

# 人口老化下的居家醫療整合照護 網絡運作：嘉義個案網絡觀察

曾文宏 · 陳端容 · 喬嘉 · 孫文榮

## 壹、前言

臺灣八年內即將進入老年人口占總人口二成以上的超高齡社會，2010年國民長期照護需要調查指出，失能率有隨年齡增加而上升的趨勢(白其怡, 彭美琪 et al. 2015)。面對在地安老的諸多議題，居家醫療整合照護網絡的整合運作是一項帶著緩和照護觀點的健康促進行動。本文試圖從健保試辦一年多的居家醫療照護整合計畫其中一個「個案」的網絡關係結構來理解其運作的機制。居家醫療整合照護網絡的供給需求目前仍在發展中，從模式建構到穩定發展的時間軸變化，是相當複雜的實務議題，而臺灣租稅負擔率與許多國家相比較低(財政部統計處 2014)，政府可使用的稅收資源有限，較難系統性地回顧相似背景的國內外模式。以患者需求較複雜的安寧居家模式為例：

美國阿拉斯加有 The Helping Hands Program，醫師(一季訪視一次)、居家護理師(一週訪視一次)與在地村民組成

團隊。有村民受訓成社區健康助手，與醫護保持聯繫並在指導下執行部分醫療措施；或受訓成照顧服務員，提供洗澡與家務；或擔任志工送餐。計畫內容翻譯成在地方言錄製有聲檔，也邀請村民參與焦點團體訪談，排除文化衝突。例如訪談後才知傳統文化認為有人來家裡服務是恥辱的，這件事被寫成情境故事澄清。在宅死亡率從1997年的三成，計畫執行二年後上升為七成(DeCourtney, Jones et al. 2003)。瞭解社區脈絡、促成居家醫療整合照護網絡的社區參與是成功要素。

主動出擊的志工和村里長亦是居家醫療整合照護網絡整合運作的社區後盾。印度喀拉拉的 Neighborhood Network in Palliative Care，由10至15位受訓志工為小組，主動發現在宅個案問題。小組確認問題、形成解決方案、連結社區醫護；他們構成慢性與不可治癒病患的社區支持系統，藉由情緒支持、提高藥物與護理遵從性、及早回報症狀、社會甚至財務上的支持，補充既有的居家醫療(Kumar 2007)。

臺大醫院金山分院則由里長擔任安寧志工，說明在宅安寧治療過程化解鄰里親屬的疑慮，地理偏遠處個案在自宅病情變化時，里長先行抵達提供心靈支持，個案往生後也代為往返醫院領取死亡證明書(劉嘉仁, 徐愷萱 et al. 2015)。

臺灣全民健康保險自 1995 年開辦以來，陸續對不同醫療需求的失能者，例如更換管路、精神障礙、末期病患、呼吸器依賴等，分別提供到宅服務給付方案。2016 年健保署啟動「居家醫療照護整合計畫」，將不同族群的到宅服務給付整合為「居家醫療」(S1)、「重度居家醫療」(S2)、「安寧療護」(S3) 三階段。收案條件、時間、照護內容與訪視頻率，由醫師決定(衛生福利部中央健康保險署 2017)。失能者就醫政策朝「在宅」、「整合」的方向演進。

嘉義人口組成趨向高齡，以 2016 年 2 月為例，嘉義市老年人口占總人口比為 12.88%、嘉義縣為全國最高 18.03%。嘉義的醫院最早溯及 1999 年就投入居家服務與送餐等長照服務，2015 年開始有醫

師嘗試居家醫療整合照護網絡的整合運作(余尚儒 2017)。本研究目的探討醫院與社區建構「居家醫療整合照護網絡」運作模式及影響因素、瞭解網絡參與者互動聯繫情形，並提出應對超高齡社會的建議。

