

藥師全聯會參與 2019 年日本愛知縣藥師公會長期照顧相關制度研習活動補助及核銷規定

前言：為落實全聯會推動「藥師與長照 2.0 接軌」願景，希冀透過至日本愛知縣藥劑師會舉辦一週的長期照顧研習營，藉此瞭解日本社區整合性服務之運作模式，以協助藥師規劃未來的整合性照顧模式，學習日本長期照顧服務制度與支付辦法、藥師在長照體制下之價值與角色扮演、如何與跨領域醫事團體合作共同照顧等成功實務經驗，作為精進全聯會規劃藥師於長照服務之標竿。

一、補助對象：

凡中華民國領有藥師證書正在執業之藥師皆可申請，以目前正執行長照服務之藥師為優先補助對象(接受補助參訓者，日後務必積極配合全聯會輔導藥師踴躍參與長照服務)，經本會審查通過者。

二、補助經費：

1. 預估費用每人約新台幣 4 萬元(相關食宿費用需自行預訂、研習費用約 40,000-50,000 元日幣)，**本會補助 7 名參訪藥師每人新台幣 1 萬元整，採活動後再補助。**
2. 本會保有審核及決定補助對象之權利。

三、預定日期：2019 年 2 月 12 日至 2 月 15 日。

四、單據核銷：

須檢附來回機票及住宿費收據正本(本人須於收據上簽名)或旅行社代收轉付收據正本(收據上須註明參加者姓名)，以憑據報銷。

五、申請辦法：

1. 本辦法自公布之日起至 **2018 年 12 月 18 日止**，請至 <https://goo.gl/qu5F6T> 線上表單填寫活動申請表，全聯會將於 **2018 年 12 月 31 日完成審查**，全聯會網站公布補助名單，同時通知個人。
2. 所有單據需於 2019 年 2 月 28 日前繳交，逾期不受理。

六、參訪活動結束後務必繳交乙份心得報告，並於藥師週刊投稿。

聯絡窗口：

中華民國藥師公會全國聯合會 游琪瑋 秘書

電話：02-25953856*115；E-mail：pharma.cist@msa.hinet.net

2019 年日本愛知縣藥師公會長期照顧相關制度研習

一、 緣由

自 1993 年起，台灣開始邁入高齡化社會，隨著時代演進，台灣人口結構失衡的問題持續放大，於今年 3 月底 65 歲以上老年人口已達 14.05%，正式跨入「高齡社會」，甚至預估到 2026 年（民國 115 年），台灣的老年人口將突破 20% 門檻，走向超高齡社會。

高齡化浪潮的席捲而來，不僅改變了台灣的社會人口結構，更對當地的社會經濟等外在環境產生直接影響，而社會型態的轉變也強迫各縣市政府必須提早面對及做準備。對政府而言，如何因應高齡化的社會問題與提出相應的解決辦法，成為各縣市政府的重要課題。

長照 2.0 為了實現在地老化，提供從支持家庭、居家、社區到住宿式照顧之多元連續服務，普及照顧服務體系，建立以社區為基礎的照顧型社區，期能提升具長期照顧需求者與照顧者的生活品質¹。

長照專業服務手冊於 2018 年 3 月 14 日經衛生福利部正式公告，長期照護之專業服務給付及支付基準有此服務完成指標可遵循。該公告手冊所列照護組合之執業資格人員，採納藥師公會全聯會建議，新增「藥師」，各地衛生局已紛紛規劃「藥師」提供長照個案之專業服務²。衛生福利部推動長期照護給付及支付新制目的，在落實以人為中心的社區整合照護，由各地照管中心或社區整合型服務中心依據長照需要者之長照服務額度及照顧問題清單，以及照顧組合表，與長照需要者討論後擬定照顧計畫。亦即，長照之執行乃中央政府制定政策、提供經費補助及督導，由地方政府執行。「藥師」之名已正式列入長照專業服務手冊之執業資格人員，各地衛生局也已啟動規劃。藥師，請準備加入提供服務之列！

為落實全聯會推動「藥師與長照 2.0 接軌」願景，希冀透過至日本愛知縣藥劑師會舉辦一週的長期照顧研習營，藉此瞭解日本社區整合性服務之運作模式，以協助藥師規劃未來的整合性照顧模式，學習日本長期照顧服務制度與支付辦法、藥師在長照體制下之價值與角色扮演、如何與跨領域醫事團體合作共同照顧等成功實務經驗，作為精進全聯會規劃藥師於長照服務之標竿。

