

長期照護相關機構醫師參與服務現況 之調查：以雲林縣與台北市為例

呂世和¹ 周淇業¹ 吳正一¹ 許彥鈞¹
劉文俊² 陳慶餘³

我國長期照護之需求，在未來30年間將因人口結構高齡化之快速發展而增加，其中護理之家與安養護機構在機構式長期照護中，將扮演著重要的角色。這些機構中的住民無可避免地將會有醫療服務的需求，因此將醫師納入服務之一環有其必要性。本研究的目的是調查護理之家與安養護機構醫師參與照顧服務之現況。研究對象，在雲林縣包括縣內全部登記有案的護理之家與安養護機構，各有8及11所；在台北市則以隨機抽樣之方式分別從13所護理之家中選取8所，及從199所私立安養護機構中選取8所，加上全部之公立機構有3所，共計11所安養護機構。再用半結構式問卷以電話訪談機構之護理長或負責人方式進行資料的收集。

全部38家樣本機構中有35家(92.1%)有醫師固定參與健康照顧，其中31家(88.6%)之醫師為兼任或特約。財務負擔考量是機構無醫師參與之重要因素。認為有固定醫師參與健康照顧必要之機構高達97.3%，認為尋求醫師容易的比例亦達77.4%。受訪之機構普遍具有強烈聘請固定醫師之意願，醫師的工作內容以「住民入住期間之健康評估」及「疾病診療」為主。護理之家每位住民每週醫師服務人時在雲林縣為 0.22 ± 0.03 ，台北市為 0.12 ± 0.07 ；安養護機構在雲林縣為 0.21 ± 0.20 ，台北市為 0.06 ± 0.06 。醫師之專科以家醫科(50.0%)與內科(50.0%)為主。

目前長期照護機構中有醫師參與服務之比率頗高，但就醫師服務內容仍有提昇的空間。

(家醫研究 2006；4：1-14)

關鍵詞：physician role, nursing home, elderly residential care house, long-term care

前 言

台灣地區的老年人口於1993年9月已達到

7%，正式進入高齡化社會；2002年時老年人口更上升至8.8%。高齡化現象在未來數十年間不但仍將持續，且有更形嚴重之趨勢，據經建

台大醫學院醫學系¹；台大醫院家庭醫學部²；台大醫學院家庭醫學科³

受理日期：95年1月24日，刊載日期：95年6月12日

聯絡人地址：劉文俊，台北市中正區中山南路7號，台大醫院家庭醫學部

會2002年之推估：65歲以上人口比率將在2021年加倍達16%，2036年將達25%，2051年將達29.8%。另一方面，育齡婦女總生育率（total fertility rate, TFR）的持續下降，將使我國人口在2027年以後出現負成長之現象，相對地扶養比（dependency ratio）則逐年增加，預計將由2002年的41.8%提高到2051年的74.7%^[1]。由上述可知，台灣的高齡化社會正快速發展中，某些高齡及其他身心障礙者必然會影響周邊相關之其他人、事、物，而無可避免的有著長期照護需求，因此，我國長期照護之需求在未來30年間將大幅增加。如何在有限的資源條件下，為高齡者提供最適切的服务，便成為國家社會當前的首要工作之一^[2,3]。

長期照護依其服務類型，可分為機構式、社區式、居家式、支持式、聯結式及特殊照護服務等數種型態^[4]。在台灣地區，機構式長期照護又可分為衛政、社政及退除役官兵輔導委員會三大體系，護理之家與慢性病床、日間照護等機構屬於衛政體系所管理，而安養護機構則屬社政體系。至2002年底止，全台的護理之家共有202家，床數計9,720床，占全部機構式長期照護（不含慢性病床）之床數17.6%；安養護機構則共有651家，計29,996床，占全部床數54.3%^[5]。兩者在機構式之長期照護占有重要地位。

護理之家收置之服務對象包括罹患慢性病而經由醫師診斷需要長期醫療護理等照顧或服務者，或是醫院出院後經醫師診斷及轉介需接受繼續進一步醫療護理者^[6]。安養機構之定義是安養自費老人或留養無扶養義務之親屬或扶養義務之親屬無扶養能力之老人。養護機構則以照顧生活自理能力缺損，且無技術性護理服務需求之老人為主^[7]。由上述收案標準，住民無可避免的將會有醫療服務的需求，因此將

醫師納入為服務團隊之一員有其必要性。長期照護相關機構所需醫師之專業服務所涉內外事項較多，先進國家早將其專業化。反觀國內，雖然對於長期照護機構服務過程中醫師所應扮演的角色，已有學者提出相關之作業規範；在相關之法令、行政層面、以及醫療界本身等，對醫事（醫療、醫師）之參與資格、程度、內容、實務及專家背景要求等，亦規範定位，然未盡妥善^[8]，且關於各機構醫師實際之參與狀況，資料亦顯得不足。

