

94~95 年糖尿病個案照護及品質監控模式推展計畫

成果報告

摘要

本計畫本推展計畫係以衛生署國民健康局委託台中縣衛生局進行為期兩年之「基層糖尿病個案照護模式及品質監控計畫」研究為基礎，除推展該計畫已確立的團隊運作模式之外，並針對待發展解決的課題，發展「創新方案」，結果顯示：透過人力時間成本較低的個案管理，可以提高糖尿病照護的涵蓋率；分級照護除可使中高危險組照護結果獲得明顯的改善外，亦可連結年度評估，促成照護團隊成員的學習循環；結合分級照護，以定時定點方式由專科醫師至基層診所協同進行病歷審查及諮詢服務，可改善照護品質，使基層醫師獲得較高的滿意與協助；與病友會結合，透過團體衛教可以改善病人的自我照護；病人為中心的資訊管理系統，提供病人較完整的病情資訊，有助於共同照護所需的資訊分享。

本計畫於彰化縣的導入以及苗栗縣及嘉義市的推廣，發現醫療照護資源以及糖尿病共同照護的過去經驗與成果，都呈現明顯的區域差異。在導入時，都必須因地制宜，慎重考量地區條件，擬定可行的優先順序與推動步驟。

本計畫亦進行糖尿病資訊管理系統使用介面之修正簡化、營

養衛教資訊系統之建置導入和評價指標系統之標準化、自動化。修訂製作糖尿病患照護品質指標 DPRP 版和 DQIP 版相關報表，定義指標計算方式，可作為糖尿病照護品質比較、資訊公開和照護目標溝通之工具。