

國立臺灣大學 公共衛生學院 公共衛生碩士學位學程

碩士論文-實務實習成果報告

Master of Public Health Degree Program

College of Public Health

National Taiwan University

Master Thesis - Practicum Report



人口老化下的居家醫療照護整合網絡

—以嘉義地區為例

The Integrated Home Health Care Network in the Aging Society:

A Field Observation in the Greater Chiayi Area

曾文宏

Wen-Hung Tseng

校內單位指導教師：陳端容 教授

實習單位指導教師：喬嘉 醫師

Advisor: Duan-Rung Chen, Ph. D.

Preceptor: Chia Chiao, M.D., M.B.A.

中華民國 106 年 6 月

June, 2017

謝辭



這幾年在醫院、診所、衛生所不同的空間輪轉，嘗試扮演該場域要求的角色、瞭解該場域的追求與限制。自己願景也越發明確：希望參與建構「健康時保持健康、失能時有扶持、要作仙時平安作仙」的社區健康支持網絡。研究主題幾經軸轉，最後轉到了「在宅醫療」，一個臺灣正在起步、社區健康支持網絡不可或缺居家醫療照護整合運作模式。

滾雪球式地訪談嘉義某醫院與社區一組居家醫療照護整合網絡的參與者、整理逐字稿、再三審視逐字稿原意、推敲網絡運作模式與困難點、在浩瀚字海間踽踽獨行。在打字的當下，臺灣的在宅醫療正在變動著。對這世界來說，這篇文章僅是一篇紀錄，記錄著助人者透射出灼灼熱誠的雙眼、記錄著制度尚未支持，只因看見需求即縱身投入的身影。他們值得被如此詳細地敘寫，並成為日後他處逆向還原、甚至改良的參考。

感謝所有的受訪者，願意盡其所能、甚至掏心掏肺地對我訴說；感謝陳端容教授親切寬容地帶領我摸索論文藍圖；感謝喬嘉主任指引公部門公衛體系的實際運作；感謝孫文榮老師惠予指導研究編排與在宅安寧。能順利完成學業，感謝近二年不同工作單位對我前往臺大進修的包容；感謝育如醫師友情支援門診；感謝林名男老師持續的鼓勵與叮嚀；感謝宜珊、宗佑與我打氣支援，一起完成畢業論文。

感謝父母、感謝妻子，總是聆聽、支持、包容、成就我。

無限感恩。

摘要



目標：探討醫院與社區建構「居家醫療照護整合網絡」的運作模式、影響因素、參與者互動，並提出應對超高齡社會的建議。**方法：**本研究為質性研究，對嘉義A醫院與社區建構的一組居家醫療照護整合網絡，進行滾雪球式取樣與半結構式深度訪談，最後歸納整理並輔以文獻分析。**結果：**研究呈現受訪網絡、參與者介紹與參與動機、個案管理、資訊討論平台，並陳述失能者在宅照護的需求、醫藥到宅的困難、醫療與長照協作的具體方式。計畫實行影響了受訪網絡承載能力與醫療照護產業。**結論：**醫院可發展敘事醫學、經營外展服務模式、拓展「醫療長照複合聯盟」。醫療與長照成員（含東南亞籍看護工）要相互瞭解。建議提高參與者所得、整合此計畫的「個案管理」與長照「照管專員」並增加人力、排除社區安寧限制。如何協助長者持續自主尊嚴地生活，從好好老去、到好好離去，健全醫療與長照的整合網絡，是公共衛生可思考的方向。

關鍵字：居家醫療照護整合計畫、在宅醫療、長期照護、居家服務、超高齡

Abstract



Purpose: The aim of this study was to explore influence factors of the integrated home health care network, the relationship of the participants, and the strategies for hyper-aged society. **Methods:** This study uses qualitative, snow-ball-sampled, and in-depth, semi-structured interviews for data collection. Participants from the team of the hospital and the community in the Greater Chiayi Area, enrolled in the “integrated home medical care program” by the National Health Insurance Administration in Taiwan, were invited. Data analysis was conducted by categorized interview data and variously emerged themes. **Results:** This study introduced the service delivery process, participants, tools of “Information and Communication Technology”, and case management. Some difficulties occurred when caring the disabled at home. It was not easy to deliver home health care. Collaboration between medicine and home care was advantageous. The program affected the power of the interviewed network. **Conclusion:** Hospitals can develop Narrative Medicine, "home-centered" outreach care model, and "Medical-long-term Care Alliance". People trained from medicine or long-term care (including the Southeast Asian care workers) should know each other well. The income of participants should be elevated. The authority should combine “case managers of home health care” and “care managers from long-term care” with more manpower. The obstacles of community hospice for the primary care teams should be solved. The impact of hyper-aged society is preventable, and it’s important for public health to help the old to live with autonomy and respect.

Key Words: home health care, home medical care, long-term care, home care, aging

目錄



謝辭	II
摘要	III
ABSTRACT	IV
目錄	V
圖目錄	VIII
表目錄	IX
第一章 導論	1
第一節 實習場域	1
第二節 研究動機與目的	1
壹、研究動機	2
貳、研究目的	4
第三節 文獻探討	5
壹、各地居家醫療照護整合模式：以末期階段為例	5
貳、「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」重點	10
第二章 方法	13
第一節 研究設計	13
第二節 受訪網絡	15
第三章 結果	18
第一節 受訪網絡概覽	18



壹、團隊參與者.....	18
貳、個案管理.....	25
參、聯繫平台.....	30
肆、參與動機.....	38
第二節 整合居家醫療與長照.....	50
壹、案家的需求.....	50
貳、醫藥到宅的困難.....	55
參、醫療與長照協作.....	71
第三節 健保「居家醫療照護整合計畫」的影響.....	77
壹、受訪網絡承載能力不足.....	77
貳、計畫實行的阻礙.....	83
參、產業變化.....	86
第四章 討論.....	89
第一節 研究結果綜合整理.....	89
壹、受訪網絡概覽.....	89
貳、整合居家醫療與長照.....	91
參、健保「居家醫療照護整合計畫」的影響.....	93
第二節 應對超高齡社會的建議.....	95
壹、醫院.....	95
貳、居家醫療照護整合網絡.....	99
參、公共衛生.....	106
第五章 結論與建議.....	112
參考文獻.....	114

附錄一之一 訪談大綱：醫院.....	118
附錄一之二 訪談大綱：社區.....	120
附錄一之三 訪談大綱：案家.....	122
附錄二 臺大研究倫理委員會審查通過證明.....	124



圖目錄



圖 1-1：1960 年至 2060 年臺灣的「老年佔比」變化.....	2
圖 1-2：年齡增加，失能率有隨之上升的趨勢.....	3
圖 1-3：健保署「居家醫療照護整合計畫」的整合方式.....	11
圖 2-1：研究實施流程.....	14
圖 2-2：受訪者建構的「居家醫療照護整合網絡」.....	16
圖 4-1：北市聯醫「藍鵲居家醫療照護團隊」網絡組成.....	99
圖 4-2：生命末期的四種功能下降模式.....	107

表目錄



表 1-1：阿拉斯加社區安寧計畫的職能分工	6
表 1-2：健保署「居家醫療照護整合計畫」的條文重點	12
表 2-1：受訪者清單與編碼	15
表 4-1：網絡參與者	89
表 4-2：「資訊討論平台」比較	90
表 4-3：所得偏低處對受訪網絡承載能力的影響	102

第一章 導論



隨著臺灣人口快速老化，未來將出現許多共病失能的醫療照護需求。本研究結合學術理論與實務議題，滾雪球式地接觸醫療院所、居家服務單位與案家，探討「居家醫療照護整合網絡」的運作模式。本章分成以下三個部分：第一節為實習場域；第二節為研究動機與目的；第三節為文獻探討，說明此研究背景、問題形成與相關文獻。

第一節 實習場域

2016 年上半年實習計畫發表通過後，為了深入瞭解公部門公共衛生體系的運作，2016 年下半年從原任職的醫療院所離職，前往嘉義地區的衛生所就職。嘉義地區衛生所執行公共衛生的任務相當多元，除了醫療門診外，從傳染病的防疫、到非傳染性疾病（Non-Communicable Disease）的控制，近年亦強化了長期照顧（以下簡稱「長照」）功能，照顧管理專員（以下簡稱「照管專員」）也進駐衛生所中。校外指導老師為嘉義地區的衛生所喬嘉醫師兼主任，2016 年發展社區安寧、2017 年加入健保署「居家醫療照護整合計畫」。

在陳端容教授與喬嘉主任的指導下，實習期間接觸嘉義地區「居家醫療照護整合網絡」，以衛生所為起始點、滾雪球式地認識嘉義 A 醫院與社區的一組居家醫療照護整合網絡，逐位深入訪談，探索醫院與社區建構「居家醫療照護整合網絡」的運作模式、參與者如何互動聯繫，並提出應對超高齡社會的建議。

第二節 研究動機與目的

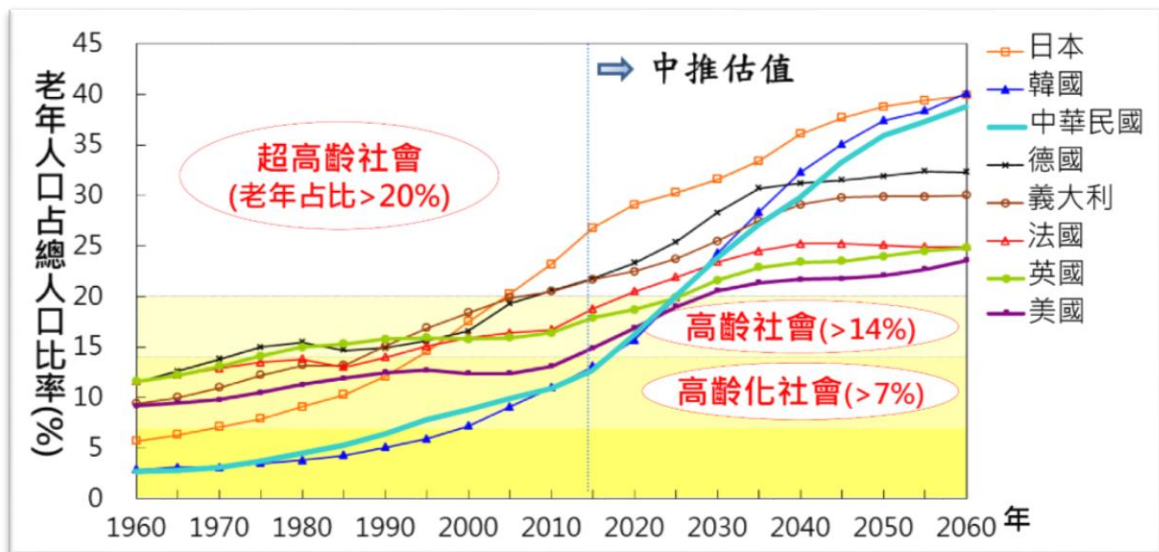


壹、研究動機

一、臺灣將在八年內進入超高齡社會

國家發展委員會於 2016 年 8 月製作的「中華民國人口推估（105 至 150 年）」顯示，臺灣將於 2018 年邁入高齡社會（65 歲以上老年人口佔總人口 14% 以上），2026 年將再邁入超高齡社會（65 歲以上老年人口佔總人口 20% 以上）。2015 年日、德、義已成為高齡社會，將再分別過 11 年、36 年及 19 年後，才轉變為超高齡社會；臺灣則為 8 年，轉變時間較快。老年人口佔比變化如圖 1-1 [1]。

圖 1-1：1960 年至 2060 年臺灣的「老年佔比」變化



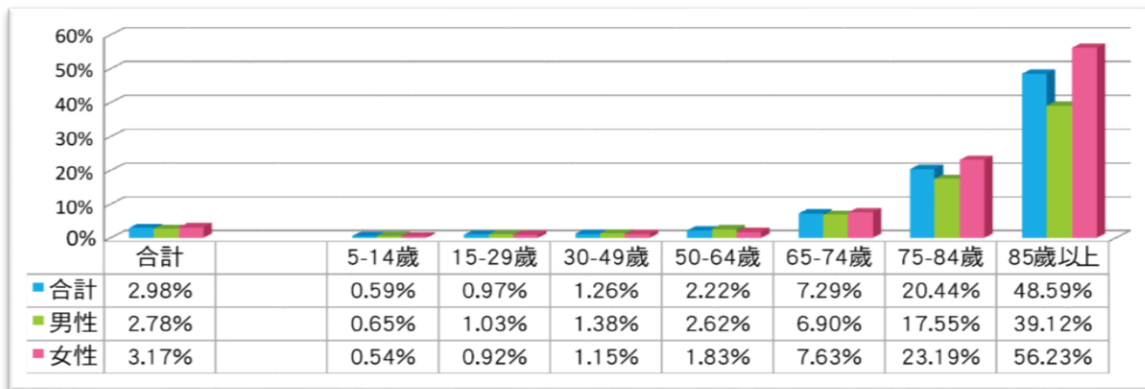
二、年齡增加，失能率有隨之上升的趨勢

根據「國民長期照護需要調查」2010 年第一階段調查結果，統計全國暨各縣



市失能率¹。結果顯示：全國之失能率為 2.98%，失能率隨年齡增加有隨之上升的趨勢，65 至 74 歲失能率 7.29%，75 至 84 歲失能率 20.44%，85 歲以上失能率 48.59%。失能率依年齡性別變化如圖 1-2 [2]。

圖 1-2：年齡增加，失能率有隨之上升的趨勢



反映在失能人數上，2016 年 5 歲以上失能人數為 78 萬人，65 歲以上是 50 萬人，差距為 28 萬；2031 年預估 5 歲以上失能人數為 120 萬人，65 歲以上是 95 萬人，差距為 25 萬。新增加的失能人數皆來自 65 歲以上人口[2]。

三、失能者就醫政策朝「居家」、「整合」的方向演進

健保自 1995 年開辦起，陸續推動行動不便患者一般居家照護、慢性精神病患居家治療、呼吸器依賴患者居家照護、末期病患安寧療護等 7 項居家醫療照護，2015 年接受前述居家醫療服務之人數超過 10 萬人。為改善不同類型居家醫

¹ 「國民長期照護需要調查」的失能定義為：1、ADLs 分數 ≤ 70 分（細分為 51 到 70 分、31 到 50 分及 0 到 30 分）；2、認知功能障礙：ADLs > 70 分，且 SPMSQ 答錯六題以上；3、僅 IADLs 障礙：ADLs > 70 分，認知功能無障礙，僅 IADLs 8 項中無法執行 5 項以上。

療照護片段式的服務模式，健保署自 2016 年 2 月起，將一般居家照護、呼吸居家照護、安寧居家療護及 2015 年實施的居家醫療試辦計畫，整合為「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」。截至 2016 年 8 月 5 日，計有 77 個團隊、501 家醫事服務機構參與，照護 2679 人[3]。

「對於行動不便的老人、失能者，社區照護團隊能就近整合評估與整體規劃照護資源。結合健保推動『居家醫療照護』，讓健康照護人員直接到行動不便的長者家中提供更周全的服務，並延伸至在宅安寧療護。」此為蔡英文總統醫療政策具體主張第三項[4]、亦是當前政府的施政方向。

醫院與社區網絡參與者如衛生所、診所、長照中心、藥局、案家，如何建構「居家醫療照護整合網絡」？服務如何輸送？有哪些影響因素？醫院與社區網絡的關係如何？嘉義地區人口組成趨向高齡，以 2016 年 2 月為例，嘉義市 65 歲人口佔總人口比為 12.88%[5]、全國平均為 13.33%、嘉義縣為全國最高 18.03% [6]，嘉義的在地觀察有參考價值。

貳、研究目的

1. 探討醫院與社區建構「居家醫療照護整合網絡」的運作模式及影響因素。
2. 瞭解網絡各參與者之間的互動聯繫情形。
3. 提出應對超高齡社會的建議。

第三節 文獻探討



壹、各地居家醫療照護整合模式：以末期階段為例

世界各地運作居家醫療照護整合模式的歧異度相當大。相較許多國家，臺灣為低租稅負擔率，政府可使用的稅收資源有限[7]，選擇文獻時，偏向整理「較少資源地區」發展出的模式；由於末期階段相對其他階段的支援需求較多、整合較複雜，以末期階段為例，整理如下：

一、美國阿拉斯加「The Helping Hands Program」

六十年前，阿拉斯加（Alaska）在地長者都是圍繞著家人與朋友，在家中去世。1950年阿拉斯加預期壽命為47歲、1984年67歲、2000年69.4歲，壽命的增加和疫苗施打以及醫療照護可近性的提升有關。當西方醫療根除了許多疾病，死亡的場所也隨之從熟悉親密、心理安適的自宅，移到醫院與護理之家。醫院和護理之家都離村落很遠，移動病患很貴也有很多困難。因為天氣、地域、距離的關係，大部分村民只能搭飛機。當飛機載著末期病患起飛，也代表著這是他們的最後一程。這些長者在不熟悉的醫院、無法吃到自然傳統熟悉的食物、沒有親朋好友圍繞、一成不變的醫療規範、貧乏的生活方式，通常沒多久就真的去世了，家人朋友也少了機會在長者臨終前接受文化智慧的傳承，這些通常是口述的。

1999年正式推動居家臨終照顧，The Helping Hands Program。在南阿拉斯加，橫跨34個村莊部落、46000英里的在地的基層醫療服務提供者，組成Bristol Bay Area Health Corporation（BBAHC），與當地15床醫院Kanakanak Hospital合作推動。在地收案比例接近100%、村落大小從22人至2466人，七成以上為阿拉斯加原住民，狩獵、釣魚與採集是主要的食物來源。當地參與計畫的各職能分



工如表 1-1。

表 1-1：阿拉斯加社區安寧計畫的職能分工

分工	來源	訪視頻率	主要工作
醫師	專業人士	一季一次	診療
居家護理師	專業人士	一週一次	診療
社區健康助手 community health aides/practitioners (CHA/P)	村民		住在當地與醫師、護理師保持聯繫
個人照護員 personal care attendants (PCA)	村民		洗澡、家務
志工	村民		供餐

總共有 8 位醫師在 Kanakanak Hospital 或 529 公里遠的三級醫院 The Alaska Native Medical Center (ANMC, in Anchorage)，一年到村落看病人四到五次。村民接受訓練成為社區健康助手 (CHA/P)，受 BBAHC STANDARD PROTOCOLS 規範，在醫師指導下執行業務。醫師可以決定助手的醫療技巧等級適合對哪些病況做哪些舒適照護。由於助手與在地村民關係密切，這讓隱私、創傷與死亡處理產生難度。醫師每天與助手透過電話、廣播、傳真、電腦來聯繫。助手每年輪流接受緩和照顧的訓練。居家護士來訪時，也花時間回答在地助手的問題。

當病人轉介至 The Helping Hands Program，居家護理師在病歷上看到醫師的指示作家訪，即聯繫家人安排第一次家訪，同時通知在地的社區健康助手 (CHA/P)。她坐小飛機到村落中，由志工協調者陪同，進行家訪；如果是剛出院，就隨著病人回家。居家護理師評估病人需求：醫療設備、疼痛控制、身體檢查、主要照顧者的可近性與穩定性、對於個人照護員 (PCA) 與志工的需求；並決定病人的治療目標、依據熟悉的村落生活方式，發展個人照護方案、建立信賴

感。居家護理師和主治醫師碰面討論病人止痛藥以及其他照護需求，盡可能一週訪視一次病人，平常也透過電話或廣播與病人溝通；主要照護者、社區健康助手、志工也會打給她問問題，假日或夜間病人則打給醫院護理師或醫師；個案護理師並參加葬禮、追蹤個案家屬做悲傷輔導。

此計畫相當重視在地文化的增權賦能（Empowerment）。將計畫內容翻譯成當地 Yup'ik 語並錄製有聲檔，幫助非英語系的村民瞭解計畫內容。讓在地村民參與焦點團體訪談，並事先排除了很多文化上的衝突，例如：文化上，長者覺得由外人（PCA）替代家人來照料自身身體是很恥辱的。這個資訊後來被寫成故事翻譯成在地語言澄清。

計畫推行也遇到許多困難：很難要求護理師在病人有需求時一小時內到達（因此尋求 Medicare 的支付失敗）；護理師輪替率高（High turn-over rate）；某些遠端村落生活條件像在第三世界一樣；小飛機移動的危險性；不同位置的成員在有限的資源中如何協調醫療照護；夏天時居民留下老弱在家出外釣魚打獵；除非家中有人處在臨終階段，其他居民接受安寧療護訓練的意願不高；收案個案在 The Helping Hands Program 不知道的狀況下跑回家；在計畫實行早期，有一次村民助手與個案家人對瀕死個案太過恐慌，緊急送上飛機，只有把個案送上飛往醫院的飛機，才能安撫家人的悲傷。

The Helping Hands Program 介入後，在宅死亡率從 1997 年的 33%，上升到 1999 年到 2001 年皆 77% 以上。在地長者原本因病不得不住在遠方，開始搬回來了；醫院醫師也因為這個計畫而比較能允許病人回家；回到病人熟悉的環境，他們通常能存活得比預期還久；去世後的訪談也指出，病人的家人也很高興病人留在村中；當居家護理師訪視時，有病人說：我可以像約翰一樣留在家裡，對吧？目前正在評估將整個計畫推展至整個阿拉斯加。[8]

二、印度喀拉拉「Neighborhood Network in Palliative Care」

在開發中國家中，社區安寧最大的挑戰是發展出文化、社會、經濟上皆適當且可接受的長期照護（Long-term care）和末期照護系統。喀拉拉（Kerara）則是藉由社區的門外漢（Laypeople），經過有組織的介入，來試圖解決這個問題。

1993 年，北喀拉拉的非政府組織開始做這件事，他們有一個診所、和一個居家照護設施。社區的參與僅止於捐錢、志工幫忙一些護理和家事服務，很少參與決策[9]。為了克服這些早期模式的缺點，進一步成立了 NNPC（Neighborhood Network in Palliative Care）[10]，希望能針對社區需求發展出長久持續、社區自有、全面性照護（Comprehensive care）的模式。在地社區志工，經過訓練後，能在專業醫療的主動支持下，能辨識出慢性個案的問題並能有效處理。NNPC 希望能賦權（Empower）社區照護慢性與臨終病人。最後 NNPC 在北喀拉拉區取代了早期醫師領導的結構，演變成社區網絡、志工領導、自主的機構。

大部分的經驗提到社區參與只是利用到社區的資源，例如金錢、人力（Manpower）。志工通常是被要求填到某個位置（Slot），不扮演計畫、評估、監測、改良計畫的角色。而在 NNPC 中，一週只要能提供二小時以上的時間在當地照護病人即可參與志工。16 小時的互動理論課程，以及 4 天的實習。接受評估後，受訓完成，這些志工被鼓勵組成 10 至 15 人的小組，確認在地病人的問題與困難，以及形成解決方案。這些志工小組背後都有護理師與醫師支持。NNPC 在靠近原有的緩和醫療院所工作，或另外建立他們自己的院所。志工定期做家訪、追蹤原有緩和醫療團隊看過的病人。他們確認許多非醫學問題，例如經濟問題、病人照護需求，也辦理活動提升社區識能（Literacy）、募款做緩和照護的活動。志工連結了病人、社區、與醫療提供者。NNPC 的目的不是用志工取代醫療專家，而是在既有醫療服務下，補充社會心理與靈性的需求。志工的家訪補充了既



有的居家照顧，進而增進了情緒支持、對藥物與護理的遵從性、及早回報病人的症狀，提供了社會甚至財務上的支持。

社區的組成是異質的（Heterogenous），不管是社會經濟、教育程度、宗教、種族。因為不同的群體有著不同的需求和優先順序，社會中下階層在 NNPC 中也參與著重要角色。大部分緩和照護的院所都是由醫護領導，對於慢性病患的照護中，社會心理與靈性的角色也很重要，在開發中國家，社會（Social）的角色更重。醫療專業者在支持系統的角色是減輕症狀，在整體情境中角色不大。因此，解決方案要交由社區自己來找。以醫院為中心的照護，其設計出發點是基於急性病患的照護。對於慢性與不可治癒的病患，其需要的是社區中容易取得的支持系統。

NNPC 已有 4000 位志工、36 位醫師、60 位護理師、照護超過 5000 位病患 [11]。發展不到五年，NNPC 已涵蓋 68 個社區、喀拉拉北部至中部，涵蓋人口已超過 1200 萬人，超過七成的緩和院所與長照院所加入。超過九成的經費來自在地的小額捐款（新台幣五元）。也逐漸擴展到其他非傳統末期的領域，例如慢性心理疾病，也促使當地政府主動提供照護資源。 [12]

三、臺大醫院金山分院與里長合作的居家安寧經驗

臺大醫院金山分院的經驗中，在里長參與社區安寧志工行列後，使整合照護及瀕死期照護更加順暢。當家屬對於團隊的照護建議有所疑慮而難以接受時，里長以社區安寧志工身分，向家屬說明金山分院社區安寧照護的模式，建立家屬對團隊的信任，也請家屬毋須掛心鄰里議論。因家屬與里長原本熟識，對里長的建議予以信任，化解了家屬的疑慮，接受社區居家安寧照護。當病人瀕臨死亡時，有時因為距離遙遠，產生醫護團隊未能及時趕到的困境，但很多時候醫院團隊尚未到宅前，里長便已先行到達，此舉使家屬認為他們已獲得心靈上的支持，感受

到醫院與里長是無縫接軌在照顧病人與其家庭；而醫護團隊到達後，里長也成為家屬對外的聯絡窗口，協助病家進行後事處理。另外在開立死亡診斷書的部分，接受金山分院社區居家安寧照護的末期病患，其死亡診斷書多半由金山分院團隊在臨終訪視後協助開立；在等待死診開立過程中，里長會協助團隊及家屬，甚至在家屬忙於處理後事時前往醫院代家屬領回死診，減少家屬奔波。在家屬治喪期間，往生病患的親朋好友對病患家屬或團隊的照顧過程有其抱怨時或不明瞭時，里長因身為安寧志工參與居家安寧照護過程，因此更願意投入說明照護過程，此部分亦大幅減輕病患家屬的壓力，對後續居家安寧團隊進行悲傷輔導，亦有重大的助益。[13]

從上述各地的末期階段居家醫療整合照護模式來看，醫療照護體系應針對病人實際需求，提升照護的可近性與連續性，將五全照顧（全人、全家、全程、全隊、全社區）落實推廣在醫療制度中，以建立一個符合病人需求的居家醫療照護整合網絡，此為全世界醫療發展的主流價值[14]。讓個案回到熟悉的社區接受照顧，提供本土化居家醫療照護模式，給予個案家屬返家照護的支持，及強化在家照護之能力，才能使個案能安心且有尊嚴地從失能階段到走完人生最後一段[15]。

