切護理(更換氣切造口管、氣切造口處理)、04.呼吸器、05.抽痰(含痰氣吸入)、06.氣泵治療、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(含膀胱造口管護理)、12.留置尿管護理(含尿管、小腸袋使用)、13.一般導尿(單次導尿)、14.置放塞清除、大小量灌腸、留置性灌腸、16.腸造口護理(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.疼痛處理、22.血液透析、23.腹膜透析 |
| | 其他建議: |

結果：

1. 案例資料描述

共收集 131 位實際使用長照的個案，平均年齡 69.44 歲，62 位為男性(47.33%)，有實際使用長照專業服務者為 72 人(54.96%)。個案基本資料請見表 23。

表 23：專業服務模式驗證個案基本資料

| CMS 等級 項目 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 總計 |
|----------------|-------|-------|-------|------|-------|-------|-------|-------|
| 人數 | 16 | 17 | 22 | 15 | 16 | 22 | 23 | 131 |
| 年齡(平均) | 70.69 | 71.29 | 58.86 | 69.8 | 68.38 | 72.68 | 74.74 | 69.44 |
| 性別 | | | | | | | | |
| 男 | 7 | 8 | 12 | 6 | 9 | 9 | 11 | 62 |
| 女 | 9 | 9 | 10 | 9 | 7 | 13 | 12 | 69 |
| 實際使用 C 碼 人數 | | | | | | | | |
| 有 | 5 | 7 | 13 | 7 | 10 | 14 | 16 | 72 |
| 無 | 11 | 10 | 9 | 8 | 6 | 8 | 7 | 59 |

參與模式驗證會議之專家共 11 位，專家之專業背景以 A 個管和 C 碼服務主要提供者：物理治療、職能治療和護理為主，基本資料如表 24。

表 24：專業服務模式驗證專家基本資料

| 編號 | 背景 | 年齡 | 教育程度 | 長照經驗年資 |
|----|------|----|------|--------|
| 1 | 職能治療 | 51 | 博士 | 27 |
| 2 | 職能治療 | 54 | 博士 | 20 |
| 3 | 職能治療 | 55 | 碩士 | 23 |
| 4 | 護理 | 37 | 碩士 | 8 |
| 5 | 護理 | 52 | 碩士 | 23 |
| 6 | 職能治療 | 33 | 碩士 | 10 |
| 7 | 物理治療 | 39 | 博士 | - |
| 8 | 物理治療 | 53 | 博士 | 5 |
| 9 | 職能治療 | 34 | 學士 | 9 |
| 10 | A 個管 | 34 | 學士 | 7 |
| 11 | 物理治療 | 43 | 學士 | 18 |

2. 模式驗證專家判定成果

(1) 是否需轉介 C 碼專業服務

131 位個案均經過至少三位專家判定其是否需要接受 C 碼專業服務，若三位專家中有兩位以上意見一致，則作為該位個案之判定結果。131 位個案中共有 20 位被判定為不需轉介專業服務，111 位被判定為需轉介專業服務。專家建議之整體轉介率為 85%，定義為三位專家中有兩位以上建議該個案需轉介專業服務。各碼別之專家建議轉介率見表 25。

表 25：模式驗證專家建議之各碼別轉介人數

| 碼別 轉介人數 | CA07 | CA08 | CB01 | CB02 | CB03 | CB04 | CC01 | CD02 |
|------------|--------|------|--------|--------|------|--------|--------|------|
| 人數(%) | 85(77) | 4(4) | 11(10) | 14(13) | 5(5) | 11(10) | 25(23) | 8(7) |

分析實際上有使用 C 碼者，3 位專家一致認為要轉介的比率為 79%。實際上沒有使用 C 碼，3 位專家一致認為無需轉介的比率為 8%，有 42.4%的個案是 3 位專家一致認為需要轉介 C 碼。

(2) 專家判定「轉介」或「不轉介」專業服務原因

共 392 筆資料，其中專家建議轉介專業服務有 **320 筆**。建議轉介原因依據共識高低，最具共識的是：個案具學習能力、近期日常生活功能明顯退化、家屬照顧技巧不足等，詳見表 26。

表 26：專家判定「轉介」專業服務原因

| 轉介原因 | 專家勾選次數(%) |
|----------------------|-------------|
| 2-2 近期內日常生活功能明顯退化 | 213 (66.6%) |
| 2-1 具學習能力 | 161 (50.3%) |
| 2-4 家屬照顧技巧不足 | 131 (40.9%) |
| 2-5 復能訓練之意願 | 104 (32.5%) |
| 2-7 家庭支持 | 103 (32.2%) |
| 2-9 期待儘可能恢復功能自主 | 82 (25.6%) |
| 2-6 有動機且能配合練習 | 64 (20%) |
| 2-3 近期接受輔具或環境改造服務 | 57 (17.8%) |
| 專家補充.個案有跌倒風險、居家環境需調整 | 15 (4.7%) |
| 2-8 理解次數有限之復能導向指導 | 9 (2.8%) |
| 專家補充.照顧者照顧負荷大 | 5 (1.6%) |
| 專家補充.照顧者改變 | 4 (1.3%) |
| 專家補充.個案功能恢復潛力高 | 3 (1%) |

專家判定不轉介專業服務最常見原因依序是：建議安置機構、轉介其他

社區資源、使用健保居家服務或功能尚可、環境尚可。詳見表 27。

表 27：專家判定「不轉介」專業服務原因統整

| 不轉介原因(共 72 筆) | 百分比 (%) |
|------------------------------|------------|
| 建議安置機構 | 22 |
| 建議個案轉介其他社區資源 | 18.7 |
| 個案各項生活功能尚可、環境尚可 | 12.5 |
| 建議個案申請健保居家服務 | 12.5 |
| 個案可自行外出至醫院診所復建，建議在復健科追蹤及治療即可 | 9.3 |
| 個案須先處理急性醫療問題 | 9.3 |
| 由居服員介入即可 | 6 |
| 個案沒有意願且功能提升潛能低 | 6 |
| 先前已使用過 C 碼，但個案退化更嚴重 | 3 |

(3) 低中高需求

131 位個案均經過至少三位專家判定其專業服務需求程度（低需求、中需求、高需求），若三位專家中有兩位以上意見一致，則作為該位個案之判定結果。共有 21 位個案並未獲無共識，因此請第四位專家給予判定，以達到兩人共識之選項為判定結果。判定結果為低需求的個案有 59 位(45%)；中需求的個案有 46 位(35%)；高需求的個案有 6 位(5%)。三級需求的建議平均服務次數和期程，請見表 28。

表 28：需求度與模式驗證專家建議次數及介入時間

| 需求度 | 人數(%) | 平均次數(SD) | 介入時間(週數)(SD) |
|-----|---------|------------|--------------|
| 低需求 | 59(45%) | 4.7 (1.57) | 9.3(5.98) |
| 中需求 | 46(35%) | 10.9(2.49) | 15.5(5.6) |
| 高需求 | 6(5%) | 18.7(3.78) | 20(7.1) |
| 無需求 | 20(15%) | NA | NA |

(4) 低中高需求判定的考慮原因

專家判定低中高需求時考慮的原因，在低需求組，常見原因為：專業服務目標單純、主要是處理環境改造個案(CC01 碼)、指導居服員或照顧者照顧技巧或進行觀念教導者。在高需求組，常見原因為：個案問題複雜、或 ADL 依賴程度高。

小結：

透過模式驗證發現：

1. 跨領域專家對於國內長照案例之專業服務轉介率，高達八成，與丹麥之轉介比例相當。但 131 位個案實際使用專業服務則未達一半，故經由專家判定的需求，遠比實際利用高出許多。隱喻著國內長照個案在專業服務上，被 under serve 的比例頗為明顯。
2. 獲判定不適合轉介長照專業服務的理由中，較常見的是其適合機構照顧或社區照顧，但我國長照制度中，並未對住宿機構和社區機構提供專業服務給付，其透露出長照專業服務的提供場域和訓練服務型態，涵蓋範圍可能不夠。
3. 專家建議使用專業服務者，最高比例是低需求者，建議服務次數是 4.7 次，期程是 9 周。其與 107-108 年全國使用分析接近，顯示專業服務將近一半都是使用 6 次以下的個案。

(三) 各 C 碼轉介判定指標 vs. 模式驗證個案資料

目的：發展 C 碼轉介判定指標。

方法：

經過本計畫之工作會議、專家會議等，根據個別 C 碼，發展轉介判定指標。此轉介指標之檢驗經德菲法專家共識後，進一步檢視轉介指標與上述模式驗證專家建議轉介結果之一致性。步驟詳述如下：

1. 發展德非法的問卷：根據個別 C 碼，發展轉介判定指標問卷，請專家依據指標的適切性與重要性評分。
2. 模式驗證專家建議轉介之個案 MADI 資料：整理模式驗證之 131 案實際長照個案，擷取其照顧需求評估量表資料、和模式驗證問卷中專家建議轉介結果。

分析如下：

1. 結果變項-模式驗證問卷中專家是否建議轉介專業服務
2. 預測變項-經德菲法專家共識後之各 C 碼轉介判定指標(以 MDAI 題項組合為基礎)
3. 統計分析-上述兩變項皆為同意轉介專業服務的一致度百分比

結果：

依據表 29 結果發現，德非法甲類指標與專家建議轉介在 CA07、CA08、CB01 和 CB02 的一致度最佳，最低也有超過 66%，CC01 和 CD02 為次，最低為 45%，但在 CB03 和 CB04 則相當低。德非法乙類指標在 CA07、CA08 為 72%，其它碼別則偏低，或因指標中包括 MDAI 問卷中沒有的項目在指標組合中，因缺乏資料，無法以數理分析計算之。

表 29：個案實際使用與專家建議所建議之各碼別轉介人數

| | 各碼別轉介人數(%) | | | | | | | |
|----------------|------------|---------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | CA07 | CA08 | CB01 | CB02 | CB03 | CB04 | CC01 | CD02 |
| 實際使用 N=72 | 50(69) | 1(1) | 5(7) | 5(7) | 3(4) | 7(10) | 6(8) | 2(3) |
| 專家建議 N=111 | 85(77) | 4(4) | 11(10) | 14(13) | 5(5) | 11(10) | 25(23) | 8(7) |
| 德菲法甲類 N=130 | 121(93) | 121(93) | 97(75) | 86(66) | 37(28) | 48(37) | 59(45) | 64(49) |
| 德菲法乙類 N=130 | 94(72) | 94(72) | 49(38) | 23(18) | NA | 44(34) | 34(26) | NA |

小結：

1. 德菲法甲乙類指標在成功預測轉介 CA07 和 CA08 專業服務的表現上，最為穩定。其中一部分原因是，此兩碼的轉介指標主要是以 MDAI 題目所組成，資料比較充足。
2. 若以 CA07 和 CA08 甲類判定指標作為轉介的判定方式，則會將九成以上長照個案納入 CA07 和 CA08 服務對象中，此比例似乎過高，故 CA07 和 CA08 可以採用乙類指標，72%的建議轉介率，較為合理。
3. 其他建議之甲乙類指標，因包含專家們建議採用的非屬 MDAI 之題目，在目前的制度中，若無法納入在常規評估中，較難施行。
4. 模式驗證之 131 位個案，收集時礙於標案規定，CMS 程度盡可能平均分佈，並且各單位所提個案，長期照顧需求之複雜度偏高，因此與目前長期照顧所服務個案之整體樣貌，不盡相同。因此本計畫依照收集之資料所提出的轉介指標，可供參考，但建議須實證驗證後，再思如何納入政策實施。

(二) 德菲法專家共識

目的：

透過專家群體討論，共同決策的方式，針對以下三議題，提出可能之政策建議共識：(一) 專業服務之模式、(二) 專業服務之品質指標與獎勵方式，及(三) 各專業服務碼別之轉介指標之看法。

方法：

採用專家德菲法，邀請 21 位各專業背景，且熟悉長照專業服務之專家組成專家小組，共進行二回合專家問卷，蒐集對針對題目採李克氏五點量表評分（1~5 分：非常不合適/可行/重要--非常合適/可行/重要）。並請專家於各項提供文字或議題之相關建議。

1. 專家基本資料：

共邀約 21 位專家進行德菲法問卷填寫，專家背景包含護理、藥師、職能治療師、物理治療師、語言治療師、營養師、社工師、心理師(諮商)、照管督導與個案管師。其中男性 7 位、女性 14 位；教育程度最多的是碩士學位(13 位)；長照經驗平均年資為 10.95(SD 為 7.27)年。德菲法專家名單請見表 30，基本資料請見表 31。

表 30：德菲法專家名單(共 21 位)

| 職別 | 編號 | 姓名 | 服務單位/職稱 | 專長/經歷/ 曾參加計畫/擔任課程講師 |
|------|----|-----|------------------|--|
| 職能治療 | 1. | 蘇意婷 | 友芯居家職能治療所院長 | 衛生福利部預防及延緩失能照護計畫模組指導員 |
| | 2. | 莊博文 | 臺北市私立耀翔居家長照機構負責人 | 前臺灣職能治療學會居家職能治療服務督導 台灣職能治療學會台北市復能團隊職能治療師 108 年職能治療長照復能服務工作坊講師 |
| | 3. | 林睿騏 | 衛福部雙和醫院復健醫學部技術長 | 前臺灣職能治療學會居家職能治療服務督導 108 年復能指引與失智症之居家復能服務專業課程講師 |
| | 4. | 林采威 | 復能職能治療所院長 | 社團法人高雄市職能治療師公會 社團法人高雄市職能治療師公會理事 長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院—莫拉克計畫 專案職能治療師 |
| 物 | 5. | 翁瑞萱 | 康齡安健物理 | 國立臺灣大學醫學院附設醫院護理長 |

| 職別 | 編號 | 姓名 | 服務單位/職稱 | 專長/經歷/ 曾參加計畫/擔任課程講師 |
|------------------|-----|-------------|-----------------|--|
| 理 治 療 | | | 治療所居家物理治療師暨復能督導 | 國立臺灣大學醫學院附設醫院金山分院護理主任 |
| | 6. | 謝琬如 | 真善美居家物理治療所物理治療師 | 109 年度社團法人臺南市社區照顧協會辦理長期照顧服務人員教育訓練講師 |
| | 7. | 鍾詩偉 | 純居家物理治療所所長/負責人 | 社團法人台北市物理治療師公會第九屆理事 109 年度社團法人臺灣物理治療學會物理治療長照復能專業服務講師 |
| | 8. | 陳淑玲 | 佑泰物理治療所所長/負責人 | 台灣機能促進協會秘書長 高雄市衛生局長期照顧十年計畫 2.0 專業服務特約單位督導 |
| 語 言 治 療 | 9. | 林淑娟 | 林淑娟語言治療所所長 | 成大醫院語言治療師 |
| | 10. | 蕭麗君 | 台灣聽力語言學會常務理事 | 楊光榮嗓音耳鼻喉科診所語言治療中心主任、居家語言治療師、資深語言治療師 台北護理健康大學語言治療與聽力學系兼任講師 |
| 護 理 | 11. | 郭芳雅 護理師 | 嘉義共樂居家護理所所長 | 嘉義基督教醫院出院準備理師 《居家護理實務》共同作者 |
| 營 養 | 12. | 張惠萍 | 臺北市立聯合醫院營養部主任 | 中華民國營養師公會全國聯合會理事 |
| | 13. | 金美雲 | 雙和醫院營養室顧問 | 前雙和醫院營養室主任 前台北市營養師公會理事長 |
| 心 理 | 14. | 林其薇 (諮商) | 台灣輔導與諮商學會理事 | 110 年度長照居家心理復能及在宅心理工作課程講師 |
| | 15. | 李玉嬋 (臨床) | 臺灣醫療健康諮商心理學會理事長 | 國立臺北護理健康大學生死與健康心理諮商系教授 |
| | 16. | 羅惠群 (諮商) | 馬偕紀念醫院協談中心諮商心理師 | 社團法人中華民國諮商心理師公會全國聯合會副理事長 109 年度台灣護理管理學會失智個案管理師正念減壓工作坊講師 |
| 藥 | 17. | 李懿軒 | 新北市藥師公 | 台灣年輕藥師協會第九屆常務監事 |

| 職別 | 編號 | 姓名 | 服務單位/職稱 | 專長/經歷/ 曾參加計畫/擔任課程講師 |
|---------|-----|-----|-------------------|---|
| 師 | | | 會常務理事 | |
| 個管及照管督導 | 18. | 許維涵 | 台北市照管督導 | 臺北市政府長期照顧委員 108 年度臺北市出院準備評估人員教育訓練講師 |
| | 19. | 李逸軒 | 台南成大醫院長照個管師 | 108 年度衛生福利部所辦理「一〇八年度優良長期照顧服務人員遴選活動」中「優良 A 個案管理人員獎」獲獎者 |
| | 20. | 張品婕 | 高雄市長期照顧管理中心照顧管理督導 | 109 年度高雄市長照人員繼續教育「居服督導員進階訓練」講師 110 年度高雄市(AA11 照顧服務員進階訓練)「身心障礙支持服務核心課程」講師 |
| 社工 | 21. | 甘靜 | 台北市長照管理中心照專督導 | 109 年度臺北市長期照顧管理中心長期照護專業人力培訓課程計畫講師 |

表 31：德菲法專家基本資料

| 項目 | 人數 | 百分比 |
|----------|----|-----|
| 性別 | - | - |
| 男 | 7 | 37% |
| 女 | 14 | 74% |
| 教育程度 | - | - |
| 大專 | 1 | 5% |
| 大學 | 6 | 29% |
| 碩士 | 13 | 62% |
| 博士 | 1 | 5% |
| 專長領域(職別) | - | - |
| 護理 | 2 | 10% |
| 藥師 | 1 | 5% |
| 職能治療師 | 4 | 19% |
| 物理治療師 | 4 | 19% |
| 語言治療師 | 2 | 10% |
| 營養師 | 2 | 10% |
| 社工師 | 1 | 5% |
| 心理師(諮商) | 3 | 14% |
| 照管督導 | 1 | 5% |

| 項目 | 人數 | 百分比 |
|------------|----|-----|
| 個管師 | 1 | 5% |
| 長照經驗年資 | - | - |
| 0~5 年(含) | 6 | 30% |
| 5~10 年(含) | 6 | 30% |
| 10~15 年(含) | 3 | 15% |
| 15~20 年(含) | 2 | 10% |
| 20 年以上 | 3 | 15% |

2. 分析方式：

以描述性統計進行資料分析，包含各題項之平均分數、標準差，題項內容效度指標(I-CVI)與量表內容效度指標(S-CVI/ave)，I-CVI 與 S-CVI/ave >0.8 為良好內容效度。第一回合結果收回後，分析所有資料，並加以修正調整，依據為：(1)各題項內容效度(SCVI)≥0.8 為原則，(2)各題的「適合性」、「可行性」或「重要性」評分：四分位差需≤1、中位數需≥4，否則將考慮進行修正。(3)參考委員提出之質性建議，計畫團隊討論後新增或修改題項，並提供所有專家的數據結果，進行第二回合問卷。彙整第二回合達共識之題項，作為政策建議之參考。

以下分(1)專業服務之模式、(2)專業服務之品質指標與獎勵方式，及(3)各專業服務碼別之轉介指標三部分說明：

(1) 專業服務之模式

目的：瞭解若將長照服務使用者區分成低中高三種需求等級，相對應個等級的服務需求次數、服務期程、頻率以及使用者之特性。

方法：設計問卷，根據低中高需求填寫以下內容：

- 1) 一年需使用的專業服務「總次數」(包含所有碼別的服務、無須考慮現行制度的限制，也不考慮延案制度)，如：12 次
- 2) 專業「服務期程」：指開始到結案所需的時間長度，如：6 週、12 週
- 3) 專業服務進入的「頻率」：指進入服務的頻繁程度，如 3 次/月
- 4) 不同專業服務需求之個案特性：指何種特性個案，會有專業服務的低、中、或高需求，將回答填入相對應的空格中（非必填）

結果：低中高需求的執行模式：

- 1) 量性結果：針對三種需求等級之服務總次數、完成服務的期程，及服務頻率，總收回問卷 21 份，若回答為區間取平均值，

資料去掉極端值 (mean \pm 2SD) 後再取平均值。二回合專家評定的結果如下表 32。

表 32：二回合專家建議之專業服務低中高需求之服務次數、期程、頻率 (N=21)

| 需求等級 | 第一回合 | | | 第二回合 | | |
|------|-----------------|----------------|---------------|-----------------|----------------|---------------|
| | 一年需使用的專業服務「總次數」 | 專業服務期程 (週) | 專業服務頻率 次/月 | 一年需使用的專業服務「總次數」 | 專業服務期程 (週) | 專業服務頻率 次/月 |
| 低需求 | 7.3 \pm 3.4 | 12 \pm 6.6 | 2 \pm 0.7 | 7.1 \pm 2.7 | 14.3 \pm 2.5 | 2.3 \pm 0.8 |
| 中需求 | 13.4 \pm 3.3 | 16 \pm 5.2 | 3 \pm 0.8 | 14.3 \pm 4.98 | 18.2 \pm 2.2 | 3.2 \pm 0.4 |
| 高需求 | 21.9 \pm 5 | 20.6 \pm 5.5 | 3.8 \pm 1.2 | 23.8 \pm 5 | 24.3 \pm 4.1 | 3.8 \pm 0.6 |

註：總收回問卷 21 份，若回答為區間取平均值。去掉極端值 (mean \pm 2SD) 後再取平均

量性結果小結：

針對低中高服務需求次數，由標準差看來仍有很大差異，且與專業背景及服務內涵有關，物理治療、心理師明顯建議較多服務次數，高於其他專業（大於平均值 1~2 標準差）。另心理師及語言治療師則建議服務期程可稍長（36 週，48 週），較能符合其服務需求。

2) 質性結果：低中高需求個案特質，包含個案本身狀況、家屬/照顧者狀況、專業目標等整理如下表 33。

表 33：德菲法專家建議之低中高需求個案特質

| 低需求 | 中需求 | 高需求 |
|---|---|---|
| 個案本身狀況： | | |
| 近期身體功能變化不大 個案身心狀態穩定（含臥床）且為固定回診（含居家醫療）或使用健保復健之慢性病人。 生活自理能力在中度依賴等級以下者 動機佳，認知功能大致可以，需要在個案表達 | 近期身體功能變化不大 身心狀態不穩定之慢性病人 有明顯疾病造成的失能（如中風） 骨科疾病者，如：關節置換，骨折患者 心智類或哀傷低落類個案 | 近期身體功能變化大 CMS 較輕 具復能潛能 住院衰弱或中風出院等恢復效果佳。 剛截肢者，急性中風初期，多重問題者 類 PAC 個案（骨折、中風等）有潛力且動機配合度佳 |

| 低需求 | 中需求 | 高需求 |
|--|---|---|
| <p>遇到問題時再前往服務即可</p> <p>PAC 個案</p> <p>非初確診出備個案，銜接復健及回歸日常生活。</p> <p>配合度差</p> <p>生理狀況不穩定，頻繁住院、長期臥床個案</p> <p>把復能當復健的個案</p> | <p>出院一段時間，動機中 等以上</p> <p>生活自理能力屬中度或嚴重依賴等級</p> <p>獨居</p> <p>複評重開，配合度差但具潛能進步者</p> <p>非急性後期個案，透過指導有機會恢復功能者</p> | <p>初確診之出備個案或 多重複雜疾病個案</p> <p>狀況複雜需要多專業介入，具潛能且持續進步</p> <p>信任醫療專業人員（對照顧者可能配合或不配合）</p> |
| 家屬/照顧者狀況 | | |
| <p>家庭支持良好</p> <p>穩定照顧人力(如外籍看護)，僅需少量服務固定請專業人員來指導</p> | <p>家庭支持薄弱</p> | <p>有些主照顧者的學習能力有限、較固著、同時照顧一人以上或同時也是需被協助的個案，每次給予的指導量就會依據學習情況/負荷量來調整、複習的頻率也會較高，因此需要被服務的次數也可能較高。</p> |
| 專業目標 | | |
| <p>生活照顧技巧融入復能概念</p> <p>臥床只需指導照顧技巧者。</p> <p>指導照顧技巧、減輕照顧負荷</p> <p>處理完階段性的目標就可結案</p> <p>只期待/需要解決特定問題，如：學習壓傷的預防、傷口照護技巧、中風後穿脫衣褲、學習轉位技巧</p> <p>技巧教學後可自行練習，但可能後續會有追蹤建議需求。</p> | <p>指導照顧者生活照顧技巧融入復能概念，個案身心狀態穩定（含臥床）且為固定回診或使用健保復健之慢性病人，但其復能目標需要跨專業團隊合作。</p> | <p>需要跨專業團隊合作協助復能。</p> <p>需密集重新建立(或訓練照顧者協助個案建立)生活型態、改變特定固著行為、建立某些生活能力的個案，如：精障者、智能障礙者、新近且動機高+高潛能的腦傷/中風/SCI 者(一直持續有進步，故需一直提供更進一步的指導)。</p> <p>初期需要建立關係：如精障者、自閉症有些兒童也「一直持續有進步，故需一直提供更進一步的指導」，但頻率可能不需要太</p> |

| 低需求 | 中需求 | 高需求 |
|-----|-----|--|
| | | 密集，也許每月 2-3 次即足夠 退化性疾病，如失智症、巴金森氏症、多發性硬化症、運動神經元疾病等，或多重疾病的衰弱者，或生活自理能力屬嚴重依賴或完全依賴等級者。 |

