

113.05 修訂

113 年度「住院醫療整合暨 銜接照護推廣計畫」 品質監測指標操作型定義手冊



衛生福利部

Ministry of Health and Welfare



財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

Joint Commission of Taiwan

目錄

指標說明.....	1
M1、病例組合指標(Case Mix Index, CMI).....	2
M2、成功轉銜個案數.....	3
M2.2、完成收案率.....	4
M2.3、成功轉銜率.....	5
M4.1、急診轉入率.....	6
M4.2、急診轉入率(專責病房) <input type="checkbox"/>	7
M5.1、計畫專任個案管理人員總人數.....	8
M5.2、在職達6個月以上之個案管理人員人數.....	9
C1、死亡病人DNR簽署率.....	10
C2、社區基層醫師到院共同照護比率.....	11
P1.1、平均住院日數.....	12
P1.2、平均住院日數(專責病房) <input type="checkbox"/>	13
P3.1、十四天內再住院率.....	14
P3.2、十四天內再住院率(專責病房) <input type="checkbox"/>	15
P4、病房病人及家屬滿意度.....	16
P6、病人及家屬對社區院所之整體評分.....	17
P7、病人及家屬對整合門診/居家醫療之整體評分.....	18
P8、病人及家屬對個案管理(含轉銜流程)之整體評分.....	19
P9.1、出院後三日內再急診率.....	20
P9.2、出院後三日內再急診率(專責病房) <input type="checkbox"/>	21
P11、全院急診暫留2日以上案件比率(年度指標).....	22
P12、病人社區轉銜成功率[總指標].....	23
P12.1、非末期病人社區轉銜成功率.....	24
P12.2、末期病人社區轉銜成功率.....	25
P13、社區轉銜病人非經轉診就醫率.....	26
P13.1、非經轉診急診就醫率.....	26
P13.2、非經轉診門診就醫率.....	27
P13.3、非經轉診住院率.....	28

指標說明

分為管理指標、照護指標及成效指標等 3 類，共計 27 項(含 4 項選填)：

代碼	指標名稱	提報頻率	成效指標 (KPI)
M、管理指標			
M1	病例組合指標(Case Mix Index, CMI)	年度	
M2	成功轉銜個案數	每月	
M2.2	完成收案率	每月	
M2.3	成功轉銜率	每月	●
M4.1	由急診轉入率	每月	
M4.2 <input type="checkbox"/>	由急診轉入率(專責病房)	每月	
M5.1	計畫專任個案管理師總人數	每月	
M5.2	在職達 6 個月以上個案管理師人數	每月	
C、照護指標			
C1	死亡病人 DNR 簽署率	每月	
C2	社區基層醫師到院共同照護比率	每月	●
P、成效指標			
P1.1	平均住院日數	每月	
P1.2 <input type="checkbox"/>	平均住院日數(專責病房)	每月	
P3.1	十四天內再入院率	每月	
P3.2 <input type="checkbox"/>	十四天內再入院率(專責病房)	每月	
P4	病房病人及家屬滿意度	每月	
P6	病人及家屬對社區院所之整體評分	每月	
P7	病人及家屬對整合門診/居家醫療之整體評分	每月	
P8	病人及家屬對個案管理(含出院轉銜流程)之整體評分	每月	
P9.1	出院後三日內再急診率	每月	
P9.2 <input type="checkbox"/>	出院後三日內再急診率(專責病房)	每月	
P11	全院急診暫留 2 日以上案件比率	年度	
P12	病人社區轉銜成功率[總指標]	每月	●
P12.1	非末期病人社區轉銜成功率	每月	
P12.2	末期病人社區轉銜成功率	每月	
P13	社區轉銜病人非經轉診就醫率		
P13.1	非經轉診急診就醫率	每月	
P13.2	非經轉診門診就醫率	每月	●
P13.3	非經轉診住院率	每月	

M1、病例組合指標(Case Mix Index, CMI)

