

115 年診所/衛生所糖尿病健康促進機構之申請作業說明

115 年 6 月

壹、背景說明

衛生福利部國民健康署自 95 年起推動「糖尿病健康促進機構」計畫，旨在提升糖尿病防治品質，參考國際糖尿病防治趨勢，透過各層級醫療院所共同推動，以增進糖尿病個案之健康識能。為強化基層診所及衛生所對代謝症候群與糖尿病前期的識別與管理能力，進一步預防及延緩病人進入疾病期及發生相關併發症，特辦理「診所/衛生所糖尿病健康促進機構申請作業」。

貳、辦理機關

- 一、主辦單位：衛生福利部國民健康署。
- 二、承辦單位：台灣基層糖尿病學會。

參、申請資格對象及附件

- 一、全國各基層診所或衛生所，有意願成為糖尿病健康促進機構，以提升糖尿病人照護品質與糖尿病高危險群健康促進者皆可提出申請。
- 二、申請評核之診所或衛生所應檢附以下文件，請由國民健康署網站或台灣基層糖尿病學會網站下載「診所/衛生所糖尿病健康促進機構申請作業說明」及相關附件。
 - (一)診所/衛生所糖尿病健康促進機構之申請表（附件1）。
 - (二)診所/衛生所糖尿病健康促進機構之評核表（附件2）（請逐項備妥佐證資料，若任一項佐證資料未齊，該項將不予認列）。

三、申請期限

公告日起至115年8月14日(五)前（以郵戳為憑），檢附相關文件，寄達台灣基層糖尿病學會（地址：新北市板橋區中山路一段293之2號13樓之2，請註明糖尿病健康促進機構申請），逾期不予受理。

四、提交格式與注意事項

- (一)請使用A4直式橫書、雙面印刷，中文字型為標楷體，英文字型為Times New Roman，段前0.5行距，並務必標示頁碼，並依照附件分隔頁依序檢附資料。
- (二)資料請依申請表、評核表順序裝訂成冊1式2份，另檢附電子檔1份，寄至：tacdtw04@gmail.com。（信件標題請寫：院所名稱__計

畫名稱__檔案繳交，內文註明：醫事機構代碼、機構全銜、聯絡人姓名、電話與e-mail。)

肆、審核委員

國民健康署及台灣基層糖尿病學會遴聘相關專家學者擔任審核委員，進行糖尿病健康促進機構之審核作業。

伍、審核內容

依診所/衛生所糖尿病健康促進機構之評核表所列項目辦理，各項目評核項目皆需完成。

一、申請本次審核機構效期為4年(自通過審核次年度起算，如115年申請，效期為116年至119年)。

二、初審：經繳交書面資料申請經行政審查及補(退)件作業辦理。

三、複審：委員審核通過，成為糖尿病健康促進機構之診所/衛生所。

陸、審核期程

項目	預定期程
公告診所/衛生所糖尿病健康促進機構之申請作業說明	公告日起至115年8月14日止
繳交申請資料	公告日起至115年8月14日止
辦理糖尿病健康促進機構申請線上說明會	於115年8月14日前
辦理糖尿病健康促進機構線上經驗分享會	於115年8月14日前

柒、申請審核流程圖

填寫申請糖尿病健康促進機構資料

- 1) 診所/衛生所糖尿病健康促進機構之申請表（附件1）。
- 2) 診所/衛生所糖尿病健康促進機構之評核表（附件2）。



糖尿病健康促進機構申請線上說明會與經驗分享會

- 1) 有意願成為糖尿病健康促進機構之診所或衛生所，說明會內容包括「糖尿病健康促進機構」的申請流程、所需提交的資料、資格要求及各項申請注意事項，並針對常見問題進行解答。
- 2) 邀請獲獎機構分享糖尿病健康促進機構辦理糖尿病前期防治之實務做法與成功經驗等。



