

101 全人全家全社區照護 (Community Comprehensive Care Model, 3 “C” Model)

詹其峰 陳慶餘

Key messages

1. 二代健保即將實施家庭責任醫師制度，需要醫療體系再次整合。
2. 未來所有基層醫師皆需有家庭醫學的訓練，以提供全人全家全社區的3C2A照護。

二十一世紀國際間健康照護體系發展方向包含「以社區為導向的基層保健醫療(Community-Oriented Primary Care, COPC)」、「以在地健康照護為模式(社區健康營造)」、「慢性疾病照護模式(Chronic Care Model, CCM)」與現今強調的「以人為中心的健康照護(全人照護模式)」。

臺灣基層保健醫療的演進，除了從傳統單獨執業外，從民國68年自澳底社區保健計畫起，群體醫療執業中心、醫療網計畫、家庭醫師制度與社區醫療群計畫的推展，由過去單打獨鬥逐漸發展為團隊合作，邁向以分級體系觀點建構完善的社區健康照護網絡。在二代健保法即將實行的同時，提出臺灣「三全照護模式」(Community Comprehensive Care Model, 3 “C” Model)，三全即為全人全家全社區照護之意，加上「全」的音譯為Chuan，也是“C”，俱有雙關語意。以下分述之：

執業型態改變：單打獨鬥到團隊合作 [全人]

1979~1981年在臺北縣澳底社區醫療保健實驗計畫，是以偏遠地區衛生所保健站為據點，由臺大醫院內科和一般科支援，進行衛生所業務改革，整合醫療與保健之功能，延伸群體醫療的觀念，解決偏遠地區醫療不足的問題，此一努力為全國醫療網籌建奠定基礎。由於計畫成效良好，1983年7月，衛生署決定將此計畫模式擴大為「群體醫療執業中心（以下簡稱群醫中心）試辦計畫」，建立新型醫療保健單位，從一開始12所衛生所參與試辦，到1998年間共成立近170餘個群醫中心。衛生署推動群醫中心計畫之初衷，係為了提升衛生所的醫療功能、強化偏遠地區醫療資源、提升了就醫可近性、改善全體國民健康。雖然計畫後來到一段落，但從中得到很多經驗，例如家庭醫學的理念、衛生保健結合、推動公共衛生教育等，成為後來發展社區醫療群的重要基礎與理念。

1999~2002年九二一震災後南投縣鹿谷鄉醫療衛生重建工作，由臺大醫學院社區醫療研究群率領師生投入災區，提出社區醫療群之構想，由當地基層醫師與合作醫院組成，開始宣導民眾登記基層醫師做為家庭醫師，繼之在雲林縣健校籌備工作中，於署立醫院成立基層醫療聯合門診示範中心，展開基層醫師繼續教育，辦理健康家庭成員登記和開發健康資訊管理系統，成為2003年推出整合性家庭醫師試辦計畫之先驅工作（梁繼權、陳慶餘，2009），由過去單打獨鬥逐漸發展為團隊合作，邁向以分級體系觀點建構完善的社區健康照護網絡。

以社區為導向的基層保健醫療 (Community-Oriented Primary Care, COPC)、以在地健康照護為模式 (社區健康營造, Community health promotion action)

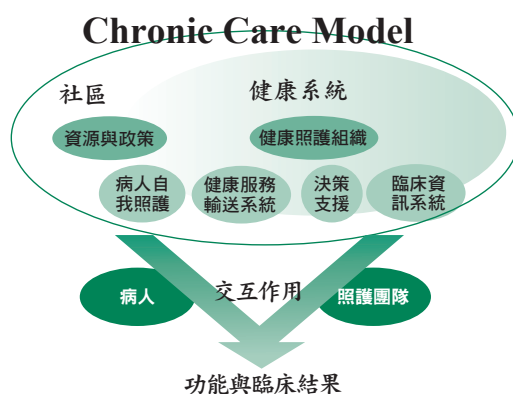
COPC最早的理念來自於1920年代Dr. Will Pickles和1940年代Dr. Sydney Kark，他們結合臨床診療和公共衛生服務於社區執業中，特別重視流行病學調查和社區健康問題改善計畫的執行與紀錄。在偏遠地區實施的成效確實降低了社區傳染病和新生兒死亡的盛行率，在南非和以色列都得到政府的支持，以一種多專業工作團隊的方式進行，直至1970年代，兩人才將有關基本健康照顧的活動稱之為COPC。在臺灣，採用COPC方法的個案其實很多，包括社區健康調查，如整合式健康篩檢、在宅服務、居家護理、慢性病個案管理、預防保健檢查……等。1999年9月九二一大地震發生，彰顯出基層醫療之重要性與社區醫學責無旁貸的工作，臺大醫學院社區醫學研究群的同仁隨即投入災後醫療衛生重建，並在南投鹿谷試辦整合性醫療體系，而後衛生署採用其建議方案，於2003年3月10日公告「全民健康保險家庭醫師整合性照護制度試辦計畫」，此計畫的社區醫療群模式即為應用COPC的最佳實例。

