

# 行政院國家科學委員會專題研究計畫 成果報告

## 中文版基層醫療照護品質測量工具之建立及信、效度評估

計畫類別：個別型計畫

計畫編號：NSC91-2314-B-039-016-

執行期間：91年08月01日至92年07月31日

執行單位：中國醫藥大學醫學系

計畫主持人：林正介

計畫參與人員：李采娟 劉秋松 賴明美 賴世偉 李佳囊 胡弘鋼

報告類型：精簡報告

處理方式：本計畫可公開查詢

中 華 民 國 92 年 11 月 1 日

## 【中文摘要】

健保醫療支出逐年成長，已呈現入不敷出的現象，基層醫療照護服務將是未來全民健保要加強的醫療服務主體。而在未實施新的醫療給付制度之前應該先瞭解目前基層醫療照護品質，以作為未來新的支付制度實施後基層醫療照護品質有無改善或維持的參考依據，因此需要測量基層醫療照護服務品質之測量工具。

本計畫是第二年研究，係接續第一年研究所發展出的量表後，進行中文版「基層醫療照護品質評估量表」的信度及效度的評估。研究是採用橫斷性研究，將以目前服務於中國醫藥學院附設醫院家庭醫學科與內科醫師及曾於上述單位服務且願意加入本研究之開業醫師的門診病人為研究對象，並將收集受訪者之人口因子、疾病診斷、基層醫療照護品質及醫療利用等相關資料，並以 Cronbach's alpha coefficients、輻合效度、鑑別效度、因子分析來評估基層醫療照護品質和以行為準則為基礎之測量指標間相關之建構效度。

研究結果顯示共收案 798 位，其平均年齡為 50.9 歲(標準差為 16.0 歲)，55.5% 為女性，大多數已婚(74.5%)，大約一半之對象其教育程度為國中或國中以下，88.7% 為本省人，約六成的人居住於台中市。在探討中文版「基層醫療照護品質評估量表」各構面分數與以行為基礎為準則所測量之基層醫療照護品質指標間之相關方面，不論在醫院或診所方面，家族史分數與預期之相關符合外，其他預期之相關並未偵測出。

關鍵詞：基層醫療、醫療品質、中文版「基層醫療照護品質評估量表」、信度及效度、翻譯  
【英文摘要】

In order to be accountable for its performance, our health system must assure its quality of care given current knowledge about the distribution, recognition, diagnosis, and management of health problems and health concerns. Monitoring our health system's performance is one way to optimize its effectiveness and equity. This task, however, won't be achieved if there won't be a reliable and valid instrument measuring quality of care. Thus, the main goal of the current study is to evaluate the construct validity of Chinese-version Primary Care Assessment Tool (PCAT) by examining the associations between scales of PCAT and variables measuring primary care quality based upon performance criteria among patients in ambulatory care

In this year, a cross-sectional study with an ambulatory sample, recruited from primary care attenders in a China Medical University Hospital as well as private physicians, is designed to collect information about PCAT, sociodemographic factors, etc. Partial correlation coefficients were used in this study.

The results indicated that of the 798 patients, 55.5% of them were female. Patients' mean age was 50.9 years with a standard deviation of 16.0. More than 70.0% of them were married, 88.7% were Fukienese, about half of them had nine years or less of education, and about 60% of them lived in Taichung city. The expected associations between scales of PCAT and variables measuring primary care quality based upon performance criteria of the same concept were only observed between family history score and scales of 'extent of affiliation with a place/doctor' and 'community orientation' for clinic settings and between family history score and scales of 'primary care expanded score' for hospital setting.

