

出國報告（出國類別：國際會議）

衛生福利部 105 年度中高階衛生福利 行政人員工作坊暨臺美衛生福利 圓桌會議計畫

服務機關：衛生福利部

姓名職稱：何啟功政務次長、游麗惠司長
 諶立中司長、林維言副司長
 吳文正副執行長、陳瑩萍專員

服務機關：衛生福利部國民健康署

姓名職稱：陳潤秋副署長

服務機關：衛生福利部食品藥物管理署

姓名職稱：王德原副主任

服務機關：衛生福利部中央健康保險署

姓名職稱：林純美副組長

服務機關：衛生福利部八里療養院

姓名職稱：馬景野副院長

服務機關：基隆市衛生局

姓名職稱：吳澤誠局長

服務機關：桃園市政府衛生局

姓名職稱：黃翠咪簡任技正

服務機關：嘉義縣衛生局

姓名職稱：許家禎局長

服務機關：高雄市社會局

姓名職稱：姚雨靜局長

派赴國家：美國

出國期間：105 年 8 月 23 日至 9 月 2 日

報告日期：105 年 9 月

摘要

本年度計畫主題為「Catalyzing Change toward Meaningful Outcomes」，由衛生福利部暨所屬機關、醫院、地方政府社會局、衛生局之中高階主管共 14 人組成代表團，赴美參與委託杜克大學籌備之臺美中高階主管圓桌會議暨工作坊。出訪學習期間與美國聯邦及各州數十位現任、前任衛生福利部門或非政府組織首長、高階主管及衛生福利領域專家學者，就當前重要之衛生福利政策，透過多場次會議討論、政策分享及參訪行程，進行高專業程度之業務交流，建立良好的友誼互動、溝通及策勵平臺。此外更透過實地訪視美國官方各級衛生福利機關、全國性及區域性非政府組織，杜克大學兒童醫院、癌症醫學中心、德罕市聯合援助與收容所等地，瞭解衛生及社會福利計畫實際運作流程，同時透過於收容所親身烹煮及發送餐點與遊民的過程中，尋得當初投入衛生及社會福利領域服務之初心。本次的圓桌會議及工作坊辦理十分成功，經杜克大學精心策劃行程緊湊而充實，不僅深化臺美雙方之有意義的深度交流及互動，並且難得的與美國高階官員相互學習共同成長，更使團員汲取實務經驗，拓展我國衛生福利中高階主管之國際視野，提升人員培育之效益，並利於未來制定相關政策。

目錄

壹、目的.....	1
貳、行程簡介.....	2
參、會議內容.....	4
肆、心得與建議.....	59
伍、活動照片.....	63
陸、附錄.....	81

壹、目的

本計畫透過多場次會議討論、政策分享及參訪行程，期望達成之目的有三，說明如下：

- 一、透過臺美雙方衛生及福利界之政府及非政府組織高階首長的意見交流及深度討論，建立專業溝通與相互瞭解之平臺。
- 二、就臺美雙方當前於衛生福利政策研擬及執行過程中所面臨之困難，分享如何與民眾及非政府組織溝通、評估影響因素及調整政策執行方向，同時分享各項政策執行之良好成效，作為雙方未來政策規劃及執行、評估之參考。
- 三、透過密集且高強度的政策交流學習，深化我國中央及地方衛生、社會福利高階主管之聯繫，並凝聚決策共識，以共同促進我國國民之健康及福祉。

貳、行程簡介

August 23 (Tuesday)	Evening	Depart for U.S.
August 24 (Wednesday)	Morning	Arrive Washington, DC
	Afternoon	Policy and Advocacy for Population Health@ APHA
	Evening	Program Orientation and Mock Presentation
August 25 (Thursday)	Morning	Colloquium: Mapping the Future of Health Policy and Practice@ US-HHS
	Afternoon	Aging, National Pain Strategy, Behavior Health and Healthy People 2020/30 @ US-HHS Field Meeting: Policy Making in Action @ US Capitol Hill
	Evening	Mock Presentation
August 26 (Friday)	Morning	Forum: Transformation Through Partnerships: Leveraging Opportunities for Social and Health Services @ Fairfax Health Department, AHCA and APHSA
	Afternoon	
	Evening	Teamwork
August 27 (Saturday)	Morning	Fly to Durham, NC
	Afternoon	Discussion: Mock Presentation and Issue Refinement and Focus Refinement
	Evening	Weekend Activity
August 28 (Sunday)	Morning	Seminar: Framing Issues in Shaping Meaningful Policies Discussion: Mock Presentation and Issue Refinement III
	Afternoon	Group Outdoor Activities: :Duke Campus tour and Lemur Center
	Evening	Informal Leadership Dialogues
August 29 (Monday)	Morning	Roundtable: Paradigm Shift - Learning from Health and Human Services Leaders
	Afternoon	Forum: Emerging Healthscape Roundtable: Building Solutions for Sustainable Outcomes
	Evening	Roundtable Networking Meeting
August 30 (Tuesday)	Morning	Roundtable: Bridging the Divide of Health and Social Policy and Practice @ NC-DHHS
	Afternoon	Conference: Systematic Partnership to Achieve Physical, Social and Financial Well-Being @ Durham County Social Services Department

	Evening	Discussion: Engaging Agile and Efficient Citizen Services @ Urban Ministries of Durham
August 31 (Wednesday)	Morning	Session: Enabling Actions to Strengthen Quality and Value of Care @ Duke Health
	Afternoon	Program Synopsis
	Evening	Depart for Taiwan
September 1 (Thursday)	Day	En Route
September 2 (Friday)		Arrive Taipei

參、會議內容

一、105 年 8 月 24 日－會議主題：Policy Advocacy for Population Health

(一) 會議地點：APHA (American Public Health Association)

(二) 與談人：

1. Dr. Georges Benjamin, MD, Executive Director. APHA(美國公共衛生協會執行長)
2. Dr. Regina Davis Moss, PhD, MPH, MCHES, Associate Executive Director for Public Health Policy and Practice, APHA(美國公共衛生協會副執行長)
3. Donald Hoppert, Director of Government Relations (美國公共衛生協會政府關係處處長)
4. Mighty Fine, MPH, CHE, APHA Deputy Director, Center for Professional Development, Public Health System and Partnerships (美國公共衛生協會培訓及公衛體系夥伴關係中心副主任)
5. Vina HuLamn, MS, APHA Global Health Manager, APHA (美國公共衛生協會全球衛生經理)

(三) 會議摘要：

1. 第一站參訪的是美國公共衛生協會(American Public Health Association, APHA)，位於華盛頓 D.C.，協會成立於 1872 年，為全世界最有歷史，也是美國最大的公共衛生專業組織，全球會員超過 50,000 名，關注在所有人民和所有社區健康的議題，目前的執行長是 Dr. Georges Benjamin，當日執行長本人也特別出席參與會議討論。
2. 協會執行長首先介紹該會使命在於「提高公眾的健康、實現健康平等的狀態」，致力於促進所有人和所有社區的健康，加強公共

衛生專業人員的影響，並且提供在政策辯論的實證科學並做倡議，努力促進在預防、減少健康方面的差距和促進健康。接著由 APHA 與會之專家分享該協會重要工作。

3. APHA 與會員國家和地區的分支機構協調關鍵決策者，在全球健康議題上，與許多國際組織組成夥伴關係塑造公共政策，以應對當今持續關注的公共衛生問題，包括確保獲得醫療保健，保護核心公共衛生方案和服務的資金，以消除健康差距。APHA 同時也研究及倡議重要的公共健康問題，其倡議議題包括如：公共衛生和緊急應變、食品安全、饑餓和營養、氣候變化和其他環境健康問題、公共衛生基礎設施建設、疾病防治、國際衛生和菸草控制。此外，協會近年來也積極投入校園性侵害防治工作，他們發現校園內，大約五分之一的女性以及十六分之一的男性為遭受性侵害(或未遂)之被害人；百分之五十至七十的侵害行為疑似與酒精(飲酒)有關；百分之四十的被害人擔心遭報復而不敢報告；百分之七十五至八十的女性認識侵害者。所以協會採取倡議行動，透過預防教育方案，鼓勵學生勇於制止性侵害。

協會也提醒資料收集彙整作為實證基礎的重要性，以性侵害議題為例，由於 APHA 將性侵害視為是公共衛生的議題，他們經由實證基礎資料發現，青少年被害人經常會有：持續心理健康方面的問題、比較差的學業成績、較低的畢業比率等經驗，所以協會近年來也積極投入校園性侵害防治工作，希望不只是支持倖存者，更希望透過校園預防方案，推動大學學生「同意遠離酒精、有健康的人際(性)關係」，以及「旁觀者介入、男性參與(特別針對聯誼會和運動團體)」等，這是讓人印象深刻的。與國內情況相較，

雖然校園性侵害情況與美國不盡相同，但相關作法仍值得相互學習。

4. 此外，協會透過網路研討會、衛教工具、工作坊、顧問指導、專業指導、訓練認證等方式強化專業發展，並透過與其他專業組織合作，制定標準原則，亦作相關專業發表，同時經由社會運動過程，結合媒體、實況報導等手段，讓社會大眾能參與改變社會。而協會每年舉辦的年會對公共衛生領域的人來說，是一件非常大的盛事，今 (2016) 年的年會已經是第 144 屆年會，主題訂為「Creating the Healthiest Nation: Ensuring the Right to Health」，預期會超過 13,000 人出席，每天都會有超過 100 個主題的討論，超過 600 個參展單位。
5. APHA 也洞察政策改變，提醒所有的政策都是因地制宜且須有實證及思考財政需求，人民可以改變政策，而協會可提供這些專業支持。本次參訪中，協會也提到了歐巴馬政府推動的 Obamacare，說明保險改革及健康系統改革 2 套模式整合的 ACA(Affordable Care Act)，可以讓民眾更負擔得起，其結果可見未保險率從百分之十五降至百分之九，並且增加了社區預防性服務及品質。
6. 會中大家也詢問協會，那麼多的公共衛生方面的議題，協會是如何訂定每年的優先順序以及如何與其他民間部門合作？協會回復由於每年大家關切的議題名單極多(約 10 至 20 多個)，通常會就總統政見或國會議員的政見選擇合作。至於其他民間部門，協會會就實證基礎資料提供其他部門參考與合作。另與會團員針對人民只願意付很少的保費，卻希望政府給付愈多愈好，向協會請益如何取得政策平衡？協會則是建議應該提醒人民，如不付費，健保體系一定會結束掉，建議應小幅逐步增加保費。

7. 最後協會也提醒並建議，多與民眾溝通，教導民眾且每個人只要都出一點力，即便是一點微小的改變都是重要的，因此，如何再強化民眾及跨步部門更有健康議題不是單一部門的工作，而是「大家的事」的觀念，才能更促成公共衛生多贏局面。

二、105年8月25日

(一)會議主題：Mapping the Future of Health Policy and Practice; Aging, National Pain Strategy, Behavior Health and Healthy People 2020/30

1. 會議地點：US department of Health and Human Services (美國聯邦衛生部)

2. 與談人：

(1)Dr. Karen DeSalvo, Assistant Secretary for Health, HHS (美國聯邦衛生部衛生次長)

(2)Dr. Jewel Mullen, Principal Deputy Assistant Secretary for Health, HHS (美國聯邦衛生部首席助理次長)

(3)Dr. Edwin Walker, Acting Assistant Secretary for Aging and Administrator, Administration for Community Living, HHS (美國聯邦衛生部高齡化代理次長兼老年與社區生活署代理署長)

(4)Dr. Thomas E. Novotny, Deputy Assistant Secretary for Health ,Science and Medicine, HHS (美國聯邦衛生部醫療與科學助理次長)

(5)Dr. Dalton Paxman, Regional Health Administrator, Region III, HHS (美國第三區域跨州衛生總指揮)

(6)Ms. Carter Blakey, Deputy Director, Office of Disease Prevention and Health Promotion(美國聯邦衛生部疾病預防與健康促進局副局長)

(7)Ms. Mary Worstell, Senior Advisor, Office of Women's Health ,HHS (美國聯邦衛生部婦女健康局資深顧問)

- (8) Esther Krofah, Special Advisor, Office of the Assistant Secretary for Health, HHS (衛生部衛生次長辦公室特別顧問)
- (9) Dr. Nikolans Kashey, Pediatrician and Medicine-Pediatrics Faculty, Baystate Health(麻州非營利綜合醫療體系兒科醫學醫師和教授)
- (10) Casey DiCocco, Analyst, Office of Nutrition and Health Promotion Programs, ACL (老年與社區生活署營養和健康促進處分析師)
- (11) 何啟功政務次長, 本國衛生福利部次長
- (12) 游麗惠司長, 本國衛生福利部護理及照護司司長
- (13) 譚立中司長, 本國衛生福利部心理及口腔健康司司長

3. 會議摘要：

- (1) 此會議係由美國聯邦衛生及人類服務部門(以下簡稱美國衛生部)(US-HHS)與本部代表團一同進行,討論範疇包括從美國到全球皆受關注的健康議題,如包括過度使用鴉片類止痛藥物的社區流行與疼痛處置的國家級策略議題、高齡與長期照護議題、心理和行為健康議題、「健康人民 2020 與 2030 展望」議題、為兒童及弱勢族群提供臨床及社會服務議題等等。會議由美國衛生部衛生次長 Dr. DeSalvo 主持與致詞,談到美國公共衛生面臨新的挑戰,如茲卡病毒在美國本土及鄰近國家的盛行,及因社區對疼痛處方鴉片止痛劑助長意外死亡率增加,美國聯邦衛生部門進而推動「疼痛處置國家級策略(the National Pain Strategy)」。此外,針對普遍流行的吸菸及菸草使用,食物供給的安全及充裕等仍然是美國各州政府共同關注的議題。
- (2) 本部代表團由團長何啟功次長發表演說及回應,本國近年來衛生行政單位與社會福利體系合併,整合急慢性醫療照護資源及健保給付服務制度,以建構全人、全生命歷程,全面覆蓋的健康照護

體系，成為整合性健康照護體制提供全人的健康照顧服務，並提出目前所面對的挑戰及因應的規劃。例如：提升醫療照護的人力與價值、醫療機構的急重症負擔和轉診制度、偏遠地區 IDS 醫療模式、全民健保的收支平衡、社會大眾對食物安全的信任危機、地區性登革熱流行等。同為全球化必然的一份子，國際共同的健康議題趨勢如自境外移入的茲卡病毒在本國境內也需積極應對。

席間，各與談人提出「全民健保高覆蓋率」、「遠距醫療科技在醫療照護的運用」、以及「社區醫療單位，如 Medical Home 使用」等議題，針對美國與本團之異同做分析與交換意見。

