

出國報告(出國類別：會議)

## 參加2023年日本在宅醫療聯合學會 第五屆學術研討會

服務機關：衛生福利部中央健康保險署

姓名職稱：署長 石崇良

組長 游慧真

派赴國家：日本

出國期間：112年6月23日至112年6月27日

報告日期：112年9月26日

## 摘 要

「日本在宅醫療聯合學會」是 2019 年由日本在宅醫學會和日本在宅醫療學會合併，會員數 4000 人日本最大的在宅醫療團體。第 5 屆大會的主題是「在宅醫療的創造-緩和照護、罕見疾病以及藥物、設備及人員的融合」。

本次研討會，特別演講有兩場，「在宅醫療作為醫療政策-朝向第 8 期醫療網的開始」以及「如何在社區整體照護系統中支持在宅醫療的各種措施和活動」。我們將必要的內容整理成教育演講和研討會，並增加了一般報告的企劃，介紹各地在宅醫療的活動和研究。此外，從地方、相關組織、相關學會的贊助及聯合計劃，以及來自製藥公司、醫療設備公司、護理社福等產業界的共同舉辦。

日方邀請台灣在宅醫療學會余尚儒理事長分享台灣在宅醫療目前推動的進程與展望。此外，並特別邀請中央健康保險署署長石崇良醫師蒞臨演講，就新冠疫情期間台灣政府如何實施通訊診療，以及未來台灣的政策上，在宅醫療如何與通訊診療一起協作的規劃。

## 目 次

壹、緣起.....	4
貳、目的.....	5
參、出國行程.....	6
肆、過程.....	7
伍、心得與建議.....	21
陸、附錄	
一、活動照片.....	23
二、日本在宅醫療聯合學會第五屆學術研討會	
石崇良署長「健保居家醫療照護及未來展望」演講中日文簡報.....	27
三、入、出院準備指引-魚沼市入退院支援檢討会(部分中文譯本) .....	63
網址: <a href="https://uonuma-medical.jp/koide/cmsdir/wp-content/themes/koide/pdf/center3.pdf">https://uonuma-medical.jp/koide/cmsdir/wp-content/themes/koide/pdf/center3.pdf</a>	
四、現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト/シェアの推 進について (厚生労働省醫政局/2021在現行制度下之可行範圍內的業務移轉・ 原文與中文譯本摘要) .....	89

## 壹、緣起

為瞭解日本在宅醫療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。

日本在宅醫療聯合學會於2023年6月在日本新潟縣舉辦的「日本在宅醫療聯合學會第五屆學術研討會」邀請台灣在宅醫療學會余尚儒理事長分享台灣在宅醫療目前推動的進程與展望。並特別邀請中央健康保險署署長石崇良醫師蒞臨演講，就新冠疫情期間台灣政府如何實施通訊診療，以及未來台灣的政策上，在宅醫療如何與通訊診療一起協作的規劃，故特於2023年6月日本在宅醫療聯合學會在日本新潟縣舉辦「日本在宅醫療聯合學會第五屆學術研討會」演講之際，除與日本厚生勞動省官員座談，交流二國政策方向與措施的執行外，並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。

## 貳、目的：

一、參加「日本在宅醫療聯合學會第五屆學術研討會」特別演講，與日本專家學者交流。

### 二、日本在宅醫療機構參訪

(一)瞭解日本在宅醫療的政策推動現況及實務運作模式，以作為臺灣推動居家醫療之借鏡。

(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，以供臺灣健保與長保間之轉銜與整合參考。

## 參、行程

日期	行程
6月23日(五)	09:00 台北松山機場出發 13:30-17:05 抵達東京，移動至新潟市 18:00-20:30 參加研討會紀念特別演講
6月24日(六)	1.參加「日本在宅醫療聯合學會第五屆學術研討會」 2.石崇良署長進行特別演講「後疫情時代日本與台灣居家診療對策」 3.與日本專家交流：制定社區在宅住院與出院準備之支援規範項目
6月25日(日)	1.參加「日本在宅醫療聯合學會第五屆學術研討會」 2.與日本專家交流：推動偏鄉在宅醫療與急救醫療的協作
6月26日(一)	參訪執行在宅醫療之專區專責醫院及診所 1.新潟縣南魚沼市醫療法人萌氣會 2.新潟縣魚沼市上村診所 3.新潟縣魚沼市立小出醫院
6月27日(二)	1.自新潟市移動至東京 2.自東京羽田機場搭機返台

## 肆、過程

### 一、參加「日本在宅醫療聯合學會第五屆學術研討會」，石崇良署長特別演講「健保居家醫療照護及未來展望」

(一)台灣全民健保自 1995 年 3 月 1 日實施，至今已滿 28 週年，28 年來健保照顧台灣民眾健康所需，從嬰兒誕生的照料到老年生命的照護，可說全民健保參與台灣人的一生。

- 1.隨著台灣人口老化快速、新興醫藥科技持續發展，健保支出醫療費用有逐年上升趨勢。2017年統計資料顯示，雖然台灣65歲以上老年保險對象僅占總投保人數13.8%，但保險給付的醫療費用已占總支出近40%；推估至2025年，台灣65歲以上老年人口將上升至總人口數20.8%，成為國際指標定義的「超高齡社會」，也意味在宅照護需求日增，醫療照護模式面臨挑戰。
- 2.台灣自1995年健保開辦以來持續提供居家醫療照護服務，從初始的行動不便患者居家醫療、慢性精神病及末期病患安寧居家照護、呼吸器依賴者居家照護、牙醫特殊醫療服務計畫等，至2016年透過居家醫療照護整合計畫，改善過去不同類型居家醫療照護片段式的服務模式，提供病人整合性全人照護。
- 3.「居家醫療照護整合計畫」著重醫事服務機構連結社區照護網絡，由醫事人員進入病患住所提供住院替代服務，以降低住院日數或減少不必要之社會性住院，也可減少病人因行動不便委請他人向醫師陳述病情領藥情形。「居家醫療照護整合計畫」至今已開辦7年，除了計畫初期加入西醫師到宅看診並視需要開立藥品處方用藥為主的醫療照護外，也維持過去在其他計畫支應的護理人員、呼吸治療人員、心理師或社工師等人，依不同照護需求各司其職投入在宅照護。
- 4.2019年起更擴大連結居家中醫及居家藥事人員到宅，並強化與出院準備服務的無

