

臺北市政府社會局創意提案競賽提案表

提案類別	<input checked="" type="checkbox"/> 跨域合作獎
提案年度	106 年度
提案單位	臺北市政府社會局老人福利科
提案人員	<p>主要提案人：鄭佳玲 貢獻度：15%(社會局)</p> <p>參與提案人：余姍瑾 貢獻度：15%(社會局)</p> <p>參與提案人：楊雅茹 貢獻度：10%(社會局)</p> <p>參與提案人：葉俊郎 貢獻度：10%(社會局)</p> <p>參與提案人：張美美 貢獻度：10%(社會局)</p> <p>參與提案人：許立民 貢獻度：10%(社會局)</p> <p>參與提案人：朱凡欣 貢獻度：10%(照管中心)</p> <p>參與提案人：王素琴 貢獻度：10%(衛生局)</p> <p>參與提案人：翁瑞萱 貢獻度：10%(聯合醫院)</p>
提案範圍	<p>一、有關本府重要市政計畫、市政白皮書、市長政見及重大政策等之改進革新事項。</p> <p>二、有關各機關施政計畫及法令規章之改進革新事項。</p> <p>三、有關各機關業務推動方法、作業流程及執行技術之改進革新事項。</p> <p>四、其他對促進機關行政革新有所助益之創新作為(如:促進性別平等、高齡化社會之因應措施、工作環境、節能減碳、開源節流...等)。</p>
提案名稱	「全國首創石頭湯，長照服務一站通」
提案緣起	<p>一、人口快速老化、照顧需求成長： 臺北市老年人口截至 106 年共 42 萬 4 仟多人，全市老年人口比率已達 15.7%，人口老化速度加快，長期照顧與醫療需求亦快速增加。</p> <p>二、我國長照十年計畫各項服務間各有規範及服務狀況： 長期照顧各項服務分別由社政及衛政體系執行，缺乏跨專業、跨部門及與醫療體系間之整合，照管專員核定服務完成派案後，尚需民眾自行掌握各項服務狀況，服務單位間亦欠缺橫向溝通，導致服務效益無法充分發揮。</p> <p>三、整合醫療及走動式居家服務的趨勢發展： 為減少長者往返醫院次數及重複用藥狀況，避免浪費醫療資源及在長照人力缺乏、政府補助有限之狀況下，一天一次性之照顧服務較無彈性，無法滿足家屬的照顧需要，因此整合醫療及走動式居家服務為現今發展趨勢。</p>

實施方法、
過程及投入
成本

一、 實際規劃內容及創新之處

(一) 計畫願景

1. 使用者為中心:失能長者訂定個別化服務計畫，以單一窗口服務方式，建置完善照顧支持網絡。
2. 跨界跨領域運用資源:建立各單位橫向溝通平台，讓各項服務可互相發揮所長，共同照顧事半功倍。
3. 整合照顧和醫療，混用長照十年及健保資源，讓長者可在地安老。

(二) 服務區域:以集合式住宅為主，經向都發局查詢本市各國宅資料後，復經評估超過 500 戶之國宅內居民狀態，包括年齡、長照服務使用狀況、外勞聘用狀況分析等，選定本案實驗地點。於 105 年 9 月 1 日起於松山區、中正區、內湖區、大同區試辦，106 年賡續辦理，並於 4 月起新增於文山區試辦，預計每處提供 100 名個案服務。

(三) 實際規劃內容

1. 開發各項在宅服務資源:建置服務資源團隊，包含走動式居家服務、輔具及居家環境改善服務、居家復健服務、居家醫療服務、居家護理服務、居家藥師服務、營養餐飲服務、志願服務。
2. 提供社區整合服務:於社區設置整合服務站，由個案管理員進行服務宣導及個案開發、評估及照顧計畫擬訂、在宅服務之跨專業合作及資源連結。
3. 運用資訊整合系統:透過資訊整合平台匯集個案使用之各項服務資訊，讓各專業能快速又正確掌握個案狀況，並能即時處理，減少橫向聯繫時間，提升服務效率。



