PG9603-0324A (128頁)

計畫編號：第一年 DOH95-TD-M-113-079-(1/2)

第二年 DOH96-TD-M-113-018-(2/2)

行政院衛生署九十五年度科技研究計畫多年計畫

計畫名稱：社區醫療群長期照護模式的發展與推廣

全 程 研 究 報 告

執行機構：台北醫學大學

計畫主持人：莊坤洋

協同主持人：徐惠松、莊美幸

研究人員：陳儀璘、賀萌、石博文、張原道

執行期間：95 年 1 月 1 日至 96 年 12 月 31 日

＊本研究報告僅供參考，不代表本署意見，依合約之規定：

如對媒體發布研究成果應事先徵求本署同意＊

目　　錄

頁碼

封面

目錄

計畫摘要

本文

第一章　前言　1

第一節　研究動機　1

第二節　文獻綜合整理　4

第二章　實施方法及進行步驟　14

第一節　研究設計　14

一、　第一年的工作項目　14

二、　第二年工作項目　17

第二節　第一年研究過程　22

一、　成立工作團隊　22

二、　辦理教育訓練　22

三、　建立服務提供模式與後續修改、製作量表　23

四、　建立服務資源網路及轉介機制　24

五、 服務模式的推廣與執行 24

第三節 第二年研究過程 25

一、 持續的提供醫師到宅看診服務 25

二、 收集個案特質的評估資料 27

三、 進行個案滿意度分析及焦點團體深入訪談 28

四、 修改、製作「醫師到宅看診模式說明」 29

第三章 結果 30

第一節 分析探討未滿足就醫需求之老人的情況 30

第二節 宣傳方式-宣傳單張與網站 32

第三節 醫師到宅看診服務模式細節描述 33

第四節 服務提供次數 38

第五節 個案特質量化分析 40

第六節 個案滿意度分析 48

第七節 焦點團體深入訪談討論 57

第八節 到宅看診程序說明書 71

第四章 討論 72

第一節 行政程序層面 73

第二節　醫療與服務層面 77

第五章　結論與建議 82

第六章　重要研究成果及對衛生署之具體建議 83

參考文獻 84

附件 88

一、宣傳單張 88

二、網站介面 89

三、滿意度問卷 90

四、操作手冊(另附頁碼) 91

圖 **頁碼**

圖一：服務流程圖 27

圖二：收案人數累積圖 38

圖三：出診次數累積圖 39

表 **頁碼**

表一：教育訓練課程 23

表二：有就診困難之原因分析 31

表三：基本特性分布百分比 44

表四：主要照顧者基本特性分布及百分比 45

表五：罹患疾病排序及分布百分比 45

表六：用藥狀況及分布百分比 46

表七：輔助器材分布百分比 46

表八：就醫狀況分布百分比 46

表九：各項身體功能 47

表十：滿意度問卷量化分析 55

表十一：個案特質、看診醫師與滿意度之交叉分析 56

表十二：受訪者基本資料 57

計劃摘要

關鍵詞： 社區醫療群，長期照護，醫師訪視

為了改善有長期照護需求者的看診需求與照護品質，行政院衛生署 95 年核定「社區醫療群長期照護模式的發展與推廣(以下簡稱本計畫)」(95/1/1~96/12/31)結合社區醫療群，建立一到宅看診模式。服務對象為有就醫困難者，包含有行動不便無法出門，無人陪伴就醫，且不符合目前全民健保居家護理給付條件的個案。本計畫期間為兩年，第一年為建立模式並開始提供服務，第二年進行服務評估。

本計畫於第一年針對行動不便的居家個案，設計了一套醫師到宅看診服務的模式，包含有收案機制，服務內容，服務所需之耗材，服務流程，相關之人力配置，資料收集機制，病例管理方式，轉介對象等。在建立完模式後，既開始提供服務，在 96 年 10 月底結束提供服務時，總共收案 47 人，服務人次已經達到 196 人次。所有接受服務的個案均因為無法出門而未得到所需要的看診服務。

整體上，社區醫療群醫師的長期照護服務模式是可行的，且對社會具有重大貢獻，能針對行動不便有長期照護需求者，提供他們所需的看診服務。但模式的推廣，則還需要相關的評估，且在制度面上，也需要做適度的修改，讓診所醫師有出診的動機。隨著人口老化與失能人口的增加，未來會有更多的失能老人無法得到看診服務，政府應及早因應，建立起有效的服務模式。

第一章　前言

第一節　研究動機

一、滿足民眾對於長期照護的需求

隨著人口結構的快速老化，身心障礙或衰老的人口急劇增加，民眾長期照護的需求將更形迫切。各體系、專業所提供之零碎、片段、不連貫的服務模式，亦促成急性醫療和長期照護無法連結的窘境，更導致醫療資源的浪費；而這些缺失在社區式的服務體系下更為突顯，因為被照顧者散居各地，提供服務的各類專業，未能整合配套進行服務，其所引發的問題將更形嚴重，造成民眾不便、服務品質低落、與服務成本的上揚。綜上所述，在台灣人民長期照護需求的激增下，為改善與解決上述困境，政府在近年來開始發展長期照護個案管理與跨專業服務模式。在長期照護領域中，照顧管理起源於 1970 年代早期，是透過評估、擬定照顧計畫，以居家及社區為基礎，協調與安排各專業服務，協助有長期照護服務需求的案主獲得適當的服務(Diwan, 1999)。Allen, N.E., & Meduna , E.於 1999 年指出以跨專業團隊模式中，引入個案管理模式對病患及家屬是最有益的。團隊以整合專業及合作的方式進行，目的是為了維持病患最理想的身心功能，其他包括減少再住院，促進連續性之生活品質，及減少病患從長期照護系統間反覆進入急性醫療系統運輸過程間的人力成本。他對病患進行調查研究，發覺有使用跨專業團隊模式中個案管理的病患，再住進急性醫院的機率下降，病患死亡率也有下降。

二、整合跨領域長期照護團隊

為進一步澄清跨專業照護模式中各專業的範疇及分工情況，行政院社會福利推動小組長期照護專案小組，曾召開一系列跨專業座談會，進行跨專業團隊服務模式之建構規劃工作，希望能在各專業的對話之下建立共識，釐清各專業的角色與功能，建立分級轉介模式。與會專家學者含括醫學、護理、物理治療、職能治療、營養與社會工作等六個領域。在醫學專業方面，將醫師在長期照護體系中主要功能定位為：疾病之診斷、處方，並提供諮詢與指導，作為整個照護團隊的後盾。由受過特殊訓練的家醫科醫師擔任長期照護體系最源頭的照護等級分類工作。服務內容主要為醫療部分的主治、滿足照護部分的醫療需求（護理、物理治療及職能治療），以及針對服務對象複雜的醫療需求，協調整合專業團隊提供服務。醫師在長期照護體系中扮演著重要的角色，加強醫師在長期照護的投入，實為一重要施政方向。

三、發展社區醫療群醫師的功能

衛生署於 2002 年 7 月在北中南分別執行社區醫療體系先導計畫，推行全人照護之家庭醫師制度試辦計畫，成立社區醫療群，為當地社區民眾提供各種急慢性疾病之照顧及轉診服務。中央健康保險局所推動的「全民健康保險家庭醫師整合性照護制度試辦計畫」，就是由同一地區的健保特約西醫基層診所約 5 至 10 家，與該地區的健保特約醫院共同組成「社區醫療群」，以群體力量提供周全且持續性的基層醫療服務。健保局表示，在地方合作醫院與社區基層診所的配合下，截至 93 年 9 月份，全台灣已有 223 個社區醫療群開始運作，為每一個加入社區醫療群的家庭會員提供持續而且完整的醫療照護，以及 24 小時緊急電話諮詢

服務；特別是慢性病連續處方箋的開立，民眾經過醫師診斷後，將可就近在社區醫療群的診所取得，對於家中有慢性病患者或是老年人的家庭會員而言，的確是一大福音。截至 93 年 12 月底，全國已有 269 個社區，推動此項試辦計畫，投資額共計達 6 億元。截至 94 年 6 月，加入社區醫療群的診所有一七六五家，醫師數一八一一人，分別佔全國診所和醫師的十七%及十五%。

經過歷年的努力，社區醫療群已經逐漸成長，應該將其功能擴大，讓醫療群能更深入的走入社區，對就醫不便者，尤其是有身心功能障礙的老人，提供更便利的服務。建立一個社區醫療群的長期照護模式，在台灣人口急速老化的時候，將有助於提升照護品質，與降低醫療費用，同時也能提供另一誘因，吸引更多的醫師加入醫療群的行列。

四、醫療群醫師長期照護發展的目標

隨著醫療群功能的成長，同時為了滿足民眾的就醫需求，計劃發展社區醫療群的長期照護模式，並評估此模式對有長期照護需求的個案在其健康、生活品質、與醫療資源使用的影響。第一年先了解並分析長期照護與醫療群的現況後，再納入醫師與實際經由醫療群醫師看診的個案及家屬的建議後，修改模式內容，並進行推廣。最終目標在於提升照護品質及民眾就醫的可近性、降低醫療費用並推廣家庭醫師的制度。

第二節　　文獻綜合整理

近年來，西方國家的居家照護不斷的成長(Knight & Adelman, 1991)，以美國人口老化來看，85 歲以上的老人是老人族群當中成長最快的一群，所以醫生們的專業知識，對於老人失能或生病的全面性照顧來說是很重要的(Virginia L.Maucb & RN, 1994)。居家照護的模式近年來有很顯著的改變。居家照護發展為以經濟利益為取向，且居家照護的模式也有些微的革新。相對於居家照護的成長，雖然相較於半世紀前醫師的家訪次數有增加，但所佔醫師與病人接觸的比例卻從 1930 年的 40%下降到 1950 年的 10%。到了 1989 年，醫師到宅看診只佔所有看診的 0.6%(Meyer & Gibbons, 1997)。但到宅看診是必須的，如果家庭醫師想要保留這項快速成長的健康照護的領導角色，就必須參加醫師到宅看診服務以提供給居家病人適當的照顧 (Knight, Adelman, & Sobal, 1989)。同時為了發展中的遠距醫療及視訊看診，重新開始提供醫師到宅看診是帶領醫師返回居家照護的重要關鍵(Petter A.Boling, 2007)。在 1995 年由三位住院醫師發展出來的 Mount Sinai Visiting Doctors 計畫(以下簡稱 MSVD)，提供紐約東哈林區的居家病患照護的協助。在過去的十年裡，這項計畫發展到 2005 年為止，已經成一個國家級的大型學術居家照護計畫。目前有 12 位醫師(6.2 名為全職)，一名護理師。全職的醫生和護理師在一週的工作可以分成四個部份。典型的一個部份就是從早上開始，持續四到五個小時，拜訪五到六位個案，每年可服務超過 1000 名個案。MSVD 用病人所需的服務等級做優先順序的排序，提供者基於緊急性及地理位置由管理師安排計畫，早期訪查時做整體的生化指標測量，並由病人或照護者或兩者提供病史，接著做全身性的身體檢查及機能檢測。依其嚴重

性每 4-8 週給病人 PCP。加入 MSVD 的病人來自醫院及診所、私人醫師、家庭健康機構、社區服務機構和照護者。主要的病況是痴呆、虛弱、中風、心血管疾病、和拒絕看醫生的。所需的資格主要是離家困難並且是短期的，且須住在曼哈頓，18 歲以上，但財經狀況及保險不是問題(Smith, Ornstein, Soriano, Muller, & Boal, 2006)。

另一種以醫師為根基的居家照護計畫(Home Care Program, HCP)正在被推行。此計畫的工作團隊由一位主管、住院醫生、護理人員、社會福利工作者及牧師所組成。計畫利用住院醫生的休閒時間進行居家訪視(House Calls)，而病患、病患的家屬及其他專業醫療人員也可協助居家照護。計畫所需的藥物、儀器及其他補給品可藉由醫院或是簽約的廠商所取得(Mims, Thomas, & Conroy, 1977)。而在美國，大多的醫師對到宅看診的態度表示肯定、同意到宅看診對病患來說是有幫助的(Ingram, O'Brien-Gonzales, Main, Barley, & Westfall, 1999)。有超過一半的醫師願意提供到宅看診的服務，他們認為到宅看診讓醫師能直接看到病人的照顧環境，在其環境下和照顧者溝通，如此更能了解病人的狀況，也可增進醫病關係，更能協助家屬做重大的決定(Swan, Mahoney, & Hunter, 1991)。

在到宅看診的對象方面，多為老年病患、癌症病患、外傷病患、不方便到院治療的病患(Ingram et al., 1999)。因為這些人無法輕易的離開他們的家，使得他們突然發生急性問題時，無法得到正規的醫療照顧，或是需要到急診室(Ranjit et al., 2004)。甚至許多的慢性病人生病時，無法承受交通往返時可能造成的傷害(Burton, 1985)。

如果無法提供年長的慢性病人所需要的健康照護，他們將成為急診的常客(Rita Rubin, 2006)。以英國的到宅看診分析發現，年齡與到

宅看診的需求呈現"J"型的分布，0~4 歲：15~24 歲：85 歲以上對到宅看診的需求，約為 5：1：30。此外，性別也有差別；女性使用的頻率在各年齡層大多高於男性使用的機率。這項分析同時也指出各年齡層接受到宅看診服務的最主要的原因皆是呼吸系統的問題，另外感冒、身體不適等症狀在各年齡層中也都佔有一定的比例(Aylin, Majeed, & Cook, 1996)。甚至有研究指出，到宅看診的診斷中，偶發的發生症狀占了所有診斷的 2/3。對於老人，如果沒有醫師提供到宅看診的照顧，這些情況可能會造成更多的問題(Demelker, Vandervelden, & Kuyvenhoven, 1995)。顯示出家庭醫師在到宅看診的服務提供上，占了很重要的地位。家庭醫師在居家看診中扮演了重要的角色，能滿足病人的需求並改善病人的滿意度。也居家照顧的成長使得醫師們重新對居家看診感到有興趣。由於發現居家照顧中許多的需求與醫師息息相關，並相信醫師居家看診是照顧這些病人最適合的方式。影響了健康照顧市場的發展包含了有醫師間對病人的競爭、醫師在居家照顧上的訓練需求，還有增加醫師對居家看診的興趣(Meyer et al., 1997)。在英國，家庭醫師約有 10%的診次是到宅看診，對象仍是以小孩及老人為主(Aylin et al., 1996)。而美國的研究，也發現家庭醫學專科醫師比內科跟小兒科醫師從事到宅看診的比例較高，且醫師們認為到宅看診除了可以提高病人的滿意度，還能達到自我實現的理想，也同意到宅看診在提供全面性的照顧上是很重要的，並願意承擔到宅看診所可能增加的風險時，醫師較有可能願意提供到宅看診(Adelman, Fredman, & Knight, 1994)。

在居家護理的推行中，病患醫療的問題有顯著的改善與控制，且住院、急診以及門診的使用率皆有下降。而居家照護計畫的花費皆少於門診病患及住院病患的服務花費，在此皆證明了此計畫對於大都市

的居民而言是一種更具益處及經濟成本效益的醫療服務(Mims et al., 1977)。相同的，在家接受到宅看診的病人所使用的醫療費用相較住院病人為低(Ranjit et al., 2004)。一個具代表性的實驗性研究發現，當沒有醫師到宅看診的組別住院率上升的同時，有獲得醫師到宅看診的組別住院率卻沒有改變。另外，有獲得醫師到宅看診服務的組別對於社會活動的參與頻率較高。這項研究結果支持基層醫療群的合作能夠有效的減少醫療制度的浪費，以及維持有慢性疾病老人的健康狀態(Sommers, Marton, Barbaccia, & Randolph, 2000)。在許多方面，醫師的角色不同於其他專業人員。在傳統的醫療中，診斷、治療以及個案狀況的評估是眾所皆知的，而以另一種角色來說，醫療體系中的領導協調關係能確保適當的健康照護的傳送。今日，醫生們強烈被要求要成為提供直接健康照護團隊的成員(Virginia L.Maucb et al., 1994)。將醫師的角色加入居家照護的團體中，可以領導居家照護，統合各醫療資源的連結，更加的了解病人的基本功能能力，有效的監督其他專業的照護(Knight et al., 1991)，有助病人的照護品質(Karen Farris, 2005)。所以醫師可以是居家服務(eg.社工、營養師等)的良好領導者，並帶來好的健康程序(Burton, 1985)。醫師對居家照護科技的介入，也擔任評估的角色，在世界各國，高科技居家照護(HTHC)的評估有不同的評價結果方式。而其中一種是居家呼吸治療(HMV)。居家呼吸治療在不同的健康照護制度中發展也不同，科技評估的方法及組織研究設計與評價亦隨著不同國家而有差異。但醫師的行為是醫療科技使用的重要決定因子。因此，醫師在居家照護技術評估中扮演極為重要的角色(Goldberg, 1994)。

另外，醫師到宅看診可提供在診所或醫院無法得到的重要資訊，也可以評估病人的生活環境病，以及評估病人是否有自我照護的能力

(Burton, 1985)。像是在英國的到宅看診發現： 49%的有虛弱的老年人的家庭幾乎耗盡一切，41%的人無法在家得到需要照顧，23%在家有意外傷害的危險，23%的使用藥物沒有經過醫師的指示(Sankar & Becker, 1985)。

而觀察病人在家裡的環境可以提供重要的線索(ex.宗教活動、運動活動等)，並可以幫助醫師了解個案遵從醫療及健康照顧的情況(Arcand & Williamson, 1981; Loudon, 1988)。生病的情況下，沒有醫師可以提供看診是風險提高的重要因素(Marsh, 1991)，精準的瞭解生活方式及詳情對於診斷是非常重要的(Woodward, Douglas, Graham, & Miles, 1990)，然而在病人家屬代為表達的情況下，可以得到關於環境及家庭成員因素的訊息太少，進而影響醫師對病人情況的瞭解。一個綜合性的家庭評估提供了關於疾病及居家環境的重要資料。有計畫的收集完整的資料需要包含各方面的資訊，例如：個案活動的狀態、營養的情形，包含水分的攝取及食物的保存，其他還有：住宅的環境、社交生活的支持、藥物的使用及各項體檢等(Knight et al., 1991)。

同時，到宅看診使得醫師成為良好的諮詢及教育的角色，也使得醫師的角色更為人性化、接近病人，而病人通常也都很歡迎醫師到家中來。因此整個過程當中，除了建立良好的醫病關係(Burton, 1985)，也減少了照顧家庭的經濟與心理壓力(Muramatsu & Cornwell, 2003)，提供情感上的支持，減少病人及家屬出院後被遺棄的感受(Knight et al., 1991)。

總結以上各種情況，醫師提供到宅看診的好處包括有下列各點：

1. 減少急診的使用情形

2. 減少住院的時間，進而減少健康照護的費用。
3. 幫助病人得到照顧，當他們行動不便，或無法自行到醫師診所時。
4. 增加居家健康的建議。
5. 分擔社區醫師的工作負擔。
6. 提供連續的照顧。
7. 提供安全、良好的照顧給病人。

為了達到上述目標，第一步就是評估、建立整個執行過程(Ranjit et al., 2004)；第二步是提供到宅看診的基本設備，即使在不好的狀況下，像是光線不足、嘈雜的情況、骯髒的環境中，醫師也必須做好準備，帶著所需要的用品，例如：溫度計、聽診器、血壓計、耳鏡及眼底鏡、手套、壓舌版、潤滑液、檢體收集盒及藥單等。有時甚至需要檢查血糖或心電圖等。有效的設備有助於縮短居家訪診的時間，以達到最佳效益(Knight et al., 1991)。

一般來說，模式的建立通常包含了以下三個階段，第一階段是模式的建立和設計，第二階段著重此制度之執行、挑戰、可能面臨的障礙、評估等。第三階段為制度的強化、修正、對於過程的評估及提供學習的資訊之最後評估(Korabek, Slauenwhite, Rosenau, & Ross, 2004)。醫師到宅看診可分為到機構內探視住民，與到個案家中看診兩種模式。居住在護理之家居民的異質性、醫師所關注的情況不同，都會使醫師對於病患照護的評估更顯複雜及挑戰。當診療的病人居住於護理之家時，醫師除了要著重治療多種的慢性病外還要關心其家族成員的影響(Ouslander & Osterweil, 1994)。醫師也應該整合各領域的團隊，成員包括護士、復健治療師、社工人員、和其他相關人員。利

用觀察、面談及調查資料的方式，從社會學角度分析在居家健康照護中醫師和護士間關係。結果顯示，居家照護的護士比醫院中的護士提供更多的基礎醫療照護角色，且當醫師給護理師較多自主性時，雙方發生衝突的機會較少(Marrone, 2003)。

在加拿大 Calgary 的健康局 2000 年的老年照護計畫中，整合所有老年服務的計劃。目標是發展一個家庭醫師和社區照護機構間可持續合作的管道。第一階段為設計和模式的建立，第二階段為計畫的執行，挑戰，障礙，評估，學習和達成目標的時程，第三階段為計畫之強化，修正，過程的最後評估和訊息的傳播。其中計劃開始和執行的階段，包括了研究對象的選擇、教育課程、合作關係的演變和評估框架的發展。而執行結果同樣也是認為研究對象對此服務模式有較高的滿意度，且有意願持續參與(Korabek et al., 2004)。然而在建立模式的過程中，不免遇到一些現況的阻礙，下面我們將回顧文獻中所發現的阻礙，分為養成教育、醫療補助、醫師的意願及支持系統來討論。

養成教育

大多數醫學生都忽略居家照護這塊領域(Mauch, 1994)。一份 1990 年由美國醫學機構(American Medical Association)提出一個叫做「居家照護的醫師教育」的計畫中，就訂定了十個針對這個健康照護課程模式的目標及資格:

1. 醫師需學習適當的評估居家照護個案技巧。
2. 醫師要能夠評估家庭照護者及照護的資源的適當性。
3. 醫師要能夠去評估居家照護的效用及增進居家照護的品質。

4. 醫師要能夠實行居家照護的準則和原則。
5. 醫師需瞭解社區的資源。
6. 醫師要對居家照護政策的補助機制有足夠的瞭解。
7. 醫師要瞭解居家照護科技。
8. 醫師要能夠針對病患的居家、辦公室以及醫院的治療做整合。
9. 醫生需在居家照護團隊中扮演重要的主動角色。
10. 醫師要在他們執行的過程中展現出居家照護的價值。

以上十項教育目標及標準有助於醫師到宅看診前的準備，在Schwartzberg& Guttman 的研究中，將基層醫師分為有參加醫療教育課程及沒有參加醫療教育課程的實驗組及對照組，並且配對年齡、性別、接受訓練的地點和其科別。結果顯示，實驗組的醫師更傾向提供老人居家服務，也比較會使用社區資源(Schwartzberg & Guttman, 1997)。而在醫學生時期加強居家照護專業的培育，也有相同的幫助(0403)。

為了下列的各項目的，因而將居家看診放入職前教育(Burton, 1985)：

1. 醫師在照顧病人上需要更人性化。
2. 它使得住院醫師對於醫療给付更為了解，及對評估診斷更為小心。
3. 它有助於分別可能的診斷的優先順序及小心、有秩序的選擇適當的檢驗。
4. 它增加了年輕醫師在沒有過去病史可參考的情況下，對病人的了解。