## 貳、材料與方法

本研究採質性研究之個案研究法，界定以參與健保署「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」的醫事人員、行政人員、個案家屬為研究範圍，圖 1 繪製的網絡即是研究的「個案」。此一個案在「居家醫療整合照護網絡」的運作中，是相當早期的發展模式，值得深入研究。進入個案場域時，因不熟悉個案網絡的參與者，也不瞭解網絡互動模式，在確定半結構式的訪談大綱後，按照個案網絡參與者實際互動以及推薦的名單，採用「滾雪球」方式收集資料，再以深度訪談方式收集關於嘉義 A 醫院與社區一組「居家醫療整合照護網絡」的參與成員。

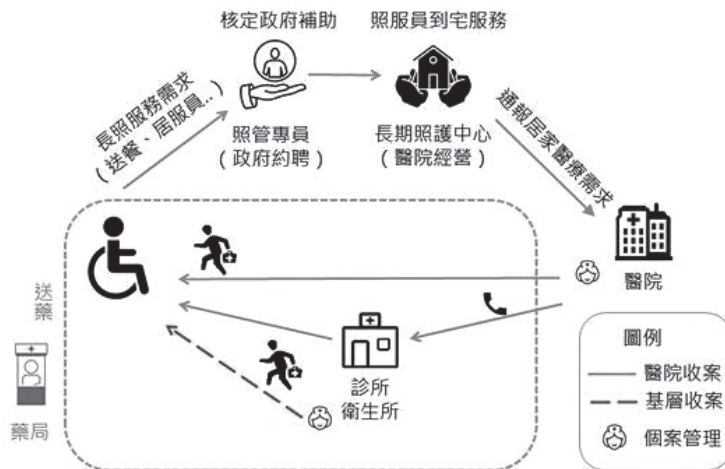


圖 1：受訪者組成「居家醫療整合照護網絡」

筆者於 2016 年 9 月確立訪談大綱，修改自陳正益博士之博士論文「臺灣長期照護專業團隊與資源網絡之研究」的訪談大綱(陳正益 2015)，同年 11 月通過「臺灣大學行為與科學研究倫理委員會」審查。2016 年 11 月至 2017 年 3 月陸續邀約訪談，最後依筆者自身專業、情境脈絡之

瞭解、同儕討論以及長期參與觀察，達研究議題的理論訊息「飽和」程度，訪談四位醫師、二位長照中心主管、二位藥師、一位醫院主管、一位個案家屬(如表 1)後結束訪談，並於 2017 年 3 月至 5 月進行資料分析。

表 1：受訪者清單與編碼

編碼	性別	身分別
A01	男	衛生所醫師
A02	女	甲長照中心主管
A03	男	醫院居家醫療醫師
A04	女	醫院居家醫療主管
A05	女	乙長照中心主管
A06	男	社區藥局藥師
A07	男	診所醫師
A08	男	醫院居家醫療醫師
A09	男	個案家屬
A10	男	處方宅配藥局主管

## 參、結果

### 一、受訪網絡架構景

#### 1. 團隊參與者介紹，如表 2：

財務誘因方面，健保「居家醫療照護整合計畫」給付情形如下：醫師或醫院次專科醫師均可申報醫師診察費。護理師僅

限居家護理所在 S2 與 S3 申報護理費。藥師可申報藥事服務費和藥費，但無針對藥師居家服務提高給付。呼吸治療師、社工僅限呼吸器依賴患者(S2)、臨終病患(S3)申報。長照中心、復健師、營養師、宗教處無健保給付。

表 2：團隊參與者介紹

團隊	參與者	參與方式與特殊考量
長照中心	照服員、照服員督導	傷口照護、代領藥、陪同就醫

衛生所	醫師	須考量公部門對外合作適法性（註 1）
診所	醫師、護理師	看診空檔到宅服務，訪視時間受限
社區藥局	藥師	服務流程：處方箋照片 → 調劑 → 送藥 → 案家讀健保卡 → 處方箋正本
處方宅配藥局	藥師、行政人員、物流	服務流程：行政人員排程 → 內部藥師調劑 → 物流連接內外部藥師 → 外部藥師送藥
醫院	醫師、會診的次專科醫師、護理師、呼吸治療師、社工、復健師、營養師、宗教處	A 醫院發展長照有利整合社政與衛政、經營的社區醫療群是社區網絡基礎

