

出國報告(出國類別：考察)

美國克里夫蘭市社區整合照顧研習考察報告

服務機關：衛生福利部

姓名職稱：祝健芳司長

研習考察地點：美國俄亥俄州克里夫蘭市

出國期間：2023年8月13日至8月19日

報告日期：2023年11月28日

摘要

本次研習營由社會福利總盟發起組團赴美研習參訪，相關研習課程及參訪行程規畫委請凱斯西儲大學醫學院王懿範教授指導並協同班傑明羅斯研究中心及克里夫蘭醫學中心策劃介紹克里夫蘭社區整合照顧之推動，除了由美國聯邦政府主導全國醫療保險及醫療補助計畫整合創新的首席及策略長分享過去十年經驗及未來十年策略藍圖外，並邀請了 30 多位來自醫院、公共衛生、社福機構、地方政府及商業組織的主管，分享整合照顧政策指向、美國醫療保健系統從論量計酬片斷隨機的照顧模式轉型為論質計酬、整合衛生社福推動以社區為基礎、以價值為指標、以實證為依據、以科技為支持的全人全責(accountable) 群體健康、知識和累積的經驗，也安排實地參訪世界最著名醫療機構之一克里夫蘭醫學中心，歷史悠久的 MetroHealth，瞭解醫院如何走出傳統、走入社區，與社區非營利組織，如麥格雷戈 (McGregor) 等合作，透過科技導入打造健康生活及健康社區，有助於作為台灣未來社區整合照顧推展的參考基礎。

關鍵字：長期照顧、社區整合照顧、全人照護、醫療與長照銜接

目次

壹、 研習考察目的.....	4
貳、 研習考察參與成員名單.....	5
參、 研習考察行程.....	6
肆、 過程--研習內容.....	10
伍、 整合研習參訪重點.....	88
陸、 心得與建議.....	93
柒、 結語.....	97

本報告撰寫人有吳玉琴立法委員、卓春英理事長、陳節如副理事長、王維昌理事長、林名男副院長、陳英仁主治醫師、黎家銘主治醫師、陳英詔所長、林佩欣理事長、吳菁宜理事長、韓福榮助理教授、馬海霞副理事長、羅紀琮董事長、賴美智專業顧問、王晴紋理事長、張寶方理事長、張淑卿秘書長、林惠芳秘書長、施欣錦執行長、机慈惠執行長、黃洪麗卿機構負責人、鄒聖盈區長、李碧姿專案主任

壹、研習考察目的

依據國家發展委員會推估台灣於 2026 年 65 歲以上人口將佔總人口達 21%，符合世界衛生組織(WHO)界定邁入超高齡社會之標準，台灣自 2016 年底行政院核定推動長期照顧十年計畫 2.0 版，盤點原本自 2007 至 2016 年長照十年計畫的限制與缺失，提出改善策略，包括：擴大服務對象納入全齡失能身心障礙者、50 歲以上失智未失能者、55 歲至未滿 65 歲平地原住民及 65 歲以上衰弱老人；改變支付費用方式居家服務改以服務項目支付費用，替代過往按照小時支付費用的鐘點工機制，迅速提高照顧服務員報酬，達到吸引增加照顧服務員人數，截至 2023 年 6 月已成長 3.8 倍；居家服務人數也從 2015 年僅服務約 10 萬人成長至 44 萬人。

台灣為全球老化速度最快的國家，面對銀髮海嘯的衝擊，無法僅靠擴充提供照顧服務體系來因應，爰長照 2.0 計畫同步布建巷弄長照站(C 據點)導入預防延緩失能、失智措施、預防保健作為，讓健康、亞健康、衰弱老人、輕度失能失智者能就近透過社區組織提供健康促進、預防延緩失能失智課程訓練、共餐活動及志工關懷，令使用 C 據點服務之長輩能延續健康生活、減少不健康餘命。

考量台灣長輩普遍罹患多種慢性疾病，都在全民健康保險服務範圍內，長照 2.0 計畫下，目前推動與醫療照護相關的服務計畫，針對居家個案有居家失能家庭醫師方案，針對住宿機構住民有減少住宿機構外出就醫計畫，都是運用長照基金經費支付獎勵醫療機構醫師，負責長照對象的健康管理，令家庭照顧者、長照人員在日常生活中照顧失能失智長輩時，隨時有專業醫療團隊提供諮詢。另外也針對住院病人推動出院準備銜接長照服務計畫，讓住院病人出院返家後，長照體系的居家服務能盡速銜接提供服務，目前已縮短為平均不到 4 天。然而長照對象出院後急性後期屬於侵入性醫療照護的需求極大，現行以長照居家服務照顧服務員僅能提供非侵入性的身體清潔服務，及部分時段的服務機制，都是在醫療與長照居家服務銜接制度上的斷點。適逢社團法人社會福利總盟得知美國隨著老年人及慢性病罹病率增加，服務範圍和種類更趨專業化、多元化，服務中心由急性醫療延伸至急性後期、長期照護及社區照顧，啟動一系列的政策改革，以人為本、以價值為導向逐漸取代按服務或按人付費的方式，促進醫療與照顧服務體系的整合，期達成提升健康、改善品質及控制費用的目標，這也是台灣目前刻不容緩亟待面對的議題，爰總盟規劃邀約醫療、長照及社福團體推派人員自費赴美學習美國社區整合照顧經驗，此跨體系的研習考察成員有助於台灣社區整合照顧的推動，能讓醫療照護無縫銜接長期生活照顧。研習考察重點如下：

- 一、美國政府有那些制度及政策方案引導社區中的長照機構與醫療機構合作
- 二、美國醫療照護如何轉型實踐以價值為基礎的健康照護、出院準備與基層醫療合作、居家醫療轉型及醫療界因應之道。
- 三、社區整合照顧跨專業團隊成員如何分工合作設定目標，學習工作方法。
- 四、政府面對困難照顧個案如何協助長照機構整合醫療處置。
- 五、美國在社區整合照顧模式導入智慧科技之推動作為。

貳、研習考察成員名單

姓名	單位	職稱
吳玉琴	立法院	立法委員
祝健芳	衛生福利部長期照顧司	司長
卓春英	社團法人台灣社會福利總盟/輔英科技大學董事會	理事長/董事長
陳節如	社團法人台灣社會福利總盟	副理事長
王維昌	社團法人台灣居家醫療醫學會/王維昌診所	理事長/醫師
林名男	佛教大林慈濟醫院	副院長
陳英仁	長庚紀念醫院內科部高齡醫學科暨一般內科	主治醫師
黎家銘	國立台灣大學醫學院附設醫院北護分院家庭醫學科	主治醫師
陳英詔	維揚診所	所長
林佩欣	社團法人臺灣長期照顧物理治療學會/長庚大學物理治療學系	理事長/副教授
吳菁宜	社團法人台灣職能治療學會/長庚大學醫學院職能治療學系	理事長/教授
韓福榮	臺北市立大學	兼任助理教授
馬海霞	社團法人台灣社會福利總盟/陽光社會福利基金會	副理事長/常務董事
羅紀琮	財團法人伊甸社會福利基金會	董事長
賴美智	財團法人第一社福基金會	專業顧問
王晴紋	社團法人中華民國視障者家長協會/社團法人台北市視障者家長協會	理事長/總幹事
張寶方	社團法人中華民國志願服務協會	理事長
張淑卿	社團法人中華民國老人福利推動聯盟	秘書長
林惠芳	社團法人中華民國智障者家長總會	秘書長
施欣錦	財團法人介惠社會福利慈善基金會	執行長
机慈惠	財團法人高雄市私立萃文書院社會福利慈善事業基金會	執行長
黃洪麗卿	新北市私立祐安老人長期照顧中心（養護型）	負責人
鄒聖盈	財團法人伊甸社會福利基金會	區長
李碧姿	社團法人台灣社會福利總盟	專案主任

參、研習考察行程

8/14(星期一)		
地點：Benjamin Rose Institute 11890 Fairhill Road， Cleveland OH 44120， Conference Center		
整合照顧政策發展		主持人
8：30-8：40am	歡迎與介紹 奧里安·貝爾理事長兼執行長/ 班傑明羅斯研究中心	奧里安·貝爾理事長 兼執行長
8：40-9：00am	台灣整合照顧現況和代表團介紹 吳玉琴立法委員	王懿範教授
9：00-10：00am	聯邦醫療保險和醫療補助中心透過創新提供高齡者及身心障礙者的整合照顧 麗茲·福勒博士/ 聯邦醫療保險與醫療補助中心副主管及創新中心主管	詹姆斯·古鐵雷斯醫師
10：00-10：15am	休息和茶點	
10：15-11：15am	聯邦醫療保險和醫療補助創新中心的啟動及未來(十年)以人為中心的理念實現訂權的照顧的策略藍圖 普爾瓦·拉瓦爾博士/聯邦醫療保險與醫療補助中心創新中心策略長	阿德希爾·哈什米醫師
11：15-12：15pm	以價值為基礎的人口健康和健康照顧的轉型 詹姆斯·古鐵雷斯醫師/克里夫蘭醫學中心基層全科醫療(primary care) 所所長	奧里安·貝爾理事長 兼執行長
	午餐	
以價值為基礎的責任制照顧模式		
1：15-2：00pm	從保險觀點看整合照顧 亞當·邁爾斯醫學博士/藍十字藍盾協會前臨床首席轉型官	王懿範教授
2：00-3：00pm	美國全方位老年全整合照顧模式的運作 (PACE - Program of All-inclusive Care for the Elderly) 尚恩布魯姆執行董事/ 美國全國PACE協會	王懿範教授
3：00-4：00pm	合作投資+健康—支付者-服務提供者-社區組織合作案例 珍妮佛·康斯策略規劃總監/大克里夫蘭聯合之路社區投資 麗莎·韋茨曼策略合作總監/ 班傑明羅斯研究中心	奧里安·貝爾理事長 兼執行長
4：00-5：00pm	改善基層全科醫療 (primary care)的診斷：確定基於價值的最佳臨床實踐 (best practice) 古薩姆·拉奧醫學博士/凱斯西儲大學醫學院，家庭醫學與社區健康系教授兼系主任	王懿範教授

8/15(星期二)		主持人
健康的社會決定因素和應用研究-班傑明羅斯研究中心		
地點： Benjamin Rose Institute ， 11890 Fairhill Road ， Cleveland OH 44120 ， Conference Center A		
8：30-9：00am	班傑明羅斯機構 社會服務機構在實現健康照顧三重目標中的角色 <ul style="list-style-type: none"> • 更好的健康人口 • 更好的照顧品質 • 低成本 奧里安·貝爾理事長兼執行長/ 班傑明羅斯研究中心	王懿範教授
9：00-10：00am	護理之家品質工作小組報告 珍妮佛·卡爾森副主任/ 俄亥俄州高齡部	奧里安·貝爾理事長 兼執行長
10：00-10：15am	休息和茶點	
10：15-11：00am	班傑明羅斯研究與教育中心 班傑明羅斯的家人與朋友照顧研究計畫 <ul style="list-style-type: none"> • 班傑明羅斯應用老齡研究與教育 • 家人與照顧的研究和干預 • BRI 照顧諮詢和SHARE (Support Health Activities Resources Education)：班傑明羅斯就照顧者以實證為本的研究計畫 • 最佳照顧實踐：全國登記失智症照顧計畫的實證研究 大衛巴斯博士/ 研究和教育副理事長	奧里安·貝爾理事長 兼執行長
11：15-12：15pm	克服危機以改善克里夫蘭的公共衛生 大衛·馬戈柳斯博士/ 克里夫蘭市公共衛生部部長	奧里安·貝爾理事長 兼執行長
12：15-13：00	克里夫蘭Fairhill的Select Specialty Hospital & 午餐	
以社區為基礎的照顧		
地點： McGregor ， 14900 Private Drive ， Cleveland ， Ohio 44112		
1：30-5：00pm	麥葛瑞格(McGregor)實地參訪 安·康恩女士/ 麥葛瑞格理事長兼執行長 連續性照顧 (照顧的層次)、技術性護理 (MDS工具、評估過程、給付決定及品質監控)、長期照顧、輔助生活、記憶照顧、獨立生活住宅、其他新的發展、麥葛瑞格PACE-全方位老年照護計畫	安·康恩女士 奧里安·貝爾理事長 王懿範教授

8/16(星期三)		主持人
以價值為基礎的人口健康—克里夫蘭醫學中心		
地點： Benjamin Rose Institute 11890 Fairhill Road， Cleveland OH 44120， Conference Center A		
7：30-8：00 am	簡介Introduction 阿代希爾·哈什米，醫學博士/ 克里夫蘭醫學中心高齡 創新主席暨高齡醫學中心組長	王懿範教授
8：00-9：00 am	以價值為基礎的照顧和克里夫蘭醫學中心責任制醫療組織 鮑勃·瓊斯醫師/ 克里夫蘭醫學中心基層醫療研究中心運營 副主任	阿代希爾·哈什米醫 學博士
9：00-10：00am	照顧轉介銜接和減少再入院的策略 艾米·奧林度醫師/ 克里夫蘭醫學中心減少再入院部門負責 醫師/克里夫蘭醫學中心醫院醫學部區域醫院醫療品質負 責人	阿代希爾·哈什米醫 學博士
10：00-10：15am		
10：15-11：15am	居家基層保健醫療(primary Care)及克里夫蘭醫學中心居家 醫療 威廉·扎菲勞醫學博士/克里夫蘭醫學中心(Connected Care) 中心主任	阿代希爾·哈什米醫 學博士
11：15-12：15am	成功老化：克里夫蘭醫學中心經驗 阿代希爾·哈什米，醫學博士/ 克里夫蘭醫學中心高齡創新 主席暨高齡醫學中心組長	王懿範教授
	午餐	
高齡醫學和社區健康		
地點： The Cleveland Clinic， 9500 Euclid Avenue， Cleveland OH 44195		
1：15-3：00pm	克里夫蘭醫學中心實地簡介與參訪 阿代希爾·哈什米醫師 克里夫蘭醫學中心老年醫學高齡中心實地參訪	阿代希爾·哈什米 醫學博士
3：00-5：00 pm	克里夫蘭醫學中心基金會簡介與參訪 蘭斯頓休斯家庭健康中心 杰奎琳·貝利醫師/ 克里夫蘭醫學中心社區健康與合作夥 伴關係高級總監 尚特爾·威爾科克斯女士/ 克里夫蘭醫學中心社區健康總 監	阿代希爾·哈什米 醫學博士 王懿範教授

8/17(星期四)		主持人
以社區為基礎的整合照顧模式 - MetroHealth 系統		
地點： Benjamin Rose Institute 11890 Fairhill Road , Cleveland OH 44120 , Conference Center A		
8：30-9：00am	簡介 - MetroHealth 凱倫·庫克/ MetroHealth Institute of H.O.P.E.總裁及健康家庭和繁榮社區總監	王懿範教授
9：00-10：00am	以社區為基礎的長期服務和支持 道格拉斯·比奇醫師/ 西儲地區高齡化機構執行主任	奧里安·貝爾理事長 兼執行長
10：00-10：15am	休息和茶點	
10：15-11：00am	健康改善夥伴項目- 凱霍加縣建立健康生活及健康社區 蕾妮·挽法利/凱霍加縣衛生總部服務成果與品質管理行政主管	王懿範教授
11：00-12：15pm	透過科技連結健康與社會照顧 凱倫·庫克/ MetroHealth Institute of H.O.P.E.總裁及健康家庭和繁榮社區總監 坎迪斯·科蒂克/ 團結我們 (United Us) 客戶經理 貝絲·西普爾/班傑明羅斯機構社區服務、專案主任 蒂姆·凱內普/ 西儲地區高齡化機構資源中心主任	奧里安·貝爾理事長 兼執行長
午餐		
地點： MetroHealth Glick Center , 2500 MetroHealth Drive , Cleveland OH 44109		
1：00pm	到達 MH Glick Center	
1：03-2：15pm	轉向以價值為基礎的照顧（紅毯照顧） 尼古拉斯·德雷爾醫學博士/ 人口健康創新研究中心醫學主任	王懿範教授
2：15-3：00pm	運用科技-在家虛擬照顧和在家住院 吉爾·埃文斯護理理學碩士/互聯照顧、虛擬照顧企業主任	奧里安·貝爾理事長 兼執行長
3：00-4：30pm	步行導覽-健康的社會決定因素 凱倫·庫克公共衛生碩士/健康家庭和繁榮社區主任 食療診所、希望與療癒花園、Via Sana 機會中心	凱倫·庫克女士 王懿範教授 奧里安·貝爾理事長

肆、過程--研習內容

一、聯邦醫療保險和醫療補助創新中心透過創新提供高齡者及身心障礙者的整合照顧

主持人：詹姆斯·古鐵雷斯醫師

主講人：麗茲·福勒(Liz Fowler)博士/ 聯邦醫療保險與醫療補助中心副主管及創新中心主管

研習時間：2023.08.14(一) 9：00-10：00am

二、聯邦醫療保險和醫療補助創新中心的啟動及未來(十年) 以人為中心的理念實現平權的照顧的策略藍圖

主持人：阿德希爾·哈什米醫師

主講人：普爾瓦·拉瓦爾(Purva Rawal)博士/ 聯邦醫療保險與醫療補助中心創新中心策略長

研習時間：2023.08.14(一) 10：15-11：15am

單位網址：<https://innovation.cms.gov/>

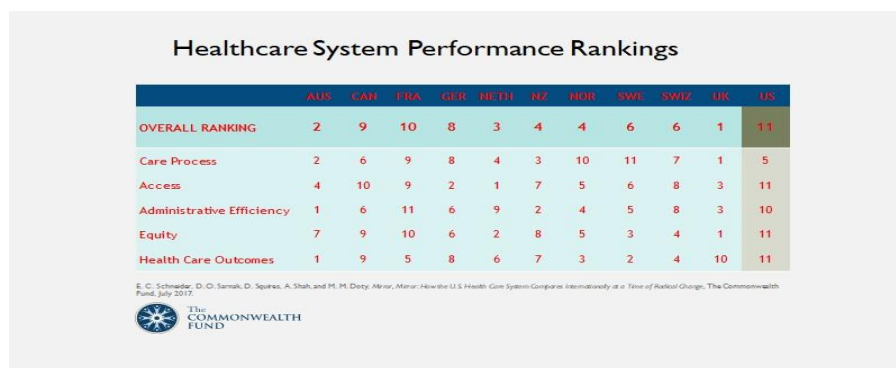
(一)研習重點摘要

1、背景

美國是地大物博、人才薈萃的國家，在醫療方面他們有著全世界評等最高的 CLEVELAND CLINIC 醫學研究中心，多項專業領域獨步全球，例如 No1 Cardiology & Heart Surgery 等等。美國同樣也面臨高齡社會醫療負擔增加、城鄉差異以及不同種族所存在的醫療不平等，特別是醫療支出帶來的財政壓力，都是歷任政府亟須解決的問題。

Dr. Fowler 熟悉美國的照護體系都知道即使使用最複雜最尖端的醫療照護，仍然得不到較好的結果，而且美國照護體系是昂貴而且複雜不易親近，這也是她熱情專注投入於健康照護體系轉型工作的原因。

在高所得的國家裡美國健康照護支出佔 GDP 的 17.1%，與其它國家來比，高出甚多。從結果來看不論照護的公平性、可近性以及最後的結果都是末段班(圖 1)。



美國統計每位國民每年要花費 Medicare 1 萬美元左右。在 1965 年每位國民接受到 Medicare 照顧大約 2~4 年。但是到了今天每一位國民受照顧的時間為 12 年。平均餘命增加醫療照護的支出也跟著增加，聯邦政府的社會安全健康照護預算占比已經增加到 51%，要改善這種不成比例的醫療照護制度就必須要有更積極的轉型規劃，這也是聯邦政府近 10 年來積極進行工作。

2、保險與支付制度對醫療照護的影響

美國是一個自由開放的資本主義國家，醫療保險常多樣化，私人的醫療保險也很多，國家主要的保險第一是 1966 年 7 月 1 日生效的聯邦政府的 Medicare，是全國最大、最普及的健康保險計畫，由「醫療保險和聯邦醫療補助計畫服務中心」(CMS) 管理，為 65 歲老年人提供醫療保險。第二是 Medicaid，一項由聯邦和州政府共同提供經費的醫療衛生計畫，目的是為某些收入和資源有限的人所提供的醫療費用協助。Medicaid 還提供聯邦醫療保險(Medicare) 並未涵蓋的福利，包括療養院照護和個人照護服務。這兩個計畫之間的主要區別在於 Medicaid 計畫為低收入人群支付醫療費用。

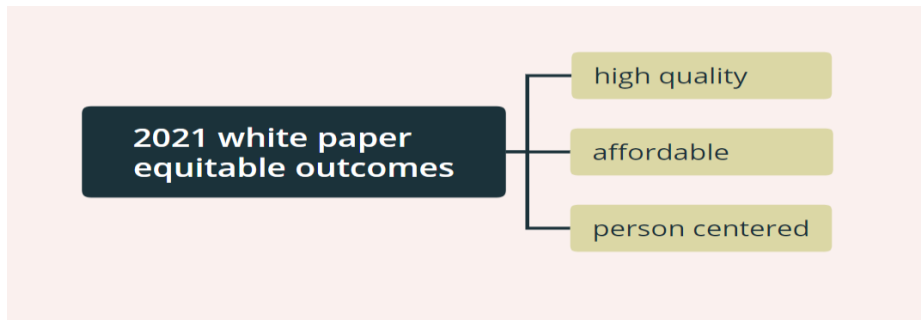
在服務費用支付基礎下，所有的醫療照護一定是往容易獲得費用支付的項目發展，沒有支付相對就沒有服務，如果要改變照護結果就必須從支付制度調整著手。創新中心正在將美國的系統從服務收費(fee for service) 轉型向整合照護系統(integrated system of care)，以激勵有價值的、高質量的、全面的、以患者為中心的照護。

3、醫療保險和聯邦醫療補助計畫服務中心(CMS)

為了解決上述的問題，奧巴馬總統在 2010 年提出平價醫療法案(The Affordable Care Act)，並在 CMS 下建立「醫療保險和醫療補助創新中心」(Center for Medicare and Medicaid Innovation -CMMI)，屬於平等醫療法案的一部分，也是 CMS 的研究發展中心，過去 10 年推出過 50 個以上的計畫，經過檢討過後在 2021 年推出白皮書，擘畫未來 10 年的方向與執行策略並引導照護政策的轉型。這是一個國會明文授權的機構主要任務有二：

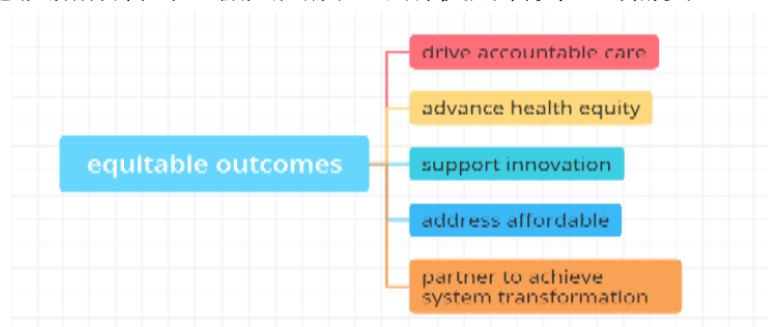
- (1)協助聯邦政府主導醫療與照顧整合創新的醫療保健服務及支付模式的改革設計、示範、評估、改善及擴展。
- (2)國會特別指示專注於降低醫療保健費用支出，同時保持或提高這些模式提供的醫療服務品質，為社區民眾提供更全面連續的健康服務體系。

創新中心可以改變 Medicare 服務支付制度，或者免除現行的一些要求，進而評估改變是否能降低耗費，增進品質以及使用者經驗，讓提供服務者不僅僅為 15 分鐘的門診訪視，仍要對於往後的健康照護負責。而創新中心策略長 Dr. Rawal 這樣說明，建立一個新願景，透過高品質、以個人為中心平價的醫療達到公平健康體系。



4、一個願景五個策略

- (1)推動責任醫療：目標是讓受益人與照護提供者是協調關係，能受到全人整合性照顧，而提供者對於品質及費用總支出是有責任的(圖 3)。這個目標希望在 2030 年所有的受益人都能包括在這種責任照護關係(Accountable Care relationships)，運用責任照護組織(Accountable Care Organization)或 ACO models 作為一種初級照護(primary care) 的架構，ACO 是由醫師、醫院和其他醫療保健專業人員組成的團體，他們共同努力為患者提供高品質、協調的服務和醫療保健，專注於改善健康結果和管理成本。ACO 模型是實現責任醫療目標的核心。美國醫療制度非常複雜，特別是高齡多重慢性病就醫，責任醫療的目標是簡化這一點，並確保每個人都有初級保健提供者的家庭服務，在這裡所有這些不同的需求都可以得到滿足和協調。
- (2)促進健康平權：在 COVID-19 流行期，讓我們看到醫療資源的差異性，因此中心在每個計畫中都特別針對城鄉差異、弱勢族群、醫療不足地區在各種面向導入平權計畫，當然也設計以社區基礎的需求，例如食物、居家照護等社會性需求，讓照護提供者給予必要的支持，也是所謂的全人照護。
- (3)持續創新：由於有法律充分授權，中心有很大的彈性針對 Medicare 制度做取捨及調整，也有能力實驗創新模式。
- (4)解決負擔能力問題：在美國即使有醫療保險的住民，負擔仍然逐年增加，特別是高齡人口的負擔，中心的法定任務就是要降低醫療支出，可以透過減少重複或不必要醫療，以及藥價調整等方式來努力。
- (5)合作實現系統轉型：在美國眾多的州所實施的 Medicaid 有些許的不同，中心必須與州政府、醫師、醫院、醫療提供者、專家學者一起合作來完成轉型政策的制定，近年來中心也納入受益者、病患及照顧者的經驗與回饋，了解使用者真正的需要。



