



衛生福利部

109年度「一般護理之家急性後期復健照護 試辦計畫」申請作業須知

衛生福利部

中華民國 109 年 1 月 7 日

109年度一般護理之家急性後期復健照護試辦計畫

申請作業須知

壹、前言

因應人口老化，愈來愈多的病患在急性醫療後可能出現失能情形，將大幅造成對醫療體系、家庭及社會照顧之負擔或依賴，故需儘早規劃急性後期之醫療整合照護模式(Post-acute Care，以下稱 PAC)，雖然目前全民健保給付治療疾病所需之相關醫療費用，但國內急性後期照護之護理之家*模式及資源尚未發展及建立。

有鑑於目前國內有急性後期照護需求之個案，在黃金短時間仍難找到合適之中期照護場所，故以再住院及超長住院方式因應其後期照護需要，或為復健入住大型醫院之情形仍屢見不鮮，對於醫療服務品質與資源使用效率亦有待改善。故期透過本試辦計畫，建構急性後期照護之護理之家模式與社區在家持續復健照護水平轉銜系統，依個別病人失能程度，在治療黃金期內立即給予積極性之整合性照護，並善用病人自身潛能，維持病人生活參與不退化，促使病人現有最佳化，使其恢復功能順利轉銜返家、自立生活，進而減少後續再住院醫療費用、減輕家庭及社會照顧之負擔，增加急性後期醫療資源與長期照護資源的利用效率。

*護理之家係指一般護理之家(排除精神護理之家)

貳、計畫目的

- 一、 提升急性後期照護之完整性及有效性，對治療黃金期之病人給予持續及積極性之護理之家整合性照護，使其恢復功能或減輕失能程度，順利轉銜返家、自立生活，減少後續再住院醫療費用支出。
- 二、 發展台灣急性後期整合照護之護理之家模式(以下稱護家模式)，強化急性後期復健照護，提升急性後期長期照護資源利用效率。
- 三、 建立急性後期護理之家照護模式與社區在家照護之社區資源轉介整合系統。

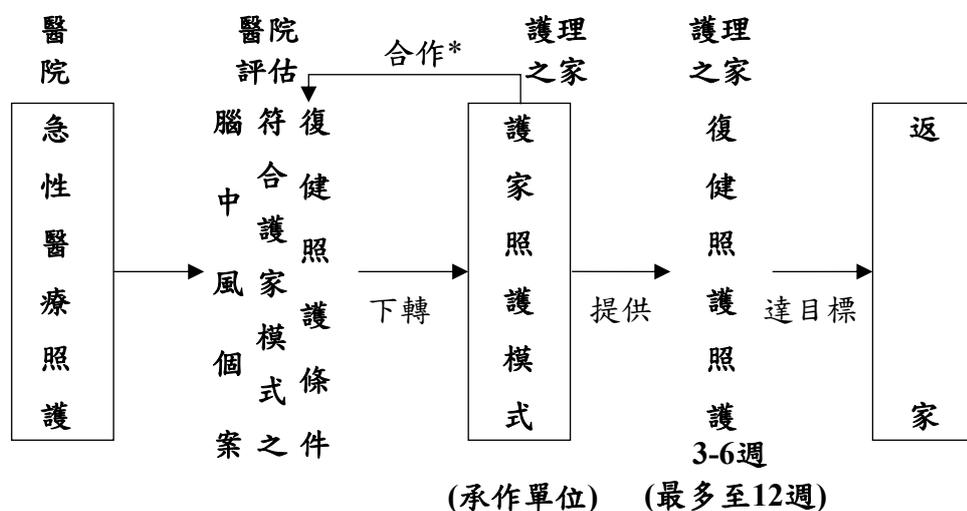
參、計畫內容

- 一、申請期限: 公告日起至 109 年 2 月 7 日止。
- 二、試辦執行期間: 自計畫核定日起一年。
- 三、試辦一般護理之家(以下稱護家) 家數: 以 10 家為限, 其中獨立型態(指「個人設置」)或法人設立之護家至少 5 家, 屬醫院附設型之護家以不超過 5 家為限。每家試辦床數最低 5 床, 最高以 10 床為限, 每家機構 12 個月最高補助為 400 萬。
- 四、申請對象: 最近一次評鑑效期內之結果為「合格」之護家。
- 五、護家模式之復健照護對象(收住對象)及來源:

本計畫個案來源由急性醫療機構評估腦中風個案具復健照護潛能, 並於其治療黃金期與護家合作下轉, 至具急性後期復健照護團隊之護家, 提供持續及積極性整合性復健照護訓練, 使個案恢復功能或減輕失能, 並順利轉銜返家自主生活。其收案對象、結案條件、參與照護團隊條件、評估時程與工具及復健照護流程如附件1。

六、護家照護模式及執行內容

- (一) 由護家復健照護團隊與急性醫療機構合作, 經急性後期醫療團隊評估, 其住院對象於治療黃金期符合護家模式收住之個案時, 下轉(入住)至承作護家提供持續性復健照護計畫, 該復健照護計畫



* 護理之家須主動與合作醫院合作, 進行案源轉銜

每位個案以3-6週為原則(如下圖示)；經照護團隊評估有後續需求者得展延一次，並應檢附團隊會議紀錄向本部申請展延，至多支付到12週，如申請展延審查結果不同意，自本部通知日起不補助費用。

(二) 申請之護家，須組成護家復健照護團隊，包括跨專業團隊整合照護、復健治療等。

(三) 服務內容：

- 1.個人化之復健照護計畫。
- 2.跨專業團隊整合照護(以個案需求會診跨專業)。
3. 以提升在家自我照顧能力及減輕照顧者負荷之照護品質監測指標。
- 4.病人及照顧者居家照護知能準備之諮詢與指導。
- 5.共病症、併發症的預防及處置。
- 6.定期追蹤評估。

(四) 照護計畫擬定：

1. 依需求評估結果，並與個案及家屬討論，擬定照護計畫，確認照護計畫及復健照護目標。
2. 護家須至本部指定之資訊系統登錄評估結果、擬定照護計畫。
3. 針對有復健照護潛能之個案，由專業團隊與個案、照顧者共同擬訂復健照護目標及計畫，並優先排列目標順序，增進個案參與訓練動機。

