

建構台灣中醫特色居家醫療模式

何紹彰^{1,5*}，黃英傑^{1,6}，陳冠仁^{1,7}，張景堯^{2,8}，陳俊良^{3,4}

¹桃園市中醫師公會

²台灣中醫藥品質醫學會

³林口長庚紀念醫院中醫部

⁴長庚大學中醫學系

⁵安聲中醫診所

⁶明醫中醫聯合診所

⁷風澤中醫診所

⁸中華民國中醫師公會全國聯合會常務理事

摘要

台灣的居家醫療在 105 年開始實施，中醫藥具有獨特性、有效而且醫療費用相對低廉，是一種強調全人照顧的醫療，但在 108 年前卻沒有全民健保給付。因為目前的居家醫療模式需要有醫院、醫師、藥師、護理師及社工人員組成團隊等因素，讓中醫師要參與這些計畫困難重重，實際服務及照顧病人的實例並不多。我們採取描述性研究方法，利用衛福部健康保險署之公開統計資料及中醫師公會全聯會中執會的數據，分析 108 年開辦後至 109 年第二季之申報資料，發現總共有 407 人接受中醫居家治療，服務 1803 人次，共申報大約一千萬左右的醫療點數。109 年衛福部中醫藥司規劃中醫研究一個具有中醫特色的居家醫療模式，讓中醫能夠提供可用及預防治療的新居家醫療模式。

關鍵詞：中醫、居家醫療、模式

前言

居家醫療是老化社會的重要健康照護品質指標，醫師要走出自己的診所，進入病人的家中或居住環境裡，去診治病人，放棄以往傳統醫師、病人資訊不對等的模式，變成以夥伴關係為主的醫療共治模式，來重新建立與創造醫病之間更多的信任¹。居家醫療的價值則是由醫師、護理師、相關醫事人員、病患、家屬、照顧者、與社區共同營造出來的。全人全家全社區之三全照顧模式²，應該是專科化醫療服務後更要推動的健康照護模式，這種醫療模式會讓人的生老病死在團隊互動過程中能尊嚴安詳的和諧狀態下完成。

台灣目前進入超高齡社會，因應人口結構老化，失能與失智的人口增加，再加上少子化的影響，照顧的問題已成為台灣的當務之急。我們需要居家和社區型的長照體系，也必須破除醫療和照顧之間的鴻溝，建立以「支援與照顧中心」的醫療照護模式設計，超前部署來因應即將來到之人口老化的照顧和死亡的浪潮³。

中醫居家醫療也就是中醫師往診病人家中，執行中醫醫療業務，在台灣醫療歷史上已經

行之有年。台灣早期醫師經常往診，醫師們走出診所，穿梭大街小巷，跋山涉水來到病人家裡診療病人。讓醫師與病人及家屬間有更深入、緊密的理解與互動，緩解病人苦痛，同時也帶給病人家屬或照顧者支持及安慰。

1990年代日本首次出現「在宅醫療」的概念，一方面整合到府的醫療和長照服務，另一方面以連續性照護到臨終為目標。透過365天、24小時不中斷的服務來處理居家個案的狀況，同時聯合跨專業的介入，與長期照顧配合，希望落實在地終老與在宅臨終照護⁴。在宅醫療不只是一種醫療服務，且是一種以病患的「家」為中心的照護體系。1950年代的日本大約有8成的人在家中往生，但在1976年時在醫院往生的比例開始超越在家的比例。自此之後，在家中去世人數持續下滑，至2005年高達約8成以上的病人在醫院過世，在家的比例僅剩下12%。根據日本厚生勞動省的調查，有40%的民眾希望在宅接受照顧，60%的民眾希望臨終時儘可能待在自己的家中。2006年「在宅療養支援診所」創設後，目前日本全國有1萬4千家登記可提供365天24小時不間斷，支援在家療養的醫療服務。2014年日本更發展出「機能強化型在宅療養支援診所」，由三位以上醫師合作、提供24小時不間斷的在宅服務，且可獲得較優渥的保險給付，進一步鼓勵在宅醫療的發展⁴。

