

國立臺灣大學公共衛生學院健康政策與管理研究所

碩士論文



Institute of Health Policy and Management

College of Public Health

National Taiwan University

Master Thesis

居家醫療照護在偏遠地區的實施

-以東部某地區醫院為例

The Implementation of Home Medical Care in a Remote Area:

A Case Study of a District Hospital of Eastern Taiwan

陳佑勝

Yu-Sheng Chen

指導教授：董鈺琪 博士

Advisor: Yu-Chi Tung, Ph.D.

中華民國 108 年 6 月

June, 2019

誌謝



能進入碩士班就讀完全是 神的恩典，但在工作、學業都得兼顧的情況下，求學的第一年、每日醒來總有想要放棄的念頭，但感謝 神的豐盛供應與祝福，總讓我處處遇到天使、成就的一切超過我所求所想。

於求學期間見到所長、教授們認真規劃課程內容，持續修正教學方式，追求卓越的精神令人印象深刻外，與師長同學共同的激盪思考、生活關心交流，生命得以更加豐富踏實。

期許自己的所學與經歷，未來能幫助機構發展、間接提升偏鄉健康照護產業水平與消弭台灣健康不平等。

感謝 院長玉祥、夫人芬郁 不斷鼓勵我進修、學習成長。

感謝 機構首長信雄、家人、朋友的支持及醫院同工的扶持。

感謝 紫綸、雅蓮賢伉儷與兒李墨，長達二年的接待、加油打氣。

感謝 董鈺琪老師的教導與督促，包容我在偏鄉諸多不便、給予協助。

感謝 受訪者願意敞開、接受訪談，您的寶貴意見讓論文更趨豐沛。

感謝 師長們的辛勞，讓學生擴張眼界、收穫滿囊、受益終生。

感謝 所有默默為我祝福、禱告的同工、同學、朋友們。

感謝 研究所助理、研究室學弟妹們的諸多幫忙。

願 神記念您們的善意，平安喜樂伴隨你們每個人！

願將一切榮耀歸予 神。

佑勝

June, 2019

中文摘要



研究目的：

瞭解於偏鄉會影響照護服務團隊、病患及家屬參與「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」意願的因素，計畫執行的問題，支付金額或給付範圍是否符合期待，及尚未加入服務的醫事人員對參與計畫意願或影響因素探討，並對個案機構未來如何擴大服務量能或讓更多醫事人員加入居家醫療服務進行策略研擬與評估。

研究方法：

本研究蒐集美國、日本、法國、澳洲居家醫療照護服務推行與發展文獻，並運用個案研究法、藉由半結構式（semi-structured）深度訪談後，以強弱危機分析（SWOT Analysis）個案機構、做出研究結果。

研究結果：

能正向促進服務團隊（或尚未加入計畫的醫事人員）參與意願的因素包括：有犧牲奉獻或充裕的醫事人員、行政程序簡化、資源交互支持、合理的支付金額或給付範圍、政策或服務宣導、醫療模式創新或照護習慣修正；病患及家屬接受居家醫療照護的考量，包括：獲得醫療服務的便利性、自行負擔之整體費用高低、風俗民情；支付金額或給付範圍未考量於偏鄉推動成本高，應提供具有針對性質的支付或資源。

研究結論：

機構未來需擴大服務區域（台東市、卑南鄉）、連結長照及他院出院準備服務部門、整併執行相關服務或計劃案、持續招募具服務熱忱的醫事人員、照護作業資訊化、指派專責護理師或個案管理師、對區域內弱勢病患提供費用補助、擴大社區合作機構（社區醫師、藥局、居家護理所）。

建構居家醫療照護需以患者為中心，由具凝聚力、能提供全面及協調照護的團隊執行，未來應朝減緩病患失能速度、實施健康管理等面向著手，以降低社會成本、讓病患在熟悉的環境中恢復健康、甚至走完人生最後一哩路。

關鍵字：居家醫療、在宅醫療。

ABSTRACT



Research purposes:

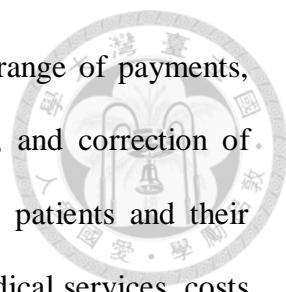
This study has four purposes. The first purpose aimed to elucidate factors that will affect the willingness of the care service team, patients, and their family members to participate in the “National Health Insurance Home Medical Care Integration Plan (HMCIP)”. The second aimed to understand problems that may be encountered when implementing the HMCIP. The third aimed to analyze discrepancies between the amount and the scope of payment and the users’ willingness to pay. The fourth aimed to explore the willingness and the influencing factors of the medical staffs who have not joined the service yet. The fourth aimed to conduct strategies and assessments for the case agency on expanding their service in the future or enabling more medical staffs to join the home medical service.

Research method:

Literatures concerning the implementation and development of home medical care services in the United States, Japan, France, and Australia were reviewed extensively. We applied case study with a semi-structured in-depth interview to analyze the strength-weakness-opportunities-threats (SWOT) of the case organization for implementing the HMCIP.

Research result:

The factors that can positively enhance the willingness of the service team (or the medical staffs who are not included in the program) to participate HMCIP include: ample medical staffs with willingness to dedicate themselves, simplified administrative



procedures, interactive resource supports, a reasonable amount or range of payments, policy or service promotions, innovation of medical care models, and correction of out-of-date medical care habits. The factors which may influence patients and their family members to join HMCIP include: convenience of getting medical services, costs of co-payment, and customs. The implementation of HMCIP has not considered the relatively high costs in remote areas. Our analysis suggests that targeted payments or resources should be provided in different areas.

Analysis conclusion:

In the future, the organization needs to expand its service areas (Taitung City, Beinan Township,) to link long-term care and discharge preparation services in other hospitals, to integrate related services or plans, to continue recruiting medical staffs with enthusiasm for service, to conduct the informatization of care operations, to assign specialized nurses or case managers, to provide cost subsidies for vulnerable patients in the region, and to expand community cooperation agencies (community physicians, pharmacies, home care centers.)

Building home medical care requires a patient-centered cohesive team that provides comprehensive and coordinated care. We should make efforts to slow down patients' disability, to implement health care management to reduce social costs, and to enforce patients to recover, or finish their last path of life, in a familiar and comfort environment.

Key words : Hospital at Home , Home Medical care °

目錄



誌謝	i
中文摘要	ii
ABSTRACT	iii
目錄	v
圖目錄	vii
表目錄	viii
第一章 緒論	1
第一節 研究動機	1
第二節 研究目的	3
第三節 研究重要性	3
第二章 文獻探討	4
第一節 居家醫療照護服務之背景	4
第二節 國外居家醫療照護服務推行情形	6
一、 美國	6
二、 日本	7
三、 法國	8
四、 澳洲	9
第三節 全民健康保險居家醫療照護整合計畫的推展	11
第四節 臺灣居家醫療照護服務的需求與提供	12
第三章 研究方法	15
第一節 研究設計	15
第二節 研究對象與資料收集	16



第四章 個案研究	18
第一節 個案機構簡介	18
一、 機構發展簡史	18
二、 服務模式	19
三、 服務概況	20
四、 服務量	22
第二節 內部分析	24
一、 內部優勢 (Strength)	24
二、 內部劣勢 (Weakness)	25
第三節 外部分析	29
一、 外部機會 (Opportunity)	29
二、 外部威脅 (Threat)	31
第四節 研究限制	37
第五章 結論與建議.....	38
第一節 服務推動評估	38
一、 策略研擬	38
二、 策略選擇與評估	40
第二節 結論	51
第三節 建議	52
一、 機構經營管理層面	52
二、 國家政策層面	53
參考文獻	56

圖目錄

圖 1.1 台灣與世界主要國家的老年人口占總人口比率	1
圖 2.1 台灣與世界主要國家每人居家醫療之費用	5
圖 2.2 台灣與世界主要國家居家醫療支出佔總醫療支出之比例	5
圖 4.1 居家醫療服務圖片集(1)	21
圖 4.2 居家醫療服務圖片集(2)	22
圖 5.1 居家照護系統畫面(1).....	43
圖 5.2 居家照護系統畫面(2).....	44
圖 5.3 居家照護系統畫面(3).....	45
圖 5.4 居家照護系統畫面(4).....	46
圖 5.5 居家照護系統畫面(5).....	47
圖 5.6 居家照護系統畫面(6).....	48



表目錄



表 2.1 「居家醫療照護整合計畫」不同階段之收案條件及給付項目 :	12
表 2.2 不同訪視人員別之照護內容.....	13
表 2.3 各類服務項目與附帶要求	13
表 3.1 受訪者性別、背景、身份（1）	16
表 3.2 受訪者性別、背景、身份（2）	16
表 4.1 各類居家醫療照護相關服務費用收入如下表：	22
表 5.1 機構整合居家醫療照護服務-TOWS 矩陣	39
表 5.2 居家照護資訊系統導入的預期前後差異比較.....	42
表 5.3 資訊系統頁籤、功能摘要說明	42

第一章 緒論



第一節 研究動機

人口結構快速老化為全球的趨勢，但在台灣、日本、韓國、香港、新加坡等亞洲國家的人口老化速度，卻遠比義大利、德國、英國、法國、美國等歐美國家都快；依據國家發展委員會 2018 年 8 月「中華民國人口推估(2018 至 2065 年)」資料顯示，台灣自 2018 年起將邁入高齡社會(Aged Society，65 歲以上人口佔總人口比率達 14%)、預計於 2026 年成為超高齡社會(Super-Aged Society，65 歲以上人口佔總人口比率達到 20%)僅有 8 年的時間，與韓國、新加坡接近，但遠較日本、美國、義大利、法國、德國、英國等較早高齡化國家轉變為超高齡社會快速(分別為 11 年、14 年、19 年、29 年、36 年、51 年)[1]；依據衛生福利部 2010 年全國長期照護需要調查結果顯示：失能率有隨年齡增加而上升的趨勢，特別於超過 65 歲以後大幅提升，65-74 歲為 7.29%、75-84 歲為 20.44%、85 歲以上為 48.58%[2]。

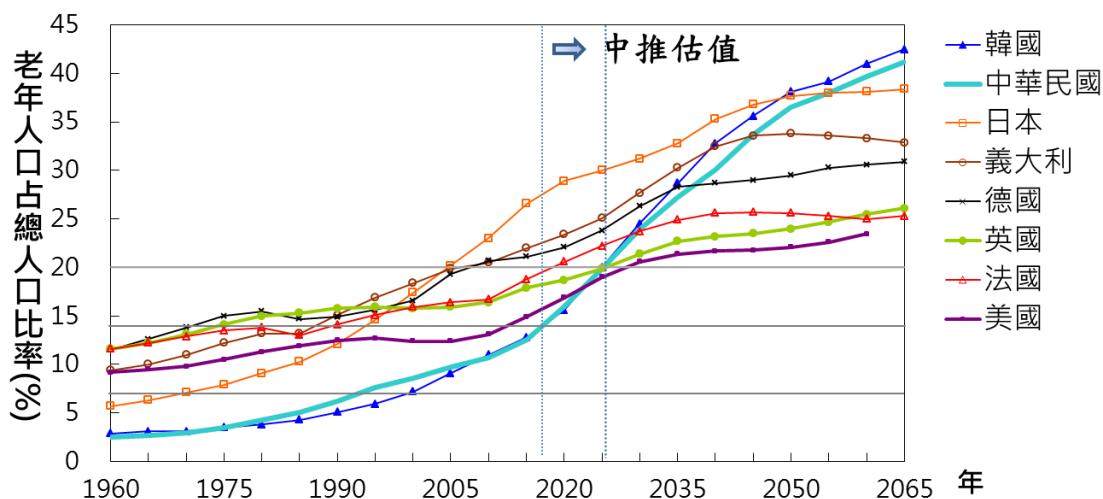


圖 1.1 台灣與世界主要國家的老年人口占總人口比率

根據衛生福利部 2017 年「老人狀況調查」結果，推估 65 歲以上、生活上需要照顧或協助人數為 90.7 萬人，而依工具性日常生活活動(IADLs)功能評估，有困難者達 26.66%、當中「獨自坐車外出」為很困難或完全做不到者又占 21.4%[3]；另於 2016 年「身心障礙者生活狀況及需求調查報告」指出台灣領有身心障礙證明或手冊人數為超過 117 萬人（男性為 66.3 萬人、女性為 50.7 萬人，65 歲以

上者佔 40.1%)，身心障礙者居住地點則以「家宅」佔 94.66%最高，而當中達 74.83% 表示需要定期就醫，有就醫困難者占全體身心障礙人數為 31.82%，困難項目以「醫療院所距離太遠」佔 33.73%、「交通不便」佔 32.23%、「沒有人可以接送」佔 22.85%最多[4]，而居住「家宅」的身心障礙者中有 54.37%無法自我照顧生活起居，其中 15.38%需要居家照顧服務，且以「家事服務」、「身體照顧」及「居家護理」的需求較高，且有 7 成的身心障礙者或家屬願意負擔部分費用，最需要服務的時段以「星期一到星期五白天」者最高。

衛生福利部中央健康保險署提出「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」，自 2016 年起整合一般居家照護、呼吸器居家照護、安寧居家療護及居家醫療試辦計畫等 4 項方案，為居家醫療、重度居家醫療、安寧療護 3 個照護階段，；且鼓勵醫療院所能夠水平及垂直組成整合性照護團隊、支付個案管理費、建立品質監測指標，強化醫療照護資源連結與轉介。

截至 2017 年 12 月止共有 195 個團隊、2,024 家醫療院所參與、累計照護 32,759 人[5]；照護對象外出就醫不便原因以失能 (ADL<60) 佔 93%為主，3 個照護階段的收案分別為居家醫療佔 29%、重度居家醫療佔 59%、安寧療護佔 12%[6]；依 2017 年 4 月的調查資料亦顯示，仍有高達 64.7%的醫事服務機構登記提供居家醫療整合照護服務、卻未執行[7]，中央健康保險署居家醫療整合照護計畫收案檔資料，亦發現醫療院所僅提供訪視、未提供其他診療服務之件數占 22%，照護對象門診就醫僅 10-25%為居家醫療照護服務院所。

如何翻轉過去病患必須到醫療機構門診就醫的模式，鼓勵醫護團隊走出醫療機構，主動外出就醫不便的患者居家看診、開立藥物，並提供衛教與治療、建立醫病信賴關係，及機構管理者如何從流程面協助病患能無縫銜接照護、擴大居家醫療服務效能；政策制定者或衛生主管機構如何降低法規及社會環境障礙、避免居家醫療服務出現城鄉差距或健康不平等的情況發生，提高經濟或其他面向的誘因，促進機構或醫護人員的參與，皆需要進一步的討論與尋找解套辦法。

第二節 研究目的

探討於台灣東部某偏鄉醫療機構於參與、執行整合「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」內居家醫療、居家安寧療護所面臨的問題，並探究下列相關項目：

- 一、瞭解於偏鄉何種因素是容易影響照護服務團隊、病患及家屬對於參與計畫的意願。
- 二、居家醫療服務的支付金額或給付範圍，是否符合照護團隊的期待。
- 三、尚未加入服務的醫師或醫事人員對於參與計劃之意願或影響因素探討。
- 四、機構未來如何擴大服務量能或讓更多醫事人員能加入居家醫療服務團隊。

第三節 研究重要性

「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」看似完善、富含配套措施的計畫，為何於偏鄉執行計畫、提供服務的照護團隊卻未有欣喜之情，未將一般居家照護個案納入該整合計畫收案，居家醫療或安寧居家療護的個案卻仍是屈指可數的狀況，原既有之行政作業、專業訓練要求，或資訊硬體資源、時間成本、規模經濟、成本效益，應已不是位居偏鄉服務之醫護團隊成員或機構的首要考量；而當計畫為居住於縣轄地緣狹長、人口離散、老化嚴重、醫療資源不均地區，解決了交通與醫療可近性障礙後，但身處於全國最窮困縣市之一的病患，其經濟是否得以長期負擔相關費用、或是尚有其他的因素所形成的障礙，是否有不同的社會資源或計畫案可相輔相成，皆是需進一步探究之處。

本研究將藉由質性訪談居家醫療整合照護團隊成員的方式收集資訊、探討其癥結因素，希望能找出機構內可行的解決方法、提出推動的改善建議，同時對於研究收集到之資訊能為中央衛生主管機關修訂政策之參考，達到真正落實以病患為中心的整合性醫療照護服務。