(五) 經護家照護團隊專業判斷可返家者，應辦理返家準備改採其他照護模式。

七、成效評量

(一)個案評估方式

1. 以急性後期復健照護團隊會議方式進行

- (1) 參與人員：急性後期整合復健照護團隊成員。
- (2) 會議頻率：收案會議，定期之期中會議，結案會議。
- (3) 會議紀錄：會議內容呈現於個案紀錄，會議簽到表備查。
- (4) 紀錄內容：收案條件，結案條件，專業成效評量與目標設定，返家準備。
- (5) 品質管理指標：定期召開率98%以上，個案紀錄完成率100%。

2. 評量時機

- (1) 轉出醫院評估。
- (2) 承接護家初評。
- (3) 期中評估。
- (4) 結案評估包含銜接居家環境服務，或與長期照護管理中心聯繫(符合長照收案對象)。

(二) 照護成效指標

1. 成功返家率

分子：分母個案經復健照護團隊評估，可返家進行自我復健。

分母：當年度收住復健照護個案已結案之總人數。

2. 復健照護個案平均入住護家天數

分子：分母個案收住護家天數合計。

分母：當年度收住復健照護個案已結案之總人數。

3. 照護品質指標

(1) 管路移除率

分子：分母個案管路移除個案數。

分母：當年度收住復健照護個案有管路之總人數。

(2) 非計畫性管路滑脫率

分子：分母個案非計畫性管路滑脫個案數。

分母：當年度收住復健照護個案有管路之總人數。

4. 功能改善及提升在家自我照顧能力之監測指標

復健照護個案之功能進步情形：

以個案收案初評與結案時之核心評估量表進步分數計算。

量表說明(註)	
必要性指標	
編號	
1	整體功能狀態(MRS)
2	基本日常生活功能:Barthel Index
3	吞嚥、進食功能(FOIS)
4	營養評估(Short Form)
5	健康相關生活品質(EQ-5D)
6	工具性日常生活功能(IADL)
選擇性指標	
7	姿勢控制、平衡功能
8	步行能力、整體行動功能
9	心肺耐力(6MWT)
10	感覺功能評估(FMA)
11	認知、知覺功能評估(MMSE)
12	職能表現(Motor Activity Log)
13	重返社會能力評估
14	語言功能評估(CCAT)

註:參考健保署急性後期照護(KPI)品質指標訂定

肆、申請方式

一、申請單位：由護家向本部提出申請。

二、申請程序：

(一)申請單位應檢具公文函，並於受理截止日前(以郵戳為憑)向本部提出申請。

(二)收件期限：於公告日起至109年2月7日止。

(三)申請計畫書格式：應以A4大小直式橫書及雙面印刷（中文字型標楷體，英文字型Times New Roman，標題字體大小16級，內文字體大小14級，行高16-21pt，與前段距離0.5列等為原則），並請務必標示頁碼，申請計畫書之撰寫應力求詳盡完整，所送申請計畫書(附件2)及相關附件資料須完備。可於本部網頁（網址：<http://www.mohw.gov.tw>，路徑：首頁→最新消息→公告訊息）下載。申請計畫書以至110年3月31日(執行期間以核定日後一年，屆時以實際核定日為主)止作為規劃。

伍、補助計畫審查作業及相關事項

一、本補助計畫審查作業，由本部聘任專家學者籌組審查會議(採書面或召開會議方式審查)，針對申請計畫書內容所提之復健照護團隊照護模式、特色及可行性等面向進行審查。

二、本部得邀請申請單位針對前述面向進行口頭簡報及意見交流。

三、本部將依審查評分結果決定計畫補助之優先順序，審查評分達75分(含)以上及於本年度經費預算內，列入補助；未達平均75分者，將不列入補助對象。

四、待審核完畢後將結果通知申請單位，核定通過者將辦理後續簽約事宜。

陸、補助費用內容

一、經本部核定護家補助計畫，與本部完成簽約後，其補助護家申請費用分下列參項，如下：

(一)照護團隊評估費

期間	組合內容及說明	費用(元)
個案入住(轉銜)至承作護家前	<p>A. 合作醫院之案源轉銜補助及評估費用：</p> <p>為鼓勵醫院與護家合作轉銜，提高醫院下轉護家之誘因，故訂定每一位案源轉銜作業補助費及合作醫院評估費用，合計3000元。</p> <p>1. 合作醫院須完成下轉個案之評估(由合作醫院醫師及團隊評估)含</p> <p>(1) 製作個案病況及轉銜確認報告書，並存放於個案照護紀錄備查。</p> <p>(2) 至少需完成核心必要評估工具(腦中風需完成前四項包括整體功能狀態(MRS)、基本日常生活功能:Barthel Index、吞嚥進食功能(FOIS)、營養評估(Short Form))。</p> <p>2. 合作醫院須完成以下轉銜相關作業</p> <p>(1)提供病人或家屬轉銜至護家相關衛教說明(留有完整諮詢內容紀錄、病人或家屬簽名)。</p> <p>(2)準備出院病歷摘要、轉銜確認報告書外，需提供承作護家出院前三天病程紀錄(電子資料亦可)、生命徵象、護理紀錄、藥歷紀錄、重要注意事項等。</p> <p>(3)提供個案管理轉銜作業，病人直接入住承作護家之服務。</p> <p>註1：承作護家與合作醫院之契約須明訂上開的作業規定。</p> <p>註2：每人每次限申報一次。</p>	3,000
個案初評註1 入住3天內	<p>B. 承作護家復健照護團隊評估費：</p> <p>復健照護團隊評估費(初評)：</p> <p>註：</p> <p>1.適用於個案轉銜(入住)至復健照護護家後之初次評估，每個案每次限申請一次。</p> <p>2.評估內容包括個案情緒引導及處理，與個案或其家屬說明評估結果、整項治療計畫及溝通確認雙方治療目標，並製作個案初次評估報告書存放於個案照護紀錄備查。</p>	1,000

期間	組合內容及說明	費用(元)
個案複評 ^{註2} 入住3週 (每3週定期 評估1次)	復健照護團隊評估費(複評): 註: 1.個案收案後依計畫評估工具規定定期申請一次。 2.評估內容包括向個案或其家屬說明評估結果及是否修正治療目標及計畫,並製作個案治療成效期中評估報告書存放於個案照護紀錄備查。	1,000
個案結案 ^{註3}	返家準備及結案評估費: 註: 1.每人每次限申請一次。 2.評估內容包括與家屬討論、溝通及建議出院後之後續照護方式,並製作結案之返家轉銜評估報告書存放於個案照護紀錄備查。	1,500

