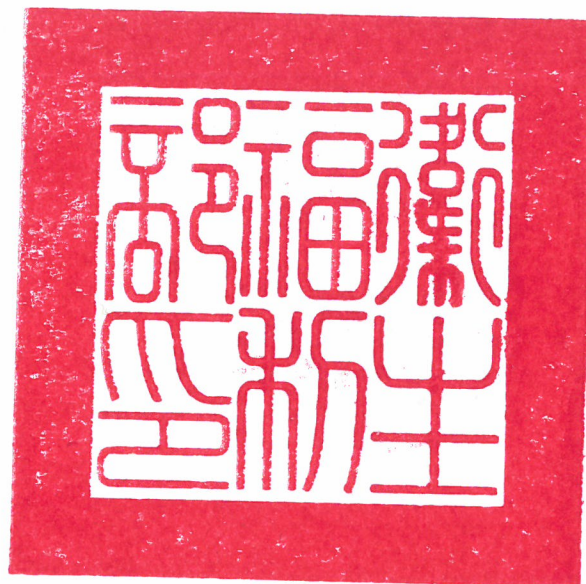


衛生福利部 公告

發文日期：中華民國109年2月27日
發文字號：衛部醫字第1091660617號
附件：如主旨



主旨：公告109年度「醫院整合醫學暨醫療銜接照護試辦計畫」申請作業，如附件。

公告事項：

- 一、申請期限為自公告日起至109年3月26日止（以送達本部之郵戳為憑）。
- 二、申請醫院請依所附申請計畫內容與格式，函送申請計畫書一式4份（並附電子檔）至本部憑辦。

部長陳時中

衛生福利部109年度「醫院整合醫學暨醫療銜接照護試辦計畫」

申請作業

壹、背景說明

我國專科醫師制度，自77年起依據醫師法及專科醫師分科甄審辦法實施，專科醫師訓練對於醫師專業精進及全民醫療品質提升具有重大貢獻，惟內、外、婦、兒、急等科別因臨床工作繁重，復以近年來醫療糾紛頻繁及醫療給付等因素，致使部分急重難症專科住院醫師招收不易。

美國為因應住院醫師及實習醫師法定工時降低、提升醫療品質等需要，到1996年醫院整合醫療(Hospitalist)主治醫師投入住院病人照護之概念因而衍生，由於該類主治醫師能快速有效的診斷與處置，並與病人及家屬溝通病情，及保險制度等之相應配合，美國Hospitalist發展快速，於病人平均住院天數減少、醫療支出下降、死亡率等方面，都有顯著效果。

考量我國人口老化及多重慢性疾病型態增加，以及住院醫師於108年9月1日納入「勞動基準法」，工時縮減後醫師人力運用效率必須提高，自104年起本部持續推動辦理「專責一般醫療主治醫師照護制度推廣計畫」(106年更名為醫院整合醫學照護制度推廣計畫)，透過獎勵醫院設置專屬病房，使接受過完整專科訓練的主治醫師，在合理的工作時數下，專責投入住院病人全人照護，整合醫師人力運用，提升醫療處置效率與品質，並自106年度增加補助醫院辦理醫院整合醫學照護教育訓練，培育專業照護人力，推動整合醫療照護模式，108年計有21家醫院參與，對於急診病人的紓解、醫療費用的降低，病人及家屬滿意度的提升，已有初步成效。

同時，自106年度另辦理「醫療垂直整合銜接照護試辦計畫」，提供病人出院後之照護體系間銜接和建立轉介機制，使得病人平常能由社區之家庭責任醫師照顧，住院時之病人照護轉移由Hospitalist醫師接手照顧，於入院、住院期間及出院準備時，建立雙方針對病人病情，有順暢的討論程序，藉以建立起「雙主治醫師制度模式」，將醫院與社區基層醫療密切統合，提供以病人為中心之全人照護。

是以，為提升醫療體系照護效能，爰將醫院整合醫學照護制度(Hospitalist)與醫療垂直整合銜接照護計畫合併，提供教學、臨床服務及社區轉銜，病人獲得持續性照護，以降低病人門、急診反覆就醫及住院，提升醫療體系照效能，落實分級醫療與轉診制度。

貳、計畫目的

- 一、 推廣醫院整合醫學病房，進行住院照護品質、減少低效醫療花費。
- 二、 以病人為中心的整合醫療照護模式，鼓勵醫院與社區基層醫療結合，提供病人整合性照護，提升醫療品質。並透過通訊遠距或實際訪視之銜接照護過程，達到無縫出院計畫，活絡住院後回轉社區的流程。
- 三、 對於高醫療資源使用以及多重共病病人，強化疾病管理，進行院內外整合以及個管系統，以降低其門、急診及住院頻率，執行預立治療計畫，提升醫療資源有效運用。

參、計畫內容

一、 申請資格：

- (一) 申請甲案者，須符合本部醫院評鑑及教學醫院評鑑醫師職類合格。
- (二) 申請乙案者，須符合本部醫院評鑑合格。

二、 執行方式：

(一) 照護模式：

1. 醫院整合醫學主治醫師(以下稱專責主治醫師)全責照護模式：病人由急診住院或門診主治醫師收治住院後，交由病房專責主治醫師照護。
2. 專責主治醫師與其他專科主治醫師混合照護模式：病人由專責主治醫師及手術主責醫師等共同照護。

(二) 照護內容：

1. 醫院整合醫學照護(Hospitalist)制度的推廣與教學。
2. 醫院整合醫學照護專責病房(以下稱專責病房)進行跨團隊住院照護。
3. 進行整合門診、社區醫療機構轉銜服務、個案管理及遠距診察。

(三) 收治對象：

1. 多重慢性病病人：過去半年內於 3 種慢性病門診就醫，或有兩種以上慢性
性病診斷用藥者。
2. 經常性住院病人：過去半年內非預期性反覆住院 3 次以上病人。
3. 急診住院病人：有早期復健、早期安寧或醫療資源整合需求者。惟收案
時未接受安寧緩和醫療門診或居家安寧照護等整合照護之末期病人。