第二章 文獻探討



第一節 居家醫療照護服務之背景

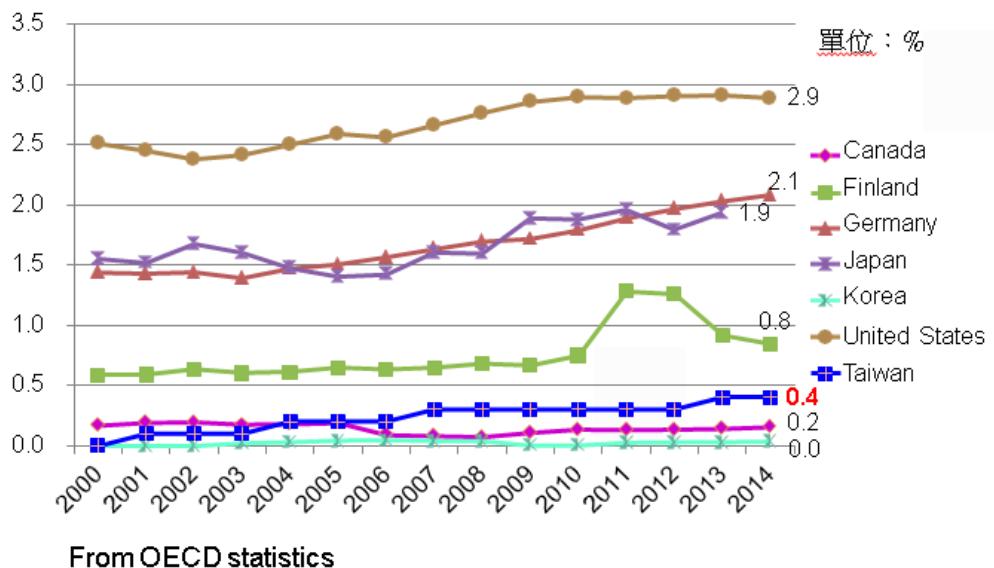
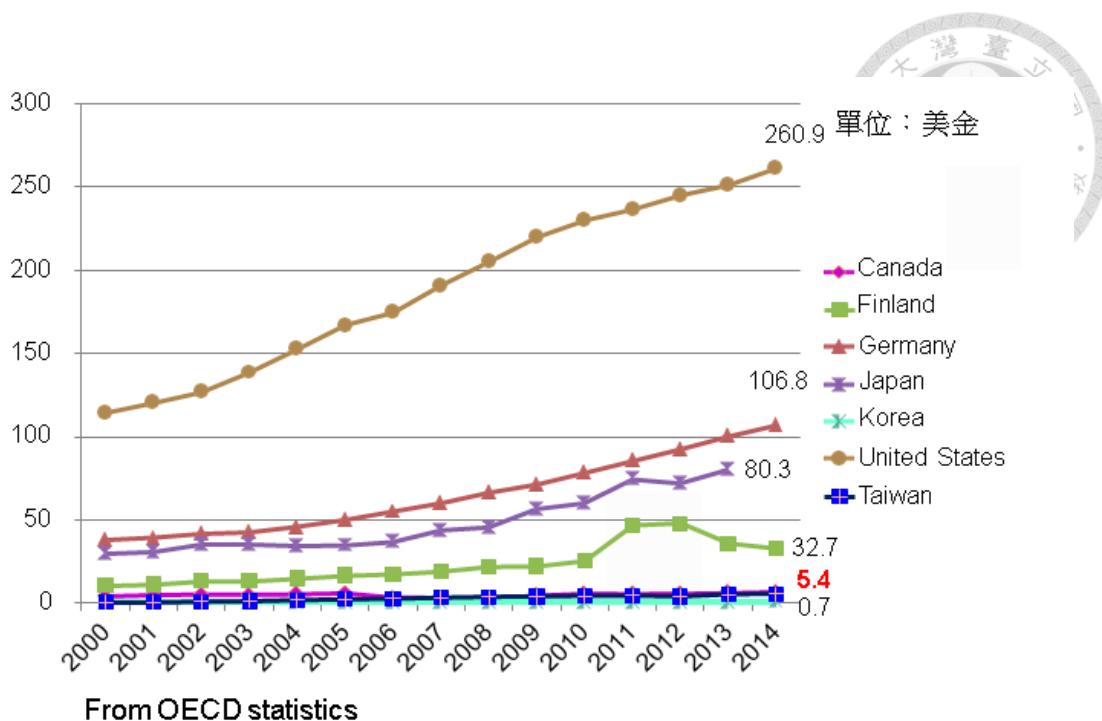
不論在西洋或中國傳統，皆有醫師出訪病患家中進行醫療的歷史背景，以帶給病患便利的居家醫療服務，而以疾病、急性治療為導向的現代化醫院，為 18 世紀後形成的醫療照護模式；於 20 世紀後居家醫療的概念再度被提出討論，甚至可能成為醫療保健系統改革的創新服務模式之一。

有利於居家醫療照護模式推展的長期趨勢，包括：相關醫學研究發現目前的緊急醫療系統正處於危機之中，人口老化和疾病負擔預測，皆顯示現有急性病床的供應量無法滿足未來急性醫療照護需求的增長速度，而為在居家的患者、提供醫院級的醫療照護，以取代急性住院的模式 (Hospital at Home) 推展，又能避免住院治療的潛在危險影響(如病患的功能衰退、譫妄和其他醫源性的疾病)[8]。

醫療界前輩或學者長期倡議「家是最好的病房」[9]，其次是有家庭氛圍的病房或醫療機構，讓醫療人員將馬路視為醫院走廊延伸，但關於居家醫療在臨床照護成效和經濟效益的爭議仍然存在，例如：於採用單一支付或由第三方支付等不同給付制度、不同國家的醫療保健系統，以居家醫療取代醫院醫療的整體醫療成本、照護品質將可能有所不同[8]。

1987 年台北市護理師護士公會受政府委託推展「居家護理服務」則被認為是台灣居家照護服務開端[7]，衛生福利部中央健康保險署於 1995 年開辦後給付居家護理、安寧居家療護，並於 2015 年公告「居家醫療照護試辦計畫」後、在 2016 年擴大為「居家醫療照護整合計畫」，與長照 2.0 進行雙向轉銜，並由醫療院所(出院準備服務小組)與長期照顧管理中心(照管專員)建立聯繫合作機制，以發掘及評估社區中潛在長照及居家醫療個案。

依居家醫療國際研討會「台灣居家醫療發展現況與展望」資料，以 2014 年經濟合作暨發展組織 (OECD) 的國家資料，已開發國家於居家醫療費用之成長曲線呈現逐年提升趨勢，但台灣平均每人每年的居家醫療花費僅 5.4 美元，相較美國 260.9 美元、德國 106.8 美元、日本 80.3 美元偏低；而居家醫療占總醫療支出之比例，台灣為 0.4%，與美國 2.9%、德國的 2.1%、日本 1.9%，亦有相當大的差距[6]。



第二節 國外居家醫療照護服務推行情形



一、美國

現代居家醫療起源於 1945 年美國紐約 Bluestone 醫師 (FNEHAD, 2019) 的居家醫院 (Hospital at Home, HaH) 計畫，適合患有多種疾病、但要運送病患到醫院治療有很大困難者，或住院病況好轉可以提早出院、但仍需幾天點滴或藥物注射、或出院後的護理照護服務，或末期疾病患者希望能在居家接受症狀緩解或疼痛控制等患者；而 HaH 照護模式則被認為可以避免病患於機構內感染耐藥性抗生素細菌風險，讓病患在熟悉的居住環境與家庭成員照顧之下，於疾病與生理功能有更好的恢復，同時可以減輕醫療照護人員與家庭成員的壓力、獲得更好的患者滿意度[8][10]。

於 1960 年代由照顧患有慢性疾病的兒科醫師提出 Medical Home 照護模式，提供居家、以患者為中心的初級保健 (Primary Care) 醫療照護，由專責人員為病患所需的臨床醫療照護與社會服務進行整合，並將病患的臨床醫療、照護服務等資料集中儲存[11]，而後逐漸衍生應用於成人慢性病患者的照顧，並分別獲得美國家庭醫學會 (American Academy of Family Practice)、美國兒科學會 (American Academy of Pediatrics)、美國骨科協會 (American Osteopathic Association)、美國內科醫師學院 (American College of Physicians) 的支持，認為可以減少慢性病患的急診及住院次數[12]。

居家醫療照護模式被視為因應人口老化社會、慢性病或多重重複雜疾病患者的創新照護模式之一，可以增加病患與醫療服務提供者的溝通交流，並可解決過往無法申報的照護服務項目，如：醫療機構以外的照護協調、對病患的連繫關懷等，同時也被廣泛認為可以降低整體醫療保健支出，於是美國開始以 HaH 概念、鼓勵發展以居家為基礎的醫療照護模式或計畫，如以醫院為基礎的居家照護計畫 (Hospital Based Home Care)、居家初級照護 (Home Based Primary Care, HBPC)、居家獨立方案 (Independence at Home, IAH)、長者全方位照護計畫 (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) 等[13]。

以居家獨立方案 (Independence at Home, IAH) 提供的居家醫療服務為例，IAH 採用行動電子健康記錄 (mobile electronic health record, EHR)、並由醫學與社會服務等不同專業人員，提供跨專業團隊整合的居家醫療照護服務，允諾提供

高品質醫療照護（急診率、住院率、30 天內再入院率下降）、有較高的病患滿意（於出院或急診後 48 小內提供居家訪視、藥品管理與照護計劃）、能顯著降低 Medicare 計劃的成本（預計可在未來 10 年內節省 10-150 億美元），目前共照護高達 1 萬名患有嚴重慢性疾病和殘疾的醫療保險患者、照護費用達 3,500 萬美元，提供 17 種居家的初級醫療保健服務，累計共獲得近 80 個不同的學院、醫學會、協會、聯盟、委員會、公司或基金會的支持[14]。

美國聯邦政府的 Medicare 健康保險（年滿 65 歲以上，或未滿 65 歲但罹患嚴重殘疾、24 個月內取得社會保障殘疾保險者）提供醫療補助範圍即含括居家前往醫療機構就醫困難、可在居家接受疾病的醫療照護，或需要專業護理（每 60 天需 1 次或每天 1 次達 3 週），或傷害後的物理、語言、職能治療等，需經由醫師開立證明、核定居家照護計畫（每 60 天需重新認證）後，再由通過 Medicare 認證的家庭健康機構（home health agency, HHA）提供服務[15]。

二、日本

多數日本人是在醫院內臨終，但與 60% 以上日本人希望到臨終前都能持續在家中居住並接受治療的意願相違[16]，對於人口老化、醫療費用上升的日本社會而言，在宅善終能同時減少個人的醫療花費，健康保險系統也能間接安全的永續經營下去，促成在宅醫療的推動背景；分別於 1985、1992、1997、2000、2006、2008 年等多次修正醫療法規，自 1986 年起「在宅」成為日本醫療法認可的執行醫療業務場所，並陸續修正相關的診療給付內容，重大變遷包括於 1986 年新增臥床老人的訪視診療費及各種指導管理費、1996 年擴大在宅末期醫療綜合診療費適用範圍，新增在宅末期病患的訪視照護指導費、2000 年設立 365 天 24 小時在宅醫療出診、訪視與照護的制度[16]。

日本所有的福利系統皆由厚生勞動省管轄，採用社會保險制度為基礎設計的介護保險制度是專為高齡者提供照顧服務或提供津貼，40 歲以上的日本人皆被視為被保險人，有義務繳交保費，被保險人使用服務時亦需繳交部份負擔、設有每月支出上限，提供在居家、日照服務中心、長照機構的照護服務外，擴及住宅修繕、輔具的租借與販售服務[17]。

在宅醫療的給付上，介護保險（針對 40 歲以上被保險人）或健康保險（不分年齡）皆提供護理師、藥劑師、物理治療師、職能治療師、語言治療師的訪視

費用，而介護保險額外提供照顧服務員、個案管理師的服務費，健康保險則提供西醫、牙醫師等專業人員的訪視費；透過健康照護、在宅醫療、看護和社會工作專家不同領域的合作，結合社會保險、福利制度與其他社會安全措施，以支持高齡者或先天障礙者能安心在宅療養，其推動減低了醫療及長照費用的總支出、減少住院率、並提高在宅死亡率，達到民眾在宅善終的目標[18]、提供病患更好的照護與生活品質。

統計至 2016 年日本在宅療養支援診療所達 14,683 家、在宅療養支援病院達 1,111 家，在宅善終比例為 13%、老人在宅善終比例為 6.9%[19]，依據 2017 年日本厚生勞動省醫政局「在宅醫療合作模式建設實際情況調查報告」，在宅醫療的實施以家訪、訪問診療、家庭護理等為主，醫療處置內容以氧氣治療 (HOT)、靜脈注射、留置導尿管為主、營養輸液，吸痰、疼痛控制、壓瘡治療、臨終護理次之，調查亦指出維持在宅醫療服務的提供，則面臨醫護專業人員沒時間探望、醫師老化、醫師及相關醫事人員缺乏、需提供 24 小時訪視與照護感到困擾等問題點；另外在推廣在宅醫療上，則有確保從事在宅醫療的醫務人力、面對突發或緊急事件時的支援制度改進、如何減少家庭成員或照護人員的負擔等，重要課題需要面對與解決[20]。

三、法國

法國於 1950 年起開始反思於居家中治療病患(特別是癌症病患)的可能性，運用美國 HaH 的概念、於 1957 年巴黎 Hôpitaux-AP-HP 開始提供「居家住院治療」(L'hospitaLisation à domicile, HAD)服務，依 2018 年 FNEHAD 組織的資料，法國於 2016 年統計提供 HAD 的機構超過 300 個，每年於 HAD 的健康保險總支出共達 9.67 億歐元、總服務人次為 109,866 人次、總服務天數為 490 萬天[10]，但 HAD 仍僅佔法國整體醫療保險費用的 0.5%、住院費用的 1%。

申請在居家接受住院治療、則需經由主治醫師、病患與其周圍人員同意後、不限疾病別、不局限照護地點於病患個人家宅或機構皆可，提供 HAD 照護服務的協調小組會到病患的居住場所確認照護可行性，包括所需要的設備用品、照護技能等，並招開照護協調會議，在考量病患的期望及照顧者的限制下，與病患及照護成員共同針對照護性質、時間、醫療供應與治療條件、預防與風險管理進行討論；照護團隊成員依機構、病況需求，可彈性組織護理師、物理治療師等各類



不同專業人士，藥物可由提供服務的機構自行調劑或交付鄰近於病患居所的藥師，提供患者 24 小時協助的熱線電話（部分機構設有夜間家庭護理組）；約 20% 的病患可能因健康或疾病惡化，需重新安排入院或轉移其他機構時，照護團隊亦能提供必要的協助。

HAD 機構除了提供醫療與護理照護外，居家照護主要內容為安寧緩和醫療、傷口換藥、重症護理、營養、靜脈注射治療、呼吸照護等，部份機構可額外提供癌症、神經康復治療；而 HAD 機構雖遍及全國各地，但每個區域分配由單一 HAD 機構負責，病患無法自由選擇服務機構；HAD 機構不論隸屬公立或私人、商業或非營利、附屬於醫院或獨立經營，自 2009 年後皆視同為醫療機構，必須注重病人安全、醫療品質、照護的連續性、保障患者的權利，且與醫院採行相同的標準進行 HAS 認證[21]。

除了 HAD 服務外，法國醫師針對 75 歲以上、中風、帕金森氏症、慢性呼吸道疾病、無法移動的患者提供居家醫療服務；另依法國 FNEHAD 組織統計，約 3/4 的民眾認為若想維持法國的社會保障體系，就必須改變健康領域的管理與資源分配，超過 80% 的人表示他們已準備好將家庭視為一個醫療照護場所，87% 的人表示願意在居家接受治療，69% 的人認為法國的衛生保健系統將朝這個新的照護方式發展[10]。

四、澳洲

澳洲居家醫療照護模式（Hospital in the home, HITH）模式分別自 1994 年、1995 年於澳洲的維多利亞州（Victoria）、新南威爾斯州（New South Wales）開始發展，透過醫療、護理、其他衛生人員共同組成以患者為中心的照護團隊，並在病患家庭內提供急性住院醫療照護，減少病患的住院天數或在某些情況下可完全避免入院，優點包括減少對病患正常生活的干擾（能舒適待在居家、無需適應在醫院的日常工作）、提高舒適度（病患可以選擇吃飯、看電視時間、並在自己的床上睡覺）、與家人團聚（家人和朋友可以在適合病患的時間進行探訪、非醫院規範與限制時間），遠離醫院環境（減少住院不良事件的發生風險），並有更好的醫療服務彈性（為實際需要住院治療患者提供足夠病床位）[22]。

但 HITH 模式仍規範必須為公立醫院之病患，病患的精神穩定、對於日常的監測具一定程度的敏銳度、能遵守治療規範、具自我保健能力外，尚需獲得病患

或看護人員的同意，而照護環境上必具備撥出之電話、可儲存藥品之冰箱等要求（永久或臨住所不拘）[23]，。

HITH 模式則以病例組合(Case Mix Index ,CMI)、診斷關聯群 (Diagnosis related groups ,DRG) 進行醫療費用支付，如果個案超過系統預定的天數，日費以折扣 80%的方式核付，且每個醫療服務單位設定年度上限額，超出 2 個百分點後即不再核付[24]，有助於提高醫療院所的服務效率、提升整體醫療費用的管控。

相較於傳統住院的醫療模式，HITH 模式的病患有較低的死亡率、再住院率及醫療花費，並有較高的滿意度(Caplan et al., 2012)[13]，並能良好的管理蜂窩狀組織炎、肺炎、深靜脈血栓形成、慢性阻塞性肺疾病 (COPD)、尿路感染等臨床併發症狀的發生[22]。

第三節 全民健康保險居家醫療照護整合計畫的推展

台灣全民健康保險自 1995 年開始提供居家照護，但對象僅限於某些特殊的族群，如慢性精神病患、呼吸器依賴患者、末期病患的安寧居家照護等，且失能者有管路(鼻胃管、導尿管、氣管內管)才可接受居家護理服務，且有訪視頻率上的限制（護理師訪視為 1 個月 2 次、醫師為每 2-4 個月 1 次為原則），受照護者如有用藥需求時，醫師無法在病患居家開立藥物，此種居家照護模式是片段性、未考慮到病患的醫療需求。

