

出國報告(出國類別：業務視察)

赴日本參與研討在宅醫療與長期照顧
整合模式實務運作

服務機關：衛生福利部醫事司

姓名職稱：王宗曦司長

派赴國家：日本

出國期間：104年2月8日至104年2月10日

報告日期：104年3月24日

摘要

日本為因應高齡社會的來臨、多重疾病患者增加、醫療費用急遽攀升，以及為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，而推動在宅醫療照護，行之多年，且已有一定成效。

藉此次參訪視察機會，瞭解日本在宅醫療政策推動緣起、制度規劃運作及介護保險制度實施方式。於隨同跟訪苛原診療所在宅醫療的實務執行單位及居家式與機構式照護設施之際，進而瞭解日本各類型長期照護設施所提供之服務方式內容及執行醫療照護運作模式，以作為我國未來推動「在宅醫療」政策整體制度架構及執行策略之規劃設計考量。

目錄

壹、目的	3
貳、行程	4
參、同行人員	4
肆、研討內容	
一、日本在宅醫療政策	5
二、日本社會保險簡介	9
三、日本苛原診療所	10
四、日本在宅醫療實務跟訪	15
伍、心得及建議	17

壹、目的

根據內政部統計資料，104年1月台灣地區65歲以上的老年人口已達282萬2,889人，占總人口之12.04%，依據國家發展委員會的推估，到了107年65歲以上的老年人口將超過總人口的14%；114年約占總人口的20%，即每5人中就有1位是老年長者，隨著人口快速老化趨勢，需要醫療及長期照顧人口也快速增加。

而日本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，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，提供在宅老人更有尊嚴及品質生活。

此次參與於日本千葉縣松戶市苛原診所之深度討論研習，並安排苛原醫師就日本實施長照經驗及推動以社區為基礎的整體照顧系統進行專題演講，瞭解日本以社區為基礎的整體照顧模式即是以社區整體支援中心為單一窗口，因應社區老人需要提供居住（團體家屋、老人住宅、小規模多機能）、醫療（居家醫療、居家復健）、照護（居家服務、居家護理）、預防（社會參與活動）以及生活支援一體化的服務模式，這些服務除了政府提供的公共服務外，也結合社會企業或社區住民、志工等非正式社會資源、機動性互助與合作，希望透過自助、互助、共助、公助概念的導入，全方位支援老人自在生活於社區，而所謂自助就是自己會做的事自己動手、自己管理健康、自己有能力自己購買服務；互助是社區的人們彼此互助；共助是介護保險的公共服務；公助則是政府應用公務預算推展的福利事業、社會救助等。

並藉由在宅醫療跟訪，瞭解日本在宅醫療的實務執行單位及居家式與機構式照護設施，瞭解日本各類型長期照護設施所提供服務方式與內容，並參與專業團隊至民眾住宅中執行醫療照護之運作的狀況，藉由實務參訪瞭解日本在宅醫療照護執行內容，作為我國未來推動「在宅醫療」政策之參考。

貳、行程

天數	行程	早	午	晚	宿泊地
第一天 2月7日(六)	台北—成田—東京 飛往日本成田機場，搭車前往住宿 飯店休息	×	×	○	千葉縣 柏 Crest 飯店
第二天 2月8日(日)	於「苛原診所」內深度討論研習 地址：千葉縣松戶市小金原 4-3-2 (了解日本在宅醫療如何運作執行)	○	○	○	千葉縣 柏 Crest 飯店
第三天 2月9日(一)	在宅醫療跟訪(醫師、牙醫) 介護付費老人之家 「Yukari 小金原」	○	○	○	千葉縣 柏 Crest 飯店
第四天 2月10日(二)	上午：自由時間 專車往成田機場，搭機返回台北	○	○	×	溫暖的家

住宿：柏 Crest 飯店

The Crest Hotel Kashiwa / ザ・クレストホテル柏

14-1 Suehiro-cho Kashiwa, Chiba-ken, 277-0842, 日本, 0120-288-309 (通話無料)