縫接軌，建立居家醫療與長照 2.0轉銜通路相關配套措施，使在宅醫療服務內容更趨完善。台灣全民健保除了透過遠距醫療補足偏鄉專科醫療需求，自2020年起，隨COVID-19疫情發展，健保視訊診療也扮演提供COVID-19病患於社區在宅仍有醫療資源進入的重要支持，資通訊科技引入在宅的智慧醫療模式，將於後疫情時代變革中，扮演強化台灣醫療體制韌性的重要角色。

(二)本次赴日參加2023年日本在宅醫療聯合學會第五屆學術研討會專題演講，主要介紹台灣居家醫療照護計畫及因應Covid-19疫情推行的居家視訊診療與遠距醫療模式，並說明自2021年起，由衛生福利部著手啟動的居家住院試辦計畫(Hospital at Home model, HaH)，以連續性健康照護概念，發展在宅醫療及在宅住院服務網絡。未來，台灣健保將持續透過中長期政策計畫，建構以病人為中心之全人照護，「向前」結合預防保健，「向後」銜接長照，達成照護弱勢、醫療平權並兼顧效率品質的健保永續目標(簡報如附錄)。

## 二、新潟縣執行在宅醫療院所參訪

### (一)地區概要

- 1.新潟縣(Niigata)位在日本西北，臨日本海，是日本面積第五大縣，以農漁業立縣；全縣人口約215,664人、864,750戶(2022年10月)，65歲-74歲以上人口716,370人(33.7%)，75歲以上人口378,525人(17.8%)，65歲以上人口佔率較日本全國的29.4%高；人口少子化且出生率低，縣內家戶有高齡者443,774戶，其中包含僅65歲以上高齡者達205,055戶；又高齡獨居家戶98,746戶、僅高齡夫婦同住家戶94,074戶。
- 2.本次參訪在宅醫療院所在地為新潟縣南魚沼市(Minamiuonuma City)及新潟縣魚沼市(Uonuma City)，二市皆不臨海，四周多2000公尺高山，產業以農業(稻米)為主，同為厚生勞動省認定之41個人口稀少且醫療資源極度缺乏地區之一。

表 高齡人口概況

人口概況	日本全國	新潟縣	魚沼市	南魚沼市
一.總人口數(人)	124,830,000	2,152,664	33,095	53,572
1.65-74歲	34,770,000	716,370	12,821	18,478
2.75歲~	1,940,000	378,525	6,575	9,088
3.65歲~人口佔率 (%)	29.4	50.9	58.6	51.5
二.戶內全為65歲~家戶(戶)	25,584,000	205,055	3,352	4,036
1.僅高齡夫婦家戶	6,190,000	94,074	1,505	1,846
2.高齡獨居家戶	5,018,000	98,746	1,578	1,807

・資料出處：日本總理府統計局、新潟縣政府「高齡者現況」 2022年10月

## (二)實地參訪

### 1.參訪醫療機構別

#### (1)醫療法人萌氣會-位於南魚沼市

- ・重點：訪問日本歷史最久，最富盛名社區醫療的團體（地域醫療研究會）黒岩卓夫醫師，請他分享自 1980 年代開始推動的社區醫療，1990 年代開始在宅醫療發展，以及日本醫療體系轉變的過程。

#### (2)參訪 2 上村診所-魚沼市的在宅支援診所

- ・重點：明治時代開始鄉村開業醫師（第四代），傳統開業診所如何因應高齡會社轉型提供居家醫療服務。

#### (3)參訪 3 南魚沼小出病院-魚沼市的在宅支援醫院

- ・重點：瞭解魚沼市政府與醫師會合作設立「魚沼市醫療公社」，醫療公社下兩家醫院（南魚沼小出病院及堀之内医療センター）和兩間診所所在地區中如何推動在宅醫療。

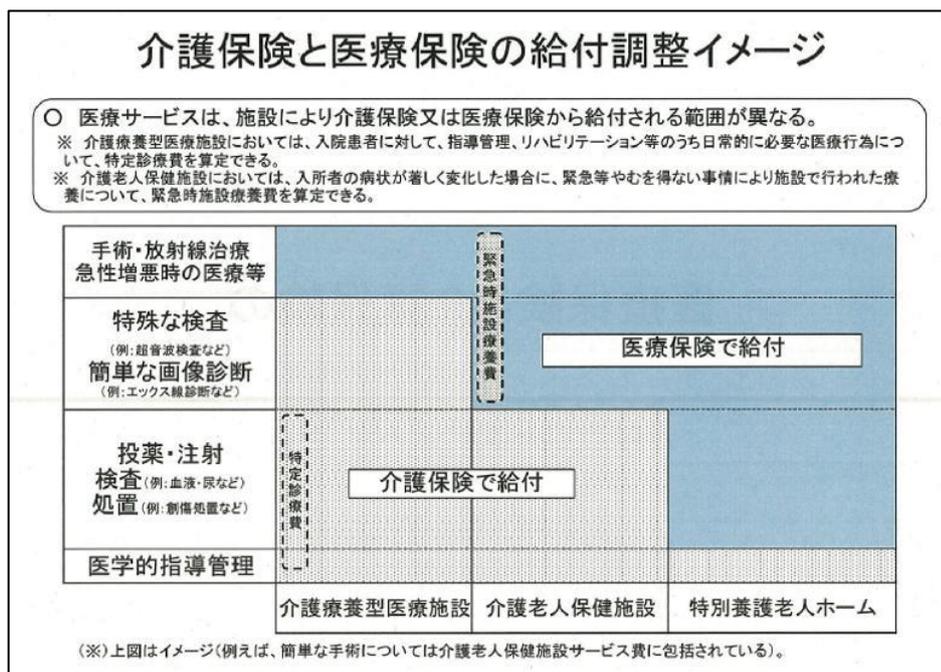
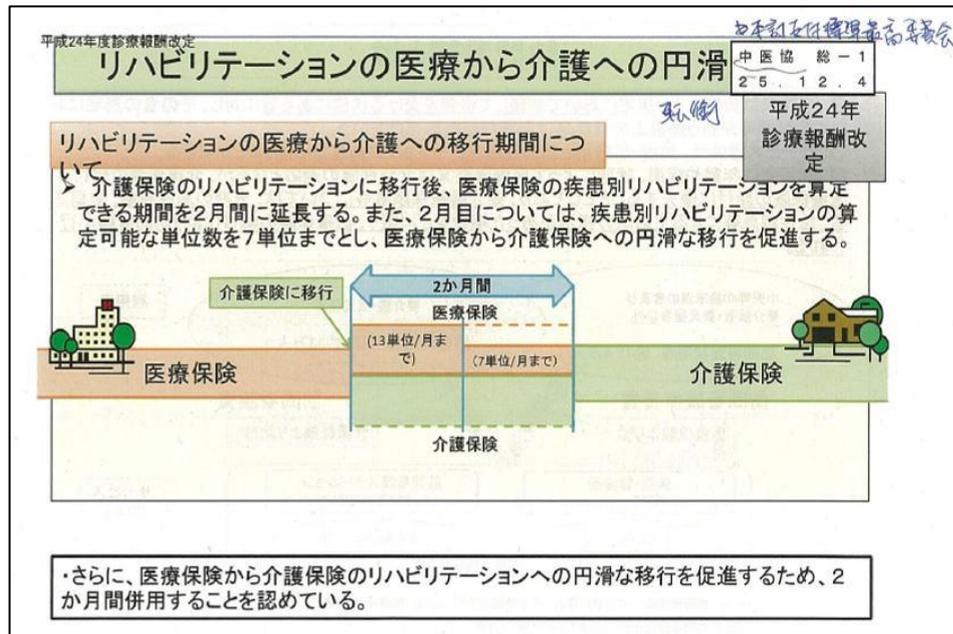
### 2.參訪重點摘要

