

在宅醫療觀點分享

許碧珊¹ 陳睿安² 陳御左² 巫翰明² 李思瑩³ 賴仲亮^{4*}

摘要：二次世界大戰後的戰後嬰兒潮，加上醫療技術與公共衛生突飛猛進，使得全球人口快速老化；亞洲國家老化的速度居世界之冠，台灣估計約7-10年就會從高齡社會變成超高齡社會。長期照護的需求日益增加，對健康威脅的疾病型態由急性轉向慢性，健康照護重心由疾病轉為功能導向，處理健康問題的腳步逐漸由治癒(cure)轉成照護(care)。原先作為照護基石的家庭，因少子化與高齡化的現象顯得難以負擔，加上民眾要求兼顧健康照護與生活品質的浪潮，使得在宅醫療在醫療體系中的角色與日俱增。高齡照顧專業呈現多樣且蓬勃發展的樣貌；從照顧專業、護理專業、家庭醫學、高齡醫學、復健醫學、遠距醫療與醫療輔助器材的發展及社會福利資源的整合趨勢，跨專業團隊使在宅照護服務更有能力提供複雜的醫療照護。生命終了前，安寧居家醫療增加個案在家臨終心願的可行性、降低選擇在家往生者的末期症狀且減低遺族的悲傷。台灣在中央健康保險單一保險人的制度下，為了有效彈性運用醫療資源，抑制醫療費用的上漲，以在宅醫療服務取代部分住院與機構式照護是必然的趨勢。

關鍵詞：高齡、在宅醫療、跨專業團隊。

前言

二次世界大戰後的戰後嬰兒潮，加上醫療技術與公共衛生突飛猛進，使得全球人口快速老化；亞洲國家老化的速度居世界之冠，其中根據國家發展委員會2016年的報告顯示，台灣、南韓、新加坡與中國香港，估計大約7-10年就會從高齡社會變成超高齡社會。長期照護的需求日益增加，對健康威脅的疾病型態由急性轉向慢性，健康照護重心由疾病轉為功能導向，處理健康問題的腳步逐漸由治癒(cure)轉成照護(care)。原先作為照護基石的家庭，因少子化與高

齡化的現象顯得難以負擔，碰上民眾要求兼顧健康照護與生活品質的浪潮，使得在宅醫療在醫療體系中的角色與日俱增。

衛生福利部(2014)在2013年老人狀況調查報告中發現，未來生活可自理時僅14%表示「願意」住進安養機構、老人住宅或社區安養堂。未來生活無法自理時表示「願意」住進老人長期照顧機構或護理之家者僅占43.1%；不只台灣的老人有這樣的想望，美國高齡者在宅就醫的意願亦高達90%，歐洲老人也寧願留在家中，不要進住機構(Parkatti & Eskola, 2004)。可見在民眾的需求面上，家還是他們終老的首選，為了達成這樣的心願在宅醫療的模式就顯得更為重要。

高齡照顧專業呈現多樣且蓬勃發展的樣貌；從照顧專業、護理專業、家庭醫學、高齡醫學、復健醫學、遠距醫療與醫療輔助器材的發展及社會福利資源的整合趨勢，使在宅照護服務更有能力提供複雜的醫療照護。生命終了前，安寧居家醫療增加個案在家臨終心願的可行性、降低選擇在家往生者的末期症狀且減低遺族的悲傷(Gomes, Calanzani, Curiale, McCrone, & Higginson, 2013; Shepperd, Gonçalves-Bradley, Straus, & Wee, 2016)。台灣在中央健康保險單一保險人的制度下，為了有效彈性運用醫療資源，抑制醫療費用的上漲，以在宅醫療服務取代部分住院與機構式照護是必然的趨勢。

定義

World Health Organization (WHO) 於1994年即將居家照護(home care)界定為「在病患居所就近提供整合性之健康及社會支持性服務，其目的在於預防、延緩及取代長短期之機構服務。」(Knight & Tjassing, 1994)。美國居家照護學會將其界定為「在居家環境中為恢復中、失能者或慢性病個案提供廣泛的健康與社會性服務。」(Stanhope, 1996)。美國政