審查「糖尿病健康促進機構申請」資料

- 初審：經繳交書面資料申請經行政審查及補（退）件作業辦理。
- 複審：委員審核通過，成為糖尿病健康促進機構診所/衛生所。

捌、審核方式及原則

- 一、委員依「診所/衛生所糖尿病健康促進機構之評核表」所列項目進行評核。
- 二、通過標準：必要項目皆通過，且總分達 21 分（含加分項目），即符合糖尿病健康促進機構資格。
- 三、審核結果：☐ 通過 ☐ 不通過。
- 四、審核結果得由國民健康署及台灣基層糖尿病學會分別公告於官網，供外界參考。

玖、注意事項

- 一、為瞭解通過糖尿病健康促進機構之基層診所服務成效及品質，請配合國民健康署提供相關資料，以利納入政策研擬。
- 二、經審核通過之診所/衛生所，在效期內，如發生重大違規事件，得廢止其糖尿病健康促進機構資格。所稱重大違規事件之處理與認定，由國民健康署組成審查小組辦理。
- 三、如有疑問，請逕洽台灣基層糖尿病學會-朱小姐，電話：（02）26852124。

壹拾、附件

- 一、診所/衛生所糖尿病健康促進機構之申請表（附件1）。
- 二、診所/衛生所糖尿病健康促進機構之評核表（附件2）。

115 年診所/衛生所糖尿病健康促進機構之申請表

一、 機構基本資料

診所/衛生所名稱（全銜） （請依開業執照登錄之名稱詳細填寫）	
醫事機構代碼	
機構負責醫師姓名	
地址	

二、 糖尿病健康促進機構醫療團隊相關資料

團隊負責醫師	
團隊聯絡人	
聯絡電話	
E-mail	

三、 每年參與糖尿病健康促進機構品質獎勵活動，並繳交機構執行成果資料。（凡連續 2 年未繳交年度成果報告或參與品質獎勵活動者，將取消其糖尿病健康促進機構資格）

團隊負責醫師簽章：

填表日期：

115 年診所/衛生所糖尿病健康促進機構之評核表

備註：統計期程為 114 年 1 月 1 日至 115 年 6 月 30 日，請逐項備妥佐證資料。

若任一項佐證資料未齊，該項將不予認列。

一、必要項目(為基本門檻，須全部具備，缺一則不通過審查，亦不進行選填項目評分)

項 目	自評完成 (✓)	委員審查 (✓)
1. 建立糖尿病預防保健與識能之環境設備、人員配置		
1.1 提供成人預防保健之服務。 說明：提供院所執行預防保健VPN截圖畫面	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無
1.2 有進行評估病人身體活動及吸菸之情形，並記載於病歷上 說明：機構應評估並紀錄病人身體活動情形與吸菸狀態，並記載於病歷中（電子或紙本皆可）。請提供佐證資料，如病歷紀錄截圖或影本，以確認評估有實際執行與紀錄。	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無
1.3 建立糖尿病高危險群及糖尿病個案管理資料與紀錄保存 說明：糖尿病高危險群、健康檢查異常個案（包括pre-DM個案等），提供服務管理作業（包含異常個案收案及介入措施，如：提供衛教及追蹤管理病歷紀錄完整，有資料可查詢）。	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無
1.4 醫、護、營養人員組成跨專業照護團隊，且取得縣市糖尿病共同照護網認證或糖尿病衛教師(CDE)資格(專任、兼任皆可)。 *醫、護、營養團隊具有縣市共照網認證且至少有1名CDE認證資格。 說明：機構應提供跨專業照護團隊成員之組成與資格佐證資料，包含醫師、護理人員、營養師等成員。請明確列出團隊組成資訊，包括：各專業人員人數（如：醫師幾位、護理人員幾位、營養師幾位）其中具備糖尿病共同照護網資格者人數、具備糖尿病衛教學會CDE認證者人數，並請依序附上各人員之相關證書影本（如共照認證、CDE 證書等）。	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無