台灣在2019年實施「病人自主權立法」，透過執行預立醫療照護諮商，讓病人知道、選擇和決定自己未來的醫療方式，保障病人善終權益。尊重病人自主權能提供較高品質，舒適尊嚴的照護，期能減少無效醫療，預防病人與照顧家屬的痛苦⁵。105年起中央健保署將歷年推動的多項片段式的照護服務，整合推動「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」試辦⁶，由醫護組成團隊主動為行動不便、失能又有疾病醫療需求之個案提供到宅服務，包括醫師診療、一般居家照護服務。目前已經超過兩百個以上團隊，兩千多個醫療單位投入。108年計畫擴大修正，新增居家牙醫、中醫及藥事醫療服務。目前健保支付的居家照護醫療費用包括：居家照護，安寧居家療護、呼吸器居家照護、安寧居家療護、及藥品處方調劑等。根據109年健保評核報告中提到前述居家照護及助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照2.0之服務執行情形，於108年在其他部門共編列60億2千萬元之預算⁷。

健保署規定居家中醫醫療需加入現有的西醫居家醫療團隊才可收案，造成中醫收案不如預期。因此中醫師公會全聯會跟健保署協商在109年達成中醫可自組團隊並主動收案。其收案條件中醫可以執行的醫療行為是居家醫療階段中限居住於住家（不含照護機構）且經照護團隊醫事人員評估有明確醫療需求，因失能或疾病特性致外出就醫不便者。病人之子女或照顧者、民眾若因各種因素無暇接送就醫之長者或幼童等，不符合前述收案條件者，如有就醫需求，應循一般程序就醫。其中失能與就醫不便定義如下：

- 1、失能：病人之巴氏量表(Barthel ADL Index) 小於60分者。
- 2、因疾病特性致外出就醫不便：指所患疾病雖不影響運動功能，但外出就醫確有困難者，如失智症、腦血管意外相關疾病、重大手術後、遺傳性表皮分解性水皰症（泡泡龍）病人等。

中醫居家計畫實施之初，因中醫師對此業務不孰悉，且健保給付並不會比中醫師在診所門診醫療來得有利；目前的醫療生態仍以西醫為主導，對中醫執行居家醫療仍有疑慮；健保署各分區業務組，雖然有促成辦理團隊組成，媒合中、西、牙醫等團體，但成果不如預期；醫政管理上醫師報備支援的行政問題；健保申報問題與審查核刪等問題，使得參與計畫的意願

並不高。因此，為了改善這些狀況，實有必要重新建立一個新的中醫居家醫療模式。

材料與方法

本研究採取描述性研究方法進行研究，資料收集主要來源於政府部門的相關統計資料，中醫師公會全國聯合會中執會執行報告及相關研究文獻為主。居家醫療在 105 年開始實施，全民健康保險署的統計資料在網路之公開資訊僅到 108 年。中醫居家醫療自 108 年 7 月開始實施，在健保署公開資訊中並無揭露訊息。相關中醫居家醫療之申報資料，只能從中醫師公會全聯會取得 108 年 7 月至 109 年 6 月之各分區申報之初步資料，其中包括居家中醫醫療之人數、人次、申報點數等數據。我們比較分析了自 108 年 7 月開始中醫可以居家醫療收案開始，按健保六個分區統計分析其照顧病人數、就醫次數、每月每人平均費用、中醫居家醫療的疾病種類、中醫居家醫療與西醫居家醫療的比較分析及中西醫利用之差異。

結 果

依據 108 年 7 月健保實施中醫居家醫療開始，中醫師申報居家醫療的情況，按照健保六區(台北區、北區、中區、南區、高屏區、東區)在 108 年到 109 年間來分析其結果: 照顧病人數及就醫次數如「表 1」，其中北區(桃園市、新竹縣、新竹市、苗栗縣)其執行中醫居家的人數為零，同一時間 108 年該區的人口約為 378 萬人。108 年依照照顧病人數來分第一名到第六名分別為、台北區、東區、南區、中區、高屏、北區。依就醫次數來分第一名到第六名分別為東區、中區、台北區、南區、高屏區、北區。109 年前 2 季，依照照顧病人數來分第一名到第六名分別為、東區、中區、台北區、南區、高屏、北區。依就醫次數來分第一名到第六名分別為南區、東區、中區、台北區、高屏區、北區。合計中醫居家開辦一年期間之照顧病人數 407 人及就醫次數 1803 人次。我們也發現東區申報的人數跟申報的人次與每人平均費用跟其他區有所不同，這是否跟申報模式不同有關係？需要更多的資料才能驗證。