5. 迫使醫師以非醫療的觀點照顧病人。

醫療補助

適當的補償對於居家照護的增加是有是效的(Knight et al., 1991)。Leff & Burton 也指出未來居家照護執行的內容和項目，可能會視醫療保險制度金額的多寡而有明顯的差異(2001)。舉例來說，美國在 1997~1999 三年間，居家照護中老人醫學的總額被刪除了 45%，而中央領導人引用了健康機構所言發表以下評論說：「這是一個有害的開始」(Leff et al., 2001)。不足夠的醫療補助成為了醫師到宅看診嚴重的阻礙(Burton, 1985)。

醫師的意願

Kane 指出影響醫師參與到宅看診的負向因素包括：補償制度不足、看診時間被中斷的頻率、額外的工作內容、權威性低(1993)。在所有的病人都可以要求到宅看診的情況下，醫師無法事前做規劃，且在時間的分配上，醫師必須同時兼顧醫院、學校教育、研究室的學生以及居家訪視，相較之下，到宅看診對醫師來說是比較沒有效率的計畫(Burton, 1985; Ranjit et al., 2004)。

支持系統

在醫師到宅看診服務當中仍舊有一部分的限制無法突破，例如：若要檢查 X-ray，病人就需要到醫院做檢查；或是部分藥物無法在家裡給予病人(Burton, 1985)等。因此，好的科技可以促進居家照護的發展，增加照護使用的動機、縮短住院時間，使得病人有較高的滿意度(Leff et al., 2001)。

另外，我們發現醫師與人口的比例較高時，醫師有較高的可能提供到宅看診。未來市場上醫師到宅若復活將會增加醫師間的競爭，逐漸成長的程序提供了強烈的支持增加未來醫師到宅看診(Meyer et al., 1997)。Sampson 則指出有效及有計畫的溝通，將能促進醫師和居家照護機構之間的互動，並提供良好的資訊交流的管道，及強化醫師和提供者間的關係(Sampson, 1994)。

而臥床的病人需要多樣的出診服務，及跨領域的專業，在與其它專業的結合與資訊的互通上，居家照護機構的出診程序在這方面有極大的影響，若其它專業無法提供服務時，會增加出診醫師的困擾(Muramatsu et al., 2003)。Oldenquist, Scott & Finucane 也強調在社區醫師背後需有醫院的支持(2001)。

當未來病人需要居家照護，就像他們需要心導管一樣；醫師需要發展到宅看診就像需要發展神經內科一樣，使得居家照護的形象成為醫師的保證。居家照護無疑會是未來的趨勢，雖然現在政府的決策仍未確定未來的走向。正確的動機可以幫助發展居家照護，如果人們普及的相信這價值：發展人性化照護附加的高品質照護是他們所需要的。居家照護能提供附加的照護；不只是救護車、急診室，或什麼都沒有的情況下，人將死於缺乏其他方面的照護。如果居家照護無法推廣或提出好的政策，居家照護將變得不完整，只有利於部分的單位，使得家庭照顧者的負擔增加(Leff et al., 2001)。

第二章　實施方法及進行步驟

第二節　研究設計

本計畫擬定在第一年建立一社區醫療群的長期照護模式並開始提供服務，於第二年持續提供服務，並開始評估此模式的效益。兩年中分別的工作項目如下：

一、　第一年的工作項目

1). 建立社區醫療群居家照護團隊

個案的居家照護需求涵蓋範圍廣泛，為了能滿足個案的需求，照護團隊應該包含醫學專業，護理專業，物理治療，職能治療，與營養專業等。醫師在長期照護體系中主要功能為：疾病之診斷、處方，並提供諮詢與指導，作為整個照護團隊的後盾。由受過特殊訓練的醫師提供服務，服務內容主要為醫療部分的主治、滿足照護部分的醫療需求（護理、物理治療及職能治療），以及針對服務對象複雜的醫療需求，協調整合專業團隊提供服務。

本計畫訓練一社區醫療群照護團隊，藉由教育訓練課程，讓社區醫療群內的醫師，能透過一系列跨專業討論，能更瞭解各專業包括醫師、護理人員、物理治療人員、職能治療人員、營養人員等在長期照護的服務對象，服務內容，角色，與功能。綜言之，社區醫療群居家照護團隊主要目標為預防（preventative）、緩和（palliative）、復健（rehabilitative）及治療（curative）。其功能是在不改變現有服務提供者關係的

前提下，成為一個提供服務、連結、管理，及協調服務的機制，協助案主滿足從醫院遷出後所有的長期照護需求，儘可能延後其接受機構照護的時間。社區醫療群照護團隊不是一個萬靈藥，但透過照顧管理技巧的妥善應用，可在資源分配過程中，以更有創造力及更符合成本效益的方式來達成需求。

2). 收集並整理國際上各長期照護體系中社區家庭醫師所扮演的角色

本計畫採用兩種方式進行文獻的收集、彙整、與探討。（a）以社區醫師，或家庭醫師，與長期照護為關鍵字，搜尋PUBMED 資料庫，整理自 1990 年至今與本研究議題相關之文獻，(b) 利用網際網路搜尋先進國家，如英國，美國，日本等國家的相關方案，參考其它國家以往推廣社區醫師長期照護模式的經驗。

3). **建立以社區醫療群之長期照護模式並開始提供服務。**

建立完善之照護模式，不僅可作為社區醫療群團隊提供服務之依據，亦有助於行政流程之順暢。於第一年與一社區醫療群合作，建立起服務模式雛形後，開始提供服務，測試服務模式的可行性與可近性。任何新型服務模式在發展初期均需時間成長與改進，藉由測試將可在實際狀況下，觀察此服務模式，且做進一步修改。服務模式可分成五個階段，以下分別詳細說明：

(a) 接案：社區醫療群團隊無法直接到社區找尋個案，是透過與醫院之出院準備服務，長期照護管理中心，以

及民間業者（如居家服務，生命連線服務業者，安養護中心等）的轉介來吸收個案。為了增加服務效率與服務的可近性，主要服務對象是居住在附近社區的個案。社區醫療群在社區內的投入、扎根，和轉介單位（醫院，長照管理中心等）之間的合作是非常的重要。本計畫在這一部份，主要工作內容乃是增加社區醫療群與轉介單位的合作關係，以及研議其合作模式。

(b) 個案評估：評估的主要目的在於瞭解個案的照護需求，以提供照護計畫所需的基本資料。在接受個案轉介後，本計畫由社區醫療群醫師至個案家中進行第一次看診與評估，將評估結果鍵入電腦進行資料保存與分析。重點在於個案的健康狀況與醫療需求。

(c) 擬定照顧計畫：在完成評估後，社區醫療群依據評估結果，擬定一符合個案需求的照顧計畫初稿，在與團隊成員針對計畫的可行性與效益深入討論後，可訂出一照顧計畫。

(d) 提供與連結服務：社區醫療群依據照顧計畫內容，提供或連結服務。若照顧計畫內容涵蓋社區醫療群所能提供的服務時，則由醫療群提供服務；若照顧計畫內容超過醫療群的能力範圍，如社政之下的家事服務或喘息服務等，醫療群則是擔任連結服務的角色。本計畫開發一針對社區醫療群與其他長期單位之間的轉介流程，包含個案資訊（個人資料，評估內容，與照顧計畫）的傳遞與回應。

(e) 持續評估：社區醫療群在完成服務的提供與連結後，仍持續追蹤與評估個案。對有多重需求的複雜個案，於每兩個月後或依照個案需求進行追蹤訪視，直到結案（恢復自我照顧能力、遷移或死亡）。

整體而言，本計畫規劃的長期照護模式包含有醫療群與出院準備服務，長期照護管理中心，與服務業者的連結，醫療群成員之間的溝通管道，需求評估工具內容，需求評估與擬定照護計畫的準則，服務的提供，與跨單位間的轉介等。自第一年6月開始提供服務後，定期與相關人員討論，持續地改進服務模式。

二、 第二年工作項目

1). 持續提供服務，增加個案數。

2). 開始進行資料收集與效益評估。

採用實驗性或類實驗性研究設計，觀察醫師訪視對個案的影響。評估研究的重點在討論社區醫療群醫師到個案家中看診是否可增加服務的可近性，提升照護品質，與降低成本。評估重點在於比較社區醫療群的長期照護模式的介入對個案與照顧者的影響。欲達到上述目的，在服務提供的過程，藉由需求評估與後續的追蹤評估，嚴密的收集個案相關資料，並將資料輸入與建檔。

評估方法配合照護模式之規劃與雛形建構，與相關單位共同評估此模式。工作重點包含建立評估面向，規劃評估架構，與資料收集。評估面向若不夠廣泛，則無法一一掌握各面向之評估重點，影響評估效度。任何一個評估研究都應有

明確的目的、評估對象、適用性及預期效果等，由於此照護模式的參與者眾多，相關人員有個案、家庭照顧者、多位服務提供者及行政管理人員等等；又其服務內容相當廣泛，包含：諮詢、診斷、監測、行政和管理等，因此如不能針對不同面向設計不同的評估重點，將難達到一定的評估成效。因此，實際包含的評估重點如下：

(a) 可近性：可近性係指個案是否可即時的用到適當的服務。一般而言，可近性被視為是醫師訪視最大的優點，和品質一樣往往是評估的重點之一。在評估時，服務的使用與等待時間往往被視為可近性的概況。

(b) 安全性：安全性係指在使用這些服務時，個案是否有承受到額外的風險。雖然到目前為止並未有研究指出使用醫師訪視相較於到醫院就診會對個案或照顧者帶來額外的風險，但安全性的議題仍持續地被納入考量。

(c) 效能及效果：效能係指在一個控制的情況下，醫師訪視所能造成的影響。效果係指在一個實際的情境下，醫師訪視所能造成的影響，基本上它代表內在和外在信度的不同。實驗計畫往往能展示其效能，也就是在一管控的情況下，它具有影響力，但卻無法展現其效果，因為在實際環境下，有其他干擾因子的介入等因素而無法看到效果。

(d) 品質：品質係指醫師訪視在結構面、過程面和結果面，是否能達到一定的標準，或者能達到一定的期許。

(e) 成本：成本評估是最困難的，主要原因是在模式未達到成熟前，很難進行成本評估，且並不是所有的指標都可以被量化。因此在初期，服務量比較小時，成本通常都會比較高。但它仍是一項重要的評估面向，也是決策者決定醫師訪視是否能持續運作的一項重要因子。

(g) 訪視的適當性：訪視的適當性係指醫師訪視是否適合在某個情境下使用，所以適當性實際上包含的其他面向，如：可近性、安全性、成本及品質等。隨著政策改變，新的服務模式，補助條件，甚至科技改變等因素，是否要推廣醫師訪視，也需要審慎地評估。

(h) 個案和服務提供者的接受度：參與醫師訪視相關人員的接受度是其未來能否能穩健發展，甚至植入我國長期照護體系的重要關鍵，因此對服務的接受者和提供者，測量其接受度。

(i) 和主流照護模式的接軌:醫師訪視的發展必須融入現有主流長期照護制度，才能對整體照護體系發揮效用，因此它與現行長期照護之間的接軌，在某一程度上代表著醫師訪視發展的成熟度。當醫師訪視獨立成為一體系時，往往無法成為主流的照護模式而漸漸沒落，若能將其經費，行政，和服務提供管道跟主流體系接軌，則持續發展的機會較大。

3). 納入個案與醫師的意見修改雛形。

在於服務流程與服務模式方面，利用對個案與醫療群團隊的深入訪談或焦點團體討論，收集與服務模式或流程相關的質性資料，以供修正的參考。訪談大綱與焦點團體的討論依照服務模式的各層面，請個案（或家屬）與醫療團隊提出主觀的看法與意見。就社會科學的研究取向來說，質性研究方法論立基於建構論與批判論的理論典範（paradigms），強調社會現象的真實性主要是由日常生活互動過程中所共同建構的主觀經驗，而此經驗同時也受到時空與情境因素影響。因此，質性研究具有「動態」與「詮釋」的意涵，也特別重視研究者對於現象的敏銳度及對研究對象主觀經驗與意識的瞭解。同時，質性研究方法就本研究的研究性質與重點而言，具有執行上的優勢。多位質性研究學者指出，質性研究方法對於探討複雜性與過程性的研究、發掘鮮為人知或新興的社會現象的研究、研究概念或理論仍處於初步建構階段的研究、對於在研究主題上尚未能明確指稱相關變項（variables）的研究、以及強調被研究者觀點對於研究結果詮釋重要性的研究，具有應用上的特別價值與貢獻。本研究所探討的主題為一新興服務模式，適合利用質性研究法進行深入瞭解，討論重點將包含：

（a）個案對不同照護模式之主觀看法和接受度的差異性，故比較民眾對到醫院就醫與醫師訪視的看訪是否有差異。

（b）家庭照顧者對醫師訪視的看法和接受度，他們對醫師的期許，以及此一照護模式的引進是否減輕或加重照顧者的負擔。

4). 成果發表

將兩年實際提供服務的經驗成果，發展出的模式整理出文書

資料，例如程序報告書及服務模式的影像檔。提供未來各地方政府或有志參與的各醫療群參考運用。

第三節　第一年研究過程

在為期兩年的研究計畫中，第一年需要建立一個社區醫療的長期照護模式。從一開始的成立工作團隊、文獻查證、建立服務資源網路、建立轉介機制、製作量表到後來建立出服務提供的模式並實際的提供服務，皆按照研究團隊計畫進行，以下針對各項工作在此逐一說明。

一、成立工作團隊

本計劃之工作團隊成員包含有本計劃之主持人、兩名協同主持人、一名社區專科護理師、一名專任助理和一名兼任助理。專任助理具有護理師資格並曾經服務於長期照護相關單位，主要負責處理計畫之行政作業、與各單位之間的協調與溝通、協助收案並陪同醫師進行家訪以及資料的收集與分析等工作。兼任助理則負責協助相關文獻收集及資料分析處理等。為了計畫執行之順利，小組人員固定每隔兩週召開一次工作討論會，重點在於彼此的協調溝通及討論目前現況，內容主要為執行計畫間各階段的進度報告、討論所遭遇的問題及針對計畫所需之其他業務的溝通與協調。

目前與本計劃合作的醫療群為台北市東區醫療群，其中包含六位開業醫師：分別有家醫科、兒科、耳鼻喉科及眼科醫師。醫師配合門診時間做安排，參與部分工作討論會，協助提供相關意見的討論以及實際提供出診的服務；並參與教育訓練課程，為家訪做更完善的準備。

二、辦理教育訓練

由於醫療群的醫師分別屬於不同的專科領域，雖然開業多年在看診及一般身理評估各方面都駕輕就熟，但對居家服務的資源及現況等

各方面資訊接觸不多。因此本計畫特別針對居家照護服務、慢性病及老人醫學方面的議題，籌辦教育訓練課程。以加強醫療群各專科醫師在出診時可能遭遇的問題的處理能力，幫助醫師出診時能確實做到疾病的篩檢及資源的整合。目前已辦理了八次教育訓練。包含了各項居家照護的現況及政策討論、社區醫療群的發展及其他專科的臨床討論會，清單如表一。往後將仍持續辦理教育訓練課程，並依出診後實際的發生的情況做適當的安排調整。

表一：教育訓練課程

議題	主講者
居家訪視心得及文獻分享	北醫公衛所 莊坤洋
忠孝院區 居家照護現況	忠孝院區家醫科 莊美幸主任
政策規劃與長期照護	南港長照中心 陳柳鶯護理師
居家物理治療實務	居家物理治療小組 徐瑞隆組長
腎臟科簡介及腎臟功能之保健	忠孝院區腎臟科 陳達隆主任
漸凍人	黃啟訓醫師
社區醫療群學習組織型態	徐惠松醫師
憂鬱症---臨床經驗分享	陳國顯醫師

三、建立服務提供模式與後續修改、製作量表

為了更有效的提供醫師到宅看診服務、整合現有的服務資源，以更人性化的合作模式讓醫療群與其他各單位進行轉介合作，依收案中可能遇到的情況，設定各流程間可能需完成的事務及負責的人員。

除了已經規劃收案流程外，另外與合作的醫療群醫師共同討論出醫師出診時將提供的服務項目。明確的指出醫師到宅看診的服務範圍，以增加一般明眾對此項服務的了解，且讓計畫中人員再準備資訊及用物上也有一個明確的準備方向。此外，為了能確實與有需求的個

案連絡，本計劃也建立了一系列的聯合機制，積極尋找有需要的個案，目標族群鎖定在行動不便、無人陪同就醫或無法至醫療院所就醫的民眾，視個案需求提供適當的服務，確實做到資源整合落實家醫轉診制度，透過專業的單位及醫師初步評估後收案，更能尋找到真正適當的個案。如此才能確實提供安全又有效的醫療服務，不至於造成醫師人力的浪費。

為了幫助醫師了解個案的健康與醫療需求，特整合目前部分長期照護服務單位現有的評估單，設計出一系列個案的紀錄單張，方便醫師在需要時進行評估紀錄。本計劃在第一年計畫測試服務模式，在建立服務雛型後已經開始嘗試進行收案。過程中再依所遇到的情況做討論及適當的調整，確定服務模式的可行性及可近性。並修正量表內容，加強紀錄量表的便利性及成效性。

四、建立服務資源網路及轉介機制

居家服務的項目包含了一般生活照顧管理、醫療諮詢與轉介及心理支持等範圍；在醫療的領域就包含了疾病的治療、護理專業、心理支持、復健及營養指導等。醫師的介入除了能運用所學的專業針對疾病的治療外，更能發覺其他需求並做適當的轉介。因此本計劃積極收集各方面的相關服務資源，必要時可以提供轉介服務。

五、服務模式的推廣與執行

為了能更有效的推廣醫療群醫師到宅看診的服務，讓民眾有更多的認識，本計劃設計了宣傳單張及海報作為宣傳的主要方法，同時拜訪了行政區內的各個相關單位，介紹說明所提供的服務，並開始接受轉介並提供服務。

第四節　第二年研究過程

第二年，重點在於服務模式的修改及效益的評估。除了持續的提供醫師到宅看診服務，同時收集個案的評估資料，進行滿意度分析；另外針對部分個案及醫師進行焦點團體的深入訪談。

本計畫並將發展的醫師到宅看診模式製作成影像光碟及整理出程序說明書，作為日後擴散、複製的依據。以下說明第二年的各項研究過程。

一、　持續的提供醫師到宅看診服務

現行的居家照護中，在居家護理服務內包含了醫師的角色，並依規定每兩個月可提供一次的醫師居家訪視。但這項服務卻無法滿足大多數行動不便的就醫需求，個案部份未有長期需要護理服務的項目，而無法符合接受居家護理的條件，因而未能使用「醫師到宅看診」的服務，其中這些對象包括了大多數的中風病患、慢性病患、獨居者以及失能者。所以本計畫要求提供不同模式的醫師到宅看診服務－－個由醫師為主的到宅看診服務。

為了增加行動不便之民眾就醫的可近性，經由長期照護服務中心收案轉介，採事先預約制，安排醫師到其家中為行動不便且有醫療需求的人看診，並針對慢性病安排定期的到宅看診。提供民眾的到宅服務就像醫師在診間提供的服務一樣。計畫讓醫師到家中看診提供第一線的診療，當有必要轉診或深入檢查的時候，民眾再依需要前往醫院配合治療。使得外出就醫有困難的民眾減少為了小病而舟車勞頓或是因不便利的就醫途

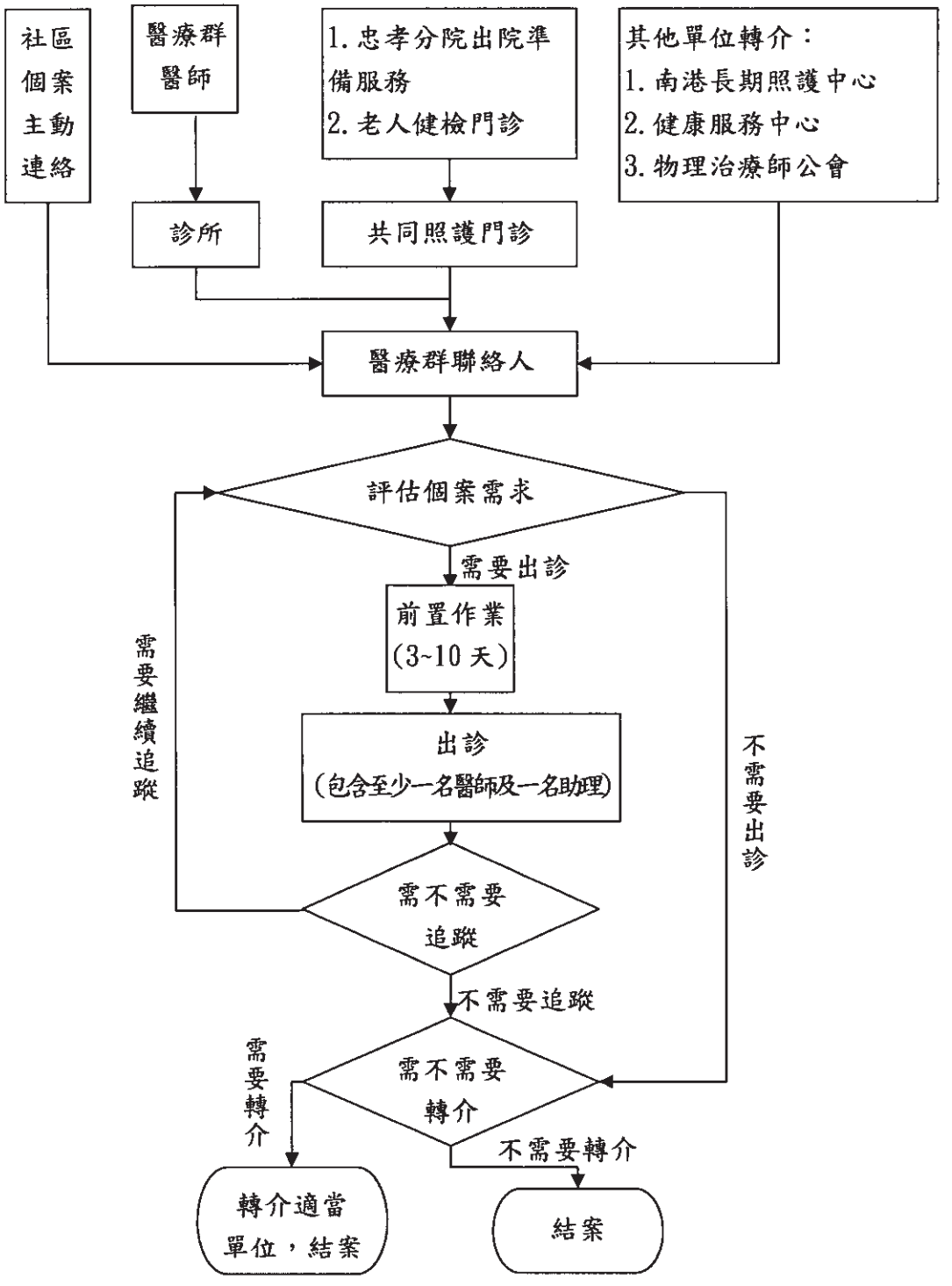
徑而減少就醫的意願造成延後就醫的情況。

本計劃自第一年成立團隊後經過了半年的教育訓練及討論，自 95 年 6 月起開始提供醫師到宅看診服務。提供服務的項目包括了，一般身體檢查、簡易血糖及尿酸測定、藥物使用指導、營養及衛生教育宣導、復健指導及各資源的整合與轉介。安排社區中的醫療群醫師就近提供個案到宅看診的服務。每次出診除了一名醫療群醫師，另外安排一名助理隨行。本計畫所安排的助理同時具有護理背景，更能掌握醫師到宅看診的情況。

