

附件 1 收案對象、結案條件、參與醫院條件、評估時程與工具

附件1-1 腦中風

一、收案對象

(一)符合本保險公告重大傷病之急性腦血管疾病（限急性發作後一個月內）之病人，醫療狀況穩定，功能狀況具有中度至中重度功能障礙(MRS 3-4)，於參與本計畫之醫院住院，經醫療團隊判斷具積極復健潛能者。

(二)另前述疾病急性發作後 40 天內，符合下列特殊個案條件之一，且醫療狀況穩定，功能狀況具有中度至中重度功能障礙(MRS 3-4)，於參與本計畫之醫院住院，經急性後期照護團隊判斷具積極復健潛能者，亦可納入收案：

1. 腦中風發病兩週以後，因急性感染症而新增或調整靜脈抗生素注射藥物者。
2. 腦中風發病 30 天內，曾因有多重抗藥性菌株感染而需接觸隔離者。
3. 腦中風發病 30 天內，使用抗凝血劑，用藥四週後仍然未能調整至理想狀態(PT INR 1.5-3.0)。
4. 使用胰島素或口服藥物，腦中風四週後仍血糖控制不佳(空腹血糖 >200 mg/dl)，需要嚴密監控。
5. 腦中風發病 30 天內，加護病房住院超過兩週者。
6. 腦中風發病 30 天內，發生重大合併症、併發症(如心肌梗塞、靜脈血管栓塞、急性腎衰竭)接受特殊處置及手術導致住院延長者。

(三)醫療狀況穩定定義

1. 神經學狀況：72 小時以上神經學狀況未惡化。
2. 生命徵象：血壓、心跳、體溫 72 小時以上穩定或可控制。
3. 併發症：感染，血液異常，胃腸道出血等，治療後穩定或可控制。

(三)功能狀況分級定義

進入 PAC-CVD 的起始功能狀況以 Modified Rankin Scale (MRS) 為分級標準：無明顯功能障礙 (MRS 0-1)、輕度功能障礙 (MRS 2)、中度~中重度功能障礙 (MRS 3-4)，及重度功能障礙或意識不清 (MRS 5)。MRS 分級標準：

0 - No symptoms.

1 - No significant disability. Able to carry out all usual activities, despite some symptoms.

2 - Slight disability. Able to look after own affairs without assistance, but unable to carry out all previous activities.

3 - Moderate disability. Requires some help, but able to walk unassisted.

4 - Moderately severe disability. Unable to attend to own bodily needs without assistance, and unable to walk unassisted.

5 - Severe disability. Requires constant nursing care and attention, bedridden, incontinent.

6- Dead.

(四)具積極復健潛能判定原則

1. 具基本認知、學習能力與意願。
2. 具足夠體力：支撐下能於輪椅或床緣至少維持一小時坐姿。
3. 能主動參與復健治療計畫。
4. 具足夠家庭支持系統者為佳。

二、 結案條件

急性後期照護以 3-6 週為原則；經急性後期照護團隊評估有後續需求者得展延一次，申請展延應檢附團隊會議紀錄向保險人分區業務組申請核備，至多支付到 12 週，如申請展延審查結果不同意，自保險人通知日起不給付費用。經「住院模式」照護，專業判斷可出院者，應辦理出院準備改採其他模式或門診照護。

(一)個案功能顯著進步，經急性後期照護團隊評估，可出院回家進行自

我復健者。

(二)連續 2 次個案功能評估，經急性後期照護團隊總評，未進步或降低者。

(三)經急性後期照護團隊評估，已不具復健潛能者。

(四)進入急性後期照護時間，超過 12 週上限者。

(五)保險對象自行中斷急性後期照護者。

(六)死亡。

(七)病情轉變無法繼續接受本計畫照顧者。

三、參與醫院條件

具備「腦中風急性後期照護團隊」之區域或地區醫院。

(一)醫師：PAC-CVD 相關科別醫師（專任之神經科、神經外科、內科、家醫科或復健科任一有腦血管疾病照護經驗醫師）。

註：地區醫院得經分區業務組同意後，以兼任(支援)之上述科別醫師，專責於該院主導急性後期整合照護團隊執行業務，並提供住院個案至少每日 1 次巡診。

(二)醫事人員：承作醫院需有專任物理治療師、專/兼任職能治療師、專/兼任語言治療師、專/兼任藥師、專/兼任營養師、專兼任社工師(人員)、護理人員，至少各 1 名，其餘未竟事宜依其他相關規定辦理。

