

103 年度赴日考察在宅醫療推動情形

壹、參訪目的與重點

一、參訪目的：

- (一) 了解日本「在宅醫療」的政策推動的歷史與現況，深入了解日本在宅醫療實務運作模式。
- (二) 了解日本「在宅醫療」與「長期照顧」整合模式運作的狀況。
- (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。

二、參訪重點

此次參訪包括 2 個政府部門(中央及地方政府)以及 4 至 5 個在宅醫療的經營單位，部份參訪單位以深度參訪方式，安排一天時間參與其實務運作的狀況。瞭解日本因應超高齡社會，醫療保險制度中推動在宅醫療之策略、效益及困境；以及跨專業團隊實務上的合作操作、效益與困境，及其與長期照護如何整合等。

- (一) 全國醫療健康保險中推動在宅醫療的策略與執行情形？其效益及困境為何？
- (二) 了解地方政府推動在宅醫療的情形？推動的效益及困境為何？
- (三) 診療所執行在宅醫療的情形？跨專業團隊是如何運作？
- (四) 在宅醫療的個案來源？誰評估？符合使用在宅醫療的條件？
- (五) 如何進行教育訓練？
- (六) 在宅醫療給付時，在健保、長照保險、稅收各項給付標準如何分工？
- (七) 個案來源及由誰來評估？誰有資格使用在宅醫療？
- (八) 在宅醫療與長期照護如何整合？其效益與困境為何？
- (九) 了解小規模多機能設施的服務運作情形？

貳、參訪行程

日 期	時 間	活動概要	備 註
02/09 【日】	06:50	集合	※搭長榮 (BR-2198) 08:50 飛往東京 成田機場 ※遇大雪，滯留機場至 24:05 抵下榻飯店。1
	08:50 -13:55	桃園→東京	
	19:15	※搭乘專車前往住宿地點。	
02/10 【一】	09:30 -12:00	苛原診療所：開幕式	※06:30 Morning Call ※千葉縣松戶市小金原 4-3-2 ※和 Dr.和田主持 (午餐由苛原診療所準備)
	12:00	苛原診療所用餐	
	13:00 -6:00	參訪小規模多機能型居宅介護・團體家屋「尤佳利新松戶」	※千葉縣松戶市新松戶 6-191
		參訪介護式付費老人之家「尤佳利小金原」	※千葉縣松戶市小金原 4-3-2
	16:30 -17:00	苛原診療所 Q&A	※千葉縣松戶市小金原 4-3-2
	19:30	※與診療所員工共享晚餐	※日本料理「枇杷亭」 ※千葉縣松戶市八ヶ崎 1-10-6
02/11 【二】	07:30 -18:00	※觀光行程	※06:30 Morning Call ※明治神宮、皇居、銀座等。 ※住宿東京台場格蘭太平洋
02/12 【三】	10:00 -12:00	松戶市役所 (地方政府)	※06:30 Morning Call ※千葉縣松戶市根本 387-5 ※淺沼事務長 同行 松戶市長接待
	12:00	午餐	自理
	14:00 -17:00	※厚生労働省 (政府機關) ※醫療政策局 (醫療)、老健局 (介護) 的講座	※東京都千代田區內幸町 2-1-1※苛原院長、淺沼事務長同行
	19:00 -20:30	※駐日代表晚宴	※:住宿飯店餐廳
02/13 【四】	09:30 -11:30	參訪北千住居家護理所、千壽的鄉、柳原病院、健和會本部	※06:30 Morning Call 東京都足立區千住曙町 35-1
	12:00	午餐	自理
	13:00 -15:00	參訪特別養護老人之家、care house「river side」參觀	※千葉縣松戶市根本內 149 ※淺沼事務長 同行
	16:00 -17:00	Q&A	※苛原診療所 ※千葉縣松戶市小金原 4-3-2
02/14 【五】	09:00 -16:00	在宅醫療實務參訪等	※06:30 Morning Call ※於苛原診療所集合 ※實務參訪同行：診療 (醫師、牙醫師)、居家復健 (PT、OT)、居家看護
	16:00 -17:30	苛原診療所 Q&A	※千葉縣松戶市小金原 4-3-2 ※Dr.苛原與陳節如委員主持

日 期	時 間	活動概要	備 註
02/15 【六】	07:10 -17:05	※集合前往東京成田機場返 回台灣	※06:30 Morning Call ※大雪，提早出發 ※搭乘長榮 14:00 (BR-2197) 班機

參、參訪工作分配

日期	時間	地 點	負責人員	翻 譯
02/10 【一】	09:30 -12:00	苛原診療所：開幕式 ※Dr.和田主持	陳節如委員、柯雅齡研究助理	游如玉主任
	13:00 -16:00	參訪住宅型有料老人之家 「support house 光之丘」	王慧珠執行長、曹昭懿常務理事	李光廷老師
		小規模多機能型居宅介護・ 團體家屋「尤佳利新松戸」	林金立理事長、郝育亭副執行長	游如玉主任
		介護式付費老人之家「尤佳利小金原」	吳玉琴秘書長、李碧姿研究組主任	李光廷老師
	16:30 -17:00	苛原診療所 Q&A	黃淑芬研究助理	游如玉主任
02/12 【三】 東京	09:30 -11:30	特別養護老人之家、care house「river side」參觀	陳淑敏副院長、馬海霞理事長、黃淑芬研究助理	游如玉主任
	14:00 -17:00	※厚生労働省（政府機關）	鄧素文司長、劉敏玲技正	李光廷老師
		醫療政策局（醫療）、老健局 （介護）的講座	柯雅齡研究助理	李光廷老師
02/13 【東京】	09:30 -11:30	東京都的醫院或居家看護中心（特定醫療法人財團健和會 柳原病院）	陳英仁醫師、張家銘醫師	游如玉主任
	13:00 -15:00	松戸市役所（地方政府）	黃明裕醫師、王幸宜醫師	李光廷老師
	16:00 -17:00	苛原診療所 Q&A	李碧姿研究組主任	游如玉主任
02/14 【五】 東京	09:00 -16:00	1.診療（醫師） 2.診療（牙醫師） 3.居家復健（PT） 4.居家復健（OT） 5.居家護理	各組負責	李光廷老師 游如玉主任 翁一殿導遊
		苛原診療所 Q&A	柯雅齡研究助理、黃淑芬研究助理	李光廷老師

上開考察報告撰寫格式如下：

參訪單位名稱

參訪日期：

接待人員：

一、機構簡介（譬如成立時間、理念、服務對象、服務內容、人員配置或收費等）

二、參訪心得

三、參訪照片（包括說明）

肆、日本在宅醫療簡介（本篇資料摘自中華民國老人福利推動聯盟「醫療保險與長照保險連結與整合的可能性-台灣與日本交驗交流論壇成果報告」）

日本在 1995 年開始探索在宅醫療的作法，試辦社區化的診療，支持病人在宅照顧。20 年來，在宅醫療的服務模式是從「醫療本位」的思考轉變為「支持性及生活本位」的思考，認為在社區老人的居所提供服務是最符合人性化的，透過專業服務團隊提供在宅服務，多職種的合作模式支持下，提供在宅診療服務，營造老人能獨立生活的社區環境，使老人的生活品質更好。

一、在宅醫療服務特色

日本在宅醫療服務是指由醫生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。其對象為往返醫院有困難者，包括：

- （一）高齡衰弱或失智症高齡者
- （二）末期癌症、神經退化疾病患者
- （三）早發性重度障礙或嚴重外傷而臥床的病人

與醫院醫療相比較，以醫療密度而言，住院的醫療密度最高，但和患者的自由度是成反比的。隨著進入高齡化，疾病從急性疾病轉為慢性疾病，醫療的需求也從醫院醫療，轉變為可以與生活並存的在宅醫療，選擇在宅醫療感覺比選擇醫院醫療更能給患者帶來幸福。

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盡量提高本人和家屬的能力。

其實，照護一個處於穩定狀態的患者，即使是外行的家屬所接受的教育訓練程度雖然跟護理教育是不能比較的，但也足以應付。與患者在一起的時間最多的是家屬，他們的照護能力左右家庭照護的質與量，所以家庭照護的專業人員應該做的是進行教育訓練時，不讓照護者感到有負擔。

二、在宅醫療制度的基礎

在全球，由醫生定期或頻繁訪視的醫療服務非常稀少，因為服務由醫生執行的花費較高。在日本，由於醫療健康保險能夠支應充足的給付，讓醫生提供居家照護病人定期和緊急的訪視。其推動背景如下：

- (一) 目前大多數日本人(約 80%)是在醫院死亡。
- (二) 如果可能的話，大多數高齡日本人希望到過世以前都能持續在家中居住並接受治療，然而，這個願望通常無法實現。
- (三) 如果一個人希望能在醫院過世，他的願望一定能實現，相反的，如果一個人希望能在家過世，那他的願望就很難達成。因此，在日本，個人在家居住和過世的人權尚未獲得保障，這的確是需要解決的問題。
- (四) 從經濟的角度來看，若大多數人在過世前都能在家而非醫院接受照顧，個人醫療花費就能大大地減少，即使因為老年人口大量成長而造成死亡人數增加，健康保險系統未來也能安全且成功的經營。

三、日本社會保障制度

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。

(一) 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)。

(二) 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。日本三大社會保險包括年金保險、醫療保險（健康保險）及介護保險（長照保險）。

1. 醫療保險制度

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

- (5) 在日本，幾乎所有醫療都被涵蓋在醫療保險中，除了研究性質的治療外。

2.醫療保險系統提供的在宅醫療

- (1) 大部分的治療由醫生執行。
- (2) 牙醫治療占絕大多數。
- (3) 護理服務也占相當比例(由有執照的護理師提供)。
- (4) 物理、職能和言語治療的一部分。
- (5) 由藥劑師提供藥品服務的一部分。
- (6) 處方藥品、注射藥物和靜脈注射劑等等。

3.介護保險制度

- (1) 長照保險專為高齡者提供照顧服務。
- (2) 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。
- (3) 當被保險人使用服務時，必須部分負擔總金額的 10%。
- (4) 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。

