

**113 年提升糖尿病健康促進
機構照護品質計畫
申請作業說明**

衛生福利部國民健康署

目 錄

壹、計畫依據-----	1
貳、主辦單位、承辦單位-----	1
參、背景說明-----	1
肆、計畫期間-----	1
伍、計畫目標-----	1
陸、計畫申請與審查作業-----	1
柒、獎勵經費標準及評分項目-----	2
捌、申請須知及成果報告繳交注意事項-----	3
玖、附件-----	3

附 件 目 錄

附件一、品質計畫成果報告書

附件二：機構執行成效評分表、報告表

附件 A、提升糖尿病患加入糖尿病醫療給付改善方案比率之建議

附件 B、提升健促機構照護品質之建議

附件 C、糖尿病高危險群健康促進建議

附件 D、糖尿病病友團體運作建議

「113年提升糖尿病健康促進機構照護品質計畫」申請作業說明

壹、計畫依據

衛生福利部國民健康署「113年糖尿病與腎臟病前期防治暨識能提升計畫」
分項1：推動醫院糖尿病健康促進機構品質提升。

貳、主辦單位：衛生福利部國民健康署（以下簡稱國健署）

承辦單位：社團法人中華民國糖尿病衛教學會(以下簡稱衛教學會)

參、背景說明

國健署持續推動「糖尿病健康促進機構」(下稱健促機構)，至113年全國共有198家醫院層級之健促機構。目前許多健促機構已成為各地糖尿病患轉介(醫院及診所之間的上下轉診及跨科別轉診)中繼站或治療場所，對提升糖尿病照護品質有極大之貢獻，未來期望能不斷提升健促機構之功能及照護品質，改善糖尿病人健康，並做到預防糖尿病的使命。為達前述項目，國健署爰委託衛教學會辦理本項品質計畫，本年度計畫之重點係以推動糖尿病高危險群健康促進為主軸，同時持續強化糖尿病友團體運作、加強糖尿病衛教人員訓練、提升糖尿病健康照護品質，及提高健促機構內糖尿病患加入健保署糖尿病品質支付服務之比率等。

肆、計畫期間

自公告日起至113年9月5日

伍、計畫目標

參酌健康醫院精神，以全院推動方式，推動糖尿病高危險群健康促進、強化糖尿病友團體運作、加強糖尿病衛教人員訓練，及提升糖尿病照護品質為目標。

陸、計畫申請與審查作業

一、參與單位資格：國健署核定198家醫院層級(醫學中心、區域醫院及地區醫院)之糖尿病健康促進機構。

二、計畫申請：

(1) 機構須於113年7月10日前至下面網址填寫基本資料，申請參加本計畫。
(<https://forms.gle/vVFVtfcsGV8GF7o9A>)

(2) 申請機構須於113年9月5日前繳交品質計畫成果報告(如附件1及2)予衛教學會辦理評審作業。

三、後續輔導方式：為提升計畫成效，將透過衛教學會辦理之各類活動，讓健促機構從中學習並改善，並透過同儕評比、意見回饋、經驗分享等方式進行輔導。

四、審查作業：由衛教學會邀請專家、學者組成評審委員會進行書面評審會議。

柒、獎勵經費標準及評分方式

一、計畫書評審內容包含

- (一) 有訂定合理且明確目標。
- (二) 有具體實施方法、推動成效及未來規劃等。

二、評分標準：採序位法

項目	配分	
	醫學中心、區域醫院	地區醫院
糖尿病高危險群健康促進 ^{註1}	17分	17分
教育訓練	15分	10分
照護品質	48分	50分
醫病共享	8分	10分
糖尿病友團體運作	12分	13分
總分	100分	100分

- (一) 由衛教學會邀請專家、學者組成評審委員會進行書面評審會議。
- (二) 分級後由評審委員就評選項目及配分，填寫評選表，交由衛教學會人員統計平均分數及序位總和。
- (三) 各級總序位最低者為第1名，次低者為第2名，餘依此類推。獲選為績優機構者，給予獎座或獎狀。
- (四) 獲獎醫療機構之評分不得低於70分。

註1：高危險群收案對象：有糖尿病家族史、血糖異常病史 (IGT、IFG、曾罹患GDM)、血脂異常者、血壓異常者、過重/肥胖者。

三、獎項規劃

計畫執行成果	醫學中心、區域醫院		地區醫院	
	金額	名額	金額	名額
標竿	20,000元	6	20,000元	4
優良	15,000元	14	15,000元	9
績優	10,000元	20	10,000元	14
進步	5,000元	11	5,000元	12
佳作	獎狀	數名	獎狀	數名

