

慢性病個案之 整合型照護與健康管理

臺北市立聯合醫院
社區醫學部 何清幼 主任
2012/08/15

大綱

- ✓ 醫院內的醫療團隊整合照護
—以老年整合門診為例
- ✓ 與基層醫師合作的整合照護
—以社區醫療群為例
- ✓ 與安養機構合作的整合照護
—以行動診間為例
- ✓ 偏遠地區社區民眾之整合照護
—以社子島照護為例
- ✓ 現代科技的運用
—以遠距醫療照護為例

大綱

- ✓ 醫院內的醫療團隊整合照護
—以老年整合門診為例
- ✓ 與基層醫師合作的整合照護
—以社區醫療群為例
- ✓ 與安養機構合作的整合照護
—以行動診間為例
- ✓ 偏遠地區社區民眾之整合照護
—以社子島照護為例
- ✓ 現代科技的運用
—以遠距醫療照護為例

背景說明

- 2011年，台灣65歲以上人口占總人口為10.8%，逾251萬人。2010年平均壽命為79.18歲，其中男性為76.13歲，女性為82.55歲；
- 根據健保局統計，以台灣北部某醫學中心為例，老年人平均每人罹患的慢性病種類為1.8-3.14種，平均每人就醫科別為1.65-3.31科，平均每人每科用藥品項數為3.82顆。

老年人常使用多重藥物

- 處方藥(不同醫師開立)
- 成藥: 藥局、電台、電視
- 營養補充品、維他命
- 中草藥: 正統中藥、民間偏方、特效藥
--「有病治病、無病強身」的觀念

整合性門診成立目標

- 目標
 - 提供「以病人為中心」的整合性臨床服務
 - 減少重複用藥與提高用藥的安全性
 - 減少多病多科就診的醫療型態
 - 提升生活品質，使病患獲得完整而連續性之服務

整合性門診收案條件

- 多重用藥之病患
- 同時罹患三種以上的慢性病
- 出現急性日常生活功能下降併有老年症候群（認知障礙，憂鬱症狀，功能障礙，不活動，跌倒，尿失禁等）



老年整合性門診看診特色

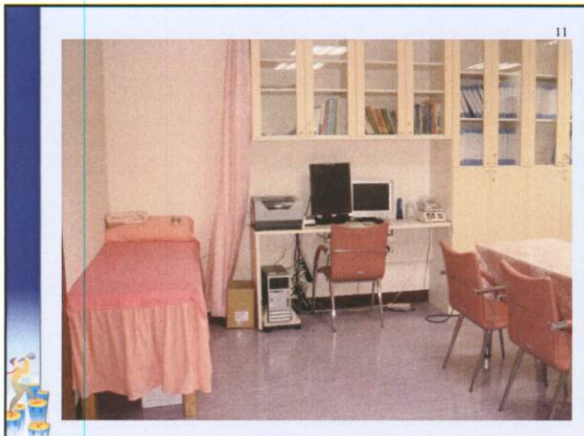
- 單一窗口，由個案管理師電話約診。
- 由專業團隊以面對面訪談方式進行周全性評估，藉以判斷個案的失能程度與潛在性問題。
- 多科別的聯合看診，以單一診次解決病患的多重疾病，節省病患的掛號費與候診時間。
- 針對個案的社會心理問題，由社工師提供社會福利資源。
- 藥師於看診的同時，詳細評估長者服用藥物的副作用、交互作用與藥物不良反應追蹤，並紀錄於門診護照上。



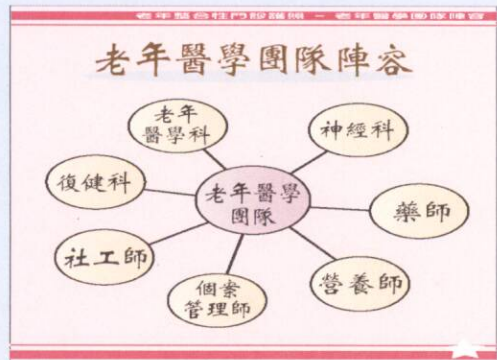
明亮舒適的整合門診



寬敞溫馨的看診空間



全方位的醫學團隊



貼心設計的整合性門診護照

13

整合性門診護照
Integrated Clinic Passport

與您一同為健康加分!

臺北市立聯合醫院 陽明院區

內容詳細完備的衛教單張

14

糖尿病

有了以下症狀，我可能有糖尿病？
突然間 吃的多、喝的多、尿的多，體重減輕，容易疲倦，傷口不易癒合，腳部麻痺，刺痛，視力減退。
儘量少吃加糖及油炸油煎的食物，多吃新鮮蔬菜。

飲食
不可停藥或私自增減藥量，請依醫師指示規則服藥。

用藥
散步、慢跑、有氧舞蹈，維持理想體重，促進血液循環。

運動

血糖太高怎麼辦？
當您感覺口渴、噁心嘔吐、皮膚乾水乾癢時，請立即補充水分，若症狀沒有減輕，請立即送醫治療。

血糖太低怎麼辦？
當您感覺飢餓、發抖、冒冷汗、無力，請立即吃半杯糖水或糖水方糖。若症狀未改善，應立即送醫。

認識高血壓

會有什麼症狀呢？
剛開始不會有明顯的不舒服，有些會感覺到頭痛、頭暈、失眠、眼花、耳鳴、呼吸短促、頸部疼痛、兩腕僵硬等症狀。

在家要注意甚麼呢？

1. 少吃油脂及太鹹的食物
2. 節制食量、避免肥胖
3. 儘量避免菸酒
4. 保持精神愉快、充分的睡眠
5. 放鬆心情、適當的休閒娛樂，可做一般溫和的柔軟體操、散步、慢跑
6. 沐浴時注意水溫，水溫不可太冷或太熱
7. 定期接受健康檢查及量血壓

清晰簡易明瞭的記錄單張

15

三酸甘油酯紀錄表

日期: _____

紅包(去高) 藍包(白點高) 綠包(低)

【單位: mg/dl】

空腹血糖紀錄表

日期: _____

紅包(去高) 藍包(白點高) 綠包(低)

【單位: mg/dl】

我要一顆糖!

詳盡完善的用藥諮詢

16

用藥安全

【服用說明】

1. 藥物在有效控制病情時，請定期回診讓醫師調整藥物劑量。
2. 若出現副作用或症狀加重，請立即回診。
3. 若出現過敏反應，如紅腫、發癢、氣喘、喉嚨腫痛等，請立即送醫。
4. 若出現其他症狀，請告知醫師。
5. 若出現其他症狀，請告知醫師。

【服用方式】

1. 遵照醫藥之說明書服用，切勿隨意。
2. 在服用時，應注意飲食習慣，如戒菸、戒酒、戒食辛辣、油膩、高糖、高脂、高膽固醇之食物。
3. 在服用藥物期間，應避免服用其他藥物，如感冒藥、止痛藥、止咳藥、化痰藥等。
4. 藥物之服用時間應遵照醫師之指示，請務必依照說明書之指示服用。
5. 若出現其他症狀，請告知醫師。

藥物諮詢

021 2838-9116 (B)
021 2835-3456 (B) 06123 (B) 06175 (B)

我的疾病與用藥特別注意事項

有那些疾病:	
對何種過敏:	
服用何種藥物:	
特殊用藥/藥效:	
服用時間/天:	
服用劑量/天:	

筆筆清楚的用藥記錄

17

藥物使用與服用中的用藥記錄 (包括處方藥、非處方藥、中藥)

日期	藥物名稱	劑量	劑型	劑量	用法	處方醫師/藥師

藥物使用與服用中的用藥記錄 (包括處方藥、非處方藥、中藥)

