

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準 【02025B 出院準備及追蹤管理費】作業規範

第三版，自 109 年 7 月 22 日起實施

為鼓勵醫院做好出院準備及出院後追蹤諮詢優質服務，重視病人持續性照護，提升出院照護之品質，減少出院病人短期內之再急診及再住院，就本診療項目之結構、過程、結果面訂定作業規範，請特約醫院循此作業規範辦理出院準備服務。

一、結構面：

(一)收案對象：

1. 有後續照護需求（如居家醫療、復健、安寧療護、長期照顧資源等）須轉介者。
2. 出院時仍留存管路或造口，且居家照護能力不足者。
3. 獨居、臥床生活無法自理或缺乏支持性系統（住院中無人照顧、家屬照護能力不足、經濟問題）個案。
4. 有輔具需求者。
5. 偏癱、全癱或截肢個案。
6. 有壓瘡傷口（三級以上）。
7. 滯院或超長住院（住院天數 \geq 21 天）者。
8. 非計畫性 14 日內再住院之個案。
9. 其他各科認定之特殊個案。

(二) 出院準備服務小組：

1. 須設有出院準備服務小組，小組成員應有跨不同專業領域組成（如營養、藥事、復健、心理、社工人員等）。
2. 綜整並提供後續醫療或社會資源相關訊息，整合院內專責部門聯繫方式，並與後續照護服務單位建立聯繫與合作關係。
3. 醫院應對相關職類人員進行出院照護計畫之教育訓練。

二、過程面：

(一) 作業流程圖如附錄。

(二) 服務內容：

1. 需求評估：評估並確認病人本次住院之照護需求，包含：
 - (1) 健康狀況評估：生理功能、疾病的進展、營養照護之需求、復健需求或用藥狀況之評估。
 - (2) 功能層級：個案自我照顧功能狀態，或日常生活功能狀態。
 - (3) 行為狀態：個案及家屬對於疾病相關事務之處理能力。

- (4)情緒狀態：對疾病的適應情形。
- (5)認知能力：對於疾病及後續照護的認知能力。
- (6)支持系統：瞭解家庭成員之組成，包括個案主要照護者、照護決策者、經濟支援者等。
- (7)經濟狀況：醫療費用與後續照護費用之負擔能力。

2. 擬訂並執行出院準備計畫，包含：

- (1)跨領域溝通協調：依個案需求，照會相關專業小組成員，並適時共同討論個案所需之照護計畫、後續照護或轉介方案，以確保病人能順利出院。
- (2)護理、用藥、復健、衛教指導或家庭會議：
 - 提供疾病相關知識，指導病人或家屬居家照顧的知識與技巧，協助病人出院返家後的自我照顧。
 - 依跨領域溝通結果，提供用藥、營養、復健、生活適應訓練、社會經濟及心理層面之諮詢與輔導。
 - 進行病人及家屬之家庭諮商或家庭會議，除提供照護、後續資源訊息外，亦給予情緒支持。
- (3)資源整合及適當轉介後續資源：
 - 整合院外醫療、社會或長期照顧資源，依個案需

求提供相關訊息。

- 返家照顧之個案，應與病人、家庭主要決策者或照顧者進行家庭會議或訪談，提供照護人力配置、居家照護環境、相關輔具使用、經濟協助、社會福利或長期照顧服務居家式資源之諮詢。
- 若個案有後續醫療照護需求，協助轉介後續照護資源，如居家醫療、各類居家照護、護理之家、家庭醫師整合性照護計畫社區醫療群等。
- 若個案有長期照顧服務需求，協助轉介各縣市之長期照顧管理中心。
- 若個案有機構安置之需求，協助提供政府立案合格之照顧機構資訊，供病人及家屬參考。
- 協助提供輔具申請或諮詢、醫療儀器租借、社區支援服務及經濟協助等訊息。

3. 出院時提供諮詢專線，並辦理電訪追蹤：

- (1)於出院時提供電話諮詢專線，供病人突發緊急狀況或有照護需求時洽詢。
- (2)於出院後 2 週內電話追蹤個案情形，包含病人返家後或轉介後續照護單位之適應狀態、照顧問題，給

予適當照護指導。

三、結果面：

(一) 出院準備服務觀察指標：

1. 出院準備服務收案比率。
2. 有後續照護需求之出院準備個案，各類後續資源轉介成功比率。
3. 出院準備個案完成電話訪問追蹤比率。
4. 3日內再急診比率。
5. 14日內非計畫性再住院比率。
6. 平均住院天數。

(二) 檢討與改善機制：

1. 觀察指標之監測：

定期監測前述觀察指標，就表現有落差的月份、科別或病房別深入分析差異情形，適時提報相關會議。

2. 定期召開出院準備個案討論會或跨領域團隊討論會：

對於未完成出院準備服務之個案釐清問題（含院內跨領域及院外資源銜接）並研討改善方式。

【作業流程圖】

