

衛生福利部112年度「住院整合暨醫療銜按照護推廣計畫」

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。然由於臺灣缺乏守門人制度，使得醫院間長期缺乏垂直整合機制。考量我國人口老化及多重慢性疾病型態增加，並且住院醫師納入「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，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，計畫施行迄今，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「醫療垂直整合銜按照護試辦計畫」，提供病人出院後之照護體系間銜接和建立轉介機制，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。109年起，醫院整合醫學照護制度(Hospitalist)與醫療垂直整合銜按照護計畫合併為「醫院整合醫學暨醫療銜按照護計畫」，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，提升醫療體系照護效能，落實分級醫療與轉診制度，初步建立醫院轉銜與整合個管模型。

然而，面臨COVID-19 疫情以及人口老化的雙重衝擊，全民均健的健康照護體系應建立在永續治理之上，是以敏捷韌性的健康照護體系維持體系永續的必要策略，積極整合醫療資源，尤其應建置以病人為中心的醫療照護（門診、住院）、社區照護、居家服務和長期照護分工體系。

因此，本部今年擴大辦理醫院內部住院整合與轉銜規模的補助計畫，輔導醫院落實策略聯盟計畫，整合院內資源建立跨團隊之整合全人照護，積極

推廣住院整合與轉銜照護模式，銜接急性醫療、中長期照護、社區基層醫療及居家醫療，並且推動醫學教育與醫療體系的改革，以減緩高齡化社會對急性醫療需求的衝擊。

貳、計畫目的

- 一、推廣以病人為中心的住院整合照護，提升住院照護品質、減少低效醫療花費。
- 二、鼓勵醫院跨醫療部門合作，進行入出院轉銜流程改造，將社區轉診病人以及個案管理病人需住院者，進行急診分流與住院流程改善，並透過通訊遠距以及居家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病人，進行院內外整合門診及個案管理，並鼓勵與社區基層體系相互合作，以降低其門、急診及住院頻率，執行預立治療計畫，提升一般急性住院醫療品質與轉銜效能，促使醫療資源有效運用。

參、計畫內容

一、申請資格：

醫院評鑑及教學醫院評鑑醫師職類合格之醫院。

二、執行方式

(一) 體系分工架構：

參與計畫之主責醫院應實質進行住院整合照護與分級醫療計畫，輔導所在醫療區之區域醫院或地區醫院(以下簡稱輔導醫院)整合院內住院照護資源，成立住院整合照護團隊、跨科部之住院整合照護試辦

病房(試辦病房列為加分項目)，並發展住院整合照護模式。

主責醫院若為醫學中心，至少應有20位以上跨科部之住院整合照護模式之主治醫師參與；主責醫院若為區域醫院及地區醫院，至少應有10位以上跨科部主治醫師參與。

(二) 照護模式與內容：

1. 主治醫師應協助急診住院或門診住院病人進行住院整合照護、個案管理與整合門診，推行社區轉銜、長照服務、遠距診察和預立治療計畫，並協助輔導醫院推行整合照護服務模式。
2. 推廣計畫應推動出院病人社區轉銜以及高醫療資源利用病人個案管理。
3. 主責醫院應協助輔導醫院之一般病房、急性後期病房、安寧病房、慢性病房成立住院整合照護團隊，發展並推行住院整合照護模式、居家醫療與社區照護，形成體系醫療。

(三) 個案管理之病人對象：

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2種以上慢性病診斷用藥者。
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，且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。

收治對象應以經常性住院病人與急診住院病人為主，並列為加分項目。

(四) 執行事項：

1. 醫療體系分工分級

- (1) 主責醫院應成立分級醫療與轉銜照護專責單位，規劃急性醫療體系入出院轉診與銜接照護服務流程。
- (2) 主責醫院若為醫學中心或區域醫院，應輔導所在醫療區至少三家以上區域醫院或地區醫院(非與主責醫院同一層級之醫療機構)，成立住院整合照護團隊，並建立住院整合照護模式。
- (3) 主責醫院之出院規劃委員會以及分級醫療相關會議應納入醫院整合照護計畫之醫療科部，協助醫院進行住院轉診與銜接照護推廣。
- (4) 主責醫院至少每三個月定期召開會議，討論院內以及輔導醫院運作制度等各項議題，並重視病人安全及醫療品質指標評估。
- (5) 並應配合本部「醫療區域輔導與醫療資源整合計畫」，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。

2. 辦理住院整合照護

- (1). 跨醫療部門合作：主責醫院至少兩個以上醫療科部參與，包括整合醫學、老年醫學、一般醫學、家庭醫學、急診醫學等科別，不含安寧病房。
- (2). 整合照護團隊服務模式：整合照護團隊之主治醫師應主責並監督住院整合與轉銜照護機制、開設整合門診、協助追蹤個案管理，並至輔導醫院推廣住院整合照護模式及到院訪視轉銜之住院病人。此外，主治醫師及住院醫師參與假日及夜間輪值，照顧床數不得超過100床。另整合照護團隊應有適當之護理師人力及跨領域照護醫療人員，如藥師、營養師、社工人員及個案管理人員等，並於病患納入推廣計畫2日內，主動進行整合照護團隊之評估，如:藥物評估、營養評估與復健需求評估等。

