

| 文 件 編 號              | 文 件 主 題                         | 撰 寫 人       | 核 准 人 |
|----------------------|---------------------------------|-------------|-------|
| SOP-13-00803-1081007 | 臺北市十二區健康服務中心<br>長期照顧轉介服務標準作業程序書 | 周真貞<br>/陳淑娟 | 黃世傑   |
| 頁 碼 / 總 頁 數          | 依 據                             |             |       |
| 1/5                  | 臺北市十二區健康服務中心<br>提升服務品質計畫        |             |       |

## 長期照顧轉介服務標準作業程序書

### 1.依據

臺北市十二區健康服務中心提升服務品質計畫-建立標準化作業流程。

### 2.目的

為建立標準化作業程序，達到長期照顧轉介服務品質標準化，確保所有公共衛生護理人員，均能維持一致的品質與標準，並延續業務承傳的機制。

### 3.適用範圍

臺北市十二區健康服務中心長期照顧業務。

### 4.相關文件

- 4.1 長期照顧服務法（民國 106 年 01 月 26 日修正）。
- 4.2 臺北市長期照顧管理中心個案服務初篩表/轉介單（附件 1）。
- 4.3 臺北市長期照顧管理中心個案管理流程（附件 2）。

### 5.定義

長期照顧轉介服務是公共衛生護理人員評估個案實際居住臺北市，需他人協助之失能者，可提供或轉介醫療衛生服務及社會福利資源，如：專業服務、喘息服務、照顧服務(居家服務、日間照顧、家庭托顧)、小規模多機能（居家服務、日間照顧、夜宿）、輔具購買、租借及住宅無障礙環境改善服務、老人餐飲服務、交通接送服務、機構安置、失智症照顧服務、及預防或延緩失能等服務，以確保社區民眾獲得妥善、完整的健康照顧服務與資源，以確保社區民眾獲得妥善、完整的健康照顧服務與資源。

### 6.作業程序

#### 6.1 個案來源

| 文 件 編 號              | 文 件 主 題                         | 撰 寫 人       | 核 准 人 |
|----------------------|---------------------------------|-------------|-------|
| SOP-13-00803-1081007 | 臺北市十二區健康服務中心<br>長期照顧轉介服務標準作業程序書 | 周真貞<br>/陳淑娟 | 黃世傑   |
| 頁 碼 / 總 頁 數          | 依 據                             |             |       |
| 2/5                  | 臺北市十二區健康服務中心<br>提升服務品質計畫        |             |       |

