

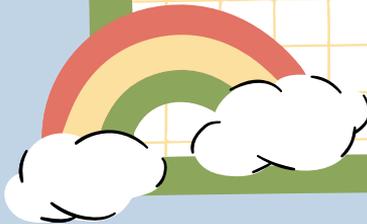
桃園市112年 A單位LEVELII訓練

擬定照顧計畫

桃園市政府衛生局長期照護科

聘用照顧管理督導 邱郁婷

112年5月7日

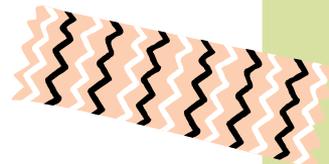
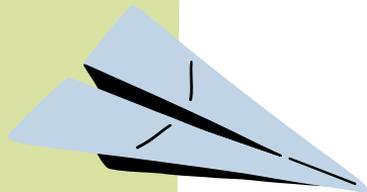


目錄

壹. 長照服務連結的流程

貳. 社區整合型服務中心內涵及個案管理員
角色功能

參. 擬定照顧計畫之原則及應注意事項

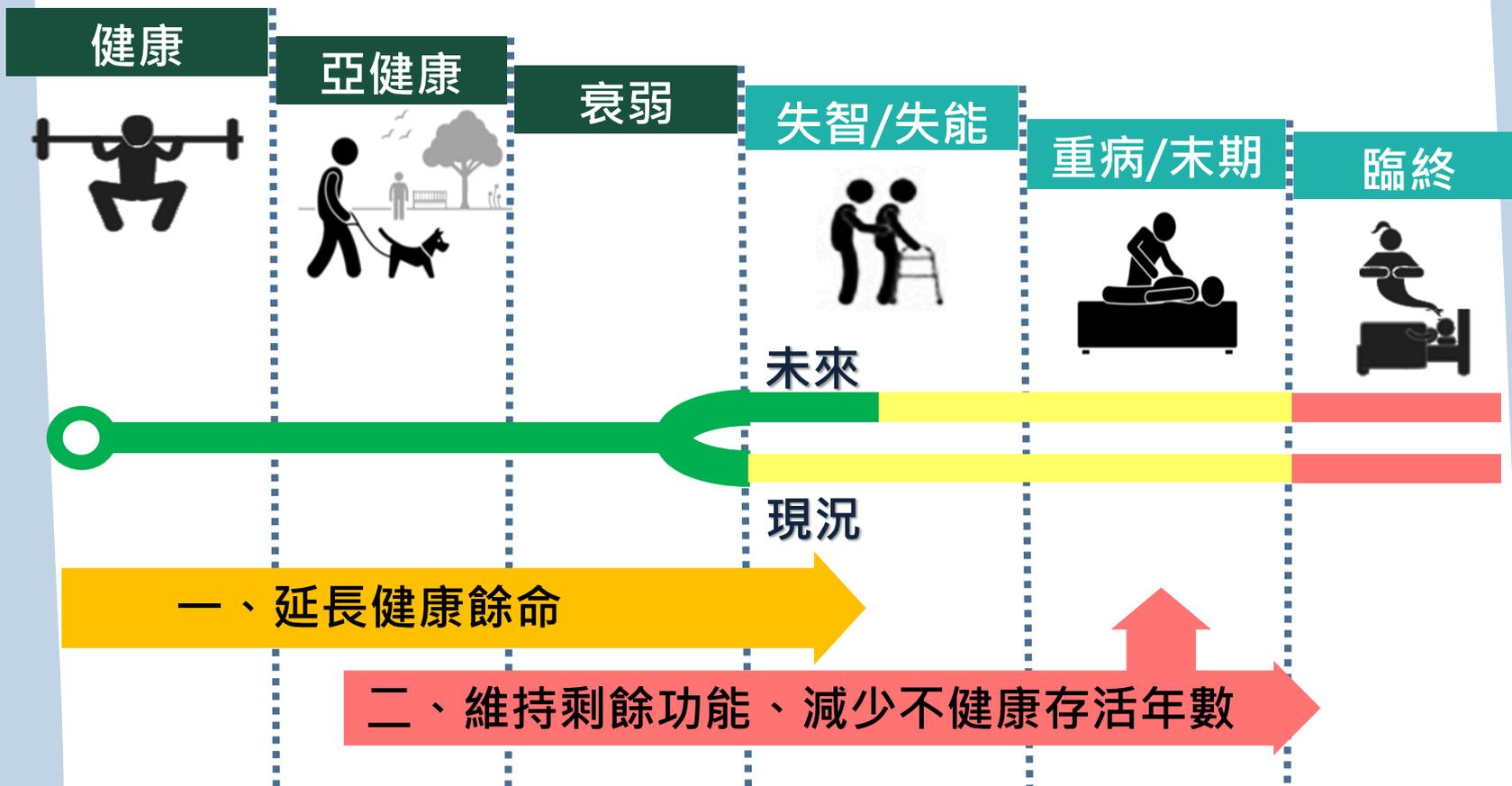




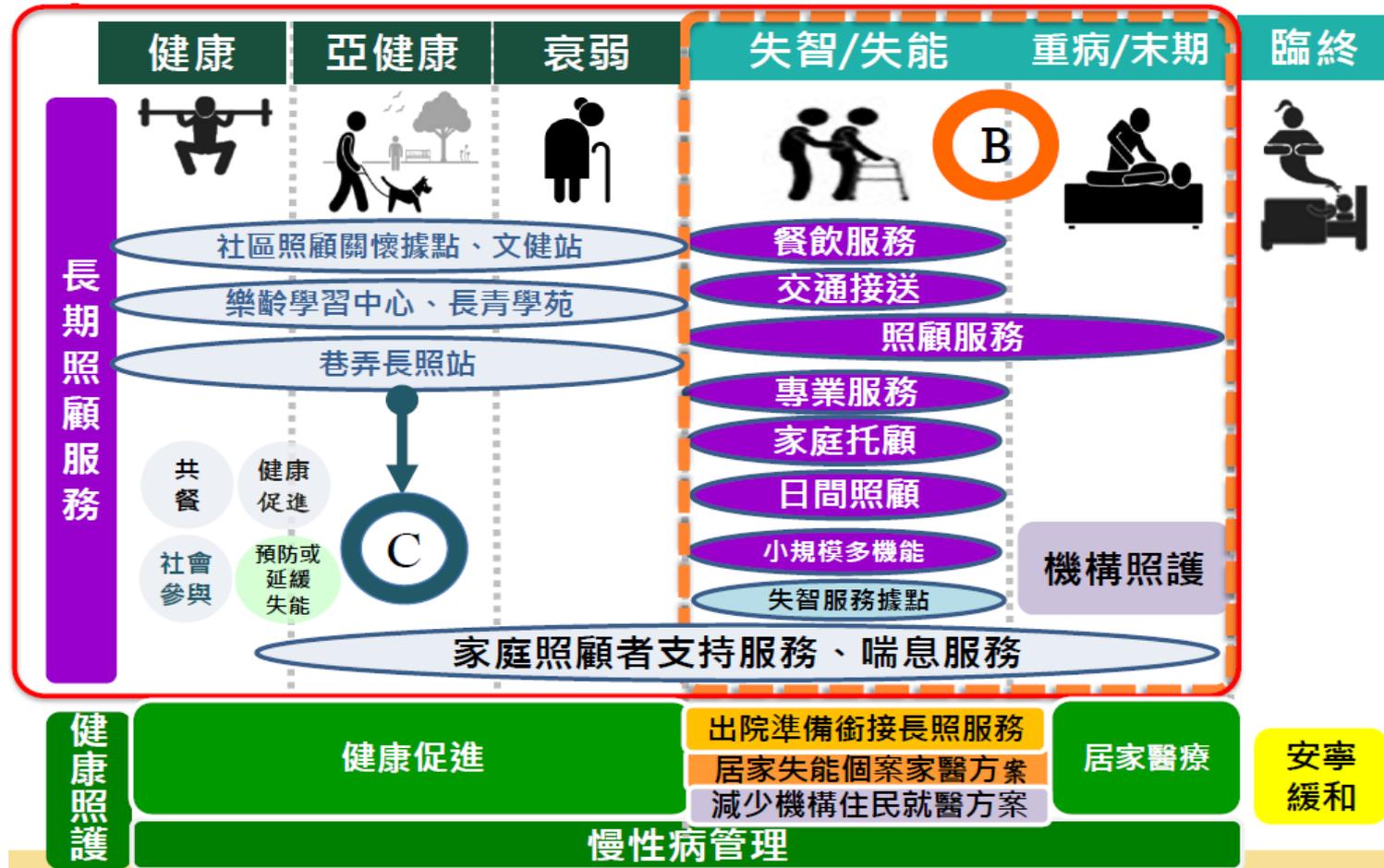
壹.