- (3) 美國衛生部高齡化代理次長兼老年與社區生活署署長 Edwin Walker 也針對「高齡化方案 (Aging Program)」政府政策作簡短說明：高齡人口在美國社會也是一重要族群，社區生活署執行的基本主張為高齡人口能夠依其意願選擇居住處所、和誰同住、生活所需及社區參與等要件生活，也兼顧其生命週期及家人的需求滿足。
- (4) 本團護理及健康照護司司長，游麗惠博士，報告本國長期照護體制變革，內容重點包括：(i)我國老化趨勢，例如我國的老年人口比率將於 2018 年和 2025 年達到 14%和 20%，老化速度相較其他國家為快；(ii)我國長期照顧推動體系，例如個案評估和服務輸送模式；(iii)我國正規劃推動的長期照顧 10 年計畫 2.0 版和 1.0 版與比較其差異，例如 2.0 計畫總目標為建立優質、評價及普及的服務體系，以及向前延伸初級預防功能，向後端轉銜在宅醫療和安寧療護、擴大服務對象和服務內容、及建立社區整理照顧模式等；(iv)照護雲端資訊系統的建置等。

游司長詢問 Walker 代理次長，該署如何整合老年和身障者的長期照顧，Walker 代理次長回答，該署目前主要在規劃營養和身體活動相關的活動計畫和標準；但對於身障者，由於身障者希望自己決定需要，所以該署採一對一個案管理方式，個別性評估和提供服務。目前我國的長期照顧 10 年計畫 2.0 版已將 49 歲以下身障者納入服務需求，該服務對象的需求與老年身障者的需求有很大的不同，例如就學和就業等需求，因此建議將如何提供個別化的服務，列為 49 歲身障者長期照顧服務規劃的研議方向。

- (5) 另 Walker 代理次長提到，該署非常重視家庭照顧者的關懷服務，所提供的服務包括照顧訓練、支持團體、諮詢服務、喘息服務和輔具提供等，以上這些服務均與我國長期照顧所提供給家庭照顧者的服務內容相似。

惟當 Walker 代理次長說明完後，美國衛生部婦女健康局資深顧問 Mary Worstell 立即進一步說明，除了上述服務，他們也關心照顧者對自我的照顧議題，例如幫助照顧者如何自助、關心自己是否願意或有能力做照顧工作。Worstell 資深顧問的說明，提醒了我們，對於家庭照顧者的服務目標，不該僅有強化他們的照顧失能者能力，而也應該包括協助他們瞭解自己的身心狀況是否適合照顧人，這的確是規劃家庭照顧者服務非常重要的面向，可以供我國長期照顧規劃之參考。

- (6) 接續由美國衛生部醫療與科學助理次長 Dr. Novotny 報告國家級疼痛處置策略，論及照護及危險平衡之道，說明美國各州皆正視鴉片類止痛藥廣泛使用帶來預期治療效果，也帶來增加藥物成癮盛行的公共衛生危機。

(7) 本團心理及口腔健康司謹立中司長報告「Challenge of Mental Health in Taiwan－我國心理健康面臨的挑戰與應對」。為全面提升國人心理健康且配合國際趨勢，我國於心理健康業務上，重視前端預防工作，1986年起陸續落實與推動各項精神疾病防治及心理健康促進工作，亦開辦家庭暴力及性侵害加害人處遇等。惟我國心理健康仍然面臨各層面的挑戰需要應對：(i)因應社會變遷及人口老化，每萬人口之精神醫療急、慢性病床數標準應重新評估；(ii)精神病人醫療利用轉型(如轉介至復健機構)或鼓勵其回歸社區；(iii)加強精神病人社區照顧服務；(iv)應以社區融合為導向，重新建立合宜之支持性就業服務及轉銜作業流程；(v)減少病情穩定之精神病人長期留滯醫療機構之情形；(vi)檢討法規以適時強制病情不穩之嚴重病人就醫，同時保障其自由權益；(vii)發展多元化精神病人社區照護模式及鼓勵民間機構提供家屬照護服務，落實精神障礙者之社區化照顧政策

謹司長強調精神疾病防治與照護服務仍需積極應對，並提出重點執行對策：(i)對於初發精神病人將提供個案管理和深度處遇，防止病程慢性化；(ii)對於那些不符合強制性住院治療的精神病人提供危機處遇；(iii)對社區的非政府組織提供賦權和資金；(iv)努力提升社區個案管理的人力和功能；(v)盡量增加社區精神醫療住房和就業支持資源等。

謹司長亦藉此圓桌會議就教於聯邦衛生部（US-HHS）與談人，因應美國社會保障制度與本國之異同，議題如「醫療人權和需求對平衡」、「精神病人長期留滯醫療機構和慢性床的過度供應」、「精神病人使用社區精神復健資源是否有服務期間長短的限制」、

「社區精神復健資源設置於社區中、社區居民是否會拒絕或態度如何」等。

首席助理部長 Dr. Mullen 特別提及人權（Human Rights）議題，無論是從醫療供給者、給付費用第三人、及社區民眾之面向，都值得深思。提醒在提供便利照護及就醫權利的倡議下，亦不應造成個人健康或公共衛生上的危機，但是多重面向的討論仍有助於制定政策及策略。主持人特別提及因美國行使聯邦制度，其中五十州各醫療與社會保障體制皆有異同，很難一體簡單回應。

- (8) 接續由衛生部衛生次長辦公室特別顧問 Esther Krofah 就前述議題重申長照安養機構住民，獄政體系內的受刑人的心理健康（Behavioral Health）經常在心理衛生照護體系中受到忽略，尤其高齡的族群往往合併醫療照護及心理健康上的威脅，老年與社區生活署也嚐試成立示範方案，建立服務途徑。
- (9) 美國聯邦衛生部疾病預防與健康促進局副局長 Ms. Carter Blakey 隨後報告「Healthy People 2020」健康人生 2020 關於疾病預防及健康促進施政藍圖，藉由四大基本健康面向評值：「一般健康狀態」、「健康狀態的分歧與不均等」、「健康的社會決定因子」，以及「健康相關生活上或安適」等品質，建構引領健康的指標體系（Leading Health Indicator Framework），製訂行動案促進每一位社區成員的健康也兼顧到每一生命週期的需要，也形成共識並展望未來健康 2030 的視野。
- (10) 美國第三區域跨州衛生總指揮 Dr. Dalton Paxman 以美國第三區域各州如何協議推動民眾心理健康（Behavioral Health）－社區內成癮性止痛藥物危機為例，解釋區域內各州政府均有獨立立法權及衛生行政施政順序；此一聯邦官方代表協議各州體制，為聯邦

體制獨有。聯邦政府目前將社區內成癮性止痛藥物造成公共衛生危機列為優先，區域總指揮權責召開跨州衛生行政會議，聚焦於彼此成員的溝通，進一步研擬共同預防策略，這類議題可以從遠距科技的使用談論到人員訓練的需求。

- (11) 最後，Dr. Kashey 分享在社區提供第一線臨床醫療經驗，也直言美國之社區醫療體系也面臨過多照顧負荷的現象，工作人員(尤其是醫師)也對工作的滿意度不高，壓力也許來自工作量負荷，給付第三者的要求，民眾的特殊照護需求等因素有關。

(二) 參訪主題：Policy making in Action

1. 參訪地點：美國國會山莊
2. 參訪摘要：該日下午由國會議員 Dr. David Price 及 GK Butterfield 辦公室安排，帶領本團參訪國會山莊。國會山莊係美國民主政治的象徵，參訪當日雖正值國會山莊外觀整修，但仍可見得其雄偉及莊嚴。國會山莊內各大廳皆佈滿各州具代表人物之雕像，透過導覽人員解說，使代表團更能理解美國民主政治之背景及發展。

三、105 年 8 月 26 日

(一) 會議主題：Transformation Through Partnerships: Leveraging Opportunities for Social and Health Services I

1. 會議地點：Fairfax 郡衛生局
2. 與談人：
 - (1) Dr. Gloria Addo-Ayensu, Director, Fairfax County Health Department (Fairfax 郡衛生局局長)
 - (2) Sharon Arndt, Director of Community Health Development and preparedness, Fairfax DOH (衛生局社區發展與防範主任)
 - (3) John Silcox, Communications Director (衛生局資訊公關主任)

(4)吳澤誠局長，基隆市衛生局局長

3. 會議摘要：

(1)Fairfax 是華盛頓特區大都會區最大的一個衛生局，約管轄一百萬人民，參訪當日由局長 Addo-Ayensu 醫師率領所有的工作團隊歡迎我們，並且由局長、社區發展與防範 Arndt 主任及資訊公關 Silcox 主任等，分別就當地健康促進業務，以簡報和案例分析討論的方式做交流。我國則由基隆市衛生局吳澤誠局長，針對戒菸及毒品的經驗提出報告分享，雙方廣泛交換意見，氣氛熱烈。

(2)首先是基隆市衛生局吳局長以「Two Strategies for Health Promotion in Ketamine Abuser and Reducing Teenager Smoking」為題，探討降低青少年吸菸及 K 他命濫用之健康促進策略。首先，在青少年菸害防制部分，基隆市青少年(18 歲以下)之吸菸率，高於全國平均值約百分之二十到三十，尤其在國中生更為嚴重，有鑑於此，基隆市衛生局有四大基本項目：(a)提供戒菸教育及轉介接受戒菸服務、(b)落實校園菸害防制公共政策宣導(c)配合校外會、少年隊聯合稽查(d)校園附近菸品販賣場所定期守候稽查，目前集中於 18 歲以下青少年之稽查，以期降低賣菸給青少年之違犯率。而根據國民健康署 2013 年至 2015 年之調查報告顯示，在基隆市最常賣菸品給高中生者，第一名為傳統雜貨店，高達百分之六十至八十，其次為檳榔攤(12 至 18%)、便利商店(3 至 16%)。而賣菸品給國中生者，第一名為便利商店(48 至 55%)，其次為傳統雜貨店(25 至 36%)、檳榔攤(10 至 12%)。整個基隆市賣菸品店家共約 1000 家，為防範賣菸品給青少年，基隆市衛生局於 2013 年開始，透過實質式稽查，其合格率自 2013 年的 52%到 2015 年升至 95.4%。

而在 K 他命濫用部分，依照香港經驗，約有下列五項策略與作為：(a)加重超量持有的罰則；(b)第一線之預防－「加強師生及家長反毒觀念」；(c)第二線之早期停用－「早期發現與早期介入醫療，以恢復健康」；(d)第三線之治療－「身體、心靈與家庭的治療」；(e)第四線之復健－「復歸社會，預防再犯」。香港自 2004 年起開始推動，其 K 他命的濫用情況，於 2009 年出現最高峰後，明顯下降至 2013 年，此一顯著防止濫用成效，激勵我們採行相同策略與作為。惟囿於資源及經費問題，基隆市衛生局對於上揭 5 項策略與作為，聚焦在「第二線之早期停用－『早期發現與早期介入醫療，以恢復健康』」。透過與醫學中心泌尿科合作，在 K 他命濫用講習中，對受講習者施予立即式之泌尿道功能與身心功能等問卷調查，隨後簽署同意書後，即刻進行膀胱功能之超音波檢測與尿流速檢查。其後分析報告，並衛教成癮當事人。該項措施所收集到的問卷及各項檢驗值發現，濫用時間越長，則自覺膀胱功能愈容易不正常，且實質膀胱功能異常率(46.8%)，遠高於自覺功能異常率(8.4%)。本項介入方式係一項創新領航之照護方式，其目的乃藉由此種方法，讓成癮者能清楚瞭解到他們的膀胱功能，因而促使能產生戒斷動力來停止濫用，惟須更多的追蹤來證實其長期效益。

(3)接著由 Arndt 主任將 Fairfax 地區的現況做簡報，其間並穿插 Addo-Ayensu 局長的補充說明，主要談到，在地方的建立和經營，最重要的是一個『信任』，在一個新的社區或是族群，一般約會花上三年的時間，來取得對方的信任，同時也因為健康的議題是互相影響的，所以在衛生局方面，是以多部門的方式提供不同的資源，讓目標族群或社區，能夠有不同的管道取得所需要的健康

促進資源。此部分游司長好奇在美國的社區經營是否如同臺灣需要訂定達成「目標值」的做法？而許局長也想瞭解在美國如何進行不同族群間的政策溝通，Addo-Ayensu 局長補充說明，因為要成功經營一個社區須花費很長的時間，所以美國不會將焦點放在追求「目標值」或「目標數」的達成，做就對了；另針對不同的族群，該局甚至有不同語言的工作人員來應對，這一點在臺灣目前雖然人力不足，但也大致上朝同樣的方向去做。

(4) 在健康促進方面，Arndt 主任提到，各項議題若透過志工的力量，則較容易有效監控執行成效，以戒菸來說，該局在公園設置禁菸標誌，但因人力及時間限制，無法全天候由政府員工到場監管是否有違規民眾，此時透過志工的加入，則可以彌補這項不足。同時因應時代趨勢，電子菸成為癮君子的另一項選擇，該局也開始針對這類產品列入管理考量，故 Addo-Ayensu 局長亦關心臺灣是否如同美國一樣，容易於網路上購買電子菸，有關本項提問，國民健康署陳副署長及食品藥物管理署王副組長相繼回應，在臺灣，電子菸係屬不得製造及進口之產品，同時不得在網路買賣，臺灣當局持續在網路上監控違規販賣電子菸之情況，已經發現立即依法開罰。

(5) 在 Fairfax 之整體健康網絡部分，Arndt 主任強調，健康網絡應以社區為中心，衛生局是立於輔導的立場，因為維護健康並非僅是政府或學校的責任，應透過每個人實際執行才能達成。然而。政府及學校需要傳遞一些重要的資訊，惟如何有效傳遞是一個極重要的議題。該局若有重要推動的政策，通常會先向意見領袖及社區志工說明，讓意見領袖及社區志工將意見攜回社區討論，再回饋意見，如此往返數次，即可大致瞭解社區意見及執行上可能遭

遇之問題，透過這樣的往返溝通並修正執行方式，雖然耗時，但通常可以獲得較好的成效，這也是 Fairfax 一直是華盛頓大都會區做得最好的衛生局之主要原因之一。

(二) 會議主題：Transformation Through Partnerships: Leveraging Opportunities for Social and Health Services II

1. 會議地點：美國健康照護協會(American Health Care Association) / 全國長期照護總部(National Center for Assisted Living, NCAL)
2. 與談人：
 - (1) Governor Mark Parkinson, President and CEO, AHCA/NCAL; former Governor of Kansas(美國健康照護協會與全國長期照護總部總裁兼執行長, 前堪薩斯州州長)
 - (2) David R. Gifford, MD, MPH, Senior Vice President(美國健康照護協會與全國長期照護總部資深副總裁)
 - (3) Matt Salo, Executive Director, National Association of Medicaid Directors (NAMD)(美國五十州 Medicaid 首長協會執行長)
 - (4) Michelle M. Washko, Deputy Director National Center for Health Workforce Analysis Health Resources and Services Administration(HRSA)(衛生部醫療資源與服務署醫療人力分析中心副主任)
 - (5) Dana Halverson, Director of Not-for-Profit and Constituent Services, National Center For Assisted Living (全國長期照護總部非營利組織及會員服務部主任)
 - (6) 黃翠咪簡任技正，我國桃園市政府衛生局簡任技正
3. 會議摘要：

