

中國醫藥大學

醫務管理學研究所碩士論文

編號：IHAS-416

醫師對成人預防保健服務內容之評估
**Physicians' Evaluation of Adult Health
Examination Provided by National Health
Insurance**

指導教授：蔡 文 正 博士

研 究 生：蔡 芳 綿 撰

中華民國九十七年六月

本論文乃蔡文正教授主持之衛生署國民健康局
委託研究計畫『全民健康保險成人預防保健服務
品質探討及成本效果分析』(DOH96-HP-1103)
之部分研究

中文摘要

目的：成人預防保健服務(簡稱成人健檢)針對 40 歲以上民眾提供免費健康檢查，可篩檢出國人常罹患的疾病型態，透過早期發現異常，早期治療與防範。成人健檢實施已逾十年，尚未有相關研究針對其服務內容重新進行評估。故本研究希望透過醫師意見，重新檢視成人健檢內容的適切性，並探討影響醫師對成人健檢助益評價之因素，以期成為相關單位未來修改成人健檢的參考依據。

方法：本研究為郵寄問卷進行調查，受訪對象為醫院的家醫科主治醫師(615 位)和登記執行成人健檢的西醫基層診所(4630 家)，醫院回收 168 份，基層診所回收 955 份。應用描述性統計和卡方檢定了解醫院醫師和基層醫師對成人健檢的意見是否有顯著差異，利用 ANOVA 檢定分析不同特性之醫院醫師和基層醫師在「自覺成人健檢之品質」和「自覺成人健檢之助益」是否有顯著差異，並利用複迴歸分析探討影響醫師對「成人健檢對民眾助益」評價的因素。

結果：整體而言，醫師對成人健檢單內容感到適切，但仍需稍做調整，如建議增加「腰圍」、「高密度脂蛋白膽固醇」、「B 肝和 C 肝抗體」檢查，不建議保留「開車或騎車情形」諮詢等。約 25% 醫院醫師和 40% 基層醫師認為受檢年齡層應下降，50% 的醫院醫師和 70% 的基層醫師建議增加 40~64 歲的檢查頻率。四成醫師不滿意第一階段給付，五成醫師不滿意第二階段給付。80% 以上的醫師認為成人健檢的品質佳，但在「乳房觸診」和「直腸肛診」落實程度並不佳；90% 以上受訪醫師認為對民眾有助益，其中影響醫師對「成人健檢對民眾助益」評價的因素包括「民眾遵從性」、「醫療院所對成人健檢的支持度」、「醫師對成人健檢的品質評價」和「檢查結果的準確性」。

結論與建議：本研究受訪醫師多數認為成人健檢對民眾有助益且品質佳，但在某些項目落實程度並不佳，此外成人健檢單內容仍需稍作修改。因此本研究建議相關單位：(一)重新評估受檢對象與檢查頻率；(二)修訂成人預防保健服務檢查單內容；(三)未來應針對成本效益做探討，重新檢視給付標準；(四)加強醫師落實乳房觸診及直腸肛診；(五)加強對民眾、醫師和醫療機構宣導成人健檢之意義。

關鍵字：成人健檢、健檢、醫師評價



Abstract

Objectives: Adult health examination provides free physical examinations to people over 40 years old. The service can identify popular diseases and help its treatment earlier to prevent further aggravation. Adult health examination has been operating for over ten years, however, no research has evaluated its content of service yet. The purpose of this study is to examine the adequacy of adult health services and analyze the factors that may affect physician's attitude towards service benefits to the public, through physician's opinions.

Methods: This cross-sectional research used a structured questionnaire as research instrument. The studied subjects included clinic physicians (4630) and hospital physicians in department of family medicine (615). Questionnaires were mailed to all clinics and hospitals which provided adult health examination service. A total of 168 effective questionnaires has received from hospital physicians and 955 from clinic physicians. Descriptive analysis and Chi-square test were used to investigate the differences between clinic physicians and hospital physicians in their opinions for adult health examination. Multiple regression analysis was conducted to explore the relative factors that influenced physicians' perception for benefits of adult health examination to the public.

Results : Overall, most physicians thought that the content of adult health examination was appropriate and that the report needs to be modified. For instance, the physicians suggested adding the examinations for waist, HDL, HBs Ag, Anti-HBsAb, Anti-HCV and removing the consultation for driving or riding. About 25% of hospital physicians and 40% of clinic physicians suggested reducing the age of starting to receive the examination. 50% of hospital physicians and 70% of clinic physicians

suggested increasing examination frequency. About 40% of physicians were not satisfied with the first-stage reimbursement which was 300 NTD and about 50% of physicians were not satisfied with the second-stage reimbursement, 220 NTD. Over 80% of physicians thought that the quality of adult health examination was good whereas clinical breast examination (CBE) and rectal digital examination were not good. Over 90% of physicians thought adult health examination was beneficial to the public. The factors affecting physicians' perception of adult health examination for its benefits to people were compliance with physician's order, hospital' support for adult health examination, physician' evaluation about quality of adult health examination, and accuracy of examination.

Conclusion and suggestions : Most physicians thought adult health examination was helpful for people and its quality was good, however, some examinations were not practicing well. The content of adult health examination should be amended slightly. The present study suggested: (1)reappraising the age of examination and examination frequency; (2)amending the content of adult health examination; (3)reevaluating the reimbursement to understand the cost-effectiveness of adult health examination; (4)enhancing the practices of CBE and rectal digital examination; and (5)strengthening to educate the public, physicians, and health care organizations the significance of adult health examination.

Keywords: adult health examination, health examination, physicians'

Assessment

致 謝

終於寫到「致謝」了!經歷了多少披星戴月的日子，我的論文終於順利產出。一路走來雖非順遂，但也關關難過關關過，這本論文是靠眾多力量集結而成的結晶，僅將這份榮耀獻給所有幫助過我的人。

研究所兩年來使我成長許多，特別要感謝我的指導教授-蔡文正老師，用心指導我的論文，您的諄諄教誨使我在短短兩年內受益良多，而承蒙衛生署國民健康局九十六年度委託研究計畫（計畫編號：DOH96-HP-1103）之經費補助，得以順利完成，謹在此致謝。同時感謝林正介院長在論壇時給予我許多寶貴的意見，當我在摸不著頭緒、找不到文獻方向的同時，您的建議如沙漠中的泉水，給予我明確的方向，在此獻上深深的謝意。還有百忙中抽空擔任口試委員的采娟老師和吳晉祥醫師，謝謝您們的指教，使我的論文更加完善。

雖然做論文的心路歷程是艱辛的，但我這兩年的研究生涯過的非常開心與充實，非常慶幸來讀研究所而認識了許多好朋友-小芸、雅璇(諧星界第一、二把交椅)、好甄(私人小秘書)、煒珮(飯友)、文晶(大姊)...等班上其他同學，因為有你們一路陪伴與扶持，讓我的研究之路感到不那麼艱鉅與孤單，感謝你們一路相挺。同時也感謝研究室裡的學姊熱心幫我解答疑惑以及辛勞的幫我折問卷，尤其是小3學姊，非常謝謝你教我統計以及幫我解答許多疑難雜症，沒有你的幫忙，我真的會很辛苦，你是我研究生涯的大貴人!要感謝的人太多了~感謝回覆問卷的那1123位醫師們，真的很謝謝你們!!

最後，如果沒有父母親的完全支持，我沒有辦法達到這一步，我有今天的成績，都是您們賦予我的，我將順利畢業成為碩士生的榮耀獻給您們!

芳綿 謹致
2008.07

目 錄

第一章 緒論	1
第一節 研究背景與動機.....	1
第二節 研究目的.....	3
第二章 文獻探討	4
第一節 預防醫學.....	4
第二節 週期性健康檢查.....	7
第三節 國外組織對成人健康檢查之建議.....	15
第四節 我國成人預防保健服務.....	19
第五節 家庭醫師整合性照護計畫.....	23
第六節 文獻小結.....	27
第三章 研究設計與方法	28
第一節 研究架構.....	28
第二節 操作型定義.....	29
第三節 研究流程.....	35
第四節 研究對象與資料收集.....	36
第五節 研究工具.....	37
第六節 資料分析.....	39

第四章 研究結果	40
第一節 樣本代表性分析	40
第二節 樣本描述性分析及雙變項分析	41
第三節 成人健檢品質之雙變項及對民眾助益之雙變項	47
第四節 複迴歸分析	50
第五章 討論	83
第一節 成人預防保健服務制度之設計	83
第二節 成人預防保健服務檢查單內容之適切性	84
第三節 家庭醫師整合性照護計畫	91
第六章 結論與建議	93
第一節 結論	93
第二節 建議	95
第三節 研究限制	98
參考文獻	99
附錄一	107
附錄二	111
附錄三	113

圖表目錄

圖目錄

圖 2-1、全民健康保險 1999 年至 2003 年預防保健服務利用率.....21

表目錄

表 2-1-1、加拿大預防性健康照護專責小組內容訂立的準則與解說 10

表 2-1-2、加拿大預防性健康照護專責小組建議的分類11

表 2-2-1、美國預防服務專責小組內容訂立的準則與解說12

表 2-2-2、2007 年美國預防服務專責小組建議之分類12

表 2-3-1、美國預防服務專責小組強烈建議提供之成人健康檢查15

表 2-3-2、美國預防服務專責小組建議提供之成人健康檢查16

表 2-4-1、ICSI 建議必須提供的成人預防保健服務17

表 2-4-2、ICSI 建議應該提供的成人預防保健服務18

表 2-5、成人預防保健服務檢查單內容20

表 2-6、2000 年至 2005 年成人預防保健服務利用率21

表 3-1、變項操作行定義29

表 4-1、本研究樣本與醫院家醫科主治醫師母群體適合度檢定41

表 4-2、受訪醫師基本資料52

表 4-3-1、醫師對成人健檢單內容-「一般項目」之建議54

表 4-3-2、醫師對成人健檢單內容-「新增疾病史項目」之建議55

表 4-3-3、醫師對成人健檢單內容-「健康行為」之建議56

表 4-3-4、醫師對成人健檢單內容-「身體檢查」之建議58

表 4-3-5、醫師對成人健檢單內容-「原有實驗室檢查」之建議60

表 4-4、受訪醫師對成人預防保健服務之評價66

表 4-5、醫院醫師基本特性與自覺成人健檢品質之雙變項分析69

表 4-6、醫院醫師對成人健檢評價與自覺成人健檢品質之雙變項分析	70
表 4-7、醫院醫師在科別、健保給付與成人健檢品質之雙變項分析	70
表 4-8、診所醫師基本特性與自覺成人健檢品質之雙變項分析	72
表 4-9、診所醫師對成人健檢評價與自覺成人健檢品質之雙變項分析	73
表 4-10、診所醫師在科別、健保給付與成人健檢品質之雙變項分析	74
表 4-11、醫院醫師基本特性與自覺成人健檢對民眾助益之雙變項分析	75
表 4-12、醫院醫師對成人健檢評價與自覺成人健檢對民眾助益之雙變項分析	76
表 4-13、醫院醫師在執業科別、健保給付與成人健檢對民眾助益之雙變項分析	77
表 4-14、診所醫師基本特性與自覺成人健檢對民眾助益之雙變項分析	78
表 4-15、診所醫師對成人健檢評價與自覺成人健檢對民眾助益之雙變項分析	79
表 4-16、診所醫師在執業科別、健保給付與成人健檢對民眾助益之雙變項分析	80
表 4-17、醫院醫師自覺成人預防保健服務助益複迴歸分析	81
表 4-18、診所醫師自覺成人預防保健服務助益複迴歸分析	82

第一章 緒論

第一節 研究背景與動機

近二十年以來，台灣由於科技和醫學的蓬勃發展，國人的經濟及生活方式都有重大改變，1993 年台灣邁入高齡化社會，根據內政部統計臺灣 2006 年女性平均餘命為 80.8 歲，男性為 74.6 歲(衛生署，2006)。高齡化社會改變台灣的疾病型態，由光復初期之「傳染性疾病」轉變為「慢性疾病」為主(陳拱北預防醫學基金會，2001)，台灣 2006 年十大死因分別為惡性腫瘤、腦血管疾病、心臟疾病、糖尿病、事故傷害、肺炎、慢性肝病及肝硬化、腎病、自殺、高血壓性疾病(衛生署，2006)，其中除事故傷害及自殺、自傷外，其他皆屬於慢性疾病。又根據內政部統計 2006 年國人死於十大死因者，佔所有死亡原因總人數比例高達 75.5%，其中死於前三大死因之惡性腫瘤、腦血管疾病及心臟疾病者即佔四成七(內政部，2007)，代表國人死於慢性疾病的比例相當高，促使預防保健更加重要。

國民健康保險基於「預防勝於治療」、「早期發現，早期治療」的精神，自 1996 年起開始實施「婦女子宮頸抹片檢查」、「孕婦產前檢查」、「兒童健康檢查」和「成人健康檢查」等四項預防保健服務，目的為提升國人健康品質，降低患者因疾病失能所導致的龐大社會成本，以抑制醫療費用的成長。由於慢性疾病的盛行，使成人預防保健服務更加受到重視，健保提供 40 歲以上未滿 65 歲之成人每 3 年一次、65 歲以上成人每年一次、罹患小兒麻痺且年在三十五歲以上者每年補助一次成人健康檢查，針對常見的慢性疾病及健康行為進行評估與健康諮詢，希望藉此早期篩檢出不利健康的疾病因子，並建立國人健康行為，改正自身不良習慣，以達到初級和次級預防的目標。

成人預防保健服務利用率於 1996 年為 12.2%(李世代、賴美淑，

1997)，爾後幾年利用率雖有成長，卻一直保持在三至四成左右，2002年後利用率甚至開始有下降的趨勢，2005年服務件數雖達1,632,164件，但實際使用率只有35.39%，僅高於子宮頸抹片檢查，管理當局除了思考如何增加服務利用率的策略外，同時更應檢討成人預防保健服務利用率低落的原因。

成人預防保健服務實施已逾十年，當初設計成人健檢所依據的法令、疾病盛行率、社會需求等可能已不再適用，卻尚無相關研究探討成人健檢內容的適切性，因此本研究希望透過執行成人健檢之醫師意見，藉由醫師的臨床經驗與實務觀察，探討成人預防保健服務檢查單內容(如受檢對象、受檢頻率，檢查項目等)是否符合當下社會大眾的需求，並調查醫師對成人預防保健服務的認知與評價，探討影響「醫師自覺成人預防保健服務對民眾助益」之因素，因此了解醫師對成人預防保健服務之看法，未來可提供制定公共衛生政策者制定或推行健康照護計畫之參考。

第二節 研究目的

1. 了解醫師對於成人預防保健服務檢查單內容之適切性
2. 了解醫師對於成人預防保健服務之認知與評價
3. 比較醫院和基層醫師對於成人預防保健服務內容之差異
4. 探討不同認知之醫師在自覺成人預防保健服務「品質」與「助益」之差異
5. 探討影響「醫師自覺成人預防保健服務對民眾助益」之相關因素



第二章 文獻探討

本研究之文獻探討，首先介紹預防醫學的概念，以疾病預防與健康促進為兩大目標，概述疾病自然史以及三段五級的預防保健策略，了解週期性健康檢查之沿革、內容、成效及建議，並加入國外組織對成人健康保險的建議，如加拿大預防性健康照護專責小組(Canadian Task Force on Preventive Health Care, CTFPHC)和美國預防服務專責小組(U.S. Preventive Services Task Force, USPSTF)的建議。此外探討我國成人預防保健服務實施背景與實施情況，並了解影響醫師及民眾利用成人預防保健服務之相關因素。最後介紹家庭醫師整合照護計畫，了解家庭醫師整合照護計畫對成人預防保健服務的影響。

第一節 預防醫學

一、疾病自然史與三段五級預防

(一)疾病自然史

疾病自然史為疾病的自然演變過程，流行病學將此劃分為五個階段(陳建仁，1999)：

1. 易感受期(Susceptible stage)

此階段疾病尚未發生，但危險因子已經存在(如肥胖、血中膽固醇增加、不良的健康行為、家族遺傳性疾病等)，導致個人疾病發生的危險性增加。這階段的危險因子有些是可以改變，以避免疾病的發生(如戒菸、戒酒、減肥等)，但有些危險因子是無法改變的(如年齡、性別、血型、某些家族遺傳性疾病等)。

2. 次臨床期(Preclinical or Presymptomatic stage)

此階段致病因子已導致人體產生病理變化，但臨床症狀尚未出現，無法以一般疾病診斷方法偵測出來，定期的篩檢有時可早期發現疾病，有助於避免進一步臨床症狀的發生。

3.臨床期(Clinical stage)

此階段已可在臨床上察覺疾病的症狀和癥候。

4.殘障期(Disable stage)

疾病發展到臨床期之後，常合併一些併發症，造成暫時性或永久性的行動限制或喪失。

5.死亡(Death)

疾病的惡化會使殘障患者死亡，死亡不一定由原發疾病所造成，可能導因於合併症或續發疾病的不治。

(二)三段五級的預防

了解疾病自然史後，不管在哪一階段的疾病，都可應用三段五級預防的原則以預防疾病(陳建仁，1999)：

1.初段預防(Primary Prevention)

主要針對易感受期，初段預防可細分為健康促進(health promotion)和特殊保護(specific protection)兩級。健康促進的目的在於增進宿主身心健全以抵抗各種病原的侵襲，此與個人健康信念以及保健行為、衛生教育的設計與普及、社會的推展等有關；特殊保護則是針對特定疾病採取各種防護措施，如預防傳染病的接種、安全帽與安全帶之於交通事故等。

2.次段預防(Secondary Prevention)

主要針對疾病前期，採取早期發現，早期診斷，早期治療的措施，以控制疾病的發展和惡化，防止疾病的復發、後遺症或轉為慢性病。所謂的「健康篩檢」就是此階段的預防方法。

3.末段預防(Tertiary Prevention)

此階段主要針對疾病的發生，藉由各種治療的介入，使其早日康復或藉由復健恢復正常的機能。末段預防可再細分為限制殘

障(disability limitation)與復健(rehabilitation)。限制殘障是使臨床病例不再惡化成暫時性殘障或永久性殘障；復健是使永久性殘障者可以恢復獨立自主的能力。

二、健康促進與疾病預防

預防醫學的兩大目標為疾病預防(disease prevention)與健康促進(health promotion)，雖然兩者意義不同，但在預防醫學上是密不可分(Sharrar, 1992)，以下為疾病預防與健康促進之詳述：

(一) 疾病預防

疾病預防是找出對健康有害的疾病或危險因子，然後去除或降低此危險因子，減少疾病可能造成的傷害，以下為疾病預防在各方面之文獻整理(張智仁、吳晉祥，2006)：

就慢性疾病防治而言，最有效的預防方法為初段預防，即管制致病因子，避免暴露在致病因子的環境下；對意外災害防治而言，初段預防也最有效的方法，宣導及教育個人重視意外災害，並立法強制以避免災害的發生，如使用安全帽及安全帶的加強取締(陳拱北預防醫學基金會，2001)；就職業病防治而言，最重要為初段及次段預防，初段預防可以採取良好的作業衛生習慣與定期健檢等(Hoffman et al., 1994)，次段預防著重早期發現健康異常狀況；就婦幼衛生而言，包括婚前健康檢查、優生保健教育、預防接種、各項衛生諮詢等(楊志良，1990)；就傳染病防治而言，可分為一般性預防及特殊性預防，一般性預防包括個人衛生的注意、環境衛生的改進、注重營養等，並非針對某種特殊疾病，而是針對全面性的防疫工作，特殊性預防則是強調傳染源的管制、傳染途徑的管制、增加宿主的抵抗力。

(二) 健康促進

健康促進是增進個人及社會健康，目的在於增進宿主身心健全，

以期抵抗各種病原的可能侵襲，這與個人的健康信念和保健行為、衛生教育的設計與普及、民生及社會安全的推展有關，根據世界衛生組織“渥太華憲章”中指出「制訂健全的公共政策、創造有益健康的環境、強化社區組織與功能、發展個人養成健康生活型態的技能、修定健康服務的方向等是落實健康促進的五大要素(WHO, 1987)」。

第二節 週期性健康檢查(periodic health examination)

一、週期性健康檢查的定義

世界衛生組織於1948年對健康所下的定義為「健康是生理上、心理上和社會上的完全安適狀態，並非僅只是免於疾病和虛弱而已」(WHO, 1948)，由此可知健康並非僅是追求生理上的舒適，更要達到心理與社會的健全發展。由於醫學進步、社會環境與生活方式的改變，使人類壽命延長，疾病型態也從傳染性疾病轉變成慢性疾病，因此預防保健照護顯得更加重要，週期性健康檢查即是因應此潮流下的產物，希望藉此達到疾病預防與健康促進。

健康檢查(physical examination)是預防保健與臨床醫療之整合，具備初級預防和次級預防的功能。將多項疾病篩檢的檢查或檢驗組合在一起，並對無症狀之民眾進行醫學檢驗及臨床檢查即健康檢查(羅麗君，1996；蔡宗仁，1996)。健康檢查除了早期發現早期治療外，還可對受檢者給予適當的健康指導與衛生教育，使受檢者能夠保持健康的行為，以促進健康及生活品質。有效的健康檢查篩檢的是國人盛行率高且對健康有危害的疾病，此疾病早期會有一段無明顯症狀的潛伏期，可藉由適當的篩檢工具檢查出來，而早期發現是可有效治療(陳明豐，2005)。

加拿大預防性健康照護專責小組(CTFPHC)對週期性健康檢查的定義：「在疾病早期或病人未出現症狀時，藉由一些檢查或步驟，

早期發現疾病或危險因子，早期介入治療，使受檢者保持健康的狀態或限制疾病發展的預防工作」(CTFPHC, 1994)。由此可知，透過健康檢查可以早期發現疾病或危險因子，早期介入醫療預防行為以避免疾病的發展及惡化。

二、週期性健康檢查的歷史發展

(一)19世紀以前

週期性健康篩檢的起源已不可考，多數文獻指出追蹤到最早起源是1861年英國的Horace Dobell提出身體健康檢查的論點，他主張要有詳盡的歷史、精密的身體檢查以及實驗檢測，並建議將週期性健康檢查當作是確認早期無法發現生理異常的方法，採取適當的治療方式(Dobell, 1861; Fisk et al., 1927; Tobey, 1923; Edie, 1925)。

(二)1900~1920年代

相似的概念也在1900年由美國的George Gould提出，他在美國醫學會(American Medical Association, AMA)第51屆的年會中提倡週期性健康檢查，以獲得早期疾病自然史的了解，並且主張全面性的週期性健康檢查可搜集全方面的資料，並藉由醫師的建議與醫療介入對疾病發展過程產生影響(Gould, 1900)。

1915年，美國肺結核學會(Nation Tuberculosis Association)要求民眾在其選定的特定一週，做一次一般的身體檢查，這項年度健康檢查可早期診斷出疾病，尤其是結核病(Rosen, 1975; Croft, 1916)。1918年早期，許多著名的醫師也提倡做年度健康檢查，希望早期發現癌症，早期治療以增加治癒的可能性(Rosen, 1975)。

1900至1920年代的週期性健康檢查是基於以下三個前提所提出的，分別為：(1)無症狀的成人仍可能蘊藏有器官性疾病(2)週期性健康檢查可以在疾病早期偵測出來(3)疾病發現後可以終止其進行或治

癒，以降低罹病率與死亡率(吳晉祥、張智仁，2006)。但1920年代之健康檢查非以實證醫學證據為基礎，不同年齡層所需之檢查項目應不同且有些檢查也不需每年檢查一次，而當時受檢民眾多為中高社會階層，此皆為1920年代健康檢查之缺點(Charap, 1981)。

(三)1920~1950年代

1922年美國醫學會(AMA)認同週期性健康檢查的效益，正式支持週期性健康檢查並且開始推廣此運動，並於1923年在美國醫學會的期刊發表週期性健康檢查指南(Emerson, 1923)。1923年國家健康委員會(National Health Council)支持美國醫學會鼓勵民眾做週期性健康檢查並喊出「在生日當天做健康檢查(Have a Health Examination on Your Birthday)」的口號(Edie, 1925)。

(四)1970年代至今

1970年代之後開始有專家及組織團體，依據經驗證據(empirical evidence)重新思考週期性健康檢查，改以針對不同年齡層、性別與高危險群來建議不同的週期性健康檢查項目(Battista et al., 1984)。最有名的三個提倡者分別為Frame與Carlson、加拿大預防性健康照護專責小組(CTFPHC)、美國預防服務專責小組(USPSTF)，其概念詳述如下：

第一個是Frame與Carlson在1975年對週期性健康檢查做文獻回顧(Frame & Carlson, 1975)，針對主要36種疾病，依篩檢疾病之準確性(accuracy)與早期介入醫療的有效性(effectiveness)來衡量檢查項目，並提出應以年齡、性別來選擇檢查項目的看法。

第二個重新思考的組織為1976年成立的加拿大預防性健康照護專責小組(CTFPHC)，在1979年定義週期性健康檢查及對78項疾病預防提出經驗主義的證據回顧，根據所支持的證據將建議分等級。加拿大預防性健康照護專責小組認為應該依年齡、性別等做預防保健的計

劃，捨棄一年一度之健康檢查(Battista et al., 1984)，同時於1979年公佈第一版建議(CTFPHC, 1979)，由於內容是根據科學證據所訂立的，因此此份報告受到非常重視，內容也隨著新證據的出現一再更新(Spitzer, 1984; CTFPHC, 1984; Battista et al., 1984; CTFPHC, 1986)。

第三個重新思考的組織為1984年成立的美國預防服務專責小組(USPSTF)，此小組選取60種主要導致死亡和殘障的原因，並藉由明確的預防介入和證據準則來衡量(Lawrence et al., 1987; McGinnis et al., 1990)，並於1989年公佈其建議。

三、週期性健康檢查內容之制訂準則

週期性健康檢查的概念於一百多年前被提出，內容經過不斷修改，至今仍有專家組織對週期性健康檢查有不同的建議，但隨著實證醫學文獻的增加，有愈來愈多的證據顯示該項檢查項目是否應納入，其中以加拿大預防性健康照護專責小組(CTFPHC)和美國預防服務專責小組(USPSTF)所建議的預防服務最被廣泛引用，詳述如下：

(一)加拿大預防性健康照護專責小組(CTFPHC)

加拿大預防性健康照護專責小組提出應先考量病患所承受的痛苦，並依據檢查策略、介入成效以及建議來決定納入檢查的項目，以下為加拿大預防性健康照護專責小組對週期性健康檢查內容訂立的準則以及解說：

表 2-1-1、加拿大預防性健康照護專責小組內容訂立的準則與解說

目前承受痛苦的考量(Current burden of suffering)
1.該狀況對個人的影響：以生命損失年數、失能量(amount of disability)、痛苦與不適、治療費用、對家庭的影響等來考量。
2.該狀況對社會的影響：以死亡率、罹病率與治療費用等來評估。
依下列三項標準評估策略(Maneuver)
1.風險與利益 (risk and benefit)
2.敏感度(sensitivity)、特異度(specificity)、預測值(predictive value)
3.介入方法的安全性、簡易程度、費用與民眾的可接受程度(acceptability)

表 2-1-1、加拿大預防性健康照護小組內容訂定的準則和解說(續)

介入的成效：依照所得到的科學證據品質區分為I、II、III 三類	
I	：證據來自隨機控制試驗(randomized controlled trials)
II-1	：證據來自非隨機控制試驗(controlled trials without randomization)
II-2	：證據來自於設計良好的世代研究或是病例對照研究，且資料最好由一個以上的中心或研究團體得到。
II-3	：證據來自於不同時間的情況下，比較有無預防服務介入的研究或在非控制實驗的情況下，就已產生明顯且巨大的結果。
III	：根據受尊敬的權威專家意見、臨床經驗、描述性研究或專家會議的報告。

表 2-1-2、加拿大預防性健康照護專責小組建議的分類

等級	加拿大預防性健康照護專責小組之建議
A.	有良好證據(good evidence)支持，建議提供預防保健服務。
B.	有相當的證據(fair evidence)支持，建議提供預防保健服務。
C.	證據是衝突的(conflicting evidence)，無法對預防服務做建議或不建議，有許多因素會影響決策的制定。
D.	有相當的證據(fair evidence)支持，不建議提供預防保健服務。
E.	有良好證據(good evidence)支持，不建議提供預防保健服務。
I	沒有足夠的證據(insufficient evidence)支持建議，有許多因素會影響決策的制定。

(資料來源：CTFPHC, <http://www.ctfphc.org/>)

