

# 居家醫療服務醫師的角色



王維昌醫師

王維昌診所院長  
羅東社區醫療群執行中心  
蘭陽家聯 居家醫療 主責機構  
第12屆全聯會理事  
第24屆宜蘭縣醫師公會理事長

**往診** 是最基本的醫療照顧方式之一，健保自民國八十四年開辦以來，就有失能居家醫療給付制度，這個時期的居家醫療模式給大家的印象，多是醫院附設的居家護理所，執行管路的護理，醫師的角色就是報備支援做管路維持評估。除了前述服務之外，健保也因應各種不同的需求，陸續開辦精神病、安寧、高診次藥事服務、牙醫特殊醫療等到宅醫療服務項目，滿足各年代各階層的居家醫療需求。

台灣在107年，老年人口到達14%，推估8年後進入超高齡社會，健保署為因應高齡社會的醫療需求，從105年開始以家庭醫師整合照護計畫的社區醫療群為基礎架構，將過去片段式的居家醫療重新定義，推出「居家醫療照護整合計畫」，這一個架構有以下特色：跨專業團隊合作、提供失能及重症居家醫療、安寧緩和醫療、建立個案疾病管理、藥物整合，並要求提供24小時諮詢電話服務、健保署也針對居家服務做品質監控。

長照服務目的是建構社區安全網路，支援在地健康老化，而醫療需求是一直貫穿在高齡失能者的需求中，在長照2.0的十七項的服務中，有兩項與醫療有關，就是出院準備與居家醫療，兩者的界接橋梁是各縣市的長照中心。基層醫師從醫療專業參與長照服務，最簡單直接的方式就是居家醫療，醫療與生活支援照護是高齡社區最重要的力量。

在中央健康保險署政策指導之下，宜蘭縣醫師公會以社區醫療群為骨幹，自104年開始，建立跨專業、跨團隊的居家醫療平台，讓醫院、診所、居家護理所等一起進來運作。初期推動並不順利，太多的報備支援程序阻礙醫師的熱誠，直到105年4月衛福部將醫師到宅服務解釋為「應邀出診」，醫醫療法不再須報備支援、其他相關醫事人員的報備支援也獲得鬆綁，對於無訊號地區得以F000卡號方便作業，諸項因緣水到渠成終於順利推動。目前以基層醫療為主的「蘭陽家聯居家醫療」團隊有51家醫療院所(約占本縣20%基層院所)，14居家護理所，照顧中個案360人，平均每位醫師收案11.6人，為縣內規模最大，照顧人數僅次於陽大附醫團隊。(圖一)

截至108年底台灣有220個團隊(圖二)，2692家醫事服務機構參與，累計照護人數63760人，其中收案醫師數為2632，平均每位醫師收案14.6人，有24.4%醫師只收一位病人，收案最高為362人。大約只有5%醫師參與居家醫療收案。每位醫師每月訪視病人5.4次，病人接受醫師訪視次數每月0.55人。對於每個月

180人次，每天8人的限制，絕大部分的醫師並不會觸碰到。

目前執行居家醫療的醫師約占整體醫師的6%不到，而居家醫療又是高齡社會很重要的一種社區照護。由於國內的健保制度及醫療環境，無法形成一個理想的分級醫療，目前的居家醫療制度除了給付不足以外，還特別要求主治醫師要在一年內完成藥物整合，在現有的制度之下執行困難，造成醫師裹足不前，醫師參與率低是有原因的。不過隨著高齡社會的逐漸加重，失能人口持續增加，居家醫療的角色越來越重要，拋開諸多不利因素，我們還是應該超前部署，以迎接即將來臨的超高齡社會，以下是我的建議：

### 1. 由各縣市公會成立一個居家醫療平台全面推動

如前述居家醫療除了是傳統的醫療模式之一，也是面對高齡社會失能照護很重要的解決方案，健保署「居家醫療照護整合性計畫」推動雖然只有短短5年，各地區也有很多熱心的醫師投入，累積相當多的經驗，對於社區安全也做出很多貢獻，但還是不足以形成一個普遍性的照護網，面對更嚴峻的銀髮海嘯，值得地方公會成立一個自主性的居家醫療平台，有計畫的輔導會員，提供一個更友善的介入窗口，相信一定會收到很好的回饋。

### 2. 主動發現社區失能長者，主動收案照護

台灣的基層醫療為數眾多遍布全國各鄉鎮，數量遠超過便利商店，而且在一條街上可能都有各種不同的專科醫師在服務，基層醫師的服務時間幾乎是全年無休，隨時可近，也是社區最好的夥伴，這也是台灣社區醫療的優勢。在經年累月

的門診中，慢慢發現失能老人快速增加，憑著多年的專業照護經驗，這些失能者我們應該評估收案，做持續性的照護，透過醫師專業評估後收案，對日後藥物整合比較容易，一般經驗看來，每個醫師收案量通常20個以下，照顧尚不至於產生太大壓力。

### 3. 籌組大區域的居家醫療團隊

居家醫療照護整合計畫要求團隊成員必須有居家護理所，並沒有限制團隊成員規模。由於基層醫師的數量充足，通常在一個鄉里內就能具足各種不同科別的服務醫師，近年因為常照2.0的關係，獨立型態的居家護理所也如雨後春筍般的成立，如果能夠將不同專業、不同團隊的機構結合在一起，就能發揮共同照護的效果。在我們的團隊就有肝膽腸胃科、眼科、復健科、營養師互相照護的經驗，病人在一個團隊內可以接受不同專業的照會，除了維持好的照顧品質外，也落實分級醫療社區照顧的精神。

