

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

106646



1

臺北市大安區安和路1段29號9樓

受文者：中華民國醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國115年3月18日

發文字號：健保醫字第1150104255號

附件：請至本署全球資訊網公告區擷取



主旨：修訂「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」如附件，並自115年4月1日起施行。

依據：衛生福利部115年3月3日衛部保字第1151260070號函。

公告事項：本次修訂事項如下：

- 一、調升居家醫療照護相關人員訪視費用5%。
- 二、新增兒童訪視費加成20%至60%。
- 三、增加西醫基層診所專任醫師居家醫療照護獎勵金。
- 四、在宅專門醫師每月醫師訪視次數放寬至240人次。
- 五、緩和家庭諮詢費診療項目代碼由原P5407C修正為02020C。

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國呼吸治療師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國診所協會全國聯合會、台灣在宅醫療學會、台灣居家醫療醫學會、台灣家庭醫學醫學會、社團法人台灣安寧緩和醫學學會、社團法人台灣安寧緩和護理學會、社團法人台灣居家護理暨服務協會、衛生福利部社會保險司、衛生福利部全民健康保險會、地方政府衛生局、本署企劃組、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組、本署各分區業務組

署長陳亮好

全民健康保險居家醫療照護整合計畫

104 年 4 月 23 日健保醫字第 1040004024 號公告訂定
105 年 2 月 15 日健保醫字第 1050001413 號公告修訂
106 年 3 月 1 日健保醫字第 1060032768 號公告修訂
108 年 5 月 30 日健保醫字第 1080033402 號公告修訂
109 年 4 月 10 日健保醫字第 1090033067 號公告修訂
110 年 8 月 31 日健保醫字第 1100034165 號公告修訂
111 年 1 月 22 日健保醫字第 1110800989 號公告修訂
111 年 4 月 19 日健保醫字第 1110660634 號公告修訂
111 年 8 月 30 日健保醫字第 1110662559 號公告修訂
111 年 11 月 22 日健保醫字第 1110663678 號公告修訂
112 年 1 月 17 日健保醫字第 1120100866 號公告修訂
112 年 3 月 22 日健保醫字第 1120661039 號公告修訂
112 年 8 月 30 日健保醫字第 1120663613 號公告修訂
115 年 3 月 18 日健保醫字第 1150104255 號公告修訂

一、計畫依據

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

二、計畫目的

- (一)提升因失能或疾病特性致外出就醫不便病人之醫療照護可近性，減少病人因行動不便委請他人向醫師陳述病情領藥之情形。
- (二)鼓勵醫事服務機構連結社區照護網絡，提供住院替代服務，降低住院日數或減少不必要之社會性住院。
- (三)改善現行不同類型居家醫療照護片段式的服務模式，以提供病人整合性之全人照護。

三、預算來源

本計畫個案管理費、西醫基層診所專任醫師居家醫療照護獎勵費及所列給付項目及支付標準(詳附件 1)之醫療費用，由其他預算之「居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照之服務」項下支應，其餘醫療費用由各部門總額預算支應。

四、醫療服務提供者資格

(一)由全民健康保險(以下稱本保險)特約醫事服務機構組成整合性照護團隊(以下稱照護團隊),提供含括「居家醫療」、「重度居家醫療」及「安寧療護」三照護階段,並依其執業人員專長提供各階段之服務項目。照護團隊應提供團隊內、外轉診服務,確保病人轉介與後送就醫之需求,並應建立各類訪視人員之聯繫窗口,以利連結服務。

(二)訪視人員資格:

- 1、各類訪視人員以本保險特約醫事服務機構之執業人員為限,提供呼吸照護及安寧療護等居家醫療照護,應具備各該項目之服務資格。
- 2、醫師:須具專科醫師資格;惟經全民健康保險保險人(以下稱保險人)分區業務組審酌區域居家醫療服務資源後同意之醫師,不在此限。
- 3、中醫師:執業2年以上(含)之中醫師,自109年起執行本計畫之中醫師均須經中醫師公會全聯會培訓,取得中醫師居家醫療照護資格證書,惟經保險人分區業務組審酌區域居家醫療服務資源後同意者,不受需執業2年以上之限制。
- 4、藥師:具藥事人員2人(含)以上之特約藥局或特約醫療院所之執業藥師,並經中華民國藥師公會全國聯合會培訓,取得居家藥事照護資格證書;惟位處本保險山地離島(附件2)與醫療資源缺乏地區之特約藥局或特約醫療院所,或因特殊形態(居家專責藥局)向分區業務組申請同意者,不受藥事人員2人以上之限制。

(三)照護團隊應有個案管理人員負責協調、溝通及安排相關事宜;個案管理人員可由醫師、護理人員、呼吸治療人員或社會工作人員擔任。

(四)病人之居家醫療主治醫師可由西醫師或中醫師擔任。

(五)特約醫事服務機構及醫事人員於參與計畫日起前二年內,不得有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十八至四十條所列違規情事之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分,且經保險人核定違規者(含行政

救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)。前述符合申請條件之認定，以保險人第一次核定違規函所載核定停約結束日之次日或終約得再申請特約之日起算。

(六)特約醫事服務機構所屬醫師、中醫師至病人住家提供醫療服務，得視為符合醫師法所稱應邀出診，不需經事先報准；其他訪視人員至病人住家提供醫療服務，須依法令規定事前報經當地衛生主管機關核准及保險人同意。

(七)符合前述各項資格之照護團隊，由主責醫事服務機構向保險人分區業務組提出參與計畫申請書(附件3，須檢附具體之照護團隊內、外轉診服務計畫與後送機制)。經保險人分區業務組資格審核同意後，始可參與本計畫；異動時亦同。

五、服務區域

以申請收案之特約醫事服務機構所在地 10 公里之範圍為原則，但本保險山地離島地區與醫療資源缺乏地區，及報經保險人分區業務組認定之特殊情形，不在此限，惟仍應以鄰近之特約醫事服務機構就近收案提供服務為原則。

六、收案條件

(一)居家醫療階段：

1、限居住於住家(不含照護機構)，且經照護團隊醫事人員評估有明確醫療需求，因失能或疾病特性致外出就醫不便者。

(1)失能：指巴氏量表(Barthel ADL Index) 小於 60 分。

(2)因疾病特性致外出就醫不便：指所患疾病雖不影響運動功能，但外出就醫確有困難者，如重度以上失智症、遺傳性表皮分解性水皰症(泡泡龍)病人等。

2、病人之子女或照顧者、民眾因各種因素無暇接送就醫之長者或幼童等不符合前述收案條件者，如有就醫需求，應循一般程序就醫。

(二)重度居家醫療階段：除第(一)款條件外，另應符合「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」(以下稱醫療服務支付標準)第五部第一章居家照護之收案條件；使用呼吸器相關服務之病人，另應符

合「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式計畫」
(以下稱呼吸器依賴患者照護計畫)居家照護階段之收案條件。

(三)安寧療護階段：除第(一)款條件外，另應符合醫療服務支付標準第五部第三章安寧居家療護之收案條件。

(四)居家中醫醫療服務：本計畫居家醫療、重度居家醫療、安寧療護階段之病人，需要中醫輔助醫療協助者。

(五)居家藥事照護：本計畫居家醫療、重度居家醫療、安寧療護階段之病人，經居家醫療主治醫師判斷有管制藥品使用諮詢、特殊劑型用藥指導(例如注射筆針劑型、吸入劑型等)需求者。

