PG9502-0347
DOH95-TD-M-113-079-(1/2)

計畫編號：DOH95-TD-M-113-079-(1/2)

行政院衛生署九十五年度科技研究計畫

計畫名稱：社區醫療群長期照護模式的發展與推廣

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

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　11

第一節　研究設計　11

第二節　第一年研究過程　19

第三章　結果　22

第一節　分析探討未滿足就醫需求之老人的情況　22

第二節　宣傳方式-宣傳單張與網站　24

第三節　服務模式流程　25

第四節　醫師到宅看診服務模式細節描述　27

第五節　個案特質量化分析　32

第六節　到宅看診的情境描述　40

第四章　討論　50

第一節　行政程序層面　51

第二節　醫療與服務層面　53

第五章　結論與建議　56

第六章　重要研究成果及對衛生署之具體建議　57

參考文獻 58

圖、表 47

圖一：收案流程圖 26

表一：教育訓練課程 20

表二：有就診困難之原因分析 23

表三：基本特性分布百分比 36

表四：罹患疾病排序及分布百分比 38

表五：用藥狀況及分布百分比 38

表六：輔助器材分布百分比 38

表七：就醫狀況分布百分比 39

表八：各項身體功能 39

附錄 62

一、宣傳單張 63

二、網站介面 64

三、到宅看診同意書 65

四、收案紀錄單 66

五、個案居家紀錄單 67

六、出診紀錄單 68

七、巴氏量表 68

八、IADL 量表 70

九、MMSE 量表 71

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，本計畫擬定結合社區醫療群，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。

本計畫於第一年已完成模式的建立，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，已開始提供服務，在 95 年 10 月底繳交成果報告時已經服務了 37 人次，在 95 年 12 月中時，服務人次已經達到 54 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

滿足民眾對於長期照護的需求

隨著人口結構的快速老化，身心障礙或老衰的人口急劇增加，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，更導致醫療資源浪費；而這些缺失在社區式的服務體系下將更為突顯，因為被照顧者散居各地，前往服務的各類專業，若未能整合配套提供，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。故綜上所述，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，其是透過評估、擬定照顧計畫、以居家及社區為基礎，之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，再住急性醫院的機率下降，病患死亡率也有下降。

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。

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。

計劃發展的目標

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

本計畫於第一年收集了與醫師到宅看診相關資訊，在 MEDLINE 資料庫內，採用 以下關鍵字(house call) and (elderly)搜尋相關文獻。文獻內容可大致分為四大部分：醫師到宅看診服務模式的描述，服務的成效評估，醫師與其它相關專業人員在居家照護的角色，與醫師參與到宅看診的意願。 以下針對其內容作一描述：

醫師到宅看診服務模式的描述

近年來，歐美國家居家照護的模式有很顯著的改變。居家照護發展成以經濟利益為取向，且居家照護的模式也有些微的革新。雖然相較於半世紀前醫師的家訪次數有較以前增加，然而，(Leff & Burton, 2001b) 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。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, 2004a)。

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。到機構內看診的模式又以荷蘭有較多的相關文獻，(Ouslander & Osterweil, 1994b) 指出 nursing home care 目的的不同，居住在 nursing home 居民的異質性，醫師所關注的情況不同，都會影響醫師對於病患照護的評估更加複雜和有挑戰性。當診療病人為 nursing home residents，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。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。

(Schols, Crebolder & van, 2004a) 指出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。其中，最常見的疾病為－心臟病、腦血管病變、關節炎、糖尿病、慢性呼吸道疾病和高血壓。533 位病患被評估可參與一年計畫，其中有 337 位同意參加，女性佔了全體的三分之二，年齡介於 18-106 之間(中位數，68) 。在居家照護的計畫推行下，337 位參與者有 207 位病患醫療的問題有顯著的受到改善與控制，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。

(Korabek et al., 2004a) 指出老年照護(初級照護護理合作)計畫的革新在 2000 年在 Calgary Health Region 實行，它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的合作的管道。第一階段為設計和模式的建立。第 II 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 III 階段為計畫之強化，修正，過程的最後評估和訊息的傳播。這篇文章描述計劃開始和執行的階段(包括研究對象的選擇，教育課程，合作關係的演變和評估框架的發展)。執行結果發現研究對象對此服務模式的滿意度高，且有意願持續參與。(Berry, Boughton & McNamee, 1994b) 與(Cherin, Enguidanos & Jamison, 2004a)指出醫師到宅看診在癌症末期病患的臨終照護上也有其角色，且發現在家接受醫師到宅的病人相較於住院病人醫療費用顯著的較低。(Oldenquist, Scott &

Finucane, 2001b) 則描述醫師在 Medicare 居家健康服務和 hospice 計畫中能夠提供病患何種資訊及選擇。此外，亦提供 home-based hospital-level care 的實行方法和經驗分享，及醫師家訪的計畫 (physician house calls)。文中強調保險給付的重要性以及在社區醫師背後需有醫院的支持。(Sampson, 1994a) 則指出有效的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，並能提供者良好資訊交流的管道，及強化醫師和提供者間的關係

服務的成效評估

在過去十年中，居家照護已持續的成長且趨向多元化。伴隨著時代的改變，醫師居家訪視(Physician House Call)，一度被認為要絕跡的聲浪再次隨潮流復甦。誰有許多文獻討論其效果，但具有實驗設計的研究卻相當缺乏，其中以(Sommers, Marton, Barbaccia & Randolph, 2000a) 的研究最具代表性，他針對有慢性疾病居住在社區中的老人，執行一個跨領域，合作性的醫療介入計劃(包括：基層醫療醫師、護士、社工人員等)的成效。18 個私人診所中的 543 個病患為研究族群，實驗組能夠從基層醫療醫師護士及社工人員中獲得醫療資訊，而控制組僅能由基層醫師中得到醫療資訊。1992-1993 年間，兩組並沒有差異存在

1993-1994 年控制組的住院率從 0.34 增加到 0.52，而實驗組並沒有改變(p=.03)。實驗組再入院率從 0.06 降低至 0.04，而控制組則從 0.04 增加到 0.09 (p=.03)。實驗組的病患比控制組參予社會活動的頻率較高(p=.04)。此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及維持有慢性疾病老人的健康狀態。(Swan, Mahoney & Hunter, 1991)對 239 組醫療團隊進行電話訪談，有 174 (73%) 組大型醫療隊(擁有超過 50 位醫生成員)符合條件，其中的

52%指出他們願意提供居家訪視的服務，並指出家庭訪視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。

(Muramatsu & Cornwell, 2003a) 從健康和社會福利提供的角度來檢視醫師家訪計畫的角色和成效，認為應該在居家照護及醫師家訪服務中多增加醫師的參與程度，有助病人的照護品質。醫師到看診服務能改善病的用藥及健康管理；減輕照護者負荷並減少交通時間和壓力；減低住院跟急診使用；讓病人能待在家中，但整個服務的建立是否能成功將決定於在地的醫院或者是業者是否願意投入，不能單單依賴診所醫師。

醫師與其它相關專業人員在居家照護的角色

(Muramatsu & Cornwell, 2003a) 探討到宅看診系統的醫師在健康及社會服務的提供上扮演什麼樣的角色。發現臥床的病人需要多樣的出診服務，且其需要橫跨各專業，醫師跟其它專業的結合與資訊的互通非常重要，居家照護機構的出診的程序在這方面有極大的影響，若其它專業無發提供服務時，會增加出診醫師的困擾。(Marrone, 2003a)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。

醫師除了一般的例行性看診外也扮演不同的角色，(Lee & Novielli, 1996)指出醫師也能對個案的營養狀況有所介入，研究族群平均每三個月接受醫師家訪一次，評估方式藉由問卷調查飲食內容、飲食頻率和 24 小時飲食史的紀錄、問卷內容亦包括：基礎營養知識、藉由觀察廚房檢是平時購買食物的習慣。大多數的病患有高的

營養危險性存在，原因有很大的差異。大多數病患都覺得食慾佳且有足夠的錢購買食物。24 小時飲食史紀錄中分析顯示，很多人都沒有達到 70%的 RDA 標準，特別是在主要熱量來源和纖維素的攝取。(Goldberg, 1994b)指出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:美國、法國、英國。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。