註1、2、3:個案初評、複評、結案評估均應完成6項核心必要量表評估,8項專業選擇性評估量表由醫院自行選擇使用,詳見第17、18頁。

(二) 復健照護服務費用:

組合內容及說明	每日復健照護服務費用(元)
A.每日復健照護服務費用 1.內容包括: (1)依復健照護團隊評估(含初評、複評、結案評估),與收住個案及其家屬討論復健照護計畫、目標及項目並訂個人化之復健照護計畫。 (2)復健照護:依計畫執行復健照護服務,每天至少提供3次復健照護訓練等相關措施(含復健照護團隊之指導、訓練)。 (3)復健照護團隊提供必要之診察、復健指導措施,並有紀錄及後續追蹤。 (4)提供個案所需之護理及居家照護之知能準備、諮詢與指導。 2.復健照護目標:(1)協助善用潛能。(2)維持自我照顧能力不退化。	2,035
B.因個案偶發原因,當日復健照護服務1~2次(<3次)	1,300
C.-因個案偶發原因當日無法復健照護服務 -週日或國定假日	1,000

(三) 專業應診費

組合內容及說明	費用(元)
<p>A. 醫師應診費</p> <p>至承作護家每週之應診費</p> <p>註:</p> <ol style="list-style-type: none">1.每週至承作護家應診限申請1次，每次1200元。2.每位醫師應診個案數，每日以十個為限，當日應診個案在五個以上者，自第六個個案起，其應診費折半(即600元)。3.應診內容:<ol style="list-style-type: none">(1)與復健照護團隊討論及評估個案復健照護成效，必要時做復健照護計畫之調整。(2)提供個案疾病或健康問題之診察、治療等處置服務。	1,200
<p>B. 醫師臨時應診費</p> <p>至承作護家診療之臨時應診費(不含中醫師、牙醫師)</p> <p>註:</p> <ol style="list-style-type: none">1. 臨時應診醫師須為原承作護家照護團隊之專任或兼任醫師，對同個案之臨時應診，每日以一次為限，每次實際應診應達30分鐘。2. 該臨時應診之申請須有應診紀錄，如經補助單位後續審查不符合(或不適當)，將追回本項補助費。3. 應診內容:<p>除每週例行應診外，復建照護個案倘有以下適應症之突發意外或特殊狀況，經護理人員評估以下狀況需醫師臨時出診者:</p><ol style="list-style-type: none">(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)其他特殊狀況	2,000

二、費用申請作業：承作護家於提供服務後，應於次月十日前，至本部指定之資訊系統登載服務內容，並檢具相關文件，向本部提出前項三類之補助申請，惟試辦計畫所收住個案，不得與「全民健康保險醫事服

務機構特約及管理辦法」第21及22條所訂特約醫事機構至照護機構，提供之保險一般門診及復健診療服務及「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第5部之「居家照護及精神疾病患者社區復健」之相關醫療費用重複申報。

柒、計畫管考措施

護家應每月提報或線上上傳本部本試辦計畫辦理情形，以便瞭解執行狀況（每月復健照護個案資料、復健照護及成效評估紀錄如附件3、護家每月執行成果如附件4及每月復健照護個案結案之費用申請清冊如附件5），每位服務個案之評估、復健照護及專業診察，承作護家應依法紀錄於個案之照護紀錄(或病歷)中備查。

捌、經費請領、撥付及核銷原則

一、本項經費本部為全額補助經常門，不補助資本門。

二、本計畫經費撥付方式及核銷：

(一)計畫之撥付：本計畫經費分兩期撥付乙方。

1. 第一期款：於簽約後，以正式公文檢附領據及經費核定表影本，辦理請款作業，撥付總經費50%。
2. 第二期款及核銷：本計畫結束後，應於1個月內，檢附收支明細表(一式兩份)、護家全年復健照護個案結案費用核銷清冊(一式兩份)、期末成果報告一式五份(含電子檔光碟片)、核定函、核定經費表影本、賸餘款及領據，以正式公文函送本部，並俟本部同意後，依實際核銷經費，核實撥付餘款及辦理核銷結案。

(二)本部為瞭解補助經費之執行情形，將成立專案審查團隊，除定期與承作護家召開會議，必要時並派員或會同有關機關對受補助機

構進行實地輔導、勘查或查核；如受補助機構拒絕查核，本部將停止補助，並且該單位須繳回已撥付之補助金額。

玖、其他配合事項

- 一、經核定受補助機構，有下列情形之一，不得申請撥款；如已撥款者，視其情節，得要求全額繳回或核扣部分補助款。
 - (一) 護家辦理「109年度一般護理之家急性後期復健照護試辦計畫」期間自行停止本計畫服務內容，經所轄地方政府及本部查證屬實，自停止之日起計算，依比例追還已撥付之補助費(未滿一個月以一個月計)。
 - (二) 申請本計畫經費撥付項目，相關資料需於個案照護紀錄(或病歷)中記載，未依規定內容記載相關資訊，或經本部審查團隊審查發現記載不實者，不予撥付該筆費用並依相關規定辦理。
 - (三) 申請計畫書或相關文件不實者。
 - (四) 未依核定之計畫內容執行。
 - (五) 虛報、重複申請或浮報經費款項者。
 - (六) 違反核定計畫或其他法令規定者。
- 二、本計畫申請說明相關規定，如有未盡事宜，應依照本部長期照顧服務資源發展獎助辦法、長照服務發展獎助作業要點、衛生福利部補捐(助)款項會計處理作業要點等規定辦理。
- 三、本部亦將視業務需要，隨時以公文書補充或修正相關規定，並視同為契約內容。
- 四、承作護家對本補助計畫之復健照護個案之收費，以護家住民收費標準之60%至80%收取(例如:住民月收費為3萬元，本補助個案收費應為18,000至24,000元)，以達有效恢復功能或減輕失能程度，順利轉銜返家、自立生活，減少後續再住院醫療費用支出，且承作護家對本計畫收案對象之住民月收費項目，不得與本計畫之三大項補助重複收

取。

五、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範本」(格式如附件 9)，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。

六、如有任何疑問，請洽本部護理及健康照護司蘇小姐。

電話：(049)233-2161 轉 3229，電子郵件：nhsue@mohw.gov.tw。

附件1 腦中風收案對象、結案條件、參與醫院條件、評估時程與工具 及復健照護流程

一、收案對象

(一)符合中央健保署公告重大傷病之急性腦血管疾病（限急性發作後一個月內）之病人，醫療狀況穩定，功能狀況具有中度至中重度功能障礙(MRS 3-4)，於護家之合作醫院住院，經該醫療團隊判斷具積極復健潛能者，且個案同意參與此計畫，並填妥同意書者，媒合其下轉(入住)護家，提供持續性及積極性之整合復健照護訓練。

