

高齡髖關節骨折整合治療試辦計畫

壹、依據

- 一、因應我國於 2025 年正式邁入超高齡社會，高齡人口快速增加所衍生之骨質疏鬆、跌倒及衍生之脆弱性骨折與後續之失能與照護問題。
- 二、配合衛生福利部推動健康臺灣、高齡健康照護、長期照顧十年計畫 2.0 及健康老化政策。
- 三、配合全民健康保險推動整合照護(Integrated Care)、以病人為中心照護(Patient-Centered Care)及價值導向醫療(Value-Based Healthcare)政策。
- 四、參考國際 Fragility Fracture Network(FFN)、Orthogeriatric Co-management、Fracture Liaison Service(FLS)及 OECD 國家高齡髖關節骨折照護模式。
- 五、建立高齡髖關節骨折整合照護示範模式，作為未來健保支付制度及全國推廣之參考依據。

貳、計畫說明

根據國發會的人口推估資料，台灣 65 歲以上的人口比率已於 2025 年超過 20%，正式邁入超高齡社會，到 2050 年預估將達 36%。在超高齡社會中衍生的醫療與照護需求勢必對社會造成深遠衝擊。當中，高齡髖關節骨折(hip fracture)是最具代表性的挑戰之一，它不僅是醫療處置的問題，更是家庭、社會與公共政策必須共同面對的公共衛生問題。高齡髖部骨折是一個可預防、可改善的公共衛生挑戰，我們應推動制度由「損益導向」轉為「價值導向」：以病人預後、社會效益為中心，建立兼具公平與效率的照護模式。

目前國際醫界對於高齡髖關節骨折的照護模式已逐步形成一致共識：單一的急性手術處置不足以應對其所帶來的多重挑戰，必須透過「整合照護路徑(Integrated Care Pathway)」提升預後與效率。核心包括：

- 1.手術時程加速：多數國家倡議骨折後 48 小時內完成手術，可有效降低併發症與死亡率。
- 2.骨科與老年醫學科共同照護(Orthogeriatric Co-management)：強調術前評估、術後併發症預防與全人照護。此種模式已在多項研究中展現良好成

果。根據台灣陳志輝醫師 2022 年發表於《BMC Geriatrics》的研究，整合照護不僅顯著提升骨密度檢測與骨鬆治療比例，也大幅降低院內死亡率與急性期醫療成本。另一方面，日本 FFN 報告指出，在實施 Orthogeriatric Co-management 後，一年內死亡率降至 12.6%、平均住院天數從 36 天下降至 21 天，且術後功能恢復率與抗骨鬆藥物使用率皆明顯上升。此模式已被日本厚生勞動省納入補助與指引，證明其在臨床與政策層面皆具高效益與可行性。

- 3.骨折後追蹤服務：由專責人員確保骨鬆治療與跌倒預防措施的延續，降低再次骨折風險。
- 4.復能導向的跨領域照護：出院後由物理治療師、營養師、長照單位共同協作，提升病人生活自理能力。
- 5.建立品質指標與財務誘因：國際實務顯示，唯有將照護品質與報酬機制綁定，方能確保政策落實。

整合照護方案的實施已在多國展現顯著成果，例如日本發表的醫學期刊研究指出，導入跨科整合治療後，住院天數可縮短 15%，一年內死亡率下降逾 20%，病人術後三個月內恢復行走比例也大幅提升。日本厚生勞動省近期發布的政策建議草案，更明確主張將高齡髖骨折病人納入地區醫療整合網絡，並建立中央追蹤資料庫與照護指標，作為資源分配與績效獎勵依據。

這些成果顯示，整合照護模式的重要性在於：

- 減少手術延誤與醫療併發症，提升短期存活率
- 結合急性期與長照資源，減輕家庭照顧壓力
- 促進功能回復與自立能力，降低長照機構依賴
- 建立系統性品質指標與資料追蹤，有助政策決策與資源配置