醫師參與到宅看診的意願

(Kane, 1993b)則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。因此這些因素應該想辦法解決，以提高醫師品質及願意參與率。美國自從 1980 起，便沒有關於醫師出診的國家型調查，特別是關於近 30 年來小兒科的醫師出診。(Adelman, Fredman & Knight, 1994a)的研究主要為比較醫師出診的執業與家庭醫師、內科醫師及小兒科醫師的差別，發現家庭醫學專科醫師比內科跟小兒科醫師在從事到宅看診的比例較高（63%，47%&15%），且當醫師們有下列的態度時，則較有可能到宅看診：(1)認為 Housecall 會提升病人滿意度，(2)認為 Housecall 在提供全面性的照顧上很重要，(3)認為 Housecall 能實現自我。

(Ingram, O'Brien-Gonzales, Main, Barley & Westfall, 1999b)描述醫師對於 house calls 的態度及隨著美國醫療照護環境的快速轉變對於執行家訪的內容是否不同。利用郵寄問卷調查 Colorado 家庭

醫師，問卷內容包含:醫師基本資料、對於家訪的態度、是否有執行家訪的經驗、和其他會影響是否做家訪的相關因素。回覆率 66%，所有醫師對於家訪的態度都是正向的，53%有執行家訪的經驗，8%每個月至少做二次以上的家訪。在鄉村地區超過 40 歲以上的男醫師較有可能做家訪。家訪的對象多為老年病患、癌症病患、外傷病患、不方便到院治療的病患。家庭醫師都同意家訪對於病患是有益的。超過50%的醫師偶爾會做家訪。然而，很少的醫師會做例行性的家訪。(Keenan, Hepburn, Ripsin, Webster & Bland, 1992)針對 MINNESOTA 的居家照顧機構的家庭醫師及其他主要的專科醫生評估其到宅看診相關的知識及技巧及滿意度討論。發現那些不到宅看診的醫師在這些方面的表現普遍的令人不滿意，家醫科到宅看診的明顯多於其他一般專科，在鄉下地區明顯的有較高的滿意度。較好的臨床居家服務技術、應用技術及潛力的發展和政策的補助等有助於改善醫師的技術與知識。

研究指出(Mauch, 1994a)大多數醫學生都忽略居家照護這塊領域。(Schwartzberg & Guttman, 1997b)評估醫療教育訓練課程對於改變醫師態度和醫師在居家照護提供的服務方式之成效。實驗組為 355 名有參加醫療教育課程的基層醫師，對照組為從美國醫師資料庫中隨機抽取的樣本 249 名，並且配對年齡、性別、接受訓練的地點和其科別。介入方式：半天的互動式課程。問卷收集時間為：實驗組—課程開始前後各一次，課程結束後三個月。對照組：填寫基本資料和追蹤的問卷，但並未參加課程。主要結果：醫師更傾向提供老人居家服務，也比較會使用社區資源。相較於介入前，醫師較願意提供居家照護服務，像是 office practice 的改變，家訪的次數，社區機構的提供(P=.001)。介入前後的差異：接受美國教育的男性醫師較可能做

家訪(和女性醫師或接受其他國家醫學教育的醫師)。在三個月後的追蹤，接受其他國家醫學教育的男性醫師和美國男性醫師有相似的結果。性別和接受醫學教育訓練的地點對於做家訪有明顯的差異存在。

(Aylin, Majeed & Cook, 1996)針對英國的健檢資料發現，家庭醫師有約10%的診次均是到宅看診，對家庭小孩跟老人居多，但有些個案待宅看診次數比其他人高出許多，需要更進一步的研究。(de Melker, van, V & Kuyvenhoven, 1995)在荷蘭發現在所有的醫師居家訪視中，有15%與呼吸道感染相關，大部分均為後續追蹤所需的訪視，很少有緊急狀況，顯示家庭醫師對訪視的情況和狀況有審慎的評估過後才會決定進行居家訪視。

第二章　實施方法及進行步驟

第一節　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：

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。護理人員於長期照護體系中提供的服務內容，為提供綜合性評量，提供醫療與藥物協助之醫療輔助性護理、提供個案以維持和增進自我照顧功能為導向的護理、提供定期健康評估並依病患需要與以轉介，督導照顧人員執行簡易護理、復健、營養諮詢等健康照顧工作。物理治療師所扮演的角色應該以治療與諮詢並重。治療是指設計物理治療計畫、執行物理治療計畫、並評估物理治療計畫；諮詢則是指與照顧者或其他專業人員建立密切的互動關係，如基本物理治療技術的訓練、教育、監督或操作病患物理治療計畫的練習，以及反應或溝通病患對物理治療計畫的適應度（熊，1997)。職能治療師之服務對象，會因生理、心理及社會功能障礙、發展遲緩、學習障礙、老化或社會文化環境不利等因素而導

致執行個人的活動或參與社會的能力受限者。職能治療以 ADL 角度出發，提供之服務內容包括：生理、心理及社會功能之訓練與提昇；環境評估與改造副木及生活輔具的設計、訓練與資訊提供；工作簡化、工作強化、家事處理訓練、及外出訓練；日常活動之安排；工作能力評估與訓練；指導相關人員篩檢有職能治療需求的個案。營養師主要負責飲食設計及計算一日進食的熱量，並教導提供飲食者正確營養概念，協助個案攝取足夠的營養。細項服務內容包括依個案需要設計並供給維持其健康或改善其營養狀況之各種膳食；指導相關人員篩檢有營養需求的個案並監督其確實執行；營養不良高危險患者之營養評估、飲食計劃、營養指導與執行追蹤；照顧人員之飲食製備訓練（吳，1999）。

本計畫擬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

本計畫擬採用兩種方式進行文獻的收集、彙整、與探討。（1）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，（２）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。擬於第一年與一社區醫療群合作，建立起服務模式雛形後，即開始提供服務，預期在第一年，將納入 50 位個案，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：

1） 接案：社區醫療群團隊無法直接到社區找尋個案，應該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，主要服務對象應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，主要工作內容乃是研議如何增加社區醫療群與轉介單位的合作關係，以及其合作模式。

2） 個案評估：評估的主要目的在於瞭解個案的照護需求，以提供擬定照護計畫所需的基本資料。再接受個案轉介後，本計畫擬定由社區醫療群醫師至個案家中進行第一次往診與評

估，評估結果將鍵入電腦進行資料保存與分析。量表內容將參考國內已發展出的數個評估量表，如長期照護管理示範中心個案評估表，台北市長期照護個案需求服務評估表，與長期照護體系建構先導計畫之照顧管理評估量表等，各計畫所產出之量表均具其優點，但是否能符合社區醫療群的需求，仍須更進一步探討。評估重點將是個案的健康狀況與醫療需求。

3) 擬定照顧計畫：在完成評估後，社區醫療群將依據評估結果，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，始可訂出一照顧計畫。

4) 提供與連結服務：社區醫療群將依據照顧計畫內容，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，將由醫療群提供服務，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，醫療群將擔任連結服務的角色。是否能連結服務將受限於其他服務提供者的意願與連結流程是否順暢，有鑑於此，本計畫將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。

5) 持續評估：社區醫療群在完成服務的提供與連結後，將持續追蹤與評估個案。對有多重需求的複雜個案，將於每三個月後或依照個案需求進行追蹤訪視，其他個案則於每六個月後進行追蹤訪視，直到結案（恢復自我照顧能力或死亡）。

整體而言，本計畫擬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。服務模式的建立將採用由下往上的方式，研究者擬與各相關單位中直接提供服務者，如醫療群中有進行居家訪視的醫師，長期照護管理中心的個案管理師，出院準備服務的管理師，與有長期照護需求的個案等，舉行多次的討論，研議一有效率，且具人性化的方案。且在開始提供服務後，定期的與相關人員討論，持續的改進服務模式。

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，與降低成品。採用何種研究設計將依照計畫進行後的個案數目與瞭解個案的意願後再決定。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，將嚴密的收集個案相關資料，並將資料輸入與建檔，採用多變項統計分析方法，探討介入的成效。評估需要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，影響評估校度。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，可能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，但安全性的議題應持續地被納入考量。

(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。效果係指再一個實際的情境下，醫師訪視所能造成的影響，基本上它代表的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：成本評估可能是最困難的，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。隨者政策改變，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，因此應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，則它持續發展的機會有較大。

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，將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，以供未來修正的參考。訪談大綱與焦點團體的討論將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（胡幼慧，1996；潘淑滿，2003）。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（Marshall, 1985; Marshall and Rossman, 1995; 潘淑滿, 2003）。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，將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). 成果發表會