參、同行人員

立法院 陳節如委員

衛生福利部醫事司

王宗曦司長

心理及口腔健康司

張雍敏副司長

老年學暨老年醫學會秘書長

黎家銘醫師

牙醫師公會全國聯合會特殊照護委員會 黃明裕牙醫師

台灣社會福利總盟理事長、老人福利推動聯盟秘書長 吳玉琴女士

台南市 YMCA 基金會主任

游如玉女士

合計：7人

肆、研討內容

一、日本在宅醫療政策

(一)、緣起

日本在江戶時代就有類似在宅醫療的醫師出診服務，1860 年代有西洋醫學的引進，大部分在醫院做診療，因而區分看病者到醫院、照顧者在家裡的兩個體系。過去日本的病人通常是在宅死亡，1970 年的時候醫院與機構大量林立，因此改變了病人在宅死亡的情況。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，介護保險雖然是針對需要照顧的人提供服務，但對於照顧老人大多也同時需要醫療，所以介護保險與健康保險兩者並立。

日本高齡化仍持續進展，2025 年預期將會有戰後嬰兒潮的大量後期（75 歲以上）老人，各種疾病和失能的比例越來越高，住院需求提高，利用醫療機會更大，但醫院增加幅度相對不足，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。另日本厚生勞動省每 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何處生活或理想之臨終場所，根據調查結果顯示，生命末期的人，將近 6 成的人希望「如果可以的話在家善終就好」。

因此，日本在宅醫療推動的主要係因「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，其他還包括：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，故為了因應越來越多不便出門的老人，厚生勞動省醫政局於是特別設置在宅醫療推動室，開始著手規劃於社區中推動在宅醫療，提供老人在家所需要的醫療服務，而社區整體照護的部分則由老健局來負責業務。

2006 年開始有在宅醫療的服務提供外，藉由門診、在宅醫療、主動提供連續不間斷醫療照護。目前日本約有 1 萬 3 千多家在宅醫療（佔一般診療所 20%），提供社區居民在宅醫療服務，以醫師為中心，提供 24 小時

365 天的緊急往診服務。這些支援診療所的診療報酬高於一般診療所，申請在宅醫療診療所設立條件之一為必須可提供全年無休的支援服務設置，至少要三位醫師、至少一年需要提供五次緊急醫療服務，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，也表示該支援診療所對於在宅醫療的服務完成度較高。一般診療所中約有百分之二十申請支援診療所，出診到民眾家中會有出診費，針對有簽約的個案會固定到宅診療。

(二)、政策推行

由於成效良好，日本遂於 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，同年已有 105 個據點，目前此模式建立成效良好，全國持續推動。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。

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。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。

- (1) 醫師：提供一個月兩次「到宅醫療」，對於醫療往返有困難之病患，於病患自宅定期訪問及診察，計劃性的給予健康管理。緊急時以 24 小時 365 日的方式對應，有必要時也做臨時往診及住院處的準備。
- (2) 護理師：提供「居家護理」次數多於醫師，護理師經醫師指示至患者自宅訪問，包含病狀觀察、醫療機器管理等。
- (3) 牙醫師：「牙醫訪問診療」因長期臥床之個案牽涉口腔衛生和吞嚥功能，醫師至病患自宅定期牙科檢查與診療、口腔衛生與保健，也是相當重要的一環。

- (4) 藥劑師：採「訪問藥劑管理指導」，針對於外出有困難之患者到患者自宅進行調劑醫藥品之分配及用藥指導及設定每週藥物等，確認個案服用藥品的方式與劑量是否正確。

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，透過多職種合作提供高效率之醫療服務，由區域綜合支援中心的介護支援專員，結合社福醫療保健資源，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，透過多職種合作，地方政府加強社區領袖或領導者培訓，積極參與在宅醫療之人力發展。

此外，在宅醫療是醫護人員利用定期的訪問，觀察患者的生活進行介入。在過程中，醫療和護理專業者所擁有的時間極少，所以考慮照顧團隊的構成時，絕不能把患者本人和家屬排除外，也就是說在宅醫療的關鍵在於照顧團隊全體能力的提升，醫護人員的主要作用是儘量提高本人和家屬的能力。