因此，整合治療不只是臨床選擇，而是面對老齡化社會時不可或缺的健康治理策略。

參、目的

- 一、跨團隊「以病人為中心的全人照護(Holistic Patient-Centered Care)」運作模式，將院內各職類做水平整合，從急診開始，對高齡髖關節骨折之病人全方位照護，善用現有醫療資源，將出院後安置與追蹤做好垂直整合。
- 二、以實證醫療為主軸的「最佳實踐臨床作業準則(Best Practice Clinical Guidelines)」，建立有效之臨床照護路徑。
- 三、提升醫療品質，減少術後併發症發生，降低骨折後醫療耗費，並讓恢復程度、恢復時程最大化及最速化。

肆、試辦期間：115 年 9 月 1 日至 115 年 12 月 31 日。

伍、試辦醫院

- 一、由中華民國骨科醫學會推薦中區臺中榮民總醫院及彰化基督教醫院先行試辦。
- 二、試辦醫院須成立專責院級高齡髖關節骨折整合治療團隊，成員應至少包含骨科醫師、高齡醫學科醫師或內科醫師、麻醉醫師、物理治療師、個案管理師、營養師、藥師，團隊成員可大於五人，向保險人中區業務組申請核定(申請書格式如附件一)。
- 三、該團隊所有成員須每年接受由「中華民國骨科醫學會」(以下簡稱骨科醫學會)辦理之「高齡髖關節骨折整合治療共識工作坊」訓練並取得「高齡髖關節骨折整合治療能力認證及學分證明」，由骨科醫學會提供完訓名單(試辦期間由彰化基督教醫院及臺中榮總兩院團隊之共識營取代)。

陸、計畫內容

- 一、收案對象：由急診收治之 65 歲以上，診斷碼為 S72.0、S72.1 且第 7 碼為 A~C 並執行 64029B(股骨頸骨折開放性復位術)之病人。
- 二、給付條件：(試辦期間以品質指標專案支付)
 - (一)必要項目：

1.48 小時內開始執行手術：急診檢傷掛號時間開始，至手術室報到時間為止，不超過 48 小時。

- 2.手術後有骨科專科醫師及高齡醫學科或內科醫師共同照護，高齡醫學科或內科醫師在住院後、出院前、及重大病情改變時需診視病人並有病程摘要記錄(Progressive Note)存查。
- 3.病人如無二年內之本院或他院之骨質密度檢測報告，需於住院後一個月需有骨質密度檢測。
- 4.出院後一個月內須開始骨質疏鬆藥物治療(未達骨鬆藥物給付標準者須開立鈣片及維他命 D 製劑)。
- 5.個管資料須包含入院時、出院時、及出院後一個月內，及三個月、六個月及十二個月之個管登錄。

(二)通用項目(3 項以上)

- 1.4 小時內住院(即急診滯留不超過 4 小時)
- 2.住院期間有團隊物理治療師之復健指導。
- 3.住院期間有團隊營養師之營養建議。
- 4.住院期間有團隊藥師檢查雲端藥歷整合用藥之紀錄。
- 5.需有出院後康復指導之安排，包括：
 - (1)急性後期照護之下轉
 - (2)長照服務

柒、品質監測指標(附件二)

一、過程面指標：

- (一)急診滯留超過 4 小時比率。
- (二)出院準備：PAC 及長照轉介率。
- (三)符合條件病人收案比率。

二、結果面指標：

- (一)住院死亡率、一年死亡率。
- (二)成效指標：住院天數、住院術後併發症、術後 ICU 天數、住院再手術。
- (三)成本指標：當次住院申報費用、一年內申報所有醫療費用、一年內門診次數、一年內所有住院次數、一年內所有急診次數。
- (四)出院追蹤指標：出院 30 天術後併發症、再入院、再手術、再入急診、一年內再骨折率(一次事件多處骨折算一次)。