長照服務連結流程

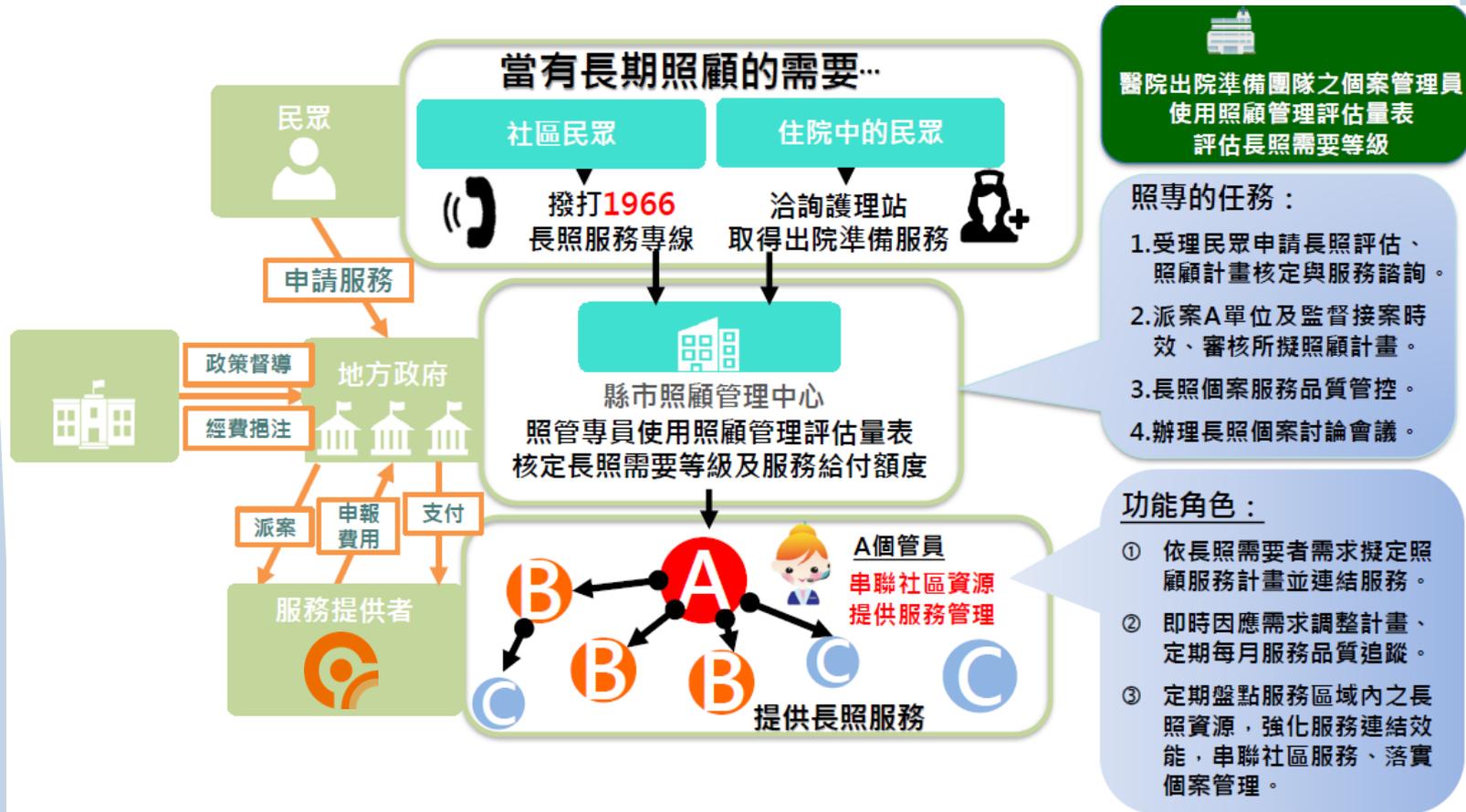
長照2.0目標



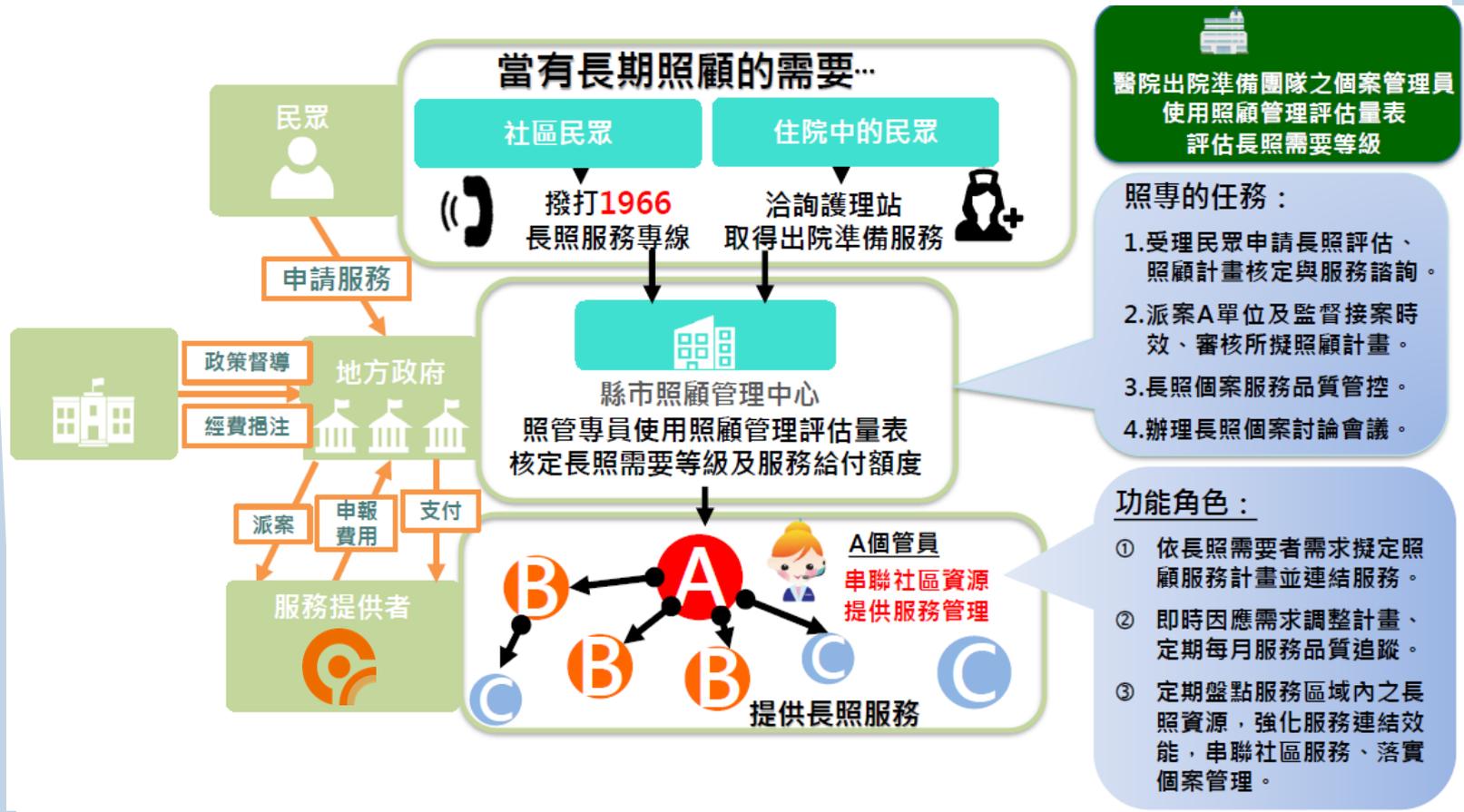
長照2.0服務內容



長照2.0流程



長照2.0流程



長照服務四大包

💡 提升效率，增加服務效能，提供以個案為中心之服務

B、C碼 照顧及專業服務



依長照需要等級每月給付

10,020 – 36,180元

部分負擔：

一般戶=給付額度×16%

中低收入戶=給付額度×5%

D碼 交通接送服務



依縣市幅員及偏遠地區
每月給付

1,680 – 2,400元

依距離遠近計算給付部分負擔：

一般戶=給付額度×21~30%

中低收入戶=給付額度×7~10%

E、F碼 輔具及居家無障 礙環境改善服務



每3年給付

40,000元

部分負擔：

一般戶=給付額度×30%

中低收入戶=給付額度×10%

G碼 喘息服務



依長照需要等級每年給付

32,340 – 48,510元

部分負擔：