(四) 執行方案：

甲案：執行醫院整合醫學教學，辦理醫院整合醫學照護專責病房，進行社區
醫療機構轉銜服務與個案管理，並辦理整合門診或居家醫療。

乙案：辦理醫院整合醫學照護專責病房，進行社區醫療機構轉銜服務與個案
管理，並辦理整合門診或居家醫療。

(五) 執行事項：

1. 醫院整合醫學教學(醫師訓練)

(1) 資源及設備：本計畫之病床數為 50 至 100 床，並應有專屬的值班
室、討論室或會議室、教師辦公室等。應配置電腦以及遠距設備，
且可以連結資訊系統，進行資料查詢、影像傳輸、及遠距診察。

(2) 指導老師資格：已接受醫院整合醫學照護 40 小時師資培訓課程，
具醫院整合醫學照護教學熱忱及能力者。其責任為指導受訓醫師，
並為病人的專責主治醫師，須專職於本計畫之病房工作。

(3) 訓練課程：應符合「醫院整合醫學訓練課程基準」與重點照護超音
波 (Point-of-Care Ultrasonography, POCUS) 教學內容。

(4) 受訓學員包括：

- A. 已具備其他科專科醫師，繼續接受醫院整合醫學訓練者。
- B. 專科訓練中之住院醫師。
- C. 畢業後一般醫學訓練醫師。

(5) 評量與評估：

- A. 受訓者的評量：評量範圍應包括知識、技能與態度；並採用適當
而多樣的評量方法，如紙筆測驗、平時觀察、臨床測驗等方式進
行。

- B. 教師的評估：應包括教師自我評估、受訓者對教師的書面回饋等，評估內容主要為教學方法與成效。
 - C. 教師定期和受訓者討論其評估結果。
 - D. 病患照顧的評估：重視病人安全及醫療品質，進行死亡率、再住院率等醫療品質管制指標評估等。
2. 辦理醫院整合醫學照護專責病房
- (1) 應有醫療團隊成員：
 - A. 甲案：專責主治醫師及專科護理師各 5 人以上，並應有適當之住院醫師、護理師人力，以及跨領域照護醫療人員，如營養師、社工人員及個案管理人員等。
 - B. 乙案：應有專責主治醫師及專科護理師各 3 人以上，並應有適當之護理師人力及跨領域照護醫療人員，如營養師、社工人員及個案管理人員等；專責病房如由專責主治醫師與其他專科主治醫師共同照護，專責主治醫師人數須佔一半(含)以上。
 - (2) 專責主治醫師服務模式：
 - A. 甲案：專責主治醫師需專職病房工作，主要負責照護住院病房；每週門診、檢查及手術不得超過 2 時段，惟本計畫病房出院個案之約診或慢性病整合門診、手術不在此限，且不含假日、緊急手術與緊急照會。其假日及夜間值班照顧床數不得超過 100 床，如有住院醫師參與值班，其角色為學習，非主要照顧人力。
 - B. 乙案：專責主治醫師於病房照護時數，每週至少 4 班，其假日及夜間值班照顧床數不得超過 100 床。
 - (3) 專責主治醫師應參加醫院整合醫學照護 40 小時師資培訓課程，需具有整合健康照護網絡及整合醫療能力，其中每位專責主治醫師應已完成醫院整合醫學師資培訓，計畫內專責主治醫師具備醫院整合醫學專科醫師之比例，列為計畫申請通過與否之重要參考。
 - (4) 應能具有跨專科別之整合照護能力，並強調整合網絡及整合醫療能力。

- (5) 應有跨團隊會議，須訂有入出院流程與銜接照護作業標準。出院病人應進行整合或社區銜接，並進行通訊或實體轉銜會議，以利出院病人之無縫銜接照護。
- (6) 至少每三個月定期召開會議討論專責病房運作等各項議題。
- (7) 醫院整合醫學專責病房應參與醫院出院規畫以及分級醫療相關會議，協助醫院進行住院轉診與銜接照護。並應配合本部「建構社區整合性健康照護網絡計畫」，接受參與當地衛生局指導，辦理轄區內醫療機構之整合醫療工作。
- (8) 應進行社區轉銜、開設院內整合門診或居家醫療，並進行高醫療利用者個案管理，同時每月須配合填報醫療品質與垂直整合指標，並定期檢討。

3. 辦理社區醫療機構轉銜服務與個案管理

社區醫療機構轉銜服務成功定義，為病人已轉介較原住院醫院評鑑層級級別少一級以上院所就醫者。

(1) 照護團隊任務：

- A. 應向病人說明計畫目的、病人權利義務，並取得病人簽署參與本計畫同意書(附件 1)。
- B. 應評估個案垂直整合銜接照護需求，安排並聯繫個案住所附近社區醫院或基層診所，提供其出院後之醫療照護銜接。
- C. 應提供個案垂直整合銜接照護諮詢窗口及下轉醫療機構資訊。
- D. 擬定出院準備計畫並召開醫療垂直整合銜接照護會議。
- E. 辦理末期病人之預立緩和醫療治療計畫(如附件 2)。

(2) 建立雙主治共同照護模式：

- A. 專責主治醫師應與社區醫院或基層診所之醫師(以下稱社區基層醫師)建立多元溝通管道，共同照護病人，召開醫療垂直整合銜接照護會議，並共同擬定出院準備計畫。(垂直整合銜接照護會議，應以能留下紀錄為主，可為現場會議或視訊會議，並限定為醫師對醫師之轉銜服務討論。)

- B. 專責主治醫師應於個案住院期間與社區基層醫師(家庭責任醫師)就個案重要的診斷、檢查或手術進行討論，並於出院或轉診時提供當次出院病歷摘要及個案醫療垂直銜按照護評估轉介單(附件3)給予社區基層醫師，使個案醫療照護得順利銜接並具連續性。
- C. 個案出院後，專責主治醫師應監督整合轉銜個管師追蹤個案之照護與諮詢，協同照護個案，必要時並提供電話諮詢、就醫建議或轉介服務。

(3) 個案管理：

整合轉銜個管人員(以下稱整合個管人員)辦理下列事項：

- A. 應負責整合病人入院、住院中及出院後與社區基層醫師或院內個案管理門診之銜接聯繫工作，協調召開並參與醫療垂直整合銜接相關會議。
- B. 應定期追蹤個案管理之病人，協助醫師進行遠距通訊診察，協調病人就醫，並完成個案管理紀錄單(附件4)。
- C. 應彙整個案相關資料並建檔，收集相關指標以及本計畫有關之行政庶務。
- D. 結案：個案管理收案者，追蹤滿六個月後或發生死亡結案。