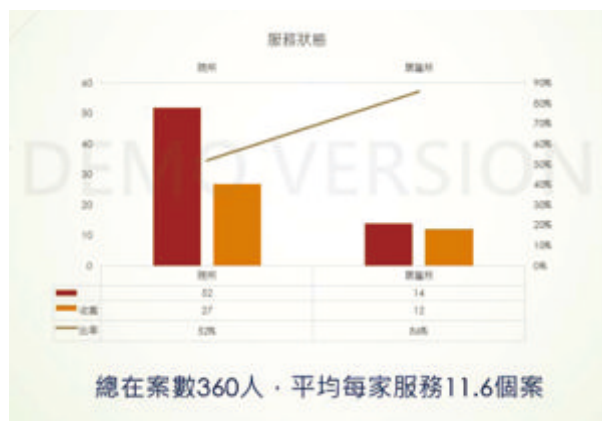
### 4. 建立個管制度

醫師在團隊的角色是診療決策與跨專業整合，絕大多數的醫師都是參與者，本身還有很多門診業務，如果團隊中一位負責的個案管理師，可以協助醫師追蹤病情、協調其他專業人士會診、安排訪視日期等瑣碎事件，有助於提升照護品質。

### 5. 積極推動安寧療護

107年65歲以上（高齡）年中人口335萬人，占14.2%，健保醫療費用占38.2%，當年台灣每10萬人口死亡率為733.1，死亡人數172859，除了安寧病房不足的壓力外，醫療負擔更沉重。美

蘭陽家聯居家醫療服務狀態 (圖一)



照護團隊分布與照護人數-分區別 (圖二)

至108年11月底，計有220個團隊、2,692家醫事服務機構參與，累計照護人數63,760人。

| 分區別 | 團隊數 | 家數    | 收案家數  | 照護人數   |
|-----|-----|-------|-------|--------|
| 臺北  | 54  | 608   | 208   | 15,284 |
| 北區  | 37  | 317   | 169   | 9,104  |
| 中區  | 52  | 669   | 369   | 14,775 |
| 南區  | 32  | 501   | 250   | 11,135 |
| 高屏  | 32  | 468   | 238   | 10,771 |
| 東區  | 13  | 129   | 75    | 2,808  |
| 全國  | 220 | 2,692 | 1,310 | 63,760 |

註：團隊數以主責院所所在地區分；家數以機構所在地區分；照護人數以收案機構所在地區分。



從醫療照護到安寧善終 (圖三)

國統計25%的資源用在5%的死亡病人身上，而所投入昂貴醫療並不是末期病人需要的，如果主責醫療團隊熟悉自己長期照顧的個案，能夠給予末期病患持續性的緩和醫療(圖三、四)，就實證醫學的觀點，比傳統醫療有更長的餘命，讓病人生活更有品質，所節約下來的醫藥費，根據聯醫黃總院長估計，約可節制五十萬。

全國安寧病房數687床，宜蘭有39床，宜蘭縣死亡人數3837人(107)，這樣的數字告訴我們，推動社區安寧是迫切需要的，居家醫療團隊成立必須的條件是有執行安寧緩和醫療的資格與能力。

在去年一年中宜蘭縣四大居家醫療團隊收案的安寧個案，順利善終有104位，由基層照顧的個案有24位占23%，這數字不包括醫院舊制的個案。基層能夠邁出一步，取得這樣的成績已經非常難能可貴，除了醫師公會積極的整合，衛生局全面推動，羅東博愛醫院社區醫學部的安寧團隊，擔任基層醫療的教育輔導，也是基層介入安寧照護非常重要推手。

## 6. 安寧療護實務

重度居家個案(S2)進入安寧照護照護前，主治醫師可以召集病人、家屬與照護團隊進行「緩和醫療家庭諮詢費」，取得共識，完成文件簽署後，就可以順利將個案轉成S3的安寧照護，這個會議的召開是由主責醫師的機構負責申報，申報碼為P5407C。在安寧療護階段的末期照護有臨終訪視，這些項目照護團隊的任何專業都可執行，申報碼05326C，通常我都是在診察病患後，適當時機請護理師到案家執行，並依照給付規定申報。



從醫療照護到安寧善終 (圖四)

從事安寧唯一需要克服的必須修甲或乙類學分，因為給付費用是按照類別不同。安寧最重要的藥物嗎啡的取得，則必須協調醫院或藥局準備，方便基層醫師可以處方使用，安寧照護才能順利，在宜蘭縣，基層嗎啡的處方是由博愛醫院及部分有藥師執業的衛生所調劑。

政府評估失能者八成有多重慢性病，為預防健康或慢性疾病惡化導致民眾失能或失能程度加劇，衛福部擬提供以失能個案為中心的醫療照護及長期照顧整合性服務，減少健保及長照資源耗用。108年7月19日衛福部公告實施，「居家失能個案家庭醫師照護方案」，這個計畫的特色是以針對2-8級失能個案透過醫師實地訪視後纂寫「長照醫師意見書」，做為長照服務開案參考，並建立疾病個管來促進健康，維持功能。執行的人員資格特別指定給參與居家整合醫療照護團隊或社區醫療群的醫療人的基層人員，這個方案也是國內第一個以「醫師意見書」做為平台，長照與醫療結合的方案，擴大基層醫師參與社區醫療照護並肯定居家醫療的價值值得我們繼續努力。

醫師在健康產業是疾病管理的提供者，健康照護的三大目標是，提高病人的生活品質、提高社區的健康水平、減少國家的人均醫療費用，如果有善良可行的制度、讓醫療人員發揮專業的技能，居家醫療基本上能夠滿足這三項需求，以上是個人在宜蘭縣推動居家醫療五年的經驗分享，期待與大家一起互勉，創造高齡友善的社會。