一般戶=給付額度×16%

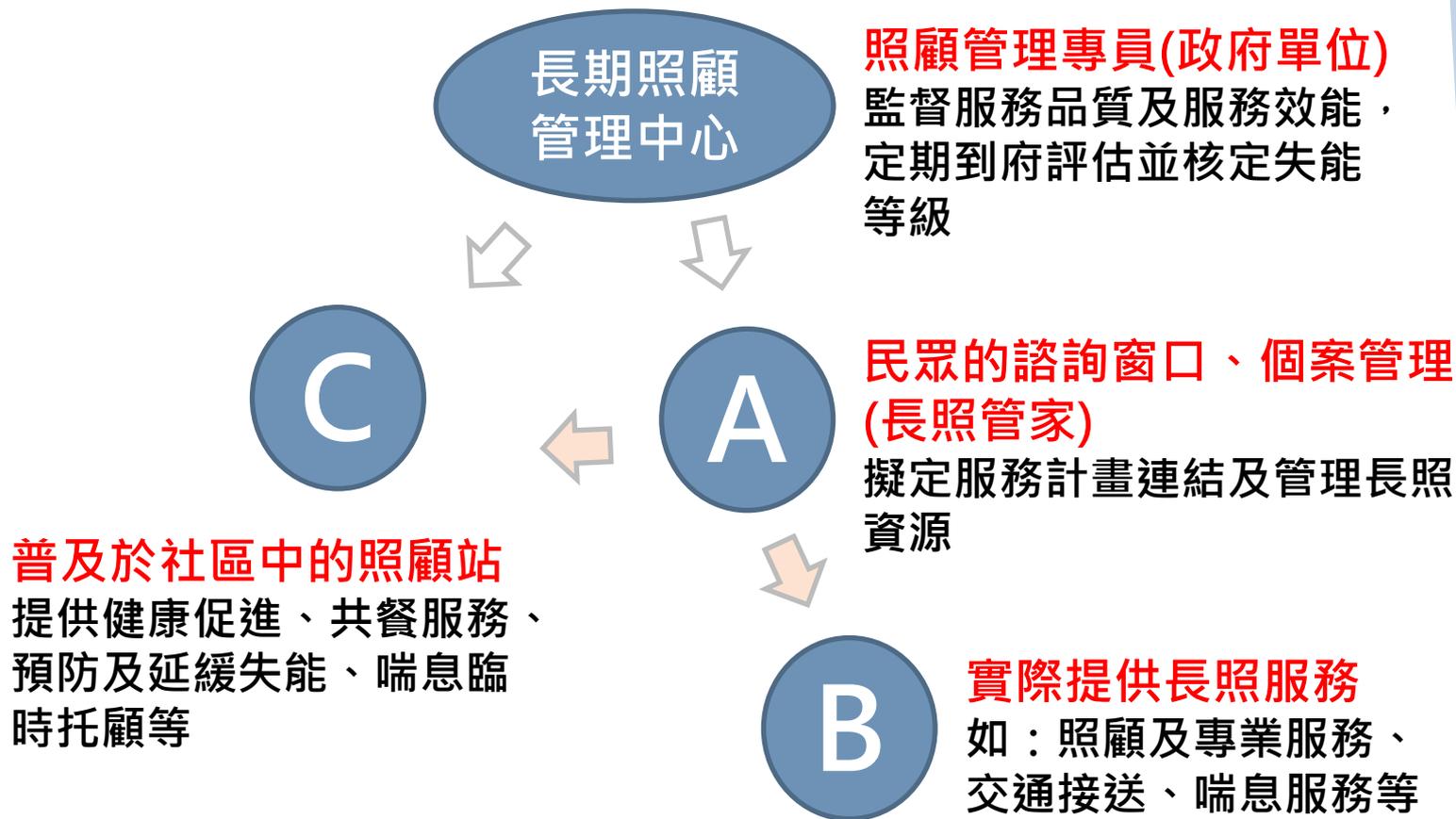
中低收入戶=給付額度×5%

2~6級每年32,340元

7~8級每年48,510元

備註：低收入戶由政府全額補助，免部分負擔。

長照A-B-C的關聯





貳.



社區整合型服務中
心內涵及個案管理
員角色功能

動動腦



照專
的角色功能



A個管
的角色功能

個案管理師的角色與功能

何謂個案管理？

- 替一個或一群案主協調及整合一切助益性活動的工作方式。
- 強調服務協調(包含機構間合作)，其內涵是以統整、有效能與有效率的方式提供案主所需要之服務。
- 目的是達到服務之連續性、促進服務之可近性及責信和增進服務輸送效率之長期性，建立與案主間的信任與授權關係。

個案管理的功能

- 個案管理者的主要職責則為資源的分配和控制。強調服務整合，重視個別照顧計畫的訂定與執行。
- 以團隊合作方式提供案主所需服務，並擴大服務效果。當案主所需服務須由不同的專業、機構或方案提供時，個案管理就可以發揮其協調監督的功能。