日期	藥物名稱	劑量	劑型	劑量	用法	處方醫師/藥師

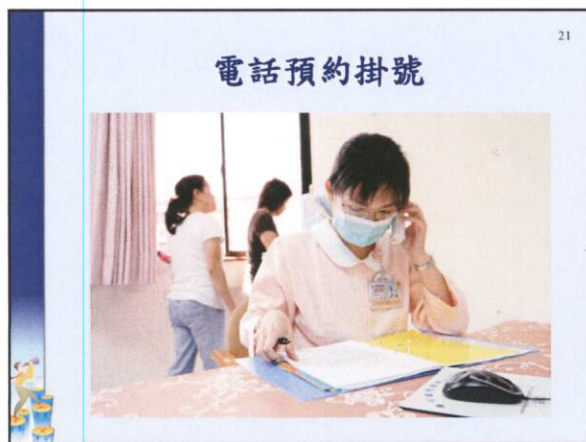
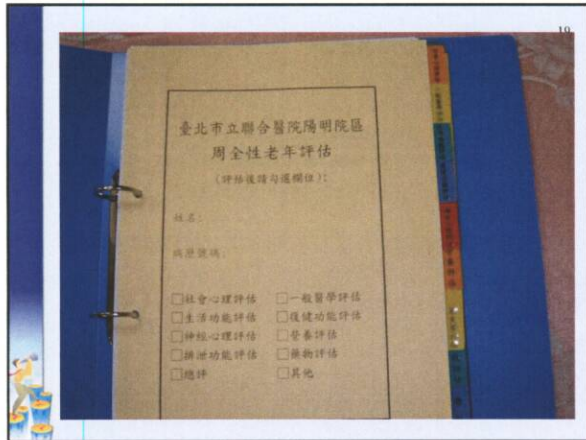
周全的社會資源介紹

18

社會福利資源篇

- 老人健保費補助
- 國民年金-老年基本保證年金
- 居家照顧服務
- 日間照顧服務
- 老人收容安置補助
- 身心障礙者托育看護費用補助
- 低收入戶老人假牙補助

詳細內容請洽 陽明院區9樓 社會工作課
聯絡電話: 02-28353456 轉 5136、6291、6292



血壓測量

25

個案管理師評估

26

生活功能評估

27

巴氏量表 (ADL)		工具性日常生活量表 (IADL)	
項目	說明	項目	說明
1. 進食	能自己準備和吃午餐、晚餐及宵夜(包括洗滌碗碟、切菜、煮食、盛飯、端上餐桌)	1. 購物	能自己購物(包括買菜、日用品、藥物)
2. 洗澡	能自己洗澡(包括洗頭、洗身、洗腳)	2. 電話	能自己打電話(包括撥號、接聽、談話)
3. 穿衣	能自己穿衣、脫衣、扣鈕、穿鞋、穿襪	3. 交通	能自己乘搭公共交通工具(包括搭巴士、搭地鐵、搭的士)
4. 行走	能自己行走(包括在室內、室外、上坡、下坡、過馬路)	4. 處理財務	能自己處理財務(包括存款、取款、匯款)
5. continence	能自己控制大小便	5. 使用工具	能自己使用工具(包括用剪刀、用釘子、用螺絲刀)
6. 記憶	能自己記憶(包括記日期、記時間、記地點)	6. 烹飪	能自己烹飪(包括洗滌、切菜、煮食)
7. 溝通	能自己溝通(包括說話、聽話)	7. 安全	能自己注意安全(包括用火、用電、用藥)
8. 自我照顧	能自己照顧自己(包括刷牙、梳頭、刮鬚)	8. 交通	能自己交通(包括開車、搭車)
9. 社會參與	能自己參與社會活動(包括參加社團、旅遊)	9. 購物	能自己購物(包括買菜、日用品)
10. 家庭管理	能自己管理家庭(包括煮飯、洗衣、拖地)	10. 電話	能自己打電話(包括撥號、接聽)
11. 工作	能自己工作(包括上班、加班)	11. 交通	能自己交通(包括開車、搭車)
12. 自我照顧	能自己照顧自己(包括刷牙、梳頭)	12. 烹飪	能自己烹飪(包括洗滌、切菜)
13. 社會參與	能自己參與社會活動(包括參加社團)	13. 安全	能自己注意安全(包括用火、用電)
14. 家庭管理	能自己管理家庭(包括煮飯、洗衣)	14. 交通	能自己交通(包括開車、搭車)
15. 工作	能自己工作(包括上班)	15. 購物	能自己購物(包括買菜)
16. 自我照顧	能自己照顧自己(包括刷牙)	16. 電話	能自己打電話(包括撥號)
17. 社會參與	能自己參與社會活動(包括參加社團)	17. 交通	能自己交通(包括開車)
18. 家庭管理	能自己管理家庭(包括煮飯)	18. 烹飪	能自己烹飪(包括洗滌)
19. 工作	能自己工作(包括上班)	19. 安全	能自己注意安全(包括用火)
20. 自我照顧	能自己照顧自己(包括刷牙)	20. 交通	能自己交通(包括開車)
21. 社會參與	能自己參與社會活動(包括參加社團)	21. 購物	能自己購物(包括買菜)
22. 家庭管理	能自己管理家庭(包括煮飯)	22. 電話	能自己打電話(包括撥號)
23. 工作	能自己工作(包括上班)	23. 交通	能自己交通(包括開車)
24. 自我照顧	能自己照顧自己(包括刷牙)	24. 烹飪	能自己烹飪(包括洗滌)
25. 社會參與	能自己參與社會活動(包括參加社團)	25. 安全	能自己注意安全(包括用火)
26. 家庭管理	能自己管理家庭(包括煮飯)	26. 交通	能自己交通(包括開車)
27. 工作	能自己工作(包括上班)	27. 購物	能自己購物(包括買菜)
28. 自我照顧	能自己照顧自己(包括刷牙)	28. 電話	能自己打電話(包括撥號)
29. 社會參與	能自己參與社會活動(包括參加社團)	29. 交通	能自己交通(包括開車)
30. 家庭管理	能自己管理家庭(包括煮飯)	30. 烹飪	能自己烹飪(包括洗滌)
31. 工作	能自己工作(包括上班)	31. 安全	能自己注意安全(包括用火)
32. 自我照顧	能自己照顧自己(包括刷牙)	32. 交通	能自己交通(包括開車)
33. 社會參與	能自己參與社會活動(包括參加社團)	33. 購物	能自己購物(包括買菜)
34. 家庭管理	能自己管理家庭(包括煮飯)	34. 電話	能自己打電話(包括撥號)
35. 工作	能自己工作(包括上班)	35. 交通	能自己交通(包括開車)
36. 自我照顧	能自己照顧自己(包括刷牙)	36. 烹飪	能自己烹飪(包括洗滌)
37. 社會參與	能自己參與社會活動(包括參加社團)	37. 安全	能自己注意安全(包括用火)
38. 家庭管理	能自己管理家庭(包括煮飯)	38. 交通	能自己交通(包括開車)
39. 工作	能自己工作(包括上班)	39. 購物	能自己購物(包括買菜)
40. 自我照顧	能自己照顧自己(包括刷牙)	40. 電話	能自己打電話(包括撥號)
41. 社會參與	能自己參與社會活動(包括參加社團)	41. 交通	能自己交通(包括開車)
42. 家庭管理	能自己管理家庭(包括煮飯)	42. 烹飪	能自己烹飪(包括洗滌)
43. 工作	能自己工作(包括上班)	43. 安全	能自己注意安全(包括用火)
44. 自我照顧	能自己照顧自己(包括刷牙)	44. 交通	能自己交通(包括開車)
45. 社會參與	能自己參與社會活動(包括參加社團)	45. 購物	能自己購物(包括買菜)
46. 家庭管理	能自己管理家庭(包括煮飯)	46. 電話	能自己打電話(包括撥號)
47. 工作	能自己工作(包括上班)	47. 交通	能自己交通(包括開車)
48. 自我照顧	能自己照顧自己(包括刷牙)	48. 烹飪	能自己烹飪(包括洗滌)
49. 社會參與	能自己參與社會活動(包括參加社團)	49. 安全	能自己注意安全(包括用火)
50. 家庭管理	能自己管理家庭(包括煮飯)	50. 交通	能自己交通(包括開車)

