

出國報告（出國類別：考察）

赴日本考察在宅醫療及照顧整合 推動情形與效益

服務機關：衛生福利部護理及健康照護司

姓名職稱：鄧素文 司長

劉敏玲 技正

派赴國家：日本

出國期間：103年2月9日至103年2月15日

報告日期：103年5月

摘要

- 一、 日本推動在宅醫療政策主要為因應高齡化人口持續增加，尤其是 75 歲以上老人需要醫療的比例偏高，又 60%以上民眾希望臨終時能夠在家之期望，故推動在宅醫療制度，並將醫療與長期照顧整合合作，透過跨專業、多職種的合作模式，提供在宅老人更有尊嚴的活及品質的生活。
- 二、 此次參訪單位包括：
 - (一)中央政府(厚生勞動省醫政局與老健局)、地方政府(千葉縣松戶市役所)，瞭解日本中央政府在宅醫療政策推動緣起、制度規劃與運作，以及日本長期照護制度如介護保險制度實施方式，以及因應制度實施後所呈現問題挑戰與因應政策，同時日本為提供民眾健康促進、延緩老化，推動『社區整體照顧體制』，將民眾之居住問題、醫療、照顧、生活支援、照顧預防等範疇整合運行以達一體化的效益。
 - (二)參訪七個在宅醫療的實務執行單位及居家式與機構式照護設施，除瞭解日本目前各類型之長期照護設施所提供服務方式與內容外，另瞭解在宅醫療如何與長照整合運作，並分別實務跟訪各專業團隊實際至民眾住宅中執行醫療照護之運作的狀況，藉由實務參訪讓我們更瞭解日本在宅醫療照護執行內容，以作為未來「在宅醫療」在我國推動的可能性。
- 三、 此次考察參訪行程係由日本醫療法人社團實幸會苛原診療所苛原 實院長、田和醫師、淺沼裕子事務長等人之精心安排與聯繫，並於訪日期間全程陪同，針對我們的問題一一說明，讓我們深入瞭解日本「在宅醫療」政策推動，以作為我國未來推動落實在地終老政策推動之參考。

目次

壹、 目的	4
貳、 行程	5
參、 內容說明	6
一、 日本在宅醫療政策	6
二、 日本介護保險制度	8
三、 松戶市役所長照政策之推動	10
四、 日本苛原診療所	13
五、 日本居家與機構式長照服務設施參訪	13
六、 在宅醫療實務訪視	21
肆、 心得與建議	25
伍、 考察後分享	27
陸、 附錄	
一、 致謝	28
二、 照片	29
三、 考察單位簡報資料	46
(一) 日本在宅醫療政策(厚生勞動省醫政局)	
(二) 介護保險制度、社區整體照顧概要(厚生勞動省老健局)	
(三) 日本在宅醫療介紹(和田醫師)	

壹、目的

一、緣起：

日本「NPO 支持在宅照護診療所・市民全國網絡」於 2000 年正式立案，以診療所網絡為核心，為達到社區照顧、在宅醫療及在宅照顧好品質，擴大連結更多團體、企業、市民一起參與研修及交流。日本近二十年來在宅醫療的服務模式，從「醫療本位」的思考走向「生活本位」的思考，隨著高齡者的快速增加，醫療已由治癒性醫療轉變到支持性醫療，對於在宅老人的照顧與支持，更需醫療與長期照顧的合作，透過跨專業、多職種的合作模式，提供在宅老人更有尊嚴的活及更有品質的生活。

日本推動「支持在宅照護診療所」網絡，提供長輩及家屬一個安心的醫療與照顧支持系統，而台灣、日本皆面對超高齡社會的來臨，如何面對未來龐大的醫療、長期照顧的壓力，是非常大的挑戰。因亞洲與歐美的照顧方式與文化有所差異，故此次參訪目的期透過日本「NPO 支持在宅照護診療所・市民全國網絡」的協助安排，實地參訪日本「在宅醫療」運作，瞭解日本如何將照護與醫療服務合作連結，以作為我國未來推動落實在地終老政策推動之參考。

二、參訪重點：

此次參訪單位包括二個政府部門(中央及地方政府)、七個在宅醫療的實務執行單位及長照居家式與機構式照護設施，參訪單位以深度參訪方式，並安排跟訪醫療單位實際至民眾住宅中執行醫療照護之運作的狀況，瞭解中央政府之醫療保險制度於推動在宅醫療策略為何，以及對超高齡社會有何效益，又地方政府(保險人)如何推動在宅醫療及其效益與困境等。

另對於實務上執行在宅醫療之診療所跨專業團隊是如何運作，如何進行教育訓練在宅醫療給付時，在醫療保險、介護保險、稅收各項給付標準如何分工，個案來源及個案評估執行者，以及個案使用在宅醫療資格條件，跨專業合作中在宅醫療與長期照護如何整合等。

三、目的：

- (一)瞭解日本「在宅醫療」的政策推動的歷史與現況，深入瞭解日本在宅醫療實務運作模式，以作為我國長照政策推動之參考。
- (二)瞭解日本「在宅醫療」與「長期照顧」整合模式運作的狀況，作為我國因應高齡化社會其醫療與照護整合運作之參考。
- (三)分析未來「在宅醫療」在台灣推動的可能性，及與未來長期照顧保險整合之可能性。

貳、行程

天數/日期	行程內容
第一天 2月09日	台北—成田機場—東京
第二天 2月10日	1.上午：苛原診療所開幕式 2.下午： (1) 介護式付費老人之家「尤佳利小金原」 (2) 團體家屋「尤佳利新松戶」、小規模多機能型居宅介護 (3) 苛原診療所 Q & A
第三天 2月11日	※分組在宅醫療實地訪問同行
第四天 2月12日	1.上午：松戶市役所（地方政府） 2.下午： (1) 厚生勞動省（政府機關） (2) 醫療政策局（醫療）、老健局（介護）的講座
第五天 2月13日	1.上午：特定醫療法人財團健和會所屬單位（北千住居家護理所—千壽之鄉—柳原復健病院—柳原診療所） 2.下午： (1)特別養護老人之家、care house「river side」參觀 (2)苛原診療所 Q & A
第六天 2月14日	1.上午： (1) Ibuki 療護院 (2) 訪問同行： 診療（醫師、牙醫師）、居家復健（PT、OT）、居家看護等 2.下午： (1)苛原診療所 Q & A
第七天 2月15日	東京—成田機場—台北

參、內容說明

一、日本在宅醫療政策

(一)背景：

日本厚生勞動省為因應高齡化社會，越來越多老人不便於出門，於醫政局特別設置在宅醫療推動室，著手規劃於社區中推動在宅醫療，提供老人所需要的醫療服務。過去日本的病人通常是在宅死亡，1970年因醫院與機構大量林立，改變了病患在宅死亡的情況。又2000年介護保險制度導入推動後，機構或醫療死亡佔多數的現象才又有了改變。然而，介護保險為針對需要照顧的人提供服務，但老人大多需要醫療；然日本高齡化持續進展，預期2025年將會有戰後嬰兒潮的大量後期(75歲以上)老人，利用醫療機會更大，屆時若只有介護保險照護制度將不足以因應老人照護實際需求，因此必須將照護與在宅醫療合作推動才能因應。又日本厚生勞動省每5年針對民眾有關死亡場所之統計調查，調查民眾最終死亡前希望在哪生活或臨終場所，結果顯示60%民眾對於最後希望過世或生活的地點，選擇家裡的比例較高。故日本在宅醫療推動的主要因「75歲以上老人需要醫療的比例偏高」、「民眾大多希望臨終時能夠在家」這兩大因素，尚包括：失智症患者比例提升、獨居老人、老夫妻同住比例提升，此對象需要醫療照護需求增加更需在宅醫療。

(二)政策推動

所謂在宅醫療主要為醫師和其他醫療相關專家，至患者的自家或接近自家的場所進行醫療行為。在宅醫療主要是以患者為中心，涉及多職種專業人員提供之服務，醫政局推動在宅醫療主要以醫師、牙醫師、護理師、藥劑師等四種為主，醫師到宅診療為一個月兩次，護理師次數多於醫師，牙醫師因長期臥床之個案牽涉口腔衛生和吞嚥功能，藥劑師工作則除了把藥帶到居家外，並確認個案服用藥品的方式與劑量是否正確，至於生活照顧與支援則是由照顧部門的照服員到宅做訪視與服務。

日本為推動在宅醫療制度，進行相關制度改革包括：1.增加預算、2.醫療法規修訂、3.提高診療報酬、4.組織編制設置單位推動，以提供誘因參與在宅醫療。然生命後期隨著病期轉重，在宅醫療可能不足以支應需求，故日本設置社區照護整合中心，將周邊大型醫院與在宅醫療做連結與支援，亦即日本推動社區整合照護制度，為維持一定照護品質，個案居家在宅醫療報酬比至機構施行在宅醫療之報酬高。

