

出國報告（出國類別：考察）

## 日本在宅醫療政策及執行實務

服務機關：衛生福利部中央健康保險署

姓名職稱：王淑華專門委員、許明慈專員

派赴國家：日本

出國期間：103年10月28日至103年11月2日

報告日期：104年1月9日

## 摘要

隨著人口老化與家庭結構變遷，年邁或失能患者如有醫療需求，可能因無人接送或行動不便而無法外出及時就醫，或於住院急性期後，病況穩定無住院治療必要時，因無人照顧等因素，而長期社會性住院。日本為縮短住院天數，及回應民眾在家終老的期望，遂推動在宅醫療政策，將醫療保險與介護保險服務整合，透過跨專業、多職種的合作方式，提供在宅病患更有尊嚴與品質的生活。

本次參訪單位包括政策規劃與實務執行單位，透過訪問國際醫療福祉大學大學院武藤正樹教授，瞭解日本醫療與介護政策改革方向與概況，實地參訪 Dental Support 之在宅牙科服務、參訪 AZBIL 株式會社之 call center 等介護服務，及訪問牧田綜合醫院以瞭解居家服務地區責任醫院之實務，並安排與厚生勞働省座談在宅醫療與介護照護之最新動向。

時值臺灣規劃在宅醫療整合服務之際，可參酌日本產、官、學三方的經驗分享，研議規劃橫跨醫療與照顧之在宅醫療服務。

## 目次

壹、目的	4
貳、過程	5
一、醫療與介護政策改革方向與概況	5
二、Dental Support 在宅牙科診療訪問	6
三、AZBIL 株式會社訪問：訪問介護座談、Call Center 參訪	7
四、牧田綜合醫院訪問專家-澤登久雄先生：居家服務地區責任醫院實務	9
五、與厚生勞働省座談：在宅醫療與介護照護	11
參、心得及建議	17
肆、附錄：考察活動照片	19

## 壹、目的

### 一、緣起：

立法院陳委員節如數次率團考察日本在宅醫療照護，對日本整合醫療與介護保險之跨專業、多職種人員到病家提供醫療與照顧服務，留下深刻印象，並於 103 年 9 月 25 日立法院第 8 屆第 6 會期社會福利及衛生環境委員會第 4 次全體委員會議，就整合衛生福利部居家相關醫療服務計畫提出質詢。

為瞭解政策面如何促成跨專業合作、如何整合醫療與照顧(介護)服務，實務面跨專業團隊如何運作與分工，及在宅醫療之收案條件、服務內容、個案發掘策略、服務提供者資格等，故實地參訪日本在宅醫療運作，以作為臺灣推動在宅醫療整合服務之參考。

### 二、參訪目的：

- (一)瞭解日本在宅醫療的政策推動現況及實務運作模式，以作為臺灣推動在宅醫療之借鏡。
- (二)瞭解日本在宅醫療於其醫療保險及介護保險間之轉銜與整合機制，以供未來臺灣健保與長保間之轉銜與整合參考。

