

在宅醫療的資源分佈現況及其發展與趨勢

劉懿德^{1、2}、余尚儒^{1、3}

台灣在宅醫療學會¹、嘉義市社區醫療發展協會²、台東都蘭診所³

前言

在宅醫療概念的發展，係由現任台灣在宅醫療學會余尚儒理事長¹於2015年積極引介至今。這些年，在宅醫療的議題帶起一股如何改善社區醫療具體做法的討論風潮，每位投入者都寄望藉由適切的政策性討論，解決當前社區中所遇到各種各樣的多元照護問題。這些問題也逐漸從社會角落的隱晦處，成為今日實踐社區醫療的顯學，也不過短短五年多的時間，將國內立即要面對高齡社會的集體憂患與思慮帶上台面。

透過在宅醫療學會開辦課程並發表許多實務指引，讓許多原本更走在制度邊緣猶豫駐足的專業人員產生了新的思考方向，促使各種專業職類嘗試跨專業合作與社區共照的可能性。為因應未來2025年超高齡社會來臨，共同協議研擬可行方案是非常重要的[1]。這段期間，台灣各地的各級醫療機構也嘗試發展出各種不同的在地照護模式，有的形成自有團隊，有的形成獨立又合作連攜團隊，逐步創造不同於以往的醫療文化，許多專業人員自願走出白色巨塔，為形塑台灣社會集體共照的夢想願景而打拼，帶起了全新的社會氛圍，才會有今日台灣在宅醫療資源分佈的樣貌，雖然仍有所不足，特別是在資源分配上，但至少在在宅醫療已讓許多醫療專業人員對照護專業的想像已不同於以往，願意主動從體制中抽離自我，反省現行制度對專業能動性制約的問題，突破固有僵

化的專業主義與本位主義思考，使得台灣社區醫療因在宅醫療的登場而更精彩可期。

一、台灣在宅醫療資源分佈現況

首先，我們試著從衛福部居家醫療整合照護特約醫事機構查詢系統[2]所顯示的資訊中，粗略了解目前在宅醫療資源的分佈現況。利用其二手資料進行統計，據了解，現今全台與衛福部特約的醫院有226家，診所有1,987家，居護所有511家，以及還有少數的藥局與呼吸治療所，至於復健相關的物理治療與職能治療職類特約數為零，若以較鉅觀的思維解析，我們推論其主要影響原因還是在於社會資本的結構和給付制度的受限使然，因此，從特約數量看起來，也能看到台灣社區醫療制度的缺口，及其不盡完善之處，可能反而使得社區中各種專業職業橫向連繫的資源受到某種程度的阻礙。

再進一步進行資料分析，以就近三個月有收案的機構來看，醫院有133家，診所有718家，居護所有357家，就比例上而言，近期中有持續收案執行在宅醫療者，醫院為59%，診所為36%，居護所則為70%，其他職類的醫事單位則近乎於0%，其中診所雖然特約數量高，但實際收案的相對比例卻較少，是值得注意的現象。然而，投入在宅醫療的醫事機構明顯還是以醫院、診所與居護所為主，三者之間的關係也是當前在宅醫療實況運作中的連攜合作主力，從出院準備到轉銜服務，再到社區醫事機構完全接手，並且能在緊急狀況有後援醫療協力共同溝通協調照護事宜的雙向合作機制，這是或許是台灣在宅醫療現行方式的一個重要的基礎，筆者曾在2019年執行國衛院一份對台灣本土化在宅醫療模式的研究調查報告中[3]提到七種實踐模式²，依上述的在宅醫療合作流程與型態可再

通訊作者：劉懿德
通訊地址：嘉義市宣信街157號
E-mail：edliu328@gmail.com

細分為二類，第一類稱之為統合式分工（Integrated Connection）³，第二類稱之為內團體式協作（In-group Cooperation）⁴，雖然受照顧者從醫院回到家的過程看起來都是一樣，但其連攜合作的方式仔細分類後，就會發現照護模式與資源應用是不盡相同的，無論是否為醫院層級，能以這二種模式運作的在宅醫療，其最大的共同點在於它的背後必然有足夠的組織財力與人力結構，方能掌握各種統籌運作在宅醫療照護的資源。

我們再從在宅醫療的區域資源來看，近三個月有收案的機構全國佔比，醫院是以中區 38% 最高，以東區 7% 與外島 2% 為最低⁵，診所也是以中區 44% 最高，最低同樣是東區的 4% 和外島的 2%，居護所的部分則是以北區 34% 最高，而東區 8% 和外島 1% 為最低。由以上的資訊可以呈現出台灣在宅醫療的部分現況，亦即較容易連結資源形成在宅醫療連攜團隊的地區，主要是中北部地區為主，其中又以台中市為最，最難以形成團隊資源的地區仍然一如過往，是在醫療照護資源相對貧乏的東區與外島地區。因此，台灣在宅醫療資源分佈再一次顯示健康不平等的分配現象，換句話說，醫療資源過度集中化與都市化的問題一直都存在，台灣在宅醫療資源分佈只是再一次的證明這個陳舊的老問題，這亦或是醫療市場化的結果，畢竟市場化的醫療是服務於資本，而資本目的在於創造經濟市場，這是當前台灣面對的社會事實（Social Reality），對資源貧乏且更有在宅醫療需求的地區而言，即是醫療市場化下的受害者，「不患寡而患不均」這才是政府要正視的長期性問題。

