

主題論文

老年學整合性個案研究課程
疾病治療與健康促進-急性後期照護

白千慧¹、張夢馨¹、黃基彰¹、林英潔¹、鐘若綺¹

¹國立成功大學老年學研究所碩士生

目 錄

一、前言

二、PAC試辦計畫

(一)緣由

(二)選擇急性腦血管疾病之原因

(三)目的與目標

(四)計劃策略

(五)計畫日期

(六)預算來源

(七)試辦範圍

(八)計畫內容簡介

(九)現況與成果

三、問題探討

(一)從臨床觀點

(二)從制度觀點看急性後期照護(PAC)-美國與台灣的現況對照

四、參考資料來源

一、前言

隨著人口老化及生活水準的提高，國民對醫療需求也與日俱增。但醫療供給仍然趕不上需求的增加。為了更有效率的提供醫療服務，對於疾病嚴重度予以分級並針對不同級別給予不同程度的醫療服務，便成了公共衛生學界的重要課題。

二、PAC試辦計畫

(一) 緣由

因應人口老化，愈來愈多的病患在急性醫療後可能出現失能情形，將大幅造成對醫療體系、家庭及社會照顧之負擔或依賴，故需儘早規劃急性後期之醫療照護模式(Post-acute Care 以下簡稱 PAC)。

(二) 選擇急性腦血管疾病之原因

於103年起中央健保署為了建立病人急性期後因失能所需之新照護模式，優先選擇共病及跨科較多、較複雜，人數亦多之腦中風疾病試辦「提升急性後期照護品質試辦計畫」。

依據2011年健保申報資料，符合重大傷病之急性腦血管疾病(腦中風)個案急性期連續住院天數長，追蹤2.7萬名個案，發病半年內因急性腦血管疾病之連續住院費用30.9億點，平均住院17.8天，連續住院超過平均天數之個案占率28.1%。腦血管疾病緊急醫療處置仍主要集中在醫學中心(41.9%)與區域醫院(49.4%)。連續住院天數超過30天的超長住院之個案占率16.2%，耗用所有腦中風住院人日總和55.2%，住院費用總和56.4%。超長住院個案仍多留滯在中大型醫院：醫學中心53.6%、區域醫院38.7%，地區醫院只佔7.7%。現況顯示腦中風病患極需急性後期照護，對有復健潛能者應可考慮優先轉承急性後期照顧。因國內各單位推動急性後期照護日趨成熟，經保險人召開多次專家會議，選擇共病及跨科較多之急性腦血管疾病(CVD)，優先試辦急性後期照護模式及轉銜系統之計畫，視試辦成果逐步推廣至其他有急性後期需求領域。保險人根據各專業團體提供具實證之專業建議(包括台灣腦中風學會，聯合復健醫學會、老年醫學會、物理治療師、職能治

療師、聽力語言治療師等相關公會)完成「全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫-以腦中風為例(Post-acute Care -Cerebrovascular Diseases)簡稱PAC-CVD)」,提供支付誘因,期待提升急性後期照護品質,促進醫療垂直整合轉銜系統建立,並使腦中風病人在急性期後之失能及早恢復,減少病人長期失能風險,減輕健保醫療、家庭與社會負擔,達到多贏的目標。

(三) 目的與目標

本計畫的目的,在腦中風病人急性期後因失能,在復健治療黃金期內,依個別失能程度,透過一連串復健相關整合式照護服務,促進病人能較快速恢復或改善失能程度,進而恢復功能自主與健康,提升獨立生活能力,並免於不必要的急性再住院與反覆住院情形,病人能獲得連續性之照護。本計畫期待經由急性期之新照護模式,改善失能程度後,能接軌長照體系,使醫院與長照體系能順利接軌。本試辦計畫係健保署參考英、美等先進國家推動急性後期或中期照護之經驗,邀請國內十餘個專業團體研訂。該計畫於102年10月7日公告,自公告日起受理醫院組成跨院團隊申請參與試辦,預定於102年12月底前,評選優秀之醫院團隊,自103年起開始實施。本計畫之推動期待藉由新照護模式,能真正降低腦中風病人因急性期後之失能程度,進而減少重複往返住院,可大幅減輕對醫療體系、家庭及社會照顧之負擔。

