

## 主題論文

# 在宅醫療系列(4) – 日本在宅醫療的跨專業合作 對台灣的啟示

張凱評<sup>1,2</sup>, 楊千慧<sup>3,4</sup>, 余尚儒<sup>5,6</sup>

在宅醫療一詞起源於日本，是因應高齡化社會、在門診與醫院醫療以外的第三種醫療服務提供模式。在宅醫療的核心精神是支援長者/失能者在家生活到最後一刻，並且非常強調服務的銜接與連貫，包括：長照與醫療體系的合作、不同專業工作者的協力、以及醫院—門診—在宅之間的銜接。在前幾期的主題文章中，在宅醫療學會分別介紹了日本、美、法、澳、加等國與在宅相關的醫療發展簡史（張凱評、余尚儒，2017a，2017b），並整理了台灣各地現有的發展模式（張凱評、李佳欣、余尚儒，2018）。台灣的在宅醫療體系雖然逐漸茁壯，但制度仍在摸索階段，一方面參考國外體系、一方面正產出本土的數據資料。本文將整理與分享在宅醫療學會第一次赴日本研修蒐集到的第一手考察資訊（此部分乃2018年02月台灣在宅醫療學會組成第一屆「台灣居家照護者日本研修職業訓練團」赴日取經，在日本醫師會和日本國立長壽醫療研究中心的安排下，參訪日本在宅醫療發展的指標地區—東京都、靜岡縣、神奈川縣橫須賀市，與日方進行深度交流所帶回日本最新、最有系統、且相當大量的第一手觀察），並跟台灣的現行模式進行比較，試圖為台灣在宅醫療提出具體建議。首先本文將提及日本的發展概念慢慢從在宅醫療轉向更加強調照顧與互助的「在地整體照顧系統」，並簡要介紹其內涵；其後本文將分別就中央政府、

---

<sup>1</sup> 臺北市立聯合醫院院本部家庭醫學科主治醫師

<sup>2</sup> 台灣在宅醫療學會秘書長

<sup>3</sup> 台灣在宅醫療學會副秘書長

<sup>4</sup> 小兒科專科醫師，目前於日本研修小兒在宅醫療中

<sup>5</sup> 都蘭診所所長

<sup>6</sup> 台灣在宅醫療學會理事長

地方行政機關、第一線執行單位、跨專業間的分工與聯繫，試圖列出現階段在宅醫療發展可努力的方向。

## 一、再探在宅藍圖—在地整體照顧系統推動的必要

2025 年，日本戰後嬰兒潮世代全面進入 75 歲，急速增長的銀髮族人數改變社會人口結構，也帶來種種挑戰。面對這些狀況，日本稱之為「2025 年問題」。為了因應 2025 年的挑戰，2008 年（平成 20 年）開始，日本厚生省委託慶應義塾大學的田中滋教授為首，組成「在地整體照顧研究會」（地域包括ケア研究会，2008）；2012 年，日本政府確立推動「在地整體照顧」（原文是「地域包括ケア」）。所謂「在地整體照顧」，意思是：把 30 分鐘車程以內，包含醫療、照顧、保健預防、居住、生活支援等零散的各種資源整合起來，讓住民的需求可以得到滿足，形成「在地整體照顧系統」（原文為「地域包括ケアシステム」），以打造一個在社區安老的體系。體系背後蘊含「公助、共助、互助、自助」四個概念：所謂「公助」，指的是社會安全網及各種國家福利措施；「共助」指的是社會保險，例如台灣的全民健保、日本的介護保險；「互助」指的是社區網絡，社區居民之間的互相協助機制；「自助」指的是個人包括預防失能與失智等之健康管理。

到了 2017 年，日本延續發展「在地整體照顧」的方向，但已不僅止於照顧高齡者，而是面對 2040 年的日本而升級到建構出「共生社會」（即原文「地域共生社会」）的目標（三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング，2017）。在「在地整體照顧」的大原則下，各地開始發展各自的社區模式，包含在宅醫療以及介護保險提供的各種服務，換句話說，參與在宅醫療的單位，無論地方政府、醫師公會、各種服務單位，甚至市民團體，皆融入在「在地整體照顧系統」內。對比日本上述經驗，即將迎來超高齡、少子化的台灣社會，若要讓長者/失能者可以在社區安心生活，僅發展在宅醫療體系是不足夠的，台灣也需要發展自己的整合體系，連結社區內的資源，照顧高齡者、失能者、重症兒、以及在社會中未能受到良好照顧的所有需求者，開啟新一波的社區健康營造，建構自己的「共生社會」。