將舉辦一成果發表會，將研發出來的模式與各醫療群分享。

第二節　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，已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。以下針對就醫需求的分析、服務模式的發展及提供服務後的結果在下列各節中，分段說明。

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。

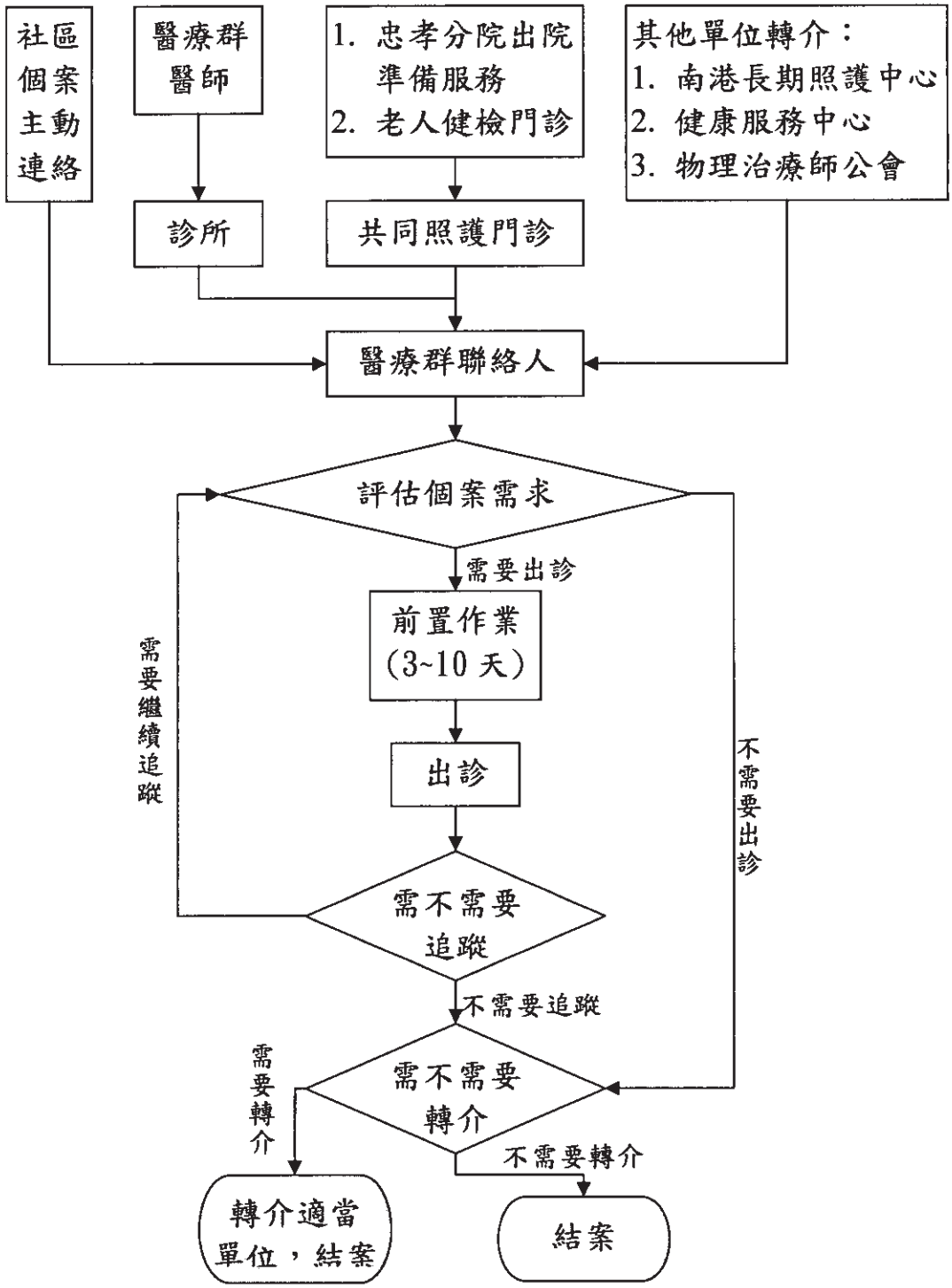
單張及網站介面請參考附錄內容。

第三節　　服務模式流程

圖一呈現的是服務流程圖，包含有收案方式、需求評估、出診及後續追蹤等。包含了有社區的個案、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。再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


社區個案主動連絡
醫療群醫師
1. 忠孝分院出院準備服務
2. 老人健檢門診
其他單位轉介：
1. 南港長期照護中心
2. 健康服務中心
3. 物理治療師公會
診所
共同照護門診
醫療群聯絡人
評估個案需求
需要出診
前置作業(3~10天)
出診
需要繼續追蹤
不需要出診
需不需要追蹤
不需要追蹤
需要轉介
需不需要轉介
不需要轉介
轉介適當單位，結案
結案

第四節　　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
2） 編號(病歷號)
3） 個案姓名
4） 身分證字號
5） 性別
6） 診斷
7） 地址
8） 訪視醫師
9） 診所

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。

第五節　個案特質量化分析

截至 95 年 10 月底止已接案 25 人、出診 37 次。分別為醫療群中各醫師診所的病人 9 名、信義老人服務中心轉介 1 名、南港長期照護中心轉介 11 名、個案或家屬主動聯繫 4 名。收案後針對有長期醫療需求的個案定期返診，至少每兩個月安排固定醫師到宅看診一次，進行個案健康現況的評估及提供必要的健康指導。其中小部分個案接案後，因情況穩定且有其他醫療資源的持續照護因而採不定期視需要而安排醫師到宅看診；或因無法配合醫療計劃將其轉介至其他社政單位。

在這 25 位個案中其中有 16 位有中度或重度的殘障、有 3 位雖無殘障身分卻行動不便只能坐臥，因為家庭中其他的因素不便申請殘障身分、有 1 位為 85 歲獨居山區的民眾、另外 5 位平均有 5 項工具性日常生活功能失能，年齡平均 90 歲以上。

表三至表八呈現個案的人口學特性與健康特質，以下針對各變項做進一步的描述。

年齡

25 個案平均年齡為 72.8 歲；60 歲以下佔 20%，60~69 歲佔 12%，70~79 歲佔 28%，80~89 歲佔 28%，90 歲以上佔 12%。

婚姻狀況

婚姻狀況以無伴侶者為絕大多數，佔 56%（含未婚 16%、離婚 4%、喪偶 36%），其次為已婚者有伴侶者，佔 44%。

教育程度

教育程度方面，不識字的佔 28%，教育程度為小學的佔 20%，中學以上的僅佔 32%。

主要語言

52%的個案使用閩南語作為日常溝通的主要語言，其次為國語（44%）、客家語（4%）。

社會補助

在社會補助方面，依舊有20%的個案無社會補助，而使用最多的社會補助為殘障津貼（40%）及老人津貼（16%）。

健保身分

本次計畫的25位個案皆具有健保身分。卻都不符合健保規定的居家護理的收案條件，但卻都實際有需要醫師及其他醫療團隊到宅服務。

殘障別

個案中有殘障者為大多數，佔64%（中度殘障20%，重度殘障40%，精神障礙4%）。

居住狀況

在居住狀況方面，有88%的個案全天皆與照護者同住，但仍有雖與照護者同住，但白天獨處（8%） 或獨居（4%）的個案。

主要照顧者

主要照顧者以配偶（28%）及子女（24%）居多，其次依序為父母（12%）、（孫）媳婦（12%）及外傭（12%），此外沒有照顧者的佔12%。

主要照顧者年齡

在照顧者年齡方面，50歲以下佔23%，51~70歲佔41%，70歲以上佔27%。

照護時間

絕大多數的個案（80%）被照顧的時間皆為24小時。

個案健康狀況相關因子

過去病史

表四所呈現的為個案疾病罹患排序及分布的百分比，排名前五項依序為：高血壓（56%）、糖尿病（40%）、心臟病（28%）、骨與關節疾病（20%）、中風（16%），其他依序為腦膜炎（8%）、肺結核（4%）、肝臟疾病（4%）、腎臟疾病（4%）、小兒麻痺（4%）、白內臟（4%）、帕金森氏症（4%）、頭部外傷（4%）、類風濕性關節炎（4%）及乳癌（4%）。

用藥狀況

表五所呈現的為個案的用藥狀況，68%的個案皆有疾病用藥，其中僅一項疾病用藥的佔 20%，兩項疾病用藥的佔 32%，三項疾病用藥的佔 16%；無用藥的僅佔 20%。

