

計畫編號：DOH95-HD-1001/DOH96-HD-1001

行政院衛生署九十五年度委託研究計畫

實踐二代健保醫療品質提升之模式建構計畫

研究總報告

執行機構：國立台灣大學

計畫主持人：陳慶餘

研究人員：紀雪雲、梁繼權

全程計畫：自 95 年 2 月 24 日至 96 年 12 月 31 日止

* 本研究報告僅供參考，不代表本署意見，依合約之規定：如對
媒體發布研究成果應事先徵求本署同意*

目 錄

封面

目錄

中英文摘要	(02)
第一章、前言	(06)
第二章、問題分析	(11)
第三章、研究計畫與執行方法	(16)
第四章、研究工作內容與執行過程	(25)
第五章、研究結果	(46)
第六章、討論與建議	(57)
第七章、參考文獻	(67)
第八章、附 錄	
一、糖尿病病友會、志工訓練與相關活動紀錄	(73)
二、計畫相關會議紀錄	(103)
三、糖尿病關懷相關問卷	(138)
	共 (139) 頁

中文摘要

本計畫以彰化縣為研究社區，研究區域醫療服務體系整合的可行性，建立醫療品質提升與民眾參與之具體工作模式；以實踐二代健保『提升品質』、『擴大參與』的改革目標，並透過本土化家庭醫師制度的推廣與雙向轉診的質與量的提升，落實行政院核定之全人健康照護的目標。計畫內容重點包括：1. 民眾健康知能與健康自我照顧技巧提升；2. 建立區域性之慢性病照護與管理模式，共同提升地區之醫療服務品質；3. 建立由大醫院轉往地區醫院與基層診所的下轉機制。

本研究採用行動研究法，研究者藉由參與彰化縣醫療體系的整合工作，利用認識情境、發現問題、研究分析、提出假設與行動計畫、執行行動、評估結果的循環行動，達成本研究的目的。

第一年工作包括：

- 彰化鹿港社區健康促進網絡的建立(包括向日葵志工、社區專業人員如體能老師等、PGY 受訓學員)
- 健康促進診所建立(醫師充能)
- 社區參與(由社區內之民眾組織志工服務自己的社區)
- 自我照護能力(透過志工訓練與病友會學習)

- 推動社區醫療群與聯合執業群的建立，整合社會之醫療單位形成互相合作支援的醫療服務網絡

第二年工作包括：

- 第一年工作的繼續推動
- 將社區健康促進網絡、健康促進診所及糖尿病病友會計畫推廣至基隆市七堵
- 以「慢性腎臟病」及「膝關節置換手術」作為照護的項目，促進醫院與診所間建立以病人為中心之共同照護模式，及醫院與診所間良好的轉診系統

本研究發現社區民眾的健康行為與醫師的醫療行為是可以透過有系統的計畫去改變。但必須要有十分密切的協助與促導。但模式的實際應用與持續必須有一個支持這些行為的環境，在醫師行為方面，一個能針對期望的醫療行為的給付制度是最重要的關鍵。

本研究將過去兩年間推動各種工作的經驗作整理，希望這些獨特的經驗能對日後的計畫及健康醫療政策的制定有參考的價值。

關鍵字：慢性疾病、共同照護、醫療體系、健康促進、照護模式

Summary

The purpose of this study was to examine the possibility in developing an integrative health care system in Changhua community. It tried to fulfill the goals of the second-generation national insurance including quality improvement and community participation. In this study, we intended to implement the system of family physicians and to promote patients' transferal between primary care and hospital care system. Tangible objectives included the followings: 1. community empowerment and self-care, model in chronic disease care and management, mechanism of patients transferal from hospitals to primary care.

We used action research method in carrying out of this study. Researchers participated in the actions of health care integration in Changhua Lu-Kang community. From a sequence of understanding, problem identify, problem analysis, formation of hypotheses and action plans, implementation, and evaluation and improvement, we were able to develop a workable format in achieving our goals.

The first year project included the followings:

- the development of Lu-Kang community health supportive system (volunteers groups, PGY trainees and professional carers)
- health promotion clinics (empowerment of primary care physicians)
- community participation (volunteers recruited from the community serve their own community)
- self management of health (through volunteers training and diabetes patient groups)

- the development of “Community Medical Groups” and “Jointed Medical Groups” to form a community medical care network

The second year project included the followings:

- continue the works of the first year
- transfer the Lu-Kang experience to the Ci-Du community in Kee Lung
- use chronic renal disease and knee replacement surgery as example to coordinate primary care clinics and hospital to provide patient-centered joint care and promote appropriated transfer care

Conclusions:

1. It is very difficult to facilitate the reform of health care system without environmental and financial support.
2. Projects of small-scale, progressive, and tangible objectives are easier to adopt by health care institutes.
3. The development and utilization of community supportive networks may promote better diabetes care. Our study did not observe statistical significant change in patients LDL and HbA1c levels between the intervention group and the control group. The small number of patients included in this study may indicate a type 2 error.

Keywords: chronic diseases, integrative care, health care system, health promotion, health care model

第一章、前言

壹、人口老化與疾病型態改變所衍生的醫療健康照護問題

由於國家社會的經濟發展、醫療與衛生環境的改善，國人的健康問題已經由過去的急性傳染病為主，改變成慢性及與生活型態相關的疾病。十大死亡原因中，除自殺之外，幾乎都屬於慢性不可癒疾病，除癌症之外，幾乎所有的慢性病都具有相同的危險因子，如高血壓、高血糖、高血脂，所謂的三高。此外，肥胖、缺乏運動等也與疾病的發生與進展息息相關。

根據民國九十一年，「台灣地區高血壓、高血糖、高血脂之盛行率調查」研究發現，高血壓之盛行狀況，男性 24.9%、女性 18.2%。高血糖之盛行狀況，男性 8.2%、女性 6.8%。而高膽固醇血症之盛行狀況，男性 10.8%、女性 10.9%。高三酸甘油酯血症之盛行狀況，男性 20.3%、女性 11.3%，慢性病流行病的時代已經降臨。

傳統的急性感染性疾病，在發病原因、傳播方式、治療方式與預後等都和目前我們所面對的慢性疾病有很大的差別，而醫療系統大部分是在急性病時期，或依當時的需求所建立的，雖然不斷有所修正，但面對慢性疾病的防治仍感到無法適用，與社會的期待有極大的落差。

三高是已知的重要危險因子，但高血壓的服藥比率在男性為 47.2%、女性 64.3%，控制率男性為 20.8%、女性為 28.5%。高血糖的服藥率男性為

49.4%、女性為 59.3%，控制率男性為 15.6%、女性為 17.7%。高膽固醇的服藥率男性為 42.4%、女性為 36.4%，控制率男性為 35.7%、女性為 20.4%。高三酸甘油酯服藥率男性為 21.2%、女性為 32.8%，控制率男性為 12.9%、女性為 20.2%。(表一)上述這些數字如果和世界其他已開發國家相比，其落後程度更為明顯。為何我們擁有不算少的醫療資源，但重要的「三高」防制仍然效果不彰。醫療資源的有效使用當然是關鍵，但不良的醫療系統更是可能導致各種人力、物力，未能有效發揮的主要原因。

表一、台灣高血壓、高血糖、與高血脂之治療狀況

變項	服藥率(%)		控制率(%)	
	男性	女性	男性	女性
高血壓	47.2	64.3	20.8	28.5
高血糖	49.4	59.3	15.6	17.7
高膽固醇	42.4	36.4	35.7	20.4
高三酸甘油酯	21.2	32.8	12.9	20.2

貳、全民健康保險開辦所衍生的醫療資源使用問題

為了保障全國民眾獲得適當醫療照護的權利，我國在民國八十四年三月開辦全民健康保險，全民健康保險(以下簡稱健保)主要目的是合理分配醫療資源，減輕民眾生病就醫時的財務負擔，使全國人民都能獲得基本的醫

療保障。健保自開辦以來，一直獲得民眾極高的滿意度與良好的評價，成為台灣另一項傲人的奇蹟。然而，自八十七年開始，健保開始出現收支逆差，進而引發健保財務危機。健保收支失衡的原因十分複雜，收入面與支出面都有重要的影響。收入方面由於費率計算方式，眷口數計算方式及醫療費用成長率等之估算，導致收入成長率低於支出成長率。除了開辦之最初三、四年，由於眷口數高估而尚有剩餘外，其後皆入不敷出。支出面方面，人口老化迅速以致醫療用量增加，醫療科技的進步，各種新式檢查與治療價格高昂，民眾知識與生活水準進步，對醫療的品質要求增高，大型醫療院所不斷擴張增加醫療供給等因素都是健保支出劇增的原因。

由於保費給付及財務設計所產生的問題，以及保費收入跟不上醫療需求的成長，健保財務出現嚴重缺口，亦引發如何改善醫療系統以增加其成本效益等支出面改進的構想與努力，張錦文等(1998)認為台灣當前醫療制度問題起因於封閉性的醫療制度，基層診所與醫院各自提供服務，互不溝通，基層醫師無法獲得醫院人力與設備支援，因而醫療品質落後的差距越來越大。許志怡(1991)認為增加基層醫師的品質，群體職業與開放醫院是重要的解決方法。另一方面，賴美淑(1999)及楊志良(2000)亦提出論人計酬的支付制度，與整合式醫療團隊的構想(楊志良,2000)。要解決當前的醫療問題，除了健保財務之外，整個醫療服務體系如何因應慢性病與人口老化的問題

是目前的當務之急。而垂直整合性的醫療服務系統更是學者所倡導的醫療體系改革方向。

叁、因應當前與未來醫療保健需要所衍生的醫療服務體系問題

一個完整的健康照護必須考慮民眾因素（包括健康需要、健康與求醫行為、對醫療服務的期待等）、社會環境因素（包括經濟、人口分佈、環境危害等）、保險體系（包括保險的財務、資源分配等）和健康服務體系（包括各級醫療院所、科別、醫療人力、服務效率等）。上述各種因素是互相影響或依存的，要有效的改善健康照護的結果，必須同時加以考量。

前健保所面臨的財務問題，正如前述不單是單純的收入與支出分配的問題，和疾病型態的改變，民眾對醫療的需求與期待增加，醫療技術進步，及醫療服務體系的效能等都有密切的關係，故要追求民眾的健康，必須從多方面著手。

在二代健保的規劃中，提出三大重點，其中「提升品質」主要是針對醫療服務體系，「擴大參與」則與民眾之健康與求醫行為息息相關。在二代健保規劃報告中，有關醫療照護提供系統的規劃建議，只有十分簡單的敘述——「由於醫事人員的培育、醫師開業科別、開業地點、醫院病床數的增減或醫療設施等等，皆會影響到健保醫療資源的分配以及保險費用的支出，然而本系統也同時涉及全國醫療保健政策的執行，故有待醫政單位加以檢

討與規劃。」。誠如該報告所言，一個健全與有效率的醫療照護提供系統，影響健保成果及民眾健康路甚巨，在二代健保實施之前應有完善的規劃及系統建設，以配合二代健保的推動。然而，二代健保的規劃中，以健全健保財務與支付制度改革的設計為主；對於如何建構一個適合目前與預期將來需要的醫療服務體系的著墨較少。面對目前混亂與惡性競爭的醫療服務市場，與因健保點值日益下跌而充滿不安與不滿的醫療人員。如果沒有周全的處理與安排，是難以確保二代健保對於醫療品質提升的承諾。

因此，本研究的重要目標是嘗試規劃與測試一個可以實踐二代健保「提升品質」的醫療服務體系運作方式；同時設計讓社區民眾可以參與照護自己與社區健康，提高健康知能與自我照護能力的途徑。

第二章、問題分析

壹、慢性健康問題與醫療服務模式的關係

在二十世紀中期以前，影響人類健康最主要的問題是各種急性傳染性疾病，因此醫療健康的重點是衛生環境的改善、感染源的控制與病人的迅速診斷與治療。因此，醫療院所的規劃是如何迅速有效率的處理大量的傳染病病人，各層級醫療院所各司其職，有如一條有效率的生產線，病人得到治療後便迅速離開。醫療講究的是診斷的正確性、治療的有效性與整個處理過程的效率與效益。但自二十世紀的下半期，影響人類的健康問題漸漸由急性傳染病轉變成為慢性疾病如高血壓、糖尿病、腦血管疾病、冠狀動脈心臟病及癌症等。這些疾病的特點為無法或難以治療，生病時間長，會在疾病過程中發生失能與殘障，而且發病的原因和疾病的進展與環境及個人生活方式有關。

急性疾病設計的醫療服務體系，在處理慢性疾病時問題叢生，導致治療成果與效率的低落，其原因包括：

- 醫療院所以處理急性病人為優先，慢性病人的需求容易被延緩與忽略。
- 醫療院所間缺乏彼此間之聯繫與照護的整合，對隱伏在社區中的慢性病人缺乏主動的發現與追蹤，難以確保照護的成效。
- 慢性病人常因缺乏明顯的症狀而不會主動尋求醫療照護，導致產生治

療的死角。

- 病人不懂的如何自我照護，影響治療的效果，而自我照護在慢性疾病的照護中比急性疾病更為重要。

針對上述問題，Wagner 等人提出慢性病照護模式(Chronic care model)，對醫療服務體系作轉型改造，以符合慢性疾病照護的需求。慢性病照護模式包括三個互相關聯的體系：整體的社區(含各種社區資源與政策)、健康照護體系(支付健康服務的財務體系)、服務體系(含醫療院所與醫師)。在三個體系之下，良好的慢性病照護必須要有六個基本元素：社區資源與政策、健康照護組織、對自我照護的支援、醫療服務體系的設計、醫療決策支援系統、及健康資訊系統。慢性病照護模式並非一種口號，目前已有實證資料證明利用慢性病照護模式可以改善照護結果與擷節醫療支出。

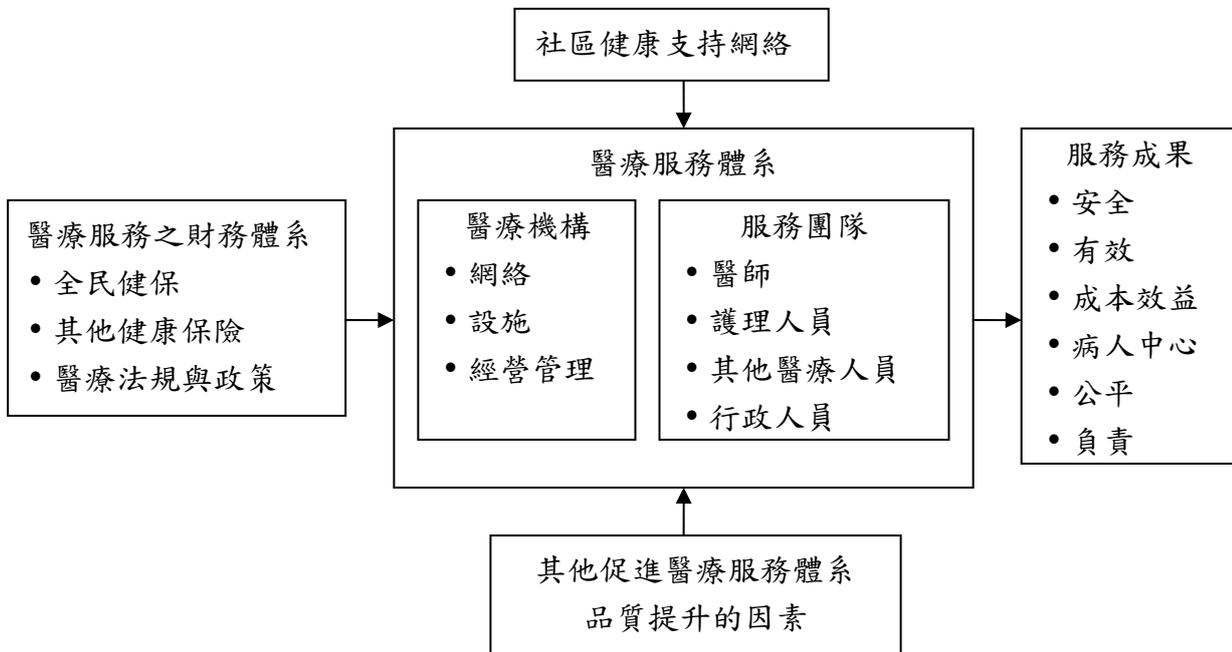
Bodenheimer 等人於 2002 年之美國醫學會雜誌(JAMA)中，發表一篇慢性病照護模式成效的系統性回顧，發現以糖尿病為例，在 39 個研究中有 32 個對最少一項成果指標有正面的影響。針對糖尿病、氣喘、與心臟衰竭三種疾病的 27 個研究中，有 18 個顯示慢性病照護模式能夠減少醫療支出或醫療的使用。由以上的結果，我們相信參考上述慢性病照護模式，再依我國的醫療問題及特有環境加以修改，可以發展適合我國使用的本土化的醫療模式。

貳、醫療服務體系改革的必要性

2001年，美國醫學研究院(Institute of Medicine, IOM)之美國健康照護品質委員會(Committee on the Quality of Health Care in America)針對美國當前之健康照護問題提出未來十年的改進方案。在這一份報告中，特別將焦點集中在個人的健康照護體系，即一般的醫療服務體系，如何提供具有良好品質的急慢性疾病照護、預防醫療與末期照護。雖然美國的醫療與社會環境與我國不完全相同，但有不少是共同面對的問題，或是我們可能即將面對的問題，所以仍有可以參考的地方。

在“Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century”書中，IOM的建議指出要解決當前的健康狀況與醫療服務問題，醫療服務體系本身必須要進行重大的改變。“...The current care systems cannot do the job. Trying harder will not work. Changing systems of care will.”人口老化、慢性疾病盛行、醫療科技的快速發展、醫療資源限制所帶來的服務效率問題，社會對醫療的期待都是同樣發生在美國與我們的社會中，雖然在二十世紀下半期已有不少改革的努力，但大部分的努力並沒有發生有效的成果，因此 IOM 形容這些行動為隨機而無目的的卜朗運動(Brownian motion)，鼓吹醫療體系必須有從根本的改變，重新建構(restructure)醫療服務體系。為建構二代健保醫療品質提升的醫療服務體系，我們參考 IOM 的

模式加以我國之現實考量，提出下面的模式建構模型：



圖一：社區健康支持網絡

參、我國在醫療服務體系改革的準備與努力

健保局在民國九十三年開始試辦「本土化家庭醫師整合性照護計畫」，以社區醫療群為核心，作為基層醫師合作的平台。再利用雙向轉診、轉檢、共同照護門診，打破基層診所與醫院的隔閡與互不信任關係，使基層醫師與醫院形成互助合作的體系；為醫療體系整合踏出成功的第一步。然而，醫療體系改革的最終目的應是整體的合作與聯繫，而且醫療給付的改革必須配合醫療服務體系的改變，才能使醫療服務改革真正落實，提供具有品

質與效率的醫療服務。由此看來，「本土化家庭醫師整合性照護計畫」應只是促成醫療體系改革的第一步與過度期。最後必須建立以地區為單位，以整合的醫療網絡來提供周全性的醫療健康服務。醫療機構必須要有經營效率，以醫療品質與病人安全為目標，並需要分擔健保財務風險及對民眾的健康負責。

「本土化家庭醫師整合性照護計畫」的初步成功並非已經達到改革的目的。下一步工作並不只是單純擴大社區醫療群的數目，而是將其成功的經驗作為進一步地區醫療體系整合的參考。從過去的醫療網計畫中可以明確了解地區醫療整合的重要性。一方面可以藉由地區個別發展，以平衡醫療資源分佈不均的問題；另一方面可以使醫療服務更符合地區健康的需要。過去醫療網計畫所遭遇各種問題與阻礙的經驗，亦可提供地區醫療整合的參考。

第三章、研究計畫與執行方法

壹、計畫目的與重點

本計畫以彰化縣為研究社區，研究區域醫療服務體系整合的可行性，建立醫療品質提升與民眾參與之具體工作模式；以實踐二代健保『提升品質』、『擴大參與』的改革目標，並透過本土化家庭醫師制度的推廣與雙向轉診的質與量的提升，落實行政院核定之全人健康照護的目標。計畫內容重點如下：

一、民眾健康知能與健康自我照顧技巧提升計畫

提升民眾健康知能與自我照顧技巧，誘導民眾建立家庭醫師與健康的正確觀念及良好的求醫行為。

二、延續全人健康照護的精神，以落實本土化家庭醫師制度及雙向轉診模式

根據衛生署「區域共同照護計畫」的精神與工作目標，協助彰化縣醫院與基層診所整合，擴大社區醫療群之組成及功能，加強並提升雙向轉診，建立區域性之慢性病照護與管理模式，共同提升地區之醫療服務品質。

