

居家失能個案
家庭醫師照護方案

衛生福利部
109 年 6 月 17 日

居家失能個案家庭醫師照護方案

108 年 7 月 16 日衛部顧字第 1081961815 號公告
109 年 6 月 17 日衛部顧字第 1091961421 號公告修訂

壹、計畫依據

依長期照顧服務法第 8 條第 3 項「接受醫事照護之長照服務者，應經醫師出具意見書」、本部長照服務發展獎助作業要點第 3 點(一)「政策性獎助計畫:為本部各單位及所屬機關推動長期照顧重要政策所訂定之計畫」、醫療事業發展獎勵辦法第 2 條第 1 項第 6 款「重要慢性疾病防治醫療品質之提升」辦理。

貳、背景

我國老年人口比率已於 107 年 3 月達 14.05%，成為高齡社會，預計將於 115 年成為超高齡社會， 20%以上的民眾為老年人。又依健保資料顯示，105 年老年人口使用健保醫療費用占總費用 34.96%，老人每人使用門診醫療費用較非老人高 3 倍，同時老人具較高的慢性病盛行率，因此，在我國人口結構快速老化的情勢下，將造成未來健保財務相當大的負擔。

有長照服務需要的民眾向縣市照顧管理中心(以下稱縣市照管中心)提出申請，經照管專員評估長照需要等級符合收案條件，再由照管專員或長照社區整合型服務中心(以下稱 A 單位)個管員擬定照顧計畫及聯繫服務單位，民眾即可使用長照服務。而這些失能個案有 8 成以上具有慢性疾病，除了同時有醫

療照護需求，一旦疾病惡化更可能導致進一步失能。

為預防慢性疾病惡化導致民眾失能或失能程度加劇，結合家庭醫師制度提供健康指導與醫療服務，建立居家失能老人醫療照護網絡，期能藉由專責醫師及護理師定期家訪，有效進行健康管理並控制慢性病惡化，以減少門診醫療費用及住院負擔。

參、計畫目的

一、鑑於隨人口老化，醫療及長期照護需求大幅增加，提供失能個案以個案為中心的醫療照護及長期照顧整合性服務。

二、落實分級醫療及家庭醫師制度，提供失能個案長照醫事照護服務之建議，同時提供周全性、協調性與持續性的醫療照護。

三、醫師及護理人員（個案管理師)定期家訪，有效掌握健康情形及控制慢性病惡化，適時轉介醫療及長照服務，並推動尊嚴善終避免健保醫療資源耗用。

肆、計畫內容

一、縣市照管專員評估個案長照需求，針對符合收案條件之個案，經個案同意後，派案給參與本計畫之特約單位，並由特約單位之醫師於照顧管理資訊平台(使用 Internet，非以醫院 HIS 系統介接)開立醫師意見書(如附件 1)，提供照管專員

或A單位個管員，作為後續擬定、調整或核定照顧計畫，以及提供照顧個案特殊注意事項之參考

(一)照管專員派案原則：考量醫師對個案之熟悉度、地理位置、個案意願等因素派案，並以全派案為原則，且優先派回原轉介之特約單位。

(二)特約單位指派收案醫師：特約單位依個案意願、醫師對個案之熟悉度、醫師專科等指派收案醫師，且應以同一醫師長期追蹤照護個案，不得無故任意轉換收案醫師。

(三)開立醫師意見書相關規定：

1. 需進行家訪。
2. 收案後應於14天(日曆天)內完成，惟若為「銜接長照2.0出院準備友善醫院獎勵計畫」及「復能多元服務試辦計畫」之個案，則不受該日數之限制。
3. 每6個月需重新開立醫師意見書。
4. 醫師意見書支付上限：同一個案1年2次。

二、 醫師及護理人員(個管師)每月進行個案健康及慢性病管理與諮詢，宣導及推動「預立醫療照護諮商(ACP)」及「預立醫療決定(AD)」，視需要與長照個案管理人員聯繫，並適時將個案轉介醫療及長照服務。