備註：評審委員有權依實際狀況調整名額或從缺。

四、績優機構，須派人參加113年11月19日績優糖尿病健康促進機構表揚典禮（辦理

時間及辦理形式將另行公告)。

捌、品質計畫申請及成果報告繳交注意事項

- 一、於113年9月5日前繳交品質計畫成果報告(如附件1及2)(請依據評分項目逐一佐證)，並印製成冊一式二份及電子檔乙份辦理，掛號逕寄台北市民生東路一段42號4樓之1中華民國糖尿病衛教學會收(當日下午5時整前截止收件，以送達衛教學會時間為準，不以郵戳為憑)。
- 二、若遇天災或其他不可抗拒之因素，主辦單位有權調整計畫之相關時程，並另行通知。
- 三、參與本計畫後，即視同承認遵守本計畫活動所訂之各項內容及規定，若有未盡事宜，主辦單位保留修改之權利。

玖、附件

一、品質計畫成果報告書格式

報告書以A4 大小裝訂成冊，內容至少需包括：

- (一) 綜合資料
- (二) 計畫內容
 - (1) 計畫目標、計畫背景
 - (2) 實施方法及進行步驟(請詳細說明各項工作實施策略)
 - (3) 執行時面臨的障礙與困難
 - (4) 解決方案與協助資源(現行或未來改善策略)

- 二、機構執行成效評分表、報告表：請於成果報告繳交時一併附上(請依評分項目逐一佐證)。

品質計畫成果報告書

計畫名稱： 糖尿病健康促進機構提升糖尿病照護品質計畫

申請機構：

機構層級：醫學中心 區域醫院 地區醫院

主持人：

聯絡人：

聯絡電話：

電子郵件：

機構地址：

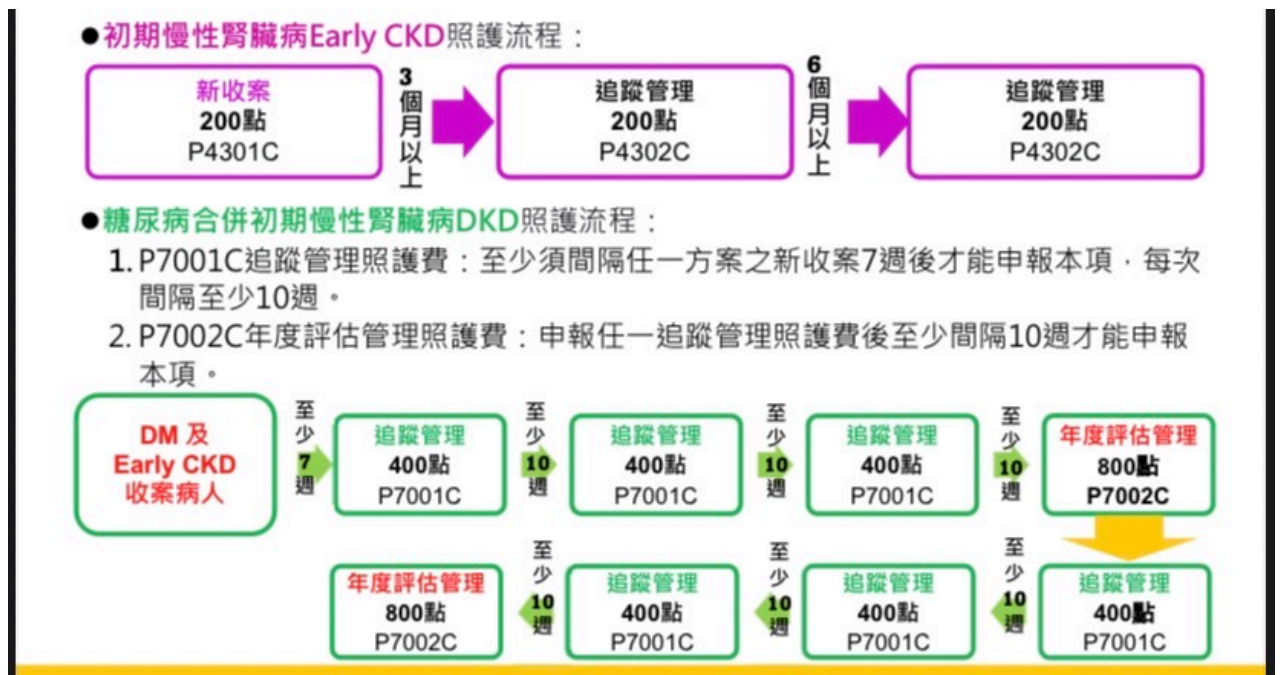
填表日期：

註:本計畫限用中文書寫

壹、計畫摘要：請摘述本計畫之目的、實施方法及辦理成效

貳、計畫內容

- 一、計畫目標：請分點具體列述本計畫所要達成之目標以及所要完成之工作項目，應避免空泛性之敘述。
- 二、背景分析：請敘述本計畫產生之背景及重要性，如：(1)機構糖尿病人就醫現況，(2)病人照護問題狀況或發展需求，(3)國內外相關之文獻探討等。
- 三、實施方法及進行步驟（請詳細說明各項工作實施策略）
- 四、具體執行策略：
 - (一) 高危險群健康促進
 - (二) 教育訓練
 - (三) 糖尿病照護品質、風險因子管理及實務流程
 - (四) 增加收案人數與收案率
 - (五) 初期慢性腎臟病(Early CKD)與糖尿病合併初期慢性腎臟病(DKD)收案率，風險因子管理及實務流程