日本介護保險法規定，介護保險對象主要為 65 歲以上的被保險者，及 40 歲以上至未滿 65 歲加入介護保險，持有被保險者證的國民。可享受介護（保險）護理服務的人，需與家屬一起接受調查，先由在宅醫師決定需照護程度，再由各區的介護保險認定審查會進行審查和判定。審查委員是由具有豐富經驗的保健、醫療、福祉五位專家組成，審查以病人診斷、身體狀態、自立度等為依據。病情不穩定者 6 個月審一次，穩定的話，24 個月審一次。

介護計畫實施半年後，再進行一次健康調查和重新評估，根據健康狀況的改善程度(或惡化程度)，調整介護等級，制定新的介護計畫。

4.介護保險的好處

- (1) 照護可以在自家或是日照服務中心。
- (2) 接受長照機構提供的照顧服務。

(3) 提供住宅修繕、福祉輔具的租借與販售。

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/言語治療師	復健	主要是介護保險
照顧服務員	身體照顧服務和家務工作	介護保險或身心障礙福利
個案管理師	個案管理	介護保險

5. 在宅醫療的優點：

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

6. 案例：85 歲男性因腦血管意外而癱瘓

- (1) 醫師每月訪視兩次治療(如有必要會提供 24 小時諮詢服務和緊急訪視)
- (2) 護理師每週訪視看護一次(如有必要會提供 24 小時諮詢服務和緊急訪視服務)
- (3) 物理治療師每週一次訪視復健
- (4) 每週兩次日照服務
- (5) 每月一次的喘息服務
- (6) 每週三次由照服員提供的居家服務

有哪些給付提供這些服務？

服務職種	頻率	保險給付	每月費用	每月自付額(10%)
醫師居家診療	2/月	健康保險	66,000	6,660 (NT2,050)
居家護理	1/週	介護保險	30,300	3,030 (NT\$ 933)

居家復建	1/週	介護保險	18,300	1,830 (NT \$ 563)
日照	1/週	介護保險	48,660	4,866 (NT1,498)
喘息服務	1/月	介護保險	50,050	5,005 (NT1,541)
居家服務	2/週	介護保險	11,400	1,140 (NT \$ 351)

*病患必須要負擔一部分的處方藥品費用

四、從醫療模式到生活模式：日本跨專業合作方法

在日本，隨著人口減少，高齡者特別是 75 歲以上的高齡者增加，對社會結構的變化及醫療方式帶來很大的影響。日本政府 2050 年幾乎所有的社區的高齡化率都超過 30%。而日本的醫院數也從 1990 年的 1 萬所為最高峰之後持續減少，診療所數量則漸漸增加。

(一) 醫療模式與生活模式

1. 高齡社會的日本，住院病患有一半是高齡者，即使病症已治癒，仍需要增加生活援助。
2. 從「在醫院治療的醫療」到「在社區支持的醫療」在醫療的品質的變化，有必要多職種連結，但兩個模式不是對立的概念而是並列。

模式	醫療模式	生活模式
場所	醫院	社區及生活的場所
目的	治療疾病	生活的自立
團隊	以醫師為中心的階層制構成的體系	以跨專業多職種合作方式形成團隊、不同職種是平等的

(二) 跨專業多職種合作必要性

1. 醫療模式到生活模式的轉換，治療醫療轉為支持醫療
2. 多重問題個案的增加，家庭機能下降
3. 社會基礎與網絡的脆弱化
4. 援助技術及工作方法、組織、制度的複雜化
5. 專業人力缺乏危機

(三) 辦理跨專業多職種合作工作坊

1. 101 年 12 月在松戶市舉辦兩天的跨專業合作工作坊。
2. 醫師、牙醫、藥劑師、護理師、社工師、照管專員等等皆可參加。
3. 從 101 年度開始、針對日本全國跨專業職種，舉行在宅醫療領導

者研修。

專業多職種合作工作坊的課表如下：

內 容	分類	時間
在宅醫療的角色	講義	30 分
醫療資源地圖製作	演習	60 分
癌症的緩和照顧	講義	60 分
癌症的緩和照顧與跨專業多職種の支援（前半）	演習	60 分
同上（後半）	演習	60 分
第二天		
失智症的基本理解	講義	60 分
B P S D 的對應	演習	60 分
失智症者的緩和照顧	演習	60 分
多職種合作的必要	講義	60 分
在宅照顧的課題	演習	60 分

（四）跨專業多職種合作的 7 個原則

1. 照顧品質的改善
2. 服務使用者與照顧者的需求要有交集
3. 將服務使用者與照顧者納入多職種合作中
4. 透過共同學習，從彼此的專業相互學習以強化專業性
5. 尊重彼此專業的技術的高尚聖潔與貢獻
6. 強化專業的實踐
7. 增加專業技術職務的成就感

（五）來自多職種の社區整體式照顧

1. 日常生活圈(30 分鐘可到的距離)
2. 2012 年的照顧保險（介護保險）制度修定，導入整體社區照顧的想法，不只是醫療、照顧，在日常生活圈中提供住宅、預防、生活支援，制定出可以讓服務使用者居住在習慣的社區中生活到最後的系統
3. 導入社區整體照顧中的自助、互助、共助、公助的概念，總體照顧就是將這些作組合，即使身心有障礙，在社區中設置可以持續住下來的生活系統

- 自助是自己可以做的事自己完成
- 互助是社區的人們彼此互助
- 共助是介護保險的公共服務
- 公助是生活保護等的社會福祉

伍、考察內容

苛原診療所

參訪日期：2 月 10 日上午

接待人員：和田忠志醫師、淺沼事務長

東京千葉縣松戶市為東京重要鄰近都市，人口 48 萬人，高齡者 8 萬 9 千人，高齡化率 20.5%。位於松戶市的苛原實診療所是以院長的名字命名，開設於平成 6 年 4 月，屬市郊診療所，以訪視、門診、住院三種型態環環相扣，與跨專業多職種的醫療合作，圍繞周圍的設施包括在宅醫療部、在宅護理、居家介護支援事業所、日間照護，提供全年無休的貼心醫療服務，並與社區機構及事業所合作連結，提供 24 小時的在宅診療或居家護理。

苛原實院長是位古道熱腸醫師，經營非營利事業所，且是醫師公會理事長。其經營理念為：1. 提供醫療對地域貢獻。2. 在宅醫療和介護的推進。3. 尊重患者的想法提供醫療。4. 在地域製造醫療和介護發展。

本次參訪活動行程於苛原診療所展開，苛原院長公忙，由和田忠志醫師主持開幕式，與立法委員陳節如女士分別致詞後，首先播放在宅醫療影片，並由和田忠志醫師說明「日本在宅醫療」緣起與施行狀況，重點摘要如下：

- 一、苛原診療所屬於跨專業的醫療合作，位於高齡化比率 20.5%的千葉縣，以三種診療方式（訪視、門診與住院）來進行區域醫療，在醫院內設置居家護理所，醫院附近則設置多家照護機構。
- 二、在宅醫療的推動背景，主要係高齡人口仍持續增加，且多數民眾在醫院中走完人生最後一段路（死亡）的現況，未來將會出現醫院不足的現象，因此推動在宅醫療以使民眾能夠在家裡走完人生的最後路程。最近的資料顯示，近來在自己家裡死亡的比率逐漸提升，這也表示在宅醫療的努力成效，而癌症病患在宅的死亡率也自 2005 年起逐年提升。

三、觀看在宅醫療影片與聆聽和田醫師的說明後，了解到日本對於「老化社會下的老化現象」有較前驅且全面性的思維，日本在宅醫療專業的整合與將生病或失能者身為「人」的概念，不同於一般在專業細分下，醫療角度看見的經常是器官而非「人」的本身的醫療體系教育。各專業於在宅醫療中的服務內容：

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。

護理師：協助清潔氣切管路、尿管更換、清理傷口等。

醫師：靜脈注射，Port A 藥品注射、在宅診療等。

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。

四、每個個案在在宅醫療提供服務前，都會由照顧管理專員來召開整合式會議，會議中邀集各個醫療專業一起討論，其中包括醫師、牙醫師、物理/職能治療師、護理師、藥師、照顧服務員等，而較特別之處在於，其中並無包含社工師，而和田醫師也說社工師在在宅服務中，較無介入角色。專業團隊針對被照顧者的功能基礎，進行評估：

A	Ambulatory ability
B	Bathing
C	Cognitive ability
D	Defecation on urination
E	Eating
S	Sleeping

五、在宅醫療的受照顧者是難以離開家裡的，必須要有全面性的醫療提供，從播放的影片中，看見照顧者對於受照顧者的功能維持非常用心，譬如有照顧者帶著一整捆的氧氣管，只為了陪伴著受照顧者可以練習走路、爬樓梯，以維繫現有的身體功能。另外，許多在宅醫療進行的醫療處置在台灣是尚未被許可的，胃造瘻、居家全靜脈營養輸液作業(TPN)、人工血管(Port-A)注射藥劑…等，都是相當突破台灣現有法規的作法。

六、日本的照顧人力也不足，離職率約 20%左右，比其他行業都高得多，

主持人說明，夜班在事實上並不辛苦，因為夜間的照顧工作通常比較輕鬆，只是身體要適應這樣的工作型態；相關機構的排班則大多都分四班：早班（7：00-16：00）、日班（8：30-17：30）晚班（10：00-19：00）和大夜班（17：00-隔日 9：00）（註 2），此外，上完大夜班隔日都會休一天。（請參閱附錄日本提供之排班表）

七、參訪照片

	
<p>苛原診療所入口處</p>	<p>和田醫師演講，游如玉主任翻譯</p>
	
<p>介紹照顧設施的連結</p>	<p>李光廷老師翻譯說明「被照顧者的功能基礎評估項目」</p>

尤佳利（Yukari）新松戶

參訪日期：2 月 10 日（一）下午

接待人員：施設長日下部 三千代

一、機構簡介

尤佳利（Yukari）新松戶服務類型屬於團體家屋（Group Home），為二層樓建築。每層樓各為 1 個單元，每個單元服務 9 人，2 樓共可服務 18 位長輩。房型採單人房設計，不過浴室和廁所共用。

（一）入住條件：

1. 經介護保險介護認定，需要支援 1 以上之失智症者；
2. 可共同生活者。

（二）人力配置：

每個單元編制 10 人，共有 20 位工作人員（含專兼職）。採 2 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。工作人員各年齡層都有（偏年輕）。

