日本在宅醫療發展對我國居家醫療的啓示

余尚儒[1,2,3]

隨人口結構高齡化，失能人口增長，居家照護的重要性逐漸增加。鄰國日本結合醫療與長照的居家照護，稱之爲「在宅醫療」。目前日本全國有近1萬3千家在宅療養支援診療所，提供社區民眾居家醫療服務，365天24小時提供緊急往診和定期居家訪視服務，以團隊照護方式，協調醫療和長照多專業人員，滿足在宅個案的需要。日本在宅醫療的核心價值，是支持病患在家療養，生活到臨終爲止，具有高度的可近性(accessibility)和可靠性(accountability)，終極目標就是社區安寧療護。

「在宅醫療」服務提供者有多專業的人員，來自基層診所醫師、護理師、居家護理所護理師、居家營養師、居家復健師、社工師等其他專業人員，顯示其服務周全性(comprehensiveness)。此外，在宅醫療的服務有高度協調性(coordination) 和照護連續性(continuity)，居家團隊介入協調個案入院以及參與出院的準備。照護對象涵蓋輕度失能、失智到末期患者，因此，臨終照護也是日本在宅醫療品質的重要指標。日本在宅醫療的運作是以病患的「家」爲中心的照護體系，可以說完全以家庭醫學的核心價值的2A3C在進行。

2000年日本介護保險開始給付在宅醫療之後，促使日本在宅醫療相關服務加速發展。然而，各地的發展型態大不相同，例如：長野農村醫療模式，長崎連攜協力模式，和靜岡雙主治醫模式。此外，不同型態診所也大不相同，在宅醫療支援診所類型又分爲專門診、混合型與門診優先型（多數）。診所執業型態又可分爲一人診所、多人診所。診所規模又可分爲自有病床的診所、老人機構合作的診所。2006年日本政府對在宅醫療給付提高後，由地方診所組織的全國在宅療養支援診療所連絡會，形成具政策影響力的專業團體，加速推動日本在宅醫療發展。

日本在宅醫療成功的關鍵，在於不同專業人員之間的集體合作，提供社區高效率的團隊醫療服務，因此，基層醫師的參與便顯得重要。此外，相對應保險制度與法規及專業人才的培養也是重要因素。日本在宅醫療發展經驗及因地制宜的運作型態，值得我們學習和深入探討，作爲發展台灣在宅醫療支援體系之參考。

（台灣家醫誌 *2015; 25: 105-119*） *DOI: 10.3966/168232812015062502001*

關鍵詞：2A3C, aging society, home care system, home medical care, primary care

[1]嘉義市社區醫療發展協會、[2]六福診所、[3]戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院

受理日期：104年4月7日　修改日期：104年5月9日　同意刊登：104年6月15日

通訊作者：余尚儒　通訊地址：嘉義市西區興業西路333號

「在宅醫療」定義與背景

1950年代，日本有八成的人在家中往生。到了1960、70年代，隨著日本經濟高度成長、醫療科技進步、平均壽命延長及核心家庭增加，日本人在醫院死亡的比例越來越高。1976年時出現逆轉，在醫院死亡人數開始超越在自宅死亡人數；1980年之後，在自宅死亡的人數已經不到一半，近十年來更低於二成，如圖1[1]。到了2025年，日本的團塊世代（厚生省定義二次大戰後自1947年至1949年間出生的人群）平均年齡將達到75歲，同時都市和鄉村高齡化程度有相當大差距，鄉村地區高齡化較都市嚴重。

隨著高齡、失能人口的增長，越來越多的無效醫療，在醫院內死亡比例上升，讓日本政府注意到居家式照護的重要性。為了讓老年人口和需要照顧族群能在自己習慣的環境中持續生活、直到人生的終點，日本政府意識到需要建構一個可以支援居住、生活、醫療、長期照護、預防的綜合性照護系統，即社區整體照顧系統，如圖2[2]。社區整體照顧系統可以在30分鐘路程的範圍內（約國中的學區範圍），提供必要的醫療和長期照護服務。充實社區整體照顧系統功能、提高在自宅死亡率，成為日本推動發展「在宅醫療」的原因之一。

「在宅醫療」顧名思義，是指在自宅接受醫療服務。狹義的在宅醫療，是由醫生和護士到病患家中提供服務。同時，高齡社會中結合醫療與長照的居家式照護，也可稱之為「在宅醫療」。因此，廣義的在宅醫療，應該以「跨專業居家服務體系」來看待。2015年4月為止，日本全國參與在宅療養支援工作、提供社區居家式醫療服務(home medical care service)的機構，包括近1萬3千家診所、356家醫院、4千多家牙科診所，4萬家社區藥局。政府要求這些診所、居家護理所提供365天24小時服務，並需以醫師為窗口，提供「緊急往診」和「定期居家訪視」服務。醫師的角色除了診察病患，同時也負責協調各種醫療和長期照護的專業人員，以及安排病患出入院，滿足在宅病患各種需要。以下簡介日本在宅醫療發展過程。

