

104 年全民健康保險居家醫療整合照護試辦計畫

104 年 4 月 23 日健保醫字第 1040004024 號公告

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、前言

為強化因失能或疾病特性致外出就醫不便患者之醫療照護，提升其就醫可近性，同時減少社會性住院之情形，使病患回歸社區生活，全民健康保險自 84 年起陸續推行多項居家相關醫療照護，包括：

(一) 出院三管(氣切管、鼻胃管、尿管)等患者居家照護

(二) 慢性精神病患居家照護

(三) 呼吸器依賴患者居家照護

(四) 末期病患安寧居家照護

(五) 特殊身心障礙患者與失能老人到宅牙醫醫療服務

然而，隨著公共衛生與醫療科技的高度發展，疾病獲得有效防治，加上生活水準提升，延長了國人的平均餘命，臺灣老年人口占率自 82 年超過 7%，達到世界衛生組織定義之高齡化社會。依據國家發展委員會之推計，至 107 年老年人口將超過 14%，達到高齡社會，114 年更將超過 20%，進入超高齡社會，人口老化速度為世界之冠。截至 103 年 6 月，臺灣 65 歲以上老年人口約 275 萬人，占總人口之 11.7%，其中獨居老人（含同住者無照顧能力）約 4.8 萬人，占老人人口之 1.7%。

人口老化伴隨著疾病型態慢性化、照護內容複雜化及照護期間延長等問題，加上社會及家庭結構改變，家庭照顧人力缺乏，失能長者如有醫療需求，可能因行動不便而無法外出及時就醫，或於住院急性期後，病況穩定無住院

治療必要時，因無人照顧等因素，而長期社會性住院。

為使外出不便患者獲致更妥適醫療照護，爰於健保給付不重複及支付衡平性下，以未接受健保居家照護者為照護對象，期強化醫療與照顧資源連結轉介，提供以病人為中心之整合照護，發展在地化居家醫療服務模式，以作為未來擴大推展之基礎。

三、計畫目的

- (一)提升因失能或疾病特性致外出就醫不便患者之醫療照護可近性。
- (二)鼓勵醫療院所連結社區照護網絡，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。

四、施行期間

自公告日起至 104 年 12 月 31 日止。

五、預算來源

本計畫論次費用由其他預算之「非屬各部門總額支付制度範圍之服務」項下支應，其餘醫療費用由各總額部門預算支應。

六、醫療服務提供者資格

- (一)參與「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」或社區安寧照護之特約基層診所，及特約地區醫院。基層診所應有合作醫院，以確保照護對象緊急後送住院之需求。
- (二)訪視醫師須為本計畫參與特約醫療院所之專任醫師。
- (三)特約醫療院所及醫師於參與計畫日起前 2 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等情事之一，且經保險人處分者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者）；抵扣停約或終約者亦同。前述違規期間之認定，以第一次處分函

所載處分日起算。

(四)訪視醫師至病患住家提供醫療服務，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。

(五)符合前述各項資格之特約醫療院所，向保險人分區業務組提出參與計畫申請書(附件1)，基層診所須協同其合作醫院提出申請。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。

七、服務區域

以參與本計畫之特約醫療院所所在地10公里之範圍為原則，但全民健康保險法所稱山地離島地區及醫療資源缺乏地區(附件2)不在此限，惟仍應以鄰近特約醫療院所就近提供服務為原則。

八、收案條件

(一)照護對象為中低收入戶或低收入戶，居住於住家(不含照護機構)、有明確醫療需求，因失能或疾病特性致外出就醫不便，且符合下列任一條件者：

1、障別等級重度以上之肢體障礙者、多重障礙者、植物人(舊制身心障礙類別代碼為05、09、13、15、16)(附件3)。

2、居住於2樓以上無電梯公寓，且無法上下樓梯者或需他人協助才能上下樓梯之獨居者(含同住者無照顧能力)。

3、衛生福利部公告之罕見疾病患者。

4、各縣市長期照顧管理中心或衛生所(室)專案認定其照護對象有醫療需求者。

(二)中低收入戶或低收入戶指符合下列條件之一者，且須出具低收入戶證明或中低收入核定公文影本為憑：

- 1、列冊低收入戶、中低收入戶。
 - 2、領有中低收入老人生活津貼。
 - 3、領有身心障礙者生活補助。
- (三)基於給付不重複之原則，照護對象排除全民健康保險出院三管患者居家照護、呼吸器依賴患者居家照護、慢性精神病患居家照護之收案對象，即狀況尚未及護理居家照護需求者。
- (四)同一照護對象於相同照護期間，其他特約醫療院所不得再申請收案。