個案管理師扮演的角色

協調者

資源分配者

賦能者

諮詢者

研究者

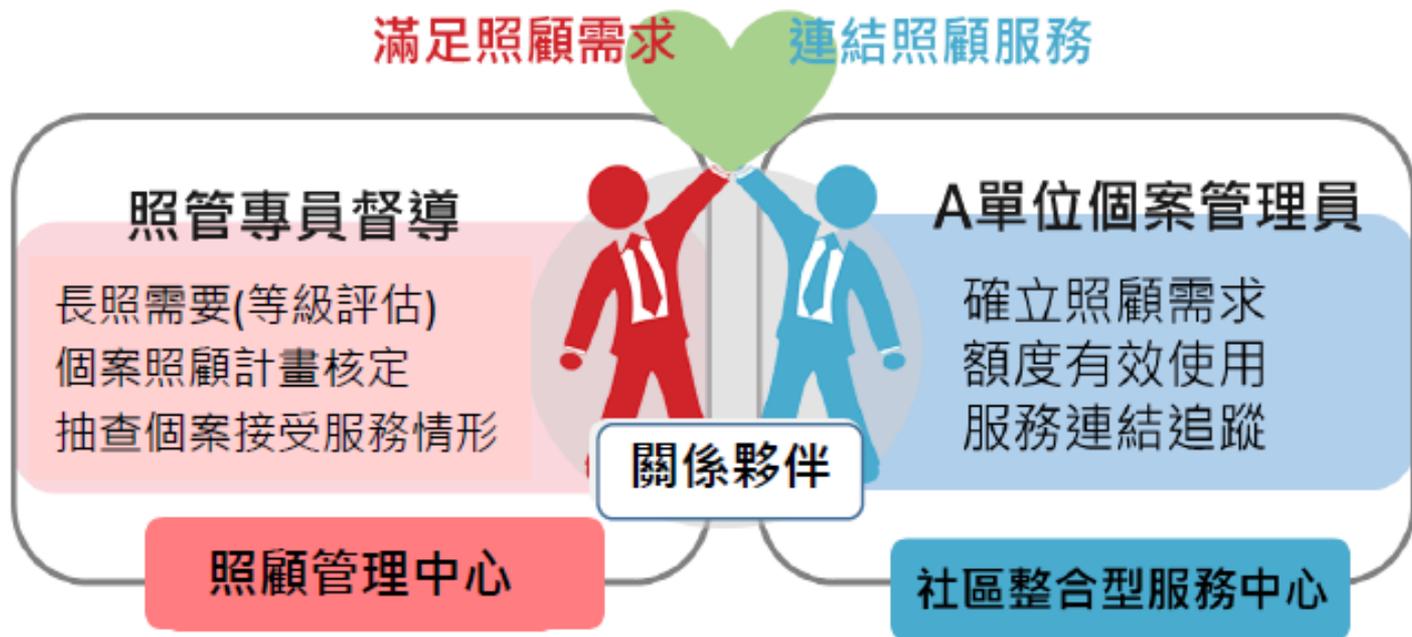
催化者

危機處理者

品質管理者

長期照顧照顧管理服務流程

長期照顧照顧管理服務流程.PDF



照管專員與A個管角色與分工

THIS IS ME

照管專員

- **評估前期**：接受民眾申請、初步篩選是否符合收案條件，確認主要聯繫者及決策者後約定訪視。
- **評估當日**：以CMS量表進行長照需求評估，確認失能等級與額度及澄清案家需求與期待，依案家福利身分別說明部分負擔規定。不符長照對象應轉介其他長照2.0相關服務。
- **評估完成後**：核定作業及服務輸送、長照品質及稽核管理、定期追蹤受服務情形及定期複評。



照管專員與A個管角色與分工

THIS IS ME

A個管人員

- **擬定照顧服務計畫前置作業**：盤點長照資源建立網絡名單，掌握個案資訊與照專共同完成家訪作業。
- **擬定照顧服務計畫**：依個案之額度、問題清單及照顧組合表，提供案家足夠資訊，尊重其意願及選擇擬定照顧服務計畫。
- **連結服務或資源**：提供長照4大包媒合或其他非長照需求轉介
- **服務追蹤**：每月定期進行服務品質追蹤、每半年進行家訪，視個案狀況變更調整照顧計畫或通報照管中心啟動複評機制。
- **服務諮詢、申訴及處理**：設有諮詢或申訴管道，接受長照需求者及其家庭照顧者所連結之長照服務諮詢、申訴，並予以處理。



分責合作之聯繫作業及服務模式



考量民眾權益及滿足服務需求，落實照管人員與A個管分責合作聯繫作業及服務模式，藉以提升長照服務連結與輸送效能。照專於進行個案家訪評估長照需要等級時，**建議應與A個管員共同訪視**，

優點：提升訪視效能、討論個案適切的服務需求內容，簡化行政作業流程，免除分別約訪個案家屬的時間，減少個案及其家屬不便之處。

共訪重點：

[照專與A個管分責合作聯繫作業及服務模式參考原則.pdf](#)

- 1.以共同訪視為主軸
- 2.個案曾經有申述或有爭議性、特殊或高風險個案(家暴、酗酒、患有精神疾病患者、家屬請假不易、急迫性)
- 3.以偏遠地區個案、疾病狀況複雜或重度者、需連結額外資源介入之個案



長照給付及支付AA01、AA02

碼別	照顧組合名稱	組合內容及說明
AA01	照顧計畫擬訂與服務連結	<p>內容：</p> <ol style="list-style-type: none">1. 承接照管中心轉介長照給付對象。2. 至案家與長照給付對象或其家庭照顧者討論，依其長照服務給付額度、照顧問題清單及照顧需求後擬訂照顧計畫。3. 照顧計畫送照管中心核定後連結服務或資源。4. 每六個月需進行家訪並重新依個案需求擬訂照顧計畫，如發現個案身體狀況改變需重新評估，則通報照管中心進行複評。六個月重新擬訂照顧計畫及複評時等級改變應重新擬訂照顧計畫，均可申報一次。