輔助器材使用

表六呈現的為輔助器材的使用狀況，無使用輔助器材的個案佔 40%；有使用輔助器材的個案中，使用的器材依序為輪椅（24%）、助行器（12%）、手杖（8%）以及抽痰機（4%）。

就醫方式

表七呈現的為個案就醫的方式，由家人陪同就醫的為絕大多數，佔 76%，其次為由救護車送醫（8%）及獨自就醫（4%），此外個案中無就醫行為的佔 12%。

身體功能

視力功能

表八呈現的是各項身體功能的情形。在視力方面，有 48%的個案在視力功能方面無障礙，但也有 52%的個案為視力功能障礙者（模糊但可辨識 48%，視力缺失 4%）。

泌尿功能

以泌尿功能正常者居多（84%）；平日泌尿功能易失禁者僅佔 16%。

活動

個案中，日常生活活動正常者佔 56%，異常者佔 44%。

巴氏量表

以巴氏量表作為依賴程度評估時，有四成的個案為完全依賴（0~20 分），其次為中度依賴（61~90 分），佔 20%，嚴重依賴（21~60 分），佔 16%，輕度依賴（91~99 分），佔 12%，完全獨立的僅佔 12%。

IADL

在工具性日常生活活動失能項目（IADL）中有 72%的個案在 9 分以下，IADL 10~14 分的佔 12%，IADL 15~19 分及 20~24 分的各佔 8%。

表三：基本特性分布百分比

變項名稱	人數	百分比
年齡(N=25 人)		
60 歲以下	5	20
60~69 歲	3	12
70~79 歲	7	28
80~89 歲	7	28
90 歲以上	3	12
婚姻狀況(N=25 人)		
未婚	4	16
已婚	11	44
離婚	1	4
喪偶	9	36
教育程度(N=25 人)		
不識字	7	28
小學	5	20
中學	1	4
高中	2	8
大專以上	5	20
識字未入學	2	8
遺漏值	3	12
主要語言(N=25 人)		
國語	11	44
閩南語	13	52
客家語	1	4
社會補助(N=25 人)		
無社會補助	5	20
老人津貼	4	16
殘障津貼	10	40
中/低收入老人	1	4
中/低收入殘障者	1	4
榮民	1	4
遺漏值	3	12

表三：基本特性分布百分比(續)

變項名稱	人數	百分比
健保身分(N=25 人)		
有健保	24	96
重大傷病	1	4
殘障別(N=25 人)		
無殘障	9	36
中度殘障	5	20
重度殘障	10	40
精神障礙	1	4
居住狀況(N=25 人)		
獨居	1	4
全天與照顧者同住	22	88
與照顧者同住，白天獨處	2	8
主要照顧者身分(N=25 人)		
沒有照顧者	3	12
父母	3	12
配偶	7	28
子女	6	24
(孫)媳婦	3	12
外傭	3	12
主要照顧者年齡(N=22 人)		
50 歲以下	5	23
51~70 歲	9	41
71 歲以上	6	27
遺漏值	2	9
照護時間(N=25 人)		
無照護	3	12
4 小時	1	4
12 小時	1	4
24 小時	20	80

表四：罹患疾病排序及分布百分比

變項名稱	人數	百分比
過去病史(N=25)		
高血壓	14	56
糖尿病	10	40
心臟病	7	28
骨與關節疾病	5	20
中風	4	16
腦膜炎	2	8
肺結核	1	4
肝臟疾病	1	4
腎臟疾病	1	4
小兒麻痺	1	4
白內障	1	4
帕金森氏症	1	4
頭部外傷	1	4
類風濕性關節炎	1	4
乳癌	1	4

表五：用藥狀況及分布百分比

變項名稱	人數	百分比
疾病用藥狀況(N=25)		
無用藥	5	20
僅一項疾病用藥	5	20
兩項疾病用藥	8	32
三項疾病用藥	4	16

表六：輔助器材分布百分比

變項名稱	人數	百分比
輔助器材使用(N=25)		
輪椅	6	24
助行器	3	12
手杖	2	8
抽痰機	1	4

表七：就醫狀況分布百分比

變項名稱	人數	百分比
就醫方式(N=25)		
家人陪同就醫	19	76
無就醫行為	3	12
救護車	2	8
獨自就醫	1	4

表八：各項身體功能

變項名稱	人數	百分比
視力功能(N=25)		
無障礙	12	48
模糊但可辨識	12	48
視力缺失	1	4
泌尿功能(N=25)		
正常	21	84
失禁	4	16
活動(N=25)		
正常	14	56
異常	11	44
巴氏量表(N=25)		
為完全依賴 (0~20 分)	10	40
嚴重依賴 (21~60 分)	4	16
中度依賴 (61~90 分)	5	20
輕度依賴 (91~99 分)	3	12
完成獨立(100 分)	3	12
IADL(N=25)		
9 分以下	18	72
10~14 分	3	12
15~19 分	2	8
20~24 分	2	8

第六節　到宅看診的情境描述

001.　許女士 74 歲，全天與照護者同住，主要照顧者為其媳婦 38 歲。活動力及工具性日常生活功能佳，巴氏量表 95 分、IADL 量表 22 分。個案表示有關節疼痛的情況，由家屬至醫院拿關節疾病及高血壓的藥。經看診後，身體狀況尚可，但須定期追蹤，將持續安排醫師每兩個月至少出診一次。

第二次看診，評估個案血壓持續偏低，建議家屬逐漸減輕藥量至停止使用降血壓的藥物並持續觀察血壓並紀錄。之前可能是因為偶發的高血壓症狀被判定為高血壓。若持續使用降血壓的藥物反而會增加跌倒的危險。

002.　許何女士 94 歲，全天與照護者同住，主要照顧者為其孫媳婦 38 歲。活動力佳、工具性日常生活功能差；巴氏量表 95 分、IADL 量表 2 分。現無使用藥物。近日咳嗽偶有痰，經聽診呼吸音為乾囉音(Rhonchi)，請家屬至診所拿藥服用。並將持續安排醫師每兩個月至少出診一次。

第二次看診，持續的提供長期醫療照護。個案告知感到腹脹，經腹部檢查結果正常，無須特別治療，再觀察。

003.　潘林女士 68 歲，與照顧者同住，白天獨處；子女同為主要照顧者，兒子同住但生活作息不固定，女兒住附近每天固定陪伴 3-4 小時。活動力尚可但工具性日常生活功能較差，家人擔心其外出走失，平時只讓潘林女士待在家中。現存疾病有糖尿病及精神疾病，皆有使用藥物控制。平時就醫方式為由家屬代為領藥。希望能請醫師到宅為個案看診、檢查。醫師針對自療養中心及醫院診所各處領取的藥物提供使用指導、整合。同時也將持續安排醫師每兩個月至少出診一次。

第二次看診，持續的提供長期醫療照護。家屬表示個案食慾不佳，經醫師腹部檢查正常，建議家屬陪同個案至診所抽血作較完整的健康檢查。

004. 陳女士 93 歲，全天與照顧者同住；孫子住附近有事隨時都可以聯絡。活動力尚可但工具性日常生活功能差，本身有高血壓、腸道疾病，但因行動不便，高血壓並沒有定期的看診及服藥控制，因而請醫師到宅看診。近日主訴上腹痛，醫師看診後，建議使用藥物治療腹痛的症狀。此外，血壓 159/70mmHg 建議病人要持續使用降血壓的藥物控制高血壓。並安排醫師每兩個月至少出診一次。

第二次看診，持續的提供長期醫療照護。主訴食慾不佳，上腹痛有改善。經由醫師腹部檢查正常。血壓 155/71mmHg 依舊偏高，但病人拒絕服用藥物控制。囑家屬需多留意血壓的變化。

005. 洪魏女士 78 歲，全天與照顧者同住；早上有居家服務員每天 2 小時，此外兒子及媳婦通常都在家。巴氏量表為 5 分、工具性日常生活功能差，兩年前中風左側癱瘓後長期臥床。現患有高血壓、心臟病及糖尿病。使用兩項疾病用藥，固定於醫院拿藥控制病情，兩年前中風臥床後就未親自曾看診。醫師看診後，針對皮膚癢及等問題建議使用乳霜保養；並安排個案作成人健康檢查。同時針對長期臥床造成的頸背部壓瘡，指導照顧者協助個案每 15 分鐘翻身，並保持乾燥；姿勢不良問題，已轉介大安長照中心，會診物理治療師協助指導復建計畫。