（二）機構特色：

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。

二、參訪心得

台灣的長照要改變的還很多，不只是立法或機構，服務項目的增列，更重要是社會對於這種需要大量人力投入的工作如何建立互信與自律的心態。

今天所參觀的尤佳利團體家屋是個專門為失智長者設立的機構，二個樓層分別照顧各 9 位的失智症長者。為我們講解介紹是該家屋的施設長日下部 三千代給人的感覺是個認真且熱情的管理者，熱情在老人照顧的工作裡是一個非常重要的特質，在她的引導與說明下，我們見識到日本在失智者團體家屋所做的非常細緻且人性化的照顧。

失智老人行動能力有的還不錯，因此，如何有安全卻不限制活動的環境設計很重要，團體家屋的環境依據被照顧者的特性做設計，有許多巧思，例如在門口裝置風鈴，當門被拉動時，門上紙板會晃動風鈴，及時提醒照顧者老人離開活動範圍。

家屋中瀰漫著家的氛圍，每個住民都是單人房，開放式的廚房與多功能空間相連，廚房的工作人員一邊做菜一邊和一旁撿菜的老奶奶聊天，也順便觀察在餐桌旁摺衣服和坐在沙發上打盹的老人，其他的工作人員經過老人家時都會停下來聊幾句，以便觀察他們的反應與情緒。

當天也有家屬來訪，聽到我們是來自台灣時，還特地跟老媽媽說，因為老奶奶小時候住過台灣，奶奶的表情瞬間進入時光隧道彷彿在尋找生命中曾經與台灣二個字相連的時刻。

日本照顧人力的配置相當具有彈性，18 個住民將近 20 人的照顧團隊，除了少數的正職人員其餘都是部分工時者。另如晚間輪值照顧服務員也是各層一人，讓工作者不致因僵化的照顧人力比而需要長時間的待在機構，造成精神與體力過份的耗損。這大概也是他們可以隨時保持熱情與笑容對待老人家的原因吧。

我們的提問中會常問他們如何去處理家屬的客訴，還有政府定期的評鑑等等，他們非常不解我們的問題，因為他們認為照顧老人家是機構與家屬必須一起共同面對的狀況，二者是一種合作關係必非單一購買與提供的消費關係，相互間有改善討論的空間而不是家屬一味指責要求或機構逃責諉過的局面。至於評鑑是由社區組織和家屬和機構的工作者組成的委員會來做，當然也可自費委由公正的評鑑組織來考評以增加機構的透明度與公信度。

三、參訪照片



團體家屋採個人房，浴室與廁所則共用



客廳空間一角



開放式簡易廚房



兩單元外連接的樓梯，內部並不相通



尤佳利（Yukari）小金原

參訪日期：2 月 10 日（一）下午

接待人員：社長、機構主任

一、機構簡介：

尤佳利（Yukari）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 3 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。

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，

（一）入住條件

1. 需可共同生活
2. 若為介護保險者需經介護認定，介護 1 以上者。

（二）服務的內容

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。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。。
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；住民晚上有醫療需求者，二樓有一天橋與所屬的苛原診療所相通，較方便安心。餐食部分也是由醫院提供，分一般伙食、碎食及管灌飲食等。

（三）入住的流程

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：此機構是由私人企業營利法人經營，附照顧型，依失能程度給付照護費用，伙食與住宿費則需自行負擔。

（四）人力配置

1. 照顧人員 38 人，三班制，白天班有 12~15 人，晚上班是 2~3 人。
2. 隨時有護理人員常駐，護理人員正職 2 位、兼職 1 位。

（五）機構特色

1. 醫療利用部分：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。若住民沒簽約，晚上萬一有狀況時，需叫救護車送去醫院。
2. 每日提供舒壓體操、口腔體操，每週數次機能訓練師的集體機能訓練。亦可接受鄰近醫療機關的個別機能訓練。
3. 機構屬生活照顧單位，依規定需配置機能訓練師，機能訓練師提供一周三次的生活機能訓練，保障住民機能不退化，而機能訓練屬介護領域，已含在介護保險費用中。
4. 若需要醫療方面的物理/職能治療師，需到醫院門診去接受復健治療，健康保險給付。

上述機能訓練師可由護理人員、柔道者擔任，職能/物理治療師也可以，只是單價較高，機構大都不會聘用來提供機能訓練。

二、參訪心得

日本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，推展「在宅醫療」的努力，不僅將醫療服務送到家，還將觸角延伸到社區的小規模多機能服務、團體家屋，甚至機構，真是令人感動。

在台灣，目前機構雖然定期有醫師巡診，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，對機構內行動不便的慢性病老人實在不方便，台灣在未來的長期照顧體系的建置上，是否能將「在宅醫療」列為重要推展的服務項目之一，避免舟車勞頓，更減低不必要的醫療支出。

(三) 參訪照片

	
<p>機構在玄關明顯處張貼機構理念、廢止身體約束宣言及建築物平面圖等</p>	<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，一樓另設有機械浴室</p>	<p>二樓通往苛原診療所的通道</p>
	
<p>客廳</p>	<p>餐廳與簡易廚房</p>



機械浴室



陳節如委員與社長合影

松戶市役所

參訪日期：2012 年 2 月 12 日（三）上午

接待人員：松戶市市長、高齡支援課、介護保險課

一、松戶市簡介

（一）松戶市屬於千葉縣管轄，1943 年以來男女、人口均呈現增加趨勢，目前人口 48 萬 5876 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 6538 人，需照護者佔高齡人口比例 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 是 10.6%、需支援 2 是 14.3%、需介護 1 是 14.2%、需介護 2 是 23%、需介護 3 是 14.5%、需介護 4 是 12.1%、需介護 5 是 10.6%。為建構適合高齡者人口居住的社會，松戶市在醫療方面希望大型醫院、診所與在宅醫療結合，經過許多人的努力，松戶市已是全國「在宅照護」屬一屬二的城市。

（二）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. 推動社區整體照護計畫：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. 推動失智症的對策：希望預防失智症外，即使罹患失智症仍能安心。

（三）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，將松戶市分成小區來順利推動，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，透過這樣的機制被認定為需支援需照護長者能利用服務且生活達到自立，以上安心生活需要服務利用是透過介護保險及松戶市的整體預算來安排運用。

(四) 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(中央 25%、縣 12.5%、市 12.5%)、50%為保險費(65 歲以上是第一號保險人 21%、40 歲以上~未滿 65 歲是第 2 號保險人 29%)，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。

(五) 介護保險之第 1 號被保險人保險費有剩餘金的累積制度，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 2013.3.31. 基金剩餘約 6 億 9163 萬，將近 7 億的累積資金可在介護保險特別會計制度可善加利用，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。

(六) 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：

1. 65 歲以上：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。
2. 40 歲以上~未滿 65 歲的所有居民：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負擔一半。

(七) 介護認定制度部分：從申請到利用的步驟如下

1. 申請：想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. 審查與判定失能程度：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的結果送至保險人。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。

(八) 照顧管理師大部分是居家照顧支援所的人比較多，由本人、家屬與居家照顧支援所簽約，照顧管理師依需要及意願擬訂照顧計畫。至於照顧費用的利用情形，需照護程度較高的老人因照顧時間較長與手續較繁雜，介護保險給付的費用設定較高，利用時可運用其額度妥善運用服務，利用者需負擔服務費 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。

(九) 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，社區緊密型服務可就近提供的設施，讓老人在住慣的社區繼續生活。譬如：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比較高，短期住宿因有額外費用，目前利用人數較少，業者經營也較為辛苦。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務。

3. 療養病床：屬急性期，政府希望廢止床位，目前松戶市僅剩一家。

(十) 在宅醫療可到家裡或機構看診，雖未真正做過統計，不過到機構看一次可看多位病患，所佔的比例仍較多，到家裡比較少。在宅醫療是與單位簽約，到家裡則是與個人簽約，通常因到家裡有往返交通費所以個人負擔會比較高。至於診療是以醫療保險給付或介護保險給付由醫師決定，在宅醫療醫療部份以醫療申請，照顧部分由介護保險給付。此外，一般老人與失智老人介護保險的給付並沒有差別。

(十一) 在宅醫療人力培訓供給面部分，不論縣或市或醫學會針對失智症的診療有很多研習會，醫師接受研習會成為失智症支援醫師資格，目前松戶市約有 50 名醫師有受過失智症訓練，可以針對失智症病患提供到宅服務。另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。有齒科衛生士專科學校，受教育 2 年考試得到資格。

(十二) 松戶市提供老人的保健和福利措施，如下：

編號	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（類似戶長）給予協助
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，支付金錢與物品作為慰勞
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 (個別) (集體) 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、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 *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

此外，不同型態的家庭，在使用服務的種類方面，也有些差異：

	獨居老人的家庭	只有老人的家庭	有家屬的家庭
老人福利服務	1、2、3、4、5、 6、7、11	1、2、3、4、5、 6、8、9、10、11	2、5、8、9、10、 11
老人保健服務	12、13、14、15、 16、17	12、13、14、15、 16、17	12、13、14、15、 16、17

(二) 參訪照片

	
松戸市市長親臨致詞歡迎團員到訪	松戸市市長與陳節如委員合影



陳節如委員致詞感謝松戶市市長熱情的



松戶市高齡支援課、介護保險課派員代
紹第5期松戶市介護保險計畫相關重點



陳節如委員請李光廷老師協助翻譯提問



與松戶市代表座談情形

厚生勞動省

參訪日期：2012 年 2 月 12 日（三）下午

接待人員：厚生勞動省醫政局指導課在宅醫療推動室 奈倉道明室長補佐、厚生勞動省老健局總務課篠田浩課長補佐

一、日本在宅醫療政策推動

報告者：奈倉道明室長補佐

- （一）醫政局原為管理醫院單位，但為因應越來越多老人不便於出門，於是特別設置在宅醫療推動室，開始著手規劃與設計於社區中推動在宅，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。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。
- （二）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，也是相當重要的一環；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。
- （三）日本在江戶時代就有在宅醫療這樣的醫師出診服務，1860 年代有西洋醫學的進入，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，因此改變了病患在宅死亡的情況。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，也因介護保險與健康保險兩者並立，卻也導致其他的問題發生。
- （四）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，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。日本有一些都市老化比全國更快速，故必須盡快導入在宅醫療，以因應民眾的照顧需求。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哪生活或臨終場所，根據調查結果顯示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。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，故更需在宅醫療等。另對於在宅醫療需要其2407家醫院中有28%需要推動，於19950家診療所中有20%需要推動。