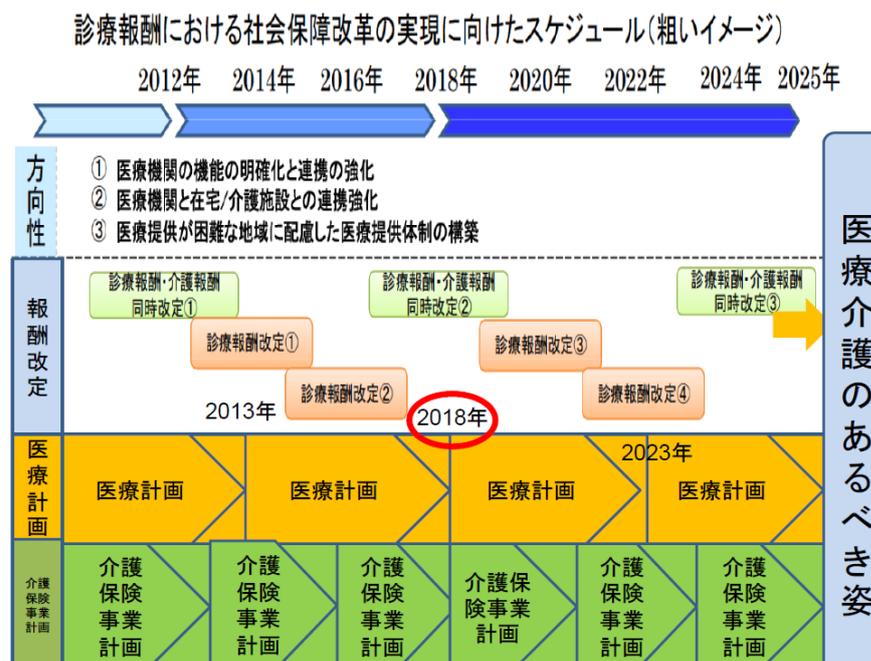
### 三、參訪行程：

日期	地點	參訪活動
10 月 28 日	臺北—東京	國際醫療福祉大學大學院訪問專家-武藤正樹教授：醫療與介護政策改革方向與概況
10 月 29 日	東京	Dental Support 在宅牙科診療訪問
10 月 30 日	東京	AZBIL 株式會社訪問：訪問介護座談、Call Center 參訪 牧田綜合醫院訪問專家-澤登久雄先生：居家服務地區責任醫院實務
10 月 31 日	東京	厚生勞働省保險局(醫療)、老健局(介護)座談
11 月 1 日	東京	厚生老働省保險局(醫療)座談
11 月 2 日	東京—臺北	

## 貳、過程

### 一、醫療與介護政策改革方向與概況

- (一)日本因應高齡化社會，醫療與介護照護需求持續攀升，社會保險面臨財務赤字，於 101 年 8 月間通過稅制和社會保障制度一體改革措施，期通過提高消費稅，充實社會保險財務，及完善現有制度，提高工作效率。消費稅於 103 年 4 月由 5%增為 8%，104 年 10 月將再增為 10%；調升的 5%消費稅中，4%用以償還債務，安定保險，1%用以改革社會保險。
- (二)以 2025 年社會保障制度之改革目標持續調整診療報酬與介護報酬，以誘導服務整合：醫療計畫與介護保險事業計畫之檢討頻率不一，期間各自調整支付基準，2018 年、2025 年時，檢討期程相同，則同時調整醫療與介護保險支付標準。



(三)日本社會保險改革目標：

- 1、病床機能區分與整合：建立有效率之醫院病床功能分工體系，將一般病床機能分成高度急性、一般急性、亞急性等，並強化地區醫療與介護設施的適度機能分担。
  - (1) 限制病床總數：日本約有 8,800 家醫院、120 萬張病床，分為 344 個醫療區，每一醫療區依人口數限制病床總數。

(2) 病床機能報告制度導入：醫院以每年 6 月資料向都道府縣(地方政府)回報病床設置情形、住院情形。都道府縣依病床設置與使用情形，修正醫療區計畫。

(3) 給予不擴床醫院獎勵金，而非處罰擴床醫院。

2、區域照護功能提升：醫療、介護照護以每萬人口為單位規劃區域計畫，每千人為範圍設一地區整合中心。地區整合中心整合醫療與介護照護服務，民眾如有需求可前往登記。

3、強化地方政府角色：厚生勞動省(中央政府)規劃社會保障制度與計畫，2012 年起下放由都道府縣(地方政府)因地制宜擬定執行計畫。

#### (四)在宅醫療：

1、地區自發性整合多職種團隊，以社交網絡共享資訊(如 Line, email, softbank 等)，群組內成員均可上傳與查詢病患訪視紀錄。未來將以既有行動載具(如手機)發展資訊化系統，以利多職種照護服務整合。