- (1)建立台灣急性後期照護模式,以提升急性後期照護品質。
- (2)建立急性期、急性後期、慢性期之垂直整合轉銜系統,以提升病人照護之連續性。
- (3)確立急性後期照護之完整性及有效性,對治療黃金期之病人給予積極性之整合性照護,使其恢復功能或減輕失能程度,減少後續再住院醫療支出。

(四) 計劃策略

- (1) 規劃急性後期照護體系與合理的支付方式,提升急性後期照護品質,並以全人照護理念,建立急性後期照護的模式。

(2) 支付誘因採「論日支付」及「論質支付」支付模式，按醫療耗用密集度與病人進步情形，訂定合理的支付點數與支付期限。

(3) 本計畫將分階段導入,逐步達成全面推動。

(a)第 1 階段(試辦期 2 年，必要時得延長 1 年。試辦期間視需要得導入其他疾病):重點在於徵求專業團隊參與試辦，目的在建立腦中風病人急性後期照護模式，以提升急性後期照護品質；發展腦中風病人急性期、急性後期、慢性期之垂直整合轉銜系統，以提升病人照護之連續性；確立急性後期照護之完整性及有效性，減輕腦中風病人失能程度。包括建立具有結構面、過程面、結果面品質標準之腦中風整合性照護系統。

(b)第 2 階段(擴大試辦期 2 年):重點在徵求專業團隊試辦推廣，目的藉由試辦期經驗，推廣急性後期照護模式至其他疾病。

(c)第 3 階段(推廣期):重點在於擴大參與，目的在受益病人數與參與團隊數量持續增加，並可應用為急性醫療照護銜接急性後期、長期照護的有效照護模式。

(五) 計畫期間

自103年1月1日至104年12月31日止。

(六) 預算來源

計畫中的「急性後期照護與高強度復健」、「急性後期照護與一般強度復健」醫療費用，是由計畫執行期間之全民健康保險年度醫院醫療給付費用總額項下支應，評估費則由其他預算「推動促進醫療體系整合計畫」項下支應。

(七) 試辦範圍

(1)依個案進入PAC-CVD的「起始功能狀況」及「具積極復健潛能」為分級依據，按腦中風病患可能的照護路徑規畫五種「急性後期功能群組」(Function-related Group, FRG)。

(2)本計畫支付適用範圍：FRG1(急性後期照護與高強度復健)、FRG2(急性後期

照護與一般強度復健)兩項，其餘FRG3(機構式照護與支持性復健)、FRG4(門診醫療照護與復健構式)、FRG5(居家健康照護)，依現行全民健保相關規定辦理。

(3)個案給付期間：以脫離急性期、進入PAC-CVD系統起6週為原則；經急性後期照護團隊評估有後續需求者得展延一次，至多支付到12週。計畫返家者，包含銜接居家環境服務，或與長期照護管理中心聯繫(符合長照收案對象)。

(八)本計畫的內容簡介如下：

(1)收案對象：急性腦血管疾病病人，醫療狀況穩定，輕度至中重度功能障礙，及經醫療團隊判斷，具積極復健潛能之腦中風病人。

(2)照護時間：急性期後失能之復健黃金治療期以3-6週為原則，有特殊需求得展延一次，最長12週。

(3)醫院合作照顧病人：組成跨醫院團隊共同照護病人，合作團隊中，醫學中心為急性期治療及轉出醫院，在病人同意下，將符合收案資格病人下轉至承作醫院(區域或地區醫院)，並以病人為中心由上下游醫院共同照護。