- (1) 美國健康照護協會與全國長期照護總部會員超過 13,000 個組織機構，由聯邦與各州的非營利健康照護組織及私人護理之家所組成，宗旨以協助失能的個人在社區的生活照護，持續提供數以百萬的老人、失能者長期照護或者亞急性照護。
- (2) 美國面臨人口老化，尤其是戰後嬰兒潮世代的人口老化比過去增加的加速。Medicaid 的費用中，老年人口花費占多數，尤其在機構的照顧比率偏高。整體長照支出超過 Medicaid 經費一半以上，對於美國聯邦政府 2015 年財務債務餘額占 GDP 比率近百分之八十，預估未來也將持續維持在百分之八十，政府已面臨破產在即的壓力，老化激增與政府財務不佳之雙效問題，對於人口老化問題更難處理。此外，各州的 Medicaid 對貧窮線認定各有不同，故給付項目也不同，而各州 Medicaid 在護理之家的給付隨著地區的生活水平不同也有差別性，部分州現行給付不足，約半數州的給付低於標準，對員工的薪資也有影響，造成高離職率。面對此一問題加速推動使用科技來協助照護，也有助於增加員工滿意度及降低離職率。希望未來照護的分布上應該改變，社區照顧與機構應該朝向各一半為主，而非現在以機構為主的給付內容，並希望賦權社區共同參與。
- (3) 美國 Medicaid 首長協會執行長 Matt Salo 提到對於長期照顧的給付應該以民眾的需求為考量，特別是不要僅著眼於發生問題時的處理費用，而是也應該包括可以預防問題發生的預防性措施或設備。Salo 執行長舉例，社區中 89 歲老人每日中午自己用爐子加熱熱狗為餐，但因老人操作上反應遲鈍造成燙傷，還要給予傷口治療及復健，但若能考慮在生活上給予微波爐加熱

使用，可以事先改善此一問的發生，且費用亦比燙傷後的傷口治療及復健節省費用。

- (4) 長期照護需求日益複雜，需要各類人力共同合作提供，包括醫生、護理師、職能治療師、物理治療師、營養師及照顧服務員等。美國資源與服務署醫療人力分析中心副主任 **Michelle M. Washko**，說明美國健康照護體系照護人力的現況，特別提到護理人力與照顧服務員呈現人力非常不足之現象；其分析預測護理人力短缺的問題，基本上每 25 年就會發生週期性循環過程。目前美國政府與私人長期照護相關組織，均有提供不同層次的人力招募協助，並會與大學共同合作相關對策研議和研究。另美國政府亦會提供培育人力的相關訓練，並且對於各類健康照護人力訓練後的發展及結果，會進一步再評估是否與原來希望的目的是否達成？訓練後有多少人力實際投入職場。**Washko** 副主任同時也提到對於第一線人力的羅織策略，除了訓練培育人力以外，基本薪資的滿足以及職業生涯發展是很重要的影響因素。
- (5) 桃園市衛生局簡任技正黃翠咪分享桃園市近幾年所推動的社區安寧緩和網絡照護服務，包括：擴展安寧資源、延續醫療照護至安寧療護、推廣預立醫療自主(ACP)及器官捐贈等子題。因應人口老化，安寧緩和照護已是臺灣一個重要的健康議題；台灣的安寧緩和照護品質在全球是名列前茅，自 2010 年即全球第 14 名，2015 年排名進步至第 6 名且為亞洲國家的第一位。在擴展安寧資源部分，桃園市辦理安寧專業人力訓練課程，以增加人力資源，提供免費專家資源協助提升專業能力及解決實務問題並就提供社區安寧服務者給予補助；在延續醫療照護至

安寧療護部分，桃園市衛生局已建置平臺，連結支援責任醫院與社區長照機構、社區藥局、社區基層診所，由社區服務單位擔任個案發現、轉介及醫療服務，當有安寧照護需求時，即可視個案狀況作轉介，並由支援責任醫院提供後援服務；在推廣預立醫療自主(ACP)部分，則是運用多元管道並結合民間資源辦理相關訓練及講座與宣導。該報告獲得與會人士的肯定及熱烈討論，其中一名與會者提問，臺灣安寧照護可以成功的最重要原因為何？本團多位團員積極分享，歸納出三大原因，一為我們對於民眾的積極宣導(如邀請知名藝人或社會團體宣導)，二是醫護人員對安寧照護的認知及覺醒程度高；最後，也是最重要的原因是，臺灣人有「好死不如賴活」的傳統觀念，有助於提高安寧療護的接受度。

(三) 會議主題：Transformation Through Partnerships: Leveraging Opportunities for Social and Health Services III

1. 會議地點：美國公共福利首長協會(American Public Human Services Association, APHSA)
2. 與談人：
 - (1) Neil Bomberg (美國公共福利首長協會公共政策主任)
 - (2) Christina Becker, JD, Health Policy and Program Associate, National Collaborative for Integration of Health and Human Services (整合衛生與福利國家聯盟衛生政策顧問)
 - (3) Christina Crayton, Senior Policy Associate and NAPCWA Staff Liaison (美國公共福利首長協會資深政策顧問與公共兒童福利行政首長協會聯絡人)

(4) Megan Lape, Coordinator, National Workgroup on Integration (國家福利整合工作小組召集人)

(5) 林維言副司長，本國衛生福利部保護服務司副司長

3. 會議摘要：

(1) 本站參訪的是美國公共福利首長協會(American Public Human Services Association, APHSA)，由其公共政策主任 Neil Bomberg 介紹 APHSA 組織進行之工作，此組織主要由全國社政領袖組成，目前協會本身有 28 位全職工作人員，工作項目涵蓋很廣，在推動全國社政相關議題上，一方面經由 “the Human Service Value Curve” 工具 (含 generation、integration、collaboration、regulation)，以家及社區為基礎，讓民眾在健康及福利上較易得到支持，加強溝通，並經過輔導，讓弱勢民眾可以自給自足，以期永續經營，尤其注重小孩及年輕人；另一方面也橫向與許多 NGO 合作，以更切進民眾需要；第三方面學會也努力倡議及推動社會福利法案，目前正在推 “Family First Prevention Service Act”，目前美國法律在家暴或類似讓小孩陷於危險狀況時，主要在安置孩子，但安置花很多經費且較難施行，常常孩子在暫時安置的家中要待較久，且預期整個系統會在 2019 年到期，因此推動此法案希望以其原生家庭設法幫忙及安置，如此可省很多經費，以納入比現在更多的孩子，且可幫助在寄養家庭到 18 歲以上的孩子；推動法案很困難，此法案已推動三年，目前仍在努力。

(2) 本部林維言副司長於會中介紹有關台灣推動家庭暴力及性侵害防治工作的現況，摘述如下: 1997 年制定性侵害犯罪防治法：這是台灣第一個婦女人身安全法案; 1998 年制定家庭暴力防治

法：這是亞洲首部家庭暴力防治專法，建立了台灣在家庭暴力及性侵害防治工作上的法治基礎。其後因持續發生嚴重的家暴及性侵害事件，在民眾強烈要求下，於 2007 年至 2015 年間多次修正法規，擴大保護範圍及於同志伴侶和目睹家暴兒少。為有效推動防治工作，台灣採取三級預防的策略，除建構全面性的防治與服務網絡；發展被害人多元服務模式及加害人處遇計畫；建構責任通報體系外，更建置台灣反性別暴力資源網 (TAGV-website)，積極發揮初級預防功能，以提升全民防暴意識。此外，根據現況分析，家暴每年通報量高達 11 萬件，其中家暴中之親密伴侶暴力及兒少保護案件量分別為 6 萬多(占 53%)、2 萬多件為最多。另依據衛生福利部 2015 年委託辦理的全國親密伴侶暴力調查顯示，婦女終生盛行率為 26% (即每四位婦女當中有一位一生中曾遭受親密伴侶暴力)、一年盛行率為 10%。依暴力樣態分析，以精神暴力占 21% 為最多。雖然台灣家暴及性侵害防治工作推動二十年來已經獲得相當不錯的成就，但仍面臨幾項重大挑戰:

- i. 伴隨著有精神疾病、酗酒、毒癮的加害人，仍是難以處理的問題。
 - ii. 親密伴侶暴力的通報量仍高居不下，其中年輕父母的暴力問題值得關切，因為他們是兒童的主要照顧者。
 - iii. 兒童保護通報量雖略有下降，但 6 歲以下被害兒童卻是增加的，特別是 3 歲以下被害者增加得更為明顯。
- (3) 會中我國團員與美方討論熱烈，更就臺灣目前保護服務業務執行現況進行討論，簡述如下：

- i. 根據協會的觀察與瞭解，目前美國對於人口販運的議題深感困擾，因為犯罪集團會針對青少年(女)用毒品誘惑，使他們淪為從事性工作的情形相當嚴重。協會同時想瞭解臺灣的狀況使否與美國相同?林副司長說明，臺灣每年報告性交易案例約四百至五百件，情況可能不如美國嚴重，因為臺灣法律規定，對未成年人為性行為是屬犯罪行為，會透過教育過程讓民眾瞭解。
- ii. 臺灣家暴加害人中約有百分之十患有精神疾病，百分之二時有酗酒問題，另因電子產品快速升級，以致跟蹤纏擾行為逐漸成為親密伴侶暴力防治的嚴重問題，林副司長也想瞭解美國情形並請教防治策略與建議。有關該議題，APHSA 並未涉入，在美國，與纏擾相關的行為屬司法議題，大多是由警察和檢察官介入處理。(補充說明:根據瞭解，美國對於纏擾行為並沒有法律定義，但 1997 年頒布的騷擾防治法 Protection from Harassment Act -PHA 的第 2A (3) 條，列舉了一些與纏擾相關的行為的例子。因此，纏擾暴力行為導致之嚴重驚恐應該涵括在騷擾防治法的保護範圍中)

四、105 年 8 月 28 日

(一) 會議主題：Seminar: Framing Issues in Shaping Meaningful Policies

1. 會議地點：杜克大學會議室

2. 與談人：

(1) Lanier Cansler, CPA, Commission of the Affordable Healthcare System for North Carolina (北卡羅萊納州醫療體系委員會主委及北卡州衛生福利部前部長)

(2) Kevin Quigley, JD, MBA, former Secretary, Washington Department of Social and Health Service (華盛頓州社福醫療服務部前部長)

3. 會議摘要：

- (1) 本專題演講由二位非常有實務經驗且具高度專業知識專家 Lanier Cansler 與 Kevin Quigley 帶領，從衛生與社會福利服務二個領域，分享在兩個州內不同政府機關的獨特經驗。Lanier Cansler 與 Kevin Quigley 從其相異的工作經驗(兩人都同時擁有行政，立法和私部門的領導經驗)，說明公共衛生領導者能夠藉由形塑利益相關者(stakeholders)都能夠支持和幫助推動朝議程前進的議題方式，來成功制定及執行政策。二位前部長亦分享其在召集相關機構和政治合作夥伴方面溝通的議題(focus upon stakeholder's interest)，以及提示相關訊息給團隊成員與民眾，以確保有效的執行政策和方案的觀點和專業知識。
- (2) Lanier Cansler 主委指出，對於公共政策議題的形塑與推動，如美國的 Medicare 與 Medicaid 計畫等，都必須透過議題溝通方式，先找出那些利益相關者會支持、那些利益相關者會阻擋，而各自秉持的原因是什麼等等，個別的進行不斷的溝通以尋求突破。在每一公開或私下場合的溝通過程中，必定有一群人能聽懂政策的訴求，而另一群則不能理解或接受，因此政策擬訂者要找出方法以更深入的說明，尋求機會讓不理解的那一群民眾也能理解政策的內涵。例如，在北卡羅萊納州，有超過三成的民眾不信任歐巴馬總統組成的聯邦政府團隊，這會嚴重影響到好的公共衛生政策的推動，且北卡羅萊納州傳統上屬農業州地域廣闊，有些地方往往要開 150 哩的車才能抵達距離住家最近的大型醫院，因此北卡的老人或行為能力困難的人，多傾向在家接受醫療照護，或使用政府補貼資金購買改善生活能力的設備在家使用，這一點使得在北卡羅萊納州推動 Medicaid 方案

(funding home)遠較推動 Medicare 方案 (funding hospital)來的容易。

- (3) Kevin Quigley 前部長則分享了如何將好的想法轉變為好的政策 (how to turn great idea into good policy)的看法，首先、要有計畫的讓民眾瞭解現行問題與錯誤的政策會產生的後果與影響，其次、要找對推動政策的機關，針對問題點提出好的想法，且資訊公開，給予民眾一段公開的討論期，並在適當的時機依一定的程序，將好的想法、點子轉變為政策內容，再來、要能勾勒願景，要讓民眾理解推動好的政策是為自己擘劃一個理想的未來，因為民眾會願意追隨我們，是因為每個人心中的看法與價值觀與我們一致。Kevin Quigley 前部長更以其在華盛頓州社福醫療服務部任職時為例，說明在當時華盛頓州需要幫助的民眾中，僅有部分民眾參與政府的 Medicaid 補助計畫，相對的，北卡羅萊納州則是有大部分需要幫助的民眾皆加入政府 Medicaid，因此要說服華盛頓州多數需要幫助的民眾也加入 Medicaid，就是一件異常艱困的工作，簡單的說，就是除了有經費之外，也需要與相關單位及各個利益相關者不斷的溝通、再溝通，讓民眾瞭解政策的好處，以及不接受該政策的壞處等。至於如何闡述自己的想法並爭取預算，則有下列幾項要素(4Ps)：
- i. 周詳的計畫 (plan rigorously)。
 - ii. 承認計畫本身的缺點 (painfully admit shortcoming, honestly)。
 - iii. 讓立法委員瞭解現實的情況，說明如果不做的後果為何，亦即將可能發生的 picture 描繪給大家知道及瞭解。
 - iv. 要具備毅力 (perseverance)，透過堅毅不撓的努力溝通與爭取。

(4) 高雄市政府社會局姚雨靜局長問及二位專家，在推動政策過程中，我們會不斷聽取大眾意見，但何時是打住大眾持續論戰的契機而轉變為政策。Kevin Quigley 前部長表示，政策溝通過程一定要資訊公開使大眾充分討論，惟公開討論其需有一定期限，不可能無限期延伸，Lanier Cansler 主委則認為，大眾溝通與意見表達是很重要，但是還是要依據既有的程序進行。衛福部附屬醫療及社會福利機構管理會吳文正副執行長問到，擬定公共衛生政策中資源分配與社會正義的問題，Lanier Cansler 主委則提出，當初曾有小型意見團體反對北卡羅萊納州政府投入資源給生技製造業而應分配社會福利機構時，其回應該團體表示，全美國各州都是支持新藥發展的，因此若北卡羅萊納州阻止生技新藥產業在州內發展，除了會立即造成州內民眾失業，而未來州內也不見得能立即獲得新藥研發成果的好處，例如無法將新藥高昂藥價拉低等，這樣的最終結果，反而使州內民眾更不利，最終該意見團體接受了 Lanier Cansler 主委的說法。