貳、「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」重點

為了提升就醫不便患者的醫療可近性、鼓勵醫療院所提供住院替代服務，降低住院日數或減少不必要之社會性住院，健保署自 2016 年 2 月起，將一般居家照護、呼吸居家照護、安寧居家療護及 2015 年實施的居家醫療試辦計畫，整合為「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」[16]。整合方式如圖 1-3 [17]。



圖 1-3：健保署「居家醫療照護整合計畫」的整合方式



將居住在家中、就醫不便的個案分成三階段給付方式：無管路的 Stage1「居家醫療」、身上有管路的 Stage2「重度居家醫療」、末期階段的 Stage3「安寧療護」(以下簡稱 S1、S2、S3)。具體給付規定與重點，整理如表 1-2。



表 1-2：健保署「居家醫療照護整合計畫」的條文重點

項目	給付規定	重點
收案條件、 收案時間、 照護內容、 訪視頻率	居住於住家（不含照護機構），且經醫師評估有明確醫療需求，外出就醫不便者可收案。照護期間、照護內容與訪視頻率由醫師專業評估決定。	皆由醫師決定
個案管理	每收案人年給付 600 點。強化個案健康管理及 24 小時電話諮詢服務	個管費每月 50 元一位。
醫師安寧給 付費用	醫師訪視費，S1、S2：1553 點/次；S3 甲類 1553、乙類 1088 ² 。	無安寧專科的醫師照護安寧個案反而減少收入
跨職種專業 人員給付	如圖 1-3。S1 只給付醫師訪視費；S2 與 S3 給付護理與呼吸治療訪視費，以及限制給付社工、心理師 ³ 。	S1 無給付護理費；許多職種專業人員限制給付或三階段均無給付。
計費方式	訪視費論次計酬	看越多次，收入越高
部分負擔	訪視費、檢驗（查）費，扣除藥費及藥事服務費，以醫療費用 5%計收。	每次訪視費用不一，院所到宅要準備零錢。
每月訪視次 數上限	醫師每月 180 人次、護理人員每月 100 人次...安寧療護階段之醫師訪視權值為 4、護理訪視權值為 2.2	醫師看一次安寧個案，當月上限人次即扣除四次。

² 安寧甲類：受過安寧療護教育訓練 80 小時/含 40 小時病房見習；或醫師取得安寧專科；安寧乙類：安寧療護教育訓練十三小時及臨床見習八小時

³ 社工、心理師限呼吸器依賴患者(S2)、臨終病患(S3)申報

第二章 方法



本章分二部分，第一節介紹研究設計、預定流程與實際過程；第二節描述受訪網絡組成。

第一節 研究設計

質性研究可以探究意義、學習事情如何運作、紀錄人們的經驗故事、闡明系統如何影響著人們的生活、理解為何與如何影響的脈絡、確認未預料到的結果、比較樣本解析出蘊含其中的重要模式[18]。

本研究採質性研究方式，界定以參與健保署「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」的醫事人員、行政人員、個案或其家屬為研究範圍。採用線型滾雪球法 (Linear snowball sampling)、一個接著一個地有效推薦、最有效率地累積調查樣本的方式[19]，深度訪談嘉義 A 醫院與社區一組居家醫療照護整合網絡的參與成員，包括承辦計畫主管、居家醫療醫師、社區網絡參與者如診所、衛生所、長期照護中心、藥局等醫事人員、個案家屬等共 10 位。使用半結構式訪談，為研究者事先建立訪談大綱，訪談過程中依情況做彈性調整。爾後運用歸納整理、輔以文獻分析的方式分析資料與探索研究目的。

以下為研究流程：

1. 訪談場所

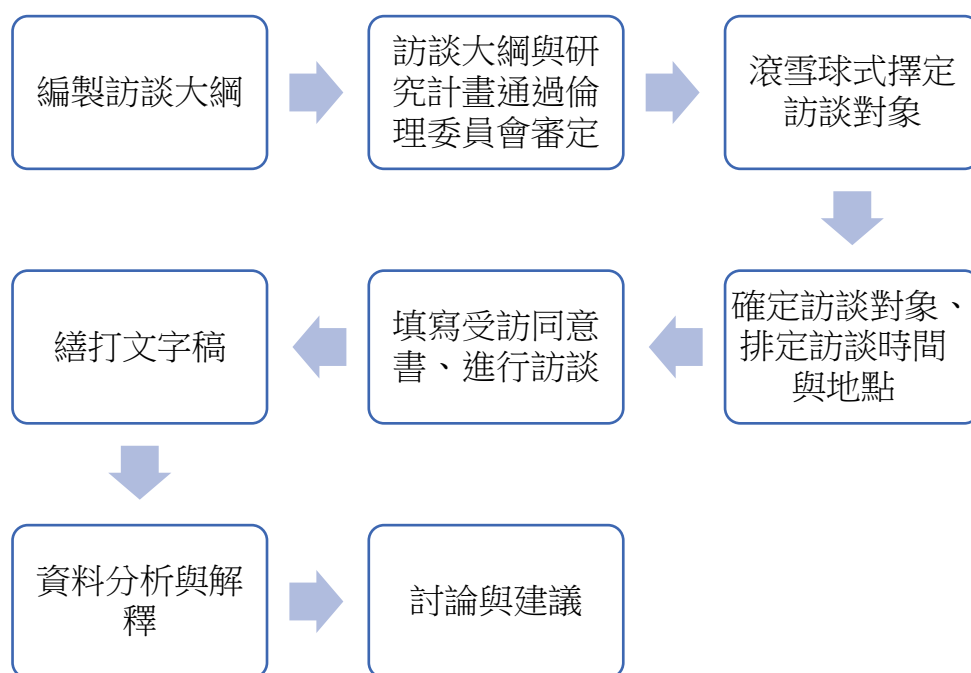
目標是受訪者可以自在且專注地接受訪談，與受訪者聯繫後協調出最可能達成目標的地點。

2. 研究器材

訪談過程中使用錄音筆（Sony ICD-UX560F）記錄語言資訊，並使用筆記本記錄非語言資訊。訪談後使用電腦聽打整理文字稿，或委請民間打字社簽署保密同意書後聽打文字稿。

3. 研究實施流程

圖 2-1：研究實施流程



4. 研究過程

2016年9月編制訪談大綱，修改自陳正益博士之博士論文「臺灣長期照護專業團隊與資源網絡之研究」[20]的訪談大綱，並經過校內外指導老師檢視專家效度，訪談大綱如附錄一。同年11月通過「臺灣大學行為與科學研究倫理委員會」審查，審查核可證明如附錄二。2016年11月至2017年3月陸續邀約訪談、繕打文字稿。2017年3月至5月進行資料分析與解釋、討論與建議。



5. 資料之蒐集處理評估及統計分析方式

蒐集參考前人研究結果，建立本研究之可信賴度 (Trustworthiness)；其次則由筆者的實務經驗來對本研究加以檢視，以建立可轉換性 (Transferability)；另於訪問之際，以開放的態度鼓勵受訪者暢所欲言，以得到內在的信度，亦即「可依靠性」(Dependability)。

第二節 受訪網絡

研究訪談四位醫師、二位長期照護中心主管、二位藥師、一位醫院主管、一位個案家屬。受訪者清單與編碼如表 3-1。

表 2-1：受訪者清單與編碼

編碼	性別	身份別
A01	男	衛生所醫師
A02	女	甲長期照護中心主管
A03	男	醫院居家醫療醫師
A04	女	醫院居家醫療主管
A05	女	乙長期照護中心主管
A06	男	社區藥局藥師
A07	男	診所醫師
A08	男	醫院居家醫療醫師
A09	男	個案家屬
A10	男	處方宅配藥局主管

受訪者建構的居家醫療照護整合網絡如圖 2-2。

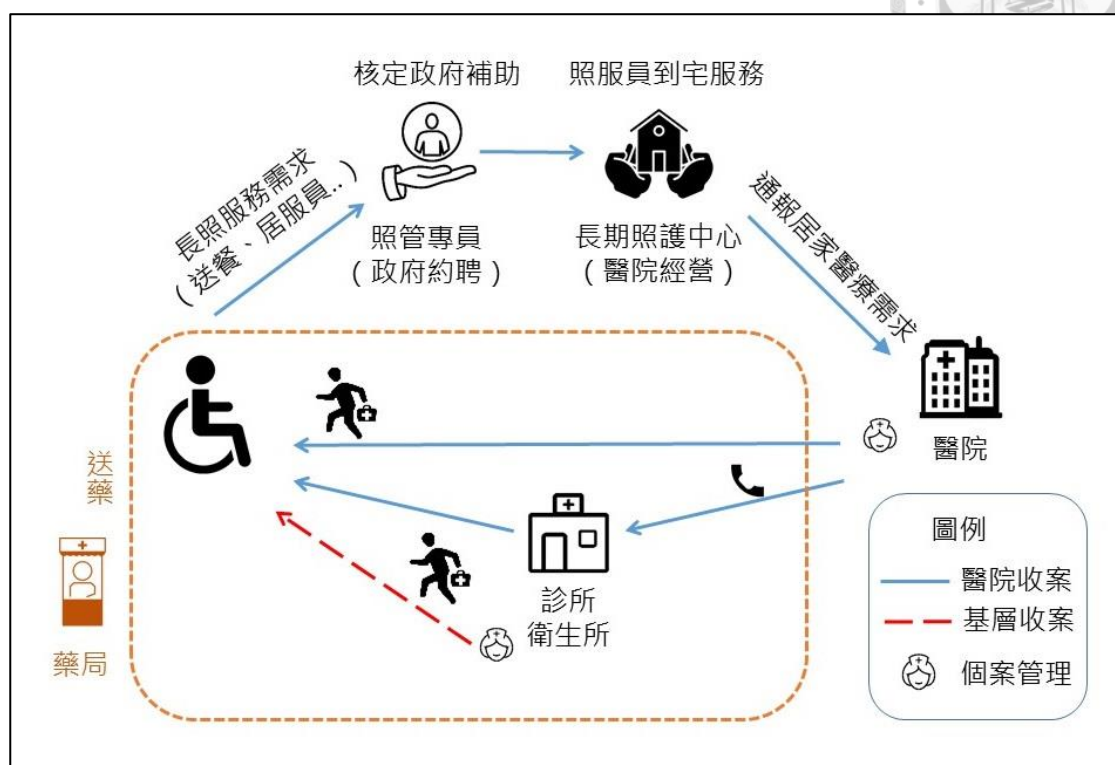


圖 2-2：受訪者建構的「居家醫療照護整合網絡」

失能個案在此網絡中被收案的路徑有四種：

1. 有長照服務需求（例如送餐、照服員居家服務），經由政府的照顧管理專員評估，轉介長期照護中心（甲、乙皆由 A 醫院經營），由長期照護中心任職的照服員督導開案後，照服員到宅服務。爾後通報居家醫療需求給 A 醫院的個案管理師。
2. 因住院需求住進 A 醫院，出院準備小組評估出院後有居家醫療的需求，轉介給 A 醫院的個案管理師。
3. 由診所、衛生所醫師轉介給 A 醫院的個案管理師。
4. 診所、衛生所自行收案。

若由 A 醫院的個案管理師收案，有可能派案給 A 醫院醫師、衛生所醫師、診

第二章 方法 \ 第二節 受訪網絡

所醫師到宅服務；若由衛生所、診所自行收案，則該所醫師自行訪視。醫師訪視後，藥局部分參與送藥到案家的服務。



第三章 結果



在呈現的體例上，以第三人稱的語言，配合研究目的，按主題的邏輯順序排列文本內容；在分析資料時，會採取直接引述或間接引述兩種方式，交織呈現部分訪談、觀察、檔案文件等描述性資料加以佐證。兩種方式皆會以圓括號註解受訪者編碼，並以不同字體（標楷體）表示；引述或描述的文字若太長，會在不影響原意的情況下，刪除部分文字，而後以刪節號（...）表示。為求讀者清楚瞭解語意，文本中的長照用語置換成衛生福利部社會及家庭署的例行用語，例如居家服務員置換成照顧服務員、居服員置換成照服員、居家服務中心置換成長期照護中心。研究結果分成受訪網絡概覽、整合居家醫療與長照、健保「居家醫療照護整合計畫」的影響等三節陳述。

第一節 受訪網絡概覽

在受訪網絡概覽這一節，逐一介紹團隊參與者、個案管理、線上討論平台、參與者的參與動機。

壹、團隊參與者

以下介紹受訪網絡各參與團隊與參與者。

一、長期照護中心（以下簡稱長照中心）

參與者：照顧服務員（簡稱照服員）、照服員督導（健保無給付）

長照中心的科層結構中，領導者是主任，下轄有總督導或組長；再下轄照服員督導。照服員督導的背景多元，例如社工、護理、職能治療師、公衛（A02 嘉義市醫院長照中心主管）。一位照服員督導按照地段督導幾位照服員。照服員與



醫療相關的服務有許多種，例如長照中心主管提到：

「居家服務的提供內容裡面，其中之一，就是陪同就醫。有一些是獨居，就需要照服員單純地去陪伴；有一些是家屬他自己在協助行動不便，他一個人是有困難的...或者是有些照護者，他本身也是有部分的障礙的能力，所以他需要我們共同陪伴。或者是有些是時間的因素，比如說他可能因為洗腎，洗腎時間比較長，家屬可能沒辦法待那麼完整的時間，他就申請我們連洗腎的時間都陪同。取藥，這也是一個部分。比較多像有一些傷口的照顧，過去雖然有一些有居家護理師來，其實平常的傷口其實都是透過我們這些照服員進去的時候在協助換藥。」

(A05)。

照服員主要的工作項目有傷口照護、代領藥、陪同就醫、日常陪伴等。

二、 衛生所

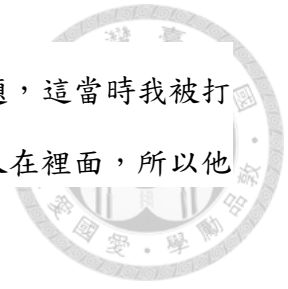
參與者：醫師（給付醫師診察費）

衛生所兼辦公共衛生業務與醫療門診，資源如何在二者之間分配決定了參與居家醫療照護整合的能量。例如當被問到衛生所內參與居家醫療照護整合的團隊成員時，醫師表示：「一個很大的問題就是說，這個是沒有團隊的，就是我自己一個人而已」(A01)。此衛生所所內同仁忙於舊有的公衛業務，在未被授命開辦居家醫療的衛生所中，居家醫療被視為額外業務；而公部門新編制人員有重重限制，剛好任職的醫師本身有熱情、願意抽空出來參與。

公部門與外部單位合作有許多限制，例如詢問醫師與外部單位合作的可能：

「假設跟轄內的長期照護機構合作，可是你們是他的督導單位，你們的護理長要

看去護理之家，你今天去跟他合作的時候，你有沒有利益的問題，這當時我被打回來就是因為這樣子...不然到時候人家說你是不是有安排一個人在裡面，所以他們考核都通過。」（A01）。



公部門在做任何決定時，優先考量適法性、是否有圖利他人的可能。民眾觀感也是需要考量的，例如醫師提及：

「我去這一塊都不讓人家知道我是衛生所醫師，因為公部門角色會認為是公部門資源，會不會有很多、濫用什麼事都叫的問題。個人能不能支撐這麼多的量。這是要去考慮的。」（A01）。

相較於私人部門，民眾對公部門的期待可能是比較多的，身在公部門者傾向審慎考量可投入的量能，並採取較保守的方式運作。

三、診所

參與者：醫師、護理師（給付醫師診察費）

診所是否能安排門診以外的獨立時間到宅服務，決定了參與居家醫療照護整合的能量。例如問及什麼因素影響到參與居家醫療照護整合的運作，診所醫師提到：

「我們是排在看診中間，不太可能拿自己的時間在抽空到診所那邊再去看。因為護理人員也不可能，因為譬如說當天不看診嘛，那護理人員他們要上班要跟診啊，不可能就跟我出去看嘛...所以我們一定是在看診的時間搭配護理人員一起出去啊。不會說另外我再抽空另外再帶一個護理人員，這樣的人力不可能啊，開銷



沒辦法...缺點就是時間沒辦法給患者太多的時間啊，就是我們基本的評估做一做，如果有什麼問題會請他們電話跟我們聯絡。」(A07)。

該診所訪視是一位醫師搭配一位護理師。健保居家醫療照護整合計畫中，診所護理師到宅服務是沒有給付的。在人力成本考量下，該診所的做法是門診時間的空檔到宅服務，時間比較趕，因為同一時間原來的門診可能有患者來掛號了。

四、社區藥局

參與者：藥師（給付藥事服務費⁴與藥費）

藥局參與「居家醫療照護整合網絡」需克服拿到「處方箋」、「送藥」與「過健保卡」的時空限制。例如問及在地的社區藥局送藥的流程，藥師說：

「我們現在可以做行動過卡機，就是說我不需要把卡片帶回藥局，我就直接在那邊就過卡了...他們就先 Line 拍照（處方箋）給我，然後一看到之後就先調劑，然後調完劑之後我會把藥送到個案家或者是診所...有時候我再繞一圈過去診所拿處方箋...因為我們藥師所有的憑據、我們的調劑一定是憑著醫師的處方箋啊，處方箋正本一定要拿到，事後拿或者是隔幾天拿都沒關係...然後基本上我過去的話就會填處方箋，那護理人員或者是照服員做簽名，或者是個案或者個案的家屬做簽名，這一張才算完成。」(A06)

處方箋從醫療院所開立後，先拍照傳 Line 給社區藥師調劑，藥師再送藥到案家並過健保卡，最後一定要拿到處方箋正本。

⁴ 藥事服務費無針對居家個案調高給付



五、處方宅配藥局

參與者：20 位藥師、行政人員、物流業者（給付藥事服務費⁵與藥費）

處方宅配藥局不在社區展店，不同於社區藥局專注服務自己所在的社區，處方宅配藥局送藥到各地，也需克服拿到「處方箋」、「送藥」與「過健保卡」的時空限制。例如問及處方宅配藥局送藥的流程，主管說：

「我們每一天會出一張送藥的表單，你今天要送多少藥，散客跟機構會分開的，大概會在這些單子裡面，就是你今天要送的...他（藥師）早上來就拿藥，然後就開車出去就開始送，他會去排路線怎麼跑比較順這樣子。那到每一個點他就是會做到他交付、讀卡，然後做一些藥品衛教指導等等的這些結束到下一個點。那外部基本上就是一直做這樣子事情，那所有外面發生的事情，都是外部藥師要把他服務好，包括剛剛講的客訴什麼的你都要想辦法處理。最後回來的時候他會把這些收到的單子、或者是處理完的事情交給我們的行政人員，那行政人員就會開始例如說預約單子啊、或者是幫他準備表單，行政人員做好以後開始藥品例如說要調劑、其它就開始運作，最後會上架，到了下禮拜的前一天，我們內部人會把明天要送的藥準備好，明天一早就再把藥帶出去這樣子。」(A10)。

行政人員排程後，由內部藥師調劑，外部藥師取藥、送藥、拿處方箋正本、過健保卡。遠距離的外部藥師，則透過專門送藥品物流的廠商送藥到外部藥師所在地 (A10)。而由於時空的限制，收單也僅鎖定慢性處方藥。因為一般藥品，例如說像感冒、咳嗽、流鼻水，這些需求太即時了，送去可能要隔天，可能會來不及

⁵ 藥事服務費無針對居家個案調高給付



(A10)。

六、醫院

參與者：次專科醫師會診（給付醫師診察費）、護理師（S1 無給付；S2 以上有給付）、呼吸治療師（S2 以上有給付）；復健師⁶、營養師、社工、宗教處等皆無給付。

醫院在「居家醫療照護整合網絡」中提供跨職種專業人員的支援、急重症的處理、居中的聯繫溝通等，扮演著重要角色。什麼樣的條件有利醫院在社區發展「居家醫療照護整合網絡」呢？

「我覺得我們能夠順利推，是真的因為剛好，A 醫院這個系統過去在長照已經有十七、八年的這個經驗，就比較快。觀念雖然要喬一下，可是比較快能夠有交集這樣子...A 醫院大概有一個好處是我們跨在兩個服務面都有在運作，居家服務跟社政的一個連結、醫療面執行的原本都有，所以我們好像比較容易把兩端的東西拼起來一起思考。」(A05)

醫院長照中心主管認為「醫院發展居家服務」，有利醫院進行社政和衛政一起思考，進而有利整合。此外，與基層院所經營許久的關係也是推動基礎：

「因為 A 醫院過去推動社區醫療群的那一個平台的關係，所以我們這次在推動這個計畫的時候，我們就有些鄉鎮、真的有社區醫療群我們過去有這樣連結的醫

⁶ 「復健師」泛指物理治療師、職能治療師、語言治療師。沿用訪談文本提及的「復健師」代稱之。

師，我們就不會只有找自己院內的醫師來進行這樣的個案的醫訪...幾個醫療群跟我們配合的都很好。所以我們這裡的案，就由他們一起共同。所以他們連我們的個案研討，我們邀請他們也來。」(A05)



醫院與基層醫療院所之前的互動網絡經營，是有利推動「居家醫療照護整合網絡」的要素。其中健保署已推動許久的「社區醫療群」是具代表性的指標。此外，A醫院與基層醫療院所的整合正在摸索用「次專科會診」的方式。例如醫院居家醫療主管提到：

「基層醫師我就說你幫我寫一個會診單，給個管師，那個管師就會去找他希望的說，就會跟醫師上面寫說，你希望會哪一科，他就寫說會腎臟內科，那他就跟著腎臟內科，他就跟我講，我說好，那我來找腎臟科醫師，就找到了甲醫師，甲醫師說好，那我們就把這個會診單拿給甲醫師看，甲醫師說又沒抽血，我說有，抽好在這裡，他說 cretinine 多少、BUN 多少，他說這以就可以。那我們就媒合時間，比如說好像是上上個禮拜，我們就把甲醫師載去，也把社區醫療醫師一起載去到病人案家，兩個醫師同時看，兩個同時可以申請費用哦...健保署說可以。醫師會診，主要的還是家醫科醫師，因為為什麼，這樣團隊才能交班，這樣比較好啊，你單獨去的就沒意思了，社區基層醫師說要去，我說好我們載你，醫院派車嘛，就去接了社區基層醫師到案家，那他們兩個醫師共同討論。回來以後，我們甲醫師就寫醫令，我們就可以申請 1553，那彙整報告寫一寫，我就傳回給那個社區基層醫師，我要存檔。」(A04)。

基層醫師有次專科的會診需求，醫院當橋樑聯繫院內的次專科，安排好彼此的時與交通工具，一起到宅服務，再各自跟健保署申請醫師診察費。



貳、個案管理

失能個案，可能因為申請照服員服務而成為長照中心的個案，進而被轉介到醫院、診所、衛生所收案；也可能因為醫療需求到醫院、診所、衛生所求診，進而被收案。收案後實際的個案管理工作，可能分散在個案管理師、照服員、照服員督導、護理師、醫師身上，各團隊比例不同。以下分別就個案來源和個案管理工作進一步陳述：

一、個案來源

對醫療院所而言，個案來源來自自己的門診、長照中心轉介、醫院轉介。

(一) 長照中心會安排幹部追蹤轉介後續

長照中心轉介時，會安排幹部追蹤進度，例如長照中心主管說：

「有個案，有服務對象有需要的時候，他們都會跟我提出來，那我會再開始寫，我就會寫那個照護單這樣子，就去進入我們醫院的轉介流程。我還是要寫轉介單，然後我會去做 Follow。那其實 Follow 是他什麼時候要去看，就是醫生什麼時候會去做治療，什麼時候會去看這樣子。」(A02)。

長照中心發現服務對象有醫療需求，寫轉介單進入醫院轉介流程，長照中心安排幹部追蹤後續是否有醫師去看。

(二) 醫院出院準備資源不足，影響基層接手意願

醫院轉介給基層，就比較沒有幹部追蹤後續醫師去看的情形，例如醫院居家



醫療醫師說：

「基層跟醫院這樣子的之間的聯繫有非常大的鴻溝，簡單講它要把病人轉出來，它怎麼轉，你如何把病人轉回去，然後這彼此之間怎麼合作，那這個東西其實講的就是出院準備到居家之間的銜接。那現在問題是出院準備的人力嚴重不足啦，所以我們去拜託他們跟我們配合時候，其實變成他們的 loading 很大...」(A08)。

由於投入出院準備的資源不足，醫院與基層沒有完整的交班制度，個案的許多資訊需要基層院所自己建立，例如詢問醫院轉病人來時會給哪些資料，診所醫師回答：

「一般病歷的話都是我們口頭去問或者是看他目前在用什麼藥啊...安寧的部份它好像會給你一些個案相關的資料，居家的還沒有碰過，應該也會把醫院相關的一些資料順便一起轉給你吧，因為安寧居家確實有一些紙本的記錄會給我們啊，他也要給護理人員參考，然後給醫師參考。」(A07)。

醫院轉介的個案，可能會給一些紙本記錄讓醫護人員參考，許多還是靠自己口頭去問。欠缺穩定的醫病關係，會影響基層接手醫院轉介個案的意願，例如診所醫師說：

「有醫師提到那個個案如果不是他們的患者的話，就是這中間怕會有溝通的問題，你因為選擇就不要收，因為不是他們的患者對他們也不熟悉...怕說患者不是常常他們看啊，怕對他的一些處置啊，就是說醫病關係上面還沒有說建立得很好啦...他們可能會怕有一些問題，有些人可能怕麻煩，會選擇不要接啦。」



(A07)。

不是自己常看的個案、不熟悉的個案，怕對處置不熟悉、怕醫病關係未建立，有基層醫師因此選擇不接醫院轉介的個案。

二、個案管理

健保給付在個案管理上，每位個案、每年 600 點的個案管理費，按實際收案月數計算。須共同提供個案健康管理及 24 小時電話諮詢服務。個案管理費給付是否足夠？實際個案管理者是誰？用什麼樣的條件選擇派案給哪位醫師？是否有浮報健保的問題？是否已找到適當的醫療支出審核管理方式？以下分項論述。

(一) 個案管理費給付不夠聘請專任人員

問及籌備上最難的點，醫院居家醫療主管說：

「那時候就是一拿到公文的時候，第一個，我人力的問題，我就跟主管談說，個管費一個六百塊，算一算怎麼算也養不起這個人，所以說醫院說好那沒關係，我人力給你，就是醫院 support 你去徵人。」(A04)。