(4)照護內容，包含全人整合式照護如下：

(a)訂定個人化之治療計畫。

(b)跨專業團隊整合照護：「急性後期照護團隊」成員包括腦中風照護經驗之醫師、護理師、藥師、物理治療師、職能治療師、語言治療師、營養師、社工人員等。

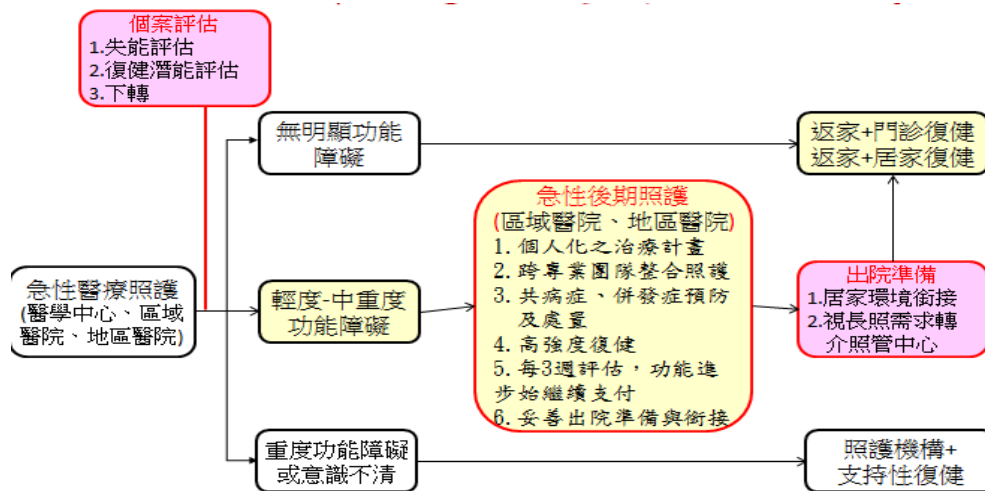
(c)共病症、併發症之預防：承作醫院需提供腦中風疾病共病症、併發症之預防及處置，有就地治療能力。

(d)加強式復健：視病人體力由每天1次，增加為1-2次或3-5次之高強度復健。

(e)每3週團隊定期評估：依病人評估結果調整治療計畫。

(f)妥善出院準備服務：當急性後期照護階段完成後，需妥善銜接出院至居家環境服務，另對符合長照收案對象提供與長期照護管理中心聯繫轉介。

(5) 照護模式流程



(九) 現況與成果

本計畫執行自103年1月迄今，共151家醫院，包括上游醫院22家、承作醫院129家組成39個團隊參與運作，其中全國醫學中心100%參加承作醫院，區域醫院53家(承作醫院占率41%)、地區醫院76家(承作醫院占率59%)，分布全國各縣市，包含金門、馬祖與澎湖。上述團隊可涵蓋台灣每年新中風病人約33,000人。本計畫共收樣1164名病人加入計畫，報導近9成病人從仰賴家人照護恢復到可以自理。

根據報章與健保署資料，結案病人中約86%病人生活功能有明顯進步；死亡率為0.68%，與未參與計畫患者死亡率2.57%相比，有明顯落差，顯示「提升急性後期照護品質試辦計畫」對於醫療品質有明顯提升。在住院率方面，參與計畫與未參與計畫的醫院分別為12.3%、24.4%，顯示對於醫療品質也有顯著提升。三、問題探討

