

整合式服務照顧「醫養合一」 與榮民健康狀態關聯性之探討

壹、研究緣起與目的

隨著時代的變遷及榮民年歲的增長，老年的榮民罹患慢性病與功能障礙的盛行率呈現急遽上升趨勢，除健康與醫療服務外，也需要廣泛的長期照顧服務。2002年世界衛生組織（WHO）提出創新的慢性病照顧模式（ICCN），建議會員國就政治環境、整合照顧資源、調整政策、有效運用醫療人員，強調醫療照顧者、個案及社區夥伴三位一體的夥伴關係，共同採取有效策略管理慢性病徵。（陳，2007）

94年6月「行政院退除役官兵輔導委員會」所辦的新進醫師講習班中，前主任委員高華柱先生講課內容中詳細說明，對於退輔會核心工作之「榮總－榮院－榮家保健組的三級醫療支援及轉診制度需建立」，使醫護照護延伸與拓展。（4）

在94年10月31日慶祝第二十八屆榮民節中，高主委表示輔導會將持續整合安養、醫療及事業機構資源，達到全方位整體服務目標。輔導會將積極規劃各榮院與榮家的資源，始能相輔相濟，充分發揮「醫院、安養、照護」相結合的功能，各醫療機構亦須秉持「醫養合一」政策，整合醫療體系資訊、建置採購平台、強化作業效能，建構並落實榮（總）院支援榮家及社區之「三級醫療體系」及「區域醫療網」。（3）

99年6月行政院退輔會曾金陵主任委員到台東主持與民有約榮民代表懇談會時強調，退輔會規劃安養機構功能調整及資源共享設施環境總體營造，持續積極整合醫療、安養、服務機構功能及資源，推動「醫養合一」健康促進及長期照護工作，並結合地方社（衛）政服務網絡，與民共享照護資源。（1）

輔導會自95年開始積極整合各地區之服務、安養與醫療等機構，共同提供「整合式」的服務照護，項目有建置失智照顧專區、增設個案管理師、加強感染控制、藥事服務、復健理療服務、個別化營養評估服務、預防保健、流感疫苗接種、胸部X光檢查、榮民精神篩檢作業、居家關懷、巡迴義診服務、健康促進活動、社區實施環境消毒等，不僅提升榮民的生活品質，也可以強化服務照顧榮民之理念暨期許。（8）

此醫養合一制度之整合性照顧系統推動及實施已四年，希望透過本篇描述性研究，能瞭解醫養合一制度對於本榮家榮民健康狀態的影響效益，讓社會大眾瞭解輔導會照顧榮民的用心，並找出是否有需求未滿足之項目，以提供榮家醫療業務有用的參考資料，並做為未來醫務行政決策的參考。

貳、理論依據與定義

一、整合照顧模式 (integrated care model)

- (一) 為整合性服務的概念，將健康照顧 (health care) 與社會照顧 (social care) 整合成為系統或網絡，以提高服務的可近性，增進服務品質與成本效益。特質是使個案容易獲取無隙縫性 (seamless)、銜接性 (connected)、持續性 (continuity) 的服務。
 - (二) 整合模式可分為水平整合與垂直整合兩大類，輔導會目前推廣的是醫療垂直整合，是機構式外援服務之銜接服務，屬於專業導向型及組織 / 機構導向型。
 - (三) 服務整合程度可分為三種類別：1、連結 (linkage) 2、協調 (coordination) 3、完全整合 (full integration)。這三種層級可視必要性、可行性來運用。
 - (四) 重點是：
 1. 內外資源整合，照顧組織 / 機構要與社區 / 個案發展夥伴關係，提升個案力行日常健康行為、學習因應慢性病所需的行為技能，協助個案運用照顧。
 2. 將健康促進、健康維護與疾病治療整合作為慢性病症照顧的重要策略。
- (陳，2007)