當健保的個管費不足以聘請專任人員時，得仰賴醫療院所的支持。個管師的工作主要是協調行政流程，例如問及看完個案後，要花多少時間處理行政流程，醫院居家醫療主管說：

「大概一個病人，大概就是等著醫師大概起碼弄到好要半個小時左右...等著醫師 order 出來...order 出來以後，他要去整理這個藥物整個流程印出來，等印出來請

醫師蓋章，然後他要去看這個藥，藥對不對？這個單子印得對不對，然後還要聯絡家屬...聯絡家屬說你要回來拿藥，該帶多少錢，好，一個就是說不拿藥，你第一個要聯絡藥局，藥局有時候很好聯絡，有時候不好聯絡...我們就趕快趕快 scan，然後 mail 過去，拿到什麼時候要過去，講完跟家屬說藥局拿到我的單，什麼時候到你家，等他的電話，等他回覆，這個起碼半個小時，我覺得是很保守，有時候要到一個小時...那是只有一兩個病人，那如果你多了就沒有辦法。像我們個管師每一次要是阿里山回來的，他光是等阿里山就等一個半，阿里山看八個嘛，那醫院就在我們這邊打電腦，他一邊弄 order，要一邊單張蓋章這樣子，弄到一個半，有時候要兩個小時。」(A04)。

等醫師開完單、整理並確認藥單、與醫師核章、聯繫家屬、聯繫藥局，到宅服務八個病人回來後的行政流程可能需要耗時二小時。

(二) 實際個案管理者依單位而異

實際個案管理的工作，散佈到各單位承擔，非僅請領個案管理費的單位或個管師全權處理。例如詢問實際個案管理工作由誰執行，衛生所醫師提到：

「目前個案管理的話就是說...其實就是，我講真的，我的個案就是照服員、長照中心，所以都是他們自己管理...由專員做個案管理，有問題他就會回報，講白一點，我就是只出醫療這塊而已，我就等於是他們的支援醫師啦，角色大概是這樣子。」(A01)。

這家衛生所是由長照中心的專員和照服員督導擔任實際個案管理者。診所醫師的答案則不同：「護理人員會回來要寫出記錄一些方面啊，像我自己有一些記錄，

那些檔案他們要自己幫忙歸檔啊...聯絡，大部份就是由護理人員去處理啦。」

(A07)。由診所的護理人員擔任實際個案管理者。

在健保給付條文中，個案管理的工作也包含了 24 小時電話諮詢。詢問實際運作情形，例如衛生所醫師說：

「你幫我管理什麼？他打總機叫接電話嗎？你打打看就知道了...總機問一下你有什麼問題？為什麼總機怎麼做沒有下文，因為沒人打阿！病人打兩三次沒效就不會打了，根本不會跟病人講阿...」(A01)。

有的醫療院所請總機擔任 24 小時電話諮詢服務，預期個案打電話來無法解決他的問題，慢慢就沒人打了。

(三) 派案給高機動性、高積極度、案家習慣的醫師

除了醫師位置離個案所在位置的距離，也有不同因素影響著派案給哪位醫師的選擇。例如衛生所醫師提到：「督導問個案有問題你能不能過來幫忙，我就說我有時間好我就去，我目前就是比較彈性，所以他們也滿喜歡找我的。」

(A01)。比較傾向轉介給時間彈性、機動性高的醫師。

醫師的參與度是考量方向，例如長照中心主管說：

「因為他們都有加入我們的一個跨專業平台，這些醫生，然後因為有些醫生並沒有那麼勤快看我們的 Kintone，在我們的 Kintone 裡面，我們有一個 space，就是空間討論，那空間討論裡面有這個在宅醫療，那通常我們之前的習慣啦，譬如說我現在遇到這種個案，我就會在上面設一個主題，然後設這個主題的話，他們，我都會 TAG 給專業人員看。那他們或許想要接，會安排時間...」(A02)。



比較傾向轉給參與「資訊討論平台」積極度較高的醫師。此外，須瞭解個案的就醫習慣，例如長照中心主管也說：「他如果習慣就醫是B醫院的話，我們就請B醫院可以收案...一直是尊重他們的就醫習慣。」(A02)。按照個案本身的就醫習慣，傾向轉給原本已和個案建立信賴關係的院所醫師。

參、聯繫平台

網絡的聯繫需要線上討論的平台，以下就使用工具、個資考量、溝通語言分別論述。

一、工具

團隊間使用的聯繫工具，影響著居家醫療照護如何整合。例如長照中心主管提到：

「其實（健保署居家醫療照護整合）這個計畫裡面少了那一個設計：討論的平台...讓這些跨專業的團隊人員可以彼此有對話的方式，就比較即時，不然你一個月可能去一次，有一些問題沒有辦法可以即時被解決。」(A05)。

「資訊討論平台」ICT（Information and Communication Technology）可以促進彼此討論，方便跨越時空、遠端處理問題。對「資訊討論平台」的需求是跨職類的，例如詢問藥師是否有跟醫師一起出訪的規劃：

「基本上我們的方向還是不太一樣啦，那所以有沒有這麼大的意義我倒覺得還好，主要是例如說我們有一個團隊溝通的平台，我覺得這是比較重要的。」



(A10)。

對於有的職類而言，好的「資訊討論平台」可取代共同出訪。

以下為訪談出現的「資訊討論平台」：

(一) Line

Line 在臺灣的高使用率，自然成為大家常用的「資訊討論平台」，例如長照中心主管提及：

「因為這個東西沒有被中央好好地去規劃，當計畫要推的時候，我們也只能就我們最簡便能夠即時取得的一個方式，我們發現 Line 已經是大家很習慣使用的一個溝通，所以大家好像也很習慣 Line 上面的（互動）」(A05)。

十個訪談個案中全都有提到用 Line 來傳遞訊息與溝通，是普及率最高的「資訊討論平台」。可即時通訊、拍照、傳照片、免費、好上手是常被提到的特點。

(二) Kintone

學習他國經驗，也可能一併複製了跨職種專業人員聯繫的「資訊討論平台」，例如長照中心主管提到：

「看了日本的經驗，然後我們自己本身又把這套資訊平台引進到我們這個單位在使用...因為照服員，照服員督導、醫師跟各個專業你平常是怎麼對話，因為我們不可能都有開會嘛，也不可能視訊嘛...因為我們的照服員都在第一線嘛，分散到各個點。那到底他們有些交報表，可是報表的時效性沒那麼好。那當有發現問題

的時候，其實口述的話，各自有各自的主觀描述，並沒有一個客觀的一個物件或者是一個影像能夠告訴我們，所以我們就是透過這種 Kintone 能夠把一些訊息能夠比較匯流在我們這一套系統裡面，那在宅醫療這個部份當初在日本也是因為，他們有不同的點，他們診所開在不同的地方，而且一樣，他們居家護理師或者說是他們照服員，也是散在各地。他們總是要有一致的，一致的訊息嘛。對呀。所以就是用這種方式在做一個整合。」(A02)。

為了讓照服員發現的問題，可以匯流到系統中進行跨職種專業人員的討論，引進了 Kintone 系統。而 Kintone 的引進，也影響了該長照中心的管理。例如長照中心主管說道：

「當初我們的方式就是每個月進來兩次，然後社工員或者照服員督導去家訪的時候，利用他們服務的時間去做訪視，去了解，去做這種品質檢測。可是有一點，有一點不濟急，緩不濟急，就是說時效性沒那麼好。所以才有 Kintone 之後，我覺得這個部份或許是一個很好的方式。就是照服員每一天，他都上傳服務記錄嘛，只要我看到那個內容怎麼樣，我就馬上就去 taken，他們就會知道發生什麼事情，或者做什麼處理回應。所以透過 Kintone 這個部份是讓我們的品質可以有立即性的做一個處理...跟你有相關的時候，他就會 tag 你，跟你有相關，他就會把這個訊息丟給你，就要進來看。就表示說，Kintone 裡面有一段對話跟你有相關...這個阿公血壓高，他是 160、82，所以我們在照服員督導馬上就回了，因為異常，異常他會通知我們。他的設計就是，假如說有身心異常，你只要照服員送出這個資料，照服員督導馬上就會收到。好，所以這個照服員督導在十一點五十八回了這段話...我們照服員，幾乎就是，要麼就是一兩個小時之內，要麼就是晚上會回，他有空的時候會回。可是這個記錄的話，我們大概八成以上的照服員都

是當下完成...這一套東西它的統計非常強，所以我們送餐這個部份，因為每天大量統計嘛，然後他剛好補充這一塊，然後我們平常跑來的報表，譬如說照服員的服務時數，很多報表，他只要上傳你的服務記錄，我們就可以從 Kintone 裡面算出來，所以照服員也不用紙本啊，我們就是盡量做到無紙化。」(A02)。

照服員大部分都是當下在 Kintone 完成服務記錄。若發現個案問題，標註 (Tag) 照服員督導，照服員督導回應後，照服員繼續處理和紀錄，而系統也方便進行統計與匯出。而醫師居家訪視後的紀錄，也可以一併在這個系統呈現，例如長照中心主管說：

「我們照服員能夠清楚說，到底醫生寫的方向是什麼，藥也會調整，改什麼藥，因為我們曾經就發生過醫生改藥。可是我們當下沒有寫，也沒有上傳。那照服員去發現說藥怎麼改了...可是我們 Kintone 上面沒寫，後來才補的。應該是我們的照服員已經很習慣，就是一定會去看，我們這邊的方式就是 tag、會連結，就是 tag 他要來看。我們照服員就會，我也會問說，那你狀況怎麼樣怎麼樣，注意什麼什麼，那就會寫在上面，醫生就會去，也會上去看他的狀況...我們在上面丟東西的時候，其實照服員會去問。就是像剛剛那個在宅討論的話，有照服員看到會上去回，論壇也是。其實他們會覺得說那個是一個，類似那種教學，針對共同一個問題在做一個思考的（一個腦力激盪）。」(A02)。

運作模式已讓照服員熟練到會核對醫師的紀錄、以及個案真正的用藥是否相同，如果不同，會在系統標註照服員督導，並跟醫師核對是未更新紀錄或是其他問題，甚至變成線上個案討論會、形成彼此成長的討論氛圍。然而，Kintone 作為一個收費軟體，營運維持費用也要價不貲，例如長照中心主管提到：



「Kintone 其實它有建置費，一年大概一萬五，你要租這個資料庫。另外你每一個人要十塊美金，每一個月，你要使用那個帳號嘛。你就是十塊錢美金，可是這個是一個四十人群組的量，是這些錢。可是你如果是譬如說你要達到更多的人使用的話，就更貴...」(A02)

算起來經營一個四十人的群組，一年要新台幣十六萬的經費。建置平台需要學習曲線，例如問及為何只有負責嘉義市的長照中心有在使用這個平台，但嘉義縣的沒有，主管提及：

「就是你當它為一個主架構，可是你要針對你自己的需要，你再去寫應用程式出來，可能他們沒有做到這一塊...它已經有那個套裝軟體了，你就是要去上去抓，你要上去抓成你要的。可是一定要有一個，就是說類似一個主要的那個個案資料庫，個案資料庫，你要把所有東西，你想到就把它弄進去，一個選項。到時候你就從這個選項裡面去做組合，組裝成為你需要的，你想要的東西。」(A02)。

主事者要能夠熟稔套裝軟體的架構，進一步組裝自己需求的功能。而內部員工也面臨了學習曲線，例如長照中心主管也提到：

「像我們當初，就有照服員因為受不了我們都要用電腦，就離職，或者是不來，嚇到了。反正我們就跟，反正我們就希望說我們照服員進來的時候，其實能夠適應我們的文化。所以我們就是新人就是做這種方式，就是照服員帶他走，走一天，至少走一天，然後來見習...那之後我們會把時數回饋給他。因為他來見習八個小時或者十二個小時，我最後我會在他聘用進來之後，我會補給他...其實照服

員一開始會有一點點難過，因為那個中高年齡視力比較不好的老花眼，他們比較習慣是手機，所以變成說我們照服員這個部份，反而後來是那個手機拿的越來越好...就吸引他們去用，因為子女孝順他，或是他自己受不了就去買一個比較好的那個，因為蠻多人用平板，因為他覺得比較夠大，而且手機跟平板的搜尋方式不一樣，所以他們都，通常都是拿，蠻多人都是拿平板的...你要寫訪視記錄應該是可以...建檔基本上，因為你要訪談之後，你要回來做一些問題的整理，大概半個小時是一定要的啦。」(A02)。

照服員有人因此離職，留下來的照服員由於年紀的關係，介面從手機調整到平板，而新加入的照服員也藉由友善的見習來導入這個平台。文書處理的時間大約需要半小時。

(三) 電話、傳真、家屬轉知

傳統的基層院所，仰賴傳統的通訊工具，例如問及如何跟其他照護整合網絡的端點聯繫，診所醫師提到：「大部份都是電話啦，電話溝通啦。」(A07)。電話是傳統基層院所聯絡的要角。宅配藥局主管則提到服務使用者較習慣傳統工具：

「其實也有很多人問我們說你們怎麼不做 APP，其實我們一開始就犯了一個很好笑的錯誤...我們一開始做的時候我們就做了一個網站，我們就覺得大家就會上網去預約，後來發現根本沒有人要上網預約，因為第一個是沒有人會知道可以這樣領藥，第二個是使用我的人都是年紀很大的人，那所以根本網站是沒有用的，所以我們初期大概兩三年最多最多是傳真進來的人。那後來這一兩年那個 Line 很方便，那 Line 才開始，很多人反而是用 Line 傳給我們。所以目前 APP 我們沒有特別一定要開發這樣。」(A10)。



使用長期處方箋的人大多是中年以上，一開始是傳真，之後才用 Line 傳處方箋進來。居家醫療或居家服務團隊進入家中時，在場的個案家屬本身也是「聯繫平台」。例如家屬提到：

「喘息的人員，他們受訓完之後出來服務，他們感覺都很好。因為他們會跟你說，阿公現在哪邊好像不太一樣，因為可能他們看得比較多，接觸得比較多，所以我們會去針對那個點，然後可能醫師來的時候，或復健師來的時候，對，我們會去詢問一下，跟他們告知有大概這個狀況。」(A09)。

一個團隊發現了問題，傳遞給家屬，下一個團隊來訪時，透過家屬告知甚至對談。

二、 個資

當「資訊討論平台」進駐，個案的個人資料（簡稱個資）如何被看待與管理？例如問及當群組的人數在變動的時候，是否認為個資的隱私是隱憂，長照中心主管答：

「是的...因為大家團隊人員大概都知道要保密，所以這個是...大概目前我們都還...還...還都還算是順暢地在維持在這個 Line 裡面、大家的共識這樣子。」

(A05)。

保密仰賴彼此的互信與共識。另一位長照中心主管也有被單位評鑑委員問過：

「106 年，我們會請他們寫所謂的那個同意書...因為我們當初並沒有，可是我們當初想說，我們是內部的討論，可是事實上有些資料我們會傳給不同的...希望說能夠真的同意。那因為在我們每一個服務對象，他們在服務使用的時候，我們只告訴說，你肖像權的使用，可是我們並沒有特別針對 Kintone 這個部份...因為我們在 105 年的評鑑就是有委員這樣子提...所以我們就在 106 年會改進，在我們服務契約裡面做改進。」(A02)。

原本認為是內部的討論，「資訊討論平台」深入使用後，發現資料傳的對象比原先設想的還多，再加上評鑑委員提醒，因此之後在服務契約裡面做改進。有單位抱持著不同想法，例如處方宅配藥局主管說：

「我們看待個資這件事情應該比較簡單地講就是：反正我也不強迫你，就有一點像散客他要傳處方給我，你要怎麼傳給我都可以。那只要你傳給我，就是代表你同意我服務你嘛，這就比較沒有問題啊...老實說個資除了臺北市都不太有人在意啊。像東部，誰住哪裡都知道，我有時間找不到路送藥，就問路邊的，他們就會告訴我那個是在哪裡。大概北部人就會很在意隱私，所以我們以前在北部有設計那個紙袋，到中南部就不太適用，大家就會覺得浪費，塑膠袋比較方便，還是會有一些南北差異。」(A10)。

若是個案主動傳資料來，就視同同意附上的個資交給接收者使用來服務個案。主觀觀察是北部對個資比較注重，出了臺北市對個資就沒這麼敏銳了。

三、 語言

居家醫療照護各職類的慣用語都是中文，唯獨醫師的慣用語是英文。例如長



照中心主管提到：

「站在這個角度希望說醫生可以幫我們寫，寫我們的醫師記錄這樣子。對，那我們曾經發生過有些醫師用英文寫，所以我們就非常懇切醫生拜託他不要用英文寫，因為我們照服員看不懂...我們照服員要負責分藥跟用藥...可是醫生沒有這樣寫，所以變成說，我就變成要翻譯，就是變成說，我們要跟照服員講清楚說，藥怎麼改。」(A02)。

醫師在溝通時若用英文書寫，其他職類看不懂時就無法溝通了。需要另一個人提醒或翻譯。

肆、參與動機

以下分別就案家、醫院、網絡參與者列舉參與動機。

一、案家

居家醫療照護整合團隊的進駐，不僅協助了行動不便個案的就醫需求，還有其他，例如個案家屬分享道：

「我要的幫忙只是關懷而已...可能自家人他會有耍脾氣吧，他會抗拒，為了反對而反對。但是外人的話，對他們這個年紀，八十歲左右的男生來講，那個都比較大男人，愛面子，所以他們會盡量表現出他們最好的一面給外人看...只要你們來就好了，就跟阿公聊兩句，哈拉兩句...」(A09)。

居家醫療照護整合團隊親自到家中，讓個案被親自、面對面地傳達關心與互動，



是案家最在意的事之一。個案需求有城鄉差距，例如嘉義市的長照中心主管提到：

「因為嘉義市真的是很小，因為醫療資源真的是過剩的，所以他們沒有來做在宅，他們也會去使用就近，他們去診所，對，只是辛苦，辛苦一點，可是因為目前的復康巴士跟交通接送，iHealth⁷這個部份算是已經很，還算是普遍。」

(A02)。

市區幅員較小、醫療院所密集，搭配著復康巴士和市區交通就近去醫療院所，支持著個案的醫療需求。嘉義縣的長照中心主管則提到：

「照服員在協助取藥這件事情上，的確對於個案來講，是一個實際上滿足他們需要的一個服務方式這樣子。在嘉義縣因為又有交通的問題，特別就真的是在我們幅員這麼大、交通很不便的情況下，說真的，長照的介入，幫助他們這個部分是提供了這個滿實質上的一個改善。」(A05)。

嘉義縣鄉間幅員較廣，以往都是靠照服員協助取藥支持著行動不便個案的醫療需求。

二、 醫院

醫院在居家醫療照護整合網絡中居重要角色，因此其投入的意願影響著實質網絡運作。醫院如何思考這件事呢？

⁷ 一家處方宅配藥局



(一) 對現在的營運不會加分

對醫院當下營運的影響，例如醫院居家醫療主管提到：

「說真的是你說有多少錢，1553⁸啦，講白一點，他分給醫師一半，對不對？你醫院的進帳很少，純粹是說為了社區里民，因為看到他們的需要，來做這件事情，你怎麼做就是賠錢的。我光是一趟出去，司機跟車子，光是司機跟著你跑一天，阿里山一定要一輛車、一個司機嘛，一個醫師，一個社工，划得來嗎？我們算過啦，大概阿里山一定要跑十個，才 balance (損益兩平) ...你看我醫師光是去嘉義縣市，你看五個病人，好，那是社工在哦，我社工很辛苦，如果是嘉義市的話，通常我們一個司機早上跟我們跑一個早上四五個，他跟著你繞，也不太划算，那如果今天真的叫不到車，醫師就自己開車。」(A04)。

除了醫師之外，醫院支出的人事成本可能有司機、社工；器材成本可能有汽車與油錢。從健保給付的醫師診察費裡去分，算起來醫院當下營運不太能從中獲利，甚至可能會賠錢。醫院的長照中心也抱持著類似看法，例如長照中心主管提到：

「其實目前看起來沒有利益面的好處...不管從醫療、從長照來看，真的都沒有...我們如果單就這個計畫的使用來看，我們只能就他支付的成本來看，我們一趟出去到底合不合成本，看起來是不合成本的一件事情，做這件事情有沒有對我們醫院的經營、健保的維持有沒有好處，也沒有嘛，對不對，做這件事情，但是對個案有沒有好處，對個案有好處，對整體社會有沒有好處，應該有，可能減少了一

⁸ 健保給付的醫師診察費



些不必要的醫療浪費、健保的支出，對不對，這個可能有，所以這個好處的產生面，可能是在那個部分，可是對於實際參與的醫院或是長照單位來講，沒有，我們是額外的付出。」(A05)。

不僅是醫院的醫療部門，醫院的長照部門也認為醫院在這樣的行動中，對當下營運是沒有好處的。有好處的可能是接受服務的個案、省下一些支出的健保，這些好處被視為靠參與醫院或長照的額外付出產生的。

(二) 提升品牌形象

醫療院所的品牌形象，可能會因為參與居家醫療照護整合服務而改變，例如問及品牌形象是否會提高，醫院居家醫療主管提到：

「當然是提高，因為光是我們這個案，很多的村里長就打電話來說，因為是我們以前員工，聽說你們這個案，我趕快轉介家屬給你，我轉介了。那甚至有一些家屬，不曉得看到影帶打電話進來問，聽說你們有這個，可以到家服務，我說是，那最近我們透過村準備了護理師去介紹，好多家屬都好高興。第一個他不用送出來，第二個願意 sign DNR⁹在家善終，我醫師走進去，就是說我們做這塊，我們會覺得說，很多人看到這一塊的好處...」(A04)。

醫院與照護網絡願意走入家中，看見個案與其家屬的需求，進而增加他們對該醫院的好感，提升了品牌形象。

⁹ 簽署拒絕心肺復甦術同意書



(三) 佈局分級醫療的社區網絡

醫院在與社區基層院所進行醫療照護整合網絡的協作時，漸漸整合成以醫院為中心的社區照護網絡。例如醫院居家醫療主管提到：

「當然今天你要轉介個案給我的時候，講白一點，我可以納為己有，我就請院內醫師出去，可是我就覺得做這個案，你第一個就是支援你的就近性，今天甲地區我一樣可以跑，可是他是你的醫療群，他已經跟你醫院長期合作，又因為他加入你這個計畫案，我覺得為了聯繫上大家合作，還有資源就接近，我一樣乙地區的我也不要跑，我就轉給乙地區的診所，我覺得啦，要以病人的服務為中心...就是說今天病人那麼遠，你幹嘛派你的院內醫師去，就有當地的診所，你把 CASE 給他，第一個當然都會覺得說你們醫院有個案給我，那我們大家一起來服務，我覺得是這樣子更好，那你相對的你給人家個案，說不定以後這個個案以後需要住院或回到我醫院...我覺得應該是就是互相的啦，畢竟我們是他的支援醫院，你既然開始給他，他一定也會先，除非我們嘉基今天沒有床，那他就到別的地方去。那我覺得說這個其實是互相，就像他們有一些他有問題，他們自己收個案，他第一個會診就想找到我們，其實醫療群他不一定只有加入本院這一群啦...他會診不一定要找你的醫師。這是很現實的，那你也要有能力做人家的後盾啊，他幫你會診，聽起來我就吃虧，可是很難講，像我們甲醫師就很聰明，基層醫師的個案這一定要做超音波，就安排回來了。這樣子醫院跟社區醫師是不是建立了橋樑？說不定以後他們兩個醫師自己本來就可以繼續聯絡，互通有無，我覺得這是無形看不到的啦。」(A04)。

醫院不見得要處理所有的個案，當醫院願意轉介給基層醫師，相對地預期基層醫師也更有意願轉介有需要的個案給該醫院。而對社區醫師的支援行為，可能也會



促成院內醫事人員與基層醫師的非正式關係。

當健保依分級醫療給付的方向越來越明確後，佈局成為「社區網絡」的後送醫院可能是將來醫院的新營運動能，例如衛生所醫師提到：

「醫院網絡佈好了。等到有天給付照健保署講的分級醫療以後，就有可能說這些網絡是我的，這些病人都會轉回這裡，就有很好的機制讓診所安心、讓病人也安心，對醫院來講就是很好的，醫院的醫生不再需要看門診，只要把住院顧好，做很多研究，相對住院給付都提高了，住一二個比門診看一百個，他就很高興啦，統統轉出去啦。」(A01)。

當醫院主要收入仰賴住院病患、門診不再是主要收入時，醫院專門照顧住院個案與做研究，基層醫師專門照顧門診個案的分級醫療分工變得很明確時，可預期成為多個社區「居家醫療照護整合網絡」的後送醫院是維持醫院營運的穩定因素。

三、 參與者

網絡的參與者，抱著什麼樣的動機加入「居家醫療照護整合網絡」呢？

(一) 走進家中才能知道個案真正問題

傳統醫療門診模式，有他的盲點，例如社區藥師提到：

「其實社區的民眾，因為你走進社區你才知道你的醫療到哪裡。為什麼你知道嗎？因為其實有很多的，比如說我舉個例子，這個個案他可能生活習慣、還有他用藥的狀況、服藥的狀況醫師不了解，但是他每一次到門診的時候、他所呈現的就是他疾病的問題而已，那可能醫師就開了這個藥。但是問題是這個個案在家裡

面他是不一定有吃這個藥，或者是他的生活起居根本就沒辦法把他的疾病調養好。那我是覺得說如果你到社區去看看到這樣的狀況，你才會發現說原來你的治療是可以調整的，符合他的需求的，我覺得這樣你在社區裡面才看得到。

(A06)。

在家中能看到門診看不到、仍對個案病情很重要的資訊，例如醫師開的藥是否有吃、生活起居能否支持調養疾病。宅配藥局主管也提到類似的例子：

「我們之前就有藥師送到家裡面去，那這個奶奶都說她糖尿病控制不好，那一天剛好她吃完飯外勞要打胰島素，他就說不然你打給我看看，那外勞是這樣子插下去就拔起來，那藥就滴出來了，因為她不知道插下去要把它按下去，她覺得打下去就這樣。其實很多的東西我覺得要到家裡才會發現。像我們有時候就會發現說：這個長輩他都說他藥有吃，可是你去觀察，例如說下次去你就請他把藥拿出來給我看一下，看你怎麼吃，你會發現他剩藥很多，他都說他都有吃，那不然就是亂吃，都有。那我覺得這個其實是一個專業的人到家裡面才可以發現的問題啊。」(A10)。