南魚沼市萌氣會醫療體系與魚沼市小出醫院 2 者共同特色為支援當地在宅醫療的推動；二院所操作病患的入出院準則係依據厚生勞動省公布的支援入住院指引製作而成(附錄三、入、出院準備指引-魚沼市入退院支援檢討会(部分中文譯本))。

- (1)居家病人的緊急入院
- (2)生命最後階段，以醫院臨終為目的入院。
- (3)居家病人短期入院，讓照顧者得到喘息。
- (4)支援患者在家中進行照顧，即使患者的情緒感受出現波動，也會尊重患者的決定，直到他們完全同意到繼續在家中進行照護。
- (5)在宅支援醫院如何扮演在宅醫療推廣及教育單位，在宅支援醫院內設置該社區、該地區的在宅醫療推廣中心，魚沼市社區醫療教育研究中心等單位。
- (6)因南魚沼市與魚沼市同屬偏鄉地處偏遠又醫療資源地區醫護從業人員招募不易，尤其在長期照護與在宅醫療工作需求大的醫師與護理人力尤見短缺。地區內醫療機構與照護機構自發性結盟為多職種照護團隊，以社交網絡共享資訊(如Line, email等)，群組內成員均可上傳與查詢病患訪視紀錄。在 COVID-19疫情期間以來結合既有行動載具(如手機)發展通訊診療，以利多職種照護服務整合。
- (7)介護保險與醫療保險之給付原則：以介護保險為優先
  - ①介護保險照護對象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認定，於不同型態照護機構(介護設施)有不同處理；  
惟以介護保險為優先。
  - 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處置的複雜程度，來

決定由介護保険或醫療保險支付。

⑤由於病患可選擇自行就醫(free access)與由 Care Manager 依照護計畫安排的訪視醫師，因此確實有重複服務之情形。此外，醫師訪視如為病患或其家屬自行要求醫師往診(free access)，則相關交通費由病患方自付；若為經由 Care Manager 安排在宅醫療照護計畫的定期或緊急居家訪視，另訂有訪視費支付點數。



### 3.運用ICT，整合地區內多職種專業照護量能，建構地區中在宅照護網絡

(1)南魚沼市(Minamiuonuma City) 與魚沼市(Uonuma City)因地處偏遠，屬極度醫療資源缺乏地區，為能完整掌握病人生活與醫療照護資訊，提供以病人為中心的照護計畫，是需要各領域專業人員與家屬參與的訊息交流，且這個計畫是需要能隨時因應病患病情的變化，予以調整，因此，2地區透過ICT網絡整合病人在居家、使用的醫療院所及照護療養設施的處置、用藥與照護紀錄，用以提升照護效能。

(2)南魚沼市與魚沼市與鄰近的十日町市三市政府結盟，由其推動在宅醫療委員會委託資訊廠商成立「ID Link」在宅醫療照護網，邀請在地醫療機構、照護機構及照護管理中心加入使用。

#### ①醫療與照護資訊共享

「ID Link」目的在以病患為中心，整合其醫療與照護等多領域的專業照護資訊，提供醫療與照護團隊及家屬完整資訊，提升照護效能。

A.系統資料內容包含，使用在宅醫療病患與入住在養護機構的住民的照護資訊醫療機構處置(含醫院、診所、藥局)、養護機構ADL與QOL紀錄、醫療入出院計畫、長期照護紀錄(醫院、診所・居宅・訪問看護・居家照護・日間照護紀錄)

②附用討論功能:醫療機構、養護機構、照護管理中心、病患當事人與家屬可在線上的溝通等病留存紀錄，解決相互間溝通疑問。

③經由系統資訊顯示，必要時可由醫師、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)ID-Link 系統屬地區性自行開發系統

- ①由地方自行保管資料庫，串接醫療保險及長照照護計畫等各領域資料是以民眾在新潟縣使用的社會保險號碼為 Key 值，少部分使用者同時申請有中央政府自 2016 年推行的 My number(似我國的身分證號)。
- ②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)，民眾在跨縣市移居時，是需要變更居民證號、基礎年金編號、健康保險編號等，耗費諸多行政成本，不利國家各項服務資訊整合。
- ③近年日本中央政府致力倡議社會保險一元化，通過 My Number 法案(似我國 E-ID)，自 2016 年實施。惟因日本民眾與社會顧忌過往警察國家監管，採非強制申請使用，以勸導，自行登記申請制；2022 年資料顯示，約 3 成民眾申請 My Number。