社工師諮詢

28

社會心理評估

29

一、社會心理評估：

1. 個人因素：

1.1 年齡：_____

1.2 性別：_____

1.3 教育程度：_____

1.4 職業：_____

1.5 婚姻狀況：_____

1.6 宗教信仰：_____

1.7 其他：_____

2. 家庭因素：

2.1 家庭成員：_____

2.2 家庭關係：_____

2.3 家庭經濟狀況：_____

2.4 家庭支持系統：_____

2.5 其他：_____

3. 社區因素：

3.1 社區環境：_____

3.2 社區服務：_____

3.3 社區支持系統：_____

3.4 其他：_____

二、評估結果：

1. 個人因素：_____

2. 家庭因素：_____

3. 社區因素：_____

4. 其他：_____

聯合看診

30

31

周全性評估

五、精神心理評估

簡易智障程度測驗(Mini-Mental State Examination, MMSE)

MMSE
 1. 定向力 (時間、地點)
 2. 定向力 (人物)
 3. 計算力
 4. 詞彙力
 5. 圖形複製
 6. 文字抄寫
 7. 物件命名
 8. 物件命名 (重複)
 9. 物件命名 (重複)
 10. 物件命名 (重複)
 11. 物件命名 (重複)
 12. 物件命名 (重複)
 13. 物件命名 (重複)
 14. 物件命名 (重複)
 15. 物件命名 (重複)
 16. 物件命名 (重複)
 17. 物件命名 (重複)
 18. 物件命名 (重複)
 19. 物件命名 (重複)
 20. 物件命名 (重複)
 21. 物件命名 (重複)
 22. 物件命名 (重複)
 23. 物件命名 (重複)
 24. 物件命名 (重複)
 25. 物件命名 (重複)
 26. 物件命名 (重複)
 27. 物件命名 (重複)
 28. 物件命名 (重複)
 29. 物件命名 (重複)
 30. 物件命名 (重複)
 31. 物件命名 (重複)
 32. 物件命名 (重複)
 33. 物件命名 (重複)
 34. 物件命名 (重複)
 35. 物件命名 (重複)
 36. 物件命名 (重複)
 37. 物件命名 (重複)
 38. 物件命名 (重複)
 39. 物件命名 (重複)
 40. 物件命名 (重複)
 41. 物件命名 (重複)
 42. 物件命名 (重複)
 43. 物件命名 (重複)
 44. 物件命名 (重複)
 45. 物件命名 (重複)
 46. 物件命名 (重複)
 47. 物件命名 (重複)
 48. 物件命名 (重複)
 49. 物件命名 (重複)
 50. 物件命名 (重複)
 51. 物件命名 (重複)
 52. 物件命名 (重複)
 53. 物件命名 (重複)
 54. 物件命名 (重複)
 55. 物件命名 (重複)
 56. 物件命名 (重複)
 57. 物件命名 (重複)
 58. 物件命名 (重複)
 59. 物件命名 (重複)
 60. 物件命名 (重複)
 61. 物件命名 (重複)
 62. 物件命名 (重複)
 63. 物件命名 (重複)
 64. 物件命名 (重複)
 65. 物件命名 (重複)
 66. 物件命名 (重複)
 67. 物件命名 (重複)
 68. 物件命名 (重複)
 69. 物件命名 (重複)
 70. 物件命名 (重複)
 71. 物件命名 (重複)
 72. 物件命名 (重複)
 73. 物件命名 (重複)
 74. 物件命名 (重複)
 75. 物件命名 (重複)
 76. 物件命名 (重複)
 77. 物件命名 (重複)
 78. 物件命名 (重複)
 79. 物件命名 (重複)
 80. 物件命名 (重複)
 81. 物件命名 (重複)
 82. 物件命名 (重複)
 83. 物件命名 (重複)
 84. 物件命名 (重複)
 85. 物件命名 (重複)
 86. 物件命名 (重複)
 87. 物件命名 (重複)
 88. 物件命名 (重複)
 89. 物件命名 (重複)
 90. 物件命名 (重複)
 91. 物件命名 (重複)
 92. 物件命名 (重複)
 93. 物件命名 (重複)
 94. 物件命名 (重複)
 95. 物件命名 (重複)
 96. 物件命名 (重複)
 97. 物件命名 (重複)
 98. 物件命名 (重複)
 99. 物件命名 (重複)
 100. 物件命名 (重複)

九、總評

周全性老人評估的總表

評估項目	評估日期	評估結果	已有問題的 評估日期	問題分類	嚴重程度	改善建議
認知						
定向力						
記憶力						
語言						
視聽						
行走						
自理						
安全						
社交						
情緒						
綜合						
建議						
備註						

32

藥物評估

減低藥物負擔

姓名	性別	年齡	藥名	劑量	用途	評估	建議
Mr. Lee	Male	75	Aspirin	100mg	Cardiovascular	Essential	Continue
Mr. Lee	Male	75	Warfarin	5mg	Cardiovascular	Essential	Continue
Mr. Lee	Male	75	Statins	20mg	Lipid management	Essential	Continue
Mr. Lee	Male	75	Insulin	10 units	Diabetes	Essential	Continue
Mr. Lee	Male	75	Antihypertensives	Various	Hypertension	Essential	Continue
Mr. Lee	Male	75	Antidepressants	Various	Depression	Essential	Continue

藥品使用記錄評估表

姓名	性別	年齡	藥物名稱	處方類別
Mr. Lee	Male	75	Aspirin	處方藥
Mr. Lee	Male	75	Warfarin	處方藥
Mr. Lee	Male	75	Statins	處方藥
Mr. Lee	Male	75	Insulin	處方藥
Mr. Lee	Male	75	Antihypertensives	處方藥
Mr. Lee	Male	75	Antidepressants	處方藥

33

收案的評核項目

- 門診就醫次數及費用監控：每月定期統計收案病人之門診就醫次數、門診就醫醫療費用、門診就醫科別等醫療利用情形。
- 急診及住院監控：如收案病人有急診或住院情形，每月統計分析病人相關診斷與頻次。

34

無形效益

- 提供具可近性、全面性之醫療照護。
- 減少重複用藥與提高用藥的安全性。
- 減少多病多科就診的醫療型態，有效減少健保資源無謂的浪費。
- 提高社區弱勢族群就醫方便性。
- 提供多重疾病患者持續性的照護及健康諮詢服務，並增進病患對慢性病自我控制的技巧。

