附件四

國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院

腎臟病照護團隊發展暨品質提升計畫

110 年 01 月 26 日腎臟科科會通過
110 年 12 月 21 日腎臟科科會通過
112 年 01 月 31 日腎臟科科會通過
113 年 01 月 23 日腎臟科科會通過

壹、背景

慢性腎臟病一直是重要的醫療及公衛課題，多年來臺大醫院雲林分院投注大量醫療資源，期望改善在台灣中南部的末期腎臟病及透析盛行率和發生率，因此，本院積極參與衛福部「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-end stage renal disease，Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫」及「全民健康保險初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」，於 2020 年獲得腎臟病健康促進機構認證， 2023年同跨職類藥師進行腎臟病藥事照護，以及協助執行糖尿病合併初期慢性腎臟病(Diabetic kidney disease，DKD)計畫，2024年為推動急性腎損傷(Acute kidney injury，AKI)照護品質，執行急性腎臟病(Acute kidney disease，AKD)照護計畫，建立腎臟病團隊共同照護模式。

本院經由跨專業領域團隊提供整合性、連續性的照護，對於腎功能的惡化、死亡率的降低、與醫療支出已有顯著的改善。此外，本院亦致力於加強腎臟疾病照護的早期診斷與照護指導，也運用電子媒體及走入社區，除去就醫不便之挑戰，延緩偏鄉年長者日後發展成慢性腎臟病的病程。

貳、發展目標

為進一步精進本院對於腎臟病人之照護能力，提出下列發展目標：

一、短期目標(時程2023年-2024年)

(一) 協助DKD計畫執行。

(二) 推動急性腎病照護品質。

(三) 推廣共享決策模式。

(四) 優化腎臟替代治療模式。

(五) 推動腎臟移植登錄率。

(六) 定期修訂血液透析室緊急疏散及應變作業程序及執行狀況檢核。

(七) 推動腎臟安寧治療照護。

二、中期目標(時程2025年-2026年)

(一) 慢性腎臟病防治由個人推廣至社區。

(二) 慢性腎臟病防治由社區至校園持續推動。

三、長期目標(時程2027年-2030年)

(一)成立腎臟病照護中心。

參、執行計畫

短期：

一、優化腎臟病照護品質

(一) 定期召開跨職類核心照護團隊會議。

(二) 持續更新本院腎臟病臨床照護指引。

(三) 腎臟病團隊持續性照護管理模式。

(四) 強化核心照護團隊職前與在職教育練。

(五) 提升個案管理照護涵蓋率。

(六) 持續監測品質指標及推動臨床稽核。

(七) 推動品質改善專案：參與院內舉辦之品管競賽活動，包括：全面品質提升成果發表會、醫病共享決策成果發表會。

二、強化急性腎病照護品質

本院提供 24 小時急重症透析，並提供持續緩慢低效率血液透析(Sustained low efficiency dialysis，SLED)及持續緩慢低效率血液透析過濾(Sustained low efficiency dialysis diafiltration，SLED-f)。針對急性腎損傷訂立急性腎損傷的照護準則，加強與重症單位溝通與聯繫，並與重症單位定期舉辦相關透析教育訓練，2024年執行AKD照護計畫，建立腎臟病跨團隊共同照護。

三、推廣共享決策模式(Share Decision Making)

腎臟病照護團隊於 2020 年開始執行醫病共享決策(Shared decision making，SDM)，目前針對末期腎疾病前期病人面對腎臟替代療法選 擇，制定「我該透析了嗎？談透析治療選擇」，設定 SDM 執行過程，達成共識，設計醫療決策輔助工具，利用工具及溝通技巧，由專人(醫師、個案個管師、腹膜透析護理師)依病人需求，引導

病人表達自己的想法，彼此討論，共同達成符合病人偏好的醫療選擇。病人利用 PDA決策輔助工具，完成決策紀錄及滿意度調查。於2020 年 10 月團隊優化SDM 推動模式改由資訊化上線，結果上傳至醫院管理平台，執行分析調查，依據分析結果於科務會議進行討論及修正。將持續推廣 SDM，以病人為中心的最佳醫療決策目標。