(二)另前述疾病急性發作後40天內，符合下列特殊個案條件之一，且醫療狀況穩定，功能狀況具有中度至中重度功能障礙(MRS 3-4)，於參與之合作醫院住院，經醫療團隊判斷具積極復健潛能者，亦可媒合入住護家收案：

1. 腦中風發病兩週以後，因急性感染症而新增或調整靜脈抗生素注射藥物者。
2. 腦中風發病30天內，曾因有多重抗藥性菌株感染而需接觸隔離者。
3. 腦中風發病30天內，使用抗凝血劑，用藥四週後仍然未能調整至理想狀態(PT INR 1.5-3.0)。
4. 使用胰島素或口服藥物，腦中風四週後仍血糖控制不佳(空腹血糖 > 200 mg/dl)，需要嚴密監控。
5. 腦中風發病30天內，加護病房住院超過兩週者。
6. 腦中風發病30天內，發生重大合併症、併發症(如心肌梗塞、靜脈血管栓塞、急性腎衰竭)接受特殊處置及手術導致住院延長者。

(三)醫療狀況穩定定義

1. 神經學狀況：72小時以上神經學狀況未惡化。
2. 生命徵象：血壓、心跳、體溫72小時以上穩定或可控制。
3. 併發症：感染，血液異常，胃腸道出血等，治療後穩定或可控制。

(四)功能狀況分級定義

進入 PAC-CVD 的起始功能狀況以 Modified Rankin Scale (MRS) 為分級標準：無明顯功能障礙 (MRS 0-1)、輕度功能障礙 (MRS 2)、中度~中重度功能障礙 (MRS 3-4)，及重度功能障礙或意識不清 (MRS 5)。

MRS 分級標準：

0 - No symptoms.

1 - No significant disability. Able to carry out all usual activities, despite some symptoms.

2 - Slight disability. Able to look after own affairs without assistance, but unable to carry out all previous activities.

3 - Moderate disability. Requires some help, but able to walk unassisted.

4 - Moderately severe disability. Unable to attend to own bodily needs without assistance, and unable to walk unassisted.

5 - Severe disability. Requires constant nursing care and attention, bedridden, incontinent.

6- Dead.

(五)具積極復健潛能判定原則

1. 具基本認知、學習能力與意願。
2. 具足夠體力：支撐下能於輪椅或床緣至少維持一小時坐姿。
3. 能主動參與復健照護計畫。
4. 具足夠家庭支持系統者為佳。

二、結案條件

復健照護計畫每位個案以3-6週為原則；但經護家復健照護團隊評估有後續需求者得展延一次，申請展延應檢附團隊會議紀錄向本部申請

核備，至多補助至12週，如申請展延審查結果不同意，自本部通知日起不給付費用。

- (一) 個案功能顯著進步，經急性後期復健照護團隊評估，可返家進行自我復健者。
- (二) 連續2次個案功能評估，經急性後期復健照護團隊總評，未進步或降低者。
- (三) 經急性後期復健照護團隊評估，已不具復健潛能者。
- (四) 進入急性後期復健照護時間，超過12週上限者。
- (五) 收案對象自行中斷急性後期復健照護者。
- (六) 死亡。
- (七) 病情轉變無法繼續接受本計畫照顧者。

三、申請護家模式之復健照護團隊條件

具備「腦中風急性後期復健照護團隊」之護家。

- (一) 醫師：PAC-CVD 相關科別醫師（具合約專/兼任之神經科、神經外科、內科、家醫科或復健科任一有腦血管疾病照護經驗醫師）。

註：如以兼任(支援)之上述科別醫師，專責於承作護家協助其急性後期整合復健照護團隊執行業務，並提供護家收住個案至少每週1次巡診。

- (二) 醫事人員：承作護家需有專任護理人員、專/兼任物理治療師、專/兼任職能治療師、專/兼任語言治療師、專/兼任藥師、專/兼任營養師、專兼任社工師(人員)，至少各1名，其餘未竟事宜依其他相關規定辦理。
- (三) 執行護家復健照護之空間應以該護家許可之立案面積，且應有足夠空間執行復健照護。
- (四) 承作護家必須具有「復健照護基本設備」如下：

1. 平行桿行走訓練器或達同等訓練功能之替代訓練器
2. 手腳運動車
3. 助行器及四腳拐
4. 運動墊
5. 運動訓練床
6. 站立桌或達同等訓練功能之站立設備
7. 手功能訓練用具
8. 副木、輔具之製作器材
9. 認知、知覺訓練器材
10. 日常生活訓練用具

四、 評估時程與工具：收案、結案、每3週定期評估(若有相關版權請護家自行申請)

(一) 核心必要評估工具(6項)

1. 整體功能狀態。
2. 基本日常生活功能。
3. 吞嚥、進食功能。
4. 營養評估(Short Form)。
5. 健康相關生活品質。
6. 工具性日常生活功能。

(二) 專業選擇性評估工具(8項)