2019 年度 日本愛知縣長期照護研習課程行程

日 程	午 前	午 後	備 考
(1 日 目) 2 月 1 2 日 (火)	A 班 藥局 在宅医療 愛知県豊田市 町	(在宅) 天池ホーム薬局関連 (在宅) 薬局 店関連	
	B 班 (在宅) 薬局 店 (在宅) 天池ホーム薬局関連	薬局 在宅医療 愛知県豊田市 町	
(2 日 目) 1 3 日 (水)	(座学) 「介護保険のシステムについて」 講 師：鈴木弘子 (副) 愛知県薬剤師会館	(在宅研修) 地域医療 (部員) 医療法人 病院 愛知県碧南市 町	
(3 日 目) 1 4 日 (木)	(見学) 国立長寿医療研究センター 大府市森岡町七丁目 430	(座学) 国立長寿医療研究センター 大府市森岡町七丁目 430 演題：「〇〇〇」 講師：〇〇〇	
(4 日 目) 1 5 日 (金)	(見学) F 医科大学病院	(座学) F 医科大学病院 演題：「〇〇〇」 講師：〇〇〇	

(在宅) 薬局関連	(在宅) 局関連	通訳(名市大)	通 訳	通訳(王先生)
		通訳(名市大)	通 訳	

單位介紹：日本國立長壽醫療研究中心於在宅醫療發展³【附件一】

日本高齡醫學，首推位於日本愛知縣大府市的國立長壽醫療研究中心（National Center for Geriatrics and Gerontology，簡稱 NCGG）為日本國家老人照護議題的智庫。長期做非常基礎的研究，並藉由長期、完整、精細的科學記錄，讓對老的認知由消極而積極。榮總高齡醫學中心主任陳亮恭指出⁴，日本沒有像美國統籌健康領域研究成立一家研究法人 National Institutes of Health（國家衛生研究院，簡稱 NIH），而是在厚生勞動省下設 6 個國家級研究中心，每家均為獨立行政法人，分別專攻癌症、心血管疾病、神經與精神醫學、國際衛生醫療、婦幼健康與老年醫學。從大方向來看，NCGG 的作用分兩方面：

1. 長期做非常基礎的研究，不受專案期限與經費限制。比方他們在名古屋收集約 2,000 位個案，每 2 年進行一次全方位檢查，每次檢查頭尾耗時數日，該研究追蹤時間達 14 年，可以做到每老一年的神經退化速度差多少，有各項的日本人老化的健康指標變化，建構出來的資料庫非常完整，「論文發表不算多，就一直收集資料，專注研究人類怎麼老這回事。」

2. 國家老人照護議題的智庫。由於他們自有一間 383 床以老人為主體的綜合醫院，雖然有各個專科（例如心臟科、腸胃科與骨科等等），但所有專科都是以老人醫療為主軸，思考老人醫療的發展，並且廣泛結合研究發展。支持居家醫療的發展，該院設有專責病房與社區基層醫師合作、失智症病患急性醫療有專門病房……，一邊治療一邊探索解方模式，例如醫療服務、社區健康

促進、居家醫療這些議題，在這個環境裡做出有效成果，再轉移到全國制度裡推動，也是日本推動各項高齡政策的重要智庫。

此外，他們也探索老化的生理機轉，發展出特有的理論而研發失智症新藥，以解決日本失智症為目標，或者與企業、大學結合，例如和 Toyota 合作開發長照用的照顧機器人，還有適合長者的安全駕駛模組或人機介面。

相對於台灣偏好「應用性研究」，他又舉一個 NCGG 純研究案例：老人的「吃」是個市場，但一餐食量到底怎麼抓？營養攝食是否充足？NCGG 發給每位受測者立可拍相機，每餐飯前照一張、飯後照一張，然後將收集回來的照片評估營養攝食量，算出食量相關資料，「所有對老化不清楚的事情，都可以透過數據知道。」