(四) 服務特色

1. 全國首創在地資源整合服務:社區整合照顧服務係參照日本照顧模式，為全國首創之服務模式，目的是為解決長期照顧十年計畫的服務輸送由使用者自行連結服務資源的困境，於人口集中國宅設立服務站，透過由個案管理員訂定為長者量

身訂作照顧計畫，加強跨專業服務之整合聯繫，為失能者提供整合性的長照服務，係為本市自行試辦長期照顧服務輸送的精進模式。

2. 跨專業服務送到家：

- (1) 試辦走動式居家服務。
- (2) 推廣在宅醫療。
- (3) 關注個案使用服務狀況及身心發展，適時引入個案所需之專業服務。
- (4) 運用整合資訊平台建立聯繫網絡：提升服務效率各專業可透過服務平台相互聯繫即時了解個案狀況並予以建議，著重雙向溝通，有別於以往照顧管理系統僅能單向派案的功能。

3. 近便社區服務站

- (1) 擇定國宅及國宅鄰近的 3 個里別實施。
- (2) 設立服務站，每服務站配置 1 位主管及 3 位個案管理員，預計每處可提供 100 名個案整合服務。
- (3) 駐點提供在地民眾就近專業之照顧諮詢服務。

4. 7-11 的電話諮詢服務

- (1) 提供服務對象及家屬線上諮詢服務，服務時間為上午 7 點至下午 11 點。
- (2) 聯繫方式可運用電話及網路通訊。

二、 跨域合作

因本案需社政及衛政體系密切整合，且本案於國內並無可參照案例，為辦理本案，規劃初期雙週 1 次由社會局(含資訊室)邀集承辦單位、衛生局(含照管中心)以專案報告方式了解方案執行進度(106 年起改為每月 1 次)，亦透過每月 1 次之社政衛政長期照顧首長聯繫會議討論整合方式及社政衛政長期照顧業務聯繫會議，將困難一一解決，協助如下：

- (一) 衛生局以行政協助針對大同區試辦地點提供行政協助
由本局請衛生局提供行政協助，請台北市立聯合醫院於大同區進行社區整合照顧服務，由聯醫之專業人員團隊於該區提供各項專業人員之服務，落實在地資源整合。
- (二) 在宅醫療資源協調
 1. 衛生局協助函詢中央，確認醫師可免辦理醫療支援報備，其他醫事人員則請單位結合長照服務合約單位，以免受支援報備之限制。
 2. 本局試辦方案優先由合作單位自行連結醫療資源進入，若單位資源連結確有困難，再請衛生局協調，目前僅松山區因區位內在宅醫療較不足，由衛生局協助協調聯合醫院仁愛院區執行。

3. 衛生局協助函詢中央，確認醫師可免辦理醫療支援報備，其他醫事人員則請單位結合長照服務合約單位，以免受支援報備之限制。
4. 本局試辦方案優先由合作單位自行連結醫療資源進入，若單位資源連結確有困難，再請衛生局協調，目前僅松山區因區位內在宅醫療較不足，由衛生局協助協調聯合醫院仁愛院區執行。

(三) 與照顧管理中心之合作

1. 由社會局與衛生局共同辦理照顧管理專員職前訓練，並要求本案個案管員參加。
2. 新進個案管理專員須經實習評估，透過與照顧管理專員共同訪案方式學習評估技巧，完成至少 5 案之共同訪案後，方可獨立評估。
3. 由各分區服務站指定專責人員，透過線上簽審機制，指導各管員撰寫照顧計畫，並確認個案管員之評估符合實況且有品質。