表 1. 中醫居家醫療

	人數	人次	金額	人次花費金額	每人費用
腦血管疾病	69	243	1,962,348	8076	28440
失智症	50	343	1,807,232	5269	36145
帕金森氏症	18	111	522,694	4709	29039
心臟相關疾病	8	76	254,914	3354	31864
關節相關疾病	3	12	219,719	18310	73240
小計	148	785	4,766,907	6072	32209
其他	260	1018	5,035,080	4946	19366
總和	407	1803	9,801,987	5436	24084

目前依據健保署支付標準，中醫居家醫療含中醫師訪視費(次)1553 點，山地離島地區中醫訪視費(次)1709 點，另得申報論量項目如:針灸費用 227 點及複雜性針灸費用 307 點，每日

藥費 37 點。其中規定中醫師訪視費用包含診察費(含傷科指導)、處方、護理、電子資料處理及行政作業成本等費用。統計其醫療耗用情形，顯示每月每人平均費用其結果如「表 2」:分析其結果以東區申請費用率為 53.91%最高，依次為南區 17.06%、中區 14.97%、台北區 11.96%、及高屏區 0.02%。在中醫居家剛開始的時候以台北區所佔的比率最高，但在 109 年的第一季與第二季東區申報的點數迅速增加，在一年的觀察顯示其申報的費用已超過所有中醫申報總額的一半。

表 2. 中醫居家醫療前五大疾病

	人數	人次	金額(萬元)
腦血管疾病	69	243	196
失智症	50	343	181
帕金森氏症	18	111	52
心臟	8	76	25
關節	3	12	22
其他	259	1018	507
總和	407	1803	980

中醫居家醫療的常用疾病種類 ICD-10 的分析:我們採用健保申報的主要診斷碼為依據，中醫居家醫療剛開始申報時，依申請費用的多寡依序排列，分別為失智症(F0390)、缺血性心臟病(I259)、帕金森氏症(G20)、非創傷性硬膜下出血(I6200)、其他腦血管疾病 (I6789)、腦梗塞(I639)、多發性骨關節炎 (M159)、非特定性非顱內出血(I619)、慢性結膜炎(H1040)、原發性高血壓(I10)。但是 109 前二季的十大排名卻是:失智症(F0390)、腦梗塞(I639)、其他腦血管疾病 (I6789)、帕金森氏症(G20)、未指名的痴呆伴行為障礙(F0391)、非特定性非顱內出血(I619)、急性和亞急性感染性心內膜炎(I330)、膝蓋疼痛(M2556)、未明確腦血管疾病 (I679)、半球,皮質下非創傷性腦出血(I610)。進一步將相類似的疾病系統合併後發現，中醫居家實施一年間的前五大疾病健保申報點數，分別是腦血管疾病、失智症、帕金森氏症、心臟血管系統疾病、關節系統疾病，而且將這五大疾病之就醫人數、就醫次數及醫療費用分析如「圖 1」。其申報費用約佔所有中醫居家費用的五成。