至於應用面，由於資料庫已有相當程度的質與量，可依據不同產業、不同企業對應不同客群所需，撈出不同屬性的資料，好比同以「吃」來說，做食品的、做零售通路的、做餐具的，關注面向可能大不相同。簡言之，當外界看到日本產業對應銀髮市場諸多創新背後，不要忽略「基本功」的重要。

三、參考資料

1. 衛生福利部長照政策，<https://1966.gov.tw/LTC/cp-3636-42415-201.html> from 2018 年 10 月 10 日。
2. 賴香螢，藥師週刊第 2057 期 107/3.19~3.25，衛福部公告：長照專業服務手冊 「藥師」名列長照專業服務手冊之執業資格人員，<http://www.taiwan-pharma.org.tw/weekly/2057/2057-1-1.htm>

from 2018 年 10 月 10 日

3. 日本國立長壽醫療研究中心於在宅醫療發展

<http://www.tma.tw/ltk/106601107.pdf> from 2018 年 11 月 10 日

4. 日本推動各項高齡政策的重要智庫：國立長壽醫療研究中心

<https://www.thenewslens.com/article/85413> from 2018 年 11 月 10 日

日本國立長壽醫療研究中心於在宅醫療發展的角色

文、圖 / 余尚儀

台灣在宅醫療學會

位於日本愛知縣大府市的國立長壽醫療研究中心，台灣醫學界對它並不陌生，過去與各大醫學中心彼此有許多交往。國立長壽醫療研究中心是厚生省直轄的第六家醫院。除了發展與高齡相關的研究，比較少人知道的部分，國立長壽中心也扮演日本在宅醫療發展重要推手。

2006年日本介護保險改革，新增要支援1-2兩種照顧需要等級，同時每3000-6000名老人的區域，設置一處社區整體支援中心（原文：地域包括支援センター），醫療保險改革，設置在宅療養支援診所，從此日本在宅醫療進入新里程碑，但在宅醫療的推動仍有不足。時任厚生勞動事務次官，辻百夫教授（厚生省最高技術官僚），請當時國立長壽醫療研究中心的總長：大島伸一教授，主持在宅醫療的推動事業。於是，2007年開始，國立長壽醫療研究中心開始主辦「在宅醫療推進會議」，邀請各地在宅醫療先驅和團體代表，商議日本在宅醫療推動事業。

首先，在宅醫療推進會議成立四個工作小組，分別負責1.在宅醫療指引（guideline）的作成（川島孝一郎）；2.在宅醫療具體實踐案例及相關資訊收集與宣傳（蘆野吉和）；3.在宅療養支援診所與居家護理所的機能強化（太田秀樹）；4.在宅醫療人才養成相關工作（和田志志）。

2009年，國立長壽醫療研究中心成立「在宅醫療支援病房」，支援附近在宅療養支援診所。2012年，國立長壽醫療研究中心設置在宅連攜醫療部，作為在宅醫療連攜據點試辦計畫的窗口，輔導日本全國共計105個據點。在宅醫療連攜據點試辦計畫中，每個據點獲得補助2138萬日幣（計畫總金額約22.5億），主要用在人事費、行政庶務和活動研習費用上。在宅醫療連攜據點試辦計畫自2012年7月11日開始到2013年3月31日結束，最主要目的促成當地在宅醫療與介護福祉能夠合作（醫療介護福祉への連携アプローチ）。

2012年在宅醫療連攜據點試辦計畫內容，主要有5項：

1. 定期舉辦在地醫療與長照關係者的會議。
2. 掌握在地醫療與照顧的各種資源，與社區整體支援中心連繫。
3. 建構有效率的365天24小時的服務系統。

在宅医療連携拠点事業所数

事業所	平成24年度	
	平成24年度	平成23年度
薬局	1カ所	
訪問看護ステーション	10カ所	← 2カ所
看護協会	1カ所	
歯科医師会	1カ所	
医師会	14カ所	← 1カ所
行政	13カ所	← 1カ所
地域包括支援センター	1カ所	
病院	32カ所	← 3カ所
診療所	29カ所	← 3カ所
医療系を中心とした複合施設	3カ所	