1.5 有衛教空間並具有糖尿病照護相關設備 (1) 有提供衛教空間且備有相關糖尿病衛教工具設備。 (2) 衛教空間提供照片佐證。 說明：需備妥以下9項設備並逐項提供佐證（如設備照片或合約文件） (1) 身高體重計 (5) 視力表 (2) 血壓計 (6) 眼底檢查設備或有配合之照 (3) 血糖機(教學、活動) 會機構及完整轉介流程 (4) 合約檢驗機構提供糖化血色 (7) 單股纖維(Monofilament) 素、尿液常規、尿蛋白檢查 (8) 肌腱反射扣診槌 (獲中華民國醫事檢驗學會認證 (9) 半定量音叉 通過或國際認證)	☐有 ☐無	☐有 ☐無
1.6 該所加入代謝症候群防治計畫 說明：需備妥收案數佐證資料，如院內加入代謝症候群防治計畫VPN截圖(含收案數)	☐有 ☐無	☐有 ☐無
1.7 該所參加全民健康保險糖尿病醫療給付改善方案 說明：需備妥佐證資料，如院內糖尿病個案加入品質支付方案之百分比截圖	☐有 ☐無	☐有 ☐無

二、選填項目(每項「達成」計 2 分、「部分達成」計 1 分、「未達成」為 0 分。選填項目共計 12 項，全達成可得滿分 24 分)

2. 提升糖尿病預防及管理品質	自評完成 (✓)	委員審查 (✓)
2.1 具備血糖異常個案、代謝症候群或糖尿病之診斷收案管理流程。 說明：機構應建立血糖異常、代謝症候群或已診斷糖尿病個案之辨識、收案、介入與追蹤管理流程，並提供實際執行紀錄佐證。 ● 達成：同時具備收案流程說明、實際執行個案資料（如清冊或個案紀錄）及後續追蹤紀錄與管理成效說明。 ● 部分達成：僅提供流程圖，未能佐證實際執行之個案紀錄或管理追蹤內容；或僅有個案名單，但未清楚對應管理內容。 ● 未達成：未提供相關資料，亦未符合上述所列內容。	☐ 達成 ☐ 部分達成 ☐ 未達成	☐ 達成 ☐ 部分達成 ☐ 未達成
2.2 須同時提供「營養衛教」與「護理衛教」，每診3小時之實際衛教診次。 說明：機構須同時提供營養與護理之個別衛教服務，並檢附每月實際執行之診次佐證資料（如排班表、門診紀錄、醫令紀錄等）。每診以3小時內之衛教為原則。 ● 達成：同時提供營養與護理兩類別之個別衛教服務，並具佐證資料證明各達1診/週（含實際排班紀錄、執行簽到紀錄、門診或醫令紀錄等）。 ● 部分達成：僅提供單一類別（如僅營養或僅護理）之衛教資料，或未達每月各2診之頻率，或佐證資料不足（如僅提供照片或活動記錄無對應診次）。 ● 未達成：未提供相關資料，亦未符合上述所列內容。	☐ 達成 ☐ 部分達成 ☐ 未達成	☐ 達成 ☐ 部分達成 ☐ 未達成
2.3 機構須辦理團體衛教，並檢附完整佐證資料。 說明：機構應定期辦理糖尿病相關之團體衛教活動，並檢附具體佐證資料。佐證內容須明確載明活動之時間、地點、主題內容、講師姓名及參與人數，以利評審判斷活動頻率與實施情形。 ● 達成：提供具完整紀錄之團體衛教佐證資料，內容明確，且辦理頻率達每季1次以上。 ● 部分達成：僅提供活動照片、簡略文字敘述或無明確紀錄之活	☐ 達成 ☐ 部分達成 ☐ 未達成	☐ 達成 ☐ 部分達成 ☐ 未達成