日本於2012年推出在宅醫療連結據點的計畫，在合適地方設置在宅醫療連結據點，此連結據點主要連結介護保險之照顧服務和健康保險之醫療服務，該據點的設置者並未設限於特定單位，可為醫院、行政單位、社

區支援中心來執行，為一特殊單位或機關，到 2012 年為止有 105 個據點，目前此模式建立成效不錯，全國刻正推動中。另中央政府編列預算補助各都道府縣設置推動在宅醫療計畫，市町村則利用醫師會與在宅支援中心密切連結配合，都道府縣則提供經費或人力需要之支援協助。日本期待能夠建構社區整體照顧體制，其中涵蓋醫療、照護、居住、預防，以及生活支援五大項目，期望能在失能長者住家車程 30 分鐘以內的活動範圍內，提供各項服務一體化之照顧體系，藉此達到保障失能長者在其熟悉之生活圈內，維護應有生活尊嚴權利之目的。

醫療機構推動在宅醫療診療所條件，目前日本約有 13,000 件支援診療所的申請案件，支援診療所的診療報酬高於一般診療所，設立條件包括：1.為必須可提供全年無休的支援服務設置、2.至少一年需要提供五次緊急醫療服務、3.且必須有兩個個案是在宅死亡，以使醫療體系逐漸重新提升民眾對於在宅死亡的接受度。在日本推動在宅醫療之醫院約占 28%、診療所約占 20%。

辦理跨專業多職種合作工作坊，自 2013 年辦理跨專業合作工作坊，針對日本全國跨專業職種，舉行在宅醫療領導者研修；參加對象包括醫師、牙醫、藥劑師、護理師、社工師、照管專員等。另齒科醫療其齒科衛生士的工作內容包括：口腔預防、牙醫助理及衛教說明等，日本設有齒科衛生士專科學校，接受教育 2 年後經考試及格後即可擔任。在宅醫療服務項目包括：安寧照護、在宅氧氣療法、尿管照護、管灌療法、處方藥品(含靜脈注射・中心靜脈營養 TPN)、氣管切開術後人工呼吸器照護等，民眾使用在宅醫療主要由個案管理師擬定個案有關在宅照護服務計畫，協調多職種專業人員提供服務，並主動聯繫多職種專業人員召開在宅家庭會議。針對各專業於在宅醫療中的服務內容進行簡介，舉例說明如下：

1. 藥師：檢視受照顧者的居家服藥方式與藥品保存方式、將鼻胃管進食的營養劑與靜脈注射的藥劑等在藥局中調製完成後帶到案家。
2. 護理師：協助清潔氣切管路、尿管更換、清理傷口等。
3. 醫師：靜脈注射，Port A 藥品注射、在宅診療等。
4. 牙醫師：可到宅進行受照顧者與家屬的口腔衛教、協助刷牙、洗牙、調整假牙、觀察吞嚥功能、口腔運動等。

另日本於今年(2014 年)開始推動兒童在宅醫療，主要針對重病與罕病兒童來提供，因兒童非為介護保險給付對象，故厚生勞動省另編列經費支應。整體來說，在宅醫療必須整合多職種專業來進行團隊醫療才能有顯著效益，因此也推動多職種的人力培訓制度，且為了鼓勵牙醫與藥師進入在宅體系，也編列預算補助、人力培訓以提供導入此制度之誘因。

二、日本介護保險制度

(一)緣起：

日本於 2000 年推動介護保險，在此之前所提供的服務稱為老人福利保健政策，且當時所提供的服務為居家服務與特別養護之家等機構服務，並以低收入戶為優先，其他則以自費方式購買服務。在介護保險實施前，日本面臨問題為「低收入有政府援助，高收入可自費，中間族群就成為資源不足的區段」，換言之中低收入戶缺乏保障，另一方面，高齡化的進展快速也是一大因素，為讓所有老人都可以得到保障，因而推動介護保險。

(二)保險財源籌措：

日本介護保險理論上應為全體國民都加入，但現階段有年齡的限制，保險人分為：1.第 1 類保險人—65 歲以上老人、2.第 2 類保險人—40 歲到 65 歲兩種被保險人；財務結構，保險給付費佔 90%，民眾部分負擔佔 10%；保險給付費：政府佔 50%（中央 25%、都道府縣 12.5%、市區町 12.5%），被保險人保險費佔 50%（第 1 類被保險人佔 21%、第 2 類被保險人佔 29%）。

(三)服務內容：

整個體系區分為機構與居家(含社區)服務兩大部分，目前亦推出定期巡迴或隨時對應型的居家服務，過去都以每周固定多少服務的方式來提供，但對於獨居老人 24 小時都有服務需求時難以支應，因此推出巡迴型服務。照顧報酬除了自付額外，還有市町村保險人給予保險給付，至於照顧服務給付則由中央政府來規範。

日本介護保險開辦至今，每一期保險支出費用逐年提升，為確保介護保險永續經營，制度上也一直在調整。2015 年即將再針對介護保險做整體制度的改革(每五年一次)，其中包括兩個重大議題分別為「設立社區整體照顧體制」與「制度的永續經營」。「社區整體照顧體制」指無論獨居、老人同住或其他重度照護需求的家庭，希望可以在原本居住的社區裡長久的生活。另「制度的永續經營」，期待在 2015 年的改革中可以納入量能負擔的概念，讓有能力的人適度提高保險費。

介護保險提供的服務內容：除了居家服務、居家復健、居家護理等外，其社區緊密型服務則為就近提供的設施，讓老人在住慣的社區繼續生活。例如：小規模多機能是以日照為中心，利用者可選擇一個月混合使用，包含居家服務、日間照顧及短期住宿的多機能照護模式。不過此類型服務因成本較高，致使民眾使用短期住宿尚需額外付費，目前利用人數較少，業者經營也較辛苦。機構式的服務則包括：

- 1.老人特別養護之家：介護保險後稱為介護老人福利機構，照顧生活困

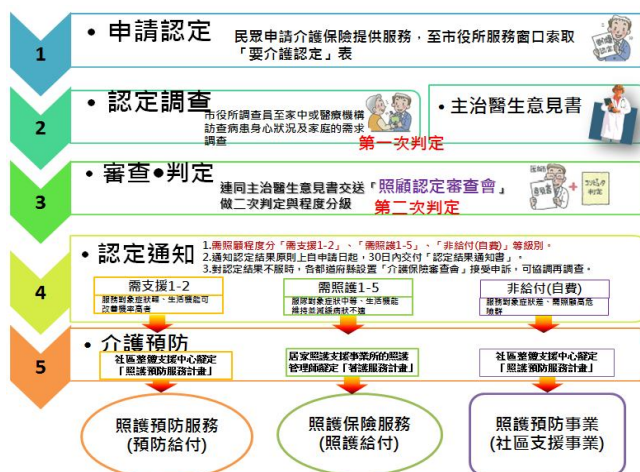
難者，日常生活照顧與支援在機構接受服務。

2.老人保健設施：身體狀態比較穩定但仍無法回家者，以促進復健強化的服。

3.療養病床：屬急性期，因政府希望廢止床位，目前松戶市僅剩一家。

(四)介護認定制度：從申請到利用的步驟如下：

1. 申請認定：利用介護保險者需至窗口申請。
2. 認定調查與主治醫師意見書：不論民眾住機構或家裡都會做認定調查，先通知何時至家中拜訪調查，調查目前生活的能力與困難程度。案主的主治醫師並未限定科別。
3. 審查與判定：主治醫師事前收到表格需填寫其意見並寄回審查，之後將認定調查資料輸入電腦配上主治醫師意見書一起審查，再由審查會依據資料判定需照顧程度。審查會的組成為 5 人小組，包括醫師、牙醫師、藥師、護理師及機構負責人，一星期審查 3 次，成員有 100 人。需照顧認定審查會之判定結果送至保險人。審查程序如下：
 - (1) 第一步驟：首先調查結果的判定，第一次判定結果若需修訂確認，在審查會中將主治醫師的意見書在審查會中作修訂。
 - (2) 第二步驟：審查會需將醫師的補充說明，若發現紀錄有不適當之處作修改但需寫理由向事務局報告。
 - (3) 第三步驟：審查會內作判定時需說明寫下建議，包括認定的有限期間、需照顧狀態希望減輕或預防惡化的自立支援等需介護的內容。目前松戶市平均每月有再送到事務局送 1154 件認定，1400 件達成，每件判定結果需 40 天。
4. 認定與通知：認定結果會附帶被保險者證件通知申請人。
5. 服務提供的過程：利用介護保險服務需依照護計畫來執行，照護計畫由照顧管理師擬訂，包括需要服務的內容、什麼時候用以及需達到自主程度。



