

臺北市政府衛生局

醫療院所辦理「110年預防及延緩失能之長者功能評估 服務試辦計畫」作業須知

壹、執行資格：

一、請填列「預防及延緩失能之長者功能評估服務試辦計畫申請書」(附件1)及經費分析表(附件2)，向本局提出申請，經審查通過，始得參與本試辦計畫。

二、申請條件以參與(/曾參與)國民健康署相關計畫或認證之院所優先。

貳、執行期程：自計畫核定日起至110年12月20日(一)止。

參、服務補助對象：符合以下條件之民眾，當年度可接受評估服務1次。

一、自述有慢性疾病之65至74歲民眾(原住民為55至74歲)。

備註：慢性疾病定義請參照全民健康保險慢性病範圍，如附件3。

二、75歲以上民眾。

三、前述民眾請排除以下對象：

(一)查詢健康署「健康促進品質管理考核資訊整合平台長者功能評估」，該民眾已於110年利用評估服務。

(二)已失能者失去生活自理能力，如行動不便、需要協助吃飯、上廁所、洗澡、平地走動和穿脫衣褲等。

(三)失智症患者。

(四)長期臥床者。

肆、服務流程：

一、確認長者服務資格、說明服務內容並由長者簽署同意接受服務。

二、依據健康署訂定之 ICOPE 長者功能評估量表(附件4)提供服務，內容如下：

(一)初評：完成 A. 認知功能、B. 行動功能、C. 營養不良、D. 視力障礙、E. 聽力障

礙、F. 憂鬱、G. 用藥所屬題項及 H. 長者生活目標評估。

(二) 複評：依據初評結果提供相應之進階評估，且如前述 A、F 有兩項以上評估為陽性，需進行社會性照護與支持評估。

(三) 健康管理建議：

1. 依據評估結果提供改善功能之個人行為、居家環境調整與社會支持之相關建議其中針對行動功能異常者請參考 vivifrail 提供長者運動訓練之資訊。
2. 綜合考量異常之可能其他原因，並針對數個需要介入或管理的問題，提出整合性之照護建議，或依長者生活目標訂定介入之優先次序。

(四) 轉介：依據評估結果與長者整體狀況，轉介合適資源。

1. 專科或高齡整合門診。
2. 社區資源：院所布建或合作之社區資源，或協助長者利用健康署「長者社區資源整合運用平台」，取得符合其需求之社區資源。

(五) 後測評估：

1. 針對複評結果有異常之個案，追蹤個案後續介入，並於前次評估完成後60至100天內進行後測評估。
2. 後測評估對象以後續有接受介入服務(例如：高齡整合門診、復健療程或參與社區據點活動)者為原則。
3. 後測評估可透過院所、衛生單位或社區據點執行，執行人員須先接受健康署或衛生局之教育訓練，後測評估結果由本試辦計畫之院所上傳健康署署「健康促進品質管理考核資訊整合平台」。

三、上傳評估結果當月評估結果請於次月10日前完成上傳，110年12月份之評估結果資料請於111年1月10日(一)前完成上傳。

伍、補助經費：

一、依前述服務流程完成長者功能評估服務並上傳評估結果至「健康促進品質管理考核資訊整合平台長者功能評估」。

二、採核實支付，每案給付金額如下：

1. 服務費：每案給付250元。

2. 行政費：每案給付80元。

三、最低服務個案數原則如下：

1. 醫院：500位。

2. 診所：100位。

四、服務個案數以百位數為單位，實際收案數未達100案者，則不予給付行政費。

陸、付款方式及條件：

一、第1期款：申請書經健康署審定後，撥付行政費金額50%。

二、第2期款：於110年7月30日(五)前函送收支明細表(附件5)、評估服務與個案追蹤之完成情形(附件6)及原始憑證，經本局審查通過後核實支付服務費。

三、第3期款：於110年12月20日(一)前函送收支明細表(附件5)、評估服務與個案追蹤之完成情形(附件6)及原始憑證，經本局審查通過後核實支付服務費及行政費金額50%。

柒、其他注意事項：

一、配合參加健康署或衛生局辦理之相關說明會或教育訓練。

二、配合衛生局實地訪查及借調相關文件。

三、鼓勵操作人員可利用「健康促進品質管理考核資訊整合平台長者功能評估」之電子化評估表單進行操作。

四、智慧財產權：本計畫補助對象必須遵守著作權及專利法等相關規定。交付所提供之本案相關報告或文件，如包含第三者開發之產品(或無法判斷是否為第三者之產

品時)，應保證(或提供授權證明文件)其使用之合法性(以符合中華民國著作權法規範為準)，如隱瞞事實或取用未經合法授權使用之識別標誌、圖表及圖檔等，致使本局及健康署遭致任何損失或聲譽損害時，本計畫補助對象應負一切損害賠償責任(含訴訟及律師費用)，於涉訟或仲裁中為本局及健康署之權益辯護。