動資料者；或辦理頻率低於每半年1次。 ● 未達成：未提供相關資料，亦未符合上述所列內容。		
2.4 營養與護理衛教內容須具完整紀錄流程。 說明：機構提供之營養與護理衛教，應具備完整之紀錄流程，內容須包含個案之評估、計畫、執行、評值與追蹤，可透過電子病歷或其他紀錄方式呈現，並檢附相關佐證資料（如電子病歷截圖、衛教紀錄表等）以利查核。 ● 達成：具備營養與護理之個案衛教流程紀錄，涵蓋評估、計畫、執行、評值與追蹤，並有明確佐證資料。 ● 部分達成：僅提供單一類別衛教記錄、簡略記載或缺乏完整照護流程紀錄者。 ● 未達成：未提供相關資料，亦未符合上述所列內容。	☐達成 ☐部分達成 ☐未達成	☐達成 ☐部分達成 ☐未達成
2.5 提供戒菸指導或戒菸服務 說明：機構應提供糖尿病患者或民眾之戒菸指導或服務，並檢附完整佐證資料。內容應包含：戒菸服務合約機構證明、實際執行資料（如問卷、衛教單張、用藥紀錄、追蹤統計或個案紀錄），以具體呈現介入與後續管理作法。 ● 達成：提供戒菸服務證明，並具備完整介入紀錄（含問卷、衛教、藥物建議與追蹤管理等）。 ● 部分達成：僅有服務證明或衛教單張。 ● 未達成：未提供相關資料，亦未符合上述所列內容。	☐達成 ☐部分達成 ☐未達成	☐達成 ☐部分達成 ☐未達成
2.6 糖尿病併發症轉介 說明：機構應建立糖尿病併發症的轉介與後續管理機制，並檢附相關佐證資料。資料應包含：轉介流程說明、轉介單範例、轉介個案名冊，以及轉介結果與後續處理紀錄或統計資料。 ● 達成：具備完整佐證，包括轉介流程、轉介單範例、名冊與後續追蹤或統計資料。 ● 部分達成：僅提供轉介單影本。 ● 未達成：未提供相關資料，亦未符合上述所列內容。	☐達成 ☐部分達成 ☐未達成	☐達成 ☐部分達成 ☐未達成

2.7 病友支持團體運作與活動辦理 說明：機構應建立糖尿病病友支持團體或互助機制，可採實體團體、LINE 群組、Facebook 社團、糖尿病管理 APP 或其他互動平台辦理。內容應說明團體運作方式，例如成員招募、固定管理人員、訊息公告、健康促進活動、病友經驗分享、飲食或運動挑戰、團體衛教、線上互動或回饋機制等，並檢附實際活動及互動紀錄佐證。 ● 達成：有明確病友支持團體或互動平台，並提供團體運作方式說明、年度活動紀錄或活動成果，以及具體互動佐證，如活動照片、簽到表、課程紀錄、LINE/社群互動截圖、活動公告、回饋紀錄等。 ● 部分達成：僅提供平台畫面截圖、活動照片或簡略文字說明，未能呈現團體實際運作方式或活動成果。 ● 未達成：未提供相關資料，亦未符合上述所列內容。	☐ 達成 ☐ 部分達成 ☐ 未達成	☐ 達成 ☐ 部分達成 ☐ 未達成
2.8 個案照護與追蹤管理模式 說明：機構應建立糖尿病、代謝症候群或糖尿病前期個案之照護與追蹤模式，並說明個案返家後之聯繫與追蹤方式，例如電話追蹤、LINE 訊息、APP 回傳、回診提醒、檢驗異常追蹤、飲食或血糖紀錄回饋、轉介後追蹤等。應檢附照護流程、追蹤紀錄或個案管理紀錄作為佐證。 ● 達成：具備明確個案照護流程，內容包含收案、評估、介入、返家後追蹤聯繫、異常處理或回診提醒，並提供實際個案追蹤紀錄、電話紀錄、LINE/APP 回覆紀錄、個案管理表或統計成果。 ● 部分達成：僅提供照護流程圖或個案名單，未能呈現返家後追蹤聯繫紀錄或後續管理內容。 ● 未達成：未提供相關資料，亦未符合上述所列內容。	☐ 達成 ☐ 部分達成 ☐ 未達成	☐ 達成 ☐ 部分達成 ☐ 未達成

