



「分級醫療，台灣準備好了嗎？」媒體座談會

居家醫療的觀點

余尚儒 醫師

台灣在宅醫療研究會 召集人

台東聖母醫院部落保健室

100% 居家醫療醫師

身土繫生命，耕讀知社區



嘉義市
嘉義地域醫療及社區健康發展協會
Chiayi Association for Community Health
社區醫療發展協會



自我介紹

Introduction

- 學歷

- 樂生療養院口述歷史 (Leprosy sanatorium for Oral history)
- 高雄醫學大學醫學系畢業 (Kaohsiung Medical University)
- 成功大學公共衛生碩士 (NCKU, Master in Public Health)

- 經歷

- 馬偕醫院骨科住院醫師
- 嘉基醫院家醫科住院醫師
- 嘉基醫院家醫科主治醫師
- 嘉基安寧病房主治醫師
- 六福診所主治醫師 (Local Clinic, GP)
- 嘉基安寧居家特約醫師 (Home hospice, CYCH) 2013年

- 現職

- 嘉義市社區醫療發展協會理事長
- 在宅醫療研究會召集人
- 台東聖母醫院部落保健室居家醫療主治醫師
- 2016.09 東海岸居家醫療
- 泰源喜樂診所 (居家生活支援診所，明年4月開幕)

台東縣東河鄉泰源村 人口近4000人無醫村



日本在宅醫療現場考察 2016.04~06



10 家診所，7 間醫院及機構、
9 間設施

© CyberMap Japan Corp.

分級醫療是誰的事，干民眾屁事？

所以，目的是什麼？

我國現況

- 分級醫療的目的？
- 對民眾來說：方便，不一定「有效」
- 對政府來說：省錢，不一定「奏效」
- 對醫療來說：有效，不一定「績效」

Primary Care 的誤會

- 基層的服務？
- 初次見面？
- 第一線照顧？
- 最主要的照顧？

我的家庭醫師是誰？

15

家醫會員知道家醫計畫
比例(%)

	知道	不知道	總數
業務組別			
臺北	24.5	75.5	100.0
北區	28.2	71.8	100.0
中區	24.2	75.8	100.0
南區	27.0	73.0	100.0
高屏	35.9	64.1	100.0
東區	19.5	80.5	100.0
全國平均	26.6	73.4	100.0

家醫會員知道自己是家
醫計畫會員比例(%)

	知道	不知道	總數
業務組別			
臺北	18.1	81.9	100.0
北區	21.4	78.6	100.0
中區	12.8	87.2	100.0
南區	15.9	84.1	100.0
高屏	23.2	76.8	100.0
東區	13.3	86.7	100.0
全國平均	17.5	82.5	100.0