圖1 在宅医療連携拠点事業所数。

說明：從2011年的10個據點，2012年增加到105的據點。

4. 對社區進行普及推廣教育活動。
5. 多職種連携為目的的人才養成活動。

事實上，2011年厚生省就有第一次的在宅醫療連攜據點試辦計畫，當時厚生勞動省醫政局在宅醫療推進室山岸曉美，曾經到英國參觀GSF (global standard frame) 的作法，設計日本針對癌症病人緩和醫療的多職種連攜計畫OPTIM プロジェクト (outreach palliative care trial of integrated regional model, OPTIM-study)，由他負責在宅醫療連攜據點試辦計畫。不過當時只有10個據點，診所3家、醫院3家、居家護理所2家、社會福祉法人1家、醫師會1家（圖1）。2012年厚生省提出「在宅醫療・介護あんしん2012」的政策，在宅醫療連攜據點從2011年10家到了2012年，突然間有22.5億經費可以推動在宅醫療。在國立長壽醫療研究中心主辦，以公開遴選方式，從300多個組織中，選出105家作為在宅醫療連攜試辦據點，我認為這是日本在宅醫療發展史上重要的一年，也可說是全面啟動在宅醫療推進的原點。

圖中我們可以看到在宅醫療連攜據點並不限於醫院單位，最重要的是，連攜據點必須與介護保險體制下社區整體支援中心（地域包括支援センター）連結（圖2）。每1個連攜據點對上2個社區整體支援中心方式運作^[1]，2018年開始，以每個行政區都要設置一個據點，預計在2025年之前，以每10萬人口為單位，設置一個在宅醫療連攜據點。

雖然2012年的在宅醫療連攜據點試辦計畫，歷時

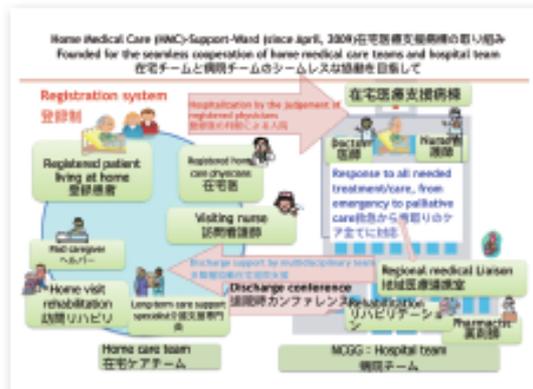


圖 4 在宅醫療支援病房運作。

說明：醫院的團隊與社區的居家團隊可以無縫接軌。(三浦久幸醫師提供)

將近100人。在宅醫療支援病房的「在宅復歸率」達90%，平均住院日數20.1日，初次入院人數每年120人（481人/4年間）上下，再入院率51.8%（其中1/5以喘息目的），分析入院原因，下班時間和假日入院16.8%，上班時間緊急狀況入院32.3%，分析死亡，在院死亡率14.5%，自宅死亡率78.8%。

台灣的安寧緩和病房也是類似的登錄制度，由病房醫師和護理師提供居家安寧療護的全程照顧，主要以癌症末期病人為主（也有非癌症），非正式統計的平均在家死亡率只有5~6成，略遜於在宅醫療支援病房。入院期間與出院之後，幾乎沒有多職種の主動介入，照顧方面，依賴家屬和外籍監護工的24小時照顧，長照體系支援有限，這是台灣現況和日本的差異（圖4）。

小結

國立長壽醫療研究中心，是日本推動在宅醫療推動重要據點。1.組織各地先驅者，在宅醫療推進會議，統整各方意見；2.不僅舉辦各種教育工作，也設立在宅醫療支援病房，發展新的照顧模式；3.主持在宅醫療連攜據點試辦計畫，研究並歸納國家發展方向。

確實，在日本存在形形色色的在宅醫療模式，有些地方以醫師會為中心在運作，有些地方以各種服務

全包的機能強化型在宅療養支援診所為主，有些地方以萬能的居家護理所為中心在運作，各地有自己在地地特色。國立長壽醫療研究中心在宅連攜醫療部，站在第三方的立場，一方面作為全國窗口，一方面客觀的評價各地的推動作法，可說是相當有遠見的計畫。個人認為台灣未來在推動在宅醫療，最好有類似的規劃，把相當資源投入在連攜和教育工作上，學習日本成功和失敗的經驗。

