# PT-P005 出院與轉銜程序

| 文件編號 | PT-P005 | 版次 | A |
| --- | --- | --- | --- |
| 標題 | 出院與轉銜程序 | 頁次 | 1/4 |
| 擬定 | 物理治療部門 | 核准 | 總院長 |
| 制定日期 | 2024年1月1日 | 實施日期 | 2024年1月1日 |

## 目錄

1. [目的](#目的)
2. [適用範圍](#適用範圍)
3. [權責](#權責)
4. [定義](#定義)
5. [作業流程](#作業流程)
   * 5.1 出院準備評估
   * 5.2 出院計劃制定
   * 5.3 出院前衛教與訓練
   * 5.4 轉銜需求評估
   * 5.5 轉銜計劃制定與執行
   * 5.6 追蹤與回饋
   * 5.7 品質監控與改善
6. [相關文件](#相關文件)

## 1. 目的

本程序旨在規範Ohealth物理治療體系中患者出院與轉銜的標準作業流程，確保患者從住院治療安全順利過渡至門診追蹤、居家照護或其他醫療機構，維持治療的連續性與有效性，減少復發，提高整體醫療服務品質，確保治療成果的持續性。

## 2. 適用範圍

本程序適用於Ohealth物理治療體系內所有住院患者的出院規劃與轉銜服務，包括但不限於以下情境： - 住院患者準備出院返家 - 患者需從住院轉至門診繼續接受物理治療 - 患者需轉介至其他醫療或照護機構 - 患者需轉介至居家照護服務 - 出院後的追蹤與評估服務

## 3. 權責

### 3.1 物理治療部門主管

* 監督出院與轉銜程序的執行情況
* 審核複雜個案的出院與轉銜計劃
* 協調跨部門與跨機構的轉銜合作
* 解決出院與轉銜過程中的重大問題
* 確保出院與轉銜服務符合相關法規與標準

### 3.2 住院物理治療師

* 評估患者出院準備度與轉銜需求
* 制定個別化的出院計劃與轉銜方案
* 提供出院前衛教與訓練
* 完成出院摘要與轉銜文件
* 與相關醫療團隊成員協調合作
* 確保轉銜資訊的完整性與正確性

### 3.3 門診物理治療師

* 接收轉銜患者並審閱轉銜文件
* 依據轉銜計劃安排門診治療
* 評估患者轉銜後的進展情況
* 必要時調整治療計劃
* 回饋轉銜成效給原轉介單位

### 3.4 個案管理師/出院規劃師

* 協調多專業團隊的出院規劃會議
* 整合各專業的出院與轉銜建議
* 協助安排轉銜所需的各項資源
* 聯繫接收機構與服務提供者
* 追蹤轉銜過程及解決可能的障礙

### 3.5 護理人員

* 協助評估患者出院準備度
* 配合執行出院前衛教與訓練
* 確認患者與家屬理解出院指導
* 協助準備出院所需的醫療用品
* 參與多專業出院規劃會議

### 3.6 社工人員

* 評估患者的社會支持系統與資源需求
* 協助申請適當的社會資源與福利
* 提供患者與家屬心理支持
* 協助解決出院與轉銜的社會心理障礙
* 連結社區資源與支持系統