Keywords: primary care; quality of care; Chinese-version Primary Care Assessment Tool (PCAT); construct validity

## 【研究計畫之背景及目的】

### 一、計畫緣起

#### **基層醫療的特性與 Primary Care Assessment Tool(PCAT)的介紹**

過去十幾年來美國因為健康保險的支付制度及經濟政策的影響，不僅致力於增加基層

醫師及基層醫療機構，促使醫療資源合理分配，也十分重視基層保健醫療服務的品質，所以許多研究在評估基層醫療照護服務品質時，大都以美國醫學研究所委員會所定義的五種特質作為設計評估工具的主要概念(Barbara Starfield, 1998 ; Safran et al., 1998)。

美國醫學研究所委員會(the Communitte of the Institute of Medicine , IOM)於 1978 年指出基層健康醫療服務包含下列五種特質：可近性(accessibility)、持續性(contimuity)、周全性(comprehensiveness)、協調性(coordination)及負責性(accountability)等特質，各種特質間具有關聯性，所以要評估基層健康醫療服務品質中的任一特質時，應同時考量其它的特質。由 Johns Hopkins 基層照護政策中心(Johns Hopkins Primary Care Policy Center)所發展(Barbara Starfield, 1994)的基層醫療照護品質評估量表(Primary Care Assessment Tool , PCAT)即是採 IOM 定義的特質作為量表設計的架構，並以 Donabedian(1988)提出的「結構 - 過程 - 結果」模式作為品質的評估模式。

由於基層醫療照護在台灣未來將扮演十分重要的角色，且為建立適合台灣基層醫療照護的基層醫療照護品質測量工具，本研究除進行嚴謹的翻譯量表工作外，將以從事基層相關醫療照護工作醫師的評估意見作為量表內容的參考依據，並進行量表的信度及效度測試，進而建立中文化基層醫療照護品質的測量工具，可作為未來有效評估基層照護品質的參考工具，並能作為醫師在提供基層醫療服務時應有服務品質的參考方向。

## 二、研究目的

1. 中文版「基層醫療照護品質評估量表」有良好的建構效度(construct validity)，本研究的建構理論為病人認知所量測之基層醫療照護品質與以行為基礎為準則所測量之基層醫療照護品質間有顯著之相關。

## 【研究方法、進行步驟及執行進度】

### (一)、研究對象

本研究將以目前服務於中國醫藥學院附設醫院家庭醫學科與內科醫師及曾於上述單位服務且願意加入本研究之開業醫師的門診病人為本研究之母群體，將本研究對象設限於此的原因乃為了抄寫病歷以獲得資料時需要的行政配合，以提高本研究的可行性。凡於民國 91 年 9 月至 92 年 2 月間至上述醫師門診之 18 歲以上病人皆將納入本研究。

### (二)、研究設計

以橫斷面研究設計(cross-sectional study design)收集受訪者之人口因子、疾病診斷、基層醫療照護品質及醫療利用等相關資料。

### (三)、資料收集

本研究的資料收集方式有三，一為訪員訪問，二為病歷抄寫，三為分析醫院之資訊系統資料。在訪員訪問方面，將招募本校醫學、藥學、醫管、護理及公衛等系學生擔任訪員，予以訪員訓練，於民國九十一年九月開始進行為期六個多月的臨床場所訪問調查。訪視員訓練內容包括讓訪視員了解問卷內容及研究目的，以求增加訪視員的信效度。在開始大規模收集資料前，訪員訓練者應先觀察訪員之訪查，並進行訪員間的模擬訪視，訪員訓練者應給與訪員評論步驟的正確性與錯誤。病歷抄寫將招募護理人員以標準化表格於醫院病歷室或診所進行此項工作，將先進行病歷抄寫員間信度(interrater reliability)之評估後，使其一致性達到 85% 以上再進行實際病歷之資料抄寫。

### (四)、研究變項之操作型定義

本研究在結構性問卷方面，內容以封閉性問題為主，其變項的操作型定義敘述如下：

#### 一、基層醫療照護品質

本研究初級健康照護之測量主要為「基層醫療照護品質量表」，所使用的基層醫療照護品質量表由 Johns Hopkins 初級照護政策中心(Johns Hopkins Primary Care Policy Center)所發展(Starfield B., 1994)，此量表所包含的構面包括了美國醫學研究所委員會 (Institute of

Medicine, 1978)及 Institute of Medicine Committee on the Future of Primary Care (Institute of Medicine, 1994) 所提及基層醫療照護獨特之層面(unique features of primary care)。