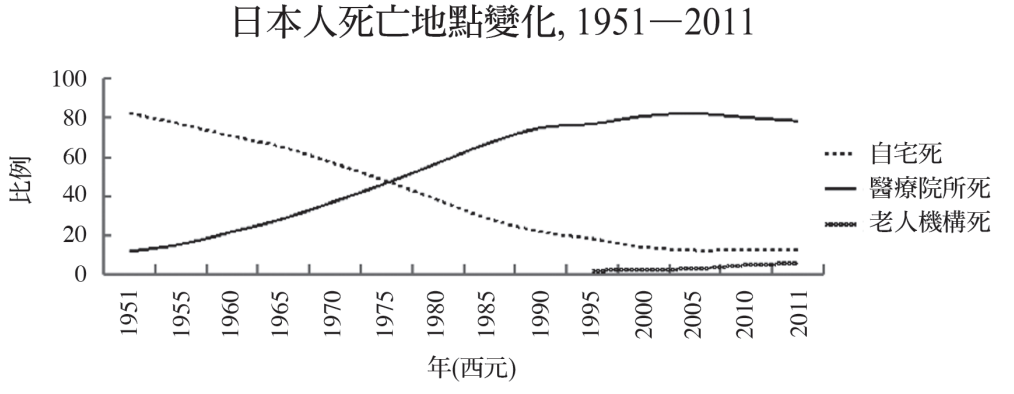


圖1 日本人死亡地點變化，1951-2011（筆者繪圖）

說明：虛線，自宅死；實線，醫療院所死；粗線，在老人機構死

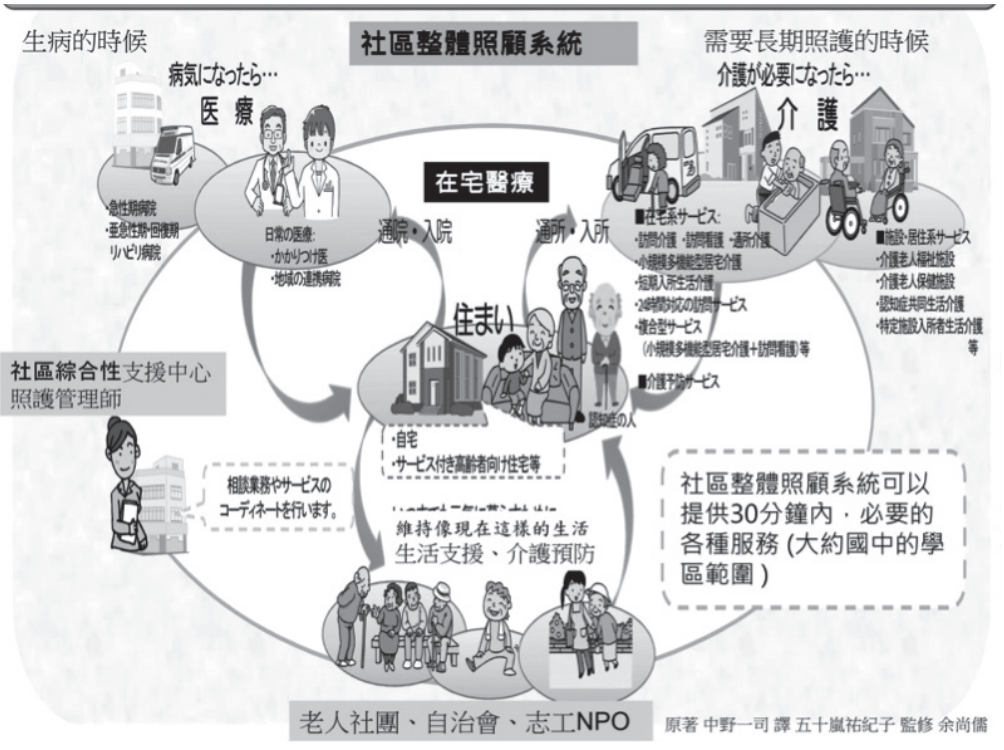


圖2 社區整體照顧系統（筆者改編）

日本在宅醫療發展歷史

日本居家式醫療服務在不同的歷史階段，所面臨的疾病均不同，扮演的角色與功能也不同。在二次世界大戰前，最初以服務上流階級為主，稱為「派出看護」，後來轉為以提供婦幼保健、傳染病和戰爭傷者照料為主。戰後，居家式照護則受到日本農村醫療發展的影響。1950年代，日本農村醫學會創立者－長野佐久綜合醫院院長若月俊一醫師在長野縣八千穗村進行集團健診、提供居家醫療和家戶及個人健康手冊。於是，長野縣成為日本最長壽的縣，也是在宅死亡率最高的地方；而佐久綜合醫院具有農村醫學特色的在宅醫療，則被稱為長野模式(Nagano Model)[3]。

日本在宅醫療的樣貌，源自1970年代臥床老人的數量與需求開始增加，見表1。1981年佐藤智醫師在東京成立白十字診療所，自費互助型態Lifecare System，實踐24小時有家庭醫師往診的制度，後成為以診所為基礎的在宅醫療原型，1983年日本全民醫療保險開始給付居家護理，1992年在宅醫療給付原型誕生，1994年則針對重大傷病和末期患者提供居家醫療。到了1999年，日本全國已有3,863家醫療院所(41.6%)提供居家護理。2000年介護保險（日本的長照保險）上路，開始給付在宅醫療的服務，2006年日本將在宅醫療重心移往社區基層診所，提高對在宅醫療給付，希望建立以家庭責任醫師為目的之在宅療養支援診療所[4,5]。日本各地在宅療養支援診療所也組成「全國在宅療養支援診療所連絡會」，都是足以影響政策和制度的專業團體。

表1 1970年代後日本在宅醫療發展大事紀

年代	大事紀
1970年	臥床高齡者增加，居家需求出現，居家式照護又開始發展。
1981年	佐藤智醫師在東京成立自費互助型態 Lifecare System，後成為現行在宅醫療原型。
1982年	老人保健法通過。
1983年	醫療保險給付「居家護理」（原文為訪問看護）。
1984年	768家醫療院所（全國8%）提供居家護理。給付緊急往診。
1986年	創設對在宅臥床老人診療費給付，導入醫師定期居家訪視概念（原文為訪問診療）。
1991年	老人保健法修正。創設老人居家護理。
1992年	目前在宅醫療給付原型誕生。居家護理所可提供老人居家護理服務明文化。
1994年	健康保險法修正，在宅醫療明文化；各種管理費、指導費完備，例如給付臨終照護等。居家護理對象從老人擴大到失能者。
1996年	強化對重大疾病及末期病患給付。
1998年	提高居家護理給付，照護內容和頻繁度大增。
1999年	日本全國有3863家醫療院所(41.6%)提供居家護理。日本在宅醫學會成立。
2000年	介護保險開辦，給付居家護理所提供居家護理。居家護理服務供給大增。開始給付24小時支援合作體制。
2004年	針對重症及末期居家患者，強化對在宅醫療給付。
2006年	發展以家庭責任醫師為主的在宅療養支援診療所。
2008年	在宅療養支援醫院。
2012年	機能強化型在宅療養支援診療所及醫院。
2014年	2014年度診療報酬改訂：機能強化型診療所及醫院給付標準嚴格化。