第二次看診，至個案家中收集檢體後，與家屬約至診所聽取報告的時間。

第三次看診，主述皮膚乾癢。建議持續使用皮膚保養用品，如有

需要可另口服止癢藥，需醫師處方。

家屬希望能居家施打老人流感疫苗，告知可協助聯繫市醫安排到宅施打疫苗，但須另付醫師出診費及交通費。

006. 張先生 85 歲，獨自居住於半山腰上的登山步道邊，不方便外出就醫同時也無人可以陪同。活動力尚可工具性日常生活功能良好。但因為居住環境偏僻、外出交通不便加上曾經跌倒骨折造成現今行動不方便。患有高血壓及腎臟方面的疾病，現使用兩項疾病的藥物，固定於醫院看診，但本人強調交通不便加上行動不便，至醫院看診相當不便。醫師看診後，針對現有的咳嗽及便秘等問題判斷確實有服藥的需要，經小組人員與個案的討論後，協助聯繫個案每天都會上山運動的友人，代為領取藥物轉交給個案，並持續電話追蹤個案的情況。

一個月後與個案電話聯繫了解近況，個案告知有去台北榮總看診，經評估後，因個案雖行動不便，但仍可外出就醫，且固定都有在看診，暫時沒有醫療群介入的需求，請個案有需要時再與醫療群聯繫。

007. 解先生 81 歲，全天與照顧者同住，照顧者為個案太太 73 歲。巴氏量表為 15 分、工具性日常生活功能差。個案本身意識清楚，可以簡單表達，但雙眼失明同時患有高血壓、心臟病、糖尿病及帕金森氏症。眼科手術失敗後身體活動退化長年臥床，由太太定期至診所代為向精神科、內分泌科及內科看診領藥。近日，身上出現不明原因的皮癬，未經醫師看診自行自藥房買藥使用，但感到很不放心。在了解個案的情況、照顧者的照顧方式並檢查個案當時身體狀況及藥物的使用後，醫師給予適當的衛教指導。並持續安排醫師每兩個月至少出診一次。照顧者表示病人臥床多年以

來終於能讓醫師看診，心裡感覺放心很多，同時對個案現在的情況也更加的了解。

第二次看診，定期進行看診。感冒數週，已有自行拿藥使用。尿酸偏高，衛教家屬減少使用含有高普林的食物。

008. 劉女士 84 歲，全天與照護者同住，照顧者為個案女兒 54 歲，全職照顧父母兩人。活動力不佳，使用助行器同時有人陪同之下可短距離的慢步行走，工具性日常生活功能差，意識不清有退化的情況。左髖關節因跌倒骨折置換人工髖關節，現存有高血壓，定期於醫院拿藥。醫師看診當時血壓 184/77mmHg。醫師囑家屬需每天記錄血壓值並於下次領藥時提供醫師參考，同時建議個案及其先生可以做成人健康檢查。另外行動不便的問題已由南港長期照護中心會診物理治療師協助復健。

第二次看診，慢性病定期看診，背部有壓瘡、雙腳水腫且腳底脫皮。血壓：169/64mmHg 需持續追蹤血壓是否過高，至少定時測量並記錄兩週以上。坐時須加靠墊改善壓力，皮膚需加強保養、雙腳皆有灰指甲，如要積極治療須檢察肝指數及口服藥物，可由家屬自行決定。下肢需做按摩及復健。

009. 洪先生 79 歲，全天與照顧者同住；早上有請居家服務員、兒子及媳婦通常都在家。巴氏量表為 85 分、工具性日常生活功能尚可，還能簡單協助照顧洪魏女士，例如：煮飯、餵食等。曾患有肺結核已痊癒；現有高血壓未服藥控制。須要時會在家屬陪同的情況下至醫院就醫。會診後建議做成人健檢，收集檢體後與家屬約至診所聽取報告的時間。

第二次看診，定期看診，雙腳水腫、皮膚乾燥。血壓：176/103mmHg 且腸胃機能不良。皮膚需加強保養。需持續追蹤血壓是否過高，

至少定時測量並記錄兩週以上。

010. 杜女士 83 歲，全天與照顧者同住，主要照顧者為其媳婦 52 歲。巴氏量表為 5 分、工具性日常生活功能差。患有類風濕性關節炎，長年臥床、關節疼痛；同時患有高血壓。僅使用類風濕性關節炎的藥物。由家屬代為至醫院門診取藥。因為外出就醫不便，已經多年未看醫師。醫師看診後，因測量簡易血滴中尿酸值 15.4mg/dl 建議做藥物的調整。家屬表示將於下週門診時提前返診，並跟醫師討論調整藥物。

第二次看診，慢性病持續追蹤。個案主訴皮膚癢，居服員懷疑是蚊蟲。經醫師看診、檢查後，判斷皮膚癢應該是因皮膚乾燥，需加強保溼，無需每天清洗四肢。飯後血糖 249mg/dl、尿酸 11.2mg/dl 仍偏高。請家屬須盡快與醫師討論藥物的使用狀況。

011. 周小朋友 17 歲，全天與照顧者同住，主要照顧者為個案的母親 49 歲，另有一名居家服務員 56 歲，每天固定 3 小時。因 12 歲時感染腦膜炎造成重度多重障礙，活動力及工具性生活空能都很差，需要隨身照護。因為肌肉控制能力差，吞嚥有障礙，經常嗆食，已手術建立胃造廔，同時為避免被口水及痰液阻塞氣道備有抽痰機；為了防止肌肉萎縮每天需進行被動運動，經由黃醫師到宅看診後，測量生命徵象；測量簡易血糖、尿酸；進行身體評估後，健康情況尚可接受、受照顧情況良好，需持續維持照護模式。判斷暫無醫師持續看診的需求，請個案有需要時再與醫療群聯繫。

012. 鐘先生 53 歲，全天與照顧者同住。主要照顧者為其妻子。巴氏量表 65 分、IADL 量表 10 分。因為職業災害造成下半身癱瘓。現活動需輪椅輔助。左大腿上部長期壓迫有一直徑 3.5 的壓瘡。

指導照顧者及本人褥瘡的預防及照顧。協助居家無障礙的動線等安全的防護。安排每兩個月一次居家看診，若期間另外有其他需求，請家屬或本人直接與醫療群連絡。

013. 高先生 50 歲，全天與照顧者同住。主要照顧者為個案的母親 71 歲。。活動能力良好；工具性日常生活功能差，嬰兒時期 2 個多月時因為頭部外傷造成腦膜炎，因而成為重度智能障礙，家人表示個案 50 年來從未出過家門也從未看過醫師，生病時，未經醫師處方家人會自行購買成藥服用。這次因右小腿部有幾個約 2.5x2.5cm(總範圍約 7x4cm)的傷口發炎、紅、腫、熱、有分泌物，兩個多月來都未痊癒，右小腿發黑、腫脹，也有自行至藥房購買消炎藥服用。看診後診斷為蜂窩性組織炎，建議需至醫院治療，家屬表示個案拒絕出門，建議使用數種口服及外用處方用藥，請家屬近日至醫院領藥。同時紀錄當時血壓 156/101mmHg、心跳 79 次/min 以供醫師參考。

第二次看診，兩週後再次複診，個案表示服用藥物後自覺傷口更痛、使用外用藥後傷口分泌物增加。已自行停藥。仍建議外出就診，家屬依舊表示病人拒絕出門。參考家屬至藥房購買的藥物：告知口服藥應持續使用，勿自行停藥以免產生抗藥性。購買的外用藥與原先建議用藥不同類，建議停用，改以食鹽水及碘酒清洗傷口既可。空腹血糖 178mg/dl 同時有糖尿病的家族病史，懷疑有糖尿病需進一步至醫院檢查。告知家屬：若能自行出門就醫，為第一考量。另由南港長照中心協助安排自費護理師到家中協助靜脈藥物的投予但因特聘護士自費費用昂貴故家人回覆不願意使用，但因個案狀況危急，又無法配合醫療群的建議，已和萬芳醫院居家護理溝通請求援助，他們將會同感染科醫師往診,並繼

