



## 居家援助服務 ( IHSS ) 計畫照護補貼資格標準

### IHSS 服務預算刪減 20%

2011-2012 年度期間，加州須刪減 IHSS 預算 20%，自 2012 年 1 月 1 日起生效，詳細資訊請參閱加州殘障權利署出版刊物：《居家援助服務—刪減 20%》。

下文說明 IHSS 照護補貼之資格標準，符合 IHSS 照護補貼資格者，可回復 IHSS 刪減之部分或全部服務。

### IHSS 照護補貼資格標準

時數縮減 20% 的客戶，可申請 IHSS 照護補貼。根據加州法律，對於「家庭外安置」(out-off-home placement) 照護方式，有著較高風險的 IHSS 客戶，可申請 IHSS 照護補貼。「家庭外安置」係指必須離開家，入住其他照護機構或護理之家。若您申請 IHSS 照護補貼並經核准，則經刪減 20% 的 IHSS 時數，將全數或部分補回。

符合 IHSS 照護補貼資格的客戶包括：

- 等待接受護理機構服務的候補者。
- 未接受保護性監護 (protective supervision) 之精神障礙者。
- 未接受保護性監護之認知障礙者。

本縣計畫採用更具限制性的標準，據以判定 IHSS 照護補貼之資格，本機構並不認同其作法，但您仍應瞭解相關處理流程。若您符合相關資格，並不需要就相關裁決提出異議；若不符合相關規定，相信您仍符合上述條件，也就是說，若您屬於家庭外安置之高風險族群，且尚未補回刪減的 20% IHSS 時數之部分或全數時數，您可申請 IHSS 照護補貼。

本縣會採取兩個步驟，確認 IHSS 照護補貼之資格：

**步驟一** – 縣方先行審查下列項目：

A) 您必須符合下列任三項以上條件：

- 授權輔助醫療服務，監控醫療狀況及 / 或施打注射。
- 「室內移動」功能指數為 4 或 5。
- 「沐浴與盥洗整理」功能指數為 4 或 5。
- 「穿衣」功能指數為 4 或 5。
- 「大便、小便及月經護理」功能指數為 3、4 或 5，或授權實施導尿管或結腸造口護理之輔助醫療服務。
- 「移位」功能指數為 4 或 5，或授權進行褥瘡護理之輔助醫療服務。
- 「進食」功能指數為 3、4 或 5。
- 「呼吸」功能指數為 5。

或

B) 「記憶」、「定向感」和「判斷力」功能指數，總和達 7 以上。

功能指數的意思，請參閱最後一頁。您可透過授權代表或自行向您的 IHSS 社工人員，索取 SOC 293 表（電腦列印表格），瞭解您的功能指數；您有權取得相關資訊，您可

向 IHSS 社工說明，必須透過這些資料，得知是否會受服務預算刪減的影響，若 IHSS 照護補貼之申請遭拒，亦可據以提出異議。

**步驟二** – 縣方必須判定時數刪減後，若您需接受家庭外安置，是否會為您帶來嚴重風險。也就是說，即使您符合本節第一部分的條件，縣方仍可能判定您不符合 IHSS 照護補貼資格。一旦縣方認定，刪減全數或部分的服務時數後，您接受的家庭外安置，並不至於造成高度風險，便會拒絕您的申請。縣方用以判定 IHSS 照護補貼資格的評估表，列於本刊物附件 H。

縣方會進行以下措施：

- 協助您調整授權時數的利用方式，以儘可能減少風險，也就是協助您按優先順序運用時數，能完成最重要的事務。
- 安排您接受替代資源的服務，例如當地教堂或食物銀行(food bank)。請注意：替代資源必須書面同意免費提供服務。
- 補回部分時數，儘可能減少嚴重風險；或
- 補回全數時數，儘可能減少嚴重風險。

您必須說明，為了避免家庭外安置帶來的高度風險，所需要回復的全數或部分之授權 IHSS 時數；填寫 IHSS 照護補貼申請表時，也應詳細說明，為何調整時數使用狀況，並不足以改善風險。例如：

- 若未獲得居家服務，可能會使家中害蟲滋生；或
- 若未安排就醫的接駁服務，可能導致病情惡化；或
- 需要餵食，若無協助，客戶將無法自行進食；或

- 客戶堆積物品、環境雜亂，必須擁有完整的 IHSS 服務時數，才可免於遭驅逐；或
- 原照護者不再提供服務，且客戶找不到替代人選。

客戶可自醫師處，取得 IHSS 時數刪減後會導致的功能限制，以及家庭外安置方式會帶來的嚴重風險等資訊，並利用附錄表格加以記錄。表格預留醫師欄位，可說明為何客戶需要所有授權 IHSS 時數，以避免家庭外安置可能帶來的嚴重風險。