## 二、醫療利用

以回顧性方式測量受訪者受訪日前一年的總門診就醫次數，包括中西醫門診、健康檢查與牙醫門診等各種就醫型態。

## 三、受訪者特質

### 1. 社會人口特質

社會人口特質包括年齡、性別、職業、婚姻狀態、職業與家庭型態，家庭型態包括同住一屋之全家人數、就業人口數及依賴人口數。

### 2. 傾向因素

傾向因素包括教育程度、個人及家庭收入及教育，其中個人及家庭收入之操作型定義如下：

個人收入：以開放性的方式，詢問平均每月個人的收入是多少元？單位以萬元計；收入包括薪水、利息、房租等。

### 3. 就醫障礙因子

包括全民健康保險與商業健康保險之有無

### 4. 需求因子

需求因子指的是受訪者之健康狀態，又可區分為此次就醫原因、自覺健康狀態、半年內的限制活動天數、臥床天數、住院天數與疾病數，自覺健康狀態測量個人自覺一般性的健康狀況：「請問您目前覺得和其他同年齡的人比較起來，自己的身體好不好？」以 Likert 五分法計分。疾病數測量經醫師診斷之疾病個數個數，疾病類別有高血壓、糖尿病、心臟病、中風、癌症、高血脂症、白內障、骨刺及坐骨神經痛等共 25 項。

本研究在以結構式表格摘要病歷或分析資訊系統方面所獲得之變項的操作型定義敘述如下：

### 一、是否為固定門診照護來源

此變項將採用 Starfield B (1994)在探討基層醫療品質與成本之研究所使用之定義，若受訪者在過去一年內接受此次就醫醫師之門診照護次數超過一年內之總門診就醫次數之一半，則此次就醫醫師為其固定門診照護來源。

### 二、初級健康照護特性

此類之所有變項將採用 Holmes C (1978)以行為基礎為準則(performance-based criteria)所產生測量基層醫療照護特性之變項，其準則必須有下列五個特性：

- 這些準則必須能以行為上的術語(behavioral terms)敘述。
- 此類變項之資料必須紀錄於病歷，且摘要病歷者不需要太多的解讀。
- 這些準則必須可推論至此醫師所有的執業行為。
- 這些準則必須可應用至其他的初級照護醫師。
- 所收集的資料必須可使用簡單的統計方法來分析。

而其所衍生變項之操作性定義如下：

#### 連續性照護(continuity of care)

- 至此次就診醫師之就醫率(patient visit rate to the primary physician)：受訪者在過去一年內接受此次就醫醫師之門診照護次數除以一年內之總門診就醫次數。
- 回診率(kept appointment rate):過去一年內受訪者應就診醫師之回診要求而回診的比率，而受訪者回診日期不能超過醫師要求回診之日期一個星期以上。

#### 協調性照護(coordinated care)

- a. 閉鎖式迴路之轉診(closed-loop referral):過去一年內受訪者經就診醫師之轉診後之六個月內,再次就此醫師之門診病歷上有轉診就醫訊息之描述。

#### 周全性照護(comprehensive care)

- a. 周全訊息(comprehensive information):受訪者最近一次就醫之病歷是否紀錄此次就醫「主訴外之健康問題」,「主訴外之健康問題」的定義相當廣泛,例如,某病人因上呼吸道感染而就醫,但若病歷上有記載此醫師詢問此疾病對其工作上的影響,則符合「主訴外之健康問題」的定義,但若病歷有例行性的紀錄護理人員所測量之體重、血壓和溫度,則不符合此定義。
- b. 周全檢查基礎分數(comprehensive data base score):以清單計算過去一年內受訪者之病歷紀錄病人疾病史和健康檢查項目之個數。