(四) 與現行服務單位合作協調：

因社會局委外單位無自辦居家醫事人員服務，須指定固定且符合居家醫事人員服務費之物理治療師、職能治療師、營養師加入團隊，聯合醫院則未自辦居家服務，須指定固定之居家服務督導員加入團隊，透過固定團隊人員參與個案討論會之方式增加跨單位聯繫順暢度，故社會局與衛生局共同與居服單位、物理治療師公會、職能治療師學會、營養師公會協商，在考量實務運作、服務單位人力量能及現行派案機制後，以小組加上指定組長的方式服務，要求小組長須主動了解小組成員服務狀況並參與個案討論會。

(五) 與資訊人員共同開發系統：

因各專業進入案家時間不同，為能讓服務資訊可以即時傳遞，並透過團隊力量共同協助個案解決問題，本局業務科、資訊室與系統委外廠商、服務提供團隊多次召開會議確認服務單位執行需求，發展多專業線上即時溝通平台，另亦提供統計功能，減少單位製作相關報表之行政時間。

三、經費預算及人力成本

(一) 經費預算

本案 105 年共計編列 823 萬 8,800 元（公彩基金併決算）於 4 處國宅試辦，106 年預算共 3,000 萬元，106 年 1 月起執行本案之 4 區每區委託經費均為新臺幣 647 萬 8,280 元，106 年 4 月新開辦之文山區委託經費為新臺幣 475 萬 8,710 元。

(二) 人力成本

本案每區補助專案人員共 4 人，含主管人員 1 人及個案管理員 3 人。

	<p>四、 執行期間 105 年 9 月 1 日起於松山區、中正區、內湖區、大同區試辦，106 年賡續辦理，並於 4 月起新增於文山區試辦</p> <p>五、 預期效益</p> <p>(一)讓失能者得到完全的居家及醫療照顧，延緩長者失能速度、安心在宅終老。</p> <p>(二)減少長者往返醫院次數及重複用藥狀況，避免浪費醫療資源。</p> <p>(三)透過辦理走動式居家服務，彈性滿足被照顧者的不同需求。</p> <p>(四)促進照顧服務產業的發展。</p> <p>(五)減少本市失能者家庭對外籍家庭看護工之依賴。</p> <p>(六)至 106 年底，預計每區達到 100 位個案。</p>
<p>實際執行 (未來預期)成效</p>	<p>一、 服務效益</p> <p>本計畫自 105 年起陸續規劃至 105 年 9 月正式開辦，開辦至今(106.05)8 個月內，共計提供 165 位個案服務，總計各項專業服務時數為 5492.71 小時，服務次數為 3167 次，共有 37 家各專業團隊加入，預計至 106 年底，每區可達到 100 位服務案量。</p> <p>二、 與長期照顧舊模式比較</p> <p>(一)提升個案管理品質</p> <p>《長期照顧量能提升計畫》(104~107 年)規劃的服務量每 150~200 人配置照管專員 1 名。而臺北市照管專員人力缺口共有 52 位，平均每位照管專員個管案量為 546.8 位，每位照專每年約有 165 位新申請個案。如此龐大的列管個案數量，使得照管專員平日在各案家奔走評估，難以達到預期的個案管理成效。本案計畫中為改善照顧管理專員人力負荷導致個案管理成效不彰之現況，以 1 位主管搭配 3 位個管員之方式進行個案管理，每區預計服務案量共 100 案，因此每位個管員之服務案量為 25 案，以充足的服務人力比提升個案管理之品質。</p> <p>(二)提升評估及服務連結速度</p> <p>民眾申請長照服務到核定服務的平均等待日數，全國平均約等一周左右(6.56 日)，若以居家服務為例，全國各縣市在長照管理中心核定服務之後，平均要 16 天才會有服務提供，部份縣市甚至要到將近一個月才能得到服務，很明顯在服務的取得上相當不便。臺北市照管中心自申請到核定約 6.7 日，自核定日至居家服務使用約 30.09 日，因此從民眾申請長照服務至使用服務的時間共需 37.6 日，如此長久的等待時間對於失能長者及家庭負荷沉重的家屬更是一大煎熬，而本案計畫內要求自個案申請日起，完成評估核定至服務介入時間共 5 日，減少民眾約 32.6 日的等待期間。</p> <p>(三)團隊整合度密集</p> <p>個案使用本案計畫團隊之服務資源，並由各服務團隊指定 PM，及每月舉辦討論每案之跨專業個案研討會議，使團隊整合度更加</p>