質性結果小結：C 碼低中高需求者特性的質性建議

- 1) 部分特性具有共識：如高需求之特性為：近期身體功能變化大、剛出院，多重複雜疾病，重度失能、高潛力改變、動機佳、家庭支持度佳、照顧者學習能力有限、需要跨專業服務等。
- 2) 需求決定是錯綜複雜的，可能難以就單一診斷或特性作為需求判斷：例如同樣為「骨折」，但若個案本身潛能低動機差，可能較列為指導照顧技巧為主的「低需求」；然若骨折個案合併有許多照顧問題，動機強且復原狀況佳，則可列為提升功能表現之高需求，但若此類病人之醫療狀況複雜（如身體狀況不穩會反覆住院等），則傾向先以醫療介入穩定生理狀況後再介入，也可列為低需求個案，僅針對醫療照顧時所需的居家照顧技巧為主。
- 3) 許多用以判定的指標缺乏客觀依據，如：「近期身體功能變化大」、「生理狀況不穩定」、「家庭支持薄弱」、「具潛力進步」、「動機佳」等，都不在需求評估量表中，且不易客觀判定。
- 4) 不同專業背景的專家著眼點不同：例如有專家指出高需求者為需長期建立關係者（長期但不需密集）。
- 5) 是否需要專業服務及需求程度，本就有部分主觀成分，且本就沒有黃金標準，使得資料分析結果上不易有一致共識，未來針對是否需要專業服務，及高中低需求的判定，仍須進一步探究，以更大量數據分析結果才能有所本。

(2) 專業服務之品質指標與獎勵方式

目的：瞭解優良專業服務單位的品質指標，及為能鼓勵優良單位，獎勵的具體可行方式。

方法：問卷內容如下：1) 優良專業服務單位的品質指標的：分為結構、過程及結果面，共 18 題（第一回合 12 題，第二回合刪

除 1 題，新增 8 題，題號為 1~19，第 2 題刪除) 2) 獎勵的具體可行方式共 8 題(第一回合 3 題，第二回合新增 5 題)，此些題項為依據典範案例結果、研修會議、專家會議及計畫團隊討論所設計。21 位專家針對對題目採李克氏五點量表評分(1-5 分：非常不合適/可行--非常合適/可行)。並請專家於各項提供文字或議題之相關建議。另請專家提出 1~5 名認為最重要的五項優良服務單位品質指標，計算專家共識之最重要的專業服務品質指標。

結果：專家效度(合適性與可行性)

第一回合德菲法顯示各題項之 I-CVI 為 0.61~1.00，量表合適性與可行性之 S-CVI/ave 為 0.88、0.89。考量各題項的合適性、可行性與專家質性建議後修訂並刪減或新增題項。優良專業服務單位品質指標，第一、二回合專家問卷填答結果摘要整理如下表 34。

優良服務單位品質指標之優先順序排序請見表 35；重要性分數排序請見表 36。

兩回合德菲法專家回覆建議之完整資料內容請見附錄二十四。

表 34：優良專業服務單位品質指標之德菲法專家意見

| | 第一回合 | | | 第二回合 | | | |
|-----|-----------------------------|--------------------|---|----------------------------|---------|--------------------|----------------------------------|
| | 題目 | CVI | 其他建議 | 題目 | 調整 | CVI | 其他建議 |
| 結構面 | 1. 有確實執行的 督導制度 | 適合 0.95 可行 0.85 | 1. 督導制度需明確 2. 系統內部審核機制(列入新增) | 有確實執行的 督導制度 | 無修改 | 適合 0.95 可行 0.9 | 1. 督導制度需明確 2. 與當前系統勾稽 |
| 結構面 | 2. 適切的 兼職人員比例 | 適合 0.65 可行 0.75 | 1. 與品質較無關應正視團隊督導制度而非兼職人數 2. 難以界定適切比例 | 刪除 | | | |
| 過程面 | 3. 有 跨專業間合作 ，並主動提出需求 | 適合 0.95 可行 0.75 | 1. 主動的定義須明確 2. 非都會區執行困難 3. 建議納入獎勵機制提升意願 | 有跨專業間的合作，並有順暢的溝通管道 | 修改文字敘述 | 適合 0.95 可行 0.95 | 1. 順暢溝通管道需定義 2. 需考量不需使用多專業的狀況 |
| 過程面 | 4. 與 居服 溝通與合作 | 適合 0.9 可行 0.75 | 1. BC 碼分開以利執行 2. AA03 獎勵在居服端對專業無誘因 | 與 居服 溝通與合作 | 無修改 | 適合 0.95 可行 0.9 | 1. 於紀錄中記載 |
| 過程面 | 5. 目標設定 符合專業服務指引所列原則 | 適合 1 可行 1 | | 目標設定 符合專業服務指引所列原則 | 無修改 | 適合 1 可行 1 | |
| 過程面 | 6. 延案與異動頻率 適切 | 適合 0.65 可行 0.6 | 1. 異動一詞易誤解 2. 延案機制過度複雜 | 延案申請、異動通報以及與 A 單位討論頻率之執行適切 | 依委員建議調整 | 適合 0.9 可行 0.85 | 1. 除頻率外討論的內容(質)也需考量 |

| | 第一回合 | | | 第二回合 | | | |
|-----|---|-------------------|---|--|-----|--------------|--|
| | 題目 | CVI | 其他建議 | 題目 | 調整 | CVI | 其他建議 |
| 過程面 | 7. 落實復能導向服務內涵 | 適合 1 可行 0.9 | 1. 需量化指標 2. 建議可從單位內教育訓練及個案討論中評值 | 落實復能導向服務內涵 | 無修改 | 適合 1 可行 1 | 1. 需考量以指導為主之個案 2. 與單位內督導制度是否健全及督導是否了解復能有關 |
| 過程面 | 8. 提供案家具體居家訓練說明 | 適合 0.9 可行 0.8 | 1. 應不限於紙本格式以個案方便為主 | 提供案家具體居家訓練說明 | 無修改 | 適合 1 可行 1 | |
| 過程面 | 9. 服務紀錄詳實，具問題分析及案家達成目標之具體情況 | 適合 0.95 可行 0.9 | 1. 注意樣板化及與事實不符之狀況 2. 以系統為主 3. 注意勿衍生過多行政負荷 | 服務紀錄詳實，具問題分析及案家達成目標之具體情況 | 無修改 | 適合 1 可行 1 | |
| 過程面 | 10. 符合各項行政規定（如申報準時、防疫措施、申訴事件合宜處理、不逾越服務合約範 | 適合 0.95 可行 0.9 | 1. 規範勿過度繁複，簡化流程為主 2. 避免流於做資料 | 符合各項行政規定（如申報準時、防疫措施、申訴事件合宜處理、不逾越服務合約範圍等） | 無修改 | 適合 1 可行 1 | |

| | 第一回合 | | | 第二回合 | | | |
|-----|------------------|--------------------|---|-----------------------------|---------------|--------------------|---|
| | 題目 | CVI | 其他建議 | 題目 | 調整 | CVI | 其他建議 |
| | 圍等) | | | | | | |
| 結果面 | 11. 服務具有成效 | 適合 0.9 可行 0.85 | 指標： 1. 覆評時 CMS 級、ADL/IADL/G4a/G4b/G6a/I/J (建議維持或進步)，但進步會影響到額度造成兩難 2. 生活滿意度，介入前後達標自我效能 3. 需考量持續退化個案之指標方式： 1. 第三方評值 2. 家屬/照顧者參與評值 3. 復能結束立刻評值 | 服務具有成效(由第三方評估) | 無修改 依據專家建議 | 適合 1 可行 0.95 | 1. 建議第三方、治療師評議、照顧者評議一起進行。 2. 需考慮經費來源，可選用抽查方式 |
| 結果面 | 12. 達成目標而提前結案的比例 | 適合 0.74 可行 0.68 | 1. 建議可再細分為個案達標或狀況改變或疫情考量等 2. 可能最造成挑案 3. 個案潛能高可能無法提早結束 4. 建議配合誘因執行 | 達成目標(且個案無進階目標需求/潛能)而適切結案的比例 | 調整用詞，並補充個案情況 | 適合 0.95 可行 0.95 | 修改後較符合實務 |
| 結構面 | 13. 其他 | | 放入第二階段新增目標中 | 13. 於系統內建立紀錄並經督導查閱 | 新增 落實並 | 適合 0.95 可行 0.94 | 反對： 1. 增加行政負擔 |

| | 第一回合 | | | 第二回合 | | | |
|-----|------|-----|------|--|-----------------|--------------------|--|
| | 題目 | CVI | 其他建議 | 題目 | 調整 | CVI | 其他建議 |
| | | | | 審核（新增） | 量化督導制度 | | 2. 單位成本增加 建議實施方式 1. 特定比例抽審 2. 電子化 3. 督導資格須明確規範 |
| 過程面 | | | | 14. 跨專業間合作，需定期會議（實體或視訊）且有紀錄（新增） | 新增 確認跨專業合作品質 | 適合 0.85 可行 0.82 | 1. 建議更彈性的作法，勿侷限會議形式 2. 需考量單位規模及接案數量 |
| 過程面 | | | | 15. 以量化指標(如單位內部教育訓練評核、個案討論會議、內部工作會議等)，檢視有無持續強調復能導向服務內涵（新增） | 新增 量化檢視指標 | 適合 0.89 可行 0.88 | 1. 偏行政與品質較無關 2. 需考量小型單位營運成本，建議以獎勵取代更多的限制，避免流於文書工作徒具形式 |
| 過程面 | | | | 16. 案家拒絕持續接受服務之比例及檢討改善措施（新增） | 新增 使用者反饋與調整因 | 適合 0.65 可行 0.81 | 1. 建議已透過 A 確認意願 2. 拒絕服務可能是案家自身因素 |

| | 第一回合 | | | 第二回合 | | | |
|-----|------|-----|------|-----------------------------|------------|--------------------|---|
| | 題目 | CVI | 其他建議 | 題目 | 調整 | CVI | 其他建議 |
| | | | | | 應 | | 3. 若設此指標反而可能會將次數做好做滿。 |
| 結果面 | | | | 17. 服務成效-由第三方進行評估（新增） | 新增以確保公平客觀性 | 適合 0.85 可行 0.94 | 1. 與 11 重複 2. 需考量經費 3. 第三方無經歷整體的歷程，擔心會以『漂亮』的報告會品質取向 4. 第三方單位須慎選，復能認同度高且公信力高單位，推薦臺灣職能治療學會 |
| 結果面 | | | | 18. 降低案家照顧負荷（由案家/照顧者判定）（新增） | 新增成效指標 | 適合 0.9 可行 0.89 | 1. 可能與照顧品質會有矛盾 2. 須清楚定義 3. 需考量減少文書負擔 |
| | | | | 19. 評核各服務單位是否落實與社區之間的連結，如社 | 新增單位與社區連 | 適合 0.55 可行 0.56 | 不建議列入： 1. 需考量不同目標，可能為照顧指導 |

| | 第一回合 | | | 第二回合 | | | |
|--|------|-----|------|--|----|-----|---|
| | 題目 | CVI | 其他建議 | 題目 | 調整 | CVI | 其他建議 |
| | | | | 區據點帶活動、里民活動推廣預防延緩失能、引導復能結案個案至據點活動等（新增） | 結 | | 2. 跟個案過往個性有關 3. 與各地資源分佈有關 4. 建議為加分題 |

表 35：優良服務單位品質指標之優先順序排序

專家評為優先順序「1、2、3」的優良專業服務單位指標

| 第一回合 | | 第二回合 | |
|--------------------------|--|--------------------------|---------------------------------|
| 專家評定之優先順序 以及人數 (N=21) | 題目 | 專家評定之優先順序以 及人數 (N=21) | 題目 |
| 4 位專家評定此項之 優先順序為「1」 | 7. 落實復能導向服務內涵 | 7 位專家評定此項之優 先順序為「1」 | 11. 服務具有成效 |
| 4 位專家評定此項之 優先順序為「1」 | 10. 符合各項行政規定（如申報準 時、防疫措施、申訴事件合宜處理、 不逾越服務合約範圍等） | 6 位專家評定此項之優 先順序為「1」 | 7. 落實復能導向服務內涵 |
| 9 位專家評定此項之 優先順序為「2」 | 11. 服務具有成效 | 10 位專家評定此項之優 先順序為「2」 | 9. 服務紀錄詳實，具問題分析及案家達成目 標之具體情況 |
| 6 位專家評定此項之 優先順序為「2」 | 9. 服務紀錄詳實，具問題分析及案 家達成目標之具體情況 | 6 位專家評定此項之優 先順序為「2」 | 11. 服務具有成效 |
| 4 位專家評定此項之 優先順序為「3」 | 4. 與居服溝通與合作 | 6 位專家評定此項之優 先順序為「3」 | 3. 有跨專業間的合作，並有順暢的溝通管道 |
| 4 位專家評定此項之 優先順序為「3」 | 7. 落實復能導向服務內涵 | - | - |

表 36：優良服務單位品質指標之重要性分數排序

重要性排序 1，計分為 5，排序 2 為 4 分，依序排序 5 為 1 分。加總各項之分數，得分愈高，排序愈前；若分數相同，則較多委員列入評分者排序較前

| 排序 | 指標 | 分數 |
|----|--|----|
| 1 | 結果面：服務具有成效 (由第三方評估) | 68 |
| 2 | 過程面：服務紀錄詳實，具問題分析及案家達成目標之具體情況 | 58 |
| 3 | 過程面：落實復能導向服務內涵 | 52 |
| 4 | 過程面：提供案家具體居家訓練說明 | 25 |
| 5 | 過程面：有跨專業間的合作，並有順暢的溝通管道 | 22 |
| 6 | 結果面：降低案家照顧負荷 (由案家/照顧者判定) | 14 |
| 7 | 過程面：與居服溝通與合作 | 12 |
| 8 | 結果面：達成目標(且個案無進階目標需求/潛能)而適切結案的比例 | 12 |
| 9 | 過程面：符合各項行政規定 (如申報準時、防疫措施、申訴事件合宜處理、不逾越服務合約範圍等) | 12 |
| 10 | 過程面：延案申請、異動通報以及與 A 單位討論頻率之執行適切 | 8 |
| 11 | 過程面：以量化指標(如單位內部教育訓練評核、個案討論會議、內部工作會議等)，檢視有無持續強調復能導向服務內涵 (第二次專家建議：為避免會議流於形式，建議改為「有持續強調復能導向服務內涵及品質提升的機制(如單位內部教育訓練評核、個案討論會議、內部工作會議等)」) | 7 |
| 12 | 過程面：目標設定符合專業服務指引所列原則 | 6 |
| 13 | 結構面：有確實執行的督導制度 | 6 |
| 14 | 過程面：跨專業間合作，需定期會議 (實體或視訊) 且有紀錄 (建議刪除) | 4 |
| 15 | 評核各服務單位是否落實與社區之間的連結，如社區據點帶活動、里民活動推廣預防延緩失能、引導復能結案個案至據點活動等 (建議刪除) | 4 |
| 16 | 過程面：案家拒絕持續接受服務之比例及檢討改善措施 (建議刪除) | 3 |
| 17 | 結構面：於系統內建立紀錄需經督導查閱審核機制 (建議刪除) | 0 |

小結：

經德菲法專家共識，總結建議 13 項之專業服務優良專業服務單位的品質指標（表 37），以下重點：

1. **最重要的三項指標：「專業服務具有成效」**，達成轉介之目標，及解決案家的問題，且希望能在最短時間內達成（節省資源）。且「**要能落實復能導向的服務內涵**」，以強化個案功能及指導照顧者知能技巧為前提，而非執行醫療復健。另也期待專業人員「**藉由服務記錄，能目標導向，記錄案家達成目標的情況，並分析影響達成的原因及後續策略等**」，作為照顧團隊間溝通互動及品質監控的基礎。
2. **減少增加行政負荷、流於書面作業的指標**：專家指出設定品質指標雖重要，但不希望後續會流於形式，反而造成只是應付書面作業，反而不能真實反應實際運作之品質，如：「以量化指標(如單位內部教育訓練評核、個案討論會議、內部工作會議等)，檢視有無持續強調復能導向服務內涵」，專業間其實在服務過程就可能互動，但要流於形式的開會議討論，且花時間記錄，反而消去專業服務的能量時間。故建議此類指標之比例儘量減少，建議多強化「結果面」來審視其照顧品質，較為適切。
3. **結果面的指標很重要，但要能達客觀性，仍須討論作法**，第三方評估成效雖是較客觀的作法，但現階段照專與 A 個管專業知能及時間均不可能實施，故有專家建議可採用折衷的作法，如：採抽查方式，建議由照專或委託專業組織，抽取使用專業服務之結案個案，確認其照顧目標達成情況（COPM），及日常生活功能進行、照顧者負擔等指標。

表 37：建議之專業服務品質指標及可能之作法：

| 題號 | 指標 | 說明 |
|----|--|---------------------------------------|
| 1 | 結構面：有確實執行的 督導制度 | 由服務記錄，瞭解督導是否有發揮功能，如審核記錄、執行第一次評估，督導記錄等 |
| 2 | 結構面：有持續強調復能導向服務內涵及品質提升的機制(如單位內部教育訓練評核、個案討論會議、內部工作會議等)」（修改） | 能引導其制訂品質提升之機制 |
| 3 | 過程面： 目標設定 符合專業服務指引所列原則 | 檢閱服務記錄 |
| 4 | 過程面： 落實復能導向服務內涵 | 檢閱服務記錄、AA02、抽查 |
| 5 | 過程面： 提供案家具體居家訓練說明 | 檢閱服務記錄、AA02、抽查 |
| 6 | 過程面：有跨專業間的合作，並有順暢的溝通管道 | 依據申報記錄、檢閱服務記錄、AA02、抽查 |
| 7 | 過程面： 與居服溝通與合作 | 依據申報記錄（AA03）、檢閱 |

| 題號 | 指標 | 說明 |
|----|--|--|
| | | 服務記錄、AA02、抽查 |
| 8 | 過程面：服務紀錄詳實，具問題分析及案家達成目標之具體情況 | 檢閱服務記錄、AA02、抽查 |
| 9 | 過程面：符合各項行政規定（如申報準時、防疫措施、申訴事件合宜處理、不逾越服務合約範圍等） | 地方主管機關資料 |
| 10 | 過程面：延案申請、異動通報以及與A單位討論頻率之執行適切 | 地方主管機關資料 |
| 11 | 結果面：服務具有成效（由第三方評估） | 專業人員：服務開始及結案時，填寫 COPM 及成效指標。 A 個管及照專：檢閱服務記錄、AA02、抽查 |
| 12 | 結果面：達成目標(且個案無進階目標需求/潛能)而適切結案的比例 | 專業人員：服務開始及結案時，填寫 COPM 及成效指標。 A 個管及照專：檢閱服務記錄、AA02、抽查 |
| 13 | 結果面：降低案家照顧負荷（由案家/照顧者判定） | 專業人員：服務開始及結案時，填寫 COPM 及成效指標。 A 個管及照專：檢閱服務記錄、AA02、抽查 |

獎勵措施：能以品質計籌。避免劣幣逐良幣，以下為專家共識的建議獎勵措施，針對「適合度」及「可行性」評分，第一回合共提出三項：(1)公告查核/記點結果（供A單位合作之參考）、(2)增加輪派次數、(3)增加額外支付給付。第二回合德菲法問卷結果統計如下表 38。

表 38：專業服務單位品質提升之獎勵措施---德菲法專家問卷結果

| 第一回合 | | | 第二回合 | | | |
|---------------------------|--------------------|---|--|----------------------------------|-------------------|--|
| 題目 | CVI | 其他建議 | 題目 | 調整 | CVI | 其他建議 |
| 1. 公告查核/記點結果（供 A 單位合作之參考） | 適合 0.95 可行 0.89 | 1. 非獎勵機制，建議搭配其他獎勵或退場機制 2. 頒布優良單位供民眾及個管單位知悉 3. 過程需公正並交代結果緣由 | 定期公告品質查核/記點結果， （供 A 單位合作之參考） 分為優、甲、乙三類 | 補充說明可參照之具體作法，專家建議可比照長期照顧機構公告評鑑結果 | 適合 0.95 可行 0.9 | 1. 評定乙需配合退場機制 2. 避免流於僅文書作業與偏向委員癖好為主之弊端 |
| 2. 增加輪派次數 | 適合 0.79 可行 0.63 | 1. 輪派方式有多種彈性建議詳細說明或規範 2. 其他方式，優良單位可由 A 主動推薦給民眾，優良單位直接取消輪派（需配合 A 的品質管理機制） | 優良服務單位可多增加一次輪派次數 | 補充說明輪派次數 | 適合 0.9 可行 0.75 | 1. 需清楚的定義實際執行方式 2. 若單位同時有 A 及 B，則須避免挑案（將給付低但複雜的個案往外推） 3. 加上對外公告提升公信力 |
| 3. 增加額外支付給付 | 適合 0.84 可行 0.68 | 條件： 1. 提前結案且經第三方確認屬實，加成給付 2. 照顧者與個案雙方確認目標且達標 3. 該個案的共同團隊一銅增加給付 | 增加額外支付給付個案無進階目標或潛能，且個案或照顧者認同目標已達成之適切結案，經第三方評估後確實屬實者，加成給付 | 修改題目說明聚焦於適切結案 | 適合 1 可行 0.85 | 1. 第三方認同不易，需考量可能造成挑簡單的個案 2. 建議對給付方式詳細說明 3. 實務恐難以執行 |

| 第一回合 | | | 第二回合 | | | |
|-------|-----|--|---|-----------------|--------------------|--|
| 題目 | CVI | 其他建議 | 題目 | 調整 | CVI | 其他建議 |
| | | 4. 困難個案數量 5. 復評後 CMS 維持或下降 6. 評核後公告且有獎金 不建議： 7. 造成財政負擔 8. 可能會產生弊端 | | | | |
| 4. 其他 | - | 新增提向或作為舊題項的修改參考依據 | 經專家品質審查認證為特優、優良單位，給予額外獎勵金，並於網站等公共平台公告單位資訊 | 公告與獎勵優良單位 | 適合 1 可行 1 | 1. 避免如機構評鑑以文書作業及委員偏好為主 2. 將勵金或公告皆可，鼓勵認真的單位 |
| - | - | - | 5. 經評為優良單位，可不受輪派量的限制 | 新增解除優良單位限制 | 適合 0.94 可行 0.81 | 1. 建議有配套措施 2. 清楚明定相關規範以免排擠到資源較不足的小單位 |
| - | - | - | 6. 經查核/記點為服務品質差的單位，若一段時間未改善需搭配減少輪派或停業 | 新增懲處制度 | 適合 0.95 可行 0.79 | 1. 建議以減少輪派為主，停業為主管機關權限 2. 配合退場機制 3. 建議有改善的機會 |
| - | - | - | 7. 增加額外支付給付：服務個案中有一定比例有跨專業服務、困難個案服務案 | 新增額外提供支付給付之具體條件 | 適合 0.89 可行 0.74 | 1. 需考慮碼別和目標的差異性，不見得都會有跨專祐需求 2. 若仍維持輪派則此為 A |

| 第一回合 | | | 第二回合 | | | |
|------|-----|------|---|--------------|--------------------|---|
| 題目 | CVI | 其他建議 | 題目 | 調整 | CVI | 其他建議 |
| | | | 家數量 | | | 的權限，B 較無法控制，不宜列入 3. 困難個案已有 AA05 |
| - | - | - | 8. 單一包裹制：若個案達到某一復能目標有一固定服務費，以及期程，若個案在期程內達成，若於期程內提早完成，經過評估後，可得到相對應之服務費及提早結案獎勵金，若個案未達期程，但因自身或其他因素無法達成目標，提早結案，則依據服務次數比例給付服務費，若個案超過期程且未達成目標，則給付服務費之 8 成 | 新增 依照委員建議 | 適合 0.92 可行 0.69 | 1. 應考慮多元性及家屬的需求，及各種住院或身體狀況而改變的計畫 2. 可能會排擠複雜困難個案 3. 牽涉支給付制度修改，執行上困難 4. 若結案才能核銷則影響單位金流 |

小結：

針對專業服務單位品質提升之獎勵措施，以下重點：

1. 經德菲法專家共識，各項獎勵指標的適切性皆大於 0.9，可行性為關注重點，為能提供具體可行之獎勵措施，以下列出可行性約達 0.8 者，共有下表中五項（表 39）。
2. 第一、二項優先措施，均為公告優良的單位，獎勵方式不論是提供獎金、下年度服務加成、在市場競爭中，公告優良服務單位是非常建議的作法，但地方政府執行時，想必會面臨極大壓力，故比照長照機構評鑑制度（雖專業服務單位不需評鑑，但仍需查核與進行品質管控），故需要具公信力的審查單位與評定機制，同時需參考上述優良單位的指標，尤其是結果面之客觀資訊，才能有力的提升專業服務及長照品質。
3. 另一提出之獎勵方式為「增加輪派機會」，使優良單位可服務到更多民眾，也使績優的單位較能有穩健財務而持續經營，不良的單位較可能退場。但 A 單位的輪派機制，目前仍非常不透明，故 A 個管是否真的會多轉介給優良 B 單位而有實質幫助，仍有存疑。
4. 同步有懲處制度：針對經查核/記點、服務品質不佳的專業服務單位，需要有明確的淘汰機制，若一段時間未改善需搭配減少輪派或停業，或減少下年度支付的方式。
5. 為能實質獎勵績優服務單位，需賞罰分明，但又均衡財務考量，系統可每年設定績優單位或品質觀察單位，增加或減少一定比例加成，如每次給付增加或減少 10% 150 元，可減少財務的擔心。