1. 姿勢控制、平衡功能。
2. 步行能力、整體行動功能。
3. 心肺耐力。
4. 感覺功能評估。
5. 認知、知覺功能評估。
6. 職能表現。

7. 重返社會能力評估。

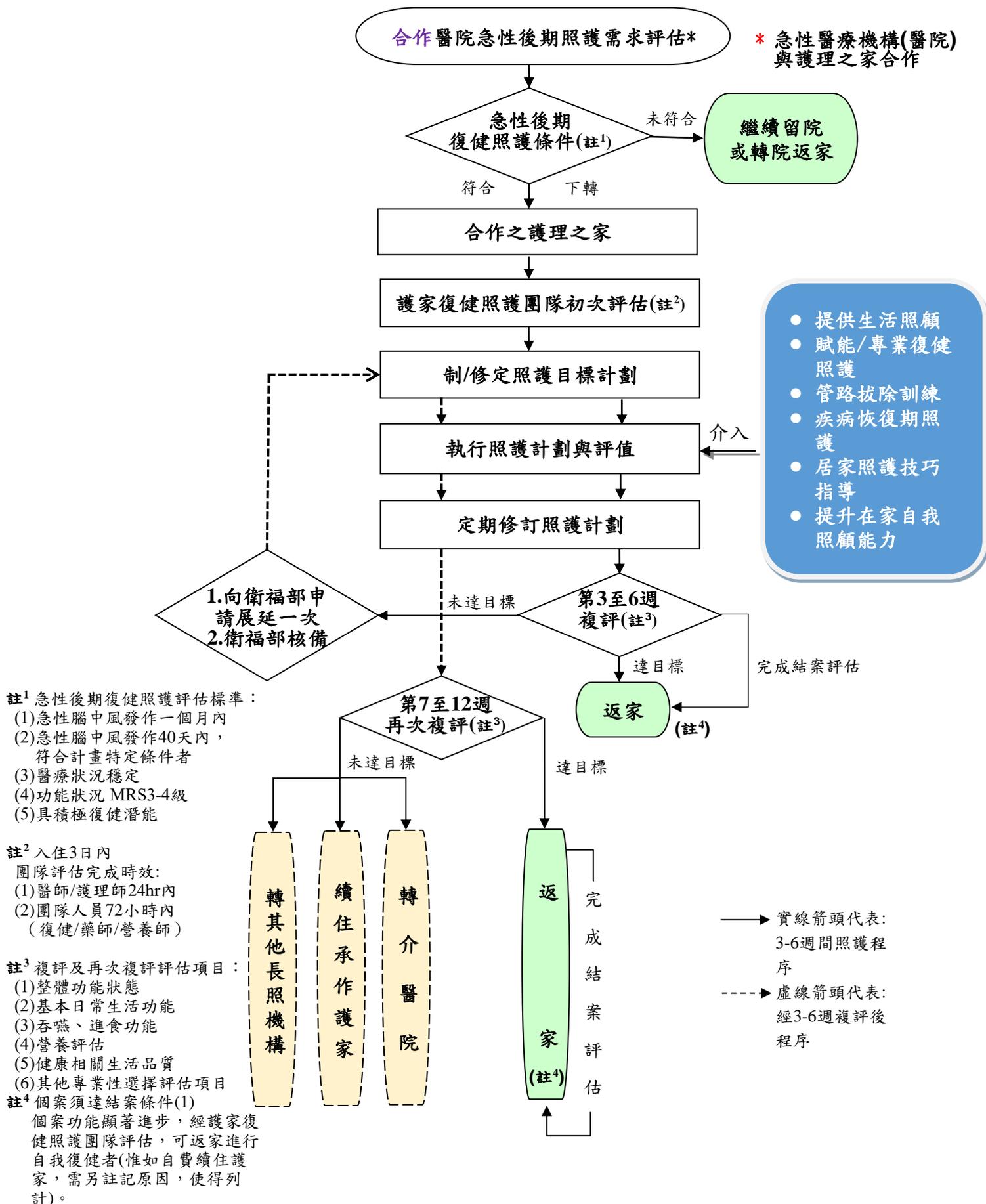
8. 語言功能評估。

*前述(一)(二)評估工具量表：

請於衛生福利部網站 <https://www.mohw.gov.tw/mp-1.html>→護理及健康照護司

→「一般護理之家急性後期復健照護試辦計畫」專區→評估工具量表下載。

五、復健照護流程-腦中風個案之護家急性後期復健照護流程





○○○○辦理衛生福利部
109年度「一般護理之家急性後期復健照護
試辦計畫」計畫書

申請單位名稱：_____

衛生福利部補助計畫書

計畫名稱	109年度「一般護理之家急性後期復健照護試辦計畫」										
補助機構	補助單位統一編號(8位數字)							補助系所(單位)			
計畫期程											
執行期限	自計畫核定日起一年										
年度	計畫人力					申請金額/元					
年度											
合計											
計畫主持人	職稱			電話			傳真				
E-mail											
連絡地址											
計畫連絡人	職稱			電話			傳真				
E-mail											
連絡地址											

109年度一般護理之家急性後期復健照護試辦計畫(腦中風個案)

壹、計畫摘要(摘述本計畫之目的與實施方法)

貳、計畫內容

- 一、背景說明及現況分析(含現行及預期入住護家之復健照護病人數)
- 二、服務對象範圍(腦中風個案來源)及提供復健照護流程與收案作業處理流程(評估、目標訂立、會議、結案)模式
- 三、執行計畫期程：自受補助單位計畫核定日起一年。
- 四、計畫目標(可參考計畫公告之照護成效指標訂立)
- 五、執行策略及方法（需含專業團隊組合、復健照護之合作模式、操作方式），包含下列各項：
 - (一) 與外部合作單位(醫院)之合作溝通方式：包含如何下轉(轉銜)、分工及持續由護家提供整合式服務，確保急性後期病人轉銜順暢措施。
 - (二) 承作護家整合復健照護團隊之組成（請以下表填報），包含各專業照護人力專業別、人數、專任或兼任、各類人員照護病比，及專業人員支援計畫。相關人力品質、如何確保團隊人員辦理評估工具之一致性。

整合復健照護團隊成員名單(院內外專業團隊組合)

職稱	姓名	專任/兼任	執掌(在本計畫內擔任之具體工作性質、項目及範圍)	照護病比
範例: 護理人員				
醫師				

職稱	姓名	專任/兼任	執掌(在本計畫內擔任之具體工作性質、項目及範圍)	照護病比
物理治療師				

(如篇幅不足，請自行增列)

(三) 承作護家復健照護配置及相關設備：急性後期復健照護之單位地點、床位數(床位編號)、護家月收費標準及費用、本補助計畫照護復健個案月收費及能提供之復健照護服務及設備。

(四) 承作護家照護品質之確保，病人合併症、併發症處理能力。

(五) 承作護家提供之急性後期復健照護之特色與發展性。

六、 預期執行成果

七、 應辦理工作項目及進度 (Gantt Chart)

月次 工作項目	第 1 個 月	第 2 個 月	第 3 個 月	第 4 個 月	第 5 個 月	第 6 個 月	第 7 個 月	第 8 個 月	第 9 個 月	第 10 個 月

(如篇幅不足，請自行增列)

八、 經費需求評估：

預定年度收住個案數*入住期間平均天數*每日所需補助費用。

九、 其他檢附資料(如合作醫院團隊同意合作函)

備註：樣式

1. 報告應打字印刷，採橫式、由左至右繕打。
2. 紙張大小為 A4。
3. 採雙面印刷，平裝裝訂。
4. 不含封面，計畫內容以 20 頁(40 面)為限(含圖表附錄)。