(二) 參訪主題： Outdoor Learning of the Nature and Precious Primates

1. 參訪地點：DUKE Lemur Center (杜克大學狐猴研究及培育中心)
2. 參訪摘要：狐猴在數百萬年前居於非洲馬達加斯加，從兩千年前首批狐猴遷徙迄今，約有三分之一的物種已經滅絕。杜克大學狐猴研究及培育中心是全世界最大的狐猴研究中心，且是馬達加斯加之外，唯一成功繁殖狐猴的地方，該中心約有 23 種 250 隻狐猴在此生活。本次參訪除於暗房中親眼見識夜行性狐猴活動外，更於戶外隔著獸籠近距離觀賞不同品種之狐猴行為，該參訪行程讓本團團員瞭解美國一流大學在各類學科研究領域的努力與投入，也得以親眼見得瀕臨絕種的原生種，增進生物學知識。

五、105 年 8 月 29 日

(一) 會議主題：Roundtable: Paradigm Shift – Learning from Public Leaders

1. 會議地點：杜克大學會議室

2. 主持人：Kevin Quigley, JD, MBA, former Secretary, Washington

Department of Social and Health Service (華盛頓州社福醫療服務部前部長)

3. 與談人：14 位台灣衛福部團員和 14 位美國聯邦及各州現任衛生社福部門或非政府組織首長

4. 主要報告者:

(1) Dr. Tom Muller, Director, Alabama Development of Public Health (阿拉巴馬州公共衛生部長)

(2) Dr. John Dreyzehner, Commissioner, Tennessee Development of Health (田納西州衛生部長)

(3) Dr. Wendy Braund, State Health Officer and Public Health Senior Administrator, Wyoming Development of Health (懷俄明州衛生部長)

(4) Sharon Ricks, Regional Health Administrator, Region IV, US-HHS (美國聯邦第四區跨洲衛生總指揮)

(5) 陳潤秋副署長，我國衛生福利部國民健康署副署長

(6) 許家禎局長，我國嘉義縣衛生局局長

5. 會議摘要：

(1) 該會議係於杜克大學召開之圓桌會議，分為早上、中午及下午 3 場，以建構兩國高階層級公共健康與社福議題互動之平台。讓太平洋兩邊的資深官員與領導者，能夠自然真誠地交換經驗與方法，激發服務新觀念並更新思維、增廣見聞，再點燃公共

服務的熱誠，以及共建友誼、建構創新式實質的專業國際網絡。

該會議參與成員來自美國 12 州不同之衛生社福部門與組織，加入全日的深度討論，與我國衛生福利部的代表進行雙向學習，以檢測重要公共健康與社會議題，並交換保護與促進群眾健康福祉奮鬥經驗及成果，參與者亦輪流彙報陳述關於各自工作上之議題與案例，以作為討論引言分享其中類似的困境、成功政策及共通基礎。

- (2) 上午的會議首先由阿拉巴馬州公共衛生部長 Tom Miller 分享在阿拉巴馬州的活動性結核病(TB)爆發的成功防治經驗，由於活動性 TB 疾病的傳播相當快速，在爆發初期時社區的防治要採取即時防治行動及公共篩檢，首先要做的即是拿出你的經費讓民眾知道 (show your money)錢將用在那些方面；另一方面也要善用媒體來傳達篩檢對疾病防治的益處，以鼓勵民眾踴躍來接受篩檢，公共篩檢除了在疾病早期防治推動與社區共同宣導上有助於達成目標，另一方面在公共衛生危機發生時的緊急處理也能收效。在討論過程中亦提到臺灣在 TB 防治是否有採用財務為誘因。
- (3) 接著由田納西州衛生部長 John Dreyzehner 進行簡報，首先說明其組織任務為保護、促進及增進田納西州民眾健康，他在州內普及基層醫療照護在社區的分布，以提供病人就醫可近性及滿意度，並節控醫療費用支出。美國在醫療支出是世界第一，但嬰兒死亡率卻仍然偏高，相較於臺灣，雖有百分之九十九的健保納保率，就醫可近性高，卻也帶來高急診利用率的問題。目前該州重要的 3+1 項健康問題，分別為抽菸、兒童肥胖、不活

動及物質濫用等。田納西州在 2015 至 2016 年的衛生策略將以落實為全美十大健康州之一的願景，希望透過六項技能(健康保護與增進、從政策與規範以落實保護、病人和消費者的聚焦服務、人力資源優化與發展、公共衛生專家領導社區群眾、示範田納西州衛生部門如何適當處理當前的挑戰等)來落實。

- (4) 懷俄明州衛生部長 Wendy Braund 報告懷俄明州目前衛生政策介入的成果以及在藥物毒品濫用 (Substance Abuse) 的管理。懷俄明州的人口 58 萬人，是地廣人少之處，從 2001—2014 年期間對不同目標的團體發展不同的管理計畫。藥物濫用與抽菸有關，且這一群人的自殺率高於一般人口。所以防治物質濫用需與戒菸防治共同來處理，並邀請社區共同參與，才能獲得雙效。但目前面臨的挑戰在於預算編列的多寡及其流動性等。另一成果為預防早產，因該州的早產比率高於他州，透過非醫療的介入，包括教育（如：開發生產到期日 app 供婦女使用）及政策介入（如：Medicaid 不給付選擇性生產低於 39 週前），也發現有使用生產到期日 app 的婦女，事後發生低體重兒及緊急剖腹產的比率低於與未使用者。
- (5) 美國聯邦第四區跨洲衛生總指揮 Sharon Ricks，闡釋美國衛生部最新將公共衛生對健康的影響劃分為 1.0、2.0 及 3.0 三個不同階段，在 1.0 時期為 1960 年前，相當於我們的祖母時代，強調從積極預防到治療，發展對於健康有關的保護措施及食品安全增進為主，平均餘命也較過去提升。公共衛生 2.0 時期衛生問題發生以地區層次為主，且為極大不尋常事件；對防治疾病則轉向防治對新興傳染病的威脅，並致力在慢性疾病的防治。

一個令人驚訝的情況是在這期間(1990-2006 年間) 美國 43%地區的女性死亡率較過去增加,而只有 3.4%的地區男性死亡率增高,在全美各州也有個別性差異。另外在收入分布和死亡率也隨著收入差別而有不同,全美在收入前 99 百分位的女性平均餘命為 88.9 歲,最低的 1 百分位的平均餘命 78.8 歲。男性收入前 99 百分位平均餘命為 87.3 歲,各州之間也有差異性。公共衛生的推動再次面臨轉向於確保社會環境能讓個人獲得健康為主的活動,因此邁向公共衛生 3.0 時期—社會決定因素,強調致力於橫跨不同部門、政策及系統層級以直接影響所有決定健康的因子。公共衛生遠超過醫療部門對健康的影響。由協助資料整合的夥伴關係到資訊快速收集與資料流動為主、州政府預算原則也以公共衛生 3.0 的概念來編列,州政府對公共衛生服務也以團隊方式進行以增進效益。

地區健康部門完成法令評估後,方決定以哪些公權力介入並頒布提升健康的法令及政策,平均餘命及生活品質的改變受到影響較大的群體為女性、收入較低及住在偏遠地區與南方為主。由於影響健康因素來自於醫療、健康行為、社會經濟因素及物理環境,因此群眾的健康必須重新定義,衛生與社福部門(HHS)須轉向以跨州、前瞻及建議性並強化地區部門的社會經濟因素。

- (6) 國民健康署陳潤秋副署長以臺灣的癌症篩檢為例,報告非傳染性疾病(Non-communicable diseases, NCDs)之防治策略,清晰的英文簡報讓聽眾印象深刻,並討論數個問題,包含臺灣是否因為癌症篩檢的普及提升平均餘命?如何比較癌症篩檢後治療的差異?如何提升民眾意願在使用篩檢?安寧療護在臺灣的發

展及其宣導情形？政府的支持有那些？癌症登記的資料由各方來源是那些？

(7) 嘉義縣衛生局許家禎局長以「嘉義健康新時代」為題，分享嘉義縣透過『3+1 行動醫療計畫』將醫療資源送到偏遠地區的作法以及執行「整合型兒童篩檢計畫」之成效。

i. 『3+1 行動醫療計畫』：

該計畫係透過兩種不同的模式來運作，說明如下表：

	模式一	模式二
名稱	送醫療到村落	整合型複合篩檢
辦理頻率	約 15 場/月	6 場/年
參與人數	約 100 人/場	約 1,000 人/場
篩檢地點	村落中心(如廟前)	學校
服務項目	健康保健、免費義診	45 種主要篩檢 (含抽血、糖尿病、骨質疏鬆以及失智症)
經費來源	中央政府	地方政府

該計畫之實施結果，除使嘉義縣之健檢比率高於全國，並找到確診癌症病例外，更因與民眾之密切接觸，故可於早期發現傳染病發生之契機，便於及早控制。

ii. 『整合型兒童篩檢計畫』：

我國原已有視力、聽力、身體檢查及牙齒塗氟服務等四種兒童篩檢服務，但各項檢查散落於各醫療機構，十分不便；嘉義縣嘗試以「一次到位」的方式，透過聯繫相關醫師公會協助，並要求幼兒園加入該項計畫，期望一次完成 4 項檢查。最後共有 100 多位醫師、155 家幼兒園加入該計畫。

自 2016 年 4 月起至七月，已有百分之六十的幼兒園(5,000 位以上幼兒)篩檢完成，成功率超過百分之九十八，其中發現 174 例身體檢查異常、400 多例視力異常、100 多例聽力異常，皆及早轉介至醫院進行進階檢查。

許局長報告引起大家熱烈討論，因為美國未有普及性的醫療保險讓民眾方便就醫，懷俄明州衛生部長 Wendy Braund 也回應打造篩檢車主動送醫療到偏遠地區，對偏遠地區的人是非常重要的，這也正是他們想進行的方向。與會者也提問在篩檢後發現的異常，公部門如何協助就醫?以及中央與地方如何共同支應篩檢經費，有關這些問題，許局長回應對於異常病例將轉介至醫院進行進階檢查，而篩檢經費來源，有百分之十四為地方稅收，其他部分為中央政府撥款。

(二) 會議主題：Roundtable: Emerging Healthscape—from Personalized Medicine to Population Health

1. 會議地點：杜克大學會議室
2. 主持人：Dr. Karen Remley, CEO, American Academy of Pediatrics (美國兒科學會執行長)
3. 與談人：
 - (1) Dr. Jewel Mullen, Principal Deputy Assistant Secretary for Health , HHS (美國聯邦衛生部首席助理次長)
 - (2) Dr. Marissa Levine, Commissioner, Virginia Department of Health (維吉尼亞州衛生部部長)
 - (3) Christopher Koller, President, Milbank Memorial Fund (米爾班克紀念基金總裁)
 - (4) 何啟功政務次長，我國衛生福利部政務次長

4. 會議摘要：

- (1) 本場論壇是此行唯一對外開放報名參加的論壇，產官學參加者包括杜克大學教職員和學生、政府官員、智庫研究員、醫療人員和主管、一般民眾等共計約有 150 人。論壇首先由衛福部何啟功次長講說「Emerging Healthscape in Taiwan: Holistic Care as a Stabilizing Force for the Society」，內容重點包括：(a)我國全民健康保險的發展與成果，例如我國醫療費用支出佔國內生產毛額的 6.19%，比美國的 17% 為低，但是嬰兒與死亡率、平均餘命、癌症和心臟病治療等表現均優於美國；(b)從個人到群體健康照護的挑戰，例如社會老化和少子化、照護人力短缺和照護資源的不平等；(c)我國克服挑戰的策略，例如醫療職場的改造、縮短健康不平等的差距、促進對群體的完整性評估和創新的大數據分析等；(d)健康社會的展望。

與會者對於台灣能用低於美國的醫療支出，而有優於美國的健康成果都印象深刻，甚至有人表示希望美國的醫療改革制度可以吸取台灣的經驗。

- (2) 接著由美國聯邦首席衛生助理部長 Dr. Mullen 演說，其論述醫療的改革，特別是基層醫療 (primary care)，以及社會決定因子的重要。Dr. Mullen 強調醫療改革應聚焦於全民健康覆蓋、醫療體系，領導力和政策等，例如美國的醫療改革後，沒有保險的人口比率約降低 10%；強化社區健康照護，房屋、乾淨的水和教育等社會決定因子，也都是健康的議題；領導者應該思考有什麼問題，可以做甚麼；用數據實證去指出健康照護的方向等。

- (3) 第三位演說者是維吉尼亞州衛生部長 Dr. Marissa Levine，演講的主題為維吉尼亞州有目標的健康與福祉的規劃 (Intentionally Designing Health and Well-being in Virginia. Levine 部長分享維州運用一套「健康機會索引 (Health opportunity Index)」來評估該州的各區域的健康福祉狀況並依之擬訂政策性介入措施的經驗。該健康機會索引涵蓋 4 大面向 13 指標，包括；(a)社區環境面向(The Community Environmental Profile)，例如空氣品質(Air Quality)、人口轉移(Population Churning)、人口密度(Population Weighted Density)、可走動度(Walkability)；(b)消費者機會面向(The Consumer Opportunity Profile)，例如供應度(Affordability)、教育(Education)、食物獲得性(Food Accessibility)、物質剝奪性(Material Deprivation)；(c)經濟性機會面向(Economic Opportunity Profile)，例如就業機會(Employment Access)、收入不平等(Income Inequality)、工作參與(Job Participation)；(d)健康差距面向(Wellness Disparity Profile)，例如照護獲得性(Access to Care)、隔離 (Segregation) 等。
- (4) 最後一位演說者是米爾班克紀念基金(Milbank Memorial Fund) Christopher Koller 總裁，他分享美國對 Medicaid 醫療保險老人的健康社會決定因素給付的評估成效，期結果發現醫療的支出與健康社會決定因素是有相關。

(三) 會議主題：Roundtable: Building Solutions for Sustainable Outcomes

1. 會議地點：杜克大學會議室
2. 主持人：Lanier Cansler, CPA, Commission of the Affordable Healthcare System for North Carolina (北卡羅萊納州醫療體系委員會主委)
3. 與談人：

- (1) Dr. Judith Monroe, President and CEO, CDC Foundation (美國疾管局基金會總裁及執行長)
- (2) Dr. Jeff Engel, Executive Director, Council of State and Territorial Epidemiologists (CSTE) (全美聯邦及五十州首席流病官理事會執行長)
- (3) Mr. Reginald Bicha, Executive Director, Colorado Department of Human Services(科羅拉多州社福部部長)
- (4) Dr. Raul Pino, Commissioner, Connecticut Department of Public Health (康乃狄克州公共衛生部部長)
- (5) 王德原副組長，我國衛生福利部食品藥物管理署研究檢驗組副組長
- (6) 吳文正副執行長，我國衛生福利部附屬醫療及社會福利機構管理會副執行長

4. 會議摘要：

- (1) 下午的會議首先由美國 CDC 基金會總裁與執行長 Dr. Judith Monroe 進行報告。CDC 基金會為由國會贊助成立之獨立且私立非營利機構，成立宗旨為匯集經費及專業人力協助美國聯邦疾病管制局（CDC），且聯結其他私營組織、個體共同輔助公共衛生系統，推動全美公共衛生政策與執行計畫方案，乃至提供全球健康促進的網絡資源。