4. 整合門診或居家醫療

出院後銜接至指定院內整合門診或居家醫療追蹤。

- (1) 醫院整合醫學主治醫師應實際參與醫院整合門診或居家整合醫療，不受專責醫師門診上限兩節之規範。
- (2) 整合門診形式不受限於執行健保署之「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」，惟需進行實質門診或居家整合照護。
- (3) 整合門診收治病人應以符合個案管理之出院病人為限。
- (4) 醫院整合醫學科醫師應協助病人的長期用藥開立，個案管理以及執行預立治療計畫，以作為醫院型的家庭責任醫師，後續必要時得進行遠距視訊診察以及社區轉銜。

肆、計畫期程：108年度參與「醫院整合醫學照護制度推廣計畫」或「醫療垂直

整合銜接照護試辦計畫」且經審查通過之醫院(含辦理醫院整合醫學教學示範中心計畫之醫院)，自109年1月1日至109年12月31日；新申請參加醫院自核定日起至109年12月31日。

伍、補助方式：

一、申請補助上限：

甲案：每家醫院補助經費以新臺幣(以下同) 500萬元為上限。

乙案：每家醫院補助經費以350萬元為上限。

以上擇優核定補助家數，補助經費編列範圍如附件5。

二、補助費用項目：本計畫經費為補助醫院以及專責病房推動醫療體系內之垂直整合銜接照護模式，落實家庭責任醫師制以及雙主治醫師的精神，並降低多重疾病及高醫療需求病人之門、急診及住院頻率，提升醫療資源有效運用，爰補助醫院因執行本計畫所需之人事費、業務費管理費及核實支付費。本計畫經費支用應有10%以上用於推動本計畫執行醫療團隊，且不影響其原本薪資結構。

(一) 人事費：

醫院得聘任1位專任整合個管人員，協助辦理本計畫相關事項：個案照護追蹤管理、填報醫療品質、經費核銷等本計畫相關庶務工作，薪資原則上由計畫執行機構依其工作內容，所具備之專業技能、獨立作業能力、相關經驗年資及預期績效表現等條件綜合考量敘薪，勞、健保費及退休金提繳亦可編列詳如本計畫經費編列範圍，檢據覈實報支。若完成收案列入照護個案超過30人，得聘任第2位專任整合個管人員，收案達100人得再聘任第3位專任整合個管人員，前開照護個案數皆不含已結案者。已參加107-108年「醫療垂直整合銜接照護試辦計畫」之醫院多重慢性病人、經常性住院病人及末期病人個案數得予列入並累計。

(二) 業務費：

1. 專責主治醫師值勤補助費每1名主治醫師於本計畫專責病房非正常工時執勤(含平日夜班、假日白班及假日夜班)，每班12小時，補助醫院每名醫師每12小時值勤補助費用5,000元，非12小時者，則按比例(小數點

無條件捨去)計算。

2. 辦理本計畫相關之教學補助業務費、出席費、講師鐘點費、國內差旅費之費用(採核實支付)等：出席費每人次2,500元整、社區基層醫師參加醫療垂直整合銜按照護會議現場之出席費2,000元整，如以視訊會議之出席費為每人次500元；講師鐘點費(依軍公教人員兼職費及講座鐘點費支給規定給付)、國內差旅費〈交通費、住宿費、雜費〉(依國內出差旅費報支要點，最高以10萬元為上限)，由受補助醫院檢據覈實報支。遠地前來之外聘專家學者，但已支領出席費、講師鐘點費者，不得再行報支「國內差旅費」之雜費。其他如參加政府補助計畫已支領與本計畫相同項目者，本計畫不得支領。

(三) 管理費：可支用於執行本計畫專任整合個管人員及主協辦人員為辦理本計畫業務之加班費，補充保險費(編列基準請依中央健康保險署之最新版本辦理)，管理費編列不得超過業務費之10%。

(四) 核實支付費：依本案補助標準，採論件計酬，核實支付，本項經費編列數額不得低於總申請經費10%。

1. 銜按照護評估費：醫療團隊完成個案之醫療垂直整合銜按照護評估轉介單及醫療體系下轉，每案補助 2,000 元，惟考量急診後送院病人有醫療資源整合需求或早期復健、早期安寧等需求，此類病人亦可由原醫院院內整合個案管理不下轉，惟每案補助500元，同一病人僅能申請一次銜按照護評估費。
2. 整合個案照護管理費：整合個管人員每月定期追蹤個案出院後狀況，進行疾病管理且記錄完整，追蹤期間為出院後六個月期間，補助300元/月，每案以1,800元為上限。
3. 通訊診察與共同照護費：因銜按照護或行動失能的個案管理病人醫療照護的需求，經由通訊診察方式進行，補助每人次500元。

陸、申請與審查作業程序：

- 一、申請醫院提具計畫書(內容與格式如附件6)一式4份，依規定期限送本部。

二、 委託學者專家進行審查，並由本部視預算額度擇優核定補助。

柒、輔導及評估：

- 一、 本計畫專責病房之設置運作，應接受本部或本部委託具公信力的專業團體，進行輔導及評估執行本計畫之成效。
- 二、 參與本計畫醫院應提供個案醫療及追蹤管理，並依規定完成紀錄，納入病歷管理。
- 三、 參與本計畫之醫院，需每月填報各項品質指標，如未完成每月應填報品質指標者，則按未填報品質指標數量佔品質指標總數之比例核減第三期款。
- 四、 參與本計畫之醫院應於期中及期末成果報告呈現每季成功收案個案數、病人社區轉銜成功率、社區基層醫師共同照護比率、社區轉銜病人非經轉診就醫率，以利整體評估執行本計畫醫院之收案個案，對醫療資源使用的影響，作為相關政策規劃之參考。

捌、預期效益

- 一、 鼓勵醫療院所參與醫療垂直整合銜接照護推廣，設有垂直整合轉銜個案管理人員，以達全人全程全團隊協助管理之目標，提高醫療服務效能。
- 二、 補助個案照護管理費用，達到鼓勵醫療提供者持續追蹤及提供生命末期及多重慢性病人完整持續的醫療照護。

