

## 中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688台北市大安區安和路一段29號  
9樓

承辦人：陳威利

電話：(02)27527286-123

傳真：(02)2771-8392

Email：ili.chen@mail.tma.tw

受文者：社團法人臺中市大臺中醫師公會

發文日期：中華民國112年1月17日

發文字號：全醫聯字第1120000069號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

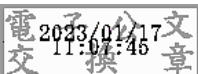
附件：如文 (1120000069\_Attach1.pdf、1120000069\_Attach2.pdf、  
1120000069\_Attach3.pdf、1120000069\_Attach4.pdf)

主旨：轉知衛生福利部公告修正「長照專業服務手冊」，請查  
照。

說明：

- 一、依衛生福利部112年1月9日衛部顧字第1111963026A號函(如附件)辦理。
- 二、該部為配合111年1月20日公布訂定之長期照顧服務申請及給付辦法，將原CA01至CA04服務項目，合併為CA07—IADLs復能、ADLs復能照護，將原CA05及CA06服務項目合併為CA08-個別化服務計畫(ISP)擬定與執行，其他服務項目不變，僅修正服務內容。
- 三、相關訊息刊登本會官網。

正本：各縣市醫師公會

副本：

理事長 周慶明

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部 函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段  
488號

聯絡人：張智為

聯絡電話：(02)8590-6292

傳真：(02)8590-6090

電子郵件：nhChihWei@mohw.gov.tw

受文者：中華民國醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國112年1月9日

發文字號：衛部顧字第1111963026A號

速別：普通件

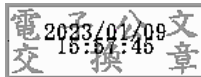
密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨 (A21000000I\_1111963026A\_doc3\_Attach1.pdf、  
A21000000I\_1111963026A\_doc3\_Attach2.pdf、  
A21000000I\_1111963026A\_doc3\_Attach3.pdf)

主旨：「長照專業服務手冊」業經本部112年1月9日以衛部顧字  
第1111963026號公告修正，檢附公告影本1份，請查照並  
轉知所屬。

正本：各直轄市及各縣(市)政府、衛生福利部社會及家庭署、中華民國醫師公會全國聯合會、臺灣醫學會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、社團法人中華牙醫學會、中華民國中醫師公會全國聯合會、台灣中醫醫學教育學會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、台灣護理學會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、社團法人臺灣物理治療學會、社團法人中華民國職能治療師公會全國聯合會、社團法人臺灣職能治療學會、中華民國營養師公會全國聯合會、台灣營養學會、中華民國藥師公會全國聯合會、台灣藥學會、社團法人臺灣臨床藥學會、中華民國呼吸治療師公會全國聯合會、台灣呼吸治療學會、中華民國語言治療師公會全國聯合會、台灣聽力語言學會、中華民國聽力師公會全國聯合會、社團法人中華民國諮商心理師公會全國聯合會、台灣輔導與諮商學會、社團法人臺灣諮商心理學會、台灣心理衛生社會工作學會、中華民國臨床心理師公會全國聯合會、台灣臨床心理學會、臺灣社會工作專業人員協會、中華民國醫務社會工作協會、台灣社會工作教育學會、中華民國社會工作師公會全國聯合會、社團法人台灣長期照護專業協會、社團法人台灣長照及高齡健康管理發展協會、中華民國老人福利推動聯盟、社團法人台灣老人暨長照社會工作專業協會、台灣傷口造口及失禁護理學會、台灣傷口照護學會、台灣復健醫學會、社團法人臺灣老人急重症醫學會、社團法人台灣長期照護管理學會、台灣醫療繼續教育推廣學會、台灣醫事繼續教育學會、社團法人臺灣長期照顧物理治療學會、台灣長照護理學會

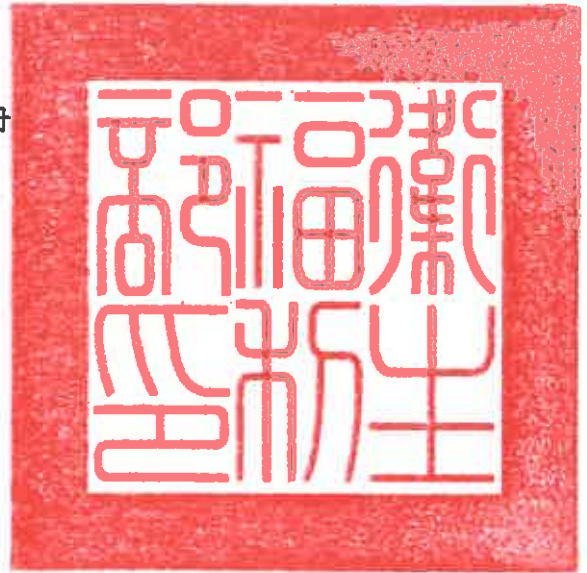
副本：



檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部 公告

發文日期：中華民國112年1月9日  
發文字號：衛部顧字第1111963026號  
附件：長照專業服務手冊1份、長照專業服務手冊  
修正說明表1份



主旨：公告修正「長照專業服務手冊」，如附件。

依據：長期照顧服務申請及給付辦法辦理。

部長 薛瑞元



# 長照專業服務手冊

107年3月14日衛部顧字第1071960210號公告  
107年11月6日衛部顧字第1071962102號公告修正  
112年1月9日衛部顧字第1111963026號公告修正

## 目錄

CA07—IADLs復能、ADLs復能照護.....	2
CA08—「個別化服務計畫(ISP)擬定與執行」.....	4
CB01—營養照護.....	6
CB02—進食與吞嚥照護.....	8
CB03—困擾行為照護.....	10
CB04—臥床或長期活動受限照護.....	12
CC01—居家環境安全或無障礙空間規劃.....	14
CD02—居家護理指導與諮詢.....	16

## CA07—IADLs復能、ADLs復能照護

### 壹、目標

- 一、充分發揮個案潛能，提升個案自主生活能力，並維持有益健康的生活參與及社交互動。
- 二、針對個案及家屬(照顧者)期待之進食、洗澡、個人修飾、穿脫衣服、上廁所、移位、走路等日常生活活動(以下稱ADLs)能力；及/或使用電話、備餐、處理家務、洗衣服、使用藥物等工具性日常生活活動(以下稱IADLs)能力等之1項(含)以上，維持或增進其活動表現及生活參與。
- 三、降低照顧者的照顧負荷。

### 貳、作業規定

#### 一、執行人員資格

完成長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法第3條規定訓練，取得認證證明文件之醫師(含中醫師)、職能治療人員、物理治療人員、語言治療師、護理人員、心理師、藥師、呼吸治療師、營養師等醫事人員，並完成長期照顧專業課程(Level II)及本部110年2月25日衛部顧字第1091963201號公告之長期照顧整合課程(Level III)。執行本項目時，應符合各專門職業醫事人員法規規定。

#### 二、作業內容

##### (一) 評估

1. 與個案及家屬討論日常生活中期望改善之項目(如ADLs、IADLs、人際關係及社交技巧能力、休閒生活、健康維護、社區適應能力等領域)。
2. 針對個案及家屬所期待的項目進行評估與分析。評估面向可包括個案基本能力、實際生活狀況、活動環境、家庭狀況、照顧者資源及照顧能力、社會與經濟資源等可能影響復能之因素，綜合分析歸納個案之整體潛能與可行之目標。

##### (二) 擬訂服務計畫

1. 服務計畫應從例行性日常活動中，規劃支持個案執行ADLs、IADLs等生活活動之策略，包含日常活動設計、調整及安排、生活自理訓練、生活習慣建立與維持、情緒行為輔導、肢體功能訓練及維持、表達需求及溝通互動訓練、環境調整及輔具使用訓練等，據以擬訂個別化指導措施與訓練計畫，包含：
  - (1) 提供個別化指導、訓練及指導照顧者協助訓練個案執行ADLs、IADLs

的方法。

- (2) 依據需求，擬訂跨場域(居家及社區)以及跨專業服務訓練個案ADLs、IADLs等生活功能表現。
- (3) 建議服務次數及期程，應與個案及照顧者討論以達共識。
2. 視需求，與社區整合型服務中心討論長照體系外部資源之可能連結(如：醫療復健需求)，並協助轉介。

### (三) 指導措施

1. 指導對象以個案及主要照顧者為主，另得依個案需要增加長照人員或其他照顧者，其中主要照顧者及其他照顧者應一起學習日常生活功能照顧技巧及指導督促個案練習之方法，不宜任意更換。
2. 依照服務計畫所訂之復能訓練目標與項目(如：IADLs、ADLs、社交、生活習慣建立與維持等)，提供個別指導、訓練等，並督促個案自我管理。
3. 宜融入個案日常生活與情境中，並帶領個案與照顧者於實際或模擬情境中操作及練習，以增強個案執行活動之動機。
4. 結合環境與輔具的應用、基本能力強化、居家作業指導等，提升個案執行IADLs、ADLs等生活功能之表現。
5. 指導個案及照顧者如何營造支持個案復能之生活情境，及示範支持策略之執行技巧，回覆示教、並督促照顧者練習製作紀錄。
6. 確認個案與照顧者所指導之復能活動的執行狀況，並提供回饋意見。

### (四) 轉介必要之醫療處置

個案如因生理或心理疾病、用藥等因素導致健康狀況不良，應通知個案所屬之長期照顧管理中心或社區整合型服務中心，協助轉介相關專業人員提供必要之處置。

### (五) 製作紀錄

1. 每次均依個案、家屬及照顧者適合之形式，提供指導資料。不限於紙本，可使用通訊軟體、照片或影片連結等方式，可供反覆查閱。
2. 依照照顧服務管理資訊平台之要求上傳申報資料。
3. 相關服務紀錄應包含指導紀錄並依長期照顧服務法或各該專門職業醫事人員規規定製作紀錄並留存。

## CA08—個別化服務計畫(ISP)擬定與執行

### 壹、目標

- 一、針對領有身心障礙證明之慢性精神病患者、自閉症者、智能障礙者及失智症者，依據個案個別需求及期待，訂出符合個案狀況與需求之功能提升服務，培養個案於社區中自主生活能力，並維持有益健康的生活參與及社交互動。
- 二、改善個案生活自理與IADLs、生活習慣建立與維持、社區適應、休閒活動或人際互動等領域之技能，促進其日常生活功能、社會參與或延緩個案退化。

### 貳、作業規定

#### 一、執行人員資格

完成長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法第 3 條規定訓練，取得認證證明文件之教保員、社會工作人員(含社會工作師)及醫師(含中醫師)、牙醫師、職能治療人員、物理治療人員、護理人員、語言治療師、聽力師、心理師、呼吸治療師、營養師等醫事人員，並完成長期照顧專業課程 (Level II) 及本部 110年2月25日衛部顧字第1091963201號公告之長期照顧整合課程 (Level III)。執行本項目時，應符合身心障礙者服務人員資格訓練及管理辦法、各專門職業醫事人員法規或社會工作師法規定。

#### 二、作業內容

##### (一) 評估

1. 與個案及家屬討論復能項目及期待，包含生活自理與IADLs、生活習慣建立與維持、人際關係及社交技巧能力、休閒生活、健康維護、社區適應能力等領域。
2. 針對個案以上各領域項目與支持性環境(如家庭功能)等進行評估與分析。評估面向包括與個案及照顧者討論短期內最想要支持服務之項目、優弱勢能力、實際生活狀況及環境、家庭狀況、照顧者資源及照顧能力、經濟因素、社會資源等，分析歸納個案之整體潛能與可行之目標。

##### (二) 擬訂個別化服務計畫(含執行策略)

1. 針對評估、分析歸納結果，擬訂個別化服務計畫(含目標)，建議服務次數及期程，應與個案及照顧者討論達成共識。
2. 依據個別化服務計畫，從例行性日常活動中，設計支持策略執行方式、內容或服務模式。
3. 定期評估掌握個案接受支持服務之狀況。



4. 於必要時進行跨專業的合作。

### (三) 指導措施

1. 從日常生活各項活動或情境中，支持個案學習技能。
2. 透過休閒活動安排或參與社區活動之機會，增強個案學習動機與社會參與功能。
3. 定期追蹤及訪視，瞭解個案及照顧者對個別化服務計畫之執行情形，同時觀察個案及照顧者間互動情況，提供回饋意見給照顧者參考。
4. 指導對象以個案及主要照顧者為主，另得依個案需要增加長照人員或其他照顧者，其中主要照顧者及其他照顧者應一起學習日常生活功能照顧技巧及指導督促個案練習之方法，不宜任意更換：
  - (1) 針對個案：依個別化服務計畫提供個別指導、直接支持或協助等。
  - (2) 針對照顧者：提供照顧者執行支持策略之示範技巧，並督促個案自我管理及練習，營造適合個案實踐個別化服務計畫之生活情境。

### (四) 轉介必要之醫療處置

針對特定個案行為如係因疾病導致，應通知個案所屬之長期照顧管理中心或社區整合型服務中心，協助轉介相關專業人員提供必要之處置。

### (五) 製作紀錄

1. 每次均依個案、家屬及照顧者適合之形式，提供指導資料。不限於紙本，可使用通訊軟體、照片或影片連結等方式，可供反覆查閱。
2. 依照照顧服務管理資訊平台之要求上傳申報資料。
3. 相關服務紀錄應包含指導紀錄並依長期照顧服務法或各該專門職業醫事人員及社會工作師法規規定留存。

## CB01—營養照護

### 壹、目標

- 一、個案依其活動狀況、疾病、體型、體重等，獲取應有之熱量、營養及水份。
- 二、照顧者能習得適當的備餐能力，提供適合個案質地及養分需求的飲食。

### 貳、作業規定

#### 一、執行人員資格

完成長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法第 3 條規定訓練，取得認證證明文件之醫師(含中醫師)、營養師、護理人員、藥師、語言治療師等醫事人員，並完成長期照顧專業課程 (Level II) 及本部110年2月25日衛部顧字第 1091963201號公告之長期照顧整合課程 (Level III)。執行本項目時，應符合各專門職業醫事人員法規規定。

#### 二、作業內容

##### (一) 評估--觀察與確認照護需求

1. 觀察個案外觀 (例如：測量、推估計算或回溯個案身高、體重、BMI、小腿圍等體位資料)，檢視營養不良可能的癥狀 (例如：近期體重改變趨勢、觀察個案行動能力、腸道消化狀況、皮膚完整性是否有水腫、壓傷等身體徵候) 並參考營養相關醫療檢驗數據及個案疾病史。
2. 記錄實際進食量與質 (例如：觀察個案咀嚼能力、進(灌)食量)、與進食相關之生活模式。
3. 分析個案營養不良之原因，確認營養照護模式(例如：照顧者備餐知能)。
4. 確認個案重要的營養問題及其原因(如：藥物、咀嚼能力等)。

##### (二) 擬訂服務計畫

1. 依據個案目標及需求擬訂個別化營養計畫 (含目標及進程)。
2. 建議服務次數及期程，應與個案及照顧者討論以達共識。
3. 於必要時進行跨專業的合作。

##### (三) 指導措施

1. 指導對象以個案及主要照顧者為主，另得依個案需要增加長照人員或其他照顧者，其中主要照顧者及其他照顧者應一起學習營養照護技巧及指導督促個案練習之方法，不宜任意更換。
2. 提供個案營養建議 (例如：熱量、蛋白質及其他各類營養素調整等)、

