

111年度「醫院整合醫學暨醫療銜接照護 試辦計畫」說明會 社區轉銜與個案管理

財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

劉宜廉 委員

110年12月28日(二)

計畫公告執行事項及 相關注意事項重點提醒

個案管理之病人對象

- 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。



收治對象以經常性住院病人與急診住院病人為主，
列為加分項目。

辦理社區醫療機構轉銜服務與個案管理

- 轉銜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。



● 照護團隊任務

● 建立雙主治共同照護模式

● 個案管理

照護團隊任務



跨醫療部門合作

同現行規定

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。

收治試辦計畫後

與現行規定相似

- 2日內進行跨團隊評估(藥師、營養師及物理治療師等)
- 評估個案銜接照護需求，安排並聯繫下轉醫療機構，提供其出院後之醫療照護銜接。
- 提供銜接照護諮詢窗口及下轉醫療機構資訊。
- 擬定出院準備計畫並召開醫療垂直整合銜接照護會議。
- 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。

建立雙主治共同照護模式1/2



專責主治醫師

同現行規定

- ✓ 建立多元溝通管道，共同照護病人。
- ✓ 召開醫療垂直整合銜接照護會議，並共同擬定出院準備計畫。



社區基層醫師

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

建立雙主治共同照護模式2/2



專責主治醫師

同現行規定

就個案重要的診斷、
檢查或手術進行討論



出院後或轉診

同現行規定

提供出院病歷摘要及個案醫療垂直銜
接照護評估轉介單給予社區基層醫師



社區基層醫師

個案管理



整合個管人員

同現行規定

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。
- ✓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
- ✓彙整個案相關資料並建檔，收集相關指標。

結案：個案管理收案者，追蹤滿六個月後或發生死亡結案。

相關注意事項重點提醒1/4

✓申請計畫書填寫內容：

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

✓110年計畫審查項目(參考)

內容	評量標準
辦理社區醫療機構轉銜服務	1. 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。 2. 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。 3. 有辦理末期病人之預立緩和醫療治療計畫。

相關注意事項重點提醒2/4

✓110年計畫審查項目(參考)

內容	評量標準
辦理社區醫療機構轉銜服務	4. 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。 5. 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。 6. 個案出院後，專責主治醫師能監督個案追蹤個案，協同照護，必要時提供電話諮詢、就醫建議或轉介服務。
個案管理	1. 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。 2. 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。 3. 有彙整各案相關資料並建檔，收集相關指標。

相關注意事項重點提醒3/4

✓110年度品質監測指標(參考)

★ 列為執行成效關鍵指標(KPI)

指標名稱	
成功收案個案數	病人及家屬對個案管理之整體評分
符合收案條件率	病人社區轉銜成功率[總指標] ★
完成收案率	非末期病人社區轉銜成功率
成功收案率 ★	末期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
末期病人預立醫療治療計畫執行率	非經轉診急診就醫率
病人及家屬對出院轉銜流程整體評分	非經轉診門診就醫率 ★
病人及家屬對社區院所之整體評分	非經轉診住院率

相關注意事項重點提醒4/4

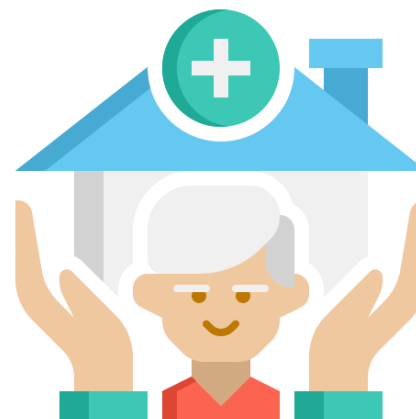
✓常見意見：

- 1) 應具體呈現與社區基層院所運作模式。
- 2) 未呈現社區基層院所名單
- 3) 未具體呈現雙主治共同照護模式相關規劃。
- 4) 未具體說明雙主治共同照護召開醫療銜接照護會議。
- 5) 未呈現專責主治醫師與社區基層醫師多元溝通管道建立情形。
- 6) 未呈現個管師協助醫師進行遠距通訊診察相關規劃。
- 7) 未具體說明個管師工作與職責

居家醫療

同現行規定

- ✓ 應**實際參與**居家整合醫療。
- ✓ 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。



相關注意事項重點提醒1/2

1. 申請計畫書填寫內容：

第4章、辦理整合門診或居家醫療

2. 110年計畫審查項目(參考)：

內容	評量標準
整合門診或居家醫療	- 專責主治醫師應實際參與醫院整合門診或居家整合醫療。 - 整合門診收治病人有符合個案管理之出院病人條件。 - 醫院整合醫學科醫師能協助病人長期用藥開立，個案管理以及執行預立治療計畫，做為醫院型的家庭責任醫師，必要時得進行遠距視訊診察及社區轉銜。

Accredited Organisation 2018-2022

相關注意事項重點提醒2/2

3. 110年度品質監測指標(參考)：病人及家屬對整合門診/居家醫療之整體評分
4. 常見意見：
 - 1) 應呈現整合門診或居家醫療相關規劃。
 - 2) 應呈現如何協助病人用藥整合及社區轉銜之進行。
 - 3) 應呈現執行預立治療計畫。
 - 4) 應具體說明專責主治醫師如何實際參與整合門診或居家醫療。

社區轉銜與個案管理 ~ 執行經驗分享 ~

感謝聆聽



醫策會臉書粉絲專頁



醫策會LINE官方帳號

歡迎加入本會臉書粉絲專頁及LINE官方帳號好友