



# 醫養合一、在家健康老 居家失能個案家庭醫師照護方案

文字撰寫 | 林松媽

受訪對象 | 衛生福利部長期照顧司司長 祝健芳

王維昌診所醫師 王維昌

臺灣老年人口比率快速成長，預計將於 2025 年成為超高齡社會，由於老人具較高的慢性病盛行率及失能率，因此恐會成為未來全民健康保險與長照財務相當大的負擔。衛福部於 2019 年 7 月 19 日實施「居家失能個案家庭醫師照護方案」（以下簡稱失能家醫方案），由基層醫療院所的醫師及護理人員就近提供社區中居家失能個案健康及慢性病管理，並且由熟悉個案之家庭醫師開立長期照護醫師意見書，提供長照醫事服務建議。

## 高齡化速度快 照護計畫進階再進階

一手催生宜蘭居家醫療網的宜蘭縣醫師公會顧問、前理事長王維昌醫師表示，現在已是高齡社會、即將邁入超高齡社會，「沒有一個人、沒有一個專業可以照顧一個老人家」。他解釋，越高齡的長者、生理、疾病問題越多，表現越複雜，因此沒有單獨個人或專業可以照顧得很好，所以就必須要有整合照護。

居家醫療整合了醫院醫療、基層醫療、家居護理三大面向，王維昌指出，其實從健保開辦以來，就有傳統居家醫療服務，當時是針對缺乏醫療資源、交通不便的地區，提供醫師到家裡訪視的醫療服務，但慢慢發現，很多病人因為失能而不方便出門、也無法安置進機構，所以這些病人就需要醫師到家裡訪診，在 2004 年、健保開辦的第 10 年就有了「家庭醫師整合照護計畫」，也就是讓病人要到家庭醫師診所來、提供整合式的照護服務。

王維昌指出，隨著臺灣社會急速高齡化，2016 年再推出了「居家醫療整合照護計畫」，這是一個讓醫療團隊走入社區，進入家裡幫失能長者看診的計畫，在試辦的 5 至 6 年期間、每年照護約 6 萬名病人。他說，由於失能者行動不便，但是仍有醫療需求，因此就有不少失能長者由家屬去醫院代為領藥，再加上原本的家庭醫師制度並不是為居家醫療設計，「所以會看到家屬到處拿藥、病人卻沒親自就醫接受醫師診察的問題」；病人可能有長照需求、需要輪椅或電動床、甚至可能已經長了褥瘡等問題都不會被發現；再者，當失能者需要長照計畫協助時，例如出現失



醫師訪視居家失能個案，協助醫療照護、病例紀錄。

智現象時應到失智中心、有復能機會的長者需要到復健中心等，必須要有主責醫師，親自到家裡診察個案的失能疾病狀態，撰寫「長照醫師意見書」提供照專派案服務的參考，因此催生了 2019 年的「居家失能家庭醫師方案」。

## 串連醫療與照顧 失能家醫方案走入失能者家中

衛福部長長期照顧司司長祝健芳解釋，考慮到長照計畫推動的服務對象就是失能者，且由於 8 成以上的失能者多有慢性病，其疾病控制與健康維持將會影響到失能者的日常生活照護，這每一個環節都是息息相關的。根據《長期照顧服務法》第 8 條第三項規定，接受醫事照護服務的服務對象，都必須要經由醫師出具意見書，並以失能個案為中心，配合醫療照顧與長期照顧的服務體系，建立能夠銜接與調整的照護方案。

祝健芳指出，在 2019 年 7 月 19 日起也研訂了失能家醫方案，只要符合 2 至 8 級失能個

案可以加入方案，由長照個案管理員（俗稱A個管）參考醫師意見書來擬定或調整照顧計畫，協助失能者日常生活的需要、留意應導入哪些長照服務；同時，衛福部也希望透過這機制可以落實家庭責任醫師，邀請基層診所醫師來評估平時熟悉的個案會需要哪些長照服務，這樣就可以更貼切地掌握個案健康情形、控制慢性病狀況。

根據失能家醫方案，家庭醫師必須要每6個月到宅了解案家的照顧狀況、失能個案的身體狀況與服藥情形，並出具醫師意見書，以便照顧管理專員（以下簡稱照專）或是A個管擬定照顧計畫。祝健芳舉例，例如發現失能長者有肌少症的情況，醫師在意見書中就能提醒導入復能服務，在照護時設定提升肌力的目標，另外方案也會搭配一名個案管理員進行每個月的電話追蹤、每4個月的家訪，藉由這些與個案接觸的機會，評估案家即時的需求，以便適時調整照顧計畫。