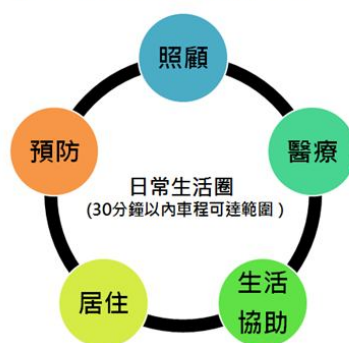
(五)社區整體照顧體制：

日本為提供民眾健康促進、延緩老化，推動社區整體照顧體制，此體制包括五個重要的項目，包括居住問題、醫療、照顧、生活支援、照顧預防等；此五個範疇非單一運作而是必須整合運行以達一體化的效益。其中居住部分係指針對無住宅的需照顧者，政府正推動附照護型之居住服務；醫療則為在宅醫療，照顧如醫療與居家服務，至於生活支援則為提供送餐、家庭打掃、倒垃圾等生活支援服務，照顧預防是希望延長健康與獨立生活的時程。

為執行社區整體照顧體制，政府修改現行法律，又照顧預防項目係2006年開始導入，共有三大計畫為機能訓練、口腔衛生與營養增進。舉例來說，長崎縣佐佐町的計畫強調照顧預防的重要，並開設照顧預防相關教室來普及教育訓練，中央政府也希望地方政府能夠自主性地廣為開設照顧預防教室，舉辦活動以對全民衛教；從相關資料顯示照顧預防普及化的教育與活動做得越好，則需照顧認定的比例會下降、需照顧的程度也會下降，故日本目前約有1600個市町村投入了設置社區整體照顧體制之推動。

●社區整合照護制度理念

係期望能在失能長者住家車程30分鐘以內的活動範圍內，建構結合醫療、照顧、預防、居住、及生活協助等各項服務一體化之照顧體系，藉此達到保障失能長者在其熟悉之生活圈內，維護應有生活尊嚴權利之目的



三、松戶市役所長期政策之推動

松戶市屬千葉縣管轄，目前人口48萬5,876人，65歲以上人口在2011年達10萬7,298人(佔22.1%)，與全國高齡化(24.7%)相較雖稍低，但每年仍以1%的速度成長，尤其松戶市需照護者有1萬6,538人，需照護者佔高齡人口比例為15.4%，每年也以0.3%~0.4%增加。另依不同程度給付需照護比例為：需支援1(佔10.6%)、需支援(佔214.3%)；需介護1(佔14.2%)、需介護2(佔23%)、需介護3(佔14.5%)、需介護4(佔12.1%)、需介護5(佔10.6%)。

介護保險在2000年4月開始實施，每3年為一期更動，目前是第5期(2012.4.1~2015.3.31)這三年期間有3個工作重點，包括：1.推動社區整體照顧計畫：希望讓老人在熟悉的社區安心生活。2.推動預防重視型的服務體制：

期待促進老人自立生活與疾病的預防並防止虐待。3.推動失智症的政策：主要為預防失智症外，提供失智症者安心照護服務。為了促進前述三項重點工作，松戶市設有 11 所社區整體支援中心，充分掌握社區內的資源狀況，並推動所有介護事業中的項目來支援，透過這樣的機制讓認定為需支援需照護者長者能利用服務且生活達到自立，此利用主要透過介護保險及松戶市的整體預算來安排運用。

松戶市介護保險特別會計預算是 280 多億，介護保險的支出費用是 258 億多，介護保險支出的特別預算佔所有費用的 92%，預算是由松戶市及所有使用者共同負擔。負擔比例 50%來自公費、50%為保險費，所以介護保險總經費來源由不同的單位負擔費用，其中 65 歲以上老人保險費是由年金預先扣繳。

介護保險之第 1 號被保險人保險費有剩餘金累積制度，若保險費有剩餘可保留累積至下一年度使用，主要讓保險妥善運用且順利推動。松戶市第 1 期介護保險費剩餘約達 4 億 4198 萬，之後累積到 2013 年 3 月基金剩餘約 6 億 9163 萬，將作為介護保險特別會計制度善加利用，用於人事費、社區整體支援中心活動費用及其他相關非服務利用給付。另外，剩餘款中 21%是 65 歲以上老人付的保險費剩餘款，除了支出人事費等外，希望控制老人保險費不增加，使永續經營。

保險費部分，松戶市保險費為了順利營運介護保險制度 從 40 歲以上徵收保險費 保險徵收分兩個體系：(一) 65 歲以上老人依其收入衡量其繳交的保險費，原則上保險由年金提撥預扣款。若收入每年在 18 萬以上都是從公共年金中扣繳；若年收 18 萬以下的老人寄送通知單，需自行至銀行或便利商店繳費。(二) 40 歲以上~未滿 65 歲的居民：保險費與醫療保險同時徵收，保險費也是與收入相關連且雇主與個人各一半。松戶市提供老人的保健和福利措施，如下：

項目	服務名稱	服務內容
1	輕度生活援助事業	簡單的日常生活援助
2	交通服務	協助經常足不出戶的高齡者外出
3	配食服務	給予自炊有困難的高齡者透過親自送餐確認安全與否
4	居家照顧服務	由居家照顧服務員給予日常生活支援
5	住家環境改善補助	為促進高齡者的自立，協助建造適合介助的居住環境
6	家具跌倒防止器具等取付費助成事業	家具跌倒防止器具等的購買並給想裝置該器具世帶主給予協助

項目	服務名稱	服務內容
7	緊急通報裝置租賃事業	租借給獨居老人的緊急時的通報裝置，以確保日常生活的安全(透過民生委員申請)
8	家庭照顧者慰勞事業	對於在自家照顧要介護高齡者的家屬，支付金品作為慰勞
9	照顧用品支付事業	支付尿布券（一張券交換一個指定用品項目）
10	徘徊高齡者家屬支援事業	支援徘徊者探索服務的使用費
11	介護預防事業(通所型服務)	1.運動器的機能提升教室：伸展與有養運動，使用簡單的器材運動 2.營養改善教室：有關低營養的預防與改善，進行個別的營養商談與集體的營養教育 3.口腔機能提升教室：執行口中的保健、吞食機能提升的體操 4.認知功能提升教室：使用全身運動進行趣味活動，透過營養的改善與結交好友，進行身心及腦部的活化。
12	健康檢查	*特定健康檢查(個別 集體) *後期高齡者的健康檢查(個別) *生活保健健康檢查(個別) *女性的健康檢查(個別) *肺癌檢診(集體與個別) *大腸癌檢診(集體與個別) *胃癌檢診(只有集體) *成人牙科檢診(只有個別) *子宮頸癌檢診(集體與個別) *乳癌檢診檢診（集體與個別）PS:乳癌檢診(個別)(集體)不能同時受診 *骨質疏鬆症檢診
13	流感預防接種	為防止流感發病及重症化，給有意願者實施接種
14	健康教育及健康諮詢	*為促進健康的知識普及 *健康相關的各種諮詢 *禁菸諮詢(預約制)
15	訪問指導	*保健師訪問 *營養師訪問

項目	服務名稱	服務內容
		*物理治療師訪問 *牙科衛生訪問
16	社區的聚集	*與人的交流 *有關健康的情報交換
17	老人健康推動事業	針灸按摩等費用部分補助

四、日本苛原診療所

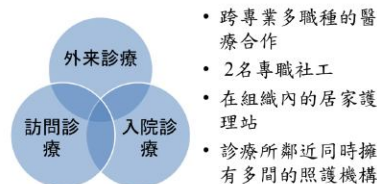
苛原診療所位於高齡化 20.5%的千葉縣，由醫療法人社團實幸會成立，住院病床計 19 床，有居家護理所、居家照顧中心、復健中心、日間照顧中心。為一提供在宅醫療之診療所，並提供三種診療方式（訪視、門診與住院）進行區域醫療，屬於跨專業的醫療合作；以個案患者為中心，在社區的照顧網絡除了對自家事業體自我連結以外，亦跟其他的事業體合作提供，提供 24 小的在宅醫療與居家服務。日本的診療所都是與多職種、多事業體一起合作來完成在宅醫療的服務，提供全方位為整個社區範圍患者提供守護。

該院平均門診診療、在宅診療由 5 名專職醫師與 12 名兼職醫師輪班，門診診療一天 170 人，周一~周六上下午由 2-6 團隊前往在宅診療。團隊由醫師、護理師、司機所組成，在宅診療半天內約可訪視 5-7 件，也到機構進行診療，一次大約可進行 10 人左右。



医療法人社団実幸会 JIKOKUEN

以三種診療型態來實踐區域醫療
訪視⇔門診⇔住院 提供不間斷的醫療



五、日本居家與機構式長照服務設施參訪

(一) 尤佳利 (Yukari) 小金原

1. 簡介：

尤佳利小金原於平成 23 年 (2011 年) 4 月 1 日設立，類型屬於特定設施附照顧的付費老人住宅，提供 365 天 24 小時的服務。此機構為三層樓建築，可收 40 位住民，房間採單人房設計，房間面積為 18.03~18.45 平方公尺。一樓除了 10 間單人房外，設有辦公室、機能訓練室、機械