2.9 於社區推動糖尿病健康促進相關服務 說明：機構應參與或辦理與糖尿病或健康促進相關的社區活動，如社區衛教、健康篩檢、血糖機校正等，並檢附完整佐證資料。內容應包含：活動時間、地點、主題與對象、內容簡要說明（含執行情形）及年度參與或辦理概況，以利確認社區參與實況。 ● 達成：提供具體活動內容與執行情況，並有整年度辦理或參與情形的概括說明。 ● 部分達成：僅提供活動名稱、照片，無進一步說明。 ● 未達成：未提供相關資料，亦未符合上述所列內容。	☐ 達成 ☐ 部分達成 ☐ 未達成	☐ 達成 ☐ 部分達成 ☐ 未達成
2.10 團隊專業知能提升與教育訓練 說明：機構須辦理院內在職教育或個案討論，並鼓勵成員參與糖尿病照護相關之繼續教育，須檢附課程時間、主題、講師及參與紀錄（如簽到表、培訓證明、照片等）作為佐證。院內教育可由機構自行辦理，或邀請廠商至院內授課；繼續教育則指參與學會、協會等單位辦理之研討會或課程。 ● 達成：提供完整課程資料與佐證，統計期內共5次參與紀錄，可為不同人、含院內外課程。 ● 部分達成：僅提供課程名稱或活動照片，資料不完整。 ● 未達成：未提供相關資料，亦未符合上述所列內容。	☐ 達成 ☐ 部分達成 ☐ 未達成	☐ 達成 ☐ 部分達成 ☐ 未達成

2.11 應用 ICOPE 推動高齡糖尿病患者功能評估與整合性照護 說明：機構針對高齡糖尿病患者運用 ICOPE 工具進行功能性健康評估，如行動力、營養、視力、聽力、認知、情緒等，並依據評估結果提供營養指導、運動建議、衛教追蹤、轉介或其他整合性照護。 佐證資料需包含： 1. ICOPE 執行流程說明：須說明評估對象、執行人員、評估流程、異常判定方式、後續介入或轉介流程。 2. ICOPE 評估紀錄或去識別化個案範例：須可看出已實際評估行動力、營養、視力、聽力、認知、情緒等項目。 3. 評估結果統計：如完成人數、異常項目分布、異常人數、需轉介或需追蹤人數等。 4. 後續介入或追蹤紀錄：如營養指導、運動建議、用藥或慢病衛教、轉介紀錄、電話追蹤、回診追蹤等。 5. 成果說明：如個案改善情形、追蹤完成率、轉介完成情形或年度執行摘要。 ● 達成：已建立明確之 ICOPE 執行流程，並有高齡糖尿病患者之實際完整評估紀錄及評估結果統計；針對異常結果能提供相對應之介入、追蹤或轉介紀錄，且能呈現追蹤完成情形、轉介結果或年度執行成果，具備「評估、異常判定、介入及追蹤」之完整照護流程。 ● 部分達成：已實際運用 ICOPE 進行高齡糖尿病患者功能評估，並可提供評估紀錄，但執行資料尚不完整，例如僅有部分評估項目、僅提供少數個案資料、缺乏整體統計、後續介入或追蹤紀錄不完整，或尚未呈現追蹤及轉介結果。 ● 未達成：未提供相關資料，亦未符合上述所列內容。	☐ 達成 ☐ 部分達成 ☐ 未達成	☐ 達成 ☐ 部分達成 ☐ 未達成
---	--	--

2.12 運動促進與身體活動介入措施 說明：機構針對糖尿病、代謝症候群、糖尿病前期或高風險個案，推動運動促進或身體活動介入措施。可依個案之疾病狀況、身體活動量、體適能、肌力、行動能力及運動風險等評估結果，提供個人化運動建議、運動處方、追蹤管理或運動資源轉介；亦可透過運動衛教、衛教單張、講座或團體活動，提升個案身體活動與規律運動之認知。 佐證資料： 1. 身體活動、運動習慣或體適能評估紀錄。 2. 依評估結果提供之個人化運動建議、運動處方、介入或轉介紀錄。 3. 運動衛教、團體課程、講座或健康促進活動之計畫、簽到表、照片、講義或衛教單張。 4. 個案追蹤紀錄、運動執行情形、體適能前後測或其他成果資料。 ● 達成：有針對個案進行身體活動、運動習慣或體適能評估，並依個案疾病狀況、身體功能或評估結果，提供個人化運動建議、運動處方、介入、追蹤或轉介服務。 ● 部分達成：有辦理一般性運動衛教、提供運動相關衛教單張，或辦理講座、團體運動及健康促進活動，但未依個別個案評估結果提供個人化建議或追蹤。 ● 未達成：未提供相關資料，亦未符合上述所列內容。	☐達成 ☐部分達成 ☐未達成	☐達成 ☐部分達成 ☐未達成
---	--	--