一、運算方式：

$$\frac{\Sigma(\text{各 DRG 案件數} \times \text{各 DRG 相對權重})}{\text{符合收案條件之 DRG 總案件數}}$$

二、說明：

- (一) 以事件調查的月份為收案月份。
- (二) 本指標監測範圍為本計畫之「住院整合照護團隊照護之病人群」(包含其他科別轉介住院整合照護團隊之共同照護個案)。
- (三) 診斷關聯群(DRG)是將疾病依臨床特質(診斷、手術/處置、合併症/併發症、性別、年齡及出院狀況)與醫療資源耗用相類似的組合在一起。
- (四) 「符合收案條件個案」係指：
 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。
且收案時未接受安寧緩和門診或居家安寧照護等整合照護之末期病人。

三、參考來源：全民健康保險醫療費用支付標準

M2、成功轉銜個案數

一、填表方式：成功轉銜之各類個案病人數

二、說明：

(一) 本指標監測範圍為「住院整合照護團隊照護之病人群」(包含其他科別轉介住院整合照護團隊之共同照護個案)。

(二) 「成功轉銜」係指：個案出院後，辦理轉銜醫療服務¹，類型如下：

1. 轉至社區醫療機構²或基層診所。
2. 轉銜居家醫療照護。
3. 轉至院內門診(含整合門診或個管門診)。
4. 「未成功」：個案未成功轉銜上述第 1-3 點類別，含病人死亡。

¹ 病人出院後如轉銜「護理之家(含精神護理之家)」、「養護之家\養護中心\養護所」、「老人長期照護中心」、「日間照護中心」、「居家護理所」等，依據病人實際就診機構，記錄下轉去向之醫療需求判定是否轉銜成功，以轉護理之家為例，病人慢性病照護如由原醫院整合門診看診開藥，歸類為「轉至院內門診」，若為護理之家巡診醫師看診開藥，則歸類「轉至社區醫療機構」。

² 社區醫療機構係指比原住院醫院評鑑層級級別少一級以上之院所。

M2.2、完成收案率

一、運算方式：

$$\frac{\text{完成收案個案數}}{\text{符合收案條件個案數}} \times 100\%$$

二、說明：

- (一) 本指標監測範圍為「住院整合照護團隊照護病人群」之出院個案(包含其他科別轉介住院整合照護團隊之共同照護個案)。
- (二) 「符合收案條件個案」係指：
 1. 多重慢性病病人：過去半年內於 3 種慢性病門診就醫，或有兩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。且收案時未接受安寧緩和門診或居家安寧照護等整合照護之末期病人。
- (三) 「完成收案」係指病人簽署「住院整合暨醫療銜接照護推廣計畫」同意書及完成評估轉介單。
- (四) 承上，病人簽署同意書後須召開醫療垂直整合銜接照護會議，並提供個案諮詢窗口、整合門診及下轉資訊。

M2.3、成功轉銜率

一、運算方式：

$$\frac{\text{成功轉銜個案數}}{\text{完成收案個案數}} \times 100\%$$

二、說明：

- (一) 本指標監測範圍為「住院整合照護團隊照護病人群」之出院個案(包含其他科別轉介住院整合照護團隊之共同照護個案)。
- (二) 「成功轉銜個案」係指：個案出院後，辦理轉銜醫療服務¹，類型如下：
 1. 轉至社區醫療機構²或基層診所。
 2. 轉銜居家醫療照護。
 3. 轉至院內門診(含整合門診或個管門診)。
 4. 「未成功」：個案未成功轉銜上述第 1-3 點類別，含病人死亡。

¹ 病人出院後如轉銜「護理之家(含精神護理之家)」、「養護之家\養護中心\養護所」、「老人長期照護中心」、「日間照護中心」、「居家護理所」等，依據病人實際就診機構，記錄下轉去向之醫療需求判定是否轉銜成功，以轉護理之家為例，病人慢性病照護如由原醫院整合門診看診開藥，歸類為「轉至院內門診」，若為護理之家巡診醫師看診開藥，則歸類「轉至社區醫療機構」。

