

出國報告（出國類別：考察）

日本長野縣在宅醫療推動情形

服務機關：衛生福利部中央健康保險署

姓名職稱：吳錦松專門委員、許明慈專員

派赴國家：日本

出國期間：104年8月30日至104年9月3日

報告日期：104年11月18日

摘要

在宅醫療這類由醫師出診的服務，在西方醫學成為顯學後式微，到醫療院所接受疾病治療，感染管控、藥材、設備及人力各方面配置都比較完善，相對安全有效。然而，隨著高齡人口快速增加，住院需求提高，在供給追不上需求，及降低不必要社會性住院下，日本於是結合醫療保險與介護保險資源，推動在宅醫療，迄今近二十年，在日本不同區域發展出不同的在宅醫療模式，共通點是強調跨專業與團隊合作，目標是「支援人們在家生活到最後」。

本次實地參訪日本長野在宅醫療模式，是屬於農村(偏遠地區)形態，強調基層照護與健康管理，在區域內醫療與照顧服務機構的共同合作下，提供涵括急性、慢性到生命末期的照護服務，其發展經驗及運作型態，值得臺灣學習和深入探討。

目次

壹、目的	4
貳、過程	5
一、日本長野縣人口與地理特色	5
二、佐久醫療體系	5
三、佐久綜合醫院之歷史與簡介	6
四、國保川上村診療所參訪	10
五、小海分院參訪	12
六、小海診療所、小海居家護理所參訪	13
七、佐久老人保健設施參訪	14
八、佐久醫療中心參訪	15
參、心得及建議	16
一、心得	16
二、建議	17
肆、附錄：考察活動照片	18

壹、目的

一、緣起：

全民健保自 1995 年起陸續推動多項居家相關醫療照護，包括一般居家照護、呼吸居家照護、安寧居家照護、慢性精神病患居家照護及特殊身心障礙者到宅牙醫醫療服務等，並於 2015 年 4 月 23 日辦理「104 年全民健康保險居家醫療整合照護試辦計畫」，逐步擴大居家醫療之照護對象，期提升行動不便患者之醫療服務可近性。

應立法院陳委員節如邀請，與社會福利團體、公私立醫療機構、醫療專業公(協、學)會先進，至日本長野縣考察在宅醫療之實務與參觀佐久醫療體系，長野縣位處日本偏遠地區，縣內民眾多數從事農業，為日本最長壽縣，但醫療支出卻低。佐久綜合醫院自 1944 年成立，即深耕社區醫療，以出張診療(巡迴醫療)聞名，適逢健保研議整合居家相關醫療服務之際，其醫療照護模式及運作方式，正可作為借鏡。

二、參訪目的：

- (一)瞭解日本偏遠地區醫療照護模式及運作模式，以作為臺灣居家醫療整合規劃之參考。
- (二)參訪深耕偏遠地區醫療之佐久綜合醫院及其體系內醫療與照顧服務機構。

三、參訪行程：

日期	地點	參訪活動
8 月 30 日	臺北—東京—長野	去程
8 月 31 日	長野	佐久綜合醫院：演講與問答
9 月 1 日	長野	特別養護老人之家野邊山簡介 國保川上村診療所：參觀與問答 小海分院：參觀與問答 小海診療所、小海居家護理所：參觀與問答 佐久老人保健設施：參觀與問答
9 月 2 日	長野—東京	佐久綜合醫院：總院長演講與問答 佐久醫學中心：參觀
9 月 3 日	東京—臺北	回程

貳、過程

一、日本長野縣人口與地理特色

長野縣位於本州中部，是全日本第四大縣，地形呈南北狹長，周圍被海拔三千公尺左右的群山環繞，因此被稱為「日本的屋脊」；受地形影響，氣溫的落差相當大，濕度較低，因為空氣純淨難以形成雲，所以日照時間較長。長野縣是日本少有的農業縣之一，高原果樹和蔬菜栽培發達，林業也很發達。