(五) 2012年對於介護保險與健康保險上的連結做很大改變，為了推動在宅醫療，在制度上有了下列幾點改變：增加預算讓制度順利推動，法律的修訂、提高診療報酬以提供誘因參與在宅醫療。然而到了生命後期隨著病期的轉重，在宅醫療可能不足以支應需求，所以社區整合中心周邊還有大型醫院來與在宅醫療做連結與支援，即日本推動社區整合照護制度。且日本為維持一定照護品質，至個案居家之在宅醫療報酬比至機構施行在宅醫療之報酬高。

(六) 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。中央政府有編列預算補助各都道府縣設置推動在宅醫療計畫，至於市町村則利用醫師會與在宅支援中心密切連結配合，而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。

- (七) 申請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，這些支援診療所的診療報酬高於一般診療所，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。
- (八) 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。2014 年開始也推動兒童的在宅醫療，主要針對重病與罕病童來提供，由於這些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、介紹介護保險與社區整體照護體制

報告者：篠田浩課長補佐

- (一) 日本在 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，而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，其他則為自費購買服務。介護保險前的課題是「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，也為目前最大課題」，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，因此推出了社會化整體服務，讓所有老人都可以得到保障，因而推動介護保險。
- (二) 介護保險，理論上雖應為全體國民都加入，但現階段是有年齡的限制，並以年齡區分為 65 歲以上及 40 歲到 65 歲兩種被保險人；保險財源籌措有一半為公務預算，另一半為保險費。整個體系區分為機構與居家(含社區)服務兩大部分，目前也新推出為定期巡迴或隨時對應型的居家服務，以往是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，至於照護服務給付則由中央政府來規範價格。介護保險屬於全體國民的財產

- (三) 日本介護保險開辦至今，每一期保險支出費用逐年提升，因此保險費也逐漸提升。為確保介護保險永續經營，於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)，其中有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，都希望可以在原本居住的社區裡長久的生活。另一「制度的永續經營」面，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。
- (四) 社區整體照顧體制中有五個重要的項目推動，包括(1)居住問題，(2)醫療，(3)照顧，(4)生活支援，(5)照顧預防；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。其中居住部分是指，針對無住宅的需照顧者，政府可正推動為一附照護型的居住服務；醫療則為在宅醫療，照顧如醫療與居家服務，至於生活支援則是提供送餐、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，簡言之，便是健康促進、延緩老化。
- (五) 對於要執行社區整體照顧體制，政府也會對於現有法律進行增修。其中照顧預防項目係 2006 年開始導入強化照顧預防的概念，照顧預防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就是除了告訴大家照顧預防的重要之外，還開設照顧預相關教室來做普及化的教育訓練，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的教室，並舉辦活動以對全民衛教；而另一方面，從數據上大多數來看，呈現出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。而現階段，日本約有 1600 個市町村投入了設置社區整體照顧體制之推動。
- (六) 另外，就像我國推出的失智症守護天使計畫一樣，日本也推出類似計畫，在社區裡普及式地教育民眾，令其理解失智症，為使

失智症者能夠自在的在社區中生活，畢竟除了專業職種對於失智症者能夠給予專業的協助之外，社區居民也要對失智症有理解，才能達到讓失智症者有尊嚴的在社區生活，目前日本全國約有 475 萬以上的民眾接受過講習(即接受過講習者將得到橘色手環，成為失智症守護天使)。

三、參訪心得

日本政府為因應人口老化，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，讓醫療照護送到民眾居家或住宅中，讓失能老人能在宅中獲得全方位照護，也提供家庭照顧者最安心支持環境。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，推動社區整合照護制度，結合醫療保險與介護保險，讓民眾於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，真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，政府也積極刻建構完整長照制度，並強化居家社區服務，然而完善長照服務，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。因此此次參訪，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，將可作為政府未來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。

四、參訪照片



陳節如委員致詞並介紹團員



厚生省醫療政策局奈倉 道明說明日本在宅醫療政策



厚生省老健局介紹介護保險制度與社區照顧體制



團員聚精會神聆聽厚生勞動省代表簡報



陳節如委員與鄧素文司長針對在宅醫療執行交換意見



與厚生勞動省醫政局與老健局代表座談－團員提問踴躍

醫療法人財團健和會

參訪日期：2 月 13 日（四）上午

一、機構簡介：

醫療法人財團健和會成立於 1974 年 4 月，相關企業單位包括：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，有 100 個護理人員從事居家護理，在日本是數一數二。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（埼玉県三郷市 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	老人保健施設「千壽の郷」開設
1995 年 10 月	柳原診療所開設（内科系外来）
1997 年 12 月	柳原新病院完成（千住曙町）
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

其中柳原復健醫院(2005 年 4 月開院)與負責在宅醫療的柳原 Home Care 診療所、老人保健設施「千壽之郷」、另外與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。分別整理如下：

(一) 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，是小規模多機能的居家照顧類型（含日間照顧、居家服務、短期住宿，也可採取短期住宿打點滴），設定員額在 25 人，其中日間最多 15 人，短期住宿 6 床。

1. 人力配置

- (1) 聘有護理工作人員 32 人（資格需具有臨床 2～3 年經驗），另物理治療師、職能治療師為專任。
- (2) 通常一個居家護理所至少要配置 3 個人，其中只要一人是護理師即可，如果請兼職者，一週工時需達 32 小時就可算為常勤人力。
- (3) 日本在法令上做了些鬆綁，衛星型居家護理所提供的服務主要是不需緊急護理人員到訪的居家復健，聘用人力比例不需要那麼高，主體需一定比例提供支援。

2. 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。

3. 居家護理區域範圍：松戶市、柏市，服務範圍直徑五公里（5000 公尺），目前為 330 個個案。

4. 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。

5. 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）

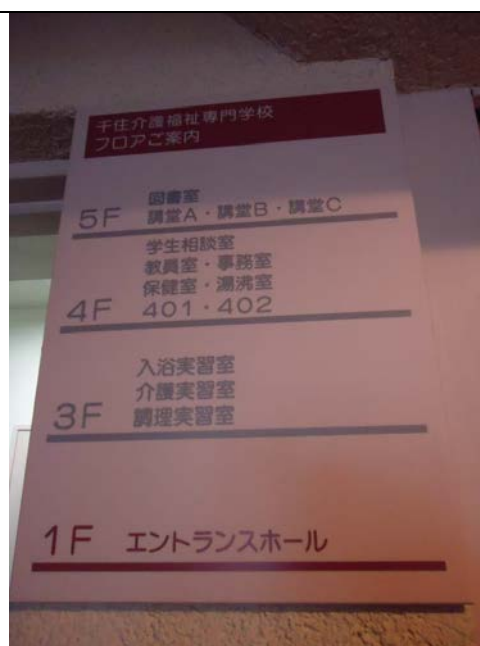
6. 收費來源：醫療保險與介護保險。醫療保險給付以一個小時為單位，介護保險的護理範圍則是由照顧管理師評估設定，照顧管理師是總括所有管理的任務，服務量上限是 40 人以下，40 人或以上，則減額給付。

7. 照顧服務員採固定制，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。

8. 參訪照片



護理人力招募的公告在參訪機構仍隨處可見



設有北千住介護福祉專門學校，提供介護員培育訓練



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。



裝備齊全，準備出發囉！



交通工具除汽車外，還有出訪腳踏車，彷彿回到台灣早期公共衛生家訪時期。



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，提供服務。

（二）千壽之鄉

接待人員：機構事務長

千壽之鄉成立於 1995 年 5 月，在介護保險實施前即已設立，屬於介護老人保健設施。三層樓建築物，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。事務長還特別提到，有捐贈者一直住在機構到過世。

1. 服務對象

- （1）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。
- （2）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。
- （3）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）。

2. 住宿費：

- （1）房型分單人房和多人房。
- （2）單人房政府只規定最低一天 1,600 元日幣，多人房一天 3,200 元日幣，雖然很多機構定高於政府公告的價格，但此機構仍以政府最低標準收費，讓民眾可以便宜入住。

3. 伙食費：

依政府規定每天最低 1,380 元收費（一般行情每人每天需 2,000 元日幣）。

4. 人力配置

- （1）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，醫師和藥師是 100:1；
- （2）一樓為日間照顧，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，若服務 32 小時可算一個人力。

5. 照顧人員資格的取得，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。健和會也會辦理取得各職種資格或人力升等的研習課程。

6. 機構評鑑制度

日本採第三者評鑑制度，機構需自行請人評鑑，現在評鑑 3/4 是政府補助。原則上一年評鑑一次，必須資訊公開，在東京都的網站公開評鑑結果，供消費者選擇。介護保險或醫療保險所有報酬是政府規定的統一價格，並不會因評鑑結果是優等而提高收費；若未通過評鑑並不會取消給付，但 2007 年以後，增加政府介入監督的體制，如果 3 年評鑑不佳，政府會介入監督管理，促其改善，如果機構未改善，會減額報酬或要求將費用退回。

7. 參訪照片

	
老人保健設施—千壽之鄉大樓外觀	與機構事務長座談
	
復健設施	陳節如委員與事務長合影

（三）柳原復健病院

接待人員：院長、末吉順子護理長

柳原復健醫院成立於 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，所以恢復期還是有行動不便者。

恢復期以復健為主軸，考量生活的復健也是復健，所以除了一樓可做復建外，病房也有復健設施。一樓的復健是利用機器來強化運動機能，是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。

另外，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。

照顧工作人員包括護理師和照顧人員，他們為了考量病患心裡感受，改穿粉紅色制服。醫院有住院醫師的編制，醫師看門診也負責病房，每天醫師需巡房，三樓由院長負責。

另外，日本的醫院單人房未必都有廁所，但一定有洗手台，且高度與寬度會考量輪椅使用者，大概 20 人設一間廁所與浴室，他們認為這樣不會太佔空間，而且工作人員也可藉此觀察病患的情形；如果病患不方便移動的話，可使用相當穩固的行動廁所，不會輕易翻倒發生危險。