糖尿病控制不好，可能是因為照護者，例如東南亞籍看護工，在施打胰島素時讓藥漏出來；在診間問到是否有服藥的資訊，也可能和實際狀況不同。這些是專業人士走入家中可以發現的問題。就醫不便個案的家屬也有相同想法，例如個案家屬說：

「目前來講是有幫助的...這一個月阿公發生的狀況，然後加上醫師看的狀況，他會跟我們說，阿公現在這個月好像有什麼變化，我們應該去注意哪些...因為這些



變化可能在我們非專業的人來看，有時候不太會去注意到...」(A09)。

在家屬眼中，有「居家醫療照護整合團隊」連續來家中看，可以注意到自己觀察不到、對個案病情有助益的點。

(二) 找回醫師的熱誠

傳統醫療門診模式的醫師，藉此找回服務的熱誠，例如衛生所醫師提到：

「有時候覺得滿忙的，可是又覺得還滿興奮的，可是...就是很奇怪啦，就是你沒有賺錢，好像不做不行這樣子...可以讓我們醫生重新找回以前那種熱誠，我覺得啦，不是說永遠都在看健保卡和電腦，你可以第一次去 touch 人的問題，那不是只有單純的...我應該開什麼藥給他，還是說什麼疾病。」(A01)。

醫師跳脫出傳統依診斷看病的模式，去真正接觸到個案這個「人」，會出現心中期盼的熱誠。

(三) 先驅者的自我實現

另一個鼓動人投入的動機，是對未知的探索，例如醫院居家醫師說：

「這是 frontier 的工作啊，這是沒有人到的一個地方啊。如果我所做的事情都是別人都已經做好，告訴我要怎麼做，那還有個屁用啊。就是因為它都沒人做過，這才有意思啊。不然史懷哲去非洲要幹嘛，我當然我配不上史懷哲這種名稱啦，但是就是說我們做，我們有 knowledge、有 wisdom、有 plan、有 smart 的這種人，不就是應該做別人做不到的事情嗎？還做別人都能夠做到，而且還想要賺比



別人賺更多的錢，那不是很 insulting 嗎？」(A03)。

這是臺灣醫學尚未好好發展的領域，是自我挑戰、自我實現的方向。

(四) 組織的使命感

醫療、社福等成立宗旨為助人的組織，本身亦有使命感，例如醫院長照中心主管說：

「從事醫療、或者是從事社福，大概都有某一程度的對社會...嗯..的那一個責任的那樣子的一個使命在...這樣的工作團隊的成員當中。所以看見這一些轉變、看見這一個對社會整體的那種...會不會能夠支撐讓醫療團隊人員、社福團隊人員願意多一點做這件事，可能會有啦，那個價值觀上面的確有一些東西。就像我們只要看到個案傷口好一點，好高興好高興，那個照服員就會覺得很受激勵，就會覺得他的照護工作好像是很有價值的，就能夠支撐他多留在這個照顧的崗位上願意多做一點，這個好像有啦，精神層面、價值觀上的那個支撐...」(A05)。

從事醫療、從事社福組織本身的使命，以及團隊照護個案上，精神層面與價值觀上有正向的支持。

(五) 團隊解決問題的成就感

儘管精神層面許多正面回饋，仍有許多現實層面需克服。這時團隊彼此的鼓勵與回饋，形成持續前進的動力，例如醫院居家醫療主管提到：

「哪一天我們做不下去了，後來我就覺得這個多想，為什麼。就像當初我接這

個，我是百般地不願意，因為我很忙，那我個管師又沒來，我一個人要兼很多案，可是當你做的時候，我跟醫師說，我們做就對了，你認真做...那個動力就會走下去，好，這家結束了，你會碰到另外一家...一直討論一直討論，你的 idea 就會一直出來，出來的時候，自己去協調，哎，動機又來了。就是這樣子，一定會有一段時間沒有，一段又起來，因為會隨著你碰到的個案問題不一樣，你去溝通協調去討論，就又有東西出來...這是要互相鼓勵...那你就陪他走過，當下你會很辛苦，就是覺得好有成就感哦。」(A04)

與伙伴相互鼓勵，一起思考最後解決個案問題的成就感；當真的走入有需要者的家中，想做點什麼的衝動。鼓勵、成就感、衝動，相互循環，支持著團隊一家走過一家。宅配藥局主管也有類似的看法：

「我們就覺得這件事情該做啊，因為其實我們後來做越多，然後深入更多偏鄉，我們發現說真的很多偏鄉是需要這樣子的服務。那我為了要做偏鄉，我就要把這件事情做得更有效率，我才有辦法支持我的偏鄉。所以我們現在就是沒辦法回頭，只能繼續往前衝。當然我們陸續也是招到很多的藥師他們也是很有熱心，他覺得我們做得是對的，所以我們大家就一起前進朝這個方向去做。」(A10)。

發現交通不像都市這麼方便的偏遠鄉鎮，真的需要送藥到宅的服務。從招聘新員工開始凝聚想投入的人，並改進效能持續支持。

(六) 以一位醫師的學思歷程為例

從傳統以醫療院所為中心醫療模式，變成以個案家中為中心的醫療照護模式，中間有許多觀察、轉折與改變。以下詳列 A03 醫院居家醫療醫師，從傳統的

病房、門診，到投入「居家醫療照護整合網絡」的思路過程。



1. 省思到自己的存在意義是服務社會真正需求

觀察到社會需求的轉變，開始思考自己要提供什麼服務，例如他說：

「這些人應該是去思考這個社會，因為我說我是醫師，是醫師應該去思考這個社會需要什麼，而轉變自己的一個學習的認知，認知學習的本質，然後去投入這個社會，轉變自己，然後投入這個社會。所以我轉變，我把內科醫師轉變成老年醫學科醫師，同時我把老年醫學科醫師去轉變成在宅醫療專科醫師，為什麼？因為這個社會需要，所以你一定要轉變成讓這個社會能夠去取得資源的地方，你這樣活著才有意義啊...」(A03)。

當社會開始轉變需求時，去改變自己，讓自己能服務社會真正的需求，完成自己存在的意義。

2. 觀察到社會朝向高齡化的轉變

為什麼是朝「居家醫療照護整合」的方向轉變呢？他說：

「在現有的高齡化社會底下，社會高齡化的，超高齡化的社會都來的時候，他的共病失能，還有就我們就是還有其它照護的這種負擔的問題，林林總總的這些層面是很多，但是實際上這個社會要去應對的時候，人家都做了很多的事情，可是你醫師做了什麼，我問你，你醫師又做了什麼？一旦體會到我們自己覺得不足的地方的時候，那我們自己要怎麼做轉變呢。而當我這個思維開始被啟發的時候，開始要這樣想的時候，他就無論如何他就會變轉變像是在宅醫療的一個內容。」



(A03)。

現有的社會需求轉變就是高齡化、高齡化引起的共病失能、和其他照護上的負擔。醫療照護服務提供者看到轉變自己的方向，就是朝「居家醫療照護整合」的方向思考。

3. 建立「支持在宅安老」的能力

具體的轉變可能是什麼？他進一步說：

「那當你遇到這個，有這麼巨大族群的一個老年人跟失能公民的時候，你每一個都推到醫院去讓他做治療？不是啊，那你就自己有能力可以處理到一定的程度，而且他相信你，而且覺得很不錯，你是 competent 的，你是 OK 可以去，讓他很快樂，能夠在鄉村活下去，除了賺錢之外，你還是可以去把他服務的很好。那在宅醫療就是裡面其中一個很重要的項目，為什麼？因為這些族群裡面慢慢在衰弱，他也沒有辦法離開他自己的家庭，那你去他家裡面看，變得很理所當然。那你要不要把他，叫他再去...去那種很大的醫院去看啊。他聽了你講了之後，你就跟他失去 bonding 了，你跟他就沒有連結了，你現在再去看他，你就覺得他態度很奇怪。為什麼？因為你沒有從他的角度去著想，因為他知道他沒有辦法去醫院，可是你又逼著他要去，就還蠻奇怪的事情。所以變成說你到社區你再成為一個醫師，面對失能的人的時候，有些老年人的時候，你要去思考面向就變成說是很複雜，年齡還有 life expectancy 他的失能程度，還有他的那個 ADL、IADL 的 function，你瞭不瞭解他的狀況，能不能因為他這麼多考慮，然後去下你的一個臨床的一個決定，就變成還蠻重要的一件事情。」(A03)。



傳統的醫療模式是叫個案一直回醫院，對逐漸衰弱的老年族群來說，一直回醫院是一個負擔、一件非從他角度設想的事。面對這樣的族群，醫療照護服務提供者不僅針對診斷做臨床判斷，更要考慮年齡、餘命、功能等等狀況來下臨床決定。因此讓自己朝著「支持個案在自己的熟悉的環境中活到人生最後一刻」的方向成長。

第二節 整合居家醫療與長照

醫療與長照為何要協作，如何協作，以下分別就「案家的需求」、「醫藥到宅的困難」，以及「醫療與長照協作」來陳述。

壹、案家的需求

照護工作如何影響照護者的親屬？醫師尚未進入家中，行動不便的個案如何解決醫療需求？照護工作主力是誰？

一、走進長照現場：家人健康受累、氣氛低迷

家中出現了有照護需求的臥床個案，照護工作可能會影響分擔照護工作的家人健康，例如個案家屬提到：

「那時候先是阿媽照顧，然後後來家人有幫忙照顧，但是這個都最長的都沒辦法撐過三個月，因為可能床的關係，高度的關係，沒那麼方便，那我們也非專業，所以可能造成看護者的腰酸背痛啊，甚至發炎，阿媽還因為這樣去做了脊椎手術...是真的每一天每一周，甚至每個月開始狀況一直出現的時候，那包括阿媽真的是要去開刀...顧了接近三個月，身體就不適了...開完刀一直到這個月，這個月

阿媽開始現在她的輔具，她本來是四腳椅，現在她開始試著只用拐杖，直接可以走動，原則上走動沒什麼特別的問題，但是對她來講，原本阿媽是家裡的最大的一個支柱，因為她就是可以顧阿公，然後家裡的那個煮飯什麼都是她，但是因為阿媽倒下，變成這幾個月，變成我老婆更辛苦。對，那所以變成說阿媽也不能提重，我老婆到十二月底，也都是從阿媽開刀出院之後，每天都要幫阿媽洗澡...」(A09)。

老伴照護老伴三個月後，另一半也因此身體不適開刀了。從一個照護需求者，變成二個照護需求者；原先照護者能承擔的家務也需要另外的人承擔。龐大的生理與心理壓力下，臥床個案的家中氣氛可預期是低迷的，例如醫院居家醫療醫師觀察到：

「所以我在問說，我們的 practice 到底出了什麼問題。我們到底出了什麼問題，他們每個人病得都已經快死的樣子，都想要自殺，每個人想 suicide，然後每一個人都是痛苦不堪...」(A03)。

他觀察到在照護者與照護需求者之間，普遍瀰漫著低迷的氛圍。

二、臥床者就醫不便，仰賴照護者代看診拿藥

個案家屬描述失智症個案臥床的情境：

「突然就有一次要去上廁所，然後來不及，然後就拉在褲子上...就從那一刻起，就一直臥床...從五月到八月那時候只有不到五次出門...出門都是為了看診...把他硬抱下來輪椅...然後再抱上車子、一般的轎車...」(A09)。



每次出門看診，要先從床上抱個案到輪椅上，再抱到自家轎車，開車送去醫院後，再抱個案到輪椅上，經過掛號與看診，再抱個案上轎車，開車送回家後，「先會讓他待在輪椅上，到他吵的時候才會讓他上床...」(A09)。出門一趟不僅要體力的負擔，也可能得應付個案的反應，例如個案家屬提到：

「因為阿公都不出門，因為你光要抱他下輪椅的時候...他會吵...會鬧，會抗拒，他會去抓住床，就是臥著讓你不能抱，然後因為他已經那時候臥床兩三個月了，我們怕跟他硬碰硬，怕他骨頭會變脆弱，會怕骨折什麼之類，所以後來到現在就這後期的這四五個月，我們回診不到應該不到三次啊，就等於沒再讓他出門了...」(A09)。

因為個案出門一趟需消耗許多照護者的體力，也怕個案在出門的抗拒過程中受傷。在很少出門的狀況下，有些慢性病的藥物是由個案家屬代看診拿藥 (A09)。長照中心的主管也有觀察到類似的狀況：

「取藥的困難，有時候有些個案真的是沒辦法穩定再去給醫師當場在診間裡面去瞭解他現在的狀況，所以單獨去協助他取藥的時候，有時候很多資訊就變成是照服員要透過他平常照顧他要能很詳細地去傳達，有一些醫師當然已經長期知道瞭解照服員在協助這樣的工作，過去有一些醫師也會表達說他要看到人...最熟悉最瞭解他身體狀況變化的就是我們的照服員，作這個跟醫師之間溝通的橋樑的時候其實是，有時候醫護人員也會滿希望就是說，真的是透過我們可以得到比較詳細知道個案的本身的一些變化啦，或者用藥的一些狀況...」(A05)。

以往照服員填補了許多取藥的需求，長期照護個案的關係，照服員常常是個案周遭最瞭解身體變化的角色，也是門診醫師瞭解個案病情變化的窗口。



三、長照服務支援有限，東南亞籍看護工成為照護主力

對於家中臥床個案的照護者選擇，家人與政府的居家服務可能是第一選項，現實面卻有許多需要考量的地方，例如個案家屬提到：

「像我老婆顧的時候，他也是，他不會喊腰酸背痛的人，也是暑假那時候就差不多三四個月，他只清洗跟換尿布，就晚上十點左右這一次，對，他也造成他身體一個大負擔啊，對，然後後來是真的沒有辦法...有在請朋友在想說是不是就俗稱就是可能是，他是 50 歲左右的婦人啊或者是男生啊，他就可能他願意可能一個月，每天可能就來個幾個小時之內，就長照這邊，居家喘息就一個階段了，然後他們從中再找一個人，就等於是花錢去請這個人來幫忙。然後晚上我們自己再來，那時候有這樣，然後試了差不多快一個月，根本是找不到人。因為你要全天，我們負擔不起，12 小時的話有問，一般外面的行情一天大概都是一千三至一千五...所以你甚至而且假日的話，薪水還要...你一天一千三就好了，你一個月就要三萬九了，所以在這個狀況下，我們就開始猶豫，那因為不曉得阿公這個狀況會多久...變成我們可能要開始尋求外勞...他的薪水...大概就是兩萬出頭，然後你加上可能我們要負擔給他的伙食啊，就是他跟我們一起吃飯這些，把它概算起來，我們是把它概算一個月大概在他身上大概要三萬塊...而且他是等於是幾乎是每天，甚至 24 小時了，那我們如果麻煩臺灣的看護工的話，那最便宜一天也要一千三，而且假日不算的話，對啊，假設月休八天，他的工作 22 天，他的薪水也已經快接近三萬了，而且假日我們還要自己來。對，然後我們就會想說，那現實面的換算，那申請外勞可能會對我們比較划算，我們才開始去了解外勞這一



塊。」(A09)。

一開始也不想特別請人來幫忙，後來實在已造成家人無法負荷的負擔，開始從現有的長照體系尋找看護工。請臺灣人來幫忙，每 12 小時最低 1300 元，晚上、假日須自己照護，一個月花費三萬元，而且很難找到人。請東南亞籍看護工來照護，幾乎每天 24 小時，含伙食費也是每月花費三萬元。最後選擇了東南亞籍看護工。

從長照中心的開案量，也看得出一些端倪，例如長照中心主管說：

「前年的時候我就發現嘉義縣照顧服務的開案量為什麼沒有一直上來，就感覺有一直往下來、往下走的那個狀況，那個往下走不是沒有新案申請，因為我們有一定的結案率，所以結案數還是有一定的高，結案裡面有一定的比例是使用外勞去了，大概死亡是佔我們結案的原因的第一位，再來就是外勞。這兩個大概都是在那邊，不相上下的，我其實在觀察嘉義縣，社會局也常常在逼問我說，為什麼你們照顧服務案量沒有趕快趕快去衝阿，我們有努力宣導，我們在社區做這麼久，也有很多人認識我們的照顧，我們也鼓勵他們要申請，可是為什麼沒有，申請很多還是申請跑到外勞去了。對家屬的觀念來講，我用一個外勞，我 24 小時，他可以解決他的所有的疑慮，那照顧服務...我們鼓勵家屬要有一定再發揮他原有的功能，我們也鼓勵個案發揮他自己原有的功能，這概念能不能被個案跟家屬接受，不盡然，所以我們覺得說部分進去，就是補充他就好了，其實也應該是一個好的理想，可是...有沒有被民眾都接受？我自己實務面的觀察，沒有。」

(A05)。

在長照中心觀察到，個案結案的原因是除了死亡外，就是申請東南亞籍看護工

¹⁰。對個案的家屬來說，現實面是衡量花費同樣的金錢，哪一種方式能解決照護上最多的負擔和疑慮。而東南亞籍看護工也因此成為臺灣長期照護的主力。



貳、醫藥到宅的困難

對個案而言，「看診」意味著什麼？拿的藥真的都有服用嗎？決定要到案家提供服務，遇到哪些困難？開處方箋之後，藥怎麼到案家？以下分段描述。

一、 感到價值受壓抑的醫師與藥師

(一) 對案家而言，有開藥才等於有看診

當從案家的口袋裡付出健保的部分負擔時，就可以知道此次「會面」是否有滿足案家心中的「看診」價值。例如衛生所醫師提到的例子：

「看病不是只有開藥而已，我們的一個關心、我們的一個介入，他也是需要 charge 的...A03 (醫院居家醫療醫師) 就遇到一次了，他去幫病人分析他的藥物，幫他做一個整合，什麼要吃什麼不要吃這樣子，病人就說你來又沒有開藥，你只是看看藥而已，給我收 78 元。病人就不太高興。A03 就說阿不要收不要收，算了。」(A01)。

由於沒有「開藥」，案家認為沒有滿足心中的「看診」價值，因此拒絕自付健保的部分負擔。而醫師對案家的關心、花費的時間與累積的知識經驗，都無法成就「看診」的價值，只有開藥可以。

¹⁰ 申請東南亞籍看護工就無法使用政府長照對「照服員服務」的補助



(二) 藥物被選擇性地服用

既然「開藥」可能是案家認為「看診」中最重要的一环，回到家之後，藥物卻不見得能發揮他的角色，例如個案家屬說道：

「我個人覺得啦，因為這些藥對他吃，多少會有幫助啦，但在我的想法裡面，我反而覺得沒有幫助，為什麼？因為他的腎臟不好，你吃太多西藥的話，可能會造成他的身體負擔更大...因為家裡是長輩在嘛，因為我們年輕一輩的都有工作，所以你可能白天的時候的藥，到底他有吃了沒有，還是吃了的感覺到底怎麼樣，我們也沒辦法去真的掌握住。對，那所以變成說這些藥就是說難聽一點，時間到了就去拿藥回來，然後這些藥吃沒有了，再就是俗稱要回診之類，對，就是這樣。那其實從那時候慢性處方間的藥吃到現在都還沒吃完...因為他可能一天需要，比如一天需要吃三餐，可能他連一餐都沒有吃，但是可能基本上就會用一餐的藥，下去泡，泡水，但是結尾還是沒有吃，所以相對來講一天的藥變成三天的藥了。」(A09)。

藥物開立出來，到了個案家中，可能因為照護者的想法（例如：吃西藥傷身）、照護者按時給藥的能力（例如：長輩照護長輩，不見得有能力按時給藥）、個案的進食狀況（例如：進食頻率改變），藥物被選擇性地服用。

即使醫師來到家中，照護者的想法也持續影響著個案對藥物的服用狀況。例如醫院居家醫療醫師提到，在宅醫療其中一個碰到的問題是處方權。當個案臥床已久，家屬代個案看診拿藥，當有醫師來時也不見得會想讓他開藥，因為一直以來，決定藥怎麼吃的不是醫師，是那位家屬。直到某次事件發生，在宅醫師協助解決了問題，獲取家屬的信任，才真正得到處方權（A08）。



(三) 社區藥師收入主要來自藥商角色

社區藥局扮演著藥商與藥事服務提供者的角色，這二個角色的比重是有差距的，例如宅配藥局主管提到：

「社區藥局奇怪在哪裡？就是社區藥局一定要請藥師，因為藥師才能登記藥局嘛。但是社區藥局最獲利的是什麼？就是保健食品啊一些有的沒的。但是社區藥師的薪水是高的，就是說一些助理什麼薪水可能是比較低，但是社區藥局的獲利是由他們來的...就是社區藥局裡面會有很多的矛盾，變成說社區藥局大家都在專攻這些保健食品什麼的，因為它是獲利的來源。那另外其實臺灣也沒有什麼處方藥可以賣，真正的處方可以販售的處方藥其實不多啦...很會賣的不是藥師，那藥師只是掛一個牌子，因為它藥只能用調劑的部份，那調劑又不能販售，就變成很奇怪的一個生態啊。」(A10)。

對於藥局的營運來說，藥師的人力成本遠比其他職類高，藥局也需要藥師執照才能核准成立，藥局最賺錢的卻是「不需藥師專業」的保健食品販售，接處方箋調劑藥物僅是附加功能。宅配藥局主管亦用數字舉例說明：

「一般一個社區藥局大概就是一張處方箋假如一百塊的話，那藥師的薪水大概六萬塊，那大概要六百張才能養活一個藥師啊，簡單地算是這樣子，但是很難做到六百張，一個社區的話...你如果不跟什麼診所合作，不跟什麼牙醫合作，你自己這樣子其實很難，三、四百張就算是很厲害的社區藥局了。」(A10)。

若以現有的藥事服務費¹¹加上藥價差，算整數每張處方箋可獲利 100 元，每個月需要 600 張處方箋的量，其獲利才能剛好請得起一位藥師。一般社區藥局，一個月處理四百張已經是藥師眼中很厲害的社區藥局了。數據顯示藥局的營運主力並非「處方藥的藥事服務」。社區藥師在這樣的環境執業，其職涯方向也會受到影響，例如社區藥師提到：

「藥師的收入跟醫師最大的不一樣是，你們看診的時候就會有費用。那今天藥師的話你一定要所謂的商品的買賣才會有所謂的價差嘛，那我們就是靠這樣的價差來當做是收入嘛...今天一個顧客來，我給他很專業的服務，解決他所有的用藥問題，老實說他沒有跟我買東西我是沒有收入的。藥師本身在於健保的給付之下，那個調劑只有非常微薄的收入。在社區藥局裡面要有所謂的進貨啊，還有所謂的營運的金錢的控管。進貨跟出貨之間的一些管理是很重要的。然後再來行銷...一般社區型的藥局的藥師，可能他的時間、精力還有成本可能是花在說藥商這個身份上，大部份。然後藥師的成分其實很少。」(A06)。

社區藥師的收入主要來自販售物品的價差，健保給付的調劑費只佔很小一部份。因此社區藥師大部分注意力放在進出貨和行銷，藥事服務相對不受重視。

(四) 醫師、藥師感到自身價值受壓抑

當執業功能只剩下開藥，醫師感到自身價值受壓抑，例如衛生所醫師提到：「相對我們的價值是被壓抑的，你只是來拿藥的。」(A01)。另外醫院居家醫療

¹¹ 健保給付藥事服務費 48~69 點



醫師也提到，目前的醫療行為逐漸趨向異化¹²。藥師也有相同感受，例如社區藥師提到：

「昨天我跟健保署的官員在聊的時候...他覺得你們藥師就是送藥到府跟調配藥物而已，就是在安寧的個案裡面，然後我心裡在 OS 我在想說你都不知道我們做的服務，送藥到府然後調配藥品只是基本...甚至我在安寧的個案，我還參加安寧個案的那個，譬如說安寧個案他意識還清楚的時候，我們也送他回到老家，然後成全他的心願。甚至比如說有時候我到個案的家的時候在送藥，幫他貼貼片完之後剛好遇到照服員，照服員再問一些其它非藥物事情的時候，我們所知道的我們也幫忙做所謂的轉介或者是怎麼樣，所以其實我是希望我是這樣 team 的一個角色，是一個組員...比如說我是某診所的我們現在幫忙服務的藥師，我們是他們安寧照護團隊的一員，你有什麼藥物問題。我們甚至會幫他做一些解釋啊，然後幫他說這些藥物你大概，比如說你貼片貼上去的時候舊的貼片多久要撕下來，你這些藥品你在使用的時候，它可能有那些副作用啊你稍微注意一下，那現在譬如說是女兒在照顧他，那爸爸最近是不是有便秘的問題啊，意識怎麼樣啊，我可能會稍微看一下原來都沒有問題，沒有吃了這些藥物比較典型的副作用。這些我們都常常幫他們做評估，如果有問題的時候就會再跟醫師再討論一下，這個個案他目前的狀況，醫師看的跟我看的到底是不是一樣，藥物要不要調整。」(A06)。

¹² 異化在維基百科接近本文討論主題的解釋是：「市場上待價而估的商品而非社會關係」、「勞動成為無意義的活動，無法帶來真正的滿足」21. 維基百科編者. 異化. Available at: <https://zh.wikipedia.org/w/index.php?title=%E7%95%B0%E5%8C%96&oldid=41759875>. Accessed 2016-10-10UTC06:52:42+00:00 (UTC),

藥師的工作價值被認為僅是調劑藥物、送藥到案家。然而藥師也是醫療照護團隊的一員，他可以評估症狀是否與用藥副作用有關，甚至付出著人對人的關心，與情感上的支持。



二、醫療前進案家的現實考驗

(一) 醫院有營運的壓力

醫院的營運壓力不免俗地是經營方與第一線人員討論的議題，例如醫院居家醫師提到：

「主要是績效主義的一個思考...就是說他會要求你說就做這些東西，可是你明明你就是沒有全職在做，你就沒有辦法做到一定的量...他講說，你這個跟那個人算一下，你這個到底賺多少錢，這個應該是沒賺什麼錢，就會講這種話。但是這個都是感受的問題，就是說很多東西是要做不做，其實你要看背後的那個效益...你有很多東西其實是在做的時候，健保事實上有給付一些，可是很多東西你做得好跟不好，也會影響整個醫院能不能再成長這樣的內容...我著眼點是認為說，我不想要去希望你去談績效的一個很重要因素，因為現在這些東西都還沒有一個麵糰，那你就需要有一個湯圓，是不可能的事情。你要有東西出現，你要有人，你要有人去思考，你要有時間公開去做這個事情，才可以。不是你今天告訴我說我要做什麼，你都用績效要求我，我就會成長出很多很漂亮的東西給你，然後代表你這個企業形象就很棒這樣子...」(A03)。