(六)基於給付不重複之原則，行動不便病人(一般)居家照護、呼吸器依賴患者居家照護、末期病患安寧居家療護之收案對象，應自原照護計畫結案，始得於本計畫收案。

(七)同一病人於相同照護期間，其他特約醫事服務機構不得再申請收案。

七、結案條件

(一)病人死亡、遷居、病情改善無需繼續接受居家醫療照護、入住照護機構、拒絕訪視、收案期間住院逾 30 日或改由其他院所收案等，應予結案。

(二)照護團隊未提供居家醫療照護之病人，應予結案。照護團隊逾 6 個月未提供居家醫療照護之病人，由保險人逕行結案；如個案結案後須居家醫療照護服務，仍可再次收案。

八、收案及審核程序

(一)收案來源：

1、住院病人：經主治醫師評估，由出院準備服務轉介至參與本計畫之特約醫事服務機構收案；接受轉介機構之醫師得配合出院準備服務到院評估病人之居家醫療照護需求。

2、非住院病人：

(1)由參與本計畫之特約醫事服務機構直接評估收案。

(2)由病人或其家屬向參與本計畫之特約醫事服務機構提出申請，或由各縣市長期照顧管理中心(及合約居家服務單位)、衛生局

(所、室)、社會局(處)等轉介至參與本計畫之醫事服務機構評估收案。

(二)收案程序：

- 1、病人經訪視人員評估符合收案條件，開立收案申請書(附件4)，並擬訂居家醫療照護計畫(含照護期間、照護內容、訪視頻率等)，並於收案後二週內(如遇例假日得順延之)，由健保資訊網服務系統(以下稱 VPN)送保險人備查，保險人得視情況實地評估病人之醫療需求。但病人如需使用呼吸器相關服務，應先依呼吸器依賴患者照護計畫規定事先報經保險人核准，及登錄 VPN 呼吸照護系統。
- 2、為利居家醫療主治醫師整合病人用藥(係指照護團隊提供完整居家醫療照護，進行用藥整合)，主治醫師應於收案前向病人或其家屬說明，請其簽署同意書(附件5)。
- 3、特約醫事服務機構應擇一最適照護階段收案提供照護，收案期間病人病情轉變，可彈性調整照護階段，無須結案後重新收案，但應於1週內(含例假日)於VPN登錄異動。
- 4、居家醫療主治醫師於照護階段轉換或照護期滿應重新評估，且每3個月至少訪視一次，以確認病人病情變化，適時調整醫囑。
- 5、為解決現行健保卡寫入時間緩慢，減輕醫護人員居家訪視時攜帶沉重設備等問題，特約醫事服務機構得協助收案病人綁定虛擬(行動)健保卡，並應於綁定前向病人或其家屬說明並取得同意。

(三)照護期間之計算，新收病人以收案日起算；若病情需要申請延長照護者，須俟上次照護期間屆滿前30日內始得申請，並以接續日起算。同一特約醫事服務機構同一病人，於照護期間截止日起二週內(如遇例假日得順延之)再申請照護者，應以延長照護申請，不得以新病人申請；不符合收案條件者應即結案。

(四)特約醫事服務機構應依居家醫療主治醫師醫囑，擬訂居家醫療照護計畫以及排定訪視時間。訪視時，應查驗病人之健保卡〔含虛擬(行動)健保卡〕、身分證明文件，及自備讀卡設備逐次於健保卡登錄就

醫紀錄，並於 24 小時內上傳予保險人備查；但有不可抗力或因特殊情況經保險人同意者，不在此限。

九、照護內容

居家醫療主治醫師應整體評估病人之醫療需求，開立居家醫療照護醫囑，並得視醫療需要於病歷註明照會理由，連結其他訪視人員提供醫療服務。本計畫之「居家醫療」、「重度居家醫療」及「安寧療護」三照護階段之照護內容，包括：

（一）醫師訪視：

- 1、提供一般西醫門診診療服務，但不包括手術、麻醉、血液透析、復健診療、慢性精神疾病居家治療等特定診療服務。
- 2、一般藥品處方箋用藥，得按病人病情需要，每次開給足夠用量。
- 3、醫師開立藥品處方時，應透過健保醫療資訊雲端查詢系統，即時查詢病人近期之用藥資訊，避免重複處方，以提升病人用藥安全及品質。

（二）中醫師訪視：提供針灸、中藥與傷科指導；如為居家西醫主治醫師連結之病人，應與居家西醫主治醫師討論決定治療計畫(含治療療程)。

（三）護理人員訪視：提供居家護理一般照護、特殊照護、臨終照護及案家自我照護指導等。

（四）呼吸治療人員訪視：提供居家呼吸照護及案家自我照護指導。

（五）藥師訪視：提供居家藥事照護。

（六）其他專業人員訪視：視需要由心理師或社會工作人員訪視。

（七）藥品處方調劑服務：病人所需藥品，得由處方之特約醫療院所提供調劑與送藥服務，或由家屬持健保卡及處方箋至特約藥局或原處方院所調劑領藥。病人獨居時，應提供適當之藥事服務。

（八）個案健康管理：穩定健康狀態、連結醫療及長期照顧服務資源。輔導新收病人查詢健康存摺(應經病人、監護人或其指定代理人同意)，以協助訪視人員掌握病人就醫資訊，提升醫療安全與效益。

- (九) 24 小時電話諮詢服務：於病人發生緊急狀況時，提供病人及其家屬 24 小時醫療專業諮詢服務，必要時應啟動緊急醫療後送程序。
- (十) 每次訪視應詳實製作病歷或紀錄，且須記錄每次訪視時間（自到達案家起算，至離開案家為止），並請病人或其家屬簽章；另應製作病人之居家醫療照護紀錄留存於案家，以利與其他訪視人員或長期照顧服務人員提供整合性之居家照護服務。
- (十一) 為減輕醫事人員提供居家醫療照護服務所需攜帶設備之重量，特約醫事機構得使用「居家輕量藍牙 APP」，或以藍牙讀卡機取代健保 IC 卡專屬讀卡機、以智慧型手機或平板取代筆記型電腦，至個案家中看診及讀取健保卡〔含虛擬(行動)健保卡〕。
- (十二) 開立「長期照護醫師意見書」：本計畫收案病人同時符合衛生福利部長期照顧司(以下稱長照司)「居家失能個案家庭醫師照護方案」之「長期照護醫師意見書」開立條件者，得由本計畫照護團隊內西醫師協助開立意見書，開立及費用申報規範依現行長照司「居家失能個案家庭醫師照護方案」規定辦理。

十、醫療費用申報、支付及審查原則

- (一) 醫療費用之申報、暫付、審查及核付，除另有規定外，悉依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」辦理。
- (二) 為確保醫療服務合理性，對於收案人數及訪視次數高於同儕之特約醫事服務機構，必要時得啟動專案審查。
- (三) 本計畫收案及延長照護案件之醫療費用，經審核不符收案條件者，保險人不予支付費用。
- (四) 醫療費用申報：
- 1、特約醫事服務機構執行本計畫之醫療費用應按月申報，並於門診醫療/交付機構服務點數清單依下列規定填報「案件分類」及「特定治療項目代號」欄位。
 - (1) 居家醫療階段：案件分類 E1，任一特定治療項目代號 EC。
 - (2) 重度居家醫療階段：案件分類 A1，任一特定治療項目代號 EC。
 - (3) 安寧療護階段：案件分類 A5，任一特定治療項目代號 EC。