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。

參訪照片



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。



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

（四）柳原腎臟診療所

接待人員：護理長 早川昌子

柳原腎臟診療所成立於 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，有 48 床，一共接受 160 個案，分一、三、五或二、四、六來洗腎，與台灣一樣屬三班制（早上、下午和晚上）。

洗腎是醫療行為屬於醫療保險，所以養護機構也是送這裡洗腎，等於醫院門診服務項目。以前有做腹膜透析的病患，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。

在感染控制上，除了每個人有個別的 set 用完即丟外，B 型或 C 型肝炎患者也安排在固定的區域洗腎，使用後還會整個消毒。至於，為何

室內溫度高，病患仍蓋 2 條棉被，是因為洗腎的時候血壓會降低，大部分病患會覺得冷。

洗腎時間一次約 4~5 小時，通常洗腎本身就是透析不會有尿意，若病患有需要上廁所，可在床上使用便盆。至於，若病患患有精神疾病，情緒不安，無法進行洗腎時如何處理，護理長表示通常會有陪伴，若擔心病患拔針，可以固定打針處，盡量不約束，目前工作人員及家屬在都還可以應付得來。

參訪照片

	
柳原腎臟診療所外觀	護理長早川 昌子簡介說明
	
病患洗腎情形	陳節如委員與診療所代表合影

特別養護老人之家

參訪日期：103 年 02 月 13 日（四）下午

接待人員：根木內福社會理事長三原誠、特別養護老人之家 施設長

一、機構簡介

特別養護老人之家 2013 年 8 月 1 日成立，位於日本千葉縣松戶市，為社會福祉法人根木內福社會附設，屬社區密著型（即人口密集）養護老人之家。

（一）服務對象

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。

（二）人力配置

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）。

（三）設施設備

特別養護老人之家為鋼骨造 2 層建築物，臨近上富士川，占地面積 2777.24 平方公尺，樓地板面積 1612.72 平方公尺，有寬廣無障礙之走廊、冷暖氣設備、病床用電梯及溫泉。冷暖設備之個人房，辦理活動與聯誼之交誼廳，讓住民共同作飯、洗碗的簡易廚房，安全設計之浴廁，提供住民身心放鬆、聊天、曬太陽的中庭陽台、屋頂陽台，並有 4 間短期住宿之單人房。

（四）附屬設施

特別養護老人之家隔壁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。

(五) 服務特色-「家」的服務

特別養護老人之家尊重長者過去的生活步調，入浴、如廁、飲食等日常生活照顧及健康管理服務，雖是機構，卻處處是家的布置，工作人員的笑容，令人感動，如明亮的空間，內部開放式廚房，熱水瓶、杯子等廚具隨意擺放，貼在冰箱的菜單，掛在牆上的藥袋，長者在介護員協助下挑菜、自行煮飯與湯，菜餚則由中央廚房運送來此加熱，衣服曬在長者的房間外陽台，由介護人員為坐在客廳沙發椅之長者管灌飲食，交誼廳播放活潑的懷舊、童謠歌曲，放鬆心情，貼滿牆壁頗具童趣與傳統民俗的長者的照片、繪畫或作品，不上鎖的廁所，符合長者需求的如廁設備，保持浴缸設備，協助長者泡澡的習慣，由苛原診所及英雄齒科提供醫療支援。

二、參訪心得：

(一) 建議修正照顧服務員之進用資格與創造誘因

日本因應高齡化與少子化，對於失智長者或失能者之照顧，同意介護員雖未取得證照，同意在職訓練。其培訓介護人力，創造國人投入長期照護之誘因，就業機會，解決照顧人力不足之做法，可為我國主管機關之借境。

(二) 建議開放機構照顧人力認定之標準

日本關於機構護理人力與照顧服務員之人力比率之規定，除 1 位專職人員外，其餘人員同意採兼職計時制，與醫院於必要情況，支援護理人力，機構自評公告官網，讓消費者選擇，用照顧品質提高報酬計點之作法，顧客導向與機構自治之作法，對於雖強調去機構化，卻以嚴苛之機構化評鑑制度對待長照機構之政府，可以汲取經驗，思考建立品質監測的機制。

(三) 建議加強失智照顧構「家」的經營作法

日本機構提供失智住民「家」的經營的開放態度，令人感動，建議政府製作宣導影片，搭配座談會，雙向交流，提升機構服務品質。

(四) 建議辦理照顧服務員訓練學校及輔療性活動資源中心，提供受訓學員學雜費及照顧津貼

因應高齡化與少子化，提供符合台灣文化特質之照顧服務，創造合理薪資之就業機會，吸引人才進入長期照顧產業，降低照顧人力外勞化之現象，建議勞動部、教育部及衛生福利部獎勵民間辦理照顧服務員訓練學校或非藥物性治療之輔療性活動資源中心，及提供受訓學員之學雜費與家庭照顧津貼。

（五）建議修改老人福利機構評鑑指標基準，免除每個月例行診察（含紀錄）

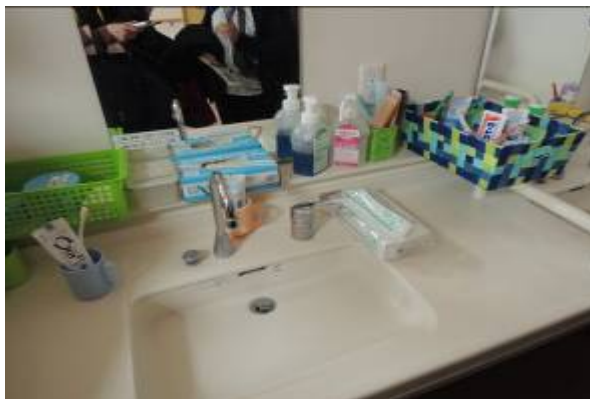
查我國 102 年度老人福利機構評鑑指標基準，要求老人福利機構應聘有特約醫師或與醫療院所訂有服務及緊急後送合約，每 3 個月（長期照護機構每個月）診察（巡診），並有完整記錄。為務實及避免浪費醫療資源，建議參酌日本長照機構關於住民之醫療服務，以住民必要時得依其與醫師之契約，要求在宅醫療醫師出診，或前往醫療診所就診之做法。

（六）建議放寬長期照護機構住民寢室簡易衛生設備之定義

參訪日本長照機構住民寢室內部設施設備，除床鋪、簡易用品櫃、緊急鈴及洗手臺等必要設備外，並未規定寢室內應有如廁或沐浴之設施、設備，而是採公共廁所及公共浴室，以保持寢室之乾爽，增加公共活動空間面積，也減少設置與維修設施（備）之繁雜事務與鉅額支出。因此，建議旨揭簡易衛生設備能定義為洗手設備。

三、參訪照片

	
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，刷完後再由工作人員消毒完後，置於籃子內。



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，椅背後突出處可吊掛拐杖，椅腳裝有輪子方便移動長輩



小規模多機能設施每天可以提供日照15人、短期住宿9人

照顧住宅（河邊山莊）care house 「river side」

參訪日期：103 年 02 月 13 日（四）下午

接待人員：社會福祉士 二階堂裕子

一、機構簡介

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。理事長三原誠先生說，現階段的日本迎向超高齡社會，這是世界上目前沒有人經歷過如此快速老化的社會，因應這個對策，平成 12 年 4 月（2000 年）開始實施介護保險制度，再加上少子化，使得現在社會越來越沒有人能安心的生活，沒有一個社會制度是適合老人，感謝三原節氏先生捐地，大眾捐款，興建此設施，開設服務主要目標是要提供目前能獨力生活的人，在未來身體健康狀況不好時，也能得到好好的照顧，同時提供使用輪椅者有足夠的空間，自在快樂的生活，感謝社會大眾的幫忙，福祉會將會好好的經營此設施。

（一）服務對象

1. 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。
2. 提供 50 人居住，有單人房 42 間、雙人房 4 間，

（二）人力配置（15 名）

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（事務、廚房、掃地等）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。

（三）收取費用

1. 入住保證金：單人房日幣（下同）30 萬元；雙人房 50 萬元。
2. 每月服務費：依照個人所得，按國家規定之比率付費，每人每月約 7 萬元至 13 萬元；個人房間內使用之電費、水費、電話費另計。

（四）服務設施

1. 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；
2. 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。

(五) 服務內容

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。

二、參訪照片



care house 「river side」看出去的田園雪景



care house 「river side」的洗衣間



防火門，一旦發生火災會自動關上



參觀後在廚房與餐廳熱烈討論

Ibuki 療護院

參訪日期：2 月 14 日（五）上午

接待人員：設施長 隱田正昭

一、機構簡介：

療護院於平成 19 年(2007 年)4 月被指定為身心障礙者支援設施，可入住 30 位身心障礙者，主要是重度身心障礙者，還有包括發展遲緩及智障，營運理念與方針是希望從最重度的優先入住。千葉縣類似的機構有 19 個。

療護院於 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。療養院比照團體家屋提供個人房，重點在於入住者日常生活的醫療照顧與管理，都需要較多的支持與保護。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 23 間單人房。

（一）長住與短期住宿：

療護院可收長住 30 人，採單元同性照顧，住民平均年齡 38 歲。收費部分：照顧服務免費，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。

照顧人力部分：依規定工作人員需 18 人，但無法應付長住之重症者，所以有 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。

醫療部分：沒有專屬的醫生，採在宅醫療方式，由苛原診療所的醫師每個月看診一次，費用事先繳，之後再退回。伙食部分：分為四種，包括一般、軟食、更軟一點及泥狀飲食，並標示住民的飲食禁忌，譬如忌納豆。沐浴則每星期提供三次，每次六個職員幫忙，洗澡男女分開，若工作人員不足，有時請兼職人員或居家服務員協助。

另外療護院也有 4 間單人房供短期住宿，不過跟長住一樣，最長已經住 3 年了，通常有空床就會提供。

2. Ibuki 廣場

昭和 63 年(1988 年) 之前，只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。1988 年修法之後，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。