(二)美國預防服務專責小組(USPSTF)

在美國預防服務專責小組依據疾病的影響程度、健康檢查的效益和預防健康照護的有效性等三項準則來評估週期性健康檢查項目(USPSTF, 2002)，在此三個準則之下，又依證據(evidence)及淨效益(net benefit)的強度，將預防保健服務區分成A,B,C,D,I五個建議等級，以建議醫師是否提供該服務。表2-2為美國預防服務專責小組所建議提供檢查的依據與準則：

表 2-2-1、美國預防服務專責小組內容訂立的準則與解說

納入週期性健康檢查之審核標準	
1.疾病對個人、家庭與社會的影響程度(包括生命損失、殘障、罹病率、死亡率、治療的花費等)	
2.健康檢查的好處、敏感性、特異性、安全性、簡單性、費用與病人的接受程度。	
3.預防健康照護的有效性。	
依文獻證據將有效性區分為I、II、III 三類	
I	: 證據來自於隨機控制試驗
II-1	: 證據來自於非隨機的良好設計控制試驗
II-2	: 證據來自於良好設計的世代/個案控制研究
II-3	: 證據來自於不同時間的情況下，比較有無預防服務介入的研究或在非控制實驗的情況下，就已產生明顯且巨大的結果。
III	: 證據來自於權威學者或專家的描述性研究、臨床經驗或專家會議的報告

表 2-2-2、2007 年美國預防服務專責小組建議之分類

等級	美國預防服務專責小組之建議
A	強烈建議醫師提供該服務給合適的受檢者。
	發現有良好的證據顯示，提供該服務可以改善健康，利明顯多於弊。
B	建議醫師提供該服務給合適的受檢者。
	發現至少有普通的證據顯示，提供該服務可以改善健康，利多於弊。
C	不建議也不反對醫師提供該服務。
	發現至少有普通的證據顯示，提供該服務可以改善健康，但所得到的利弊相當，因此無法給予建議或反對。
D	反對醫師提供該服務給無症狀的受檢者。
	發現至少有普通的證據顯示，提供該服務無法改善健康，弊多於利。
I	證據不夠充分以致無法建議或拒絕醫師提供該服務給受檢者。
	證據顯示該服務缺乏效益且品質不佳或相互衝突，利弊無法衡量。

(資料來源：USPSTF, The Guide to Clinical Preventive Services, 2007)

目前國際間大多依據此建議準則來決定是否納入健康檢查項目，通常選擇達A、B級建議的檢查項目，各國可參考C級建議再依各國情不同來作決策，而未達A、B、C級建議之檢查則不納入一般週期性健康檢查。

國內學者將納入週期性健康檢查項目所依據的標準整理如下(吳晉祥、張智仁，2006)：

- (1)所篩檢的疾病對健康有重大影響
- (2)有適當的篩檢方法
- (3)有終止病程進行的治療方法
- (4)篩檢方式能被民眾接受，且能同時兼顧衛生教育、經營管理、成本效益、醫學倫理與法令政策。

(三)我國成人預防保健服務設計之根據準則

我國於1996年政府開始辦理成人預防保健服務，其檢查項目以及受檢對象、頻率是參考國內外學者與團體的建議作參考，並依當時社會環境、政策法規等來設計。當時國際間預防保健服務項目之設計準則分為A、B、C、D、E五個建議等級：A-極力建議納入之檢查項目；B-部分建議納入之檢查項目；C-建議可納入可不納入之檢查項目；D-部分建議不納入之檢查項目；E-極力建議不納入之檢查項目(Sox HC, 1994)。而我國成人預防保健服務的設計準則如同其他各國，挑選A、B兩級之檢查項目，依實際需求挑選C級檢查項目，選取符合成本效益及健康效益之檢查(李世代、賴美淑，1997)。

四、週期性健康檢查的範疇

依加拿大預防性健康照護小組(CTFPHC)和美國預防服務專責小組(USPSTF)對週期性健康檢查的的定義和內容來看，將其範疇分成「篩檢」(screening)、「諮詢介入」(counseling intervention)、「免疫」(immunization)、「化學預防」(chemoprophylaxis) 四大部分。以下為吳晉祥與張智仁(2006)整理：

(一)篩檢(screening)

世界衛生組織對「篩檢」的定義如下：「篩檢是利用可迅速操作的檢查，在症狀未曾發病的人群中，找出疑似病例。篩檢並非診斷，篩檢結果如為陽性，應落實進一步的檢查，以求得正確的診斷與必要

的後續追蹤與治療。」

(二) 諮詢介入(counseling intervention)

諮詢介入是藉由教育諮詢的方式，將一般衛生資訊轉變為個人的健康生活型態，使民眾接受並執行有關個人健康行為的資訊與勸告，以降低發生疾病或傷害的危險性。慢性病佔我國十大死因絕大部分，其危險因子多與不健康的生活習慣相關，要改變高危險生活型態必須從教育諮詢方面著手，因此教育諮詢的介入在預防性健康照護佔非常重要的角色。

(三) 免疫(immunization)

免疫指利用接種疫苗(vaccination)或施打免疫球蛋白來預防傳染病，其目的在根除及控制疾病，以減少死亡率與罹病率。如接種Oseltamivir以預防流行性感冒；接種A型肝炎疫苗、B型肝炎表面抗原和抗體以預防A肝和B肝；接種isoniazid 300 mg qd以預防肺結核暴露後的預防。

(四) 化學預防(chemoprophylaxis)

化學預防即對無疾病徵狀者使用藥物、營養、礦物質或其他天然物質來減少疾病發生的危險性，但不包括已有此疾病症狀或疾病史者使用這些藥物治病情形。

第三節 國外組織對成人健康檢查之建議

一、美國預防服務專責小組(USPSTF)

美國預防服務專責小組依證據等級將建議分成 5 等級，分別為 A、B、C、D、I 五級，本研究將歸類於 A 等級(強烈建議醫師提供該服務給合適的受檢者)和 B 等級(建議醫師提供該服務給合適的受檢者)的建議統整如下(USPSTF, 2007)：

表 2-3-1、美國預防服務專責小組「強烈建議」提供之成人健康檢查

子宮頸癌篩檢	強烈建議有性行為和有子宮頸的女性進行子宮頸癌的篩檢。
結腸直腸癌	強烈建議醫師為 50 歲以上之成人作結腸直腸癌的檢查。
阿斯匹靈用於心血管疾病之初級預防	強烈建議醫師詳細告知冠狀心血管疾病的高風險者阿斯匹靈的化學預防，了解阿斯匹靈治療的潛在效果與傷害。
高血壓的篩檢	強烈建議 18 歲以上成人作高血壓檢查。
脂肪代謝異常 (lipid disorder) 的檢查	強烈建議醫師定期為 35 歲以上的男性和 45 歲以上的女性，且有冠狀動脈心血管疾病的高危險群進行脂肪代謝異常的檢查，並對不正常者進行治療。
無症狀菌尿症 (Asymptomatic Bacteriuria)	強烈建議所有懷孕的婦女於懷孕 12 至 16 週期時進行尿液培養檢查。
衣原體感染 (Chlamydial Infection)	強烈建議 25 歲或 25 歲以下有性行為者，以及其他無症狀但處於感染風險增加環境下的婦女，定期作衣原體檢查。
淋病檢查 (Screening for Gonorrhea)	強烈建議對所有新生兒進行眼睛局部的藥物治療，以避免淋菌的感染。
B 型肝炎的篩檢 (Hepatitis B Virus Infection)	強烈建議懷孕的婦女於第一次產前檢查進行 B 型肝炎的檢查。
愛滋病毒的篩檢(HIV)	強烈建議處於感染愛滋的高危險青少年或成人進行愛滋病毒的篩檢。強烈建議所有懷孕的婦女進行愛滋檢查。
梅毒篩檢 (Syphilis Infection)	強烈建議處於感染梅毒高危險環境者進行梅毒檢查，強烈建議對所有懷孕的婦女進行梅毒檢查。
強烈建議提供戒菸的健康諮詢介入給所有抽菸的成人。	
強烈建議提供所有有抽菸的懷孕婦女正確懷孕健康信念。	
強烈建議所有孕婦在第一次產檢的相關照護時，進行 Rh (D) 血型和抗體檢查。	

表 2-3-2、美國預防服務專責小組「建議」提供之成人健康檢查

BRCA 基因檢測	家族疾病史有乳癌或子宮頸癌者，其 BRCA 基因可能會突變導致乳癌或子宮頸癌的發生。
乳癌的化學預防	醫師需向高危險群的乳癌婦女和處於化學預防的低危險者，詳述化學預防。 醫師應告知病患化學預防的潛在效益與傷害。
乳癌的篩檢	建議 40 歲以上的女性每隔 1-2 年作一次乳房攝影術的檢查。 不建議只單獨做醫師臨床檢查(CBE)或乳房自我檢查(BSE)，建議等級僅為 I。
腹部主動脈瘤之篩檢(AAA)	有抽菸的 65-75 歲男性，曾有做腹部主動脈瘤檢查，建議等級為 B。若沒有抽過菸，建議等級為 C。
脂肪代謝異常(lipid disorder)的檢查	建議醫師定期為有冠狀動脈心血管疾病風險之 20-35 歲的男性和 20-45 歲的女性進行脂肪代謝異常檢查。 建議為脂肪代謝異常者做總膽固醇和高密度脂蛋白脂的衡量。
衣原體感染(Chlamydial Infection)	建議對 25 歲以下無懷孕徵狀的女性和處於感染衣原體的高危險群進行定期檢查。
淋病檢查(Screening for Gonorrhea)	建議對有性行為且處於感染淋病高危險環境的女性(包含已懷孕的婦女)進行淋病檢查。
建議藉由健康諮詢的介入以降低酗酒	
建議在臨床檢查成人憂鬱情況，提供一個精確診斷、有效治療和追蹤的系統	
建議加強肥胖的高危險群和其它如心血管疾病、節食相關的慢性疾病等風險因素的病患，關於飲食行為的忠告。 加強建議提供初級照護或提供專家建議，譬如營養師或營養家。	
建議定期對無症狀的孕婦進行缺鐵性貧血症的檢查。 建議定期對無症狀的孩子進行缺鐵性貧血症的檢查，6 到 12 個月是增加缺鐵性貧血的風險	
建議對所有肥胖的成人提供減肥、加強諮詢、健康行為的介入以促進持續的減肥。	
建議對型 2 糖尿病的成人進行高血壓或高血脂症檢查。	
建議 65 歲以上婦女定期檢查骨質疏鬆症。 建議 60 歲以上處於骨質疏鬆的高危險群定期檢查。	
建議對懷孕 24-28 週 Rh (D)陰性的孕婦重複做 Rh (D)抗體檢查	
建議宣導餵母乳	

(資料來源：USPSTF, The Guide to Clinical Preventive Services 2007，本研究自行翻譯)

二、ICSI (Institute for Clinical Systems Improvement)

ICSI 是一獨立合作組織，是由 58 個醫療小組組成和由六個明尼蘇達健康計劃主辦，提供證據基礎的醫療保健服務給患者。

ICSI 依據不同的醫學證據，將成人預防保健服務的建議分成四個等級，第一級為基於最佳實證，醫療提供者與照護系統『必須(must)』給予的成人預防保健服務；第二級為基於良好的證據，醫療提供者與照護系統『應該(should)』給予的成人預防保健服務；第三級為證據不夠充足，無法建議提供該服務；第四級為證據不支持的篩檢策略。必須有第一級和第二級證據支持，ICSI 才建議提供該服務，ICSI 並將成人預防服務之受檢族群區分為 19 至 39 歲、40 至 64 歲和 65 歲以上等三族群。表 2-4-1 和表 2-4-2 分別為 ICSI 基於最佳實證(best evidence)和良好實證(good evidence)所建議提供的成人預防保健服務，詳述如下：

表 2-4-1、ICSI 建議必須(MUST)提供的成人預防保健服務

服務	19-39 歲	40-64 歲	65 歲以上
使用阿斯匹靈的忠告	40 歲以上的更年期成人或未滿 40 歲有冠狀動脈心臟病高風險(CHD)之諮詢。		
菸草與健康信念的介入	對使用菸草的成人徵稅並停止提供服務		
結腸直腸癌的篩檢		50-80 歲或 45-80 歲的非裔美人，可定期選擇篩檢的方式。	
高血壓的篩檢	血壓低於 120/80 每兩年做一次； 血壓為 120-139/80-89Hg 每年做一次。		
流行性感冒的疫苗預防	50 歲以上成人和想要降低感染流行病的民眾可在每年 10 月到隔年 3 月接受流行性感冒的疫苗預防注射。		
肺炎雙球菌疫苗 (PPV 23)	免疫的高風險族群每年做一次檢查，五年後免疫者再注射一次。		建議 65 歲以上者接受疫苗，5 年後追加一劑。
酗酒的篩檢及健康信念	提供健康信念忠告和檢查給有酗酒之成人		
視力檢查			65 歲以上成人定期檢查

表 2-4-1、ICSI 建議必須(MUST)提供的成人預防保健服務(續)

服務	19-39 歲	40-64 歲	65 歲以上
子宮頸癌篩檢	21 歲開始有性行為或第一次性行為後三年內要做檢查，5 年內連續三次檢查為陰性者，可延長每三年檢查一次。	5 年內連續三次檢查為陰性者，可延長每三年檢查一次。	65 歲以上有新性伴侶的女性
總膽固醇及高密度脂蛋白之檢查	34 歲以上的男性每五年做一次快速的脂質分餾檢查 (Fasting fractionated lipid)	34 歲以上的男性和 44 歲以上的女性每五年做一次快速的脂質分餾檢查 (Fasting fractionated lipid)	
乳癌篩檢		40-49 歲之高危險群的女性每年應做一次乳房 X 光攝影術。50-75 歲的女性應每隔一至兩年做一次。	50-75 歲的女性應每隔一至兩年做一次乳房 X 光攝影術。
衣原體檢查	所有處於高危險性行為之女性須接受依原體檢查以避免受到感染		
鈣的預防保健忠告	建議成年的女性使用鈣的補充品以預防骨折		

表 2-4-2、ICSI 建議應該(SHOULD)提供的成人預防保健服務

服務	19-39 歲	40-64 歲	65 歲以上
維生素 B 之預防保健	建議分娩女性定期服用葉酸以預防生產帶來的影響。		
肥胖的檢查	每年至少紀錄一次身高、體重和 BMI		
憂鬱症的檢查	憂鬱症的患者定期檢查(如果有完善的系統到位提供精確的診斷、有效的治療以及追蹤照護。)		
聽力檢查			主觀的聽力檢查藉由聽力設備的幫助，被視為適切的。
骨質疏鬆檢查	與所有患者詳述骨質疏鬆的危險因子以及主要預防措施之預防保健服務。		
破傷風、白喉 疫苗	成人每十年注射一次。		
腹部主動脈瘤之檢查			65-74 歲曾經吸煙的男性 (一生中抽超過 100 支煙)

(資料來源：ICSI, <http://www.icsi.org/>，本研究自行翻譯)

第四節 我國成人預防保健服務

一、我國預防保健服務之發展背景

由於社會經濟及醫學技術的發展，使國人壽命延長也改變了國人的生活方式，疾病型態由早期的傳染性疾病轉變為慢性疾病為主，在國人愈重視健康意識形態的情況下，預防保健已不容忽視，因此近年來政府單位積極推動預防保健服務，衛生署於1993年公佈實施「國民保健計畫」，1995年開辦全民健康保險，1996年4月至9月間初步實施保健服務，其中包含「成人預防保健」、「兒童預防保健」、「婦女子宮頸抹片檢查」和「孕婦產前檢查」等四項服務(衛生署，2005)，2001年7月衛生署保健處改編為國民健康局，開始實施全面性的預防保健服務。

但由余致力與陳麗光(2001)研究整理出的健康檢查在台灣之發展歷程文獻中，可以看出我國的預防保健服務上路的非常匆促，因此檢查項目或受檢對象及頻率是否恰當則是本研究欲探討的目的之一。

二、我國成人預防保健服務之介紹

台灣於1996年開辦成人預防保健服務，當時規定每年4月1日至9月30日民眾可接受健保給付之健康檢查，受檢對象與頻率為四十歲以上未滿六十五歲者，每三年給付乙次；六十五歲以上者，每年給付乙次；三十五歲以上且罹患小兒麻痺者，每年給付乙次。直至2002年開始，檢查期間延長為全年辦理，其受檢對象不變。目前我國成人預防保健服務分兩階段進行，第一階段為受檢者填寫「成人預防保健服務檢查單」之基本資料(個人及家族疾病史、長期服藥及健康行為)、血液檢查和尿液檢查；第二階段為第一階段之檢驗結果判讀、身體檢查和健康諮詢。詳細檢查單內容如下：

表 2-5、成人預防保健服務檢查單內容

第一階段	(1)受檢者填寫「成人預防保健服務檢查單」之基本資料	
	(2)血液檢查	血液常規檢查、白蛋白/球蛋白、SGOT、SGPT、膽固醇、三酸甘油脂、尿酸、尿素氮、肌酸酐、血糖。
	(3)尿液檢查	尿液常規檢查。
第二階段	(1)第一階段之檢驗結果判讀	
	(2)身體檢查	身高、體重、血壓、脈、視力檢查、喉及口腔檢查、頸部檢查、胸部檢查、心臟聽診、女性乳房觸診、腹部檢查、直腸肛診、四肢檢查。
	(3)健康諮詢	戒菸、戒酒、戒煙、適度運動、事故傷害預防、口腔保健、體重控制、飲食與營養、女性子宮頸抹片檢查結果。

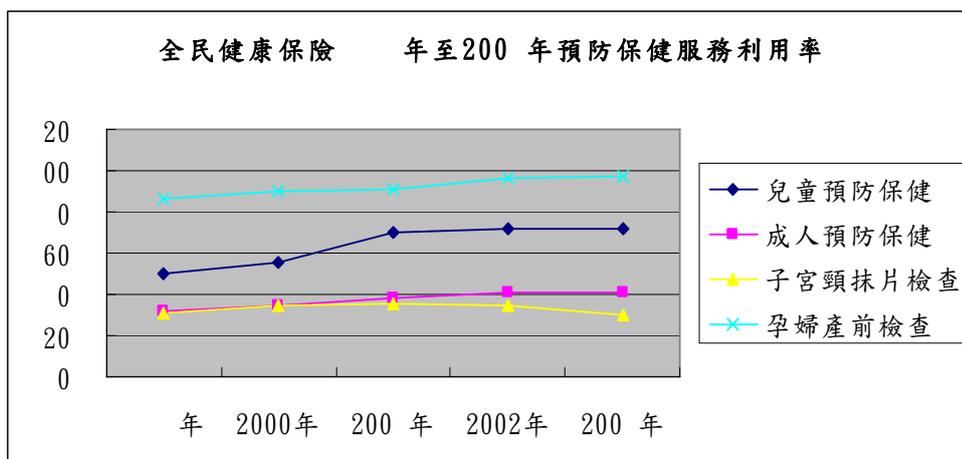
健保給付方面，第一階段給付300元，第二階段給付220元。辦理成人預防保健服務之醫師須具備有登記執業之專任內科、外科、婦產科、小兒科或家庭醫學科專科醫師，得辦理預防保健服務(衛生署，2005)。

三、成人預防保健服務利用率

國人疾病型態的改變及自我健康意識的增強，使成人預防保健服務受到重視。1996年成人健檢開辦時，利用率僅12.2%，爾後利用率雖有增加，但一直保持在三至四成左右(詳見表2-6)，僅高於子宮頸抹片檢查(詳見圖一)。利用率不高可能無法達成大規模篩檢的效益，若可大幅提升民眾健康檢查的利用率，則可篩檢更多潛在高危險族群，降低民眾罹患慢性疾病的可能性，也可節省許多醫療經費，並且有助於國家社會及個人的發展。

根據國民健康局2005年「台灣地區國人對慢性疾病預防認知與預防保健服務利用情形初探」的調查結果顯示有40-64歲民眾知悉全民健保提供成人預防保健服務者約佔74.4%；65歲以上之民眾則有76.6%知悉有提供此服務，意即仍約四分之一的受檢民眾不知悉有此權益(國民健康局，2005)，顯示仍需加強宣導成人預防保健服務。

圖 2-1、全民健康保險 1999 年至 2003 年預防保健服務利用率



(資料來源：衛生署，2003 年預防保健辦理結果報告)

表 2-6、2000 年至 2005 年成人預防保健服務利用率

年份	40歲以上符合成人健檢人數	實際利用成人健檢人數	成人健檢利用率
2000年	3,977,063	1,363,562	34.29%
2001年	4,099,535	1,572,626	38.36%
2002年	4,227,068	1,720,761	40.71%
2003年	4,353,605	1,791,012	41.14%
2004年	4,482,992	1,800,786	40.17%
2005年	4,611,965	1,632,164	35.39%

(資料來源：衛生署統計室、內政部統計處統計年報與統計月報，本研究自行整理)

四、影響民眾利用預防保健服務之相關因素

大部分民眾認為成人預防保健服務是有必要的(，2006)，本研究整理文獻歸納出影響民眾使用預防保健服務之因素，將影響因素分為醫師、民眾及政府與醫療機構等三大因素：

(一)醫護人員因素

醫護人員的衛教會影響民眾預防保健的利用(、賴佳君，2004)，醫護人員若主動提供預防保健之相關資訊給民眾，鼓勵及提

民眾接受預防保健服務可以增加預防保健服務的利用率(Hogg et al., 1998)。文獻指出醫師的建議是促進婦女定期做乳房篩檢的最大因素，但僅有六成的受檢民眾曾聽到醫師給予相關建議(Lerman, 1990)。

教育患者有關影響健康的危險因子是醫師的責任(Wechsler et al., 1996)，多數醫師認為提供病人有關運動、營養、壓力處理等健康促進的行為是很重要，但在實務中卻很少提供給民眾(Lewis, 1991)，醫師實際向病人解說預防保健與健康促進知識的比率並不高(Cooper et al., 2001)。

(二)民眾因素

民眾本身的認知會影響到民眾使用預防保健服務的意願(賴佳君，2001)，但民眾對於健康檢查的認知及效用仍有疑惑，導致未能適當利用健康檢查(致力、陳麗光，1991)。一般民眾對成人預防保健服務的認知仍停留於抽血體檢，對健康諮詢不大，對直腸肛診及乳房檢查的接受性較高(李世代、賴美淑，1997)。除民眾對健康檢查的認知外，沒有時間、認為健康檢查是不利、害檢查、缺乏醫療保險等因素都會影響民眾的利用情形(王國華，2006)。而根據國民健康局調查，發現知有提供成人預防保健服務卻沒有利用的主要原因為「自覺身體很好」，其次為「沒空」(國民健康局，2005)。

(三)政府及醫療機構之因素

大部分有做健康檢查的民眾都是有接受到醫院或衛生所的衛教資訊，醫療保健資訊的不夠完整或不正確，會導致民眾不知檢查點也不知有提供給付(王國華，2006)，缺乏健康檢查之指引或手續會影響民眾利用情形(王國華、賴佳君，2001)。

五、影響醫師執行週期性健康檢查之相關因素

醫師是醫療提供的第一人員，Hulscher(1999)等人認為基層醫師在預防保健服務佔有非常關鍵的地位，醫師的服務態度會影響民眾參與健康檢查的動機(白麗、陳麗美，1986)，因此影響醫師執行預防保健的因素會影響到整個預防保健政策。醫療業務環境及給付為

影響醫師執行週期性健康檢查的重要因素之一(Jerant, 2003；

、陳慶餘、謝維，1991)，國內有研究發現容易降低兒科醫師執行兒童預防保健意之因素中，以給付金太低佔最多數(佔73.3%)，有56.5%認為現行支付制度不合理者，認為應提高支付(紀等人，2005)，可知給付制度會影響醫師執行預防保健服務的意。

醫師及民眾對週期性健康檢查的認知對醫師執行此業務的影響很大，如何增進醫師預防保健服務的觀念，引發醫師執行檢查動機是預防保健服務的成因素，而民眾利用預防保健的比率不高，會使健康檢查成效受到折。提高民眾利用率的方法可以藉由資訊、體等管，教育民眾預防保健的重要性，引發其認同以促使利用率提高(Jerant, 2003；、賴佳君，2001)。外，民眾之遵醫性也會影響醫師從事保健服務的意(、陳慶餘、謝維，1991)。

除醫療環境與給付、醫師與民眾之認知會影響醫師執行的意外，醫師的社經背景也相當重要，有接受過家庭醫學院醫師者較會去執行週期性預防保健服務(Jerant, 2003)。

第五節 家庭醫師整合性照護計畫

一、家庭醫師制度

家庭醫師制度早在美先進國家行之有年，國內外學者皆指出家醫制度可以有效降低醫療成本、減少醫療費、提升醫病關、發基層醫師為醫療中介者的角色以整合直醫療體系且達到專科有效分工(Scott, 2000；吳維，2003)。

2002年世界家庭醫師會(World Organization of Family Doctors, WONCA)提出11項家庭醫師應具備的特質：(1)為病人生病後所接觸的第一位醫療人員；(2)調醫療照護，有效使用醫療資源；(3)以病患為中心的並以病人本身、家庭及社區為導向；(4)著重醫病關及

病人諮詢；(5)提供 性的持續照護；(6)依社區流行的疾病而有特別的決策過程；(7)可同時處理病人的 性和慢性疾病；(8)可先一步處理需要 性照護的疾病；(9)可藉由適當及有效的方法以促進民眾的健康；(10)對社區的健康有特別的責任；(11)以生理、心理、社會及文化的角度來處理健康問 (WONCA, 2002)。

根據 Lemkau 及 Grady 研究指出家庭醫師對民眾接受預防醫學的影響力最大，因此家庭醫師是最適合 演推動民眾接受預防醫學推手 (Lemkau, Grady, 1998)，Tracey 等人發現美國民眾在 90% 的家庭醫師就診次數中，都有接受到家庭醫師所給予的健康習慣及預防保健的諮詢 (Tracey et al, 1999)。有國內學者則是在 SARS 疫情後，提出認為台灣實施家庭醫師制度可幫助預防保健的落實 (林 慶、 ，2003)。

二、台灣家庭醫師整合性照護計畫簡介

我國全民健康保險提供國人充足的醫療資源及醫療可近性，但因國人就醫習性常造成重複就醫的醫療資源 費，因此健保局於 2003 年公告實施「全民健康保險家庭醫師整合性照護試辦計畫」，希望建立家庭醫師制度，提供民眾 全性、 調性與持續性的服務，並以民眾健康為導向，建立以病人為中心的醫療觀念，提升醫療服務品質 (健保局，2008)。

以下為 2008 年健保局公告「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」之內容：

- (1) 推動策略：健保局為有效實施家庭醫師整合性照護試辦計畫提出三項策略方針。1. 成立社區醫療群，以群體力量提供服務；2. 民眾可選擇社區醫療群之醫師登記為家庭醫師，但不限制民眾就醫選擇；3. 提供適當 因，促成家庭醫師制度之形成。
- (2) 社區醫療群的組織運作分為 型和乙型： 型即以同一 區

特約西醫診所 5 至 10 家為單位組成，其中一 以上醫師需具有內科、外科、婦產科、小兒科或家庭醫學專科醫師資 ，並應與 1 家特約醫院為合作對象。乙型即以同一 區特約西醫診所 5 至 10 家為單位組成，其中至少需有 1/5 以上醫師具有家庭醫學科專科醫師資 ，並應與特約醫院建立轉診及合作機制或與一家特約醫院作為合作對象，開辦共同照護 診。

(3)保險對象： 加入全民健康保險之民眾皆可以家 為單位，選擇參與家庭醫師整合性照護計畫之基層醫師登記為家庭醫師，但必須在登記前 年該家 成員至少一人應於該醫師處至少就診一次，一人限登記一位家庭醫師，同一家 成員以登記於同一家庭醫師為原則。

(4)預期成果與影響：1.民眾方面可獲得 24 小時 諮詢服務、整體性的初級醫療與預防保健、基層 診轉介 院的持續性照顧以及建立良好的醫病關 ， 受優質醫療服務。2.醫療提供者方面可提升家庭醫師照護的品質， 得病患與家屬信任及 的、增強專業自主性、建立整合性照護 ，促使醫療設施及醫事人力資源之有效利用並建立基層診所與醫院之合作關 。