四、評估時程與工具：收案、結案、每 3 週定期評估(若有相關版權請醫院自行申請)

(一)核心必要評估工具

1. 整體功能狀態。
2. 基本日常生活功能。
3. 吞嚥、進食功能。
4. 營養評估(Short Form)。
5. 健康相關生活品質。
6. 工具性日常生活功能。

(二) 專業選擇性評估工具

1. 姿勢控制、平衡功能。
2. 步行能力、整體行動功能。
3. 心肺耐力。
4. 感覺功能評估。
5. 認知、知覺功能評估。
6. 職能表現。
7. 重返社會能力評估。
8. 語言功能評估。

附件 1-2 燒燙傷

一、收案對象

- (一)燒燙傷病人接受急性期治療後，經急性燒燙傷團隊評估，因燒燙傷造成之功能缺損以致基本日常生活無法自理(Barthel index \leq 80 分)，或傷口已逾二個月復原狀況不良，出院返家困難或居家照護困難者採住院照護模式；可出院者，採日間照護模式。
- (二)另病人需醫療狀況穩定，且具有充足配合復健之動機意願，以及積極復健潛能。具積極復健潛能應經過下列原則判定：
 1. 具認知、學習能力與意願
 2. 具足夠體力：每天可接受至少 1 小時以上之積極復健治療。
 3. 能主動參與復健治療計畫

二、結案條件(符合以下任一條件者)

- (一)個案功能恢復達一定程度，經團隊評估，急性後期照護階段結束，可轉至慢性復健期者(一般門診復健)。
註：急性後期照護結案目標：功能恢復至可自行(或依靠輔具)吃飯、室內行走及如廁，且傷口照護達病患或家屬可居家照護之程度。
- (二)「住院模式」急性後期照護超過一定時間者：無後續功能性重建手術者，最長 3 個月；後續接受功能性重建手術者，於手術後其住院模式急性後期照護得延長 1 個月。
- (三)「日間照護模式」經 3 個月之急性後期照護，仍未達結案目標，經照護團隊判定仍有急性後期照護之需求及積極復健空間者，得向保險人專案申請延長，每次延長期間 1 個月，最多 3 次。
- (四)經「住院模式」照護，專業判斷可出院者，應辦理出院準備改採其他照護模式。
- (五)保險對象自行中斷急性後期照護者。
- (六)病情轉變無法繼續接受本計畫照顧者。

三、參與醫院條件

(一)具備「燒燙傷急性後期整合性照護團隊」

1. 需有專任之整形外科醫師或復健科醫師、專任物理治療師、專/兼任職能治療師、專/兼任臨床心理師(或專兼任精神科醫師)、專/兼任社工師(人員)、專/兼任營養師、護理人員、個案管理人員及燒燙傷諮詢衛教人員。照顧吞嚥或語言障礙患者，團隊另需有專任語言治療師。

註：地區醫院得經分區業務組同意後，以兼任(支援)之上述科別醫師，專責於該院主導急性後期整合照護團隊執行業務，並提供住院個案至少每日 1 次巡診。

2. 提供日間照護服務之團隊，營養師得採兼任。
3. 團隊內醫師、物理治療師、職能治療師、語言治療師、臨床心理師、社工師(人員)，需提出 3 年內有接受燒燙傷相關的訓練課程證明(訓練時數達 6 小時)，醫院計畫審查通過後半年內需備齊證明。

(二)提供日間照護服務之醫院，需提供個案妥適的安置空間，並考量燒傷病人穿脫彈性衣之隱私，需有個別治療室或是可供遮蔽之場地。

(三)提供急性後期照護之醫院，需與上游燒燙傷中心醫院雙向聯繫，設置個案管理師擔任照護管理之角色，結合社福團體提供傷患完整之身心照護。

四、評估時程與工具：收案、結案、每 3 週定期評估(若有相關版權請醫院自行申請)

(一)核心必要評估工具

評量面向	評量工具
1.基本日常生活功能	Barthel Index
2.上下肢功能	關節活動度(Range of Motion 簡稱 ROM)

(二)專業選擇性評估工具

評量面向	評量工具
1.傷口評估	評估傷口癒合、植皮皮瓣、疤痕生成等

	狀況 Vancouver scar scale 或 POSAS (patient and observer scar assessment scale)
2.吞嚥、進食功能	Burn Specific Dysphagia Severity Rating Scale
3.營養評估	Mini Nutrition Assessment (MNA Short Form)