臺灣地區醫療資源的分布存在顯著的城鄉差距，以本研究的調查對象雲林縣與台北市為例，台北市每位醫師服務人口數為370.2，雲林縣卻高達1319.4；台北市每平方公里即有4.47家醫療院所，但雲林縣僅有0.24家^[9]。我們認為，如此的資源分布不均，應會對長期照護機構醫師參與服務的情形造成影響，因此，本研究選擇於台北市與雲林縣兩地區同時進行調查。本研究之目的：（1）調查分析護理之家與安養護機構醫師參與照顧服務之現況，以提供長期照護體系規劃之參考。（2）比較雲林縣與台北市醫師參與長期照護機構服務情形之差異。

材料與方法

研究對象

本研究的調查對象是在雲林縣及台北市立案之長期照護相關機構，包括護理之家與安養護機構。依雲林縣衛生局登錄資料顯示，雲林縣計有護理之家八所，安養護機構十一所^[10]，本研究全部列入調查對象。台北市衛生局及內政部社會司之資料顯示，台北市計有護理之家13所，安養護機構202所（公立3所，私立199所）^[11,12]，由於受限於人力及時間等因素，本

研究以隨機抽樣之方式，抽取與雲林縣相同的樣本數。另外在安養護機構的部分，將全部3所公立機構皆納入調查對象。即在台北市部分，從13所護理之家中選取8所；從199所私立安養護機構中選取8所，加上公立之3所，共計11所安養護機構做為研究對象。

資料收集過程

本研究資料的收集於2003年3月到4月間實施，收集方式是以半結構式問卷，由訪員以電話訪談（telephone interviewing）樣本機構，請受訪者依機構當時的情形作答。問卷的設計採專家效度，並進行問卷預試（pre-test），再針對所得的資料結構及內容，據以修改問卷，成為本研究之測量工具。訪員電訪前則接受過訪談訓練。問卷之內容請見附錄。

受訪者身分之設定，以調查機構之護理長為第一優先，如該機構未設置護理長或類似之職務，或無法在首次電訪起算之一週內訪問到護理長，則以機構之負責人為第二優先之受訪者。如果負責人無法在首次電訪起算之一週內接受訪問，則由訪員視電訪情形邀請一位其認為適合回應此問卷的機構人員受訪。在前述的設定下，本研究中樣本機構受訪者的身分，雲林縣及台北市各有7家及12家機構的受訪者為護理長，各有6家及5家為負責人。除了這兩種身分之外，在雲林縣有三家機構的受訪者為護士，另外還有社工員、保健員（此職稱為某安養護機構特殊之編制）等；在台北市有兩家機構的受訪者不是護理長或負責人，而分別為心理輔導師與社工組組長。

名詞定義：一、參與醫師人數：「固定同一人」指參與健康照顧的醫師只有一位；「多人輪流」指參與健康照顧的醫師有兩位以上。二、醫師專任或兼任：「專任」指醫師除了在

受訪者所屬的機構服務之外，未在其他醫療院所從事臨床工作；「兼任或特約」指醫師除了在受訪者所屬的機構服務之外，還有在其他醫療院所從事臨床工作。三、醫師之服務時數：「每住民每週醫師服務人時」指機構中所有醫師每週平均服務時數之總和除以機構目前之住民數。四、醫師工作內容：「疾病診療」以醫師有無在機構內開立處方做為判定標準，有開立處方者才判定醫師之工作內容包含「疾病診療」。

資料處理與分析

問卷結果以Microsoft Excel 97軟體作資料輸入及進行描述性分析；使用SPSS for Windows 7.0版軟體進行統計，包括：（1）機構規模與醫師參與人數、（2）機構規模與聘請醫師意願強度、（3）安養護機構所在地與聘請醫師意願強度等相關性之卡方檢定分析，及（4）不同機構所在地醫師服務時數差異性之 t 檢定分析。若 $p < 0.05$ ，則認為有統計上之顯著意義。

結 果

受訪機構基本資料

機構類別之分布情形，如表1，雲林縣19家受訪的護理之家及安養護機構中，單純屬於護理之家者共有8家，佔42.1%；單純屬於安養護機構者有9家，佔47.4%。被歸類為其他者有2家，它們在研究前所得的資料中皆為安養護機構，而由電訪所得，一家為兼有護理之家與安養護機構的性質；另一家是兼有安養護機構及其他性質的機構。台北市19家受訪的護理之家及安養護機構中，單純屬於護理之家的共有7家，佔36.8%；單純屬於安養護機構的

表1. 雲林縣及台北市樣本機構之機構類別、公私立別及規模之分佈

	雲林縣(n=19) 機構數(%)	台北市(n=19) 機構數(%)
機構類別		
護理之家	8 (42.1)	7 (36.8)
安養護機構	9 (47.4)	11 (57.9)
其他	2 (10.5)	1 (5.3)
公私立		
公立	3 (15.8)	7 (36.8)
私立	16 (84.2)	12 (63.2)
規模		
五十人及以上	8 (42.1)	6 (31.6)
未滿五十人	11 (57.9)	13 (68.4)