### 3.7 品質管理人員

* 定期稽核出院與轉銜程序執行情況
* 收集與分析出院與轉銜相關品質指標
* 協助制定與實施改善計劃
* 監測轉銜失敗率與再入院率

## 4. 定義

### 4.1 出院

指患者完成住院治療，離開醫院返家或轉至其他照護機構的過程。包括出院評估、出院計劃制定、出院準備與出院後的追蹤。

### 4.2 出院準備度評估

指評估患者是否已達到安全出院的標準，包括病情穩定度、自我照顧能力、家庭支持系統、居住環境適合度等。

### 4.3 轉銜

指患者從一種醫療照護模式或機構轉換至另一種模式或機構的過程，如從住院轉至門診、從急性照護轉至復健照護、從醫院轉至長期照護機構等。

### 4.4 轉銜計劃

指為確保患者在照護轉換過程中獲得連續性照護所制定的計劃，包括轉銜評估、轉銜準備、資訊交換、服務安排與追蹤等。

### 4.5 多專業團隊

指由不同專業背景的醫療與照護人員組成的團隊，包括但不限於醫師、護理師、物理治療師、職能治療師、語言治療師、社工師、營養師等。

### 4.6 出院摘要

指總結患者住院期間治療評估結果、治療過程、達成目標與出院時功能狀態的書面文件，作為轉銜資訊交換的重要工具。

### 4.7 再入院

指患者出院後在特定時間內(通常為7天或30天)因相同或相關診斷再次入院。再入院率常被用作評估出院計劃適當性的品質指標。

## 5. 作業流程

### 5.1 出院準備評估

#### 5.1.1 出院時機評估

* 評估患者治療目標達成情況：
  + 複查住院治療計劃中設定的目標
  + 評估目標達成的程度與品質
  + 考量未達成目標的影響與風險
  + 評估繼續住院治療的邊際效益
* 評估患者病情穩定度：
  + 生命徵象穩定
  + 疼痛控制情況
  + 感染風險評估
  + 其他醫療風險評估
* 功能性評估：
  + 基本自理能力(如進食、盥洗、穿衣、如廁)
  + 移動能力(如步行、轉位、上下樓梯)
  + 平衡能力與跌倒風險
  + 特定功能性活動能力(依個案需求)

#### 5.1.2 居家環境與支持系統評估

* 家庭成員資源評估：
  + 主要照顧者識別與能力評估
  + 家庭成員支持度與配合度
  + 家庭照顧者負荷評估
  + 照顧知識與技能準備度
* 居家環境評估：
  + 住家無障礙環境評估
  + 安全風險評估(跌倒風險等)
  + 環境適應需求評估
  + 必要輔具與設備評估
* 社區資源評估：
  + 可用的社區醫療資源
  + 長期照護服務可及性
  + 交通便利性評估
  + 經濟支持與保險狀況

#### 5.1.3 轉銜需求初步評估

* 後續照護需求評估：
  + 持續物理治療需求
  + 其他專業治療需求
  + 護理需求
  + 藥物管理需求
  + 營養與飲食需求
* 轉銜類型判定：
  + 住院至門診
  + 住院至居家照護
  + 轉院至其他醫療或照護機構
  + 出院後定期追蹤
* 多專業評估需求判定：
  + 確認需要參與評估的專業人員
  + 安排必要的專科會診
  + 規劃多專業團隊會議

### 5.2 出院計劃制定

#### 5.2.1 多專業團隊會議

* 會議準備：
  + 整合各專業評估結果
  + 準備患者相關資料
  + 邀請相關專業人員參與
  + 安排患者與家屬參與(適當時)
* 會議內容：
  + 各專業報告評估結果
  + 討論出院安全考量
  + 評估轉銜方案選擇
  + 確認出院與轉銜時間
  + 制定協調性照護計劃
* 任務分配：
  + 確認各專業負責的出院準備項目
  + 指定主要協調人員
  + 設定任務時程與完成標準
  + 確認溝通機制與追蹤方式

#### 5.2.2 個別化出院計劃編寫

* 出院計劃內容：
  + 出院目標與預期結果
  + 出院時間與條件
  + 出院後功能限制與注意事項
  + 居家運動與自我管理計劃
  + 輔具與適應性設備需求
  + 家庭環境調整建議
  + 出院後飲食與藥物指導
  + 異常情況處理指導
  + 複診與追蹤安排
* 計劃確認流程：
  + 由主治醫師審核
  + 物理治療部門主管審核
  + 個案管理師/出院規劃師整合
  + 與患者及家屬確認溝通

#### 5.2.3 出院計劃納入醫療記錄

* 文件化流程：
  + 將出院計劃存檔於病歷系統
  + 確保所有團隊成員可以查閱
  + 連結相關評估文件
  + 更新患者總體照護計劃
* 出院時間確認：
  + 根據計劃確定出院日期
  + 通知相關人員與部門
  + 安排必要的出院手續
  + 確認轉銜準備完善

### 5.3 出院前衛教與訓練

#### 5.3.1 患者與家屬衛教

* 衛教內容：
  + 疾病與功能障礙認識
  + 出院後活動限制與注意事項
  + 疼痛管理策略
  + 異常狀況識別與處理
  + 正確使用藥物指導
  + 何時及如何尋求醫療協助
  + 出院後複診安排說明
* 衛教方式：
  + 一對一口頭指導
  + 書面衛教資料提供
  + 視聽媒體輔助教學
  + 實際操作示範與回示
  + 分階段進行以確保理解
* 衛教效果評估：
  + 使用教學回饋技巧確認理解
  + 請患者或家屬回示重要內容
  + 以測驗或情境題評估理解程度
  + 記錄衛教過程與成效

#### 5.3.2 居家運動與自我管理訓練

* 居家運動計劃制定：
  + 根據患者能力與需求設計
  + 確保安全性與可行性
  + 設定適當運動強度與頻率
  + 提供漸進式進階計劃
* 運動技巧訓練：
  + 詳細示範正確動作技巧
  + 監督患者實際操作並給予回饋
  + 糾正不當姿勢與技巧
  + 提供視覺輔助工具(如照片、影片)
* 自我管理能力培養：
  + 症狀自我監測技巧
  + 活動量自我調整方法
  + 自我進展評估方法
  + 設定適當的自我管理目標
  + 解決問題能力培養