IDLink 加入率	十日町市	魚沼市	南魚沼市
病院	100% (3/3)	100% (2/2)	100% (6/6)
診療所	43% (10/23)	75% (12/16)	80% (12/15)
薬局	84% (22/26)	81% (13/16)	71% (17/24)

### 三、與厚生勞動省專家及學者的交流

(一)為建構地區整合照護基盤，推動整合醫療與介護的法制化，訂定日本社會保障改革方向與目標，授權各縣市制定地方醫療計畫引領執行

日本中央政府經由多個人口統計、衛生保健調查，推估因應 2025 年、2040 年即將面臨的人口高齡少子化相關醫療與介護需求，(即戰後嬰兒潮世代進入 75 歲的挑戰)，2006 年厚生勞動省創設「在宅療養支援診所」及「在宅療養支援病院」，予以高額給付，促使從事在宅醫療機構急速發展(原有醫療院所轉型或新設)。於 2012 年推動「地域包括ケア/地區整合照護」政策，認為以全人照護出發·希望在 30 分鐘車程內，在宅醫療與介護保險的各種服務合作是勢在必行，因此啟動將醫療、長照、預防保健、居住和生活支援等資源加以整合，讓社區居民的各種需求，都可以透過「地區整合照護系統」獲得滿足，因此更在 2014 年推動整合醫療與介護的法制化(通過醫療介護一括法)，促使醫療與介護的合作納入地區醫療網計畫。

(二)中央提出為期10年以病人為中心的醫療與長照護整合計畫藍圖，授權地方執行

#### 1.提高消費稅，確保財源

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 2012 年 8 月間通過稅制和社會保障制度一體改革措施，期許透過提高消費稅，充實社會保險財務、完善現有制度，以提高工作效率。消費稅於 2014 年 4 月由 5%增為 8%，2015 年 10 月將再增為 10%；調升的 5%消費稅中，4%用以償還債務，1%用以改革社會保險。

#### 2.同步檢討醫療計畫與長期照護相關的業務執行計畫，訂定醫療與介護政策改革方向與跨域整合期程

(1)因應醫療費用不足、照護量能不足支應人口的少子高齡化情形，交由厚生勞動

省組成社會保障和稅收綜合改革小組，自 2006 年起經過 5 年規劃、訂定新醫

療計劃的方向，於 2011 年提出「2025 年改革願景」。該藍圖係以 2025 年社會保障制度之改革目標，自 2012-2025 展開醫療和照護重大變革計劃時期。簡而言之，2025 年理想的醫療和護理形式是從醫院到社區的轉變。其中包含醫療保健規劃和協作。從中央政府以政策引導的醫療與照護規劃與協作（區域合作、醫護協作、多專業領域的協作、團隊醫療）的兩個角度出發，陸續通過修訂(1)醫療與長照計畫、(2)醫療保險與介護保險支付標準等指導。

(2)實際的執行方式，則以持續調整醫療保險診療報酬與介護保險介護報酬，以誘導服務整合；因醫療計畫、醫療保險與介護保險事業計畫之檢討頻率不一，期間各自修訂支付標準，爰訂定 2018 年與 2025 年時，為 10 年計畫之期中與期末檢討期程，期許 2 個保險體制中相對應的執行項目得以齊一標準與呼應，並同時調整醫療與介護保險支付標準。

3.2017 年更進一步提出，目標在 2040 年，升級在地的整合照護體系，建構「共生社會」。在地區整合照護體系中，居家醫療與介護保險息息相關。

(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工。

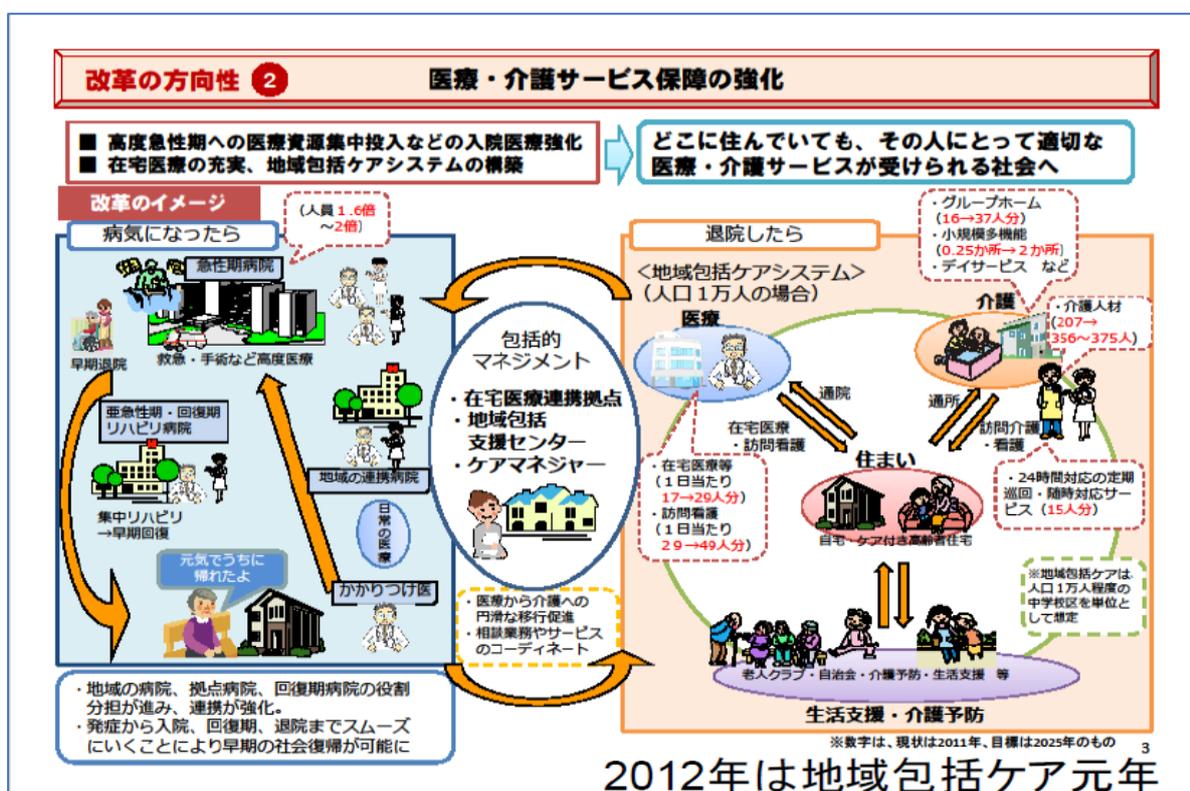
(2)限制病床總數：日本約有 8,800 家醫院、120 萬張病床，分為 344 個醫療區，每一醫療區依人口數限制病床總數，醫療計畫提供不擴床醫院獎勵金，而非處罰擴床醫院。過剩病床則協助轉型為療養設施等。