第二年繼續依照此模式提供個案醫師到宅看診的服務，並以每位醫師每月出診 4 次為上限，持續收案至 96 年 7 月為止、提供服務至 96 年 10 月底。96 年新收個案為 16 人，以原有的個案及加上新收個案，自 96 年 1 月到 96 年 10 月底共出診 135 次，除了定期每兩個月追蹤一次外，若個案在這段期間內臨時有看診的需求，也會另外做安排。

*圖一*呈現的是計劃中的*服務流程圖*，包含收案方式、需求評估、出診及後續追蹤等。個案分別來自社區、醫療群醫師的病人、忠孝醫院的病人及其他單位轉介的個案。單位及民眾透過在與醫療群聯絡人的聯繫後，經由電話進行初步的評估視個案的需要決定是否出診，若需要出診則由醫療群聯絡人負責出診前準備作業。在醫師出診後會評估是否需要持續提供服務或需要轉介至其他單位。詳細流程請參考*圖一*：

圖一：服務流程圖



二、 收集個案特質的評估資料

為了瞭解需要醫師到宅看診的個案特質，本計畫以每次收

案的評估為依據，完成個案特質的分析。個案的特質分析資料包括了(一)基本特性分布：年齡、婚姻狀況、教育程度、主要語言、殘障別、居住狀況、主要照顧者年齡、主要照顧者身份；(二) 罹患疾病的排序與分布；(三) 疾病用藥的狀況；(四) 輔助器材使用；(五) 就醫狀況：最近一次門診拿藥時間、最近一次親自看診時間、過去 3 年住院次數(包含急診)；(六)行為與功能：意識、巴氏量表、IADL、需要協助項目數、需協助項目分佈。由以上各項去了解服務提供的族群，規劃適合的服務模式。

三、 進行個案滿意度分析及焦點團體深入訪談

本計畫針對個案及醫師雙方，分別進行個案滿意度分析及焦點團體深入訪談。以瞭解個案對醫師到宅看診服務的感受，以及未來提供醫師到宅看診服務的方向，

第二年服務提供結束前，進行個案滿意度分析。利用滿意度問卷，收集接受服務超過 3 次的個案資料，內容包含有個案對程序、制度、人員等安排及互動上的感受。詳細內容請參考附件一。

深入訪談的重點在於討論社區醫療群醫師到個案家中看診是否可增加服務的可近性，提升照護品質與降低成本。針對個案的部份，訪談內容包括(一)個案使用服務的情形；(二)個案對安排服務、執行過程及成果的意見；以及(三)個案的主觀感受及接受度。藉由開放性的問題釐清民眾對於醫師到宅看診所抱持的態度以及了解民眾的期望。而醫師的部分，由此計畫出診的醫師述說原先對到宅看診的看法與意見，及其到宅看診後所

得到的正面及負面的回饋，同時說明關於醫師到宅看診現在所面臨的問題及未來可以發展的方向。

一、修改、製作「醫師到宅看診模式說明」

經過一年多來實際的安排、提供醫師到宅看診，並與各專家深入討論模式的發展，整理出一套完整程序說明提供未來有興趣的團隊得以擴散、複製。

同時為了讓服務的成果發表更具機動性，讓有興趣的專家、單位隨時可以認識本計畫所提供服務的方式，故將研究成果拍製成光碟，光碟的內容分為討論：計畫的緣起、事前的準備、收案及安排出診的過程、後續的處理與轉介等。並收錄一段醫師實際到宅看診的過程做為範例。將來可重複提供給有興趣提供醫師到宅看診服務的醫療群、各縣市政府或衛生署做為參考。

第三章　結果

在 95 年 1 月至 6 月間，本計劃相關人員進行內部討論、收集分析現有的資源、辦理醫師的教育訓練同時與提供長期照顧服務的專家及醫師共同討論模式發展的方向。於 95 年 6 月起，開始提供服務。在 96 年 1 月至 12 月間，本計劃相關人員持續提供醫師到宅服務，同時開始建立成效分析的方式。以下針對就醫需求的分析、服務模式的發展、服務提供的次數、個案的特質、個案滿意度及焦點團體的深入訪談逐一的分析說明。

第一節　分析探討未滿足就醫需求之老人的情況

由於身體功能的衰退，行動的困難，以及缺乏照顧者等因素，老年人口在就醫方面，面臨許多困難。因此，隨著國內人口老化，老年人口日益增加，老人就醫可近性的問題，極需要更深入的探討。但國內過去鮮少有這類型的研究，我們對於國內老人目前就醫問題的嚴重性以及相關因素仍不清楚，也因如此，在擬定改善老人就醫可近性的介入方案時，往往無從考量。有鑑於此，本研究主要目的，則是針對目前國內有身體功能障礙的老人，探討其就醫障礙。

資料來源來自衛生署在西元 2002-2004 年執行的『全國長期照護需求評估調查』。此調查乃採用兩段式資料收集方式，在第一階段，以各縣市為單位，先隨機抽出 50 歲以上的個案共 303,545 位，經由公共衛生護士進行篩選，其中共有 239,861 個案完成篩選，篩選出有身心功能障礙者為 17,191 位。第二階段，在針對篩選出的個案，進行面對面之深入訪談，共有 14,094 位完成面訪。收集的資料包含有個案的社會人口學特性，身體功能，憂鬱症狀，慢性病，及護理需求

等。

結果顯示，完成面訪的個案當中，居住在社區中的老人共有10,841 位，其中有 5,979 位在過去一個月內有需要至門診就醫，當中有 906 位（15.2%）無法至門診就醫。主要的原因有行動不便（23.8%）、認為病情不嚴重（18.1%）、沒人陪伴就醫（16.1%）、交通不方便（13.3%）、沒錢（9.1%）、沒時間（3.4%）等。這些個案的平均年齡為 76.9 歲，有 65.5%是女性，70.2%未受過任何教育，8.2%為榮民，6.8% 為中低收入戶。個案的主要照顧者有配偶（29.6%），兒子或媳婦（28.3%），看護（7.3%）。獨居個案佔了 8.8%。在身體功能方面，這些個案平均有 1.8 項日常生活功能（ADL）失能，6.4 項工具性日常生活功能（IADL）失能。在慢性病方面，罹患高血壓，心臟病，糖尿病，中風，癌症，與關節炎者則佔了有 49.8%，29.0%，21.2%，21.3%，1.9%，跟 38.6%。和沒有門診就醫困難的個案比較，這些個案比較年輕，教育程度較低，中低收入戶較多，榮民較少，獨居者較多，IADL 失能情形較不嚴重，但憂鬱症狀則較嚴重。在慢性病方面，有關節炎的比例則較高。

表二　有就診困難之原因分析 **(n=906)**

原　因	人數	%	%(Valid)
沒錢	82	9.1	9.1
沒時間	31	3.4	3.4
交通不方便	120	13.2	13.3
病情不嚴重	163	18.0	18.1
沒人陪伴就醫	145	16.0	16.1
行動不便	214	23.6	23.8
其他	146	16.1	16.2
Missing	5	0.6	

第二節　　宣傳方式-宣傳單張與網站

為了讓民眾有機會認識本服務，計劃於初期製作宣傳單張，內容說明了本服務可提供的服務項目、服務對象的條件、收費方式、服務範圍、服務時間及聯絡電話。並簡單說明說明本服務模式為一項研究計畫，故有執行的期限及收案人數的限制，以免民眾誤以為是政府開放的長期政策而有過高的期待。單張中同時提供本計劃的網站網址供民眾連結。宣傳單張主要發放在南港長期照護中心、忠孝院區出院準備服務、老人健檢及東區醫療群醫師診所等處讓給民眾索取，讓有需要的民眾有機會可以認識這樣服務。

在網站中，提供關於本計劃提供模式的進行狀況及定期更新最新的醫師出診情形。另外還有相關長期照護資源的訊息、相關新聞的轉錄及醫療群的簡介，並提供聯絡人的聯絡方式及留言板，以增加民眾與聯絡人聯繫的管道。

單張及網站介面請參考附錄一、二內容。

第三節　　醫師到宅看診服務模式細節描述

服務介紹

1. 人員：社區醫療群醫師、聯絡人員一名
2. 有關單位：
    1) 社區醫療群-東區醫療群。
    2) 合作社區醫院-忠孝醫院：出院準備服務、老人健檢門診等。
    3) 社政單位-
        - 大安、南港長期照護中心
        - 信義、南港健康服務中心
        - 信義、南港老人服務中心
        - 物理治療師公會
3. 服務範圍：松山、信義及南港生活圈內，車程 20 分鐘內可到達者。
4. 提供的服務：
    1) 一般身體檢查
    2) 簡易血糖測定
    3) 簡易尿酸測定
    4) 藥物使用指導
    5) 營養評估與指導
    6) 復健指導與轉介
    7) 相關資源的整合與轉介
    8) 衛生教育及預防保健宣導
5. 收費：現階段不收任何費用。

收案

1. 連絡：

1) 由個案主動來電聯繫聯絡人

2) 轉介：由其他單位的人員先徵求個案的同意後提供醫療群聯絡人聯絡個案的方法，3 天之內由聯絡人主動與個案電話連絡。

2. 評估收案條件：行動不便、無法外出就醫及有醫療需求能配合醫師處置者

1) 目前生活中的活動狀況、清醒時可活動的範圍。

2) 最近外出就醫的經驗：

- 最近一次外出就醫的經驗為何？
- 外出就醫有無困難？

3) 其他資源的使用情況。

4) 主要照顧者與個案的關係。

3. 收集資料：

1) 聯絡方式：姓名、電話、地址、同住人及緊急聯絡人的資料。

2) 現存疾病：氣喘、肺結核、高血壓、心臟病、肝臟疾病、腎臟疾病、痛風、糖尿病、股與關節疾病、精神疾病及其他。

3) 現在的活動的狀況

4) 健康問題

5) 10 天內可配合醫師報宅看診的時間

4. 連絡醫師

1) 分配：

- 醫師過去的病人且無轉診的必要，則安排給同一位醫師。
- 其他個案依序安排給醫療群中的各位醫師。
- 考慮距離因素，若有明顯的距離差距，則優先安排給較近的醫師。
- 考慮時間因素，若 10 天內無法配合出診，則改安排其他醫師。

2) 安排所負責的醫師近期出診的時間。

3) 提供個案的訊息給醫師參考，讓醫師能在看診前先做簡單的規劃。

5. 安排好看診醫師及時間後，再次與個案作聯絡，詳細告知出診的時間及同行的人員。

出診

1. 人員包含至少一名醫師及一名助理。
2. 距離較近可步行前往、距離較遠則搭車前往。
3. 備物：

1) 溫度計	6) 反射槌	11) 壓舌板	16) 棉棒
2) 電子血壓計	7) 血糖/尿酸機	12) 酒精綿	17) ok 蹦
3) 聽診器	8) 呼吸尖峰流量器	13) 透氣膠	18) 碘液
4) 手電筒	9) 口罩	14) 紗布	19) 食鹽水
5) 布尺	10) 手套	15) 繃帶	20) 純水

4. 看診流程：

1) 初診時：

- 於看診前，由助理介紹醫師、服務提供模式

- 簽署同意書一式兩份一份由醫療群留存、一份提供給個案做參考。

2) 於每看診時先測量生命徵象、血糖及尿酸。

3) 醫師進行問診

- 對象：個案本身及其主要照顧者。
- 內容：個案身體各系統的功能、個案的主訴、用藥紀錄及其他相關內容。

4) 醫師針對問題提供說明、指導及提供適當的建議或處置。包含：

- 疾病的成因、現況、及未來的發展
- 藥物使用的方法、副作用、注意事項
- 後續的追蹤及處置
- 居家照顧的方法及注意事項

5) 登記出診紀錄。

後續作業

1. 出診後 3 天內電話聯絡個案，了解有無困難於執行醫師建議的事情，同時需針對個案提出的困難提供有效的解決方法。
2. 依醫師建議，一個月或兩個月後再次評估居家看診的需求，提供持續的醫療照顧。
3. 按月向醫療群所屬台北市衛生局醫護管理處進行出診報備。準備資料如下：

1) 出診日期　　6) 診斷

2) 編號(病歷號)　　7) 地址

3) 個案姓名　　8) 訪視醫師

4) 身分證字號　　9) 診所

5) 性別

4. 轉介：如發現有其他長期照護的需求，例如：居家服務、居家復健、或其他社政資源的服務，由醫療群轉介至相關單位或提供聯繫的窗口由個案親自連絡。如有多方面得需求則主動轉介至各轄區的長期照護中心，由中心統一管理個案。單位包括：

1). 長期照護管理中心

2). 健康服務中心

3). 物理治療師公會

4). 居家護理機構

結案

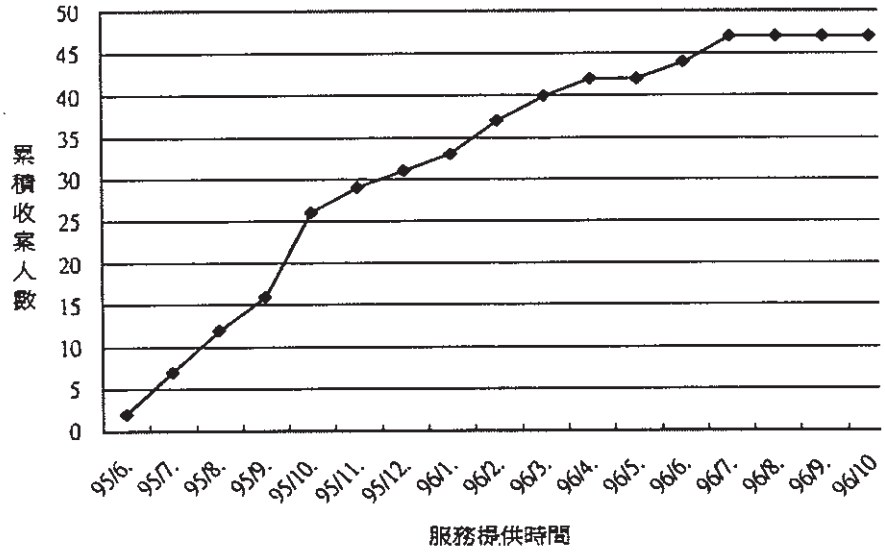
1. 如沒有健康問題或不適合居家照顧者，經由醫療群醫師同意結案。
2. 協助轉介或直接結案。
3. 助理經由電話聯繫個案，說明結案原因。
4. 登記結案日期及結案的原因。

第四節　　服務提供次數

在整個計畫執行中，總共收案 47 人；提供出診 196 次。期間內結案 23 人，多數個案被安排每兩個月一次醫師到宅看診。

*圖二*呈現的是*收案人數累積圖*由圖可知，個案數自 95 年 6 月至 96 年 4 月逐漸成長，接近服務上限時趨於平緩(在計畫中所設定的服務上限為每位醫師每月出診 4 人次)。96 年 7 月後，因為考慮到服務即將結束，不適合再新收需要醫師其長期照護的個案，固停止收案。

圖二：*收案人數累積圖*



在整個計畫中，收案至 96 年 10 月共有 23 人結案。個案結案的原因分別有下面四點：

1)　急性期需要專科醫師的臨床治療

經過醫師評估後，現階段個案必須先尋求專科醫師的臨床治療或急性的醫療處置。待之後情況就為穩定後，才適合

居家照顧。

2) 無法配合醫師

可能是因為沒有照顧者或是個案本身不願服從，使得個案或家屬無法配合執行醫療群醫師所提供的照顧及建議，。

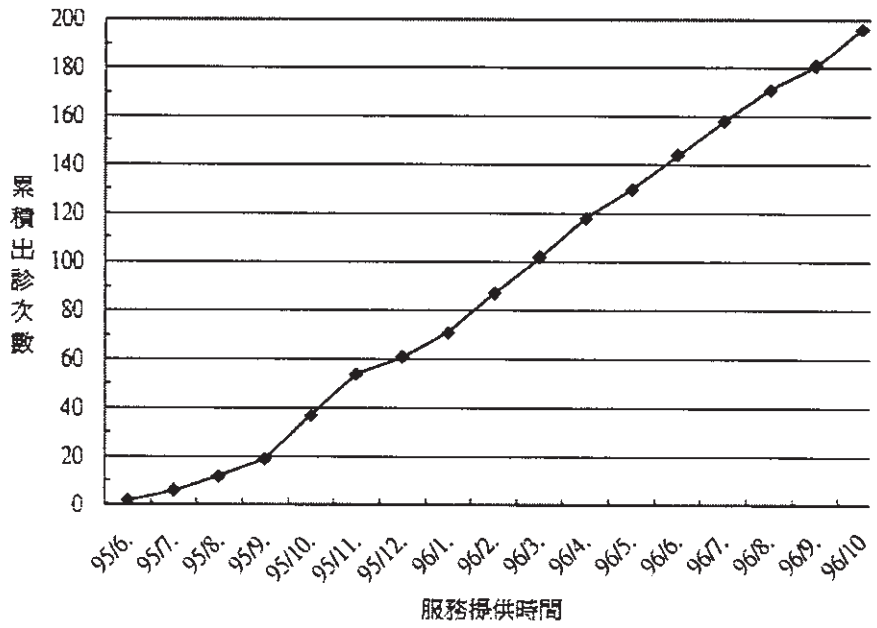
3) 目前沒有醫師持續看診的需求

經過醫療群醫師協助後，健康問題已得到解決，且無其他辭序看診的需求，故先結案，將來待有確實醫療之需要時再與我們連絡。

4) 個案遷移、住入機構、或死亡等。

*圖三*呈現的是*出診次數累積圖*，自 96 年 1 月起，累積看診次數穩定成長，顯示出每個月可維持一定的服務量。

圖三：出診次數累積圖



第五節　個案特質量化分析

在個案特質量化分析當中，資料包含了個案基本人口學特性、照顧者的特性以及個案健康情況。針對這三部份，以收案時所留下的居家紀錄，進行分析。以下針對各點逐一說明。

一、個案基本人口特性

從表一可以看出，在性別方面，本次個案以女性個案居多，約佔55%，男性則約佔了45%。在年齡方面，以80~89歲居多，約佔28%，其次是70~79歲的老人家，約佔23%，90歲以上以及59歲以下的個案分別約有21%及19%，最少的是60~69歲之間的個案，僅佔8.5%。顯示醫師到宅看診主要的族群為老年人，80歲以上的老老人更是占了很大的比率。當中個案有將近45%的個案是已婚的，喪偶的個案則佔34%，未婚的個案比率約13%，而分居和離婚的比率則約佔4.3%。也就是說目前無伴侶者有較多的需要醫師到宅看診，但有伴侶、無伴侶的差距並不明顯。

在個案的教育程度分布中，多數個案是屬於未入學，約佔38%，有入學的比率約為62%，其中包含大專以上肄/畢業的人佔21.3%，小學肄/畢業佔17%，中學肄/畢業及高中職肄/畢業者則分別約佔12%和11%。個案中主要語言以國語跟閩南語為主，分別約為49%以及46%。以客家語為主要語言的個案則約佔4.3%。

特別值得一提的是，個案中有40.43%的人沒有殘障的身份，重度殘障的約佔36%，中度殘障者約佔了21.3%，而輕度殘障者比例則為2.13%。雖然中、重度殘障者佔了超過一半的比率，但沒有殘障身

分的個案也有需要醫師到宅看診。有將近七成五的個案是屬於全天與照護者同住，17%的個案是屬於與照護者同住，部份時間獨處的情況，而獨居的個案則約佔 8.5%。顯示即使全天都有照顧者，也沒法改善病人本身就醫不便的困擾，他們能有需要醫師到家中看診。

二、照護者基本特性

照顧者基本特性可以從*表二*中看出，個案中，無照護者的個案約佔 10.6%，主要的照護者年齡是 41~60 歲之間的人，約佔 38.3%，其次是 61~80 歲的人當照護者，約佔 32%，由 40 歲以下的人當照護者的比率約佔 17%，以 81 歲以上當照護者的比率最低，只有約佔 2%。約有 38%的個案是由子女擔任照護者，約 28%的個案是由配偶來照護，由傭人擔任照護者的比率約為 8.5%，由父母或是內、外孫來照顧的比例較低，均約為 6.4%，由兄弟姐妹擔任照護者的比率最低，約為 2%。顯示出主要的照顧者為 41~60 歲左右的子女，像這樣的照護人力，正是主要影響家庭生計的時期。

三、個案健康狀況相關因子

從*表三*可以看出，個案中有高達九成以上(約 91.5%)的個案有慢性病史，僅有約 8.5%的個案沒有慢性病史。在個案罹患的疾病中，有超過一半(約 51%)的個案有高血壓，其次是糖尿病個案，約佔 32%，罹患心臟病的比率也將近三成(約 29.8%)，中風的個案比率也有約 25.5%，骨頭與關節疾病的個案約有 23%，癌症的病患也約有 10.6%。另外，有精神疾病的個案約佔 6.4%，而在慢性呼吸系統疾病、巴金森氏症、攝護腺炎及腦性麻痺的分布則均分別約為 4.3%，其他像是聽力障礙、胃痛、玫瑰狀疹、血友病、多發性神經炎、白內障、AVM

rupture 等慢性疾病，也都是影響個案健康的因素。

從*表四*可以看出，在用藥的狀況分布方面，服用兩項疾病的藥物的個案佔多數，約為 32%，有將近三成(29.79%)的個案無持續接受治療，僅服用一項疾病的藥物的個案約有 19%，服用三項疾病以上的藥物的個案則約佔 15%，四項以上最少，僅約有 4.3%。而個案就醫情形，可以從*表五*看出：從最近一次門診拿藥時間來看，有將近七成(68.09%)的個案在「一個月之內」有去門診拿藥，在「二到三個月」內拿過藥的個案和「一年以上」的分別約佔 15%，而最近一次門診拿藥時間在「七個月到一年」的個案最少，僅約佔 2.13%。但以最近一次親自看診時間來觀察個案就醫的情形(*表五*)，發現多數個案最近一次親自看診的時間分布在「三個月內」以及「一年以上到六年」，均約為 36%，在「四到六個月」內親自看診的個案約佔 10.6%，最近一次親自看診時間在「七個月到一年」以及「七年以上」的個案最少，約佔 8.5%。可以清楚的看出，個案至醫療單位取得藥物的頻率高於親自看診的頻率，也就是在許多的情況下，醫師並沒有辦法每次都確實的看到病人本人，在無法確實的看到病人的情況下，如何做出正確的診斷？將在下一章中深入的討論。從*表五*也可以看出，個案中有約 45%的個案在過去 3 年內沒有住院的經驗，約 34%的個案分布在「一-二次」。

另外在個案使用輔助器材的比率(*表六*)，約有 28%的個案沒有使用輔助器材，其他部份，使用最多的輔助器材是輪椅，有將近三成(29.79%)的個案都有使用。另外，在「助行器」和「尿壺及便盆」的使用方面，也分別約有 25.5%的個案在使用，這些輔助器材的種類顯示了，個案多數有行動不便的困擾。

