

衛生福利部

110 年度「醫院整合醫學暨醫療銜接照護試辦計畫」期中報告 繳交格式說明

期中報告（一式 2 份）應於 110 年 6 月 30 日前繳交。

一、封面：需包括計畫名稱、申請醫院、計畫負責單位、計畫主持人及計畫執行期間等資料。

二、目錄：包括目次、圖次、表次、附錄。

三、內文格式：

（一）、摘要：請摘述本計畫之目的、年度預期目標、計畫完成進度、實施方法、計畫重要成果、結論及建議事項等簡要說明。

（二）、前言：包含計畫研擬、實施情形及計畫目的等。

（三）、執行現況：（請依作業要求執行事項內容撰寫實際執行狀況）

1. 計畫審查意見修正情形

2. 執行本計畫組織架構

3. 醫療團隊成員任務功能規劃

4. 醫院整合醫學教學（醫師訓練）※核定為乙案者，無須填寫

5. 醫院整合醫學照護專責病房執行與運作

6. 社區醫療機構轉銜服務與個案管理執行與運作

7. 整合門診或居家醫療執行與運作

8. 各項品質監測指標達成情形等（除達成比率外，請描述各項品質監測指標執行狀況及如何達成預期目標）。

9. 醫療團隊人員任用資格、晉用制度及留任辦法

（四）、計畫執行中所遭遇之問題與困難。

（五）、政策建議

（六）、經費使用狀況：請簡要敘明補助經費支用情形。

（七）、附錄：計畫其他相關資料（包含上課簡報、活動辦理議程、各項會議紀錄等）。

四、印刷式樣

（一）、字體大小統一 14 字、間距 1.5 倍行高、表格單行間距。

（二）、報告應中文打字印刷，採橫式、由左至右繕打。

（三）、紙張大小為 A4，採雙面印刷，平裝裝訂（請統一裝訂於左側）。

（四）、除專有名詞外，本報告限中文書寫。

衛生福利部

110 年度「醫院整合醫學暨醫療銜接照護試辦計畫」

期中報告

醫院名稱/機構代碼：

核定案別：甲案 乙案

計畫負責單位：

計畫主持人：

計畫聯絡人： 連絡電話/E-mail：

執行期間： 年 月 日至 年 月 日

＊ ＊本報告僅供參考，不代表本部意見＊ ＊

目 錄

	頁	碼
壹、摘要	第	頁
貳、前言	第	頁
參、執行現況	第	頁
肆、計畫執行中所遭遇之問題與困難。	第	頁
伍、政策建議	第	頁
陸、經費使用狀況	第	頁
柒、附錄	第	頁
	共	頁

註：圖表目錄請另製作。

壹、摘要（請摘述本計畫之目的、年度預期目標、計畫完成進度、實施方法、計畫重要成果、結論及建議事項等簡要說明。）

貳、前言（包含計畫研擬、實施情形及計畫目的等。）

參、執行現況（請依作業要求執行事項內容撰寫實際執行狀況）

- 一、計畫審查意見修正情形
- 二、執行本計畫組織架構
- 三、醫療團隊成員任務功能規劃
- 四、醫院整合醫學教學（醫師訓練）※核定為乙案者，無須填寫
- 五、醫院整合醫學照護專責病房執行與運作

專責主治醫師—40小時師資培訓課程及醫院整合醫學專科完成情形

編號	姓名	40小時師培課程	是否具備醫院整合醫學專科 ³
1		<input type="checkbox"/> 已完成 <input type="checkbox"/> 未完成	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，請說明：
2		<input type="checkbox"/> 已完成 <input type="checkbox"/> 未完成	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，請說明：
3		<input type="checkbox"/> 已完成 <input type="checkbox"/> 未完成	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，請說明：
4		<input type="checkbox"/> 已完成 <input type="checkbox"/> 未完成	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，請說明：
5		<input type="checkbox"/> 已完成 <input type="checkbox"/> 未完成	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，請說明：

註：

專責主治醫師－40 小時師資培訓課程及醫院整合醫學專科完成情形

編號	姓名	40 小時師培課程	是否具備 醫院整合醫學專科 ³
----	----	-----------	-------------------------------