附件1-3 創傷性神經損傷(Traumatic Neurological Injury Post-Acute Care, 簡稱TNI-PAC)

一、收案對象

年滿18歲，因創傷性神經損傷造成失能且發病60天內之病人，功能狀況具有顯著且持續之中度功能障礙（巴氏量表40至70分），醫療狀況穩定，於參與本計畫之醫事機構住院，經醫療團隊判斷具積極復健潛能者。

（一）醫療狀況穩定定義

- 1.神經學狀況穩定：72小時以上神經學狀況未惡化且已脫離神經損傷休克期。
- 2.生命徵象：血壓、心跳、體溫、呼吸速率及血液氧氣飽和濃度在過去72小時內穩定或可控制。
- 3.併發症已經穩定或可控制：深部靜脈栓塞或肺栓塞、自主神經反射異常、血壓心跳不穩定(如仍有明顯姿勢性低血壓)、感染、血液異常、褥瘡、癲癇、水腦、痙攣、胃腸道出血或無動性腸阻塞等。

（二）病人需醫療狀況穩定，且具有充足配合復健之動機意願，以及積極復健潛能。具積極復健潛能應經過下列原則判定：

- 1.具認知、學習能力與意願。
- 2.體力：支撐下能於輪椅或床緣至少維持一小時坐姿。
- 3.能主動參與復健治療計畫。
- 4.具可達到的治療目標。

（三）排除條件

- 1.嚴重精神疾病。
- 2.長期呼吸依賴。
- 3.末期疾病。
- 4.長期臥床，身體功能無法回復。
- 5.癌症仍需後續住院治療。

6.合併其他之多重創傷仍未穩定者，如仍有不穩定之骨折。

7.脊髓損傷。

二、結案條件（符合以下任一條件者）

急性後期照護以3-6週為原則；經急性後期照護團隊評估有後續需求者得展延一次，申請展延應檢附團隊會議紀錄向保險人分區業務組申請核備，至多支付到12週，如申請展延審查結果不同意，自保險人通知日起不給付費用。經「住院模式」照護，專業判斷可出院者，應辦理出院準備改採其他模式或門診照護。

- (一) 個案功能顯著進步已達創傷性神經損傷復健之預期功能目標，經急性後期照護團隊評估，可轉至慢性復健期者(一般門診復健或在家自我復健者)。註:預期功能目標以病人為中心導向，需綜合評估創傷性神經損傷部位可達到之最大功能、病人年紀、發作前之功能狀態、共病狀況及後續家屬可居家照護之程度。
- (二) 進入急性後期照護時間，超過 12週者。
- (三) 經「住院模式」照護，專業判斷可出院者，應結案改採其他照護模式。
- (四) 保險對象自行中斷急性後期照護者。
- (五) 病情轉變無法繼續接受本計畫照顧者。

三、參與醫院條件

具備「創傷性神經損傷急性後期整合性照護團隊」之區域醫院或地區醫院：

- (一) 醫師：需有專任之神經外科醫師或專任神經內科醫師或專任復健科醫師。
註：地區醫院得經分區業務組同意後，以兼任(支援)之上述科別醫師，專責於該院主導急性後期整合照護團隊執行業務，並提供住院個案至少每日1次巡診。
- (二) 醫事人員：專任物理治療師、專/兼任職能治療師、專/兼任臨床

心理師(或專/兼任精神科醫師)、專/兼任社工師(人員)、專/兼任營養師、專/兼任語言治療師、護理人員。

四、評估時程與工具：收案、結案、每3週定期評估(若有相關版權請醫院自行申請)

(一) 核心必要評估工具

評量面向	評量工具
1.基本日常生活功能	Barthel Index
2.工具性日常生活功能	Lawton-Brody IADL scale
3.健康相關生活品質	EuroQoL-5D(EQ-5D)

(二) 專業選擇性評估工具

評量面向	評量工具
1.腦傷認知功能評估	1)The Galveston Orientation and Amnesia Test 2)Rancho Los Amigos Cognitive Functional Grading
2.職能評估	職能表現測驗
3.語言治療評估	

附件1-4 脆弱性骨折(髖關節、脊椎骨折、膝關節、不穩定骨盆骨折)(Fracture Post-Acute Care, 簡稱Frax-PAC)