² 社區醫療機構係指比原住院醫院評鑑層級級別少一級以上之院所。

M4.1、急診轉入率

一、運算方式：

$$\frac{\text{由急診轉住院人次}}{\text{住院總人次}} \times 100\%$$

二、說明：

- (一) 以事件發生的月份為收案月份。
- (二) 本指標監測範圍分為「住院整合照護團隊照護之病人群」(包含其他科別轉介住院整合照護團隊之共同照護個案)。
- (三) 「由急診轉住院人次」係指監測期間內由急診就診後直接辦理住入「住院整合照護團隊服務之病房」之人次累計。

M4.2、急診轉入率(專責病房) 選

一、運算方式：

$$\frac{\text{由急診轉進該病房人次}}{\text{住院總人次}} \times 100\%$$

二、說明：

- (一) 以事件發生的月份為收案月份。
- (二) 依醫院申請 113 年度「住院醫療整合暨銜接照護推廣計畫」，設有「專責病房」者須填報。
- (三) 本指標監測範圍分為「住院整合照護團隊照護之病人群」及「非住院整合照護團隊照護之對照病人群」(若無對照病房則不須納入)。
- (四) 其他科別轉介住院整合照護團隊之共同照護個案納入「住院整合照護團隊照護之病人群」。
- (五) 「由急診轉進該病房人次」係指監測期間內由急診就診後直接辦理住入「住院整合照護團隊服務之病房」或「非住院整合照護團隊服務之對照病房」之人次累計。

M5.1、計畫專任個案管理人員總人數

一、填表方式：

醫院聘用本計畫專任個案管理人員人數

二、說明：

- (一) 本指標監測範圍為專任執行「住院醫療整合暨銜接照護推廣計畫」，協助辦理個案照護追蹤管理、填報醫療品質指標、經費核銷等計畫相關工作之個案管理人員。
- (二) 依每月聘任(計算至每月 1 日)專任人員數填寫。

M5.2、在職達 6 個月以上之個案管理人員人數

一、填表方式：

醫院聘用本計畫專任個案管理人員在職達 6 個月以上人數

二、說明：

- (一) 本指標監測範圍為專任執行「住院醫療整合暨銜接照護推廣計畫」，協助辦理個案照護追蹤管理、填報醫療品質指標、經費核銷等計畫相關工作之個案管理人員，且在職達 6 個月以上。
- (二) 依每月聘任(計算至每月 1 日)專任人員數填寫。

C1、死亡病人 DNR 簽署率

一、運算方式：

$$\frac{\text{DNR 簽署人數}}{\text{死亡病人人數}} \times 100\%$$

二、說明：

- (一) 以事件調查的月份為收案月份。
- (二) 本指標監測範圍分為「住院整合照護團隊照護之病人群」(包含其他科別轉介住院整合照護團隊之共同照護個案)。
- (三) 分子 DNR 簽署人數為死亡病人簽署 DNR 之人數。

三、參考來源：安寧緩和醫療條例

C2、社區基層醫師到院共同照護比率

一、運算方式：

$$\frac{\text{分母個案中，社區基層醫師到院共同照護之個案數}}{\text{成功轉銜至社區照護之個案數}} \times 100\%$$

二、說明：

- (一) 本指標監測範圍為「住院整合照護團隊照護病人群」之出院個案(包含其他科別轉介住院整合照護團隊之共同照護個案)。
- (二) 「社區基層醫師到院共同照護之個案數」係指社區醫院或基層診所醫師「曾實際到院」、或以「遠距醫療(Telemedicine)」或「電話診療」共同參與照護病人或召開醫療垂直整合銜接照護會議，並共同擬訂出院計畫之個案數。
- (三) 「成功轉銜至社區照護之個案數」係指「M2、成功轉銜數」中「轉至社區醫療機構或基層診所」及「居家醫療」病人數之加總(不包含轉至院內門診)。

