

立法院法制局專題研究報告

編號： 1685

本報告僅供委員參考

居家醫療與長期照顧整合之相關法制研析

法制局 李郁強 趙俊祥 撰

中華民國 113 年 5 月

居家醫療與長期照顧整合之相關法制研析

目 次

摘 要

壹、前言.....	1
貳、外國立法例.....	3
一、日本.....	3
二、南韓.....	7
三、美國.....	10
參、問題研析與建議.....	12
一、醫師執行居家醫療事先報備制之檢討（醫師法第 8 條之 2）	12
二、非醫事人員執行有疑慮行為之探討（長期照顧服務法第 18 條）.....	14
三、預立醫療照護諮商制度之檢討（病人自主權利法第 9 條）	17
四、居家訪視量與支付限制及在宅急症照護配套之檢討.....	21
肆、結論.....	24
伍、條文對照表.....	27
參考文獻.....	31
附錄：「居家醫療與長期照顧整合之相關法制研析」專題研究報告（初 稿）座談會紀錄及參採情形.....	37

摘 要

依據國家發展委員會推估，我國將於114年進入超高齡社會（65歲以上占總人口20%），預估於128年突破30%。推估65歲以上高齡者，110年至120年，失能人口增加33萬人，長照需求急速增加。99年我國有14萬5千人死亡，112年死亡人數增為20萬5千多人，死亡高峰預估將落於149年的33萬8千人，該年的死亡人數大約是現在的1.6倍。我國面臨的是失能人數與死亡人數急增的時代，長期照顧需求與臨終照護需求亦顯重要。鄰國日本比我國更早面臨人口老化的壓力，其政府擔心老人醫療長期照顧在多死社會的壓力下，將產生系統性崩壞，對此，建立社區整體照顧體系、強化「在宅醫療」制度，遂成為最重要的解方之一。本報告先引介外國立法例，再對我國這些年來居家醫療及長照曾出現的議題，加以檢討並提出建議，俾供本院委員問政及審查法案參考。

居家醫療與長期照顧整合之相關法制研析

壹、前言

我國在 107 年¹邁入高齡社會（aged society）²，依據國家發展委員會推估，將於 114 年進入超高齡社會（Super-aged society），預估於 128 年突破 30%，至 159 年將達 43.6%³。99 年全國普查，失能率接近 3%，推估 65 歲以上高齡者，100 年至 110 年 10 年間，失能人口增加 21 萬人；110 年至 120 年，失能人口增加 33 萬人，長照需求急速增加⁴。

依據衛生福利部中央健康保險署（以下簡稱健保署）資料，103 年曾接受居家安寧服務的人數不超過 7 千人，當年卻有 16 萬多件的死亡；110 年接受居家安寧服務人數為 14,993 人，而當年死亡人數為 18 萬 4 千多人⁵。由於居家安寧平均照顧時間僅 1 個月左右，可見多數人選擇常規醫療，在醫院迎接死亡。112 年死亡人數為 20 萬 5 千多人⁶，預估 129 年將增加到 28 萬 3 千人，死亡高峰預估將落於 149 年的 33 萬 8 千人，該年的死亡人數大約是現在的 1.6 倍。當醫院的

¹ 本報告有關年分之使用，原則以民國紀年表述，惟涉及外國法制或立法部分，改採西元紀年表述。

² 內政部，老年人口突破 14% 內政部：臺灣正式邁入高齡社會，107 年 4 月 10 日，網址：https://www.moi.gov.tw/News_Content.aspx?n=2%26s=11663，最後瀏覽日期：113 年 1 月 15 日。

³ 國際上將 65 歲以上人口占總人口比率達到 7%、14%及 20%，分別稱為高齡化社會、高齡社會及超高齡社會。國家發展委員會，人口推估—高齡化時程，111 年 8 月，網址：https://www.ndc.gov.tw/Content_List.aspx?n=D527207EEEF59B9B，最後瀏覽日期：113 年 1 月 15 日。

⁴ 余尚儒、張凱評、陳炳仁、趙敏，日本介護保險與在宅醫療之關係，社團法人台灣在宅醫療學會，網址：<https://tsohhc.tw/%E5%9C%8B%E8%A1%9B%E9%99%A2%E7%A0%94%E7%A9%B6%E5%90%88%E4%BD%9C/>，最後瀏覽日期：113 年 1 月 15 日。

⁵ 內政部，110 年國人平均壽命 80.86 歲，網址：https://www.moi.gov.tw/News_Content.aspx?n=4&sms=9009&s=264811，最後瀏覽日期：113 年 1 月 22 日。

⁶ 內政部，民國 112 年 12 月戶口統計資料分析，113 年 1 月 10 日，網址：https://www.moi.gov.tw/News_Content.aspx?n=9&sms=9009&s=312388，最後瀏覽日期：113 年 1 月 22 日。

病房與急診人滿為患時，這些死者該在哪裡接受臨終照護呢？換言之，我國將面臨的是失能人數與死亡人數急增的時代，這樣的長期照顧需求與臨終照護需求，長期以來未被滿足，也很少同時被討論⁷。

隨著人類壽命不斷地延長，視力、肌肉等身體機能減退、失智或各種慢性疾病接踵而來。老化衰弱現象無法根治，需要的是如何與這些退化共處，寧靜地走向人生終點。因此，越來越多人認識到「療養」的重要，居家醫療也隨之展開⁸。我國自84年健保開辦以來，持續提供居家醫療照護服務，從初始的行動不便患者居家醫療、慢性精神病及末期病患安寧居家照護、呼吸器依賴者居家照護、牙醫特殊醫療服務計畫等。衛福部健保署自105年起推動「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」，由居家醫療院所組成的整合性照護團隊，提供「居家醫療」、「重度居家醫療」、「安寧療護」3階段連續性的居家醫療照護，108年更擴大聯結居家中醫及居家藥事服務，強化出院準備服務的無縫接軌，並建立居家醫療與長照服務2.0轉銜通路的配套措施，提供「以病人為中心」的全人照護⁹。110年全國與衛生福利部特約的居家醫療整合照護醫院僅有226家、診所1,987家、居護所有511家，還有少數藥局與呼吸治療所，至於復健相關的物理治療與職能治療類特約數為零¹⁰。截至112年9月底，全國已有225個居家照護團隊，3,289家醫療院所參與¹¹。

世界各國同樣面臨人口高齡化，日本、南韓、美國等國的作法，

⁷ 余尚儒、張凱評、陳炳仁、趙敏，同註4。

⁸ 何蕙君，應對2025危機，日本在宅醫療怎麼做？，獨立評論，111年9月19日，網址：<https://opinion.cw.com.tw/blog/profile/530/article/12757>，最後瀏覽日期：113年2月16日。

⁹ 衛生福利部，家是最熟悉的場域 健保推動在地安養 無憂向晚，112年12月16日，網址：<https://www.mohw.gov.tw/cp-16-76930-1.html>，最後瀏覽日期：113年2月16日。

¹⁰ 劉懿德、余尚儒，〈在宅醫療的資源分佈現況及其發展與趨勢〉，《澄清醫護管理雜誌》，第17卷，第1期，110年1月，頁4。

¹¹ 衛生福利部，同註9。

或可提供我國參考。本報告先引介外國立法例，針對我國這些年實施居家醫療及長照整合實務上曾出現的議題¹²，進行研析並提出建議，俾供本院委員問政及審查法案參考。

貳、外國立法例

一、日本

日本社會結構變遷，失智症高齡者人口比例、老老照顧或單身高齡者家庭比例皆快速增加，以首都圈為中心的都市地區也開始面臨急遽的人口高齡化。對此，日本政府於 2021 年 7 月公布的厚生勞動白皮書指出，建立「使所有人民進入老年，也能在社區支持下活躍生活的社會，並創造全齡的健康環境」，實現「社區整合型照顧體系」理念乃是關鍵¹³。加上日本戰後嬰兒潮的「團塊世代」將於 2025 年集體邁入 75 歲，估計 2040 年死亡到達高峰，屆時 1 年將有 167 萬人死亡¹⁴。日本政府擔心老人醫療長期照顧在多死社會的壓力下，將產生系統性崩壞，對此，建立社區整體照顧體系、強化「在宅醫療」¹⁵制度，遂成為最重要的解方之一¹⁶。

（一）醫療法及健康保險法

1983 年日本全民醫療保險開始給付居家護理（原文為訪問看

¹² 居家醫療與長期照顧整合涉及法制面向甚多，本報告僅針對我國這些年實施居家醫療及長照整合實務上曾出現的議題進行討論。

¹³ 蔡璧竹，〈日本社區整合型照護體系演進對臺灣長照政策之啟示〉，《社區發展季刊》，第 179 期，111 年 9 月，頁 258。

¹⁴ 余尚儒，〈日本在宅醫療中居家護理的角色〉，《護理雜誌》，第 65 卷，第 1 期，107 年 2 月，頁 11。

¹⁵ 「在宅醫療」係源自日本之用語，我國稱為「居家醫療」。本報告所引介之日本「在宅醫療」即我國「居家醫療」，先予敘明。

¹⁶ 朝日新聞 2025 衝擊採訪小組、黃健育譯，《2025 長照危機》，台北市：商周城邦文化，106 年 11 月，頁 5。

護)，1986年針對老人的到家看診的給付，導入醫師定期居家訪視概念（原文為訪視診療）。日本《醫療法》於1985年第1次修正，「地域醫療計畫」正式啟動；1992年第2次修正，定位「在宅（居家）」可作為提供醫療之場所¹⁷。對於70歲以上之高齡者給予綜合性之保健醫療，就老人保健機構、老人醫院、一般醫院、專門醫療機構相互間的功能，作連續性、一貫性的整合，以調整醫療費的過度增加¹⁸。該法修正後，居家也成為提供醫療行為的場所，推行過程中也受到醫療品質粗糙、看診效率不彰等批評，但隨著時代變化，越來越多人意識到健康不只與營養、身體機能有關，與人的社會交流、內心安適也很重要。對病患而言，能在熟悉的場所進行療養，對他們確有幫助¹⁹。

1994年修正《健康保險法》²⁰，在宅醫療定位為「療養給付」，設立「指定訪視看護制度」。對象從臥床重症病患或病情惡化需要施以急救病患為主，漸漸成為以急救治療完畢之復健病患或需接受治療慢性疾病病患為主要對象。1998年修正診斷收費標準增設「24小時臥床老人在宅綜合診對收費標準」、2006年及2008年分別調整「在宅醫療支援診所」及「在宅醫療支援醫院」之診斷收費。2006年《醫療法》第5次修正，並修正《健康保險法》²¹，俾確立在宅醫療相關事項於醫療計畫中之定位²²。

（二）介護保險法

¹⁷ 全聯會國際事務工作小組，〈日本居家醫療的變遷及現況〉，《臺灣醫界》，第58卷，第4期，104年4月，頁42。

¹⁸ 周世珍，〈日本介護保障法制及其基本理念之發展〉，《明新學報》，第33卷，96年7月，頁111。

¹⁹ 何蕙君，同註8。

²⁰ 日本《健康保險法》（健康保險法），網址：

<https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=211AC0000000070>，最後瀏覽日期：113年2月26日。

²¹ 該次修正與在宅醫療相關條文為第88條、第89條及第95條。

²² 全聯會國際事務工作小組，同註17，頁43。

日本在宅醫療的發展並非一蹴可及，而是一群醫師看到社會的變遷，在不斷思辨與實踐中摸索而成，並形成各種各樣富有在地化特色的模式。1970年代日本步入高齡化社會，臥床居家需求增加，因而開始發展各種居家式照護服務。1972年早川醫師創設居家療養部，成為日本第一個支援返家療養的部門，開啟居家護理與出院準備服務的先河。1994年東京柳原醫院推出「24小時巡迴型在宅照顧」，是一種結合醫療與照顧的全天候社區到宅照顧服務，當時增子忠道醫師在國會接受答詢時正式使用「在宅醫療」一詞，咸認為是在宅醫療此一詞彙的由來²³。