註：分子之醫令碼為 P4301C、P4302C 及 P7001C、P7002C

分母為全院符合糖尿病收案總人數：門診主診斷為糖尿病且在同院、同 ID、同生日下，任 2 次就醫日期間隔介於 0 到 90 天之人數。

- (六) 醫病共享決策
 - (七) 病友團體運作
- 五、執行時面臨的障礙與困難
- 六、解決方案與協助資源（現行或未來改善策略）

醫學中心、區域醫院

糖尿病健康促進機構執行成果評分表

機構名稱：_____

統計期程：112年8月1日至113年7月31日

項目	分數	計分標準					111 成果 (註1)	113 成果 (註2)	自評 分數	評審 得分*	
		5	4	3	2	1					
高危險群健康促進 成效評值	篩檢人數	2	≥1000	700-999	400-699	100-399	<100	人	人		
	實際參與健康促進人數	2.5	≥300	200-299	100-199	50-99	<50	人	人		
	飯前血糖改善率	2.5	≥ 60	50-59	40-49	30-39	<30	%	%		
	血壓改善率	2.5	≥ 60	50-59	40-49	30-39	<30	%	%		
	血脂改善率	2.5	≥ 60	50-59	40-49	30-39	<30	%	%		
	腰圍/體重改善率	2.5	≥ 60	50-59	40-49	30-39	<30	%	%		
	身體活動量改善率	2.5	≥ 60	50-59	40-49	30-39	<30	%	%		
教育訓練	提供衛教人員見實習人數 (共同照護網或 CDE 皆計之)	15	1.提供 1 人實習得 2 分,見習得 1 分,最多不得超過 14 分 2.提供見實習達 8 分者,另提供 1 名以上(含 1 名)之藥師見實習,可在得 1 分)			共照見習	人	人			
						CDE實習	人	人			
照護品質	A1C < 7%	2.5	≥45	40-44	35-39	30-34	<30	%	%		
	A1C > 8.5 %	2.5	<10	10-14	15-19	20-24	≥25	%	%		
	SBP < 130 and DBP < 80 mmHg	2.5	≥45	40-44	35-39	30-34	<30	%	%		
	LDL-C < 100mg/dL	2.5	≥55	50-54	45-49	40-44	<40	%	%		
	糖尿病人三高改善達標率(ABC 達標)	2.5	≥25	18-24	14-17	8-13	<8	%	%		
	胰島素注射率	2.5	≥30	25-29	20-24	15-19	<15	%	%		
	A1C 年檢查達 3 次之比率	2.5	≥70	60-69	50-59	40-49	<40	%	%		
	糖尿病衛教服務率	2.5	≥60	50-59	40-49	30-39	<30	%	%		
	足部年檢查率	2.5	≥60	50-59	40-49	30-39	<30	%	%		
	初期慢性腎臟病(Early CKD)與糖尿病合併初期慢性腎臟病(DKD)收案率★	2.5	≥30	23-29	17-22	10-16	<10	%	%		
	跨專科糖尿病收案率(依據非主照護科別計算)	5	≥10	7-9	4-6	1-3	<1	%	%		
	機構新增收案人數或新增收案率(二擇一,從優)	10	≥1000 或 ≥17	701-999 或 13-16	451-700 或 9-12	201-450 或 5-8	<200 或 <5	人 %	人 %		
糖尿病之加值預防照護	8	糖尿病病人實際執行(1)骨質疏鬆檢測、(2)C 型肝炎檢測、(3)戒菸轉介追蹤、(4)肺炎鏈球菌接種者,以上寫每項可加 1 分,(5)DKD 共病照護,(6) DM & HF 共病照護,(5)(6)需填共病照護品質表格,寫每項可加 2 分									