參與「醫院整合醫學暨醫療銜接照護試辦計畫」 同意書

茲同意於參與貴院「醫療垂直整合銜接照護試辦計畫」，並已充分了解加入本計畫之目的，願意定期接受貴院人員電話追蹤，依照醫療垂直整合銜接照護需求評估結果，安排至社區醫院或基層診所就醫，有問題時可洽貴院垂直體系銜接照護小組諮詢與尋求醫療協助，並同意貴院於評核計畫成效時，運用參與本計畫所提供之個人資料與健保資料。

此致

_____ 醫院

病人（或代理人）簽章：

（關係：_____）

解說醫護人員簽名：

日期： 年 月 日

**衛生福利部「醫院整合醫學暨醫療銜按照護試辦計畫」
預立緩和醫療治療計畫**

本人/家屬 _____ 瞭解醫療有所極限，若當病程進展至死亡已屬不可避免，醫師診斷為不可治癒或醫學上判斷無法再恢復時，發生意識不清之際， <u>不希望接受心肺復甦術</u> ，並期待下列之醫療照護方式，請尊重個人的意願。	
勾選一項	未來照護場所 <input type="checkbox"/> 留在住家，不希望送醫。 <input type="checkbox"/> 目前處所無法得到安適，才轉送醫院，但不要入住加護病房。 (床等： <input type="checkbox"/> 健保房 <input type="checkbox"/> 非健保房)
勾選一項	人工營養及流體餵養 ：若發生無法進食，經由靜脈點滴或口/鼻/胃/腸道插管的人工方式給與食物及水份 <input type="checkbox"/> 不使用任何人工營養。 <input type="checkbox"/> 在指定的一段時間內，接受人工營養，但醫師判斷無效時可停止。 <input type="checkbox"/> 使用人工營養。
勾選一項	維生醫療 ：依賴醫療設備維持生命的措施，如正壓人工呼吸器、血液透析等侵入性治療 <input type="checkbox"/> 不接受延長生命的醫療措施與設備 <input type="checkbox"/> 接受延長生命的醫療措施與設備，但醫師判斷無效時請停止 <input type="checkbox"/> 接受延長生命的醫療措施與設備
勾選一項	抗生素治療 ：生命末期常發生各種感染合併症 <input type="checkbox"/> 不再使用任何抗生素 <input type="checkbox"/> 僅使用口服抗生素 <input type="checkbox"/> 接受一般性口服和注射抗生素，若醫師判斷無法提高生活品質，不再使用抗生素。
請勾選適當項目	舒適照護 (複選) <input type="checkbox"/> 接受給藥、翻身、傷口照顧，但增加痛苦時，則不再使用。 <input type="checkbox"/> 必要時可使用抽痰治療呼吸道阻塞，但增加痛苦時，則不再使用。 <input type="checkbox"/> 當醫師判斷輸血無法提高生活品質時，不再輸血。 <input type="checkbox"/> 接受必要的疼痛及症狀控制以減緩不適，例如嗎啡或鎮靜劑。 <input type="checkbox"/> 接受緩和醫療照護，以得到更好的症狀及心理靈性照顧。
意願人或同意人	病人簽名： 或親屬、醫療代理人簽名： _____ 與病人的關係： _____ 聯絡電話： _____ 簽署日期： 年 月 日 時 分
醫療團隊	預立治療計畫諮商主治醫師簽名： _____ 服務機構： _____ 醫院 整合醫學照護病房 個管電話： _____ 分 機 或 _____ 週一到週五 8:00~17:00 其他時間請留言： _____ _____ 年 月 日
病人轉院或出院時，此份表格副本必須給予病人或家屬。	

衛生福利部「醫院整合醫學暨醫療銜接照護試辦計畫」評估轉介單

個案基本資料			
姓名		身分證字號	電話：
出生日期	民國 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
地址	市 鄉鎮 村 路 段 巷 弄 號 樓之 縣 市區 里 街		手機：
主照顧者	(關係：)	收案日期	
下轉醫院診所		社區基層醫師	

填寫病人住院狀況及應注意事項交班

住院專責主治醫師(簽名)

- 收案條件
 - 多重慢性病病人：六個月內非預期性反覆住院三次以上病人。
 - 經常性住院病人：過去半年內非預期性反覆住院3次以上病人。
 - 急診後送住院病人：有早期復健、早期安寧等或醫療資源整合需求者。惟收案條件為時，尚未完成預立治療計劃，未接受安寧緩和醫療門診或居家安寧照護等整合照護之末期病人。
- 病患出院後治療目標：一般慢性病照護 次專科照護 積極復健 緩和醫療
- 跨醫療專業需求：PT OT ST 居護 長照 社工
- 預立醫療計畫 (Advance Care Planning)：無
 - 有 DNR 同意或意願書 有預立醫療治療計畫或預立醫療決定
 - 癌症末期，不選擇抗癌 末期肺病 末期肝病 末期腎病
 - 末期心臟病 嚴重失能之神經性疾病 老衰羸弱之生命末期
- 主要醫療決策：自己 家屬_____ (關係) 其他
- 病患意識狀態：清楚 輕度失智 CDR1 中度失智 CDR2 重度失智以上 CDR3
- 病患心理狀態：一般 憂鬱 焦慮 無法評估
- 病患住院前後功能狀態變化
 - 住院前 住院後完全活躍，能夠從事生病前的各種活動
 - 無法負擔費力的工作，但能夠行走且從事輕度工作
 - 無法從事任何工作，但能夠行走且自我照顧
 - 僅能在床上或輪椅上從事有限度的自我照顧
 - 完全失去自我照顧的能力
- 出院前病患營養及飲食狀態：出院時體重 _____ 公斤 限水 _____ cc
 - 經口進食 液體稠度調整 (Nectar thick honey thick)

一般 質地調整 (軟質 軟質剝碎 流質)

特殊調整 (DM CKD heart)

腸道營養 管灌_____

靜脈營養 TPN PPN D5W

10. 皮膚及傷口狀況

無

褥瘡 位置: sacrum hip heel (R. L Gr. __, size_____)

其他

11. 呼吸及管路照護

氧氣 BiPAP CPAP ventilator_____ (全天 夜間)