(三)、在宅醫療運作模式

1. 對象及來源

- (1) 在宅醫療的對象為往返醫院有困難者，包括：高齡衰弱或失智症高齡者、末期癌症、神經退化疾病患者、早發性重度障礙或嚴重外傷而臥床的病人。
- (2) 在宅醫療患者的來源透過：門診部、社區轉介及醫院轉介等三個管道。

2. 服務項目、給付來源

- (1) 在宅醫療提供的服務項目，包括：安寧照護、在宅氧氣療法、尿管照護、管灌療法、處方藥品、靜脈注射、中心靜脈營養、氣管切開術後及人工呼吸器照護。

(2) 給付來源

日本社會保障制度主要可分成兩部分：稅收及社會保險制度，所有福利系統皆由厚生勞動省管轄。

A. 以稅收為基礎給付特色：

不論個人繳稅的能力，所有人都可以獲得給付，且有時候能使用免費的服務(如在日本，救護車和緊急救護人員服務是免費的)。

B. 以社會保險制度為基礎的給付特色：

所有日本人都被視為被保險人，或是未來被保險人。原則上，惟有支付保險費的人才能獲得補助。當被保險人獲得醫療或照顧服務給付時，也必須負擔醫療或照顧的部分負擔。



二、日本社會保險簡介

日本有三大社會保險，包括年金保險、健康保險(醫療保險)及長照保險(介護保險)等。

1. 醫療保險制度：

健康保險提供醫療給付(包括診斷手續)等。而所有日本人都被視為是被保險人，且有義務繳交保險費。當被保險人獲得醫療服務，個人也需要負擔部分服務費用(約10%-30%)。

被保險人每月部分負擔的上限是根據醫療保險而設定的，且如果部分負擔超過上限，超出的部分都會由保險支應。

在日本，除了研究性質的治療外，幾乎所有醫療都被涵蓋在健康保險中。

2. 醫療保險系統提供的在宅醫療

大部分的治療由醫生執行，其中牙醫治療占絕大多數，而護理服務也占相當比例(由有執照的護理師提供)。藥劑師提供藥品服務的一部分。另外、物理、職能和言語治療亦能藉此保險系統而提供一部分服務。

3. 介護保險制度

長照保險專為高齡者提供照顧服務。而所有40歲以上的日本人都被視為是被保險人，並且有義務繳交保費。當被保險人使用服務時，必須部分負擔總金額的10%。另有利用負擔高額制度，若負擔到一定程度，依家庭收入狀況限定最高支付的額度。

4. 介護保險的好處是：

接受長照機構提供的照顧服務、可選在自家或是日照服務中心，另亦可提供住宅修繕、福祉輔具的租借與販售。

5. 在宅醫療職種與給付體系

在宅醫療職種	專業行為	給付體系
醫師	在宅醫療	健康保險為主
護理師	居家護理	介護保險或健康保險
牙醫	牙醫治療	介護保險和健康保險
藥劑師	處方藥物管理	主要是介護保險
物理/職能/言語治療	復健	主要是介護保險
照顧服務員	身體照顧服務和家務	介護保險或身心障礙

在宅醫療職種	專業行為	給付體系
個案管理師	個案管理	介護保險

6. 各項制度之給付財源與內容

制度	財源	給付內容
健康保險(所有年齡)	社會保險	醫師訪視/牙醫訪視/護理服務占相當比例/部分是物理、職能和言語治療/藥劑師服務。
介護保險(40歲以上)	社會保險	護理師訪視/物理/職能和言語治療/藥劑師訪視/ 照服員提供的服務/到宅沐浴/日照服務
身心障礙者福利(所有年齡)	稅	照服員提供的照顧服務/到宅沐浴/專為年輕人提供的日照服務(年齡低於40歲)
緊急救援(所有年齡)	稅	救護車緊急運送、緊急醫療支援和急救服務

三、日本苛原診療所簡介

苛原診療所位在千葉縣松戶市，人口 48 萬人，人口老化的比例為 20.5%，其松戶市內的小金原區高齡化比率是 23%。於 1999 年 5 月成立「小金原醫療服務株式會社」，於 2001 年變更社名為「苛原診療所」。