AA02	照顧管理	<p>內容：</p> <ol style="list-style-type: none">1. 依長照給付對象需求或長照需要變化調整照顧計畫。2. 執行服務計畫。3. 追蹤長照給付對象與各項服務之連結情形。4. 每月定期進行服務品質追蹤。5. 接受長照給付對象及其家庭照顧者有關長照服務諮詢、申訴及處理。6. 協助長照給付對象或其家庭照顧者其他資源連結。

AA02相關函釋

有關長期照顧服務申請及給付辦法附表四照顧組合表之「照顧管理(AA02)」疑義一案。

1. 為落實以人為中心之長照服務理念，完善整體服務輸送體系，長照十年計畫2.0推動各項創新服務方案，其中社區整合型服務中心(A單位)之個案管理人員，係協助長照服務個案擬定個別化照顧計畫、連結長照服務並定期追蹤個案服務使用情形，即時提供服務諮詢及協調，另本部自107年起推動長照給付及支付制度，A單位依其服務提供情形，申報「照顧計畫擬訂與服務連結(AA01)」及「照顧管理(AA02)」，先予敘明。
2. 有關「照顧管理(AA02)」執行方式一節，依據旨揭辦法附表所訂組合內容及說明略以，包含依服務個案需求或變化調整照顧計畫、每月定期進行服務品質追蹤及各項服務連結情形、提供個案及其家庭照顧者有關長照服務諮詢、申訴及處理並協助其連結其他資源，另回歸給付及支付制度推動宗旨，將過往時數計價模式，改以服務項目作為計價單位，應包含服務前準備、實際提供服務及服務後之紀錄，以確保民眾獲得完整且具品質之服務。
3. A單位應落實其個案管理功能角色，完成「照顧管理(AA02)」服務並依規申報服務費用，倘以通訊軟體文字訊息取代面訪或電訪(包含視訊電話、通訊軟體之語音通話)，考量個案或其家屬因其年齡、教育程度有別，恐影響其資訊理解程度、溝通品質，是以，為確保服務品質，**A單位應仍以面訪或電訪方式執行「照顧管理(AA02)」服務為宜。**

AA02相關函釋

有關長期照顧給付及支付基準之照顧管理（AA02）相關規範一案。

1. 依據長期照顧給付及支付基準之組合內容及說明，照顧管理（AA02）依長照給付對象需求或長照需要變化調整照顧計畫、每月定期進行服務品質追蹤及長照給付對象與各項服務之連結情形、執行服務計畫、接受長照給付對象及其家庭照顧者有關長照服務諮詢、申訴及處理並協助其連結其他資源；又申請費用應檢附服務紀錄、照顧計畫異動報告或申訴紀錄，先予敘明。
2. 查 A 個管人員角色功能係落實以人為中心的照顧理念，協助長照個案擬定照顧計畫、媒合服務使用，掌握案家狀況配合需求變動調整照顧計畫，基於個案管理立場，倘有多日或多次未能聯繫至案家情事，該個管人員更應設法連繫其他關係人員，就近探視或親自探訪，加強追蹤關懷，倘該等個案有其他經濟弱勢、家庭照顧功能不足或多重問題符合脆弱家庭或保護性服務需求之情形，應主動通報轉介社政體系介入服務，以維護失能者及其家屬之服務權益，落實個管角色。
3. 至有關貴府所詢社區整合型服務中心（A）個管人員於電訪時聯繫個案或案家未果，得否請領 AA02 碼別支付及給付費用一節，考量未完整執行該項服務，不符支付條件。



叁.