註 1：衛生所為公部門，成員為公職人員，醫師亦然，因此與外部合作需注意是否觸及法律對公務人員的特殊限制，例如貪污治罪條例（方德琳 2016）。

## 2. 互動模式

受訪者組成「居家醫療整合照護網絡」，如圖 1，失能個案若有長照需求，經由政府的照管專員評估，轉介至長照中心（甲、乙皆由 A 醫院經營）。由長照中心內的照服員督導開案、照服員前往案家服務。個案若有居家醫療需求，被轉介至 A 醫院收案，再派案給醫院醫師或社區醫師進行居家醫療。A 醫院、診所、衛生所亦可自己收案。藥局則協助送藥到宅。

## 3. 個案管理（以下簡稱個管）與溝通平台

醫院投入出院準備的資源不足，有基層醫師因此不接受醫院轉介的在宅個案。每個案每月個管費健保約給付 50 元，不夠聘請專任人員，實際個管工作分散到各職種專業人員承擔、或由醫療院所吸收個管人事開銷。醫院喜好派案給高機動性、積極參與線上討論平台的醫師，也按照案家就醫習慣做調整。

連結成員的線上討論平台主要有 Line 和 Kintone。Line 的優點是免費、即時、普及率高（所有受訪者都提到 Line），較

無學習成本；缺點是團隊參與者增多後，聊天室內容不斷洗版，難以個案為中心聚焦討論，也有個案隱私問題，若以個案為中心成立群組，需要管理很多個群組。Kintone 的優點是方便輸出統計，可自由組裝系統功能模組、可管理機構，並友善多人團隊以個案為中心互動，進行連續性照護；缺點是付費軟體，經營四十人群組的年開銷超過新台幣十萬，主事者與參與者皆須克服學習曲線。

## 4. 參與動機

案家期待面對面地傳達關心；對醫院而言，儘管對現在營運無加分，長期可提升品牌形象，並佈局未來分級醫療更明確後以醫院為中心的社區網絡；對參與者而言，走進家中才知道個案真正問題，例如宅配藥局藥師提到糖尿病控制差的個案，送藥到宅觀察東南亞籍看護工協助施打胰島素的過程，才發現打完胰島素未停留即抽出，胰島素也隨之流出，這些是在診間看不到的 (A10)。醫師表示找回醫師的熱誠，不是永遠都在看健保卡和電腦、不只是單純地想我該開什麼藥給他，而是去接

觸人的問題 (A01)。亦有醫師陳述這是臺灣尚未成熟發展的領域，抱持著先驅者的自我實現投入 (A03)。參與組織有宗教背景，組織成立宗旨構成投入的使命感。團隊腦力激盪解決個案問題的成就感，也支持大家走下去。

## 二、居家醫療整合照護網絡的整合運作

失能個案兼有居家醫療整合照護網絡的需求，然而醫藥到宅遇到困難，在這樣的背景下，居家醫療整合照護網絡的整合機制為何，以下分三點敘述：

受訪者之一為失能個案孫子。阿公失智跌倒臥床後由阿嬤照顧，三個月後阿嬤接受脊椎開刀，家中變成二個人需要照顧，家人健康接連受影響。個案出門不便，仰賴照護者代看診拿藥。一開始不想請人幫忙，實在已無法負荷，開始尋找看護工，請臺灣人來幫忙，晚上、假日須自己照顧，一個月最低花費三萬元，而且很難找到人；請外籍看護照顧，幾乎每天 24 小時，含伙食費也是每月三萬元，最後選擇後者 (A09)。受訪的失能者家屬，從不想請人連累家人健康、到請臺灣人、到請外勞的歷程，是許多人共同的決策過程，此為居家醫療整合照護網絡的客觀條件，失能在宅的主要照顧者不得不以外籍看護為主力。