水份攝取量建議、變化餐點內容（例如：食物的選擇、調整飲食質地、份量、餐次及製作方式等）或調整適切的營養支持途徑與方法等。

3. 指導主要照顧者備餐技巧、餐器具的使用，進食姿勢、進食狀況及體重變化的監測。

#### （四）轉介必要之醫療處置

個案如因生理或心理疾病、用藥等因素導致營養不良，應通知個案所屬之長期照顧管理中心或社區整合型服務中心，協助轉介相關專業人員提供必要之處置。

#### （五）製作紀錄

1. 每次均依個案、家屬及照顧者適合之形式，提供指導資料。
2. 依照照顧服務管理資訊平台之要求上傳申報資料。
3. 相關服務紀錄應包含指導紀錄並依長期照顧服務法或各該專門職業醫事人員法規規定留存。
4. 營養紀錄應詳實記載個案所需熱量與蛋白質及其營養素需求量及進展目標，給予個案之建議需清楚列點，目標需可監測。

## CB02—進食與吞嚥照護

### 壹、目標

- 一、安全進食：照顧者或個案能習得安全及有效率的進食模式及策略，減少進食中噎咳、清喉嚨、反覆吞嚥等不適情形。
- 二、滿足個別化營養需求條件，促進充分營養與水份之獲得，避免明顯之體重問題。
- 三、照顧者能習得適當的備餐能力，提供適合個案質地需求的飲食。

### 貳、作業規定

#### 一、執行人員資格

完成長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法第 3 條規定訓練，取得認證證明文件之醫師(含中醫師)、牙醫師、語言治療師、護理人員、職能治療人員、物理治療人員、營養師、藥師、呼吸治療師等醫事人員，並完成長期照顧專業課程 (Level II) 及本部110年2月25日衛部顧字第1091963201號公告之長期照顧整合課程 (Level III)。執行本項目時，應符合各專門職業醫事人員法規規定。

#### 二、作業內容

##### (一) 評估—觀察與確認照護需求

1. 與個案及家屬討論對於進食吞嚥功能表現的目標與期待。
2. 觀察評估影響進食吞嚥相關的結構及生理因素 (例如：口腔結構等)、環境因素 (例如：適合的飲食質地、姿勢擺位、餐具等)、功能表現(由口進食之安全性)、以及其他可能導致不能安全進食的因素 (如照顧者知能、個案認知或心理情緒問題等)。
3. 留置進食管路(如鼻胃管、胃/腸造瘻管等)者，需進行吸入風險評估，必要時轉介醫療院所進行適當評估與提供建議，才可開始漸進提供由口進食照護。

##### (二) 擬訂服務計畫

1. 依據評估結果及個案期待擬定個別化指導與訓練計畫。
2. 建議服務次數及期程，應與個案及照顧者討論以達共識。
3. 於必要時進行跨專業的合作。

##### (三) 指導措施

1. 指導對象以個案及主要照顧者為主，另得依個案需要增加長照人員或其他照顧者，其中主要照顧者及其他照顧者應一起學習進食及吞嚥照護與

訓練技巧及指導督促個案練習之方法，不宜任意更換。

2. 個案若為由口進食者，教導個案及照顧者：
  - (1) 製備質地符合個案需求之餐食或飲品。
  - (2) 提供安全進食/餵食策略技巧及相關情境調整原則之指導，包含觀察吸入性肺炎徵狀、改變用餐器具或姿勢等方式，調整日常飲食模式、提升動機促進進食參與等。
  - (3) 促進進食吞嚥表現之運動或感覺促進技巧指導。
  - (4) 口腔清潔技巧。
  - (5) 記錄執行狀況及觀察要點。
3. 若個案為暫時無法由口進食(完全依賴進食管路)者，教導個案及照顧者：
  - (1) 安全吞嚥口水之策略。(包含觀察吸入性肺炎徵狀)
  - (2) 促進進食吞嚥表現之運動或感覺促進技巧指導。
  - (3) 口腔清潔技巧。
  - (4) 記錄執行狀況及觀察要點。

#### (四) 轉介必要之醫療處置

個案如係因疾病導致進食或吞嚥困難之高風險者，應通知個案所屬之長期照顧管理中心或社區整合型服務中心，協助轉介相關專業人員提供必要之處置。

#### (五) 製作紀錄

1. 每次均依個案、家屬及照顧者適合之形式，提供指導資料。不限於紙本，可使用通訊軟體、照片或影片連結等方式，可供反覆查閱。
2. 依照照顧服務管理資訊平台之要求上傳申報資料。
3. 相關服務紀錄應包含指導紀錄並依長期照顧服務法或各該專門職業醫事人員法規規定留存。

## CB03—困擾行為照護

### 壹、目標

- 一、降低困擾行為<sup>註</sup>發生頻率與嚴重程度。
- 二、增進照顧者預防或因應困擾行為的知能與技巧。
- 三、維護照顧者（或家屬）及個案的安全。
- 四、促進個案與照顧者的心理適應。

### 貳、作業規定

#### 一、執行人員資格

完成長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法第 3 條規定訓練，取得認證證明文件之醫師(含中醫師)、護理人員、物理治療人員、職能治療人員、心理師、藥師、語言治療師、營養師等醫事人員及社會工作人員(含社會工作師)，並完成長期照顧專業課程（Level II）及本部110年2月25日衛部顧字第1091963201號公告之長期照顧整合課程（Level III）。執行本項目時，應符合各專門職業醫事人員法規或社會工作師法規規定。

#### 二、作業內容

##### （一）評估—觀察與確認照護需求

1. 評估個案困擾行為出現時，是否有生理狀態改變或精神狀態改變，以致發生立即或潛在的緊急狀態，須立即轉介醫療治療。
2. 分析誘發個案困擾行為之原因，包含個案方面：疾病影響之症狀、溝通能力、認知、肢體動作功能、動機、情緒調適能力等；及情境方面：照顧者的溝通互動方式、環境因素等。
3. 瞭解個案及照顧者在困擾行為照顧上的主要問題與期待。
4. 觀察與確認緊急照護需求。

##### （二）擬訂服務計畫

1. 依據評估結果及個案期待擬定個別化指導與訓練計畫。
2. 建議服務次數及期程，應與個案及照顧者討論以達共識。
3. 於必要時進行跨專業的合作。

##### （三）指導措施

1. 指導對象以個案及主要照顧者為主，另得依個案需要增加長照人員或其他照顧者，其中主要照顧者及其他照顧者應一起學習日常生活功能照顧技巧及指導督促個案練習之方法，不宜任意更換。

2. 指導個案自身與照顧者對於活動環境的安全維護以及危險預防。
3. 指導個案及主要照顧者具備改善困擾行為或情境的有效因應策略與技巧。
4. 指導個案及照顧者安排活動，維持個案身心功能，增進溝通表達能力、提昇正向經驗與愉悅情緒、轉移焦慮與壓力。
5. 指導照顧者行為管理技巧、溝通技巧，並提供相關社會資源資訊。
6. 評估個案與照顧者自傷傷人風險，必要時提供相關的照顧支持服務資源，或其他適切之相關社會安全網資源。

#### (四) 轉介必要之醫療處置

針對特定個案行為如係因疾病導致，應通知個案所屬之長期照顧管理中心或社區整合型服務中心，或其他可支援單位協助轉介相關專業人員提供必要之處置。

#### (五) 製作紀錄

1. 每次均依個案、家屬及照顧者適合之形式，提供指導資料。不限於紙本，可使用通訊軟體、照片或影片連結等方式，可供反覆查閱。
2. 依照照顧服務管理資訊平台之要求上傳申報資料。
3. 相關服務紀錄應包含指導紀錄並依長期照顧服務法或各該專門職業醫事人員或社會工作師法規規定留存。

註：困擾行為係指個案不適當的語言、聲音或動作、情緒、想法，導致情緒或行為不穩定，有自我照顧與調適的困難，影響到他人生活，個人社交活動或身心功能亦受限制，以致家人或照顧者照顧壓力增加。

## CB04—臥床或長期活動受限照護

### 壹、目標

#### 一、安全照護

- (一) 安全進食：照顧者或個案能習得安全及有效率的進食模式及策略，減少進食中噎咳、清喉嚨、反覆吞嚥等不適情形。
- (二) 滿足個別化營養需求條件，促進充分營養與水份之獲得，避免明顯之體重問題。
- (三) 照顧者能習得適當的備餐能力，提供適合個案質地需求的飲食。
- (四) 照顧者能使用安全省力的技巧執行協助床上翻身或轉移位。

#### 二、維持或增進功能性日常生活活動

- (一) 維持、增進或調整現有日常生活活動(坐起、盥洗、進食或排泄)的型態。
- (二) 能依據生活作息表進行活動。

#### 三、照顧者能習得預防合併症發生之相關照顧技巧(如：維持關節活動度、皮膚照顧、預防感染等)。

### 貳、作業規定

#### 一、執行人員資格

2 種以上完成長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法第 3 條規定訓練，取得認證證明文件之醫師(含中醫師)、護理人員、物理治療人員、職能治療人員、語言治療師、心理師、藥師、呼吸治療師、營養師等醫事人員組成專業團隊，並完成長期照顧專業課程(Level II)及本部110年2月25日衛部顧字第1091963201號公告之長期照顧整合課程(Level III)。執行本項目時，應符合各專門職業醫事人員法規規定。

#### 二、作業內容

##### (一) 評估--觀察與確認照護需求

1. 依照下列 4 個面向，評估個案因臥床或長期處於活動受限狀況，而導致個案之照護需求：
  - (1) 水份及營養的攝取。
  - (2) 皮膚完整性評估。
  - (3) 日常生活功能活動與生活型態。
  - (4) 合併症或其癥兆。
2. 分析個案居住環境及照顧者能力，擬訂個別化之照護策略及照護模式(如：照顧作息表)。



## (二) 擬訂服務計畫

1. 依據評估結果及個案期待擬定個別化指導與訓練計畫。
2. 建議服務次數及期程，應與個案及照顧者討論以達共識。
3. 於必要時進行跨專業的合作。

## (三) 指導措施

1. 指導對象以個案及主要照顧者為主，另得依個案需要增加長照人員或其他照顧者，其中主要照顧者及其他照顧者應一起學習日常生活功能照顧技巧及指導督促個案練習之方法，不宜任意更換。
2. 指導照顧者學習及執行擬訂之個別化之照護策略及照顧作息表。
3. 執行追蹤、個別化之照護策略及照顧作息表之檢討與修正。

## (四) 轉介必要之醫療處置

針對個案身體狀況改變，必要時應通知個案所屬之長期照顧管理中心或社區整合型服務中心，協助轉介相關醫事專業人員提供必要之處置。

## (五) 製作紀錄

1. 每次均依個案、家屬及照顧者適合之形式，提供指導資料。不限於紙本，可使用通訊軟體、照片或影片連結等方式，可供反覆查閱。
2. 依照照顧服務管理資訊平台之要求上傳申報資料。
3. 相關服務紀錄應包含指導紀錄並依長期照顧服務法或各該專門職業醫事人員法規規定留存。

## CC01—居家環境安全或無障礙空間規劃

### 壹、目標

個案或家屬(照顧者)習得符合日常生活功能表現促進或照顧需求降低所需的輔具使用及居家環境安全調整，包括：空間動線規劃與配置、輔具與家具擺設之建議，並指導正確輔具使用方式，以及家中生活安全維護及注意事項等。

### 貳、作業規定

#### 一、執行人員資格

完成長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法第 3 條規定訓練，取得認證證明文件之西醫師、護理人員、物理治療人員、職能治療人員等醫事人員；身心障礙者服務人員資格訓練及管理辦法第 14 條第 1 項第 1 款規定之甲類輔具評估人員。執行本項目時，應符合各專門職業醫事人員法規或身心障礙者權益保障法規規定。

如為提供長期照顧服務申請及給付辦法附表四中應由輔具評估人員出具評估報告之輔具(E碼)及居家無障礙環境改善服務(F碼)之照顧組合，其執行人員資格應符合前開辦法第二十條第二項規定。

#### 二、作業內容

(一) 依個案日常生活功能表現促進或依賴照顧者需求降低需要，提供個案活動及主要照顧者照顧方式之策略建議、現有家具擺設、日常活動所需的輔具使用與生活空間動線規劃等服務。檢視及規劃範圍應包括個案臥室、浴廁、餐廳、廚房及彼此間相連接之日常生活空間動線。

(二) 居家環境檢視並提出居家環境改善之方式，以及教導家屬個案於家中維護安全之方式及注意事項。

1. 指導對象以個案及主要照顧者為主，另得依個案需要增加長照人員或其他照顧者，其中主要照顧者及其他照顧者應一起學習輔具使用、居家安全維護之照顧與訓練技巧及指導督促個案練習之方法，不宜任意更換。
2. 應包含緊急連絡資源之介紹，及協助建立通報程序。

(三) 轉介必要之居家安全或無障礙空間所需之輔具或空間修繕服務。

(四) 須檢視輔具購置或空間修繕改造後情況，確保輔具使用或環境調整結果及適用性，並提供個案及照顧者使用之正確性與安全性。

(五) 於必要時進行跨專業的合作。

(六) 可配合領有家具木工、門窗木工、建築物室內設計或裝潢木工技術士證人員，於執行修繕或輔具服務時提供諮詢服務，及確認環境或動線改善成果。

(七) 製作紀錄

1. 每次均依個案、家屬及照顧者適合之形式，提供指導資料。不限於紙本，可使用通訊軟體、照片或影片連結等方式，可供反覆查閱。
2. 依照照顧服務管理資訊平台之要求上傳申報資料。
3. 相關服務紀錄應包含指導紀錄並依長期照顧服務法或各該專門職業醫事人員法規規定留存。

## CD02—居家護理指導與諮詢

### 壹、目標

- 一、改善個案及照顧者照護問題。
- 二、增能個案及照顧者自我照顧知識與技巧。
- 三、提升照顧者及個案自主照護能力。

### 貳、作業規定

#### 一、執行人員資格

完成長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法第 3 條規定訓練，取得認證證明文件之護理人員，並完成長期照顧專業課程（Level II）及本部110年2月25日衛部顧字第1091963201號公告之長期照顧整合課程（Level III）。執行本項目時，應符合護理人員法規定。

#### 二、作業內容

- （一）評估：進行失能個案及家庭護理照護需求之整體性評估，包含家庭評估（如家庭動力及支持系統、家庭對疾病適應過程及觀點、家庭內外在資源等）以及發現現存與潛在性健康照護需求。
- （二）擬定居家護理指導計畫：針對個案照護個別化問題進行討論，尋求解決方法，確立個案及照顧者之照護需求與決定，計畫內容應包含家庭照護需求及護理照護指導。建議服務次數及期程，應與個案及照顧者討論以達共識。
- （三）護理照護問題處理：依個案照護需求，提供適當之護理措施，如疼痛問題、皮膚及傷口問題、管路照顧、感染問題、溝通問題、不動症候群風險、跌倒風險及足部問題。
- （四）護理指導與諮詢措施
  1. 指導對象以個案及主要照顧者為主，另得依個案需要增加長照人員或其他照顧者，其中主要照顧者及其他照顧者應一起學習居家照護技巧，不宜任意更換。
  2. 指導內容：
    - （1）提供個案健康問題（如疼痛問題、溝通問題、皮膚及傷口問題、管路照顧問題、感染問題、不動症候群風險、跌倒風險等）及生活調適與衛生保健模式（如慢性病管理、緊急醫療事件因應與處理、症狀預防

