

整合性

長者功能評估服務

工作手冊（電子版）



目錄

序	05
壹、使用說明	06
貳、背景說明	07
一、長者為何需要整合性照護及其重要性	07
二、內在能力（Intrinsic Capacity）及功能（Functional Ability）	08
三、世界衛生組織實施長者整合照護的五個步驟	09
四、我國長者整合性照護計畫之服務發展過程與內容	11
參、六大面向操作流程	15
一、認知功能	15
二、行動功能	16
三、營養功能	17
四、視力功能	18
五、聽力測試	19
六、憂鬱情緒	20
肆、評估操作說明	21
一、初評	21
二、複評	28
(一) 認知功能	28
(二) 行動功能	33
(三) 營養狀況	35
(四) 憂鬱情緒	37
(五) 多重用藥	38
(六) 社會性照護與支持	38

目錄

伍、後續分級處理與轉介建議	39
一、認知功能	39
(一) 建議相關問題評估	39
(二) 衛教重點及轉介建議	40
(三) 衛教小幫手	42
二、行動功能	44
(一) 建議相關問題評估	44
(二) 衛教重點及轉介建議	46
(三) 衛教小幫手	49
三、營養狀況	51
(一) 建議相關問題評估	51
(二) 衛教重點及轉介建議	52
(三) 衛教小幫手	55
四、視力功能	57
(一) 建議相關問題評估	57
(二) 衛教重點及轉介建議	58
(三) 衛教小幫手	60
五、聽力功能	61
(一) 建議相關問題評估	61
(二) 衛教重點與轉介建議	62
(三) 衛教小幫手	63
六、憂鬱情緒	64
(一) 建議相關問題評估	64
(二) 衛教重點與轉介建議	65
(三) 衛教小幫手	67

目錄

陸、附錄	68
一、長者功能評估Q&A	68
(一) 認知功能	68
(二) 行動能力	69
(三) 營養狀況	70
(四) 視力	71
(五) 聽力	71
(六) 憂鬱	73
二、「國健署長者量六力」Line@介紹	74
三、各面向素材「認知-行動-營養-視力-聽力-憂鬱」	75
圖目錄	08
圖一、依生命週期提供促進健康老化行動之公共衛生框架	08
圖二、長者整合照護流程圖	10
圖三、我國ICOPE服務模式發展歷程	11
圖四、國內ICOPE服務模式	14
圖五、國內量六力的途徑	14
表目錄	25
表一、視力功能初評量表	25
表二、認知功能複評量表-腦適能測驗(BHT)	28
表三、認知功能複評量表-極早期失智症量表(AD8)	31
表四、行動功能複評量表-簡易身體表現功能量表(SPPB)	33
表五、營養狀況複評量表-迷你營養評估量表-短版(MNA-SF)	35
表六、憂鬱情緒複評量表-老人憂鬱量表(GDS-15)	37
表七、用藥量表	38
表八、社會照護與支持評估量表	38
表九、正常人一天所需熱量(大卡/公斤體重)	51
表十、65歲以上老年人每日飲食建議	52

序

臺灣即將邁入超高齡社會，長者人口比例逐年攀升，如何早期發現功能衰退徵兆並有效介入，是提升長者生活品質及延緩失能的關鍵。國民健康署參考世界衛生組織（World Health Organization, WHO）「長者整合性照護評估（Integrated care for older people, ICOPE）」策略，針對長者六大核心能力—「認知、行動、營養、視力、聽力及情緒（憂鬱）」建立長者功能評估模式，並自109年10月招募醫療院所提供長者功能評估服務，逐步完善高齡者健康照護體系。

為擴大長者功能評估服務的普及性及精確性，國民健康署自112年積極招募八大醫事職類與機構，提升專業人員參與評估的比率，並加強異常個案的轉介與追蹤機制，落實後續照護品質。此外，為提升服務品質，透過獎勵與計畫考評機制、專業人員培訓及實地輔導訪查等措施，不斷優化執行成效，確保功能評估的全面推行。

國民健康署亦推出「國健署 長者量六力」LINE評估工具，推廣長者及其家屬定期進行自我功能評估，並加強健康管理意識。該工具提供多人註冊、四種語言評估、健康資訊提供、資源地圖查詢、直播課程推薦及健康資料整合等功能，幫助長者及家屬隨時掌握身體功能變化，及早採取健康促進措施。

為提供長者功能評估服務人員從標準化操作流程到後續衛教資源串接，本手冊應運而生，希望協助專業人員更有效地執行功能評估工作，實現早期介入、延緩退化、提升長者生活品質的目標，為邁向健康永續的高齡社會奠定基礎。



衛生福利部國民健康署

吳昭軍 署長

壹、使用說明

此手冊旨在協助長者功能評估服務人員於評估前、評估中或評估後查詢及應用相關資料。手冊中列出之主要評估項目與照護建議，以及關鍵詞，均設有超連結，服務人員可透過這些連結參考多種素材，並可運用於長者及其家屬之衛教指導。

使用本手冊時，可先參照手冊中的六大面向操作流程，根據各面向所需步驟，點選相應的圖示，即可直接跳轉至該圖示對應的內容頁面。每個流程圖示的顏色與章節側標顏色相符：紫色代表評估操作與說明，紅色則為照護計畫擬定及後續處理轉介建議。

考量長者的社會經濟狀況、家庭支持及教育文化背景的差異，以及服務人員根據自身的專業背景、所屬機構的資源及所在地的條件，使用本手冊應靈活調整評估與處置建議，以提供長者量身定制的照護方案。

手冊中所提供的素材已獲得原製作單位授權，服務人員在使用時應直接點選或提供連結。不得下載、改作或做其他運用，如有需要，請向原製作單位申請授權。

本手冊期望能實際協助服務人員提供更專業且友善的服務，歡迎多加利用。



貳、背景說明

長者為何需要整合性照護及其重要性

隨著年齡增長，老年人面臨老化的生理衰退過程、罹患多重慢性疾病、再加上心理、社會狀態改變，使得長者更容易產生失能，承受不良生活品質。傳統的疾病治療模式無法滿足多重健康問題長者的照護需求，例如需分科就醫、服用許多藥物、缺乏兼顧身、心、社會的周全性與功能性的照護，因此提供長者整合性照護有其重要性。

長者整合性照護的核心在於提供兼顧疾病管理與功能維護。長者疾病的表現往往與功能衰退緊密相關，而過度藥物治療也可能對長者的功能帶來不良影響。活動減少、營養不足、憂鬱等狀況可能同時使得疾病控制不佳和功能衰退，視力和聽力不良可能阻礙長者與他人互動溝通的機會，這些因素交互影響之下，使得照護決策更複雜。透過功能性評估，了解長者整體需求，可作為各種照護決策的重要參考。

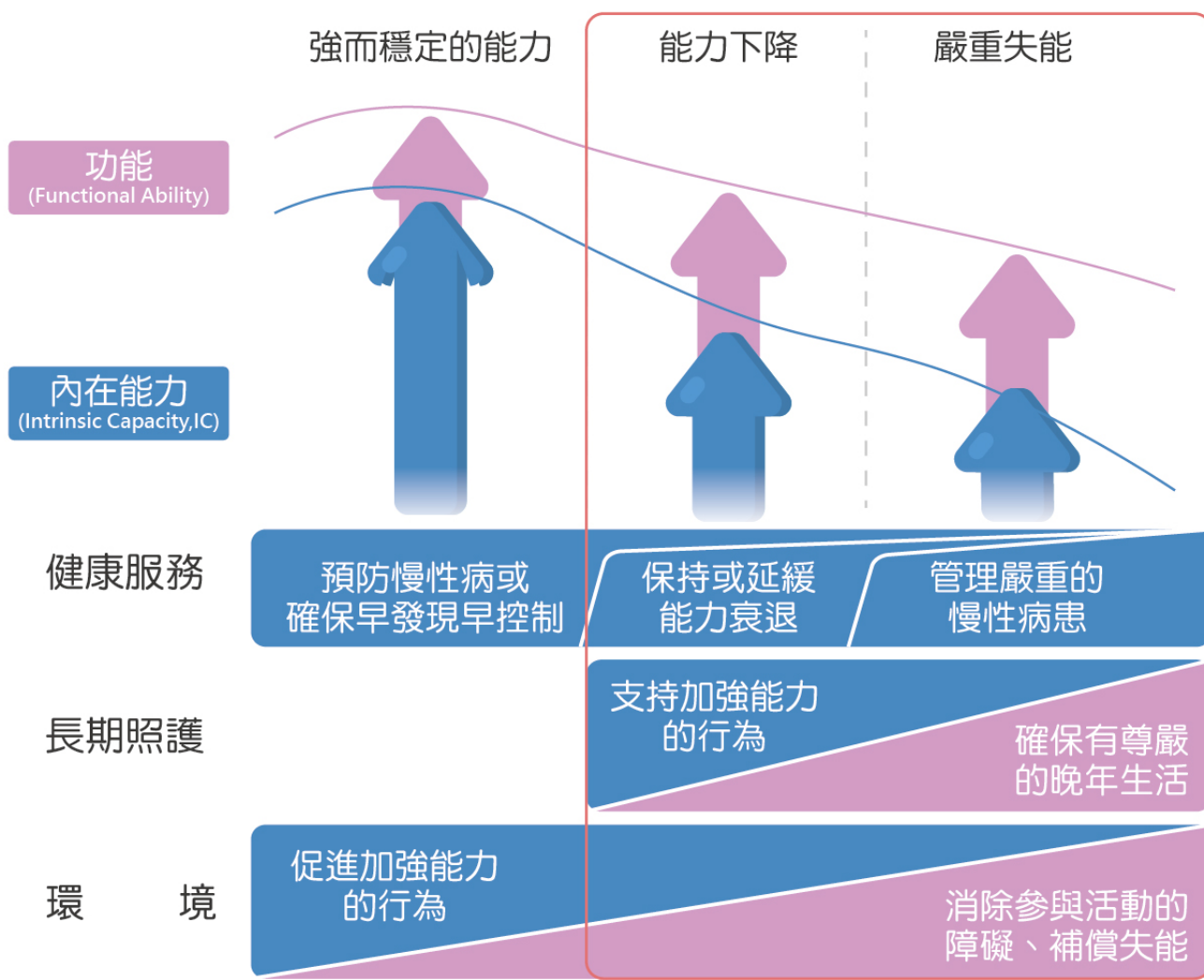
長者整合性照護的目的在於預防及延緩長者失能，除了維持基本的生活機能，持續發揮功能，更讓長者能繼續從事他們有興趣的活動和有意義的生活，維護生活品質，創造對個人和社會有價值的生命。



二 內在能力 (Intrinsic Capacity) 及功能 (Functional Ability)

世界衛生組織在2015年「老化與健康的全球報告」中將「健康老化」的目標定義為幫助長者發展和維持「功能」。「功能」是指「能使長者從事對他們有價值事情的健康相關特性」，而「功能」是由長者的「內在能力」、「環境」及兩者之間的交互作用組成；「內在能力」則是指「長者可利用的所有身體和心理能力的組合」，包括認知、行動、營養、視力、聽力、及情緒六個面向。

由於「內在能力」的惡化與「功能」衰退有密切相關，世界衛生組織於2017年提出「長者整合照護 (Integrated care for older people, ICOPE)」，主張在社區可藉由透過公共衛生手段，進行「內在能力」的篩檢與評估，依功能狀態的三個階段：強而穩定的能力、能力下降、及嚴重失能，提供對應的健康服務、照護及社會環境支持，以全面使長者能獲得適切的健康照護。



資料來源：WHO World report on Ageing and Health, 2015

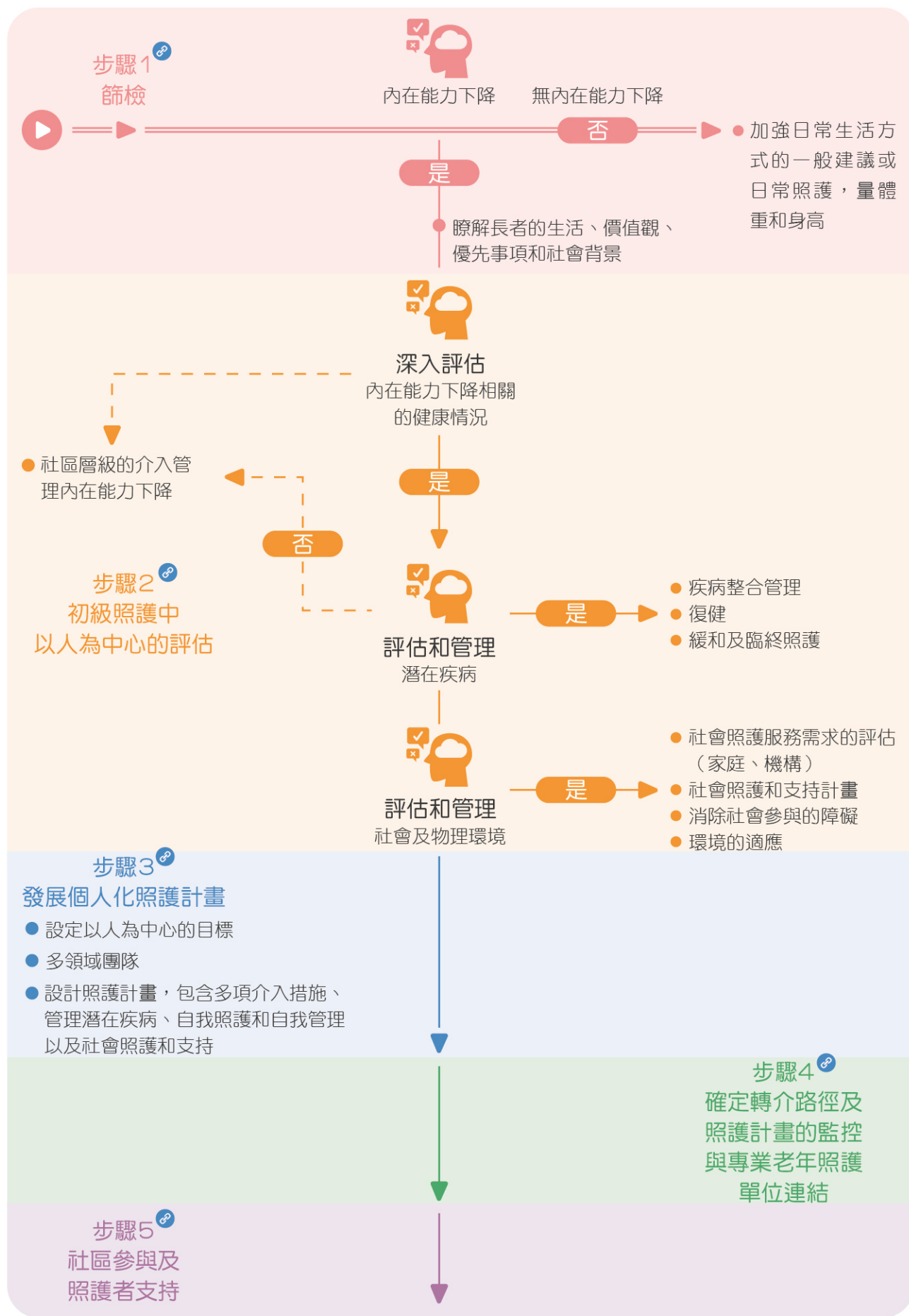
圖一、依生命週期提供促進健康老化行動之公共衛生框架

三 世界衛生組織實施長者整合照護的五個步驟

世界衛生組織在2019年發表「基層照護以人為中心的評估及路徑指引（Guidance on person-centred assessment and pathways in primary care）」，說明了內在能力六面向的評估方法及實施ICOPE照護的五個步驟：

- **步驟1 篩檢**：篩檢認知功能、行動能力、營養不良、視力障礙、聽力障礙、憂鬱徵候六大面向之內在能力是否有下降。
- **步驟2 深入評估**：針對篩檢未通過項目，進行更細緻的評估；若仍未通過，則會進一步評估個案的用藥、個人的價值觀或優先期待、是否有醫療或長照的問題、以及其所處的社會及環境（長者社會照顧需求及家庭照顧者支持）。
- **步驟3 照顧計畫擬定**：設計以人為中心之個人化多模式照護介入計畫，包括管理潛在疾病、自我健康管理及社會照顧與支持；鼓勵個案參與社區活動，例如擔任志工；若有醫療或照護需求，執行必要之介入或轉介。
- **步驟4 確保轉介路徑與監測照顧計畫**：追蹤與監測照顧計畫是否有確實執行以及介入後是否改善等。如照護計畫未能如期執行或未能改善，了解原因為何，並調整照護計畫。
- **步驟5 社區參與及照護者支持**：融入社區與支持照顧者，包括社區中跨領域照護資源的協作，提供照顧者所需的支持。