2、由醫師、藥師、護理師一同訪視，服務效率最高。特殊療養機構尤其需要藥師訪視，以避免用藥重複、提升用藥安全。

3、病患可選擇訪視醫師(free access)，因此確實有重複服務之情形。

4、訪問看護(即居家護理)人員薪資低，招募不易。

#### (五)My Number：

1、日本無統一之身分證號，法定身分編號多元(如基礎年金編號、健康保險編號、護照編號、駕照等)，不利國家各項服務整合，管理效率不彰，特別是跨區域下。

2、經多年努力，已通過 My Number(社會保險一元化)法案，將自 2016 年實施。

## 二、Dental Support 在宅牙科診療訪問

(一)在宅牙科發展緣起：介護保險開辦初期支付佳，且社區民眾有需求，醫療院所投入介護支援體系。

1、病人端：病患行動不便。

2、院所端：牙醫師人力多，稀釋就醫病患數。

3、保險端：牙科保健服務佳，牙科醫療需求下降。

(二)產業之契機：

- 1、Dental Support 為民營公司，本身不提供醫療服務。因在宅牙科必須進入病患家中，受限於不充足的醫療設施，須投入攜帶型治療設備，及不完備的醫療管理，較難確保服務之安全與舒適。醫療糾紛可能較高，防衛醫療較院所內不足，醫師可能因此卻步，降低意願。Dental Support 向醫療院所收取高額管理費與行政費，提供醫療費用申報、攜帶型牙科設備(含維護)、牙科助理陪訪等服務。
- 2、不論地區人口密集程度，均以診所 16 公里為服務區域(服務範圍採納醫師意見)。
- 3、業者收集服務區域內之醫療需求，考量資源重疊與否，規劃服務設點。

(三)服務對象：由介護保險之介護支援專門員(Care Manager)評估認定，並連結需求者與服務提供者。

(四)服務內容：除根管治療、植牙等術式外，一般牙科服務均可提供。

(五)支付標準：

- 1、論量計酬，醫療費用均由醫療保險支應。無特殊加成，故偏鄉較少服務提供者投入。
- 2、照護機構每月僅能有 1 家院所提供服務，但病患如果希望由前 1 家院所之醫師繼續提供服務，亦可繼續接受照護。
- 3、每時段無服務人數限制，每時段時間長短亦不限。

(六)照護機構在宅牙科實地訪視：

- 1、Dental Support 牙科助理事先調查需求(包括需求者、居所、治療項目等)、聯繫安排牙科訪視時段，再開車陪同合作院所之牙醫師、口腔衛生士至照護機構，攜帶設備包括攜帶式洗牙機、攜帶式吸唾機、攜帶式牙科 X 光機及牙科治療器械等。服務內容包括齶齒治療、假牙製作與調整、口腔衛生清潔等。
- 2、於照護機構之走道擺設桌椅提供治療，機構住民坐於一般坐椅或輪椅上。觀察 30 分鐘診療約服務 6 名病患，多數為口腔衛生清潔服務。

三、AZBIL 株式會社訪問：訪問介護座談、Call Center 參訪

(一)AZBIL 旗下有 2 間公司分別提供高齡者安全設施裝置與訪問介護服務，其服務內容主要是依循介護保險政策發展。服務區域為東京、千葉、九州、熊本。

(二)24 小時 Call Center 參訪:

- 1、服務規模：全國服務人員 100 人，服務 6 萬名會員，每月通話數約 50 萬通。
- 2、每月主動致電關懷 1 次。
- 3、會員進線後，會員資料會彈出電腦視窗，包括基本資料及過去諮詢紀錄。會員資料彈出前，電話不會接通。
- 4、每班至少 10 名專科護理師輪值，由護理師提供治療建議，如後續引發糾紛由業者負責。
- 5、為確保及時回應緊急狀況，會員啟動緊急通報鍵時，3 臺電腦會同時彈出視窗，由 3 名人員服務，1 人與病患通話、1 人通知鄰居或緊急聯絡人、1 人通知救護車。緊急通報鍵按鍵率高，經分析 90%為非需要。
- 6、健康諮詢服務：接受公、私立機構之保險公司或健檢委託，由護理師、營養師或心理師提供每月 1 次電話諮詢，及每年 1 次面對面諮詢。服務對象排除已持續就醫者，且避免提供醫療處置建議；如服務對象有就醫需求，僅告知應就醫、不作轉介。
- 7、介護保險明訂 3%財源(地域支援事業費)交由地方從事預防介護工作，如緊急通報、健康諮詢等，但各區域作法可能不同。