五、執行計畫宣導贈品不得有商業買賣行為。

六、計畫內容不得有推銷商品、藥品…等商業行為，若有違反情事，致使本局及健康署遭致任何損失或聲譽損害時，執行單位與受委辦單位應負一切損害賠償責任。

七、計畫執行過程嚴禁任何營利行為，並應保護服務對象隱私權，若有任何侵犯第三人合法權益時，本計畫補助對象應負責一切法律責任。

八、執行本申請須知有關事項，應依長照服務法及相關子法規及行政程序法等相關法令規定辦理，其他未盡事宜，依健康署補(捐)助相關規定辦理，本局及健康署亦將視業務需要，隨時以公文書補充或修正規定，並視為契約內容。

九、本案經費部分來自菸品健康福利捐，依據菸害防制及衛生保健基金審議作業要點第20點第11款：「接受補(捐)助者，應於獲補助之各項服務、措施或活動所製作之單張、文宣品、媒體傳播、活動舞台背景、出國報告、研究成果報告、訪問報告等補(捐)助項目或範圍明顯適當位置，註明主辦機關名稱及「菸品健康福利捐補助」等經費來源字樣。倘辦理政策宣導，應確實依政府機關政策文宣規劃執行注意事項及預算法第六十二條之一規定，明確標示「廣告」二字。」

醫療院所申辦提供預防及延緩失能之長者功能評估服務申請書

基本資料																	
醫療院所名稱		醫事機構代號									預計服務個案數	人					
地址																	
負責醫師(人)	簽章				特約醫事服務機構名稱及代號(蓋章)												
申請條件			項目														
1. <input type="checkbox"/> 參與國健署相關計畫或認證之院所			1-1. <input type="checkbox"/> 參與110年度「推動慢性病預防管理及健康促進整合計畫-子計畫3：預防長者失能之慢性病介入服務計畫」 1-2. <input type="checkbox"/> 參與109年「預防及延緩失能之長者功能評估服務試辦計畫」(服務人數：_____人) 1-3. <input type="checkbox"/> 「基層診所及社區醫療群推動預防失能之慢性病介入服務試辦獎勵計畫」之院所及衛生所(服務人數：_____人) 1-4. <input type="checkbox"/> 已通過健康醫院認證且尚在效期內之醫院(效期：_____) 1-5. <input type="checkbox"/> 109年合格之糖尿病及108年合格之腎臟病健康促進機構(效期：_____)														
2. <input type="checkbox"/> 參加社區醫療群之診所			2-1. 社區醫療群代號 _____ 2-2. 社區醫療群名稱 _____ 2-3. 執行中心名稱 _____ 2-4. 合作醫院名稱 _____														
3. <input type="checkbox"/> 院所人員有預防及延緩失能評估服務相關經驗			3-1. <input type="checkbox"/> 院所人員是否參與過預防及延緩失能之相關教育訓練 (主辦單位：_____ 日期：_____) 3-2. <input type="checkbox"/> 有執行過 ICOPE 長者功能評估之操作經驗(人數：_____人)														
4. <input type="checkbox"/> 有醫療照護及社區據點資源轉介措施，並簡述轉介機制			4-1. 有合作之社區據點，請列出主要合作據點之名稱： <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:50%;">社區據點名稱</th> <th style="width:50%;">介入活動/項目</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td> <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 營養 <input type="checkbox"/> 心理 <input type="checkbox"/> 社會參與 <input type="checkbox"/> 福利補助及資源 <input type="checkbox"/> 其他 _____ </td> </tr> <tr> <td></td> <td> <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 營養 <input type="checkbox"/> 心理 <input type="checkbox"/> 社會參與 </td> </tr> </tbody> </table>									社區據點名稱	介入活動/項目		<input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 營養 <input type="checkbox"/> 心理 <input type="checkbox"/> 社會參與 <input type="checkbox"/> 福利補助及資源 <input type="checkbox"/> 其他 _____		<input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 營養 <input type="checkbox"/> 心理 <input type="checkbox"/> 社會參與
社區據點名稱	介入活動/項目																
	<input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 營養 <input type="checkbox"/> 心理 <input type="checkbox"/> 社會參與 <input type="checkbox"/> 福利補助及資源 <input type="checkbox"/> 其他 _____																
	<input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 營養 <input type="checkbox"/> 心理 <input type="checkbox"/> 社會參與																