## 二、中央執行面向可進行的努力

### (一) 日本過去努力的經緯

1986 年，厚生省針對臥床老人開始居家訪視給付。在宅醫療自 90 年代開始蓬勃發展，1992 年導入包裹式的給付（即臥床老人訪視管理費），成為現在在宅醫療中醫療保險給付的原型。2000 年介護保險實施後，為了鼓勵 365 天 24 小時在家療養的支援，同年也創設「24 小時的加成給付」。為了進一步鼓勵醫師投入在宅，2006 年創設在宅療養支援診所，大幅提高醫療保險給付。但即使如此，願意從事在宅醫療的醫師並沒有如預期般增加，多數的開業醫不覺得需要到家看病人；此外，醫師與照顧管理師之間的連結依然薄弱。於是 2011 年，厚生省開始嘗試「在宅醫療連攜據點」的試辦制度，試圖解決上述投入不足與連結薄弱的問題。在宅醫療連攜據點有五個任務：1. 解決多職種連攜相關的議題；2. 提供在宅醫療從業人員相關的支持服務；3. 多職種合作以提升醫療照護品質；4. 提供在宅醫療相關教育講座，以啟發社區民眾；5. 在宅醫療相關人才培育。2011 年試辦據點有 10 個，2012 年據點增加到 105 個。2013 年，由社區醫療基金繼續支持在宅醫療連攜據點發展，2014 年，俗稱醫療介護一括法（全名為「醫療介護總和確保推進法」）通過之後，有穩定的財源——社區醫療介護總和確保基金——支持據點發展，到了 2015 年日本約有 300 個在宅醫療連攜據點。同年（2015 年），厚生省將在宅醫療·介護連攜推進事業，定位在介護保險法的社區支援事業中，明訂 2018 年度將在全國的市町村（是日本行政單位中最基本的單位，相當於台灣的鄉鎮市）實施以下八點措施：

- (1) 掌握社區的醫療·介護資源。
- (2) 找出在宅醫療·介護連攜的課題，並探討對策。
- (3) 推動在宅醫療·介護無縫接軌的體制。
- (4) 支援醫療·介護相關工作者的資訊共享
- (5) 支援在宅醫療·介護連攜有關的諮商
- (6) 規劃醫療·介護相關工作者的教育與交流
- (7) 於社區廣設在宅醫療·介護體系、並提升社區居民的認識
- (8) 啟動在宅醫療·介護連攜相關市區町村的合作

簡言之，新田國夫在 2018 年 4 月的在宅醫療年會中提到，日本自 90 年代初期開始訂定在宅醫療的各種保險給付，甚至創設在宅醫療診所，但仍無法順利推動，因此，2010 年後，努力建構促進在宅醫療與長照互相合作的種種措施，甚至立法（醫療介護總和確保推進法），透過穩定的財源，支持在宅醫療與長照的合作以及民眾的再教育（新田國夫，2018）。

## （二）台灣現況與待努力處

在系列文章的第三篇—台灣在宅醫療模式介紹中，我們觀察到：沒有國家的資源與有計畫性的支持與輔導，單憑醫療機構自身的經費支出，想要整合在宅醫療服務，著實不是件容易的事（張凱評、李佳欣、余尚儒，2018）。此外，由過去日本的經驗來看，只提供各種服務的保險給付是不夠的，且不足以改變民眾就醫習慣以及醫療人員的慣性。能夠營造醫療與長照可以合作的空間，才是在宅醫療成功的關鍵。