(三)居家服務：由介護支援專門員(Care Manager)統籌資源。

- 1、訪問看護(居家護理)：使用率占 4 項服務之 30%，每次訪視短則 20 分鐘、長則 2 小時。多由介護保險支付。
- 2、日間照護。
- 3、團體家屋(Group Home)：可自理生活之輕度失智者。
- 4、輔具服務。

(四)接受 AZBIL 訪問看護服務之個案，家中皆裝設通報裝置。

(五)服務提供者之資格：市町村(鄉鎮市公所)召集評審委員會審核，採合格制，每 6 年重新審核。屬地域資源密集性之機構，每年受評鑑 1 次，每季提報執行報告。評鑑之重點在紀錄之留存，與服務之延續方式，以因應照顧服務員之異動。

(六)未來國家政策：

- 1、住家 30 分鐘內有院所及訪問看護。
- 2、因薪資與工作環境不佳，護理人員、照顧服務員人力不足。日本以限制病床數，及增加培養人員數，期使多數人力可投入介護體系。
- 3、建立介護與醫療之連結平臺。

四、牧田綜合醫院訪問專家-澤登久雄先生：居家服務地區責任醫院實務

(一)牧田醫院為何投入介護支援體系？因為病患住院越久，醫院收入越少，且社區有需求。

(二)地區支援中心：

- 1、政府出資，委由社福法人或醫療法人成立，主要任務為介護預防。以人為中心，發展醫療與介護服務連結機制。
- 2、以該院所在地東京都太田區為例，太田區公所共出資成立 20 個地區支援中心，以照顧 70 萬人口，其中 20%為老人。每個中心約有 7 名諮商人員，每月 500 件諮商案件。
- 3、諮商人員包含 3 種職種：公衛護士或曾從事訪問看護之護理師、社工師與介護支援專門員(Care Manager)。

(三)牧田綜合醫院受市町村委託，自 2006 年成立 mimamo(日文：毛豆)地區支援中心，該中心之諮商人員，均為醫院之職員。成立初期人力不足，於是號召當地居民共同參與，分擔解決社區問題。並與在地企業合作，於 2008 年起發展社區老人網絡(network)，目前運作熱絡。該社區老人網絡成功之關鍵因素：

- 1、每月講座：以健康為中心，並提供照顧者諮商。藉由每次講座間之提問與講座後之問卷回饋，發現民眾需求及決定後續講座主題。每場講座聽眾約 100 人，年齡層分布以 70 歲最多、80 歲次之，60 歲及 90 歲再次之。

- 2、鑰匙圈：由參與社區老人網絡之專家發想，可別於拐杖等輔具上。適用於 65 歲以上老人，或早發性失智等特殊情況者，以預防老人遭逢突發狀況無法表達時(如昏倒、失智等)，循線找到民眾身分。該鑰匙圈無個人資料，正面為一組登錄編號，背面為地區支援中心之聯絡方式，並已擴散至其他地區支援中心使用。



- 3、志工招募：共有 90 名志工，部分志工亦為講座老師。招募策略為提供地區商店折價卷吸引民眾參與，地區商店於志工購物時獲取利潤。
- 4、mimamo 地區支援中心以社區營造方式，努力養成熟悉地區特性之專家，在健康議題等面向主動探尋民眾之需求，以就近救助之概念，結合產業以穩定財源，達到介護預防之效果。

#### (四) 在宅醫療：

- 1、東京都提供在宅醫療服務之醫院約 50 家，仍屬少數，多數服務由診所提供。牧田綜合醫院設有在宅醫療部，編製內無醫師，由各部門醫師排班，但有部分醫師主責在宅醫療服務。
- 2、因應醫療科技高度發展，病患有 2 種治療選擇：(1)延續生命，增加醫療服務的利用；(2)尊重病後或失能後生活，發展在宅醫療。
- 3、日本支付報酬趨勢：住院給付下降、在宅給付上升。
- 4、照護對象：急性期後仍有醫療需求之出院病患，未限定特定疾病；或介護支援專門員(Care Manager)在介護訪視過程中，發現個案有醫療需求者。使用在宅醫療的對象，多為慢性病患者、在家療養高齡患者、或醫院長期照顧的病患。
- 5、訪視醫師資格：未限定醫師資格，由醫院選派合適醫師。以內科為主，皮膚科、泌尿科亦多。
- 6、服務內容：

