

主題論文

在宅醫療系列（3）— 淺談我國在宅醫療的各種發展

張凱評^{1,2} 李佳欣³ 余尚儒⁴

在宅醫療興起於日本，是一種穿梭醫院與社區之間、結合醫療與照顧的整合服務，其核心精神是支援病人在家生活到最後。推展在宅醫療可說是面對人口高齡化的解決方向之一。根據國發會估計，2025年台灣將正式進入超高齡社會，平均每五人，就有一位是65歲以上的高齡人口，推估屆時失能人口數將增加至100萬（其中老年人口約74萬人）（衛福部，2016）。除照顧人力需求孔急，高齡與失能者因就醫不便而難以獲得完善照顧的情況將愈益常見，進而衍生更嚴重、複雜的醫療問題，也將使總體醫療支出增加。近年，國內陸續有愈來愈多相關領域的專業人員開始投入在宅醫療，中央與部分縣市政府也投注資源推展此種新型模式。

在宅醫療模式一方面可使就醫困難的失能者適時獲得醫療資源，減少過去醫療與長照各自分工所產生的服務斷裂，另一方面因強調不同專業間的合作以及較深度的醫病互動，有助推展居家安寧，減少反覆送急診、急救等醫療支出，實現在家善終。先前，在宅醫療學會分別介紹了日、歐、美、澳等國推展在宅醫療的狀況（張凱評，余尚儒，2017a，2017b），考量目前本土化的在宅醫療模式尚未定型，相關政策也在改變中，投入的專業人員多半需邊做邊摸索，有時也得主動爭取推展模式所需的各種資源；在早期發展階段，若能詳細了解不同先行者的推展經驗，不但有助各團隊間彼此交流學習，也能讓新開展

¹ 臺北市立聯合醫院院本部家庭醫學科主治醫師

² 台灣在宅醫療學會秘書長

³ 台灣在宅醫療學會-在宅踏查專案經理

⁴ 台灣在宅醫療學會理事長

在宅服務的團隊有跡可循抑或做為借鏡；而透過較系統的整理，也可作為政策推動者在思索資源引入與政策配套時的參考。因此，本文將學會自 2017 年 9 月開始的「在宅踏查計畫」初步蒐集到的資料整理，以呈現目前我國在宅醫療的各種執行模式。由於踏查計畫是從目前熟悉的學會成員和友好夥伴們開始進行拜訪，故本文提供的模式案例不見得是首創或唯一，但相信這些初步歸納仍對台灣在宅醫療的摸索，有提供記錄與參考的意義。

各地在宅醫療模式

截至目前，台灣在宅醫療體系的開展多根基於 2016 年推出的「居家醫療照護整合計畫」（以下簡稱「居整計畫」）。計畫中鼓勵醫院和診所醫療團隊走出診間，除鬆綁過去醫療法醫事人員須在醫療機構內才能執行醫療行為之規定，也將在在宅醫療另列項目給予較高給付費用。只要醫師、護理師申請加入居整計畫，就可開始從事在宅醫療服務；也因此，現階段國內有登記參與計劃的機構並未侷限科別，且從醫院到基層都有團隊開始提供在宅醫療服務，實質可提供病患的服務內容也各不相同。

初步探訪各地執行在宅醫療的團隊後發現：現今推展（或主要發動）的機構類型，包括以醫院、基層診所（含衛生所）、與居護所為基礎的不同模式（表 1），而其中，診所（含衛生所）又因其地點、業務特性、資源、作業方式等因素，衍生出不同的運作方式（表 2）。此外，因在宅醫療的潛在需求者與政府提供長照服務的對象多有重疊，且過去長照體系中已存在居家護理、居家復健，再加上在宅醫療的核心概念特別強調「以病患為中心」提供包含醫療與生活的支援，所以，居家醫療與長照體系之間如何分工合作也是本文關注的焦點。雖現今仍在摸索期，我們仍能看到幾個振奮人心的模式。以下以推展機構有無計畫支持做粗分，來做各模式的介紹。