醫藥到宅也遇到困難。為何許多醫師藥師不願意提供居家醫療？醫院為何不願意當主要業務投入？當患者疾病階段走到末期，基層醫師很少提供居家醫療的客觀條件為何？民眾傳統觀念只有開藥才能滿足看診的價值，醫師對個案的關心、整合藥物、衛教等不算看診；社區藥師收入主

要來自藥品、保健食品、婦嬰用品的進出貨價差，最須藥師專業的處方調劑，健保給付 40 點至 60 點，占收入比例甚少，以上因素影響醫師藥師投入居家醫療的程度。醫療進入個案家中的現實考驗包括：健保給付有限，醫院將營運壓力轉移給第一線醫事人員；居家醫療團隊收案整合各科藥物，減少醫院其他醫師門診量，產生利益衝突；醫院是多職種專業人員最豐富的場域，受限於多職種專業人員到宅服務給付少限制多，只敢低調說他們可以支援居家醫療；受訪者表示交通成本皆由醫療院所吸收，為了精簡成本得集中訪視；在宅個案進入安寧階段，基層院所難取得安寧管制藥品，基層院所處方箋大多在社區藥局調劑，社區藥局進管制藥沒有價差可補貼、又會成為衛生局重點稽查對象，進藥意願小。藥物開立後，網絡成員都是實際的送藥者。若藥局只經營送藥到宅，一天約需送出 70 張慢性處方箋才可打平藥師成本，可行方法是以長照機構為中心，連帶機構周遭的居家個案安排送藥路線。

在上述背景下，A 醫院與自己經營的居家服務中心形成了一套居家醫療整合照護網絡的運作模式，儘管很多限制，更顯得難能可貴。運作模式包括：醫師、護理師、照服員督導、照服員等跨職種團隊在案家開會，以個案為中心討論；照服員每日服務時，擔任眼線、提供連續性的照護；醫療與長照每月開會針對特定個案問題聚焦討論；協作過程彼此共同成長，降低第一線照服員的壓力。限制是案家決定申請東南亞籍看護工時，政府取消補助照服員，大多數個案選擇從長照中心退出，此

協作模式也隨之中斷。

### 三、健保政策對「居家醫療整合照護網絡」的影響

問及網絡承載能量，受訪成員普遍覺得不足。居家醫療醫師的供給小於需求，在現有的健保給付中，診間看診比居家醫療輕鬆，給付也無法支撐專看居家醫療的醫療院所。制度未能即時溝通和宣傳，例如居家醫療醫師免報備確定實施後，與醫院合作的基層院所幾個月後才慢慢知道；儘管政策支持居家醫療免讀健保卡，實際作法各醫療院所仍莫衷一是，A 醫院做居家醫療的第一線人員仍花許多時間精力在個案家中讀健保卡。

健保政策造成非預期影響，包括 S1 個案可能有護理或轉銜的需求，健保無給付護理費用影響服務供給；照護在宅安寧個案，計畫給付不友善申報安寧階段，例如醫師訪視費在 S1、S2 每次訪視給付 1553 點，S3 依安寧受訓證明從 1088 點到 1553 點，醫師訪視費可能會減少，訪視次數每個月有上限，申報 S3 扣除 4 倍權重訪視次數；現有的病歷架構（主訴、客觀病史、評估、處置）難呈現居家醫療醫師進入家門後，關心個案的情感、居住環境、

照護方式等與個案同情共感的過程，病歷被認為不是健保審核居家醫療支出效益的最佳方式。健保居家醫療照護整合計畫影響了健康產業，包括社區型居家護理所結盟跨科別場域的醫師、自費的營養師與復健師等，成為連結跨職種專業人員的居家醫療平台；隨著此計畫和長照 2.0 的推行，醫院跨入長照的意願提高；宅配藥局不僅送藥到府，與個案建立關係、瞭解需求後，進一步可配送其他商品，有潛力成為新興零售通路。