浴室（附移位機）方便行動不便者泡澡沐浴；二、三樓則各有 15 間。基本上，每一層樓的中央位置都設有簡單的浴室，簡易廚房及餐廳置，空間相當寬敞舒適，單人房在四周所以採光非常好。此外，每個房間設有三個緊急按鈕（床旁、廁所及兩者間的牆面下方），並有 PHS 手機接收，所以不管工作人員走到哪裡，一有狀況都可以機動就近處理。此機構是由私人企業營利法人經營，因附有照顧型服務，依失能程度給付照護費用，伙食與住宿費則需自行負擔。至於工作人員部分：照顧人員有 38 人，工作屬三班制，白天班有 12~15 人，晚上班是 2~3 人。

2. 入住條件：

除需共同生活外，若為介護保險者需介護認定且要介護 1 以上者才可入住。目前機構有 33 位住民，其中 25 位是女性，需介護程度 5 佔較多。重度臥床者大都是失智症患者或管灌服務的需求者，二樓有一通道（天橋）與所屬的苛原診療所相通，提供住民緊急醫療需要所用。餐食部分由醫院提供，分一般伙食、碎食及管灌飲食等。

3. 服務的內容：

包括：(1)照護服務：家事協助、入浴協助、如廁協助及掃除洗濯等協助等。(2)生活服務：食事配膳、生活諮詢、健康管理與健康諮詢、舒壓及復健等。不過，此機構主要目的是支援長輩的生活照顧，以改善長輩的生活功能的場所，所以若住宿者可以做料理或洗衣服等家務，會盡量讓長輩去做。

4. 入住的流程如下：

- (1) 參觀、商談與說明（家屬）
- (2) 入住者的面談
- (3) 報名入住：需入住預約、提出書面資料及繳交入住報名費。
- (4) 繳交入住契約等費用

5. 醫療利用：

在日本只要住進老人住宅，戶籍需遷入，住宅等於是長輩的家。由於是私人經營的付費住宅，「在宅醫療」是由長輩個人與診療所簽約，提供每月二次的在宅醫療服務，若有緊急需求可隨時出診，所以並不是住宅與診療所簽約。若住民沒簽契約，晚上萬一有狀況時，需叫救護車送去醫院。

(二) 尤佳利 (Yukari) 新松戶

1. 簡介：尤佳利新松戶服務類型屬於團體家屋 (Group Home)，為二層樓建築。每層樓為 1 個單元，每個單元服務 9 人，此機構計有 2 單元，可服務 18 位長輩。房型採單人房設計，不過浴室和廁所共用。人力部份：每個單元編制 10 人，共有 20 位工作人員 (含專兼職)。採二班制，白班 3 人；夜間 1 人；上班時間分 7:00—16:00、8:00—17:30 及 17:00—9:00 (隔天)，夜班上 16 小時，可算 2 個工作天。
2. 入住條件，包括(1)需要介護保險的介護認定：要支援 1 以上之失智症者；(2)可共同生活者。
3. 機構的特色包括：(1)尊重本人及家屬的意思，協助提供安心的居住。(2)尊重長輩過去的生活背景與職業，讓他們可依照自己習慣的生活作息來進行規劃。(3)在長輩能力可及的範圍內，儘量讓長輩參與生活事務，發揮住民之能力，適當協助生活機能。(4)有醫療需求者，可請醫療合作機關 (醫療法人社團實幸會 苛原診療所) 接受訪問診療。(5)24 小時有照顧服務員常駐，合作的診療所也隨時可到機構提供在宅醫療服務的整體性照護服務。

(三) 小規模多機能型「居宅介護」

1. 簡介：位於住宅區內，為兩層樓高之建築，外觀與一般民宅無異。具小規模多機能型態的照顧單位和失智症團體家屋，在外觀上的區別在於門牌；家屋(group home)視同居住場所，照顧場所的使用面積約 70 坪，具有多元的日常生活空間。如：玄關、客廳、餐廳、廚房、個人房 4 間、廁所、浴室、倉庫等，公共活動空間就有兩座洗手台，方便洗手、刷牙漱口等衛生維護。
2. 服務內容：提供居家服務、短期住宿(同一時間服務上限 4 人)、日間照顧(同一時間服務上限 12 人)、在宅醫療，各項服務加總之收案數上限為 24 人，每日各項服務使用者之人數非固定(平均每天約在十餘名上下)。使用者可彈性調整使用的服務項目與時數，只要經過與 care manager 之討論/變更/規劃即可；所以，服務使用者若因自己請假無法將服務全數使用完畢，無論是在保險給付層面或自付額方面，仍是需依照簽約議定之費用繳交 (即以月為計算單位，保障最低使用服務內容，需增加者可額外付費)。
3. 工作人員：care manager 為原任之介護福祉士取得資格轉任，護理師為兼任每週到訪三次，專業人力資源來自合作之醫療機關---醫療法人實幸會·苛原診療所。照顧服務人員共 16 名，白天維持現場照顧服務人

力比在 1：3(不含管理人員、廚工、居服員等)的情況。小規模多機能內所提供之「居住房間」，供有短期住宿需求者使用。

(四) 醫療法人財團健和會之照護單位

1. 簡介：成立於 1974 年 4 月，相關醫療照護事業單位包括：3 家醫院、1 家老人保健設施、9 家醫科診療所、3 家牙科診療所、11 家居家護理所、2 家研究中心。工作人員超過 500 人。發展沿革如下表：

成立時間	單位
1951 年 5 月	柳原診療所開設（柳原神社旁邊）
1961 年 7 月	設立醫療法人柳榮會
1968 年 11 月	柳原病院完成（45 床轉移至柳原一丁目）
1974 年 4 月	醫療法人財團健和會開設
1976 年 1 月	柳原病院增加到 91 床
1983 年 11 月	三鄉(MISATO)健和病院開設（埼玉縣三鄉市 265 床）
1992 年 5 月	北千住居家護理所開設（東京都第一號指定）
1993 年 12 月	別館完成（日間照顧、復健室、在宅介護支援中心、輔助器具中心）、老人日間照顧、「巡迴型 24 小時在宅照顧」開始
1994 年 11 月	柳原腎診所開設
1995 年 2 月	老人保健設施「千壽之鄉」開設
1995 年 10 月	柳原診療所開設
1997 年 12 月	柳原新病院完成
1998 年 2 月	柳原新病院開幕 柳原診療所移設（舊柳原病院改為柳原診療所使用）
2001 年 8 月	柳原居家照顧診療所開設（在宅往診中心）
2005 年 4 月	柳原復健病院開設

2. 醫療照護單位參訪：

柳原復健醫院與負責在宅醫療的柳原 Home Care 診療所、老人保健設施「千壽之鄉」、社區緊連的健和會居家護理所及株式會社 Family care 的照顧服務員中心有密切合作，指引醫療及福祉的網絡。為支援夜間及假日的在宅醫療，鄰近有數個非一般診療時間執勤醫療體系支援。這次行程安排參訪了北千住居家護理所、千壽之鄉介護老人保健設施、柳原復健病院及柳原腎臟診療所等 4 個單位。分別介紹如下：

- (1)北千住居家護理所：於 1992 年 5 月成立，是第一家由東京都指定之居家護理所。

- A.人員配置：醫療發人財團健和會共有 100 個護理人員從事居家護理（資格需具有臨床 2~3 年經驗），在日本是數一數二，其中北千住居家護理所護理工作人員有 32 人，另物理治療師、職能治療師為專任。
- B.居家護理服務對象：凡是往返醫院有困難者，除可接受居家診療外，亦可接受居家護理和居家復健。居家護理區域範圍為松戶市、柏市，服務範圍直徑五公里，目前為 330 個個案。
- C.服務內容：包括觀察病情、全靜脈營養液、更換導尿管、會陰沖洗、膀胱瘻管、褥瘡傷口護理、清理傷口及更換傷口敷料、摘便處理、抽血…等服務。
- D.居家訪視頻率：視病人需要情況訪視，每位個案每周最多上限三次（如有必要會提供 24 小時諮詢服務和緊急訪視服務）。
- E.居家護理的收費來源是醫療保險與介護保險。醫療保險給付以一個小時為單位，介護保險的護理範圍則是由照顧管理師評估設定，照顧管理師是總括所有管理的任務，服務量上限是 40 人以下，40 人或以上，則減額給付。
- D.此機構發展目前亦發展新的複合型服務—即所謂複合型服務是小規模多機能（含日間照顧、居家服務、短期住宿），再加上居家護理服務。基本上小規模多機能的居家照顧類型，也是設定員額在 25 人，其中日間最多 15 人，短期住宿 6 床。照顧服務員採固定式所以對病人很熟悉，再加上居家護理服務，因此不論抽痰、打胰島素或打點滴較不會發生問題，也可採取短期住宿打點滴，這些好處是過去所沒有的。

(2)千壽之鄉：

- A.簡介：此機構成立於 1995 年 5 月，屬於介護老人保健設施。建築物原本是一間工廠，老闆歇業後，無償提供 400 坪的範圍，希望改建為對老人有用的空間，社區居民也捐贈了一億日幣，經過老人機構會議討論後，最後決定設置老人保健設施的機構，所以這可說是地區居民提供土地、經費和智慧整合的機構。此機構為三層樓建築，設有 52 床（二、三樓各 26 床），可供長住（3 個月為一期）及短期住宿，主要是希望支持地方居家照顧體系，所以有 1/3 的床位是提供給使用居家服務者短期住宿。另日間復健可收案 50 人，與日間照顧有點不同，主要是強化復健，合計可同時服務 102 人。房型分單人房和多人房。住宿費：單人房政府只規定最低是一天 1600 元日幣，多人床是一天 320 元日幣，雖然很多機構定