三、家庭醫師整合性照護計畫實施現況

健保局統計 至 2007 年 11 月共有 302 個社區醫療群運作，參與基層診所為 1744 家，佔西醫診所 18.84%；參與醫師約 1992 位，僅佔西醫基層醫師 16.09%(健保局，2007)。家庭醫師整合性照護計畫推行以來受到民眾以及醫師的支持，林 慶等人的研究發現 62%的受訪基層醫師 意參與家庭醫師制度，但只有 32.3%的受訪醫師認為台灣目前醫療環境適合實施家醫制度，其中影響醫師參與家庭醫師整合性

計畫的因素包括是否為 合執業、是否具專科醫師資 、認為台灣目前的醫療環境是否適合實施家庭醫師制度(林 慶等，2005)。雖然僅約三分之一的基層醫師認為台灣目前的醫療環境適合家醫制度，但在許 任等人研究則指出有 53.9%的參與醫師認為家庭醫師試辦計畫的整體成效是好的，有 65.7%的醫師認為現行的家庭醫師試辦計畫能促成全國家庭醫師制度的形成，84%的醫師認為家庭試辦計畫有 續推行的需要(許 任等，2006)。

在民眾方面，50.3%的民眾認為台灣適合實施家庭醫師制度，63.3%的民眾 意參加家庭醫師制度(許 任等，2004)，七成以上的參與民眾對於家庭醫師照護計畫所提供的服務感到滿意，85.6%的民眾認為家醫試辦計畫有 續推行的需要，79.5%受訪民眾認為家醫試辦計畫有助於全國家庭醫師制度的形成，73.3%的民眾 意 續參與家庭醫師整合計畫(林 、 天給、林 慶，2006)。

家庭醫師整合照護制度實施至今，多數民眾與醫師皆認同制度的實施，並認為實施家庭醫師整合照護計畫可有效改善醫療品質，減少不必要的醫療 費，許 任等人研究指出高達七成以上的醫師認為實施家庭醫師制可以獲得較持續且完整的醫療照護，使醫師更了解個人疾病史，並獲得較多健康諮詢和預防保健服務(許 任等，2006)。超過七成的民眾認為家醫試辦計畫可以提供 全的初級醫療服務、提升醫病關 、有效的醫療服務與預防保健(林 、 天給、林 慶，2006)。

第六節 文獻小結

合文獻可知預防保健之重要性，篩檢內容應依據不同環境 件修改，也必須符合篩檢效率以及社會經濟效益。我國的成人預防保健服務實施逾 10 年，利用率僅保持在三至四成左右，且尚無相關研究評估成人健檢現行之適切性，當初所設計的檢查項目及諮詢內容是否還適用當下環境，是本研究欲了解的目的之一。

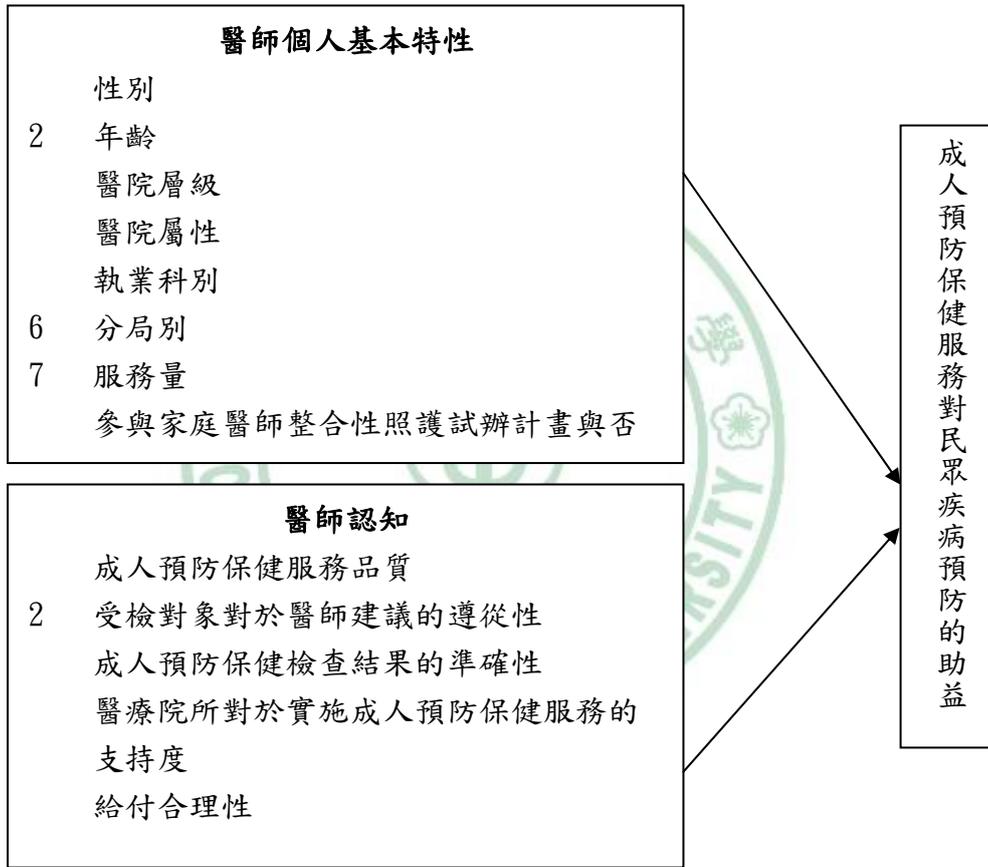
過去有關於成人預防保健服務之研究，多著重於檢查結果的分析以及探討民眾利用之因素， 少以醫師角度看 成人預防保健服務，醫師為執行預防保健的第一 人員，其意見及經驗不可忽視，故本研究希望透過醫師觀點來探討成人預防保健服務，期望提高其效用，並提供制定公共衛生政策相關單位未來修定成人預防保健服務內容之依據。



第三章 研究設計與方法

第一節 研究架構

本研究除對成人預防保健內容之評估外，同時探討影響「醫師自覺成人預防保健服務對民眾助益」之相關因素，如以下研究架構：



第二節 操作型定義

依本研究目的及研究架構，將各變項內容定義如下：

表 3-1、變項操作型定義

變項名稱	操作型定義	變項屬性
第一部份：成人預防保健服務適切性與合理性		
1.成人預防保健服務實施對象設定為 40 歲以上是否適當	適當、須降低受檢年齡層、需提高受檢年齡層、其他	名義
2.針對 40-64 歲民眾提供每三年一次之頻率是否適當	適當、須減少檢查次數、需增加檢查次數、其他	名義
3.針對 65 歲以上民眾提供每年一次的頻率是否適當	適當、須減少檢查次數、需增加檢查次數、其他	名義
疾病史		
4-1 是否須新增「慢性吸疾病」	5=強烈建議、4=建議、3=無意見、2=可以不做、1=不建議	位
4-2 是否須新增「痛風」項目	5=強烈建議、4=建議、3=無意見、2=可以不做、1=不建議	位
4-3 是否須新增「骨質疏鬆」	5=強烈建議、4=建議、3=無意見、2=可以不做、1=不建議	位
4-4 是否須新增「癌症」	5=強烈建議、4=建議、3=無意見、2=可以不做、1=不建議	位
健康行為		
6-1 是否須保留「最近年吸菸情形」	5=強烈建議、4=建議、3=無意見、2=可以不做、1=不建議	位
6-2 是否須保留「最近年酒情形」	5=強烈建議、4=建議、3=無意見、2=可以不做、1=不建議	位
6-3 是否須保留「最近年情形」	5=強烈建議、4=建議、3=無意見、2=可以不做、1=不建議	位
6-4 是否須保留「最近年運動情形」	5=強烈建議、4=建議、3=無意見、2=可以不做、1=不建議	位
6-5-1 是否須保留「開車或騎車使用安全帽情形」	5=強烈建議、4=建議、3=無意見、2=可以不做、1=不建議	位
6-5-2 是否須保留「應酒後開車情形」	5=強烈建議、4=建議、3=無意見、2=可以不做、1=不建議	位
6-6 是否須保留「習慣」	5=強烈建議、4=建議、3=無意見、2=可以不做、1=不建議	位

表 3-1、變項操作型定義(續一)

變項名稱	操作型定義	變項屬性
健康行為		
6-7 是否須保留「女性今年是否接受子宮頸抹片檢查」	5=強烈建議、4=建議、3=無意見、2=可以不做、1=不建議	位
6-8 是否須保留「每天 習慣」	5=強烈建議、4=建議、3=無意見、2=可以不做、1=不建議	位
6-9 是否須保留「每天食用 與水果情形」	5=強烈建議、4=建議、3=無意見、2=可以不做、1=不建議	位
身體檢查		
7-1 是否需新增「腰圍」	5=強烈建議、4=建議、3=無意見、2=可以不做、1=不建議	位
7-2 是否需新增「聽力」	5=強烈建議、4=建議、3=無意見、2=可以不做、1=不建議	位
理學檢查		
8-1 是否須保留「喉及口」檢查	5=強烈建議、4=建議、3=身體不適時建議、2=可以不做、1=不建議	位
8-2 是否須保留「頸部淋腫大」檢查	5=強烈建議、4=建議、3=身體不適時建議、2=可以不做、1=不建議	位
8-3 是否須保留「頸部 狀 腫大」檢查	5=強烈建議、4=建議、3=身體不適時建議、2=可以不做、1=不建議	位
8-4 是否須保留「部」檢查	5=強烈建議、4=建議、3=身體不適時建議、2=可以不做、1=不建議	位
8-5 是否須保留「心臟聽診」檢查	5=強烈建議、4=建議、3=身體不適時建議、2=可以不做、1=不建議	位
8-6 是否須保留「左乳房」檢查	5=強烈建議、4=建議、3=身體不適時建議、2=可以不做、1=不建議	位
8-7 是否須保留「右乳房」檢查	5=強烈建議、4=建議、3=身體不適時建議、2=可以不做、1=不建議	位
8-8 是否須保留「腹部」檢查	5=強烈建議、4=建議、3=身體不適時建議、2=可以不做、1=不建議	位
8-9 是否須保留「直腸肛診」檢查	5=強烈建議、4=建議、3=身體不適時建議、2=可以不做、1=不建議	位
8-10 是否須保留「四」檢查	5=強烈建議、4=建議、3=身體不適時建議、2=可以不做、1=不建議	位

表 3-1、變項操作型定義(續二)

變項名稱	操作型定義	變項屬性
實驗室檢查		
9-1 是否須保留「尿液酸 度」	5=強烈建議、4=建議、3=身體不適時建議、2=可以不做、1=不建議	位
9-2 是否須保留「尿液蛋白質」	5=強烈建議、4=建議、3=身體不適時建議、2=可以不做、1=不建議	位
9-3 是否須保留「尿液 糖」	5=強烈建議、4=建議、3=身體不適時建議、2=可以不做、1=不建議	位
9-4 是否須保留「尿液潛血」	5=強烈建議、4=建議、3=身體不適時建議、2=可以不做、1=不建議	位
9-5 是否須保留「尿液外觀」	5=強烈建議、4=建議、3=身體不適時建議、2=可以不做、1=不建議	位
9-6 是否須保留「尿液 血球」	5=強烈建議保留、4=建議保留、3=無意見、2=可以不做、1=不建議保留	位
9-7 是否須保留「尿液白血球」	5=強烈建議、4=建議、3=身體不適時建議、2=可以不做、1=不建議	位
9-8 是否須保留「尿液上 細 」	5=強烈建議、4=建議、3=身體不適時建議、2=可以不做、1=不建議	位
9-9 是否須保留「尿液 體」	5=強烈建議、4=建議、3=身體不適時建議、2=可以不做、1=不建議	位
9-10 是否須保留「尿液細菌」	5=強烈建議、4=建議、3=身體不適時建議、2=可以不做、1=不建議	位
9-11 是否須保留「白血球」	5=強烈建議、4=建議、3=身體不適時建議、2=可以不做、1=不建議	位
9-12 是否須保留「血色素」	5=強烈建議、4=建議、3=身體不適時建議、2=可以不做、1=不建議	位
9-13 是否須保留「 血球」	5=強烈建議、4=建議、3=身體不適時建議、2=可以不做、1=不建議	位
9-14 是否須保留「血小 」	5=強烈建議、4=建議、3=身體不適時建議、2=可以不做、1=不建議	位
9-15 是否須保留「白蛋白」	5=強烈建議、4=建議、3=身體不適時建議、2=可以不做、1=不建議	位
9-16 是否須保留「球蛋白」	5=強烈建議、4=建議、3=身體不適時建議、2=可以不做、1=不建議	位
9-17 是否須保留「AST(GOT)」	5=強烈建議、4=建議、3=身體不適時建議、2=可以不做、1=不建議	位

表 3-1、變項操作型定義(續三)

變項名稱	操作型定義	變項屬性
實驗室檢查		
9-18 是否須保留「ALT(GPT)」	5=強烈建議、4=建議、3=身體不適時建議、2=可以不做、1=不建議	位
9-19 是否須保留「血糖」	5=強烈建議、4=建議、3=身體不適時建議、2=可以不做、1=不建議	位
9-20 是否須保留「總膽固醇」	5=強烈建議、4=建議、3=身體不適時建議、2=可以不做、1=不建議	位
9-21 是否須保留「三酸甘油酯」	5=強烈建議、4=建議、3=身體不適時建議、2=可以不做、1=不建議	位
9-22 是否須保留「尿素氮」	5=強烈建議、4=建議、3=身體不適時建議、2=可以不做、1=不建議	位
9-23 是否須保留「肌酐酸」	5=強烈建議、4=建議、3=身體不適時建議、2=可以不做、1=不建議	位
9-24 是否須保留「尿酸」	5=強烈建議、4=建議、3=身體不適時建議、2=可以不做、1=不建議	位
9-25 是否須新增「量尿蛋白」	5=強烈建議、4=建議、3=身體不適時建議、2=可以不做、1=不建議	位
9-26 是否須新增「平均血球容積(MCV)」	5=強烈建議、4=建議、3=身體不適時建議、2=可以不做、1=不建議	位
9-27 是否須新增「血型」	5=強烈建議、4=建議、3=身體不適時建議、2=可以不做、1=不建議	位
9-28 是否須新增「高密度脂蛋白膽固醇(HDL-C)」	5=強烈建議、4=建議、3=身體不適時建議、2=可以不做、1=不建議	位
9-29 是否須新增「低密度脂蛋白膽固醇(LDL-C)」	5=強烈建議、4=建議、3=身體不適時建議、2=可以不做、1=不建議	位
9-30 是否須新增「A 型肝炎 M 型抗體(IgM Anti-HAV)」	5=強烈建議、4=建議、3=身體不適時建議、2=可以不做、1=不建議	位
9-31 是否須新增「B 型肝炎表面抗原(HBs Ag)」	5=強烈建議、4=建議、3=身體不適時建議、2=可以不做、1=不建議	位
9-32 是否須新增「B 型肝炎表面抗體(Anti- HBsAb)」	5=強烈建議、4=建議、3=身體不適時建議、2=可以不做、1=不建議	位
9-33 是否須新增「C 肝抗體(Anti-HCV)」	5=強烈建議、4=建議、3=身體不適時建議、2=可以不做、1=不建議	位
9-34 是否須新增「潛血」	5=強烈建議、4=建議、3=身體不適時建議、2=可以不做、1=不建議	位

表 3-1、變項操作型定義(續四)

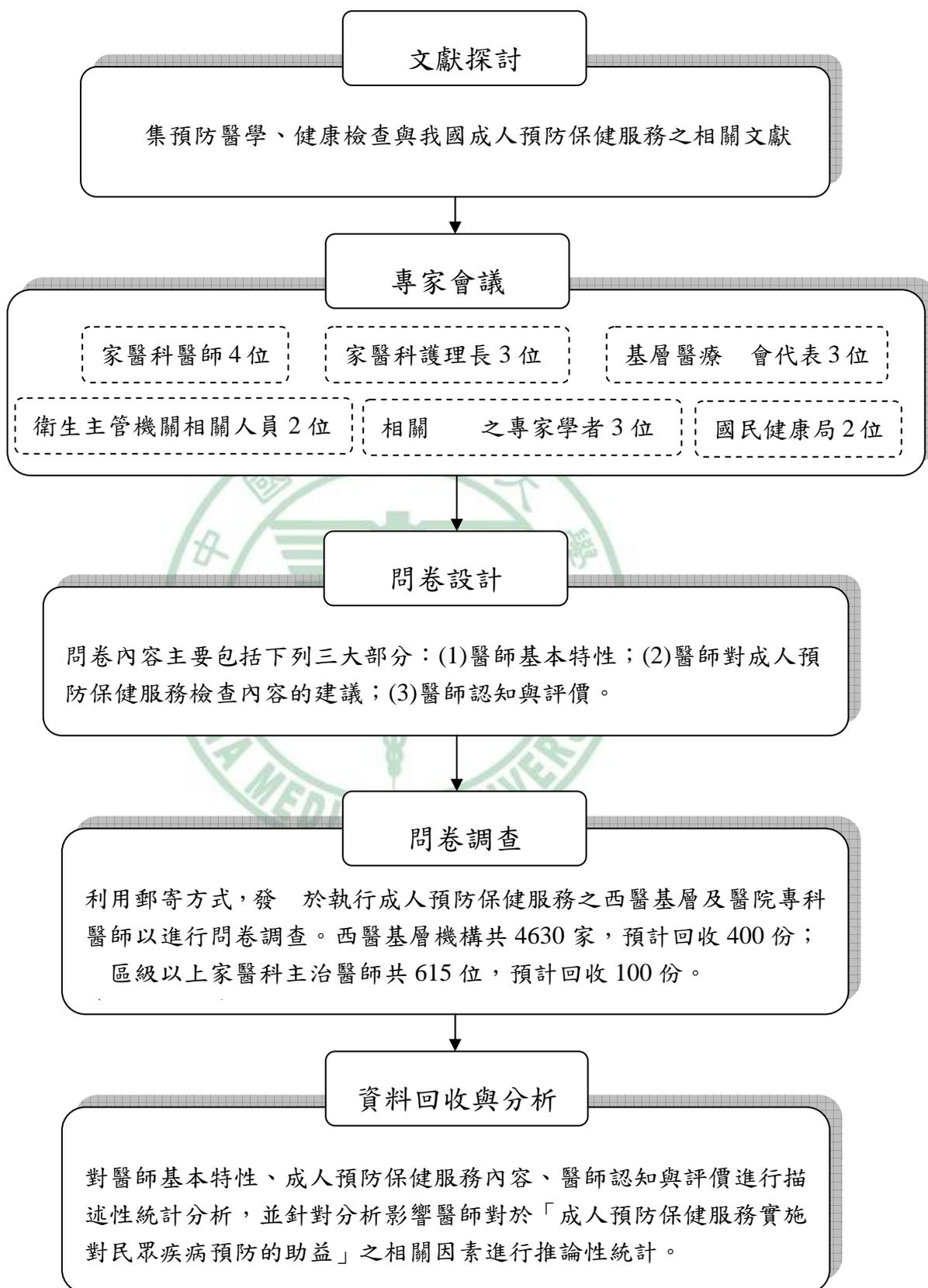
變項名稱	操作型定義	變項屬性
其他		
10 健康諮詢項目(複選)	流感疫苗注射、乳房自我檢查、其他、不需要修改	名義
11 檢查結果與建議	方案一(正常、異常，定期追蹤、建議進一步檢查、建議接受治療) 方案二(正常、無異常、因個人體質無異常、異常，但無須進一步治療或處、異常且需進一步治療或處) 建議修改其他 不需要修改	名義
第二部份：對成人預防保健服務的滿意度		
12 落實乳房觸診	5=非常好、4=好、3=尚可、2=不好、1=非常不好	位/等
13 落實直腸肛診	5=非常好、4=好、3=尚可、2=不好、1=非常不好	位/等
14 檢查過程與結果的品質	5=非常好、4=好、3=尚可、2=不好、1=非常不好(並填寫分數)	位/等 /連續
15 民眾對於醫師建議的遵從性	5=非常好、4=好、3=尚可、2=不好、1=非常不好	位/等
16 可執行健檢服務的專科科別(複選)	家醫科、內科、小兒科、外科、婦產科、其他	名義
17 檢查結果的準確性	5=非常好、4=好、3=尚可、2=不好、1=非常不好	位/等
18 貴院對成人預防保健服務的支持度	5=非常好、4=好、3=尚可、2=不好、1=非常不好	位/等
1 第一階段給付 300	5=非常滿意、4=滿意、3=尚可、2=不滿意、1=非常不滿意	位/等
2 第二階段給付 220	5=非常滿意、4=滿意、3=尚可、2=不滿意、1=非常不滿意	位/等
3 對民眾疾病預防的助益	5=非常有幫助、4=有幫助、3=普通、2=沒有幫助、1=非常沒有幫助(並填寫分數)	位/等 /連續

表 3-1、變項操作型定義(續五)

變項名稱	操作型定義	變項屬性
第三部份：基本資料		
1 醫院層級	醫學中心、區 醫院、 區醫院、 基層醫療所	名義
2 醫院屬性	團法人醫院、公立醫院、 私立醫院、衛生所、私人診所、其他	名義
3 職業科別	家醫科、內科、小兒科、外科、 婦產科、其他	名義
4 分局別	台北分局、北區分局、中區分局、 南區分局、高 分局、 區分局	名義
5 性別	男、女	名義
6 年齡	您是民國___年出生	連續
7 每週平均服務之人數	您平均每週服務___人	連續
8 是否有參加整合性照護計畫	有、無	名義



第三節 研究流程



第四節 研究對象與資料收集

一、研究對象

本研究對象分為醫院之家醫科主治醫師以及執行成人預防保健服務之西醫基層專科醫師。根據中 健康保險局 2007 年 9 月 4 日所提供之健保特約醫事機構，選取有提供成人預防保健服務之機構，西醫基層共 4630 家，本研究以一位醫師代表一家診所。由於醫院家醫科主治醫師人數隨著規 不同而有差異，因此不以醫院家數發 問卷，而是根據衛生署統計醫學層級之家醫科主治醫師人數，共 615 位(衛生署，2006)。

二、資料收集

本研究以結構式問卷進行調查。在西醫基層專科醫師方面，以普查方式進行郵寄問卷，共寄出 4630 份問卷，回收份數為 955 份，回收比率為 20.63%。在區 級以上醫院之家庭醫學科主治醫師方面，先列出區 層級以上之醫院名單，以 訪方式 醫院，取得醫院同意後再予以寄發問卷， 區醫院則每家醫院寄發兩份問卷，一共寄發 558 份，回收份數為 168 份，回收比率約 30.11%。

第五節 研究工具

一、問卷設計

本研究問卷以成人預防保健服務檢查單為主，並 相關專家與學者(基層醫師、醫院家醫科醫師、護理人員、衛生局保健業務承辦人員、醫院保健業務行人員、國民健康局科長)，透過專家會議進行討論，以做為問卷內容設計的參考依據。本研究之問卷內容主要包括下列三大部分：

第一部份：醫師基本特性(如性別、年齡、執業科別、所屬醫院層級、醫院屬性、分局別、每週執行成人健檢人次、家庭醫師整合性照護試辦計畫之參與)

第二部份：成人預防保健服務內容適切性(成人預防保健服務檢查單內容項目、受檢對象、檢查頻率)

第三部份：醫師對成人預防保健服務之評價(乳房觸診落實、直腸肛診落實、成人健檢服務品質、受檢對象對於醫師建議的遵從性、成人健檢檢查結果的準確性、醫療院所對於實施成人預防保健服務的支持度、成人預防保健服務對民眾疾病預防的助益、給付合理性)

二、問卷信效度

在效度測量方面，本研究以專家效度進行內容效度(content validity)的測量，依照研究變項的適用性來衡量 目，將 目區分為適合、不適合及修正後適合三種，並依專家提出之意見修改，將問卷內容定義 之 目予以 ，以確定問卷的完整性，經專家審查後， 合專家意見，採用 CVI(content validity index)的記分方式進行問卷效度的評估。專家評定為「適合」的 目給予三分、評定為「修正後適合」給予二分、評定為「不適合」則給予一分。本研究 4

位相關 之專家進行專家效度測量，本研究問卷之 CVI 平均值為 0.91，顯示本研究問卷效度良好。

在信度測量方面，本研究採取計 Cronbach's Alpha 數，確認問卷內容之一致性。Cronbach's Alpha 數表示各受訪者回答問卷內容的一致性，數愈大表示問卷內容一致性愈高。一般而言數高於 0.7 則表示問卷內容信度佳，本研究分別針對「醫師自覺成人預防保健服務之品質層面」內容項目進行信度檢定，其 Cronbach's Alpha 數為 0.70。



第六節 資料分析

依照本研究之研究目的及問卷回收之結果進行整理與分析，並將統計方法分述如下：

一、描述性統計

描述性分析方面，以次數及百分比的方式來描述醫師基本特性、成人預防保健服務內容適切性及醫師對成人預防保健服務之認知與評價。

二、雙變項分析

本研究首先利用卡方檢定分析醫院醫師及基層醫師在醫師個人基本特性、自覺成人預防保健服務內容之適切性和醫師對成人健檢之認知與評價方面是否有差異。接著個別對醫院醫師和基層醫師進行 t-test 與 ANOVA 檢定，以「醫師自覺成人預防保健服務品質」和「醫師自覺成人預防保健服務對民眾助益」為依變項，以 1 至 100 分衡量，探討醫師不同基本特性及認知評價下，對「以醫師自覺成人預防保健服務品質」和「醫師自覺成人預防保健服務對民眾助益」是否有顯著差異。

三、複迴歸分析(multiple regression analysis)

本研究分別對醫院醫師和基層醫師採用複迴歸分析，以醫師自覺「成人預防保健服務對民眾助益」為依變項，以 1 至 100 分衡量，自變項為醫師基本特性與醫師對成人健檢之認知與評價，分析影響「醫師自覺成人預防保健服務對民眾助益」之因素。

第四章 研究結果

本研究結果分為四大部分加以描述，第一部分為樣本代表性分析，了解本研究樣本與母體之分佈情形是否有所異同，利用適合度檢定分析本研究之樣本是否具代表性。第二部份為樣本描述性統計分析及雙變項分析，主要針對本研究樣本在基本特性、自覺成人預防保健服務檢查單內容之適切性和對成人健檢之認知與評價等變項的分佈情形加以描述，利用卡方檢定醫院醫師與基層醫師在各變項間是否達顯著差異。第三部份利用 ANOVA 及 t-test 統計分析，分別依照醫院醫師和基層醫師之基本特性和對成人健檢之認知與評價等變項，比較在「自覺成人預防保健服務的品質」以及「自覺成人預防保健服務對民眾之助益」是否有差異，並利用 scheffe 進行事後檢定。第四部份以複迴歸分析(Regression analysis)，找出影響醫師「自覺成人預防保健服務對民眾助益」的顯著因素。

第一節 樣本代表性分析

本研究共計回收 1123 份醫師問卷，基層診所回收 955 份，醫院回收 168 份，其中醫學中心回收 51 份、區醫院回收 54 份、區醫院回收 63 份。根據健康保險局 2007 年特約醫事機構調查，找出符合本研究的母群體，即登記執行成人健檢的基層診所 4630 家，本研究設計為一家診所以一位醫師為代表，共寄出 4630 份問卷；在醫院母群體方面，由於醫院的規模大小導致科別的醫師人數而有所差異，因此不以健保資料找出執行成人預防保健服務的醫院家數，而是以醫學中心、區醫院、區醫院有執行成人預防保健服務的家醫科主治醫師數為母群體，一共 615 位。

將基層醫師和醫院醫師問卷回收比例做適合度檢定，達統計上的顯著差異($p < 0.05$)，因此本研究將資料分成基層醫師和醫院醫師各

自分析。醫院家醫科主治醫師的適合度檢定方面，問卷回收數佔醫學層級家醫科主治醫師人數的比例，醫學中心為 38.35%、區醫院為 24.11%、區醫院為 24.42%，醫院層級適合度檢定未達顯著差異 ($p>0.05$)，因此醫院醫師之問卷有一定代表性(詳見表 4-1)。

表 4-1、本研究樣本與醫院家醫科主治醫師母群體適合度檢定

變項	醫學中心	區醫院	區醫院
母群體	133	224	258
樣本	51	54	63
回收百分比	35.35	24.11	24.42
P 值			0.06

(資料來源：衛生署 2006 年醫院專科醫師專任人數統計)