(4)居家中醫醫療服務：案件分類 31，任一特定治療項目代號 EC。

(5)居家藥事照護：

A. 特約醫療院所：案件分類依照護階段填報 E1、A1 或 A5，任一特定治療項目代號 EC。

B. 特約藥局：案件分類 E，任一原處方服務機構之特定治療項目代號 EC。

2、其他欄位依居家照護案件，採同一療程每月申報一次：

(1)「就醫日期」及「治療結束日期」欄位分別填報該月第一次訪視日期及該月最後一次訪視日期。「診治醫事人員代號」欄位，請填報該月第一次訪視人員身分證號（若同日訪視人員一人以上者，優先填報順序為醫師、中醫師、護理人員、呼吸治療人員、其他專業人員、藥師）。

(2)訪視人員各次訪視費應逐筆填報醫令代碼、執行時間-起/迄、執行醫事人員代號及就醫科別。前述就醫科別，醫師、中醫師訪視請以該次訪視實際提供之診療最適科別填報，護理人員訪視請填「EA 居家護理」，呼吸治療人員訪視請填「AC 胸腔內科」，其他專業人員與藥師訪視免填。

(3)呼吸器使用(P5406C)自使用日起算，轉出日不予計算，申報時「醫令執行時間-起/迄」請填至年月日。

(4)申報緊急訪視時，「醫令執行時間-起/迄」請填至時分，「支付成數」請依加成數填報(非加成時段請填 100)；「醫令執行時間-起/迄」未依規定填報，該筆醫令不予加成。如該次訪視為緊急訪視，應於「自費特材群組序號」填入「ECE」。

(5)申報兒童訪視費加成，該次訪視費醫令之「支付成數」請依照護對象年齡加成數填入「160」（未滿六個月）、「130」（六個月以上至未滿二歲）、「120」（二歲以上至未滿七歲）。

3、如可歸責於特約醫事服務機構申報資料錯誤，導致點值核付錯誤時，特約醫事服務機構需自行負責。

- 4、本計畫之各類醫師訪視費由其專任或兼任之特約醫院或診所申報，護理人員、呼吸治療人員、藥師及其他專業人員訪視費由其專任或兼任之特約醫事服務機構於業務範圍內申報。居家藥事照護費、藥費、藥事服務費、檢驗(查)費由提供服務之特約醫事服務機構依規定申報，不得由護理機構申報，否則不予支付。
- 5、特約醫事機構於山地離島地區提供服務並申報山地離島地區訪視費：應於門診醫療服務點數清單之「特定地區醫療服務」欄位填寫「04」，並於「支援區域」填寫山地離島地區之地區代碼。交付機構服務點數應於「特定地區醫療服務」欄位填寫「04」。

(五)給付項目及支付標準：

1、個案管理費：

- (1) 申請收案之特約醫事服務機構應負責提供個案健康管理及 24 小時電話諮詢服務，惟前述服務可由照護團隊合作提供。
- (2) 每名病人每年支付 600 點：由保險人於年度結束後計算並支付收案之特約醫事服務機構；未滿一年者，按月比例支付。年度間由 2 家以上特約醫事服務機構收案者，如於同一月份結案並重新收案，當月個案管理費，不論實際收案天數，支付首家結案機構及最終收案機構各 50%。
- (3) 收案期間如連續三個月未提供病人居家醫療照護，則不予支付該區間之個案管理費。

2、各照護階段之給付項目及支付標準原則如下：

照護階段	給付項目	支付標準
居家醫療	醫師訪視 中醫師訪視 藥師訪視	訪視費論次計酬 藥費、藥事服務費核實 檢驗(查)費核實 針灸治療核實
重度居家醫療	醫師訪視 中醫師訪視 護理人員訪視 呼吸治療人員訪視 藥師訪視 其他專業人員訪視	訪視費論次計酬 藥費、藥事服務費核實 檢驗(查)費核實 呼吸器使用論日計酬 緩和醫療家庭諮詢費論次計酬 針灸治療核實

照護階段	給付項目	支付標準
安寧療護	醫師訪視 中醫師訪視 護理人員訪視 呼吸治療人員訪視 藥師訪視 其他專業人員訪視	訪視費論次計酬 藥費、藥事服務費核實 檢驗（查）費核實 呼吸器使用論日計酬 病患自控式止痛論次計酬 針灸治療核實

備註：

(1) 各照護階段內之給付項目應依病人病情實際需要提供，並非照護階段內各類訪視人員訪視均須提供。

(2) 本計畫申報之中醫針灸治療處置費不列入醫療服務支付標準合理量計算。

3、各類訪視人員訪視費、兒童訪視費加成、夜間及例假日緊急訪視加成、呼吸器使用費、緩和醫療家庭諮詢費及病患自控式止痛處置及材料費(Patient-Controlled Analgesia, 以下稱 PCA)等，依附件 1 之給付項目及支付標準支付。

4、藥事服務費、藥費、檢驗（查）費、特殊材料費及針灸治療費等：依醫療服務支付標準及「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」規定支付。

5、西醫基層診所專任醫師居家醫療照護獎勵費：

(1) 獎勵條件：西醫診所之專任醫師，當月執行居家醫療案件比率 $\geq 50\%$ 且訪視次數 ≥ 30 次者，當月本計畫醫師訪視費用加成30%。

(2) 比率計算方式：

居家醫師訪視件數/(居家醫師訪視件數+一般西醫案件數)

A. 居家醫師訪視案件數：在宅訪視醫令(05307C, 05308C, 05309C, 05310C, 05312C, 05323C, 05336C, 05337C, P5132C)申報數。

B. 一般西醫案件數：申報西醫診察費醫令案件數(排除醫療資源不足地區巡迴醫療及代辦案件)。

(3) 獎勵費用由保險人於年度結束後核算及撥付予申報費用院所。

6、各類訪視人員每人服務人次上限如下，超過的部分不予支付訪視費用，惟緊急訪視人次不納入計算：

(1) 醫師：

A. 每日訪視人次以 8 人次為原則，且每月以 180 人次為限；屬保險人核定之在宅專門醫師，其每月上限得提高至 240 人次。

B. 在宅專門醫師申請資格與程序：

(a) 申請資格：最近 6 個月平均每月提供在宅醫療(本計畫、醫療服務支付標準第五部第一章及第三章(不含機構)、本保險在宅急症照護試辦計畫、本保險急性後期整合照護計畫之居家模式)相關服務比率達 50%以上。

(b) 申請程序：由特約醫事服務機構向所轄分區業務組提出申請，經分區業務組審核及註記，效期為一年；效期屆滿前得再向分區業務組提出申請。

(2) 中醫師：每日訪視人次以 8 人次為原則，且每月以 180 人次為限。

(3) 護理人員：每月訪視人次以 100 人次為限(含安寧療護)，僅執行安寧療護以 45 人次為限。

(4) 呼吸治療人員：每月訪視人次以 60 人次為限。

(5) 藥師、其他專業人員：每月訪視人次以 45 人次為限。

(6) 為確保照護品質，各類訪視人員執行本計畫之每月服務人次上限，與執行醫療服務支付標準第五部第一章居家照護及第三章安寧居家療護，以及呼吸器依賴患者照護計畫之服務人次歸戶合併計算。

(六)部分負擔計收規定：

1、保險對象應自行負擔之醫療費用依全民健康保險法第四十三條居家照護規定計收，處方用藥另依門診藥品部分負擔規定計收。

2、若屬全民健康保險法第四十八條所列重大傷病、分娩、山地離島地區就醫情形之一，保險對象免自行負擔費用。

- 3、若屬全民健康保險法第四十三條第四項所訂醫療資源缺乏地區條件之施行地區，依全民健康保險法施行細則第六十條規定，保險對象應自行負擔費用得予減免 20%。

(七)點值結算方式：

- 1、本計畫個案管理費、西醫基層診所專任醫師居家醫療照護獎勵費及附件 1 所列給付項目及支付標準之醫療費用：其他預算之「居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照之服務」按季均分，採浮動點值計算，每點支付金額不高於 1 元；當季預算如有結餘，則流用至下季。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元。
- 2、其餘項目之醫療費用：依各部門總額規定結算。