		<input type="checkbox"/> 福利補助及資源 <input type="checkbox"/> 其他_____
		<input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 營養 <input type="checkbox"/> 心理 <input type="checkbox"/> 社會參與 <input type="checkbox"/> 福利補助及資源 <input type="checkbox"/> 其他_____
		<input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 營養 <input type="checkbox"/> 心理 <input type="checkbox"/> 社會參與 <input type="checkbox"/> 福利補助及資源 <input type="checkbox"/> 其他_____
	(如表格篇幅不足，請自行增列)	
4-2. 曾利用以下管道轉介個案利用社區資源： <input type="checkbox"/> 資源整合樞紐站 <input type="checkbox"/> 「長者社區資源整合運用平台」連結社區資源		
4-3. <input type="checkbox"/> 曾轉介個案利用長照中心資源		
4-4. 請簡述轉介機制：		
(1) 需醫療照護/進一步檢查者		
(2) 需調整處方/藥物諮詢者		
(3) 需使用社區資源介入者		
5. <input type="checkbox"/> 其他(有助於推廣 ICOPE 計畫之特性)，請敘明原因：		

110年「預防及延緩失能之長者功能評估服務試辦計畫」 經費分析表



項目	單價	數量	單位	總價	說明
文具紙張			批		實施本計畫所需油墨、碳粉匣、紙張、文具等費用。 說明：(計算式僅顯示等號前)
郵電			批		實施本計畫所需郵資、快遞費、電報、電話費、網路費，但不得編列手機費用。 說明：(計算式僅顯示等號前)
印刷			批		實施本計畫所需書表、成果報告等之印刷裝訂費及影印費。 說明：(計算式僅顯示等號前)
電腦處理費			批		辦理本計畫所需電腦資料處理費。包括：資料譯碼及鍵入費、電腦使用時間費、磁片、隨身硬碟、隨身碟、光碟片及報表紙等(單價不超過1萬元)。 電腦軟體、程式設計費、電腦周邊配備、網路伺服器架設、網站或軟體更新費、網頁及網路平台架設等係屬設備，依規定不得編列購買費用於此項目。 說明：(計算式僅顯示等號前)
合計					

全民健康保險慢性病範圍

疾病名稱 (特定診療項目代號)	
1、	癌症(12)
2、	內分泌及代謝疾病 甲狀腺機能障礙(05) 糖尿病(01) 高血脂症(19) 威爾遜氏症(48) 痛風(07) 天皰瘡(30) 皮膚炎(31) 泌乳素過高症(43) 先天性代謝異常疾病(52) 腎上腺病變引發內分泌障礙(70) 腦下垂體病變引發內分泌障礙(71) 性早熟(72) 副甲狀腺機能低下症(80) 性腺低能症(Hypogonadism)(93)
3、	精神疾病 精神病(47)
4、	神經系統疾病 腦瘤併發神經功能障礙(73) 巴金森氏症(16) 肌僵直萎縮症(49) 其他中樞神經系統變質及遺傳性疾病(54) 多發性硬化症(55) 嬰兒腦性麻痺及其他麻痺性癱瘓候群(56) 癲癇(15) 重症肌無力(51) 多發性周邊神經病變(74) 神經叢病變(75) 三叉神經病(76) 偏頭痛(77) 脊髓損傷(81)
5、	循環系統疾病 心臟病(11) 高血壓(02) 腦血管病變(14) 動脈粥樣硬化(57) 動脈栓塞及血拴症(58) 雷諾氏病(26) 川崎病併發心臟血管異常者(78)
6、	呼吸系統疾病

	慢性鼻竇炎(45) 慢性支氣管炎(10) 肺氣腫(20) 哮喘(06) 支氣管擴張症(22) 慢性阻塞性肺炎(21) 肺沈著症(59) 外因所致之肺疾病(60) 過敏性鼻炎(82)
7、	消化系統疾病 消化性潰瘍(08) 肝硬化(25) 慢性肝炎(03) 胃腸機能性障礙(含慢性胰臟炎、各種胃腸息肉症、急躁大腸症候群、胃腸糜爛性炎症、慢性大腸炎症)(23) 慢性膽道炎(18)
8、	泌尿系統疾病 慢性腎臟炎(04) 腎臟感染(61)
9、	骨骼肌肉系統及結締組織之疾病 關節炎(09) 多發性肌炎(50) 骨質疏鬆症(27) 紅斑性狼瘡(24) 慢性骨髓炎(95)(須依X光片予以判定，如需服用抗生素，需有CRP、ESR 檢查作為判定依據)
10、	眼及其附屬器官之疾病 青光眼(33) 乾眼症(34) 視網膜變性(35) 黃斑部變性(36) 葡萄膜炎(37) 玻璃體出血(38) 角膜變性(39)
11、	傳染病 結核病(17) 甲癬(29)
12、	先天畸形 先天性畸形疾病(62)
13、	皮膚及皮下組織疾病 乾癬(28) 全身性濕疹(32) 烏腳病(79) 白斑(83) 脂漏性皮膚炎(84) 類澱粉沉積症(限病灶超過體表面積百分之三十以上者)(85)