與處理、失智照顧指導、緩和安寧照顧指導等)相關照顧措施之專業指導及回覆示教與諮詢

- (2) 照顧者及家庭之照護計畫諮詢。
- (3) 提供衛教相關的單張或健康相關的網路資訊。

#### (五) 過程及結果成效評值

依據所擬定之家庭護理計畫與照護目標進行評值，追蹤個案及照顧者照護問題、自我照顧知識與技巧及個案及照顧者生活品質之改善情形，評估介入成效。

#### (六) 轉介必要之醫療處置

個案如因病況改變或評估有護理以外之醫療照護需求，應通知個案所屬之長期照顧管理中心或社區整合型服務中心，協助轉介相關醫事專業人員提供必要之處置。

#### (七) 製作紀錄

1. 每次均依個案、家屬及照顧者適合之形式，提供指導資料。不限於紙本，可使用通訊軟體、照片或影片連結等方式，可供反覆查閱。
2. 依照照顧服務管理資訊平台之要求上傳申報資料。
3. 相關服務紀錄應包含指導紀錄並依長期照顧服務法或護理人員法相關規定留存。

# 長照專業服務手冊

107年3月14日衛部顧字第1071960210號公告  
107年11月6日衛部顧字第1071962102號公告修正  
112年1月9日衛部顧字第1111963026號公告修正

## 目錄

CA07—IADLs復能、ADLs復能照護.....	2
CA08—「個別化服務計畫(ISP)擬定與執行」.....	4
CB01—營養照護.....	6
CB02—進食與吞嚥照護.....	8
CB03—困擾行為照護.....	10
CB04—臥床或長期活動受限照護.....	12
CC01—居家環境安全或無障礙空間規劃.....	14
CD02—居家護理指導與諮詢.....	16

## CA07—IADLs復能、ADLs復能照護

### 壹、目標

- 一、充分發揮個案潛能，提升個案自主生活能力，並維持有益健康的生活參與及社交互動。
- 二、針對個案及家屬(照顧者)期待之進食、洗澡、個人修飾、穿脫衣服、上廁所、移位、走路等日常生活活動(以下稱ADLs)能力；及/或使用電話、備餐、處理家務、洗衣服、使用藥物等工具性日常生活活動(以下稱IADLs)能力等之1項(含)以上，維持或增進其活動表現及生活參與。
- 三、降低照顧者的照顧負荷。

### 貳、作業規定

#### 一、執行人員資格

完成長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法第3條規定訓練，取得認證證明文件之醫師(含中醫師)、職能治療人員、物理治療人員、語言治療師、護理人員、心理師、藥師、呼吸治療師、營養師等醫事人員，並完成長期照顧專業課程(Level II)及本部110年2月25日衛部顧字第1091963201號公告之長期照顧整合課程(Level III)。執行本項目時，應符合各專門職業醫事人員法規規定。

#### 二、作業內容

##### (一) 評估

1. 與個案及家屬討論日常生活中期望改善之項目(如ADLs、IADLs、人際關係及社交技巧能力、休閒生活、健康維護、社區適應能力等領域)。
2. 針對個案及家屬所期待的項目進行評估與分析。評估面向可包括個案基本能力、實際生活狀況、活動環境、家庭狀況、照顧者資源及照顧能力、社會與經濟資源等可能影響復能之因素，綜合分析歸納個案之整體潛能與可行之目標。

##### (二) 擬訂服務計畫

1. 服務計畫應從例行性日常活動中，規劃支持個案執行ADLs、IADLs等生活活動之策略，包含日常活動設計、調整及安排、生活自理訓練、生活習慣建立與維持、情緒行為輔導、肢體功能訓練及維持、表達需求及溝通互動訓練、環境調整及輔具使用訓練等，據以擬訂個別化指導措施與訓練計畫，包含：
  - (1) 提供個別化指導、訓練及指導照顧者協助訓練個案執行ADLs、IADLs

的方法。

- (2) 依據需求，擬訂跨場域(居家及社區)以及跨專業服務訓練個案ADLs、IADLs等生活功能表現。
- (3) 建議服務次數及期程，應與個案及照顧者討論以達共識。
2. 視需求，與社區整合型服務中心討論長照體系外部資源之可能連結(如：醫療復健需求)，並協助轉介。

### (三) 指導措施

1. 指導對象以個案及主要照顧者為主，另得依個案需要增加長照人員或其他照顧者，其中主要照顧者及其他照顧者應一起學習日常生活功能照顧技巧及指導督促個案練習之方法，不宜任意更換。
2. 依照服務計畫所訂之復能訓練目標與項目(如：IADLs、ADLs、社交、生活習慣建立與維持等)，提供個別指導、訓練等，並督促個案自我管理。
3. 宜融入個案日常生活與情境中，並帶領個案與照顧者於實際或模擬情境中操作及練習，以增強個案執行活動之動機。
4. 結合環境與輔具的應用、基本能力強化、居家作業指導等，提升個案執行IADLs、ADLs等生活功能之表現。
5. 指導個案及照顧者如何營造支持個案復能之生活情境，及示範支持策略之執行技巧，回覆示教、並督促照顧者練習製作紀錄。
6. 確認個案與照顧者所指導之復能活動的執行狀況，並提供回饋意見。

### (四) 轉介必要之醫療處置

個案如因生理或心理疾病、用藥等因素導致健康狀況不良，應通知個案所屬之長期照顧管理中心或社區整合型服務中心，協助轉介相關專業人員提供必要之處置。

### (五) 製作紀錄

1. 每次均依個案、家屬及照顧者適合之形式，提供指導資料。不限於紙本，可使用通訊軟體、照片或影片連結等方式，可供反覆查閱。
2. 依照照顧服務管理資訊平台之要求上傳申報資料。
3. 相關服務紀錄應包含指導紀錄並依長期照顧服務法或各該專門職業醫事人員規規定製作紀錄並留存。



## CA08—個別化服務計畫(ISP)擬定與執行

### 壹、目標

- 一、針對領有身心障礙證明之慢性精神病患者、自閉症者、智能障礙者及失智症者，依據個案個別需求及期待，訂出符合個案狀況與需求之功能提升服務，培養個案於社區中自主生活能力，並維持有益健康的生活參與及社交互動。
- 二、改善個案生活自理與IADLs、生活習慣建立與維持、社區適應、休閒活動或人際互動等領域之技能，促進其日常生活功能、社會參與或延緩個案退化。

### 貳、作業規定

#### 一、執行人員資格

完成長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法第 3 條規定訓練，取得認證證明文件之教保員、社會工作人員(含社會工作師)及醫師(含中醫師)、牙醫師、職能治療人員、物理治療人員、護理人員、語言治療師、聽力師、心理師、呼吸治療師、營養師等醫事人員，並完成長期照顧專業課程 (Level II) 及本部 110年2月25日衛部顧字第1091963201號公告之長期照顧整合課程 (Level III)。執行本項目時，應符合身心障礙者服務人員資格訓練及管理辦法、各專門職業醫事人員法規或社會工作師法規定。

#### 二、作業內容

##### (一) 評估

1. 與個案及家屬討論復能項目及期待，包含生活自理與IADLs、生活習慣建立與維持、人際關係及社交技巧能力、休閒生活、健康維護、社區適應能力等領域。
2. 針對個案以上各領域項目與支持性環境(如家庭功能)等進行評估與分析。評估面向包括與個案及照顧者討論短期內最想要支持服務之項目、優弱勢能力、實際生活狀況及環境、家庭狀況、照顧者資源及照顧能力、經濟因素、社會資源等，分析歸納個案之整體潛能與可行之目標。

##### (二) 擬訂個別化服務計畫(含執行策略)

1. 針對評估、分析歸納結果，擬訂個別化服務計畫(含目標)，建議服務次數及期程，應與個案及照顧者討論達成共識。
2. 依據個別化服務計畫，從例行性日常活動中，設計支持策略執行方式、內容或服務模式。
3. 定期評估掌握個案接受支持服務之狀況。

4. 於必要時進行跨專業的合作。

### (三) 指導措施

1. 從日常生活各項活動或情境中，支持個案學習技能。
2. 透過休閒活動安排或參與社區活動之機會，增強個案學習動機與社會參與功能。
3. 定期追蹤及訪視，瞭解個案及照顧者對個別化服務計畫之執行情形，同時觀察個案及照顧者間互動情況，提供回饋意見給照顧者參考。
4. 指導對象以個案及主要照顧者為主，另得依個案需要增加長照人員或其他照顧者，其中主要照顧者及其他照顧者應一起學習日常生活功能照顧技巧及指導督促個案練習之方法，不宜任意更換：
  - (1) 針對個案：依個別化服務計畫提供個別指導、直接支持或協助等。
  - (2) 針對照顧者：提供照顧者執行支持策略之示範技巧，並督促個案自我管理及練習，營造適合個案實踐個別化服務計畫之生活情境。

### (四) 轉介必要之醫療處置

針對特定個案行為如係因疾病導致，應通知個案所屬之長期照顧管理中心或社區整合型服務中心，協助轉介相關專業人員提供必要之處置。

### (五) 製作紀錄

1. 每次均依個案、家屬及照顧者適合之形式，提供指導資料。不限於紙本，可使用通訊軟體、照片或影片連結等方式，可供反覆查閱。
2. 依照照顧服務管理資訊平台之要求上傳申報資料。
3. 相關服務紀錄應包含指導紀錄並依長期照顧服務法或各該專門職業醫事人員及社會工作師法規規定留存。

## CB01—營養照護

### 壹、目標

- 一、個案依其活動狀況、疾病、體型、體重等，獲取應有之熱量、營養及水份。
- 二、照顧者能習得適當的備餐能力，提供適合個案質地及養分需求的飲食。

### 貳、作業規定

#### 一、執行人員資格

完成長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法第 3 條規定訓練，取得認證證明文件之醫師(含中醫師)、營養師、護理人員、藥師、語言治療師等醫事人員，並完成長期照顧專業課程 (Level II) 及本部110年2月25日衛部顧字第 1091963201號公告之長期照顧整合課程 (Level III)。執行本項目時，應符合各專門職業醫事人員法規規定。

#### 二、作業內容

##### (一) 評估--觀察與確認照護需求

1. 觀察個案外觀 (例如：測量、推估計算或回溯個案身高、體重、BMI、小腿圍等體位資料)，檢視營養不良可能的癥狀 (例如：近期體重改變趨勢、觀察個案行動能力、腸道消化狀況、皮膚完整性是否有水腫、壓傷等身體徵候) 並參考營養相關醫療檢驗數據及個案疾病史。
2. 記錄實際進食量與質 (例如：觀察個案咀嚼能力、進(灌)食量)、與進食相關之生活模式。
3. 分析個案營養不良之原因，確認營養照護模式(例如：照顧者備餐知能)。
4. 確認個案重要的營養問題及其原因(如：藥物、咀嚼能力等)。

##### (二) 擬訂服務計畫

1. 依據個案目標及需求擬訂個別化營養計畫 (含目標及進程)。
2. 建議服務次數及期程，應與個案及照顧者討論以達共識。
3. 於必要時進行跨專業的合作。

##### (三) 指導措施

1. 指導對象以個案及主要照顧者為主，另得依個案需要增加長照人員或其他照顧者，其中主要照顧者及其他照顧者應一起學習營養照護技巧及指導督促個案練習之方法，不宜任意更換。
2. 提供個案營養建議 (例如：熱量、蛋白質及其他各類營養素調整等)、

水份攝取量建議、變化餐點內容（例如：食物的選擇、調整飲食質地、份量、餐次及製作方式等）或調整適切的營養支持途徑與方法等。

3. 指導主要照顧者備餐技巧、餐器具的使用，進食姿勢、進食狀況及體重變化的監測。

#### （四）轉介必要之醫療處置

個案如因生理或心理疾病、用藥等因素導致營養不良，應通知個案所屬之長期照顧管理中心或社區整合型服務中心，協助轉介相關專業人員提供必要之處置。

#### （五）製作紀錄

1. 每次均依個案、家屬及照顧者適合之形式，提供指導資料。
2. 依照照顧服務管理資訊平台之要求上傳申報資料。
3. 相關服務紀錄應包含指導紀錄並依長期照顧服務法或各該專門職業醫事人員法規規定留存。
4. 營養紀錄應詳實記載個案所需熱量與蛋白質及其營養素需求量及進展目標，給予個案之建議需清楚列點，目標需可監測。

## CB02—進食與吞嚥照護

### 壹、目標

- 一、安全進食：照顧者或個案能習得安全及有效率的進食模式及策略，減少進食中噎咳、清喉嚨、反覆吞嚥等不適情形。
- 二、滿足個別化營養需求條件，促進充分營養與水份之獲得，避免明顯之體重問題。
- 三、照顧者能習得適當的備餐能力，提供適合個案質地需求的飲食。

### 貳、作業規定

#### 一、執行人員資格

完成長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法第 3 條規定訓練，取得認證證明文件之醫師(含中醫師)、牙醫師、語言治療師、護理人員、職能治療人員、物理治療人員、營養師、藥師、呼吸治療師等醫事人員，並完成長期照顧專業課程 (Level II) 及本部110年2月25日衛部顧字第1091963201號公告之長期照顧整合課程 (Level III)。執行本項目時，應符合各專門職業醫事人員法規規定。

#### 二、作業內容

##### (一) 評估—觀察與確認照護需求

1. 與個案及家屬討論對於進食吞嚥功能表現的目標與期待。
2. 觀察評估影響進食吞嚥相關的結構及生理因素 (例如：口腔結構等)、環境因素 (例如：適合的飲食質地、姿勢擺位、餐具等)、功能表現(由口進食之安全性)、以及其他可能導致不能安全進食的因素 (如照顧者知能、個案認知或心理情緒問題等)。
3. 留置進食管路(如鼻胃管、胃/腸造瘻管等)者，需進行吸入風險評估，必要時轉介醫療院所進行適當評估與提供建議，才可開始漸進提供由口進食照護。

##### (二) 擬訂服務計畫

1. 依據評估結果及個案期待擬定個別化指導與訓練計畫。
2. 建議服務次數及期程，應與個案及照顧者討論以達共識。
3. 於必要時進行跨專業的合作。

##### (三) 指導措施

1. 指導對象以個案及主要照顧者為主，另得依個案需要增加長照人員或其他照顧者，其中主要照顧者及其他照顧者應一起學習進食及吞嚥照護與

訓練技巧及指導督促個案練習之方法，不宜任意更換。

2. 個案若為由口進食者，教導個案及照顧者：
  - (1) 製備質地符合個案需求之餐食或飲品。
  - (2) 提供安全進食/餵食策略技巧及相關情境調整原則之指導，包含觀察吸入性肺炎徵狀、改變用餐器具或姿勢等方式，調整日常飲食模式、提升動機促進進食參與等。
  - (3) 促進進食吞嚥表現之運動或感覺促進技巧指導。
  - (4) 口腔清潔技巧。
  - (5) 記錄執行狀況及觀察要點。
3. 若個案為暫時無法由口進食(完全依賴進食管路)者，教導個案及照顧者：
  - (1) 安全吞嚥口水之策略。(包含觀察吸入性肺炎徵狀)
  - (2) 促進進食吞嚥表現之運動或感覺促進技巧指導。
  - (3) 口腔清潔技巧。
  - (4) 記錄執行狀況及觀察要點。