P1.1、平均住院日數

一、運算方式：

$$\frac{\text{住院人日數}}{\text{住院總人次}}$$

二、說明：

- (一) 以事件發生的月份為收案月份。
- (二) 本指標監測範圍為「住院整合照護團隊照護之病人群」(包含其他科別轉介住院整合照護團隊之共同照護個案)。
- (三) 有辦理住院手續之入院病人始列計。
- (四) 「住院人日數」之計算方式以每日有辦理住院手續之住院人數累計。
- (五) 「住院總人次」之計算方式以前往醫院辦理住院手續之入院人次之累計，含急診後辦理住院手續。
- (六) 病人在住院期間轉換科別或病床別時，如仍保留原佔床位，則須同時列計兩邊床位之住院人日，但若未保留原佔用床位時，則僅計算新佔用病床之人日。

三、參考來源：衛生福利部「醫院評鑑持續性監測操作型定義手冊」

P1.2、平均住院日數(專責病房) 選

一、運算方式：

住院人日數

住院總人次

二、說明：

- (一) 以事件發生的月份為收案月份。
- (二) 依醫院申請 113 年度「住院醫療整合暨銜接照護推廣計畫」，設有「專責病房」者須填報。
- (三) 本指標監測範圍分為「住院整合照護團隊照護之病人群」及「非住院整合照護團隊照護之對照病人群」(若無對照病房則不須納入)。
- (四) 其他科別轉介住院整合照護團隊之共同照護個案納入「住院整合照護團隊照護之病人群」。
- (五) 有辦理住院手續之入院病人始列計。
- (六) 「住院人日數」之計算方式以每日有辦理住院手續之住院人數累計。
- (七) 「住院總人次」之計算方式以前往醫院辦理住院手續之入院人次之累計，含急診後辦理住院手續。
- (八) 病人在住院期間轉換科別或病床別時，如仍保留原佔床位，則須同時列計兩邊床位之住院人日，但若未保留原佔用床位時，則僅計算新佔用病床之人日。

三、參考來源：衛生福利部「醫院評鑑持續性監測操作型定義手冊」

P3.1、十四天內再住院率

一、運算方式：

$$\frac{\text{出院 14 日內因相同或相關病情非計畫性再住院的事件數}}{\text{出院總人次}} \times 100\%$$

二、說明：

- (一) 以事件發生的月份為收案月份。
- (二) 本指標監測範圍為「住院整合照護團隊照護之病人群」(包含其他科別轉介住院整合照護團隊之共同照護個案)。
- (三) 本指標監測非計畫性再住院事件係指「病人因與上次出院有相同的或相關病情，而再回到同一醫療機構住院，此次再住院並非上次出院時就已計畫安排」。
- (四) 本指標之分母為所有於前述單位監測月份出院(含轉院)之病人次，包括以下情況：(1)違反醫囑辦理出院(AAD)。(2)直接出院(MBD)。
- (五) 出院當天以第零天計算。
- (六) 本指標排除由嬰兒室直接出院之正常新生兒。
- (七) 新生兒，因黃疸或高膽紅素血症入院，應列入「因相同或相關病情非計畫性再入院」的分子計算。
- (八) 分子排除：(1)返回醫院分娩生產人數。(2)計畫性的再住院。(3)因不相關病情再住院。(4)嬰兒室出院時正常之新生兒。
- (九) 分母排除：(1)病人死亡人數。(2)病危自動出院人數。