第二節 樣本描述性分析及雙變項分析

一、受訪醫師基本特性

本研究共計回收 1123 份醫師問卷，其中 168 份問卷為醫院醫師填答，955 份問卷為基層醫師填答，將基層及醫院回收之問卷進行卡方檢定，發現本研究樣本的性別、年齡、每週服務成人健檢人次和有無參加家庭醫師整合性照護試辦計畫等基本特性，在基層診所和醫院的分佈達顯著差異 ($p<0.05$)，分局別則未達顯著差異 ($p>0.05$)。在性別方面，醫院(78.18%)和基層診所(91.76%)皆以男性醫師多；醫院醫師年齡集中於「36-45 歲」(39.87%)，基層醫師集中於「46-55 歲」(41.42%)，醫院醫師平均年齡為 43.06 歲較基層醫師平均年齡為 50.43 歲年。醫院醫師每週服務成人健檢人次顯著高於基層醫師(醫院平均每週服務約 19 人、診所約 9 人)，但在參加「家庭醫師整合性照護

試辦計畫」的比例卻低於基層醫師(醫院為 22.5%、基層為 34.79%)(詳見表 4-2)。

二、醫師自覺成人預防保健服務檢查單內容項目之適切性

(一)受檢對象與頻率

基層和醫院醫師在針對成人預防保健服務所規定的受檢年齡層以及受檢頻率方面，均達顯著差異($p < 0.05$)。醫院醫師認為受檢對象設定在 40 歲以上為適當者(71.08%)高於基層醫師(58.26%)，但仍有 24.70%的醫院醫師和 39.72%的基層醫師認為應降低受檢年齡層，平均年齡應降至 32 歲左右；針對 40~64 歲每三年提供一次健檢的頻率，認為應增加檢查頻率的醫師比例(醫院為 48.8%，診所為 72.06%)高於認為檢查頻率為適當的醫師比例(醫院為 46.39%，診所為 25.61%)；認為 65 歲以上每年提供一次健檢的頻率為適當的醫院和基層醫師分別為 92.12%和 88.59%(詳見表 4-3-1)。

(二)成人預防保健服務檢查單內容

1. 疾病史項目的新增

本研究經專家的建議後，認為原有的疾病史和家族疾病史應保留，並建議增加「慢性吸疾病」、「痛風」、「骨質疏鬆」與「癌症」等諮詢，以上項目除「骨質疏鬆」外，皆有 70% 以上的醫師建議新增。醫院醫師建議新增「骨質疏鬆」與「癌症」疾病史項目的比例(64.42%，84.96%)皆高於基層醫師(48.37%，71.96%)，達統計上顯著差異($p < 0.05$)。「慢性吸疾病」和「痛風」在醫院醫師和基層醫師的分佈則未達顯著差異($p > 0.05$)。在個人疾病史的開方面，建議新增「C 型肝炎」、「精神疾病」等的醫師較多；在家族疾病史方面，則是建議新增「大腸癌」、「精神疾病」等較為多數(詳見表 4-3-2)。

2.健康行為項目之保留

「最近一年吸菸情形」、「最近一年酒情形」、「最近一年情形」、「最近一年運動情形」、「女性今年是否有接受子宮頸抹片檢查」皆有80%以上的醫師建議保留，醫院醫師建議保留的比例皆高於基層醫師。其中「最近一年吸菸情形」、「最近一年酒情形」和「最近一年情形」在醫院醫師和基層診所醫師的分佈上達顯著差異($p < 0.05$)，不建議保留或認為可以不做此三項健康行為諮詢的基層醫師(7.56%、7.92%、8.77%)顯著高於醫院醫師(2.4%、3.03%、4.24%)。研究樣本在「最近一年運動情形」、「開車或騎車情形—使用安全帶或安全帽」、「開車或騎車情形—應酒後開車情形」、「習慣」、「女性今年是否有接受子宮頸抹片檢查」、「每天習慣」、「每天食用和水果情形」在醫院醫師和基層診所醫師的分佈未達顯著差異($p > 0.05$)。

高達九成以上的醫師建議保留「女性今年是否有接受子宮頸抹片檢查」(醫院醫師為95.09%，基層醫師為92.18%)，顯示醫師認為諮詢此健康行為是非常重要；近七成的醫師建議保留「每天食用和水果情形」(醫院醫師為68.99%，基層醫師為63.49%)；「開車或騎車情形—使用安全帶或安全帽」、「開車或騎車情形—應酒後開車情形」、「每天習慣」僅有40%至50%的醫師比例認為應該保留(詳見表4-3-3)。

3.身體檢查項目之新增

「腰圍檢查」和「聽力檢查」在醫院和基層醫師的分佈皆達顯著的統計差異($p < 0.05$)。醫院醫師(83.53%)建議新增「腰圍檢查」高於基層醫師(54.17%)，基層醫師不建議新增和認為可以不做(12.96%，12.85%)皆高於醫院(3.05%，2.44%)。醫院醫師(26.54%)

建議新增「聽力檢查」高於基層醫師(18.54%)，不建議新增的基層醫師為 24.75%，認為可以不做的有 22.97%，醫院醫師僅有 9.88%不建議新增，18.52%認為可以不做的。因此，醫院醫師較基層醫師建議新增此兩項身體檢查(詳見表 4-3-4)。

4. 身體檢查項目之保留

在原有的身體檢查項目中，醫師建議保留「左 乳房檢查」、「右 乳房檢查」和「直腸肛診檢查」的比例相較於其他檢查項目為低。建議保留「乳房檢查」的醫師僅約六成，建議保留「直腸肛診檢查」的醫師比例更少，醫院醫師為 53.09%，基層醫師為 43.42%。其他檢查項目如「喉及口 檢查」、「頸部淋腫大檢查」、「頸部 狀 腫大檢查」、「 部檢查」、「心臟聽診檢查」、「腹部檢查」、「四 檢查」均有 85%以上的醫院醫師和基層醫師建議保留。其中以「頸部 狀 腫大檢查」和「 部檢查」在醫院醫師和基層醫師的分佈達顯著的統計差異($P < 0.05$)，其他項目則未達顯著差異($P > 0.05$)。醫院醫師建議保留「頸部 狀 腫大檢查」的比例(97.51%)高於基層醫師(92.10%)；醫院醫師建議保留「 部檢查」的比例(96.88%)高於基層醫師(91.54%)(詳見表 4-3-4)。

5. 實驗室檢查項目的保留

觀而言，建議保留原有實驗室檢查項目的醫師比例均高達 80%以上且基層醫師比例高於醫院醫師。其中建議保留「尿液檢查--酸 度」(74.85%)和「生化檢查--球蛋白」(68.32%)的醫院醫師較少。

實驗室檢查項目在基層和醫院醫師的分佈達統計上顯著差異($p < 0.05$)的有尿液檢查之「酸 度」、「潛血」、「外觀」、「細菌」

和生化檢查之「白蛋白」、「球蛋白」、「AST(GOT)」、「ALT(GPT)」、「尿素氮」、「尿酸」。

建議保留尿液檢查之「酸度」、「潛血」、「外觀」、「細菌」的基層醫師(87.46%、97.76%、90.84%、92.95%)高於醫院醫師(74.85%、93.34%、80.24%、82.83%)；認為可以不做或不建議保留的醫院醫師(22.69%、5.45%、14.81%、10.43%)高於基層診所醫師(10.29%、1.27%、7.97%、4.99%)。建議保留生化檢查之「白蛋白」、「球蛋白」、「AST(GOT)」、「ALT(GPT)」、「尿素氮」、「尿酸」的基層醫師(89.52%、87.05%、98.09%、99.25%、96.51%、98.94%)皆高於醫院醫師(82.32%、68.32%、92.73%、98.18%、87.35%、96.39%)，其中「球蛋白」在醫院和基層醫師的分佈下有明顯的差異，約二成五之醫院醫師認為可以不做或不建議保留此項檢查，診所醫師僅約一成(詳見表 4-3-5)。

6. 實驗室檢查項目的新增

本研究經專家會議後，建議新增的實驗室檢查項目有「量尿蛋白」、「平均血球容積」、「血型」、「高密度脂蛋白膽固醇」、「低密度脂蛋白膽固醇」、「A 型肝炎 M 型抗體」、「B 型肝炎表面抗原」、「B 型肝炎表面抗體」、「C 型抗體」、「潛血」，除「高密度脂蛋白膽固醇」在基層和醫院醫師的分佈未達統計上的顯著差異($p>0.05$)，其餘皆達顯著差異($p<0.05$)。

建議新增項目中以「量尿蛋白」、「血型」、「A 型肝炎 M 型抗體」的比例較低。醫院醫師建議新增「量尿蛋白」的有 45%，基層醫師為 54.13%；建議新增「血型」的醫院醫師為 20.37%，基層醫師為 33.79%；建議新增「A 型肝炎 M 型抗體」的醫院醫師為 21.47%，基層醫師為 43.31%。其他的新增實驗室檢查項目

皆有 數以上的醫師建議新增，其中以建議新增「高密度脂蛋白膽固醇」的比例最高(醫院為 75.30%，基層為 79.00%)；建議新增「B 型肝炎表面抗原」的比例次之(醫院為 66.86%，基層為 76.71%)。建議新增「 潛血」的醫院醫師(87.73%)顯著高於基層醫師(63.82%)。

整體而言，建議新增實驗室檢查的基層醫師多於醫院醫師。在本研究中新增的實驗室檢查項目中，僅有「平均血球容積」、「 潛血」是醫院醫師建議新增的比例高過於基層醫師(詳見表 4-3-6)。

7. 新增健康諮詢項目與檢查結果的 現方式

經專家會議決定保有原有的健康諮詢項目但建議新增「流感疫苗注射情形」和「乳房自我檢查」等項目，本研究約有 50.31% 的醫院醫師和 39.67% 的基層醫師建議新增「流感疫苗注射情形」，建議新增「乳房自我檢查」的醫院和基層醫師分別為 47.85% 和 51.58%。

成人健檢檢查與結果的 現方式在基層和醫院的分 達顯著差異($p < 0.05$)，建議修改為方案一的醫師(醫院為 52.8%，基層為 47.87%)高於建議修改為方案二的醫師(醫院為 27.95%，基層為 17.64%)，醫院醫師認為不用修改的比例為 16.15%，基層醫師則為 32.36%，代表多數醫師建議修改檢查與結果的 現方式(詳見表 4-3-1)。

三、醫師自覺成人預防保健服務之評價

健檢過程與結果的品質、醫師自覺民眾遵從性、檢查結果準確性、醫療院所對成人健檢的支持度、成人健檢對民眾疾病預防的助益和健保給付標準等變項在醫院和基層醫師分佈未達統計上之顯著差

異($p>0.05$)。以上變項除「健保給付」外，皆有 70% 以上的醫師給予正向的評價，其中醫療院所對成人健檢的支持度更高達 90% 以上。

多數醫師皆認為檢查過程與結果的品質是好的(醫院為 80.13%、基層為 78.29%)，但在「乳房觸診」和「直腸肛診」的落實方面卻不好，且此兩變項在醫院醫師和基層醫師的分佈達顯著差異($p<0.05$)。有 48.78% 的醫院醫師和 59.02% 的基層醫師認為不落實「乳房觸診」，有 53.01% 的醫院醫師和 66.45% 的基層醫師認為不落實「直腸肛診」。醫院醫師認為落實檢查(落實乳房觸診為 41.47%，直腸肛診為 36.75%) 的比例高於基層醫師(落實乳房觸診為 22.28%，直腸肛診為 16.89%)。

在科別方面，醫師認同家醫科醫師執行成人預防保健的比例最高(醫院為 91.79%，基層為 99.40%)，內科醫師次之(醫院為 56.71%，基層為 82.51%)，其餘科別如小兒科、外科、婦產科等科別則未達 40%。

在健保給付方面，不滿意第一階段給付 300 元的醫院醫師有 46.59%，基層醫師有 44.23%；不滿意第二階段給付 220 元的醫院醫師為 50.61%，基層醫師為 56.14%，滿意第一階段和第二階段給付的醫院和基層醫師皆僅約一成左右。本研究的受訪醫院醫師認為第一階段給付平均應提高至 544.04 元，第二階段提高至 403.05 元；基層醫師認為第一階段平均應提高至 495.49 元，第二階段提高至 376.67 元。由此可知約有 數的醫師認為給付不足且建議增加的程度很高，醫院醫師建議給付金額高於基層醫師，只有一成的醫師滿意目前的給付(詳見表 4-4)。

第三節 成人健檢品質之雙變項及對民眾助益之雙變項

本研究分別對醫院和基層診所進行 ANOVA 檢定和 t-test，分析不同基本特性、對成人健檢認知與評價之醫師在「自覺成人預防保健服務品質」和「自覺成人預防保健服務對民眾助益」是否有顯著差異。

一、成人預防保健服務品質之雙變項分析

(一)醫院醫師

本研究利用 ANOVA 和 t-test 分析在不同特性下，醫師「自覺成人預防保健服務之品質」是否有顯著差異。研究結果發現醫院醫師在性別、醫院層級、醫院屬性、分局別、有無參加家庭醫師整合性照護試辦計畫、乳房觸診的落實、直腸肛診的落實、民眾遵從性、檢查結果的準確性、醫院對成人健檢的支持度、成人預防保健服務對民眾的助益、第一階段給付 300 等方面，達統計上的顯著差異($P<0.05$)。

女醫師認為成人健檢的品質高於男醫師，醫院層級愈高的醫師認為成人健檢的品質愈高，中區分局的醫師對成人健檢品質評價顯著高於高 分局，有參加家庭醫師整合性照護試辦計畫的醫師認為成人健檢的品質高於沒有參加的醫師(詳見表 4-5)。認為乳房觸診檢查和直腸肛診檢查非常落實的醫師，其自覺成人健檢品質愈佳；認為民眾遵從性好的醫師自覺品質高於遵從性不好；認為檢查結果準確性愈高的醫師自覺成人預防保健服務品質愈高；醫院的支持度 會影響醫師自覺成人預防保健服務的品質，支持度愈高的醫院，其自覺品質愈高；醫師認為成人健檢對民眾助益愈高者，其自覺成人健檢品質愈高(詳見表 4-6)；醫院醫師對於健保給付在自覺成人預防保健服務品質的雙變項分析中，不滿意給付的醫師其自覺成人預防保健服務之品質顯著高於非常不滿意的醫師(詳見表 4-7)。

(二)基層醫師

在基層醫師方面達統計上顯著差異($P<0.05$)，包括有無參加家庭醫師整合性照護試辦計畫、乳房觸診檢查的落實、直腸肛診檢查的落實、民眾遵從性、檢查結果的準確性、診所對成人健檢的支持度、第一階段給付 300 的滿意度、第二階段給付 220 的滿意度、成人預

防保健服務對民眾疾病預防的助益。

有參加家庭醫師整合性照護試辦計畫之基層醫師自覺成人預防保健服務品質比沒有參加的醫師高(詳見表 4-8)，結果與醫院醫師意見相同。基層醫師認為有落實乳房觸診和直腸肛診檢查對成人健檢的品質較佳；認為民眾遵從性、檢查結果準確性和診所的支持度愈好之基層醫師，其自覺成人預防保健服務品質愈高；基層醫師認為成人健檢對民眾助益愈高者，其自覺成人健檢品質愈高(詳見表 4-9)。不滿意第一階段和第二階段給付的基層醫師，其自覺成人健檢的品質高於認為給付為尚可的醫師(詳見表 4-10)。

二、成人預防保健服務對民眾助益之雙變項分析

(一)醫院醫師

針對醫院醫師在不同特性下分析其「自覺成人健檢對民眾疾病預防的助益」是否有顯著差異。醫師基本特性以性別、分局別達統計上的顯著差異($P < 0.05$)；在適切性和評價方面，乳房觸診和直腸肛診檢查的落實、檢查過程與結果的品質、民眾遵從性、檢查結果的準確性、醫院的支持度達統計上的顯著差異($P < 0.05$)；醫院醫師對於健保給付在「評價成人預防保健服務對民眾助益」的雙變項分析中，並無達統計上的顯著意義($P > 0.05$)。女醫師認為成人健檢對民眾助益高於男醫師(詳見表 4-11)；認為有落實乳房觸診和直腸肛診檢查的醫師和認為檢查過程與結果的品質、民眾遵從性和檢查結果的準確性愈好的醫師，自覺成人健檢對民眾的助益愈高(詳見表 4-12)。

(二)基層診所醫師

分析不同特性的基層醫師在「自覺成人健檢對民眾疾病預防的助益」有無顯著差異，其中以性別、每週服務成人健檢人次、有無參加家庭醫師整合性照護試辦計畫達統計上的顯著差異($P < 0.05$)。研究結

果顯示性別方面與醫院醫師不同，基層診所的男醫師認為成人健檢對民眾的助益高過於女醫師，服務量方面以每週服務人次達 11 人以上的醫師自覺助益顯著高於每週服務人次低於 2 人的醫師；有參加家庭醫師整合性照護試辦計畫的醫師自覺助益高於沒有參加的醫師(詳見表 4-14)。檢查過程與結果的品質、民眾遵從性、檢查結果的準確性、診所的支持度、第一階段給付 300 和 第二階段給付 220 的滿意度達顯著差異($P < 0.05$)，認為成人健檢品質、民眾遵從性、檢查結果準確性和診所支持度愈高的基層醫師，其自覺成人健檢的助益也愈高(詳見表 4-15)。

第四節 複迴歸分析

本研究以複迴歸式找出影響醫師自覺成人預防保健服務對民眾助益之顯著相關因素，其自變項為 t-test 和 ANOVA 檢定中 p 值小於 0.25 者 入複迴歸分析，迴歸式調整後的解力在醫院醫師方面為 0.281，基層醫師為 0.357。迴歸分析的結果顯示醫院醫師自覺成人預防保健服務對民眾助益之顯著影響因素($p < 0.05$)包括「醫師認為民眾的遵從性」和「醫師認為醫療院所之支持度」；診所醫師方面的顯著因素($p < 0.05$)則是包括「性別」、「醫師每週服務成人健檢人次」、「醫師認為檢查過程與結果的品質」、「醫師認為民眾的遵從性」、「醫師認為檢查結果的準確性」、「醫療院所支持度」。其中「醫師認為檢查過程與結果的品質」、「醫師認為民眾的遵從性」、「醫師認為檢查結果的準確性」、「醫療院所支持度」是依 Likert's Scale 五分法加以衡量(1-5 分，非常不好-非常好)。

就醫院醫師而言，根據表 4-17 發現認為民眾遵從性愈好的醫院醫師，其自覺成人預防保健對於民眾助益愈高，遵從性每增加一等級，其醫師自覺成人預防保健服務助益平均增加 1.93 分；認為醫療

院所支持成人預防保健服務的醫院醫師，其自覺成人預防保健服務助益比認為醫療院所不支持的醫師高，支持度每增加一等級，其自覺成人預防保健服務助益平均增加 4.22 分。

就基層醫師而言，由表 4-18 發現男醫師認為成人健檢對民眾的助益高於女醫師，平均高出 2.42 分。每週服務 11~20 人的基層醫師自覺成人健檢的助益高於每週服務人次低於 3 人之醫師，平均高出 2.30 分。基層醫師評價成人預防保健服務品質愈好者，其自覺成人預防保健服務助益愈高，品質評價每增加一等級，其醫師自覺成人預防保健服務之助益平均增加 2.36 分。認為民眾遵從性愈好的基層醫師，其自覺成人預防保健對於民眾助益愈高，遵從性每增加一等級其醫師自覺成人預防保健服務助益平均增加 1.79 分。基層醫師認為檢查結果準確性愈高者，其自覺成人預防保健服務助益愈高，準確性每增加一等級，其自覺成人預防保健助益平均增加 2.65 分。認為醫療院所支持成人預防保健服務的基層醫師，其自覺成人預防保健服務助益比認為醫療院所不支持的醫師高，支持度每增加一等級，其自覺成人預防保健服務助益平均增加 4.67 分。

表 4-2、受訪醫師基本資料

變 項	總數 (N=1123)		醫院 (N=168)		診所 (N=955)		χ^2 P 值
	N	%	N	%	N	%	
性別							
男	975	89.70	129	78.18	846	91.76	<0.001*
女	112	10.30	36	21.82	76	8.24	
遺 值	36	-	3	-	33	-	
年齡 ^a							
35歲以下	77	7.26	36	22.78	41	4.54	<0.001*
36~45歲	303	28.56	63	39.87	240	26.58	
46~55歲	414	39.02	40	25.32	374	41.42	
56~65歲	208	19.60	17	10.76	191	21.15	
66歲以上	59	5.56	2	1.27	57	6.31	
遺 值	62	-	10	-	52	-	
醫學層級							
醫學中心	51	4.54	51	30.36	-	-	NA
區 醫院	54	4.81	54	32.14	-	-	
區醫院	63	5.61	63	37.50	-	-	
基層醫療診所	955	85.04	-	-	955	100.00	
醫院屬性							
團法人醫院	62	5.53	62	36.90	-	-	NA
公立醫院	50	4.46	50	29.76	-	-	
私立醫院	56	5.00	56	33.33	-	-	
衛生所	87	7.76	-	-	87	9.13	
私人診所	866	77.25	-	-	866	90.87	
遺 值	2	-	0	-	2	-	
執業科別							
家醫科	624	57.83	156	95.71	468	51.09	NA
內科	282	26.14	9	5.52	273	29.80	
小兒科	163	15.11	3	1.84	160	17.47	
外科	67	6.21	2	1.23	65	7.10	
婦產科	91	8.43	2	1.23	89	9.72	
其他b.	50	4.63	1	0.61	49	5.35	
遺 值	44	-	5	-	39	-	

^a 全部受訪醫師平均年齡為 49.33 歲，標準差為 9.82；

醫院醫師平均年齡為 43.06 歲，標準差為 9.15；

診所醫師平均年齡為 50.43 歲，標準差為 9.53

^b 如一般科、喉科等

NA 表示無法進行卡方檢定

*為 P 值<0.05，達統計上顯著差異

表 4-2、受訪醫師基本資料(續)

變 項	總數 (N=1123)		醫院 (N=168)		診所 (N=955)		χ^2 P 值
	N	%	N	%	N	%	
分局別							
台北分局	255	22.73	37	22.02	218	22.85	0.133
北區分局	184	16.40	38	22.62	146	15.30	
中區分局	248	22.10	35	20.83	213	22.33	
南區分局	202	18.00	33	19.64	169	17.71	
高 分局	188	16.76	20	11.90	168	17.61	
區分局	45	4.01	5	2.98	40	4.19	
遺 值	1	-	0	-	1	-	
每週服務成人健檢人次							
2人以下	235	23.76	9	5.92	226	27.00	<0.001*
3~5人	262	26.49	18	11.84	244	29.15	
6~10人	263	26.59	42	27.63	221	26.40	
11~20人	140	14.16	45	29.61	95	11.35	
21人以上	89	9.00	38	25.00	51	6.09	
遺 值	134	-	16	-	118	-	
參加家庭醫師整合 性照護試辦計畫							
是	355	32.96	36	22.50	319	34.79	0.002*
否	722	67.04	124	77.50	598	65.21	
遺 值	46	-	8	-	38	-	

：*為 P 值<0.05，達統計上顯著差異

表 4-3-1、醫師對成人健檢單內容-「一般項目」之建議

變 項	總數 (N=1123)		醫院 (N=168)		診所 (N=955)		χ^2 P 值
	N	%	N	%	N	%	
受檢年齡層設為40歲							
適當	668	60.18	118	71.08	550	58.26	<0.001*
須降低年齡層 ^a	416	37.48	41	24.70	375	39.72	
需提高年齡層	16	1.44	6	3.61	10	1.06	
其他 ^b	10	0.90	1	0.60	9	0.95	
遺 值	13	-	2	-	11	-	
40~64歲每三年提供一次							
適當	319	28.71	77	46.39	242	25.61	<0.001*
需減少檢查次數	9	0.81	5	3.01	4	0.42	
需增加檢查次數	762	68.59	81	48.80	681	72.06	
其他 ^c	21	1.89	3	1.81	18	1.90	
遺 值	12	-	2	-	10	-	
65歲以上每年提供一次							
適當	975	89.12	152	92.12	823	88.59	0.009*
需減少檢查次數	16	1.46	6	3.64	10	1.08	
需增加檢查次數	84	7.68	6	3.64	78	8.40	
其他	19	1.74	1	0.61	18	1.94	
遺 值	29	-	3	-	26	-	
新增健康諮詢項目(複選)							
流感疫苗注射情形	445	41.28	82	50.31	363	39.67	0.011*
乳房自我檢查	550	51.02	78	47.85	472	51.58	
不需要修改	406	37.70	50	30.86	356	38.91	
其他 ^d	23	2.13	5	3.07	18	1.97	
遺 值	45	-	5	--	40	-	
檢查與結果建議方式							
方案一 ^e	511	48.62	85	52.80	426	47.87	<0.001*
方案二 ^f	202	19.22	45	27.95	157	17.64	
不需要修改	314	29.88	26	16.15	288	32.36	
建議修改成其他	24	2.28	5	3.11	19	2.13	
遺 值	72	-	7	-	65	-	

: a 醫院醫師認為受檢年齡平均應降至 32.81 歲；診所醫師認為應降至 32.51 歲

b 如高危險群不規定年齡限制、30 歲以下有疾病者納入受點對象等

c 如有異常者應增加檢查次數、高危險群可不受 40-64 歲每三年一次檢查之限制等

d 如乳房攝影、肺癌疫苗、子宮頸癌疫苗、安全性行為、憂鬱症

e 方案一為正常、異常(定期_個月追蹤)、建議進一步檢查、建議接受治療

f 方案二為正常、無異常、因個人體質無異常、異常(但 須進一步治療或處)、異常(且須進一步治療或處)

費 精確檢定(Fisher's exact)

*為 P 值<0.05，達統計上顯著差異

表 4-3-2、醫師對成人健檢單內容-「新增疾病史項目」之建議

變 項 新增疾病史項目	總數 (N=1123)		醫院(N=168)		診所(N=955)		χ^2 P 值
	N	%	N	%	N	%	
慢性 吸 疾病							
不建議新增	54	5.08	6	3.68	48	5.33	0.221
可以不做	27	2.54	6	3.68	21	2.33	
無意見	171	16.09	18	11.04	153	17.00	
建議新增	569	53.53	91	55.83	478	53.11	
強烈建議新增	242	22.77	42	25.77	200	22.22	
遺 值	60	-	5	-	55	-	
痛風							
不建議新增	55	5.18	8	4.85	47	5.25	0.928
可以不做	27	2.54	3	1.82	24	2.68	
無意見	198	18.66	33	20.00	165	18.42	
建議新增	582	54.85	88	53.33	494	55.13	
強烈建議新增	199	18.76	33	20.00	166	18.53	
遺 值	62	-	3	-	59	-	
骨質疏鬆							
不建議新增	92	9.26	13	7.98	79	9.51	0.005*
可以不做	72	7.24	7	4.29	65	7.82	
無意見	323	32.49	38	23.31	285	34.30	
建議新增	392	39.44	82	50.31	310	37.30	
強烈建議新增	115	11.57	23	14.11	92	11.07	
遺 值	129	-	5	-	124	-	
癌症							
不建議新增	53	5.35	6	3.92	47	5.61	0.006*
可以不做	27	2.72	3	1.96	24	2.86	
無意見	178	17.96	14	9.15	164	19.57	
建議新增	454	45.81	73	47.71	381	45.47	
強烈建議新增	279	28.15	57	37.25	222	26.49	
遺 值	132	-	15	-	117	-	

：*為 P 值<0.05，達統計上顯著差異

表 4-3-3、醫師對成人健檢單內容-「健康行為」之建議

變 項 原有健康行為諮詢	總數 (N=1123)		醫院 (N=168)		診所 (N=955)		χ^2 P 值
	N	%	N	%	N	%	
最近 年吸菸情形							
不建議保留	27	2.47	2	1.20	25	2.70	0.002*
可以不做	47	4.30	2	1.20	45	4.86	
無意見	45	4.12	7	4.22	38	4.10	
建議保留	659	60.35	88	53.01	571	61.66	
強烈建議保留	314	28.75	67	40.36	247	26.67	
遺 值	31	-	2	-	29	-	
最近 年 酒情形							
不建議保留	28	2.58	2	1.21	26	2.82	0.008*
可以不做	50	4.60	3	1.82	47	5.10	
無意見	46	4.24	7	4.24	39	4.23	
建議保留	668	61.51	91	55.15	577	62.65	
強烈建議保留	294	27.07	62	37.58	232	25.19	
遺 值	37	-	3	-	34	-	
最近 年 情形							
不建議保留	33	3.03	5	3.03	28	3.03	0.008*
可以不做	55	5.05	2	1.21	53	5.74	
無意見	45	4.13	7	4.24	38	4.11	
建議保留	649	59.60	88	53.33	561	60.71	
強烈建議保留	307	28.19	63	38.18	244	26.41	
遺 值	34	-	3	-	31	-	
最近 年運動情形							
不建議保留	47	4.39	3	1.83	44	4.86	0.117
可以不做	101	9.44	12	7.32	89	9.82	
無意見	48	4.49	7	4.27	41	4.53	
建議保留	635	59.35	95	57.93	540	59.60	
強烈建議保留	239	22.34	47	28.66	192	21.19	
遺 值	53	-	4	-	49	-	
開車或騎車情形 (使用安全帶或安全帽)							
不建議保留	217	20.06	20	12.12	197	21.48	0.093
可以不做	359	33.18	62	37.58	297	32.39	
無意見	29	2.68	4	2.42	25	2.73	
建議保留	366	33.83	60	36.36	306	33.37	
強烈建議保留	111	10.26	19	11.52	92	10.03	
遺 值	41	-	3	-	38	-	
開車或騎車情形 (應 酒後，開車情形)							
不建議保留	205	18.93	18	10.84	187	20.39	0.052
可以不做	332	30.66	55	33.13	277	30.21	
無意見	28	2.59	3	1.81	25	2.73	
建議保留	390	36.01	69	41.57	321	35.01	
強烈建議保留	128	11.82	21	12.65	107	11.67	
遺 值	40	-	2	-	38	-	