高於政府高告的價格，但此機構仍以政府最低標準收費，讓民眾可以便宜入住。伙食費行情大概一天需 2000 元日幣，機構同樣以政府規定的一天最低 1380 左右收費。

- B.收案對象：需要介護 5 約佔 10%幾乎都是長期臥床，雖為醫療福利法人，但考量護理人員不足，並不收三管個案（鼻胃管、尿管及氣切）。
- C.人力部分：二、三樓提供 24 小時服務，人力比 3:1（5/7 是照顧人員，2/7 是護理人員），護理人員是專任，其他照顧人員可採兼職常勤換算，醫師和藥師是 100:1；另一樓日間照顧人力比則是 10:1，失智症約佔八成左右（含輕度），也是只需一個正職專任的復健師即可，其他可採兼職常勤換算，若超過 32 小時可算一個人力。此外，有些照顧人員還沒取得資格，在日本有兩個體系，一是學校畢業，另一是透過在職場訓練取得資格，所以可以一邊工作再去考資格。健和會也會辦理讓各職種取得資格或升等的人力研習課程。

(3)柳原復健病院

- A.簡介：成立於 2005 年，主要以復健為服務項目，為三層樓建築，病床數 100 床。一樓主要是復健場所、門診及 X 光檢查室，二、三樓則為病房。日本的病房分為急性、亞急性及恢復期。恢復期是指穩定做復健後可返家者，但因恢復期仍有行動不便者。該院雖以復健為主軸，但因考量生活的復健也是復健，故除了一樓可做復建外，病房也有復健設施。
- B.服務內容：一樓的復健是利用機器來強化運動機能，由治療師採一對一的服務方式在醫院提供服務，透過三個月強化型復健，希望病患早日康復回家。原則上，個案復健治療時間不超過三小時，平均 2.5 小時。一樓也有提供介護保險給付的生活機能復健，病患大概一周一次或二次，每次復健 3~4 小時（上午或下午），由護理師和照服員提供服務，包括是活動、打麻將等。二樓有 60 床恢復期的個案，三樓有 40 床，平均住 40~50 天，有些緊急醫療個案因家中沒人可照顧也會來暫住。有單人房與多人房（4 人一間），因有行動不方便者無法自立生活，所以都裝有移位機，可協助病患移位。另因為擔心病患從床上跌下來，每間病床皆設有感應器及軟墊，以防受傷。三樓還設有藥房及餐廳，桌椅的設計非常貼心，可依病患需求調整高度。整體而言，空間非常寬敞舒適。

(4)柳原腎臟診療所

A.簡介：該診療所成立於 1994 年 11 月，收案平均年齡是 60~80 歲，最高 93 歲，全部屬於門診洗腎病床，設有 48 床，目前共計有接受 160 個案之洗腎醫療服務。因洗腎醫療屬於醫療保險給付。過去有提供腹膜透析的服務，目前全部是血液透析，主要是考量患者與配偶皆為高齡者無法自行操作，如果是年輕的會鼓勵使用腹膜透析。

(五) 特別養護老人之家 care house

1. 簡介：此機構於 2013 年 8 月 1 日成立，位於日本千葉縣松戶市，為社會福祉法人根本內福祉會附設，屬社區密著型養護老人之家。服務對象為 65 歲以上介護保險給付需要介護 1 到介護 5 程度的松戶市需要介護之高齡者，提供個人房的單元型機構，目前照顧 29 人（男性 9 人、女性 20 人），80%為失智者，其程度從輕度到重度都有，依當地之規定，經審查後入住，報請核備後，依老人之所得與介護程度，按月由介護保險給付 90%服務費，住民自付 10%，吃與住則需自付。
2. 人力部份：配置護理人員 1 名，採單元照護，分為 3 個單元，每單元約照顧 9 位住民，照服員與老人之比率為 1：3，採 2 班制，白天班服務 7.5 小時，午休 1.5 小時；夜班從下午 4：30 至翌日上午 9：20；白天班照服員之到班，從早班 1 人到最忙祿時間 3 名照服員，夜班則配置 1 名照服員。至於護理人員，機構設置標準規定護理人員 1 人，故只值白天班，晚上或護理師休假時，若有狀況時，因與苛原診療所有合作，可請診療所派醫護人員協助（車程 10 分鐘）。
3. 該單位另設有小規模多機能短期介護住宅，最多可服務 25 名位老人。每天提供日間照顧服務 15 位老人，短期住宿 9 人，短期住宿者以 30 日為限，內部亦有交誼廳、無障礙浴室、簡易廚房及提供短期住宿之單人房，不論日間照顧或短期照護或家庭訪視之使用，依申請者之介護程度調整之。

(六) 照顧住宅（河邊山莊）care house 「river side」

1. 簡介：此為社會福祉法人根本內福祉會於日本千葉縣松戶市設置照顧住宅，附設居宅介護支援事業所，提供像家的服務。此照護單位佔地面積 2,653.26 平方公尺，建築面積 947.15 平方公尺，係地面上 3 層樓鋼筋 RC 構造，總樓地板面積 2,619.57 平方公尺；提供 50 人居住，有單人房 42 間、雙人房 4 間，有冷暖氣設備、床鋪可以出入之大型電梯及全館熱水

等設施設備。

2. 入住對象：為 60 歲以上長者，無論有無工作均可提出申請，夫妻中任一方年滿 60 歲者，也可申請入住。
3. 服務內容：提供餐飲、入浴、緊急對應、免費接駁、文康活動及其他服務等。
 - (1) 伙食：以當季食材為主製作營養飲食，並可依入居者反應的意見、飲食習慣、喜好、吞嚥狀況及病況等隨時調整伙食，不喜歡的主食也可替換。
 - (2) 入浴：提供男、女有別之大型浴池，個人澡堂，使符合日本泡澡文化。
 - (3) 緊急對應：房間內有緊急按鈕，24 小時有緊急管理員。
 - (4) 免費接駁：每週提供一次免費接駁車，其餘均需付費，隨叫隨到。
 - (5) 文康活動：提供書法、唱歌、手工藝、水彩畫、健康操、卡拉 OK 等老人有興趣的文康活動。
 - (6) 其他生活照護服務：例如介護保險服務、醫院看診之交通接送、醫院陪診、牙醫陪診、移動式之圖書館與美容院、蔬菜店、餅乾店、代訂牛奶及報紙等。
4. 人員配置：主要員工計 15 名，包括負責人 1 名、諮商人員 1 名、照顧服務員 3 名、營養人員 1 名、行政人員 3 名、家事服務組長 1 名、家事服務員 5 名及介護支援事務所個案管理員 1 名。

(七) Ibuki 療護院（身障機構）

1. 簡介：於 2007 年興建，屬二層樓建築，土地是縣政府無償出租，費用則來自中央、地方政府與市町村三個不同的補助。且被指定為身心障礙者支援設施，可入住 30 位身心障礙者，主要服務對象包括重度身心障礙者、發展遲緩及智障等，採單元同性照顧，住民平均年齡 38 歲；療養院比照團體家屋提供個人房，一樓設有 7 間單人房、4 間短期住宿、廣場及課後輔導，二樓則有 13 間單人房。
2. 收費方面：照顧服務免費，惟住宿費、伙食費、水電費或理容費需自付，一個月大概 5 萬 8 千日幣，政府額外每天補助 350 元，所以每月 4 萬 5 千日幣（約 1 萬多台幣）若是低收入戶則完全免費。
3. 人員配置：照顧人力部分，依規定工作人員需 18 人，但因無法應付長住之重症者，所以目前計 30 位照顧工作人員，採三班制，平均一天 7~8 人，照顧比例是 1：1.7，晚上有 3 位工作人員，1 人照顧二個單元，共有六個單元，每個單元 5 人，共有 30 人。

(八) Ibuki 廣場：

1. 簡介：日本於 1988 年前，僅提供小學一年到高三可以到機構接受復健，並與人交流，享受比較有品質的生活，讓生活比較有意義。但 18 歲高中畢業後，失能程度較重者無處可去也無法就業，只能回到家中，使過去受教育的歲月無意義。日本於 1988 年修法後，18 歲重度身心障礙者可以到機構，像至學校一樣有巴士接送，從早上 10:00 到下午 3:00，一邊復健、用餐與人交流，度過美好時光。故有鑒於重度身心障礙者及其父母的需求，於 1988 年設立 Ibuki 廣場，提供通勤生活機能訓練，收案 40 人；後因需求者越來越多，1997 年在附近北小金設置第二個廣場收案人數 30 人，總共可服務 70 人。
2. 服務內容：課後輔導－療護院還設有課後輔導室，提供小學到高三的個案課後照顧，若下課後父母還在工作可先送這裡協助照顧，然後再回家。服務時間：星期一至五，星期六日休息，寒暑假則是上午 9:30 到下午 4:30，目前收案人數 10 人。
3. 收費部分：照護費用為 1 萬元日幣，民眾部分負擔收 10%，所以一次需負擔一千日幣，經費來自中央政府、縣政府與市政府補助，中央占 50%、其他 50%。工作人員有 10 位，6 位提供課後照顧，其他人到家裡提供照顧。