九二一大地震以後，臺大醫學院提出以建構「社區健康」為災後衛生醫療重建的目標，並協調基層醫師在鹿谷鄉社區執行「社區健康營造方案」；1999年12月衛生署保健處則提出「社區健康營造計畫」，並提供經費補助，鼓勵各地民間團體或衛生所辦理社區健康活動，讓我國的健康促進活動由個人層次提高到社區層次。近年來臺灣各地社區健康營造發展蓬勃，而以北投文化基金會與新港文教基金會在醫界最為人稱道，由社區醫師主動發起，透過當地居民的力量並整合社區資源以達永續經營。此外，許多縣市政府衛生局所也都陸陸續續推動適合當地在地化的社區健康資源網絡，經營各自的社區關懷站，並與基層診所、社區藥局、等合作，如新北市府三重區健康便利店、板橋區健康元氣網、永和區永健活力網、新店區健康通路網……等。這些都是臺灣社區社區醫療保健發展的寶貴經驗，也得到國際間肯定。

以慢性疾病照護為模式 (Chronic Care Model, CCM) [圖一]

慢性病患者隨病程演變，常會出現複雜的病理變化，需要跨專科領域的照護、長期固定的醫病互動關係以及病患本身日常生活的自我照護，即「共同照護」成為提供慢性病人優質醫療所不可欠缺的要素，目的是希望每一位慢性病人都可以早期發現、妥善治療、長期追蹤、全面照護。Dr. Wagner提出的慢性疾病照護模式(Chronic Care Model)，此模式的核心主角在於醫病雙方，醫療提供者能否形成一個有準備(prepared)、前瞻的(proactive)照護團隊，及病患是否獲得充足資訊(informed)而能自主(activated)管理，如此才有無障礙的互動而更具建設性的協合決策(collaborative decision making)及發展出以關係為基礎的治療同盟(therapeutic alliance)而使健康結果(health outcome)較好。此模式以系統改變為前提，強調團隊照護及醫病協商，此模式亦可應用於初級預防和健康行為改變更加強調社區資源與政策的整合。2005年9月，「彰化區域共同

照護試辦計畫」正式展開，目的是要建置社區醫療衛生體系、強化基層醫療服務、提供民眾周全連續性之醫療保健服務，以及結合政府資源、基層醫療，與社區志工服務，希望藉由建立社區健康照護支持網絡，其中三項主軸服務為共同照護、疾病管理、資源整合。以該試辦計畫糖尿病照護為例，首先由基層診所合作推動，加上衛生部門提供醫師、護理師、營養師等多專業團隊的資源，原本需在醫學中心享有的完整照護涵蓋範圍已擴及到社區。



圖一、慢性疾病照護模式

以人為中心的健康照護（全人照護）模式(Person-centered care model)

有鑑於醫療技術不斷革新，新世紀醫學教育及醫療體系的改革，以實現安全、優質醫療為導向。在21世紀全人健康照護時代，基層醫師、個人醫師、一般科醫師、全科醫師或家庭醫師之角色愈形重要。以人為中心的健康照護是以醫病對等互動、夥伴關係和責任分擔等臨床診療面向來考量，不同於傳統以疾病控制、器官系統為中心之取向，且必須結合全民健保支付制度的改善、醫學人文教育與社區照護體系改造之設計，方能因應臺灣老化社會之需求，邁向全人的、連續的、優質的健康照護。

全人健康照護模式就是一種以病人為中心、家庭為單位、社區為範疇，同時兼具生理、心理、社會面的健康醫療照護，涵蓋一個人的生命週期，包含生、老、病、死，以及其身體、心靈、情緒、社會等面向；在3C2A的基礎上建構全人健康照護模式，包含持續性(Continuity)、協調性(Coordination)、周全性(Comprehensiveness)、負責性(Accountability)、可近性(Accessibility)的照顧，其運作策略中，病人與照護團隊的交互作用是在醫療體系、醫療服務及專業技能者所形成的平臺上進行，以全人健康照護為中心理念，由資源整合（中央地方公部門）、品質提升（醫策會）及支付改善（健保局）來達成健康支持網絡之建立，並期能提升民眾自我健康照護能力。另一方面，醫療提供者也可有效的利用醫療資源，幫助病人學習自我控制及病的方法，要做到這點，就必須正視以家庭成員為關注的照護管理問題，有系統的建立起