從制度出發，台灣在宅醫療有許多可以改善之處，醫療院所之間的服務需要更加緊密的聯繫和合作。比如在醫院-診所-居家團隊上，除了居家安寧個案有一條龍的安寧照護以外，目前多數收案狀況仍可見各種醫療服務之間的未整合，例如藥物仍來自多處開立、醫院或門診同時給予處方的情形。更進一步探究，筆者身為作為第一線人員所看到的是「叫好卻不叫座」，全台目前投入的醫療團隊成員仍少；再者，分級醫療與轉診無法有效運轉，有心的醫院想下轉個案卻沒有基層診所醫師接手，但另一處有心的基層團隊卻找不到醫院當後盾，導致居家個案發生緊急狀況時，沒有支援病房可快速入院處置。其他配套措施，諸如特殊專科處方（如失智症用藥）訪視醫師仍無法開立，國外常見的居家靜脈注射給藥、還有醫院到社區轉銜的給付尚未到位等。簡言之，除了「訪視給付」之外，尚未建構「以需求為導向」的居家醫療照護服務系統，目前制度尚待改變的地方還很多。

不僅居家醫療照護服務系統需要被建構，長遠的目標是創建一個橫跨醫療與長照，統合醫院-診所-居家團隊，並以社區為單位、「以需求為導向」的在地整體照顧系統。時至今日，主管長照 2.0 的照管中心和健保的居家醫療團隊之間的聯繫，仍有賴各地自行串連，兩者少有往來的情形時有所聞。如何透過

制度的修正，讓照管中心和居家醫療團隊共享資訊，相互轉介個案，實是能否讓個案在宅終老的一大重點。

### 三、不同層級政府的執行案例

2012 年日本從建構「在地整體照顧系統」出發，確立系統內在宅醫療不可或缺。但完備的在宅醫療並非社區內存在有幾家功能很強大的醫院或診所就好，而是需要全面性、系統性的檢視當地的「行政單位」與「專業團體」之間的合作，才能遍地開花。以下將先簡介日本幾個經典的城市案例，並與台灣目前的執行狀況做對照。

#### (一) 由「縣級」醫師會參與所建置的資訊通訊系統：日本靜岡縣醫師會

日本的醫療保險給付以都、道、府、縣為單位，在縣層級的靜岡縣醫師會負責整個靜岡縣醫療體系的連結、給付、以及醫療系統建置。25 年前時，靜岡縣的醫院和診所醫師之間如同現在的台灣一樣，並沒有交班或聯絡的機制，於是靜岡縣醫師會開始發展 E2 net 聯繫系統，將消防隊、醫院、和診所連結起來，醫院和診所可以針對病人病情交換情報，消防隊若接到 119 電話，則可以先聯繫醫院或診所。然而靜岡醫師們發現，單單只有醫院和診所的聯繫並不足夠，面對高齡化社會，醫療和長照的結合益發重要，所以他們開始將照管專員也納入整合體系中，甚至針對獨居長者的守護體系裡，包括：商店、自來水機構、郵局、水電相關...等行業也涵蓋進來。

奠基於這樣的整合網絡，靜岡縣醫師會跟政府申請經費，於近兩年建置強大的資訊通訊系統 ( Information and Communication Technology，簡稱 ICT )。比如以出院個案轉介流程當例子，在 ICT 系統上，出院準備護理師可以看到提供在宅服務的單位名單，透過地圖搜尋或進階搜尋，從中選擇能夠接手的在宅主治醫、居家護理所、照管專員團隊，並透過系統內的對話工具 ( 可以想成系統內建的 line ) 發訊息詢問對方是否同意接手個案的照顧，並且跟對方敲定出院準備會議的時間。若有需要視訊會議討論，ICT 系統內也有多方視訊程式，供醫院端、在宅主治醫、居家護理師等人進行視訊會議。ICT 系統能做的不只如此，該系統中儲存著各式重要的溝通文件，包括：醫院醫師所寫的轉

介單、出院準備護理師的文件、照管專員所寫的照顧計畫、以及其他專業 ( 如物理治療或職能治療師 ) 擬定的治療計畫。視訊會議系統、尋找下轉單位的清單、聯繫對話框、詳細記載每個職種紀錄、彼此溝通的各式表單，通通都存在同一個 ICT 系統中。