接受刊載：107年1月29日

[https://doi.org/10.6224/JN.201802_65\(1\).02](https://doi.org/10.6224/JN.201802_65(1).02)

¹衛生福利部臺中醫院家庭醫學科主任 ²衛生福利部臺中醫院家庭醫學科住院醫師 ³國立臺北護理健康大學護理研究所博士候選人

⁴衛生福利部臺中醫院副院長、復健科醫師暨亞洲大學職能治療學系兼任助理教授

*通訊作者地址：賴仲亮 40343 臺中市西區三民路一段199號 電話：(04) 22294411-5504；E-mail：laipeter57@yahoo.com.tw

府(Department of Health and Human Services, DHHS)進一步界定為「在個人或家庭的居所提供連續性、綜合性健康照護之一部份，以增進維持與恢復個人健康，將殘疾的影響降至最低，使其發揮最佳的獨立自主功能。」(Lyon & Nies, 2001)。進入21世紀後，居家照護更擴及在家療養、出院後的疾病管理、高齡評估、基層醫療訪視、以及提供長期照護機構(long-term care facility)個案個別高階的技術性照護(Hayashi & Leff, 2009)。台灣居家照護於1999年正式將居家照護界定為「因應現代化醫療措施，在尚未達醫療院所層級之設備及服務下，個案仍可在其熟悉之環境中，透過專業人員之協助，獲得身體、心理及社會上需要之滿足。」(行政院衛生署，1999)。居家照護顧名思義，著眼於「家」跟「照護」，服務提供的場所在家中而非在醫療院所或機構內，服務的重點是照護而非治療。

總括來說，居家照顧，又稱為居家醫療、在宅醫療，英文名為home care、home medical care、medical home、home health care的文章都在討論這樣的照顧模式，簡單說，醫療相關專業將服務輸送至家中的一種服務模式。

順道一提居家自立服務(home reablement services)，其定義如下：在急性疾病或受傷後，在有限的時間(6-12週)內提供高照顧強度、多專業的、以個案為中心與目標取向的居家介入性照護。目前這類的文章因研究設計之故，尚無法證實它在增加個人獨立性或減少個人照護服務的使用是有效，迫切的需要高品質的研究再深入探究(Legg, Gladman, Drummond, & Davidson, 2016)。

台灣歷史軌跡

台灣居家照護的誕生與教會醫院及宣教士來台服務有著密不可分之關係；1971年彰化基督教醫院為實踐「沒有圍牆的醫院」，由英籍蘭大弼醫師推動居家照護；同年派遣英籍護士Ms. Linda Elliot至香港觀摩居家照護實務工作，回台後率先提供產婦居家訪視，為台灣以醫院為基礎的居家照護服務開啟先機(董，1985；董，1988)。繼彰化基督教醫院後，花蓮門諾醫院、台北馬偕醫院也陸續推展居家護理(林，1988；高，1988)。

台灣公部門則於1983年在高雄市、台北市辦理居家老人服務，稱做老人住宅一般服務，提供六十

歲以上獨居老人有關文書、休閒、精神支持、醫事等服務(蔡，2000)。西元1986年，行政院衛生署推動「醫療保健—籌建醫療網計畫」，規劃建立中老年疾病防治工作體系，其中將居家照護列為重點工作。1989年中央信託局開始試辦居家護理納入公務人員保險，將居家護理納入公保給付範圍，使得居家護理支付標準有了參考依據。1993年8月27日，公佈「護理機構設置標準」等相關法令，使「居家護理」、「護理之家」及「日間照護」等長期照護服務之護理機構有所依據。1994年8月9日「全民健康保險法」制定公佈。衛生署委託「中華民國胸腔暨重症加護醫學會」辦理「呼吸長期依賴病患照護計畫」，提供呼吸器長期依賴病患居家照護及機構式照護服務。1995年全面實施全民健康保險，居家照護為唯一列入健保給付的長期照護業務，其服務內容及項目明確規定於「全民健康保險居家照護作業要點」之中。1996行政院衛生署開始「安寧居家療護納入全民健保試辦計畫」。2004發布「失能老人及身心障礙者補助使用居家服務試辦計畫」。2008推動之長期照顧十年計畫，失智症長者明定納入服務；凡經評估有長照服務需求者，核定補助時數，並提供包括居家護理、居家復健、喘息、日間照顧、協助連結或轉介其他社會資源等服務。目前正在規劃長照2.0則希望將照護網絡編織綿密，提供一個安居在宅的支持環境(許、章，2017)。