因此，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，後來需求者越來越多，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。

3.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。收案人數 10 人，收費部分，成本是 1 萬元，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。

(二) 參訪心得

1. 一般人 20 歲出社會自立，而身心障礙者卻隨年齡增長，照顧負擔越來越重，雖然在家中可使用居家服務協助沐浴或使用短期住宿，但往往因程度嚴重照顧負擔重，而常被拒絕，而父母也因無法好好睡覺，身體開始出現問題。該機構深感 18 歲高中畢業後，若無處可去使過去受教育的歲月無意義。因而創辦療護院「做人家不要做的事」提供重度身心障礙者照顧，讓他們過有品質的生活，精神實在令人感佩。
2. 設施長提到此機構位在住宅區有特別意義，希望融入社區生活中。然而與台灣一樣，日本的社區居民面對類似機構的設置，也會出現反對抗議的聲音，反對理由通常是擔心身心障礙者跑到家裡或影響房價。談話中，可以感受到機構的用心，他們除邀請附近居民參加活動、積極參與社區活動，工作人員更是每天清掃附近街道，讓社區居民實際了解重度身心障礙者如何生活與往返機構。機構前後花了三年時間終於得到居民的支持，尤其社居居民一聲「您們辛苦了！」讓他們覺得

受肯定，也讓聽者我們感動，值得我們學習。

3. 機構房間採單人房，住民可依喜好選擇榻榻米或床，雖然對照顧人員來說較不方便，但機構仍以住民及家屬的意見為主，照顧相當人性化。房間住民可以自己設計佈置，所以每間房間都有不同的風格，有的房間擺置各式玩具玩偶、有的擺放電子琴或電視，設備都是住民家屬自行帶來，可看出每位住民的嗜好。洗手台一高一低的設計，方便住民與照顧者使用，相當貼心與人性化。另外，有相關補助，減輕家屬不少負擔，也讓我們深刻體會到在日本因身心障礙的福利比老人好，難怪不願加入介護保險，台灣的身障團體對於未來是否加入長照保險意見不一，這部分或許可供深思。

(二) 參訪照片

	
<p>住民可依喜好選擇榻榻米或床，照顧相當人性化</p>	<p>一高一低的洗手台，滿足不同需求</p>
	
<p>寬闊、舒適的走廊</p>	<p>伙食依住民需求分為四種，並標示禁忌</p>



浴室



Ibuki 廣場的生活機能訓練一角



課後輔導室空間一角



陳節如委員與松之實設施長隱田正昭合影

在宅診療（醫師）參訪心得：

一、陳英仁醫師

2月10日（星期一）在宅醫療第一天參訪心得。與苛原診所石井醫師一共四人，包括石井醫師、護理師、司機、在下。先到護理之家看七位輕、重症失智長者，年齡約80至95歲之間。之後，拜訪另一位住在寺廟內的105歲男性長者（與女兒同住，女兒有care-giver depression照顧者憂鬱）。石井醫師帶著聽診器及電腦直接診治個案（包含抽血）。護理師測量check BP（血壓）、heart rate（心跳）、oximetry（血氧濃度）。機構人員（生活相談員）也會報告狀態給醫師。

2月11日（星期二）在宅醫療第二天參訪心得。與和田醫師居家訪視兩位在宅長者。一行人含和田醫師、護理師、司機三人及我。在台灣只有居家護理師自行車公用自行開車，及有時帶醫師居家訪視。兩位高齡長者的病況在此不必言及。但就和田醫師一上車就開始使用電腦了解病情，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。台灣的居家訪視只有評估管路需求，但是日本是居家醫療，更是一個大團體醫療的幫助個案，包含醫師、牙醫師、護理師、藥師、個案管理師、物理治療師、職能治療師、營養師等。保險給付來自健康保險及介護保險，建議台灣可以從居家訪視延申拓展。

2月13日（星期四）：上午參訪居家護理所、老人保健設施機構、復健醫院、洗腎中心。日本的居家護理所為護理師主導。台灣的居家護理的系統與制度必須再調整。下午與柳原ホームケア（home care）診療所所長川人明醫師與護理師、司機和我共四人，往診七位案家。從下午2:00出發到下午4:10回到診療所。一路辛勞。川人醫師的醫師風範，實在讓後輩的我一輩子永忘不了的醫格，其醫術風格及完全把個案當家人看，太棒了。醫師在在宅醫療的角色在他的運作之下，表現出全人的照顧，以個案為中心，這是教科書寫不出來且課堂上教不出來的。

對了，此間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，每月2次往診。等於醫師到案家看診，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。由care-manager照顧管理師統籌一切。健保或介護保險則由醫師視何需要

而定。護理師的專業且溫柔，不失白衣天使的天職。Team work 團隊工作表現無遺。(所以家屬可以得到一天 24 小時一年 365 天全年無休的持續性的醫療照護體系的支持。日本對於在宅醫療對於醫師是一個月給付兩次)。

2 月 14 日(星期五)東京下大雪，這天上午再與和田醫師訪診三位案家，一位在小規模多機能機構的臨終個案。還有 6 位 Support house (機構)的個案。在大雪中奔波勞累，家屬還送情人節巧克力為禮物。在大雪中接到素昧平生的日本案家的情人節禮物，不是口中香甜，而是心中的溫暖。

1970 年的南部鄉下，我正是小學生時朦朦懂懂的感受小鎮老醫師往診到我家的景象。2000 年我開始進入居家護理的這一不同固定於醫院內診查、治療，而是相反的把診查、治療移到案家。金窩銀窩不如家窩好。家提供了平安、撫慰、包容、成長、原諒、安全，也是人生開始及結束的地方。在外方的遊人學子，一定會回家。但是台灣的醫師居家訪視非日本的「在宅醫療」。苛原醫師、和田醫師、川人醫師是我學習跨過居家訪視醫師到居家治療醫師的最好的良師，是典範也是我們推動長期照護的明燈。加上我額外接受安寧療護，更加証明使一個人快樂老化，成為健康老人，更能自然死亡。為一位醫師的另一神聖使命。

「照顧今天的老人，等於照顧明天的自己，老吾老以及人之老，每個人都會老，…」我們要努力的把台灣目前的精神科居家、一般居家、呼吸衰竭居家、兒科居家、安寧居家；住院醫療、亞急性醫療、慢性醫療及養護的護理之家、長期照護病床、養護所、安養中心的一切政策面、操作面、實地面及困境做很好的改革。期許此次的「在宅醫療」參訪能為往後台灣長期照護的完善再加上更完美的營養劑！

參訪照片



石井醫師利用電腦查看長輩資料，護理師正測量血壓



與長輩、石井醫師及護理師開心合影



與和田醫師、護理師在長輩家合影



在宅醫療是醫療的延續，川人先生對社區的熱忱，完全把個案當家人看的醫師風範，值得後輩學習

二、張家銘醫師

2月10日(星期一)下午一點多與和田醫師及一位護理師，開始在宅醫療訪視。全程由一位專屬司機開車，共診療八加一位病患，簡述訪診情形：

第一位病患是近五十歲女性，因車禍腦出血致幾近四肢癱瘓臥床，但仍有意識，只是不能言語，由高齡老母照顧得無微不至，令我驚訝的是全身竟無管路。因上次定期抽血發現貧血現象，疑為月經所致，因此先補充鐵質之後再追蹤即可。此次和田醫師先做簡單訪視，並向家屬解釋現況。

接著驅車前往一間團體家屋訪視一位 91 歲男性，重症肌無力、心臟衰竭近末期。身體已消瘦，雖以鼻導管氧氣使用，呼吸仍賣力，和田醫師預測他的生命只剩不到二週，目前也有止痛藥貼片在控制疼痛。由照顧人員報告現況，目前已接受安寧療護；雖然有貧血，但考慮其病況，並不打算再多做檢查，以免增加病患痛苦，並增加不必要之醫療浪費。

第三位是 88 歲男性病患，住家裡，有太太及媳婦照顧；雖仍可走路，但體能不足，無法走出戶外，因此接受在宅醫療。本身有心衰竭，最近發現有肋膜積水及骨頭疼痛情形，疑有惡性腫瘤所造成。雖然如此，但和田醫師考慮其高齡且合併心衰竭及衰弱，積極檢查可能無法承受，遑論治療，因此與家屬討論解釋後，僅採取一般藥物控制治療。

接著前往一家團體家屋，訪視四位女性病患，有的是每二週一次的例行訪視，有的再加上每半年一次的抽血檢查追蹤。另外一位已臥床病患，臀部尾椎附近出現紅斑病灶，打開尿布已有糞便沾染該病灶。待照顧服務員清潔後，整個房間仍瀰漫著惡臭；和田醫師仔細將該病灶檢視清楚後，再拍照存證以便以後追蹤改善程度，再開立藥膏塗抹，是否該病造與糞便浸潤有關？有待後續追蹤。

之後再前往另一間團體家屋，訪視一位 94 歲女性病患，失智症合併精神行為症狀，已有失智症藥物使用，並有其他藥物控制精神症狀，但病患覺得吃了會不舒服而沒吃。此次訪視即為重新評估並考慮調整用藥，此病患有其他家庭問題就不在此討論。

由於和田醫師當天輪值，在前往前述病患途中，護理師接到一位病患家屬來電，說病患發生胸痛情形。因此在訪視完上述最後一位病患後，便臨時加上此病患的訪視，不過似乎所有人包括司機，對此病患住址均不熟，由於道路狹窄，和田醫師甚至下車步行尋找，費了一些時間才找到。該病患為 88 歲女性病患，胰臟癌已長期臥床，由老先生照顧，也是非常關心，為怕著涼，蓋了七八層保暖，其中有些像是塑膠反光罩材質。該病患早上出現胸痛情形，已含了三次舌下錠，現已緩解，為求安全起見，和田醫師也幫她做了抽血檢查，想排除心肌梗塞及感染問題。

2 月 11 日（星期二）雖為日本的國定假日，但苛原院長與和田醫師仍安排醫師的跟隨往診，本人主要跟隨苛原院長看了七位病患，其中六位在同一家小規模多機能設施，距苛原診所約半小時車程。