醫病共享	有推動病人、家屬積極參與醫療決策過程之制定	8	1.有推動 SDM 組織架構及工作說明，組織並有定期開會，就院所推動 SDM 進行討論。-(2分) 制定及執行糖尿病 SDM 相關作業指引，執行過程中有融入病人及家屬意見(需在 SDM 相關素材或會議上，紀錄中有家屬、病友代表或家屬參與意見)-(有題目制定 2 分、流程說明 2 分、分析討論 2 分)							
病友團體運作	病友團體人數至少 20 人以上	4	每增病友一人以 0.2 分計，最多不得超過 4 分				病友人數	人	人	
	有成立病友團體	3	組織架構、目標、策略及「病友團體」自主管理之具體之目標及運作策略。							
	年度活動具體成果	5	1.活動場次、參加人數、內容、成效(A1C、體重、SMBG、運動等)。請舉例年度活動計畫表，此外如有照片佐證，請每一場次提供一張照片舉證即可。 2.如何強化病友自我管理方式(例如納入智慧健康穿戴裝置的使用推動，以引導病人可以落實生活型態改變)							
小計		100								
加分	糖化血色素檢查率 [†]	2	>90	89-90	87-88	85-86	<85	%	%	
	空腹血脂檢查率 [†]	2	≥85	80-84	75-79	70-74	<70	%	%	
	眼底檢查率 [†]	2	≥65	55-64	45-54	35-44	<35	%	%	
	微量白蛋白尿檢查率 [†]	2	≥60	50-59	40-49	30-39	<30	%	%	
	機構中糖尿病人數收案狀況(機構糖尿病符合收案人數/用藥人數之比率) [†]	2	≥80	75-79	70-74	65-69	<65	%	%	
	戒菸成功	1	過去一年機構糖尿病患者戒菸成功人數達 50(含)人以上				戒菸成功人數	人	人	
	配合學會活動	2	配合協會相關活動，提供場地及人力等。							
	成果報告書內容	15	優秀	好	普通	不足	差			
總計		128								
備註： 1) 統計期程：110 年 9 月 1 日至 111 年 8 月 31 日 2) 統計期程：112 年 8 月 1 日至 113 年 7 月 31 日 3) 請據實填寫，並依成效類別提出佐證資料。 4) 如發現項目登載不實，則以 0 分計。 5) 計分標準之計分採四捨五入，以整數為主。 6) *初期慢性腎臟病(Early CKD)與糖尿病合併初期慢性腎臟病(DKD)收案人數／全院符合糖尿病收案總人數：門診主診斷為糖尿病且在同院、同 ID、同生日下，任 2 次就醫日期間隔介於 0 到 90 天之人數。 7) *表該欄由評審委員填寫，自評者不必填寫。 [†] 表該數據依據「衛生福利部 全民健康保險醫療品質資訊公開網」112 年全年度資料。										
綜合評語(含優點、缺點及建議)(此欄由評審委員填寫)：										

評審委員：_____

地區醫院

糖尿病健康促進機構執行成果評分表

機構名稱：_____

統計期程：112年8月1日至113年7月31日

項目	分數	計分標準					111 成果 (註1)	113 成果 (註2)	自評 分數	評審 得分*	
		5	4	3	2	1					
高危險群健康促進 成效評值	篩檢人數	2	≥200	140-199	80-139	30-79	<30	人	人		
	實際參與健康促進人數	2.5	≥60	47-59	34-46	20-33	<20	人	人		
	飯前血糖改善率	2.5	≥60	50-59	40-49	30-39	<30	%	%		
	血壓改善率	2.5	≥60	50-59	40-49	30-39	<30	%	%		
	血脂改善率	2.5	≥60	50-59	40-49	30-39	<30	%	%		
	腰圍/體重改善率	2.5	≥60	50-59	40-49	30-39	<30	%	%		
	身體活動量改善率	2.5	≥60	50-59	40-49	30-39	<30	%	%		
教育訓練	提供衛教人員見實習人數 (共同照護網或CDE皆計之)	10	1.提供1人實習得2分,見習得1分,最多不得超過9分 3.提供見實習達4分者,另提供1名以上(含1名)之藥師見實習,可在得1分)			共照見習	人	人			
						CDE實習	人	人			
照護品質	A1C < 7%	2.5	≥45	40-44	35-39	30-34	<30	%	%		
	A1C > 8.5 %	2.5	<10	10-14	15-19	20-24	≥25	%	%		
	SBP < 130 and DBP < 80 mmHg	2.5	≥45	40-44	35-39	30-34	<30	%	%		
	LDL-C < 100mg/dL	2.5	≥55	50-54	45-49	40-44	<40	%	%		
	糖尿病人三高改善達標準率(ABC達標)	2.5	≥25	18-24	14-17	8-13	<8	%	%		
	胰島素注射率	2.5	≥20	15-19	10-14	5-9	<5	%	%		
	A1C年檢查達3次之比率	2.5	≥80	70-79	60-69	50-59	<50	%	%		
	糖尿病衛教服務率	2.5	≥80	70-79	60-69	50-59	<50	%	%		
	足部年檢查率	2.5	≥60	50-59	40-49	30-39	<30	%	%		
	初期慢性腎臟病(Early CKD)與糖尿病合併初期慢性腎臟病(DKD)收案率★	2.5	≥30	23-29	17-22	10-16	<10	%	%		
	跨專科糖尿病收案率(依據非主照護科別計算)	5	≥10	7-9	4-6	1-3	<1	%	%		
	機構新增收案人數或新增收案率(二擇一,從優)	10	≥400 或 ≥17	301-399 或 13-16	201-300 或 9-12	101-200 或 5-8	<100 或 <5	人 %	人 %		
糖尿病之加值預防照護	10	糖尿病病人實際執行(1)骨質疏鬆檢測、(2)C型肝炎檢測、(3)戒菸轉介追蹤、(4)肺炎鏈球菌接種者及(5)共病照護品質,每項可加2分,最多10分									