109年度一般護理之家急性後期復健照護試辦計畫(腦中風個案)
復健照護個案資料、復健照護及成效評估紀錄

一、基本資料

(一) 個案姓名

(二) 身分編號(為免個人資料外洩，當事人姓名第三個字及身分證編號後4碼請以「X」表示請以代碼註記)

(三) 床號/月編號

(四) 收案來源 (合作醫院名稱)

(五) 收案條件

請依附件1「腦中風收案對象、結案條件、參與醫院條件、評估時程與工具及復健照護流程」之收案對象填寫

(六) 收案日期

(七) 收案月收費標準

(八) 結案條件*1(請以代碼註記)

結案條件:範例代碼(1)

(九) 結案後個案之流向*2(請以代碼註記)

結案條件:範例代碼(1)

(十) 是否成功返家

是(須符合結案條件代碼(1))、否(須敘述原因)

(十一) 至結案之入住天數(天)

*備註：

1. 結案條件:

(1) 個案功能顯著進步，經護家復健照護團隊評估，可返家進行自我復健者(惟如自費續住護家，需另註記原因，使得列計)、(2) 連續2次個案功能評估，經急性後期復健照護團隊總評，未進步或降低者、(3) 經急性後期復健照護團隊評估，已不具復健潛能者、(4) 進入急性後期復健照護時間，超過12週上限者、(5)收案對象自行中斷急性後期復健照護者、(6)死亡、(7) 病情轉變無法繼續接受本計畫照顧者

2. 結案後個案之流向:

(1)返家、(2)轉其他長照機構、(3)續住承作護家、(4)轉介醫院、(5)其他(請敘明)

二、團隊評估及照護服務：請依下表(一)(二)(三)之評估時間定期填報。

109年度一般護理之家急性後期復健照護試辦計畫(腦中風個案)

護理之家

109年度個案每日接受專業復健照護、醫師定期及臨時應診服務紀錄

(一)照護團隊成效指標																評估結果分析及建議(請依核心必要指標評估結果敘述)	執行者 (或代表人)簽名
復健照護個案之功能進步情形																	
評估		必要性指標						選擇性指標									
時間點	日期	(1)整體功能狀態(MRS)	(2)基本日常生活功能: Barthel Index	(3)吞嚥、進食功能(FOIS)	(4)營養評估(Short Form)	(5)健康相關生活品質(EQ-5D)	(6)工具性日常生活功能(IADL)	(7)姿勢控制、平衡功能	(8)步行能力、整體行動功能	(9)心肺耐力(6MWT)	(10)感覺功能評估(FMA)	(11)認知、知覺功能評估(MMSE)	(12)職能表現(Motor Activity Log)	(13)重返社會能力評估	(14)語言功能評估(CCAT)		
合作醫院評估分數	○年○月○日																
初評	3天內	○年○月○日															
複評	(一) 3週	○年○月○日															
	(二) 6週	○年○月○日															
	(三) 9週	○年○月○日															
結案評估	○年○月○日																

製表人:

覆核:

單位首長:

(簽約代表人)

(如篇幅不足，請自行增列)

109年度一般護理之家急性後期復健照護試辦計畫(腦中風個案)

109年__月執行成果表(如統計期間109年1月1日至109年1月31日)

序號	個案姓名	床號	月編號	身分編號 ¹ (請以代碼註記)	收案來源 (下轉醫院名稱)	收案日期	結案日期	結案條件 ² (請以代碼註記)	結案後個案之流向 ³ (請以代碼註記)	照護成效指標					
										1.成功返家		2.至結案之入住天數(天)	3.照護品質指標		
										是(須符合結案條件代碼(1))	否		3.1管路移除	3.2非計畫性管路滑脫	
				是	否	是	否								
						○年○月○日	○年○月○日								
總計			當月服務概況(新收案、結案、仍入住之尚未結案)	1.新收案:____人 2.結案:____人(需與每個月結案個案費用申請清冊人數一致) 3.仍入住之尚未結案:____人 4.當月服務人數(1+2+3) ____人	範例: 代碼(1): 2人 代碼(2): 2人 代碼(3): 2人 代碼(4): 1人 代碼(5): 1人 代碼(6): 1人 代碼(7): 1人 共計10人	範例: 代碼(1): 4人 代碼(2): 2人 代碼(3): 2人 代碼(4): 2人 共計10人	成功返家率 (累積至上個月底返家人數/累積至上個月底結案人數)	平均入住天數 (累積至上個月底結案個案收住天數/累積至上個月底結案人數)	管路移除率 (累積至上個月底管路移除人數/累積至上個月底有管路總人數)	非計畫性管路滑脫率 (累積至上個月底非計畫性管路滑脫人數/累積至上個月底有管路總人數)	照護成效指標				

備註：
 1.為免個人資料外洩，當事人姓名第三個字及身分證編號後4碼請以「X」表示。
 2.結案條件:(1) 個案功能顯著進步，經護家復健照護團隊評估，可返家進行自我復健者、(2) 連續2次個案功能評估，經急性後期復健照護團隊總評，未進步或降低者、(3) 經急性後期復健照護團隊評估，已不具復健潛能者、(4) 進入急性後期復健照護時間，超過12週上限者、(5)收案對象自行中斷急性後期復健照護者、(6)死亡、(7) 病情轉變無法繼續接受本計畫照顧者
 3.結案後個案之流向:(1)返家、(2)轉其他長照機構、(3)續住承作護家、(4)轉介醫院、(5)其他(請敘明)

執行單位核章

承辦人:

單位主管(負責人):

(如篇幅不足，請自行增列)

109年度一般護理之家急性後期復健照護試辦計畫(腦中風個案)

護理之家

109年每週醫師專業應診服務費用清冊

應診月份：_____ 應診醫療機構名稱：_____ 應診醫師簽名：_____、_____

序號	個案姓名	床號	月編號	應診週次							
				第1週		第2週		第3週		第4週	
				日期	應診醫師	日期	應診醫師	日期	應診醫師	日期	應診醫師
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
每週合計醫師應診費											
○月醫師應診費											

註:1.每週至承作護家應診限申請1次，每次1200元。

2.每位醫師應診個案數，每日以十個為限，當日應診個案在五個以上者，自第六個個案起，其應診費折半(即600元)。

製表人：

覆核：

會計人員：

單位首長：

(簽約代表人)

(如篇幅不足，請自行增列)

109年度一般護理之家急性後期復健照護試辦計畫(腦中風個案)