民眾知道醫院的「主治醫師」，
不知道社區內的「家庭醫師」

那個重要？

最大問題在於，我們的醫療制度，
缺了「主治醫師權」的移轉程序。

所謂轉診：就是病人的「主治醫師」的轉移過程
不談「主治醫師權」，如何轉診？分級是假命題。

「主治醫師權」的轉移 建構在「信賴關係」之上

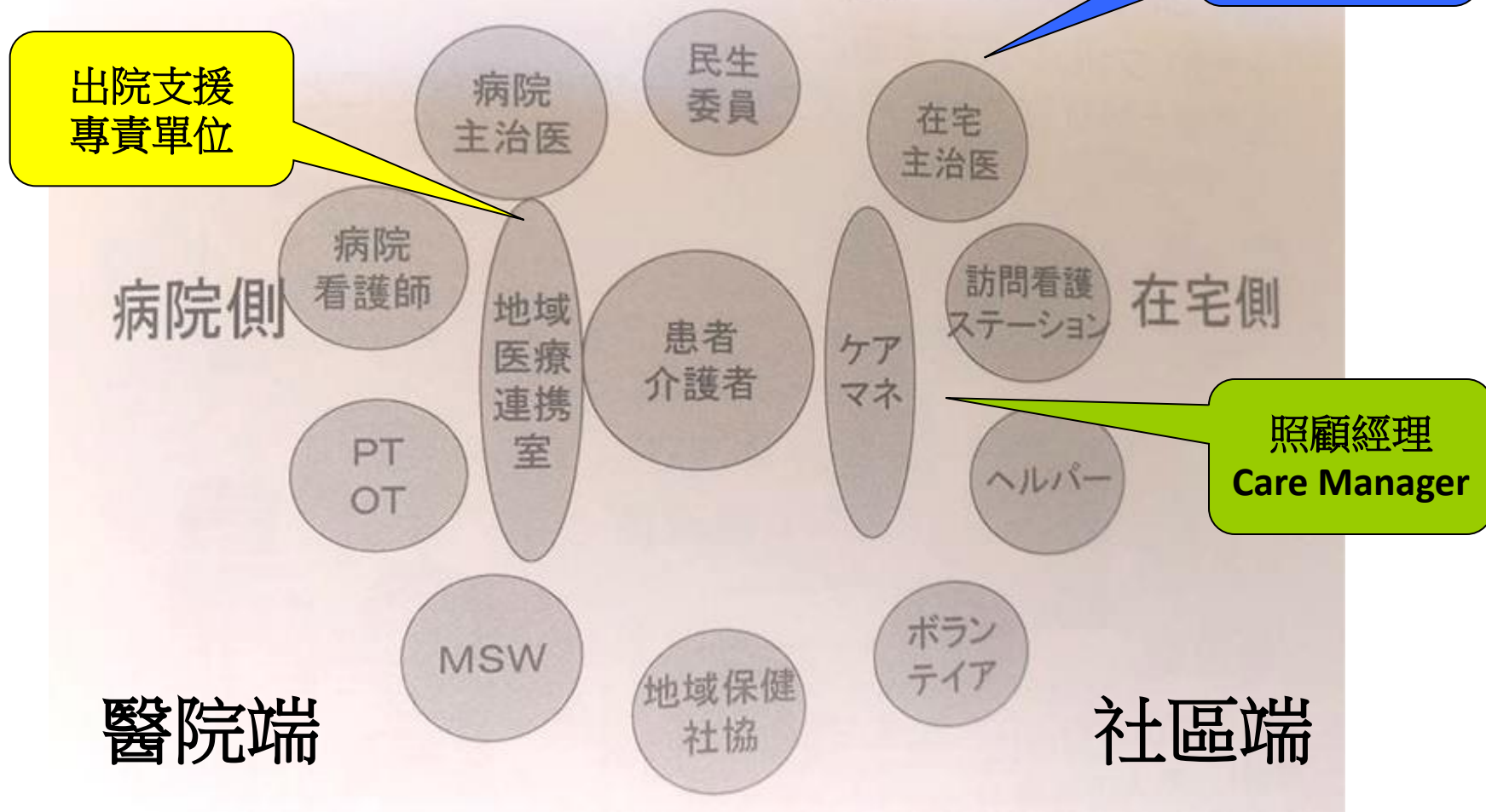
因此轉銜照護要做好
需要很好的溝通和連繫過程
例如，出院前會議

信賴關係如何建立？

- 出院前準備會議
 - 患者出院前，召開出院前準備會議，社區的居家醫療診所和長照單位一定要參加。「醫院主治醫」和「在宅主治醫」的角色。
 - 醫院銜接居家醫療診所和長照單位，權責要分明，甚至提供**24**小時服務。
- 介紹信（診療情報提供書）
 - 社區診所轉病人到醫院，一定要寫一份「介紹信」。
- 必須有給付
 - 所有會議（出院前準備會議）、文書（介紹信）和服務（在宅醫療），都有「保險給付」。
 - 鼓勵「聯絡」的給付，在制度中不能缺席。我國健保只給付「服務」，不給付「聯絡」。