日本在宅醫療的核心價值，是要支持病患在家療養，生活到臨終為止，終極目標則是社區安寧療護。為了提高在宅療養支援診療所「臨終照護」的功能，2012年又創設「機能強化型」的在宅療養支援診療所及醫院，提供較為高額的給付。所謂機能強化型條件有三：第一、單位至少有3位醫師可365天24小時輪班應付在宅患者需要；第二、過去一年內有緊急往診5件以上實績；第三、過去一年內有曾照顧過2位在宅臨終患者的成績[5]。2014年對於機能強化型在宅療養支援診療所及醫院的標準更為嚴格，將緊急往診5件以上提高到10件，在宅臨

終照護提高到4件。

在宅醫療財務和給付：以居家護理為例

在宅醫療的核心價值，是支持病患在家療養，生活到臨終為止；並希望減少不必要的出入院與醫療。根據松原由美研究，模擬失能程度越低的個案，估算其住院醫療的支出，高於接受在宅醫療加上長期照顧（介護保險）的總支出[7]。而北海道夕張市的實際案例，更說明在宅醫療能夠減低醫療和長照費用總支出。

夕張市過去以礦業為主，在礦場沒落之後，原本由財團補助支持的礦業醫院，由地方政府接管而轉變為夕張市立總合病院。然而，產業沒落，人口外流，2012年夕張市65歲以上人口佔44.7%，人口數從1999年15,115人減少到2012年10,387人。高齡、少子化導致稅收減少，最後地方政府財政破產，也無力經營夕張市立總合病院（171床）。2007年原夕張市立總合病院轉變成公設民營的夕張市立診療所（含19床病床）和40床老人保健設施，由「醫療法人財團夕張希望之杜」經營，並且改變過去醫院的經營型態，採取以在宅醫療搭配老人保建設施的營運模式。根據夕張市立診療所前任所長森田洋之研究，夕張市的死亡率並沒有因為原本的市立醫院倒閉而增加，而且醫師居家訪視次數，以及在家衰老死亡的人數逐年上升。此外，雖然介護保險（日本的長照保險）的費用支出增加，但是夕張市高齡者每人每年的醫療費和照顧的費用總合（約106萬日幣），卻低於北海道總體的平均（約109萬日幣），如圖3。根據北海道夕張市的案例，居家醫療和照顧系統相互支援，可以達成以下目標：第一、減少不必要醫院醫療，第二、提高在宅死亡率，第三、降低醫療和長照的總支出[8]。

讓居家式醫療和長期照顧系統相互支援，讓高齡者可以在家善終，是在宅

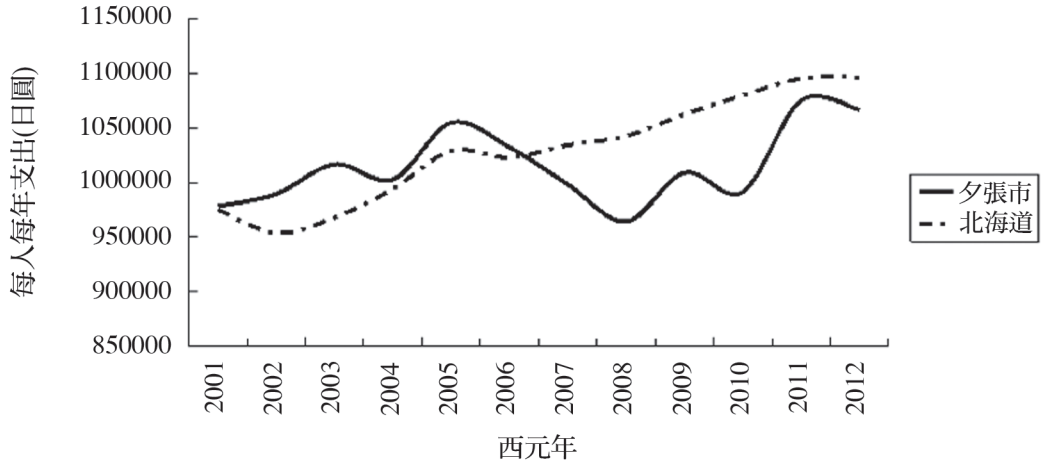


圖3　夕張市和北海道高齡者每人每年醫療和長照的總支出比較，2001~2012年。

說明：實線為夕張市，虛線為北海道平均。2007年，夕張市立總合病院轉變成夕張市立診療所及老人保健設施。

醫療的終極目標，節省支出只是附加價值。此一系統的前提是充足的財源及合理的給付。由於在宅醫療費用來自介護保險，和全民醫療保險（以下簡稱醫療保險）。除醫師被要求每個月至少提供2次的定期訪視，以及365天24小時不限次數的往診之外，居家護理具有非常重要的協作功能。以下茲以居家護理（日文原文為訪問看護）為例，說明何謂合理的給付。