NG PEG PEG-J (新放, 最後更換日期 年 月 日)

Foley (新放, 最後更換日期 年 月 日)

Tracheostomy (新放, 最後更換日期 年 月 日)

Drainage tube: PTGBD PCN Pigtail (新放)

PICC Port-A (新放)

其他

12. 出院藥物如出院病摺所附, 此次住院

新增藥物

刪改藥物

13. 建議病患出院後需進一步追蹤:

此次感染疾病

胃腸出血

器官功能衰竭 (心臟 肝臟 腎臟 肺臟 其他: _____)

(1) 檢驗項目

CBC/DC PT APTT Urinalysis Stool OB

renal function electrolyte liver function

lipid profile HbA1C, blood Sugar Albumin Uric acid

其他: _____

(2) 檢查項目

CXR kidney echo abdominal echo echocardiography

其他: _____

(3) 預防保健健康行為 : 戒菸 減重 疫苗

(4) 出院後可能發生問題或建議出院後調整的藥

14. 隨函附件: 出院病摺 預立治療計畫 其他_____

若有相關銜接照護的問題, 請與住院照護團隊進一步聯繫。

衛生福利部「醫院整合醫學暨醫療銜接照護試辦計畫」

個案管理紀錄表

一、 個案基本資料										
姓名	身分證字號									電話： () 手機：
出生日期	民國	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女			
地址	市	鄉鎮	村	路	段	巷	弄	號	樓之	
	縣	市區	里	街	(關			收案日期		
主照顧者	係：)									
下轉醫院診所							社區基層醫師			
個案狀況摘述：										
二、 追蹤紀錄										
第一次住院日期：										
第一次出院日期：										
日期 時間	追蹤內容摘述： 就醫狀況、諮詢、衛教、聯繫、建議及處置 等項					急、門診及住院 就醫情形(日期)			記錄者	

第二次住院日期： 第二次出院日期：			
日期 時間	追蹤內容摘述： 就醫狀況、諮詢、衛教、聯繫、建議及處置 等項	急、門診及住院 就醫情形(日期)	記錄者

(請依需求自行調整篇幅)

衛生福利部補助「醫院整合醫學暨醫療銜接照護試辦計畫」經費

編列範圍

項目名稱	說明
人事費	
行政助理薪資、勞健保費	<p>行政助理費用：執行本計畫所需聘僱之專任助理人員，依「衛生福利部及所屬機關研究計畫助理人員約用注意事項」辦理、「行政院及所屬各機關學校臨時人員進用與運用要點」規定及各機關自行訂定之審核機制辦理。勞、健保費及退休金亦可編列。薪資部分檢附印領清冊或匯款證明等相關文件覈實報支，勞、健保費及退休金等相關必要費用，檢附機關分攤表及繳費收據影本或納保相關證明文件覈實報支。</p> <p>專任助理之勞、健保費：依據勞動基準法及健康保險法之規定編列雇主應負擔之勞保及健保費用（非依法屬雇主給付項目不得編列），有關勞保及健保費用編列基準請自行上網參照中央健保局以及勞工保險局的最新版本辦理。</p> <p>公提離職儲金或公提退休金：執行本計畫所需聘僱助理人員之公提離職儲金（計畫執行機構不適用勞動基準法者）或公提退休金（計畫執行機構適用勞動基準法者）。依「衛生福利部及所屬機關研究計畫助理人員約用注意事項」及「勞工退休金提繳工資分級表」編列。</p>
教學補助人事費（甲案適用）	<p>補助教學訓練計畫主持人、指導老師、病房主任、主治醫師因參與本計畫，所需額外付出之教學訓練固定費用，各醫院得視實際情況需要，酌予適當補助。</p> <p>教學補助費用如係以每人每月方式計算支給，應以人事費支應，並應明列支給標準、人月及計算方式。</p>
業務費	
1. 專責主治醫師值勤補助費	<p>每由 1 名主治醫師於本計畫專責病房值班（平日夜班、假日白班及假日夜班），則補助醫院每名醫師每 12 小時值班費用上限 5,000 元，非 12 小時者，則按比例（小數點無條件捨去）計算。</p> <p>註：</p> <ol style="list-style-type: none"> 請明列編列計算方式。 經費核銷須檢附全年度專責主治醫師值班表（應有醫師及醫院院長核章）及其專科資格、每週門診表與手術量。 <p>109 年 月值勤表</p>

	<p>主治醫師：(姓名)，值勤次數： 次，簽名或蓋章： 。</p> <p>主治醫師：(姓名)，值勤次數： 次，簽名或蓋章： 。</p> <p>109年 月值班表</p> <p>主治醫師：(姓名)，值勤次數： 次，簽名或蓋章： 。</p> <p>主治醫師：(姓名)，值勤次數： 次，簽名或蓋章： 。</p> <p>(篇幅不足請自行複製)</p> <p>總支應之值勤費用</p> <p>每值勤 元*總值班人次 班= 元整。</p> <p>備註：值班表應按月製作，並由醫師於後簽名或蓋章，總彙整後由醫院承辦人、承辦單位主管人員、會計單位、主辦會計人員、機關首長或其授權代理人核章</p>	
2 本計畫相關之出席費、講師鐘點費(採核實支付)	本計畫相關之出席費、講師鐘點費(採核實支付)：出席費每人次 2,500 元整、講師鐘點費(依軍公教人員兼職費及講座鐘點費支給規定給付)。已獲教學補助人事費或已獲教學補助業務費者，不得申請本項費用。	
3. 國內差旅費之費用(採核實支付)	國內差旅費(交通費、住宿費、雜費)(依國內出差旅費報支要點)，由醫院檢據覈實報支。最高以 10 萬元為上限。 遠地前來之外聘專家學者，但已支領出席費、講師鐘點費者，不得再行報支「國內差旅費」之雜費。	
4. 文具紙張	實施本計畫所需油墨、紙張、文具等費用。	
5. 印刷費	實施本計畫所需書表、教材等之印刷裝訂費及影印費。	
6. 教學補助業務費(採核實支付)(甲案適用案)	補助教學訓練計畫主持人、指導老師、病房主任、主治醫師因參與本計畫，所需額外付出之教學訓練費用，各醫院得視實際情況需要，酌予適當補助。 教學補助費用如係以教學指導次數、診次等方式支給，應以業務費支應，並應明列支給標準及計算方式。	
7. 郵電費(甲案適用案)	實施本計畫所需郵資、電話費，但不得編列手機費用。	
8. 資料蒐集費(甲案適用案)	實施本計畫所需購置之國內、外參考書籍費用，以具有專門性且與本計畫直接有關者為限。	