十一、觀察指標

(一)病人接受醫師照會中醫師、藥師訪視比

分子：中醫師、藥師訪視次數分別計算

分母：醫師訪視次數

(二)病人收案 12 個月後由照護團隊提供完整醫療服務，未於西醫門診(不含急診)就醫情形

1、病人未於西醫門診(不含急診)就醫率

分子：收案 12 個月後病人未於西醫門診(不含急診)就醫之人數

分母：收案 12 個月後之病人數

2、每人每月西醫門診(不含急診)就醫次數

分子：收案 12 個月後病人之每月西醫門診(不含急診)就醫次數總計

分母：收案 12 個月後之病人數

(三)病人收案後急診就醫情形

1、急診率

分子：收案 3 至 6 個月、6 至 12 個月及 12 個月以上之未經照護團隊轉診之急診(案件分類 02)就醫人數

分母：收案 3 至 6 個月、6 至 12 個月及 12 個月以上之病人數

2、急診就醫者每人急診就醫次數

分子：收案 3 至 6 個月、6 至 12 個月及 12 個月以上之未經照護團隊轉診之急診(案件分類 02)就醫次數

分母：收案 3 至 6 個月、6 至 12 個月及 12 個月以上之急診就醫人數

3、緊急訪視率

分子：曾接受緊急訪視人數

分母：收案病人數

4、緊急訪視後 3 日內病人之急診、住院率

分子：緊急訪視後 3 日內，病人之急診、住院次數分別計算

分母：緊急訪視次數

(四)病人死亡前 6 個月內安寧療護照護率

1、安寧療護照護率

分子：死亡前 6 個月內曾接受各類安寧療護人數

分母：死亡人數

2、居家安寧療護照護率

分子：死亡前 6 個月內曾接受居家安寧療護人數

分母：死亡人數

(五)病人每人每月接受中醫師訪視次數

分子：病人每人每月中醫師訪視次數合計

分母：每月接受中醫師訪視之病人人數

(六)健保卡就醫序號以異常代碼申報占率(本項指標自 111 年 5 月 1 日後 6 個月起進行監測)

分子：健保卡就醫序號以異常代碼申報之居家醫療照護就醫件數

分母：居家醫療照護總就醫件數

十二、品質獎勵措施

為提升居家醫療照護品質，特約醫事服務機構提供病人實質整合照護者，予以調高個案管理費。收案滿 13 個月(含)以上之病人，

符合下列獎勵要件時，不論當年度收案期間，個案管理費均為 2,000 點；跨年度收案時亦同。

- (一)病人(不含安寧療護階段)收案滿 12 個月後，由照護團隊提供完整照護，未於西醫門診(不含急診及照護團隊轉診之未開立藥品案件)就醫者。
- (二)本計畫 108 年 5 月 30 日修正前，已收案之病人(不含安寧療護階段)，自該次修正公告日起 12 個月後，未於西醫門診(不含急診及照護團隊轉診之未開立藥品案件)就醫者。

十三、計畫管理機制

- (一)保險人負責總體計畫架構之研訂、協調與修正。
- (二)保險人分區業務組負責審核醫事服務機構之參與資格、輔導轄區醫事服務機構執行計畫、計算指標與核發費用。
- (三)參與本計畫之醫事服務機構負責提供病人連續性之整合醫療照護。

十四、退場機制

- (一)參與本計畫之醫事服務機構，未依排定時間進行訪視且未事先通知病人、無故拒絕轉介單位或保險人轉介之病人、或參與本計畫有待改善事項，經保險人 2 次通知限期改善而未改善者，應自保險人通知終止執行本計畫日起退出本計畫。經保險人終止計畫參與資格者，一年內不得再申請參與本計畫。
- (二)參與本計畫之醫事服務機構及醫事人員如涉及全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十八至四十條所列違規情事之一暨第四十四條及第四十五條違反醫事法令受衛生主管機關停業處分或廢止開業執照處分，且經保險人核定違規者(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行者)，應自保險人第一次核定違規函所載停約或終止特約之日起退出執行本計畫。
- (三)特約醫事服務機構如經保險人分區業務組審查不符合參與資格或應終止參與資格，得於通知送達日起 30 日內，以書面向保險人分區業務組申請複核，但以一次為限。

十五、計畫修訂程序

- (一)本計畫視需要檢討，由保險人邀集醫療專業團體、主管機關等單位共同修訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。
- (二)屬執行面規定之修正，由保險人逕行修正公告。

十六、附則

- (一)特約醫事服務機構至病人住家提供本保險居家醫療照護，得併行提供保險人代辦之醫療服務(如預防保健等)，其服務範圍與支付標準悉依各業務主管機關之規定辦理。
- (二)本計畫施行期間，與現行醫療服務支付標準第五部第一章居家照護及第三章安寧居家療護，以及呼吸器依賴患者照護計畫雙軌併行。本計畫分二期逐步整合與推廣，每期三年，期滿應評估全面導入醫療服務支付標準。
- (三)附錄：
 - 1、基本日常生活功能：巴氏量表(Barthel ADL index)。
 - 2、末期病患主要症狀表(符合安寧療護收案條件時填寫)。

「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」

給付項目及支付標準

通則：

- 一、醫令代碼屬 P 碼者，限參與本計畫之特約醫事服務機構申報。
- 二、護理人員訪視費所列「居家護理特殊照護」及「居家護理一般照護」及「居家照護治療材料」按醫療服務支付標準第五部第一章附表 5.1.1、5.1.2 及 5.1.4 規範辦理；施行特殊照護項目及使用治療材料者，申報費用時，應填報項目編號、名稱及數量。
- 三、特約醫事服務機構對同一病人於相同期間，僅可擇一最適照護階段提供照護，不可跨照護階段收案。
- 四、照護階段內之服務項目，由收案之特約醫事服務機構協調照護團隊合作提供，不得重複提供。例如：重度居家醫療階段之呼吸器依賴患者，所需護理訪視服務，應由主責護理人員提供全人照護，而非分別派遣多名護理人員進行訪視。
- 五、呼吸器依賴患者每月實際醫療費用未達 27,000 點時，以 27,000 點扣除其他機構申報之醫療費用後，支付提供呼吸器之特約醫事服務機構；照護期間不足一個月時，依相同原則，按實際照護天數以每日 900 點計算支付。前述醫療費用不含中醫師訪視費、安寧療護醫師訪視費、安寧療護護理訪視費、其他專業人員處置費、緩和醫療家庭諮詢費、臨終病患訪視費、PCA、藥費、藥事服務費及醫療服務支付標準第五部第一章附表 5.1.4 居家照護治療材料表之備註所列特殊材料。
- 六、醫師訪視當日如於門診由同一醫師診治，醫師訪視費、門診診察費應擇一申報。
- 七、醫事人員至病人住家或配合出院準備服務到院評估居家醫療服務需求，如經評估病人不符合收案條件，不予支付當次訪視費。
- 八、兒童訪視費加成：
 - (一)適用醫師訪視費、中醫師訪視費、護理人員訪視費、呼吸治療人員訪視費、居家藥事照護費、其他專業人員處置費、臨終病患訪視費。
 - (二)年齡未滿六個月者，依表定點數加計百分之六十；年齡在六個月以上至未滿二歲者，依表定點數加計百分之三十；年齡在二歲以上至未滿七歲者，依表定點數加計百分之二十。
- 九、緊急訪視適應症與加成方式：適用醫師訪視費(不含中醫師)、護理人員訪視費及呼吸治療人員訪視費。
 - (一)適應症：
 1. 生命徵象不穩定。
 2. 呼吸喘急持續未改善。
 3. 譫妄或意識狀態不穩定。
 4. 急性疼痛發作。
 5. 發燒或突發性體溫不穩定。
 6. 急性腹瀉。
 7. 須立即處理之管路問題。
 8. 其他經醫師評估有立即前往需要者。
 - (二)除已有長期醫囑之須立即處理之管路問題項外，其他項適應症須先由醫師就病人病情進行評估後，決定適當醫事人員至案家緊急訪視，緊急訪視相關醫囑應載於訪視紀錄。
 - (三)同一醫師對同一病人之緊急訪視，每日以一人次為限，超過不予支付。
 - (四)加成方式：
 1. 以抵達案家時起算，若離開案家時跨不同加成區間逾 30 分鐘，則以較高加成