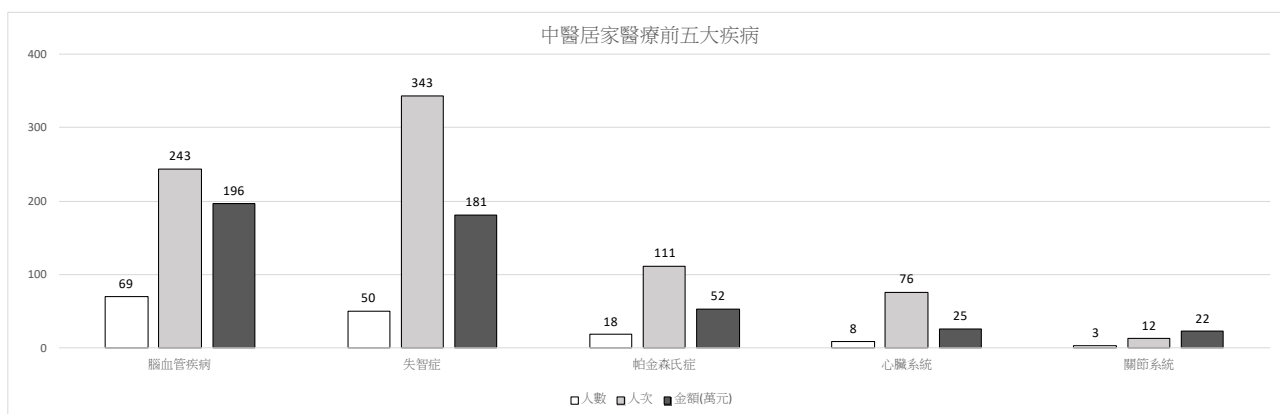


圖 1. 中醫居家醫療前五大疾病

中醫居家醫療與西醫居家醫療的比較分析: 依據健保會 109 年評核報告 7 資料顯示:105 全年累計照護人數為 7675 人，106 年人數為 32759 人，107 年為 57750 人，108 年全年累計照護人數為 66055 人，然而中醫 108 年開辦前半年為 105 人，109 年則為 302 人。中西醫居照護人數的比較如「圖 2」。

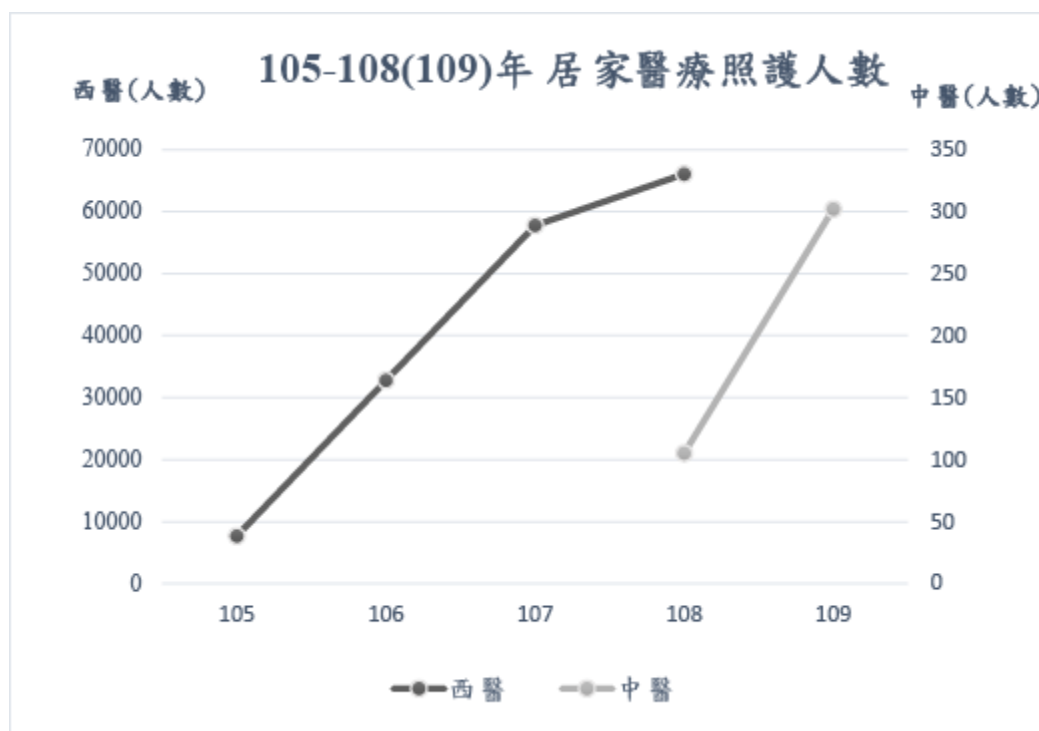


圖 2. 105-109 年中西醫居家醫療照護人數

討 論

(一) 現行居家醫療面臨的問題：醫師提供到宅服務依健保署要求，除了需要攜帶簡易醫療器材，還需準備健保 IC 卡專屬讀卡機、筆記型電腦、網路設備及備用電池。若是患者住家無電梯或地處偏僻網路訊號不良等，會增加醫師的行政作業難度，讓診治時間壓縮，費用申報手續及醫師擔心申報被核刪，醫療服務及醫事人力的使用增加，不符成本等狀況。

中醫居家醫療在 108 年下半年開始實施，除了遭遇西醫居家醫療同樣的問題外，還因收案須經西醫師事先評估後才能收案，且須組成中西醫團隊，並需要有二十四小時專線電話接聽個案狀況，申報費用需申報軟體公司配合且軟體開發費用，需要院所自付，中醫基層醫療院所或因收案不易或因成本考量，目前執行這種專案的並不多。