續治療。

因為個案及家屬無法配合醫療計畫，且個案狀況屬於急性症狀，醫療群針對此項問題不再另外提供醫療的介入。

014. 周先生 74 歲，全天與照顧可同住。主要照顧者為個案老婆 73 歲及其媳婦，媳婦為護理人員。活動力、工具性日常生活功能皆差，巴氏量表 5 分；IADL 量表 0 分。10 幾年前脊椎開刀後臥床在家。今年初右腳感染截肢，現右邊髖關節有壓瘡傷口約 20x20cm，血液及傷口細菌培養皆顯示感染，家屬希望能請醫師至家中看診後，給予抗生素治療。醫師認為情況嚴重，已出現疑似菌血症的相關症狀需至醫院治療。但家屬表示部分家人反對入院治療，擔心外勞會跑掉且因為病人年事已高擔心住院反而惡化病情，故選擇消極照顧。醫師告知：1.家庭成員皆須了解病情及未來的發展，勿由部分人獨自承擔，且居家靜脈抗生素的治療反而易提高風險。口服抗生素使用 3-5 天後，如效果不佳就務必需住院治療。2.血糖需再加強注意、控制。3.注意營養，特別是維他命的補充。另外同意其他家屬在診所看診的時間中來電討論個案狀況，會協助告知其他家屬現狀，並提供專業的建議說明，希望家屬早日達共識。

隔週，個案家屬來電，告知個案已往生。個案在醫師看診後 3 情況持續惡化，但家屬仍未能決定是否送醫。再待幾天因而過世。

015. 劉女士 89 歲，全天與照顧者同住。主要照顧者為兩個女兒分別為 51 及 56 歲。其中一女兒同住，曾患小兒麻痺因而行動不便；另一女兒住樓下，隨時可連絡提供照顧。活動力不佳，工具性日常功能差。具中度肢障的身分，無法上下樓梯。近日腰背痛、皮膚上出現紅疹。醫師看診後，針對腰背痛建議可使用家中的按摩

椅、並增加適當的活動量，每天至少在家走100步。皮膚上有散在性小紅疹、會癢，需經由藥物治療，由家人至診所領藥。並持續安排每個月看診一次。

第二次看診：主訴咳嗽有痰，長期皮膚搔癢。醫師告知咳嗽情形使用藥物會有改善。皮膚應為乾躁性皮膚炎，需加強保濕、衛教家屬洗澡水不要太熱。

016. 馬先生77歲，全天與照顧者同住。主要照顧者為其妻子60歲同住。活動力及工具性日常生活功能差，巴氏量表30分；IADL量表5分。5年前中風造成右邊癱瘓。腳踝處的骨髓炎持續有執行傷口護理及自行針灸控制，近年來都沒有再惡化，只是一直沒有好。看診後發現當日飯後血糖180mg/dl、尿酸12.4mg/dl，醫師囑藥物需持續使用，骨髓炎與血糖的控制也有相關，需多加注意。並安排每兩個月一次看診、追蹤。

017. 劉先生75歲，全天與照顧者同住。主要照顧者為其妻子71歲同住。活動力及工具性日常生活功能差。巴氏量表20分；IADL量表4分。雙腳無力、需人24小時照顧，有高血壓、糖尿病及疑似口腔癌病史。血壓147/101mmHg，醫師囑家人要多監控血壓變化的情況。安排志工服務及地段訪視，將持續安排醫師每兩個月至少出診一次。

018. 許女士71歲，同住人為其先生，照顧能力不佳，個案本身為主要提供照顧者。個案本身活動力可，工具性日常生活功能可。巴氏量表70分；IADL量表11分。肝癌手術後體力較差且不敢獨自出門。有糖尿病、高血壓、白內障。安排黃醫師看診後，飯後血糖值537mg/dl，告知個案少量多餐、並於下次看診時告知原本的醫師血糖控制的情況。

019. 鄭先生 63 歲，全天與照顧者同住。主要照顧者為其妻子 55 歲，與一個兒子同住，白天就讀高中。活動力及工具性日常生活功能差，巴氏量表 20 分；IADL 量表 3 分。具有中度肢障的身份，行動不便。看診時血糖較高，主訴早上沒有吃藥。衛教用藥的正確觀念。請其兒子協助每日準備藥物，並持續安排醫師每兩個月看診一次，期間有其他需要再另外與醫療群連絡。

020. 楊女士 88 歲，同住人為其兒子一家，白天僅兒子在家，兒子因中風臥床無照顧能力，個案本身為主要照顧者。活動力尚可，工具性日常功能尚可，巴氏量表 85 分；IADL 量表 15 分。身體狀況還不錯。醫師建議需注意飲食均衡，少吃泡麵等加工食品。另外安排社工人員介入。

021. 楊先生 49 歲。全天與照顧者同住。主要照顧者為其母親 88 歲。因中風而造成重度多重障礙，活動力及工具性日常生活功能皆很差，需要他人全天照顧。看診發現血壓值過高，250/115mmHg。現在又沒有在使用任何藥物控制，告知應該盡速作處理。要求個案母親請孫子與醫師聯絡，同時回覆給南港長期照護中心，與個案家的社工人員聯繫。但經過一週的持續連絡，都無法聯絡到其他家屬，目前轉至南港長期照護中心持續聯繫。

022. 張女士 63 歲。全天與照顧者同住。主要照顧者為其先生 65 歲同住。活動力不佳、工具性日常生活功能差；巴氏量表 55 分、IADL 量表 2 分。94 年中風後行動不便、活動需使用輪椅輔助，表達及理解都有障礙。看診後發現其使用藥物過多、有重複。加強家屬正確的用藥觀念。鼓勵其活動、及坐臥時抬高下肢，避免水腫。並持續安排醫師每兩個月看診一次。

023. 唐女士 85 歲。全天與照顧者同住。主要照顧者為印尼籍外

勞，已照顧一年多的時間，可在台居留期限為三年。個案活動力及工具性日常生活功能皆差，巴氏量表 5 分、IADL 量表 0 分，只能臥床無法行動。個案患有糖尿病、失智症、高血脂、高血壓。近期背部長有水泡診斷為類天疱瘡。看診後，飯後血糖 281mg/dl，需注意控制。請外傭需每日固定紀錄後，供之後醫師參考。並持續安排醫師至少每兩個月看診一次。

024. 林女士 51 歲，全天與照顧者同住。主要照顧者為外勞及個案的姊姊住樓下。活動力、工具性日常生活功能尚可。巴氏量表 90 分、IADL 量表 15 分。小時後因為小兒麻痺造成重度肢體障礙，現脊椎側彎嚴重活動受限，去年因乳癌切除右側乳房，右手需持續做復建保持原有的活動功能。現因咽喉炎、咳嗽 3 天有痰，故請醫師到家中看診。看診後，建議先使用藥物，若無改善，再會診醫師。飯後血糖 214mg/dl 平日須多加注意。

025. 劉黃女士 99 歲，全天與照顧者同住。主要照顧者為外勞。巴士量表 60 分、IADL 量表 1 分。表達及理解力都不好。因持續咳嗽 3 天要求醫師到家中看診。經看診後，無其他不適的情形。建議口服藥物 3 天情況應該會有改善，再持續觀察。並持續安排醫師至少每兩個月看診一次。

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、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。

二、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。

三、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，合作的東區醫療群醫師以協助的角度出診，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、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。

二、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。

三、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。

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。

四、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主動跟計畫聯絡。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。

第五章　結論與建議

醫師到宅看診有他的必要性，不但可以提供行動不便的慢性病人更持續且完整的醫療服務、協調整合各專業照護模式的分工、而早期的介入更能節省慢性病人後續醫療問題的相關成本。對醫師本身及所屬醫療機構也有其他附加的利益，例如：與個案發展長期固定的醫病關係、有效提升醫師及機構的社會形象等。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，持續支持試辦計畫。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。隨著台灣人口老化，社區內的醫療需求將會增加，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大溫暖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

無相關之新發現或新發明

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

社區中有許多失能老人在就醫上有困難，但因無法居家護理收案標準，而無法得到醫師到宅看診，因此長久以來缺乏適當的照護。善用社區醫療群醫師有助於改善此一現象，但在行政面與醫療面均需要作適度的配合，以利推廣。

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.

Berry, D. E., Boughton, L., & McNamee, F. (1994). Patient and physician characteristics affecting the choice of home based hospice, acute care inpatient hospice facility, or hospitals as last site of care for patients with cancer of the lung. *Hosp. J, 9,* 21-38.

Boling, P. A. (1998). Physicians in home care: past, present, & future. *Caring., 17,* 10-2, 15.

Cherin, D. A., Enguidanos, S. M., & Jamison, P. (2004). Physicians as medical center "extenders" in end-of-life care: physician home visits as the lynch pin in creating an end-of-life care system. *Home Health Care Services Quarterly, 23,* 41-53.