一、收案條件

(一) 收案條件

經診斷為髖關節、脊椎骨折、膝關節或不穩定骨盆骨折之病症，發病或術後一個月內者。此個案須符合下列所有條件：

1. 因髖關節、脊椎骨折或或不穩定骨盆骨折而住院手術(包括內固定、半髖關節置換術及全髖關節置換術、膝關節置換術)，術後出現功能下降(巴氏量表40至70分)，經評估適合收案者。
2. 無併發症，或併發症但已可控制、症狀穩定者。
3. 醫療狀況穩定，不需密集醫療介入、檢驗或氧氣使用者。
4. 有復健潛能者。
5. 個案同意參加此計畫，並填妥同意書者。
6. 病患年滿18歲。

(二) 醫療狀況穩定之定義

1. 生命徵象：血壓、心跳、體溫、呼吸速率及血液氧氣飽和濃度在過去72小時內穩定或可控制。
2. 併發症已經穩定或可控制：深部靜脈栓塞或肺栓塞、自主神經反射異常、姿勢性低血壓、感染、血液異常、胃腸道出血或無動性腸阻塞等。
3. 積極復健潛能應經過下列原則判定
4. 具認知、學習能力與意願。
5. 具足夠體力：每天可接受至少1小時以上之積極復健治療。
6. 能主動參與復健治療。
7. 具可達到的治療目標。

(三) 排除條件

1. 脊椎骨折併有脊髓損傷患者。

2. 嚴重意識或認知障礙。
3. 嚴重精神疾病。
4. 長期呼吸器依賴。
5. 末期疾病。
6. 身體功能退化已經無法回復之長期臥床病人。
7. 癌症病人須後續住院治療（化療、放療等）。

二、結案條件（符合以下任一條件者）

急性後期照護以1-2週為原則；經急性後期照護團隊評估有後續需求者得展延一次，申請展延應檢附團隊會議紀錄向保險人分區業務組申請核備，至多支付到3週，如申請展延審查結果不同意，自保險人通知日起不給付費用。經「住院模式」照護，專業判斷可出院者，應辦理出院準備改採其他模式或門診照護。

(一)個案功能顯著進步已達復健之預期功能目標，經急性後期照護團隊評估，可轉至慢性復健期者(一般門診復健或在家自我復健者)。

註:預期功能目標以病人為中心導向，需綜合評估損傷部位可達到之最大功能、病人年紀、發作前之功能狀態、共病狀況及後續家屬可居家照護之程度。

(二)進入急性後期照護時間，超過本計畫住院天數上限者。

(三)保險對象自行中斷急性後期照護者。

(四)任兩次評估間得分無進展者。

(五)病情轉變無法繼續接受本計畫照顧者。

三、參與醫院條件

具備「脆弱性骨折急性後期整合性照護團隊」區域醫院或地區醫院。

(一)醫師：需有專任骨科醫師或專任復健科醫師或專任神經外科醫師。

註:地區醫院得經分區業務組同意後，以兼任(支援)之上述科別醫師，專責於該院主導急性後期整合照護團隊執行業務，並提供住院個案至少每日1次巡診。

(二)醫事人員：專任物理治療師、專/兼任職能治療師、專/兼任社工師(人員)、專/兼任營養師、護理人員。

四、評估時程與工具(若有相關版權請醫院自行申請)

收案、結案及每2週定期評估以下之核心必要評估工具。

(一)失能程度：巴氏日常生活量表(Barthel Activity of Daily Living)。

(二)疼痛指數：疼痛指數量表(Numerical Rating Scale；NRS)。

(三)Harris Hip Score(髖關節骨折適用)

附件 1-5 心臟衰竭 Heart Failure Post-Acute Care (HF-PAC)

一、收案對象

(一)收案條件(需符合下列所有條件)

1. 心臟衰竭，定義為左心室射血分率(Ejection fraction) $\leq 40\%$ ，且符合 ACC/AHA Stage C~D (若左心室射血分率大於 40% 者須由心臟專科醫師認定其病因源自於心臟衰竭)，因為急性惡化 (acute decompensation) 而住院的病人。
2. 年齡 18 歲以上且經專業團隊評估具積極急性後期整合照護潛能 (定義詳如第(三)點)。
3. 若因急性心肌梗塞合併心臟衰竭住院者，當次住院必須符合左心室射血分率小於或等於 40% (left ventricular ejection fraction $\leq 40\%$)。
4. 當次住院 (index hospitalization)，經醫療團隊評估可出院者。