有11家，佔57.9%。被歸類為其他的有1家，其在研究前所得的資料中為護理之家，而電訪所得，它兼有護理之家與安養護機構的性質。歸納上述結果，本研究之調查所得與前述在研究進行前所得到之資料大致相同，只有少數幾家機構的服務內容較研究前所得資料來得更多。為使機構服務性質的分類較為簡化，本研究之後的結果及討論中機構服務性質的分類，仍以研究前所得的資料為依據。另外，如將護理之家再分為醫院附設者及獨立型兩類，在雲林縣，8家護理之家皆為醫院附設；在台北市，8家作為樣本的護理之家中有7家為醫院附設，1家為獨立型。

機構公私立別的分佈，表1顯示在雲林縣的19家護理之家與安養護機構之中，私立的機構有16家，佔84.2%；公立的只有三家，分別是兩家護理之家及一家安養護機構，共佔15.8%。台北市的19家樣本機構之中，共有7家為公立，佔36.8%。其餘為私立的機構。

機構規模的分佈，表1顯示雲林縣及台北市的機構中最多可收容住民數在五十人以上的

分別為8家（42.1%）及6家（31.6%），其餘為未滿五十人。

機構有無固定參與健康照顧之醫師

表2顯示在兩地各8家的護理之家中，雲林縣每家都有醫師固定參與住民的健康照顧，但台北市則有一家無固定醫師，其原因為「機構為私立財源有限，而聘請醫師開銷太大」。

表3顯示在雲林縣與台北市各11家的安養護機構中，兩地各有一家沒有醫師固定參與住民的健康照顧。台北市這家機構沒有醫師的原因是「由於是公立機構，所能提供的條件較外面的醫療院所差，所以無醫師願意來」；雲林縣則是「因為隔壁即為某地區醫院，沒有聘請醫師的必要」。

醫師專任或兼任

表2顯示在雲林縣8家與台北市7家有醫師參與照顧的護理之家中，大多數機構的醫師為兼任或特約，兩地各有6家。表3顯示兩地安養護機構的情形也是如此，甚至在雲林縣安

表2. 雲林縣與台北市護理之家醫師參與狀況變項之分佈

	雲林縣機構數(%)	台北市機構數(%)
醫師固定參與住民的健康照顧		
有	8(100.0)	7 (87.5)
無	0 (0.0)	1 (12.5)
醫師為專任或兼任		
專任	2 (25.0)	1 (14.3)
兼任或特約	6 (75.0)	6 (85.7)
參與醫師人數		
固定同一人	4 (50.0)	3 (42.9)
多人輪流	4 (50.0)	4 (57.1)
醫師之專科背景(可複選)		
家醫科	4 (50.0)	3 (50.0)
內科	4 (50.0)	4 (66.7)
其他專科	4 (50.0)	3 (50.0)
對有固定醫師參與健康照顧的看法		
必要	8(100.0)	8(100.0)
不必要	0 (0.0)	0 (0.0)
尋求醫師參與健康照顧		
容易	4 (80.0)	7 (87.5)
不容易	1 (20.0)	1 (12.5)
聘請固定醫師之意願		
強	2 (66.7)	5 (83.3)
低	1 (33.3)	1 (16.7)

養護機構參與照顧的醫師全部都是兼任或特約的。

醫師參與之人數

表2顯示在護理之家的部分，雲林縣與台北市的情形相似，在兩地分別為8家及7家的樣本機構中，醫師為多人輪流的機構皆有4家，各占50.0%及57.1%，其他機構參與的醫師為固定同一人。安養護機構的部分，見表3，雲林縣與台北市各有70%及30%的機構醫師為多人輪流，其餘機構醫師則為固定同一人。另

外，我們發現醫師參與人數亦與機構之規模有關 ($p<0.05$)，未滿五十人之機構有較高比例醫師為固定同一人，而五十人以上之機構有較高比例為多人輪流。

對有固定醫師參與健康照顧之必要性看法

表2及表3顯示，在雲林縣與台北市兩地的護理之家與安養護機構，對此問題的看法皆相當一致，除了一家雲林縣的安養護機構認為不必要之外，其他機構皆認為有必要。

表3. 雲林縣與台北市安養護機構醫師參與狀況變項之分佈

	雲林縣機構數(%)	台北市機構數(%)
醫師固定參與住民的健康照顧		
有	10 (90.9)	10 (90.9)
無	1 (9.1)	1 (9.1)
醫師為專任或兼任		
專任	0 (0.0)	1 (10.0)
兼任或特約	10 (100.0)	9 (90.0)
參與醫師人數		
固定同一人	3 (30.0)	7 (70.0)
多人輪流	7 (70.0)	3 (30.0)
醫師之專科背景 (可複選)		
家醫科	5 (50.0)	5 (50.0)
內科	4 (40.0)	5 (50.0)
其他專科	6 (60.0)	3 (30.0)
對有固定醫師參與健康照顧的看法		
必要	10 (90.9)	10 (100.0)
不必要	1 (9.1)	0 (0.0)
尋求醫師參與健康照顧		
容易	7 (87.5)	6 (60.0)
不容易	1 (12.5)	4 (40.0)
聘請固定醫師之意願		
強	3 (42.9)	8 (88.9)
低	4 (57.1)	1 (11.1)