二、健康促進 (health promotion) (陳，2004)：

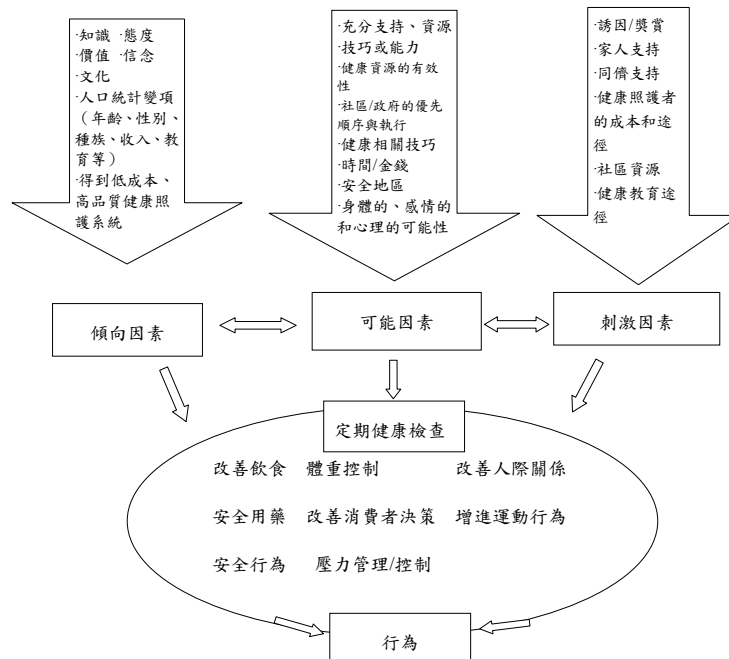
- (一) 定義：健康促進 (health promotion) 這個字被用來描述幫助個人及團體，從教育的、組織的、程序的、環境的、社會的及財政等支助以減少負面健康行為，激勵正面的改變。人們成功的從事促進健康的行為，積極地利用可以協助他們改變或維持良好健康的服務及支助。
- (二) 影響健康狀態的因素
 1. 個人影響：生活型態、體重、飲食、抽菸、壓力、藥物濫用、心理健康、遺傳。
 2. 社區的影響：可近性資源、社區服務、社區政策、計畫、優先順序、適當教育、法律施行和保護服務、宗教服務。
 3. 健康照護系統的影響：醫療照護途徑、照護品質、需求因子、技術上的進步。
 4. 環境的影響：空氣、水、氣溫、化學污染、其它環境危害。
 5. 人際、社會及工作影響：人際關係、溝通、工作滿意度、社會支持、家人互動、社經地位、安全和健康工作者的政策。
- (三) 影響健康改變的因素
 1. 傾向因素 (predisposing factors)：我們的生活經驗、知識、文化、種族的傳統及目前的信念及價值觀都是影響行為及行為改變的傾向因素。包含，年齡、性別、種族、收入、家庭背景及健康照護系統。
 2. 可能因素 (enabling factors)：個人的健康照顧技巧、生理因素、感情及心理的潛力等，正面因子會激勵個體完成目的，負面因子則反對改變。當負

面因子比正面因子更重要時，確認這些正面及負面的可能性因子並想出替代方案，都是健康促進行為改變上的必要因子。

3. 刺激因素 (reinforcing factors)：由個體生命中重要的人帶來的情境，如支持、鼓勵與否，甚至缺乏重要他人等，都是刺激因素，包含有政策及服務。例如，一項正向的健康行為，會因為有良好的健康照護支持，刺激因素將影響正面行為，使良好健康促進持續維持。

(四) 健康信念模式 (Health Belief Model; HBM)：呈現信念影響行為改變的方法。

根據此模式，下列三個因素使改變可能發生。首先，察覺健康問題的嚴重性，接著是察覺健康問題的敏感性，最後對於有健康問題的人採取預防措施。另外，與健康問題察覺危機有關有三個因素，人口統計變數 (demographic variables) 包含年齡、性別、種族、生活背景；社會心理學變數 (sociopsychological variables) 包含個人特質、社會地位及社會壓力；結構性變數 (structural variables) 包含與健康問題相關的知識或與健康問題的接觸。



圖一 影響健康及健康改變決定的主要因素

三、疾病預防：

- (一) 定義：大多數文章談論健康促進時將疾病預防 (disease prevention) 視為健康促進的一部份。一般觀念中，預防 (prevention) 是指採用正面的行動去避免日後生病，從健康相關文獻上可瞭解有三大類預防方法。
- (二) 初段預防 (primary prevention) — 在健康問題發生前就去減少危險因子或避免健康問題的行動。
- (三) 次段預防 (secondary prevention) — 也被視為保護措施，是健康危機的辨認及早期發現疾病並採用預防措施，或稱為介入 (intervention)，在疾病深根前，停止不當行為或減少危險因子。

(四) 末段預防 (tertiary prevention) 的措施—指生病後接受醫療、治療，或是復健治療，並把更多焦點集中在預防專家角色及預防性計畫上。

(五) 初段與次段預防主要是降低疾病與殘障的發生率 (incidence) 及盛行率 (prevalence)。也就是減少新案例及存在案例的數目。

四、全球疾病重擔：

(一) 定義：根據哈佛公共衛生學院及世界衛生組織的研究人員，及全世界收集的新研究主體反映在健康上的主要威脅之預測，稱為全球疾病重擔。(健康促進，2004)

(二) 全球人口健康危機綜合列表

1990 年	2020 年預測
1. 上呼吸道傳染病	1. 缺血性心臟病
2. 腹瀉	◎ 2. 單純性主要憂鬱症
3. 週邊血管疾病	◎ 3. 交通事故傷害
4. 單純性主要憂鬱症	※4. 腦血管疾病
5. 缺血性心臟病	◎ 5. 慢性阻塞性肺疾患
6. 腦血管疾病	※6. 上呼吸道傳染病
7. 結核病	7. 肺結核
8. 麻疹	◎ 8. 戰爭
9. 交通事故傷害	※9. 腹瀉
10. 先天性畸形	◎ 10. 愛滋病
11. 瘧疾	※11. 週邊血管疾病
12. 慢性阻塞性肺疾患	◎ 12. 暴力
13. 意外災害	※13. 先天性畸形
14. 缺鐵性貧血	◎ 14. 自我傷害
15. 蛋白質及能量營養失調	◎ 15. 氣管、支氣管和肺癌