出院前會議組成

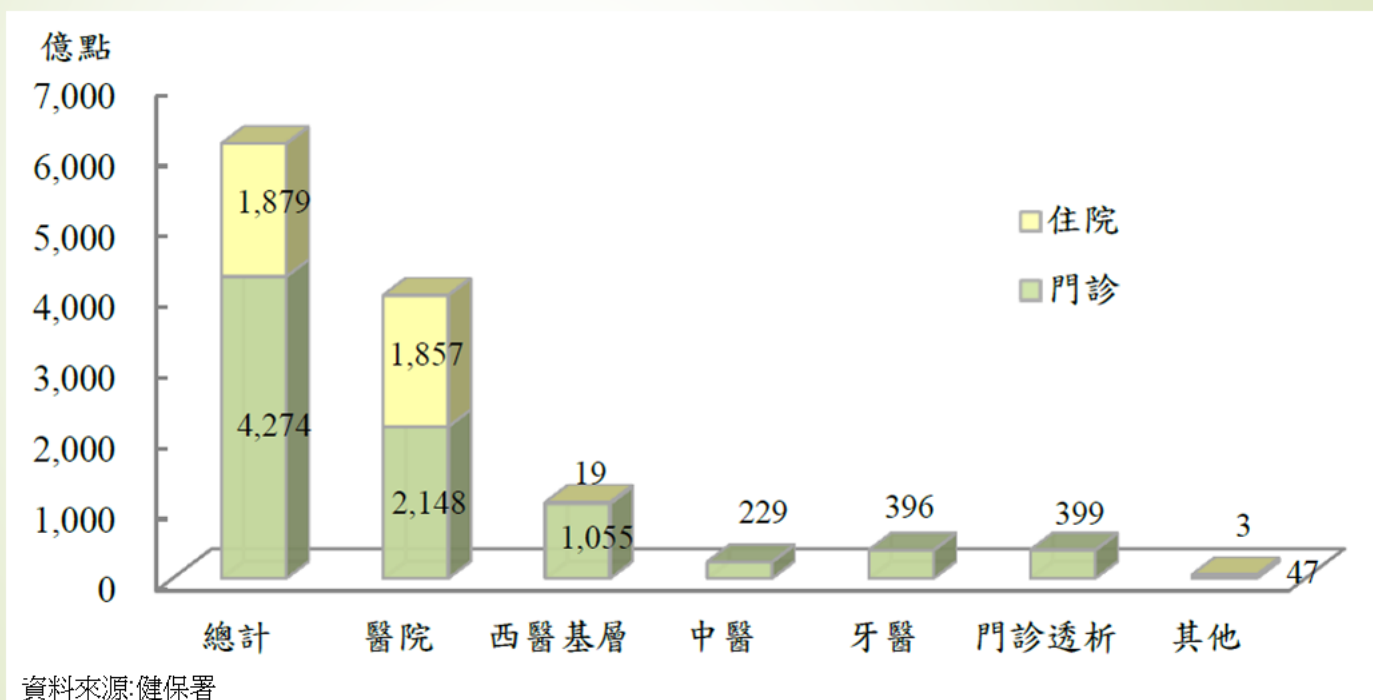
図表4-25 退院時ケアカンファレンスの構成員



醫院需要這麼多門診？

21

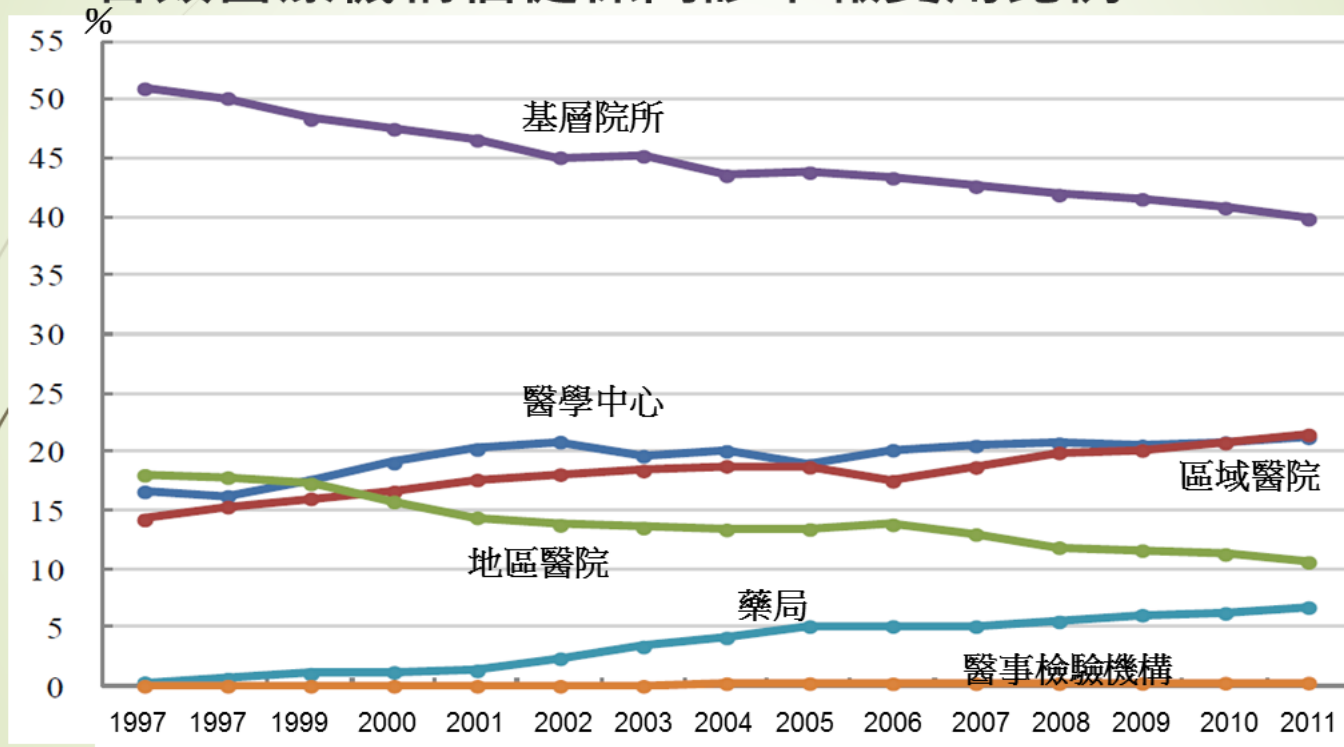
2014年醫療點數—按總額部門別分



基層院所萎縮

20

醫療市場化下的競爭： 各類醫療機構佔健保門診申報費用比例



資料來源:健保署

超高齡社會2025，台灣如何強化基層醫療？

家是最好的病房

日本2025年 病床機能分化 減床20 萬

平成26年度診療報酬改定

「次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方」(概要) (平成25年9月6日 社会保障審議会 医療保険部会・医療部会)

基本的な考え方

<高度急性期・一般急性期>

- 病床の機能の明確化と機能に合わせた評価
- ・平均在院日数の短縮
- ・長期入院患者の評価の適正化
- ・重症度・看護必要度の見直し
- ・入院早期からのリハビリの推進 等

<回復期(亜急性期入院医療管理料等)>

- 急性期を脱した患者の受け皿となる病床の整備
- ・急性期病床からの受入れ、在宅・生活復帰支援、在宅患者の急変時の受入れなど病床機能を明確化した上で評価 等

<長期療養>

- 長期療養患者の受け皿の確保

<その他>

- 医療資源の少ない地域の実情に配慮した評価
- 有床診療所の機能に応じた評価

<外来医療>

- 外来の機能分化の推進
- ・主治医機能の評価 等

<在宅医療>

- 質の高い在宅医療の提供の推進
- ・在宅療養支援診療所・病院の機能強化 等

<現在の姿>



<2025年(平成37年)の姿>



2025年 在宅医療需求30萬

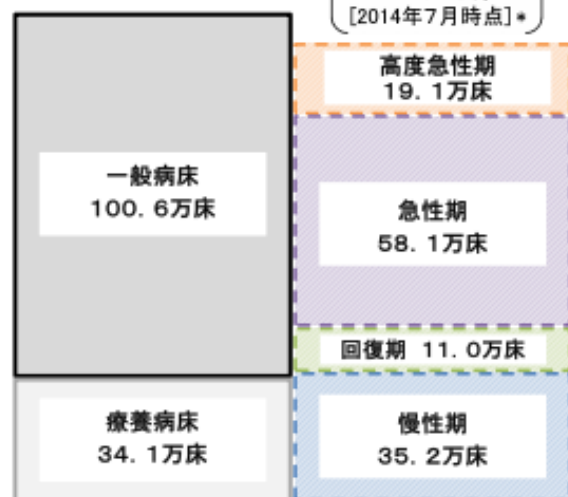
2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。
(→「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環)
- 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。
