

長期照護資源整合服務之推廣經驗—— 以臺北市立聯合醫院為例

吳孟嬪¹ 黃肇明² 孫文榮³ 施至遠⁴ 徐愔萱⁵ 黃勝堅^{6*}

摘要：臺灣全民健康保險居家醫療照護整合政策的推動，從原來健保給付的居家醫療、居家護理、居家呼吸治療及安寧照護，整合提供一條龍的延續性居家醫療照護服務。以往居家護理侷限於在醫師訪視規範下執行醫療相關評估，對行動不便或就醫困難的民眾幫助有限。自2016年開始擴充醫師執業場域，鼓勵醫師走出白色巨塔，同時也為民眾提供更多元的就醫選擇，期能改善病人的就醫習慣。以家為概念的醫療服務體系，深根社區，以建立完善的社區式醫療照護整合模式，透過出院準備服務與銜接團隊接軌，在出院前即時與銜接團隊進行相關交班及持續性的照護服務，更是重要課題，期能成為全球無縫接軌的居家醫療照護整合服務模式，不僅銜接後續的健康識能、復健、居家醫療、居家護理、社區安寧、死亡照護等服務，同時整合社區資源，建構社區資源網絡，提供更高品質的社區照護服務。

關鍵詞：出院準備服務、居家醫療、重度居家、安寧療護、生命末期。

前言

全球人口正在迅速老化。從2015年到2050年，世界60歲以上人口的比例預估將從12%上升到24%（World Health Organization, 2015）。臺灣在1993年65歲以上人口占率達7.1%正式邁入高齡化社會，2017年老年人口占率達13.7%，已接近高齡社會，目前全台有23個鄉鎮區老年人口超過20%，算是「超高齡社區」，預計至2018年將達到國際所稱的高齡社會，台灣高齡化時程較世界各國快速（內政部統計處，

2017）。2017年7月65歲以上失智人口有253,511人，推估至2056年將達72萬人（內政部戶政司，2016）。隨著人口的老化，認知功能障礙、失智症的表現和併發症對初級保健提供者的負擔越來越重（Fougère et al., 2015）。高齡者的失能盛行率隨年齡增加而上升，女性出現失能的機會更高，失能常與多重因素有關，常非單純的疾病因素，需要較多的照顧服務需求，也較需要入住長期照料機構，對於生活品質的影響甚鉅，家庭對於醫療與長期照料的費用負擔大增（Rizzo, Baker, McAvay, & Tinetti, 1996）。

為改善高齡長者因失能或疾病特性導致外出就醫不便，臺灣中央健康保險署自1995年起陸續推行多項居家相關醫療照護（包括居家醫療、居家護理、居家呼吸治療及安寧居家等；中央健康保險署，2017），以提升其就醫可近性，同時減少病人反覆住院，使病人回歸社區生活。因這些服務主要係以護理技術照護為主，民眾對其他醫療需求（如用藥）仍需至醫療院所看病，對失能病人就醫仍是一大障礙。為解決此一問題，中央健康保險署於2016年2月公告推出新版居家醫療照護整合計畫，期能提升失能患者之醫療照護可近性及完整性，但因只限診所及地區醫院才可執行，全台一年僅167個個案受惠，故中央健康保險署廣集產官學專家意見，於2016年再次修訂整合服務計畫，包含居家醫療（Stage 1-醫院／診所）、重度居家醫療（Stage 2-居護所）及安寧療護（Stage 3-醫院／診所／居護所）等三階段居家醫療照護服務（以下簡稱居家醫療S1、重度居家醫療S2、安寧療護S3），照護團隊應提供團隊內、外轉診服務，確保照護對象轉介與後送就醫之需求，同時放寬舊方案中限制需為低收、中低收且身障、老人等規定，醫療服務提供者也

接受刊載：106年12月23日

[https://doi.org/10.6224/JN.201802_65\(1\).05](https://doi.org/10.6224/JN.201802_65(1).05)

¹臺北市立聯合醫院護理部副主任、臺北市聯合醫院安寧發展中心副主任、國立臺北護理健康大學護理研究所博士生 ²臺北市聯合醫院總院長辦公室數據長 ³臺北市聯合醫院長期照護規劃發展中心、安寧發展中心暨中興院區家庭醫學科主任 ⁴臺北市聯合醫院總院長辦公室醫師暨健康促進與管理中心主任 ⁵臺北市聯合醫院安寧發展中心副主任 ⁶臺北市聯合醫院總院長、國立臺灣大學醫學院醫學系外科副教授

*通訊作者地址：黃勝堅 10341臺北市大同區鄭州路145號 電話：(02)25553000-2023；E-mail：sjhuang1@ntu.edu.tw

擴及區域醫院及醫學中心(中央健康保險署, 2016), 強化醫療與照顧資源連結轉介, 以一條龍的服務理念提供以病人為中心之整合照護, 發展在地化居家醫療服務模式, 以作為未來擴大推展之基礎。