六、在宅醫療實務訪視

(一) 醫療組：

1. 此次實務訪視在苛原診療所協助安排下，由苛原診所(苛原醫師、和田醫師、井石醫師、司機等人)與柳原診療所(川人 明醫師、護理師)等帶領本次考察相關人員分組於不同時間進行在宅醫療實務。訪視個案約 40 位，每次執行在宅醫療一次訪視個案為 7-3 位不等，因日本宅醫療不僅限在家，包括範圍如醫療服務的高齡者住宅、護理之家 (Care house)、要付費的養老院，此類都是屬於在宅，因此跟訪若至護理之家則一次可訪視個案較多。
2. 個案病況包括輕、重症失智長者、長期臥床癱瘓者、重症肌無力、心臟衰竭、衰弱等長者，年齡約 80 至 96 歲之間；醫師執行醫療行為包括身體診察、抽血、抽關節液、注射藥物等；護理師則協助測量 check BP (血壓)、heart rate (心跳)、oximetry (血氧濃度)。同時照護機構人員 (生活相談員) 或家屬也會報告狀態給醫師。跟訪過程中醫師一上車就開始用電腦了解病情，及到達案家後，與家屬的禮儀交流及對個案本身視病如親的態度，令人生起尊敬之心。
3. 又柳原診療所只看在宅醫療往診個案，完全不看一般門診個案。每月服

務量約 150~160 位。服務範圍約 1.5 公里內（少數個案遠離此區：足立區），診療所內有三位醫師。醫師到案家看診，開立藥品處方，連繫物理治療師、職能治療師、牙醫、營養師到宅，並由 care-manager 照顧管理師統籌一切。對於在宅醫療非用支付由健保或介護保險支應，則由醫師視何需要而定。

4. 另苛原院長談到日本發展在宅醫療源由，主因為老年人口及多重疾病者急遽增加，造成日本住院醫療費用急速增加；又因行動不便者，卻因不方便來醫院看診，導致疾病控制不良，反而增加醫療費用的支出。另因多數老人在醫院治療到臨終，也增加了不必要的醫藥花費，故日本開始推動在宅醫療，希望可以減少老人住院的次數與時間，並促進「在宅老化」的目標。在宅醫療雖僅耗用日本 2% 的醫療費用，但整體老年醫療費用卻下降了一半以上，因此也促成在宅醫療的廣泛推動。
5. 在宅齒科診療：由松戶市齒科醫師會障害福祉委員戶委員-荒木齒科診療所負責人荒木誠醫師帶領我們實務跟訪瞭解齒科在宅診療之運作。松戶市齒科醫師 300 人，實際執行在宅醫療齒科醫師約 30 人。荒木齒科診療所有別於一般齒科診療所，除一般齒科醫療之外，還有在宅齒科訪視。當日由荒木醫師帶領一位齒科助理及一位齒科衛生士，攜帶可移動式齒科治療台及一般器械，開車前往個案居所。服務內容包括齶齒治療、假牙製作及調整，齒科疾病的指導管理(包含齒科疾病在宅醫療管理費、口腔機能管理、訪問齒科衛生士費)等。

(二) 居家護理

本次跟隨日本南柏老人居家護理所之居家護理師到病人家中，瞭解居家護理師之實務操作，共跟訪提供居家服務 4 位個案。

1. 南柏老人居家護理所簡介：
 - (1) 人員配置：配置居家護理師五名（資格需具有臨床 2~3 年經驗），物理治療師、職能治療師等共計 8 名。
 - (2) 居家護理服務對象：凡是往返醫院有困難者，接受居家診療，經由醫師的指示提供居家護理，包括 16 種與老化相關的疾病提供定期居家護理訪視，並由健康保險或介護保險給付。
 - (3) 服務內容：測量生命徵象（體溫、血壓、脈搏、呼吸…等）、觀察評估病人、氧氣治療、血氧含量測量、氣管切管照護、抽痰、人工呼吸器使用照護、全靜脈營養液、胃廬管護理、更換導尿管、會陰沖洗、膀胱廬管、膀胱灌洗、褥瘡傷口護理、清理傷口及更換傷口敷料、摘便處理、抽血…等，並與主治醫師聯繫。

(4) 居家護理訪視頻率：視病人需要情況訪視，一般 1-2 次/每週，每位個案每周最多上限三次(如有必要會提供 24 小時諮詢服務和緊急訪視服務)，居家護理師工作量為每日約訪視 4-5 人。

2. 實務訪視居家護理提供：

(1) 當天早上約 09:10 到達柏老人居家護理站，首先是參與全體居家護理站工作團隊間的報告討論(含護理師，物理治療師、職能治療師與護理站主管)，緊接著則是護理師間與護理站主管的交班與討論，之後跟隨居家護理師至個案居家護理服務工作，工作內容與我國居家護理師類似。

(2) 說明：

A.第 1 位是年約 70 歲左右的女士，罹患梗塞性腦中風，意識不清、全身癱瘓、長期臥床，身上帶有氣管切管、胃廔管、導尿管的女性長者，與先生同住，平日生活起居由老先生及女兒輪流陪伴照顧。居家護理師提供了氣管切管造口護理、抽痰、胃廔管護理、更換導尿管、會陰沖洗、灌腸及摘便處理、翻身擺位及皮膚照護…等，除看見居家護理師的專業熟稔度與熱忱外，也經歷其竭盡所能地認真處理解決病人的問題與需求，包括一些細微的行為互動，更感受到護、病間彼此的相互尊重，如護理師向家屬及病人親切地問候，在使用灌腸劑後，評估糞便排除及挖取的狀況，需要使用第二劑時，先向家屬告知及溝通後才進行，家屬也表達對護理師的感謝及我們來訪的歡迎，並且熱情地與我們分享他曾到訪臺灣的經驗，顯現彼此間有良好和諧的信任及溝通關係，個人相信這種關係是促進醫、病、護間在宅醫療訪視的過程中，密切合作及協調的重要關鍵因素之一

B.第 2 位是年約 75 歲左右的先生，罹患廢用症候群，意識清楚、下半身肌肉萎縮、行動力弱、大部分時間臥床，身上帶有膀胱廔管的男性長者，與太太同住，平日生活起居皆由老太太陪伴照顧。居家護理師仔細地執行更換導尿管、使用稀釋後抗生素溶液來進行膀胱灌洗、灌腸及摘便處理、會陰沖洗、翻身擺位及皮膚照護…等，在過程中不斷地與病人對話並評估其排便、排尿、皮膚、肢體移動的問題，同時也鼓勵教導他利用目前可以活動的肢體來幫助翻身移位動作，協助病人自行進食，感覺有如家屬一般的親切、自然，真是令人感動。

C.第 3、4 位個案為脊髓損傷病人，一位自頸部以下全身麻痺，另一位則是下半身麻痺，二位病人都無法自行大小便，放置留置導尿管，有輕度壓瘡，居家護理師細心執行膀胱灌洗、換藥、灌腸和

摘便服務，最後並給予陰部、臀部沖洗。執行護理服務過程中，虛寒問暖、交談熱絡，感覺不出病人有無法動彈之無望感。

(三) 居家復健：

本次由苛原診療所物理治療師帶領，提供居家物理治療服務 2 位個案，早上例行簡單報告病人狀況後，即出發探視病人。

第一位病患是頸椎後直韌帶鈣化，手術後已 4 年，治療師先在床上確定血壓，血氧濃度之後，幫病人按摩運動，然後坐姿與站姿的各種運動。第二位是獨居的中風婦人，動作能力不錯，但肢體感覺差影響功能，治療師幫病人按摩，並執行各種復健運動。

肆、心得及建議

一、心得：

日本為因應高齡社會的來臨、多重疾病者增加及醫療費用急遽攀升，以及滿足民眾在家終老與生活期望之人性需求，落實在地老化目標，透過制度改革、預算編列與相關法令修訂，結合地方政府與相關社區資源，推動在宅醫療照護計畫，不僅將醫療服務送到個案住宅中，還將觸角延伸到社區的小規模多機能服務、團體家屋，甚至於照護機構中，讓失能老人能在宅或社區中獲得全方位照護，也提供家庭照顧者最安心支持環境，真是令人感動。在我國目前長照機構雖定期有醫師巡診，但若一有狀況時，唯一的選擇只能送醫院，醫師無法提供臨時的出診服務，這對機構內行動不便的慢性病老人實在不方便，透過這次參訪考察瞭解日本在宅醫療實務運作，於長期照顧體系中所擔任的角色功能，可以提供我國建立完善長期照護制度之參考。