區間計算。

2. 夜間(下午五點到晚上十點)加計百分之五十。
3. 深夜(晚上十時至隔日早上八時)加計百分之七十。
4. 例假日(週六之零時起至週日二十四時止、國定假日零時至二十四時)加計百分之四十。
5. 同時符合夜間及例假日，則加計百分之五十；同時符合深夜及例假日，則加計百分之七十。

編號	診療項目	支付點數
	醫師訪視費	
	居家醫療、重度居家醫療：	
05307C	醫師訪視費(次)	1631
05308C	山地離島地區醫師訪視費(次)	2154
	甲類安寧療護：	
05312C	醫師訪視費(次)	1631
05323C	醫師訪視費山地離島地區(次)	2154
	乙類安寧療護：	
05336C	醫師訪視費(次)	1142
05337C	醫師訪視費山地離島地區(次)	1507
	註：醫師訪視費所訂點數含診察、處方、護理、電子資料處理及行政作業成本等。	
P5408C	中醫師訪視費(次)	1631
P5409C	山地離島地區中醫師訪視費(次)	2154
	註：中醫師訪視費所訂點數含診察(含傷科指導)、處方、護理、電子資料處理及行政作業成本等。	
P5413C	醫師評估出院病人居家醫療照護需求(次)	1553
	註： 1. 限醫院院外醫師、中醫師配合出院準備服務到院評估申報。 2. 同一病人每次住院之醫師、中醫師到院評估至多各申報1次。 3. 經居家西醫主治醫師連結之病人，中醫師到院評估應經居家西醫主治醫師邀請，始得申報。	
	護理人員訪視費	
	重度居家醫療：	
	—資源耗用群為第一類	
05301C	護理訪視費(次)	1103
05302C	山地離島地區護理訪視費(次)	1455
	—資源耗用群為第二類	
05303C	護理訪視費(次)	1528
05304C	山地離島地區護理訪視費(次)	2017
	—資源耗用群為第三類	
05305C	護理訪視費(次)	1843
05306C	山地離島地區護理訪視費(次)	2433
	—資源耗用群為第四類	
05321C	護理訪視費(次)	2158
05322C	山地離島地區護理訪視費(次)	2849

編號	診療項目	支付點數
	甲類安寧療護：	
05313C	—訪視時間一小時以內（≤1 小時） 護理訪視費(次)	1733
05324C	護理訪視費山地離島地區(次)	2287
05314C	—訪視時間一小時以上（>1 小時） 護理訪視費(次)	2363
05325C	護理訪視費山地離島地區(次)	3119
	乙類安寧療護：	
05338C	—訪視時間一小時以內（≤1 小時） 護理訪視費(次)	1213
05339C	護理訪視費山地離島地區(次)	1601
05340C	—訪視時間一小時以上（>1 小時） 護理訪視費(次)	1654
05341C	護理訪視費山地離島地區(次)	2184
	註： 1. 資源耗用群分類： 第一類：需居家護理一般照護項目之病人 第二類：需居家護理特殊照護群組任一組之病人 第三類：需居家護理特殊照護群組任二組之病人 第四類：需居家護理特殊照護群組任三組及以上之病人 2. 護理訪視費所訂點數含訪視、護理服務、治療處置、代採檢體及送檢、居家照護治療材料及電子資料處理等費用在內。 3. 上項代採之檢體，委託代檢機構應以保險醫事服務機構或保險人指定之醫事檢驗機構為限。 4. 訪視時間應記錄於訪視紀錄內，並請患者病人或其家屬簽章。	
	呼吸治療人員訪視費	
P5401C	—非侵襲性呼吸器依賴患者-使用鼻導管(nasal prong)或面罩等 呼吸治療人員訪視費(次)	1103
P5402C	山地離島地區呼吸治療人員訪視費(次)	1455
P5403C	—侵襲性呼吸器依賴患者-使用氣切管或氣管內管插管等 呼吸治療人員訪視費(次)	1528
P5404C	山地離島地區呼吸治療人員訪視費(次)	2017
	註： 1. 限訪視呼吸器依賴患者申報。 2. 呼吸治療人員提供侵襲性呼吸器依賴患者呼吸照護時，護理人員不得再以提供氣切護理申報資源耗用群為第二類以上之護理訪視費。	
P5411C	居家藥事照護費(次)	1155
P5412C	山地離島地區居家藥事照護費(次)	1525

編號	診療項目	支付點數
	註： 1. 居家藥事照護費所訂點數含用藥評估、用藥分裝、餘藥檢核、藥事服務、電子資料處理及行政作業成本等。 2. 每次服務應由居家醫療主治醫師視病人醫療需要評估連結。	
05315C	其他專業人員處置費（次）：限社會工作人員或心理師	1103
P5405C	山地離島地區其他專業人員處置費(次)：限社會工作人員或心理師 註：限訪視呼吸器依賴患者、臨終末期病患申報。諮商心理師限訪視末期病患。	1455
P5406C	呼吸器使用(天) 註： 1. 限呼吸器依賴患者申報。 2. 呼吸器使用期間，自使用日起算，轉出日不予計算。	590
02020C	緩和醫療家庭諮詢費 註： 1. 適用範圍：符合安寧緩和醫療條例之住院、急診、接受居家醫療照護(含在宅、機構)末期病人，且未曾接受安寧療護服務。 2. 相關規範： (1)諮詢參與人員：包括主治醫療團隊、病人或病人家屬。 (2)諮詢時間：每一個案諮詢時間至少 1 小時。 (3)諮詢紀錄：應有完整的諮詢溝通內容紀錄，並應併入病人之病歷紀錄留存，紀錄並有參與諮詢醫療團隊及病人或家屬簽名。 (4)申報規定： a. 已參與全民健康保險安寧共同照護試辦方案、住院安寧療護、安寧居家療護或本計畫安寧療護階段之病人，不得再申報此項費用。 b. 同一院所限申報二次。	2250
05326C	臨終病患訪視費	5250
05327C	山地離島地區臨終病患訪視費 註： 1. 限訪視臨終病人，且 ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group Scale)三級以上(含三級)之病人，實際訪視時間在二小時以上(含二小時)，始得申報此項費用，每位病人申報訪視次數僅限一次。 2. 甲、乙兩類安寧療護醫事人員皆可申報。 3. 服務內容需包含臨終訪視、善終準備及家屬哀傷輔導等。	6930
05316C	病患自控式止痛處置及材料費(Patient-Controlled Analgesia, PCA) 註： 1. 限訪視臨終末期病患，所訂點數含 PCA 幫浦注射費、PCA 裝置(set)、PCA 袋(bag)等。 2. 每一個案每月限申報二次。	1890