雖然政府極力推動醫療與長照資源連結整合, 期間有許多費時耗工, 窒礙難行之處, 包含行動資訊系統整合、醫護人員的培訓、醫事及行政單位的配合及行政作業的統整等, 亟待解決, 尤以人文關懷的推動更顯艱鉅, 然以病人為中心的居家醫療照護整合模式, 如何讓流程更加順暢及如何嘗試突破以往照護模式, 提供病人可近性高的長期服務模式, 正考驗著醫療院所面臨挑戰的應變能力。

我國長期照護服務內容及使用現況

政府部門針對社會高齡化, 為滿足老人服務需求, 不僅整合長期照護資源, 更致力於規劃及落實執行整合健康促進與健康照護以及醫療照護等資源, 如下說明。

一、健康促進與健康照護資源

老年人生活中有許多時間是需在長期照顧的環境中, 健康促進是維持老年人的身體和心理健康的要素, 長期照護機構仍應不間斷, 提升長照個案的生活品質(Chow, 2003)。健康促進的目標不只是預防某些疾病的發生, 更是將個人健康狀態提升至更高的層次。目前政府推動許多健康促進之計畫與活動, 包括高齡友善城市計畫、推動高齡友善健康照護、辦理健康促進競賽活動及失智照護據點多元服務。期望藉由健康促進活動來提升高齡長者之生活品質及減緩失智的發生。

長照之健康照護重點除健康促進外, 尚須評估身心靈健康問題、居家安全環境、家庭照顧技能及互動狀況, 並確定家庭支持功能, 確認照護計畫, 並提供其健康照護需求及相關資源的聯結。

二、醫療照護資源

長期照護在健保涵蓋範疇除高齡友善門診、老人整合性照護門診、住院醫療照護服務及居家照護外, 在生命末期的安寧療護更是目前最重要推廣之醫療照護工作。尤其這幾年各國開始重視安寧療護議題, 我國也積極推動安寧共照、安寧病房及安寧居家療護, 照護給付對象也由原來末期癌症擴展到末期

非癌症慢性疾病收案, 根據衛生福利部統計處(2011)資料顯示, 安寧居家療護部分, 試辦家數從1996年初期15家增加至2011年73家, 但2011年服務人數僅4,476人。以2010年死亡人數計14萬人, 扣除意外事故及自殺等後, 粗估尚有13萬人可能有安寧照護之需求(行政院衛生署, 2011), 顯見在末期病人死亡前提供的安寧居家照護人數仍嫌不足。目前實務上末期病人及照顧者照顧地點的選擇為非居家照護, 主因為照護資源多集中於都會型醫院(黃、沈、劉, 2012), 安寧居家團隊多隸屬於安寧病房, 而地區醫院急遽萎縮, 難以建置團隊提供社區末期個案即時性之居家照顧, 非癌病人日漸增加, 多數在長期照護機構內照顧, 而機構內人員對於安寧療護理念與知識之了解參差不齊。若再加上個案及家屬主觀因素, 面對末期個案變化多端的病情, 雖然個案有在宅往生的意願, 考量以上因素即足以讓個案及家屬對於居家照顧失去信心, 進而選擇在醫院往生或於瀕臨死亡時才留一口氣出院回家。

三、長期照護資源

2007年我國推動長照十年計畫(行政院, 2007), 將現行分散在不同行政體系的衛政及社政之長照服務及資源加以整合, 逐步充實服務人力及建置相關設施, 開發在地化、居家化及多元化的服務資源體系, 服務對象主要以失能為主, 包含65歲以上老人、50歲以上的身心障礙者、55歲以上的山地原住民、獨居且失能之老人。使有需求個案獲得資源, 截至2013年全國共22縣市均設立長期照顧管理中心, 肩負連結醫療照護與生活照顧二大體系功能, 落實單一窗口, 以確保失能長者及身心障礙者得到妥適的服務, 提升自主能力、生活能力及生活品質, 維持其尊嚴(鄧, 2013), 為擴大服務範圍, 政府積極推動長照服務, 除原有的長照1.0外, 長照2.0也將失智個案納入服務對象, 包含50歲以上失智症患者, 另擴大至55歲以上平地原住民、49歲以下身心障礙者及65歲以上衰弱者, 年齡大幅下修, 讓可以接受服務的人數增加至73.8萬人(衛生福利部, 2017)。新增為17項的服務(含長照1.0及長照2.0, 如表一), 其中增加了預防疾病、安寧等服務, 讓民眾在生病前、生病後都能獲得適切的照顧。

四、長照資源運用狀況

政府為落實在地老化原則, 採居家式、社區式優先發展之策略, 各項長照服務已逐年成長。2010年

表一

長照1.0及2.0服務內容

項 目	服務內容
長照1.0	照顧服務、居家護理、復健服務、喘息服務、交通接送、輔具服務、營養餐飲、機構服務
長照2.0	失智照顧、原住民社區整合、小規模多機能、照顧（擴增）者服務據點、社區預防照顧、預防／延緩失能、延伸出院準備、居家醫療（含安寧療護）