#### (四) 轉介必要之醫療處置

個案如係因疾病導致進食或吞嚥困難之高風險者，應通知個案所屬之長期照顧管理中心或社區整合型服務中心，協助轉介相關專業人員提供必要之處置。

#### (五) 製作紀錄

1. 每次均依個案、家屬及照顧者適合之形式，提供指導資料。不限於紙本，可使用通訊軟體、照片或影片連結等方式，可供反覆查閱。
2. 依照照顧服務管理資訊平台之要求上傳申報資料。
3. 相關服務紀錄應包含指導紀錄並依長期照顧服務法或各該專門職業醫事人員法規規定留存。

## CB03—困擾行為照護

### 壹、目標

- 一、降低困擾行為<sup>註</sup>發生頻率與嚴重程度。
- 二、增進照顧者預防或因應困擾行為的知能與技巧。
- 三、維護照顧者（或家屬）及個案的安全。
- 四、促進個案與照顧者的心理適應。

### 貳、作業規定

#### 一、執行人員資格

完成長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法第 3 條規定訓練，取得認證證明文件之醫師(含中醫師)、護理人員、物理治療人員、職能治療人員、心理師、藥師、語言治療師、營養師等醫事人員及社會工作人員(含社會工作師)，並完成長期照顧專業課程（Level II）及本部110年2月25日衛部顧字第1091963201號公告之長期照顧整合課程（Level III）。執行本項目時，應符合各專門職業醫事人員法規或社會工作師法規規定。

#### 二、作業內容

##### （一）評估—觀察與確認照護需求

1. 評估個案困擾行為出現時，是否有生理狀態改變或精神狀態改變，以致發生立即或潛在的緊急狀態，須立即轉介醫療治療。
2. 分析誘發個案困擾行為之原因，包含個案方面：疾病影響之症狀、溝通能力、認知、肢體動作功能、動機、情緒調適能力等；及情境方面：照顧者的溝通互動方式、環境因素等。
3. 瞭解個案及照顧者在困擾行為照顧上的主要問題與期待。
4. 觀察與確認緊急照護需求。

##### （二）擬訂服務計畫

1. 依據評估結果及個案期待擬定個別化指導與訓練計畫。
2. 建議服務次數及期程，應與個案及照顧者討論以達共識。
3. 於必要時進行跨專業的合作。

##### （三）指導措施

1. 指導對象以個案及主要照顧者為主，另得依個案需要增加長照人員或其他照顧者，其中主要照顧者及其他照顧者應一起學習日常生活功能照顧技巧及指導督促個案練習之方法，不宜任意更換。

2. 指導個案自身與照顧者對於活動環境的安全維護以及危險預防。
3. 指導個案及主要照顧者具備改善困擾行為或情境的有效因應策略與技巧。
4. 指導個案及照顧者安排活動，維持個案身心功能，增進溝通表達能力、提昇正向經驗與愉悅情緒、轉移焦慮與壓力。
5. 指導照顧者行為管理技巧、溝通技巧，並提供相關社會資源資訊。
6. 評估個案與照顧者自傷傷人風險，必要時提供相關的照顧支持服務資源，或其他適切之相關社會安全網資源。

#### (四) 轉介必要之醫療處置

針對特定個案行為如係因疾病導致，應通知個案所屬之長期照顧管理中心或社區整合型服務中心，或其他可支援單位協助轉介相關專業人員提供必要之處置。

#### (五) 製作紀錄

1. 每次均依個案、家屬及照顧者適合之形式，提供指導資料。不限於紙本，可使用通訊軟體、照片或影片連結等方式，可供反覆查閱。
2. 依照照顧服務管理資訊平台之要求上傳申報資料。
3. 相關服務紀錄應包含指導紀錄並依長期照顧服務法或各該專門職業醫事人員或社會工作師法規規定留存。

註：困擾行為係指個案不適當的語言、聲音或動作、情緒、想法，導致情緒或行為不穩定，有自我照顧與調適的困難，影響到他人生活，個人社交活動或身心功能亦受限制，以致家人或照顧者照顧壓力增加。



## CB04—臥床或長期活動受限照護

### 壹、目標

#### 一、安全照護

- (一) 安全進食：照顧者或個案能習得安全及有效率的進食模式及策略，減少進食中噎咳、清喉嚨、反覆吞嚥等不適情形。
- (二) 滿足個別化營養需求條件，促進充分營養與水份之獲得，避免明顯之體重問題。
- (三) 照顧者能習得適當的備餐能力，提供適合個案質地需求的飲食。
- (四) 照顧者能使用安全省力的技巧執行協助床上翻身或轉移位。

#### 二、維持或增進功能性日常生活活動

- (一) 維持、增進或調整現有日常生活活動(坐起、盥洗、進食或排泄)的型態。
- (二) 能依據生活作息表進行活動。

#### 三、照顧者能習得預防合併症發生之相關照顧技巧(如：維持關節活動度、皮膚照顧、預防感染等)。

### 貳、作業規定

#### 一、執行人員資格

2 種以上完成長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法第 3 條規定訓練，取得認證證明文件之醫師(含中醫師)、護理人員、物理治療人員、職能治療人員、語言治療師、心理師、藥師、呼吸治療師、營養師等醫事人員組成專業團隊，並完成長期照顧專業課程(Level II)及本部110年2月25日衛部顧字第1091963201號公告之長期照顧整合課程(Level III)。執行本項目時，應符合各專門職業醫事人員法規規定。

#### 二、作業內容

##### (一) 評估--觀察與確認照護需求

1. 依照下列 4 個面向，評估個案因臥床或長期處於活動受限狀況，而導致個案之照護需求：
  - (1) 水份及營養的攝取。
  - (2) 皮膚完整性評估。
  - (3) 日常生活功能活動與生活型態。
  - (4) 合併症或其癥兆。
2. 分析個案居住環境及照顧者能力，擬訂個別化之照護策略及照護模式(如：照顧作息表)。

## (二) 擬訂服務計畫

1. 依據評估結果及個案期待擬定個別化指導與訓練計畫。
2. 建議服務次數及期程，應與個案及照顧者討論以達共識。
3. 於必要時進行跨專業的合作。

## (三) 指導措施

1. 指導對象以個案及主要照顧者為主，另得依個案需要增加長照人員或其他照顧者，其中主要照顧者及其他照顧者應一起學習日常生活功能照顧技巧及指導督促個案練習之方法，不宜任意更換。
2. 指導照顧者學習及執行擬訂之個別化之照護策略及照顧作息表。
3. 執行追蹤、個別化之照護策略及照顧作息表之檢討與修正。

## (四) 轉介必要之醫療處置

針對個案身體狀況改變，必要時應通知個案所屬之長期照顧管理中心或社區整合型服務中心，協助轉介相關醫事專業人員提供必要之處置。

## (五) 製作紀錄

1. 每次均依個案、家屬及照顧者適合之形式，提供指導資料。不限於紙本，可使用通訊軟體、照片或影片連結等方式，可供反覆查閱。
2. 依照照顧服務管理資訊平台之要求上傳申報資料。
3. 相關服務紀錄應包含指導紀錄並依長期照顧服務法或各該專門職業醫事人員法規規定留存。

## CC01—居家環境安全或無障礙空間規劃

### 壹、目標

個案或家屬(照顧者)習得符合日常生活功能表現促進或照顧需求降低所需的輔具使用及居家環境安全調整，包括：空間動線規劃與配置、輔具與家具擺設之建議，並指導正確輔具使用方式，以及家中生活安全維護及注意事項等。

### 貳、作業規定

#### 一、執行人員資格

完成長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法第 3 條規定訓練，取得認證證明文件之西醫師、護理人員、物理治療人員、職能治療人員等醫事人員；身心障礙者服務人員資格訓練及管理辦法第 14 條第 1 項第 1 款規定之甲類輔具評估人員。執行本項目時，應符合各專門職業醫事人員法規或身心障礙者權益保障法規規定。

如為提供長期照顧服務申請及給付辦法附表四中應由輔具評估人員出具評估報告之輔具(E碼)及居家無障礙環境改善服務(F碼)之照顧組合，其執行人員資格應符合前開辦法第二十條第二項規定。

#### 二、作業內容

(一) 依個案日常生活功能表現促進或依賴照顧者需求降低需要，提供個案活動及主要照顧者照顧方式之策略建議、現有家具擺設、日常活動所需的輔具使用與生活空間動線規劃等服務。檢視及規劃範圍應包括個案臥室、浴廁、餐廳、廚房及彼此間相連接之日常生活空間動線。

(二) 居家環境檢視並提出居家環境改善之方式，以及教導家屬個案於家中維護安全之方式及注意事項。

1. 指導對象以個案及主要照顧者為主，另得依個案需要增加長照人員或其他照顧者，其中主要照顧者及其他照顧者應一起學習輔具使用、居家安全維護之照顧與訓練技巧及指導督促個案練習之方法，不宜任意更換。
2. 應包含緊急連絡資源之介紹，及協助建立通報程序。

(三) 轉介必要之居家安全或無障礙空間所需之輔具或空間修繕服務。

(四) 須檢視輔具購置或空間修繕改造後情況，確保輔具使用或環境調整結果及適用性，並提供個案及照顧者使用之正確性與安全性。

(五) 於必要時進行跨專業的合作。

(六) 可配合領有家具木工、門窗木工、建築物室內設計或裝潢木工技術士證人員，於執行修繕或輔具服務時提供諮詢服務，及確認環境或動線改善成果。

(七) 製作紀錄

1. 每次均依個案、家屬及照顧者適合之形式，提供指導資料。不限於紙本，可使用通訊軟體、照片或影片連結等方式，可供反覆查閱。
2. 依照照顧服務管理資訊平台之要求上傳申報資料。
3. 相關服務紀錄應包含指導紀錄並依長期照顧服務法或各該專門職業醫事人員法規規定留存。

## CD02—居家護理指導與諮詢

### 壹、目標

- 一、改善個案及照顧者照護問題。
- 二、增能個案及照顧者自我照顧知識與技巧。
- 三、提升照顧者及個案自主照護能力。

### 貳、作業規定

#### 一、執行人員資格

完成長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法第 3 條規定訓練，取得認證證明文件之護理人員，並完成長期照顧專業課程（Level II）及本部110年2月25日衛部顧字第1091963201號公告之長期照顧整合課程（Level III）。執行本項目時，應符合護理人員法規定。

#### 二、作業內容

- （一）評估：進行失能個案及家庭護理照護需求之整體性評估，包含家庭評估（如家庭動力及支持系統、家庭對疾病適應過程及觀點、家庭內外在資源等）以及發現現存與潛在性健康照護需求。
- （二）擬定居家護理指導計畫：針對個案照護個別化問題進行討論，尋求解決方法，確立個案及照顧者之照護需求與決定，計畫內容應包含家庭照護需求及護理照護指導。建議服務次數及期程，應與個案及照顧者討論以達共識。
- （三）護理照護問題處理：依個案照護需求，提供適當之護理措施，如疼痛問題、皮膚及傷口問題、管路照顧、感染問題、溝通問題、不動症候群風險、跌倒風險及足部問題。
- （四）護理指導與諮詢措施
  1. 指導對象以個案及主要照顧者為主，另得依個案需要增加長照人員或其他照顧者，其中主要照顧者及其他照顧者應一起學習居家照護技巧，不宜任意更換。
  2. 指導內容：
    - （1）提供個案健康問題（如疼痛問題、溝通問題、皮膚及傷口問題、管路照顧問題、感染問題、不動症候群風險、跌倒風險等）及生活調適與衛生保健模式（如慢性病管理、緊急醫療事件因應與處理、症狀預防

與處理、失智照顧指導、緩和安寧照顧指導等)相關照顧措施之專業指導及回覆示教與諮詢

- (2) 照顧者及家庭之照護計畫諮詢。
- (3) 提供衛教相關的單張或健康相關的網路資訊。

#### (五) 過程及結果成效評值

依據所擬定之家庭護理計畫與照護目標進行評值，追蹤個案及照顧者照護問題、自我照顧知識與技巧及個案及照顧者生活品質之改善情形，評估介入成效。

#### (六) 轉介必要之醫療處置

個案如因病況改變或評估有護理以外之醫療照護需求，應通知個案所屬之長期照顧管理中心或社區整合型服務中心，協助轉介相關醫事專業人員提供必要之處置。

#### (七) 製作紀錄

1. 每次均依個案、家屬及照顧者適合之形式，提供指導資料。不限於紙本，可使用通訊軟體、照片或影片連結等方式，可供反覆查閱。
2. 依照照顧服務管理資訊平台之要求上傳申報資料。
3. 相關服務紀錄應包含指導紀錄並依長期照顧服務法或護理人員法相關規定留存。

## 長照專業服務手冊-修正說明表

修正內容	原內容	說明
<u>CA07—IADLs復能、ADLs復能照護</u>		
<u>CA07—IADLs復能、ADLs復能照護</u>	CA01--IADLs 復能照護--居家、 CA02--IADLs 復能照護--社區 (以下簡稱CA01、CA02)	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，及111年1月20日衛部顧字第1101963139號令訂定之長期照顧服務申請及給付辦法，合併原CA01~CA04，改為CA07—IADLs復能、ADLs復能照護，爰予以修正。
	CA03--ADLs 復能照護--居家、 CA04--ADLs 復能照護--社區 (以下簡稱CA03、CA04)	
<p>目標</p> <p>一、充分發揮個案潛能，提升個案自主生活能力，<u>並維持有益健康的生活參與及社交互動。</u></p> <p>二、針對個案及家屬(照顧者)期待之<u>進食、洗澡、個人修飾、穿脫衣服、上廁所、移位、走路等日常生活活動(以下稱 ADLs)能力；及/或使用電話、備餐、處理家務、洗衣服、使用藥物等工具性日常生活活動(以下稱 IADLs)能力等之 1 項(含)以上，維持或增進其活動表現及生活參與。</u></p> <p>三、<u>降低照顧者的照顧負荷。</u></p>	<p>CA01、CA02：</p> <p>復能目標</p> <p>一、充分發揮個案潛能，提升個案自主生活能力。</p> <p>二、降低照顧者的心理壓力與身體負荷。</p> <p>三、針對個案期待之使用電話、備餐、處理家務、洗衣服、使用藥物等工具性日常生活活動(以下稱 IADLs)能力之 1 項(含)以上達到復能或增加獨立活動能力。</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 參考長期照顧服務申請及給付辦法附表4照顧組合表CA07組合內容及說明之復能目標，進行服務目標調整。</li> <li>2. 針對具有功能恢復潛力之長照個案，復能目標為可促進其參與所重視之日常生活活動，並能與人互動，適應社區生活。</li> <li>3. 針對功能持續衰退的個案，復能目標則以維持或延緩退化，最大化參與所重視之日常生活與社區活動。</li> </ol>