1997年12月通過《介護保險法》，2000年4月實施介護保險制度。2006年修正《介護保險法》，大幅改革介護保險制度，新增「需要支援1」與「需要支援2」來做失能預防、設置社區整體支援中心，並提高對在宅醫療的保險給付。詳言之，係依被保險人的身心狀況設計長照需要評估雙機制——「需要支援評估（針對身心功能羸弱被保險人）」與「需要照顧評估（針對身心失能被保險人）」（《介護保險法》第19條第1款、第2款）。保險給付類型分為：預防型給付、失能型給付、市町村特別給付（《介護保險法》第18條）。失能等級為「需要支援1-2」之被保險人，能使用「預防型給付」，包括：居家預防型長照服務（含社區型）、社區密集型長照服務。失能等級為「需要照顧1-5」之被保險人，能使用「失能型給付」，包含：居家型長照服務（含社區型）、社區密集型長照服務、機構入住型長照服務。「市町村特別給付」係由各個市區町村制定相關辦法決定給付項目，目的在於預防或減輕失

²³ 王四切、許博程，〈日本在宅醫療—簡介與歷史〉，《藥學雜誌》，第141期，108年12月，頁104。

能等級的惡化²⁴。

與之同時的醫療保險改革，政策上鼓勵在宅醫療制度下，在宅療養支援醫院、在宅療養支援診所與在宅療養支援藥局隨之誕生並蓬勃發展。各地在宅療養支援診所亦組成「全國在宅療養支援診療所聯絡會」，形成具有影響政策制度的專業團體，加速日本在宅醫療推動。2007年國立長壽醫療研究中心（National Center for Geriatrics and Gerontology）開始主辦「在宅醫療推進會議」，邀請各地先驅和團體代表，商議日本在宅醫療推動事業²⁵。

為了讓重度需要照護的高齡者也能在熟悉的生活場所走向人生終點，醫療系統從「醫院」走向「社區」的同時，長照領域也進行法規修正。其中受到最大爭論的，就屬「介護福祉士²⁶（照顧服務員）能否從事醫療行為」的議題。醫療行為攸關人命安全，在法律上規定，若非擁有醫師、護理師等專業證照，禁止從事醫療行為。然而，隨著醫療科技的進步及需要照顧人數的增加，社會上漸漸有人呼籲，開放介護福祉士（照顧服務員）從事特定醫療行為。2007年國家介護福祉士的工作定義，就從洗澡、排泄、進餐等身體照護行為，改成「工作上不但要進行身體照護，還需要把握心理與人際關係等綜合層面，進行全面生活協助」²⁷。然而，許多高齡者都需要靠醫療器材維持生命，

²⁴ 同前註，頁 105。

²⁵ 王四切、許博程，同註 23，頁 105。

²⁶ 日本「介護福祉士」即我國的「照顧服務員」；介護支援專門員，即我國「個案管理員」。介護福祉士培訓方式：1.資格：依實務研習、工作經驗及學位修習等不同管道訂有不同上課時數及測驗方式。如實務研習者，則須完成 450 小時之研習時數。2.培訓課程內容每 10 年檢討 1 次，配合社會狀況及老人需求狀況進行調整。3.獎學金制度：提供學生獎學金(包含每月學費、入學及就職準備金、考試書籍費用等)，畢業後服務 5 年期滿即可不需償還前開補助費用。外國人也可以申請，目前台灣籍計有 69 名、韓國籍最多，有 3,500 名。2020 年介護福祉士登錄人數近 170 萬人。薛瑞元、祝健芳、黃千芬、余依靜，《2020 年日本臺灣交流協會邀請赴日參訪》，衛生福利部出國報告，109 年 5 月，頁 5、21。

²⁷ 厚生労働省社会援護局，社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律案について，平成 19 年（2007 年）3 月，網址：

對他們而言，醫療行為就是生活的一部分。為設定照顧服務員能從事醫療行為的條件，日本國會提出許多議題，如安全性擔保、事故發生時之責任體制、介護保險報酬計算、照顧服務員生涯規劃、與醫師合作的體制等等。經過10餘年的爭論，終於2012年法案修正後²⁸，讓「介護福祉士」進修取得學習時數後，能在特定環境中從事抽痰、鼻胃管等醫療行為²⁹。

日本的《社工及照顧服務員法》（社会福祉士及び介護福祉士法）³⁰，「介護福祉士」依第42條第1項之規定完成登錄，以維護長照需求的生活有尊嚴，協助其生活朝向自立為目標。主要業務有3：1.依據長照需求者之身心功能提供所需之照顧服務。2.依據醫師指示提供長照需求者抽痰等長照領域輔助性醫療行為。3.提供長照需求者及其家屬等照顧者相關諮詢與指導³¹。針對「介護福祉士」從事抽痰業務，詳加規定於第48條之3至第48條之10，例如：機構須向管轄其所在地的都道府縣知事登錄，登錄者之積極資格與消極資格、撤銷登記事由、實施抽痰紀錄之保存，依據厚生勞動省令規定的措施，以確保安全、正確地實施抽痰。

二、南韓

1995 年至 1999 年 5 年間，南韓媒體出現 35 件「老人自殺」新

<https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/soumu/houritu/dl/166-13a.pdf>，最後瀏覽日期：113 年 3 月 7 日。

²⁸ 厚生勞動省，平成 24 年 4 月から、介護職員等による喀痰吸引等（たんの吸引・経管栄養）についての制度がはじまります，2011 年 11 月，網址：

https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/kourei/hoken/tankyuuin.files/44_kouroushoupanfu11.pdf，最後瀏覽日期：113 年 3 月 7 日。

²⁹ 何蕙君，同註 8。

³⁰ 日本《社工及照顧服務員法》（社会福祉士及び介護福祉士法），網址：<https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=362AC0000000030>，最後瀏覽日期：113 年 2 月 26 日。

³¹ 徐明仿、李德純，〈日本介護福祉士培育與證照制度之特色與問題〉，《台灣社區工作與社區研究月刊》，第 11 卷，第 3 期，110 年 12 月，頁 133。

聞，大部分的報導指出，老人自殺的原因在於家庭扶養問題與經濟負擔。高齡少子化的危機加劇，從 1980 年代平均每 16 名子女扶養 1 位老人，到 2000 年變成每 8 名子女扶養 1 位老人。2003 年南韓公營養護機構只有 241 所，可收容人數為 1 萬 6 千餘人，僅占需求者的 2.7%，民間養護機構費用則太貴，每月收費介於當時南韓都會區受薪家庭每月平均收入的 50% 至 85%。老人照顧問題成為社會的集體困擾，日本在 1997 年通過長照保險法（介護保險法），並於 2000 年實施長照保險的經驗，給南韓政府急起直追的目標³²。

（一）老人長期療養保險法

2005 年至 2008 年，南韓政府進行 3 梯次逐步擴大地理範圍之長照服務試辦，2007 年 4 月通過《老人長期療養保險法》，定於 2008 年施行（最新版 2011 年 12 月修正，2012 年 9 月施行）³³，該法 12 章、共計 70 條條文。基於考量老人或因罹患老年疾病致難以自行維持日常生活之患者，為提供其身體活動或家事援助等長期療養給付事項，以增進老人身體健康、謀求生活安定，藉由減輕家庭負擔以達提高國民生活品質為目的（第 1 條）。保險給付對象係指年滿 65 歲以上老人及未滿 65 歲但罹患失智症、腦血管疾病等老人慢性疾病者（第 2 條）。有關長期照顧給付基本原則，係基於綜合考量老人身心狀況、生活環境條件，以及老人本身或家人之需求與選擇，在必要範圍內應提供適當協助；以居家照顧為優先給付基礎，主要係促使老人能與家人共同生活，在家庭內獲得適當照顧協助；為避免老人身心狀況或健康情況持續惡化，應與醫療體系合作提供相關照顧服務（第 3 條）。護理保險業務由

³² 王品，〈韓國長照與外勞〉，《新社會政策雙月刊》，第 25 期，101 年 12 月，頁 9。

³³ 南韓《老人長期療養保險法》，網址：<https://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsiSeq=120495#0000>，最後瀏覽日期：113 年 2 月 20 日。

保健福祉部主管，長期照護保險業務的保險人為國民健康保險公團³⁴（第7條）。長期照護保險費與《國民健康保險法》第69條規定的保險費（以下簡稱「健康保險費」）一併徵收（第8條）。給付內容分為「居家照顧給付」、「機構照顧給付」以及「現金給付」3項。居家照顧給付又可細分為居家護理（護理人員至個案家中提供照顧服務）、居家沐浴服務、居家照顧（至個案家中提供家務服務、打掃環境等相關服務）、日托照顧、短期照顧（提供180日內之機構照顧，相當於我國之「喘息照顧」）以及輔具借貸等項目³⁵。

財政問題乃老人長期療養保險制度最重要的課題之一。基本上老人長期療養保險之財務來源，係由政府（國庫）、保費收入，以及受照顧者自負額三者構成，其各自構成比例應如何訂定，為研擬過程爭議焦點。由於各方論述不一，遲遲無法達成共識，故法律條文未明定財務來源，僅以行政命令定之。保險給付項目包括居家照顧及機構照顧，自負額部分：居家照顧為15%、機構照顧為20%。老人長期療養等級分為1級「極重症」、2級「重症」、3級「中度」等3個等級，其中「1級」與「2級」之需照顧程度相當於日本介護保險「需要照顧4」或「需要照顧5」。由此可知，韓國老人長期療養保險給付門檻遠較日本介護保險為高³⁶。

（二）維生治療決定法

1997年南韓兩名醫師依病患家屬請求，替腦損傷病人拔管，被檢方以謀殺罪起訴，獲判緩刑³⁷。在歷經20年的爭論後，於2016年通過

³⁴ 南韓國民健康保險公團（건강보험공단），為提供南韓全體國民健康保險的唯一保險人。

³⁵ 呂慧芬、趙美敬，〈韓國啟動長期照顧保險機制：老人長期療養保險〉，《台灣社會福利學刊》，第7卷，第2期，98年2月，頁163。

³⁶ 同前註，頁164、171。

³⁷ 病人自主研究中心，韓國善終法於2018正式上路 醫病雙方皆獲保障，107年10月7日，網

《臨終關懷/安寧療護與臨終病患生命維持治療決定法》(簡稱《維生治療決定法》) 2018年施行(最新修正版為2021年12月修正、2022年3月生效)³⁸，該法共6章、計43條條文。規定年滿19歲的成人，可事前簽署放棄治療同意書(第2條)，並詳細規定臨終病人意願確認方式(第17條)以及在無法確認臨終病人意願的情況下，如何決定中止生命維持治療(第18條)。

關於中止生命維持治療決定之諮詢，該法明文規定由醫療機構倫理委員會為病人及其家屬提供有關中止生命維持治療等決定的諮詢。倫理委員會成員由5人以上組成，其中包括1名主席，但不能僅由在相關醫療機構工作的人員組成，可由非醫療專業人員組成，也可由宗教、法律、道德、學術或公民團體推薦(第14條)。

三、美國

傳統的醫療服務體系著重於急性醫療的發展，從而發展出片段式以器官疾病為導向的醫療服務模式，美國的醫療服務體系便是一個範例。在此同時，美國面臨醫療費用高漲、醫療可近性不佳及不甚理想的病人照顧成果等眾多挑戰。對此，美國發展出一個創新的醫療照護模式，亦即「以人為本的居家醫療服務」(person-centered medical home, or patient-centered medical home, PCMH)。PCMH是以病人為中心，了解病人的需求，以團隊的評估、治療方式，用積極的溝通及團隊合作

址：<https://parc.tw/trend/international/article/69>，最後瀏覽日期：113年1月17日。

³⁸ 南韓《維生治療決定法》(연명의료결정법)，網址：

https://www.law.go.kr/LSW/LsiJoLinkP.do?docType=JO&lsNm=%ED%98%B8%EC%8A%A4%ED%94%BC%EC%8A%A4%E3%86%8D%EC%99%84%ED%99%94%EC%9D%98%EB%A3%8C+%EB%B0%8F+%EC%9E%84%EC%A2%85%EA%B3%BC%EC%A0%95%EC%97%90+%EC%9E%88%EB%8A%94+%ED%99%98%EC%9E%90%EC%9D%98+%EC%97%B0%EB%AA%85%EC%9D%98%EB%A3%8C%EA%B2%B0%EC%A0%95%EC%97%90+%EA%B4%80%ED%95%9C+%EB%B2%95%EB%A5%A0&joNo=001600000&languageType=KO¶s=1&search_put=#，最後瀏覽日期：113年1月17日。