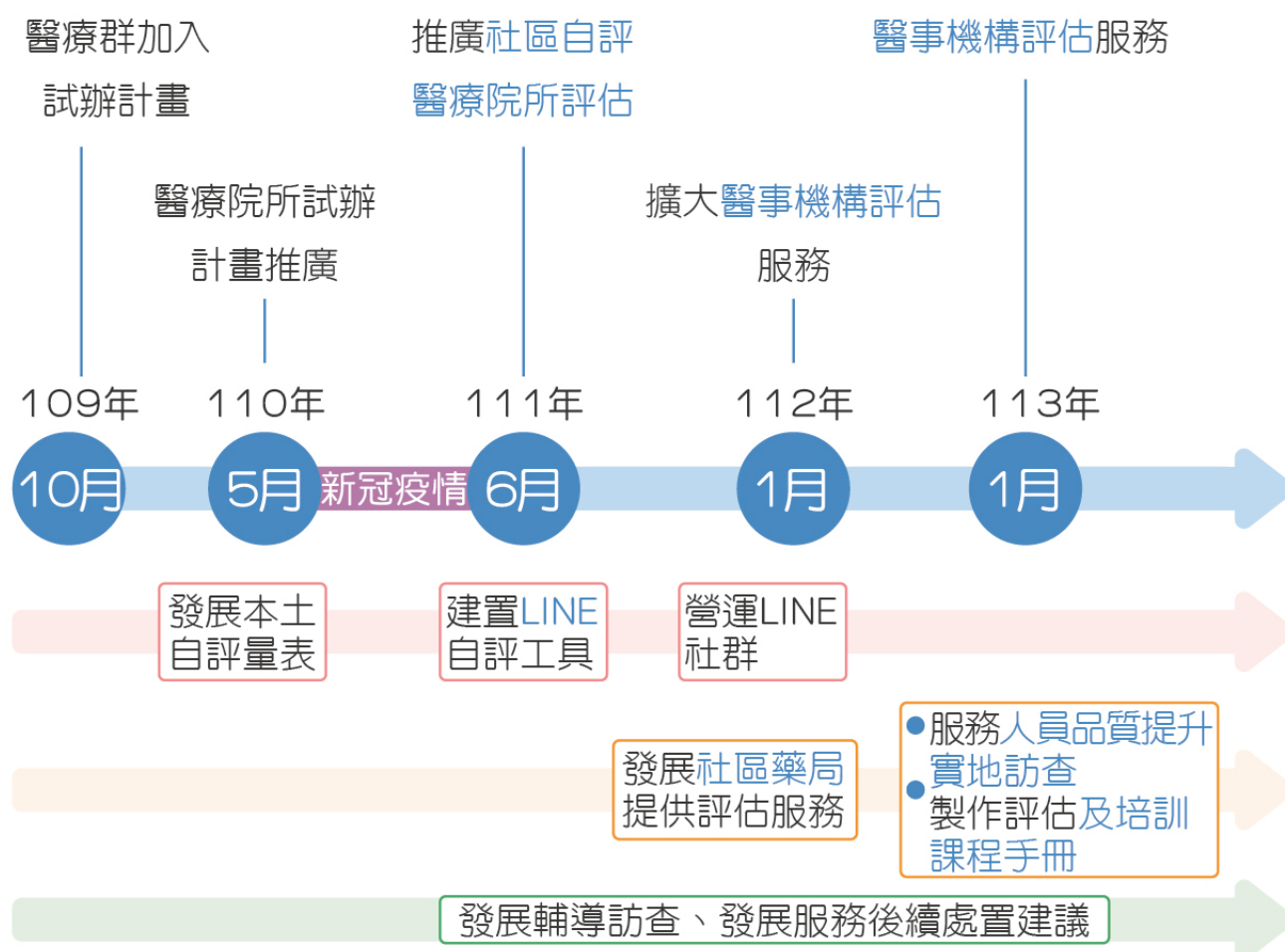


圖二、長者整合照護流程圖

四 我國長者整合性照護計畫之服務發展過程與內容

(一) 我國ICOPE服務發展過程

國民健康署參考世界衛生組織ICOPE指引，自民國109年10月起提出「預防及延緩失能之長者功能評估服務試辦計畫」，招募醫療院所採用ICOPE評估工具來針對院所長者進行篩檢，並建立預防延緩失能照護模式。惟110年受疫情影響，院所與社區篩檢較難執行，且民眾在宅活動較少，內在能力可能下降較快，故111年推出可由長者或家屬自評的長者量六力line@自我評估版本。此外，為擴大長者功能評估服務的普及性與精確性，自112年積極招募八大醫事職類與機構，提升專業人員參與評估的比率，並加強異常個案的轉介與追蹤機制，落實後續照護品質。



圖三、我國ICOPE服務模式發展歷程

（二）服務人員資格及服務對象

- ① 服務資格：符合「長者功能評估（ICOPE）服務人員資格規定」者。
- ② 服務對象：65歲以上長者或55歲以上原住民，當年度可接受評估服務1次。前述民眾請排除以下對象：
 - 查詢衛生福利部國民健康署「成人預防保健暨慢性疾病防治資訊系統-新版長者功能評估」，該民眾距前次評估年月小於1年者。
 - 排除長期臥床者。

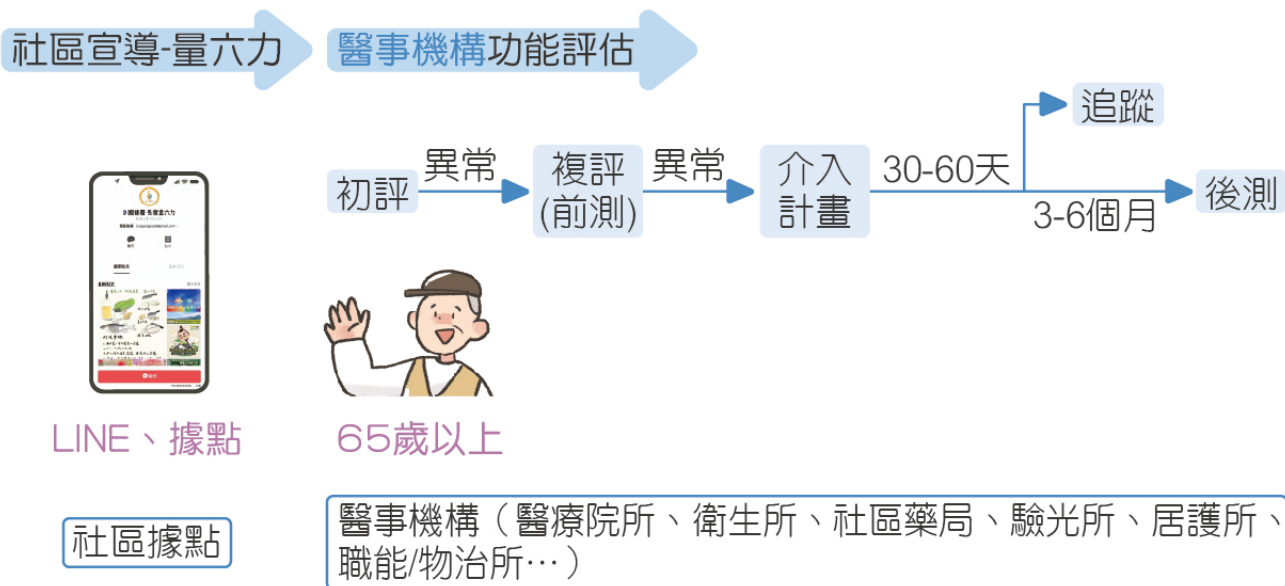
（三）ICOPE整合性照護流程

- ① 前置說明：
 - 確認長者服務資格、說明服務目的與內容。
 - 由長者簽署同意接受服務。
 - 協助註冊長者量六力LINE官方帳號。
- ② 初評：包含「認知、行動、營養、視力、聽力、憂鬱」六大面向。
- ③ 複評：初評任1項異常者，需進行「用藥評估」及「社會照護與支持」評估；「認知、行動、營養、憂鬱」初評異常者，接續執行該異常項之複評，複評工具如下：
 - 「認知」：採用「腦適能測驗（Brain Health Test, BHT）」向長者本人進行複評，或採用「極早期失智症量表（AD8）」詢問長者的家屬。
 - 「行動」：使用「簡易身體表現功能量表（Short Physical Performance Battery, SPPB）」進行複評。
 - 「營養」：使用「迷你營養評估量表-短版（Mini Nutritional Assessment-short form, MNA-SF）」進行複評。
 - 「憂鬱」：使用「老人憂鬱量表（Geriatric Depression Scale, GDS-15）」進行複評。

- ④ 照護計畫擬定及執行：針對複評有問題之面向，進一步評估相關的問題，並擬定個人化的照護計畫並執行，介入計畫包含如下：
- 指導居家健康管理：須提供紙本或線上之保健教材或指引，或遠距（視訊）教學課程或諮詢管道（可運用國健署長者量六力LINE資源）。
 - 連結社區據點：可運用各縣市建置之媒合資源，提供有預防及延緩失能方案之社區據點資訊、輔具服務點、社福據點…等。
 - 轉介醫療院所：綜合評估需介入醫療照護者，可協助聯繫或掛號。例如：複評結果分級屬較為嚴重者、視力異常之糖尿病人但未定期追蹤眼底檢查者等。
 - 連結長照管理中心：評估發現符合申請長照2.0資格者，例如：社會照護與支持評估中，日常生活活動有困難需他人協助者。
 - 評估單位直接介入相關訓練或課程。
- ⑤ 追蹤及後測：
- 確保照護計畫執行情形，視狀況調整照護計畫。
 - 評估完成後30至60天，電訪或其他方式追蹤照護計畫執行狀況，將結果上傳平台。
 - 複評異常者，於評估完成後3-6個月間再次測量該異常項目（需先完成追蹤）。