捌、資訊之登錄

- 一、參加本試辦計畫醫院應依規定，於試辦期間每季回傳高齡骨折專案紀錄表(詳附件 K-2)，如相關資料未及時登錄或登錄不全者，不予支付相關費用。
- 二、試辦期間，試辦醫院每季提供執行成效報告(需整合兩院資料共同提交)，以利評估及準備次年之執行及預算規劃。
- 三、為確保照護成效及追蹤個案預後情形，參加本計畫醫院除依前述規定填報出院評估結果外，醫院應追蹤出院後 30 天內術後併發症情形，並於出院後六週內登載出院後 30 天內術後併發症程度分級於登錄表格。
- 四、有關資料登錄作業，因重大行政或系統問題導致延誤或錯誤者，由保險人分區業務組衡酌處理。

附件一、高齡髖關節骨折整合治療試辦計畫申請書

基本資料	醫事機構名稱		醫事機構代碼	
	計畫聯絡人		聯絡電話	
	E-mail			

高齡髖關節骨折整合治療團隊成員表

序號	姓名	身分證字號	職類
1			專責骨科手術醫師
2			專責高齡醫學科醫師
3			專責內科醫師
4			專責麻醉醫師
5			專責物理治療師
6			專責個案管理師
7			專責營養師
8			專責藥師
9			其他：

備註：

- 1、參與照護團隊超過本表欄位時，可自行插入列。
- 2、參與醫院將申請表送至各分區業務組窗口進行資料審查前，請務必確認表內所填之所有基本資料正確及完整。

本院及團隊內醫院同意於計畫執行期間，依照本計畫及全民健康保險法等相關規定，提供保險對象醫療服務。

健保合約大小章用印處

中華民國 年 月 日

附件二、高齡髖關節骨折整合治療試辦計畫品質監測指標

序號	指標名稱	指標定義
(一) 過程面指標		
1	急診滯留超過 4 小時比率(季)	分子：為收案病人中急診檢傷掛號時間至入院時間超過 4 小時個案數 分母：收案個案數
2	出院準備(季)	分子：收案病人中成功轉介 PAC 或長照個案數 分母：總收案病人個案數
3	符合條件病人收案比率(季)	分子：區段時間內該醫院符合必要項目及 3 項以上通用項目之給付條件之收案病例數 分母：區段時間內該醫院所有符合收案對象條件之病例數
(二) 結果面指標		
1	住院死亡率(季)	分子：分母中收案病人於住院期間死亡之病例數 分母：總收案病例數
2	一年死亡率	分子：分母中收案(以急診檢傷掛號日期為收案日期)後 365 天(含)內死亡之病例數 分母：同時間區段內收案滿 365 天(含)之所有病例數
3	住院天數	收案病例自入院時間至辦理出院完成時間
4	住院術後併發症	依附件三中第(四)點勾選併發症項目
5	術後 ICU 天數	1.醫院系統資料，以天計 2.收案病例手術後入 ICU 至轉出 ICU 天數，未入 ICU，以 0 計
6	住院再手術	1.醫院系統資料，以次計(一次入手術室執行多項手術，以一次計) 2.收案病例住院中執行各類手術次數
(三) 成本指標		
1	當次住院申報費用	由醫院統計該收案病例當次住院申報費用
2	一年內申報所有醫療費用	1.資料來源：健保署 2.統計該收案病例收案後，一年間健保住院申報費用
3	一年內醫院西醫門診次數	1.資料來源：健保署 2.統計該收案病例收案後，一年間醫院西醫門診就醫次數
4	一年內所有住院次數	1.資料來源：健保署 2.統計該收案病例收案後，一年間住院次數
5	一年內所有急診次數	1.資料來源：健保署 2.該收案病例收案後，一年間急診就醫次數

