

## 一條龍無縫接軌 全人照護不間斷

臺北榮總內科部 全人整合醫學科 張景智主任

陳先生家中二位 61 歲及 67 歲長輩，每人需到二至三個專科門診就醫，除例行門診開立慢性處方籤，若包含各種檢查，兩位長輩一個月就醫次數最高達十次。陳先生行事曆中密密麻麻寫滿長輩就醫時間、檢查日期、預約無障礙巴士及工作請假等事宜，為接送長輩就醫不停奔波勞累。二位長輩加入臺北榮總「住院整合暨醫療銜接照護計畫」（圖一）後，由整合醫學科統整門診及住院事宜，簡化就醫次數至三個月一次，大幅減少往返醫院的時間與經濟成本，提供從醫學中心到基層醫療院所，一條龍無縫接軌的就醫服務。

臺北榮總全人整合醫學科張景智主任表示，臺灣已步入高齡化社會，年長病人多半有多重慢性疾病，需要不同專科醫師診治，導致其頻繁往返醫療院所。為因應現代醫療體系中跨科別及病人多重共病症的需求，臺北榮總成立全人整合醫學科，積極推動「住院整合暨醫療銜接照護計畫」。

張景智主任說明，全人整合醫學科不以高齡病人為限，主要以幫助門診病人，在一個科別就能解決多重科別常見的慢性疾病，簡化就醫流程，對於多重慢性病、經常性住院或急診轉入的住院病人，採雙主治醫師制，由醫學中心與基層醫療院所醫師合作照護（圖二），出院後依病人需求，定期於整合門診就醫，或轉銜至居家鄰近的社區醫療院所進行長期追蹤；病人狀況不佳，可經由綠色通道快速安排至臺北榮總急診或住院治療。住院後接受多專科多專長團隊照護，一次性解決多重共病症醫療需求（圖三）。聯結社區醫療院所與醫院，為病人建立溝通管道，達到整合性照護及分級醫療的目標，將醫療資源有效運用。此計畫服務人次逐年增加，至今已超過 1300 位住院病人成功納入轉銜醫療計畫。

臺北榮總「住院整合暨醫療銜接照護計畫」，突破科別與醫療院所的藩籬，從醫學中心延伸到社區醫療，提供持續性的醫療照護。除了與北投社區醫療群結盟，隨著經驗累積，不斷擴大服務區域，同時納入七家分院、地區醫院、雙北社區醫療群及北區榮譽國民之家，目前累積高達 29 家醫療院所參與（圖四）。

### 參考資料

臺北榮總全人整合醫學科前身為「專責主治醫師病房」，參考美國「全人醫療照護制度（Holistic Care）」，由多位次專科主治醫師、多元專長專科護理師、護理師、營養師、藥師及心理師組成團隊，突破次專科科別間的盲點，一次性解決多重共病症的照護需求，讓主治醫師與專科護理師專注且花費更多時間於照顧住院病人，此項制度於民國 107 年獲得國家 SNQ 認證。COVID 疫情期間，充分發揮緩解急診壅塞的重要角色，更與時俱進，因應 109 年「病人自主權力法」的實施，納入預立醫療諮商（Advance Care Planning, ACP）項目，使全人醫療照護制度更加完整。

衛福部為改善醫療體系不同科別間信息不連貫和協作不足的盲點，導致病人在不同醫療院所或科別之間的醫療照護中斷，推出「轉銜醫療照護計畫」，希望提供更順暢和連貫的醫療照護，確保病人的醫療資訊和治療計畫能夠無縫轉移與共享。



(圖一)「住院整合暨醫療銜接照護計畫」收案流程



(圖二) 醫學中心與基層醫療院所，雙主治醫師合作照護住院病人



(圖三) 多專科多專長團隊，一次性解決多重共病症醫療需求。  
張景智主任(右5後排)



(圖四) 攜手基層醫療院所，轉銜醫療更完善