為提升因失能或疾病特性致外出就醫不便患者的醫療照護可近性，降低住院日數、減少不必要之社會性住院、改善現行不同類型居家醫療照護片段式的服務模式，以提供病患整合性之全人照護，健保署將一般居家照護、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，自 2016 年 2 月整合為「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」[25]。

計畫收案對象亦不再侷限於中低收入戶，且需同時符合居住於二樓以上、無電梯公寓，無法上下樓梯者或需他人協助才能上下樓梯之獨居者、重度以上肢體障礙等環境條件限制，鼓勵社區內醫事服務機構合作、共同組成照護團隊、形成社區照護網絡，照護團隊設個案管理人員負責協調、溝通及安排相關事宜，提供患者「居家醫療」、「重度居家醫療」、「安寧療護」三階段連續性的居家醫療服務模式與全人照護。

醫師可依其專業判斷，調整各職類醫事人員訪視頻率，各照護階段內之給付項目仍應依照護對象病情實際需要提供，增加個案管理費（需強化個案健康管理及 24 小時電話諮詢服務），建立品質監測指標（如住院率、急診率…等）；同時受照護對象亦得銜接衛福部推動的長期照顧服務 2.0 計畫，提升照護連續性，兩者可以無縫接軌，讓個案獲得適當的居家醫療與長期生活照護。

依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議，2019 年修訂後新制內容，預計將擴大納入牙醫師、中醫師、藥師共同參與居家醫療項目，並增加緊急訪視費、夜間及例假日加成 40-70%，取消醫師安寧訪視之權值、增訂醫師的每日訪視人次以 8 人為限制（排除緊急照護）；居家藥事服務則針對經由醫師判斷其專業能力無法處理，可照會藥師協助臨終病患的管制藥品使用諮詢、特殊劑型用藥指導[26]。

第四節 臺灣居家醫療照護服務的需求與提供

依 2016 年「身心障礙者生活狀況及需求調查報告」指出台灣領有身心障礙證明或手冊的人數為超過 117 萬人，身心障礙者的居住地點以「家宅」最高佔 94.66%，當中有 74.83% 表示需要定期就醫，有就醫困難者占全體身心障礙人數 31.82%（約 35.2 萬人），困難項目以「醫療院所距離太遠」佔 33.73%、「交通不便」佔 32.23%、「沒有人可以接送」佔 22.85% 最多[4]。

「居家醫療照護整合計畫」於 2016 年底共服務 7,675 人次[6]，2017 年底增加至 32,759 人次[26]，為開辦初期的 4.27 倍，參與的醫療院所也自原先的 272 家、累積增加至 2,024 家；於居家安寧療護服務人數由 2012 年 4,984 人、成長至 2017 年 10,686 人，顯示接受服務的末期病患逐漸成長[4]，但服務覆蓋率可能僅 9-10%；計畫案相關摘要內容如表 2.1、表 2.2、表 2.3 所示[25]。

表 2.1 「居家醫療照護整合計畫」不同階段之收案條件及給付項目

	居家醫療	重度居家醫療	安寧療護
收案條件	1. 限居住於住家。※1 2. 照護團隊醫事人員評估有明確醫療需求。 3. 因失能或疾病特性外出就醫不便者。	1. 須符合居家醫療收案條件。 2. 病患只能維持有限之自我照顧能力，清醒時間 >50% 活動局限於床或椅子上。 3. 罹患慢性病需長期護理之病患或出院後需繼續護理之病患。 4. 呼吸器依賴患者係指連續使用呼吸器 21 天（含）以上，呼吸器使用中斷時間未符合脫離成功定義者。	1. 須符合居家醫療收案條件。 2. 符合安寧緩和醫療條例中，可接受安寧緩和醫療照護之末期病患（癌症末期、末期運動神經元/即漸凍人、老年期及初老期器質性精神病態/即失智症、其他大腦變質、心臟衰竭、慢性氣道阻塞、肺部其他疾病、慢性肝病及肝硬化、急性或慢性腎衰竭）。
給付項		1. 緩和醫療家庭諮詢。	1. 病患自控式止痛。 2. 臨終病患訪視。
醫師訪視	醫師、護理人員、呼吸治療人員、其他專業人員訪視。※2		
藥費、藥事服務費、檢驗（查）費均為核實支付。			

表 2.2 不同訪視人員別之照護內容

人員別	照護內容
醫師	1. 依照護對象醫療需求，開立居家醫療服務醫囑。 2. 提供一般西醫門診診療服務，但不包括手術、麻醉、血液透析、復健診療、慢性精神疾病居家治療等特定診療服務。 3. 一般藥品處方箋用藥，得按病人病情需要，每次開給足夠用量。
護理人員	居家護理一般照護、特殊照護、臨終照護及案家自我照護指導等。
呼吸治療	提供居家呼吸照護及案家自我照護指導。
其他專業	由臨床心理師或社會工作人員訪視。

表 2.3 各類服務項目與附帶要求

服務項目	附帶要求
醫師開立 藥品處方	醫師開立藥品處方時，應透過健保資訊網服務系統(VPN)，以健保雲端藥歷系統，即時查詢照護對象近期之用藥資訊，避免重複處方，以提升照護對象用藥安全及品質。
藥品處方 調劑	照護對象所需藥品，得由處方之醫療院所提供之調劑與送藥服務，或由家屬持健保卡及處方箋至社區藥局或原處方院所調劑領藥。病人獨居時，應提供適當之藥事服務。
個案健康 管理	穩定個案健康狀態、連結醫療及長期照顧服務資源，輔導個案查詢健康存摺(經照護對象、監護人或其指定代理人同意)，以協助訪視醫事人員掌握照護對象就醫資訊，提升醫療安全與效益。
24 小時電話 諮詢服務	於照護對象發生緊急狀況時，提供照護對象及其家屬 24 小時醫療專業諮詢服務，必要時應啟動緊急醫療後送程序。
記錄與病歷	每次訪視都需製作詳細的記錄與病歷，記錄每次訪視的時間，並請照護對象或是其家屬簽章；也需將照護紀錄留存一份於案家，方便日後其他醫事人員，或是長期照顧服務人員做參考，以提供整合性的服務。

※1. 居家醫療以相距 10 公里範圍為原則，但符合全民健康保險法所稱山地離島地區與醫療資源缺乏地區，及報經保險人分區業務組認定之特殊情形得不

在此限。

- ※2. 各照護階段內專業人員訪視之給付項目應依照護對象病情實際需要提供，並非照護階段內各類醫事人員訪視均須提供。
- ※3. 特約醫事機構所屬醫師至照護對象住家提供醫療服務，得視為符合醫師法所稱應邀出診，不需經事先報准；其他醫事人員至照護對象居家，仍須依法令規定事前報經當地衛生主管機關核准及保險人同意(依據衛生福利部 105 年 4 月 12 日衛部醫字第 1051662047 號函：其他醫事人員至照護對象住家提供醫療服務，得將院內相關醫事人員造冊，並檢具承作服務項目證明，向所在地衛生局申請核備，視同各該醫事人員法律所稱之「經事先報准」者，可免予逐一病人個案報備)。

第三章 研究方法



第一節 研究設計

本研究蒐集美國、日本、法國、澳洲居家醫療照護服務推行情形文獻與發展經驗，運用個案研究法（case study research）遵循嚴謹的研究步驟，探討影響照護服務團隊、病患與家屬對參與計畫的因素考量，或諸多因素之間的關係，進行深入探究，沒有使用實驗設計或控制；藉深度訪談東部某偏鄉醫療機構、執行居家醫療整合照護計畫之醫師、護理師外，另針對尚未加入或提供服務醫師、中醫師、藥師進行半結構式（semi-structured）深入訪談後，以強弱危機分析（SWOT Analysis）個案機構、並歸納整理、做出研究結果。

一、訪談場所

為讓受訪者能專注且自在的接受訪談，與受訪者協調於最合適的獨立空間為主，包括無人使用的門診診間、病歷書寫室、會議室、醫師休息室、個人辦公室，亦隨居家醫療團隊外出服務時，於路程上進行討論及交流，並同步觀察居家醫療服務的程序、工作效率與流暢性等。

二、研究實施流程

1. 編製訪談大綱。
2. 確定訪談對象同意、排定訪談時間與地點。
3. 進行訪談、繕打文字稿。
4. 資料分析與解釋。
5. 製成結論與建議。

三、受訪者的選擇標準

1. 受訪者以機構內部具執行居家照護、居家醫療、重度居家醫療、安寧療護計畫經驗之相關醫事人員為限。
2. 符合全民健康保險居家醫療照護整合計畫內載明（或預計 2019 擴大適用）、但尚未曾加入或未提供服務之機構內醫事人員。

第二節 研究對象與資料收集



一、研究對象

- 具執行相關計畫案經驗之醫師 3 名、護理師 3 名，如表 3.1 所示。
- 未加入或提供服務之西醫師 1 名、中醫師 1 名、藥師 1 名，如表 3.2 所示。

表三.1 受訪者性別、背景、身份（1）

編碼	性別	個人背景/身份別
A1	男	居家醫療一家醫科醫師
A2	男	居家安寧—血液腫瘤科醫師
A3	男	居家護理一家醫科醫師
A4	女	居家醫療—護理師
A5	女	居家安寧—護理師
A6	女	居家護理—護理師

表 3.2 受訪者性別、背景、身份（2）

編碼	性別	個人背景/身份別
B1	女	家醫科醫師
B2	男	藥師
B3	男	中醫科醫師

二、資料收集

- 訪談期間：2019 年 3 月 19 日至 2019 年 4 月 2 日。
- 訪談時間：因醫護人員工作繁忙，故分別利用醫師工作排程空檔或休息時間，護理師與藥劑師為下班或工作離峰時段，進行 30-120 分鐘訪談。
- 所有訪談均由研究者親自面訪，在訪談之前徵詢受訪者意願、經同意後進行；為瞭解相關醫事人員對於居家醫療的真實感受與想法，告知訪談不錄音、記錄會匿名處理、獲知訊息僅作為研究之用，鼓勵受訪者暢所欲言，期望獲得較高內在信度（Reliability）的訊息。
- 訪談當日完成記錄謄打。



三、訪談大綱

1. 共同議題（所有對象）

1.1 您覺得那些因素（或獎勵方式）會容易影響（服務團隊、病患及家屬）參與計畫的意願？

1.2 機構未來若要擴大服務量能或讓更多醫事人員能加入居家醫療服務團隊，有那些優勢可以利用？有那些障礙需要要排除？要提供什麼資源或激勵措施為配搭？

2. 計畫執行議題（具執行或參與相關計畫案經驗者）

2.1 您覺得計劃案能降低就醫不便？滿足病患的醫療需求？已滿足那些部份？那些部份有待強化？

2.2 現行計畫案的支付金額或給付範圍，您覺得符合期待嗎？那些部份會建議再修正或調整？

2.3 是否曾遇過病患或家屬拒絕加入計劃？其主要原因或訴求是什麼？

2.4 參與居家醫療（安寧）整合照護計畫過程，遇過什麼困難？或讓您感動的部份？

3. 參與或提供服務的探討議題（未具參與經驗者）

3.1 您知道全民健康保險居家醫療照護整合計畫或相關給付內容嗎？

3.2 未來會考慮加入嗎？加入或拒絕的主要理由或原因是什麼？

4. 其他議題

4.1 未將一般居家照護個案納入居家醫療照護整合計畫收案，考量的因素是那些？（針對居家護理所）

4.2 國家若未來要推廣居家醫療服務，有那些課題要解決？需要提供參與者或病患什麼樣的資源或幫助？

第四章 個案研究



第一節 個案機構簡介

一、機構發展簡史

個案機構源起於來台灣東部海岸進行醫療宣教的美國籍醫師，於 1964 年起以巡迴醫療的方式在台東成功鎮進行服務、1965 年在台東市提供定點的醫療，並持續提供從台東到成功鎮、長濱鄉海岸線上沿途之原住民部落巡迴醫療服務，1969 年完成醫院的設立，並由一群具醫護背景之外國藉宣教士無私奉獻、歷經五十多年歲月、陸續因年老體衰退休後，由國人接續宣教士們的愛心、繼續照顧東部偏遠地區弱勢族群們的健康，秉持哪裡有需要就往哪裡去的精神，成為台東偏鄉民眾的健康守護者，服務足跡踏遍各鄉間或部落。

個案機構持續稟持宣教士「TEAM」的服事精神，以「不只是一間醫院」(More Than a Hospital) 為出發，不追求大、但期盼成為走入社區最深的「行動醫院」，提供機構化的醫療服務、山地巡迴醫療、居家醫療與照護外，陸續成立部落健康營造中心、兒童早期療育與發展聯合評估中心、銀髮生活福祉中心（護理之家）、老人日托關懷站，承辦大武線假日及夜間急診醫療站、獨居老人暨身心障礙者送餐、長照居家服務、復康巴士等服務，成為橫跨健康照護三段五級、在地化、多元化且全方位的大健康整合照護體系。

個案機構於 2000 年 7 月另成立附設居家護理所，提供居家護理、居家照顧，服務區域曾遍佈台東市、卑南鄉、鹿野鄉、關山鎮、太麻里鄉及東河鄉等；自 2002 年開始辦理中央健康保險署推動之台東縣達仁鄉及延平鄉 IDS(山地離島地區醫療給付效益提昇計畫)，成立巡迴醫療團隊，結合各醫療院所及當地衛生所的功能，達到醫療資源之整合，提昇該地區醫療照護的方便性、可近性、完整性及服務品質；2003 年起承辦台東縣居家（社區）復健試辦計畫，提供到宅及定點的復健服務，近年結合長期照顧管理中心派案，並與醫院的出院準備計畫小組合作，積極幫助回到家中後、仍有需要復健需求但又無法到醫院治療的個案；於 2017 年 4 月起參與「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」，有效銜接醫院端之出院準備服務、居家社區之長期 2.0 照顧服務，完整連結醫療照護及長期照顧資源、提升醫療與長照效益。



二、服務模式

個案機構與附設居家護理所，共計有 5 名家醫科醫師，除機構內之門診醫療外，分別負責居家護理、居家醫療、健檢與癌症篩檢、山地離島地區醫療給付效益提昇計畫（IDS）、矯正機構門診等，1 名血液腫瘤科醫師，負責院內門診、住診、化療、居家安寧療護、安寧共照等醫療照護服務；護理人力配置上，居家醫療與居家護理共有 2 名護理師，居家安寧療護則有 2 名護理師，並視個案需要與蘭嶼雅布書卡嫩居家護理所共同配搭合作、照顧離島居家安寧療護個案。

在形成社區照護網絡上，個案機構與社區內醫事服務機構合作，跨機構居家醫療照護團隊組成包括：東基醫療財團法人台東基督教醫院、東基醫療財團法人附設居家護理所、鹿野鄉衛生所、鹿野鄉衛生所附設居家護理所、都蘭診所，總計共有 8 名醫師、17 名護理師、1 名呼吸治療人員、其他專業人員 5 名，個案機構目前服務區域以台東縣鹿野鄉為主，台東市、東河鄉、成功鎮等區域則由團隊成員都蘭診所（余尚儒醫師）負責。

個案機構的居家醫療照護服務，選定之服務區域為台東縣鹿野鄉，距離個案機構平均約 30-35 公里、單趟車程約 45-55 分鐘，服務頻率為每月 2 次、每次外出訪視約 4-6 小時，由護理師排定訪視日期、時段、外出公務車輛、醫耗材、個案訪視病歷等；因偏鄉的電信網路訊號不穩（部份病患居家完全無網路訊號）、簡化醫護團隊訪視時需攜帶筆記型電腦、讀卡機、不斷電系統負擔，與公益團體合作、將前述設備建置於一粒麥子基金會「鹿野老人日間照顧中心」內，訪視醫囑輸入與健保 IC 卡寫卡作業，皆安排於同日該時段訪視結束後一併處理，醫護團隊於返回個案機構前、再逐一將健保卡送還個案，而醫師開立照護個案所需藥品，由社區合作藥局協助調劑後、送達病患家中，並進行用藥衛教。

個案機構的居家安寧療護，服務區域最北到台東長濱鄉（單趟路程需 2 小時），往南最遠為達仁鄉（單趟路程需 1.5 小時），血液腫瘤科醫師到居家進行訪視的頻率為每月至少 1 次、居家安寧護理師為每週 1 次（如病患病況需要亦可再增加訪視或服務頻率，或得視需要與護理師隨時連繫），因居家安寧療護病患如有緊急就醫需求時，皆會返回個案機構就醫，故為同樣為減輕醫護團隊於居家訪視的負擔，維持不攜帶電腦、讀卡機、不斷電系統等設備，並經與病患家屬溝通、同意健保卡由護理師攜回醫院讀寫卡後，於送藥或外出訪視時返還健保卡，家屬如有路過醫院、要一併領回健保卡亦可。

針對居家醫療個案之健康管理措施包括：四癌篩檢、成人預防保健、菸檳酒衛教、流感疫苗接種、輔導新收個案查詢健康存摺（協助訪視醫事人員掌握照護對象就醫資訊，提升醫療安全與效益）；轉銜合作機制包括：結合各醫療院所出院準備服務、轄區衛生所及基層診所、長照 2.0 計畫（社區整體照護 A、B 及 C 站點）、轉介重度居家醫療、安寧療護等；後送機制包括：訂有轉診、轉院相關流程及作業標準，並有專責人員負責轉診服務及追蹤，必要時啟動緊急醫療後送程序，或配合病患病情需要，尋找適當之轉院醫院。