九、收案及審核程序

(一)照護對象來源：

- 1、住院個案：經診治醫師評估，由出院準備服務轉銜至參與本計畫之特約醫療院所收案。
 - 2、非住院個案：
 - (1)由參與本計畫之特約醫療院所直接評估收案。
 - (2)由個案或其家屬向參與本計畫之特約醫療院所提出申請，或由各縣市長期照顧管理中心、衛生所轉介至參與本計畫之醫療院所評估收案。
- (二)收案程序：照護對象經訪視醫師評估符合收案條件，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、訪視頻率等)，由健保資訊網服務系統(VPN)送保險人審核，經核定後始得收案。
- (三)審核程序：保險人應於受理收案申請2週內(不含例假日)完成核定，逾期未核定者，視為同意。但申請文件不齊全經保險人通知補件者，不在此限。保險人並得視情況實地評估照護對象之醫療需求。

- (四)照護期間之計算，新收個案以核定日起算；期滿申請延長照護個案以核

定日起算（於原照護期限內申請者，以接續日起算）。同一特約醫療院所同一個案，於照護期間截止日起 30 日內再申請照護者，應以延長照護申請並以接續日起算，不得以新個案申請。

- (五)特約醫療院所未經保險人核定即收案提供醫療服務者，保險人不予支付醫療費用。
- (六)特約醫療院所對保險人審核結果如有異議，得於通知送達日起 30 日內申請複核，不得以新個案重新申請送核，否則不予受理。
- (七)經保險人審核符合收案條件之照護對象，特約醫療院所應依所擬居家醫療照護計畫排定訪視時間。訪視時應查驗照護對象之全民健康保險憑證（以下稱健保卡）、身分證明文件，並自備讀卡設備逐次於健保卡登錄就醫紀錄，於 24 小時內上傳予保險人備查。

十、照護內容

- (一)一般西醫門診診療服務，但不包括血液透析、復健診療、手術、麻醉、呼吸居家照護、慢性精神疾病患者居家治療等特定診療服務；並應提供送藥服務，或釋出處方箋由社區藥局調劑（處方箋應載明「特定治療項目代號」）。照護對象為獨居者時，應提供送藥服務，或聯繫社區藥局提供送藥服務。
- (二)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。
- (三)個案健康管理：穩定健康狀態、連結照護服務資源。
- (四)24 小時電話諮詢服務：於病人發生緊急狀況時，提供病患及其家屬 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。
- (五)每次訪視應詳實製作病歷，且須紀錄每次訪視時間（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，以利與其他醫事人員或長期照顧服務人員提供整合性之居家照護。

十一、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) 特約醫療院所執行本計畫之醫療費用，應於門診醫療服務點數清單「案件分類」欄位填「E1」、「特定治療項目代號」任一欄位填「EC」、「就醫科別」欄位填「01 家醫科」，並依規定按月申報。另如可歸責於特約醫療院所申報資料錯誤，導致點值核付錯誤時，特約醫療院所需自行負責。

(三) 給付項目及支付標準：

1、論量計酬：依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」及「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」規定申報醫療費用。服務人次不列入門診合理量計算。

2、論次計酬：醫師每次訪視個案另支付訪視費用 1,000 點（支付代碼為 P4901C）。

3、每位醫師至案家訪視個案數，每日以 8 人為限，且每月以 180 人次為限，超過的部分不予支付論次訪視費用。

4、屬「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提升計畫」、「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」等計畫之巡迴服務時段，所提供之居家醫療訪視服務，依各該計畫規定申報費用，不得重複申報本計畫之論次計酬費用。

(四) 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規定計收；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%。