長照資源盤點發現，社區式服務之服務量偏低，民眾對此項服務不了解仍需加強宣導，但居家式服務資源呈現不足，以居家服務為例，實際服務人數超過可服務人數。社政長照護理資源，居家服務在2015年43,331人增加至2016年45,173人，2017年5月底已高達45,887人；衛政長照服務資源，2008年居家護理、居家（社區）復健、喘息服務項目之服務人數計5,705人，2015年計86,411人，8年內達15倍，服務人數顯著成長，工作超量，預算嚴重不足下，服務資源與人力資源的發展緩慢，顯示宜再補充資源（行政院，2016）。

長照服務資源使用狀況因人口老化問題，使用人數或人次數也逐年增加，在身心障礙者日間照顧及住宿式照顧補助由原2017年第二季44,608人增加至第三季44,905人；身心障礙者生活輔具補助由原第二季22,875人增加至第三季24,418人；交通接送服務由2015年304,667趟增加至2016年328,853趟；家庭托顧由2015年206人增加至2016年222人；老人營養餐飲服務由2015年8,052人數／2,003,344人次至2016年7,488人數／2,097,429人次，人數降低但次數增加；2017年6月底統計長期照顧機構（含失智照顧型機構）：1,071家，可供進住人數56,670人，老人進住機構人數44,079人，供需差異為12,551人（衛生福利部統計處，2017，8月），人口老化及少子化問題勢必會快速減縮差異人數，甚至可能會陷入不足窘境。

全台76萬失能、失智及身心障礙者人口，約1成5使用長照服務，3成聘僱外籍看護工、逾5成由家庭獨力照顧。勞動部推估，台灣1,153萬上班族中，231萬人受家庭長照責任影響，每年約17.8萬人因照顧減少工時或轉換工作，每年約13.3萬人因照顧離職（洪，2017）。如何因應家庭結構改變，少子化及壯年人口數逐年減少下，除政策面考量外，在醫療體系的運作下，居家醫療整合照護服務模式應採多元服務，照護團隊應含醫師、護理師、營養師、復健師、語

言治療師、社工師、宗教師或心靈導師等跨專業的服務，結合社區資源，以滿足失能、失智者的照護需求，減輕家屬的照顧負荷，而使個案能安心、放心及在社區專業團隊的貼心協助下，提升生活品質。如何解決這一困境，正考驗著主事者的智慧。

北市聯醫居家醫療整合現況

臺北市立聯合醫院（北市聯醫），直接隸屬於臺北市衛生局管轄的醫療院所，因高齡社會帶來的衝擊，引領北市聯醫各院區，邁向社區型的醫療院所而努力，北市聯醫自2015年起，即定位為社區型醫院，為社區服務不餘遺力，自加入居家醫療整合計畫至2017年9月底，共收案2,547人，佔全台灣總收案人數之10.1%（全台最高），以仍持續照護之病人需求類型來看，單純醫療需求者（居家醫療階段S1）佔15.6%，需醫療及護理需求（重度居家醫療階段S2）佔64.8%，生命末期提供安寧療護者（居家醫療階段S3）佔19.6%，照護訪視次數亦累計達17,987人次；但隨著人口結構改變，老化及失能人口逐年增加，推估2012–2015年，人口增長自然增加之65歲以上失能老人人數，將由2011年40.7萬人成長至48.6萬人，成長率為20%，且49歲以下身心障礙且失能者約10萬人，推估至2015年成長至10.1萬人，約佔失能人口14%（行政院，無日期），顯見全台灣失能且有醫療需求缺口亟待補足。

醫療機構提供整合性照護必須在組織層面對醫療流程的清楚規劃、運用個別化的溝通、提供符合病人需求的相關教育和資訊方法，以及專職醫療專業人員充分參與等（van Overveld et al., 2017），可將整合性服務作為機構創新和維持競爭優勢，甚至提高其可持續性和未來前景。醫療機構的管理者，尤其是為老年人提供服務的管理者，必須利用嚴謹的方法處理、分析、評估和管理日常運作，以在高度動盪和競爭的醫療環境中存有優勢（Dimitropoulos, 2017）。市聯醫推動策略如下。

一、醫療流程的創新規劃

進行各院區橫向整合，規劃及設計居家護理暨安寧居家資訊化系統，提供照護成員方便使用，同時簡化耗時耗力的紙上作業（郭、吳，2003）。同時建構及推動從醫院到社區無縫接軌的全人照護，也在出院準備（以下簡稱出備）服務，建置完善的資訊系