9. 電腦資料處理費(甲案適用案)	實施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、磁碟及報表紙等(不含程式設計費)。	
10. 餐費	實施本計畫執行需要而召開之相關會議，已逾用餐時間之費用。申請餐費，每人次最高 100 元。	
11. 雜支	與本計畫有關之其他雜項支出(不含設備費用)，須檢據核實開支，最高以業務費百分之 5 為上限，且最高不超過 10 萬元。	
管理費		
1. 支用範圍應與本計畫所建置專屬病房產生之相關費用為限，檢據覈實報支。使用項目如下： (1) 水、電、瓦斯費、大樓清潔費及電梯保養費。 (2) 加班費：除計畫主持人外，執行本計畫之助理人員及主協辦人員為辦理本計畫而延長工作時間所需之加班費，惟同一工時不應重複支領。 (3) 除上規列範圍內，餘臨時工資、兼任助理或以分攤聘僱協辦計畫人員之薪資，不得以此項核銷。 (4) 依全民健康保險法之規定，受補(捐)助單位因執行本計畫所應負擔之補充保險費(編列基準請依中央健康保險署之最新版本辦理)。 (5) 依據勞動基準法之規定，特休未休完所發給之工資、依法員工健檢費。 2. 管理費編列不得超過業務費之 10%。 3. 水、電、瓦斯費、大樓清潔費及電梯保養費應列明計算及分攤基準。		
核實支付費 採論件計酬，核實支付，且不得低於總申請經費 10%。		
銜接照護評估費	醫療團隊完成個案之醫療垂直整合銜接照護評估費用，須完成事項：(1)完成個案垂直整合銜接照護需求評估轉介單及病人簽署同意書。(2)召開醫療垂直整合銜接照護會議。(3)提供個案諮詢窗口及下轉資訊。	每案 2,000 元，惟考量急診後送住院病人情狀況及需求，此類病人經評估後亦可由原醫院自行個案管理不再下轉，惟每案 500 元補助。
整合個案照護管理費	整合個案管人員每月定期追蹤個案出院後狀況，接受個案及其家屬電話諮詢，協助就醫並每月完成個案管理紀錄單。	多重慢性病病人、經常性住院病人、急診後送住院病人：補助 300 元/月，每案以 1,800 元為上限。
通訊診察與共同照護費	因銜接照護或行動失能的個案管理病人醫療照護的需求，以固定通信、行動通信、網際網路及其他可溝通之通信設備或方式為之，應完成診療紀錄並列入病歷管理，惟屬聯絡性質不得支給通訊診察與共同照護費。	每人次補助 500 元。

醫院整合醫學暨醫療銜接照護試辦計畫申請計畫書內容與格式

一、計畫書封面：至少包含計畫名稱、計畫執行單位、計畫執行期間。

二、書寫格式：以 word 建檔，A4 版面，由左而右，由上而下，標楷體 14 號字型，橫式書寫。

三、計畫本文至少應包括：

(一) 前言

(二) 計畫目的

(三) 計畫內容：至少應包含

1. 方案類別、病房設置方式、設置地點、設置規模及衛生局登記病床種類、對照病房等。
2. 病房收治病患來源、收治流程與轉出相關說明。
3. 專責主治醫師名單、人數、專責主治醫師之專科別及其每週門診、約診及手術等情形，並檢附預排一個月之專責主治醫師班表。
4. 專責主治醫師的工作職責範圍。
5. 醫療及個案管理人員人力配置（如住院醫師、專科護理師、營

養師、個管人員、社工人員)、排班方式及教育訓練方式。

6. 預期效益 (應以量化說明死亡率、再住院率等醫療品質指標)。

(四) 經費需求：請詳細說明估算方法及用途，並請包含申請醫院自行負擔部分。(格式如下表)

申請補助經費與醫院自行負擔經費：

單位：元

項目	申請補助金額	
	編列計算	小計
人事費		
業務費		
管理費		
核實支付		
總計		

單位：元

項目	醫院自行負擔金額	
	編列計算	小計
人事費		
業務費		
管理費		
核實支付		
總計		

備註：請依執行本計畫預估需自行負擔之費用，依人事費、業務費之細項 (如人事費之專科護理師薪資、業務費之講師鐘點費等項目分列之)

109 年度醫院整合醫學暨醫療銜接照護試辦計畫申請書項目查核表

項次	項 目	自我檢視
1	方案類別、病房設置方式、設置地點、設置規模及衛生局登記病床種類、對照病房等。	詳如第 0-0 頁。
2	病房收治病患來源、收治流程與轉出相關說明。	詳如第 0-0 頁。
3	專責主治醫師名單、人數、專責主治醫師之專科別及其每週門診、約診及手術等情形，並檢附預排一個月之專責主治醫師班表。	詳如第 0-0 頁。
4	專責主治醫師的工作職責範圍。	詳如第 0-0 頁。
5	醫療及個案管理人員人力配置（如住院醫師、專科護理師、營養師、個管人員、社工人員）、排班方式及教育訓練方式。	詳如第 0-0 頁。
6	值班模式、醫療品質指標、主治醫師工時指標及其計算方式等。	詳如第 0-0 頁。
7	經費需求：請詳細說明估算方法及用途，並請包含申請醫院自行負擔部分。	詳如第 0-0 頁。

醫院整合醫學暨醫療銜接照護試辦計畫

核實支付費核銷清冊

醫院：

單位：元

編號	個案姓名	國民身分證統一編號	收案日期	個案類別	核實支付費			總計
					銜接照護評估費 1.簽署同意書 2.召開會議 3.提供資訊	次數 (每月定期追蹤計算為1次)	整合個案照護管理	
範例								
1	丁一杉	A123456789	106.11.2	A	2,000	6	1,800	3,800
2	王二生	A123456710	106.11.3	C	2,000	3	900	2,900