6.1.1 由地段護理人員主動發現。

6.1.2 民眾及個案主動通報。

6.1.3 鄰里長通報。

6.1.4 醫療院所、老人服務中心、社會局等單位轉介。

## 6.2 需求評估

6.2.1 由地段護理人員確認設籍且實際居住於臺北市民眾。

6.2.2 評估民眾有長照需求者，由地段護理人員填寫「臺北市長期照顧管理中心個案服務初篩表/轉介單」(附件 1)，繳交給健康服務中心長期照顧業務承辦人。

## 6.3 轉介

6.3.1 由健康服務中心業務承辦人以傳真方式，將「臺北市長期照顧管理中心個案服務初篩表/轉介單」給臺北市長期照顧管理中心(以下簡稱照管中心)。

6.3.2 由健康服務中心業務承辦人彙整照管中心回覆單，交由地段護理人員追蹤資源轉介情形。

## 6.4 接案結果

6.4.1 經照管中心評估符合申請長照服務資格者，將由照管中心收案管理。

6.4.2 經評估不符長照服務收案規定，但有其他照護相關需求者，由地段護理人員轉知健康服務中心長期照顧業務承辦人。

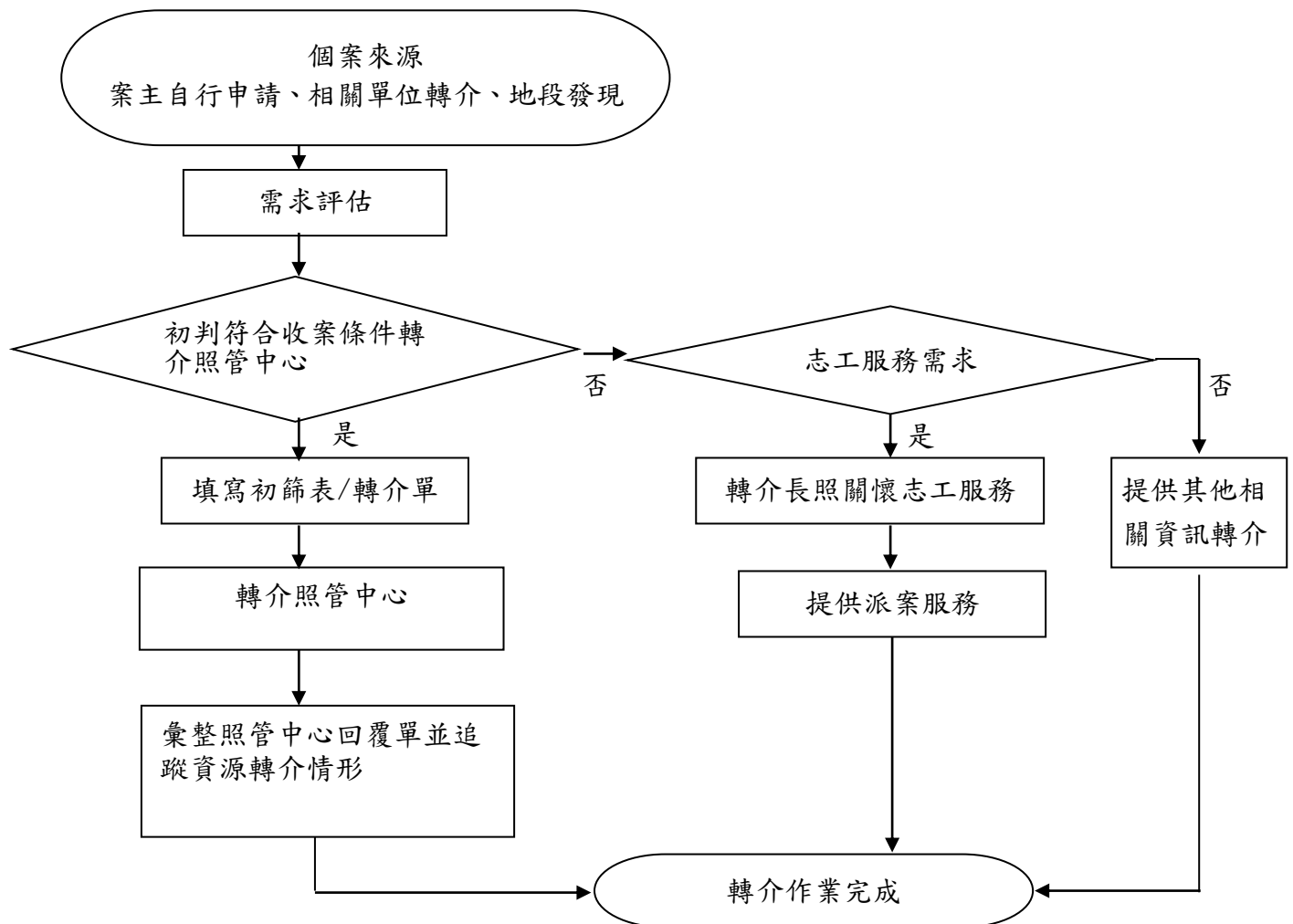
6.4.2.1 經評估有志工服務需求者，則由健康服務中心業務承辦人安排長照關懷志工或其他志工團體提供服務，如：關懷服務、陪伴服務及配合本局、健康服務中心辦理長期照顧相關活動、臨時交辦或庶務工作。

6.4.2.2 經評估有其他照護需求者，由地段護理人員依個案需求協助轉介或連結相關單位提供服務並追蹤資源轉介情形，如：社

| 文 件 編 號              | 文 件 主 題                         | 撰 寫 人       | 核 准 人 |
|----------------------|---------------------------------|-------------|-------|
| SOP-13-00803-1081007 | 臺北市十二區健康服務中心<br>長期照顧轉介服務標準作業程序書 | 周真貞<br>/陳淑娟 | 黃世傑   |
| 頁 碼 / 總 頁 數          | 依 據                             |             |       |
| 3/5                  | 臺北市十二區健康服務中心<br>提升服務品質計畫        |             |       |