	類天皰瘡(86) 皰疹性皮膚炎(87) 家族性良性慢性天皰瘡(88) 表皮分解性水皰症(89) 嚴重性魚鱗癬(含層狀魚鱗癬及魚鱗癬狀紅皮症)(90) 毛囊角化症(91) 進行性全身硬皮症(92) 慢性蕁麻疹(98) 異位性皮膚炎(99)
14、	血液及造血器官疾病 慢性貧血(40) 紫斑症(41) 持續性血液凝固障礙(血友病)(63) 骨髓分化不良症候群(96) Refractory Anemia RARS CMMOL RAEB RAEB-t 原發性血小板增生症(97)
15、	耳及乳突之疾病 慢性中耳炎(46) 內耳前庭病變(44) 神經性耳鳴(AA)
16、	其他 器官移植後藥物追蹤治療(13) 漢生病(64) 痔瘡(65) 攝護腺(前列腺)肥大(66) 子宮內膜異位症(42) 停經症候群(67) 尿失禁(68) 油症(多氯聯苯中毒)(69) 先天性免疫不全症(53) 慢性攝護腺炎(需經攝護腺按摩取攝護腺分泌液證實者)(94) 人類免疫缺乏病毒感染(AB)

國民健康署110年度「預防及延緩失能之 長者功能評估服務試辦計畫」接受服務同意書

◆ 服務條款說明：

1. 衛生福利部國民健康署為預防及延緩老年人身體功能可能出現失能、失智等健康問題，110年持續辦理「預防及延緩失能之長者功能評估服務試辦計畫」，由服務人員依據量表為長者簡要評估身體功能，幫助長者早期發現可能導致失能之風險因子，以及早介入運動與營養等處置，預防及延緩失能發生。
2. 本試辦計畫之服務對象為自述有慢性疾病之65-74歲長者(原住民提早至55歲)，以及75歲以上長者，當年度提供服務1次。
3. 為了解本計畫之效益，評估結果等相關資料將作為衛生單位政策評估及查詢或個案追蹤健康管理使用。
4. 本人清楚上述服務條款說明，並了解接受服務前，會需以身分證字號查詢今(110)年尚未接受過本服務。

請簽名或蓋章(手印)：_____

服務對象基本資料

姓名：_____ 身分證統一編號：_____

性別：男 女 生日：_____年____月____日 具原住民身分：是 否

電話：(____)_____ 手機號碼_____

現居地址：_____縣(市)_____鄉鎮市區_____村里_____

慢性疾病史：高血壓 糖尿病 高血脂症 心臟病 腦中風 腎臟病 精神疾病
慢性阻塞性肺部疾病(COPD) 癌症_____ 其他_____

收案場域：門診(診療科別：_____) 健檢單位 社區篩檢 其他_____

搭配縣市老人健康檢查提供本評估服務：是 否

ICOPE長者功能評估量表 (Integrated Care for Older People)