註：本文內容出自在宅醫療助成勇美記念財團所組成之「日本在宅醫療臨床實務及人材養成之調査研究」。

參考資料

1. 三浦久幸 (2013)・在宅医療連携拠点事業の現状分析・第9回「在宅医療推進フォーラム」～新しい地域社会の創造に向けて～。
2. 大島伸一 (2012)・在宅拠点の質の向上のための介入に資する、活動性の客観的評価に関する研究・厚生労働科学研究費補助金・地域医療基盤開発推進研究事業。
3. 後藤友子 (2015) 先進事例と残念な事例から学ぶ、在宅医療と介護の連携事例集・国立長寿医療研究センター在宅連携医療部。
4. 在宅医療支援病房・圖片來源：http://www.toyotachiikimc.or.jp/pageview/zaitaku_book/2013/12/005/index.html#page=6&rect=0_0_720_539&color=0xff0000&scaleIndex=0

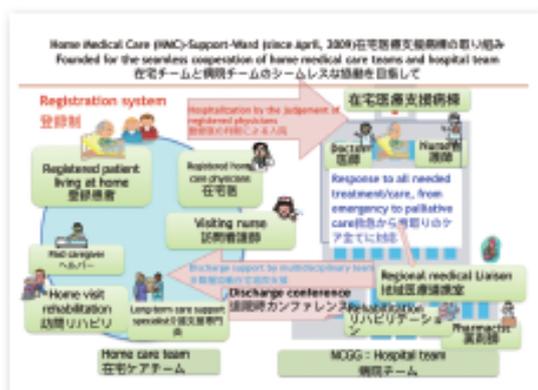


圖4 在宅醫療支援病房運作。

說明：醫院的團隊與社區的居家團隊可以無縫接軌。（三浦久幸醫師提供）

將近100人。在宅醫療支援病房的「在宅復歸率」達90%，平均住院日數20.1日，初次入院人數每年120人（481人/4年間）上下，再入院率51.8%（其中1/5以喘息目的），分析入院原因，下班時間和假日入院16.8%，上班時間緊急狀況入院32.3%，分析死亡，在院死亡率14.5%，自宅死亡率78.8%。

台灣的安寧緩和病房也是類似的登錄制度，由病房醫師和護理師提供居家安寧療護的全程照顧，主要以癌症末期病人為主（也有非癌症），非正式統計的平均在家死亡率只有5~6成，略遜於在宅醫療支援病房。入院期間與出院之後，幾乎沒有多職種的主動介入，照顧方面，依賴家屬和外籍監護工的24小時照顧，長照體系支援有限，這是台灣現況和日本的差異（圖4）。

小結

國立長壽醫療研究中心，是日本推動在宅醫療推動重要據點。1.組織各地先驅者，在宅醫療推進會議，統整各方意見；2.不僅舉辦各種教育工作，也設立在宅醫療支援病房，發展新的照顧模式；3.主持在宅醫療連綿據點試辦計畫，研究並歸納國家發展方向。

確實，在日本存在形形色色的在宅醫療模式，有些地方以醫師會為中心在運作，有些地方以各種服務

全包的機能強化型在宅療養支援診所為主，有些地方以萬能的居家護理所為中心在運作，各地有自己在地的特色。國立長壽醫療研究中心在宅連綿醫療部，站在第三方的立場，一方面作為全國窗口，一方面客觀的評價各地的推動作法，可說是相當有遠見的計畫。個人認為台灣未來在推動在宅醫療，最好有類似的規劃，把相當資源投入在連綿和教育工作上，學習日本成功和失敗的經驗。

註：本文內容出自在宅醫療助成勇美記念財團所組成之「日本在宅醫療臨床實務及人材養成之調查研究」。

參考資料

1. 三浦久幸（2013）。在宅醫療連携拠点事業の現状分析。第9回「在宅医療推進フォーラム」～新しい地域社会の創造に向けて～。
2. 大島伸一（2012）。在宅拠点の質の向上のための介入に資する、活動性の客観的評価に関する研究。厚生労働科学研究費補助金・地域医療基盤開発推進研究事業。
3. 後藤友子（2015）。先進事例と残念な事例から学ぶ、在宅医療と介護の連携事例集。国立長寿医療研究センター在宅連携医療部。
4. 在宅醫療支援病房。圖片來源：http://www.toyotachiikimc.or.jp/pageview/zaitaku_book/2013/12/005/index.html#page=6&rect=0_0_720_539&color=0xff0000&scaleIndex=0