國內ICOPE服務模式



圖四、國內ICOPE服務模式

量六力的途徑

評估服務對象：65歲以上長者（原住民提前至55歲）



圖五、國內量六力的途徑

參、六大面向操作流程

認知功能

流程一 初評

- 記憶力：記住3項物品
- 定向力：問日期、地點

正常

「結果正常」
衛教重點

任一項
結果異常

BHT ≥ 10
或AD-8 ≤ 1
結果正常

流程二 複評

腦適能測驗BHT量表/極早期失智症量表(AD8)擇一

- ◆ 「用藥、社會照護與支持」評估

BHT ≤ 9
或AD-8 ≥ 2
結果異常

建議相關問題
評估

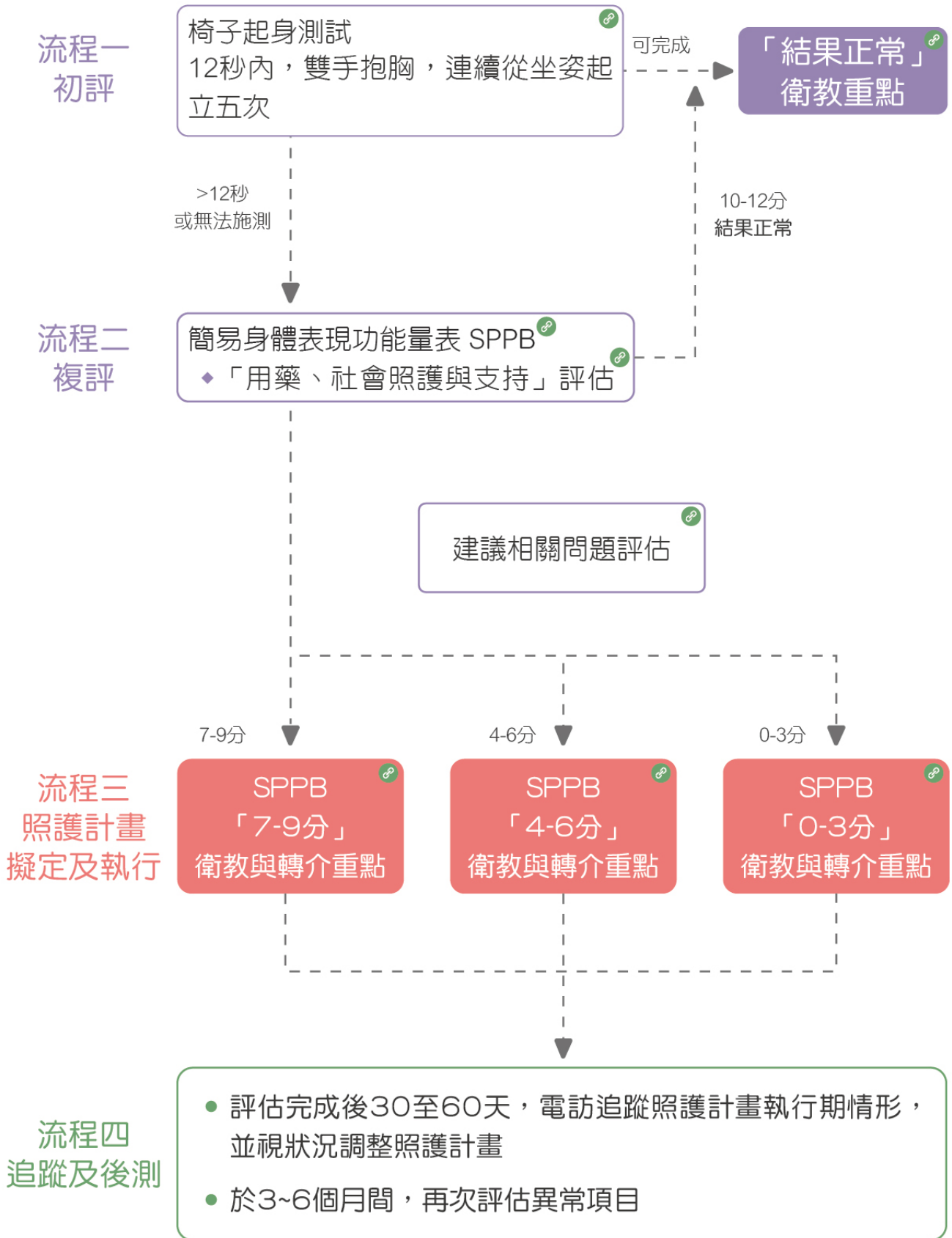
流程三 照護計畫 擬定及執行

「結果異常」
衛教與轉介重點

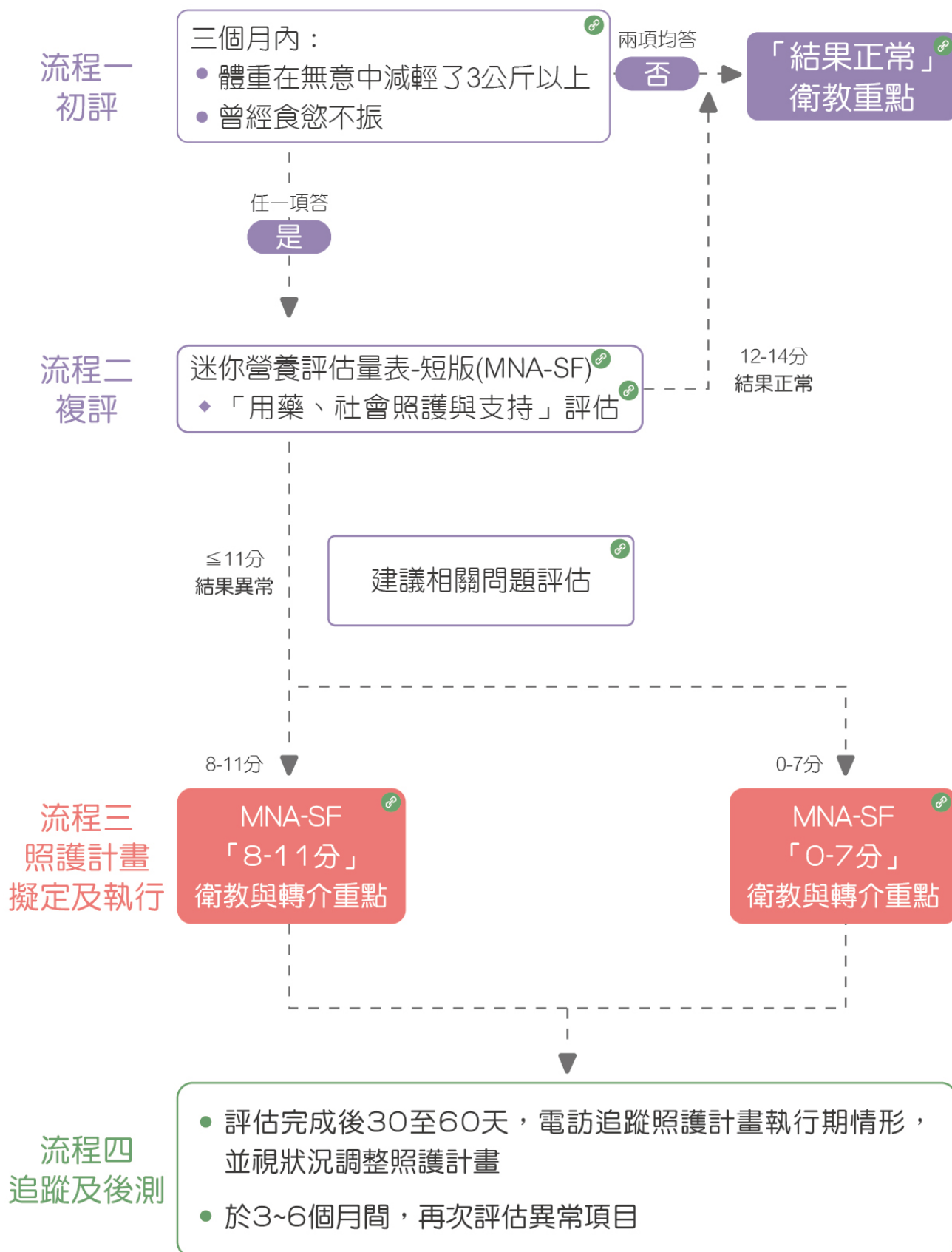
流程四 追蹤及後測

- 評估完成後30至60天，電訪追蹤照護計畫執行期情形，並視狀況調整照護計畫
- 於3~6個月間，再次評估異常項目

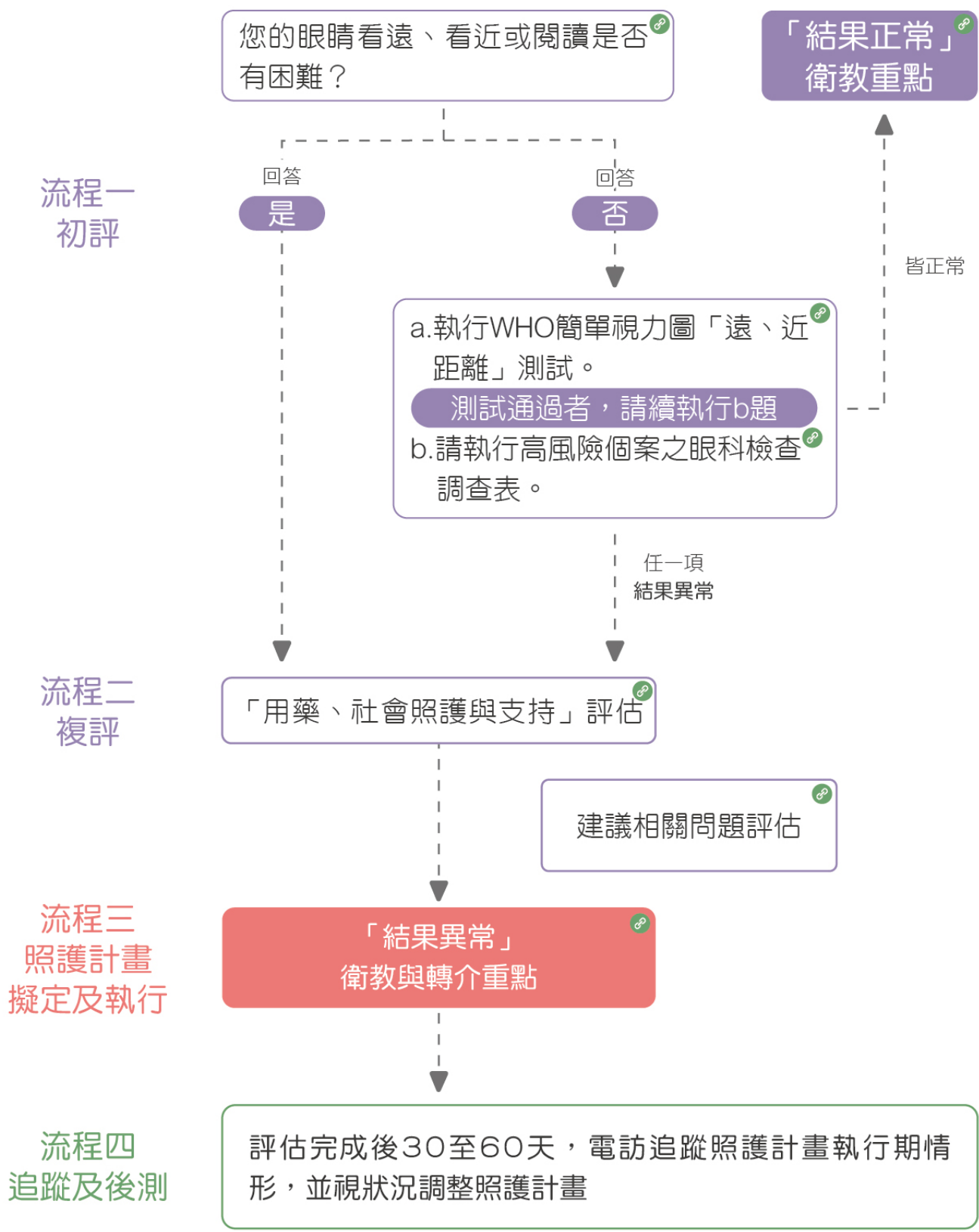
行動功能



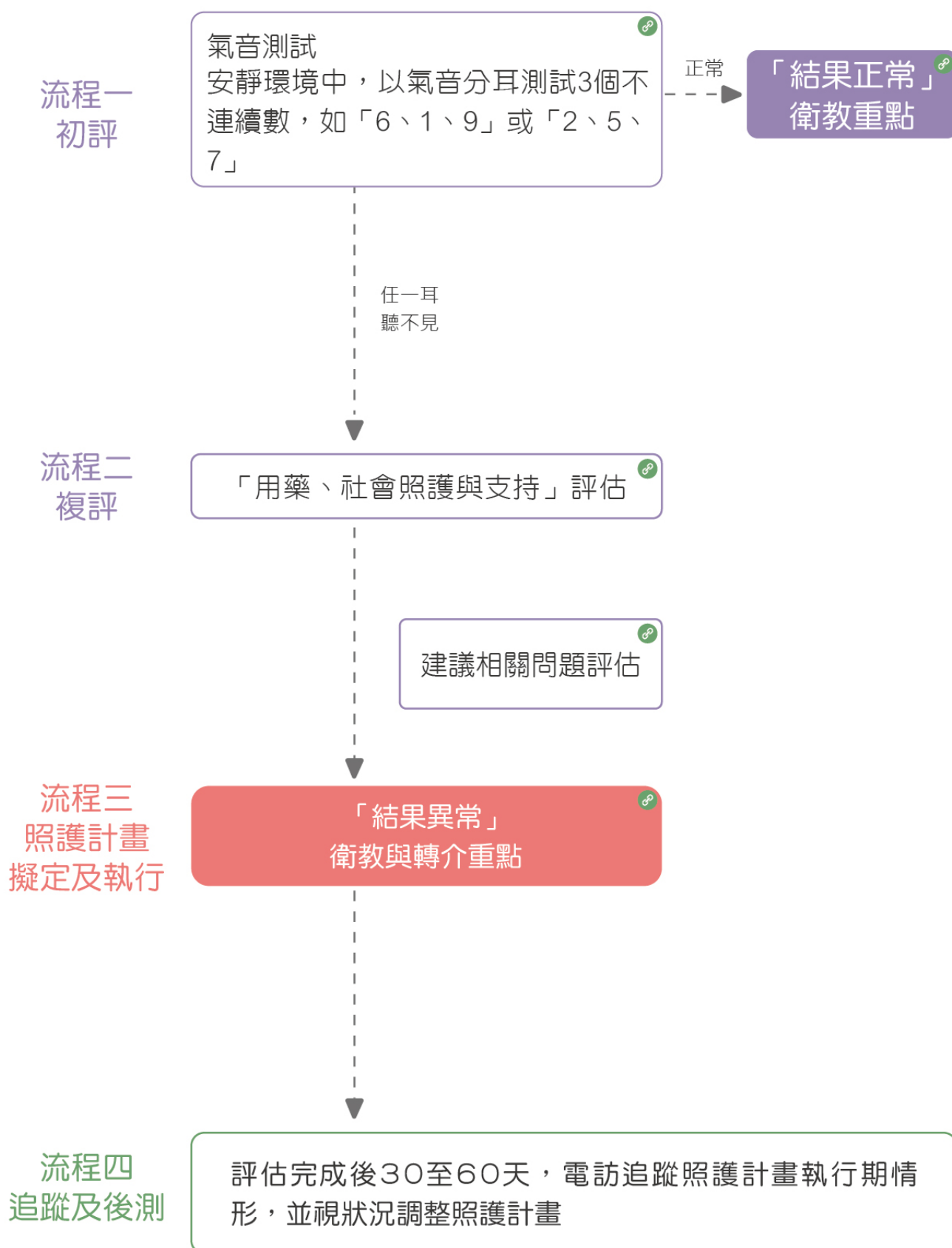
營養功能



視力功能



聽力測試



憂鬱情緒

流程一 初評

病人健康問卷 PHQ-2

- 常感到厭煩或沒有希望
- 減少很多的活動和興趣的事

兩項均答

否

「結果正常」
衛教重點

任一項答

是

≤6分
結果正常

流程二 複評

老人憂鬱量表 GDS-15

- ◆ 「用藥、社會照護與支持」評估

≥7分
結果異常

建議相關問題評估

7-11分

≥11分

流程三 照護計畫 擬定及執行

GDS-15
「7-10分」
衛教與轉介重點

GDS-15
「≥11分」
衛教與轉介重點

流程四 追蹤及後測

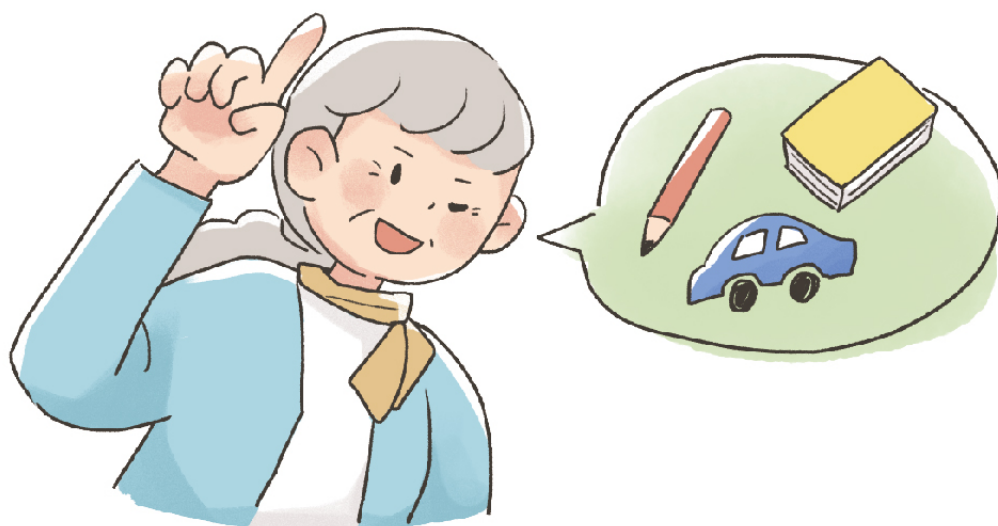
- 評估完成後30至60天，電訪追蹤照護計畫執行期情形，並視狀況調整照護計畫
- 於3~6個月間，再次評估異常項目

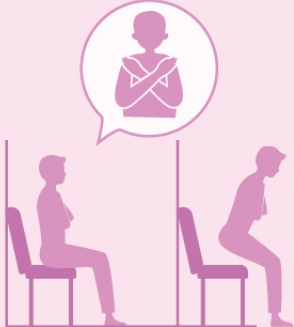
肆、評估操作說明

初評

項目	評估內容	評估結果
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2題後再詢問一次。	是否能記住三項物品 ☐ 是 ☐ 否
	2.定向力：詢問長者「今天的日期？」（含年月日）和「您現在在哪裡？」	兩個問題皆回答正確 ☐ 是 ☐ 否
	詢問長者第1題記憶力的3項物品	
評估說明	● 清楚並大聲說出三樣物品，請受測者重覆念出（確認其聽見正確的內容），請長者記住，告知等一下會再問是哪三樣。記憶三項物品可以改變，以三個不相關的實物為主。 ● 每個物品間隔1秒，敘述速度不快不慢。 ● 做完第二個題目後，再請長者回答記憶題。 ● 關於時間定向力問題，若長者回答出正確的國曆或農曆日期，或沒有看日期習慣的長者可以說得出相對正確的時序（如特定節日）都算正確。 ● 年、月、日要逐一分開詢問。	

- 任一答案為「否」，請擇一（BHT、AD8⁸）量表進行評估。
- 採AD8⁸量表者，因是詢問從旁觀察之結果，故請由長者家屬回答。

[回流程](#)


項目	評估內容	評估結果
B. 行動功能	椅子起身測試：雙手抱胸，連續起立坐下5次。 1.需要幾秒？ 2.是否>12秒？ 	_____ 秒 ☐ 是 ☐ 否

評估說明	● 準備一把穩定不易滑動、有椅背、無把手的椅子，注意椅子高度（座位大約在膝蓋高度），靠牆或擺放在一個環境安全的地方。請長者先坐在椅子上。 ● 向長者解釋施測步驟：坐在椅子1/2至1/3處，將雙手交握於胸前，從椅子站起來和坐下連續進行五次。施測者可先示範一次。 ● 進行測試時，請長者自行數次數，施測者不念出次數，以免干擾長者速度。 ● 第5下的站即計時結束，並記錄秒數結果。 ● 若無法施測及做不完5下者，則勾選「是」。→系統請輸入 9999。
------	--

- 答案為「是」，請進行SPPB量表評估。

[回流](#)

項目	評估內容	評估結果
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？ 2.過去三個月，您是否曾經食慾不振？	☐ 是 ☐ 否 ☐ 是 ☐ 否
評估說明	● 可詢問三個月前的體重，再測量現在的體重加以比較。如有病歷，可以查詢相關體重紀錄，若長者沒有量體重習慣，可詢問本人是否覺得體重減輕，穿衣服變得寬鬆，或他的親友是否覺得個案明顯變瘦？ ● 詢問長者過去三個月是否曾經食慾不振時，可試著將食量量化評估，例如：過去可吃完一碗飯，現在只能吃完半碗飯。 ● 此兩個題項與MNA-SF中A.B題可一起問，縮短評估時間。	

- 任一答案為「是」，請進行MNA-SF量表評估。

[回流](#)

項目	評估內容	評估結果
D. 視力功能	您的眼睛看遠、看近或閱讀是否有困難？（答案為「否」者，請接續執行第a題）	☐ 是 ☐ 否
	a. 請依附表執行WHO簡單視力圖「遠、近距離」測試。（測試通過者，請接續執行第b題）	☐ 通過 ☐ 未通過
	b. 請依附表執行高風險個案之眼科檢查調查表。	☐ 通過 ☐ 未通過
評估說明	● 可戴眼鏡測試。 ● 本項異常定義如下： ◆ 第1題答案為「是」 ◆ a題任1項「未通過」 請依長者狀況轉介眼科檢查。	

[回流程](#)

項目	評估內容	評估結果
E. 聽力功能	「請跟著我唸 6、1、9」 (註：念到數字時用氣音，若未能正確複誦，再測 2、5、7，仍未能正確複誦，即填「否」)	☐ 是 ☐ 否 

評估說明

- 解釋檢測流程時先面對面跟長者說明清楚，再站到後方再進行施測。
- 請於相對安靜之空間，確定一個手臂距離可聆聽清楚對方氣音語音內容之穩定狀態的環境，可配戴助聽器測試。
- 指導語：請注意聽，我將站在您身後以氣音說出三個不同數字，請說出我念的數字。
- 開始施測：請長者用手擋住一耳，施測者站在其後方一個手臂之距離，以輕聲氣音分別說出三個數字後，並請長者開始複誦，正確複誦為聽得到，未能正確複誦者，再測另三個數字，仍未能正確複誦，為聽不到。再換另一耳重複測試。
- 任一耳聽不到請填「否」，請進行進一步評估並依長者情況進行轉介。
- 長者可回答正確數字（無論順序）為正常。

- 答案為「否」，請依長者狀況轉介醫療院所接受聽力檢測。 

[回流](#)

項目	評估內容	評估結果
F. 憂鬱情緒	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？	☐ 是 ☐ 否
	2. 過去兩週，您是否減少很多的活動和興趣的事？	☐ 是 ☐ 否

評估說明

- 若受試者不能了解這兩個篩檢問題的意思，可以使用替代詞語。例如：感到鬱悶或沒有精神、認為自己沒有價值、不想出門等。

- 任一答案為「是」，請進行GDS-15量表評估。 

[回流](#)

