

主題論文

在宅醫療系列（1）--挑戰 2025 年，在宅醫療的登場

張凱評^{1,2}，余尚儒^{3,4}

一、前言

人口結構老化是各國普遍面臨的現象，然而包含台灣在內的亞洲國家，老化速度都比歐美國家來得快。從高齡社會（65 歲人口佔總人口的 14%）進入到超高齡社會（65 歲人口佔總人口的 20%），歐美國家以挪威需時 59 年為久、美國需時 15 年為短，日本則花了 11 年時間。然而南韓、新加坡、台灣、以及中國香港，估計 7-10 年就會從高齡社會變成超高齡社會（國發會，2016）。

進入超高齡社會的台灣，意味著每 5 個人就有一位超過 65 歲（國發會，2016）。此外，在 2025 年，台灣將有 100 萬失能人口需要照護，其中有 74 萬為老年人（衛福部，2016a）。整體而言，台灣失能者仍是由外籍看護和家庭成員等非專業者來照顧為主。在如此情境下，失能者狀況有改變時，病家常常所做的選擇就是直接送往急診，也加劇了急重症體系的負擔。

而台灣的高齡人口集中在鄉村（衛福部，2016b），鄉村的失能比率也比勞動力充沛的都市更加嚴峻，失能率達 4% 以上的縣市皆是非都會區，如雲林縣、南投縣、屏東縣、花蓮縣、及台東縣（衛福部，2016）。健康照護體系市場化所衍生的問題（例如：醫療資源集中化、醫院大型化），國內外已經有相當多研究

¹ 國立臺灣大學醫學院附設醫院家庭醫學部住院醫師

² 台灣在宅醫療學會秘書長

³ 天主教花蓮教區醫療財團法人台東聖母醫院主治醫師

⁴ 台灣在宅醫療學會理事長

(陳美霞, 2011), 而醫療體系的市場化及醫院大型化的現象, 也很可能出現於長照體系; 兩者皆集中在都市區域所產生的城鄉差距, 對於更老、更失能、更需要醫療及長照的鄉村居民來說, 除了不方便, 更是不公平(余尚儒, 2016)。可以預想到, 醫療與長照體系市場化的問題, 將隨高齡海嘯而加劇; 而在宅醫療也許是一個彌補不便與不公的可能性。

二、日本在宅醫療發展簡史

自 1995 年進入高齡社會的日本提出「在宅醫療」的概念, 一方面整合醫療服務和長照服務, 另一方面以連續照護到臨終為目標, 透過 365 天、24 小時不中斷的服務來處理居家個案的狀況, 同時聯合跨專業的介入, 與長期照顧配合, 希望落實在地終活(亦即: 在家中或社區內生活到最後一刻)與在宅臨終照護(余尚儒, 2014)。在宅醫療不只是一種醫療服務, 且是一種以病患的「家」為中心的照護體系。1950 年代日本還有 8 成的人是在家中往生, 但在 1976 年醫院往生的比例開始超越在家的比例, 之後在家中往生人數持續下滑, 至 2005 年高達約 8 成的病人在醫院過世, 相比之下, 在家的比例僅 12% (厚生勞動省, 2017)。在宅醫療制度的引入, 大大提高民眾於社區安寧善終的機會, 以福岡二ノ坂診所為例, 約 7 成以上的病患可以在家善終(余尚儒, 2014)。

早在 1995 年以前, 日本各地在宅醫療先行者便開始提供到家看診(訪問診療)的服務, 但當時不僅沒有額外給付, 也未得到法律上的認可。1986 年針對老年人的到家看診的給付在日本醫療保險才正式開始, 1992 年「在宅」成為醫療法認可執行醫療業務的場所; 2006 年「在宅療養支援診所」開始有保險給付, 並被要求提供 365 天、24 小時的服務(全聯會國際事務工作小組, 2015)。目前, 日本全國有 1 萬 3 千家診所提供到家看診的服務。2014 年, 日本更發展出「機能強化型在宅療養支援診所」, 由 3 位以上醫師合作、提供 24 小時不間斷的在宅服務, 並且可獲得較優渥的保險給付, 進一步鼓勵在宅醫療的發展。而在宅醫療的財源來自醫療保險和長照保險(介護保險), 醫師訪視和少部分護理訪視都由醫療保險給付, 其他專業服務, 主要由長照保險買單(余尚儒, 2014)。而根據日本厚生勞動省的調查, 有 40% 的大眾希望在宅接受照顧, 60% 的民眾希望臨終時儘可能待在自己的家中(厚生勞動省, 2012)。以「在宅善終」這個在宅醫療推進的重要指標來看, 日本目前在宅死亡的人數自 2005 年以來有緩步上升的趨勢, 但在宅死亡率佔全體死亡人數的比例仍是下探中(厚生勞動省, 2017)。