三、參考來源：衛生福利部「醫院評鑑持續性監測操作型定義手冊」

P3.2、十四天內再住院率(專責病房) 選

一、運算方式：

$$\frac{\text{出院 14 日內因相同或相關病情非計畫性再住院的事件數}}{\text{出院總人次}} \times 100\%$$

二、說明：

- (一) 以事件發生的月份為收案月份。
- (二) 依醫院申請 113 年度「住院醫療整合暨銜接照護推廣計畫」，設有「專責病房」者須填報。
- (三) 本指標監測範圍分為「住院整合照護團隊照護之病人群」及「非住院整合照護團隊照護之對照病人群」(若無對照病房則不須納入)。
- (四) 其他科別轉介住院整合照護團隊之共同照護個案納入「住院整合照護團隊照護之病人群」。
- (五) 本指標監測非計畫性再住院事件係指「病人因與上次出院有相同的或相關病情，而再回到同一醫療機構住院，此次再住院並非上次出院時就已計畫安排」。
- (六) 本指標之分母為所有於前述單位監測月份出院(含轉院)之病人次，包括以下情況：(1)違反醫囑辦理出院(AAD)。(2)直接出院(MBD)。
- (七) 出院當天以第零天計算。
- (八) 本指標排除由嬰兒室直接出院之正常新生兒。
- (九) 新生兒，因黃疸或高膽紅素血症入院，應列入「因相同或相關病情非計畫性再入院」的分子計算。
- (十) 分子排除：(1)返回醫院分娩生產人數。(2)計畫性的再住院。(3)因不相關病情再住院。(4)嬰兒室出院時正常之新生兒。
- (十一) 分母排除：(1)病人死亡人數。(2)病危自動出院人數。

三、參考來源：衛生福利部「醫院評鑑持續性監測操作型定義手冊」

P4、病房病人及家屬滿意度

一、運算方式：

$$\frac{\text{該次住院滿意度調查結果，各細項平均分數之加總}}{\text{該次住院滿意度調查表之各細項滿分之加總}} \times 100\%$$

二、說明：

- (一) 以事件調查的月份為收案月份。
- (二) 本指標監測範圍分為「住院整合照護團隊照護之病人群」及「非住院整合照護團隊照護之對照病人群」(若無對照病人群則不須納入)。
- (三) 其他科別轉介住院整合照護團隊之共同照護個案納入「住院整合照護團隊照護之病人群」。
- (四) 請醫院使用住院病人就醫經驗調查問卷進行調查，以利後續分析，或與其他計畫相比較。
- (五) 滿意度問卷調查件數至少每月 20 例(「住院整合照護團隊照護之病人群」10 件，「非住院整合照護團隊照護之對照病人群」10 件)。

三、參考來源：衛生福利部「醫院評鑑持續性監測操作型定義手冊」

P6、病人及家屬對社區院所之整體評分

一、運算方式：

$$\frac{\text{個管病人(或家屬)對社區院所評價為「推薦」和「非常推薦」之人數}}{\text{社區院所滿意度調查之成功電訪人數}} \times 100\%$$

二、說明：

- (一) 個案管理師進行社區院所滿意度調查時間訂為出院後三個月或結案追蹤。
- (二) 請醫院使用本項問卷內容進行調查，以利後續分析：請問您是否會向您的朋友和家人推薦這間院所？
非常不推薦 不推薦 無意見 推薦 非常推薦
- (三) 成功電訪人數係指有回復(二)之評價者。

P7、病人及家屬對整合門診/居家醫療之整體評分

一、運算方式：

$$\frac{\text{個管病人(或家屬)對整合門診/居家醫療評價為「推薦」和「非常推薦」之人數}}{\text{院內整合門診/居家醫療滿意度調查之成功電訪人數}} \times 100\%$$

二、說明：

- (一) 個案管理師進行整合門診滿意度調查時間訂為出院後第三個月或結案追蹤。
- (二) 請醫院使用本項問卷內容進行調查，以利後續分析：請問您是否會向您的朋友和家人推薦整合門診？
非常不推薦 不推薦 無意見 推薦 非常推薦
- (三) 成功電訪人數係指有回復(二)之評價者。

P8、病人及家屬對個案管理(含轉銜流程)之整體評分

一、運算方式：

$$\frac{\text{個管病人(或家屬)對個案管理(含轉銜流程)評價為「推薦」和「非常推薦」之人數}}{\text{個案管理滿意度調查之成功電訪人數}} \times 100\%$$