尋求醫師參與健康照顧之難易度

在雲林縣的部分，於此問題回答「不清楚」、「很難說」等無法納入統計分析之答案的機構護理之家與安養護機構共計達6家，因此可用以統計分析的有效樣本機構數較台北市少了5家之多。表2及表3顯示，不論是護理之家或安養護機構，兩地的情形相似，認為尋求醫師參與健康照顧容易的機構所佔比例普遍較高。

聘請固定醫師之意願強度

此問題機構之回應為「不知道」、「無法回答」等無效答案的情形較前項「難易度」更多，因此可納入統計分析的有效樣本機構在雲林縣與台北市分別只有10家與15家。表2顯示在護理之家的部分，兩地都是意願強的機構較多，雲林縣及台北市分別為2家（66.7%）及5家（83.3%）。但在安養護機構的部分（表3），意願強的機構在雲林縣僅有3家（42.9%），而台北市則有8家（88.9%），兩地有顯著差異（ $p < 0.05$ ）。另外，我們發現機構之規模並不影響其意願強度。

醫師之工作內容

表4顯示在雲林縣與台北市兩地，不論是護理之家與安養護機構，醫師的工作內容皆以「住民入住期間之健康評估」及「疾病診療」所佔的比例為最高及次高。護理之家的部分分別有14家（93.3%）及8家（53.3%）的機構有醫師之工作內容包含「住民入住期間之健康評估」及「疾病診療」；安養護機構的部分則各有15家（75.0%）及13家（65.0%）。在護理之家所佔比例第三高的為「收案或出院評估」，但卻沒有一家安養護機構醫師的工作內容包含此項目。

醫師服務之時數

表5顯示雲林縣與台北市的護理之家每

位住民每週醫師服務人時分別為 0.22 ± 0.03 和 0.12 ± 0.07 ，且有統計上的顯著差異（ $p < 0.05$ ）；安養護機構雲林縣與台北市每位住民每週醫師服務人時則分別為 0.21 ± 0.20 和 0.06 ± 0.06 。

選擇目前醫師之理由

因為此部分由醫療院所附設機構與非醫療院所附設機構所得到的結果有明顯差異，故分開討論。在11家醫療院所附設之護理之家或安養護機構，之所以會選擇目前醫師之理由，以「此醫師之專業符合需求」與「機構所屬醫院之上級所指派」所佔比例最高，都各有54.5%之機構認為這兩個因素是其選擇目前醫師的理由之一。而在非醫療院所附設之機構的部分，則以「醫師主動想來參與」、「醫師所服務之

表4. 護理之家與安養護機構醫師工作內容之分佈（複項選擇）

	護理之家(n=15)	安養護機構(n=20)
	機構數(%)	機構數(%)
住民入住期間之健康評估	14(93.3)	15(75.0)
疾病診療	8(53.3)	13(65.0)
收案或出院評估	3(20.0)	0 (0.0)
營養或用藥評估、重整醫囑	2(13.3)	1 (5.0)
協助轉介	2(13.3)	1 (5.0)
與其他人員討論未來之照護計畫	1 (6.7)	0 (0.0)
更換管路	1 (6.7)	0 (0.0)
復健	0 (0.0)	1 (5.0)
感染管控	0 (0.0)	1 (5.0)

表5. 雲林縣與台北市護理之家、安養護機構每位住民每週醫師服務人時之統計

	雲林縣	台北市	t
護理之家	0.22 ± 0.03	0.12 ± 0.07	-2.78*
安養護機構	0.21 ± 0.20	0.06 ± 0.06	-2.13

* $p < 0.05$

醫療院所與機構的距離近」為機構選擇醫師理由之前兩名，各有29.4%與23.5%的機構選擇目前的醫師是基於該因素。

醫師之專科背景

表2及表3顯示，在護理之家的部分，15家有醫師參與照顧，扣除一家對於醫師之專科表示「不清楚」的機構，共14家樣本機構中，以內科醫師參與照顧的比例最高，有8家（57.1%）有內科醫師參與，其次為家醫科，有7家（50.0%）。在安養護機構的部分，有醫師參與的20家機構中，參與照顧比例最高及次高的專科分別是家醫科（50.0%）及內科（45.0%）。進一步分析，既無家醫科亦無內科醫師而僅有兩者之外之專科醫師參與照顧的機構，護理之家有2家（14.3%），安養護機構4家（20.0%）。