醫病共享	有推動病人、家屬積極參與醫療決策過程之制定	10	1. 有推動 SDM 組織架構及工作說明，組織並有定期開會，就院所推動 SDM 進行討論。-(3 分) 2. 制定及執行糖尿病 SDM 相關作業指引，執行過程中有融入病人及家屬意見(需在 SDM 相關素材或會議上，紀錄中有家屬、病友代表或家屬參與意見)-(有題目制定 2 分、流程說明 2 分、分析討論 3 分)								
病友團體運作	病友團體人數至少 10 人以上	4	每增病友一人以 0.2 分計，最多不得超過 4 分			病友人數	人	人			
	有成立病友團體	3	組織架構、目標、策略及「病友團體」自主管理之具體之目標及運作策略。								
	年度活動具體成果	6	1. 活動場次、參加人數、內容、成效(A1C、體重、SMBG、運動等)。請舉例年度活動計畫表，此外如有照片佐證，請每一場次提供一張照片舉證即可。 3. 如何強化病友自我管理方式(例如納入智慧健康穿戴裝置的使用推動，以引導病人可以落實生活型態改變)								
小計		100									
加分	糖化血色素檢查率 [†]	2	>95	94-95	92-93	90-91	<90	%	%		
	空腹血脂檢查率 [†]	2	≥95	90-94	85-89	80-84	<80	%	%		
	眼底檢查率 [†]	2	≥90	80-89	70-79	60-69	<60	%	%		
	微量白蛋白尿檢查率 [†]	2	≥75	65-74	55-64	45-54	<45	%	%		
	機構中糖尿病人數收案狀況(機構糖尿病符合收案人數/用藥人數之比率) [†]	2	≥80	75-79	70-74	65-69	<65	%	%		
	戒菸成功	1	過去一年機構糖尿病患者戒菸成功人數達 10 人(含) 以上			戒菸成功人數	人	人			
	加入健康醫院網絡	2	醫院有加入健康醫院網絡，且糖尿病健康促進機構展延或新申請成功者								
	成果報告書內容	15	優秀	好	普通	不足	差				
總計		128									
備註： 1) 統計期程：110 年 9 月 1 日至 111 年 8 月 31 日 2) 統計期程：112 年 8 月 1 日至 113 年 7 月 31 日 3) 請據實填寫，並依成效類別提出佐證資料。 4) 如發現項目登載不實，則以 0 分計。 5) 計分標準之計分採四捨五入，以整數為主。 6) *初期慢性腎臟病(Early CKD)與糖尿病合併初期慢性腎臟病(DKD)收案人數/全院符合糖尿病收案總人數：門診主診斷為糖尿病且在同院、同 ID、同生日下，任 2 次就醫日期間隔介於 0 到 90 天之人數。 7) *表該欄由評審委員填寫，自評者不必填寫。 [†] 表該數據依據「衛生福利部 全民健康保險醫療品質資訊公開網」112 年全年度資料。											
綜合評語(含優點、缺點及建議)(此欄由評審委員填寫)：											

評審委員：_____

113 年糖尿病健康促進機構執行成果報告表

機構名稱：_____

統計期程：112 年 8 月 1 日至 113 年 7 月 31 日

類別	項目	篩檢人數	實際介入健康促進人數 (≤篩檢人數)	改善人數 (≤介入人數)	備註
高危險群健康促進	糖尿病高危險者(◆)				有糖尿病家族史、血糖異常病史 (IGT、IFG、曾罹患 GDM)、血脂異常者、血壓異常者、過重/肥胖者。
	飯前血糖 ≥100mg/dL				◆符合條件下，經介入後飯前血糖 < 100 mg/dL 人數
	血壓偏高 SBP ≥ 130 mmHg or DBP ≥ 85 mmHg				◆符合條件下，經介入後血壓 < 130/85 mmHg 人數
	血脂異常 TC ≥ 200 or LDL-C ≥ 100 mg/dL or HDL-C(男 < 40、女 < 50mg/dL) or 空腹 TG ≥ 150 mg/dL (四擇一)				◆符合條件下，經介入後總膽固醇(TC) < 200 mg/dL 人數 LDL-C < 100 mg/dL 人數 HDL-C (男 ≥ 40、女 ≥ 50mg/dL) 人數 空腹 TG < 150 mg/dL 人數
	腰圍 (男 ≥ 90cm、女 ≥ 80cm)				◆符合條件下，經介入後參加後腰圍減少人數
	超過理想體重 (BMI ≥ 24kg/m ²)				◆符合條件下，經介入後參加後減重人數
	每週運動少於 150 分鐘以下				累積運動 ≥ 30min /day，≥ 5day/wk 者，或制定健康生活型態改變指標之改善人數
類別	項目	實際達成數		單位	備註
病友團體	病友總人數			人	
	每星期至少做一次自我血糖監測之人數			人	
	有規律運動人數			人	參加後運動每週大於 5 天者，每天 30 分鐘以上
	糖化血色素(A1C)改善人數			人	
	減重(BMI ≥ 24 kg/m ²)成效改善人數			人	
類別	疾病品質認證項目	合併糖尿病個案	有納入糖尿病收案	單位	備註
共病照護品質	冠狀動脈疾病、急性冠心症、急性心肌梗塞			人	
	心衰竭			人	
	腎臟病			人	
	腦中風			人	