長野縣人口總數約 211 萬人，65 歲以上人口比率為 28.9%，高於全國。為日本最長壽縣，平均壽命男性 80.88 歲、女性 87.18 歲，均為全國第一位，老年人口就業率亦居全國第一位。平均每名老人醫療費用最低，堪稱健康長壽縣。

二、佐久醫療體系

位於佐久市的佐久綜合醫院是 1 家 350 床之區域醫院，核心理念是「與農民在一起」，為了回應居民的需求而逐漸擴展規模，在佐久市南邊的小海町成立了小海分院，往下再設多個診療所，如小海診療所、國保川上村診療所等，另有 6 家居家護理所及數家老人保健設施，以回應區域內民眾醫療與照顧需求。為縮短佐久市南邊病患轉送就醫時間，自 2005 年受長野縣政府委辦醫療直升機（Doctor Heli）後送服務，每月平均約 50 架次。2014 年更在佐久市設立佐久醫學中心，提供急重症病患後送醫療服務，至此，佐久醫療體系之醫療與照顧服務網更形完備。



圖 1、佐久綜合醫院



圖 2、佐久醫療體系服務網絡

三、佐久綜合醫院之歷史與簡介

(一) 1944 年長野縣農協(農會)成立佐久醫院，1945 年 3 月因左翼思想遭東大流放的若月俊一醫師就任外科醫長(外科部主任)，發現病人延遲就醫嚴重，認為應該化被動為主動，自 1945 年 12 月開始出張診療(巡迴醫療)。



圖 3、昔日搭乘馬車出張診療

- (二) 1946年10月若月俊一醫師就任院長，至1994年退休，因此，佐久綜合醫院之歷史可說與若月醫師息息相關。
- (三) 1947年首次舉辦一年一度「醫院祭」，融合慶典與衛教活動，邀請民眾認識醫院，同時吸收醫療專業知識。
- (四) 過去教育不普及，若月醫師認為以演說衛教，不如透過戲劇方式有效。於是組成演劇班，於巡迴醫療結束後，由住院醫師等醫護人員演出，使民眾認識疾病。演出結束後，往往已超過晚餐時間，民眾為了表達感謝，邀請醫護人員一起用餐，免不了喝酒助興，若月醫師會率先飲酒，以拉近與民眾的距離，瞭解農家的想法，因此當地民眾戲稱佐久(Saku)醫院是酒(Sake)醫院。



圖 4、出張診療宣傳海報

- (五) 1959年若月醫師開始八千穗村全村健康管理，為日本最早的集團健康篩檢活動。這項措施是因農保要求看病當下要付部分負擔，對在收割時期才會有收入的農民，產生就醫障礙而發展的措施。利用非農忙的冬天，一年一次巡迴全村進行篩檢、衛生教育和疾病診斷，檢查項目與結果在醫院建立「健康台帳」(病歷)，在民眾家中放置「健康手帳」(健康手冊)，導入個人健康管理概念。另外，由村裡推薦德高望重的民眾，擔任無給職的「衛生指導員」，於農忙時不間斷關心民眾健康，提供保健指導。因為一般健康照護者都是女性，若月醫師希望提高男性參與率，且區域消毒時須負重物，所以衛生指導員皆為男性，女性另有健康促進委員

會，雙方會合作促進區域健康。因為成功提升民眾的「健康意識」，及早期發現早期治療，八千穗村每人每年醫療費比全國平均低上許多。



圖 5、衛生指導員海報發表(清一色男性)



圖 6、健康手冊變革

(六) 佐久綜合醫院長期耕耘區域照護，在「住民主體性」原則下，營造對等關係，提升社區之協働性，共同合作使社區變得更好。1994 年 9 月成立地域醫療部(社區醫療部)，下設地域照顧科，以細緻應對區域老化與照顧問題，及擔任公部門及社會福祉協議會(半官方)、農協等單位之對口。因為行動受限無法到院診療者日益增多，所以充實在宅醫療服務，但實現在宅安老，只靠在宅醫療是不夠的，還需要家屬、社區的支持與協助；當老人不得不入住機構時，當地要有老人保建設施等機構，而不是被迫搬離原有生活圈，並且要能滿足老人臨終返家的心願，才能稱得上是好的區域照護。