表 39：專業服務單位品質提升之獎勵措施建議（依據可行性排序）

| | 獎勵措施 | 說明 |
|---|---|--|
| 1 | 經專家品質審查認證為特優、優良單位，給予額外獎勵金，並於網站等公共平台公告單位資訊，以利 A 單位或民眾知悉並推動專業服務單位拓展業務 | 1. 由具公信力單位審查評估 2. 避免如機構評鑑以文書作業及委員主觀偏好 3. 指標參考上項優良專業服務單位指標 4. 發給勵金、下年度服務加成、或公告皆可，鼓勵認真的單位 |
| 2 | 定期公告品質查核/記點結果，分為優、甲、乙三類 | 1. 評定乙時，需配合退場機制 2. 避免流於僅文書作業與偏向委員癖好為主之弊端 可比照長期照顧機構公告評鑑結果 |
| 3 | 增加額外支付給付個案無進階目標或潛能，且個案或照顧者認同目標已達成之適切結案，經第三方評估後確實 | 1. 第三方認同不易，需考量可能造成挑簡單的個案 2. 建議對給付方式詳細說明 3. 實務恐難以執行 |

| | 獎勵措施 | 說明 |
|---|--|--|
| | 屬實者，加成給付 | |
| 4 | 經評為優良單位，可不受輪派量的限制 | 1. 建議有配套措施 2. 清楚明定相關規範以免排擠到資源較不足的小單位 |
| 5 | 經查核/記點為服務品質差的單位，若一段時間未改善需搭配減少輪派或停業（懲處制度） | 1. 建議以減少輪派，或減少下年度給支付為主，停業為主管機關權限 2. 配合退場機制 3. 建議有改善的機會 |

(3) 專業服務碼別之轉介指標

為能提供照專或 A 個管轉介專業服務或建議碼別的客觀依據，以下依據模式驗證專家的 131 案建議轉介各碼別時，其參考的指標，其優先以需求評估量表中的項目為指標，但也會收集不在評估量表中但需要考量的指標，建議未來可於需求評估操作指引中，提供照專參考。

各碼別提出二類指標：甲類指標為「建議轉介」及乙類指標「強烈建議轉介」，甲類指標可視為「篩檢」功能，可提醒照專或 A 個管進一步瞭解個案是否有專業服務的需求。而乙類指標則為需建議案家，積極轉介的對象。

由於專業服務需求常是錯綜複雜，可能非單一指標決定，故有「組合式」指標，在特定前提下，才會適用，如 ADL 重度失能者，其若搭配「意識不清醒」條件，可能適合 CB04，但若搭配「意識清楚」則可能具有學習生活功能獨立的潛力，適合轉介 CA07。

專家進行二回合德菲法專家問卷填答，針對各碼別的「建議組合」、及建議之各指標，針對「適合性」與「重要性」提出看法，整合共識。各碼別之結果如下：

1. CA07 ADLs、IADLs 及生活復能

1) 甲類指標：若個案的評估狀況符合者以下內涵，則『建議轉介』CA07

| 第一回合指標 | | 第二回合指標 | | |
|--|--------------------|---|---|--------------------|
| C1.個案意識狀態：評估結果為 1~3 任一項) 且 (C5.個案理解能力：評估結果為 1~3 任一項) 且 [(E. ADLs：未達滿分) 或 (F. IADLs：未達滿分)] | | (C1.個案意識狀態：評估結果為：1~3 任一項) 且 (C5.個案理解能力：評估結果為：1~3 任一項) 且 [(E. ADLs：未達滿分) 或(F. IADLs：未達滿分) 或(G8d 你的日常活動是否因擔心跌倒而不做) (新增)] | | |
| 題目 | CVI | 更新後題目 | 第一回合後 修訂情況說明 | CVI |
| C1.個案意識狀態： 1.清醒 2.嗜睡 3.混亂 4.... 評估結果為 1-3 任一項 | 適合 0.72 重要 0.89 | C1.個案意識狀態： 1.清醒 2.嗜睡 3.混亂 4.... 評估結果為：1-3 任一項 | 維持原項目 此需搭配『E. 日常活動功能量表未達滿分』，才能具學習能力，恢復功能 | 適合 0.95 重要 0.95 |
| C5.個案理解能力： 1.良好 2.僅可理解簡單的句子 3.僅可理解關鍵的字或詞 4.... 評估結果為 1-3 任一項 | 適合 0.78 重要 0.83 | C5.個案理解能力： 1.良好 2.僅可理解簡單的句子 3.僅可理解關鍵的字或詞 4.... 評估結果為：1-3 任一項 | 維持原項目理由同上 | 適合 1 重要 1 |
| E.大題日常活動功能量表 (ADLs) 評估結果為未達滿分 | 適合 0.94 重要 0.94 | E. 大題 日 常 活 動 功 能 量 表 (ADLs) 評估結果為：未達滿分 | 維持原項目 | 適合 1 重要 1 |
| F. 大題 工 具 性 日 常 活 動 功 能 量 表 (IADLs) 評估結果為未達滿分 | 適合 0.94 重要 0.94 | F.大題工具性日常活動功能量表 (IADLs) 評估結果為：未達滿分 | 維持原項目 | 適合 1 重要 1 |
| - | - | G8d 你的日常活動是否因擔心跌倒而不做 1.不會擔心 | 新增，原本為「其他建議」中的項目。與 E 大題 ADLs、 F.大題 IADLs 並 | 適合 1 重要 1 |

| | | | | |
|---|---|--|---|--------------|
| | | 2.會擔心 3.不適用（坐輪椅者、臥床者） 評估結果為：2 | 列選項之一。此需搭配 C1. 個案意識狀態、及 C5.個案理解能力，確認其具有學習能力 | |
| - | - | 對於本表上方所呈現「CA07 甲類指標之組合公式」，請提出審查建議，例如：公式是否適切或需要修正 | 新增 | 適合 1 重要 1 |

2) 乙類指標：若個案的評估狀況符合者以下內涵，則『強烈建議轉介』CA07

| 第一回合指標 | | 第二回合指標 | | |
|--|--------------------|--|---|--------------|
| 甲類指標符合 且〔(G8c 2~3) 或 (J.5 題中有 3 題以上) 或 (G10：有) 或※半年內 ADL 功能有變差：是 或※三個月內有進行環境改造：是〕 | | 甲類指標符合 且〔(G8c 2~3) 或 (J.5 題中有 3 題以上) 或 (G10：有) 或 ※半年內 ADL 功能有變差：是〕 | | |
| 題目 | CVI | 更新後題目 | 第一回合後 修訂情況說明 | CVI |
| G8c.在過去 12 個月中，個案有沒有跌倒或摔倒過（例如：走路時跌倒、滑倒、坐著 或站著沒坐好或站好，或暈眩而摔倒，還是躺著時摔下，無論是否有受傷）？ 1. 沒有跌倒或摔倒過 2. 跌倒或摔倒 1 次 3. 跌倒或摔倒 2 次以上（含 2 次） | 適合 0.94 重要 0.94 | G8c.在過去 12 個月中，個案有沒有跌倒或摔倒過（例如：走路時跌倒、滑倒、坐著 或站著沒坐好或站好，或暈眩而摔倒，還是躺著時摔下，無論是否有受傷）？ 1. 沒有跌倒或摔倒過 2. 跌倒或摔倒 1 次 3. 跌倒或摔倒 2 次以上（含 2 次） | 維持原項目 此需搭配『E. 日常活動功能量表未達滿分』，才能具學習能力，恢復功能 | 適合 1 重要 1 |

| | | | | |
|--|--------------------|--|---|--------------------|
| 評估結果為 2 或 3 | | 評估結果為 2 或 3 | | |
| J.主要照顧者負荷： J01. 睡眠受到干擾 J02. 體力上的負荷 J03. 需分配時間照顧其他家人 J04. 對個案的行為感到困擾 J05. 無法承受照顧壓力 評估結果符合 J01~J05 任 3 項選擇『2. 是』 | 適合 0.83 重要 0.89 | J.主要照顧者負荷： J01. 睡眠受到干擾 J02. 體力上的負荷 J03. 需分配時間照顧其他家人 J04. 對個案的行為感到困擾 J05. 無法承受照顧壓力 評估結果符合 J01~J05 任 3 項選擇『2. 是』 | 維持原項目理由同上 | 適合 0.95 重要 0.95 |
| GA10.個案是否有輔具使用上的問題： 1.沒有 2.有 評估結果為：有 | 適合 0.89 重要 0.89 | GA10.個案是否有輔具使用上的問題： 1.沒有 2.有 評估結果為：有 | 維持原項目 | 適合 1 重要 1 |
| ※半年內 ADL 功能有變差 (※非在評估表中之題項) 建議：在詢問「E 大題」完畢後，順便問：「最近半年內生活自理功能有變差嗎？」 評估結果為：此題回答『是』 | 適合 1 重要 1 | ※半年內 ADL 功能有變差 (※非在評估表中之題項) 建議：在詢問「E 大題」完畢後，順便問：「最近半年內生活自理功能有變差嗎？」 評估結果為：此題回答『是』 | 維持原項目 | 適合 1 重要 1 |
| ※三個月內有進行環境改造(※非在評估表中之題項) 建議：在詢問「H1e.請問個案居住處是否有任何環境上的障礙會影響到日常生活？」時，順便問：「最近三個月內有進行環境改造？」 評估結果為：此題回答『是』 | 適合 0.78 重要 0.83 | ※三個月內有進行環境改造(※非在評估表中之題項) 建議：在詢問「H1e.請問個案居住處是否有任何環境上的障礙會影響到日常生活？」時，順便問：「最近三個月內有進行環境改造？」 評估結果為：此題回答『是』 | 刪除此項目 多位專家建議尚未有進行果環境障礙改善者可能更有需求。故刪除之 | - |
| - | - | 對於本表上方所呈現 | 新增 | 適合 0.95 |

| | | | | |
|--|--|---|--|---------|
| | | 「CA07 乙類指標之組合公式」，請提出審查建議，例如：公式是否適切或需要修正 | | 重要 0.95 |
|--|--|---|--|---------|

2) 其他指標：參考模式驗證專家提出之建議指標。

| 第一回合指標 | | 第二回合指標 | | |
|---|--------------------|--------|-----------------|-----|
| 題目 | CVI | 更新後題目 | 第一回合後 修訂情況說明 | CVI |
| 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 評估結果為：3 或 4 或 5 | 適合 0.83 重要 0.83 | - | 調整至乙類指標 | - |
| G8d 你的日常活動是否因擔心跌倒而不做 1.不會擔心 2.會擔心 3.不適用（坐輪椅者、臥床者） 評估結果為：2 | 適合 0.78 重要 0.83 | - | 刪除 | - |
| G8e 個案對於危險的認知？ 1.有能力：可以認識日常生活危險來源 2.大部分有能力：可以認識大部分於日常生活中的危險來源 3.小範圍有能力：對於常會碰到的危險（尤其是住家環境中會出現的危險），卻常不認為那是危險 4.無能力：完全不自知有危險 | 適合 0.72 重要 0.78 | - | 刪除 | - |

| | | | | |
|--|--------------------|---|----|---|
| 評估結果為：2 或 3 或 4 | | | | |
| H2b 社會參與不足 1.沒有 2.每年至少 1 次 3.每六個月至少 1 次 4.每三個月至少 1 次 5.每一個月至少 1 次 6.每週至少 1 次 ,評估結果為：1 或 2 或 3 或 4 | 適合 0.72 重要 0.83 | - | 刪除 | - |
| H2c 親友互動、活動參與需協助 1.不需要協助 2.需要協助 評估結果為：2 | 適合 0.67 重要 0.67 | - | 刪除 | - |

2. CA08 個別化服務計畫 (ISP) 擬定與執行

1) 甲類指標：若個案的評估狀況符合者以下內涵，則『建議轉介』CA08

| 第一回合指標 | | 第二回合指標 | | |
|--|--------------------|--|---|--------------------|
| C1.個案意識狀態：評估結果為 1~3 任一項) 且 (C5.個案理解能力：評估結果為 1~3 任一項) 且 [(E. ADLs：未達滿分) 或 (F. IADLs：未達滿分)] | | (C1.個案意識狀態：評估結果為：1~3 任一項) 且 (C5.個案理解能力：評估結果為：1~3 任一項) 且 [(E. ADLs：未達滿分) 或(F. IADLs：未達滿分) 或(G8d 你的日常活動是否因擔心跌倒而不做：2) (新增) 或(H2b 社會參與不足：1~4 任一項) (新增)] | | |
| 題目 | CVI | 更新後題目 | 第一回合後 修訂情況說明 | CVI |
| C1.個案意識狀態： 1.清醒 2.嗜睡 3.混亂 4..... 評估結果為 1-3 任一項 | 適合 0.72 重要 0.89 | C1.個案意識狀態： 1.清醒 2.嗜睡 3.混亂 4.... 評估結果為：1-3 任一項 | 維持原項目 此需搭配『E. 日常活動功能量表未達滿分』，才能具學習能力，恢復功能 | 適合 1 重要 1 |
| C5.個案理解能力： 1.良好 2.僅可理解簡單的句子 3.僅可理解關鍵的字或詞 4.... 評估結果為 1-3 任一項 | 適合 0.78 重要 0.83 | C5.個案理解能力： 1.良好 2.僅可理解簡單的句子 3.僅可理解關鍵的字或詞 4.... 評估結果為：1-3 任一項 | 維持原項目，同上 | 適合 1 重要 1 |
| E.大題日常活動功能量表 (ADLs) 評估結果為未達滿分 | 適合 0.94 重要 0.94 | E.大題日常活動功能量表 (ADLs) 評估結果為：未達滿分 | 維持原項目 | 適合 1 重要 1 |
| F.大題工具性日常活動功能量表 (IADLs) 評估結果為未達滿分 | 適合 0.94 重要 0.94 | F.大題工具性日常活動功能量表 (IADLs) 評估結果為：未達滿分 | 維持原項目 | 適合 1 重要 1 |
| - | - | G8d 你的日常活動是否因擔心跌倒而不做 (新增) | 此項為新增 原本為「其他建議」中 | 適合 0.92 重要 0.92 |

| | | | | |
|---|---|---|--|--------------------|
| | | 1.不會擔心 2.會擔心 3.不適用（坐輪椅者、臥床者） 評估結果為：2 | 的項目 | |
| - | - | H2b 社會參與不足（ 新增 ） 1.沒有 2.每年至少 1 次 3.每六個月至少 1 次 4.每三個月至少 1 次 5.每一個月至少 1 次 6.每週至少 1 次 評估結果為：1 或 2 或 3 或 4 | 此項為新增 原本為「其他建議」中的項目 依據專業服務手冊， CA08 主要服務目標包含促進認知障礙者之社會參與 | 適合 1 重要 1 |
| - | - | 對於本表上方所呈現 「CA08 甲類指標之組合公式」，請 提出審查建議，例如：公式是否適切 或需要修正 | 新增 | 適合 0.92 重要 0.92 |

2) 乙類指標：若個案的評估狀況符合者以下內涵，則『強烈建議轉介』CA08

| 第一回合指標 | | 第二回合指標 | | |
|--|-----|--|-----------------|-----|
| 甲類指標符合 且〔(G8c 2~3) 或 (J.5 題中有 3 題以上) 或 (G10：有) 或※半年內 ADL 功能有變差：是 或※三個月內有進行環境改造：是〕 | | 甲類指標符合 且〔(G8c 2~3) 或 (J.5 題中有 3 題以上) 或 (G10：有) 或 ※半年內 ADL 功能有變差：是〕 | | |
| 題目 | CVI | 更新後題目 | 第一回合後 修訂情況說明 | CVI |

| | | | | |
|---|-------------------------------|---|------------------|-------------------------|
| <p>G8c.在過去 12 個月中，個案有沒有跌倒或摔倒過（例如：走路時跌倒、滑倒、坐著 或站著沒坐好或站好，或暈眩而摔倒，還是躺著時摔下，無論是否有受傷）？</p> <p>1. 沒有跌倒或摔倒過</p> <p>2. 跌倒或摔倒 1 次</p> <p>3. 跌倒或摔倒 2 次以上（含 2 次）</p> <p>評估結果為 2 或 3</p> | <p>適合 0.94</p> <p>重要 0.94</p> | <p>G8c.在過去 12 個月中，個案有沒有跌倒或摔倒過（例如：走路時跌倒、滑倒、坐著 或站著沒坐好或站好，或暈眩而摔倒，還是躺著時摔下，無論是否有受傷）？</p> <p>1. 沒有跌倒或摔倒過</p> <p>2. 跌倒或摔倒 1 次</p> <p>3. 跌倒或摔倒 2 次以上（含 2 次）</p> <p>評估結果為 2 或 3</p> | <p>維持原項目</p> | <p>適合 1</p> <p>重要 1</p> |
| <p>J.主要照顧者負荷：</p> <p>J01. 睡眠受到干擾</p> <p>J02. 體力上的負荷</p> <p>J03. 需分配時間照顧其他家人</p> <p>J04. 對個案的行為感到困擾</p> <p>J05. 無法承受照顧壓力</p> <p>評估結果符合 J01~J05 任 3 項選擇『2. 是』</p> | <p>適合 0.83</p> <p>重要 0.89</p> | <p>J.主要照顧者負荷：</p> <p>J01. 睡眠受到干擾</p> <p>J02. 體力上的負荷</p> <p>J03. 需分配時間照顧其他家人</p> <p>J04. 對個案的行為感到困擾</p> <p>J05. 無法承受照顧壓力</p> <p>評估結果符合 J01~J05 任 3 項選擇『2. 是』</p> | <p>維持原項目理由同上</p> | <p>適合 1</p> <p>重要 1</p> |
| <p>GA10.個案是否有輔具使用上的問題：</p> <p>1.沒有</p> <p>2.有</p> <p>評估結果為：有</p> | <p>適合 0.89</p> <p>重要 0.89</p> | <p>GA10.個案是否有輔具使用上的問題：</p> <p>1.沒有</p> <p>2.有</p> <p>評估結果為：有</p> | <p>維持原項目</p> | <p>適合 1</p> <p>重要 1</p> |
| <p>※半年內 ADL 功能有變差（※非在評估表中之題項）</p> <p>建議：在詢問「E 大題」完畢後，順便問：「最近半年內生活自理功能有變差嗎？」</p> <p>評估結果為：此題回答『是』</p> | <p>適合 1</p> <p>重要 1</p> | <p>※半年內 ADL 功能有變差（※非在評估表中之題項）</p> <p>建議：在詢問「E 大題」完畢後，順便問：「最近半年內生活自理功能有變差嗎？」</p> <p>評估結果為：此題回答『是』</p> | <p>維持原項目</p> | <p>適合 1</p> <p>重要 1</p> |

| | | | | |
|---|-------------------------------|--|---------------------------------|-------------------------------|
| <p>※三個月內有進行環境改造（※非在評估表中之題項）</p> <p>建議：在詢問「H1e.請問個案居住處是否有任何環境上的障礙會影響到日常生活？」時，順便問：「最近三個月內有進行環境改造？」</p> <p>評估結果為：此題回答『是』</p> | <p>適合 0.78</p> <p>重要 0.83</p> | <p>※三個月內有進行環境改造（※非在評估表中之題項）</p> <p>建議：在詢問「H1e.請問個案居住處是否有任何環境上的障礙會影響到日常生活？」時，順便問：「最近三個月內有進行環境改造？」</p> <p>評估結果為：此題回答『是』</p> | <p>刪除此項目</p> <p>同上 CA07 處說明</p> | - |
| - | - | <p>對於本表上方所呈現</p> <p>「CA08 乙類指標之組合公式」，請提出審查建議，例如：公式是否適切或需要修正</p> | 新增 | <p>適合 0.92</p> <p>重要 0.92</p> |

3. CB01 營養照護

1) 甲類指標：若個案的評估狀況符合者以下內涵，則『建議轉介』CB01

| 第一回合指標 | | 第二回合指標 | | |
|---|-----------------|---|-----------------|--------------|
| (G4a 評估結果為 2) 或 (G4c 評估結果為 1~3 任一項) 或 (G5. 進階照顧個案狀況符合 01、02、16、22、23 任一項) | | (G4a 評估結果為：1 (新增) 或 2) 或 (G4c 評估結果為：1~3 任一項) 或 (G5. 進階照顧個案狀況符合 01、02、16、19 (新增)、22、23 任一項) | | |
| 題目 | CVI | 更新後題目 | 第一回合後 修訂情況說明 | CVI |
| G4a.個案過去 3 個月體重是否減輕： 1. 非計畫性體重減輕超過 3 公斤。 2. 非計畫性體重減輕 1~3 公斤。 3. 體重無變化。 4. 不知道。 5. 其他。 評估結果為：2 | 適合 1 重要 1 | G4a.個案過去 3 個月體重是否減輕： 1. 非計畫性體重減輕超過 3 公斤。 2. 非計畫性體重減輕 1~3 公斤。 3. 體重無變化。 4. 不知道。 5. 其他。 評估結果為：1 (新增) 或 2 | 維持原項目 | 適合 1 重要 1 |
| G4c.個案一般的飲食狀況，以週為單位： 1. 未吃完，每餐進食量不超過整餐的 1/3，或除正餐外沒有補充任何點心，或被禁食（或採清流質或靜脈輸液超過 5 天），或灌食自製管灌飲食小於 1600c.c./日，或攝取的管灌飲食小於 800 大卡/日 2. 未吃完，每餐進食量不超過整餐的 1/2，或偶爾吃點心，或灌食自製管灌飲食小於 2000c.c./日，或攝取的管灌飲食 | 適合 0.86 重要 1 | G4c.個案一般的飲食狀況，以週為單位： 1. 未吃完，每餐進食量不超過整餐的 1/3，或除正餐外沒有補充任何點心，或被禁食（或採清流質或靜脈輸液超過 5 天），或灌食自製管灌飲食小於 1600c.c./日，或攝取的管灌飲食小於 800 大卡/日 2. 未吃完，每餐進食量不超過整餐的 1/2，或偶爾吃點心，或灌食自製管灌飲食小於 2000c.c./日，或攝取的管灌飲食小於 1000 大卡/日 | 維持原項目 | 適合 1 重要 1 |

| | | | | |
|--|-------------------------------|--|--|-------------------------------|
| <p>小於 1000 大卡/日</p> <p>3. 未吃完，每餐進食量超過整餐的 1/2，或有時拒絕用餐但會吃點心，或灌食自製管 灌飲食小於 2400c.c./日，或攝取的管灌飲食小於 1200 大卡/日</p> <p>4. 每餐吃完，從不拒絕用餐，或不需任何補充食物，或灌食自製管灌飲食大於 2400c.c./日，或採用管灌飲食（或靜脈營養）大於 1200 大卡/日</p> <p>評估結果為：1-3 任一項</p> | | <p>3. 未吃完，每餐進食量超過整餐的 1/2，或有時拒絕用餐但會吃點心，或灌食自製管 灌飲食小於 2400c.c./日，或攝取的管灌飲食小於 1200 大卡/日</p> <p>4. 每餐吃完，從不拒絕用餐，或不需任何補充食物，或灌食自製管灌飲食大於 2400c.c./日，或採用管灌飲食（或靜脈營養）大於 1200 大卡/日</p> <p>評估結果為：1-3 任一項</p> | | |
| <p>G5.進階照顧：</p> <p>01.插入（更換）鼻胃管或胃造口管護理</p> <p>02.管灌餵食</p> <p>16.腸道造口護理</p> <p>22.血液透析</p> <p>23.腹膜透析</p> <p>24....</p> <p>評估結果為：個案狀況符合 01. 02. 16. 22. 23 任一項</p> | <p>適合 0.71</p> <p>重要 0.79</p> | <p>G5.進階照顧：</p> <p>01.插入（更換）鼻胃管或胃造口管護理</p> <p>02.管灌餵食</p> <p>16.腸道造口護理</p> <p>19.壓傷處理（新增）</p> <p>22.血液透析</p> <p>23.腹膜透析</p> <p>24....</p> <p>評估結果為：個案狀況符合 01. 02. 16. 19. 22. 23 任一項</p> | <p>新增</p> <p>19.壓傷處理</p> <p>專家建議傷口癒合或與營養狀況相關</p> | <p>適合 1</p> <p>重要 1</p> |
| - | - | <p>對於本表上方所呈現「CB01 甲類指標之組合公式」，請提出審查建議，例如：公式是否適切或需要修正</p> | <p>新增</p> | <p>適合 0.93</p> <p>重要 0.93</p> |