5、小結

美國政府面對高齡化醫療支出不斷增加以及存在城鄉、種族弱勢族群之間的健康照護品質及資源差異，在 2010 推出平價醫療法案，並在 CMS 成立一個授權機構 CMMI，負責做前瞻性規劃，讓醫療制度逐漸從以量計價(volume base)轉型為價值當責(accountable volume -based)計價的付費方式，這是一個大膽的挑戰，而且希望在 2030 年讓所有保險受益人都進入以個人為中心的夥伴照護系統，達到高品質的醫療照護平權，目前已經有一些計畫看到希望，並將推廣落實到全國，例如第四代的 ACO(Accountable care organization)，對此 Dr.Fowler 說在全體同仁的努力與各界建立夥伴關係下，非常有信心達成，因為美國醫療費用的基期很高，若透過整合性照護，改變支付制度，仍有很大的調降空間，同時也可以改善制度的可近性，提升照護品質。

(二)研習照片

	
講者麗茲·福勒博士透過視訊分享	講者普爾瓦·拉瓦爾博士，透過視訊分享
	
衛福部長照司祝健芳司長提問	伊甸基金會羅紀琮董事長提問
	
台大醫院北護分院黎家銘醫師提問	大林慈濟醫院林名男副院長提問

三、以價值為基礎的人口健康和健康照顧的轉型

主講人：詹姆斯·古鐵雷斯醫師(James Gutierrez)/克里夫蘭醫學中心基層全科醫療所長

研習時間：2023.08.14(一) 11：15-12：15pm

單位網址：<https://my.clevelandclinic.org/about>

(一)研習重點摘要

1、背景

克里夫蘭醫學中心（Cleveland Clinic）成立於 1921 年，是一個多專科綜合性的醫師團隊實踐機構，也是由醫療主導的非營利組織，醫院的使命是關愛生命、研究健康、教育服務提供者。初級照護研究中心(Primary Care Institute)是克里夫蘭醫學中心一個相對較新成立的單位，由許多關鍵部門組成，包括家庭醫學、內科和老年醫學、個人化健康檢查與管理、健康保健以及居家醫療和技術性護理。另外，克里夫蘭醫學中心成立以價值為基礎的照護中心，探討如何在實際情況下提供教育和研究價值，其在專科護理和照顧極為嚴重病患方面仍然佔主導地位，隨著時間的推移，初級照護不斷增加服務範圍，使得初級照護和專科照護之間能有更好的分工與合作。

談到價值的核心是嘗試減少低價值照護，目標是嘗試改善健康狀況，減少慢性疾病的影響和發病率，因此不僅僅是試圖更有效率地管理，克里夫蘭醫學中心希望能夠與社區組織如班傑明·羅斯研究中心（Benjamin Rose Institute，簡稱 BRI）合作，共同努力將影響力向前延伸，強調健康的生活方式，以在慢性疾病發生之前進行預防，目標是優化預防保健成本，減少人口的總體醫療成本，並真正關注公平性。

克利夫蘭區域間存在著巨大的差異，不同社區之間的健康結果差距很大，有時候這些社區之間的距離不到一英里，克里夫蘭診所醫學中心也正應對不斷發展和變化的報酬模型，當然，聯邦醫療保險和醫療補助服務中心(CMS)一直是創新醫療模型和報酬模型的領先者。克里夫蘭診所醫學中心正在努力與他們和其他支付機構保持協調，期待不僅在設計護理模型方面取得進展，而且在措施上不斷改進，以實現更高的價值。此外，希望建立一個能夠應對變革的基礎設施，目標是從以疾病為中心的方法轉向以健康為中心。因此，希望將注意力從單一患者的每日照護轉移到關注整個所服務的人群，計畫建立長期的患者關係，並利用這些關係來實現更優越的結果，並以積極的方式影響患者的行為，目標是實現持續的照護，而不是片段性。

克里夫蘭醫學中心從傳統的照護模型轉向發展以病人為中心，關鍵在團隊整合了基層診所的護理人員、醫師、醫師助理、藥劑師、社工師、轉銜的照護協調員、導航員、過度性照護經理…等相關醫療人員，應對病人健康的社會決定因素，輔導並參與處理行為健康問題，在病人入出院時保持聯繫，幫助病人安全的回到初級醫療，或提供預防性照護服務或慢性病管理。

2、資訊科技（IT）系統的重要性

在管理人群方面是一個重要平台，克里夫蘭醫學中心擁有一個企業數據資料庫，無論門診設施還是醫院都在使用，所有的護理人員和提供者聯接在一個共同的平台上，可以將財務系統、人力資源系統，以及越來越多來自 CMS 和其他支付者的數據加以整合，以便擁有可操作的數據儀表板和其他工具，提供團隊實際在照護或工作時使用，幫助醫院管理人群，並且達到資訊共享，擁有一致標準和實踐的團隊，來遠端管理人群，譬如以高風險照護協調為例，所有的病人基本上都根據他們的年齡、性別、慢性病狀況，以及最近的健康社會決定因素進行風險分層，這樣可以更好確定那些病人更有可能面臨不良結果的風險，無論是前往急診室、住院、還是慢性疾病惡化，最高風險的病人，也就是那些最有可能出現這些不良結果的人，醫院會與註冊的護理人員建立聯繫，他們充當照護協調員，經常與這些病人聯繫，確保病人了解並遵守照護計畫及定期看診，如果病人錯過了約診、沒有取藥或者錯過了預防照護，他們就會追蹤並進行干預，幫助病人重新回到照護體系。當病人住院時，系統會根據類似的數據再次進行分析，以確定那些病人在出院後更有可能再次住院，當他們回到初級照護診所時，會特別關注具最高風險的群體。病人一旦出院，通常在一兩天內，就會由過渡性照護經理人進行聯繫，確保病人了解自己的藥物是什麼，照護計畫內容以及門診預約的安排，如果他們沒有門診預約，會確保門診預約都已安排好，包括初級照護和相關專科或任何需要的診斷測試。因此，確實有助於病人順暢地回到初級照護和門診照護，風險越高的病人再次住院的風險越大，接觸也越頻繁，追蹤時間越長，以確保他們安全地留在家中，並保持良好控制。

團隊中還有不具護理背景資格的導航員，但他們是經過醫療專業培訓的相關人員，他們使用數據來識別需要預防性服務照護的病人，如乳房 X 光檢查或結腸癌篩查，或與需要接種疫苗的病人聯繫，鼓勵協助安排接種或陪同到初級照護診所完成接種。同樣，如果病人應該接受其他監測慢性疾病的測試，他們也會提供幫助，例如糖尿病的糖化血紅蛋白 A1C 測試，或一系列監測他們正在服用的藥物的檢驗。導航員會再次安排這些測試，透過電子方式或電話與病人聯繫，鼓勵他們進行測試，同時通知初級照護醫師，由於醫院擁有眾多的初級照護提供者和龐大的初級照護病人，沒有人能記得每個人的情況，如果沒有 IT 系統，很難追蹤所有病人的情況。因此，這些導航員真的建立了一個安全網，以確保病人不漏接。最後，開設了一個指揮中心，實際上是一個電話熱線，允許最高風險、最複雜的病人快速地透過一個簡單的電話號碼與護士聯繫，護士可以迅速了解他們的需求，並連結資源。無論是初級照護醫師，還是照護者到病人家中查看，或其他需求，重點是避免不必要的送到急診室和住院。

克里夫蘭醫學中心在後期照顧的做法，當大多數病人出院後，需要至技術性護理機構安置一段時間，直到他們足夠強壯和康復，如果我們能夠建立正確的體系來提供照顧，人們絕對更喜歡回到自己的家中。但如果他們必須入住技術性護理機構，克里夫蘭醫學中心醫師已和其他提供者建立網絡團隊，團隊將在這些護理機構中持續追蹤，以確保他們及時獲得所需的照護，定期接受診斷，最終回到家中。無論是在醫院還是技術性護理機構

中安置的時間越長，感染或其他不良事件發生的可能性越大，這可能對病人造成很大的挫折。可見，醫院的後期照護團隊不僅可以讓病人比其他被照顧者更快地回家，還可以降低再住院率。所以這再次顯示了系統整合的克里夫蘭醫學中心提供者團隊的價值，他們都在一起工作，共享資訊、數據，真正作為一個團隊照顧一群病人。

專業整合醫療社區的理念實際上是推動初級照護醫生和專科醫生之間的密切合作，以提供價值並降低他們共同病人的總照護成本，醫院制定了共享這些患者群體的基本規則，推動在適當時轉介給專科醫生的一致標準，何時將病人轉介至初級照護，何時須轉介給專科醫師，各階段的任務不同，系統能有效監測病人回到各階段的參數。

在美國病人的照護通常由政府、醫療保險或自費支付，病人通常會年復一年地從一家保險公司轉向另一家，這在協調醫療費用支付和照護標準以推動品質和安全方面，確實帶來了巨大的挑戰。基本方法是嘗試根據實證數據來確定對病人最重要的目標，無論是預防照護還是慢性疾病照護，並盡可能多與支付者合作，就這些標準達成協議。另外，CMS 設定的目標和標準通常與我們的重點相契合，資源分配顯然是一個挑戰。克里夫蘭醫學中心是一個大型組織，擁有廣泛的影響力，有大量的建築物和電子基礎設施。如何最有效地分配資源，包括初級照護、專科照護、住院照護和門診照護之間的資源，這一直是組織的一個挑戰。

在疫情期間醫院面臨了工作人力缺乏的重大挑戰，在填補職位方面遇到了困難，特別是護理師和其他高技能的照護團隊成員。目前情況有所好轉，人們已經重新回到了工作崗位上，也開始規劃一些培訓計畫，為了吸引專業人力回到工作崗位，醫院不得不提高工資和支付率，工作的傳承及繼續培養後備力量將是一個挑戰。

(二)研習照片

	
<p>講者詹姆斯·古鐵雷斯醫師</p>	<p>第一基金會賴美智專業顧問提問</p>
	
<p>大林慈濟醫院林名男副院長提問</p>	<p>團員研習情形</p>



大合照(前排坐者左至右：總盟陳節如副理事長、克里夫蘭醫學中心阿代希爾·
哈什米醫學博士、凱斯西儲大學王懿範教授、克里夫蘭醫學中心詹姆斯·古鐵
雷斯醫師、吳玉琴立委、衛福部長期照顧司祝健芳司長、總盟卓春英理事長、
總盟馬海霞副理事長

四、從保險觀點看整合照顧

主講人：亞當·邁爾斯醫學博士(Adam Myers)/藍十字藍盾協會前臨床首席轉型官

研習時間：2023.08.14(一) 1：15-2：00pm

(一)研習重點摘要

1975 年美國聯邦預算中，社會保障和醫療保健的支出約佔 34%。但到了 2017 年，這兩個項目的支出已佔聯邦預算的 51%。儘管支出不斷增加，但醫療結果並未顯著改善。此外，患者期望與醫師有更多時間，這使醫師難以實現其他目標。根據 2009 年北卡羅來納州的一項研究，平均初級保健醫師要在患者群體中實施最佳實踐，每天需要工作 21.7 個小時，這對單一醫師來說是不可行的。芝加哥大學最近複製了這項研究，指出需要 28 個小時，醫師面臨如此巨大的法規和要求，以至於要為患者做正確的事情，每天需要工作 28 個小時。然而，現實是我們並沒有 28 個小時，這正是變革被忽視的地方。美國對於高級照護的使用率較高，導致照護的支出居高不下，美國高價格的原因之一與事情的每一個步驟都有關。所以將所有這些利潤層層疊加在一起，必須以更高價格應對。因此美國的健康保險價格相對於世界上其他先進國家是較高的。

美國的健康保險情況大致如下：對於醫療保險（Medicare），約有 7,200 萬人參加了該計畫。對於醫療補助（Medicaid），約有 6,020 萬人參加了該計畫，私人保險有 2 億 1,000 萬 7,000 人參加，保險業是在 1930 年代開始的，藍十字藍盾（Blue Cross Blue Shield）是美國最早的醫療私人保險公司。最初它是貝勒大學醫療機構、美國醫院協會以及位於德克薩斯州休斯頓的一個教師組織之間的合作項目。他們決定採用一種方法，教師們每個月預付一筆小額費用，以確保他們可以在醫院得到照護。因此它最初是為住院預付的，現在顯然已經大規模發展，目前有 2 億 1,000 萬 7,000 名美國人參加。藍十字藍盾實際上是一個聯邦系統，由 34 個獨立計畫組成，它們都歸屬於同一個大組織，總共有 1 億 1,500 萬名美國人參加了這個體系，藍十字藍盾的醫療保費每年約為 8,000 億美元。這是一個龐大的組織，成員遍布美國的每個地區。

在美國支付通常影響照護的頻率和方式，如果某種照護得到支付，它就更有可能發生，而如果沒有支付，照護可能會受到影響。這是因為醫療付款系統在美國非常重要，如果想改變照護的提供方式和結果，就必須對醫療保健付款做出根本性的改變，原因是美國從傳統的按服務收費開始，病人個別就診，告訴醫師他們的主訴，說明當天可能出現的問題，醫師根據症狀提供治療，醫師收取費用作為回報，它屬於短期的支付模式，支付的是當天提供的服務，而不是長期的。換句話說，不是為患者的健康付費，也不是為了長期照顧患者而付費，病人只是支付當天在那次就診中提供的服務。

下一個層次是「按績效付費」，除了基本費用之外，還有一些額外的支付提供給健康體系和臨床醫師，如果他們在患者體驗或患者結果方面表現良好，那麼就有一些額外支

付，這稱之為價值協議或責任照護組織，實際上所得到的支付，取決於是否能夠改善結果並降低整體醫療支出。

論人計酬(Capitation)是指每人每月支付固定的費用給健康提供者、醫療體系和醫師，他們可以自行決定如何提供照護，若結果良好且花費低於預算，他們可以保留差額，這是從按服務費用轉向結果的全面風險轉變的過程。目前在美國醫療保健仍然以按服務費用和交易為主，但現在的重點正在轉向越來越多的居家照護等方向，交易性方法正轉向更注重關係的照護方法及關注人群健康策略，支付一個團隊導向的照護方法來照顧病人，而不僅僅是透過個別醫師，這個團隊幫助病人清楚他們需要前往那裡接受照護，特別是從住院到門診照護的過渡，都是透過照護管理功能嚴格管理，有社工幫助提供社會支持，包括交通、購買藥物、獲得食物，以及針對高風險患者的照護協調，所以這個團隊模型提供了一種不同的照護方式，讓病人感覺自己真正得到了一個團隊的關懷。

在美國許多患者面臨著行為健康問題，超過 30%的患者在美國遭受著某種行為健康困擾，無論是憂鬱症、焦慮還是其他各種困擾，但卻缺乏足夠精神科醫師和心理學家等行為健康專業人員來提供支援，因此通常是初級保健醫師最終照顧了這些有行為和心理健健康問題的患者。然而由於醫師在不同方向上承受巨大的壓力，他們通常沒有足夠的時間和資源來提供必要的行為健康支援。這需要改變醫療體系的付款模式和衛生政策，以便更好地滿足患者的行為健康需求。

克里夫蘭醫學中心現在擁有一個緊急調度模型，團隊選擇與照護人員合作，派遣我們自己的護理人員和緊急醫療技術員進入患者的家中，進行面對面的訪問，然後使用虛擬診間在 iPad 上呼叫醫師，護理人員和緊急醫療技術員在現場觸摸患者、檢查患者，然後聯繫這個團隊。這是一種非常新穎的團隊照護方法，成果是住院減少了 80%，有一些非常有創意的模型，使用這種團隊照護模型來照顧大規模的人口，將初級保健和專科保健之間的合作結合起來，在以人為中心的社區醫療整合模型，可以滿足整體健康及社會的需求。

私人保險公司通常會觀察這些模型，從中學習，並開始將許多相同的原則納入他們的支付機制中，私人保險計畫能夠收取更高的保費或自付款，雇主與私人保險公司合作為其員工提供保險，在競爭激烈的市場環境中，CMS 制定針對醫院、保險、慢性病管理提出五星評級計畫的規則，五星評級計畫的好處對於醫院和保險公司來說，主要是聲譽上的優勢、醫院績效支付計畫、醫療保險計畫，也有一些獎金差異。

高齡是一個人類必然經歷的階段，與其花費在急性照護干預上，還不如花費在長期照護的預防及納入健康的社會決定因素上。關於防止過度使用治療，美國醫療保險系統中存在所謂的「事前授權」制度，要求醫師在提供某些治療或程序之前必須獲得保險公司的批准。這個制度旨在防止不必要或過度使用的治療，有時會出現一些道德風險，有些事情報酬很高，如手術在美國某些住院治療報酬很高，有足夠的數據對醫師進行不同的百分

比評估，例如可以看到某位醫師在使用資源方面比較節約，達到最佳結果，或者看到另一位醫師在使用高成本的檢查和治療方面效果不佳，透過數據分析，你會看到越來越接近最佳結果，因此我們可以管理醫師之間的差異，進而優化他們的表現。「事前授權」或審計過程可能非常複雜，可能會延緩照護的提供，成為醫療提供者的一個重要行政負擔，許多臨床醫師覺得這是令人沮喪且耗時的。

首先，專注於醫療體系以外的照護，將照護提供到人們所在的地方，而不僅僅是在醫療機構內，這將有助於更好地滿足病人的需求。第二，專注於支付改革，支付是影響照護提供和結果達成的最大驅動因素之一，如果可以調整支付體系，以獎勵價值和結果，而不僅僅是提供的服務量，則可以對醫療體系產生變革性影響，防止過度使用治療，除了事前授權外，還有努力簡化行政任務，減輕醫療提供者的行政負擔。例如電子健康記錄(EHR)系統旨在簡化記錄和文檔記錄，但也可能增加臨床醫師的工作複雜性和時間負擔，總的來說，雖然已經建立了防止過度使用治療的制度，但仍需要進一步簡化醫療行政任務，減少對臨床醫師的行政負擔，以便讓他們更多地關注病人照護，而不是文書工作和保險規定。

(二)研習照片

	
<p>講者亞當·邁爾斯醫學博士</p>	<p>團員認真學習情形</p>
	
<p>林口長庚醫院陳英仁醫師提問</p>	<p>致贈總盟錦旗和禮物給獎者並合影</p>

五、美國全方位老年整合照顧模式的運作

主講人：肖恩·布魯姆(Shawn Bloom)執行董事/ 美國全國 PACE

協會研習時間：2023.08.14(一) 2：00-3：00pm

(一)研習重點摘要

全方位老年整合照顧模式(Program of All-Inclusive Care for the Elderly，簡稱 PACE)，是屬於美國醫療保險和醫療補助下的社區本位照顧服務模式，由州政府運作設置。主要是服務 55 歲以上，且符合療養院照顧程度的老人，也是衰弱老人整合式的照顧系統。

1、PACE 的背景及發展里程碑

從 1997 年開始依據平衡預算法案(The Balanced Budget Act)，美國的醫療保險及醫療補助中心(CMS)，將 PACE 模式從示範性方案轉變成為 Medicare & Medicaid 補助的永久性服務型態之計畫，迄今已超過 25 年，這是將「老人長期照顧」推向「社區本位模式」的歷史性躍進。

(1)全方位老年整合照顧模式(PACE)的成立起源

年度	內容
1971	舊金山唐人街成立的「唐人街北灣區健康中心計畫和發展公司」，後來更名為「安樂長者健康服務(OnLokSeniorHealthServices)」，安薩克女士 (Marie-LouiseAnsak) 研究在社區興建療養院的可行性，她發現療養院可能會形成財務吃緊，且不符合中國人的文化，在取得舊金山加州大學合作下，她獲得一筆訓練健康照顧人員的基金，也規劃出一個根據英國日間醫院模式的完整照顧系統，結合了住宿和所有需要的醫療和社會服務設施。
1973	在舊金山成立全美國第一批「成人日間服務中心」。
1974	獲得醫療補助金成為「成人日間健康服務方案」。
1978	安樂照顧模式更擴大了，也為符合療養院資格長者增加完整的醫療照顧和社會支持服務。
1979	安樂獲得美國健康人道服務部門的四年獎助，發展出為長照需求者建立一個合併照顧服務的輸送模式。
1983	美國政府同意安樂執行一項財務系統實驗，即整合醫療保險和醫療補助 (Medicare and Medicaid(or private)的錢，以每月固定金額來撥款支付方案內的每一個人。
1986	聯邦政府立法延展這個新的付費系統，以複製10家安樂服務輸送和撥款補助系統做為示範組織。而羅伯特·伍德·約翰遜基金會、約翰·A·哈特福德基金會和退休研究基金會也提供贊助給安樂服務和其他示範單位。

年度	內容
1990	第一批PACE獲得醫療保險和醫療補助豁免(Medicare and Medicaid waivers)進行運作管理，允許各州為消費者提供居家和社區服務。在這之前，僅有住在該療養機構時才會支付服務費。
1994	成立全國PACE協會(NPA)，共計11個組織在9個州運作。
1996	增加為15個州21個PACE組織。
1997	國會通過平衡預算法案(The Balanced Budget Act)，將PACE模式建置成為在Medicare以及Medicaid下獲得立案承認的永久性服務提供者類型。
1999	公布臨時條款，擴增為19個州及30個PACE組織提供PACE服務模式。
2000	羅伯特·伍德·約翰遜基金會、約翰·A·哈特福德基金會贊助NPA成立PACE的擴展倡議行動(PACE Expansion Initiative)。
2001	聖路易市的Alexian Brothers社區服務立案為第一家Medicare和Medicaid下的完整且永久性的PACE提供單位。
2002	公布第二次臨時條款PACE法規定案，強調增加PACE方案的彈性。
2006	11月國會公布PACE法規最終版，獎助15家組織在偏鄉地區拓展PACE方案。
2014	32州成立107家PACE組織。
2015	國會通過PACE創新法案。32州成立116家PACE組織。
2018	31州中成立123家PACE組織，服務45,534人。
2019	新版PACE法規定案公布。31州成立130家PACE組織，服務50,000人。
2023	PACE慶祝持有永久性服務單位身分達25周年。

(2)PACE的四大C要素

包括社區本位(Community-based)、綜合性(Comprehensive)、論人計價 (Capitated)以及協調良好 (Coordinated)。至於 PACE 的照顧服務模式是：

A.服務使用者是由 11 位跨專業成員服務。

B.可在PACE中心和自家裡接受服務。

C.PACE方案接受論人計價的付費機制，因此也會隨著服務提供而面臨營運的風險；付費不會隨著服務使用者的使用型態而改變。

(3)PACE 模式的理念

PACE的照顧服務模式聚焦於下列信念，對於有慢性疾病照顧需求的衰弱長者及其家人而言，能盡量在自己居住的社區裡獲得服務，會擁有較佳的福祉，且尊重衰弱長者及其家人的想望和需求。包括：

- A.在個人熟悉的環境中被照顧。
- B.維持個人獲得照顧的自主性。
- C.維持個人大量的生理、社會互動及認知功能。

(4)PACE 成功運作的原因

PACE 具有健康服務提供者和健康計畫的雙重身分，運作成功包括：充分的計費風險、綜合性的服務，以及直接雇用跨專業團隊人員來管理每位服務使用者的照顧內容。

(5)PACE 的服務資格

- A.55 歲以上。
- B.住在 PACE 服務區域。
- C.擁有療養院照顧需求的證明。
- D.登記時，能夠安全住在 PACE 方案服務社區的家中。

(6)目前 PACE 的服務使用者的狀況

- A.使用福利現況：87%是符合接受醫療保險(Medicare)和醫療補助(Medicaid)雙重福利的人、13%是只符合接受醫療補助福利的人。另外有整體PACE使用者的9.5%是自行負擔醫療保險或其他保險的人。
- B.年齡分布現況：平均年齡 77 歲、66% 是女性、34%是男性。
- C.居住分布現況：95% 住在社區中。
- D.需要日常生活活動(穿著、沐浴、移位、如廁、飲食、行走)的協助者：需要1-2 項協助者佔26%；需要 3-4 項協助者 24%；需要 5-6 項協助者 33%。
- E.服務使用者罹患的疾病：前五項慢性疾病為：血管疾病、重大憂鬱症和雙極性和恐慌症、糖尿病慢性綜合症狀、鬱血性心臟衰竭、慢性阻塞肺部疾病。平均一人有 5.8項慢性疾病、46%罹患失智症。每個月每人平均有6個醫藥處方和 5次到PACE中心。
- F.提供交通和送餐服務：平均每人一個月使用9趟次交通接送；平均一天提供21,918份餐食。
- G.提供物理治療和職能治療服務。