(3)導入病床機能報告制度：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，修訂正各縣市醫療計畫。

(4)在宅醫療與長照養護機構品質確保與監測措施：

- ①由第三方評核，確保醫療與照護品質：業者自行委託經地方政府-都道府縣指定之評鑑機關做評核，以改善機構服務品質、營運情形等。
- ②制定規範，強制作業機構資訊公開：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。
- A.中央政府指導監督：中央政府訂定對服務機構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。
- B.地方政府衛生局執行對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(地方政府衛生局輔導)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。
- ③由中央制定全國性醫療計畫重點與目標，授權各縣市參照中央準則，制定符合各縣市需求之個別計畫，提升區域照護功能：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。
- ④強化地方政府角色：中央政府(厚生勞動省)規劃社會保障制度改革方向與訂定執行計畫指引，2012年起交由47個都道府縣(地方政府)因地制宜擬定符合地區需求的執行計畫，與各類操作手冊。
- (5)因偏鄉地處偏遠又醫療資源地區醫護從業人員招募不易，尤其在長期照護與在宅醫療工作需求大的醫師與護理人力尤見短缺。為改善及提供醫事人力合理給付，日本政府除持續調整醫療保險與介護保險相關支付標準外，厚生勞

働省醫政局配合第8次醫療計畫的確保醫師人力子計畫，於2021年9月30日以  
 医政発0930第16号公文書，向各都道府縣政府發布醫師任務業務移轉的指導  
 說明(摘譯)，用以改醫師工時過長與人力不足現象 (附錄四)。



資料出處:2012厚生労働省「社会保障・税の一体化—医療・介護サービス提供体制」の見直し」

社会保障・税の一体改革 医療・介護サービス提供体制の見直し

【子ども・子育て】

潜在的な保育ニーズにも対応した  
保育所待機児童の解消

○平日昼間の保育サービス(認可保育所等)	平成22(2010)年 215万人	⇒	平成26(2014)年 241万人
(3歳未満児の保育サービス利用率)	(78万人(23%))		(102万人(35%))
○延長等の保育サービス	79万人	⇒	96万人
○認定こども園	358か所(2009年)	⇒	2000か所以上
○放課後児童クラブ	81万人	⇒	111万人

地域の子育て力の向上

○地域子育て支援拠点事業	平成22(2010)年 7100か所	⇒	平成26(2014)年 10000か所
(市町村単位数含む)			
○ファミリー・サポート・センター事業	637市町村	⇒	950市町村
○一時預かり事業	延べ348万人(2008年)	⇒	延べ3952万人