#### 5.3.3 輔具使用與環境適應訓練

* 輔具選擇與取得：
  + 評估適合的輔具類型與規格
  + 提供取得輔具的資源資訊
  + 協助申請補助或租借服務
  + 確保輔具安全性與適合度
* 輔具使用訓練：
  + 示範正確使用方法
  + 監督患者實際操作並糾正
  + 指導輔具的保養與檢查
  + 說明何時需要調整或更換
* 環境適應訓練：
  + 居家環境中實際操作演練
  + 模擬家庭生活情境的功能訓練
  + 指導家庭環境的安全調整方法
  + 跌倒預防策略訓練

### 5.4 轉銜需求評估

#### 5.4.1 後續照護需求詳細評估

* 物理治療後續需求評估：
  + 評估持續物理治療的類型、頻率與期限
  + 確定適合的物理治療模式(門診、居家、遠距)
  + 評估專業需求與專科需求
  + 評估設備與環境需求
* 多專業照護需求評估：
  + 護理照護需求
  + 職能治療需求
  + 言語治療需求
  + 營養諮詢需求
  + 心理諮商需求
  + 其他專業介入需求
* 長期照護評估：
  + 長照等級評估
  + 日常生活活動需求
  + 長期輔具需求
  + 居家環境改造需求
  + 社會資源連結需求

#### 5.4.2 轉銜資源評估

* 機構資源評估：
  + 識別適合的轉銜機構選項
  + 評估機構服務內容與專業能力
  + 評估地理位置與交通便利性
  + 確認床位或服務可用性
  + 評估費用與保險給付情況
* 居家資源評估：
  + 評估居家照護服務可及性
  + 確認居家環境安全性與適合度
  + 評估家庭照顧者資源與能力
  + 確認居家醫療設備需求與可及性
* 社區資源評估：
  + 確認可用的社區復健資源
  + 評估社區支持團體
  + 確認交通協助服務
  + 評估其他社區支持服務

#### 5.4.3 轉銜模式決策

* 轉銜方案選擇考量因素：
  + 患者醫療與功能需求
  + 資源可及性與便利性
  + 患者與家屬偏好
  + 成本與保險給付
  + 連續性照護的最佳實踐
* 轉銜方案討論：
  + 與患者及家屬討論可行方案
  + 說明各方案的優缺點
  + 提供必要的資訊以做出決策
  + 尊重患者自主選擇
  + 記錄討論過程與決策結果
* 轉銜方案確認：
  + 確認最終選擇的轉銜方案
  + 記錄於出院計劃中
  + 通知相關團隊成員
  + 開始進行轉銜準備

### 5.5 轉銜計劃制定與執行

#### 5.5.1 轉銜文件準備

* 出院摘要準備：
  + 基本病史與診斷資訊
  + 住院期間治療內容與進展
  + 目前功能狀態與評估結果
  + 持續存在的問題與限制
  + 已達成與未達成的治療目標
  + 使用中的輔具與設備
  + 目前用藥情況
* 轉銜建議準備：
  + 建議的後續治療計劃
  + 具體治療目標與方向
  + 特殊考量與注意事項
  + 有效治療方法與技術建議
  + 不建議使用的治療方法
  + 療效監測指標建議
* 其他必要文件：
  + 相關醫療檢查報告
  + 影像學資料
  + 居家運動與自我管理計劃
  + 輔具處方與建議
  + 跨專業照護計劃

#### 5.5.2 轉銜協調與銜接

* 接收單位聯繫：
  + 初步電話或電子郵件聯繫
  + 確認接收意願與能力
  + 討論患者特殊需求
  + 安排適當的轉銜時間
  + 確認必要的前置準備
* 服務安排與預約：
  + 安排首次轉銜評估或治療時間
  + 確認服務提供者與聯絡方式
  + 提供必要的轉介單或處方
  + 安排轉銜所需的交通方式
  + 確認保險或給付事宜
* 資訊傳遞：
  + 安全傳送轉銜文件
  + 確認文件接收完整性
  + 必要時提供口頭說明
  + 回答接收單位的問題
  + 建立持續溝通管道

#### 5.5.3 患者與家屬轉銜準備

* 轉銜資訊溝通：
  + 說明轉銜計劃細節
  + 提供接收單位資訊與聯絡方式
  + 說明預期的服務內容與流程
  + 說明患者與家屬的權利與責任
  + 解答相關問題與疑慮
* 轉銜物流安排：
  + 確認轉銜日期與時間
  + 安排適當的交通方式
  + 準備必要的個人物品
  + 確認醫療用品與設備轉移
  + 準備轉銜期間所需藥物
* 心理準備與支持：
  + 處理轉銜焦慮
  + 建立實際期望
  + 鼓勵積極參與
  + 提供必要的心理支持
  + 連結支持資源