(二) 中醫居家醫療與現行制度: 中醫居家醫療應該視為是中醫門診的延伸，中醫百分之九十是基層診所，比目前任何一個西醫專科更貼近於民眾生活。先前中醫居家醫療設計之初，中醫收案須經居家西醫主治醫師整體評估病人需求後連結服務；院外醫師配合出院準備服務到醫院評估病人居家醫療需求。這種模式中中醫要收案並不容易，因為長久以來西醫對中醫了解並不多，甚至負面印象大於正面，所以收案很難達成讓中醫參與。中醫目前

在台灣的年就醫率約 30%左右，民眾對於中醫醫療的認知並非完全清楚，大多不曉得中醫能做甚麼？中醫可以幫忙居家做出甚麼醫療服務？根據目前健保署 108 年公告，新增夜間及例假日緊急訪視加成針對生命徵象不穩定、呼吸喘急、持續未改善等 8 項適應症，醫師(不含牙、中醫師)、護理人員及呼吸治療師之夜間及例假日緊急訪視，加成 40%-70%，也排除中、牙醫師，也說明了中醫緊急醫療處置仍不被現行制度所接受。

至於中醫居家的收案條件，除依據健保署相關規定外中醫居家應可以開放，包含日間照護中心、及長照相關機構(常照 C 據點)。中醫居家醫療應可以先使用西醫所列之失智症(CDR 大於 0.5 以上)、腦血管意外相關疾病、糖尿病相關併發症、非創傷性腦出血、帕金森氏症、維生裝置及機械依賴等診斷病症⁸。

先前文獻顯示中醫居家醫療收案對象前十名分別為：失智症、腦血管疾病後遺症、本態性高血壓、第二型糖尿病、腦梗塞、其他腦血管疾病、帕金森氏症、維生裝置及機械依賴、高血壓性心臟病、非創傷性腦出血等十大病症⁸。參考健保申報資料中之申請點數以腦血管相關疾病，失智相關疾病，帕金森氏症，心臟疾病相關疾病，骨關節系統相關疾病，其申報費用佔全部申報總數 50%以上，可見其重要性。

(三) 中醫居家目前困境之解決方案：

台灣目前中醫師在 109 年統計約有 7500 位，每年約有 350 位醫學院中醫系學生畢業考取醫師執照，後再經 2 年開業醫師訓練，這群生力軍都接受過現代醫學的訓練，而且中醫界也在推動中醫師專科醫師制度，台灣長照醫學會也成立中、西、牙三種醫師為主體之長照專科醫師，給目前已經在開、執業的中醫師一個同時可以接受現代醫學與傳統醫學的進修方式，訓練居家醫療為主的醫師照護需要居家醫療的病人，可以解決中醫師自行收案時所衍生的照護評估能力的問題。

健保署參考內政部自然人憑證使用之一般型讀卡機，技術日漸成熟及成本合乎需求，所以自 2018 年 3 月 15 日起，開放健保特約醫療院所，可選擇將健保專屬 IC 卡讀卡機改為一般型讀卡機，並將安全模組卡雲端虛擬化。自此三卡交互認證，則由兩台一般型讀卡機串聯執行。醫師看診時，僅需插上醫事人員卡與病人健保 IC 卡即可，減少醫師看診作業時間。同時也可以減少醫師購買讀卡機的成本，提供相對誘因⁹。

中醫師全聯會應整合目前中醫看診軟體廠商及健保署各分區業務組提供優質及價廉物美的申報費用方式；而且中醫內部之審查機制也須對居家醫療重新審視其合理性與核刪要件，讓有意願的中醫醫療院所與醫師不致因成本因素而對中醫居家醫療卻步。

中醫師團體及學術單位提供更多元化的中醫居家醫療新方法，提出合理有效的實證基礎，並與健保署協商中醫特有的居家醫療項目之支付標準，中醫師更應參與居家醫療相關的訓練並取得資格，也須主動分享臨床實務經驗。中醫師也不應獨立作戰，需要主動組織整合型團隊，配合政府分級轉診制度之規劃，與區域教學醫院、醫學中心合作連結，主動發現病人狀況適時轉診，讓病人接受最適切的醫療照顧。