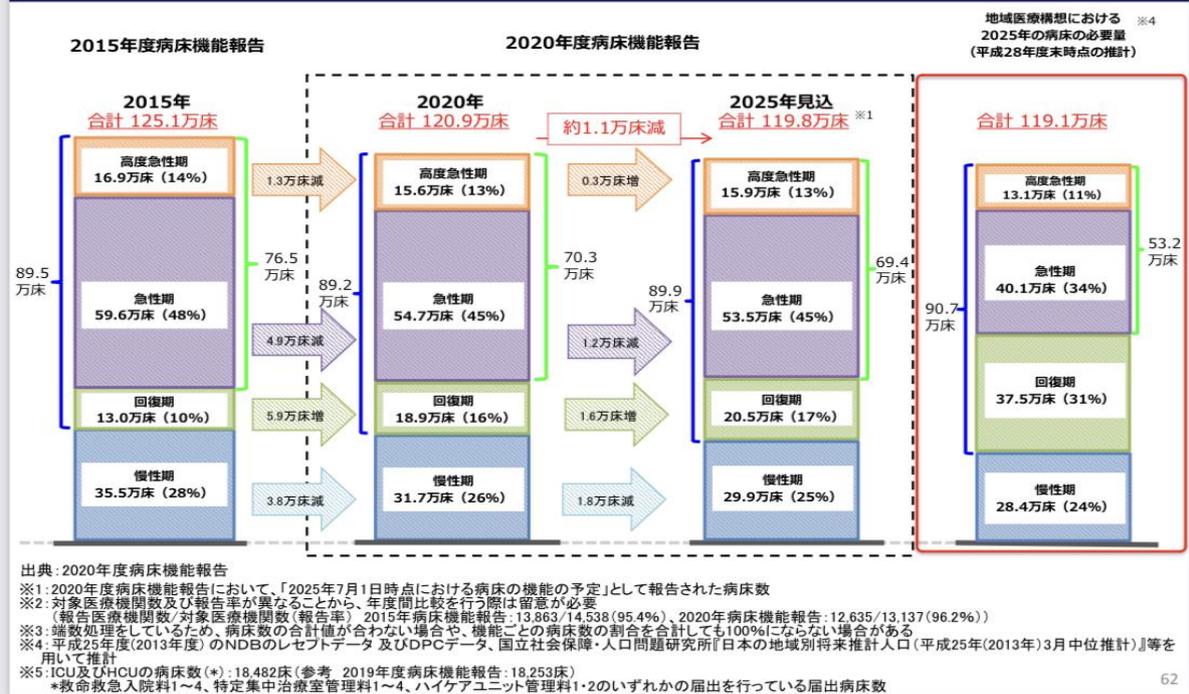
【医療・介護】

	2011年度	2025年度
【医療】		
病床数、平均在院日数	107万床、19~20日程度	【高度急性期】 22万床 15~16日程度
		【一般急性期】 46万床9日程度
		【亜急性期等】 35万床 60日程度
一般病床 107万床		機能分化して103万床
医師数	29万人	32~34万人
看護職員数	141万人	195~205万人
在宅医療等(1日あたり)	17万人分	29万人分
【介護】		
利用者数	426万人	641万人(1.5倍)
		・介護予防・重度化予防により全体として3%減
		・入院の減少(介護への移行):14万人増
在宅介護	304万人分	449万人分(1.5倍)
うち小規模多機能	5万人分	40万人分(8.1倍)
うち定期巡回・随時対応型サービス	—	15万人分(—)
居住系サービス	31万人分	61万人分(2.0倍)
特定施設	15万人分	24万人分(1.6倍)
グループホーム	16万人分	37万人分(2.3倍)
介護施設	92万人分	131万人分(1.4倍)
特養	48万人分(うちユニット12万人(26%))	72万人分(1.5倍)(うちユニット51万人分(70%))
老健(十介護療養)	44万人分(うちユニット2万人(4%))	59万人分(1.3倍)(うちユニット29万人分(50%))
介護職員	140万人	232万人から244万人
訪問看護(1日あたり)	29万人分	49万人分