個案的意識從*表七*可以看出，將個案意識狀況依程度分成三類，「表達、理解清楚明白」以及「可簡單、正確回答問題」的個案佔大多數，都約有 40%。「完全不了解狀況」的個案有將近兩成(19.15%)。另外，透過巴氏量表的測量分數來分類，有將近 43%的個案是屬於「完全依賴」型，「嚴重依賴」和「完全獨立」的個案約佔 19%，「中度依賴」的個案約有 12.8%，「輕度依賴」的個案最少，約佔 6.4%。利用 IADL 量表來替個案做評估，總分在「9 分以下」的個案佔多數，將近八成(78.7%)，「10~14 分」的個案約佔 4.3%，「15~19 分」的個案約佔 6.4%，分數較高，在「20~24 分」的個案則約佔 10.6%。多數個案需要別人協助的項目數在「7~8 項」，約有 72%，有「5~6 項」的個案比例約有 13%，「1~2 項」以及「3~4 項」的個案分別約有 4.3%以及 2.1%，而完全不需要協助的個案有 8.5%。也就是有 7 成以上的個案生活問題是需要其他人的照顧，無法獨自生活的。

「外出」、「處理財務」是多數個案最需要協助的項目，有將近九成(89.36%)的個案都有這方面的問題，此外，「食物烹煮」以及「上街購物」兩個項目，約有 87%的個案反應有這類的問題需要協助，「家務維持」也是多數個案(約 85%)需要協助的項目。「洗衣服」、「服用藥物」以及「電話使用」則分別約有 83%、72%以及 68%的個案需要協助。

表三：個案基本特性分布及百分率(n=47)

變項名稱	人數	百分率
性別		
男	21	44.68
女	26	55.32
年齡		
59歲以下	9	19.15
60~69歲	4	8.51
70~79歲	11	23.40
80~89歲	13	27.66
90歲以上	10	21.28
婚姻狀況		
未婚	6	12.77
已婚	21	44.68
離婚	2	4.26
分居	2	4.26
喪偶	16	34.04
教育程度		
未入學	18	38.30
小學肄/畢業	8	17.02
中學肄/畢業	6	12.77
高中職肄/畢業	5	10.64
大專以上肄/畢業	10	21.28
主要語言		
國語	23	48.94
閩南語	22	46.81
客家語	2	4.26
殘障身份		
無	19	40.43
輕度	1	2.13
中度	10	21.28
重度	17	36.17
居住狀況		
獨居	4	8.51
與照顧者同住，部分時間獨處	8	17.02
全天與照顧者同住	35	74.47

表四：主要照顧者基本特性分布及百分率(n=47)

變項名稱	人數	百分率
痛醫	0	0.00
年齡	5	10.64
無照顧者	8	17.02
40歲以下	18	38.30
41~60歲	15	31.91
61~80歲	1	2.13
81歲以上		
身分	5	10.64
無照顧者	3	6.38
父母	18	38.30
子女	13	27.66
配偶	1	2.13
兄弟姐妹	4	8.51
傭人	3	6.38

表五：罹患疾病排序及分布百分率(n=47)

變項名稱	人數	百分率
慢性病史		
有	43	91.49
無	4	8.51
罹患疾病排序		
高血壓	24	51.06
糖尿病	15	31.91
心臟病	14	29.79
中風	12	25.53
骨頭與關節疾病	11	23.40
癌症	5	10.64
精神疾病	3	6.38
慢性呼吸系統疾病	2	4.26
巴金森氏症	2	4.26
攝護腺炎	2	4.26
腦性麻痺	2	4.26
聽力障礙	1	2.13
胃痛	1	2.13
玫瑰狀疹	1	2.13
血友病	1	2.13
多發性神經炎	1	2.13
白內障	1	2.13
AVM rupture	1	2.13

表六：用藥狀況及分布百分率(n=47)

變項名稱	人數	百分率
無持續接受治療	14	29.79
僅一項	9	19.15
兩項疾病	15	31.91
三項疾病	7	14.89
四項疾病以上	2	4.26

表七：就醫狀況分布百分率(n=47)

變項名稱	人數	百分率
最近一次門診拿藥時間		
一個月內	32	68.09
二-三個月	7	14.89
七個月到一年	1	2.13
一年以上	7	14.89
最近一次親自看診時間		
三個月內	17	36.17
四-六個月	5	10.64
七個月到一年	4	8.51
一年以上到六年	17	36.17
七年以上	4	8.51
過去 3 年住院次數(包含急診)		
無	21	44.68
一-二次	16	34.04
三-五次	2	4.26
六次以上	1	2.13
不記得了	7	14.89

表八:輔助器材使用分布百分率(n=47)

變項名稱	人數	百分率
輔助器材使用		
無使用	13	27.66
助聽器	2	4.26
抽痰機	1	2.13
輪椅	14	29.79
助行器	12	25.53
尿壺及便盆	12	25.53

表九：行為與功能分佈百分率

變項名稱	人數	百分率
意識		
表達、理解清楚明白	19	40.43
可簡單、正確回答問題	19	40.43
完全不了解狀況	9	19.15
巴氏量表		
完全依賴(0~20分)	20	42.55
嚴重依賴(21~60分)	9	19.15
中度依賴(61~90分)	6	12.77
輕度依賴(91~99分)	3	6.38
完全獨立	9	19.15
IADL		
9分以下	37	78.72
10~14分	2	4.26
15~19分	3	6.38
20~24分	5	10.64
需要協助項目數		
0項	4	8.51
1~2項	2	4.26
3~4項	1	2.13
5~6項	6	12.77
7~8項	34	72.34
需協助項目分佈		
電話使用	32	68.09
食物烹煮	41	87.23
洗衣服	39	82.98
服用藥物	34	72.34
上街購物	41	87.23
家務維持	40	85.11
外出	42	89.36
處理財務	42	89.36

第六節　　個案滿意度分析

本計劃的47名個案當中，針對有提供3次以上到宅看診服務的個案進行滿意度電話調查。本人若無法回答則由主要照顧者代答，其中部分個案同時為另一位個案的代答者，則只以一人計算，總共完成22份問卷，其中4份為本人回答、18份為主要照顧者代答。

滿意度問卷中，共有24項描述性題目，每題選項分為(1)非常同意、(2)同意、(3)普通、(4)不同意、(5)非常不同意，五個程度選項。受訪者聽完訪員的描述後，依照自己所得到的經驗自由回答，結果採不記名調查。分析時，將非常滿意的狀態設定為5分、次滿意為4分、普通為3分、不滿意為2分、非常不滿意為1分。其中反向題仍依此標準作分數的轉換，故各題的分數越高，也代表滿意的程度越高。

在總分的分布方面，滿分為120分，最低24分。本計劃中所得最高106分，平均每題4.4分；最低69分，平均每題2.9分；眾數為95分，平均每題4.0分；僅1名(4.6%)受訪者，滿意度分數每題平均不到3分，屬於較不滿意的狀況，其餘受訪者皆較偏向滿意的程度。

表八呈現各項問題得分平均、眾數及滿意比例。將問卷的問題分類進行討論，分別有「醫師看診程序」、「醫師的關心程度」、「醫師的診視說明」以及「到宅看診服務的實際幫助」，共四大部份，其中，以「醫師的關心程度」以及「到宅看診服務的實際幫助」兩部份，民眾的滿意度較高，每題的平均都有3.99分，整體而言，四個部份的滿意度都接近4分，較偏向滿意的部份，顯示本次計畫的實行有讓民眾感到認同與肯定，以下分就四個部分進行討論。

第一部份是有關於「醫師看診程序」的部份，包含的問題有「醫師每次都有仔細的檢查你的身體狀況(例如：心跳、血壓等)」、「你認為你所接受的醫師到宅看診服務應該可以再更好」、「當有緊急狀況發生時，你無法快速的得到醫療照顧」、「當你需要醫師到宅看診時，你每次都可會診同一位醫師」、「你感覺醫師處理你健康方面的事情不夠仔細」、「安排醫師到宅看診的過程讓你覺得很麻煩」、「你認為到宅看診的醫師還有需要再加強的專業能力」一共七個題目，整體平均滿意度分數為 3.76 分，在這七個問題中，以「你認為你所接受的醫師到宅看診服務應該可以再更好」、「當有緊急狀況發生時，你無法快速的得到醫療照顧」這兩項的滿意度分數平均最低，分別是 2.91 分和 2.86 分，滿意比率偏低，分別只有 22.73%，顯示個案普遍對於醫師到宅看診的服務有很高的期望，現行的服務不足以滿足，表示仍然有進步的空間。另外，在此部份中顯示偏低的項目還包括了「你認為到宅看診的醫師還有需要再加強的專業能力」，平均只有 3.59 分，滿意比率僅有 54.55%，推論可能是因為民眾對於醫師的定位沒有分科的觀念，因此，當看診醫師並非個案罹患疾病之專科醫師時，民眾的落差就會出現，要解決這方面的問題，除了加強醫師本身的專業度以外，還必須要靠各專科之間的整合協調以及跨領域的合作，才能有效達到病患及家屬的期望。

第二部份是關於「醫師的關心程度」來看民眾的滿意度，包含了有「在醫師與你討論你的狀況時，你有感覺到被尊重」、「醫師總是盡力的安撫你的疑慮與擔心」、「醫師不關心你所提出的問題(例如：忽略問題、沒有完整回答)」、「你感覺到醫師會尊重你的感受」、「有時候醫師會忽略掉你告訴他的重要訊息」，一共五題，平均得分為 3.99 分。其中，以「在醫師與你討論你的狀況時，你有感覺到被尊重」平

均最高，為 4.14 分，滿意比率也高達 95.45%，顯示參與醫師到宅服務走入個案家庭，將服務送到家，醫師和個案在居家中做接觸，而非傳統的就醫模式中，醫師地位崇高，個案地位卑微，透過醫師到宅服務，讓民眾感覺到被尊重的感覺。同樣地，在「你感覺到醫師會尊重你的感受」所獲得的滿意度當中，也看到相同的趨勢，平均分數為 4.05 分，滿意比率同樣高達 95.45%，顯示在醫師到宅看診服務的過程中，醫師對待個案及其家屬的態度備受肯定。在第二部份中，平均分數最低的是「醫師總是盡力的安撫你的疑慮與擔心」，只有 3.86 分，滿意比率也只有 81.82%，推論可能是由於醫師在看診的過程中，對於部份個案或其家屬提出的疑慮和擔心沒有達到家屬預期的安撫程度，造成個案或家屬和醫師之間的認知落差，雖然只是少數個案發生的情形，但仍表示在這部份有進步的空間。

第三部份是「醫師的診視說明」，包含了「醫師會向你說明各項醫療處置預期的結果」、「醫師很少向你說明你的醫療問題」、「醫師會向你說明所使用藥物的副作用」、「醫師很少對你解釋為何要做檢查或使用藥物」、「因為醫師沒有對你解釋你的健康問題因而增加你的疑慮與擔心」，共五題，整體平均分數為 3.73 分，為四個部份中平均最低的部份。其中，以平均分數來看，最低的是「醫師很少向你說明你的醫療問題」、「醫師很少對你解釋為何要做檢查或使用藥物」兩項，均為 3.64 分，以滿意比率來說，最低的是「醫師很少向你說明你的醫療問題」、「醫師會向你說明所使用藥物的副作用」、「醫師很少對你解釋為何要做檢查或使用藥物」，比率都小於 70%，表示了個案及其家屬有知的需求，雖然醫師在服務的過程中，對於個案的基本檢查以及醫病關係的互動上都有很好的回應，但仍缺乏主動告知個案醫療處置、藥物使用等較為專業的問題的習慣，這部份是未來推廣醫師到宅

服務時應該要注意並改進的重點之一。

第四部份是「到宅看診服務的實際幫助」，包含了有「你對所接受到的醫師到宅看診服務感到滿意」、「如果你有醫療上的問題，你可以得到醫師到宅看診人員的協助」、「醫師到宅看診增加了你就醫的便利性」、「你所接受到的醫師到宅看診服務足夠解決你大部分的健康問題」、「醫師到宅看診有助於控制你的健康問題」、「當你的健康出現了新的問題，你會主動與到宅看診的醫師討論」、「醫師到宅看診對你來說是有幫助的」，共七題，平均分數為 3.99 分，屬於個案較滿意的部份之一。其中以「你對所接受到的醫師到宅看診服務感到滿意」、「醫師到宅看診對你來說是有幫助的」兩項的滿意度比率最高，為 90.91%，平均分數分別為 4.27 分和 4.23 分，顯示絕大部份個案對於參與醫師到宅服務是給予肯定的回應，也認為這項計畫確實能幫他們解決一些就醫問題，提供他們另一種獲取醫療的途徑。另一方面，在「當你的健康出現了新的問題，你會主動與到宅看診的醫師討論」的部份，個案的滿意度平均分數最低，只有 3.77 分，這突顯了傳統中國人主動性較低的習性，不習慣將自身問題告知他人並尋求解決的方法，僅處於被動的方面，希望由他人來發現問題。在滿意比率的部份，「醫師到宅看診有助於控制你的健康問題」為最低，只有 72.73%，顯示出光是依靠醫師到宅服務的措施，並無法完全控制個案的健康問題，還必須要靠其他相關單位的跨領域合作，才能有效達到疾病監控、疾病治療以及健康維護的目標。

整體而言，本次參與計畫的個案對於醫師到宅服務的提供是滿意且肯定的，對於未來，這無疑是一劑強心針，相關單位應該加速推廣此計畫的腳步，讓醫師到宅服務的範圍能拓展到偏遠鄉鎮去，以增加

民眾就醫的可近性。

另外，本次研究亦利用滿意度分數和個案特質以及看診醫師之間做了交叉分析比較，結果如*表九*所呈現。

將滿意度分成三大類，分別和「個案性別」、「教育程度」、「婚姻狀況」、「年齡」、「殘障身份」、「巴氏量表分數」、「IADL 中需要協助的項目數」、「最近一次親自看診時間」、「過去 3 年住院次數(包含急診)」及「看診醫師」，共十種特質進行比較，利用 student's t test 和 ANOVA 做檢驗，統計軟體是使用 SPSS 10.0 版。目的是要看看醫師到宅服務的滿意度是否會隨個案特質不同或是看診醫師不同而有所差別。

就整體個案而言，個案滿意度分數的分布多集中在 90~99 分之間，在個案性別的部份，以男性個案的滿意度分數平均較高，為 93.67 分，女性個案的滿意度分數平均較低，只有 92.44 分，經統計比較後無顯著差異，顯示醫師看診的時候，不會因為個案的性別不同而有差別待遇，因此個案滿意度的平均分數才不會受性別影響。

在教育程度方面，不論教育程度高低，其個案滿意度分數的平均約為 93 分，經統計證明沒有顯著差異，這也顯示出醫師在看診的過程中，不會因為個案的教育程度較高就給予比較詳細的看診服務或解說，也不會因為個案的教育程度較低就較隨便。

在個案的婚姻狀況部份，分成有偶與無偶兩類，其中，無偶同時包含了未婚及喪偶，透過個案滿意度分數平均的計算發現，無偶的個案群，其滿意度分數平均較高，為 95.18 分，有偶的個案群，其滿意度分數平均較低，為 90.36 分，經統計證明兩類之間沒有顯著差異，

但卻可以看出，無偶的個案可能因為平時就缺乏照護及關懷，加上就醫不便，所以當醫師到宅服務實施後，醫師願意走出診間，走入家中，對他們而言，就更能感受出醫師到宅服務的好處，滿意度分數自然就會提升。而對於有偶的個案，由於平常就有人陪伴，對於醫師到宅服務的要求會較高、較嚴格，所以滿意度分數就自然低了一些。

同樣的情形在年齡、殘障身份、巴氏量表分數、IADL 需要協助項目數、過去 3 年住院次數(包含急診)的分類當中也可以看出來。在年齡部份，大於 80 歲的個案，其滿意度分數平均是 94.10 分，小於 80 歲的個案，其滿意度分數平均則只有 91.67 分；在殘障身份部份，重度殘障者個案之平均滿意度分數為 93.33 分，高於中度殘障者的 92.33 分以及無殘障身份者的 92.43 分；利用巴氏量表分數來分類，20 分以下的屬於完全依賴者，其平均滿意度分數為 93.8 分，大於 20 分的個案，屬於依賴程度較低者，其平均滿意度分數為 91.92 分；在 IADL 需要協助項目數分類中，有 7 項以上需要協助的個案，其平均滿意度分數為 93.44 分，小於 7 項的個案，其平均滿意度分數為 91.00 分；在過去 3 年住院次數(包含急診)的部份，沒有這類的經驗的個案，平均滿意度分數較高，為 95.91 分，有這類經驗的個案其平均滿意度分數較低，為 89.64 分。以上比較經過統計檢驗後雖然沒有顯著的差異，推論可能是由於某些個案失能程度較高，就醫較不方便，所以當醫師願意到宅替他們看診，會替他們帶來較多的便利性，所以滿意度的平均分數會較高。

此外，特別的是，在最近一次親自看診時間的部份，半年以內有親自看診的個案，其滿意度分數平均較高，為 93.90 分，最近一次親自看診的時間超過半年以上者，其滿意度分數平均較低，為 91.83 分。

推論可能的原因是由於個案若在半年內有曾經親自看診，就表示可能有疾病的迫切性存在，需要做後續的追蹤，因此，對於醫師到宅服務所提供的醫師看診部份，會讓個案及其家屬感到滿意的比率也自然會較高，而對於半年以上沒有親自看診的個案，就表示該個案的疾病可能沒有迫切性，因此，對於醫師到宅看診所提供的服務，可能會覺得並沒有立即的改善個案的疾病，造成其平均滿意度分數較低。

此外，透過統計檢訂發現，參與計畫的五位醫師所診視的個案，其滿意度沒有達到統計上顯著差異，顯示本計畫沒有因為看診醫師的不同而造成個案本身的滿意度有差異。

表十　滿意度問卷分類表示之平均分數、中位數及滿意比率(n=22)

	平均	中位數	滿意比率(%)
看診程序	3.76		
2. 醫師每次都有仔細的檢查你的身體狀況(例如：心跳、血壓等)	4.27	4	95.45
4. 你認為你所接受的醫師到宅看診服務應該可以再更好	2.91	3	22.73
6. 當有緊急狀況發生時，你無法快速的得到醫療照顧	2.86	3	22.73
8. 當你需要醫師到宅看診時，你每次都可會診同一位醫師	4.32	4	95.45
11.你感覺醫師處理你健康方面的事情不夠仔細	3.73	4	77.27
21.安排醫師到宅看診的過程讓你覺得很麻煩	4.64	5	95.45
24.你認為到宅看診的醫師還有需要再加強的專業能力	3.59	4	54.55
關心程度	3.99		
7. 在醫師與你討論你的狀況時，你有感覺到被尊重	4.14	4	95.45
10.醫師總是盡力的安撫你的疑慮與擔心	3.86	4	81.82
15.醫師不關心你所提出的問題(例如：忽略問題、沒有完整回答)	4.00	4	86.36
16.你感覺到醫師會尊重你的感受	4.05	4	95.45
18.有時候醫師會忽略掉你告訴他的重要訊息	3.91	4	86.36
醫師說明	3.73		
3. 醫師會向你說明各項醫療處置預期的結果	3.73	4	72.73
9. 醫師很少向你說明你的醫療問題	3.64	4	68.18
12.醫師會向你說明所使用藥物的副作用	3.73	4	68.18
17.醫師很少對你解釋為何要做檢查或使用藥物	3.64	4	68.18
19.因為醫師沒有對你解釋你的健康問題因而增加你的疑慮與擔心	3.91	4	77.27
到宅看診的實質幫助	3.99		
1. 你對所接受到的醫師到宅看診服務感到滿意	4.27	4	90.91
5. 如果你有醫療上的問題，你可以得到醫師到宅看診人員的協助	3.86	4	81.82
13.醫師到宅看診增加了你就醫的便利性	4.00	4	86.36
14.你所接受到的醫師到宅看診服務足夠解決你大部分的健康問題	3.95	4	81.82
20.醫師到宅看診有助於控制你的健康問題	3.82	4	72.73
22.當你的健康出現了新的問題，你會主動與到宅看診的醫師討論	3.77	4	77.27
23.醫師到宅看診對你來說是有幫助的	4.23	4	90.91

表十一　個案特質、看診醫師與滿意度分數之交叉分析(n=22)

	100 分以上[a]	90~99 分	小於 90 分	平均分數
個案性別				
男	1	4	1	93.67
女	3	10	3	92.44
教育程度				
小學肄/畢業或未入學	3	8	3	92.71
國中肄/畢業或以上	1	6	1	92.88
婚姻狀況				
有偶	2	6	3	90.36
無偶[b]	2	8	1	95.18
年齡				
80歲以下	1	8	3	91.67
大於80歲	3	6	1	94.10
殘障身份				
無	1	5	1	92.43
中度	1	4	1	92.33
重度	2	5	2	93.33
巴氏量表分數				
20分以下	4	5	1	93.80
大於20分	0	9	3	91.92
IADL 需要協助的項目數				
小於7項	1	3	2	91.00
7項以上	3	11	2	93.44
最近一次親自看診時間				
半年以內	1	8	1	93.90
超過半年	3	6	3	91.83
過去 3 年住院次數(包含急診)				
無	3	7	1	95.91
有	1	7	3	89.64
看診醫師				
A	0	4	0	94.75
B	1	3	1	91.40
C	1	4	0	96.40
D	0	3	1	91.75
E	2	0	2	89.00

[a]: 全部樣本的平均為 92.77，前推一個標準差(8.14)約為 100，故以每 10 分做分割，分割為 100 以上、99~90、小於 90 三組

[b]:含未婚及喪偶。

第七節　焦點團體深入訪談討論

在一項模式尚未發展成熟前，我們往往無法收集到有效的量性評估，需要靠著深入的質性分析去了解服務的效益。在發展醫師到宅看診服務中，本計畫欲了解醫師到個案中看診是否可以增加醫療的可近性、提供照護品質、降低成本。利用與焦點團體的深入訪談，由個案及醫療團隊提出主觀的看法與意見，經過整理分析以了解一般民眾及專家雙方面對此服務的想法、期待及感受。

個案的深入訪談內容包括(一)個案使用服務的情形；(二)個案對安排服務、執行過程及成果的意見；以及(三)個案的主觀感受及接受度。藉由開放性的問題釐清民眾對於醫師到宅看診所抱持的態度以及了解民眾的期望。而醫師的部分由此計畫出診的醫師述說原先對到宅看診的看法與意見，及到宅看診後所得到的正面及負面的回饋，並說明關於醫師到宅看診現在所面臨的問題及未來可以發展的方向。總共訪談了 10 位個案及 4 位醫療群的醫師，如*表十二*所示：

表十二：受訪者基本資料

受訪者	代號	與本計劃接觸時間
個案	A1	95/8~96/10
個案	A2	95/10~96/10
家屬	A3	95/7~96/10
家屬	A4	95/9~96/10
家屬	A5	95/10~96/10
家屬	A6	95/10~96/10
家屬	A7	95/11~96/10
家屬	A8	95/11~96/10
家屬	A9	95/1296/10~
家屬	A10	96/6~96/10
醫療群醫師	B1	95/1~96/10
醫療群醫師	B2	95/1~96/10
醫療群醫師	B3	95/1~96/10
醫療群醫師	B4	95/1~96/10