- (3). 推廣計畫之主治醫師需具有整合醫療體系資源及跨專科別整合醫療照護能力，應至少有6位已參加醫院整合醫學照護 40 小時師資培訓課程之主治醫師，協助計畫進行推廣，鼓勵推廣計畫內其他專科主治醫師參加醫院整合醫學照護 40 小時師資培訓課程。計畫參與主治醫師具備醫院整合醫學照護 40 小時師資培訓課程之比例達40%(含)以上為佳。
- (4). 每週應有跨團隊會議，須訂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。
- (5). 應進行社區轉銜、開設院內整合門診或居家醫療，或擬定與社區院所合作之居家醫療計畫，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

收治個案應於出院後辦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。主治醫師將社區轉診病人以及個案管理病人需住院者，進行急診分流與住院流程改善，同時定期住院照護品質監測、減少低效醫療花費，並透過通訊遠距以及居家訪視之銜接照護過程，達到無縫出院計畫。

(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(如附件1)。
- B. 應於病人收治推廣計畫2日內，由藥師、營養師及物理治療師等跨領域照護人員進行跨團隊評估，如:藥物評估、營養

評估與復健需求評估等。

- C. 應評估個案垂直整合銜按照護需求(如附件2)，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。
- D. 應提供個案垂直整合銜按照護諮詢窗口及下轉醫療機構資訊。
- E. 擬定出院準備計畫並召開醫療垂直整合銜按照護會議。
- F. 辦理末期病人之預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書。

(2). 建立雙主治共同照護模式：

- A. 推廣計畫之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按照護會議，並共同擬定出院準備計畫。
(垂直整合銜按照護會議，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. 推廣計畫之主治醫師應於個案住院期間與社區基層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。

(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3)。
 - 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). 推廣計畫主治醫師應實際參與醫院整合門診或居家整合醫療。
 - (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主。
 - (4). 推廣計畫主治醫師應整合病人的長期用藥開立，個案管理以及執行預立治療計畫，必要時得進行遠距視訊診察以及社區轉銜。
5. 住院整合醫學醫師訓練教學：
- (1). 資源及設備：應有專屬的討論室或會議室、教師辦公室等。應配置電腦及遠距設備，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：指導老師為特定專科(家庭醫學專科)、次專科醫師(老年醫學次專科或醫院整合醫學次專科醫師)或已服務於試辦病房2年以上，並且已接受醫院整合醫學照護 40 小時師資培訓課程，須專職於本計畫之病房工作，且具住院整合照護教學熱忱及能力者擔任指導受訓醫師。
 - (3). 教學內容：應於院內各科推廣住院整合醫學教育，改善醫療資源

分配效率：降低醫療浪費，推廣明智選擇(choosing wisely)，系統性標準化醫院整合醫學教學：環狀核心課程以及帶狀專業課程，強化住院醫師住院整合照護能力與轉銜的教育，包含重點照護超音波(Point-of-Care Ultrasonography，POCUS)教學內容。可參考本部擬定之「醫院整合醫學訓練課程基準」(如附件8)。

(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。

肆、 計畫期程：

一、曾參與111年度「醫院整合醫學暨醫療銜按照護試辦計畫」且經審查通過之醫院，計畫期程自112年1月1日至112年12月31日，其中執行計畫成效良好之醫院，本部得於次年度簡化審查程序。

二、新申請參加醫院，計畫期程自核定日起至112年12月31日。

伍、 補助方式：

一、申請補助上限：

視主責醫院計畫規模，每家醫院每年補助經費以新臺幣(以下同) 500萬元為上限。本部得擇優核定補助家數，補助經費編列範圍如附件4。

二、補助費用項目：本計畫經費為補助醫院推動住院整合照護與垂直整合銜按照護模式，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50人，得聘任第2位專任整合個管人員，並得依實際收案人數聘任適當專任整合個管人員，前開照護個案數皆不含已結案者。已參加111年「醫院整合醫學暨醫療銜接照護試辦計畫」之醫院個案數得累計，個管師亦得沿用個案數得予列入並累計。另得編列教學補助人事費，詳見附件4。

(二) 業務費：

1. 主治醫師值勤補助費：每1名主治醫師於非正常工時執勤協助病人住院照護（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2,500元為上限，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：主責醫院之醫事人員(需含主治醫師)至社區醫院進行轉銜訪視以及參加個案討論會出席費每人次2,000元整、社區基層醫師參加主責醫院之醫療垂直整合銜接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；主責醫院之主治醫師或整合轉銜個案管理人員至輔導醫院協助建立整合照護模式會