住民有健康問題時之就醫治療情形

此部分的結果將所有機構分成「機構無固定醫師參與健康照顧」與「機構有固定醫師參與健康照顧」兩類來呈現。

一、機構無固定醫師參與健康照顧：

此類機構共有3家。平時較不嚴重的健康問題，由機構人員將住民送至附近醫療院所之門診處理，若住民或家屬有指定醫師則依其意願。需急診或住院時亦由機構將住民送往適當的醫院。轉診醫院的選擇，有兩家機構是由家屬決定；另一家機構則因跟某區域醫院合作，故住院與急診皆以送往此醫院為優先，除非家屬有其他意見，則依家屬意見辦理；然而因此機構為公立，以收容孤苦無依老人為主，住民少有家屬，故住民絕大多數皆送至這家某區域醫院。

二、機構有固定醫師參與健康照顧：

此類機構共有35家，再以「醫師之工作內容有無包含疾病診療」區分為兩組：

1.醫師之工作內容包含疾病診療：

此類機構共有21家。對於住民平時較不嚴重的健康問題，有15家機構由參與健康照顧之醫師或附近之醫療院所處理，有4家機構完全由參與健康照顧之醫師處理，另外有兩家機構無法獲得此部分之資料。而嚴重疾病時轉診醫院的選擇，有11家為除非家屬或住民另外特別指定，否則機構會固定將住民轉診至某特定醫療院所；有7家則是完全依家屬或住民意願，機構無預先設定的轉診院所；另有3家無資料。

2.醫師之工作內容未包含疾病診療：

此類機構共有14家。有一家機構此部分目前尚未建立完善流程。剩下的13家機構，對於住民平時較不嚴重的健康問題，除了有兩家機構無法獲得此部分之資料，剩下11家機構皆是若住民或家屬有特別指定，則依其意願，否則由附近之醫療院所處理。而嚴重疾病時轉診醫院的選擇，有6家為除非家屬或住民另外特別指定，否則機構會固定將住民轉診至某特定醫療院所；有4家則是完全依家屬或住民意願，機構無預先設定的轉診院所；另有3家無資料。

討 論

本研究在機構規模的變項以最多可收容住民數五十人為界限將樣本機構分組，這是參考內政部公布之「老人福利機構設立標準」，此標準將老人長期照護機構之規模分為照護老人人數五十人以上、三百人以下的老人長期照護機構及照護老人人數為五人以上、未滿五十人的小型老人長期照護機構兩類^[13]。

本研究發現，在雲林縣護理之家、安養護機構，與台北市護理之家、安養護機構4組機構中，至少有87.5%的機構都有醫師固定參與。回顧過去類似研究，陳氏針對台灣地區41所養老機構進行調查，結果約有24%之機構無醫師參與健康照顧^[14]；嚴等調查台北市109家未立案養護機構，僅43家（39.4%）有特約醫師參與，其餘機構則無^[15]；陳等針對台灣地區之護理機構調查，有22家（25.3%）配置專任醫師，61家（70.9%）配置特約醫師^[16]。綜合上述結果來看，立案機構中不論是護理機構或是安養護機構，不論在那個時間點，至少都有超過70%有醫師參與照顧，比例不低；但未立案機構之醫師參與情形則似乎較為不佳。在連續性的照護理念下，給予長期照護需求者適切的醫療服務實屬必要，如此不但能協助功能的恢復或維持，避免長期照護需求的發生，也能提昇長期照護的品質，具有極高預防與保健之意義^[17]。雖然國內現行「護理機構設置標準」、「老人福利機構設立標準」已有規定，機構得視業務需要約聘醫師^[13, 18]；但國內在相關之法令、行政層面、以及醫療界本身等，對醫事參與長期照護之資格、程度、內容、實務及專家背景要求等，其實均尚未妥善做規範定位^[8]。反觀其他先進國家，美國早在1987年通過的綜合預算平衡法案（Omnibus Budget Reconciliation Act of 1987, OBRA 87）即已對護理之家所必須提供之醫事服務加以律定^[19]。故本研究認為，雖然國內長期照護機構有醫師參與住民健康照顧的比例似乎不低，但仍有必要制定更為明確完善之規範。