在個案的深入訪談中，針對 1).可近性、2).安全性、3).品質、4).效能及效果、5).成本、6).適當性、7).個案及受訪者的接受度。各項逐一的說明：

1). 可近性：

不論是家屬或是病人本身，都很希望能有醫師可以到家中為他們看診。有高血壓、糖尿病等慢性病問題的個案及其家屬，雖然家屬在看診後需要外出領藥，但仍希望可以安排醫師定期看診。而沒有長期慢性疾病，但身體虛弱的個案及其家屬，則是希望能夠有單位提供不定時的醫師到宅看診，讓他們在有醫療需求的時候，可以獲得協助。

「很方便，減少了我去醫院的次數，還是可以得到醫師的檢查，這樣比較方便……」(A1)

「如果有醫師要來我們當然很歡迎……」(A3)

「不用每兩個月都來看，有不舒服的時候再來就可以的，檢查也差不多一年或半年做一次呀。」(A4)

「偶而身體不舒服再找醫師來看也還可以……要看訂的話就沒辦法了嘛。總比要帶他出去還好吧，也不可能都不給他看醫師呀。」(A5)

「像你們這樣來檢查、了解他們的情況就夠了。平常沒事也不一定要有醫師來看。可以在有變化的時候，有一個單位可以聯絡，然後在幾天內安排個醫師來家裡幫他看診。」(A8)

2). 安全性：

這些病人平時都不出門，有的是因為生病行動不便、有的是因為年老身體功能退化。他們共同的問題是身體健康狀況需要專業的醫療人員照顧，但卻因為不出門而很久沒看過醫師了。有的是一年、兩年也有的是十年以上，他們的健康問題有的是由家屬代為去醫院看診，有的甚至是置之不理、

自行使用成藥或偏方。家屬們普遍的認為，因為行動不便無法外出就醫，身體有什麼不適的時候只好忍耐或是尋求其他方便取得的方法去做改善。這些方法就包括了未經處方使用成藥、使用他人的藥物、由家屬代為看診領藥等。他們表示知道這些用藥方式是不安全的用藥行為，但礙於現實情況的限制，只能選擇這樣的方式。

「像我們這樣行動不便的人，……常常要跑醫院很辛苦」(A1)

「就去幫他拿藥回來給他吃就好，不然他也不喜歡出門、也沒辦法出門，要因為感冒就醫院去拿藥太麻煩了。」(A2)

「他都是我幫她去拿藥，20 幾年了，也不知道好不好……」(A3)

「他這樣(中風使用輪椅)，又在二樓，要怎麼帶他去醫院？要叫車還要請人幫我把她搬下去……」(A5)

「他整個人不會動，而且體重又很重很難移動，所以我們就會先拿普拿疼給他」(A7)

3). 品質：

到宅看診的醫師因為是深入的接近、了解病人。當經過一段時間的相處後，往往能真正的了解病人的問題與需要。同時因為有醫師的介入，使得長期臥床在家的病人對於自己健康的問題感到較為安心。而病人也會對親自所聽到醫師建議的事情較為服從。這項附加的好處，使得個案家屬在照顧上更順利，進而分擔了部分心裡的壓力。

「像這樣長期看診的關係，他(醫療群醫師)比較了解我們的問題。」(A2)

「有醫師來真的比較好，不然我們有時後講很多他也不聽。我女兒也是護士，可是這樣自己照顧還是覺得很不安心呀。那像姚醫師來看他，跟他說的他都會配合……」(A7)

「鄧醫師來看我們比較安心啦。而且如果要吃藥，鄧醫師跟他講他比

較會聽。藥拿回來他就會吃。」(A9)

4). 效能及效果：

當他們已經求助了許多單位，都無法協助他們時，他們更可以感受到提供到宅看診服務的醫師們的用心。許多個案都有到醫院看診卻不愉快的經驗，很多原因是門診醫師對病人沒有深入的了解、也沒有太多的時間了解病人的情況。同時，在醫院科別越分越細的情況下，問題未明朗前，可能連轉 3 個門診、做 3-4 項檢查，但最後可能仍舊無法判定原因，反而造成病人不便及不安。

「一般的醫院醫師服務很差，特別是公立醫院的醫師。你去醫院花的時間很多，可是醫師只看你幾秒鐘而已。……上次我媽腳腫起來，我們去看心血管科，結果去到那邊他要我們去看心臟外科，看了外科又說我們要看內科。那天總共看了三科，還做了血管攝影、心電圖，結果正常、也沒有告訴我們之後該怎麼樣。」(A2)

「(醫院的門診)進去一下就要出來了，醫師都要看很多人。一個早上幾十個，根本就沒有空慢慢看你。」(A5)

「(住院時)在醫院裡醫師每天也才來一次簡單的看一下，有沒有仔細的檢查，開的藥吃不下也無法解決。……覺得在醫院感覺不仔細……。」(A8)

醫師到家中看診，全方面的了解民眾的情況後，能有效的早期發現病人的問題。使得民眾的健康問題的得到較好的控制。

「現在有醫師來看，幫他控制血糖，……那原本也不知道他有糖尿命，也沒有家族史，所以我女兒原先也不知道。(病人女兒現為某醫學中心的護理師)」(A7)

「醫師來比較好，不然都是我去幫他拿血糖的藥，你們來才知道他血糖這麼高……」(A10)

5). 成本：

在收費的金額考量上，一般民眾可以接受的範圍在增加醫療費用 300~500 元之間。也就是到宅看診的整體費用在 500~800 元之間。太高的醫療費用會使得大部份的家庭無法負擔，而影響服務的可近性。同時民眾也認為還是有需要健保的補助，甚至對於經濟條件不好的家庭，應該由其他單位介入補助，減少他們的負擔。但該如何申請補助、補助的對象條件為何？都是會影響服務可近性的問題。若手續、流程過於複雜、不便，會使得許多有需要醫師到家裡面看診的民眾，選擇延用舊的照顧方式，而不使用醫師到宅看診的服務。使得原本立意良好的服務，卻無法落實的照顧到有需要的民眾。

「如果健保可以補助，要我們再自己付個幾百塊，也沒關係。」(A1)

「大概還會注意要收多少錢吧，太對貴的話一般人也都看不起呀。」(A2)

「大概 5 百塊吧？健保應該還會有補助呀，我們有繳健保費，再多出個幾百塊請醫師來家裡看診也是應該的。」(A4)

「應該是會比去診所看貴嘛，來家裡比較麻煩也比較花時間。多個幾佰塊差不多。(大概是幾百塊呢？)差不多 3、400 塊吧。沒辦法才會請醫師來。醫師來也會很辛苦。」(A9)

6). 適當性：

常見的醫療需求，除了針對病人的問題提供解決方案，還包括定期的生理檢查、健康檢查及施打流感疫苗等預防保健的領域。

這些服務的提供，使得醫師及病人的關係更加的親近。他們很感謝醫師可以提供到宅看診的服務。

「像是抽血呀、驗小便、大便這種很基本的，醫師來家裡幫我們收集

那些，我們家人再到診所看結果、拿藥，這樣就很方便」(A2)

「如果有要檢查什麼的話，可以來家裡抽血，然後我們再去看結果……還有像流感疫苗可以來家裡打，也很好呀。」(A3)

「可以幫他做健康檢查，因為做過健康檢查才可以開降血酯的藥……。」(A4)

7). 個案及受訪者的接受度：

即使有這些好處，但民眾對於醫師到宅看診的接受度，仍有其他的考量因素。最重要的一點是醫師的態度，當醫師主動、熱心且仔細的為病人看診，並提供平時諮詢的管道等，能讓個案更快的接受醫師到家裡來看診，建立信任的醫病關係。

「看醫生看的怎樣，蘇醫師是很仔細。可是也些醫師很差，都不太理人也不會看，那就不要來了呀。」(A5)

「像現在姚醫師雖然 2 個月才來一次。可是每次來都有很仔細的檢查跟解釋，反而比醫院好。」(A8)

「黃醫師人很好，我們都給他看，很仔細啦。而且就在附近，不用跑很遠。有甚麼問題我們把上就可以問他……」(A10)

經由以上各點的評估顯示，民眾的確有需要醫師到家裡看診，而在各考量因素總結，仍舊是希望醫師能夠大家中提供看診的服務。

另外一方面，經由醫師的焦點團體深入訪談，依照服務模式的各層面，由提供醫師到宅看診的 4 名醫師述說到宅看診的經驗中所得到的正面及負面的回饋及原先對到宅看診的看法與意見，再請受訪者說明關於醫師到宅看診現在所面臨的問題及未來可以發展的方向。以下歸納出四個方向的問題來做探討：

1). 醫師對到宅看診的準備

受訪的醫師對於到宅看診都表示有實行的必要。因為提供醫師到宅的服務可以讓那些待在家中、無法出門但仍需要醫療服務的民眾，有公平接受醫療的機會。而民眾在心理層面上得到的滿足也很顯著的表現出感謝的心情。同時經由到宅看診所得到的資訊，有助依醫師從生活環境、照顧者、家族史等，全方面的了解病人。並且醫師可以有機會早期的發現慢性病患的問題，不用等到併發症產生了才介入管理病人。

「如果沒有醫師的介入，可預期後續的情況會延誤糖尿病的診斷時機，……併發症、腎臟及眼睛的問題到了一個已經造成傷害的程度就無法挽回了。」(B1)

「不管是試辦的或者是將來有規章可循的。因為我覺得說現在的醫療服務下，要照顧到一些沒有公平機會使用到醫療資源的人，包括那些經濟弱勢、行動弱勢或是他們本身資訊弱勢。」(B1)

「基本上如果我們是他們可以信賴的醫師，大概是他們基本的想法，如果能夠到宅給他們服務的話，病人必定是心存感激，這是我們可以感覺的到的。」(B2)

「除了家人以外，一個有專業背景的人對他的關懷，這方面的價值我認為蠻高的。不管是有安全感、在心理上感覺到被重視、而不是一個邊緣人的感覺，我們可以從看診中與他的互動感覺得到。」(B2)

「可以多了解病人本身有什麼疾病、以及過去病史、再哪邊醫院治療等，以及他居家裡面居住的環境、有多少家人、誰在照顧他、家庭的成員如何？可以了解的話可能會好一點。」(B4)

但對於沒有出診經驗的醫師來說，要到一個陌生的環境看診，多少會感到不安。醫師與病人雙方的不了解與不信任，使得醫師採與較為保守、被動的態度。而不安的感受主要來自於對不熟悉的病人及環境所產生的不確定因素。這病人有什麼樣的問題？配合度高不高？家裡有多少人？會問哪些問題？居住環境是否適合？各式各樣的問題都有可能影響醫師的信心。

「對於一個不特定的、很陌生的家庭醫師會有些他需要顧慮的地方。比如說雙方彼此的信賴度不夠，那去執行這樣的訪視、處置，甚至有醫療建議產生一些不如預期的效果、醫療風險出現的時候，醫師如何得到合理的保障？」(B1)

「忠孝那邊的人問我說有沒有興趣加入醫療群，我當時認為需要考慮，畢竟不了解。……所以我就此取比較被動的形式。」(B3)

「我覺得麻煩。一切都還不了解，不知道怎麼訪視、怎麼處理。」(B3)

「一開始要去看的感覺很忐忑，不知道這個病人是怎麼樣、家裡的狀況怎麼樣、很不了解感覺有點怪怪的。去看了以後發現旁邊的小孩剛好是我的病人，他們家人都是我在看的，感覺又突然變的不太一樣。」(B4)

「感覺是因為個人對環境的不熟悉，安全上的顧慮也還好，因為還有跟一名護士一起。只是因為陌生的環境感覺就很不怪。」(B4)

因此醫師更要建立自己強而有力的醫療專業。要提供到宅看診服務的醫師最基本要有全人照顧的能力，從居住環境、疾病史、營養狀況、藥物使用各方面，去判斷個案的問題並提供合適的建議：像是提供良好的照顧模式、適當的醫療轉介等。除此之外，醫師在心理上的建設也是需要的，在病人家看診的情況跟診所有很大的差異。不論是因為醫療設備不足、居住環境不佳或是病人及家屬在心理期待上的差異，都是醫師們需要面對的新問題。如果有機會的話，能夠在正式提供服務前，讓醫療群的醫師有機會實際的跟隨有經驗的醫師到家中看診，了解有需要到宅看診的民眾的情況，將有助於醫師執行這樣服務的心理準備。

「一個想要做這樣訪視的醫師他在全人照顧的能力上需要多跟各科去學習。……你的判斷將會影響病人的決策。這樣初步的評估需要非常多的廣度及專業，是需要提升、需要訓練的。」(B1)

「醫師年輕的時候都有經過實習，是不是說在長照中心可以開放見習也沒有關係。我們可以在做臨床指導的時候、有正規的醫師及團隊在做訪視或處置的時候，讓這些想要提升自己專業的醫師可以在旁邊參予見習、去了解狀況。」(B1)

「就技術層面來說，我們能做的應該的是足夠。……主要需要在心理上去了解家庭裡面的病患真正的需求，每個家庭的需求都不一樣。」(B2)

「心理上的準備很重要，你要先預期是要到一個社會階層比較低的地方、經濟環境比較差、大部分都是會比醫師本身得家庭環境還要差，大部分都是很低下的，心理上要有所建設。要有一個醫師的熱誠，不然比較難走出去。」(B4)

「對於新進的醫師我還是那句話：「要有一顆心去做！」一些對病人的關心、更深入的關心他們的家庭。」(B4)

此外，醫師們也認為到宅服務畢竟不是件非常單純的事，包括事前的規劃、中間的接觸、安全性的考量還有合法性的問題，這都需要一個團隊的支持，這些並不是醫師個人可以完成的。需要有單位可以負責出診前的的評估，協助醫師到到病人家之前對於病人能有初步的了解、需要其他的行政人員，像是本研究計畫中的助理，配合聯繫、規劃或安排、需要背後支持的醫院可以提供專科的轉介或是病例的管理。醫師在專業上可以執行到宅看診，但是在整個過程當中其他的行政程序還是需要團隊。而家屬的配合情形也影響著醫師到宅看診服務的成效。而家屬不能只是依賴醫療人員，在居家可能發生的情況範圍很廣泛，醫師到宅看診也不像在醫院裡，隨時可以掌握一切狀況。所以家屬更要主動配合醫師的指示、確實的實行，才可使得醫師到宅看診達到預期的功效。

「我們去訪視患者時家屬的態度，好壞差距很大；所謂好就是關心病人、願意配合；壞的話就是他覺得只要有醫師進來醫療責任就是在醫師身上，所以我們覺得這一點是我們沒辦法靠我們自己的力量去完成。」(B1)

「醫師在專業上可以出訪，但是在整個過程當中其他的行政程序還是需要團隊。」(B1)

「因為這並不是像一般在診所的醫療，有一個醫療環境、合乎醫療標準。這樣的情況下家屬的諒解及社會的支持度如何？醫師本身沒有把握。」(B1)

「希望居家照護是一個團隊。現在我們的形式為一民行政人員、一民醫師，比較有機動性。但是將來是不是能加入護理人員等，……這個可能是一個將來需要增加的人力資源。」(B1)

「長照中心轉介的個案他們對醫療基本上已經表明有需求。這跟我們所謂的陌生電話一來希望醫師能出診、去做長照醫療是不太一樣的。這中間我感受到還有一些行政人員在裡面支持的情況之下，去感覺是一個比較公開的環境。」(B1)

「整組願意去做的話，困難應該可以克服。」(B3)

「最好是有一個行政管理的人、還有一個主持的負責人。……最理想是由一個醫院來做，如果只是由醫療群還介入長期照護，除非政府給的資源夠充足、有負責協調安排的人員、出診的補助、以及有後送醫院救回後續的處理。」(B3)

「一個醫師出診配著一個護士，大概還需要一個比較完全的醫院支持。……醫院可以有更深入的介入，在教育上、專科上可以提供專科的諮詢。醫院介入在多一點、再深一點、主動一點會比較好。」(B4)

2). 提供服務中的方向

在本計劃中，一開始對於病人的類型並沒有太多的限制，只要是行動不便、有意願讓醫師到宅看診的民眾，即會安排醫師到宅看診。而醫師在各種類型的病人中逐漸的歸納出，較合適到宅看診的病人應該是以慢性病人為主：在尚未發展出嚴重併發症時由醫療群醫師的介入，控制並穩定病情的發展既能有效的幫助病人。相對的若為急性期的病人，因為需要急性的醫療介入並隨時監控病程的發展，在家接受醫療的風險相對的提高，故不適合醫師到宅看診。

「比較合適的應該是內科慢性病的個案，他不需要太多其他科的團隊，……如果只是行動不變、無法讓醫生診察，只是有高血壓或是糖尿病初期等，這種個案只要能掌握一些健康生活的概念、定期的追

蹤，發生併發症的機率很低。……這些病人可以提升的健康程度很高。」(B1)

「最有幫助的主要是慢性病的對象，急性病可能無法馬上處理，需要有後送醫院的幫助。……如果不穩定的時候也沒有救急，除非有後送醫院。最多可以在病人打電話來詢問時可以給予適當的意見。」(B3)

到宅看診的醫師最好發揮的功能在於，實際的了解病人後，可以給予全人的照顧，而不只是經由非專業人士的轉述，依據症狀作處置。這樣確實的了解病人，有助於醫師負責整合病人的問題。特別是在藥物使用上，能夠有機會觀察事物使用的情況，是否有效、是否可以停藥、是否應該有所改變等。這些都是在只見病不見人的的看診模式中，極容易被忽略的問題。

「因為他們每個症狀可能會找不同的專科，如果他們沒有一個整合的人、特別是沒有在同一個醫療院所，問題會更大。他們會服用過多種的藥物，有些長期用的藥物是可以停止的，否則對他們身體的藥物負擔是蠻大的。」(B1)

「整體比較像健康訪視，比較沒有執行醫療的處置，畢竟有些處置也無法到宅去執行。所以一般就是給他問診、給建議，現在到宅還是比較像家訪的形式。……可由我們到宅看診時評估藥物有沒有互斥、有沒有重複，我們可以去注意他這些問題。」(B2)

在時間的考量上，醫師普遍的認為提供醫師到宅看診是較沒有效率的方式，然而這卻是提供行動不變的患者接近醫師最有效率的方法，因此醫師也願意為了得到更多的資訊而花較多的時間。原則上 30 分鐘到一小時提供一個病人服務，除了有充裕的時間了解病人，也較能符合醫師的成本考量。

「在兩個小時之內能夠完成兩個個案的訪視，我認為時間還算寬裕」(B1)

未來醫師到宅看診除了提供病人醫療照顧外，可擴大至心理層面及社會層面。除了提供醫療的照顧，當醫師到病人家

中，往往可以再發揮更大的功用，如在病人的生活照顧上，醫師可以提供民眾正確的生活建議，特別是在環境衛生、居住安全等。進一步了解病人與家屬互動的情況，可以適時的給予鼓勵與建議。

「在社區中找到屬於你的病人、並且你能達到他的需要，這種到宅服務的關係才會持久也會讓醫師感到比較有意義。」(B2)

「一個社區的醫師，除了再醫療上是可以在擴大一點，例如：住家的安全衛生。因為有些民眾可能對這樣的概念不是很夠。我們到了家裡，我們可以給他除了平常的醫療之外、還可以關心他住宅安全的問題、甚至他們的親子互動、或是老人與年輕人的問題。也許我們在這部份還可以多給他們一些建議。」(B2)

在制度方面，計畫中醫師到宅看診的行動在醫護管理上目前屬於專案管理，且醫師提供服務並不收取報酬。這樣的形式只是在發展新模式間的一個過度階段。但在未來若要推廣至各醫療群，程序上的衛生管理單位及醫療給付的單位，規定都應該修正才能符合醫師到宅看診服務的作業以滿足大眾的需求。在給付上除了健保的支出，對於弱勢團體、低收入戶的補助可以由社會福利機構介入。減少健保的負擔同時也可以增加服務的可近性。多數需要醫師到宅看診的民眾為相對的經濟弱勢族群，所得到的補助上，可考慮跳脫健保的總額。並針對每位個案不同的類型，提供不同的補助標準。有醫師提到若是以風險餘時間的考量，醫師到宅服務得到的補助大約需要是在診所看診的 3 倍。然而醫師們也有心以回饋社會的方式，針對弱勢族群提供服務而收取較少的報酬。對於不符合醫師到宅標準的民眾應該開放自費醫療，讓需要的民眾可自行選擇適合的醫師，無需特別做限制，畢竟每位醫師的價值，取決於他所能夠提供的服務、與病人主觀的感受

及需要。在制度面上做適當的改變，支持醫師走出診間提供到宅看診的服務，提供多元化的就醫方式，才能真正的減少民眾就醫的困難。

「如果可以獨立在公衛系統、或是社會福利系統中，這樣的形況下，其他的醫療業者會自己評估是否參予這樣的醫療服務，在不影響原本的狀況下。……如果今天醫師所掌握的資源可以給病人一個好的管理，我覺得不要論件計酬，可以以論值計酬或是論人計酬的方式。但這是需要先經過精算，這樣才合乎醫病關係的合理性。」(B1)

「目前健保給的給付如果一般門診是 1 的話，到宅差不多需要 3 倍。約為 1：3，用時間、風險來計算。可以針對兩個方面，一是政府來支付費用跟由家屬來支付這筆費用，我想是不太一樣的。如果按照社會保險的角度，比較可能照顧到中下階級的人，而社會保險本來就是要照顧比較弱勢的對象，那當然政府去調配這件事情，站在醫師的立場也會願意犧牲一點，不可能要求很高……」(B2)

「如果是家屬自費的病人，那我們可以假設他們是可以脫離社會保險保障的。他們本身可能沒有經濟上的問題，他們應該是願意花費比較高的代價而得到服務。這樣的話，應該是無法得到管制的，無法由政府定價，而應該是一個自由市場。畢竟每位醫師的價值在每個病人的認定也都不同。」(B2)

3). 提供服務所帶來的效益

專家們對醫師到宅看診效益的肯定，並不是憑空想像。對於行動不變的患者，若無法提供便利的就醫方式，使得病人就醫的意願減低所產生的風險是難以評估的，無法確實的掌握病人的病情發展因而失去了預防保健和疾病控制的功能，在急、重症上產生的醫療成本也會提高。

除此之外，醫師主動的走進病人的生活並提供全人的照顧能夠提高病人對醫師的信任。雖然不是一開始就能馬上建立起良好的醫病關係，但在持續 3~4 次到宅看診後醫師與病人間的信任感會比在診所看診所建立的關係還要深入。

「如果說醫病關係的建立上，讓病人覺得對你的依賴感優於原先的醫

師，他會有所選擇。」(B1)

「這一定是會吸引年輕的醫師，一般而言，年輕的醫師比較好塑造，……如果他們的工作的市場都被佔光了，在知道有這種方式，可以比別人優先獲得資源、工作。我想會比較容易被接受。」(B2)

「看過病患後，發覺有異常時應該是要有適當的管道反映給他的主治醫師，讓他知道已做改善。」(B3)