(七) 為使「住民主體性」活動得以延續下去，開設保健福祉大學(屬社會教育，非正規教育學制)，針對民眾及農協職員等對象，於農閒時期開課。參與受訓者需認養社區，發展社區自主性活動，使自己所屬社區變得更好(社區營造)。

(八) 認為醫師之臨床不在醫院，而在社區，所以要跨出醫院到社區。

(九) 佐久綜合醫院 5:3:2 營運模式：住院 5、門診 3、社區健康管理 2。

1. 健康資料回饋給個人及社區，供個人改變生活習慣及社區進行健康管理。
2. 針對不同生命歷程設計不同衛教內容，最重視中小學衛教。
3. 健康管理預算均來自醫院，無政府預算支持，為赤字營運項目，但長野縣內農協系統醫院會互相支援。
4. 民眾接受健康檢查要自付 2、3 千日圓，檢出疾病前 3 名為高血壓、高血脂、糖尿病，均為生活習慣相關疾病。(市町村另有公費四癌加腎病篩檢)

(十) 在宅醫療：

1. 照護對象：病人及主要照顧者，平均每位個案照護期間 2 年。
2. 服務提供者：醫師、護理師、藥師、營養師、物理治療師等。以護理訪視居多。
3. 往診科別包括內科、神經內科、皮膚科、眼科、心臟內科等。營養師針對吞嚥困難患者，藥師針對不會服藥或容易服錯藥患者(如失智症)。
4. 9 成藥品釋出至社區藥局，提供調劑與藥事服務。
5. 365 天 24 小時應對，開業醫與區域醫院之醫師合作提供。照護對象夜間有狀況時，護理師會先處理，無法處理再轉值班醫師處理(約 2-3 次/月)。
6. 安寧療護服務項目包括悲傷輔導、遺體護理、遺族訪問及舉辦遺族會。
7. 照護對象經醫師確認死亡後，回院開立死亡診斷書，再由家屬到院領取。
8. 醫師往診的跟診護士與居家護理訪視護士不同。
9. 醫事人員往診途中發生交通事故(含有登錄的自用車)，由醫院負責損害賠償。

(十一) 醫療福祉都市(Medicopolis)構想：由若月醫師提出，以醫療福祉為核心的農村再生計畫。完備的醫療和福祉照顧，使都市退休老人願意到鄉下生活，間接促使年

輕人返鄉就業與生育，其次發展教育學習資源，再配合振興產業活動，充實當地資源，讓農村不會因為高齡化而滅村。

四、國保川上村診療所參訪

(一) 川上村位處佐久市南邊，距離佐久市約 1 小時車程處。國保即國家醫療保險，因此國保川上村診療所是公立基層診所。

(二) 綜合健康基地(Healthy Park)構想：國保川上村診療所設在一棟漂亮的建築內，整棟建築內還有保健福祉課、社會福祉協議會(半官方)、居家護理站、日間照護中心、社區整體照顧支援中心、健康福祉設施等單位，形成綜合健康基地(Healthy Park)。Healthy Park 的構想是將保健、福祉、醫療與介護(長照)服務一元化，方便民眾在一處獲取所需各種服務，同時也讓各職種從業人員即時交流。每日召開多職種聯絡會議，每次會議時間 20 至 40 分鐘，參與者視需要包括醫師、居家護理師、居家服務員、個案管理師、公衛護士、支援醫院行政人員等，以掌握照護對象之現況。



圖 7、綜合健康基地(Healthy Park)