三、「個別醫院總額制度」實施後，醫療可靠性的確保

健保局實施「醫院總額給付制度」，個別醫院因為給付受到固定總額的限制。在成本與獲利的考量下，可能產生的排擠病人效應。本研究將提出因應的策略，建立由大醫院轉往地區醫院與基層診所的下轉機制；在健保、醫院與民眾互利的前提下設立防火牆，確保病人醫療問題可以在地獲得適當的處理，並防止類似「人球事件」的再次發生。

四、採用心理社會學之行為改變理論加強推動醫療服務體整合的效果

由於本研究涉及彰化縣醫療體系整合的重大工程，其中有很多環境與人的因素需要克服，尤其是人的因素受地方醫療生態、政治因素等影響；難以一蹴即成。研究方法宜採用行動研究，配合地方衛生局及彰化縣醫界領袖共同參與研究，並將研究結果交由彰化縣衛生局及醫師公會等機構在地方試行推動。研究單位與推動單位互相配合，採取邊研究邊做，邊做邊改之彈性方式，同時採分階段逐部改變的方式進行。使執行策略能合乎地方的需要，減少阻力，並能因應各種限制，以求民眾、政府與醫界皆能接受的方式推行。

貳、研究基本假設

要建構一個良好的醫療體系，必須考慮醫療供給者，即醫療院所經營者與醫療人員、所服務之民眾，以診所而言可能是診所附近社區的居民，以醫院而言可能是一個行政區、或是某些健康狀況的群體，如洗腎中心只服

務需要洗腎的病人、醫療保險等給付體系(以我國而言是單一的健保)、及民眾的就醫習慣，如看中、西醫，預防看診等。如果單純的提供一個由外部架構完成的醫療體系模式，在社區實行時往往不一定可以與社區中各方面的影響因素吻合，因而減低醫療體系運作的成效，甚至會遭受種種推行障礙。因此，醫療服務體系的改革必須要以社區為基礎，引發內部的改變才能符合社區的現況與需要。

本研究計畫的基本假設，可以分為社區民眾的參與，及社區共同照護體系的建立兩部份：

一、社區民眾的參與

社區民眾必須使民眾了解自己的健康需要，提出自己的主張，才能主動參與社區的醫療事務，在建構醫療體系時表達自己的需求，甚至更進一步參與計畫，為了達成此一任務，研究小組研議下列的工作方向。

(一)社區充能(community empowerment)

社區民眾必須了解本身的健康權利，透過學習來加強自己獲取健康的能力，進而參與社區醫療健康體系，以保障社區民眾能獲得應有的健康服務。

要達到社區充能的目的，社區民眾必須具有下列能力：

1. 健康知能(health literacy)

透過衛生教育與體驗來增加社區民眾對健康的了解。衛生教育可以包括大規模的媒體教育，如透過報章、雜誌與廣播電視等傳媒來提供健康知識。可利用小團體的衛教，如醫療院所或一些公民營機構所提供的衛教，對象為小型社區民眾或某些團體，如某工廠的工人等，健康學校是一種目前正在各地推行的衛教方式，將衛生教育與學校教育結合，並在學生時代及早培養。最後是醫療人員與病人間之一對一衛教，常在醫療環境中，如醫療院所的門診中進行。本研究的設計是利用健康學校來進行。引發老師與學生對健康問題的關注與投入，研究者安排各種適合學校師生的健康促進活動，讓老師學生對健康活動產生興趣，再指導老師學生自己安排活動，研究者給予從旁協助。最終目的是健康教育內化在學校教育當中，學校師生能自己訂定健康促進目標與策略、執行與評估。

2. 健康行為技巧

從認知的層次來說，知識對於行為的影響不如親身經驗，在進行衛教的時候，光是提供健康的知識是不是夠的，必須安排民眾有機會親身感受，才容易引發健康行為的養成，親身經歷在心

理行動技能(psychomotor skills)的學習，如如何做運動、如何準備糖尿病飲食更形重要，本研究計畫安排各種不同的體驗活動來增加民眾的健康知識。

(二)社區參與(community participation)

要民眾做自己健康的主人，參與醫療健康體系的建構與運作。必先要創造民眾參與的機會，民眾參與的動力及培養足夠的健康知能，而且民眾參與並不能侷限在一些層面與角色，必須要讓參與民眾有機會把訊息擴散到社區各個角落，才能擴大影響面，達到更大的效果。本研究的設計是在彰化建立社區健康網絡，動員社區的人力、物力資源參與社區健康計畫，透過學習來增進健康知能。由於社區民眾提供對社區的服務，提高社區民眾對健康問題的關注，服務本身便是一種參與，開啟了關心—學習—參與服務—進一步關心—學習更多—進一步參與服務的良性循環。

(三)民眾自我照顧

民眾自我照顧能力的提升與健康知能息息相關，民眾需要了解何謂健康，有哪些影響健康的因素，何時與如何採取何種的自我照顧行為，民眾開始嘗試健康問題的自我照顧時，可能存在有很多的不確定性與焦慮，如果這些行為影響因素無法克服，將使民眾不願

意採用自我照顧，或一經挫折便很快放棄，本研究小組認為要有效克服上述困難，在教育民眾自我照顧是最好透過醫療人員的共同參與，尤其是民眾的家庭醫師，然後建立民眾與家庭醫師良好的溝通互動，利用民眾可以信賴的專業來協助民眾自我照顧能力的養成。

二、社區共同照護體系的建立

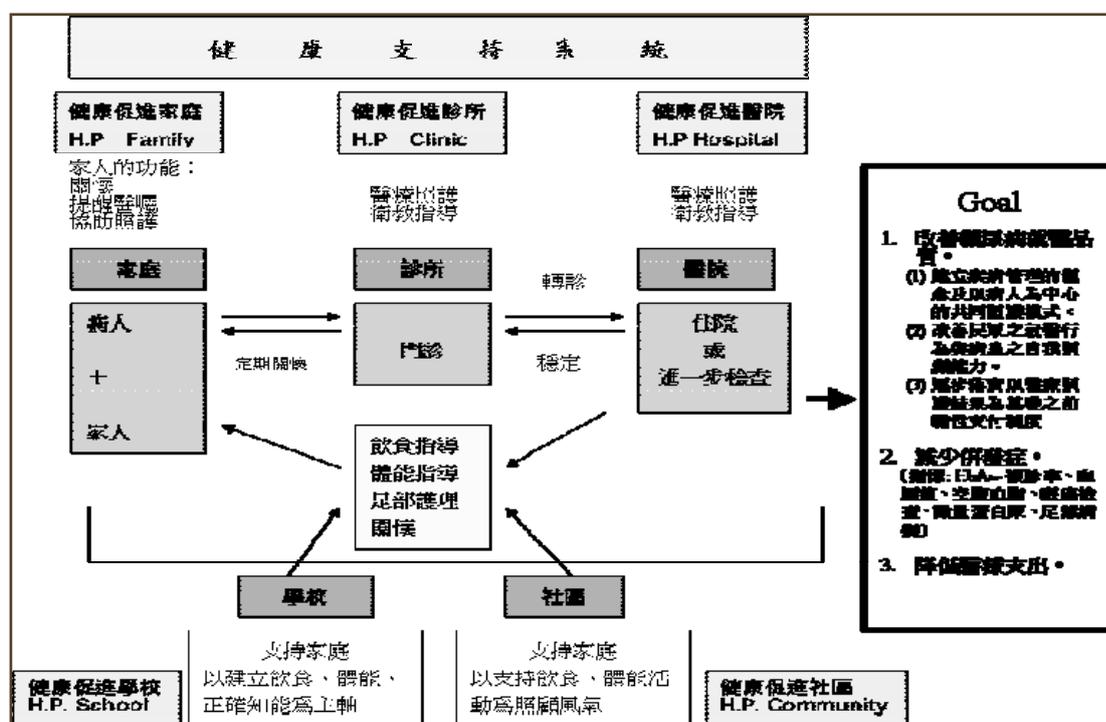
(一)社區醫療的溝通整合

彰化地區的醫療體系主要有一所醫學中心，一所區域醫院，29所地區醫院及920間診所，醫療生態較為單純，計畫是希望透過彰化地區醫界意見領袖、醫院代表、基層醫師代表，衛生局等之溝通，建立一個大家可以接受的整合服務模式，醫院方面溝通方式以「健康資源整合組」、「醫療品質組」、「審查與支付組」分別進行，與基層醫療院所的溝通則延續之前的溝通方式，由醫策會協助辦理與基層代表的套論會以交換意見，達成共識。研究小組的工作是溝通所面臨的問題，研究可能解決方案，再交由各小組進一步溝通，同時協助各溝通小組工作的進行。

(二)健保支付制度的改革

全民健保是目前影響醫療行為最大的因素；因此，醫療系統的改革必須要有健保的配合才能為醫療院所接受。本研究所提改革方

案如要推動，必須要取得健保的配合；否則應減少與健保給付的關係，才容易為醫界所接受。



圖二：地區健康支持服務架構

參、研究方法

本研究採用行動研究法，研究者藉由參與彰化縣醫療體系的整合工作，利用認識情境、發現問題、研究分析、提出假設與行動計畫、執行行動、評估結果的循環行動，達成本研究的目的。

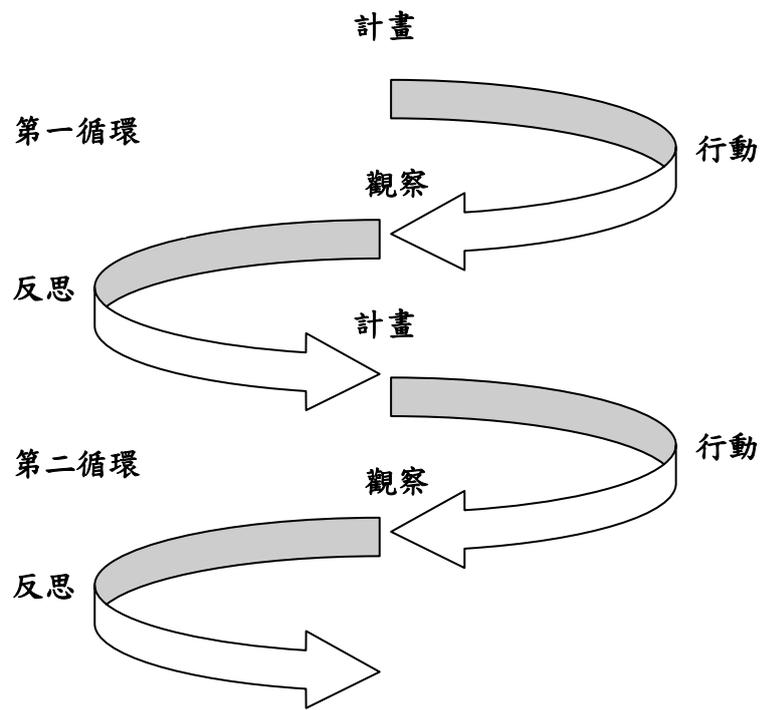
行動研究(Action research)的理論

行動研究是一種實踐科學。是一種由工作者共同參與，謀求工作情境中當前問題之解決，評價並導正決定與行動過程的研究方法。

Franseth 認為：「行動研究是一種系統的檢查方法，檢查者為個人或團體，檢查的目的，是企圖在當前工作中所未能解決的問題中，獲得正確的答案，並從而改進其工作。」行動研究的焦點，在於即時的應用，解決當前的問題，不著眼在理論的發展。而行動研究的範圍，只是以一個特殊的、局部的問題為限，其結果只應用於此種特殊情況，而不具普遍性也不在於普遍的應用。

在行動研究中，研究者對所「執行的活動」進行循環不斷、有系統的自我反思式研究。通過發現問題、制定解決問題計畫方案、執行計畫和反思分析計畫成敗等步驟，改善實踐的活動，達成活動的目的。行動研究沒有特定的技巧。鼓勵不斷嘗試、反思分析和行動三者的循環與結合。經過不斷的嘗試失敗以達到最終的目的。行動研究的科學性是建立在計畫、行動、反饋、調整基礎上的自我調整的螺旋結構。

實用主義主張以實際效果為判斷真理的標準；因此真理是相對的。對行動研究價值的評論，側重於對實際情況所引起的改變程度，其判定的標準也在「實效」。同時行動研究是在特殊的工作情境中進行，有其特殊的問題與對象，其結果也是「相對」有效，而不具普遍性。



圖三：行動研究螺旋

第四章、研究工作內容與執行過程

壹、計畫第一循環之執行狀況、反思與改進

一、健康促進學校計畫

經研究小組與彰化地區作真實接觸後，發現該地區收案的糖尿病病人其子孫已不在國中小學，而現行健康促進學校計畫主要在中小學，因此另尋其他支持系統。經研究團隊討論後，為了與共同照護計畫互相呼應，因而改進行社區醫療群所涵蓋的健康家庭會員為社區充能的對象。先針對某醫療群所照顧的糖尿病患為對象，發展糖尿病志工，利用志工與社區中的病患接觸，提供關懷與衛教。志工亦可以透過志工訓練增加對糖尿病的認識，在參與衛教過程中慢慢擴大與加深社區對健康問題的參與，達成社區參與的目的。

二、醫師與診所充能

(一) 健康促進診所的模式建構

本研究利用醫療群定期聚會的機會，介紹本研究動機目的與方法。會中並邀請地方衛生局參加，除由計畫主持人說明外，並請診所醫師和衛生局及醫策會分別說明慢性病照護的趨勢和未來健保給付的改革方向，以增加診所醫師的參與動機。會中邀請教師指導診

所人員有關健康體能知能及演練、病友會的籌組方法、病友會的經營實務及注意事項等。

(二) 住院醫師的社區醫療教育

為加強醫師的臨床基本能力，衛生署開辦畢業後一般醫學訓練，對象為第一年住院醫師(PGY1)，訓練內容中有社區醫療的課程，本研究協調在彰化秀傳之 PGY1 對參與病友會之糖尿病人作疾病關懷及協助糖尿病相關健康問題的評估處理。

本研究協助規劃畢業後一般醫學訓練學生在社區醫院之社區訓練課程，採用服務學習之課程設計，讓學生參與社區醫療群基層醫師與志工之團隊，對社區中之糖尿病病人作居家的健康評估工作、發現病人個別的疾病影響因素、與小組成員共謀解決之道，一方面學習慢性病控制的相關問題與技巧，另一方面對病患提供實質的照護服務。

三、病人充能 - 糖尿病病友團體的模式建構

協助「社區醫療群」基層醫師成立糖尿病病友會，加強醫師與病患(及家人)之溝通互動，提升照護品質。在糖尿病團體中，病友一方面獲得由醫療與其他專業人員所提供的疾病知識，另一方面經由病友間經驗的分享，增加處理糖尿病所引發的相關問題的能力。

四、彰化地區醫院整合與共同照護制度推動

(一)組織彰化縣共同照護試辦計畫工作小組

包括健康資源整合工作小組、醫療品質改善工作小組及審查方式與支付制度研議工作小組。小組任務為協助地區內各主要醫療院所間之溝通，收集不同意見，並設法達成共識。

(二)共同照護制度推動

本研究在過去一年在彰化努力推動區內醫院、診所之整合工作，包括工作小組的推動，至今仍未獲得明顯之進展。依過去努力的經驗歸納原因，可能有下列數點：

1. 健保局支持態度不明確

健保局是醫療行為最大的影響因素，醫療院所的生命幾乎全掌握在健保局手中，任何醫療行為的改變必然牽動健保利益，醫療院所在缺乏一個明確的保證與可估算的利益的時侯，是難以接受較大的醫療服務方式改變。另一方面，健保局在財務困難的時侯，在沒有獲得服務成效保證之前，亦難以對新型態的醫療服務方式提出較具誘因的給付。

2. 醫療院所對改變的恐慌

由於健保點值日益下降，甚至出現追討過去溢支的醫療費用，

醫界在面對健保難以預估的不確定與不安下，對沒有十足把握的改變往往採取十分保守的態度，使得計畫推動遭遇阻力。

3. 「社區醫療群」佔基層醫療的比例仍低，大部分民眾仍未登記其家庭醫師，各界對登記「家庭醫師名冊」的可能性仍有高度之疑慮。

4. 缺乏具體的共同議題

我國的醫療體系長期以來都處於封閉與競爭的狀態，健保實施以後，由於資源受限，競爭的情況更形激烈。醫療院所互動方式行之有年，在討論整合的時候便會有無從著手的困難。「社區醫療群」的成功模式是提供具體的合作項目，同時給予適當的財務誘因，如「共同門診」、「執行中心」、「雙向轉診」。本計畫在開始執行時並未找出一些可供合作整合的議題或具體工作項目。加上缺乏經濟誘因，整合工作可能因而難以推展。

5. 由上向下式整合困難

「社區醫療群」整合容易成功是因為整合規模小，通常只有五位基層醫師加上一所社區醫院，因此較易達成共識。本研究希望結合各大型醫院、地區醫師代表組織工作小組促成地區整合，由於參與層面與單位太多太廣，各單位對整合會有不同的期待，共識建立

不易。

6. 缺乏指標性學習對象

在推展「社區醫療群」的經驗發現，建立具有指標性的個案與示範點，對推廣有重要的影響，本計畫因為沒有率先投入的案例，故難以對其他醫療院所產生催化作用。

(三) 健保支付方式的導入

本計畫目前的策略為暫不觸及健保因素，僅對健保的可能介入方式提出建議。

1. 不修訂目前支付標準，僅就部分可供社區醫療群執行的項目辦理跨表作業。
2. 設定節約醫療費用的財務目標和提升醫療服務品質的指標。
3. 預定節約達成時，以協調之成數和支付方式回饋醫療群。
4. 由健保局開發財務結算公式計算回饋額數，並作為持續改進之參考。

(四) 「個別醫院總額制度」實施後，醫療可靠性的確保

因健保給付方式的改變，先前預期的病人下轉狀況並未出現，加以醫療院所溝通仍未達成共識，本項目決定暫緩執行。

五、計畫調整方向

- (一)根據謝博生教授對建構醫療照護體系所提倡的方向，以民眾為中心，包括「醫療照護」及「自我照顧」兩大層次，提出三階段策略的建構模式，第一階段是組織「社區醫療群」，基層醫師間及與醫院間的局部整合。第二階段是成立「健康支持網路」，讓基層醫師與社區內其他健康照護專業人員建立合作關係，而第三階段則是進入區域共同照護系統的建置。因此，在目前階段應先以「健康支持網路」的建置為主要目標，拉近醫師與社區的關係，喚起社區的健康意識，慢慢引發社區與醫師間對健康之共同意識，奠定整合的基礎。
- (二)健保局的態度是醫療院所最關心的，也是最具影響力的因素。由於大部分不是本計畫可以著力的部份，未來希望透過較小規模或某些健康議題的整合服務來展現成果，增加對整合的信心。
- (三)利用特定健康議題做小規模的整合，以一小步的成功累積更大步，以小範圍的成功作為標竿，慢慢的擴大到整合體系與地區。
- (四)採用願意者先來的策略，參考創辦擴散理論，先結合有改革意願，願意創辦者，再讓其經驗向社區散播，慢慢形成大家願意參與的氣氛。
- (五)找尋健保之外之資源，包括政府與民間的資源，作適當的連結應用。

貳、計畫第二循環之執行狀況、反思與改進

一、策略調整後，本計畫採用健康問題為具體的介入議題，依三階段策略的第二階段為努力方向，透過醫師與社區之結合，間接促進醫療院所間之互動。本計畫三大目標亦依健康問題為導向作緊密的串聯。經過研究小組的分析，認為以一個對健康有重大影響，在醫療機構中十分常見，又為民眾所認識的疾病作為切入點，可以將民眾、社區與醫療機構三者作整合，而糖尿病正是符合上述條件，又是衛生單位積極推行防治的重要健康問題。經調整後之研究策略如下：

(一)提昇基層院所對糖尿病人的照護能力

原有的醫療模式中，醫師只在診所或醫院中與病人接觸，給予診斷及治療，在以往傳統急性傳染病為主的時代，這種醫療模式是可以十分有效率的治療疾病，但面對目前所盛行的慢性疾病，這種只侷限在醫療機構中，醫病互動十分短促的診療方式，卻無法有效的控制慢性疾病，以致糖尿病、高血壓、高血脂症等問題，其服藥率與控制率相對偏低。因此，讓醫師走出門診，進入社區去了解他(她)們的病人是如何處理慢性疾病，將可以增加醫師對慢性疾病的處理能力。