全民健康保險山地離島地區一覽表

縣(市)別	山地鄉(區)	離島鄉(區)
宜蘭縣	大同鄉、南澳鄉	
新北市	烏來區	
桃園市	復興區	
新竹縣	尖石鄉、五峰鄉	
苗栗縣	泰安鄉	
臺中市	和平區	
南投縣	信義鄉、仁愛鄉	
嘉義縣	阿里山鄉	
高雄市	茂林區、桃源區、那瑪夏區	東沙島、南沙太平島
屏東縣	三地門鄉、霧台鄉、瑪家鄉、泰武鄉、來義鄉、春日鄉、獅子鄉、牡丹鄉	琉球鄉
花蓮縣	秀林鄉、萬榮鄉、卓溪鄉	
臺東縣	海端鄉、延平鄉、金峰鄉、達仁鄉	蘭嶼鄉、綠島鄉
澎湖縣		馬公市、湖西鄉、西嶼鄉、白沙鄉、望安鄉、七美鄉
金門縣		金城鎮、金寧鄉、金沙鎮、烈嶼鄉、金湖鎮、烏坵鄉
連江縣		南竿鄉、北竿鄉、莒光鄉、東引鄉

參與「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」申請書

基本資料	照護團隊名稱		照護團隊代號	(由保險人填入)
	主責機構		機構代碼	
	負責人		聯絡人	
	聯絡電話		email	
配套措施	藥品處方調劑方式	☐ 處方院所調劑後送藥 ☐ 交付處方箋 ☐ 其他：(請說明)		
	24 小時諮詢專線			
	個案健康管理措施			
	病人轉銜合作機制			
	轉診後送機制			

本院(所)及團隊內醫事服務機構同意於執行計畫期間，依照本計畫及全民健康保險法等相關規定，提供保險對象居家醫療照護。

此致 衛生福利部中央健康保險署

└─┘

└─┘

醫事服務機構印信

負責人印章

中華民國

年

月

日

居家醫療照護團隊組成清單

序號	醫事服務機構名稱	機構代號	縣市鄉鎮	層級別	居家服務項目	醫事人員數				聯絡人	聯絡電話
						醫師	護理人員	呼吸治療人員	其他專業人員		
1											

備註：

1. 主責機構請列序號1，其餘團隊組成之醫事服務構則依序編號。
2. 層級別：依評鑑結果分為醫學中心、區域醫院、地區醫院；其餘醫事服務機構(藥局除外)稱基層院所。
3. 應檢附照護團隊之合作契約或證明文件。

全民健康保險居家醫療照護整合計畫收案申請書

☐1 申請收案 ☐2 申請收案複核 ☐3 申請延長照護 ☐4 申請延長照護複核 ☐5 照護階段轉換

收案日期	年 月 日	前次 核定迄日	年 月 日	申請日期	年 月 日
收案機構	名稱：	代號：		照護團隊	代號：
第一部分：基本資料					
病人姓名		性別	☐ 1 男 ☐ 2 女	出生日期	年 月 日
身分證號		電話	(日)	(夜)	
居住地址					
居住狀況	☐ 1 獨居 ☐ 2 家人同住 ☐ 3 親友同住 ☐ 4 其他				
常用語言	☐ 1 國語 ☐ 2 台語 ☐ 3 客家語 ☐ 4 原住民族語 ☐ 5 其他				
主要 聯絡人	與病人關係： 聯絡電話/手機：				
社會福利 身分別	☐ 1 無 ☐ 2 低收入戶 ☐ 3 中低收入戶 ☐ 4 榮民 ☐ 5 原住民 ☐ 6 領有身心障礙證明				
第二部分：健康狀況					
意識狀態	☐ 1 清醒 ☐ 2 嗜睡 ☐ 3 混亂 ☐ 4 呆滯(木僵) ☐ 5 昏迷(或植物人) ☐ 6 其他				
情緒狀態	☐ 1 平穩 ☐ 2 憂鬱 ☐ 3 焦慮 ☐ 4 無法評估				
理解能力	☐ 1 良好 ☐ 2 僅可理解簡單句子或關鍵字 ☐ 3 無法理解 ☐ 4 無法評估				
表達方式	☐ 1 語言 ☐ 2 肢體表達 ☐ 3 溝通輔具 ☐ 4 無法表達 ☐ 5 無法評估				
呼吸 (可複選)	☐ 1 自行呼吸 ☐ 2 使用氧氣 ☐ 3 使用侵襲性呼吸器 ☐ 4 使用非侵襲性呼吸器 ☐ 5 使用氣切管或氣管內管插管 ☐ 6 其他				
進食	☐ 1 由口進食 ☐ 2 鼻胃管灌食 ☐ 3 靜脈注射 ☐ 4 其他				
排泄	☐ 1 自行排泄 ☐ 2 需協助排泄 ☐ 3 大小便失禁 ☐ 4 存留導尿管 ☐ 5 腸造口 ☐ 6 其他				
皮膚狀況	☐ 1 完整 ☐ 2 損傷(部位： 大小： X X 等級： 類別： ☐ 擦傷、割傷 ☐ 術後傷口 ☐ 燒燙傷 ☐ 壓瘡 ☐ 其他慢性傷口：)				
日常生活 活動能力	ADL 總分： 分(請檢附 60 天內有效巴氏量表，細項如附錄 1)				
肌力	上肢(左： 分 右： 分)、下肢(左： 分 右： 分)				
疾病史					
第三部分：收案評估					
收案來源	☐ 1 住院病人，轉介醫院代碼 ☐ 2 非住院病人(病患或家屬自行申請) ☐ 3 非住院病人(衛生局、社會局、長照管理中心等轉介病患)				

本申請書自開立日起 14 日內有效，逾期不予受理申請。

收案條件	☐ 1 有明確醫療需求 ☐ 2 外出就醫不便，原因： ☐ 失能(ADL<60) ☐ 疾病特性： ☐ 其他 ☐ 3 符合「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第5部第1章居家照護收案條件 ☐ 4 符合「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式計畫」居家照護階段之收案條件 ☐ 5 符合「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第5部第3章安寧療護收案條件(續答附錄2末期病患主要症狀表) (條件1、2為必要條件)
照護階段	☐ 1 居家醫療 ☐ 2 重度居家醫療 ☐ 3 安寧療護(續答A~C) A. 疼痛評估(0-10)： B. ECOG(0-4)： C. 安寧緩和意願書或同意書簽署： ☐ 是 ☐ 否
其他照護需求評估	☐ 1 有長期照顧服務需求，轉介至 ☐ 2 有居家中醫醫療需求，轉介至 ☐ 3 有居家西醫醫療需求，轉介至
第四部分：醫囑	
疾病診斷	主診斷： ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 病名 次診斷1： ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 病名 次診斷2： ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 病名 次診斷3： ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 病名
醫囑	☐ 更換鼻胃管： 天換一次 材質： ☐ 1 一般塑膠 ☐ 2 矽質 ☐ 3 其他 ；管徑大小： FR ☐ 更換導尿管： 天換一次 材質： ☐ 1 一般橡膠 ☐ 2 矽質 ☐ 3 其他 ；管徑大小： FR ☐ 更換氣切管： 天換一次 材質： ☐ 1 一般塑膠 ☐ 2 矽質 ☐ 3 鐵製 ☐ 4 其他 ；管徑大小： mm ☐ 腸造口 ☐ 胃造口 ☐ 膀胱造口 ☐ 壓瘡 ☐ 膀胱灌洗： 天一次 ☐ 傷口照護： 天一次 ☐ 尿液檢查： 天一次，項目： ☐ 血液檢查： 天一次，項目： ☐ 呼吸照護評估與治療： 天一次 ☐ 疼痛控制： ☐ 1PCA ☐ 2 其他 ☐ 其他處置： ☐ 藥物處方：
照護計畫	照護期間： 個月 訪視頻率： ☐ 1 醫師 天一次，主治醫師： ，醫事機構名稱： ☐ 2 護理人員 天一次，主責護理師： ，醫事機構名稱： ☐ 3 呼吸治療人員 天一次，主責呼吸治療師： ，醫事機構名稱： ☐ 4 心理師 天一次 ☐ 5 社會工作人員 天一次