修正內容	原內容	說明
	CA03、CA04： 復能目標 一、充分發揮個案潛能，提升個案自主生活能力。 二、降低照顧者的心理壓力與身體負荷。 三、針對個案期待之吃飯、洗澡、個人修飾、穿脫衣服、上廁所、移位、走路等日常生活活動(以下稱 ADLs) 能力之1項(含)以上達到復能或增加獨立活動能力。	
作業規定 一、執行人員資格 完成長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法第 3 條規定訓練，取得認證證明文件之醫師(含中醫師)、職能治療人員、物理治療人員、語言治療師、護理人員、心理師、藥師、呼吸治療師、營養師等醫事人員， <u>並完成長期照顧專業課程 (Level II) 及本部110年2月25日衛部顧字第1091963201號公告之長期照顧整合課程 (Level III)</u> 。執行本項目時，應符合各專門職業醫事人員法規規定。	CA01、CA02、CA03、CA04： 作業規定 一、執行人員資格 完成長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法第 3 條規定訓練，取得認證證明文件之醫師(含中醫師)、職能治療人員、物理治療人員、語言治療師、護理人員、心理師、藥師、呼吸治療師、營養師等醫事人員。執行本項目時，應符合各專門職業醫事人員法規規定。	配合本部110年12月28日衛部顧字第1101962651號函規定申報專業服務 (CA07、CA08、CB01-04及CD02) 應完成長期照顧專業課程 (Level II) 及本部110年2月25日衛部顧字第1091963201號公告之長期照顧整合課程 (Level III)，始可提供服務。
二、作業內容 (一) 評估 1.與個案及家屬討論日常生活中期望改善之項目 (如ADLs、IADLs、人際關係及社交技巧能力、 <u>休閒生活、健康維護、社區適應能力等領域</u> )。 2.針對個案及家屬所期待的項目進行評估與分析。 <u>評估面向可包括個案基本能力、實際生活狀況、活動環境、家庭狀況、照顧者資源及照顧能力、社會</u>	CA01、CA02： 二、作業內容 (一) 評估 1.與個案及家屬討論 IADLs 復能項目及期待。 2.依個案之期待、實際生活狀況及環境，評估個案之潛能。 3.針對個案期待之復能項目建議服務次數及擬訂合意期程。	1. 合併原CA01~CA04之「評估內容」 2. 「建議服務次數及擬訂合意期程....」屬於「擬定復能計畫」階段，故移列至擬定服務計畫之下。 3. 依本照顧組合重點包含： (1)優勢能力/資源 (2)個案/家屬/環境之分析



修正內容	原內容	說明
<p><u>與經濟資源等可能影響服務成果之因素，綜合分析歸納個案之整體潛能與可行之目標。</u></p>	<p>CA03、CA04： 二、作業內容 (一) 評估 1. 與個案及家屬討論 ADLs 復能項目及期待。 2. 依個案之期待、實際生活狀況及環境，評估個案之潛能。 3. 針對個案期待之復能項目，建議服務次數及擬訂合意期程。 4. 評估轉介至醫療復健之必要性。</p>	
<p>(二) 擬訂服務計畫</p> <p>1. <u>服務計畫應從例行性日常活動中，規劃支持個案執行ADLs、IADLs等生活活動之策略，包含日常活動設計、調整及安排、生活自理訓練、生活習慣建立與維持、情緒行為輔導、肢體功能訓練及維持、表達需求及溝通互動訓練、環境調整及輔具使用訓練等，據以擬訂個別化指導措施與訓練計畫，包含：</u></p> <p>(1)<u>提供個別化指導、訓練及指導照顧者協助訓練個案執行ADLs、IADLs的方法。</u></p> <p>(2)<u>依據需求，擬訂跨場域(居家及社區)以及跨專業服務訓練個案ADLs、IADLs等生活功能表現。</u></p> <p>(3)<u>建議服務次數及期程，應與個案及照顧者討論以達共識。</u></p> <p>2. <u>視需求，與社區整合型服務中心討論長照體系外部資源之可能連結(如：醫療復健需求)，並協助轉介。</u></p>	<p>CA01、CA02： (二) 擬訂復能計畫</p> <p>1. 針對個案之 IADLs 能力，提供直接訓練之規劃、指導、直接訓練及指導其他照顧者協助個案執行IADLs 能力訓練，針對個案個別化問題進行討論，尋求解決方法。</p> <p>2. 應依據個案健康及社會參與需求，提供跨場域(居家及社區)訓練IADLs 能力的機會。</p> <p>3. 措施擬訂應考量日常活動設計及安排、生活自理訓練、生活習慣建立與維持、情緒行為輔導、肢體功能訓練及維持、輔具使用訓練等。</p> <p>CA03、CA04： (二) 擬訂復能計畫</p> <p>1. 針對個案之 ADLs 能力，提供直接訓練之指導、直接訓練及指導其他照顧者協助個案執行ADLs 能力訓練，並依個案個別化問題進行討論，尋求解決方法。</p>	<p>1. 合併原CA01~CA04之「擬定復能計畫」，並修正名稱為「擬訂服務計畫」。</p> <p>2. 修正服務計畫之擬訂原則。</p>

修正內容	原內容	說明
	2. 應依據個案健康及社會參與需求，提供跨場域(居家及社區)訓練ADLs 能力的機會。 3. 措施擬訂應考量日常活動設計及安排、生活自理訓練、生活習慣建立與維持、情緒行為輔導、肢體功能訓練及維持、輔具使用訓練等。	
<p>(三) 指導措施</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 指導對象以個案及主要照顧者為主，另得依個案需要增加長照人員或其他照顧者，<u>其中主要照顧者及其他照顧者應一起學習日常生活功能照顧技巧及指導督促個案練習之方法，不宜任意更換。</u></li> <li>2. <u>依照服務計畫所訂之復能訓練目標與項目(如：IADLs、ADLs、社交、生活習慣建立與維持等)，提供個別指導、訓練等，並督促個案自我管理。</u></li> <li>3. <u>宜融入個案日常生活與情境中，並帶領個案與照顧者於實際或模擬情境中操作及練習，以增強個案執行活動之動機。</u></li> <li>4. <u>結合環境與輔具的應用、基本能力強化、居家作業指導等，提升個案執行IADLs、ADLs等生活功能之表現。</u></li> <li>5. <u>指導個案及照顧者如何營造支持個案復能之生活情境，及示範支持策略之執行技巧，回覆示教、並督促照顧者練習製作紀錄。</u></li> <li>6. <u>確認個案與照顧者所指導之復能活動的執行狀況，並提供回饋意見。</u></li> </ol>	<p>CA01、CA02：</p> <p>(三) 指導措施</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 原則以 1 項 IADLs 能力之復能為主，必要時提供 1 項以上。</li> <li>2. 指導對象以個案及主要照顧者為主，另得依個案需要增加長照人員或其他照顧者：               <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 針對個案：依復能計畫提供指導、直接訓練等。</li> <li>(2) 針對照顧者：日常功能照顧/督促方式之訓練。</li> </ol> </li> </ol> <p>CA03、CA04：</p> <p>(三) 指導措施</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 原則以 1 項 ADLs 能力之復能為主，必要時提 1 項以上。</li> <li>2. 指導對象以個案及主要照顧者為主，另得依個案需要增加長照人員或其他照顧者：               <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 針對個案：依復能計畫提供指導、直接訓練等。</li> <li>(2) 針對照顧者：日常功能照顧/督促方式之訓練。</li> </ol> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 合併原CA01~CA04之「指導措施」。</li> <li>2. 實務上每照顧組合之目標約3~5項，爰刪除第1款「1.原則以1項 IADLs/ADLs能力之復能為主，必要時提供1項以上。」。</li> <li>3. 增列第2-6款之指導措施。</li> <li>4. 依本照顧組合重點包含：           <ol style="list-style-type: none"> <li>(1)對個案與家屬、其他照顧者的指導(基本內在能力強化、環境與輔具的應用、實際活動執行、居家作業指導、回覆示教)。</li> <li>(2)確認案家之執行情況。</li> </ol> </li> <li>5. 考量同行學習之照顧者應相同，不宜任意更換以達訓練成效，爰增列「主要照顧者及其他照顧者應一起學習日常生活功能照顧技巧及指導督促個案練習之方法，不宜任意更換。」</li> </ol>
<p>(四) 轉介必要之醫療處置</p> <p>個案如因生理或心理疾病、用藥等因素導致健</p>	-	<p>參考其他專業服務碼之內容，增列轉介必要之醫療處置。</p>

修正內容	原內容	說明
<p><u>康狀況不良，應通知個案所屬之長期照顧管理中心或社區整合型服務中心，協助轉介相關專業人員提供必要之處置。</u></p>		
<p><u>(五) 製作紀錄</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>每次均依個案、家屬及照顧者適合之形式，提供指導資料。不限於紙本，可使用通訊軟體、照片或影片連結等方式，可供反覆查閱。</u></li> <li>2. <u>依照照顧服務管理資訊平台之要求上傳申報資料。</u></li> <li>3. <u>相關服務紀錄應包含指導紀錄並依長期照顧服務法或各該專門職業醫事人員法規規定製作紀錄並留存。</u></li> </ol>	<p>CA01、CA02、CA03、CA04：</p> <p><u>(四) 製作紀錄</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 每次均有書面指導紀錄交予個案及主要照顧者。</li> <li>2. 相關紀錄應依長期照顧服務法或各該專門職業醫事人員法規規定留存。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 酌修規範紀錄製作之型式及提供方式。</li> <li>2. 服務紀錄應包含每次對個案、家屬及照顧者之指導內容。</li> </ol>
<p><u>CA08—「個別化服務計畫(ISP)擬定與執行」</u></p>		
<p><u>CA08—「個別化服務計畫(ISP)擬定與執行」</u></p>	<p>CA05「個別化服務計畫(ISP)」擬定與執行--居家</p> <p>CA06「個別化服務計畫(ISP)」擬定與執行--社區</p>	<p>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，及111年1月20日衛部顧字第1101963139號令訂定之長期照顧服務申請及給付辦法，合併原CA05~CA06。</p>
<p>目標</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>一、<u>針對領有身心障礙證明之慢性精神病患者、自閉症者、智能障礙者及失智症者，依據個案個別需求及期待，訂出符合個案狀況與需求之功能提升服務，培養個案於社區中自主生活能力，並維持有益健康的生活參與及社交互動。</u></li> <li>二、<u>改善個案生活自理與IADLs、生活習慣建立與維持、社區適應、休閒活動或人際互動等領域之技能，促進其日常生活功能、社會參與或延</u></li> </ol>	<p>照護目標</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>一、依據個案個別需求及期待，訂出符合個案狀況與需求之支持服務，培養個案於社區中自立生活能力。</li> <li>二、連結服務資源，協助個案解決問題。</li> <li>三、改善個案某領域之技能，延緩個案退化。</li> </ol>	<p>參考長期照顧服務申請及給付辦法附表4照顧組合表CA08組合內容及說明之服務對象及目標，進行專業服務手冊中服務對象及目標調整。</p>

修正內容	原內容	說明
<p>緩個案退化。</p> <p>作業規定</p> <p>一、執行人員資格</p> <p>完成長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法第 3 條規定訓練，取得認證證明文件之<u>教保員、社會工作人員(含社會工作師)及醫師(含中醫師)、牙醫師、職能治療人員、物理治療人員、護理人員、語言治療師、聽力師、心理師、呼吸治療師、營養師等醫事人員，並完成長期照顧專業課程 (Level II) 及本部110年2月25日衛部顧字第1091963201號公告之長期照顧整合課程 (Level III)</u>。執行本項目時，應符合身心障礙者服務人員資格訓練及管理辦法、各專門職業醫事人員法規或社會工作師法規定。</p>	<p>作業規定</p> <p>一、執行人員資格</p> <p>(一)長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法第 2 條第 1 款所定教保員。</p> <p>(二)完成前開辦法第 3 條規定訓練，取得認證證明文件之社會工作人員及醫師(含中醫師)、職能治療人員、物理治療人員、護理人員、語言治療師、聽力師、心理師等醫事人員。執行本項目時，應符合應符合身心障礙者服務人員資格訓練及管理辦法、各專門職業醫事人員法規或社會工作師法規定。</p>	<p>1. 依111年9月2日發布施行之長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法規定，教保員與社會工作人員（含社會工作師）、醫事人員同屬辦法第 2 條第 3 款所定長照服務人員資格，爰整併CA08執行人員資格1、2 項。</p> <p>2. 增列營養師、牙醫師、呼吸治療師為 CA08執行人員，說明如下：</p> <p>(1)營養師/牙醫師：考量ISP個案咀嚼、吞嚥及進食問題，或因情緒行為問題造成營養攝取不足、有異食癖或食物選擇不均衡等情況，需牙醫及營養專業介入。</p> <p>(2)呼吸治療師：考量ISP個案如有呼吸不穩定之情形，將影響其情緒行為、生活參與及社會適應，需有呼吸專業介入。</p> <p>3. 敘明社會工作人員含社會工作師。</p> <p>4. 配合本部110年12月28日衛部顧字第1101962651號函規定申報專業服務 (CA07、CA08、CB01-04及CD02) 應完成長期照顧專業課程 (Level II) 及本部110年2月25日衛部顧字第1091963201號公告之長期照顧整合課程 (Level III)，始可提供服務。</p>

修正內容	原內容	說明
<p>二、作業內容</p> <p>(一) 評估</p> <p>1. <u>與個案及家屬討論復能項目及期待，包含生活自理與IADLs、生活習慣建立與維持、人際關係及社交技巧能力、休閒生活、健康維護、社區適應能力等領域。</u></p> <p>2. <u>針對個案以上各領域項目與支持性環境（如家庭功能）等進行評估與分析。評估面向包括與個案及照顧者討論短期內最想要支持服務之項目、優弱勢能力、實際生活狀況及環境、家庭狀況、照顧者資源及照顧能力、經濟因素、社會資源等，分析歸納個案之整體潛能與可行之目標。</u></p>	<p>二、作業內容</p> <p>(一) 評估</p> <p>1. 針對個案生活自理能力、人際關係及社交技巧能力、休閒生活、健康維護、社區適應能力等領域進行評估。</p> <p>2. 依據個案之期待、優弱勢能力、實際生活狀況及環境、經濟因素、社會資源等，歸納個案待支持需求。</p> <p>3. 照顧者資源及照顧能力評估。</p> <p>4. 與個案及照顧者討論短期內最想要支持服務之項目，建議服務次數及期程。</p>	<p>1. 將照顧者資源及照顧能力之評估，納入評估之面向中。並補充評估面向。</p> <p>2. 「建議服務次數及期程」屬於「擬訂個別化服務計畫」階段，故移至擬訂個別化服務計畫。</p>
<p>(二) 擬訂個別化服務計畫（含執行策略）</p> <p>1. <u>針對評估、分析歸納結果，擬訂個別化服務計畫（含目標），建議服務次數及期程，應與個案及照顧者討論達成共識。</u></p> <p>2. 依據個別化服務計畫，從例行性日常活動中，設計支持策略執行方式、內容或服務模式。</p> <p>3. 定期評估掌握個案接受支持服務之狀況。</p> <p>4. <u>於必要時進行跨專業的合作。</u></p>	<p>(二) 擬訂個別化服務計畫（含執行策略）</p> <p>1. 分析個案或案家之期待及需求，並將可能造成期待及需求無法達成的問題列出，針對評估出之問題，擬訂個別化服務計畫（含目標）。</p> <p>2. 依據個別化服務計畫，從例行性日常活動中，設計支持策略執行方式、內容或服務模式。</p> <p>3. 定期評估掌握個案接受支持服務之狀況。</p>	<p>增列第4款並修正第1款文字</p>
<p>(三) 指導措施</p> <p>1. 從日常生活各項活動或情境中，支持個案學習技能。</p> <p>2. 透過休閒活動安排或參與社區活動之機會，增</p>	<p>(三) 指導措施</p> <p>1. 從日常生活各項活動或情境中，支持個案學習技能。</p> <p>2. 透過休閒活動安排或參與社區活動之機會，增</p>	<p>1. 修正第2、4款文字</p> <p>2. 考量同行學習之照顧者應相同，不宜任意更換以達訓練成效，爰增列「主要照顧者及其他照顧者應一起學習日</p>