113 年糖尿病健康促進機構執行成果報告表

統計期程：112 年 8 月 1 日至 113 年 7 月 31 日

類別	項目	實際達成數	單位	備註
糖尿病人照護品質	糖尿病人衛教服務人數	全院服用糖尿病藥物總人數(▲)	人	(▲) 全院服用糖尿病藥物總人數定義為：門診主診診斷為糖尿病且使用糖尿病用藥之病人數。 (★) 全院符合糖尿病收案總人數：門診主診診斷為糖尿病且在同院、同 ID、同生日下，任 2 次就醫日期間介於 0 到 90 天之人數。 全院符合糖尿病收案總人數(★)中，於統計期程間，最近一次檢驗數據，符合項目之人數。 ABC 達標(◎)定義：全院糖尿病人(★)中，同時符合 A1C<7%、BP<130/80 mmHg，及 LDL-C<100 mg/dL 之人數。 初期慢性腎臟病(Early CKD) 與糖尿病合併初期慢性腎臟病(DKD) 收案人數收案人數：全院糖尿病人(★)中，醫令碼為 P4301C、P4302C 或 P7001C、P7002C 之收案病人數
		全院符合糖尿病收案總人數(★)	人	
		衛教服務人數	人	
	全院參與全民健康保險糖尿病醫療給付改善方案人數	新增收案人數	人	
		總參加人數	人	
	ABC 成果	A1C < 7%	人	
		A1C > 8.5%	人	
		BP<130/80mmHg	人	
		LDL-C<100mg/dL	人	
		ABC 達標(◎)	人	
	白蛋白(microalbumin)尿篩檢人數	人		
	A1C 年檢查達 3 次之人數	人		
	胰島素注射人數	人		
	腸泌素注射人數	人		
	足部年檢查人數	人		
	肥胖(BMI ≥ 27 kg/m ²) 人數	人		
	流感接種人數	人		
	肺炎鏈球菌疫苗接種人數	人		
	初期慢性腎臟病(Early CKD) 與糖尿病合併初期慢性腎臟病(DKD)收案人數收案人數	人		
	骨質疏鬆檢查人數	人		
C 型肝炎檢查人數	人			
吸菸狀況	吸菸人數	人		
	戒菸諮商人數	人		
	戒菸成功人數	人		

113 年糖尿病健康促進機構執行成果報告表

統計期程：112 年 8 月 1 日至 113 年 7 月 31 日

類別	項目	實際達成數	單位	備註		
接受各地衛教人員見實習(共同照護網或CDE 皆計之)	醫師	照護網：	人	照護網總人數：___人 CDE 總人數：___人		
		CDE：				
	護理人員	照護網：	人			
		CDE：				
	營養師	照護網：	人			
		CDE：				
	藥師	照護網：	人			
		CDE：				
	其他人員	照護網：	人			
		CDE：				
	執行糖尿病衛教之人力統計	內分泌新陳代謝科醫師	僅照護網：		人	總人數：___人 人力請勿重複計算
			CDE：			
家庭醫學科醫師		僅照護網：	人			
		CDE：				
心臟科醫師		僅照護網：	人			
		CDE：				
腎臟科醫師		僅照護網：	人			
		CDE：				
____科醫師		僅照護網：	人			
		CDE：				
護理人員		僅照護網：	人			
		CDE：				
營養師		僅照護網：	人			
		CDE：				
藥師		僅照護網：	人			
		CDE：				
其他人員		僅照護網：	人			
		CDE：				
不含共同照護網或CDE 證書者		技術人員		人	總人數：___人	
		助理		人		
	其他人員		人			

113 年糖尿病健康促進機構執行成果報告表

統計期程：112 年 8 月 1 日至 113 年 7 月 31 日

類別	科別	取證醫師 總人數	該科醫師 總人數	單位	備註
跨專 科人 員取 得糖 尿病 共照 網認 證	內分泌新陳代謝科			人	
	家庭醫學科			人	
	心臟內科			人	
	腎臟科			人	
	____科醫師			人	
	____科醫師			人	

(篇幅不足，請自行複製)

機構糖尿病實際收案狀況

- 112 年全年度全民健康保險醫療品質資訊公開網「糖尿病人加入照護方案的比率」(依據全民健保醫療品質公開網：「糖尿病人加入照護方案的比率」查詢結果填寫 <https://www3.nhi.gov.tw/mqinfo/Content.aspx?List=4&Type=DM>)

收案進入「品質支附服務」之人數：_____

符合收案條件之門診主診斷為 ICD10 E8-E13 之人數：_____

- 計 112 年 8 月至 113 年 7 月逐月收案人數 (依據院所資訊系統篩選符合健保申報碼：初診 P1407C)

年度	112					113						
月份	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7
*「主照護科別」 人數												
「非主照護科 別」人數												
總計人數												

