

10.3966/199457952021051503002

# 整合醫學暨醫療銜接照護計畫— 以北部某區域醫院為例

Hospitalist and Transitional Care Program - Taking a Northern Regional Hospital as an Example

劉宜廉<sup>1\*</sup>、楊佩君<sup>1</sup>、陳婉玲<sup>1</sup>、范辰蔚<sup>1</sup>

<sup>1</sup>敏盛綜合醫院

Yi-Lien Liu<sup>1\*</sup>, Pei-Chun Yang<sup>1</sup>, Wan-Ling Chen<sup>1</sup>, Hu-Syu Fan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Min-Sheng General Hospital

通訊作者：劉宜廉

連絡電話：(03)317-9599ext.2088

電子信箱：M002835@e-ms.com.tw

所屬單位：敏盛綜合醫院

連絡地址：桃園市桃園區經國路168號

傳真號碼：(03)316-4300

## 前言

臺灣以往傳統醫療照護模式多著重於分科疾病治療的專家模式，缺少將全人照護、緩和醫療、善終以及功能恢復整合的照顧模式，故藉由整合醫療的理念，可以達到病人健康照護的責任，如跨科、跨團隊、跨院際的整合；全人、全家、全程、全社區的整合；進行高醫療資源耗用的個案管理，疾病復原、功能恢復；預立治療計畫，發展緩和醫療業務與善終瀕死照護模式等。尤其在社區長期就醫的慢性病人，一旦入院後，社區基層醫師(Primary Care Physicians)與專責主治醫師(Hospitalist)，則缺乏直接溝通討論的管道。實務上雖有共照門診、病房巡診，社區基層醫師到醫院探視自己的病人，因未有健保給付或門診時間問題導致其意願不高。即使社區基層醫師到院探視病人，因未參與住院時的治療、診斷及出院準備服務決策與院方因照顧責任歸屬問題，對於社區基層醫師參與照護住院病人的方式仍有疑慮。換言之，在醫院與診所之間呈現病人持續性照護及出院轉銜問題，仍需社區基層醫師與專責主治醫師之間的協調及溝通。

敏盛綜合醫院（以下簡稱本院）於2017至2019年參與衛生福利部「醫院整合醫學照護制度推廣計畫(Hospitalist)」，將多重慢性病、經常性住院及末期病人收治於整合照護病房，對於本院急診病人壅塞的紓解、健保醫療費用的降低，已獲得具體成效，病人滿意度亦高達九成。2020年則加入「醫院整合醫學暨醫療銜接照護試辦計畫」，進一步的將以病人為中心的整合照護，連結至基層醫療及居家照護。經由整合各層級醫療資源及照護效能，採取「雙主治醫師照護模式」及個案管理的操作模式，透過無縫接軌的出院準備計畫，活絡住院後回轉社區照護流程，建立以病人為中心的垂直整合，藉以落實分級醫療與轉診制度。

## 執行方法

本院整合照護病房以收治急性一般內科病人為主，如癌末、重症、居家照護及社區轉診病人等，其來源80%-90%來自急診，10%-20%來自本院門診及基層醫療轉診病人。病人的特殊屬性如老年、高醫療資源耗用、共病指數高、曾於多科或多院門診診治病人的。