(表一 全球人口健康危機綜合列表) (5)

說明：

- ◎表示健康威脅上昇，※表示健康威脅下降。
- 在女性開發中國家，單純性主要憂鬱症備預測為疾病負荷的主因。
- 由預測結果發現健康威脅上升的有：單純性主要憂鬱症、交通事故傷害、慢性阻塞性肺疾患、戰爭、愛滋病、暴力、自我傷害、氣管、支氣管和肺癌。
- 由預測結果發現健康威脅下降的有：腦血管疾病、上呼吸道傳染病、腹瀉、週邊血管疾病、先天性畸形。

(三) 台灣十大死因 (表二) (十大死因，2009)

2008 年 2009 年

1. 惡性腫瘤	1. 惡性腫瘤
2. 心臟疾病	2. 心臟疾病
3. 腦血管疾病	3. 腦血管疾病
4. 肺炎	4. 肺炎
5. 糖尿病	5. 糖尿病
6. 意外事故	6. 意外事故

7. 慢性下呼吸道疾病（慢性阻塞性肺疾患、氣喘、支氣管炎）	7. 慢性下呼吸道疾病（慢性阻塞性肺疾患、氣喘、支氣管炎）
8. 慢性肝病及肝硬化	8. 慢性肝病及肝硬化
9. 自殺	9. 自殺
10. 腎炎、腎症候群及腎病變	10. 腎炎、腎症候群及腎病變

(四) 佳里榮家十大疾病威脅

2008 年	2009 年
1. 肺炎	◎ 1. 上呼吸道傳染病
2. 慢性阻塞性肺疾患	2. 慢性阻塞性肺疾患
3. 心臟疾病	※3. 肺炎
4. 上呼吸道傳染病	◎ 4. 氣喘
5. 氣喘	◎ 5. 支氣管炎
6. 支氣管炎	※6. 心臟疾病
7. 泌尿道感染	◎ 7. 腦血管疾病
8. 憂鬱症	※8. 泌尿道感染
9. 腦血管疾病	※9. 憂鬱症
10. 跌倒	10. 跌倒

(表三) (綜合整理, 2009)

說明：

1. 統計來源為榮民就醫主要治療診斷項目為依據。
2. ◎表示健康威脅上昇，※表示健康威脅下降。

五、護理之家品質指標 (2)

領 域	品 質 指 標	住 民 風 險 分 類
事故	· 骨折發生率	· 高風險
	· 跌倒盛行率	· 高風險
行為 / 情緒	· 影響他人的行為盛行率	· 高風險
	· 憂鬱症狀盛行率	· 低風險
	· 無抗抑鬱劑治療的憂鬱症盛行率	· 低風險
臨床管理	· 使用九種以上的藥物	· 高風險
認知	· 認知障礙發生率	· 低風險
失禁	· 膀胱及腸的大小便失禁盛行率	· 高風險
	· 無如廁行為的偶發性、大小便失禁盛行率	· 低風險
	· 插導尿管的盛行率	· 高風險
	· 排泄袋的盛行率	· 低風險
感染控制	· 輸尿管感染盛行率	· 高風險

營養 / 膳食	· 體重減輕盛行率	· 高風險
	· 插管餵食盛行率	· 低風險
	· 脫水盛行率	· 高風險
生理機能	· 臥床率	· 低風險
	· 喪失日常生活活動的盛行率	· 高風險
	· 行動範圍縮小的盛行率	· 高風險
精神藥物使用	· 抗精神症狀藥物使用的盛行率	· 高風險
	· 抗焦慮 / 安眠藥物使用的盛行率	· 低風險
	· 過去一週安眠藥物使用超過兩次的盛行率	· 高風險
生活品質	· 日常物理行動限制的盛行率	· 高風險
	· 無活動或活動量小的盛行率	· 低風險
皮膚護理	· 1-4 期潰瘍盛行率 (壓瘡盛行率)	· 高風險

(表四 護理之家品質指標) (2)

說明：

1. 長期照護機構利用這些理論架構來規劃與實施護理照護，主要是引導實務應用，提供介入照護的選擇，可以避免護理人員單純只用「過去模式」的方式處理事情。
2. 依據馬斯洛生理需求金字塔學說，日常生活的問題會從滿足基本生理需求開始。充足的營養是慢性病患基本生存條件，但充足的營養卻常常是長期照顧服務長久存在的一個關鍵議題。因為，供應充足並不保證個案有充分吸收。個案應該被正確的評估是否有近困難，包含牙齒問題、吞嚥困難、消化道疾病及進食的便利性（如，提供碎食、餵食、軟質飲食、輔助食具等）。

六、復健模式

(一) 定義：

1. 1997 年 Brandt & Pope 醫學會將復建定義為恢復或發展身體、感覺或心智能力的過程。不僅透過個人功能上的改變，例如：強化受傷的肢體，透過實質與社會環境的改變，例如建立無障礙空間。復建極力扭轉所謂的失能過程 (disabling process)。(2)
2. 美國復建護理學會將復建護理定義為：評估、計畫、實施和評量個案復建照護所需特殊技術與知識的一種專業實務。(2)