方式提供一個有效率、全面性、具可近性及連續性的基層照護模式，進而提升醫療品質、減少醫療費用、改善病人、家屬及醫療團隊對於醫療服務的整體感受為目標。PCMH概念是因應美國醫療費不斷上漲，配合2010年通過的《病患保障與可負擔醫療法》(Patient Protection and Affordable Care Act, PPACA)³⁹所推出改革方案下，發展最快速的醫療服務模式之一⁴⁰。PPACA強制納保條款(individual mandate)係強制要求每一位美國人均須購買最低程度(minimum essential)之健康保險，以達到實現全民納保(universal essential)及健康照護普遍近用(universal access to health care)之政策目標⁴¹。

PCMH團隊成員至少1位醫師、1位護理師擔任的照護管理師(簡稱照管師)、1位執業護理或醫師助理和1位行政人員。一個團隊照顧約1,200位病人。PCMH為病人提供個人化照護計畫，並定期舉行團隊會議討論所遇到的照護問題。醫療團隊與病人的關係是團隊照護成效的關鍵，病人也是團隊的一份子⁴²。

《病患保障與可負擔醫療法》提出在宅獨立生活(Independence at Home, IAH)的概念，鼓勵各地發展在宅為基礎的醫療服務模式。依據醫療照護和醫療救助服務中心(Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS)統計，於2012年開辦之初有18個IAH計畫，至2017年減為14個，2020年因疫情關係更減為7個；受益人數亦從2017年9,958

³⁹ 又稱「歐巴馬醫療法」(Obamacare)，主要目的之一在於提升對人民醫療照顧的保障，擴大人民的醫療照顧覆蓋面，並讓醫療保險成為可負擔的，具體改革面向主要在公共醫療照顧的範圍擴大、對人民強制納保規定，與對於商業醫療保險之各種規制。Patient Protection and Affordable Care Act，網址：<https://www.congress.gov/111/plaws/publ148/PLAW-111publ148.pdf>，最後瀏覽日期：113年1月17日。

⁴⁰ 林鉅勝、周明岳、梁志光、彭莉甯、李威儒、陳亮恭、羅慶徽，〈建立以人為本的居家醫療服務〉，《臺灣家庭醫學雜誌》，第27卷，第2期，106年6月，頁112-113。

⁴¹ 吳全峰，〈美國健康保險強制納保制度之合憲性—簡析 National Federation of Independent Business v. Sebelius 判決〉，《憲政時代》，第38卷，第2期，101年10月，頁130。

⁴² 林鉅勝、周明岳、梁志光、彭莉甯、李威儒、陳亮恭、羅慶徽，同註40，頁114。

人至2020年降為3,342人⁴³。不同的IAH計畫有不同的名稱，例如Doctors Making Housecalls等。全美約有200萬人有類似需求，而IAH顯著減少醫療體系的支出、較低的30天內再住院率以及肺炎等特定疾病較低急診及住院率⁴⁴。

IAH的實施方法為合併多團隊照護的基層醫療，照護團隊包含醫師、護理師、醫師助理、藥師、社工師和其他輔助人員。適合接受IAH的病人必須具備以下條件：1.有兩個或以上的慢性疾病（例如：心臟衰竭、糖尿病、慢性阻塞性肺疾病、缺血性心臟疾病、中風、失智、神經退化性疾病）。2.原有的聯邦醫療保險包含論量支付模式。3.需要具有兩種或以上功能依賴。4.過去12個月內曾發生非計畫性入院。5.過去12個月曾經接受急性或亞急性復健治療⁴⁵。

參、問題研析與建議

一、醫師執行居家醫療事先報備制之檢討（醫師法第8條之2）

前已述及日本早在1992年就定位「在宅」可作為提供醫療之場所，對病患而言，能在熟悉的場所進行療養，對他們確有幫助。我國雖自84年健保開辦即提供居家醫療照護服務，但並未將「居家」定位為可提供醫療之場所。我國實施居家醫療，實務上最為人詬病的就是事先報備制。「事先報備」是我國特有的制度，如果去病人家裡執行醫療行為，沒有事先報備而被檢舉，會因此受罰，倘若因此不願再出

⁴³ CMS, Model Overview and Participation Trends, 2023年1月，網址：<https://www.cms.gov/priorities/innovation/data-and-reports/2024/iah-year8-eval-report-fg>，最後瀏覽日期：113年4月3日。

⁴⁴ 張凱評、余尚儒，〈在宅醫療系列（2）—淺談已開發國家在宅醫療的發展〉，《臺灣老年學論壇》，第36期，106年11月，頁2-3。

⁴⁵ 林鉅勝、周明岳、梁志光、彭莉甯、李威儒、陳亮恭、羅慶徽，同註40，頁116。

診，真是社會的損失。日本並沒有類似的制度，不僅如此，還規定醫師每月兩次到家裡訪視，如同查房一般，即「定期訪視」。定期訪視目的是掌握在宅病人平時狀況，就如同主治醫師在醫院查房一樣，具有可預期和預防的概念，如照顧得宜，病患狀況穩定，日本醫師會在定期訪視的病歷上記錄「平穩沒有改變」，沒有開立藥物也很普通⁴⁶。對此，有專家指出建立本土化在宅醫療支援體系，需有相對應的法規的鬆綁，例如：取消居家醫療支援報備制⁴⁷。

我國現行「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」（112年8月30日公告）第4點「醫療服務提供者資格」第6款揭示：「特約醫事服務機構所屬醫師、中醫師至病人住家提供醫療服務，得視為符合《醫師法》所稱應邀出診，不需事先報准；其他訪視人員至病人住家提供醫療服務，須依法令規定事前報經當地衛生主管機關核准及保險人同意。」亦即，醫師、中醫師至病人住家提供醫療服務，符合《醫師法》第8條之2但書所規定「應邀出診」，不受同條本文「醫師執業，應在所在地主管機關核准登記之醫療機構為之」的限制⁴⁸。

雖已揭示「至病人住家提供醫療服務，『得視為』符合醫師法所稱應邀出診」，惟探究《醫師法》第8條之2第3款「應邀出診」之文義，所謂醫師「應邀」，其發動權應在病患方，倘若病患方未提出邀約，而是醫師主動或例行至病人住家提供醫療服務，實難謂「應邀」；更何況「全民健康保險居家醫療整合照護計畫」，非屬法律授權之法規命令，無法賦予「居家醫療」之法律定位。換言之，只是在計畫中規

⁴⁶ 余尚儒，《在宅醫療——從 cure 到 care》，台北市：遠見天下文化，106 年 3 月，頁 131。

⁴⁷ 余尚儒，〈日本在宅醫療發展對我國居家醫療的啟示〉，《台灣家庭醫學雜誌》，第 25 卷，第 6 期，104 年 6 月，頁 117。

⁴⁸ 黃三榮、余尚儒，〈在宅醫療的法律面觀察〉，《月旦醫事法報告》，第 31 期，108 年 5 月，頁 13。

定「『得』視為符合醫師法……」並不符合法律保留原則，對於醫師的保障不足。為避免「居家醫療」落入《醫師法》第8條之2第5款「其他事先報所在地主管機關核准」，爰建議明定「居家醫療」為排除醫師執業處所須為中央主管機關認可之機構，即增訂第4款「居家醫療」。

二、非醫事人員執行有疑慮行為之探討（長期照顧服務法第 18 條）

（一）抽痰由醫事人員執行

抽痰是護理範疇的醫療輔助行為⁴⁹，但居家照顧個案若發生緊急狀況，有生命危險之虞時，仍需由經抽痰訓練的照顧服務員先行給予緊急抽痰，因此須有明確的法制規定，以保障相關照顧服務員的權益⁵⁰。對此，衛生福利部曾於 106 年有相關函釋，「僅執行口腔內（懸壅垂之前）或人工氣道管內分泌物之清潔、抽吸或移除，未涉及醫療專業判斷，僅係個案身體照顧服務，非屬醫療業務之行為，得由非醫事人員執行。」⁵¹此函釋僅開放非醫事人員執行異物抽吸而非抽痰。

《護理人員法》第 37 條於 112 年 5 月 30 日三讀通過修正，針對未取得護理人員執業者，除原有行政罰外，另增訂刑罰規範。於三讀通過時，於本院通過附帶決議，請衛生福利部邀集醫護相關專業團體、公會共同檢視我國護理人員業務範圍相關函釋，提供護理人員執

⁴⁹ 醫療輔助行為係護理人員之業務，應在醫師之指示下行之。《護理人員法》第 24 條規定：「護理人員之業務如下：一、健康問題之護理評估。二、預防保健之護理措施。三、護理指導及諮詢。四、醫療輔助行為。（第 1 項）前項第四款醫療輔助行為應在醫師之指示下行之。（第 2 項）專科護理師及依第七條之一接受專科護理師訓練期間之護理師，除得執行第一項業務外，並得於醫師監督下執行醫療業務。（第 3 項）前項所定於醫師監督下得執行醫療業務之辦法，由中央主管機關定之。（第 4 項）」

⁵⁰ 雖然《醫師法》第 28 條第 1 項第 4 款規定，未具醫師資格執行醫療業務者，於「臨時施行急救」的情況不罰，但一般家屬與基層從業人員並不十分了解。況且，許多抽痰並非發生在緊急狀況，是否屬於急救範圍仍有疑義。周世珍，同註 18，頁 122。

⁵¹ 衛生福利部，衛部醫字第 1061665751 號函，106 年 8 月 23 日。說明四：「為應居家、特殊教育學校、長照機構、老人福利機構、身心障礙福利機構或早期療育機構等之重症與身心障礙者照顧需求，口腔內（懸壅垂之前）或人工氣道管內分泌物之清潔、抽吸或移除，未涉及醫療專業判斷，僅係個案身體照顧服務，非屬醫療業務之行為，得由非醫事人員執行。」

行護理業務及非護理人員執行照護之輔助行為界定及參考⁵²。112年6月13日中華民國醫師公會全國聯合會答復衛生福利部函詢之《護理業務有疑慮之行為態樣》，其中有疑慮之行為即包括「抽痰」，所遇困境為「照顧服務員目前規定只可協助口腔內（懸壅垂之前）或人工氣管內分泌物的清潔、抽吸或移除，不得協助抽痰，抽痰必須由護理人員執行，但許多長照居家病人皆是由家屬執行抽痰。」有委員建議考量照顧服務員經訓練後亦可執行抽痰。」⁵³。

前已述及，在日本，為讓重度需要照護的高齡者能在熟悉的生活場所走向人生終點，醫療系統從「醫院」走向「社區」的同時，長照領域也進行法規修正，其中受到最大爭論的，就屬「照顧服務員能否從事醫療行為」的議題。隨著需要照顧人數的增加，社會上漸漸有人呼籲，開放照顧服務員從事特定醫療行為。2007年國家介護福祉士的工作，就從洗澡、排泄、進餐等身體照護行為，改成「工作上不但要進行身體照護，還需要把握心理與人際關係等綜合層面，進行全面生活協助」。為設定照顧服務員能從事醫療行為的條件，日本國會提出許多議題，如安全性擔保、事故發生時之責任體制、介護保險報酬計算、照顧服務員生涯規劃、與醫師合作的體制等等。經過10餘年的爭論，終於2012年法案修正後，讓「介護福祉士」進修取得學習時數後，能在特定環境中從事抽痰、鼻胃管等醫療輔助行為⁵⁴。即2011年6月日本第2次大幅修正《介護保險法》，開放照顧服務員經訓練、認證後，

⁵² 立法院，〈本院社會福利及衛生環境委員會報告審查委員陳靜敏等 17 人擬具「護理人員法第三十七條條文修正草案」案〉，《立法院公報》，第 112 卷，第 56 期，112 年 5 月，頁 120。

⁵³ 醫師公會全國聯合會，護理業務有疑慮之行為態樣，112 年 6 月，網址：<https://www.yilandoctor.org.tw/web/images/ckfinder/files/20230616171149.pdf>，最後瀏覽日期：113 年 3 月 7 日。