2) 乙類指標：若個案的評估狀況符合者以下內涵，則『強烈建議轉介』CB01

| 第一回合指標 | 第二回合指標 |
|--------|--------|
|--------|--------|

| (G4a 評估結果為：1) 或 (G4c 評估結果為：1) 或 (G2d 傷口情形：勾選 5、6、7 其中一項) 或 (G2d1.壓傷等級>3.第三級(含)以上) 或 (G4d.：G4d1.評估結果為 1 且 G4d2.評估結果為 2 且 G4d3 評估結果為 1) | | 甲類指標符合 且 [(G2d 傷口情形：勾選 3 (新增)、4 (新增)、5、6、7 其一) 或 (G2d1.壓傷等級>3.第三級(含)以上) 或 (G4d. 3 題中至少 2 題符合以下情況： G4d1.評估結果為：1 G4d2.評估結果為：2 G4d3 評估結果為：1) | | |
|--|-----------------|---|-----------------|-----|
| 題目 | CVI | 更新後題目 | 第一回合後 修訂情況說明 | CVI |
| G4a.個案過去 3 個月體重是否減輕： 1. 非計畫性體重減輕超過 3 公斤。 2. 非計畫性體重減輕 1~3 公斤。 3. 體重無變化。 4.... 評估結果為：1 | 適合 0.93 重要 1 | 包含於甲類指標當中 | - | - |
| G4c.個案一般的飲食狀況，以週為單位： 1. 未吃完，每餐進食量不超過整餐的 1/3，或除正餐外沒有補充任何點心，或被禁食（或採清流質或靜脈輸液超過 5 天），或灌食自製管灌飲食小於 1600c.c./日，或攝取的管灌飲食小於 800 大卡/日 2. 未吃完，每餐進食量不超過整餐的 1/2，或偶爾吃點心，或灌食自製管灌飲食小於 2000c.c./日，或攝取的管灌飲食小於 1000 大卡/日 3. 未吃完，每餐進食量超過整餐的 1/2，或有時拒絕用餐但會吃點心，或灌食自製管灌飲食小於 2400c.c./日，或攝取的管灌飲食小於 1200 大卡/日 4. 每餐吃完，從不拒絕用餐，或不需任何補充食物， | 適合 0.86 重要 1 | 包含於甲類指標當中 | - | - |

| | | | | |
|---|--------------------|---|--|--------------|
| 或灌食自製管灌飲食大於 2400c.c./日，或採用管灌飲食（或靜脈營養）大於 1200 大卡/日 評估結果為：1 | | | | |
| G2d 傷口情形： 1.擦傷、割傷 2.壓傷 3.燒燙傷 4.術後傷口 5.延遲癒合之手術傷口 6.糖尿病足潰瘍 7.血管性潰瘍 8.其他 評估結果為：個案狀況符合 5.6.7 任一項 | 適合 0.86 重要 0.93 | G2d 傷口情形： 1.擦傷、割傷 2.壓傷 3.燒燙傷 4.術後傷口 5.延遲癒合之手術傷口 6.糖尿病足潰瘍 7.血管性潰瘍 8.其他 評估結果為：個案狀況符合 3.4.5.6.7 任一項 | 新增納入與營養相關之情況：3.燒燙傷 4.術後傷口 | 適合 1 重要 1 |
| G2d1.壓傷等級：（若有多處壓傷，請選最嚴重的等級） 1.第一級 2.第二級 3.第三級 4.第四級 5.無法分級 6.深層組織損傷 評估結果為：個案狀況符合 3.4.5.6 任一項 | 適合 0.86 重要 0.93 | G2d1.壓傷等級：（若有多處壓傷，請選最嚴重的等級） 1.第一級 2.第二級 3.第三級 4.第四級 5.無法分級 6.深層組織損傷 評估結果為：個案狀況符合 3.4.5.6 任一項 | 維持原項目 | 適合 1 重要 1 |
| G4d.衰弱評估（SOF）： G4d1.您是否在未刻意減重的情況下，過去一年中體重減少了 5%以上？評估結果為：1. 是 G4d2.您是否可以在不用手支撐的狀況下，從椅子上站起來 5 次？ 評估結果為：2. 否 G4d3.在過去一週內，您是否經常（一個禮拜內有 3 天以上）有提不起勁來做事的感覺？評估結果為：1. 是 | 適合 0.93 重要 0.93 | G4d.衰弱評估（SOF）： G4d1.您是否在未刻意減重的情況下，過去一年中體重減少了 5%以上？ 1.是 G4d2.您是否可以在不用手支撐的狀況下，從椅子上站起來 5 次？ 2.否 G4d3.在過去一週內，您是否經常（一個禮拜內有 3 天以上）有提不起勁來做事的感覺？ 1.是 評估結果為：3 題中至少 2 題符合 | 新增說明並依據 SOF 之衰弱定義為：3 題中若有 2 題以上(含)之結果呈現出較差的身心狀況，則為衰弱，需要關注其營養狀況 | 適合 1 重要 1 |

| | | | | |
|---|---|--|----|--------------------|
| | | 以下情況(G4d1.評估結果為：1、 G4d2.評估結果為： 2、G4d3 評 估結果為：1) | | |
| - | - | 對於本表上方所呈現 「CB01 乙類指標之組合公式」， 請提出審查建議，例如：公式是否 適切或需要修正 | 新增 | 適合 0.93 重要 0.93 |

4. CB02 進食與吞嚥照護

1) 甲類指標：若個案的評估狀況符合者以下內涵，則『建議轉介』CB02

| 第一回合指標 | | 第二回合指標 | | |
|--|--------------------|--|------------------------------|--------------|
| (G6a 至少符合 2-6 其中一項) 或 [(G5a 有進階照護並勾選 1.2 任一項) 且 C1.個案意識狀態：1. 清醒 且 C5.個案理解能力 1~3 任一項 且 ※照專詢問後個案表達有訓練以口進食之意願] 註※符合 G5a 有進階照護並勾選 1.2 任一項時需追問： 01.插入（更換）鼻胃管或胃造口管護理或 02.管灌餵食 | | (G6a 至少符合 2-6 其中一項) 或 [(G5a 有進階照護並勾選 1.2 任一項) 且 C1.個案意識狀態：1.清醒 且 C5.個案理解能力 1~3 任一項] ※建議個案須接受吞嚥攝影檢查（新增） | | |
| 題目 | CVI | 更新後題目 | 第一回合後 修訂情況說明 | CVI |
| G6a.個案是否有任何關於吞嚥困難的情形或症狀？【可複選】 1.無吞嚥困難 2.抱怨吞嚥困難或吞嚥時會疼痛 3.吃東西或喝水的時候出現咳嗽或噎咳 4.用餐後嘴中仍含著食物或留有殘餘食物 5.當喝或吃流質或固質的食物時，食物會從嘴角邊流失 6.有流口水之情形 7.無法評估 評估結果為：個案狀況至少符合 2-6 其中一項 | 適合 0.93 重要 0.93 | 【由口進食者】（新增） G6a.個案是否有任何關於吞嚥困難的情形或症狀？【可複選】 1.無吞嚥困難 2.抱怨吞嚥困難或吞嚥時會疼痛 3.吃東西或喝水的時候出現咳嗽或噎咳 4.用餐後嘴中仍含著食物或留有殘餘食物 5.當喝或吃流質或固質的食物時，食物會從嘴角邊流失 6.有流口水之情形 7.無法評估 評估結果為：個案狀況至少符合 2-6 其中一項 | 維持原項目 補充說明分二類個案其一為【由口進食者】 | 適合 1 重要 1 |
| G5a.個案目前是否接受進階照顧？ | 適合 0.71 | 【非由口進食者，訓練個案本身改進吞嚥情況】 | 維持原項目 | 適合 1 |

| | | | | |
|---|--------------------|---|--|--------------------|
| 01. 插入（更換）鼻胃管或胃造口管護理 02. 管灌餵食 評估結果為：個案狀況有勾選 2.有進階照顧。並狀況符合 1.2 任一項 | 重要 0.79 | G5a.個案目前是否接受進階照顧？1.無 2.有 01. 插入（更換）鼻胃管或胃造口管護理 02. 管灌餵食 評估結果為：個案狀況有勾選 2.有進階照顧。並狀況符合 1.2 任一項 | 補充說明分二類個案其一為【非由口進食者，訓練個案本身改進吞嚥情況】如考慮移除鼻胃管 | 重要 1 |
| C1.個案意識狀態： 1.清醒 2.嗜睡 3.... 評估結果為： 1.清醒 | 適合 0.86 重要 0.93 | C1.個案意識狀態： 1.清醒 2.嗜睡 3.... 評估結果為： 1.清醒 | 此處用意為針對非由口進食者，訓練個案本身，故需要一定程度的意識&理解能力 | 適合 1 重要 1 |
| C5.個案理解能力： 1.良好 2.僅可理解簡單的句子 3.僅可理解關鍵的字或詞 評估結果為：1.2.3 任一項 | 適合 0.79 重要 0.86 | C5.個案理解能力： 1.良好 2.僅可理解簡單的句子 3.僅可理解關鍵的字或詞 評估結果為：1.2.3 任一項 | 此處用意為針對非由口進食者，訓練個案本身，故需要一定程度的意識&理解能力 | 適合 0.93 重要 0.93 |
| ※照專詢問後個案表達有訓練以口進食之意願 | 適合 0.79 重要 0.93 | ※照專詢問後個案表達有訓練以口進食之意願 | 刪除此題 委員建議個案應該都會回答想要移除鼻胃管，此題意義較低，輔助性詢問即可 | - |
| - | - | ※建議個案須先接受吞嚥攝影檢查（新增） | 新增提醒： | 適合 |

| | | | | |
|---|---|--|---|--------------------|
| | | | 若需於居家情境進行吞嚥訓練或鼻胃管管移除考量，「建議」需明瞭個案吞嚥問題的原因，以利有效&安全執行居家介入 | 0.71 重要 0.71 |
| - | - | 對於本表上方所呈現「CB02 甲類指標之組合公式」，請提出審查建議，例如：公式是否適切或需要修正 | 新增 | 適合 1 重要 1 |

2) 乙類指標：若個案的評估狀況符合者以下內涵，則『強烈建議轉介』CB02

| 第一回合指標 | | 第二回合指標 | | |
|--|--------------|--|-----------------|-----|
| G6a 評估結果為 3.) 且〔(G4a 評估結果符合 1、2、4 任一項) 或 (G4c 評估結果為 1) 〕 | | 甲類指標符合 且〔(G4a 評估結果符合 1、2、4 任一項) 或 G4c 評估結果為：1 或 2 任一項（新增） 或 ※近半年內曾被診斷有吸入性肺炎，或因吞嚥問題造成飲水量減少 而被診斷過泌尿道感染（新增） 〕 | | |
| 題目 | CVI | 更新後題目 | 第一回合後 修訂情況說明 | CVI |
| G6a.個案是否有任何關於吞嚥困難的情形或症狀？【可複選】 1.無吞嚥困難 2.抱怨吞嚥困難或吞嚥時會疼痛 | 適合 1 重要 1 | - | 刪除，改為甲類指標 | - |

| | | | | |
|---|--------------------|---|--|--------------|
| 3.吃東西或喝水的時候出現咳嗽或噎咳 4.用餐後嘴中仍含著食物或留有殘餘食物 5.當喝或吃流質或固質的食物時，食物會從嘴角邊流失 6.有流口水之情形 7.無法評估 評估結果為：個案有 3. 的狀況 | | | | |
| G4a.個案過去 3 個月體重是否減輕： 1. 非計畫性體重減輕超過 3 公斤。 2. 非計畫性體重減輕 1~3 公斤。 3. 體重無變化。 4. 不知道。 5. 其他。 評估結果為：個案狀況符合 1.2.4 任一項 | 適合 0.92 重要 0.92 | G4a.個案過去 3 個月體重是否減輕： 1. 非計畫性體重減輕超過 3 公斤。 2. 非計畫性體重減輕 1~3 公斤。 3. 體重無變化。 4. 不知道。 5. 其他。 評估結果為：個案狀況符合 1.2.4 任一項 | 維持原項目 | 適合 1 重要 1 |
| G4c.個案一般的飲食狀況，以週為單位： 1. 未吃完，每餐進食量不超過整餐的 1/3，或除正餐外沒有補充任何點心，或被禁食（或採清流質或靜脈輸液超過 5 天），或灌食自製管灌飲食小於 1600c.c./日，或攝取的管灌飲食小於 800 大卡/日 2. 未吃完，每餐進食量不超過整餐的 1/2，或偶爾吃點心，或灌食自製管灌飲食小於 2000c.c./日，或攝取的管灌飲食小於 1000 大卡/日 | 適合 0.77 重要 0.85 | G4c.個案一般的飲食狀況，以週為單位： 1. 未吃完，每餐進食量不超過整餐的 1/3，或除正餐外沒有補充任何點心，或被禁食（或採清流質或靜脈輸液超過 5 天），或灌食自製管灌飲食小於 1600c.c./日，或攝取的管灌飲食小於 800 大卡/日 2. 未吃完，每餐進食量不超過整餐的 1/2，或偶爾吃點心，或灌食自製管灌飲食小於 2000c.c./日，或攝取的管灌飲食小於 1000 大卡/日 | 依據委員建議因每日熱量攝取低於需求量的一半，將造成嚴重營養不良，故將選項 2 也一併納入 | 適合 1 重要 1 |

| | | | | |
|--|---|--|--------|-------------------------------|
| <p>3. 未吃完，每餐進食量超過整餐的 1/2，或有時拒絕用餐但會吃點心，或灌食自製管 灌飲食小於 2400c.c./日，或攝取的管灌飲食小於 1200 大卡/日</p> <p>4. 每餐吃完，從不拒絕用餐，或不需任何補充食物，或灌食自製管灌飲食大於 2400c.c./日，或採用管灌飲食（或靜脈營養）大於 1200 大卡/日</p> <p>評估結果為：1</p> | | <p>3. 未吃完，每餐進食量超過整餐的 1/2，或有時拒絕用餐但會吃點心，或灌食自製管 灌飲食小於 2400c.c./日，或攝取的管灌飲食小於 1200 大卡/日</p> <p>4. 每餐吃完，從不拒絕用餐，或不需任何補充食物，或灌食自製管灌飲食大於 2400c.c./日，或採用管灌飲食（或靜脈營養）大於 1200 大卡/日</p> <p>評估結果為：1 或 2 任一項（新增）</p> | | |
| - | - | <p>近半年內曾被診斷有吸入性肺炎，或因吞嚥問題造成飲水量減少而被診斷過泌尿道感染（新增）</p> | 新增委員建議 | <p>適合 0.93</p> <p>重要 0.93</p> |
| - | - | <p>對於本表上方所呈現「CB02 乙類指標之組合公式」，請提出審查建議，例如：公式是否適切或需要修正</p> | 新增 | <p>適合 1</p> <p>重要 1</p> |

5. CB03 困擾行為照護

1) 甲類指標：若個案的評估狀況符合者以下內涵，則『建議轉介』CB03

| 第一回合指標 | | 第二回合指標 | | |
|--|--------------|--|-----------------------------|--------------|
| 〔(J 大類中評估結果：符合 J01-J05 任一項) 且 (I01a~I14a 任一行為勾選 2.有發生)〕 或 (G7 勾選 1) | | (J 大類中評估結果：J01-J05 其中任兩項) 且 (I01a~I14a 任兩項行為勾選 2.有發生) ※若照顧者為外國籍/本國籍看護也應詢問其照顧負荷 | | |
| 題目 | CVI | 更新後題目 | 第一回合後 修訂情況說明 | CVI |
| J. 主要照顧者負荷： J01. 睡眠受到干擾 J02. 體力上的負荷 J03. 需分配時間照顧其他家人 J04. 對個案的行為感到困擾 J05. 無法承受照顧壓力 評估結果：符合 J01-J05 其中任一項 | 適合 1 重要 1 | J. 主要照顧者負荷： J01. 睡眠受到干擾 J02. 體力上的負荷 J03. 需分配時間照顧其他家人 J04. 對個案的行為感到困擾 J05. 無法承受照顧壓力 評估結果：符合 J01-J05 其中任兩項 | 照顧者均有負荷，故提高門檻，由原本的任一項調整為任兩項 | 適合 1 重要 1 |
| I01a~I14a 在過去 <u>三個月</u> 內，個案是否有出現該類行為： I01.遊走、I02.日夜顛倒/作息混亂、I03.語言攻擊行為、I04.肢體攻擊行為、I05.干擾行為、I06.抗拒照護、I07.妄想、I08.幻覺、I09.恐懼或焦慮、I10.憂鬱及負性症狀、I11.自傷行為及自殺、I12.重複行為、I13.對物品的攻擊行為、I14.其他不適當以及不潔行為 評估結果：以上任行為勾選 2. 有發生 | 適合 1 重要 | I01a~I14a 在過去 <u>三個月</u> 內，個案是否有出現該類行為： I01.遊走、I02.日夜顛倒/作息混亂、I03.語言攻擊行為、I04.肢體攻擊行為、I05.干擾行為、I06.抗拒照護、I07.妄想、I08.幻覺、I09.恐懼或焦慮、I10.憂鬱及負性症狀、I11.自傷行為及自殺、I12.重複行為、I13.對物品的攻擊行為、I14.其他不適當以及不潔行為 評估結果：以上任兩項行為勾選 2. 有發生 | 由原本的任一項調整為任兩項 | 適合 1 重要 1 |
| G7. 個案被診斷為失智症後，照顧者是 | 適合 0.73 | - | 刪除此題 | - |

| | | | | |
|---|--------|--|----------------|--------------------|
| 否有接受護理人員或其他專業人員提供下列的教導？【可複選】： 1. 未接受過教導 2. 維持認知功能 3. 行為管理技巧 4. 日常生活安排 5. 安全與保護 評估結果：回答 1. 未接受過教導 | 重要 0.8 | | 因非僅限於有失智症診斷的個案 | |
| - | - | 對於本表上方所呈現「CB03 甲類指標之組合公式」，請提出審查建議，例如：公式是否適切或需要修正 | 新增 | 適合 0.93 重要 0.93 |

2) 乙類指標：若個案的評估狀況符合者以下內涵，則『強烈建議轉介』CB02

| 第一回合指標 | | 第二回合指標 | | |
|---|-----------------|---|-------------|-----|
| (J 大類中評估結果符合其中任兩項) 且 (I01a~I14a 任一行為有勾選：2 有發生 且 (I01b~I14b 任一行為題項勾選 2 或 3) | | 甲類指標 且 [I01b~I14b 的出現頻率為 2 或 3 或個案或照顧者出現嚴重影響日常生活功能之失落哀傷反應 (複雜性哀傷 Complicated grief)] | | |
| 題目 | CVI | 更新後題目 | 第一回合後修訂情況說明 | CVI |
| J. 主要照顧者負荷： J01. 睡眠受到干擾 J02. 體力上的負荷 J03. 需分配時間照顧其他家人 J04. 對個案的行為感到困擾 J05. 無法承受照顧壓力 評估結果：符合 J01-J05 其中任兩項 | 適合 1 重要 0.93 | - | 刪除，改為甲類指標 | - |

| | | | | |
|---|----------------------|---|--|----------------------|
| <p>I01a~I14a 在過去<u>三個月</u>內，個案是否有出現該類行為：</p> <p>I01.遊走、I02.日夜顛倒/作息混亂、I03.語言攻擊行為、I04.肢體攻擊行為、I05.干擾行為、I06.抗拒照護、I07.妄想、I08.幻覺、I09.恐懼或焦慮、I10.憂鬱及負性症狀、I11.自傷行為及自殺、I12.重複行為、I13.對物品的攻擊行為、I14.其他不適當以及不潔行為</p> <p>(延續上題) I01b~I14b 在過去<u>一週</u>內，個案若有出現該類行為，多久？：</p> <p>1.從未發生 2.每週出現 1-3 天 3.每週出現 4-7 天</p> <p>評估結果：以上任行為勾選 2. 有發生，且 I01b~I14b 任一項勾選 2 或 3</p> | <p>適合 1 重要 1</p> | <p>I01a~I14a 在過去<u>三個月</u>內，個案是否有出現該類行為：I01.遊走、I02.日夜顛倒/作息混亂、I03.語言攻擊行為、I04.肢體攻擊行為、I05.干擾行為、I06.抗拒照護、I07.妄想、I08.幻覺、I09.恐懼或焦慮、I10.憂鬱及負性症狀、I11.自傷行為及自殺、I12.重複行為、I13.對物品的攻擊行為、I14.其他不適當以及不潔行為</p> <p>(延續上題) I01b~I14b 在過去<u>一週</u>內，個案若有出現該類行為，多久？：</p> <p>1.從未發生 2.每週出現 1-3 天 3.每週出現 4-7 天</p> <p>評估結果：以上任兩項行為勾選 2. 有發生，且 I01b~I14b 任兩項均需勾選 2 或 3</p> | <p>改為 I01a~I14a.中任兩項的頻率為勾選 2 或 3</p> | <p>適合 1 重要 1</p> |
| - | - | ※個案或照顧者出現嚴重影響日常生活功能之失落哀傷反應（複雜性哀傷 Complicated grief）（新增） | 新增委員建議 | 適合 0.87 重要 0.87 |
| - | - | 對於本表上方所呈現「CB03 乙類指標之組合公式」，請提出審查建議，例如：公式是否適切或需要修正 | 新增 | 適合 0.93 重要 0.93 |

3) 其他指標：參考模式驗證專家提出之建議指標。

| 第一回合指標 | | 第二回合指標 | | |
|--|--------------------|--------|-----------------|-----|
| 題目 | CVI | 更新後題目 | 第一回合後 修訂情況說明 | CVI |
| H2b 社會參與不足 1.沒有 2.每年至少 1 次 3.每六個月至少 1 次 4.每三個月至少 1 次 5.每一個月至少 1 次 6.每週至少 1 次 評估結果為：1 或 2 或 3 或 4 | 適合 0.73 重要 0.67 | - | 刪除 | - |

6. CB04 臥床或長期活動受限照護

1) 甲類指標：若個案的評估狀況符合者以下內涵，則『建議轉介』CB04

| 第一回合指標 | | 第二回合指標 | | |
|---|--------------------|---|---------------------------------|--------------|
| (E8 評估結果：個案狀況符合 3 或 4) 且 (J01、J02、J04、J05 評估結果：任一選 2. 是) 且 (G 至少有其中一項有勾選異常或需要指導 或 I 至少有一項有勾選 2. 有發生) | | E8 評估結果：個案狀況符合 3 或 4) 且 (J01~J05 評估結果：至少任一項勾選 2.是) 且 (G 至少有其中一項有勾選異常或需要指導) | | |
| 題目 | CVI | 更新後題目 | 第一回合後 修訂情況說明 | CVI |
| E8 移位 (個案日常活動功能量表 ADLs)： 1.可自行維持坐姿平衡，移至椅子或用輪椅 2.移位時需少部分協助或提醒 3.可自行維持坐姿平衡，離床需大部分協助 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維持坐姿平衡或需人幫忙才能移位 評估結果：個案狀況符合 3 或 4 | 適合 0.95 重要 1 | E8 移位 (個案日常活動功能量表 ADLs)： 1.可自行維持坐姿平衡，移至椅子或用輪椅 2.移位時需少部分協助或提醒 3.可自行維持坐姿平衡，離床需大部分協助 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維持坐姿平衡或需人幫忙才能移位 評估結果：個案狀況符合 3 或 4 | 維持原項目 | 適合 1 重要 1 |
| J. 主要照顧者負荷： J01. 睡眠受到干擾 J02. 體力上的負荷 J04. 對個案的行為感到困擾 J05. 無法承受照顧壓力 評估結果：至少 01、02、04、05 任一項勾選 2. 是 | 適合 0.89 重要 0.89 | J. 主要照顧者負荷： J01.睡眠受到干擾 J02.體力上的負荷 J03.需分配時間照顧其他家人 J04.對個案的行為感到困擾 J05.無法承受照顧壓力 評估結果：以上任一項勾選 2.是 | 維持與其他碼別的一致性，故加回 J03.需分配時間照顧其他家人 | 適合 1 重要 1 |
| G.特殊複雜照護需要： | 適合 1 | G.特殊複雜照護需要： | 維持原項目 | 適合 1 |

| | | | | |
|---|--------------------|---|--|--------------------|
| G1.疼痛狀況、G2.皮膚狀況、G3.關節活動度、G4.疾病史與營養評估、G5.進階照顧、G6.吞嚥能力、G7.個案被診斷為失智症後，照顧者是否有接受護理人員或其他專業人員提供下列的教導？、G8.跌倒、平衡及安全 評估結果：至少有其中一項有勾選異常或需要指導 | 重要 1 | G1.疼痛狀況、G2.皮膚狀況、G3.關節活動度、G4.疾病史與營養評估、G5.進階照顧、G6.吞嚥能力、G7.個案被診斷為失智症後，照顧者是否有接受護理人員或其他專業人員提供下列的教導？、G8.跌倒、平衡及安全 評估結果：至少有其中一項有勾選異常或需要指導 | | 重要 1 |
| I.情緒及行為型態： I01.遊走、I02.日夜顛倒/作息混亂、I03.語言攻擊行為、I04.肢體攻擊行為、I05.干擾行為、I06.抗拒照護、I07.妄想、I08.幻覺、I09.恐懼或焦慮、I10.憂鬱及負性症狀、I11.自傷行為及自殺、I12.重複行為、I13.對物品的攻擊行為、I14.其他不適當以及不潔行為 評估結果：至少有一項有勾選 2. 有發生 | 適合 0.84 重要 0.84 | - | 刪除 因此項較屬於困擾行為照護（CB03），與本碼別（長期臥床個案）關聯性較低 | - |
| - | - | 對於本表上方所呈現「CB04 甲類指標之組合公式」，請提出審查建議，例如：公式是否適切或需要修正 | 新增 | 適合 0.95 重要 0.95 |