(五) 點值結算方式：本計畫之論次費用由其他預算支應，每點金額以 1 元支付；其餘醫療費用由各總額部門預算支應。

十二、評核指標（排除已死亡個案）

(一) 訪視醫師之連續照護率

1、加總每一照護對象之連續照護率 (A/B) 後，取平均值

2、「A」：同一醫療院所同一照護對象同一訪視醫師（取最大值）件數

3、「B」：同一醫療院所同一照護對象件數

4、「B」等於 1 之連續照護率，不列入計算

(二) 每人每年門診就醫次數

1、分子：照護對象門診次數合計

2、分母：當年度照護對象人數

3、居家訪視次數及院所門診次數分計

(三) 每人每年住院天數

1、分子：照護對象住院天數合計

2、分母：當年度照護對象人數

(四) 住院率

1、分子：照護對象住院人數

2、分母：當年度照護對象人數

(五) 急診率

1、分子：照護對象急診人數

2、分母：當年度照護對象人數

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療院所之參與資格、受理與審查收案申請、輔導轄區醫療院所執行計畫、計算指標與核發費用。
- (三)參與本計畫之醫療院所負責提供照護對象連續性之整合健康照護。

十四、退場機制

- (一)參與本計畫之醫療院所，未依排定時間進行訪視且未事先通知照護對象、訪視醫師之連續照護率 $<50\%$ 、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，當年度不得再申請參與本計畫。
- (二)參與本計畫之醫療院所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，且經保險人處分者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者），應自保險人第一次處分函所載停約日起退出執行本計畫。
- (三)特約醫療院所如經保險人分區業務組審查不符合參與資格或終止參與資格，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)本計畫每年至少檢討一次，由保險人視需要邀集醫療專業團體、主管機關等有關單位共同研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並送健保會備查。
- (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)彙整全民健康保險給付之居家醫療照護流程圖如附件 5，以及各項居家醫療照護給付及支付內容概要如附件 6。
- (二)特約醫療院所至病人住家提供健保診療服務，得併行保險人代辦之醫療服務，其服務範圍與支付標準悉依各業務主管機關之規定辦理。

參與「104 年全民健康保險居家醫療整合照護試辦計畫」申請書

基本資料	院所全銜		院所代碼	
	負責醫師		聯絡人	
	聯絡電話		email	
	合作醫院全銜		合作醫院代碼	
配套措施	藥品處方調劑方式	<input type="checkbox"/> 診療院所調劑後送藥 <input type="checkbox"/> 釋出處方箋由社區藥局調劑 <input type="checkbox"/> 其他：(請說明)		
	24 小時諮詢專線			
	個案健康管理措施			
	醫療後送機制			
訪視醫師名單	醫師姓名	身分證號	專科別	專任
				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

本院(所)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服務。此致 衛生福利部中央健康保險署

醫療院所印信及印鑑

負責醫師印章

中華民國 年 月 日

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(島)
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

「104 年全民健康保險醫療資源缺乏地區條件」施行區域

序號	健保分區	區域別	區域代碼	序號	健保分區	區域別	區域代碼
1	臺北	新北市石碇區	3119	26	中區	南投縣國姓鄉	3810
2	臺北	新北市坪林區	3120	27	南區	臺南市大內區	0515
3	臺北	新北市三芝區	3121	28	南區	臺南市七股區	0517
4	臺北	新北市石門區	3122	29	南區	臺南市將軍區	0518
5	臺北	新北市雙溪區	3125	30	南區	臺南市安定區	0521
6	臺北	新北市貢寮區	3126	31	南區	臺南市南化區	0525
7	臺北	新北市萬里區	3128	32	南區	臺南市龍崎區	0530
8	臺北	宜蘭縣頭城鎮	3404	33	南區	雲林縣大埤鄉	3908
9	臺北	宜蘭縣壯圍鄉	3406	34	南區	雲林縣臺西鄉	3916
10	臺北	宜蘭縣冬山鄉	3408	35	南區	嘉義縣布袋鎮	4002
11	臺北	宜蘭縣五結鄉	3409	36	南區	嘉義縣六腳鄉	4007
12	臺北	宜蘭縣三星鄉	3410	37	南區	嘉義縣東石鄉	4008
13	北區	新竹縣橫山鄉	3307	38	南區	嘉義縣大埔鄉	4017
14	北區	新竹縣芎林鄉	3309	39	高屏	高雄市田寮區	0713
15	北區	新竹縣寶山鄉	3310	40	高屏	高雄市永安區	0718
16	北區	新竹縣峨眉鄉	3312	41	高屏	屏東縣麟洛鄉	4307
17	北區	苗栗縣獅潭鄉	3517	42	高屏	屏東縣萬巒鄉	4312
18	中區	臺中市大安區	0314	43	高屏	屏東縣新園鄉	4317
19	中區	彰化縣線西鄉	3709	44	高屏	屏東縣崁頂鄉	4318
20	中區	彰化縣福興鄉	3711	45	高屏	屏東縣長治鄉	4306
21	中區	彰化縣埔鹽鄉	3716	46	東區	花蓮縣豐濱鄉	4508
22	中區	彰化縣田尾鄉	3721	47	東區	花蓮縣富里鄉	4510
23	中區	彰化縣芳苑鄉	3723	48	東區	臺東縣大武鄉	4605
24	中區	彰化縣大城鄉	3724	49	東區	臺東縣太麻里鄉	4606
25	中區	彰化縣溪州鄉	3726	50	東區	臺東縣長濱鄉	4608