**請注意：刪減 20%時數後，為妥善滿足實際需求，您有權決定重新分配 IHSS 任務或安排優先次序，別人無權擅自決定您該如何調整運用縮減後的 IHSS 時數。**

## 上訴權利

申請 IHSS 照護補貼遭否決的客戶，有權要求召開聽證會。若您於時數刪減實際生效前，請求召開聽證會，請務必要求請領「暫時補助金(aid paid pending)」，便可於公平聽證會期間，持續原有的服務。

此外，若客戶情況有所改變，必須調整時數，或家庭外安置出現嚴重風險，客戶有權隨時要求重新評估、或申請 IHSS 照護補貼。要求重新評估 IHSS 照護時數時，請清楚說明變化情況。若重新評估申請、或 IHSS 照護補貼遭否決，或要對行動通知之內容提出異議，客戶亦可要求召開聽證會。

## 功能指數說明

**第一級：獨立活動 (Independent)：**無須他人協助，便可行使日常功能；客戶行使功能時雖可能有困難，但可（或無須）藉助裝置或行動輔具完成，因而無實際安全風險。功能指數屬第一級的客戶，無法接受相關服務之授權。

**第二級：** 可行使日常功能，但需要口頭協助，如提醒、指導或鼓勵。

**第三級：** 可行使日常功能，但需要他人給予部分協助，包括但不限於服務提供者的直接肢體協助。

**第四級：** 必須由他人充分給予協助，才能行使日常功能。

**第五級：** 無論有無他人協助，皆無法行使日常功能者。

## 日常功能限制調查：醫師篇

您的病患目前是居家支援性服務 ( IHSS ) 的受助者。 IHSS 計畫乃針對無法自理特定功能 ( 例如日常活動 ) 的人，提供居家支援服務，讓他們能安全無虞地繼續在家生活。

2012 年 1 月 1 日起，凡不屬於家庭外安置的高度風險者，IHSS 時數將刪減 20%，若您的患者符合接受 IHSS 照護補貼的資格，則可回復部分或全數時數。 縣方將採納患者的功能指數等級，作為判定 IHSS 照護補貼資格的部份評估標準。 功能等級即功能限制之評估工具。

以下問卷可協助提供縣方，病患身體功能限制的最新資訊。

## 請完整填寫本問卷

患者姓名：

出生年月日：

診斷：

病情預測：

最近一次看診日期：

### 說明

請依據患者的功能狀態與所需協助，於每項「日常生活功能 ( ADL )」，勾選適當選項。請於每節最後、或另附紙張，說明患者若未獲得適當協助，可能造成的後果。

#### ( 下床活動 ) 室內活動：MPP § 30-757.14(K)

室內行走或移動、改變位置，移動到不同房間；患者絆倒或跌倒，能夠適當作出反應；能跨過或避開寵物或障礙，包括不平坦的地面；上下樓梯（若住所室內有樓梯）；到達目的地後，可自行進出或到室外活動，無須求助移位服務。

- 獨立活動：儘管可能有些困難或不適，但行使這些功能不須要肢體協助，不會有安全風險。
- 能夠獨立行動，僅需要提醒或鼓勵。例如：需要提醒鎖住支架、輪椅解鎖，或使用手杖或助行器。
- 特定的移動需要他人的肢體協助，例如：在急彎的轉角處推一下輪椅、通過樓梯，或者一些地面上移動。
- 大部分時間需要他人協助。若未獲協助，會有危險。
- 行動方面完全依賴他人。必須要他人背、抬和推動等協助，才能移動到輪椅和推床。

請簡短說明患者的身體功能，怎樣限制其行動，以及未獲協助的可能後果：

---

---

---

**沐浴、口腔衛生和盥洗 / 日常床上擦浴：**

**MPP §§ 30-757.14 (D) & 30-757.14 (E)**

---

沐浴是指使用浴盆、淋浴或拭浴，包括以水盆、水龍頭、進出浴盆，在頭部與身體部位，塗抹肥皂、沖洗和擦乾；盥洗包括梳理頭髮、洗頭、口腔清潔、刮鬍子和剪指甲（除非醫療上禁止腳指甲護理，因而需視為輔助醫療服務）。注意：能否自行進出浴室，應作為室內移動能力的評估。

- 
- 獨立活動：無須他人協助即可沐浴和盥洗。
  - 在他人指示或不時監督下，能夠自行沐浴和盥洗。可能需要提醒個人衛生。
  - 大致能夠自行沐浴和盥洗，但部分需要他人協助，例如進出淋浴間或浴盆、洗頭髮，或者可以自己擦洗，但需由他人幫忙沖水、遞肥皂或毛巾等。
  - 沐浴和盥洗方面大多需要直接協助。若讓病患自己來會有危險。
  - 沐浴和盥洗完全依賴他人。