密集，不同以往照顧管理專員僅派案給各類專業學會或單位，而無後續追蹤服務使用之狀況。

(四) 服務調整快速

照管專員每半年會追蹤複評個案狀況，被動式了解個案服務需求，惟照管專員案量負荷大，時常未能依期限完成個案複評工作，導致個案需主動向照管專員反應後才能調整服務核定內容，而本案個案管理員自評估、申請到連結服務及後續服務品質，均持續與案家保持聯繫並且互動緊密，有時亦會邀請個案及家屬參與跨專業個案研討會議，因此能即時發現個案需求並給予立即的處遇與回應，減輕個案與家屬的擔憂與照顧負荷。

(五) 帶入健保及社區資源

過往照管專員僅協助案家連結各項長照服務，社區整合服務模式除了長照資源外，亦協助民眾使用健保的居家醫療、居家護理、居家藥師，以及在社區中建立志工團隊共同照顧。

與長期照顧舊模式比較一覽表

	長照服務模式	社區整合照顧服務模式
提升個案管理品質	每位照管專員個管案量為 546.8 位，每位照專每年約有 165 位新申請個案。	每位個管員之服務案量為 25 案，服務人力充足。
提升評估及服務連結速度	照管中心自申請到核定約 6.7 日，自核定日至居家服務使用約 30.09 日	本案計畫內要求自個案申請日起，完成評估核定至服務介入時間共 5 日。
團隊整合度密集	照專僅派案給各類專業學會或單位，而無後續追蹤服務使用之狀況。	個案使用本案計畫團隊之服務資源，並由各服務團隊指定 PM，及每月舉辦討論每案之跨專業個案研討會議，使團隊整合度更加密集。
服務調整快速	照管專員每半年會追蹤複評個案狀況，被動式了解個案服務需求。	本案個案管理員自評估、申請到連結服務及後續服務品質，均持續與案家保持聯繫並且互動緊密。