35

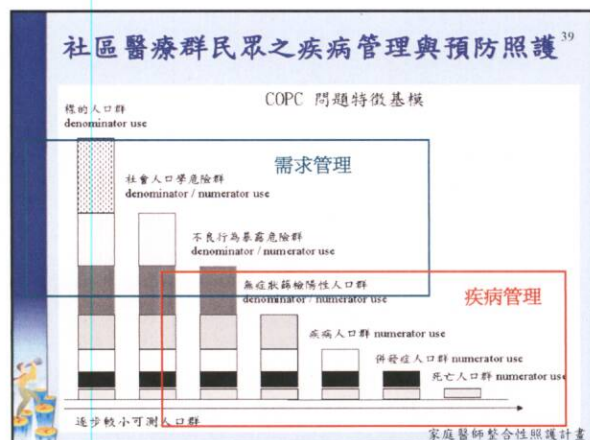
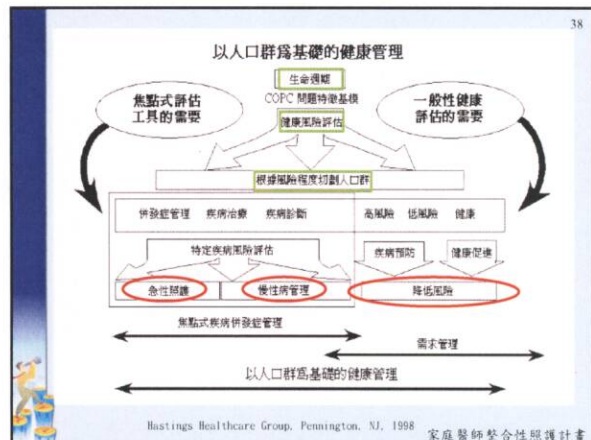
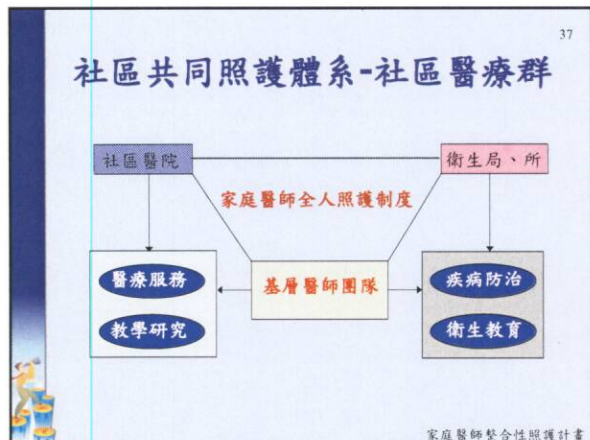
有形效益

- 接受整合門診前，平均每位長者用藥 7.3 ± 4.1 種，服用5種以上藥物佔72.7%，9種以上藥物佔38.4%。看診後平均每位用藥 6.3 ± 3.0 種，服用5種以上藥物佔58.6%，9種以上藥物佔18.2%。
- 減少病人的奔波候診與部份負擔
- 滿意度高達92%

36

大綱

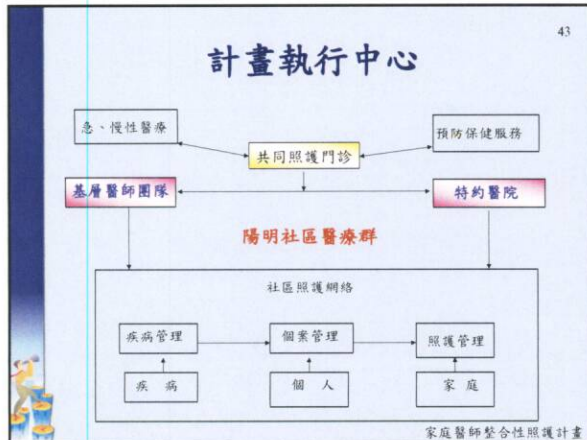
- ✓ 醫院內的醫療團隊整合照護
 - 以老年整合門診為例
- ✓ 與基層醫師合作的整合照護
 - 以社區醫療群為例
- ✓ 與安養機構合作的整合照護
 - 以行動診間為例
- ✓ 偏遠地區社區民眾之整合照護
 - 以社子島照護為例
- ✓ 現代科技的運用
 - 以遠距醫療照護為例



- 40
- ## 目的
- 提昇社區基層醫療品質。
 - 建立家庭醫師制度，提供社區民眾全人醫療照護。
 - 整合社區醫療資源，建立基層醫療院所與醫院之合作關係，提供民眾周全性、協調性與持續性的服務。
 - 以民眾健康為導向，建立以病人為中心的醫療觀念，提升醫療服務品質。
 - 促進分級醫療及落實轉診制度。
 - 減少醫療浪費，合理控制醫療支出。
 - 增進民眾健康生活，落實疾病防治及防疫政策。
 - 發展疾病管理工具，進行以關係為基礎的計畫性治療，提升醫療資源的效益。
- 家庭醫師整合性照護計畫

- 41
- ## 計畫整體架構
- 社區醫療群
 - 計畫執行中心
- 家庭醫師整合性照護計畫

- 42
- ## 陽明社區醫療群
- 以社區為基礎之整合性醫療體系，基層醫師團隊中，一半以上具有內科、外科、婦產科、小兒科或家庭醫學科專科醫師資格，與1-2家特約醫院(地區醫院家數不限)作為合作對象建立轉診及合作機制，開辦共同照護門診，建立以社區為範疇、以民眾為對象的社區照護網絡。
- 家庭醫師整合性照護計畫



- 44
- ## 計畫執行的策略與方法
- 辦理基層醫師繼續教育，提昇基層醫療品質
 - 基層醫師透過相關訓練課程認證成為家庭醫師
 - 開設共同照護門診
 - 向民眾宣導家庭醫師觀念
 - 建置24小時電話諮詢服務專線
 - 加強診所與醫院間的雙向轉診機制
 - 建立社區醫療健康資訊系統
 - 社區衛教及預防保健宣導與篩檢
 - 個人衛教及預防保健宣導
- 家庭醫師整合性照護計畫

- 45
- ## 共同照護門診
- 參與計畫的基層醫師由醫院聘為兼任合約醫師，到醫院開設共同照護門診，由基層醫師輪診，兩者之間形成合作關係而非僱傭關係，由雙方訂立契約共同遵守。
 - 基層醫師利用在合作醫院看診的時段，將診所病人安排到醫院進行必要的照會，也可以利用醫院的儀器設備為病人進行必要的檢驗。參與家戶會員病房巡診、個案研討與衛教宣導。
 - 基層醫師亦可透過轉診轉檢系統安排病人就診。
-
- 陽明社區醫療群聯合服務中心
- 家庭醫師整合性照護計畫

- 46
- ## 向民眾宣導家庭醫師觀念
- 民眾可選擇社區醫療群之醫師登記為家庭醫師，但不限制民眾就醫之選擇。
 - 教導民眾以家庭為單位接受社區醫療群家庭醫師整體性的初級醫療、預防保健服務及轉診照會。
 - 以「疾病管理」為對象的方案，擴及以個人為關注核心的「個案管理」。
 - 每位醫師計畫照顧700-1000位社區民眾，以戶為單位建立「健康家庭家戶檔案」，充分了解每位社區民眾健康狀態與醫療需求。
- 家庭醫師整合性照護計畫

- 47
- ## 建置24小時電話諮詢服務專線
- 提供家戶登錄之會員於緊急狀況發生時，能立即獲得醫療諮詢服務，以提供民眾周全性、協調性與持續性的健康照顧，並可進一步減少民眾就醫需求。
- 24小時守護您全家健康**
- 陽明社區醫療群為了健康家庭成員們，力求做到更完善的服務。不管任何時候，只要會員有醫療方面的問題，皆可透過專線電話諮詢或尋求協助，將有專人竭誠為您服務。
- ※週一至週五（上班時間）上午8:30-下午5:00
 → 社區醫療群服務電話：2838-9549 專員
- ※國定假日等下班時間或緊急情況
 → 緊急服務熱線：2835-3456轉5146
- 家庭醫師整合性照護計畫