(一)服務頻率：依個案狀況及個管師專業判斷調整每月服務次數，至少每月須有1次服務。

(二)服務方式：可以家訪、電訪及遠距視訊等方式進行，其中

每 4 個月至少需有 1 次家訪。

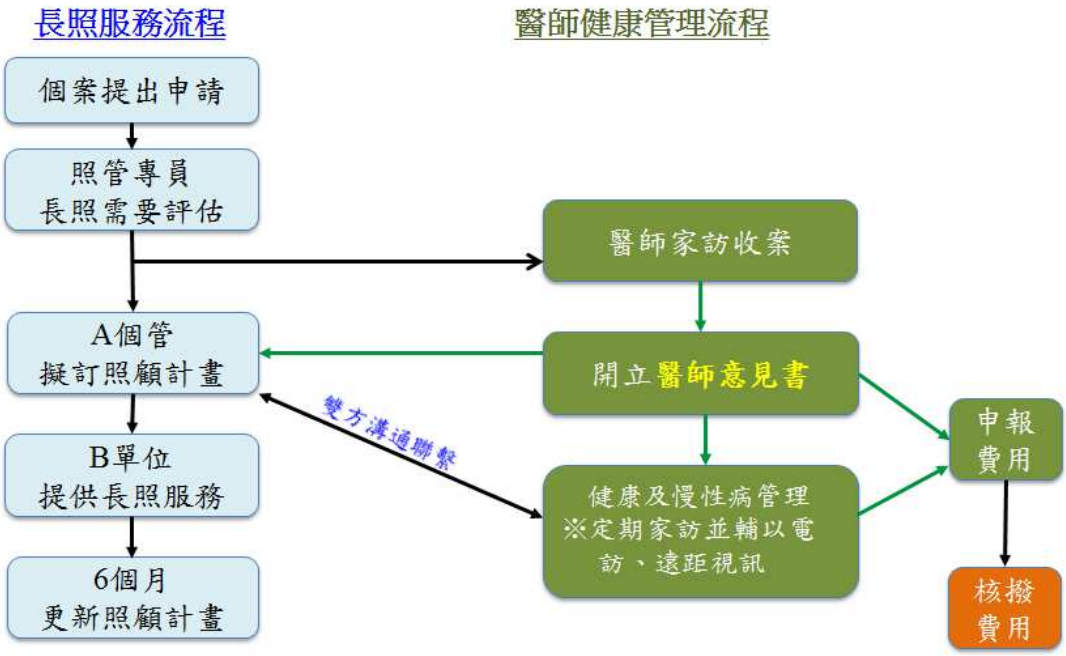
（三）申報紀錄：

1. 服務須留有紀錄，並依相關法規保存。
2. 應每月於照顧管理資訊平台登打個案管理申報紀錄(附件 2)作為申報費用之依據，若未於照顧管理資訊平台登打則無法申報費用。
3. 詳細記錄由服務單位依相關法規保存備查。

三、 可併同相關計畫同時執行

符合全民健保居家照護(含居家醫療照護整合計畫)收案條件之個案，有抽血、檢驗等醫療服務之需求，可由同一居家照護收案醫師於本方案開立醫師意見書或個案管理時併同執行。

四、 服務流程圖如圖一，資訊流程圖如附件 3。



圖一 居家失能個案家庭醫師照顧方案服務流程

伍、收案對象

經縣市照管中心評估，長照需要等級第2級至第8級並使用長照給付及支付基準服務之居家失能者。

陸、結案條件

一、 個案死亡、遷居、入住機構、拒絕訪視等事由，應予結案。

二、 長照個案之長照服務若結案，本方案亦隨之結案。有居家醫療需求之個案，則回歸健保「居家醫療照護整合計畫」或「家庭醫師整合性照護計畫」。

柒、參與計畫醫療院所資格及基本要求

一、 服務提供單位

（一）為落實分級醫療及家庭責任醫師制度，本案特約單位需為：

1. 參與全民健康保險「居家醫療照護整合計畫」或「家庭醫師整合性照護計畫」之診所(不限家醫科)、地區醫院或區域醫院。
2. 上述特約單位若未達可近性，可先特約非「居家醫療照護整合計畫」或「家庭醫師整合性照護計畫」之診所、地區醫院或區域醫院提供服務，惟應於6個月內加入二項計畫其中之一。若超過6個月尚未符合前項