2) 乙類指標：若個案的評估狀況符合者以下內涵，則『強烈建議轉介』CB04

| 第一回合指標 | 第二回合指標 |
|---|---|
| E8(評估結果：個案狀況符合 3 或 4) 且 (J01、J02、J04、J05 評估結果：任一選 2. 是) 且(G 和 I 合併共 22 題中至少有其中兩項有勾選異常或需要指導、或 I 項勾選 2.有發生) | 甲類指標符合 且 (J01~J05 評估結果：至少任兩項勾選 2. 是) 且 [(G 至少任兩項有勾選異常或需要指導) 或 個案或照顧者出現嚴重影響日常生活功能之失落哀傷] |

| | | 反應（複雜性哀傷 Complicated grief）（新增）] | | |
|---|--------------------|---|---------------------------------|--------------|
| 題目 | CVI | 更新後題目 | 第一回合後 修訂情況說明 | CVI |
| E8 移位（個案日常活動功能量表 ADLs）： 1.可自行維持坐姿平衡，移至椅子或用輪椅 2.移位時需少部分協助或提醒 3.可自行維持坐姿平衡，離床需大部分協助 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維持坐姿平衡或需人幫忙才能移位 評估結果：個案狀況符合 3 或 4 | 適合 0.89 重要 1 | - | 刪除 改為甲類指標 | - |
| J. 主要照顧者負荷： J01. 睡眠受到干擾 J02. 體力上的負荷 J04. 對個案的行為感到困擾 J05. 無法承受照顧壓力 評估結果：至少 01、02、04、05 任兩項勾選 2. 是 | 適合 0.89 重要 0.89 | J. 主要照顧者負荷： J01.睡眠受到干擾 J02.體力上的負荷 J03.需分配時間照顧其他家人 J04.對個案的行為感到困擾 J05.無法承受照顧壓力 評估結果：以上任兩項勾選 2.是 | 維持與其他碼別的一致性，故加回 J03.需分配時間照顧其他家人 | 適合 1 重要 1 |
| G 和 I 合併共 22 題中 G.特殊複雜照護需要：G1.疼痛狀況、G2.皮膚狀況、G3.關節活動度、G4.疾病史與營養評估、G5.進階照顧、G6.吞嚥能力、G7.個案被診斷為失智症後，照顧者是否有接受護理人員或其他專業人員提供下列的教導？、G8.跌倒、平衡及安全 | 適合 1 重要 1 | G 和 I 合併共 22 題中 G.特殊複雜照護需要：G1.疼痛狀況、G2.皮膚狀況、G3.關節活動度、G4.疾病史與營養評估、G5.進階照顧、G6.吞嚥能力、G7.個案被診斷為失智症後，照顧者是否有接受護理人員或其他專業人員提供下列的教導？、G8.跌倒、平衡及安全 I.情緒及行為型態：I01.遊走、I02.日夜顛倒 | 刪除 I.情緒及行為型態，只保留 G | 適合 1 重要 1 |

| | | | | |
|---|---|---|--------|--------------------|
| I.情緒及行為型態：I01.遊走、I02.日夜顛倒/作息混亂、I03.語言攻擊行為、I04.肢體攻擊行為、I05.干擾行為、I06.抗拒照護、I07.妄想、I08.幻覺、I09.恐懼或焦慮、I10.憂鬱及負性症狀、I11.自傷行為及自殺、I12.重複行為、I13.對物品的攻擊行為、I14.其他不適當以及不潔行為 評估結果：至少有其中兩項有勾選異常或需要指導或 1 項勾選 2.有發生 | | /作息混亂、I03.語言攻擊行為、I04.肢體攻擊行為、I05.干擾行為、I06.抗拒照護、I07.妄想、I08.幻覺、I09.恐懼或焦慮、I10.憂鬱及負性症狀、I11.自傷行為及自殺、I12.重複行為、I13.對物品的攻擊行為、I14.其他不適當以及不潔行為 評估結果：至少有其中兩項有勾選異常或需要指導或 1 項勾選 2.有發生 | | |
| - | - | ※個案或照顧者出現嚴重影響日常生活功能之失落哀傷反應(複雜性哀傷 Complicated grief) (新增) | 新增委員建議 | 適合 0.84 重要 0.89 |
| - | - | 對於本表上方所呈現 「CB04 乙類指標之組合公式」，請提出審查建議，例如：公式是否適切或需要修正 | 新增 | 適合 0.9 重要 0.9 |

3) 其他指標：參考模式驗證專家提出之建議指標。

| 第一回合指標 | | 第二回合指標 | | |
|---|--------------------|--------|-----------------|-----|
| 題目 | CVI | 更新後題目 | 第一回合後 修訂情況說明 | CVI |
| 「多重疾病管理」 是否個案同時具有三種（含）以上之下列疾病： 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】？ 03.骨骼系統（關節炎、骨折、骨質疏鬆症） 05.腦血管意外（中風）、暫時性腦部缺血（小中風） | 適合 0.68 重要 0.74 | - | 刪除 | - |

| | | | | |
|--------------------------------|--|--|--|--|
| 08.癌症（過去五年內） | | | | |
| 09.呼吸系統疾病（氣喘、慢性阻塞性肺病、肺炎、呼吸衰竭等） | | | | |
| 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） | | | | |
| 評估結果：至少有其中三項有勾選 | | | | |

7. CC01 居家環境安全或無障礙空間規劃

1) 甲類指標：若個案的評估狀況符合者以下內涵，則『建議轉介』CC01

| 第一回合指標 | | 第二回合指標 | | |
|--|--------------------|--|------------------------------|--------------|
| H1e 個案居住處是否有任何環境上的障礙會影響到日常生活：評估結果：個案狀況符合 2~7 任何一項 | | H1e 個案居住處是否有任何環境上的障礙會影響到日常生活：評估結果：個案狀況符合 2~7 任何一項 且 G8d 你的日常活動是否因擔心跌倒而不做：勾選 2.會擔心 | | |
| 題目 | CVI | 更新後題目 | 第一回合後 修訂情況說明 | CVI |
| H1e 個案居住處是否有任何環境上的障礙會影響到日常生活： 1.環境構造上的障礙並不構成問題 2.個案的活動範圍有階梯（如：去廁所、就寢、用餐地方） 3.個案的活動範圍有跌倒風險（如：光線昏暗、地板濕滑或不平、地面有障礙物或線路） 4.個案從室內到室外有階梯或門檻 5.個案使用助行器或輪椅，室內走道過於狹窄或有阻礙 6.空間不夠置放額外的醫療設備或器材（如：病床、呼吸器） 7.其他：（請註明） 8.不適用 評估結果：個案狀況符合 2~7 任何一項 | 適合 0.93 重要 0.93 | H1e 個案居住處是否有任何環境上的障礙會影響到日常生活： 1.環境構造上的障礙並不構成問題 2.個案的活動範圍有階梯（如：去廁所、就寢、用餐地方） 3.個案的活動範圍有跌倒風險（如：光線昏暗、地板濕滑或不平、地面有障礙物或線路） 4.個案從室內到室外有階梯或門檻 5.個案使用助行器或輪椅，室內走道過於狹窄或有阻礙 6.空間不夠置放額外的醫療設備或器材（如：病床、呼吸器） 7.其他：（請註明） 8.不適用 評估結果：個案狀況符合 2~7 任何一項 | 維持原項目 | 適合 1 重要 1 |
| - | - | G8d 你的日常活動是否因擔心跌倒而不做（新增） 1.不會擔心 | 新增 單有環境障礙不構成 需要專業服務，尚須 | 適合 1 重要 1 |

| | | | | |
|---|---|--|--|--------------------|
| | | 2.會擔心 3.不適用（坐輪椅者、臥床者） 評估結果：2.會擔心 ※或照顧者擔心個案因跌倒影響日常活動 | 個案有跌倒疑慮。 ※或照顧者擔心個案因跌倒影響日常活動因有時候認知功能不佳者無法自行意識到跌倒風險 | |
| - | - | 對於本表上方所呈現「CC01 甲類指標之組合公式」，請提出審查建議，例如：公式是否適切或需要修正 | 新增 | 適合 0.93 重要 0.93 |

2) 乙類指標：若個案的評估狀況符合者以下內涵，則『強烈建議轉介』CC01

| 第一回合指標 | | 第二回合指標 | | |
|---|--------------|--------------------------------|-------------|-----|
| H1e 個案居住處是否有任何環境上的障礙會影響到日常生活：評估結果：個案狀況符合 2~7 任何一項 且(G8c 有出現 2 或 3 任一項) | | 甲類指標符合 且(G8c 有出現 2 或 3 任一項) | | |
| 題目 | CVI | 更新後題目 | 第一回合後修訂情況說明 | CVI |
| H1e 個案居住處是否有任何環境上的障礙會影響到日常生活： 1.環境構造上的障礙並不構成問題 2.個案的活動範圍有階梯（如：去廁所、就寢、用餐地方） 3.個案的活動範圍有跌倒風險（如：光線昏暗、地板濕滑或不平、地面有障礙物或 | 適合 1 重要 1 | - | 改為 甲類指標 | - |

| | | | | |
|--|--------------|--|-------|-----------------|
| 線路) 4.個案從室內到室外有階梯或門檻 5.個案使用助行器或輪椅，室內走道過於狹窄或有阻礙 6.空間不夠置放額外的醫療設備或器材（如：病床、呼吸器） 7.其他：（請註明） 8.不適用 評估結果：個案狀況符合 2~7 任何一項 | | | | |
| G8c.過去 12 個月中，個案有沒有跌倒或摔倒過（例如：走路時跌倒、滑倒、坐著或站著沒坐好或站好，或暈眩而摔倒，還是躺著時摔下，無論是否有受傷）： 1.沒有跌倒或摔倒過 2.跌倒或摔倒 1 次 3.跌倒或摔倒 2 次以上（含 2 次） 評估結果：有出現 2 或 3 任一項 | 適合 1 重要 1 | G8c.過去 12 個月中，個案有沒有跌倒或摔倒過（例如：走路時跌倒、滑倒、坐著或站著沒坐好或站好，或暈眩而摔倒，還是躺著時摔下，無論是否有受傷）： 1.沒有跌倒或摔倒過 2.跌倒或摔倒 1 次 3.跌倒或摔倒 2 次以上（含 2 次） 評估結果：有出現 2 或 3 任一項 | 維持原項目 | 適合 1 重要 0.93 |
| - | - | 對於本表上方所呈現「CC01 乙類指標之組合公式」，請提出審查建議，例如：公式是否適切或需要修正 | 新增 | 適合 1 重要 1 |

3) 其他指標：參考模式驗證專家提出之建議指標。

| 第一回合指標 | | 第二回合指標 | | |
|-----------|---------|--------|-------------|-----|
| 題目 | CVI | 更新後題目 | 第一回合後修訂情況說明 | CVI |
| G8b 站立平衡差 | 適合 0.79 | - | 刪除 | - |

| | | | | |
|---|--------------------|------|---------|---|
| 1.正常，不靠扶持能站立達一分鐘以上 2.較差，不靠扶持只能站立十秒鐘至一分鐘 3.極差，不靠扶持只能站立少於十秒鐘（包括完全無法站） 評估結果：勾選 2 或 3 | 重要 0.79 | | | |
| G8d 你的日常活動是否因擔心跌倒而不做 1.不會擔心 2.會擔心 3.不適用（坐輪椅者、臥床者） 評估結果：勾選 2 | 適合 0.79 重要 0.86 | 甲類指標 | 新增為甲類指標 | - |

8. CD02 居家護理指導與諮詢

1) 甲類指標：若個案的評估狀況符合者以下內涵，則『建議轉介』CD02

| 第一回合指標 | | 第二回合指標 | | |
|---|----------------------|---|-----------------|----------------------|
| G5a 勾選 2.有，再勾選 01~23 任一項 | | G5a 勾選 2.有，再勾選 01~23 任一項 | | |
| 題目 | CVI | 更新後題目 | 第一回合後 修訂情況說明 | CVI |
| <p>G5a.個案目前是否接受進階照顧： 評估結果：G5a 勾選 2.有，再勾選 01~23 任一項 項目：</p> <p>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(含膀胱造口管護理)、12.留置導尿管護理（含尿袋、小腿袋使用）、13.一般導尿(單次導尿)、14.糞嵌塞清除、大小量灌腸、留置性灌腸、16.腸道造口護理（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、22.血液透析、23.腹膜透析</p> | <p>適合 1 重要 1</p> | <p>G5a.個案目前是否接受進階照顧： 評估結果：G5a 勾選 2.有，再勾選 01~23 任一項 項目：</p> <p>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(含膀胱造口管護理)、12.留置導尿管護理（含尿袋、小腿袋使用）、13.一般導尿(單次導尿)、14.糞嵌塞清除、大小量灌腸、留置性灌腸、16.腸道造口護理（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、22.血液透析、23.腹膜透析</p> | 維持原項目 | <p>適合 1 重要 1</p> |
| - | - | 對於本表上方所呈現「CD02 甲類指標之組合公式」，請提出審 | 新增 | <p>適合 1 重要 1</p> |

| | | | | |
|--|--|--------------------|--|--|
| | | 查建議，例如：公式是否適切或需要修正 | | |
|--|--|--------------------|--|--|

2) 乙類指標：若個案的評估狀況符合者以下內涵，則『強烈建議轉介』CD02

| 第一回合指標 | | 第二回合指標 | | |
|---|------------------|--|-----------------|--------------|
| G5a 勾選 2.有， 再勾選 01、03、08、09、10、11、12、13、14、 16、17、18、19 任一項 | | G5a 勾選 2.有， 再勾選 01、03、08、09、10、11、12、13、14、16、17、18、19 任一項 且目前無健保的居家式護理介入（新增） | | |
| 題目 | CVI | 更新後題目 | 第一回合後 修訂情況說明 | CVI |
| G5a.個案目前是否接受進階照顧： 勾選 2.有，再勾選 01、03、08、09、10、 11、12、13、14、16、17、18、19 任一項 項目： 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、氣切造瘻口處理）、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(含膀胱造口管護 理)、12.留置導尿管護理（含尿袋、小腿 袋使用）、13.一般導尿(單次導尿)、14.糞 嵌塞清除、大小量灌腸、留置性灌腸、16. 腸道造口護理（含造口灌洗）、17.引流管 | 適合 0.9 重要 0.9 | G5a.個案目前是否接受進階照顧： 勾選 2.有，再勾選 01、03、08、09、10、 11、12、13、14、16、17、18、19 任一項 項目： 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、氣切造瘻口處理）、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(含膀胱造口管護 理)、12.留置導尿管護理（含尿袋、小腿 袋使用）、13.一般導尿(單次導尿)、14.糞 嵌塞清除、大小量灌腸、留置性灌腸、16.腸 道造口護理（含造口灌洗）、17.引流管灌 | 維持原項目 | 適合 1 重要 1 |

| | | | | |
|--|---|---|--------------------|--------------|
| 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、22.血液透析、23.腹膜透析 | | 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、22.血液透析、23.腹膜透析 | | |
| - | - | ※且目前無健保的居家式護理介入（新增） | 新增此項排除已日常使用健保資源的個案 | 適合 1 重要 1 |
| - | - | 對於本表上方所呈現「CD02 乙類指標之組合公式」，請提出審查建議，例如：公式是否適切或需要修正 | 新增 | 適合 1 重要 1 |

小結：

經過專家意見，提出各碼別之甲類及乙類轉介指標之組合公式，各碼別轉介組合公式 I-CVI 值均為 0.92~1，顯示極高之共識。德菲法最終之甲類指標與乙類指標組合請見表 40，八個碼別之組合甲乙表 I-CVI，請見表 41。可作為評定單位轉介專業服務及特定 C 碼的參考。

表 40：德菲法最終之甲類指標與乙類指標組合

➤ CA07 ADLs、IADLs 及生活復能-甲類指標

CA07 ADLs、IADLs 及生活復能

甲類指標：若個案的評估狀況符合者以下內涵，則『建議轉介』CA07

(C1.個案意識狀態：評估結果為：1~3 任一項) 且 (C5.個案理解能力：評估結果為：1~3 任一項) 且 [(E. ADLs：未達滿分) 或 (F. IADLs：未達滿分) 或 (G8d 你的日常活動是否因擔心跌倒而不做)] = 甲類指標

C1.個案意識狀態：

- 1.清醒
- 2.嗜睡
- 3.混亂

→評估結果 1~3 任一項

+

C5.個案理解能力：

- 1.良好
- 2.僅可理解簡單的句子
- 3.僅可理解關鍵的字或詞

→評估結果為：1~3 任一項

+

E.大題日常活動功能量表(ADLs)

→未達滿分

或

F.大題工具性日常活動功能量表(IADLs)

→未達滿分

或

= 甲類指標

G8d 你的日常活動是否因擔心跌倒而不做

- 1.不會擔心
- 2.會擔心
- 3.不適用（坐輪椅者、臥床者）

→評估結果為：2

➤ CA07 ADLs、IADLs 及生活復能-乙類指標

CA07 ADLs、IADLs 及生活復能

乙類指標：若個案的評估狀況符合者以下內涵，則『強烈建議轉介』CA07

甲類指標 且 [(G8c 2~3) 或 (J. 5 題中有 3 題以上) 或 GA10.個案有使用輔具的問題 或 ※半年內 ADL 功能有變差] = 乙類指標

甲類指標

+

G8c.在過去 12 個月中，個案有沒有跌倒或摔倒過：

2. 跌倒或摔倒 1 次

3. 跌倒或摔倒 2 次以上（含 2 次）

→評估結果為：2 或 3

或

J.主要照顧者負荷：

J01.睡眠受到干擾

J02.體力上的負荷

J03.需分配時間照顧其他家人

J04.對個案的行為感到困擾

J05.無法承受照顧壓力

→評估結果符合 J01~J05 任 3 項選擇『2. 是』

或

GA10.個案是否有輔具使用上的問題 →評估結果為：有

或

※半年內 ADL 功能有變差 →評估結果為：此題回答『是』

= 乙類指標

➤ CA08 個別化服務計畫 (ISP) 擬定與執行-甲類指標

CA08 個別化服務計畫 (ISP) 擬定與執行

甲類指標：若個案的評估狀況符合者以下內涵，則『建議轉介』CA08

(C1.個案意識狀態：評估結果為：1~3 任一項) 且 (C5.個案理解能力：評估結果為：1~3 任一項) 且 [(E.ADLs：未達滿分) 或 (F.IADLs：未達滿分) 或 (G8d 你的日常活動是否因擔心跌倒而不做) 或 (H2b 社會參與不足)] = 甲類指標

C1.個案意識狀態：

- 1.清醒
- 2.嗜睡
- 3.混亂

→評估結果 1~3 任一項

+

C5.個案理解能力：

- 1.良好
- 2.僅可理解簡單的句子
- 3.僅可理解關鍵的字或詞

→評估結果為：1~3 任一項

+

E.大題日常活動功能量表(ADLs)

→未達滿分

或

F.大題工具性日常活動功能量表(IADLs)

→未達滿分

或

G8d 你的日常活動是否因擔心跌倒而不做

- 1.不會擔心
- 2.會擔心
- 3.不適用 (坐輪椅者、臥床者)

→評估結果為：2

或

H2b 社會參與不足

- 1.沒有
- 2.每年至少 1 次
- 3.每六個月至少 1 次
- 4.每三個月至少 1 次
- 5.每一個月至少 1 次
- 6.每週至少 1 次

→評估結果為：1 或 2 或 3 或 4

= 甲類指標

➤ CA08 個別化服務計畫 (ISP) 擬定與執行-乙類指標

CA08 個別化服務計畫 (ISP) 擬定與執行

乙類指標：若個案的評估狀況符合者以下內涵，則『強烈建議轉介』CA08

甲類指標 且 [(G8c 為 2~3) 或 (J. 5 題中有 3 題以上) 或 GA10.個案有使用輔具問題 或 ※半年內 ADL 功能有變差] = 乙類指標

甲類指標

+

G8c.在過去 12 個月中，個案有沒有跌倒或摔倒過：

2. 跌倒或摔倒 1 次

3. 跌倒或摔倒 2 次以上 (含 2 次)

→評估結果為：2 或 3

或

J.主要照顧者負荷：

J01.睡眠受到干擾

J02.體力上的負荷

J03.需分配時間照顧其他家人

J04.對個案的行為感到困擾

J05.無法承受照顧壓力

→評估結果符合 J01~J05 任 3 項選擇『2. 是』

或

GA10.個案是否有輔具使用上的問題 →評估結果為：有

或

※半年內 ADL 功能有變差 →評估結果為：此題回答『是』

=

乙類指標

➤ CB01 營養照護-甲類指標

CB01 營養照護

甲類指標：若個案的評估狀況符合者以下內涵，則『建議轉介』CB01

(G4a 評估結果為：1 或 2) 或 (G4c 評估結果為：1~3 任一項) 或 (G5. 進階照顧個案狀況符合 01、02、16、19、22、23 任一項) = 甲類指標

G4a. 個案過去 3 個月體重是否減輕

1. 非計畫性體重減輕超過 3 公斤。
2. 非計畫性體重減輕 1~3 公斤。

→評估結果為：1 或 2

或

G4c. 個案一般的飲食狀況：

1. 未吃完，每餐進食量不超過整餐的 1/3，或除正餐外沒有補充任何點心，或被禁食（或採清流質或靜脈輸液超過 5 天），或灌食自製管灌飲食小於 1600c.c./日，或攝取的管灌飲食小於 800 大卡/日。
2. 未吃完，每餐進食量不超過整餐的 1/2，或偶爾吃點心，或灌食自製管灌飲食小於 2000c.c./日，或攝取的管灌飲食小於 1000 大卡/日。
3. 未吃完，每餐進食量超過整餐的 1/2，或有時拒絕用餐但會吃點心，或灌食自製管灌飲食小於 2400c.c./日，或攝取的管灌飲食小於 1200 大卡/日。

→評估結果為：1-3 任一項

或

G5. 進階照顧：

- 01.插入（更換）鼻胃管或胃造口管護理
- 02.管灌餵食
- 16.腸道造口護理
- 19.壓傷處理
- 22.血液透析
- 23.腹膜透析

→評估結果為：個案狀況符合 01. 02. 16. 19. 22. 23 任一項

= 甲類指標

➤ CB01 營養照護-乙類指標

CB01 營養照護

乙類指標：若個案的評估狀況符合者以下內涵，則『強烈建議轉介』CB01

甲類指標 且 [(G2d 傷口情形：評估結果為：勾選 3、4、5、6、7 其中一項) 或 (G2d1.壓傷等級≥3.第三級(含)以上) 或 (G4d.3 題中至少 2 題符合以下情況(G4d1.評估結果為：1、G4d2.評估結果為： 2、G4d3 評估結果為：1) = 乙類指標

甲類指標

+

G2d. 傷口情形：

3. 燒燙傷
4. 術後傷口
5. 延遲癒合之手術傷口
6. 糖尿病足潰瘍
7. 血管性潰瘍

→評估結果為：個案狀況符合 3.4.5.6.7 任一項

或

G2d1. 壓傷等級：

3. 第三級
4. 第四級
5. 無法分級
6. 深層組織損傷

→評估結果為：個案狀況符合 3.4.5.6 任一項

或

G4d. 衰弱評估 (SOF)：

G4d1. 您是否在未刻意減重的情況下，過去一年中體重減少了 5%以上？ 1.是 2.否

G4d2. 您是否可以在不用手支撐的狀況下，從椅子上站起來 5 次？ 1.是 2.否

G4d3. 在過去一週內，您是否經常（一個禮拜內有 3 天以上）有提不起勁來做事的感覺？ 1.是 2.否

→評估結果為：3 題中至少 2 題符合以下情況：G4d1.評估結果為：1、G4d2.評估結果為： 2、G4d3 評估結果為：1

= 乙類指標

➤ **CB02 進食與吞嚥照護-甲類指標**

CB02 進食與吞嚥照護

甲類指標：若個案的評估狀況符合者以下內涵，則『建議轉介』CB02

(G6a 至少符合 2-6 其中一項) 或 [(G5a 有進階照護並勾選 1.2 任一項：01.插入（更換）鼻胃管或胃造口管護理或 02.管灌餵食) 且 C1.個案意識狀態：1.清醒 且 C5.個案理解能力 1~3 任一項] = 甲類指標

※建議個案須接受吞嚥攝影檢查

【由口進食者】

G6a. 個案是否有任何關於吞嚥困難的情形或症狀？

2. 抱怨吞嚥困難或吞嚥時會疼痛
3. 吃東西或喝水的時候出現咳嗽或噎咳
4. 用餐後嘴中仍含著食物或留有殘餘食物
5. 當喝或吃流質或固質的食物時，食物會從嘴角邊流失
6. 有流口水之情形

→評估結果為：個案狀況至少符合 2-6 其中一項

或

【非由口進食者，訓練個案本身改進吞嚥情況】

G5a 進階照顧：

01. 插入（更換）鼻胃管或胃造口管護理

02. 管灌餵食

→評估結果為：個案狀況有勾選 2.有進階照顧。並狀況符合 1.2 任一項

且

C1. 個案意識狀態：

1. 清醒

→評估結果為：1

且

C5. 個案理解能力：

1. 良好

2. 僅可理解簡單的句子

3. 僅可理解關鍵的字或詞

→評估結果為：1.2.3 任一項

= **甲類指標**

➤ CB02 進食與吞嚥照護-乙類指標

CB02 進食與吞嚥照護

乙類指標：若個案的評估狀況符合者以下內涵，則『強烈建議轉介』CB02

甲類指標 且〔(G4a 評估結果符合 1、2、4 任一項) 或 G4c 評估結果為：1 或 2 任一項 或 ※近半年內曾被診斷有吸入性肺炎，或因吞嚥問題造成飲水量減少而被診斷過泌尿道感染〕= 乙類指標