- 48
- ## 加強診所與醫院間的雙向轉診機制
- 提供24小時醫療服務，建立轉診服務機制。
 - 聘有專任研究助理，負責基層醫師轉診病人相關事宜接待，可幫助病人掛號、安排檢查時間、協助病人就醫、衛教病人相關注意事項、檢查報告的收集與將報告回傳基層診所
- 家庭醫師整合性照護計畫

當基層診所所有轉診個案需求
診所傳真轉診個案資料, 預先辦好掛號事宜

49



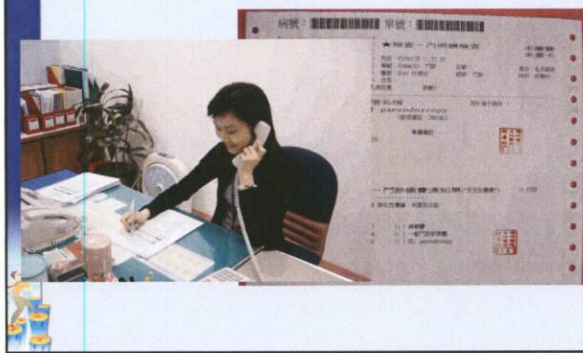
個案透過共同照護門診直接轉診開單

50



預先排定特殊檢查時間並通知個案

51



受檢當日個案至社區醫療服務中心報到

52



由助理親自帶領個案批價作業(免掛號費)

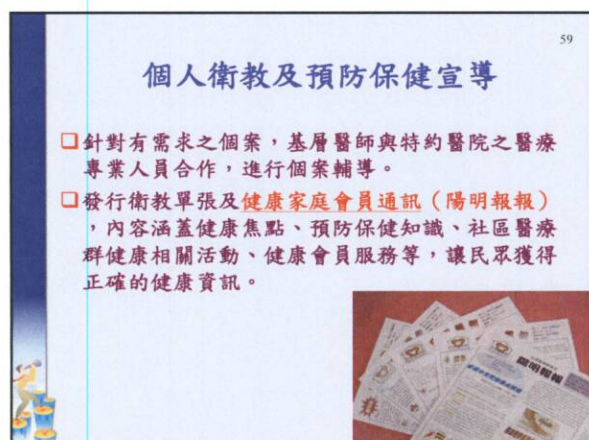
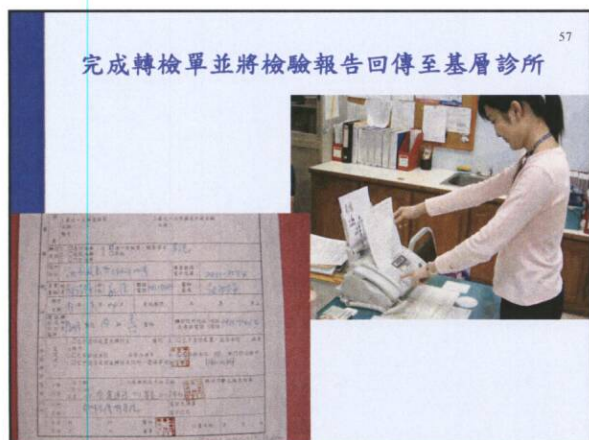
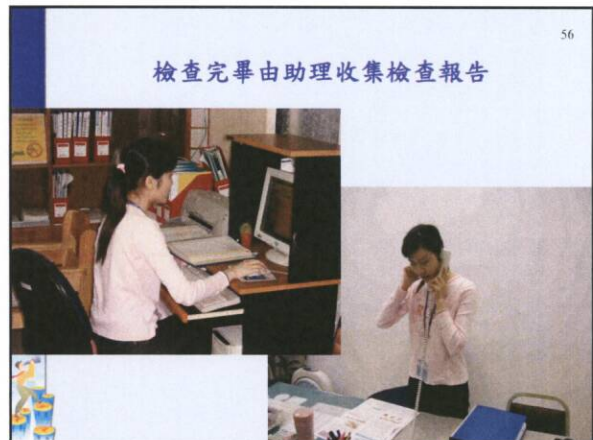
53



助理引導個案做各項檢查

54





健康回饋型支付方案(第二代) 61

■ 醫療群家戶會員實際申報西醫門診費用(AE)與以風險校正模式預估之西醫門診費用(VC)之間差額的比率回饋社區醫療群，計算原則如下：

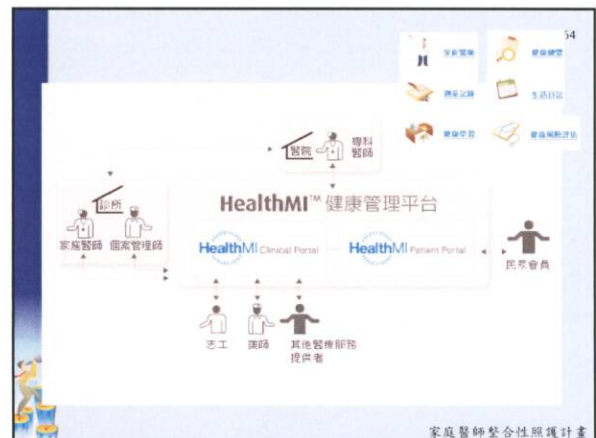
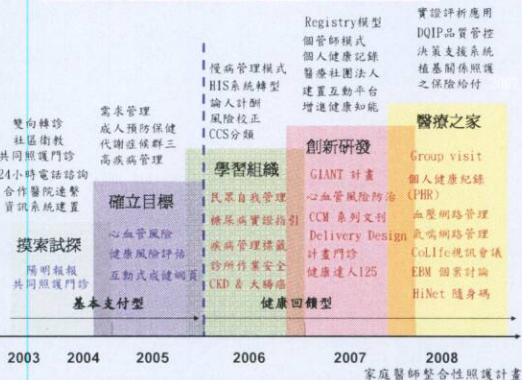
1. 以固定就診率50%為基準值，固定就診率設定15級，固定就診率低於50%者，回饋金額須折付，最低折付差值0.6倍，固定就診率大於50%，最高回饋差值1.40倍，回饋金額最高700萬。
2. 回饋金額第1年最低200萬，第2年至第5年及第5年以後回饋金額最低分別為175萬、150萬、125萬、100萬；
3. 須自訂5-10項照護過程面之品質提升項目，占金額回饋比率(第1年保留20%、第2年保留30%、第3年保留40%、第4年保留50%、第5年保留60%、第5年以後保留60%)，按各該計畫費用評估指標項目達成比例計算，於合約期滿時撥付計畫執行中心，以鼓勵院所投入資源於提升醫療服務品質。

【本方案97年2月27日公告實施前及公告實施後各年度新加入之醫療群為第1年，本方案公告後續辦為第2年，餘類推。】

健康回饋型支付方案回饋金額級數試算表 62

級數	固定就診率%	差值(VC-AE)倍數	回饋金額試算			
			差值100萬	差值300萬	差值500萬	差值600萬
1	<35.0	0.60	200	200	300	360
2	35.0	0.70	200	210	350	420
3	40.0	0.80	200	240	400	480
4	45.0	0.90	200	270	450	540
5	50.0	1.00	200	300	500	600
6	52.5	1.04	200	312	520	624
7	55.0	1.08	200	324	540	648
8	57.5	1.12	200	336	560	672
9	60.0	1.16	200	348	580	696
10	62.5	1.20	200	360	600	700
11	65.0	1.24	200	372	620	700
12	67.5	1.28	200	384	640	700
13	70.0	1.32	200	396	660	700
14	72.5	1.36	200	408	680	700
15	>=75.0	1.40	200	420	700	700