新制與舊制身心障礙類別與代碼對應表

新制身心障礙類別 ¹	舊制身心障礙類別與代碼	
	代碼	類別
第 1 類 神經系統構造及精神、心智功能	06	智能障礙者
	09	植物人
	10	失智症者
	11	自閉症者
	12	慢性精神病患者
	14	頑性（難治型）癲癇症者
第 2 類 眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛	01	視覺障礙者
	02	聽覺機能障礙者
	03	平衡機能障礙者
第 3 類 涉及聲音與言語構造及其功能	04	聲音機能或語言機能障礙者
第 4 類 循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能	07	重要器官失去功能者-心臟
	07	重要器官失去功能者-造血機能
	07	重要器官失去功能者-呼吸器官
第 5 類 消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能	07	重要器官失去功能-吞嚥機能
	07	重要器官失去功能-胃
	07	重要器官失去功能-腸道
	07	重要器官失去功能-肝臟
第 6 類 泌尿與生殖系統相關構造及其功能	07	重要器官失去功能-腎臟
	07	重要器官失去功能-膀胱
第 7 類 神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能	05	肢體障礙者
第 8 類 皮膚與相關構造及其功能	08	顏面損傷者
備註： 依身心障礙者狀況對應第 1 至 8 類	13	多重障礙者
	15	經中央衛生主管機關認定，因罕見疾病而致身心功能障礙者
	16	其他經中央衛生主管機關認定之障礙者（染色體異常、先天代謝異常、先天缺陷）

¹新制身心障礙類別：採行國際健康功能與身心障礙分類系統(International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF)

備註說明：

一、101年7月11日起至108年7月10日全面換證前，原「身心障礙手冊」及新制「身心障礙證明」將同時並行，但身心障礙者僅會持有兩者之一。

二、新制身心障礙證明樣張如下：

(一)障礙等級：共分輕度、中度、重度、極重度等4級。

(二)障礙類別：揭露該民眾依新制鑑定後之障礙類別(第1類~第8類)，並以括弧【】註記其對應之ICF編碼。

(三)ICD診斷：除帶入該位民眾經鑑定後之「疾病分類代碼」，並於括弧【】中註記民眾舊制身心障礙類別代碼，以利證明使用人及各相關專業人員對應辨識。

中華民國身心障礙證明			照片黏貼處
身分證 統一編號		【有效期限】 年 月 日	
姓名			
出生日期	年 月 日		
戶籍 地址			
聯絡人	關係		
鑑定日期	年 月 日	重新鑑定 日期	年 月 日
障礙等級	輕度、中度、重度、極重度		

戶籍 遷移 註記	鄉鎮 市區	村里	鄰	街路門牌	遷入 日期	承辦人 核章
障礙 類別	第2類【B230】 ↳ ICF 對應碼					
ICD診斷	3899【02】 ↳ 舊制身障類別代碼					
必要陪 伴者優 惠措施						