ICT 系統的主要目的，就是讓資訊共享、讓聯絡變容易。我們可見到其他地方皆有以診所為主、或者幾個單位聯合起來共同使用的 ICT 系統，但根據國立長壽中心的三浦久幸醫師指出：靜岡縣的 ICT 系統以縣為統合層級，共享的單位之多、範圍之大，都未見於其他地方，讓此系統在 2016 年左右一上路，就成為全日本關注的焦點。

## ( 二 ) 地方政府與市級醫師會的合作：以橫須賀市為例

橫須賀市的在宅體系發展飛快，長輩在宅善終的比例高居日本前五名，因而在日本聲名大噪。2011 年是橫須賀市政府全面啟動在宅醫療連攜據點的年代，為了因應未來在宅臨終人數將快速增加，在勇美財團的補助下，橫須賀市開啟一連串活動，並在 2012 年申請中央政府經費開辦「海鷗廣場」—在宅醫療合作據點計畫。

市政府做了什麼呢？一方面舉辦一系列的活動和會議以推動跨專業合作，包含：居家療養合作會議 ( 集結醫、護、社福、和行政人員 )、跨專業共同學習營、針對開業醫師舉行在宅醫療研討會、舉行走動式醫院研討會以幫助醫院工作者想像個案回家後的生活樣貌、安排在宅醫師見習與居服照專研習...習等，並且出版在宅醫療禮儀規範集、制定出院準備會議表單和標準流程；另一方面，市政府也重視社區活動，為了啟發居民對在宅醫療與在宅善終的認識，舉辦社區分享、製作居家療養手冊，甚至出版橫須賀專屬的生前預立計畫 ( living will)。市政府各式各樣的活動的背後目的，就是讓不同專業者之間、專業者和市民之間，能彼此有互相認識的機會，所謂「見面三分情」，再來才有互相了解、互相合作的機會。

表面上看來，橫須賀市快速發展是起於 2012 年的「海鷗廣場計畫」，但在計畫之前，橫須賀市醫師會早已默默推動了跨專業合作長達 20 年。從 1998 年舉辦三浦半島在宅醫療聯繫會議開始，醫師會至少執行六項計畫，從促進跨

專業合作、促進醫院和診所合作、促進醫院和社區合作、嘗試整合社區各單位共同合作，終於迎來 2012 年開辦「海鷗廣場計畫」這個最大的轉捩點，推動全面性的社區整體合作。

### (三) 台灣實際執行情形與反思方向：

第一點，我們可以從資訊系統的角度去思考。目前台灣有許多計劃開展中，包含居家醫療照護整合計畫、亞急性照護計畫、出院準備計畫、和垂直整合銜接計畫等，都是努力於讓醫院-診所-居家的服務更有連續性，然而尚未看到像靜岡縣一樣的 ICT 系統。在遠距醫療熱題持續發燒的今日，或許開發一套供醫院與診所連結的 ICT、搭配健保署相關給付制度的計算功能，會是台灣可以嘗試的方向。

第二點，地方政府的投入相當重要。地方政府有計畫性的支持與輔導，對於在宅醫療服務的整合會是一大助力；而除了以計畫支持外，地方政府另外的重要角色是帶領體系做串連整合（張凱評、李佳欣、余尚儒，2018）。在新的年度（2018），台灣依舊有許多計畫百花齊放：在臺北市，社會局延續 2016 年開辦的「石頭湯計畫」以繼續推動社區整合照顧服務；而衛生局也以相似的精神開辦「公衛 A 計畫」，更強調走動式居家服務以及整合資源來服務複雜需求個案；新北市衛生局於去年度開辦的「連攜式服務試辦計畫」，以居家護理所的護理師擔任資源整合及個案管理的角色，在計畫結束後則轉型成為長照體系的特約 A 單位，讓整合式的服務模式得以在新北市持續發生。

另一個重要角色，是地方的醫師公會。我們看到某些地區的醫師公會積極扮演領頭羊，開始整合服務體系並串聯資源。例如宜蘭縣醫師公會由王維昌理事長身先士卒，一方面帶領診所醫師開始提供居家醫療服務，並且與衛生局、醫院合作，建立醫院—居家醫療服務團隊（蘭陽家聯）—社區醫療群的聯繫網絡，並且整合醫院的急診作為假日或特殊緊急狀況的應變窗口，嘗試建立「綠色通道」，無縫接軌的醫院與社區醫療的服務體系。