居家照護目標

居家照護目標在個案端為增進、維持健康、恢復功能或降低殘障風險。在家庭端則為減輕家庭負擔與壓力、提昇自我照護之能力，穩固家庭功能與價值。在社會端則為照護資源整合與有效運用與公平分配。最終則希望完整社區照護網絡，發展整體性、計畫性、可近性、連續性、協調性、個別化與社區化的照護服務(許、章，2017)。

個案選擇

居住於家且符合下列三項其中之一：(一)經照護團隊評估有明確醫療需求，因失能或疾病特性致外出不便有明確醫療需求者。(二)剛出院但尚未完全復原之急性後期病患，此類個案需要專業評估、密集調整照護計畫及短暫後續照護。(三)末期病患(許、章，2017)。

成立跨專業居家照護團隊

台灣不像其他的國家地廣人稀，容易造成在宅醫療服務輸送的障礙，相反的，在交通便利醫療資源相對豐富的台灣，跨專業居家照護團隊的模型應更有機會可以開展的更好，跨專業居家照護團隊的成員組成包括(1)病患、病患家屬或其照顧者；(2)醫師；(3)個案管理師；(4)護理師；(5)復健師：物理治療、職能治療、語言治療；(6)營養師；(7)社工師；(8)居家服務員；(9)心理師；(10)藥師；(11)社區志工；(12)其他：如醫療輔助器具材料（輔具）中心、喘息照護機構、遠距醫療等人員。

這樣多的專業合作是否能夠完整居家個案的健康需求，端看團隊之間是否運作良好。有效的跨專業團隊工作有十個特點：(1)積極領導和管理屬性；(2)建立良好的溝通平台；(3)個人獎勵、培訓和發展適性適所；(4)適當的資源分布與合作流程；(5)適當的技能組合；(6)支援小組的判斷能力、傾向與能力；(7)個人在團隊中的必要性與特性；(8)目標一致而不分歧；(9)照顧的品質和結果；(10)專業間相互尊重和理解（Nancarrow et al., 2013）。

在宅醫療成功的要件

居家醫療因為執行的場所在家中，社區的在宅個案需要各專業服務的職業類別、強度與頻次因人而異，各專業的結合常需來自不同行政管理體系，因而要達成這樣量身訂製的照顧要求就顯得複雜與困難。有幾個概念必須落實：(一)病患、病患家屬或其照顧者是最重要的團隊成員。以往醫療提供者與被服務者並不會共享決策，但有一大部分的照顧計畫是病患、病患家屬或其照顧者在他們的日常居家生活執行的，這個團隊成員一定是這個團隊裡最重要且最無可取代的，任何決策過程都不能忽略這個角色的重要性。(二)團隊進駐分級分層。服務人員進駐先後應以前驅部隊與後援團隊的概念執行之，前驅部隊肩負篩檢、診治、評估與初步計畫擬定、執行和調整。由一個負責任的家庭醫師加上一個持續性照顧的個案管理師做3C2A〔周全性（comprehensive）、持續性（continuing）、協調性（coordinated）、可近性（accessible）與負責性（accountable）〕的全人醫療照護。這裡所指的負責任的家庭醫師是希望由廣度訓練的科別（家庭醫學科、高齡醫學科醫師）來擔任