⁵⁴ 在日本，介護福祉士除可從事抽痰、鼻胃管等醫療輔助行為，在醫師指示、護理人員指導下（医師の指示、看護師等との連携の下），尚可從事「鼻腔吸引」。厚生勞動省，同註 27。

在醫師指示、護理人員指導下⁵⁵，得執行抽痰或管灌飲食等部分醫療輔助行為⁵⁶。

（二）管灌餵食、鼻腔分泌物手動抽吸得由非醫事人員執行

雖然日本將「管灌飲食」列為醫療輔助行為，但在我國，日常的鼻胃管灌食，屬於照顧服務員可以執行的照顧服務，《長期照顧服務申請及給付辦法》照顧組合表有「協助進行或管灌餵食」。其他非醫事人員得從事之有疑慮行為，我國衛生福利部曾於109年函釋，使用手動吸鼻器或棉棒執行鼻腔分泌物之清潔、抽吸或移除，符合該類病人身體照顧之需要，則非屬醫療業務行為，得由非醫事人員執行⁵⁷。

（三）法制建議

將來人口老化更嚴重、照顧人力更吃緊時，或可考量放寬經訓練合格之照顧服務員於護理人員指導下，可以執行抽痰、使用機械式自動抽吸器抽吸鼻腔分泌物等醫療輔助行為。惟鑑於我國目前實務上受過口腔內（懸壅垂之前）抽吸訓練之照顧服務員人數尚僅約100人，故擬先將執行抽吸行為之照顧服務員，其訓練方式、時數納入法制；

⁵⁵ 厚生勞動省，同註 28。

⁵⁶ 王四切、許博程，同註 23，頁 106。

⁵⁷ 關於非醫事人員執行「鼻腔內分泌物之清潔、抽吸或移除」、「腸造口、胃造口、腹膜透析導管、人工血管、傷口引流及傷口照護」等行為之適法性，衛生福利部曾於 107 年 7 月 28 日召開「重症兒童之居家照顧服務員執行鼻腔、造口及傷口照護適法性」研商會議，結果說明如下：按口腔內（懸壅垂之前）或人工氣道管內分泌物之清潔、抽吸或移除，未涉及醫療專業判斷，僅係個案身體照顧服務，非屬醫療業務之行為，得由非醫事人員執行。考量鼻黏膜較口腔脆弱，易因操作不當而出血，且鼻腔之解剖結構及目視所及範圍有限，爰不宜比照口腔內分泌物之清潔、抽吸或移除，得由非醫事人員執行；惟若使用手動吸鼻器或棉棒執行鼻腔分泌物之清潔、抽吸或移除，符合該類病人身體照顧之需要，則非屬醫療業務行為，得由非醫事人員執行。涉及機械式自動抽吸之操作者，因風險較高，仍應由醫事人員執行。另「腸造口、胃造口、腹膜透析導管、人工血管、傷口引流及傷口照護」等行為，係屬醫療行為，應由醫師親自執行，或由相關醫事人員依其各該專門職業法律所規定之業務，依醫囑執行之。惟為因應居家重症病人、身心障礙者或獨居民眾等之照顧需求，居家照顧服務員等非醫事人員於提供居家服務時，應家屬或病人之要求，協助其執行上開行為，尚無不可。衛生福利部，中華民國 109 年 8 月 25 日衛部醫字第 1091665312 號函。

至於抽痰、機械抽吸鼻腔分泌物之訓練，在宅醫療學會表示未來將推動初階照顧服務員之進階訓練，擬待訓練達一定人數、時機成熟後，再考量是否入法。

現行《長期照顧服務法》（以下簡稱《長照法》）第8條之1第4項授權訂定之《長期照顧服務申請及給付辦法》第10條附表4「照顧組合表」，其中BA17a、BA17b規定，人工氣道管內（非氣管內）分泌物抽吸、口腔內（懸壅垂之前）分泌物抽吸，照顧服務員應接受特殊訓練課程後方可執行，惟特殊訓練之訓練方式、訓練時數均付之闕如，爰建議長照服務人員之照顧服務員⁵⁸經訓練合格後得執行。即建議於長照法第18條第2項增訂相關規定。

三、預立醫療照護諮商制度之檢討（病人自主權利法第9條）

日本在宅醫療的核心價值，是要支持病患在家療養，生活到臨終為止，終極目標就是社區安寧療護⁵⁹。我國自101年12月起，為鼓勵安寧緩和醫療及末期病人預立醫囑，全民健康保險增列「緩和醫療家庭諮詢費」，由醫師協助末期住院病人召開家庭會議，會議至少討論1小時，協助簽署相關意願書（例如不實施心肺復甦術 Do not resuscitation, DNR），並做成完整會議紀錄⁶⁰。104年2月調高支付點數，從每次支付1,500點調高為2,250點，每人每院申請1次放寬為2次，除住院重症末期病人外，亦納入急診末期病人⁶¹。

⁵⁸ 長照服務人員（簡稱長照人員）依據《長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法》第2條，類別如下：1.照顧服務員、生活服務員或家庭托顧服務員（以下併稱照顧服務人員）。2.居家服務督導員。3.教保員、社會工作人員（包括社會工作師）及醫事人員。4.照顧管理專員及照顧管理督導。5.中央主管機關公告指定為長照服務相關計畫人員。

⁵⁹ 余尚儒，同註47，頁113。

⁶⁰ 朱顯光，〈善用健保「緩和醫療家庭諮詢會議」，幫忙解決末期醫療難題！〉，《醫改電子報》，第132期，103年12月，網址：<https://www.thrf.org.tw/publication/686>，最後瀏覽日期：113年3月12日。

⁶¹ 衛生福利部中央健康保險署，〈加強推動臨終照護服務 健保署加碼調高安寧療護支付點數〉，

（一）居家重症或末期病人更需要居家「預立醫療照護諮商」

我國《病人自主權利法》（以下簡稱病主法）於 108 年 1 月施行，具完全行為能力之人可接受預立醫療照護諮商（Advance Care Planning, ACP）並簽署預立醫療決定（Advance Decision, AD）。我國目前患者簽署 AD，大多數由醫護人員先提出⁶²。有關預立醫療決定規定於病主法第 9 條⁶³。

依據病主法第 9 條第 5 項授權訂定《提供預立醫療照護諮商之醫療機構管理辦法》（以下簡稱《諮管辦法》），該辦法第 3 條規定：「前條第一項諮商機構，應指定預立醫療照護諮商專責單位，並符合下列規定：一、諮商處所應有明顯區隔之獨立空間，並具隱密性；設施、設備具舒適及便利性。……」諮商地點著重於隱密、舒適、便利，並未明確限制諮商處所須於醫療機構內。衛生福利部曾於「居家失能個案家庭醫師照護方案」的問答集第 16 點說明「諮商團隊可於居家失能個案家中進行『預立醫療照護諮商』與『預立醫療決定』之簽署」

104 年 2 月 13 日，

https://www.nhi.gov.tw/News_Content.aspx?n=FC05EB85BD57C709&sms=587F1A3D9A03E2AD&s=8BA243970C0C2DA8，最後瀏覽日期：113 年 3 月 12 日。預立醫療照護諮商費約 2,250 至 3,500 元。謝佳君，〈《病主法》上路〉全台 77 家醫院提供諮商、每小時最高收費 3,500 元〉，《康健雜誌》，108 年 1 月 3 日，<https://www.commonhealth.com.tw/article/78751>（最後瀏覽日期：113 年 3 月 12 日）。

⁶² 邱宜君，〈病人表達意願 家屬也理解支持 女兒越洋視訊 陪媽做醫療決定〉，《聯合報》，2023 年 4 月 22 日，第 A7 版。網址：<https://udn.com/news/story/7266/7115349>，最後瀏覽日期：113 年 3 月 15 日。

⁶³ 病主法第 9 條：「意願人為預立醫療決定，應符合下列規定：一、經醫療機構提供預立醫療照護諮商，並經其於預立醫療決定上核章證明。二、經公證人公證或有具完全行為能力者二人以上在場見證。三、經註記於全民健康保險憑證。（第 1 項）意願人、二親等內之親屬至少一人及醫療委任代理人應參與前項第一款預立醫療照護諮商。經意願人同意之親屬亦得參與。但二親等內之親屬死亡、失蹤或具特殊事由時，得不參與。（第 2 項）第一項第一款提供預立醫療照護諮商之醫療機構，有事實足認意願人具心智缺陷或非出於自願者，不得為核章證明。（第 3 項）意願人之醫療委任代理人、主責照護醫療團隊成員及第十條第二項各款之人不得為第一項第二款之見證人。（第 4 項）提供預立醫療照護諮商之醫療機構，其資格、應組成之諮商團隊成員與條件、程序及其他應遵循事項之辦法，由中央主管機關定之。（第 5 項）」

⁶⁴。故有專家認為，如居家失能個案得接受居家「預立醫療照護諮商」，則其他重症或末期病人，因行動不便，更需要接受居家「預立醫療照護諮商」⁶⁵。

（二）授權訂定預立醫療照護諮商之地點

居家醫療團隊提供居家醫療，伴隨逐漸理解病人之生活，得期待團隊易與病人建立長期且持續的信賴關係，病人在熟悉的環境、親近的周遭事物下，較能夠自在安心分享表達自身之價值觀，甚而預為決定將來健康照護事項⁶⁶。如居家醫療團隊人員具備一定資格，由該團隊於病患家中進行預立醫療照護諮商，在高齡化社會更具隱密、舒適及便利性。

現行《諮管辦法》第 2 條規定⁶⁷，除 200 床以上醫院或通過醫院評鑑之醫院外，其他醫院或診所如具特殊專長，或位於離島、山地或其他偏遠地區，向地方主管機關申請同意後，得為諮商機構。簡言之，「諮商機構」有 3 種：1.200 床以上醫院或通過醫院評鑑之醫院。2.具特殊專長之醫院或診所，向地方主管機關申請同意。3.位於離島、山地或其他偏遠地區，向地方主管機關申請同意之醫院或診所。而《諮管辦法》第 4 條規定，「諮商機構」應組成「預立醫療照護諮商團隊」，

⁶⁴ 衛生福利部，〈居家失能個案家庭醫師照護方案 問答集〉，頁 5，108 年 7 月 29 日，<https://www-ws.gov.taipei/Download.ashx?u=LzAwMS9VcGxvYWQvNjg0L3JlbGZpbGUvNDY4MTIvODEzNDcwMS85NjhiYTI3Yi04YzQwLTQxZWUtYmIxMC04NTY3NDA4ZWZhZWlucGRm&n=6KGB56aP6YOOleWxheWutuWkseiDveWAi%2BahiOWutuW6remGq%2BW4q%2BeFp%2Bitt%2BaWueahiOWVj%2BetlOmbhjEwOC44LjgucGRm&icon=..pdf>（最後瀏覽日期：113 年 3 月 20 日）。

⁶⁵ 劉宜廉，〈居家醫療相關的法律問題〉，《臺灣醫界》，第 62 卷，第 9 期，108 年 9 月，頁 34。

⁶⁶ 黃三榮，〈論「預立醫療照護諮商」之「參與者」：「醫療服務提供者」、「醫療機構」/「諮商機構」與「諮商團隊」（下）——兼評「病人自主權利法」之實像與虛像（三）〉，《萬國法律》，第 240 期，110 年 12 月，頁 89。

⁶⁷ 諮管辦法第 2 條：「直轄市、縣（市）主管機關應就符合下列條件之醫院，指定其為預立醫療照護諮商機構（以下簡稱諮商機構），提供預立醫療照護諮商：一、一般病床二百床以上。二、經醫院評鑑通過之醫院。（第 1 項）前項以外之醫院、診所具特殊專長，或位於離島、山地或其他偏遠地區，向直轄市、縣（市）主管機關申請並經同意者，得為諮商機構，提供預立醫療照護諮商，不受前項規定之限制。（第 2 項）」