*為 P 值<0.05，達統計上顯著差異

表 4-3-3、醫師對成人健檢單內容-「健康行為」之建議(續)

變 項 原有健康行為諮詢	總數 (N=1123)		醫院 (N=168)		診所 (N=955)		χ^2 P 值
	N	%	N	%	N	%	
習慣							
不建議保留	126	11.84	11	6.79	115	12.75	0.162
可以不做	237	22.27	40	24.69	197	21.84	
無意見	32	3.01	7	4.32	25	2.77	
建議保留	532	50.00	86	53.09	446	49.45	
強烈建議保留	137	12.88	18	11.11	119	13.19	
遺 值	59	-	6	-	53	-	
女性今年是否 有接受子宮頸抹片檢查							
不建議保留	31	2.86	1	0.61	30	3.26	0.072
可以不做	30	2.77	3	1.84	27	2.93	
無意見	19	1.75	4	2.45	15	1.63	
建議保留	661	61.03	92	56.44	569	61.85	
強烈建議保留	342	31.58	63	38.65	279	30.33	
遺 值	40	-	5	-	35	-	
每天 習慣							
不建議保留	151	14.03	20	12.35	131	14.33	0.122
可以不做	334	31.04	62	38.27	272	29.76	
無意見	47	4.37	10	6.17	37	4.05	
建議保留	455	42.29	60	37.04	395	43.22	
強烈建議保留	89	8.27	10	6.17	79	8.64	
遺 值	47	-	6	-	41	-	
每天食用 和水果情形							
不建議保留	99	9.52	10	6.33	89	10.09	0.537
可以不做	238	22.88	33	20.89	205	23.24	
無意見	34	3.27	6	3.80	28	3.17	
建議保留	531	51.06	86	54.43	445	50.45	
強烈建議保留	138	13.27	23	14.56	115	13.04	
遺 值	83	-	10	-	73	-	

: 費 精確檢定(Fisher's exact)

表 4-3-4、醫師對成人健檢單內容-「身體檢查」之建議

變 項 身體檢查	總數 (N=1123)		醫院 (N=168)		診所 (N=955)		χ^2 P 值
	N	%	N	%	N	%	
新增身體檢查							
腰圍檢查							
不建議新增	126	11.48	5	3.05	121	12.96	<0.001*
可以不做	124	11.29	4	2.44	120	12.85	
無意見	205	18.67	18	10.98	187	20.02	
建議新增	416	37.89	70	42.68	346	37.04	
強烈建議新增	227	20.67	67	40.85	160	17.13	
遺 值	25	-	4	-	21	-	
聽力檢查							
不建議新增	239	22.48	16	9.88	223	24.75	<0.001*
可以不做	237	22.30	30	18.52	207	22.97	
無意見	377	35.47	73	45.06	304	33.74	
建議新增	174	16.37	36	22.22	138	15.32	
強烈建議新增	36	3.39	7	4.32	29	3.22	
遺 值	60	-	6	-	54	-	
原有身體檢查							
喉及口 檢查							
不建議保留	28	2.59	4	2.50	24	2.61	0.680
可以不做	39	3.61	7	4.38	32	3.48	
身體不適時建議	80	7.41	11	6.88	69	7.50	
建議保留	744	68.89	104	65.00	640	69.57	
強烈建議保留	189	17.50	34	21.25	155	16.85	
遺 值	43	-	8	-	35	-	
頸部淋 腫大檢查							
不建議保留	15	1.38	2	1.24	13	1.40	0.057
可以不做	16	1.47	1	0.62	15	1.62	
身體不適時建議	50	4.60	3	1.86	47	5.08	
建議保留	787	72.40	111	68.94	676	73.00	
強烈建議保留	219	20.15	44	27.33	175	18.9	
遺 值	36	-	7	-	29	-	
頸部 狀 腫大檢查							
不建議保留	17	1.57	2	1.25	15	1.62	0.018*
可以不做	14	1.29	1	0.63	13	1.41	
身體不適時建議	46	4.24	1	0.63	45	4.87	
建議保留	795	73.34	113	70.63	682	73.81	
強烈建議保留	212	19.56	43	26.88	169	18.29	
遺 值	39	-	8	-	31	-	
部檢查							
不建議保留	14	1.29	2	1.25	12	1.30	0.016*
可以不做	22	2.03	1	0.63	21	2.28	
身體不適時建議	47	4.34	2	1.25	45	4.88	
建議保留	776	71.65	109	68.13	667	72.26	
強烈建議保留	224	20.68	46	28.75	178	19.28	
遺 值	40	-	8	-	32	-	

：*為 P 值<0.05，達統計上顯著差異

表 4-3-4、醫師對成人健檢單內容-「身體檢查」之建議(續)

變 項 原有身體檢查	總數 (N=1123)		醫院 (N=168)		診所 (N=955)		χ^2 P 值
	N	%	N	%	N	%	
心臟聽診檢查							
不建議保留	12	1.11	2	1.24	10	1.09	0.121
可以不做	16	1.48	1	0.62	15	1.63	
身體不適時建議	43	3.97	4	2.48	39	4.23	
建議保留	768	70.98	106	65.84	662	71.88	
強烈建議保留	243	22.46	48	29.81	195	21.17	
遺 值	41	-	7	-	34	-	
左 乳房檢查							
不建議保留	79	7.25	12	7.45	67	7.22	0.433
可以不做	156	14.33	23	14.29	133	14.33	
身體不適時建議	175	16.07	23	14.29	152	16.38	
建議保留	557	51.15	78	48.45	479	51.62	
強烈建議保留	122	11.20	25	15.53	97	10.45	
遺 值	34	-	7	-	27	-	
右 乳房檢查							
不建議保留	79	7.27	12	7.45	67	7.24	0.486
可以不做	154	14.18	22	13.66	132	14.27	
身體不適時建議	170	15.65	23	14.29	147	15.89	
建議保留	560	51.57	79	49.07	481	52.00	
強烈建議保留	123	11.33	25	15.53	98	10.59	
遺 值	37	-	7	-	30	-	
腹部檢查							
不建議保留	23	2.13	4	2.48	19	2.07	0.119
可以不做	30	2.78	2	1.24	28	3.05	
身體不適時建議	91	8.44	9	5.59	82	8.94	
建議保留	743	68.92	108	67.08	635	69.25	
強烈建議保留	191	17.72	38	23.60	153	16.68	
遺 值	45	-	7	-	38	-	
直腸肛診檢查							
不建議保留	128	11.74	13	8.02	115	12.39	0.154
可以不做	221	20.28	29	17.90	192	20.69	
身體不適時建議	252	23.12	34	20.99	218	23.49	
建議保留	390	35.78	66	40.74	324	34.91	
強烈建議保留	99	9.08	20	12.35	79	8.51	
遺 值	33	-	6	-	27	-	
四 檢查							
不建議保留	23	2.25	3	1.94	20	2.31	0.251
可以不做	46	4.51	6	3.87	40	4.62	
身體不適時建議	69	6.76	5	3.23	64	7.39	
建議保留	713	69.83	109	70.32	604	69.75	
強烈建議保留	170	16.65	32	20.65	138	15.94	
遺 值	102	-	13	-	89	-	

表 4-3-5、醫師對成人健檢單內容-「原有實驗室檢查」之建議

變 項 原有實驗室檢查	總數 (N=1123)		醫院 (N=168)		診所 (N=955)		χ^2 P 值
	N	%	N	%	N	%	
尿液檢查							
酸 度							
不建議保留	38	3.47	7	4.29	31	3.32	<0.001*
可以不做	95	8.67	30	18.40	65	6.97	
身體不適時建議	25	2.28	4	2.45	21	2.25	
建議保留	639	58.30	91	55.83	548	58.74	
強烈建議保留	299	27.28	31	19.02	268	28.72	
遺 值	27	-	5	-	22	-	
蛋白質							
不建議保留	5	0.45	0	0.00	5	0.53	0.840
可以不做	6	0.54	0	0.00	6	0.64	
身體不適時建議	9	0.81	2	1.21	7	0.74	
建議保留	688	62.15	102	61.82	586	62.21	
強烈建議保留	399	36.04	61	36.97	338	35.88	
遺 值	16	-	3	-	13	-	
糖							
不建議保留	9	0.81	2	1.21	7	0.74	0.155
可以不做	12	1.08	4	2.42	8	0.85	
身體不適時建議	6	0.54	2	1.21	4	0.42	
建議保留	687	62.06	102	61.82	585	62.10	
強烈建議保留	393	35.50	55	33.33	338	35.88	
遺 值	16	-	3	-	13	-	
潛血							
不建議保留	9	0.81	4	2.42	5	0.53	0.012*
可以不做	12	1.08	5	3.03	7	0.74	
身體不適時建議	11	0.99	2	1.21	9	0.96	
建議保留	688	62.21	102	61.82	586	62.27	
強烈建議保留	386	34.90	52	31.52	334	35.49	
遺 值	17	-	3	-	14	-	
外觀							
不建議保留	32	2.94	7	4.32	25	2.69	<0.001*
可以不做	66	6.06	17	10.49	49	5.28	
身體不適時建議	19	1.74	8	4.94	11	1.19	
建議保留	661	60.64	95	58.64	566	60.99	
強烈建議保留	312	28.62	35	21.60	277	29.85	
遺 值	33	-	6	-	27	-	

: 費 精確檢定(Fisher's exact)

*為 P 值<0.05，達統計上顯著差異

表 4-3-5、醫師對成人健檢單內容-「原有實驗室檢查」之建議(續一)

變 項 原有實驗室檢查	總數 (N=1123)		醫院 (N=168)		診所 (N=955)		χ^2 P 值
	N	%	N	%	N	%	
尿液檢查							
血球							
不建議保留	5	0.45	1	0.61	4	0.43	0.078*
可以不做	10	0.90	4	2.44	6	0.64	
身體不適時建議	9	0.81	3	1.83	6	0.64	
建議保留	692	62.62	99	60.37	593	63.02	
強烈建議保留	389	35.20	57	34.76	332	35.28	
遺 值	18		4	-	14	-	
白血球							
不建議保留	5	0.45	1	0.61	4	0.43	0.140
可以不做	10	0.90	4	2.42	6	0.64	
身體不適時建議	12	1.09	3	1.82	9	0.96	
建議保留	688	62.26	100	60.61	588	62.55	
強烈建議保留	390	35.29	57	34.55	333	35.43	
遺 值	18	-	3	-	15	-	
上 細							
不建議保留	19	1.74	4	2.44	15	1.61	0.563
可以不做	57	5.21	12	7.32	45	4.84	
身體不適時建議	23	2.10	4	2.44	19	2.04	
建議保留	666	60.88	100	60.98	566	60.86	
強烈建議保留	329	30.07	44	26.83	285	30.65	
遺 值	29	-	4	-	25	-	
體							
不建議保留	18	1.65	4	2.45	14	1.51	0.213
可以不做	60	5.49	12	7.36	48	5.17	
身體不適時建議	27	2.47	7	4.29	20	2.15	
建議保留	671	61.45	100	61.35	571	61.46	
強烈建議保留	316	28.94	40	24.54	276	29.71	
遺 值	31	-	5	-	26	-	
細菌							
不建議保留	17	1.57	6	3.68	11	1.19	<0.001*
可以不做	46	4.24	11	6.75	35	3.80	
身體不適時建議	30	2.76	11	6.75	19	2.06	
建議保留	667	61.47	99	60.74	568	61.61	
強烈建議保留	325	29.95	36	22.09	289	31.34	
遺 值	38	-	5	-	33	-	

: 費 精確檢定(Fisher's exact)

*為 P 值<0.05, 達統計上顯著差異

表 4-3-5、醫師對成人健檢單內容-「原有實驗室檢查」之建議(續二)

變 項 原有實驗室檢查	總數 (N=1123)		醫院 (N=168)		診所 (N=955)		χ^2 P 值
	N	%	N	%	N	%	
血液檢查							
白血球							
不建議保留	5	0.45	0	0.00	5	0.53	0.671
可以不做	1	0.09	0	0.00	1	0.11	
身體不適時建議	9	0.81	2	1.21	7	0.74	
建議保留	651	58.91	93	56.36	558	59.36	
強烈建議保留	439	39.73	70	42.42	369	39.26	
遺 值	18	-	3	-	15	-	
血色素							
不建議保留	4	0.36	0	0.00	4	0.43	0.553
可以不做	1	0.09	0	0.00	1	0.11	
身體不適時建議	5	0.45	1	0.61	4	0.43	
建議保留	646	58.41	90	54.55	556	59.09	
強烈建議保留	450	40.69	74	44.85	376	39.96	
遺 值	17	-	3	-	14	-	
血球							
不建議保留	5	0.45	0	0.00	5	0.53	0.359
可以不做	9	0.81	3	1.83	6	0.64	
身體不適時建議	8	0.72	2	1.22	6	0.64	
建議保留	645	58.37	95	57.93	550	58.45	
強烈建議保留	438	39.64	64	39.02	374	39.74	
遺 值	18	-	4	-	14	-	
血小							
不建議保留	4	0.36	0	0.00	4	0.43	0.905
可以不做	1	0.09	0	0.00	1	0.11	
身體不適時建議	10	0.91	1	0.61	9	0.96	
建議保留	644	58.33	93	56.36	551	58.68	
強烈建議保留	445	40.31	71	43.03	374	39.83	
遺 值	19	-	3	-	16	-	

：費 精確檢定(Fisher's exact)

表 4-3-5、醫師對成人健檢單內容-「原有實驗室檢查」之建議(續三)

變 項 原有實驗室檢查	總數 (N=1123)		醫院 (N=168)		診所 (N=955)		χ^2 P 值
	N	%	N	%	N	%	
生化檢查							
白蛋白							
不建議保留	21	1.91	7	4.27	14	1.50	0.029*
可以不做	66	6.01	15	9.15	51	5.45	
身體不適時建議	40	3.64	7	4.27	33	3.53	
建議保留	617	56.14	91	55.49	526	56.26	
強烈建議保留	355	32.30	44	26.83	311	33.26	
遺 值	24	-	4	-	20	-	
球蛋白							
不建議保留	32	2.92	11	6.83	21	2.25	<0.001*
可以不做	96	8.77	29	18.01	67	7.17	
身體不適時建議	44	4.02	11	6.83	33	3.53	
建議保留	592	54.06	79	49.07	513	54.93	
強烈建議保留	331	30.23	31	19.25	300	32.12	
遺 值	28	-	7	-	21	-	
AST(GOT)							
不建議保留	8	0.72	4	2.42	4	0.42	0.004*
可以不做	15	1.36	5	3.03	10	1.06	
身體不適時建議	7	0.63	3	1.82	4	0.42	
建議保留	614	55.47	90	54.55	524	55.63	
強烈建議保留	463	41.82	63	38.18	400	42.46	
遺 值	16	-	3	-	13	-	
ALT(GPT)							
不建議保留	4	0.36	0	0.00	4	0.42	0.134
可以不做	0	0.00	0	0.00	0	0.00	
身體不適時建議	6	0.54	3	1.82	3	0.32	
建議保留	620	56.01	93	56.36	527	55.94	
強烈建議保留	477	43.09	69	41.82	408	43.31	
遺 值	16	-	3	-	13	-	
血糖							
不建議保留	3	0.27	0	0.00	3	0.32	0.449
可以不做	0	0.00	0	0.00	0	0.00	
身體不適時建議	2	0.18	1	0.60	1	0.11	
建議保留	509	45.77	77	46.39	432	45.67	
強烈建議保留	598	53.78	88	53.01	510	53.91	
遺 值	11	-	2	-	9	-	

：費 精確檢定(Fisher's exact)

*為 P 值<0.05，達統計上顯著差異

表 4-3-5、醫師對成人健檢單內容-「原有實驗室檢查」之建議(續四)

變 項 原有實驗室檢查	總數 (N=1123)		醫院 (N=168)		診所 (N=955)		χ^2 P 值
	N	%	N	%	N	%	
生化檢查							
總膽固醇							
不建議保留	4	0.36	1	0.60	3	0.32	0.389
可以不做	2	0.18	0	0.00	2	0.21	
身體不適時建議	2	0.18	1	0.60	1	0.11	
建議保留	510	45.82	79	47.59	431	45.51	
強烈建議保留	595	53.46	85	51.20	510	53.85	
遺 值	10	-	2	-	8	-	
三酸甘油脂							
不建議保留	3	0.27	0	0.00	3	0.32	0.325
可以不做	3	0.27	1	0.60	2	0.21	
身體不適時建議	2	0.18	1	0.60	1	0.11	
建議保留	512	46.04	79	47.59	433	45.77	
強烈建議保留	592	53.24	85	51.20	507	53.59	
遺 值	11	-	2	-	9	-	
尿素氮							
不建議保留	11	0.99	3	1.81	8	0.85	<0.001*
可以不做	34	3.06	16	9.64	18	1.90	
身體不適時建議	9	0.81	2	1.20	7	0.74	
建議保留	519	46.71	88	53.01	431	45.61	
強烈建議保留	538	48.42	57	34.34	481	50.90	
遺 值	12	-	2	-	10	-	
肌酐酸							
不建議保留	3	0.27	0	0.00	3	0.32	0.344
可以不做	0	0.00	0	0.00	0	0.00	
身體不適時建議	6	0.54	2	1.20	4	0.42	
建議保留	524	47.16	83	50.00	441	46.67	
強烈建議保留	578	52.03	81	48.80	497	52.59	
遺 值	12	-	2	-	10	-	
尿酸							
不建議保留	4	0.36	1	0.60	3	0.32	0.040*
可以不做	3	0.27	2	1.20	1	0.11	
身體不適時建議	9	0.81	3	1.81	6	0.64	
建議保留	530	47.79	83	50.00	447	47.40	
強烈建議保留	563	50.77	77	46.39	486	51.54	
遺 值	14	-	2	-	12	-	

: 費 精確檢定(Fisher's exact)

*為 P 值<0.05, 達統計上顯著差異

表 4-3-6、醫師對成人健檢單內容-「新增實驗室檢查」之建議

變 項 新增實驗室檢查	總數 (N=1123)		醫院 (N=168)		診所 (N=955)		χ^2 P 值
	N	%	N	%	N	%	
尿液檢查							
量尿蛋白							
不建議新增	102	9.66	20	12.50	82	9.15	0.010*
可以不做	121	11.46	30	18.75	91	10.16	
身體不適時建議	276	26.14	38	23.75	238	26.56	
建議新增	369	34.94	50	31.25	319	35.60	
強烈建議新增	188	17.80	22	13.75	166	18.53	
遺 值	67	-	8	-	59	-	
血液檢查							
平均血球容積(MCV)							
不建議新增	61	5.79	6	3.77	55	6.15	<0.001*
可以不做	114	10.83	11	6.92	103	11.52	
身體不適時建議	238	22.60	19	11.95	219	24.50	
建議新增	428	40.65	88	55.35	340	38.03	
強烈建議新增	212	20.13	35	22.01	177	19.80	
遺 值	70	-	9	-	61	-	
血型							
不建議新增	197	18.98	46	28.40	151	17.24	0.002*
可以不做	252	24.28	40	24.69	212	24.20	
身體不適時建議	260	25.05	43	26.54	217	24.77	
建議新增	241	23.22	25	15.43	216	24.66	
強烈建議新增	88	8.48	8	4.94	80	9.13	
遺 值	85	-	6	-	79	-	
生化檢查							
高密度脂蛋白膽固醇(HDL-C)							
不建議新增	57	5.25	10	6.02	47	5.11	0.668
可以不做	55	5.07	12	7.23	43	4.68	
身體不適時建議	122	11.24	19	11.45	103	11.21	
建議新增	528	48.66	76	45.78	452	49.18	
強烈建議新增	323	29.77	49	29.52	274	29.82	
遺 值	38	-	2	-	36	-	
低密度脂蛋白膽固醇(LDL-C)							
不建議新增	63	5.84	16	9.64	47	5.15	<0.001*
可以不做	75	6.96	21	12.65	54	5.92	
身體不適時建議	130	12.06	25	15.06	105	11.51	
建議新增	494	45.83	64	38.55	430	47.15	
強烈建議新增	316	29.31	40	24.10	276	30.26	
遺 值	45	-	2	-	43	-	

: *為 P 值<0.05, 達統計上顯著差異

表 4-3-6、醫師對成人健檢單內容-「新增實驗室檢查」之建議(續)

變 項 新增實驗室檢查	總數 (N=1123)		醫院 (N=168)		診所 (N=955)		χ^2 P 值
	N	%	N	%	N	%	
生化檢查							
A 型肝炎 M 型抗體 (IgM Anti-HAV)							
不建議新增	157	15.94	50	30.67	107	13.02	<0.001*
可以不做	185	18.78	38	23.31	147	17.88	
身體不適時建議	252	25.58	40	24.54	212	25.79	
建議新增	258	26.19	29	17.79	229	27.86	
強烈建議新增	133	13.50	6	3.68	127	15.45	
遺 值	138	-	5	-	133	-	
B 型肝炎表面抗原 (HBs Ag)							
不建議新增	84	7.74	22	13.25	62	6.75	0.002*
可以不做	58	5.35	13	7.83	45	4.90	
身體不適時建議	127	11.71	20	12.05	107	11.64	
建議新增	540	49.77	85	51.20	455	49.51	
強烈建議新增	276	25.44	26	15.66	250	27.20	
遺 值	38	-	2	-	36	-	
B 型肝炎表面抗體 (Anti-HBsAb)							
不建議新增	104	9.88	26	15.95	78	8.76	<0.001*
可以不做	99	9.40	24	14.72	75	8.43	
身體不適時建議	172	16.33	33	20.25	139	15.62	
建議新增	447	42.45	64	39.26	383	43.03	
強烈建議新增	231	21.94	16	9.82	215	24.16	
遺 值	70	-	5	-	65	-	
C 型抗體 (Anti-HCV)							
不建議新增	87	8.18	21	12.88	66	7.33	<0.001*
可以不做	75	7.05	14	8.59	61	6.77	
身體不適時建議	155	14.57	22	13.50	133	14.76	
建議新增	492	46.24	86	52.76	406	45.06	
強烈建議新增	255	23.97	20	12.27	235	26.08	
遺 值	59	-	5	-	54	-	
其他							
潛血							
不建議新增	92	8.65	4	2.45	88	9.77	<0.001*
可以不做	88	8.27	5	3.07	83	9.21	
身體不適時建議	166	15.60	11	6.75	155	17.2	
建議新增	448	42.11	92	56.44	356	39.51	
強烈建議新增	270	25.38	51	31.29	219	24.31	
遺 值	59	-	5	-	54	-	

：*為 P 值<0.05，達統計上顯著差異

表 4-4、受訪醫師對成人預防保健服務之評價

變 項	總數 (N=1123)		醫院 (N=168)		診所 (N=955)		χ^2 P 值
	N	%	N	%	N	%	
乳房觸診的落實							
非常不好	277	25.55	34	20.73	243	26.41	<0.001*
不好	346	31.92	46	28.05	300	32.61	
尚可	188	17.34	16	9.76	172	18.70	
好	221	20.39	51	31.10	170	18.48	
非常好	52	4.80	17	10.37	35	3.80	
遺 值	39	-	4	-	35	-	
直腸肛診檢查的落實							
非常不好	305	28.29	35	21.08	270	29.61	<0.001*
不好	389	36.09	53	31.93	336	36.84	
尚可	169	15.68	17	10.24	152	16.67	
好	169	15.68	44	26.51	125	13.71	
非常好	46	4.27	17	10.24	29	3.18	
遺 值	45	-	2	-	43	-	
檢查過程與結果的品質							
非常不好	9	0.83	3	1.81	6	0.65	0.401
不好	19	1.75	4	2.41	15	1.63	
普通	205	18.86	26	15.66	179	19.44	
好	533	49.03	81	48.80	452	49.08	
非常好	321	29.53	52	31.33	269	29.21	
遺 值	36	-	2	-	34	-	
民眾遵從性							
非常不好	20	1.82	4	2.41	16	1.71	0.279
不好	128	11.65	25	15.06	103	11.04	
尚可	113	10.28	15	9.04	98	10.50	
好	726	66.06	111	66.87	615	65.92	
非常好	112	10.19	11	6.63	101	10.83	
遺 值	24	-	2	-	22	-	
檢查結果之準確性							
非常不好	2	0.18	0	0.00	2	0.21	0.570
不好	36	3.26	7	4.24	29	3.09	
普通	106	9.61	14	8.48	92	9.81	
好	818	74.16	128	77.58	690	73.56	
非常好	141	12.78	16	9.70	125	13.33	
遺 值	20	-	3	-	17	-	

：*為 P 值<0.05，達統計上顯著差異

表 4-4、受訪醫師對成人預防保健服務之評價(續)

變 項	總數 (N=1123)		醫院 (N=168)		診所 (N=955)		χ^2 P 值
	N	%	N	%	N	%	
貴院對成人健檢的支持度							
非常不支持	3	0.27	0	0.00	3	0.32	0.949
不支持	16	1.45	3	1.81	13	1.39	
尚可	48	4.35	8	4.82	40	4.27	
支持	516	46.78	77	46.39	439	46.85	
非常支持	520	47.14	78	46.99	442	47.17	
遺 值	20	-	2	-	18	-	
對民眾疾病預防的助益							
非常沒有幫助	3	0.28	0	0.00	3	0.33	0.666
沒有幫助	12	1.11	3	1.83	9	0.98	
普通	108	9.99	15	9.15	93	10.14	
有幫助	466	43.11	76	46.34	390	42.53	
非常有幫助	492	45.51	70	42.68	422	46.02	
遺 值	42	-	4	-	38	-	
執行之醫師科別(複選)							
家醫科	1015	92.95	165	99.40	850	91.79	NA
內科	857	78.62	93	56.71	764	82.51	
小兒科	309	28.30	17	10.24	292	31.53	
外科	302	27.66	17	10.24	285	30.78	
婦產科	315	28.85	20	12.05	295	31.86	
其他 ^a	57	5.23	4	2.42	53	5.73	
第一階段給付300							
非常不滿意	83	7.74	14	8.70	69	7.57	0.688
不滿意	395	36.85	61	37.89	334	36.66	
尚可	459	42.82	68	42.24	391	42.92	
滿意	124	11.57	18	11.18	106	11.64	
非常滿意	11	1.03	0	0.00	11	1.21	
遺 值	51	-	7	-	44	-	
第二階段給付220							
非常不滿意	122	11.36	17	10.49	105	11.51	0.459
不滿意	472	43.95	65	40.12	407	44.63	
尚可	376	35.01	65	40.12	311	34.10	
滿意	96	8.94	15	9.26	81	8.88	
非常滿意	8	0.74	0	0.00	8	0.88	
遺 值	49	-	6	-	43	-	