評估日期：_____年____月____日

評估項目	初評內容	初評結果	初評結果說明	複評結果
A. 認知功能	1.記憶力：說出 3項物品：鉛筆、汽車、書，請長者重複，並記住。 第3題後再詢問一次。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	任一答案為「否」，請採一(MMSE、BHT、AD8等)量表進行評估。 採AD8量表者，請由長者家屬回答。	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常
	2.定向力：詢問長者「今天的日期？」(含年月日)，長者回答是否正確？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
	3.定向力：詢問長者「您現在在哪裡？」，長者回答是否正確？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
	**詢問長者第1題記憶力的3項物品	是否能記住三項物品 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
B. 行動功能	椅子起身測試：12秒內，可以雙手抱胸，連續起立坐下五次。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	答案為「否」，請進行SPPB量表評估。	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 障礙
C. 營養不良	1.過去三個月，您的體重是否在無意中減輕了3公斤以上？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	任一答案為「是」，請進行MNA-SF量表評估。	<input type="checkbox"/> 營養不良 <input type="checkbox"/> 營養不良風險 <input type="checkbox"/> 正常
	2.過去三個月，您是否曾經食慾不振？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
D. 視力障礙	1.您是否罹患糖尿病	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	第二題答案為「是」，請進行WHO簡單視力表或Snellen test 測試。	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 進一步檢查
	2.(非糖尿病患者請問：)您的眼睛是否有任何問題：看遠方、看近或閱讀上有困難、或有眼睛疾病？ (糖尿病患者請問：)您過去1年“未曾”接受眼睛檢查？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
E. 聽力障礙	請跟著我唸 6、1、9 (註：用氣音測試，若未能正確複誦，再測2、5、7，仍未能正確複誦，即填「否」)	是否兩耳都聽得到 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	答案為「否」，1.依長者情況轉介。 2.進行聽力障礙之社會需求支持評估。	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 進一步處理
F. 憂鬱	1.過去兩週，您是否常感到厭煩(心煩或台語「阿雜」)，或沒有希望？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	任一答案為「是」，請進行GDS-15量表評估。	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 中度情緒困擾 <input type="checkbox"/> 重度情緒困擾
	2.過去兩週，您是否減少很多的活動和興趣的事？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
社會性照顧與支持	A~F有幾項評估為陽性	_____項	「2項」以上者，請進行「社會性照顧與支持評估」。	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 進一步處理
G. 用藥	1.您每天使用的藥物是否10種(含)以上(包括中藥等任何用藥)? (註：中藥算為1種藥物)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	任一答案為「是」者，請依長者情況轉介藥物諮詢及提供用藥衛教。	
	2.您服用的藥品中是否包含止痛藥、幫助睡眠用藥等？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
	3.您是否因為服用藥品而發生平衡感改變、頭暈、眩暈、低血壓或口乾舌燥等症狀？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
H. 生活目標	現在最困擾您的健康問題是甚麼？您最擔心這個健康問題影響到生活上的甚麼事？		了解老年人的生活、期待、偏好、需求、價值觀，且制定個人化的照護目標。	

請依上述評估結果提供個人化之健康管理處置

評估結果均正常：

衛教(○自我健康管理 ○提供社區據點資訊)

評估結果任一項有異常：

A.認知：衛教/轉介(○醫療院所 ○社區據點)/個案拒絕

B.行動：衛教/轉介(○醫療院所 ○社區據點)/個案拒絕

C.營養：衛教/轉介(○醫療院所 ○社區據點)/個案拒絕

D.視力：衛教/轉介(○醫療院所 ○社區據點)/個案拒絕

E.聽力：衛教/轉介(○醫療院所 ○社區據點)/個案拒絕

F.憂鬱：衛教/轉介(○醫療院所 ○社區據點)/個案拒絕

G.用藥：衛教/調整用藥/轉介(○醫療院所 ○藥師)/個案拒絕

○其他：運動介入 營養介入 提供社區據點資訊

需要但未轉介，原因：○ 已追蹤治療 ○ 自行就醫 ○ 個案拒絕 ○ 其他_____

特約醫事服務機構名稱及代號(蓋章)

衛生福利部國民健康署 補(捐)助收支明細表

受補助單位：

年度：

計畫名稱：

總經費：新臺幣

元整

核撥(經費結報)		第一次核撥(A)	第二次核撥(C)	合計
		____年__月__日 金額：_____元	____年__月__日 金額：_____元	
經費預算核撥數			第一次餘(絀)數 金額：_____元	
用途別	核定金額 (契約書核定金額)	第一次經費結報(B) ____年__月__日 金額：_____元	第二次經費結報(D) ____年__月__日 金額：_____元	
服務費				
行政費				
人事費				-
業務費				-
管理費				-
小計	-	-	-	-
餘(絀)數		(E)=(A)-(B)	(F)=(E)+(C)-(D)	總經費-實際執行金額
備註	1. 利息收入：新臺幣____0____元、其他衍生收入：新臺幣____0____元，(經費結報時，利息金額為300元以下者，得留存受補(捐)助單位免解繳本署；其餘併同其他衍生收入及結餘款，應於結報時解繳本署)。 2. 行政費=人事費+業務費+管理費			

製表人：

覆核：

會計主管：

單位首長：

評估服務與個案追蹤之完成情形(成果統計至110年 月 日)

項目	完成人數	預計 服務個案數	達成率(%)	預計至年底 可完成人數
ICOPE 功能評 估服務 (前測)				
異常者 介入與 追蹤 (後測)				

製表人：

覆核：

會計主管：

單位首長：