#### 家庭照護(family care)

- a. 家庭史分數(family history score):受訪者全部病歷中紀錄有關家族史之情形,此題目為六分法,其分數之定義如下:
- 0: 無任何家族史的紀錄
- 1: 紀錄是否有家族或遺傳性疾病
- 2: 除了紀錄是否有家族或遺傳性疾病外,並記錄家庭成員是否有下列任兩項疾病的紀錄,其疾病為肺結核、風濕性心臟病、冠狀動脈心臟病、癌症、高血壓、過敏疾病、高血脂、糖尿病及心理或精神疾病。
- 3: 除了紀錄是否有家族或遺傳性疾病外,並記錄家庭成員是否有上述任四項疾病的紀錄。
- 4: 除了紀錄是否有家族或遺傳性疾病外,並記錄家庭成員是否有上述任五項疾病的紀錄。
- 5: 有家譜(pedigree)之紀錄。
- b. 家人接受此醫師照護比率(family care rate): 受訪者之家人在過去一年內亦曾接受此醫師照護人數除以受訪者之家人總數。

### 三、就診疾病診斷

就診疾病診斷將採用第九版國際疾病分類(*International Classification of Diseases, Ninth Revision*,簡稱為 ICD-9)。

#### (五)、資料的整理分析

調查問卷回收以後,剔除亂答及填答不全的問卷後,將有效問卷編號過錄,利用 Excel 97 版、SAS 8.02 電腦軟體進行資料處理與統計分析。

#### (六)、統計分析方法

1. 以 t 檢定來探討是否有固定醫療照護來源之門診病人有較好之基層醫療照護品質,最後再以複迴歸模式探討在控制社會人口因子、傾向因子、就醫障礙和需求因子後,是否有固定醫療照護來源其基層醫療照護品質的差異。
2. 以皮爾遜相關係數(Pearson correlation coefficients)來探討病人認知所量測之基層醫療照護品質與以行為基礎為準則所測量之基層醫療照護品質間之相關。

#### 結果

本研究之對象的平均年齡為 50.9 歲(標準差為 16.0 歲),55.5%為女性,大多數已婚(74.5%),大約一半之對象其教育程度為國中或國中以下,88.7%為本省人,約六成的人居住於台中市,其餘大部分居住於台中縣,約一半的對象目前在工作,大部分對象之收入介於 2 萬至 6 萬,96.5 過去一年有健保,「和主要醫師或臨床場所親密的程度」、「第一線接觸-守門員角色的發揮」、「第一線接觸-可近性」、「進行中照護」、「照護協調性」、「綜合性服務」、「社

區導向服務」、「人文特性的照護」、「基層醫療綜合指標」和「基層醫療外展綜合指標」各構面之平均分數與標準差分別為 3.4(0.9)、3.3 (0.7)、2.0 (0.7)、3.4 (0.5)、2.4 (1.1)、2.9 (0.6)、3.6 (0.8)、2.8 (0.8)、2.9 (0.4) 和 3.0 (0.4)。

表一顯示不同臨床場所之研究參與者基本變項之比較，結果顯示年齡、性別、教育程度和整年有健保在不同臨床場所有顯著的不同，醫院有較高之年齡、較多之男性、較高之教育水準及較少比率之整年有健保。

表二顯示所有構面除「第一線接觸-可近性」和「社區導向服務」外，在不同年齡層所有構面皆有顯著之不同，除了 70 歲外，大致而言，所有構面皆隨著年齡層越高，各構面之分數皆有越高之傾向；男性有較高之「第一線接觸-守門員角色的發揮」；整年有健保者有顯著較低之「第一線接觸-可近性」及較高之「社區導向服務」；除了「綜合性服務」與「基層醫療外展綜合指標」兩個構面外，主要醫療提供之機構有顯著差異，教學醫院於「和主要醫師或臨床場所親密的程度」、「進行中照護」、「社區導向服務」和「人文特性的照護」有較高之分數，而診所於「第一線接觸-守門員角色的發揮」、「第一線接觸-可近性」、「照護協調性」和「基層醫療綜合指標」有較高之分數；除了「進行中照護」、「綜合性服務」和「基層醫療外展綜合指標」三個構面外，收案之臨床場所有顯著的不同，收案為診所者有較高之「和主要醫師或臨床場所親密的程度」、「社區導向服務」和「人文特性的照護」，收案為醫院者有較高之「第一線接觸-守門員角色的發揮」、「第一線接觸-可近性」和「照護協調性」和「綜合性服務」。