議之出席費每人次2,000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）、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：可支用範圍詳見附件4，如：水、電、瓦斯費、大樓清潔費及電梯保養費，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)等項目，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(如附件7)，本項經費編列數額不得低於總申請經費10%。
1. 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轉介單、跨團隊評估及醫療體系下轉，下轉至同醫療體系醫院每案補助1,500元，不同醫療體系醫院每案2,500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接照護評估費。
 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，經由通訊診察方式進行，補助每人次500元。
 4. 輔導醫院成立整合照護團隊：主責醫院協助輔導醫院成立整合照護團隊，主責醫院每家次補助5萬元，受輔導醫院補助8萬元。

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5，另提供111年本計畫審查項目供參(如附件6)】一式2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、 參與本計畫之醫院，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月成功收案個案數、病人社區轉銜成功率、社區基層醫師到院共同照護比率、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「住院整合暨醫療銜接照護推廣計畫」

同意書

茲同意於參與貴院「住院整合暨醫療銜接照護推廣計畫」，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，有問題時可洽貴院分級醫療暨銜接照護專責單位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「住院整合暨醫療銜接照護推廣計畫」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 縣 市區 里 街		段 巷 弄 號 樓之
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

主治醫師(簽名)

1. 收案條件

- 多重慢性病病人：過去半年內於3種慢性病門診就醫，或有2種以上慢性病診斷用藥者。
- 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。

2. 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3. 跨醫療專業需求：PT OT ST 居護 長照 社工 其他4. 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

5. 主要醫療決策：自己 家屬_____ (關係) 其他6. 病患意識狀態：清楚 輕度失智 CDR1 中度失智 CDR2 重度失智以上 CDR37. 病患心理狀態：一般 憂鬱 焦慮 無法評估

8. 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

9. 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. 出院藥物如出院病摘要所附，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：出院病摘要 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「住院整合暨醫療銜接照護推廣計畫」

個案管理紀錄表

一、 個案基本資料										
姓名	身分證字號									電話： ()
出生日期	民國 年 月 日				性別	□男 □女				手機：
地址	市 鄉鎮 村 路 縣 市區 里 街 段 巷 弄 號 樓之									
主照顧者	(關係：)						收案日期			
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「住院整合暨醫療銜接照護推廣計畫」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	<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. 主治醫師值勤補助費	<p>每由1名主治醫師於病房值班（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2,500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。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>112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>112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> </div>

	<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. 本計畫相關之講師鐘點費、出席費(採核實支付)	<p>本計畫相關之講師鐘點費與出席費(採核實支付)：</p> <p>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。</p> <p>另主責醫院之醫事人員(需含主治醫師)至社區醫院進行轉銜訪視以及參加個案討論會出席費每人2,000元整；社區基層醫師參加醫療垂直整合銜接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500元。主責醫院之主治醫師或整合轉銜個案管理人員至輔導醫院協助建立整合照護模式會議之出席費每人2,000元整。</p>
3. 國內差旅費之費用(採核實支付)	<p>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。</p> <p>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。</p>
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)	<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。</p>
7. 郵電費	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	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。圖書費每本需低於10,000元。
9. 電腦資料處理費	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，每人最高100元。
11. 臨時工資	實施本計畫特定工作所需勞務之工資，以按日或按時計酬者為限，受補助單位人員不得支領臨時工資。
12. 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)進行跨團隊評估與召開醫療垂直整合銜接照護會議(須留有紀錄)。(3)提供個案諮詢窗口及下轉資訊。	下轉至同醫療體系醫院每案補助1,500元，不同醫療體系醫院每案2,500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。同一病人僅能申請一次銜接照護評估費。
整合個案照護管理費	整合個案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。	多重慢性病患者、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。
通訊診察共同照護費	依「通訊診察治療辦法」之規定，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共同照護費。	每人次補助500元。
醫院成立整合照護團隊獎勵費	主責醫院協助輔導醫院成立整合照護團隊，並建立整合照護模式。(需提供相關證明資料，如：整合團隊成員名單、住院整合照護模式及流程等制度建立與會議紀錄)。	主責醫院每家次補助5萬元，受輔導醫院補助8萬元。

112年度「住院整合暨醫療銜接照護推廣計畫」

申請計畫書

申請醫院/機構代碼：

申請醫院層級別：

計畫負責單位：

計畫主持人：

計畫聯絡人： 連絡電話/E-mail：

申請日期： 年 月 日

- * 字體大小統一14字、間距1.5倍行高、表格單行間距。
- * 報告應中文打字印刷，採橫式、由左至右繕打。
- * 紙張大小為 A4，採雙面印刷，平裝裝訂（請統一裝訂於左側）。
- * 除專有名詞外，本計畫限用中文書寫。
- * 計畫書之撰寫應詳盡完整，並請務必依本格式內容順序依序填寫，否則不予受理。