備註

- 此題目涉及長者之內心世界，如有必要，順序可以視評估環境由施測者自行調整。
- 六力測試完畢後，請指導長者註冊「國健署長者量六力」Line@ ，詳情請見附錄二。
- 初評結果若有任一項異常，請進行「用藥」  及「社會性照護與支持」  評估。

表一、視力功能初評量表

a.WHO簡單視力圖
「遠距離」及「近距離」測試

測試工具	測試說明	測試結果
四個小E 遠距離視力測試卡	在三公尺處可看到至少三個小E的方向，則通過遠距離視力測試。	☐ 通過 ☐ 未通過
近距離視力測試卡	長者手持近距離視力測試卡，以平常看書的距離，看到至少3個大E的方向，則通過近距離測試。	☐ 通過 ☐ 未通過

遠、近距離測試，任一項試未通過者，請評估長者狀況轉介眼科檢查；
遠、近距離試，兩項均通過者，請接續執行下方第b.題。

b.高風險個案之眼科檢查調查表

評估內容	評估結果
有眼睛疾病（例如：高度近視（500度以上）、白內障、青光眼、黃斑部病變） 但”未”定期回診追蹤	☐ 是 ☐ 否
有慢性疾病（例如：高血壓、糖尿病等），但過去1年”不曾”接受眼睛檢查	☐ 是 ☐ 否

任一項為「是」，請建議長者接受眼科檢查。

- 評估為「正常」：定期評估。
- 評估為「異常」：進行相關評估與處置。

[回流程](#)



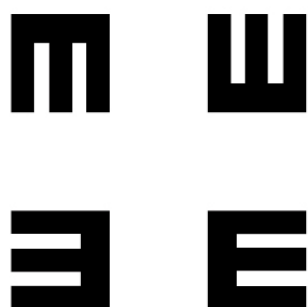
WHO簡單視力圖 近距離視力測試卡



WHO簡單視力圖

四個小E遠距離視力測試卡

小E為1.3 cm x 1.3 cm，間隔1.3 cm

[回流程](#)

二 複評

(一) 認知功能

認知面向的初評為異常且未有失智症診斷者，複評使用腦適能測驗（Brain Health Test, BHT）向長者本人進行評估，或選用AD-8量表向長者的家屬詢問。

表二、認知功能複評量表-腦適能測驗(BHT)

授權代碼 20201001BHT082t

腦適能測驗

台灣臨床失智症學會
失智症早期檢測及記憶門診工作小組
2016年1月16日版本

註：此測驗版權為台灣臨床失智症學會所有，臨床和研究使用不收費，但已由健康署向學會申請取得同意。



授權代碼 20201001BHT082t

姓名 _____

施測者 _____

性別 ☐男 ☐女

施測日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

腦力健診基本問題

1.年齡 _____ 生日（民國）_____ 年 _____ 月 _____ 日

2.是否有下列項目（可複選）

☐ 您是否覺得自己的記憶力有減退 ☐ 親友覺得受測者的記憶力有減退☐ 施測者認為受測者有記憶力障礙3.是否有其他危險因子（資料來源：☐本人/☐親友）☐ 教育 _____ 年
請填寫受教育的總年數☐ BMI (kg/m^2)
BMI=體重（公斤）/身高（公尺）²☐ 中風病史☐ 糖尿病（藥物治療 ☐有 ☐無）☐ 高血壓（藥物治療 ☐有 ☐無）☐ 高膽固醇（藥物治療 ☐有 ☐無）☐ 頭部外傷且當時曾有過昏迷☐ 時常忘記服用藥物☐ 曾經服用抗憂鬱藥物或在過去一個月有超過兩星期覺得對任何事提不起勁、不想動

TDS “腦力健診” 篩檢工具

題類	施測方向	分數		
定向力	請問今天是： ____ 年 ____ 月 ____ 日 星期____	正確____/4		
訊息登錄	請重述五個字詞（只記錄第一次回答的分數，但仍需教至全部說出，至多教四次）： 題目：牙齒、毛線、教堂、菊花、紅色 ____、____、____、____、____	正確____/5		
	請說出四隻腳的動物，看一分鐘內能說出幾個： _____ _____ _____ 註：現實不存在的動物不算分，例如龍、麒麟	總數	≥9	2分
思考流暢			5-8	1分
			≤5	0分
訊息回憶	請回想剛才重述的五個字詞： ____、____、____、____、____	正確____/5		
總分= _____ /（滿分=16分）				

回流程

BHT評估說明

為了增加長者信心和配合度，請在開始施測認知題目前先進行以下說明：

「接下來的題目會有一點困難，對年輕人來說也不一定能回答正確，請您盡量回答問題，不用太緊張。」

- 定向力：逐一詢問「今天是幾年（長者回答）、幾月（長者回答）、幾號（長者回答）、星期幾（長者回答）」，避免直接問今天的年月日和星期幾？
- 訊息登錄：「現在我會和您說五個字詞/東西，我5個字詞都說完後，請您要記住，您把我說的五個字詞/東西再跟我說一遍，可以不按順序」。評估者在說出五個字詞時，1秒說一個字。長者能全部正確說出五個字詞，順序可以不一樣；若無法全部說出，重複上述步驟至多四次，指導語：「我們總共有牙齒、毛線、教堂、菊花、紅色五個字詞，請您要全部記住，等一下我還會再問一次」。記錄第一次的分數。
- 思考流暢：強調不存在的動物不算分，例如龍、麒麟、恐龍。同一種動物，不同名稱可以算分，例如：哈士奇、博美、杜賓；形容詞則不算分，例如：大貓、小貓、花貓。
- 訊息回憶：問完思考流暢後，指導語：「請您說出剛才要您記住的五個字詞/東西」。

表三、認知功能複評量表-極早期失智症量表(AD8)

填表說明

- 請長者家屬來回答長者之狀況：在計分時是以「是，有改變」當做計分的依據。
- 若長者以前無下列問題，但在過去幾年中有以下的『改變』，請勾選「是，有改變」；若無，請勾「不是，沒有改變」；若不確定，請勾「不知道」
- 「是，有改變」代表家屬認為過去幾年中長者因為認知功能（思考和記憶）問題而導致改變，若因為重大傷病或事故而導致的改變則不算。
- 請家屬依照受評者過去與現在改變狀況（可與約半年前做比較）來回答，而不是以目前的平常表現來回應。

項目	是， 有改變	不是， 沒有改變	不知道
1. 判斷力上的困難：例如落入圈套或騙局、財務上不好的決定、買了對受禮者不合宜的禮物。			
2. 對活動和嗜好的興趣降低。			
3. 重複相同問題、故事和陳述			
4. 在學習如何使用工具、設備和小器具上有困難。 例如：電視、音響、冷氣機、洗衣機、熱水爐（器）、微波爐、遙控器。			
5. 忘記正確的月份和年份。			
6. 處理複雜的財物上有困難。例如：個人或家庭的收支平衡、所得稅、繳費單。			
7. 記住約會的時間有困難。			
8. 有持續的思考和記憶方面的問題。			

有2題以上為「是，有改變」時，建議長者接受進一步檢查和治療。

評估說明

- BHT 總分為「 ≥ 10 分」或AD 8 < 2 為正常，建議定期評估。⁸
- BHT ≤ 9 分或AD 8 ≥ 2 為異常，進行相關評估與處置。⁸

回流

AD8評估說明

- 項目1：和以前比較“判斷力”變差，例如：容易被詐騙、明顯錯誤的投資、或過生日卻送『鐘』給對方，對方是男孩卻送裙子，不熟的朋友卻送昂貴禮物等。
- 項目2：和以前比較變得不愛出門，對之前喜歡從事的活動變的興趣缺缺，例如：之前常去活動中心唱卡拉OK，現在卻不願意去。（排除環境和設備因素）
- 項目3：和以前比較，較多重複問同樣的問題，或重複述說相同的事件等。
- 項目4：和以前比較，對於器具的使用能力降低，例如：時常打錯電話或電話撥不出去，不會使用遙控器開電視等使用器具能力的變化，需過去患者會使用，但現在卻不會。
- 項目5：和以前比較，以前可以但現在無法說出當下正確的年月、或說錯自己的年齡。
- 項目6：和以前比較，較有困難處理複雜的財物活動，例如：過去皆負責所得稅的申報、水電費的繳款、信用卡帳單繳費等，現在卻常發生沒繳費、或多繳或少繳錢的情形。
- 項目7：和以前比較，較常出現忘記與他人約會的時間。
- 項目8：最近半年持續出現思考或記憶的問題，例如：每天或多或少都有發生上述之狀況。



(二) 行動功能

複評使用簡易身體表現功能量表（Short Physical Performance Battery, SPPB），該量表共有3個題項，分別為平衡測試、步行速度測試及椅子起站測試，每項各為0~4分，總分為12分，<10分為異常。施測前請先說明測試步驟，並可先示範動作，測試時請於適當位置保護長者。

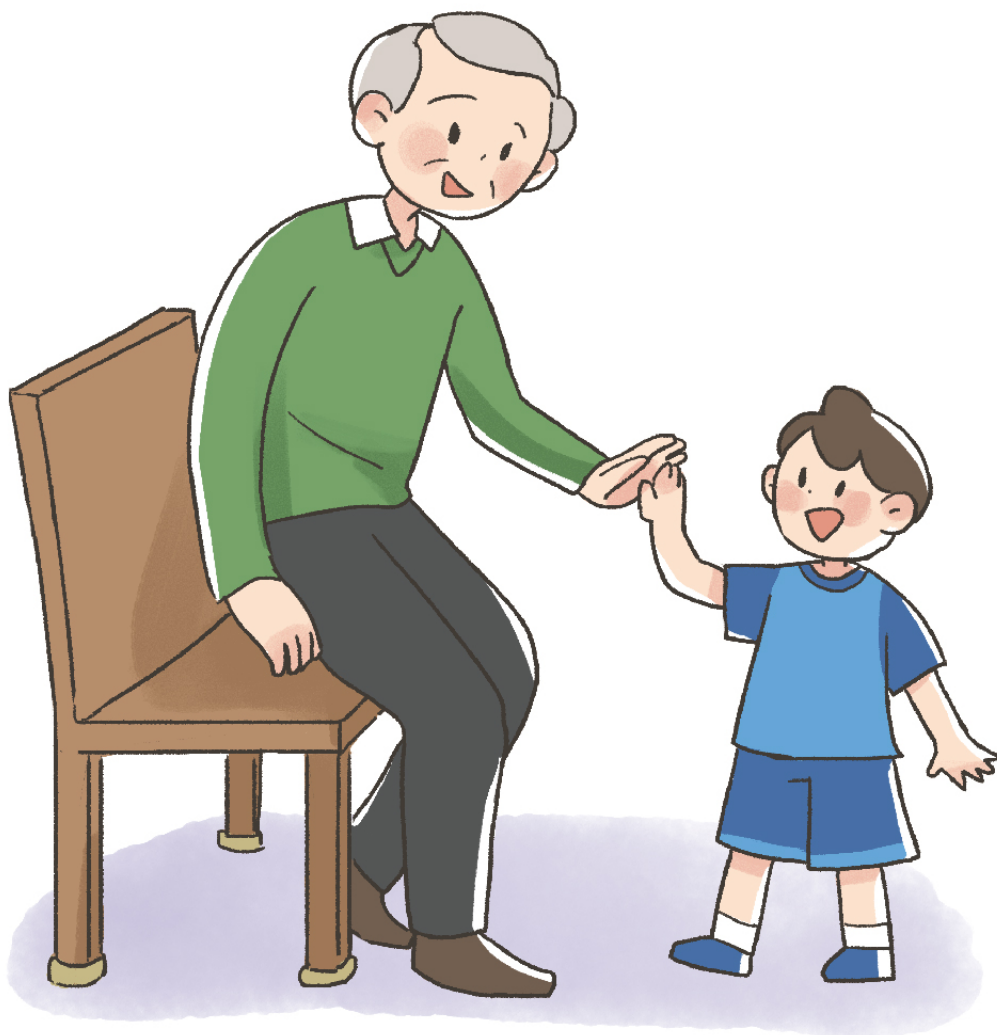
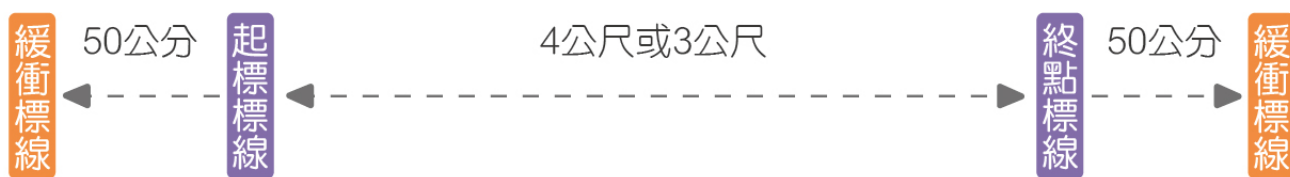
表四、行動功能複評量表-簡易身體表現功能量表(SPPB)

評分內容	秒數	說明	
1.平衡測試：腳用三種不同站法，每種站立10秒。使用三個位置的分數總和。			
A.並排站立 (Side-by-side stand)	_____ 秒 (上限10秒)	保持10秒：1分 少於10秒：0分	
B.半並排站立 (Semi-tandem stand)	_____ 秒 (上限10秒)	保持10秒：1分 少於10秒：0分	
C.直線站立 (Tandem stand)	_____ 秒 (上限10秒)	2分：保持10秒 1分：保持3-9.99秒 0分：保持<3秒	
2.步行速度測試： 測量走四公尺的時間 (若測試空間無法提供四公尺行走距離，可採三公呎行走距離替代。) 測試行走距離（請勾選） □四公尺 □三公呎	_____ 秒	四公尺	三公呎
		4分：<4.82秒 3分：4.82-6.20秒 2分：6.21-8.70秒 1分：>8.70秒 0分：無法完成	4分：<3.62秒 3分：3.62-4.65秒 2分：4.66-6.52秒 1分：>6.52秒 0分：無法完成
3.椅子起站測試： 連續起立坐下五次的時間	_____ 秒	4分：<11.19秒 3分：11.2-13.69秒 2分：13.7-16.69秒 1分：16.7-59.9秒 0分：>60秒或無法完成	
● 總分為「10-12分」：定期評估。 ● 總分為「7-9分」：請提供後續處理與轉介建議。 ● 總分為「4-6分」：請提供後續處理與轉介建議。 ● 總分為「0-3分」：請提供後續處理與轉介建議。			
總分說明			

回流程

SPPB評估說明

- ① 平衡測試：不得使用柺杖或助行器，雙腳併攏，雙手伸直或膝蓋微彎增加平衡，站穩時開始計時。
- ② 步行速度測試：可使用柺杖或助行器，請長者以平常走路速度為主，空間配置以4公尺為主，若無4公尺空間則採3公尺，清楚標示起終點標線，並設置前後50公分緩衝標線（示意圖如下）。
- ③ 椅子起站測試：與行動功能初評題目相同，請填初評秒數並計分。



(三) 營養狀況

複評使用迷你營養評估量表-短版（Mini Nutritional Assessment-Short Form, MNA-SF），透過評估以檢測營養不良及發生營養不良的可能性，量表有A至F1共6個評估項目，若無法取得身體質量指數（BMI），則以問題F2代替F1，總分為14分，<12分為異常。

表五、迷你營養評估量表-短版(MNA-SF)

姓名				性別	
年齡	體重 (公斤kg)	身高 (公分cm)	日期		
請於方格內填上適當的分數，將分數加總以得出最後篩選分數。					
A	過去三個月內有沒有因為食慾不振、消化問題、咀嚼或吞嚥困難而減少食量？ 0=食量嚴重減少 1=食量中度減少 2=食量沒有改變				
B	過去三個月內體重下降的情況 0=體重下降大於3公斤（6.6磅） 1=不知道 2=體重下降1-3公斤（2.2-6.6磅） 3=體重沒有下降				
C	活動能力 0=需長期卧床或坐輪椅 1=可以下床或離開輪椅，但不能外出 2=可以外出				
D	過去三個月內有沒有受到心理創傷或患上急性疾病？ 0=有 2=沒有				
E	精神心理問題 0=嚴重痴呆或抑鬱 1=輕度痴呆 2=沒有精神心理問題				
F1	身體質量指數(BMI) (公斤/米 ² , kg/m ²) 0=BMI低於19 1=BMI19至低於21 2=BMI21至低於23 3=BMI相等或大於23				
如不能取得身體質量指數(BMI)，請以問題F2代替F1。如已完成問題F1，請不要回答問題F2。					
F2	小腿圍(CC) (公分,cm) 0=CC低於31 3=CC相或大於31				
篩選分數 (最高14分)					總分
12-14分 正 常 營 養 狀 況 定期評估。					
8-11分 有營養不良的風險 請提供後續處理與轉介建議。					
0-7分 營 養 不 良 請提供後續處理與轉介建議。					
					回流

資料來源：

Vellas B, Villars H, AbellanG, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006;10:456-465.

Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigaz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Gerontol 2001;56A:M366-377.

Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature- What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006, 10:466-487.

Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA-SF): A practical tool for identification of nutritional status. J Nutr Health Aging 2009;13:782-788.

©Societe des Produits Nestle, S.A, Vevey, Switzerland, Trademark Owners ©Nestle, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M

如需更多資料: www.mna-elderly.com

MNA-SF評估說明

- 項目A：可先問長者過去3個月食量是否比平常少？接著問，是因為食慾差、咀嚼或吞嚥困難引起的嗎？如果是，評估過去的食量，再接著問攝取減少多少？若減少1/3為中度、1/2或以上為嚴重。
- 項目B：在過去三個月是否沒有減重但體重卻減輕了？您的腰帶或褲子是否變鬆了？您覺得自己減少了幾公斤？大於或小於3公斤？
- 項目C：您能在沒有他人的協助下下床或離開輪椅嗎？若否，則得0分。您能下床或離開輪椅，但無法出門外出？若是，則得1分。您能離開家外出嗎？若是，則得分2分。
- 項目D：過去三個月有沒有發生讓您覺得特別傷心或難過的事？或有沒有得急性疾病，例如：急性腸胃炎、肺炎、泌尿道感染或開刀住院？
- 項目E：目前以失智症取代痴呆症有沒有情緒低落或記憶方面的問題。若認知功能初評或複評無異常者，填2。
- 項目F1：請使用高度計進行測量身高。如果個案無法站立，使用間接測量方法，例如：雙手伸展中指水平距離來計算身高。如果無法以直接或間接測量方法測得身高，則以口頭詢問身高。以體重和身高計算BMI。
- 項目F2：小腿圍測量方式，以正坐姿、雙腳不出力，自然平貼於地面，膝蓋呈現90度，衣物不可遮蓋或緊束，皮尺與地面水平且不壓迫皮膚。量測小腿最寬處。



(四) 憂鬱情緒

複評使用老人憂鬱量表（Geriatric Depression Scale, GDS-15），評估長者在過去一星期的情緒狀態。評估前，可先向長者說明將花一點時間進行心情的評估，以降低長者不耐煩的情緒，總分為15分，>6分為異常。

表六、憂鬱情緒複評量表-老人憂鬱量表(GDS-15)

在過去一星期當中，您是否有下列感受？如果「有」請答「是」，如果「沒有」請答「否」

題目	回答	
	是	否
1.基本上，您對您的生活滿意嗎？	☐ 0分	☐ 1分
2.您是否減少很多的活動和興趣的事？	☐ 1分	☐ 0分
3.您是否覺得您的生活很空虛？	☐ 1分	☐ 0分
4.您是否常常感到厭煩？	☐ 1分	☐ 0分
5.您是否大部份時間精神都很好？	☐ 0分	☐ 1分
6.您是否會常常害怕將有不幸的事情發生在您身上嗎？	☐ 1分	☐ 0分
7.您是否大部份的時間都感到快樂？	☐ 0分	☐ 1分
8.您是否常常感到無論做什麼事，都沒有用？	☐ 1分	☐ 0分
9.您是否比較喜歡待在家裡而較不喜歡外出及不喜歡做新的事？	☐ 1分	☐ 0分
10.您是否覺得現在有記憶力不好的困擾？	☐ 1分	☐ 0分
11.您是否覺得現在還能活著是很好的事？	☐ 0分	☐ 1分
12.您是否覺得您現在活得很沒有價值？	☐ 1分	☐ 0分
13.您是否覺得精力很充沛？	☐ 0分	☐ 1分
14.您是否覺得您現在的情況是沒有希望的？	☐ 1分	☐ 0分
15.您是否覺得大部份的人都比您幸福？	☐ 1分	☐ 0分
總分		

總分說明

- 總分為「0-6分」：適應狀況良好，建議定期評估。
- 總分為「7-10分」：屬中度情緒困擾，建議生活作息安排、慢性疾病控制、規律運動、社會參與、尋求支持。進行相關評估與處置。
- 總分為「11分以上」：進行相關評估與處置。

[回流程](#)

GDS-15評估說明

可先問正向題（第1、5、7、11、13題），再問負向題。若正向題都答「是」，則可大略帶過負向題（仍要問），並隨時觀察長者反應。計分方式：第1、5、7、11、13題答「否」，其他題答「是」者，每題給1分。

表七、用藥量表

(五) 多重用藥

評估內容	評估結果	評估說明
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）	☐ 是 ☐ 否	任一答案為「是」者： ● 請長者向原處方醫師進行藥物諮詢。 ● 如評估單位訂有用藥評估與整合流程或參與全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫，請評估銜接該流程或計畫作業。
2. 您服用的藥品中是否包含止痛藥、幫助睡眠用藥等？		
3. 您是否因為服用藥品而發生過平衡感改變、困倦、暈眩、低血壓或口乾舌燥等症狀？		

表八、社會照護與支持評估量表

(六) 社會性照護與支持

評估內容	評估結果	評估說明
1. 個案是否有以下任一項情形 ● 在屋內的行動有困難 ● 上廁所有困難 ● 穿衣服有困難 ● 洗澡沐浴有困難 ● 保持個人整潔有困難 ● 進食有困難	☐ 是 ☐ 否	答案為「是」者，請轉介長期照顧管理中心進一步評估長照需求。
2. 個案是否有以下任一項情形 ● 居住環境無固定安身處 ● 財務有困難	☐ 是 ☐ 否	答案為「是」者，請轉介社工師或社會福利資源。
3. 個案是否有以下任一項情形 ● 感覺孤獨 ● 平時沒有一定的社交活動，例如從事有興趣的活動、工作、擔任志工等	☐ 是 ☐ 否	答案為「是」者，請轉介長期照顧管理中心進一步評估長照需求。

※近半年內是否有跌倒？ ☐否 ☐是_____次（非必填）

伍、後續處理與轉介建議

一 認知功能

（一）建議相關問題評估

評估可能導致認知功能衰退的可改善原因：

- 1 脫水和營養不良：嚴重脫水和營養問題會導致譫妄（類似於急性的認知障礙，多為可回復）。
- 2 譫妄：譫妄是集中注意力的下降或無組織的思考。譫妄症狀多在短時間內發生，且症狀往往時好時壞。可能是急性器質性原因引起的，例如感染、藥物影響、代謝異常（例如低血糖或電解質不平衡）、物質中毒或物質戒斷，或是前述的脫水與營養不良等。
- 3 腦血管疾病：腦血管疾病與認知能力衰退密切相關。如果長者有中風、小中風、短暫性缺血事件的病史，預防再次發生是防止認知能力進一步衰退的主要方法。
- 4 多重用藥⁸⁰：兩種以上的藥物可能增加交互作用並引起不良反應。鎮靜劑、安眠藥和抗膽鹼藥物通常是造成老年人認知減退的藥物。
- 5 憂鬱症狀：可能影響大腦功能運作，進而出現類似認知功能下降的表現。
- 6 代謝症候群：高血壓、糖尿病、及高血脂症等三高疾病是認知功能障礙的危險因子，臨床須同時注意三高疾病的監測與控制。
- 7 靜態的日常生活方式或缺乏運動。
- 8 缺乏社交互動與社會參與。
- 9 聽力功能障礙。

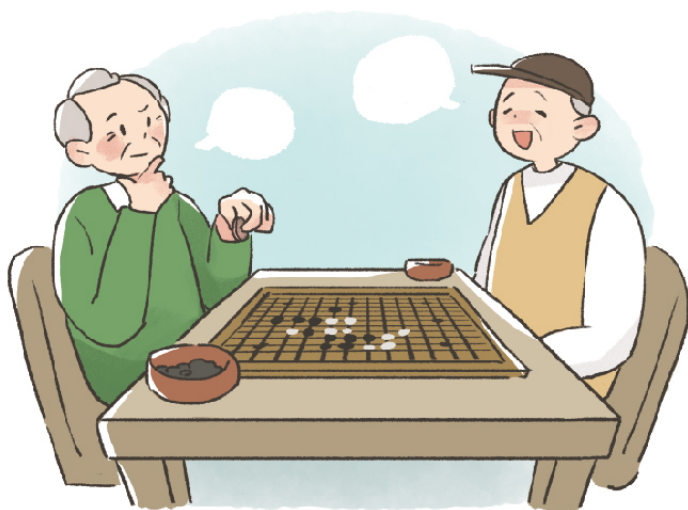


(二) 衛教重點及轉介建議

認知功能評估結果正常

1 衛教重點：

- 預防慢性病與控制。
- 多動腦。
- 多外出活動或運動。
- 定期篩檢。



認知功能評估結果異常

除參考「認知評估結果正常」之衛教重點與轉介建議外，其他建議如下：

1 衛教重點：

- 增加社交互動，建議活動類型：
 - I. 經驗傳承：讓長者享受在懷舊的過程中，引導分享自己過往的經驗。
 - II. 認知活動：規劃益智活動、歸類排序或邏輯推理活動等。
 - III. 音樂創作：以音樂為媒介來討論歌詞和即興演奏等。
 - IV. 體能活動：藉由模仿動作來增進肢體靈活度。
 - V. 藝術創造：非口語表達活動，鼓勵成員自發性創作。
 - VI. 舞蹈動作：藉由跳舞促進成員肢體與表情的互動。
- 定向感、現實感：鼓勵家庭成員和照顧者定期向老年人提供定向訊息，例如日期、天氣、時間、人名等，這些資訊有助於老年人保持時間和地點的定向；並提供如報紙、廣播和電視節目、家庭相簿和家庭用品等則可以促進長者瞭解時事，刺激記憶，並使長者能夠分享和重視他們的經驗。
- 自主執行日常生活功能：鼓勵長者自行進食、穿衣、移位、行動、如廁、沐浴等。提醒並注意安全（例如進食發生嗆咳或行動發生跌倒），必要時提供或調整適當輔具。

- 申請防走失服務及監護宣告。
- 評估/討論安寧緩和醫療照護。
- 維持安全環境：避免障礙物或地板濕滑導致跌倒。
- 提供字卡、圖卡或紀錄，以提醒生活注意事項。
- 失智友善溝通技巧（STE²P）：
 - Smile（微笑）：向失智者自我介紹時，以微笑面對
 - Thanks（謝謝）：感謝失智者的協助完成事情，保持正面思考
 - Eye Contact（眼神接觸）：身體降低平視失智者，不迴避對方眼神注視
 - Embracing the moment（擁抱當下）：聽失智者的話語，掌握當下需求，不指責、爭執與糾正
 - Patient（耐心）：耐心傾聽，回覆問題能放慢速度

2 轉介建議：

- 醫療：神經內科或精神科，進行失智症評估檢查。
- 社區：可提供各種認知功能訓練之失智照護據點、失智共照中心、日間照顧中心、長期照護。



(三) 衛教小幫手



1-1 長者健康整合式
評估 (ICOPE)
【認知功能篇】



1-2 失智症
預防篇



1-3 失智並不可怕，
可怕的是您不知道



1-4 失智安全
居家環境
宣導影片



1-5 預防及延緩失智，
從這做起！



1-6 失智友善
的一天



1-7 害怕失智找上門！
腦力遊戲大解密



1-8 預防失智
的好食物



1-9 推動失智友善
服務流程



1-10 推動失智
友善社區
工作手冊



1-11 友善社區在厝邊，
守護失智一起來



1-12 認識失智症



1-13 失智症預防



1-14 失智長者-
日常照顧的撇步



資料來源

1. 衛生福利部國民健康署（2022）。以人為中心的初級照護之評估及路徑指引（頁42，46-49）。
2. 衛生福利部國民健康署（2022）。「預防及延緩失能之長者功能評估知能提升試辦計畫」工作手冊（頁16-22）。
3. 衛生福利部國民健康署（2023）。<常見高齡者健康問題（老年病症候群）照護流程>載於《醫院發展具延緩失能理念之長者友善服務模式實務操作手冊附錄冊》（頁84-97）。
4. 衛生福利部國民健康署（2016）。輕度失智者認知促進一看見人的美好。
5. 衛生福利部國民健康署（2021）。推動失智友善社區工作手冊。
6. 衛生福利部國民健康署（2022）。失智症預防，趨吉避凶。
7. 衛生福利部國民健康署（2022）。失智友善從微笑開始-推動失智友善服務流程。
8. 衛生福利部國民健康署（2020）。認識失智症 看問留撥SOP。
9. 衛生福利部長照司（2019）。友善社區在厝邊 守護失智一起來（懶人包）。
10. 新北市政府衛生局（2017）。失智100問。



二 行動功能

（一）建議評估相關問題

① 相關疾病或跌倒風險：

- 下肢及骨關節疾病（如骨質疏鬆、糖尿病足、退化性關節炎）。
- 神經肌肉系統疾病（如帕金森氏症）。
- 視力或聽力障礙。
- 心血管疾病（如姿勢性低血壓、週邊動脈阻塞性疾病）。
- 評估肌肉及關節的功能和柔韌性。
- 認知功能障礙。
- 評估跌倒風險。

A. 近一年若有跌倒史時，起走測試（Timed Up and Go），記錄時間並觀察步態與平衡協調。

B. 以SPLATT詢問跌倒相關狀況：

- Symptoms：跌倒前後是否伴隨相關症狀？
- Prior fall：是否過去有跌倒情形？
- Location：發生跌倒的地點（環境因素）？
- Activity：發生跌倒時正在做的事情？
- Time：跌倒的時間點？
- Trauma：跌倒後是否有造成創傷、是否影響到功能？

C. 是否害怕跌倒。

② 評估日常生活活動功能（Activities of Daily Living, ADL）：

評估近3-6個月內有無出現ADL分數衰退，並評估是否經訓練後有恢復可能性。

③ 評估體重變化/營養狀況：請參考營養狀況評估。

④ 檢視對行動/平衡力有不良影響之藥物：由醫師或藥師協助在安全的狀況下，盡可能停止這些藥物，改以其他藥物或非藥物的方法治療。這些藥物包括（但不限於）以下：

- 抗癲癇藥 (Anticonvulsants)
 - 苯二氮平類 (Benzodiazepines)
 - 非苯二氮平類安眠藥 (Nonbenzodiazepines hypnotics)
 - 三環類抗憂鬱藥 (Tricyclic antidepressants)
 - 選擇性血清素回收抑制劑 (Selective serotonin reuptake inhibitor, SSRI)
 - 抗憂鬱藥 (Anti-depressants)
 - 抗精神症狀藥 (Anti-psychotics)
 - 鴉片類藥物 (Opioids)
 - 肌肉鬆弛劑 (Anti-spasmodics)
- ⑤ 環境危險因子評估：評估生活空間的是否有障礙物、地板不平、階梯過高或無止滑條與對比色、照明不足、傢俱擺置不合適、未固定的地毯、廁所不安全（如無扶手、無防滑等）、夜間不安全（如無夜燈/腳燈或有障礙物等）等情形，並提供建議。如果無法至長者家中評估，也可請家屬錄影長者日常的活動空間來進行評估與衛教。
- ⑥ 輔具的合適性評估：例如評估行走拐杖的手把高度是否在股骨外側的大轉子（大腿骨上方外側的突起）位置，握住手把時，手肘大約彎曲20~30度。
- ⑦ 評估疼痛：評估是否有疼痛，疼痛的部位、性質、強度等。



(二) 衛教重點及轉介建議

SPPB 10-12分，結果正常

1 衛教重點：

- 維持正向健康行為，定期健康檢查。
- 慢性病管理與預防，減少慢性疾病惡化。
- 運動：
 - I. 運動計畫前評估：使用新版身體活動準備度問卷PAR-Q+量表。
 - II. 至少每週至少150分鐘中等強度有氧運動，或75分鐘高強度有氧運動或等量組合；如需加強，可增加為每週300分鐘中等強度有氧運動，或每週150分鐘高強度有氧運動或等量組合。
 - III. 每次至少運動10分鐘，每週至少2天肌力活動，如果行動能力較差，每週進行3天以上提升平衡的身體活動。
 - IV. Vivifrail D級運動。



SPPB 7-9分，結果異常

除參考「初評正常或複評SPPB 10-12分」之衛教重點與轉介建議外，其他建議如下：

1 衛教重點：

- 營養衛教。
- 運動：無規律運動習慣者，衛教老年人運動的重要性，鼓勵先養成運動習慣，循序漸進逐漸增加運動的頻率及強度、Vivifrail C級運動。
- 預防跌倒：減少環境危險因子（如：增加照明、扶手、沐浴椅）、提供防跌衛教資訊。

2 轉介建議：

- 社區：長照C據點、原住民族文化健康站、社區照顧關懷據點、樂齡學習中心。
- 醫療：
 - I. 高齡（老年）醫學科、家醫科及相關科別：治療相關疾病、調整高危險跌倒藥物、處理疼痛問題、和營養建議。
 - II. 復健科：提供物理治療、規劃運動計畫（如肌力訓練、步態平衡訓練、協調力訓練）、建議適當輔具使用。