當健保給付無法讓醫院有盈餘、甚至虧損時，醫院的營運壓力可能會轉移到第一線人員的肩上。然而許多面向是當下財務報表看不出來的，例如若居家醫療整合

照護網絡發展得好，可能會成為未來醫院經營方向軸轉、尋求營運新動能的選項，在初期帳務報表的赤字，可視為醫院的投資而非虧損。若是視作虧損而要求第一線人員「改進」，不僅易澆熄熱誠，也可能撲滅了醫院創新發展的機會火苗。

第一線人員要如何堅持著心中認為對的事，一邊抗衡著醫院營運壓力呢？例如問及如何說服財務方面的主管，長照中心主管提到：

「我要講很難啦...我覺得像 A 醫院是因為我們的過去、在整個系統裡面，其實因為很重視在社區這一塊的工作...我們真的是宗教醫院，所以有一個信仰價值觀在支撐做這些事情。所以...我們大概只能就這一些價值上面來跟醫院對話、來談這些事情，但是實際財務面被檢視的時候，那也是很現實，就會去算，怎樣是合理的，應該要怎麼樣，是不是這個計畫如果要支撐下去，缺這麼多，那要怎麼解決，這個也是一個就變成是...真的很難哩，因為很實際的數字那個是很難去調整（笑），很多人就接受說要在那個落差裡面就去接受認同這件事情，我要投注這麼多進去做。」(A05)。

經營社區許久的歷史傳統，以及宗教醫院的信仰價值觀，是第一線人員面對院方營運壓力時談判的籌碼。

(二) 與醫院其他醫師的利益衝突

個案從看多科門診，變成一位醫師到宅統整藥物，中間是否會對誰有利益衝突呢？例如衛生所醫師提到：

「以現在的醫療結構下，醫院為什麼要把案子轉給你（基層院所）？他把 case 轉

給你，就沒有錢啦...只要是這些是我的醫療群，我把病人 share 給醫療群，醫療群就會 share 回來，醫院獲利變化可能不是很大。但醫院裡面的醫生就不一樣了，今天這些人本來來我這邊代拿藥，其實（個案）不可能去嘛，大家都知道，這次的門診會是算誰的，算是（開藥）醫師的業績，今天我把這個 refer 出去的時候，那個醫師是否減少了業績呢？要看量多不多，五、六個可能沒什麼感覺，可是當你量很大很大的時候，外面很多人在做這個時候，會不會產生搶病人的問題。醫院喔，門診比較好賺，住院不好賺。」(A01)。

醫院轉案給基層院所，就不再能從此案得到健保給付的收入了。若是醫院轉給自己經營的社區醫療群，社區醫療群也會轉診回該醫院，長久下來預期不會負面影響該醫院收入。由於醫院醫師在收入的分紅上，從看門診獲取收入、相對從照顧住院病人獲取收入來得容易，當原本來拿藥的病人被陸續轉走，對醫院各科醫師來說，其自身收入利益是有衝突的。詢問醫院居家醫療主管，自身業務是否可能影響其他科的業績，他答：

「對對對，會衝突...我未來希望說能夠在我門診的醫師盡量幫我們篩選出那一種，只是來拿藥，沒辦法出門的，所以我剛剛有提到，三月份我們會去醫療科宣導，我相信門診很多...很難啊，還是得做啊，牽扯到 PPF¹³我知道。」(A04)。

進一步拓展案源，希望把行動不便就醫困難，散佈在各門診、代看診代拿藥的個案，納入居家醫療照護整合網絡時，可預期會與原來門診醫師的收入利益衝突，而遇到困難。

¹³ Proportional Physician Fee；醫師績效分紅費



(三) 健保給付少，醫院提供跨職種專業人員的支援有限

醫院編制跨職種の醫療團隊，居家醫療照護整合團隊也需要跨職種專業人員的支援，例如長照中心主管提到：

「像我們有一些長輩的話，你知道他是吞嚥困難，有可能吸入性肺炎可是你最終還是有背後的原因嘛，那你要怎麼用，就是那次有提到 ST¹⁴可不可以出來...譬如說，今天這個醫生去去看說他是肺炎，他可能吸入性肺炎，可是我們給他一些症狀治療，治本的治療是什麼？（筆者答：吸入性肺炎要拍痰。）還有可能就是進行這個部份：你怎麼進行他的吞嚥功能訓練，或者有一些衛教，不只是衛教，可能還包括照顧技巧的介入。可是這個部份你這一端怎麼樣去把它加在我們這一塊啦...那個介入。就是說現在還是，所謂居家醫療整合計畫，目前還是在醫生...其它的一些專業人員，好像，我並沒有看到，我不知道有沒有看到給付，好像還是有限...之前提到牙科，可是因為牙科現在有另外針對一些特殊案例，他們有提供在宅的那個牙科治療，可是事實上那是很好的立意，可是不好吃，好看不好吃。因為你牙科本來就很忙，在醫院就很忙，你要把整個的儀器跟設備人力拉過來居家，本來就有它的限制...因為我們幾個就是發生那種情形，就是整個牙齒打開，整個又出血又什麼，又有殘牙在那邊，沒有辦法做處理，因為不可能醫生去一次就好了。可能就在宅那個部份的話，牙科有另外的獨立的一個限制...」（A02）。

居家醫療照護整合事實上需要跨職種專業團隊的合作，像是吞嚥困難的個案是吸入性肺炎的高危險群，除了肺炎時醫師開藥、照護者拍痰外，語言治療師針對吞

¹⁴ Speech-Language Pathologists，簡稱 ST，語言治療師



嚥功能的訓練以及照護技巧的衛教也是很重要的一環，但現有健保制度沒有給付，影響了團隊的完整性。在宅牙科亦有設備、人力與申報給付的限制，無法真正解決許多行動不便、有牙科需求的個案問題。

醫院是跨職種人力資源最豐富的單位，在居家醫療照護整合網絡中，是否提供跨職種人力資源卻面臨兩難，例如醫院居家醫療主管說：

「我也不敢大肆宣導，為什麼？因為我沒有那麼多人力，你跟人家講了，去得了嗎？...我們醫院很多是做義務的，像我們的復健師目前還沒有很正式，我們有個復健師就是說，我找你們出去，你不要利用上班時間，我做義務性。因為健保署你看我連護理師錢也沒給，營養師的也沒給，社工也沒給，他只給居家護理師，呼吸治療師，錢給的就是只有那幾個特定的專業人員，他們還沒擴大。」

(A04)。

到宅服務對許多職種的專業人員而言，健保沒有給付、或是限定條件給付，在這樣的背景下，許多到宅服務出於自身的熱誠、義務性質地協助。因此也不敢跟案家或網絡其他團隊說，醫院有提供其他職種的團隊支持。

(四) 誰該承擔交通成本？

健保給付的醫師診察費未包含交通費，交通成本處理常態是院方自行吸收，例如醫院居家醫療主管說：

「我跟你講啦，交通費你叫個案出，沒人要叫你去...所以阿里山我們去成本很高，可是阿里山你去了一次才知道他們是更需要醫療，都在深山裡。他們又不喜歡照顧自己，積極性又不高，資源的不方便性，怎麼可能出來...嘉義市都是老人

顧老人，不然就是兒子媳婦都很省，你要加錢我不要，那講白一點，經濟能力好的...都自己想辦法出來。我也碰到幾個經濟很好，他不在乎錢，他說你們來...我都没問題，這種個案不多...我們還是不收...統一。你比如 A 家收 B 家不收，不行啦。」(A04)。

偏遠地區自我照顧可能較差、經濟能力可能較差，若計算交通費可能讓案家打退堂鼓；面對市區經濟能力差的案家亦有相同考量，由於必須統一收費，面對經濟能力好的案家也選擇不收費。既然交通成本自行吸收，可預期院方會進行節省成本的作法，例如醫院居家醫療主管提到：

「成本考量主管有跟我講，你當一個主管，你要去做一個成本控制，好，那我剛有提到，像嘉義縣，因為我真的太遠，我就請我們嘉義縣的社工派車接我們，那我今天把病人個案集中在那一天，第一個也不要讓他們社工這樣奔波，我就盡量一個月一次或兩次，就由負責的社工輪流載我們，那我嘉義縣是不是省下來的。那我嘉義市的個案我也盡量湊成各種，會診是特殊才能一個，要不然我個案盡量集中，集中在同一天出去...盡量就是說出去一趟，盡量人多一點，這樣你成本就不會虧那麼大。」(A04)。

具體節省交通成本的作法是：將個案集中在同一天去訪視，也將團隊集中在一起出訪。

(五) 難從社區藥局取得安寧管制藥品

當個案處於末期疾病階段時，可能會使用到安寧管制藥品。醫院醫師可以開處方給醫院藥局調劑，基層院所開立的處方絕大多數都由社區藥局調劑。事實上



有引進安寧管制藥品的社區藥局很少，與 A06 社區藥師談到他引進安寧管制藥品是驚人的突破，他說：

「其實我當初要接這個業務的時候...我直接跟 TFDA¹⁵的長官先報告一下，然後他們跟我講說你是社區藥局的藥師啊？他說：你不要做這個業務啊...因為領這個管藥、特別是一、二級的管藥理論上應該是在醫院領啊，然後社區型的藥師你為什麼要做這個業務，然後他是採否定的態度，但是他是委婉跟我建議啦。然後我又打電話到管制藥品工廠，因為一、二級管藥的話是管制藥品工廠出，因為這個一定要管制嘛，而且所有的行銷還有生產都是那邊做，我跟他問，他們也給我否定呢，他們跟我說：你不要接這個業務啊，因為我其實第一次聽有社區型藥局。所以我其實蠻肯定，也許全國第一家是我，可能有一些藥師過去也想做，但是到最後他們都打退堂鼓，為什麼？今天假設我進了一、二級管藥，醫師的處方不到我這邊的時候，光是這些藥品的報銷就是很麻煩的事情...如果你進一、二級的管藥，你這家藥局就是衛生局重點稽查的藥局，只要點管藥一定到你這一家...」

(A06)。

一家社區藥局若要引進安寧管制藥品，得先和衛生福利部食品藥物管理署的長官報告、也可能在公部門和管制藥品工廠都有勸阻的阻力。引進後藥局變成衛生局的重點稽查藥局，若藥品未使用完期限到了，報銷也有許多手續。

社區藥局除了有引進安寧管制藥品的困難，社區藥師對安寧療護的熟悉度也需要經驗，例如宅配藥局主管提到：

¹⁵ Taiwan Food and Drug Administration，衛生福利部食品藥物管理署

「其實安寧我覺得它這個應該是蠻需要經驗的...就像我們藥師其實我們在訓練他們送藥，其實有時候就是說當然他自己要先有那個熱忱就比較容易，不然你要請他去接觸一個陌生的人，還要送到他家去，其實是有一點困難。因為我們不像社工做的一些訓練，我們的訓練是比較我覺得是在牆裡面，就在這個欄杆裡面，你要踏出去，有時候不是那麼容易。那安寧又是那種生離死別，我覺得更困難。」
(A10)。

藥師的訓練過程較少跟人接觸，因此願意投入送藥到宅的藥師，需克服接觸陌生人、送到他家去的困難，而距離生死之際的安寧，其難度是更進階的了。

三、送藥到宅

在案家看完診，也開立了藥物處方箋。藥物如何被送到案家手中？

(一) 網絡成員都可能是事實上的送藥者

居家醫療照護整合網絡的成員都可能是事實上的送藥者，例如醫院居家醫療醫師說：

「絕大部份都是個管師自己送，要不然就是社工自己送...完全沒有資源，那志工個管師也都到不了，然後可能就請那個送藥的藥師¹⁶去幫忙，如果送藥的藥師不行，可能再找宅配藥局。」(A03)。

依個案狀況，個管師、社工、志工、社區藥師、宅配藥局，都可能是事實上的送

¹⁶ A06 社區藥局藥師



藥者。藥師是調劑後送藥；非藥師是持健保卡與處方箋，去藥師處代領藥後給藥。

(二) 法令限制

法令對於藥物的調劑與交付是有規定的，例如詢問可否像送餐一樣，交給志工送藥，居家藥師回答：「一、二級管制藥物完全不行哦，是一定要藥師親自送哦...一般藥也不行，藥師法的規定也不行啊...」(A06)。法令規定的精神是由藥師親自交付處方藥物給個案。

宅配藥局主管有著不同層面的看法：

「其實法規是限制也是一個保障...所以例如說屈臣氏它很難進入這個門檻，因為屈臣氏它養一批的藥師來做這件事情是很困難的，因為送藥現在規定是一定要藥師的...之前那個工研院好像有來討論過，例如說山裡面走不進去，是不是可以用無人機去送，送過了以後我藥師跟他就是遠端告訴他怎麼用這樣子，我們有討論過，只是說這個法規上還是不行，因為法規目前是講親自交付。」(A10)。

對於經營送藥到宅的產業而言，法令規定「藥師親自交付處方」，不只是限制，也是競爭者進入產業的障礙。甚至藥師用無人機送藥也曾討論過，因為法令限制而作罷。

(三) 藥局送藥的收入與成本

現有的產業結構下，有可能形成穩定的送藥到宅的服務嗎？社區藥師說：

「一般箋是 48 塊，慢箋是 69，也是浮動點值...所有的服務都是來自所謂的處方調劑而已。然後包括所謂的安寧照護，老實說你看一張 48 塊的處方我可以花

三、四個小時去做服務，然後油錢還有我自己所有的時間都不算哦。因為市場上還沒有這樣的共識覺得說藥師很重要的時候，老實說我今天自抬身價說我要這樣收費，其實也沒有辦法大家可以接受。送藥過去有沒有路程費。沒有，全部都免費啊。因為這個你怎麼好意思跟個案收？」(A06)。

案家與健保都不支出交通油費、與送藥的時間成本，送一次藥帳面上的藥事服務費收入僅 48 至 69 點¹⁷。有人在其中看到形成產業的機會，例如宅配藥局主管說：

「一份藥品他藥事服務費大概是 66 點大概 60 塊左右¹⁸，可能還有一點點的藥價差... (加上) 一點點的藥價差大概一百多塊，那物流他們在送的話，大概一份也是一百多塊嘛，那假如一百多塊物流做得起來，藥師應該也可以做得起來。因為物流的薪水沒有比藥師少太少，也是要四、五萬以上...基本上只要我的店夠大，理論上啦，如果我一百多塊他也一百多塊嘛，那應該是可以 COVER 這一整件事，所以我們覺得這個可行...臺灣有在用慢性病的有兩三百萬人，目前哦。那現在的高齡人口才 14%還是 16%而已，那未來會越來越高。而且這個好處是這個市場是不可逆的，這個市場一定不可逆的，所以老人只會越來越多...所以對我來講，其實送鄉村不一定比較不划算，只要夠密集就 OK。」(A10)。

如果量夠大，比對物流的經營成本，送藥到宅是有形成產業的潛力的；高齡人口增長是不可逆的，當某地區需求人口多到一個數量，即具有提供服務的經濟效

¹⁷ 目前健保核算一點約 0.9 元

¹⁸ 宅配藥局只收慢性處方箋



益。量要多大才能穩定經營？宅配藥局主管說：

「一天假如可以送 40 到 50 個點，包括機構包括散客，應該是可以打平，一個點的話當然機構可能是比較多，一次可能 5 張 10 張，其實一個散客不會只有一張，大概平均是 1.5 左右，所以我假設送 50 個點乘以 1.5，大概 70、80 個處方... 一天 70、80 張的話，大概可以打平我藥師的成本（包含運輸）。」（A10）。

如果以送藥到處方箋較多的機構為中心，發散到機構周圍的零散個人送藥到宅，單一藥師每天送出 70 至 80 張慢性處方箋，可以打平藥師的成本。

（四）可能的糾紛

送藥到宅也可能產生客訴或衝突，例如宅配藥局主管提到：

「我們最大的客訴就是說跟我說早上要來，我到中午了你還沒來，因為老人家都會覺得早上就是可能 8、9 點，可是對我來講可能 9 點才開始上班，我送到那邊就 11、12 點，會有這樣子的客訴啦，但是其實我覺得見面三分情，所以通常只要我們藥師去到那裡沒有太大的問題...那我們有遇過就是說例如說我跟你約好，結果我去到你那裡，他說他藥已經拿了，那就算了，反正我藥不給他，他單子不要給我，那就是我認虧倒霉就是多跑一趟這樣而已。」（A10）。

跟長者約時間，長者可能認為早上就是八、九點，送到他家時已接近中午；或送藥到案家時，才發現個案已經將處方箋給其他藥局調劑了，沒有收入下，多出來的成本只能自行吸收。



參、醫療與長照協作

醫療與長照協作是這個受訪網絡的特色。以下分述「與長照中心協作的好處」、「協作模式」與「實際案例」。

一、與長照中心協作的好處

長照中心提供個案在生活上的支持，影響著個案的醫療需求，例如衛生所醫師提到：

「照服員屬於第三者進來，特色是針對獨居、家裡不關心、family support 不好的很有效...很多疾病是生活的問題，並不是醫療的問題...他並不是什麼都需要藥的。因為有時候你把環境用好他不會跌倒，你怎麼經常讓他起來活動、教他怎麼樣去運動，老人家其實膝蓋也不會那麼快退化，你怎麼樣讓他訓練起來說不定他就不用失能了。」(A01)。

如果居住環境有適當的支持、運動活動有妥善的介入，長者的退化會減緩，醫療需求也會減少。尤其是獨居、家人支持度差的個案，照服員的介入會有很大的效果。照服員也是醫療問題的偵測者，例如長照中心主管說：「照服員才是第一線，就是很實在的在看出問題的那第一線的人。」(A02)

不是每一個案家都抱持著上述的想法，例如長照中心主管提到：

「我們在居家的個案裡面，如果今天有一個區域在推這個的時候沒有照服團隊一起配合，我認為會遇到一定的困難，個案從哪裡來？因為很多民眾、很多的家屬，他們不見得認知上，他們的觀念綁住了就是：要去大醫院。而且我去那邊如果有問題我要馬上檢查，這個是過去很多醫療的框架裡面已經被制約的東西，如



果沒有照服、這個過去我們知道有一些照護面的那一些看法，其實不太容易
唷。」(A05)。

許多案家在個案有醫療需求時，傳統觀念仍希望到第一時間大醫院檢查。若個案有接受照服員的服務，可以釐清照護面的問題、以及傳達相關知識。

二、 協作模式

(一) 跨職種專業團隊在案家討論

長照中心開車載醫師到宅服務，在訪視案家當下進行跨職種專業團隊的討論，例如長照中心主管說：

「現在醫師可以進入居家的場域裡面實際去看個案，不是只看到個案本身，而是看得到他的生活環境，我們的 model 比較特別就是，我們當初就談論說這個計畫如果醫師第一次要去訪視的時候，我們希望我們的照服員能在，我們的照服員督導、我們的社工也在，當場我們可以一起有共同的焦點可以做討論。所以在那個當中就會有很多照顧面的東西可以很實際上反映出來給醫師、護理師去瞭解，他們當場也可以比較實際地去建議，就會看到，我們在照護的過程中細節遇到了哪些障礙。他們就會給很實質的建議。」(A05)。

醫師、護理師、照服員、照服員督導、社工等不同職種の專業人員，身處在個案的生活環境中，依照護面、醫療面等自身專業，以個案為共同焦點來討論介入方式。



(二) 照服員擔任眼線提供連續性照護

這次訪視與下一次訪視間，團隊與照服員的協作是連續性照護的關鍵，例如長照中心主管說：

「譬如說你藥開了之後，到底藥吃的怎麼樣，你不可能醫生再跑一趟嘛。那你如果有長照中心就是有照服員的話，你可能今天開了藥之後，照服員會回報狀況，或者是說我們就可以跟家屬聯繫...會把一些狀況回報給醫師。所以醫師就知道說，我到底我現在的治療，是不是要做一些調整，或者是說延續目前的那個，之前的開藥方式...原本的那個傳統的醫療那種不一樣，因為就是，你下次再來，我管你藥有沒有吃...（醫師）一個月去一次，兩個禮拜去一次，你看到的都是一個點的東西。可是我們照服員去，有可能一個禮拜去三天，甚至每天去兩次，看到的比較是一個線跟面的東西。所以變成說，他觀察，他可以從照服員那個部份能夠獲得比較直接的一些訊息，比較正確的訊息。」(A02)。

一般門診開藥處置後，要下次門診才會知道個案狀況；醫師居家訪視也有相同的資訊隔閡，距離下次訪視的中間，無法得知個案發生什麼事。照服員拜訪案家的頻率，不管是一週三次到一天二次，一定比團隊拜訪案家的頻率高。照服員觀察到個案服藥狀況、體況的變化，第一時間回報給照服員督導、照服員督導回報給醫師，再討論下一步如何調整。

(三) 醫療與長照每月開會聚焦個案問題

有些個案問題較特殊，需要另外約時間討論，例如長照中心主管說：

「我們一個月會有一次...找出幾個我們覺得比較想要跟醫師再有這樣的時間坐下

來討論。不是所有的個案都能夠討論，經過這樣的一個安排，我們都發現有一些個案，也比較能夠幫助我們對未來再持續進行照顧的一個聚焦。也幫助我們去思考一些可能的問題在，其他未來在相同的個案的時候，我們可以朝哪一個方式去解決...」(A05)。

透過醫療與長照另外安排的共同討論，可以聚焦個案未來照護的方向，也可以成為未來個案類似問題的借鏡。

(四) 在對話之中共同成長

整合團隊的對話不僅對個案的照護有幫助，也讓團隊成員成長，例如長照中心主管提到：

「像我們之前有在一起合作一個漸凍人嘛，後來診斷是漸凍人的一個阿姨，然後那時候就是有透過各個專業共同在那邊做一些病情討論的。那個照服員就很有學習，很有學習，因為他也看到說在宅醫療這個部份是怎麼做。那個就比較像是團隊，整體照護。」(A02)。

在聆聽其他專業的意見後，開展了不同層面的視野，提升了自身照護的能力。

(五) 降低第一線人員心理壓力

團隊士氣也因此有了改變，例如長照中心主管進一步說：

「我覺得那個產生的火花對我們的影響是大的，對第一線的照服員，其實在照顧的專業知識認知上是提升的，這個是一個，還有一個是，他心理壓力是減輕的，



因為有更多的專業團隊人員在支撐他。」(A05)。

自身能力提升、相信不同專業的隊友支持著自己，更有信心照護個案。


(六) 長照中心的限制

此合作模式是有限制的。因為政府規定的限制，長照中心可能會提早撤出，例如長照中心主管說：「如果他聘請了外傭，我們大概就是結案的處理...結案當然我們就必須要結束那個服務的關係。」(A05)。當案家選擇聘請東南亞籍看護工，政府會停掉案家在長照中心的補助，醫療團隊是健保給付不受影響，而長照中心必須結案撤出。

三、 協作案例

長照中心主管提到一個團隊協作的案例：

「一個智能不足的個案，但是他最大的問題是那個傷口，長年我們照顧了都沒有好過，過去呢也都幫他去拿過藥，那個藥就是處方箋開的藥用完了以後，結果病人不願意回到醫院裡面去再看診，照服員的經驗就是告訴社區醫療群說，我一個病人的狀況是這樣，你能不能再給同樣的藥？結果...越擦就越嚴重。病人因為認知的部分沒辦法去控制他，他常去抓，傷口就是...藥物本來就是錯誤的，加上他自我的維護又不好，所以呢狀況很嚴重。那結果醫師去馬上當場決定說：藥不要繼續擦了。就直接用保鮮膜的這一個療法的方式來處理，我們照服員一開始也很...他覺得...他也再說，這樣真的可以嗎，都不擦藥，只是把他封起來，其實那二、三天，我看到我們自己有一個 Line 的群組，我們在裡面看到照服員很焦慮，一直在問，今天去早上看到是這樣、下午又是這樣，那個湯湯水水什麼的，他說

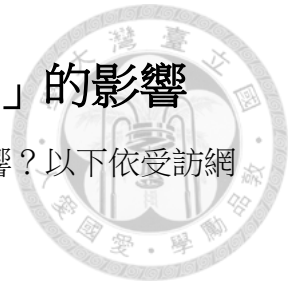


這樣可以嗎？今天的狀況是這樣，我真的不要擦藥嗎？醫師都很淡定地說，就是這樣，就是繼續維持。因為我知道那照服員還在建立跟醫師之間信任的關係，還有治療的方式，裡面的醫師用了一個超過他自己照服員過去經驗的治療。他就不斷地在那邊（懷疑），可是醫師給他不斷的支持，就是用很淡定的回答他說就是這樣沒關係，你再忍耐再幾天看看。後來我發現明顯地改善了傷口的狀況，那我發現我們照服員，其實也開始被這樣子有團隊支持的狀況下去、提供每一天的照顧的時候，他其實有一些的激勵，那個激勵是他更不會那麼徬徨喔，其實過去遇到問題他就不斷地去想他怎麼回醫院、回醫療群去，去找這些人員溝通。現在是很即時的，他隨時透過那個醫師訪視完他看到那個狀況，他給了建議，我們有一個討論的平台，其實這個計畫裡面少了那一個設計：討論的平台。那個是我們自己發展出來的一個機制。」(A05)。

照服員在第一線發現了醫療問題，因為過往醫療未直接看到個案、個案自我照護不佳，而難以解決。直到居家醫療照護整合團隊到家裡訪視，提出了解決問題的方法。照服員擔任眼線，盯著個案每日的進展；因為醫療端的支持，有信心持續實行治療方法。最後個案解決了醫療問題，照服員也成長了，得到激勵與信心。

第三節 健保「居家醫療照護整合計畫」的影響

健保署「居家醫療照護整合計畫」的實行，造成了哪些影響？以下依受訪網絡承載能力、計畫實行的阻礙、產業變化來分項論述。



壹、受訪網絡承載能力不足

問及網絡承載能力，受訪者皆表示不足。例如問及網絡對民眾是否具有資源的可用性、充足性、適當性、可接受性與可近性，衛生所醫師直言：「不夠用、不充足、不適當、不完整。」(A01)。承載能力不足有以下原因：

一、居家醫訪醫師的供給小於需求

僅僅一個長照中心收案、就醫不便的個案就不少了，例如長照中心主管提到：

「目前投入在居家醫療的醫師的人數還不夠多...我們即便這麼多案都出來了喔，可能也還沒有這麼多的人力可以這樣子高度去投入。一天出去，大概四、五個案，最多。如果我們大量地都把這一些，我們現在在嘉義縣服務一千多個個案，有醫療需求的大概，有協助到這一個項目的大概有，四、五成左右，這樣也有四、五百個個案嘛喔，所以如果我們要這麼多的量，都全部...」(A05)。