目 錄

	頁 碼	
壹、基本資料表		第 頁
貳、摘要		第 頁
參、計畫目的		第 頁
肆、計畫內容		第 頁
伍、經費需求		第 頁
		共 頁

註：圖表目錄請另製作。

類別	項目內容	醫院申請
教學訓練	1. 專屬討論室	<input type="checkbox"/> 是， _____ 間 <input type="checkbox"/> 否
	2. 專屬會議室	<input type="checkbox"/> 是， _____ 間 <input type="checkbox"/> 否
	3. 專屬教師辦公室	<input type="checkbox"/> 是， _____ 間 <input type="checkbox"/> 否
	4. 應配置電腦	<input type="checkbox"/> 是， _____ 間 <input type="checkbox"/> 否
	5. 應配置遠距設備	<input type="checkbox"/> 是： <input type="checkbox"/> 病房專用 <input type="checkbox"/> 全院共用 <input type="checkbox"/> 否
	6. 指導老師資格	<input type="checkbox"/> 為特定專長科別： <input type="checkbox"/> 家庭醫學科：__人 <input type="checkbox"/> 老年醫學科：__人 <input type="checkbox"/> 醫院整合醫學科：__人 <input type="checkbox"/> 服務於試辦病房2年以上，並且以接受醫院整合醫學照護40小時師資培訓課程： _____科，__人 _____科，__人 _____科，__人

註：請依上述表格確實填寫實際申請之相關資料。

貳、摘要（包含請摘述本計畫之目的、實施方法及預期效益等）

關鍵字：

參、計畫目的

肆、計畫內容（請依作業要求執行事項內容撰寫實際執行狀況，各章內容得自行增加節次）

第一章、醫院整合醫學教學（醫師訓練）：

第一節、訓練目標

第二節、訓練課程內容

第三節、受訓學員對象

第四節、訓練方式

第五節、評量與評估方式

第二章、住院整合醫學推廣計畫執行與運作：

第一節、醫療團隊成員工作職責內容

一、主治醫師

編號	姓名	職稱	服務模式	主專科	40小時師培課程	具醫院整合醫學專長醫師	指導教師	整合醫學		工作職責內容
								服務年資	服務起訖年月	
1			<input type="checkbox"/> 全責式 <input type="checkbox"/> 混合式		<input type="checkbox"/> 已完成 <input type="checkbox"/> 未完成	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
2			<input type="checkbox"/> 全責式 <input type="checkbox"/> 混合式		<input type="checkbox"/> 已完成 <input type="checkbox"/> 未完成	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			

註：若表格不敷使用，請自行增列。

二、其他非醫師之團隊成員（含個案管理師）

編號	姓名	職稱	工作職責內容	整合醫學	
				服務年資	服務起訖年月
1					
2					

註：若表格不敷使用，請自行增列。

第二節、主治醫師服務模式（請依計畫規定進行說明）

第三節、病人入出院流程及收治病人來源、標準及流程

第四節、計畫相關會議（如：跨團隊會議、例行性會議、分級醫療會議及計畫運作等各項會議）

第三章、辦理社區醫療機構轉銜服務

第一節、訂定銜接照護作業標準

第二節、諮詢窗口及下轉醫療醫療機構資訊

第三節、召開銜接照護會議

第四節、辦理預立緩和醫療治療計畫

第五節、建立雙主治共同照護模式

第六節、辦理個案管理

第四章、辦理整合門診或居家醫療

第五章、預期效益（應以量化說明死亡率、再住院率等醫療品質指標，若為持續執行之醫院請呈現歷年執行重要成果）

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

第一章、申請補助經費：

單位：元

項目	編列計算	小計
人事費		
業務費		
管理費		
核實支付		
總計		

第二章、醫院自行負擔經費：

單位：元

項目	編列計算	小計
人事費		
業務費		
管理費		
核實支付		
總計		

111年度「醫院整合醫學暨醫療銜按照護試辦計畫」審查項目(供參)

項次	內容	評量標準	配分
1	計畫內容	<ol style="list-style-type: none"> 1. 能說明計畫之目的及分點具體列述計畫目標，且符合計畫之精神。 2. 能呈現計畫執行架構及說明實施方法，具機構特色，且具體可行。 3. 具體說明醫院整合醫學暨醫療銜按照護內容（包含照護模式、照護內容及收治對象），且適當可行。 4. 持續參與之醫院，應於計畫內容具體說明過去執行成效。 5. 經費編列組成符合計畫需求且合理。 	15
2	人力配置適當性	<ol style="list-style-type: none"> 1. 醫學中心至少應有 20位以上跨科部專責主治醫師參與；區域醫院及地區醫院至少應有 10位以上跨科部主治醫師參與。 2. 有適當之護理師人力及跨領域照護醫療人員（如藥師、營養師、社工人員及個案管理人員等）人力配置。 3. 專責主治醫師排班表之妥適性。 	10
3	專責主治醫師	<ol style="list-style-type: none"> 1. 每週門診、檢查及手術(合計)不得超過2節。 2. 專責主治醫師主責並監督住院整合與轉銜照護機制、開設整合門診、協助追蹤個案管理，並至輔導醫院到院訪視轉銜的病人。 3. 專責主治醫師有明確的工作職責範圍。 4. 假日及夜間值班照顧床數不得超過100床。 5. 至少6位以上專責主治醫師已參加40小時師資培訓課程，全體專責主治醫師參加培訓課程比例達40%為佳。 	10
4	醫療體系分工分級	<ol style="list-style-type: none"> 1. 成立分級醫療與轉銜照護專責單位，規劃急性醫療體系入出院轉診與銜按照護服務流程。 2. 醫學中心/區域醫院，應輔導至少三家以上地區醫院，進行住院轉銜。 3. 院內出院規劃委員會和分級醫療相關會議應納入整合照護計畫之醫療科部，協助住院轉診與銜按照護推廣。 4. 至少每3個月定期召開會議，討論院內和輔導醫院運作制度等各項議題。 5. 有配合衛生福利部「醫療區域輔導與醫療資源整合計畫」，接受當地衛生局指導，辦理轄區內醫療機構整合醫療工作。 	15
5	辦理住院整合照護	<ol style="list-style-type: none"> 1. 跨醫療部門合作，至少兩個以上醫療科部參與（不含安寧病房）。 2. 每週應有跨團隊會議，須訂入出院流程與銜按照護作業標準，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。 3. 進行社區轉銜、開設院內整合門診或居家醫療，或擬定與社區院所合作之居家醫療計畫。 4. 病患收至於試辦計畫2日內，進行跨團隊評估。 	