(二)醫療狀況穩定之條件定義

1. 心臟功能：心臟功能持續 72 小時未惡化 (無休息性呼吸困難、端坐呼吸、胸痛、肺部積水等，血氧飽和度 $>90\%$)，無惡性心律不整。
2. 意識清醒且生命徵象穩定達 72 小時以上。
3. 體重穩定達 48 小時以上。
4. 併發症：感染、急性腎衰竭、電解質異常等併發症病情穩定或可控制。

(三)具積極急性後期整合照護潛能者

1. 具有疾病學習動機意願者。
2. 能主動並有高意願參與疾病自我照顧執行者。
3. 具足夠的家庭支持系統為佳。

(四)排除條件

1. 因非心臟衰竭相關疾病而導致存活期小於六個月者。
2. 長期臥床大於三個月且無進步潛能者。

3. 因神經或肌肉骨骼系統功能下降，而無復健潛能者。
4. 嚴重意識或認知障礙，嚴重精神疾病。
5. 長期呼吸器依賴者。
6. 重度心臟衰竭之末期階段，經醫師評估短期內無法復原者。
7. 病人或家屬沒有參與意願。
8. 已安排於近期(一個月內)接受冠狀動脈繞道手術或心瓣膜手術者。
9. 目前正在洗腎或等待腎移植者。
10. 嚴重肺病需要長期居家用氧氣者。
11. 曾結案過者。
12. 治療上無法與其他(次)專科醫師達成共識者。

二、結案條件

- (一)病人死亡。
- (二)病人發生因心臟衰竭惡化導致再住院。
- (三)病人自行中斷或中途拒絕急性後期照護者。
- (四)病人發生嚴重合併症，經醫療團隊評估，不適合再進行急性後期醫療照護。
- (五)照護期滿 6 個月。

三、醫院條件

(一)專業團隊成員

承作醫院應具備有負責心臟衰竭照護之專任之心臟內科專科醫師或心臟外科專科醫師與心臟衰竭個案管理師之整合性服務(具備資格如註 1 及註 2) (每位個管師之個案上限以 50 例為原則)、專/兼任心臟外科專科醫師(當負責心臟衰竭照護為專任心臟內科專科醫師時)、專/兼任心臟內科專科醫師(當負責心臟衰竭照護為專任心臟外科專科醫師時)、專/兼任復健專科醫師、專任物理治療師、專/兼任職能治療師、專/兼任臨床心理師、專/兼任社工師、專/兼任營養師、專/兼任藥師。

註 1:

- (1) 負責心臟衰竭照護之專任心臟專科醫師定義：領有中華民國心臟專科醫師證書，執照登記於承作醫院，且須完成心臟衰竭急性後期照護六小時核心課程。
- (2) 承作醫院應需指派一至數名心臟專科醫師負責本案(被指派的醫師為負責心臟衰竭照護之心臟專科醫師)，其門診與專任的心臟衰竭個案管理師共同提供整合性門診照護服務。

註 2: 個案管理師之具備資格，需符合以下各項：

- (1) 專責心臟衰竭個案管理師：當本案收案數在 ≤ 25 位的情況下，心臟衰竭個案管理師可以兼執行其他醫療業務，當收案數達 > 25 位時，心臟衰竭個案管理師不得兼任其他職務，需專任專責。
- (2) 心臟衰竭個案管理師應領有護理師執照登記於承作醫院。
- (3) 需完成台灣護理學會 N3 臨床專業能力訓練且通過 N3 審查合格者。
- (4) 臨床護理經驗需包含以下任一：
 - (I) 心臟科病房 ≥ 3 年
 - (II) 心臟科加護病房 ≥ 2 年
 - (III) 領有專科護理師證照者或已完成中央主管機關認定之專科護理師訓練機構的訓練課程證明者，且具心臟科病房或加護病房 ≥ 2 年之臨床護理經驗者。
- (5) 需完成心臟衰竭急性後期照護核心課程(課程時數 18~20 小時)。

(二)設備及場地

1. 具有獨立的心臟衰竭門診，提供整合式心臟衰竭照護(此門診應具有負責心臟衰竭照護之心臟科醫師與專任個案管理師之整合性服務)。心臟衰竭急性後期照護執行內容(詳參附錄 1)。
2. 運動訓練環境須有血壓、心電圖、血氧濃度監視設備，可量化運動強度之運動器材，如直立式腳踏車、跑步機等，且須備有急救設施與領有 ACLS 證照的心臟急救醫療人員。