一個長期照護中心收的案中，就有四百多位行動不便伴有醫療需求。如何滿足這些需求，有以下因素影響著：

(一) 案家只喜歡選自己信任的院所或醫師

不是只要醫師來訪，每位案家都欣然接受，例如長照中心主管提到：



「有一些個案跟家屬認知上，他們不見得期待...他們還是喜歡，我要去醫院、我要去大醫院，過去他可能有習慣的醫院，所以，也就是說今天如果我要A醫院的醫師去他不見得好喔，他可能說我都習慣在B醫院看，這是一個，還有一個就是，我如果請社區醫療群醫師來，診所的醫師，他可能覺得，沒有我比較信任的是A醫院這個醫院的醫師。其實觀念上，民眾的接受度都還在調整。」(A05)。

有些案家喜歡「去大醫院看診」、有些案家喜歡某醫院的醫師、有些案家相信醫院醫師勝過診所醫師。

(二) 門診看診比到宅服務收入要高

健保現行給付下，門診看診比到宅服務收入要高，例如衛生所醫師提到：

「每天按兩下 500 點進來了。我何必看這麼累 1500 點。我每次去一小時以上，現在好一點，熟了大概知道搞什麼，看個 30 分鐘就走了。30 分鐘如果我病人很多，高血壓很穩定的，do do do¹⁹，80 歲以上，也不太會動藥了，偶爾寒暄一下，照以前一直拿，其實他們就是來這邊拿藥。」(A01)。

去個案家中一次，可能要半小時到一小時，健保給付 1553 點；門診看診費在同樣的時間可能拿到的是比較多的，而且少了移動的時間、力氣等成本。

(三) 現行給付「在宅專門診所」難存活

¹⁹ ditto，照上次拿藥

如果有專門到宅服務的診所，可以滿足較多個案需求。但社區藥師觀察到：「如果臺灣的醫師只做居家照護，但是他不看門診的話，似乎也沒辦法活下來嘛。」(A06)；衛生所醫師也提到：「我跟 A03（醫院居家醫療醫師）講說不然我們二個一起開一間在宅醫療診所看看，可是你沒有 backup，加上現在給付可能養不活，必須量很大，但責任很重，不一定有辦法撐下去。這是很大的問題。」(A01)。若要維持相同的收入，必須要個案的案量經營到很大，責任會很重。

二、計畫沒有被即時有效地溝通和宣傳

當醫療院所對到宅服務規定的認知不一、民眾不清楚醫療院所所有這項服務，會影響照護網絡的承載能力。以下分別就主管機關與醫療院所之間、醫療院所與民眾之間的溝通管道作陳述：

(一) 主管機關與醫療院所之間

從 2016 年健保居家醫療照護整合試辦計畫上路，到 2017 年，規定有些微修正，例如衛生所醫師提及：「早期是要報備、電子刷卡，現在...（醫師）報備也不用了，現場過卡用鼓勵的，年底結算過卡比例是前幾名的就給你頒獎，給你獎勵，如果是異掛²⁰就沒有了。」(A01)。醫師到宅服務不需要報備，到宅服務也不強制要刷健保卡。筆者也有詢問過健保署南區業務組承辦者，得到相同答案。在訊息傳播上，卻遇到以下問題：

1. 到宅服務是否可免報備：訊息傳遞緩慢

報備規定修改後，並非所有醫療院所馬上就有認知，例如醫院居家醫療主管

²⁰ 不刷健保卡直接掛號，健保稱為異常掛號，簡稱「異掛」



說：

「剛開始的時候呈現很混亂就是說，他們說不用報備，可是我嘉義市的那個診所都說要報備，後來我一直跟他們講他們才說...已經跟嘉義縣市衛生局講你們都不用報備了，等於是居家護理他們還是停留說，我們居家護理如果介入你這個在宅醫療，我們醫師要報備。我說沒有沒有。所以在這個溝通都沒有做得很好。到去年年底，我說確定不用報備，他們才都不報備。我這個案都不用報備...沒辦法傳播。所以那很多醫療群醫師說要報備，我說不用！你只要加入我這個，加進來，就不用。真的嗎？還很懷疑我，我說，真的！」(A04)。

醫院方已有人跟衛生局確認醫師到宅服務不用報備，醫院的居家護理所仍然認為要報備，後來社區醫療群的醫師也認為要報備。報備規定修改的訊息傳遞是緩慢的。

2. 到宅服務能否不刷健保卡：A 醫院現今仍繼續花許多人力讀健保卡

到宅服務刷健保卡，會造成時間與人力的損耗，例如居家醫療主管提到：

「刷卡問題，根本就不需要帶讀卡機出去...不得以只好把人家借卡。你如果臨時晚上要用怎麼辦?...很浪費時間，而且不是每一家喔，像有的住在很鄉下的，根本...電腦...像我之前在造咖²¹，造咖你聽有嗎？扶著，拖來拖去，轉來轉去。鄉下地方真的是沒辦法。我覺得鄉下網路收訊不是很好。像我最近個管師，你怎麼常常在刷卡，她說 case 這麼多，我不可能花這麼多時間，沒辦法只好借回來，我說

²¹ 造咖為「廚房」閩南語的發音

可是你要很小心人家家屬要用，她說沒關係啦我答應下班之前給他。我說好，你答應下班之前，變成我主管要煩惱了，你下班若晚了，我擔心我 member 的安全。小姐跟我說，學姐我很喜歡這份工作，我心甘情願這樣做。他還是得先解決他的問題，我都說，站在主管我擔心你的安全。你還拿去給家屬，只有你一個人阿。」(A04)。

帶電腦在案家刷健保卡，可能會遇到網路收訊不良；帶個案的健保卡回醫院刷卡，若案家臨時要用健保卡就會遇到困擾，而下班時間獨自帶健保卡回案家，個案師也可能有人身安全的顧慮。健保卡被帶回醫療院所刷卡，可能也會引起案家的擔心，例如診所醫師說：

「鄉下地方很多都是獨居的，因為我們都跟患者溝通嘛，他那一些家屬有時候偶爾才回來...不同的家屬又要溝通一次...有時候會覺得說會不會是拿個案的健保卡去盜刷啊。(筆者答：因為你們要整個拿走然後再拿回來。)對啊，就是可能會碰到這個問題啊。」(A07)。

案家會擔心個案健保卡被帶去盜刷，尤其在鄉下地方，獨居的個案多，不同家屬偶爾來一次，醫療照護團隊需要一再跟家屬解釋。詢問到宅服務能否不刷健保卡(健保稱為異常掛號，簡稱「異掛」)，醫院居家醫療主管答：

「我們主管說，當然是可以，不要太多，因為不是只有你們案，因為我們社區案很多，每一個人異掛的話，量就會很多，南區健保署負責我們這個案的小姐說，當然沒問題，可是整個醫院量多的時候，就會被南區健保署說，你醫院怎麼這麼多件？」(A04)。



院方得到的訊息是，由於健保署在看醫院異常掛號的數目，未排除「居家醫療照護整合計畫」的這個項目，因此每次到宅服務還是強制要刷健保卡。

診所醫師也有類似反應：「偶爾幾次是可以，你不可能每次都給他異常吧，這樣會有問題啊...你偶爾一個兩個是沒問題，那每個都這樣，那他一定會來查你的。」(A07)。有診所也認為異常掛號是不被允許的。

(二) 醫療院所與民眾之間

個案家屬得透過醫療院所的告知才知道有這項服務，例如個案家屬提到：

「因為這種狀況也是居家喘息的還有包括社工的他們很好，跟我們說其實阿公一直臥床這樣，是不是不方便出去，他有聽到我們講這些訊息，馬上透露說，你們可以申請什麼之類，對，我們才會知道，那我們也不知道。所以我是覺得社工他們這一塊，包括社會局他們真的很重要，所以我才會提到說他們宣導這一塊。那因為宣導有現在偶爾可能會在電視上還是哪裡看到，但是是因為我已經去慢慢了解了，你才會去注意聽到這個聲音的時候，才會注意聽，不小心聽到這個聲音，才會注意聽啊，但當我們沒有的時候，你根本不會特別去注意他。」(A09)。

因為居家服務提供者聽到案家的需求，進一步說可以請醫師到家裡看，案家才知道有這項服務。對於一般人來說，真的要可能會用到時，才會注意相關訊息。

民眾大多不清楚醫療院所有提供居家醫療照護整合的服務，例如長照中心主管提到：

「民眾他對於使用在宅醫療這個部份的觀念...一般民眾還是沒有的...因為多數，

因為你看目前的個案都還是我們的服務對象，他們都覺得很訝異，為什麼醫生來家裡面看。因為他們的，主要是他們資訊還沒有辦法那麼的充裕。可是我覺得這一點要回歸到我們A醫院的醫生，就是說我們整個計畫裡面的可以出來的醫生不夠...你也沒有辦法去做這方面的大量的宣導，因為你進來還是有派案出去的問題。對，好，那民眾其實回歸到，民眾到底對於我們的那個在宅醫療這個部份的訊息本來就是比較少...其它的診所，並沒有那麼的會告訴那個患者說，你可以申請在宅醫療。」(A02)。

當醫院或診所能到宅服務的醫師少、能處理的案量有限時，也只能小幅度地向民眾宣傳有提供居家醫療照護整合的服務。

貳、計畫實行的阻礙

一、居家醫療階段（S1）無給付護理費用

無管路的輕症個案仍有護理需求，例如醫院居家醫療主管說：

「(護理)還是可以去做到一個評估轉銜的角色。護理看的角色不一樣...有時候他看的是要加強照服員的照護技巧...像上次我去看一個阿公也是，當然就是醫師在開 order 的時候，阿公剛好尿尿下去...因為社工也傻了，那醫師也在旁邊忙，他兒子也傻眼，這誰來做？護理人員帶著大家一起做...有些護理突發狀況，這個他們就比較沒有辦法使得上力...能夠最好就有社工的角色，又有護理的背景的，這種工作人員是最棒的。對不對？」(A04)。

諸如評估轉銜、突發護理狀況，事實上需要護理專業的參與，理想是護理背景又

有社工角色。無給付護理費用會阻礙解決 S1 族群的護理需求。



二、給付不利申報安寧階段 (S3)

當個案處於安寧階段，申報成安寧階段會多出一些限制，例如衛生所醫師說：

「安寧還比較少...上限(每個月)180(人次)，去安寧訪一次要扣四次。可是一般是扣一次...你如果量很大的話，我就變成少服務三次了阿...所以那時候這個方案出來的時候有人說你是在消滅安寧嗎。因為...我就不要報安寧阿，我全部都報一般居家，我就像他們一個禮拜去一次阿，安寧也是一個禮拜去一次，我就用掉16次了耶。我只用四次，差距是12次耶。如果你量夠大，180次能用多少？所以就做一般重症醫療就好了，你不要把他轉成安寧。」(A01)。

申報一次安寧，在當月可申報總數上減少申報四次。此外，許多醫師沒有安寧專科，僅能申報乙類安寧的給付，從一般的醫師訪視費1553點，變成乙類安寧的1088點，其可申報的金錢也變少。支付模式影響申報行為，可預期許多原來適用安寧療護的個案，醫師訪視費不會被申報成安寧階段。

三、病歷難呈現醫訪過程

醫療資源是有限的，如何適當分配，每個人有各自的看待標準，大抵上有一個共同認可的範圍。有沒有可能申報的方式明顯逾越了這個範圍？例如衛生所醫師提到：

「基層診所很多是收自己的，好賺阿，1500耶，不限次數。真的是符合的，七天

就去一次，真的有需要頻率這麼高嗎？骨折術後行動不便，醫生七天去看一次有什麼用嗎？他是生活問題，不是醫療問題。今天這個收案標準是我們自己定還是給人家定，自己定有球員兼裁判的問題，我挑軟的吃，快臨終我都不要，我挑這種一個禮拜去哈拉二次我就回來了，五分鐘也是一千五阿，一個小時也是一千五阿。」(A01)。

浮報醫療資源的使用是可能會發生的，尤其收案的醫師本身也是利益關係人。常見作法是設立一個外部審核機制，判定是否此案是否適合收案，這樣就能解決問題了嗎？例如醫院居家醫療醫師提到：

「我問你一個問題，如果病人不想要或不需要你去的時候，那你去看他，你會有什麼感覺？（筆者答：就不想去看啊。）答對了，那為什麼不是由我自己來做決定，而是他來告訴我說我要怎麼怎麼做。他只要他設定好所謂的 criteria，然後來認定叫你說你要去做，讓你在他的 criteria 就一定都會有問題啦。」(A03)。

只有當下去訪視的醫師最瞭解個案的狀況，當是否該收案的決定權交給其他人或是一個固定的文字條款時，也可能會出現爭議。

現行作法是申報後，健保要求附上抽審的病歷，判定是否浮報費用。病歷是適合判定醫師是否真的有協助到個案、並值得收取健保醫師診察費的依據嗎？例如醫院居家醫療醫師提到：

「當我看完八個，我傍晚的時候我要 key 那個記錄的時候，我頭也很痛，為什麼？因為他那一瞬間的資訊太多了。多到我沒有辦法用簡單的用 medical record 來寫你知道嗎？...當你一踏入那個家裡面的那種感覺的時候...多少資訊你要去思

考，你要去看，尤其第一次，你要去的時候，第一次你要去，而且後續你要不同的階段，你要做不同的事情的時候，你要瞭然心中都要知道你到底要幹什麼。所以他是一個敘事醫學的過程，所以他不能夠用傳統的 medical record 方式...」(A03)。

進入個案家中，感受、處理、連結，其資訊是巨量的。現行的「病歷」架構已無法呈現醫師進入個案家中整個參與介入的過程。

參、產業變化

一、社區型居家護理所成為連接跨職種專業人員的在宅醫療平台

健保「居家醫療整合照護計畫」允許居家護理所（簡稱居護所）與醫師分開申報，社區藥師提到：

「面臨到醫院居家護理所的挑戰，因為社區型的居家護理所這種個體戶，他們也有危機意識...所以他們希望他們的組成是越堅強越好，所以他們有很多的營養師和藥師，甚至他們也跟診所的醫師做切割。所以整個居護所其實他們現在不孤單，過去可能就是一個居護所然後配搭一個有約的醫師而已，他們現在就把營養師也抓進來，然後呼吸治療師、藥師全部都抓進來，甚至復健師也 OK，因為他們現在居家護理所它什麼都想做。」(A06)。

社區居護所擁有機動性、與跨職種專業人員連接的行政彈性，成為連接各職類專業人員的在宅醫療平台。



二、醫院跨入長期照護的意願提高

健保署推居家整合醫療照護計畫，相同時間衛福部也推長照 2.0，醫院佈局的動向有了改變，例如長照中心主管說：

「今年就突然間，因為長照 2.0 的關係，突然間有很多醫院，過去都沒有想要進來做居家服務啦之類的喔，突然間去年年底喔，哇大家都搶進，所以各縣市因為我接到很多間醫院打來跟我詢問他們要怎麼樣做怎麼的電話，請我幫助他們，所以我就發現說，怎麼好像各醫院...過去他們都認為長照就是賠錢的生意啊，為什麼突然間大家這麼想做，那可能大家對政策面有一些東西因為新的制度在那邊，大家都以一窩蜂地就馬上覺得說，那一塊大餅在那邊所以一定要進去。」

(A05)。

由於不會帶來正面的營收，過去許多醫院不設立長照中心。長照中心主管觀察到突然有許多醫院新設立長照單位，跨入長期照護領域。

三、宅配藥局成為新興零售通路

除了送藥到宅，宅配藥局有更多販售到宅的可能，例如宅配藥局主管說：

「我們宅配藥局是一個平台...我們最近有開始嘗試一些保健食品的販售，就是說我不主動推，但是你問我的時候，我可以告訴你我有做的是哪幾款這樣子。那還有我們最近也有在嘗試有一個，就有一間公司它在做智慧床墊，就是它可以偵測你翻身啊，那我們有跟它合作，就是說幫它推到安養機構這樣子...我們每個藥師其實都是一個平台，你去到他家裡面可以看他的需要推薦他不同的服務，當然不需要就算了...而且我的藥師可能已經跟他認識三五年了...所以我們在想說未來他

家要整修，我也可以介紹居家修繕的進去，他家客廳要換電視，我也可以介紹他電視...當做很大的時候，這個應該是會自然形成，因為這種一定會有人需要這個需要那個...我覺得我們比較像在顛覆這個產業啦...當這個平台創造出來以後，上面很多的服務是現在想像不到的。」(A10)。

一個親自到案家、理解案家健康與生活狀況、也被案家信任的健康專業人士，比起案家接觸的其他人，更能懂得案家的購買需求、以及影響案家的購買決策，可預期有相當大的零售通路潛力。

第四章 討論



本章分成二部分：第一節綜合整理研究結果，依照受訪網絡概覽、整合居家醫療與長照、健保「居家醫療照護整合計畫」的影響三點陳述；第二節依據研究結果，從醫院、居家醫療照護整合網絡、公共衛生，三個層面提出應對超高齡社會的建議。

第一節 研究結果綜合整理

壹、受訪網絡概覽

嘉義 A 醫院與社區一組居家醫療照護整合網絡的參與成員，整理如表 4-1。

表 4-1：網絡參與者

團隊	參與者（健保給付項目 ²² ）	說明
長照中心	照服員、照服員督導	傷口照護、代領藥、陪同就醫
衛生所	醫師（醫師診察費）	須考量公部門對外合作適法性、是否有能力負荷民眾期待
診所	醫師（醫師診察費）、護理師	看診空檔到宅服務
社區藥局	藥師（藥事服務費、藥費）	流程：處方箋照片 → 調劑 → 送藥 → 案家讀健保卡 → 處方箋正本
處方宅配	藥師（藥事服務費、藥費）、	流程：行政人員排程 → 內部藥師

²² 無括號者無健保給付；藥事服務費無針對居家個案調高給付。

藥局	<u>行政人員</u> 、 <u>物流</u>	調劑 → 物流連接內外部藥師 → 外部藥師送藥
醫院	<u>醫師</u> 、 <u>次專科醫師會診</u> （醫師診察費）； <u>護理師</u> 、 <u>呼吸治療師</u> （S2 以上有給付）、 <u>社工</u> 、 <u>復健師</u> 、 <u>營養師</u> 、 <u>宗教處</u> 。	醫院發展長照有利整合社政與衛政、經營的社區醫療群是社區網絡基礎

對醫療院所而言，個案來源可能來自門診、長照中心轉介、醫院轉介。長照中心會安排幹部追蹤轉介後續情況。由於投入出院準備的資源不足，醫院與基層沒有完整的交班制度，不是自己常看的個案、不熟悉的個案，怕對處置不熟悉、怕醫病關係未建立，有基層醫師因此選擇不接醫院轉介的個案。個案管理費給付不夠聘請專任人員，得仰賴醫療院所的支持。實際個案管理工作分散到各職種例如照服員督導、照服員、護理人員擔任，依單位而異。有的醫療院所請總機擔任 24 小時電話諮詢服務，預期個案打電話來無法解決他的問題，慢慢就沒人打了。個管師優先派案給高機動性、參與「資訊討論平台」高積極度、案家就醫習慣的醫師。

Line、Kintone 等「資訊討論平台」優缺點整理如表 4-2，另有電話、傳真、家屬轉知等傳統聯繫平台。網絡尚未有團隊嚴謹地使用「個資上傳到資訊討論平台的同意書」，仍普遍覺得有個資外洩的疑慮，只是嘉義民眾沒那麼注重。醫師在「資訊討論平台」使用英文，會出現跟其他職種溝通的問題。

表 4-2：「資訊討論平台」比較

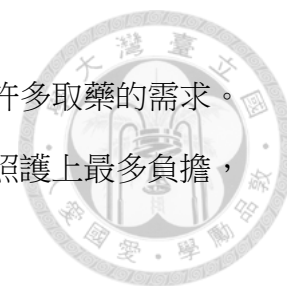
平台	Line	Kintone
優點	1. 即時傳輸訊息	1. 方便統計

	2. 臺灣普及率高，易上手，較無學習成本 3. 免費軟體	2. 自由組裝系統功能模組，可當機構的管理軟體 3. 友善多人團隊以個案為中心互動，進行連續性照護
缺點	多人群組難以個案為中心互動。個案資訊、參與者的評論交雜，聊天室內容不斷地洗版，無法進行議題聚焦討論。	1. 付費軟體 2. 主事者與參與者皆須克服學習曲線

參與動機中，案家期待面對面地互動與被傳達關心；對醫院而言，儘管對現在營運無加分，長期可提升品牌形象，並佈局未來分級醫療更明確後以醫院為中心的社區網絡；對參與者而言，走進家中才知道個案真正問題，例如宅配藥局藥師提到有個案糖尿病控制不好，送藥到宅觀察東南亞籍看護工協助施打胰島素的過程，才發現打完胰島素未停留即抽出，胰島素也隨之流出，這些是在診間看不到的（A10）。醫師表示找回醫師的熱誠，不是永遠都在看健保卡和電腦、不只是單純地想我該開什麼藥給他，而是去接觸人的問題（A01）。亦有醫師陳述這是臺灣尚未成熟發展的領域，抱持著先驅者的自我實現投入（A03）。參與的組織有宗教背景，組織成立的宗旨構成投入的使命感。團隊腦力激盪解決個案問題的成就感，也支持大家走下去。

貳、整合居家醫療與長照

走進案家，個案的照護工作使得家人健康受累、氣氛低迷。臥床者就醫不便，仰賴照護者代看診拿藥。由於長期照護個案，照服員常是最瞭解身體變化的



角色、門診醫師瞭解個案病情變化的窗口，以往照服員填補了許多取藥的需求。長照支援有限，案家的現實是衡量同樣花費，哪種方式能解決照護上最多負擔，因此東南亞籍看護工成為臺灣長期照護的主力。

只有開藥，才像有來看醫師。醫師對案家的關心、花費的時間與累積的知識經驗，常無法成就「看診」的價值。藥物開立後被選擇性地服用。當執業功能只剩下開藥，醫師對自身價值的感受是失落的。另一方面，社區藥師的收入主要來自販售物品的價差，健保給付的調劑費只佔很小一部份，藥事服務相對不受重視，社區藥師對自身價值失落的感受。藥師其實是團隊的一員，他可以評估症狀是否與用藥副作用有關，甚至情感支持。

前進案家有許多現實考驗：當健保給付無法讓醫院當下有盈餘、甚至虧損時，營運壓力可能會轉移到第一線人員的肩上，經營社區許久的歷史傳統、宗教醫院的信仰價值觀是唯一談判的籌碼。當原本來拿藥的病人被陸續轉到居家整合看診，醫院其他醫師會產生利益衝突。許多職種專業人員健保沒有給付、或限定條件給付，醫院許多職種專業人員的到宅服務出自義務性質，因此不太敢說醫院有提供跨職種專業團隊支持。健保給付的醫師診察費未包含交通費，交通成本處理常態是院方吸收。節省交通成本的作法是將個案、團隊集中出訪。基層院所開立的處方大多由社區藥局調劑，社區藥局若引進安寧管制藥品，會變成衛生局的重點稽查藥局、藥品到期也有許多報銷手續、社區藥師對安寧療護的熟悉度也需要經驗，使得基層院所參與社區安寧有許多限制。

個管師、社工、志工、社區藥師、宅配藥局等網絡成員都可能是事實上的送藥者。法令規定的精神是由藥師調劑後親自交付處方藥物給個案。如果量夠大，比對物流的經營成本，送藥到宅有形成產業的潛力。若以送藥到處方箋較多的機構為中心，發散到機構周圍的散戶家中，單一藥師每天送出 70 至 80 張慢性處方箋，可以打平藥師的成本。

綜合以上所述，可看出醫療與長照協作有很多好處。受訪者進行的模式為醫師、護理師、照服員督導、照服員等跨職種團隊在案家開會，以個案為中心討論；照服員每日服務時，擔任眼線、提供連續性的照護；醫療與長照每月開會針對特定個案問題聚焦討論；協作過程彼此共同成長，降低第一線照服員的壓力。限制是案家決定申請東南亞籍看護工時，政府取消補助照服員，大多數個案選擇從長照中心退出，此協作模式也隨之中斷。

參、健保「居家醫療照護整合計畫」的影響

網絡承載能力明顯不足，原因之一是居家醫訪醫師的供給小於需求。案家只喜歡選自己信任的院所或醫師：有些案家喜歡「去大醫院看診」、有些案家喜歡某醫院的醫師、有些案家相信醫院醫師勝過診所醫師。對醫師來說，門診看診比到宅服務收入要高。現行給付「在宅專門診所」難存活。原因之二是制度無法被即時、有效、全面地溝通和宣傳，例如主管機關與醫療院所之間對於報備、異常掛號（免刷健保卡）認知不一、訊息傳達緩慢；許多民眾只有真的需要時，才從醫療院所得知有這項服務、而醫療院所因為能處理的案量有限，也只能小幅度地向民眾宣傳。此外，醫院籌備期可能需要近半年的時間。這些影響了網絡承載能力。

現行計畫實行阻礙包含：居家醫療階段（S1）無給付護理費用，諸如評估轉銜、突發護理狀況，事實上需要護理背景又有社工角色的專業，無給付護理費用會阻礙解決此族群的護理需求；給付不利申報安寧階段（S3），申報一次安寧，在當月可申報總數上扣掉申報四次。許多醫師沒有安寧專科，僅能申報乙類安寧的給付，從一般的醫師訪視費 1553 點，變成乙類安寧的 1088 點，預期適用安寧療護的個案，有些不會被申報成安寧階段；或照護安寧階段個案的醫師選擇申報 S1 與 S2 的醫師訪視費申報代碼，避免減少給付與加倍扣除訪視次數上限。浮報

醫療費用是可能發生的，因現行的病歷寫作方式無法實質呈現醫訪過程，目前尚未找到審核醫療支出效益的最佳方式。當下訪視的醫師最瞭解個案的狀況，若將收案的決定權交給其他人、或是規定於固定的文字條款時，可能會出現爭議。

產業變化包含憑著機動性、與跨職種專業人員連接的行政彈性，社區型居家護理所成為連接各職類專業人員的在宅醫療平台；健保署推居家整合醫療照護計畫，相同時間衛福部也推長照 2.0，醫院佈局的動向有了改變，醫院跨入長期照護的意願提高；一個親自到案家、理解健康與生活狀況、也被案家信任的健康專業人士，比起案家接觸的其他人，更能懂得案家購買需求與影響購買決策，宅配藥局有潛力成為新興零售通路。