一. 有計畫支持的機構

目前健保署居整計畫的給付，只有醫師的診察費以及居家護理和安寧療護的護理訪視費，其他「非診察」的項目如給藥、復健、語言治療、營養評估等

其他專業，則尚未納入給付中。不過，有些縣市政府因相關主管機關對在宅醫療的發展有不同期待，額外訂定補助計劃，使一些在宅團隊得以開展更多元的服務，目前有計畫支持的機構包括台北市聯合醫院與新北市聯順居護所，其運作模式如下：

表 1 台灣各地在宅醫療模式

	醫院基礎	診所（衛生所）基礎	居護所基礎
有計畫支持之單位	台北市聯合醫院 （藍鵲計畫）	無	新北市聯順居護所 （連攜計畫）
無計畫支持之單位	台東聖母醫院 嘉義基督教醫院	各種模式 （見表 2）	無

1. 台北市立聯合醫院（由台北市「藍鵲計畫」支持）

在該院總院長黃勝堅帶領下，同步結合基層診所及居護所，積極推動居家醫療與社區安寧。相較多數醫院參與「居整計畫」的主力仍為醫師與護理師，由於該院受到強調以病患需求為中心的「藍鵲計畫」之支持，聯合醫院出診時，可引入院內原有的物理治療師、職能治療師、營養師、藥師、社工等多種資源進入社區。此外，該院同時承接台北市「石頭湯計畫（註 1）」，以「蘭州國宅」為據點，設立整合式服務站。個案管理師雖由醫院內具社工或護理背景者擔任，但已可針對長者需要提供看診外的各項諮詢，包括：居家服務、輔具、無障礙空間規畫、營養送餐、醫療服務、安寧照顧等。而在據點內也不定期舉辦衛教或團體活動，鼓勵長輩出門參與。

2. 新北市聯順居護所（由新北市「連攜式服務試辦計畫」支持）

聯順是獨立型的大居護所，有 7 位居家護理師。開始投入「居整計畫」後，便積極與其他專業單位或人員合作，例如暉凌居家物理治療所（全台第一家居家型物理治療所）、心語語言治療所、柯宏勳職能復健團隊、實踐樂齡管理顧

註 1：「石頭湯計畫」為 2016 年台北市社會局開辦，參考日本千葉縣柏市，選擇高齡人口集中的國宅開辦社區整合照顧服務。

問有限公司（社工）、惠璿諮詢中心（營養師）、中華民國紅心字會與中化居服單位、慈美護理之家、青年公園居家醫療照護整合計畫團隊。由於迄今提供居家服務的單位很少，居家物理治療所、語言治療所這些都是先鋒，能找到一兩種專業提供居家服務已屬不易，而能把這些專業整合起來形成一個團隊，更是稀有。

2017年，新北市開辦「連攜式服務試辦計畫」（註2），聯順透過計畫支持，成為台灣第一個以居護主導、整合多專業服務個案的團隊。因為已有整合多專業的基礎，除了主動擬定照護計畫，也嘗試協調包括語言治療師、營養師等專業資源介入。近期也與兒科醫師合作，照顧數名重症身心障礙兒童，擴展了居家服務可著力的面向，可以說朝向「0-100歲連攜度滿分」的目標大步邁進中。

二、無計劃支持的機構

至於其他縣市，雖只靠健保署的「居整計畫」或自行吸收成本，但從初步的踏查結果中發現：不少國內在宅醫療的先行者已透過各種嘗試，發展出多元的在宅醫療模式，也有一些醫師已主動透過非體制的方式與長照體系合作，反映出另一種在宅醫療機構的分類。以下簡要介紹各種模式。

註2：新北市「連攜式服務試辦計畫」是參考日本社區整體照顧及荷蘭博祖克經驗，以「居家護理所」為樞紐，除了將照顧管理專員的評估權轉移給居家護理師，也由居家護理師擬定照護計畫後就協調各種專業資源介入，提供快速且切合案家需求的服務。