(二)基層醫師對社區資源的應用

基層醫師因為看診業務繁忙，難以投入較多時間去關心社區裡

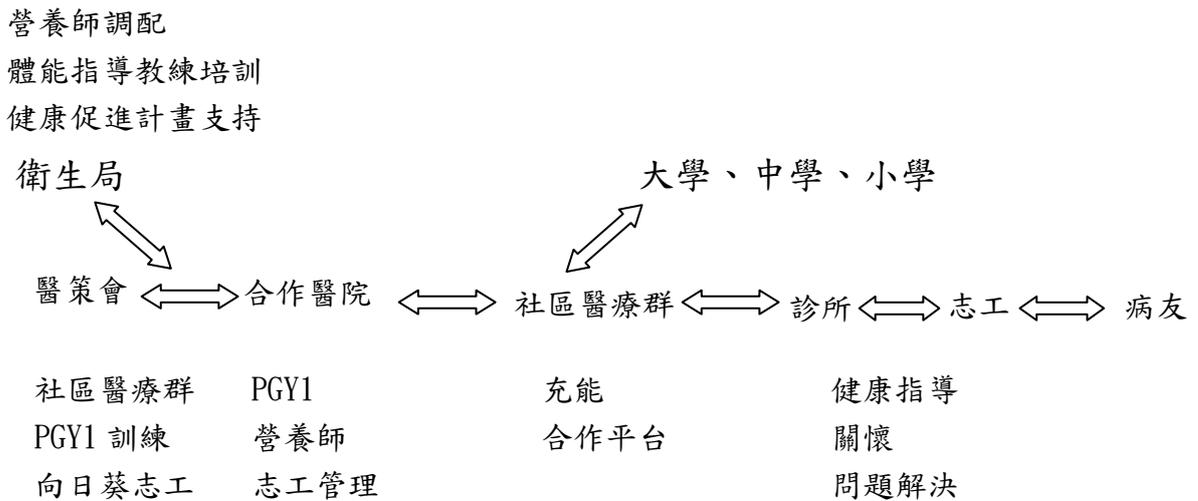
的病患。因此，發展社區健康支持網絡，協助醫師去幫忙社區中的病患，可以使醫師在病人回診前的時間，仍能透過支援網絡去掌握病人的病情，了解其遵醫囑狀況，及日常生活中影響疾病控制的相關因素。

(三)加強基層醫師與社區間的連結

醫師離開門診，走進社區，如作家訪、社區團體衛教及各種健康相關宣導活動，皆可以加深醫師與社區民眾的互動，增強民眾對醫師的信賴感與忠誠度。健康支持網絡與醫師攜手共同服務社區病患，彼此建立一個團隊，醫師與支持網絡志工，皆由團隊中的一份子，可以使彼此間發展出更深度的了解與聯繫，進而使醫師與社區民眾發展出夥伴關係。

(四)醫療院所間之共同照護

本研究以「社區醫療群」為介入對象。醫療群的基層醫師之間及基層醫師與合作醫院間，原本就具有平衡與垂直轉診的關係，本研究在原有的合作關係中，再加入社區支持網絡及畢業後一般醫學訓練的社區訓練課程，作為診所與醫院互動的橋樑，共同以糖尿病的治療為目標，加強彼此間的合作，減少競爭，為日後醫療體系的整合作準備。



圖四、第二循環之計畫內容架構

二、調整後的工作項目如下：

健康促進學校經第一循環的討論後決定暫緩執行，改以健康促進診所與社區支持網絡為計畫的主要發展工作。內容包括基層醫師與社區醫療群診所的充能、糖尿病病友會(病人充能)、與社區健康支持系統的建立與運作。工作項目如下：

(一)醫師與診所充能--健康促進診所與 PGY1 社區醫療訓練計畫的繼續推動。

(二)病人充能--糖尿病病友會的繼續推動。

(三)社區健康支持系統--地方志工團的建立

1. 導入社區資源，建立社區支持網絡

2. 給予志工基本訓練、關懷訓練與糖尿病知能訓練，與社區醫療群

醫師共同照護社區糖尿病病人，提供社區病人關懷與生活照顧指

導，並與醫師定期討論病人之健康相關問題。有關志工團之工作狀況請參看第二部分之分部資料。

(四) 社區健康支持系統--地方專業人員的參與

要做好慢性病(如糖尿病等)的照護，必須有各種專業人員協助，基層診所由於人力物力限制，難以組織整合性的照護團隊，本研究幫忙發掘在社區中的潛在資源，如大學中之健康相關科系教師參與病友會的衛教與指導，同時邀請地區之健康促進學校校長與診所醫師分享推動健康促進工作之心得。

(五) 規劃彰化縣慢性病共同照護模式

根據「功能性全民健康保險醫療品質委員會」所提出之糖尿病、慢性腎臟病及透析治療及膝關節炎人工關節置換治療品質改善方案，以上述三種慢性健康問題為例，建構彰化縣慢性疾病共同照護，並於 95 年 8 月 28 日在彰化縣衛生局舉辦「建構彰化地區健康照護及疾病管理模式共識會」，初步已獲得認同，後續工作仍在規劃中。糖尿病照護因為早已發展「社區醫療群」結合「社區支持網絡」的照護模式。及社區民眾自我照顧及參與之社區充能計畫，其執行經驗及初步結果可以作為其他兩個計畫之參考。

(六) 推動地區小型醫院與基層診所結合成立聯合執業群

衛生署為了進一步推廣本土模式的家庭醫師制度，適應較偏遠地區的醫療模式，另一方面維持小型醫院在社區的醫療功能，在醫療發展基金獎勵辦法中新增「小型醫院與診所聯合執業模式」的獎勵辦法。希望在兩年時間內，透過基金挹注的協助，改善小型醫院的體質，強化社區與家庭醫療的功能，提升社區民眾的健康照護，建構更合乎經濟效益的醫療體系，減少健保的浪費與負擔。此計畫的目的便包括：促進社區醫療資源的合理與有效使用、鼓勵民眾在地就醫，減少越區與越級就醫所做成的不便與醫療浪費、探討地區醫院推動家庭醫師制度可能遭遇的困難，以求事先研究解決方案。

彰化縣因在去年初老年人口尚未超過 11%，未能符合衛生署之試辦條件，本研究小組仍在彰化舉辦說明會，替醫療院所作申請前之準備，目前彰化縣之老年人口已超過 11%，可以提出申請。增加醫療群在社區醫療系統中的比例，可以增進醫療院所的整合程度，有利於日後區域共同照護體系的建立。

參、彰化縣社區健康支持網絡之推動

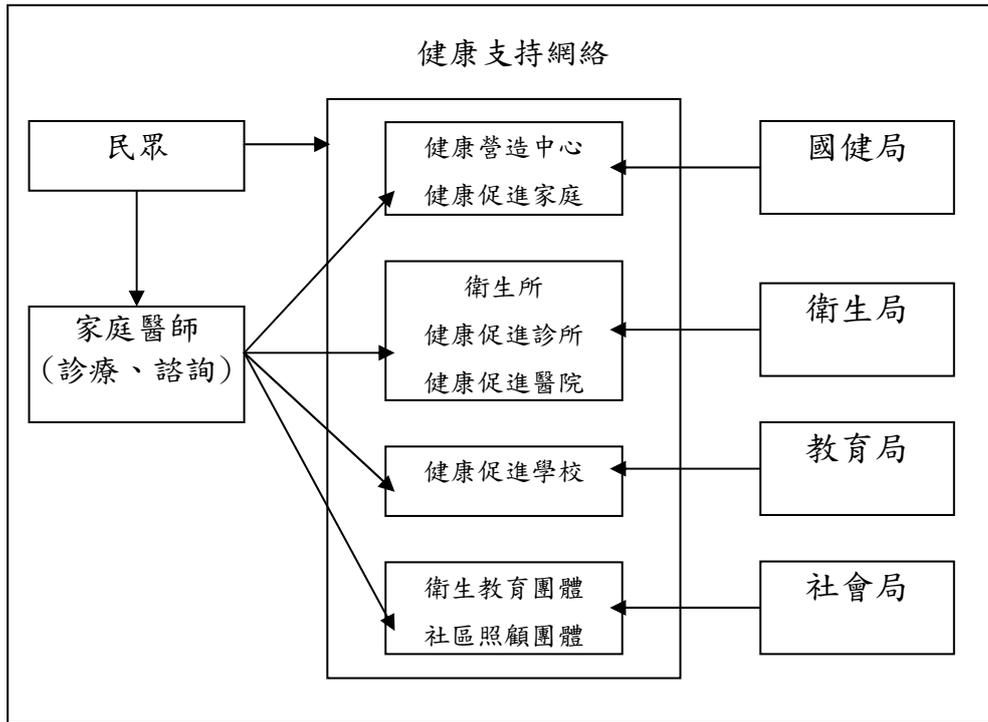
社區支持網絡計畫

參與人員：

- 社區醫療群(醫師、護士、醫師娘)
- PGY 受訓住院醫師
- 志工
- 病人與家庭照顧者
- 社區中之專業人員(大學與醫院之健康相關專業人員)
- 學校師生

本計畫在彰化所發展的社區支持網絡：

- 糖尿病病友會
- 向日葵志工團
- 專業人員網絡
- 健康促進學校



圖五、健康支持網絡圖

一、糖尿病病友會的模式建構與運作

目的：

- 病人充能，提高病人與家屬對疾病的認識與自我照護能力
- 醫療人員走出診所進入社區，強化處理慢性病人的能力
- 將社區中之其他專業人員帶入協助照護

方法：協助「社區醫療群」基層醫師成立糖尿病病友會，邀請診所糖尿病病人加入，定期舉辦病友會活動，加強醫師與病患(及家人)之溝通互動，提升照護品質。在糖尿病團體活動中，病友一方面獲得由醫療(如醫師、護士、營養師等)與其他專業人員(如體能教師等)所提供的疾病

知識，另一方面經由病友間經驗的分享，增加處理糖尿病所引發的相關問題的能力。病友間的經驗分享、會中的餐飲準備與生活連結，及大學體能教師的指導，能夠給予病人血糖控制行為十分實在與即時的回饋。親身體驗的學習比一般光用語言的衛教更容易了解與執行，而且更能讓病人印象深刻。

病友會組織：由診所邀集 3—5 人核心病友將各診所的病友組織起來，依其照護需求予以分類，每 5—10 人一小組，每小組選一個小組長協助聯繫聚會時間、地點。

病友會功能：

- 小組與個別衛教
- 建立病友支持系統
- 分享照護經驗
- 評估照護需求

經驗分享與需求評估：

- 遴選自我照護較好的病人，經醫護人員指導後，赴各聚會所擔任分享者。每次聚會歡迎病友家屬一同前來，共同分享照護經驗。
- 蒐集分享過程中所提出之疾病相關問題，整理出衛教需求，交給診所醫事人員予以指導或尋求其他資源(衛政、社政、勞政、學校、NGO、

志工)協助處理。

二、向日葵志工團

建立社區健康支持網絡，增加民眾對自身及社區健康的關注、健康知能，強化社區民眾與醫療體系的了解與互動，落實慢性病疾病管理，達成社區參與及社區充能的目標。

目的：

- 激發社區民眾對健康的關心與注意
- 激發社區意識，利用社區的力量去幫助社區
- 透過志工教育強化健康知能
- 透過社區參與過程，促進參與者(志工與受關懷者)的健康
- 促進社區資源之使用
- 加強醫療服務體系與社區之關係

方法：

- 透過現有的社區組織招募
- 依內政部之法令規章辦理志工訓練與認證
- 強調與社區健康之關係
- 疾病與關懷工作之介紹與訓練
- 安排有趣味與促進健康之活動與健康知能學習

- 加強志工對團體的認同(如製作 logo、制服、提袋等)
- 成立社區之管理系統(如由醫院社工室、衛生局等作管理)
- 安排團康活動進團體中之交流互動，加強向心力
- 志工訓練結束時，由地方衛生機關或具公權力之單位舉辦證書頒發，
以示對志工工作之重視
- 志工依居住地分配工作責任區

工作過程：

- 由基層醫師篩選慢性病個案控制不良、或有其他原因需志工介入關懷者
- 由管理中心，連絡責任區志工進行訪問關懷
- 志工與基層醫師定期召開工作會議，交換病人資訊及討論協助病人健康照護之方法
- 舉辦成果發表與表揚大會以鼓勵志工的 effort 與交換志工心得
- 定期舉辦志工繼續教育以強化健康知能與助人能力

運作經驗：請參考附件

三、專業人員網絡

(一)住院醫師對社區醫療的參與

目的：

- 第一年住院醫師(PGY1)對社區醫療的訓練，透過親身參與的服務學習課程來增進處理社區慢性病病人的知能。
- 糖尿病病人自我照護行為的改變

方法：協助規劃畢業後一般醫學訓練學生在社區醫院之社區訓練課程，採用服務學習之課程設計，讓學生參與社區醫療群基層醫師與志工之團隊，對社區中之糖尿病病人作居家的健康評估工作、發現病人個別的疾病影響因素、與小組成員共謀解決之道，一方面學習慢性病控制的相關問題與技巧，另一方面對病患提供實質的照護服務。

照護過程：

- 每一位受訓學員在一個月的期間內照顧 20 個糖尿病家庭
- 每一個家庭進行兩次的家庭訪問，利用所發展的自我照護 Check List 教導該家庭成員如何照護糖尿病病人
- 詳細紀錄且進行後續追蹤，於一個月的課程結束後作出 20 個家庭的完整報告，並且將其交接給下一位受訓學員由其繼續照顧。

課程設計與評估：請參考附件

(二)社區健康支持系統--地方專業人員的參與

目的：

- 應用地方醫療體系以外的專業人員協助社區民眾的慢性病照護

- 促進社區、醫療體系與其他專業體系的溝通與互動

方法：要做好慢性病(如糖尿病等)的照護，必須有各種專業人員協助，基層診所由於人力物力限制，難以組織整合性的照護團隊，本研究幫忙發掘在社區中的潛在資源，如大學中之健康相關科系教師參與病友會的衛教與指導，同時邀請地區之健康促進學校校長與診所醫師分享推動健康促進工作之心得。

(三)健康促進診所—醫師與診所充能

目的：

- 改變診所醫師的服務模式，提供以病人為中心，社區為範疇，重視預防醫學的醫療服務
- 發揮基層診所的慢性病管理與社區醫療功能
- 加強基層醫師對社區資源的認識與應用
- 加強基層醫師與社區間的連結

方法：

- 推動基層診所成立聯合執業群與社區醫療群
- 透過基層醫師成立糖尿病病友會的工作，讓醫師走出診所與社區民眾及社區健康支持網絡接觸，學習提供社區醫療服務的方法
- 利用與健康志工共同合作的機會增加對社區的了解與解決社區中

慢性病病人照護問題的能力

四、健康促進學校

目的：引發老師與學生對健康問題的關注與投入，最終目的是健康教育內化在學校教育當中，學校師生能自己訂定健康促進目標與策略、執行與評估。

方法：研究者安排各種適合學校師生的健康促進活動，讓老師學生對健康活動產生興趣，再指導老師學生自己安排活動，研究者給予從旁協助。

肆、推動彰化縣共同照護試辦計畫

推動地區醫療院所結合，提供符合慢性病照護需求的整合性醫療照護服務，消弭醫療院所間之惡性競爭狀況，改為合作互利的互動方式。

目的：

- 透過共同照護模式的建立促動醫院與基層診所的互動，進而產生進一步合作互助之契機
- 減少病人使用醫療服務系統時，跨越不同等級的醫療單位時的障礙
- 減少醫療重複所產生的資源浪費
- 作為建立整合式醫病服務體系的前驅試驗模式
- 增加民眾對醫療服務之滿意度

- 提升醫療照護品質與照護成果

方法：

- 組織彰化縣共同照護試辦計畫工作小組，利用地方醫界代表間之協商建立合作的模式。包括健康資源整合工作小組、醫療品質改善工作小組及審查方式與支付制度研議工作小組(小組召集人及委員名單請參考附件五)。小組任務為協助地區內各主要醫療院所間之溝通，收集不同意見，並設法達成共識。
- 規劃彰化縣慢性病共同照護模式，根據「功能性全民健康保險醫療品質委員會」所提出之糖尿病、慢性腎臟病及透析治療及膝關節炎人工關節置換治療品質改善方案，以上述三種慢性健康問題為例，建構彰化縣慢性疾病共同照護。
- 推動基層診所與醫院結合成立聯合執業群與社區醫療群

伍、「醫院總額制度」實施後，醫療可靠性的確保－建立醫院診所間良好的轉診模式

健保局實施「醫院總額給付制度」，個別醫院因為給付受到固定總額的限制。在成本與獲利的考量下，可能產生的排擠病人效應。醫院為了服務的給付有上限的限制，會將服務量縮減，而促使病人向基層診所就診。由於全民健保中，醫院與診所之服務分由兩個不同的總額給付。病人向診

所流動的結果導致診所單位服務價值減少，容易引發醫院與診所間之對立，導致民眾接受醫療服務的權益受到波及。解決之道是健保給付方式的調整，確保「錢跟著人走」及「給付提供適當具品質的醫療服務者」，由於健保的給付並非本計畫可以探討，故本計畫企圖從建構合理的醫院對診所轉診方式入手。

目的：

- 促進醫院與診所間良好的溝通與合作
- 探討病人由醫院下轉至診所之良好機制
- 探討病人由醫院與診所共同照護的方式
- 探討影響共同照護品質與成果的因素

方法：

- 建立醫院與診所間之溝通管道(共同照護試辦計畫工作小組)促進醫院與診所間的溝通
- 推動社區醫療群與聯合執業群的建立，建之醫院與診所合作之平台
- 針對「慢性腎臟病共同照護」及「膝關節炎人工關節置換共同照護」研擬醫院將病人下轉診所的方式及相關影響因素

第五章、研究結果

壹、社區健康支持網絡之成果

一、健康促進學校計畫

經研究小組與彰化地區作真實接觸後，發現該地區收案的糖尿病病人其子孫已不在國中小學，而現行健康促進學校計畫主要在中小學，因此另尋其他支持系統。經研究團隊討論後，為了與共同照護計畫互相呼應，因而改進行社區醫療群所涵蓋的健康家庭會員為社區充能的對象。先針對某醫療群所照顧的糖尿病患為對象，發展糖尿病志工，利用志工與社區中的病患接觸，提供關懷與衛教。志工亦可以透過志工訓練增加對糖尿病的認識，在參與衛教過程中慢慢擴大與加深社區對健康問題的參與，達成社區參與的目的。

二、健康促進診所的模式建構－醫師與診所充能

本研究利用醫療群定期聚會的機會，介紹本研究動機目的與方法。會中並邀請地方衛生局參加，除由計畫主持人說明外，並請診所醫師和衛生局及醫策會分別說明慢性病照護的趨勢和未來健保給付的改革方向，以增加診所醫師的參與動機。會中邀請教師指導診所人員有關健康體能知能及演練、病友會的籌組方法、病友會的經營實務及注意事項等。本研究成功的將醫師與糖尿病病人利用病友會組織起來，使醫師走

出診所了解病人在社區與家中的健康問題，透過社區志工及專業人員的幫助，共同解決在醫療環境中所難以解決的問題。

三、住院醫師對社區醫療的參與(PGY 計畫)

本研究協助規劃畢業後一般醫學訓練學生在社區醫院之社區訓練課程，採用服務學習之課程設計，讓學生參與社區醫療群基層醫師與志工之團隊，對社區中之糖尿病病人作居家的健康評估工作、發現病人個別的疾病影響因素、與小組成員共謀解決之道，一方面學習慢性病控制的相關問題與技巧，另一方面對病患提供實質的照護服務。在秀傳醫院社區醫學部的協助，將在社區訓練的 PGY 學員安排到基層醫師收案管理的糖尿病病人家中作訪視，了解並分析各種健康相關問題，把問題與老師及基層醫師討論尋求解決之道，再依需要轉介醫療單位或向日葵志工追蹤處理，成功的將住院醫師訓練計畫與社區醫療作聯結，一方面提供住院醫師實境學習(authentic learning)的機會，使學員了解慢性病在社區中如何處理，心理社會及環境因素與生物因素間之複雜關係，強化醫師處理慢性病與處理社區健康問題的能力。另一方面透過學員的訪視評估，對慢性病病人的疾病控制問題有更詳細的了解，提升照護品質。學員對糖尿病病人的問題歸納出下列心得：

- 民眾文化、教育、資訊運用的落差，影響照護的效果，需要調整適合

的衛教內容來幫助病友。

- 家庭成員的參與和支持也是照護與衛教成效的重要因素。
- 建議未來進行實務課程的學員，先從疾病別、病人的基本資料背景、當地的文化、生活習慣瞭解起，可以讓家訪與後續的衛教活動進行得更加順利。

四、向日葵志工團

向日葵健康志工實際工作，負責慢性病人就醫、用藥提醒、就醫交通協助、電話關心、關懷訪視、參與病友團體座談、健康諮詢(具醫護背景者)等。並協助診所進行慢性病病友會。志工依是否具有醫療專業背景分為「健康指導志工」與「生活健康志工」。「健康指導志工」負責慢性病衛教及生活健康志工健康專業知識輔導，協助規劃病友團體交流，並擔任慢性病個案就醫追蹤管理。「生活健康志工」負責慢性病人就醫及用藥提醒及就醫交通協助、慢性病人之飲食與運動指導、參與病友團體座談等。