統，由護理團隊與醫事團隊共同研商相關精緻作業表單，提供資訊團隊規劃，共同研發設計出人性化且具效率的出備資訊系統，一入院即進行出備高危篩檢及進行安寧需求評估，及早預估高危及生命末期病人，將安寧需求評分高於等於4分納入高危個案，也透過家庭溝通會議與病人家屬商討共同醫療決策，進行跨專業團隊需求照護評估，提供完善的出院準備服務，銜接後續居家醫療照護或社區式的照護服務、追蹤管理及電話關懷服務；另擴大出備有一項或一項以上照護需求的服務。住院中透過跨專業團隊（含醫師、護理師、藥師、營養師、社工、復健師、呼吸治療師、共照師等）共同評估病患相關照護需求，辦理出院準備跨團隊溝通會議，提供相關照護指導，病人出院前與銜接團隊進行出備家庭會議，與銜接團隊（健康服務中心、長照中心、居家醫療、居家護理、社區安寧、死亡照護）進行交班及資源轉介服務，提供一條龍的出院準備服務。

二、強調採用個別化的溝通方法

臨床實務越來越重視實施醫病共享決策（shared decision making, SDM），研究發現有43%的癌症病人在一年內對於SDM的偏好發生顯著的轉變，主要是更積極的參與醫療決策（Albrecht, Nashan, Meiss, Bengel, & Reuter, 2014）內發生顯著的轉變，主要是更積極的參與醫療決策（Albrecht, Nashan, Meiss, Bengel, & Reuter, 2014），不管臨床情況如何，很少有衛生保健提供者持續試著促進病人參與醫療決策及根據病人偏好調整照護（Couët et al., 2015）。市聯醫在面對當前醫療環境快速的變遷，了解醫療專業人員和組織必須增加他們的知識，技能和態度，成為學習型組織，以明確的方式建立和更新自己的知識（Favaretti, 2013），以積極推動溝通文化與病人及家屬共享決策（shared decision making; Albrecht et al., 2014），同時辦理多場次擬真教學推動人文關懷，協助病人參予決策，積極增強民眾認知。

三、提供符合病人需求的相關長照資源

在過去二十年之前，醫師和病人之間不對等的醫病關係，皆以鼓勵他們同意醫師的決定（Kaba & Sooriakumaran, 2007），隨著時代改變，市聯醫改變方法，透過病人的感受來瞭解病人的不適與疾病，甚至提供資訊給病人、讓病人參與治療決策，提供更適切且符合病人的社區型的照護服務。因此每位住院

病人皆進行安寧需求評估，以確認生命末期病患，並針對末期病人預估生命末期及宣導死亡識能等提供各項重點服務與資源。

四、相關醫療專業人員充分參與

擴大辦理社區安寧課程，每位臨床同仁皆接受13小時的乙類教育課程，及半天4小時的實務實習，每一位從事居家安寧的成員盡量能接受甲類80小時的教育訓練及一週完整的實務訓練。每年定期辦理安寧乙類訓練課程、安寧國際會議、社區安寧分享會及座談會，故社區安寧服務，就在聯醫堅強的社區醫療照護團隊的努力下，服務量居全國之冠、為了翻轉北市聯醫新文化，期許所有醫師都能走出白色巨塔，建構完善的居家醫療、居家護理暨社區安寧整合資訊系統，也積極配合政策推動居家醫療照護整合計畫，北市聯醫再創佳績，服務量居全國之冠，同時積極協助健保署輔導尚未申請計畫的醫療機構及分享所成。

臺北市立聯合醫院在溝通文化、死亡識能、健康識能、以價值為導向，並以病人為中心建構企業核心文化，在此基礎上推動居家醫療。

經由上述積極作為，除可讓失能個案獲得便利及完整的醫療照護外，亦發現許多成效包括：（一）居家醫療確實可有效降低多科、多醫師看診，尤其在醫師與病人磨合期後（收案4個月後），達到整合效果。（二）居家醫療整合計畫確實可有效降低急診及住院次數，以居家醫療階段（S1, $N = 401$ ）案件來看，收案前90天平均住院次數0.27次，收案後90天降為0.13次（ $p < .001$ ），急診則由0.35次降為0.24次（ $p < .001$ ）。（三）隨著死亡識能、溝通文化的耕耘，能夠更早發現生命末期的病人，且除癌症外，非癌病人亦可獲得安寧療護；2014年以前之居家安寧個案，收案後之中位數存活時間僅36天，提升至近期之180天，且非癌佔率亦由2014年之18.5%，提升到2017年之60.2%。（四）接受居家安寧個案，確實可有效減少接受無效治療，相較於居家醫療階段個案（S1），收案仍入住比率達28.6%，而居家安寧個案僅1.8%。（五）接受居家安寧之個案，較能得到原團隊從生到死的照護，且醫病信任度也最高，以「在宅死亡且由原團隊開立死亡證明」為原團隊從生到死之指標來看，居家安寧為88%，遠高於居家醫療階段（S1）之11.1%及重度居家醫療階段（S2）之9.7%；另以「在醫院死亡且由原團隊開立死亡證明」為醫病信任度之指

標來看，居家安寧個案有94.2%死亡前回到原團隊醫院，略高於居家醫療階段(S1)之83.3%，但比傳統居家護理之67.3%高出許多。

北市聯醫在政策面及執行面所面臨的問題及困境

執行居家醫療照護整合計畫過程中，面臨的問題及困境許多，在北市聯醫面臨的問題及困境，可能也是別人會遇到的困境及解決方案，包含內部反彈、交通費用、資訊設備及連線作業、管制藥品及藥品整合、多科無法同日訪視、24小時諮詢專線、人身安全、報備支援、各職類給付、安寧居家限制共10個面向，如表二。