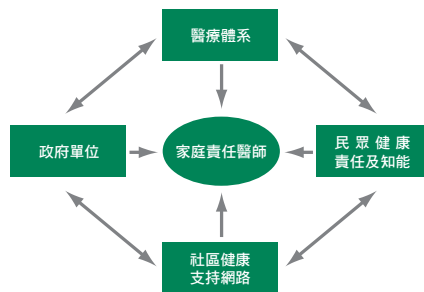
家庭和個人的健康資料，才能有效地追蹤每一個家庭成員的健康問題。全人健康照護模式亦強調預防醫學三段五級的健康照護，家庭醫師不再只是單純治療者的角色，更在乎的是提供預防保健服務，期能早期介入，及早診治。家庭醫師可提供從初段第一級預防醫學促進健康的衛生教育、定期體檢等，第二級特殊保護包括實施預防注射、個人衛生衛教、預防意外事件等，次段預防強調早期診斷與適當治療、疾病篩檢等，乃至於第三段預防限制殘障、適當治療以遏止疾病的惡化並避免進一步的併發和續發疾病、提供限制殘障和避免死亡的設備，提供心理、生理和職能的復健以及長期照護。家庭醫師擔負家庭會員在醫療上的代言者角色，經由「疾病管理」、「個案管理」至「照護管理」的階段推展，以共同照護門診做為基礎，主動關心特定病人的健康，並逐步在社區中擴大照顧的範圍，為建立社區健康照護網絡系統做準備。

以分級體系為基礎的健康照護(Systems-based health care)—三全照護模式

民國100年1月26日，由總統公告之二代健保法第44條提到：「保險人為促進預防醫學、落實轉診制度，並提升醫療品質與醫病關係，應訂定家庭責任醫師制度。」值此時機，為了促進預防醫學、落實轉診制度，並提升醫療品質與醫病關係，創造臺灣更好的醫療與就醫環境，我們提出了臺灣「三全照護模式」(Community Comprehensive Care Model, 3 “C” Model)，三全即為全人全家全社區照護之意，加上「全」的音譯為Chuan，也是“C”，俱有雙關語意。

圖二為臺灣三全照護模式藍圖，以未來二代健保即將實施的「家庭責任醫師」制度為核心，需要醫療體系再次整合，希望未來所有基層醫師皆需有家庭醫學的訓練，對家庭有責任、提供全人全家全社區的3C2A照護；除醫院與基層診所外，也需同時整合社區健康支持網絡，將社區資源、志工一併納入；此外，亦要政府單位支持從中協調各項資源分配；最後，不可忽略民眾的健康教育，使其對自我的健康負責。

回顧過去，臺灣三全照護模式一定可以持續達成以社區為導向、在地化、持續性以及以人為中心的照護邁入下一里程碑，並重視醫療品質與健康結果，進而節省醫療浪費，健全健保財務，逐步達成二代健保法的家庭責任醫師制度，並提升民眾健康，達成醫界、政府、民眾三贏的局面。



圖二、臺灣三全照護模式藍圖

參考文獻

1. Glasgow RE, Orleans CT, Wagner EH, Curry SJ, Solberg LI: Does the chronic care model serve also as a template for improving prevention? *Mibank Quart* 2001; 79: 579-612.
2. Wagner EH: Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Effect Clin Pract* 1998; 1: 2-4.
3. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A: Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Affair* 2001; 20: 64-78.
4. 王惠民、黃馨葆、陳慶餘：以人為本的健康藍圖。台灣家庭醫學醫學會：台灣整合式健康照護的未來與建言。台北市：台灣家庭醫學醫學會，2011。
5. 余儀呈：慢性病個案管理。出自陳慶餘主編，社區醫學訓練手冊(上)。初版。台北：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，2009。
6. 邱泰源：台灣社區醫療發展與家庭醫學教育。出自陳慶餘主編，社區醫學訓練手冊(下)。初版。台北：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，2009。
7. 梁繼權、陳慶餘：社區醫學訓練概論。出自陳慶餘主編，社區醫學訓練手冊(上)。初版。台北：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，2009。
8. 陳慶餘：實踐二代健保醫療品質提升之模式建構計畫研究總報告。行政院衛生署九十五年度委託研究計畫，2007。
9. 楊長興、陳怡君、莊漢宗、鍾信成、黃昱瞳：群體醫療執業中心開辦對民眾健康影響評估—台東縣的實證分析。澄清醫護管理雜誌 2007；3：37-43。
10. 詹其峰、劉文俊、陳慶餘：社區導向之基層醫療。出自陳慶餘主編，社區醫學訓練手冊(上)。初版。台北：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，2009。
11. 廖慧娟：資源整合成就區域共同照護。J Healthcare Qual 2007; 1: 38-42。
12. 謝博生：特輯社區健康營造緒言。台灣醫學 2001；5：180-1。
13. 謝博生：健康藍圖。台北市：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，2006。