G4a. 個案過去 3 個月體重是否減輕：

1. 非計畫性體重減輕超過 3 公斤。
2. 非計畫性體重減輕 1~3 公斤
3. 體重無變化。
4. 不知道

→評估結果為：個案狀況符合 1.2.4 任一項

或

G4c. 個案一般的飲食狀況：

1. 未吃完，每餐進食量不超過整餐的 1/3，或除正餐外沒有補充任何點心，或被禁食（或採清流質或靜脈輸液超過 5 天），或灌食自製管灌飲食小於 1600c.c./日，或攝取的管灌飲食小於 800 大卡/日。
2. 未吃完，每餐進食量不超過整餐的 1/2，或偶爾吃點心，或灌食自製管灌飲食小於 2000c.c./日，或攝取的管灌飲食小於 1000 大卡/日。

→評估結果為：1 或 2 任一項

或

※近半年內曾被診斷有吸入性肺炎，或因吞嚥問題造成飲水量減少而被診斷過泌尿道感染

甲類指標

+

= 乙類指標

➤ CB03 困擾行為照護-甲類指標

CB03 困擾行為照護

甲類指標：若個案的評估狀況符合者以下內涵，則『建議轉介』CB03

(J 大類中評估結果：J01-J05 其中任兩項) + (I01a~I14a 任兩項行為勾選 2.有發生) = 甲類指標

※若照顧者為外國籍/本國籍看護也應詢問其照顧負荷

J. 主要照顧者負荷

J01. 睡眠受到干擾

J02. 體力上的負荷

J03. 需分配時間照顧其他家人

J04. 對個案的行為感到困擾

J05. 無法承受照顧壓力

→評估結果：符合 J01-J05 其中任兩項

I01a~I14a. 在過去三個月內，個案是否有出現該類行為：

I01.遊走、I02.日夜顛倒/作息混亂、I03.語言攻擊行為、I04.肢體攻擊行為 I05.干擾行為 I06.抗拒照護、I07.妄想、I08.幻覺、I09.恐懼或焦慮、I10.憂鬱及負性症狀、I11.自傷行為及自殺、I12.重複行為、I13.對物品的攻擊行為、I14.其他不適當以及不潔行為

→評估結果：以上任兩項行為勾選 2. 有發生

+

= **甲類指標**

➤ CB03 困擾行為照護-乙類指標

CB03 困擾行為照護

乙類指標：若個案的評估狀況符合者以下內涵，則『強烈建議轉介』CB03

甲類指標 且 [I01b~I14b 的出現頻率為 2.(每週出現 1~3 天)或 3(每週出現 4~7) 或 個案或照顧者出現嚴重影響日常生活功能之失落哀傷反應 (複雜性哀傷 Complicated grief)] = 乙類指標

甲類指標

+

I01a~I14a 任兩項行為有勾選 2 有發生，且「在過去一週內。個案若有出現該類行為，多久?」：

1. 從未發生
2. 每週出現 1-3 天
3. 每週出現 4-7 天

→評估結果：以上任兩項行為的出現頻率題項均需勾選 2 或 3

= 乙類指標

或

※個案或照顧者出現嚴重影響日常生活功能之失落哀傷反應 (複雜性哀傷 Complicated grief)

➤ CB04 臥床或長期活動受限照護 -甲類指標

CB04 臥床或長期活動受限照護

甲類指標：若個案的評估狀況符合者以下內涵，則『建議轉介』CB04

(E8 評估結果：個案狀況符合 3 或 4) 且 (J01~J05 評估結果：至少任一項勾選 2.是) 且 (G 至少有其中一項有勾選異常或需要指導) = 甲類指標

E8 移位：

- 1.可自行維持坐姿平衡，移至椅子或用輪椅
- 2.移位時需少部分協助或提醒
- 3.可自行維持坐姿平衡，離床需大部分協助
- 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維持坐姿平衡或需人幫忙才能移位

→評估結果：勾選 3 或 4

+

J. 主要照顧者負荷：

- J01. 睡眠受到干擾**
J02. 體力上的負荷
J03. 需分配時間照顧其他家人
J04. 對個案的行為感到困擾
J05. 無法承受照顧壓力至少

→評估結果：以上任一項勾選 2.是

+

G. 特殊複雜照護需要

→評估結果：至少有一項
勾選異常或需要指導

=

甲類指標

➤ CB04 臥床或長期活動受限照護 –乙類指標

CB04 臥床或長期活動受限照護

乙類指標：若個案的評估狀況符合者以下內涵，則『強烈建議轉介』CB04

甲類指標 且 (J01~J05 評估結果：至少任兩項勾選 2. 是) 且 [(G 至少任兩項有勾選異常或需要指導) 或 個案或照顧者出現嚴重影響日常生活功能之失落哀傷反應 (複雜性哀傷 Complicated grief)] = 乙類指標

甲類指標

+

J. 主要照顧者負荷：

J01. 睡眠受到干擾

J02. 體力上的負荷

J03. 需分配時間照顧其他家人

J04. 對個案的行為感到困擾

J05. 無法承受照顧壓力至少

→評估結果：以上任兩項勾選 2.是

+

G. 特殊複雜照護需要

→評估結果：至少有任兩項勾選異常或需要指導

或

=

乙類指標

※個案或照顧者出現嚴重影響日常生活功能之失落哀傷反應
(複雜性哀傷 Complicated grief)

➤ CC01 居家環境安全或無障礙空間規劃 -甲類指標

CC01 居家環境安全或無障礙空間規劃

甲類指標：若個案的評估狀況符合者以下內涵，則『建議轉介』CC01

H1e 個案居住處是否有任何環境上的障礙會影響到日常生活：評估結果：個案狀況符合 2~7 任何一項 且 G8d 你的日常活動是否因擔心跌倒而不做：勾選 2.會擔心 = 甲類指標

H1e 個案居住處是否有任何環境上的障礙會影響到日常生活

2. 個案的活動範圍有階梯（如：去廁所、就寢、用餐地方）
3. 個案的活動範圍有跌倒風險（如：光線昏暗、地板濕滑或不平、地面有障礙物或線路）
4. 個案從室內到室外有階梯或門檻
5. 個案使用助行器或輪椅，室內走道過於狹窄或有阻礙
6. 空間不夠置放額外的醫療設備或器材（如：病床、呼吸器）
7. 其他：（請註明）

→評估結果：個案狀況符合 2~7 任何一項

+

G8d 你的日常活動是否因擔心跌倒而不做

1. 不會擔心
2. 會擔心
3. 不適用（坐輪椅者、臥床者）

→評估結果：2.會擔心

※或照顧者擔心個案因跌倒影響日常活動

= 甲類指標

➤ CC01 居家環境安全或無障礙空間規劃 -乙類指標

CC01 居家環境安全或無障礙空間規劃

乙類指標：若個案的評估狀況符合者以下內涵，則『強烈建議轉介』CC01

甲類指標 且 (G8c 有出現 2 或 3 任一項) = 乙類指標

甲類指標

+

G8c.過去 12 個月中，個案有沒有跌倒或摔倒過（例如：走路時跌倒、滑倒、坐著或站著沒坐好或站好，或暈眩而摔倒，還是躺著時摔下，無論是否有受傷）：

- 1.沒有跌倒或摔倒過
- 2.跌倒或摔倒 1 次
- 3.跌倒或摔倒 2 次以上（含 2 次）

→評估結果：有出現 2 或 3 任一項

= **乙類指標**

➤ CD02 居家護理指導與諮詢 - 甲類指標

CD02 居家護理指導與諮詢

甲類指標：若個案的評估狀況符合者以下內涵，則『建議轉介』CD02

G5a.個案目前是否接受進階照顧：1.無 2.有，續勾選下方 01~23 項：

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(含膀胱造口管護理)、12.留置導尿管護理（含尿袋、小腿袋使用）、13.一般導尿(單次導尿)、14.冀嵌塞清除、大小量灌腸、留置性灌腸、16.腸道造口護理（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、22.血液透析、23.腹膜透析

→評估結果：G5a 勾選 2.有，再勾選 01~23 任一項

= 甲類指標

➤ CD02 居家護理指導與諮詢 –乙類指標

CD02 居家護理指導與諮詢

乙類指標：若個案的評估狀況符合者以下內涵，且目前無健保的居家式護理介入，則『強烈建議轉介』CD02

G5a.個案目前是否接受進階照顧：1.無 2.有，續勾選下方：

01.插入（更換）鼻胃管或胃造口管護理、03.氣切護理（更換氣切造口管、氣切造口處理）、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(含膀胱造口管護理)、12.留置導尿管護理（含尿袋、小腿袋使用）、13.一般導尿(單次導尿)、14.大小量灌腸、留置性灌腸、16.腸道造口護理（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

= 乙類指標

→評估結果：勾選 2.有。再勾選 01、03、08、09、10、11、12、13、14、16、17、18、19 任一項，※且目前無健保的居家式護理介入

表 41：德菲法甲類與乙類指標各碼別組合之 I-CVI 值

| 碼別名稱 | 甲類指標之組合公式 I-CVI 值 | | 乙類指標之組合公式 I-CVI 值 | |
|------------------------|-------------------|------|-------------------|------|
| | 適合性 | 重要性 | 適合性 | 重要性 |
| CA07 ADLs、IADLs 及生活復能 | 1 | 1 | 0.95 | 0.95 |
| CA08 個別化服務計畫（ISP）擬定與執行 | 0.92 | 0.92 | 0.92 | 0.92 |
| CB01 營養照護 | 0.93 | 0.93 | 0.93 | 0.93 |
| CB02 進食與吞嚥照護 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| CB03 困擾行為照護 | 0.93 | 0.93 | 0.93 | 0.93 |
| CB04 臥床或長期活動受限照護 | 0.95 | 0.95 | 0.9 | 0.9 |
| CC01 居家環境安全或無障礙空間規劃 | 0.93 | 0.93 | 1 | 1 |
| CD02 居家護理指導與諮詢 | 1 | 1 | 1 | 1 |

十、教育訓練

依需求說明書所述，於 111 年 1 月~2 月舉辦共 7 場教育訓練課程，說明本計畫長照專業服務手冊與長照復能服務操作指引之修訂要點，對象包含縣市照管中心、A 單位、專業服務提供單位等相關人員。藉此強化長照相關服務人員之復能導向概念、專業知能及實務應用能力，促使長照服務團隊能更密切的溝通與合作，也可供經營管理者及政策制訂者政策或管理制度的參考，朝向服務品質提升的目標邁進。

(一)教育訓練日期、形式與報名資格

1. 教育訓練日期：

於民國 111 年 1 月至 2 月間共舉辦 7 場教育訓練，因應 COVID-19 疫情，為降低影響及提升離島長照人員參與度，採線上或實體形式辦理。第 1、3、4、5 場次每場名額限制 300 人，5 及 6 場次每場名額限制 500 人。第 2 場次因與會者限各地縣市政府長照中心等辦理相關業務主管職參與，故名額限制 80 人，各場次時間如下：

- (1) 民國 111 年 1 月 17 日（週一），下午場，時間：13:30~17:00。線上辦理，名額限制 300 人。
- (2) 民國 111 年 1 月 18 日（週二），下午場，時間：13:30~17:00。實體加線上辦理，名額限制 80 人。
- (3) 民國 111 年 1 月 21 日（週五），上午場，時間：08:30~12:00。線上辦理，名額限制 300 人。
- (4) 民國 111 年 1 月 21 日（週五），下午場，時間：13:30~17:00。線上辦理，名額限制 300 人。
- (5) 民國 111 年 1 月 25 日（週二），下午場，時間：13:30~17:00。線上辦理，名額限制 300 人。
- (6) 民國 111 年 2 月 11 日（週五），上午場，時間：08:30~12:00。線上辦理，名額限制 500 人。
- (7) 民國 111 年 2 月 11 日（週五），下午場，時間：13:30~17:00。線上辦理，名額限制 500 人。

2. 報名資格

優先錄取符合下列 1~4 身分任一項，且具有長照服務人員資格(長照小卡)者)，報名時需上傳長照小卡或含照片之工作證件圖檔：

- (1) 各縣市長照業務主管機關(含長期照顧管理中心)人員。
- (2) 長期照顧服務個案管理師(A 單位個管師、醫院出院準備個管師)。
- (3) 複合型服務中心(B 單位)負責人、督導人員、與任職於單位中提供長照專業服務之專業人員。
- (4) 長期照顧、身心障礙機構工作或參與社區中長期照顧實務工作者。

(二)教育訓練與會者基本資料

1. 與會者人數：總錄取人數 2209 人，完成簽到退之與會人數 1881 人。
已達需求說明書要求之至少 1000 人次。完成簽到退與課後測驗成績達 80 分以上人數為 1758 人，資料如表 42 所示。

表 42：教育訓練各場次與會人數統計

| | 1/17 | 1/18 | 1/21 上午場 | 1/21 下午場 | 1/25 | 2/11 上午場 | 2/1 下午場 | 總計 |
|----------------|------|------|-------------|-------------|------|-------------|------------|------|
| 報名人數 | 300 | 74 | 300 | 300 | 300 | 501 | 434 | 2209 |
| 完成簽到退之 與會人數 | 253 | 74 | 250 | 261 | 263 | 401 | 379 | 1881 |
| 出席率(%) | 84 | 100 | 83 | 87 | 88 | 80 | 87 | 85 |
| 核給學分人數 | 247 | 70 | 239 | 253 | 222 | 375 | 352 | 1758 |

2. 與會者縣市分布：參與人數最多的前三名縣市為台中市(265 人)、新北市(254 人)及台南市(200 人)，與會者除了遍及全台北中南東以外，亦包含離島如蘭嶼、連江縣、金門縣及澎湖縣等地，且本教育訓練參與之便利性獲得離島與會者一致好評，亦符合需求書中要求「全國北中南各 2 場，東部 1 場」之原意。詳細與會者縣市分布如表 43。

表 43：與會者所在縣市分布，N=1881

| 縣市 | 與會人數 | 縣市 | 與會人數 |
|-----|------|-----|------|
| 台北市 | 177 | 台南市 | 200 |
| 新北市 | 254 | 高雄市 | 197 |
| 基隆市 | 39 | 屏東縣 | 46 |
| 桃園市 | 82 | 宜蘭縣 | 33 |
| 新竹市 | 24 | 花蓮縣 | 49 |
| 新竹縣 | 54 | 台東縣 | 58 |
| 苗栗縣 | 40 | 連江縣 | 2 |
| 台中市 | 265 | 澎湖縣 | 36 |
| 彰化縣 | 105 | 金門縣 | 42 |
| 南投縣 | 35 | 無 | 20 |
| 雲林縣 | 47 | | |
| 嘉義市 | 48 | | |
| 嘉義縣 | 28 | | |

3. 與會者背景：本教育訓練報名情況踴躍，人數眾多，以具有長照小卡者優先錄取。與會者背景分為四類：(1)C 碼從業人員、(2)照專、A 個管(含出備個管師)、(3)居服督導(含少部分居服員)、(4)其他(衛生局人員、教師、社區機構人員等)。約有 6 成與會者均為 C 碼從業人員，其次為照專或 A 個管約佔 3 成。詳細之與會者背景請見表 44。

表 44：教育訓練與會者背景

| 教育訓練與會者背景 | 人數(%) |
|----------------------|-----------|
| C 碼從業人員 | 1120(60%) |
| 照專、A 個管(含出備個管師) | 577(31%) |
| 居服督導(含少部分居服員) | 106(6%) |
| 其他(衛生局人員、教師、社區機構人員等) | 78(4%) |

(三)教育訓練簡章、講義跟課程影片

教育訓練之簡章(附錄 二十五)與課程講義(附錄 二十六)均經長照司審核通過，每場教育訓練約 3.5 小時。課程進行中與會者均可在文字聊天室中提問，由團隊助理於課程中整理各項提問，並於最後 20~30 分鐘的 QA 時間，以現場直播方式由長照司與會長官和團隊主持群統一回覆提問，7 場教育訓練 QA 之彙整請見附錄 二十七。

教育訓練課程內容如下：

1. 復能概念與專業服務精神
2. 專業服務手冊介紹與重點變更說明
3. 專業服務操作指引介紹
4. 個案範例暨紀錄表單撰寫解析
5. 專業服務品質提升策略

以上 5 堂課程均已錄製為 mp4 影片檔，請見光碟中「教育訓練課程影片檔」資料夾。

伍、長照專業服務給付及支付制度檢討建議

一、問題檢討

1. 現行專業服務支給付制度未考慮需求分級，一視同仁。
2. 支給付制度並未設計去鼓勵民眾使用專業服務，優先開發自身能力和照顧技巧，而是快速導入勞力幫手代勞。專業服務利用過低，長照服務用於提升個案生活功能之比重過低，假性失能比例高。
3. 照顧需求等級未納入專業服務需求，CMS 等級無法反映專業服務之需求，照專與 A 個管轉介判別困難。
4. BC 碼額度合併計算的情況下，會擠壓到 C 碼的轉介，實務上多開立 B 碼，假性失能比例高。長照服務用於提升個案生活功能之比重過低。
5. A 個管工作量過重，開立專業服務需撰寫目標又需追蹤個案狀況及服務單位難以落實，專業服務行政程序繁複，此又會阻礙後續轉介專業服務的動機。
6. 專業服務未有完整的品質考評制度，也缺乏與品質連動的支付設計。
7. 全民對長照專業服務和復能之識能不足。

二、政策建議重點方向

有關專業服務給付與支付制度，及其相關配套，建議調整的重要方向為：給付制度方面：

- (一) 依據個案類型與需求差異，建立給付分級制。
- (二) 透過照顧需求評估確認有專業服務需求者，落實復能優先的長照。
- (三) 簡化行政作業，提高垂直與水平整合服務之效率。

支付制度方面：

- (一) 專業服務需求和支付額度，與照顧服務分立。
- (二) 結合品質評核制度，規劃並試辦論質支付。
- (三) 現行支付制度的建議。

其他配套方面：

- (一) 推動全面復能教育，建立全民復能識能。
- (二) 重要配套建議。

三、給付制度修正建議

(一) 給付分級制

1. 服務對象分類

長照 2.0 實施至今，即便是老人也有不同的失能問題和特質，而使用專業服務的對象種類眾多，包括不同年齡層及發展屬性，不應一視同仁，應依照主要類型及特質，提供不同目標之專業服務。經專家建議可分為五大主要類型，詳見下表 45。

表 45：專業服務個案類型與目標

| 個案類型與特性 | 專業服務主要目標 |
|--|---|
| 1. 針對具有功能恢復潛力的個案：例如甫出院，中風半年內、骨科個案、過去沒有接受過復健訓練之個案等。 | 提升個案日常生活活動功能表現、促進休閒與社區參與。 |
| 2. 針對進行性持續退化疾病的個案：例如失智症、帕金森氏症、肌肉萎縮等。 | 提供照顧者或個案功能維持或促進之技巧訓練。 |
| | 針對日常生活活動、休閒或社區參與等功能，儘可能維持或延緩退化。 |
| 3. 針對特殊照護需求之個案：例如疼痛問題、皮膚及傷口問題、營養不良、口腔照護問題、吞嚥困難、管路照顧、感染問題等。 | 提供照顧者照顧技巧指導，以改善個案之問題與狀況。 |
| 4. 針對有困擾行為、精神行為症狀者之失能心智障礙類個案：例如腦傷個案、慢性精神病患者、自閉症者、智能障礙者及失智症等。 | 提供照顧者照護指導、增進照顧者預防或因應困擾行為的知能與技巧。 |
| | 促進個案自立生活能力，提升其日常生活活動、休閒、及社區活動之參與，或延緩其退化。 |
| 5. 針對發展中的兒童長照個案：例如發展遲緩、腦性麻痺、腦腫瘤、腦傷或重大傷害事件導致失能等的兒童。 | 協助個案和照顧者在家或社區環境中，自我落實早療或醫療體系教導的功能訓練之指導。 ※以早療或醫療資源使用為主。 |

其中第四類心智困擾者因認知與情緒問題，較難與人建立關係，致使服務人員提供服務前，需耗費較長時間接觸，始能達到基本的助人關係建立。因此，建議其服務期程要特別考慮，視需要可以一年為期。

2. 需求分級（高中低）

本計畫參考國外制度，後經各領域專家小組委員和研修小組委員會議討論，草擬「專業服務給付制度修正模式草案」，依據個案需求分為低中高三級，建立分級給付制度，即專業服務的 CMS，第一版草案中，每年專業服務給付次數分別是：低需求 6 次、中需求 12 次和高需求 24 次，其包含所有專業服務 C 碼，每人每年的次數上限。後經多階段檢驗，包括(1)對照長照資料庫分析結果：本計畫分析過去長照專業服務的利用資料，在沒有次數上限的 C 碼「加總」使用次數，於 107 年及 108 年平均次數±標準差分別為：11.33±13.67 次/人/年，15.41±19.65 次/人/年，約相當於第一版草案中之中需求。另，107 及

108 年一年使用次數 ≤ 12 次者之累積百分比分別為 70.39% 及 62.70%， ≤ 24 次者之累積百分比分別為 86.58% 及 78.15%。(2)131 位實際案例模式驗證，專家建議的分級次數與週數；以及(3)兩階段德菲法專家共識，專家建議的分級次數、週數和頻率建議，綜合調整和研議。

研究團隊考量模式驗證時，驗證專家所能參考的是本次申請事件(current episode)條件下，所建議轉介次數；過去資料中與實務上，部分民眾在一年內因狀況改變，申請不只一期的專業服務；參考澳洲制度，民眾一年內可申請政府補助 2 期的復能(STRC、或是 TCP 加上 STRC)，超出則自費。故建議的一年總次數，以兩次申請(兩期)作為給付上限。

建議的參考範圍數值如下表 46

- 1) 每次申請後，核定該期專業服務的給付次數上限，依據低中高需求，分別為 5-7 次/期、11-12 次/期和 19-24 次/期。此包含所有專業服務 C 碼在內。
- 2) 每人每年以申請兩期為上限，故前述次數的兩倍，為年度所有專業服務 C 碼之上限。
- 3) 每期專業服務結束後，建議不連續使用第二期，應讓個案或家屬落實於生活之中，可參考間隔 90 天的原則，除非個案有重大改變，需啟動重新評估 CMS 等級及有新的照顧計畫。
- 4) 申請第二期專業服務者，需有新的學習指導需求，並搭配照專評估(以照顧需求 MDAI 複評或其他足以了解新的學習指導需求之方式)，並通過本計畫建議專業服務轉介指標的篩檢。

表 46：專業服務需求分級

| 需求分級 | 每期核定專業服務的給付次數上限 | 一年給付專業服務「總次數」上限 ※以兩期估計 | 專業服務期程 (週/期) | 專業服務頻率 |
|------|-----------------|---------------------------|-----------------|---------|
| 低需求 | 5~7 次/期 | 10~14 次/年 | 9~14 週 | 2.3 次/月 |
| 中需求 | 11~12 次/期 | 22~24 次/年 | 16~18 週 | 3.3 次/月 |
| 高需求 | 19~24 次/期 | 38~48 次/年 | 20~24 週 | 3.8 次/月 |

因模式驗證案例僅 131 案，區分為低中高後，各組人數有限，又因為配合標書規定將各 CMS 等級個案抽樣人數平均化，致使抽樣案例與長照專業服務母群體差異甚大，不適合且難以運用數理模式分析低中高分組決策因子。統整本計畫資料，提出兩種建議：

- (1) 根據多階段(專家會議、模式驗證問卷和德菲法)專家意見，以下分述低和高組質性建議條件，非屬高或低需求之個案，便核給中需求的給付次數。

- i. 高需求者特性為：近期身體功能變化大、剛出院，多重複雜疾病而需要多專業服務，重度失能、高潛力改變、動機佳、家庭支持度佳等。
 - ii. 低需求組，納入原因為：專業服務目標單純、僅是要處理環境改造的個案(CC01 碼)、只要指導居服員或照顧者照顧技巧者、或只需要進行觀念教導者。
- (2) 另一建議判定低中高需求的方式，則是依據專業服務需求碼的複雜程度。下節將建議判定個案專業服務各需求碼的篩檢方式，若某個案符合的專業服務碼數較多元且較多項，則建議其為高需求個案。

專業服務需求分級 CMS 之優點：

- 1) 專家與實務上一致支持需要不同專業服務需求等級。依據個別專業服務需求，提供個別性補助標準，非齊頭式平等。
- 2) 可控制專業服務費用支出，減少使用過度之爭議。

專業服務需求分級 CMS 之缺點：

- 1) 可能無法顧及少部分有更高次數之需求者，則可參考澳洲 STRC 在超出給付次數後由個案自費獲得服務；或研議特殊審查機制和條件，給予額外之次數，但此將增加行政和時間之負荷，也可考慮挪威政府不再做例外考量的規定。

低中高需求判定方式，因需考慮個案綜合之脈絡（如復能潛力、案家的動機、個案的身體功能變化、學習能力等），且因本計畫案例收集受限，其分群依據仍困難具體化。若不可避免要輔以少數人為之判定（如照專評估後手動調整或委員特殊審查機制等），但專家一致建議儘量減少人為的判定，以免行政壓力。建議未來可依據本計畫產出之專業服務三個需求分級 CMS，以小規模的試辦計畫納入較多案例，發展數理判定公式。