全民健康保險居家醫療整合照護試辦計畫收案申請書

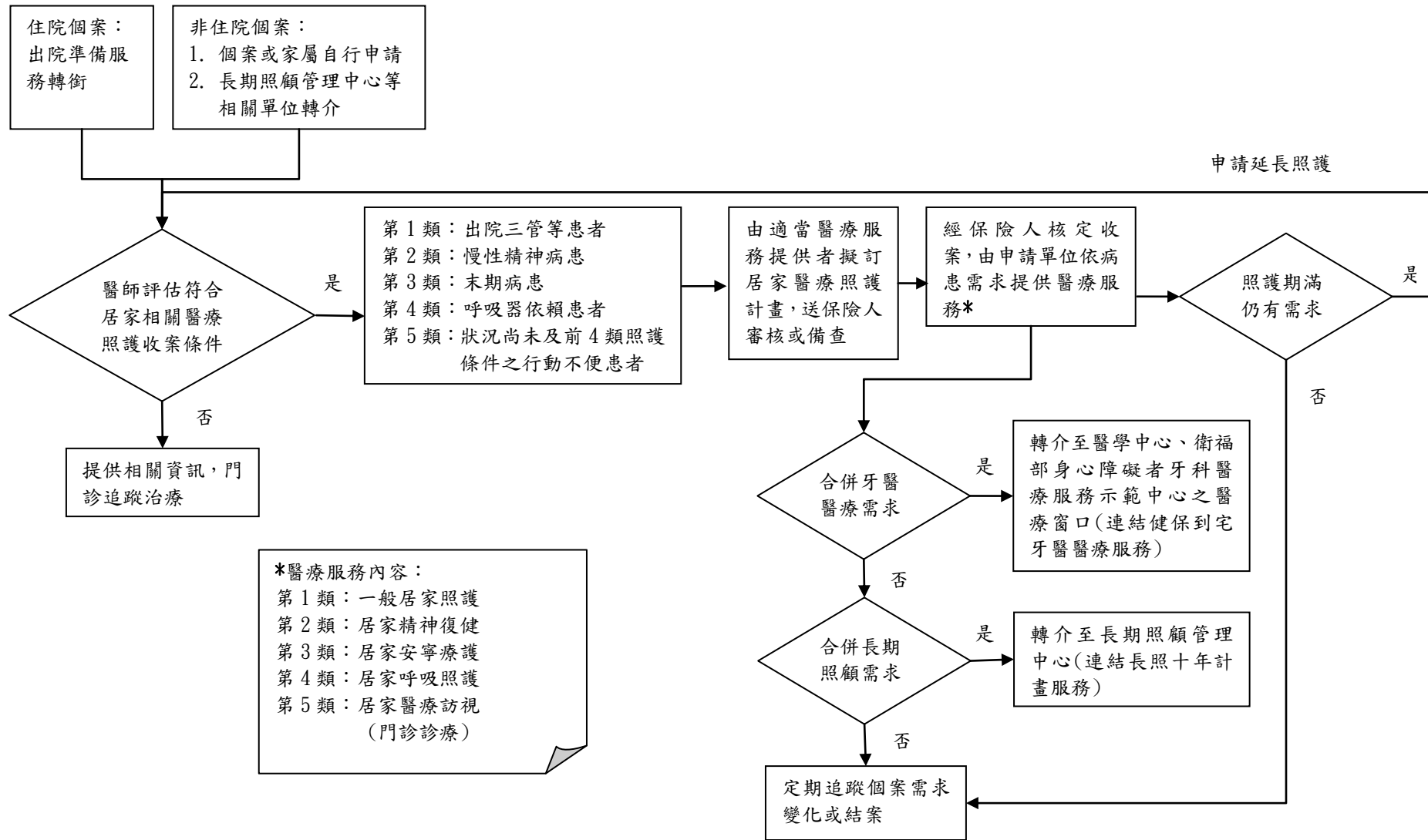
1 申請收案 2 申請收案複核 3 申請延長照護 4 申請延長照護複核

保險人 受理日期	年 月 日	醫事機構 收案日期	年 月 日	前次核定 迄日	年 月 日	
個案姓名		性別	<input type="checkbox"/> 1 男 <input type="checkbox"/> 2 女	出生日期	年 月 日	
身分證號		電話		診斷名稱	病名 ICD 編碼	
居住地址				主 診 斷	_____	
居住狀況	<input type="checkbox"/> 1 獨居 <input type="checkbox"/> 2 家人或親友同住 <input type="checkbox"/> 3 其他_____			次 診 斷 1	_____	
收案來源	<input type="checkbox"/> 1 住院個案，轉介醫院代碼_____			次 診 斷 2	_____	
	<input type="checkbox"/> 2 非住院個案(病患或家屬自行申請)			次 診 斷 3	_____	
	<input type="checkbox"/> 3 非住院個案(衛生所、長照管理中心轉介病患)			次 診 斷 4	_____	
收案條件	<input type="checkbox"/> 1 中低收入戶或低收入戶(須出具證明文件) <input type="checkbox"/> 2 障別等級重度以上之肢體障礙者、多重障礙者、植物人(舊制身心障礙類別代碼為 05、09、13、15、16)(須出具證明文件) <input type="checkbox"/> 3 居住於 2 樓以上無電梯公寓，且無法上下樓梯者或需他人協助才能上下樓梯之獨居者(含同住者無照顧能力) <input type="checkbox"/> 4 衛生福利部公告之罕見疾病患者(查驗健保卡重大傷病註記) <input type="checkbox"/> 5 各縣市長期照顧管理中心或衛生所專案認定其照護對象有醫療需求者 (條件 1 為必要條件，2~5 至少符合一項)					
照護需求 評估	<input type="checkbox"/> 1 有居家醫療訪視需求 <input type="checkbox"/> 2 有到宅牙科醫療需求，轉介至_____ <input type="checkbox"/> 3 有長期照顧服務需求，轉介至_____					
居家醫療 照護計畫	<input type="checkbox"/> 1 照護期間：_____週 <input type="checkbox"/> 2 訪視頻率：_____天一次 <input type="checkbox"/> 3 處方調劑方式：3.1 <input type="checkbox"/> 診療院所調劑後送藥 3.2 <input type="checkbox"/> 釋出處方箋由社區藥局調劑 <input type="checkbox"/> 4 申請(延長)照護理由：(健康問題與照護服務計畫)					
保險醫事 服務機構	名稱				保險 人 審 核 結 果	審查簽章
	代號					
主責 訪視醫師	姓名				<input type="checkbox"/> 1 同意收案 <input type="checkbox"/> 2 不符收案條件，不同意 <input type="checkbox"/> 3 資料填寫不全，請補正 <input type="checkbox"/> 4 其他_____	
	ID					
申請日期	年 月 日			核定起迄日	至 年 月 日	年 月 日