擬定照顧計畫之原則及應注意事項

照顧計畫擬定流程

照管專員、照管督導

照顧管理
評估量表

照顧問題
清單

照顧計畫
擬定

服務項目
執行

A個管

照顧管理評估量表的優點

1. 評估總結確認後，載具程式自動依個案之評估結果判定給付等級，並帶出給付額度。
2. 以居家照顧服務為例，載具程式依個案長照資源耗用之不同，分為2-8級，每個等級有其相對應之給付額度。
3. 自動判定給付等級，照管專員不需額外依靠各自專業及經驗判定，使給付核定一致，減少照管專員判斷之困擾及人情壓力。

照顧管理評估量表

ADLs及IADLs

- 日常生活功能 (ADLs)：吃飯、洗澡、個人修飾、穿脫衣物、大便控制、小便控制、上廁所、移位、走路、上下樓梯
- 工具性日常活動功能 (IADLs)：使用電話、購物、備餐、處理家務、洗衣服、外出、服用藥物、處理財務的能力

溝通能力

- 意識狀態、視力、聽力、表達能力、理解能力

特殊及複雜 照護需要

- 疼痛狀況、皮膚狀況、關節活動度、疾病史與營養評估、特殊照護 (鼻胃管、氣切管、導尿管、呼吸器、傷口護理、造瘻部位、氧氣治療、壓瘡處理等)、吞嚥能力、跌倒、平衡及安全、輔具

認知功能、 情緒及行為 型態

- 認知功能 (短期記憶評估)
- 情緒及行為型態：遊走、日夜顛倒/作息困擾、語言攻擊行為、肢體攻擊行為、干擾行為、抗拒照護、妄想、幻覺、恐懼或焦慮、憂鬱及負性症狀、自傷行為及自殺、重複行為、對物品攻擊行為、其他不適當及不潔行為

居家環境、 家庭支持及 社會支持

- 居家環境：居家環境與居住狀況
- 家庭支持狀況：主要照顧者工作與支持
- 社會支持：社會參與

主要照顧者 負荷

- 照顧者壓力指標：睡眠受干擾、體力上的負荷、需分配時間照顧其他家人、對個案的行為感到困擾、無法承受照顧壓力等

A 個案基本資料

B 主要照顧者基本資料

C 個案溝通能力

D 認知功能

E 個案日常活動功能量表(ADLs)

F 個案工具性日常活動功能量表
(IADLs)

G 特殊複雜照護需要

H 居家環境與社會參與

I 情緒及行為型態

J 主要照顧者負荷

K 主要照顧者工作與支持

照顧問題清單

當每位個案經照顧管理評估後，載具程式除判定給付等級與額度，同時將自動產生「照顧問題清單」，作為長照管理中心及A單位規劃個案「照顧計畫」之依據，照顧管理專員依個案需求排列照顧問題之優先順序並勾選服務措施，並依個案需求排列照顧問題之優先順序，如有專業服務之需求，則提醒A個管與個案及家屬討論徵得同意後，照會專業服務提供單位，以提供客製化的長照服務，亦可作為品質改善的指標之一。

→ 【初評】、【複評】、【重新擬定 (AA01) 】

此3種情況下的照顧計畫，A單位應填寫-問題清單。

照顧問題清單

編號	照顧問題
1	進食問題
2	洗澡問題
3	個人修飾問題
4	穿脫衣物問題
5	大小便控制問題
6	上廁所問題
7	移位問題
8	走路問題
9	上下樓梯問題
10	使用電話問題
11	購物或外出問題
12	備餐問題
13	處理家務問題
14	用藥問題
15	處理財務問題
16	溝通問題
17	短期記憶障礙

編號	照顧問題
18	疼痛問題
19	不動症候群風險
20	皮膚照護問題
21	傷口問題
22	水份及營養問題
23	吞嚥問題
24	管路照顧問題
25	其他醫療照護問題
26	跌倒風險
27	安全疑慮
28	居住環境障礙
29	社會參與需協助
30	困擾行為
31	照顧負荷過重
32	輔具使用問題
33	感染問題
34	其他問題

照顧問題清單發展目的

- 個案經評估後，雖然失能等級相同，但可能失能的ADL、IADL項目是不一樣的，所需要的服務項目也不同，問題清單可以看出個案差異性，依照照顧問題不同提供個案個別化的長照服務。
- 長照服務提供的項目多元，可以個案之照顧問題為中心，有利提供照顧服務及專業服務如居家、護理、復健、醫療等面向之服務。
- 問題清單可用來檢視個案接受服務後，配合複評了解問題是否能維持或改善，亦可作為服務品質指標之一。

[專業服務對照表.PDF](#)

沒有最好的服務計畫，只有適合案主的服務模式

問題清單及照顧計畫擬訂操作指引範例

- 一位無法完成個人修飾及走路能力之個案：

照顧問題
(系統自動帶出)

- 個人修飾問題
- 走路問題

參考之長照2.0核定項目

照顧服務

居家及社區復健

輔具購買、租借及居家無障礙環境改善

居家護理

交通接送

預防延緩失能(智)服務

服務措施 (勾選)

- 協助盥洗、口腔清潔
- 協助穿換衣服
- 協助行走
- 簡易被動式肢體關節活動
- 維護安全
- 陪同運動
- 協助使用日常生活輔助器具
- 輔具適配/環境改善需求評估
- ADLs復能照護
- 評估復健潛能及安排個人修飾訓練
- 評估復健潛能及安排走路訓練

※服務措施可複選

※服務措施開放可供照專依個案狀況勾選新增項目

照顧問題清單

■ 個案管理照顧計畫 (A單位專區)