會局、醫療院所、老人服務中心、或其他相關團體。

## 7.作業流程圖



## 臺北市長期照顧管理中心個案服務初篩表/轉介單

1050310 七版  
1060705 八版  
1060926 九版

## 一、個案基本資料：

|            |                                                                                                                                                                                                                                           |       |  |       |                                                                                                                                                                          |    |    |   |   |   |    |  |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---|---|---|----|--|
| 個案姓名       |                                                                                                                                                                                                                                           | 身分證字號 |  | 電話    |                                                                                                                                                                          | 生日 | 民國 | 年 | 月 | 日 | 性別 |  |
| 聯絡人        |                                                                                                                                                                                                                                           | 與個案關係 |  | 聯絡人電話 |                                                                                                                                                                          | 手機 |    |   |   |   |    |  |
| 經濟狀況       |                                                                                                                                                                                                                                           |       |  | 管路    | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 鼻胃管 <input type="checkbox"/> 氣切 <input type="checkbox"/> 導尿管 <input type="checkbox"/> 造瘻 <input type="checkbox"/> 其他 |    |    |   |   |   |    |  |
| 身心障礙<br>手冊 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (障別：, 程度：)                                                                                                                                                                          |       |  | 壓傷    | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位：, 等級：, 大小：cm <sup>2</sup> )                                                                                    |    |    |   |   |   |    |  |
| 居住地址       | 市 區 里 鄰 路 段 巷 弄 號 樓                                                                                                                                                                                                                       |       |  |       |                                                                                                                                                                          |    |    |   |   |   |    |  |
| 戶籍地址       | 市 區 里 鄰 路 段 巷 弄 號 樓                                                                                                                                                                                                                       |       |  |       |                                                                                                                                                                          |    |    |   |   |   |    |  |
| 居住狀況       | <input type="checkbox"/> 非獨居 <input type="checkbox"/> 獨居 ( <input type="checkbox"/> 社會局列冊管理個案 <input type="checkbox"/> 否)                                                                                                                 |       |  |       |                                                                                                                                                                          |    |    |   |   |   |    |  |
| 看護         | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 本籍 小時/天 <input type="checkbox"/> 外籍 人)                                                                                                                   |       |  |       |                                                                                                                                                                          |    |    |   |   |   |    |  |
| 疾病狀況       | <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腦中風 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 失智症 <input type="checkbox"/> 巴金森氏症 <input type="checkbox"/> 癌症： <input type="checkbox"/> 其他： |       |  |       |                                                                                                                                                                          |    |    |   |   |   |    |  |

## 二、欲申請服務之種類：(可複選) \*本項服務申請端視個案所屬轄區之服務據點是否建置完備且開放收案。

|                                                                                                                              |                                                                                           |                                       |                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 照顧服務 ( <input type="checkbox"/> 居家服務、 <input type="checkbox"/> 日間照顧、 <input type="checkbox"/> 家庭托顧) | <input type="checkbox"/> 喘息服務 ( <input type="checkbox"/> 居家、 <input type="checkbox"/> 機構) | <input type="checkbox"/> 居家護理         | <input type="checkbox"/> 居家營養 |
| <input type="checkbox"/> 小規模多機能 ( <input type="checkbox"/> 居家服務、 <input type="checkbox"/> 日間照顧、 <input type="checkbox"/> 夜宿) | <input type="checkbox"/> 交通接送服務                                                           | <input type="checkbox"/> 居家吞嚥         | <input type="checkbox"/> 居家物理 |
| <input type="checkbox"/> 輔具購買及住宅無障礙環境改善服務                                                                                    | <input type="checkbox"/> 老人餐飲服務                                                           | <input type="checkbox"/> 居家呼吸         | <input type="checkbox"/> 居家醫師 |
| <input type="checkbox"/> 失智共照 (*)                                                                                            | <input type="checkbox"/> 預防及延緩失能照護 (*)                                                    | <input type="checkbox"/> 社區整體照顧模式 (*) | <input type="checkbox"/> 其他：  |