為了瞭解向日葵健康志工團運作情形，並增進志工糖尿病疾病管理相關知識，召開「向日葵健康志工與安健社區醫療群分享會」以追蹤志工服務狀況並了解志工運作時所遇到的問題、建議，作為志工、診所與醫院間的交流平台。志工們均認為向日葵健康志工的成立，除

了可提升志工們自身的健康知識外，也能利用衛生教育的方式將健康訊息傳達至社區其他民眾。後續除以電話追蹤運作狀況，亦將定期辦理此類之志工分享會以凝聚志工向心力。

五、糖尿病病友會

(一)安健社區醫療群試辦糖尿病照護計畫

安健醫療群由豐安聯合診所、黃俊熙小兒科診所、林侯婦產科診所、王健龍診所、穎宣診所、葉宣哲診所等六間診所組成，當中尚有秀傳紀念醫院 PGY 學員從中幫忙。由侯蓓蓉(林侯婦產科)醫師為總聯絡人，至目前為止共辦理下列事項：

- 第一次專案小組工作討論會(95年3月24日)
- 試辦區社區醫療群召開共識會(95年4月3日)
- PGY 學員社區醫療實務試辦課程討論會(95年5月7日)
- 秀傳紀念醫院 PGY 學員於 95 年 4 月 10 日開始到社區醫療群診所接受訓練
- PGY 學員社區醫療實務試辦課程檢討會議(95年9月22日)
- 舉辦「健康志工座談會」(95年5月7日)
- 於鹿港地區邀請地方衛生、社政、教育主管機關、醫療群、社區發展協會、鄉鎮公所以及熱心公益之民間團體參加，以座談會方式推

廣健康志工理念。

- 志工招募(95年5月7日)
 - 輔導團隊13人、診所醫師及工作人員12人、出席共計25人。
- 健康志工課程規畫討論會議(95年5月12日)
- 志工專業講習(95年6月24~25日)
 - 輔導團隊18人、診所醫師、志工、及工作人員45人出席共計63人。
- 志工服務檢討會(95年10月29日)
- 糖尿病病友會
 - 黃俊熙診所慢性病病友會(95年7月28日)
 - 黃俊熙診所第二次家訪病友(95年8月27日)
 - 豐安診所慢性病病友會(95年8月27日)
 - 王健龍、穎宣、葉宣哲診所及林侯婦產科診所慢性病病友會(95年8月29日)
 - 慢性病併發症之旅(95年10月29日)
 - 王健龍、穎宣、葉宣哲診所及林侯婦產科診所第二次慢性病病友會(96年7月24日)
- 安健社區醫療群分享會(96年8月26日)

表二、安健醫療群糖尿病社區支持網絡介入計畫個案基本資料表(志工照護前)

		樣本數：105 人	
年齡		59.01±12.75	range：26-84
	實驗組(78 人)	44.73±12.43	range：30-84
	對照組(27 人)	61.96±13.70	range：26-79
性別		男	女
	實驗組	47(60.3%)	31(39.7%)
	對照組	10(37.0%)	17(63.0%)
HbA1C			
	實驗組	10.45±2.13	F=0.947
	對照組	10.91±2.08	P=0.33
LDL			
	實驗組	119.38±24.39	F=0.240
	對照組	122.20±29.46	P=0.63

實驗組與對照組間無統計上有意義之差別

表三、安健醫療群糖尿病社區支持網絡介入計畫個案基本資料表(志工照護後)

		樣本數：68 人	
年齡		59.97±13.02	range：25-82
	實驗組(40 人)	58.95±13.62	range：30-82
	對照組(28 人)	61.43±12.22	range：25-78
性別		男	女
	實驗組	24(63.2%)	14(36.8%)
	對照組	16(53.3%)	14(46.7%)
HbA1C			
	實驗組	10.24±1.29	F=13.77
	對照組	8.76±2.00	P=<0.001
LDL			
	實驗組	147.88±32.92	F=0.22
	對照組	114.93±21.58	P=<0.001

(二)基隆市七堵社區醫療群試辦糖尿病照護計畫

照安健社區醫療群模式在北部又找一個醫療群試辦，七堵社區醫療群由正光內兒科診所、柯富德診所、康寧眼科診所、佑仁聯合診所、紀醫師診所、廖內兒科診所、西華診所組成。由紀醫師為總聯絡人，至目前為止共辦理下列事項：

- 診所醫師共識會議(96年4月4日及96年6月21日)
- 由本計畫協同主持人紀雪雲主任向醫療群醫師說明計畫內容及實施模式。
- 志工招募時間96年4月4日至96年5月4日(詳見會議紀錄)
- 志工訓練
 - 96年6月2至96年6月3日假基隆市福瑞客餐飲會議室召開志工基礎培訓會議記12小時
 - 96年7月8日假基隆市七堵永安里民會堂召開志工特殊培訓會議記8小時
- 實驗個案資料蒐集
- 志工服務

由診所邀請志工成為診所照護糖尿病病友的一員，並由醫策會訂志工管理要點，每週關懷病友，每月填寫服務紀錄。

基隆市糖尿病共同照護計畫已發展完整的問卷，本計畫只在飲食及體能部份小部分修正，並請診所蒐集 95 年 7 月 1 日至 96 年 4 月 4 日新收案的糖尿病病人其 LDL \geq 130 或 HbA1C \geq 9.0 之個案，經與衛生局檢討，只有四家診所符合收案條件。

表四、七堵醫療群糖尿病社區支持網絡介入計畫個案基本資料表

			樣本數：44 人
年齡		59.98 \pm 11.43	range：32-83
	實驗組(22 人)	59.73 \pm 8.25	range：41-75
	對照組(22 人)	60.23 \pm 14.12	range：32-83
性別		男	女
	實驗組	5(22.7%)	17(40.9%)
	對照組	9(77.3%)	13(59.1%)
HbA1C			
	實驗組	9.72 \pm 2.77	F=1.39
	對照組	8.80 \pm 2.39	P=0.24
LDL			
	實驗組	163.69 \pm 59.50	F=0.122
	對照組	158.41 \pm 38.78	P=0.73

實驗組與對照組間無統計上有意義之差別

(三)糖尿病病人社區支持性系統介入實驗的成果，並未發現社區支持性

系統的介入可以改善病人血糖控制。

做成這個結果之原因可能有下列各點：

1. 非隨機分組的偏差

本實驗之治療組與控制組並非以隨機方式分派，進入治療組的病

人是原先控制不良的病人。研究者的分派目的是因為這些病人較需要進一步的協助，原先控制不良的病人亦較有進步的空間

2. 追蹤不完全的偏差

因為實驗的進行並非實驗者可以控制，這些實驗對象的追蹤必須靠基層醫師去追蹤檢查，由於醫師對實驗的配合度不一，做成部分病人的資料收集無法完成，影響資料品質

3. 病人因素

生理病理因素，如胰島素分泌能力、細胞對胰島素敏感性、病人行為的可改變性、遵醫囑性等之差異。

(四)建議

1. 隨機分組研究，減少分組的偏差
2. 建立良好的病人追蹤系統
3. 需要較多的研究資源投入

貳、推動彰化縣共同照護試辦計畫之成果

一、彰化縣共同照護試辦計畫工作小組之推動

共同照護試辦計畫工作小組成立後，發現整合工作難以推動。一方面醫療院所競爭的情況激烈，互動方式行之有年，短期間難以取得互相的信任，在討論整合的時候便會有無從著手的困難。其次是由上

向下的整合困難，「社區醫療群」整合容易成功是因為整合規模小，通常只有五位基層醫師加上一所社區醫院，因此較易達成共識。本研究希望結合各大型醫院、地區醫師代表組織工作小組促成地區整合，由於參與層面與單位太多太廣，各單位對整合會有不同的期待，共識建立不易。目前的「社區醫療群」及「聯合執業群」的整合方式，由下向上，由點成面的推動，可能是較能成功的方向。

二、「社區醫療群」及「聯合執業群」的推動

「社區醫療群」及「聯合執業群」的推動本可以逐漸擴大基層診所與醫院間之整合，並透過家庭健康會員建檔把社區民眾納入，將其中之慢性病病人作個案管理，達成醫療服務體系整合與醫療品質提升之目的。但因部份基層醫師對健保給付方式的不滿與對「社區醫療群」計畫之懷疑，對之抱持反對意見，致使健保局難以擴大推行。「聯合執業群」的推動因小型醫院的興趣較低，唯一申請的醫院亦因申請條件不合而不獲通過，致使醫院與基層診所之整合仍只能維持數個醫療群之小規模，無法產生較大的影響力。

叁、醫療可靠性的確保－建立醫院診所間良好轉診模式的推動

為確保醫院實施個別總額後，病人能獲得適當之照護，本研究研究推動醫院病人下轉至基層診所，建立醫院與診所共同照護的模式，初步以「早

期(三、四期之)慢性腎臟病」及「膝關節置換手術」作為共同照護的項目。推動工作已完成秀傳醫院、彰化基督教醫院二林分院及其所支援的「社區醫療群」間之協調共識會議，各院亦各自完成收案條件及指標之訂定。但直至本報告撰寫前，二所醫院仍未與基層醫師有正式之下轉與共同照護病人，可能與個別總額仍未實行有關。本研究單位正繼續接洽中，希望在計畫正式結束前，能有進一步的發展。

第六章、討論與建議

壹、診所基層醫師組織與推動糖尿病病友會所遭遇的問題

糖尿病病友會是整合社區健康支持網絡的一個平台，一方面透過團體互動的機會，讓病人與家屬可以互相支持，分享疾病的經驗學習對方成功的適應方式。另一方面，社區中的其他專業人員參與病友會，將其專業服務與教育病友提升病人的照護能力與疾病控制。

在醫療人員方面，可以學習在醫療環境以外的問題處理技巧，將病人照護由診所帶至社區，多了解病人的生活狀況與疾病控制關係，使很多在診所中難以發現與處理的問題能夠獲得解決。第一年計畫在鹿港之「社區醫療群」試辦，初步獲得基層診所的醫師支持，各自成立自己的病友組織，亦從病友會中發現病人飲食習慣與血糖控制的問題，由病人實際的經驗去改變行為比一般衛生教育更能發揮效果。專業人員的介入讓病人學會更多運動的技巧，填補診所醫病人員對處理運動問題上的不足。

在推動糖尿病病友會時發現診所醫師大都缺乏經營病友會的能力，必須要有良好的教育與輔導，此外，診所醫師的意願與日常診療的忙碌程度對於病友會的經營亦有很大的影響。

第二年計畫將糖尿病病友會推廣至七堵醫療群，由於該群早有糖尿病之社區防治工作經驗，亦有良好的社區關係，在組織與推動方面便顯得十分順利，醫師的參與意願亦較高，醫師相信糖尿病病友會活動可以幫助病人的血糖控制，對醫師的工作很有幫助，目前已經完成實驗組與對照組的分派，實驗組的介紹活動正展開中。

有關量化資料的部份，由於參與糖尿病病友會的人數較少，診所間之態度差異很大，導致各病友會間有品質差距，資料蒐集不全，目前對實驗組及對照組的 LDL 及 HbA1C 的統計比較並未顯示有意義的差別。

貳、社區健康支持網絡向日葵志工團之推動問題

本研究成功的在彰化鹿港與基隆市七堵區兩地成立向日葵志工團，兩團皆依內政部規定完成一般訓練 12 小時，及依本研究需求完成糖尿病照護特殊課程 8 小時，並通過認證。鹿港志工參與人數共計 30 位，七堵志工團共有志工 32 位，均已先後參與社區健康服務。為了進一步加強志工的健康知能及參考的動力，必須安排適當的活動及給予回饋。

志工工作常見問題與解決建議如下：

一、 志工的管理問題

目前由地區之基層醫師(主要是醫療群之執行中心管理),但由於基

層醫師不熟悉管理方法，且因臨床工作繁忙，難以兼顧，日後可改由地區的醫院或衛生局協助管理，較能長期維護此一組織。

二、基層醫師與志工合作關係淡薄

部分基層醫師少和社工接觸，較少分配志工工作與共同討論解決建議。部分醫師因不熟悉診所以外的的工作模式，不知道使用社區資源，必須透過教育，尤其是同儕的經驗分享，使他們了解利用社區資源對他們臨床工作的好處。與志工搭配良好的診所，當初志工就是由診所推薦，可見志工與基層醫療的關係及志工對社區健康關懷會影響後續的工作品質，由診所推薦鄰近熱心社會服務的人選較能持續做好病友關懷。

三、產生小團體影響工作

志工輔導人員應深入了解原因並檢討是否影響工作，如確實對工作有影響，則考慮重新尋找志工領導者，並調整志工組合。

四、居民害怕受騙，志工遭遇拒訪

請志工於家庭訪是時務必穿著志工背心及配戴識別證，或請當地志工帶隊。

五、志工要求長成機會

- 與志工分享中心工作或邀請其參與會議，增加成就感。

- 定期舉辦餐會、茶會。
- 志工與工作人員聯誼。

六、基層醫師缺乏帶領志工經驗

- 利用志工工作分享活動或分組討論方式，提供帶領志工經驗與技巧。
- 聆聽志工的問問題與心聲。

七、志工專業能力不足

- 應有良好的規劃，訓練時安排任之訓練，在職訓練時以講課、實習方式併進，依實際要安排專業課程。
- 推展新工作前應做講習說明。

八、分配安排好的工作，志工礙於個人因素無法執行。

- 必須循序漸進，健康指導志工，需先經一段時間觀察然後再調整其工作。
- 使生活健康志工不致因無法執行該工作而挫折，往後還能愉快工作

參、開發社區中教育資源投入社區健康照護

本研究嘗試使用接受社區醫學訓練的 PGY 學員及大專院校健康相關老師參與社區糖尿病病人照護，發現這些專業人員的投入可以發現很多隱伏在家庭與社區中的問題，同時將專業照護由醫療院所延伸至社區中，對慢性病之社區照護有重要的影響，但因各地之環境與資源不一，而且又會涉

及學校行政制度，老師的個人意願等問題。在缺乏一個強有力的機制與適當的回饋下，如何繼續與推廣至其他地區仍是一個難以回答的問題。衛生與教育單位之合作推動服務學習(Service learning)課程並給予適當的誘因是下一步要考慮的方案。

肆、醫院與診所整合實施共同照護時需解決的健保給付問題

一、 保險給付方式對整合式醫療服務的影響

以醫療服務項目付費(fee for service)的保險給付方式不利於團隊式整合性醫療服務，因為付費方式並不鼓勵醫療提供者之整合與合作。加上健保將總額分為醫院與基層兩大部分，在總額的利益下，容易造成基層診所與醫院互推病人，這種現象在參與醫院個別總額的情況下最容易顯現，醫院將病人推給診所，造成人球事件，因此在發展整合式醫療服務體系時，必須要有保險給付的配套才能促成醫院與診所的合作，以團隊方式來服務病人。發展複合式的給付方式以因應不同健康狀態、時間、醫療服務提供者、與服務種類，以配合新的醫療型態的需要及減低不同給付方式對醫療行為產生的不良影響。

二、 保險給付方式與醫療品質的關係

傳統保險給付依項目付費並沒有把品質概念導入給付策略之中，造成做得越多，並非做得越好，才能獲得較高的報酬，健保的五大疾

病醫療品質提升計畫是開始將結果導入的嘗試，但評估指標仍是過程評估多於品質與結果。而僵化的評估方式使得醫師失去自主管理與決策機會，過多文書作業而難以推動，以品質及結果作為給付的條件是改革的正確方向，因為給付方式是引導醫療行為的強大影響因素，保險給付政策的配合將有利於品質提升與健康狀況改善計畫的推動。工作包括研究發展良好的品質與結果評估指標，訂定適當可行的評估程序，以評估結果來調整保險給付，良好品質可以獲得較多的服務配額或給付，而且給付方式必須鼓勵長期性的照護。

三、 品質提升與費用擷節間的關係

以最少的資源達到最佳的成果，當然是樂見的結果，但品質提升費用擷節之間存在十分複雜的關係。第一，品質的提升是需要資源投入的，因此提升品質必然會增加直接與間接的花費。第二，品質提升有時候是整個服務流程、內容與技術設備的改進，新的服務有可能導致成本的上升或下降。第三，預防醫學服務的增加，在短期內會耗用較多資源，但當預防的效果顯現，長期的資源使用便可能下降。第四，費用的轉移，如基層醫療提供較多與較佳的服務，會造成基層醫療體系使用的資源增加，但卻可能導致住院與急診服務減少與資源消耗下降，因此在資源分配上必須做適當的分析與有效的配置，才能把資源

放在最適當的地方，鼓勵真正提升品質的提供者。

伍、推動醫院診所整合提供共同照護的困難與障礙

一、穩定與長久的醫療保健服務的給付政策

我國雖有醫療網計畫作為推動醫療保健服務的指導方針，但對於影響民眾與醫療最大的全民健保，卻沒有明確的給付分配政策，面對民眾之醫療需求日增，健保不斷使用各種給付手段以因應健保購買力不足的問題，對於健保該買何種醫療服務，把資源花在刀口之上；民眾該如何使用醫療服務，仍沒有良好的對策。影響所及，民眾與醫療院所都處於一個不安定與不可預期的環境，無法做長期的規劃，只能針對眼前的狀況來謀利短期的利益。由美國醫學研究院的研究報告所揭露之“當前醫療問題，必須由根本的徹底改變醫療服務方式”在醫療服務上，我國與美國有很多相似的地方，我國的醫療服務方式亦已來到不得不重新改造的地步，而全民健保的給付政策是促成改造的最大誘因。因此，只著眼於使用各種控制價格的手段，增加醫療給付的不確定性，而不去有系統的根本的去改變醫療服務體系是難以獲得成功的。

本計畫在精神上是一個促進醫療服務體系改變的計畫，採取的手段是一種溝通、教育與漸進的方式，但由於缺乏健保給付的配合，對

醫療院所的服務方式難以產生足夠的誘因而引發明顯的改變，醫院診所經營者因未來的狀況未明而傾向於採取保守與觀望的態度，對改革的方向與方式抱持懷疑，因而使計畫難以成功。

二、彰化地區醫療體系整合因難之原因

- 醫療院所間之互信問題
- 整合所面對的短期利益與風險
- 醫療院所間關係之建立與角色分工問題
- 傳統醫療服務行為的改變(共同照護模式之建立)
- 政府醫療政策，尤其是健保的給付方式的不確定性
- 醫師面對改變時之心態與對改變的焦慮
- 缺乏促進與支持改變的專責單位
- 缺乏足夠的資源投入

三、推動慢性病人共同照護的困難

- 醫師執業行為不易改變
- 醫師對於改革目的不瞭解與不認同
- 缺乏經濟上的誘因
- 缺乏行政之資源協助與促導
- 確保總額之切割，做成基層與醫院間利害之矛盾衝突

- 部分基層醫師缺乏處理能力（如耳鼻喉科、小兒科等）

改進意見：

- 醫師之教育。改變其態度與能力
- 合理之健保給付
- 重新建立符合慢性病照護模式之給付政策，如由按件計酬改為虛擬之論人計酬或論成果計酬
- 政策的穩定性
- 建立促進與支持系統，如地方衛生局等，可扮演重要角色

四、醫療服務系統改變與環境的關係

醫療服務系統的建立與運作與社會文化客觀環境息息相關。醫療本身便是社會的產物，所以在計畫醫療服務系統的改革時必須同時思考相關的環境因素，雖然我國的醫療服務體系與民眾的求醫行為存在很大的改善空間，但人的天性是害怕改變，因此推動改革的方法、速度與相關配套必須有周全的考慮，緩慢而有系統的持續改變是一個可以考慮的方式，在一個最終的目標下訂定各分期目標，依次改變，以每一階段的成功作為下一階段的基石。以目前階段，「社區醫療群」與「聯合執業群」應是可以持續推動的改變方式，尤其是B型給付方案可以讓醫師習慣負責任的醫療及結果導向的照護方式，而雙向轉診是

推動下一階段分層醫療的必要基石。

五、對於突破障礙的建議

- 營造改革的共同理念

醫療服務改革是一個龐大的工程，涉及的層面與人員甚廣，如無對改革的共同理念，難以推動各種的行動。此外，為考慮各地區之不同特性，因事制宜，有相同理念才不會做成各種改革活動之南轅北轍，甚至互相矛盾。共同理念的建構靠的是溝通與教育。

- 營造改革的需求與改變的誘因

改革的需求部份來自壓力，以現行的方式運作無法滿足需要，必須加以改變才能解除壓力，另一方面是獲得一些新的利益，增加滿足。換句話說，是對於那些不希望看到的行為給予處罰，而獎勵新的良好行為。

- 深入了解問題的因素

對於不良行為，必須了解產生與維持行為的因素，及改變行為時可能會遭遇的障礙。由於每個人的個人因素及所存在的環境因素皆會影響行為的發生，所以必須訪談一個較大樣本，或用焦點小組的方法來增加資料收集的效率。建議由後續計畫來了解與分析。

第七章、參考文獻

1. Al-Assaf AF. Managed care quality : a practical guide. Boca Raton, FL : CRC Press, 1998.
2. Baron RA, Byrne D. Social Psychology: Understanding Human Interaction. 5 ed. Newton: Allyn and Bacon, 1987.
3. Bayard JM, Calianno C, Mee CL. Care coordinator--blending roles to improve patient outcomes. *Nurs Manage* 1997;28(8):49-51.
4. Buetow SA, Wellingham J: Accreditation of general practice: challenges and lessons. *Qual Saf Health Care* 2003; 12: 129-35.
5. Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A, et al: Improving the quality of health care: Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *BMJ* 2003; 326: 816-9.
6. Campbell SM, Roland MO, Quayle JA, et al: Quality indicators for general practice: which ones can general practitioners and health authority managers agree are important and how useful are they? *J Pub Health Med* 1998; 20: 414-21.
7. Christianson JB, Pietz L, Taylor R, Woolley A, Knutson DJ. Implementing programs for chronic illness management: the case of hypertension services Joint Commission. *J Qual Improvement*. 1997;23(11):593-601.
8. Cochrane AL: Effectiveness and efficiency. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1972.
9. Conti RM. Nurse case manager roles: implications for practice and education. *Nurs Administration Q* 1996;21(1):67-80.
10. Daly GM, Mitchell RD. Case management in the community setting. *Nurs Clin North Am* 1996;31(3):527-34.