修正內容	原內容	說明
<p>強個案學習動機與社會參與功能。</p> <p>3. 定期追蹤及訪視，瞭解個案及照顧者對個別化服務計畫之執行情形，同時觀察個案及照顧者間互動情況，提供回饋意見給照顧者參考。</p> <p>4. 指導對象以個案及<u>主要</u>照顧者為主，另得依個案需要增加長照人員或其他照顧者，<u>其中主要照顧者及其他照顧者應一起學習日常生活功能照顧技巧及指導督促個案練習之方法，不宜任意更換：</u></p> <p>(1)針對個案：依個別化服務計畫提供個別指導、直接支持或協助等。</p> <p>(2)針對照顧者：提供照顧者執行支持策略之示範技巧，並督促個案自我管理及練習，<u>營造適合個案實踐個別化服務計畫之生活情境。</u></p>	<p>強個案動機。</p> <p>3. 定期追蹤及訪視，瞭解個案及照顧者對個別化服務計畫之執行情形，同時觀察個案及照顧者間互動情況，提供回饋意見給照顧者參考。</p> <p>4. 指導對象以個案及照顧者為主，另得依個案需要增加長照人員或其他照顧者：</p> <p>(1)針對個案：依個別化服務計畫提供個別指導、直接支持或協助等。</p> <p>(2)針對照顧者：提供照顧者執行支持策略之示範技巧，並督促個案自我管理及練習。</p>	<p>常生活功能照顧技巧及指導督促個案練習之方法，不宜任意更換」</p>
<p><u>(四) 轉介必要之醫療處置</u></p> <p><u>針對特定個案行為如係因疾病導致，應通知個案所屬之長期照顧管理中心或社區整合型服務中心，協助轉介相關專業人員提供必要之處置。</u></p>		<p>參考其他專業服務碼之內容，增列轉介必要之醫療處置。</p>
<p><u>(五) 製作紀錄</u></p> <p>1. <u>每次均依個案、家屬及照顧者適合之形式，提供指導資料。不限於紙本，可使用通訊軟體、照片或影片連結等方式，可供反覆查閱。</u></p> <p>2. <u>依照照顧服務管理資訊平台之要求上傳申報資料。</u></p> <p>3. <u>相關服務紀錄應包含指導紀錄並依長期照顧服務法或各該專門職業醫事人員及社會工作師法規規定留存。</u></p>	<p><u>(四) 製作紀錄</u></p> <p>1. 每次均有執行紀錄交予個案及主要照顧者。</p> <p>2. 相關紀錄應依長期照顧服務法或各該專門職業醫事人員法規或社會工作師法規規定留存。</p>	<p>1. 修改標號並酌修規範紀錄製作之型式及提供方式。</p> <p>2. 服務紀錄應包含每次對個案、家屬及照顧者之指導內容。</p>

修正內容	原內容	說明
CB01--營養照護		
<p>目標</p> <p>一、個案依其活動狀況、疾病、體型、體重等，獲取應有之熱量、<u>營養及水份</u>。</p> <p>二、<u>照顧者能習得適當的備餐能力，提供適合個案質地及養分需求的飲食。</u></p>	<p>照護目標</p> <p>個案依其活動狀況、疾病、體型、體重等，獲取應有之熱量及水份。</p>	<p>新增第2款及修正第1款文字。</p>
<p>作業規定</p> <p>一、執行人員資格</p> <p>完成長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法第3條規定訓練，取得認證證明文件之醫師(含中醫師)、營養師、護理人員、藥師、語言治療師等醫事人員，<u>並應完成長期照顧專業課程(Level II)及本部110年2月25日衛部顧字第1091963201號公告之長期照顧整合課程(Level III)</u>。執行本項目時，應符合各專門職業醫事人員法規規定。</p>	<p>作業規定</p> <p>一、執行人員資格</p> <p>完成長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法第3條規定訓練，取得認證證明文件之醫師(含中醫師)、營養師、護理人員、藥師、語言治療師等醫事人員。執行本項目時，應符合各專門職業醫事人員法規規定。</p>	<p>配合本部110年12月28日衛部顧字第1101962651號函規定申報專業服務(CA07、CA08、CB01-04及CD02)應完成長期照顧專業課程(Level II)及本部110年2月25日衛部顧字第1091963201號公告之長期照顧整合課程(Level III)，始可提供服務。</p>
<p>二、作業內容</p> <p>(一) 評估--觀察與確認照護需求</p> <p>1. <u>觀察個案外觀(例如：測量、推估計算或回溯個案身高、體重、BMI、小腿圍等體位資料)</u>，檢視營養不良可能的癥狀<u>(例如：近期體重改變趨勢、觀察個案行動能力、腸道消化狀況、皮膚完整性是否有水腫、壓傷等身體徵候)</u>並參考營養相關醫療檢驗數據及個案疾病史。</p> <p>2. <u>記錄實際進食量與質(例如：觀察個案咀嚼能力、進(灌)食量)</u>、與進食相關之生活模式。</p> <p>3. 分析個案營養不良之原因，確認營養照護模式</p>	<p>二、作業內容</p> <p>(一) 評估--觀察與確認照護需求</p> <p>1. 觀察個案外觀，檢視營養不良可能的癥狀，並參考營養不良相關檢驗指數。</p> <p>2. 記錄實際進食量與質、與進食相關之生活模式。</p> <p>3. 分析個案營養不良之原因，確認營養照護模式。</p>	<p>補充舉例說明內容，以利跨專業間之理解及執行。</p>

修正內容	原內容	說明
<p>(例如：照顧者備餐知能)。</p> <p>4. <u>確認個案重要的營養問題及其原因(如：藥物、咀嚼能力等)。</u></p>		
<p>(二) <u>擬訂服務計畫</u></p> <p>1. <u>依據個案目標及需求擬訂個別化營養計畫(含目標及進程)。</u></p> <p>2. <u>建議服務次數及期程，應與個案及照顧者討論以達共識。</u></p> <p>3. <u>於必要時進行跨專業的合作。</u></p>		增訂服務計畫之擬定原則
<p>(三) <u>指導措施</u></p> <p>1. <u>指導對象以個案及主要照顧者為主，另得依個案需要增加長照人員或其他照顧者，其中主要照顧者及其他照顧者應一起學習營養照護技巧及指導督促個案練習之方法，不宜任意更換。</u></p> <p>2. <u>提供個案營養建議(例如：熱量、蛋白質及其他各類營養素調整等)、水份攝取量建議、變化餐點內容(例如：食物的選擇、調整飲食質地、份量、餐次及製作方式等)或調整適切的營養支持途徑與方法等。</u></p> <p>3. <u>指導主要照顧者備餐技巧、餐器具的使用，進食姿勢、進食狀況及體重變化的監測。</u></p>	<p>(二) <u>指導措施</u></p> <p>1. <u>指導對象以個案及主要照顧者為主，另得依個案需要增加長照人員或其他照顧者。</u></p> <p>2. <u>依個案個別需要，以改變用餐次數、調整餐點份量、變化餐點內容及調整食物質地(含餐食準備及製作之方式)、改變用餐器具或姿勢等方式，達到個案營養照護目標。</u></p>	<p>1. 修改標號。</p> <p>2. 明確指導內容與細節，並補充舉例說明內容，以利跨專業間之理解及執行。</p> <p>3. 考量同行學習之照顧者應相同，不宜任意更換以達訓練成效，爰增列「主要照顧者及其他照顧者應一起學習營養照護技巧及指導督促個案練習之方法，不宜任意更換。」</p>
<p>(四) <u>轉介必要之醫療處置</u></p> <p>個案如因生理或心理疾病、用藥等因素導致營養不良，應通知個案所屬之長期照顧管理中心或社區整合型服務中心，協助轉介相關專業人員提供必要之處置。</p>	<p>(三) <u>轉介必要之醫療處置</u></p> <p>個案如因生理或心理疾病、用藥等因素導致營養不良，應通知個案所屬之長期照顧管理中心或社區整合型服務中心，協助轉介相關專業人員提供必要之處置。</p>	修改標號



修正內容	原內容	說明
<p><u>(五) 製作紀錄</u></p> <p>1. <u>每次均依個案、家屬及照顧者適合之形式，提供指導資料。</u></p> <p>2. <u>依照照顧服務管理資訊平台之要求上傳申報資料。</u></p> <p>3. <u>相關服務紀錄應包含指導紀錄並依長期照顧服務法或各該專門職業醫事人員法規規定留存。</u></p> <p>4. <u>營養紀錄應詳實記載個案所需熱量與蛋白質及其營養素需求量及進展目標，給予個案之建議需清楚列點，目標需可監測。</u></p>	<p><u>(四) 製作紀錄</u></p> <p>1. 每次均有書面指導紀錄交予個案及主要照顧者。</p> <p>2. 相關紀錄應依長期照顧服務法或各該專門職業醫事人員法規規定留存。</p>	<p>1. 修改標號並酌修規範紀錄製作之型式及提供方式。</p> <p>2. 服務紀錄應包含每次對個案、家屬及照顧者之指導內容。</p>
CB02--進食與吞嚥照護		
<p>目標</p> <p>一、<u>安全進食：照顧者或個案能習得安全及有效率的進食模式及策略，減少進食中噎咳、清喉嚨、反覆吞嚥等不適情形。</u></p> <p>二、<u>滿足個別化營養需求條件，促進充分營養與水份之獲得，避免明顯之體重問題。</u></p> <p>三、<u>照顧者能習得適當的備餐能力，提供適合個案質地需求的飲食。</u></p>	<p>照護目標</p> <p>一、安全進食：初期雖噎咳，但不致有嘔吐物；或6個月內無吸入性肺炎紀錄。</p> <p>二、獲得充分營養與水份</p> <p>(一) 獲得每日至少 1,000 至 1,500 仟卡熱量。</p> <p>(二) 獲得每日至少 1,000 至 1,500cc 水份。</p> <p>(三) 體重維持或增加。</p>	<p>修正第1、2款文字，增列第3款。</p>
<p>作業規定</p> <p>一、執行人員資格</p> <p>完成長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法第3條規定訓練，取得認證證明文件之醫師(含中醫師)、牙醫師、語言治療師、護理人員、職能治療人員、物理治療人員、營養師、藥師、呼吸治</p>	<p>作業規定</p> <p>一、執行人員資格</p> <p>完成長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法第3條規定訓練，取得認證證明文件之醫師(含中醫師)、牙醫師、語言治療師、護理人員、職能治療人員、物理治療人員、營養師、藥師、呼</p>	<p>配合本部110年12月28日衛部顧字第1101962651號函規定申報專業服務(CA07、CA08、CB01-04及CD02)應完成長期照顧專業課程(Level II)及本部110年2月25日衛部顧字第1091963201號公告之長期照顧整合課程(Level</p>

修正內容	原內容	說明
<p>療師等醫事人員，<u>並完成長期照顧專業課程 (Level II) 及本部110年2月25日衛部顧字第1091963201號公告之長期照顧整合課程 (Level III)</u>。執行本項目時，應符合各專門職業醫事人員法規規定。</p>	<p>吸治療師等醫事人員。執行本項目時，應符合各專門職業醫事人員法規規定。</p>	<p>III)，始可提供服務。</p>
<p>二、作業內容：            (一) 評估--觀察與確認照護需求            1. <u>與個案及家屬討論對於進食吞嚥功能表現的目標與期待。</u>            2. <u>觀察評估影響進食吞嚥相關的結構及生理因素 (例如：口腔結構等)、環境因素 (例如：適合的飲食質地、姿勢擺位、餐具等)、功能表現(由口進食之安全性)、以及其他可能導致不能安全進食的因素 (如照顧者知能、個案認知或心理情緒問題等)。</u>            3. <u>留置進食管路(如鼻胃管、胃/腸造瘻管等)者，需進行吸入風險評估，必要時轉介醫療院所進行適當評估與提供建議，才可開始漸進提供由口進食照護。</u></p>	<p>二、作業內容：            (一) 評估--觀察與確認照護需求            1. 觀察個案吞嚥功能、進食情形，分析個案不能安全進食的原因。            2. 確認個案達到安全進食之照顧模式。            3. 對於鼻胃管留置個案，評估由口進食之訓練潛能。</p>	<p>1. 補充舉例說明內容，以利跨專業間之理解及執行。            2. 留置進食管路者要改為由口進食時需謹慎，故加上必要時先轉介醫療院所評估之提醒。</p>
<p>(二) <u>擬訂服務計畫</u>            1. <u>依據評估結果及個案期待擬定個別化指導與訓練計畫。</u>            2. <u>建議服務次數及期程，應與個案及照顧者討論以達共識。</u>            3. <u>於必要時進行跨專業的合作。</u></p>	<p>-</p>	<p>增訂服務計畫之擬定原則</p>
<p>(三) <u>指導措施</u>            1. <u>指導對象以個案及主要照顧者為主，另得依個案需要增加長照人員或其他照顧者，其中主要照顧</u></p>	<p>(二) 指導措施            1. 指導對象以個案及主要照顧者為主，另得依個案需要增加長照人員或其他照顧者。</p>	<p>1. 修改標號。            2. 酌修文字，並將個案情況區分為由口進食或暫時無法由口進食者，並分述</p>

修正內容	原內容	說明
<p><u>者及其他照顧者應一起學習進食及吞嚥照護與訓練技巧及指導督促個案練習之方法，不宜任意更換。</u></p> <p>2. <u>個案若為由口進食者，教導個案及照顧者：</u></p> <p>(1) <u>製備質地符合個案需求之餐食或飲品。</u></p> <p>(2) <u>提供安全進食/餵食策略技巧及相關情境調整原則之指導，包含觀察吸入性肺炎徵狀、改變用餐器具或姿勢等方式，調整日常飲食模式、提升動機促進進食參與等。</u></p> <p>(3) <u>促進進食吞嚥表現之運動或感覺促進技巧指導。</u></p> <p>(4) <u>口腔清潔技巧。</u></p> <p>(5) <u>記錄執行狀況及觀察要點。</u></p> <p>3. <u>若個案為暫時無法由口進食(完全依賴進食管路)者，教導個案及照顧者：</u></p> <p>(1) <u>安全吞嚥口水之策略。(包含觀察吸入性肺炎徵狀)</u></p> <p>(2) <u>促進進食吞嚥表現之運動或感覺促進技巧指導。</u></p> <p>(3) <u>口腔清潔技巧。</u></p> <p>(4) <u>記錄執行狀況及觀察要點。</u></p>	<p>2.依個案個別需要，指導口腔按摩或運動、改變餐點內容、調整食物質地、改變用餐器具或姿勢等方式，調整日常飲食模式等，以達到安全進食。</p> <p>3.指導照顧者協助個案口腔運動，調整個案日常飲食模式，及指導協助個案進食之方式。</p> <p>4.對於適合由口進食之鼻胃管留置個案，進行由口進食練習，協助恢復以口進食。</p>	<p>其指導措施。</p> <p>3. 考量同行學習之照顧者應相同，不宜任意更換以達訓練成效，爰增列「主要照顧者及其他照顧者應一起學習進食及吞嚥照護與訓練技巧及指導督促個案練習之方法，不宜任意更換。」</p>
<p>(四) <u>轉介必要之醫療處置</u></p> <p>個案如係因疾病導致進食或吞嚥困難之高風險者，應通知個案所屬之長期照顧管理中心或社區整合型服務中心，協助轉介相關專業人員提供必要之處置。</p>	<p>(三) <u>轉介必要之醫療處置</u></p> <p>個案如係因疾病導致進食或吞嚥困難，應通知個案所屬之長期照顧管理中心或社區整合型服務中心，協助轉介相關專業人員提供必要之處置。</p>	<p>修改標號並補充文字描述使個案特性更加明確</p>
<p>(五) <u>製作紀錄</u></p>	<p>(四) <u>製作紀錄</u></p>	<p>1. 修改標號並酌修規範紀錄製作之型式</p>