二、台灣在宅醫療的發展與趨勢

109 年 4 月至 9 月間，筆者執行的另一份國衛院研究調查報告⁶，透過深度訪談的方式，針對病患暨家屬接受在宅醫療服務的經驗進行統整與歸納，分析當前在宅醫療的發展為台灣整體帶來的社會變遷為何，又促成多少不同於以往社區醫療的可能性。

若暫不考慮社會結構根深蒂固的醫療資源分配問題，雖然這仍是影響各地區在宅醫療團隊連攜合作之資源完整性的重要議題，然根據上述的研究

分析結果顯示，其實當前的在宅醫療發展，是源自於台灣社區醫療面臨許多家庭照護實務問題而生的當代醫療，它不是新興的醫療議題，應是原本就存在，卻被制度長期忽略與埋沒的公衛議題。在宅醫療主要是解決行動不便的在家受照顧者及其家庭照顧者長期以來就醫困擾，也是改善社區醫療最重要的元素。

在宅醫療的照護團隊能走入社區主動關懷案家，能降低原本就醫不便與就醫成本的問題，並且在可近的、頻繁的專業服務下，多能建立專業照顧者與案家之間的信賴關係，溝通管道更通暢而完善，迅速解決有許多照顧上所遭遇的即時困境，特別是有在宅醫療協助的罕病者案家感受更是深刻，它同時促使家庭照顧者也能從照顧合作經驗中自我增能，更安心也更有信心的照顧自己家人，甚至避免過度重複的耗用醫療資源。

在宅醫療除了提供專業照護外，在實作的場域中實現了許多人情感陪伴的期待，透過各種跨職類間及其與家庭照顧者間的互補互助與交工陪力。在宅醫療重視團隊的連攜合作，實踐在宅整合性照護逐步提升在家照護的正確性與完善性，成為案家最重要的連攜夥伴與支持後盾，重新認識治療方法與優化生命品質的關係，共同打造一個規律與從容生活節奏，與實現一個尊嚴老化的支持性環境。許多的在宅醫療團隊都能透過運作團隊的模式中，為受照顧者打造重回社區後的照護資源，建立良好的社區溝通網絡，是另一種相異於過往醫療慣有「介入式積極治療」，應稱在宅醫療為「陪伴式積極治療」。

然而，台灣在宅醫療所面臨的現況仍存在著不少的問題，需要政府與所有醫療照顧體系一同來思考與解決。由於當前實際投入在宅醫療的社區基層醫事機構數量，實不足以因應 5 年後台灣超高齡社會的到來，如果不盡快提昇整體社區照顧與在宅醫療的專業支持人力之量能，恐怕以目前投入在宅醫療數以百計的醫療院所來說，是難以承受數以幾十萬計的照護需求者，雖然目前政府推動居家醫療整合照護計畫，但鼓勵性質的計畫似乎是趕不上變化，快速的人口與社會變遷是全國都應該要正視的強大社會隱憂，甚至要考慮在推動在宅醫療政策的

過程中，政府也必須調整以往過度績效主義及其防弊推論的思維，專業工作者方不會因受限於種種的體制之制約而降低其投入參與在宅醫療的意願，社會政策才是關係整體社會脈動的主因。

台灣社會除了需要有更多的專業人員前仆後繼的投入在宅醫療和組織在宅醫療團隊外，民眾其實更期望透過有效的資訊網絡獲得連結，但在目前相關訊息的能見度尚且過低，也或許與當前的服務量能有關，大多數民眾雖有需求卻未必均能受惠，並對於如何取得照護資源其主責管道訊息不明確，此仍是使民眾無所適從的原因之一。在宅醫療若要在社區紮根，應當要建立更為可近的諮詢平台，它可以是社區診所或社區居護所本身，也可以是具有照護資源之資訊轉介和照護諮詢服務的社區咖啡館、社區書店或任何形式的開放式居場所⁷，這是應用社區共生的概念，轉化成為提昇在宅醫療融合社區建立普遍性服務的重要取向。在日本，以居場所作為在宅醫療的社區諮詢站是顯而易見的，台灣目前仍然限縮在醫療院所內，民眾卻也不見得容易取得資訊；除此之外，雖然有少數以社區咖啡館及社區書店也嘗試學習作為在宅醫療諮詢站，但有專業識別形象與相關知能訓練不足的問題，或者也有醫療專業色彩過重的現象，都不免會讓社區民眾不熟識，甚至產生疏離感，若未來有更多具有在宅醫療服務資源的社區諮詢平台，能夠真正具備高識別度之社區化做法，才代表台灣在宅醫療的發展更臻成熟。