三、服務概況

以個案機構的洪姓居家醫療病患為例，幼年因患小兒麻痺症以致行動不便、出門就醫困難，居家醫療團隊初次訪視時、發現病患飯後血糖值達 422(mg/dL)，護理師給予糖尿病飲食衛教，並抽血、返院進行糖化血色素等檢驗，醫師則為病患進行藥物整合、避免多重用藥的情形，而病患亦從此不用再為門診看診、領藥等醫療需求費心傷神，提升失能或疾病特性導致外出就醫不便患者之醫療照護可近性。

個案機構之居家醫療服務除了與出院準備服務連結外，另與轄區長照中心的個管師、社區照護網絡進行水平整合，數名接受居家醫療病患均由長照居家服務進入個案居家後，由居家服務員或居家服務督導轉介病患至機構評估病患的居家醫療及護理需求，改善了醫療與長照的片段式服務模式，形成社區照護網絡、提供病患整合性全人照護。

個案機構可運用附設長照據點進行整合式的服務，符合長照收案者，予以整合居家醫療、居家照顧、居家護理、居家復健、日間照護等服務，形成社區型的跨專業照護團隊，弱勢病患則可代為整合申請送餐、復康巴士接送等項目，以擴大服務深度，促使病患的醫療照護品質提升外，對於病患的營養、生活照顧品質提升亦有助益，間接促進病患的健康。

而「找路」、「認路」、「注意油錶還有沒有足夠油料」等是醫護人員於偏鄉提供居家醫療服務的額外挑戰，有時候相近的門牌號碼卻相隔數里之遠、最近的加油站可能在下一座山後，及病患的居家環境可能不是想像中「家」的模樣（空氣不流通、照明不足、無冰箱、衛生設備損壞），皆是都會型居家醫療照護團隊成員，於進行居家醫療服務推展時，可能不會面臨的情況或軼聞。

	
醫師為受排便所苦的居家臥床病患，取出卡在肛門口的硬化糞便。	為疑似感染的居家醫療病患診察前，護理師協助醫師穿著隔離衣、手套。
	
護理師確認病患的生理指數、藥品、照護訊息。	病患居家環境評估發現檳榔荖葉，給家屬照護指導外，另給予戒檳衛教。
	
社區藥師送藥、用藥指導與說明。	轉介居家病患接受長照居家復健治療。

圖 4.1 居家醫療服務圖片集(1)



居家醫療團隊運用 Google 地圖、編制病患居家路線，以利「找路」、「認路」。

圖 4.2 居家醫療服務圖片集(2)

四、服務量

以 107 年統計為例，整體服務收案人數及累計服務人數，以居家照顧（長照 2.0 支付費用）為大宗；中央健康保險給付之居家醫療照護項目中，收案人數與服務人次以居家護理為主，件平均費用則以居家安寧療護最高，但居家醫療因無護理費的支付，故所呈現之件平均費用則有被低估。

表 4.1 各類居家醫療照護相關服務費用收入如下表：

支付來源	服務項目	累計收案人數	累計服務人次	申請費用合計	件平均費用
中央健康保險	居家醫療	15 人	104 人次	169,843 點	1,633 點
	居家安寧療護	16 人	155 人次	254,219 點	1,640 點
	居家護理	98 人	1,320 人次	1,960,726 點	1,485 點
長照	居家服務	691 人	198,336 人次	60,974,379 元	307 元

因居家護理收案區域含括台東市、卑南鄉、達仁鄉、延平鄉等鄉鎮，不限制病患居住於家中或居住於機構（超過半數以上的居家護理病患居住於機構內），但個案機構之居家醫療收案僅局限居住於鹿野鄉、家宅內的病患（其餘區域轉介給社區合作診所），故呈現收案數量上的極大差異。

居家醫療服務收案逾7成個案主要透過鹿野長照專員轉介，其次為個案機構出院準備服務轉介，整體收案率為52%；經評估不收案原因包括：家屬表示希望自行前往其他中大型醫療機構就醫、或是已有習慣就醫與領藥之醫療機構、個案機構無法開立精神科相關用藥、病患居住於服務區域外（轉介社區合作診所醫師或照管中心協助）；居家醫療服務結案主要原因包括：病患或家屬常會自行重複就醫、已無居家醫療需求（如死亡或已可自行外出就醫）等。

以個案機構為例，於醫療機構內門診平均每人次檢查費為456元、放射診察費為260元、處置費為337元；但居家醫療平均每人次檢查費僅有55元、檢查開立比例為23%，主要檢查項目為「血液及體液葡萄糖 Glucose」、「肌酐、血Creatinine (B) CRTN」、「血中尿素氮 BUN, blood urea nitrogen」、「三酸甘油脂 Triglyceride (TG)」、「血清麩胺酸丙酮酸轉氨基酶 S-GPT/ALT」、「總膽固醇 Cholesterol, total」等常規生化學檢查，而平均每人次處置費為47元、處置開立比例22%，主要檢查項目為心電圖，故居家醫療可執行產生之檢查費、處置費遠低於醫療機構內一般門診病患，主要原因為可攜帶外出至病患居家之儀器或設備少，及醫護團隊考量居家醫療病患至機構不便，故普遍會減少非必要性之檢驗或檢查開立。

第二節 內部分析



一、內部優勢（Strength）

1. 多數員工願意以犧牲奉獻的心態，於偏鄉提供服務。

面對健保支付制度、機構與病患居家路程遠、工作辛勞、人力短缺等狀態，雖有抱怨、但仍盡可能提供服務或有參與計劃案的意願。

「是以奉獻的心情到台東來服務病患。」(A5)

「若健保署的中醫總額，能同意中醫參與居家中醫醫療的話，有意願參與」(B3)

2. 符合居家醫療照護服務資格之病患來源眾多。

個案機構提供出院準備服務，針對符合條件之病患進行收案外，可連結長照網絡及鄰近友院之出院準備服務部門收案。

3. 可擴大台東市區為居家醫療服務區域。

個案機構最初以服務偏遠鄉鎮病患為考量，故選定台東縣鹿野鄉為服務區域，其餘符合資格個案、全數轉介給予其他提供居家醫療服務之友院或社區診所收案，未來應可評估增列機構位處之台東市、鄰近卑南鄉等區域病患。

4. 公益平台的資源交互支持。

個案機構與一粒麥子基金會的長照資源，共有1個「社區整合型服務中心(A)」、1個「複合型服務中心(B)」、3個「巷弄長照站(C)」五個團隊或聚點可以相互支援與利用，如：照顧服務員提供居家服務時，發現個案有醫療需求，可以透過居服督導、轉介到居家醫療團隊進行收案評估，或於提供居家服務時，一併關心及確認病患的服藥遵循情況，如發現病患健康狀態有異時，亦能立即回報、適時的轉介醫療服務。

居家醫療團隊發覺病患或家屬符合長照資格時，亦可導引運用社區日照與社區復健、居家照顧、送餐、復康巴士…等長照（資源）服務項目。

5. 對於居家醫療照護制度的推動，未來可發展創新服務模式。

中醫若納入居家醫療照護科別，個案機構則可針對中風、顱腦損傷及脊髓損傷患者、嚴重酸痛、癌症末期病患的疼痛緩解等病患的醫療需求提供服務；訪談中亦有人員提出機構未來可考慮發展其他的創新服務模式。



「以家醫科的角度來看，病患要連續性照顧，以1名醫師照顧約500人、小區域化的進行在宅醫療服務，加上具有共同理想的照顧團隊，與社區居民共同生活、共食的模式進行，因為病患需要一段時間的相處、建立信任關係，否則就只是表淺的醫療。」(B1)

二、內部劣勢（Weakness）

1. 可投入居家醫療服務的醫事人力吃緊或招募不易。

除家庭醫學科醫師外，機構內目前內科系醫師雖尚有6名，但因工作繁重（門診、住診、檢查診、血析透析、加護病房或慢性呼吸照護病房、感染管制業務…等），皆未主動參與居家醫療照護整合服務的提供。

原編制於居家醫療的護理師於業務開辦這2年期間，分別因為懷孕、育嬰、離職等因素，已陸續更換了3名主責護理師，個案機構的居家醫療照護服務是由醫師與護理師共同搭配前往，故會有時段上無法互相配合的情況發生；且護理師的編制需同時負責居家醫療與機構附設居家護理所的工作項目，在訪談中得知醫師們的期望仍是設置專責護理師或個案管理師，並能配合隨時的居家醫療外出訪視工作。

因招募不到身心科醫師，而社工師及心理師亦於目前工作量考量下，無法針對病患或家屬提供額外的情緒支持或身心靈的全面整合關懷，居家醫療照護僅局限在病患疾病面向的照護。

醫護團隊人員會考量個人家庭照顧、子女教育問題、及取得相關繼續教育學分不易（以居家安寧療護為例，醫護人員需接受安寧療護教育訓練13小時及臨床見習8小時，每年繼續教育時數為4小時）等因素，造成偏鄉醫療機構在專業醫護團隊人力的招募困難。



「需要配置有專責護理師，2年來已陸續更換了3名兼任護理師，除了不熟路線外，護理師因兼任居家護理訪視，無法配合醫師空檔時間或病患需要，隨時出訪。」(A1)

「醫院藥師無法配合送藥（到宅），居家醫療的護理師人力也不穩定，還要兼任居家護理服務，若再推展居家醫療業務會超出負擔。」(A3)

「醫師與護理師出門的時段配搭，常有其中一方因其他業務、無法配合、是有困難的」(A3)

「除非院內藥師充裕、又有藥師具熱忱、願意跑社區送藥才考慮加入；醫院要額外再編制臨床教學與社區居家醫療服務的藥師人力員額」(B2)

「醫療機構對末期病患的照顧仍是不足的，居家安寧除了要能降低病患就醫不便外，需要同時能對病患人際關係、環境、靈性等進行整合關懷。」(A2)

「目前僅局限在病患的身體或病況的照顧，在情緒支持上缺乏心理師或身心科醫師等成員的協助；社工師因人力不足，僅做費用申請（經濟上的協助），加入團隊成員意願不高」(A5)

「醫院、醫師、藥師、社工師要支持，主要人物（護理師人力）要到位」(A6)

「醫院業務不論是行政或是臨床作業多為繁重，又加上現今醫療環境惡劣的情況下，人力常顯不足，若勉強其他（專業人員）人員配合，擔心會再加重工作負荷量外，又折損第一線之人力，造成惡性循環，實屬得不償失。」(A4)

「要避免一味的人力成本控制，單純的醫師到宅開藥是不夠的，居家醫療的訪視要比健保給付頻率更高，否則醫院內的醫師只是配合政策、僅止於表面的執行服務。」(B1)

2. 醫師習慣排程化的醫療服務模式。

醫學養成教育及留在醫療機構內任職的醫師，已習慣排程化的醫療照護模式，但居家醫療需要視病患病況，於必要時增加臨時性的出外訪察，但機構內醫師無法立即放下機構內原先已排定之門診、檢查、健檢等工作；僅能請家屬先帶病患返院，或等待居家醫療團隊安排時間前往，但此舉可能會造成家屬的不滿，亦會增加醫護人員的心理壓力與負擔，擔心如有醫療糾紛時，責任難以釐清。

「時間的問題，醫院內的正規醫療活動（門診、健檢等）無法全面顧及到（居家醫療個案的需要），不像社區型的醫師能立即放下手邊原本的門診，趕到病患家中。」(A1)

「醫師於機構內是排程的，像門診、IDS(山地離島地區醫療給付效益提昇計畫)等事先排定的工作，無法配合病患的需要隨時出訪。這要診所才比較可能做到，只要把鐵門拉下來，掛上牌子，就能前往有需要的病患家中」(A3)

3. 缺乏誘因與增加工作負擔（造成部份專業人員的意願低落）。

個案機構附設居家護理所個案中，扣除居住於安養護機構者，其餘均符合居家醫療收案條件，但依現行居家護理規則、收案醫師僅需每2個月前往訪視一次即可，但個案若轉入居家醫療收案、則需視個案需要，異動為每1、2或4週前往居家訪視，間接增加醫師工作負荷量。

因健保居家醫療服務比照門診制度，未額外支付護理費，故護理人員於此領域的投入，即無對應機構內部之績效獎金；於訪談過程中亦瞭解藥事人員的認知與態度是機構在有限的藥事人力下，提供送藥到病患居家的服務並不合乎經濟效益，應該讓藥劑師留在機構內調劑藥品，且不認為機構內尚有多餘藥事人力可以提供居家藥事服務。

居家醫療照護整合計畫，雖有規範醫師的每月服務上限，但已無訪視次數限制，部份醫事人員仍擔憂病患不適，家屬即可能要求醫師或團隊成員到居家服務，將影響機構內原本已排定的醫療照護工作（間接降低投入居家醫療服務之意願）。

綜合上述因素，預期團隊人員心態上不會積極收案，或主動將居家護理所（或居家照護）個案未轉入居家醫療收案。



「應該比照部份醫院，居家醫療由醫師一個人前往跟抽血回來，不要要求配置一個護理人員開車或陪同，反正健保也沒有配給護理費」(A6)

「醫院若沒有額外給獎勵，藥師就沒有動力去參與計畫，而且在醫院內的生產力與利益較大」(B2)

4. 未採用資訊化系統的導入，仍是紙本作業為主。

隨居家醫療團隊外出服務時，觀察到病患的照護訊息仍以紙本記錄為主，未運用資訊化系統協助，導致工作效率與流暢性較低；健保署居家輕量藍牙方案與居家輕量藍牙 APP 方案尚在開發中，尚未能開放醫療院所運用與醫院內部資訊系統介接。

5. 在內部行政程序或資源運用上，未充分支持居家醫療（安寧）的發展。

如公務車輛的使用上，因服務量未達規模、未配置專用車輛，需額外登記使用時段，故特別在上午的車輛使用尖峰時段，可能無法供居家醫療團隊臨時借用。

訪談當中間接得知，部份團隊成員認為醫院對於管制藥品的管理過於嚴格（限制開立 2 週），對於病況穩定的安寧療護患者而言，藥物開立數量不符合需要，會間接增加病患回診或居家安寧療護訪視、開藥頻率，增加病患掛號費、健保訪視費用的支出。

「機構公務車的數量不足，特別在上午的時段。」(A3)

「醫院對於安寧療護使用之管制藥品過於嚴格」(A5)

第三節 外部分析



一、外部機會（Opportunity）

1. 預期符合收案條件、有需求的病人數會越來越多。

依健保醫院總額風險調整移撥款資料（104-106 年平均數）顯示花東地區重度以上身心障礙者佔該區人數 2.54%（全國平均 1.38%），而衛生福利部長照 2.0 資料亦推估 107 年臺東縣符合長照失能標準之人口已達 10,582 人，預期隨著人口老化嚴重、居家醫療的需求會逐年增加。

2. 對多數病患或家屬而言，是良善的醫療政策。

台東區域幅員遼闊、醫療機構多數集中於縣轄市內，距離台東市區最遠之南端達仁鄉為 70 公里以上（以 Google 地圖功能概算、行車時間約 90 分鐘），北端長濱鄉為 85 公里以上（以 Google 地圖功能概算、行車時間約 120 分鐘），或病患需分別跨越海岸山脈（玉長公路）、中央山脈尾脊（南迴公路）到花蓮、玉里、高屏地區就醫，轄區內公共交通工具僅有班次疏散的客運巴士或火車，病患普遍需自備交通工具或搭計程車，但對因失能、疾病特性，外出就醫不便者的醫療障礙就更高了，病患就醫的交通成本相當高昂外，對家屬而言，居家醫療服務更可減少家屬請假、將病患送醫的時間成本、經濟所得損失。

透過居家醫療服務，醫護人員更能完整掌握病患的家庭支持、環境，製定個人化的照護服務，減少不必要的藥品使用、提高用藥安全。

「居家醫療可以瞭解病患的家庭支持、環境，減少病患或家屬就醫上花費的時間、錢（如計程車資、為了陪伴就醫的工作請假扣薪.. 等）同時要將隔代教養的孩子帶出門也是麻煩。」(A1)

「可降低病患的就醫不便，減少病患與家屬的就醫成本。而且多數安寧病患主觀是想留在家中」(A5)

「計畫原意就是讓長期照護之失能病患就醫方便，這部份是無庸置疑的；個人認為對穩定的病患確能減輕照顧者送（病患就）醫之負擔」(A6)

「對於病患的多重用藥調整有幫助，若過去習慣由 3 名或 3 科醫師診治，平均各開 3 顆藥品，病患每日需服用藥品可能達到 9 顆，但臥床病患其實並不需要那麼多的藥品，像帕金森氏症的病患如已臥床，根本不需要再使用帕金森氏症的藥品。」(A3)



3. 鄰近友院不提供居家醫療照護服務。

鄰近友院（規模達 500 床區域醫院）不提供居家醫療照護服務，符合資格之病患可轉介由本機構提供服務。

4. 相關計畫方案的相輔相成。

4.1 衛生福利部規劃「居家失能個案家庭醫師照護方案」

對於經由縣市照管中心評估，長照需要等級第 2 級至第 8 級居家失能者，由參與健保「居家醫療照護整合計畫」或「家庭醫師整合照護計畫」之機構醫師及護理師，每月予以提供個案健康及慢性病管理與諮詢，並協助宣導及推動「預立醫療照護諮商(Advanced Care Planning ,ACP)」及「預立醫療決定(Advance Decision ,AD)」，可視個案需要與長照個案管理人員聯繫，適時將個案轉介醫療及長照服務。