居家護理過去由醫師和護士共同出診，因應高齡化護理需要增加，後來也出現「居家護理所（訪問看護ステーション）」。在2000年介護保險開始之前，居家護理費用由醫療保險給付。在介護保險開辦後，介護保險和醫療保險都給付居家護理，但訪視次數，則隨病患的資格以及疾病狀態而改變。原則上介護保險給付優先於醫療保險，每週居家護理訪視次數不限，納入介護保險照顧計畫(care plan)中。如果資格不符合介護保險給付標準，則由醫療保險給予給付。醫療保險給付相對複雜，若為厚生勞動大臣認定的疾患，每天訪視都予以給付；屬非厚生勞動大臣認定的疾患（厚生勞動大臣認定的疾患，此為專有名詞），每週訪視予以給付最多3次。一旦病患病情突然惡化，或已是臨終末期（日文原文註明原文，特別訪問看護指示期間），則每天訪視也都予以給付，如圖4[6]。

換言之，政府給付之居家護理1週至少可達3天；病情若有變化時候，居家護士幾乎可天天到宅提供服務，可減少病患反覆出入院的醫療費用以及無效醫療中非必要的資源耗用。居家護理家訪

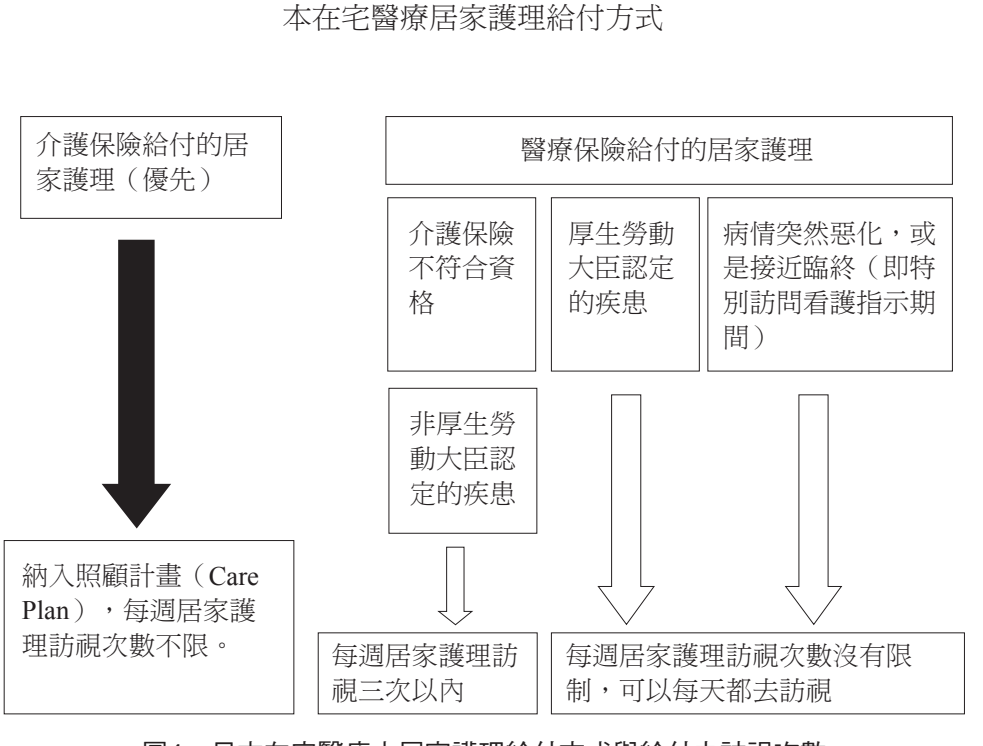


圖4　日本在宅醫療中居家護理給付方式與給付之訪視次數

次數越多，給付費用越高。1週內訪視若超過3日，第4日開始，給付額度從每日5,550日圓提高到6,550日圓[9]。儘管居家護理訪視可視病情調整到每日訪視，秋山正子指出：2006年日本居家護理費用支出，不過占整體醫療和長照支出的0.42%，分別占介護保險費用支出的2%和醫療保險費用支出的0.1%，如表2[4]。

在宅療養支援診所的運作型態

目前日本有近1萬3千家在宅療養支援診所，根據松原由美研究，依照運作狀況，可以分成三種類型：

（一）專門型：診所醫師屬於完全不看門診的在宅醫師(home doctor)。例如鹿兒島中野在宅療養支援診所，每月共有150位在宅患者，由兩位專職醫師，3位兼職醫師，提供全天候24小時支援和照護[10]。

（二）混合型：以福岡ニノ坂診所為例，該診所三位醫師，每人每月平均照顧50-80位在宅患者，同時還要看門診，這已經是在宅醫師極限。

（三）門診優先型。此類診所中，每位醫師每月在宅患者不到十位，診所主要收入還是來自門診[7]。

表2　日本各項醫療及介護保險費用支出（2006）　　單位：億日圓

介護保險		醫療保險		
項目	金額(%)	項目	金額(%)	
居家護理	1,300(2)	居家護理	320(0.1)	
日間照護	8,450(13)	基層門診	74,560(23.3)	
居家服務	7,150(11)	醫院門診	49,600(15.5)	
喘息服務	3,250(5)	醫院其他	112,640(35.2)	
機構	33,800(52)	診所其他	4,480(1.4)	
日照復健	3,900(6)	牙科診所	24,960(7.8)	
居家復健	1,950(3)	調劑藥局	44,160(13.8)	
照管行政	3,250(5)	住院伙食	9,600(3)	
身障居服	1,950(3)			
加總費用	65,000(100)		320,000(100)	385,000(100)
居家護理（醫療及介護保險）總支出				1,620(0.42)

在宅療養支援診所的經營狀況差異頗大。以千葉縣松戶市苛原診所為例，2007年在宅患者人數在250-300人之間，每月定期訪視500-600人次，定期訪視加上緊急往診600-630人次之間，平均每月緊急往診50人次左右。時間來看，大多數緊急往診在上班時間內，其次是假日，再來是平日下班後和深夜。苛原醫師認為只有一位醫師365天24小時待命，實務上很困難；如果有多位醫師輪值，假日讓不同診所間輪值，團隊作戰會是比較好的方式[11]。