中醫師在台灣的醫療體系中扮演照護民眾健康角色的一份子，與民眾的生活甚至有更緊密互相依存的關係。中醫師加入安寧緩和醫療中，不僅可以建構更多元的照護團隊，也能產生協同加分的效果¹⁰。中醫師偕同西醫師、護理師、藥師等居家醫療團隊出訪，同時進行病患體質資料收集，至 108 年 3 月中為止，針對家訪病人資料進行分析，發現以國際疾病分類

標準歸類，循環系統類疾病比率最多，其次是消化系統類、肌肉骨骼系統與結締組織類疾病，再其次是精神（心智）與行為疾患類、內分泌營養與(新陳)代謝類及神經系統類疾病⁸；但是在中醫內部健保申報資料調查顯示其排名略有不同，這可能跟中醫師對 ICD-10 病名的申報技巧與熟悉度不同有關。針刺可以有效的控制居家醫療中的病人的血壓值¹¹，針刺也可以降低二次中風的可能性¹²，針刺對缺血性中風的綜合分析研究中也強調針刺是安全有效的治療方法¹³，對於中風病人文獻顯示有針灸或接受傳統中醫藥治療的病人會降低失智症發生的危險¹⁴。近來的研究也發現台灣失智患者有使用傳統中藥來預防其惡化¹⁵。現代醫學的實證醫學模式研究在介入安寧護理照護之後可以減少病人的急診使用率¹⁶；中風後認知功能缺損的病人施以中醫治療也可降低急診與住院的使用¹⁷。

另外，中醫可利用特色體質分析、辨證論治等方法，有別於西醫來給予居家病人做診斷治療⁸。中醫在居家醫療使用傳統中草藥、現代科學中藥、外用藥膏、針灸治療、傷科推拿、芳香療法、五行音樂療法等、來針對特別病人做適切的治療。同時在失智症初期或大手術後、腦血管意外後，需要復健之病人給予華佗五禽戲、八段錦、太極拳等運動鍛鍊，讓病人能延緩失能、加速身體功能恢復。

現階段中醫執行居家醫療可行的模式，應結合中醫團體目前推行之開業醫師訓練計畫，中醫教學醫院、主訓診所、共訓診所等資源，組成中醫居家醫療團隊，其成員包括：診所 1-2 位主治醫師以上、含 PGY1-2 年之主訓教學診所、區域級以上中西醫教學醫院以及護理人員、醫務管理行政人員等；結合在地社區中、西、牙醫療資源及地方長照資源，導入傳統中醫預防醫學的實際做法給社區的日照中心、長照 C 據點、里民活動中心等。教導民眾西藥、中藥、健康食品、食品、食物之間的交互作用、相互影響、使用宜忌等等。中醫的居家醫療除了中醫現有的體質量表分析、舌診儀、脈診儀、生物能量檢測裝置等，仍需導入現代科技化醫療技術，生理訊號監測、遠距傳輸設備等即時掌握個案的狀況，確保醫療品質。

結 論

中醫居家醫療才剛開始，其利用率仍不到中醫一般門診的就醫率，顯示中醫居家醫療被低估，還有努力的空間。其中分配亦不同現行的分區預算分配模式。和西醫目前之居家醫療與家庭醫師制度間有何差異？現代醫學的實證醫學研究模式在中醫介入照護之後是否可以減少病人的門診率、急診率、住院率、改善照顧者的壓力等，都有賴此中醫特色居家醫療模式實施後累積足夠樣本數來分析研究統計，驗證其可行性及有效性。

中醫傳統以全人醫療為主體之居家醫療，能給予病人醫療也能照護。在治療病人的同時，提供醫療照顧者減輕壓力的中醫養生的方法，教授照顧者在非醫療時間能主動幫忙病人穴位按摩、經絡按摩等方式讓病人能接受更完整的照護。