:^a 喉科、不分科、全面開
費 精確檢定(Fisher's exact)
NA 表無法進行卡方檢定

表 4-5、醫院醫師基本特性與自覺成人健檢品質之雙變項分析

變 項	個數	平均值	標準差	P 值	事後檢定
性別					
1.男	128	75.23	11.47	0.043*	
2.女	36	79.54	10.27		
年齡					
1.35 歲以下	36	78.38	8.81	0.611	
2.36~45 歲	63	76.27	13.80		
3.46~55 歲	40	75.50	9.52		
4.56~65 歲	17	76.68	9.02		
5.65 歲以上	2	67.25	3.89		
醫院層級					
1.醫學中心	51	79.10	9.58	0.035*	1>3
2.區 醫院	53	76.35	10.10		
3. 區醫院	62	73.62	12.93		
醫院屬性					
1. 團法人醫院	62	79.22	8.60	0.010*	1>3
2.公立醫院	50	75.92	11.67		
3.私立醫院	54	72.92	12.73		
執業科別					
家醫科					
1.是	155	76.29	11.41	0.844	
2.否	7	75.43	7.47		
內科					
1.是	8	69.63	7.66	0.088	
2.否	154	76.60	11.32		
小兒科					
1.是	3	76.33	12.85	0.990	
2.否	159	76.25	11.26		
外科					
1.是	2	59.50	7.07	0.034*	
2.否	160	76.46	11.15		
婦產科					
1.是	2	74.50	0.00	0.825	
2.否	160	76.28	11.32		
分局別					
1.台北分局	37	75.82	12.34	0.003*	3>5
2.北區分局	36	74.54	7.66		
3.中區分局	35	81.10	9.65		
4.南區分局	33	77.58	7.61		
5.高 分局	20	68.48	17.51		
6. 區分局	5	77.60	9.26		
每週服務人次					
1.<2 人	8	70.00	8.02	0.103	
2.3~5 人	18	75.72	8.22		
3.6~10 人	42	77.83	9.10		
4.11~20 人	45	75.60	13.22		
5.21 人以上	38	79.91	9.44		
參加家庭醫師整合性照 護試辦計畫					
1.是	36	79.50	11.43	0.043*	
2.否	123	75.18	11.08		

表 4-6、醫院醫師對成人健檢評價與自覺成人健檢品質之雙變項分析

變 項	個數	平均值	標準差	P 值	事後檢定
乳房觸診檢查的落實					
1.非常不好	34	67.54	14.36	<0.001*	5,4,3>1
2.不好	46	72.93	8.30		5,4>2
3.尚可	16	76.81	7.10		
4.好	51	80.75	8.23		
5.非常好	17	87.18	5.82		
直腸肛診檢查的落實					
1.非常不好	35	67.36	13.19	<0.001*	5,4,3>1
2.不好	53	73.68	8.30		5,4>2
3.尚可	17	78.26	7.54		
4.好	44	81.24	9.24		
5.非常好	17	86.91	6.30		
民眾遵從性					
1.非常不好	4	70.38	18.70	<0.001*	5>4,3,2,1
2.不好	25	71.66	10.14		4>3
3.尚可	15	63.23	17.17		
4.好	111	77.80	8.32		
5.非常好	11	89.82	4.14		
檢查結果之準確性					
1.非常不好	0	0.00	0.00	<0.001*	5>4>3
2.不好	7	66.00	12.00		5>2
3.普通	14	66.36	11.03		
4.好	128	76.72	10.47		
5.非常好	16	85.84	6.80		
貴院對成人健檢的支持度					
1.非常不支持	0	0.00	0.00	<0.001*	5>3,2
2.不支持	3	61.33	15.00		
3.尚可	8	66.56	14.67		
4.支持	77	74.53	7.72		
5.非常支持	78	79.35	12.51		
成人健檢對民眾助益					
1.非常不滿意	0	0.00	0.00	<0.001*	5>4,3,2
2.不滿意	3	56.17	12.09		4>2
3.尚可	15	66.70	7.92		
4.滿意	76	74.41	11.41		
5.非常滿意	69	80.92	9.06		

：*為 P 值<0.05，達統計上顯著差異

表 4-7、醫院醫師在科別、健保給付與成人健檢品質之雙變項分析

變 項	個數	平均值	標準差	P 值	事後檢定
執行之醫師科別					
家醫科					
1.是	165	76.18	11.30	0.882	
2.否	1	74.50	.		
內科					
1.是	93	75.97	9.12	0.867	
2.否	71	76.27	13.67		
小兒科					
1.是	17	76.03	10.68	0.955	
2.否	149	76.19	11.36		
外科					
1.是	17	75.97	11.54	0.937	
2.否	149	76.20	11.27		
婦產科					
1.是	20	76.78	10.69	0.800	
2.否	146	76.09	11.37		
第一階段給付 300					
1.非常不滿意	13	67.15	14.86	0.008*	2>1
2.不滿意	61	78.71	13.22		
3.尚可	68	76.26	8.68		
4.滿意	18	74.36	7.99		
5.非常滿意	0	0.00	0.00		
第二階段給付 220					
1.非常不滿意	16	72.25	17.06	0.442	
2.不滿意	65	77.40	13.02		
3.尚可	65	75.98	8.55		
4.滿意	15	76.87	6.20		
5.非常滿意	0	0.00	0.00		

: *為 P 值<0.05，達統計上顯著差異

表 4-8、診所醫師基本特性與自覺成人健檢品質之雙變項分析

變 項	個數	平均值	標準差	P 值	事後檢定
性別					
1.男	819	76.07	9.71	0.232	
2.女	73	77.49	9.95		
年齡					
1.35 歲以下	41	77.04	8.49	0.240	
2.36~45 歲	237	77.36	10.04		
3.46~55 歲	363	75.67	9.64		
4.56~65 歲	184	75.64	9.02		
5.65 歲以上	51	76.18	10.60		
醫院屬性					
1.衛生所	84	75.15	9.83	0.278	
2.私人診所	836	76.37	9.80		
執業科別					
家醫科					
1.是	456	76.56	9.32	0.343	
2.否	431	75.94	10.15		
內科					
1.是	263	77.37	10.10	0.027	
2.否	624	75.79	9.55		
小兒科					
1.是	151	76.43	9.42	0.812	
2.否	736	76.22	9.80		
外科					
1.是	62	76.51	9.84	0.835	
2.否	825	76.24	9.73		
婦產科					
1.是	86	74.73	10.40	0.126	
2.否	801	76.42	9.65		
分局別					
1.台北分局	212	77.10	9.23	0.547	
2.北區分局	141	76.75	10.15		
3.中區分局	209	75.80	10.88		
4.南區分局	158	76.36	9.43		
5.高 分局	162	75.30	9.26		
6. 區分局	39	75.74	9.32		
每週執行成人健檢服務人次					
1.<2 人	220	75.50	9.44	0.104	
2.3~5 人	241	76.67	9.36		
3.6~10 人	213	77.01	9.94		
4.11~20 人	94	77.71	8.80		
5.21 人以上	50	78.96	8.55		
參加家庭醫師 整合性照護試辦計畫					
1.是	310	77.46	9.09	0.007*	1>2
2.否	578	75.59	10.10		

：*為 P 值<0.05，達統計上顯著差異

表 4-9、診所醫師對成人健檢評價與自覺成人健檢品質之雙變項分析

變 項	個數	平均值	標準差	P 值	事後檢定
乳房觸診檢查的落實					
1.非常不好	241	73.88	10.41	<0.001*	5>3,2,1
2.不好	296	75.69	8.84		4>2,1
3.尚可	168	76.46	9.01		
4.好	167	79.35	9.70		
5.非常好	34	83.53	10.65		
直腸肛診檢查的落實					
1.非常不好	268	73.82	10.11	<0.001*	5,4>2,1
2.不好	332	75.80	8.98		5>3>1
3.尚可	150	77.66	9.40		
4.好	122	79.15	9.35		
5.非常好	29	83.69	10.85		
民眾遵從性					
1.非常不好	15	68.53	12.22	<0.001*	5>4>2,1
2.不好	100	71.68	9.74		5>3
3.尚可	98	74.76	9.47		
4.好	604	76.69	9.21		
5.非常好	100	80.86	10.68		
檢查結果之準確性					
1.非常不好	2	64.75	14.50	<0.001*	5>4>3,2,
2.不好	27	65.20	12.90		
3.尚可	87	70.79	8.78		
4.好	680	75.99	8.98		
5.非常好	123	84.26	8.26		
貴院對成人健檢的支持度					
1.非常不好	3	66.50	29.40	<0.001*	5>4>3,2,
2.不好	12	60.46	8.66		
3.尚可	39	68.60	8.06		
4.好	429	73.78	8.61		
5.非常好	435	79.87	9.30		
對民眾疾病預防的助益					
1.非常沒有幫助	2	59.50	7.07	<0.001*	5>4>3,2
2.沒有幫助	8	59.69	7.52		5>1
3.普通	88	68.81	10.31		
4.有幫助	378	74.47	7.97		
5.非常有幫助	412	79.84	9.45		

: *為 P 值<0.05，達統計上顯著差異

表 4-10、診所醫師在科別、健保給付與成人健檢品質之雙變項分析

變 項	個數	平均值	標準差	P 值	事後檢定
執行之醫師科別					
家醫科				0.275	
1.是	835	76.11	9.56		
2.否	74	77.41	11.88		
內科				0.324	
1.是	751	76.36	9.72		
2.否	158	75.52	10.01		
小兒科				0.212	
1.是	290	75.63	9.96		
2.否	619	76.49	9.68		
外科				0.192	
1.是	283	75.59	9.95		
2.否	626	76.50	9.68		
婦產科				0.465	
1.是	290	75.87	9.61		
2.否	619	76.38	9.84		
第一階段給付 300				0.002*	2>3
1.非常不滿意	67	76.24	11.51		
2.不滿意	328	77.57	9.91		
3.尚可	377	75.08	9.02		
4.滿意	102	75.82	9.42		
5.非常滿意	11	82.68	10.18		
第二階段給付 220				0.008*	2>3
1.非常不滿意	102	76.73	10.92		
2.不滿意	400	77.29	9.72		
3.尚可	302	74.94	9.20		
4.滿意	74	75.01	8.93		
5.非常滿意	8	81.19	10.38		

: *為 P 值<0.05，達統計上顯著差異

表 4-11、醫院醫師基本特性與自覺成人健檢對民眾助益之雙變項分析

變項	個數	平均值	標準差	P值	事後檢定
性別					
1.男	128	78.19	9.20	0.024*	2>1
2.女	36	82.10	8.80		
年齡					
1.35歲以下	36	81.44	8.20	0.459	
2.36~45歲	62	78.33	9.26		
3.46~55歲	40	79.71	8.85		
4.56~65歲	17	77.62	9.89		
5.65歲以上	2	82.25	10.96		
醫院層級					
1.醫學中心	51	78.04	9.14	0.376	
2.區醫院	51	80.50	8.91		
3.區醫院	62	78.68	9.56		
醫院屬性					
1.團法人醫院	61	80.92	9.37	0.135	
2.公立醫院	50	78.00	8.93		
3.私立醫院	53	77.88	9.17		
執業科別					
家醫科					
1.是	155	79.14	9.39	0.797	
2.否	7	78.21	6.51		
內科					
1.是	9	80.22	9.06	0.710	
2.否	153	79.04	9.31		
小兒科					
1.是	3	72.67	7.42	0.226	
2.否	159	79.22	9.28		
外科					
1.是	2	77.25	18.03	0.777	
2.否	160	79.13	9.22		
婦產科					
1.是	2	76.75	3.18	0.719	
2.否	160	79.13	9.33		
分局別					
1.台北分局	36	76.56	10.40	0.011*	
2.北區分局	36	78.82	8.63		
3.中區分局	35	82.06	7.87		
4.南區分局	32	81.03	7.66		
5.高 分局	20	74.30	10.40		
6. 區分局	5	83.80	8.49		
每週服務人次				0.221	
1.<2人	9	75.39	9.12		
2.3~5人	18	79.39	7.05		
3.6~10人	42	79.51	9.72		
4.11~20人	45	78.33	8.84		
5.21人以上	37	82.04	8.45		
家庭醫師整合性照護試辦計畫					
1.是	36	79.97	10.13	0.548	
2.否	123	78.91	8.99		

表 4-12、醫院醫師對成人健檢評價與自覺成人健檢對民眾助益之雙變項分析

變項	個數	平均值	標準差	P值	事後檢定
乳房觸診檢查的落實					
1.非常不好	34	74.99	10.24	0.001**	4>1
2.不好	45	77.31	8.38		
3.尚可	16	76.84	8.39		
4.好	49	82.51	8.40		
5.非常好	17	81.91	8.06		
直腸肛診檢查的落實					
1.非常不好	35	75.96	8.69	0.004*	5>1
2.不好	52	77.36	9.88		
3.尚可	16	78.44	9.04		
4.好	43	81.27	8.28		
5.非常好	17	84.88	7.25		
檢查過程與結果的品質					
1.非常不好	3	64.67	10.25	<0.001*	5>4,3,1 4>3
2.不好	4	73.38	14.55		
3.普通	26	71.37	8.72		
4.好	79	79.03	8.08		
5.非常好	51	84.07	6.88		
民眾遵從性					
1.非常不好	4	73.50	14.57	<0.001*	5>2,3
2.不好	24	74.77	7.86		
3.尚可	14	74.00	7.74		
4.好	110	79.82	9.02		
5.非常好	11	88.09	4.25		
檢查結果之準確性					
1.非常不好	0	0.00	0.00	<0.001*	5,4>2 5>3
2.不好	7	65.14	9.20		
3.普通	14	74.11	8.28		
4.好	125	79.55	8.58		
5.非常好	16	85.50	7.01		
貴院對成人健檢的支持度					
1.非常不支持	0	0.00	0.00	<0.001*	5>4,3,2
2.不支持	3	64.50	10.00		
3.尚可	8	69.50	6.87		
4.支持	75	76.79	8.35		
5.非常支持	77	82.66	8.37		

：*為P值<0.05，達統計上顯著差異

表 4-13、醫院醫師在執業科別、健保給付與成人健檢對民眾助益之雙變項分析

變 項	個數	平均值	標準差	P值	事後檢定
執行之醫師科別					
家醫科					
1.是	162	79.01	9.24	0.628	
2.否	1	74.50	.		
內科					
1.是	91	78.92	8.25	0.909	
2.否	70	79.09	10.32		
小兒科					
1.是	17	80.68	8.31	0.424	
2.否	146	78.78	9.33		
外科					
1.是	17	78.18	7.42	0.706	
2.否	146	79.07	9.42		
婦產科					
1.是	20	79.88	6.59	0.644	
2.否	143	78.85	9.54		
第一階段給付300					
1.非常不滿意	14	76.71	14.88	0.734	
2.不滿意	60	79.70	8.44		
3.尚可	68	79.29	8.90		
4.滿意	18	79.89	7.36		
5.非常滿意	0	0.00	0.00		
第二階段給付220					
1.非常不滿意	17	77.82	13.55	0.906	
2.不滿意	64	79.67	9.28		
3.尚可	65	79.29	8.26		
4.滿意	15	78.93	6.91		
5.非常滿意	0	0.00	0.00		

表 4-14、診所醫師基本特性與自覺成人健檢對民眾助益之雙變項分析

變 項	個數	平均值	標準差	P 值	事後檢定
性別					
1.男	832	80.36	10.12	0.016*	
2.女	75	77.37	11.34		
年齡					
1.35 歲以下	41	79.50	10.66	0.184	
2.36~45 歲	237	81.51	9.79		
3.46~55 歲	367	79.51	10.54		
4.56~65 歲	187	79.99	9.56		
5.65 歲以上	55	81.00	10.95		
醫院屬性					
1.衛生所	84	81.15	10.76	0.33	
2.私人診所	831	80.01	10.18		
執業科別					
家醫科					
1.是	460	80.36	10.44	0.486	
2.否	441	79.89	9.99		
內科					
1.是	270	80.84	9.90	0.170	
2.否	631	79.82	10.34		
小兒科					
1.是	155	79.30	9.63	0.270	
2.否	746	80.30	10.34		
外科					
1.是	64	81.14	10.44	0.411	
2.否	837	80.05	10.21		
婦產科					
1.是	88	79.19	9.80	0.367	
2.否	813	80.23	10.26		
分局別					
1.台北分局	211	80.32	9.25	0.263	
2.北區分局	141	80.99	10.82		
3.中區分局	203	80.61	9.69		
4.南區分局	159	78.36	9.78		
5.高 分局	165	79.97	12.00		
6. 區分局	37	80.88	9.03		
每週執行成人健檢服務人次					
1.<2 人	222	78.46	11.11	<0.001*	5,4>1
2.3~5 人	239	80.75	9.43		
3.6~10 人	219	80.91	9.92		
4.11~20 人	94	83.65	8.63		
5.21 人以上	51	84.25	8.79		
參加家庭醫師整合性 照護試辦計畫					
1.是	310	82.59	9.37	<0.001*	1>2
2.否	593	78.86	10.45		

：*為 P 值<0.05，達統計上顯著差異

表 4-15、診所醫師對成人健檢評價與自覺成人健檢對民眾助益之雙變項分析

變項	個數	平均值	標準差	P 值	事後檢定
乳房觸診檢查的落實					
1.非常不好	236	79.81	10.09	0.284	
2.不好	289	79.47	10.39		
3.尚可	165	80.58	10.53		
4.好	165	81.10	9.88		
5.非常好	32	82.56	9.19		
直腸肛診檢查的落實					
1.非常不好	262	79.51	9.72	0.221	
2.不好	325	80.00	10.58		
3.尚可	145	81.28	11.01		
4.好	121	80.31	9.48		
5.非常好	27	83.48	9.40		
檢查過程與結果的品質					
1.非常不好	5	71.80	16.99	<0.001*	5>4>3,2
2.不好	15	67.00	11.01		5>1
3.普通	173	73.82	11.05		
4.好	437	80.05	8.52		
5.非常好	258	85.72	8.42		
民眾遵從性					
1.非常不好	14	70.46	9.87	<0.001*	5>4>2,1
2.不好	100	74.48	12.51		5>3
3.尚可	93	78.41	11.18		
4.好	594	80.70	9.15		
5.非常好	97	85.60	9.17		
檢查結果之準確性					
1.非常不好	2	66.25	2.47	<0.001*	5>4>3,2
2.不好	28	67.39	9.47		5>1
3.尚可	87	72.33	10.22		
4.好	666	80.23	9.47		
5.非常好	120	88.18	7.153		
貴院對成人健檢的支持度					
1.非常不好	3	56.50	10.21	<0.001*	5>4>3,2
2.不好	13	63.85	9.85		5,4>1
3.尚可	39	69.24	10.83		
4.好	423	77.11	9.19		
5.非常好	424	84.75	8.55		

：*為 P 值<0.05，達統計上顯著差異

表 4-16、診所醫師在執業科別、健保給付與成人健檢對民眾助益之雙變項分析

變項	個數	平均值	標準差	P值	事後檢定
執行之醫師科別家醫科					
1.是	820	80.13	10.21	0.7173	
2.否	72	80.58	10.40		
內科					
1.是	742	80.11	10.23	0.725	
2.否	150	80.43	10.22		
小兒科					
1.是	283	79.54	10.02	0.215	
2.否	609	80.45	10.31		
外科					
1.是	272	79.67	10.00	0.336	
2.否	620	80.38	10.32		
婦產科					
1.是	281	79.74	10.39	0.399	
2.否	611	80.36	10.15		
第一階段給付 300					
1.非常不滿意	69	83.20	10.12	<0.001*	5,4,2,1>3
2.不滿意	330	81.67	9.60		
3.尚可	389	77.67	10.44		
4.滿意	105	81.35	9.27		
5.非常滿意	11	88.14	10.86		
第二階段給付 220					
1.非常不滿意	105	82.70	10.26	<0.001*	2,1>3
2.不滿意	402	81.26	9.98		
3.尚可	310	77.58	10.12		
4.滿意	81	80.38	9.64		
5.非常滿意	8	86.06	12.14		

：*為 P 值<0.05，達統計上顯著差異

表 4-17、醫院醫師自覺成人預防保健服務助益複迴歸分析

變項	迴歸 數	標準	p 值
常數	38.70	6.74	<0.001
性別			
女性 (參考組)			
男性	-3.02	1.61	0.063
醫院屬性			
團法人醫院 (參考組)			
公立醫院	-1.10	1.67	0.509
私立醫院	-0.31	1.60	0.849
分局別			
台北分局 (參考組)			
北區分局	0.49	2.02	0.809
中區分局	1.30	2.12	0.540
南區分局	2.05	2.02	0.313
高 分局	-1.63	2.40	0.499
區分局	5.52	3.83	0.152
每週服務人次			
2 人以下(參考組)			
3~5 人	2.65	3.43	0.441
6~10 人	0.36	3.13	0.908
11~20 人	0.14	3.04	0.963
21 人以上	2.33	3.15	0.462
乳房觸診			
(非常不滿意為參考組)	-0.06	0.86	0.943
直腸肛診			
(非常不滿意為參考組)	-0.26	0.85	0.758
檢查過程與結果的品質(非 常不滿意為參考組)	2.23	1.18	0.060
民眾遵從性			
(非常不滿意為參考組)	1.93	0.80	0.017*
檢查結果準確性			
(非常不滿意為參考組)	1.95	1.26	0.124
醫療院所的支持度			
(非常不滿意為參考組)	4.22	1.10	<0.001*

：*為 P 值<0.05，達統計上顯著差異

表 4-18、診所醫師自覺成人預防保健服務助益複迴歸分析

變項	迴歸 數	標準	p 值
常數	30.60	3.17	<0.001
性別			
女性 (參考組)			
男性	2.42	1.19	0.043*
年齡			
35 歲以下(參考組)			
36-45 歲	2.17	1.54	0.159
46-55 歲	0.19	1.53	0.902
56-65 歲	0.75	1.61	0.643
65 歲以上	3.79	1.96	0.054
每週服務人次			
2 人以下(參考組)			
3~5 人	1.06	0.79	0.179
6~10 人	0.83	0.82	0.312
11~20 人	2.30	1.05	0.029*
21 人以上	2.11	1.37	0.125
參加家庭醫師整合性 照護試辦計畫			
否(參考組)			
是	1.15	0.63	0.067
直腸肛診 (非常不滿意為參考組)	0.17	0.28	0.532
檢查過程與結果的品質 (非常不滿意為參考組)	2.36	0.45	<0.001*
民眾遵從性 (非常不滿意為參考組)	1.79	0.36	<0.001*
檢查結果準確性 (非常不滿意為參考組)	2.65	0.58	<0.001*
醫療院所的支持度 (非常不滿意為參考組)	4.67	0.56	<0.001*
第一階段給付 300 (非常不滿意為參考組)	-0.48	0.45	0.284
第二階段給付 220 (非常不滿意為參考組)	-0.50	0.45	0.266

：*為 P 值<0.05，達統計上顯著差異

第五章 討論

第一節 成人預防保健服務制度之設計

一、受檢年齡層與檢查頻率

受檢年齡層的設計方面，本研究發現雖有多數醫師(醫院醫師為70%、基層醫師為60%)認為目前受檢對象年齡層設為40歲以上是適當的，但仍約有25%的醫院醫師和40%的基層醫師認為應該要降低受檢年齡層，理由可能是因為國人罹患慢性疾病的年齡層下降，建議相關單位應再次評估國人流行病學的分佈，檢視目前健康檢查是否符合國人需求，以重新定義受檢年齡層。

在檢查頻率方面，有50%的醫院醫師和70%的基層醫師認為40~64歲每三年檢查一次的頻率不適當，大多數醫師認為應該要增加檢查次數，本研究有38.79%的醫院醫師和49.20%的基層醫師建議每2年提供一次檢查。反觀65歲以上每年檢查一次的頻率，約九成的醫師認為是適當的，顯示醫師認為40~64歲的成人健康檢查是非常重要的，此年齡層是國家主要經濟支柱，每三年一次的檢查可能已無法達到篩檢的效益，另外也有醫師認為篩檢的頻率僅設定成2個年齡層並不適當，建議再下細分且可針對有疾病史、家族史等高危險群的民眾給予較高的篩檢頻率，建議相關單位可以透過全國性的調查以了解國人健康狀況並參考國外文獻作為重新設計的依據。

依本研究結果，顯示受訪醫師建議應將受檢年齡層的限制降低並增加40~64歲之受檢頻率。但就目前而言，尚未有專家學者及組織宣稱應將健康檢查的受檢年齡層和檢查頻率限制在某特定年齡，目前週期性健康檢查針對不同「年齡層」、「性別」和「高危險群」來建議提供不同的健康檢查項目(Battista et al., 1984)，而非單看年齡。因此，本研究僅提供臨床醫師之意見為參考，我國成人健檢之受檢年齡和檢

查頻率仍需透過大規模的調查，再視其國情與環境社會加以修訂較為佳。

二、醫師執業科別

醫師建議執行成人健檢的專科醫師應為家醫科和內科醫師，可能原因是與國人疾病型態改以慢性病為主，小兒科、婦產科、外科等其他科別醫師平時較少接觸慢性疾病，其經驗較家醫科和內科醫師不足，所做的判斷可能也會有所差異。

三、成人預防保健服務之給付標準

本研究發現僅約一成的醫師滿意成人健檢的給付，符合成人健檢設計之初的調查結果，許多學者和醫界人士對於給付經費有相當多的判(李世代、賴美淑，1997)，而民眾認為檢查項目太少或因為想做而沒做到的檢查會影響他們對成人健檢的滿意度(家、楊，2002)，進而影響受檢率，顯示政府在致力於提高受檢率的同時應考增加檢查項目，但現實上有許多醫師表示若要新增檢查項目，其前提是健保給付也應增加。

第二節 成人預防保健服務檢查單內容之適切性

一、疾病史與家族疾病史

七成以上的醫師建議新增「慢性吸疾病」、「痛風」和「癌症」的疾病史諮詢，其中醫院醫師建議增加「癌症」比例(84.96%)顯著高於基層醫師(71.96%)，原因可能與癌症病患向於醫院治療有關，醫院醫師較有機會接觸到此類民眾，因此較多醫院醫師建議增加「癌症」疾病史的諮詢項目。台灣隨著經濟和社會的發展，國人健康疾病也有所改變，疾病形態轉為以慢性疾病為主，在社會壓力之下，也愈來愈多國人有精神方面的疾病，因此成人健康檢查除了調查原有個人疾病史外，更需依國人健康狀態加以修改內容，增加「精神

狀態」、「C 型肝炎」等個人疾病史。

原有的家族疾病史項目中，與癌症相關的僅有「肝癌」、「乳癌」、「子宮頸癌」、「攝護腺癌」，但「直腸結腸癌」在國人罹患惡性腫瘤中名列第三(衛生署，2006)，因此許多醫師建議新增「直腸結腸癌」的諮詢。也有醫師表示「癌症」和「特殊遺傳性疾病」的部份可以新設一個開卷給民眾填答，以避免疏漏民眾疾病的情況。

二、健康行為

成人預防保健服務除了早期發現潛在疾病，給予適當的治療外，醫師更可經由健康行為的詢問發現潛在高危險群的民眾，給予健康教育，達到健康促進的目的，但一般民眾對成人預防保健服務的認知仍停留於抽血體檢，對健康諮詢興趣不大(李世代、賴美淑，1997)，由於台灣民情之故，民眾不願意回答可能造成醫師詢問的意見。

慢性病早已被證實與不良的生活方式和習慣有關(英，2000；USDHHS, 1979；Bell, 1973)，國外許多報告指出經常抽菸和過量的飲酒會造成心血管疾病、肝癌、肺癌等疾病的發生(Vineis, Caporaso, 1995; Parkin et al, 1994; McLaughlin et al, 1995; Yuan et al, 1996; Blot, 1992; Beilin, 1995; Leifman, 1995; Thun, 1997)；與口

癌的發生有密切相關(Thomas, MacLennan, 1992；Reichart, 1995)；台灣地區 30 歲以上的成年民眾有超過六成的人沒有規律性的運動習慣，其中又有百分之二十的人有體重過重的情形(衛生署，2001)，文獻指出規律性的身體活動(physical activity)能有效降低罹患高血壓、心臟病、第二型糖尿病、肥胖等慢性疾病的機率，若身體活動量不足則會增加罹患這些慢性疾病的風險(USPSTF, 1996; Physical activity and cardiovascular health, 1996; Pate et al, 1995)。可知抽菸、飲酒和運動等行為的改善對於健康促進是非常重要的，本研究受訪醫師亦有同樣

的認知，有 80% 以上的受訪醫師認為應保留這些項目，可透過健康行為的諮詢發現潛在的高危險群並給予衛教，有研究指出醫師透過成人健康檢查給予衛教可提高受檢率(淨等，1997)，達到疾病預防和健康促進的目的。

有研究指出婦女未做子宮頸抹片檢查的主要原因是不知全民健保有提供給付(，2006)，目前國內30歲以上婦女進行子宮頸抹片檢查受檢率為52%(衛生署，2007)，較 美國家的70-80%低(CDC, 2006)。本研究受訪醫師高達90%以上的醫師建議保留子宮頸抹片檢查的健康行為項目，透過健康行為的諮詢以了解婦女利用抹片檢查的情形，並對未使用之婦女宣導子宮頸抹片檢查以提高利用率。