（洪等，2015），藉由廣度的診治再與所需之專業職別連結，減少不必要的人員耗損與增加時效性與廣度。(三)落實交班。前驅部隊與後援團隊之間的默契與協調顯得重要，定期的個案研討與溝通平台的設立，讓每個團隊成員對於目標達成均負有權重不一的責任。照顧者輪替照顧時，對於病患的穩定與照護品質有很大的負面影響；因而銜接各種照護體系間之評估資訊，內容越詳細，管道越暢通，越有助於照護計畫之精確擬定與落實執行，較可避免不當的醫療照護行為，如過多重複之藥物或不必要之管路留置等。(四)制定照護目標與計畫並定期評量調整。依預防病患致命及致殘風險、疾病惡化、功能維持、以及增進健康與生活品質等項目之順位，配合家庭的照顧與經濟能力制定照護目標，執行後的計畫應定期評值計畫執行的效能與效益並依此調整之。(五)指導與諮詢預期與實務並重。指導照顧者對個案生命跡象之測量與紀錄，教導危險訊號的認知與警覺，各項營養、餵食、傷口護理、各種留置管的照護，翻身、拍痰、關節活動及復健等技術之指導，宜循序漸進並隨時評估照顧者是否可吸收及配合，以免耗竭照顧能量，針對具有潛在風險的病人與照顧者應做預期性的教導並提醒服務團隊其他成員並密切追蹤（許、章2017）。(六)建立以家庭為單位、社區為導向的評估習慣。在急性醫療的醫院強調的是以個案為中心的全人醫療照顧模式，在社區的居家醫療則需要加入以家庭為單位社區為導向的照顧模式，以維持家庭原有之功能與連結社區資源前提下制訂照護計畫，避免過度以醫療專業考量而導致家庭的功能喪失。(七)照顧網絡應連結社區非醫療資源，熟悉社區中的其他可利用資源，如公、私立社福單位與社團、病友支持團體、宗教團體、教育組織等，作為照顧網絡與醫療資源的前哨偵查，降低專業成本，活絡社區自立量能。(八)科技運用。各類居家醫療照護器材、醫療監測儀器及視訊設備越來越普及且價格合理，如何運用高科技的協助，減少不必要的人為疏失或人工作業，善用這些儀器、人工智慧與大數據分析可使居家照護環境更加安全。(九)24小時的諮詢專線：協助病患及家屬在正常上班時間進行醫療及其他資源之電話諮詢服務，如門診、緊急醫療、急性或慢性病房照護等，並提供社福團體、病友支持團體、喘息服務機構、政府社福部門等相關資訊，在非上班時間則提供緊急醫療諮詢服務，避免工作團隊不必要的人力耗損與過勞。(十)所有的在宅醫療個案都應作

安寧家庭諮商。諮商「死亡識能」，一種執行的智慧，代表獲取、理解及使用「末期和瀕死照護」相關資訊時的知識和能力。推廣在宅善終的高價值照護，進一步推動健康促進為導向的緩和照護（黃等，2017）。

結 論

民間的力量這幾年蓬勃發展，2017年四月，「台灣在宅醫療學會」誕生。由各醫療專業、照顧專業與公衛專家們共同建構出第一線居家工作者互相支援合作的跨專業平台。全台灣在公私立部門的努力之下，目前正如火如荼的燒起在宅醫療的火，衛福部的「中、低收入戶暨弱勢健康管理計畫」、「醫療垂直整合銜接照護試辦計畫」、台北市立聯合醫院的「藍鵲計畫」等加上從北到南大大小小的居家醫療團隊接續成立，有著百家爭鳴的景象，期盼這樣的火能夠持續燃燒帶動，落實在地終老、安居在宅。