SPPB 4-6分，結果異常

除參考「SPPB 7-9分」⁸之衛教重點與轉介建議外，其他建議如下：

① 衛教重點：

- 運動：Vivifrail B級運動⁸。

② 轉介建議：

- 長照：輔具評估與租借、居家環境改造、居家復能。
- 醫療：
 - I. 復健科：提供物理治療（如主被/動關節運動、步態平衡訓練、輔具評估等）、職能治療（如日常功能訓練）。
 - II. 高齡（老年）醫學科：老年病症候群篩檢與處置。

SPPB 0-3分，結果異常

除參考「SPPB 4-6分」⁸之衛教重點與轉介建議外，其他建議如下：

① 衛教重點：

- Vivifrail A級運動⁸。
- 提供照護者照顧技巧與支持。

② 轉介建議：

- 長照：居家照護、喘息服務。
- 醫療：
 - I. 復健科：物理治療、職能治療。
 - II. 高齡（老年）醫學科：整合照護。
- 社福：若家庭因照護分擔或經濟出現照護問題時，可轉介社工師。

(三) 衛教小幫手



2-1 長者健康整合式
評估 (ICOPE)
【行動能力篇】



2-2 減緩衰弱
居家333運動影片



2-3 長者活力
體能訓練



2-4 長者規律運動，
身體健康要顧！



2-5 銀髮健身GO
樂活動起來



2-6 高齡者健康操



2-7 高齡長者
居家運動衛教影片



2-8 長者坐著動，
也能動得好！



2-9 PAR-Q (身體活動
簡易自我評量表)



2-10 高齡友善專區-
居家防跌注意事項



2-11 長者防跌
海報



2-12 長者防跌
妙招手冊



2-13 【國語版】
長者活力體能訓練
A級 (失能者)



2-14 【國語版】
長者活力體能訓練
B級 (衰弱者)



2-15 【國語版】
長者活力體能訓練
C級 (衰弱前期者)



2-16 【國語版】
長者活力體能訓練
D級 (健康者)

資料來源

1. 衛生福利部國民健康署（2023）。常見高齡者健康問題（老年病症候群）照護流程。載於《醫院發展具延緩失能理念之長者友善服務模式實務操作手冊附錄冊》（頁84-97）。
2. Travers, J., Romero-Ortuno, R., Bailey, J., & Cooney, M. T. (2019). Delaying and reversing frailty: a systematic review of primary care interventions. *The British Journal of General Practice*, 69 (678), e61-e69.
3. 衛生福利部國民健康署（2021）。長者坐著動，也能動得好！。
4. 衛生福利部國民健康署（2022）。【國語版】長者活力體能訓練A級（失能者）。
5. 衛生福利部國民健康署（2022）。【國語版】長者活力體能訓練B級（衰弱者）。
6. 衛生福利部國民健康署（2022）。【國語版】長者活力體能訓練C級（衰弱前期者）。
7. 衛生福利部國民健康署（2022）。【國語版】長者活力體能訓練D級（健康者）。
8. 衛生福利部國民健康署（2022）。「預防及延緩失能之長者功能評估知能提升試辦計畫」工作手冊（頁24-31）。
9. 衛生福利部國民健康署（2022）。以人為中心的初級照護之評估及路徑指引（頁56-66）。
10. 衛生福利部護理及健康照護司（2018）。「護理機構實證應用之臨床照護及指導培訓計畫」整體疼痛症狀照護及指導實證指引。
11. 臺北市大安區健康服務中心（2018）。活力健康手札。
12. 衛生福利部國民健康署（2021）。長者防跌海報。
13. 衛生福利部國民健康署（2021）。長者防跌妙招手冊（民眾版）。
14. Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the Aged; The index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *Journal of the American Medical Association*, 185 (12), 914-919.
15. Katz, S., Downs, T. D., Cash, H. R., & Grotz, R. C. (1970). Progress in development of the index of ADL. *The Gerontologist*, 10 (1), 20-30.
16. Lee, L., Patel, T., Costa, A., Bryce, E., Hillier, L. M., Slonim, K., Hunter, S. W., Heckman, G., & Molnar, F. (2017). Screening for frailty in primary care: Accuracy of gait speed and hand-grip strength. *Canadian Family Physician*, 63 (1), e51-e57.

三 營養狀況

(一) 建議評估相關問題

- 1 評估影響營養的疾病史/用藥史：包括慢性疾病的控制、感染或發炎、惡性腫瘤…等。另外，有些藥物會導致體重減輕、食慾不振、噁心、口乾、腹瀉等。
- 2 評估每日飲食攝取量^{op}：蛋白質攝取不足將導致肌肉質量減少和功能下降，為了維持肌肉量，建議長者每日蛋白質攝取量為1.0至1.2克/公斤體重，對於衰弱長者或有急慢性疾病的老年人，則建議攝取量提高為1.2~1.5克/公斤體重。而熱量的建議可以30大卡/公斤體重做為老年人熱量需求的基準，另考量性別、營養狀況、身體活動量和臨床狀況進行個別化的調整（參考如下表）。

表九、正常人一天所需熱量（大卡/公斤體重）

每天活動量	體重過輕者	體重正常者	體重過重者
輕度工作	35大卡	30大卡	25大卡
中度工作	40大卡	35大卡	30大卡
重度工作	45大卡	40大卡	35大卡

- 3 評估衰弱長者的活動情形：身體活動不足會導致肌肉質量和力量的流失，活動量少會使得體能未能有效消耗，且腸胃蠕動不良，進而降低食慾和造成消化不良，導致影響營養狀況。
- 4 評估感官/口牙/嗆咳/咀嚼狀況^{op}：老年人常會因為感官障礙（如味覺和嗅覺的降低）、口腔衛生不良及牙齒健康惡化、有咀嚼和吞嚥困難等問題，而影響飲食攝取。
- 5 評估老年人營養不良的風險因子：評估長者是否有孤立、孤寂感、低收入和複雜的長期慢性疾病，這些都是造成老年人營養不良的風險因子。
- 6 評估衰弱情形：衰弱者經常伴隨缺乏營養的問題，而營養不足也可能導致衰弱。

- 7 評估經濟及家庭社會支持系統：社經弱勢狀態或家庭支持不足，可能導致長者無法取得足夠的飲食，導致營養不足。

(二) 衛教重點及轉介建議

MNA-SF 12-14分，結果正常



1 衛教重點：

- 均衡飲食並搭配運動：協助長者認識在地可獲取足夠熱量、蛋白質和微量營養素（如維生素和礦物質）的食物，並建議攝取足夠的份量，維持健康均衡的飲食。可參考國民健康署營養資源手冊建議之「65歲以上老年人每日飲食建議」（如下表），對應性別、年齡、以及生活活動強度的熱量及食物份數的建議進行衛教。同時建議增加運動量，促使蛋白質增加肌肉合成，並增進食慾。

表十、65歲以上老年人每日飲食建議

生活活動強度	低		稍低		適度	
性別	男	女	男	女	男	女
熱量（大卡）	1700	1400	1950	1600	2250	1800
全穀雜糧類（碗）	3	2	3	2.5	3.5	3
未精製（碗）	1	1	1	1	1.5	1
其他（碗）	2	1	2	1.5	2	2
豆魚蛋肉類（份）	4	4	6	4	6	5
乳品類（杯）	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5
蔬菜類（份）	3	3	3	3	4	3
水果類（份）	2	2	3	2	3.5	2
油脂與堅果種子類（份）	5	4	5	5	6	5
油脂類（茶匙）	4	3	4	4	5	4
堅果種子類（份）	1	1	1	1	1	1

- 注意口牙與咀嚼吞嚥狀況及清潔：若長者因為口牙、咀嚼、吞嚥或食慾不佳等因素，導致熱量或蛋白質等營養素攝取量不足時，建議使用營養密度較高之食物或口服營養補充品，以獲取足夠的各種營養素。

- 增加陽光曝曬，以利維他命D的合成：維生素D的食物來源有限，因此鼓勵老年人應充足的曬太陽，使皮膚獲得較多維生素D營養。若無法接受日曬者，建議另外補充維生素D。
- 定期測量體重：定期測量體重是監測老年人營養狀態的重要指標。
- 熱量與蛋白質攝取：評估每日飲食攝取量，正常體重且輕度活動量的長者，每日所需熱量為每公斤體重30大卡。蛋白質的攝取量，則建議為每公斤體重1.0-1.2公克。

MNA-SF 8-11分，有營養不良風險

除參考「初評正常或複評MNA-SF 12-14分」⁸⁸之衛教重點與轉介建議外，其他建議如下：

1 衛教重點：⁸⁸

- 疾病史與用藥史：評估可能影響營養狀況的疾病史及用藥史，有問題時給予調整或轉介。
- 熱量與蛋白質攝取：如果體重過輕，每日所需熱量可增至每公斤體重x35大卡，若出現衰弱時，蛋白質攝取量需達每公斤體重1.2-1.5公克（嚴重腎衰竭患者除外）。腎功能嚴重不佳者，需監測腎功能。當腎功能不良的老年人出現營養不良的情形時，若其腎功能狀況穩定且沒有快速惡化的情況，應考慮到老年人的飲食偏好和生活品質，延後或避免對蛋白質的限制。在營養狀況良好的情況下，晚期慢性腎病階段則再優先考慮蛋白質限制。詳細可轉介專業人員諮詢。
- 體重：對於衰弱及多重共病長者的體重，建議維持在正常至微胖的狀態（BMI 24-27）；而對原本體重過重的長者，維持其常態、穩定的體重是適當的。
- 嗆咳：⁸⁹若有嗆咳現象，評估嗆咳原因，衛教吞嚥技巧（坐正/專心/小口/多次），必要時建議增稠劑使用。
- 社會支持與參與：鼓勵老年人與家人一同用餐或參與社交用餐。

② 轉介建議：

- 社區：社區營養推廣中心：社區營養師飲食指導及追蹤。
- 醫療：
 - I. 家醫科或內科：疾病評估與診療（如慢性疾病、癌症或感染等）。
 - II. 營養諮詢門診：進行完整營養評估、確認營養問題及原因，提供長者、家屬飲食衛教，對於有體重減輕情形之長者，除衛教如何選擇高營養密度的食物外，必要時指導口服營養補充品（Oral nutritional supplements, ONS）的使用，每天額外補充400大卡。
 - III. 牙科：評估口腔或牙齒健康狀況等可能影響咀嚼吞嚥的問題。
 - IV. 復健科：評估吞嚥、嗆咳問題，衛教吞嚥姿勢、進行吞嚥訓練。

MNA-SF 0-7分，營養不良

除參考「複評MNA-SF 8-11分」⁸⁹之衛教重點與轉介建議外，其他建議如下：

① 轉介建議：

- 長照：送餐服務。
- 社福：轉介社工師協助評估。



● 醫療院所：

1. 高齡（老年）醫學科：若出現二項以上的ICOPE問題時（視聽力障礙除外），評估可能影響營養狀況的疾病史及用藥史，血液檢查可提供個人化營養計畫的參考。

（三）衛教小幫手



3-1 長者健康整合式評估 (ICOPE) 【營養篇】

3-2 呷老蓋營養

3-3 牙口不好也能吃得好

3-4 跟著阿公阿嬤聽廣播~學我的餐盤六口訣

3-5 樂齡健康吃享受好食光

3-6 銀髮族的健康均衡飲食

3-7 牙口不好健康吃-營養師介紹軟質和剉碎飲食

3-8 一天3次、每次5分鐘！解決口水少、喉嚨乾、吞東西卡的難題！

3-9 3 招讓你吞嚥順暢不卡卡！
語言治療師 蘇心怡教你改善吞嚥弱化！

3-10 口腔清潔、進食照護與吞嚥運動

3-11 咀嚼吞嚥健口操

3-12 銀髮族飲食-三好一巧

3-13 食材聰明選吃出營養軟食力

資料來源

1. 衛生福利部國民健康署（2022）。「預防及延緩失能之長者功能評估知能提升試辦計畫」工作手冊（頁34-36）。
2. 衛生福利部國民健康署（2022）。以人為中心的初級照護之評估及路徑指引（頁71-77）。
3. 衛生福利部國民健康署（2020）。銀髮族飲食，三好一巧。
4. 新竹縣政府衛生局（2021）。食材聰明選，吃出營養軟食力。
5. 衛生福利部國民健康署（2023）。慎選吃得巧，活躍新生活，老年期營養資源手冊。
6. 衛生福利部國民健康署（2018）。平時多運動，能吃最幸福，老年期營養參考手冊。
7. 台灣咀嚼吞嚥障礙醫學學會（2019）。健康好食，有口皆碑，一起認識及預防咀嚼吞嚥障礙。
8. Piccoli, G. B., Cederholm, T., Avesani, C. M., Bakker, S. J. L., Bellizzi, V., Cuerda, C., Cupisti, A., Sabatino, A., Schneider, S., Torreggiani, M., Fouque, D., Carrero, J. J., & Barazzoni, R. (2023). Nutritional status and the risk of malnutrition in older adults with chronic kidney disease - implications for low protein intake and nutritional care: A critical review endorsed by ERN-ERA and ESPEN. *Clinical Nutrition*, 42 (4) , 443-457.



四 視力功能

（一）建議相關問題評估

- ① 評估是否有視力受損和眼部疾病的相關徵兆
 - 單眼或雙眼視力突然或迅速下降。
 - 長者眼睛出現發紅、異常分泌物、疤痕、持續疼痛、或畏光等變化。
 - 佩戴眼鏡後仍看不清楚。
- ② 評估是否有視力受損的相關疾病
 - 糖尿病：糖尿病患者每年應由眼科或新陳代謝科專家檢查是否有糖尿病視網膜病變。
 - 高血壓：高血壓是視網膜疾病和青光眼的重要危險因素。
 - 類固醇使用：有些長者長期使用類固醇治療可能會增加眼球壓力（眼壓）或導致白內障，導致視力下降進而損害視神經，若不治療會導致失明，建議定期進行眼睛檢查和眼壓測試。
- ③ 標準診斷檢查包括眼科專業人員使用裂隙燈詳細檢查眼睛，該儀器可用於檢測白內障並有助於決定是否需要手術，然而視網膜和視神經檢查需使用其他儀器，有時需要拍攝圖像以檢測早期變化，並引導治療方向以預防視力缺損，另外定期檢查視網膜對於糖尿病患者尤其重要。



(二) 衛教重點及轉介建議

視力評估結果正常

1 衛教重點：

● 日常視力保健：

- I. 適度休息：用眼 30 分鐘休息 10 分鐘、擁有充足的睡眠、增加戶外運動舒緩眼睛肌肉。
- II. 太陽眼鏡：陰天也會受到紫外線傷害，外出建議戴太陽眼鏡，或是選擇變色鏡片，可抵擋UVA和UVB，以減少眼睛受到的傷害。
- III. 手機與電腦使用：充足環境光線，拉遠使用距離，避免低頭看手機、使用合格眼鏡和螢幕保護貼過濾藍光和紫外線、螢幕亮度應調至可視最低或使用夜間模式、頭部姿勢以平視螢幕為宜，因頭部往下時，眼球往後膨出的力道最大，易造成眼軸拉長變形，所以避免低頭看書看手機，以維護眼睛健康。
- IV. 衛生：勤洗手、不揉眼睛、只用溫和的肥皂擦眼瞼和避免使用眼部化妝品。

● 戒菸：抽菸不僅容易罹患肺癌，還會破壞血管，因此有菸癮的人，會得到白內障的機會是一般人的兩倍，也會更容易有糖尿病視網膜病變。

● 營養：多吃綠色蔬菜、富含葉黃素的食物。

● 環境：促進視覺功能（如：照明、對比度、顏色的使用）或減少障礙物。

● 血糖控制：糖尿病患者血糖控制與衛教。



視力評估結果異常

除參考「視力評估結果正常」之衛教重點與轉介建議外，其他建議如下：

1 衛教重點：

- 使用視覺輔助工具：如放大鏡、老花眼鏡，並確認有配戴適當的眼鏡（更新度數或換新眼鏡）。
- 使用聽力輔助視覺工具：選擇具有語音功能的物品，如：手錶、血壓計、溫度計和體重計。行動電話和電腦程式也具有文字轉語音的功能，作為視覺障礙者的生活輔助工具。
- 調整環境：
 - I. 移除障礙物：將傢俱和其他堅硬類危險物品移出視力障礙者的日常路線，視需要盡量將物品固定在同一位置。
 - II. 改善照明並減少眩光：提供良好照明。光源最好來自人的側面，較不會產生陰影或刺激。避免強光，因強光或光線直射眼睛會造成干擾，使視覺產生模糊不適的症狀。
 - III. 提高對比色差、字體加大無襯線：物品內部和物品之間有良好對比度，將使它們更易於被看到。例如臺階邊緣的高對比標記，使用有色盤子使食物在對比中更為顯眼，使用黑筆書寫等。視力低下者，照顧者為家用和廚房工具的手柄上色，使其更清晰安全；「大型無襯線的字體」配合適當對比色的背景，較容易閱讀。
 - IV. 選擇體積大的物品：選擇具有較大文字或高對比色的產品或生活用品。