草案內容結合長照與家庭醫師制度，與「居家醫療照護整合計畫」可併同執行，提供個案管理費每月 250 元（經費來源：醫發基金），及每年 2 次開立醫師意見書 1500 元(經費來源：長照基金)，提供長照醫事服務建議、健康指導及慢性疾病管理，建立居家失能個案長照與醫療整合之照護網絡。

4.2 衛生福利部長期照顧司「長期照顧給付基準」

長照需要等級第 2 級以上，且符合 65 歲以上或領有身心障礙證明(手冊)者或 55-64 歲原住民或 50 歲以上失智症者（其中一項情形），提供照顧服務、專業服務、交通接送服務、輔具服務及居家無障礙環境改善服務項目給付；於「專業服務」項目「復能照護」或「個別化服務計畫(Individualized Service Plans , ISP)」給付取得認證證明文件之醫師、牙醫師、護理人員、職能治療人員、物理治療人員、語言治療師、心理師等醫事人員及社會工作人員費用。



二、外部威脅（Threat）

1. 區域內的病患群體相對弱勢。

依醫院總額風險調整移撥款資料（104-106 年平均數）顯示花東地區弱勢族群的比率偏高，重度以上身心障礙者佔該區 2.54%（全國平均 1.38%）、位處偏鄉人口佔該區 32.31%（全國平均 2.4%）、第六類無職業者佔該區 25.85%（全國平均為 15.26%）、第五類合於社會救助法規定的低收入戶成員佔該區 3.89%（全國平均為 1.39%）、原住民人口佔率為 35.85%（全國平均為 1.24%）；以 105 年資料，平均每戶家庭所得全國平均為 125 萬，但花蓮縣為 97 萬、台東僅有 83.75 萬[27][28][29]。

相較台灣西半部，礙於台灣東半部人口稀少，病患數量相對不易達到經濟規模，醫療機構集中於台東市與花蓮市區，部份鄉鎮醫師數少、醫療科別不齊，故無法提供居家醫療外，多數社區藥局亦無意願協助送藥到宅；且區域內共有 6 個原住民族群、閩南、客家族群融合居住，但因人口老化、青年人口外移等因素下，醫護人員與病患或家屬在語言溝通上易有障礙，或因文化價值、信仰差異等造成誤解。

部份病患於醫療機構就醫、初次診斷時已相對嚴重，如再遇病患或家屬對於醫囑的遵從性或配合度差、家庭支持系統低落時（獨居或無人照顧個案；或如：部份達悟族人，對於患病者持有會影響家庭運勢、必須保持距離的傳統想法，故病患並非被安置於主屋內，可能形成照顧品質上的落差），不適合採用居家醫療（安寧）服務，但病患或家屬在經濟上又無法負擔機構式照護、亦不符合中低收安置，如照護團隊勉強收案、卻間接形成居家醫療團隊於醫療照護上的品質低落。

「遇到部份不適合居家安寧的病患（獨居或無人照顧個案），但又住不起的（無法負擔費用）機構式照護，而又不符合社區資源幫助的個案，應予以全額補助機構照護費用，或由特定機構收治。」（A5）

「依東部偏鄉病患或長者情況來看，錢沒花在刀口上，應與長照整合預算，將藥品支出改在病患的營養補充上或幫助病患脫離貧病為優先。」（B2）



2. 病患或家屬的間接抗拒或費用考量。

部份病患或家屬因傳統保守之家庭觀念，以家中環境不佳、髒亂、或其他難以啟齒的因素(部份照顧者經常處於酒醉狀態、疑似為家庭暴力的施暴者等)抗拒；部份原住民群體的傳統觀念不易改變，如：曾有達悟族的臨終病患擔心將壞運勢影響醫護團隊成員，而拒絕居家醫療的診療或照護，或病患或家屬知道醫護人員的家人正罹患重病或剛結束服喪期等情況時，亦可能會婉謝醫護人員前往提供居家醫療照護服務，此風俗民情考量於飛魚季期間是更加顯著。

已習慣於其他醫療機構（或醫師）就醫、領藥，病患雖符合收案條件，但仍需另詢問病患或家屬是否同意由個案機構（或由提供居家醫療的醫師）進行收案，否則就僅能局限於提供居家護理換管或居家照護服務上。

部份離醫療機構較近、家庭支持系統稍好的病患家屬，會希望擇選到機構看診、拿藥；家屬在認知上會覺得醫院內有各種儀器設備、能進行完善的檢驗檢查，甚至取得慢性處方箋開立，能減少藥品部份負擔的支付；而交通費運用則仰賴政府核定的復康巴士額度等（居家醫療團隊到宅服務，病患家屬需自行負擔交通費及可能的藥品部份負擔等），故家屬在醫療決策上，可能朝最符合病患或家屬自身的經濟效益的方式去選擇。

居家醫療服務醫師如欲進行用藥整合時（改變部份病患長期用藥習慣），往往需等待與病患或家屬的信任關係建立、降低調整藥物的抗拒後，方才著手進行，故居家醫療服務導入後，在病患的用藥品項減少上、無法有立杆見影的效果。

針對居家安寧療護的末期或失能病患，往往因為感染、出血、疼痛等因素，反覆入出院或前述徵候或病況無法完全在居家處理或改善，家屬或病患易對於醫療照護團隊的治療、是否具有效果或幫助產生疑慮。

「台灣傳統保守之觀念，會有部分案家不願讓外人進入家中進行訪視或是診視，比起在居家進行看診之動作，會覺得還是到大醫院看診才會是最好的選擇，因為醫院有各種儀器設備；有遇過一位透過院外醫院的出院準備護理師轉介之民眾，人員在聯繫時，家屬在電話中表示不需要居家醫療團隊進入服務，原因是他們就醫地點多為醫院，已習慣至特定醫院看診，不需要居家醫療團隊之服務介入。」(A6)



「有些病患會在意收費的問題(如：到醫院開立慢性處方箋，能免部份負擔)，居家醫療在未確認病患的病況跟用藥穩定前，無法立即就給慢性處方箋」
(A3)

「有家屬對於交通費負擔有意見(該個案可以搭免費復康巴士到醫療機構，但居家醫療需要負擔 200 元交通費)。」(A5)

「錢的問題是家屬的最大考量。(那個方式最符合病患或家屬自身的經濟效益，往往就朝那個方式處理)」(A2)

「跨院、跨醫師的藥物整合困難。病患已習慣原本的診療醫師、藥物，需要等 6 個到 1 年後，醫病信任關係建立後，才進行藥品整合，初期居家訪視僅是確認是否要繼續放管路或關懷病況為主」 (A3)

3. 政策或服務的宣導不足，或家屬擴大解釋與錯誤期待。

居家醫療政策的宣導不足或弱勢群體對資訊的接收相對不敏感，團隊成員遇過家屬自己的擴大解釋，認為醫師已到居家或社區，應能一併為其他有醫療需求的家屬順便看診，或期待居家醫療是免部份負擔或免收交通費；亦有家屬或病患認為進入安寧就是放棄治療等錯誤觀念，因而拒絕居家安寧療護服務，亦有家屬考量到照顧困難、經濟負擔、風俗民情（達悟族人的飛魚季期間），希望能將病患長期留置於醫療機構內，故雖病況不符合收治急性住院之需要、但家屬或病患亦不願轉銜居家醫療照護服務。

「會遇到家屬希望能擴大服務，覺得醫師都到宅了，就順便幫其他生病家人一起看病。」(A1)

「可能因為健保的關係，台灣民眾大多已習慣現行便宜收費方式，一般民眾多認為居家醫療費用應比較便宜，但當居家醫療團隊醫師開立醫囑，有部分負擔收費問題時，民眾可能會稍微反映，只能說是對於居家醫療的期待與到醫院看診期待收費上的落差。」(A6)

「有病患或家屬拒絕的居家安寧療護(認為進入安寧就是放棄治療等錯誤觀念)」(A2)



「部份家屬可能想將個案送機構(醫院)照護，而醫院屬急性照顧為主、無法讓病患久住」(A2)

4. 居家醫療未支付護理訪視費，對於偏遠地區的醫師訪視費或藥事服務費亦未再額外加成。

居家醫療照護的病患，若不具長照居家服務收案標準者，則機構完全無法申請到任何護理費用，但照護服務團隊每次均需由護理人員駕車、與醫師共同前往病患居家進行訪視，並協助測量生命徵象、抽血採集檢體、預備病歷資料、遞送藥品處方箋等服務。

現行居家醫療醫師訪視費、藥事服務費皆未針對偏遠地區進行額外加成，以藥事服務為例，送藥到病患居家、每趟服務需由1名藥師與1名技術員同行(安全考量、女性員工顧忌獨自1人到病患家中)，若依現行藥事服務費推估，每時段至少要40人次以上，方可勉強平衡人事費用支出(以現行的門診藥事服務費、一般處方給藥7天內、49元推估)，但此計算仍未含機構於公務車輛的折舊、油資、保險與維修等其他支出成本；實務上每個時段很難達成40人次服務量，除非尚有其他的衍生效益存在(如符合健保「高診次暨複雜用藥者藥事照護計畫」個案)，否則對機構經營管理而言，純粹為服務病患性質。

「支付太少、未達經濟規模前、養不起社區型的居家醫療醫師」(B1)

「缺乏護理費支付、偏遠鄉鎮的醫師診次費；長照在復健師、藥劑師、營養師、護理師都有支付，但健保只支付醫師費，有待修正給付內容。」(A3)

「目前居家醫療僅提供醫師之支付，對於隨同之護理師健保尚無專門支付可領，但目前居家醫療團隊外出訪視看診，皆會有護理師或是其他人員陪同前往，對於同工卻不同酬，甚至是無酬的狀況，會是影響團隊參與計畫的意願因素之一，應考量偏鄉與都市的差距進行計畫的修正」(A4)

「健保署分區回應可由醫師訪視 1,553 點數，分配給護理師，應評估到居家護理師不但獨自作業且深入巷弄、山區之高風險服務，是否應有額外之支付點數。」(A6)



「至少應有車資（交通）補助」(B2)

5. 在偏鄉推動居家醫療的成本高，或某些境遇造成費用無法申報。

個案機構居家醫療服務區域為鹿野鄉，該地區人口老化指數大於 180%，多屬長者獨居或由長者照顧失能者，當個案出現身體不適時，習慣自行或委託鄰居載至鄰近社區診所看診、領藥，部份診所可能會直接開給 1 個月藥量或是慢性處方簽，但家屬往往與醫護人員於電訪中，無法清楚告知病患近期的就醫狀況，或家屬聽不懂醫護人員表達何時將前往居家醫療等訊息，導致團隊成員到達居家進行診療、查詢健保醫療資訊雲端系統後、才發現病患近期已有就醫或領取藥物，雖為個案進行醫療診視，但為避免健保資源浪費或申報費用被核刪，故不會重覆申報收費。

對於居家醫療服務的團隊經營而言，醫護人員耗費於機構與病患居家間的交通往返，時間與人力成本高，且花東地區相對個案量少，無法比照西部院所規劃同一線路線、順路訪視多名病患；目前與山地或離島居家護理所運用通訊醫療的合作方式，雖符合通訊診察治療辦法、但目前健保給付規定，卻無法對於通訊醫療衍生的醫療及處置申請給付。

除了不符經濟效益外，如遇前述無法申請醫療或診療費用、健保醫療費用審查核刪（如審查醫藥專家以醫師與護理人員於病歷記錄之身理量測數據、或到達病患居家時間記錄有些微誤差做為核刪理由）等情事時，更加添相關醫事人員之惆悵怨懟。

「支付金額過低，加上偏鄉居家安寧個案少、來回需要花費 2-3 小時，建議目前的支付金額，應再加 1 倍或在遠距個案上給予交通費補貼。」(A2)

「花東地域太狹長，車程至少花費 2-3 小時、家訪 1 時，即耗費半天時間，但全國卻採一致性支付、不合理。」(A5)

「不應運用商業保險公司的方式管理全民健康保險，否則醫院亦以商業化模式因應，且部份健保署內工作人員不具醫療臨床或病患服務經驗，往往無法理解實務執行困難或需求。」(B2)



「支付因素會影響服務團隊參與計畫的意願，交通距離如：外島或達仁鄉大烏村等，車程就超過 1 小時，位在當地的個案總數能否達到做居家醫療的經濟效益，就是最大的考量，建議支付金額能參考中醫巡迴醫療的方式、依距離加成，如：單趟車程時間達 1.5 小時的長濱鄉則有 3000-5000 的交通補助，不宜單純以平地鄉或山地鄉等地區特性做出差別化支付而已。」(B3)

6. 計畫方案的相關限制或要求多。

收案、行政程序煩雜，如透過其他醫療院所或長照個管轉介之居家醫療(安寧)個案，因醫病關係尚未建立、但健保資訊網服務系統(VPN)需登錄內容、卻含括大量家庭或病況訊息時，部份家屬在回覆上易有抗拒提供的現象，造成病患資訊取得困難，或執行山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS)、居家護理時段，亦無法「順道」提供居家醫療服務（擔心醫療費用被核刪風險）。

目前居家醫療（或長照 2.0 級付），不利於機構中的病患，機構中的病患僅限居家護理的服務、不適用居家醫療照護服務，但亦不是所有安養護機構皆能找到合作醫院，進行每週上限 3 次的門診或復健服務，仍需要由家屬或機構護理人員透過移動床（椅）將病患送到醫療機構就醫。

「寫卡、攜帶電腦設備等是個困擾。」(A1)

「收案的行政程序、寫卡要求、申報的規範要求能再簡化；健保署應該同意醫師進行 IDS、居家護理的時段，能順路提供的居家醫療」(A3)

「居家安寧收案前需上健保 VPN 填報資料，但表單太過複雜，在與病患建立關係前，部份資料的取得是有困難的。」(A5)

「給付範圍應再擴大，或有其他基金或社會資源的挹注。」(B1)

第四節 研究限制



個案機構於東部偏鄉申請、通過收案之居家醫療病患，除因失能或疾病特性致外出就醫不便外，參與居家醫療實地訪視時發現，個案機構的收案病患皆不具口語表達能力，主要照顧者局限於使用原住民語言，或法定及名義上之主要照護者可能分別因罪入監、酒精中毒、或由高齡年長配偶或親屬負責，甚至主要照護者亦需要長照之居家照護服務的現象，故不論病患或主要照護者，對於居家醫療之相關議題回覆皆有障礙，無法從病患或家屬面向去評估對居家醫療服務的滿意程度或收集相關建議；未來相關研究如有家庭支持系統較強之照護個案，則可以針對病患或家屬是否感受到計畫案有降低就醫障礙、給付範圍是否能滿足個人的醫療需求或期待等面向著手進行探討。

第五章 結論與建議



能正向促進服務團隊（或尚未加入計畫的醫事人員）參與居家醫療服務意願的因素除了團隊成員本身的熱忱外，尚包括：相關醫事人力是否充裕、健保資訊網服務系統(VPN)填報與申報的相關規範或行政程序能否簡化、機構內外部資源能否交互支持、是否有合理的健保給付或機構內部獎勵金等；對於支付金額或給付範圍的看法，主要期望能編列護理費支付，針對藥師居家送藥或居住偏遠病患能再額外提供醫師的訪視費用加成、並考量偏鄉個案數少、路程距離等差異，健保未來能進行給付修正或相關限制的放寬。

對於獲得醫療服務的便利性或醫療成效、自行負擔或支出之整體費用高低（如：交通車資、陪伴就醫的請假扣薪、其他間接支出）、特定風俗民情考量（如：原住民族群的傳統文化、信仰）等，則為病患及家屬是否接受居家醫療照護的考量，透過醫護人員的回饋得知家屬認同居家醫療是良善的醫療政策，並預期未來符合收案條件或有需求的病患人數會越來越多；但居家醫療政策或服務的宣導、照護習慣修正、醫療模式創新、科技或資訊化的運用等，亦是居家醫療服務未來能否持續發展的因素之一。

為解決計畫執行的相關問題，並思考個案機構未來如何擴大服務量能或能讓更多醫事人員加入居家醫療服務，故進行以下的服務推動評估。

第一節 服務推動評估

一、策略研擬

分析機構整合居家醫療照護服務面臨外在環境的機會與威脅，及機構內部的優勢及劣勢後，運用 TOWS 矩陣，分別提出積極作為的 SO 策略、克服弱點的 WO 策略、差異獨特的 ST 策略、防護補強的 WT 策略，整體策略研擬內容摘要如表 5.1 所示，※號為建議短期內、可考量優先實施項目。

策略的研擬以朝向建構以病患為中心，建立具有凝聚力、能提供全面及協調照護的團隊為目標，並將患者的社區醫療與社會資源進行連結整合、期盼對患者的照護品質能持續進行改善，最終能讓病患在熟悉的環境中恢復健康或降低失能程度。