日本在宅醫療制度，除了落實在地老化之目標外，更可減低不必要的醫療支出，同樣我國因人口老化，醫療照護成本持續增加，對於居家醫療照護相關計畫也均有推動，只是看到日本於在宅醫療進行的醫療處置有許多在我國受限於醫療法規是尚未被許可的，胃造廔、居家全靜脈營養輸液作業(TPN)、人工血管(Port-A)注射藥劑…等，尤其是日本牙醫到宅服務中可執行的項目相較於我國(身障牙科到宅醫療服務)目前為多，其中包括於居家中使用簡易 X-ray 機器，這些醫療行為目前在我國現行法規仍尚未許可項目，故都是必須突破現有法規規範的示範。當然日本為推動在宅醫療也做了許多改革，如增加預算、修改醫療法規、成立專職單位辦理等，如果我國也要真正落實將醫療行為帶至個案家中執行，未來仍有許多限制仍待突破修正，藉由此次考察，日本制定與推動過程，可提供我們未來政策制定參考。

另日本為減輕家庭經濟負擔，於 2000 年開辦介護保險，提供老人完善照護服務，且對於計畫推動每 5 年進行檢討與改革，並以個案為中心思考如何建立一套良好照護體制，滿足老人醫療、生活照護及居住等便利之服務，且推動社區整合照護制度，結合醫療保險與介護保險，讓民眾在熟悉住宅或社區中獲得有關醫療、照顧、預防、居住、及生活協助等各項服務一體化之照顧體系制度，由日本長照制度，讓我們見到一個具人性化、令人感動友善專業人員照護精神，讓老人與照顧者可以無憂與安心在地照護，值得我國推動長照政策之參考。

當然我國為因應人口高齡化，刻正積極建構完整長照制度，並強化居家社區服務，當然完善長照服務，仍需要有財源經費支持，政府也正規劃長照保險制度，藉由民眾自助互助與風險分擔，減輕家庭照顧者經濟負擔。此次參訪，瞭解日本為提供老人在宅終老之需求，所建立與推動之制度及計畫，從他們的制度架構、執行策略與方針，以及連結相關多職種專業人力團隊分工整合，透過都道府縣、

市町村之支援協作，中央政府於經費補助與制度面修訂改革等等，將可作為我國擬定推動長照服務之參考，並讓我國建構落實在地老化之安心照護社會環境。

二、建議：

- (一) 未來在宅醫療政策推動之醫療法規修正研議：日本推動之在宅醫療政策服務內容的醫療處置，有許多於我國現行法規尚未被許可的，如居家全靜脈營養輸液作業(TPN)、人工血管(Port-A)注射藥劑、齒科醫療放射 X 光機使用規範等，為因應我國老人口持續增加，除了建立照護制度外，醫療照護仍有所必須，為滿足民眾在宅老化與臨終期望，未來居家醫療推動涉及醫師診療給付提高、醫療法規合適性、診療所與醫院之合作等事項，建議應先邀集專家學者與相關單位共同研議，俾利未來推動時運作順暢。
- (二) 在宅醫療政策推動之預算財源籌措：我國目前也有推動居家醫療照護，如長照十年(居家護理、居家復健、家庭藥師試辦計畫)，以及全民健保支付如居家安寧療護、居家藥事服務、居家護理、牙醫特殊醫療服務試辦計畫-到宅服務等；然而日本因在宅醫療與照護服務內容提供涵蓋層面較廣，係因有健康保險與介護保險提供服務給付，讓在宅醫療與長期照顧得以整合運作，並提供誘因促使診療所參與；而我國目前僅限於長照十年與部分之全民健保支付，未來推動在宅醫療，其預算財源籌措仍是一大重點，若要將醫療與長期照顧整合運作完善，除了現行全民健康保險外，仍需藉如長照保險推動，才能將醫療與照護服務項目整合運用，滿足民眾在宅老化之需求。
- (三) 社區照護整合制度推動可供我國政策研擬參考：日本為提供民眾健康促進、延緩老化，推動社區整體照顧體制，將民眾之居住問題、醫療、照顧、生活支援、照顧預防等五個範疇整合運行以達一體化的效益。同樣為提供民眾在地健康老化，除了健康照護外，亦應包含食、衣、住、行、育樂等生活照護，我國刻正積極建構友善關懷老人服務體系，日本社區照護整合制度之推動方式值得我國參考。
- (四) 長照服務採營利方式辦理之可行性研議：日本於 2000 年實施介護保險後，以居家服務為中心的 N P O 法人、營利法人等多樣事業主體投入照護市場，使得日本民眾可以依其需求選擇所需要的長照服務，並促進長照服務產業發展。我國目前長照服務仍屬非營利事業，建議應可研議導入營利法人等多樣事業主體投入照護市場之可行性，促使服務多元化與功能性，俾利民眾選擇所需要的服務型態。

伍、考察後分享

經由本次考察瞭解日本「在宅醫療」的政策推動的緣起與現況，與深入了解日本在宅醫療實務運作模式，日本「在宅醫療」與「長期照顧」整合模式運作的狀況，及日本為因應人口老化持續增加情形下，所作長期照護政策推動，與介護保險推動現況、內容與效益等，除了於本部高階主管會議報告外，亦與相關醫事團體、社會福利團體等單位分享討論，提供我國未來推動長照政策之參考。

一、103年3月3日於本部高階主管會議報告：

報告內容包括日本推動在宅醫療政策制度、長照服務給付制度、社區整合照護制度、我國目前居家醫療與照護現況及建議事項等。

二、103年4月27日於立法院紅樓101會議室辦理「2014日本在宅醫療參訪分享座談會」：

本次分享會係由台灣社會福利總盟、立法委員陳節如國會辦公室、中華民國老人福利推動聯盟及本部，邀集專家學者、醫事(醫師公會全國聯合會、牙醫師公會全國聯合會、物理治療師公會全國聯合會、職能治療師公會全國聯合會、護理師護士公會全國聯合會、藥師公會全國聯合會等)與社會福利公協會(老人福利聯盟、殘障聯盟、台南YMCA基金會、彭婉如基金會、中華聖母基金會、台灣居家服務策略聯盟、家庭照顧者關懷總會、中華民國智障者家長總會等)之代表團體，總計約80個人一起交流討論，內容包括日本在宅醫療參訪經驗分享、我國在宅醫療制度推動展望與建議等，一起共同探討未來如何致力於我國「在宅醫療」的推動，及未來與長期照顧保險整合之可能性。

陸、 附錄

一、 致謝：

本次赴日考察在宅醫療與照顧制度整合推動情形與效益，在諸多單位與專家學者的協助下，獲得相關多寶貴資料，在此一併致謝：

- (一) 感謝立法院陳節如立法委員、台灣社會福利總盟及中華民國老人福利推動聯盟吳玉琴理事長、中華民國牙醫師公會全國聯合會黃明裕主任委員/王幸宜執行副秘書長、中華民國護理師護士公會全聯會盧美秀理事長/賈佩芳副理事長、中華民國物理治療師公會全國聯合會曹昭懿常務理事、中華民國殘障聯盟馬海霞理事長、台灣居家服務策略聯盟林金立副理事長、長庚紀念醫院台北分院內科陳英仁主任、成大醫院內科部老人科張家銘主任、財團法人健順老人養護中心陳淑敏副院長、財團法人彭婉如基金會王慧珠執行長、財團法人私立天主教中華聖母社會福利慈善事業基金會郝育亭副執行長、台北護理健康大學長期照護研究所李光廷副教授、台南市 YWCA 基金會游如玉主任、立法委員陳節如國會辦公室黃淑芬/柯雅齡研究助理等專家先進，於訪日期間全程陪同訪查暨共同探討日本在宅醫療政策推動，使參訪過程獲得許多寶貴資訊。
- (二) 台北駐日本經濟文化代表處沈斯淳代表、張淑真組長、鄒立槐秘書、陳瑩如秘書等人於訪日期間陪同與協助，使參訪行程非常順利。
- (三) 日本醫療法人社團實幸會，苛原診療所苛原 實院長、田和醫師、淺沼裕子事務長，於訪日期間之行程安排、聯繫與全程陪同招待，讓我們能深入了解日本在宅醫療政策推動與效益，同時看到他們對個案照護關懷。另感謝苛原 實院長贈送此次訪查成員每人一本有關失智症照護書籍在宅醫療介紹影片 3 套，讓我們更清楚了解日本在宅醫療跨專業職種之人員執行事務與扮演角色。
- (四) 感謝日本厚生勞動省 1.醫政局指導課在宅醫療推動室室長奈倉 道明先生、2.老健局總務課課長 條田 田浩先生、3.千葉縣松戶市役所之市長、高齡支援課、介護保險課，對於日本在宅醫療政策與介護保險制度、社區整體照顧概要介紹、地方政府長照政策推動等介紹，更對我們提問之議題詳細說明，讓我們清楚了解日本宅醫療與照顧整合制度之制定與推動方向；另感謝於日本訪查之長照服務機構相關人員之解說與招待，讓我們清楚了解日本長照政策於機構推動之實務運作。