條件，則應終止特約。

3. 於醫療資源較缺乏地區，可由衛生所提供本案服務。

(二)上述醫事服務機構需與地方政府特約為長照服務單位，提出參與本方案之醫師及護理人員名單並提供本方案之服務。完成特約後，需於本部「長照機構暨長照人員相關管理資訊系統」及「照顧服務管理資訊平台」建置資料。

(三)特約單位不得拒絕照管中心之派案。

二、 人員及職責

執行本方案服務之醫師及護理師，應符合各專門職業醫事人員法規規定。

(一)醫師：

1. 收案後14天（日曆天)內開立醫師意見書。
2. 需定期家訪、慢性病診療及監測成效，並視個案需要分級醫療轉診、宣導「預立醫療照護諮商(ACP)」及「預立醫療決定(AD)」等。
3. 加入本方案6個月內完成相關訓練：
   (1)醫師應依「長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法」進行認證。若於特約時尚未取得認證，得先開立醫師意見書，並於6個月內取得認證。超過6個月未取得認證，將不再支付本案服務費用。
   (2)應依「預立醫療照護諮商人員資格採認及課程辦理須知」規定完成預立醫療照護諮商訓練課程，取得

預立醫療照護諮商人員資格，才能進行「預立醫療照護諮商(ACP)」及「預立醫療決定(AD)」之宣導，且需於109年12月31日前完成；若係109年7月1日後始特約服務單位之醫師，則應於特約6個月內完成訓練課程。

4. 每名醫師皆需於照顧服務管理資訊平台建立帳號。
5. 每名醫師收案上限：200案。

(二)個案管理師：

1. 由醫師或護理人員擔任個案管理師，辦理健康及慢性病管理(依醫師開立之診斷、照護項目及照護目標)、衛教指導、即時反應個案狀況、個案追蹤(電訪或家訪)與評估、依個案需要與照管專員或A單位個管員聯繫協調。
2. 每名醫師搭配1至數名護理人員，可由特約機構自聘或以報備支援之方式與居家護理所合作。
3. 應依「預立醫療照護諮商人員資格採認及課程辦理須知」規定完成預立醫療照護諮商訓練課程，取得預立醫療照護諮商人員資格，才能進行「預立醫療照護諮商(ACP)」及「預立醫療決定(AD)」之宣導，且需於109年12月31日前完成；若係109年7月1日後始特約服務單位之醫師或護理人員，則應於特約6個月

內完成訓練課程。

4. 每名個案管理師皆需於照顧管理資訊平台建立帳號。

5. 每名個案管理師個案管理上限：200 案。

捌、費用申報及支付方式

一、 本方案開立醫師意見書費用及個案管理費，由特約單位依「直轄市、縣(市)政府辦理長期照顧特約及費用支付作業要點」相關規定申報服務費用。

(一) 特約單位提供服務後，應於次月 10 日前，至中央主管機關指定之資訊系統登載服務內容，並檢具相關文件，向直轄市、縣(市)政府提出服務費用申報。

(二) 給付及支付基準

編號	照顧組合	組合內容及說明	給（支）付價格（元）	原民區或離島支付價格（元）
AA12	開立醫師意見書	1.內容包括： (1) 承接照管中心轉介之長照需要者，依本部公告之醫師意見書，於規定期限內以家訪方式評估個案狀況及長照醫事照護需求，提出長照醫事照護意見，並上傳資訊系統。 (2) 針對已收案之長照需要者，每 6 個月開立醫師意見書。 (3) 本項組合每年上限為 2 次。 2.本組合不扣「個人額度」。	1,500 元	1,800 元