然而，日本還是有許多診所只有一位醫師，他們如何進行在宅醫療呢？以雲雀診所的高橋醫師為例，2002年他在宇都宮市內開業後，便成立24小時居家護理所，不分年齡，不挑選個案，從小兒到ALS呼吸器依賴，只要患者要求都接，盡力做到居家安寧。高橋診所在收到來自在宅療養患者的第一通呼叫(first house call)後，首先由居家護理師出訪，透過診所內外電子情報交流，提昇醫師掌握病情效率。2006年政府要求在宅療養支援診所需24小時均能出診，因此，在高橋醫師請假時，必須安排代班的在宅支援醫師（連攜醫）作為支援。此外，自2008年開始，為醫護人員人身安全起見，規定定期訪視要有專責司機開車。雲雀診所第一年在宅患者只有8位，隔年達到39位，之後穩定維持35位上下，接受居家安寧2002年到2008年共35位。雲雀診所年收入4,958萬日圓，其中居家收入2,904萬，共占總收入58.6%[12]。

最接近目前台灣狀況的則屬「非24小時支援在宅療養診所」，即診所本身有提供在宅醫療，但並無365天24小時待命出診的機制。例如1990年開業的內の一診所，目前運作時間分配：內科9.5單位、夜診1單位、其他專科之外，居家訪視（訪問診療）只有4單位（1單位即一個上午、或一個下午）。對於內の一診所而言「定期訪視」以外的，「緊急往診」有困難。在遇到臨終照護或緊急需求之時，則請門診患者稍等，先行處理。若是緊急往診需要，家屬無法等候，則建議患者直接去急診室。2005年內の一診所收入的20%來自在宅醫療。2006年給付修改並提高患者部分負擔後，患者有減少趨勢，每月56-68人次上下。2004年到06年，在宅死亡患者每年20人左右，其中有約三分之一接受居家安寧照護。個案接受在宅醫療的期間，從最短2天到最長597天，平均4個月左右[13]。

日本在宅醫療體系的運行模式介紹

長野佐久農村醫療模式

日本在宅醫療原點可以說是從「農村」開始發展，在宅醫療只是社區醫療其中一部分。1945年12月若月俊一醫師（日本農村醫學會創立者）開始在長野縣佐久地區巡迴出診（當時稱出張診療），從一家農會經營的地區醫院發展，接著設立美里分院、往南部設立小海分院、小海診療所、兩所長照老人機構，並成立附屬護理學校、農村醫學研究所，以及農村衛生研究中心。1944年成立的佐久醫院，今日成為長野縣東部最大的規模基幹醫院，擁有員工1,800人。佐久醫院非常強調初級照護(primary care)、預防醫學(preventive medicine) 與在宅醫療(home medical care)。佐久地區的在宅醫療體系提供24小時365天在宅醫師輪班體制。據2006年統計，在20公里內、人口9萬的區域中，登錄在宅支援

370人，每年新增150人，24位兼任醫師訪問4,307回，護士47位訪問3,417回，另外照服員出勤9,529件。長野模式下「在宅死亡比率」高居日本第一位，被稱為「長野神話」。「高齡農村」發展出的長野模式，帶動日本全國在宅醫療的推展[3]，值得台灣參考。

長崎連攜協力模式

2003年，長崎市的醫院和診所聯合成立「長崎在宅Dr. NET」，在醫師公會「Dr. NET事務局」協調，為住院病患介紹基層開業醫師，作為病患的在宅主治醫師和副主治醫師統稱「連攜醫」。日文「連攜」具有合作的意思。病患出院之前，基層開業醫參與出院準備會議，完成病患情報分享和照護的轉移，以及在宅醫療的轉介（醫院和診所間垂直整合）。「長崎在宅Dr. NET」的特色是一位病患由二位在宅主治醫師照顧，共享病患情報。主治醫師不在之時，就由副主治醫師負責在宅照護，而在宅主治醫師和副主治醫師彼此透過E-mail來分享病患情報。此外，「長崎在宅Dr. NET」還發展出基層診所與醫院之間的協力網絡，採取醫院中次專科會診型態－由基層開業醫（即連攜醫）與醫院或同樣開業的皮膚科、眼科、泌尿科等次專科醫師（即協力醫）合作，由協力醫提供診療建議，甚至提供居家會診協助。2008年2月為止，人口45萬的長崎市和近郊已有131位醫師參與「長崎在宅Dr. NET」，包含64位基層開業醫師（連攜醫），和33位大醫院次專科醫師（協力醫）[14]。

靜岡雙主治醫模式

靜岡市醫師公會與公立醫院合作，發展由「家庭責任醫師」與「大醫院專科醫師」組成的「雙主治醫」合作機制。靜岡病診連攜網絡正式名稱為E2 Net（日文原文為イーツーネット），在E2 Net的機制下，加入居家護理師、居家藥師、照顧經理等多專業人員的社區安寧支援系統，又稱綠卡支援系統(green card system)，開始發展靜岡模式的在宅醫療。1999年開始，針對病情可能突然變化需要住院的個案，發展出在宅患者緊急應變系統，又稱黃卡支援系統(yellow card system)。透過每個家庭的責任醫師向靜岡醫師會登錄患者資料，靜岡醫師會把資料與「消防救護隊」共享，一旦個案有狀況，連絡消防隊，消防隊確認個案身分後，會通知患者的家庭責任醫師，請醫師傳真患者資料給大醫院。2006年開始，在宅安心連攜系統針對每月接受2次以上訪問診療的在宅個案，提供銀卡支援系統(silver card system）。當在宅個案有狀況，第一時間先連絡消防隊，消防隊確認銀卡個案身分後，會通知「輪值家庭醫師」，和「輪值居家護理師」前往案家處理，決定是否入院，一旦需要入院，會經由「原家庭醫師」傳真個案資料給大醫院，完成患者情報共享。在宅支援療養診療所在365天24小時配合之下，系統運作順暢，目前銀卡支援系統中有基層診所60家，居家護理所15家，公立醫院5家加入銀卡支援系統，幾乎隨時有10位個案，接受銀卡支援系統照護[15]。