2 轉介建議：

- 醫療：轉介眼科以評估視力受損的相關疾病；轉介驗光所配戴適合的眼鏡。

(三) 衛教小幫手



4-1 長者健康整合式評估 (ICOPE) 【視力篇】

4-2 護眼你我，世界才美

4-3 【秒懂該眼科】白內障初期症狀 你注意哪些？

4-4 高齡友善的居家環境-顏色的使用

4-5 血糖太高很傷眼，保護眼睛這樣做！

資料來源

1. 衛生福利部國民健康署 (2022)。以人為中心的初級照護之評估及路徑指引 (頁84-94)。
2. 衛生福利部國民健康署 (2022)。「預防及延緩失能之長者功能評估知能提升試辦計畫」工作手冊 (頁42-43)。
3. 衛生福利部國民健康署 (2023)。<常見高齡者健康問題 (老年病症候群) 照護流程>。載於《醫院發展具延緩失能理念之長者友善服務模式實務操作手冊附錄冊》 (頁84-97)。
4. 照護線上 (2018)。血糖太高很傷眼，保護眼睛這樣做！ (懶人包)。照護線上。
5. 衛生福利部國民健康署健康九九+ (2020)。高齡友善的居家環境，顏色的使用。衛生福利部國民健康署。

五 聽力功能

（一）建議相關問題評估

- ① 評估可能有聽力受損的情況：若有下列耳（鼻喉）科疾病之情況，且三個月內未因此原因就診，如：耳熱腫、耳垢、耳悶、耳痛、耳朵流水流膿、慢性中耳炎、突發性或快速惡化之聽力損失、眩暈、足以困擾生活或睡眠之耳鳴症狀、或有傷害聽力的危險因子，例如長期暴露於大量噪音情境或使用到危害聽力的藥物，請轉介耳科。
- ② 評估是否有與聽力受損有關的認知、憂鬱等狀況。
- ③ 評估助聽設備的需求：
 - 對於中到重度聽力喪失的長者，評估個體的整體需求，向長者及家人說明聽力輔助設備器材（如助聽器）使用的好處與建議。
 - 對於嚴重聽力喪失的長者需要專門的聽力照護，建議與病人和家屬溝通後，進行耳科或聽力所轉介。
 - 如果已有助聽器但不常使用，鼓勵長者使用助聽器。



(二) 衛教重點及轉介建議

聽力評估結果正常

1 衛教重點：

- 耳朵照護的基本建議。
 - I. 遠離生活中的危險因子：導致聽力損失的原因除因年齡的退化外，遺傳、耳毒性藥物、噪音、抽菸、重口味飲食、作息不正常等，都會增加聽力損失的風險。
 - II. 控制慢性疾病的危險因子（血糖、血壓、血脂等）。
 - III. 定期做聽力檢查：建議每年做一次聽力檢查，確認聽力狀況。
- 社會環境支持：維持/增加社交互動鼓勵社會參與。

聽力評估結果異常，一般音量溝通有困難

除參考「聽力評估結果正常」之衛教重點與轉介建議外，其他建議如下：

1 衛教重點：

- 社會支持：透過助聽器輔助，以改善因聽力受損導致的認知及憂鬱症狀，鼓勵長者擴展社交層面，培養興趣嗜好，參加各種活動。
- 環境調整：例如調整門鈴和電話音量，並放在房屋內都能聽到的地方，或是將鈴聲轉變成閃光。
- 溝通技巧：
 - I. 說話時讓對方看到你的臉。
 - II. 確保臉部光線充足，有助於長者看到您說話時嘴唇的活動。
 - III. 在講話之前，先引起長者的注意。
 - IV. 儘量避免環境造成分心，特別是大聲的噪音和背景雜音。
 - V. 說話清晰且放慢速度，放大音量但降低音頻，切勿高音大聲喊叫。
 - VI. 不要放棄與長者說話這將使他們孤立，並可能導致憂鬱。

2 轉介建議：

- 醫療：耳（鼻喉）科醫師、聽力所：（氣導式）助聽器、人工電子耳、輔聽器、環境聆聽輔具（如：電話、電視、電鈴等環境聆聽設備）。

（三）衛教小幫手



資料來源

1. 衛生福利部國民健康署（2022）。「預防及延緩失能之長者功能評估知能提升試辦計畫」工作手冊（頁45-49）。
2. 衛生福利部國民健康署（2022）。以人為中心的初級照護之評估及路徑指引（頁98-107）。
3. 衛生福利部國民健康署（2023）。聽力評估異常之後續處理與建議。
4. 社團法人中華民國社區重聽福利協會（2018）。聽力保健衛教。
5. 衛生福利部國民健康署（2023）。常見高齡者健康問題（老年病症候群）照護流程。載於《醫院發展具延緩失能理念之長者友善服務模式實務操作手冊附錄冊》（頁84-97）。
6. PSA華科基金會（2023）。聽覺復能。

六 憂鬱情緒

（一）建議相關問題評估

① 評估憂鬱徵候的相關狀況

- 失眠、食慾不振或提及自殺意念（或活不下去）。
- 最近6個月有重大失落。
- 躁鬱症（雙向情緒障礙症，過去稱之為躁鬱症）病史。
- 認知減退：憂鬱和認知功能減退經常互有關聯，須同時評估與處置。
- 聽力喪失：聽力喪失通常導致心理困擾、低自尊和焦慮，進而減少社交活動、產生孤寂感和憂鬱。
- 視力受損和與老化有關的眼疾（例如老化黃斑病變、青光眼）：經常造成不快樂、孤寂感或無助感。
- 衰弱或失能。
- 營養不良、飲食量下降。
- 評估甲狀腺機能低下症：是長者尤其女性的常見疾病，症狀不具特異性且因人而異，但可能包含憂鬱徵候，甲狀腺機能低下症應由醫師進行評估和處置。
- 疼痛評估：有慢性疼痛的長者更常出現憂鬱徵候，因此評估和處置疼痛相當重要。
- 貧血：由於鐵質、葉酸、維生素B6和維生素B12等維生素的缺乏，貧血可能導致憂鬱徵候，而憂鬱症狀，像是食慾不振和對日常生活活動（如購物和烹飪）缺乏興趣，會降低長者營養品質和質量，又導致貧血和營養不良，為了處置憂鬱症狀，貧血和改善營養狀況相當重要。

② 檢視多重用藥導致的風險

- 某些用藥可能會導致憂鬱症狀，而憂鬱症狀可能更進一步惡化多重用藥的風險。因此改善多重用藥以打破此惡性循環，進而改善憂鬱症狀是很重要的作法。

- 多重用藥的情形會增加潛在不適當用藥（potentially inappropriate medication, PIM）的機會，例如作用於中樞神經系統的藥物、具有精神性質（psychotropic）的藥物，例如抗組胺藥（antihistamines）和抗精神症狀藥（antipsychotics）、肌肉鬆弛藥（muscle relaxants）和其他具有抗膽鹼能性質（anticholinergic）的非精神藥物，也可能與惡化認知症狀或憂鬱症狀有關。
- 去除不必要的、無效果的藥物以及重複作用的藥物，可減少多重用藥。必要時，可向醫師或藥師進行諮詢。



（二）衛教重點及轉介建議

憂鬱GDS-15 0-6分，結果正常

1 衛教重點：

- 生活作息安排，促進規律運動，鼓勵長者獨立進行日常活動。
- 預防慢性病或確保早發現早控制。
- 鼓勵正向思考。
- 鼓勵參與社會活動以維持社會關係。

憂鬱GDS-15 7-10分，結果異常

除參考「GDS-15 總分 0-6分」⁸⁹之衛教重點與轉介建議外，其他建議如下：

1 衛教重點：

- 提供社會支持與社會關懷：衛教家庭成員和照護者鼓勵和支持有憂鬱症狀的老年人進行更多的身體活動和參與社會活動。
- 鼓勵長者參加具有激勵效果的活動（例如獲得獎勵），以減輕憂鬱症狀，是具有實證基礎的方法。
- 可考慮採用解決問題的方法，與處於「憂鬱狀態」或處於某種程度的社交功能受損（在沒有憂鬱症診斷的情況下）的長者，一起找出可能導致憂鬱症狀的關鍵問題，共同討論將問題分解為可處理的特定任務，並針對特定問題制定解決問題的策略。
- 正念練習：衛教專注於當下發生的事情，而不沉浸於可能引起情緒低落的過去、未來、願望、責任或遺憾的事情；正念練習有很多種形式，其中廣泛使用的方法是安靜地坐著或躺著，將注意力集中在呼吸上，對有些人來說正念運動，例如瑜珈或散步也有幫助。

2 轉介建議：

- 社區：社區心理衛生中心、長照 C 據點、安心專線（1925）、原住民族文化健康站、社區照顧關懷據點、樂齡學習中心。



憂鬱GDS-15 11分以上，結果異常

除參考「GDS-15 總分 7-10分」⁸⁹之衛教重點與轉介建議外，其他建議如下：

1 轉介建議：

- 醫療：身心科、家醫科、老年醫學科或原看診醫師：評估睡眠及憂鬱，必要時給予藥物或心理治療。
- 社福：必要時轉介社工師，提供社會支持系統。
- 長照管理中心：提供照護支持系統。

(三) 衛教小幫手**資料來源**

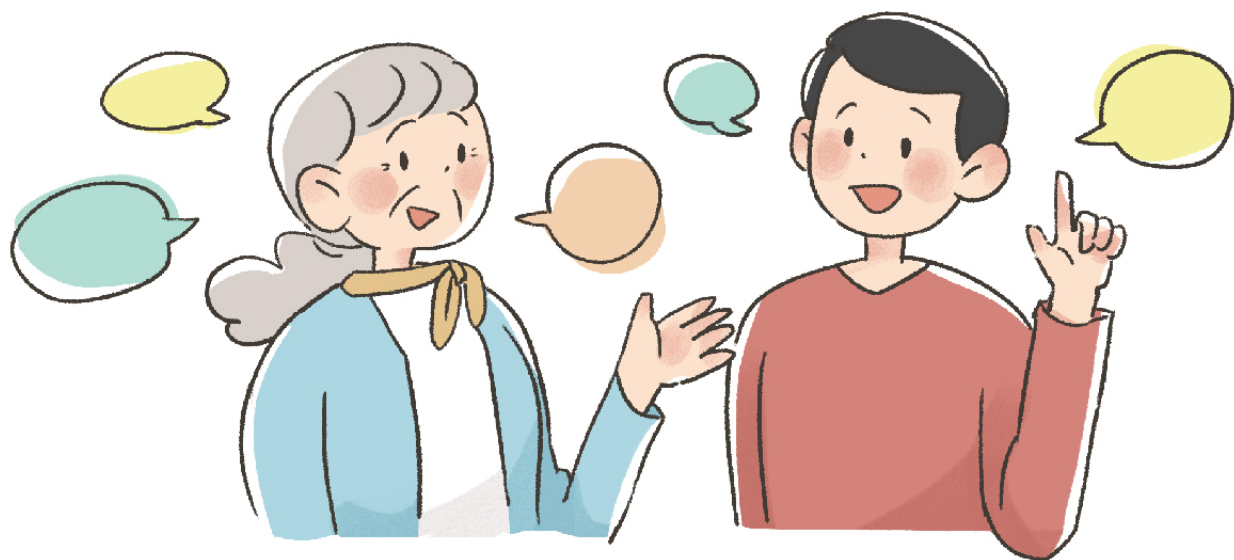
1. 衛生福利部國民健康署（2022）。以人為中心的初級照護之評估及路徑指引（頁112-120）。
2. 衛生福利部國民健康署（2022）。「預防及延緩失能之長者功能評估知能提升試辦計畫」工作手冊（頁52-57）。
3. 衛生福利部國民健康署（2020）。老年憂鬱症，衛教三摺頁。
4. 衛生福利部國民健康署（2023）。載於《醫院發展具延緩失能理念之長者友善服務模式實務操作手冊附錄冊》（頁84-97）。

附錄

長者功能評估Q&A

(一) 認知功能

Q.	A.
1. AD8的評估經常有偽陽性的問題，要如何判斷？	AD8是評估能力狀態是否變差，評估詢問的對象為熟悉長者的照顧者或家屬。如果是平時並不需要執行該事項，則不計分。此外，評估目的在於儘可能發現潛在需要協助的長者，因此也提供了一個可以衛教長者的機會。
2. 請問訊息登錄的五個字詞順序可以改變嗎？	可以。
3. BHT思考流暢部分，請說出四隻腳的動物，如長者說大象、小象，是否算為二種動物？	思考流暢部分要說不同品種的動物，例如：非洲象、猛獁象、錫蘭象等，形容詞不算，例如：大象、中象、小象、花象等。



(二) 行動能力

Q.	A.
1. 若個案坐輪椅進到醫療院所，還需要做椅子起身測試嗎？還有這樣需做複評嗎？	因為有些坐輪椅的長者可能只是因為走得速度慢而未必是無法行走，因此仍可以詢問長者是否能夠進行測試，但不勉強長輩施測。若長者表示無法配合，則免做測試，並在評估結果紀錄「無法完成」。
2. 椅子起身測試可以拿助行器嗎？	不行，須請長者雙手抱胸進行測試。若無法做到，則不勉強長輩施測，並在評估結果紀錄「否」或「無法完成」。
3. SPPB中的平衡測試可否拿助行器？	平衡測試不能拿助行器或拐杖，如果長者無法完成，則勾選對應的答案。
4. SPPB中的走路速度測試可否拿助行器？	走路速度測試則可以使用助行器或拐杖。測試過程仍須注意長者安全，勿勉強測試。
5. SPPB中步行速度測試建議長者以「一般行走速度」行走，但長輩為求表現，仍會稍微快速行走，要如何處理？	可以適當的提醒長輩不須快走，強調平常的步行速度即可，不要小跑步。如果長輩可以以稍快的速度行走，這也顯示出長輩的行動能力應無大問題，可以接受。
6. 起坐應如何才算1次？	由坐著站起，膝蓋要伸直才能算1次，做到第五次後的站直即停止計時。

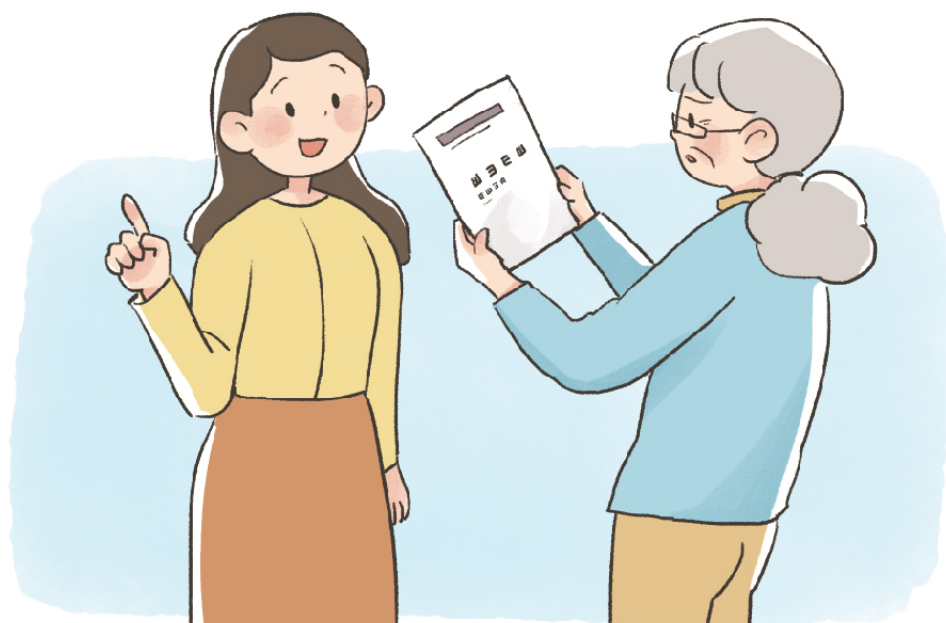


(三) 營養狀況

Q.	A.
1. 請問MNA-SF量表中，如何判斷長者的食量為「嚴重減少」和「中度減少」？	大約減少1/3為中度減少，減少一半以上為嚴重減少。如果仍不確定，為了以盡量能提供長者衛教或介入協助的原則，可以朝向較嚴重的分數來計算。
2. 請問有嚴重慢性腎臟病且有肌少症長者，應該如何建議蛋白質量？	需先釐清此長者的整體熱量與蛋白質的攝取量，若熱量攝取不足（<30kcal/kg/天）和蛋白質基本攝取量不足（0.8g/kg/天）時，仍需優先建立起攝取足夠的營養素。若要提高嚴重慢性腎臟病（第四期以上）的衰弱長輩的蛋白質攝取量時，最好要同時監測腎臟功能。對於這些較複雜或多重疾病的長輩的營養建議，建議轉介至老年醫學醫師或營養師做深入評估與建議。
3. 請問MNA-SF量表中，精神心理問題，失智及憂鬱是不是需要確立診斷？在確認有無憂鬱及失智問題，直接詢問長者有無失智症及憂鬱症可能會讓長者覺得感受不佳，該如何做詢問比較適當？	失智症及憂鬱症都需要醫師確立診斷。在確認有無憂鬱及失智問題，可以換其他方式做詢問，例如：可接續上一題過去三個月患上急性疾病詢問長者是否有規律在醫院就醫？看那些科別？服用哪些藥物？有時長者不一定記得他看什麼科或是講醫師的名字是我們不熟悉的，但長者通常會記得自己服用哪些藥物，可評估是否有失智或是憂鬱相關藥物，來了解此問題。
4. 請問MNA-SF量表中，「過去三個月有沒有受到心理創傷或患急性疾病」，是指住院還是非住院也是？	心理創傷或患急性疾病並非只有住院，若最近有傷心或難過的事，身體不適、跌倒、急性腸胃炎、肺炎、感染至急診求診或因此持續數天食量與活動降低皆屬之。