(二) 復建模式有助於瞭解失能症狀 (disabling conditions) 的發展和進程以及如何逆轉或有效管理。世界衛生組織 (WHO) 建議使用 ICF 模式來促進診斷、照護和治療相關的溝通。

主要概念			
健康狀況	損傷	活動限制	參與限制

疾病、病變與傷害， 例如：糖尿病、腦血管意外	明顯偏離或喪失身體功能或構造的問題， 例如焦慮、麻痺、肢體感覺喪失。	明顯偏離或喪失身體功能，或構造的問題， 例如：焦慮、麻痺、肢體感覺喪失。	個人生活情境中可能經歷的問題，例如：無法搭乘公共交通工具參與公共事務或無法發揮工作的功能。
範例			
腦血管意外	一側肢體完全偏癱	無法自行上下床及輪椅	無法自行參與團康活動或任何想自行到達的地方。

(表五 功能、失能與健康之國際分類，ICF 概念) (2)

說明：

1. 儘管復建專業人員瞭解復建照護的重要性，也觀察到加強服務個案的功能、獨立自主和生活品質，但是治療效果及正面個案結果的相關科學數據仍然不足。許多研究重點都在單一功能 (discrete function)，例如恢復感覺、體力的改變等，而非整體功能的改變。
2. 個案接受復建之後，是否功能變好？是否生活品質改善？個案是否更獨立自主？是常生活活動是否改善？雖然研究已經顯示介入治療 (intervention) 能改變許多影響功能的因子，但是為了確定增加變化、單項改變，以及短期變化是否能影響總體功能、致病及死亡，則需要更多研究介入。(2)
3. 慢性病個案的綜合復建計畫需要各項學科的專業，以跨專業團隊模式較適合狀況穩定、需要長期照護服務之個案。
4. 除了疾病復建、老人復建外，尚有心臟復建 (重點在於重新調適身體，以便恢復正常活動、減少心臟病造成身心的影響、減少突發性心跳停止或二次梗塞。長期介入目的在於找出危險因子並改善危險因子。) 及肺部復建 (主要目的是協助個案適應慢性肺部疾病，主要挑戰呼吸困難的處理。)，也都是長期照顧極為重要需求的復建，但是目前輔導會及各榮院或榮家，針對此部分完全未有發展。

七、恢復性照顧

(一) 定義：是針對無法接受正式復建治療者、缺乏實質改善潛能者，或是已經達到最佳功能者。不包含由合格治療師指示下或執行的處置或技術，而是增加個案在長期照護環境下，盡可能獨立自主且安全適應及調整生活，所採取的護理措施。

(2)

(二) 能提升個案獨立功能的恢復。

(三) 包含有下列活動：步行與移動運動、穿衣服、梳洗、進食、吞嚥、轉位、截肢與輔具照護、溝通技巧、教導 / 練習糖尿病管理、造口技術或自行服藥等自我照護技巧。(2)

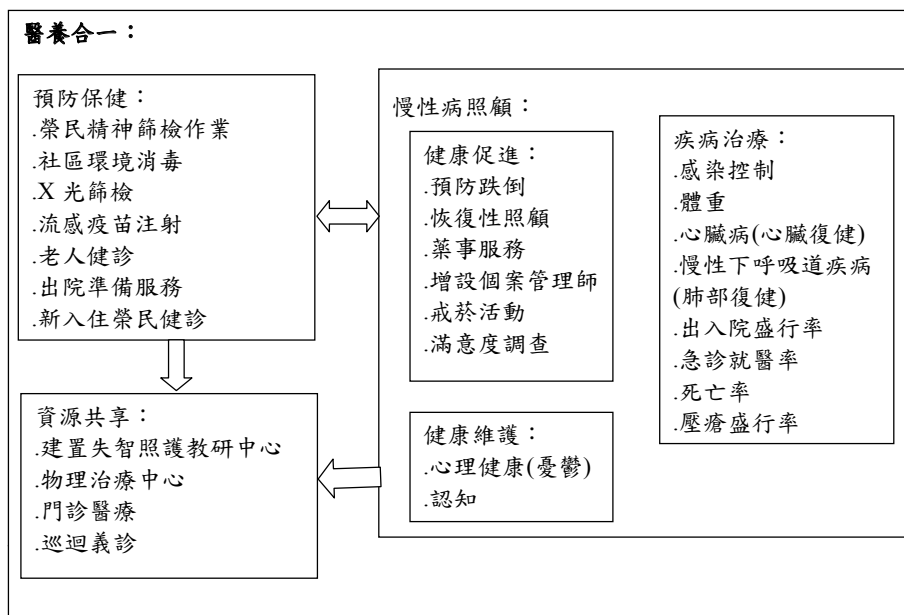
(四) 由上述可知榮家目前的恢復性照顧主要為 ADL 項目、藥事服務與輔具照護。

參、研究方法與過程

一、研究方法：本研究調查是透過目標母群體—佳里榮家 150 位榮民，運用描述性研究設計，回溯 94 年至 99 年之連續性研究。

二、研究步驟：查閱 94-99 年醫療紀錄與品質指標，如榮總院及保健組就醫資料、健康檢查率、預防保健及健康促進資料蒐集、精神篩檢作業、慢性病照顧等健康資料，進行資料分析，透過統計分析確認此整合式服務照護之效益。