11. Donabedian A: Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q* 1966; 44(Suppl): 166-206.
12. Donabedian A: The quality of care. How can it be assessed? *JAMA* 1988; 260: 1743-8.
13. Williams RL. Is population-based medicine the same as community-oriented primary care. *Fam Med* 1999;31:501-502.
14. Fairfield G. Hunter DJ. Mechanic D. Rosleff F. Managed care. Origins, principles, and evolution. *BMJ*. 1997;314:1823-6.
15. Flexner A: Medical education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Bull 4. New York: The Carnegie Foundation, 1910.
16. Freeman T: Using performance indicators to improve health care quality in the public sector: a review of the literature. *Health Serv Manage Res* 2002; 15: 126-37.
17. Future of Family Medicine Project Leadership Committee. The Future of Family Medicine: A Collaborative Project of the Family Medicine Community. *Ann Fam Med* 2004 2: S3-S32.
18. Galvin LC. Baudendistel D. Case management: a team approach. *Nurs Management* 1998;29(1):28-31.
19. Goddard M, Davies HTO, Dawson D, et al: Clinical performance measurement: Part 1—getting the best out of it. *J R Soc Med* 2002 95: 508-10.(a)
20. Goddard M, Davies HTO, Dawson D, et al: Clinical performance measurement: Part 2—avoiding the pitfalls. *J R Soc Med* 2002; 95: 549-51.(b)
21. Gross R, Tabenkin H, Brammli-Greenberg S. Gatekeeping: a challenge in the management of primary care physicians. *J Management Med* 2001;15(4-5):283-98.

22. Hall JA, Dornan MC: What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature. *Soc Sci Med* 1988; 27; 935-9.
23. Halverson PK, Kaluzny AD, McLaughlin CP; Mays GP. *Managed care and public health*. Gaithersburg, Md. : Aspen Publication, 1998.
24. Houghton G: General practitioner re-accreditation: use of performance indicators. *Br J Gen Pract* 1995; 45:677-81.
25. Hromco JG. Lyons JS. Nikkel RE. Styles of case management: the philosophy and practice of case managers. *Community Ment Health J* 1997;33(5):415-28.
26. Institute of Medicine : *A Manpower Policy for Primary Health Care: Report of a Study..* IOM Publication 78-102. Washington, D.C.: National Academy of Sciences, 1978: 15-28.
27. Isenberg SF. *Managed care, outcomes, and quality : a practical guide* New York. : Thieme, 1998.
28. Kongstvedt PR. *The managed health care handbook*. Gaithersburg, Md. : Aspen Publishers, 1996.
29. Laditka SB, Laditka JN. Utilization, costs, and access to primary care in fee-for-service and managed care plans. *J Health Soc Policy* 2001;13(1):21-39.
30. Lewis JE. How big should an integrated health care delivery system be at an academic medical center?. *Acad Med* 1995;70(7):569-77.
31. Martin G, Pear J. *Behavior Modification*. 3 ed. New Jersey: Prentice Hall, 1988.
32. McColl A, Roderick P, Gabbay J, et al: Performance indicators for primary care groups: an evidence based approach. *BMJ* 1998; 317: 1354-60.
33. McGlynn EA, Asch SM: Developing a clinical performance measure. *Am J Prev Med* 1998; 14: 14-21.

34. Morrisey M. Managed care and changing health care markets. Washington, DC : AEI Press, 1998.
35. Nadzam DM: Development of medication-use indicators by the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization. *Am J Hosp Pharm* 1991; 48:1925-30.
36. Netting FE. Williams FG. Case manager-physician collaboration: implications for professional identity, roles, and relationships. *Health Soc Work.* 1996;21(3):216-24.Henley
37. Rosenthal TC. James P. Fox C. Wysong J. FitzPatrick PG. Rural physicians, rural networks,and free market health care in the 1990s. *Arch Fam Med* 1997;6(4):319-23.
38. Rosenthal TC. Riemenschneider TA. Feather J. Preserving the patient referral process in the managed care environment. *Am J Med* 1996;100(3):338-43.
39. Rossi P. *Case Management in HealthCare: a Practical Guide.* Philadelphia: W.B.Saunders 1996.
40. Sahney VK. Integrated health care systems: current status and future outlook. *Am J Health-System Pharmacy.* 1996;53(4 Suppl 1):S4-7.
41. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Soc Sci Med* 1997; 45: 1829-43.
42. Smith JE. Case management: a literature review. *Can J Nurs Admin* 1998;11(2):93-109.
43. Starfield B, Hoekelman R, McCormick M, et al. Who provides health care to children and adolescents in the United States? *Pediatrics* 1984; 74: 991-7.
44. Starfield B: *Quality of primary care services: a clinical view. Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology.* Rev ed. New York: Oxford University Press, 1998: 245-80.
45. Strassner LF. The ABCs of case management. A review of the basics.

- Nurs Case Manage 1996;1(1):22-30.
46. Swartz K. Brennan TA. Integrated health care, capitated payment, and quality: the role of regulation. *Ann Int Med.* 1996;124(4):442-8.
 47. Wagner EH. More than a case manager. *Ann Int Med* 1998;129:654-656.
 48. World Health Organization. Report of the International Conference on Primary Health Care. Alma Ata. U.S.S.R. Geneva: World Health Organization, 1978. Available : http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf [2004 Oct 25]
 49. Wright RA. Community-oriented primary care: the cornerstone of health care reform. *JAMA* 1993;269:2544-2547.
 50. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century.* National Academies Press, 2001.
 51. 中央健康保險局：全民健康保險家庭醫師整合性照護制度試辦計畫。2003年3月。
 52. 李龍騰 社區導向之基層醫療保健。呂碧鴻等編，家庭醫學。第二版。台北：中華民國家庭醫學醫學會，2000：167-76。
 53. 李龍騰、陳慶餘、賴美淑等：實際基層醫療保健指數於不同門診之比較。中華衛誌 1990; 10: 98-103。
 54. 邱泰源、陳慶餘(2000)：建構以基層醫師為主題的健康照護聯盟。社區醫療通訊 3；2-4。
 55. 洪毅一(2001)：家庭醫師制度的未來展望。1：13-15。
 56. 張勝雄 管理式醫療 醫學教育 1998;2:78-86.
 57. 陳慶餘(2000)：社區醫學與災後重建。社區醫療通訊 1；4-5。
 58. 陳慶餘，廖倚林(2001)：健康家庭與家庭醫師。1：5。

59. 楊漢泉：醫院評鑑與品質保證。藍忠孚編，醫療品質管理學。初版。台北：華杏出版社，2002：101-37。
60. 詹其峰、陳慶餘：台灣基層醫療現況。呂碧鴻等編，家庭醫學。第二版。台北：中華民國家庭醫學醫學會，2000：。
61. 詹其峰、陳慶餘：社區公衛群之推動。財團法人醫院暨醫療品質策進會，社區醫學訓練手冊，第一版，台北，2004：21-8。
62. 詹其峰、陳慶餘：家庭醫師全人照護制度。醫學教育 2003；7：。
63. 詹其峰、陳慶餘：基層醫療保健評估指標。台灣家庭醫學研究 2003；1：8-21。
64. 賴文恩、張淑桂、張文道等：「門診病患對看診醫師滿意度」測量工具建立的研究。中華家醫誌 1997; 7: 33-42。
65. 謝博生，1997，醫學教育：理念與實務，188 頁，台北，台大醫學院。
66. 謝博生，2000，醫療與社會，222 頁，台北，台大醫學院。
67. 謝博生：醫療與社會—拓寬醫業執行的社會視野。第二版。台北市：國立台灣大學醫學院，2002：15-29。
68. 韓揆：醫療品質管理及門診服務品質定性指標。中華公共衛生雜誌 1994; 13: 35-53。

第八章、附錄

附錄一

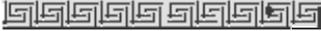
健康志工座談會議程

時間：95年5月7日(星期日)下午2點30分

地點：彰化縣鹿港高中行政大樓5樓會議室 (彰化縣鹿港鎮東石里中山路661號)

主辦單位：行政院衛生署全民健保醫療品質委員會、國立台灣大學醫學院社區醫學研究群

協辦單位：行政院衛生署國民健康局、彰化縣政府教育局、彰化縣政府衛生局、彰化縣政府社會局、財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會、秀傳紀念醫院、彰化縣安健社區醫療群(豐安診所、王健龍診所、林侯婦產科)

時間	活動	主辦者及單位
14:30-15:00	報到	
15:00-15:15	 迎 賓 	行政院衛生署 全民健保醫療品質委員會 林金龍 執行秘書
15:15-15:30	糖尿病居家照護	安健醫療群 豐安聯合診所 蔡明忠 院長
15:30-15:45	健康志工布袋戲 	導演：臺南縣全方位醫療群 蔡瑞頒診所 蔡瑞頒 院長 主演：臺南縣樹人國小 "學童創意掌中戲"
15:45-16:00	健康志工 我可以做什麼?	經國管理暨健康學院 健康促進產學研究暨服務中心 紀雪雲 主任
16:00-16:15	健康吃點心·點心吃健康·吃健康點心 經國管理暨健康學院 林麗美 老師親自調配	
16:15-16:30	健康  動 動 動	經國管理暨健康學院 運動健康休閒系 林伶利 主任
16:30-16:45	健 康 向 日 葵 	財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會 一般醫學組 關瑞紋 組長
16:45-17:00	關·懷·鹿·港 (開放問答)	全體講者
17:00-17:15	志工登記活動	
17:15	散會	

診所、黃俊熙小兒科診所、葉宣哲診所、穎宣診所)

「健康台灣，藍海列車」研討會

指導單位：行政院衛生署

主辦單位：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

日期：95年5月28日（日） 時間：13:00~17:10

地點：行政院衛生署彰化醫院2樓大講堂

（地址：彰化縣埔心鄉中正路二段80號）

時間	分鐘	活動內容	主講者/主持人
13:00~13:20	20	報到	
13:20~13:30	10	致詞	醫策會 謝博生董事長
13:30~14:00	30	醫療資源的整合	敏盛醫療體系 李源德總裁
14:00~14:50	50	基層診所經營管理	台大醫院/宜康診所 王世晞醫師
14:50~15:40	50	疾病共同照護	亞東醫院新陳代謝科 王治元主任
15:40~16:00	20	Break	
16:00~16:50	50	醫療體系藍海策略	行政院衛生署醫事處 蔡素玲副處長
16:50~17:10	20	綜合討論	彰化縣衛生局 葉彥伯局長 彰化縣醫師公會 黃明和理事長
17:10~		賦歸	

向日葵健康志工團
志工訓練課程綱要(草案)

含志工基礎教育訓練課程 12 小時及職前訓練之糖尿病相關課程 4 小時

主辦單位：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

協辦單位：秀傳紀念醫院、鹿港社區大學

地點：鹿港高中行政大樓 5 樓會議室

課程聯絡人

課程時間及內容大綱

6 月 24 日（星期六）

時間	主題	預定講員
08：00～08：20	報到	
08：20～08：30	致歡迎詞、長官致詞	彰化縣衛生局
08：30～10：30	志願服務倫理	
10：30～10：40	休息一下下	
10：40～12：40	志願服務經驗分享	
12：40～13：30	肚子餓了吃午餐囉	
13：30～14：00	認識糖尿病	秀傳醫院醫師
14：00～14：30	血壓與血糖的自我監測	秀傳醫院醫師
14：30～14：40	走一走，休息一下	
14：40～16：40	快樂志工就是我	吳錫富先生(暫)
16：40～17：00	糖尿病的飲食保健	
17：00～	帶著滿滿的收穫回到溫暖的家	

6月25日（星期日）

時間	主題	預定講員
08：10～08：30	報到	
08：30～10：30	志願服務的內涵	任瑞明課長
10：30～10：40	喝杯水，休息一下	
10：40～12：40	志願服務法規之認識	任瑞明課長
12：40～13：30	肚子餓了吃午餐囉	
13：30～15：30	志願服務發展趨勢	
15：30～16：00	糖尿病的運動概念	
16：00～16：10	洗洗臉，喘口氣	
16：10～16：40	志工在糖尿病照護團隊的角色	
16：40～17：00	綜合討論	醫策會
17：00～	快樂的志工服務開始囉	

安健醫療群糖友參訪併發症之旅

95. 9. 27

一、目的

- (一) 提高糖友併發症之病識感以提升其自我照護的動機和毅力。
- (二) 使糖友家屬及志工有相同的認知和經歷，以利其督促協助病友落實生活照護。
- (三) 建立診所間、診所與合作醫院間的合作關係。
- (四) 建立糖友間的人際支持網絡。

二、參加對象

醫師在門診及病友會中認為經過門診衛教指導多次，其仍我行我素未能聽從醫囑，且病情控制不良之糖友及其家屬。(例如：黃俊熙診所黃先生常酒氣、菸味燻人)

三、時間

預訂 10 月 22 日配合向日葵志工在秀傳彰濱園區研習共同辦理，中午來吃便當或下午 1:00 開始，俟醫療群討論後再確定。

四、活動行程

診所集合 $\xrightarrow{\text{bus}}$ 快樂遊 $\xrightarrow{\text{(談些地方家庭關係良好的經驗)}}$ 秀傳參訪園區設施及併發症診療

$\xrightarrow{\text{(請併發症糖友分享其罹病過程及後來的復健，其家屬分享當初及後來照護的甘苦談)}}$ 糖友分享

五、請各診所邀請糖友及其家屬統計人數以利安排

健康志工課程規畫討論會議紀錄

時間：95年5月12日（星期五）17:00

地點：行政院衛生署5樓會議室

主持人：梁繼權醫師

出席人員：謝博生董事長、劉文俊醫師、詹其峰醫師、闕瑞紋組長、
林佑姍、鄭筱蓉、江麗君

請假：紀雪雲副教授

記錄：江麗君

壹、主席致詞：

有關5月7日的健康志工座談會，報名擔任志工人數共計有34人以上，超乎預期，所以今天大家要來討論後續志工訓練的課程，我有先大致初擬志工訓練課程綱要如附件，提請大家共同討論，另外有關健康志工課程期程規劃相關事項一併討論。

貳、會議紀錄：

1. 因為「健康管理師」較為專業且師級名稱需要有國家認證，故衛生署建議改為健康志工比較合宜。
2. 有關志工課程規畫，紀雪雲老師以e-mail建議分為通識及專業課程，有關通識課程建議加入：1、健保的問題及二代健保等，2、健康支持系統，3、面談：溝通的技巧。專業課程建議：照護糖尿病所需知能，採分級上課（一般志工、專業志工）並請地方衛生局當講師。
3. 有關志工訓練課程，課程進行方式建議加入「名目團體」技術（Nominal Group Technique；NGT），以小組的方式，針對議題

進行有系統的團體討論，讓與會人員得以充分交換意見，最終形成共識。

4. 有關健康志工期程規劃，第一批志工於6月辦理完成通識及專業訓練課程，酌於安排實習；7月志工進入家訪關懷病友；8月辦理改進、檢討會議及成果發表；第二批志工團，預計9月之後開始辦理招募。
5. 有關健康志工初步以彰化鹿港為出發點，以後要擴及全台319個鄉鎮，主要由醫療群帶領志工，醫策會負責認證、訓練規劃、統合等，本次訓練研習隨堂拍攝教學影帶，以為未來參考。
6. 為了讓健康志工更有認同感及向心力，進行志工T恤、背心或帽子設計製作，於家訪或是參加活動時穿著；專業課程第一堂課由醫策會說明健康向日葵志工的中心思想和未來願景等，主要凝聚健康志工的共識。
7. 請台灣大學附設醫院、醫策會、爭審會共同協助尋求會說台語且合適的師資，例如：醫師、藥師、護理師等，董事長建議「嘉義基督教醫院」翁瑞亨副院長可以擔任講師之一。
8. 討論會初步排定專業課程日期為6月10(星期六)及6月17日(星期六)，但因6月17日為醫策會第四屆品質年會，故當日課程延至6月24日，後續由醫策會辦理志工證分級制度及護照製作。
9. 有關委請台視拍攝健康支持網絡影片，由醫策會聯繫台視於6月10及6月24日拍攝志工上課情形；7月拍攝PGY家庭訪視及訓練課程情形。

參、臨時動議

肆、散會：下午18時20分

向日葵健康志工與安健社區醫療群分享會

主辦單位：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

協辦單位：財團法人彰濱秀傳紀念醫院

地點：彰化縣鹿港鎮鹿工路六號

(彰濱秀傳醫院3樓會議室)

時間：95年10月29日(星期日) 10:00~16:10

時間	分鐘	內容	講師及單位
10:00		搭乘專車者於鹿港豐安診所集合	
10:20		不搭乘專車者於彰濱秀傳醫院大門的85°C前集合	
10:20~12:10	100	參訪彰濱秀傳醫院 併發症之旅 (併發症之旅內容為參訪及簡介洗腎室與觀看高壓氧治療影片)	彰濱秀傳醫院 (1)急診醫學部阮祺文部長 (2)陳麗雪護理師 (3)姚瓊惠社工師 (4)陳燕華營養師
12:10~13:00	50	午餐 / 簽到	
13:00~14:00	60	衛生保健資訊討論	彰化縣衛生局 黃美美護理師
14:00~15:00	60	糖尿病病友分享 病友：陳國忠先生 黃陳寶珠女士、洪陳玉霞	(1)彰濱秀傳醫院 阮祺文部長、簡瑜宏醫師 (2)安健社區醫療群診所醫師 (3)經國管理學院紀雪雲主任
15:00~15:10	10	休息	
15:10~16:10	60	志工服務討論與分享 1. 志工進行志願服務的心得與建議。 2. 志工進行志願服務工作時所遇到的問題與所需之協助。 3. 針對志工服務工作，診所遇到的問題與所需之協助。	醫策會
16:10		賦歸	

向日葵健康志工與安健社區醫療群分享會-會議紀錄

時間：九十五年十月二十九日(星期日) 下午十五時十分

地點：彰濱秀傳醫院 3 樓會議室

主持人：阮祺文部長

出席人員：

1. 彰濱秀傳醫院：阮祺文部長、姚瓊惠社工師
2. 全民健康保險爭議審議委員會：梁玉梅技士
3. 經國管理學院：紀雪雲主任、林香伶助理
4. 台大醫學院：林佑姍助理
5. 安健社區醫療群：林侯婦產科診所－陳鳳珠護理師、豐安聯合診所－黃燕青護理師、王健龍診所－紀素月營養師、穎宣診所－黃惠玲護理師、葉宣哲診所－施雅祺護理師、黃俊熙診所－缺席
6. 向日葵健康志工共計 20 位
7. 醫策會：鄭欣玫專員、陳筱如專員、楊涵妃專員

記錄：楊涵妃

壹、主席致詞 (略)

貳、意見交流

一、向日葵健康志工服務問題反應

1. 志工在進行電話衛教時，被病患嫌囉唆或拒絕時，應如何解決？

(1.)阮祺文部長回應：

在進行衛教時，若被嫌囉唆或拒絕時，可先找病患家屬聊聊，從旁了解病患，對於較沒有病識感的病患會有幫助。另外，應注意病患的有隱私權，若志工要於診所裡進行衛教，診所應提供志工較隱密、獨立的空間，以保護病患隱私。