---

請簡短說明患者的身體功能，怎樣限制其沐浴、口腔衛生和盥洗能力，以及未獲協助的可能後果：

---

---

---

---

---

---

**穿衣：MPP § 30-757.14 (F)**

---

穿上和脫下，以及繫緊和解開衣服和內衣、特殊裝置，例如背部或腿部的支架、胸衣、彈性長襪 / 衣服、義肢或固定夾板。

- 
- 獨立活動：能夠自行穿戴、繫緊和移除所有的衣物與裝置，無須協助。能適當著裝，保持健康和安全。
  - 能夠自行穿戴衣物，但選擇衣物需要提醒或提示。
  - 若無他人協助，不能自行完整地穿戴衣物，例如處理鞋帶、鈕扣、拉鏈、褲襠或支架等。
  - 無法自行穿戴大多數衣物。若無協助，將無法適當穿戴。
-

---

完全無法自行穿戴衣物。完全需要他人代勞。

---

請簡短說明患者的身體功能，如何限制其著裝能力，以及未獲協助的可能後果：

---

---

---

---

**大便、小便和月經護理：MPP §§ 30-757.14(A) & 30-757.14(J)**

---

協助受助者進出廁所、上下馬桶（便器）、清理便器、穿脫衣服、如廁後擦拭和清潔身體，是否需協助使用和清空便盆、人工造口和（或）導尿管、使用尿布和拋棄式隔離墊。月經護理，限於衛生棉的使用與清潔。（注意：導尿管插入、人工造口沖洗和排便療法，應作為輔助醫療服務評估。\*能否自行進出浴室，應作為室內移動能力的評估）

---

獨立活動：能夠處理大便、小便和月經護理，無須他人的協助。

---

僅需要提醒或提示。

---

部份行為需要最小限度的協助，但是服務提供者不須隨時在場。

---

沒有協助將不能自行完成大多數動作。

---

所有的處理，都需要肢體協助。

---

請簡短說明患者的身體功能，如何限制其大便、小便和月經護理的能力，以及未獲協助的可能後果：

---

---

---

---

**移位：MPP § 30-757.14(H)**

---

移動坐或躺的位置，例如：從床上、輪椅或沙發位置，站起來及 / 或改變姿勢，以防止皮膚損傷。（注意：若已有褥瘡，則褥瘡護理應作為輔助醫療服務評估。）

---

獨立活動：無須他人協助即可安全地移位。

---

能夠移位，但需要鼓勵或提示。

---

需要他人一些協助，例如開始時需要推一把或協助調整姿勢或位置。

---

若無肢體協助，無法完成大多數移位。無人協助會有危險。

---

---

所有的移位需完全由他人代勞。要讓人抬起、或以器械移位。

請簡短說明您患者的身體功能，如何限制其移位能力，以及未獲協助的可能後果：

---

---

---

---

### 進食：MPP § 30-757.14(c)

觸及、拿起、抓住容器和杯子；從容器中取食，將食物、容器、杯子送到嘴邊、咀嚼、吞咽食物和液體，或可處理盤中食物；餐後視需要清潔臉和雙手。

獨立活動：能夠自行進食。

能夠自己進食，但需要口頭協助，例如提醒或鼓勵進食。

進食時需要協助，例如使用輔具、拿取飲料、或將更多食物推送到可觸及的範圍等，但不需要他人隨時在場。

能夠自己進食部份食物，但無法手持杯、盤等容器，需要他人隨時在場。

無法自己進食，並且完全需要他人協助。

導管進食。導管進食的所有層面，應作為輔助性醫療服務評估。<sup>\*</sup>

請簡短說明患者的身體功能，如何限制其自行進食能力，以及未獲協助的可能後果：

---

---

---

---

### 呼吸：MPP § 30-757.14(b)

呼吸限於非醫療服務，例如協助自我管理氧氣、清潔氧氣設備與 IPPB 機器。

不使用呼吸器或其他氧氣設備，或者能獨立使用和清潔。

需要他人協助自我管理和（或）清潔。

需要輔助醫療服務，例如抽吸。<sup>\*</sup>

請簡短說明患者的身體功能，如何限制其呼吸能力，以及未獲協助的可能後果：

---

---

---

---

## 心智功能評估

---

請勾選適當的方框

( 每項心智功能侷限，不得複選 )

**記憶：**由遠而近的回憶學到的行為與資訊。

- 
- 沒有問題：記憶清晰；能提供醫療史的準確相關資訊；對話時能適當地談論之前說過的話；能良好地回憶往事。
- 
- 中度或者間歇性喪失記憶：有部份記憶受損的症狀，但並未達到危險的程度；偶爾需要提醒才能行使日常活動、或回憶往事。
- 
- 嚴重記憶缺陷：受助者忘記開始或結束關乎健康和 ( 或 ) 安全的重要日常生活活動。談話時，不能保持思考的連貫性。
- 

