

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^註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^註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。