(一) 從臨床觀點

從 PAC-CVD 試辦開始以來，反應似乎沒有期待中地熱烈，經由組員實地訪問相關醫療人員及病患家屬後，我們發現確實存在許多臨床不易操作之處，以下由案例進行介紹：

實際案例	幼教老師阿朱	建設公司老闆阿傑
狀況	<p>-與丈夫育有兩個孩子。</p> <p>-突然中風使阿朱無法再工作，丈夫擔起照顧責任，須陪阿朱去醫院密集的復健，也無法工作。</p>	<p>-與妻子育有兩個孩子。</p> <p>-腦中風已兩年，公司只能由妻子代管理，小孩天天開車載爸爸和外勞一同前往不同醫院密集復健。</p>
病程經過	<p>-黃金期半年住了七家醫院，且只有兩家醫院是 PAC 試辦醫院、三家有語言治療師、僅有一家有中醫針灸輔助治療。</p> <p>-無論是否為 PAC 試辦醫院，每家醫院仍僅能住一個月以內。</p>	<p>-安排區域醫院及診所進行復健，每天奔波不同地方之外，只有區域醫院有語言治療及中醫針灸輔助。</p> <p>-質疑為什麼參與 PAC 的急性腦中風病人就能每天做復健?是否計劃限制太嚴格?</p> <p>-經濟沒有問題的情況下，家屬提出欲自費參予遭拒。</p>
轉銜	<p>-沒有一貫的復健治療計劃，須自行帶著病歷奔波，而心理諮商更是只有牧師、沒有心理師。</p>	<p>-兩家醫療單位沒有一貫的治療計畫，資格不符亦無法參加 PAC。</p> <p>-申請居家復健也不符合標準。</p>
便利性 及 意願	<p>-醫生口正值黃金期阿朱和家屬都超想回家，但家裡附近沒有醫院。</p> <p>-一間醫院住過一間醫院，被人指著鼻子說浪費健保資源，但是如果不住院復健，又能去哪裡？</p>	<p>-若能住區域醫院的附設護理之家，以門診身分每天送到醫院復健，那不是很方便嗎?</p> <p>-很想住院卻無法住院，很想參予 PAC 卻無法參予。</p>

	<p>-而住家離承辦醫院距離較遠，若天天前往造成交通不便，加入 PAC 意願低。</p>	
--	--	--

◆ PAC-CVD 試辦計劃目前臨床遇到的難題：

- 1.醫院承接計畫倉促的情況下，臨床醫師、治療師除了一般治療業務，如何調整讓個案增加治療時間，並因應「每日」的計畫安排假日上班人員，醫學團隊及人力配置實為一大問題。
- 2.病患在入住、第 3 周、第 6 周、第 9 周及第 12 周需接受包含 14 種量表的完整評估，多項量表執行時間長且複雜，耗費醫療人力及病患時間，急性後期照護是否符合成本效益而真正節省醫療費用?未來若 PAC 進入正式健保給付項目的話，是否也需要評估如此繁雜的項目?
- 3.急性期穩定病人在積極想康復的情形下，傾向使用醫院病床獲得 PAC 照顧，因此有再住院與超長住院情形，是否真的可以減少醫院占床率並降低院內感染?
- 4.上游醫院不願意轉介個案或是民眾對於承辦醫院的信任度不夠，且病歷平台資料未共享的情形，轉銜執行不易，或反之出現人球事件。
- 5.住家離承辦醫院距離較遠，造成照護者的不便，使之加入意願降低。美國的急性後期照護大多還是回歸到社區及技術性護理之家，對於照護者而言可以選擇照護方便的方式，不需要經常往返醫院，未來要如何解決因為照護不便的問題導致收案成效不佳是其中的重點。

(二) 從制度觀點看急性後期照護(PAC)-美國與台灣的現況對照

➤ 前言:

美國老人醫療保險(Medicare)實施 DRGs 後，醫院鼓勵病人提早出院。為了維持照顧品質，便設計出急性後期照護(post-acute care，簡稱 PAC)制度。台灣現行的醫療照護模式逐步採用論病例支付制度，該制度類似美國疾病診斷關聯群

(diagnosis-related groups, 簡稱 DRGs)支付制度。台灣目前開辦的 PAC-CVD 試辦計劃主要是學習美國 PAC 經驗，目前台灣急性醫療支付實際上已涵蓋美國的急性照護與部分的亞急性照護，但支付內容僅著重於疾病治療而較未強調住院期間的身心功能回復(因為病患在疾病治療過程當中的身心功能回復與健保支付無關)。為了提升照護品質與降低急性醫療費用，急性後期照護制度的設立與未來如何永續經營便成為台灣急需面對的問題。