YA01	「居家失能個案家庭醫師方案」個案管理費	1.內容包括： (1) 每月定期追蹤與評估個案，進行個案健康及慢性病管理、衛教指導，反應個案狀況，並依個案需要與照管專員或A單位個管員聯繫協調。 (2) 協助長照需要者其他資源連結。 (3) 可以家訪、電訪及遠距視訊等方式進行，其中每4個月需有1次家訪。 2.於資訊系統填寫服務紀錄摘要。 3.服務應作成紀錄，並由服務單位保存備查。	250元	300元

二、 申報資料由直轄市、縣(市)政府於15天內審查完成，並以資訊系統送本部長照司彙整。

三、 長照司定期將撥付清冊送至健保署，並先預撥經費，再由健保署依長照司核定之撥付清冊代為撥付予醫事服務機構。

四、 同一居家照護收案醫師於本方案開立醫師意見書或個案管理時併同執行之抽血、檢驗等醫療服務，循既有健保申報方式，由全民健康保險支付，期能逐步落實簡易檢驗於基層醫療院所執行。

五、 預防篩檢、預防接種及其他由各級政府負擔費用之醫療服務項目不屬健保給付範圍。

六、 本案之個案管理費與全民健康保險「居家醫療照護整合計

畫」及「家庭醫師整合性照護計畫」之個案管理費，僅能擇一申報。

拾、評核指標

以特約機構為計算單位，並於每年度評核指標達成情形

策略目標	績效指標	衡量標準	年度預算目標值	
			108 年度	109 年度
定期監測個案健康及慢性病情形	高血壓監測率	該年度所負責個案數中，可完成每 4 個月 1 次家訪均有量血壓個案數	90%	95%
	高血糖監測率	該年度所負責個案中，有糖尿病病情穩定之失能者，一年至少二次可完成糖化血紅素檢測個案數	60%	70%
	高血脂監測率	該年度所負責個案中，有高血脂症之失能者，一年至少二次可完成三酸甘油脂、低密度脂蛋白膽固醇、高密度脂蛋白膽固醇檢測個案數	60%	70%
推動尊嚴善終，避免健保醫療資源耗用	預立醫療照護諮商訓練課程完成率	參與本方案之醫師及護理師(個案管理師)，於加入方案後 6 個月內，完成預立醫療照護諮商訓練課程之人數。	-	100%
	ACP 及 AD 完成宣導率	1.該年度收案滿 6 個月之個案中,完成宣傳ACP與AD之個案數。	-	30%

策略目標	績效指標	衡量標準	年度預算目標值	
			108 年度	109 年度
		2.前項完成 ACP 及 AD 宣導之個案，應以本方案個案優先,若仍不足,得計個案之家屬。		

拾壹、獎勵機制

特約單位依「提供預立醫療照護諮商之醫療機構管理辦法」規定組成之預立醫療照護諮商團隊，完成本方案個案之預立醫療決定簽署(健保卡註記),每完成 1 名個案補助特約單位 1,500 元。

拾貳、管理機制

一、 本部(長照司)負責總體計畫架構之研訂、修正，及經費撥款清冊彙整。

二、 直轄市、縣(市)政府負責長照機構特約、個案之長照需要評估及派案等照管流程、申報費用之受理及審核。

三、 本部(健保署)負責撥付本案開立醫師意見書費用及個案管理費予醫事服務機構。

拾參、實施期程

本方案自公告實施日起至 109 年 12 月 31 日。

附件 1

長期照護醫師意見書

填表日期:民國　　年　　月　　日

申請者	姓名:	男・女	住址:
	身分證字號:		
	出生日期:　　年　　月　　日(　　歲)		聯絡電話:(　　)
醫師姓名: 醫療機構名稱: 醫療機構地址:			電話:(　　) 傳真:(　　)

(1)最近一次診察日期	民國　　年　　月　　日
(2)製作意見書次數	□初次　□二次以上（前次意見書：____年____月____日）
(3)目前診察科別	□無 □有(請勾選)：□內科　□外科　□神經科　□精神科 □骨科　□家醫科　□皮膚科　□泌尿科　□婦(產)科 □眼科　□耳鼻喉科　□復健科　□牙科　□其他(　　)