修正內容	原內容	說明
<p>1. <u>每次均依個案、家屬及照顧者適合之形式，提供指導資料。不限於紙本，可使用通訊軟體、照片或影片連結等方式，可供反覆查閱。</u></p> <p>2. <u>依照照顧服務管理資訊平台之要求上傳申報資料。</u></p> <p>3. <u>相關服務紀錄應包含指導紀錄並依長期照顧服務法或各該專門職業醫事人員法規規定留存。</u></p>	<p>1. 每次均有書面指導紀錄交予個案及主要照顧者。</p> <p>2. 相關紀錄應依長期照顧服務法或各該專門職業醫事人員法規規定留存。</p>	<p>及提供方式。</p> <p>2. 服務紀錄應包含每次對個案、家屬及照顧者之指導內容。</p>
CB03--困擾行為照護		
CB03－困擾行為照護	CB03--困擾行為 <sup>註</sup> 照護	刪除上標「註」
<p>目標</p> <p>一、<u>降低困擾行為<sup>註</sup>發生頻率與嚴重程度。</u></p> <p>二、<u>增進照顧者預防或因應困擾行為的知能與技巧。</u></p> <p>三、<u>維護照顧者（或家屬）及個案的安全。</u></p> <p>四、<u>促進個案與照顧者的心理適應。</u></p>	<p>照護目標</p> <p>一、<u>維護照顧者（或家屬）及個案的安全。</u></p> <p>二、<u>維持或增進照顧者的生活品質。</u></p>	<p>1. 增列1、2、4款。</p> <p>2. 原1款調整至第3款，原第2款刪除。</p>
<p>作業規定</p> <p>一、執行人員資格：</p> <p>完成長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法第3條規定訓練，取得認證證明文件之醫師（含中醫師）、護理人員、物理治療人員、職能治療人員、心理師、藥師、語言治療師、營養師等醫事人員及社會工作人員（含社會工作師），並完成<u>長期照顧專業課程（Level II）及本部110年2月25日衛部顧字第1091963201號公告之長期照顧整合課程（Level III）</u>。執行本項目時，應符合各專門職業醫事人員法規或社會工作師法規定。</p>	<p>作業規定</p> <p>一、執行人員資格：</p> <p>2種以上完成長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法第3條規定訓練，取得認證證明文件之醫師（含中醫師）、護理人員、物理治療人員、職能治療人員、心理師、藥師、語言治療師、營養師等醫事人員及社會工作人員組成專業團隊。執行本項目時，應符合各專門職業醫事人員法規或社會工作師法規定。</p>	<p>1. 考量本組合適用對象的特殊性，以心智障礙類個案如失智症個案、慢性精神疾病個案、自閉症個案及其家庭居多，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2種以上不同專業人員進入，且跨專業合作需求可採用諮詢等方式達成，爰刪除本組合執行專業人員須2種以上之規定。</p> <p>2. 敘明社會工作人員包含社會工作師。</p> <p>3. 配合本部110年12月28日衛部顧字第1101962651號函規定申報專業服務</p>

修正內容	原內容	說明
		(CA07、CA08、CB01-04及CD02)應完成長期照顧專業課程(Level II)及本部110年2月25日衛部顧字第1091963201號公告之長期照顧整合課程(Level III),始可提供服務。
<p>二、作業內容：</p> <p>(一) 評估<u>觀察與確認照護需求</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 評估個案困擾行為出現時，是否有生理狀態改變或精神狀態改變，以致發生立即或潛在的緊急狀態，須立即轉介醫療治療。</li> <li>2. 分析誘發個案困擾行為之原因，包含個案方面：<u>疾病影響之症狀、溝通能力、認知、肢體動作功能、動機、情緒調適能力等</u>；及情境方面：<u>照顧者的溝通互動方式、環境因素等</u>。</li> <li>3. 瞭解個案及照顧者在困擾行為照顧上的主要問題與期待。</li> <li>4. <u>觀察與確認緊急照護需求</u>。</li> </ol>	<p>二、作業內容：</p> <p>(一) 評估--<u>觀察與確認緊急照護需求</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 評估個案當下之困擾行為出現，是否因生理狀態改變或精神狀態改變，以致有立即或潛在的緊急狀態，須立即轉介醫療治療。</li> <li>2. 確認誘發個案行為之原因、個案之溝通能力、認知功能。</li> <li>3. 瞭解照顧者的困擾核心與期待。</li> </ol>	補充說明可能誘發個案困擾行為之原因。
<p>(二) <u>擬訂服務計畫</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 依據評估結果及個案期待擬定個別化指導與訓練計畫。</li> <li>2. 建議服務次數及期程，應與個案及照顧者討論以達共識。</li> <li>3. 於必要時進行跨專業的合作。</li> </ol>		增訂服務計畫之擬定原則
<p>(三) <u>指導措施</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 指導對象以個案及主要照顧者為主，另得依個案需要增加長照人員或其他照顧者，其中<u>主要照顧者及其他照顧者應一起學習日常生活功能照顧</u></li> </ol>	<p>(二) <u>指導措施</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 指導對象以個案及主要照顧者為主，另得依個案需要增加長照人員或其他照顧者。</li> <li>2. 指導對於個案自身、照顧者及環境的安全維護</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 修改標號。</li> <li>2. 增列第3、6款之指導措施，並酌修原1、2、3、4款文字，及調整款次。</li> <li>3. 考量同行學習之照顧者應相同，不宜</li> </ol>

修正內容	原內容	說明
<p><u>技巧及指導督促個案練習之方法，不宜任意更換。</u></p> <p>2. <u>指導個案自身與照顧者對於活動環境的安全維護以及危險預防。</u></p> <p>3. <u>指導個案及主要照顧者具備改善困擾行為或情境的有效因應策略與技巧。</u></p> <p>4. <u>指導個案及照顧者安排活動，維持個案身心功能，增進溝通表達能力、提昇正向經驗與愉悅情緒、轉移焦慮與壓力。</u></p> <p>5. <u>指導照顧者行為管理技巧、溝通技巧，並提供相關社會資源資訊。</u></p> <p>6. <u>評估個案與照顧者自傷傷人風險，必要時提供相關的照顧支持服務資源，或其他適切之相關社會安全網資源。</u></p>	<p>以及危險預防。</p> <p>3. 安排活動幫助個案維持身心功能、提昇愉悅情緒、轉移焦慮與壓力。</p> <p>4. 指導照顧者行為管理技巧、溝通技巧，並提供相關社會資源。</p>	<p>任意更換以達訓練成效，爰增列「主要照顧者及其他照顧者應一起學習日常生活功能照顧技巧及指導督促個案練習之方法，不宜任意更換。」</p>
<p><u>(四)轉介必要之醫療處置</u></p> <p>針對特定個案行為如係因疾病導致，應通知個案所屬之長期照顧管理中心或社區整合型服務中心，協助轉介相關專業人員提供必要之處置。</p>	<p><u>(三)轉介必要之醫療處置</u></p> <p>針對特定個案行為如係因疾病導致，應通知個案所屬之長期照顧管理中心或社區整合型服務中心，協助轉介相關專業人員提供必要之處置。</p>	<p>修改標號。</p>
<p><u>(五)製作紀錄</u></p> <p>1. <u>每次均依個案、家屬及照顧者適合之形式，提供指導資料。不限於紙本，可使用通訊軟體、照片或影片連結等方式，可供反覆查閱。</u></p> <p>2. <u>依照照顧服務管理資訊平台之要求上傳申報資料。</u></p> <p>3. <u>相關服務紀錄應包含指導紀錄並依長期照顧服務法或各該專門職業醫事人員法規或社會工作師法規定留存。</u></p>	<p><u>(四)製作紀錄</u></p> <p>1. 每次均有書面指導紀錄交予個案及主要照顧者。</p> <p>2. 相關紀錄應依長期照顧服務法或各該專門職業醫事人員法規或社會工作師法規定留存。</p>	<p>1. 修改標號並酌修規範紀錄製作之型式及提供方式。</p> <p>2. 服務紀錄應包含每次對個案、家屬及照顧者之指導內容。</p>

修正內容	原內容	說明
<p>註：<u>困擾行為係指個案不適當的語言、聲音或動作、情緒、想法，導致情緒或行為不穩定，有自我照顧與調適的困難</u>，影響到他人生活，個人社交活動或身心功能亦受限制，以致家人或照顧者照顧壓力增加。</p>	<p>註：<u>困擾行為係指個案不適當的語言、聲音或動作</u>，影響到他人生活，個人社交活動亦受限制，以致家人或照顧者照顧壓力增加。</p>	<p>補充困擾行為包含情緒困擾。</p>
<p>CB04--臥床或長期活動受限照護</p>		
<p>目標</p> <p>一、安全照護</p> <p>(一) <u>安全進食：照顧者或個案能習得安全及有效率的進食模式及策略，減少進食中噎咳、清喉嚨、反覆吞嚥等不適情形。</u></p> <p>(二) <u>滿足個別化營養需求條件，促進充分營養與水份之獲得，避免明顯之體重問題。</u></p> <p>(三) <u>照顧者能習得適當的備餐能力，提供適合個案質地需求的飲食。</u></p> <p>(四) <u>照顧者能使用安全省力的技巧執行協助床上翻身或轉移位。</u></p>	<p>照護目標</p> <p>一、安全照護</p> <p>(一) 每日攝取 1,200~1,500cc 水份。</p> <p>(二) 每日攝取 1,200~1,500 仟卡熱量。</p> <p>(三) 翻身轉位。</p>	<p>修正安全照護目標內容。</p>
<p>二、<u>維持或增進功能性日常生活活動</u></p> <p>(一) <u>維持、增進或調整現有日常生活活動(坐起、盥洗、進食或排泄)的型態。</u></p> <p>(二) 能依據生活作息表進行活動。</p>	<p>二、維持功能性日常生活活動</p> <p>(一) 每日坐起 1 至 3 次，依其保有功能每次至少 1 至 2 分鐘。</p> <p>(二) 坐起、盥洗、進食或排泄依其保有功能僅可能維持其原有型態。</p>	<p>修正維持或增進功能性日常生活活動目標內容。</p>
<p>三、<u>照顧者能習得預防合併症發生之相關照顧技巧(如：維持關節活動度、皮膚照顧、預防感染等)。</u></p>	<p>三、預防合併症發生</p> <p>(一) 全關節無進一步受限。</p> <p>(二) 皮膚無乾裂、浸潤或破損現象。</p> <p>(三) 每週排便 2~3 次，便質軟。</p> <p>(四) 3 個月感染次數少於 1 次 (包括上呼吸道或</p>	<p>1. 修正文字內容，強調照顧者能習得預防合併症發生之相關照顧技巧。</p> <p>2. 補充舉例說明內容，以利跨專業間之理解及執行。</p>

修正內容	原內容	說明
	泌尿道感染)。	
<p>作業規定</p> <p>一、 執行人員資格</p> <p>2 種以上完成長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法第 3 條規定訓練，取得認證證明文件之醫師(含中醫師)、護理人員、物理治療人員、職能治療人員、語言治療師、心理師、藥師、呼吸治療師、營養師等醫事人員組成專業團隊，<u>並完成長期照顧專業課程 (Level II) 及本部110年2月25日衛部顧字第1091963201號公告之長期照顧整合課程 (Level III)</u>。執行本項目時，應符合各專門職業醫事人員法規規定。</p>	<p>作業規定</p> <p>一、 執行人員資格</p> <p>2 種以上完成長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法第 3 條規定訓練，取得認證證明文件之醫師(含中醫師)、護理人員、物理治療人員、職能治療人員、語言治療師、心理師、藥師、呼吸治療師、營養師等醫事人員組成專業團隊。執行本項目時，應符合各專門職業醫事人員法規規定。</p>	<p>配合本部110年12月28日衛部顧字第1101962651號函規定申報專業服務 (CA07、CA08、CB01-04及CD02) 應完成長期照顧專業課程 (Level II) 及本部110年2月25日衛部顧字第1091963201號公告之長期照顧整合課程 (Level III)，始可提供服務。</p>
<p>二、作業內容：</p> <p>(一) 評估--觀察與確認照護需求</p> <p>1. 依照下列 4個面向，評估個案因臥床或長期處於活動受限狀況，而導致個案之照護需求：</p> <p>(1) 水份及營養的攝取。</p> <p>(2) <u>皮膚完整性評估。</u></p> <p>(3) 日常生活功能活動與生活型態。</p> <p>(4) 合併症或其癥兆。</p> <p>2. 分析個案居住環境及照顧者能力，擬訂個別化之<u>照護策略及照護模式</u> (如：照顧作息表)。</p>	<p>二、 作業內容：</p> <p>(一) 評估--觀察與確認照護需求</p> <p>1. 依照下列 3 個面向，評估個案因臥床或長期處於活動受限狀況，而導致個案之照護需求：</p> <p>(1) 水份及營養的攝取。</p> <p>(2) 日常生活功能活動與生活型態。</p> <p>(3) 合併症或其癥兆。</p> <p>2. 分析個案居住環境及照顧者能力，擬訂個別化之照護模式 (工作表)。</p>	<p>新增皮膚完整性評估及擬訂個別化之照護策略</p>
<p>(二) 擬訂服務計畫</p> <p>1.依據評估結果及個案期待擬定個別化指導與訓練計畫。</p> <p>2.建議服務次數及期程，應與個案及照顧者討論以達共識。</p>		<p>增訂服務計畫之擬定原則</p>