三、基層健康促進或照護特色(為加分項目，每項達成加 1 分，最高加分為 6 分)

3. 推動整合性基層糖尿病照護模式	自評完成 (✓)	委員審查 (✓)
3.1 糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案 DKD 照護 說明：機構執行糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案，並針對糖尿病合併腎臟病風險個案建立照護、衛教、追蹤或轉介機制。 ● 佐證資料需包含：須提供院所執行糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案之 VPN 截圖畫面，且截圖須可清楚辨識：1. 醫事機構名稱或代碼。2. 執行方案名稱。 ● 達成說明：提供可辨識機構之 VPN 截圖畫面，且可確認機構有執行糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案。未提供 VPN 截圖，或截圖無法辨識機構名稱、方案名稱或執行狀態者，不予認列。	☐ 達成 ☐ 未達成	☐ 達成 ☐ 未達成
3.2 特殊糖尿病族群照護模式 說明：機構針對第 1 型糖尿病、妊娠糖尿病或其他需特殊追蹤管理之糖尿病個案，建立照護模式或轉介合作機制。內容可包含個案辨識、評估、衛教、血糖監測、營養介入、藥物或胰島素使用指導、併發症風險評估、轉介與後續追蹤等。 ● 佐證資料需包含：須提供以下至少 2 項 1. 特殊糖尿病族群照護流程：須明確說明個案辨識、評估、衛教、追蹤、轉介或回診安排流程。 2. 實際個案照護紀錄或去識別化個案範例。 3. 衛教或追蹤紀錄：如營養衛教、護理衛教、血糖監測、胰島素注射教學或妊娠糖尿病飲食指導紀錄等。 ● 達成說明：提供特殊糖尿病族群照護流程，且能佐證機構有實際執行個案照護、衛教、追蹤或轉介。僅提供單張衛教單、簡略文字說明、無實際個案紀錄，或無法看出機構已建立照護模式者，不予認列。	☐ 達成 ☐ 未達成	☐ 達成 ☐ 未達成

3.3 加入社區醫療群 說明：機構加入社區醫療群，並參與社區醫療群相關會議、合作服務或共同辦理活動。 ● 佐證資料需包含：須提供以下至少 2 項 1. 加入社區醫療群之正式佐證：如官方核備公文、合約書、合作意向書、社區醫療群名冊或可辨識機構之核定資料。 2. 參與社區醫療群會議紀錄：如會議通知、會議紀錄、簽到表、照片或議程。 3. 共同辦理活動或合作服務紀錄：如活動計畫、活動照片、簽到表、衛教紀錄、社區篩檢資料或活動成果。 4. 年度參與情形摘要：如年度參與會議次數、共同活動次數、服務對象或服務成果簡述。 ● 達成說明：提供加入社區醫療群之正式佐證，並能佐證機構有實際參與會議、合作服務或共同辦理活動。僅口頭說明加入社區醫療群，未提供正式文件或實際參與紀錄者，不予認列。	☐ 達成 ☐ 未達成	☐ 達成 ☐ 未達成
3.4 設立社區照顧關懷據點、醫事 C 巷弄長照站 說明：機構設立社區照顧關懷據點、醫事 C 巷弄長照站，或參與相關社區長照服務。 ● 佐證資料需包含：須提供 政府核備或認可文件，如社區照顧關懷據點核定公文、醫事 C 巷弄長照站核定文件、合約或政府認可資料。並建議另附以下至少 1 項： 1. 實際服務紀錄：如課程表、服務紀錄、活動照片、簽到表、服務對象人數統計等。 2. 與糖尿病或高齡健康促進相關之服務內容：如營養衛教、運動指導、血壓血糖量測、ICOPE 評估、慢性病衛教等執行紀錄。 3. 年度執行情形摘要：如服務次數、服務人數、主要服務內容或成果說明。 ● 達成說明：提供政府核備或認可文件，且可確認機構設立或參與社區照顧關懷據點、醫事 C 巷弄長照站相關服務。僅提供活動照片、課程照片或簡略說明，但無政府核備或認可文件者，不予認列。	☐ 達成 ☐ 未達成	☐ 達成 ☐ 未達成