- (1) 醫師訪視每月 2 次為原則，未設定合理量，可至病家或照護機構。緊急訪視通常為臨終患者，其服務性質不同於醫院急診作業。
- (2) 服務項目不設限，惟外科診療項目仍宜到院處置。
- (3) 醫師可開立處方，由家屬持處方箋至藥局領藥，或將處方箋傳真至合作藥局，由藥師送藥。
- (4) 病患需支付交通費與部分負擔(介於 10~30%)。

#### 7、限制與挑戰：

- (1) 家中照顧人力不足者，無法接受在宅醫療。
- (2) 老人住宅之樣態，隨人口老化日趨複雜。

### 五、與厚生勞働省座談：在宅醫療與介護照護

(一)在宅醫療：提供跨醫療與介護保險之多職種照護服務，主要是介護保險。

#### 1、推動背景：

- (1) 厚生勞働省政策指示，針對末期個案能在家臨終或為縮短住院天數提供出院病患之在宅醫療，提供日常生活療養服務，都道府縣針對上述目標訂定相關醫療照護計畫。
- (2) 醫療給付的下降使得醫院財務負擔增加，醫院數目逐漸減少，進而促使轉型提供在宅醫療服務。
- (3) 做為醫療保險與介護保險之轉銜服務。

2、照護對象：急性期後仍有醫療需求之出院病患，未限定特定疾病；或 Care Manager 在介護訪視過程中，發現個案有醫療需求者。使用在宅醫療的對象，多為慢性病患者、在家療養高齡患者、或醫院長期照顧的個案。

3、醫師資格：未限定醫師資格，由醫院選派合適醫師。

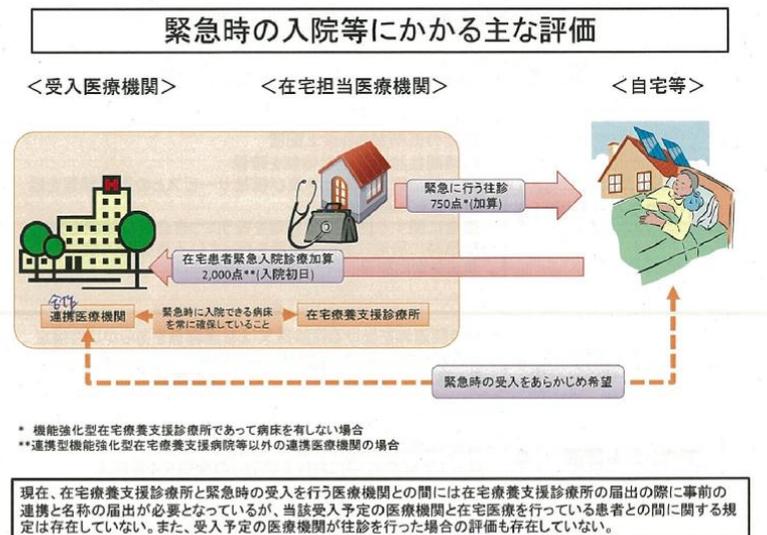
#### 4、服務內容：

- (1) 提供跨醫療與介護保險之多職種照護服務，主要是介護保險。

- (2) 醫師訪視每月 2 次為原則，未設定合理量，可至病家或照護機構。緊急訪視通常為臨終患者，其服務性質不同於醫院急診作業。
- (3) 醫師可開立處方，由家屬持處方箋至藥局領藥，或將處方箋傳真至合作藥局，藥師送藥。
- (4) 病患需支付部分負擔與交通費(如為定期巡診多不收)。