### 肆、討論

綜觀研究結果，失能個案兼有醫療與長照需求，需整合運作；然而「居家醫療整合照護網絡」的整合運作，現行條件讓醫院、基層醫師、各職種醫事人員較少意願投入，基層醫師照護在宅的末期患者亦有許多限制；「個案管理」實際工作分散在各職種承擔，個管實際發揮的功能受限；「居家醫療整合照護網絡」的整合運作需要社區參與、需克服交通問題、需翻轉醫病文化。

如何運用「居家醫療整合照護網絡」應對即將來臨的超高齡社會，以下就網絡成員、政策環境的建議（如表 3）並分述如下：

表 3：研究結果與建議

研究結果	建議
醫院少投入「居家醫療整合照護網絡」	經營「以個案家庭為中心」的外展支援模式
失能個案兼有醫療與長照需求，卻少整合運作	醫療與長照背景成員相互瞭解與連結，形成「醫療長照複合聯盟（Medical-long-term Care Alliance）」

很少醫事人員願意提供「居家醫療整合照護網絡」的服務	提高參與成員的所得
「個案管理」實際工作分散在各職種，個管實際被發揮的功能受限	整合此計畫的「個案管理」與長照「照管專員」並增加人力
基層照護在宅的末期患者有許多限制	排除社區安寧的限制
「居家醫療整合照護網絡」的整合運作需要社區參與、需克服交通問題、需翻轉醫病文化	營造支持「居家醫療整合照護網絡整合網絡」發展的環境

## 一、網絡成員

### 1. 醫院可經營「以個案家庭為中心」的外展支援模式

傳統醫院運作建立在科層體制上，嚴謹地將醫護、個案、設備集中一處實施醫療行為。突破方法是支持醫院各職種專業人員進行以個案家庭為中心的外展運作，包括建構「資訊討論平台」ICT (Information and Communication Technology) 友善團隊成員「以個案為中心」溝通討論、友善院內各職種專業人員到宅服務的規定與獎金、將社區醫療部朝向開放醫院 (Open Hospital) 的設計友善社區網絡成員連結、以及建立友善居家醫療後送與自費喘息服務的居家醫療支援病房等。

### 2. 醫療與長照背景成員相互瞭解與連結

由於人才培養時無相關課程，醫療背景成員不知道照服員和照服員督導的意義，長照背景成員也僅知道在宅個案有醫療需求就送醫院。東南亞籍看護工儘管是長照主力，卻沒有照護的話語權，與醫療、長照成員互不瞭解。促成實質瞭解與連結

的關鍵是非正式關係。研究顯示英國公共衛生網絡，其跨部門的協調仰賴「非正式關係」多於「正式關係」(West, House et al. 2015)；陳端容教授的研究亦顯示臺灣醫療產業主要透過非正式的社會關係來建立實質的合作(陳端容 2002)。廣納不同年齡與經驗成員的意見，並活用師生、社團、學會等「非正式關係」連結彼此，可以增加協作能量。

### 3. 形成「醫療長照複合聯盟」(Medical-long-term Care Alliance)

余尚儒醫師曾繪製嘉義縣市的長照機構分布圖，發現嘉義沿海鄉鎮如鹿草、布袋等老年人口超過二成的超高齡村莊，竟幾乎沒有長照機構，原來這裡子女都在外地工作，長者一旦生重病會送到大型醫院，出院後送到醫院附近交通便捷處，方便子女探視和送醫，因此長照機構集中分布在醫院附近交通便捷處，說明醫療與長照的密不可分。而嘉義在地醫院也透過醫療專業的優勢，在長照體系中發展。當醫療資本提供長照的規模夠大、範圍夠廣，就形成「醫療長照複合體 (Medical-long-term Care Complex)」。醫院越早進入長照體系，