苛原院長一開始先親切地跟住民問好並話家常後，再詢問病患現況並由照服員補充報告，可知她們（照服員）對住民狀況瞭解深入，除了協助生活或翻身拍背等專業工作外，還負有觀察及紀錄相關問題的重責大任。

這些個案大多有失智或其他慢性疾病，活動功能從只需拿拐杖到助行器、助行車，或到完全坐輪椅者皆有，但極少有完全臥床者。看診方式除了近況詢問及基本身體檢查，並依現在的問題做調整及治療建議，平均每位穩定住民看診時間十到十五分鐘，看診約一個半小時內結束。

最後驅車拜訪一位 96 歲的失智獨居女性，生活飲食依靠居家訪視員早上前來送餐，晚上則由女兒前來協助基本生活。苛原院長提到這位長者居住的是舊時的公寓住宅，非常狹小，只有一客廳兼睡覺處，在與小廚房相連處有一小餐廳，約一點多公尺寬，再加上小浴廁及玄關。不過從另一角度來看，反而行動不便者可以不必走太遠距離即可獲取所要之事物，也不必花太多時間清掃，未嘗不是一件好事。不過這位長者失智已較嚴重，常會忘記拿拐杖，是比較危險的情況。

2 月 14 日（星期五）整日飄雪，繼續與苛原醫師往診。先拜訪一位 80 多歲的獨居女性，兒子已去世多年；照顧的媳婦提到，病患之前有亂吃些成藥的問題，但病患是否有居家藥師介入不得而知。（日本藥師近來才剛開始介入在宅醫療），不過最近因媳婦照顧比較累可能安排短期安

置。

另一位八十多歲男性，近幾天出現衰弱而致臥床，且不太進食，雖然沒有發燒，但仍懷疑可能有感染情形，為求安全起見，苛原院長也幫他做了抽血檢查，並鼓勵水分及營養的補充。密切追蹤後續變化。

接著到一位八十多歲女性，心臟衰竭，使用助行器在家中緩行，表情淡漠、沒有笑容，似乎有憂鬱情形。目前病患使用日間照顧復健為一星期二次，不過苛原醫師覺得，她走路的狀況根本無法走出去接受日間照顧復健，最多只能一次，會再跟個案管理師討論。過程中，發現苛原醫師會貼心地在月曆上蓋章提醒長輩或家屬下次拜訪的時間。

之後，拜訪兩位團體家屋的個案，其中一位已臥床，但腳有腫脹情形，可能有點扭傷。

接著到一位獨居長輩家中拜訪，其實她並非獨居，只是兒子去世，媳婦與孫女不理她，甚至想把他送去安養院，把這間由她出錢新建的房屋據為己有。病患從客廳走到臥室就很吃力、會喘。其背部有貼兩塊紗布可能是褥瘡，可能因為活動力不佳使然。而床旁的和室木框紙門下方似乎有被撞破的痕跡，可能因為病患跌倒撞到所致。

最後是往診一位獨居女性病患，住在五樓，沒有電梯，已很久沒有、也無法再自行下樓，有居家服務員提供居家服務。有巴金森氏症及心血管疾病，走路緩慢。此次例行往診主要是病患一兩個月前跌倒過導致右肩血腫，苛原醫師先幫她抽關節液後，再注射類固醇治療。病患談到從小母親去世，與阿姨同住，小小年紀就需負起照顧弟弟、妹妹的責任，談到傷心處就不由自主流下淚來。不過得知我們從台灣來，眼睛為之一亮，因為她先生在日治時期曾在高雄左營軍港待過三年，協助運補一個缺乏糧食的小村落，對台灣很有感覺，最後還開心與大家合影留念。當拍完照我提到將寄照片給她時，看到她悲傷而滄桑的臉龐露出一絲的笑容與希望。

在車上也與苛原院長談到日本發展在宅醫療的源由，主因也是老年人口及多重疾病者急遽增加，因此住院醫療費用也急速增加；但反而有一群因行動不便者，卻因不方便來醫院看診，導致疾病控制不良，反而增加了醫療費用的支出。另外因多數老人在醫院治療到去世，也增加了不必要的醫藥花費，因此才開始推動在宅醫療，希望可以減少老人住院的次數與時間，並促進「在宅老化」的實踐。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。

參訪心得：

1. 因應高齡病患多重疾病問題及功能不良導致無法至醫院求診病患需求，建議政府設立「居家醫療」制度，鼓勵有心服務弱勢病患之醫療人員，從事此一台灣目前所忽視的弱勢族群。當然也需給予適當的鼓勵與法規的保障。
2. 建立以人口及區域設立以區域醫院或醫學中心為基礎之居家醫療體系，政府提供人力由各專責醫院相關科別(如老年醫學科)負責訓練有志於從事居家醫療之醫療人員；該醫院之負責科亦需負責協助收治這些由居家醫療後送之病患，作為居家醫療的後盾，以落實連續性照護的理想。除非需某特定專科之才能從事之特殊治療(如加護病房或心導管治療)，才由相關專科來進一步照護。
3. 就居家醫療的醫師而言，需具備能同時處理常見急性問題(如發燒、呼吸急促、精神紊亂…等)、老年病症候群(如跌倒、功能衰退、失智、憂鬱、營養不良、尿失禁、多重用藥)以及常見慢性疾病(如糖尿病、高血壓、心血管疾病、攝護腺肥大…)等能力，以減少病患不必要之急診及住院。此類醫師宜以老年醫學科、或以內科或家醫科醫師再另外接受老年醫學訓練之醫師來從事，較易也較能處理複雜問題，且避免過度之不必要醫療及住院或急診使用。
4. 在各專業均已建立基本之居家醫療後，即需開始跨專業的團隊合作模式，首先需有定期之團隊會議，才能開始互相學習與磨合，由醫師或護理師或社工師主持均可。

參訪照片



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問好並話家常



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。



張醫師與病患、苛原醫師及護理人員合影留念

三、黃明裕牙醫師

2月14日(星期五)上午陪同松戶市齒科醫師會障害福祉委員戶委員，亦是荒木齒科診療所負責人荒木誠醫師，前往兩名個案做齒科在宅醫療參訪。

松戶市人口48萬多人，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，就是除一般齒科醫療之外，還有訪問齒科。

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，開車前往個案居住所。

第一個個案是失智症患者居住在蒼生團體家屋(group home)。在大雪紛飛，寒冷氣候之下，荒木醫師及助理及齒科衛生士，風塵僕僕到達個案居所。

女性失智症患者看診流程：

- a) 荒木醫師打招呼，問候及詢問最近狀況、口腔狀況、飲食狀況及假牙使用狀況。
- b) 全身身體狀況檢查，生命跡象：SOP. HR. BP. BR. Temp。
- c) 口腔檢查(荒木醫師檢查，助理記錄)。
- d) 口腔清潔，包含刷牙及牙結石刮除(齒科衛生士)。
- e) 飲食指導，咀嚼肌肉檢查按摩。

齒科助理將往診報告書交予照服員，並交代事項。

第二個個案：80歲中風女性由84歲丈夫在家照顧。當天天氣很冷，我們抵達在外面按鈴，卻始終沒有人回應，原來夫妻為了節省暖氣，兩人窩在小房間，沒有聽到我們按鈴！著實讓我們小緊張了一下。

例行性檢查及假牙調整(假牙上有名字標註)。

個案用藥手冊，包含各科用藥種類、劑量、時機。

齒科檢查報告書。

當日看診收據。

本日項目有：醫療管理費70點、在宅醫療1305點、檢查110點、處置70點→合計1561點(1點10日元)。

在宅齒科醫療的支付項目：

- a) 診療費：看診時間 20 分以上、看 1 人 830 點，1 人以上每人 380 點。看診時間 20 分以下、看 1 人初診 218 點，複診 42 點，1 人以上同樣。急診、第一次 232 點，第二次以後 90 點。
- b) 內容：齲齒治療、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。
- c) 對象：前來看診困難的個案包括：
 1. 居宅或居宅施設
 2. 沒有齒科的病院
 3. 介護老人保健施設、介護老人福祉施設

參訪照片

	
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

居家護理參訪心得：

賈佩芳、盧美秀護理師

本次日本之行，除了參訪北千住居家護理所之人員配置與業務推動外，並跟隨南柏老人居家護理站之居家護理師到病人家中，瞭解居家護理師之實務操作，茲將參訪「南柏老人居家護理站心得」簡述於下：

（一）機構簡介：

- 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：如
 - （1）高齡衰弱或失智症高齡者
 - （2）末期癌症、神經退化疾病患者
 - （3）早發性重度障礙或嚴重外傷而臥床的病人
- 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、胃廔管護理、更換導尿管、會陰沖洗、膀胱廔管、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)，居家護理師工作量为每日約訪視4-5人。

（二）隨訪心得

2月14日（星期五）早上約09:10到達南柏老人居家護理站，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，這些雖說是例行工作程序，但對居家護理師出訪前的準備卻是重要與不可或缺的一環，全體居家護理站工作人員間密切地溝通與討論，從他們的互動過程中，不論是何種職類人員間可以感受得到所謂的「團隊資源管理」之重要，唯有專業間彼此相互學習、互助合作，方

能創造多贏及 1+1 大於 2 的成效，以使受照護者獲得更大的福祉。

居家護理站主管安排我們三位參訪人員分成 A、B 兩組，分別由護理站的居家護理師帶領我們至病人家中進行各兩位個案的居家護理服務工作，工作內容類似臺灣的居家護理師。

第一位是年約 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。

第二位是年約 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。

首先到訪第一位女士的家中，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。

接著到訪第二位病人的家中，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。

另外兩位病人都是車禍脊髓損傷病人，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）感想與建議

在瞭解日本居家護理的服務內容及制度後，針對臺灣的居家護理制度，不論是服務範疇或模式、支付制度等建議應重新進行檢視及調整。

- 1.在現況中居家護理所大多以機構附設型為多，因此如何在銀色海嘯來臨前，優先達到居家護理服務輸送的可近性，加速輔導設置足量獨立型態的居家護理所，增進居家護理服務社區化、在地化、普及化的發展。
- 2.加強目前醫院急性醫療中的出院準備服務機制，強化醫師及醫事人員轉介居家護理個案，以適切支持返家個案居家生活照護，擴展居家護理的服務量能。
- 3.在以「病人」為中心的思維下，發展跨專業多職種的居家合作服務模式。
- 4.在期待專業發揮更大功能的同時，應重視並傾聽專業人員的聲音，如何設計規劃適切的誘因制度以激發各專業的發展，同時在未來規劃的長照保險制度中如何能與健康保險更具互補運用之彈性，以滿足病人的需要，充分達到支持病人或高齡者能夠有尊嚴地在社區生活、照護、醫療、終老之目的。