嘉義市醫師公會很可能是另一個亮點，除舉辦 Dr. Club 以促進醫師間交流、建立應變居家個案緊急狀況的 call center ( 註 1 )，也開始籌劃照顧咖啡館 ( care café ) 讓服務提供者與民眾一同討論照顧議題，與海鷗廣場的各式交流活動十分相近。近期，台北市醫師公會也密集與衛生局合作討論，希望串連區域內的醫院與診所。而在宅醫療學會主辦的在宅沙龍活動，也十分著重與市民的交流與討論，相較於地方行政單位計畫主要焦點在實際執行面，公會與學會則比較強調針對民眾的觀念推廣。

#### 四、多職種專業間如何聯繫和分進合擊

##### ( 一 ) 日本經驗：強調以照顧管理專員與在宅主治醫師為雙核心的多職種合作

在日本的介護保險體系中，最重要的角色是照顧管理專員 ( care manager、簡稱「照專」) 以及居家護理師。照專是長照計畫中重要的規劃者、也是與醫師溝通聯繫的橋樑。當個案要使用日本的介護保險 ( 相當於台灣的長照保險 ) 服務時，會由照專寫一份使用者概況紀錄，加上「主治醫師意見書」後送交地方政府「介護認定審查會」，介護認定審查會再予以核定可以使用的額度。此外，照專必須評估個案的狀況，並於了解案家和個案的需求後，擬定具體的照顧計畫 ( care plan, サービス等利用計畫 )，除了要列出各職種の訪視頻率外，甚至必須具體列出「哪一個職種去、何時去」。所以各職種 ( 如護理師、物理治療師、職能治療師 ) 都會收到照專的照顧計畫，並且收到照顧計畫後一個月內繳交報告書給照專。

理論上，照專應該了解個案使用服務的情形、成效，並且了解個案和案家的需求，而照專需要一個月訪問個案一次，且每一年需要重新擬定照護計畫。照專也必須跟醫療體系有許多互動。例如，如果個案是從醫院轉出，照專需要前往醫院出席出院準備會議。此外在有的診所，我們也看到照專將了解的狀況詳細整理後，打成紀錄交由在宅主治醫師。因此，相對於照專代表介護保險，在宅醫療體系中的代表則是「在宅主治醫師」。在宅主治醫師必須參與介護認

---

註 1：Call center 指的是居家醫療資源連結的平台，一般而言是以電話的方式，提供 24 小時服務，作為在地居家團隊和病人及家屬間相互連繫的中介行政機構。主要功能是減少緊急、輕微的症狀只能求助急診室導致的醫療資源浪費。



定，負責臨床決策，與判斷，但平時居家護理師才是最重要的執行者，彷彿教練與投手的關係。

實務上，通常照專與居家護理師協調的擬定照顧計畫，或請在宅主治醫師撰寫一份「訪問看護指示書」，其內列出該做的處置；最後也是交予居家護理師來執行。當中居家護理師最常做的事情是評估個案狀況、判斷是否可以自行處理、或要上報給醫師，其他像是較困難的灌腸、褥瘡換藥和護理等，都是常見的工作內容。最後，護理師每個月必須繳交訪問看護報告書給照專。在某些情況下，居家護理師也需要擔綱起醫療專業間整合的角色：因照專大多無醫療背景，對於醫療需求度較高的個案，若有居家護理師協助整合醫療、照護、與照顧的責任，也非常重要。

此外，其他醫護職種也在在宅醫療體系有重要角色。各職種互相連攜合作的時間面向有兩個：

(1) 出院準備時：在病患做出院準備時，醫院端的負責人（多為社工或護理師）則會聯繫照專，待照專先了解患者狀況並製作照顧計畫書後，如果照專判定該個案需要特定職種的服務，該職種就會收到照專的照顧計畫，且需要繳交報告書給照專，照專也可視病患需要，邀請在宅端的各專業參與出院準備會議暨照顧擔當者會議，全體面對面討論。