H.提供其他服務：護理、營養諮詢、醫療照顧、牙科處理、驗光師服務、聽力檢測、足病診療、個人照顧、社會服務、社會工作、個案管理、臨托服務、必要時提供醫院和居家護理照顧，其他醫療判定有維持或改善健康狀況的照顧和支持服務。

I.一旦PACE服務使用者需要24小時全時療養院的照顧，PACE方案支付此費用，並且持續協調此人所需要的照顧。

(7)PACE呈現高品質的成果

A.平均每人每年到醫院看病低於一次，符合住療養院資格的PACE服務使用者僅有5%目前是住在療養院，PACE服務使用者再次住院率為19.1%，降低入住醫院次數、減少再次住院率、降低每人醫院看病次數、減少住在療養院的人數、產生疾病預防性的照顧效果。

B.6%家人對於接受的支持感到滿意，服務使用者高度滿意，退出服務比率低。

C.使用家庭有97.5%家庭照顧者願意推薦PACE給其他處於類似情況者

(8)PACE和其他高齡友善健康系統之比較

項目	PACE模式的優點
關注的事	<ol style="list-style-type: none"> 1. 服務使用者可參與討論照顧長期目標 2. 維持住在社區的長期目標 3. 跨專業團隊服務模式
移行強化	<ol style="list-style-type: none"> 1. PT/OT 提供評估和活動 2. 提供交通接送服務 3. 有預防摔倒的計畫(改善移行) 4. 有日間中心的活動服務
小心用藥	<ol style="list-style-type: none"> 1. 由老人專科醫師管控醫藥處方用藥處方獲得協調 2. 強調減少開立有害的處方(harmful prescription)
重視心智功能	<ol style="list-style-type: none"> 1. 規律性的進行認知功能評估(包括家人的壓力評估) 2. 依據服務使用者的認知能力設計活動 3. 提供餐食和營養補充劑

(9)PACE 逐年達成五重具體目標

A.2007 年達成3重具體目標：改善病人的經驗、產生較佳的成果、降低成本。

B.2014 達成第4重具體目標：重視臨床醫師的福祉。

C.2021 達成第5重具體目標：重視健康平權。

D.最終達到較佳的健康+經濟的改善

(10)ASPE肯定 PACE有一致性的高績效表現

美國衛福部規劃助理辦公室(Office of the Assistant Secretary of Health and Human Services)的研究結果—「比較整合性照顧中的雙重授意資格者的服務成果」(Comparing Outcomes for Dual Eligible Beneficiaries in IntegratedCare)發現 PACE 的服務使用者和醫療保險的優勢計畫使用者(Medicare Advantage enrollees) 相較下，認定 PACE 有一致性的高績效表現。

(11)肯定PACE 是一個適合高齡者的模式

根據「藥物中心未來美國高齡者的健康照顧—美國老化社會健康照顧人力資源改造委員會」(Institute of Medicine Committee on the Future Health Care Workforce for Older Americans-Retooling for An Aging America： Building the Health Care Workforce) 出版的報告中提及，肯定 PACE 有具體實踐照顧原理：

- A.完整地關照高齡者的健康需求；
- B.有效地滿足高齡者的服務需求；
- C.高齡者可在他們的自主照顧中成為積極主動的夥伴。

(12)PACE 的財務運作

PACE 整合 Medicare 和 Medicaid 的論人計價補助的經費 (capitated financing)，很彈性地滿足每位服務使用者的獨特照顧需求。會依照每位服務使用者的診斷及人口統計學(diagnostic and demographic)來調整 Medicare 的論人計價費率。州政府 Medicaid 的論人計價支付計算結果比非 PACE 服務使用者還少。

(13)PACE的現況(截至2023年6月)全美共計有153家PACE的組織，有306個PACE Centers。

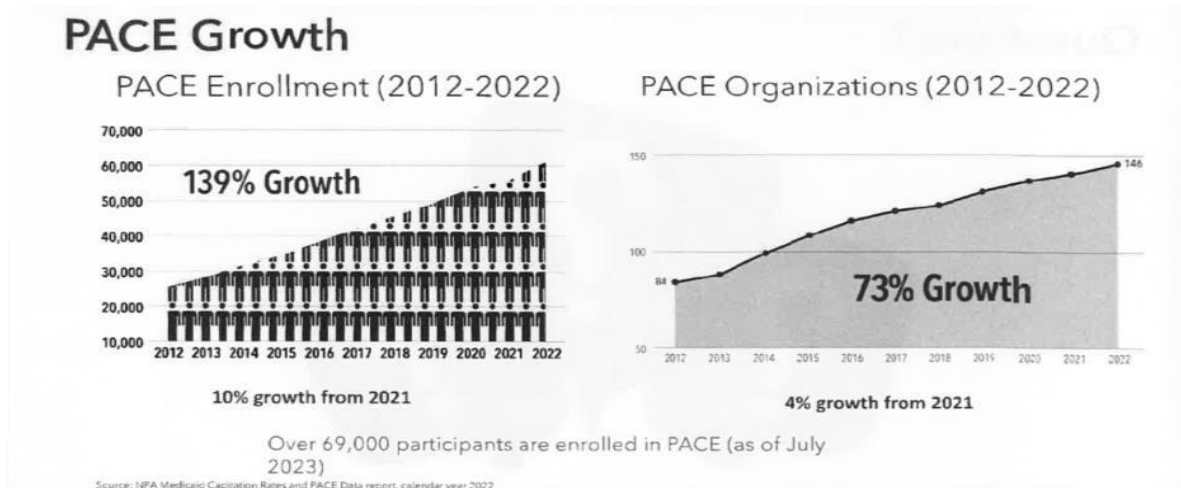
PACE屬於聯邦的永久性計畫，各州必須做為選項之一。美國各州和哥倫比亞地區有辦理PACE的分布圖如下：



(14)PACE的成長(2012-2022)

登記使用 PACE 服務人數從 10,000 多人增至約 60,000 人(截至 2023 年 7 月，總數為 69,000 人)，成長率為 139%。PACE 的組織總數則從 84 家增至 148 家，成長率為 73%。

(15)COVID-19 之後的 PACE

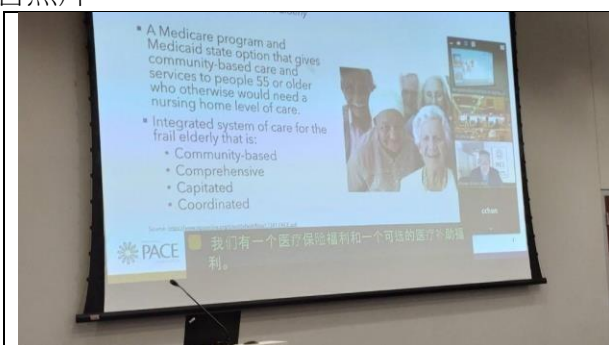


PACE 服務使用者的感染和死亡率是療養院住民的 1/3，此成果促使 PACE 服務模式大受肯定，預期 PACE 在未來幾年會持續成長。

(16)未來成長的潛力

2-5 年內會增加 50 家 PACE 的組織，執行 PACE2.0 成長策略目標是 2023 年將人數增加到 90,000 人，到 2028 年增加到 200,000 人；PACE 服務模式將會提高媒體和思維領導者的關注，更多州將會有意願擴增或發展 PACE，而且支持 PACE 成長的法令正在逐步引進中。

(二)研習照片



講者肖恩·布魯姆執行董事利用視訊分享



長照物理治療學會林佩欣理事長提問

六、合作投資+健康—支付者-服務提供者-社區組織合作案例

主持人：奧里安·貝爾理事長

主講人：珍妮佛·康斯(Jennifer Kons)策略規劃總監/大克里夫蘭聯合之路社區投資

麗莎·限茨曼(Lisa Weitzman)策略合作總監/班傑明羅斯研究中心

研習時間：2023.08.14(一) 3：00-4：00pm

(一)研習重點摘要

1、協作式的公共商品投資（Collaborative Approach to Public Goods Investment，簡稱CAPGI）是一種將醫療支付者、醫療提供者和社會服務提供者協調在一起的方法，以提高對社會服務的投資，從而對人們的健康產生積極影響。這種方法旨在解決美國在臨床照護和社會照護方面的資金分配不平衡，以及由此引起的健康結果不佳的問題。該方法的關鍵元素包括：

- (1)資源整合：不同的利益相關者，包括醫療支付者、醫療提供者和社會服務提供者，共同整合資源，以確保社會服務能夠有效地影響患者的健康。
- (2)社會健康影響評估：評估社會服務對個人和社區健康的實際影響，以確定那些服務最有可能產生積極的健康結果。
- (3)協作和協調：各利益相關者之間的協作和協調，以確保社會服務和臨床照護之間的協同作用，從而提高醫療體驗和健康結果。
- (4)研究和評估：定期進行研究和評估，以評估該方法的有效性，並尋找改進的機會。協作式的公共商品投資旨在解決美國醫療系統中的結構性問題，並將社會服務納入健康照護的整體框架中，以提高人們的健康和幸福。這種方法強調了跨部門協作和整合，以實現更全面的照護和更好的健康結果。
- (5)協作式公共商品投資模型的核心概念：是不同利益相關者，如健康保險公司、醫療提供者、政府和基金會，可以共同投資社會服務，以改善人們的健康。模型建議讓每個投資者根據他們的財務狀況，提交認為某項社會服務對他們有多大價值的機密投標。這樣的做法可以解決不同利益相關者之間的競爭和利益分配問題，從而促使更多人參與投資社會服務。每個投資者都會思考對他們來說投資的價值和預期的財務好處，從而形成不同的投資動機。這種模型旨在最大程度地利用社會服務的資金，以實現更好的健康結果。

2、班傑明·羅斯研究中心(Benjamin Rose Institute on Aging，簡稱BRI)介紹：

- (1) BRI是一家位於美國俄亥俄州克里夫蘭的非營利組織，專注於研究和提供老年人的照護和健康服務。該機構成立於1908年，長期以來一直在致力於促進老年人的福祉和提高其生活品質。
- (2) BRI致力於研究老年人的需求和照護，並開展相關的社會研究，以促進政策制定和實踐的改進。他們還提供各種老年照護和支持服務，以幫助老年人和他們的家庭應對老年

期間可能出現的挑戰，該機構的工作涵蓋了多個領域，包括長期照護、老年心理健康、社會參與和老年人照護政策。他們透過研究、培訓、教育和服務來支持老年人和他們的照護者。

3、醫療定製餐計畫緣起與說明：

在 2019 年開始 CAPGI 與 BRI 合作共同探討健康和食物問題，在社區中思考如何提升糧食不安全問題的處理，尤其是針對不同需求層次的人群，這包括那些需要基本食物援助的人，那些需要社交互動的老年人，以保持身心健康，以及那些由於健康狀況而無法離開家的人，尤其是對於那些有嚴重慢性健康狀況的人來說，飲食在治療、管理和預防疾病方面至關重要。

醫療定製餐是在這個領域發揮作用的服務，考慮了醫療支付者、醫療提供者和基於社區的組織之間的合作，並思考作為社區組織可以為這一合作帶來什麼價值。BRI 有能力提供食物、包裝食物並進行送餐，擅長處理食物，並建立穩定的送餐計畫。他們了解老年人的需求，並知道有許多社區居民可以從服務中受益，但很難吸引他們參加活動。因此可以利用食物作為吸引人們參與的方式，並透過建立關係來幫助他們參與其他計畫和服務，以預防其他問題的發生。健康的社會決定因素對個人的行為和選擇有重大影響，特別是食物安全和社會孤立。BRI 也積極參與關於健康高齡化的討論，並認識到健康不僅僅是醫療領域的事情，還涉及到社會照護、行為、選擇和生活環境，作為社區基礎組織，在確保資源、服務和社區的可及性方面扮演著重要角色。同時在美國醫療提供者越來越關注飲食對健康的影響。

當患有慢性健康問題的人前來就診時，醫生會透過衛教建議他們改變飲食習慣。然而在美國健康食品，如健康、低鈉、新鮮的食材，往往非常昂貴，許多人無法負擔。醫療體系通常不支付社區層面的食品和健康干預措施，然而這些預防措施的投資成本往往比後面需要的醫療成本低得多。最終在美國每三個患有慢性疾病的老年人中就有一人必須在食物和藥物之間做出選擇。正因為如此，特別是在醫療體系開始關注如何更好地縮減醫療成本的情況下，可以創造那些激勵措施來回應降低這些醫療需求呢？

現在醫療界正被激勵著將食物視為藥物，越來越多的對話也圍繞著預防、品質、公平、可及性和醫療成本。所有這些對話使得健康飲食這樣的項目在當今世界變得更加與昂貴的醫療措施相關，醫療定製餐(Medically Tailored Meals)是經濟實惠、公平且以患者為中心。那麼食物如何成為疾病管理策略的一部分，如何成為預防工具而不僅僅是特定疾病的工具呢？所有這些因素交織在一起，導致了 BRI 創建「營養解決方案」計畫，根據四種診斷（糖尿病、高血壓、心臟病、腎臟病）提供食物的醫療定製餐計畫。營養解決方案的首要任務是提供根據特定膳食需求設計的餐食。其次，我們為參與計畫的每個人提供非常具體的營養教育。最後 BRI 提供每周一次的健康檢查，由受過培訓的志願者進行，透過

常規的送餐計畫，發現個案的不同需求，有人固定關心、分享訊息使得個人在生活中變得更有能力，透過這個計畫，我們正在提供跨照護連續體系上的服務及預防其他的風險。

這個社區組織負責招聘學者和投資者參與、協助招募參與者與資金的管理，確認投標、資金和價格的設定，以及協調實施干預方案，與 BRI 合作提供資訊分享，並提供了潛在參與者的樣本。BRI 將向這個社區組織確認，那些願意參加營養解決方案的人，社區組織會對這些確認進行品質控制，發送給 BRI 進行配對，定期將數據發送給投資者，包括誰已經報名參加，以及他們每月收到多少餐，收集每月成本和每月利用率等數據，以便進行評估，BRI 與社區組織建立了合同協議，並設立了一個適合的流程。

醫療定製餐計畫是一個將醫療保健與社會服務相結合的創新計畫。該計畫旨在提供特別定製的餐飲服務，以滿足患有慢性疾病的患者的特殊營養需求。計畫的起源背景可以追溯到 20 世紀 80 年代，當時美國社區面臨愛滋病流行，它旨在解決醫療保健和社會服務之間的協調問題，以提高患者的綜合健康狀況。計畫重點說明如下：

- (1)合作夥伴：該計畫涉及多個利益相關方，包括醫療保健支付者、醫療提供者、社會服務提供者以及社區型組織等…。
 - (2)實施模型：醫療定製餐計畫的實施模型包括將患者按疾病診斷分組，然後為他們提供符合其特定飲食需求的定製餐飲。此外，計畫還提供針對每位患者的特定營養教育，並進行定期健康檢查，以監測其綜合健康狀況。
 - (3)預期效益：計畫的目標是提高患者的健康狀況，降低醫療開支，並減輕患者的社會孤立感。透過在醫療保健支付者和社會服務提供者之間建立合作，可以更好地滿足患者的綜合需求。
 - (4)計畫評估：計畫進行了評估，以確定其是否降低了醫療開支並提高了患者的綜合健康狀況。部分投資者實現了顯著的費用節省，這表明計畫具有潛在的經濟回報。醫療定製餐食計畫代表了醫療保健和社會服務合作的一種創新方法，旨在改善患者的健康狀況並降低醫療開支。這種綜合性的方法為解決慢性疾病和社會服務需求提供了一個新的模式，值得注意的是這個計畫強調了在參與者和投資者之間建立資料共享和回饋機制的重要性，這有助於理解參與者為何選擇參加計畫，以及他們是否持續參與，他們的回饋幫助投資者理解問題並進行改進。
- 4、醫療定製餐食計畫推動調整的長期目標：是將這些改進的關係轉移給BRI，以確保計畫的持續運作，透過評估和調查發現計畫需要調整的部分如下：
- (1)難以測量健康效果：演講者提到，他們試圖測量計畫對健康的影響，但發現參與者不太願意參與健康評估，因為這太困難。因此，他們改為進行受訪和調查。

- (2)參與者退選原因：一些參與者選擇退出計畫，原因包括已經有其他方式獲得健康食品、不喜歡健康食物、或者有其他選擇。這些原因幫助計畫進一步改進，以滿足參與者的需求。
- (3)參與率和受眾：受訪者發現，參與率高的人通常是那些食品不安全程度較高的人，使其社交孤立感卻可能較低。年齡也對參與率有影響，50至 59歲者參與率較高。
- (4)調整和改進：基於得到的結果，計畫進行了多項調整和改進，包括加強篩選和腳本，以及更全面地關注飲食行為和成本。
- (5)食品安全：參與者普遍認為這是一個解決食品安全問題的計畫，而投資者則更多地將其視為營養干預。這顯示了不同受眾對計畫定位目的有不同的看法。

(二)研習照片

	
<p>主持人奧里安·貝爾理事長</p>	<p>講者珍妮佛·康斯策略規劃總監</p>
	
<p>講者麗莎·限茨曼策略合作總監</p>	<p>大林慈濟醫院林名男副院長提問</p>

七、改善基層全科醫療 (primary care)的診斷：確定基於價值的最佳臨床實踐

主講人：古薩姆·拉奧醫學博士(Goutham Rao)/凱斯西儲大學醫學院，家庭醫學與社區健康系教授兼系主任

研習時間：2023.08.14(一) 4：00-5：00pm

(一)研習重點摘要

1、問題的範圍

僅在門診環境中，每年就有大約 1,200 萬美國成年人受到診斷錯誤的影響。2006 年一項涉及誤診或延遲診斷的索賠研究顯示，59%的診斷錯誤與嚴重傷害有關，30%與死亡有關。診斷錯誤是門診醫療事故索賠的首要原因。台灣並未有相關的報告，但是推斷實況應該也存在先進國家相同的問題。在呈現診斷問題的類型中，模糊或非特異性主訴（有時被描述為「未分化」，這意味著它們代表尚未表現為可識別疾病的徵狀），如腹痛、頭暈、疲勞和發燒，沒有明顯的來源，尤其具有挑戰性。指導很少和/或品質差。考慮最近發布的美國和加拿大消化不良聯合指南，建議 60 歲以上的患者及時進行內鏡檢查以識別惡性腫瘤，但支援該建議的證據被描述為「非常低的品質」。診斷的最佳實踐不僅應包括特定測試的準確性，還應包括整個方法的準確性、及時性和效率，同時讓患者參與診斷過程。診斷對於疾病治療預後及花費具關鍵性，台灣各醫學會及衛生主管機關也應重視這個問題。

2、診斷路徑的概念

古薩姆·拉奧醫學博士(Goutham Rao, MD)將診斷路徑定義為構成診斷過程的步驟序列，從患者首次出現特定徵狀到做出診斷並開始治療，或診斷評估因其他原因而結束，透過精確的診斷路徑，希望產生下列結果：診斷的準確性、診斷的及時性、資源使用。為此成立一個 UH ADVANCE Center，主要的任務「確定對容易出現診斷錯誤的常見情況進行診斷評估的最佳實踐」有諮詢委員會和診斷專家小組，使用 4 步驟策略推動，4 年預算 399 萬 3,301 美元。

- (1)選擇常見的診斷問題，與高診斷錯誤率和診斷變異率相關，以及缺乏指導的診斷問題，並確定當前的做法。
- (2)透過審查證據和我們自己衛生系統的數據，確定與當前實踐或回應試點測試的干預措施或建議的實踐相關的結果，包括診斷的及時性和準確性，發病率和死亡率，以及診斷資源（例如影像學研究等的使用）。
- (3)與臨床醫師（包括醫師和護理師）和患者一起，制定和完善診斷評估的指南和工具（包括機器學習演算法）。
- (4)在我們的衛生系統內實施診斷指南並監測其影響。

八、班傑明羅斯機構－社會服務機構在實現健康照顧三重目標中的角色

主持人：王懿範教授

主講人：奧里安·貝爾(Orion Bell)理事長兼執行長/班傑明羅斯研究中心

研習時間：2023.08.15(二) 8：30-9：00am

(一)研習重點摘要

1、 三重目標：更好的健康人口、更好的照顧品質、較低成本。強調了解服務老年人其具體需求之重要性，其中擬訂個別計畫和因應需求提供服務必不可少。

2、 重要觀點

(1)在家老去：

在克里夫蘭大都市地區和全國各地，約90%的60歲及以上成人希望「在家老去」。這種希望熟悉的願望非常普遍，從沃思堡到聖地牙哥的城市都有相似的情感。這些老年人中幾乎有一半的人擔心由於健康、房屋設計或社區變化等各種因素，可能無法做到。

(2)人口增長：

85 歲及以上人口增長，2030 年美國 60 歲及以上的人將等於 15 歲及以下的兒童數量。這種人口轉變在社區規劃、計畫資金等方面帶來挑戰。

(3)性別差異：

A.老化也是女性的問題。女性的壽命往往比男性長，她們佔了老年人口很大一部分。在某些年齡組，女性的數量可能是男性的兩倍。

B.女性還成為了大多數老年人的照顧者。在經濟上，與其男性或已婚同行相比，年長的單身女性面臨著生活貧困的更高風險。

(4)健康挑戰：

A.老年人經常受到多種慢性健康狀況的困擾，包括糖尿病、高血壓、COPD 和心臟病。

B.班傑明·羅斯研究所及克里夫蘭診所提供的數據，平均年齡約 78 歲，年收入約 15,000美元的個案患有兩到三種慢性病。

(5)失智症問題：失智症患者的增加是一個重要的關切，新的數據強調了其日益增長的發生率。

3、 Select Specialty Hospital 提供服務共有三個醫院，位於Cleveland市Benjamin Rose Institute 是其中一個院區

(1) 成立宗旨在填補醫療保健中的一個重要缺口：需要長時間住院的危重或術後病人的專業照護。

(2) 目標：為那些尚未準備好出院的病人提供照護，但也不需要留在高成本的加護病房中。

(3) 不提供門診追蹤服務，其病人來源是 Cleveland三個主要提供急性醫療的醫院系統（Cleveland Clinic、MetroHealth、University Hospital）藉著共通的資訊系統，病人可以有無縫接軌的服務。

(4) Select Specialty Hospital 提供下列服務

A.呼吸護理

B.傷口護理

C.複雜的醫療(針對從術後併發症、傳染病、腎疾病到複雜的骨折等)。

D.骨科康復：幫助換關節或外傷性傷害中恢復過來的病人復健。

E.神經護理：針對中風、創傷性腦損傷和其他神經疾病，結合了物理、職業和語言治療，以促進恢復健康。

4、小結：建立在其創始人遺產基礎上的班傑明·羅斯老年研究所，繼續支持社區中的老年人和照顧者的使命。了解老年人口和其需求對於提供更好的服務至關重要。

(二) 研習照片

	
<p>主持人王懿範教授</p>	<p>講者奧里安·貝爾(Orion Bell)理事長</p>
	
<p>衛福部長照司祝健芳司長提問</p>	<p>致贈錦旗和禮物給獎者並合影</p>

九、護理之家品質工作小組報告

主持人：奧里安·貝爾理事長

主講人：珍妮佛·卡爾森(Jennifer Carlson)副主任/ 俄亥俄州高齡部

研習時間：2023.08.15(二) 9：00-10：00am

(一)研習重點摘要

1、美國【獨立倡導人】現況與介紹

(1) 使命：倡議長照服務的品質並支持住民，不論他們位在哪處

(2) 組織及人員：

A.哥倫布市設有州辦事處，共 9 名工作人員。

B.12 個區域計畫區域代表是各自的地區專案主管，維繫與協調志工網絡，共有 101 員工與 137 志工。

C.多個認證級別。

(3) 服務質量：

A.相較去年，服務人數增加（生活輔助設施訪問比例從 68%提升至 78%；護理之家從 81%提升至 90%；二級住宿機構從 29%提升至 63%），仍希望可以再增加訪問設施的數量。

B.上述機構中幾乎可以解決 85%左右的訴求，而未能解決的訴求小於 3%，其他為已撤銷或評估不需介入。

(4) 角色：

A.與其他州內的機構合作（例如：俄亥俄州衛生部外出檢查）。

B.宣導、解決住民問題（例如：在不同的時間點吃飯、睡眠時間更長等），確保他們的權利。

C.訪問設施，對於所提出的投訴進行調查，並與設施進行調解。

D.工作小組以機構與設施的品質為中心，非輔助他們在家中或個人。

E.社群聽取意見環節（community listening sessions）：走訪周內各區，聽取居民及其家人、護理人員和其他人的意見 / 線上：與呼叫中心連線 / 線上調查：希望探索、評估與制定有關生活品質的建議。