護理之家

109年度每月醫師臨時應診服務費用清冊

應診月份: _____ 應診醫療機構名稱: _____ 應診醫師: _____

個案姓名	應診日期	應診時間	應診內容(護理人員評估以下狀況需醫師臨時出診者)		醫師臨時應診費	應診醫師簽名
			個案符合之狀況(依備註填寫代號)	護理人員簽名		
合計醫師臨時應診費						

- 註: 1.臨時應診醫師須為原承作護家照護團隊之專任或兼任醫師，對同個案之臨時應診，每日以一次為限，每次實際應診應達30分鐘。
- 2.該臨時應診之申請須有應診紀錄，如經補助單位後續審查不符合(或不適當)，將追回本項補助費。
- 3.(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)其他特殊狀況。

製表人: _____ 覆核: _____ 會計人員: _____ 單位首長: _____
(簽約代表人)

(如篇幅不足，請自行增列)

成果報告格式

一、 封面：包括計畫名稱、執行期限、執行單位名稱及主持人。

二、 成果報告內容(本文)：

(一) 計畫概述

(二) 計畫執行期程

(三) 計畫執行情形及檢討或修正

(四) 執行成果與照護成效

(五) 結論與建議

(六) 附錄：相關會議紀錄、品質監測與活動照片等

備註：樣式

1. 報告應打字印刷，採橫式、由左至右繕打。
2. 紙張大小為 A4。
3. 採雙面印刷，平裝裝訂。
4. 不含封面，報告內容以 10 頁(20 面)為限(含圖表附錄)。

護理之家

一般護理之家急性後期復健照護試辦計畫(腦中風個案)

成果報告(參考本文格式)

一、計畫概述

(一) 摘要(如護家模式之執行摘要說明)

(二) 計畫執行期程：自受補助單位計畫核定日起至110年3月31日止(執行期間以核定日後一年，屆時以實際核定日為主)。

二、計畫執行情形情形及檢討或修正

(一) 計畫執行流程復健照護指導訓練措施說明、個案追蹤機制、結案方式及流程圖

(二) 內部作業檢討情形(包括召開工作會議或針對內部評估流程、擬定復健照護目標、結案記錄、溝通協調等檢討)

(三) 外部作業檢討情形(合作提供服務單位之合作模式、溝通協調、計畫執行遭遇困境提出建議及檢討)

三、執行成果與照護成效(以表格或圖表呈現)

1. 收案期間及收案量

2. 入住對象基本資料(如:年齡、性別、依賴程度等)

3. 各入住對象平均入住護家天數及平均每天照護時數

4. 收案之平均照護成本及分析：

- (1) 請以總收住個案入住期間(至結案)，接受補助經費及單位自籌運用於復健照護費用成本分析如下表，並計算出每位個案之平均照護成本。

項目	金額/元	內容說明
(一)申請本部補助項目		
(二)機構自籌項目		
*鼻胃灌食者扣除伙食費，奶粉費依實際使用量另計		
**個人用品、衛材及住宿另計		

(如篇幅不足，請自行增列)

- (2) 另就總收住個案至結案，分列不同入住天數之佔比及照護成本。

入住天數 (至結案) 區間	該區間 人數(A)	該入住區間人 數佔總入住人 數比% (C=A/B)	該區間入住人 數之照護成本 (不含機構自籌 項目)(D)	該區間入住之每 人平均照護成本 (不含機構自籌項 目)(E)
3週內	範例:2人			
6週內	4人			
9週內	5人			
12週內	10人			
合計	21人(B)	總平均成本/每 人(F=D 合計/B)		

5. 照護成效指標

- (1) 成功返家率
- (2) 復健照護個案平均入住護家天數

(3) 照護品質指標

A. 管路移除率

B. 非計畫性管路滑脫率

(4) 功能改善及提升在家自我照顧能力之監測指標

四、結論與建議

五、附錄：相關會議紀錄、品質監測與活動照片等

衛生福利部補助計畫收支明細表

受補助單位：

補助年度：109年度

計畫名稱：「一般護理之家急性後期復健照護試辦計畫」

核撥 (結報)	第一次核撥日期	第二次核撥日期	
	----年----月----日	----年----月----日	
	金額	金額	
	\$ 元	\$ 元	
經費預算核撥數		第一次餘(絀)數	第二次餘(絀)數
		金額	金額
		\$ 元	\$ 元
	第一次結報日期	第二次結報日期	
	----年----月----日	----年----月----日	
	金額	金額	
	\$ 元	\$ 元	
一、照護團隊評估費			
二、復健照護服務費用			
三、專業應診費			
小計			
餘(絀)數			
備註	利息收入：\$ 元、其他衍生收入：\$ 元，(經費結報時，利息金額為300元以下者，得留存受補(捐)助單位免解繳本部；其餘併同其他衍生收入及結餘款，應於結報時解繳本部)。		

製表人

覆核

會計人員

單位首長

(簽約代表人)

109年度一般護理之家急性後期復健照護試辦計畫(腦中風個案)

護理之家

109年度復健照護個案結案費用核銷清冊

月份	姓名(當月結案)	入住日期	結案日期	入住天數/天	核銷補助經費申請			個案申請費用合計
					(一) 照護團隊評估費/元	(二) 復健照護服務費用/元	(三) 專業應診費/元	
1		○年○月○日	○年○月○日					
2								
3								
合計	當年結案人數			費用合計				當年總計費用

製表人：

覆核：

會計人員：

單位首長：

(簽約代表人)

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範本

【A. 事前揭露】：本表由公職人員或關係人填寫

(公職人員或其關係人與公職人員服務之機關團體或受其監督之機關團體為補助或交易行為前，應主動於申請或投標文件內據實表明其身分關係)

※交易或補助對象屬公職人員或關係人者，請填寫此表。非屬公職人員或關係人者，免填此表。

表1：

參與交易或補助案件名稱：	案號：	(無案號者免填)
本案補助或交易對象係公職人員或其關係人：		
<input type="checkbox"/> 公職人員 (勾選此項者，無需填寫表2)		
姓名：	服務機關團體：	職稱：
<input type="checkbox"/> 公職人員之關係人 (勾選此項者，請繼續填寫表2)		