➤ 美國：

為了有效控制急性醫療支出，美國實施 DRG(disease related group)來控制醫療費用的高漲；然而隨之而來的住院日數減少，不完全住院問題便接續出現，急性後期照護制度便應運而生。美國模式由 Medicare 支付急性醫療與亞急性照護，針對急性後期照護則採部分支付。急性後期照護 PAC 的給付較急性醫療低，其目的在降低病患因此次住院造成的失能，並以成功返家為目標。因此針對不符合急性醫療照護病人，發展亞急性服務 (subacute care) 、急性後期照護(postacute care; PAC) ，提供急性期照護與傳統護理之家中間的照護模式，此種模式介於急性後期與長期照護之間一種無縫式接軌照護以整合式醫療且短期積極明確的復健計劃療程和結果為目標導向之照護服務。

✧ **急性照護(subacute care)**：指應用廣泛醫療及復健服務及單位提供急性後期病患的照顧。一般說來，是在住院後短期的技術性護理;美國醫療院所評鑑委員會 (Join Commission on Accreditation of Healthcare Organization; JCAHO) 將亞急性照護定義為「亞急性照護是針對有急性疾病、傷害或疾病加重的人所設計的綜合性住院病人照護(inpatient care) 。它是目標導向治療，在急性住院之後或取代急性住院治療，處理一種或一種以上特定、積極、複合的醫療狀況或複雜技術性治療。個案的狀況不需依賴高科技、監測或複雜診斷程序。照護需要各小組間協同服務，包括:醫師、護士、和其他相關的專業人員，他們受過訓練且有知識評估和管理這些特殊情況並執行所需的程序。」。亞

急性照護時間的變異性很大，從短期(short term)3-30 天至中期(intermediate) 31-90 天。

- ✧ **急性後期照護(post-acute care)**：改善從醫院到社區的過渡期方案。急性後期照護機構 (post acute care facility)提供病人從急性醫院出院後的復原所需的協助。服務範圍相當廣泛包括:居家護理、個人照護、兒童護理、聯合健康服務與居家健康照顧。在 2000-2001 年間，急性後期照護更擴展到急診病人、及病人從亞急性照護服務出院。目前美國急性後期照護：技術性護理之家、居家健康、長期照護醫院及復健機構住院病人。

Sub-acute care (亞急性照護)	Post-acute care (急性後期照護)
急性醫療的服務延伸，病患仍在急性醫院院區內(非急性病床)	以社區為基礎，基本上已從急性醫院出院至社區照護體系
縮短急性照護之病床住院日，但病患並未離開原先急性醫療的治療醫院，但可降低醫院內較為昂貴的急性病床醫療費用	不在急性醫院內，採取整合社區的相關照護資源提供病患所需的治療。

美國機構式 PAC 是需要部分負擔的。根據 2006 年 Medicare 的規定，在目前台灣類似的試辦計畫中復健醫院和長期照護醫院的給付部分，住院第 1 天到 60 天期間自負額為 952 美元，第 61 天到 90 天每日部分負擔 238 美元，第 90 天到 150 天每日部分負擔 476 美元，之後若繼續住院則全額自付。目前美國給付負擔成長最快速的正好是技術性護理之家費用及需高密度照護族群，節節高升的費用已經是補助負擔的最大問題，美國目前也正努力思考改善方案。

服務單位類型	實施日期	資源耗用分類系統	支付基準	平均支付金額	平均給付	部分負擔
居家健康服務	1997 年 (IPS)	HHRGs (居家)	以 60 天為	2,569 美元/每段期間	34 次	免費