備註：

- 1.為免個人資料外洩，當事人姓名第三個字及國民身分證統一編號後4碼請以「X」表示。
- 2.個案類別代碼：A-多重慢性病病人，B-經常性住院病人，C-急診後送住院病人

經手人(核章)：

單位主管(核章)：

衛生福利部補（捐）助計畫契約書(草案)

計畫名稱：109 年度「醫院整合醫學暨醫療銜接照護試辦計畫」

執行單位：

衛生福利部補(捐)助計畫契約書

105.04.20 版

衛生福利部(以下簡稱甲方)為辦理「醫院整合醫學暨銜接照護試辦計畫」，特補(捐)助(以下簡稱乙方)負

責執行，經雙方協議，訂定條款如下：

第一條、計畫內容：詳如附件之計畫書。

第二條、計畫執行期間：自民國 年 月 日起至民國 109 年 12 月 31 日止。

第三條、計畫經費：合計新臺幣○○萬○○元整，其詳細用途依照附件之計畫書。

第四條、本計畫經費撥付原則及分期方式：

(一)撥付原則：

■本計畫經費如遭立法院凍結、刪減或刪除，甲方得視審議情形，暫緩支付、調減價金、解除或終止契約。或因會計年度結束，甲方須依規定辦理該款項保留作業時，得視保留核定情形，再行支付，甲方不負遲延責任。又本計畫經費屬本部第八期醫療網計畫，須俟行政院核定後，始得動支，甲方不負延遲支付之責任。

(二)計畫經費之撥付：本計畫經費由甲方分期撥付乙方

第一期款，新臺幣○○萬○○元整(30%)，於契約簽訂後由甲方一次撥付乙方。

第二期款，新臺幣○○萬○○元整(50%)，於 109 年 8 月 31 日前檢附期中報告經甲方認可，由甲方一次撥付乙方。

第三期款，新臺幣○○萬○○元整(20%)，於 109 年 12 月 15 日前檢附成果報告(一式)經甲方認可，由甲方一次撥付乙方。

(三)計畫經費之核減：乙方需配合填報各項品質指標，如未完成每月應填報品質指標者，則按未填報品質指標數量佔品質指標總數之比例核減第三期款。

第五條、計畫經費之動支：

(一)乙方應將計畫經費單獨設帳處理，依甲方核定之預算項目核實動支，並以用於與本計畫內容直接有關者為限，不得移作別用。如因實際需要必須變更經費時，在計畫內容不變下，各項目間之流用，其流入流出金額，以原核定金額百分之十五為限(由受補(捐)助單位首長核定辦理)；超過此變更經費項目時，得提出經費變更申請，徵得甲方

書面同意後，在計畫總經費內調節支應，惟人事費、管理費及本部核定計畫所列不得支用之項目不能流入，且經常門與資本門之經費項目間不得互相流用。如違反前述之規定者，其流用金額，應予列減。計畫經費變更以一次為原則，且計畫執行期限屆滿前一個月內不得申請經費變更。

- (二)本計畫應依「衛生福利部補(捐)助款項會計處理作業要點」之規定辦理。前項要點未規定者，依政府相關法令規定辦理。
- (三)凡經費動支不符前二款規定或虛報、浮報等情事，應予剔除。乙方如有異議，可提出理由，申請複核，經決定後，不得再行申請複議，其剔除款應繳還甲方，並得依情節輕重對於乙方停止補(捐)助一年至五年。

第六條、計畫經費之核銷：

- (一)乙方應於計畫執行結束時，將支出憑證按預算科目分類順序裝訂成冊。並編製收支報告表一式二份，併同執行成果送甲方審核及核銷。其報銷之支出憑證，應依政府支出憑證處理要點及相關法令規定，粘貼於「粘貼憑證用紙」，註明支出費用所屬預算科目及其實際具體用途，若有外文名詞須加譯註中文，並經乙方機關首長及有關人員，如主辦會計、事務主管、計畫主持人、驗收、保管、經手人等簽章證明，本計畫所給付之各項費用，乙方應負責依所得稅法及相關規定辦理扣繳申報事宜，經費核銷應於109年12月31日前以正式公函(以本部收文日為憑)送甲方辦理。如有結餘款及受補(捐)助經費產生之利息(利息金額為新臺幣三百元以下者，得留存乙方，於經費結報時免解繳甲方)或其他衍生收入，如工程招標圖說收入、逾期違約之罰款或沒入之履約保證金等，應於收支明細表中敘明，並於結報時一併繳還甲方；其他有關作業，應依「衛生福利部補(捐)助款項會計處理作業要點」辦理。
- (二)乙方如經本部同意以收(領)據先行送核者，得免送有關憑證至部；其原始憑證，審計機關得隨時派員或由本部派員，或委託專業之財會機構辦理就地查核，免送甲方，除應依會計法規定妥為保存外，並應依審計法第二十七條規定妥善保存十年；其他有關規定，應依「衛生福利部補(捐)助經費原始憑證就地查核實施要點」辦理。
- (三)實施國立大學校務基金之學校，得依「國立大學校院校務基金管理及監督辦法」之規定辦理。本計畫之全部經費應納入基金收支管理。其結餘款及計畫經費所孳生之利息，

納入校務基金作業收支管理，免予繳回國庫。

(四) 乙方對計畫經費如有委任會計師辦理財務簽證者，甲方得調閱其與本計畫有關之查核工作底稿，並得諮詢之。

第七條、計畫之變更：計畫於執行期間因故需變更工作項目、主持人、設備項目，由乙方以正式公文申請變更。

第八條、乙方應依審查後修正之計畫書內容確實執行，執行期間不得拒絕甲方派員查核。

(一) 乙方於計畫執行期間，應配合甲方及其委託單位辦理以下事項：

1. 專屬病房設置及運作之訪視。
2. 專家輔導團之輔導。
3. 填報輔導訪查基準所訂評核標準或指標等相關資料。
4. 計畫執行成效評估。
5. 其他為執行本計畫之必要配合事項。

(二) 計畫實施期間，甲方得不定時訪查乙方之計畫執行情形，如經發現不符109年度「醫院整合醫學暨醫療銜接照護試辦計畫」內容要求者，甲方得要求乙方限期改善，如情節重大者，甲方得停止乙方計畫之執行並追繳相關經費。