陽明樂樹社區醫療群歷年運作演進圖示 63



第三代支付方式(2010年開始) 65

- 提供參與本計畫之社區醫療群適當誘因，並由保險人提供最適收案名單予社區醫療群，使最需被優先照護的個案分階段由基層診所收案，期使保險對象於其最常就醫之主要照護診所中，獲得完整的醫療照護。

收案對象 66

- 依全民健康保險申報門診醫療費用資料，擷取前一年西醫基層門診明細清單資料區分為有慢性病(註1)及無慢性病(註2)就醫之保險對象，並將需照護之名單，交付予參與本計畫之社區醫療群予以健康管理。
- 社區醫療群醫師自行收案部分採定額方式(以參與計畫醫師個數為單位)，每名醫師加收人數上限為120名，原則以指定收案會員之家庭成員為優先。

備註：

- 1.慢性病個案：係指前一年全國就醫資料中，屬於主管機關公告98種慢性病的範圍，其曾門診就醫5次且平均用藥日數7天以上，或慢性病給藥天數大於60天，將慢性病患者依醫療費用各分百分位，選取最高之60百分位(第50至100百分位)。
- 2.非慢性病個案：非屬前述慢性病患，依醫療費用各分百分位，選取最高之20百分位病患。

費用申報及支付方式

收案會員每人給付費用800元/年

經費撥付原則如下：

- **個案管理費：每人給付250元/年**
執行內容包含資料建構上傳、轉診、個案衛教宣導、個案研討及與合作醫院開辦共同照護門診。

- **績效獎勵費用，每人支付550元/年
(以群方式統計)：**

1. 健康管理成效鼓勵：占本項經費之70%：

社區醫療群登錄個別診所會員實際申報西醫門診醫療費用(AE)與以風險校正模式預估之西醫門診醫療費用(VC)之間差值回饋社區醫療群，撥入執行中心帳戶或診所(VC-AE)：平均每人385元為上限(以群方式統計)。

家庭醫師整合性照護計畫



費用申報及支付方式

2. 品質提升情形占率30%

依各社區醫療群會員品質評核指標達成情形，分五級支付：

- (1) 特優級：會員品質指標平均達成率 $\geq 90\%$ ，則支付品質提升費用每人230元。
- (2) 良好級：會員品質指標平均達成率介於 $80\% \sim < 90\%$ ，則支付品質提升費用每人165元。
- (3) 普通級：會員品質指標平均達成率介於 $70\% \sim < 80\%$ ，則支付品質提升費用每人130元。
- (4) 輔導級：會員品質指標平均達成率介於 $60\% \sim < 70\%$ ，則支付品質提升費用每人100元。
- (5) 不支付：會員品質指標平均達成率 $\leq 60\%$ 則不予支付。



家庭醫師整合性照護計畫

品質提升指標

每項指標占半按指標總數平均計算，如未達指標目標值時以比例核算。(100-230元)

三項組織指標(權重40%)：

1. 健康管理與個案衛教(權重20%)：
收案時完成個案評估；且有連續個案管理(追蹤)或衛教紀錄(電子紀錄亦可)。
2. 個案研討、共同照護門診、社區衛教宣導、病房巡診(權重10%)：前述指標擇一至少每月1次。醫療群會員門診經醫療群轉診率，與去年同期比進步率 $\geq 10\%$ 。
3. 24小時諮詢專線(每群全年至少測試5次)(權重10%)

家庭醫師整合性照護計畫



品質提升指標

三項品質指標(權重30%)：

1. 會員急診率(排除外傷)(權重10%)：

較應照護族群40百分位數低
分子：會員急診人次(排除外傷案件)
分母：會員人數

2. 疾病住院率(權重10%)：

較應照護族群40百分位數低
分子：會員住院人次
分母：會員人數

3. 會員固定就診率(權重10%)：

會員在群內(含合作醫院)之西醫門診固定就診率與上年度同期自身比進步率 $\geq 20\%$ ，若會員固定就診率已達當年同儕60百分位(含)以上者即符合本指標。



家庭醫師整合性照護計畫

品質提升指標

會員滿意度調查，權重10%

1. 滿意度問卷調查：

- (1) 自測滿意度 $\geq 80\%$ ，得5%。
- (2) 分區抽測20件平均(調查對象以慢性病個案為主)
 1. 滿意度 $< 50\%$ 扣5%(與自測滿意度共得分0%)。
 2. 滿意度 $\geq 80\%$ 加5%(與自測滿意度共得分10%)。
 3. 滿意度 $\geq 90\%$ 加10%(與自測滿意度共得分15%)。

家庭醫師整合性照護計畫



品質提升指標

■ 預防保健達成情形，權重20%：

- (1) 成人預防保健檢查率(權重5%)：會員接受成人預防保健服務高於應照護族群60百分位數。
分子：40歲(含)以上會員接受成人健檢人數 分母：(40歲-64歲會員數/3+65歲(含)會員數)
- (2) 子宮頸抹片檢查率(權重5%)：會員接受子宮頸抹片服務高於應照護族群60百分位數。
分子：30歲(含)以上女性會員接受子宮頸抹片人數。
分母：30歲(含)以上女性會員數。
- (3) 65歲以上老人流感注射率(權重5%)：會員接受流感注射服務高於應照護族群60百分位數。分子：65歲以上會員接種流感疫苗人數。分母：65歲以上總會員人數
- (4) 糞便潛血檢查率(權重5%)：
50歲以上至未滿70歲會員



家庭醫師整合性照護計畫

73

大綱

- ✓ 醫院內的醫療團隊整合照護
— 以老年整合門診為例
- ✓ 與基層醫師合作的整合照護
— 以社區醫療群為例
- ✓ 與安養機構合作的整合照護
— 以行動診間為例
- ✓ 偏遠地區社區民眾之整合照護
— 以社子島照護為例
- ✓ 現代科技的運用
— 以遠距醫療照護為例

74

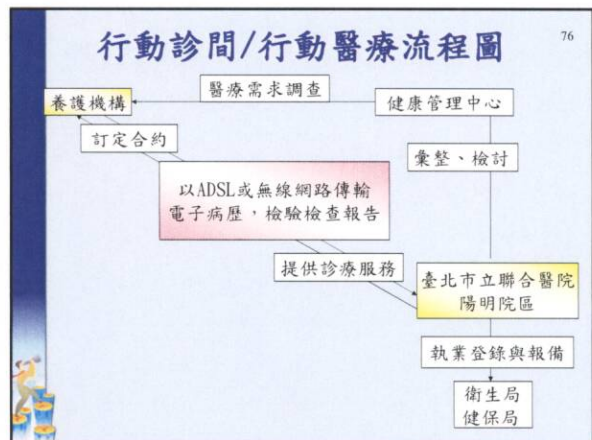
背景說明

- 陽明院區一直以「沒有圍牆的醫院」作為服務的宗旨，主動走入社區，積極建立與社區民眾的互動關係
- 為服務廣大弱勢民眾，臺北市立聯合醫院提出行動診間/行動醫療/遠距醫療資訊推廣計劃，從2004年1月起，與立案的養護機構建立了醫師巡迴行動看診的合作關係