項次	內容	評量標準	配分
6	辦理社區醫療機構轉銜服務	<ol style="list-style-type: none"> 1. 專責主治醫師將社區轉診病人以及個案管理病人需住院者，進行急診分流與住院流程改善，進行照護品質監測(品質監測指標另訂之)，並可透過通訊遠距以及居家訪視進行銜接照護。 2. 有建置下轉醫療機構資訊，社區醫院或基層診所名單完整，運作模式規劃良好且具體可行。 3. 有為個案擬定出院準備計畫並召開醫療垂直整合銜接照護會議。 4. 有辦理末期病人之預立緩和醫療治療計畫。 5. 雙主治醫師共同照護模式具體可行，且有建立多元溝通管道。 6. 專責醫師與社區基層醫師共同討論個案病況之運作規劃良好，可使個案醫療照護順利銜接且具連續性。 	15
7	個案管理	<ol style="list-style-type: none"> 1. 個案管理之病人對象：(1)多重慢性病病人、(2)經常性住院病人、(3)急診住院病人。 2. 能負責整合病人入院、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。 3. 有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。 4. 有彙整各案相關資料並建檔，收集相關指標。 上述個案管理之病人對象，以「經常性住院病人」、「急診住院病人」為主者，可另加分。 	10
8	整合門診或居家醫療	<ol style="list-style-type: none"> 1. 專責主治醫師應實際參與醫院整合門診或居家整合醫療。 2. 整合門診收治病人有符合個案管理之出院病人條件。 3. 專責主治醫師應整合病人的長期用藥開立，個案管理以及執行預立治療計畫，必要時得進行遠距視訊診察、社區轉銜與長照服務。 	15
9	預期效益	<ol style="list-style-type: none"> 1. 醫療品質指標目標值訂定適宜。 2. 訂有照護及轉銜品質成效指標，且具合適性並可呈現本計畫執行之成效。 3. 定期進行醫療品質指標檢討。 4. 計畫執行內容及預期效益可達全人全程全團隊協助管理之目標，提高醫療服務效能。 	10
9	住院整合醫學醫師訓練教學(加分項目)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 應有專屬值班室、討論室或會議室、教師辦公室。應配置電腦以及遠距設備。 2. 指導老師為特定專科(家庭醫學專科)、次專科醫師(老年醫學次專科或醫院整合醫學次專科醫師)或「已服務於試辦病房2年以上，並已接受醫院整合醫學照護40小時師資培訓課程」。 3. 課程規劃應符合「醫院整合醫學訓練課程基準」與重點照護超音波教學內容。推廣明智選擇(choosing wisely)，系統性標準化醫院整合醫學教學：環狀核心課程以及帶狀專業課程。 4. 教學評量與評估對象應包含受訓者及教師，具體呈現評估方式、頻率及呈現評估表單。 	15

112年度住院整合暨醫療銜接照護推廣計畫

核實支付費核銷清冊

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				
					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	通訊診察 共同照護費	總計
範例									
1	丁一杉	A123456789	106.11.2	A	2,000	6	1,800	500	4,300
2	王二生	A123456710	106.11.3	C	2,000	3	900		2,900
								合計	

醫院： 單位：元

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-多重慢性病患者，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):

醫院整合醫學科醫師訓練課程基準

本課程訓練完成所需時間為：

1. 完成二年制畢業後一般醫學訓練者，需2年訓練。
2. 已領有內科、外科、婦產科、家醫、急診專科醫師證書，需1年訓練，訓練課程依各專科性質補足能力，詳見第4點說明，兒科非屬成人科另訂之。
3. 兩年課程訓練架構：

領域	課程架構	訓練期程
內科系 (14個月)	A 醫院整合醫學住院照護 (+安寧.老醫)	9個月
	B 重症照護	3個月
	C 進階內科醫學	2個月
外科系 (3個月)	D 外科病房共同照護	3個月
其他專科 (4個月)	E 跨專科共同照護	3個月
	F 急診照護	1個月
銜接照護 (3個月)	G 社區醫院、中長期照護與基層 轉銜照護	3個月