### 5.6 追蹤與回饋

#### 5.6.1 出院後追蹤計劃

* 追蹤時程安排：
  + 出院後3-7天進行首次追蹤
  + 根據風險等級設定後續追蹤頻率
  + 轉銜至新機構後1-2週追蹤轉銜效果
  + 設定長期追蹤時間點
* 追蹤方式選擇：
  + 電話追蹤
  + 視訊追蹤
  + 回診追蹤
  + 居家訪視
  + 電子問卷追蹤
* 追蹤內容設計：
  + 功能狀態追蹤
  + 症狀變化追蹤
  + 居家運動執行情況
  + 輔具使用情況
  + 新問題或困難
  + 轉銜服務滿意度

#### 5.6.2 追蹤執行與問題處理

* 追蹤執行：
  + 依計劃進行追蹤聯繫
  + 使用標準化追蹤表格
  + 記錄追蹤發現與結果
  + 評估轉銜成效與病患適應情況
  + 確認後續照護計劃執行情況
* 問題發現與處理：
  + 識別追蹤中發現的問題
  + 評估問題嚴重性與緊急度
  + 提供遠距諮詢與指導
  + 必要時協調解決方案
  + 轉介適當資源或服務
  + 安排必要的面對面評估
* 結果回饋與記錄：
  + 將追蹤結果記錄於系統
  + 回饋原治療團隊
  + 必要時更新照護計劃
  + 安排後續追蹤或介入

#### 5.6.3 轉銜效果評估

* 短期轉銜效果評估：
  + 評估轉銜過程順暢度
  + 信息傳遞完整性評估
  + 患者與家屬滿意度評估
  + 初期適應情況評估
  + 發現的問題與改善機會
* 長期轉銜效果評估：
  + 治療連續性維持情況
  + 功能維持或改善程度
  + 再入院或急診就醫情況
  + 患者長期滿意度
  + 治療目標達成情況
* 系統性回饋：
  + 收集接收機構的回饋意見
  + 分析轉銜成功與失敗案例
  + 識別系統性改善機會
  + 回饋至出院與轉銜流程優化

### 5.7 品質監控與改善

#### 5.7.1 品質指標監測

* 過程指標監測：
  + 出院計劃完成率
  + 出院衛教完成率
  + 轉銜文件完整率
  + 多專業團隊會議執行率
  + 追蹤計劃執行率
* 結果指標監測：
  + 計劃外再入院率
  + 出院後急診就醫率
  + 轉銜失敗率
  + 患者與家屬滿意度
  + 功能維持或改善率
* 資料收集與分析：
  + 系統性資料收集機制
  + 定期資料統計與分析
  + 趨勢監測與比較
  + 問題識別與原因分析
  + 建立基準與設定改善目標

#### 5.7.2 持續改善機制

* 定期審核與檢討：
  + 月度出院與轉銜報告審核
  + 季度品質指標分析會議
  + 年度出院與轉銜流程檢討
  + 不良事件或失敗案例回顧
* 改善計劃實施：
  + 根據品質監測結果擬定改善計劃
  + 使用PDCA循環進行改善
  + 更新相關作業標準與流程
  + 提供必要的教育訓練
  + 強化跨部門與跨機構合作
* 最佳實踐分享：
  + 識別與記錄成功案例
  + 分析成功因素與策略
  + 標準化有效的做法
  + 在組織內分享成功經驗
  + 必要時進行流程再造

## 6. 相關文件

### 6.1 上階文件

* QM-M001 Ohealth品質手冊
* QM-P001 文件控制程序
* QM-P002 記錄控制程序
* QM-P004 不符合項處理程序
* QM-P005 矯正預防措施程序

### 6.2 平行文件

* PT-P001 門診服務流程程序
* PT-P003 治療實施程序
* PT-P006 治療安全管理程序
* PT-P008 住院患者服務流程程序
* QM-P007 設備管理程序
* CS-P001 客戶滿意度調查程序

### 6.3 下階文件

* PT-I001 肌肉骨骼評估指導書
* PT-I003 徒手治療指導書
* PT-I004 運動治療指導書
* PT-I005 物理因子治療操作指導書
* PT-I007 呼吸物理治療指導書

### 6.4 表單

* PT-F001 物理治療評估表
* PT-F002 治療計劃表
* PT-F003 病患進展記錄表
* PT-F005 治療結案摘要表
* PT-F006 出院計劃檢核表
* PT-F007 出院後追蹤表
* PT-F008 轉銜服務評估表
* PT-F009 居家環境評估表
* CS-F001 顧客滿意度調查表
* QM-F003 異常事件報告表