CDC 基金會係以 NGO 模式橋接政府施政與民眾健康促進之間的永續服務需求，進而使美國與全球更加健康與安全。自 1995 年來，CDC 基金會已提供遠超 6 億 2 千萬美金，支持疾管局的工作，並已在全球推行 800 個計畫，且建立個體與組織間之網絡系統，以支持疾病管制與公共衛生運作。每一個基金會的計

畫均包括疾管局（CDC）的專業技術團隊，與至少一群之基金會外夥伴；有時疾管局的科學家為啟動一好的理念想法，而 CDC 基金會促使外面合作夥伴共同完成計畫。另外，民營組織亦認知到，藉由基金會與疾管局合作，能夠更佳完成他們所要的公共健康目標。Dr. Monroe 舉例證說明 CDC 基金會的服務模式：

- i. 推動全球菸害防治：鑑於吸菸或嚼食菸草盛行於美國各州及全世界低收入國家，不但使用人口有年輕化趨勢，也使罹患呼吸道及消化道癌症者高居各地死因排行榜前幾名，已成為全球公共衛生嚴重問題。多年以來，CDC 基金會在全球菸草防治體系扮演重要角色，協助美國各州及全世界各國推動防治措施。
- ii. 茲卡病毒防治：茲卡為感染性疾病，其病毒傳染媒介為蚊蟲，目前無疫苗可防治，為美國數個鄰近國家盛行的傳染疾病，感染後對孕婦及胎兒造成危害。CDC 基金會為協助波多黎各控制疫情，特組成方案工作團隊進入社區訓練專案人員，推動長效避孕方式以減少茲卡危害等策略，現在已有初步成就。

席間，主持人 Lanier Cansler 與與談人 Dr. Remley, 美國兒科學會執行長，Dr. Miller, 阿拉巴馬州公共衛生部長，提問 CDC 基金會在波多黎各推動茲卡病毒防治方案如何與政府施政結合，費用如何分配，在缺乏醫師的波多黎各有何因應等。Dr. Monroe 回應費用由 CDC 基金會挹注自己的執行方案，並因應波多黎各醫療體系的特殊性，網羅當地各科醫療人員都參與合作，利用當地 Health House 推動社區的滅蚊教育及暫時的避孕措施等有效的策略抑制茲卡危害。

由上面的報告與討論，可總結 CDC 基金會扮演兩個重要的角色，首先是協助美國疾管局獲得資源與彈性、資金資助、或者協助與特殊群體的聯繫；CDC 基金會可以幫助疾管局推動新計畫或擴充已執行之計使其更具效益性，亦或於疾管局之領航方案尚未相應擴充前，建構一概念的實證性；在每一合作關係中，外界支助給予疾管局專家更多彈性，而能快速有效地聯結正確夥伴、資訊與科技，其能定位出公共健康挑戰之優先性。二是使美國疾管局提升附加價值，當與基金會成為夥伴關係，基金會提供遠超普通慈善捐款的價值效益，可歸納為以下各點：

- i. 加速及擴張重大公共健康計畫，其緊密連結於他們的願景與工作。
- ii. 與全球著名之 CDC 科學家，創造双向合作效益。
- iii. 與複雜聯邦機構，簡化成為夥伴之程序。
- iv. 確認責任性與透明度。

(2) 第二位與談人為全美聯邦流病官理事會（CSTE）執行長 Dr. Jeff Engel，報告“Lessons Learned from Ebola”，伊波拉在美醫院的治療控制經驗，使醫院更加安全。全美聯邦流病官理事會（CSTE）乃聯邦推展公共健康政策及流行病學的機構，亦提供發展資訊、教育及流行病學跨領域實務等的支持，例如專家計畫與監督效益。流病理事會組成以州成員與領域為範疇，希建立州間或其他健康機構間的有效聯繫，亦對夥伴組織與聯邦公共健康機構，提供技術建議與協助，例如各州疾管局中心與流病學會的成員，對於廣泛之健康照護領域，具監督與流行病學專業，其包括職業健康、傳染病、環境健康、慢性疾病、傷害控制、婦幼健康等等多重領域。

Dr. Jeff Engel 講述 2014 年 10 月境外移入伊波拉 Ebola 案例，伊波拉為高傳染性病原體，造成達拉斯某醫院院內感染，兩位護理人員因照顧伊波拉患者而染病。以往，美國尚未遇見傳染力且致死性均強的伊波拉病毒，回顧當時醫院體系防疫系統尚未完備，無法防止院內伊波拉擴散暴發。此例，讓聯邦警覺 Ebola 的防護專責醫院資源必需整體提升量與質，也促使從 2014 年全美 3 家伊波拉治療中心，至 2016 年增至 55 所 Ebola 防護醫院，包括維吉尼亞州、波士頓、芝加哥等，並建立醫院感染防治標準指引，防止病患與病患間，病患與工作人員間，工作人員與工作人員間的感染擴散途徑。

另一主題為「抗藥性細菌的戰鬥」，探討美國因抗藥性細菌而致生病案例之處置原則：美國每年至少約 200 萬餘抗藥性細菌病例，其中死亡約 23000 例，而因綠膿桿菌致病者約 25 萬例，其中死亡約 14000 例。抗藥性細菌在美國常見者為：抗耐甲氧金黃色葡萄球菌（MRSA）、carbapenem 類抗藥性腸道菌（CRE）、結核菌、淋球菌、沙門氏菌。MRSA 現為醫院內常見的感染源，CRE 的案例在美國日益增多，革蘭性陰性之腸道菌因抗 carbapenem 類藥物，而致血行感染；結核菌常是社區性感染，因現具抗藥性而易散播；淋球菌為性行為傳染，在美國的藥物系統，只有一種治療抗生素，並無其他可用藥物；沙門氏菌的感染常見於社區中，現因於動物中濫用，而致影響干擾人類。「抗藥性細菌的戰鬥」的決定要素為：1.經由感染管控而預防；2.於機構與社區，改善對帶抗菌群體的追蹤方式；3.抗生素使用的適當定位；4.發展新的診斷與治療方法。其中第 1 與 2 的處理抗藥性細菌方式，乃與現仍無疫苗，無特效藥的伊波拉病毒處置方法雷同。

從 Ebola 病毒的防治策略學習到，當醫療體系面對抗藥性細菌感染流行之關鍵策略：從傳染途徑預做有效防治，並且能夠即時隔離罹患疾病患者。現在，世界面臨茲卡病毒的威脅時，我們要充分預作準備。此外，Dr. Engel 在回答問題時強調，政府應妥善運用經費訓練所有公、私立醫療專業人員，學習從傳染途徑上著手防治，才能有效益地妥善運用有限的防疫資源。

總結流病理事會執行長 Dr. Jeff Engel 之報告，流病理事會介入 Ebola 病毒的防治與抗藥性細菌戰鬥的二經驗中，瞭解流病學會為一專業組織，為具多層級公共健康實務經驗應用之流行病學官員專家集聚而成；會員任務均為促進流行病學資料的有效使用，以領導公共健康推行與改善健康；亦即經由訓練、能力發展與同儕諮詢，提供有效公共健康監督與流行病學的實務推動，並發展實行標準，倡議資源與以科學基礎的政策，以達願景「利用流行病學的能量來改善公共健康」之目標。

- (3) 第三位與談人為美國科羅拉多州社福部部長 Reginald Bicha，報告“C- Stat: Build Solution Achieving Results for Colorado”。科羅拉多 C-Stat 是一種平衡「過程--相互關聯--結果」的成效管理模式，依據結果數據、理解過程和提供者的意義設計組織調整，以預算、立法、科技投資、合約形成政策改變，進而訂出行動計畫與以實行。最近的例子便是運用 C-Stat 策略，定出數字指標運用與柏拉圖分析(Pareto Chart)，協助長照安置機構減少對住民的隔離處置 (CMHIFL 與 CMHIP)，歷程如下：
- i. 2013 年 1 月，對有個別須求之客戶，展開加強式人員安置。
 - ii. 2013 年 6 月，設計跨專業領域團隊，前瞻式共同討論策略，來有效防止病患對生理治療之需求。

- iii. 2013 年 8 月， i-Care Program 從最佳醫療實行經驗中，採行刻意地每 2-4 小時和病患互動，確保病患需求能達到其所需。
- iv. 2013 年 11 月，CMHIFL 設計出「放緩房間」，允許病患有一安靜與鬆弛空間，可調整他們的情緒。
- v. 2014 年 1 月，CMHIFL 醫院對患者提供同儕諮詢專家；最後發現一哲理的轉變：意識到「隔離等同治療失敗」，而得此成效必須進行跨部門合作。

第二個例子是利用 C- Stat 在醫療院所發展 Trauma- Informed Care System（創傷通報照護），醫院欣然接受且卓有成效。

除此二例外，C- Stat 模式也應用以下的計畫的測量上：

- i. 早期照護與學習（兒童照護機構的即時式監督檢察）：自 2013 年 10 月後，檢視改善從 50%至穩定超過 98%。
- ii. 科羅拉多急難服務計劃（介入比率）：聯邦財政積效顯示 2014 年較 2013 年改善 8.6%。
- iii. 青少年矯正分支部門（家庭參與）：明顯改善於二種測量，積效從 65%以下，至穩定超越 90%之目標。
- iv. 護理之家（降低後得性壓力性潰瘍）：最後 18 個月中，住民無後得性壓力性潰瘍的比例，超過 98%的目標值。
- v. 食品協助（新應用的時間表）：超過 2 年，增強時間表流程 20%。

(4) 第四位與談人為在古巴生長之康乃狄克州公共衛生部部長 Dr.

Raul Pino，以康乃狄克州公共衛生體系的社區照顧系統改革經驗為例：在面對困難與挑戰時，若不能提供更多資源給予民眾，美國健康照護結果仍然不佳。而欲改變這系統，應持續建立服務系統、工作力量、基礎照護與社區協助網絡系統。再者，為維護公

共健康必須解決支付問題，其 Medicaid 計畫應如何妥當支付，以建立公共健康連續性照護，亦必須討論更廣泛的健康照護服務、民眾可能負擔意願、藥物處方取得之可近性與費用負擔、系統回饋等問題。

另以在社區建立 Community House 社區照顧系統改革為例，將醫院出院照護延續到社區醫療照護資源，即使是如心臟疾病之名列 10 大死因嚴重疾病，也能得到妥善社區醫療資源照顧。尋常如兒童的預防注射之公共衛生措施，都能因地制宜地運用社區醫療資源挨家挨戶去推動。

總結來說，現今共衛生體系系統的改革必須解決的議題包括：政府預算如何投資在預防性照護；如何教育、要求政策制定者傳遞公共健康意涵；不質疑照護提供者；校正與健康照護系統的秘密協商；期待照護系統不再昂貴而能負擔得起，最終瞭解並達到「獲得妥善的健康照護也是人權之一」。

米爾班克基金會總裁 Christopher Koller 針對報告內容，關切在康州的健康照護體系是否運用科技改善照護，保險制度是否提供足夠資源，特別是否優先用在兒童身上；同時評論法律訴訟的介入醫療服務，施以極大幅度地壓力迫使醫療照護使用許多不必要的防衛醫療，這可能是世界各國必然面對的趨勢。

- (5) 第五位與談人為我國衛生福利部食品藥物管理署檢驗組副組長王德原副組長，以「New Approach for Food Safety Management in Taiwan」為題，報告關於台灣食品安全管理新途徑。近年來世界各國，包括台灣，都有發生多起違法食品事件，造成國家社會動盪。我國已在最近五年內大幅修正食品安全衛生管理法達五次以上。此外，蔡總統亦提出食安五環政策，透過源頭控管、重建生產管理、擴

大十倍查驗、加重黑心業者責任與全民監督食安等方案，提升我國食品安全管理效能。藉由跨部會合作，串接大數據分析，產生即時預警、資訊揭露、有效管理等功效，達到政府、消費者與業者三贏的局面。而此，全面性的食品安全管理體系建構在風險管理架構之下，運用雲端技術串接跨部會系統資料庫，即以跨部會泛食品雲為主體機制，核心食品雲端建置在衛生福利部食品藥物管理署，串接教育部、經濟部、財政部、環保署、農委會的跨部會 15 個雲資訊系統構成。由食藥署「五非系統」構成業者登陸、產品追溯追蹤、輸入食品查驗、產品檢驗與後市場稽查等核心食品雲，平時產出產品監控顯示儀表板進行趨勢分析，供主管機關作為決策參考；發生重大事件時，則可透過資訊勾稽篩檢，供稽查人員現地查核。以油品分流管理作案例，說明分析勾稽 2014 年來自農委會、環保署等飼料油、廢棄油與食品登錄系統資料庫數十萬筆資料後，最終產出 40 家可疑食品業者清單，再經衛生稽查人員調查，接排除違規疑慮。最終，顯示我國食用油目前皆在安全掌控中，並提出我們是否要追求完全安全或是相對合理安全食品的概念，作為後續專家討論的引言。

- (6) 第六位與談人為我國衛生福利部附屬醫療及社會福利機構管理會(簡稱醫福會)吳文正副執行長，以「New Horizon for Old Hospitals」為題，報告我國衛生福利部所屬醫院(簡稱部立醫院)的蛻變。部立醫院少數自 1896 年日治時期即已經設置，歷經隸屬臺灣省、衛生署改制，乃至於目前隸屬衛生福利部，現在共計 26 家。部立醫院肩負公醫使命，執行國家政策，例如傳染病人、精神病人、低收入戶病人等弱勢族群的照護，同時維護國民身心健康。

為提升服務品質以達永續經營的目的，醫福會運用品管方法(QCC、5S、流程管理)，從「策略」、「系統」、「結構」三層次建立品管的執行地圖。接著建立品質改進的四項策略，並由該會「戰情中心」(Combat Information Center 簡稱為 CIC)，為即時監控各院營運與品質等各項指標的資訊中心：

- i. 設置一家旗艦醫院：預定將桃園醫院提升至醫學中心級，提供部醫教學、研究、訓練的核心基地。
- ii. 推動部立醫院進行橫向及垂直整合、設置區域聯盟：建立以種子醫院為核心成立醫療相互支援的網絡並強化自我管理能力之目的。
- iii. 出版學術期刊：2012 年起開始發行期刊鼓勵研究與提升服務品質等研究，「醫學與健康期刊」，計於 2018 年成為 SCI 期刊。
- iv. 選擇關鍵指標 (key performance indicators, 簡稱為 KPI) 及年度考核：選擇營運、資訊、財務、與品質等四類關鍵指標，提供即時性(real time)資訊以利監控及適時介入管理。另針對所蒐集的指標並給予權重比例作為年度考核基礎。

未來部醫的挑戰，一是面臨預算限制下(尤其是人力成本、公共任務增加等壓縮利潤)，可能導致品質不易維持且無法永續經營。二是醫療糾紛在臺灣的情形，已有生育事故補償條例等政策實施，以減少訟源，實證資料也顯示成效。另外，醫療糾紛傾向以訴訟外方式解決，此即是「替代爭議解決」(alternative dispute resolution, 簡稱為 ADR)，例如仲裁 (arbitration)等。同時，在臨床上也加強落實「知情同意」(informed consent)，以減少醫療糾紛。