## 方案推動 2 年

### 880 家醫療院所關懷 11.5 萬失能者

祝健芳表示，一開始方案推動時，沒有開放醫院加入，主要希望是以地區性的診所、家庭醫師納入，但2019年推動後，發現診所家數成長有限，再加上聽到地區醫院、區域醫院的心聲，「他們原先就有提供外展服務，也希望有機會加入這方案」，因此在2020年時放寬納入地區醫院、區域醫院。截至去年為止，符合條件可以特約的醫療院所總計有880家，其中以診所為大宗，有624家、占70.9%，衛生所有174家、占

19.8%，總計有參與失能家庭醫師方案的醫師為1,366人。

除了中央與地方政府衛生單位宣導，照專在個案家工作、A個管在協助連結服務時，也會主動向案家提出失能家醫方案、詢問是否有相關需要。祝健芳說，我們走的是「全派案模式」，也就是家中失能長輩只要符合2至8級失能條件都可以使用。據統計，2019年7月推動方案以來，有經過案家同意派案者約15萬名個案，但真正接受服務的有11.5萬人。

仔細去探究原因，祝健芳解釋，在派案後，個案可能會發現原本習慣看診的醫師不在方案內，因此派案到家的家庭醫師不是他熟悉的醫師、習慣的醫療院所，心中有多一層的距離；同時去年開始受到COVID-19疫情影響，有醫師提到「醫師到宅服務其實也增加失能家庭的風險」，甚至有案家直接拒絕醫護人員家訪，若因為家訪導致新的群聚情況發生，這也不是方案樂見的，所以去年案件量增加也有限。



依個案居家環境需求，加裝輔具或安全設備。



到宅進行居家醫療，王維昌（圖左）協助個案生理量測。

## 串連長照服務 即時接住失能者需求

分享近 2 年透過失能家醫方案成功的案例，王維昌表示，那是一個 85 歲的男性長輩、過去擔任職業司機的工作，很早就開始有腦功能退化、失智症的遊走症狀，且行走步伐不太穩。長輩平時有抽菸習慣、膽囊開過刀，健康狀況並不好，前往家訪時，長輩的家屬也提到，因為白天的子女需要外出工作，擔心父親會走失或在家跌倒，於是他藉此機會媒合居家服務員來陪伴白天的起居，現在家屬很放心長者的情況。

王維昌也笑說，曾經有失能長者不願意去日照中心、或是去活動中心，但透過方案家訪時，將他誤認為是氣象主播林嘉愷，竟開開心心地認為「偶像來家裡看我」，這美麗的誤會也讓長者同意轉介安排、前往日照中心接受該有的照護服務。

另外，王維昌也曾遇過較嚴重的個案。他說，在居家訪視時發現一個獨居長者，照服員雖

有定期關心他的失能狀況，「但送去給阿公的餐點都沒吃、大小便都在床上」，照服員緊急通知個管師，眾人一同開會，最後與衛生局聯繫將長者安置到機構，接受更妥善的照顧。

他強調，這就是方案的目的，由家庭醫師在現場健康評估、出具醫師意見書，讓照專與個管追蹤，合力把失能者需要的服務、可以提供的服務一起拉進來，讓失能者有更好的生活水準。

## 讓失能者選擇新的結局 推動尊嚴善終

失能家庭醫師方案除了以個案為中心、整合照護服務，還有推動「尊嚴善終」的目標。祝健芳表示，為避免醫療資源的耗用，方案也與權責單位醫事司合作，向案家宣導預立醫療照護（ACP）、推動簽署預立醫療決定（AD）。

據統計，接受派案的 15 萬人中，接受宣導的有 3.1 萬人，但目前透過失能家醫方案，簽署健保卡註記，只有 51 人。祝健芳解釋，華人文化中，長者多避談生死，由於家庭醫師每 6 個月要家訪一次，雙方建立良好醫病關係，由案家最信任的醫師來推動預立醫療決定的阻力比較小，所以方案中也結合了這些諮商、宣導的元素，目的在達到尊嚴善終，未來也會繼續朝這方向努力，希望能把觀念一點一滴導入失能者家庭，讓他們知道在人生的尾聲，還有另外一種新的選擇。MOHW



### 特別誌謝

衛生福利部長期間照顧司司長 祝健芳  
王維昌診所醫師 王維昌