二、考察活動照片：

(一) 日本厚生勞動省醫政局與老健局參訪

	
<p>陳節如委員致詞並介紹團員</p>	<p>厚勞省醫療政策局奈倉 道明說明日本的在宅醫療政策</p>
	
<p>厚勞省老健局介紹介護保險制度與社區整體照護體制</p>	<p>聆聽厚生勞動省代表簡報</p>
	
<p>鄧素文司長與陳節如委員針對在宅醫療的執行交換意見</p>	<p>與厚生勞動省醫政局與老健局代表座談－團員提問踴躍</p>
	
<p>厚勞省代表與鄧素文司長交流</p>	<p>鄧素文司長與厚勞省代表合影</p>

(二) 千葉縣松戶市役所參訪



松戶市市長親臨致詞歡迎團員到訪



鄧素文司長感謝與松戶市代表招待



陳節如委員致詞感謝松戶市市長熱情的招待



松戶市高齡支援課、介護保險課派員代表介紹第5期松戶市介護保險計畫相關重點工作



與松戶市代表座談情形 1




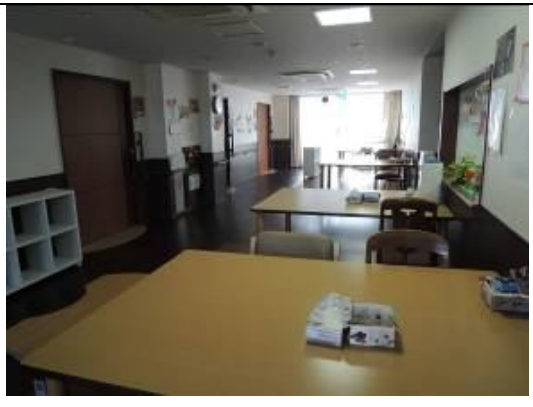
與松戶市代表座談情形 2

(三) 苛原診療所參訪

	
<p>苛原診療所</p>	<p>和田醫師演講，游如玉主任翻譯</p>
	
<p>和田實醫師解說日本在宅醫療推動</p>	<p>李光廷老師協助翻譯在宅醫療解說</p>
	
<p>鄧素文司長感謝與苛原實醫師招待</p>	<p>鄧素文司長感謝和田實醫師解說</p>

(四) 日本居家與機構式長照服務設施參訪

1. 尤佳利 (Yukari) 小金原

	
<p>社長與機構長作簡介報告，團員認真聆聽</p>	<p>單人房每間有洗手台與無障礙廁所，浴室則每層樓共用一間</p>
	
<p>二樓通往苟原診療所的通道</p>	<p>餐廳與簡易廚房</p>
	
<p>機械浴室</p>	<p>鄧素文司長感謝社長解說</p>

2. 尤佳利新松戶團體家屋 (Group Home)

	
<p>團體家屋採個人房，浴室與廁所則共用</p>	<p>客廳空間一角</p>
	
<p>開放式簡易廚房</p>	<p>兩單元外連接的樓梯，內部並不相通</p>
	
<p>團體家屋後方的逃生滑梯</p>	<p>鄧素文司長感謝施設長日下部三千代合影</p>

3. 小規模多機能型「居宅介護」

	
機構外観	短期住宿房間
	
房間設置	住民活動作品展示

4.醫療法人財團健和會

(1)北千住居家護理所

	
<p>護理人力招募的公告在參訪機構仍隨處可見</p>	<p>設有北千住介護福祉專門學校，提供介護員培育訓練</p>
	
<p>聽取前晚值勤居家護理師交班報告後，確定當日訪視排班表。</p>	<p>裝備齊全，準備出發囉！</p>
	
<p>交通工具除汽車外，還有出訪腳踏車</p>	<p>北千住居家護理所附設居家照護支援事務所，介護支援專員(Care manager)根據本人及家屬的希望擬定照顧計畫</p>

(2)千壽之郷



老人保健施設—千壽之郷大樓外觀



與機構事務長座談



復健設施



鄧素文司長感謝事務長招待

(3)柳原復健病院



院長親自歡迎參訪團



治療師採一對一方式提供服務，平均每個個案約2.5小時



移位設備



病床設有感應器及軟墊，預防病患跌傷



行動廁所設計相當穩固，避免病患如廁時因重心不穩而跌倒。



陳節如委員、鄧素文司長、吳玉琴理事長感謝事務長招待

(4)柳原腎臟診療所



柳原腎臟診療所外觀



診療所空間



病患洗腎情形



鄧素文司長感謝診療所代表招待

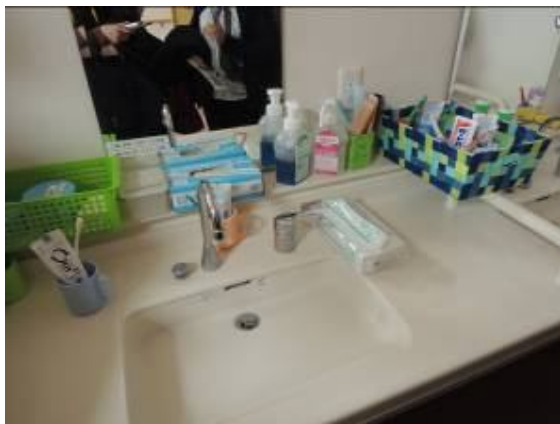
5. 特別養護老人之家、照顧住宅（河邊山莊）care house 「river side」



特別養護老人之家的志工正帶著兩個單元的住民做康樂活動



比鄰的兩個單元各有簡易的廚房，讓長輩可以一起作飯、洗碗等。



洗手台高度考量住民的需求，讓坐輪椅的長輩也可以自己刷牙



無障礙廁所



明亮、寬敞的活動空間一角



洗澡設備讓長輩方便移位並享受泡澡習慣



多功能椅子可提起卡在桌邊，方便於打掃，椅背後



小規模多機能設施每天可以提供日照 15 人、短

突出處可吊掛拐杖，椅腳裝有輪子方便移動長輩



參觀後與設施長座談，團員熱烈參與討論

期住宿9人



鄧素文司長感謝接待人員招待

6. Ibuki 療護院



住民可依喜好選擇榻榻米或床，照顧相當人性化



一高一低的洗手台，滿足不同需求



寬闊、舒適的走廊



伙食依住民需求分為四種，並標示禁忌



浴室



Ibuki 廣場的生活機能訓練一角

(五) 在宅醫療實務訪視

1. 醫療組：



苛原診療所是在宅醫療示範醫院，除門診與住院外，提供往診服務



風雪中，醫師與護理人員將服務送到家，嘉惠重度失能及失智長輩及其家屬



和田醫師診察病患的狀況



苛原醫師至小規模多機能設施往診，開始先親切地與住民間好並話家常



往診時利用電腦方便了解並記錄病患的狀況，苛原醫師的病歷有一定格式。



石井醫師利用電腦查看長輩資料，護理師正測量血壓



荒木齒科診療所



荒木醫師帶齒科助理及齒科衛生士，攜帶可移動式齒科治療台及一般器械，前往個案家



荒木醫師診察病患的狀況



例行性檢查及假牙調整

2.居家護理及復健



全體工作團隊間的報告討論(含護理師，物理治療師、職能治療師與護理站主管)



護理師間與護理站主管的交班與討論



工欲善其事，必先利其器—居家護理師們的

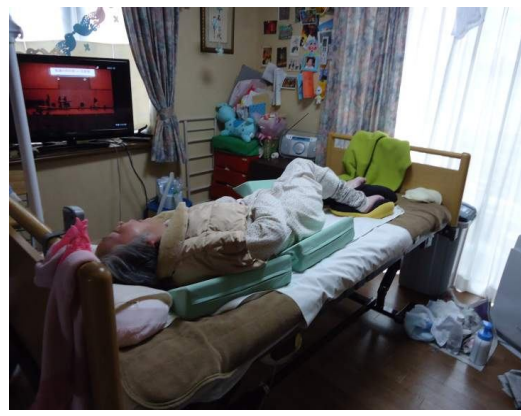


居家護理師用心敬業的身影

標準配備。



居家護理個案自備的居家抽吸設備及用品



居家護理師及家屬的照護，長期臥床個案得在家生活



親愛的女士，謝謝您，我們已共同完成重要的工作了。



居家護理站也提供醫療、生活介護及相關資訊



復健治療師跪在床上幫個案復健治療

(六) 103 年 4 月 27 日分享座談會

<p>由陳節如立法委員、許銘能次長及吳玉琴秘書長共同主持分享座談會</p>	<p>鄧素文司長與大家分享考察所獲得成果</p>
<p>與會來賓聆聽與討論 1</p>	<p>與會來賓聆聽與討論 2</p>

三、考察單位簡報資料

- (一) 日本在宅醫療政策(厚生勞動省醫政局)
- (二) 介護保險制度、社區整體照顧概要(厚生勞動省老健局)
- (三) 日本在宅醫療介紹(和田醫師)