六、105 年 8 月 30 日

(一) 會議主題：Bridging the Divide of Health and Social Policy and Practice

1. 會議地點：North Carolina Department of Health and Human Services (NC DHHS, 北卡州衛生福利部)
2. 主持人：Randall Williams, Deputy Secretary for Health Services, NC DHHS (北卡州衛福部醫療衛生副部長)
3. 與談人：
 - (1) Sherry Bradsher, Deputy Secretary for Human Services, NC DHHS (北卡州衛福部人民福利副部長)
 - (2) Jason Vogler, Senior Director, Division of Mental Health, Development Disabilities and Substance Abuse Services(衛福部身心健康署署長)
 - (3) Wayne Black, Director, Division of Social Services (衛福部社會福利署署長)
 - (4) Danny Staley. Director, Division of Public Health(衛福部公共衛生署署長)
 - (5) John Stancil, Director of Pharmacy and DMEPOS programs, Division of Health Benefits (衛福部健康福利署醫療醫材處處長)
 - (6) Julia Lerche, Senior Program Manager— Actuarial, Division of Health Benefits(衛福部健康福利署保險統計處資深經理)
 - (7) Jamal Jones, Senior Program Manager— Business Operations, Division of Health Benefits((衛福部健康福利署行政運作處資深經理)
 - (8) Kelly Kimple, Woman’ s and Children’ s Section Chief, Division of Public Health (衛福部公共衛生署婦幼組組長)

- (9) Buck Wilson, Cumberland County Public Health Director and Chairman of the NC Healthy Start Foundation(坎伯蘭縣衛生局局長和北卡州健康成長基金會主席)
- (10) 林純美副組長，我國衛生福利部中央健康保險署南區業務組副組長
- (11) 馬景野副院長，我國衛生福利部八里療養院副院長

4. 會議摘要：

- (1) 北卡州衛福部醫療衛生副部長 Dr. Randall Williams 介紹北卡州衛福部（NC DHHS）為州政府最大機構，分成 30 個部門。DHHS 亦監督 18 個設置，包括心智延緩中心、精神醫院、酒精與藥物濫用治療中心及學校、早期介入計畫及特殊照顧中心。DHHS 擁有近 1 萬 8 千個員工，預算近 180 億美金，主要分布在三個主要部門：醫療輔助計畫部門（Medicaid）、社服部門、精神健康與失能發展及藥物濫用服務。本次會議中，DHHS 領導團隊討論其促進與保護州民健康福利上的服務效能，並聚焦在最近起始或重塑的事項上，包括以下幾個重點：
- i. Medicaid 支付計畫的修訂－對於此項受服務的 190 萬民眾，北卡州如何改進其健康照護之可近性、品質性與效益性。
 - ii. 論述處方藥物濫用問題－強調付費者角色於偵測與調整病患行為模式，鼓勵醫生更負責任的處方行為，及用藥行為。
 - iii. 精神健康與身體健康的關連性－提供個體心智與/或失能促進的品質支持之政策，來獲得自我決定，以及對於民眾之精神問題與物質濫用不正常問題，能提供品質照護來促進其恢復
- (2) 經整理北卡衛福部團隊的報告，歸納重點如下：
- i. 鴉片類止痛藥物危機處理－經統計，美國藥物濫用死亡率在 2014 年為每 10 萬人 14.1 人，增至 2015 年為每 10 萬人 15.2 人。其中又以鴉片類藥物危機最為嚴重。美國鴉片類藥物處方釋出之藥物過量濫用，自 1999 年來 4 倍增長，儘管疼痛病例統計並

無激增，但在 2012 年共有 2 億 5 千 9 百萬的處方釋出；而依據田納西州醫療輔助計畫（Medicaid）之研究，指出使用鴉片類藥物的患者，在治療六個月內的死亡率，高達 64%；從 2000 年至 2014 年，將近 50 萬人死亡於藥物鴉片類處方之過量濫用，其中在 2014 年即有 16 萬 5 千人，換算每天有 78 個美國人死於鴉片類藥物過量。Johns Hopkins 針對該類藥物持有狀況調查指出，這些止痛處方用藥物的受處方群眾，57% 仍持有剩餘藥物，而 60% 不再須用止痛藥物中，其中約一半仍計畫持有這些藥物，以備將來使用；調查中亦指出三分之一的鴉片類藥物處方為濫用或誤用；而無醫療理由之使用鴉片類藥物者，每 5 人使用中就有 1 人，這些人於 10 年內將會有高機率試用海洛因毒品，鴉片類藥物成癮者，比一般人具 40 倍機率成癮於海洛因。

北卡州的情形呢？北卡州每年超過 1000 人死於相關鴉片類藥物與海洛因毒品，屍體解剖後有四分之一指向藥物濫用；每 10 萬北卡州住民，約有 9 萬 1 千張的鴉片類藥物處方，因過量而到急診者，每年約 2 萬人，過量濫用的死亡，超過槍械或車禍死亡，而此濫用情況使美國約四分之一的家庭受到影響。

如何降低鴉片類的藥物濫用呢？北卡州利用醫療輔助策略來因應，透過前瞻性與回溯性之藥物利用回顧、臨床覆蓋基準與預先強制計畫、處方與/或劑量限制、再配藥閾值等研究與探討，同時配合 FDA「優先藥物用表」批准之 2 項鴉片類禁止濫用藥物，執行鎖定計畫，在此計畫中制訂醫療輔助鎖定計畫之基準，在北卡州醫療輔助計畫（Medicaid）之領受人中，使用鴉片類藥物，或鎮靜劑類與特定抗焦慮藥等管制藥品，且符合下列一項或以上基準時，將被鎖定於一處方者與一藥房：A. 領受者具下列至少一項：(a) 鎮靜劑類與特定抗焦慮藥物，於連續 2 月中，有 6 次以上申用者；(b) 鴉片類藥物，於連續 2 月中，有 6 次以上申用者。B. 接受鴉片類藥物或鎮靜劑類與特定抗焦慮藥等管制藥品，於連續 2 月中，有大於 3 個處方者。3. 來自 Division of Medical Assistance (DMA) 或 Community Care of North Carolina

(CCNC) 提供者之轉介。

此外，該醫療輔助計畫也透過校正藥局政策及臨床覆蓋機轉、建議下降嗎啡等效劑量、短效或長效之每日使用限制劑量及增加鴉片類藥物的再配藥閾值等方式處理鴉片類藥物危機。

- ii. 修訂北卡州醫療輔助計畫 (Medicaid) – Medicaid 係透過州的 Medicaid 機構於相對應訂定契約的機構，傳遞該計畫之健康效益與附加服務。而州政府採 Medicaid 照護服務不僅因為成本管理，更為了要改善照護功能的協調性、釐清可歸責點、改善群體健康、擴大革新。

為了改善該計畫涵蓋民眾的健康照護可近性、品質及效益，北卡州透過重新設計付費、重架構照護傳遞、規劃「以病人為中心」的照護及包裹式社區支持及資訊服務進行改革。這次計畫改革基本分為即將面臨的挑戰、過渡期及保留事項 3 部分，即將面臨的挑戰包括要讓該計畫的被保險人加入他們選擇要加入的健康照護計畫，照顧提供者也需接受人頭式與鼓勵式之支付方式，並以品質為照護目標；過渡期則採將同時加入 Medicaid 及 Medicare 的被保險人由 CCNC 提供服務的策略；最後，將牙醫服務、年長者全面服務(PACE)、當地教育機構服務、兒童發展服務機構及短期資格團體（如急診單獨服務）等服務列為保留事項。有關北卡州的 Medicaid 改革，正在規劃討論中，預計在 2019 年七月正式上路。

- iii. 心理健康與生理健康之密切關聯 – 心理健康為構成健康的重要因素之一，美國有心理疾患者中有百分之五十為肥胖者，與一般民眾比較下，壽命少 14 至 32 年，且較有吸菸傾向。而英國研究，有憂鬱症者之心臟病死亡風險高出百分之六十七，癌症死亡風險高出百分之五十；有思覺失調症之心臟病死亡風險增為 2 倍，呼吸相關疾病死亡風險增為 3 倍。另根據美國 2012 年全國藥物使用與健康調查中發現，各種有心理疾病與無心理疾病者相較之下，均有較高的慢性疾病比率，如高血壓、氣喘、糖尿病、心臟疾病、中風。

因此，北卡州為了促進民眾心理健康，規劃危機服務計畫、自殺防治計畫、提供藥物輔助治療選擇（鴉片類藥物治療中心、聯邦授證健康中心、居家、職業、醫學健康家庭計畫）及同儕支持，同時認證社續行為健康中心等等。

- (3) 接著係我國中央健康保險署林純美副組長以「Leverage claims data to develop integrated information for decreasing duplicate prescription with the aid of PharmaCloud」為題，報告我國如何利用申報資料並配合雲端藥歷來降低重複用藥之風險。目前我國健保面臨的健康照護問題來自於人口老化帶動的需求，為瞭解解決老化帶來多重疾病、多重用藥上對病人的一些潛在不安全及藥品浪費，健保署透過善用全民健保資料庫，分別於 2013 年及 2014 年建立雲端藥歷 (2013)(醫師使用)與 my Health Bank(一般民眾使用)，本次報告特別就雲端藥歷進行說明。首先，參考其他國家如何將整合性藥歷使用於特別目的，如同美國 Prescription Drug Monitoring Programs (PDMPs)中處理 Opioid 成癮所建置的關懷名單作業，我國先從安眠藥過量使用者的定期提供關懷名單做起，再擴大至所有被保險人全部藥品的使用情形，形成現在的雲端藥歷。能夠推動雲端藥歷的優勢在於，我國健保制度為單一保險人，且進行全面電子化申報、電子化處方輸入作業，又有完整的資訊基礎建設，故可快速推動，也可達到節控醫療費用並維護病人安全之目的。因為目前雲端藥歷的推動十分順利，故又新增 7 項資料，除可知道病人用藥外，亦可瞭解病人在其他院所的檢查報告、出院病歷摘要等醫療資訊，以擴大資訊透明化範圍。

席間有與談人詢問我國藥品支出占健保費用之比率及目前 CPOE 與此系統是否皆可進行連接？林副組長回應藥品佔健保總支出 25%，CPOE 係屬醫院的系統，故由醫院自行決定是否連接系統或使用查詢方式。

- (4) 後為我國衛福部八里療養院馬景野副院長以「Complementary Services of Domestic Violence and Sexual Assault Prevention in Bali Psychiatric Center」為題，說明八里療養院參與家庭暴力及性侵害

防治之輔導性介入服務。該報告說明公立精神專科醫院參與地方社會服務局處對社區民眾提供的服務範例，再分別說明家庭暴力加害人及性侵害加害人處遇如下：

- i. 家庭暴力加害處遇－我國自 1998 年起頒立家庭暴力防治法，1999 年起辦理家暴加害人處遇。由地方法院檢察署主責與地方縣市政府設立之家庭暴力與性侵害防治中心專責辦理。八里療養院位於新北市，提供社區精神醫療及心理健康服務，亦是新北市責任醫院，自 2006 年起提供新北市家暴加害人處遇服務，目標為強化加害人非暴力的溝通能力。
- ii. 性侵害加害人處遇服務－我國自 1994 年起依刑法對性侵害加害受刑人處以受刑期間處遇，且自 1997 年起依性侵害犯罪防治法，針對假釋中、服刑後、緩起訴等回到社區之加害人，執行兩階段處遇，以增加加害人自我控制能力；更自 2011 年起，性侵害犯罪防治法更明訂再犯危險性高之加害人，不論其刑罰是否完成皆應進入醫療機構或特定處所接受強制處遇。然而，衛生福利部八里療養院亦為新北市政府家庭暴力及性侵害防治中心合約機構，提供良好成效之性侵害加害人處遇服務。

(二) 會議主題：Partnership to Achieve Physical, Social and Financial Well-Being

1. 會議地點：Durham County Department of Social Services (德罕郡社會局)
2. 與談人：
 - (1) Michael Becketts, Director, Durham County Department of Social Services (北卡州德罕郡社會局局長)
 - (2) Catherine Williamson- Hardy, Assistant Director for Customer Accountability and Talent Development (北卡州德罕郡社會局副局長)

(3) Rhonda Stevens, Assistant Director for Family Economic Independence
(北卡州德罕郡社會局副局長)

(4) Richard Stegenga, Assistant Director for Business Operations (北卡州
德罕郡社會局副局長)

(5) Jovetta Whitfield, Assistant Director for Family Safety and Permanency
(北卡州德罕郡社會局家庭安全及永久性副局長)

Community Partners :

(6) Rachel Galanter, Executive Director, Exchange Family Center (EFC)

(7) Cathy Stallcup, Director, Durham Center for Senior Life (DCSL)

(8) Ryan Ferhman, Executive Director, Families Moving Forward (FMF)

(9) Alex Protzman, Director, Life Skills Foundation

(10) Sharon Hirsch, Executive Director, Prevent Child Abuse, North
Carolina

(11) Phillip Harewood, Executive Director, Lincoln Community Health
Center

(12) 姚雨靜局長，我國高雄市社會局局長

3. 會議摘要：

(1) 該日下午行程為參訪北卡州德罕郡社會局(Durham County Department of Social Services, NC)，由局長 Michael Becketts 率同仁及相關協力的民間部門代表參與座談。首先由我國高雄市社會局姚局長雨靜以「在社區中提供家庭成員支持性的照顧服務」為題，分享高雄市的實務經驗。由於高雄市 280 萬市民中，約有 90 萬人需要被關注，包括：老人、兒童、身障者、新住民等人口群，而且有較高比率的非傳統家庭，如：低收入家庭、單親家庭、單身家庭、祖孫家庭等，因此高雄市規劃多樣化的服務方案，給

予這些家庭更多的支持，幫助市民在社區中照顧親人。例如：因應少子化及人口老化，高雄市提供多元支持服務方案，包括：公共托嬰中心、育兒資源中心等，協助家庭養育子女。為了讓老人在熟悉的社區中生活，該市推動了「友善老人支持措施」，並且設置「原住民老人日間關懷站」，希望老人生活得更健康與快樂。

(2)接著，由 Michael Becketts 局長介紹德罕郡的人文生態，以及社會局組織架構和主要辦理業務。德罕郡是個農業郡，早期以種菸草為主，在歷史上被稱為“世界菸草之都”和黑色華爾街之家。該郡人口僅有 20 多萬，有相當多的公園，但有人口居住的土地僅占 3 成，有良好的公共服務和具有堅強的信仰和社會正義的社區。該郡有豐富資源且是一個經濟發展相當活躍的區域，人口結構非常多元，其中白人約佔百分之四十六，非洲裔和墨西哥裔人口合計超過五成，不同族群間存在著相當大的貧富差距。經由 Becketts 局長簡報，我們瞭解該局主要的使命是「與個人、家庭和社區成為夥伴關係，以協助居民獲得身體、社會、經濟上的福祉」。社會局下設有五個部門，分別為兒童福利服務、老年和成人服務、家庭經濟自立、業務運作(會計、總務、資訊等)、顧客責信和潛力發展。該局為協助民眾維持生活品質，訂有「社區和家庭的繁榮」、「所有人的健康和福祉」、「社區安全」、「環境管理」、「有責信、效率和願景的政府」等五個策略目標，根據其策略目標選擇優先施政重點(Priorities)包括:1.兒童早期教育方案:每個孩子都該獲得有品質的早期教育 2.漸趨老化之成年人支持方案:55 歲以上或年紀更老者應獲得有品質的服務以支持其健康、安全和福祉 3.遊民服務方案:每個人都可以有一個家、以及支持其穩定