「大概 3 次左右，我感覺在第三次次後，第一次兩方都在建立新的感覺、而且我的病人都還是原本的病人，去到他家都還是會抱著半性半疑的想法。大概去了 2 次、3 次後，感覺有比較好。」(B4)

4). 醫師到宅看診未來的方向

如果能將病歷建立在醫療網路上，以開放不同權限的方式，讓不同的醫師可以得到不同層度的病人資訊，這樣對於病人的隱私及醫師所得到的支持都有不同程度的好處。

「如果可以將資料建檔，放在一個資料庫中，依據醫師的權限可以去查詢，可以看整個計畫中有哪些慢性病的病人、分布的區域、人數、基本資料等；那由我本人去訪視的個案我可以查詢到更多詳細的內容：我當時的建議跟他的背景資料是什麼，可以做到這樣是做好，當然還包括他訪視了幾次、這中間的驗血資料、血壓值等等也都可以建檔查詢。」(B1)

「看過病患後，發覺有異常時應該是要有適當的管道反映給他的主治醫師，讓他知道已做改善。」(B3)

第八節　　到宅看診程序說明書

明確的服務說明有助於新模式的推廣與應用，因而本計劃利用兩年的實務經驗發展出屬於社區醫師的到宅看診服務，並將行方式修改、製作成書面文件，提供相關的人員參考使用。

本操作手冊的方向在於提供實務服務中各環節的說明，對於想要推行的醫師到宅看診的中央單位或是地方政府來說，本手冊提供了執行的指標，是醫師到宅看診入門的參考工具。本手冊的內容分為三個部份：

第一部份：醫師到宅看診的基本說明，包括服務的定義、法源、目的、提供單位、服務的對象、內容等。

第二部份：操作服務的流程，包括服務流程、醫師招募及參與的流程、報備及申請補助的流程、以及出診所需要的準備與設備。

第三部份：服務所有的相關文件或表格範例，可以各單位的需求直接使用或做合適的修改。

要推展醫師到宅看診的服務，本操作手冊會是一個提供服務的第一步。往後在各縣市政府執行的過程中，實務的經驗將會產生更多的想法與建議，而逐漸的建立起屬於我國廠期照護體系下的醫師到宅看診服務。

第四章　討論

隨著台灣人口老化、照護的社區化，醫療群醫師為有長期照護需求的民眾提供到宅看診服務已成為一個趨勢。研究也顯示，這個需求的確存在，許多沒有插管的老人但有 ADL 障礙者，因為家庭，居家環境，或照顧者因素等，無法出門至醫院或社區診所看診（註：有插管的病人可以配合居家護理得到醫師到宅看診服務，雖然此服務執行的效益與品質仍有待檢驗，但至少在目前的健保體制下，他們可以每兩個月獲得一次醫師到宅看診服務，並不需要社區醫療群醫師的介入）。即使沒有留置三管需要定期的護理，但可能因為高血壓需長期控制、長期臥床下出現了壓瘡癒合不良、或是獨自在家照顧多年無法出門但需要了解目前的身體功能狀況、甚至是一般人都常發生的上呼吸道感染、腸胃症狀或牙齒痛等問題也都會出現在因為行動不便無法出門而沒有定期看診的民眾身上。卻因為沒有固定、持續的護理需求而無法透過居家護理收案，安排醫師及護理人員到宅看診，就醫的限制始終無法改善，因此影響了民眾就醫的權利。這些個案長久以來均利用家人至診所或醫院拿藥，醫師無法當面針對其慢性病進行診斷，也導致無法提供適當或完善的治療，往往只能持續過去的治療方式，無法依照個案的狀況來更新處方或提供合適的衛教，也因為如此，個案的健康狀況往往無法得到改善，也增加家屬的心理負擔。這個計畫的主要目的是在服務那些有需求但在目前的健保體制下無法獲得照護的個案，在提供服務的過程中，我們也發現些制度面與醫療面的議題。這些議題對醫療群醫師參與長期照護的可行性與推廣性有重大影響，在此特別提出來討論。

第一節　行政程序層面

一、需要完整的工作團隊

在完整的工作團隊中，除了最基本的需要有醫師提供到宅看診服務外，另外需要中立、且有專業權力的個案管理師作為評估是否提供補助的決策者。以及增加居家護理師的人力，陪同醫師到宅看診，並管理到宅看診的個案，作為個案與醫師之間連繫的角色。

以台北市為例，最適當的收案評估者為各區長期照護管理中心的個案管理師。運用其專業完成事前評估再進行轉介，可以避免有心人士操作提供醫師到宅看診的服務，造成醫療資源的浪費。同時也增加了個案管理可利用的居家資源。但因為長期照護管理中心的個案管理師，同時負責其他居家照顧業務的評估與轉介，所以負責陪同醫師到宅看診的這個任務，是應該另外獨立出來，由專人負責。其中一種方式是，類似居家物理治療師透過物理治療師公會安排居家服務，而醫師到宅看診也可以由各醫療群共同設立一個出診服務處作為接受轉介的單位。另一種模式是將此居家護理師編制入現在的居家護理服務中，可以是在各區的長期照護中心、也可以是在各區的健康服務中心。無論如何，都必須要增加人力，以負責新增的服務提供。

二、收案的標準與程序

整個收案的程序需要先經過長期照護管理中心的個案管理之需求評估。再將個案資料轉交給到宅看診的管理人，然後安排適當的醫師到宅提供看診。

什麼樣的民眾才符合醫師到宅看診收案的標準？評估須包含看

診的必要性及可行性。需考慮看診時間、地點、個案本身及居住環境的狀況。同時事前須要向個案或家屬清楚說明服務的內容、收費的標準及需配合的項目。評估的重點分為以下各點：

1). 病情穩定適合在家治療者。

2). 無法經由簡單協助即可使用輔具位移者。

3). 居住環境不方便使用輪椅等輔具進出者。

4). 可配合醫師到宅看診的規定及要求著。

評估的方向包含了：病人本身的健康狀況以及居住環境的限制。在這任一方面條件無法滿足的情況下，就應該安排醫師到家裡面來看診。

三、醫師等人員出診職業報備程序

因為合作的醫療群醫師原登記職業地點為各診所，為了使醫師能至個案家中執行醫療業務，計畫人員與醫護管理處專員連絡後，確定醫師相關的報備程序，將按月寄送相關資料至醫護管理處報備，而醫師可以執行的業務範圍並沒有另外規定，與一般醫師相同。在醫師法第 8-2 條提到：「醫師執業，應在所在地主管機關核准登記之醫療機構為之。但急救、醫療機構間之會診、支援、應邀出診或經事先報准者，不在此限。」經專員解釋的意思為：包含急救、醫療機構間的會診、支援、應邀出診等情況都需要事先報備，沒有規定哪一種特別身分或專科的醫師才能執行出診的業務，所有合格的醫師都能應邀出診。唯一的限制是：在雙方事先確定的情況下，在執行業務前上網登入支援報備系統進行事先報備既可，事先報備一般而言需至少提前兩週進行報備的程序。大部分社區醫師對此法規並不熟悉，在專家討論

會中多次提及「離開職業地點職業是違法的行為」，可見相關規定須加強公告、推行。

四、個案的病歷管理

原則上醫師出診前與出診後的病歷管理應該能夠結合醫院的病歷，在實際提供醫療需求的考量下，若出診的時候可以事先查閱個案長期看診的醫院的病歷資料、檢查報告及用藥紀錄等，能更確實了解個案的狀況，可以做更好、更完善的介入。在實際看診後，將看診的紀錄呈現至病人的醫院病歷紀錄中，有助於其他醫師對病人現在狀況的了解，減少因為民眾本身對自己的情況不清楚，或因出診的醫師現場擁有的資料不齊全，或醫院的醫師對於病人病情後續的發展無法掌握等因素，使得醫師無法確實的做出正確的判斷，因而沒有提供適當的建議或處置。

此外，如果可以確實的建立家庭醫師的關係，社區醫療群到宅看診後可將紀錄收錄診所病人病歷中，部分醫療群甚至具有會員網路資料的系統，提供醫療群中其他醫師參考共同照顧病人的健康。同時民眾每次於醫療群就診的記錄皆應該匯集入合作社區醫院的病歷資料中(包含：出診紀錄)，透過民眾的家庭醫師完整的收集個人的就醫紀錄，已提供更持續性的醫療服務。

五、醫師出診時個案的健保身分登錄

在醫師到宅為民眾看診的情況下，如何能執行健保身分的登入作業？相關影響包含各項醫療行為的收費及藥物處方籤的開立等。因為計畫的目的是建立模式，東區醫療群醫師是以協助的角度出診，所以沒有收取掛號費及診療費用，藥物處方則需要家屬的配合至醫療院所

掛號領藥或自費買藥。但畢竟都不是長久之計，這些有長期照護需求的人，同時也是具備有健保身分的民眾，擁有使用全民健保的相關權力與義務。只有在合法的健保登錄系統配合下，對醫師及民眾才有保障。

因此，若要推廣醫師出診的制度，需先建立起相關機制。一個可供決策單位參考的方案是由健保局各別與診所簽訂合約，合約下診所醫師可以提供到宅看診的服務，並在出診後留下個案的身份證明資料(例如：身份證字號)並要求個案或家屬親自簽立同意書等相關文件備查。經由醫師診所報備及相關證明資料的証實，可以避免做假的疑慮、也可以便利醫師出診的流程。也可以由照顧者持個案之證明文件至與健保於簽訂出診合約之醫院、診所登記出診，同時在出診前事先簽立同意書等相關文件備查。這樣更能保障醫師及民眾雙方的權利。

第二節　　醫療與服務層面

一、個案來源

計畫的個案絕大部分透過長期照護管理中心的轉介進入醫師到宅看診方案，顯示這計畫是真正在服務有需要且無法出門的民眾。個案當中也有些來自醫療群醫師的病人群，也有少部分是自己主動跟這計畫聯絡，顯示雖然才短短的幾個月，本計畫在社區中已經獲得很大的回應。相信往後會有更多被忽略，或無法得到照護的民眾需要這樣的服務。不同於其他以醫院為首的醫療群長期照護方案，這計畫的個案均來自社區內，而不是以醫院的病人為主要來源，真正落實照護社區化的精神。

二、服務內容

若要推廣，醫師所能提供的服務內容除了一般的看診外，應該能納入一些其它的加值服務。針對行動不便、無法外出就醫的民眾而言，最容易遇到的問題是一開始的診斷確立、相關補助身分的鑑定、預防篩檢及後續的慢性疾病的控制等相關醫療的進行。例如：殘障手冊申請的鑑定、外籍看護申請的鑑定、成人健檢、子宮頸抹片檢查、疫苗注射等。這些對於大部分行動不便的民眾常見的需求卻也經常無法被滿足。醫療群醫師到宅看診是否有能力及權力可以著手進行？這同時涉及到醫師本身的專科領域、健保的相關規定及各項鑑定的條件限制。

舉例來說，在符合健保申報的標準下，子宮頸抹片檢查依規定須為家醫科及婦產科醫師執行，同時需有登記關於子宮頸抹片檢查篩檢

做業務的醫師才可執行；以成人健檢為例：分兩階段檢查，皆須健保掛號過卡；以外籍看護申請的鑑定為例：鑑定醫院的條件-「限公辦公營之公立醫院、經衛生署評鑑合格區域級以上醫院、精神專科醫院、或新制醫院評鑑合格且在衛生局登記開放的急性一般病床與急性精神病床合計 250 床(含)以上之醫院。」，人員需包含-至少一位醫生及另一位醫事人員、臨床心理師或社工人員。

搜尋相關單位的規定，包含：全民健保局、台北市衛生局、各區健康服務中心、社會局、各區公所社會科的網站並經電話聯繫業務負責人詢問目前的提供服務的狀況。只能確定殘障手冊的申請鑑定，現在政府單位是有提供到宅鑑定的服務。個案需罹病、長期臥床無法行動而無法到醫院鑑定(如植物人、呼吸器照護)，且持有診斷證明書者及其他申請者的相關資料，向戶籍地鄉鎮區公所社會課申請，鄉鎮區公所將行文衛生局轉各特約醫院，安排醫師擇期前往鑑定。整個流程所需要約一個月的工作時間。

以社區醫療群介入的角度來看，特別是關於預防篩檢的執行。能運用現有的資源(例如成人健檢)更進一步了解病人的現況，提供後續的醫療照顧對於醫師及民眾雙方面都有幫助。其他各種身份或資格的鑑定，則是未來社區醫療群可以共同參與的方向，由社區醫療群著手，發揮基層醫師的最大功效，能有效減少醫療中心的成本負擔。

醫師到宅看診未來是否還有其他發展的空間。這部份，由醫師及民眾的深入訪談中歸納出，醫師到宅看診的角色，可以加強在預防醫學的角度，不單只是針對急性問題的症狀解除或是慢性病的控制。健康檢查及預防注射都是可以幫助這些行動不便的老人及慢性病人健康的方式。而因為有機會可以獲得更多關於病人的資訊，使得醫師能

全方面的了解病人的健康問題，而能夠仔細的向病人說明，減少病人及家屬不必要的安心。但在說明病情方面，向來是醫師較為缺乏的一部分，然而應該提供醫療資訊到甚麼樣的深度，除了跟醫師本身有關外，也涉及到民眾對於醫療的了解程度。

三、醫療品質

在提供便利的服務為目標的情況下，仍必須以良好的服務品質作為前提。醫師們的教育訓練相當重要，由於大部分的個案都是有慢性病的老人，因此在老人醫學與慢性病的照護的知識方面應該要加強。社區內的醫師普遍在這方面的接觸有限，因此較缺乏相關的專業知識，國內的醫學養成教育在這方面比較缺乏，對於居家照護這麼部分並沒有相關的課程，對於有意願參與老人長期照護或其他到宅看診的醫師，這方面的專業訓練應該加強。

除了醫師本身的教育訓練外，病人後續的追蹤與轉介也相當重要。在治療過程若發現病人有需要進行更進一步的檢查及治療時，醫師應主動介入，而不是被動的等待病人家屬尋求支援，可能會因此而延誤的治療的時機。此時醫療群醫師則會依賴合作醫院的後續支持與協助，有時候需要諮詢相關的專科醫師，有時候則需要轉介病人，因此醫師們跟醫院之間的合作關係也相當重要。

四、報酬與動機

若要全面長期的推廣醫療群醫師到宅看診，便不得不考慮醫師本身的時間及成本。一般醫師在門診時平均一小時大約可看 10 個病人甚至可以達到 20 個以上，但出診一次待在個案家中的時間可能就超過半小時再加上交通往返的時間，一個上午的看診時間最多只能看

3-4 個病人，如何確實有效的利用時間並提供醫師合理的報酬，也都是決定是否能推廣社區醫療群長期照護模式的重要考量因素。因為本計劃合作的醫療群醫師為義務幫忙，所以不收診療費及交通費等。但在初次接觸個案時個案或家屬時，個案或家屬都會特別提問有關收費的問題，更有個案一開始更是直接拒絕，表明就算具有健保的身份政府有補助，仍需自行支付交通費，故不願任何醫療團隊的介入。

因此，補助的經費額度將是這項服務部否能順利推行的重要因素。從民眾的角度看來，為了能夠得到便利的醫療服務，大部份願意負擔較高的自付額，願意增加 300~500 元不等的自付額，這可使得補助單位所需要負擔的成本減少，也能提供醫師合理的補償。而少部分無力負擔這樣醫療費用的族群，各縣市政府應而由社會福利方面提供補助。

讓醫師無需為了符合成本考量而增加服務量，有助於維持醫師到宅看診的品質，服務量即可因各醫療群的情況有所不同。醫師及所屬醫療群應該自行討論出較符合自己現況的服務提供量。以東區醫療群為例：在群內討論後設定每位醫師每月出診以 4 次為限，在有限的提供服務的情況下，能維持較好的服務品質。相對的，也就需要更多的醫師投入這樣服務的提供。

五、可能獲得的效益

行動不變的病人延後就醫所可能產生的醫療風險，及後續增加的醫療費用，包括急診的使用率、住院天數的增加、併發症的發生等。在民眾就醫的觀念方面，大部分家屬普遍會認為若是小病病人本身沒有看醫生也沒關係，吃藥就會好；若是長期的慢性病，有在吃藥，沒

有明顯的不適就代表控制良好。但這些觀念行為確實會造成醫療風險的提高。在醫師實際的看診後，通常會發現，即使有在用藥控制血壓、血糖等，長期未看診的個案，許多生理檢查數值都未得到良好的控制。除了沒有進行檢查外同時也因為沒有透過專業醫師的判斷，因而會忽略掉許多異常的徵象。故政府單位也有需要加強推廣正確的就醫觀念，並發展便利的醫療途徑。可以藉由推行醫師到宅看診得到解決，進一步能有效的減少醫療費用的支出。除此之外，醫師到宅看診提供了多方面的資訊，是醫師在診所時難以發現的。當醫師走出診間的過程中，與民眾所建立的關係變得更加的令人親近，民眾大多數都歡迎醫師可以到家中看診，無形中拉近的醫師與病人的距離。同時因為醫師能夠提供全方面的照顧，不單只是針對疾病的症狀，同時也會對生活的習慣、營養及藥物的控制、居住的環境以及個案的社會支持等各方面提供建議，使得民眾可以感覺到更多來自醫師的關心，有較高的滿意度，進而提高了醫師的競爭力。

這些可預期好處可以使得醫師到宅看診更快速的被接受。經過成本與效益的分析，可以提高一般人對於醫師到宅看診的支持，也能增加醫師提供服務的意願。

第五章　結論與建議

我國目前的長期照護資源包含了個案管理師、照顧服務員、社工人員、護理師、營養師、物理治療師、藥師等多元化的角色。雖然滿足了部份失能民眾的需求，但對於身體功能衰退、行動有困難的老人及慢性病患者就醫的途徑，依舊是存在有許多的困難。分析 2002-2004 年的「全國長期照護需求評估調查」顯示，居住在社區中的老人有 15.2%無法至門診就醫；其中有 23.8%因為行動不便、自認病情不嚴重占 18.1%、沒人陪伴就醫 16.1%、交通不便 13.3%等。這些主要影響就醫的因素顯示出推動醫師到宅看診的重要，醫療群醫師走入社區更是未來的趨勢。從本研究所接觸的個案可顯現社區的確有必要建立醫師到宅看診服務，若只是依賴目前健保局配合居家護理所提供的往診服務，許多有長期照護需求的老人將會被排除在外，無法得到適當的照護。但現階段要發展與推廣社區醫療群長期照護模式，同時需要考量到的層面包括有專業人士的參與、相關單位制度的改變，以及一般民眾觀念的建立。

該如何推動醫師到宅看診？建議由二方面著手：(一)制度面的改變，建立起醫師到宅看診收案、報備及健保登入的程序，建立完整的團隊，成立各區到宅看診管理中心，完成整體的連結；(二)醫療品質的改善，加強社區中的家庭醫師居家照顧的能力，提供考核與評鑑的程序，明確設定出服務提供的方向。

建議衛生署要有計畫的推行此一服務，目前行政院所推廣之長期照護十年計畫內並無相關措施改善失能老人就醫的困難，衛生署應努力爭取將改善失能老人就醫方案納入。

第六章　重要研究成果及對衛生署之具體建議

一、本計畫之新發現或新發明

製作醫師到宅看診服務操作手冊。

二、本計畫對民眾具教育宣導之成果

無相關之教育宣導

三、本計畫對醫藥衛生政策之具體建議

隨著人口老化和照護的社區化，醫療群醫師走入社區更是未來的趨勢，衛生署應繼續致力於這方面的發展，各縣市政府應該開始辦理相關的業務，給予各縣市衛生局第要的經費支持與專業協助。建議衛生署要有計畫的推行此一服務，但決策過程要審慎，需考量到其管理機制、成效評估機制等要素，透過一個長期的計畫，逐步瞭解並解決各環節可能面對的困難。目前行政院所推廣之長期照護十年計畫內並無相關措施，衛生署應努力爭取在長照十年計畫終將醫師到宅看診服務納入，以改善失能老人就醫困難。

參考文獻

Adelman, A. M., Fredman, L., & Knight, A. L. (1994). House call practices: a comparison by specialty. *J Fam.Pract., 39,* 39-44.

Arcand, M. & Williamson, J. (1981). An Evaluation of Home Visiting of Patients by Physicians in Geriatric-Medicine. *British Medical Journal, 283,* 718-720.

Aylin, P., Majeed, F. A., & Cook, D. G. (1996). Home visiting by general practitioners in England and Wales. *BMJ, 313,* 207-210.

Burton, J. R. (1985). The House Call - An Important Service for the Frail Elderly. *Journal of the American Geriatrics Society, 33,* 291-293.

Demelker, R. A., Vandervelden, J., & Kuyvenhoven, M. M. (1995). House Calls for Respiratory-Tract Infections - Family Medicine Pure and Simple. *Family Practice, 12,* 294-298.

Diwan, S. (1999). Allocation of case management resources in long-term care: Predicting high use of case management time. *Gerontologist, 39,* 580-590.

Goldberg, A. I. (1994). Technology assessment and support of life-sustaining devices in home care. The home care physician perspective. *Chest, 105,* 1448-1453.

Ingram, C. J., O'Brien-Gonzales, A., Main, D. S., Barley, G., & Westfall, J. M. (1999). The family physician and house calls. A survey of Colorado family physicians. *J Fam.Pract., 48,* 62-65.

Kane, R. S. (1993). Factors affecting physician participation in

nursing home care. *J Am.Geriatr.Soc., 41,* 1000-1003.

Karen Farris (2005). OSF Physician House Calls Program-Benefiting the Central Illinois Community. *CARING.*

Knight, A. L. & Adelman, A. M. (1991). The Family Physician and Home Care. *American Family Physician, 44,* 1733-1737.

Knight, A. L., Adelman, A. M., & Sobal, J. (1989). House Call Practices Among Young Family Physicians. *Journal of Family Practice, 29,* 638-642.

Korabek, B., Slauenwhite, C., Rosenau, P., & Ross, L. (2004). Innovations in seniors' care: home care/physician partnership. *Can.J Nurs.Leadersh., 17,* 65-78.

Leff, B. & Burton, J. R. (2001). The future history of home care and physician house calls in the United States. *J Gerontol.A Biol.Sci.Med Sci., 56,* M603-M608.

Loudon, M. F. (1988). Visiting Patients in Their Homes. *Jama-Journal of the American Medical Association, 260,* 501-502.

Marrone, C. (2003). Home health care nurses' perceptions of physician-nurse relationships. *Qualitative Health Research, 13,* 623-635.

Marsh, G. N. (1991). Caring for Larger Lists. *British Medical Journal, 303,* 1312-1316.

Mauch, V. L. (1994). Physician education in home care. *Caring., 13,* 24-6, 28.

Meyer, G. S. & Gibbons, R. V. (1997). House calls to the elderly -

A vanishing practice among physicians. *New England Journal of Medicine, 337,* 1815-1820.

Mims, R. B., Thomas, L. L., & Conroy, M. V. (1977). Physician House Calls - Complement to Hospital-Based Medical-Care. *Journal of the American Geriatrics Society, 25,* 28-34.

Muramatsu, N. & Cornwell, T. (2003). Needs for physician housecalls--views from health and social service providers. *Home Health Care Services Quarterly, 22,* 17-29.

