

糖尿病個案照護及品質監控模式推展計畫摘要(94~95 年)

中央健保局於民國九十一年起推動糖尿病醫療服務改善方案，期望提供醫師、護理、營養三大部分的服務，以促進糖尿病病人的病情控制、預防併發症的發生。自九十二年，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（以下簡稱「基層模式」）。該計畫期望整合醫師、護理、營養的服務，建立合乎成本效果的基層糖尿病照護模式，其中包括品質監控、資訊系統、稽核評價等。

在兩年的研究中，該計畫明定糖尿病照護目標；醫師、護理師與營養師的職責、三者的主要工作內容及團隊照護的門診流程及個案管理運作，並依據上述的過程與結果發展照護紀錄、表單等資料及資訊系統，作為品質監控及稽核評價機制的基礎。

由於推動經驗顯示：「基層模式」仍有若干待解決的課題。因此，本計畫將採公共衛生體系與醫療照護體系互補的觀點，針對該課題發展創新的解決方案（以下簡稱「創新方案」），包括：開發簡易團隊照護服務方案，以因應低就診規模基層診所之照護需求；以病患分級的個別化衛教服務，提高衛教人力運用效率及服務效果；推動基層一專科醫師共同照護，以改善處方品質與用藥安全，提高病人遵醫囑性；以病友支持團體為基礎，協同門診衛教，發展社區化自我照護衛教模式；建立以公衛體系為基礎的社

區糖尿病患基本照護服務方案，以因應健保制度變動所造成的可能衝擊，確保提供基層糖尿病患一定品質的照護服務；規劃建置病人為中心的資訊管理系統。

本計畫將以彰化縣為推動區域，進行「基層模式」的推廣與「創新方案」的試辦。在「基層模式」的推廣，將以四個主要步驟，包括：認證、團隊照護、品質監控機制、計畫評價等，逐步導入「基層糖尿病個案照護模式及品質監控機制」。亦依據推廣經驗，適度調整本模式相關流程與品質監測機制，以利整理歸納成可依序遵循執行的參考手冊，以為政策之參考。本計畫另預定與原模式之開發單位及主持人合作，完成「糖尿病個案照護及品質監控模式工作手冊」。本計畫將在衛生署國民健康局的指導與協調下，選擇二至三具推動意願之縣市，輔導本模式之推廣。在「創新方案」的試辦方面，本計畫以立意選樣衛生所或基層診所，規劃試做上述方案，並評估其可行性與成效，就其可行部分與「基層模式」整合。