(三) 健康促進設施：包括針灸服務(自費)、溫泉設施(2 處，65 歲以上免費)、健身房(500 日圓/年)。因為川上村標高 1185 公尺，年均溫 7.5 度，僅七月及八月不會降霜，加上農作勞動，老農普遍有腰痠背痛的問題，靠醫療無法治癒，而是以緩解的方式照顧自然老化產生的不適。有趣的是為了增加長者活動量，提供 65 歲以上老人免費泡湯的溫泉設在 3 樓，而其他村民自費泡湯的溫泉則設在 1 樓。



圖 8、健身房

(四) 日間照護：採開放式空間設計，相當寬敞明亮，空氣中沒有異味。躺床、洗手台等設施都在開放空間，雖然少了隱私，但可以增加人際間互動，而且不怕突發意外沒人發現。日間照護介護保險有給付，2015 年起擴大提供自費之過夜服務。



圖 9、日間照護

(五) 國保川上村診療所：

1. 因為個人進修受限、技術延後，及子女教育問題，日本偏鄉同樣面臨醫師不足的困境。因此，國保川上村診療所雖然是公立基層診所，仍需要佐久綜合醫院支援。門診時段為週一至週五上、下午，每月 1 診週末診，往診服務(在宅醫療)每週有 3 時段。
2. 佐久綜合醫院選派醫師支援診療所的邏輯與臺灣相當不同，因為診療所為全人照護，所以能力強且視野寬，能平衡思考各面向需求的醫師才能勝任，因此選派比留在本院的醫師優秀的年輕醫師，每 3 年一輪調。伊澤總院長認為，有支援診療

所經驗的醫師都是醫院未來的重要資產。診療所內設有內視鏡、超音波設備，醫師具備操作與判讀的能力。

3. 川上村由於地處偏遠，在宅死亡率(20%)顯著高於全國平均 12.8%，其中訪問看護(居家照護)的照護對象，在宅死亡率更高達 55.6%，除了表示川上村在宅醫療作得好外，也反映了醫療資源充沛區域，在宅死亡率反而下降的現象。

五、小海分院參訪

- (一) 小海分院原為紅十字醫院體系，因醫師不足於 2003 年起交由佐久綜合醫院經營。佐久市南邊地處偏遠，人口高齡化，多數人從事農業，村莊仍有集體意識，人與人往來互動密切。小海分院是一家 99 床的地區醫院，往上有佐久綜合醫院、佐久醫學中心作為急重症後送醫院，往下有診療所、特別養護老人之家、老人保健設施等，與地方政府強力合作，建構醫療、保健、福祉與介護的服務網絡，共同守護當地民眾的健康。
- (二) 小海分院環境明亮、整潔、色調溫暖，有內科、兒科、外科、骨科門診與 24 小時急診，也設有透析室、復健室，檢查包括放射線、內視鏡、電腦斷層等設備。讓人印象深刻的是，所到之處都相當安靜，包括急診室，80%急診患者可自行處理，20%轉診至佐久綜合醫院或佐久醫學中心。



圖 10、急診室一隅

- (三) 參訪時，透析室空無一人，因為白天為農作時間，配合民眾作息，提供夜間透析服務，讓農民採收新鮮蔬菜供應東京居民食用。醫院未提供交通接送，透析患者

仰賴市町村的交通接駁。復健室不像臺灣「熱鬧」，沒有太多患者，也沒有太多器材，患者由治療師一對一徒手治療，治療師與病人比率非常令人羨慕。



圖 11、復健治療師一對一徒手治療

六、小海診療所、小海居家護理所參訪

(一) 小海診療所於 1959 年設立，2000 年遷置 JR 小海車站內，與商店街連在一起，交通方便。診療科別有內科、胃腸科、小兒科、外科、骨科、眼科、皮膚科等，診療所內設有 X 光、心電圖、超音波等設備；除了門診服務，也提供往診服務(在宅醫療)。佐久綜合醫院與小海診療所間有電子病歷共享資訊，提升診療效率。



圖 12、小海診療所

(二) 小海居家護理所與小海診療所共構，提供 365 天 24 小時訪問看護。在日本，居家護理所與診療所、醫院是各自獨立的機構，員額編制分開，為了即時交換資訊與溝通，常常設在一起，但居家護理訪視護士與醫師往診的跟診護士不同。