請簡短說明患者的記憶功能限制，如何影響其完成日常生活行為的能力，以及未獲協助的可能後果：

---

---

---

**定向感：**意識到所處環境的時間、地點、自我和他人。

- 
- 沒有問題：定向感清晰。能夠意識到所處位置，並且被問及日常生活功能、家庭等相關問題，能給予可靠資訊；能夠意識到一天內的時間流逝。
- 
- 偶爾喪失定向感，並且明顯混淆，但不至有安全之虞：一般可意識一天內的時間變化；問及家庭、朋友、日常事務等方面，能夠提供有限資訊。
- 
- 嚴重喪失定向感，且足以危及自身安全：迷失方向；缺乏對自身安全或健康的關注力；無法識別重要的人、環境或狀況的安全性；毫無時間感。
- 

請簡短說明患者的定向感，如何限制日常生活行為的能力，以及未獲協助的可能後果：

---

---

---

**判斷力：**能做出不至危及自身或財產安全的決定留意瓦斯爐的使用等等；能夠應付環境變化，瞭解能做的選擇和風險，並且接受決定後的後果。

- 
- 判斷能力未受損害：能夠評估環境信號並且適當反應。
-

---

判斷能力中度受損：表現出缺乏計畫能力；難以取捨替代選項，但能聽取建議；社交判斷能力差。

---

判斷能力嚴重受損：無法作出決定，或者其決定未能考慮安全或健康問題。

---

請簡短說明患者的判斷能力，如何限制其完成日常生活行為的能力，以及未獲協助的可能後果：

---

---

### 其他身體功能的限制

---

請列出任何不屬於上述項目之其他身體功能限制，例如：呼吸、視力、聽力、行走、站立、彎腰、伸手、抓握、搬運、坐姿、轉身、四肢無力、四肢癱瘓、耐力、疲勞等。

---

---

---

---

---

---

---

患者是否需要輔助醫療服務，以監控醫療狀況及 / 或施予注射？

是  否

---

患者是否需要導尿管或結腸造口護理的輔助醫療服務？

是  否

---

患者是否需要褥瘡護理的輔助醫療服務？ 是  否

---

患者是否需要全數 IHSS 時數，以避免家庭外安置帶來的高度風險？

是  否

---

請說明原因：

---

---

---

---

本人茲此保證已取得加州執業資格，且上述資訊皆準確無誤。

---

醫療專業人員簽署：

正楷姓名：

\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

醫學專業：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_

執照證號：\_\_\_\_\_

城市：\_\_\_\_\_ 州：\_\_\_\_\_

電話：\_\_\_\_\_

## IN-HOME SUPPORTIVE SERVICES (IHSS) PROGRAM SUPPLEMENTAL CARE WORKSHEET

Recipient/Applicant Name:

Case #:

### SERIOUS RISK OF OUT-OF-HOME PLACEMENT

**BASIS:** 20% reduction puts recipient/applicant at serious risk of out-of-home placement.

A	YES	NO	<b>STANDARD:</b> Three (3) or more "YES" responses for the following items indicate serious risk in this category.
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Paramedical Services authorized to monitor medical condition and/or give injections (SOC 293, Field YY, or SOC 321)
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ranked 4 or 5 for Mobility Inside (SOC 293, Field H1)
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ranked 4 or 5 for Bathing and Grooming (SOC 293, Field H1)
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ranked 4 or 5 for Dressing (SOC 293, Field H1)
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ranked 3, 4 or 5 for Bowel, Bladder and Menstrual Care (SOC 293, Field H1), or Paramedical Services authorized for catheter or colostomy care (SOC 293, Field YY, or SOC 321)
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ranked 4 or 5 for Transfer (SOC 293, Field H1), or Paramedical Services authorized for bed sore care (SOC 293, Field YY, or SOC 321)
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ranked 3, 4 or 5 for Eating (SOC 293, Field H1)
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ranked 5 for Respiration (SOC 293, Field H1)
B	YES	NO	<b>STANDARD:</b> A "YES" response for the following item indicates serious risk in this category.
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ranks for Memory, Orientation and Judgment total 7 or more (SOC 293, Field H1)

### IHSS SUPPLEMENTAL CARE REQUEST DISPOSITION

*Complete this section only if recipient/applicant is determined to be at serious risk. Stop at first "YES".*

C	YES	NO	ACTION
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Not at serious risk for out-of-home placement – Recipient/applicant has changed assignment of tasks.
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Not at serious risk for out-of-home placement – Following alternative resource(s) will provide essential services:
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	At serious risk for out-of home placement – Proposed reduction partially restored. Number of hours restored: _____
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	At serious risk for out-of home placement – Total proposed 20% reduction restored.

IHSS Worker Name:

Signature:

Date:

D

Supervisor Name:

Signature:

Date: