國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院

111 年腎臟病照護團隊年度工作計畫書暨成果報告

112 年 01 月 31 日腎臟病照護團隊會議通訂

壹、腎臟病照護團隊年度目標：

一、工作目標：

(一) 偕同品質管理中心規劃落實2022年度品質提升計畫。

成果說明：每年與品管中心共同監測疾病認證必要品質管理項目，慢性腎臟疾病照護品質指標未達目標之項目。除進行檢討改善外，將列入112年持續監測。透析照護品質指標在「降低腹膜透析病人腹膜炎發生率」項目未達目標，已進行專案改善；全部指標都定期在腎臟科會及照護團隊會議中報告。

(二) 根據照護現況及國際指引修正現有慢性腎臟病衛教資料及治療指引。

成果說明：111年腎臟科科會修訂鐵劑使用原則，已放在KM系統提供查閱。

(三) 偕同品質管理中心持續推動慢性腎臟病醫病共享決策(SDM)。

成果說明：

1.111年運用Redcup系統監測啟動及完成名單，並且每季於腎臟科跨團隊會議報告。

成果說明：110年，完成率39.07%；111年，完成率55.05%，成長15.98%。

年份	111	110
總數	178	151
腎臟移植	0	1
腹膜透析	28	28

血液透析	62	25
安寧緩和	8	5

2.參加醫策會「111年醫病共享決策(SDM)醫療機構實踐運動-臨床運用組」競賽，榮獲「優秀團隊獎」及「創新獎」。

(四) 接受醫策會腎臟疾病照護品質認證實地訪查。

成果說明：1.110年09月28日接受腎臟病照護服務品質認證，並於111年1月11日領證，效期至113年12月31日止，持續追蹤品質監測，定期於會議中報告。

2.參加111年11月29日醫策會腎臟疾病照護品質認證領證典禮。



(五) 依據照護現況持續推動腎臟切片檢查治療項目

成果說明：111年腎臟切片數量18件，持續提高檢查人數，優化檢查流程，減少術後併發症。

二、規劃目標：

(一) 建立慢性腎臟病的完整照護流程，並結合多專業跨領域的團隊合作，使得慢性腎臟病病人從基層到台大雲林醫院可以接受即時、順暢而完整的照護。

成果說明：腎臟病完整照護流程持續在KM系統提供查閱。

(二) 討論並設置腎臟病人住院照護流程並追蹤出院後腎臟科門診

就診，以提高出院後病人接續腎臟科門診比率。

成果說明：腎臟病完整照護流程，並且每季於腎臟科跨團隊會議報告。

貳、品質提升成果：慢性腎臟疾病照護品質指標(已完成)

品質管理項目	監測月份	111 年目標值	評核結果												檢討與改善
			1 月	2 月	3 月	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	平均	
1.每季接受營養評估及衛教執行率	1-12	40%	50%	55%	57%	35%	39%	33%	35%	36%	36%	41%	49%	42%	42.1%	達目標值
2.末期腎病治療模式衛教完成率	1-12	60%	70%	56.2%	50%	81%	33%	25%	87.5%	75%	88%	100%	100%	73.3%	72.2%	達目標值標 5 至 6 月指標驟降，於 1110726 核心團隊會議進行原因分析說明。
3. CKD 分期改善百分比	3.6.9.12	6%			9.1%			9.5%			7.3%			11.3%	9.3%	達目標值。
4.接受個案管理照護模式執行率	1-12	40%	48.1%	46%	50.9%	48.2%	53.9%	50.3%	48.4%	53.2%	51.1%	55.5%	51%	50.8%	50.7%	達目標值。
5.接受腎臟病自我管理衛教百分比	1-12	80% 7 月後下修至 75%	78.4%	63.2%	76.9%	76.9%	76.2%	64.7%	81.5%	64.6%	83.3%	90%	81.1%	93.8%	77.5%	達目標值。 因疫情升溫，於 7 月 PDCA 下修閾值至 75%。

參、品質提升成果：透析照護品質指標(已完成)

品質管理項目	監測月份	111 年目標值	評核結果												檢討與改善
			1 月	2 月	3 月	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	平均	
1.降低血液透析病人瘻管重建率	1-12	0.27 次/百人月	0 次/百人月	0.5 次/百人月	0 次/百人月	0 次/百人月	0 次/百人月	0.4 次/百人月	0.5 次/百人月	0 次/百人月	0.88 次/百人月	0 次/百人月	0 次/百人月	0 次/百人月	0.27 次/百人月	達目標值
2.降低血液透析門診/住院病人人工腎臟凝固率	1-12	0.5/6.5%	0.05%/0.05%	0.16%/7.9%	0.15%/4.1%	0.15%/5.4%	0.15%/8.3%	0.21%/8.2%	0.26%/4.4%	0.25%/8.6%	0.15%/4.5%	0.15%/4.8%	0.05%/7.4%	0.15%/6.3%	0.16%/6.3%	達目標值
3.提升血液透析/腹膜透析病人血色素≧10.0g/dl	1-12	65%	66.74%	70.96%	70.03%	71.76%	72.6%	66.25%	72.73%	76.92%	71.56%	65.21%	69.33%	66.8%	66.4%	已達目標值，持續追蹤。
4.提升血液透析/腹膜透析病人白蛋白≧3.5g/dl 之比率	1-12	88%/82%	92.6%/72.7%	91.2% 74.2/%	88.8% 75/%	90.1% 72.1/%	91.3% 67.6/%	89%/69%	90% 71.4/%	90.1%/77.1%	86.1% 76.4/%	87.1%/78.1%	87.5%/91.4%	92.8%/88.9%	89.7%/73.1%	達目標值
5.降低腹膜透析病人腹膜炎發生率	1-12	≦1.34 次/百人月	1.5 次/百人月	0 次/百人月	1.4 次/百人月	0 次/百人月	2.8 次/百人月	1.4 次/百人月	0 次/百人月	0 次/百人月	1.4 次/百人月	2.7 次/百人月	4.2 次/百人月	4.1 次/百人月	1.6 次/百人月	未達目標值，以專案進行改善。
6.降低腹膜透析病人導管出口感染率	1-12	≦0.73 次/百人月	0 次/百人月	1.6 次/百人月	0 次/百人月	0 次/百人月	1.4 次/百人月	0 次/百人月	0 次/百人月	1.4 次/百人月	0 次/百人月	1.3 次/百人月	1.4 次/百人月	2.7 次/百人月	0.8 次/百人月	未達目標值，持續改善。