本申請書自開立日起 30 日內有效，逾期不受理申請。

保險對象(或代理人)簽章：_____

全民健康保險給付之居家醫療照護流程圖



全民健康保險各項居家醫療照護給付及支付內容概要

項目	一般居家照護	居家精神復健	居家安寧療護	居家呼吸照護	到宅牙醫醫療服務	居家醫療訪視
依據	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	全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第 5 部第 2 章	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	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試辦計畫	全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫	全民健康保險居家醫療整合照護試辦計畫
收案條件	<p>需符合下列各項條件：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 病人只能維持有限之自我照顧能力，即清醒時，百分之五十以上活動限制在床上或椅子上。 2. 有明確之醫療與護理服務項目需要服務者。 3. 罹患慢性病需長期護理之病人或出院後需繼續護理之病人。 	<p>以符合健保重大傷病範圍之慢性精神疾病患者為限：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 精神疾病嚴重病人或症狀明顯干擾家庭及社區生活之精神疾病病患且拒絕就醫。 2. 無病識感有中斷治療之虞。 3. 精神功能嚴重退化，需醫療照護。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 癌症末期病患。 2. 末期運動神經元病患。 3. 主診斷為下列疾病，且已進入末期狀態者： <ol style="list-style-type: none"> (1) 老年期及初老期器質性精神病態 (2) 其他大腦變質 (3) 心臟衰竭 (4) 慢性氣道阻塞，他處未歸類者 (5) 肺部其他疾病 (6) 慢性肝病及肝硬化 (7) 急性腎衰竭，未明示者 (8) 慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 呼吸器依賴患者：連續使用呼吸器 21 天(含)以上，呼吸器使用中斷時間未符合脫離呼吸器成功之定義者，皆視為連續使用。 2. 經醫師診斷為肌萎縮性脊髓側索硬化症或先天性肌肉萎縮症，且領有重大傷病證明。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 障別等級重度以上有口腔醫療需要者，因疾病、傷病長期臥床，清醒時 50% 以上活動限制在床上，行動困難無法自行至醫療院所治療。 2. 屬「失能老人長照補助辦法」之補助對象，並出具各縣市長期照顧管理中心之核定函證明文件影本，確有牙醫醫療服務需要者。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 為中低收入戶或低收入戶，居住於住家、有明確醫療需求，因失能或疾病特性致外出就醫不便，且符合下列任一條件者： <ol style="list-style-type: none"> (1) 障別等級重度以上之肢體障礙者、多重障礙者、植物人。 (2) 居住於 2 樓以上無電梯公寓，且無法上下樓梯者或需他人協助才能上下樓梯之獨居者。 (3) 衛生福利部公告之罕見疾病患者。 (4) 各縣市長期照顧管理中心或衛