表三顯示控制年齡、性別及過去一年健保情形後，中文版「基層醫療照護品質評估量表」各構面分數與以行為基礎為準則所測量之基層醫療照護品質指標間之相關，結果呈現以收案機構層級為分層，不論在醫院或診所方面，家族史分數與預期之相關符合外，其他預期之相關並未偵測出。在診所方面，結果顯示為固定門診來源與「基層醫療綜合指標」、「此次就診醫師就診率與「基層醫療外展綜合指標」、周全訊息與「人文特性的照護」及「第一線接觸-守門員角色的發揮」有顯著之相關，和預期之結果不符；在醫院方面，此次就診醫師就診率與「基層醫療綜合指標」、家庭史分數與「照護協調性」及「綜合性服務」、轉診資訊紀錄與「綜合性服務」有顯著之相關，和預期結果並不相符。

表一、不同臨床場所之研究參與者基本變項之比較

變項	臨床場所		統計值 <sup>+</sup>
	診所 <sup>†</sup> (%)	醫院 <sup>‡</sup> (%)	
<b>年齡</b>			16.76 <sup>**</sup>
18-30	46(11.44)	35(8.79)	
30-40	75(18.66)	43(10.80)	
40-50	77(19.15)	99(24.87)	
50-60	81(20.15)	87(21.86)	
60-70	57(14.18)	77(19.35)	
70	66(16.42)	57(14.32)	
<b>年齡<sup>§</sup></b>	50.01±16.635	51.84±15.22	-1.63
<b>性別</b>			5.61 <sup>*</sup>
男性	139(40.41)	133(50.38)	
女性	205(59.59)	131(49.62)	
<b>婚姻狀態</b>			1.53
未婚	53(13.25)	58(14.68)	
已婚	296(74.00)	297(75.19)	
離婚、鰥或寡	51(12.75)	40(10.13)	
<b>教育程度</b>			30.54 <sup>***</sup>
小學	182(45.96)	106(27.04)	
國中	53(13.38)	67(17.09)	
高中	123(31.06)	166(42.35)	
大專或更高學歷	38(9.60)	53(13.52)	
<b>整年有健保</b>			16.70 <sup>***</sup>
無	6(1.52)	30(7.58)	
是	389(98.48)	366(92.42)	

§：資料呈現為平均值±標準差。+：類別資料使用卡方檢定。

†：在診所接受照護。‡：在醫院接受照護，包含地區醫院、區域醫院及醫學中心。

\*：P 值<0.05；\*\*：P 值<0.01；\*\*\*：P 值<0.001。

表二、基本資料與中文版「基層醫療照護品質評估量表」各構面分數之關係

變項 <sup>§</sup>	和主要醫師或 臨床場所親密 的程度	第一線接觸 -守門員角色的 發揮	第一線接觸- 可近性	進行中照護	照護協調性
<b>年齡分組</b>					
18-30	3.090±1.083	3.210±0.762	1.852±0.767	3.168±0.529	1.994±1.046
30-40	3.381±1.003	3.368±0.631	1.936±0.751	3.381±0.483	2.201±1.034
40-50	3.333±0.989	3.453±0.660	2.081±0.747	3.316±0.490	2.379±1.131
50-60	3.434±0.925	3.233±0.740	1.986±0.754	3.419±0.483	2.510±0.994
60-70	3.649±0.667	3.314±0.688	2.063±0.703	3.422±0.465	2.628±1.104
70	3.542±0.878	3.114±0.714	1.917±0.757	3.434±0.537	2.614±1.004
<b>F 值</b>	4.36 <sup>***</sup>	4.08 <sup>**</sup>	1.67	3.64 <sup>**</sup>	3.18 <sup>**</sup>
<b>性別</b>					
男	3.421±0.923	3.360±0.669	2.009±0.762	3.374±0.474	2.512±1.118
女	3.427±0.943	3.241±0.727	1.974±0.736	3.338±0.519	2.355±1.021
<b>t 值</b>	-0.09	2.34 <sup>*</sup>	0.65	1.01	1.52
<b>整年有健保</b>					
否	3.444±1.081	3.444±0.545	2.410±0.647	3.275±0.607	2.636±0.924
是	3.416±0.934	3.287±0.710	1.968±0.746	3.358±0.494	2.418±1.074
<b>t 值</b>	0.18	1.31	3.49 <sup>***</sup>	-0.97	-0.80
<b>醫院等級</b>					
診所	3.273±0.984	3.415±0.709	2.303±0.672	3.332±0.505	2.707±1.017
地區醫院	2.857±0.900	3.000±0.632	2.000±0.540	2.909±0.344	1.876±0.744
區域醫院	3.667±0.577	3.667±0.577	2.583±0.289	2.576±1.001	2.286±--
教學醫院	3.604±0.841	3.199±0.679	1.715±0.708	3.401±0.481	2.194±1.066
<b>F 值</b>	9.08 <sup>***</sup>	6.68 <sup>***</sup>	46.07 <sup>***</sup>	5.78 <sup>***</sup>	10.36 <sup>***</sup>
<b>收案之臨床場所</b>					
診所	3.606±0.843	3.152±0.696	1.635±0.667	3.406±0.494	2.100±1.066
醫院	3.227±0.993	3.431±0.685	2.341±0.653	3.305±0.501	2.681±0.997
<b>t 值</b>	5.72 <sup>***</sup>	-5.63 <sup>***</sup>	-15.04 <sup>***</sup>	2.85	-5.78 <sup>***</sup>