(5) 住民權利：

A. 選擇與自決：包含作出不健康的選擇。

B. 隱私權：治療過程中的紀錄與狀況資訊。

C. 參與權

(6) 投訴類型：

A.佔比最高：被迫轉院或驅逐出院（但住民應有權收到出院通知，包含準備出院與尋找地點的時間）。

B.其次：個人衛生、個人特定需求、藥物處理、受尊重對待、保有自決。

(7) 四大支柱：

A.生活品質：可以連結家庭與社區，且富有意義。

B.照護品質。

C.住民權利：尊嚴、獨立。

D.系統表現：持續的進步，包含輸出與回饋。

(8) 四大面向：

A.促進品質：主動的州政府支持。

B.確保監管與負責：未區分 根據各護理之家需求制訂不同規管流程。

C.賦予居民權力：強調居民與家庭在整個護理之家體系中的決策發聲權。

D.促進基於數據的決策：從分散的數據轉變為一個能夠收集、匯總和分析數據以指導決策的指揮中心。

(9) 關鍵核心

A.團隊有明確目標。

B.最低標準的聯邦法規執行更透徹。

C.照顧系統重新校正，賦權住民及其家屬的聲音。D.長照資訊應該要更具可近性。

2、推動照顧品質的建議

(1)建議一：發展高品質的模型

A.除基本合法要求，且朝以居民為中心的標準前進。

B.確保建立付款模型。

C.創新支付方式，提供護理之家誘因。

D.提供目標性臨床核科技輔助。

E.認證制度／表揚。

F.提升社區夥伴關係，擴大臨床工作量能，包含學校與社區中心。

G.資助、測試和部署技術和額外培訓，以提高關鍵護理之家工作人員角色的效能和效率。

H.提倡州認證護理助理（State Tested Nurse Aide）的價值，並改善財務和非財務福利，以吸引和保留更多的人才。

(2)建議二：確保監督與責任

A. 擴大俄亥俄州衛生部內的護理之家督察人員人數，以滿足聯邦督察要求和州質量標準。

B. 制定更高效和更有效的護理之家監督流程，包括標準化培訓和技術支持。

C. 根據需要調整督察和許可流程。

D. 使用聯邦執行手段的全套措施，以反映缺陷的性質、範圍和嚴重性，必要時包括關閉護理之家。

E. 建立透明的申訴平台，確保消費者可追蹤他們對護理之家的申訴處理進度。

(3)建議三：賦權住民

A. 提供易懂的先期照護計畫素材，成立專家小組。

B. 入住時和在重大變更時提供易懂的信息，引導住民了解他們的權利，適應環境，並了解如何表達他們的需求。

C. 對於認知與生理有障礙的住民，賦權自由組成委員會。

D. 提升住民對於倡導人的認知，以及如何取得相關服務。

E. 擴大州長期護理事務監察員計畫（State Long-Term Care Ombudsman Program）的人員，並對標準化運營和培訓。

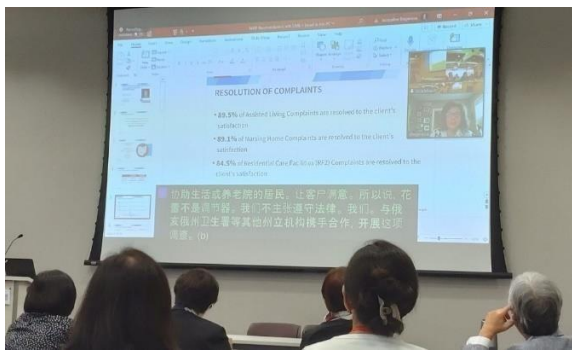
(4)建議四：促進以數據為基礎的決策

A. 建立一個對公眾開放、易理解的入口網站，提供護理之家相關的信息給消費者和護理之家工作人員。

B. 建立可近、信息豐富、視覺化的儀表板，以支持州領導人的決策。

C. 提高對居民和家庭的數據收集頻率，並現代化數據收集過程。

(二)研習照片



講者珍妮佛卡爾森副主任透過視訊分享



老人福利聯盟張淑卿秘書長提問

十、班傑明羅斯研究與教育中心-班傑明羅斯的家人與朋友照顧研究計畫

主持人：奧里安·貝爾理事長

主講人：大衛巴斯(David Bass)博士/ 班傑明羅斯研究與教育中心研究和教育副理事長

研習時間：2023.08.15(二) 10：15-11：00am

(一) 研習重點摘要

1.研究中心三個研究方向

(1)理論指導的定量和定性研究。

(2)計畫方案發展重點與開發過程的干預措施和服務、驗證研究、建立實證規則訊息。

(3)家庭訊息給家庭及籌備人們可以和專業人員以及公眾交流地方。

2.研究主要六個主題

(1)Family and Friend Caregiving

(2)Evidence-Based Programs

(3)Services and Interventions

(4)Aging and Caregiving in Diverse Communities

(5)Elder Abuse, Neglect, and Exploitation

(6)Program Evaluation

3. 研究資金來源多元，多數來自政府，維持研究資金穩定，很多研究中心成立 3-5 年資金研究不足而停止。

4.跟大學學術界研究差異

主要是以應用為主，轉換成有用的信息方法供家庭或專業人員使用材料或產品或服務模組。提供新建議新意見或新想法，透過舉辦許多會議網路研討會及網站時事通訊發表研究維持全國知名度，增加訊息的傳播性。

5. 分享重點

(1)失智人口

俄亥俄州，約有 11%的老年人被診斷出患有阿茲海默病或失智症。這個比率略高於美國全國平均值。Cuyahoga County 的 Greater Cleveland 地區，失智症的發病率為 13.4%。這些失智症患者中有 25%的人在社區中獨自生活，他們獨立生活，沒有住宅護理設施、團體住宅或輔助生活設施的支持。

(2)數位落差

只有 25%的老年居民在家中有電腦，不到一半的人有高速互聯網接入，所以超過 60%的老年人無法利用線上平台進行各種活動，包括購物和銀行業務。

(3)照顧者重要性

家庭照顧者，用來描述那些為親友提供無償照顧的人，對老年人的福祉扮演了至關重要的作用，包括從鄰居到親近的家庭朋友等提供支持的任何人。照顧者擔任著多種角色，從執行各種日常任務到複雜的醫療任務，經常還要擔負其他責任。據估計，美國有大約 3 千萬這樣的照顧者，他們提供服務的經濟價值每年超過 6,000 億美元。

(4)社交隔離

老年人因為移動能力下降而在社區中不被人注意，住房，無論是從可負擔性還是可訪問性的角度來看，都是另一個挑戰。較老的住宅往往不能滿足老年人的特定需求，例如有階梯、狹窄的走廊或門道等障礙。另外醫療保健、財政挑戰都是老年人擔心的問題，因為他們靠固定的收入生活，並且要應對日益增加的醫療保健和其他生活費用

(二)研習照片

	
主講者大衛巴斯博士	大林慈濟醫院林名男副院長提問
	
台灣職能治療學會吳菁宜理事長提問	致贈錦旗和禮物給獎者並合影

十一、克服危機以改善克里夫蘭的公共衛生

主持人：奧里安·貝爾理事長

主講人：大衛·馬戈柳斯(Dave Margolius)博士/ 克里夫蘭市公共衛生部部長

研習時間：2023.08.15(二) 11：15-12：15pm

(一)研習重點摘要

1、克里夫蘭衛生當局的公共衛生使命

(1)縮短城市中不同區域的預期壽命與生活品質差距。

(2)健康差異基礎：種族歧視是一種公共健康危機，結構性種族歧視所帶來的種族隔離，導致致命的居住環境。

2、區域重要的公共衛生危機

(1)財富差距

A.美國在財富和金錢上，不同族群之間一直存在差距，而克利夫蘭是一個黑人占多數的城市；每個白人家庭所擁有的1美元，一個黑人家庭僅能拿到12分錢。

B.Shaker Heights 和Beachwood平均活到 80多歲，但克利夫蘭市的人們平均僅活到 65 歲，相差快20年。

C.原因：代際的財富移轉、薪資、邵姆克勞法(JimCrowlaws)、畫紅線 (redlining)、歧視、國家認可的暴力行為、拒絕向黑人提供GI法案福利等等。

(A)部分銀行政策向白人家庭和白人社區提供優惠貸款，卻向黑人家庭和黑人社區提供不利貸款；克利夫蘭市的亞裔人口中也存在這些相同類型的差異，而亞洲城位於投資少的黑暗地區。

(B)克里夫蘭東側居民早逝的比例較高。

(C)克里夫蘭有一個交叉路口多的隔離社區，因交通意外死亡頻率較高。

(D)克利夫蘭的一些社區，23%的嬰兒鉛中毒檢測呈陽性

(2)缺乏網路：形成遠端工作、就業、就學、就醫障礙。

(3)吸菸率高：

美國其他地區，吸煙率已降至11%。許多年前，美國平均曾有達20%。在同一時期，克利夫蘭吸菸率從30%上升到35%，因為法規日漸嚴格，在富有的白人社區較難以推廣香菸，因為富裕人群知道吸菸不好，也更有資源達到戒菸目的，也因此讓菸商廣告更難做；於是菸商尋找較脆弱的人群或更貧困的地區，他們會進入黑人社區免費贈送便宜、特殊口味的香菸，讓他們上癮，也透過滲透當地音樂和媒體增加可信度。

(4)種族歧視：

A.結構式／制度式：政策、法規、程序。

B.文化式：圖文、符號、象徵、媒體，散播刻板印象或使其變的理所當然。

C.歧視：有意識或無意識的種族差別待遇。

3、因應措施：

(1)安全、可負擔的住房。

(2)寬頻網域：投資光纖電纜。

(3)Complete and Green Streets Initiative/ 大眾運輸導向型發展 TOD(Transit-Oriented Development)：「完整和綠色街道條例」創建了一個新流程，將設計元素納入道路項目中，以擴大出行機會，包括步行、騎自行車和公共交通，並最大限度地減少環境危害。

(4)反菸政策與教育意識。

A.建立一個系統使菸商需要許可證（Local Tobacco Retail Licensing ，TRL）才能銷售香煙，建立一個當地社區零售商的綜合名單，使司法管轄區能夠充分監控零售商的合規性，同時創建可用於未來煙草控制舉措的數據庫。

B.限制販售香味、電子菸品，並減少產品開發導向青年和少數民族。

(二)研習照片

	
講者大衛·馬戈柳斯博士	大林慈濟醫院林名男副院長提問
	
第一基金會賴美智專業顧問提問	致贈錦旗和禮物給獎者並合影

十二、俄亥俄州克利夫蘭 Fairhill 的 Select Specialty Hospital

參訪時間：2023.08.15(二) 12：15-13：00pm

(一) 研習摘要

1、背景說明

坐落於 Benjamin Rose Institute 園區內，克利夫蘭 Select Specialty Hospital Fairhill 是 Select Specialty Hospital 三個院區之一，共有 65 床提供住院服務。Select Specialty Hospital 共有三個醫院，位於 Cleveland 市。自 20 世紀90 年代初成立以來，該公司旨在填補醫療保健中的一個重要缺口：**需要長時間住院的危重或術後病人的專業照護**。為那些尚未準備好出院的病人提供照護，但也不需要留其在高成本的急性病房中。

2、提供的服務內容

Select Specialty Hospital 的一個標誌是其全面的服務範疇，以滿足每位病人的獨特需求。這些服務分為多個廣泛的類別，確保全面的照護：

- (1)呼吸護理：在治療呼吸系統疾病方面得到認可，該醫院擁有一個專業的呼吸器拔管計畫。通過這一計畫，長時間使用呼吸器的病人可以逐步減少對其的依賴，並過渡到更獨立的呼吸，從而顯著提高他們的生活質量。
- (2)傷口護理：該醫院利用最新的醫療技術和治療方法，為慢性或不癒合的傷口提供治療。他們的方法結合了先進的傷口敷料、生物製劑和治療方法，以加速癒合。
- (3)複雜的醫療：這一服務項目針對從術後併發症、傳染病、腎疾病到複雜的骨折等眾多複雜的疾病。他們的團隊照顧能確保考慮並解決了病人健康的所有方面。
- (4)骨科康復：從關節替換或外傷性傷害中恢復過來的病人，可以從醫院專注的骨科康復計畫中受益。目標是恢復活動能力、力量和獨立性。
- (5)神經護理：這個計畫針對中風、創傷性腦損傷和其他神經疾病，結合了物理、職業和語言治療，以促進恢復。
- (6)心臟護理：心臟衰竭和其他心臟病需要專業的護理，這家醫院提供了一個健全的計畫，解決心臟病患者的生理和情感需求。

Select Specialty Hospital 並不提供門診追蹤服務，其病人來源是 Cleveland 三個主要提供急性醫療的醫院系統（Cleveland Clinic、MetroHealth、University Hospital）。當病人在急性醫院做初步的治療後，可以送到 Select Specialty Hospital，在這裡團隊照護介入是非常完整的，醫院也有像 CT、sonogram 等設備，以處理病人的突發狀況，也可以處理簡單的手術，但如果病人需要大手術的話，會轉回原醫院處理，病人可以出院時，會轉回原醫院系統做追蹤，藉著共通的資訊系統，病人可以有無縫接軌的服務。

3、小結

克利夫蘭 Fairhill 的 Select Specialty Hospital 不僅僅是一家醫療機構。它在克利夫蘭提供有效以及有效益的病人照護，彌合了傳統醫院和長期急診照護需求之間的差距。該醫院不僅治療傷口或疾病；它還努力恢復希望，並給病人及其家人注入信心。先進的設施，再加上其專業人員的專長，確保每位病人都能獲得量身定制的照護。

(二) 研習照片

	
<p>Select Specialty Hospital 大門</p>	<p>走道透明採光，空間明亮</p>
	
<p>大廳一隅</p>	<p>工作人員接待介紹</p>
	
<p>團員認真聆聽</p>	<p>團員與王懿範教授(右4)在大廳合照</p>

十三、麥葛瑞格(McGregor)實地參訪

接待者：安·康恩(Ann M. Conn)理事長兼執行長及其團隊

參訪時間：2023.08.15(二) 13：30-17：00

(一)參訪介紹摘要

1、McGregor中心歷史

McGregor是一個以生活為基礎的計畫性整合照護中心，這是個極具歷史的家族基金會經營的整合照護中心，我們有機會看到三種不同類型的照護設施有 Independent Living Home， Assitive Living， 及 PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly) program，從我們熟知的 PACE 照護計畫，再到輔助居住(assitive living)和老人獨立生活住宅(independent living)。

麥格雷戈就像克里夫蘭的許多其他非營利組織一樣。其起步可以追溯到1900年代初，有一對沒有子女的夫妻，她們決定為那些不再有家庭、需要額外照顧的人做點什麼，因此成為捐助者。第一座建築被稱為老年婦女之家，儘管於1904年就開始籌畫，但第一個中心卻於1927年才開始運營。然後中心繼續對他們的地點進行現代化改造並建造新建築，最後於1940年代正名為麥格雷戈之家，持續發展擴大至今日規模。

2006年McGreger Institute 整合了舊的護理設施並將其轉變為經濟合宜的老年公寓，目前該建築為可以容納 70 名老年人居住的單房(one bedroom)公寓。

2010年，他們從鎮上兩個非營利組織的合作夥伴那裡購買了PACE方案的服務基礎，稱為MacGregor PACE，然後在2015年再次擴大規模，服務地區覆蓋凱霍加縣(Cuyahoga County)該縣東南部的更多地區。當他們接管MacGregor PACE時，當時的方案規模為提供支持服務150名老年人，而現在此方案的服務規模成長到為社區中的660多名老年人提供支持服務。

(1) McGregor中心簡介

負擔得起的輔助性生活(Assitive Living)居住選擇也是一個挑戰，即使在新冠疫情高張的這幾年，McGregor與俄亥俄州的稅收抵免計畫(tax credit program)合作開發了 90 個輔助性生活單位。這是第一個與稅收抵免計畫合作的輔助居住房產計畫，透過這樣的計畫，就可以將其中的 50 個居住單位每月以大約 3,000 美元的價格提供給符合資格的需求者，否則通常這種私人的輔助生活居住費用為每月5,000~6,000美元。

另外我們參訪的是他們新一期即將完成的老人公寓住宅，總共有54套一居室公寓，在美國，開發經濟適用住房非常具有挑戰性，此方案，他們開發了超過五種不同類型的資金來源，以便從不同來源實現這一目標。另外也有提到，為了提供居民可負擔的高品質服務，McGregor 中心也參與私人保險公司及保險計畫的經營，其中也藉由一個

與22個夥伴單位共同合作的 Institutional Special Needs Plan，以提供居住在他們護理機構的個人，能有高品質臨床團隊的服務。

(2) 小結：

- A. 在照顧費用高漲及私人保險盛行的美國，照顧的資金來源是需要多方引進協作以達成可負擔性及有品質的照護服務，這也是台灣民眾該及早建立為自己的老年生活規劃準備充足無虞的保障資金。
- B. 報告者總結中心未來的展望：那麼接下來要去哪裡？對於麥格雷戈來說，該模型是對未來個人希望如何留在社區中得到照顧的極佳方案設計。因此，當尋求投資新型合資企業或擴張時，希望將 PACE 模式擴展到凱霍加縣之外，以及尋找開發更多經濟適用公寓的方法，無論是在其他縣市，或在凱霍加縣。而最後就是勞動力 (workforce) 問題，這是公私部門都須共同面對及設法招募、培訓更多勞動力投入的一件事。

2、Assisted Living

(1)型態：介於療養院和獨立生活設施之間的地方，這是個90單位的住宿機構，除了個人的住宿房間，有個蠻大的餐廳同時也提供活動的空間，連接戶外後院，天氣好也可到戶外用餐，同時也是辦理很多社交活動的空間。

(2)服務：

- A. 提供住民三餐、需要的生活協助及各種動靜態活動方案，公告欄提供每月的活動方案時程表，包含：動靜態、藝術、益智等，也有每周定期的醫師駐診資訊等。每年會評估個案狀況。
- B. 步行俱樂部(walking club)，是從機構前門繞一圈走，穿過果園繞回來。通常每周舉辦一兩次步行俱樂部，集合成群的居民，因此需要更多的監督，提供這樣的機會讓尚有行動能力居民在監護或協助下進行適度戶外步行活動，以維持其行動力及促進健康。
- C. 提供每週一次的購物之旅。讓有行動能力者仍可出去自由採購生活所需，以可藉以維持其生活獨立性。而對於行動不便無法外出購物者，也會協助幫他們採購一些罐頭、乾糧、微波食物等回來。
- D. 中心提供定期的家務服務(housekeeping service)，也有付費的美容院服務。
- E. 中心也有提供復健服務，但沒有設置治療室(需要治療室服務可到 PACE program 的另一棟樓)，它的實現方式是使其更具功能性的到住民的各自居住單位去提供服務。因此，如果一個人需要幫助穿衣，那麼他們就在自己的公寓裡，治療師安排時間過去他房間，指導其在居住空間中如何運用現場場景及輔具，安全地完成獨立拿取衣服、換穿衣服、處理鈕釦拉鍊等。他們需要幫助或練習行走，就在走廊

裡行走。目的是希望盡可能讓他們留在自己的公寓裡保持獨立，且確保他們的安全。

(3)小結：

這個模式很類似現今台灣的社區式小規模多機能服務，包括日照服務及外展居家服務模式，除了在日照中心針對個人進行復能活動，按照個案需求搭配外展到宅協助居家日常生活活動及環境安全指導，將使提升個案自主生活能力事半功倍。

此外，每周有兩次運動課，進行很多坐姿練習，他們也會做一些有趣的事情，比如拋環或投球，但這確實可以鍛煉他們的手眼協調能力。也有椅子瑜伽之類的課程。對於參與 PACE 方案的 assisted living 住民，則有專業的 PT 或 OT 來這裡居家評估這些住民的進展情況及提供服務。而沒有符合參與 PACE 方案的住民如需要 PT、OT 的服務，則另外付費進行。

中心也有來自於 PACE 方案的醫師、護理師 (nurse practitioner)，以及其他的社區護士和非 PACE 方案醫師進入。中心目前有全天候的相關照護人員 (care associates)，但沒有護士過夜。護士人員時間是早上 7 點到晚上 11 點，之後 on call。護理人員有一名護理助理，如果夜間有人遇到醫療緊急情況，他們知道撥打 911，他們每個人都有急救認證。而 PACE 方案的住民也有其護理師處理其緊急狀況。

3、PACE program

(1)簡介：

A. 全包式老年照護計畫方案 PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly) program，是一個論人計酬的方案 (per capita rate)。源起是 1971 年舊金山的華人安樂居 (On lok) 照護，1986 年立法才正式授權試辦，2006 年定案規則，而 2019 年進一步新的規範。

B. PACE 整合美國 Medicare and Medicaid 的資源，不論嚴重等級論案例計酬，以提供有品質的健康照護計畫，包含：預防、初級、急性和各種長期支持性服務 (社區、居家整合方案)，主要目的為盡可能避免昂貴的機構式，將病弱長者留在社區照顧。這樣理念也與我國的照顧理念非常符合，因此很值得討論和借鏡。

(2)服務團隊小組模式

A. McGregor 的 PACE program 發展非常成功，從照顧 150 人發展到目前照顧 670 人左右，主要以 3 個醫師、9 個護士或社工及其餘照顧協助員一起照顧 12 組患者 (每組約 60 人，每位醫師負責 4 組左右)，幾乎要隨時待命協助個案需求。

B. 組成團隊也和我們的跨專業照護團隊類似，有治療師們、營養師、社工等等，但會有資深護理師為主要 coordinator，及護士助理協助夜間值班。他們有提到這 12 個人力

的照護團隊，他們分三組，會以每三個月輪替照護個案區域的方式進行，而每位人力也只需要在這三個月中值班一個禮拜夜班。

C.這種照護團隊輪替方式可以避免和個案太熟後，每個人都希望獲得更多服務，包括看醫生或來這裡進行復健或獲得更多的醫療援助保險，所以他們決定大約三個月，輪替並讓另一個小組作為決策者。個人覺得，儘管這方式有利有弊，倒也是個可參考的方式。

(3)彈性服務：

A.此方案的主要目的為盡可能維持個案在家安老，因此也搭配在這實體地點提供彈性日照服務、復健物理治療服務、定期醫師門診和檢查服務等，此外交通接送也相當重要，在我們抵達進入參觀時，就看到不下十輛交通車停在門口準備送長輩回家，其中也有配置可接送輪椅的交通車。

B.每位長輩的時間都不一定，都是基於他們的需求來彈性提供，有八點到四點半就如正式日照，多數為失智症個案，每天參加活動且提供餐食；也有 10：00-14：00，有些來參加活動，也有可能只是來接受物理治療，或來看門診，結束便須將其送回。

C.如果個案是無法進來中心接受服務，那麼會在家裡為他們安排一名家庭健康助理(home health aide)，然後會讓護士不定期出去檢查他們，也許護士每週或每兩周都會去看他，而醫生或執業護士可能會每月看一次，看看有無具體需求即給予安排。他們安排醫生和執業護士的定期拜訪，若個案有緊急狀況，不論白天晚上，都可以打電話給負責的護理人員或值班人員，協助確認狀況及指導他們適當處理方式，等隔日上班時會盡快至家中協助，如此試圖盡可能地降低他們使用許多醫院中沒甚麼必要的昂貴檢查及昂貴的專家醫師(Specialist)服務。社區中也會使用 mobile X ray or CT。

(4)全職物理治療師

A. 他們會定期評估每個人的行動能力(Mobility tests)和功能。物理治療師會自動每年至少見一次及評估個案，但他們通常見得更頻繁，而且如果看到個案有變化，會及時回報協調改變他們的服務計畫，而其他專業人員包含醫師和執業護士每年兩次拜訪評估。

B. 機構允許人們接受物理治療以保持健康，因為通常在美國，商業保險限制治療次數使個案無法獲得關節炎或背痛的持續治療，但在這裡可以進行持續的物理治療，三年、五年沒有次數限制，這樣我們對可以幫助患者盡可能保持活動能力。當我們因新冠病毒而被封鎖，人們待在家裡時，他們可以和治療師一起騎自行車，或者多走路。且這段期間很多人的機能下降很多，因此，當他們回到中心時，我們要與治療師一起幫助他們恢復很多功能。

C. 目前整個 McGregor 中心有三位全職的物理治療師，三位物理治療助理，兩位職能治療師一位語言治療師，共同服務 PACE，assistive living 及獨立住宅區的長輩。一位治療師的案量每天約治療 8-15 位個案，因有時也常需要去住在 assistive living 的長輩提供服務。有些個案來治療中心接受治療，有些來騎腳踏車或練走路運動，有些疼痛治療、頻率因人而異，而治療的文件記錄也是需要定期被審核以確認其品質和恰當性。

(5) 教育培訓：當介紹者在護士學校的時候，只有一門關於社區護理的小課程，但那是關於概念介紹，而她是曾從事家庭護理工作、在醫院的老年科工作過、也曾在療養院工作過才累積知識和經驗成為社區護士，需要評估家庭功能或者環境以及他們需要什麼樣的支持。所以這種培訓，因為在我的團隊中，我有我的社工師、營養師、治療師，所以我們都在考慮不同的事情，然後我們一直互相教導學習。

(6) 經濟規模：PACE是一個論人計酬的方案，目前中心平均每月每案給付金額約4000美元，服務單位提供個案所有照顧需求及避免入住機構，成效相當不錯。而符合營運的最小經濟規模是照顧 150 人。