三、研究架構：



四、研究過程：

- (一) 先探討預防保健（初段預防）包含內容各項目成效：1、榮民精神篩檢作業：精神科居家服務率、精神症狀復發率、精神科再住院率、憂鬱症狀盛行率、認知障礙發生率、抗精神症狀藥物使用的盛行率、抗焦慮／安眠藥物使用的盛行率、過去一週安眠藥物使用超過兩次的盛行率。2、流感疫苗注射達成率3、X光篩檢率4、老人健診率5、新入住榮民健診6、出院準備服務7、社區環境消毒：登革熱病媒蚊指數。
- (二) 其次瞭解有關健康促進（次段預防）執行成效：1、預防跌倒：跌倒發生率、骨折發生率。2、藥事服務：使用九種以上的藥物減少率、藥事服務執行率。3、恢復性照顧：ADL改善提升率、物理治療使用率、輔具照護使用率。4、醫療滿意度調查。5、個案管理成效分析。
- (三) 接著統計疾病治療（末段預防）部分各項成效：1、消化道疾病盛行率、吞嚥困難盛行率、牙齒問題盛行率、牙科就醫使用率。2、出入院盛行率。3、急診就醫率。4、壓瘡盛行率。5、慢性下呼吸道疾病發生率與盛行率。6、心臟病（心臟復健）發生率與盛行率。7、體重下降盛行率。8、喪失日常生活活動的盛行率9、

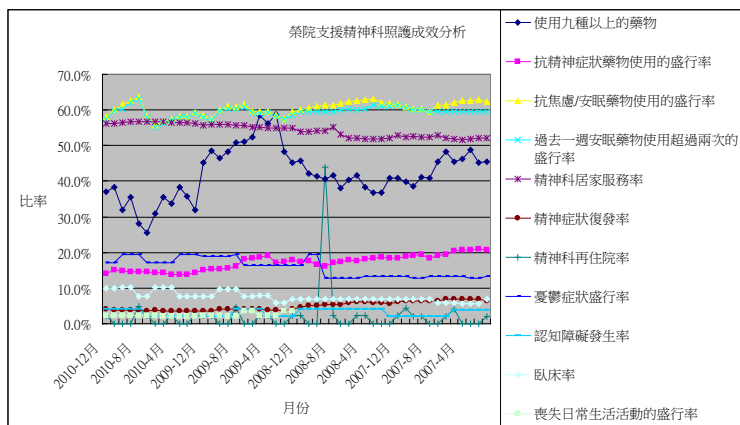
臥床率 10、脫水盛行率 11、插管餵食盛行率 12、大小便失禁盛行率 13、住院率與再住院率。