1. 若表格不敷使用，請自行增列。
2. 資料統計截至 110 年 5 月 31 日止。
3. 尚未取得醫院整合醫學專科醫師者，請說明預計甄審時間。

六、社區醫療機構轉銜服務與個案管理執行與運作

七、整合門診或居家醫療執行與運作

八、品質監測指標執行與改善

(一) 請敘述各項品質監測指標執行狀況、未達成預期目標時改善作為

※指標統計區間係參考每月指標填報方式，當月指標數據於次月提供，本次期中報告繳交日為 6 月 30 日，故請提報截至 5 月 31 日之資料。

指標名稱	指標執行狀況	未達成預期目標時改善作為
※範例 M2.3、成功收案率	請簡述資料統計區間之收案情形	請簡述發現之問題及對應策略，如：實際統計值與預期目標落差時解決策略
M1、病例組合指標(Case Mix Index, CMI)	※本年度新申請醫院無須填寫，其餘醫院填寫區間為 109/1-109/12	
M2、成功收案個案數		
M2.1、符合收案條件率		
M2.2、完成收案率		
M2.3 成功收案率		
M3、總占床率		
M4、由急診轉入率		
C1、死亡病患 DNR 簽署率		
C2、社區基層醫師到院共同照護比率		

指標名稱	指標執行狀況	未達成預期目標時改善作為
P1、平均住院日數		
P2、死亡率		
P3、十四天內再入院率		
P4、病房病人及家屬滿意度		
P5、病人及家屬對出院轉銜流程整體評分		
P6、病人及家屬對社區院所之整體評分		
P7、病人及家屬對整合門診之整體評分		
P8、病人及家屬對個案管理之整體評分		
P9、出院後三日內再急診率		
P10、平均住院醫療費用	※本年度新申請醫院無須填寫，其餘醫院填寫區間為109/1-109/12	
P11、全院急診暫留2日以上案件比率	※本年度新申請醫院無須填寫，其餘醫院填寫區間為109/1-109/12	
P12、病人社區轉銜成功率[總指標]		
P12.1、非末期病人社區轉銜成功率		
P12.2 末期病人社區轉銜成功率		

指標名稱	指標執行狀況	未達成預期目標時改善作為
P13.1、非經轉診急診就醫率		
P13.2 非經轉診門診就醫率		
P13.3 非經轉診住院率		

(二) 品質監測指標資料填報

1. 連續執行醫院：收集期間為 110 年 1 月至 5 月
2. 新申請醫院：收集期間為自衛生福利部核定「110 年度醫院整合醫學暨醫療銜接照護試辦計畫品質監測指標」後至 5 月

(1) 整合醫學專責病房醫療品質指標請檢附每月提報予醫策會檔案作為附件（如下表）。

序號	指標名稱
1	M1、病例組合指標(Case Mix Index, CMI)
2	M3、總佔床率
3	M4、由急診轉入率
4	C1、死亡病患 DNR 簽署率
5	P1、平均住院日數
6	P2、死亡率
7	P3、十四天內再入院率
8	P4、病房病人及家屬滿意度
9	P9、出院後三日內再急診率
10	P10、平均住院醫療費用
11	P11、全院急診暫留 2 日以上案件比率

(2) 社區轉銜照護指標請依衛生福利部核定「110 年度醫院整合醫學暨醫療銜接照護試辦計畫品質監測指標」提報相關指標數據，相關表格待指標核定另行提供。

九、醫療團隊人員任用資格、晉用制度及留任辦法

肆、期中實際執行中所遭遇之問題與困難。

一、執行進度

進度超前

符合進度

落後（ ）月

二、所遭遇之問題困難

伍、政策建議

陸、期中經費使用狀況

項目	核定金額	實際使用金額	用途說明
人事費			
個案管理師薪資			
保險			
公提離職儲金 或公提退休金			
業務費			
值勤補助費			
出席費			
講師鐘點費			
國內差旅費			
餐費			
雜支			
管理費			
核實支付費			
銜接照護評估費			
整合個案照護 管理費			
通訊診察與共同 照護費			

柒、附錄