(二)研習照片



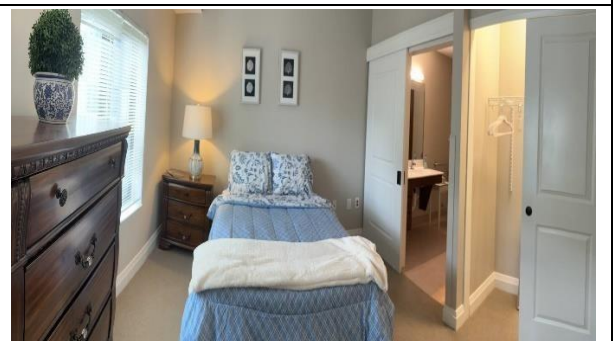
安·康恩女士介紹麥葛瑞格(McGregor)



Assisted Living 入口



餐廳一隅



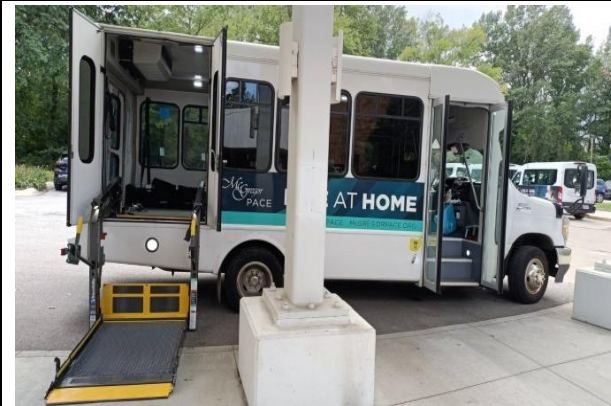
樣品房



Assisted Living 行事曆



參觀 McGregor PACE



McGregor PACE 交通接送車



診療室一隅



參觀物理治療室一隅，與治療師訪談後合影



新建老人公寓住宅-廚房



麥葛瑞格(McGregor) 實地參訪大合照



致贈錦旗和禮物感謝安·康恩理事長兼執行長及其團隊

十四、以價值為基礎的人口健康-克里夫蘭醫學中心

主持人：阿代希爾·哈什米醫學博士

主講人：鮑伯瓊斯(Robert W. Jones, Jr.) 醫師/克里夫蘭醫學中心基層醫療研究中心運營副主任

研習時間：2023.08.16(三) 8:00-9:00 am

(一)研習重點摘要

1、克里夫蘭診所簡介

克里夫蘭診所成立於1921年，已有百年歷史。現正發展以價值為基礎的照顧和克里夫蘭醫學中心責任制醫療組織，成立100年主要的工作重點由以下3部份組成，生活照顧、健康研究、教育。克里夫蘭診所在全世界組建服務。有5,050名醫師、2,000名實習醫師，500-600初級照顧醫師。1年26萬次手術，涵蓋4個國家，服務72.4萬人、21家醫院、5,050位專業人員、140個次專科，門診點超過220個。10%的員工在初級保健。有超過1,000萬病人診治，以價值為基礎的關鍵是讓我們以可持續的方式去努力。公共衛生看似是社區自己的事，但是公共衛生、空氣品質、交通無一不影響著病人的健康。

2、基於價值的人口健康

人口健康是一個人的健康成果，包括：健康結果的衡量、定義人口、確定影響健康的因素、制定並採取行動來改善人民的健康和福祉。基於價值的照護是指醫療保健提供模式。提供者的報酬基於病人的健康結果，包括：健康改善的狀況及減少慢性病的影響及發病率。公共衛生可以被定義為採取正確措施來確保人們健康。

3、平均餘命及健康餘命的社會變遷影響醫療保險的負擔

美國的平均餘命推進狀況，1965年美國導入健康保險制度，人們在醫療保險方案從持續被照顧約 2-4 年，到目前是12-14年。健康照顧的概念及經驗已與過去完全不同，社會保障預算花費在社會安全及健康照顧的方面，從1975年佔聯邦總預算34%，到 2020已達聯邦總預算的53%。平均餘命與健康餘命的變化，健保支出大量的增加，美國對健康的投資有何回應？當你看到其他發達國家預期壽命要高得多時，人均成本更低。醫療保健的結果是什麼？只是病人來看病，保險給付醫療的費用嗎？克里夫蘭診所擅長的醫療保健，不只看到醫療行為，更看到健康的社會驅動因素。只有20%的人口健康是由其取得的健康服務影響。如何改變世界以刺激病人和我們醫療保健的結果，就是我們贏得醫療保健的原因。

4、克里夫蘭診所回應社會變遷及支付而為的演進

當人口質變的同時，思考支付制度的演變，對是不得不面對的。醫院不需要在醫療保健賺很多錢。契約促使支付制度轉變到以價值為基礎的支持模型。論量計酬 Fee for service 指的是給予提供者一定的費用。支付制度在醫療保險發展的這些年，從論

量計酬到論質計酬，再到基於價值的協議的醫保優勢，再到完全風險的調控。關鍵在於需要一個風險調控的機制，基於價值的協議成為重要的事。有兩種方式要思考一是網綁支付、一是公共健康。全面照顧人口，基於價值的照護能量，期待是要用更少的投資達到公共健康的結果。如此一來，協調就必然要發生。

基於價值的報銷要面對的思考，一是網綁支付，指針對單一項目給予提供照顧的組織一筆費用，或對一定期間內的成果給予支出負擔。一是人口健康，針對一組患者提供縱向照護的支付，或負責整體健康或支出。在2021年俄亥俄州的價值投資組合是什麼？12 個商業付款人及醫療保險與醫療補助，加上24個商業及政府契約合同、30億美元現值投資組合中的醫療保健支出、20萬8千個依賴商業生活、21萬8千個依賴政府生活、8千萬美元其他收入。從過去支離破碎的論量計酬，向以價值為基礎，以成果為導向的支付方式轉變。

5、做出對人口健康的承諾

克里夫蘭醫學中心重新設計照顧輸送模式，要明確定義病人群體，設計能滿足病人廣泛需要的照顧系統。確認優先投資的項目，平衡 IT 跟網絡之間的投資，確保使專業工作者能得到發展的機會。催化文化轉型，賦予各級工作人員選擇的權利，將目標與人口健康連結起來。亦即建構一個文化確認照顧病人的人有適合的工具可用、能樂在照顧的工作、確保他們得到知識及技術、知道如何把工作做好。要創造的文化是具有自主性、自治、目的導向，有動機且有創意的工作文化。

6、整合照顧輸送模式因此發展

整合照顧模式要確保病人在得到正確的治療，確保他們在社區中有聯結，需要進入醫院的時候順利進入醫院，當出院時可以順利返回家中在社區繼續得到健康的支持。協助病人解決因病來的焦慮，不是分系統的看病癥而是能更全面整體的看見病人目前的需要。協助導航到適切的服務當中。初級照顧團隊為基礎的模式至為重要。

在整合照顧服務模式中，建構以社區為基礎的資源系統，加上有高品質的初級保健醫療服務、發展勞動力、慢性病管理、行為健康整合、專業合作、優化住院病人照顧、居家照顧、安寧臨終照顧。形成從健康生活、預防、診斷、治療到居家照顧的服務輸送。在整合照顧服務模式之下，能促進健康的成果、增能病人的經驗、增加員工的滿意度、降低照顧的成本。

初級保健醫療團隊為基礎的服務模式至為重要，其是由以病人為中心，提供者、管理者、護理、醫師組成實踐的團隊，就行為的健康、臨床藥物、協助縮小照顧資料落差的導航服務、高風險病人的照顧合作、社會工作者提供諮詢服務、從醫院到社區的轉銜管理等組成。以高血壓病人為例，要創造另一種面對健康的態度。從認識病人開始，瞭解生活的影響，不只針對病癥更進一步瞭解正在影響健康的社會因素，把其他的專業團隊及服務連結起來，致醫療成本下降但健康情形有正向的改變。

7、基於價值的照顧如何成功

基於價值的照顧如何成功?得先知道病人是誰及他們需要什麼、衡量照顧的能量、需要有文件檔案的詳實紀錄與分享、時間與風險分層。加強更強有力的初級健康服務構造，確保病人安全，關注影響健康的社會因素，增能民眾對自己健康的意識及學會更多照顧自己健康的資訊、視需要使用必要的健康維護或促進服務，能把住院率降低就會降低醫療成本。從克里夫蘭經驗看到，要成為人口健康企業，是需要徹底的文化、財政及臨床的轉型。對克里夫蘭重視以價值為基礎的人口健康，未來仍需要有持續不斷的創新與其他照顧服務的發展、著眼社會影響因素的支持提供、支持有意義的技術創新、管控成本、支持高品質的初級照顧支付與政策革新。

(二)研習照片

	
<p>主講人鮑勃·瓊斯醫師</p>	<p>致贈錦旗與禮物給講者鮑勃·瓊斯醫師</p>
	
<p>志願服務協會張寶方理事長提問</p>	<p>總盟卓春英理事長提問</p>
	
<p>台大醫院北護分院黎家銘醫師提問</p>	<p>團員研習情形</p>

十五、照顧轉介銜接和減少再入院的策略

主持人：阿代希爾·哈什米醫學博士

主講人：美米奧林度(Amy O' Linn DO)醫師/克里夫蘭醫學中心減少再入院部門負責醫師/克里夫蘭醫學中心醫院醫學部區域醫院醫療品質負責人)

研習時間：2023.08.16(三) 9：00-10：00 am

(一)研習重點摘要

1、照顧轉銜和減少再入院的策略

著眼在價值為基礎的框架上，看如何支持從醫院到社區家庭的過程。不只從綠星轉到黃星，更重要的是健康的問題是不是有得到解決。人口健康及處於安全的情境下才是重點。病人重回醫院不是問題，而是我們如何讓病人能順利的進入得到服務。要思考的是否只有回到醫院一條路走，還是可以有其他的替代方式?能讓病人覺得更舒服的。個別化的照顧計畫，克里夫蘭運用住院醫擔任領航員，從病人為中心來量身訂做個別化的照顧計畫，並形成電子紀錄，只要是團隊中的成員都可以透過文件來進行服務的提供及瞭解目前正在發生的事。

做為團隊創建了許多的計畫，這些計畫會被追蹤執行的情形及得到回饋建議。每天都在形成照顧計畫及執行，也在討論病人出院會遇到的事，將更新的需要及服務連結起來，在電子紀錄中也同步進行修正，確保團隊的成員都能知道目前的狀況。確保病人安全。

2、從初級保健醫療到急診、住院、出院過渡到回到初級保健的合作迴圈設計

2023年減少再入院的人數靠的對是出院後的隨訪預約、專業的護理及關注系統的回饋及警示。出院對確保回到初級保健醫療照顧中，將人口健康初級次級預務及慢性病管理與急診、醫院、出院準備、出院後預約、回到人口健康形成一個合作的迴圈。

每個人都會有一個個別化的照護計畫，減少分散護理，協助護理人員提供必要的協助也協助病人問題得到解決。透過數位工具的模板設計，提供最佳實踐的警報裝置。當個別化護理計畫有365天沒有被更新時，對會自動發生警告給團隊中目前最接近病人的服務提供者。以確保服務沒有被遺漏。如果病人目前的收況需要的服務改變或出現，團隊中最適合的服務提供者也會接收到警示，可以立即回應病人的需要。

當病人表達身體不適時，初級保健醫療對會啟動評估患者目前的癥狀，經合理觀察後對會做出後送與否的決定，經急診進入住院，啟動住院計畫，同樣通過數位工具，通知相關單位人員對位，展開治療藥物協調，穩定狀況準備出院，出院準備再銜接回居家支持及回到初級保健醫療服務中。

3、病人出院計畫

照顧從醫院到社區，重要的是要順利回到初級照顧。第一步要確保有出院摘要，用標準化來達成安全。要有過渡性的轉銜計畫文件，在電子報告中建立模板，病人也可以讀到這些資料。初級照顧團隊讀到資料時，可以知道接下來自己需要提供的 檢測或其他必要提供的支持。積極追蹤這些電子工具被利用的情形，並進行改善。

出院總結被標準化，而標準化代表的是更為安全。透過數位模版交換不同單位及不同專業人員需要一起為患者健康合作。只要隨時有新的變動，新的資訊封會置頂且發出警告給需要知道的人。將出院後預約完成納入介入標準，住院、出院回家（家庭自我護理；或家庭家庭護理）在出院後 30 天內與使用 Epic 的提供者（醫生 [員工、住院醫師或研究員] 或 APP）完成預約。此舉將出院 11 天再住院率從50%下降到不到 20%。

未來展望，維持避免再入院需要致力於服務的彈性和品質改進原則。減少再入院需要許多團隊的參與、電子健康記錄的支持和領導力。另外研究跟踪患者的足跡可確保整個過程的高度可靠性。

(二)研習照片

	
<p>講者艾米·奧林度醫師</p>	<p>團員研習情形</p>
	
<p>介惠基金會施欣錦執行長提問</p>	<p>台灣職能治療學會吳菁宜理事長</p>



艾米·奧林度醫師與團員交流對話



吳玉琴立委、祝健芳司長、卓春英理事長，代表致贈錦旗與禮物。

十六、居家基層醫療保健及克里夫蘭醫學中心居家醫療

主持人：阿代希爾·哈什米醫學博士

主講人：威廉·扎菲勞(William Zafirau)醫學博士/克里夫蘭醫學中心中心

研習時間：2023.08.16(三) 10：15-11：15am

(一)研習重點摘要

1、背景：

美國開啟Medicare老人醫療保險後，醫院集中心力治療複雜困難個案，隨著醫療技術進步，醫療服務開始由基層診所往醫院集中，醫院也更能從移植手術、心臟疾病、癌症治療等重症病患中得到收益，為擴大競爭優勢醫院開始進行垂直整合，以克里夫蘭診所而言整併了25家醫院與其他醫療機構，部分服務內容逐漸商品化，應保險公司要求的文書作業工作量增加，加上健康產業由衝量改為重質，保險單位要求提供服務者負擔風險，規模小的醫療機構或低利潤服務更難存活，在消費主義抬頭下醫療保健以外的行業中，服務水準的提高超過了醫療保健行業的服務改善，民眾因為就醫困難而不滿意，願意透過付費得到更好的服務，居家醫療因此逐漸受到重視，一些在家住院研究顯示相同疾病住院治療的花費遠比在家住院高，醫院開始思考如何根據民眾需求提供服務，願意重新設計服務流程以降低費用，以改善病患就醫經驗。

大資料庫科技發展可運用於輔助醫療決策，遠距醫療發展提供非親臨現場下了解病情的可能性，新冠疫情下遠距醫療與電子病歷蓬勃發展，很多公司建立新服務模式以回應這種價值轉變，Landmark Health針對複雜慢性病個案全天候提供居家照護，減少39%急診利用且死亡率降低26%；Aspire Health公司以專科護理師、照服員和社工師組成團隊，與保險公司簽約，配合遠距照護，並與基層醫療合作提供安寧療護，共同討論照護目標，確保患者留在家中照護的願望得到尊重，結果產生高比例預立醫囑，讓這些患者在家人的陪伴下於家中走向生命的盡頭，並可替保險公司節省可觀的住院費用。CVS Health 底下的橡樹街健康(Oak Street Health)，是以基層醫療與預防保健為基礎，提供Medicare對象個別化的健康計畫、綜合健康服務以及健康教育、社交活動，幫助老年人維持整體性健康，結果降低50%住院，減少40%再住院率。很多公司已經進入市場，並直接與保險公司簽訂合約，以照護人數為基礎獲得報酬，並與居家護理、基層醫療機構合作，減少民眾住院需求。

2、目標

發展居家醫療，達到降低整體醫療費用、增加團隊收入(規擴大服務對象以增加模經濟)、發展居家照護新模式。

3、政策、方法、資源

(1)居家醫療(medical care at home)：

- A. 對象：2200位個案，透過醫院轉介或個案自尋，提供町均年齡超過80歲，町均用藥13種以上，日常生活功能受限，具多重慢性病多重用藥的高醫療利用民眾居家醫療照護。
- B. 成員：13位醫師與專科護理師。
- C. 這是醫療保險及醫療補助創新中心(Center for Medicare and Medicaid Innovation CMMI)的全國19個計畫中的其中一個執行點，克里夫蘭診所居家醫療若達成醫療利用率下降與醫療品質目標，可獲得25%~80%所節省下來的醫療費用。

(2)轉銜照護(transitional care)：

- A. 對象：從再住院資料庫中找到30天內再住院率35%以上個案，每年約2500人，他們出院後門診追蹤率低於30%，82%超過50歲，通常都有多重慢性病與行動力受限，町均一年死亡率和30天內再住院率接近。96%的高風險個案在該院居家醫療團隊服務範圍內，尤其是對於有社會與經濟因素的個案，例如有精神疾病或藥物濫用問題的個案，優先列為收案對象。

B. 資源：居家專科護理師

C. 方法：

- 出院30-45天內町均每個病人可以得到4次的訪視，尤其出院後5天內是最重要的訪問時間，才能了解其照護需求，降低再住院率。
- 評估疾病管理自我效能，詳述藥物需要改變的理由，了解不想服藥的或無法正確服藥的原因加以介入，以協助規則正確服藥，例如心臟衰竭需每日測量體重，告知何種狀況預增減多少劑量之利尿劑。
- 介紹安寧療護與預立醫療計畫：是想回到醫院，但可能導致功能再次下降，還是想要舒適居家照護？
- 透過電話諮商、遠距監控、醫療團隊到家以降低再住院率。
- 與當地福利機構合作，提供社會決定因子協助。

(3)擴大服務對象：

A. 政策：相信需要居家醫療與緩和醫療，但未實際使用的民眾很多，希望擴大服務對象。

B. 方法：

- 從住院、急診民眾找尋適合對象。
- 紀錄每位門住診個案日常生活功能，從中找到需要居家醫療病患。

—從需要租借輪椅、病床等輔具的民眾找尋。

(4)設計新的照護模式

- A. 非傳統接觸式服務(Non-traditional touch points)：例如APP、簡訊、電話、網路聯絡，且可得到給付。
- B. 社區輔助醫療(community paramedicine)：對高利用與高風險個案提供個案管理，協助連結社區資源。
- C. 緊急派遣(urgent dispatch)：1位醫師與2位專科護理師組成團隊，民眾撥打911 緊急電話時，專科護理師一起詢問健康問題，必要時一起前往案家，執行血糖、紅白血球數等簡單檢查，甚至施打點滴。若無必要封留在家中照護。
- D. 虛擬醫師(virtualist program)：居家護理師覺得個案需要前往急診時可用電話直接與醫師聯絡，確認是否有其他可能的處理模式。
- E. 居家技術性護理(Skilled nursing facility at home)：對於神經疾病需要住在醫院或護理之家提供急性後期照護個案，由神經科醫師和居家護理師提供居家型服務，但會選擇再住院率高但嚴重度中等的個案，對於嚴重個案仍會轉介到醫院或護理之家接受亞急性照護。。

4、結果及挑戰

- (1) 居家醫療(medical care at home)減少28%住院、降低39%急診、降低25%的30天內再住院率，減少5%整體照護費用。費用僅減少5%其實比預期來的少，對照組是否合理、如何確認評估指標有效、照護人數不夠多變異度大、遇到少數高費用極端值個案…都是可能因素。
- (2) 過度式照護：
 - A.0%的人回到了他們的基層醫生那裡追蹤，其中約15%的人過渡到克里夫蘭診所體系的居家醫療，15%接受克里夫蘭診所體系的安寧療護。
 - B.2/3病患在出院4天內完成首次居家訪視，出院40-45天內每周訪視一次到再住院風險改善，平均每位個案預家訪3.5次。
 - C.基層醫師追蹤率由30%增加到80%。HCC再住院風險指數超過35的個案，1個月再住院率由34.6%降至29.6%；HCC風險指數超過50的個案，1個月再住院率由48.6%降至34.4%。
- (3) 緊急派遣：
 - A.1/4個案需要每日前往訪視，像是居家日間醫院(home day hospital)。
 - B.再住院風險分數超過40之個案，再住院率由38.4%降至29.3%。

C. 虛擬醫師：85%個案可以由急診改去其他醫療單位或留在原地處置。

(二) 研習照片

	
<p>講者威廉·扎菲勞醫學博士</p>	<p>台大醫院北護分院黎家銘醫師提問</p>
	
<p>臺灣長期照顧物理治療學會林佩欣理事長提問</p>	<p>致贈錦旗與禮物給講者，並合影</p>

十七、成功老化—克里夫蘭經驗

主持人：王懿範教授

主講人：阿代希爾哈什米(Ardeshir Hashmi)博士/克里夫蘭醫學中心高齡創新主席
暨高齡醫學中心組長

研習時間：2023.08.16(三) 11：15-12：15am

(一)研習重點摘要

1、克里夫蘭醫學中心老年醫學服務

克里夫蘭醫學中心是2020-2023美國新聞及世界報導譽為老年醫學科評比最佳醫院。成立已超過 100 年，實際上是成立 102 年。有 3 個重要的使命：照顧病人關愛生命、為健康而研究、培訓服務的人。有 5000 多名醫師及科學家，72,000 員工，有 220 門診診所，跨 4 個國家提供服務的醫療企業。克里夫蘭診所的老年病學在主校區有一急診室是被美國急診醫學會認可的老年急診室或老年病學。在俄亥俄州東北部的每一個急診室都有一定程度的老年服務，雖然工作人員不全然是老年醫學病理學家，但是護士接受的培訓方式是提供非常老年學的特定護理。今天分享的大多是由患者實現的，他們資助了老年醫學的創新。在高齡中心所有的專案都會先詢問患者與家屬的期待，目前有 4 種力量在推動轉型。一是付費者-醫療保健支出轉向政府承保的價值壓力；二是市場，誰是市場上的競爭對手？他們提供什麼服務？市場競爭及透明度；三是向誰提供服務，這點可能是最重要的。不只是患者而是他們所在的社區。醫病還是醫健康？消費者導向、分享醫療決策權利；四是勞動力，人員的招聘、續任與耗竭，醫療保健勞動力的短缺，具有一定的挑戰性。

2、促進向基於價值的護理邁進

從老年學中看見，目前所有的患者幾乎都 65 歲以上，平均年齡是 87 歲，他們在一個超級老化的社會中衰老了，因應高齡化，轉向基於價值的照護開始推展，這可改善人群的健康、降低照護的成本、增強患者的經驗體驗、也提高了提供者的滿意度。除了這四重目標外，另一個目標是總支出成本的概念。在照護組織，支付是依人每月每年有一定的額度。也對是說照護提供者必須承擔患者的風險。支付方為每個人每月或每年設定了健康照顧的額度，提供者要對總支出負責。如果提供者做的更好對可以省下更多的費用，這些費用可以在共用儲蓄模型中保留一半或在完整風險模型中保留剩餘的所有，所以照護提供端對必須對病人所有的風險負責，不僅要專注於高品質和低成本，而且要關注社會決定因素。

4000 萬老年人口的銀色海嘯，他們有健康需要，也需要醫療的保險，但卻未必都會進入照護的系統。很多的時候是受到社會因素的影響，因此給付也要思考先支付藥錢還是先處理生活的需要。當你真正瞭解這個群體時，每 65 秒美國就會有人患上阿茲海默氏症，失智是一個完整的州規模，提供者對可以快速的回應失智症照護的使用。首

先要讓患者和家屬知道他們在哪裡，他們正在失去獨立性正在失去功能。在這階段知道下個階段會發生什麼事，好預先做好因應準備。因為人不會從完全正常馬上對跳到嚴重認知障礙。這是一個漸進的過程，如果想真正瞭解何時進行介入，規劃很重要，要支持人們在所有的方面可以保持獨立。為什麼要和患者及家屬分享階段內會遇到的事，這是一種預警系統。運用失智分期量表、臨床衰弱量表、日常生活功能量表及工具性日常生活功能量表等工具，來說明未來會發生什麼，以及發生時可以怎麼做，來進行患者及家屬的預警。

3、獲得醫療服務系統性不平等

社會存在獲得醫療服務系統性不平等的因素，數位應用落差造成虛擬訪問的效果落差。例如：互聯網使用上的區域落差、貧窮、沒有電、沒有電腦。美國沒有互聯網使用地區的民眾壽命比有網路使用地區的民眾少了 7 年的壽命。慢性條件、衰弱、障礙、疾病、抽煙、…等等增加了死亡的風險。另外還有醫療保健勞動力的短缺帶來的影響，有 58% 醫療人員表示自己已達耗竭程度，88% 的醫師有中重度的壓力指數，59% 的醫師不建議他們的小孩讀醫學院從事醫事服務。以及我們為年輕人設計了衛生系統，但卻忽略了最大的消費群-老年使用人口。數位鴻溝讓人們無法獲得技術，社會孤立更是令老年患者處境更嚴峻。

4、家庭照顧者-強大但無形的孤軍

家庭照顧者支援著照護的指導，但是卻沒有得到足夠的認可，沒有得到任何來自政府的支持或是支付家庭照顧者。有相當高比例的家庭照顧者照顧著家中老人但自己也已經超過 50 歲以上，且很有可能在不久的未來也面臨照顧的議題。如何協助家庭照顧者也是克里夫蘭老年醫學中心所關注的重點，目前拜登政府也已經開始提出法案準備進行相關討論。