修正內容	原內容	說明
3.於必要時進行跨專業的合作。		
<p><u>(三) 指導措施</u></p> <p>1. 指導對象以個案及主要照顧者為主，另得依個案需要增加長照人員或其他照顧者，<u>其中主要照顧者及其他照顧者應一起學習日常生活功能照顧技巧及指導督促個案練習之方法，不宜任意更換。</u></p> <p>2. 指導照顧者學習及執行擬訂之個別化之<u>照護策略及照顧作息表。</u></p> <p>3. 執行追蹤、個別化之<u>照護策略及照顧作息表之檢討與修正。</u></p>	<p><u>(二) 指導措施</u></p> <p>1. 指導對象以個案及主要照顧者為主，另得依個案需要增加長照人員或其他照顧者。</p> <p>2. 指導照顧者學習及執行擬訂之個別化照護模式(工作表)。</p> <p>3. 應含執行追蹤、個別化照護模式之檢討及修正。</p>	<p>1. 修改標號</p> <p>2. 「照顧模式」過於廣泛，修改為「照顧作息表」，並配合修正文字。</p> <p>3. 考量同行學習之照顧者應相同，不宜任意更換以達訓練成效，爰增列「主要照顧者及其他照顧者應一起學習日常生活功能照顧技巧及指導督促個案練習之方法，不宜任意更換。」</p>
<p><u>(四) 轉介必要之醫療處置</u></p> <p>針對個案身體狀況改變，必要時應通知個案所屬之長期照顧管理中心或社區整合型服務中心，協助轉介相關醫事專業人員提供必要之處置。</p>	<p><u>(三) 轉介必要之醫療處置</u></p> <p>針對個案身體狀況改變，必要時應通知個案所屬之長期照顧管理中心或社區整合型服務中心，協助轉介相關醫事專業人員提供必要之處置。</p>	修改標號
<p><u>(五) 製作紀錄</u></p> <p>1. 每次均依個案、家屬及照顧者適合之形式，提供指導資料。不限於紙本，可使用通訊軟體、照片或影片連結等方式，可供反覆查閱。</p> <p>2. 依照照顧服務管理資訊平台之要求上傳申報資料。</p> <p>3. 相關服務紀錄應包含指導紀錄並依長期照顧服務法或各該專門職業醫事人員法規規定留存。</p>	<p><u>(四) 製作紀錄</u></p> <p>1. 每次均有書面指導紀錄交予個案及主要照顧者。</p> <p>2. 相關紀錄應依長期照顧服務法或各該專門職業醫事人員法規規定留存。</p>	<p>1. 修改標號並酌修規範紀錄製作之型式及提供方式。</p> <p>2. 服務紀錄應包含每次對個案、家屬及照顧者之指導內容。</p>
CC01--居家環境安全或無障礙空間規劃		
<p>目標</p> <p>個案或家屬(照顧者)習得符合日常生活功能表現促</p>	<p>作業目標</p> <p>依個案照護需求，提供並教導個案及主要照</p>	<p>原「作業目標」內容較似指導措施，故將文字做修正。</p>

修正內容	原內容	說明
<p><u>進或照顧需求降低所需的輔具使用及居家環境安全調整，包括：空間動線規劃與配置、輔具與家具擺設之建議，並指導正確輔具使用方式，以及家中生活安全維護及注意事項等。</u></p>	<p>顧者於家中維護安全之方式及注意事項。</p>	
<p>作業規定 一、執行人員資格： 完成長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法第 3 條規定訓練，取得認證證明文件之<u>西醫師、護理人員、物理治療人員、職能治療人員</u>等醫事人員；身心障礙者服務人員資格訓練及管理辦法第 14 條第 1 項第 1 款規定之甲類輔具評估人員。執行本項目時，應符合各專門職業醫事人員法規或身心障礙者權益保障法規規定。 <u>如為提供長期照顧服務申請及給付辦法附表四中應由輔具評估人員出具評估報告之輔具(E碼)及居家無障礙環境改善服務(F碼)之照顧組合，其執行人員資格應符合前開辦法第二十條第二項規定。</u></p>	<p>作業規定 一、執行人員資格： 完成長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法第3 條規定訓練，取得認證證明文件之醫師(含中醫師)、護理人員、物理治療人員、職能治療人員、呼吸治療師、聽力師、營養師等醫事人員；身心障礙者服務人員資格訓練及管理辦法第 14 條規定之輔具評估人員。執行本項目時，應符合各專門職業醫事人員法規或身心障礙者權益保障法規規定。</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. CC01服務係針對物理性居家環境安全，搭配所需輔具與空間規劃，以利個案或照顧者獨立而安全執行日常活動。除註明西醫師以免誤解外，另查實際提供CC01服務並申請長照服務費用支付之專業服務人員，99.6%為物理治療師人員或職能治療人員、0.4%為護理人員，故執行人員資格為西醫師、護理人員、物理治療人員、職能治療人員以符合現狀。</li> <li>2. 以身心障礙者服務人員資格訓練及管理辦法中第14條第1項第1款中規範之甲類輔具評估人員（物理治療、職能治療）為主。本部社會及家庭署公告之各類輔具評估人員之培訓課程內容中，甲類評估人員課程有達4小時之物理環境評估，另安排實習。</li> <li>3. 參考專業養成教育中，課程安排有物理環境評估與介入之專業。</li> <li>4. 新增執行人員資格應符合長期照顧服務申請及給付辦法第二十條規定之說明。</li> </ol>
<p>二、作業內容：</p>	<p>二、作業內容：</p>	<p>1.部分文字修正，並增列第4、5目，原</p>

修正內容	原內容	說明
<p>(一) <u>依個案日常生活功能表現促進或依賴照顧者需求降低需要，提供個案活動及主要照顧者照顧方式之策略建議、現有家具擺設、日常活動所需的輔具使用與生活空間動線規劃等服務。檢視及規劃範圍應包括個案臥室、浴廁、餐廳、廚房及彼此間相連接之日常生活空間動線。</u></p> <p>(二) 居家環境檢視並提出居家環境改善之方式，以及教導家屬個案於家中維護安全之方式及注意事項。</p> <p>1. 指導對象以個案及主要照顧者為主，另得依個案需要增加長照人員或其他照顧者，<u>其中主要照顧者及其他照顧者應學習輔具使用、居家安全維護之照顧與訓練技巧及指導督促個案練習之方法，不宜任意更換。</u></p> <p>2. 應包含緊急連絡資源之介紹，及協助建立通報程序。</p> <p>(三) 轉介必要之居家安全或無障礙空間所需之輔具或空間修繕服務。</p> <p>(四) <u>須檢視輔具購置或居家修繕改造後情況，確保輔具使用或環境調整結果及適用性，並提供個案及照顧者使用之正確性及安全。</u></p> <p>(五) <u>於必要時進行跨專業的合作。</u></p> <p>(六) 可配合領有家具木工、門窗木工、建築物室內設計或裝潢木工技術士證人員，於執行修繕或輔具服務時提供諮詢服務，及確認環境</p>	<p>(一) 依個案照護需求之環境設計，提供個案活動及照顧方式與策略建議、現有家具擺設、日常活動所需的輔具使用與生活空間動線規劃等服務。檢視及規劃範圍應包括個案臥室、日常活動空間、浴廁、餐廳、廚房及彼此間相連接之日常生活空間動線。</p> <p>(二) 居家環境檢視、提出居家環境改善之方式，以及教導家屬個案於家中維護安全之方式及注意事項。</p> <p>1. 指導對象以個案及主要照顧者為主，另得依個案需要增加長照人員或其他照顧者。</p> <p>2. 應包含緊急連絡資源之介紹，及協助建立通報程序。</p> <p>(三) 轉介必要之居家安全或無障礙空間所需之輔具或空間修繕服務。</p> <p>(四) 可配合領有家具木工、門窗木工、建築物室內設計或裝潢木工技術士證人員，於執行修繕或輔具服務時提供諮詢服務，及確認環境或動線改善成果。</p>	<p>第4目遞移至第6目。</p> <p>2. 考量同行學習之照顧者應相同，不宜任意更換以達訓練成效，爰增列「主要照顧者及其他照顧者應學習輔具使用、居家安全維護之照顧與訓練技巧及指導督促個案練習之方法，不宜任意更換。」</p>

修正內容	原內容	說明
或動線改善成果。		
<p>(五) 製作紀錄</p> <p>1. <u>每次均依個案、家屬及照顧者適合之形式，提供指導資料。不限於紙本，可使用通訊軟體、照片或影片連結等方式，可供反覆查閱。</u></p> <p>2. <u>依照照顧服務管理資訊平台之要求上傳申報資料。</u></p> <p>3. <u>相關服務紀錄應包含指導紀錄並依長期照顧服務法或各該專門職業醫事人員法規規定留存。</u></p>	<p>(五) 製作紀錄</p> <p>1. 每次均有書面指導紀錄交予個案及主要照顧者。</p> <p>2. 相關紀錄應依長期照顧服務法或各該專門職業醫事人員法規規定留存。</p>	<p>1.酌修規範紀錄製作之型式及提供方式。</p> <p>2. 服務紀錄應包含每次對個案、家屬及照顧者之指導內容。</p>
CD02--居家護理指導與諮詢		
<p>目標</p> <p><u>一、改善個案及照顧者照護問題。</u></p> <p><u>二、增能個案及照顧者自我照顧知識與技巧。</u></p> <p><u>三、提升照顧者及個案自主照護能力。</u></p>	<p>照護目標</p> <p>提升照顧者及個案自主照護能力。</p>	<p>增列第1、2款。</p>
<p>作業規定</p> <p>一、執行人員資格：</p> <p>完成長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法第3條規定訓練，取得認證證明文件之護理人員，<u>並完成長期照顧專業課程（Level II）及本部110年2月25日衛部顧字第1091963201號公告之長期照顧整合課程（Level III）。</u>執行本項目時，應符合護理人員法規規定。</p>	<p>作業規定</p> <p>一、執行人員資格：</p> <p>完成長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法第3條規定訓練，取得認證證明文件之護理人員(以執業登記於居家護理機構、居家式(或含居家式之綜合式)長照機構之護理人員為限)。執行本項目時，應符合護理人員法規規定。</p>	<p>1. 配合本部110年12月28日衛部顧字第1101962651號函規定申報專業服務（CA07、CA08、CB01-04及CD02）應完成長期照顧專業課程（Level II）及本部110年2月25日衛部顧字第1091963201號公告之長期照顧整合課程（Level III），始可知提供服務。</p> <p>2. 考量本規定係就人員之資格規範，至於可執行本項服務之單位另於長期照顧特約管理辦法（草案）規範。</p>
<p>二、作業內容：</p> <p>(一)評估：<u>進行失能個案及家庭護理照護需求之整</u></p>	<p>二、作業內容：</p> <p>(一)評估</p>	<p>1. 酌修文字，並增訂服務計畫之擬定原則。</p>

修正內容	原內容	說明
<p>體性評估，包含家庭評估（如家庭動力及支持系統、家庭對疾病適應過程及觀點、家庭內外在資源等）以及發現<u>現存與</u>潛在性健康照護需求。</p> <p>(二)擬定居家護理指導計畫：針對個案照護個別化問題進行討論，尋求解決方法，確立個案及照顧者之照護需求與決定，計畫內容應包含家庭照護需求及護理照護指導。<u>建議服務次數及</u>期程，應與個案及照顧者討論以達共識。</p> <p>(三)護理照護問題處理：依個案照護需求，提供適當之護理措施，如疼痛問題、皮膚及傷口問題、管路照顧、感染問題、溝通問題、不動症候群風險、跌倒風險及<u>足部問題</u>。</p>	<p>失能個案及家庭護理照護需求之整體性評估，包含家庭評估（如家庭動力及支持系統、家庭對疾病適應過程及觀點、家庭內外在資源等）以及發現潛在性健康照護需求。</p> <p>(二)擬定居家護理指導計畫 針對個案照護個別化問題進行討論，尋求解決方法，確立個案及照顧者之照護需求與決定，計畫內容應包含家庭照護需求及護理照護指導。</p> <p>(三)護理照護問題處理 依個案照護需求，提供適當之護理措施，如疼痛問題、皮膚照護問題、傷口問題、管路照顧問題、感染問題、溝通問題、不動症候群風險、跌倒風險及照顧負荷過重等對應長期照顧給付及支付基準附表 2 照顧問題清單內之照顧問題。</p>	<p>2. 護理照護問題新增足部問題。</p> <p>3. 照顧負荷非護理照護直接處理之問題，刪除文字。</p>
<p>(四)護理指導與諮詢措施</p> <p>1. 指導對象以個案及<u>主要照顧者</u>為主，另得依個案需要增加長照人員或其他照顧者，其中<u>主要照顧者及其他照顧者應一起學習居家照護技巧，不宜任意更換</u>。</p> <p>2. 指導內容：</p> <p>(1) 提供個案健康問題(如疼痛問題、溝通問題、皮膚及傷口問題、管路照顧問題、感染問題、不動症候群風險、跌倒風險等)及生活調適與衛生保健模式(如慢性病管理、緊急醫療事件因應與處理、失智照顧指導、緩和安寧照顧指導等)相關照顧措施之專業指導及</p>	<p>(四)護理指導與諮詢措施</p> <p>1. 指導對象以個案及照顧者。</p> <p>2. 指導內容：</p> <p>(1) 提供個案健康問題(如疼痛問題、溝通問題、皮膚照護問題、傷口問題、管路照顧問題、感染問題、不動症候群風險、跌倒風險及照顧負荷過重等對應附表 2 照顧問題清單內之照顧問題)及生活調適與衛生保健模式(如慢性病管理、緊急醫療事件因應與處理、症狀預防與處理、失智照顧策略、精神或心理健康處置、緩和安寧照顧策略等)相關照顧措施之專業指導及回覆示教與諮詢。</p>	<p>1.修正第1款文字。</p> <p>2.考量同行學習之照顧者應相同，不宜任意更換以達訓練成效，爰增列「主要照顧者及其他照顧者應一起學習居家照護技巧，不宜任意更換。」。</p> <p>3.照顧負荷非護理照護直接處理之問題，刪除文字。</p> <p>4.考量精神及心理健康處置宜尋求其它專業介入，刪除文字。</p> <p>5.失智照顧及緩和安寧照顧之指導，刪除「策略」2字。</p>

修正內容	原內容	說明
<p>回覆示教與諮詢。</p> <p>(2) 照顧者及家庭之照護計畫諮詢。</p> <p>(3) 提供衛教相關的單張或健康相關的網路資訊。</p>	<p>(2) 照顧者及家庭之照護計畫諮詢。</p> <p>(3) 提供衛教相關的單張或健康相關的網路資訊。</p>	
<p>(五) 過程及結果成效評值</p> <p>依據所擬定之家庭護理計畫與照護目標進行評值，追蹤個案及照顧者照護問題、自我照顧知識與技巧及個案及照顧者生活品質之改善情形，評估介入成效。</p> <p>(六) 轉介必要之醫療處置</p> <p>個案如因病況改變或評估有護理以外之醫療照護需求，應通知個案所屬之長期照顧管理中心或社區整合型服務中心，協助轉介相關醫事專業人員提供必要之處置。</p>	<p>(五) 過程及結果成效評值</p> <p>依據所擬定之家庭護理計畫與照護目標進行評值，追蹤個案及照顧者照護問題、自我照顧知識與技巧及個案及照顧者生活品質之改善情形，評估介入成效。</p> <p>(六) 轉介必要之醫療處置</p> <p>個案如因病況改變或評估有護理以外之醫療照護需求，應通知個案所屬之長期照顧管理中心或社區整合型服務中心，協助轉介相關醫事專業人員提供必要之處置。</p>	未修改
<p>(七) 製作紀錄</p> <p>1. <u>每次均依個案、家屬及照顧者適合之形式，提供指導資料。不限於紙本，可使用通訊軟體、照片或影片連結等方式，可供反覆查閱。</u></p> <p>2. <u>依照照顧服務管理資訊平台之要求上傳申報資料。</u></p> <p>3. <u>相關服務紀錄應包含指導紀錄並依長期照顧服務法或護理人員法相關規定留存。</u></p>	<p>(七) 製作紀錄</p> <p>1. 每次均有書面指導紀錄交予個案及主要照顧者。</p> <p>2. 相關紀錄(含個案管理紀錄，包含評估過程、衛教與諮詢重點及照護評值)應依長期照顧服務法或護理人員法相關規定留存。</p>	<p>1.酌修規範紀錄製作之型式及提供式。</p> <p>2.服務紀錄應包含每次對個案、家屬及照顧者之指導內容。</p>