\* : P-value<0.05。 \*\* : P-value<0.01。 \*\*\* : P-value<0.001。

§ : 若為連續變項，則使用皮爾森相關係數；若為二分類變項，則使用 t 檢定；若為二分類以上之變項，則使用 ANOVA。



表二、基本資料與中文版「基層醫療照護品質評估量表」各構面分數之關係(續)

變項 <sup>§</sup>	綜合性服務	社區導向服務	人文特性的照護	基層醫療綜合指標	基層醫療外展綜合指標
<b>年齡分組</b>					
18-30	2.994±0.495	2.747±0.698	3.557±0.660	2.756±0.487	2.862±0.452
30-40	2.947±0.503	2.888±0.657	3.726±0.571	2.937±0.442	3.038±0.387
40-50	2.998±0.538	2.692±0.718	3.653±0.718	2.973±0.438	3.027±0.397
50-60	3.035±0.650	2.766±0.798	3.577±0.773	2.952±0.442	3.013±0.426
60-70	2.859±0.687	2.739±0.826	3.756±0.881	3.026±0.423	3.071±0.409
70	2.665±0.656	2.690±0.823	3.270±1.082	2.900±0.427	2.926±0.478
<b>F 值</b>	4.04**	1.1	4.78***	4.27***	3.57**
<b>性別</b>					
男	2.960±0.662	2.791±0.753	3.559±0.724	2.967±0.449	3.301±0.423
女	2.911±0.554	2.718±0.765	3.537±0.855	2.917±0.442	2.977±0.429
<b>t 值</b>	0.92	1.32	1.11	1.57	1.76
<b>整年有健保</b>					
否	2.725±0.678	2.448±0.866	3.443±0.802	3.053±0.427	3.027±0.414
是	2.945±0.595	2.763±0.753	3.571±0.799	2.934±0.446	2.999±0.427
<b>t 值</b>	1.02	-2.30*	-0.93	1.57	0.37
<b>醫院等級</b>					
診所	2.984±0.682	2.612±0.794	3.465±0.873	3.022±0.461	3.027±0.456
地區醫院	2.887±0.981	2.619±0.559	3.214±0.809	2.527±0.238	2.634±0.188
區域醫院	2.688±1.133	1.667±0.943	3.333±0.764	2.980±0.379	2.920±0.525
教學醫院	2.883±0.458	2.885±0.711	3.683±0.691	2.890±0.413	3.001±0.389
<b>F 值</b>	1.35	9.36***	5.43**	8.08***	2.19
<b>收案之臨床場所</b>					
診所	2.875±0.428	2.894±0.713	3.672±0.723	2.861±0.437	2.980±0.413
醫院	2.972±0.636	2.608±0.784	3.459±0.856	3.018±0.439	3.023±0.439
	-2.01*	5.27***	3.77***	-5.06***	-1.42