5、醫師訪視費支付標準：

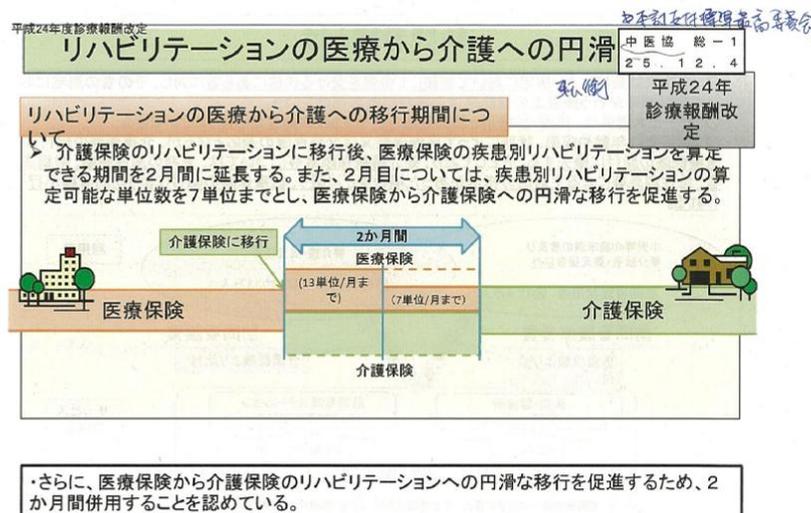
- (1) 到宅優於機構，護理之家等機構優於集合老人住宅。
- (2) 定期訪視外之緊急往診，加給750點。在宅患者緊急入院，入院加給合作醫院2,000點。
- (3) 提供在宅醫療之基層診所，皆須有合作醫院以確保在宅患者緊急後送住院之需求。此舉除有助提升病患之連續性照護外，間接降低病患滯留急診候床之情形。



6、復健治療支付與分工：

- (1) 復健加成給付：急症及術後 14 天內每單位加給 45 點(初期加算)，30 天內每單位加給 30 點(早期加算)；ADL 維持或有進步，每天加給復健專科 2000 點。每單位復健服務時間 20 分鐘，支付 200 點，一天 5-6 個單位。
- (2) 急性期至回復期(視疾病約 90-180 天)，主要由醫療保險支付；維持期及生活期，則由介護保險支付。

- (3) 腦血管、運動神經元、心血管及呼吸器疾患 4 類疾病，如經醫師專業診斷仍有積極復健之需求，可申請延長醫療保險支付期間。
- (4) 為鼓勵保險對象下轉到介護設施，提供 2 個月之醫療保險轉銜服務，以鼓勵下轉。另推動醫療院所提供介護復健服務，對不配合院所則下降支付點數。



## 7、訪問看護(即居家護理)

- (1) 由護理人員至病家或介護設施提供相關照顧，與臺灣健保之居家照護(包含醫師訪視及護理訪視)有所差異。
- (2) 服務對象：介護保險，經介護等級認定之 40 歲以上未滿 65 歲且屬 16 種特定疾病者，及 65 歲以上者；醫療保險，不分年齡、非屬介護保險服務對象者。
- (3) 醫療保險支付訪問看護療養費，介護保險支付訪問看護費。

## (二)介護保險

- 1、保險人：由市町村擔任，中央及都道府縣協助辦理。
- 2、財源：50%來自保險費收入，50%來自稅金，整體財務結構每 3 年檢討一次。
- 3、給付項目：包括在宅訪視照護服務、地區密集型照護服務、機構照護服務。保險對象須自付 10%部分負擔、住宿費及膳食費。
- 4、組織體制：包括政府部門(厚生勞動省、都道府縣、市町村)、民間之私部門(照護提供者或業者)及政府民間之合作事項(市町村結合當地民間照護事業體)。
- 5、服務提供者：

- (1) 設置標準與特約規定：介護保險法明定介護保險服務機構之指定、變更及撤銷等規定。服務機構可單獨特約或由主責機構以事業群特約，保險人依該地區不同照護類型機構之分配原則核准。
- (2) 機構品質確保與監測措施：
  - A. 第三方評價：業者自行委託經都道府縣指定之評鑑機關評核，以改善機構服務品質、營運情形等。
  - B. 資訊公開：服務機構必須公開相關照護資訊，供被保險人查詢與選擇。資訊公開內容包括服務機構基本資料、收費標準(含保險給付項目、自費項目)、申訴處理流程、品質確保方式(指標)、財報資料。
  - C. 政府指導監督：政府對服務機構訂有應遵行事項之最低基準，必要時予以行政處分，以確保服務利用者享有基本水準之服務。
- (3) 服務機構之指導監督體制：依服務類別由不同層級行政機關執行指導(輔導)及監督(稽核)。輔導方式包括召開說明會、實地溝通與座談；如經資料分析異常或接獲檢舉時，則採行稽核。
- (4) 服務機構如有虛浮報情事，處以停止特約(合約暫停)及終止特約(合約失效)。2012 年因不當申報費用終止特約案件計 41 件。
- (5) 離島等偏遠地區之介護資源提升措施：放寬設置標準、加成支付，因應支付加成同時調降部分負擔比率，使偏遠地區被保險人之部分負擔金額與一般保險對象相同。