日本在宅醫療成功因素

日本在宅醫療的核心價值，是要支持病患在家療養，生活到臨終為止，終極目標就是社區安寧療護。在宅醫療由團隊提供365天24小時的支援，具有高度的可近性(accessibility)和可靠性

(accountability)。多專業間的合作模式，提高其服務周全性(comprehensiveness)。此外，從各地發展出在宅醫療服務模式，產出高度協調性(coordination)和服務內容連續性(continuity)。日本在宅醫療的運作，不僅橫跨長期照護與醫療服務的專業範疇，充分反映作為家庭醫學核心價值的2A3C，可以說「在宅醫療」是家庭醫學和基層醫師在社區充分發揮功能的展現。以下歸納出幾個成功因素：

第一、在宅醫療需要在地領頭羊。當地有熱情，願意投入的在宅醫療的醫師，扮演領頭羊角色，協調各種資源加入。

第二、地方醫師會支持和主管機關主動協調。特別是大都市，醫師眾多的地方，例如長崎、靜岡，醫師會和衛生局角色都很重要。

第三、病患情報共享和IT(information technology)科技靈活運用。病患情報共享不侷限在醫院內醫師與醫師之間，醫院與診所、診所與居家護理所，甚至其他專業間都要共享機制。共享其實並不是非要用多尖端先進科技不可，例如，長崎連攜醫只是透過「電子郵件群組」；再如，靜岡的家庭醫師把病患資料傳真給醫院，都不是透過雲端系統之類IT科技。

日本在宅醫療具有兩大特色。第一，整合醫療服務和長照服務。第二，實現連續性的照護到臨終。而這兩點，剛好是台灣目前最為欠缺的，以下檢討我國居家醫療制度缺失。

我國居家醫療財源及服務能量不足

台灣與日本在居家醫療的財源上有明顯差異。我國全民健康保險自1995年起，陸續開始推行多項居家相關醫療照護，包括：出院三管（氣切管、鼻胃管、尿管）等患者居家照護、慢性精神病患居家照護、呼吸器依賴患者居家照護、末期病患安寧居家照護，及特殊身心障礙患者與失能老人到宅牙醫醫療服務。目前，這些居家照護主要由全民健保給付，少部分由長照十年計畫支援，相較於日本由醫療保險及介護保險雙重支持的模式，表面上看似沒有大不同。但台灣目前沒有長照保險，長照十年計畫雖然有編列居家護理項目，實務上仍屬補充的角色。反觀日本的在宅醫療以支持在家生活為目標，介護保險優先給付法則下，介護保險負擔比例在居家護理比例遠高於醫療保險，如表2。

除財源給付的差異之外，目前我國居家照護分為：一般居家護理和安寧居家療護，其中都包含醫師及護理師的訪視。在訪視次數上，一般居家護理護理師以每個月2次為限，醫師則以每2到4個月1次為限；安寧居家護理師每周2次為限，醫師每周1次為限，每月還有45人次上限。台灣的居家訪視並不像日本有緊急往診或定期訪視的區別，無論個案狀況如何嚴重或輕微，次數都一樣。日本醫師被要求365天24小時待命，至少每月訪視2次，提供不定時往診[6]；居家護理的訪視的次數，也可依病情調整到每天至少1次（見圖4）。相對而言，台灣居家訪視量仍不足與限制過多，成為阻礙台灣發展居家式醫療的原因之一。

我國居家醫療與長照服務合作闕如

我國除居家訪視量能不足之外，在服務提供的機制上，醫療體系外展的居家照護和隸屬各縣市長期照顧管理中心

的各種居家服務，彼此之間也沒有互相協調機制，無法共同追蹤管理長期在家療養的個案。相較於日本不少成熟的24小時在宅醫療支援診所，隸屬於稱作醫療法人的組織，醫療法人可以附設居家護理所（屬醫療）、居家服務支援中心（屬長照），也聘請照顧經理製作照顧計畫，甚至成立日間照護或設立機構。扁平化的組織和一條龍式的整合，加上醫療法人組織內彈性運作，以及活用資訊與通訊科技(information communication technology)，使社區內醫療和長照專業人員可以有效率的共同管理長期在家療養的個案。台灣目前各種居家醫療與長照服務的合作可謂闕如，再加上目前社區診所並非是以居家醫療為主的情況，讓這樣的整合更難形成。健保署從2003年開始試辦家庭醫師整合照護計畫，2004年開始實施社區醫療群計畫，參與計畫診所雖然有提供24小時諮詢服務，但這項服務並沒有和縣市長期照顧管理中心，或是各種居家照護產生有效鍵結，實無法發揮整合的功能。

試辦計畫多，卻無助居家醫療整合

目前，為了促使基層診所積極參與居家醫療，今年4月健保署提出「104年全民健康保險居家醫療整合照護試辦計畫」[16]。此計畫的目的，在提升因失能或疾病特性致外出就醫不便患者之醫療照護可近性，鼓勵醫療院所連結社區照護網絡，提供住院替代服務，降低住院日數或減少不必要之社會性住院[16]。試辦計畫採論次計酬：醫師每次訪視費用1,000點，每日8人為限，且每月180人次為限。目前收案對象規定如下：