除了形象提升外，越有籌碼在急性醫療和長照體系間開拓新市場(余尚儒 2014)。

除了醫院內部經營長照，另一個方向是彼此結盟，形成「醫療長照複合聯盟(Medical-long-term Care Alliance)」。臺北市立聯合醫院於 2016 年 3 月啟動「臺北藍鵲居家醫療照護團隊」，個管師聯繫著健康服務中心(衛生所)、各區鄰里長、社會局，整合雲端藥歷和電子病歷，並安排訪視路線。團隊到案家，依健保「居家醫療照護整合計畫」的三階段進行照護，在案家列印處方。獨居個案安排送藥，其他個案有的釋出處方讓社區藥局調劑、有的安排回院內領藥。協調長照的居家喘息、社區的基層院所、居家護理所、社區藥局等其他資源(臺北市政府 2017)。北市聯醫與合作單位正逐漸連結成「醫療長照複合聯盟」，成為超高齡社會在地安老的基石。

## 二、政策環境

### 1. 提高參與成員的所得

2014 年美國居家醫療照顧支出占醫療總支出的 2.8%、日本約 1.9% (2013)，臺灣僅約 0.4% (衛生福利部中央健康保險署 2016)，相較他國，臺灣居家醫療支出仍有成長空間。衛福部正推展的長照 2.0 可考量與健保分頭給付，例如長照 2.0 可考慮給付醫護以外的八大職類醫事人員(藥事、醫事放射、醫事檢驗、呼吸治療、營養、物理治療、職能治療與臨床心理)參與居家醫療(目前僅給付居家復健)，達社區整合照護的綜效。參與團隊可考慮增加工作獎金，實質鼓勵參與者。

### 2. 整合此計畫的「個案管理」與長照「照管專員」並增加人力

個案管理的目標包含七項：整合跨專業與跨機構的服務、提供連續性照護、使服務被平等普遍地知道與取得、確保照護品質、使個案充權賦能、尊重自主、貫穿個案管理過程的評估(Woodside 2017)。現況是健保個管費給付不夠聘請專任人員，專任個管師仰賴醫療院所是否願意補貼、實際個管工作由各職種專業人員分擔，個管實際發揮的功能受限。如何整合健保居家醫療照護整合計畫的「個案管理」角色與長照的「照管專員」、並增加人力資源，值得進一步思考。

### 3. 排除社區安寧的限制。

有關當局可考慮在各區域鼓勵部分社區藥局可調劑安寧管制藥品、協助基層院所開立的安寧管制藥品處方箋可在醫院藥局調劑，例如健保署與屏東縣衛生局協助開放了讓衛生所及基層診所的處方箋可以在大醫院領取嗎啡類管制藥品(衛生福利部屏東醫院社區健康部 2017)。可考慮鼓勵藥師從教育訓練階段即參與安寧療護、成為安寧團隊的一員。計畫對 S3 安寧階段申請費用的短少和訪視次數的限制，影響服務意願和申報方式，例如有醫師選擇在 S3 個案申報 S1 與 S2 的醫師訪視費申報代碼，避免權益受損。建議調高乙類安寧的醫師診察費至一般診察費相同；調高甲類安寧的醫師診察費，以鼓勵有心投入的醫師考取安寧專科；並取消安寧訪視次數一次，扣掉當月訪視上限總數四次的規定。

### 4. 營造支持「居家醫療整合照護網

## 絡」發展的環境

增加網絡參與者的使命感與成就感，例如推廣敘事醫學：一種利用病人故事來幫忙醫師治療病人，讓自己能夠融入病人環境，進而提高醫師治病成效的醫學思考模式（賴其萬 2010）；可考慮試辦居家醫療論人計酬制，限制個案的就醫選擇，包月制地給付，不審核病歷或訪視次數，僅針對如急診次數、住院天數、在宅死亡比例等適當指標做監測；鼓勵建設方便提供連續性照護的附服務通用住宅；鼓勵建立便捷而無齡設計的交通，遞送著食物、照顧服務、醫療、復健到個案家中；可思考成立社區發展師連結公民團體、社區發展協會、開發健康長者參與照護的人力資源；鼓勵建立在地的生活實驗室，例如照顧咖啡館，摸索社區健康長者可在「居家醫療整合照護網絡」中扮演什麼角色，進一步推展可放大 (scale) 的社區支持模式。