三、台灣居家醫療照護的發展與現況

1987 年，台北市護理師護士公會受政府委託推展「居家護理服務」，咸被認為是居家護理的開端（翟文英等，2008）。1995 年全民健保開辦之後，開始給付居家照護，包含一般居家護理以及安寧居家療護。台灣社會也隨著人口老化，各種長期照護需求提高，2006 年開始長照十年計畫，大多數經費用來發展各種居家式照護（home-based care），包含居家服務（home social care）、居家護理（home nursing care）、和居家復健（home rehabilitation）。即使當時台灣沒有長期照護保險，但是長照十年計畫或全民健保都有給付居家式照護（余尚儒，2014）。

然而，台灣的居家式照護相對於日本，照護不連續、橫向聯繫不足等問題一直存在。居家護理、居家服務、居家復健和安寧居家療護（hospice home care）並沒有彼此互通有無的機制，多數是各司其職。除此之外，台灣居家訪視醫師的角色，相對於日本在宅醫療訪問醫師，尚有許多功能待發揮。針對一般居家護理，醫師只需每 2 到 4 個月去個案家中訪視一次，不但大部分需要負擔醫療人員往返的交通費，又不允許提供藥物治療，家屬仍然要前往醫院掛號看診才有辦法拿到藥物，效果打了折扣，也造成了家屬不便，還有交通費的「部分負擔」。此外，居家醫療訪視前必須報備主管機關，無法應付緊急往診，缺乏彈性。由於訪視頻率太低以及訪視醫師的不固定性，也減少了建立醫病關係和主動預防性服務的機會（余尚儒，2014）。為了改善此種狀況，衛福部於 2015 年開辦「居家醫療照護試辦計畫」，並在 2016 年將其擴大為「居家醫療照護整合計畫」，整合原有的安寧、呼吸器依賴、以及居家照護等不同的方案，鼓勵居家醫師訪視時開立處方，並且取消對每位病人的探視次數上限（但有設定每月上限 180 人次），大大改善了照護服務的主動性與品質。

截至 2017 年 4 月，依據健保署統計（2017a），已有 1129 家醫事機構登記加入「居家醫療照護整合計畫」，不過實際收案的機構僅 342 家，登記了卻不執行的比率高達 64.7%。另一方面，收案量並非僅集中在幾家機構，由台北市立聯合醫院與合作基層診所組成之「臺北藍鵲居家醫療照護團隊」，只佔全國 2016 年度統計的 20.5%，而收案量超過 100 案的機構有 21 家（健保署，2017b）。然而，經濟誘因障礙（闕如給付不足與制度限制—機構個案不能用新制訪視）以及環境制度障礙（譬如健保刷卡問題、缺乏訪視失能者的經驗、一人診所難以休診等），

都仍是目前居家醫療在醫師端執行上的普遍問題。不過即使這些因素都能克服，要支援失能者在家生活，還必須做好「銜接」，無論是失能者從醫院出院要回到社區接受居家醫療團隊的照顧必須要開「出院準備會議」、還是醫療和長照體系各專業者齊聚案主家中與失能者家庭召開「跨專業團隊會議」、以及給予支援的二十四小時服務體系...等，都還需要下很大的功夫。

四、在宅醫療引進台灣

在宅醫療在台灣的發展較日本晚 20 年左右。配合高齡社會的長期照顧需要，2011 年在宅醫療正式在台灣受到關注。2011 年於台南市基督教青年會（YMCA）邀請到日本非營利組織「NPO 在宅ケアを支える診療所市民全国ネットワーク」介紹日本的在宅醫療。自 2012 年起，在中華民國老人福利聯盟吳玉琴秘書長以及當時立法委員陳節如推動下，台灣政府官員、學者、NGO、及專業團體等，也陸續到日本參訪在宅醫療的相關單位與做法（余尚儒，2017）。

另外一股發展的力量來自草根，2014 年於嘉義市基層診所服務的余尚儒醫師，加入日本在宅療養支援診所全國聯合會（Japan home care network）網路社群（CNK-ML），從這個窗口加速取得日本方面的相關知識和人脈。2015 年 07 月，時任嘉義市社區醫療發展協會理事長余尚儒和嘉義市居家服務中心合作，開始運作「在地整體照顧平台」，利用雲端工具建立跨領域、多專業的聯繫管道。同年，嘉義基督教醫院老人科白惠文醫師也開始支援嘉義市居家服務中心，展開「支援長照個案為主」的在宅醫療，讓個案能夠在宅善終（余尚儒，2017）。