相關附件

附件 1: 案例分享
附件 2: 服務流程圖
附件 3: 資源連結單位

聯絡窗口

姓名：鄭佳玲
電話：1999(外縣市：02-27208889)轉 6968
Email：ha_41097@mail.taipei.gov.tw

附件 1: 案例分享

一、 中正區王奶奶

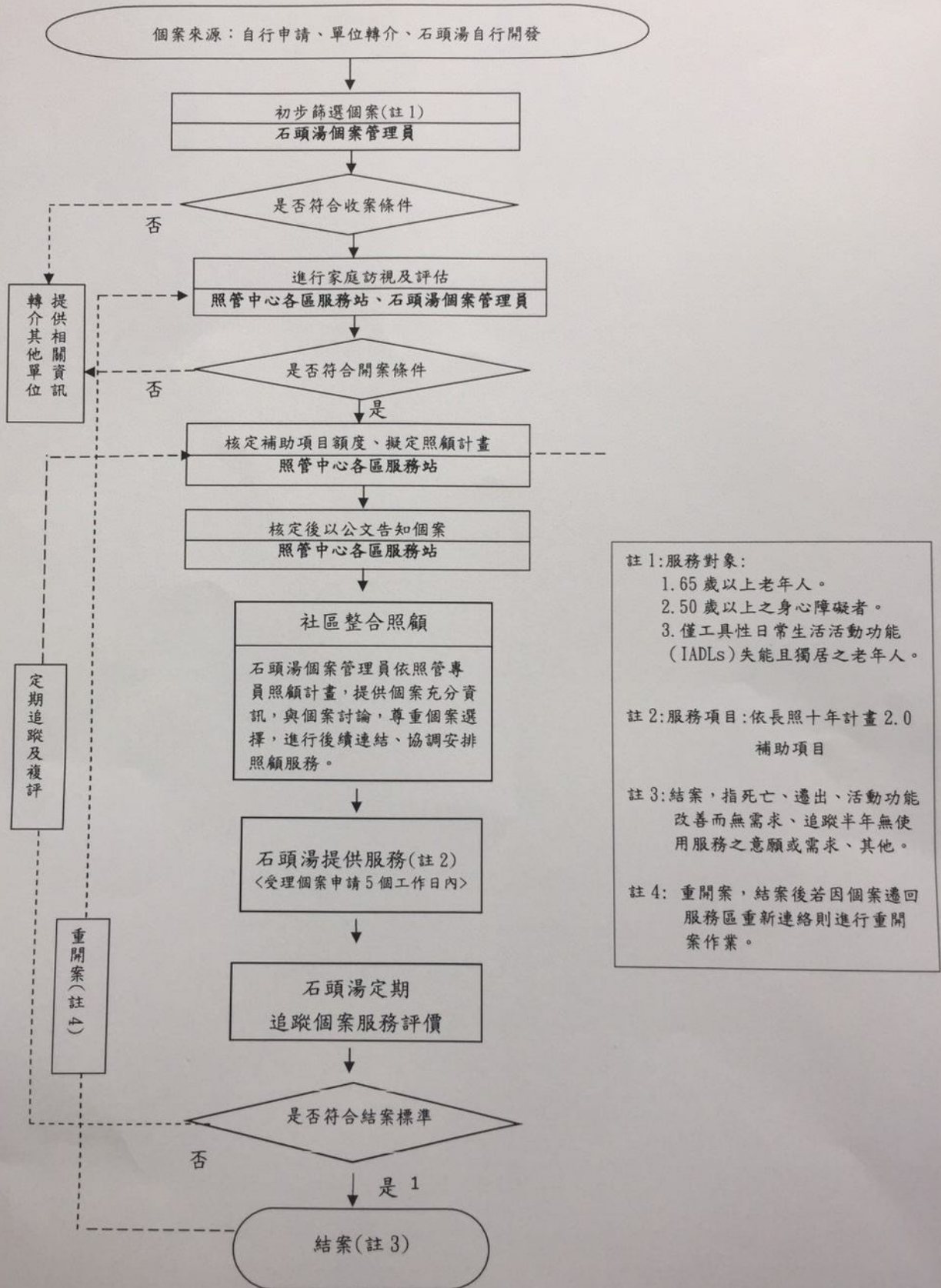
中正區高齡近 90 歲的王奶奶，由女兒協助照顧多年，在家中大部分時間都是臥床也久未外出就醫，經過社區整合服務之個案管理員至家中評估王奶奶的失能程度與需求後，首先安排居家醫師及護理師了解奶奶目前身體狀況後，醫師評估王奶奶長時間臥床的原因是因為中風後未積極復健導致，因此照顧管理員安排居家職能治療師教導王奶奶及女兒移位及步行練習，現在王奶奶爬樓梯時腳步都能抬高，大大減輕女兒的照顧負荷，也透過職能治療師建議改善家中無障礙環境設施，將家中環境改造為安全照顧環境。另安排營養師教導女兒烹飪技巧及營養知識後，有效改善王奶奶的進食狀況，王奶奶不僅食量增加也不再嗆咳。女兒帶著王奶奶參加專業團隊會議時臉上充滿笑容的感謝各位專業人員，而在旁的王奶奶則期待表情，看起來精神明顯變好，女兒說王奶奶非常感謝專業人員到家中訪視。女兒說自從團隊介入後媽媽的笑容變多了，因為媽媽現不僅能從床上起身，與家人之間的互動也增加許多，並且能外出與鄰居談天，這是讓他們家能更重新回到社會也參與人群活動的最重要的事。