	2000年 10月(正式實施)	健康資源群)	一療程	約 75.6 美元/天		
技術性護理之家	1998年 7月	RUGs (資源利用群)	論日	1.hospital-based : 574 美元/天 2.freestanding : 307 美元/天	26.4 天	1.1-20 天免費 2.21-100 天 : 119 美 元/天 3.100 天以上 : 全額 自付
復健機構	2002年 1月	CMGs (病例組合群)	論出 院 個案	15,354 美元/每人 約 1,181 美元/天	13 天	1.1-60 天 : 952 美元 /自付額 2.61-90 天 : 238 美元/每日部分 負擔 3.90-150 天 : 476 美元/每日部分 負擔 4.151 天以上 : 全額 自費
長期照護 醫院	2002年 10月	LTC-DR Gs (長期 照護診 斷資源 群)	論出 院 個案	34,859 美元/每人 約 1,249.5 美元/天	27.9 天	1.1-60 天 : 952 美元 /自付額 2.61-90 天 : 238 美元/每日部分 負擔 3.90-150 天 : 476 美元/每日部分 負擔 4.151 天以上 : 全額 自費

➤ 台灣：

- ✧ 目前機制不一，不論社區醫院、居家照護、住家照護、護理機構皆需統一機制。
- ✧ 103 年開辦之 PAC-CVD 試辦計畫：針對國內目前中風急性後期照護發展之醫院照護模式，個案為住院期滿才實行急性後期照護。利用醫療體系閒置之病房轉型，希望以較低成本提供優質服務，進而讓有復健潛能之病患能使用較少之資源且較適切之服務恢復健康，可改善住院天數、再住院情形及使用

長照服務。

- ✧ 相較於台灣的護理之家、社區醫院，美國的技術型護理之家及急性長期照護醫院其環境及設施遠高於台灣，而且對美國民眾而言，在護理之家的確比在復健醫院經濟負擔減輕許多，因而在美國施行 PAC 達到節省醫療費用的成效似乎很好，但由於台灣健保給付住院相關費用，部分負擔比例低，相對台灣的護理之家皆為全額自費是對經濟負荷較小的選項，且台灣民眾目前還是有大醫院較好的迷思，因此，許多民眾還是會選擇醫院等級，甚至醫學中心住院復健治療。未來在施行上，要如何讓適合急性後期照護的病患及其家屬願意離開醫學中心或是區域醫院轉往適合社區照護模式的是一大挑戰。而制度的補助部分是否能夠考量到不同疾病患者給付公平性或是長遠可執行方案，都必須面臨審慎評估，不然制度可能只是另一個增加健保負擔的黑洞。
- ◆ 問題：對病患家屬來說，在美國，病患進入 PAC 可有效降低個人負擔的醫療費用，但在台灣，經常發生超長住院病患跟醫院病床有健保給付，相較於護理之家的全額自費，因而會較偏向繼續住院，未來可能會如何解決？

四、參考資料來源：

1. 吳尚琪(2003)。急性醫療與慢性照護的橋梁—亞急性與急性後期照護。護理雜誌。55(4)，5-10
2. 吳冠穎、吳尚琪、洪燕妮、吳君誠、林麗嬋、胡漢華(2012)。台灣腦中風病人急性後期照護需要之探討。台灣衛誌。31(3)，251-262
3. 李孟智、廖妙清：台灣中期照護的展望。醫學與健康期刊 2012：01：2-4。
4. 陳輝宇：約訪吳尚琪教授 I -談急性後期照護、亞急性照護及中期照護。台灣老年學論壇 2010：7。
5. 戴桂英、吳淑瓊：美國老人醫療保險急性後期照護的發展。台灣衛誌 2006: 25。
6. 衛生福利部：整合照護研討會暨工作坊及實地參訪。

http://117.56.68.88/ReportFront/rpt_search.aspx?orgType=1

7. 衛生福利部：美國急性後期及老人整合照護考察報告。

http://117.56.68.88/ReportFront/rpt_search.aspx?orgType=1

8. K Street, NW。National Health Policy Forum. Issue brief No. 847- Medicare' s Post-Acute Care Payment: A Review of the Issues and Policy Proposals. DECEMBER 7, 2012.
9. 全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫，103年1月24日健保醫字第1030000612號公告修正。