建立前5大項服務項目清單 刷新

項次	照顧清單 前五大項建議服務項目之細項	照專	A單位	A單位擬定服務項目之原因說明 不使用或新增服務之原因
1	個人修飾問題-1[協助盥洗、口腔清潔]	✓	✓	---
2	個人修飾問題-2[協助修飾及個人清潔]	✓	✗	服務對象無使用意願
3	個人修飾問題-3[協助個案修剪指甲]	✗	✓	照顧安排改變
4	個人修飾問題-4[協助使用日常生活輔助器具]	✗	✓	---
5	---

若與照專問題清單不一致時，建議在計畫中敘明不一致原因，後續才可檢核服務品質追蹤

- 服務對象無使用意願
- 主要照顧者要求
- 給付額度有限,選擇其他服務
- 不願負擔部分負擔
- 服務無法配合
- 照顧安排改變
- 出院/身體狀況改變
- A個管建議

誰來參與照顧計畫擬定?



1. 照專

2. A個管

3. 個案

4. 家屬

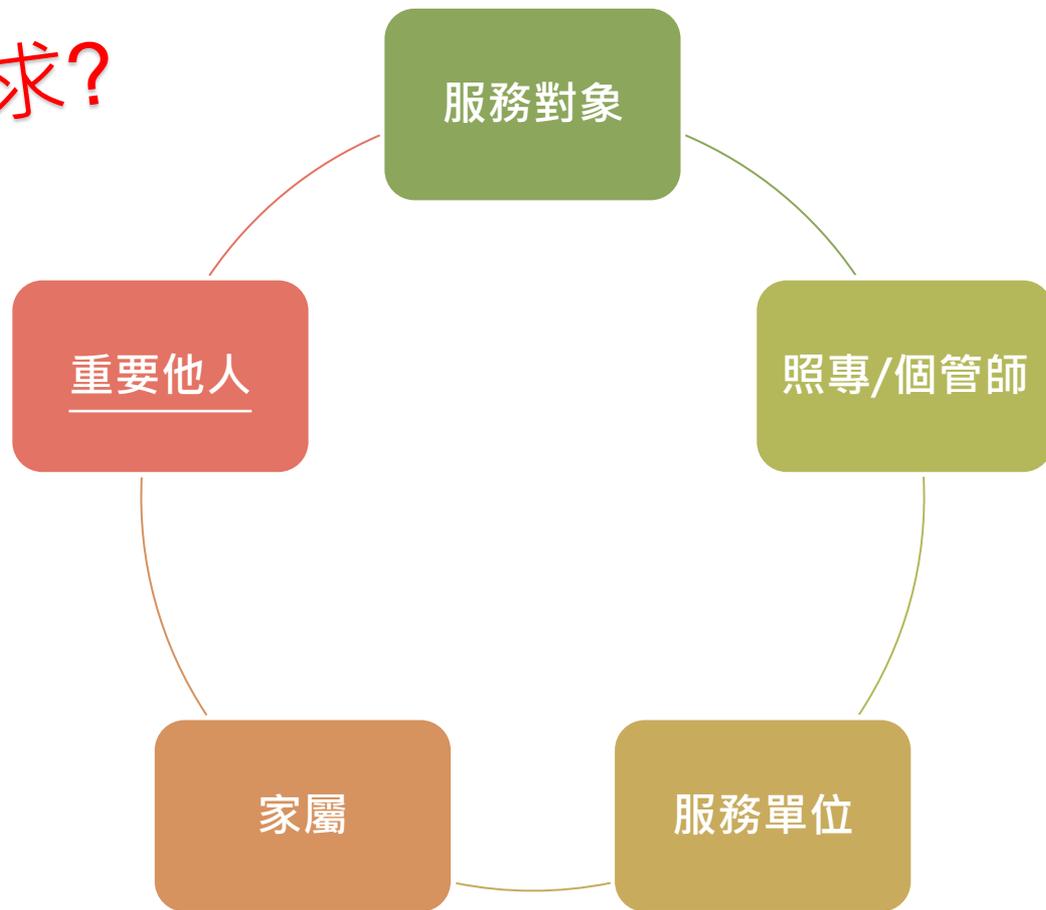
5. 其他

照顧計畫的功能

- 1.提供明確的照顧目標及方式
- 2.滿足多面向及個人化的照顧需求
- 3.擬定確實且有效的執行過程
- 4.能為跨團隊合作提供最佳照顧的指引
- 5.有助於照顧品質的管理與評值

照顧計畫擬定

誰的需求?



擬定照顧計畫原則

1. 依長照需要者之個人額度、照顧問題清單及照顧組合表，與個案或其家庭照顧者討論後，擬定照顧服務計畫。
2. 應提供個案或其家庭照顧者足夠資訊，使其瞭解居住地鄰近地區可選擇的長照服務單位，以民眾意願及獲得服務的即時性為優先原則，與民眾討論服務計畫內容，尊重其意願，確認足夠的服務選擇權。
3. 照顧計畫送照管中心核定後連結服務或資源。

照顧計畫的架構

個案摘述

- 摘述個案的基本資料(包含家系圖、生理及心理狀況、社會資源、醫療問題、家庭環境、申請原因、家屬期待...等)