項目	一般居家照護	居家精神復健	居家安寧療護	居家呼吸照護	到宅牙醫醫療服務	居家醫療訪視
						生所(室)專案認定其照護對象有醫療需求者。
申請照護方式	<ol style="list-style-type: none"> 1. 住院個案：經診治醫師評估並開立居家照護醫囑單，直接收案或轉介至其他居家護理服務機構收案。 2. 非住院個案：符合收案條件者，可向設有居家護理服務部門之保險醫事服務機構或護理機構提出申請。 	保險對象及其家屬或相關人員，向精神醫療機構提出申請；經精神科專科醫師評估，符合收案條件者開立轉介醫囑單。	經甲類安寧居家療護小組專責醫師評估或乙類醫師評估，開立「安寧居家療護收案申請書」。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 醫院下轉：依規定上網登錄。 2. 非由醫院下轉：由醫師評估個案使用呼吸器之必要性，並檢具評估報告，送審同意後上網登錄。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 由居家照護訪視醫師轉介。 2. 符合收案條件且確有需要者，得向牙醫診所或醫師提出申請。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 住院個案：經診治醫師評估，由出院準備服務銜至參與本計畫之特約醫療院所收案。 2. 非住院個案： <ol style="list-style-type: none"> (1) 由參與本計畫之特約醫療院所直接評估收案。 (2) 由個案或其家屬向參與本計畫之特約醫療院所提出申請，或由各縣市長期照顧管理中心、衛生所轉介至參與本計畫之醫療院所評估收案。
服務機構	設有居家護理服務業務項目之保險醫事服務機構或護理機構。	保險精神醫療機構。	1. 甲類：設有安寧居家療護小組之保險醫事服務機構，小組成員包括安寧療護專責醫師、社工	保險醫事服務機構。	1. 各縣市牙醫公會、醫學中心、參與衛生福利部「身心障礙者牙科醫療服務示範中心營運獎勵	參與「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」或社區安寧照護之特約基層診所，及特約地區醫院。基

項目	一般居家照護	居家精神復健	居家安寧療護	居家呼吸照護	到宅牙醫醫療服務	居家醫療訪視
			<p>師及專任護理師等至少1名。</p> <p>2. 乙類：保險醫事服務機構，並應以現行辦理安寧緩和醫療之醫院為後援醫院。後援醫院須設有安寧病房或聘有安寧緩和醫學專長之醫師及護理人員。</p>		<p>計畫」之醫院。</p> <p>2. 牙科特殊醫療服務計畫之進階照護院所。</p>	<p>層診所應有合作醫院，以確保照護對象緊急後送住院之需求。</p>
訪視頻率	<p>1. 護理人員：每月2次。</p> <p>2. 醫師：每2個月1次。</p>	<p>1. 醫師：每月2次。</p> <p>2. 其他專業人員：每月2次。</p>	<p>1. 護理人員：每週2次。</p> <p>2. 醫師：每週1次。</p> <p>3. 其他專業人員：每週1次。</p>	<p>1. 醫師：至少每2個月1次，每次至少1小時。</p> <p>2. 呼吸治療人員：每月至少2次，每次至少1小時。</p> <p>3. 護理人員：每月至少2次，每次至少2小時。</p>	<p>牙醫師：每2個月1次為限。</p>	<p>由醫師依病人狀況作專業判斷。</p>