\* : P-value<0.05。 \*\* : P-value<0.01。 \*\*\* : P-value<0.001。

§ : 若為連續變項，則使用皮爾森相關係數；若為二分類變項，則使用 t 檢定；若為二分類以上之變項，則使用 ANOVA。

表三、控制年齡、性別及過去一年健保情形後，中文版「基層醫療照護品質評估量表」各構面分數與以行為基礎為準則所測量之基層醫療照護品質指標間之相關 以收案機構層級為分層

診所						
變項	為固定門診 來源	此次就診醫 師就醫率	回診率	轉診資 訊紀錄	周全訊息	家庭史 分數
和主要醫師或臨床場所 親密的程度	-0.03	-0.06	--	-0.04	0.02	0.17**
第一線接觸 守門員角 色的發揮	0.02	0.09	--	0.02	0.15*	0.04
第一線接觸 可近性	0.18	0.22	--	0.03	0.06	-0.24
進行中照護	-0.01	-0.03	--	-0.04	-0.03	0.07
照護協調性	0.02	0.20	--	0.01	-0.04	-0.01
綜合性服務	-0.06	-0.08	--	0.09	-0.07	0.001
社區導向服務	-0.09	-0.11	--	0.08	0.00	0.14*
人文特性的照護	-0.08	-0.12	--	-0.15	-0.14*	0.06
基層醫療綜合指標	-0.12*	-0.12	--	0.02	0.02	0.04
基層醫療外展綜合指標	-0.10	-0.13*	--	0.01	0.00	0.09
醫院						
變項	為固定門診 來源	此次就診醫 師就醫率	回診率	轉診資 訊紀錄	周全訊息	家庭史 分數
和主要醫師或臨床場所 親密的程度	-0.06	-0.09	-0.06	-0.07	0.08	0.12
第一線接觸 守門員角 色的發揮	-0.02	0.01	0.002	0.05	-0.06	0.07
第一線接觸 可近性	-0.08	-0.04	0.24	-0.01	0.23	-0.23
進行中照護	-0.02	-0.11	-0.06	0.05	-0.06	-0.02
照護協調性	-0.02	-0.05	-0.24	0.05	0.16	0.29*
綜合性服務	0.04	0.01	-0.08	0.16*	-0.001	0.14*
社區導向服務	-0.04	-0.09	-0.02	-0.02	-0.00	0.11
人文特性的照護	-0.04	-0.07	0.04	-0.05	0.05	0.02
基層醫療綜合指標	-0.10	-0.14*	-0.03	0.09	-0.03	0.12
基層醫療外展綜合指標	-0.11	-0.09	-0.05	-0.01	0.11	0.16*

\* : P-value<0.05。 \*\* : P-value<0.01。 \*\*\* : P-value<0.001。 -: 無法計算。

**參考文獻**

- Donabedian A. (1988) The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*, 260(2): 1743-8, Sep 23-30.
- Hannu Vuori. (1980) Optimal and logical: Two neglected aspects of the quality of health services. *Medical Care*, 18(10)
- Holmes C, Kane RL, Ford M, & Fowler J (1978) Toward the Measurement of Primary Care. *Milbank Memorial Fund Quarterly/ Health and Society* 56(2):231-252.
- Institute of Medicine (1978) A manpower policy for primary health care. IOM publication 78-20. Washington, D.C.: National Academy of Sciences.
- Institute of Medicine (1994) Defining primary care: An interim report. Washington, DC: National Academy Press.
- Lawshe CH. (1975) A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology* 28: 563-75.
- Perneger TV, Lepelge A, Etter JF, Rougemont A.(1995) Validation of a French-language version of the MOS 36-item short form health survey (SF-36) in young healthy adults. *J. Clin Epidemiol* 48(8):1051-61.
- Starfield B.(1994) Primary care:Is it essential? *Lancet* 344:1129-1133.
- Starfield B, Powe NR, Weiner JR, Stuart M, et al (1994). Costs vs quality in different types of primary care settings. *JAMA* 272:1903-1908.
- Starfield B. (1998) Primary care: Balancing Health Needs, Services, and Technology. Oxford University Press, New York.