問題分析

- 依據前項摘述內容及案家期待，列出問題清單及輔具清單

照顧計畫目標

- 列舉出具體、可執行的目標
- 目標可訂定時效，便於日後追蹤

照顧計畫

- 長照2.0資源

轉介/其他

- 其他社會資源連結

擬訂計畫時可能遇到的困難



案主/家屬
抗拒



無法達成/不
切實際的目
標



資源的缺乏



案主/個管
師的歧見

照顧計畫擬定

個案/案家可運用的能力

內部

個案/案家的障礙



外在環境/資源的助力

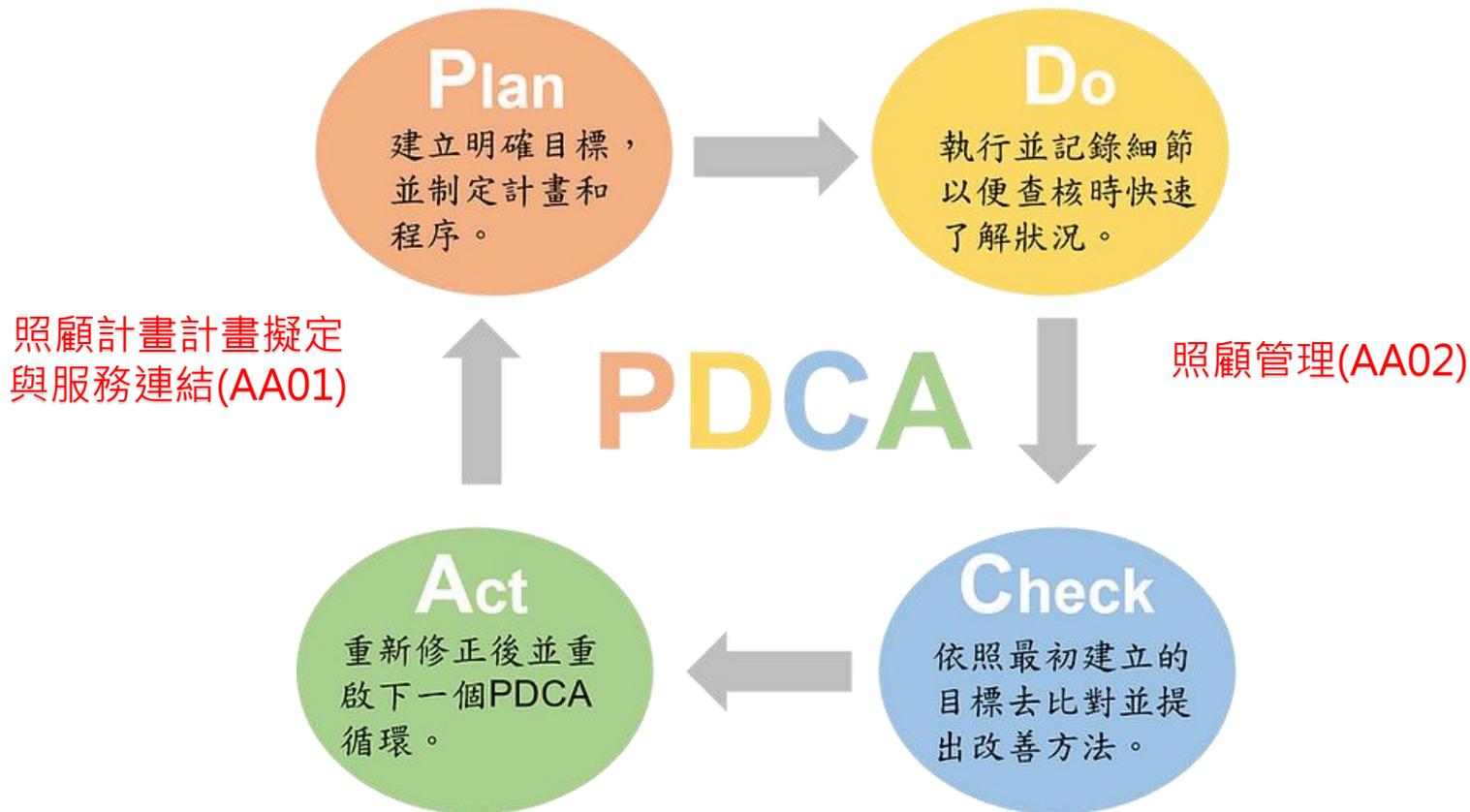
外部

外在環境/資源的阻力

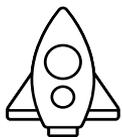
照顧計畫擬定的重點

1. 問題清單與照顧計畫的一致性
2. 計畫目標與服務配置的關聯及差異性
3. 核定服務項目及組數的合理性
4. 專業服務的目標設定
5. 其他資源配置、替代性方案、轉介

服務追蹤與評估-PDCA



計畫追蹤與評估-介入面向



服務計畫

- 是否依計畫介入服務
- 是否持續提供服務
- 是否達成目標
- 需求是否改變
- 計畫是否需調整



案主

- 介入過程是否著重使用者優勢/機會
- 是否讓案主充分參與/充權
- 案主對服務過程的評價



資源

- 資源網絡互動方式與關係
- 欠缺的資源/可開發與媒合的範疇

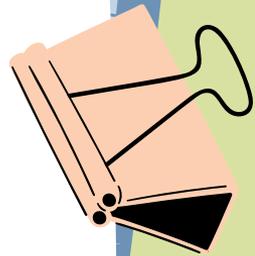
計畫追蹤與評值

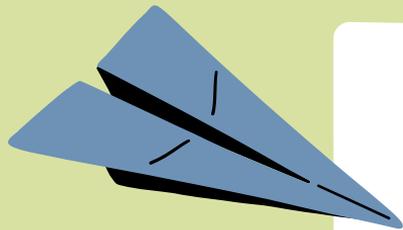
- **服務適應與介入情形**→核定項目或外部資源是否已介入、案主適應情況、服務滿意度等
- **計畫適切性及目標達成情形**→判斷介入後是否為有效服務、計畫是否產生效益等
- **需求異動追蹤**→計畫介入後是否對個案產生變化、是否涉及需求的改變進而產生服務異動、體況改變使得需求變動等
- **其他處理事項**→服務申訴紀錄、個案搬家、更換聯繫人、家庭動力改變以致照顧模式產生變化等

避免發生的問題

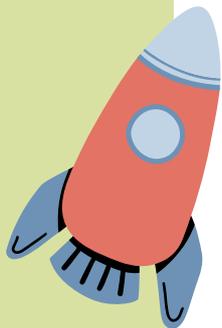
- **計畫目標未與案家取得共識** → 給予「認為個案需要」的服務，在案主自決及最佳利益中無法取得平衡
- **流水帳式的服務紀錄** → 找不到服務介入後重點，無法判斷服務介入效益及服務重點
- **計畫目標與評值結果不一致** → 當個案狀況改變時未能及時修正計畫內容，或服務評值與計畫內容脫鉤
- **缺乏資源盤點及跨團隊合作** → 未計畫服務資源分配的優先序、服務供給不均或資源整合不足
- **未成為服務過程的一環** → 非由個管角度得知服務狀況、個管人力的調動，影響服務連續性

小試身手





Thank you
for listening



~~歡迎提問~~