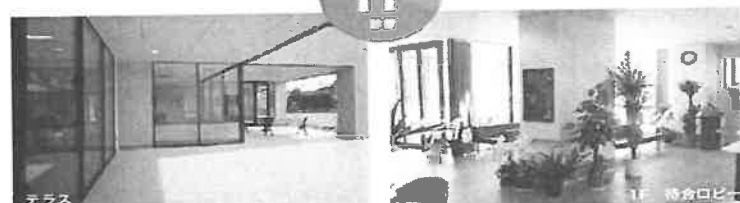
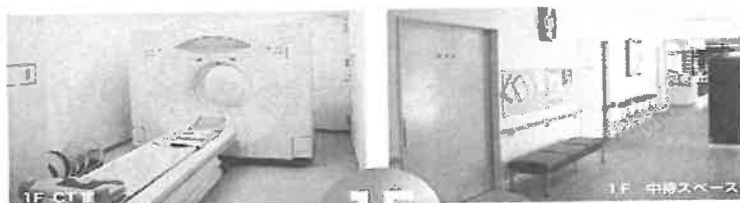
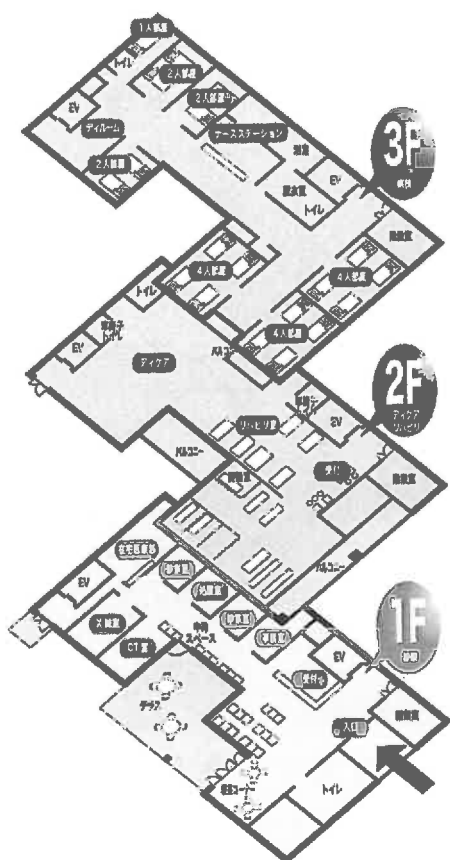


該診療所提供住院病床 19 床並設有居家護理所、居家照顧中心、復健中心、日間照顧中心等事業體。為一提供在宅醫療之診療所，並

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 24 小時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 案，也到機構進行診療，一次大約可進行 10 人左右。

苛原診療所提供之 19 床住院病床(個人房：1 間 10000 円/日、2 人房：3 間 5000 円/日、4 人房：3 間，其費用未記載)。提供服務內容簡介如下：