第二節 應對超高齡社會的建議

2026 年，臺灣即將迎向「65 歲以上人口」佔「總人口」二成以上的「超高齡社會」[1]。醫院、居家醫療照護整合網絡、公共衛生的應對建議為何，分述如下：

壹、醫院

英國醫療社會史教授 Keir Waddington 在其著作「歐洲醫療五百年」的醫院篇章描述：醫院源自中世紀基督教，十九世紀站上醫療科學與醫學訓練的頂峰，二十世紀初，醫院不只成為研究與新科技的關鍵場所，以及外科照護的首選地點，也在醫學專業結構取得中樞地位。醫院連結了醫療處置、科技與進步...隨著對於機構照護的性質、異化與有效性的批評出現之後，這時轉為更加強調基層院所（Primary Care）的重要性，而醫院治療成本的增加，則對陷入困境的社會福利方案造成問題。對醫院照護之價值或性質的質疑，顯示由它們來提供健康照護以及它們在醫療的中心位置，不能被視為理所當然[22]。

黃勝堅醫師在 2017 臺灣在宅醫療學會成立大會暨第一屆國際研討會，演講「都會型社區居家整合照顧」時曾表示：現今醫療是以醫院為中心，不是以病人為中心（2017 年 04 月 22 日）。醫院不是老年人口所面對的長期、多樣、慢性等疾病的最佳治療地點；從照護和經濟的角度來看，社區型的照護才是更好的選項，具體作法包括：

一、發展敘事醫學

現代醫學的思考流程限縮在「主訴、客觀病史、評估、處理計畫」的「SOAP 病歷架構」。面對影響在宅安老的照顧、情感、居住環境等問題，「SOAP 病歷架構」已不足以承載照護個案同情共感的思路歷程；傳統病歷也不夠健保參



酌審核在宅醫療資源耗用是否值得。

“Narrative Medicine”（敘事醫學）是哥倫比亞大學醫學院內科教授 Dr. Rita Charon 在 2000 年首先提出的一種增強醫師瞭解病人的方法。她希望能夠利用這種敘事能力的增強，使醫師能對病人的病痛有能力辨認、瞭解、詮釋以及被感動，而由此提高醫師治病的成效。她認為這種敘事醫學的方法，就是學會利用病人的故事來幫忙醫師治療病人...敘事醫學過程最重要的是自己能夠投入（engagement），能夠融入病人的環境，而後從病人的角度產生同理心，而能夠在病人需要你的時候，能夠透過反思，來幫忙病人[23]。醫院居家醫師提到：

「你就跟病人有時候也是要搞得很開心，讓他覺得說你來照顧他是一個很值得的事情，然後你可以在適當的情況下、了解他的情況之下，去處理他的問題...這些傾向於敘事醫學的內容，應該是要用類似敘事的工具，拿來達成他這種所謂的敘事的呈現，而不是醫令的呈現，那醫令本身它就可以下一個醫令的 order 說，他需要在宅醫療這樣就夠了，但是他接下來需要有什麼樣的 order，他只要有診斷跟有他的藥物這樣就夠了。」(A03)。

醫院是醫事人員培養與進修的場所，能夠認知、吸收、闡釋「疾病故事」並能為之感動的技能：「敘事醫學」[24]，是醫院值得進一步思考的發展方向。紀錄工具、健保審核方式都可圍繞敘事醫學進一步發想。

二、經營「以案家為中心」的外展支援模式

傳統醫院運作建立在科層體制上，嚴謹地將醫護、個案、設備集中一處實施醫療行為[25]。社區型照護卻是貼近社區、貼近家中的，資訊科技的進步也預期讓醫療服務供應鏈朝著去中心化的方向發展[26]。突破方法是支持醫院各職種專

業人員進行以案家為中心的外展運作。包括建構「資訊討論平台」ICT (Information and Communication Technology) 友善團隊成員「以個案為中心」溝通討論、協調長照 2.0 政府預算補助的巡迴社區交通車、放寬院內各職種專業人員去社區服務的規定、說服政府鬆散報備法規等。開放醫院 (Open Hospital) 亦是突破的方向：開放社區醫師在醫院兼診開立檢查、開放社區醫師使用醫院訂閱的線上醫學實證資料庫、友善社區醫事人員參與醫院教學活動與研討會，甚至開放醫院廚房與營養師參與長照居家送餐服務等。

Hisayuki Miura 醫師在高雄醫學大學附設醫院舉辦的「日本與臺灣在宅醫療之發展與現況研討會」演講「國立長壽醫療研究中心推動在宅醫療與長照合作的角色」時提到：2009 年日本國立長壽醫療研究中心 (National Center for Geriatrics and Gerontology, NCGG) 成立在宅醫療支援病房，支援在宅醫療的進階照護，由社區醫師判斷個案是否住院，住院不需經過急診；也經營自費的喘息服務；亦提供在宅醫療的研究支援、醫療照護團隊成員的進修、家屬與照護者的教育，以及寄送在宅醫療的相關訊息 (2017 年 05 月 05 日)。可作為醫院進一步突破的參考。

三、拓展「醫療長照複合聯盟」(Medical-long-term Care Alliance)

余尚儒醫師曾繪製嘉義縣市的長照機構分布圖，發現嘉義沿海鄉鎮如鹿草、布袋等 65 歲以上超過二成的超高齡村莊，竟幾乎沒有長照機構，原來這裡子女都在外地工作，長者一旦生重病會送到大型醫院，出院後送到醫院附近交通便捷處，方便子女探視和送醫，因此長照機構集中分布在醫院附近交通便捷處。而嘉義在地醫院也透過醫療專業的優勢，在長期照護體系中發展。當醫療資本提供長照的規模夠大、範圍夠廣，就形成「醫療長照複合體」(Medical-long-term Care Complex)。醫院越早進入長照體系，除了形象提升外，越有籌碼在急性醫療和長

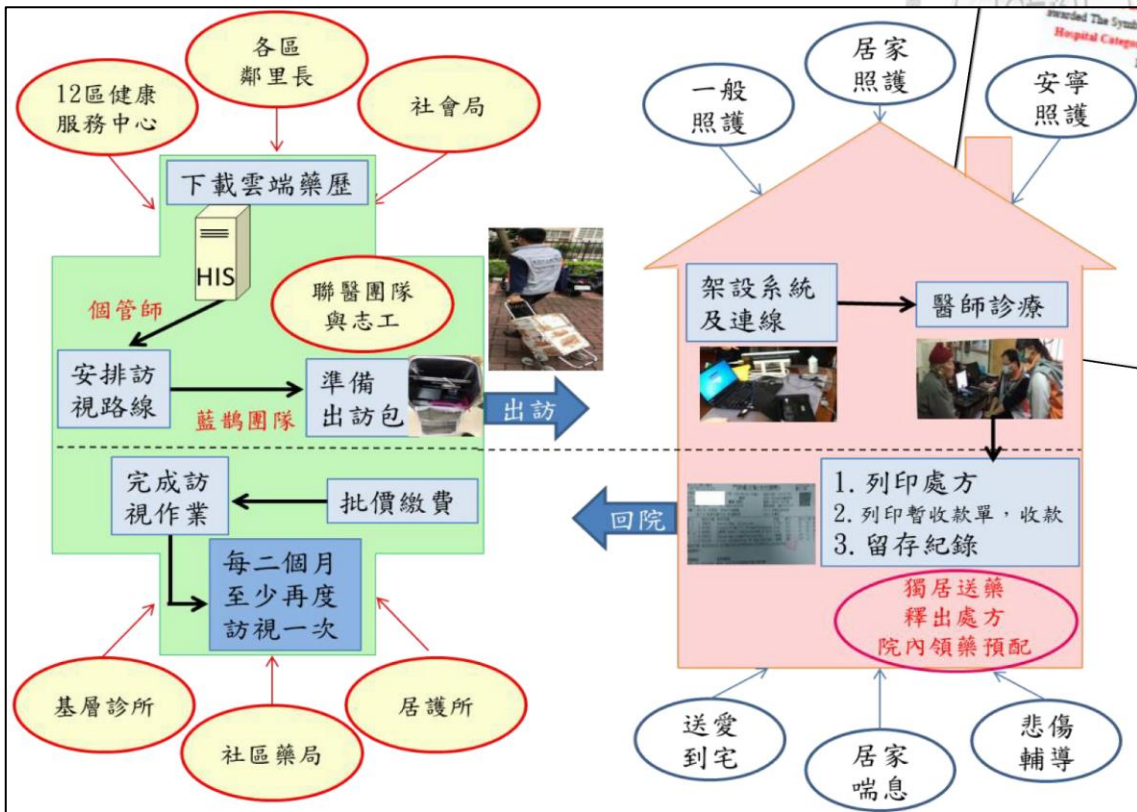
照體系間開拓新市場[27]。

除了醫院內部經營長照外，進一步的方向是向外部連結，形成「醫療長照複合聯盟」(Medical-long-term Care Alliance)。回顧文獻，阿拉斯加的 The Helping Hands Program 除了醫護外，也訓練在地的村民成為執行部分醫療行為的「社區健康助手」、類似臺灣照顧服務員的「個人照護員」、以及「志工」[8]；印度喀拉拉的 NNPC 由志工領導，自主地追蹤社區個案、確認經濟問題和照護需求，連結著個案、社區、和醫療提供者[12]；臺大醫院金山分院則與里長合作，里長在照護、臨終、悲傷輔導均扮演重要角色[15]。

臺北市立聯合醫院於 2016 年 3 月 1 日啟動了「臺北藍鵲居家醫療照護團隊」：醫師、護理、呼吸治療師、復健師²³、營養師、心理師、社工、藥師、醫檢師等院內各職種專業人員到宅支援；並積極與基層院所、社區藥局等社區網絡結合；也與鄰里長、社會局、健康服務中心（衛生所）等政府的民政、社政、衛政單位合作；以及與志工團體連結。截至 2016 年底統計，已與 51 家機構合作，訪視 7877 人次，收案 1629 人，佔當年全國二成的收案量[28]。其網絡組成如圖 4-1 [29]。

²³ 「復健師」泛指物理治療師、職能治療師、語言治療師。引用原文獻提及的「復健師」。

圖 4-1：北市聯醫「藍鵲居家醫療照護團隊」網絡組成



個管師聯繫著健康服務中心（衛生所）、各區鄰里長、社會局，整合雲端藥歷和電子病歷，並安排訪視路線。團隊到案家依健保「居家醫療照護整合計畫」的三階段進行照護，在案家列印處方。獨居安排送藥、有的釋出處方讓社區藥局調劑、有的安排回院內領藥，並在醫院預先調劑好。並協調其他資源，例如長照的居家喘息，社區的基層院所、居護所、社區藥局等。跨單位的連結相嵌在「以案家為中心」的網絡組成中，北市聯醫與合作單位正逐漸連結成「醫療長照複合聯盟」，成為超高齡社會在地安老的基石。

貳、居家醫療照護整合網絡

參與居家醫療照護整合網絡的團隊成員，各有其難處。例如 2017 臺灣在宅醫療學會成立大會暨第一屆國際研討會，講題「在宅醫療遍地開花在臺灣」，董

一鋒醫師陳述基層院所的困難：時間有限，每天三節門診，只能用中午休息時間服務；距離也不能離診所太遠；給付比起門診還是有差；醫院也有自己的團隊，轉介有排他性。謝偉倫醫師表示醫院的挑戰：護理師幫忙送藥增加工作量、醫師增加了「隱形病房」的心理負擔、醫護照護能力提升的壓力。另一講題「多職種合作的在宅醫療」，黃明裕牙醫師陳述在宅牙醫的問題：案家不知辨識需要求診的口腔問題、牙醫師找不到在宅案源、申請在宅服務行政流程繁瑣、在宅牙醫設備貴且重、給付偏低。蘇信昌物理治療師也提到：在宅做物理治療常無法看到檢查報告或影像學資訊、給付偏低、評估表格繁瑣（2017年04月22日）。

面對超高齡社會的挑戰，如何形成理想的居家醫療照護整合網絡？以下就團隊成員與政策環境二個層面做探討：

一、 團隊成員

（一）醫療與長照成員（含東南亞籍看護工）要相互瞭解

釐清彼此角色（Role clarity）是有效工作夥伴關係的基礎[31]。因此增加彼此瞭解是很重要的，尤其是醫療端與長照端。醫院居家醫療醫師說：

「醫療人員對長照體系不認識，照服員與照服員督導分不清楚；長照體系對醫療人員能提供到什麼也不知道，只知道要把病人拉到醫院去而已。我們都一定會跟長照的人一起工作，然後外勞也要把它拉進來，外勞就是長照的一部份，不要再推了。」（A08）。

醫療與長照過去的訓練體系是獨立分開的，彼此不熟悉。而臺灣的長照主力：東南亞籍看護工，長久以來在照護上沒有話語權，更遑論與醫療端、其他長照資源

相互瞭解。團隊成員的相互瞭解是形成理想「居家醫療照護整合網絡」的基本條件。



(二)「非正式關係」是連結的關鍵

余尚儒醫師在其著作「在宅醫療：從 CURE 到 CARE」中「值得借鏡的日本經驗」篇章描述：2012 年日本進行在宅醫療聯繫據點試辦計畫，其經驗顯示，雙主治醫師制度，副主治醫師不一定有用，主要仍是依賴醫師彼此之間的信賴關係...年輕充滿幹勁的新手醫師有時一味往前衝，則可能使得當地開業醫師心生抗拒，甚至成為消極的抵制者，反而對推展在宅醫療形成阻礙。盡可能平衡、廣納不同年齡與經驗醫師的意見會是比較周全的作法[32]。

研究顯示英國公共衛生網絡，其跨部門的協調仰賴「非正式關係 (informal relationship)」多於「正式關係 (formal relationship)」[33]。陳端容教授的研究亦顯示臺灣醫療產業主要透過非正式的社會關係來建立實質的合作關係[34]。常見的「非正式關係」包括師生、學校同學、專業教育訓練的同才、同社團成員，甚至當兵同袍、球友、網友等。廣納不同年齡與經驗成員的意見，並活用「非正式關係」來連結彼此，可以增加網絡協作的能量。



二、政策環境

(一) 提高參與成員的所得條件

研究結果顯示，現階段參與「居家醫療照護整合網絡」的團隊所得條件偏低，影響了網絡承載能力。所得條件偏低及影響，整理如表 4-4：

表 4-3：所得偏低處對受訪網絡承載能力的影響

所得偏低處	影響
出院準備資源不足	有的基層醫師不接醫院轉介的個案
門診看診比到宅服務收入要高	門診醫師到宅服務意願低、在宅專門診所難生存
居家醫療階段（S1）無給付護理費用	此階段個案無法滿足護理與評估轉銜需求
多職種專業人員健保無給付或給付條件嚴格	影響跨職種居家整合團隊的形成
交通成本多為醫療院所吸收	節省成本只能集中出訪，相對於分開訪視，減少了個案被訪視的次數
個管費給付不夠聘請專任人員	專任個管師仰賴醫療院所補貼、實際個管工作由各職種分擔（詳述於（二）個案管理）

2014 年美國居家醫療照顧支出佔醫療總支出的 2.8%[\[35\]](#)、德國約 2.1%、日本約 1.9%（2013）、芬蘭約 0.8%，臺灣僅約 0.4%[\[3\]](#)，相較他國，臺灣居家醫療照護支出仍有成長空間。健保署現行的「居家醫療照護整合試辦計畫」預計於 2018 年結束，之後是否納入總額給付、是否擴大給付範圍或增加給付金額、是否引進

論人計酬制等，值得進一步觀察。而衛福部正在推展的長照 2.0 亦可就長照整體考量與健保分頭給付，例如長照 2.0 可考慮給付醫護以外的八大職類醫事人員²⁴參與居家整合照護（目前僅給付居家復健[36]），達社區整合照護的綜效。網絡中的醫療院所可考慮增加參與居家醫療照護的業績分紅獎金，實質鼓勵參與者。

（二）此計畫的「個案管理」與長照的「照管專員」整合並增加人力資源

1. 個案管理的專業

文獻指出個案管理被操作的方式，依不同組織的結構與種類具相當變異性，個案管理者多為社工或護理背景[37]，社工與護理分別對個案管理的定義如下：

美國社會工作人員協會（National Association of Social workers, NASW）在 2013 年出版的個案管理手冊中，引用 2003 年出版的社會工作字典[38]，界定個案管理為：代表個案計畫、尋求、宣傳、和監測各社福或健康單位的過程[39]。

美國護理認證中心（American Nurse Credentialing Center）²⁵則定義個案管理為：用動態（dynamic）與系統性的協作方式為特定個案提供整合健康照護，工作架構包含評估、計畫、執行、評價與互動[40]。

²⁴ 八大職類醫事人員：藥事、醫事放射、醫事檢驗、呼吸治療、營養、物理治療、職能治療與臨床心理。

²⁵ 美國護理認證中心（American Nurse Credentialing Center）是美國護理協會（American Nurses Association）的子單位。

無論是社工或護理，對「個案管理」的專業都有相似且具學術支持的論述。

2017年出版的個案管理參考書中，描述個案管理的原則與目標包含七項：整合跨專業與跨機構的服務（Integration of services）、提供連續性照護（Continuity of care）、使服務被平等普遍地知道與取得（Equal access/advocacy）、確保照護品質（Quality care）、使個案充權賦能（Empowerment）、尊重自主（Self-determination）、貫穿個案管理過程的評估（Evaluation）[41]。亦有文獻強調雙重焦點，一是致力於發展或增強資源網絡（resource network）；另一方面，則聚焦於增進個案使用資源的知識、技巧及態度，藉以強化個案獲取資源與運用資源網絡的能力[20]。

2. 個案管理的現況

個管費給付不夠聘請專任人員，專任個管師仰賴醫療院所是否願意補貼、實際個管工作由各職種分擔...上述個案管理專業，在現在的居家醫療照護整合網絡中，需要一個角色穩定有效地發揮。

各縣市政府有約聘照管專員進行長照服務的評估。臺灣社會福利總盟於2016年12月發表的統計顯示：2015年狀況而言，全國各縣市每位「照管專員」要面對591案，且一年又要對應180個新申請案...遠遠超過「長期照顧十年計劃」規劃的每位照顧管理者個案120至200人，也超過「長期照顧量能提升計畫」（2015至2018年）規劃的服務量每150至200人配置照管專員1名[42]。

如何整體性地安排健保「居家醫療照護整合計畫」的個案管理角色與長照的「照管專員」、並加強人力資源與工作整合，是有關當局可以進一步思考的。

（三）排除社區安寧的限制

1990年2月馬偕紀念醫院開設臺灣第一間安寧病房起，二十多年來臺灣發展

了包括安寧住院療護病房、安寧居家照顧、安寧共同照護團隊等醫療照顧模式。2009年，健保局除了癌症末期以外，也開始給付其他非癌末期疾病之治療²⁶。

健保署的「居家醫療照護整合計畫」，將「居家醫療」、「重度居家醫療」、「安寧療護」整合在一起，避免個案在橫跨不同階段時，要重複經歷開案、結案、甚至更換團隊的困擾。另外也方便醫師與居家護理所分開訪視、分開申報，增加了社區合作的彈性。然而社區藥局若引進安寧管制藥品，會變成衛生局的重點稽查藥局、藥品到期也有許多報銷手續、社區藥師對安寧療護的熟悉度也需要經驗，使得基層院所參與社區安寧有許多限制。而計畫對申請安寧階段費用的短少（乙類安寧醫師診察費低於一般居家醫師診察費，參見表 1-2）以及安寧訪視次數的限制（訪視一次，在每月可訪視次數減少四次，參見表 1-2），影響著服務的意願和申報的方式，例如 S3 安寧階段的個案，有醫師選擇申報 S1 與 S2 的醫師訪視費申報代碼，避免照護安寧階段個案時的給付短少與訪視次數上限加倍扣除。

有關當局可考慮在每個區域鼓勵一家社區藥局可調劑安寧管制藥品、協助基層院所的安寧管制藥品處方箋，可在醫院藥局調劑，例如健保署與屏東縣衛生局協助開放了讓衛生所及基層診所的處方箋可以在大醫院領取嗎啡類管製藥品 [44]。並鼓勵藥師從教育訓練階段即參與安寧療護、鼓勵藥師成為安寧團隊的一員。也建議調高乙類安寧的醫師診察費至一般診察費相同；調高甲類安寧的醫師診察費，鼓勵有心投入的醫師考取安寧專科；並取消安寧訪視次數一次，扣掉當

²⁶ 健保列舉的非癌末期有八項：(1) 老年期及初老期器質性精神病態，(2) 其他大腦變質，(3) 心臟衰竭，(4) 慢性氣道阻塞疾病，(5) 肺部其他疾病，(6) 慢性肝病及肝硬化，(7) 急性腎衰竭，(8) 慢性腎衰竭及腎衰竭 43. 賴允亮. 面對絕症的醫學－臺灣安寧緩和醫療. 醫療品質雜誌 2010;4:13-6.



月總數四次的規定。

參、公共衛生

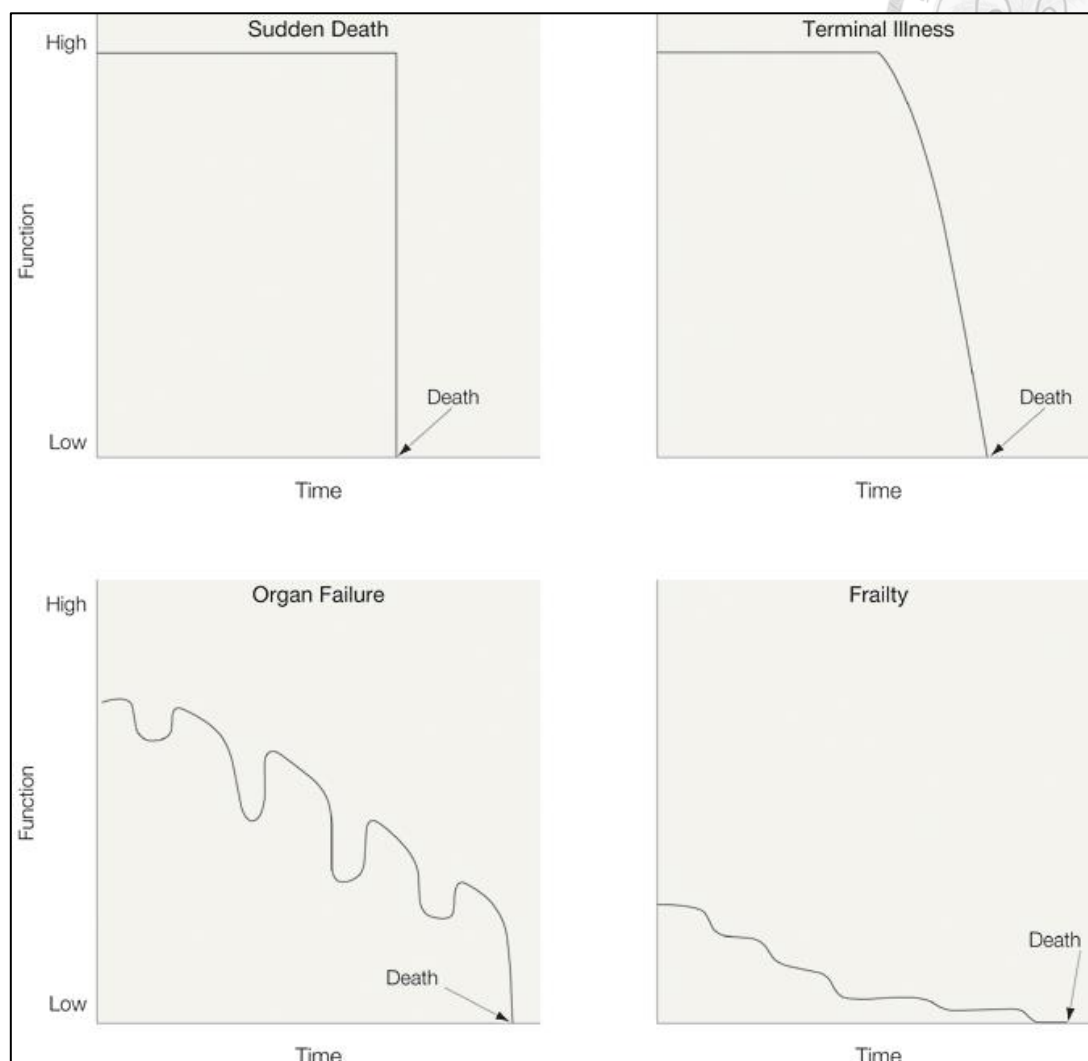
一、「超高齡」是公共衛生的巨大挑戰

英國公共衛生社會學教授 Allan Kellehear 在其著作「Compassionate cities」寫道：傳統公共衛生著重如何限縮死亡和失去；對公衛政策施行者來說，死亡是一個事件或威脅，不是一個體驗。死亡也意味著「死亡率 (mortality)」，僅僅是一個數字比例。公共衛生鮮少關注悲傷與失去 (Grief and Loss) 對人們的衝擊...從悲傷與失去的角度來看，緩和醫療對公共衛生也是可預防的、可治療的一種醫學...社區參與末期照護 (End-of-life care) 是 21 世紀公共衛生在老年化、跨文化社會的最大挑戰[45]。

醫學期刊 JAMA 曾刊載生命末期的四種功能下降模式，如圖 4-2 [46]：



圖 4-2：生命末期的四種功能下降模式



突然死亡（Sudden Death）的失能照護期最短，末期疾病（Terminal disease）的時間次之，而器官衰竭（Organ failure）和衰弱（Frailty）的失能照護期都很長。隨著戰後嬰兒潮步入老年、科技進步延長壽命，這是臺灣史上老人最多的年代，一下湧入許多「共病失能」，老化伴隨著功能失去、照護負擔、悲傷與別離，這些可預防的衝擊是公共衛生面臨的巨大挑戰。



二、 動員社區力量補強居家醫療與長照

社區中即將步入老化的戰後嬰兒潮，相對以往的老年人，可能更健康、受過更多教育，如何啟動社區互相照顧的力量、加強社區參與（**Involvement**）有助於補強居家醫療與長照的整合網絡。人都害怕老化過程，「老人歧視」使長者感到老化是犯了某種錯誤，進而否認自身的老化，而且厭惡老年人[47]。故動員社區力量的基礎是翻轉「老化」的看法，進一步透過「社區聚會點」連結照顧資源、發展社區參與的能量。