4. 一年訓練內容（依課程架構 A 到 G）：

內科 A(2)DEFG、外科 A(9)G、婦產 A(6)BG、家醫 A(3)BDE、急診 A(3)DEG、

【註】ACGME 六大核心能力

1. Patient care
2. Medical knowledge
3. Professionalism
4. Practice-based learning and improvement
5. Interpersonal communication skill
6. Systems-based practice

一、課程內容與評核標準

2年制訓練時間	訓練項目（課程）	評核標準（方法）	備註
9個月	<p>A 醫院整合醫學住院照護</p> <p>1. 病人照顧： 評估病人狀態、需求與預後，分為急性、復健、緩和、臨終等 四大類路徑。以團隊模式整合營養、用藥、復健、護理、安寧緩和、社工等專業人士，提供住院期間的照護。</p> <p>2. 臨床技能： (1) 整合能力 a. 擔任整合醫療多專科團隊之領導。 b. 複雜病況之臨床醫療計畫、中長期照護計畫。 c. 出院準備計畫及轉銜能力。 d. 慢性病患及緩和病患個案管理。 e. 預立治療計畫 f. 衝突之溝通協調能力 g. 品質監測與分析(RCA/FMEA) h. 醫療團隊資源管理(CRM) i. 醫病共享決策(SDM) j. 科學排班與勞動保障 (2)專業知識 a. 基礎營養學。 b. 基礎藥學。 c. 復健、物理治療、職能治療之基礎知識。 d. 緩和醫療。 e. 臨終病患之處置。 f. 社工與福利體系之認識 g. 機構與居家醫療 h. 醫療品質與提升方案 i. 病人安全概念 j. 醫療勞動與執業場所保障 k. 溝通與爭議調解</p>	<p>學習護照，由指導醫師確認簽名，以落實下列各項評估：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 專業知識。 2. 臨床技能。 3. 醫療態度及醫療倫理。 4. 醫病溝通與互動能力。 5. 出院衛教與轉銜能力。 	
3個月	<p>B 重症病人照護</p> <p>1. 病人照顧： 加護病房常見疾病：例如敗血症、休克、呼吸衰竭、急性心衰竭、急性腎衰竭、外科術後、創傷急症、神經科急症等</p>	<p>學習護照，由指導醫師確認簽名，以落實下列各項評估：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 專業知識。 2. 臨床技能。 3. 醫療態度及醫療倫 	

2年制訓練時間	訓練項目（課程）	評核標準（方法）	備註
	<p>2. 臨床技能：</p> <p>(1) 急重症病患之評估與臨床處置</p> <p>(2) 急重症病患之專科會診與整合照護</p> <p>(3) 急診觀察醫學</p> <p>(4) 內科加護病房之基本技能</p> <p>(5) 外科加護病房之基本技能</p> <p>(6) 重症病患之緩和醫療介入</p> <p>3. 專業知識：</p> <p>(1) 急診醫學</p> <p>(2) 內科重症醫學</p> <p>(2) 外科重症醫學</p> <p>(3) 重症緩和醫療</p> <p>(4) 重症醫療的倫理議題：腦死判定、器捐、撤除維生醫療等</p>	<p>理。</p> <p>4. 醫病溝通與互動能力。</p> <p>5 出院衛教與轉銜能力。</p>	
2個月	<p>C 進階內科學</p> <p>1. 病人照顧</p> <p>內科常見專科疾病如：心臟病、腎臟病、內分泌新陳代謝疾病、惡性腫瘤、血液疾病、胸腔疾病、肝膽胃腸疾病、風濕免疫疾病、腦神經疾病等。</p> <p>2. 臨床技能</p> <p>(1) 熟悉常用慢性病藥物調整。</p> <p>(2) 熟悉抗生素之選用、劑量、副作用，減低抗藥菌種之發生。</p> <p>(3) 類固醇、免疫抑制劑之適應症、副作用及療法。</p> <p>(4) 老年病患完整評估。</p> <p>(5) 熟悉住院族群</p> <p>a. 瞭解老化及疾病對老年病患處方注意事項及醫源性疾病預防。</p> <p>b. 瞭解老年疾患之致病機轉、治療、預防之道，尤其是疾病之多發性、複雜性、非典型表現。</p> <p>c. 老年常見症候群如：譫妄、失禁、褥瘡、跌倒、營養不良之處置。</p> <p>d. 腦中風、失智症病患之照護。</p> <p>e. 癌症病患之整合治療計畫。</p> <p>f. 敗血症之治療。</p> <p>g 呼吸器原理及操作。</p> <p>h. 血液及腹膜透析治療之相關設備及知</p>	<p>學習護照，由指導醫師確認簽名，以落實下列各項評估：</p> <p>1. 專業知識。</p> <p>2. 臨床技能。</p> <p>3. 醫療態度及醫療倫理。</p> <p>4. 醫病溝通與互動能力。</p> <p>5 出院衛教與轉銜能力。</p>	