5、克里夫蘭老年醫學中心的服務規劃-成功老化方案

克里夫蘭醫學中心做了些不同的事，如：中心有患者家庭諮詢委員會的設置，現在稱為醫療保健合作夥伴委員會，由中心 45 名患者和家屬組成。醫院詢問他們的需要及意見設計了一個不同的方案，名為成功老化計畫。這個計畫的特色是由患者與家屬及醫療照顧共同設計；多元服務結合管理在一個服務平台上面；每次至少由專業團隊提供 90 分鐘的訪視服務。患者及家屬希望老年醫學團隊能完整進行一次訪視服務，訪問的時間可以更長，且能主動到家中進行。但是因為克里夫蘭醫學中心的老年患者有 6500 萬且來自不同國家，不可能做到。同時也不是初級醫療保健醫師，因此主要的計畫是由 1 個站擴展到俄亥俄州東北部的 10 個站，跟醫院內的初級保健醫師一起合作，為他們提供支援服務。透過電子病歷 ECIP 進行合作。老年醫學臨床關注 4 個 M，在年齡友善的健康系統承諾提供優質的照護服務下，

成功老化計畫方案每年定期針對長者的心理狀態、行動動機、藥物狀況及長者關心的事務等面向進行定期訪問評估，注重篩檢。如果可以早一點發生虛弱正在發生，那麼就可以早一點面對它。我們無法改變基因，但是我們可以控制著可以控制的東西，如：飲食、運動、生活方式的改變。世界上有一些藍色區域，有著最長壽的人口、人們身體非常健壯。精神很敏銳，生活方式歷經數個世代，他們的生活有目標、有以植物為基礎的蛋白質飲食，社交網絡頻繁，這些藍區跟我們所有的醫藥相較對健康更有效。因此提供我們更多可行的方向。我們不需要自己做所有的事，重要的是建立夥伴關係。例如我們與班傑明羅斯老年研究中心的合作。我們利用在新的模式中培訓服務提供者。我們正在開發是否有 0 成本就能做到的解決問題策略，我們正在建立一個社區聯盟，有的資源可以協助處理社會孤立、有些可以提供研究的實證 資訊、有些資源可以提供醫藥支持、讓大家可以瞭解醫療保健不僅僅只有檢查、治療、住院，當醫生開始因為關注健康而得到報酬時，就會同意改變做法。實現患者想要實現的目標，提出優先考量患者的照護計畫，並協助實現計畫，藥物量下降的效果出現。成功的老化計畫支援著克里夫蘭的同事們，初級保健醫師跟家庭同事一起工作。虛擬訪問確保在家正確的護理、臨終的關懷，社區有熟練的護理機構，只需要有人擔任協調員，就可以適當的連結需要的服務。確保患者得到他們需要的東西。並且透過電子儀表板進行相關資訊的更新與傳遞。

6、克里夫蘭老年醫學中心成功老化的 4M 創新

奠基在關注長者的心理狀態、行動動機、藥物狀況及長者關心的事務等面向上，運用以人工智慧為基礎的認知評量、在技術平台操作的聽力檢測、虛擬的衰弱分析、抑制處方、藥物基因組學、機器人寵物治療，以及跟耶魯大學、民間的各組織及服務單位組成社區聯盟，一起促成民眾更健康的成功老化。以病人為優先的照護改變了決策及溝通的方式，聚焦在患者在意的目標，去除患者不想要的照顧，讓醫療負擔下降，導入社會處方，透過領航系統，避免住院。

(二) 反思與台灣可供借鏡之處

1. 克里夫蘭老年醫學中心的創新是在錯誤中不斷尋求改變而慢慢發展而來，主要的根本有二項重點，一是電子及數位科技的應用，這項目對我國來說不會是太困難的事，但是第二個重點就是社區聯盟的建立，這個需要社會資源與醫療資源之間的對話及共識建立。過去醫事服務與社會部門之間的溝通較沒有基礎，現因長期照顧服務的發展，或許提供了一個開始的契機，可以通過不斷對話看看能否有所進展。但是如要建立社區聯盟，社區內原來就應有資源的整備，目前台灣正在進行社區式服務的建構，或許策略聯盟在未來社區資源布建較周全時會比較有機會。

2. 另外人員的培力也會是關鍵，過去醫事人員的訓練還是以治療為主，由醫療專業主導診斷及治療計畫的擬定，病人在知的權利部份的關注雖有知情同意原則的引導，但事實上仍是專業主導為優先。要轉為以患者為優先，對醫事人員養成教育會是一大挑戰。
3. 領航者的規劃，在台灣的醫療保健經驗中，較多職稱為個案管理師。個管師目前在醫療有出院準備的個管師；特殊疾病如癌症治療在論質制度後也有個管師的設置，但大多協調院內資源；而在社區則有長照個管、身障個管，針對不同對象群，協調社區內社會福利資源，但對醫事資源則沒有角色。未來台灣如要進行醫療與照顧的整合，領航者的訓練及規劃一定會要與現在有所不同才行。

(三) 研習照片

	
<p>講者:阿代希爾·哈什米博士</p>	<p>阿代希爾·哈什米博士(中)、王懿範教授(右4)與卓春英理事長(左3)、醫師們交流合影</p>

十八、克里夫蘭醫學中心實地參訪

接待者：阿代希爾·哈什米(Ardeshir Hashmi)博士/克里夫蘭醫學中心高齡創新主席暨高齡醫學中心組長

研習時間：2023.08.16(三) 1：15-3：00pm

(一)參訪重點摘要

1. 克里夫蘭醫學中心

克里夫蘭診所（克里夫蘭醫學中心；Cleveland Clinic）是世界最著名醫療機構之一，機構集合醫療、研究和教育三位一體，提供專業醫療和最新治療方案的非營利性機構。克里夫蘭醫學中心始建於 1921 年 2 月 28 日，隸屬於俄亥俄州一家非營利性公司—克里夫蘭臨床基金會，並由其經營。本部位於克里夫蘭市，在佛羅里達、內華達、和阿布達比開設有分院。克里夫蘭診所最早是位於克里夫蘭市西部，教堂大街的一家外科診所，由法蘭克·J·威德創立。後來，威德的兩個助手法蘭克·E·邦茨和喬治·華盛頓·克萊爾將其買下，1897 年，他們將診所搬到了位於克里夫蘭市中心展望大道的奧斯本大廈。1921 年，克萊爾，邦茨，以及克萊爾的表兄威廉·洛厄和約翰·菲利普斯博士創建了克里夫蘭診所基金會。同年，克里夫蘭診所搬到了位於東 93 號大街和歐幾里得大廈交界的克里夫蘭醫學大廈，並與 1 月 26 日開始對外營業。除了最早的外科診所，此時的克里夫蘭醫學中心還成立了克里夫蘭實驗室和研究辦公室。

目前在克里夫蘭醫學中心的大堂有著當時候創立的幾位先生的格言，他們希望醫院能治療患者也把照顧者視為家人，視組織為家。病人為優先是克里夫蘭醫學中心的主要價值。

克里夫蘭醫學中心是被美國以及全世界所公認的頂級醫療中心之一，尤其是在醫療技術和醫療管理系統，以及心血管疾病治療方面。也獲得在《美國新聞與世界報導》評選為最佳醫療院所。為了提高醫院的醫護水準和醫療安全，克里夫蘭醫學中心創建了品質與安全研究所，研究所主要關注臨床效果、認證體系、醫療風險管理、數據資源管理、環境健康與安全、感染控制、患者醫療安全、流程改進與品質。

有 30% 的病人是來自海外，基金會本身也有經營旅館，以供外地患者的家屬有可以落腳的地方。成立 100 年以來，目前克里夫蘭醫學中心擁有超過 72,400 位員工，在全球 4 個國家有服務的醫療據點，有 5,050 位專科醫師，21 家醫院，140 科次專科，超過 220 個門診據點。在 2021 年有超過 1000 萬的訪客，30 萬 4 千名入院觀察患者，250 萬單科病人，26 萬次手術，服務了 27 個不同國家的病人。「當您需要我們時，我們對在這裡 - 為您提供世界上的每一種照護。」這是克里夫蘭醫學中心網站入口的宣告。克里夫蘭診所研究所為基金會主要相關醫學專業的部門，作

為統一的機構進行合作，提供以患者為中心的照護。有自己的醫學院也與凱斯西儲大學合作，除醫療保健服務提供之外，也成為社區一份子及強調教育訓練及培育的機構。

醫學中心有可以觀景的空中花園，只要病人想上花園走走休息，即使連接著滿身管路，醫護人員也會協助患者上到花園。除空中花園外，醫院也關心病人的靈性需求，在院內也有滿足不同宗教需要的祈禱室可以使用。

作為國際化的醫學中心，從醫院大堂對有不同語言的歡迎詞，歡迎來到克里夫蘭醫學中心，並處處設計讓大家不會以為醫院只是一個治病的地方，處處存在的裝置藝術都可以帶給患者安心的氛圍。

2. 克里夫蘭醫學中心正在進行的變革

承諾為每一個人創造更健康的社區，是克里夫蘭醫學中心正在進行的變革。關心所在的社區是克里夫蘭診所長期優先的事項。做為俄亥俄州東北部最主要的服務單位，為每個人創造更健康的社區是主要的目標。

健康的社會決定因素(Social Determinants of Health)，意指人們成長、生活、工作和衰老的條件，對人的健康結果有重大的影響，包括了社會及經濟因素，健康行為，健康照顧及物理環境等。克里夫蘭醫學中心站在為人們創造更健康的社區的使命上，關注影響健康的社會決定因素。例如：鄰里環境，含安全的居住、交通、空氣及水的品質；健康及健康照顧，含進入照顧的入口、有品質的照顧、健康行為；社會及社區，含家庭支持及社會支持；教育，含機會及品質；經濟安全及討業，含工作機會及收入。這些社會因素深深影響著人們的健康。在克里夫蘭地區嬰兒的死亡率、慢性疾病生活品質及平均餘命都受到吸煙、藥物濫用、食物營養、身體活動及性活動等的影響。健康的社會決定因素不是影響生活品質的唯一因素，但是影響了社會需求及健康促進的可能性。為降低健康風險、促進健康成果有舉足輕重的地位。

為了達成創造更健康的社區，克里夫蘭醫學中心提供更接近居家的健康照顧、協助新手父母照顧孩子、方便民眾可以接近醫療服務及方案。也雇用社區的民眾、發展方案擴大勞動力應用、開創工作機會給社區的人。透過購買支持社區商業單位、在沒有服務的地方跟社區夥伴合作、增進教育及醫療研究。這些致力讓地方的世代之間的關聯更加緊密，透過健康町等及社會因素介入也降低了照護的負擔。

3. 增進數位應用是社區健康的關鍵因素

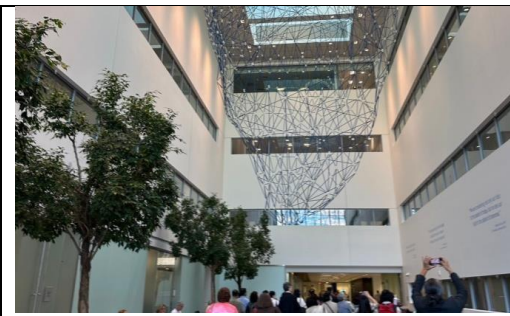
數位應用在社區居民整體的健康中扮演重要的角色，其影響一個人得到教育、健康照顧、討業和經濟的機會。數位應用可降低成本，高速網路服務可供許多人使用，但是一些家庭可能會面臨限制或阻礙他們使用數位工具。所以克里夫蘭醫學中心正在努力排除這些阻礙，跟社區及社會組織一起來滿足這個數位需求。

運用數位進行篩查，克里夫蘭醫學中心已經開始一項誦辦計畫，在費爾法克斯篩查患者和社區的需求。確定需求後由醫學中心提供幫忙將患者與適當的資源聯繫起來，以得到必要的幫助。篩查只需要不到 分鐘的時間，由兩部份問題組成，一是在家中是否可用網路做想做的事，一是瞭解目前所擁有的網路設備及使用設備的知識與技術。強化數位應用有助於縮小其他社會造成差距的需求，並賦予個人權力；可利用醫療保健訊息服務，以及在線如MY CHART 等健康管理工具，方便快捷的預約虛擬訪問；也可以尋找具有成本效益的個人交通解決方案及住房資訊；可以尋找成本較低的教育機會；可註冊使用社會和社區資源；可跟社區進行資訊分享；可維持與朋友家人的聯絡。這個篩查的計畫主要是要通過識別沒有有效網路的人，直接連絡他們協助他們提高數位資源的使用權。

克里夫蘭醫學中心與 United US 正在合作將醫療保健聯繫起來，讓需要的人和社區護理提供者通過共享資源轉介平台連結起來。這個在線平台將增強克里夫蘭醫學中心的服務能力，協助患者連接到社區的組織來協助滿足他們的健康需要。

有哪些資源可用於改善數位使用權？社區的夥伴有 Digital C，專注於社符合條件的克里夫蘭居民提供高速網路服務；PCs for People 提供價格實惠的電腦及網路；東克里夫蘭圖書館和凱霍加縣圖書館系統，提供訪問及執行的數位導航；阿什 伯里高級計算機社區中心，提供課程及技術培訓。除此之外，克里夫蘭醫學中心還 計畫記錄篩查的人數及連接到資源的患者人數，以及能滿足他們需求的紀錄。這項 服務所有克里夫蘭的患者都有資格使用，與有沒有保險無關。通過連接有需要的居民，借助可用的資源，可以幫醫學中心改善受到識字率的影響及降低照護障礙，創造更健康的社區。通過可靠的網路連接服務欠缺的地區是克里夫蘭醫學中心使命中，要積極影響社區健康的社會性決定因素的具體實踐。

(二)參訪剪影



大廳右側牆上有歷屆經營者的格言，昭示醫院的理念與精神



阿代希爾·哈什米醫師介紹克里夫蘭中心



克里夫蘭醫學中心大廳豎立成立於 1921 年



大廳有不同語言的「歡迎」字樣



在克里夫蘭醫學中心 Health Education Campus，與凱斯西儲大學醫學院相鄰



Health Education Cam.pus



克里夫蘭醫學中心實地參訪

十九、蘭斯頓休斯家庭健康中心參訪

主持人：阿代希爾·哈什米醫學博士

接待者：杰奎琳·貝利醫師/克里夫蘭醫學中心社區健康與合作夥伴關係高級總監尚特爾·威爾科克斯女士/ 克里夫蘭醫學中心社區健康叮權總監

參訪時間：2023.08.16(三) 3：00-5：00pm

(一)參訪內容摘要

1.背景與原因

克里夫蘭診所這個非營利性組織，為了實現社會責任，消弭影響健康的非社會性因素，所以在此貧窮者多、慢性疾病盛行率高、種族隔離(racial residential segregation)、新鮮食物不易取得、鉛污染嚴重、高中畢業率低且家戶網路設備不足的區域成立本中心。

本建築物原本是洛克菲勒先生捐助的圖書館，1970 年代開始正式啟用，在2015 年克里夫蘭診所主導與募款下重新裝修，為紀念蘭斯頓休斯這位曾於克里夫蘭討讀高中，且為美國第一個以洗人身分維生的美國知名非裔人士，因此以他的名字命名本健康中心。該中心 2015-2019 年開始提供醫療服務與健康教育，2019 年設立健身中心，2020 年因為新冠肺炎暫停教育與健身中心服務，但仍努力維持醫療服務，並於 2022 年疫情緩解後全面開啟服務。

2.目標

- (1)強調影響健康的社會決定因子，移除健康障礙。
- (2)對近提供健康教育及醫療資源。
- (3)照顧與教育願意服務這個社區的民眾與員工。
- (4)提供財務協助與社區資源。

3.政策與方法

- (1)社會決定因子：針對目前尚未接受克里夫蘭診所服務的民眾，找策略聯盟單位合作推動各項整合活動以鼓勵民眾參與，並邀請合作夥伴共同針對社會決定因子設計活動，以鼓勵民眾前來參加社區活動或到蘭斯頓休斯中心接受服務。
- (2)健康教育：根據社區健康需求評估結果，設計符合當地文化的衛生教育與體能活痛；賦能並與社區居民與社區發展協會溝通，透過焦點團體與當地居民組織，了解希望 該中心提供的服務。
- (3)基層醫療門診：內科與婦產科。
- (4)專科服務：對於社區盛行疾病提供各項衛生教育、體能活動、健康篩檢(子宮頸抹片檢查、第一與第三周周三 8：30~19：00 提供乳房攝影)。

- (5)衛生教育：包括門診服務、學校健康教育、健康行為衛教，並以社區健康工作人員與醫學生參與服務，鼓勵民眾持續照顧自己的健康。
- (6)透過免費的運動中心與衛生教育，提高民眾前來本中心接受各類健康服務的意願。
- (7)盡量雇用與當地相同種族的非裔人士擔任員工以贏得信任。
- (8)每位接受門診、健康教育、運動等服務的民眾都預先評估社會決定因子，以提供財務諮商、衛生教育等個人化的服務內容。
- (9)透過俄亥俄州護理機構訓練當地民眾擔任社區健康人員，提供各類衛教與健康促進服務並募款支付薪資。
- (10)醫師轉介需要運動治療民眾，上班日 10~17 點聘請專業的物理治療師，設計個人化的健身計畫，購買 technogym 公司的健身器材，個案以手機掃描螢幕後，對會呈現治療師計畫他今天在該機器的訓練內容，該訓練結束後，螢幕提示接下來要去哪台機器訓練，以完成該日之體健身訓練計畫，以提升整體成效。
- (11)每週四 17：30-18：30 提供瑜珈課程改善整體健康，吸引不同族群。
- (12)週三 17：30~20：30 提供貧民區外展服務(Ghetto therapy)，以提升民眾參與。
- (13)以健康廚房(teaching kitchen)指導民眾如何選擇新鮮健康食物製作營養美食。

4.資源

- (1) 內部資源：克里夫蘭診所之內科、功能醫療、心血管科、Taussig 癌症中心、檢驗與病理科、急診科、婦女健康、健康研究所、神經科、胸腔科、內分泌科…等。
- (2) 外部資源：克里夫蘭市政府衛生局、市議會、department of recreation、教堂、銀行、旅遊資源中心、暴力危機中心、圖書館、房屋委員會與各類當地民間組織。

5.結果：以下列項目作為成果指標

- (1)根據郵遞區號區域設定參與衛生教育、體能活動、整合服務、門診醫療的人數。
- (2)完成社會決定因子評估人數。
- (3)透過 Unite US 接受各類社區服務的人數。
- (4)轉介到門診醫療與預防篩檢服務的人數。
- (5)參與研究計畫人數。
- (6)各系學生擔任實習人數 (醫學生、社區健康人員、公共衛生…等)。
- (7)透過 Epic 電子病歷系統追蹤健康預後。
- (8)參與前後健康行為進步情形。
- (9)醫療費用減少情形(住院、再住院、急診利用)。

6.挑戰

- (1)已預約各類門診或其他活動，但缺席未參加比率在今年 1~6 月平均為 33.32%，尚待努力掃除影響追蹤的障礙因子。
- (2)針對一年內未持續於門診追蹤個案，進外展服務。
- (3)追蹤參與基層醫療、篩檢服務與健康促進個案。
- (4)今年秋天重啟 Healthy Community Initiative 計畫。
- (5)維持與社區夥伴的合作關係，並尋找新的合作夥伴。

(二)參訪照片

	
中心外觀	中心的中心思想-with you， for you
	
洛克菲勒和蘭斯頓休斯兩位的照片	乳房攝影機器
	
中心設置健身房提供社區民眾執行減重計畫	基層醫療診間

二十、簡介MetroHealth系統

主持人：王懿範教授

主講人：凱倫·庫克(Karen Cook)/ MetroHealth Institute of H.O.P.E.總裁及健康家庭和繁榮社區總監

研習時間：2023.08.17(四) 8：30-9：00 am

(一)研習內容摘要

- 1、MetroHealth 成立於 1837年，在整個 Cuyahoga 經營著四家醫院、四個急診室和 20 多個醫療中心以及40個其他站點。該體系有 8,000多名員工、600多名醫生、2,063 名護士，為超過300,000名患者提供服務，其中三分之二沒有醫療保險或享受Medicare 或 Medicaid，相信社區中的每個人都應該在需要時獲得所需的健康照護，每年社區總效益約 2.4 億美元。
- 2、MetroHealth 是照護領域的領導者，以價值為基礎的照護，多方面被評為開拓者、全國模範。除了能夠以可控的成本為具有挑戰性的人們提供優質照顧，推動健康體系創新，改善患者治療結果外，利用健康的社會決定因素(SDOH)來改變照顧社區的方式，投入人口健康管理以產生付款人協作和獎勵，透過更好的協調照護來保持患者的健康和參與。因此，MetroHealth 擁有 75%病人在以價值基礎的照顧模式中，按績效責任付費，有醫療保險、醫療補助、公共援助等。
- 3、其致力於研究、教學和未來人力的培訓，認為良好的健康不僅是良好的醫療保健，亦即瞭解需要是不夠的更要做出回應，因而推出了「希望研究中心（健康、機會、夥伴關係、賦權）」(Institute for H.O.P.E.)，推動健康的社會因素，重新設計健康照顧及社區組織合作，協助人們盡可能改善健康，透過協調、協作和策略方法來幫助有非醫療需求的患者，例如健康的食物、穩定的住房和職業培訓。
- 4、重新設計健康照顧和社區組織如何合作以幫助社區繁榮，包括 SDOH 篩檢、透過電子平台連結滿足需求、確定社會服務提供系統不漏接，以及追蹤個人和社區層面的成果，評估影響、成果和成本效益，以提供政策調整的數據和論述。其中SDOH分類包括食物不安全、財務壓力、社會孤獨、住房穩定性、住房問題、缺乏公用設施、缺乏交通、缺乏體能運動、日常壓力、親密伴侶暴力、數位連接 11 項，其他項目還包括就業狀況、教育狀況等等。
- 5、MetroHealth 做為中介機構與其他單位合作，由社工及護理組成工作團隊，進行 SDOH 篩查並連結後續服務。截至 2023 年 8 月 1 日已篩查 12 萬多名病患，社會隔離是最大的風險高達 49%。建立系統根據分區人口特徵進行分類，分析初級保健的地點，根據分析結果進行相關工作。然後透過 4 種方法來連接病人滿足需求，包括社區衛生工作者、電子轉介平台、教育及信息系統，以及直接與病人接觸。其中希望研究所設有 12 個社區衛生工作者(CHW)，提供社會需求篩選、社區資源連結、送餐服務、短期干預和長期支持等。有2,000個社區組織參與網絡，提供轉介服務。第三種方法是連結病

人，透過線上教育和信息平台，對篩選結果社交隔離、壓力、體力活動高風險的病人進行外展服務，量身定制的多媒體內容，包括視頻和書面材料，有效期為 90 天。第四是進行影響評估，增加實證基礎。數據來自電子健康紀錄、轉介資料及其他程序數據，進一步分析可能遇到的風險。例如：12 倍經濟的風險，缺乏食物安全的就醫風險相對增加。在每個病人風險評估下提供一個促進健康計畫的回應。

6、MetroHealth System 正在重新定義健康照護 (Health Care)，超越醫療以改善社區健康和福祉的基礎：負擔得起的住房、更清潔的環境、經濟機會和獲得新鮮食物的機會、便利的交通、法律幫助和其他服務，力求在預防疾病方面和治療疾病方面一樣出色，肩負著為患者和社區服務的使命。

(二)研習照片

	
<p>講者凱倫·庫克總裁</p>	<p>王懿範教授協助翻譯團員提問</p>
	
<p>維揚診所陳英詔所長提問</p>	<p>研習最後一天，大家仍然神采奕奕</p>
	
<p>研習最後一天，大家仍然神采奕奕</p>	<p>研習最後一天，大家仍然神采奕奕</p>



二十一、以社區為基礎的長期服務與支持

主持人：奧里安·貝爾理事長

主講人：道格拉斯·比奇(Douglas Beach)醫師/西儲地區高齡化機構執行主任

研習時間：2023.08.17(四) 9：00-10：00am

(一)研習內容摘要

以社區為基礎的 LTSS 計畫幫助老年人和身障者在家中或社區生活。結果是改善健康和更加獨立。在家庭、社區環境或療養院等設施中提供照顧。照顧因年齡而需要支持的老年人和身障者；身體、認知、發育或慢性健康狀況；或其他限制他們照顧自己能力的功能。通過協助滿足個人和健康照顧需求以及日常生活活動，幫助人們更加獨立地生活的廣泛服務，如吃飯、洗澡、藥物管理、儀容、步行、使用廁所、烹飪、穿衣、理財等。

為了改善老人的健康以及醫療問題，政府以及學術單位都投入相當多的資源在研究以及提出解決方案，每隔 90 天就會重新審視照顧計畫，這些政策方案不僅要考慮使用者的意願，政府的財政負擔也是非常重要的考慮因素。例如從前對於高齡及身心障礙者有照顧需求的時候，通常是將他們送到護理之家，然而護理之家這類的機構照護成本是相對比較高的，在家照顧的成本約莫是護理之家的 60%，俄亥俄州花了 30 年的時間才將護理之家的使用比例由 85%降到 35%，方法是讓個案能在過世之前能夠盡可能的保持健康，如此一來才能夠維持在家生活，他們的經驗說明了唯有加上醫療照護，才能減少入住機構的比例。