表 5.1 機構整合居家醫療照護服務-TOWS 矩陣



內部因素 (Internal Factors)	優勢(Strength) 1. 有願意於偏鄉服務的員工。 2. 符合資格之病患來源眾多。 3. 擴大服務區域。 4. 公益平台資源可交互支持。 5. 具發展創新服務模式的可能性。	劣勢(Weakness) 1. 醫事人力吃緊或招募不易。 2. 醫師習慣排程化工作模式。 3. 缺乏誘因與增加工作負擔。 4. 缺乏資訊化作業。 5. 行政程序或資源未能充分支持。
機會(Opportunity) 1. 預期有需求的病人數會越來越多。 2. 是友善的醫療政策。 3. 鄰近友院不提供服務。 4. 相關計畫方案相輔相成。	SO 策略 1. 增台東市、卑南鄉為服務區域，承接友院轉介個案。 2. 整併相關服務或計劃案的執行。(※)	WO 策略 1. 擴大相關醫事人員的編制。 2. 獎勵金或其他的資源提供。 3. 居家照護資訊系統的導入。(※)
威脅(Threat) 1. 區域內病患相對弱勢。 2. 病患家屬的間接抗拒或費用考量。 3. 政策或服務宣導不足。 4. 於偏鄉推動成本高，且未支付護理費、或相關費用未額外加成。 5. 計畫方案的相關限制或要求多。	ST 策略 1. 指派專責之護理師或個案管理師。 2. 低或中低收戶的訪視交通費，由醫療貧困基金補助。(※)	WT 策略 1. 於醫務會議宣導介紹居家醫療。(※) 2. 與社區醫師、藥局、居家護理所合作。



二、策略選擇與評估

1. 充分利用內部優勢與外部機會-SO 策略

1.1 增加服務區域，承接友院轉介個案。

目前申請收案及服務區域僅限台東縣鹿野鄉，優先增列與醫療機構端或合作社社區藥局相距 10 公里範圍內之台東市、卑南鄉為服務區域。

經評估居家護理個案數中、排除居住於機構內者，約有 12 名可轉入居家醫療收案，並開始承接友院轉介符合居家醫療照護資格之個案。

1.2 整併相關服務或計劃案的執行。

藥劑師與居家醫療服務團隊可搭配「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案」提供服務（針對 2 種以上慢性病且用藥品項達 5 項以上之病患，予以提供臨床藥事照護，並於病歷記載相關照護內容，即可申報「門診臨床藥事照護費（P6302B）」，每件支付 100 點）。

如病患符合「長期照顧給付基準」（取得護理費給付）、及預定於 108 年實施之「居家失能個案家庭醫師照護方案」，則予收案（可由同一居家照護收案醫師開立醫師意見書、個案管理費均可併同執行申報）。

針對山地離島地區醫療給付效益提昇計畫（IDS）執行日期（或報備時段上的切割）、應可整合居家醫療服務，減少團隊前往偏鄉服務的交通往返時間，提高服務效率與醫療經濟效益。

2. 克服劣勢、利用即將到來的機會-WO 策略

2.1 擴大相關醫事人員的編制。

未來增聘之家醫科或內科醫師面談，將是否有意願投入居家醫療服務列為評量，並予以增加家醫科的編制員額。

由藥劑科評估調撥部份人力（或於法定加班工時限制內，支領加成之加班費或補休時數方式）提供送藥到病患居家之可能性。

專責之護理師或個案管理師之編制，未來可評估改由個案機構護理部（門診部）派任或負責，增進人力支援彈性。

持續招募身心科醫師，有熱忱願意加入居家醫療服務的護理師、藥劑師、社工師、心理師等團隊成員或志工的加入，期望能提供身心靈全面整合的全人、全家、全程照護。

2.2 獎勵金或其他的資源提供。

現行每次、每名居家醫療病患，給予醫師的診察費獎勵金為每名門診病患的 8 倍，故策略上可讓醫師知悉參與居家醫療、可獲得較高之差異性診察費（獎勵金），推估每時段、醫師進行 4 名居家醫療病患訪視，即可能高於機構內開設門診的診察費（獎勵金）總額，預估對於門診人數相對較低的醫師，具有鼓勵醫師投入居家醫療服務的誘因；另私下、非正式的口頭詢問 3 名家醫科醫師、2 名內科醫師，均表達該獎勵金之倍率，具有鼓勵醫師投入居家醫療的驅動力。

長期規劃則針對無法獲得支付費用之護理師、藥師或其他團隊成員，得考量從居家醫療申報之醫師訪視費中，提撥一定比例列入績效獎金分配額度，或修正相關獎勵規則，以強化相關醫事人員的投入意願。

協調總務室調整居家醫療團隊需要使用公務車借用的優先序位，增加意外險額度、汽車保險等級，並裝配車用衛星導航設備，減少人員「找路」、「認路」耗費時間，提昇工作效率。

「我想服務團隊應該希望提升 PF 或績效金額、更高額的保險、及隨時有公務車使用。」(A6)

2.3 居家照護的資訊系統導入。

希望藉由資訊系統導入，建立電子化的健康或追蹤記錄、運用安全且系統性方法收集患者病況數據，監控病況進展，減少人工書寫記錄表單、統計報表編製時間，且能正確連結院內醫療照護資訊、提升病患照護周延與完整，提高醫療品質、工作效率與正確性，故可為優先考量推動的策略項目之一。

居家照護資訊系統導入前後的預期比較，如表 5.2 所示；資訊系統提供的頁籤、功能摘要說明如表 5.3，相關資訊系統畫面參考如圖 5.1。

表 5.2 居家照護資訊系統導入的預期前後差異比較

項目	導入前	導入後
書寫記錄方式	手寫記錄表單、耗時費力。	資訊系統輸入。
個案管理	手寫或半資訊化。	資訊化管理。
個案資料查詢	人工翻閱資料，或交叉使用院內醫療資訊系統資料。	透過資訊系統連結。
健保報表、醫院評鑑、衛生局督導考核報表	使用 EXCEL 計算易出錯。	由資訊系統匯出報表(快速、便利)。
人力、服務量管理		

表 5.3 資訊系統頁籤、功能摘要說明

頁面	功能	運用摘要
資料維護	收案查詢與維護	病患基本資料、診斷、服務需求、已使用或符合之社會資源、主要照護者或緊急聯絡人資料、安寧、DNR、傳染病等特殊交班、家訪頻率或時間安排。
	訪視記錄	生命徵象、心肺功能、精神狀態、餐食攝入與排出、睡眠、管路照護、生心理照護計畫、處置與照護指導、護理及藥物記錄。
	其他功能列	疼痛評估、營養評估、居家環境、安寧緩和、巴氏量表。
統計查詢	訪視記錄、訪視預約、三管移除評估暨訓練記錄表、14 天再入院、工作量統計、各項年月統計、通報資料查詢	
工具、快速查詢功能	檢驗系統、檢查報告系統、病歷摘要、門診處方、電子聯絡板。	
	掛號記錄、就醫診斷、重大傷病、過敏史、照會記錄、用藥評估	

收案維護

附件:無 其他

選項

查詢條件 病歷號/身分證號 家字號
病歷號/身分證號

案件分類	收案日	結案日	家字號	異動人	異動時間
------	-----	-----	-----	-----	------

基本資料 | 健保/自費 | 診斷/服務需求 | 社會資源 | 照護者資料 | 特殊交班記錄 | 預約家訪 | 結案資料 |

收案日 收案描述 4000bytes
收案來源
家字號
居住區域
案件分類 居家護理 長照2.0
 EC-A1 EC-E1 EC-A5

宗教 婚姻 獨居 教育程度 忠誠客戶

語言 國語 閩南語 客家語 日語 原住民語 其他

電話

住家種類 平房 公寓 樓 電梯大廈 透天厝 其他

備註 250bytes

困難病人訊息: 困難病人訊息:

收案維護畫面範例-病患基本資料建置

(案件分類 : EC-A1 居家醫療、EC-E1 重度居家醫療、EC-A5 安寧療護)

基本資料 | 健保/自費 | 診斷/服務需求 | 社會資源 | 照護者資料 | 特殊交班記錄 | 預約家訪 | 結案資料 |

健保院所收案日/自費生效日(最新)

自費

精神狀態
意識: 清醒警覺 肢動 人時地混淆 瞳妄 木僵 植物人狀態 昏迷 其他
GCS: E M V 情緒狀態: 平穩 焦慮 憂鬱 無法評估

管路別

1.氣切管	材質 <input type="text"/>	號碼 <input type="text"/>
2.胃管	材質 <input type="text"/>	號碼 <input type="text"/>
3.FOLEY	材質 <input type="text"/>	號碼 <input type="text"/>
4.壓瘡傷口	<input type="text"/>	
5.腸造口	<input type="text"/>	

收案類別

收案維護畫面範例-病患精神狀態、管路別 (材質)、健保或自費

圖 5.1 居家照護系統畫面(1)

基本資料	健保/自費	診斷/服務需求	社會資源	照護者資料	特殊交班記錄	預約家訪	結案資料								
診斷 (ICD) <input type="text"/> <input type="text"/> 就醫診斷 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>															
護理診斷 <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. 吞嚥困難</td> <td><input type="checkbox"/> 5. 身體活動功能障礙</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2. 呼吸道清除功能失效</td> <td><input type="checkbox"/> 6. 營養狀況改變/少於身體需要</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3. 排尿型態改變</td> <td><input type="checkbox"/> 7. 營養狀況改變/多於身體需要</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4. 皮膚完整性受損</td> <td><input type="checkbox"/> 8. 健康維護能力改變/血糖或血壓不穩</td> </tr> </table> <p>其他(右鍵點選)</p> <input type="text"/>								<input type="checkbox"/> 1. 吞嚥困難	<input type="checkbox"/> 5. 身體活動功能障礙	<input type="checkbox"/> 2. 呼吸道清除功能失效	<input type="checkbox"/> 6. 營養狀況改變/少於身體需要	<input type="checkbox"/> 3. 排尿型態改變	<input type="checkbox"/> 7. 營養狀況改變/多於身體需要	<input type="checkbox"/> 4. 皮膚完整性受損	<input type="checkbox"/> 8. 健康維護能力改變/血糖或血壓不穩
<input type="checkbox"/> 1. 吞嚥困難	<input type="checkbox"/> 5. 身體活動功能障礙														
<input type="checkbox"/> 2. 呼吸道清除功能失效	<input type="checkbox"/> 6. 營養狀況改變/少於身體需要														
<input type="checkbox"/> 3. 排尿型態改變	<input type="checkbox"/> 7. 營養狀況改變/多於身體需要														
<input type="checkbox"/> 4. 皮膚完整性受損	<input type="checkbox"/> 8. 健康維護能力改變/血糖或血壓不穩														
收案維護畫面範例-診斷與服務需求															
基本資料	健保/自費	診斷/服務需求	社會資源	照護者資料	特殊交班記錄	預約家訪	結案資料								
身分別 <input type="text"/> 重大傷病 _____ 榮民/眷 _____ 職眷 _____ 福利別身分 <input type="text"/> 殘障身分 <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 A. 障礙類別 <input type="checkbox"/> 01. 視覺障礙 <input type="checkbox"/> 02. 聽覺機能障礙 <input type="checkbox"/> 03. 平衡機能障礙 <input type="checkbox"/> 04. 聲音機能或語言機能障礙 <input type="checkbox"/> 05. 肢體障礙 <input type="checkbox"/> 06. 智能障礙 <input type="checkbox"/> 07. 重要器官失去功能 <input type="checkbox"/> 08. 賴面損傷 <input type="checkbox"/> 09. 植物人 <input type="checkbox"/> 10. 失智症 <input type="checkbox"/> 11. 自閉症 <input type="checkbox"/> 12. 慢性精神病患 <input type="checkbox"/> 13. 多重障礙(請勾選各項障礙類別) <input type="checkbox"/> 14. 頓型(難治型)癲癇症 <input type="checkbox"/> 15. 經中央衛生主管機關認定，因罕見疾病而致身心功能障礙者 <input type="checkbox"/> 16. 其他經中央衛生主管機關認定之障礙者(染色體異常、先天代謝異常、先天缺陷) B. 障礙等級 <input type="text"/> C. 新制或舊制身心障礙類別評估 <input type="radio"/> 舊制 <input type="radio"/> 新制 障礙類別: 第 <input type="text"/> 類; ICD診斷 <input type="text"/>															
補助 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 <input type="checkbox"/> 殘障津貼 <input type="checkbox"/> 老人津貼 <input type="checkbox"/> 農漁津貼 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 福保 其他 <input type="text"/>															
收案時十年長照申請 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 收案後的申請, 請至<提供/申請>輸入 <input type="checkbox"/> 1. 居家服務 <input type="checkbox"/> 2. 日間照顧 <input type="checkbox"/> 3. 機構喘息服務 <input type="checkbox"/> 4. 機構照護服務 <input type="checkbox"/> 5. 居家護理 <input type="checkbox"/> 6. 居家職能治療 <input type="checkbox"/> 7. 居家物理治療 <input type="checkbox"/> 8. 老人營養餐飲服務 <input type="checkbox"/> 9. 交通接送服務 <input type="checkbox"/> 10. 輔具購買-租借及居家無障礙環境改善 其他 <input type="text"/>															
收案維護畫面範例-社會資源連結 (身心障礙類別、長照 2.0 服務)															
基本資料	健保/自費	診斷/服務需求	社會資源	照護者資料	特殊交班記錄	預約家訪	結案資料								
居家照護手冊及單張 <input type="radio"/> 未提供 <input type="radio"/> 提供: <input type="checkbox"/> 提供手冊 <input type="checkbox"/> 提供衛教單張 申請人 <input type="text"/>															
主要照顧者 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 兒子 <input type="checkbox"/> 女兒 <input type="checkbox"/> 媳婦 <input type="checkbox"/> 孫子 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 外籍看護 <input type="checkbox"/> 居家服務員 <input type="checkbox"/> 機構人員 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="text"/>															
緊急聯絡人 姓名 <input type="text"/> 電話 <input type="text"/> 姓名 <input type="text"/> 電話 <input type="text"/> 姓名 <input type="text"/> 電話 <input type="text"/>															
收案維護畫面範例-照護者資料															

圖 5.2 居家照護系統畫面(2)

基本資料	健保/自費	診斷/服務需求	社會資源	照護者資料	特殊交班記錄	預約家訪	結案資料										
<p>安寧緩和需求評估 <input type="checkbox"/> 身體 <input type="checkbox"/> 心理 <input type="checkbox"/> 其他 []</p> <p>DNR-簽署 []</p> <p>安全評估及其他交班說明 1000bytes [巨集]</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> <p>有無傳染性疾病 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>傳染性疾病</th> <th>診斷日</th> <th>治療狀態</th> <th>異動人</th> <th>異動時間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="5"></td> </tr> </tbody> </table> <p>傳染性疾病 [] 診斷日期 [] 治療狀態 [] [疾病存檔] [刪除]</p>								傳染性疾病	診斷日	治療狀態	異動人	異動時間					
傳染性疾病	診斷日	治療狀態	異動人	異動時間													
收案維護畫面範例-特殊交班，如傳染病、DNR 簽署或安寧緩和醫療需求評估																	
基本資料	健保/自費	診斷/服務需求	社會資源	照護者資料	特殊交班記錄	預約家訪	結案資料										
<p>訪視設定 訪視週期(天) 下一次訪視預約日</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>護理師</td> <td>[]</td> <td>[]</td> </tr> <tr> <td>醫師</td> <td>[]</td> <td>[]</td> </tr> </table> <p>下一次訪視預約日=最後一次訪視日+訪視週期</p>								護理師	[]	[]	醫師	[]	[]				
護理師	[]	[]															
醫師	[]	[]															
收案維護畫面範例-醫師或護理家訪時間、週期安排																	
基本資料	健保/自費	診斷/服務需求	社會資源	照護者資料	特殊交班記錄	預約家訪	結案資料										
<p>結案日 [] 結案描述 4000bytes</p> <p><input type="checkbox"/> 困難病人</p> <p>結案原因 [] 原因說明 []</p> <p>[第一次追蹤] [第二次追蹤]</p> <p>第一次追蹤: []</p> <p><input type="checkbox"/> 寄發關懷卡 <input type="checkbox"/> 電話追蹤 <input type="checkbox"/> 其他 []</p> <p>追蹤記錄</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>																	
收案維護畫面範例-結案、追蹤關懷																	

圖 5.3 居家照護系統畫面(3)