包括醫師、護理師、心理師或社會工作人員⁶⁸。

預立醫療照護諮商提供者為諮商團隊人員，諮商團隊人員之素質（即團隊人員須完成中央主管機關公告之預立醫療照護諮商訓練課程）才是重點；諮商並無使用醫療機構之設備及技術，《諮管辦法》第 2 條限制醫療機構規模大小並不妥適⁶⁹。探究《諮管辦法》之所以規定限制醫療機構規模大小，問題在於該辦法之法源，即《病主法》第 9 條第 5 項規定：「提供預立醫療照護諮商之醫療機構」，其資格、』……及其他應遵循事項之辦法，由中央主管機關定之。」造成辦法訂定「醫療機構之資格」，爰建議刪除第 5 項醫療機構「，資格、」等文字，並授權訂定「諮商地點」，俾利於辦法中明定可於病人家中進行諮商。

（三）諮商團隊人員宜考量擴大非醫事人員加入

如本報告外國立法例所述，美國居家醫療團隊：「以人為本的居家醫療服務」（PCMH）團隊包括醫師、護理師、醫師助理、行政人員；「在宅獨立生活」（IAH）照護團隊尚包括醫師助理、藥師及其他輔助人員；南韓中止生命維持決定之諮詢，由醫療機構倫理委員會提供，該委員會可由非醫療專業人員組成（可由宗教、法律、道德、學術或公民團體推薦）；日本除醫師、護理人員等醫療專業人員外，

⁶⁸ 諮管辦法第 4 條規定：「諮商機構應組成預立醫療照護諮商團隊（以下簡稱諮商團隊），至少包括下列人員：一、醫師一人：應具有專科醫師資格。二、護理人員一人：應具有二年以上臨床實務經驗。三、心理師或社會工作人員一人：應具有二年以上臨床實務經驗。（第 1 項）第二條第二項諮商機構，得就前項第二款或第三款人員擇一設置。（第 2 項）第一項人員，應完成中央主管機關公告之預立醫療照護諮商訓練課程。（第 3 項）」。

⁶⁹ 作者過去曾建議《諮管辦法》放寬對醫療機構規模及地區之限制，即無論醫療機構規模大小以及是否屬於山地、離島或其他偏遠地區，只要能組成合乎諮商團隊資格、人數之居家醫療團隊，亦可於病人家中進行預立醫療照護諮商。李郁強，〈居家醫療團隊對提供預立醫療照護諮商之法制研析〉，R02065，臺北市：立法院法制局，112 年 5 月。本報告經檢討後發現，僅修正《諮商辦法》並非根本之道，而應將母法授權之「醫療機構」修正為「諮商團隊」，並授權訂定「諮商地點」，方不至於將預立醫療照護諮商侷限於醫療機構內。

考量臨床宗教師在患者的靈性照護上扮演重要角色，故將臨床宗教師納入健康照護提供者內。即 2018 年 3 月厚生勞動省發布修訂之「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」（人生最後階段之醫療照護決定過程之指引），鑑於不只在醫院，甚且於設施、居家之照護過程，病人亦可能面對人生最後階段之意思決定情形，乃於該次修訂中，特別將「照護」與「醫療」並列，而強調突顯「照護」之必要性及重要性。因此，建議考量將「臨床宗教師」及「照顧服務人員」⁷⁰等非醫事人員納入預立醫療照護諮商團隊⁷¹。

四、居家訪視量與支付限制及在宅急症照護配套之檢討

從上述外國立法例，南韓《老人長期療養保險法》之「長期照護保險費」與《國民健康保險法》之「健康保險費」一併徵收。給付內容分為「居家照顧給付」、「機構照顧給付」及「現金給付」。居家照顧給付又可細分為居家護理（護理人員至個案家中提供照顧服務）、居家沐浴服務、居家照顧（照顧服務員至個案家中提供家務服務、打掃環境等相關服務）、日托照顧、短期照顧及輔具借貸。日本在宅醫療之給付，於 2006 年修正《介護保險法》，提高對在宅醫療之保險給付，《健康保險法》於 2006 年及 2008 年分別調整「在宅醫療支援診所」及「在宅醫療支援醫院」之診斷收費。

日本於 2000 年介護保險開辦後，居家護理的給付財源是來自「醫療保險」與「介護保險」的混合，「介護保險優先」使用為原則。2014 年創設「機能強化型居家護所」，規範配置 7 位護理可以 24 小時出勤，與長照單位協力；同年，新增「機能強化行居家護理管理療養費」之

⁷⁰ 依據《長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法》第 2 條規定，「照顧服務人員」包括照顧服務員、生活服務員或家庭托顧服務員。

⁷¹ 李郁強，〈醫療照護諮商之法制研析〉，R01853，臺北市：立法院法制局，111 年 11 月。

給付。日本在宅醫療保險給付過去由醫療保險開始，針對「臥床老人」到「在宅患者」，乃至於強調生命末期的臨終照顧。給付財源也從醫療保險轉變成介護保險為主，同時搭配在宅醫療，結合長照，居家照顧與護理一體化⁷²。日本在宅醫療以支持在家生活為目標，在「介護保險優先給付」的原則下，居家護理中介護保險負擔比例遠高於醫療保險⁷³。

我國沒有長照保險，長照財源依《長期照顧服務法》規定，設置特種基金，基金來源包括：遺產稅、贈與稅、菸酒稅、菸品健康福利捐、捐贈收入、基金孳息收入、其他收入（房地合一稅）及政府預算撥充（第 15 條）。財源並不穩定，雖編列居家護理項目，實務上仍屬補充的角色。106 年 1 月開始實施「長照 2.0 計畫」（106 年-115 年），針對預期或已達 6 個月以上無法生活自理的民眾，由長照服務人員及單位，提供各種照顧及專業服務（包含居家服務、日間照顧、家庭托顧、小規模多機能服務、專業服務）、輔具租借、購買及居家無障礙環境改善、交通接送及喘息服務等。未來無論是採南韓方式，《老人長期療養保險法》之「長期照護保險費」與《國民健康保險法》之「健康保險費」一併徵收，還是參考日本方式，醫療保險與介護保險（長照保險）分開徵收，都是可以考慮的方向。

我國居家醫療照護給付主要由健保給付，即全民健康保險其他預算之「非屬各部門總額支付制度範圍之服務」項下支應⁷⁴。現行個案管理費每名病人每年支付 600 點。「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」提供「居家醫療」、「重度居家醫療」、「安寧療護」3 階段連續

⁷² 余尚儒，同註 14，頁 11、12、15。

⁷³ 余尚儒，同註 47，頁 114。

⁷⁴ 沈怡伶、莊美幸、吳孟嬪、翁林仲、何清幼、黃勝堅，〈臺灣、日本與新加坡居家醫療現況之比較〉，《臺灣家庭醫學雜誌》，第 28 卷，第 3 期，107 年 9 月，頁 119。

性的居家醫療服務。各照護階段之給付項目及支付標準原則如下表，該計畫之附件 1 對於各項目另定有支付點數。並規定各類訪視人員每人服務人次上限：例如醫師每日訪視人次以 8 人為限，且每月以 180 人次為限，護理每月訪視人次以 100 人為限（含安寧療護），僅執行安寧療護以 45 人為限⁷⁵。曾有專家指出，我國的居家訪視不像日本有緊急往診或定期訪視的區別，無論個案狀況如何嚴重或輕微，次數都一樣。日本醫師被要求 365 天 24 小時待命，至少每月訪視 2 次，提供不定時往診；居家護理的訪視次數也可依病情調整到每天至少 1 次。相對而言，我國居家訪視量仍不足與限制過多，成為阻礙發展居家醫療原因之一⁷⁶。為順利推展居家醫療，爰建議酌予放寬居家訪視次數及支付限制。

各照護階段之給付項目及支付標準原則

照護階段	給付項目	支付標準
居家醫療	醫師訪視 中醫師訪視 藥師訪視	訪視費論次計酬 藥費、藥事服務費核實 檢驗（查）費核實 針灸治療核實
重度居家醫療	醫師訪視 中醫師訪視 護理人員訪視 呼吸治療人員訪視 藥師訪視 其他專業人員訪視	訪視費論次計酬 藥費、藥事服務費核實 檢驗（查）費核實 呼吸器使用論日計酬 緩和醫療家庭諮詢費論次計酬 針灸治療核實
安寧療護	醫師訪視 中醫師訪視 護理人員訪視 呼吸治療人員訪視 藥師訪視 其他專業人員訪視	訪視費論次計酬 藥費、藥事服務費核實 檢驗（查）費核實 呼吸器使用論日計酬 病患自控式止痛論次計酬 針灸治療核實

⁷⁵ 中央健康保險署，全民健康保險居家醫療照護整合計畫，112 年 8 月 30 日公告。

⁷⁶ 余尚儒，同註 47，頁 114。

（資料來源：中央健康保險署，全民健康保險居家醫療照護整合計畫）

另有專家亦持類似看法：認為無論醫師或護理人員，非值勤時段，如例假日或夜間的緊急出訪的訪視費應與常規訪視費有所區隔⁷⁷。所幸健保署自 108 年起，已增加「緊急訪視」機制，對於夜間時段及例假日之醫師（不含中醫師）、護理人員及呼吸治療人員訪視費加成，且不納入服務人次上限計算⁷⁸。

今（113）年健保署推動「在宅急症照護試辦計畫」，擴大在宅醫療收案對象，包括照護機構住民、居家醫療個案與急診一般民眾，希望目前在醫院住院的病人，有 2 成改在家住院⁷⁹。然而，相關配套仍有不足，針對在宅急症照護，有專家提出參酌日本作法，考量區分個案狀況分級分流，設立「在宅支援診所」⁸⁰之建議，俾利執行進階居家醫療服務（如在宅急症照護、安寧緩和醫療、急性後期居家復健）及相關長照業務，並可聘僱照顧服務員參與急性後期的居家復健⁸¹。

肆、結論

茲就醫師執行居家醫療事先報備、非醫事人員執行有疑慮行為、預立醫療照護諮商、居家訪視量與支付限制及在宅急症照護等議題加

⁷⁷ 沈怡伶、莊美幸、吳孟嬪、翁林仲、何清幼、黃勝堅，同註 74，頁 125。

⁷⁸ 113 年 4 月 16 日本局舉辦本報告初稿座談會，中央健康保險署提出之意見。

⁷⁹ 王雪玲，健保署石崇良：明年啟動在宅急症照護模式 2 成改在家住院，創新照顧，112 年 9 月 16 日，網址：<https://www.ankecare.com/article/2717-2023-09-16-10-15-52>，最後瀏覽日期：113 年 4 月 16 日。

⁸⁰ 在宅醫療學會余理事長尚儒指出，「在宅支援診所」在日本稱為「在宅療養支援診所」，執行社區內整合照護，我國已經有不少診所臨床實務上已經接近日本，但缺乏法源及財務支援。日本截至 2014 年已有 13,000 多家「在宅療養支援診所」，提供 365 天 24 小時無間斷的居家式醫療照護支援。除此之外，更發展「機能強化型在宅療養支援診所/醫院」，強化型強調診所至少有 3 位以上醫師、多家診所組成醫療群提供在宅醫療服務。余尚儒，淺談日本在宅醫療（下）：各種在宅醫療支援診所營運模式，公醫時代，網址：

<https://pubmedtw.blogspot.com/2014/12/blog-post.html>，最後瀏覽日期：113 年 4 月 16 日。

⁸¹ 113 年 4 月 16 日本局舉辦本報告初稿座談會，社團法人在宅醫療學會余理事長尚儒提出之書面意見。

以檢討後，提出相關建議如下，俾供委員於問政及審查法案參考：

- 一、關於醫師執行居家醫療事先報備，現行在「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」中規定「『得』視為符合醫師法所稱應邀出診……」並不符合法律保留原則，對於醫師的保障不足。爰建議《醫師法》第 8 條之 2 增訂「居家醫療」為排除醫師執業處所須為中央主管機關認可之機構。
- 二、《長期照顧服務申請及給付辦法》第 10 條附表規定，人工氣道管內（非氣管內）分泌物抽吸、口腔內（懸壅垂之前）分泌物抽吸，照顧服務員應接受特殊訓練課程後方可執行，惟特殊訓練之訓練方式、訓練時數均付之闕如，爰建議於《長照法》第 18 條第 2 項增訂相關規定。
- 三、預立醫療照護諮商提供者為諮商團隊人員，諮商團隊人員之素質才是重點；諮商並無使用醫療機構之設備及技術，現行辦法限制醫療機構規模大小並不妥適。爰建議刪除第 5 項醫療機構「，資格、」等文字。
- 四、鑑於居家重症或末期病人更需要居家「預立醫療照護諮商」，爰建議《病主法》第 9 條第 5 項明定「諮商地點」，俾利辦法明定可於病人家中進行諮商。
- 五、末期病人常遭遇到心理層面痛苦，爰建議《病主法》第 9 條第 5 項將「非醫事人員」（例如「臨床宗教師」、「照顧服務人員」等）納入預立醫療照護諮商團隊。
- 六、為順利推展居家醫療，建議酌予放寬居家訪視次數及支付限制。另為推動在宅急症照護，並建議參酌日本作法，區分個案狀況分級分流，考量設立「在宅支援診所」，俾利執行包括急性後期居