(四) 最後，由現象學角度歸納分析瞭解本榮家，執行「醫養合一」各項目關係架構相互影響健康狀態之成效檢討，是否為促進健康正影響？

(五) 檢討目前醫養合一實際執行內容是否有照護需求未被滿足？

肆、研究探討

一、圖一： 榮院支援精神科照護成效分析

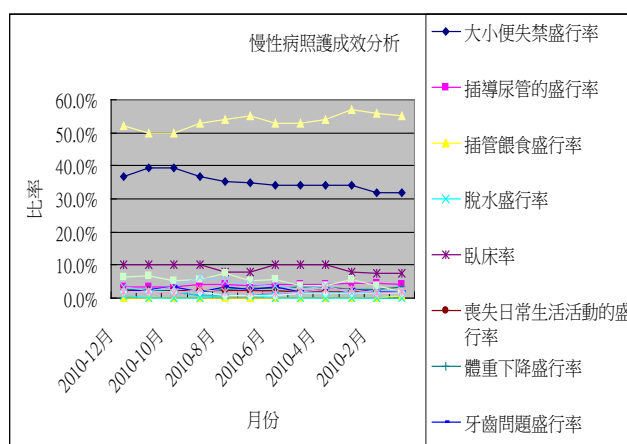


探討：

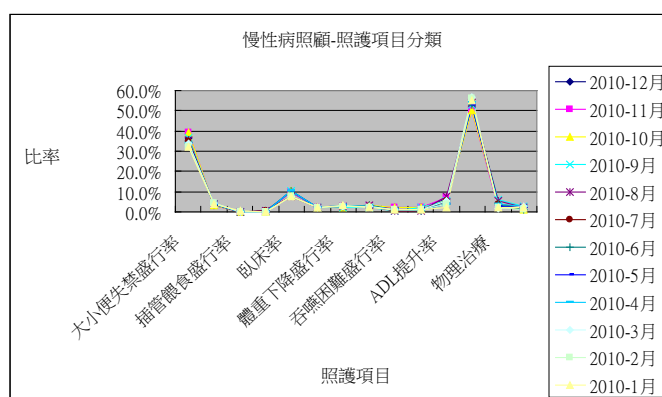
- (一) 圖一為榮院身心醫學科 97 年 1 月到 99 年 12 月支援榮家執行精神科照護成效分析。
- (二) 可看到精神科居家追蹤照護服務成效，由 97 年逐年上升，顯示精神科個案逐年增加中，但認知障礙發生率為平穩狀態，並未因榮民年齡上升而上升，顯示榮家執行各項認知訓練照護有幫助，但也可能因為連續性資料只有三年，因此年齡影響因素尚未顯現。
- (三) 精神科再住院率於 97 年 5 月至 9 月間有異常上升現象，可能性因素為憂鬱症，因此期間之憂鬱症狀盛行率也有異常上升現象。
- (四) 抗精神症狀藥物使用的盛行率、使用九種以上的藥物、抗焦慮 / 安眠藥物使用的盛行率、過去一週安眠藥物使用超過兩次的盛行率等用藥項目，並未有明顯上升變化。
- (五) 抗焦慮 / 安眠藥物使用的盛行率與過去一週安眠藥物使用超過兩次的盛行率，統計曲線變化幅度完全相似，是否顯示焦慮個案在失眠照護上依賴用藥？或是醫師常態性用藥必須兩種藥物同時使用？在失眠照護上是否可增加活動設計或個別性照護減少用藥？與臥床率及喪失日常生活活動的盛行率統計曲線幅度也相似，顯示抗焦慮藥物與安眠藥物使用，確實會影響個案活動度，有可能增加個案不活動合併症出現。因此，如何減少安眠藥物使用也是為來照護重點方向之一。

(六) 榮院支援精神科照護整體成效良好，如精神科症狀復發率逐年下降、精神科再住院率逐年下降。

二、圖二：慢性病照顧成效分析 -99 年統計



圖三：慢性病照顧成效分析 -99 年照護項目統計



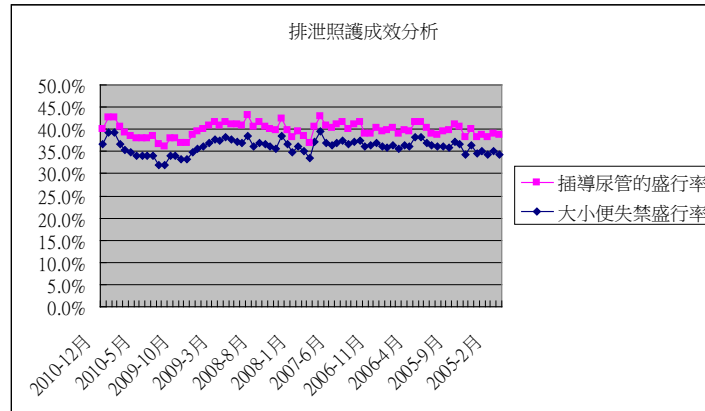
探討：

- (一) 依據圖二與圖三綜合探討，大小便失禁盛行率與臥床率統計曲線幅度密切關聯性高，顯示兩者間有極大互相關聯性。是因為疾病原因造成大小便失禁？或是因為長期臥床不動產生症候群？可否透過個案分析找出原因？或是加強個案疾病管理專業性？
- (二) 從 ADL 提升改善率已超過 50%，顯示榮民身體功能雖然老化過程有不可逆性，但仍可透過物理治療或復健照護作部分功能提昇。
- (三) 臥床率將近 10%，顯示可以重新省思如何減少臥床率？榮家是否結合榮院加強養護活動設計？
- (四) 針對體重下降及營養需求或營養設計，榮家非常需要營養師加入團隊。對於榮民高齡營養需求，護理人員雖可執行營養評估，但熱量需求與飲食設計需由個別性設計，這是營養師專業執行，護理人員並無法完全取代。榮家雖有委外伙食公司支援營養師，也協助營養評估及飲食設計，但每週到榮家服務一至二次，

並無法真正落實營養照護，而高齡營養照顧卻是生命品質重要基礎。

- (五) 目前本榮家營養師，除了委外伙食公司支援營養師，永康榮院每月出院準備服務小組到榮家服務，也包含營養師。總合來看，營養照顧—飲食設計、特殊飲食製做提供、營養管理等，均需要專業改善。

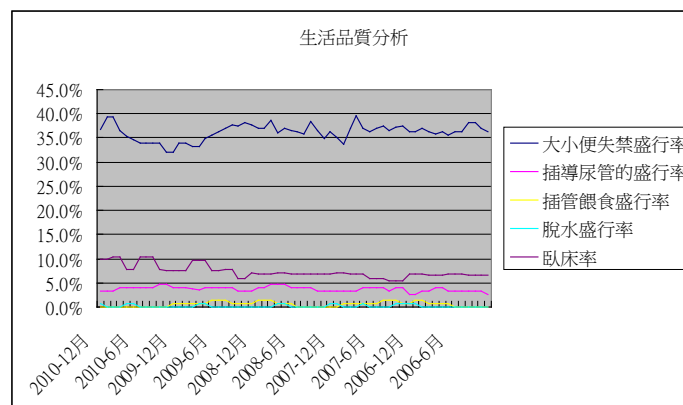
三、圖四：排泄照護成效分析：94年~99年



探討：

- (一) 94年至99年使用導尿管盛行率與大小便失禁盛行率之統計曲線高低變化相同，顯示二者都是高齡者照護高需求項目。
- (二) 二者雖為照護高需求，但須深入探討是否均為不可逆病因造成？或是因為未能早期發現疾病使得功能損壞？進一步找出真正原因與真正個案需求，則為未來榮家護理照護個別性需求評估時需加強部分。或結合榮總院專業人力，進行排泄功能訓練，期望能減少大小便失禁盛行率。
- (三) 可延伸探討個案使用藥物種類是否也是造成大小便失禁及導尿管使用之誘因？例如：安眠藥物過度使用，導致臥床增加，造成長期使用尿布或誤導長期使用導尿管，使排泄功能退化而造成失禁問題，這有賴醫養合一整合性評估功能發揮。