(2) 出院後：在宅服務進行中，如果發現個案的照顧目標不甚明確、需要討論，便會由醫師、家屬、或服務提供者向照專提出需求，在照專統籌的情況下，於個案家中或適合場所召開討論會議（稱照顧共識會議或服務提供者會議），邀請案家以及各相關職種一起坐下來釐清需求、重擬照顧目標。我們也常看到在同一在宅團隊中有不同的職種，因同在一間辦公室，可以隨時討論個案狀況，有時也有診所併設居家護理所、居家服務事業所、日間照顧等的狀況，包含醫師、社工、物理治療師、職能治療師、營養師、語言治療師、志工、甚至小兒個案所需的幼教老師，都會在同一間辦公室一同工作，有許多會議以外的交流討論。

## (二) 台灣：需要更多強大的個案管理師、或依賴居家護理師為聯繫管道

台灣的長照 2.0，在今年政策大幅修改以後，照顧管理專員主要負責額度核定，但是不參與制定照顧計畫，主要改交由長照 A 單位的個案管理師接手。與日本照專所負責的照顧計畫擬定與擔任聯繫橋樑等工作有差異。個案管理師多數有社工或居家服務的背景，少數是由居家護理師轉任。

或許台灣的照顧管理專員或許不必模仿日本，但 A 單位個案管理師的功能則需要更彰顯：第一，目前台灣並沒有制度鼓勵照專前往醫院參加出院準備會議，僅有少數的試辦計畫；第二，個案管理師與各職種、與照專的互動管道都仍待建立，一同前去個案家中召開討論會議也很少見；第三，不同職種同在一間辦公室工作的現象非常稀少，也就是說，不同專業間缺乏非正式的面對面討論機會；第四，在日本在宅醫療體系中擔任重要執行角色的居家護理師，在台灣則功能尚未彰顯，制度上也仍不太鼓勵居家護理師像病房護理師一樣做到評估、處置、基礎用藥指導...等各項護理師有能力進行的工作。或許，我們需要在制度上再思考如何調整。

## 五、台灣的優勢與未解之難題

雖然台灣與日本相比起步較晚，然而台灣制度上有另外的優勢：其一，日本的職能治療師和物理治療師無法自行開業，但在台灣我們即將有第一家居家職能治療所，而居家物理治療所則已經成長到 14 家 ( 鄧桂芬，2018 )，可以預期在未來的台灣會朝向各職種紛紛成立獨立單位，並以互相支援、提供服務的方式發展，這個部分與日本非常不相同，值得我們密切觀察。其二，日本在宅照護聯盟的太田秀樹秘書長於訪談中提到：一開始做在宅醫療時，醫院方普遍不了解在宅醫師的工作內容，所以在推動上很辛苦。我們若能參考日本此一推動經驗，有醫院可以支持推動，或許可加快在宅醫療發展的速度。因此，以醫院為首推動在宅服務的臺北市立聯合醫院和嘉義基督教醫院，相信會是台灣在宅醫療能否快速推展的重要觀察點。其三，和田忠志醫師特別以台灣的 113 家暴專線為例，舉出台灣在整體連結上比日本優秀的地方，他指出：日本並沒有這樣以全國為單位、快速的家暴緊急應變網。若以在宅醫療為例，類似的快速緊急應變網絡在法國可見，也就是 SOS M 例，舉出台灣在 ( 張凱評、余尚

儒，2017b)。目前台灣有 1966 專線處理長照需求，然而若有在宅醫療需求的個案，是否可以有類似的全國派案系統，並且仿照法國 SOS M 法國並且仿照法規劃緊急在宅醫療訪視的應變專線，或許是可能的方向。然而這需要通盤規劃，包含上述所提的建構涵蓋全台灣的 ICT 系統、重新規劃醫療網以劃定在宅緊急訪視的應變區域等。