家復健之進階居家醫療服務。

伍、條文對照表

經過上述之問題研析，提出下列《醫師法》第8條之2、《長期照顧服務法》第18條及《病主法》第9條修正建議，臚列建議修正條文對照表如下：

一、醫師法建議修正條文

醫師法第八條之二建議修正條文對照表

本報告建議條文	現 行 條 文	說 明
第八條之二 醫師執業，應在所在地主管機關核准登記之醫療機構、長期照顧服務機構、精神復健機構或其他經中央主管機關認可之機構為之。但有下列情形之一者，不在此限： 一、急救。 二、執業機構間之會診、支援。 三、應邀出診。 <u>四、居家醫療。</u> <u>五、各級主管機關指派執行緊急醫療或公共衛生醫療業務。</u> 六、其他事先報所在地主管機關核准。	第八條之二 醫師執業，應在所在地主管機關核准登記之醫療機構、長期照顧服務機構、精神復健機構或其他經中央主管機關認可之機構為之。但有下列情形之一者，不在此限： 一、急救。 二、執業機構間之會診、支援。 三、應邀出診。 四、各級主管機關指派執行緊急醫療或公共衛生醫療業務。 五、其他事先報所在地主管機關核准。	一、「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」第四點「醫療服務提供者資格」第六款揭示：「特約醫事服務機構所屬醫師、中醫師至病人住家提供醫療服務，得視為符合醫師法所稱應邀出診，不需事先報准；其他訪視人員至病人住家提供醫療服務，須依法令規定事前報經當地衛生主管機關核准及保險人同意。」亦即，醫師、中醫師至病人住家提供醫療服務，符合第三款所規定「應邀出診」，不受本文「醫師執業，應在所在地主管機關核准登記之醫療機構為之」的限制。 二、惟「全民健康保險居家醫療整合照護計畫」，非屬法律授權之法規命令，無法賦予「居家醫療」之法律定位。換言之，只是

		在計畫中規定「『得』視為符合醫師法……」並不符法律保留原則，對於醫師的保障不足。為避免「居家醫療」落入第五款「其他事先報所在地主管機關核准」，爰增訂第四款「居家醫療」，現行第四款、第五款款次依序遞移。
--	--	--

二、長期照顧服務法建議修正條文

長期照顧服務法第十八條建議修正條文對照表

本報告建議條文	現 行 條 文	說 明
第十八條 長照服務之提供，經中央主管機關公告之長照服務特定項目，應由長照人員為之。 <u>長照人員之照顧服務員執行人工氣道管內（非氣管內管）、口腔內（懸壅垂之前）分泌物抽吸或以手動吸鼻器或棉棒執行鼻腔分泌物抽吸等行為，應接受特殊訓練課程後，方可為之；其訓練方式、時數等應遵行事項，由中央主管機關定之。</u> 長照人員之訓練、繼續教育、在職訓練課程內容，應考量不同地區、族群、性別、特定疾病及照顧經驗之差異性。	第十八條 長照服務之提供，經中央主管機關公告之長照服務特定項目，應由長照人員為之。 長照人員之訓練、繼續教育、在職訓練課程內容，應考量不同地區、族群、性別、特定疾病及照顧經驗之差異性。 長照人員應接受一定積分之繼續教育、在職訓練。 長照人員之資格、訓練、認證、繼續教育課程內容與積分之認定、證明效期及其更新等有關事項之辦法，由中央主管機關定之。	衛生福利部曾於一百零九年函釋，使用手動吸鼻器或棉棒執行鼻腔分泌物抽吸，得由非醫事人員執行。另，本法第八條之一第四項授權訂定之長期照顧服務申請及給付辦法第十條附表四照顧組合表，BA17a、BA17b規定，人工氣道管內（非氣管內）分泌物抽吸、口腔內（懸壅垂之前）分泌物抽吸，照顧服務員應接受特殊訓練課程後方可執行，惟特殊訓練之訓練方式、訓練時數均付之闕如，爰增訂第二項，原項次依序遞移。

長照人員應接受一定積分之繼續教育、在職訓練。 長照人員之資格、訓練、認證、繼續教育課程內容與積分之認定、證明效期及其更新等有關事項之辦法，由中央主管機關定之。		
---	--	--

三、病人自主權利法建議修正條文

病人自主權利法第九條建議修正條文對照表

本報告建議條文	現 行 條 文	說 明
第九條 意願人為預立醫療決定，應符合下列規定： 一、經醫療機構提供預立醫療照護諮商，並經其於預立醫療決定上核章證明。 二、經公證人公證或具有完全行為能力者二人以上在場見證。 三、經註記於全民健康保險憑證。 意願人、二親等內之親屬至少一人及醫療委任代理人應參與前項第一款預立醫療照護諮商。經意願人同意之親屬亦得參與。但二親等內之親屬死亡、失蹤或具特殊事由時，得不參與。 第一項第一款提供預立醫療照護諮商之醫療機構，有事實足認意願人具心智缺陷	第九條 意願人為預立醫療決定，應符合下列規定： 一、經醫療機構提供預立醫療照護諮商，並經其於預立醫療決定上核章證明。 二、經公證人公證或具有完全行為能力者二人以上在場見證。 三、經註記於全民健康保險憑證。 意願人、二親等內之親屬至少一人及醫療委任代理人應參與前項第一款預立醫療照護諮商。經意願人同意之親屬亦得參與。但二親等內之親屬死亡、失蹤或具特殊事由時，得不參與。 第一項第一款提供預立醫療照護諮商之醫療機構，有事實足認意願人具心智缺陷	一、預立醫療照護諮商提供者為諮商團隊人員，諮商團隊人員之素質才是重點；諮商並無使用醫療機構之設備及技術，現行辦法限制醫療機構規模大小並不妥適。爰建議刪除第五項醫療機構「，資格、」等文字。 二、另鑑於居家重症或末期病人更需要居家「預立醫療照護諮商」，爰建議第五項明定「諮商地點」，俾利辦法明定可於病人家中進行諮商。 三、末期病人除身體不適外，心理層面易承受相當痛苦。日本除醫師、護理人員等醫療專業人員外，鑑於臨床宗教師在患者的靈性照護上扮演

或非出於自願者，不得為核章證明。 意願人之醫療委任代理人、主責照護醫療團隊成員及第十條第二項各款之人不得為第一項第二款之見證人。 提供預立醫療照護諮商之醫療機構應組成諮商團隊，<u>成員應包括非醫事人員</u>；其條件、程序、<u>諮商地點</u>及其他應遵循事項之辦法，由中央主管機關定之。	或非出於自願者，不得為核章證明。 意願人之醫療委任代理人、主責照護醫療團隊成員及第十條第二項各款之人不得為第一項第二款之見證人。 提供預立醫療照護諮商之醫療機構，<u>其資格、應組成之諮商團隊成員與條件、程序及其他應遵循事項之辦法</u>，由中央主管機關定之。	重要角色，故將臨床宗教師納入健康照護提供者內。且於論述「健康照護提供者」成員時，通常亦多將「照顧服務人員」納入。爰建議第五項增列諮商團隊成員應包括非醫事人員等文字。
---	---	---

參考文獻

一、政府出版品

- 1、立法院，〈本院社會福利及衛生環境委員會報告審查委員陳靜敏等 17 人擬具「護理人員法第三十七條條文修正草案」案〉，《立法院公報》，第 112 卷，第 56 期，112 年 5 月。
- 2、李郁強，〈居家醫療團對提供預立醫療照護諮商之法制研析〉，R02065，臺北市：立法院法制局，112 年 5 月。
- 3、李郁強，〈醫療照護諮商之法制研析〉，R01853，臺北市：立法院法制局，111 年 11 月。
- 4、薛瑞元、祝健芳、黃千芬、余依靜，〈2020 年日本臺灣交流協會邀請赴日參訪〉，衛生福利部出國報告，109 年 5 月。

二、書籍

- 1、余尚儒，〈在宅醫療—從 cure 到 care〉，台北市：遠見天下文化，106 年 3 月。
- 2、朝日新聞 2025 衝擊採訪小組、黃健育譯，〈2025 長照危機〉，台北市：商周城邦文化，106 年 11 月。

三、期刊論文

- 1、王四切、許博程，〈日本在宅醫療—簡介與歷史〉，《藥學雜誌》，第 141 期，108 年 12 月，頁 101-109。
- 2、王品，〈韓國長照與外勞〉，《新社會政策雙月刊》，第 25 期，101 年 12 月，頁 8-14。
- 3、全聯會國際事務工作小組，〈日本居家醫療的變遷及現況〉，《臺灣

- 醫界》，第 58 卷，第 4 期，104 年 4 月，頁 42-44。
- 4、余尚儒，〈日本在宅醫療發展對我國居家醫療的啟示〉，《臺灣家庭醫學雜誌》，第 25 卷，第 2 期，104 年 6 月，頁 105-119。
- 5、余尚儒，〈日本在宅醫療中居家護理的角色〉，《護理雜誌》，第 65 卷，第 1 期，107 年 2 月，頁 11-16。
- 6、吳全峰，〈美國健康保險強制納保制度之合憲性—簡析 National Federation of Independent Business v. Sebelius 判決〉，《憲政時代》，第 38 卷，第 2 期，101 年 10 月，頁 127-171。
- 7、呂慧芬、趙美敬，〈韓國啟動長期照顧保險機制：老人長期療養保險〉，《台灣社會福利學刊》，第 7 卷，第 2 期，98 年 2 月，頁 143-189。
- 8、沈怡伶、莊美幸、吳孟嬪、翁林仲、何清幼、黃勝堅，〈臺灣、日本與新加坡居家醫療現況之比較〉，《臺灣家庭醫學雜誌》，第 28 卷，第 3 期，107 年 9 月，頁 118-128。
- 9、周世珍，〈日本介護保障法制及其基本理念之發展〉，《明新學報》，第 33 卷，第 1 期，96 年 7 月，頁 105-128。
- 10、林鉅勝、周明岳、梁志光、彭莉甯、李威儒、陳亮恭、羅慶徽，〈建立以人為本的居家醫療服務〉，《臺灣家庭醫學雜誌》，第 27 卷，第 2 期，106 年 6 月，頁 112-122。
- 11、徐明仿、李德純，〈日本介護福祉士培育與證照制度之特色與問題〉，《台灣社區工作與社區研究月刊》，第 11 卷，第 3 期，110 年 12 月，頁 129-162。
- 12、張凱評、余尚儒，〈在宅醫療系列（2）—淺談已開發國家在宅醫

療的發展》，《臺灣老年學論壇》，第 36 期，106 年 11 月，頁 1-11。

13、黃三榮，〈論「預立醫療照護諮商」之「參與者」：「醫療服務提供者」、「醫療機構」/「諮商機構」與「諮商團隊」（下）——兼評「病人自主權利法」之實像與虛像（三）〉，《萬國法律》，第 240 期，110 年 12 月，頁 84-96。