*主照護科別：該院所主要糖尿病收案科別，如內分泌新陳代謝科或家庭醫學科等擇一

非主照護科別：該院所排除主要糖尿病收案科別後，如家庭醫學科、腎臟科等

- 總新增收案人數：_____；

總體收案率：_____；

非主照護科別收案率：_____

附件 A、提升全院糖尿病病人加入糖尿病品質支付服務比率之建議

- 一、增加衛教人力：增加護理師、營養師取得合格衛教師與共照網資格人數，規劃全職或兼職的衛教人力。衛教人力是提升收案率的關鍵，投入衛教人力，可有效執行慢性病管理，提升照護品質、紓解急性照護及合併症所花費的人力與健保資源。
- 二、增加院所認證醫師人數：鼓勵院所診治糖尿病病人的醫師取得認證，除了新陳代謝專科外，其它實際診治(處方)糖尿病的醫師也應鼓勵加入。
- 三、增加院所收案醫師人數：機構規劃衛教人力，提供全院認證醫師的收案服務。
- 四、宣導加入糖尿病醫療給付改善方案：鼓勵就醫的糖尿病病人加入。
- 五、運用第二階段照護：針對收案病人，病情控制良好穩定者，可考慮導入第二階段照護，衛教人員收案數已達飽和或短期因人力問題無法新增收案病人的機構，可斟酌規劃提供第二階段照護，唯此階段的管理費給付較低(追蹤100點、年度300點)。
病人完整參加本方案2年後，提供符合糖尿病照護指引的定期追蹤檢查，另得視病情需要進行衛教服務。但不強制病人參加第二階段照護。
 1. 醫事人員資格如下：限內科、兒科、家醫科、新陳代謝、內分泌、心臟、腎臟專科醫師。除新陳代謝、內分泌、心臟、腎臟專科醫師及原第一階段照護醫師，其他專科醫師需接受中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國糖尿病學會、中華民國糖尿病衛教學會或國健局公布之糖尿病健康促進機構所主辦之糖尿病相關課程8小時，並取得證明。
 2. 限參與第一階段照護之醫療機構方能提供第二階段照護，第二階段照護醫師名單，醫事機構須向本局各分區業務組申請同意。另第一階段照護醫師第一、二階段照護皆可執行。
 3. 病人完整參加本方案2年定義：完整申報新收案(P1407 C) 1次、追蹤(P1408 C) 至少5次、年度評估 (P1409 C) 至少2次。。

附件 B、提升健促機構照護品質之建議

一、落實糖尿病團隊運作

(一) 糖尿病病人應接受由醫師所協調團隊的照護

1. 團隊成員可包括，但不局限於以下人員：醫師、護理師、醫師助理、護佐、營養師、藥師、心理師。
2. 在協同及整合團隊中，病人在照護上扮演主動的角色是必須的 (ADA, 2012)。

(二) 與病人建立合作關係，尊重其文化與期望，由接受持續專業教育的多科別糖尿病團隊架構與提供相關照護，經由糖尿病方案流程計畫方式 (protocol- driven) 安排糖尿病控制與併發症有關的全面性年度檢查，可有效提高盡責度。

(三) 針對血糖、血脂、血壓未達目標者，運用團隊照護，及時並適當的增強生活飲食與(或)藥物治療，可運用的策略包括：

1. 與病人訂定明確的目標。
2. 評估讀寫、運算與文化等障礙，據以調整衛教與處置。
3. 將實證背景指引與臨床資訊系統整合於照護過程中(善用資訊提醒系統)。
4. 將衛教師、護理師、營養師、藥師等整合於照護團隊中。運用上述策略有助於照護者與照護團隊的最佳化，進而改善三高控制。(ADA, 2012)

二、改善照護結果的實務建議

(一) ADA-醫療實務的改變可包括：

1. 安排糖尿病病人看診時段(非新陳代謝科醫師，可安排特別門診時段結合衛教師服務的糖尿病診療時段)
2. 同一天提供多科別照護(醫院安排整合門診)
3. 團隊診療(善用團隊分工)。

(二) ADA-善用醫療資訊系統的改變可包括：

1. 自動提醒的設計(例如提醒眼睛、尿液白蛋白檢查)
2. 收集結果數據運用於品質監測與改善 (CQI)
3. 辨識處於風險的病人(根據風險不同提供照護計畫，例如合併CKD患者加入Early CKD方案或DKD方案)。

4. 欠缺完整資訊系統的單位，可將檢驗數據請檢驗室將數據匯出，可運用Excel之類程式，登記個案資料，亦能達到統計分析效果，數據應至少每季分析一次，才能回饋於臨床改善措施。

(三) IDF-其他改善照護結果的實務建議包括：

1. 建立病人名單與紀錄(健保初診收案、發放糖尿病護照)
2. 門診間隔提供電話聯繫(電話追蹤與回診提醒)
3. 教育病人成為自我管理專家
4. 收集與分析照護數據
5. 結構化的糖尿病衛教(問題導向與課程導向綜合運用、個別與小團體衛教搭配)
6. 運用主動學習的技巧
7. 運用通訊增進衛教的傳遞(利用電子郵件、網路、傳真等方式)。