1.相關疾病診斷意見

(1)診斷疾病名稱(罹患特殊疾病或導致生活機能降低疾病，請依序自 1.填入)及發病日期 常見 16 種老化特定疾病，如附件，請優先列入。(請填入 ICD code 與疾病中文名稱)	
1.	發病年月日(民國　年　月　日左右)
2.	發病年月日(民國　年　月　日左右)
3.	發病年月日(民國　年　月　日左右)
(2)病情狀態　□穩定　□不穩定　□不明 (若勾選不穩定狀態時，請具體詳細說明:　　)	

2.近期治療(若過去 7 日內曾經接受以下治療者，請勾選)

□點滴　□靜脈注射　□血液透析　□腹膜透析　□人工肛門　□氧氣療法　□人工呼吸器
□氣切　□疼痛治療　□鼻胃管　□胃腸造口　□導尿管(尿管、膀胱造口等)　□物理治療
□職能治療　□語言治療　□監測器(血壓、心跳、血氧飽和濃度等)　□褥瘡處理
□其他重要治療:

3.醫事照護意見

(1)照顧應注意事項及處置方法

□尿失禁　□跌倒•骨折　□移動力減低　□壓力性損傷處理　□心臟功能下降　□肺部功能下降
□社交退縮　□做事情失去興趣或樂趣　□遊走
□咀嚼吞嚥障礙　□脫水　□容易罹患感染症□疼痛
□其他(　　)
→處置建議(　　)

(2)建議介入之醫事照護服務

□IADLs 復能照護—居家　□ADLs 復能照護—居家　□進食與吞嚥照護
□IADLs 復能照護—社區　□ADLs 復能照護—社區　□困擾行為照護
□其他醫事照護服務(　　)

(3)最近六個月內可能影響長照服務使用狀況及如何照顧特殊疾病的方法

(4)罹患感染症(曾經罹患者請詳細填寫病名)

□無　□有(　　)　□不清楚
□需要隔離:　□接觸隔離　□飛沫隔離　□空氣隔離

4.身心狀態或特殊需要註記事項(可附上相關資訊資料)

居家失能個案家庭醫師照顧方案

個案管理申報紀錄

(註：申報紀錄為電子化作業，網底處為系統功能)

一、個管師姓名 (系統自動帶入)

二、服務日期 (系統自動帶入，可修改)

三、服務形式：

☐電訪　☐家訪　☐遠距視訊

四、受訪者：

☐個案

☐家屬

01.配偶　02.兄弟　03.姊妹　04.兒子　05.媳婦　06.女兒　07.女婿
08.孫子　09.孫女　10.孫媳婦　11.孫女婿　12.父親　13.母親
14.岳父母　5.公婆　16.祖父　17.祖母　18.外祖父　19.外祖母
20.聘用看護-本國籍　21.聘用看護-外國籍　22.其他：
(下拉式選單)

五、是否為高血脂患者：☐是　☐否(第一次必填，後續由系統自動帶入，可修改)

六、服務內容：

☐測量血壓

☐監測糖化血紅素

☐監測血脂(三酸甘油脂、低密度脂蛋白膽固醇、高密度脂蛋白膽固醇)

☐評估個案慢性病控制情形 (不含測量血壓、監測血糖及血脂)

☐提供衛教指導

☐完成 ACP 及 AD 宣導：☐個案　☐家屬 (需上傳簽名檔)