14、黃三榮、余尚儒，〈在宅醫療的法律面觀察〉，《月旦醫事法報告》，第 31 期，108 年 5 月，頁 7-25。

15、劉宜廉，〈居家醫療相關的法律問題〉，《臺灣醫界》，第 62 卷，第 9 期，2019 年 9 月，頁 32-36。

16、劉懿德、余尚儒，〈在宅醫療的資源分佈現況及其發展與趨勢〉，《澄清醫護管理雜誌》，第 17 卷，第 1 期，110 年 1 月，頁 4-7。

17、蔡璧竹，〈日本社區整合型照護體系演進對臺灣長照政策之啟示〉，《社區發展季刊》，第 179 期，111 年 9 月，頁 258-271。

四、網路資源

1、CMS，Model Overview and Participation Trends，2023 年 1 月，網址：<https://www.cms.gov/priorities/innovation/data-and-reports/2024/iah-year8-eval-report-fg>，最後瀏覽日期：113 年 4 月 3 日。

2、Patient Protection and Affordable Care Act，網址：<https://www.congress.gov/111/plaws/publ148/PLAW-111publ148.pdf>，最後瀏覽日期：113 年 1 月 17 日。

3、王雪玲，健保署石崇良：明年啟動在宅急症照護模式 2 成改在

家住院，創新照顧，112 年 9 月 16 日，網址：<https://www.ankecare.com/article/2717-2023-09-16-10-15-52>，最後瀏覽日期：113 年 4 月 16 日。

4、內政部，110 年國人平均壽命 80.86 歲，網址：https://www.moi.gov.tw/News_Content.aspx?n=4&sms=9009&s=264811，最後瀏覽日期：113 年 1 月 22 日。

5、內政部，民國 112 年 12 月戶口統計資料分析，113 年 1 月 10 日，網址：https://www.moi.gov.tw/News_Content.aspx?n=9&sms=9009&s=312388，最後瀏覽日期：113 年 1 月 22 日。

6、內政部，老年人口突破 14% 內政部：臺灣正式邁入高齡社會，107 年 4 月 10 日，網址：https://www.moi.gov.tw/News_Content.aspx?n=2%26s=11663，最後瀏覽日期：113 年 1 月 15 日。

7、日本《社工及長照服務人員法》（社会福祉士及び介護福祉士法），網址：<https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=362AC0000000030>，最後瀏覽日期：113 年 2 月 26 日。

8、朱顯光，〈善用健保「緩和醫療家庭諮詢會議」，幫忙解決末期醫療難題！〉，《醫改電子報》，第 132 期，103 年 12 月，網址：<https://www.thrf.org.tw/publication/686>，最後瀏覽日期：113 年 3 月 12 日。

9、何蕙君，應對 2025 危機，日本在宅醫療怎麼做？，獨立評論，111 年 9 月 19 日，網址：<https://opinion.cw.com.tw/blog/profile/530/article/12757>，最後瀏覽日期：113 年 2 月 16 日。

10、余尚儒、張凱評、陳炳仁、趙敏，日本介護保險與在宅醫療之關

係，社團法人台灣在宅醫療學會，網址：<https://tsohhc.tw/%E5%9C%8B%E8%A1%9B%E9%99%A2%E7%A0%94%E7%A9%B6%E5%90%88%E4%BD%9C/>，最後瀏覽日期：113 年 1 月 15 日。

11、余尚儒，淺談日本在宅醫療（下）：各種在宅醫療支援診所營運模式，公醫時代，網址：<https://pubmedtw.blogspot.com/2014/12/blog-post.html>，最後瀏覽日期：113 年 4 月 16 日。

12、邱宜君，〈病人表達意願 家屬也理解支持 女兒越洋視訊 陪媽做醫療決定〉，《聯合報》，2023 年 4 月 22 日，第 A7 版。網址：<https://udn.com/news/story/7266/7115349>，最後瀏覽日期：113 年 3 月 15 日。

13、南韓《老人長期療養保險法》，網址：<https://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsiSeq=120495#0000>，最後瀏覽日期：113 年 2 月 20 日。

14、南韓《維生治療決定法》(연명의료결정법)，網址：https://www.law.go.kr/LSW/LsiJoLinkP.do?docType=JO&lsNm=%ED%98%B8%EC%8A%A4%ED%94%BC%EC%8A%A4%E3%86%8D%EC%99%84%ED%99%94%EC%9D%98%EB%A3%8C+%EB%B0%8F+%EC%9E%84%EC%A2%85%EA%B3%BC%EC%A0%95%EC%97%90+%EC%9E%88%EB%8A%94+%ED%99%98%EC%9E%90%EC%9D%98+%EC%97%B0%EB%AA%85%EC%9D%98%EB%A3%8C%EA%B2%B0%EC%A0%95%EC%97%90+%EA%B4%80%ED%95%9C+%EB%B2%95%EB%A5%A0&joNo=001600000&languageType=KO¶s=1&search_put=#，最後瀏覽日期：113 年 1 月 17 日。

15、厚生労働省，平成 24 年 4 月から、介護職員等による喀痰吸引

等（たんの吸引・経管栄養）についての制度がはじまります，2011 年 11 月，網址：https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/kourei//hoken/tankyuuin.files/44_kouroushoupanfu11.pdf，最後瀏覽日期：113 年 3 月 7 日。

16、厚生労働省社会援護局，社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律案について，平成 19 年（2007 年）3 月，網址：<https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/soumu/houritu/dl/166-13a.pdf>，最後瀏覽日期：113 年 3 月 7 日。

17、病人自主研究中心，韓國善終法於 2018 正式上路 醫病雙方皆獲保障，107 年 10 月 7 日，網址：<https://parc.tw/trend/international/article/69>，最後瀏覽日期：113 年 1 月 17 日。

18、謝佳君，〈《病主法》上路〉全台 77 家醫院提供諮商、每小時最高收費 3,500 元〉，《康健雜誌》，108 年 1 月 3 日，<https://www.commonhealth.com.tw/article/78751>，最後瀏覽日期：113 年 3 月 12 日。

19、國家發展委員會，人口推估—高齡化時程，111 年 8 月，網址：https://www.ndc.gov.tw/Content_List.aspx?n=D527207EEEF59B9B，最後瀏覽日期：113 年 1 月 15 日。

20、衛生福利部，家是最熟悉的場域 健保推動在地安養 無憂向晚，112 年 12 月 18 日，網址：<https://www.mohw.gov.tw/cp-16-76930-1.html>，最後瀏覽日期：113 年 2 月 16 日。

21、醫師公會全國聯合會，護理業務有疑慮之行為態樣，112 年 6 月，網址：<https://www.yilandoctor.org.tw/web/images/ckfinder/files/20230616171149.pdf>，最後瀏覽日期：113 年 3 月 7 日。

附錄：「居家醫療與長期照顧整合之相關法制研析」專題研究報告（初稿）座談會紀錄及參採情形

時間：113 年 4 月 16 日（星期二）下午 2 時

地點：立法院法制局 304 會議室

主席：呂組長文玲

紀錄：李郁強、趙俊祥

參加人員：

一、學者專家

社團法人在宅醫療學會

楊秘書長玲玲

二、衛生福利部

醫事司

呂簡任技正念慈

賴專員韻如

長期照顧司

楊科長瑜真

護理及健康照護司

蔡科長明翰

中央健康保險署

呂專門委員姿曄

三、本局出席人員

蔡研究員琮浩

江副研究員建逸

林助理研究員淑靜

發言要點：

社團法人在宅醫療學會楊秘書長玲玲：

一、許多法律於立法之初未有居家醫療，早期的法律與現行已有差

距，故有修正空間。有關侵入性醫療措施，不只涉及衛福部相關醫事法律，還有移工或外傭的勞動部的勞動基準，以及教育部提供教育訓練等。本學會余理事長提出書面建議，鑑於今年健保署將推動「在宅急症照護試辦計畫」，建議設立「在宅支援診所」，執行進階居家醫療服務（如在宅急症照護、安寧緩和醫療、急性後期居家復健）及相關長照業務，其設立標準應有別於一般診所之設立標準。

二、頁 7，關於由非醫事人員執行抽痰乙事，105、106 年專家會議時，本人曾與當時醫事司石司長確認，其認為氣切管前端抽吸不是侵入性的醫療行為，只要不觸及黏膜，可由非醫事人員執行。以「懸壅垂」為界的原因，是因為其周圍為嘔吐中心所在。開放可由非醫事人員執行懸壅垂之前的抽吸後，接下來的問題便是教導照顧服務員的教案，現行教案都是由醫護人員執行抽痰的教案，並無適合教案，本學會承辦此業務，去年結案報告建議「照專」（照顧管理專員）、「A 個管」（長照個管單位（A 單位）個案管理員或個案管理師）先上課，再教導照顧服務員。在日本有 50 小時的課程加上實習一段時間，我國只有 16 小時加上臨床實習 8 小時，目前全國上過課之照顧服務員約 100 人左右。結案報告主持人未來擬推進階課程，目標是初階照顧服務員再經過訓練後成為進階照顧服務員，也能夠執行抽痰工作。

三、本學會葉監事依琳對於《病主法》有若干修正建議提供書面給作者參考。葉監事贊同報告建議諮商團隊包含臨床宗教師、照顧服務員等非醫事人員，並建議強化社工人員與心理師專責角色，提供給付或獎勵。

參採情形：

- 一、第一點意見，參酌在宅醫療學會余理事長之意見，關於今年將推動「在宅急症照護試辦計畫」及設立「在宅支援診所」之議，補充於問題研析與建議四（頁 24）。
- 二、第二點意見，採納在宅醫療學會意見，補充並修正於問題研析與建議二（頁 16）。
- 三、第三點意見，關於葉監事修正《病主法》之書面意見，因與本報告探討居家醫療與長期照顧整合之主軸較無相關，爰納入未來探討《病主法》修法之參考。至於提供社工人員與心理師給付或獎勵之建議，提供主管機關參考。

衛福部呂簡任技正念慈：

- 一、《醫師法》第 8 條之 2，「居家醫療」即為「應邀出診」的一種方式，因為居家醫療仍須與病人約定。函釋將居家醫療「視為」應邀出診，「視為」的用語寫得不好。報告建議加上「居家醫療」，擔心被解釋為「應邀出診」是指其他方式，爰建議維持原條文。
- 二、《病主法》第 9 條，透過「預立醫療決定諮商」的過程訂定「預立醫療決定」，執行預立醫療決定不會在宅而是在醫療機構，立法之初希望預立醫療決定諮商與執行預立醫療決定是同一個醫療機構，但實務執行上已經脫勾。現行預立醫療決定諮商團隊人員可以包括非醫事人員，地點沒有限制在醫療機構，現行條文無窒礙難行之處，爰建議維持原條文。

參採情形：

- 一、第一點意見，現行於計畫中規定將居家醫療「視為」應邀出診之

作法，不符法律保留原則，鑑於應邀出診與居家醫療仍有不同，爰維持本報告建議修正文字。

二、第二點意見，現行《諮管辦法》第 2 條規定，除 200 床以上醫院或通過醫院評鑑之醫院外，其他醫院或診所如具特殊專長，或位於離島、山地或其他偏遠地區，向地方主管機關申請同意後，得為諮商機構。諮商並無使用醫療機構之設備及技術，限制醫療機構資格（規模大小）並不妥適。現行政策既不限諮商團隊人員為醫事人員、地點不限醫療機構，則將之明定更符合授權明確性原則，爰維持本報告建議修正文字。

衛福部楊科長瑜真：

一、本部 111 年 8 月 24 日衛部顧字第 1111962835 號公告之「照顧服務員資格訓練計畫」第 3 點及第 4 點，照顧服務員從事工作係針對日常生活功能或維持獨立生活能力不足，需他人協助者，提供（一）家務及日常生活照顧服務；（二）身體照顧服務；（三）服務範疇不得涉及醫療及護理行為，但在護理人員指導下，得協助執行技術性之照護工作。