本研究分析無醫師參與照顧機構的原因，發現有些與機構本身財務負擔考量有關，有些則是因機構旁就有醫院而覺得不必要。四組機構認為有固定醫師參與健康照顧是必要的比

例均超過90%，但覺得尋求醫師參與照顧不容易的比例則在12.5%至40.0%之間。由上述結果，我們嘗試分析會對醫師之參與造成阻力的因素。從機構認為有固定醫師參與健康照顧是必要的比例超過90%的結果看來，機構普遍均已能體認醫師參與之必要性，此因素之影響應不大，但我們發現仍有機構認為機構旁之醫院可取代醫師參與之功能，因此建立機構對於醫事服務內涵之正確認知，應值得注意。相較之下，機構覺得尋求醫師參與照顧不容易的比例在12.5%至40.0%之間，明顯較機構認為有固定醫師參與健康照顧不必要的比例為高，由此推論，機構尋找醫師的困難度，可能會對醫師之參與造成較大的阻力。本研究並未對造成機構覺得尋找醫師不易的因素進行調查，但由研究中機構無醫師參與之原因可看出，財務負擔問題應是一項重要因素，因此我們認為如果欲使長期照護機構醫師參與情形更為提昇，相關單位應對機構提供適當誘因，鼓勵或要求機構引入醫師的服務，以提升照護品質。

本研究發現，護理之家每位住民每週醫師服務人時在雲林縣為 0.22 ± 0.03 ，台北市為 0.12 ± 0.07 ；安養護機構在雲林縣為 0.21 ± 0.20 ，台北市為 0.06 ± 0.06 。長期照護機構約聘醫師提供醫事照顧服務時，在實務上應考量醫師人數，與住民之比數之問題，而現行之相關法令規範卻未加以律定^[8]，國內之學者專家亦尚未對此提出建議。如以美國之情形做為參考，依據On-Line Survey and Certification Assessment Reporting（OSCAR）的資料，在1998年，美國護理之家每住民每週醫師平均服務人時為 0.15 ^[20]，介於雲林縣與台北市之間；安養護機構的部分則無資料。雖然目前在美國，探討醫師服務與護理之家照護品質相關性的研究還不多，但在實證不足的情形下，相關

專業人士仍普遍認為機構之醫師服務量應繼續增加^[21]。雖然國情不同，醫師服務的需求量自然會有差異，但這些意見應仍有參考的價值，故我們認為國內長期照護機構中醫師之服務量，尤其在都會區，仍有再提升之空間。

本研究發現，護理之家與安養護機構中，分別以內科及家醫科醫師參與照顧之比例最高，但仍分別有14.3%及20.0%之機構是由其他專科之醫師參與健康照顧而無此兩專科醫師之參與。如與國外之情形相對照，一項根據美國1991年專科醫師普查資料所做的研究顯示，在所有參與護理之家健康照顧的醫師中，其專科背景前三名為一般科（general practice）（28.0%）、家醫科（22.6%）及內科（21.0%），且與第四名精神/神經科（4.8%）有段不小的差距^[22]，可見其家醫科與內科醫師擔負大部分長期照護機構健康照顧工作的情形，與我國相似。長期照護機構中之醫療保健照顧服務既多以老人及慢性病之照護為主，大致屬全面性之照護內容，自需有老人及長期照護相關之專業教育訓練。然而國內老年醫學及長期照護專業醫師之系統訓練與養成尚在起步中，因此暫仍以一般內科或家庭醫學之正統科班訓練與養成之醫師從事於老人健康及慢性病之長期醫療保健照顧服務角色之扮演較為恰當^[8]。

更進一步來看，可發現參與健康照顧之醫師遍及許多專科，如對機構選擇目前醫師的理由加以分析，可發現此現象應是有跡可循。醫療院所附設之機構在選擇醫師時，專業的考量占有重要之地位；但相較之下，非醫療院所附設之機構在選擇醫師時就有許多與專業無關之考量涉入其中，這表示此醫師所具有之專業背景對其是否有機會參與健康照顧之影響並不大，因此各專科醫師皆有機會參與也就不足為

奇。然而如前段所述，此一照護工作非每位醫師皆能勝任，美國醫療研究所（Institute of Medicine, IOM）的長期照護品質促進委員會（Committee on Improving Quality in Long-Term Care）即認為醫師在為機構住民提供醫事服務之前，應接受一定的教育訓練及達到認證標準，這對增進機構式長期照護的品質而言是相當重要的一環^[21]。故本研究認為我國應建立一套認證制度，由政府扮演守門人之角色，使參與醫師之素質皆能達到一定的水準，而非完全放任機構本身自行選擇，導致醫師可能不勝任的結果而影響照護品質。

本研究發現，目前不論在護理之家或是安養護機構中，醫師之工作內容仍以住民之健康評估與疾病診療為重點。然而，醫師在護理之家等長期照護機構中的角色職掌應不僅於此，尚有安排必要之照會或轉介、指導機構提供預防性之醫療服務、重整醫囑、參與個案討論會等^[8]。但依據「醫師法」、「醫療法」等相關之規定，長期照護機構中，醫師尚無特別律定之業務職掌，在欠缺明確定位下，所能發揮之功能自然有限。反觀其他先進國家，美國早在1987年通過的OBRA 87即已對護理之家中醫事服務的角色進行定位^[19]。因此本研究認為政府應參酌學者專家所提出之作業規範，於相關法令中對醫師之工作職掌加以明確規範，以使醫師之專業能力得以發揮。另外，本研究以開放式問句調查醫師之工作內容，易造成受訪者漏答某些服務項目，亦可能是結果顯示醫師服務內容有欠完備的原因之一，如能將常見的選項列出，此因素的影響應能降低。