序號	指標名稱	指標定義
(四) 出院追蹤指標		
1	出院 30 天術後併發症	依附件三中第(四)點勾選併發症項目
2	出院 30 天再入院	1.資料來源：健保署 2.統計定義： 分子：分母中收案病人 30 天，再入院病例數 分母：總收案病例數
3	出院 30 天再手術	1.資料來源：健保署 2.統計定義： 分子：分母中收案病人 30 天再手術病例數 分母：總收案病例數
4	出院 30 天再入急診	1.資料來源：健保署 2.統計定義： 分子：分母中收案病人 30 天再急診病例數 分母：總收案病例數
5	出院一年再骨折率	1.資料來源：健保署 2.統計定義： 分子：分母中收案後 365 天(含)內再發生新骨折之次數 分母：同時間區段內收案滿 365 天(含)之所有病例數 3.再發生新骨折定義：診斷碼為 S72.0、S72.1 且第 7 碼為 A~C 並執行 64029B(股骨頸骨折開放性復位術)

附件三、個案登錄欄位

(一) 基本資料：醫事機構代號、醫事機構名稱、病人姓名、病人 ID、出生日期、性別。

(二) 入院資料：急診檢傷掛號時間、入院日期時間、手術室報到時間、手術醫令、主診斷代碼、次診斷代碼(限填 2 個)、ASA 麻醉風險分級。

(三) 過程面指標：

1. 急診：急診檢傷掛號時間、入院日期時間、手術室報到時間等。
2. 住院整合治療介入：內科/高齡醫學科醫師之照護、復健科醫師、物理治療師、營養師、藥師之介入、BMD 之執行訊息、個管師之個案管理(術後併發症及各項評估分數)。
3. 出院狀態：出院情況(機構、PAC、長照、返家、死亡)、出院當天之個管資料(含各項需評估分數)。
4. 出院個管追蹤：追蹤出院後一個月，三個月，六個月，12 個月之各項評估資料。
5. 品質監測項：出院後 30 天併發症，一年內死亡，一年內申報之醫療費用、一年內門診次數、一年內住院次數、一年內急診次數、一年內骨折、出院 30 天再入院、出院 30 天再手術、出院 30 天再急診。

(四) 住院期間及出院後 30 天內術後併發症程度分級欄位：

1. 呼吸相關併發症：肺葉塌陷、肺炎、肺積水、呼吸衰竭、氣胸、其他呼吸併發症等。
2. 感染相關併發症：傷口感染、泌尿道感染、腹膜膿瘍、敗血症、敗血性休克、植入物感染、其他感染併發症等。
3. 心血管相關併發症：心臟衰竭、急性心肌梗塞、下肢靜脈栓塞、肝門脈栓塞、肺栓塞、腦血管病變、心律不整、心搏停止、其他心血管併發症等。
4. 內臟功能併發症：寡尿、腎損傷、腎衰竭、尿滯留、肝功能異常、胰臟炎、腸胃道出血、噁心/嘔吐、嚴重便秘/腹瀉、其他內臟併發症等。
5. 手術相關併發症：吻合處滲漏、泌尿道損傷、機械性腸阻塞、麻痺性

腸阻塞、深處傷口裂開、術中大量出血、術後大量出血、其他手術損傷、血腫、其他手術併發症等。

6. 區域麻醉併發症：硬脊膜穿刺後頭痛、硬脊膜血腫或膿瘍、其他區麻併發症等。
7. 麻醉相關併發症：吸入性肺炎、低血壓、低血氧、術後甦醒延遲、其他麻醉併發症等。
8. 其他併發症：精神相關併發症、虛弱/疲累、頑固性疼痛、自發性跌倒/受傷、或其他由臨床醫師認定之相關併發症等。

附件四：個管資料

收案病人須由個案管理師登錄個案管理資料，分別為

- (一)入院時(於住院第一天完成)：回溯問卷未受傷前之 Baseline ADL(Barthel score)、IADL
- (二)住院期間：Morse Fall scale、Hand grip strength、IADL、Harris Hip score、VAS pain score
- (三)出院後追蹤第一、三、六、十二個月(可電訪)：Barthel score、Harris Hip score、VAS pain score、Morse fall scale