（一）照護對象為中低收入戶或低收入戶，居住於住家（不含照護機構）、有明確醫療需求，因失能或疾病特性致外出就醫不便，且符合下列任一條件者：

1.障別等級重度以上之肢體障礙者、多重障礙者、植物人（舊制身心障礙類別代碼為05、09、13、15、16）。

2.居住於2樓以上無電梯公寓，且無法上下樓梯者或需他人協助才能上下樓梯之獨居者（含同住者無照顧能力）。

3.衛生福利部公告之罕見疾病患者。

4.各縣市長期照顧管理中心或衛生所（室）專案認定其照護對象有醫療需求者。

（二）中低收入戶或低收入戶指符合下列條件之一者，且須出具低收入戶證明或中低收入核定公文影本為憑。

1.列冊低收入戶、中低收入戶。

2.領有中低收入老人生活津貼。

3.領有身心障礙者生活補助。

（三）基於給付不重複之原則，照護對象排除全民健康保險出院三管患者居家照護、呼吸器依賴患者居家照護、慢性精神病患居家照護之收案對象，即狀況尚未及護理居家照護需求者。

（四）同一照護對象於相同照護期間，其他特約醫療院所不得再申請收案。

試辦計畫鼓勵基層醫師參與居家醫療訪視的立意雖好，然而收案條件以中低收入戶或低收入戶為限，並非以病患生活功能為篩選條件。加上限制過多，配套不足，對基層診所而言，恐只有特

殊條件的診所才有可能參與，因此試辦計畫的服務要普及並不容易。此外，原有醫療系統內各種居家照護服務原本就缺乏整合，新的試辦計畫也沒有試圖整合的機制。要達到試辦計畫希望提供住院替代服務，降低住院日數或減少不必要之社會性住院的目的，非常困難。此外，從日本的經驗來看，不僅醫療系統內的各種居家式醫療服務要整合，在宅醫療，長期照護與急性醫療等不同專業之間，也要互相合作，才能相得益彰。據此，我國還有許多進步的空間。

基層診所業態無法配合居家醫療發展

台灣基層診所的收入仍以門診為主，少部分來自預防保健活動，例如：成人健檢和國健署的篩檢專案、戒菸門診，還有針對慢性病的品質改善方案，例如：糖尿病、慢性腎臟病等。門診占據診所醫師大多數時間，能夠參與居家訪視的時間有限，更不用說提供緊急往診的服務。此外，台灣法令要求到醫療院所外執行醫療業務需要事先支援報備，日本沒有這種限制，大大提高醫師的彈性和參與度。當日本診所醫師前往緊急往診時候，診所櫃檯即掛上「往診中」牌子。

整體而言，無論在財源、服務提供和配套措施上，台灣目前都不存在日本在宅醫療之條件，自然無法形成在宅醫療專門型的診所。即便在日本，在宅療養支援診療所仍然以混合型及門診優先型為主。台灣在沒有足夠財源支持，沒有居家護理所配套情況下，多人醫師相對於一人醫師診所，發展居家醫療門檻比較低，也比較可能發展出在宅醫療專門型的診所。

由於過去20餘年，居家照護服務主要還是由大醫院提供；特別是安寧居家療護，社區基層診所比較陌生。筆者建議，政策上應仿效日本採取連攜協力醫的方式，讓大醫院醫師和基層醫師共同照顧居家患者，尤其末期臨終照護。一方面提升基層醫師和獨立型居家護理所護理師從事安寧療護的能力，另一方面也能在社區中培養居家醫療人才。

居家醫療專業人才培育不足

在宅醫療在日本稱為第三種醫療，是一種新的醫療專業，並非只是醫院醫療或診間醫療的延伸，或是醫師出診而已。在日本，在宅醫療訓練包含社區醫學、家庭醫學、老年醫學和安寧療護的基礎知識，甚至呼吸器管理，腹膜及血液透析都是涵蓋內容。此外，醫師也必須清楚在長期照護制度下，如何讓患者得到最適當的資源。而如何訓練醫師與其他專業一起工作、一起決策，這與醫院或診所內的醫療截然不同。國內多數醫師並未受過這樣完整的訓練（包含筆者），因此，建立培養在宅醫療專業人才的體制，是相當重要的一項工作。

未來在宅醫療對象以高齡者為多，如何從尊嚴照顧到在宅善終呢？社區中良好的照護品質，需要老年醫學科及安寧緩和醫療專科醫師積極參與。筆者認為，除課堂教育訓練之外，最好每月由地區醫院或醫學中心派遣老年醫學專科醫師，輪流與基層醫師共同出診，藉由教學相長來提升照護品質。而如何與多專業之間有效率的合作，則又是另外一大課題，這些做法，無論政府或專業團體，都應積極向日本學習。

結　論

日本的在宅醫療成功的關鍵，在於不同專業人員之間能集體合作，提供社區高效率的團隊醫療服務，因此，基層醫師的積極參與便顯得格外重要。讓基層醫師走出診間，開始提供在宅服務，除了定期訪視，對慢性病加以監測和預防併發症，以及藉由緊急往診避免不必要住院之外，此外，筆者認為還有幾個附加意義：

（一）提高醫師對社區民眾的認識

（二）增進鄰里關係，提高社區內臨終照護可能

（三）提昇醫師的自我實現感

建立本土化在宅醫療支援體系，需要相對應的經濟支援、保險制度的配合與法規的鬆綁，例如取消居家醫療的支援報備限制。除了國家財政和法規支持外，尚需不同的專業團體、地方醫師公會的全力支持，特別需要強調以在宅照護為專業的團體，結合性質相近的老年醫學會、家庭醫學會、長照專業協會等團體，共同推動在宅醫療專業組織，以健全本土化在宅醫療支援體系。發展本土化在宅醫療支援體系，是未來台灣長期照護不可或缺的一塊，如何讓基層醫療、社區診所和家庭醫師共同參與，考驗著台灣社會的智慧。