參考文獻

- 行政院衛生署（1999）．台灣居家照護—以衛生體系來看．取自 <http://homepage.ntu.edu.tw/~psc/course/%A5%C6W%A9~%AEa%B7%D3%C5@%A4%A7%B2%7B%A6b%BBP%A5%BC%A8%D3%A7%B9%BE%E3%AA%A9.doc> [Department of Health, Executive Yuan, Taiwan, ROC. (1999). *Home care in Taiwan*. Retrieved from <http://homepage.ntu.edu.tw/~psc/course/%A5%C6W%A9~%AEa%B7%D3%C5@%A4%A7%B2%7B%A6b%BBP%A5%BC%A8%D3%A7%B9%BE%E3%AA%A9.doc>]
- 林秀妹（1988）．門諾醫院之居家護理介紹．*護理薪傳*，3（3），178–185。[Lin, H. M. (1988). Introduction to home care at Mennonite Christian Hospital. *Nursing Retrospect & Prospect Bimonthly*, 3(3), 175–185.]
- 洪緯傑、莊佳惠、吳美儀、楊宜青、吳晉祥、林季緯（2015）．家庭醫師全人醫療照護模式應用於居家照護．*台灣家庭醫學雜誌*，25（4），271–278。[Hung, W. C., Chuang, C. H., Wu, M. Y., Yang, Y. C., Wu, J. S., & Lin, C. W. (2015). The holistic health care model of family medicine: Its applications in home health care. *Taiwan Journal of Family Medicine*, 25(4), 271–278.] <https://doi.org/10.3966/168232812015122504006>
- 高金桂（1988）．居家護理在馬偕．*護理薪傳*，3（3），186–193。[Kao, C. K. (1988). Home care at MacKay Memorial Hospital. *Nursing Retrospect & Prospect Bimonthly*, 3(3), 186–193.]
- 國家發展委員會（2016）．中華民國人口推估（105至150年）．取自 http://www.ndc.gov.tw/Content_List.aspx?n=84223C65B6F94D72 [National Development Council. (2016). *Population projections for R.O.C. (Taiwan): 2016~2061*. Retrieved from http://www.ndc.gov.tw/Content_List.aspx?n=84223C65B6F94D72]
- 許碧珊、章殷超（2017）．居家照護．於台灣家庭醫學醫學會編著，*家庭醫師臨床手冊*（第四版）．台北市：台灣家庭醫學醫學會。[Hsu, P. S., & Chang, Y. C. (2017). Home care. In Taiwan Association of Family Medicine (Ed.), *Family physician clinical manual* (4th ed.). Taipei City, Taiwan, ROC: Taiwan Association of Family Medicine.]
- 黃喬煜、徐榛萱、孫文榮、李易翰、翁瑞萱、吳孟嬪…黃勝堅（2017）．提升「死亡識能」—推廣在宅善終的高價值照護．*北市醫學雜誌*，14（3），269–278。[Huang, C. Y., Hsu, S. H., Sun, W. J., Lee, Y. H., Ueng, R. S., Wu, M. P., ... Huang, S. J. (2017). Promoting death literacy - A high value health care for good death at home. *Taipei City Medical Journal*, 14(3), 269–278.] <https://doi.org/10.6200/TCMJ.2017.14.3.01>
- 董英義（1985）．彰化基督教醫院的居家照護．*護理雜誌*，32（4），9–12。[Tong, E. I. (1985). Home health care program at Changhua Christian Hospital. *The Journal of Nursing*, 32(4), 9–12.]
- 董英義（1988）．彰化基督教醫院與居家照護．*護理薪傳*，3（3），165–171。[Tong, E. I. (1988). Changhua Christian Hospital and home health care. *Nursing Retrospect & Prospect Bimonthly*, 3(3), 165–171.]
- 衛生福利部（2014）．102年老人狀況調查報告．台北市：作者。[Ministry of Health and Welfare, Taiwan, ROC. (2014). *Report of the senior citizen condition survey at 2013*. Taipei City, Taiwan, ROC: Author.]
- 蔡漢賢（2000）．*社會工作辭典*（四版，136頁）．台北市：內政部。[Tsai, H. H. (2000). *Social work dictionary* (4th ed., p. 136). Taipei City, Taiwan, ROC: Ministry of the Interior, Taiwan, ROC.]
- Gomes, B., Calanzani, N., Curiale, V., McCrone, P., & Higginson, I. J. (2013). Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. *Cochrane Database of*