在推動過程中也發現因居家安寧制度設計不利安寧推動：應提高醫師訪視費，此部分尚須努力。支付制度存在給付不足、誘因不足問題，醫師如何參與，健保在居家醫療有較多的干預如給藥次數、項

目增加問題嚴苛。北市聯醫統計安寧療護能有效降低入住加護病房，減少病人及家屬受苦，居家安寧組與對照組比較結果(0%：13.8%)，顯現居家安寧可有效減少醫療支出及可有效降低健保支出46%，主要居家療護有效減少臨終前住院率(減少42.6%)。居家安寧越早介入，醫療費用節省越多；死亡前一個月介入，節省62,672元/人；三個月介入，節省104,268元/人；六個月介入則137,855元/人。另現行居家安寧制度設計之問題為居家醫療每位醫師一個月可訪視180人次，但居家安寧僅可訪視45人次，且安寧所花時間較居家醫療多，但給付卻較低(乙類醫師訪視費1,088點，但居家醫療及重度居家醫療1,553點)。

現行健保安寧僅限十大疾病，導致非癌病人涵蓋率低於10%，嚴重偏低。根據分析，居家醫療給付已不足，醫師願意出訪，已是以感動與付出的心，照護這群失能且需要醫療需求之長輩。現行健保居家醫療照護涵蓋率不到3%，仍有50幾萬人失能且需要醫療的國人，未獲得居家醫療之照護。2018年總額協

表二
面臨的困境及解決方案

困境	解決方案
內部反彈	1. 溝通、溝通、再溝通 2. 營造院內共識，團隊組成及訓練 3. 做好流程建立及設備準備 4. Just do it! 才能有感動，有感動才能有持續的行動
交通費用	1. 由民眾負擔 2. 低收、中低收或其他經濟弱勢者，由本院社福基金補助
資訊設備及連線作業	1. 增設短小輕薄設備 2. 開發單機版及反應問題(取得健保署同意，不強制要求讀卡，可以異常卡申報)
管制藥品及藥品整合	1. 居家醫療個案處方管制藥品，可於原處方醫院、診所或社區藥局領取外，得選擇特約醫院或衛生所領取藥品(取得健保署同意) 2. 利用雲端藥歷，檢核重疊用藥；開放每次八種藥品之限制
多科無法同日訪視	一次出訪兩位以上醫師可以申請醫師出訪費(取得健保署同意)
24小時諮詢專線	1. 提供24小時諮詢專線一個電話，一個承諾，醫病間都會相互體諒 2. 給了就對了，主治醫師及護理師提供家屬24時諮詢專線 *3. 提高給付一尤以夜間出訪，訪視費用應有不同
人身安全	1. 由行政或其他醫事人員陪同出訪。 *2. 應提高醫師訪視費，此部分尚須努力。
報備支援	1. 衛福部於2016年4月12日發函針對醫事人員執行居家醫療服務疑義說明，醫師屬應邀出診可不須報備支援。 *2. 同團隊不同機構間之報備支援問題，尚待解決。
各職類給付*	提供給付建議給健保署將撰寫各職類居家醫療指引，提供健保署。(尚須努力)
安寧居家限制*	1. 限癌症及非癌九大疾病，其他生命末期個案呢？ 2. 現安寧居家健保給付之權重設計，不利安寧推動。 3. 安寧緩和諮詢是生命末期病人獲得安寧療護重要入門磚，健保不應限S2(重度居家)才有支付。

註：*尚未解決的困境。

定事項中，提及加強居家醫療審查機制，審查重點機制是否要改變，實應考量。世界衛生組織（World Health Organization）2015年「世界衛生組織老齡化與健康世界報告」及相關全球戰略和行動計畫建議，長期照護是指他人為確保持續喪失能力的人或有此類損失風險的人能夠保持與其基本權利、基本自由和人類尊嚴，每個國家都應該建立一個可持續且公平的老年人長期照護系統。在低收入和中等收入國家的長期照護政策的研究稀缺，更期待志願者延續長期照護（Lloyd-Sherlock, Pot, Sasat, & Morales-Martinez, 2017），提供需求者優化的照護服務。

未來展望

政府部分在高齡化政策所投注的心力，整體而言涵蓋健康促進、健康照護、醫療照護、長期照護、安寧療護等照護體系，而如何能兼顧提供一條龍而非片段式的服務，確實有待政府部門、民間團體、醫療院所大家共同努力。透過社區營造、健康促進及出院準備服務的銜接及串聯，及跨專業間合作無間的銜接後續在地化的照護服務，以提升其生活品質。