講者也提到了俄亥俄州是老人人口比較多的地區，老人的人口多加上老人比較會去參與投票，相對的也會選出對老人提出友善政策的政府。雖然這是對年輕人口比較不公平，然而卻是現實存在的問題。他們的建議也明確地提供了一個方向：就是長照離不開醫療，如果政策是要減少機構式照護，盡可能的讓長輩能夠留在家中留在社區內，那麼醫療的介入就非常的重要，唯有提高長輩的健康與自主功能，長輩才能維持在家生活。如果個案的健康狀態不佳導致失能嚴重、照顧需求高，便會傾向機構式照護，社會付出的經濟成本更高。

(二)研習照片



講者道格拉斯·比奇醫師



台灣職能治療學會吳菁宜理事長提問



台灣居家醫療醫學會王維昌理事長提問



老人福利推動聯盟張淑卿秘書長提問



學員認真聆聽



致贈錦旗和禮物給獎者並合影

二十二、健康改善夥伴項目-凱霍加縣建立健康生活及健康社區

主持人：王懿範教授

主講人：蕾妮·挽法利(Renee Raffalli)/凱霍加縣衛生總部服務成果與品質管理行政主管

研習時間：2023.08.17(四) 10：15-11：00am

(一)研習內容摘要

主講者先從「凱霍加縣的歷史與背景」談起，再到2022年的社區健康需求評估的進行，最後是 2023 年社區健康改善計畫的形成與後續執行。

1、「凱霍加縣健康改善計畫」的緣起：

由凱霍加縣的歷史與背景分析該縣存在的社區居民的健康問題，重點是主講者提及的「凱霍加縣居民健康狀況排名倒數第三，雖然凱霍加縣的臨床護理排名名列前茅，但這並沒有讓我們的居民變得更健康」。而從 31%貧窮居民群聚的外環郊區與城市核心地區的預期壽命的顯著差異，判斷真正的因素是「取決於一個人居住的地方和他們的生活，而非基因因素」。

另外，有別於美國談及種族問題時，大多聚焦在非裔、西班牙裔和美國人三者，演講者提出長期被忽略的「亞太裔焦點」。從分析亞太裔在新冠肺炎肆虐期間疫情相對嚴重的因素，也再次印證前述的論點。並進一步提出「為什麼這有關係」？除了不公平、不公正的平權理念，還因為部分居民的不健康將導致醫療費用的大幅支出，影響整體居民的利益。這也是「凱霍加縣健康改善計畫」的由來。

2、2022年「凱霍加縣健康改善計畫」的需求評估與制定過程：

先簡述「凱霍加縣健康改善計畫」的歷史沿革，再針對2022年的社區健康需求評估的制定流程進行概述。這項計畫結合大量的合作夥伴，從 2015 年開始就有約 200 個合作夥伴參與，至 2022 年的社區健康需求評估已有近 600 個合作夥伴參與。至於流程共分四個步驟：

(1)步驟1：次要（二手）數據分析

主要是根據 healthynco.org 公共網站的數據分析，該網站包含 9 個縣的人口健康數據，還涵蓋 24 個健康領域、1212 個專案的相關數據。

(2)步驟 2：關鍵人物訪談

採訪 32 位公共衛生、社區健康和弱勢族群專家，問題集中在組織的背景，社區的健康障礙及健康障礙的影響；也能了解其社區二手數據的差距。

(3)步驟 3：焦點座談

參與座談的 3 個主要社區團體包括代表其一為認同 LGBTQ+ 的老年人以及 LGBTQ+ 盟友；其次為被認定為跨性別者和非二元性別的個人；還有認同 LGBTQ+ 的青少年(LGBTQ 表示的是非異性戀的社群統稱)。

(4)步驟 4：篩選出優先考慮的重大健康需求

根據以下五個原則：問題的嚴重性、健康的社會決定因素、健康差距的嚴重程度、由社區確定的優先事項、需與 SHA/SHIP 保持一致。

(5)最終產出「優先考慮的重要健康需求」：

- A.行為健康（心理健康和藥物使用/濫用）
- B.方便且負擔得起的醫療保健。
- C. 社區條件：獲得健康食品。
- D. 社區條件：社區安全。

以上都需要奠定在「消除結構性的種族隔離」之下。此外，社區健康促進計畫(CHIP)是針對社區健康需求評估中確定的優先健康需求制定策略。

3、2023 年「凱霍加縣健康改善計畫」的執行。執行流程：(1)環境掃描、(2)工作會議 #1、(3)工作會議 #2、(4)工作會議 #3、(5)戰略排名、(6)最終 CHIP。先做環境掃描，了解環境正在發生的事情，確認與環境關聯的訊息。再進行三次腦力激盪，得出戰略優先順序。最終得出「凱霍加縣健康改善計畫」-CHIP。

(二)研習照片

	
<p>講者蕾妮·挽法利行政主管</p>	<p>衛生福利部長照司祝健芳司長提問</p>
	
<p>團員學習情形</p>	<p>致贈錦旗和禮物給獎者並合影</p>

二十三、透過科技連結健康與社會照顧

主持人：奧里安·貝爾理事長

主講人：凱倫·庫克/ MetroHealth Institute of H.O.P.E.總裁及健康家庭和繁榮社區總監

坎迪斯·科蒂克/ 團結我們 (United Us) 客戶經理貝絲·西普爾/ 班傑明羅斯機構社區服務、專案主任蒂姆·凱內普/ 西儲地區高齡化機構資源中心主任

研習時間：2023.08.17(四) 11:00-12:15pm

(一)研習重點摘要

1、背景

MetroHealth System 與一家創新技術公司合作，通過共享電子資源轉診平台連接健康照護和社會照顧提供者。MetroHealth 致力於將個人是否面臨住房、糧食不安全、就業和其他因素等信息整合到其電子病歷中，Unite Us 平台允許在社會服務組織之間進行高效的電子轉診，以滿足這些需求和追蹤結果。

總部位於紐約的 Unite Us 開發了軟體，該軟體將以人為本的照護協調與社區實際參與相結合，為健康系統、社會服務組織和政府機構提供服務，並無縫匯到 MetroHealth 的電子健康記錄中，以實現改善健康狀況的共同目標，該工具免費提供給社區組織。MetroHealth 是追蹤健康社會決定因素的全國領先者，該觀點認為，一個人的健康高達 80%取決於醫院或醫療診所之外發生的因素。它們包括安全的住房、充足的食物、社會化、就業和交通。

2、電子資源平台，2020年開始開發及啟動，有數百個社區組織參與其中，在克里夫蘭有 5 個醫療系統正在使用 United Us 系統。登錄後可看到病人的資料，取得同意是重要的。分享資訊並有助於他們的社會需要。超過 300 個組織使用這個系統，有超過 126 個類別項目。如果需求是食物，就會出現所有可提供食物的單位，想瞭解它座落位置可點擊地圖，也可了解服務參與程序、服務的內涵、以及如何取得...等等。透過中介機構瞭解服務對象的主要問題及處境，也可將服務的訊息摘要登記，有適合轉介的單位可以立刻形成推薦信或轉介表，透過電子方式傳送信息及需求給接收的單位，減少病人自己不斷打電話找資源的窘境。系統可以解決服務提供端人力不足的問題，不用再重複鍵入已知的資訊。

3、分享為何加入俄亥俄州聯合組織

(1) 莎拉是希望研究所護士，管理一群社區衛生工作者，加入的好處是服務轉介的時間與地點以前都是手寫表單，有時沒有成功或資料不齊全，需不斷的溝通。現在透過系統就可立即轉介。最大的挑戰是轉診人數增加不代表社會服務能力的提升，有時候需要移交服務使用者時，數據的應用。

(2) 貝絲認為把客戶分享給 MetroHealth，透過參與這個系統，建立轉介的強而有力網絡。協助在個案轉介接受的時效。最大挑戰是年長者如果不知道的號碼，就不

會接電話，有時候打給客戶時，會得到忘記了的回應，讓工作時還是要不斷提醒客戶。

- (3) 蒂姆則提到，加入系統可以增加與醫療系統之間的合作。增加了溝通的效能。會主動提醒尚未處理的推薦信。最大的挑戰是網絡現在規模還小，跟州政府的系統還未能完全連結。加入並不需要費用，而且可以認識更多組織及服務，在服務效能上能盡快達成解決需求。前線工作者最需要的是隨平台的使用可以不斷適應一些策略及過程。工具的好壞取決於是不是懂得使用。

(二) 研習照片

	
講者與團員交流	王懿範教授、BRI 奧里安·貝爾理事長全程參與研習

二十四、轉向以價值為基礎的照顧（紅毯照顧）

主持人：王懿範教授

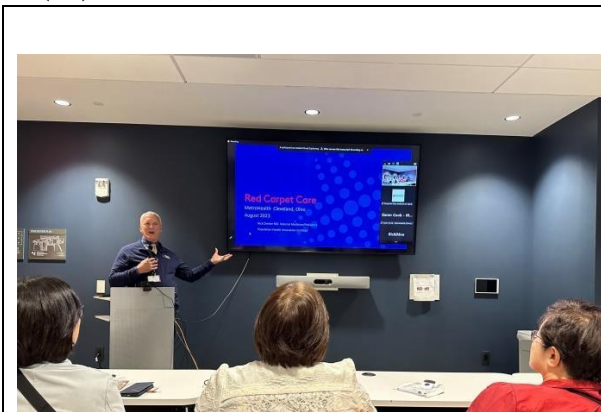
主講人：尼古拉斯·德雷爾醫學博士/人口健康創新研究中心醫學主任

研習時間：2023.08.17(四) 1：30-2：15pm

(一)研習內容摘要

- 1、自 2014年成立以來，人口健康創新研究中心一直在 MetroHealth 內部進行跨職能合作，並直接與患者、雇主、付款人和政府實體合作，以確保所服務的人群獲得更好的健康管理。
- 2、紅毯照護計畫，人口健康創新研究中心透過電話號碼進行當天預約並直接聯繫註冊護士協調員，改善了高風險老年人群的治療結果。紅毯照護是一項廣泛的團隊計畫，旨在照顧慢性病患或體弱的患者。它與初級保健並行工作，透過個別化照顧計畫主動管理多個門診環境中的慢性病。超過400名紅毯照護患者取得的成功，包括急診就診次數減少了17%，住院患者使用率減少了13%。
- 3、紅毯計畫非常特別，醫院選定了高風險的老年族群，透過健康管理以及主動聯繫等方法，積極介入老人的健康照護以及預防保健，核心的精神是篩檢出目標的高風險族群，主動積極介入，尤其是在個案管理師的協助之下，進行跨職域合作，改善了老人的健康，並且減少了急診以及住院率，也就減少了整體的醫療花費。

(二)研習照片



講者尼古拉斯·德雷爾醫學博士



致贈錦旗和禮物給獎者並合影

二十五、運用科技-在家虛擬照顧和在家住院

主持人：奧里安·貝爾理事長

主講人：邵爾·埃文斯護理理學碩士/互聯照顧、虛擬照顧企業主任

研習時間：2023.08.17(四) 2：15-3：00pm

(一)研習內容摘要

隨著 AI 科技發達及新冠肺炎疫情影響，醫療保健也開始有所改變，遠距科技醫療已成為醫療保健的新典範，為減少疾病擴散及傳播及偏鄉照顧醫療，醫療院所也必須突破現況，找尋最佳模式來診斷並治療患者，在家醫療儼然成為全球發展的新趨勢。遠距醫療可以使患者和醫療保健提供者保持更密切的連結，讓雙方都能避免處於高風險環境，降低感染傳播。遠距醫療可深入醫療資源缺乏地區，利於行動不便之患者獲得更佳的照護機會。結合人工智慧的遠距醫療系統可以自動分析病患的生理監測資料，及早發現病患問題。能減少急診就診人數及佔床率，縮短看病時間，提供更有效率的醫療服務。

1、在家虛擬照顧醫療計畫(Hospital in the Home Program)可分為三類，實施內容如下：

- (1)住院病患(Inpatient)：依照病患診斷及住院標準進行評估，在家虛擬照顧時提供醫師親自訪視或線上虛擬視訊診視，並安排護理師每天 2 次到宅訪視。並進行病患遠距監測，依病患狀況需要進行如血壓、血氧飽和濃度、體溫等監控，並有 24 小時以電話(護理專線)或線上網路通訊系統隨時聯繫或諮詢護理師或相關醫療人員。
- (2)門診病患(Ambulatory)：選擇適合門診病患採用此照護計畫，適用於疾病大流行時期，每天或每隔一天提供訪視人員線上虛擬視訊或到家診視，安排護理師每天1-2次進行虛擬視訊以了解病患狀況，依病患狀況需要進行如血壓、血氧、體溫等監控，並有 24小時警報系統管理以通報相關醫療人員。目前 MetroHealthCenter 接受這個醫療照顧計畫的病患約有1050人。
- (3)出院轉銜病患(Slowwean)：為醫院出院的病患及門診訪視之間銜接有落差的橋樑，提供每週 1 次線上虛擬視訊訪視，並評估呼吸狀況、更換給氧醫囑等。並安排護理師每週 1 次電話或虛擬視訊診視，監控病患的血氧狀況，並透過 24小時警報系統管理以通報相關醫療人員。

2、住院病患在家醫療(Hospital in the Home Inpatient)是一種避免長期住院的另一種方法。

它結合了具個別性護理訪視、遠程患者監控、遠距醫療和患者合作照護。其特點：病患從急診或病房轉至居家，由醫療專業人員評估轉入標準及診斷，現場人員提供病患的病史及身體評估檢查，每天提供遠距醫療視訊診療，護理師每日到家訪視兩次，並依照病患需要進行生理狀況監控及提供輔助服務。

3、門診或出院轉銜病患在家醫療(Hospital in the Home Ambulatory & Slow Wean)

是在家中治療急性疾病的另一種方法，可以避免住院群聚，在疾病大流行期間讓病床容量達到有效運用，並減輕第一線醫療人員的工作負擔及壓力。

特點：在門診病患部分，醫療人員每天或每隔一天進行遠距醫療視訊訪問，並由護理師每天 1-2 次提供遠距醫療評估及訪視，有24小時遠距患者病況如：血壓、血氧飽和濃度監測等監測。

4、遠距患者監測 Remote Patient Monitoring (RPM)

遠距患者監測是一種能夠在傳統醫療環境之外，例如：在家中或偏遠地區，對患者進行病況監測的技術，這可以增加獲得照護的機會並降低醫療保健成本。目前 MetroHealth Center 所進行的遠距患者監控包含有：

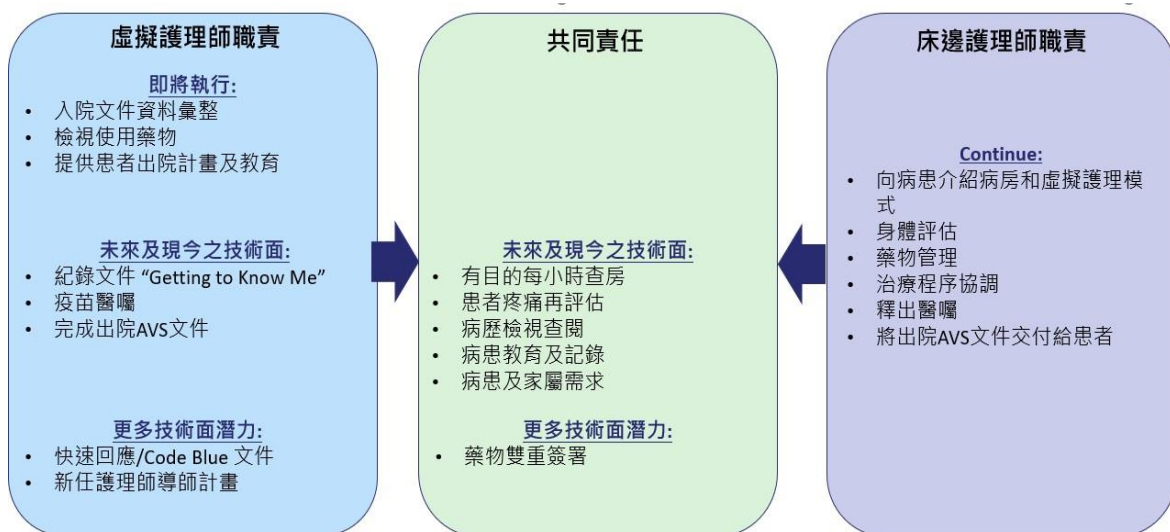
(1) 虛擬慢性病管理

結構式的 12 週計畫，進行疾病診斷，如心衰竭、慢性肺阻塞疾病、高血壓及糖尿病等，可針對上述疾病進行血壓、脈搏、血氧飽和濃度、體重及血糖進行監控。給予病患衛教，每週或每隔一週由護理師進行遠距視訊或電話訪視，並提供 24 小時警報系統管理。

(2) 虛擬孕產護理

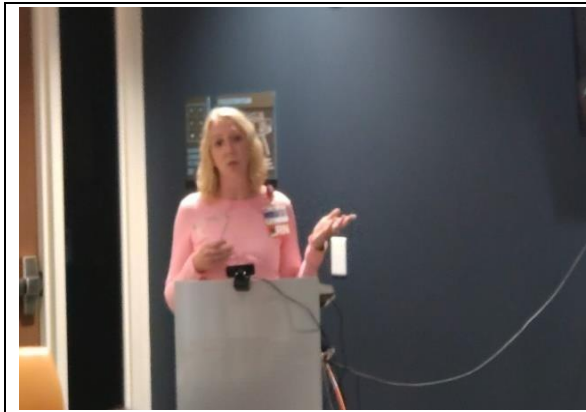
提供 Babyscripts Platform，進行產婦之高風險因子評估，包括血壓、子癲前症等。產後血壓監測並提供 24 小時警報系統管理。

虛擬護理計畫，在醫院住院病患角度而言，可加強醫院床邊護理的不足，延伸後續照顧服務，以虛擬方式提供住院護理，可以提高工作人員的效率和滿意度，同時有效地照顧患者，並能有充足時間於患者的出院衛教。醫院可改善患者住院經驗及出院的及時性，提升醫院門診、急症護理床位之容量。



圖一、虛擬護理單位責任及未來藍圖

(二)研習照片



講者邵爾·埃文斯護理理學碩士



大林慈濟醫院林名男副院長提問

二十六、步行導覽-健康的社會決定因素

接待者：凱倫·庫克主任及其團隊

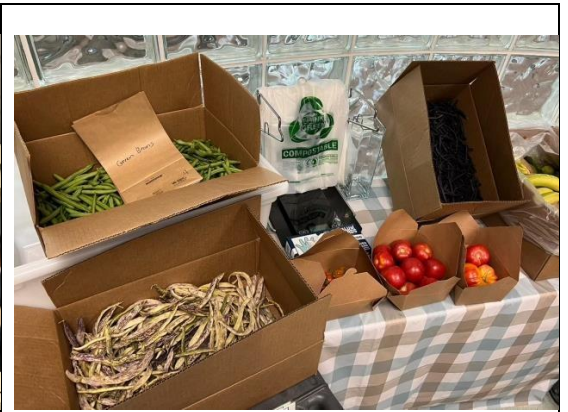
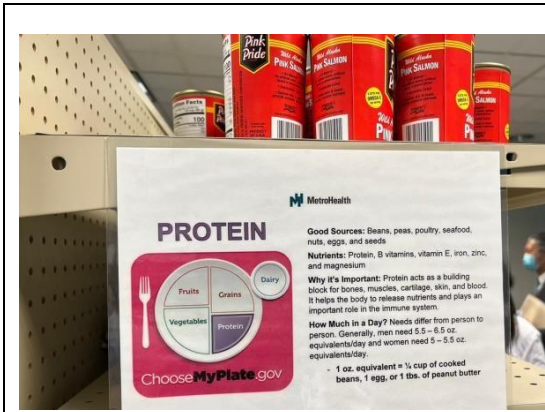
研習時間：2023.08.17(四) 3：00-4：30pm

(一)參訪內容摘要

- 1、食療診所：CuyahogaCounty 人民缺乏健康、負擔得起的食品。MetroHealth 開設的食療診所」採用「食品作為藥物」的概念，診所內有新鮮蔬果區、主食小貨架及冷凍櫃。患者必預在住院期間經過食品不安全篩查呈陽性，或者收到食品處方，則每月兩次到食療診所就診，且可以免費選擇兩到三天的健康食品。診所的人員也會提供健康食物與烹煮的概念，若患者願意學習健康烹煮方式，也可以在家嘗試新的烹調方式，於下次到診所時再跟診所的人員討論或詢問，以落實健康食品生活化與習慣化的目標。
- 2、希望與療癒花園：在醫院癌症病房成立花園，種植香草植物及茄子、番茄等蔬菜，這是在提供患者希望與健康心理的一環。HOPE 透過機會、夥伴關係和賦權改善健康，擁有三個重點領域。(1)健康的家庭和繁榮的社區：篩查患者的健康社會決定因素，並在需要時進行干預，將制定、改進和調整計畫，以消除健康差距。(2)變革性知識和教育：將努力教育和培訓社區成員，改變他們及其家庭的生活。(3)創新實踐：透過研究和評估，將優化工作並創建一個模板，將 HOPE 推展到其他社區。
- 3、Via Sana 機會中心：Via Sana 在西班牙語中意為「健康之路」，由 MetroHealth System 和住房開發商 NRP Group 共同開發，將為社區帶來急需的高品質、負擔得起的住房。除了 72 套經濟實惠公寓外，Via Sana 的一樓還將設有 MetroHealth Opportunity Center。該中心與凱霍加社區學院合作運營，將為公寓居民和其他人提供就業培訓、金融等培訓課程，也成立公共交通線，公車站就在門外，設立小型超市，住民生活相當便利，並設計無障礙環境設施，坡道寬敞適合全部居民使用。

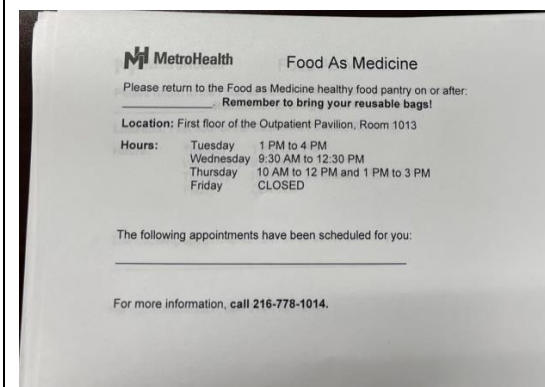
(二)研習照片





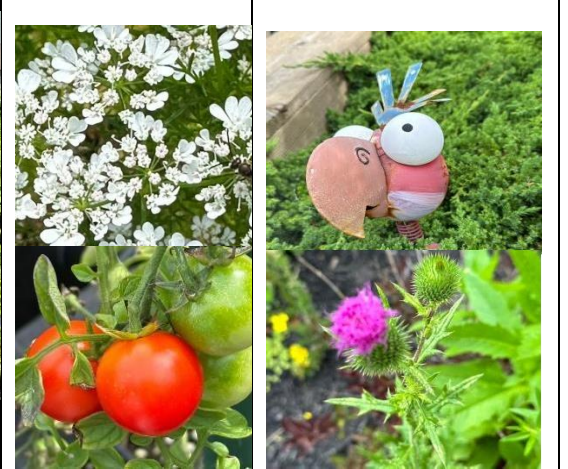
介紹每日五穀類、蔬菜、水果、蛋白質的來源、重要性及每日攝取量

新鮮水果



食療診所表單

工作人員介紹療癒花園



療癒花園一隅

療癒花園花草蔬果



Via Sana機會中心的負責人



團員在Via Sana機會中心大門前合照

位在 Via Sana 機會中心入口處

伍、整合研習參訪重點

一、在政府方面

(一) 成立類似醫療保險和醫療補助創新中心(Center for Medicare and Medicaid Innovation (CMMI); also known as the CMS Innovation Center)

奧巴馬「可負擔服務法案」將整合照護的推動提升至全國最高層次，於 2011年在聯邦政府下成立專責「醫療保險及醫療補助聯合協調辦公室」(The Medicare-Medicaid Coordination Office -MMCO)：專責針對醫療保險和醫療補助在醫療、長照及社區服務的協調。職責包括促進醫療與長照政策的協調及簡化，加強聯邦政府與地方政府的合作，為老人及失能者提供連續性且高質量的服務，並確保體系的成本效果。

美國在聯合協調辦公室下成立CMMI，協助聯邦政府主導醫療與照顧整合，創新的醫療保健服務及支付模式設計、示範、評估、改善及擴展。國會特別指示 CMMI 專注於可降低醫療保健支出，同時保持或提高這些模式提供的醫療服務品質，為社區民眾提供更全面連續的健康服務體系。自成立後，CMMI推動各地方建立了 40 多種新的支付模式，包括責任醫療組織（ACOs）模式，開發和測試新的醫療保健支付和服務提供模式，以改善患者照顧、降低成本、更好地調整支付系統以促進以患者為中心的實踐，值得學習參考。在業務制定及推動上，台灣整合照顧推展事涉健保署、長照司、社家署等部會之間的業務有其複雜性，可參考 (CMMI)的授權機構作為整合的可行性。目前台灣國家衛生研究院有部分類似的功能，建議其針對高齡及年輕的失能族群建立醫療及社福聯合諮詢小組，鼓勵民眾參與並集結國內外實務專家，配合國家衛福整合政策，推動跨機構和部門的分責合作，擬訂長期整合照顧發展策略藍圖及研發計畫，分階段性以實證成果為依據及時推動落實全人、全程、全社區的整合照顧。