二、說明：

- (一) 個案管理師進行個案管理滿意度調查時間訂為出院後第六個月或結案追蹤。
- (二) 請醫院使用本項問卷內容進行調查，以利後續分析：請問您是否會向您的朋友和家人推薦接受個案管理(含轉銜流程與出院準備)？
非常不推薦 不推薦 無意見 推薦 非常推薦
- (三) 成功電訪人數係指有回復(二)之評價者。

P9.1、出院後三日內再急診率

一、運算方式：

$$\frac{\text{3日內重返急診人次}}{\text{出院總人次}} \times 100\%$$

二、說明：

- (一) 以事件調查的月份為收案月份。
- (二) 本指標監測範圍為「住院整合照護團隊照護之病人群」(包含其他科別轉介住院整合照護團隊之共同照護個案)。
- (三) 本指標監測非計畫性再住院事件指的是「病人因與上次出院有相同的或相關病情，而再回到同一醫療機構住院，此次再住院並非上次出院時就已計畫安排」。
- (四) 分母為前述所有病床於監測月份出院(含轉院)之病人次，每一病人都應以下列其中一種狀態進行歸類：
 1. 病危自動出院：經醫師判定為病危瀕臨死亡，由病人家屬要求辦理自動出院。
 2. 違反醫囑辦理出院(Against advise discharge, AAD)。
 3. 直接出院(May be discharged, MBD)。

三、參考來源：衛生福利部「醫院評鑑持續性監測操作型定義手冊」

P9.2、出院後三日內再急診率(專責病房) 選

一、運算方式：

$$\frac{\text{3日內重返急診人次}}{\text{出院總人次}} \times 100\%$$

二、說明：

- (一) 以事件調查的月份為收案月份。
- (二) 依醫院申請 113 年度「住院醫療整合暨銜接照護推廣計畫」，設有「專責病房」者須填報。
- (三) 本指標監測範圍分為「住院整合照護團隊照護之病人群」及「非住院整合照護團隊照護之對照病人群」(若無對照病房則不須納入)。
- (四) 其他科別轉介住院整合照護團隊之共同照護個案納入「住院整合照護團隊照護之病人群」。
- (五) 本指標監測非計畫性再住院事件指的是「病人因與上次出院有相同的或相關病情，而再回到同一醫療機構住院，此次再住院並非上次出院時就已計畫安排」。
- (六) 分母為前述所有病床於監測月份出院(含轉院)之病人次，每一病人都應以下列其中一種狀態進行歸類：
 1. 病危自動出院：經醫師判定為病危瀕臨死亡，由病人家屬要求辦理自動出院。
 2. 違反醫囑辦理出院(Against advise discharge, AAD)。
 3. 直接出院(May be discharged, MBD)。

三、參考來源：衛生福利部「醫院評鑑持續性監測操作型定義手冊」

P11、全院急診暫留 2 日以上案件比率 (年度指標)

一、 運算方式：

$$\frac{\text{分母案件中急診暫留} > 48 \text{ 小時之案件數}}{\text{急診轉住院之案件數}} \times 100\%$$

二、 說明：以事件調查的月份為收案月份。

三、 參考來源：衛生福利部中央健康保險署全民健康保險醫療品質資訊公開網
醫院總額指標

P12、病人社區轉銜成功率[總指標]

一、運算方式：

$$\frac{\text{分母個案中，成功轉銜至社區照護之個案數}}{\text{完成收案個案數}} \times 100\%$$

二、說明：

- (一) 本指標監測範圍為「住院整合照護團隊照護病人群」之出院個案(包含其他科別轉介住院整合照護團隊之共同照護個案)。
- (二) 「成功轉銜至社區照護」係指個案出院後，成功辦理轉銜醫療服務，轉至社區醫療機構¹或基層診所，實際接受就診、住院或居家醫療²。
- (三) 本指標分母數值(完成收案個案數)係由指標 P12.1、P12.2 分母數值之加總。
- (四) 「成功轉銜至社區照護之個案數」係指「M2、成功轉銜數」中「轉至社區醫療機構或基層診所」及「居家醫療」病人數之加總(不包含轉至院內門診)。