四、優化腎臟替代治療模式

(一) 優化血液透析治療模式

斗六院區血液透析室自2004年與雲林分院同時改制成立，因應醫療服務量能之增加，於2007年成立虎尾院區，依感染管制原則將肝炎病人分區、分床透析。斗六院區總床數40床、虎尾院區30床，提供門診、急診、及住院透析，每位護理人員平均照護門人病人3-4人，住院或急診最多3人。除多元化之透析治療模式外，腎臟科亦有雙重過濾血漿分離術、血漿交換術等治療，建構全方位血液淨化治療模式。針對病人安全及透析品質之監控，均有專責性之會議定期研討。針對透析的各種構面每年提出新的改善專案，希望能精進同仁的透析照護品質，以增進病人福祉。

(二) 優化腹膜透析治療模式

本院腹膜透析成立於2005年6月，迄2023年12月有61病人，其中透析時間最長者為12年。

1、開立兩院區透析衛教時段：慢性腎臟病人及家屬可與腹膜透析護理師當面溝通，增進對腹膜透析的認識及接受度。

2、利用病人每月返診接受腹膜功能檢查，給予實際查檢洗手衛生及腹膜透析換液技術操作，以確認病人及家屬腹膜透析技術操作之正確度，以降低腹膜炎及導管出口處感染之情形。

3、每月舉辦腹膜透析病人案例討論會：針對腹膜透析病人之照護進行討論，且每年針對特定項目提出相關改善方案。

五、推動腎臟移植登錄率

本院雖無腎臟移植之照護項目，但以病人為中心，且為達慢性腎臟病病人均仍充分瞭解腎臟替代療法，進入首次透析病人，透析室護理人員給予說明各治療模式之優缺點及相關內容，其中腎臟移

植是末期腎臟病病人目前已知最佳治療方式，不只改善生活品質，也明顯提高病人之存活率，故血液透析室及腹膜透析室針對 55 歲以下之透析病人，鼓勵腎臟移植登錄並主動提供腎臟移植醫院等相關資訊給個案參考。

六、定期修訂血液透析室緊急疏散及應變作業程序及執行狀況檢核。

因應發生緊急災害事件時（如複合式災害，針對透析病人訂立相關緊急疏散及應變作業程序，並且定期檢核及檢討，舉辦相關演練及建立備援計畫。

中期：

一、慢性腎臟病防治由個人推廣至社區

雲林縣人口老化程度為全國第二位，且地處偏鄉，交通不便，基礎資源多有不足；造成此地區民眾缺乏基礎的健康認知及對自我健康的照護能力。希望能落實腎病防治、推動腎臟病照護計畫於鄉里。

(一) 提升民眾對慢性腎臟病的健康識能：結合本院醫師、基層醫療群醫師等，共同「深入社區」，將腎臟病防治衛教資訊帶入社區中，提升民眾對腎臟病的健康知能，強化社區端對於慢性腎臟病的防治能力。

(二) 參加長青食堂計畫：加入各鄉鎮社區，服務年長者及偏鄉地區。

(三) 設計慢性腎臟病衛教手冊與單張：提供衛教手冊或單張予慢性腎臟病人、高危險族群與一般大眾，讓民眾在慢性腎臟病意識之提升有所助益。

(四) 開發互動式衛教模式。

二、慢性腎臟病防治由社區推廣至校園

任何教育應必須從小開始，尤其是健康保健認知，因而提供指導基礎的健康認知及對自我健康的照護能力。落實腎病防治、推動腎臟病照護計畫於校園中。

(一) 提升學生對慢性腎臟病的健康識能：結合本院醫師、基層醫療

群醫師等，共同「深入校園」，將腎臟病防治衛教資訊帶入校園中，提升學生對腎臟病的健康知能，強化教育端對於慢性腎臟病的防治能力。

(二) 設計適合各年齡層的慢性腎臟病衛教手冊與單張：提供衛教手冊或單張，以幫助提升學生慢性腎臟病意識。

(三) 開發適合各年齡層的互動衛教模式。

長期：

一、成立腎臟病照護中心

長遠的目標是成立臺大雲林醫院腎臟病照護中心，此中心是針對腎臟相關疾病所設立的整合性專業醫療中心。藉由空間整合及跨科別共同照護的概念，結合腎臟內科包括血液透析室、腹膜透析室、慢性腎臟病衛教室、一般外科、心血管外科及相關科室、加護病房等單位，提供以病人為中心、整合式、連續性的臨床照護，為腎臟疾病照護奠定最優質的永續發展基石。