本研究發現，就現況而言，機構中固定參與健康照顧的醫師之有無，對於住民有健康問題就醫治療的過程，除了擔負了一部分疾病診療的工作外，並未造成明顯差異。但因本研究

並未特別針對住民就醫過程中醫師的參與情形加以調查，如以上述結果推論機構之醫師尚未能在此面向發揮其應有之功能，應過於草率；而之前的討論曾提到，目前關於醫師服務與長期照護機構品質相關性之研究仍屬有限^[21]，有待更進一步之調查研究，將此部分之現況加以釐清。

本研究假設長期照護機構醫師之參與情形應有顯著的城鄉差異，因此同時於城市及鄉村地區進行調查。但結果顯示，雲林縣與台北市兩地僅在「安養護機構聘請固定醫師意願」及「護理之家每住民每週醫師服務人時」兩項有顯著的差異。雖然這一部分可歸因於本研究樣本數不夠大，但仍值得有關單位注意：不宜直觀地認為醫療資源充足的都會區其醫師參與長期照護機構服務的情形即優於資源較貧乏的地區。甚至，在「護理之家每住民每週醫師服務人時」的部分台北市顯著低於雲林縣，我們認為其中一項重要因素可能是醫療資源的可近性太過良好，反而使機構降低醫師直接至機構服務的服務量；然而這樣的假說尚無佐證，還需要更進一步的研究。

總結來說，本研究顯示出目前我國長期照護機構醫師之參與，就量而言，或許尚稱足夠；但就質而言，仍有許多可待提昇之空間。最後我們必需強調，由於人力及時間等因素，本研究無法收集大量樣本，因此所能提供之資訊仍屬有限，統計檢定分析亦較不易顯示出各群體間之差異性。將來有待更大規模之研究，將此議題描繪出更為清晰之輪廓。

誌 謝

本研究承蒙台大醫學院黃柏愷同學、台大雲林分部廖純伶、陶聲洪小姐，和台大醫院家

庭醫學部林月女小姐等協助資料的收集處理與相關事宜，謹誌謝忱。

參考文獻

1. 行政院經濟建設委員會：中華民國臺灣地區民國91年至140年人口推計。台北：行政院經濟建設委員會，2002。
2. 陳惠姿：緒論。陳惠姿等編，長期照護實務。台北：永大書局，2002：1-1-1-28。
3. 李世代：長期照護之概說。當代醫學 2002；29:60-68。
4. 李孟芬：長期照護體系。陳惠姿等編，長期照護實務。台北：永大書局，2002：2-1-2-22。
5. 中華民國長期照護專業協會：台閩地區機構式長期照護家數與床數分佈表。台北：中華民國長期照護專業協會，2002。
6. 內政部社會司：老人福利機構與護理之家功能比較表。台北：內政部社會司，2003。
7. 內政部：老人福利法。台北：內政部，2000。
8. 李世代、鄧世雄、盧豐華等：護理之家作業規範—醫事服務。中華民國長期照護專業協會編，護理之家作業規範。台北：中華民國長期照護專業協會，2002：31-44。
9. 徐茂銘：2002年台灣地區執業醫師·醫療機構統計。台北：中華民國醫師公會全國聯合會，2003：18-35。
10. 雲林縣衛生局：雲林縣長期照護管理示範中心資源手冊。雲林：雲林縣衛生局，2002：4-5。
11. 台北市政府衛生局台北醫療網—長期照護相關資源網頁。2003年3月。（<http://www>。

- health.gov.tw/tpnet/longcare/longcare.html)
12. 內政部社會司老人福利安養護長期照護機構查詢。2003年3月。(http://vol.moi.gov.tw/sowf3w/04/12.htm)
 13. 內政部：老人福利機構設立標準。台北：內政部，1998。
 14. 陳政智：台灣地區養老機構人力資源之需求與應用現況。社區發展季刊 1993；**62**：62-7。
 15. 嚴毋過、彭梅蘭、陳寶輝：台北市未立案養護機構現況調查報告。衛生行政學刊 1993；**13**：35-46。
 16. 陳惠姿、劉達麗、賈淑麗等：九十一年度護理機構訪查計畫成果報告。台北：中華民國長期照護專業協會，2003：NH-15。
 17. 吳淑瓊、陳正芬：長期照護資源的過去、現在、與未來。社區發展季刊 2000；**92**：19-31。
 18. 行政院衛生署：護理機構設置標準。台北：行政院衛生署，1998。
 19. OBRA (Omnibus Budget Reconciliation Act of 1987) . Public Law 100-203. Subtitle C: Nursing Home Reform. Signed by President Reagan, Washington, DC, December 22, 1987.
 20. Harrington C, Carrillo H: *Analysis of HCFA's On-Line Survey Certification and Reporting (OSCAR) System Data*. San Francisco: University of California, 2000.
 21. Institute of Medicine: *Improving the Quality of Long-Term Care*. Washington, D.C.: National Academy Press, 2001: 199-201.
 22. Katz PR, Karuza J, Kolassa J, et al: Medical practice with nursing home residents: results from the National Physician Professional Activities Census. *J Am Geriatr Soc* 1997; **45**: 911-7.