<p>訪視日期 108/07/01 <input type="button" value="清除"/> <input type="button" value="查詢"/> <input type="button" value="存檔"/> <input type="button" value="刪除"/> <input type="button" value="記錄單A4"/> <input type="button" value="記錄單L"/> <input type="button" value="歷史"/> <input type="button" value="關閉"/></p> <p>到達/心肺 胃腸/餐次 排泄/疼痛 照護需求 照護計畫 處置/指導 護理記錄/其他 藥物 提供/申請</p> <p>此訪視單完成 個案結束日 在場家庭 <input type="button" value="新增"/></p> <p>訪視型態 家訪 到達時間 13:45 離開時間 14:20</p> <p>生命徵象 T 36.5 °C P 83 次/分鐘 R 20 次/分鐘 收縮壓 139 mmHg 舒張壓 98 mmHg</p> <p>骨中間 25 cm 脊圓 84 cm 小腹圓 24 cm 身高 168 cm 体重 53 kg BMI 18.78</p> <p>精神狀態 意識： <input checked="" type="radio"/> 清醒警覺 <input type="radio"/> 踪動 <input type="radio"/> 人時地混淆 <input type="radio"/> 瞳孔 <input type="radio"/> 木僵 <input type="radio"/> 植物人狀態 <input type="radio"/> 昏迷 <input type="radio"/> 其他 情緒狀態： <input checked="" type="radio"/> 平穩 <input type="radio"/> 濟慮 <input type="radio"/> 悲傷 <input type="radio"/> 焦躁 <input type="radio"/> 無法評估</p> <p>GCS： E 4 M 6 V 5</p> <p>皮膚顏色 <input checked="" type="radio"/> 正常有彈性 <input type="radio"/> 异常 皮色、黏膜 <input checked="" type="radio"/> 正常有彈性 <input type="radio"/> 异常</p> <p>皮膚傷口 <input type="checkbox"/> 訪視日期 <input type="checkbox"/> 產傷否 <input type="checkbox"/> 住院造成 <input type="checkbox"/> 感染新發生 <input type="checkbox"/> 痘口位置 <input type="checkbox"/> 等級 <input type="checkbox"/> 預生日 <input type="checkbox"/> 癒合日 <input type="checkbox"/> 填表人</p> <p><input type="radio"/> 無傷口 <input type="radio"/> 有傷口</p> <p>心肺 呼吸音： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 無聲 <input type="checkbox"/> 嘴音 <input type="checkbox"/> 滾嘴音 <input type="checkbox"/> 嘴喘音 <input type="checkbox"/> coarse <input type="checkbox"/> 其他 呼吸型態： <input checked="" type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> 异常 使用輔助器材： <input type="checkbox"/> 氧氣切管 <input type="checkbox"/> 氧氣 1/min <input type="checkbox"/> 其他 咳嗽狀況： <input checked="" type="checkbox"/> 自咳 <input type="checkbox"/> 抽痰 痰(量、性狀、色)： <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> 有 白點中 肢體水腫： <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> 有 部位 雜重度</p>	
<p>到達/心肺 胃腸/餐次 排泄/疼痛 照護需求 照護計畫 處置/指導 <input type="button" value="護理記錄/其他"/> <input type="button" value="藥物"/> 提供/申請</p> <p>護理記錄 4000bytes <input type="button" value="已集"/> <input type="button" value="貼上照護計畫"/> <input type="button" value="貼上居家描述"/> <input type="button" value="前文比對"/></p> <p>F1.排尿型態改變/感覺運動神經障礙、膀胱造口存 護理目標： 1.個案無泌尿道感染情形 2.照顧者能正確的操作導尿管吸痰的技巧 3.照顧者能說明出預防等級尿管阻塞的方法及正確操作導尿管Milking。 D:個案因車禍導致C-spinal injury故長期臥床已20多年，因無法自解尿液，故有膀胱造口接一般18號導尿管留置，易阻塞且對矽質尿管不適應故二週更換一次，家訪宣講EMGV5呈clear，巴氏量表0分，柯氏量表4級，四肢肌肉力量雙下肢0分，評估呼吸平穩呼吸呈clear，家案表示咳嗽有較改善，吃藥比較好咬，若沒吃又一樣，平日飲食三餐，嗜咳情況，每日攝取熱量約為1100卡，水分攝取約3300ML，腹部叩診有脹氣情形，排便型態規則服用軟便劑及每3天由膀胱透皮導管透析，透析後皮膚乾淨，無濕肉，尿液引流通暢，尿液顏色至清，少邊緣存積多，因官路封閉才拔除時尿管前端無阻塞，個案無不適主訴，身體乾淨無異味，有量越蓋鏡使用，有申請居服員一週2次協助身體清潔。 A:1.監測生命徵象及身體評估。 2.評估膀胱造口皮膚狀況。 3.評估尿液引流情況，尿液顏色、量、有無沉澱物、有無滲尿情況。 4.評估是否泌尿道感染徵象。 5.依標準技術更換18號一般導尿管接膀胱造口引流尿液，更換過程順利，確認管路位置正確。 T: 1.數量加溫尿管接頭及膀胱按摩方法預防尿管阻塞。 2.建議增加量越蓋或維他命C攝取，預防泌尿道感染。 3.告知導尿管相關衛教指導。 4.告知注意尿液變化及泌尿道感染情形，必要時回診。 5.數量背部扣擊技巧使痰液鬆動易咳出。 6.數量肢體PROM預防痠痛厲害，及注意肢體擺位正確預防壓迫或不適。 7.數量膝部按摩技巧促其腿彌動以改善便秘。 R:今日放置導尿管過程順利，尿液引流通暢，輸出入量正常，暫無明顯泌尿道感染，予衛教家屬了解，續追蹤/N2護理師。</p> <p>訪視週期 護士訪視週期 14 天 醫師訪視週期 60 天</p>	
<p>訪視日期 108/03/20 <input type="button" value="清除"/> <input type="button" value="查詢"/> <input type="button" value="存檔"/> <input type="button" value="刪除"/> <input type="button" value="記錄單A4"/> <input type="button" value="記錄單L"/> <input type="button" value="歷史"/> <input type="button" value="關閉"/></p> <p>到達/心肺 胃腸/餐次 排泄/疼痛 照護需求 照護計畫 處置/指導 護理記錄/其他 <input type="button" value="藥物"/> 提供/申請</p> <p>目前藥物 <input type="button" value="院內藥物"/> <input type="button" value="外送藥物"/> <input type="button" value="前文比對"/></p> <p>Actein granules, 雖量=2, 服法=TID Bron-C E.C. Tab., 剂量=1, 服法-TID MGO, 剂量=1, 服法-QD THROUGH, 剂量=2, 服法-HS</p> <p>評估項目</p> <p><input type="checkbox"/> 新收案 <input type="checkbox"/> 10種以上用藥 <input type="checkbox"/> 但某藥物有新增或異動 <input type="checkbox"/> 使用高營養用藥 <input type="checkbox"/> 外院用藥 <input type="checkbox"/> 評估有短期副作用 <input type="checkbox"/> 合併其他醫療院所藥物</p> <p>衛教內容</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 目前用藥穩定，持續追蹤 <input checked="" type="checkbox"/> 教導正確藥物儲存 <input checked="" type="checkbox"/> 教導用藥安全及用藥正確注意事項 <input checked="" type="checkbox"/> 教導藥物副作用注意事項與其它食藥物之配伍禁忌 <input type="checkbox"/> 其他</p> <p>建議處置</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 持續追蹤藥用藥安全性 <input type="checkbox"/> 評估後續與其他專業人員討論 <input type="checkbox"/> 藥師 <input type="checkbox"/> 電話諮詢 <input type="checkbox"/> 臨會 <input type="button" value="現會記錄"/> <input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 電話諮詢 <input type="checkbox"/> 臨會 <input type="checkbox"/> 其他專業人員 <input type="checkbox"/> 電話諮詢 <input type="checkbox"/> 臨會 <input type="checkbox"/> 最後建議處置</p>	
<p>維護畫面範例-訪視記錄（生理基本資料、護理及藥物評估記錄）</p> <p>畫面資料來源：彰化基督教醫院居家醫療照護整合中心（2019）[30]</p>	

圖 5.4 居家照護系統畫面(4)

1~6項 7~14項 診斷,疼痛用藥

GCS: 意識狀態 貼上 GCS : E 4 M 6 V 5

1. 目前意識狀態 清醒警覺 踣動 人時地混淆 瞳孔 木僵 植物人狀態 昏迷 其他
 無法評估 (依個案情況勾選-如燒傷患者可填寫驚嚇過度雖清醒仍無法評估)

2. 疼痛反應 逃避按壓 呻吟 憋眉苦臉 屈身 不敢移動 其他

3. 個案過去是否有疼痛方面相關的問題 有 無 未知

4. 分佈性評估

疼痛部位	疼痛強度	深淺層

疼痛部位 [] 疼痛強度 [] 深淺層 [] 部位存檔 刪除

疼痛性質: 刺痛 刀割痛 鈍痛 痛 抽痛 壓痛 戰痛 燒灼痛 感覺異常痛 其他

5. 整體性評估 休息時 0 鋌作時 0 對日常生活的影響 0 ※第五項與第六項擇一

6. 困難評估個案來源以身體語言疼痛量表評估 評估結果為 [] 分

評估內容	0分	1分	2分
呼吸	<input type="radio"/> 正常	<input type="radio"/> 微喘	<input type="radio"/> 呼吸喘有明顯呈現cheyne-stokes呼吸型態
非語言表達	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 呻吟	<input type="radio"/> 大聲呻吟哭泣
臉部表情	<input type="radio"/> 輕鬆自然	<input type="radio"/> 繁眉憂愁	<input type="radio"/> 痛苦狀
肢體語言	<input type="radio"/> 微笑輕鬆	<input type="radio"/> 緊張	<input type="radio"/> 僵硬咬緊牙關
安撫	<input type="radio"/> 不需要	<input type="radio"/> 需要	<input type="radio"/> 無法安撫

1~6項 7~14項 診斷,疼痛用藥

<注意:疼痛強度評估為0分者則不需再填寫以下內容>

7. 發作的時間長短 無 繼續的 間斷的 偶發的 多在白天 多在晚上 其他

8. 疼痛加重的因素 無 移動身體 飲食 咳嗽 大小便 其他

9. 疼痛減輕的因素 無 藥物 按摩 热敷 維持某些姿勢 其他

10. 伴隨疼痛的症狀 無 腹脹 食慾不佳 便秘 痢氣 虛弱無力 呼吸困難 水腫
 麻木 行動困難 失眠 其他

11. 之前治療的方法 無 止痛藥 化學治療 放射治療 手術 其他

12. 之前治療的效果 無 良好 中等 不好 時好時壞 其他

13. 停止治療的原因 無 效果不好 副作用太大 其他

14. 其他附註說明 (1) 病患對於疼痛的特殊表達方式 無 有
(2) 其他 []

1~6項 7~14項 診斷,疼痛用藥

診斷 ICD

就醫診斷

疼痛用藥 D1:Non-Opioids
 1.Acetaminophen 2.NSAIDs

D2:Mild-Opioids
 1.Codeine 2.Tramadol 3.Ultracet 4.Nalbuphine 5.其他mild-opioids

D3:Strong-Opioids
 1.Morphine 2.MST 3.AMS 4.Meperidine 5.Fentanyl 6.其他strong-opioid

備註 []

維護畫面範例-疼痛評估與記錄

畫面資料來源：彰化基督教醫院居家醫療照護整合中心（2019）[30]

圖 5.5 居家照護系統畫面(5)

營養篩檢		一般評估		營養指標曲線	
臀圍 84 cm	身高 168 cm	體重 53 kg	BMI 18.78	貼身	
1. 過去三個月之中，是否因食慾不佳、消化問題、咀嚼或吞嚥困難以致進食量越來越少? <input type="radio"/> 0分：嚴重食慾不佳 <input type="radio"/> 1分：中度食慾不佳 <input checked="" type="radio"/> 2分：食慾無變化		4. 過去三個月內曾有精神性壓力或急性疾病 <input type="radio"/> 0分：是 <input checked="" type="radio"/> 2分：否			
2. 近三個月體重變化 <input type="radio"/> 0分：體重減輕 >3公斤 <input type="radio"/> 1分：不知道 <input type="radio"/> 2分：體重減輕 1~ 3公斤 <input type="radio"/> 3分：體重無改變		5. 神經精神問題 <input type="radio"/> 0分：嚴重痴呆或抑鬱 <input type="radio"/> 1分：輕度痴呆 <input checked="" type="radio"/> 2分：無精神問題			
3. 行動力 <input checked="" type="radio"/> 0分：臥床或輪椅 <input type="radio"/> 1分：可以下床活動或離開輪椅但無法自由走動 <input type="radio"/> 2分：可以自由走動		6. 身體質量指數(BMI) 體重(公斤) / 身高(公分) <input type="radio"/> 0分： BMI < 19 <input type="radio"/> 1分： 19 = BMI < 21 <input type="radio"/> 2分： 21 = BMI < 23 <input type="radio"/> 3分： BMI ≥ 23		貼身	
巴氏量表		柯氏量表		肌肉強度	
進食(Feeding) <input checked="" type="radio"/> 0 = 完全依賴他。 <input type="radio"/> 5 = 需要協助,如夾菜,盛湯等 <input type="radio"/> 10= 獨立		行動(Mobility) <input type="radio"/> 0 = 不動 <input type="radio"/> 5 = 輪椅自行行動50碼,包括轉彎 <input type="radio"/> 10= 步行50碼,一人言語或行動幫助 <input type="radio"/> 15= 獨立走50碼,(但可使用任何輔助,如拐杖)			
移位(床至椅/椅至床)(Transfer) <input type="radio"/> 0 = 無法,坐不平衡 <input type="radio"/> 5 = 需大量幫助(一人或兩人行動),可坐起 <input type="radio"/> 10= 需少量幫助(言語指導或行動) <input type="radio"/> 15= 獨立		上下樓梯(Stairs) <input type="radio"/> 0 = 無法 <input type="radio"/> 5 = 需要幫助(言語,行動,器械輔助) <input type="radio"/> 10= 獨立			
個人修飾(Grooming preceding 24-48 hours) <input type="radio"/> 0 = 需要協助 <input type="radio"/> 5 = 獨立 洗臉/梳頭/刷牙		穿/脫衣(Dressing Undressing) <input type="radio"/> 0 = 無法 <input type="radio"/> 5 = 一半需要幫助 <input type="radio"/> 10= 獨立(包括紐扣,拉鍊,打結)			
上廁所(Toilet use) <input type="radio"/> 0 = 完全依賴 <input type="radio"/> 5 = 需要協助保持平衡,整理衣褲或便後擦拭 <input type="radio"/> 10= 不需要幫助(解衣/穿衣/擦拭)		大便控制(Bowels)(preceding week) <input type="radio"/> 0 = 失禁 <input type="radio"/> 5 = 偶爾失禁(一星期一次) <input type="radio"/> 10= 無失禁			
洗澡(Bathing) <input type="radio"/> 0 = 依賴幫助 <input type="radio"/> 5 = 獨立		小便控制(Bladder)(preceding week) <input type="radio"/> 0 = 失禁,或插尿管且無法自行處理 <input type="radio"/> 5 = 偶爾失禁(最多一天一次)			
住家概況/樓梯走道		客廳/浴廁/廚房		藥品安全	
客廳及家具 家具是否適合案主使用 輪椅、馬桶、病床及座椅的高度適中,符合案主使用		不適用 是 否		護理指導 <input checked="" type="checkbox"/> 家具銳角以布或軟墊包紮 <input type="checkbox"/> 幫助家屬將障礙物移走 <input checked="" type="checkbox"/> 幫助保持地板清潔及乾燥 <input checked="" type="checkbox"/> 檢視傢俱堅固狀況 <input type="checkbox"/> 其他	
浴廁 浴室有足夠光線或燈光 洗手台、浴缸邊地面及浴缸底部都有防滑設施 馬桶、浴缸及洗手台旁有穩固易抓把手 淋浴用椅穩固且有椅背與扶手 使用浴室兩面均能開的門鎖		不適用 是 否		護理指導 <input checked="" type="checkbox"/> 保持浴廁地板清潔及乾燥 <input checked="" type="checkbox"/> 建議設置地板防滑措施 <input checked="" type="checkbox"/> 保持光線充足 <input checked="" type="checkbox"/> 各項衛浴設備需穩固 <input type="checkbox"/> 其他	
廚房 地面乾淨不滑濕 食物的儲藏符合清潔衛生,烹煮食物保存在有效期限		不適用 是 否		護理指導 <input checked="" type="checkbox"/> 維持廚房清潔衛生 <input checked="" type="checkbox"/> 保持乾燥	
維護畫面範例-營養評估、巴氏量表、居家環境記錄 畫面資料來源：彰化基督教醫院居家醫療照護整合中心 (2019) [30]					

圖 5.6 居家照護系統畫面(6)



3. 運用內部優勢、克服外部威脅-ST 策略

3.1 指派專責之護理師或個案管理師。

以專責護理師或個案管理師為窗口，協調所有醫師訪視、交通車輛調度、個案健康追蹤、成果統計、會議統籌招開等工作，並完成居家醫療的事前準備，包括：計畫提供給個案或家屬的衛教單張、藥物項目交互作用或回診日比對，透過與個案的互動，建立良好的溝通及信任基礎，並瞭解個案生理、心靈或家庭狀態，給予個別化且可行的衛教或建議，定期的追蹤居家醫療照護服務介入後成效。

3.2 補助低或中低收戶的訪視交通費。

針對經濟弱勢病患經社工評估、造冊，由機構內部醫療貧困基金補助訪視交通費，實質降低病患或家屬的經濟負擔。

4. 利用劣勢、克服外部威脅-WT 策略

4.1 於醫務會議宣導介紹居家醫療。

於醫師會議上，安排居家醫療、居家安寧療護介紹，期望能促進醫療團隊共識、降低反彈，逐漸改變醫師的認知、態度修正，增加醫師的投入意願，轉變為行動上的支持。

除原有 1 名家醫科醫師提供居家醫療、1 名血液腫瘤科醫師提供居家安寧療護外，鼓勵內科系其餘 6 名醫師，加入居家醫療照護整合服務提供；經鼓勵已有另 1 名內科醫師、2 名家醫科醫師表達有意願提供居家醫療服務。