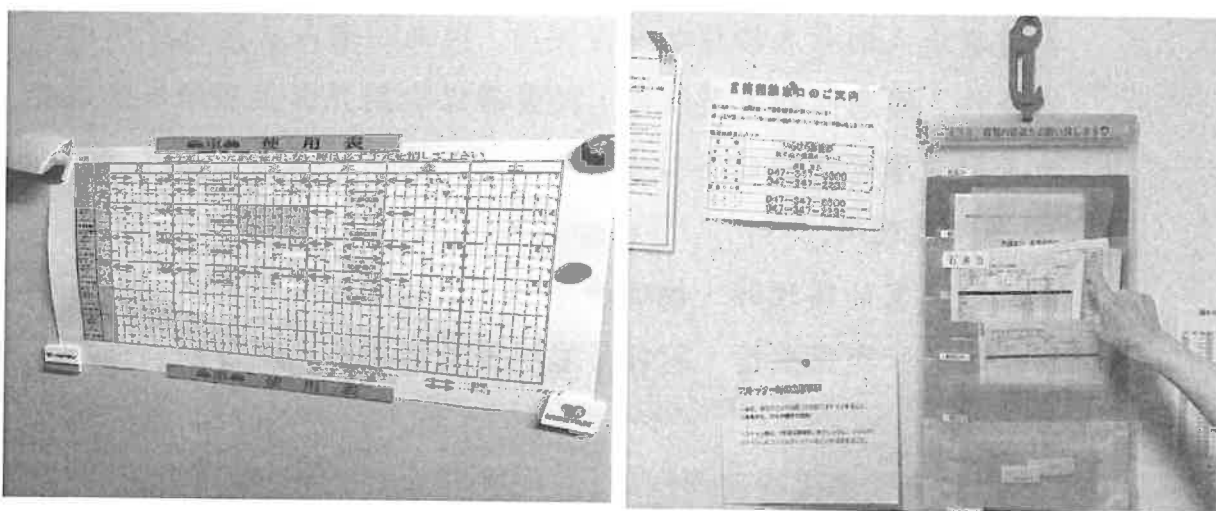


(一) 訪問診療護理 (在宅醫療部)

1. 何謂訪問診療

往返醫院有困難者，定期由醫師與護理師進行定期的家庭拜訪，提供診療、療養等指導。拜訪的時間事先決定好，原則上每個月拜訪兩次，根據每個病患的狀況而定。

有關拜訪時間，交通狀況或其他拜訪地點的處理內容等影響，大致上無法指定，若有很大的變動會再連絡。



2. 診療所の居家護理

接受訪問診療者，經由醫師的指示前往拜訪，接受點滴等。

3. 對象

凡是往返醫院有困難者，任何年齡、任何人皆可接受訪問診療。

對象區域範圍：松戶市、柏市

4. 接受訪問診療

攜帶以下指定證件，來院所諮詢：

- (1) 與本院的在宅醫療部電話洽詢。
- (2) 攜帶的指定物品：保險證（健保卡）。
- (3)（若有以下證件也一起帶來）例如：後期高齡者醫療被保險證、介護保險證、身心障礙手冊、特定疾病醫療受給者證或介紹書等情報提供書等。

(二) 復健中心

物理治療師（PT）提供肌力、關節可動範圍、平衡感能力的維持、改善訓練。以基本動作及步行為主，為改善生活中的必要動作，執行運

動療法、溫熱療法、水療、超音波療法等減輕疼痛及改善循環的物理治療。

院內有物理治療師 (PT) 及職能治療師 (OT) 以回歸家庭為目標者及短期入所為目的者進行運動療法、日常生活動作的練習，對家人進行照顧指導。

本醫療法人的苛原診療所有復健所，與南柏老人居家護理所的居家復健合作，從急性期至慢性期，從醫療保險到介護保險所有的病患，即使身體有障礙仍然能安心生活的社區，提供「像自己的生活」。

(三) 居家護理所

由經驗豐富的護理師、物理治療師、照顧管理員進行訪問。可與主治醫生聯繫，觀察病情，附設居家照護支援事務所，可擬訂照顧服務計畫。

(四) 居家照護支援事務所

介護支援專門員可根據本人及家屬的希望擬訂計畫書。

(五) 日間照顧

尤佳利 (Yukari) 日間照顧小金原



1. 簡介：

尤佳利小金原於 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14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，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才可入住。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. 服務的內涵：

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，會儘量讓長輩去做。

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，需遷入戶籍。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，並不是住宅與診療所

簽約。一旦簽約，可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，若住民沒簽契約，於夜間若有狀況時，則需叫救護車送去醫院就診。

四、日本在宅醫療實務跟訪

此次在宅醫療之實務跟訪在苛原診療所協助安排下，由苛原診療所(石井誠之醫師、護理師、司機等人)等帶領本次與會相關人員分組於不同時間進行在宅醫療實務。每次執行在宅醫療之訪視個案為 4-6 位不等，因日本在宅醫療場所，並不侷限在家，其包括範圍如醫療服務的高齡者住宅、護理之家、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較多個案。



於 2 月 9 日上午共訪視 6 位個案，一早便驅車前往失智老人住宅，石井誠之醫師於車上即開始用電腦了解病情，第一位個案為 83 歲女性之乳癌術後及子宮脫垂切除之術後患者，平日狀況平穩，於測量生命徵象(體