二、 大同區阿正哥

大同區的阿正今年已經 53 歲，阿正在小時後約 5 歲時跌倒及 10 多年前的中風讓阿正四肢活動功能都受到影響，日常生活上需要依賴二哥及家屬的照顧協助。因為阿正家住在公寓 2 樓，老舊公寓及樓梯等環境限制下，阿正已經多年未出門就醫，個管員經過評估及了解家庭的狀況後，安排居家醫師到家中訪視，提供醫療處置與建議，並且安排居家復健師教導阿正正確的復健運動方式，並且教導家屬正確的照顧及移位技巧，減輕家屬的照顧負荷，而經過復健師的教導及阿正努力不懈的多次練習下，原本身體移動都很困難的阿正現在已經能自己翻身了。而為了減輕主要照顧者二哥的壓力，個管員媒合居家服務員提供服務，不僅協助個案沐浴另協助復健關節運動，而透過個管員與個專業團隊密切跟阿正建立關係後，發現阿正不為人知的開朗個性，原來阿正非常喜歡唱歌，而居家服務員在服務期間陪同個案下樓到里辦公室唱歌後，發現阿正展現好歌喉，也看到以往在阿正臉上較少出現的微笑表情，讓多年隱居在公寓的阿正逐漸展開與人群接觸的第二人生。

附件 2: 服務流程圖

臺北市長期照顧管理中心暨社區整合照顧服務(石頭湯) 個案服務流程



附件 3-資源連結單位

委託區域	松山區壽園國宅及民福里、精忠里、中華里	大同區蘭州國宅、斯文里整宅、揚雅里及蓬萊里	內湖區東湖社區及康寧里、明湖里、金湖里	中正區新隆社區及新營里、龍福里、南福里	文山區萬芳社區及萬芳里、木柵里、木新里
受託單位	財團法人弘道老人福利基金會	臺北市立聯合醫院	財團法人台北市中國基督教靈糧世界佈道會士林靈糧堂	社團法人新北市身心障礙者福利促進協會	臺北市立萬芳醫院-委託財團法人臺北醫學大學
走動式居家服務	財團法人弘道老人福利基金會	失智老人基金會 社團法人新北市身心障礙者福利促進協會	財團法人台北市中國基督教靈糧世界佈道會士林靈糧堂	社團法人新北市身心障礙者福利促進協會、紅十字會	自辦
輔具及居家環境改善服務	職能治療師學會-陳欣那治療師 西區輔具資源中心	OT、PT 建議後家屬自理	社團法人臺灣職能治療學會 社團法人台北市物理治療師公會	OTPT 建議後家屬自理	OT、PT 建議後家屬自理或轉介伊甸代辦
居家復健服務	物理治療師公會-李信志治療師	聯合醫院 台北市物理治療公會	社團法人臺灣職能治療學會 社團法人台北市物理治療師公會	柯宏勳老師	自辦
居家醫療服務	聯合醫院仁愛院區	聯合醫院	育睿診所	王允中醫師 仁安醫院	自辦
居家護理服務	三軍總醫院松山分院附設居家護理所 承德居家照護所	聯合醫院	旺福居家護理所 三軍總醫院社區護理中心 康寧醫院附設康寧居家護理所	常春藤居家護理所 仁安醫院附設居家護理所	自辦
居家藥師服務	立赫藥局(社區藥局)、松藥局(藥餐包)、政昇藥局(藥師到你家)	聯合醫院 健康美藥局	高昱藥局	政昇藥局	自辦
營養餐飲服務	惠璿營養諮詢中心-唐儀珊營養師	居家營養:聯合醫院 送餐服務:台北仁濟院、大同日照中心、扶輪社	惠璿諮詢中心(台北市營養師公會)	黃鈴君營養師 紅十字會	自辦
志願服務	616 幸福工作站、電話問安志工	衡山行善團	士林靈糧堂 東湖感恩堂關懷據點志工	樂齡志工團華山基金會	自辦