4.1 與社區醫師、藥局、居家護理所合作。

與社區藥局的合作上可能仍具有限制，例如社區藥局即無法調劑居家安寧療護在嗎啡類等止痛管制藥物的需要，及社區藥局無法全面供應醫院即有的藥品項，往往需要透過物流方式取得藥物、預期病患等候送藥時間將拉長，而低單價的藥品項（如類固醇）若過多、將可能降低社區藥局的合作意願。

居家醫療團隊若能結合機構所有科別的專業人員、地方基層醫療機構、衛生所、社區藥局合作，將扭轉成劣勢與威脅為優勢；經連繫後、永康藥局，願意提供台東市區的居家送藥服務外，宏陽醫療整合平台—松藥局

連鎖體系服務據點已擴展至花蓮地區，未來合作可能增加，並能有效解決前述各項問題。

運用通訊醫療的申請與導入，協助離島居家護理所、進行新居家醫療個案的醫師評估。



「社區藥局無法全面供應醫院有的藥品項，往往需要透過物流方式取得藥物，病患等候送藥時間拉長。」(A1)

「與社區居家護理所配合，並讓社區醫師參與或合作，無法處置的項目再轉由機構介入協助，但意願應該不高，因為花在交通的時間太多。」(A2)

「要避免與社區藥局搶生意，若有社區藥局願意合作，則釋出處方箋為主；社區藥局為了增加客源，會比較有誘因去參與」(B2)

第二節 結論

建構居家醫療照護除了需要國家醫療保健政策或健康保險人的財務支持外，尚需願意建構以患者為中心、具有凝聚力、能提供全面及協調照護的團隊，透過團隊專業人員將新的照護模式融入醫療行為或工作流程內、重新組織醫療照護方式；讓醫護團隊到病患居家裡，協助病患做好疾病管理，評估家庭環境、社會支持狀況、其他可能需求、指導家屬或看護如何做好照護；個案管理師需定期追蹤病患慢性病、評估患者服藥與生理狀況，且視病患需求提供健康諮詢與衛生教育，適時連結長期照顧服務資源、及結合轄區內的衛生所或基層醫療機構共同照護病患，藉由居家醫療主動式介入，避免健康惡化、耗費更多醫療資源。

依居家醫療照護團隊醫護人員的回應，在執行居家醫療整合照護計畫過程中，最令人感動的是可以明顯地從個案或與家屬互動中，感受到接納與信任，更有醫師表達透過居家醫療服務、找回最初從醫時的初衷、認同居家醫療是個良好的政策；而藥師在居家能提供給病患或家屬的衛教時間遠勝於在醫療機構內部，且可以檢視病患居家環境是否利於藥品的保存(例如胰島素要保存在25度C以下，但病患家中可能沒有冰箱，夏天即不符合藥品保存要求)、確認病患的血糖量測否正確，甚至向病患宣導回收過期或潮解的藥品、丟棄來路不明的中草藥或漢方藥物，降低藥品服法錯誤、增加病患用藥的依循性。

醫護人員亦明瞭醫療資源或健保總額有限，預算間總會互相排擠，但仍直白的反應：希望政府不要把醫療人員當賊看待，人員願意配合機構宗旨、願景提供服務，但亦期待機構能增加相關醫事人力、提供獎勵金，鼓勵或獎勵人員去執行計劃、關懷病患與家屬的身心靈，未來甚至對於科技的運用，能有如：洗澡機或背動式復健設備的引進與投入。

居家醫療整合照護計畫立意良好，能讓失能病患或長者在居家即有專業醫療團隊至家宅進行各項診療與協助，對於地處偏鄉不便外出就醫者更是莫大幫助，降低就醫障礙、小病到大醫院的醫療資源浪費；在面對獨老或長者照顧失能者的社會狀態下，居家醫療服務扮演的角色，將不僅止於急慢性醫療的整合照護，應朝減緩病患失能速度、預防跌倒、實施健康管理等面向著手，降低社會成本、讓病患在熟悉的環境中恢復健康、甚至走完人生最後一哩路。

第三節 建議



一、機構經營管理層面

1. 醫師 PF 設計或配套修正

鼓勵主治醫師配合出院準備服務，轉介出院適合收案於居家護理個案，能由居家醫療醫師服務，長遠作法為增聘任全職服務於居家醫療醫師、並調高其保障薪資；其他護理師、藥劑師、社工師、心理師等團隊成員，雖然於健保無直接給付項、量化生產力，但應依服務個案數或投入時間長短，予以一定獎勵金或績效獎金的分配，增進機構服務量能。

2. 鼓勵內科系醫師均能投入或整合居家醫療照護服務

鼓勵符合計畫案資格醫師均加入計畫、非單由家醫科醫師負責提供服務；居家醫療病患需轉介其他專科別醫師診療或檢查時，能協助病患整合掛號日期於同一時段內，以減少病患往返醫療機構的頻率或次數。

3. 成立照護團隊、定期會議

於住院病患的出院準備服務會議上、邀請居家醫療團隊成員共同參與，可針對照護流程、品質、特殊個案進行討論，成員職別包含醫師、護理師、藥師、營養師、職能治療師、物理治療師、社工師、機構經營管理者、資訊人員等跨專業領域人員，或跨院際與長照中心、基層開業醫師、居家護理所等資源進行水平整合。

4. 資訊系統的導入與協助

病患藥物整合調整與治療非常仰賴數據，居家醫療資訊系統未來發展，除應考量能運用健保署「居家醫療輕量藍牙 App 模式」、藍牙讀卡機取號寫卡、查詢健保醫療資訊雲端查詢系統外，宜攜帶平板電腦查閱於醫療資訊系統（Healthcare Information System , HIS）中的病患藥物、生化檢驗值；針對不同專業人員的建議內容（考量病患的個別差異與家庭照顧環境可行性）於同介面能一覽無遺，以便於進行整合服務；行動網路考量租用於山地或偏鄉網路訊號較佳之電信業者。

5. 利用機構附設長照據點進行整合式的服務

居家醫療照護個案，應併同評估是否符合長照 2.0 收案，如符合者應給予整合居家照顧、居家醫療、居家復健服務，弱勢個案則可代為整合申請送餐、

復康巴士接送等項目，以擴大服務深度，促使個案分別於醫療照護品質的提升外，提升營養、生活照顧，亦間接促進個案的健康；居家服務機構亦得聘任具居家醫療背景專長人員擔任顧問職，以促進整合發展。

6. 創新的居家醫療服務模式

因應人口老化的台灣社會，可考量運用捐款與投入社區營造的醫師合作，讓彼鄰而居的長者自治互助（健康長者一起照顧失能病患）、產生互動連結；或與原住民社會中較具影響力之部落頭目、巫師、長老等領袖等建立關係，透過潛移默化的方式，慢慢修正於醫療照護面向之價值觀，成為醫護團隊與病患溝通交流中介、減少誤解產生，將能服務更多原住民族群病患、提高醫療照護品質與健康促進。

除聯結健保與長照給付項目外，運用社會大眾的力量，加上企業的資源挹注等，讓無法通過中低收入戶審核的「邊緣戶」（例如共有土地或祖產因素，而無法獲得政府補助的弱勢群體）、獨居衰弱病患，皆能同樣獲得良好的照護，讓居家醫療團隊能依城鄉或族群、發展出差異化服務、成為全國的典範，嘉惠更多病患。

二、國家政策層面

1. 醫療與長照資源持續整合、簡化行政作業

「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」、「全民健康保險安寧共同照護試辦方案」、「長照 2.0 服務」各類醫療或照顧資源應予以整合、避免重複浪費，亦減化相關行政作業，並鼓勵機構整合照護資源、形成整體性之社區照護模式，避免偏鄉區域遲未提供照護服務。

針對獨居且病況、失能嚴重病患，長照保險能不限制年齡規範、給付居家照護服務，或由縣市政府專案預算，提供病患復能期間之居家照顧、送餐、復康巴士服務等。

現行長照「照管中心」與「照顧管理專員」會訪視個案居家環境的安全、衛生，但補助僅以居家「無障礙設施」的改善為主，未來可評估擴及改善病患居住環境的照明、空氣對流、衛生設備修繕等；或針對居家衛生環境惡劣、無力負擔修繕費用個案，由縣市政府連接社福團體資源，以直接派員到居家協助修繕（非現金補助）。



2. 健保或相關衛生法規的適度放寬或鬆解

針對在偏鄉執行居家醫療業務，能適度的放寬或鬆綁規定，如健保資訊網服務系統(VPN)要求登錄內容能予以簡化或容許暫存資料於1個月內完成填報即可、同意山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS)、居家護理時段能順道為有需求的居家醫療個案一併提供服務，或放寬於巡迴醫療時間再送藥(特別是未來擴及中醫科加入居家醫療服務時，中醫科沒有立即服藥的急迫性)，將可減少醫護人員於路程時間上的浪費，更具效益；部份居家安寧家屬害怕取得死亡診斷書困難(報請當地警方、由檢察官會同法醫驗屍等程序)及相關費用高昂，故又將臨終的居家安寧病患送回醫院，故在死亡診斷書開立上，需給予居家安寧個案有適度的法規釋疑或鬆綁(現行醫師法第11-1條，醫師非親自檢驗屍體，不得交付死亡證明書，或醫療法施行細則第53條規定，無法取得死亡證明書者，由所在地衛生所或所在地主管機關指定之醫療機構檢驗屍體，掣給死亡證明書)。

3. 建構跨機構的居家病患資料交換平台

衛生主管機關除了重視緊急醫療轉診及後送制度外，可以透過居家醫療與醫院出院準備服務、長照2.0轉介，連結在地的基層醫療機構，讓居家醫療以社區診所或衛生所轉型為主體(比大型醫療機構能更深入病患的社區或家庭，以提供健康促進、預防醫學相關活動為主軸)、醫療院所為輔(針對基層機構無法處置項目或科別提供協助)，建構跨機構的居家病患資料交換平台，促進醫療衛生系統的整合。

4. 差異化的支付或加成給偏鄉或規模較小機構

位處城市與偏鄉地區的居家醫療照護運作模式、成本不同，需仰賴不同類型組織推動服務，政策推動者或保險人可以提供具有針對性質的支持和資源，以增加相關從業人員投入居家醫療領域服務的意願，幫助規模較小機構得以實現居家醫療照護目標。

4.1 針對不同偏鄉區域、疾病嚴重度患者提供差異化的支付。

4.2 增加居家醫療護理費支付。

4.3 居家醫療(安寧)的相關費用予以保障1點1元。

4.4 針對偏鄉個案給予服務團隊的支付，以「時」、「趟」、「診次費」計算、而非「服務人次」計算支付。



4.5 與山地或離島居家護理所運用通訊醫療的合作方式（符合通訊診察治療辦法），產生之醫療及處置費用，應予以提供支付。

4.6 紿予包裹式支付，使服務提供者能靈活提供照護內容、運用不同專業人員（營養、心理、藥劑、復健、社工或其他輔助人員等）。

5. 病人自主權利法與居家醫療相輔相成

《病人自主權利法》在醫院依預立醫療決定為不給予灌食和水份，及任何可能延長病人生命之醫療措施者，因不需任何醫療措施，故可配搭居家醫療，讓病患免於留置於醫院，以達到在宅善終的目標。

6. 提撥部份長照預算進行照護人力培訓與補助

「長照 2.0 服務」可參照新加坡「暫時性樂齡殘疾援助計劃」(Interim Disability Assistance Scheme For the Elderly ,IDAPE)，針對家庭或社區照顧者提供財務上的支持，如：鼓勵未穩定就業者、中高齡退休者，得免費參加長者或失能者照顧培訓課程，並視其經濟狀況、國家財政負擔，提供培訓期間之生活津貼；針對結訓、取得基礎照護資格或認證之照顧者，依其於社區照護人口、受照顧者失能程度，按月給予不同權重之照護津貼、以工代賑；除可提升受照護者的照護品質、減少照顧者因照護技能不足所產生的照護壓力外，亦可因應未來人口老化、日趨惡化的照護負擔，彌補照護人力缺口，擴增二度就業機會、減輕社會照護負擔。

7. 政策宣導與提供標杆學習機會

宜持續宣導居家醫療政策、不同照護團隊間的觀摩或標杆學習，鼓勵醫療從業人員能轉投入居家醫療照護服務領域，並加強民眾使用者付費觀念，避免部分民眾對政策內容的不瞭解，或不清楚居家醫療團隊可提供之服務項目，而造成期待落差或滿意度下降。

8. 運用全國大數據發展精準與智慧醫療

運用收集到之全國量化數據，確認居家醫療資源利用率、監測照護品質、效能，並回饋執行團隊來調整臨床照護、確認需要持續改善標的或領域；進而運用大數據 (Big data)、透過人工智慧 (Artificial Intelligence, AI) 科技發展病程進展預測、慢性疾病的管理系統。

參考文獻

- [1] 國家發展委員會
https://www.ndc.gov.tw/Content_List.aspx?n=81ECE65E0F82773F
- [2] 衛生福利部 (2010) 國民長期照護需要調查
- [3] 衛生福利部 (2018) 中華民國 106 年 老人狀況調查報告.
- [4] 衛生福利部 (2017) 中華民國 105 年 身心障礙者生活狀況及需求調查報告
- [5] 衛生福利部(2018)業務概況暨本會期優先立法計畫報告-立法院第 9 屆第 5 會期社會福利及衛生環境委員會全體委員會議。P.5
- [6] 李伯璋. (2017) 居家醫療國際研討會-台灣居家醫療發展現況與展望
- [7] 張凱評 & 余尚儒 (2018). 在宅醫療系列(1)--挑戰 2025 年,在宅醫療的登場.
Retrieved from http://www.iog.ncku.edu.tw/files/archive/1470_1f6ec22f.pdf
- [8] Frick KD, e. (2019). Substitutive Hospital at Home for older persons: effects on costs. - PubMed - NCBI. [online] Ncbi.nlm.nih.gov. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Substitutive+Hospital+at+Home+for+Older+Persons%3A+Effects+on+Costs> [Accessed 30 May 2019].
- [9] 余尚儒. (2017). 在宅醫療 從 cure 到 care. 遠見天下文化
- [10] FNEHAD (Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile)
<https://www.fnehad.fr/chiffres-cles/>
- [11] Carrier, E., Gourevitch, M. N., & Shah, N. R. (2009). Medical homes: challenges in translating theory into practice. *Medical care*, 47(7), 714–722. doi:10.1097/MLR.0b013e3181a469b0
- [12] Fisher E. S. (2008). Building a medical neighborhood for the medical home. *The New England journal of medicine*, 359(12), 1202–1205. doi:10.1056/NEJMp0806233
- [13] 張凱評 & 余尚儒 (2018). 在宅醫療系列(2)-淺談已開發國家在宅醫療的發展
Retrieved from <http://www.iog.ncku.edu.tw/riki/riki.php?CID=1&id=TGF37>
- [14] IAH (Independence at Home)
<https://www.iahnow.org/>





- [15] Medicare
<https://www.medicareinteractive.org/get-answers/medicare-covered-services/limited-medicare-coverage-long-term-care-services>
- [16] 林儀蒂 & 施雅雯 & 李秉翰 & 李曼璋 & 翁林仲 & 黃勝堅 (2018) 從日本岐南町綜合在宅醫療診所看台灣居家醫療未來. *臺灣醫界雜誌*. p.43-50.
- [17] 和田忠志. (2013). 日本的在宅醫療・在宅照顧制度論. Retrieved from <http://www.oldpeople.org.tw/ImgOldPeopleOrg/20150331083813.pdf>
- [18] 余尚儒, 日本在宅醫療發展對我國居家醫療的啟示. *台灣家庭醫學雜誌*, 2015. 25(2): p. 105-119.
- [19] 日本厚生勞働省
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html>
- [20] 日本厚生勞働省醫政局 (2017)委託 株式会社日本能率協会総合研究所 在宅醫療合作模式建設實際情況調查報告
(平成 30 年 3 月 在宅醫療連携モデル構築のための実態調査報告書)
- [21] HAD (L'hospitalisation à domicile)
<https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/had-10951/had>
- [22] HITH / NSW Health (NSW State Health Plan)
<https://www.health.nsw.gov.au/Performance/Pages/hith.aspx>
- [23] Queensland Government Health
<https://www.health.qld.gov.au/sunshinecoast/community/hith>
- [24] Hospital in the Home Guidelines (p.3)
[file:///D:/Users/game/Downloads/110702_DoH%20HITH%20guidelines%20web%20-%20PDF%20\(2\).pdf](file:///D:/Users/game/Downloads/110702_DoH%20HITH%20guidelines%20web%20-%20PDF%20(2).pdf)
- [25] 全民健康保險 居家醫療照護整合計畫 (2017)
https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=229E6EBB8F3CF41B&topn=D39E2B72B0BDFA15
- [26] 衛生福利部中央健康保險署 (2019) 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」議程。p.報 4-1
- [27] 衛生福利部中央健康保險署 (2017) 全民健康保險統計
https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=82B811CDE03526FB&topn=CD A985A80C0DE710

[28] 衛生福利部統計處 (2015-2017) 社會救助低收入人數統計

<https://dep.mohw.gov.tw/DOS/cp-2972-13779-113.html>

[29] 原住民委員會人口數統計資料 (2018-10)

<https://www.apc.gov.tw/portal/docList.html?currentPage=2&CID=940F957976>

5AC6A0

[30] 李康蘭. (2019). 全方位居家照護系統介紹暨實務操作.彰化基督教醫院居家

醫療照護整合中心。