- ⇒ 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。

【現 状:2013年】

134.7万床(医療施設調査)

病床機能報告
123.4万床
[2014年7月時点]*



【推計結果:2025年】※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、地域ごとに推計した値を積上げ

機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合:152万床程度

2025年の必要病床数(目指すべき姿)

115~119万床程度※1



NDBのレセプトデータ等を活用し、医療資源投入量に基づき、機能区分別に分類し、推計

入院受療率の地域差を縮小しつつ、慢性期医療に必要な病床数を推計

将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数

29.7~33.7万人程度※3

医療資源投入量が少ないなど、一般病床・療養病床以外でも対応可能な患者を推計

* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。
なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度
※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度
※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度

日本的社區醫療支援醫院 基準

平成 26 年 1 月 23 日
特定機能病院及び地域医療支援病院
のあり方に関する検討会

【新基準】

紹介率 = (紹介患者数 + 救急搬送患者数) ÷ 初診患者数 $\geq$ 50%

逆紹介率 = 逆紹介患者数 ÷ 初診患者数 $\geq$ 40%

醫院住院病人超過一半，社區轉診過來
出院病人中超過四成，轉回給基層院所

剩下的，就交給你們了

- 醫院做好住院的治療
 - 「汽車的維修處理」
- 診所做好出院後管理
 - 「平時的追蹤保養」
- 政府的責任是建構「連繫機制」
 - 把聯絡的「電話線」架好
 - 把「費率」設定清楚。