75

推展醫療行動診間服務

- 建立e化作業系統
- 由居家護理師規劃路線及安排時間，協同醫師提供看診服務
- 節省個案及家屬等待看診、掛號、繳費、領藥時間

77

行動診間看診流程

78

看診前一天養護機構傳真看診名單



個案管理師協助機構住民掛號



看診當天醫療團隊集合一起出訪



攜帶Notebook及讀卡機至機構看診



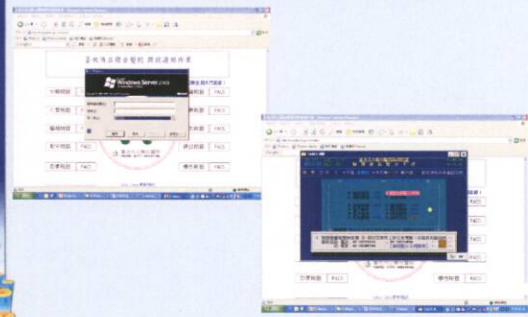
醫療團隊包括醫師、護士、營養師、藥師、復健師



醫師至病患床邊詳細診療並進行衛教



在養護機構內透過網際網路進入醫院的醫令系統開立醫令

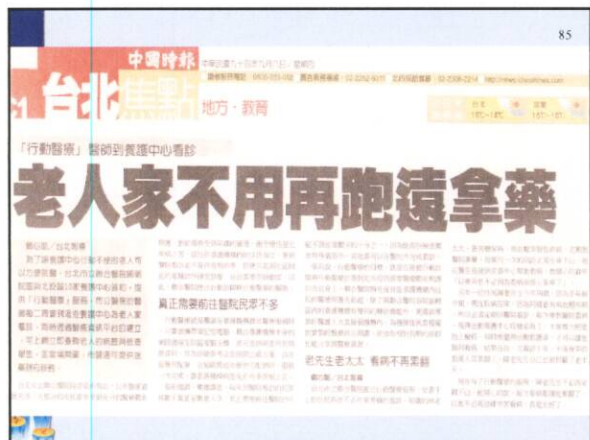


個案管理師將處方簽拿到專門窗口批價



養護機構人員至醫院專門窗口繳費領藥





88

有形效益

- 及早發現住民的健康問題
- 減少併發症的發生率
- 降低養護機構住民之住院率
- 增加養護機構與醫院雙向轉診次數

89

無形效益

- 提供住家家庭式的關懷
- 改善養護機構住民之健康狀況
- 針對養護機構內的照護人員進行相關教育訓練，提升社區醫療機構的醫療照護品質
- 減少社會資源無謂的浪費
- 結合醫院居家照護與長期照護系統，提供機構老人更全面更完整的照護

90

合作成果

- 截至2011年12月止，臺北市合法立案的養護機構共128家，其中士林區有12家，北投區有37家。
- 2011年與臺北市聯合醫院陽明院區有合作行動診間的機構數有17家，涵蓋率約34.7%。

2004-2011年行動診間看診量

91



大綱

92

- ✓ 醫院內的醫務團隊整合照護
— 以老年整合門診為例
- ✓ 與基層醫師合作的整合照護
— 以社區醫療群為例
- ✓ 與安善機構合作的整合照護
— 以行動診間為例
- ✓ 偏遠地區社區民眾之整合照護
— 以社子島照護為例
- ✓ 現代科技的運用
— 以遠距醫療照護為例

深耕社子島健康關懷計畫

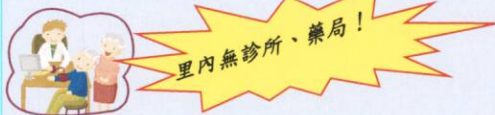
93



背景說明

95

- **地理環境：**
地處邊陲、為北市禁開發地區
2008年發生本土登革熱群聚疫情
- **交通狀況：**每20-30分鐘才有一班公車
- **人口結構：**
老年人口比例超過10%



目標

96

短程目標：

1. 建立居民與陽明院區、士林健康服務中心之健康照護關係
2. 蒐集居民生活環境及健康之多樣性資料

中程目標：

1. 依居民環境和健康資料狀況，結合士林健康中心提供住民健康管理、追蹤
2. 強化居民對聯醫及健康中心之信賴

長程目標：

1. 建立居民強烈之社區意識
2. 協助成為健康社區之典範

2009社子島開航了...

97

*宣傳義診服務內容

參加年度鄰里工作會報，於會議上宣傳義診服務內容

*召開協調會議

主動邀集台北市士林門診部、士林區健康服務中心，召開工作協調會議，討論服務內容



提供義診活動

98

*辦理義診活動，瞭解社區里民健康情形

安排科別包括：復健科、家醫科、眼科、牙科、中醫科、骨科、胸腔內科、耳鼻喉科等。



提供三高篩檢

99

邀請健康服務中心參與義診活動，提供篩檢服務，包括三高篩檢、大腸癌、口腔癌等



志工進行電話追蹤

100

篩檢出異常個案運用電話進行追蹤，主要為瞭解個案是否就醫做進一步治療



志工進行電話追蹤

投注專業人力及物力

101

2009年社子島公共衛生義診活動參與人次統計

月份	三月	四月	五月	六月	七月	九月	總計/人次
活動內容	中醫科 家醫科	胸腔內科 家醫科	骨科 家醫科	眼科 家醫科	復健科 婦產科 家醫科	牙科 家醫科	9場
福安里	59		84				143
富洲里	69	81	69	51	46	49	366
福安國中						112	112

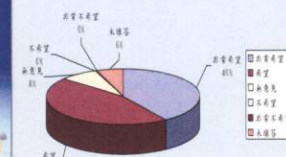


喚起重視自我保健觀念

102

- 鼓勵接受老人健康檢查
- 居民表示有衛教需求達 86%

是否搭配義診辦理衛教講座



轉介老人健檢統計量


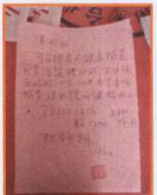
里別	五月	六月	合計
福安里	0	2	2
富洲里	14	2	16
合計	14	4	18

建立了居民健康檔案

103

***建立居民健康檔案:**

運用access系統，建立參加居民之健康資料庫，瞭解社區居民之健康狀況，包括生理、心理、營養、生活衛生狀況，2009年建立資料庫人數達357人。

專業醫師提供建議

我們發現了

104

- 參加者以女性居多，達7成以上。
- 老年居民佔受檢人數的4成。
- 弱勢族群者佔總受檢人數的11%。

我們發現了

105

- 50%受檢者有三高異常現象
- 罹患一種以上慢性疾病者佔40%以上，以罹患高血壓者為最高。

居民慢性病比例高

106

慢性疾分類統計

疾病名稱	比例 (%)
高血壓	55
糖尿病	25
心臟病	28
中風	5
帕金森氏症	2
肺結核	1
癌症	30
氣喘	18
關節疾病	12
胃潰瘍	15
腎臟疾病	5

不是義診完，就結束了

107

- 進行追蹤人數達171人，其中30%仍未就醫
- 追蹤兩次未就醫，轉介士林健康服務中心進行追蹤訪視


➔


建立社區健康照護網

108

- 士林健康中心、士林門診部及陽明院區建立良好轉介管道，建立全方位健康照護網。

109

來自地方的回饋

- 參與活動之民眾滿意度高達90%以上
- 里長說：這是第一次有醫院願意走到社子島



里長也來參與義診活動

110

我們繼續努力...

- 爭取部份公車路線行駛，增加居民就醫的可近性。
- 加強衛教活動，提昇居民自我保健能力。
- 結合「愛心醫療到宅服務」提供個案醫療照顧
- 結合社區多元資源，使服務持續進行。

111

2010年起增設接駁車開進社子島

- 增加社子島居民就醫之便利性
- 平均每年服務16,000人次



月份	搭乘人次	月份	搭乘人次
2011年1月	1,583人次	7月	1,172人次
2月	1,070人次	8月	1,270人次
3月	1,590人次	9月	1,260人次
4月	1,498人次	10月	1,169人次
5月	1,363人次	11月	1,404人次
6月	1,134人次	12月	1,717人次

112

我們進行深耕...