¹ 社區醫療機構係指比原住院醫院評鑑層級級別少一級以上之院所。

² 居家醫療含院內個管之居家醫療及社區醫療機構之居家醫療。

P12.1、非末期病人社區轉銜成功率

一、運算方式：

$$\frac{\text{分母個案中，成功轉銜至社區照護之個案數}}{\text{完成收案之非末期病人個案數}} \times 100\%$$

二、說明：

- (一) 本指標監測範圍為「住院整合照護團隊照護病人群」之出院個案(包含其他科別轉介住院整合照護團隊之共同照護個案)。
- (二) 「成功轉銜至社區照護」係指個案出院後，成功辦理轉銜醫療服務，轉至社區醫療機構¹或基層診所，實際接受就診、住院或居家醫療²。
- (三) 「成功轉銜至社區照護之個案數」係指「M2、成功轉銜數」中「轉至社區醫療機構或基層診所」及「居家醫療」病人數之加總(不包含轉至院內門診)。

¹ 社區醫療機構係指比原住院醫院評鑑層級級別少一級以上之院所。

² 居家醫療含院內個管之居家醫療及社區醫療機構之居家醫療。

P12.2、末期病人社區轉銜成功率

一、運算方式：

$$\frac{\text{分母個案中，成功轉銜至社區安寧照護之個案數}}{\text{完成收案之末期病人個案數}} \times 100\%$$

二、說明：

- (一) 本指標監測範圍為「整合照護團隊照護病人群」之出院個案(包含其他科別轉介整合照護團隊之共同照護個案)。
- (二) 「成功轉銜至社區安寧照護」係指個案出院後，成功辦理轉銜醫療服務，轉至社區醫療機構¹或基層診所，實際接受安寧照護或居家安寧照護²。

¹ 社區醫療機構係指非與主責醫院同一層級之醫療機構。

² 居家安寧照護含院內個管之居家安寧照護及社區醫療機構之居家安寧照護。

P13、社區轉銜病人非經轉診就醫率

P13.1、非經轉診急診就醫率

一、運算方式：

$$\frac{\text{分母個案中，非經轉診急診就醫個案數}}{\text{成功轉銜至社區照護之個案數}} \times 100\%$$

二、說明：

(一) 本指標為病人成功轉銜至社區後自行至本院急診就醫事件，包含：

1. 非經轉銜照護機構轉診。
2. 非經個案管理師或社區醫療群 call center 聯繫安排就診。

(二) 有轉診單、電聯紀錄或相關聯繫紀錄者，皆可視為經轉診就醫個案。

(三) 本指標以病人數計，病人可能會經歷一次以上的就醫事件，仍僅以 1 人計。

P13.2、非經轉診門診就醫率

一、運算方式：

$$\frac{\text{分母個案中，非經轉診門診就醫個案數}}{\text{成功轉銜至社區照護之個案數}} \times 100\%$$

二、說明：

- (一) 以本指標為病人成功轉銜至社區後自行至本院門診就醫事件，包含：
 - 1. 非經轉銜照護機構轉診。
 - 2. 非經個案管理師或社區醫療群 call center 聯繫安排就診。
- (二) 有轉診單、電聯紀錄或相關聯繫紀錄者，皆可視為經轉診就醫個案。
- (三) 本指標以病人數計，病人可能會經歷一次以上的就醫事件，仍僅以 1 人計。

P13.3、非經轉診住院率

一、運算方式：

$$\frac{\text{分母個案中，非經轉診住院個案數}}{\text{成功轉銜至社區照護之個案數}} \times 100\%$$

二、說明：

- (一) 以本指標為病人成功轉銜至社區後自行至本院再住院就醫事件，包含：
 - 1. 非經轉銜照護機構轉診。
 - 2. 非經個案管理師或社區醫療群 call center 聯繫安排就診。
- (二) 有轉診單、電聯紀錄或相關聯繫紀錄者，皆可視為經轉診就醫個案。
- (三) 本指標以病人數計，病人可能會經歷一次以上的就醫事件，仍僅以 1 人計。