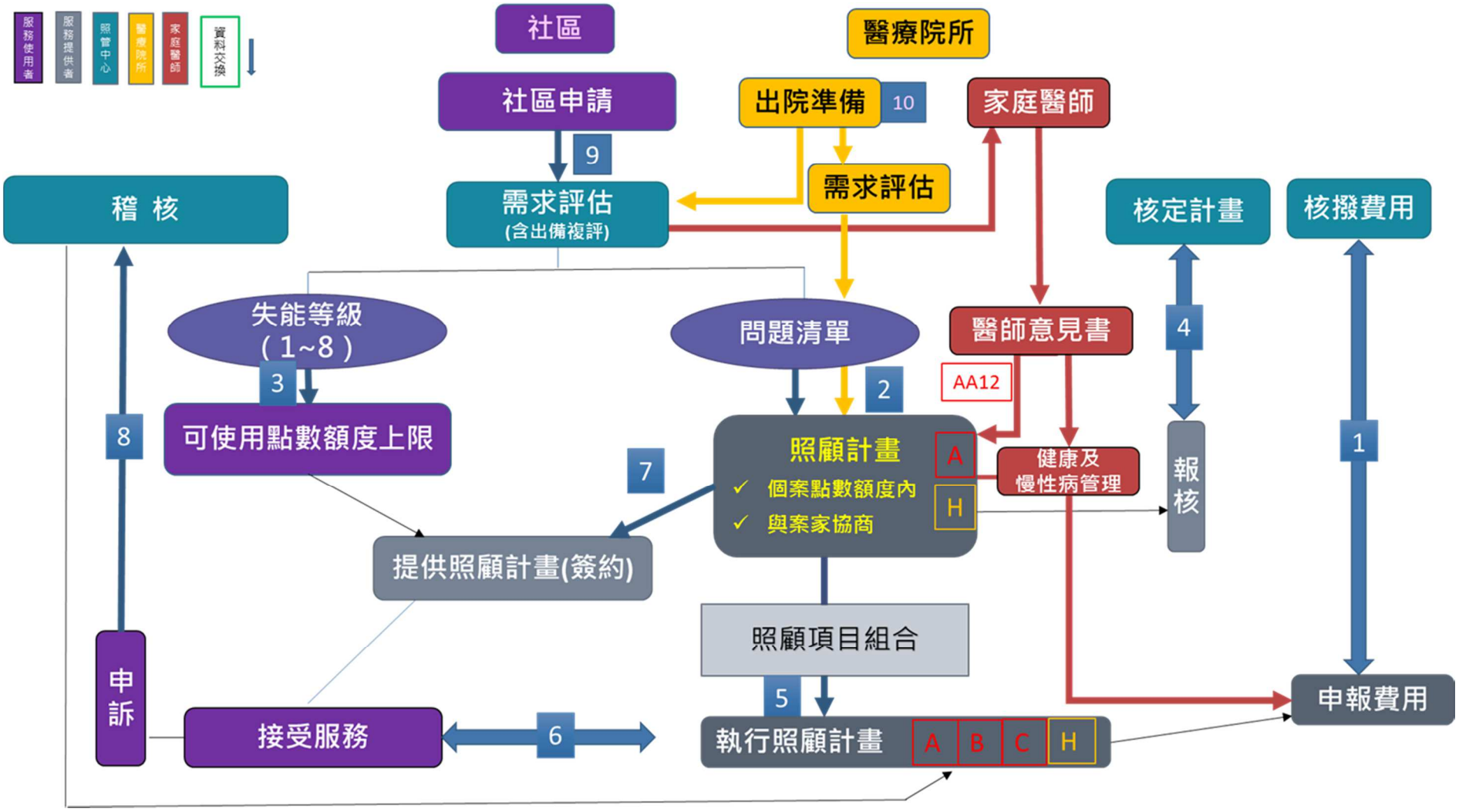
☐完成 ACP 及 AD 之簽署(完成於健保卡註記)

☐轉介長照個案管理(照管中心或 A 單位個管員)

☐聯繫醫師進一步處理醫療需求

☐其他：　　(提示：簡述。詳細服務紀錄由服務單位自存備查)

長照服務資訊流程圖


服務使用者
服務提供者
照管中心
醫療院所
家庭醫師
資料交換
社區
醫療院所
社區申請
出院準備
10
家庭醫師
9
需求評估
(含出備複評)
需求評估
稽 核
核定計畫
核撥費用
失能等級
(1~8)
問題清單
醫師意見書
4
3
2
AA12
8
可使用點數額度上限
照顧計畫
A
健康及
慢性病管理
1
7
個案點數額度內
與案家協商
H
報核
提供照顧計畫(簽約)
照顧項目組合
申訴
5
申報費用
接受服務
6
執行照顧計畫
A
B
C
H