表 2 以診所/衛生所為基礎開展的在宅醫療台灣模式

體系屬性	推展規模	機構名稱	主導者	推展模式	與長照體系合作
公共衛生體系	單一衛生所	台東縣太麻里衛生所	王以帆	自發型	與聖母醫院、照管中心連結
		嘉義市西區衛生所	楊百文	外展型	與居服單位合作
		桃園市復興區衛生所	林德文	旗艦型	本身是 A 級據點
私人/民間體系	單一診所	台中市維恩耳鼻喉科診所	傅華國	自發型	無
		宜蘭縣維揚診所	陳英詔	自發型	跟居護所合作
		台北市育睿診所	賴曉虹	外展型	與靈糧堂日照合作
		台北市衛康內科診所	鄭維理	機構巡診延伸	無
		桃園市高揚威診所	高揚威	巡迴醫療延伸	無
	多診所共同開展	嘉義市王國哲診所	王國哲	內部連鎖體系	無
		台中市林恆立耳鼻喉科診所	林恆立	社區醫療群	無
		宜蘭縣：蘭陽家聯	王維昌	醫師公會整合	跟居護所合作

1. 醫院基礎

1.1 台東聖母醫院模式

台東聖母醫院雖無縣市政府的計畫支持，但因長期投入社區健康促進、居家護理等業務，已有推展居家醫療的基礎，以此為底，聖母醫院展開長照體系全包式服務，以居家護理所為中心運作，搭配各種長照服務。例如，居家服務、「部落廚房」送餐服務，「健康活力站」和社區復健，以獨特的運作方式在台東許多原住民部落服務。居整計畫開始之後，聖母醫院在台東率先展開在宅醫療，並跨大與台東縣衛生所的合作。

1.2 嘉義在宅 Dr. Net

嘉義市因在宅醫療發展較早，形成個別醫師與在宅醫療之間的在地網絡，稱為「嘉義在宅 Dr. Net」。Dr. Net 意指不同組織、單位的醫師們之間，互相轉介有居家需求患者，或連結當地的長照資源。「嘉義在宅 Dr. Net」由嘉義基督教醫院老人科白惠文醫師帶領，積極與衛生所及長照單位配合，其中，又與嘉義市居家服務中心有密切的合作，醫師有時會與居服員相約一同訪視病人，透過居服員日常觀察，可掌握醫療團隊掌握病患更多的狀況，當居服員在照顧上出現醫療相關問題時，也可透過通訊軟體向醫師諮詢，可以說是區域醫院老人專科外展的典範。

2. 私人基層診所為基礎

投入在宅醫療的診所，可依其串連的資源種類與推動策略的多元性分為四種，包括「個人自發」、「外展串連」、「多家醫療院所合作」、「既有業務的提升」。

2.1 個人自發

台中東勢開業醫師傅華國，本身耳鼻喉科醫師，診所有內科、外科專科醫師，且有不少忠誠病人。走出診間之後，傅醫師才發現醫療本身的不足，需要與其他專業和長照單位合作才能解決問題，例如吞嚥功能障礙的個案，需要語言治療師介入幫忙復健，較有可能幫助個案重拾由口進食的能力並移除鼻胃管。目前傅醫師出訪個案的管理工作，由診所自聘的個案師協助。

宜蘭維揚診所陳英詔醫師過去是羅東養護所副院長，熟悉長照業務，去年辭去養護所工作專心發展診所業務，並融合社區營造精神，以咖啡館、霜淇淋店等空間創造了診所與社區的新連結。目前也先從原有的診所病人中發掘個案，並與過去較有默契的居護師合作共同出診。值得一提的是，雖然陳醫師收案數還不多，但出訪時主動替個案整合社福、家庭資源，共同研議照顧計畫，已有 cure 到 care 精神。

2.2. 外展串連

位於台北西湖捷運站附近的育睿診所，由家醫科及安寧緩和醫學科背景的賴曉虹院長以及急診醫學背景的廖家榮醫師共同執業，其與旺福居家護理所合作，兩位醫師可以輪流出診。且由於育睿診所也加入三總醫院的社區醫療群，當遇到居家個案病況較複雜時，可照會群內的專科醫師（例如心臟內科）支援。此外，診所也與附近西湖捷運站靈糧堂日間照顧中心合作，定期舉辦在宅沙龍的啟蒙活動。基層診所中，育睿診所可謂觸角很廣的在宅支援診所。