目前在居家醫療照護整合計畫的推動上仍有滯礙難行之處，為能永續經營，讓民眾獲得高品質的服務，在流程運作及支付標準上應該參考日本在宅醫療及介護保險制度，日本醫療照護上有需求個案，在醫療中心、區域醫院接受治療後，由醫院「主動協助」個案轉院到離家最近的醫院。透過資訊交換中心，使兩端醫院資訊交流。同時，醫院會透過電話、視訊會議方式進行個案討論。病情複雜的個案，下游醫院會直接到醫學中心瞭解。如果個案問題在地區醫院無法解決，會轉介協助處理，穩定之後再回到社區後與診療所共同合作，銜接後續照顧。如果，居家醫師認為個案有住院需求時，可立即連絡醫院醫師安排住院。而醫院則成為在宅醫療的支援後盾。與我國相較下，個案無須透過門診、急診方式入院，合作轉介過程也比我國順利。另在居家醫療整合照護分類補助申請上，建議健保署應打破目前一般居家訪視、重度居家訪視及安寧居家訪視之個案分類模式，考量社區醫療照護個案實際照護需求，提供具需求個案整體性從生到死一條龍的服務模式，在穩定階段，也不需互相轉來轉去，信任居家醫療醫師確認個案狀況及適當之處置，且依照個案嚴重度提供不同程度給付標準，每次訪視費用收取可比照日本採月結方式向案家收取費用，同時可刷卡付費。

建議落實推動在宅醫療連繫據點試辦計畫，提供整合醫療、護理及長照方面的需求和資源，提高夜間出訪支付標準，降低在宅醫療參與的門檻，讓基層醫師在沒有足夠居家護理師及對其他照護資源不熟悉的狀況下，也可以增加參與在宅醫療的意願，健保應全面考量供需問題，以解決當今推動之困境。

因應高齡化社會的照護需求，除健保支付制度考量外，也應落實長期照護體系的完整性及延續性，與病人及家屬共同醫療決策，盡早提供服務，在病人出院前三天完成長照需求評估，縮短評估時間，及早提供服務。在宅醫療照護服務首重人員培訓，訓練堅強的社區醫療照護團隊菁英，提供以病人為中心的服務，尊重生命及早辨識生命末期，提供居家醫療、重度居家及安寧療護完整一條龍的在宅醫療照護服務，同時整合社區資源，建構社區資源網絡，以提供更高品質的社區照護服務是未來努力的方向。

參考文獻

- 中央健康保險署（2016，2月）。全民健康保險居家醫療照護整合計畫。取自 https://www.nhi.gov.tw/BBS_Detail.aspx?n=73CEDFC921268679&sms=D6D5367550F18590&s=8D26CEB010E2A123 [National Health Insurance Administration, Taiwan, ROC. (2016, February). *The National Health Insurance home medical care integration program*. Retrieved from https://www.nhi.gov.tw/BBS_Detail.aspx?n=73CEDFC921268679&sms=D6D5367550F18590&s=8D26CEB010E2A123]
- 中央健康保險署（2017，6月）。居家相關醫療服務。取自 https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=229E6EBB8F3CF41B&topn=D39E2B72B0BDFA15 [National Health Insurance Administration, Taiwan, ROC. (2017, June). *Home medical care service*. Retrieved from https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=229E6EBB8F3CF41B&topn=D39E2B72B0BDFA15]
- 內政部戶政司（2016，8月）。未來人口推估。取自 <http://www.ris.gov.tw/673> [Department of Household Registration, Ministry of the Interior, Taiwan, ROC. (2016, August). *Future population estimates*. Retrieved from <http://www.ris.gov.tw/673>]
- 內政部統計處（2017）。內政統計通報。取自 <http://sowf.moi.gov.tw/stat/week/list.htm> [Department of Statistics, Ministry of the Interior, Taiwan, ROC. (2017). *Interior*