過 數醫師不建議保留或認為可以不做的項目為「開車或騎車情形」和「每天 習慣」的諮詢。「開車或騎車情形」可能是因為現行的交通法規已規定民眾騎車必須戴安全帽和開車必須使用安全帶有關，導致醫師認為開車或騎車情形的諮詢較以 不重要，但對於較 或 區的民眾而言，仍有專家學者認醫師對民眾開車或騎車情形的諮詢，可提 民眾以預防車 事故傷害(蔡文正等，2007)；「每天 習慣」與骨質疏鬆症較為相關，大於 50 歲的婦女骨質密度流失的特別快，骨質疏鬆的特定族群與性別和年齡較為相關，本研究有一 醫師不建議保留或認為可以不做。美國預防服務專責小組建議 65 歲以上婦女及罹患骨質疏鬆的高危險群應定期檢查(USPSTF, 2007)與我國成人健檢提供 40 歲以上成人此項服務之受檢年齡層不同，但 ICSI 基於良好的證據建議醫師應向所有民眾詳述骨質疏鬆的危險因子以及主要預防的保健服務(ICSI, 2006)，主管單位應做全方面的調查之後，重新評估受檢對象年齡層，視其情況決定保留或針對某特殊族群在予以諮詢。

三、身體檢查

本研究結果發現醫師在建議保留原有身體檢查項目中，除「乳房檢查」和「直腸肛診檢查」建議保留的比例較低外，其他項目均有85%以上的醫師建議保留，進一步詢問醫師在乳房觸診和直腸肛診的落實程度，發現約有一 以上的醫師認為落實程度不好。文獻指出影響醫師執行直腸肛診與乳房觸診比率 低的原因可能與空間不足和

備不良、護理人員的人力成本提高，民眾不 意接受檢查有關(家、楊，2002)，李世代和賴美淑研究指出民眾不 直腸肛診及乳房檢查(李世代、賴美淑，1997)。除此之外，醫師本身不 意執行直腸肛診和乳房觸診也是落實不佳的原因之一，家 和楊(2002)研究指出只有24.1%的受訪者有做直腸肛診的檢查，31.6%的女性有做乳房檢查，其中沒有做肛 指診的民眾有78.5%是因為醫師沒有要求檢查，僅有11.8%的民眾是有被醫師要求但本身不想檢查，沒有做乳房檢查的原因 有類似的情形(家、楊，2002)。醫師的建議是促使婦女接受乳房檢查的最大因素，但僅有六成的婦女曾聽到醫師給予建議(Lerman, 1990)。

本研究也發現認為愈落實此兩項檢查的醫師，其自覺成人預防保健服務品質愈佳，對民眾的助益也較高。顯示多數醫師雖較不建議保留乳房觸診和直腸肛診，但認知上仍認為此兩項檢查對民眾是有幫助的。文獻也指出民眾會因為醫師有執行此檢查而感到較佳的滿意度(家、楊，2002)。

根據衛生署統計，惡性腫瘤是國人十大死因之首，直腸結腸癌在國人罹患惡性腫瘤中 名第三，攝護 癌在男性惡性腫瘤中 名第七，而乳癌則位 女性惡性腫瘤第四(衛生署，2006)，民眾可透過成人健康檢查的直腸肛診早期發現直腸結腸癌和男性攝護 癌，透過乳

房觸診早期發現乳癌。目前美國預防醫學工作小組(USPSTF)和美國癌症會(ACS, American Cancer Society)等組織都建議五十歲以上的成人必須開始接受大腸癌的篩檢，檢查的方式以潛血反應檢查、直腸肛診、式乙狀結腸、大腸、大腸劑攝影為主，其中有的統計結果認為直腸肛診的檢查僅能檢查出約15~20%的大腸直腸病變，因此不能單獨作為篩檢的工具，必須合其他篩檢方式，但直腸肛診在一般健檢中還是有其獻性，是必須施行的項目(芳，2006)；預防乳癌的政策上，國家衛生研究院建議高危險群婦女自35歲起，應每年接受一次醫師檢查，必要時再安乳房超或乳房攝影等檢查，雖然近年來美研究發現單的乳房觸診的敏感性僅有54%~63%，若是由社區或基層醫事人員檢查，敏感性更降至約28~36%，因此單靠醫事人員的觸診是不夠的，必須乳房攝影等檢查以獲得較佳的檢查效果(獻、程，2006)。直腸肛診和乳房觸診的敏感性雖不高，必須合其他篩檢工具才可獲得較佳的檢查結果，但在一些基層醫事所並無其他篩檢工具，醫師觸診是不可忽略的第一防且在臨床上醫師的觸診仍有其獻性，可篩檢出乳房及大腸癌之相關病變。

此外本研究約50%的受訪醫師建議新增「乳房自我檢查」諮詢項目，希望透過醫師衛教，使民眾自我檢查提早發現病變，但民眾也可能會因為自我檢查而產生許多不確定感及，反而增加不必要的切片檢查，美國家不建議只做乳房自我檢查，我國相關單位應思考是否新增此項諮詢。

根據國民健康局的調查，2003年台灣區大於20歲的成年人中約有30.2%的人罹患代謝性症候群，診斷代謝性症候的其中一個指標就是肥胖，國民健康局於2007年公佈衡量代謝症候群五項指標中，其中一

項即是腰圍，而國外有許多組織，如世界衛生組織(WHO)、美國國家膽固醇教育計劃(National Cholesterol Education Program)下的ATP III (Adult Treatment Panel III)和國際糖尿病(International Diabetes Federation, IDF)等組織也分別於1999年、2001年和2005年提出以「腰圍」作為診斷代謝症候群的指標之一。腰圍的檢查簡單又便宜，因此本研究受訪的醫院醫師有83.53%建議新增，基層醫師也有54.17%建議新增，管理當局可考慮將腰圍檢查納入成人預防保健檢查項目中。ICSI目前建議對65歲以上的老人進行一般性的聽力檢查，尚未建議未滿65歲之成人進行檢查，本研究的受訪醫師也僅約2成建議新增，可能與受訪醫師認為聽力檢查歸為老人檢查較為適當相關，但基層醫師不建議新增和認為可以不做的比例(47.72%)顯著高於醫院醫師(28.40%)，可能與一般基層診所沒有聽力檢查的設備有關。

四、實驗室檢查

台灣人罹患慢性疾病的比率很高，造成近年來代謝症候群的議題非常熱絡，而政府在治療此相關疾病的健保支出非常龐大，政府希望透過成人預防保健服務，達到早期發現早期治療，以減少不必要的醫療費用。成人預防保健服務中的實驗室檢查(包含尿液檢查、血液檢查、生化檢查)可以篩檢出許多慢性疾病的潛在致病因子，研究指出有19%的受訪者因為成人預防保健服務檢查出過去不知道的症狀或疾病，其中以膽固醇過高、肝病、尿酸過高、血液檢查異常的比率較高(李家、楊文，2001)，南部某醫學中心成人預防健康檢查的結果分析中也有類似的情形(志芳等人，2005)，這些檢查異常導致慢性疾病，造成民眾和政府巨大的社會成本。本研究之受訪醫師多數建議保留原有的實驗室檢查項目，反映出這些實驗室檢查項目是符

合國人健康檢查的需求，是可以有效檢測出異常的項目，篩檢出來的疾病對於早期的治療有很大的效益。

本研究醫院醫師和基層醫師所建議新增的前三項實驗室檢查中，皆包括「高密度脂蛋白膽固醇」，此可用來篩檢潛在的冠狀動脈心臟病，研究指出每提高1 mg/dl 的高密度脂蛋白膽固醇可降低男性罹患冠狀動脈心臟病2%的機率和3.7%的死亡率；可降低女性罹患3%的機率和4.7%的死亡率，由此可見高密度脂蛋白膽固醇的 度，和我們身體健康有密切的關 (Gordon, 1989)。本研究基層醫師 建議新增「低密度脂蛋白膽固醇」，但若基於預 的考量，擇一即可。

但本問卷所新增的實驗室檢查項目，醫師建議新增的比例不及建議保留的比例高，可知醫師建議新增實驗室檢查項目的意 較不高，可能的原因是健保給付不足。本研究發現不滿意第一階段給付300 的醫師約有45%，不滿意第二階段給付220 的醫師高達 數以上，同時發現非常不滿意健保給付的醫師，其評價成人預防保健服務的品質皆 低，因此醫師可能會因為不滿意給付而 向於不 意新增檢查項目且認為檢查過程與結果的品質較不佳，與過去研究指出「給付金 太低是影響醫師執行健康檢查意 的重要因素」相似(紀 等 人，2005)，其他原因可能是設計的新增檢查項目篩檢效益並不高，如「血型」建議新增的比例最低，目前尚無文獻指出血型會影響疾病的發生；其次為「 型肝炎M型抗體」，A型肝炎易發生在衛生習慣較差的 方，國人感染 型肝炎的原因多為從 南 國家回來較多，根據疾病管制局2006年統計，確定發生案例僅有189例，每十 人口發生率為0.83%，盛行率之低，並不符合預防保健檢查設計原則，因此醫師可能因為如此而不建議新增此項目，此外「 型肝炎M型抗體」是用來檢驗 性A型肝炎，一般民眾有症狀時才會就醫，就預防醫學

的概念而言，較不適合納入預防保健服務。其他新增的實驗室檢查項目平均都有50%以上的醫師建議新增，在建議新增B型肝炎和C型肝炎的篩檢不同於美國預防醫學工作小組(USPSTF)的建議，其建議等級僅為D(反對醫師提供該服務給無症狀之受檢者)，即反對無症狀的民眾進行檢查(USPSTF, 2007)，但台灣 肝盛行率平均17.3%，是美國的四十分之一(肝病防治基金會，2000)，可能是導致醫師建議新增的主要原因。

五、檢查結果與建議之 現方式

本研究發現約 80%的醫院醫師和 70%的診所醫師建議修改檢查結果與建議的 現方式，醫師認為目前的 現方式(正常、異常、建議進一步檢查、建議接受治療)有 修改，約 50%的醫師建議修改為方案一(正常、異常，定期_個月追蹤、建議進一步檢查、建議接受治療)，也有 28%的醫院醫師和 18%的基層醫師認為應該參考國外的分法，修改為方案二(正常、無異常、因個人體質無異常、異常但無須進一步治療或追蹤、異常且須進一步治療或追蹤)，但可能因為醫師已習慣原有的 現方式，突然大 修改可能導致醫師不習慣，因此建議修改為方案二的醫師較少。

第三節 家庭醫師整合性照護計畫

根據 Lemkau 及 Grady 研究指出家庭醫師是最適合 演推動民眾接受預防醫學推手，是影響民眾接受預防醫學的最大因素(Lemkau, Grady, 1998)。我國家庭醫師整合照護計畫預期的效果為民眾可獲得 24 小時 諮詢服務、整體性的初級醫療與預防保健、基層 診轉介 院的持續性照顧以及建立良好的醫病關 係， 受優質醫療服務；醫療提供者可提升家庭醫師照護的品質， 得病患與家屬信任及 滿意、增強專業自主性、建立整合性照護 計畫，促使醫療設施及醫事

人力資源之有效利用並建立基層診所與醫院之合作關係 (健保局，2008)。

本研究發現有參加家庭醫師整合性照護試辦計畫的醫師皆認為成人健康檢查的品質較好，對民眾助益也較高，過去文獻指出高達七成以上的醫師認為實施家庭醫師制可以獲得較持續且完整的醫療照護，使醫師更了解個人疾病史，並獲得較多健康諮詢和預防保健服務(許任等，2006)，且超過七成的民眾認為家醫試辦計劃可以提供全的初級醫療服務、提升醫病關係、有效的醫療服務與預防保健，民眾對於家庭醫師整合性照護試辦計畫持正向態度，表示願意參與(林、天給、林慶，2006)，基層醫師也普遍願意參加家庭醫師制度(林慶等，2005)，但本研究結果發現實際參與家庭醫師整合性照護計畫的醫師並不多，與過去研究指出僅約三分之一醫師認為台灣目前環境適合推行家醫制度相似(許任等，2004)。在醫師與民眾皆表示願意參與的情況下，醫師參與家庭醫師整合性照護試辦計劃的比例仍不高，理想與現實之間存在落差，其中原因值得探討。

第六章 結論與建議

第一節 結論

台灣十大死因主要為慢性病，根據衛生署統計惡性腫瘤、糖尿病、高血壓、心臟病、腦血管疾病的 診數，以 40 歲以上的中老年人 多，高達 80% 以上(衛生署，2006)，顯示國人的慢性病好發於 40 歲以上。這些慢性病都可藉由健康行為的改變和疾病史的追蹤達到預防的效果，我國的成人預防保健服務兼具了初級和次級預防，提供年滿 40 歲的成人健康檢查服務，希望透過健康檢查，早期發現早期治療。成人預防保健服務的成效已不在 下，但自 1996 年開辦以來僅有 的調整且一直未有相關研究評估其適切性，當時設計成人健檢制度的環境與現在有很大的差異。因此本研究期望透過醫師意見，了解醫師對於成人預防保健服務項目的適切性與整體評價，並作為未來相關單位修改的參考依據。

本研究受訪醫師在受檢年齡層與檢查頻率方面的建議，多數醫師認為受檢年齡層設為 40 歲以上是適切的，但仍有一定比例的醫師建議受檢年齡層應下降，平均應降至 32 歲左右。頻率方面，多數醫師認為受檢頻率為每三年提供一次是不足的，建議增加檢查次數或依個人情況而定，如高危險群應有較多的檢查次數。對於 65 歲以上的老人，則認為每年提供一次健康檢查是適當的。

多數醫師對於成人預防保健服務檢查單的內容感到適切，僅對少部分檢查項目感到不滿意，應在健康諮詢與檢查項目中，建議新增「慢性吸 疾病」、「痛風」、「癌症」的疾病史調查；在健康行為的調查項目，不建議保留「開車或騎車情形-使用安全帶或安全帽」、「開車或騎車情形-應 酒後開車情形」、「每天 習慣」；身體檢查方面，建議新增「腰圍檢查」，不建議保留「乳房觸診」和「直腸肛診

檢查」的比例相較於其他身體檢查高，不建議保留這兩項檢查的原因可能與醫師本身不想執行以及民眾抗拒有關，但本研究也發現認為落實此兩項檢查的醫師，其自覺成人預防保健服務品質愈佳且對民眾的助益也較高，因此要提高受檢率，除加強醫師執行成人健檢外，還必須宣導民眾正確的觀念，在設備方面也應做到 私權的保護，給予民眾安心的檢查；在實驗室檢查方面，醫師認為現有的檢查項目是適當的，建議新增「平均血球容積」、「高密度脂蛋白膽固醇」、「低密度脂蛋白膽固醇」、「B 型肝炎表面抗體」、「C 型抗體」、「 潛血」的檢查；在健康諮詢項目，過 數的醫師認為可新增「乳房自我檢查」。

醫師建議「檢查結果與建議」的 現方式可修改為方案一(正常、異常，定期_個月追蹤、建議進一步檢查、建議接受治療)，即在異常個案後面加 定期追蹤。

給付標準方面，醫師普 認為不足，不滿意第一階段給付的醫師約四成五，不滿意第二階段給付的醫師約五成，滿意第一階段和第二階段給付的醫師皆僅約一成左右。醫院醫師認為第一階段給付應約為 544 ，第二階段為 403 ；診所醫師認為第一階段應約為 495 ，第二階段為 377 ，與目前給付第一階段 300 和第二階段 220 差

甚大。在執業科別方面，以家醫科和內科的醫師分 第一和第二。

在醫院方面的複迴歸分析結果顯示，醫師認為「民眾遵從性」和「醫療院所對健檢的支持度」會影響醫師對成人預防保健服務助益的評價，得分愈高者，則認為成人預防保健服務對民眾的助益愈高；在診所方面的複迴歸結果顯示，除了「民眾的遵從性」和「醫療院所對健檢的支持度」外，「醫師對成人健檢的品質評價」和「檢查結果的準確性」 是影響的因素，得分愈高者，則認為成人預防保健服務對民眾的助益愈高。相關單位若想使成人預防保健服務獲得較佳的評

價，除須醫師認同成人健檢的意義、確實執行檢查外，檢查結果必須忠實 現民眾健康情況，醫師也應在第二階段健檢 細解說檢查結果以避免民眾不必要的 ；除此之外，也必須宣導民眾注重預防保健， 解預防保健服務的重要性和意義，促使民眾聽從醫師的建議，進一步檢查或改善其健康行為，醫師也會因為民眾的遵從性而感到健康檢查是有助益的；醫療院所也應該給予支持，提供良好的診療空間，並保護民眾個人 私，以提升受檢率。

雖然醫師有無參與家庭醫師照護試辦計畫在複迴歸分析中並無達顯著差異($p>0.05$)，但本研究發現有參與家庭醫師照護計畫的醫師認為成人健檢的品質和對民眾的助益都比較高，因此建議相關單位可以廣為宣導並 大實行。

第二節 建議

一、受檢對象與檢查頻率之重新評估

依據本研究結果，建議重新對最低受檢對象的年齡和未滿 65 歲的檢查頻率做評估。受檢對象年齡約下調至 32 歲，並增加未滿 65 歲成人的檢查頻率，可考 提供兩年一次的檢查，並針對有慢性疾病或家族史等高危險群者給予更多的檢查機會。

二、成人預防保健服務檢查單內容之修訂

主管單位可參考本研究醫師意見，評估是否需增加「慢性 吸 疾病」、「痛風」、「癌症」等疾病史項目，也可考 增加「精神疾病」和男性「直腸結腸癌」之家族史詢問，建議可在「癌症」和「特殊疾病」 項後面，增設開 ，以獲得更多的資訊。不建議保留的項目包括健康行為之「開車或騎車情形」和「每天 習慣」。

身體檢查之「腰圍檢查」和實驗室檢查之「平均血球容積」、「高密度脂蛋白膽固醇」、「低密度脂蛋白膽固醇」、「B 型肝炎表面抗體」、

「C 型抗體」、「潛血」以及「流感疫苗注射情形」和「乳房自我檢查」的健康諮詢皆建議新增。但有文獻指出追蹤定期做「乳房自我檢查」的婦女，十年後乳癌的死亡率並無增加，反而增加一不必要的切片檢查，美國家並不建議只單獨做乳房自我檢查，我國相關單位應評估是否應新增此項諮詢。

對於檢查結果與建議的現方式，建議可在異常選項後面新增「定期_個月追蹤」，即修改為：正常、異常(定期_個月追蹤)、建議進一步檢查、建議接受治療。

本研究僅提供醫師意見做為未來修改成人預防保健服務內容之參考依據，相關單位仍應經過大規模的健康調查，了解國人健康情形，參考國內外文獻並依國情的不同加以修訂。因此本研究結果僅提供醫師意見為參考，相關單位仍需更多資料證才可進行修改體制。

三、未來應針對成本效益做探討並重新檢視給付標準

醫師普遍認為給付不足，但在無法增加健保收入來源的情況下，又希望增加檢查項目，這在現實上是非常難以達到的。至今尚未有相關研究探討成人預防保健之成本效益，建議未來研究針對成本作探討，以提供主管單位較謹的參考依據。

四、加強醫師落實乳房觸診及直腸肛診檢查

本研究受訪醫師認為成人預防保健服務的檢查過程與結果的品質佳，但多數醫師指出乳房觸診及直腸肛診的落實程度並不佳。雖然美國家不建議只單靠觸診作判斷，但對於設備不足或區的基層醫師而言，觸診是醫師所有的最簡單且成本最低的器，因此主管單位應評估除醫師觸診之外，是否應以其他方式以提高篩檢的敏感性。

此外若想提高受檢率，主管單位應宣導民眾乳房觸診和直腸肛診

的重要性，使其了解執行的必要性；醫療院所也必須提供病患一個舒適且安全的環境以執行私密部位的檢查；醫師本身也必須維持專業的形象，使民眾安心檢查。針對不 意受檢的民眾，以詢問的方式了解民眾在自我乳房檢查時是否有硬 或是乳頭分 不明液體、民眾是否有 或 出現血 等症狀以進行追蹤。

五、加強對民眾、醫師和醫療機構宣導成人健檢之意義

本研究發現醫師認為民眾的遵從性、醫療院所的支持度和醫師對成人健檢的品質評價愈高者，則自覺成人健檢對民眾助益愈高。因此建議主管單位應針對此三個面向，規劃相關的成人健檢宣導活動，主管機關可藉由活動或研討會加強醫師對成人健檢的重視。

本研究同時 發現參與家庭醫師整合照護計畫者，認為成人健檢的品質較好，對民眾助益較佳，因此落實家庭醫師整合照護計畫可以達到優質的醫療服務與品質，促進民眾預防醫學的概念，加強醫病關，間接影響醫師對成人健檢的觀感。但本研究實際參與家庭醫師整合照護計畫之醫師比率並不高，因此建議相關單位可提供 因，以提高醫師參與率，真正落實家庭醫師整合照護計畫。

第三節 研究限制

- 一、醫院層級的醫師問卷是事先透過 訪，經過醫院同意後再發 問卷。做適合度檢定時， 於衛生署僅公告至 2006 年，因此以 2006 年的家醫科總醫師數為母群體而非 2007 年，適合度檢定可能與實際現況有所差異。
- 二、本研究診所醫師問卷的適合度檢定達顯著差異($p < 0.05$)，若欲推論至整個母體，應保持較為謹 保 的態度。
- 三、本研究的受訪醫師定義為有執行成人預防保健服務之主治醫師，問卷以郵寄方式寄發，但填答問卷的醫師未必是主治醫師，填答者可能與本研究所設計的受訪對象不一致。



參考文獻

英文部分

- Canadian Task Force on Preventive Health Care, <http://www.ctfphc.org/>
- Institute for Clinical Systems Improvement, <http://www.icsi.org/>
- Battista RN, Beaulieu MD, Feightner JW, Mann KV, Owen G. The periodic health examination:3. An evolving concept. *Can Med Assoc J* 1984;130:1288-92.
- Beilin LJ. Alcohol, hypertension and car diovascular disease. *J Hypertension* 1995;13:939-42.
- Bell NB. Relationship of health practices and mortality. *Prev Med* 1973;2:67-81.
- Blot WJ. Alcohol and cancer. *Cancer Res* 1992;52:2119-23.
- Canadian Task Force on the Periodic Examination: The periodic health examination: 2. 1985 update. *Can Med Assoc J* 1986;134:724-7.
- Canadian Task Force on the Periodic Health Examination: The Canadian guide to clinical preventive health care. Ottawa Canada, 1994.
- Canadian Task Force on the Periodic Health Examination: The periodic health examination. *Can Med Assoc J* 1979;121:1193-254.
- Centers for Disease Control (CDC): Use of Pap smears for women 18 years of age and over according to selected characteristics: United States selected years 1987-2000. Available at:
ftp://ftp.cdc.gov/pub/Health_Statistics/NCHS/publications/Health_US/hus04tables/Table082.xls. Accessed January 2006:10.
- Charap MH. The periodic health examination: genesis of a myth. *Ann Inter Med* 1981;95:733-5.
- Cooper GS, Goodwin MA, Stange KC. The delivery of preventive services for patient symptoms. *American Journal of Preventive Medicine* 2001;21:177-181.
- Croft BP. Benefit of physical examinations. *Boston Medical and Surgical Journal* 1916;174:220-1.
- Dobell H. Lectures on the Germs and Vestiges of Disease, and on the Prevention of the Invasion and Fatality of Disease by Periodical Examinations. London: Churchill 1861:142-63.
- Eddie EB. Health examinations past and present and their promotion in Pennsylvania. *Am J Public Health* 1925;15:602-6.

- Edie EB. Health examinations past and present and their promotion in Pennsylvania. *Am J Public Health* 1925;15:602-6.
- Emerson H. Periodic medical examinations of apparently healthy persons. *JAMA* 1923;80:1376-81.
- Fisk EL, Crawford JR. *How to Make the Periodic Health Examination: A Manual of Procedure*. New York: Macmillan, 1927.
- Frame PS, Carlson SJ. A critical review of periodic health screening using specific screening criteria. 3. Selected diseases of the genitourinary system. *J Fam Pract* 1975;2:189-94.
- Frame PS, Carlson SJ. A critical review of periodic health screening using specific screening criteria. Part 1: Selected diseases of respiratory, cardiovascular, and central nervous system. *J Fam Pract* 1975;2:29-36.
- Frame PS, Carlson SJ. A critical review of periodic health screening using specific screening criteria. Part 2: Selected endocrine, metabolic and gastrointestinal diseases. *J Fam Pract* 1975;2:123-9.
- Frames PS, Carlson SJ. A critical review of periodic health screening using specific screening criteria. *J Fam Pract* 1975;2:29-36,123-9,189-94,283-9.
- Gould GM. A system of personal biologic examinations; the condition of adequate medical and scientific conduct of life. *JAMA* 1900:134-7.
- Gordon DJ, Probstfield JL, Garrison RJ, Neaton JD, Castelli WP, Knoke JD, et al. High-density lipoprotein cholesterol and cardiovascular disease. *Circulation* 1989;79:8-15.
- Hoffman BH, Gray DC. The establishment of an occupational health program. In: McCunney RJ ed. *A Practical Approach to Occupational and Environmental Medicine*. 2nd ed. Boston: Little Brown and Company 1994;48-56.
- Hogg WE, Bass M, Calonge N, Crouch H, Satenstein G. Randomized controlled study of customized preventive medicine reminder letters in a community practice. *Can Fam Physician* 1998;44:81-88.
- Hulscher MEJL, Wensing M, Grol PRTM, Esijden TDV, Weel CV. Interventions to improve the delivery of preventive services in primary care. *Am J Public Health*. 1999;89:737-46.
- Jerant AF. Clinical prevention. In: David AK, Taylor RB, Fields SA, Phillips DM, Scherger JE, eds. *Family Medicine: Principles and Practice*. 6th ed. New York: Springer, 2003.

- Lawrence RS, Mickalide AD. Preventive services in clinical practice: designing the periodic health examination. *JAMA* 1987;257:2205-7.
- Leifman A. Alcohol consumption and stroke mortality: 20-year follow-up of 15,077 men and women. *Stroke* 1995;26:1768-73.
- Lemkau JP, Grady KE. Impact of family physicians on mammography screening. *Am Fam Physician* 1998;58:854-9.
- Lerman C, Rimer B, Trock B, Balshem A, Engstrom PF. Factors associated with repeat adherence to breast cancer screening. *Preventive medicine* 1990;19:289-90.
- Lewis CE. The counseling practices of internists. *Annals of Internal Medicine* 1991; 114(1):55-58.
- McGinnis JM, Woolf SH. Background and objectives of the U.S. Preventive Services Task Force. *J Gen Intern Med* 1990;5:11-3.
- McLaughlin JK, Hrubec Z, Blot WJ, Fraumeni JF. Smoking and cancer mortality among U.S. veterans: A 26-year follow-up. *Int J cancer* 1995;60:190-3.
- Parkin DM, Pisani P, Lopez AD, Masuyer E. At least one in seven cases of cancer is caused by smoking: Global estimates for 1985. *Int J Cancer* 1994;59:494-504.
- Pate RR, Pratt M, Blair SN. Physical activity and public health: a recommendation from the Center for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA* 1995;273:402-7.
- Physical activity and cardiovascular health. NIH Consensus Development Panel on Physical Activity and Cardiovascular Health. *JAMA* 1996;276:241-6.
- Reichart PA. Oral cancer and precancer related to betel and miang chewing in Thailand: a review. *J Oral Pathol Med* 1995;24:241-3.
- Rosen G. *Preventive Medicine in the United States, 1900-1975: Trends and Interpretations*. New York: Science History; 1975.
- Scott. *Economics of general practice*. *Handbook of Economics*. UK: Elsevier, 2000;1175-200.
- Sharrar RG. General principles of epidemiology. In: Cassens BJ ed. *Preventive Medicine and Public Health*. 2nd ed. Harwal, 1992:1.
- Sox HC JR. Preventive health services in adults. *N Engl J Med* 1994;330:1589-95.
- Spitzer WO. The periodic health examination: 1. Introduction. *Can Med Assoc J*. 1984;130:1276-8.
- Thomas SJ, MacLennan R. Slaked lime and betel nut cancer in Papua New Guinea. *Lancet* 1992;340:577-8.