Oldenquist, G. W., Scott, L., & Finucane, T. E. (2001). Home care: what a physician needs to know. *Cleve.Clin.J Med, 68,* 433-440.

Ouslander, J. G. & Osterweil, D. (1994). Physician evaluation and management of nursing home residents. *Ann.Intern.Med, 120,* 584-592.

Petter A.Boling (2007). Physicians in home care:Present,&Future. *CARING Magazine.*

Ranjit, M. R., Das, A., Chhotray, G. P., Das, B. P., Das, B. N., & Acharya, A. S. (2004). The PfCRT (K76T) point mutation favours clone multiplicity and disease severity in Plasmodium falciparum infection. *Trop Med Int Health, 9.*

Rita Rubin. (4-4-2006). Medicine goes mobile:The house call returns. USA TADAY . 4-4-0060.
Ref Type: Journal (Full)

Sampson, E. M. (1994). Home care agencies & the physician customer: effective communication. *Caring., 13,* 30-37.

Sankar, A. & Becker, S. L. (1985). The Home As A Site for

Teaching Gerontology and Chronic Illness. *Journal of Medical Education, 60,* 308-313.

Schwartzberg, J. G. & Guttman, R. (1997). Effect of training on physician attitudes and practices in home and community care of the elderly. *Arch.Fam.Med, 6,* 439-444.

Smith, K. L., Ornstein, K., Soriano, T., Muller, D., & Boal, J. (2006). A Multidisciplinary program for delivering primary care to the underserved urban homebound: Looking back, moving forward. *Journal of the American Geriatrics Society, 54,* 1283-1289.

Sommers, L. S., Marton, K. I., Barbaccia, J. C., & Randolph, J. (2000). Physician, nurse, and social worker collaboration in primary care for chronically ill seniors. *Arch.Intern.Med, 160,* 1825-1833.

Swan, J. H., Mahoney, C., & Hunter, H. (1991). In-home physician visits and large medical groups. *Home Health Care Services Quarterly, 12,* 19-32.

Virginia L.Maucb & RN (1994). Physician Education in Home Care. *CARING Magazine.*

Woodward, A., Douglas, R. M., Graham, N. M. H., & Miles, H. (1990). Acute Respiratory Illness in Adelaide Children - Breast-Feeding Modifies the Effect of Passive Smoking. *Journal of Epidemiology and Community Health, 44,* 224-230.

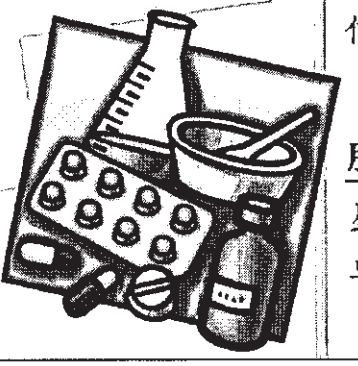
附件：

一、宣傳單張

醫師到宅看診

服務項目：

一般身體檢查
簡易血糖測定
簡易尿糖測定
藥物使用指導
營養評估與指導
復健指導與轉介
相關資源的整合與轉介
衛生教育及預防保健宣導



服務對象及條件：

- 針對行動不便、無人陪同或無法至醫療院所就醫的民眾
- 本人或照顧者具基本溝通能力。

收費方式：

掛　號　費-免費
醫師診視費-免費
醫師交通費-免費

服務區域：

信義、南港生活圈區域。

服務時間：

星期一~五 上班時間：
早上8：00-下午5：00

因計劃名額有限，若您家中有以上的需求，請盡快與我們連絡。我們會盡快安排醫師到您家中看診。若對本計劃有任何的疑問也請與我們連絡，謝謝您的支持！(計畫期限：即日起至96年12月止)

聯絡方式：

電話聯絡 ~ 陳儀璘小姐 電話：23773518。
親　　洽 ~ 忠孝醫院共同照護門診(行政大樓二樓)
2786128分機：8216、8076。
網　　址 ~ http://www.wretch.cc/blog/Drhousecall

二、網站介面：

http://www.wretch.cc/blog/drhousecall
醫師到宅看診服務站
醫師到宅看診服務
Drhousecall的地盤
醫師到宅看診
服務項目：
一般身體檢查
簡易血糖測定
服務對象及條件：
針對行動不便、無人陪同或無法至醫療院所就醫的民眾
本人或照顧者具基本溝通能力。
收費方式：
網誌分類:醫療保健
首頁
相簿
網誌
留言
名片
好友
New!影音
加爲好友
送禮物給Drhousecall

三、滿意度問卷

以下問卷，針對衛生署委託科技研究計畫-*社區醫療群長期照護模式的發展與推廣*中的個案，進行訪談。經個案同意後，由研究人員協助填寫。採不記名的方式做紀錄，所回答的內容不影響日後的權利。同時個案有權利拒絕回答。

每項問題回答者可依情況在非常同意到非常不同意之間五個等級中選一個認為適合的答案。

受訪日期：_____ 回答者：□本人 □照顧者代答　問卷編號_____

	非常同意	同意	普通	不同意	非常不同意
1.	你對所接受到的醫師到宅看診服務感到滿意				
2.	醫師每次都有仔細的檢查你的身體狀況(例如：心跳、血壓等)				
3.	醫師會向你說明各項醫療處置預期的結果				
4.	你認為你所接受的醫師到宅看診服務應該可以再更好				
5.	如果你有醫療上的問題，你可以得到醫師到宅看診人員的協助				
6.	當有緊急狀況發生時，你無法快速的得到醫療照顧				
7.	在醫師的與你討論你的狀況時，你有感覺到被尊重				
8.	當你需要醫師到宅看診時，你每次都可會診同一位醫師				
9.	醫師很少向你說明你的醫療問題				
10.	醫師總是盡力的安撫你的疑慮與擔心				
11.	你感覺醫師處理你健康方面的事情不夠仔細				
12.	醫師會向你說明所使用藥物的副作用				
13.	醫師到宅看診增加了你就醫的便利性				
14.	你所接受到的醫師到宅看診服務足夠解決你大部分的健康問題				
15.	醫師不關心你所提出的問題(例如：忽略問題、沒有完整回答)				
16.	你感覺到醫師會尊重你的感受				
17.	醫師很少對你解釋為何要做檢查或使用藥物				
18.	有時候醫師會忽略掉你告訴他的重要訊息				
19.	因為醫師沒有對你解釋你的健康問題因而增加你的疑慮與擔心				
20.	醫師到宅看診有助於控制你的健康問題				
21.	安排醫師到宅看診的過程讓你絕得很麻煩				
22.	當你的健康出現了新的問題，你會主動與到宅看診的醫師討論				
23.	醫師到宅看診對你來說是有幫助的				
24.	你認為到宅看診的醫師還有需要再加強的專業能力				

醫師到宅看診服務 2007

Physician House-call Service

操作手冊

行政院衛生署科技研究計畫　編印

說

明

	頁數
一、前言	1
1.1 -手冊使用說明	3
1.2 -組織架構	4
二、服務內容	6
2.1 -依據	6
2.2 -目的	7
2.3 -對象	7
2.4 -提供單位	8
2.5 -內容	9
2.6 -設備及表單	9

執

行

	頁數
三、醫師到宅看診的流程	10
3.1 -說明	10
3.2 -流程圖	14
四、注意事項	15
4.1 -醫師應盡的義務與責任	15
4.2 -招募醫師	15
4.3 -參與繼續教育	17
4.4 -加入提供服務的行列	17
4.5 -考核與評鑑	18
4.6 -報備、申請健保流程	19

附

件

頁數

- 到宅看診同意書 21
- 收案紀錄表 22
- 個案居家紀錄單 23
- 出診紀錄 24
- 巴氏量表 25
- IADL 量表 26
- 簡易智能狀態測驗 27

一、前言

「在地老化」為我國現行的長期照顧之目標，不但有助於降低照護成本，同時能延長民眾留在家庭與社區中的時間，使老人在熟悉的環境中保有尊嚴而獨立自主的生活。然而支持老人留在社區中生活的相關資源仍有不足，未來應強化社區中居家支持服務，提供有需要的老人及其家庭兼具整合且持續性的照護服務。

現有的居家照護包括了：居家護理師、居家職能治療師、居家物理治療師、居家呼吸治療師、居家營養師等的專業人員。其中，居家護理包含了醫師的角色並依規定每兩個月可提供一次的醫師居家訪視。但這項服務卻無法滿足大多數行動不便的就醫需求，他們可能沒有長期需要護理服務的項目，而無法符合接受居家護理的條件進而無法安排醫師到宅看診。這些包括了大多數的中風病患、慢性病患、獨居者、失能者。

為了增加行動不便的民眾就醫的可近性而安排醫師到民眾家中為行動不便且有醫療需求的人看診。經由長照中心收案轉介，採事先預約制，並針對慢性病安排定期的到宅看診。提供民眾的服務就像醫師在診

間提供的服務一樣。我們讓醫師到家中看診，以提供第一線的診療，在必要轉診或深入檢查的時候，民眾再依需要前往醫院配合治療。使得外出就醫有困難的民眾減少為了小病而舟車勞頓，或是因不便利的就醫途徑而減少就醫的意願，造成延後就醫的情況。

醫師到宅看診從平時的預防保健著手、生病時提供第一線的治療、必要時提供專業評估後轉介。民眾可以由出診醫師的照顧得到完整、連續並具協調性的醫療。不但可以是個人專屬的醫師，同時能夠及早發現身體異狀，提供早期的治療以減少病情的惡化及發生併發症的可能。

1.1-手冊使用說明

本操作手冊的方向在於提供實務服務中各環節的說明，對於想要推行醫師到宅看診的中央單位或是地方政府來說，本手冊提供了執行的指標，是醫師到宅看診入門的參考工具。本手冊的內容分為三個部份：

第一部份：醫師到宅看診的基本說明，包括服務的定義、法源、目的、對象、提供單位、內容等。

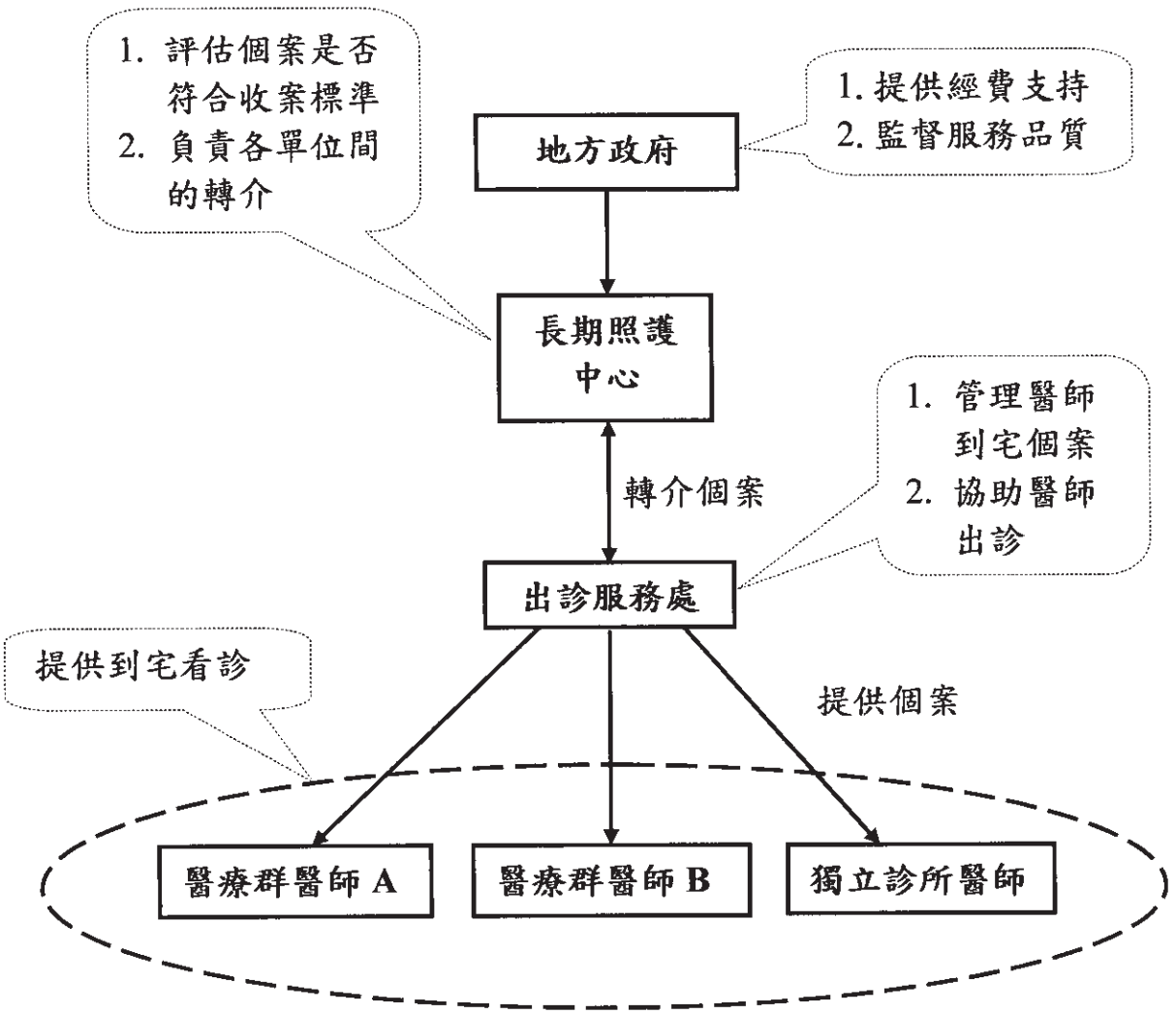
第二部份：操作服務的流程，包括服務流程、醫師參與的流程、報備及申請補助的流程、以及出診所需要的準備與設備。

第三部份：服務所有的相關文件或表格範例，可依各單位的需求直接使用或做合適的修改。

要推展醫師到宅看診的服務，本操作手冊會是提供服務的第一步。往後在各縣市政府執行的過程中，實務的經驗將會產生更多的想法與建議，而逐漸建立起屬於我國長期照護體系下的醫師到宅看診服務。

1.2-組織架構

在提供醫師到宅看診服務的組織中，包含各縣市地方政府(以下簡稱政府單位)、其下之長期照護管理中心(以下簡稱長照中心)、其他資源、出診服務處(以下簡稱服務處)、醫療群醫師。



政府單位-所扮演的角色在於制定服務提供的規則，包括法律的依據、提供服務的目的、對象、服務範圍、服務單位、服務內容，及提供經費的補助。

長照中心-按照各政府單位制定的規則，進行個案的評估，同時扮演監督服務品質的角色。而原本負責的其他資源轉介、統整的角色仍維持不變。

服 務 處-管理由長照小組轉介的個案，安排醫師到宅看診、協助醫師出診(包括病例的紀錄、設備的準備)。另外須負責整理出診的資料做為日後統計、分析以及報備的依據。

組織下至少包含一名護理師，可身兼個案管理及陪同出診的工作。依各地區的業務量安排適當的人力。每位護理師每月可出診的個案為80人次；每年度管理個案約為800人（業務量可依各地情況做調整）。

醫療群醫師-提供到宅看診，執行項目則依照各地方政府長期照護計畫的規定而定。

二、服務內容

3.3 -依據

依據 醫師法 第 8- 2 條「醫師執業，應在所在地主管機關核准登記之醫療機構為之。但急救、醫療機構間之會診、支援、應邀出診或經事先報准者，不在此限。」

因此在長照小組的轉介及管理中心事先預約安排報備的情況下，醫師到宅看診可符合醫師法中關於醫師執業的規定。但除了穩定的慢性病患可能事先提前一個月報備之外，其他當月收案的預約看診個案，就向診所每天現場掛號的病人一樣是不可預期的。所以除了事先的報備外，主管機關同時可接受事後的報備。

即使報備的過程較為複雜、繁瑣。但依據 醫師法第 11 條「醫師非親自診察，不得施行治療、開給方劑或交付診斷書。…(略)」

若不能安排醫師到診看診卻接受民眾由他人代至診所看診領藥，雖然是以便民為出發點，卻明顯違反醫師法的義務規定，因此地方政府更加應該協助安排醫師到宅看診。

3.4 -目的

提供醫師到宅看診，不只是提供了行動不便的民眾接受醫療的權利，同時也保障了醫師執業的合法性。且在長期合作下建立良好的醫病關係，更有助於醫師對病情的控制及健康的掌握。我們確定醫師到宅看診可以達到以下各項目的：

(1) 增加行動不便的民眾就醫的便利性。

(2) 減少行動不便的民眾往返醫院的成本。

(3) 減少照護者對於無法掌握的病情發展所產生的不安感及無力感。

(4) 提供完整合法且有效的醫療服務。

(5) 建立長期穩定的醫病關係。

(6) 減少延誤就醫的機會，進而減少重症醫療的支出。

3.5 -對象

所有的民眾都有權利要求醫師到宅看診，但不表示每個病人都有需要到宅看診。在全民健保給付的標準中，以無力自行至醫療院所就醫為限，其餘因個人習慣及其他因素而選擇在宅看診的民眾，則可採自費的方式要求醫師到宅看診。

而各醫院診所提供民眾服務時應注意以下幾點：

(1) 補助經費單位的規定

以全民健保及社會補助身分就醫的個案需經由各地方政府制度下的長照小組統一收案管理。依照整體評估結果，評定是否符合補助標準。若符合標準再將個案轉介至管理中心，由中心統一安排醫師出診。

(2) 提供服務的內容

就像每位醫師診所都有自己專業的科別，配合民眾的各種需要可自行或經由個案管理師評估後選擇適合的醫師。故各醫療群應該明確的說明所能提供的服務項目以供參考，醫師背景以一般內科及家庭醫學科為主其他專科為輔，管理中心依病患的需求提供安排服務。

(3) 服務的範圍

以政府各單位補助所提供的醫師到宅看診，為節省成本應明確的規定服務範圍，以步行 15 分鐘可以到達的範圍優先考慮、往返交通車時間不超過 30 分鐘為限；若此範圍內無適當的醫師，再依情況評估後作適度的調整。

3.6 -提供單位

所有經主管機關同意、登記的診所，即可提供服務。若是欲申請補助的個案，則須統一經由各區長照

小組統一收案、評估後，才轉介至管理中心，由中心護理師聯繫個案、安排出診。

3.7 -內容

就如同醫師在診間看診一樣，我們要求醫師以在診所看診的標準進行。包括有：

(1) 身體評估

(2) 理學檢查

(3) 問診

(4) 提供處置或安排轉介

3.8 -設備及表單

所需的設備包括有個案病歷及攜帶式的出診包，個案病歷中包含了*同意書*、*收案紀錄表*、*個案居家紀錄單*、*出診單*、及各*功能評估量表*。同意書及出診單皆為一式兩份，一份由管理中心建檔、一份提供給個案做參考。

出診包的內容物應包含有：

6)	溫度計	11)	反射槌	16)	壓舌板	21)	棉棒
7)	電子血壓計	12)	血糖/尿酸機	17)	酒精綿	22)	ok 蹦
8)	聽診器	13)	呼吸尖峰流量器	18)	透氣膠	23)	碘液
9)	手電筒	14)	口罩	19)	紗布	24)	食鹽水
10)	布尺	15)	手套	20)	繃帶	25)	純水

三、醫師到宅看診的流程

3.1-說明

明確的服務流程有助於提供服務人員了解整個服務的運作程序，掌握自己在各步驟的職責及工作時限，同時也能讓民眾更了解所接受服務的運作情況。在此說明各流程：主要分為*收案方式*、*需求評估*、*安排出診*、*後續追蹤*及*轉介*等五個面向(自費個案不在此限，以下各限制條件皆以政府補助個案為對象)。

(1) 收案方式

無論是經由電話或親自至長照小組申請或透過健康服務中心、社政單位、醫院及診所或醫療相關公會等轉介，皆須經由長照小組收案、評估後轉介至管理中心，而後安排醫師到宅看診服務。

(2) 需求評估

評估內容包括有到宅看診的*必要性*及*可行性*，需考慮看診時間、地點、個案本身及居住環境的狀況。長照小組的個案管理師需安排會談進行評估，並實際家訪以了解居家狀況；同時，事前需要向個案或家屬清楚說明服務的內容、收費的標準以及需配合的項目。初步達成共識後，方可收

案、轉介至到宅看診管理中心，安排後續的流程。

評估的重點分為以下各點：

- 病情穩定適合在家治療者。
- 無法經由簡單協助即可使用輔具位移者。
- 居住環境不方便使用輪椅等輔具進出者。
- 可配合醫師到宅看診的規定及要求者。

需配合的項目可參考以下幾點原則：

- 看診時需有具備行為能力且能溝通的照顧者在家陪同。若個案為獨居者，應該事先安排社工人員的介入，再安排醫師到宅看診。
- 同意醫師到宅看診提供的服務內容，並能夠確實執行醫師所提供的醫療服務。
- 簽署同意書，及配合後續相關的申報作業。

(3) 安排出診

經評估決定收案後由管理中心安排出診，負責的護理師除了事先聯絡好醫師及個案的時間，同時針對不同的個案需求，預先準備各種可能會使用到的資料，例如糖尿病患者的飲食衛教單、失智症患者需做 MMSD 評估、殘障鑑定診斷書等。

在時間方面，原則上以 3~10 天為限；但因為各醫療群所受委託的個案數及病情不盡相同，在時

間安排上仍有調整的空間，但各提供服務單位都需事先向民眾說明清楚提供服務的時間。

(4) 後續追蹤

完整的醫療服務不只是安排醫師到宅看診，更重要的還有後續的追蹤與轉介。在後續追蹤的部分，主要應該分為兩大階段：

第一階段：出診後在最短時間內以電話聯絡，了解個案經醫師到宅看診後，是否能順利的配合醫師的處置與建議?無法執行的困難點為何？是否有轉介其他單位介入的必要?評估後將結果回報長照小組。