- affairs bulletin*. Retrieved from <http://sowf.moi.gov.tw/stat/week/list.htm>
- 行政院 (2007, 11月) · 附錄一：內政部長期照護十年計畫摘要 · 取自 <https://nccur.lib.nccu.edu.tw/bitstream/140.119/37320/12/56037112.pdf> [Executive Yuan, Taiwan, ROC. (2007, November). *Appendix I: Summary of long-term care ten-year plan*, Ministry of the Interior. Retrieved from <https://nccur.lib.nccu.edu.tw/bitstream/140.119/37320/12/56037112.pdf>]
- 行政院 (2016, 12月) · 長期照顧十年計畫2.0 (106~115年) · 取自 https://www.ey.gov.tw/hot_topic.aspx?n=a1c2b2c174e64de7&sms=ab6812391dc74db8 [Executive Yuan, Taiwan, ROC. (2016, December). *Long-term care ten-year plan 2.0. (2017~2026)*. Retrieved from https://www.ey.gov.tw/hot_topic.aspx?n=a1c2b2c174e64de7&sms=ab6812391dc74db8]
- 行政院 (無日期) · 長期照顧服務量能提升計畫 (104~107年) · 取自 <https://www.ey.gov.tw/Upload/RelFile/26/730958/37bc9015-e3da-4ba8-9a98-cd8c5384b97a.pdf> [Executive Yuan, Taiwan, ROC. (n.d.). *Long-term care capacity and capability enhancement plan (2015~2018)*. Retrieved from <https://www.ey.gov.tw/Upload/RelFile/26/730958/37bc9015-e3da-4ba8-9a98-cd8c5384b97a.pdf>]
- 行政院衛生署 (2011, 4月) · 全民健康保險安寧共同照護試辦方案 · 中央健康保險局電子報, 181 · 取自 <http://www.nhi.gov.tw/epaper/ItemDetail.aspx?DataID=2482&IsWebData=0&ItemTypeID=3&PapersID=208> [Department of Health, Executive Yuan, Taiwan, ROC. (2011, April). *National Health Insurance palliative co-care pilot program. E-Newsletter of Bureau of National Health Insurance*, 181. Retrieved from <http://www.nhi.gov.tw/epaper/ItemDetail.aspx?DataID=2482&IsWebData=0&ItemTypeID=3&PapersID=208>]
- 洪安怡 (2017, 9月6日) · 長照2.0怎麼用一家總籲資源盤點 · 中時電子報 · 取自 <http://www.chinatimes.com/realtimenews/20170906003965-260405> [Hong, A. Y. (2017, September 6). Long-term care 2.0 – Household recruitment appeal resources inventory. *China Times News*. Retrieved from <http://www.chinatimes.com/realtimenews/20170906003965-260405>]
- 郭敏悌、吳秀鳳 (2003) · 護理之家紀錄表單簡化專案 · 長期照護雜誌, 7(2), 161–161. [Guo, M. D., & Wu, H. F. (2003). Nursing home record form simplifies the project. *The Journal of Long-Term Care*, 7(2), 161–161.]
- 黃煌雄、沈美真、劉興善 (2012) · 全民健保總體檢 · 臺北市：五南。[Huang, H. H., Shen, M. J., & Liu, S. S. (2012). *National health insurance*. Taipei City, Taiwan, ROC: Wu-Nan.]
- 衛生福利部 (2017, 12月15日) · 長照十年計畫2.0—建立我國社區整體照顧模式，佈建綿密照顧網 · 取自 <http://1966.gov.tw/LTC/cp-3636-38462-201.html> [Ministry of Health and Welfare, Taiwan, ROC. (2017, December 15). *Long-term care ten-year plan 2.0*. Retrieved from <http://1966.gov.tw/LTC/cp-3636-38462-201.html>]
- 衛生福利部統計處 (2011, 4月) · 今(100)年4月1日起，新增「全民健康保險安寧共同照護試辦方案」 · 取自 <https://www.mohw.gov.tw/fp-16-25500-1.html> [Department of Statistics, Ministry of Health and Welfare, Taiwan, ROC. (2011, April). *As of April 1, this year (2011), the “National Health Insurance program for joint care of hospice and security” was added*. Retrieved from <https://www.mohw.gov.tw/fp-16-25500-1.html>]
- 衛生福利部統計處 (2017, 8月) · 老人長期照顧、安養機構與老人公寓、老人住宅概況 · 取自 <http://www.mohw.gov.tw/dl-22134-14969240-e876-4061-b76d-bf1bf2efd4ed.html> [Department of Statistics, Ministry of Health and Welfare, Taiwan, ROC. (2017, August). *Long-term care of the elderly, senior center health care and the elderly apartment, the elderly housing profiles*. Retrieved from <http://www.mohw.gov.tw/dl-22134-14969240-e876-4061-b76d-bf1bf2efd4ed.html>]
- 鄧素文 (2013) · 我國長期照護政策之規劃 · 社區發展季刊, 141, 19–25. [Teng, S. W. (2013). The policy and strategies of long-term car in Taiwan. *Community Development Journal (Quarterly)*, 141, 19–25.]
- Albrecht, K. J., Nashan, D., Meiss, F., Bengel, J., & Reuter, K. (2014). Shared decision making in dermatology: Preference for involvement of melanoma patients. *Melanoma Research*, 24(1), 68–74. <https://doi.org/10.1097/CMR.0000000000000030>
- Chow, W. (2003). Long-term care: A health promotion challenge. *Perspectives*, 27(2), 16–21.
- Couët, N., Desroches, S., Robitaille, H., Vaillancourt, H., Leblanc, A., Turcotte, S., ... Légaré, F. (2015). Assessments of the extent to which health-care providers involve