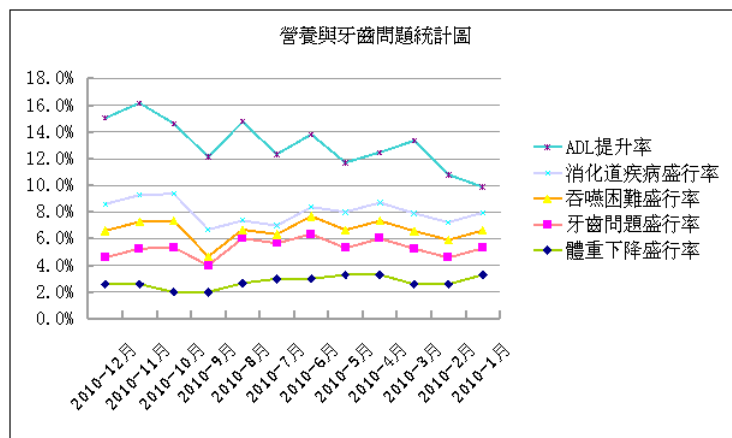
四、圖五：95年~99年生活品質分析



探討：

- (一) 臥床率由 95 年至 99 年逐年上升，分析可能原因為多樣性疾病加上高齡，導致身體機能下降，逐漸增加臥床機率。但大小便失禁與臥床率高低則為反向趨勢，大小便失禁並未像臥床盛行率一樣逐年上升，因為高齡並非一定會大小便失禁，經過相關照護與功能復健，將有可能提升生活品質。
- (二) 榮院泌尿科僅著重在門診治療部份，對於功能復健或照護改善部分，較無法提供榮家醫療支援。
- (三) 生活品質主要以日常物理行動限制與無活動或活動量小盛行率來表現，而圖五中各項目均會造成行動受限，也因此影響生活品質下降。是否可以思考醫養合一中，雖然急性醫療護理功能與長期照顧有極大差異，但透過專業垂直整合，應該能發揮更多護理創意與照護改善。目前，在業務督考中輔導會已經指派榮院護理部派員參加，但是仍然無法完全發揮對於保健組護理管理改善，或因為組織文化造成專業提升障礙。建議，榮總院護理與醫務管理應該與榮家有垂直整合會議，而非只有醫師部分有垂直整合會議，因為在長期照顧，護理人員的獨立功能需要更高，更需要專業度提升。

五、圖六：99 年營養與牙齒問題統計圖



探討：

- (一) 由圖六中可以發現 99 年之牙齒問題盛行率與吞嚥困難盛行率、體重下降盛行率、消化道疾病盛行率有趨勢相同情形，因此可以假設牙齒問題若獲得改善或減少，則也可以改善體重下降盛行率與吞嚥困難盛行率。
- (二) 牙齒問題需要早期發現，為初段預防。但護理人員執行口腔護理無法發現老化過程中相關問題，必須仰賴牙科醫師評估。本榮家並無固定醫師駐家，需由永康榮院每年派醫師作為附設診所負責醫師，也因為如此，過去榮家只能將牙齒問題個案送至榮院檢查，才能執行相關篩檢。而此項問題為長期、高頻率照護行為，長期且頻繁送往榮院，並不符合效益。
- (三) 透過醫療垂直整合任務，目前本榮家建置牙科居家服務，經由永康榮院牙科部

醫師支援每週一次到榮家執行居家服務，已於100年1月13日正式啟動，至1月25日止，透過牙科醫師居家服務共10位個案，初篩發現問題如：1、牙齒已過度損壞且造成炎症反應，但高齡榮民疼痛與生命徵象反射低，榮民並不知已需要牙齒保健就醫治療。2、榮民曾數次鑲牙，擁有多付假牙且交替使用，但未察覺已造成牙齦損傷。3、協助篩檢真正鑲牙需求個案，部份榮民每二至三年鑲牙一次，但其實假牙仍完好可用，真正需要鑲牙個案卻接受鑲牙醫療服務。