(三) 佐久醫療體系內 6 家居家護理所，共有 47 名居家護理師，及 4 名物理治療師。小海居家護理所因交通便利，服務利用率較高，編制員額較多，有 9 名居家護理師，及 3 名物理治療師。

(四) 與小海診療所及小海居護所同一棟建築內，有一間身心障礙者庇護工場，為多機能機構，提供生產活動訓練與看護服務。在房價相對高的車站共構建築內，設置庇護工場，推想是為了方便家屬接送身心障礙者。

七、佐久老人保健設施參訪

(一) 佐久老人保健設施於 2001 年開設，提供日間照護、喘息服務及機構住宿。

1. 日間照護：接送、復健、洗澡、用餐等。
2. 喘息服務：2 天 1 夜到 3 週的短期住宿服務。
3. 機構住宿：以回歸家庭為前提，提供復健訓練。農忙期間，提供類似「托老」的長期住宿服務。



圖 13、機構住民復健訓練

(二) 日本 2000 年開辦介護保險，以家庭照顧為前提，機構式照護也不例外，以照護對象返家生活為目標，但實際上愈來愈難達成，因為照顧不耐而產生的家庭暴力、棄養等問題逐漸浮上檯面。

(三) 老人保健設施設定的照護對象為老衰者及身心障礙者，但入住者幾乎都是失智症、精神病患者、神經相關疾患者，多數為無需住院、但仍無法獨立生活，而由醫院轉入。

(四) 設施長清水茂文是佐久綜合醫院第三任總院長，卸任後持續在小海町為民眾服務。對於設施入住者增加，他並不以為喜，反而對家庭結構瓦解、農村社會崩盤表示不樂觀，在宅醫療面臨嚴峻的挑戰，認為「綜合健康基地(Healthy Park)」支援人們在家生活到最後及「醫療福祉都市(Medicopolis)」發展醫療照護產業留住年輕人，可能是解決之道。鄉下需要全科醫師(General Practice)，也需要其他專業人員，應從大學教育著手訓練具社區意識的人才。

八、佐久醫學中心參訪

- (一) 佐久醫學中心是 1 家 450 床的急重症治療醫院，主要照護由救護車、醫療直升機轉送的急重症患者，不作診斷只作治療。民眾沒有轉診單直接至醫學中心就醫，並未加重部分負擔比率，但是民眾不會未經轉診至醫學中心就醫。
- (二) 醫院大廳像圖書館，環境幽靜，沒有熙熙攘攘的病患，分級制度做得非常好，令人讚嘆。