第二階段：針對有長期醫療需求的個案，應安排二~三個月固定看診一次，管理中心並每月以電話連絡，以了解個案最新狀況。在每次看診後，應再次完成第一階段的追蹤。

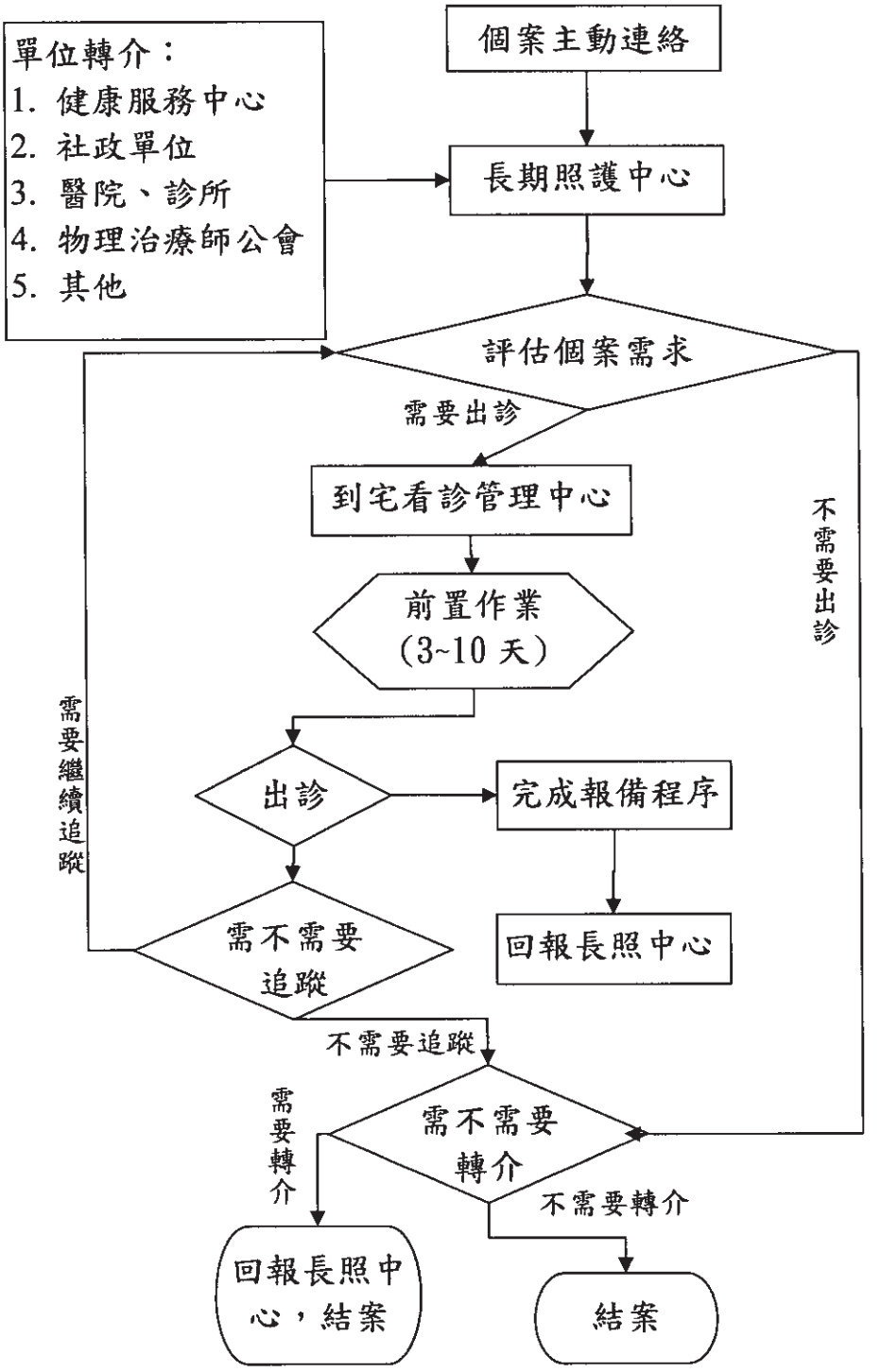
(5) 轉介

為了提供民眾完整的居家照顧及醫療，其他相關單位的聯繫更是不能少。包括所在地區的社工單位、居家護理、居家照顧等。特別是針對無行動

能力又無人能配合醫師建議與計畫者，長期小組應該在接獲此類個案時，即協助個案與社會福利單位聯繫，經由社會福利單位的介入共同照顧個案的起居與健康。若經由醫師到宅看診後，發現個案有其他長期照護的需求，應該協助通報長照小組，已安排後續的照顧。

3.2-流程圖

申請補助的個案之收案流程：



四、注意事項

4.1-醫師應盡的義務與責任

醫師提供到宅看診服務視同一般看診，需有完整的病歷紀錄，像是基本的病人資料、主訴、檢查狀況、診斷、處置、建議都不可或缺。若判定無法在家解決時，應確實的告知病人及照顧者原因及後續醫療的方向並協助轉診。

簡而言之，到宅看診雖然受到環境及設備的限制，但對醫療的品質要求仍應該以醫師法為基準，若不適合在家裡看診的情況，就不應該繼續安排到宅看診，以免反而增加病人生命及醫師執業的風險。

4.2-招募醫師

(1) 廣為發佈招募訊息

讓有興趣的醫師、醫療群都有機會加入服務社區的機會，並可以藉此介紹醫師到宅看診服務。可透過多種管道發佈招募訊息，包括運用報章雜誌、相關新聞、網站、醫師公會等。因為許多醫師們對這樣的服務情況並不了解，應仔細說明服務的內容及提供服務的好處，並說明政府執行的決心、方向及所能提供的協助。

(2) 提供對外聯繫管道

統一對外接洽的管道，可利用各地區長照小組接受醫療群初步的申請，再由各主管單位安排考核及繼續教育。

(3) 制定完整的訓練程序與後續支持

完整的訓練程序及後續支持，有助於提供醫師加入到宅看診的動機。訓練程序請參考繼續教育的說明。而後續支持包括有後送醫院的支持、電子病歷的建立以及個案管理中心的成立。

(4) 提供補助及獎勵

提供醫師合理的補助，並依年度評鑑結果獎勵表現優良的醫療群，提高可申請的費用，增加醫療群加入的動機。

(5) 統一考核與評鑑的標準

公開考核與評鑑的標準，讓醫療群在還未決定是否加入時，可做為考量的依據。也使得各醫療群在執行業務上有所依據，可確實達成標準，以統一服務的品質

4.3-參與繼續教育

針對需要醫師到宅看診的大多數族群，特別是老人及慢性病患，若醫師有興趣加入到宅看診團隊，應該加強這兩方面的能力。另外因為居家的情況複雜，部分個案並不適合由醫師作為管理者，故醫師也必須了解長期照護單位的個案管理師的服務範圍，以在適當的時候進行轉介。

現今的醫師在畢業後投入臨床時，需接受一系列一般醫學及專科的訓練，統稱 Post Graduate Year (training)，簡稱 PGY，第一年的訓練(PGY1)為一般醫學訓練計劃分為一般內科訓練、一般外科訓練、社區醫學訓練，其中有機會跟有經驗的社區醫師一同至病人家中學習到宅看診的技巧。而欲提供到宅看診的醫師也應該事先接受過此訓練，了解診間看診與到宅看診的不同。

總結，要提供醫師到宅看診必須加強*老人醫學*、*慢性病照顧*、及*居家照護*三方面的專業能力。

4.4-加入提供服務的行列

準備好加入提供醫師到宅看診服務的行列了嗎?要加入醫師到宅看診服務的行列，除了醫師心理及診所設

備的準備外，同時須向所屬機關進行登記。必須登記的資料如下：

(1) 負責出診的醫師及執業登記所在的診所、單位

(2) 出診收案的條件及收費標準

(3) 出診所能提供服務的範圍

(4) 病歷資料的形式及範本

(5) 其他按照各所屬地區主管機關的規定

不論是提供健保補助或社會補助的到宅看診，或是提供民眾自費的到宅看診服務，都要向主管單位進行登記，方可實行。

4.5-考核與評鑑

醫師及個案雙方都有接受考核與評鑑的義務。在需要的時候應全力配合主關機關的考核與評鑑。若醫師或個案任一方無法配合主管單位的考核與評鑑得刪除其補助費用、或取消提供到宅看診的資格。但自費個案及提供自費到宅看診服務的醫師皆不在此限制中。

醫師方面：

要確保每次出診的申請與安排都有按照計畫進行，管理中心應該收集並保管看診紀錄及病人的簽署紀錄以供主關機關隨時查驗；另外，在醫師能力的部份應該特別針對長期照顧的規則及相關法規，進行定時的考

核。還有其他居家照顧相關規定都應列入醫師自我充實的項目中。

個案方面：

應確實證明個案本身有外出就醫上的困難，且病情穩定適合在宅就診。因此，個案需配合個案管理師不定時的到宅評估，及每次簽屬同意證明本身有醫療需求且有外出就醫的困難、並同意醫師到宅看診的情況。

4.6-報備、申請健保

(1) 說明

為了避免醫師到宅看診補助申請過為氾濫，成為有心人士謀取利益的途徑，資料的報備及審核是必須的。須有經過主管機關核准的單位及醫師才能提供服務。同時每位個案都應該簽署同意書並且在每次看診後也應該簽名以示證明。由各單位負責保管書面資料，並隨時上網登錄出診的情形以便主管機關隨時掌握各單位出診的情形。在必要的時候安排不定期的核對檢查。

(2) 紀錄

管理中心需要收集的紀錄如下：

(1) 病人基本資料

(2) 病人同意書

(3) 看診紀錄

按月報給製主管的機關的資料須包括：出診醫師姓名、證書字號、個案姓名、身分證字號、地址、出診時間、事由。備齊上述資料上傳至主管機關處進行報備。

編號：

醫師到宅看診同意書

(一式兩份、計畫與立書同意人各執一份)

立書同意人_____同意_____醫師及其相關人員到

_____(患者住址)為_____

看診。患者及家屬均願意充分配合醫師檢查及處置，並相信醫師必然盡力協助疾病的控制與治療。如現場遇到緊急情況發生時，願意接受並配合醫師提供之協助及建議，並盡速與緊急救援單位連絡。

立書同意人(簽章)：_____

地址：_____

電話：_____與患者關係：_____

中華民國　　年　　月　　日

注意事項：

1. 醫師出診時，必定有一相關人員陪同。
2. 家中必須有家屬陪同或是患者本身具有表達及配合的能力。
3. 訪視人員在家中的安全，家屬需協助負責。
4. 過程中發生的醫療行為，按研究計畫原則不另外收費。但相關建議及轉診等發生費用由本人自行支付。
5. 本計劃出診不包含緊急救援，如有緊急需求請盡快與緊急救援單位聯繫。
6. 更換住址或聯絡電話請與計畫聯絡人連絡。電話：23773518 陳儀璘

編號：

收案紀錄表(95/12 修正)

收案日期：____/____/____ 醫師：_____
來源：_____

結案日期：____/____/____ 醫師：_____
原因：_____

看診日期							

聯絡方式

姓名：_____ 身份證號碼：_____

性別：□ 1.男 □ 2.女 出生日期：民國____年____/____

健保身分：□ 1.無 □ 2.有

聯絡電話：_____

居住地址：_____

聯絡人：_____ 關係：_____ 電話：_____

地址：_____

備註

慢性病史：□無
□中風 □高血壓 □心臟病 □糖尿病 □癌症 □痛風
□骨頭與關節疾病 □慢性呼吸系統疾病 □巴金森氏症 □精神疾病
其他_____

近期醫療紀錄：

1. 門診醫療：_____醫院診所 / 原因：_____
2. 住院情況：住院診斷-_____出院日期-_____
3. 緊急醫療：急診診斷-_____急診日期-_____

其他自述病史：

是否有其他您覺得我們出診需要知道的事情？

0. 編號：

個案居家紀錄單(95/12 修正)

基本資料

1.姓名：_____ 2.身份證號碼：_____
3.性別：□ 1.男 □ 2.女 4.出生日期：民國____年____/____
5.婚姻狀況：□ 1.未婚 □ 2.已婚 □ 3.離婚 □ 4.分居 □ 5.同居 □ 6.喪偶
6.主要語言：□ 1.國語 □ 2.閩南語 □ 3.客家語 □ 4.其他_____
7.教育程度：
□ 1.未入學 □ 2.小學肄/畢業 □ 3.中學肄/畢業 □ 4.高中職肄/畢業 □ 5.大專以上肄/畢業
8.健保身分：□ 1.無 □ 2.有
9.殘障身分：等級□ 1.無 □ 2.輕度 □ 3.中度 □ 4.重度/ (9-1)_____

就醫資料

10.慢性病史：□(10-1).無
□ 2.中風 □ 3.高血壓 □ 4.心臟病 □ 5.糖尿病 □ 6.癌症 □ 7.痛風
□ 8.骨頭與關節疾病 □ 9.慢性呼吸系統疾病 □ 10.巴金森氏症 □ 11.精神疾病
12.其他_____
11.目前持續接受治療的疾病：
□ 1.無 □ 2.僅一項 □ 3.兩項疾病 □ 4.三項疾病 □ 5.四項以上疾病
12.輔助器材：□(12-1).無
□ 2.助聽器 □ 3.抽痰機 □ 4.輪椅 □ 5.助行器等 □ 6.尿壺及便盆
7.其他_____
13.最近一次門診拿藥時間：
□ 1.一個月內 □ 2.二-三個月 □ 3.四-六個月 □ 4.七個月到一年 □ 5.一年以上
14. 最近一次親自看診時間：
□ 1.三個月內 □ 2.四-六個月 □ 3.七個月到一年 □ 4.一年以上到六年 □ 5.七年以上
15.過去 3 年住院次數(包含急診)：
□ 1.無 □ 2.一-二次 □ 3.三-五次 □ 4.六次以上 □ 5.不記得了

居家照護概況

16.意識：□ 1.表達、理解清楚明白 □ 2.可簡單、正確回答問題 □ 3.完全不了解狀況
(嘗試聊天，至少詢問他是誰？照顧他的人是誰？是否吃過早/午餐？現在所在的地方？)
17.巴氏量表：_____分

18 IADL
總分：_____分
(18-1)需要協助項目(0-8 項)：_____項 (需協助者下方打勾)
□ 1.使用電話能力 □ 2.食物烹調 □ 3.洗衣服 □ 4.服用藥物
□ 5.上街購物 □ 6.家務維持 □ 7.外出 □ 8.處理財務的能力

19.居住狀況：□ 1.獨居 □ 2. 與照護者同住部分時間獨處 □ 3.全天與照顧者同住
20.主要照顧者與個案關係：□ 1.無 □ 2.父母 □ 3.子女 □ 4.配偶 □ 5.兄弟姐妹 □ 6.傭人
□ 7.內、外孫 8.其他_____
21.主要照顧者年齡：□ 1.無 □ 1.40 歲以下 □ 2.41~60 歲 □ 3.61~80 歲 □ 4.81 歲以上
22.居住家庭年所得：
□ 1.低於 24 萬 □ 2.24~36 萬 □ 3.37~48 萬 □ 4.49~60 萬 □ 5.61 萬以上

出診紀錄 (96/5 修訂)

編號：

執行醫師：_____ 日期___/___/___

身體系統功能

生命徵象：BT_____℃、PR_____/min、RR_____/min、BP_____mmHg

視力：□正常 □模糊 □失明 備註：_____

皮膚狀況：□正常 1.紅疹 2.水泡 3.潰瘍 4.紅腫 5.黃疸 6.傷□ 7.壓瘡 8.其他_____

種類/部位/範圍-_____

呼吸音：□ clear □ diminished □ wheezing □ rales □ stridor □ rhonchi □ basal rales

肺活動量：_____ml

心肺功能病徵：□無 □心雜音 □頸靜脈怒張 □胸悶(痛) □心悸 □上腹灼熱 □暈厥 □杵狀指

腹部檢查：□ grossly normal □ hepatomebaly □ splenomegaly □ palpable mass □ others_____

血糖：_____mg/dl 反射：□正常 □異常_____

肌力(0-5 分)：右上肢_____、左上肢_____、右下肢_____、左下肢_____

關節：□正常 □關節變形 □腫脹 □疼痛 尿酸：_____mg/dl

其他主訴

診視紀錄

使用藥物

處置

第一聯(白)醫師留存 第二聯(藍)個案留存

出診紀錄 (96/5 修訂)

編號：

執行醫師：_____ 日期___/___/___

身體系統功能

生命徵象：BT_____℃、PR_____/min、RR_____/min、BP_____mmHg

視力：□正常 □模糊 □失明 備註：_____

皮膚狀況：□正常 1.紅疹 2.水泡 3.潰瘍 4.紅腫 5.黃疸 6.傷□ 7.壓瘡 8.其他_____

種類/部位/範圍-_____

呼吸音：☐ clear ☐ diminished ☐ wheezing ☐ rales ☐ stridor ☐ rhonchi ☐ basal rales

肺活動量：_____ml

心肺功能病徵：□無 □心雜音 □頸靜脈怒張 □胸悶(痛) □心悸 □上腹灼熱 □暈厥 □杵狀指

腹部檢查：☐ grossly normal ☐ hepatomebaly ☐ splenomegaly ☐ palpable mass ☐ others_____

血糖：_____mg/dl 反射：□正常 □異常_____

肌力(0-5 分)：右上肢_____、左上肢_____、右下肢_____、左下肢_____

關節：□正常 □關節變形 □腫脹 □疼痛 尿酸：_____mg/dl

其他主訴

診視紀錄

使用藥物

處置

第一聯(白)醫師留存 第二聯(藍)個案留存

編號：

※巴氏量表(Barthel Index)

項目		情況描述
進食	□	10 分：自己在合理的時間內(約 10 秒鐘吃一口)．可用筷子取食眼前食物．若須使用進食輔具時，會自行取用穿脫，不須協助．
		5 分：須別人協助取用或切好食物或穿脫進食輔具．
		0 分：無法自行取食．
移位 (包含由床上平躺到坐起,並可由床移位至輪椅)	□	15 分：可自行坐起，且由床移位至椅子或輪椅，不須協助，包括輪椅煞車及移開腳踏板，且沒有安全上的顧慮．
		10 分：在上述移位過程中，須些微協助(例如：予以輕扶以保持平衡)或提醒．或有安全上的顧慮．
		5 分：可自行坐起但須別人協助才能移位至椅子．
		0 分：須別人協助才能坐起，或須兩人幫忙方可移位．
個人衛生 (包含刷牙、洗臉、洗手及梳頭髮和刮鬍子)	□	5 分：可自行刷牙、洗臉、洗手及梳頭髮和刮鬍子．
		0 分：須別人協助才能完成上述盥洗項目．
如廁 (包含穿脫衣物、擦拭、沖水)	□	10 分：可自行上下馬桶，便後清潔，不會弄髒衣褲，且沒有安全上的顧慮．倘使用便盆，可自行取放並清洗乾淨．
		5 分：在上述如廁過程中須協助保持平衡．整理衣物或使用衛生紙．
		0 分：須別人協助才能完成如廁過程．
洗澡	□	5 分：可自行完成盆浴或淋浴．
		0 分：須別人協助才能完成盆浴或淋浴．
平地走動	□	15 分：使用或不使用輔具(包括穿支架義肢或無輪子之助行器)皆可獨立行走 50 公尺以上．
		10 分：需要稍微扶持或口頭教導方向可行走 50 公尺以上．
		5 分：雖無法行走，但可獨立操作輪椅或電動輪椅(包含轉彎、進門及接近桌子、床沿)並可推 50 公尺以上．
		0 分：需要別人幫忙．
上下樓梯	□	10 分：可自行上下樓梯(可抓扶手或用拐杖)．
		5 分：需要稍微扶持或口頭指導．
		0 分：無法上下樓梯．
穿脫衣褲鞋襪	□	10 分:可自行穿脫衣褲鞋襪，必要時使用輔具．
		5 分：在別人幫忙下，可自行完成一半以上動作．
		0 分：需要別人完全幫忙．
大便控制	□	10 分：不會失禁，必要時會自行使用塞劑．
		5 分：偶而會失禁(每週不超過一次)，使用塞劑時需要別人幫忙．
		0 分：需要別人幫忙處理大便事宜．
小便控制	□	10 分：日夜皆不會尿失禁，必要時會自行使用並清理尿布尿套．
		5 分：偶而會失禁(每週不超過一次)，使用尿布尿套時需要別人幫忙．
		0 分：需要別人幫忙處理小便事宜．

得分：_____。　　(源自 Mahoney & Barthel,1965).

醫師：　　其他評估人員：

編號：

※工具性日常生活量表(IADL)

項目		情況描述
使用電話的能力	□	3 分：獨立使用電話，含查電話簿、撥號等． 2 分：僅可撥熟悉的電話號碼． 1 分：僅會接電話，不會撥電話． 0 分：完全不會使用電話或不適用．
上街購物	□	3 分：獨立完成所有購物需求． 2 分：獨立購買日常生活用品． 1 分：每一次上街購物都需要有人陪． 0 分：完全不會上街購物．
食物烹調	□	3 分：能獨立計畫、烹煮和擺設一頓適當的飯菜． 2 分：如果準備好一切佐料，會做一頓適當的飯菜． 1 分：會將已做好的飯菜加熱． 0 分：需要別人把飯菜煮好、擺好．
家務維持	□	4 分：能做較繁重的家事或需偶爾家事協助（如搬動沙發、擦地板、洗窗戶）． 3 分：能做較簡單的家事，如洗碗、鋪床、疊被． 2 分：能做家事，但不能達到可被接受的整潔程度． 1 分：所有的家事都需要別人協助． 0 分：完全不會做家事．
洗衣服	□	2 分：自己清洗所有衣物． 1 分：只清洗小件衣物． 0 分：完全依賴他人洗衣服．
外出	□	4 分：能夠自己搭乘大眾運輸工具或自己開車、騎車． 3 分：可搭計程車或大眾運輸工具． 2 分：能夠自己搭乘計程車但不會搭乘大眾運輸工具． 1 分：當有人陪同可搭計程車或大眾運輸工具． 0 分：完全不能出門．
服用藥物	□	3 分：能自己負責在正確的時間用正確的藥物． 2 分：需要提醒或少許協助． 1 分：如果事先準備好服用的藥物份量，可自行服用． 0 分：不能自己服用藥物．
處理財務的能力	□	2 分：可獨立處理財務． 1 分：可以處理日常的購買，但需要別人的協助與銀行的往來或大宗買賣． 0 分：不能處理錢財．

得分：_____。　　（修正自 Lawton & Brody, 1969）

醫師：　　其他評估人員：

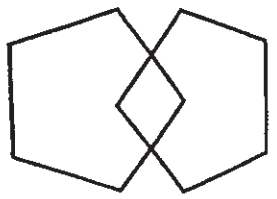
編號：

簡易智能狀態測驗

Mini-Mental Status Examination (MMSE)

Name: _____ Study ID: _____ Date: 西元_____年__月__日
Chart No.: _____ Handness: _____ Examination: _____

錯誤	正確	不明		
0	1	9	1)	今年是那一年？
0	1	9	2)	現在是什麼季節？
0	1	9	3)	今天是幾號？
0	1	9	4)	今天是禮拜幾？
0	1	9	5)	現在是那一個月份？
0	1	9	6)	我們現在是在那一個縣、市？
0	1	9	7)	這棟樓房/建築是做什麼用的？用途是什麼？
0	1	9	8)	這間醫院（診所）的名稱？
0	1	9	9)	現在我們是在幾樓？
0	1	9	10)	這裡是哪一科？
0	1	9	11)	樹木『牡丹』　請重複這三個名稱，按第一次複述結果計分，
0	1	9		剪刀『汽車』　最多只能重複練習三次；練習次數：_____
0	1	9		火車『石頭』
	☐		12)	請從 100 開始連續減 7，一直減 7 直到我說停為止。
				93_____; 86_____; 79_____; 72_____; 65_____;
0	1	9	13)	樹木（三分鐘以後）
0	1	9	14)	剪刀
0	1	9	15)	火車
0	1	9	16)	（拿出手錶）這是什麼？_____
0	1	9	17)	（拿出鉛筆）這是什麼？_____
0	1	9	18)	“知足天地寬『心安菜根香』”
0	1	9	19)	“請閉上眼睛”
0	1	9	20)	請用左/右手（非利手）拿這張紙
0	1	9		把它折成對半
0	1	9		然後置於大腿上面
0	1	9	21)	請在紙上寫一句語意完整的句子。（含主詞動詞且語意完整的句子）
0	1	9	22)	這裡有一個圖形，請在旁邊畫出一個相同的圖形。



總分

☐☐ （圈選 9 的部分不予計入，並說明無法施測之原因）