社區化意即在地化，其目的在於透過在宅醫療的服務產生社區增能的果效，讓專業人員為家庭照護者建立社區照護人力的培育機制，台灣要打造全面性的社區醫療，唯有從社區培力並打造多元的社區互助網絡，促使家庭照顧者願意一同投入社區共照的任務，成為專業人員部分專業的照護代理人，當家庭照顧者能具備相近亦相應的照顧能力時，方能有效解決社區照顧人力不足的長遠問題，但這樣的社會認同在台灣尚未成形，仍然僅處於現有專業人員不足的胡同迴圈中，若未來能夠透過政府政策與制度的推動，善用在宅醫療團隊的專業能量來為社區建立培育機制，訓練更多的社區照顧人才，或

暫稱之為社區保健員，我們預期這將是改變台灣社區共照思維的微革命，也更完整化在宅醫療人才鍊的構想藍圖，特別是對資源相對貧乏地區更具有消彌其不平等的重要意義。

結語

在宅醫療是支援每個都能家生活到最後的健康照護概念，許多人都先從台灣當前的三階段居家醫療類別⁸來理解它，但事實上在宅醫療的實踐範籌不僅包涵這三階段所提供的不同專業照護，它是各醫療照護與照顧服務專業間，連續性的連攜合作關係，能讓受照護者自出院後開始，或直接在家裡即可得到適切的照顧。在宅醫療不僅是照顧生命末期，也積極預防慢性病併發症，以及失能、失智的退化，為受照顧者實現在家生活與平安終老的專業[4]。

在宅醫療不同於過去醫病間的點對點或者單線性關係，它是一個以家為核心的共照網絡，社區的專業人員與家庭照顧者能有效的緊密互動，共同搭建一個從點、線到面的照護連攜網，若我們常說台灣最美的風景是人，那麼以「病患」為中心，以「家」為病房，以「社區」為照護場域的支援生命與陪伴生命的支持體系，以及全人，全程，全家和全隊的在宅醫療，就是台灣最美的醫療場域。

備註

1. 2015年尚未成立台灣在宅醫療學會，余尚儒醫師時任嘉義市社區醫療發展協會理事長。
2. 一、統合式分工（Integrated Connection）；二、內團體式協作（In-Group Cooperation）；三、外團體式協作（Out-Group Cooperation）-個人（Individual）；四、外團體式協作（Out-Group Cooperation）-團隊（Team）；五、聚落式協作（Cluster Cooperation）-多元（Multiple）；六、落式協作（Cluster Cooperation）-單一（Single）；七、傳統往診原型（Traditional Visiting Medical Care）。
3. 若以醫院經營在宅醫療團隊的角度來思考，所謂統合式分工模式即是醫院能同時擁有內部從屬連攜單位，如能執行居家醫療的家庭醫學科和居家護理所，以及外部從屬連攜單位，如社區醫療群與居護群，醫院能同時與內外部連攜單位都有實

質合作關係，但這些合作關係仍然是以與醫院合作的業務為主體，由醫院主導分配資源的統合模式。

4. 以醫事組織內部單位的資源連結為主體，組織本身也透過各種方式成立許多看似獨立，實際確從屬於該組織的外部單位，整個以組織內部單位為連攜對象，與獨立的外部連攜單位，關係較不緊密。
5. 北區包括基隆市、台北市、新北市、宜蘭縣、桃園市、新竹市和新竹縣。中區包括苗栗縣、台中市、南投縣、彰化縣、雲林縣、嘉義市、嘉義縣。南區包括台南市、高雄市、屏東縣。東區包括花蓮縣、台東縣。外島區包括澎湖縣，金門縣，連江縣。
6. 國衛院群健所2018年研究計畫名稱為「台灣本土化在宅醫療模式以及病患暨家屬接受在宅醫療照護經驗之探討」。
7. 居場所在日本係指私人家居或住所空間的意思。

8. 分為階段一：一般居家照護，階段二：呼吸器依賴居家照護，階段三：居家安寧療護，簡稱S1，S2，S3。

參考文獻

1. 朝日新聞2025衝擊採訪小組著：《2025長照危機：理解在宅醫療實況，起造一個老有所終的長照美麗島》。黃健育譯。台北：商周出版。2017。
2. 衛生福利部中央健康保險署：中央衛福部居家醫療整合照護特約醫事機構查詢系統。2020。Retrieved from <https://bit.ly/2CAZCFE>
3. 劉懿德：台灣本土化在宅醫療現行模式之研究。嘉義縣：南華大學。2019。
4. 余尚儒：日本在宅醫療中居家護理的角色。護理雜誌 2018；65（1）：11-16。