伍、實際推廣執行情形

- 一、榮民精神篩檢作業：永康榮院精神科醫師每月定期到榮家進行追蹤治療居家服務，並將病情不穩定個案轉介至永康榮院進一步治療。其次，協助榮家對於疑似個案專業評估與轉介。
- 二、建置失智照顧專區：
 - (一) 建置失智教研硬體部份由台北榮總指導並訂定分年執行計劃，榮家執行，100年工程已按照時程規劃執行中。
 - (二) 失智教研部份由台北、臺中、高雄榮總共同規劃建置。
 - (三) 失智照顧臨床醫療部份則由永康榮院身心醫學科負責。
- 三、預防保健：
 - (一) 針對胸部X光檢查，由永康榮院進行預算編列，統一發包委外執行，再與榮家協調每年10月份進行全榮家榮民與職員工胸部X光篩檢。
 - (二) 每年均能有效早期發現肺結核並安排進一步診斷與治療。
 - (三) 能有效防止院內感染或群聚感染。
- 四、加強感染控制：
 - (一) 榮總院感染控制在職教育訓練，每年均安排完整課程並函文榮家，本榮家護理相關人員參與率高達90%，確實提升感染控制預防能力。
 - (二) 對於個案管理，榮院感控師與榮家感控承辦人員均能定期密切聯繫。
 - (三) 榮院感控人員與醫師不定期到榮家對榮民進行感染控制宣導。
- 五、居家關懷：
 - (一) 榮院出院準備服務小組每月定期到榮家進行出院後榮民居家探訪，給予治療相關衛教並瞭解疾病照護概況。
 - (二) 個別化營養評估服務：營養師針對出院後營養管理給予協助評估。
- 六、藥事服務：
 - (一) 永康榮院藥劑部能針對榮家榮民需求，協助榮家藥物相關採購，使榮家不會發生採購困難。
 - (二) 永康榮院藥劑部能與榮家藥劑師保持密切聯繫，加強榮民藥物管理。

七、復健理療服務：

- (一) 永康榮院復健科協助：1、榮家物理治療中心開辦相關器材需求篩選。2、永康榮院復健科將協助訓練榮家約聘之物理治療師職前訓練。3、協助榮家招聘作業完成。4、協助訓練榮家物理治療健保申報作業。5、協助完成醫療作業基金編列預算一年度物理治療師薪資。
- (二) 台北榮總協助：物理治療與職能治療需求評估與建議。
- (三) 高雄榮總協助：榮家成立物理治療中心規劃階段一物理治療師薪資來源規劃（醫療作業基金）。

八、巡迴義診服務：每年永康榮院協助榮家進行周邊村落巡迴義診服務，使村民更瞭解榮院與榮家，更進一步認識退輔會與照顧民眾功能。

九、健康促進活動：出院準備服務小組每月到榮家進行健康操推廣與教導，提升榮民運動機率。

十、社區實施環境消毒：永康榮院協助環境消毒評估，緊急時均能優先協助消毒。

十一、每月定期參加南區榮民醫療機構聯盟管理會行政與醫療策略小組會議，將榮家需求提出，由南區醫療策略小組優先協助處理。例如，本榮家成立物理治療中心聘請物理治療師薪資來源有困難，會中協調榮院支援。

陸、結論與精進作為

整體而言，「醫養合一」政策確實整合榮院與榮家過去醫療上的空隙，也確實達到部份醫療成效。但是由研究中發現之問題，可以精進之作為有（一）加強整合性評估（MDS）每年執行（二）加強整合性門診效能，可邀請榮總院整合門診團隊到榮家進行相關衛教行銷，讓榮民瞭解整合性門診對於高齡者的幫助，提高榮民就醫意願，也可減少榮民重複用藥與高就診問題。（三）榮民長期慢性醫療需求未完全滿足，榮民常將慢性病誤以為需住進急性病房，導致榮總院經營困擾。是否加強高齡病房設立解決榮民無法出院返回榮家之問題。（四）結合榮總院專業人力，進行排泄功能訓練，期望能減少大小便失禁盛行率。（五）失眠照護上增加活動設計與個別性照護，以減少用藥。（六）需加強個案疾病與健康管理專業性，可推動個案管理師制度。

本研究為運用佳里榮家五年連續性資料，進行回溯性資料分析研究。但因為榮家五年來榮民照護相關記錄方式變動性大，導致記錄不完整，加上五年來榮民凋零快速，因此榮民個別性資料並不完整，健康或疾病資料無法成為連續性有效資料，因此無法運用個別性個案分析研究，相對無法比較醫養合一政策實施，對於個別性健康改善成效，此為研究限制。希望未來研究方向可以朝向個別性探討，期望更能瞭解「醫養合一」政策深入執行之成效。

柒、參考文獻

- 1、2010/06/23 mhtml:file:/F:/HiNet 新聞網-生活-退輔會推動「醫養合一」健康促進及長期照護.mht。
- 2、曾文培、周雨樺、陳翠芳、呂如分與蔡宜珊，2008，慢性病護理，台中：五南。
- 3、2010.12.01 mhtml:file:/F:/榮民文化網.mht。
- 4、高永光，2005，從治理的觀點看退輔會的施政理念與方針，財團法人國家政策研究基金會。
- 5、陳靜敏，2004，健康促進，台北：華騰。
- 6、衛生署網站，2010。
- 7、陳惠姿，2007，「整合性照顧系統」，護理雜誌，54卷5期：5-9。
- 8、96年10月29日 行政院國軍退除役官兵輔導委員會南區榮民醫療機構垂直整合試辦計畫：1-17。