生活的薪資和就業 4.健康照顧方案:每個人都負擔得請起健康照顧的費用 5.青年方案:青年參與是社區最重要的資源。

(3)最後，配合本次參訪之主題「Partnership to Achieve Physical, Social and Financial Well-Being」，德罕郡社會局也邀請了相關協力的團體代表，分別就公私部門合作的方案包括:兒童與家庭支持方案、老人服務方案、危機家庭住宅服務方案等進行簡要報告並討論。分述如下:

- i. Exchange Family Center (EFC)：係以兒童保護和家庭支持為宗旨。根據 EFC 年度報告，2014-2015 年超過 300 個家庭經由轉介至 EFC，其中以法院轉介 21%，社會局兒童保護服務單位轉介 28% 為最大宗。EFC 提供多元的服務模式，以確保其服務能有重要和持續性的影響力，它與很多機構合作發展有關「兒童的需求和應確保提供高品質的支持」意識。該機構服務成效如下:39 位有行為狀況的兒童在教室內獲得服務方案的支持；58 位兒童當中有 95%的獲得維持或增進其社會情緒發展或減低其行為問題；148 位家長和 195 位兒童獲得在家庭中之指導教養，透過親職協助和親子溝通治療，有 33 個家庭達成目標；54 個家庭獲得多面向的家庭治療，25 個家庭成效良好。
- ii. Durham Center for Senior Life (DCSL)：係北卡州設立的非營利組織，共有四個老人中心，其服務內涵包括:提供老人集中用餐、交通接送服務、成人教育、健身課程、諮商以及健康促進、照顧者支持、個案協助和轉介等。
- iii. 北卡州 Families Moving Forward(FMF)：亦為民間組織，其服務對象主要針對「無家可歸但有孩子的危機家庭」提供暫時居住處所，並經由個別服務和社區支持－鄰居成功合作經驗方案

(Neighbor Experiencing Success Together), 使這些家庭能儘快找到穩定的住居所，結束無家可歸的狀況。同時，FMF 這對於這些家庭在找到穩定住居所後，仍然透過 1 年的方案協助其維持穩定生活。

(三) 參訪主題：Engaging Agile & Efficient Citizen Services

1. 會議地點： Urban Ministries of Durham (北卡州德罕市聯合援助與收容所, UMD)
2. 與談人：
 - (1) Sheldon Mitchell, Executive Director, UMD (德罕市聯合援助與收容所執行長)
 - (2) Gin Jackson, Director of Community Engagement, UMD (德罕市聯合援助與收容所社區參與主任)
 - (3) Maruka Rivers, Clinical Director, UMD (德罕市聯合援助與收容所醫療主任)
3. 參訪摘要：
 - (1) 目前美國約有 15% 的人口生活貧窮，包括 1,550 萬兒童(21%)、4,810 萬成人生活在食物不足 (food-insecure) 的家庭中。而在北卡州近百分之二十的居民生活在貧窮線以下，兒童占該州無家可歸人口的四分之一。每天有四分之一 (25%) 的兒童處於挨餓中。為瞭解實際情況以及參與提供志工服務，本訪問團在該日下午參訪北卡州德罕(Durham)市的市區收容所 (Urban Ministries of Durham，簡稱 UMD)。
 - (2) 該收容所創立於 1983 年，係為一非營利組織(non-profit organization，簡稱為 NPO)，與當地教會、非營利組織、政府機關等共同合作，對於無家可歸之人 (homeless) 及高風險家庭

(disadvantaged families)提供支持、維持尊嚴。目前可提供以下服務，包括社區餐飲 (The Community Café)、社區住宿(The Community Shelter)、生活等計畫(例如 The Journey Programs、The Enrichment Programs)等。社區餐飲方面，每日約發放 600 份飲食，每晚約可供應 140 名無家可歸之人，此多為志工準備。另外還有可以放置捐贈的食品與衣物的房間 (The Food Pantry & Clothing Closet)，每月可提供 450 個家庭所需；社區收容所方面，設置男床 80 張、女床 26 張、家庭房 9 間。該收容所亦規劃生活計畫(The Journey Programs) 及豐富計畫 (The Enrichment Programs)，生活計畫目的在於協助受庇護的居民在收入、居住、生活穩定等方面的需要。豐富計畫的目的，在於提升無家可歸者在就業、居住、生活技能、健康、教育、福利救助、電腦資訊、諮商等多方面的能力。此收容所不僅提供以上的計畫與服務，更提供食物（包括罐裝食品、奶粉）、日常用品（衣服、衛生紙、尿布等）、醫療服務、庇護場地等，每年可以幫助 245 人結束無家可歸的困境，其服務量能極高。

- (3) 我國訪問團到達後，收容所主任立即介紹並帶我們參訪該機構內部設施，隨後我們團員在何次長的領導下，全部換裝，穿廚房用的白色圍裙、遵循衛生規定戴頭帽與手套，下廚擔任志工，一起準備 250 人份的晚餐，同時依據收容所的規定，擬定發餐標準作業流程，分配內、外場人數及工作項目以提供服務，菜色內容特別安排中式水餃，結果當天晚餐受到熱烈歡迎，打破紀錄，來了約 300 人，受招待的無家可歸者，除好奇我們來自何處外，更頻頻向我們表達感謝，甚至寫信感謝。發餐結束後，團員們與收容所同仁分享才得知，一般於月底的領餐人數較多，

以往在發餐的 75 分鐘中約 200 人來領餐，惟因我們具系統性的發餐作業流程，使得在發餐開始的 20 分鐘內已經服務了超過 150 人，顯示我國極高的工作效率及服務品質。這次的發餐活動，團員們除了感佩杜克大學於事前安排的用心之外，也讓平日忙於行政業務的高階主管們得以重新找回當初投入衛生及社會福利界服務的初心。

七、105 年 8 月 31 日－參訪主題：Enabling Actions to Strengthen the Quality and Value of Care

(一) 參訪地點：杜克大學兒童醫院、醫學中心兒科部及癌症醫學中心

(二) 與談人：

1. Dr. Ann M. Reed, Chair, Department of Pediatrics , Duke University Medical Center, Physician-in-chief, Duke Children’s Hospital and Health Center (杜克兒童醫院與醫學中心院長；杜克大學醫學中心小兒科教授及部主任)
2. Dr. Ira Cheifetz, Vice-Chair of Pediatrics; Inpatient Practice Chief Medical Officer, Children’s Medicine; Professor of Pediatrics and Anesthesiology (杜克兒童醫院副院長及首席醫療官；杜克醫學中心兒科副部主任兼兒科重症部主任；小兒及麻醉學教授)
3. Dr. Heather McLean, Vice Chair for Quality, Duke Children’s; Associate Professor of Pediatrics (杜克兒童醫院醫療品質主委；杜克大學醫學中心小兒科副部主任)
4. Susan Kline, MBA, Chief Administrator, Department of Pediatrics, Duke Medical Center (杜克醫學中心小兒科首席行政管理長)

5. Dr. Thomas R. Kinney, Wilburt C Davison Professor of Pediatric, Associate Chairman Emeritus of the Department of Pediatrics 杜克大學醫學中心小兒科部教授及榮譽副部主任
6. Dr. Coleen K. Cunningham, Vice Chair for Research, Professor of Pediatrics 杜克大學醫學中心小兒科副部主任及教授)

(三) 會議摘要：

1. 參訪杜克兒童醫院與杜克大學醫學中心兒科部

- (1) 杜克大學健康系統包括一個美國最大的生物醫學研究機構，每年有超過 7 億美元的經費資助相關醫學研究。杜克兒童醫院則提供了 36 個科別之完整的照護體系，美國新聞與世界報導雜誌評鑑杜克兒童醫院與醫學中心為全美最佳兒童醫院之一，並在癌症、心臟內科、心臟外科、糖尿病與內分泌、腸胃道與腸胃外科、新生兒、腎臟科、神經內科及神經外科等 10 個領域有其卓越性。杜克大學醫學中心兒科部 係由過敏免疫、血液與骨髓移植、心臟、重症照護醫療、內分泌、腸胃肝臟與營養、全球健康、血液腫瘤、醫院與緊急醫療、感染症、醫學遺傳學、新生兒、腎臟病、神經學、初級兒科照護、統計科學及風濕等 19 部門與 2 專案計畫組成，包含有將近 200 位研究員、72 位住院醫師、65 位專科醫師以及 100 位醫學系實習生，提供全年齡層兒童世界級的病患照護與家庭參與、培育未來兒科醫學領導者、並找尋未來世代健康照護的治療方式；該中心兒科部亦是全美最大的健康照護慈善機構之一，提供偏遠地區診所心臟科遠距醫療方案計畫。

- (2) 在杜克大學兒童醫院院長與醫學中心兒科部主任 Ann Reed 醫師帶領其團隊主管與我方團員的圓桌座談中，雙方透過熱切的對談交換互相在兒科醫學與醫院管理的經驗。Ann Reed 院長指出，杜克醫學中心支持年輕醫師往臨床醫學或往醫學研究領域發展，

該中心會提供這些研究學者生活基本需求與保障，並對朝醫學研究發展的醫師，提供實驗室與相關儀器設備及空間。然而，兒童病情多半較成人複雜，且送至杜克的兒童多是其他醫院無法處理的棘手患者，但資源不足仍是兒科醫學部最大的挑戰，特別是部分無法負擔龐大醫療支出的患者家庭，其醫療保險亦未涵蓋相關病症，但自聯邦政府 Medicaid 取得的財源僅能用於人，無法用於醫療，故僅能透過社會救助及募款等方式來協助解決，例如兒科部曾向北卡羅萊納州的麥當勞分公司募款來協助困難家庭的兒童資助器官移植手術經費。此外，疫苗接種與藥物濫用治療方面，亦有資金缺口，這些都是杜克醫學中心兒科部的難題。圓桌座談以外 Ira Cheifetz 副院長特別花時間親自帶我們參觀細心講解，他表示杜克大學醫學中心兒科部與杜克醫院加護病房密切合作，充分交換訊息以確保兒童重症患者得到足夠的照護，此外，杜克兒童醫院兒科加護病房的設計，即是為了讓重症兒童患者能與親屬家庭成員有密切的聯繫，且以「提供家的感覺」為主軸，未限制探病時間，家屬在病患的住院過程中皆可自由的進出加護病房，而這樣貼心人性化的政策並沒有增加感染率。

(3)討論過程中，我國衛福部心理及口腔健康司諫立中司長問及杜克兒童醫院有關兒童精神醫學方面的議題，兒科部副主任 Thomas R. Kinney 醫師回應，在杜克兒科部設有受虐兒童醫師小組(child abuse physician team)，若門診醫師發現有類似兒虐事件，會立即通知該小組醫師進行評估，並同時通報郡立警察局與社會局兒虐小組。另外，Thomas R. Kinney 副主任亦指出，美國醫院體系中，確實缺少兒童精神醫療專科醫師，以杜克兒童醫院為例，在 2015 年每 200 名兒童患者僅分配到 1 位兒童精神科醫師，且醫院內亦

無兒童精神科住院病床，甚至在杜克大學附屬醫院亦無，此地區僅有北卡大學 (UNC)醫學院附屬醫院才設有兒童精神科住院病床，此部分確實是杜克兒科部亟待加強的。高雄市政府社會局姚雨靜局長則詢問到對新手父母的衛教問題，Ira Cheifetz 副院長回應杜克兒童醫院針對新手父母有特定衛教課程，告訴他們醫院可以提供那些方面的協助，其新生兒能獲得哪些方面的社會資源，護理師在新手父母與小父母到院時，給予衛教說明與關懷，並講解照顧新生兒的方法以及是否有特殊需求等。

2. 參訪杜克癌症醫學中心

(1)杜克大學附屬醫院癌症中心是因應該院癌症病患的增加及各種治療的進步，約5年前建立的癌症中心大樓，主要是門診的服務，包括門診看診、影像醫學、檢驗科檢查及日間化療、放射線治療等，一進大樓，挑高的大廳設計，使整個中心在視覺上十分明亮，門口有一大片草原及精緻的雕刻，可以讓病患及家人有開朗的環境及心情接受治療，無需站者排隊。除此之外，一樓的病患資源中心及與百貨公司合作的假髮、胸罩、甚至美容，都以讓病患有尊嚴且容易取得為主，一樓還有冥想中心，以上設施均在一進大門的右邊，與臺灣醫院一進門多是掛號領藥處不同。整個醫院環境人性化，設計以患者和家人為中心，在提供服務的同時，處處可以感受到用心誠意。

(2)進入門診區，其病患等候區的設計類似飯店大廳，亦提供多項娛樂設備(如書報雜誌、電視、拼圖或積木等)供病患使用，甚至提供呼叫器予病患，不需因叫號而讓病人名字(隱私)被他人窺知。另每一診區皆有 assessment room，病人要被排進一步檢查時，先在此準備，每一診間外以不同顏色旗子代表目前該診間進行的狀

況。另在日間化療區，其座椅十分舒適，原化療區設計有坐椅區及病床區，但因病患較喜歡坐著治療，目前已汰換部分病床區。每一間氧氣、急救設備放於牆壁暗室，並以畫作擋住，以免讓病人緊張。在該區有一空中花園，設計時針對病患來此是否安全舒適做了很多討論，目前運作並無問題。

(3)在美國並非每人都有保險，杜克大學醫院病患大部分自己有保險，但也有許多來自 Medicaid，有些人有 Medicare，因醫療費用及自負額都很高，並不是每個人都負擔的起，醫院設有工作人員會幫忙有問題的病患家庭評估其保險狀況，不足處有時需由醫院募款提供，募款是醫院經營者很重要的工作之一。

肆、心得與建議

一、廣續建立並積極參與臺美衛生及社會福利交流平臺：本次圓桌會議暨工作坊使我國衛生及社會福利領域之中高階主管得以透過實質專業交流和專題討論之方式與美方相對應領域之高階主管進行對話，行程中除了汲取美方新穎的政策溝通及規劃方式，我國團員更積極表達我國在衛生（如健康保險、食品安全、非傳染病疾病、精神疾病等）及社會福利（如保護服務、托育服務、長期照顧等）之表現，使美方也瞭解認同我國的施政成效，並討教其秘訣。杜克大學團隊在工作坊事前及期間投入極多時間和精力並運用其廣大人際網絡，用心細致規劃高規格及多元的學習行程，包括安排多位首長直接會談與經驗分享，真誠熱情的互動讓人感受深刻。十分難得能夠有這樣與美國高階官員及具影響力的組織領袖在相互尊重及對等的環境下共同學習的機會；代表團員同時操練用英文呈現論述台灣衛福的努力和成就。如此良性互動不僅鞏固臺美間之友誼，更透過互相學習，提升雙方衛生及社會福利之品質，提升人民福祉，故建議持續努力延展該交流平臺，除由我國代表團赴美參訪外，也可邀請