2年制訓練時間	訓練項目（課程）	評核標準（方法）	備註
	<p>識。</p> <p>i. 糖尿病、高血壓之長期控制。</p> <p>j. 代謝症候群之整合性評估</p> <p>(6)實驗室檢查判讀</p> <p>a. 內分泌腺體功能檢查、動態內分泌功能檢查。</p> <p>b. 瞭解各種風濕病、免疫病之檢驗、檢查及判讀。</p> <p>c. 血球抹片之判讀。</p> <p>d. 骨髓抽吸及切片檢查之適應症。</p> <p>e. 特殊血液學檢查。</p> <p>f. 肺功能誘發試驗。</p> <p>(7)影像檢查（包含核醫、超音波、CT、MRI、血管攝影）：判讀內分泌器官、心臟、胸腔、腹部、腎臟、頸部及泛內視鏡、ERCP之影像檢查。</p> <p>(8)特殊檢查及技能</p> <p>a. 心臟電擊治療。</p> <p>b. 人工心律調節器之基本評估。</p> <p>c. 動脈導管放置。</p> <p>d. SB tube 放置。</p> <p>e. 病理檢查判讀。</p> <p>f. 腰椎穿刺。</p> <p>h. 急性腫瘤併發症處置。</p> <p>i. 免疫不全病例感染之治療。</p> <p>j. 床邊胸部、腹部超音波檢查。</p> <p>k. 急性腎衰竭處置。</p> <p>l. 慢性腎衰竭處置。</p> <p>m. 支氣管鏡檢查之基本知識。</p> <p>n. 泛內視鏡檢查之基本知識。</p> <p>o. 毒藥物中毒之處置。</p>		
	<p>D 外科病房共同照護</p> <p>1. 病人照顧： 與一般外科與其他外科次專科合作照護病人之急慢性住院疾病。</p> <p>2. 臨床技能： (1)外科病患之整合照護需求評估與介入 (2)外科手術流程與整合照護之模式 (3)術前評估、病情告知與預立治療計畫 (4)手術後傷口與管路之處理</p>	<p>學習護照，由指導醫師確認簽名，以落實下列各項評估：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 專業知識。 2. 臨床技能。 3. 醫療態度及醫療倫理。 4. 醫病溝通與互動能力。 	

2年制訓練時間	訓練項目（課程）	評核標準（方法）	備註
	(5)外科病患之床邊侵入性處置 (6)外科病人內科問題之會診 3. 專業知識: (1)外科常見住院疾病 (2)術前術後照護醫學 (3)傷口護理學	5 出院衛教與轉銜能力。	
3個月	E 跨專科共同照護 1. 病人照顧: 與內科次專科、神經科、骨科、耳鼻喉科、泌尿科、復健科、精神科等合作照護病人之急慢性疾病。 2. 臨床技能: (1)專科別病患之需求評估與介入 (2)專科疾病流程與整合照護之模式 (3)團隊照護模式 (4)住院緊急狀況之處置 (5)各科病患之床邊侵入性處置 (6)一般內科問題之會診 3. 專業知識: (1)醫療團隊資源管理(TRM) (2)醫病共享決策(SDM) (3)醫院整合醫學 (Hospital medicine)	學習護照，由指導醫師確認簽名，以落實下列各項評估： 1. 專業知識。 2. 臨床技能。 3. 醫療態度及醫療倫理。 4. 醫病溝通與互動能力。 5 出院衛教與轉銜能力。	
	F 急診病人照護 1. 病人照顧: 急診常見疾病：例如急性傳染病、內科急症、外科急症、敗血症、休克、呼吸衰竭、急性心衰竭、急性腎衰竭、術後併發症、創傷急症、神經科急症、腫瘤急症、院外心肺停止等 2. 臨床技能: (1)急症病患之評估與臨床處置 (2)急症病患之專科會診與整合照護 (3)急診觀察醫學 (4) BLS (5) ACLS 3. 專業知識: (1)急診醫學		

2年制訓練 時間	訓練項目（課程）	評核標準 （方法）	備註
	(2)內科急症醫學 (3)外科急症醫學		
3個月	G 銜接照護 1. 病人照顧： 出院或下轉病患之追蹤，含區域、地區醫院、長照機構、基層診所之病患，以個案管理、訪查、居家醫療(包含安寧居家)評估轉銜照護之需求及介入模式 2. 臨床技能： (1)出院後病患之需求評估與介入 (2)居家病患之資源整合與轉介模式 (3)出院後急性疾病之處置 (4)中長期照護計畫之擬定 (5)預立治療計畫 (6)居家安寧計畫 3. 專業知識： (1)長期照護概念 a. 社區式照護模式 b. 機構式照護模式 (2)急性後期（中期）照護 (3)在宅醫療 (4)居家安寧 (5)醫療體系的整合	學習護照，由指導醫師確認簽名，以落實下列各項評估： 1. 專業知識。 2. 臨床技能。 3. 醫療態度及醫療倫理。 4. 醫病溝通與互動能力。 5. 出院衛教與轉銜能力。	