#### 6、照護對象之需求評估與照護計畫擬訂：

- (1) 評估人員資格：市町村職員，及介護支援專門員(Care Manager)。Care Manager 須經考試及格與受訓，並領有證照。
- (2) 介護需求評估流程：申請者提交主治醫師意見書，由市町村認可調查人員(新申請或介護等級變更案件)或委託之 Care Manager (原判定等級展延案件)，利用電腦進行第一次判定(基本調查 74 項)，最後連同特殊事項調查報告，交由介護認定審查委員會進行第二次判定。

(3) 照護計畫擬訂：由 Care Manager 依照護對象需求及家屬期待擬訂照護計畫。Care Manager 需每月檢視照護計畫是否需要修改，服務提供者如有意見，亦可通知 Care Manager 調整照護計畫。

7、介護保險與醫療保險之給付界定：

- (1) 介護保險照護對象之需求，如遇介護保險與醫療保險給付重疊時，以介護保險為優先。若 Care Manager 評估照護對象有醫療需求時，則由醫療保險支付。
- (2) 介護保險與醫療保險之給付界定，於不同型態照護機構(介護設施)有不同區隔。
  - A. 介護療養型醫療設施：介護保險支付醫學指導管理，投藥、注射、檢查(如血液、尿液檢查)、處置(如創傷處理)之特定診療費，特殊檢查(如超音波檢查)及簡單影像檢查。醫療保險支付手術、放射線治療等。
  - B. 介護老人保健設施：介護保險支付醫學指導管理，投藥、注射、檢查(如血液、尿液檢查)、處置(如創傷處理)之特定診療費；醫療保險支付特殊檢查、簡單影像檢查、手術及放射線治療之緊急時設施療養費。
  - C. 特別養護老人院：介護保險僅支付醫學指導管理，其餘皆由醫療保險支付。

介護保險と医療保険の給付調整イメージ

○ 医療サービスは、施設により介護保険又は医療保険から給付される範囲が異なる。  
 ※ 介護療養型医療施設においては、入院患者に対して、指導管理、リハビリテーション等のうち日常的に必要な医療行為について、特定診療費を算定できる。  
 ※ 介護老人保健施設においては、入所者の病状が著しく変化した場合に、緊急等やむを得ない事情により施設で行われた療養について、緊急時施設療養費を算定できる。

手術・放射線治療 急性増悪時の医療等		緊急時施設療養費	医療保険で給付
特殊な検査 (例：超音波検査など) 簡単な画像診断 (例：エックス線診断など)			医療保険で給付
投薬・注射 検査(例：血液・尿など) 処置(例：創傷処置など)	特定診療費		介護保険で給付
医学的指導管理			介護保険で給付
	介護療養型医療施設	介護老人保健施設	特別養護老人ホーム

(※) 上図はイメージ(例えば、簡単な手術については介護老人保健施設サービス費に包括されている)。

- (3) 不同介護設施有不同之設置標準、人員配置。有醫師配置之介護設施，介護保險給付較嚴格。
- (4) 介護設施內之醫療處置，依該設施有無配置醫師及醫療複雜程度，決定由介護保險或醫療保險支付。