參考文獻

1.厚生労働省：不同死亡場所每年死亡人數。人口動態調查，2012。

2.厚生省在宅医療推進室：在宅医療の最近の動向，2012。

3.長純一、北澤彰浩、由井和也：佐久地域的在宅醫療及地域連攜的組成。佐藤智等編，在宅醫療、訪問看護和地域連攜（明日的在宅醫療第五集）。第一版。東京：中央法規，2008：126-149。

4.秋山正子：居家護理及安寧照護。佐藤智等編，在宅醫療、訪問看護和地域連攜（明日的在宅醫療第五集）。第一版。東京：中央法規，2008：219-243。

5.厚生省在宅医療推進室：在宅医療・介護あんしん，2012。

6.永井康德：在宅報酬算定手冊，改訂版。東京：日經BP，2014：8-13。

7.松原由美：在宅醫療的經營模擬分析。佐藤智等編，在宅醫療的經濟基盤（明日的在宅醫療第七集）。第一版。東京：中央法規，2008：121-149。

8.森田洋之：夕張市高齡者診療費減少相關性因素分析。社會保險旬報，2014：2584：2-19。

9.木村憲洋、川越滿：圖解醫療費。第四版。東京：日本実業出版社，2014：26-27。

10.中野一司：走過醫療法人中野會13年。改變日本的在宅醫療。第一版。鹿兒島：ドメス，2012：37-47。

11.苛原実：有病床診療所及高齡者住宅複合式在宅醫療之經營。佐藤智等編，在宅醫療的經濟基盤（明日的在宅醫療第七集）。第一版。東京：中央法規，2008：255-276。

12.高橋昭彥：一人醫師的在宅療養支援診所的經營。佐藤智等編，在宅醫療的經濟基盤（明日的在宅醫療第七集）。第一版。東京：中央法規，2008：203-225。

13.山內常男：非在宅療養支援診所類型的在宅醫療診所之經營。佐藤智等編，在宅醫療的經濟基盤（明日的在宅醫療第七集）。第一版。東京：中央法規，2008：

226-254。
14.白髭豊：長崎市的在宅醫療及地域連攜。佐藤智等編，在宅醫療、訪問看護和地域連攜（明日的在宅醫療第五集）。第一版。東京：中央法規，2008：150-171。
15.岡慎一郎：靜岡的病診連攜及在宅醫療。佐藤智等編，在宅醫療、訪問看護和地域連攜（明日的在宅醫療第五集）。第一版。東京：中央法規，2008：83-107。
16.全民健康保險署：104年全民健康保險居家醫療整合照護試辦計畫，2015。

The Development of Japanese Home Medical Care: Lessons for Taiwan

Sang-Ju Yu[1,2,3]

The importance of home care has been on a constant rise with the increase in the population of elderly people and that of people with disabilities in virtually every country worldwide. In Japan, medical care and long-term care have been integrated into Zaitakuiryou, a.k.a. home medical care, that serves as an essential part in the country's home care delivery system. There are currently about 13,000 clinics providing home medical care in Japan through regular and emergent home visits on a 24/7/365 basis, dedicating themselves to meeting the patients' needs at home with the coordinated teamwork of medical and long-term care professionals. Known for its admirable accessibility and accountability, home medical care in Japan embraces its core value of building a friendly, supportive environment for patients at home and makes home hospice its utlimate goal.

Home medical care is highly comprehensive as it is provided by an interdisciplinary team incorporating primary care physicians, nurses, homecare specialists, nutritionists, physical and occupational therapists, social workers and other allied professionals. In addition to comprehensiveness, home medical care is characterized by coordination and continuity with the interdisciplinary team offering assistance during the entire process from hospital admission to discharge for patients suffering a wide range of health problems, ranging from light disability, demntia to terminal illnesses. End-of-life care is accordingly regarded as major index for the quality of the Japanese home-centered medical care, a system based on and working in compliance with the 2A3C core values of family medicine(accessibility, accountability, comprehensiveness, continuity, and coordination).

Its inclusion in the long-term care insurance system implemented by the Japanese government in 2000 has triggered the vigorous development of home medical care in Japan. The model of practicing home medical care, however, differs from region to region. There are, for excample, the Nagano rural model, the Nagasaki cooperate model, and the Shizuoka double-physician model. Differences can also be noted in the types of supporting clinics; some specializes in home care exclusively, some provides home care in conjunction with other medical services, and still some are primarily outpatient-based. In terms of size, supporting clinics may also be divided into one- and multiple-physician clinics, clinics working with or without elderly care institutions, and clinics equipped with or without beds. In 2006, these clinics were united as an association named "Home Cares Net," which has since been working with great vitality to advocate and monitor related policies and to accelerate the development of home medical care in Japan.

Interdisciplinary collaboration capable of providing community dwellers with high-efficiency, team-based medical services is generally believed to be the key to the success of home medical care in Japan, and the active participation of primary care physicians plays a crucial role in the interdisciplinary collaboration. Also of critical importance, however, is the ongoing improvement of the long-term care system which requires fiscal support from corresponding insurance programs, introduction and amendment of related laws and regulations, and the trainning and fostering of new-generation professionals. To develop a Taiwanese home medical care system, the Japanese experience is definitely worth studying and emulating.

(Taiwan J Fam Med 2015; 25: 105-119) DOI: 10.3966/168232812015062502001

Key words: 2A3C, aging society, home care system, home medical care, primary care

---

[1]Chiayi Association for Community Health, [2]Liu-Fu Clinic; [3]Chiayi Christian Hospital, Chiayi, Taiwan.

Received: April 7, 2015; Revised: May 9, 2015; Accepted: June 15, 2015.