病人(或代理人)簽章：

評估醫事人員簽章：

醫囑醫師簽章：

全民健康保險居家醫療照護整合計畫
病人用藥整合同意書

一、 服務說明：

「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」提供因失能或疾病特性致外出就醫不便病人居家醫療照護服務。由居家醫療主治醫師整體評估病人的病情，視診療需要連結其他醫師、中醫師、護理人員、呼吸治療師、藥師、心理師及社工等人員提供訪視服務。

為提供整合性之居家醫療照護服務，居家醫療主治醫師將透過「健保醫療資訊雲端查詢系統」查詢病人近期之就醫與用藥資訊，於收案 12 個月內協助整合病人門、住診等用藥，以提升照護品質及用藥安全。

二、 接受服務意向表達：

本人 ☐同意 ☐不同意 ○○醫院(診所)○○○醫師為本人居家醫療主治醫師，於本人簽署同意書日起至結案日止，可透過衛生福利部中央健康保險署建置之「健保醫療資訊雲端查詢系統」，查詢本人就醫之醫療費用申報資料及健保卡上傳就醫資料，協助整合本人用藥及提供實質居家醫療照護。

此致 ○○醫院(診所)

立書同意人：

出生年月日：民國____年____月____日

身分證號：

代理人：

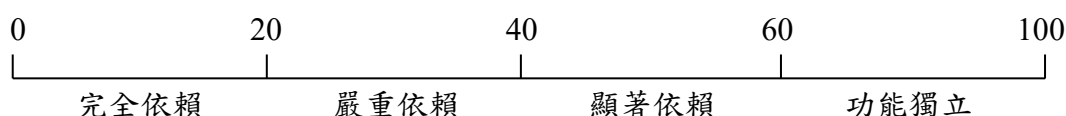
與病人之關係：

身分證號：

附錄 1、基本日常生活功能：巴氏量表(Barthel ADL index)

評估日期：____年____月____日

項 目	分 數	內 容 說 明
1. 進食	10 ☐ 5 ☐ 0 ☐	自己在合理時間(約 10 秒鐘吃一口)可用筷子取食眼前的食物。若需進食輔具時，應會自行穿脫。 需別人幫忙穿脫輔具或只會用湯匙進食。 無法自行取食或耗費時間過長。
2. 個人衛生	5 ☐ 0 ☐	可以自行洗手、刷牙、洗臉及梳頭。 需要他人部份或完全協助。
3. 上廁所	10 ☐ 5 ☐ 0 ☐	可自行上下馬桶、穿脫衣服、不弄髒衣服、會自行使用衛生紙擦拭。 需要協助保持姿勢的平衡、整理衣服或用衛生紙。 無法自己完成。
4. 洗澡	5 ☐ 0 ☐	能獨立完成(不論是盆浴或沐浴)，不需別人在旁。 需別人協助。
5. 穿脫衣服	10 ☐ 5 ☐ 0 ☐	能自己穿脫衣服、鞋子，自己扣釦子、上拉鍊或綁鞋帶。 在別人協助下，可自己完成一半以上的動作。 不會自己做。
6. 大便控制	10 ☐ 5 ☐ 0 ☐	不會失禁，能自行灌腸或使用塞劑。 偶爾會失禁(每週不超過一次)，需要他人協助使用灌腸或塞劑。 失禁，無法自己控制且需他人處理。
7. 小便控制	10 ☐ 5 ☐ 0 ☐	能自己控制不會有失禁，或能自行使用並清潔尿套、尿袋。 偶爾會失禁(每週不超過一次)或尿急(無法等待放好便盆或及時趕到廁所)或需要他人協助處理尿套。 失禁，無法自己控制且需他人處理。
8. 平地行走	15 ☐ 10 ☐ 5 ☐ 0 ☐	使用或不使用輔具，皆可獨立行走 50 公尺以上。 需他人稍微扶持或口頭指導才能行走 50 公尺以上。 雖無法行走，但可以操作輪椅(包括轉彎、進門及接近桌子、床沿)並可推行輪椅 50 公尺以上。 完全無法自行行走，需別人幫忙推輪椅。
9. 上下樓梯	10 ☐ 5 ☐ 0 ☐	可自行上下樓梯，可使用扶手、拐杖等輔具。 需他人協助或監督才能上下樓梯。 無法上下樓梯。
10. 移位	15 ☐ 10 ☐ 5 ☐ 0 ☐	整個過程可獨立完成。 移動身體時需要稍微協助、給予提醒、安全監督。 可以自行坐起，但從床上坐起時或移動身體時需要他人協助。 不會自己移動。
總分		



附錄 2、末期病患主要症狀表(符合安寧療護收案條件時填寫)

1. 癌症末期病患： ☐高血鈣 ☐脊髓壓迫 ☐急性疼痛 ☐嚴重呼吸困難 ☐惡性腸阻塞 ☐出血 ☐腫瘤潰瘍 ☐嚴重嘔吐 ☐發燒，疑似感染 ☐癲癇發作 ☐急性瞻妄 ☐急性精神壓力，如自殺意圖
2. 末期運動神經元病患： ☐虛弱及萎縮 ☐肌肉痙攣 ☐吞嚥困難 ☐呼吸困難 ☐睡眠障礙 ☐便秘 ☐流口水 ☐心理或靈性困擾 ☐分泌物及黏稠物 ☐低效型通氣不足 ☐便秘 ☐流口水
3. 失智症末期須符合下列 3 項條件： ☐確診失智症。 ☐臨床失智評估量表 Clinical Dementia Rating (CDR) 3 分且日常體能狀況已超過半數時間臥床或依賴輪椅(如 ECOG 3 分以上)，或失智症功能評估分級量表 Functional assessment staging (FAST) 等級 7C 以上。 ☐合併一年內，發生以下任一種臨床狀況： ☐居家照護或一般支持性醫療照護無法提供進一步之症狀改善而轉介時。 ☐營養不良(下列任一情境)：☐吞嚥困難，進食喝水減少，但選擇不接受管灌餵食。☐-明顯的體重減輕：過去 3 個月下降 5% 或 6 個月內下降 10%。☐-身體質量指數(BMI)小於 16，或白蛋白小於 2.5g/dL。 ☐兩次以上跌倒，或者大腿骨骨折。 ☐吸入性肺炎。 ☐腎盂腎炎或其他上泌尿道感染。 ☐多處皮膚壓力性損傷(第 3、第 4 期)。 ☐敗血症。 ☐反覆發燒，既使已使用抗生素。 ☐過去 6 個月中，出現兩次以上非計畫性的住院，或有一次加護病房的住院。
4. 其他大腦變質： ☐嚴重神經疾病如：☐嚴重中風 ☐嚴重腦傷 ☐末期大腦變質病患，不需使用呼吸器維生者，病情急劇轉變造成病人極大不適時，如：電解值不平衡 ☐急性疼痛 ☐嚴重呼吸困難 ☐惡性腸阻塞 ☐嚴重嘔吐 ☐發燒，疑似感染 ☐癲癇發作 ☐急性瞻妄 ☐瀕死狀態 ☐末期大腦變質患者，雖使用呼吸器，但已呈現瀕臨死亡徵象者
5. 心臟衰竭： ☐CHF NYHA stage III 或 IV - 休息或輕度活動時會喘 ☐原心臟照顧團隊認為病人很可能在近期內死亡 ☐經常因嚴重心臟衰竭症狀住院 ☐因心律不整而造成的昏厥等嚴重症狀者 ☐曾有心臟停止或心肺復甦術病史 ☐常有不明原因的昏厥 ☐心因性腦栓塞 ☐左心室射出分率$\leq 20\%$
6. 慢性氣道阻塞，他處未歸類者： 慢性阻塞性肺病 Chronic Obstructive Pulmonary Disease - COPD-休息時就會喘，且病況持續惡化(如：反覆因肺炎或呼吸衰竭需送至醫院急診或住院)，合併以下任一狀況： ☐即使使用氧氣，然而$PaO_2 \leq 55\text{mmHg}$、$PaCO_2 \geq 50\text{mmHg}$或$O_2 \text{ saturation} \leq 88\%$ ☐FEV1$\leq 30\%$ of predicted ☐FEV1持續下降且速度每年大於40 ml ☐6個月內體重減少10%以上 ☐休息時心跳超過100/min ☐肺心症或肺病造成之右心衰竭 ☐合併有其他症狀(如：惡質病、反覆感染、重度憂鬱)或多重合併症
7. 肺部其他疾病： Cystic fibrosis, severe fibrotic lung disease等末期肺病，休息時就會喘，且病況持續惡化(如：反覆因肺炎或呼吸衰竭需送至醫院急診或住院)，合併以下任一狀況： ☐即使使用氧氣，然而$PaO_2 \leq 55\text{mmHg}$、$PaCO_2 \geq 50\text{mmHg}$或$O_2 \text{ saturation} \leq 88\%$ ☐FEV1$\leq 30\%$ of predicted ☐FEV1持續下降且速度每年大於40 ml ☐6個月內體重減少10%以上 ☐休息時心跳超過100/min ☐肺心症或肺病造成之右心衰竭 ☐合併有其他症狀(如：惡質病、反覆感染、重度憂鬱)或多重合併症