(二) 復能優先個案之篩選

應目前專業服務是濫用的錯誤觀念，事實上僅佔長照服務約一成，仍有許多需求者未獲轉介服務。故推動以復能優先，協助個案改善生活功能，降低家庭和國家的照顧負荷，而非第一時間讓民眾用滿照顧支給付額度，漠視學習運用自我能力來照顧自己的公民責任。本計畫模式驗證個案的專業服務轉介率為 85%，與丹麥接近，考量政策推動的漸進式，多次專家會議中之建議提到，此階段先以專業服務佔三成，照顧服務七成的目標，逐步提升民眾專業服務的使用，來扭轉現況。在資料庫分析中，有發現部分成效，與縣市別有關，故也需要有評定單位（照管中心、A 單位）的考核指標或照顧成效之全國資料比較，在以增進照顧品質的

前提下，評定單位會慎重審視轉介專業服務的必要性，以達最佳照顧品質與成效。

1. 專業服務轉介指標

本計畫發展之專業服務篩檢指標，係由研修小組專家提擬建議指標、研究團隊彙整後發展、經 131 例模式驗證專家問卷、德菲法專家共識，與模式驗證案例資料統計驗證，此多階段研發而成，初分為甲類指標與乙類指標，其中甲類指標是用來篩檢「建議轉介特定 C 碼」的 MDAI 題項組合和分數落點，乙類指標是用來篩檢「強烈建議轉介特定 C 碼」的 MDAI 題項組合和分數落點。最後經由實際案例資料統計驗證後，產出較具有敏感性(足以篩檢出專家建議轉介該碼的 MDAI 題項組合和分數落點)的乙類指標，作為本計畫建議之專業服務各碼別轉介指標。各碼別建議之甲類與乙類轉介指標組合請見表 40。

本計畫建議 MDAI 或是照專評估手冊中，加入有助於判定專業服務需求的重要指標，包括下列項目：

- (1) 詢問個案/照顧者，個案半年內 ADL 功能是否有變差(為 CA07、CA08 乙類轉介指標條件之一)
- (2) 建議個案須先接受吞嚥攝影檢查(為 CB02 甲類轉介指標條件之一)
- (3) 詢問近半年內曾被診斷有吸入性肺炎，或因吞嚥問題造成飲水量減少而被診斷過泌尿道感染(為 CB02 乙類轉介指標條件之一)
- (4) I 與 J 項量表若主要照顧者為本國籍/外國籍看護也須詢問
- (5) 詢問個案或照顧者出現嚴重影響日常生活功能之失落哀傷反應(複雜性哀傷 Complicated grief) (CB03、CB04 乙類轉介指標條件之一)
- (6) 詢問個案是否有健保的居家式護理介入(CD02 乙類轉介指標之一)

2. 篩選之操作方式

專業服務各碼別轉介指標多數採用照顧需求評估量表 MDAI 的題目，並依據評估效標界定分數落點。建議衛福部未來將各碼別轉介指標和分數落點，寫入 MDAI 評估軟體內，當個案經由照專完成 MDAI 評估後，系統即自動跳出個案符合轉介指標分數的 C 碼碼別，例如：「本個案建議轉介 CA07、CC01」，之後照專或 A 個管據此與個案討論專業服務照顧計畫。在尚未寫入 MDAI 評估軟體之前，此過渡時期，先寫入照顧需求評估 MDAI 操作手冊，透過教育訓練，指導照管專員在其評估完成後，逐一檢視 C 碼各碼別轉介指標，判定個案是否符合

哪些 C 碼轉介指標？若有符合者，需優先使用專業服務，進行生活功能訓練或照顧技巧指導。

本計畫建議長照政策之最佳模式為，專業服務擁有獨立的 CMS 需求分級(專業服務 CMS)及支付額度(專業服務額度)，與照顧服務 B 碼分立。仿效澳洲和丹麥，當個案進入長照時，必須先被評估是否具有復能潛能？適用復能服務？具備潛能適用復能服務者，進入復能服務路徑，優先接受生活功能訓練。沒有復能潛力的個案則進入照顧服務路徑，但後續過程中一旦發現其具備復能潛能時，應即時將其轉介到復能路徑，接受復能訓練。在澳洲和丹麥制度下，將復能視為民眾的責任，必須在國家的支援下，提升個人自我照顧潛能後，剩餘真正不能解決的照顧需求，才給予照顧資源；而非一開始就仰賴他人照顧，無視自己應盡的責任，過度耗用國家資源，也錯失自我能力提升的機會。前者係追求民眾健康、且長照資源用在刀口上的多贏，而後者則是走向民眾退化、家庭與國家負擔加速累加的多輸局面。

次佳模式是，若如同現在一樣，專業服務無法擁有獨立的支付額度(專業服務 C 碼額度)，仍是 BC 碼共用額度時，當照專完成 MDAI 評估，確定個案具備潛能、適用復能服務時，由照專或 A 個管使用建議之說帖內容，向個案說明專業服務之目標與預期效益，至少開立 2 次的專業服務，並以 A 碼支付，減少民眾因自付額考量或負擔而不接受專業服務的顧慮。2 次之後，再回歸 C 碼。

未來建議是：專業服務各碼別轉介指標盡快納入 MDAI 系統，並在照專的 MDAI 評估手冊中清楚載明指標意義，同時廣為收集專業服務經典、有效的說明策略，建立說帖，供各縣市照專和 A 個管使用。

(三) 提高垂直與水平整合服務之效率

1. 開案作業簡化

有鑑於各地 A 個管反映，專業服務開案作業煩複且不易之改善措施，本計畫建議應回歸到個案管理者之角色本質，係為確立個案與家庭之「問題」和「需求」，進而能夠協助她們連結到最適合的服務進入。因此，在專業服務的區塊，包括照專或 A 個管等個案管理者最重要的職責是：篩檢出個案需要的專業服務，轉介給最適合的專業服務 B 單位，並進行品質監督、掌握進度，並適時協助排除困難。本計畫建議，透過轉介指標篩檢出需要專業服務的個案後，在照顧計畫中，專業服務的目標是「使用專業服務，改善某特定照顧問題」，而不要代替 B 單位的專業服務人員去撰寫任何訓練方向、或復能目標。此一改變可帶來的好處是：簡化作業程序，降低開案之難度。個案管理人員未曾受過專業服務訓練，非專業服務人員，無法評估個案或家屬合適的生活功能目標或照顧技巧學習目標，照顧計畫

的目標撰寫，有其指標和品質監督的效用，若由非受過專業訓練的人士來撰寫專業服務目標，並不合適，的確不應該要求也無法期待他們撰寫正確(寫錯的機率確實是非常高)，如若因為寫得不恰當，一再反覆修改，則耗費時間，延誤專業服務進場時機，降低效率，增加雙方個管人員的行政負擔與衝突，妨礙垂直整合。因此，本計畫建議一改舊版復能操作指引手冊的建議方式，不再於照顧計畫中區分復能目標和復能訓練目標，而是，讓個案管理人員僅需確定該個案是否轉介專業服務，且在照顧計畫中載明「使用專業服務，改善某特定照顧問題」即可。

此一修正建議已於本計畫草擬的修正版專業服務操作指引的操作篇中，明確調整簡化，再透過七場教育訓練及課後問答中，向近兩千多位學員清楚說明，許多學員(長照 A 和 B 單位人員)紛紛表達非常支持和期待盡快實施。

2. 跨專業服務支持和誘因

國際文獻與他國先行者制度中，跨專業服務是長照復能服務的重要特質，但在長照 2.0 實施至今，也是常見推動困難的一塊；檢討發現，我國仍欠缺許多支持和引導 B 單位進行跨專業服務的設計。本計畫收集國內外制度和各方研議意見，建議可採納之作法包括：

教育：專業人員在學校的養成教育中，強化跨專業的課程、討論或見實習，讓跨專業的典範，成為新進工作者認定的常態。此外，落實長照專業人員 Level III 跨專業課程辦理，過去以來 Level III 的辦理量能有限，未來改以自費自辦機制後，建議衛福部公告明確的檢核指標，引導並保障辦課品質，以達到目標。

溝通：近年在地專業組織已退出專業服務提供者之列，應協助其調整擔任品質提升和教育助力的新角色，建議縣市政府與在地專業組織合作，在各區 A 單位聯繫會報中，除行政業務討論外，讓跨專業個案討論成為必辦會議，並邀請專業組織輪流擔任個案研討會主持人，進行個案研討，協助逐步累積各區專業職種、照專和 A 個管對其他專業的認識，強化在地專業組織與長照 ABC 單位的合作與聯繫，並賦予其提升長照專業服務品質的公共責任，成為各縣市長照中心的合作夥伴。

資訊平台：建議資訊平台應支持跨專業聯繫，包括讓該個案的上下游(ABC 單位人員)與水平跨專業服務(不同家的專業服務 B 單位)提供人員，有權限可以看到其他單位在系統上的評估、計畫和紀錄；並且有互相對話的機制。

跨專業加成支付：支付制度理應反映資源耗用程度，針對複雜個案的跨專業連攜服務，以加成支付來償付服務提供者。

四、支付制度修正建議

(一) 專業服務需求和支付額度，與照顧服務分立。

1. 區分專業服務額度的理由

目前照顧需求等級 CMS 之發展，係來自於 101 年「發展我國長期照護保險資源使用群組」委託計畫之估算建模，在模式建立當時，抽樣單位幾乎沒有長照專業服務，當時此模式係依據照顧需求的人力時間耗用為基礎，未能反映專業服務的需求，甚至需求分級。此一缺口，需要正視並補正，建立專業服務適用之 CMS。

本計畫文獻回顧丹麥或澳洲採用強制分流的制度設計和國家規範，限制性導引有復能潛力的個案採用復能優先的長照國家制度，沒有復能潛力者才一開始就給予生活照顧。我國在 BC 碼共用額度制度下，民眾對於復能概念與信念並未普及，對獨立生活的自我責任也未如歐美民風般堅持，照顧服務 B 碼服務單位的數量與涵蓋率也遠比 C 碼服務單位的數量與涵蓋率高許多，佔絕對優勢，因此，供需雙方皆傾向優先使用照顧 B 碼，其結果排擠了專業服務額度，是必然的。此限制高度妨礙了推動讓民眾擔負自我責任和提升生活功能的專業服務，且讓我國長照政策走向照顧服務絕對優先的道路。

此外，BC 碼共用額度，若專業服務結束後，個案反而有更多額度來使用 B 碼照顧服務，在現行制度下，完全沒有建議或限制民眾使用超出需求程度的照顧服務之制度設計，民眾在依賴觀念和道德危害下，傾向把額度用滿，此支付制度設計和使用現況都沒有節省資源耗用的利基。

綜此，B 碼和 C 碼各有目標，沒有必須共享額度的理由；現有 CMS 無法反映專業服務需求，且實施上已造成民眾依賴並用滿照顧額度，讓現行照顧服務擴大至佔據長照之九成，應改而建立 C 碼獨立的 CMS 和額度。

2. 專業服務額度初步建議

根據本計畫提出的專業服務給付建議年度上限，以每次服務支付費用 1,500 元為基準，估算每人每年專業服務支付額度上限如表 47 所示：

表 47：每人每年專業服務支付額度上限

| 需求分級 | 每人每年專業服務給付「總次數」 上限(已含兩期) | 每人每年專業服務支付額度上限 |
|------|-----------------------------|----------------|
| 低需求 | 10~14 次/年 | 15,000~21,000 |
| 中需求 | 22~24 次/年 | 33,000~36,000 |
| 高需求 | 38~48 次/年 | 57,000~72,000 |

- (1) 前述說明，第二期專業服務之申請必須在第一期服務結束後，經過 90 天在日常生活的落實，若有其他新的學習指導需求，經照專評估，且符合專業服務轉介指標下，始得提出。依據過去利用資料統計，大多數專業服務使用者都是申請一期，故此每人每年專業服務 C 碼額度，全額使用的比例估計並不高。
- (2) 專業服務 C 碼額度與其它照顧 B 碼、交通 D 碼、輔具 E 碼、環改 F 碼和喘息 G 碼額度間，不得流用。

優缺點

優點：

- (1) 凸顯長照專業服務-過去政府宣導長照時，常用四包錢的概念，在 BC 碼共用額度時，民眾因為對復能不瞭解，只聽懂照顧服務，因此只知長照有照顧服務，不知專業服務。若專業服務額度獨立凸顯後，可快速建立民眾對專業服務包含在長照中的認識，有利於建立對長照正向的認識和提升復能識能。
- (2) 專業服務額度獨立，可避免與照顧額度互相排擠問題。以及專業服務結案後，反而增加照顧給付的荒謬現象，亦有利於從費用分析中，看到專業服務結案後對照顧支出的影響。

缺點：

- (1) 避免道德危害-民眾看到另一筆可申請支給付項目時，難免易生“不用白不用”的心態。
- (2) 需再調整 B 碼額度-C 碼額度獨立後，B 碼結構需要再重新設計調整。

未來建議：

建議實施 BC 碼分開的試辦計畫，以解決目前照顧服務及專業服務資源互斥的問題，增加民眾使用專業服務的意願。

(二) 結合品質評核制度，規劃並試辦論質支付制度

目前長照支付制度採用個人分項總額度，論量計酬為主，此支付制度將誘使服務提供單位產生衝高服務量的行為，對民眾的功能提升、獨

立追求沒有強化的誘因。在 BC 碼不分開的條件下，各類長照 B 單位都希望民眾越失能、需要越多照顧越有利，此與國家建立長照制度之宗旨，完全背道而馳。

建議應透過品質評核制度的設立，設定多面向的品質指標，優先以結果面指標為主，視情況參採過程面指標，納入論質計酬的支付制度，針對期待之優良成果(valued outcomes)和最佳執行作業(proven best practices)提供加值獎勵。其中優良成果可以考慮的像是：1)進步(improvement)，如個案 ADL/IADL 進步、家屬照顧負荷下降等；2)達標(achievement)，如前述進步者在機構服務總人數中超過特定百分比；3)效率(efficiency)，提前達到 ADL 進步者可領取剩餘次數的訪視費用(如開立 6 次服務，但 3 次服務後個案 ADL 已經進步到滿分)；4)節省資源耗用/費用支出(cost reduction)。

建議可參考美國 Medicare 的 Hospital Readmissions Reduction Program (HRRP)，可針對專業服務結束後，完全不使用或減少長照服務的個案，持續長達一段時間者(例如期滿一年)，給予專業服務提供者加值獎勵。例如，以 CMS 二級最低額度 10020 元估算，每一個人一年不使用長照服務即可節省政府長照 120,240 元支出，若提供數千元之優質獎勵，亦十分值得。此外，參考 Hospital-Acquired Condition Reduction Program (HACRP)，可針對 B 單位每季或每年度專業服務結束後，整體服務個案之照顧服務 CMS 下降百分比達標(例如超過 40%，按：107~108 年全國資料分析中，下降者約佔一成三)者，提供加值獎勵。

在本次資料庫分析時，有發現部分以 CMS 及 ADL 為成效指標，縣市別是影響進步與否的相關因子。故不論給支付或品質管理機制上，也需要納入有連動關係的評定單位（照管中心、A 單位）的考核指標或照顧成效之全國資料比較，在以增進照顧品質的前提下，評定單位會慎重審視轉介專業服務的必要性，以達最佳照顧品質與成效。

未來建議：

透過委辦計畫，率先找出可節省資源耗用和支付支出的品質指標，訂定全國年度目標值，計算可資節省的金額，以此為品質獎勵基金；在此基金額度下，規劃每單位人口(如每百案、每千案)目標值，依據縣市人口或專業服務機構數量，規劃出各縣市或各單位年度目標值。另一方面，透過系統平台之申報項目，設計品質指標的操作型定義和計算公式。爾後透過教育訓練，制定品質管理操作手冊、教學影片、案例示範等，並進行小型試辦計畫，修正調整後，再進行全國全面實施。亦可仿效挪威以自願導入復能的推動方式，讓我國優質單位自決是否加入品質獎勵機制。核發品質獎勵金的對象，以專業服務 B 單位為大宗，對連攜服務的 B 單位、協助個案協調的 A 單位，也應給予部分獎勵回饋。

現階段在以照管需求評估的架構下，已有許多成效指標可以做為品質指標，包括：ADL 分數、IADL 分數、問題行為、照顧負荷、CMS 照顧等級等，且 MDAI 評估者為長照中心的照專，非服務提供者或個案，形成第三方評估的理想制度。但需要提防將品質表現納為縣市稽核指標，使得長照中心的照專也成為品質競賽的選手，而非裁判，力求表現而陷入道德危害中，失去公平性。此外，其它非個案成效面(patient outcomes)的品質評核，例如透過評鑑或抽審等機制的制度設計，也建議要跟獎勵措施連動，以金錢或非金錢的回報方式，提供誘因，包括：增加派案次數、公開評鑑結果、拉長評鑑效期、公開表揚、正向計點等。

論質計酬亦需納入民眾誘因的設計，獨立生活能力提升或照顧服務使用下降，以減少自付額支出，雖是對民眾有利的事項，但長照 1.0 和 2.0 執行至今，在歷來的紀錄中，顯然對民眾的誘因比不上有人到我家幫我照顧失能家人強烈。因此，本計畫收集可討論作為專業服務成功案例，給予該家戶民眾的誘因之建議包括：增加所得稅之長照扣除額額度、增加若干次的交通接送額度、微增加環境改造或輔具補助額度、非照顧額度的自付額比例下降等。

(三) 現行支付制度的建議

本計畫執行期間收集到有關現行支付制度的建議，彙整條列如下，供衛福部納入參考討論：

1. C 碼之給付調整建議：放寬 CB03 限定必須由兩種專業進入的支付規定，考量 CB03 適用對象的特殊性，以心智類個案如失智症長者、慢性精神疾患病人、自閉症患者及其家庭居多，其情緒障礙和人際關係建立是主要核心困擾，不易於短時間內接受外人甚至多數外人之不同專業人員進入。建議至少放寬成一次派案 (9 或 12 次內) 有兩個專業去即可，不用限制一組服務中一定要有 2 種以上專業進入，提升該碼使用上的彈性及適用性。
2. C 碼之給付調整建議：CC01 在輔具評估表開立應用時，亦可以給付兩次服務。輔具和環境改造一樣，對個案或家屬或照服員而言都是新的工具，涉及日常生活行為的改變，有其安全性考量。第一次訪視進行評估，購入後使用初期，應該第二次訪視進行使用指導，協助案家進行個人化、家庭化的調整。
3. AA03 建議再增加一次給付，並可視個案的復能目標，跟多數照顧 B 碼配合，且包含 BA11 肢體關節活動及 BA20 陪伴服務。
4. 建議的加成給付項目：開立跨專業服務並進行溝通協調，付給 A 單位；執行跨專業服務，付給配合的相關 B 單位；AB 聯訪，付給 AB 單位；困難加給，付給 B 單位；提早達成目標，剩餘未執行的部分次數，付給 B 單位；晚上及周末加成應適度保留。

5. 增加專業服務初次評估與指導，列為新設立的 A 碼，針對符合本計畫乙類指標的長照個案，都逕入派案提供一或兩次專業服務，再執行照顧組合服務。
6. 調降專業服務的部分負擔，目前一般戶專業服務的自付額是 16%，但全民健保醫療費用以及日本介護保險復健服務皆僅收 10% 自付額。建議調降長照專業服務自付額比例。

五、落實建議重點之其他配套

(一) 法規

各縣市對於專業人員報備支援，各有略為不同之規定，長照專業服務非醫療行為，且以社區居家服務型態居多，建議應簡化報備支援之程序，增加彈性。並盡快推動完成排除物理治療、職能治療和語言治療師三法有關醫師診斷、照會和醫囑之母法限制，而非以行政規範之公文函示的方式處理。

(二) 典範轉移的社會教育

1. 民眾教育-社會大眾對於復能的認同及理解，是成功典範轉移的重要關鍵：民眾其實更需要了解成功的個案範例，對所有長照服務的參與者建立整體思維，增加一般民眾對復能的知能。建議應投入較多資源在一般大眾的教育裡。如 1922 防疫廣告、FB 衛福部總柴小編...。
2. 整體社會福利相關機構人員之推廣及教育
 - 1) 與早療兒童相關之學齡前教育、一般/特殊學校、社會福利組織、家長團體等也須理解復能的典範案例及核心概念，避免不適當的轉介及資源連結
 - 2) 老人服務中心、社區服務中心、身心障礙福利體系、志工團隊等也建議要推廣復能典範案例。

(三) 優化專業服務輸送體系之建議

1. 專業服務有關人員
 - 1) 專業人員
 - i 教育
 - a 在學生實習制度即包括長照實務，如：帶著實習生進入案家，了解居家模式以及其他專業執行範疇。
 - b 新進人員訓練，上課教師必須是長照領域師資，具備長照經驗。並包含實習課程，由資深人員帶著聯訪。
 - c 長照專業人員教育訓練：各專業訂定具品質的長照作業規範，透過專業內部或 B 單位繼續教育訓練，提升素養。同時需檢討各種教育訓練過多教育訓練過多，學員忙於上課，時間精

力衝突、排擠現象。各種課程影片放上遠距課程系統，可供重複溫習。

- ii 督導：B 單位設置督導人員，若量能足夠，可區分為專業服務督導和行政督導兩種，前者有關個案評估和介入之品質督促，後者有關上下游整合與服務推動之促進。

2) 長照管理人員（照專、照專督導、A 個管、出備個管）

- i 教育：盡快改善照專、照專督導、A 個管、出備個管對專業服務不了解的現況，建議辦理教育訓練，課後各種課程影片放上遠距課程系統，可供重複溫習；拍攝個案實際案例介入影片，幫助長照管理人員更加理解專業服務；時常舉辦個案研討；提供更多復能成功案例給管理人員參照。
- ii 人員穩定性：提升管理人員留任率，以免永遠在培訓新人。

2. 服務模式

1) 專業服務開案

- i 多階段需求評估：出院準備個案一律進行復能潛力評估，有復能潛力，提供 1-2 次專業評估和專業服務指導，有潛能或較多次數指導之個案，由 B 單位提出服務建議次數和期程。除出備外，亦加強與 PAC 之整合，增加其與後續長照服務的連結。
- ii AB 單位人員共訪：有專業服務需求的個案，由 B 單位人員(以復能督導為佳)陪同 A 個管進行初評共訪。
- iii 建立專業服務說明的說帖：提供圖文並行的說帖，包含不同服務對象分類、不同專業服務目的或專業人員指導的說明，讓長照管理人員（照專、照專督導、A 個管、出備個管）採用去跟個案與家屬解釋使用。
- iv 高度需求者，導入專業服務：長照需求評估後，具專業服務高度需求的個案(符合本計畫建議乙類指標者)，使用照顧服務時，需搭配使用至少一組 C 碼專業服務。
- v 經常重新認定需求：應根據個案狀況的改變與實際的需求為主，即便曾使用專業服務者，所需指導之技巧可能與上次不同，皆應以開案當時個案需求，亦可開立與上次相同的目標或碼別。
- vi 確立重新評估（複評）之原則：目前初次評估開案後，照專於一年複評一次，考量長照服務對象狀況改變的特性，目前原則為若個案狀況有比較大的改變自覺需要重新評估可主動提出，建議擬定重新評估之原則，個案若狀況符合則應重新評估審視計畫。

2) 派案

輪派制度：

若仍維持輪派制度，則為了提升此制度下能有效提升品質，建議可施行以下幾點策略：

- i 品質好的 B 單位可獲得比其他單位較多次之輪派：
 - a 符合品質要求之 B 單位，可有多次輪派的機會（例如甲乙丙三間 B 單位進行輪派，而甲為優良服務單位，則輪派順序可以是甲乙丙甲甲乙丙甲甲）
 - b 品質好的 B 單位條件可能是：提早達到目標結案、高成效
- ii A 單位可與有限制家數的 B 單位合作：

透過品質管理的標準，A 單位與符合標準的優良的 B 單位合作，僅由這幾間做輪派。
- iii 採區域輪派：

行政區由鄰近幾個專業單位輪流提供服務，民眾與服務單位彼此提升互動與瞭解。

若打破輪派制度，可採納以下幾點建議：

- i 可參考國外「report card」模式，在網站上公開優質單位名單，由照專或 A 個管提供清單讓民眾自由選擇。
- ii A 個管可自行依據單位服務品質，專長項目轉派給 B 單位。
- iii 若打破輪派機制，需注意挑案之道德危害。

3) 跨專業服務

- i 建立合理的聯訪制度，包含 A 個管與專業人員、專業人員與居服：
 - a 高風險個案易被忽視：A 個管與專業人員聯訪較易評估出個案的潛能，可增加照專或 A 個管的核定意願，讓個案得到服務。
 - b 在服務時與居服員一同進場：讓居服員一同學習及協助個案，增加 AA03 的給付次數。
 - c 獨居長者需求較高：因長輩可能會需要多種專業服務，僅單次聯訪是不夠的，讓居服員可分次和不同專業人員搭配，藉以共同學習。
- ii 建議專業間共同語言：

建議專業間需有共同語言，讓相關紀錄是各專業皆可了解。可參考日本針對進食吞嚥所設計之整合性評估工具「KT 平衡圖表」，以 13 個面向來評估及溝通不同專業針對個案進食問題看見，建立較一致的專業溝通語言，促進團隊合作。