衛生福利部補（捐）助計畫契約書
（政府機關版-草案）

計畫名稱：112年度「住院整合暨醫療銜接照護推廣計畫」

執行單位：

衛生福利部補(捐)助計畫契約書

111.04.08版

衛生福利部(以下簡稱甲方)為辦理「住院整合暨醫療銜接照護推廣計畫」，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。(含甲方公告之計畫內容及乙方提報之計畫書)

第二條、計畫執行期間：自民國 年 月 日起至民國112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九期醫療網計畫，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(20%)，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(40%)，於112年7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(40%)，於112年12月15日前檢附成果報告(一式2份)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，由受補(捐)助單位首長核定辦理，惟人事費、管理費及本部核定計畫所列不得支用之項目及本計畫項下核實支付費用不能流入，且經常門與資本門之經費項目間不得互相流用；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。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，乙方應於計畫執行期限屆滿前一個月內函報甲方申請經費變更。

- (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，檢附收支明細表一式二份，併同執行成果送甲方審核及核銷。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112年12月31日前送甲方辦理，惟特殊狀況不在此限，但須敘明理由，於112年12月1日前提出申請，經甲方認可後，方得延期。如有結餘款及受補(捐)助款項產生之利息(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)有關獎助經費核銷之支出憑證，乙方應依會計法及審計法規定妥為保存，以備審計機關或本部派員，或委託專業之財會機構辦理就地查核；支出憑證遇有遺失、損毀等情事或辦理銷毀時，乙方應自行依「政府會計憑證保管調案及銷毀應行注意事項」第六點及第九點規定辦理。
- (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. 計畫運作之訪視。
 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112年度「住院整合暨醫療銜按照護推廣計畫」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112年7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執行進度。

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。

第十條、補(捐)助款項購置之設備，乙方應列入財產妥善保管，並以標籤註記「衛生福利部補(捐)助購置」；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112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、本計畫經費補助範圍，不含依預算法第六十二條之一辦理之媒體政策及業務宣導項目。

第二十條、乙方代表人如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。

第二十一條、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。

第二十二條、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。

第二十三條、本契約書自民國 年 月 日起生效。

立契約書人：

甲方：衛生福利部

代表人： 薛瑞元

乙方：

代表人：

中 華 民 國 年 月 日

衛生福利部補（捐）助計畫契約書
（民間團體版-草案）

計畫名稱：112年度「住院整合暨醫療銜接照護推廣計畫」

執行單位：

衛生福利部補(捐)助計畫契約書

111.04.08版

衛生福利部(以下簡稱甲方)為辦理「住院整合暨醫療銜接照護推廣計畫」,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。(含甲方公告之計畫內容及乙方提報之計畫書)

第二條、計畫執行期間:自民國 年 月 日起至民國112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九期醫療網計畫,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(20%),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(40%),於112年7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(40%),於112年12月15日前檢附成果報告(一式2份)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,由受補(捐)助單位首長核定辦理,惟人事費、管理費及本部核定計畫所列不得支用之項目及本計畫項下核實支付費用不能流入,且經常門與資本門之經費項目間不得互相流用;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。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，乙方應於計畫執行期限屆滿前一個月內函報甲方申請經費變更。

- (四)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。
- (五)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，檢附收支明細表一式二份，併同執行成果送甲方審核及核銷。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112年12月31日前送甲方辦理，惟特殊狀況不在此限，但須敘明理由，於112年12月1日前提出申請，經甲方認可後，方得延期。如有結餘款及受補(捐)助款項產生之利息(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)有關補(捐)助款項之支用單據經甲方同意依「中央政府各機關對民間團體及個人補(捐)助預算執行應注意事項」第4點第1項第4款第2目規定辦理者，得免送支用單據至部，其相關支用單據之處理應由乙方依其主管機關所定法規(如財團法人法、社會團體財務處理辦法等)及會計制度辦理存管，審計機關得隨時派員或由甲方派員，或委託專業之財會機構辦理就地查核。受補(捐)助單位未妥善保管支用單據，致有毀損、滅失等情事者，本部將依情節輕重酌減後續補(捐)助款或停止補(捐)助一至五年。
- (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. 計畫運作之訪視。
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112年度「住院整合暨醫療銜接照護推廣計畫」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112年7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執行進度。

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，若屬支用單據需送核者，應併同支用單據送甲方；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、補(捐)助款項購置之設備，乙方應列入財產妥善保管，並以標籤註記「衛生福利部補(捐)助購置」；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112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、本計畫經費補助範圍，不含依預算法第六十二條之一辦理之媒體政策及業務宣導項目。

第二十條、乙方代表人如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。

第二十一條、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。

第二十二條、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。

第二十三條、本契約書自民國 年 月 日起生效。

立契約書人：

甲方：衛生福利部

代表人：薛瑞元

乙方：

代表人：

中 華 民 國 年 月 日