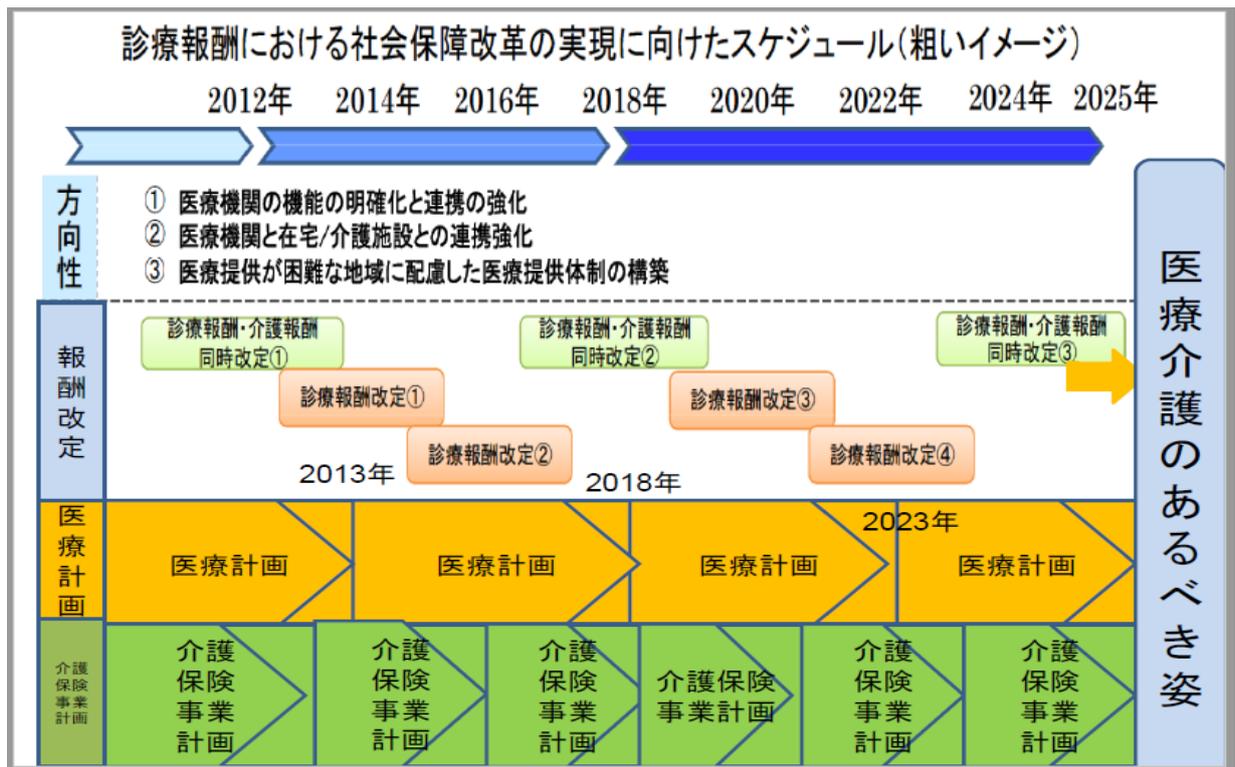
居住系施設や外来・在宅医療は大幅増

資料出處:2012厚生労働省「社会保障・税の一体化—医療・介護サービス提供体制」の見直し

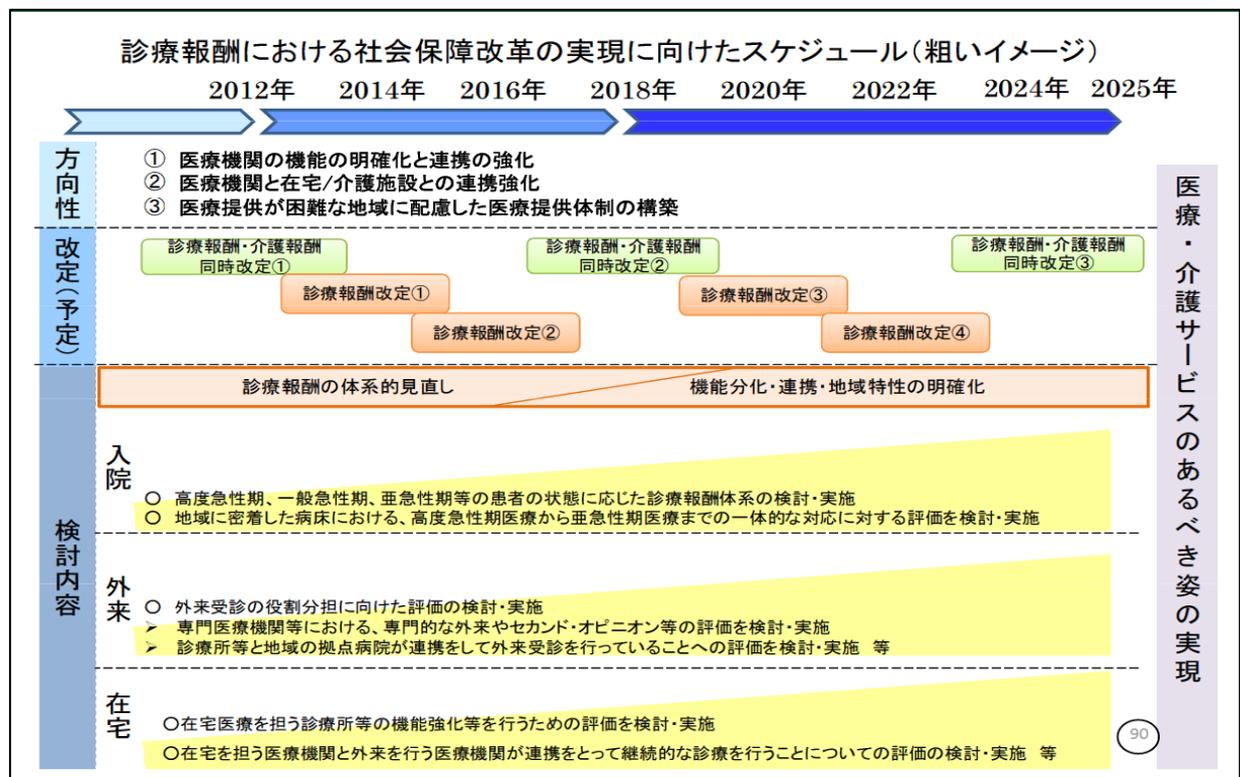
2020年度病床機能報告について



資料出處:2022 厚生労働省醫政局公告「第8次医療計画」 預計實施日 2024.1.1



■資料出處:2012厚生労働省「社会保障・税の一体化—医療・介護サービス提供体制」の見直し」



■資料出處:2012 厚生労働省「社会保障・税の一体化—医療・介護サービス提供体制」の見直し」

## 在宅医療の体制（第8次医療計画の見直しのポイント）

### 概要

- 今後見込まれる在宅医療の需要の増加に向け、地域の実情に応じた在宅医療の体制整備を進める。「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を医療計画に位置付け、適切な在宅医療の圏域を設定する。
- 在宅療養患者の急変時に適切に対応するための情報共有や連携を進める。また、看取りに際し本人・家族の希望に沿った医療・ケアの提供を進める。平時から在宅医療に係る関係機関の連携体制の構築を進め、災害時における業務継続計画(BCP)の策定を推進する。
- 医師・歯科医師の定期的な診察と適切な評価に基づく指示による、在宅療養患者への医療・ケアの提供を進める。在宅医療における各職種の機能・役割について明確にする。

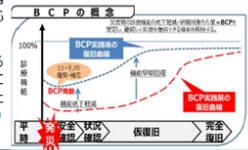
### 在宅医療の提供体制



- 国は、都道府県に対し、訪問診療及び訪問看護の必要量の推計等を提供する。都道府県は、国から提供を受けたデータを踏まえ、在宅介護の提供体制も勘案しながら在宅医療の体制整備を進める。
- 「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」について、それぞれが担うべき機能や役割を整理する。
- 「在宅医療に必要な連携を担う拠点」と「在宅医療・介護連携推進事業」との連携を進める。

### 急変時・看取り、災害時等における整備体制

- 在宅医療における急変時対応に関係する機関として消防機関や後方支援を行う医療機関を明確化するとともに、地域の在宅医療の協議の場への参加を促す。
- 災害時においては、各関係機関での連携が重要になることから、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」等において平時から連携を進めるとともに、国が策定した手引きや事業等も活用しながら、業務継続計画(BCP)の策定を推進する。

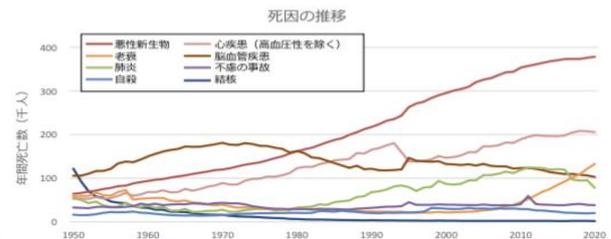
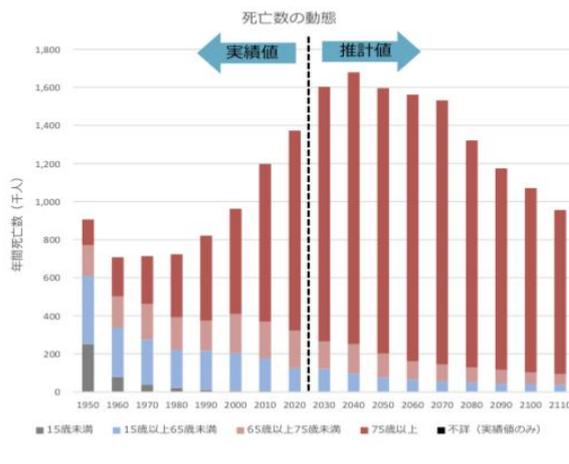


### 在宅医療における各職種の関わり

- 訪問看護について、退院に向けた医療機関との共同指導、ターミナルケア等の機能や役割に着目した整備や、事業所間の連携、業務効率化等について取組を進める。
- 歯科診療所と後方支援機能を有する歯科医療機関との連携や医科歯科連携の体制構築を進めるとともに、歯科衛生士の機能・役割や訪問歯科診療への関わりについて明確化する。
- 多様な病態の患者への対応やターミナルケアへの参画等の観点から、在宅医療に関わる薬剤師の資質向上を図り、麻薬や無菌製剤の調剤、小児在宅、24時間対応が可能な薬局の整備を進め、在宅医療に必要な医薬品等の提供体制を構築する。
- 在宅療養患者が居宅において生活機能の回復・維持を図る観点からリハビリテーション提供体制の整備は重要であり、その機能・役割について明確化する。
- 在宅療養患者の状態に応じた栄養管理を充実させるために、管理栄養士が配置されている在宅療養支援病院や栄養ケア・ステーション等の活用も含めた訪問栄養食事指導の体制整備が重要であり、その機能・役割について明確化する。