聯邦政府為了加速推動體系的實務整合，除了創新中心外並委託由跨專業的專家團隊在政府架構之外成立了「整合照顧資源中心」(Integrated Care Resource Center - ICRC)，以客觀及跨專業的角度加強聯邦「聯合協調辦公室」與州政府之間的合作，給予地方政府一對一的技术援助，加強Medicare和Medicaid之間的協調，協助州政府設計整合方案，建立數據庫及評估系統，提供人員培訓（包括政府執政部門）及分享學習各州最佳實踐經驗以支持醫療、長期、社區服務(包括行為健康在內)的整合。

(二) 學習美國全方位老年整合照顧模式(Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE)之精神：

從 1973 年開始示範至今，在全美共計有 153 家 PACE 的組織，有 306 個 PACE 在運作。PACE 針對體弱老人全面的健康照顧服務系統，利用跨專業團隊(包括醫生、護士、治療師、社會工作者、藥師、健康照護助理和其他人員) 提供和管理全方位的服務，包括預防性、

初級、急性和長期支持服務(long term support services, LTSS), 以便老人能夠生活在社區中。PACE 集結由 Medicare 和 Medicaid 提供的經費, 為受益者提供高品質高效率的健康照護, 由於政府提供的全人全責報酬不會根據患者疾病的嚴重程度或慢性程度, 因此 PACE 有動力保持患者健康, 不受原政策所限提供優質需要的照顧, 並避免昂貴的機構照顧。PACE 組織將所節省的資金重新投入到服務擴展中, 避免不必要的急診、住院及機構照顧, 進一步實現將體弱老人留在社區的目標。

經由多年實證, PACE 被肯定是一個成功的全整合 (fully integrated) 照顧模式, 有效地為高風險、高費用及體弱的老年人在家中和 PACE 場所提供協調一致的以社區為基礎的健康和社會服務, 作為療養院 (機構) 安置的替代方案。全國數據證實 95% 需要機構照顧的長者在 PACE 整合模式下均可以留在社區。在聯邦政府支持下, 預計到 2028 年 PACE 將增加到服務總人群 200, 000 人, 並考慮納入高風險年輕的失能族群。這是台灣最可以參考的照顧模式, 建議協調結合健保醫療及長照服務的福利及經費配合社福體系, 依情參考 PACE 全人全責的模式, 考慮在都會、偏鄉以不同的機構承辦方式進行試辦。

1、落實減少再入院及機構照顧的策略：

在美國醫院基於以價值為基礎的人口健康原則, 選定了高風險族群, 透過健康管理以及主動聯繫等方法, 積極介入老人及年輕失能者的健康照護以及預防保健, 篩檢出目標的高風險族群, 主動積極介入, 在個案管理師協助之下進行跨專業合作, 注重社會健康因素, 加強與社區機構合作以改善民眾健康, 避免失能並增加健康餘年, 相對的減少急診、住院率以及機構照顧, 也降低整體的醫療及長照的花費。台灣目前也有在執行, 可參考美國的風險篩選及分級照顧管理 (risk, assessment, stratification and management) 的模式, 將社會健康因素列入標準評估, 並結合電子病歷, 導入資訊科技進行即時干預, 更落實更有成效。

2、善用與發展遠距醫療：

美國紅毯計畫視訊的部分, 醫師指導由特別訓練的臨床護理人員執行, 可避免病患舟車勞頓及有限運用人力。克里夫蘭醫學中心利用遠距醫療加強緊急 救護技術員轉送病人至急診前, 透過遠距科技與急診醫師/專業護理師討論諮商, 以減少非必要之急診後送, 證實85% 的病患能夠安全的轉移到其他治療場所或就地治療。

3、發展社區式的急性後期照顧 (PAC)：

俄亥俄州克利夫蘭 Fairhill 的 Select Specialty Hospital 屬急性後照顧類型的長期急性醫院 (long term acute care hospital- LTACH), 並不提供門診追蹤服務, 病人來源是急性醫療的醫院系統, 當病人在急性醫院做初步的治療後不再需要重症監護(intensive care)或密集診斷, 可轉介到 Select Specialty Hospital, 提供有效以及有效益的病人照護, 彌合了傳統醫院和長期急診照護需求之間的差距, 值得學習。

LTACH 平均停留時間約為 25—30 天，出院後依病人情況回家療養(社區式急性後期照顧)或入住長照機構。常見的患者類型包括需要：長時間使用呼吸機需要逐漸撤機、慢性腎衰竭的持續透析、呼吸重症監護、多種靜脈注射藥物或輸血及複雜的傷口護理/燒傷護理。美國使用標準化評估工具基於病人照顧所需要的資源，通過電子提交以決定不同級別的支持。標準化評估數據不僅用於款額確定，還用於監控服務品質、建立護理路徑和預估員工需求，並由政府定期經網絡公開品質報告，協助民眾的選擇並激勵機構的品質提升。自 2010 年在奧巴馬醫療改革政策下，聯邦政府啟動了急性後照顧類別(長期急性醫院、技術性護理機構、復健機構及技術性居家照顧)的全體系整合。

4、強化全科(基層)醫療服務 (Primary Care)：

醫療保險和醫療補助服務創新中心 (CMMI) 在 2010 年開始初級保健 (Primary Care) 多種付費和服務模式的示範，經由評估、分析及集成，2013 年宣布了新的初級保健(Making Care Primary (MCP) 模式，將在八個州進行為期10.5年的模式測試。於 2014 年 7 月 1 日啟動，由初級保健臨床醫生、護理師、專科醫師、社工師…等建立夥伴關係，使用標準化工具及分層品質性能數據，利用基於社區的服務及聯繫來滿足患者的健康需求 及其與健康相關的社會需求，最終目標是慢性病預防、減少急診室就診次數和更好的健康 結果。

MCP 為初級保健臨床醫生提供增強的模式支付、工具和支援，以改善患者的健康結果。它提供了額外的資源和數據，以說明初級保健臨床醫生更好地與專家協調照護。此外，它支援更好的照顧整合，這意味著臨床醫生可以更無縫地滿足身體和行為健康需求，並利用社區網路來減少健康差異。創新中心將逐步採用前瞻性的、基於人群的支付方式，同時建設基礎設施，培養整合照顧人力資源以改善行為健康和跨專業的整合，並推動照顧的公平化。

利用大數據結合臨床及研究資料增加全科醫師診斷的準確性，以支持價值導向僅在門診，每年就有大約1200萬美國成年人受到診斷錯誤的影響。2006年一項涉及漏診或延遲診斷的索賠研究表明，59%的診斷錯誤與嚴重傷害有關，30%與死亡有關。診斷錯誤是門診醫療事故索賠的首要原因，尤其模糊或非特異性的抱怨(有時被描述為“未分化”診斷，尚未表現為可識別疾病的症狀)如腹痛、頭暈、疲勞和發燒等，沒有明顯原因特別具有挑戰性，造成處理的延誤、無效醫療及照顧資源的浪費。

二、在民間團體方面

無論是百年的歷史克里夫蘭醫學中心和班傑明羅斯研究中心，或是 MetroHealth，讓我們看到非常不一樣的非營利組織(NPO)，發揮其「社會責任」的精神，值得台灣NPO組織的學習。

(一)加強培植NPO研究量能，以應用為主：

台灣 NPO 組織應有明確在地化服務具體盤點需求與目標，且應該與其鄰近相關醫療照護體系連結，形成共助互助生活照顧網絡。民間 NPO 仍須有研究量能，且與學術界進行區隔，以實際可運用為主，建議國家應加強培植NPO研究量能能力提升與教育意識提高。

(二)以實證為基礎，積極發展解決策略：

班傑明羅斯研究中心重視獨居老人、失智老人、照顧者問題、可負擔性住房及數位落差等高齡社會重要問題。班傑明羅斯高齡研究與教育中心進行最先進的研究項目，開發、測試和實施實證基礎研究計畫，為健康和社會服務組織提供評估研究服務，並透過消費者信息計畫分享組織的專業知識和研究成果，以改善老年人、其家人及照顧提供者的生活。譬如實證研究包括 SHARE (Support、Health、Activities、Resources、Education) For Dementia 是一項實證研究照顧計畫，為專業人員提供所需的工具，幫助面臨早期失智症診斷的家庭。美國的NPO針對這類問題開始進行系統需求與服務模組開發，以追求達成有效解決問題的目的。

(三)整體而言，美國NPO及社區服務機構完全有能力及管道在社區推動以價值為導向，以社區為基礎的服務原則下，建立與醫療系統及保險機構的夥伴關係，創造新的市場機會。如BRI透過患者/家庭、社區以及健康照護系統的跨領域團隊的協調服務和支持，達到更好的健康人口、低成本、更好的照顧品質三大組織目標。醫療體系的在社區服務的專業知識有限，合作和整合是提高照顧品質和效率的關鍵，社會服務和醫療保健領域合作強調系統的整合、契約約定、資訊安全及共享、數據分析、跨專業間的轉譯及協調合作。

(四)醫療單位走入社區，積極與社區組織合作：

- 1、克里夫蘭醫學中心堅信醫療服務僅占健康決定因子之20%，以消弭健康不平等為使命，應橫向連結醫療資源、社福資源與當地社區資源共同合作，以增進民眾整體健康。在資源不足區域設立蘭斯頓休斯家庭健康中心提供服務，增加民眾對自我健康識能，努力募款維持營運，結合社區運動中心與當地大專院校休閒管理學系，提供社區民眾運動服務，以延緩老化及疾病風險。
- 2、MetroHealth 系統不只提供醫療，也提供預防保健和社區照顧，推動健康的社會因素，重新設計健康照顧及社區組織合作，例如提供健康的食物、住房、職業培訓等等，幫助非醫療需求的患者，找出社區內最需求的健康相關議題，具強烈的社會責任感，讓我們看到醫療單位扮演更積極的角色，甚至影響政策的發展。

(五)其他

- 1、台灣居家住院模式，可比照美國 Medicare，將個案減少之醫療費用，部分合理的交給居家照護團隊，利用科技資訊連結社區資源，增加服務效益與提升品質動機。另出院準備小組與居家醫療團隊合作，針對高風險重覆住院個案給予介入，降低再住院風險。
- 2、美國服務的發展有良好及充分的人口統計及實證研究為基礎，我國的基礎人口統計資料分析較薄弱，對健保資料庫的利用，如何與公共衛生、國健署及與長照資料整合(銜接link及結合merge)以提升全民人口總健康的提升，值得學習。目前各單位各自為政，資料不互通難免形成資源浪費服務段落及民眾的不便和困惑。
- 3、在公共衛生危機部分將缺乏網路數據資訊及人工智慧 (AI) 技術透過儀表版(dashboard) 當作重要監控和監視及管理的工具，台灣都不太重視數位落差，建議未來應將網絡形成遠端工作、就業、就學、就醫屏障當作重要公共危機，應加速數位落差對健康與照顧議題影響評估、佈建與處理。

陸、心得與建議

一、系統性建置出院評估精準銜接適當照顧場域：

出院病人急性後期的亞急性照護闕漏，在台灣社會長期以來是出院返家帶給家庭極大的照顧壓力與困擾，也是社區連續照顧的一個斷點。此次研習克里芙蘭研究中心推動的整合性照護計畫，為降低出院病人再次住院，在病人出院初期屬亞急性醫療照護尚存有許多醫療症狀需醫療人力照護之際，轉入 24 小時亞急性醫療病房，由醫事背景的專業人員治療、照護、訓練，協助病人體能恢復、身體較強健時再返回家裡銜接長照居家服務。系統性的在急性病房轉銜回家之間多一個中途可滿足病人需求的照護場域，如此整合醫療與長照服務場域，除了減輕家屬照顧負荷外，更重要的是達成節省醫院病床醫療保險費用。台灣健保由於單一家醫院住院有 28 天上限的潛規則，導致病人會在不同醫院間轉換，以致亞急性病人卻占用急性病床，於占用急性病床住院期間也因缺乏強化復健相關專業人員的配置，無法高強度指導病人、家屬訓練照顧技巧，易衍生返家後再次住院之情形一再發生。台灣如何系統性建置從醫院端出院準備評估病人屬於需銜接亞急性 24 小時醫療照護，或是銜接返家之居家、社區長照服務，精準的讓出院病人獲得適切的服務，降低再住院率，家屬也能降低照顧壓力。

二、論人計酬全責照顧的 PACE 機制：

美國長者全包式照顧服務方案 The Program of All-inclusive Care for Elderly(PACE)，採論人計酬全責照顧，透過醫療保險給付與經濟弱勢的醫療補助混合使用，服務提供單位朝向以使用居家、社區照顧服務為主，未達入住 24 小時機構照顧的標準是不輕易提供以節省經費。台灣目前長照給付採論量計酬，後續發展論人計酬或論質計酬等優化給付方式都是台灣長照政策研議的重點。

三、建立住宿機構品質提升監察機制：

美國 State Long-Term Care Ombudsman Program 依據美國老人法，配合其老人與身障者相關照顧給付系統，為強制性入法服務。為世界少有的機制，此將照顧品質現況與服務費用管理作為連動，從經驗分享中學習到整個機制相當重視使用者的需求與權益保障，且建立一定程度溝通平台與機制，讓長期照顧住宿機構平時執行業務更為重視品質確實有其效能。日本推動介護保險後，亦以長照公評人機制協助其照顧品質維護與倡議。台灣老人福利推動聯盟於 103 年倡議下透過衛福部公彩補助推展專屬台灣的獨立倡導關懷計畫，採輔導機構自願參加機制推動，與美國強制性入法及日本透過第三方評鑑機制之監督機制自然無法比較。台灣現行除定期評鑑考核外，地方政府每年仍有不定期實地查核機制，另外自 109 年起透過品質指標獎勵計畫引導鼓勵住宿機構業者朝確保照顧品質方向努力，期許台灣長照住宿機構未來的願景是讓社區內無法生活自理的長輩樂意進住、尊嚴終老。

四、建立系統性獎勵民間研議創新長者照顧方案：

透過班傑明羅斯研究與教育中心的分享，獲知美國民間組織明確清楚定位組織目標，並掌握區域在地需求，以共通的資訊系統連結醫療與社會照顧體系，實現在地連續性照顧目標。另其分享班傑明羅斯的家人與朋友照顧研究計畫，老人照顧問題與台灣相近，提醒台灣持續推動居家、社區式長照服務時，政府如何獎勵民間研議創新滿足家庭無照顧者之重度失能者之照顧需求。

五、蒐集建立各區域、各族群、各年齡人口群、性別等數據庫，並進行常態健康議題分析

美國國境寬廣族群多元，參訪的克里夫蘭市於公共衛生議題就有進行城市內分析不同區域各種人口健康數據，作為公共衛生政策導入參考，目前台灣僅有縣市比較，應培植縣市政府自行就縣市內各行政區域現況進行分析盤點，以因應推動更符合在地需求的公共衛生策略。

六、推動翻轉健康生活習慣與態度，倡導最好的長照政策就是設定不需要長照服務：

人的健康狀態 80%取決於其生活及社經狀態決定因子，20%才是源於疾病。因此他們甚至在醫院中設立「食療中心(Food is Medicine)」，直接提供貧窮家庭健康食物，這也是台灣曾推行「Exercise is Medicine」，這些生活習性調整在疾病的防治確實值得重視。

七、整合歸人資訊系統，在個案同意下讓服務提供單位運用俾利服務輸送：

所有個人資料透過資訊系統歸人整合，各層級照護 coordinator 可看到完整個人資料，及各種服務提供單位在系統上可點選照會鄰近區域，資料也會馬上出現在對方系統，相當方便好用。

八、建立制度性引導降低緊急送醫需求：

(一)109 年推動減少住民外出就醫方案，目的即在於希望每家照護機構都有一家醫療院所合作，對機構住民負起健康管理之責，達成各項指標即個別給予醫療院所、照護機構獎勵金。長期以來 24 小時住宿機構擔心住民在機構過世，慣例上值班人員評估有狀況就叫救護車將住民往醫院急診室送，避免在機構往生無法取得死亡證明衍生須檢察官驗屍確認自然死亡等流程困擾。類此情形送急診住院實無必要，且對只剩一口氣的住民應採取在機構安寧平靜離開，爰期待後續照護機構簽約的醫療院所能協助讓住民在機構執行安寧療護，平靜離世。

(二)社區長輩突遇緊急狀況，加強緊急救護技術員到院前與急診醫師/專科護理師討論諮商管道，以減少社區長輩非必要之急診後送，並思考緊急救護技術員人力是否足夠應付老化社會與日漸增多的緊急醫療需求。

九、找回推動營養餐飲服務之初衷：

美國醫療定製餐計畫與台灣推動之失能老人營養餐飲計畫內容類似，但計畫目的不同，台灣的目的是期待透過營養的調配，讓經濟弱勢的行動不便無法參與巷弄站共餐的失能獨

居長者，在愛心志願者投入送餐服務並執行關懷；美國的目的係以節省醫療資源角度出發，期待透過志願者送健康餐，預防長者後續減少醫療資源的耗用。但台美同樣都面臨無法完全再靠志願服務人員執行送餐服務。台灣原本營養餐飲服務計畫，係緣起於各地社區關懷據點提供共餐服務，讓鄰近長輩社會參與、健康促進、互助備餐共餐，行動不便無法外出的長者，則由參與據點活動的健康長輩協助包便當送至家內，逐漸演變為招募志願工作者，於一定時間投入協助送餐工作。自長照 2.0 計畫推動以來，各地方政府多數簡便形式將營養餐飲服務委託給執行到宅的長照居家服務單位執行，衍生出專業的照服員執行應由志工送餐的工作，除了照顧服務專業人力的浪費外，也產生報酬的比較，因此執行此業務的單位認為是賠錢而一直訴求增加相關經費，否則無意願承接，原本社區自助互助的精神已逐步瓦解，面對超高齡社會各界期待推動社區共生的目標自然是阻力越來越大。

十、民間籌組的 MetroHealth 醫療體系以全人視野擴及非醫療保健服務

有點類似我們臺灣的公立醫院加上衛生所體系，在功能上不只是提供醫療，也提供了預防保健還有社區的照顧，在照顧窮人還有資源匱乏的族群上有他們的使命，並且還有深度結合在地的醫學院教學系統。因為具有使命感，所以也吸引了許多年輕醫師的投入。這個系統也做了很多非醫療保健的工作，例如提供健康的食物、住房、職業培訓等等，來幫助那些非醫療需求的患者，這一點非常的特別，從醫療保健出發，延伸關切到患者的生活層次，也對社區做診斷，找出社區內最需求的健康相關議題，投入人力經費努力改善非醫療因素造成的健康危害，超出了一般醫療體系原有的思考，強烈的社會責任感，衍生出類似社會企業還有非營利組織的工作，也因此吸引了很多人願意捐款協助。在臺灣也有類似的醫療系統也會提供社會服務支持，例如天主教醫院或是佛教醫院這類型的宗教背景醫院，除了關切醫療保健以外，也積極投入扶貧救助的領域，配合政府政策提供長期照護服務。然而這個 MetroHealth 系統更進一步，還會為社區做出診斷，主動提出方案試圖解決社會問題，取代了一部分政府的角色，當然這當中會有一些文化和政治背景的差異，例如臺灣比較期待是大政府，由政府來主導政策發展走向，醫療單位是配合辦理的，然而在這個體系內，我們看到醫療單位可以扮演更積極的角色，照顧到生活的層次、社區的層次，甚至影響政府政策的發展。

十一、 克里夫蘭老年醫學中心經驗對我國來說要學習有一定程度的困難，首先我國初級保健服務與美國的服務設計不同，有關健康保險支給付的範圍也不同，而美國社會安全與醫療照顧同屬一個行政體系，但我國為分立，面對整合勢必有更多的挑戰需要去克服。

十二、 美國經驗中，服務的發展有良好及充分的人口統計及實證研究為基礎，是值得我們學習之處。我國的基礎人口統計資料分析較薄弱，對健保資料庫的利用，有待進行民眾溝通，才能被利用。

- 十三、 初級醫療保健服務與急性治療之間的銜接也是值得借鏡，唯我國民眾就醫行為與美方有相當大的差異，如何對已習慣自由選擇醫療院所就醫的台灣民眾，落實分級醫療，是艱困的改革工程，反對者慣常扣上違反就醫自由選擇權，即使有法源依據也不敢挑戰。
- 十四、 關注醫療保健的社會性決定因素是目前我國醫療服務中較欠缺之處，也沒有保險可以給付，社會性處方的概念只存在社會工作專業服務當中，對台灣未來如要發展整合，將有嚴竣的挑戰。會需要先有實證基礎的資料才有辦法進行先期研究。
- 十五、 社交孤立(Social isolation)是一個非常嚴重的社會問題，要解決高齡者的社交孤立問題，需要投入的人力物力非常的龐大。「凱霍加縣健康改善計畫」源頭是因應 Covid 疫情而生的，在執行上除了高齡長輩的數位落差外，在執行過程中要取得長輩的信賴並不容易，並且發現男性參與者非常的少，即使在很積極的推廣跟鼓勵下，年老的男性還是拒絕參與。臺灣在解決社交孤立方面也提出了很多的方案，包括了社區的共餐服務，社區照顧關懷據點，原鄉的文化健康站，日間照顧中心，還有民間單位自發的獨居老人關懷訪視。高齡者使用視訊或平板電腦有障礙的數位落差，以及男性參與者比例偏低的問題。臺灣可以善用我們本身具有的優勢，例如原有的鄰里互助風氣，龐大的志願工作者，各式各樣的民間組織、社區組織來協助，避免因為社交孤立造成的社會問題。
- 十六、 民間醫療機構能了解醫療服務僅占健康決定因子之 20%，且以消弭健康不平等為使命，籌募資金主動連結社福資源與當地社區資源共同合作，並結合社區運動中心與當地大專院校休閒運動管理學系合作，提供社區民眾運動服務，以延緩老化及疾病風險，強化民眾對自我健康識能，增進民眾整體健康，長期推動可減少醫療資源。
- 十七、 克里夫蘭醫學中心除了臨床醫療服務之外，更主動的將社區的資源相互串聯起來，是我國醫學中心少有的經驗。未來或許可以從公營醫學中心或是目前已具有多層級醫療院所的醫事機構開始嘗試推動健康社區計畫。為更好的價值努力是件美好的事，克里夫蘭醫學中心有以病人為優先，以社區共好的價值為服務的引導，是值得學習之處，不忘初心，為社會弱勢者服務，不只從專業本身的知識技能，更導入數位工具的應用，透過網路進行篩查，保有實證資訊為參考，不斷修正服務的提供是另一值得學習之處。事情不一定樣樣要由自己做，在今天克里夫蘭的經驗中可以看到，結合社區夥伴，讓 1+1 的效能大於 2，讓最接近民眾的服務可以最早來到需要者的面前，如果不是以價值為基礎，應是不易做到。
- 十八、 關注影響健康的社會性決定因素，結合社會及社區組織來達成有效的利用，便捷服務的提供與輸送。是未來數位時代可供參考的事。我國因為 covid 期間讓遠端視訊看診有發展的機會，目前衛福部正在修正通訊診察治療辦法，朝向擴大適用範圍、增加醫療項目、

簡化申請程序、增加資通安全規範、放寬醫師執行地點及賦予醫師專業判斷評估病人的適用性。後續修正通過，成效值得期待。

十九、醫療院所可以不僅僅是治病的地方，還可以是休養生息或重新出發的地方，醫院的物理環境設計及服務的軟體設計，如何奠基在價值上，提供出最佳的服務，是需要靠不同部門的支援協助，及不同的領域行業相互效力。發展數位應用對台灣而言不是難處，但要與醫療保健服務、社會服務統整連結，在數位發展外，個人資料的隱私保護及使用共識，似乎更為重要。

二十、台灣可參考其區域提供 Complete and Green Streets Initiative/大眾運輸導向型發展 TOD(Transit-Oriented Development)：「完整和綠色街道條例」，以擴大出行機會，包括步行、騎自行車和公共交通，並最大限度地減少環境危害。

柒、結語

俗語說他山之石可以攻錯，此次克里夫蘭市研習參訪在美國凱斯西儲大學王懿範教授與班傑明羅斯研究中心(BRI)合作細心規劃下，研習的場地舒適寬敞，四天課程安排扎實，講座人選實務理論兼具，參訪機構包括醫院、急性後期復健中途之家、長期照顧住宿機構、老人住宅、日照中心、社區基層健康中心、營養診所等等涉及高齡醫學、長期照顧、社區服務、健康促進等相關場域極為完備，本次研習團的成員有醫師、物理治療師、職能治療師、護理師、社工、社福政策、志願服務者、身心障礙者家長等跨專業面向參與，藉此次研習參訪學習體悟，可以貢獻己力回饋於個人崗位。