## 參、心得及建議

日本因應人口高齡化，家庭照顧功能不足，醫療照護成本持續增加，為減輕家庭經濟負擔，於 2000 年起開辦介護保險。

又為滿足民眾在家生活與終老之需要，及醫院病床數有限，若多數民眾維持於醫院辭世，隨著高齡人口日增，部分民眾之臨終處所何在，且社會照護資源有限等考量下，採取提高消費稅增加預算，整體改革醫療及介護計畫，地區醫療計畫交由都道府縣因地制宜，調高居家照護相關支付報酬，及提高民眾相應負擔等措施，以穩定社會保險財務，發展在宅醫療照護相關服務，落實在地老化之目標。

日本在宅醫療照護是跨醫療保險與介護保險之整合照護服務，連結多職種專業人力，以病人為中心，提供包括醫療、支持性復健、訪問看護、生活照顧等服務。發現民眾需求與服務連結的關鍵角色為介護支援專門員(Care Manager)，醫療與介護服務提供者間，也面臨溝通與整合的問題，有待努力與突破。

臺灣同樣面臨人口老化，家庭照顧功能弱化，也推行多項居家醫療照護，包括全民健保之行動不便患者居家照護、末期病患安寧居家照護、呼吸器患者居家照護、慢性精神病患居家照護、及特殊身心障礙患者到宅牙科服務，及長期照顧十年計畫之居家護理、居家復健、家庭藥師試辦計畫等。

兩相比較，日本在宅醫療與照顧服務涵蓋範圍較臺灣廣泛，係因含括醫療保險與介護保險之給付，加之日本致力於醫療與介護保險之整合(一體化)，促使在宅醫療與照顧朝服務整合運作。臺灣目前以公務預算支應長期照顧十年計畫，如要鼓勵醫事服務機構參與社區照護，整合運用醫療與照顧服務資源，以滿足民眾在宅終老需要，除全民健保總額預算外，財源籌措為一大課題。

此外，臺灣缺乏功能與照顧需求評估之專業人力，過度仰賴醫師主觀判斷，長期照顧十年計畫雖有照管專員負責評估個案功能與需求，但不同於日本經考試取得證照與訓練之介護支援專門員(Care Manager)，評估結果易遭受質疑。臺灣有必要思考從事功能與照顧需求評估之人員資格與教育訓練制度，以利所提供之服務切合個案需求，避免造成保險財務龐大負擔。

在宅醫療的成功關鍵在醫病信任感的建立，居家患者多屬弱勢民眾，醫師願意走入病家，

而病家願意敞開大門，雙方維持友善關懷的醫病關係，有助減少醫療糾紛。而在宅醫療照護之醫療處置合適性與規範，政策面宜先行研議，以利有志參與醫師有所依循，避免擔心動輒得咎而卻步。

目前臺灣與日本在醫院與診所、醫療體系與長期照護體系間的合作與銜接，包括出院準備流程、病患於社區照護及急性期住院之照護目標是否一致等方面，都仍有待加強。臺灣較日本具有單一身分證號及資訊優勢，有助於有效率地整合社會資源，實可於規劃長期照護保險之際，參考日本醫療與介護保險一體化法案制定與推動過程，同時檢討與制定政策目標，雙保險政策相輔相成，方能達到實質整合、避免疊床架屋之重複給付，真正提供急性、急性後期至長期照護之連續性服務。

# 伍、附錄

## 考察活動照片



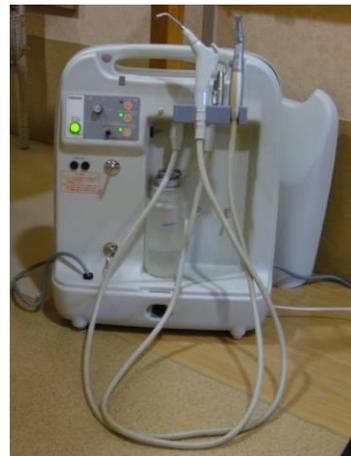
訪問國際醫療福祉大學大學院-武藤正樹教授



到宅牙科交通車



到宅牙科-照護機構



攜帶式吸唾機



到宅牙科診療實況



事前調查需求名單



AZBIL 株式會社訪問：Call Center 參訪



AZBIL 株式會社訪問：訪問介護座談



參訪太田區地區支援中心



訪問牧田綜合醫院-澤登久雄先生：  
居家服務地區責任醫院實務



與厚生労働省保険局、老健局座談



與厚生労働省保険局座談