隨著戰後嬰兒潮步入老年、科技進步延長壽命，面對臺灣史上長者最多的年代：群體快速老化、合併共病失能、訴求在地安老，是 21 世紀臺灣公共衛生的挑戰。而居家醫療與長期照護的整合運作、這項帶著緩和照護觀點的健康促進行動，是不可或缺的解決方案之一。如何協助長者自主尊嚴地生活，從好好老去、到好好離去，健全居家醫療整合照護網絡的運作模式與社區參與，值得進一步思考。

（本文作者：曾文宏為嘉義縣梅山鄉衛生所醫師兼主任；通訊作者陳端容為臺灣大學健康行為與社區科學研究所教授兼所長；喬嘉為嘉義縣大林鎮衛生所醫師兼主任；孫文榮為臺北市立聯合醫院社區安寧發展中心暨長期照護規劃發展中心主任）

**關鍵詞：**居家醫療照護整合計畫、居家醫療、長期照護、居家服務、超高齡

## 📖 參考文獻

- 方德琳 (2016)。〈誰讓台灣公僕變庸才？〉，《興利之不可能——全球最容易陷入「犯法」疑慮的台灣公務人員》 Retrieved 2017/10/15, from <https://www.twreporter.org/a/civil-servants-anti-corruption>.
- 白其怡 (2015)。〈規劃長照保險重要基礎資料庫—國民長期照護需要調查〉，收錄於《國土及公共治理季刊》。國家發展委員會。
- 余尚儒 (2014)。〈臺灣市場導向長期照護體系的形成：政治經濟學的分析〉，成功大學公共衛生研究所學位論文。
- 余尚儒 (2017)。《在宅醫療：從 CURE 到 CARE》。台北：遠見天下文化。
- 財政部統計處 (2014)。《財政統計通報》。
- 陳正益 (2015)。〈我國長期照護專業團隊與資源網絡之研究〉。國立暨南國際大學社會政策與社會工作學系博士學位論文。

- 陳端容(2002)。〈台灣醫療產業的組織合作：不對等合作關係運作機制之探討〉，收錄於《台灣社會學(2002)》，第三期，頁 119-162。
- 臺北市政府(2017)。市議會第 12 屆第 5 次大會施政報告 [ 柯市長文哲 ]。
- 劉嘉仁(2015)。〈里長在社區安寧志工的角色〉，收錄於《北市醫學雜誌》12 卷附冊 (2015 / 06 / 30)，頁 109 - 115
- 衛生福利部中央健康保險署(2016)。〈全民健康保險居家醫療照護之發展與展望〉。
- 衛生福利部中央健康保險署(2017)。〈全民健康保險居家醫療照護整合計畫〉。
- 衛生福利部屏東醫院社區健康部(2017)。〈屏北居家醫療群，深入社區提供民眾健康〉。  
Retrieved 2017/06/16, from  
[http://www.pnntn.mohw.gov.tw/?aid=301&page\\_name=detail&iid=1278](http://www.pnntn.mohw.gov.tw/?aid=301&page_name=detail&iid=1278)。
- 賴其萬(2010)。〈敘事醫學－跨越醫病鴻溝的要訣〉，收錄於《當代醫學(2010)》第 444 期，頁 781-784。
- DeCourtney, C. A., K. Jones, M. P. Merriman, N. Heavener and P. K. Branch (2003). "Establishing a culturally sensitive palliative care program in rural Alaska Native American communities." *J Palliat Med* 6(3): 501-510.
- Kumar, S. K. (2007). "Kerala, India: a regional community-based palliative care model." *J Pain Symptom Manage* 33(5): 623-627.
- West, R. M., A. O. House, J. Keen and V. L. Ward (2015). "Using the structure of social networks to map inter-agency relationships in public health services." *Soc Sci Med* 145: 107-114.
- Woodside, M. (2017). *Generalist case management : a method of human service delivery*. Boston, MA, Cengage Learning.