- Thun MJ, Peto R, Lopez AD. Alcohol consumption and mortality among middleaged and elderly U.S. adults. *N Engl J Med* 1997;337:1705-14.
- Tobey JA. The Health Examination Movement. *The Nation's Health* 1923;5:610-1, 648-9.
- Tracey JM, Arroll BR, David E. Effects of recertification on the continuing education of family physicians. *J Continuing Edu Health Profession* 1999;19:45-54.
- U.S. Department of Health and Human Services: Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General. Atlanta, Ga: National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Centers for Disease Control and Prevention, 1996.
- U.S. Department of Health and Human Services: Health People. The Surgeon General's Report on Health promotion & Disease Prevention. Washington, DC: US Department of Health, Education, and Welfare, 1979.
- U.S. Preventive Service Task Force: Guide to Clinical Preventive Services: Report of the U.S. Preventive Service Task Force. 2nd & 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 2002.
- U.S. Preventive Services Task Force: The Guide to Clinical Preventive Services, 2007.
- Vineis P, Caporaso N. Tobacco and cancer: Epidemiology and laboratory. *Environ Health Persp* 1995;103:156-60.
- Wechsler H, Levine S, Idelson RK, Schor EL, Coakley E. The physician's role in health promotion revisited-a survey of primary care practitioners. *N Engl J Med* 1996;334:996-8.
- WONCA Europe: The European definition of general practice/family medicine. 2002:1-34.
- World Health Organization: International conference on health promotion: Ottawa charter for health promotion, PAHO Bulletin 1987;21:200-4.
- World Health Organization: Text of the Constitution of the World Health Organization. Office Records of the WHO 1948;2:100-9.
- Yuan JM, Ross RK, Wang XL, Gao YT, Henderson BE, Yu MC. Morbidity and mortality in relation to cigarette smoking in Shanghai, China: A prospective male cohort study. *JAMA* 1996;275:1646-50.

中文部份

中 健康保險局：全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫。

http://www.nhi.gov.tw/information/news_detail.asp?menu=1&menu_id=&News_ID=709。引用 2007/12/14。

中 健康保險局：全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫。

http://www.nhi.gov.tw/information/bulletin_file/2180_w0970016889-家醫計畫草案.pd。引用 2008/02/27。

內政統計資訊服務：95 年特定死因除外簡易生命表提要分析。

<http://www.moi.gov.tw/stat>。引用 2007/12/31

行政院衛生署、中 健康保險局：全民健康保險法第四章第三十二，全民健康保險預防保健實施辦法第二、三、五、七、九。

http://www.nhi.gov.tw/webdata/AttachFiles/Attach_9922_1_23_全民健康保險預防保健實施辦法.do。引用 2007/12/31。

行政院衛生署：111 次-92 年預防保健辦理結果報告。

<http://www.doh.gov.tw/ufile/doc/11111%e6%ac%a1-92%e5%b9%b4%e5%ba%a6%e9%a0%90%e9%98%b2%e4%bf%9d%e5%81%a5%e6%9c%8d%e5%8b%99%e6%88%90%e6%9e%9c.pd>。引用 2008/4/13。

行政院衛生署：95 年衛生統計系列(六)衛生統計動向。

http://www.doh.gov.tw/statistic/data/衛生動向/95/1_95_動向.doc。引用 2006/12/03。

行政院衛生署：95 年衛生統計系列(六)衛生統計動向。

http://www.doh.gov.tw/statistic/data/衛生動向/95/2_95_動向.do。引用 2006/12/03。

行政院衛生署：民國 95 年全民健康保險醫療統計年報。

<http://www.doh.gov.tw/statistic/醫療統計年報/95.ht>。引用 200 0 7。

行政院衛生署：民國 95 年死因統計上 統計表-歷年女性癌症死亡原因。

http://www.doh.gov.tw/statistic/data/衛生統計_書 2/95/上 /表 15.xl。引用 2006/11/30。

行政院衛生署：民國 95 年死因統計上 統計表-歷年男性癌症死亡原因。

http://www.doh.gov.tw/statistic/data/衛生統計_書 2/95/上 /表 14.xl。引用

2006/11/30。

行政院衛生署：民國 95 年死因統計上 統計表-歷年癌症死亡原因。

http://www.doh.gov.tw/statistic/data/衛生統計_書_2/95/上_/表_13.xl。引用
2006/11/30。

行政院衛生署：民國 93 年子宮頸抹片登記報告。台北：行政院國民健康局，2007。

行政院衛生署：國人運動習慣調查。台北：行政院衛生署 劃室，2001。

肝病防治基金會：<https://www.liver.org.tw/>，引自 2008/05/16。

疾病管制局：台灣 區法定傳染病統計 2006 年(年報)。

<http://www.cdc.gov.tw/public/Attachment/7121813584171.pd>。引用
2007 2 2。

國民健康局：台灣 區國人對慢性疾病預防認知及預防保健服務利用情形初探

2005 年國民健康訪問 藥物 用調查結果。

http://enews.nhri.org.tw/enews_list_new3.php?volume_indx=178&enews_dt=2006-12-0。引用 2006/12/0。

行政院衛生署國民健康局. 台灣 區高血壓、高血糖、高血脂盛行率調查報告. 台
北, 2003.

英：衛生教育與健康促進。家庭醫學(第二版)。台北：台灣家庭醫學會 2000：
117-32。

白、陳麗美：新 成人 民參加高血壓與糖尿病健康篩檢意 之調查研
究。公共衛生 1998；15：271-295。

余致力、陳麗光：政府角色、健檢政策與健康傳 ；成人健檢的成本效益分析。
中華傳 學會，2001。

吳 維：醫師照護品質與家庭醫師制度。台中健康 管理學院健康管理研究所論
文，2003。

吳晉祥、張智仁：週期性健康檢查。家庭醫學(第三版)。台北：台灣家庭醫學會
2006：394。

李世代、賴美淑：全民健康保險成人預防保健服務實施之檢討-1996 年之回顧。
中華家醫 1997；7：94-105。

、賴佳君：全民健保預防保健服務使用率之分析。台灣衛 2001；20：

- 43-51。
- 林慶、：SARS 疫情之 思-台灣實施家庭醫師制度的必要性。台灣醫界 2003；46(10)：57-60。
- 林慶、吳傳、許任、陳：台灣基層醫師對家庭醫師制度的認知、態度及認可之 式。台灣家庭醫學雜 2005；15(1)：11-24。
- 林、天給、林慶：參與「家庭醫師整合性照護試辦計畫」民眾對計劃實施成效之觀感。台灣家庭醫學雜 2006；16：260-73。
- 紀、智、吳、源：兒科醫師對兒童預防保健認知、態度與參與意 之探討。北 醫學雜 2005；2(12)：1107-1116。
- 淨、張文、張文：某醫學中心自費健康檢查民眾的動機與追蹤行為之先 研究。中華家醫 1997；7：43-51。
- ：大高 區醫學中心 診病人預防保健行為利用概況與相關因素之研究。爾 醫管雜 2006；2：19-27。
- 張智仁、吳晉祥：預防性健康照護。家庭醫學(第三版)。台北：台灣家庭醫學會，2006：386-7。
- 許任、李顯章、陳容、林慶：基層醫師對「家庭醫師整合性照護試辦計畫」成效評估。台灣家庭醫學雜 2006；16：13-26。
- 許任、陳家、林慶、陳：台灣民眾對實施家庭醫師制度之意 及相關因素研究-民眾的認知、態度及參與意 。台灣家庭醫學雜 2004；14(4)：159-172。
- 陳明豐：健康檢查與健康管理。健康世界 2005；229：82-86。
- 陳建仁：流行病學的原理與方法(初版)。台北： 經出版事業 份有限公 ，1999：13-34。
- 陳拱北預防醫學基金會：公共衛生學上(修訂三版)。台北：巨流圖書公 ，2001：7-37、289-94、544-51。
- 芳：大腸癌的篩檢。基層醫學 2006；21(7)：193-196。
- 志芳、陳、正、達：南部某醫學中心全民健保成人預防健康檢查結果分析。台灣家庭醫學雜 2005；15：147-58。
- 獻、程：乳癌的篩檢。基層醫學 2006；21(8)：225-228。
- 楊志良：公共衛生新論(一版)。台北：巨流圖書公 ，1990：321-30。

、陳慶餘、謝維：家庭醫學科 院醫師對預防醫學的態度、信念及其實施現況之探討。中華家醫 1991；1：21-7。

蔡文正、 、 、吳晉祥、陳志 、 文 、吳 寶：全民健康保險成人預防保健服務品質探討及成果分析。國民健康局科技研究發展計畫 (DOH96-HP-1103)，2007。

蔡宗仁：健檢發展史。中華民國醫檢會報 1996；11(3)：55。

家 、楊：透過成人健檢所新發現的健康問題。台灣家庭醫學雜誌 2001；11(2)：91-98。

家 、楊：影響民眾使用全民健保成人健檢及其滿意度之相關因素。醫務管理期刊 2002；3(3)：70-80。

羅麗君：健檢的意義。中華民國醫檢會報 1996；11(3)：52-54。



附錄一、全民健康保險成人預防保健服務品質探討 醫師問卷調查

您好：本研究為國民健康局委託研究計畫-『全民健康保險成人預防保健服務品質探討與成果分析』。此問卷主要在於 解醫師對成人預防保健的檢查項目、支付標準的適當性，敬 醫師 填答，提供您寶貴之意見，以做為未來國健局與健保局改善成人預防保健之重要參考。非常感謝您的 助

敬 平安 順心

中國醫藥大學 醫管系 蔡文正 教授
人： 蔡芳綿 04-22053366 轉 6302

第一部份：成人預防保健服務合理性與適切性

1. 您認為全民健保「成人預防保健服務」實施對象的「年齡層」設定為 40 歲以上之民眾是否適當：
₁ 適當 ₂ 需降低受檢年齡層至____歲 ₃ 需提高受檢年齡層至____歲 ₄ 其他_____
2. 您認為全民健保「成人預防保健服務」針對「40-64 歲」民眾每三年提供一次，其次數是否適當：
₁ 適當 ₂ 需減少檢查次數 → ₂₁ 四年一次 ₂₂ 五年一次 ₃ 需增加檢查次數 → ₃₁ 二年一次 ₃₂ 每年一次 ₄ 其他_____
3. 您認為全民健保「成人預防保健服務」針對「65 歲以上」民眾每年提供一次，其次數是否適當：
₁ 適當 ₂ 需減少檢查次數 ₃ 需增加檢查次數 ₄ 其他_____

4. 您認為「成人預防保健服務檢查單」上所填寫的「疾病史」項目，除了「高血壓」、「腎病」、「病」、「心血管疾病」、「糖尿病」、「肺病」、「B 型肝炎」、「化性」、「高血脂症」、「中風」、「攝護癌」、「攝護肥大」等項目外，是否有需要**新增**：

新增項目	強烈 新增	建議 新增	無意 見	可以 不做	不建 議
4-1. 慢性吸疾病(例如：、慢性性肺疾病)					
4-2. 痛風					
4-3. 骨質疏鬆					
4-4. 癌症					
4-5. 是否有需要增加其他「疾病史」項目：_____					

5. 您認為「成人預防保健服務檢查單」上所填寫的「家族疾病史」項目，除了「高血壓」、「肝癌」、「結核病」、「心血管疾病」、「糖尿病」、「乳癌」、「子宮頸癌」、「攝護肥大」、「高血脂症」、「中風」、「攝護癌」等項目外，是否有需要**新增**：

5-1. 是否有需要增加其他「家族疾病史」項目：_____

6. 您認為目前「成人預防保健服務」中，在「健康行為」部份，是否有**需要保留**：

原有項目	強烈 保留	建議 保留	無意 見	可以 不做	不建 議
6-1. 最近 年吸菸情形					
6-2. 最近 年 酒情形					
6-3. 最近 年 情形					
6-4. 最近 年運動情形					
6-5. 開車或騎車情形					
6-5-1. 是否使用安全帶或安全帽					
6-5-2. 應 酒後，開車情形					
6-6. 習慣					
6-7. 女性今年是否有接受子宮頸抹片檢查					
6-8. 每天 習慣					
6-9. 每天食用 與水果情形					
6-10. 是否有需要增加其他「健康行為」項目：_____					

7. 您認為目前「成人預防保健服務」中，在身體檢查的「一般檢查」項目中，除了「身高」、「體重」、「血壓」、「脈」與「視力」等項目外，是否需要**新增**：

新增項目	強烈 新增	建議 新增	無 意見	可以 不做	不 建議 新增
7-1. 腰圍					
7-2. 聽力					
7-3. 是否有需要增加其他「一般檢查」項目：_____					

8. 您認為目前「成人預防保健服務」中，在身體檢查中的「理學檢查」項目是否需要**保留**：

原有項目	強烈 保留	建議 保留	身體 不適 時 建議	可以 不做	不 建議 保留
8-1. 喉及口 檢查					
8-2. 頸部淋 腫大					
8-3. 頸部 狀 腫大					
8-4. 部					
8-5. 心臟聽診					
8-6. 左 乳房					
8-7. 右 乳房					
8-8. 腹部					
8-9. 直腸肛診					
8-10. 四					
8-11. 是否有需要增加其他「理學檢查」項目： _____					

9. 您認為目前「成人預防保健服務」中，實驗室檢查包含「尿液檢查」、「血液檢查」、「生化檢查」三大類是否需要**保留**：

原有項目	強烈 保留	建議 保留	身體 不適 時 建議	可以 不做	不 建議 保留
尿液檢查					
9-1. 酸 度					
9-2. 蛋白質					
9-3. 糖					
9-4. 潛血					
9-5. 外觀					
9-6. 血球					
9-7. 白血球					
9-8. 上 細					
9-9. 體					
9-10. 細菌					
血液檢查					
9-11. 白血球					
9-12. 血色素					
9-13. 血球					
9-14. 血小					
生化檢查					
9-15. 白蛋白					
9-16. 球蛋白					
9-17. AST(GOT)					
9-18. ALT(GPT)					

原有項目	強烈建議保留	建議保留	身體不適時建議	可以不做	不建議保留
9-19. 血糖					
9-20. 總膽固醇					
9-21. 三酸甘油酯					
9-22. 尿素氮					
9-23. 肌酐酸					
9-24. 尿酸					

新增項目	強烈建議新增	建議新增	身體不適時建議	可以不做	不建議新增
尿液檢查					
9-25. 量尿蛋白					
血液檢查					
9-26. 平均血球容積(MCV)					
9-27. 血型					
生化檢查					
9-28. 高密度脂蛋白膽固醇(HDL-C)					
9-29. 低密度脂蛋白膽固醇(LDL-C)					
9-30. A 型肝炎 M 型抗體 (IgM Anti-HAV)					
9-31. B 型肝炎表面抗原 (HBs Ag)					
9-32. B 型肝炎表面抗體 (Anti- HBsAb)					
9-33. C 肝抗體 (Anti-HCV)					
其他					
9-34. 潛血					
9-35. 是否有需要增加其他「實驗室檢查」項目：					

10.您認為在「健康諮詢」部份是否需新增下列項目(可複選)：

(原有選項為：不良 好戒除 事故傷害預防 口 保健 體重控制 飲食與營養
子宮頸抹片檢查 其他)

- ₁ 流感疫苗注射情形 ₂ 乳房自我檢查 ₃ 其他_____
- ₄ 不需要修改

11.您認為在實驗室檢查之「檢查結果與建議」部份，是否有需要增修：

(原有選項為：正常 異常 建議進一步檢查 建議接受治療)

- ₁ 修改為方案一：檢查結果新增定期__個月追蹤
(正常 異常 定期__個月追蹤 建議進一步檢查 建議接受治療)
- ₂ 修改為方案二：檢查結果分為五分法 (正常無異常 因個人體質無異常
異常，但無須進一步治療或處 異常且需進一步治療或處)
- ₃ 建議修改_____
- ₄ 不需要修改

※ 翻背面

第二部份：對成人預防保健服務之滿意度

1. 您認為貴院醫師在執行「成人預防保健檢查」服務時，是否落實「乳房觸診」檢查：₅ 非常好 ₄ 好 ₂ 不好 ₁ 非常不好 ₃ 尚可
2. 您認為貴院醫師在執行「成人預防保健檢查」服務時，是否落實「直腸肛診」檢查：₅ 非常好 ₄ 好 ₂ 不好 ₁ 非常不好 ₃ 尚可
3. 您認為醫師在醫院執行「成人預防保健檢查」服務的檢查過程與結果的品質如何：(選後並打分數)
₅ (80~100) 非常好 ₄ (70~79) 好 ₃ 普通(60~69) ₂ (50~59) 不好 ₁ (<50) 非常不好
4. 依您的經驗，您認為民眾對於醫師建議進一步檢查或接受治療的遵從性如何：
₅ 非常好 ₄ 好 ₂ 不好 ₁ 非常不好 ₃ 尚可
5. 依您的經驗，您認為目前所推行的「成人預防保健檢查」其檢查結果的準確性如何：
₅ 非常好 ₄ 好 ₂ 不好 ₁ 非常不好 ₃ 尚可
6. 問貴院對於實施「成人預防保健服務」的支持度：
₅ 非常支持 ₄ 支持 ₂ 不支持 ₁ 非常不支持 ₃ 尚可
7. 依您的經驗，您對目前「成人預防保健服務」的實施對民眾疾病預防的助益如何：(選後並打分數)
₅ (80~100) 非常有幫助 ₄ (70~79) 有幫助 ₃ (60~69) 普通 ₂ (50~59) 沒有幫助 ₁ (<50) 非常沒有幫助
8. 您認為目前規定可執行「成人預防保健服務」的專科科別為「家醫科」、「內科」、「小兒科」、「外科」、「婦產科」等五科之專科醫師之規定，您認為應由哪些科別之醫師執行較為適當(可複選)：
₆ 家醫科 ₅ 內科 ₄ 小兒科 ₃ 外科 ₂ 婦產科 ₁ 其他
9. 您對目前「成人預防保健服務」第一階段給付 300 是否滿意：
₅ 非常滿意 ₄ 滿意 ₃ 尚可 ₂ 不滿意, 合理應為 ₁ 非常不滿意, 合理應為
10. 您對目前「成人預防保健服務」第二階段給付 220 是否滿意：
₅ 非常滿意 ₄ 滿意 ₃ 尚可 ₂ 不滿意, 合理應為 ₁ 非常不滿意, 合理應為

第三部份：基本資料

1. 醫院層級： <input type="checkbox"/> ₁ 醫學中心 <input type="checkbox"/> ₂ 區醫院 <input type="checkbox"/> ₃ 區醫院 <input type="checkbox"/> ₄ 基層醫療診所
2. 醫院屬性： <input type="checkbox"/> ₁ 團法人醫院 <input type="checkbox"/> ₂ 公立醫院 <input type="checkbox"/> ₃ 私立醫院 <input type="checkbox"/> ₄ 衛生所 <input type="checkbox"/> ₅ 私人診所
3. 執業科別： <input type="checkbox"/> ₁ 家醫科 <input type="checkbox"/> ₂ 內科 <input type="checkbox"/> ₃ 小兒科 <input type="checkbox"/> ₄ 外科 <input type="checkbox"/> ₅ 婦產科 <input type="checkbox"/> ₆ 其他 <u> </u>
4. 分局別 <input type="checkbox"/> ₁ 台北分局 <input type="checkbox"/> ₂ 北區分局 <input type="checkbox"/> ₃ 中區分局 <input type="checkbox"/> ₄ 南區分局 <input type="checkbox"/> ₅ 高 分局 <input type="checkbox"/> ₆ 區分局
5. 性 別： <input type="checkbox"/> ₁ 男 <input type="checkbox"/> ₂ 女
6. 年 齡：民國 <u> </u> 年 出生
7. 問您個人平均每週執行成人預防保健檢查之人次 (包含支 整篩) 每週約 <u> </u> 人次
8. 問您是否有參加「家庭醫師整合性照護試辦計畫」? <input type="checkbox"/> ₁ 是 <input type="checkbox"/> ₂ 否

謝謝您的熱心填答， 您利用所附之回郵信 寄回，再次感謝您的 助

附錄二、成人預防保健服務檢查單

第一階段日期： 年 月 日

第二階段日期： 年 月 日

如果您年齡為四十歲且未滿六十五歲，最近三年是否曾接受過成人預防保健服務
 否 是， 名或 章(手)：_____

2 如果您是三十五歲以上小兒麻痺保險對象或是年齡為六十五歲以上者，今年是否曾接受過成人預防保健服務

否 是， 名或 章(手)：_____

注意

成人預防保健服務給付時程為

四十歲以上未滿六十五歲者，每三年補助一次；六十五歲以上者，每年補助一次；罹患小兒麻痺且年在三十五歲以上者，每年補助一次。受檢對象如重複或超次施行者，其費用由受檢對象自行 擔。

下列 內之 位 醫護人員 助受檢人於檢查前先行詳細填寫，以供醫師參考。

基本資料	身份證號		名		性別	男	女
	生日	民國前後	年	月	日(足歲)	()	
	() 醫藥區 路() 段 號						
疾 病 史	高血壓	腎病	病	心血管疾病			
	糖尿病	肺病	型肝炎	化性			
	高血脂症	中風	攝護 癌	攝護 肥大	其他：		
長期服藥	無	有 病因					
家 族 疾 病 史	高血壓	肝癌	結核病	心血管疾病			
	糖尿病	乳癌	子宮頸癌	攝護 肥大			
	高血脂症	中風	攝護 癌	其他：			
健 康 行 為	最近 年來，您吸菸的情形是： 不吸菸 朋友敬菸或應 才吸菸 平均一天約吸一包菸（含以下） 平均一天約吸一包菸以上。 2 最近 年來，您 酒的情形是： 不 酒 爾 酒或應 才 經常 酒 最近 年來，您 的情形是： 不 爾會 或應 才 經常 或習慣在 。 最近 年來，您運動（指一次運動至少 20 分 以上）的情形是： 不運動 爾運動 每週運動三至五次。 您開 車(或騎機車) 都沒有 開 車 騎機車。 回答都沒有者， 答第 6 您使用安全帶或戴安全帽的情形是： 不用 而用 每次用。 當您參加應 酒後，您會 自 開(騎)車回家 車回家。 6 您是否有早 的習慣 幾 不 只有早上 一次 早、 各 一次 早、 及三 後各 一次。 7 您今年是否接受過子宮頸抹片檢查（男性免答） 否 是。 您是否有每天 的習慣 否 是。 您是否有每天至少 三 及兩個水果 否 是。						

受檢對象如有任何不適異狀、曾患疾病或目前病症，務必於問診時詳細告知醫師。

第一 特約醫院、診所通知保險對象檢查結果 。

第二 特約醫院、診所留存 。

身 體 檢 查	身高： 公分 體重： 公 理想體重： 公 血壓： 脈： 次 是否規則： 是 否
	眼睛 右眼 眼視力： 左眼 眼視力： 右眼 正視力： 左眼 正視力： 喉及口 無明顯異常 異常： 助聽器 結 或 病 口 病變 其他
實 驗 室 檢 查	頸部 淋 腫大： 有 無 狀 腫大： 有 無 部： 無明顯異常 異常： 心臟聽診： 無明顯異常 異常： 左 乳房： 無明顯異常 異常： 右 乳房： 無明顯異常 異常： 腹 部： 無明顯異常 異常： 直腸肛診： 無明顯異常 異常： 四： 無明顯異常 異常： 其他異常：
	尿液檢查 酸 度：_____ (參考值) 血球：_____ 個 (參考值) 蛋 白 質：_____ (參考值) 白血球：_____ 個 (參考值) 糖：_____ (參考值) 上 細：_____ 個 (參考值) 潛 血：_____ (參考值) 體：_____ 個 (參考值) 外 觀：_____ 細 菌：_____
健 康 諮 詢	血液檢查 白血球：_____ (參考值) 血球：_____ 06 (參考值) 血色素：_____ (參考值) 血小：_____ 0 (參考值)
	生化檢查 白蛋白：_____ (參考值) 膽固醇：_____ (參考值) 球蛋白：_____ (參考值) 三酸甘油脂：_____ (參考值) ()：_____ (參考值) 尿素氮：_____ (參考值) ()：_____ (參考值) 肌酸酐：_____ (參考值) 血 糖 _____ (參考值) 尿 酸：_____ (參考值)
健康諮詢	不良嗜好戒除： 戒菸 2 戒酒 戒 事故傷害預防 口 保健 體重控制 飲食與營養 子宮頸抹片檢查 其他
檢 查 結 果 與 建 議	身體檢查部分： 實驗室檢查部分 尿液檢查： 正常 異常 建議進一步檢查 建議接受治療 血液檢查： 正常 異常 建議進一步檢查 建議接受治療 肝 功 能： 正常 異常 建議進一步檢查 建議接受治療 血 糖： 正常 異常 建議進一步檢查 建議接受治療 血 脂 肪： 正常 異常 建議進一步檢查 建議接受治療 腎 功 能： 正常 異常 建議進一步檢查 建議接受治療 尿 酸： 正常 異常 建議進一步檢查 建議接受治療
特約醫事服務機構名稱及代號 (章)	
檢查醫師 名(章)	

下次接受成人預防保健服務之時間：民國_____年

附錄三、ICSI建議檢查項目

**Adult Preventive Services Which Providers and Care Systems *Must* Deliver
(Based on Best Evidence) (Level I)**

Level I preventive services are worthy of attention at every visit. Busy clinicians cannot deliver this many services in any single visit. However, with systems in place to track whether or not patients are up-to-date with the high priority preventive services recommended for their age group, clinicians can offer the high-priority services as opportunities present.

Service	19-39 Years	40-64 Years	Over 65 Years
Aspirin chemoprophylaxis counseling	Discuss w/postmenopausal women, men above age 40, and younger men and women who are at increased risk of CHD.		
Tobacco use screening and brief intervention	Assess adults for tobacco use and provide ongoing cessation services.		
Colorectal cancer screening		Ages 50-80, or if African American 45-80, at appropriate intervals as determined by whichever screening method is chosen.	
Hypertension screening	BP every 2 years if less than 120/80; every year if 120-139/80-89 Hg.		
Influenza immunization	Annually between Oct-Mar for individuals age 50 and older, those at high risk, and all persons who wish to decrease the likelihood of contracting influenza.		
Pneumococcal (PPV 23) immunization	Immunize high-risk groups once. Re-immunize those at risk of losing immunity once after 5 years.		Immunize at 65 if not done previously. Reimmunize once if 1 st received more than 5 years ago and before age 65.
Problem drinking screening and brief counseling	Screen for problem drinking among adults and provide brief counseling.		
Vision screening 4h			Screen adults ages 65 or greater routinely.
Cervical cancer screening	Beginning at age 21 or within three years after first sexual intercourse, whichever is earlier; every 3 years after 3 consecutive normal Pap smears over 5 years.	Every 3 years after 3 consecutive normal Pap smears over 5 years.	Women 65 years and older with new sexual partner.
Total cholesterol and HDL cholesterol screening	Fasting fractionated lipid screening for men over age 34 every five years.	Fasting fractionated lipid screening for men over age 34 and women over age 44 every five years.	
Breast cancer screening		Annual mammogram for women age 40-49 years with high risk factors. Mammogram every 1-2 years for women age 50-75 years.	Mammogram every 1-2 years for women age 50-75 years.
Chlamydia screen	All sexually active women aged 25 years and younger, and older women at increased risk for infection.		
Calcium chemoprophylaxis counseling	Counsel adult women to use calcium supplements to prevent fractures.		

Adult Preventive Services Which Providers and Care Systems *Should* Deliver (Based on Good Evidence) (Level II)

Level II services have been shown to be effective and should be provided whenever possible. If systems/care management teams are successful in keeping patients on time with high priority services during illness and disease management visits, more of the preventive services in the second group can be delivered during periodic health examinations.

Service	19-39 Years	40-64 Years	Over 65 Years
Folic acid chemoprophylaxis counseling	Counsel women of childbearing age routinely on use of folic acid supplements to prevent birth defects.		
Obesity screening	Record height, weight and BMI at least annually for screening.		
Depression screening	Routine screening for adult patients with depression if there are systems in place to ensure accurate diagnosis, effective treatment and careful follow-up.		
Hearing screening			Subjective hearing screen followed by counseling on hearing aid devices and making referrals as appropriate.
Osteoporosis screening	Assess and discuss risk factors for osteoporosis, and its primary prevention, with all patients for preventive health visits.		
Tetanus-diphtheria booster immunization	Immunize adults every 10 years.		
Abdominal aortic aneurysm screening			Men ages 65-74 who have ever smoked (greater than 100 cigarettes in lifetime).