案主  
(家)  
主要  
問題  
及需  
求

|               |                              |                               |         |                                                    |                                  |                                  |                                                            |
|---------------|------------------------------|-------------------------------|---------|----------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 三、ADL 失能項目評估： |                              |                               |         | 四、長者衰弱評估                                           |                                  |                                  |                                                            |
| 1. 吃飯         | <input type="checkbox"/> 需協助 | <input type="checkbox"/> 不需協助 | 體重減輕    | 非刻意減重狀況下，過去一年體重減少 5%以上(先問個案體重和一年前相較差不多還是減少，再問少幾公斤) | <input type="checkbox"/> 是 (1 分) | <input type="checkbox"/> 否 (0 分) |                                                            |
| 2. 洗澡         | <input type="checkbox"/> 需協助 | <input type="checkbox"/> 不需協助 |         |                                                    | <input type="checkbox"/> 是 (0 分) | <input type="checkbox"/> 否 (1 分) |                                                            |
| 3. 個人修飾       | <input type="checkbox"/> 需協助 | <input type="checkbox"/> 不需協助 | 下肢功能    | 可以在不用手支撐的情況下，從椅子上站起來五次                             | <input type="checkbox"/> 是 (1 分) | <input type="checkbox"/> 否 (0 分) |                                                            |
| 4. 穿脫衣物       | <input type="checkbox"/> 需協助 | <input type="checkbox"/> 不需協助 |         |                                                    | <input type="checkbox"/> 是 (1 分) | <input type="checkbox"/> 否 (0 分) |                                                            |
| 5. 大便控制       | <input type="checkbox"/> 需協助 | <input type="checkbox"/> 不需協助 | 精力降低    | 過去一週內，是否經常覺得提不起勁來做事?(一個禮拜有三天以上)                    | <input type="checkbox"/> 是 (1 分) | <input type="checkbox"/> 否 (0 分) |                                                            |
| 6. 小便控制       | <input type="checkbox"/> 需協助 | <input type="checkbox"/> 不需協助 |         |                                                    | <input type="checkbox"/> 是 (1 分) | <input type="checkbox"/> 否 (0 分) |                                                            |
| 五、IADL 失能項目評估 |                              |                               |         |                                                    |                                  |                                  |                                                            |
| 7. 上廁所        | <input type="checkbox"/> 需協助 | <input type="checkbox"/> 不需協助 | 1. 使用電話 | <input type="checkbox"/> 需協助                       | <input type="checkbox"/> 不需協助    | 5. 洗衣服                           | <input type="checkbox"/> 需協助 <input type="checkbox"/> 不需協助 |
| 8. 移位         | <input type="checkbox"/> 需協助 | <input type="checkbox"/> 不需協助 | 2. 購物   | <input type="checkbox"/> 需協助                       | <input type="checkbox"/> 不需協助    | 6. 外出                            | <input type="checkbox"/> 需協助 <input type="checkbox"/> 不需協助 |
| 9. 走路         | <input type="checkbox"/> 需協助 | <input type="checkbox"/> 不需協助 | 3. 備餐   | <input type="checkbox"/> 需協助                       | <input type="checkbox"/> 不需協助    | 7. 服用藥物                          | <input type="checkbox"/> 需協助 <input type="checkbox"/> 不需協助 |
| 10. 上下樓梯      | <input type="checkbox"/> 需協助 | <input type="checkbox"/> 不需協助 | 4. 處理家務 | <input type="checkbox"/> 需協助                       | <input type="checkbox"/> 不需協助    | 8. 處理財務能力                        | <input type="checkbox"/> 需協助 <input type="checkbox"/> 不需協助 |

## 六、照顧者評估、出入院情形：

|           |                                                                                                                      |               |                                                       |          |                                                                  |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------|----------|------------------------------------------------------------------|
| 1. 是否有照顧者 | <input type="checkbox"/> 否<br><input type="checkbox"/> 是 ( <input type="checkbox"/> 固定 <input type="checkbox"/> 無固定) | 2. 是否 1 週內剛出院 | <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 | 3. 是否住院中 | <input type="checkbox"/> 否<br><input type="checkbox"/> 是 (醫院 床位) |
| 填表單位：     |                                                                                                                      |               | 日期： 年 月 日                                             |          |                                                                  |
| 填表者/轉介者：  |                                                                                                                      |               | 電話： 傳真：                                               |          |                                                                  |

|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 接<br>案<br>單<br>位<br>填<br>寫 | 臺北市長期照顧管理中心/ 區服務站 照管專員： 電話：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
|                            | 核定日期： 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
|                            | 補助身份： <input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 1.5 倍以下中低收入 <input type="checkbox"/> 1.5-2.5 倍中低收入 <input type="checkbox"/> 非列冊殘補 <input type="checkbox"/> 一般戶                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
|                            | 核定服務項目： <input type="checkbox"/> 照顧服務 ( <input type="checkbox"/> 居家服務、 <input type="checkbox"/> 日照 <input type="checkbox"/> 家托) <input type="checkbox"/> 喘息服務 ( <input type="checkbox"/> 居家、 <input type="checkbox"/> 機構) <input type="checkbox"/> 居家護理 <input type="checkbox"/> 居家營養 <input type="checkbox"/> 小規模多機能 <input type="checkbox"/> 交通接送服務 <input type="checkbox"/> 居家吞嚥 <input type="checkbox"/> 居家物理 <input type="checkbox"/> 居家職能 <input type="checkbox"/> 輔具購買及住宅無障礙環境改善服務 <input type="checkbox"/> 老人餐飲服務 <input type="checkbox"/> 居家呼吸 <input type="checkbox"/> 居家醫師 <input type="checkbox"/> 機構安置 <input type="checkbox"/> 失智共照 (*) <input type="checkbox"/> 預防及延緩失能照護 (*) <input type="checkbox"/> 社區整體照顧模式 (*) <input type="checkbox"/> 其他： |  |
| 不<br>接<br>案                | 原因：<br><input type="checkbox"/> 非失能者 <input type="checkbox"/> 已雇用外籍看護，僅申請照顧服務或喘息服務<br><input type="checkbox"/> 其他                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |
| 備<br>註                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |

臺北市長期照顧管理中心個案管理流程

107.01.15 修訂