- patients in decision making: A systematic review of studies using the OPTION instrument. *Health Expectations*, 18(4), 542–561. <https://doi.org/10.1111/hex.12054>
- Dimitropoulos, P. E. (2017). Performance management in healthcare organizations: Concept and practicum. In P. Vlamos (Ed.), *GeNeDis 2016. Advances in experimental medicine and biology* (Vol. 989, pp. 11–19). Cham, Switzerland: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-57348-9_2
- Favaretti, C. (2013). Knowledge management and healthcare organizations. *Recenti Progressi in Medicina*, 104(10), 532–534. <https://doi.org/10.1701/1349.14998>
- Fougère, B., Vellas, B., Delrieu, J., Sinclair, A. J., Wimo, A., Herman, C. J., ... Oustric, S. (2015). The road ahead to cure and prevent Alzheimer's disease: Implementing prevention into primary care. *The Journal of Prevention of Alzheimer's Disease*, 2(3), 199–211. <https://doi.org/10.14283/jpad.2015.73>
- Kaba, R., & Sooriakumaran, P. (2007). The evolution of the doctor-patient relationship. *International Journal of Surgery*, 5(1), 57–65. <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2006.01.005>
- Lloyd-Sherlock, P., Pot, A. M., Sasat, S., & Morales-Martinez, F. (2017). Volunteer provision of long-term care for older people in Thailand and Costa Rica. *Bulletin of the World Health Organization*, 95(11), 774–778. <https://doi.org/10.2471/BLT.16.187526>
- Rizzo, J. A., Baker, D. I., McAvay, G., & Tinetti, M. E. (1996). The cost-effectiveness of a multifactorial targeted prevention program for falls among community elderly persons. *Medical Care*, 34(9), 954–969.
- van Overveld, L. F. J., Takes, R. P., Turan, A. S., Braspenning, J. C. C., Smeele, L. E., Merckx, M. A. W., & Hermens, R. P. M. G. (2017). Needs and preferences of patients with head and neck cancer in integrated care. *Clinical Otolaryngology*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/coa.13021>
- World Health Organization. (2015, September 30). *Media centre, WHO: Number of people over 60 years set to double by 2050; major societal changes required*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/older-persons-day/en/>

引用格式 吳孟嬪、黃肇明、孫文榮、施至遠、徐愷萱、黃勝堅 (2018) · 長期照護資源整合服務之推廣經驗—以臺北市立聯合醫院為例 · *護理雜誌* , 65 (1) , 24–32 。 [Wu, M. P., Huang, C. M., Sun, W. J., Shih, C. Y., Hsu, S. H., & Huang, S. J. (2018). The promotion of resources integration in long-term care service: The experience of Taipei City Hospital. *The Journal of Nursing*, 65(1), 24–32.] [https://doi.org/10.6224/JN.201802_65\(1\).05](https://doi.org/10.6224/JN.201802_65(1).05)

The Promotion of Resources Integration in Long-Term Care Service: The Experience of Taipei City Hospital

Meng-Ping Wu¹ • Chao-Ming Huang² • Wen-Jung Sun³ • Chih-Yuan Shih⁴
Su-Hsuan Hsu⁵ • Sheng-Jean Huang^{6*}

ABSTRACT: The home-based medical care integrated plan under Taiwan National Health Insurance has changed from paying for home-based medical care, home-based nursing, home-based respiratory treatment, and palliative care to paying for a single, continuous home-based care service package. Formerly, physician-visit regulations limited home visits for home-based nursing to providing medical related assessments only. This limitation not only did not provide practical assistance to the public but also caused additional problems for those with mobility problems or who faced difficulties in making visits hospital. This 2016 change in regulations opens the door for doctors to step out their 'ivory tower', while offering the public more options to seek medical assistance in the hope that patients may change their health-seeking behavior. The home-based concept that underlies the medical service system is rooted deeply in the community in order to set up a sound, integrated model of community medical care. It is a critical issue to proceed with timely job handover confirmation with the connecting team and to provide patients with continuous-care services prior to discharge through the discharge-planning service and the connection with the connecting team. This is currently believed to be the only continuous home-based medical care integrated service model in the world. This model not only connects services such as health literacy, rehabilitation, home-based medical care, home-based nursing, community palliative care, and death but also integrates community resources, builds community resources networks, and provides high quality community care services.

Key Words: discharge planning, home medicine, home care, hospice palliative care, end of life.

Accepted for publication: December 23, 2017

¹MS, RN, Deputy Director, Department of Nursing, and Center of Development in Community-Based Palliative Care, Taipei City Hospital; Doctoral Candidate, School of Nursing, National Taipei University of Nursing and Health Sciences; ²MS, Chief, Data Officer, Superintendent Office, Taipei City Hospital; ³PhD, MD, Director, Center of Development in Community-Based Palliative Care and Long-Term Care Development Center, Taipei City Hospital; Director, Department of Family Medicine, Zhongxing Branch, Taipei City Hospital; ⁴MD, Attending Physician, Superintendent Office, and Director, Health Promotion and Management Center, Taipei City Hospital; ⁵MD, Deputy Director, Center of Development in Community-Based Palliative Care, Taipei City Hospital; ⁶MD, Superintendent, Taipei City Hospital, and Associate Professor, Department of Surgery, College of Medicine, National Taiwan University.

*Address correspondence to: Sheng-Jean Huang, No. 145, Zhengzhou Rd., Datong Dist., Taipei City 10341, Taiwan, ROC.
Tel: +886 (2) 2555-3000 ext. 2023; E-mail: sjhuang1@ntu.edu.tw