2.3. 多家醫療院所合作

相較大多數縣市的居家醫療是各家診所的醫師各自投入，宜蘭縣在醫師公會理事長王維昌醫師帶領下，在地的 40 家診所與 5 家居護所組成「蘭陽家聯居家整合照顧計畫團隊」，建立起一個非體制化的合作模式，一旦發現有居家醫療需求的病患，就可透過蘭陽家聯網絡為病患尋找鄰近的醫師，也讓居家經驗較少的醫師便於找到能共同訪視的居護所。蘭陽家聯的另一特色是以 Trello、Airtable 等免費軟體建立了系統協作平台，多職種人員可共享個案的照顧計畫、歷次訪視紀錄，也使社工、輔具、長照等各種資源得以更快速被引入。

台中市區的林恆立醫師則屬於家庭醫師整合性照護計畫中的社區醫療群，以林恆立為首的社區醫療群主打「醫師到我家」，主動建立個案管理員，輔導轄下基層診所出擊。此外，嘉義地區的王國哲醫師自身經營照安醫藥體系，其連鎖診所旗下共有多位醫師，足以聘請個案管理員協調診所醫師出診、社區藥局送藥，為診所與藥局合作的典範，只可惜與長照單位之間的合作較少。

2.4 既有業務延伸

在基層的模式中，也有一些團隊因過去參與其他計畫的基礎，在居整計畫確立後，便自然將既有服務與居家醫療銜接。例如：位於萬華區的衛康內科診所，同時加入台北市立聯合醫院藍鵲居家醫療團隊，也自組青年公園居家醫療團隊。院長鄭維理醫師過去有在烏來山地巡迴醫療的經驗，之後持續支援機構巡診。在此基礎之上，鄭醫師較容易掌握到有居家醫療需求的潛在病患，再加上與健綸居家護理所搭配，在居家醫療照護整合計畫推出後，便很快開始收案。

而在桃園復興鄉偏遠的高揚威診所，過去承接巡迴醫療計畫，經常面對無數因交通困難無法就醫的病患，早有居家醫療經驗。居整計畫開始後，不必從頭思考出診的交通問題或收案來源，因此收案快速，甚至一度超過團隊可負荷範圍。高揚威醫師以巡迴醫療的模式服務居家長輩，配有針劑和口服藥的醫療巡迴車輛在山間穿梭，一次出診就有護佐、護理師、醫師、和藥師四名成員，並有兼任營養師隔週出訪。

3. 衛生所體系

早期偏鄉地區衛生所其實就有「出診」傳統，至今許多區域也保有此習慣，例如前平溪衛生所石健男醫師（現任職新店區衛生所）、前貢寮衛生所章殷超醫師（現在貢寮開設樂文診所），照顧病人到最後，早是偏鄉衛生所醫師的風範。

復興鄉衛生所本身是長照 A 級據點，也有自己的居家護理所，衛生所藥師隨同巡迴醫療，提供各種專業共訪，可說是衛生所的旗艦版。此外，高揚威診所的巡迴醫療模式也發生在復興鄉衛生所，團隊出診時，就帶著因應巡迴醫療特製的行動藥箱，一打開後車廂，迷你行動藥局儼然成形。可以說居家醫療服務其實是巡迴醫療的延長線，補上了最後一哩路。

而在台東，雖然沒有復興鄉衛生所資源豐沛，但如太麻里衛生所王以帆醫師本身雖然是兒科醫師，卻主動與所內藥師、護理師共同出擊家訪，照顧偏鄉長輩。由於居家醫療目前並非衛生所規定承接之業務，採自願參加，擔心出訪時加重其他同仁負擔，便利用中午休息時間來推動。因衛生所藥物種類較少，

故也與在地的社區藥局合作，若個案的藥物較特殊，便釋出處方直接請社區藥局的藥師協助訂藥、送藥。

除偏鄉衛生所之外，都市衛生所也有案例。例如嘉義市西區楊百文醫師，主動與嘉義市居家服務中心合作，經常與居服員督導共同訪視病人。衛生所醫師熟悉行政相驗工作、甚至夜間往診，解決病患的痛苦，陪伴在家善終。嘉義地區梅山鄉衛生所、溪口鄉衛生所、義竹鄉衛生所醫師，都有投入。義竹鄉衛生所楊吉華醫師與衛生所居護以及附近朴子醫院附設居護所合作，共同訪視個案。此外，衛生所也會接受照管中心拜託，訪視長照的個案，例如楊醫師照顧 23 位個案中，一半來自長照管理中心轉介，一半由衛生所主動挖掘。