(四) 視力

Q.	A.
1. 有需要分左右眼測量嗎？	不用分左右眼，直接整體評估。
2. 近距離視力測試卡是長者拿還是由評估人員協助拿？	近距離視力測試卡是讓長者自己拿，以平常看書或報紙的距離進行測試，非評估者幫忙拿。

(五) 聽力

Q.	A.
1. 聽力檢測只能用氣音「耳語」方式，不能使用音叉測量嗎？	ICOPE聽力測試主要是評估長者日常生活交談與溝通是否有困難，而音叉測試主要在於鑑別耳聾性質，未必符合日常交談所需之音頻，故不建議。
2. 氣音(耳語)測試經常無法正確測出結果。	氣音測試是一不需使用特別儀器之簡易實用且具有實證的測試方法。施測者以呼氣後的餘氣發出的音量進行測試。施測的環境需安排安靜的場地以利進行氣音(耳語)測試。

Q.	A.
3. 如果在評估過程中可以溝通是否就可以代表聽力無障礙？	一般的溝通未必能反映長者的聽力情形，建議仍需進行氣音（耳語）測試。
4. 長輩不喜歡佩戴助聽器，或已經配戴了但不喜歡戴，要如何處理？	了解長輩不喜歡的原因，並進行溝通，若已出現社交孤立、社交障礙或憂鬱情緒的長輩，需特別強調聽力障礙對當前狀況的影響及改善聽覺溝通的重要性。 若已配戴但不合適，可說明助聽器需要適應，或請助聽器廠商協助調整。 若長輩仍不接受配戴，則尊重長輩意見，可衛教家屬或照顧者關於與聽障者溝通的技巧。



(六) 憂鬱

Q.	A.
1. GDS-15經常要花比較多的時間詢問，有時更會誘發長者抒發心情，要如何處理？	如果長者藉此抒發心情，也代表長者正有心理方面的困擾，需要特別關懷、協助及心理支持，這也是一個與長者建立信任關係的機會。
2. 如果評估到異常，一定需要轉介給身心科或精神科嗎？	不一定。如醫療人員能花些時間深入了解長者的心理困擾並予以同理，就能提供長者心理上的支持和情緒抒發的管道。 如長者抗拒身心科或精神科就醫時，可考慮轉介至老年醫學科或家庭醫學科，這些專科也具有處置憂鬱問題和給予藥物治療的功能。因此，例如長者有自己熟悉的看診醫師的話，也可以鼓勵長者將評估的結果帶給自己的看診醫師參考，以進行後續的處置。 如果評估過程長者提到「自殺」相關的字眼，則需要特別關注，最好進行轉介。
3. GDS-15正向題問完，是否還要再問負向題？	先問正向題，有助於詢問順暢，但如略過負向題，則無法得知其回答，因此所有問題皆需完成。
4. 請問評估結果總分為6分，該怎麼向長者建議？	雖為正常範圍，但仍請回家再多留意負面情緒是否有逐日增加的情形，並提供社區或其他轉介資源參考，以及早介入。
5. 若長者回答模擬兩可時，該如何評分？	依長者回答的內容判斷比較偏是或否，舉例「覺得空虛」，回答「還好」時，可以再深入問最近兩個禮拜內，有無出現空虛的想法？每天？有時？沒有？以提供更多資訊來幫助評分。

二 「國健署長者量六力」Line@介紹

(一) 加入長者量六力

國民健康署依據世界衛生組織(WHO)提出延緩失能的關鍵，需要管理六大面向的內在能力：「認知、行動、營養、視力、聽力及憂鬱」，故發展本量表，透過簡單的測驗，可以了解自我功能的狀況，及早介入處理，進而延緩失能。

65歲以上長輩或長輩家屬（原住民提早至55歲），可利用長者功能自評量表，隨時評估以掌握長輩的身心狀況。

長者量六力LINE@操作影片



長者量六力



@hpaicope



特色：

- 1 一機可註冊5位長者。
- 2 長輩圖直接一鍵轉傳分享。
- 3 推播與互動：六力測驗、食譜、集點闖關、健康報報等六力相關資源。
- 4 衛教宣導：自評結果會跳出線上課程，幫助評估異常的長者學習六力相關知識。

三 各面向素材「認知-行動-營養-視力-聽力-憂鬱」

面向	編號	名稱	類型	來源	QRcode
認知	1-1	長者健康整合式評估 (ICOPE)【認知功能篇】	影片	健康九九	
認知	1-2	失智症預防篇	影片	健康九九	
認知	1-3	失智並不可怕， 可怕的是您不知道	影片	健康九九	
認知	1-4	失智安全居家環境 宣導影片	影片	健康九九	
認知	1-5	預防及延緩失智， 從這做起！	影片	健康九九	
認知	1-6	失智友善的一天	影片	健康九九	
認知	1-7	害怕失智找上門！ 腦力遊戲大解密	影片	健康九九	
認知	1-8	預防失智的好食物	影片	健康九九	
認知	1-9	推動失智友善服務流程	手冊	健康九九	

面向	編號	名稱	類型	來源	QRcode
認知	1-10	推動失智友善社區工作手冊	手冊	國民健康署 網站	
認知	1-11	友善社區在厝邊， 守護失智一起來	網站	健康九九	
認知	1-12	認識失智症	衛教 單張	健康九九	
認知	1-13	失智症預防	衛教 單張	健康九九	
認知	1-14	失智長者-日常照顧的撇步	衛教 單張	臺中榮民 總醫院-護理部	
行動	2-1	長者健康整合式評估 （ICOPE）【行動能力篇】	影片	健康九九	
行動	2-2	減緩衰弱居家333運動影片	影片	健康九九	
行動	2-3	長者活力體能訓練	影片	健康九九	
行動	2-4	長者規律運動， 身體健康要顧！	影片	健康九九	

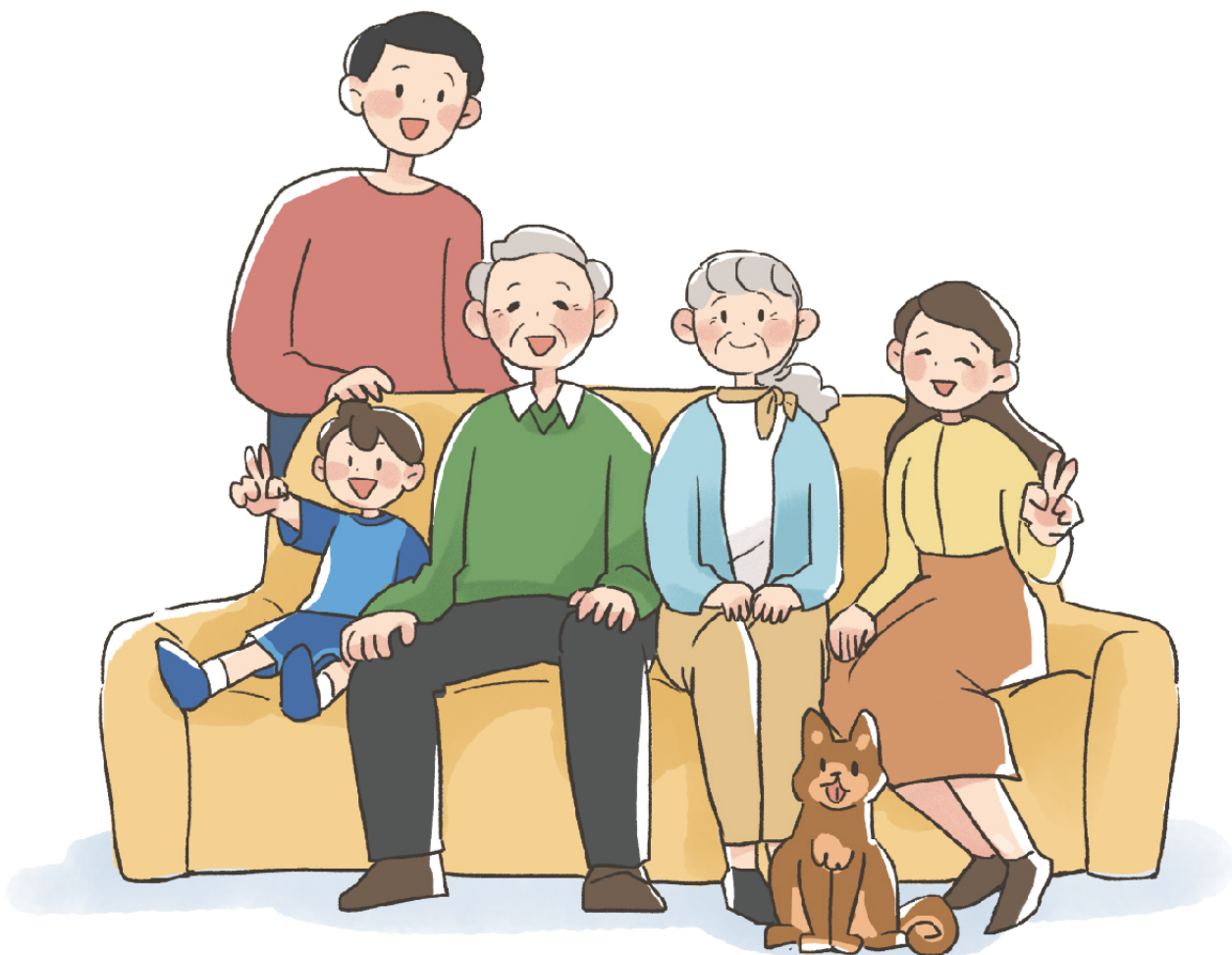
面向	編號	名稱	類型	來源	QRcode
行動	2-5	銀髮健身GO 樂活動起來	影片	健康九九	
行動	2-6	高齡者健康操	影片	健康九九	
行動	2-7	高齡長者居家運動衛教影片	影片	臺北榮民 總醫院- 高齡醫學中心	
行動	2-8	長者坐著動，也能動得好！	網站	健康九九	
行動	2-9	PAR-Q (身體活動簡易自我評量表)	問卷	國民健康署 網站	
行動	2-10	居家防跌注意事項	衛教 單張	高雄醫學大學 附設中和 紀念醫院- 高齡友善專區	
行動	2-11	長者防跌海報	衛教 單張	健康九九	
行動	2-12	長者防跌妙招手冊	手冊	健康九九	
行動	2-13	【國語版】長者活力 體能訓練 A級（失能者）	影片	健康九九	

面向	編號	名稱	類型	來源	QRcode
行動	2-14	【國語版】長者活力體能訓練 B級（衰弱者）	影片	健康九九	
行動	2-15	【國語版】長者活力體能訓練 C級（衰弱前期者）	影片	健康九九	
行動	2-16	【國語版】長者活力體能訓練 D級（健康者）	影片	健康九九	
營養	3-1	長者健康整合式評估（ICOPE）【營養篇】	影片	健康九九	
營養	3-2	呷老蓋營養	影片	健康九九	
營養	3-3	牙口不好也能吃得好	影片	健康九九	
營養	3-4	跟著阿公阿嬤聽廣播～學我的餐盤六口訣	影片	健康九九	
營養	3-5	樂齡健康吃享受好食光	影片	健康九九	
營養	3-6	銀髮族的健康均衡飲食	影片	健康九九	

面向	編號	名稱	類型	來源	QRcode
營養	3-7	牙口不好健康吃-營養師介紹軟質和剉碎飲食	影片	高雄醫學大學附設中和紀念醫院-高齡友善專區	
營養	3-8	一天3次、每次5分鐘！解決口水少、喉嚨乾、吞東西卡的難題！	影片	揚生慈善基金會	
營養	3-9	3招讓你吞嚥順暢不卡卡！語言治療師 蘇心怡教你改善吞嚥弱化！	影片	揚生慈善基金會	
營養	3-10	口腔清潔、進食照護與吞嚥運動	影片	高雄榮民總醫院-高齡醫學中心	
營養	3-11	咀嚼吞嚥 健口操	影片	高雄市立小港醫院	
營養	3-12	銀髮族飲食-三好一巧	衛教單張	健康九九	
營養	3-13	食材聰明選 吃出營養軟食力	衛教單張	健康九九	
視力	4-1	長者健康整合式評估 (ICOPE) 【視力篇】	影片	健康九九	
視力	4-2	護眼你我，世界才美	影片	健康九九	

面向	編號	名稱	類型	來源	QRcode
視力	4-3	【秒懂該眼科】白內障初期症狀你注意哪些？	影片	健康九九	
視力	4-4	高齡友善的居家環境-顏色的使用	網站	健康九九	
視力	4-5	血糖太高很傷眼，保護眼睛這樣做！	網站	Care照護線上	
聽力	5-1	長者健康整合式評估 (ICOPE) 【聽力篇】	影片	健康九九	
聽力	5-2	老年聽力退化，耐心對待助溝通	影片	雅文兒童聽語文教基金會	
憂鬱	6-1	長者健康整合式評估 (ICOPE) 【憂鬱篇】	影片	健康九九	
憂鬱	6-2	認識老年憂鬱症	影片	健康九九	
憂鬱	6-3	陽光下的憂鬱老小孩	影片	健康九九	
憂鬱	6-4	老年憂鬱症	衛教單張	健康九九	

面向	編號	名稱	類型	來源	QRcode
藥物	7	長者健康整合式評估 (ICOPE) 【用藥篇】	影片	健康九九	
社會支持	8	長者健康整合式評估 (ICOPE) 【生活目標篇】	影片	健康九九	



整合性

長者功能評估服務

著(編、譯)者

衛生福利部國民健康署

出版機關 衛生福利部國民健康署

地址 台北市大同區塔城街36號

網址 <http://www.hpa.gov.tw>

電話 (02)2522-0888

發行人 吳昭軍

編輯小組 李純瑩、張家銘、吳肖琪、林岱嬋、方麗蘭、楊玖潤、莊昀璇、柳建宏、陳珮綾

編審 吳昭軍、魏璽倫、吳建遠、周燕玉、胡怡君、張雅婷、廖晨如、林苑伶

諮詢顧問 王培寧、許慧雅、黃群宸、黃詠耀、楊雅如、蔡佳芬、劉建良、張惠萍

美術編輯 上校文化印刷有限公司

出版年月 2025年5月

版(刷)次 第1版

展售處 本手冊以電子書形式提供，登載於衛生福利部國民健康署及健康九九網站

定價 75元

GPN : 4711400028

ISBN : 978-626-7667-25-5 (PDF)



本手冊由衛生福利部國民健康署委託高雄醫學大學附設中和紀念醫院團隊製作
經費由衛生福利部長照基金獎助及國民健康署運用菸品健康福利捐支應 **廣告**

著作財產權人：衛生福利部國民健康署

本書保留所有權利。欲利用本書全部或部分内容者，需徵求著作財產權人國民健康署同意或書面授權。請洽衛生福利部國民健康署(電話:02-25220888)

© all right reserved. Any forms of using or quotation, part or all should be authorized by copyright holder Health Promotion Administration, Ministry of Health and Welfare, Taiwan, R.O.C.

(TEL:886-2-25220888)

經費由衛生福利部長照基金獎助及國民健康署運用菸品健康福利捐支應。

This publication is funded by the Tobacco Hazards Prevention and LongTerm Care Service Development Fund of Health Promotion Administration.



守護健康

Promoting Your Health

衛生福利部 國民健康署

Health Promotion Administration,
Ministry of Health and Welfare