附錄 本研究所使用之問卷內容

第一部分：背景資料

1. 請問您（受訪者）在貴機構擔任什麼職位？_____
2. 請問貴機構是公立或私立？
A. 公立 B. 私立 C. 其他_____
3. 請問貴機構的服務內容為：
A. 護理之家 B. 安養機構 C. 養護機構 D. 其他
4. 請問貴機構最多可收容多少住民？_____
5. 請問貴機構目前共收容多少住民？_____
6. 請問貴機構是否為醫療院所附設的機構？
A. 是，為_____的附設機構 B. 否

第二部分：醫師的參與情形

7. 貴機構目前有無醫師固定參與住民的健康照顧？
A. 無，原因為何？_____ B. 有，專任 C. 有，兼任或特約
(答A.者，請跳答 13~16題)
8. 參與貴機構健康照顧的醫師是：A. 固定同一人 B. 多人輪流 C. 其他
9. 貴機構醫師的工作內容為何？
10. 醫師到貴機構服務的頻率如何？每週平均約服務多少小時？
11. 當初選擇這位（或這些）醫師的原因？
12. 這位（或這些）醫師具有那些專科醫師的資格？（可複選）
A. 家庭醫學科 B. 內科 C. 復健科 D. 不具任何專科醫師資格
E. 其他_____（選項E.可填寫一科以上）
13. 貴機構住民有健康問題時，如何就醫治療？
14. 您對於護理之家或養護中心，有固定醫師參與健康照顧的看法？
A. 很有必要 B. 有必要 C. 不必要 D. 很不必要
15. 貴機構要尋求特約醫師參與住民的健康照顧：
A. 很容易 B. 容易 C. 不容易 D. 很不容易
16. 貴機構對於聘請固定醫師到中心服務住民的意願：
A. 很強 B. 強 C. 低 D. 很低

A Survey of Physician Care in Long-Term Care Facilities: An Experience in Yunlin County and Taipei City

Shih-Ho Lue¹, Chi-Yeh Chou¹, Cheng-Yi Wu¹, Yen-Chun Hsu¹
Wen-Jing Liu², Ching-Yu Chen³

The need for long-term care is expected to increase rapidly as the population soars in the coming thirty years. The nursing home and residential care house can play important roles in the delivery of such care. When the residents living there develop some health care needs, the physicians' adequate interventions are essential to meet those demands. This study intends to survey and analyze the current status of physician's involvements at nursing homes and residential care houses in Taiwan. Our study covered all 8 licensed nursing homes, and 11 licensed residential houses in Yunlin County (YC). While in Taipei City (TC), we selected randomly 8 private nursing homes out of 13; eight private residential care houses from 199, along with 3 public houses, all of them are licensed. We conducted the study through semi-structured questionnaire by telephone-interview.

As the results showed, out of 38 facilities surveyed, there were 35 settings (92.1%) with regular physicians' involvement, most of them (31 settings, 88.6%) were provided part-time or contractedly though. The remaining 3 settings had no regular physician's visit. Financial burden were the main reason to blame for no physician service. Thirty-seven (97.3%) settings emphasized the importance of physician role in health care, and 29 (77.4%) settings said it was easy to reach the doctors, and most facilities expressed strong willingness to invite physician to get involved in their health care delivery. Among the service contents, general health evaluation during admission and case management were the two main parts of service in these settings. The average service time for physician to one resident was 0.22 ± 0.03 person-hour per week in nursing home in YC, and 0.12 ± 0.07 in TC; as for elderly residential care house, it was 0.21 ± 0.20 in YC and 0.06 ± 0.06 in TC. About the professional background of physicians, Family Medicine (50.0%) and Internal Medicine (50.0%) comprised the two leading fields.

So, we concluded that long-term care facilities providing physician service seemed high in proportion, yet the care contents of physician could be improved further.

(*Tw Fam Med Res* 2006; 4: 1-14)

¹School of Medicine, National Taiwan University; ²Department of Family Medicine, National Taiwan University Hospital; ³Department of Family Medicine, School of Medicine, National Taiwan University, Taiwan.

Received: January 24, 2006; Accepted: June 12, 2006.