三、改善照護成效可運用的管理措施

經臨床研究證實可有效下降糖化血色素的管理措施包括：

1. 團隊改變(檢視團隊運作流程與成效，嘗試必要的改變)
2. 個案管理(例如初診、胰島素治療、病情不穩定、血糖控制不良等，團隊須規劃人力與運作方式)
3. 病人提醒(回診與定期檢查提醒)
4. 病人教育(個別與小團體衛教)
5. 電子病患登錄
6. 醫師衛教(醫師加入衛教團隊作業，醫師協助評估衛教需求與重點，協助與病人強調學習自我管理的重要性)
7. 促進臨床訊息傳遞(衛教與處置訊息有效地在團隊成員間傳遞)
8. 自我管理(醫療團隊和病人強調其重要性並賦能)
9. 審查與回饋(個案或團體衛教與處置成效的檢討與改善)
10. 醫師提醒(透過資訊系統或書面提醒病人定期檢查的安排與針對檢查結果的必要介入)

四、持續品質改善：有計畫的定期品管措施，運用PDSA (Plan, Do, Study, Act) 或PSCA (Plan, Do, Check, Act) 循環流程。重視內部與外部 (衛教學會調查與健保品質公開網調查) 評比結果。

附件 C、糖尿病高危險群健康促進建議

一、糖尿病高危險群篩檢策略：

(一) 高危險群收案對象：有糖尿病家族史、血糖異常病史 (IGT、IFG、曾罹患 GDM)、血脂異常者、血壓異常者、過重/肥胖者、抽菸者。其篩檢策略：

1. 40 歲以上者：結合並設法提高目前健保署推動之成人預防保健服務 (血糖、血脂等之檢測) 及國健署三合一 (血壓、血糖、血膽固醇) 篩檢之受檢率。

2. 30 至 40 歲者，提供包裹式的篩檢 (血糖、血脂、血壓、體重等) 服務。

(二) 介入措施：空腹高血糖與口服葡萄糖耐糖量測驗 (OGTT) 異常者，應予造冊，納入衛教追蹤。

二、健康促進方式：

(一) 健康促進項目：飲食、運動、體重控制。

(二) 群體之找尋與進行之方式：

1. 糖尿病家族史者：直接於醫療院所就診之糖尿病病人尋得，較社區容易；其健康促進，可藉由高危險群者帶著家中之糖尿病病人，參與病友團體之運作，學得照顧糖尿病病人及自我預防糖尿病之方法。

2. 曾罹患妊娠糖尿病及肥胖者：結合醫院婦產科、體重控制等門診，較易尋得受檢群體，由於該等群體多屬年輕族群且尚未發病，故其健康促進策略，宜如社區健康營造活動之設計，活潑有趣、簡易、可行，以激發其對糖尿病預防之重視；認知及執行糖尿病預防之行為。

三、成果至少包括：對體重 $BMI \geq 24$ 、高血壓 $BP > 130/85$ 、高脂血症 $T.Cholesterol \geq 200$ or $LDL-C \geq 100$ mg/ dL or $HDL-C$ (男 < 40 、女 < 50 mg/dL) or 空腹 $TG \geq 150$ mg/ dL、飯前血糖 ≥ 100 者之執行成效。

附件 D、糖尿病病友團體運作建議

一、目標：激發糖尿病病友團體動力，發揮團體功能，強化糖尿病病友支持系統，促進糖尿病病友接受疾病及執行自我照護能力，控制好糖尿病。

二、糖尿病病友團體功能

國立陽明大學黃明珠副教授歸納國內外文獻，界定糖尿病病友團體的功能分為下列五大類：

- (一) 情緒之支持：1.糖尿病之歷程與感受 2.糖尿病者之人生觀
- (二) 集體認同：1.生活型態與健康目標 2.自我責任與終身學習
- (三) 照護知能之學習：1.明確可行、立即行動 2.自我實現、友誼支持
- (四) 健康行為之重塑：1.健康行為與健康狀態之改善 2.具體的永續維持機制
- (五) 相關權益的爭取：1.參與糖尿病相關政策的修訂 2.爭取糖尿病相關的福利

三、糖尿病病友團體實施策略如：

- (一) 成員間能有密集式正式或非正式之對話與關懷，如電話、小聚會..等。
- (二) 逐步建構成員間之關懷聯繫網絡及團體運作組織結構，並增強之。
- (三) 成員間能針對團體五大功能之運作或糖尿病自我照護等議題，共同討論，經驗分享及凝聚共識，共同擬定團體總目標或年度目標，發現問題，尋找對策，分工合作，解決問題，不斷相互關懷與影響，不斷共同學習與成長，並控制好糖尿病。
- (四) 結合病友專家篩選與培訓，發揮同伴支持的功能
- (五) 醫療團隊主動加入病友團體運作，或將病友專家納入整體衛教照護策略中，群策群力，共同營造團體照護成效。

四、成果包括：病友團體具體目標及其運作策略，以及目標達成狀況之評值。