四、評估時程與工具：收案、結案、出院滿 1、3、5 個月定期評估(若有相關版權請醫院自行申請)

(一)核心必要評估工具

評量面向	評量工具
1.工具性日常生活功能	IADL(每次)
2.生活品質	EQ-5D (每次)
3.行走能力	6 分鐘行走測試 (出院前及結案評估)
4.活動功能限制評估	New York Heart Association functional class I ~IV (每次)
5.營養評估	Mini Nutrition Assessment (MNA Short Form) (出院前、三個月複評及結案評估)
6.心臟功能	心臟超音波 (出院前及結案評估)
7.藥物評估	ACEI or ARB or ARNI Beta blocker (出院前、三個月複評及結案評估)

(二)專業選擇性評估工具

評量面向	評量工具
1.疾病生活干擾	明尼蘇達心臟衰竭生活品質量表、KCCQ-12 生活品質量表、或其他生活品質量表

附件 1-6 衰弱高齡病患

一、收案對象

(一)收案條件(需符合下列所有條件)

1. 高齡病患（ ≥ 75 歲，且具有帕金森氏症、失智症、慢性阻塞性肺疾病或第三期以上之慢性腎臟病）因急性疾病入院（住院時間 >72 小時）治療完成一個月內，仍具有功能下降狀態。
2. 臨床衰弱量表（Clinical Frailty Scale, CFS）評估後具有中度以上衰弱症且仍具復健潛能者（CFS：5-7分）。
3. 醫療狀況穩定，不需密集醫療介入、檢驗或氧氣使用者。
4. 病患具有配合治療之認知與溝通能力，且具治療潛能，治療潛能係指病患於疾病上具有恢復之機會，且具有足夠配合治療進行之體力。
5. 個案同意參加此計畫，並填妥同意書者。

(二)排除條件

1. 符合其他疾病類型收案之急性後期照護個案。
2. 具意識或認知障礙致無法配合治療。
3. 長期呼吸器依賴或疾病發生前即為長期臥床者。
4. 經診斷為末期疾病且採取安寧緩和治療者。
5. 病患經診斷重大傷病，且須頻繁住院治療者。

二、結案條件

急性後期照護以2-3週為原則；經急性後期照護團隊評估有後續需求者得展延一次，申請展延應檢附團隊會議紀錄向保險人分區業務組申請核備，至多支付到4週，如申請展延審查結果不同意，自保險人通知日起不給付費用。經「住院模式」照護，專業判斷可出院者，應辦理出院準備改採其他模式或門診照護。

- (一) 個案功能顯著進步已達預期目標，經照護團隊評估，可返家或接受門診照護者。預期功能目標係依照病患之年齡與原有功能狀況，綜合評估病患所能回復之最大功能狀態而訂定。

- (二) 已達照護日數之上限。
- (三) 經兩次功能評估無進步者。
- (四) 病患自行中斷照護計畫者。
- (五) 病患發生嚴重併發症或急性疾病需密集急性醫療服務。

三、參與醫院條件

具備「衰弱高齡急性後期整合性照護團隊」區域醫院或地區醫院。

- (一) 醫師：需有專任之內科、或家醫科、或復健科、或神經科、或神經外科、或骨科醫師，需經過六小時老年醫學相關照護訓練。

註：地區醫院得經分區業務組同意後，以兼任(支援)之上述科別醫師，專責於該院主導急性後期整合照護團隊執行業務，並提供住院個案至少每日1次巡診。

- (二) 醫事人員：專責個案管理師、專任物理治療師、專/兼任職能治療師、專/兼任語言治療師、專/兼任營養師、專/兼任社工師(人員)、專任藥師、護理人員。

四、評估時程與工具

依病患之共病、衰弱狀態、跌倒風險、多重用藥、營養狀況，收案、結案、每2週定期評估。

- (一) 日常生活：巴氏日常生活量表 (Barthel Index)、工具性日常生活功能 (IADL)
- (二) 衰弱程度：臨床衰弱量表(Clinical Frailty Scale, CFS)。
- (三) 認知功能：SPMSQ
- (四) 憂鬱狀態：Geriatric Depression Scale-5 Item (GDS-5)
- (五) 急性譫妄評估: Confusion Assessment Method (CAM)
- (六) 跌倒風險：STEADI 流程評估與介入
- (七) 潛在不當用藥：2015年 Beer' s criteria
- (八) 營養狀況評估：MNA Short Form
- (九) 生活品質評估量表：EQ-5D