然而，我們仍有許多難題待台灣自己摸索出方向：首先，日本許多在地整體照顧系統的例子都在郊區或鄉村，我們心中不禁納悶東京都是否也能發展出類似的體系？東京都面積幾近於北北基，人口是北北基的一倍多，這兩個國際大都會又該如何面對人口快速老化的未來呢？在都市推動在地整體照顧系統究竟會不會成功，日本還沒辦法告訴我們答案。第二，台灣相當大宗的照顧是由外籍看護提供，目前約有 1/3 的失能長輩由外籍看護照料，看護人數已有 26 萬大軍。除外籍看護外，超過一半是由家人照顧，但只有近 10% 使用居家服務或住在機構中。日本主要依賴本國工作人口和個案家人去承擔照顧服務，與其相比，台灣龐大的外籍看護軍團支撐起照顧服務的半邊天，若是外籍看護不再來台，一定會是個國家層級的社會問題。

## 六、結 論

在本系列四篇文章中，我們透過文獻回顧和實地考察，探究了日本的制度起源以及發展現況，並粗淺探討歐美國家的在宅醫療制度，最後回到台灣的現況整理。迎接超高齡社會，我們認為單純發展在宅醫療的體育與制度並不能實現在地終老的目標，必須像日本一樣發展在地整體照顧系統，嘗試連結醫療、長照、甚至其他社區在地的資源，建構出公助、共助、互助、自助的體系，這是台灣新一波社區健康營造的方向。

在中央單位，我們期待主管醫療體系的衛福部/健保署透過制度的鼓勵，讓更多服務提供者可以加入，其次建構出強調連結、轉診、互相支援的醫療長照網路。此外，鬆綁服務提供的限制（例如在宅靜脈藥物注射的配套）也相當重要；而若有一套良好的醫療網規劃、發展出類似法國 SOS M 供的限制（例如的應變或派案系統，以及類似日本靜岡縣將全國醫療單位全部納入的 ICT 聯繫

系統，相信會大幅提高制度的發展速度、改善各單位之間聯繫溝通的效率、並創造優良的在宅終老體系。

在地方政府層級，政府若能提供計劃支持經費或者帶頭串聯各項服務，將是在宅醫療整合模式的重要推手，這項主張已在橫須賀市政府與醫師會攜手合作推出的海鷗廣場計畫、以及台灣某些縣市政府與醫師公會擔任推動先鋒等經驗中，都得到佐證。我們期待更多的地方政府開展新計畫、鼓勵在宅體系的發展。

而在第一線服務上，除持續關注各模式的發展外，以醫院來推動、各專業可以獨立開業服務，是與日本不同的可能優勢；另外，我們需要重新思考制度設計，以個案管理師為主要連結角色，發展讓各職種間有更多正式與非正式互動與討論的制度，例如：鼓勵照專或個案管理師前去參與出院準備會議、鼓勵各職種同聚一堂召開個案討論會議、促進多職種組成團隊...等；另也可鼓勵設立更多的居家護理所，並且解放居家護理師的能力，讓居家護理師能在在宅領域大展身手。更重要的，是持續舉辦各式市民活動，讓更多人了解並思考老後議題和可能的選擇。

## 七、參考資料

三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング (2017)。〈地域包括ケア研究会〉  
2040 年に向けた挑戦 (概要版)。2018 年 05 月 13 日。取自  
[www.murc.jp/sp/1509/houkatsu/houkatsu\\_01/h28\\_03.pdf](http://www.murc.jp/sp/1509/houkatsu/houkatsu_01/h28_03.pdf)。

地域包括ケア研究会 (2008)。地域包括ケア研究会 報告書 ～今後の検討のため  
の論点整理～。2018 年 05 月 13 日。取自  
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/05/dl/h0522-1.pdf>。

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。

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。

張凱評、李佳欣、余尚儒（2018）。在宅醫療系列 (3)—淺談我國在宅醫療的各種發展。台灣老年學論壇，37，1-11。

新田國夫（2018 年 4 月）。台日交流特別演講：日本在宅醫療的歷史與未來。台灣在宅醫療學會 2018 嘉義年會，嘉義。

鄧桂芬（2018 年 4 月 8 日）。專業到宅服務正式起飛 但民眾還很陌生。聯合報，生活版。取自 <https://udn.com/news/story/7266/3075246>。