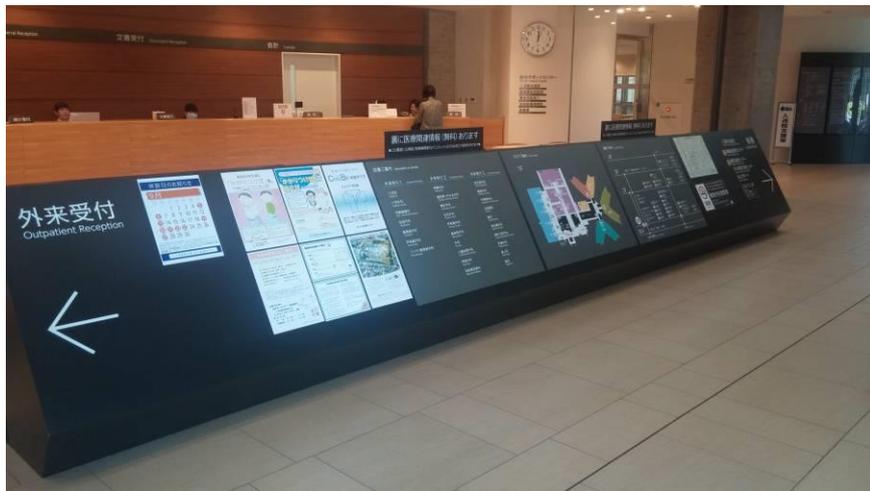


圖 14、佐久醫學中心大廳

參、心得及建議

一、心得

隨著人口高齡化，失能人口增加，家庭照顧功能弱化，臺灣社會面臨日益嚴重的照護問題。日本比臺灣早 10 多年面對銀浪來襲，為了實現「支援人們在家生活到最後」的理念，結合醫療保險與介護保險的居家相關照護，發展出在宅醫療；然而，單靠在宅醫療是不夠的，還需要社區為後盾，透過社區整體照顧支援中心，將保健、福祉、醫療與介護(長照)服務導入，使病患能安心在社區生活。

佐久醫學中心—佐久綜合醫院—小海分院—診療所—居家護理所—老人保健設施等長照機構，是因應佐久地域農村形態發展出的社區醫療與照護網絡。從佐久綜合醫院的歷史，可知醫院與社區及民眾的連結是日積月累建立起來的，許多健康措施經過長期推動，才得以紮根擴散。例如八千穗村的農民體操，演變成全日本 65 歲以上長者的收音機體操。

伊澤敏總院長說：「佐久醫院不是為了變大而變大，是為了回應民眾的需求而變大。」、「隨著組織越來越龐大，要如何讓每一個員工都瞭解、接受醫院的理念是一大難題。」有使命的醫院是社區民眾健康的依靠，才能不計較醫院得失，持續投入社區健康管理，而非靜待民眾延遲就醫後重症治療所帶來的利益。日本醫療保險支付制度與臺灣一樣，也是以論量計酬為主，並非論人計酬，在臺灣多數醫院一味追求利潤最大化，民眾感嘆病看不好的時候，佐久綜合醫院能堅持「與農民在一起」的理念，格外讓人佩服。

佐久醫療體系內各層級院所各司其職，就近照顧區域內的居民，真正落實雙向轉診與垂直整合。面對偏鄉醫師人力不足，由醫學中心醫師支援區域醫院，區域醫院、地區醫院醫師再支援診療所；體系內醫師也能至醫學中心學習新技術。長期深耕社區及民情不同，使雙向轉診在沒有守門員制度下，依然得以實現。

站在民眾與照顧者的角度，「醫療」與「照顧」缺一不可、但界限模糊，臺灣因為長期照顧資源不足，造成許多照顧服務，轉嫁由全民健保給付，有必要加速長期照顧資源的整備，才能幫助民眾返回社區生活，否則空有健保居家醫療服務也是枉然。此外，「整合」儼然是全球健康照護趨勢，日本的保健、福祉、醫療與介護服務一元化即是一例，可作為臺灣規劃醫療與長照之照護資源、服務體系、服務流程與資訊整合參考。

二、建議

- (一) 在宅醫療模式須因地制宜：佐久綜合醫院模式有其形成背景與地域特性，伊澤敏總院長認為佐久模式無法套用到東京都等都會區，都市裡的大醫院專攻急重症醫療，很難與在宅醫療連結，建議民間形塑典範，由開業醫運作執行。
- (二) 強化社區照護網絡：家庭照顧功能弱化下，寄望政府扛起所有照顧責任是不切實際的，惟有提升社區整體照顧能力，與在宅醫療相輔相成，才能使民眾在地安老。
- (三) 制定符合民情的制度：臺灣很多醫療制度學自日本，因此兩邊許多作法類似，但是結果卻是大相逕庭，可能的原因很複雜，但民情絕對是關鍵因素之一，例如賠本的預防保健日本作、日本國民小病不會上大醫院等。在借鏡日本在宅醫療制度時，不宜照單全收，應將臺灣民情與健康照護生態納入考量，才不致畫虎不成反類犬。

肆、附錄：考察活動照片



與伊澤敏總院長於佐久綜合醫院前合影



與清水茂文設施長於小海老人保建設施前合影