8. 慢性肝病及肝硬化： ☐肝病或肝硬化末期，不適合肝臟移植，且(1)PT>5 sec above control 或 INR>1.5 (2)Serum albumin<2.5 g/dl ☐PT>5sec above control或INR>1.5 ☐Serum albumin<2.5g/dl ☐困難處理之腹水 ☐自發性細菌性腹膜炎 ☐肝腎症候群 ☐肝腦病變合併坐立不安、昏睡和昏迷 ☐復發性食道靜脈瘤出血 ☐多重器官衰竭 ☐惡病質與消瘦
9. 急性腎衰竭，未明示者： ☐已接受腎臟替代療法(血液透析、腹膜透析、腎臟移植)病患 ☐病人因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病患可能在近期內死亡 ☐其他重要器官衰竭及危及生命之合併症 ☐長期使用呼吸器 ☐嚴重感染性疾病合併各項危及生命之合併症☐惡病質、或嚴重之營養不良危及生命者☐惡性腫瘤末期患者 ☐因老衰、其他系統性疾病，生活極度仰賴他人全時照顧，並危及生命者
10. 慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者： 本項適用主診斷N18.4、N18.5、N18.6、N18.9 (慢性腎衰竭; chronic renal failure)及N19 (腎衰竭，未明示者; renal failure, unspecified)兩項疾病末期定義 ☐慢性腎臟病至末期腎臟病階段，尚未接受腎臟替代療法病患，屬慢性腎臟病(CKD)第4，5期病患(GFR<30 ml/min/1.73m²)，或已接受腎臟替代療法(血液透析、腹膜透析、腎臟移植)病患 ☐病人因嚴重之尿毒症狀，經原腎臟照護團隊評估病患可能在近期內死亡 ☐其他重要器官衰竭及危及生命之合併症 ☐長期使用呼吸器 ☐嚴重感染性疾病合併各項危及生命之合併症 ☐惡病質、或嚴重之營養不良危及生命者 ☐惡性腫瘤末期患者 ☐因老衰、其他系統性疾病，生活極度仰賴他人全時照顧，並危及生命者 ☐其他：
11. 末期骨髓增生不良症候群 (Myelodysplastic Syndromes, MDS)、ICD-10-CM代碼：D46 (D46.0~D46.Z)： Myelodysplastic syndromes骨髓分化不良症候群，若治療後血球持續長期低下，應長期輸血且合併臨床之不適症狀，經原團隊診治後評估為末期病人。
12. 末期衰弱老人(ICD-10-CM代碼：R54)： ☐ (1)參考Supportive & Palliative Care Indicators Tool (SPICT) 評估符合收案條件者。 ☐ (2)不願意使用呼吸器維生者，病情急劇轉變造成病人極大不適時，如： ☐電解質不平衡(Electrolyte imbalance) ☐急性疼痛(Acute pain) ☐嚴重呼吸困難(Severe dyspnea) ☐惡性腸阻塞(Malignant bowel obstruction) ☐嚴重嘔吐(Severe vomiting) ☐發燒，疑似感染(Fever, suspect infection) ☐癲癇發作(Seizure) ☐急性譫妄(Acute delirium) ☐瀕死狀態(Predying state)

13符合病人自主權利法第十四條第一項第二款至第五款所列臨床條件者：

(1)第十四條第一項第二款至第四款：

- ☐處不可逆轉之昏迷狀況
- ☐永久植物人狀態（ICD-10-CM代碼：R40.3）
- ☐極重度失智（CDR 3分以上或FAST7分以上）

(2)第十四條第一項第五款：其他經中央主管機關公告之病人疾病狀況或痛苦難以忍受、疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適解決方法之情形。（ICD-10-CM代碼參考如下）

- ☐囊狀纖維化症：E84.9 ☐亨丁頓氏舞蹈症：G10
- ☐脊髓小腦退化性動作協調障礙：G11.0、G11.1、G11.2、G11.3、G11.4、G11.8、G11.9、G31.2、G32.81、G32.89、G60.2、R27.0、R27.8、R27.9、R29.810、R29.818、R29.890、R29.891、R29.898
- ☐脊髓性肌肉萎縮症：G12.9 ☐肌萎縮性側索硬化症：G12.21
- ☐多發性系統萎縮症：G90.3 ☐裘馨氏肌肉失養症：G71.0
- ☐肢帶型肌失養症：G71.0 ☐Nemaline線狀肌肉病變：G71.2
- ☐原發性肺動脈高壓：I27.0 ☐先天性多發性關節攣縮症：Q74.3
- ☐遺傳性表皮分解性水泡症：Q81.0、Q81.1、Q81.2、Q81.8、Q81.9

14.罕見疾病或其他預估生命受限者：

- ☐罕見疾病（衛生福利部國民健康署公告罕見疾病名單暨 ICD-10-CM 編碼一覽表），預估生命受限者。
- ☐先天染色體異常疾病、先天畸形（屬全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法第二條附表一之重大傷病項目第八類染色體異常、先天性畸形者），預估生命受限者。
- ☐源於周產期的病況（P00-P96），預估生命受限者。
- ☐染色體異常（如 Trisomy 13、Trisomy 18、或其他染色體異常合併多重器官先天異常：Q91.0~Q91.7、Q97.0~Q97.9），預估無法活至成年者。
- ☐嚴重之先天腦部異常（如無腦症：Q00.0、神經系統先天性畸形：Q07.9），預估無法活至成年者。