（一）翻轉「老化」的看法

美國知名設計公司 IDEO 的高齡計畫主持人 **Gretchen Addi** 曾為文道：我們都正在經歷「老化」（**Aging**），卻對老化有許多歧視，這是對「未來自己」的歧視。媒體會把 20 歲到 60 歲統統囊括起來稱呼為一個族群嗎？但會把 65 歲以上統稱為老年人。自我意識會因電視、電影、廣告、或網路媒體而影響，而這些微小的歧視隨著時間累積影響著健康與功能[48]。市面上充斥著「抗老」、「不老」、「逆齡」的產品，反映了大眾對老的排斥與偏見，筆者在嘉義看門診時，有長者個案把「老了，沒有用了」掛在嘴邊。減少對老化的偏見，安於迎接自己每一刻的狀態，相信對維持健康的增權賦能（**Empowerment**）會有所助益。

Gretchen Addi 在美國加州 IDEO 總部接待臺灣「銀享全球」社會企業的銀髮創新參訪團時，演講更進一步提到翻轉「老化」看法的七個觀點和對應行動：

1. **永保活力的心（Champion Agelessness）**：在我心中，自己一直都是同一個人，我不被年紀所定義。
2. **給自己每天早上起床的理由（Lead with Purpose）**：我的世代努力改善世界，現在我們仍然努力著。例如紐約時報報導，日本福島核災人力缺乏時，一位 72 歲的退休工程師 **Yamada** 先生，思考著輻射量暴露需要很久

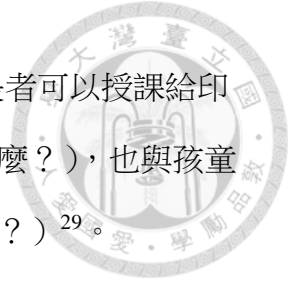


時間才會引起疾病、發病期甚至超過自己的平均餘命，於是在網路號召了 400 位長者志工前進災區[49]。

3. **聚焦在正面的事物 (Focus on the Positive)**：也許我正面對一些困難，我的存在不想只被困境所定義。例如一位英國的帽子設計師發現癌症化療後掉髮的女性，依舊渴望著自己看起來是美觀的，不想被定義成「病人」，因此成立了 Suburban Turban 這家公司，專門為化療掉髮的女性設計美麗的頭巾²⁷。
4. **享有科技尊嚴 (Be Technologically Respectful)**：就算我不懂，不代表我對它沒興趣，我想學習。她舉一位 88 歲的女性長者作例子，她需要一支手機，但她不想被一堆「你怎麼都不會」的責難、或不友善的設計干擾。
5. **獨立自主和相互依賴並存 (Foster Independence & Interdependence)**：我希望和家人保持聯繫，也想保持獨立自主。例如美國伊拉克重建計畫其中一個設計，是讓孤兒與長者共同生活。許多長者已失去了兒孫，這樣的連結支持彼此繼續活下去的動力[50]。
6. **繼續未完的人生旅程 (Support the Journey)**：繼續發現自己可以成為什麼，持續在創意、智慧、和靈性上成長。例如英國紐卡斯爾大學的印度籍教授 Sugata Mitra 創立「雲端學校」計畫²⁸[51]、其中的「雲端外婆」

²⁷ Suburban Turban 簡介：<https://www.suburbanturban.com/our-story>

²⁸ Sugata Mitra 教授在 1999 年啟動了「牆中洞」行動 (Hole in the Wall, HIW)，一台電腦被安放在德里 Kalkaji 貧民窟的一面牆亭裡，孩子們可以免費使用這台電腦。這個實驗的目的是證明在沒有任何正規訓練情況下，孩子們可以通過電腦輕鬆地學習。2013 年提案「雲端學校」為 TED 大獎的獲得者。



(Granny Cloud) 組織，透過網路電話 skype，讓退休長者可以授課給印度等各地需要教育的小孩，不只傳遞小知識（昆蟲是什麼？），也與孩童一起探索大問題（若昆蟲都消失了，地球會發生什麼事？）²⁹。

7. **承認人生有終點 (Acknowledge the Destination)**：我想知道我是重要的、我會以某些方式繼續旅程、我會為這個世界留下些什麼。例如安寧療護開創者 Cicely Saunders 的格言：你是重要的，因為你是你，直到人生最後一天，你依舊重要。我們不只會盡力幫助你在死亡過程中平安，也會幫助你好好地活著直到人生最後一天³⁰。(2017 年 03 月 27 日)

從高齡計畫設計師的眼中，可以看到「對待老化」的思維有許多待突破處，世界各地也陸續有具體行動。

荷蘭人類學教授 Annemarie Mol 在其著作「The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice」寫道：「病人主義 (Patientism)」，不尋求「病人」和「健康者」之間的平等，試圖建立一個新的「與疾病共存」、而非「正常」的狀態。我們從很小的單位成長而來，最後也回歸塵土，每一個階段都是自然的。世俗身份 (Citizenship) 要求我們去控制身體每一個部分、使他們沈默、必要時拋棄他們；「病人主義」訴求對自己的身體仁慈、讓他們存在、一直愛護他們[52]。老年人口面對著長期、多樣、慢性等疾病，「病人主義」提醒著我們：全器官照護不等於全人照護，治癒性治療 (Curative therapy) 也並非此族群的唯一選擇。

(二) 透過「社區聚會點」連結照顧資源

²⁹ Granny cloud 簡介：<https://www.theschoolinthecloud.org/about/>

³⁰ "You matter because you are you, and you matter to the end of your life. We will do all we can not only to help you die peacefully, but also to live until you die" Dame Cicely Saunders (1918-2005) .

奠基於「看待老化」良好的心態 (mindset)，進一步可透過「社區聚會點」連結照顧資源來發展社區參與的能量，重點包括媒合高齡者與照護服務、辨識需介入的早期需求、宣傳醫療保健社福的訊息等。政府已有多年政策，例如補助社區成立「社區照顧關懷據點」，由有意願的村里辦公處及民間團體參與設置，邀請當地民眾擔任志工，提供長者關懷訪視、電話問安諮詢及轉介服務，並視當地需求特性，提供餐飲服務或辦理健康促進活動[53]。

不仰賴政府預算的商業服務，亦可扮演社區連結照顧資源的角色。例如日本東京都墨田區的「墨豆咖啡」，提供照顧者喘息、照顧資訊交流的空間，並設有相談室，媒合社區中有照顧需求的高齡者，以及求職的照顧服務員。具備照顧服務員、社工師專業證照的咖啡館經營團隊，協助商店街自治會培訓其他商店的工作人員，建立高齡者退化性徵兆的知識，利用長者外出購物、用餐、駐足閒聊的機會，辨認需要社會福利介入的早期需求。並和在地「高齡者支援整合中心」連結，宣傳保健活動、醫療服務訊息[54]。近年臺灣也成立相關的社會企業，例如位於臺中市的「有本生活坊」咖啡館，連結了社區餐飲、家事服務、居家服務、居家護理、生活輔具、資源交換等服務，發揮填補社會空隙的積極功能[55]。

協助長者持續「自主」、「尊嚴」地生活，具體作法包括翻轉「對待老化」與「治療老化」的思維，從好好老去、到好好離去，重新論述各年齡階段的健康支持行動。進一步動員社區力量，健全醫療與長期照護的整合網絡，是公共衛生可思考的方向。

第五章 結論與建議



超高齡社會八年內即將悄然而至，面對臺灣史上最老的年代，我們要如何應對？制度、組織、作法由人建構執行，其成敗關鍵，藏在人們的感受與故事的細節中，而質性研究是闡明脈絡的有力工具[18]。這份質性研究呈現了嘉義 A 醫院與社區的一組居家醫療照護整合網絡，其參與者動機與限制、互動過程、與政策環境，並由此歸納出醫院、居家醫療照護整合網絡、公共衛生可行的應對建議：

醫院可發展敘事醫學、經營「以案家為中心」的外展支援模式、拓展「醫療長照複合聯盟」(Medical-long-term Care Alliance)。

居家醫療照護整合網絡的參與者，醫療與長照成員（包含東南亞籍看護工）要相互瞭解，廣納不同年齡與經驗成員的意見，並活用「非正式關係」來連結彼此。在政策環境上，建議提高參與成員的所得條件；將健保居家醫療照護整合計畫的「個案管理」與長照的「照管專員」整合並增加人力資源；排除參與社區安寧的限制，包括：讓安寧管制藥可以由基層院所開立的處方箋取得；鼓勵基層藥師參與安寧；藉由調高乙類安寧的醫師診察費至一般診察費相同、調高甲類安寧的醫師診察費，鼓勵社區醫師參與安寧甚至取得安寧專科。

快速高齡化伴隨著多方面可預防的衝擊，這是 21 世紀臺灣公共衛生的挑戰。協助長者持續「自主」、「尊嚴」地生活，具體作法包括翻轉「對待老化」與「治療老化」的思維，從好好老去、到好好離去，重新論述各年齡階段的健康支持行動。進一步動員社區力量，健全醫療與長期照護的整合網絡，是公共衛生可思考的方向。

由於時間與經費的限制，本研究訪談一組網絡組合的參與者至理論飽和即停止，未訪談到其他包含居家護理所、物理治療師、職能治療師、營養師、社工師、志工等的網絡組合。期待未來有不同場域、不同網絡組合的研究，共同拼湊

居家醫療照護整合網絡的完整面向、與臺灣面對超高齡社會的應對方向。



參考文獻



1. 國家發展委員會. 中華民國人口推估(105 至 150 年). 國家發展委員會 2016.
2. 白其怡 彭, 曲同光. 規劃長照保險重要基礎資料庫—國民長期照護需要調查. 國土及公共治理季刊: 國家發展委員會, 2015.
3. 衛生福利部中央健康保險署. 全民健康保險居家醫療照護之發展與展望. 衛生福利部中央健康保險署 2016.
4. 2016 總統大選蔡英文醫療政策主張. Available at: <http://iing.tw/posts/56>. Accessed 09/28, 2016.
5. 嘉義市戶政服務網. 嘉義市戶政服務網 105 年 02 月性別年齡人口數. Available at: <http://household.chiayi.gov.tw/popul02/List.aspx?Parser=99,7,39,,,,,,,,,,,,,105,02>. Accessed 2017/05/12, 2017.
6. 嘉義縣社會局. 長照 ABC(社區整體照顧模式). 2017, 民雄鄉衛生所.
7. 財政部統計處. 財政統計通報. 2014/02/27 ed. 財政部統計處 2014.
8. DeCourtney CA, Jones K, Merriman MP, Heavener N, Branch PK. Establishing a culturally sensitive palliative care program in rural Alaska Native American communities. *J Palliat Med* 2003;**6**:501-10. doi: 10.1089/109662103322144871.
9. Paleri A, Numpeli M. The evolution of palliative care programmes in North Kerala. *Indian Journal of Palliative Care* 2005;**11**:15-8. doi: 10.4103/0973-1075.16639.
10. Morgan LM. Community participation in health: perpetual allure, persistent challenge. *Health policy and planning* 2001;**16**:221-30.
11. Van Damme W, Van Leemput L, Por I, Hardeman W, Meessen B. Out-of-pocket health expenditure and debt in poor households: evidence from Cambodia. *Tropical medicine & international health : TM & IH* 2004;**9**:273-80.
12. Kumar SK. Kerala, India: a regional community-based palliative care model. *J Pain Symptom Manage* 2007;**33**:623-7. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2007.02.005.
13. 劉嘉仁, 徐愷萱, 翁瑞萱, et al. 里長在社區安寧志工的角色. *北市醫學雜誌* 2015;**12**:109-15. doi: 10.6200/tcmj.2015.12.sp.10.
14. 翁瑞萱, 施至遠, 洪香蓮, et al. 居家生命末期照顧新思維：以台大醫院金山分院社區居家安寧為例. *安寧療護雜誌* 2015;**20**:258-68. doi: 10.6537/tjhpc.2015.20(3).4.
15. 彭仁奎, 洪壽宏. 社區末期醫療體系的建立：以雲林為例. *台灣醫學*

2011;15:48-55. doi: 10.6320/fjm.2011.15(1).08.

16. 衛生福利部中央健康保險署. 全民健康保險居家醫療照護整合計畫. 衛生福利部中央健康保險署, 2017.
17. 健保署南區業務組. 全民健康保險居家醫療照護整合計畫簡介. 2016.
18. Patton MQ. Qualitative research & evaluation methods : integrating theory and practice. Fourth edition. ed., Thousand Oaks, California: SAGE Publications, Inc., 2015.
19. 莊道明. 滾雪球取樣 snowball sampling. Available at: <http://terms.naer.edu.tw/detail/1678729/>. Accessed 05/11, 2017.
20. 陳正益. 我國長期照護專業團隊與資源網絡之研究 [Dissertation]. 南投縣: 國立暨南國際大學, 2015;247p.
21. 維基百科編者. 異化. Available at: <https://zh.wikipedia.org/w/index.php?title=%E7%95%B0%E5%8C%96&oldid=41759875>. Accessed 2016-10-10UTC06:52:42+00:00 (UTC) ,
22. Waddington K, 李尚仁. 歐洲醫療五百年. 新北市: 遠足文化發行, 2014.
23. 賴其萬. 敘事醫學－跨越醫病鴻溝的要訣. 當代醫學 2010:781-4.
24. 劉競明. 在述說故事與醫學之間－談敘事醫學與醫療照護. 醫學教育 2011;15:60-8.
25. Wikipedia contributors. Hospital. Available at: <https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Hospital&oldid=777387713>. Accessed 6 May 2017 10:44 UTC,
26. Karen Taylor HR. Healthcare and Life Sciences Predictions 2020. The Deloitte Centre for Health Solutions2014.
27. 余尚儒. 臺灣市場導向長期照護體系的形成: 政治經濟學的分析. 成功大學公共衛生研究所學位論文 2014:1-190.
28. 台北市政府. 市議會第 12 屆第 5 次大會施政報告[柯市長文哲] (更新). 2017.
29. 台北市政府. 市議會第 12 屆第 5 次大會施政報告[柯市長文哲](簡報檔). 2017.
30. 臺北市立聯合醫院. 105 年 12 月 1 日新聞稿－使命必達深入社區 拉近醫病關係. Available at: <http://td.police.taipei/ct.asp?xItem=242402359&ctNode=24700&mp=109181>.
31. Jelphs K, Dickinson H. Working in teams. Bristol England: Policy Press in association with Community Care, 2008.
32. 余尚儒. 在宅醫療：從 CURE 到 CARE. 台北市: 遠見天下文化, 2017.
33. West RM, House AO, Keen J, Ward VL. Using the structure of social

networks to map inter-agency relationships in public health services. *Soc Sci Med* 2015;**145**:107-14. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.10.002.

34. 陳端容. 台灣醫療產業的組織合作: 不對等合作關係運作機制之探討. *台灣社會學* 2002;**3**:119-62.

35. Services CfMM. National Health Expenditures 2014 Highlights Centers for Medicare & Medicaid Services.

36. 衛生福利部. 長期照顧十年計畫 2.0 (106~115 年) (核定本) 衛生福利部 2016.

37. 葉莉莉. 長期照護中的個案管理服務. *長期照護雜誌* 2007;**11**:219-26.

38. Barker RL. *The social work dictionary*. 5th ed., Washington, DC: NASW Press, 2003.

39. National Association of Social workers N. *Social Work Case Management*. National Association of Social workers, NASW: National Association of Social workers, NASW, 2013.

40. White P, Hall ME. Mapping the literature of case management nursing. *J Med Libr Assoc* 2006;**94**:E99-E106.

41. Woodside M. *Generalist case management : a method of human service delivery*. 5th edition. ed., Boston, MA: Cengage Learning, 2017.

42. 臺灣社會福利總盟. 2016 社會福利服務民間評比. 臺灣社會福利總盟 2016.

43. 賴允亮. 面對絕症的醫學—臺灣安寧緩和醫療. *醫療品質雜誌* 2010;**4**:13-6.

44. 衛生福利部屏東醫院社區健康部. 屏北居家醫療群，深入社區提供民眾健康. Available at:

http://www.pntn.mohw.gov.tw/?aid=301&page_name=detail&iid=1278. Accessed 2017/06/16, 2017.

45. Kellehear A. *Compassionate cities : public health and end-of-life care*. London ; New York: Routledge, 2005.

46. Lunney JR, Lynn J, Foley DJ, Lipson S, Guralnik JM. Patterns of functional decline at the end of life. *Jama* 2003;**289**:2387-92. doi: 10.1001/jama.289.18.2387.

47. 梅陳玉嬋. *老人學*. 初版. ed., 台北市: 台北市 : 五南, 2006.

48. Addi G. Hybrid Societies. Available at: <https://medium.com/the-ageing-issue/hybrid-societies-1963b5930bf0>. 2017.

49. BELSON K. Elders Offer Help at Japan's Crippled Reactor. *The New York Times Company* 2011.

50. VA SIGFIRA. Orphanage and Senior Citizen Assisted Living Center Erbil,

Iraq. Sustainment Assessment. SPECIAL INSPECTOR GENERAL FOR IRAQ RECONSTRUCTION ARLINGTON VA2009.

51. 維基百科編者. 蘇伽特·米特拉. Available at:

<https://zh.wikipedia.org/w/index.php?title=%E8%8B%8F%E4%BC%BD%E7%89%B9%C2%B7%E7%B1%B3%E7%89%B9%E6%8B%89&oldid=40621228>. Accessed

2016-06-28UTC12:52:20+00:00 (UTC),

52. Mol A. The logic of care : health and the problem of patient choice. London ; New York: Routledge, 2008.

53. 衛生福利部社會及家庭署. 社區照顧關懷據點. Available at: http://e-care.sfaa.gov.tw/MOI_HMP/HMPe000/begin.action. Accessed 2017/06/08,

54. 可能設計. 超貼心服務：日本這間「照顧咖啡館」，不僅備妥商店街特色產品，還成為銀髮照護中心. Available at:

<http://www.seinsights.asia/article/3289/3324/4644>. Accessed 2017/06/08, 2017.

55. 蘋果日報. 台中首見！ 為銀髮族而生的咖啡館. Available at:

<http://www.appledaily.com.tw/realtimenews/article/new/20170422/1103546/>. Accessed 2017/06/08,



附錄一之一 訪談大綱：醫院

訪談大綱

【醫院承辦部門主管或承辦人員】



壹、基本資料

貳、訪談大綱

一、院內團隊運作層面：

- 1.對於「居家醫療照護整合計畫」，貴院院內團隊有哪些人力？如何配置分工？
- 2.貴院個案管理師或您本身，與院內團隊運作與互動經驗如何？有何因素（如結構面、過程面、文化面或其他因素）影響院內團隊的運作？
- 3.貴院個案管理師或您本身，與院外合作單位專業人員間之團隊合作經驗如何？有何因素（如結構面、過程面、文化面或其他因素）影響與院外團隊的合作？
- 4.您認為理想的院內團隊須具備那些條件？對於建立理想專業團隊有何建議？

二、院外平行網絡互動層面：

平行網絡：醫院、衛生所或診所、病患及其家屬

- 1.目前貴院「居家醫療照護整合計畫」的整體照護網絡流程如何運作？
- 2.當初如何開始建構此居家照護網絡？
- 3.有哪些因素影響貴院居家照護網絡的運作？
（如結構面之政策法令、行政體系因素；過程面之個案管理與服務輸送因素；合作對象因素，如醫師背景、社區特性；或其他因素）



- 4.就您的觀點，貴院執行現況對民眾是否具有資源的可用性、充足性、適當性、可接受性與可近性？
- 5.貴院與院外合作單位間互動關係如何？有哪些聯繫互動之管道或機制？
- 6.您對貴院此計畫相關網絡的建構有何建議？如何看待貴院與院外合作單位的關係？
- 7.您如何看待貴院此計畫相關網絡對社會的影響（如鄰近醫院、未參與計畫的醫療院所、地方政府、民眾）？

三、 垂直網絡互動層面：

垂直網絡：健保署、醫療機構

- 1.「居家醫療照護整合計畫」相關服務契約委託過程中，有那些助力與阻力？
- 2.目前貴縣市的健保署業務組與貴院的承辦單位間，有哪些聯繫互動之管道或機制？互動關係如何？
- 3.您如何看待目前貴縣市的健保署業務組與「居家醫療照護整合計畫」各承辦單位之間的關係？

附錄一之二 訪談大綱：社區

訪談大綱

【社區網絡節點醫事人員】



壹、基本資料

貳、訪談大綱

一、院內團隊運作層面：

- 1.對於「居家醫療照護整合計畫」，貴單位團隊有哪些人力？如何配置分工？
- 2.您本身與貴單位團隊運作與互動經驗如何？有何因素（如結構面、過程面、文化面或其他因素）影響貴單位團隊的運作？
- 3.您本身，與貴單位外合作單位專業人員間之團隊合作經驗如何？有何因素（如結構面、過程面、文化面或其他因素）影響與外部團隊的合作？
- 4.您認為理想的團隊須具備那些條件？對於建立理想專業團隊有何建議？

二、單位外平行網絡互動層面：

平行網絡：醫院、衛生所或診所、病患及其家屬

- 1.目前貴單位「居家醫療照護整合計畫」的整體照護網絡流程如何運作？
- 2.當初如何開始建構此居家照護網絡？
- 3.有哪些因素影響貴單位居家照護網絡的運作？
（如結構面之政策法令、行政體系因素；過程面之個案管理與服務輸送因素；合作對象因素，如醫師背景、社區特性；或其他因素）



- 4.就您的觀點，貴單位執行現況對民眾是否具有資源的可用性、充足性、適當性、可接受性與可近性？
- 5.貴單位與單位外合作單位間互動關係如何？有哪些聯繫互動之管道或機制？
- 6.您對貴單位此計畫相關網絡的建構有何建議？如何看待貴單位與院外合作單位的關係？
- 7.您如何看待貴單位此計畫相關網絡對社會的影響（如鄰近醫院、未參與計畫的醫療院所、地方政府、民眾）？

三、 垂直網絡互動層面：

垂直網絡：健保署、醫療機構

- 1.「居家醫療照護整合計畫」相關服務契約委託過程中，有那些助力與阻力？
- 2.目前貴縣市的健保署業務組與貴單位的承辦單位間，有哪些聯繫互動之管道或機制？互動關係如何？
- 3.您如何看待目前貴縣市的健保署業務組與「居家醫療照護整合計畫」各承辦單位之間的關係？



附錄一之三 訪談大綱：案家

訪談大綱 【個案與家屬】

壹、基本資料

貳、訪談大綱

一、家中團隊運作層面：

- 1.對於「居家醫療照護整合計畫」，家中有哪些人力？如何配置分工？
- 2.您本身與家中團隊運作與互動經驗如何？有何因素（如結構面、過程面、文化面或其他因素）影響家中團隊的運作？
- 3.您本身與醫療院所專業人員間之團隊合作經驗如何？有何因素（如結構面、過程面、文化面或其他因素）影響與醫療團隊的合作？
- 4.您認為理想的家中團隊須具備那些條件？

二、院外平行網絡互動層面：

平行網絡：醫院、衛生所或診所、病患及其家屬

- 1.目前家中接受「居家醫療照護整合計畫」的整體照護網絡流程如何運作？
- 2.當初如何開始接受此居家照護網絡？
- 3.有哪些因素影響居家照護網絡的運作？
（如結構面之政策法令、行政體系因素；過程面之個案管理與服務輸送因素；合作對象因素，如醫師背景、社區特性；或其他因素）
- 4.就您的觀點，執行現況對民眾是否具有資源的可用性、充足性、適當性、可接受性與可近性？

5.家中與合作的醫療院所間互動關係如何？有哪些聯繫互動之管道或機制？

6.您對此計畫相關網絡的建構有何建議？如何看待自己與院外合作的醫療院所的關係？

7.您如何看待此計畫相關網絡對社會的影響（如鄰近醫院、未參與計畫的醫療院所、地方政府、民眾）？

三、 垂直網絡互動層面：

垂直網絡：健保署、醫療機構

1.「居家醫療照護整合計畫」相關服務契約委託過程中，有那些助力與阻力？

2.目前貴縣市的健保署業務組與您之間，有哪些聯繫互動之管道或機制？互動關係如何？

3.您如何看待目前貴縣市的健保署業務組與「居家醫療照護整合計畫」各承辦單位之間的關係？

附錄二 臺大研究倫理委員會審查通過證明



國立臺灣大學 行為與社會科學研究倫理委員會

Research Ethics Committee
National Taiwan University
No. 1, Sec. 4, Roosevelt Rd., Taipei, Taiwan 10617, R.O.C
Phone: 3366-9956 Fax: 2362-9082

審查核可證明

核可日期：2016年11月14日

倫委會案號：201610HS006

計畫名稱：居家醫療整合照護的網絡模式-以嘉義縣市的運作模式為例

校/院/系/計畫主持人：國立臺灣大學/公共衛生學院/健康行為與社區科學研究所/陳端容 教授

計畫文件版本日期：【2016年10月13日】

上述計畫業經2016年11月14日國立臺灣大學行為與社會科學研究倫理委員會同意，符合研究倫理規範。本委員會的運作符合本校行為與社會科學研究倫理準則與規範及政府相關法律規章。

本案需經研究經費補助單位核准同意後，該計畫始得執行。

本審查核可證明之有效期限自2016年11月14日起至2017年5月30日止。若有需要，計畫主持人最遲應於本核可證明到期前的6週，提出持續審查申請表，方可繼續執行。

在計畫執行期間，若有計畫變更或嚴重不良反應事件，計畫主持人須依國內及本校相關法令規定通報本委員會。

行為與社會科學研究倫理委員會主任委員 謝世忠

Ethical Review Approval
National Taiwan University

Date of approval: November 14, 2016

NTU-REC No.: 201610HS006

Title of protocol : The Network Model of Integrated Home Medical Care: A Field Observation in Chiayi County

University/College/Department/Principal Investigator : National Taiwan University / College of Public Health / Institution of Health Behavior and Community Science / Professor Duan-Rung Chen

Version date of documents : 【October 13, 2016】

The protocol has been approved by Research Ethics Committee of National Taiwan University and has been classified as expedited on November 14, 2016. The committee is organized under, and operates in accordance with, Social and Behavioral Research Ethical Principles and Regulations of National Taiwan University and governmental laws and regulations.

Approval by funding agency is mandatory before project implementation.

The duration of this approval is from November 14, 2016 to May 30, 2017. Continuing Review Application should be submit to Research Ethics Committee no later than six weeks before current approval expired.

The investigator is required to report protocol amendment and Serious Adverse Events in accordance with the National Taiwan University and governmental laws and regulations.

Chairperson Shih-chung Hsieh
Research Ethics Committee