(2.)紀雪雲主任回應：

若志工用電訪方式進行衛教遭到拒絕時，可改用家訪的方式。因家訪比起電訪更能表達志工對病患的關心與尊重，且親自到病患家中訪問，也較易找到高危險群的新病患，但家訪時要注意不要單獨前往，要結伴同行。另外，志工在進行家訪或電訪時，要記得做筆記，以了解病患的人際網絡，才能找到關鍵的第三者。在家訪時，可以找病患的親朋好友一起進行衛教，較容易收到成效。

(3.)其他志工回應：

- 可以委婉地向病患解釋，進行衛教是為您好。
- 可以多打幾次電話或利用家訪的方式，多多關心病患，漸進式地培養感情，慢慢地把病患的心門打開。
- 講話的語氣相當重要。電訪或家訪時，要使用關心、尊重的語氣與病患進行溝通。
- 改變說話的方式。志工對糖尿病病患進行衛教時，不要說「因為您是糖尿病病患，所以要注意...」，可以換個說話方式，改說「因為您的血糖比較高，所以要注意...」。
- 志工用電訪或家訪進行衛教前，需先表明身份(可先說是那間診所派員而來)後，並說明來意。在說明來意時，不要直接跟病患說要進行衛教，可改說想和病患聊聊天，以減低其排斥感。

2. 若診所之病患詢問應到哪裡就醫時，應請其到原診所或到彰濱秀傳醫院就醫？

(1.) 阮祺文部長回應：

當病患有嚴重併發症時，才需回到彰濱秀傳醫院就醫。因為這些原本就在診所固定回診之病患，只有診所醫師最清楚病患病情。醫院主要照顧對象是針對有嚴重併發症的病患，例如當糖尿病患者因視

網膜病變，需進行手術治療時，才需轉診到醫院來。且以醫療費用而言，病患至醫院就醫，所需費用也比診所高出很多，所以請志工要努力持續照顧、關心病患，當其病情穩定後，要提醒病患回原診所就醫。

二、向日葵健康志工服務心得分享

1. 有位持續家訪的病患，目前在彰化基督教醫院住院中，這個家庭除了此病患住院之外，其父母也在住院中，志工將會持續關心。

(1.) 阮祺文部長回應：

請志工一定要持續關心這位病患。此外，若志工發現，所分配到的病患家中有經濟上的問題需要幫忙，請回報到您所屬診所，再請診所將名單回報至彰濱秀傳醫院，醫院會請社工師協助，幫助申請、找尋資源，減少因經濟困難而有延遲就醫或服藥的情形發生。

2. 志工進行家訪時，大部份的老人家看到志工前來服務都會很高興，因為可以跟志工們聊天，減少孩子不在家的孤獨感。

三、診所管理向日葵健康志工之心得分享

截至目前為止，診所分配之志工，大部份都相當配合診所來執行志工服務，但少部份志工因為工作緣故，服務時間較不易安排。

四、紀雪雲主任對於向日葵健康志工之叮嚀與提醒

1. 由於醫策會位於台北，離彰化很遠，因此請彰濱秀傳醫院協助診所管理，但非志工之擁有者，志工是屬於彰化地區在地人所擁有。因此，志工們應了解，若您被分配到豐安診所，您的服務對象就是該診所的病患，所以請志工們若遇到問題時要回報給所屬診所，而診所也必需針對問題做記錄，並回報給彰濱秀傳醫院，以了解問題發生原因，並協助解決。對

此，希望診所有一個固定的聯絡窗口，負責志工相關業務，以利志工服務之推動。

2. 請彰濱秀傳醫院將今天參與病友分享之陳先生、黃女士、及負責志工業務之社工師的聯絡方式，留給志工及診所，方便日後聯絡。

參、臨時動議

提案：黃美美護理師提及，11月22日(星期三)彰化縣衛生局在員林演藝廳舉行之志工表揚會，向日葵健康志工團是否前往參加？

決議：經調查後，可參加之志工人數共為三位，故擬不帶隊前往。

肆、散會

下午十六時十分

實踐二代健保醫療品質提升之模式建構計畫

七堵社區醫療群-向日葵健康志工培訓會議紀錄

會議時間：96年4月4日(星期三)中午12時30分

會議地點：福瑞克餐飲(基隆市七堵區明德一路177號3樓)

主席：紀教授雪雲

記錄：林佑姍

出席人員：正光內兒科診所、柯富德診所、康寧眼科診所、佑仁聯合診所、紀醫師診所、廖內兒科診所、希華診所、行政院衛生署基隆醫院、經國管理學院林伶利主任、經國管理學院林麗美老師、醫策會闕瑞紋組長、孟曉惠管理師、楊涵妃、林佑姍助理

一、主席致詞(略)

二、報告事項

七堵社區醫療群-向日葵健康志工培訓、認證及服務計畫

三、結論與建議

「七堵社區醫療群」之志工培訓課程、服務流程及管理分工內容，提請討論。

決議：

(一) 志工工作內容

1. 發現問題，回報問題與診所
2. 組織回診有困難的病人一起回診(克服回診有困難的問題)
3. 協助病人轉診(就醫方便性)

(二) 志工的福利

1. 證書、保險、定期茶會
2. 服務時數登錄
3. 若於服務之診所就診將有所優惠

(三) 志工的招募

1. 招募對象：病友家屬(影響力最大)
2. 七堵醫療群統一招募(即日起~5/4 招募結束)

(四) 個案蒐集

擬訂於 4/9 開始蒐集個案(LDL/HbA1C 符合一項即可)，蒐集期間(95/7/1~96/4/4)，集合通報衛生局核對(目前僅有 4 間診所所有 new case)

(五) 擬定 6/2-3 舉辦向日葵健康志工基礎訓練課程(如附件一)

四、散會(96 年 4 月 4 日下午 2 時 30 分)

糖尿病病患整合式照護第二次協調會議-會議紀錄

時間：九十六年六月二十一日十三時整

地點：紀醫師診所（基隆市七堵區開元路 83 號）

主席：紀雪雲教授

出席人員：基隆市衛生局洪子涵技士、張秀娟小姐

新昆明醫院呂惠琳小姐

正光內兒科診所、佑仁聯合診所、紀醫師診所、廖內兒科診所

經國健康暨管理學院林伶利主任、林麗美老師、林香伶助理

請假人員：行政院衛生署基隆醫院、康寧眼科診所、西華診所

列席人員：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會楊涵妃專員、邱心怡專員

記錄：林香伶

壹、主席致詞(略)

貳、報告事項(略)

一、七堵-向日葵健康志工管理

二、「七堵社區醫療群」糖尿病病患收案及病例追蹤

參、意見交流

一、糖尿病病患收案狀況

目前糖尿病病患收案已完成。依據各診所提供名單符合 HbA1C > 9 或 LDL > 130 以上進行分組。分別為：紀醫師診所符合人數 44 人、佑仁聯合診所 19 人、廖內兒科 6 人與正光診所 14 人，並分別以 1.實驗組與 2.對照組分別進行。

二、病患收案後續追蹤規劃

(一) 病患的行為有其自主性，當病患不願配合進行行為改變時，由受過訓練的專業人員較能切中要點以處理病患問題。

(二) 由於基層診所營養師、護理師等專業人力不足，若能嘗試從退休營養師、護理師等人員協助，將有助於基層診所進行相關衛教活動。但若病患真正有問題時，最後仍應由現職的營養師、護理師來專業處理。

(三) 應以實際的疾病控制方式舉例，讓病患容易遵循。例如：

鹿港地區病患早餐習慣吃麵線糊，利用病患此習慣，將病患分為二組，一組食用麵線糊，另一組食用全麥土司，在食用後，麵線糊組之血糖值顯著高於全麥土司組，但因病友不知何為「全麥土司」，當場要求帶一片全麥土司回家予子女為買早餐之參考。

(四) 建議診所舉辦理聯誼性的病友會，以持續叮囑病患進行健康生活及遵從醫囑。

三、志工管理分工

(一) 可由醫策會及七堵社區醫療群一同管理志工，另建議醫策會協助診所匯集相關資源。

(二) 建議可應將志工角色更具體化。例如：病患在運動方面通常較不積極，可由志工去提醒、鼓勵病患運動。

四、本計劃目的為永續經營，並推展到至其他地區。因此，設計模式、資源提供應著重思考如何長遠運作。

五、決議

(一) 糖尿病病患收案以 1.實驗組與 2.對照組分別進行。

(二) 醫策會及七堵社區醫療群中之紀醫師診所一同管理志工。

肆、散會:十五時整

安 健 社 區 醫 療 群

王健龍診所, 穎宣診所, 葉宣哲診所, 林侯婦產科診所
糖尿病病友會課程表

日期: 96年7月24日(星期二)上午8時至11時

地點: 王健龍診所二樓

主持人: 廖天麟衛教師

時 間	課 程 內 容	負 責 人
8:00~8:50	報到	全體工作人員
8:50~9:05	歡迎辭	王健龍醫師
9:05~9:35	對抗三高~高血壓, 高血 糖, 高血脂	郭綉清營養師
9:35~9:50	病友分享	糖尿病友
9:50~10:10	動 動 手 (愛的小點心)	全體工作人員
10:10~10:40	外食技巧 有獎徵答	紀素月營養師
10:40~11:00	期待再相會 (贈精品禮品一份)	全體工作人員

向日葵健康志工基礎訓練課程

指導單位：行政院衛生署

主辦單位：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

七堵社區醫療群

日期：6月2日~6月3日（星期六~星期日）

地點：福瑞客餐飲會議室

（基隆市七堵區明德一路177號3樓）

6月2日（星期六）08：30 ~ 17：30

時間	主題	講員及單位
08：10 ~ 08：30	報到	
08：30 ~ 10：30	志願服務法規之認識	內政部消防署 陳武雄副署長
10：30 ~ 10：40	休息一下	
10：40 ~ 12：40	志願服務發展趨勢	內政部消防署 陳武雄副署長
12：40 ~ 13：20	午餐	
13：20 ~ 15：20	志願服務的內涵	內政部消防署 陳武雄副署長
15：20~ 15：30	喝杯水，休息一下	
15：30 ~ 17：30	志願服務經驗分享	基隆市生命線協會 周寶貴理事長
17：30 ~	帶著滿滿的收穫回到溫暖的家	

向日葵健康志工基礎訓練課程

指導單位：行政院衛生署

主辦單位：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

七堵社區醫療群

日期：6月2日~6月3日（星期六~星期日）

地點：福瑞客餐飲會議室

（基隆市七堵區明德一路177號3樓）

6月3日（星期日）09：20 ~ 15：20

時間	主題	講員及單位
09：00 ~ 09：20	報到	
09：20 ~ 09：50	健康志工在慢性病照護中的角色	經國管理暨健康學院 紀雪雲教授
09：50 ~ 11：50	快樂志工就是我	救國團總團部 探索教育中心 陳聰明教練
11：50 ~ 12：50	午餐	
12：50 ~ 14：50	志願服務倫理	台北市勞工局 簡明山執行長
14：50 ~ 15：20	綜合討論	醫策會
15：20 ~	快樂的志工	

向日葵健康志工特殊訓練課程

指導單位：行政院衛生署

主辦單位：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

協辦單位：基隆市衛生局、行政院衛生署基隆醫院

日期：96年7月8日(星期日)

地點：七堵永安里民會堂(基隆市七堵區崇孝街48號)

時間	主題	講員及單位
09:00 ~ 09:20	報到	
09:20 ~ 09:30	致詞	醫策會翁惠瑛執行長 基隆市衛生局汪婷婷課長
09:30 ~ 10:20	衛生行政業務概述	基隆市衛生局 汪婷婷課長
10:20 ~ 11:10	認識三高疾病	行政院衛生署基隆醫院 蕭永薰醫師
11:10 ~ 11:20	休息一下	
11:20 ~ 12:10	三高疾病的日常自我照顧	基隆市衛生局 洪子涵技士
12:10 ~ 13:00	午餐	
13:00 ~ 13:50	用藥安全	行政院衛生署基隆醫院 吳芝瑩藥師
13:50 ~ 14:40	三高疾病的運動概念	經國健康暨管理學院 林伶利主任
14:40 ~ 14:50	休息一下	
14:50 ~ 15:40	三高疾病的飲食保健	經國健康暨管理學院 林麗美老師
15:40 ~ 16:10	衛生保健志工之角色及任務	七堵區衛生所 董佩綺護理長
16:10 ~ 16:30	綜合討論	醫策會
16:30 ~	帶著滿滿的收穫回到溫暖的家	

黃俊熙診所慢性病病友會會議紀實

時間：95年7月28日（星期五）18:30

地點：黃俊熙醫師府上

主持人：紀雪雲主任

出席人員：黃俊熙院長、林乃凡醫師、林伶利主任、蔡志宏營養師、彰化縣政府衛生局陳秀果、黃振豐先生、許再發先生、王天降先生、陳秀貞小姐、陳施氣先生、洪邱梅小姐、莊進利先生

壹、會議進行過程

一、病友會界定為慢性病病友會

由於黃診所收案之糖尿病病人數不多，故將高血壓病人一起辦，計有實驗組3人、高血壓病人3人，病人家屬1人。

二、糖尿病病友有3位

先做前測再依診斷的問題予以指導，其中醫師診斷現況有部分出入，故重新 check 再由營養師和體能教練個別指導，體能指導並拍照以為下次評估之參考。

三、此次有位病友82歲其媳婦開刀住院，家人都不在故不能來診所，本團隊乃在會後前往病友家，病友有一位孫子（唸專科）列為家庭支持重要成員。病友會中有位家屬（病人的女兒）是重要的家庭支持成員也是病友會的重要志工。

四、衛教除指導病人外，並指導病友家屬協助提醒病人每天自我健康照護。

五、3個實驗組個案都必需予以高度關懷，否則將成為健保的負擔。

（一）黃先生吸菸、喝酒，末梢血管已有循環不良現象。

（二）許先生工作姿勢不良身體直立有困難、肌肉無力。

(三)王先生牙齒咀嚼功能受限，只吃稀飯和蔭瓜，脊椎彎曲嚴重。

(四)許先生、王先生經體能指導，若持續運動將可改善生活品質。

貳、試辦診所心得

根據病友的需求，經由一對一的運動及飲食的指導，使病友對疾病的控制更具信心。

參、結論與建議

一、盡量邀請家屬一起來，效果會更好。

二、個案超過 80 歲者常有牙科問題，若團隊有牙科醫師或口腔衛生參與將更好。

三、黃先生、許先生需安排併發病之旅。

四、未來醫療群或公衛群建議邀請牙科參與。

五、此次病友會病患均心懷感謝之意，大大提升診所形象。

肆、附註

病友會係以診所為中心安排，此次場地、茶水均由診所負責，試辦計畫只提供便當補助。盡量每個月有持續聚會。

豐安診所慢性病病友會會議紀實

時間：95年8月27日（星期日）9:00~11:30

地點：豐安診所內診部（當天休診）

出席人員：蔡明忠院長、紀雪雲召集人、陳月娥主任、林伶利主任、林麗美老師、蔡至宏營養師、莊進利體能師、趙雪岑小姐、丁慧君小姐、林佑嫻小姐、許來吉先生、許諸治先生、黃富先生、丁瑞河先生、施媽鉗先生、黃曾訪、梁子仁先生、王源三先生、張秀琴小姐、葉麗鳳小姐、李永吉先生、吳麗華小姐、黃徐紡小姐、許陣瑰先生、謝登舉先生、許宗能先生

壹、活動過程

一、身體檢測

1. 身體組成分析：Age、Height、Weight、BMI、BMR、FAT%
2. 身體適能：柔軟度（坐姿前彎）
心肺耐力（6分鐘健走）
3. 運動前、點心前血糖
4. 運動後、點心後血糖

二、衛教指導

1. 體能指導：

- (1) 利用椅子做運動之輔具，增加安全性，做靜止伸展操伸展，下肢以大肌肉群運動。上肢的伸展，以延伸上半身動作，增加上肢關節的運動。
- (2) 利用以六分鐘的快走，來測試及瞭解他們心肺耐力及腳的肌耐力。
- (3) 運動時間總共為25分至30分鐘。

- ①團體指導：因每位的病患情況不一，先以團體式來指導他們，瞭解每位病患情況，在做不同的運動方式與動作。
- ②個別指導：依個人的情況作不一樣的指導，以增加他的信心及如何做運動

主要發現：A. 有兩位平常就有在運動，並且控制的不錯。

B. 兩位平常不愛運動也不知如何運動，並且沒時間，經過指導後才知道沒有出門再家也可做運動。

C. 其餘的經過指導後，知道運動是很簡單的，也願意配合。另外有位剛開刀，但在開刀前有常運動，開刀後不知做哪些運動，經指導後他已知道如何做簡易的運動了。

2. 飲食指導：(一對一個別指導，主要指導內容及發現)

大部分的病友並沒有從飲食控制裡改善血糖的情形，大多數病友反應對食物的選擇、份量雖有衛教但不太會應用，11位接受個別指導的病友其中僅2位病識感強烈，非常忌口，對醣類嚴格控制，清楚自己每餐的熱量和醣類需求，這2位病友均有血糖機，平常均有定時自我血糖監測，吃多或吃少都會追蹤血糖變化，所以對飲食控制深具信心。其他情形大致如下：

A：有三位反應對飲食和糖尿病的關係抱持消極態度，其中二位強調因為工作性質和地點及時間限制，另一位則因生活作息不一定，很難定時定量也很難要求吃到的食物內容，覺得用藥物控制簡單一點，吃只能盡量，沒辦法要求。平常有什麼吃什麼，有接受過營養師衛教，但因為外食幾乎做不到。

B：有二位反應害怕血糖藥物長久吃下來會有腎臟問題，所以常私自減藥，而且覺得配合中醫或其他民間偏方的效果和平日吃降

血糖的結果沒有太大差異，所以藥吃的不是很勤，也未遵醫囑。

C：有二位反應吃受情緒影響很大，心情好時吃的比較正常，血糖控制情形似乎也比較好，如果兒子、女兒又引起心煩，就常吃不下或吃很多。

D：有三位反應因為不是自己烹調，所以無法選擇食物內容，其中二位幾乎每餐 2 碗以上的稀飯，因為家人或自己牙齒不好，所以餐餐稀飯。一位家中人口稀少，常拜拜，怕浪費所以只好自己吃掉，常過量。

整體建議：病友從瞭解自己的飲食份量需求（每餐的熱量和醣類份量）為基礎，先做到定時定量和均衡這兩個大原則。進一步建議，如果經濟和時間許可，騰一段時間藉由每天 3-4 次的血糖監測瞭解進食不同食物對自己的血糖影響，可以徹底學會不同食物所引起的血糖變化，培養病識感，成效更佳。

三、活動及安排

1. 診所負責人赴向日葵志工團邀請三位志工全程參與，志工為診所工作人員的重要助手及指導老師的助手。
2. 診所提供點心與水，由研究團隊了解當地居民早餐習性與診所負責人溝通提供點心內容及量（麵線糊、芭樂、蘋果、全麥麵包）
3. 豐安診所是屬具醫院規模的診所，今天投入的人力有護理師、醫師、醫師太太計 5 人，包括志工 3 人，總共工作人員 8 人；病友共邀請 12 位，來 8 位，其中 3 位攜眷參加，2 位帶太太，一位媽媽帶女兒來，2 位太太及女兒都很認真學習自我照護方法。

4. 病人剛開始以就診的心態參加，所以急著趕快看，看完就走；經過團體體能訓練，病友開始感覺到這次的聚會是不一樣的，再加上診所負責人蔡醫師將檢測結果與病情及衛教指導一起說明，使病友更清楚為什麼血糖會高，強調自己的生活控制是控制糖尿病很重要的方法。
5. 贈送紀念品：手提袋、糖尿病人飲食產品、計步器（診所提供）

四、主要成效

（一）建立伙伴關係

醫院負責人一再強調今天不是來看病，藉由活動的進行建立病友與診所工作人員以及志工的合作關係，也促進病人及家屬對照護糖尿病的共識（有三位病人家屬全程參與）衛生局與診所照護糖尿病的合作關係。

（二）病人衛教認知及行為改善

病人早餐習慣吃麵線糊，當公佈點心前後、血糖值（點心分麵線糊組及全麥土司組）麵線糊組顯著提高，病友反應驚訝，當場要求帶一片全麥土司回家給子女買早餐當參考。

（三）提升病友對診所的信服。研究團隊是支援診所，故診所的服務提升，病人有體驗、有證據、有感受，醫師平日看診的醫囑，應可提高病人的信服而遵從醫囑。

（四）診所負責人提議辦理聯誼性的病友會

貳、檢討與建議

- （一）病友會的規劃應加強主辦人員、志工、病友的協調。
- （二）請診所將此次指導老師指導內容讓志工清楚，並將志工依地理位置或社會關係分工，各追蹤 2-3 名病友，叮囑持續