美方中高階主管蒞臺實地參訪體驗我國各項衛生及社會福利機構及措施。

二、強化公私部門、意見領袖及民眾間之溝通：本次行程無論是從一開始在 APHA 討論「倡議」，到北卡州衛生部、德罕郡社會局討論政策溝通等，都圍繞著一個重要的主題：「政策的成功，需要多方面的溝通與協調」。本次行程的意見交流中，討論多項政策的規劃、執行，分別有由非政府組織集結提案建議政府執行、政府透過與社區意見領袖向民眾進行意見蒐集並修正政策細節或政府直接與民眾溝通蒐集想法等方式。有關這些溝通的方式，在我國雖然也有，但有時可能因溝通方式之不良而導致結果不如預期，建議可以汲取美國政府與非政府組織及民眾溝通之優點，強化我國政策溝通之能力。

三、參考世界衛生組織的「衛生人力資源全球戰略：衛生人力 2030」，規劃並推動我國衛生人力資源策略：長期照顧和健康照護是一人力密集的產業，我國現今面臨各類長期照顧和健康照護人力不足的困境，而美國和其他各國也同樣面臨相同的問題。近年來世界各國有感於健康照護人力資源的重要性，今年(2016年)第69屆世界衛生大會已經提出並審議一份「衛生人力資源全球戰略：衛生人力 2030」(Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030)，其中明定2030年的全球里程碑，包括：所有國家建立人力資源部門，其職責是制定衛生人力資源政策和計畫並監督其實施、所有國家都建立追蹤衛生人力資源存量、分布、流動、需求、供應、能力和薪酬情況的衛生人力登記簿方面取得進展等等。我國已面臨人口老化和少子化的社會，衛生人力的問題勢必愈趨嚴峻，故建議我國以該計畫為藍本，規劃並推動我國衛生人力資源策略。

四、以美國總體健康 (population health) 評估、老人保險成效評估及社會決定因素結合之作法，做為我國擬定減少健康不平等策略之參考：總體健

康 (Population Health) 是公共衛生的重要議題，健康本身是一個後端的表現，經濟、社會與環境的不平等是前端的原因，所以減少健康的不平等是達到總體健康很重要的策略。要解決健康的不平等先決條件，是要瞭解不平等的項目、差距和其決定因素，也就是需要有相關的實證以作為決策的基礎。世界衛生組織於 2008 提出「用一代的時間弭平落差」報告後，許多國家開始檢視或提出國家健康不平等的報告，例如英國 2010「公平的社會、健康的生活」報告，美國 2012「以國際觀點檢視美國健康不平等」報告 (Short Lives, Poorer Health)，2013 歐盟「歐洲健康不平等報告」等。我國衛生福利部國民健康署也與英國的 Sr. Marmot 教授團隊一起合作，於 2015 年完成了「臺灣健康不平等報告」，該報告發現台灣的許多健康問題，例如肥胖、吸菸、糖尿病的人口數都與社會階層的上升成反比，而且由社會階層最低至最高呈現梯度。未來我國更應就目前已得知我國之健康不平等狀況，參考美國總體健康評估、社會決定因素等因素，擬定相關策略。

五、積極推動長期照顧服務，減輕需求者之負擔：隨著人口老化，長期照顧已經成為社會不得不面對的負擔，而它所造成的影響包括了經濟和人力的負擔。美國近年來開始推動老人全包式計畫 (The Program of All Inclusive Care for the Elderly, PACE)，現共有 32 州在執行 118 個 PACE 計畫，其整合醫療和長照資源，而提供完整全人照顧，減少進機構的機率；另該計畫採論人計酬支付制度，經費的來源包括三分之一為聯邦老人健康保險 (Medicare)，三分之二為低收入戶醫療救助(Medicaid)，亦即整合的醫療保險和長期照顧經費。我國正推動長期照顧十年計畫 2.0，所規劃的社區整合照顧模式，亦納入了長期照顧得結合醫療服務的原則，這樣設計可以增進對民眾健康照顧的效益，惟目前服務經費仍分別由長

期照顧和健康保險給付，美國 PACE 的整合醫療保險給付和長期照顧並論人計酬方式規劃設計，可以做為我國之參考。

另減少長期照顧的負擔部分，應該從源頭的健康促進和預防失能做起，而且還要包括環境支持面的營造。我國的長期照顧十年計畫 2.0，已經將減少或延緩失能者的失能程度列為計畫總目標，預期將可以減少長期照顧的負擔。此外，我國對於失能者的輔具補助包括醫療輔具和生活輔具，經查生活輔具補助項下有居家輔具，包含特殊門把、烹調用具、開瓶罐器、特製開關、電話撥號輔助產品等相關項目，顯見我國在預防失能的環境支持面向有相對性的進步。

六、以實證資料為基礎，以提升政策服務品質及效能：本次行程中，多場會議皆提及實證資料之重要性，如性侵處遇、公共衛生倡議等，以各項實證資料的輔助，更能規劃出更符合現況的政策，同時也較容易向民眾說明執行該項政策之重要性，以提升執行政策所期待帶來的高品質服務及效能。

七、建立公私部門之良好溝通管道：以美國為例，政策之擬定常常係由政府及非政府組織共同推動的，這可做為我國政策溝通之借鏡，例如建立橫跨法院／檢查署、縣市政府委員會、地方家暴及性侵害防治中心，執行處遇機構之間合作機制，以充份分享訊息及相互回饋品質及成效。

伍、活動照片



2016.08.24 團員參訪 APHA(美國公共衛生協會)並進行業務交流策略探討



2016.08.24 團員與 APHA(美國公共衛生協會) Dr. Georges Benjamin 執行長合影



2016.08.25 團員參訪 US-HHS 並進行專題討論



2016.08.25 團員參訪 US-HHS 並進行業務交流



2016.08.26 Fairfax 郡衛生局禁菸標誌(上圖僅有一般菸草即嚼菸錠，下圖係因應趨勢新增電子菸)



2016.08.26 團員參訪 Fairfax 郡衛生局並進行業務交流



2016.08.26 團員參訪 AHCA 並進行業務交流



2016.08.26 團員參訪 AHCA 並進行業務交流



2016.08.26 團員參訪 APHSA 並進行業務交流



2016.08.26 團員參訪 APHSA 並進行業務交流



2016.08.28 與 Cansler 主委及 Quigley 前部長討論政策形塑



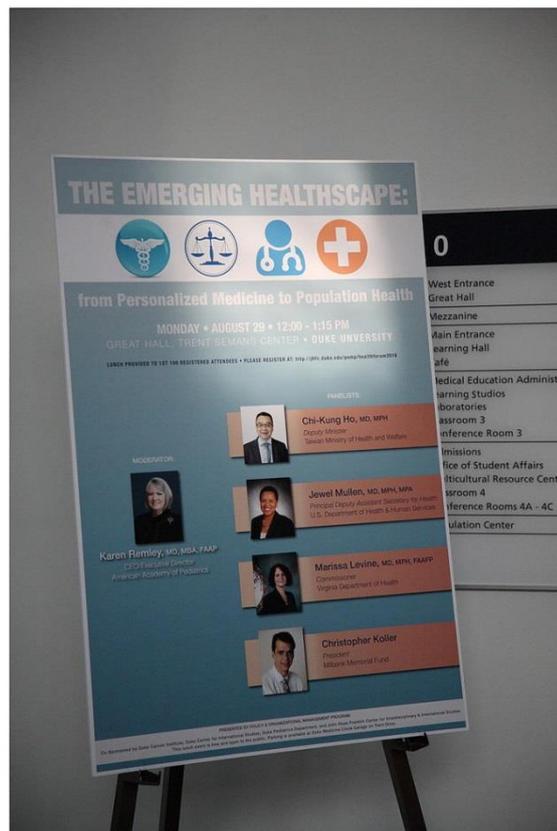
2016.08. 28 與 Cansler 主委及 Quigley 前部長討論政策形塑



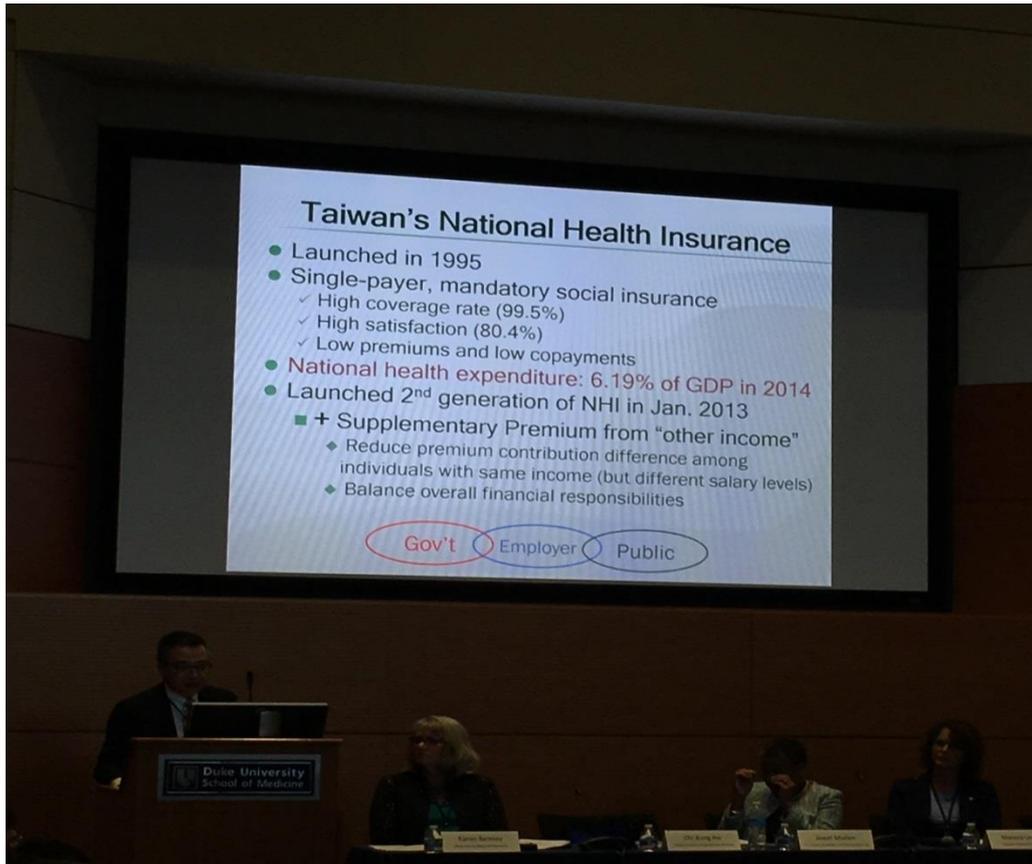
2016.08.29 圓桌會議(上午場)－國民健康署陳副署長及嘉義縣衛生局許局長演說



2016.08.29 圓桌會議



2016.08.29 圓桌會議(中午場)海報



2016.08.29 圓桌會議(中午場)我國衛生福利部何次長啟功介紹我國健保成就



2016.08.29 論壇



2016.08.29 圓桌會議(下午場)－食品藥物管理署王副主任德原及附屬醫療及社會福利機構管理會吳副執行長文正演講



2016.08.29 圓桌會議後團員與美方高階官員/首長合影



2016.08.30 北卡州衛生福利部－中央健康保險署林副組長純美及八里療養院馬副院長景野演講



2016.08.30 北卡州衛生福利部次長與一級主管合影



2016.08.30 DURHAM 社會局－民間團體代表分享



2016.08.30 DURHAM 社會局－高雄市政府社會局姚局長雨靜演講及討論



2016.08.30 DURHAM COUNTY 社會局合影



2016.08.30 Urban Ministries of Durham—衣物、食品等補給品分配室



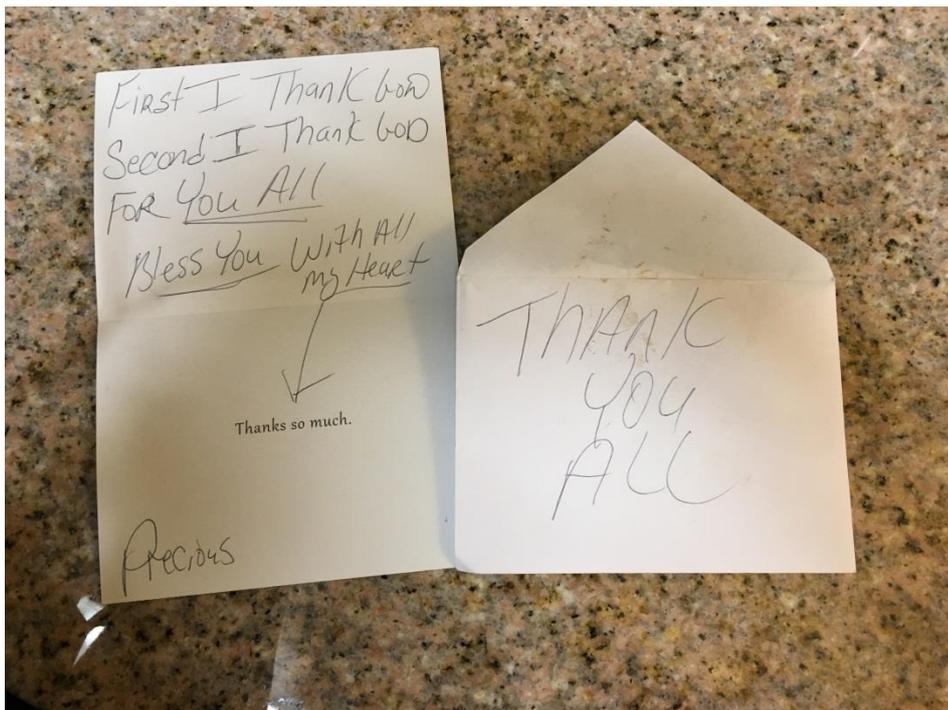
2016.08.30 Urban Ministries of Durham—實際準備餐點供當地遊民領取



2016.08.30 Urban Ministries of Durham—實際準備餐點供當地遊民領取



2016.08.30 Urban Ministries of Durham -發餐完畢後團員合影



2016.08.30 Urban Ministries of Durham 遊民
感謝信



2016.08.31 DUKE 兒童醫院-會議討論



2016.08.31 DUKE 兒童醫院-團員與 Dr. Ann Reed 院長與團隊主管合影



2016.08.31 DUKE 癌症醫院-
左為 Quiet Room(冥想室)；右為為乳房切除患者提供義乳及乳頭膚色樣本



2016.08.31 DUKE 癌症醫學中心與院方代表合影



2016.08.31 結業考試



2016.08.31 團員結業合影

陸、附錄(詳如附檔)