Diwan, S. (1999). Allocation of case management resources in long term care: Predicting high use of case management time. *The Gerontologist , 39 (5),* 580-590.

Farris, K. (2005). OSF physician house calls program: benefiting the central Illinois community. *Caring., 24,* 6-10.

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.

Keenan, J. M., Hepburn, K. W., Ripsin, C. M., Webster, L., & Bland, C. J. (1992). A survey of Minnesota home care agencies' perceptions of physician behaviors. *Fam. Med, 24,* 142-144.

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

Lee, M. Y. & Novielli, K. D. (1996). A nutritional assessment of homebound elderly in a physician-monitored population. *J Nutr. Elder., 15,* 1-13.

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.

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

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

Mims, R. B., Thomas, L. L., & Conroy, M. V. (1977). Physician house calls: a complement to hospital-based medical

care. *J Am. Geriatr. Soc., 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.

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

Schols, J. M., Crebolder, H. F., & van, W. C. (2004). Nursing home and nursing home physician: the Dutch experience. *J Am. Med Dir. Assoc., 5,* 207-212.

Schols, J. M. & de Veer, A. J. (2005). Information exchange between general practitioner and nursing home physician in the Netherlands. *J Am. Med Dir. Assoc., 6,* 219-225.

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.

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.

Waldo, B. H. (2003). Connecting for compliance: improving satisfaction and care coordination by extending the home care record to the physician. *Home Healthcare Nurse, 21,* 674-679.

Wright, K. (2005). VNA's physician-targeted electronic newsletter eases home care referrals. *Caring., 24,* 12-14.

Zimmer, J. G., Groth-Juncker, A., & McCusker, J. (1984). Effects of a physician-led home care team on terminal care. *J Am. Geriatr. Soc., 32,* 288-292.

Zimmer, J. G., Groth-Juncker, A., & McCusker, J. (1985). A randomized controlled study of a home health care team. *Am. J Public Health, 75,* 134-141.

附錄

一、宣傳單張

二、網站介面

三、到宅看診同意書

四、收案紀錄單

五、個案居家紀錄單

六、出診紀錄單

七、巴氏量表

八、IADL 量表

九、MMSE 量表

醫師到宅看診

服務項目：

一般身體檢查
簡易血糖測定
簡易尿酸測定
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：

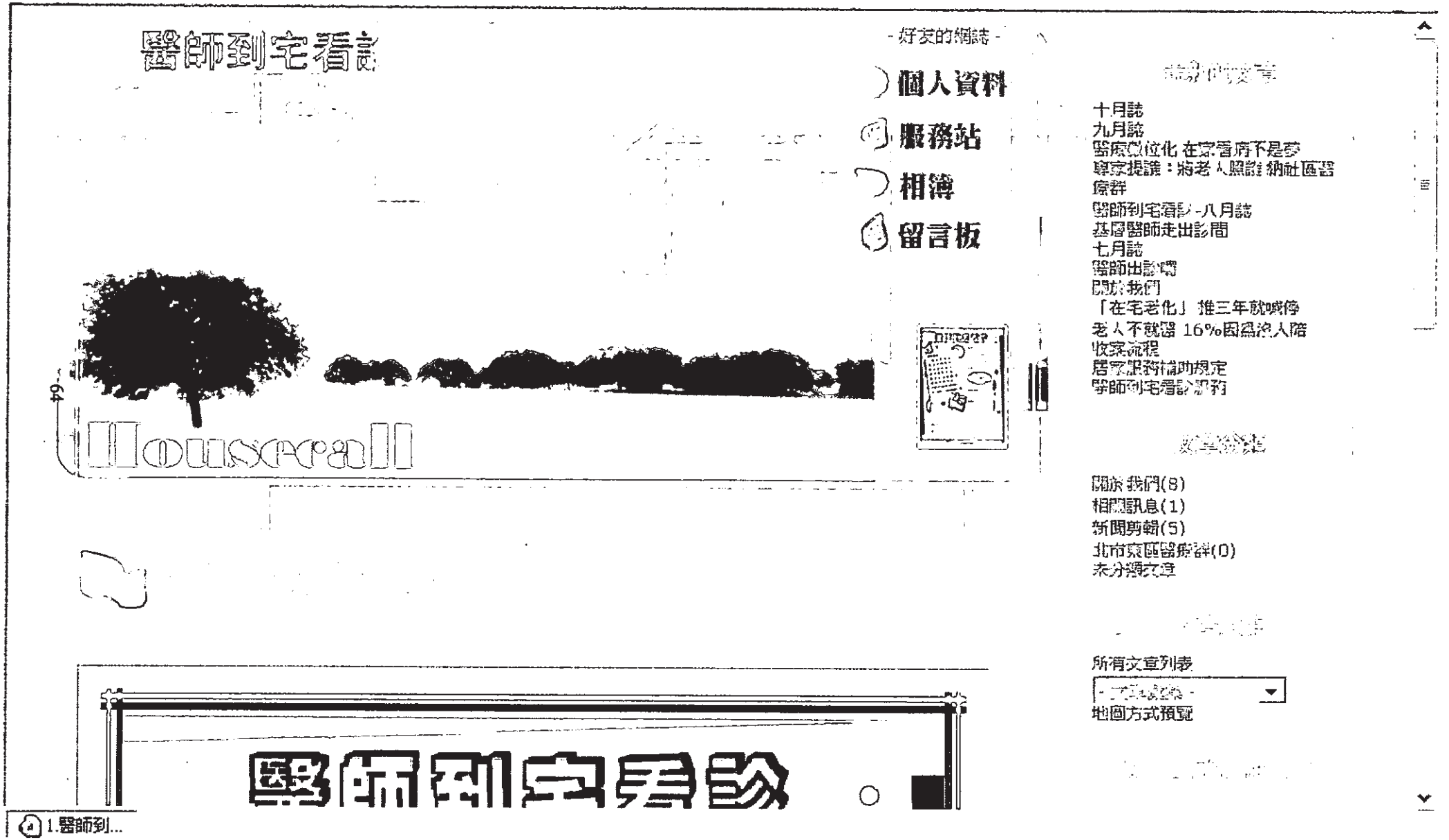
星期一~五 上班時間：
早上8：00-下午5：00

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

網址：http://www.wretch.cc/blog/Drhousecall



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)爲_____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爲，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

編號：

收案紀錄表

收案日期：___/___/___ 人員：_____ 醫師：_____ 來源：_____

結案日期：___/___/___ 人員：_____ 醫師：_____ 現況：_____

姓名：_____

性別：口男 口女 出生日期(年齡)：___/___/___(___)

聯絡電話：_____

居住地址：_____

同住人：_____ 關係：_____

緊急聯絡人：_____ 關係：_____ 電話：_____

地址：_____

現存疾病：口氣喘 口肺結核 口高血壓 口心臟病 口肝臟疾病 口腎臟疾病
口痛風 口糖尿病 口骨與關節疾病 口精神疾病 口其他_____

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-_____

是否有其他您覺得我們出診需要知道的事情？

個案居家紀錄單

編號：

基本資料

1.姓名：_____ 2. 身份證號碼：_____ 3.出生日期(年齡)：___/___/___(___)