## 医療需要の変化⑦ 死亡数が一層増加する

- 死亡数については、2040年まで増加傾向にあり、ピーク時には年間約170万人が死亡すると見込まれる。
- 死因については、悪性新生物・心疾患とともに、老衰が増加傾向にある。
- 死亡の場所については、自宅・介護施設等が増加傾向にある。



出典：国立社会保障・人口問題研究所「性・年齢（5歳階級）別死亡数」「出生中位（死亡中位）推計：男女年齢4区分別死亡数（総人口）」、厚生労働省「人口動態統計」  
\*介護施設等：介護医療院、介護老人保健施設、老人ホーム  
※ 2020年までは実績値、2021年以降は推計値。

24

■資料出處::2021 日本国立社会保障・人口問題研究所「性別年齢統計」/2021 厚生労働省「人口動態統計」

## 陸、心得與建議

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。又在 2012 年啟動地區整合性照護，將自 1995 年即開始的在宅醫療，成為高齡少子化的照護主軸。2018 年 3 月，台灣高齡化正式突破 14%，相當於 1995 年的日本，可以說，此時的台灣，正是當年日本在宅醫療形成原型，介護保險制度醞釀的階段。

日本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地方政府制定貼切當地民情的執行計畫，同時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，用以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、居家護理、生活照顧等服務。發現民眾需求與服務連結的關鍵角色為 Care Manager，醫療與介護服務提供者間，也面臨資訊溝通與服務整合的問題。

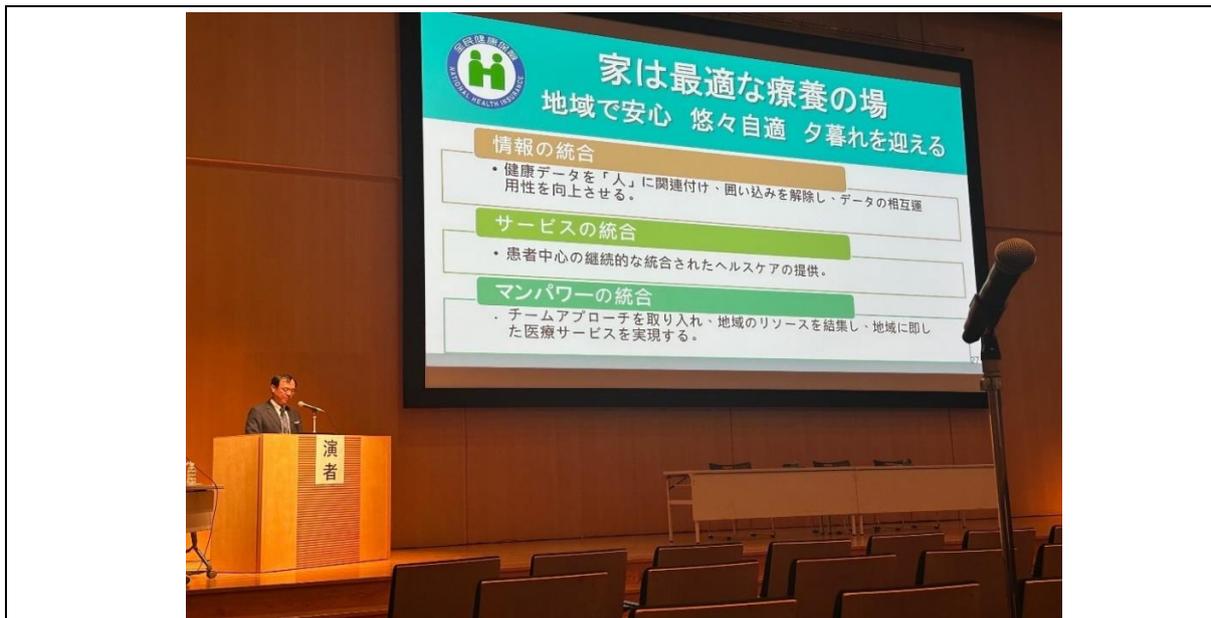
臺灣同樣面臨人口老化，家庭照顧功能弱化，也推行多項居家醫療照護，包括全民健保之行動不便患者居家照護、末期病患安寧居家照護、呼吸器患者居家照護、慢性精神病患居家照護、及特殊身心障礙患者到宅牙科服務，及長期照顧十年計畫之居家護理、居家復健、家庭藥師試辦計畫等。

日本在宅醫療與長期照護服務涵蓋範圍較臺灣廣泛，係因有醫療保險與介護保險之給付，加之日本致力全人照護，啟動醫療與介護保險之整合，促使在宅醫療與照護朝服務整合運作。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，整合運用醫療與照護服務資源，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。臺灣缺乏功能與照護需求評估之專業人力，過度仰賴醫師主觀判斷，長期照護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 Care Manager 與其背後支持多職種評估團隊，因此評估結果易遭受質疑。臺

灣有必要思考從事功能與照護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。

目前臺灣在醫院與診所、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，都仍有待加強。臺灣較日本具有單一身分證號與資訊優勢，應是有助於有效率地整合資源，實可參考日本醫療與介護保險一體化法案制定與推動過程，同時檢討與制定未來政策目標，是否以醫療與長照的雙保險政策相輔相成，抑或改由醫療保險引領達到實質整合，以避免重複給付，真正提供往前的預防保健、急性、急性後期至後期銜接長期照護之連續性服務。

附錄 一.活動照片



2023.6.24-健保署石崇良署長於日本在宅醫學聯合學會特別演講。講題:台灣健保居家醫療照護及未來展望



2023.6.25 健保署石崇良署長接受日本在宅醫學聯合學會中島孝會長致贈特別演獎感謝狀



2023.6.24 與日本厚生勞働省官員及學者專家就在宅醫療的推動交流合影



2023.6.25. 與日本厚生勞働省官員及學者專家就在宅醫療的推動交流後合影



2023.6.26參訪日本在宅醫療支援醫院-新潟縣南魚沼市萌氣會了解地區整合性照護運作



2023.6.26-參訪日本在宅醫療支援醫院-新潟縣南魚沼市萌氣會-



2023.6.26參訪日本在宅醫療支援醫院-新潟縣魚沼市小出病院-ID-LINK系統操作



2023.6.26-參訪日本在宅醫療支援醫院--新潟縣魚沼市小出病院-居民預防臥床活動