(三) 乙方應於**109年8月31日前**，繳交**期中報告**。必要時，甲方並得派員至乙方瞭解計畫執行情形或要求乙方計畫主持人向甲方簡報。期中報告之審查標準包含預定完成計畫進度及計畫實際

第九條、計畫所需採購程序：本計畫經費預算項下所需之採購，應依照「政府採購法」之規定辦理。各項採購之招標、決標、契約或承攬書、驗收等紀錄，若屬原始憑證需送核者，應併同原始憑證送甲方；乙方若為法人或團體應依採購法第四條之規定受甲方之監督。

第十條、本計畫經費所購置之設備，其產權屬乙方所有，乙方應妥為保管使用，逐一編號黏訂標籤，並註明「衛生福利部補(捐)助購置」，且依規定編製「財產增加書」，於核銷時送甲方備查；計畫結束後，甲方得商請乙方撥借其他機關使用，以免閒置。乙方如購置新臺幣五百萬元以上儀器，應建立管理機制並將儀器資料送甲方備查。

第十一條、乙方不得為甲方及第三人執行重複之計畫，若違反上述約定，除應將已撥付之計畫經費全數返還甲方外，乙方計畫主持人於三年內不得再接受甲方之委託。

第十二條、成果報告：

(一) 乙方應於**109年12月15日前**，將**成果報告一式2份**及報告內容之電腦文書檔，以正式公文函送甲方辦理結案手續

- (以本部收文日為憑)。如係以調查法(如面訪、電話訪問、郵寄問卷等)進行之計畫，需連同資料檔、空白問卷、譯碼簿(CODEBOOK)、原始資料數據檔等，一併送甲方辦理結案。
- (二) 成果報告內容不得有抄襲、剽竊、或違反著作權法等行為。如違反上述規定，除乙方應將已撥付之計畫經費全數返還甲方外，乙方計畫主持人於三年內不得再接受甲方之補(捐)助計畫。
- (三) 乙方如未能依限將成果報告及原始資料數據檔等相關資料提送甲方並完成結案手續，除依本條第四款甲方書面同意延期者外，每逾期一日(以本部收文日為憑)，乙方應繳交契約經費總額千分之一之違約金。如逾期兩個月仍未提送者，視為不能履行契約，除應將已撥付之計畫經費全數返還甲方外，乙方計畫主持人於一年內不得再接受甲方之委辦、補(捐)助計畫。
- (四) 乙方如因特殊原因、不可抗力或其他可歸責於甲方之事由，未能於本條第一款約定期限內繳交報告，並完成結案手續，應於計畫執行期限屆滿前一個月以正式公文敘明理由申請延期繳交。
- (五) 成果報告經驗收與契約不符，或審查後經通知限期改善，未如期改善者，甲方得要求乙方全數繳回已撥付之經費或減價收受(減價之金額由甲方視實際情形定之)。
- (六) 乙方執行之計畫倘以人為對象之研究，應於成果報告中進行性別統計分析。

第十三條、成果之歸屬：

本計畫研發成果(包括成果報告)歸屬乙方，則本計畫之成果發表不需事先徵求甲方同意，但需於報告中加註「衛生福利部補(捐)助辦理，惟報告內容不代表衛生福利部意見」字樣。

本計畫研發成果歸屬國有，需經甲方同意後始得發表。

第十四條、本計畫研發成果(包括成果報告)如歸屬乙方，乙方同意其所繳交之成果報告，無償由甲方及其附屬機關(構)視需要自行或指定其他第三人不限地域、時間或次數，以微縮

、光碟、數位化等方式予以重製、散佈、傳送、發行、公開發表、上載傳送網路供檢索查詢，或為其他方式之利用。

第十五條、乙方計畫主持人及參與計畫工作人員，均應嚴守補（捐）助契約內容及甲方之業務機密，計畫主持人有告知參與計畫工作人員守密之義務。

第十六條、計畫主持人未依約履行補（捐）助契約內容或成果有抄襲、剽竊之事實或侵害第三人之專利、著作等智慧財產權時，乙方與計畫主持人應負損害賠償之責任，計畫主持人並應負其他法律及行政責任。

第十七條、計畫執行中，乙方應善盡維護環境之衛生及安全之責，倘相關工作人員因執行計畫致生命、健康、財產上受侵害時，乙方應自負完全責任，與甲方無涉。

第十八條、契約之終止：

（一）計畫執行中，如發現預期成果無法達成、研究工作不能進行、乙方未能履行本契約約定之義務或有第四條第一款所定甲方得終止契約之情事時，得隨時通知乙方終止契約。契約終止後，甲方應對已完成合於計畫工作部分，核算應支之費用予以結案，乙方並應將契約終止前所完成之工作成果送交甲方。

（二）本契約如因可歸責於乙方之事由而終止時，甲方得視情況向乙方追繳已撥付之款項，並暫停乙方所有委辦、補（捐）助計畫申請案。

（三）計畫執行中，計畫主持人因服務機構改變，需在新任職機構繼續執行該計畫者，得經乙方及新任職機構之同意，由乙方以正式公文並檢附新任職機構之聘函影本及新任職機構之同意函，報經本部同意後與乙方終止契約，再與新任職機構另訂新約，本計畫始得轉至新任職機構繼續執行。

第十九條、倘辦理政策宣導，請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，明確標示其為「廣告」二字及辦理或贊助機關、單位名稱，違反者將不予核銷。

第二十條、本契約書未約定事項，雙方得以換文方式另行約定，修正時亦同。契約文字如有疑義時，其解釋權歸屬於甲方。本契約所約定事項如遇有訴訟時，雙方及計畫主持人同意以臺灣臺北地方法院為第一審管轄法院。

第二十一條、本契約書正本2份，副本2份，分送雙方及計畫主持人保存，以資信守。

第二十二條、本契約書自民國 年 月 日起生效。

第二十三條、補助對象係屬公職人員利益衝突迴避法第2條及第3條所稱公職人員或其關係人者，請填『公職人員利益衝突迴避法第14條第2項公職人員及關係人身分關係揭露表』，如未揭露者依公職人員利益衝突迴避法第18條第3項處罰。

立契約書人：

甲方：衛生福利部

代表人： 陳時中

乙方：

代表人：

中 華 民 國 年 月 日