4.病前職業：_____ 5.身高：_____cm 6.常態體重：_____kg

7.婚姻狀況：□ 1.未婚 □ 2.已婚 □ 3.離婚 □ 4.分居 □ 5.同居 □ 6.喪偶

8.教育程度：□ 1.不識字 □ 2.小學 □ 3.中學 □ 4.高中 □ 5.大專以上

9.主要語言：□ 1.國語 □ 2.閩南語 □ 3.客家語 □ 4.其他(9-1)_____

10 社福補助：□ 1.無 □ 2.老人津貼 □ 3.殘障津貼 □ 4.中/低收入老人 □ 5.中/低收入殘障者

11.健保身分：□ 1.無 □ 2.有 □ 3.重大傷病

12.殘障別：_____/等級_____

就醫資料

過敏史：13.[藥物]□ 1.無 □ 2.有_____ 14.[食物]□ 1.無 □ 2.有_____ 15.[其他]□ 1.無 □ 2.有_____

16.過去病史：□ 1.無 □ 2.有-

17.□氣喘 18.□肺結核 19.□高血壓 20.□心臟病 21.□肝臟疾病 22.□腎臟疾病

23.□股與關節疾病 24.□痛風 25.□糖尿病 26.□其他_____

27.疾病用藥情況：□ 1.無 □ 2.僅一項疾病用藥 □ 3.兩項疾病用藥 □ 3.三項疾病用藥 □ 3.四項以上疾病用藥

輔助器材：28.□無 29.□助聽器 30.□呼吸器 31.□抽痰機 32.□義肢 33.□支架 34.□矯正鞋

35.□輪椅 36.□助行器 37.□拐杖 38.□手杖 39..其他_____

40.就醫方式：□ 1.救護車 □ 2.獨自就醫 □ 3.家人陪同就醫 □ 4.社工人員陪同就醫 41.就醫地點：_____

生活/健康概況

42.視力功能：□ 1.無障礙 □ 2.模糊但可辨識 □ 3.僅能在光亮處活動 □ 4.僅有感光能力 □ 5.視力缺失

43.末梢循環：□ 1.正常 □ 2.水腫 □ 3.冰冷 □ 4.麻痺

44.口腔狀況：□ 1.正常 □ 2.潰瘍 □ 3.牙周病 □ 4.蛀牙未補 □ 5.咀嚼困難

45.飲食型態：□ 1.經口 □ 2.胃管 □ 3.胃造廔

46.泌尿功能：□ 1.正常 □ 2.失禁 □ 3.解尿困難 □ 4.間歇導尿 □ 5.存留導尿管 □ 6.膀胱造廔

47.運動系統：□ 1.正常 □ 2.截肢 □ 3.肌肉萎縮 □ 4.關節疼痛 □ 5.關節腫脹

48.活動：□ 1.活動正常 □ 2.異常 49.巴氏量表：_____、50.IADL：_____

51.意識：□ 1.清楚 □ 2.意識不清 52.MMSE：_____

53.每月可用生活支出：□ 1.不足一萬 □ 2.一萬到兩萬 □ 3.兩萬到三萬 □ 3.三萬以上

54.居住狀況：□ 1.獨居 □ 2.全天與照顧者同住 □ 3.與照顧者同住，白天獨處

主要照顧者資料：	1	2	3	4
姓名				
出生年月日(年齡)				
與個案關係				
職業				
身體健康狀況(1-5 分=不佳-良好)				
教育程度(參考基本資料選項)				
照護能力(1-5 分=不佳-良好)				
照護時間(小時)				

計畫

出診紀錄

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：口正常 口模糊 口失明 備註：_____ 皮膚狀況：口正常 1.紅疹 2.水泡 3.潰瘍 4.紅腫 5.黃疸 6.傷口 7.壓瘡 8.其他_____ 種類/部位/範圍-_____ 呼吸音：口 clear 口 diminished 口 wheezing 口 rales 口 stridor 口 rhonchi 口 basal rales 肺活動量：_____ml 心肺功能病徵：口無 口心雜音 口頸靜脈怒張 口胸悶(痛) 口心悸 口上腹灼熱 口暈厥 口杵狀指 腹部檢查：口 grossly normal 口 hepatomebaly 口 splenomegaly 口 palpable mass 口 others_____ 血糖：_____mg/dl 反射：口正常 口異常_____ 肌力(0-5 分)：右上肢_____、左上肢_____、右下肢_____、左下肢_____ 關節：口正常 口關節變形 口晨間腫脹 口關節疼痛 尿酸：_____mg/dl
其他主訴	
診視紀錄	
使用藥物	
處置	

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：

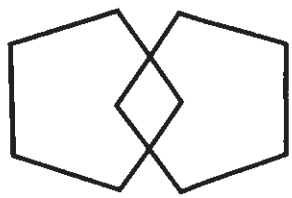
編號：

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）

衛生署95年度科技研究計畫成果報告審查意見回覆

執行機構	台北醫學大學			主持人	莊坤洋
計畫名稱	社區醫療群長期照護模式的發展與推廣				
計畫編號	DOH95-TD-M-113-079-(1/2)	履約期限		完成日期	
審查意見	一、研究報告組織與條理之完整性 1. 該計畫為兩年期，成果報告的封面頁應正確呈現。此份報告應為九十五年（第一年）度成果報告；執行期間應為：95年1月1日至96年12月31日。 回覆：已依照審查委員的意見修改完成。 2. 該報告應描述第一年完成的工作及成果，所以不應將申請計畫時所寫的計畫摘要，原封不動地轉錄過來。 回覆：已依照審查委員的意見，更改內容為簡述第一年執行計畫的過程與結果。 3. 目錄中的章節呈現也需修改！除條列「章」外，最好也列出「節」。 回覆：已依照審查委員的意見修改完成。 4. 按一般慣例，「摘要」不編碼。第一章應為「前言」或「研究動機」等；「文獻回顧」可獨立成一章或併入前言中。第二或三章應為研究方法...等。報告書之內文沒有明確的「章」和「節」，因缺乏系統和邏輯性以致不易閱讀。 回覆：已針對章節的編排從新整理過如新版目錄。 5. 以p.2的「背景分析」為例，呈現背景分析之標題，僅是籠統的用詞，很難讓人瞭解該研究的重要性或研究動機，研究者應根據重點做適當的分段，並加註標題。 回覆：本計劃中背景分析包含：研究動機及文獻綜合整理，文獻綜合整理的部分也更詳細的分出各重點，已重新做適當的分節並增加重點標題。請參考期末報告(更新版)第1頁到第10頁。 6. p.12之「實施方法及進行步驟」宜獨立為一章，且以「研究方法」整理。其下宜分別針對研究設計、研究對象、研究工具、研究過程、資料分析等去描述。 回覆：「實施方法及進行步驟」實為本報告書的第二章，已經從新標示並分為兩節。分別針對研究設計及第一年研究過程做說明。請參考期末報告(更新版)第11頁到第21頁。 7. p.18起，為研究結果。此處提到「成立工作團隊」，是執行過程而非「研究結果」；「教育訓練」的規劃和課程的舉辦，也是執行過程而非「研究結果」。針對教育訓練，在結 果處應呈現的是，參與訓練者的特質或背景分析、訓練後的評價、曾遭遇之困難等。 回覆：已將第一年的研究過程移至「第二章、實施方法及進行步驟」，研究結果呈現內容為分析探討未滿足就醫需求之老人的情況、宣傳方式-宣傳單張與網站、服務模式流程、醫師到宅看診服務模式細節描述、個案特質量化分析、到宅看診的情境描述。請參考期末報告(更新版)第22頁到第49頁。				

8. 討論部分是成果報告的重點之一，研究者應該根據研究目的或重要發現，有系統地歸納出討論的重點並寫出完整的標題，以幫助讀者瞭解該計畫的成就和貢獻。

回覆：討論部份針對本研究所遭遇的問題分為行政程序層面跟醫療與服務層面進行討論，並提供初步構想。待整體計畫完成後，會再次逐一修正討論內容。請參考期末報告(更新版)第 50 頁到第 55 頁。

二、資料收集與分析之恰當性

1. 請利用架構或流程加上說明，確實交代該研究團隊所發展的模式究竟為何？

回覆：依照審查委員的意見已經將本研究團隊所發展的模式加入報告內的結果部分。請參考期末報告(更新版)第 27 頁到第 31 頁。

2. 執行成效評量所採用的方法和資料，究係量性？還是質性？文中應有相關的規劃和說明。

回覆：第一年進行個案特質量化分析第二年之評估除了會包含服務的結構、過程及結果三個面向外，也會納入民眾的態度與意見。目前研究團隊仍在研議評估方法，受限於個案的數目，可能會採用質性研究法，但若能有足夠的個案量，不排除採用兩種方式同時進行。

3. 既然為兩年期計畫，在說明研究方法與研究過程時，需要先交代兩個年度各別要完成的工作項目，然後才針對第一年的相關內容加以說明。

回覆：依照審查委員的意見，已在第二章第一節「研究設計」中增加說明兩個年度各別要完成的項目；在第二章第二節「第一年研究過程」詳細說明第一年計畫執行的過程。請參考期末報告(更新版)第 11 頁到第 21 頁。

三、研究報告之結論與預期目標是否相符

可

回覆：謝謝委員的肯定。

四、研究報告可供本署採行或參考部分

整體計畫尚未完成，成效評價也不明確，有待下年度計畫執行後再評估。

回覆：已經先提供初步的建議，會在下年度完成計畫後，提出完整的建議。

五、研究報告需修正部分

請參考前述意見修改報告書

回覆：以依照委員意見修改。