表2：

公職人員：		
姓名：	服務機關團體：	職稱：
關係人 (屬自然人者)：姓名		
關係人 (屬營利事業、非營利之法人或非法人團體)：		
名稱	統一編號	代表人或管理人姓名
關係人與公職人員間係第3條第1項各款之關係		
<input type="checkbox"/> 第1款	公職人員之配偶或共同生活之家屬	
<input type="checkbox"/> 第2款	公職人員之二親等以內親屬	稱謂：
<input type="checkbox"/> 第3款	公職人員或其配偶信託財產之受託人	受託人名稱：
<input type="checkbox"/> 第4款 (請填寫abc欄位)	a. 請勾選關係人係屬下列何者： <input type="checkbox"/> 營利事業 <input type="checkbox"/> 非營利法人 <input type="checkbox"/> 非法人團體	b. 請勾選係以下何者擔任職務： <input type="checkbox"/> 公職人員本人 <input type="checkbox"/> 公職人員之配偶或共同生活之家屬。姓名： <input type="checkbox"/> 公職人員二親等以內親屬。親屬稱謂：(填寫親屬稱謂例如：兒媳、女婿、兄嫂、弟媳、連襟、妯娌) 姓名：
		c. 請勾選擔任職務名稱： <input type="checkbox"/> 負責人 <input type="checkbox"/> 董事 <input type="checkbox"/> 獨立董事 <input type="checkbox"/> 監察人 <input type="checkbox"/> 經理人 <input type="checkbox"/> 相類似職務：
<input type="checkbox"/> 第5款	經公職人員進用之機要人員	機要人員之服務機關： 職稱：
<input type="checkbox"/> 第6款	各級民意代表之助理	助理之服務機關： 職稱：

填表人簽名或蓋章：

(填表人屬營利事業、非營利之法人或非法人團體者，請一併由該「事業法人團體」及「負責人」蓋章)

備註：

填表日期： 年 月 日

此致機關：

※填表說明：

1. 請先填寫表1，選擇補助或交易對象係公職人員或關係人。
2. 補助或交易對象係公職人員者，無須填表2；補助或交易對象為公職人員之關係人者，則須填寫表2。
3. 表2請填寫公職人員及關係人之基本資料，並選擇填寫關係人與公職人員間屬第3條第1項各款之關係。
4. 有其他記載事項請填於備註。
5. 請填寫參與交易或補助案件名稱，填表人即公職人員或關係人請於簽名欄位簽名或蓋章，並填寫填表日期。

※相關法條：

公職人員利益衝突迴避法

第2條

本法所稱公職人員，其範圍如下：

- 一、總統、副總統。
 - 二、各級政府機關（構）、公營事業總、分支機構之首長、副首長、幕僚長、副幕僚長與該等職務之人。
 - 三、政務人員。
 - 四、各級公立學校、軍警院校、矯正學校校長、副校長；其設有附屬機構者，該機構之首長、副首長。
 - 五、各級民意機關之民意代表。
 - 六、代表政府或入股出任其出資、捐助之私法人之董事、監察人與該等職務之人。
 - 七、公法人之董事、監察人、首長、執行長與該等職務之人。
 - 八、政府捐助之財團法人之董事長、執行長、秘書長與該等職務之人。
 - 九、法官、檢察官、戰時軍法官、行政執行官、司法事務官及檢察事務官。
 - 十、各級軍事機關（構）及部隊上校編階以上之主官、副主官。
 - 十一、其他各級政府機關（構）、公營事業機構、各級公立學校、軍警院校、矯正學校及附屬機構辦理工務、建築管理、城鄉計畫、政風、會計、審計、採購業務之主管人員。
 - 十二、其他職務性質特殊，經行政院會同主管府、院核定適用本法之人員。
- 依法代理執行前項公職人員職務之人員，於執行該職務期間亦屬本法之公職人員。

第3條

本法所定公職人員之關係人，其範圍如下：

- 一、公職人員之配偶或共同生活之家屬。
 - 二、公職人員之二親等以內親屬。
 - 三、公職人員或其配偶信託財產之受託人。但依法辦理強制信託時，不在此限。
 - 四、公職人員、第一款與第二款所列人員擔任負責人、董事、獨立董事、監察人、經理人或相類似職務之營利事業、非營利之法人及非法人團體。但屬政府或股指派、遴聘代表或由政府聘任者，不包括之。
 - 五、經公職人員進用之機要人員。
 - 六、各級民意代表之助理。
- 前項第六款所稱之助理指各級民意代表之公費助理、其加入助理工會之助理及其他受其指揮監督之助理。

第14條

公職人員或其關係人，不得與公職人員服務或受其監督之機關團體為補助、買賣、租賃、承攬或其他具有對價之交易行為。

但有下列情形之一者，不在此限：

- 一、依政府採購法以公告程序或同法第一百零五條辦理之採購。
- 二、依法令規定經由公平競爭方式，以公告程序辦理之採購、標售、標租或招標設定用益物權。
- 三、基於法定身分依法令規定申請之補助；或對公職人員之關係人依法令規定以公開公平方式辦理之補助，或禁止其補助反不利於公共利益且經補助法令主管機關核定同意之補助。
- 四、交易標的為公職人員服務或受其監督之機關團體所提供，並以公定價格交易。
- 五、公營事業機構執行國家建設、公共政策或為公益用途申請承租、承購、委託經營、改良利用國有非公用不動產。
- 六、一定金額以下之補助及交易。

公職人員或其關係人與公職人員服務之機關團體或受其監督之機關團體為前項但書第一款至第三款補助或交易行為前，應主動於申請或投標文件內據實表明其身分關係；於補助或交易行為成立後，該機關團體應連同其身分關係主動公開之。但屬前項但書第三款基於法定身分依法令規定申請之補助者，不在此限。

前項公開應利用電信網路或其他方式供公眾線上查詢。

第一項但書第六款之一定金額，由行政院會同監察院定之。

第18條

違反第十四條第一項規定者，依下列規定處罰：

- 一、交易或補助金額未達新臺幣十萬元者，處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰。
 - 二、交易或補助金額新臺幣十萬元以上未達一百萬元者，處新臺幣六萬元以上五十萬元以下罰鍰。
 - 三、交易或補助金額新臺幣一百萬元以上未達一千萬元者，處新臺幣六十萬元以上五百萬元以下罰鍰。
 - 四、交易或補助金額新臺幣一千萬元以上者，處新臺幣六百萬元以上該交易金額以下罰鍰。
- 前項交易金額依契約所明定或可得確定之價格定之。但結算後之金額高於該價格者，依結算金額。

違反第十四條第二項規定者，處新臺幣五萬元以上五十萬元以下罰鍰，並得按次