二、上開照顧服務員資格訓練計畫，業將鼻胃灌食納入實習課程；《長期照顧服務申請及給付辦法》照顧組合表有「協助進行或管灌餵食」，故管灌為照服員得執行之工作範疇。

三、另針對非醫事人員執行「鼻腔內分泌物之清潔、抽吸或移除」之適法性，本部醫事司於 109 年 8 月 25 日衛部醫字第 1091665312 號函釋略以如下：

（一）考量鼻黏膜較口腔脆弱，易因操作不當而出血，且鼻腔之解剖結構及目視所及範圍有限，爰不宜比照口腔內分泌物之清潔、

抽吸或移除，得由非醫事人員執行；惟若使用手動吸鼻器或棉棒執行鼻腔分泌物之清潔、抽吸或移除，符合該類個案身體照顧之需要，則非屬醫療業務行為，得由非醫事人員執行。

（二）涉及機械式自動抽吸器之操作者，因風險較高，仍應由醫事人員執行。

四、目前由照顧服務員執行之居家服務項目係定於《長照服務申請及給付辦法》之附表，其中由本部醫事司函釋放寬由照顧服務員基於身體照顧服務，不涉及醫療專業判斷之服務項目包含人工氣道管內（非氣管內管）分泌物抽吸、口腔內（懸壅垂之前）分泌物抽吸。

參採情形：

一、第一點意見、第二點意見，衛福部長照司表示，111 年「照顧服務員資格訓練計畫」，照顧服務員服務範疇不得涉及醫療及護理行為，但在護理人員指導下，得協助執行技術性之照護工作，該計畫業將鼻胃灌食納入實習課程。既然《長期照顧服務申請及給付辦法》已將管灌列為照服員得執行之工作範疇，爰刪除《長期照顧服務法》第 18 條建議修正條文中管灌等相關文字。

二、第三點意見，「使用手動吸鼻器或棉棒執行鼻腔分泌物之清潔、抽吸或移除，得由非醫事人員執行」乙事，本報告初稿第 16 頁已述。上述行為雖已函釋可由非醫事人員執行，但基於維護病人權益，本報告主張操作者仍應受過訓練。爰建議增訂《長期照顧服務法》第 18 條第 2 項相關文字。

三、第四點意見，關於「人工氣道管內（非氣管內管）分泌物抽吸、口腔內（懸壅垂之前）分泌物抽吸放寬由照顧服務員執行」乙事

，本報告初稿第 14 頁已述。報告原擬進一步放寬經訓練合格並於護理人員指導下照顧服務員可以從事中央主管機關公告之抽痰等醫療輔助行為，惟鑑於我國目前實務上受過抽吸訓練之照顧服務員人數尚僅約 100 人，故擬將受過訓練之照顧服務員得實施抽吸納入法制；至於抽痰部分，在宅醫療學會表示未來將推動照顧服務員進階訓練，擬待訓練達一定人數、時機成熟後，再考量是否入法。

衛福部蔡科長明翰：

關於研究報告（初稿）所提《護理人員法》第 37 條建議修正條文，內容與《長期照顧服務法》第 18 條建議修正條文同樣是關心「管灌」及「抽痰」這兩個行為，本司看法：

- 一、日常的鼻胃管灌食，屬於照顧服務員可以執行的照顧服務，本部歷來函釋並未認定為醫療行為或醫療輔助行為；長照給付項目中也包括照顧服務員為服務對象灌食，長期照顧司已發言說明。
- 二、關於「抽痰」，歷年多有討論，目前依本部醫事司召開 109 年 7 月 29 日「重症兒童之居家照顧服務員執行鼻腔、造口及傷口照護適法性」研商會議，醫師公會、護理師公會、專科醫學會、長照護理學會、居家服務相關團體及本部相關單位共同與會作成之決議，該行為應由醫事人員執行。基於各界當時與會共識，「抽痰」應由醫事人員執行。

參採情形：

- 一、第一點意見，雖然日本是將鼻胃管管食列為醫療行為，惟我國照護司與長期照護司均主張鼻胃管灌食未認定為醫療行為或醫療輔助行為。爰刪除《長期照顧服務法》第 18 條建議修正條文中

管灌等相關文字。

- 二、第二點意見，照護司表示 109 年各相關公會學會會議所做之決議，抽痰應由醫事人員執行。本報告鑑於我國目前實務上受過抽吸訓練之照顧服務員人數尚僅約 100 人，故擬先將受過訓練之照顧服務員得實施抽吸納入法制；至於抽痰部分，在宅醫療學會表示未來將推動照顧服務員進階訓練，擬待訓練達一定人數、時機成熟後，再考量是否入法。

衛福部呂專門委員姿曄：

- 一、「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」之訪視人員服務人次上限設定，係為確保醫療服務品質，故設有訪視人員每日及每月訪視人次限制，並與支付標準第五部第一章居家照護及第三章安寧居家療護，以及呼吸器依賴患者照護計畫之服務人次歸戶合併計算。
- 二、為因應收案對象病情變化於假日或夜間訪視需求，自 108 年起增加緊急訪視機制，依夜間時段及例假日提供醫師（不含中醫師）、護理人員及呼吸治療人員訪視費加成，且不納入服務人次上限計算。

參採情形：

- 一、第一點意見，衛福部表示訪視人員服務人次上限設定，係為確保醫療服務品質。然病人之需要無可預估，對於超出上限之醫療不予給付，對於醫事人員有失公允。
- 二、第二點意見，關於夜間時段及例假日訪視費加成且不納入上限計算，已補充於報告內文（頁 24）。

蔡研究員琮浩：

- 一、本報告係探討居家醫療與長照整合相關問題，爰於建議修正條文時採「居家醫療」為使用名詞，惟部分內容則採「在宅醫療」（如摘要、頁 6），或有「在宅療養」（如頁 6）之不同名稱，建議依內容釐清後予以統一，或以註釋方式告知讀者。另並建議可針對「居家醫療」略做範圍釐清，以利讀者理解。以上建議，併請參考。
- 二、有關長照法第 18 條建議增訂「長照人員之照顧服務員從事中央主管機關公告之抽痰或管灌等醫療輔助行為，應經訓練合格並於護理人員指導下為之；其訓練方式、時數等應遵行事項，由中央主管機關定之」，敬表支持。惟條文係以例示方式指「抽痰或管灌等醫療輔助行為」。其中「抽痰」、「（鼻胃）管灌（食）」的醫療輔助行為是否為醫療上之專有名詞，建議予以釐清並完整稱之，以避免因例示之醫療輔助行為定義不同造成法律適用之疑義。以上建議，併供參考。
- 三、依長照法第 18 條及第 19 條規定，長照人員須經過訓練、認證並登錄於長照機構，始可提供經中央機關公告之長照服務特定項目。另依「長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法」第 10 條規定：「第 2 條第 1 項第 1 款照顧服務人員，照顧失智症者、未滿 45 歲之失能且領有身心障礙證明者，或提供其他經中央主管機關指定服務項目，應依第 17 條規定完成登錄，且實際提供長照服務，並完成中央主管機關所定相關訓練，始得為之。」爰建議本報告建議條文末段修正為「……；其訓練、認證、登錄及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之」。

四、有關病主法第 9 條第 5 項建議修正部分，敬表尊重。因規範對象由醫療機構修正為諮商團隊，爰該項原條文規範之醫療機構資格是否併予刪除，建請釐清。

五、有關本報告數字部分，部分以如「33.8 萬」、部分以如「20 萬 5 千多人」呈現，建議統一。註釋部分，部分網址採底線方式呈現、部分無，建議統一。頁 5，失能等極（級）微（為）「需要照顧 1-5...」。頁 7，註 28，「年」前有缺漏字。頁 17 註 61、頁 34 註 16，網址瀏覽日期格式不同。第 21 頁，長期照顧服務法因第 16 頁已簡稱長照法，建議修正為簡稱。以上建請釐清修正。

參採情形：

一、第一點意見，初稿第 3 頁註釋 15 已敘明日本之「在宅醫療」即我國「居家醫療」。摘要與頁 6 均是介紹日本的情況，故使用「在宅醫療」。

二、第二點意見，關於長照法第 18 條之修正建議條文已參酌在宅醫療學會楊秘書長及衛福部意見修正。蔡研究員之疑慮，已不復存在。

三、第三點意見，蔡研究員對於長照法第 18 條建議條文末段之修正建議，是針對於長照機構提供服務之長照人員，本報告規定照顧服務員執行特定服務項目並不限於長照機構服務。爰維持本報告建議修正文字。

四、第四點意見，採納建議，刪除「，資格、」等文字。

五、第五點意見，錯漏字或未統一部分已修正。

江副研究員建逸：

- 一、本文就我國未來人口與健康醫療照護政策提供一份有願景法制研析，並從各重要國家居家醫療與長期照護整合面向之政策演進及法制進行有層次及架構性之比較及分析，從而借鏡我國之醫療政策面與長期照護實務所面臨之問題，提供一套解決的處方。包括醫療（醫師/護理）、長照及病人端的供需與實際臨床/居家作業的法制探究，原則上均同意著者的見解。
- 二、從著者介紹之日本立法例，對國家介護福祉士的工作定義涵蓋心理等綜合層面的協助，惟未得知日本國家對其是否進行相關專業的知能培訓。我國老年人口發生自殘；或照護者與被照護者對生命認知的悲劇時有所聞，能否進一步將心理等綜合層面納入居家醫療與長期照護整合的一環，似乎亦值關注。
- 三、由於我國人口老化問題尚未見逆轉趨勢，依據國發會推估 2025 年老年人口>20%；2049 年>30%；2070 年>43.6%，建議可以將長期醫療居家照護等各面向之相關法規整合成專法，以因應實務需要。

參採情形：

- 一、第一點意見，係肯定本報告。
- 二、第二點意見，日本透過開辦不同時數的照顧培訓課程，廣開國人從事照顧工作人力。建立多層級系統化培訓課程，包括 59 小時、130 小時及 450 小時之照顧培訓課程。至於將心理等綜合層面納入居家醫療與長期照護整合的一環，本報告已建議非醫事人員（例如「臨床宗教師」）納入預立醫療照護諮商團隊（頁 20 至 21）。
- 三、第三點意見，關於長期醫療居家照護立專法之建議，提供主管機

關參考。

林助理研究員淑靜：

- 一、報告第 5 頁有關日本介護法對失能等級區分為「需要支援 1-2」及「需要照顧 1-5」，其中居家型長照服務是否有限制需要何種等級，始能使用失能給付？
- 二、報告第 16 頁依日本立法例，長照服務人員經訓練合格後，仍須在護理人員指導下，執行中央主管機關公告之抽痰或管灌行為，故於長期照護服務法第 18 條新增第 2 項規定，惟我國醫護人力缺乏，未來長照服務人員到府照護，於執行抽痰或管灌時，是否有足夠之護理人力隨同？
- 三、報告第 18 頁所提「居家失能個案家庭醫師照護方案」之問答集說明諮商團隊可於居家失能個案家中進行「預立醫療照護諮商」與「預立醫療決定」，依衛福部 112 年版本捌、參與計畫醫療院所資格及基本要求，其服務單位為看似為《醫療法》第 12 條所稱之醫療機構，爰無須將《病人自主權利法》第 9 條第 5 項之「醫療機構」修正為「諮商團隊」？又倘「居家失能個案家庭醫師照護方案」中之參與計畫醫療院所資格及基本要求並非皆為醫療機構，建議《病人自主權利法》第 9 條第 1 項第 1 款、第 3 項中之「醫療機構」亦應併予為「諮商團隊」。
- 四、頁 5 倒數第 5 行之「失能等級『微』需要照顧 1-5.....」，其中「微」是否為錯漏字？請確認。

參採情形：

- 一、第一點意見，「需要支援 1-2」為失能預防，「需要照顧 1-5」始能

使用失能給付。

二、第二點意見，關於照顧服務員執行抽痰或管灌時，護理人力是否足以支應問題，經參酌在宅醫療學會及衛福部意見修正後，已不復存在。

三、第三點意見，(一) 本報告建議明定「諮商地點」，俾利辦法明定可於病人家中進行諮商。(二) 本報告並非質疑執行居家失能照護非醫療機構，原建議將「醫療機構」修正為「諮商團隊」，係因現行《諮管辦法》第 2 條對於提供諮商之醫療機構有限制，鑑於預立醫療照護諮商提供者為諮商團隊人員，諮商團隊人員之素質才是重點，諮商並無使用醫療機構之設備及技術，限制醫療機構規模大小並不妥適。然經參酌蔡研究員意見後，已修正建議刪除第 5 項醫療機構「，資格、」等文字。

四、第四點意見，誤繕已修正。

散會：下午 3 時 55 分