透過媒體報導，對在宅醫療感興趣的個人及團體越來越多。2016 年，余醫師透過社群網站開始集結醫療和長照體系各專業的同好並發起「在宅醫療研究會」，研究日本的在宅醫療發展與作法，並進一步以研究會班底為基礎，邀請其他居家專業領域先驅於 2017 年 4 月成立「台灣在宅醫療學會」，成員橫跨醫療及社福，成為台灣第一個跨領域的在宅學會。該會目前積極展開與「日本在宅照護聯盟」（Japan Home Care Alliance）等團體及個人（如日本在宅醫療推手---國立長壽醫療研究中心創始人大島伸一總長、日本內閣府現任負責地方創生審議官唐澤剛）的拜會與請益，希望發展在宅醫療為門診和醫院診療以外的「第三種醫療」，並且支援長者在家生活到最後。

五、展望未來

台灣進入高齡社會的時程雖然與日本有 20 年差距，不過台灣民間具有豐沛的動能，政府部門對新型態服務的出現亦反應快速。在宅醫療學會 7 月開始，展開全國各地的「在宅沙龍」，為一提供民眾與專家對話並促進思考在宅醫療的活動，同時也邀請日本在宅領域實務或研究專家持續來台交流，期提升國內素質。良好的社區整體照顧系統及在宅醫療，是超高齡社會不可或缺的制度，需要台灣社會各界一起來完成。

參考文獻

- 余尚儒 (2017)。在宅醫療 從 cure 到 care：偏鄉醫師余尚儒的翻轉病房提案 (第一版)。台北市：遠見天下文化。p.158-161。
- 厚生勞動省 (2017)。平成 29 年 我が国の人口動態。取自 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/81-1a2.pdf>。
- 健保署 (2017a)。106 年居家醫療照護整合計畫收案情形。106 年 6 月 2 日 行政院長期照顧推動小組第 3 次委員會議。未出版。
- 健保署 (2017b)。105 年居家醫療照護整合計畫收案情形。取自 <http://ws.nhi.gov.tw/Download.ashx?u=LzAwMS9VcGxvYWQvMjkyL3JlbGZp bGUvMC8yMzU3MC8xMDXlubTlsYXlrrbphqvmYLnhaforbfbmlbTlkIjoqIjnlav mlLbmoYjmg4XlvaIueGxzeA%3d%3d&n=MTA15bm05bGF5a626Yar55mC54 Wn6K235pW05ZCI6KiI55Wr5pS25qGI5oOF5b2iLnhsc3g%3d&ico%20=.xlsx>。
- 余尚儒 (2016)。居家醫療銜接長照，不必等 2.0：鄉村比都會更需要。取自 https://health.gvm.com.tw/webonly_content_preview_12150.html。
- 國發會 (2016)。中華民國人口推估 (105 至 150 年)。取自 http://www.ndc.gov.tw/Content_List.aspx?n=84223C65B6F94D72。
- 衛生福利部 (2016a)。長期照顧保險制度規劃報告第三冊(第 5~6 章)。取自 www.mohw.gov.tw/dl-4078-f304e5c6-15fe-41da-8307-f9a37080da14.html。
- 衛生福利部 (2016b)。長期照顧十年計畫 2.0 (106~115 年) (核定本)。取自 http://www.ey.gov.tw/DL.ashx?u=%2fUpload%2fRelFile%2f3499%2f745134%2f1051219_長照_2.0_核定本.pdf。

全聯會國際事務工作小組 譯 (2015)。日本居家醫療的變遷及現況。臺灣醫界, 58 (4), 175-177。 <http://www.tma.tw/ltk/104580406.pdf>。

全聯會國際事務工作小組 譯 (2015)。居家療養支援診所之現況及今後的課題。臺灣醫界, 58(5), 228-229。 <http://www.tma.tw/ltk/104580506.pdf>。

余尚儒 (2014)。日本給台灣的啟示：透過在宅醫療，達成社區安寧。取自 <http://opinion.cw.com.tw/blog/profile/52/article/1993>。

厚生勞動省 (2012)。在宅醫療的最新動向。取自

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/h24_0711_01.pdf。

陳美霞 (2011)。台灣公共衛生體系市場化與醫療化的歷史發展分析。台灣社會研究季刊, 81, 3-78。

翟文英、李世代、陳惠姿、葉莉莉 (2008)。衛生所推展居家護理服務之評值。長期照護雜誌, 12(3), 283-299。