參考文獻

1. 黃勝堅：社區居家醫療新思維：關懷信任與價值，走向雲端-病醫雙贏，健保改革日記，台北，2019；388-90。

2. 邱泰源：邱泰源立法委員/理事長序，走向雲端-病醫雙贏，健保改革日記，台北，2019；24-5。
3. 余尚儒：在宅醫療從 cure 到 care，天下文化出版社，台北，2017；73-5。
4. 余尚儒：日本在宅醫療中居家護理的角色，護理雜誌，2018；65(1)：11-6。
5. 黃煌雄，江東亮：第三波健保改革之路，天下文化出版社，台北，2020；284-6。
6. 衛生福利部中央健康保險署：全民健康保險居家醫療照護整合計畫。
file:///C:/Users/user/Downloads/20(2).pdf。
7. 衛生福利部中央健康保險署：108 年度全民健康保險各總額部門執行成果報告，非屬各部門總額支付制度範圍之服務；378-80。
8. 趙品論，黃奎佑，許中華：中醫居家照護病患之病種、體質及可行性之敘述，中醫內科醫學雜誌，2019；7:1-12。
9. 林寓煥，徐雄志，林寶鳳，李純馥，劉玉娟：讀卡機變身簡易型、省錢又便利，走向雲端-病醫雙贏，健保改革日記，台北，2019；391-5。
10. 陳建宏，許中華：中醫師在安寧緩和醫療的角色和展望，北市醫學雜誌，2015；12:168-72。
11. Huang KY, Huang CJ, Hsu CH. Efficacy of acupuncture in the treatment of elderly patients with hypertension in home health Care: A randomized controlled trial. *J Altern Complement Med.* 2020; 26(4):273-81.
12. Shih CC, Liao CC, Sun MF, Su YC, Wen CP, Donald E, Morisky, Sung FC, Hsu CY, Lin JG. A retrospective cohort study comparing stroke recurrence rate in ischemic stroke patients with and without acupuncture treatment. *Medicine (Baltimore)* 2015; 94(39): e1572.
13. Li L, Zhang H, Meng SQ, Qian HZ. An updated meta-analysis of the efficacy and safety of acupuncture treatment for cerebral infarction. *PLoS One.* 2014 ;9(12): e114057.
14. Shih CC, Yeh CC, Hu CJ, Lane HL, Tsai CC, Chen TL, Liao CC. Reduced dementia in non-hemorrhagic stroke patients received acupuncture treatment: A nationwide matched-cohort study from Taiwan's National Health Insurance Research Database. *BMJ Open.* 2017;7(6): e013638.
15. Lin SK, Tsai YT, Lai JN, Wu CT. Demographic and medication characteristic of traditional Chinese medicine users among dementia patients in Taiwan: A nationwide database study. *J Ethnopharmacol.* 2015; 161:108-15.
16. Rinku S, Lisa B, Seow HY. Palliative homecare is associated with reduced high-and low-acuity emergency department visits at the end of life: A population-based cohort study of cancer decedents. *Palliat Med.* 2017;31(5): 448-55.
17. Shih CC, Yeh CC, Yang JL, Lane HL, Huang CJ, Lin JG, Chen TL, Liao CC. Reduced use of emergency care and hospitalization in patients with post-stroke cognitive impairment treated with traditional Chinese medicine. *QJM.* 2019;112(6):437-42

New Model of Traditional Chinese Medicine Home Health Care in Taiwan

Shao-Chang Ho^{1,5*}, **Ying-Chief Huang^{1,6}**, **Kuan-Jen Chen^{1,7}**, **Ching-Yao Chang^{2,8}**,
Jiun-Liang Chen^{3,4}

¹Taoyuan Chinese Physicians Association

²Association of Chinese Medicine and Pharmacy Quality

³Department of Traditional Chinese Medicine, Linkou Chang Gung Memorial Hospital

⁴Department of Traditional Chinese Medicine, Chang Gung University

⁵Ansheng Chinese Medicine Clinic

⁶Mingyi Chinese Medicine Joint Clinic

⁷Fengze Chinese Medical System

⁸Executive Director of Traditional Chinese Medicine Association

The home health care was begun at 2016 in Taiwan. The Traditional Chinese Medicine (TCM) has its unique, effectiveness and lower cost. Although it is suitable for holistic health care system, but the home health care using TCM won't accepted and paid by national health insurance until 2019 . Its difficult to do the current model for the TCM physicians, because the team of home health care must include hospital physicians, nurses, pharmacists, social workers, etc. Descriptive study method was used and the statistical data from the public information on the internet. According to this research we found that 403 patients,1803 visits accepted TCM home health care and spent nearly ten million NT dollars during a year (2019-2020). In 2020, the Department of Traditional Chinese Medicine, Ministry of Health and Welfare provided funds to establish a new model for integrated TCM to serve the future home health care. This research project also hope to form a feasible community and preventive medicine.

Keywords: TCM, home health care, new model