衛生所投入居整的模式雖不若私人診所豐富，較少看到所與所之間合作，或整合多重職種專業，但若主管機關態度積極，則反而可見醫院、診所間垂直性的連結。例如台東衛生局去年初推動長照 2.0 時加強提升出院準備服務，對於有長照需求病人，鼓勵醫院從出院前就開始與長照單位及基層醫師共同研擬照顧計畫。因此，如王以帆醫師的居家個案中，便有經醫院個案師、照管專員轉介的病患。

結語

我國在宅醫療發展至今，雖然時間不長，但已發展出多元而豐富的面貌。首先，儘管民眾與行政機關對於在宅醫療的精神與目標的認識尚嫌不足，但在醫療與社福領域有心人士於不同層級的推動、以及全民健保財源支持下，已經發展出醫院基礎、居護所基礎、私人診所基礎、多院所合作、衛生所體系等類型。由以上模式可看到幾個亮點：多職種聯繫上，有北市聯醫體系的醫院基礎模式、和聯順居家護理所的跨單位模式；而以社區為出發點的整合式服務站，以北市的石頭湯計畫為代表，例如北市聯醫的蘭州國宅據點；跟居服單位的主動聯繫，則是嘉義較有制度；而在藥物給予的即時性上，則以巡迴醫療延伸出的桃園市復興區衛生所和高揚威診所很有特色；最後在團隊合作上，蘭陽家聯的王維昌理事長親自帶領其他診所醫師啟動的在宅醫療，非常值得一提。然而，不同的類型，各有不同的發展脈絡和優劣勢，需要更多時間觀察。

其次，在整理踏查初期經驗中，我們發現政府於在宅醫療發展初期的幾個關鍵功能，譬如有無政府計畫經費支持的影響。在台北市衛生局和社會局的經費支持下，臺北市立聯合醫院積極推動在宅醫療、承接石頭湯計畫設立整合式的服務站；而在新北市衛生局連攜式服務試辦計畫挹注下，聯順居家護理所連結了多個單位、不同職種的工作者，為服務個案打造跨專業的團隊。這兩個案例都讓我們清楚看到：沒有政府端的計畫支持，只憑單位自身的經費支出，在目前的環境下，要進行整合性的在宅醫療服務不是易事。另一個政府可扮演的重要角色則是串連整合的帶領，例如以衛生所開始整合性的在宅醫療服務。理論上衛生所應該較有機會和既有的公衛體系串聯整合，但目前的推動上，多是單位內的工作者憑藉自身熱情和閒暇時間去努力提供服務並和其他單位連結，較少看到公部門的大力支持。

第三，單位與單位之間的對接仍是一大課題。例如，台灣的長照體系一直是在變動和修正之中，社區內醫療單位如何與長照單位合作，仍有許多變數；另一方面，衛福部雖然有推動出院準備計畫，讓出院返家的病人也能持續接受醫療照護不中斷，然而此計畫如何銜接到健保署的居家醫療服務以及長照單位，還待努力中。

無論如何，2018 年我國已經正式成為「高齡社會」，醫療單位或長照單位都在摸索在宅醫療中自己扮演的角色。展望 2026 年超高齡社會，如何讓兩個體系的運作更有效率，也考驗政府和各地先行者的智慧。如何讓多職種聯繫、以社區為特色的整合式照護、藥師服務的即時性和效率、以及醫療單位間的團隊合作能夠更加有制度，需要彼此交流學習，發展出在地模式 2.0。

參考文獻

張凱評、余尚儒 (2017a)。在宅醫療系列 (1) --挑戰 2025 年，在宅醫療的登場。台灣老年學論壇，35，10-15。取自

www.iog.ncku.edu.tw/files/archive/1463_81e95dd4.pdf

張凱評、余尚儒 (2017b)。在宅醫療系列 (2) — 淺談已開發國家在宅醫療的發展。台灣老年學論壇，36，1-11。取自

www.iog.ncku.edu.tw/files/archive/1483_01141199.pdf

衛生福利部 (2016) 。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](http://www.mohw.gov.tw/dl-4078-f304e5c6-15fe-41da-8307-f9a37080da14.html) 。