力行健康生活及醫囑。

- (三) 一個月最好能再辦一次聚會，可邀請大葉大學支援體能指導及社團經營，營養師若有需求可邀請秀傳支援。

王健龍診所慢性病病友會會議紀實

時間：95年8月29日（星期二）上午8:00~11:30

地點：王健龍診所（鹿港鎮中山路259號衛教室二樓）

出席人員：王健龍院長、葉宣哲診所、林侯婦產科、穎宣診所、紀雪雲召集人陳月娥主任、林伶利主任、莊進利體能師、紀素月營養師、施雅祺護理師彰化縣衛生局莊宣惠小姐、李永吉先生、陳鳳珠小姐、林香伶小姐及診所工作同仁

王健龍診所病友：郭李筆、施建基、梁陳微、施林桂香、郭蛋句、陳彩霧、吳李雲、黃愛椿、黃聰喜、施月桂

葉宣哲診所病友：施許蘭、施世吉、許龍凱、陳王養、許陳愛、陳榮和

林侯婦產科病友：林秀月、李淑香、藍玉慧、侯黃玉蘭、陳楊芳

穎宣診所病友：楊蔡雪梨、吳雲芍、施金花、黃進中、張罔市、蔡螺

壹、活動過程

一、王醫師及各診所代表介紹，並說明活動意義。

二、身體檢測

1. 身體組成分析：Age、Height、Weight、BMI、BMR、FAT%

2. 身體適能：柔軟度（坐姿前彎）

心肺耐力（6分鐘健走）

3. 運動前、點心前血糖

4. 運動後、點心後血糖

三、衛教指導

1. 體能指導

(1) 利用椅子做運動之輔具，增加安全性，做靜止伸展操伸展，

下肢以大肌肉群運動。上肢的伸展，以延伸上半身動作，增加上肢關節的運動。

(2) 利用以六分鐘的快走，來測試及瞭解他們心肺耐力及腳的肌耐力。

(3) 運動時間總共為 20 分至 25 分鐘。

團體指導：因場地的關係分三組的指導，而此三組差異也較大，有的從未運動，做時較無法進入情況，約做三至四個動作時，就可以慢慢跟上，並且也可以瞭解他們的個別差異情況。

個別指導：A. 無法做一般的動作的，因開刀現在還在復健，先以簡易讓他，增強一些肌力不要讓肌肉導致萎縮。

B. 有的以經常在運動的，讓他（她）繼續運動，但運動方式稍微改變些。

C. 有從未運動的，以最簡單四至五個動作，讓他們以後可以繼續做的。

主要發現：A. 運動前測的血糖與運動後測的血糖，有近 2/3 的人血糖下降，最明顯是從不運動者血糖下降最多。

B. 這些較不愛運動者，以瞭解運動有多麼重要，並且也知道運動式一件很簡單的事情。

C. 經常運動者，血糖控制較好。

2. 飲食指導

由王健龍診所營養師做團體衛教，主要介紹中秋節月餅的選擇和吃法，以及一些糖尿病病友重要注意事項。

3. 病友分享

王健龍診所有位病友是退休校長，平日控制良好是模範病友，請其分享自我照護的方法，病友分享約 20 分鐘包括生活作息、

吃、運動等非常詳細。

四、點心分享

由診所準備無糖麥茶、水果（蘋果、香瓜）和甜點（仙草凍），並配合飲食衛教贈送蒟蒻月餅一盒。

五、公布檢測結果

由於是四家診所合辦，所以由研究團隊體能老師說明，讓病人能獲得立即的回應。

貳、結論與建議

一、本次活動四家診所事前原在一起討論四次，最後並由研究團隊參與協助動線規劃，每站標示、點心、禮物規劃。

二、活動中診所觀察病友反應熱烈，分別通知最需要體能指導的病友前來。

三、本次有位病友下肢不良於行，一位心臟開過刀自以為與運動無緣，但經個別指導後，兩位均對未來充滿希望，並答應要好好運動。

四、實證資料的回饋，最好還是由診所醫師自己做較好，較能配合其門診的追蹤。

五、四家診所均認為下次自己辦即可。

行政院衛生署全民健康保險醫療品質委員會會議紀錄

會議名稱：「國民就醫行為改善專案小組」第二次工作討論會議

會議時間：95年6月1日上午10時

會議地點：本署6樓608會議室

主席：紀召集人雪雲

記錄：梁玉梅

出席人員：(依姓名筆劃順序排列)

丁副教授志音	林老師麗美(請假)
王主任英偉	林執行秘書金龍
王助理教授惠珠	陳課長玉楚(請假)
吳助理教授仁宇(請假)	陳執行長良娟(請假)
吳研究員聖良(請假)	黃副教授明珠
李副教授明憲	蔡院長明忠
林主任伶利(請假)	鄭教授惠美

出席單位

國健局	謝科長玉娟
彰化縣衛生局	陳妙香 黃美美
爭審會	楊樹梅 陳玉靜 溫佳英
	陳芄安 陳馨慧 游雅文

列席人員

國立台灣大學護理學系	張副教授媚
紀醫師診所(七堵醫療群)	紀院長乃正
亞東紀念醫院	王主任治元

壹、 主席致詞（略）

貳、 報告事項—「糖尿病醫療照護品質改善方案—發展健康支持系統照護糖尿病個案試辦計畫」工作進度

一、 95年3月24日專案小組第一次工作討論會確定以下事項（決議業經提報95年4月7日功能性全民健保醫療品質委員會議確定）：

（一） 糖尿病國民就醫行為改善專案小組成員。

（二） 糖尿病就醫行為改善方案—發展健康支持系統照護糖尿病個案試辦計畫（草案）。

（三） 專案小組工作內容與方式。

二、 95年4月3日彰化鹿港行：

（一） 與試辦區社區醫療群召開共識會（健康支持系統納入醫療照護）。

（二） 與秀傳紀念醫院說明及商討PGY（畢業後一般醫學訓練）學員參與社區健康支持系統建構。

三、 秀傳紀念醫院PGY學員於95年4月10日開始到社區醫療群診所接受訓練。

四、 95年5月7日舉辦「健康志工座談會」，於鹿港地區邀請地方衛生、社政、教育主管機關、醫療群、社區發展協會、鄉鎮公所

以及熱心公益之民間團體參加，以座談會方式推廣健康志工理念。與會人數逾百人，共招募 40 人左右的彰化縣在地健康志工。

參、討論事項—依據 PGY(畢業後一般醫學訓練)學員初步診斷病患結果(如附件)，發現病患大都不了解糖尿病飲食、運動、按時服藥與疾病的關係及應配合事項，並且不清楚自己糖尿病病況之嚴重度，也不了解糖尿病之嚴重度，覺得衛教內容(飲食)不可信、沒聽過衛教…等問題，應如何做才能有效改善病人自我照護能力及行為。

一、綜合討論：(發言摘要)

(一)蔡院長明忠：

1. 有關糖尿病共同照護計畫在鹿港地方社區醫療群目前執行狀況，就個人所知，彰化縣的營養師、護理衛教人力仍顯不足，病患又無法完全依約前來接受衛教，對基層診所來說，困難在於非常缺乏人力，如能嘗試從退休營養師、護理師...等專業人員或非專業人員組成、整合成志工團隊並予以培訓來協助基層診所，則對基層診所來說幫助很大。不過病患真正有問題時，最後仍應由現職的營養師、護理師來專業處理。
2. PGY 學員剛到診所，我們花了許多時間介紹、說明本地民情、病患特色之後才進行家訪，他們在溝通技巧上是較弱

的，需要加強及訓練，另其親至病患府上家訪也是頗費時的，因此每天家訪個案數並不多。就目前家訪病患的初步結果來看，是能訪問出診所醫師難以發現的居家照顧、運動、飲食、週遭親友之支持…等問題，醫師可從其中了解病患個別問題，並針對問題予以協助。但 PGY 學員畢竟只能從 200 多位個案中選擇 30 位左右的個案進行家訪，並非全面性的。

3. 因此，如求此模式能持續進行下去，建議不妨由 PGY 學員訪談問題中去設計訪問單張，由前面所談的志工團隊，經由他們提供義務性的協助，較能長長遠遠的進行下去，可行性較高。
4. 對於向廠商招募試紙的方式，個人認為還是有困難的，廠商是否願意提供將會視診所的營業量而定。
5. 有關病患分類，建議不妨設計問卷表收集資料，然後從資料上分析做病患的分類歸納，再依不同族群病患做規劃。
6. 目前彰化縣已完成對縣內的檢驗所進行糖化血色素檢驗值的校正評估。

(二) 王主任治元：

1. 糖尿病患與一般人一樣，有其人性在，所以行為控制是相

當困難的。個人與會前 REVIEW 過三份文獻，一為糖尿病研究中知名的「大慶糖尿病預防研究計畫」，係中國大陸在 1986 年時於 11 萬人口中篩檢出 900 多位準糖尿病病患，經由飲食及運動方式來控制，其中並未寫方法學。究其成功原因，經探詢北京當地人表示，可能是 1992 年前當時人民的食物係由糧票配給，人民是買不到食物的，實際上是做了人民行為模式的控制。另外於 2001 年左右，美國及芬蘭發表的二篇研究報告也證實生活型態的控制是很有趣的，大約 58% 是有效。而台灣人民的行為模式較大陸人民在飲食方面更難掌控，因台灣人民大概 3、40 年以來在飲食方面一直是多元化的，生活型態大多是作息顛倒的不正常形態。

2. 個人在醫院做糖尿病共同照護網分類時，係將所照顧的都會區（以信義區、大安區來說）及城鄉交界處（以板橋、土城地區來說）二種區域的病患以以下三種分類先行切割來執行：

(1) 年齡：在不同地區不同年齡會有不同表現。

- ① 年齡愈大者，在都會區較會注重保養，因此血糖控制愈穩定，飲食生活型態控制愈好；而在城鄉交界處則

覺得年齡大了無所謂，因此血糖控制差。

②年紀輕者，在郊區的覺得身體不好就無法負擔家計，對血糖變化會較注意；而相對的在都會區多為上班族白領階級，並無太多的勞力工作，因此血糖變化的影響暫時未造成太大的傷害，所以不太在意。

(2)教育程度：所照顧的糖尿病患在城鄉交界處 54%是國小畢業的，高中以上畢業的不到 25%；而在都會區剛好顛倒。大專以上畢業的教育程度，他們接受教育的能力強，且會要求追蹤，會上網查詢資訊。

(3)治療族群：在執行醫療時自己心中會自由心證區分出積極願意接受治療的及退縮的二種族群，對積極的族群會強力協助，而因退縮的族群常會對給予生活作息改變的要求時，表達其無法達成的意思，因此會將其排在第二順位來協助。

3. 並非所有病患的行為都能接受醫師的醫囑而改變，所以臨床上會較依賴營養師、衛教師給予教育來改變。但相對的，病患的生活作息如無法生活化，再怎麼給予教育，也是無用。因此建議，與其格式化病患的生活作息，不如讓病患找出適合自己的生活作息。我們醫院的作法是嘗試請

經濟許可的病患自購血糖機檢測血糖，或請病患到醫院來免費為其測血糖，要求病患在飲食後 2 至 3 小時測血糖，並請營養師或衛教師記錄病患吃過的食物與血糖的關係，給病患自己參考、觀察。經過如此訓練後，病患將對進食之食物造成血糖的變化有一些了解，進而對食物分類及選擇有一些概念，這比營養師規範病患飲食將較實際，如此個人化生活作息維持下來將會比只給予支持性衛教好。

4. 但前揭方式如要在基層醫療做，其困難度會增加，本計畫藉由 PGY 學員直接到病患家中訪問很好但其時間有限，而本計畫運用志工組織來協助是很重要的，但是否會較專業營養師、衛教師專業度不足？個人認為觀念應是對的，但應區分理想面及現實面來探討，實際上就經濟效益面、持久效益面來說，請專業營養師、衛教師到鄉間去做衛教，一般而言可能性並不高。志工組織剛開始推動，一定會有一些困難及限制，如志工的智識能力、教育能力…等。目前志工年齡普遍偏高，未來將志工年輕化是重要的。此工作如持久下去，將來在改善的過程中，不斷有新的志工加入，將志工組織及改善方案觀念落實下去，可能可以去觀

察未來 5 至 10 年之結果。

5. 1998 年至 2003 年的兩次亞洲區的糖尿病照護 (DIABETES CARE) 計畫，發現台灣糖尿病患的糖化血色素幾乎沒有改變，其背後代表的意義，可以說我們如果沒有真正去做糖尿病試辦計畫及糖尿病衛教，可能更糟糕，我們的努力維持使之未變壞。而如果將糖化血色素當指標時，糖化血色素標準化就很重要。目前中華民國醫事檢驗學會已進行糖化血色素標準化的計畫，在台灣較大型的醫院都可做到糖化血色素的標準化。但在基層院所的部份就仍需努力。
6. 衛教師及營養師絕大多數仍是集中於城市地區，目前糖尿病照護網的認證資格，已下放至縣市衛生局認證，目前此方式建議仍應持續下去。
7. 糖尿病患控制膽固醇仍需靠藥物，對基層醫療人員來說，藥物的使用標準及使用方式要很明確告知。
8. 有關血糖檢測試紙 (ONE TOUCH) 給付的問題，目前如果只是臨時檢測一次，健保是有給付的，但如果是長期使用，健保是不給付的。從另外一個角度去想，有二個做法提供參考，一為血糖檢測試紙供應廠商很多，但價格卻仍很高，不妨嘗試要求廠商將價格降低。其次是考慮向廠商

勸募，但應要求病患到診所來檢測，而非發放給病患回家自己使用，如此較能管制總量。

(三)紀院長乃正:

1. 七堵醫療群約有 600 多位糖尿病病患，由一年前健保局的資料來看，同儕糖尿病病患 HbA1c 大約控制在 7.6%左右，本醫療群病患 HbA1c 大約控制在 7.4%左右。而就膽固醇檢查、眼底檢查…等之檢測率來說亦達 80%。
2. 本診所所有 15 位員工，其中有醫師、衛教師、助理 5 位員工來執行糖尿病照護，在營養師部分係與署立基隆醫院合作，每 2 週來一下午。另每 2 週舉行約 15 位病友的聚會說明足部護理，贈送足部護理包，向心力好。
3. 糖尿病患控制不好，確有可能是家中有些問題需要觀察，因此，目前配合政府六星計畫關懷據點的設立，已向基隆市政府社會局提出申請，希望招募志工擔任訪視員做電話訪問，並對較重症者、獨居者裝設求生系統。
4. 本診所經常有 6-7 位 PGY 學員來接受訓練，但每次只來一天，缺乏持續性，效果並不好，如能持續一個月會較好，或許組成志工團隊會較之有幫助。
5. 七堵醫療群每年 11 月宣導月都會辦理糖尿病的活動，也

向廠商招募許多東西，因此，向廠商招募應該是不成問題。

(四) 鄭教授惠美：

1. 人性是重成就感的，但病患自我成就感的部份常未被重視。從糖尿病飲食來說，有很多食物是可選擇的，但病患通常不如專業營養師能做很明確的判斷，如果由病患自我進食後檢測血糖，就能很有概念的知道，哪種食物是可選擇的，可能比營養師給予衛教更有效。
2. 而志工最可以做又可呈現效果的事，就是讓了解病患作息的志工去提醒病患檢測血糖。時間不需太長，也許 2 週左右。整體而言，如期望執行一般衛教健康促進、宣導等，其實一般人即可，但要確實發揮功用，則必須有人能針對病患確實的、深入的協助病患。
3. 另病患通常反應血糖試紙價格太貴而不願去做檢測，因此有一想法提供參考，即醫師能否處方約 2 週的血糖自我檢測試紙給病患。

(五) 張副教授媚：

1. PGY 學員是來接受訓練的，不適合將之當作人力來運用，宜提供較適合的學習環境或適合的模式來學習。
2. 另建議基層診所至少能組成一最基本的慢性病照護的專

業團隊，例如醫師、受過訓練的護理師。志工是需要專業醫療人員的指導、督導，如搭配專業團隊來運作較為完美。

3. 病患的行為是有其自主性，病患不願配合、行為改變的問題，以受過訓練的專業衛教人員較能切中重點了解病患的問題而去溝通處理。

(六)黃副教授明珠：

1. 同意將病患先行分類的作法。目前在彰化縣衛生局也正在嘗試將病患做分類，如：病患年齡、教育程度、經濟狀況……等等。分類後再決定出資源及專業需求。
2. 運用志工協助是可行的方式，建議可先將志工角色具體化，更正式的區隔出。例如：不牽涉專業的部份，因病患在運動方面通常是很有惰性的，不妨由志工去提醒、鼓勵病患運動。
3. 鹿港地區之特性與其他地區可能不同，建議鹿港試辦區病患之選擇需有變化性，以便未來能順利推動到其他地區。
4. 對血糖測定儀、試紙使用的問題個人曾評估過，部分病患並非經濟有困難，而是捨不得用在檢測血糖或缺乏鼓勵，因此，應依病患狀況給予適當的協助，讓病患能自己負起一些照顧自己的責任。

(七) 丁副教授志音：

1. 本計畫目的是要永續的進行下去、推展到其他地區的，因此，設計模式、資源提供應著重思考能使之長遠的運作下去。
2. 在人力不足的問題上，應思考我們要如何做才能使志工角色能讓民眾接受及信任。
3. 對於試紙的問題，認為應由民眾自己來負責。

(八) 謝科長玉娟：

1. 目前人力開發是重要的，但人力整合更為重要。本計畫對於志工的開發方法很好，建議不妨由糖尿病高危險群中尋找，例如：糖尿病患家屬、肥胖者。
2. 目前對 CDE 的認證及糖尿病共同照護網的認證是有區隔的，CDE 的認證是界定為師資方面，而糖尿病共同照護網認證則是界定為臨床照護方面。

(九) 李副教授明憲：

1. 同意衛教前先對病患做區隔之想法。另病友團體的方式非常好，有些問題經由病友之見證能產生很好的效果，如：血糖自我檢測試紙的問題。
2. 目前嘗試推動及了解有關「企業社會責任」，正對一些企

業洽談企業社會責任，認為與其招募不如 EMPOWER 企業。國外的作法係於公司內進行約半年員工對談的教育，使員工能對企業核心價值產生不同的省思，也許由員工認養社區計畫，直接參與社區計畫成為志工，而非單單只是企業捐助而已，使企業認養變成一永續經營的機制。

(十) 王主任英偉：

1. PGY 有其訓練計畫在做，建議不將 PGY 放入本計畫中。
2. 在彰化縣糖尿病照護的資源較其他地方豐富，在彰化縣鹿港的模式要能推展到其他地方，其可能性還不確定，因此，建議本計畫整個架構需重新思考，除參考相關經驗外，應參考相關實證文獻之理論架構。
3. 「志工」如何能成功，能維持及發揮功能，必須有方法。過去經驗發現，志工組成失敗的經驗較成功的經驗多，曾辦過許多研討會、種子訓練班，發現在訓練班結束以後的支持、資源的提供更為重要，須予重視。

(十一) 林執行秘書金龍：功能性健保醫療品質委員會成立之三個

專案小組運作互有關聯，第一組為「醫療品質改善專案小組」，第二組為「國民就醫行為改善專案小組」，另外第三組「醫療品質改善評估暨資訊公開小組」也於上週成立並預計將做相關

成效之評估。目前本會推行的均是質性之研究，量都不大，希望去嘗試一可行的模式，並且朝可行之方向逐步修正。

(十二) 紀召集人雪雲：

1. 蔡院長所談是目前計畫執行方式及進度，也是計畫未來預定執行之方式。但最近有不同的看法，認為為何不藉由行政力量以合聘營養師、護理師方式來執行，而要花費那麼多的時間、人力來組成、訓練志工，其專業度夠不夠呢？希望各位專家提供意見來討論出可行性的方式，以便計畫能適時調整。
2. 本計畫 PGY 學員是安排到診所一個月的時間。
3. 目前志工的認證及培訓正由醫策會進行中，預計於 6 月底完成課程，將區分專業及非專業人員的志工，第一階段培訓將優先以糖尿病的照護需求為主。
4. 本計畫立足點在現行糖尿病共同照護體系下仍需改善之處，並 FOLLOW 功能性全民健保醫療品質委員會下醫療品質改善專案小組「糖尿病醫療品質改善方案」擬定之指標。經電話諮詢「醫療品質改善專案小組」郭召集人守仁，提出了三個基層診所糖尿病共同照護成果不佳之原因，供大家參考：