3. 資訊管理平台

(1) 優化系統平台，提升效率

- 1) 應建立專業服務單位統一上傳個案報告的欄位(不要僅限於CC01的報告):目前專業服務單位繳交報告時會根據A單位的規定用line或是email傳送，但往往造成多頭馬車、遺漏或是重複繳交情況發生。
- 2) 簡化過多重複的服務紀錄:系統平台已包含相當詳細的個案資料、照護計畫和目標等，且有供專業人員登打服務紀錄的欄位，建議減少紙本服務紀錄，將相關照護資訊整合在平台上，以利團隊人員參閱和討論。

(2) 增加以個案為中心的跨專業、跨單位討論平台

- 1) 若於B單位專業人員於系統內權限被設定為「服務人員」則僅能看到自己服務的特定對象及自己帳號所登打之服務紀錄，無法其他人員紀錄，或者其他單位的紀錄。若需看到其他單位或過往的服務紀錄，則須將使用權限網上調整至「B單位主接案人」及以上，則將會看到該單位所有服務的個案資料，會有個資管理上的疑慮。因此建議調整「服務人員」的權限範圍，以利執行個案為中心的專業合作。
- 2) 或在個案的資料頁面當中，也跨專業跨單位討論的頁面，可以「B單位與B單位間」的留言或訊息交班傳遞，開放所有權限均可使用，可作為居服與專業合作溝通、不同專業單位合作溝通之使用。

(3) 增加目標修改的彈性，例如：若次數或組數設定錯誤，或治療師進入後，發現無法依照個管師的組/次數達成目標，在一定的時間內，個管師有權限可以做修正。

陸、專業服務品質管理機制建議

此建議綜整國外（日本、挪威、英國、澳洲）文獻、典範案例、德菲法專家共識及專家會議的內容。

一、服務品質管理之目標：

1. 使有需求專業服務的個案，可獲得適切的服務。
2. 促進垂直與平行的整合。
3. 確保專業服務的成效，提升長照服務的品質，亦可避免浪費。
4. 如何鼓勵優質服務單位，淘汰服務品質不良的單位。

二、優良專業服務品質的指標或特性

1. 典範案例個案之優質單位特性中，幾乎可見此些單位：
 - (1) 有督導制度，安排跨專業服務，與個案溝通，提升服務&紀錄品質。
 - (2) 次數不會做到滿，適時結案，需延案時也會提出。
2. 典範案例個案之優質單位特性包含：
 - (1) 可有效解決案家問題（如：有效可解決失智個案拒絕洗澡的問題）。
 - (2) 具有敏銳全面性的觀察與問題分析能力，可精準安排介入或轉介適合專業。
 - (3) 為案家著想、頻繁討論、即時回應問題。
 - (4) 會視需要轉介其他專業（不會獨佔次數）。
 - (5) 每次服務都有不同內容（隨個案進展而改變）。
 - (6) 會向案家說明教導內容之緣由，並教導案家居家活動，會鼓勵案家。
 - (7) 服務紀錄可展現問題分析、服務過程、及成效，或分析影響成效的原因。
3. 綜合典範案例、德菲法專家共識、及專家會議之優良專業服務單位特性：
下表 48 依據結構、過程、結果面，並說明該指標的執行方式

表 48：德菲法專家及專家會議共識之優良專業服務單位指標

| 題號 | 指標 | 說明 |
|----|--------------------------------|---------------------------------------|
| 1 | 結構面：具有符合資格訓練的專職人員（專家會議） | 人事聘任資料 |
| 2 | 結構面：訂有服務流程或人員訓練等之標準化作業規範（專家會議） | 檢視規範 |
| 3 | 結構面：有確實執行的督導制度 | 由服務記錄，瞭解督導是否有發揮功能，如審核記錄、執行第一次評估，督導記錄等 |

| 題號 | 指標 | 說明 |
|----|--|--|
| 4 | 結構面：有持續強調復能導向服務內涵及品質提升的機制(如單位內部教育訓練評核、個案討論會議、內部工作會議等)」 | 引導專業服務單位制訂品質提升之機制 |
| 5 | 過程面：能掌握服務時效（專家會議） | 檢閱服務管理記錄（進入服務的天數） |
| 6 | 過程面：目標設定符合專業服務指引所列原則 | 檢閱服務記錄 |
| 7 | 過程面：落實復能導向服務內涵 | 檢閱服務記錄、AA02、抽查 |
| 8 | 過程面：提供案家具體居家訓練說明 | 檢閱服務記錄、AA02、抽查 |
| 9 | 過程面：有跨專業間的合作，並有順暢的溝通管道 | 依據申報記錄、檢閱服務記錄、AA02、抽查 |
| 10 | 過程面：與居服溝通與合作 | 依據申報記錄（AA03）、檢閱服務記錄、AA02、抽查 |
| 11 | 過程面：服務紀錄詳實，具問題分析及案家達成目標之具體情況 | 檢閱服務記錄、AA02、抽查 |
| 12 | 過程面：符合各項行政規定（如申報準時、防疫措施、申訴事件合宜處理、不逾越服務合約範圍等） | 地方主管機關資料 |
| 13 | 過程面：延案申請、異動通報以及與A單位討論頻率之執行適切 | 地方主管機關資料 |
| 14 | 結果面：服務具有成效（由第三方評估） | 專業人員：服務開始及結案時，填寫 COPM 及成效指標。 A 個管及照專：檢閱服務記錄，AA02、抽查 可與同儕團體比較 |
| 15 | 結果面：達成目標(且個案無進階目標需求/潛能)而適切結案的比例 | 專業人員：服務開始及結案時，填寫 COPM 及成效指標。 A 個管及照專：檢閱服務記錄、AA02、抽查 |
| 16 | 結果面：結案時效性，能有效率完成服務目標而提前結案（專家會議） | 服務個案中達目標而提前結案的比例，或與同儕團體比較 |
| 17 | 結果面：降低案家照顧負荷（由案家/照顧者判定） | 專業人員：服務開始及結案時，填寫 COPM 及成效指標。 A 個管及照專：檢閱服務記錄、AA02、抽查 |

三、提升專業服務品質的機制與方式

建立管理、教育訓練、訪查及督導機制等品質制度，各有其角色，均須建立：

1. 獎勵：針對提前結案、輪派加派、根據系統資料分析直接提供獎勵、公開表揚、公開品質優良的單位資訊、評鑑期程間隔拉長、獎勵金(品質優良、提前結案)、A 單位可藉由公告優良單位資訊，篩選優質 B 單位。
2. 輔導：針對品質需提升單位，委請專家團隊輔導。須留意專家成員需是被專業人員信任、認同的，輔導的效果會較理想。
3. 評鑑或查核：由中央到地方政府多邀請當地實際執行的專業單位討論或訂定合適的評鑑或查核指標。也藉由邀請單位參與過程，減少單位在接受評鑑或考核時的反彈。
4. 教育訓練：專業人員及評定人員參與教育訓練課程，藉由單一或跨縣市優質單位及成功案例的分享和觀摩。

以下說明不同層級於品質提升的方向與策略。

(一) 管理單位

中央

1. 發展以成效為導向的系統平台---目前系統平台可作為派案轉介、溝通、記錄、及申報費用之用。參考日本近年的革新，需朝向建立成效為導向的資料登錄系統，作為個人層級（個案）及組織層級（A 單位、各縣市長照中心）之品質監測的基礎。
2. 制訂專業服務機構及服務人員的訓練及考核基準。
3. 建立查核指標：由中央到地方政府多邀請當地實際執行的專業單位討論或訂定合適的查核指標。也藉由邀請單位參與討論過程，減少單位在接受查核時的反彈。
4. 中央政府須建立一致性的抽審制度，並配合獎勵懲罰機制，讓地方政府更好管控。尤其面對要懲處品質不佳單位時，由需要中央訂定有明確規範。
5. 建立中央顧問制度：中立的照專與個管顧問諮詢機制，當 A 單位對於 B 單位設定的目標有疑問時，即可提出尋求諮詢，無須待延案的專家會議才有機會處理。
6. 制定品質指標及加權管理機制：每個機制有不同權重分配，例如跨專業合作、輕中重度困難度之個案、提早結案等，應有相對應的加權結果，可參考美國長照機構實施五顆星品質機制，當抽查或延案時可將各品質面向的星級數納入考量。
7. 制訂優良品質單位的獎勵機制，品質改善並符合標準或與同儕比較表現較好單位可獲得獎勵，獎勵方式包含：

- (1) 公開公告，作法上可採全面性查核結果之分級（如優、甲、乙等或五顆星品質機制），作為信譽保證，以利 A 單位或民眾知悉並推動專業服務單位拓展業務。
 - (2) 需賞罰分明，「品質觀察單位」則需要要求限期改善，若仍不改善，則加以懲處。
 - (3) 增加輪派機會，但此能否落實，受限於目前輪派機制不夠透明化。
 - (4) 論品質計籌（以下說明）。
8. 制訂「論品質計酬」的支付制度，獎勵優質的單位：
- (1) 可設定品質獎勵專款，發給獎勵金。
 - (2) 可採加成方式，可仿照離島加成的方式，每年設定前一年度經評定的「績優單位」或「品質觀察單位」，增加或減少一定比例加成，如每次給付增加或減少 10% 150 元，以平衡財務支出。
 - (3) 特殊指標加成或獎勵金，如有進行跨專業合作、提前達目標結案、AB 單位或與居服單位共訪等。

各地方政府

1. 設定專業服務單位或人員的進場條件（特約基準）、退場機制。
2. 依據中央規範，建立在地化品質查核的指標並落實。
3. 成立專家小組或輔導團隊，定期針對專業服務紀錄作抽查，視審查狀況做輔導，若有疑慮則會進行督導甚至規定暫停派案。
4. 促進縣市內長照專業服務的垂直與水平的整合：如辦理聯繫會議、個案研討。
5. 提升專業服務相關人員的知能：成立跨縣市或是優質單位及成功案例的分享和觀摩，且專家成員需是公正、具備正確復能概念、且被專業人員信任、認同的。聯合督導會議應可運用公部門或試辦計畫以吸收新知，解決城鄉差距之問題。
6. 獎勵或處罰措施（此為地方政府層級之作法）。

獎勵

1. 表揚：設立優良復能單位獎項，並公開公告在長照中心網站。
2. 公告品質優良的單位資訊，供民眾選擇單位時參考。
3. 查核期程間隔適切，減少過多行政負荷。

處罰

1. 暫時停派。
2. 不續約。

***品質提升的過程，評鑑或考核的間隔期程適切，減少造成過多行政負荷、或流於書面作業的指標：**導致只是應付書面作業，反而不能真實反應實際運作之品質，如：「以量化指標(如單位內部教育訓練評核、個案討論會議、內部工作會議等)，檢視有無持續強調復能導向服務內涵」，專業間其實在服務過程就可能互動，但要流於形式的開會議討論，且花時間記錄，反而消去專業服務的能量時間。故建議此類指標之比例儘量減少，建議多強化「結果面」來審視其照顧品質，較為適切。

第三方組織

1. 推薦專家名單。
2. 專業督導團隊，建議需有小規模的試辦計畫。

(二) 專業服務單位之品質管理機制

依循前述優良單位的品質指標與特性，可從結構、過程、及結果面強化以下品質管理機制：

1. 結構面品質指標建議：內部之品質確保機制，以達成專業之自治。B單位除了行政面之外，也希望能重視如何呈現質性的員工輔導培訓方面的付出。也須著重人員的專業能力與品質層面。
2. 過程面品質指標建議：跨專業整合、討論與紀錄、轉介其他專業的比例、聯訪(A 個管與專業人員、專業人員與居服)、轉銜安置安排、進入服務的天數。合理的服務量、專業人員 SOP 訂定、由教育訓練提升專業服務品質、專業服務單位及居服單位的服務紀錄撰寫、優良的專業服務目標訂定(高敏感度、具生活功能性、個別化、引導案家了解專業服務意義)、結案的時效性。
3. 結果面品質指標建議：目標達成率、無負面事件、民眾滿意度、醫療支出減少比例、成效指標(如：ADL、IADL、困擾行為、家屬負荷、跌倒次數、B 碼使用減少、CMS 降低、生活品質)的監測，參考國內外文獻及專家意見操作指引等整理如表 49。可考慮使用目前長照 2.0 資訊系統已具備之資料定義出相對應的成效指標。主客觀評估指標需並用，絕對分數與改善幅度均須納入參考。

表 49：結果面品質指標建議與評估時機

| | 成效評估衡量指標 | 評估工具/方式 | 評估時機 |
|----------|-----------|--------------------------|-------------------|
| 照顧需求量表題項 | 自我照顧能力 | 照顧需求量表 E 大題 ADL 分數進步 | 照顧需求量表初 評估、複評時 |
| | 工具性自我照顧能力 | 照顧需求量表 F 大題 IADL 分數進步 | 照顧需求量表初 評估、複評時 |
| | 特殊照顧問題 | 照顧需求量表 G 大題 | 照顧需求量表初 |

| | 成效評估衡量指標 | 評估工具/方式 | 評估時機 |
|-----------------------|---------------------|---|--------------------|
| | | 特殊複雜照顧需要減少 | 評估、複評時 |
| | 問題行為 | 照顧需求量表 I 大題 問題行為頻率下降 | 照顧需求量表初 評估、複評時 |
| | 照顧負荷 | 照顧需求量表 J 大題 照顧負荷下降 | 照顧需求量表初 評估、複評時 |
| | 跌倒次數 | 照顧需求量表 G8c | 照顧需求量表初 評估、複評時 |
| | CMS 照顧等級 | - | 照顧需求量表初 評估、複評時 |
| 非照顧 需求 量表 題項 | 自我照顧能力 | 巴氏量表、 FIM(functional independence measure) | 專業服務前後測 |
| | 工具性自我照顧能力 | Lawton-Brody IADL scale、Nottingham Extended Activities of Daily Living Scale | 專業服務前後測 |
| | 個人重視的職能活動 表現與滿意度 | COPM, User-defined goal attainment、Goal Attainment Scaling | 專業服務前後測 |
| | 生活品質 | Adult Social Care Outcomes Toolkit (ASCOT SCT-4)、EQ- 5D-5L questionnaire。 | 專業服務前後測 |
| | 心理健康 | General Health Questionnaire (GHQ-12) 以及 BSRS-5 簡式健康量 表 | 專業服務前後測 |
| | 行動能力 | de Morton Mobility Index (DEMMI)行動功能量 表、五公尺行走速度或 坐站起走(可站立行走 者)、坐姿兩分鐘踏步次 數(無法站立行走者) | 專業服務前後測 |
| | 照顧層級 | 入住養護機構與否 | 結案後追蹤 6 個 月、1 年 |

4. 結果面品質指標的實施考量：

- (1) 專業服務具有成效，是德菲法專家認為是品質確認的關鍵。但結果面的品質指標要如何但要能達客觀性，仍須討論作法，第三方評估成效雖是較客觀的作法，但現階段照專與 A 個管專業知能及時間均不可能實施，故有專家建議可採用折衷的作法，如：採抽查方式，建議由照專或委託專業組織，抽取使用專業服務之結案個案，確認其照顧目標達成情況(COPM)，及日常生活功能進行、照顧者負擔等指標。
- (2) 成效指標也需要更多元而彈性，以因應不同服務需求類型個案，若只有單一面向為指標(如 ADL)將易造成服務單位搶案的情況。建議可持續採 COPM 的評估方式，瞭解目標達成率，另可鼓勵專業人員記錄適切反應專業服務成效的指標，以 MDAI 評量方式為依據(如：ADL 分數、IADL 分數、困擾行為項目、家屬負荷分數、跌倒次數、情緒問題)，及 B 碼使用減少、CMS 降低、生活品質等。
- (3) 使用目前長照 2.0 資訊系統已具備之資料定義出相對應的成效指標；主客觀評估指標需並用，絕對分數與改善幅度均納入參考。
- (4) 其他如：申訴或負面事件比例、民眾滿意度調查(由第三方調查)、解決問題的程度等、醫療支出減少(健保之就醫行為)比例：例如個案的壓傷背後有許多原因可分析，如照顧負荷及生活品質。

柒、結語

本計畫執行結果如下：

- 一、經衛福部同意，邀請成立研修專家小組 15 人、專業代表專家小組 16 人、模式驗證專家小組 11 人、德菲法專家小組 21 人、和品質與制度焦點團體專家小組 21 人，累計完成了長照專業服務手冊及操作指引手冊修改、13 場模式驗證會議(131 個實際個案模式驗證問卷填答)、兩階段德菲法專家共識及兩場品質與制度焦點團體座談會。
- 二、回顧並比較挪威、英國、澳洲和日本四個國家長照專業服務的制度，擷取各國制度中，有助於我國參考仿效之優點，包括：日本介護保險功能訓練服務之品質評核指標與獎補助設計、挪威與英國的復能專業人員教育訓練、挪威對民眾的宣導教育方式，以及澳洲區分復能訓練路徑與照顧服務路徑，和一年中有兩次訓練期程，超過者自費等。彙整後供衛福部參考。
- 三、典範案例分析：以質性研究之延伸個案法(the extended case method)，研究團隊共完成訪談來自台南、台北、高雄、雲林和宜蘭等獲縣市推薦的優質專業服務單位，總共 10 位個案他們的專業服務人員（照顧專員/A 個管、職能治療師、物理治療師、護理師、居服督導/居服員）以及個案與家屬，共 37 人。分析獲得有關開案轉介、成效、成功特質等重要資訊。
- 四、研提長照專業服務給付及支付制度檢討建議：藉由文獻回顧、專家會議、典範案例分析等，研擬給支付修正草案，提出低中高三等級之專業服務 CMS 及專業服務各碼別轉介判定指標，並經實際長照個案驗證及兩階段德菲法共識，據以修正草案。
- 五、實際案例模擬驗證：專業服務三等級 CMS 與各 C 碼轉介判定指標由專家使用 131 例個案加以驗證，據以修正草案，並分析此做法之優劣。
- 六、根據以上文獻回顧、典範案例成果分析與專家會議討論，研擬專業服務品質評量及管理機制，並經德菲法產生專家共識後之建議指標與策略，並分析不同做法之優劣。
- 七、製作公版長照專業服務手冊/長照專業服務操作指引之授課講義與教育訓練媒材、並辦理共七場次之教育訓練，完成近 2000 人之遠距訓練。

本計畫透過設計思考，進行多層次多階段的構想擬定、驗證與收斂，產出成功案例特質、專業服務三等級 CMS、各 C 碼轉介判定指標與品質指標，完成長照專業服務與操作指引手冊修訂，並完成七場次教育訓練。因計畫期程受疫情因素影響，執行事項繁多，各項政策建議雖皆產出雛形方向，仍需進階細部設計和實體試辦，方可執行。建議衛福部未來可將各議題設計出後續計畫方案，以其研議出實際可落實並全國推行之支給付與品質修正制度。

捌、參考文獻

1. 【2021 年 4 月改定版】介護保険の自己負担額. (2021). Retrieved from <https://www.minnanokaigo.com/guide/care-insurance/price/>
2. 介護保険地域密着型サービス外部評価情報. (2022). Retrieved from <https://www.wam.go.jp/wamappl/hyoka/003hyoka/hyokanri.nsf/aHyokaTop?OpenAgent>
3. 安藤岳彦. (2021). デイサービスとデイケアの違い. Retrieved from https://kaigo.homes.co.jp/manual/homecare/zaitaku_service/daysservice/hikaku/
4. 厚生労働省. (2022). 令和 3 年度介護報酬改定について. Retrieved from https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/housyu/index.html
5. 能登真一, 村井千賀, 竹内さをり, 岩瀬義昭, & 中村春基. (2014). 地域在住の要介護高齢者に対する「生活行為向上マネジメント」を用いた作業療法の効果—多施設共同ランダム化比較試験. 作業療法, 33(3), 259-269.
6. 第三者評価制度・情報公表制度について. (2017). Retrieved from <https://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/suishin/meeting/discussion/170221/170221discussion08-1.pdf>
7. 訪問リハビリテーション 2021 年度介護報酬改定単価. (2021). Retrieved from <https://www.care-news.jp/useful/reward/ppyEM>
8. 黄毓瑩. (2021). 實現精準照護 日本啟動科學長照. Retrieved from <https://www.ankecare.com/article/1557-27310>
9. Hjelle, K. M., Skutle, O., Alvsvag, H., & Forland, O. (2018). Reablement teams' roles: a qualitative study of interdisciplinary teams' experiences. J Multidiscip Healthc, 11, 305-316.
10. Oddvar Førland og Randi Skumsnes. (2016). Hverdagsrehabilitering. Senter for omsorgsforskning, vest.
11. ReAble Stockholm Workshop. (2018, April). Norwegian experience of reablement-slides.
12. Tuntland, H, Espehaug, B, Forland, O, Hole, A.D., Kjerstad, E & Kjekken, I. (2014). Reablement in community-dwelling adults: study protocol for a randomised controlled trial. BMC Geriatrics, 14,139.
13. Tuntland, H. (2015, August). 在服務體系中推行「恢復獨立功能(Reablement)」政策-實施「Reablement」的挪威經驗簡報
14. Tuntland, H. (2015, August). 恢復獨立功能(Reablement)的設計與體制簡報
15. Tuntland, H. (2015, August). 學校/單位和健康照護提供者的參與-針對市民推廣觀念以及教育簡報
16. Tuntland, H. (2015, July). Reablement 的概念及起源簡報
17. Tuntland, H. (2017). Reablement in home-dwelling older adults. Retrieved August 27.

18. Tuntland, H. (2019). Reablement Norwegian experiences-slides.
19. Tuntland, H., Aaslund, M. K., Langeland, E., Espehaug, B., & Kjekken, I. (2016). Psychometric properties of the Canadian Occupational Performance Measure in home-dwelling older adults. *J Multidiscip Healthc*, 9, 411-423.
20. 衛生福利部(民 105)。104 年「生活自立或復健訓練模式之發展與給付制度之規劃」計畫
21. 衛生福利部(民 107)。「長照復能操作指引」
22. 挪威衛福部網站資訊(2016)：
<https://www.helsebiblioteket.no/omsorgsbiblioteket/hverdagsrehabilitering/sammendrag-pa-engelsk>
23. Age UK factsheet 76. (2021 May). Intermediate care and reablement. Retrieved February 22, 2022, from https://www.ageuk.org.uk/globalassets/age-uk/documents/factsheets/fs76_intermediate_care_and_reablement_fcs.pdf
24. Brent Council. (n.d.). Rehab and Reablement. Retrieved February 22, 2022, from <https://www.brent.gov.uk/services-for-residents/adult-social-care/older-people/rehab-and-reablement/>
25. Care Services Efficiency Delivery (CSED).(2010). Homecare reablement toolkit. Retrieved February 22, 2022, from <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20120907090351/http://www.csed.dh.gov.uk/homeCareReablement/Toolkit/>
26. CSED. (2007, January). Homecare Reablement: Discussion Document. Retrieved February 22, 2022, from http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/%2B/www.csed.dh.gov.uk/_library/Resources/CSED/DiscussionDoc/HRADiscDoc_Latest_NEW_FORMAT.pdf
27. Glendinning, C., Jones, K., Baxter, K., Rabiee, P., Curtis, L.A., Wilde, A., Arksey, H., & Forder, J. E. (2010, November). Home Care Re-ablement Services: Investigating the longer-term impacts (prospective longitudinal study). Retrieved February 22, 2022, from University of York Web site: <https://www.york.ac.uk/spru/projects/home-care-reablement/>
28. National Audit of Intermediate Care. (2018). Retrieved February 22, 2022, from <https://www.nhsbenchmarking.nhs.uk/naic>
29. National Institute for Health and Care Excellence. (2017, September 22). Intermediate care including reablement. Retrieved February 22, 2022, from <https://www.nice.org.uk/guidance/ng74>
30. National Institute for Health and Care Excellence. (n.d.). Understanding intermediate care, including reablement. Retrieved February 22, 2022, from <https://www.nice.org.uk/about/nice-communities/social-care/quick-guides/understanding-intermediate-care>

31. Nidirect. (n.d.). Reablement service. Retrieved February 22, 2022, from <https://www.nidirect.gov.uk/articles/reablement-service>
32. Parker, G. (2014). Intermediate Care, Reablement or Something Else? A Research Note about the Challenges of Defining Services. Retrieved February 22, 2022, from University of York Web site: <https://www.york.ac.uk/search/?collection=york-uni-web&profile=yorkweb&query=intermediate+care>
33. Parker, G. and Peet, S. (2001) Position Paper on Intermediate Care Produced for the Department of Health, University of Leicester, Nuffield Community Care Studies Unit.
34. Parker, G., Phelps, K. and Shepperdson, B. (1999) Best Place of Care for Older People after Acute and During Sub-Acute Illness: Report of a national survey, University of Leicester: Nuffield Community Care Studies Unit.
35. Social Care Institute for Excellence. (2011 October). At a glance 46: a key role for occupational therapists. Retrieved February 22, 2022, from <https://www.scie.org.uk/publications/ata glance/ata glance46.asp>
36. Social Care Institute for Excellence. (2012 March). At a glance 53: Reablement: implications for GPs and primary care. Retrieved February 22, 2022, from <https://www.scie.org.uk/publications/ata glance/ata glance56.asp>
37. Lewin, G., & Vandermeulen, S. (2010). A non-randomised controlled trial of the Home Independence Program (HIP): An Australian restorative programme for older home-care clients. *Health & social care in the community*, 18(1), 91-99.
38. Australian Government. (2020). Short-Term Restorative Care Programme Manual. Retrieved from <https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2021/04/short-term-restorative-care-programme-manual.pdf>