（四）參訪照片

	
全體工作團隊間的報告討論(含護理師，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—居家護理師標準配備。



居家護理師用心敬業的身影



居家護理個案自備的居家抽吸設備及用品



居家護理師及家屬無微不至的照護，使長期在家生活



親愛的女士，謝謝您，我們已共同完成的工作了。



居家護理站也提供醫療、生活介護及相關資訊

居家復健（物理治療師）參訪心得：

曹昭懿物理治療師

2月14日（星期五）居家物理治療參訪，早上先到苛原診療所治療部門，先簡單參觀該單位，有一些治療儀器，安排上很省空間，不過治療以帶病人做運動為主，治療結束後常有病人留下來自己做運動或參加團體活動。這個單位物理治療/職能治療在同一層樓，固定時間會有物理治療師/物理治療師邀請所有病人參加活動。

同一單位中，有治療師是提供居家物理治療的，在早上例行簡單報告病人狀況後，即出發探視病人。今天我跟訪的這位物理治療師非常體貼，我們下車時地面已積雪，他用腳把雪踢開，並要我踩在他的腳印上走。

第一位病患是頸椎後直韌帶鈣化，手術後已4年，有家人同住，但居家空間狹小，病患能夠在屋內行走，但因有樓梯，出入並不方便。治療期待是恢復好的姿勢，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，站姿的各種運動。病患在做運動時可以到達幾乎站直的狀況，但自己走路時又是彎腰駝背，我建議治療師可增加背直肌肌力訓練，並且應使用背架，但似乎病人不愛使用，因此療效不易維持。

訪視的第二位病患不同意有外人同行，因此我們回到治療部門等待，這天因有風雪，來治療的病人不多。

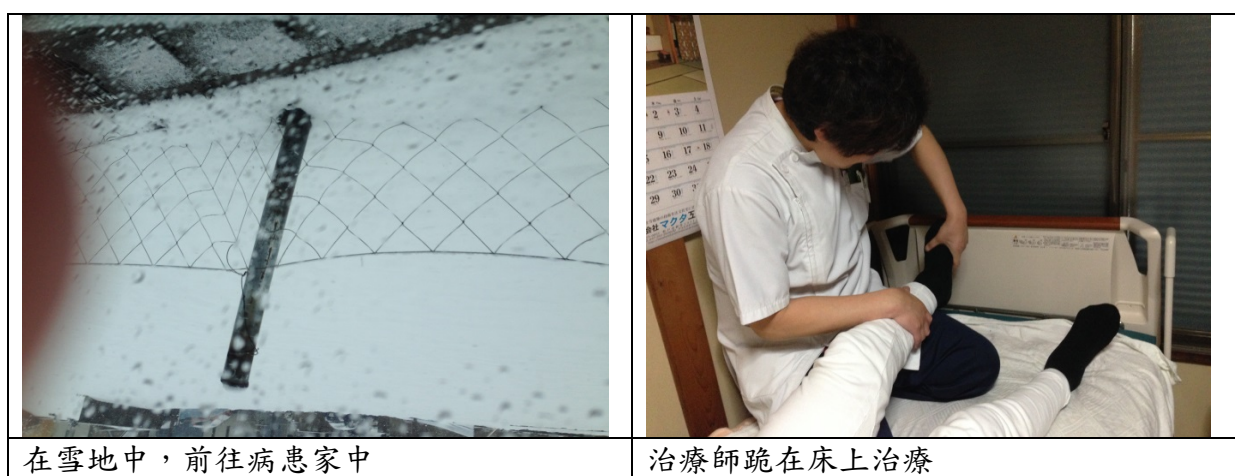
第三位是獨居的中風婦人，動作能力不錯，但肢體感覺差，影響功能。住在老人公寓二樓，以她的能力無法上下樓，家中環境髒亂，居家環境似乎沒有為她的障礙作設計改善。因無法溝通，不知是否有居服員介入幫忙家事。

參訪心得：

進入居家服務，臺灣治療師的能力沒有問題，因此，如何建構好的制度，讓服務提供者與需要者能完美結合才是挑戰。一是各專業服務體系以及各層級醫療院所如何連結；二是資源分配以及提供合理給付。建議如下：

- 1.規劃配合良好之轉介制度，設計照護網。
- 2.治療師提供服務須有醫師診斷，應依病人需求及地域方便性請醫師到宅。
- 3.採用小規模多專業聯合照護模式，照護所主持人可以是各種專業人員，依需求聘用各類醫事人員（專兼任）提供服務。
- 4.根據各地區需求規劃申請之總額管制，各照護單位才不會惡性競爭。

參訪照片



綜合座談

時間：2月14日（星期五）下午

地點：苛原診療所會議室

主持人：和田醫師、淺沼事務長

記錄：柯雅齡

一、播放在宅醫療影片

這回觀看的影片是護理篇、藥事服務篇與牙醫篇。日本醫藥分業得較徹底，醫師不得選擇合作藥師，但藥師可選擇合作醫師，亦即政府對於藥品的把關責任回歸藥師專業。而日本對於診療所間重複開藥的問題，也有健康保險事後檢核的機制，如果兩家診療所在差不多時間內開出了相同或類似的藥品，會予以警告，若再犯則不會給付給第二家開出相同品項的診療所；另外，居家藥事服務藥師也會針對被照顧者的家中囤藥進行檢視，並對藥物進行服用方式與用量提供協助和衛教，現階段前後端兩次資源耗用的狀況與我國相同，雖然至少到宅藥師可以降低重複用藥的狀況，但針對整體資源耗用未來應可思考更好的方式來節約用藥。

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，尤其影片中以簡易照 X 光最令大家為之一亮，此為目前在我國仍不可行的項目之一；然而反思到底什麼樣的受照顧者會需要使用在宅牙醫，就不難理解簡便 X 光拍攝儀器的攜帶之必要。而除了身障族群以外，老年人與失能者的居家醫療是我國尚未開辦的制度，這也是我國未來需要再努力進步的項目，期待參考日本在宅齒科診療的經驗後，我國在規劃居家牙科醫療服務時，能夠考量得更加全面，將需要鬆綁與調整的法規予以盡量完備的修訂。

二、討論重點：

Q1：「Care manager」如何養成？涵蓋於公務機關的或是屬於各事業所內？除了合作的各專業人員協調外，是否還有業績壓力（需拉業務）？機構／診療所會同時提供類似的服務，是否會有大者恆大的現象或擔憂？

A1：Care manager 必須經過國家相關認證與規定才能取得資格。其次，

就松戶市而言，民間企業必須在政府的總量管制之下來提供服務或設置機構，但政府對於服務的提供是經由一兩家大公司或是許多家小公司，並無設限，其他地區也是相同的狀況。照顧管理者所屬於各個事業所，且無須拉業績，其被管理的個案多為民眾了解評價後再來接洽。

Q2：「在宅醫療」推行後，是否影響中大型醫院的醫師從大醫院出走，轉往「在宅醫療」的服務提供，以追求較好的生活品質？

A2：此問題在「日本經濟醫療論壇」中曾被提及，但目前尚未有定論，因為「在宅醫療」施行的比例仍低。以介護保險前的數據來看，日本各縣市別醫療量與病床數量是 0.9，醫療費的發生也多是在醫院，厚勞省也認為醫院中的醫師想出走，但醫療經濟學者的觀察與預測則認為不至於，因為日本的醫療體系仍以病床為主軸。

Q3：介護保險是否會跟有料(自費)介護的機構簽約？

A3：1963 年(昭和 36 年)老人福利法中規定的四種老人特別養護有納入介護保險給付，但除此之外，其他有料老人院與輕費老人院(Care House)並無納入介護保險給付，但有料老人院與 Care House 是可以向介護保險提出成為配合單位的申請。若無被認定為機構，則認定為住宅，則是以購買服務的方式來向外尋求在宅看護與醫療相關服務。

綜合座談照片



大家聚精會神觀賞影片



張家銘醫師分享到宅醫療跟診心得



與和田醫師座談



參訪行程在座談會後畫下句點，陳節如委員特別上前致意，感謝和田醫師在這次日本在宅醫療行程的熱期招待與協助

柒、參訪人員名冊

NO	姓名	單位	職稱
1	陳節如	立法院	立法委員
2	吳玉琴	台灣社會福利總盟 中華民國老人福利推動聯盟	理事長 秘書長
3	鄧素文	衛生福利部護理及健康照護司	司長
4	劉敏玲	衛生福利部護理及健康照護司	技正
5	盧美秀	中華民國護理師護士公會全國聯合會	理事長
6	賈佩芳	中華民國護理師護士公會全國聯合會	副理事長
7	陳英仁	長庚紀念醫院台北分院內科	主任
8	張家銘	成大醫院內科部老年科	主任
9	黃明裕	中華民國牙醫公會全國聯合會特殊需求者口腔照護委員會	主任委員
10	王幸宜	中華民國牙醫公會全國聯合會	執行 副秘書長
11	馬海霞	中華民國殘障聯盟	理事長
12	曹昭懿	中華民國物理治療師公會全國聯合會	常務理事
13	李光廷	台北護理健康大學長期照護研究所 中華民國老人福利推動聯盟	副教授 顧問
14	游如玉	台南市 YMCA 基金會	主任
15	林金立	台灣居家服務策略聯盟	副理事長
16	陳淑敏	財團法人台灣省私立健順養護中心	副院長
17	王慧珠	財團法人彭婉如基金會	執行長
18	郝育亭	財團法人私立天主教中華聖母社會福利 慈善事業基金會	副執行長
19	黃淑芬	立法委員陳節如國會辦公室	研究助理
20	柯雅齡	立法委員陳節如國會辦公室	研究助理
21	李碧姿	中華民國老人福利推動聯盟	研究組主任