溫、血壓、脈搏、呼吸…等)、觀察評估後，醫師、醫療團隊給予親切溫暖問候。第二位個案為 76 歲女性乳癌患者，噁心、嘔吐，經評估可能因施打 Morphine 所引起之副作用，前於住院期間曾使用氧氣，目前未使用氧氣亦不覺有呼吸困難之症狀，但個案精神稍顯虛弱，無法長時間坐起，坐沒多久即須躺下休息，且主述身體不適。第三位個案為 98 歲女性之失智症長者，有高血壓及便秘之慢性病史，此類個案較著重於日常生活之照護、如飲食、身體清潔及家務維持等。平日若有身體不適需就醫之情況，則啟動介護系統，以及時給予適切之醫療。而第四位為 81 歲男性之失智症及巴金森氏症之個案，該個案顏面無表情、平日不講話、四肢僵硬，平日走路即不穩且常撞到頭部、臀部等。環視此專門收容失智症之集合式住宅，地板皆為木製，且為個案備易穿脫之鞋子，顯已特別為生活不便的個案作好日常因應之準備，一般家庭可能無法提供如此便利之環境。第五位為 46 歲男性，患有嚴重失智症及高血壓，顯然日常生活的協助照料，更甚於藥物治療。第六位為 96 歲男性之泌尿道感染個案，之前曾患有流行性感冒且有輕微失智，該名個案並無疼痛或不適之主訴，但有時會到此集合式住宅短期住宿，而家屬亦可有短期的休息。第七位是 47 歲男性腦性麻痺且仰賴呼吸器之個案，該名個案並非今早的預約名單，而是臨時打電話抱怨，要求須有醫師訪視，苛原診所石井誠之醫師亦臨時前往診視，在做完身體評估，亦給予相關之醫療協助。

轉眼即中午，在簡使用完中餐後，隨即展開下午的訪視，平日皆安排 4-5 位個案，但因代替別的醫師訪視，故今日下午預計訪視 9 位個案。第一位 44 歲女性個案，因 16 年前車禍造成生活無法自理，平日母親在旁照顧，但因近日母病，所以先生亦在旁協助。第二位男性為一位股靜脈病變、營養不良、惡病質，非常虛弱，已 3 週無法進食，預估即將於一週內死亡，經診視並給予患者及家屬心理支持。第三位為 91 歲男性藝術家，因主訴下背痛，已一年未出門，雖經建議住日間照護機構，但個案希望住在家裡，所以石井誠之醫師仍定期前往訪視照護。接著前往護理之家共訪視 4 位 70 歲至 89 歲年齡不等之住民。石井醫師提及在日本第一大的挑戰是失智症的照顧，獨居或獨居夫婦占多數。而第八位為患失智症已

10 年的個案，第九位亦為失智症之個案，平日不願意讓人碰觸，而此次卻也配合醫師的身體評估檢查，抽血等。

一整天的在宅醫療跟訪，時間雖緊湊，但醫療團隊與個案及家屬之互動除了注重醫療照護細節、不忘禮儀交流且充滿溫馨細緻之人性關懷。

伍、心得及建議

日本為因應高齡社會的來臨、多重疾病患者增加、醫療費用急遽攀升，以及為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的支持環境，非常令人感佩。

感謝陳節如委員、老人福利推動聯盟等相關單位安排，得藉此次參訪視察機會，瞭解日本在宅醫療政策推動緣起、制度規劃運作及介護保險制度實施方式。在跟訪苛原診療所在宅醫療的實務執行單位及居家式與機構式照護設施，進而瞭解日本各類型長期照護設施所提供之服務方式內容及執行醫療照護運作之模式。

台灣和日本有著相同的風俗文化，一樣面臨高齡化社會所帶來的家庭照顧者困境與醫療費用急遽攀升之衝擊，雖我國之醫療普及與技術發展已令他國稱羨，於長期照顧政策亦有初步發展，為謀國民健康，提供更完善更符合人性需求之醫療照護更是我們不斷努力的目標。惟，在宅醫療是否適用於台灣，尚須了解，除於目前全民健康保險制度及醫療照護架構下，是否另有財源經費支持，以利我國未來推動「在宅醫療」政策整體制度架構及執行策略之規劃設計考量。