- Systematic Reviews*, 6, Art. No.: CD007760. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007760.pub2>
- Hayashi, J., & Leff, B. (2009). Community-based long-term care and home care. In J. B. Halter, J. G. Ouslander, M. E. Tinetti, S. Studenski, K. P. High, & S. Asthana (Eds.), *Hazzard's geriatric medicine and gerontology* (6th ed., chap. 12). New York, NY: McGraw-Hill.
- Knight, S., & Tjassing, H. (1994). *Health care move to the home*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Legg, L., Gladman, J., Drummond, A., & Davidson, A. (2016). A systematic review of the evidence on home care reablement services. *Clinical Rehabilitation*, 30(8), 741–749. <https://doi.org/10.1177/0269215515603220>
- Lyon, J. C., & Nies, M. A. (2001). Home health. In M. A. Nies & M. McEwen (Eds.), *Community/public health nursing: Promoting the health of populations*. St. Louis, MO: Elsevier/Saunders.
- Nancarrow, S. A., Booth, A., Ariss, S., Smith, T., Enderby, P., & Roots, A., (2013). Ten principles of good interdisciplinary team work. *Human Resources for Health*, 11, 19. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-11-19>
- Parkatti, T., & Eskola, P. (2004). *Services for supporting family carers of elderly people in Europe: Characteristics, coverage and usage*. Retrieved from https://www.uke.de/extern/eurofamcare/documents/nabares/peubare_a5.pdf
- Shepperd, S., Gonçalves-Bradley, D., Straus, S. E., & Wee, B. (2016). Hospital at home: Home-based end-of-life care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, Art. No.: CD009231. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009231.pub2>
- Stanhope, M. (1996). *Community health nurse in home health and hospice care*. Washington, DC: The National Association for Home Care.

引用格式 許碧珊、陳睿安、陳御左、巫翰明、李思瑩、賴仲亮 (2018) · 在宅醫療觀點分享 · 護理雜誌, 65(1), 5–10。[Hsu, P. S., Chen, J. A., Chen, Y. T., Wu, H. M., Lee, S. Y., & Lai, C. L. (2018). Sharing perspectives on home healthcare. *The Journal of Nursing*, 65(1), 5–10.] [https://doi.org/10.6224/JN.201802_65\(1\).02](https://doi.org/10.6224/JN.201802_65(1).02)

Sharing Perspectives on Home Healthcare

Pi-Shan Hsu¹ • Jui-An Chen² • Yu-Tso Chen² • Han-Ming Wu²

Szu-Ying Lee³ • Chung-Liang Lai^{4*}

ABSTRACT: The baby boom after World War II, coupled with the rapid advances in medical technology and public health, has led to the current rapid aging in the world's population. Countries in Asia are experiencing a faster rate of aging than most other countries around the world. Taiwan is expected to advance from an aged society to a super-aged society in the next 7~10 years. Consequently, the demand for long-term care is increasing. The focus of healthcare has changed from acute to chronic, from disease-oriented to function-oriented and from cure to care. Families, once the cornerstone of care, have become overwhelmed by the effects of the declining birthrate and aging. Encountering the public demand for a balance between healthcare and quality of life has led to the increasing role of home-based care in the medical system. The elderly-care profession is diverse and growing. The trend of transdisciplinary team which integrating care professions, nursing professions, family medicine, geriatric medicine, rehabilitation medicine, telemedicine, and medical aids with the resource of social welfare enables home health care services to better provide well-rounded medical care. Before end of life, hospice home care services increase the likelihood of dying at home in accordance with the patient's preference, easing the symptoms of terminal illness and reducing the sorrow experienced by family members. The single insurer model used by the National Health Insurance system will inevitably replace some hospital and institutional services with home health care services that more effectively and flexibly use medical resources and attenuate the increase in medical costs.

Key Words: elderly, home healthcare, transdisciplinary team.

Accepted for publication: January 29, 2018

¹MD, Chief, Department of Family Medicine, Taichung Hospital, Ministry of Health and Welfare; ²MD, Resident, Department of Family Medicine, Taichung Hospital, Ministry of Health and Welfare; ³MSN, RN, Doctoral Candidate, School of Nursing, National Taipei University of Nursing and Health Sciences; ⁴PhD, MD, Assistant Administrator, and Attending Physician, Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Taichung Hospital, Ministry of Health and Welfare, and Adjunct Assistant Professor, Department of Occupational Therapy, Asia University.

*Address correspondence to: Chung-Liang Lai, No. 199, Sec. 1, San-Min Rd., Taichung City 40343, Taiwan, ROC.

Tel: +886 (4) 2229-4411 ext. 5504; E-mail: laipeter57@yahoo.com.tw