3.5 居家及失能個案整合照護模式 說明：機構執行居家醫療照護整合計畫、居家失能個案家庭醫師照護方案。 ● 佐證資料需包含：須提供以下至少 2 項： 1. 執行居家醫療或居家失能照護方案之 VPN 截圖畫面：截圖須可辨識醫事機構名稱或代碼、方案名稱及執行狀態。 2. 居家或失能個案照護流程：須說明個案收案條件、評估項目、照護內容、團隊分工、追蹤方式、轉介或異常處理流程。 3. 實際個案照護紀錄或去識別化個案範例：如居家訪視紀錄、照護計畫、用藥或營養評估紀錄、血糖血壓追蹤紀錄等。 4. 團隊訪視或追蹤紀錄：如訪視紀錄表、電話追蹤紀錄、LINE 聯繫紀錄、回診提醒、轉介追蹤紀錄等。 5. 年度執行成果統計：如收案人數、訪視人次、追蹤人次、轉介人數、異常處理情形等。 ● 達成說明：提供 VPN 截圖或照護流程，並能佐證機構有實際執行居家、失能或不便就醫個案之照護與追蹤。僅提供方案名稱、簡略文字說明，或未能提供實際個案照護及追蹤佐證者，不予認列。	☐ 達成 ☐ 未達成	☐ 達成 ☐ 未達成
3.6 應用連續血糖監測 CGM 於糖尿病照護與衛教 說明：機構運用連續血糖監測 CGM 於糖尿病或高風險個案之血糖管理、飲食衛教、藥物調整建議、生活型態介入或追蹤管理，並能依據 CGM 結果提供個別化照護建議。 ● 佐證資料需包含：須提供以下至少 2 項： 1. CGM 執行流程說明：須說明適用對象、收案條件、配戴流程、資料下載或判讀流程、衛教與追蹤方式。 2. 去識別化 CGM 報告範例：如 AGP 報告、血糖趨勢圖、TIR、TAR、TBR、平均血糖、GMI 或其他 CGM 分析結果。 3. 團隊判讀或討論紀錄：如醫師、護理師、營養師依據 CGM 報告進行判讀、討論或照護建議之紀錄。 4. 個案衛教或介入紀錄：須能看出依據 CGM 結果提供飲食、運動、藥物、胰島素、低血糖預防或生活型態建議。	☐ 達成 ☐ 未達成	☐ 達成 ☐ 未達成

5. 追蹤或成效資料：如再次追蹤紀錄、血糖改善情形、低血糖事件減少、TIR 改善、個案回饋或年度執行人數統計。 ● 達成說明：提供 CGM 執行流程、去識別化 CGM 報告範例，並能佐證機構有依據 CGM 結果進行判讀、衛教、介入或追蹤。僅提供 CGM 設備照片、廠商簡報、單張衛教資料，或僅說明有使用 CGM，但無個案報告、判讀紀錄或後續介入資料者，不予認列。		
---	--	--

四、提交格式與注意事項

- (一) 請使用 A4 直式橫書、雙面印刷，中文字型為標楷體，英文字型為 Times New Roman，段前 0.5 行距，並務必標示頁碼，並依照附件分隔頁依序檢附資料。
- (二) 資料請依評核表順序裝訂成冊 1 式 2 份，另檢附電子檔 1 份，寄至：tacdtw04@gmail.com。（信件標題請寫：院所名稱__計畫名稱__檔案繳交，內文註明：醫事機構代碼、機構全銜、聯絡人姓名、電話與 email。）

五、評定原則

- (一) 必要項目：為基本門檻，須全部具備，缺一則不通過審查，亦不進行選填項目評分。
- (二) 選填項目：每項「達成」計 2 分、「部分達成」計 1 分、「未達成」為 0 分。選填項目共計 10 項，全達成可得滿分 24 分。
- (三) 基層照護特色項目：為加分項目，每項達成加 1 分，最高加分為 6 分。
- (四) 通過標準：必要項目皆通過，且總分達 21 分（含加分項目），即符合糖尿病健康促進機構資格。