- (1) 診所病患數少，致診所投入資源之意願低。
- (2) 過去推糖尿病照護時曾辦理合聘營養師，營養師之給付為 1500 元，其中政府補助為 300 元，對診所來說 1200 元的負擔大。
- (3) 醫院與診所缺乏整合。

二、 結論與建議：

- (一) 各位專家所提供的寶貴經驗，如有文獻可提供工作團隊參考，請不吝於會後送承辦單位。
- (二) 目前依病患問題歸類為飲食、運動、足部照護及如何提升自我照護能力等四大類，應運用問題解決法，針對問題提供支援，試辦區彰化縣的社區資源豐富，應加強社區資源之整合及連結。
- (三) 有關「糖尿病就醫行為改善方案—發展健康支持系統照護糖尿病個案試辦計畫」介入策略的部份：
 1. 將參考各位專家所提供之文獻資料增加對病患之區隔及分類，如：年齡、教育程度…等。
 2. 對健康支持系統中「健康志工」之角色，除靠目前醫策會籌辦組成之志工團隊外，本計畫也需考量到退場機制，當計畫結束之後仍可繼續運作，如：尋求以基層診所為基礎，

由診所醫師夫人找出診所顧客中核心人士 3-5 人，協助組織病友團體，成為第一線的志工。

3. 在不增加政府負擔之原則下，以基層診所醫師為主體考量，退場亦應考量不影響診所營運。
4. 請彰化縣衛生局協助對認證之營養師、衛教師專業人力之需求。

肆、 臨時動議：無

伍、 散會（95 年 6 月 1 日下午 12 時 30 分）

行政院衛生署全民健康保險爭議審議委員會會議紀錄

會議名稱：建構彰化地區健康照護及疾病管理模式共識會

會議時間：95年8月28日下午1時30分

會議地點：彰化縣衛生局3樓會議室

主席：梁副教授繼權

記錄：梁玉梅

出席單位及人員

全民健保醫療品質委員會	紀召集人雪雲
彰化縣衛生局	葉局長彥伯
財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會	闕組長瑞紋 莊秋金
財團法人彰化基督教醫院	楊醫師鈺雯
	林醫師志成
秀傳紀念醫院	葉副院長永祥
	陳副院長茂文
全民健保爭議審議委員會	林執行秘書金龍
	楊樹梅 陳馨慧
	游雅文 周燕玉
國立台灣大學醫學院社區醫學研究群	林佑姍

壹、主席致詞（略）

貳、報告事項

- 一、慢性疾病照護模式—報告人：梁副教授繼權（略）。
- 二、發展健康支持系統做好病人照護—報告人：紀召集人雪雲（略）。
- 三、社區醫療健康志工培育、認證及服務計畫（草案）—報告人：闕組長瑞紋（略）。

參、配合推動事項之綜合討論發言摘要：

- 一、 WHO 安全社區之認證方式、推動步驟、標誌設計等值得參考，其標誌設計能突顯地方色彩，建議健康志工之標誌設計，也能呈現各縣市對其自我成長之要求及其各自之地方色彩。
- 二、 彰化縣衛生局、彰化基督教醫院、秀傳紀念醫院、社區均有設置志工，本計畫另建置「向日葵健康志工」，應考量是否有資源重疊及管理的問題，建議能考量多元化並有一致的目標及管理方法。
- 三、 彰化縣衛生局目前規劃有「社區健康學院計畫」、「社區營養衛教中心委外計畫」，未來可提供本計畫在資源運用上之結合。
- 四、 醫策會目前已在做 PGY1 訓練之相關規劃，如：設置 PGY1 訓練中心，以能整合各醫院 PGY1 訓練之資源並能做到資源分享，彰化縣衛生局亦可提供在各衛生所之空間來支援 PGY1 之訓練需求。
- 五、 在協助診所辦理幾次慢性病病友會經驗中發現，體能訓練在健康支持中佔有很重要的角色，目前是尋求鄰近大學協助，期望未來能重視這一部分，並去研議推動。
- 六、 目前本計畫在做的健康支持網絡，應考量未來擴散之機制，建議能以社區醫療群作為疾病管理、個案管理，甚至預防保健之平台，在此平台架構之下，社區醫療群醫師該如何做（Know How）亦應同時研議加入。
- 七、 膝關節炎人工關節置換、慢性腎臟病之病患多是在醫院層級診治，因此，建議不妨由醫院先對這些病患做登錄，再來考量針對哪些相關醫療品質指標進行分析。
- 八、 針對膝關節炎人工關節置換治療、慢性腎臟病及透析治療醫療品質改善方案之試辦，醫策會目前的相關規劃為：
 - （一）將彰基、秀傳醫院現有之志工團體，給予相關訓練後參

與。

(二) 有關膝關節炎人工關節置換部分，擬拍攝從術前到術後之衛教影片。

(三) 對於慢性腎臟病部分，則著重於尚未進入洗腎階段前之控制、衛教…等等。

九、基於二代健保所要求的民眾參與、醫療盡責及資訊公開，全民健保醫療品質委員會研擬出今天所提出的 3 個醫療品質改善方案。在實際執行上之構想，糖尿病的部分已在進行，至於膝關節炎人工關節置換部分，著重於去發現就醫行為不正確之個案，如：應接受置換手術卻堅持不置換、應接受再置換手術卻堅持不置換之患者，並進行個案管理；而對慢性腎臟病部分，可先針對糖尿病有慢性腎臟病之個案登錄及個案管理；同時需進行前揭疾病之資源耗用列管及試算。另對今天所提出的 3 個醫療品質改善方案在彰化縣試辦情形，將在今年（95 年）10 月份中旬做回顧；未來在操作上，將以彰化縣試辦結果為基礎，提供政策之建議。

肆、結論與建議

- 一、請彰化基督教醫院及秀傳紀念醫院配合進行膝關節炎人工關節置換、慢性腎臟病二種疾病醫療品質改善方案之試辦。
- 二、請彰化基督教醫院及秀傳紀念醫院各自先對其院內膝關節炎人工關節置換、慢性腎臟病二種疾病之病患做登錄，收集個案人數、問題診斷…等相關資料；對於糖尿病有慢性腎臟病個案目標數先設定為 1000 例，至於膝關節炎人工關節置換部分，個案目標數則先設定為 100 例。籌備與試辦情形提供為今年（95 年）10 月中旬之年度回顧之參考。
- 三、建議向日葵健康志工需考量標誌設計能呈現各縣市對其自我成長之要求及呈現各自之地方色彩，以增加地方志工之認同感

及驅動力，並能研議對社區現有志工有一致的目標及管理方法。

四、建議能考量以社區醫療群作為疾病管理及個案管理平台，並對社區醫療群醫師該如何做（Know How）亦同時加入研議。

伍、散會（95年8月28日下午4時15分）

畢業後一般醫學訓練社區醫療實務試辦課程檢討會議

會議記錄

時間：95年9月22日下午15時30分

地點：秀傳紀念醫院外科部會議室

主席：紀雪雲主任

出席人員：阮祺文部長、蔡明忠院長、林毓宏醫師、羅立凱醫師、陳國寶醫師、
邱鈴惠護理長、姚瓊惠社工師、雷文谷老師、林羿妙小姐

列席人員：闕瑞紋組長

紀錄：鄭筱蓉

一、主席致詞：(略)

二、醫策會報告：說明目前依據社區醫療實務試辦課程成果，向日葵健康志工協助社區醫療群執行糖尿病個案管理服務現況。

三、紀雪雲主任報告：介紹國民健康行為改善工作小組協助輔導安健社區醫療群辦理病友團體體驗學習之活動紀實與成果，及其策略運用觀念。

四、完訓醫師分享

(一) 民眾文化、教育、資訊運用的落差，影響照護的效果，需要調整適合的衛教內容來幫助病友。

(二) 家庭成員的參與與支持也是照護與衛教成效的重要因素。

(三) 建議未來進行實務課程的學員，先從疾病別、病人的基本資料背景、當地的文化、生活習慣瞭解起，可以讓家訪與後續的衛教活動進行得更加

順利。

五、綜合討論

- (一) 能夠到病友的家裡拜訪，對於深入瞭解病友照護不良的原因有很大的幫助，進而提升衛教的效果與照護的品質。因此，學員受訓課程中的家訪、據此執行的健康志工服務，以及診所共同參與的病友團體活動，相當有意義。
- (二) 若能有併發症嚴重的病友、自我照護良好的病友，加入分享自身經驗，亦能收到不錯的效果。
- (三) 預定於 10 月中下旬舉辦向日葵健康志工服務分享會，瞭解志工服務現況，所遇到的困難、心得與建議；於會中邀請病友與志工分享自身經驗，以及進行健康達人 125 之糖尿病自我照護讀書會。

六、散會(下午 17 時 20 分)

彰化社區健康資源整合研討會

指導單位：行政院衛生署

主辦單位：國立台灣大學醫學院社區醫學研究群

財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

日期：95年12月17日(星期日)

時間：14:00~17:00

地點：行政院衛生署彰化醫院2樓大講堂

(彰化縣埔心鄉中正路二段80號)

時間	分鐘	活動內容	主講者/主持人
13:30~14:00	30	報 到	
14:00~14:10	10	致 詞	醫策會
14:10~14:40	30	彰化區域共同照護網執行現況	彰化縣衛生局 葉彥伯局長
14:40~15:10	30	老人整合性醫療照護服務	員林郭醫院 郭鐘添院長
15:10~15:30	20	Break	
15:30~16:20	50	健康支持體系結合社區資源之 經驗分享	豐安診所 蔡明忠院長
16:20~16:40	20	專業職涯發展	醫策會
16:40~17:00	20	綜合討論	豐安診所 蔡明忠院長
17:00~		賦 歸	

行政院衛生署全民健保爭議審議委員會委託計畫工作會議會議紀錄

會議名稱：「實踐二代健保醫療品質提升之模式建構」計畫 96 年度第一次工作會議

時間：96 年 3 月 2 日（星期五）上午 9 時 30 分

地點：台北市愛國東路 100 號 6 樓 605 會議室

主席：謝主任委員博生

紀錄：梁玉梅

出席人員：

台灣大學

陳教授慶餘

梁副教授繼權

林佑姍

本會

林執行秘書金龍

楊簡任技正樹梅

陳玉靜

溫佳英

陳馨慧

周燕玉

陳雅文

壹、主席致詞：略。

貳、96 年度工作計畫執行規劃報告與討論：

一、本計畫分三部份執行，第一年在第一部分增進民眾健康知能、病患自我照顧能力方面著力較多，第二部份建構地方醫療體系部分初步工作也已進行，惟第三部份有關「個別醫院總額制度」實施後，醫療可靠性確保方面，因客觀環境的改變，較無著力之處。

二、在今年有限資源下，並參照本計畫評審委員對第一部分成果頗認同且

建議推廣之意見，第二年工作期著力於醫療群與社區的結合及推廣、醫院與社區及醫療群之連結，進行以下「診所糖尿病照護深耕作法」

(詳如附件)：

(一)充分掌握病人照護需求。

(二)醫護人員充能。

(三)尋求資源與合作夥伴：其他診所、醫院、衛生機關、社政單位、學校。

(四)導入志工協助照護病友。

(五)醫院為主體的地區醫療資源整合：利用膝關節置換手術及慢性腎病變兩種疾病，以醫院為中心，建立連結社區照護的服務系統，包括醫療群醫師共同參與及志工照顧關懷。

(六)擴大醫師診所充能的計畫以涵蓋更多醫療群向 Innovation curve 的 early majority 發展。

三、本計畫連續二年，第一年工作經由下往上建立支持網絡來協助社區醫療群醫師進行慢性病管理，已呈現出可行性之模式；在今年(第二年)希望將此模式推廣及擴大，並使能在沒有計畫支持的情況下，運用志工組織協助衛教之工作能持續進行，爰此，將考慮與原就已有各自的預算在進行類似的事情之民間團體 (NGO； Non-governmental organizations) 如：文教基金會、獅子會、扶輪社……等合作，惟

其係各團體各自執行且缺乏特定目標，本計畫將運用政府的力量協助其為特定目標服務。另民間團體(私)、衛生所(公)、診所(私)、醫院(公/私)均有各自的模式在進行類似的服務，亦考慮協助它們相互間之溝通，互相結合以形成支持網絡。

四、費協會要求健保局於今年 6、7 月份提出「家庭醫師整合性照護試辦計畫」辦理情形之成效報告，將檢討辦理情形並對未來是否續辦作出決定；而本計畫在彰化縣社區醫療群研究之心得與建議，非常值得提供健保局未來在內容規劃及政策決定之參考。

參、結論與建議：

一、請本計畫能將今天所提「診所糖尿病照護深耕作法」，分別就糖尿病（以診所為主之模式）、膝關節置換手術及慢性腎病變（以診所與醫院間合作為主之模式）、社區整合非健保資源（例如：志工、NGO）及運作方法三種模式，加以融入及整合，例如：在糖尿病之照護方面，社區醫療群需有哪些充能；在膝關節置換手術及慢性腎病變之照護方面，醫院與診所如何合作及相互轉介、與社政單位、學校…等如何合作、基層診所需如何充能。並宜就前揭不同照護模式之 3 種疾病病患，強化量化資料之收集、分析，若健保資料取得需要協助者，亦可儘早提出健保相關數據資料之需求，本會將盡力協助尋求管道取得資料。

二、請本計畫配合健保局「家庭醫師整合性照護試辦計畫」即將提出辦理

情形之檢討，於今年 6、7 月份前提出計畫從第 1 年起執行的初步成

果心得及具體建議，並能較完整的形成初步之政策建議予以參酌。

三、本計畫於結案時，請能呈現出建構了什麼模式、所建構的模式可解決

什麼問題、未來此模式應用在台灣目前之健康照護上可達成病患能在

社區接受持續性照顧上有些什麼策略等重點。

肆、散會：上午 11 時 30 分。

建立「以病人為中心的共同照護模式」
~「膝關節置換術」與「慢性腎臟病」-會議紀錄

時間：九十六年四月十日十二時三十分

地點：彰化秀傳醫院 1 樓放射科會議室(彰化縣中山路一段 542 號)

主席：梁繼權醫師

出席人員：

彰化秀傳醫院：

骨科古鳴洲院長、骨科楊婷伊管理師、醫療群聯絡人呂孟洲高專

彰化醫療群診所：

黃紀源診所(骨科)黃紀源醫師、永安診所(外科)陳忠凱醫師、

賴政光耳鼻喉科診所賴政光醫師、戰克鴻小兒科診所戰克鴻醫師、

十仁內科診所劉姿吟醫師、張允藍小兒科診所張允藍醫師(執行中心)

彰化基督教醫院：腎臟內科吳旭鎮醫師、個管師陳美惠小姐、

醫療群負責人月招小姐、腎臟內科曾護理長

彰化基督教醫院：

腎臟內科吳旭鎮醫師、個管師陳美惠小姐、醫療群聯絡人黃月招小姐、

腎臟內科曾旭君護理長

大二林醫療群：

健泰診所(家醫)王仁博醫師(執行中心)

台大醫院家醫科梁繼權醫師

財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會闕瑞紋組長、孟曉惠管理師

計畫專任研究助理林佑姍小姐

壹、主席致詞(略)

貳、報告事項

一、醫策會報告

1. 建立「以病人為中心的共同照護模式」~社區醫療群的角色
2. 社區醫療群在「膝關節置換術」與「慢性腎臟病」共同照護~影片拍攝，

進度時程規畫。

- 二、彰化秀傳醫院報告『膝關節置換術』照護狀況，包括平均每月人數、照護流程、衛教項目等。
- 三、彰化基督教醫院報告『慢性腎臟疾病』照護狀況，包括平均每月人數、照護流程、衛教項目等。

參、討論事項

- 一、建立「以病人為中心的共同照護模式」，需要之資源或協助。
- 二、影片拍攝相關事項：個案選擇、拍攝重點、場地設備準備、拍攝時間....。
- 三、進度時程討論。

綜合決議：1. 提供影片給診所播放，讓病人在候診時觀看。

2. 擬舉辦研討會，讓基層醫師更了解膝關節置換術及慢性腎臟疾病之診斷、照護方法及轉診時機等，提高共同照護能力(由秀傳醫院與彰化基督教醫院分別主辦，日期待定)。

肆、散會 (下午二時三十分)

實踐二代健保醫療品質提升之模式建構計畫

大二林醫療群-糖尿病腎病變病患整合式照護計畫會議紀錄

會議時間：96年5月24日(星期四)中午12時整

會議地點：彰化基督教醫院二林分院(彰化縣二林鎮南光里大成路一段558號)

主席：闕瑞紋組長

紀錄：林佑姍

出席人員：健泰診所(執行中心)、台安診所、茂榮家庭醫學科診所、

醫療群聯絡人黃月昭個案管理師、彰化基督教醫院二林分院

詹賜貳醫務長、腎臟科吳旭鎮醫師、陳美惠衛教師、曾旭君

護理長、醫策會楊涵妃專員、台大醫學院研究助理林佑姍小

姐

一、主席致詞(略)

二、報告事項(略)

「慢性腎臟疾病個案管理」(彰化基督教醫院二林分院)

-慢性腎臟疾病醫療團隊、收案流程、衛教內容、收案成效

三、意見交流

1. 在社區發現需照顧之「慢性腎臟疾病」個案後，將針對個案進行疾病追蹤與控制，若病患之疾病嚴重度增加，診所需將病患轉至合作

醫院以利後續診療，在醫院給予適當的治療後，醫院需將病患轉回基層診所進行持續性照護。未來，此計畫擬與彰化基督教醫院二林分院合作，並請醫院協助收案及舉辦相關教育或衛教活動。

2. 若彰化基督教醫院二林分院或大二林社區醫療群有培訓志工之需求，醫策會可助進行志工的相關訓練活動。另，亦可請進行畢業後一般醫學訓練之學員協助慢性腎臟疾病相關衛教活動。
3. 個案建議可不限糖尿病腎病變患者，意即只要符合慢性腎臟疾病即可收案。

四、決議

1. 收案機制

- (1) 收案對象：收案對象為慢性腎臟疾病之 stage 3 病患，以追蹤與控制 stage 3 病患方式，延緩病患從 stage 3 進入 stage 4 之速度。
- (2) 收案方式：以成人健檢資料做為篩選個案之依據。
- (3) 對於慢性腎臟疾病個案改善重點之核心指標 (core measurement) 中應增加一項：尿蛋白量控制狀況。

2. 舉辦課程

- (1) 請醫院舉辦基層醫師之繼續教育課程，內容包含糖尿病、腎臟病等，以協助醫師提供照護慢性腎臟疾病病患之能力。

(2) 請醫院與社區醫療群合作舉辦民眾衛教活動，以提升民眾自身健康知識。

3. 本計畫擬於今年六月至十二月執行，計畫聯絡人為陳美惠衛教師。

五、散會(下午 1:30)

糖尿病併發症之旅問卷(病友)

附錄三

診所別 _____ 組別 _____ 填寫日期 _____

姓名：_____

一、年齡 _____ 歲

二、是否領有糖尿病健康護照

否 是

三、診所要提供衛教指導何時較有空？

星期 _____ 上午 下午 晚上

四、是否曾經參加病友團體

是 何時參與(最近一個月 最近兩個月 三個月之前) 否

五、自我照護情形

1. 運動

次數 1-2次/週 3-4次/週 5-6次/週 每天

時間 早 午 晚

運動種類 _____ 持續時間 _____分鐘/每次

※是否有照著病友會的示範作運動？ 有 無

2. 飲食

外食 自家烹調 ※主要烹調者 _____

※最常用的烹調方式

蒸 煮 炸 炒 滷

※用餐時間是否定時、定量 是 否

※用餐時間是否定量 是 否

※一天吃 _____餐

※有無宵夜習慣 有 無

※飯、菜、肉的比例 _____

※是否有照著營養師的建議改善飲食習慣？ 有 無

3. 遵醫囑情形

有照醫師指示服藥

知道飯前飯後吃藥的意義

知道每天要定時吃藥

六、對此次活動的感想

1. 哪一段的內容，您覺得最受用？

參訪簡介洗腎室、觀賞高壓氧治療影片 衛生保健資訊討論 糖尿病病友分享

2. 感想或建議：(您的感想與建議，是我們最大的回饋)

糖尿病併發症之旅問卷(志工)

姓名：_____ 填寫日期 _____

一、參與病友會狀況

1. 是否有參加過病友會？ 是 否
2. 病友會後，有無協助診所做關懷活動？ 有 無

二、對此次活動的感想

1. 哪一段的內容，您覺得最受用？
 參訪簡介洗腎室、觀賞高壓氧治療影片 衛生保健資訊討論
 糖尿病病友分享
2. 未來若有機會，您希望再接受哪些其他相關訊息？(請務必填寫)

3. 感想或建議：(您的感想與建議，是我們最大的回饋)