- 結合士林健康服務中心每3個月定期舉行義診活動，內容包含包括三高篩檢、四大癌症篩檢等...
- 義診活動內容，我們安排家庭醫學科、婦產科、營養科、牙科等...提供免費的醫療保健服務。

里別	場次	新增人次	參加人次
福安里	2	41	76
富洲里	3	14	104
福安國中	1	50	104
合計	6	105	284



113

我們持續投入專業人力及物力

2010年度社子島公共衛生義診活動參與人次統計

月份	三月	七月	九月	十月	總計/人次
里別					
活動內容	家醫科 婦產科 癌篩	家醫科 婦產科 癌篩	家醫科 營養科 癌篩	牙科	
福安里	52	24			76
富洲里	49	35	20		104
福安國中				104	104

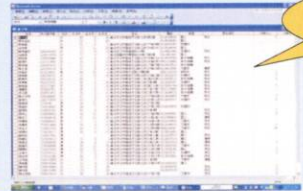



114

持續建立住民健康檔案

- 2010年度新增105人健康基本資料，與2009年度資料庫人數357人加總，目前已建立資料庫之人數達462人

建立住民資料庫，進行健康管理

結合愛心到宅，至案家進行醫療服務

- 2009年義診過程中我們發現，有部分居民因行動不便無法參與活動或至醫療院所
- 結合本院推展之「愛心醫療到宅服務」，透過里長與士林健康中心轉介本院居家護理師評估並與家屬聯繫安排服務。

2009至2010年愛心醫療到宅服務轉介及實際訪視人次

年度	轉介人次	實際接受服務人次
98年	1	1
99年	4	2
合計	5	3



加強老年人的預防保健

- 鼓勵65歲以上居民接受老人健康檢查
- 透過義診活動進行老人健康檢查登記，提高老人健康檢查受檢人數，2010年較2009年增加12人

2010年度轉介老人健檢統計量

里別	福安里	富洲里	合計
老人健檢轉介量	18	12	30

喚起中壯年人口自我保健觀念

- 推行四大癌症篩檢服務（大腸直腸癌、口腔癌、乳癌及子宮頸癌）
- 2010年度進行5場義診活動，共計120人次接受篩檢

2010年度社子島癌症篩檢活動辦理場次及參加人次

里別	場次	接受篩檢人次
福安里	2	23
富洲里	3	97
合計	5	120



持續結合地方資源

- 與福安國中合作進行衛生教育活動
定期舉辦衛教講座，配合相關傳染病進行衛教宣導，主題包含登革熱防治、愛滋病防治宣導、紅眼症、腸病毒防治宣導等...

2010年度舉辦健康講座內容及參與人次

月份	主題	參與人次
5/24	登革熱防治宣導	150
6/23	愛滋病防治宣導	150
10/4	紅眼症防治宣導	104
10/6	腸病毒防治宣導	104
11/3	體重控制	
	總計	508



持續與社區地方領袖人物建立良好關係

- 定期參加社區會議，如里鄰工作會報。
- 不定期拜訪地方領袖人物，如鄰里長。



我們還會繼續努力...

- 進到社子島服務近3年的時間，我們發現社區工作的成效在短期間不易看到大量的成果，也受到一些因素的影響...



持續進行的成果

透過義診活動的舉行，持續建立居民之健康資料庫，並結合公共衛生政策，推展健康關懷服務：

- 2011年每季舉辦1場義診活動，共計4場，共計服務201人次。
- 共計15人次於本院進行老人健康檢查服務。
- 四大癌症篩檢轉介服務量共計116人次。



在地化志工關懷小站計畫

成立衛生保健社區志工隊，培訓種子志工落實在地化服務

- 培訓富洲社區發展協會健康關懷保健志工7名。
- 2011年4月起志工隊開始進行社區獨居長者及失能個案訪視。(每月進行關懷訪視)
- 2011年5月成立志工血壓量測站。

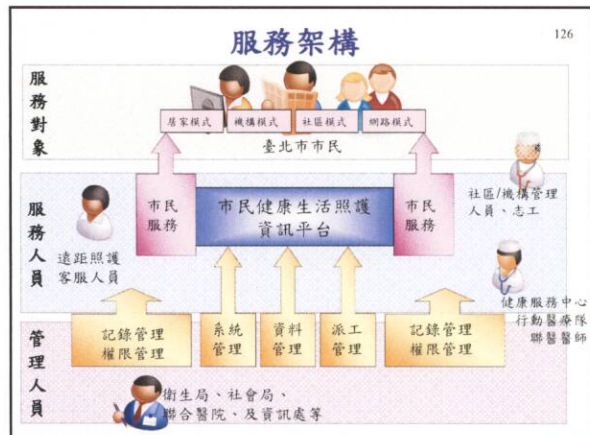
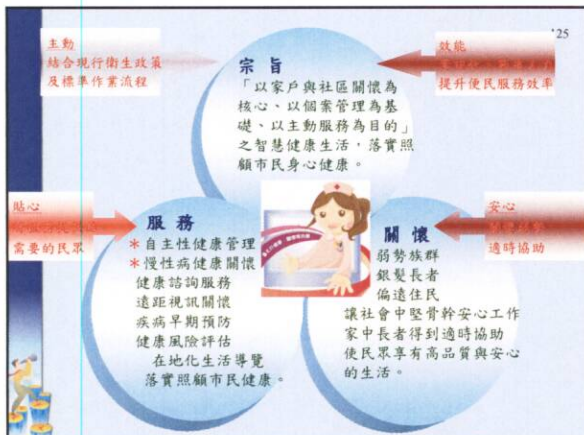


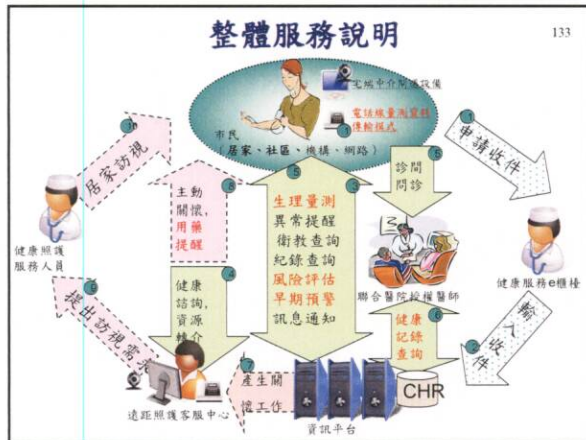
大綱

- ✓ 醫院內的醫療團隊整合照護
 - 以老年整合門診為例
- ✓ 與基層醫師合作的整合照護
 - 以社區醫療群為例
- ✓ 與安養機構合作的整合照護
 - 以行動診間為例
- ✓ 偏遠地區社區民眾之整合照護
 - 以社子島照護為例
- ✓ 現代科技的運用
 - 以遠距醫療照護為例



市民健康生活照護服務試辦計畫





服務成果

145

- 1.迄今(101.6.30)已完成設置685個「遠距照護站」：
 - (1) 居家535站。
 - (2) 社區76站。
 - (3) 機構51站。
 - (4) 職場23站。
- 2.共計服務7,578人、生理量測823,408人次。
- 3.市立聯合醫院成立「客服中心」，由專業護理人員提供健康關懷通訊服務，客服話務服務量達8萬1,407通。



客服中心提供關懷



都市長親臨關懷市民



邱副市長示範遠距照護

146



Thanks for your attention