

居家護理與護理之家照護品質之探討

李愛誠^{1,2}、葉玲玲³、黃光華⁴、朱僑麗³

中山醫學大學附設醫院 護理部¹、中山醫學大學 護理系²、

亞洲大學 健康產業管理學系³、中國醫藥大學 醫務管理系⁴

摘要

背景及目的

台灣需要醫療照護但不需住院之失能者，能選擇居家式或機構式服務且享有全民健保醫療費用補助。本研究目的在探討居家護理與護理之家服務使用者照護品質差異。

方法

利用健保資料庫2005年承保抽樣歸人檔100萬人，擷取2006年門住診就醫申報資料，以1241位居家護理及323位護理之家服務使用者為研究對象。而探討之長期照護品質指標包括跌倒、壓瘡、泌尿道感染、憂鬱、疼痛等等9項。

結果

護理之家服務使用者較居家護理服務使用者第一年憂鬱($p < 0.001$)及第二年泌尿道感染比率高($p = 0.001$)。利用多變量邏輯式回歸模型，控制其他變項後，相較於居家護理服務使用者，護理之家服務使用者在第一年憂鬱的勝算比為2.62(95% CI=1.41-3.63, $p = 0.001$)；第二年泌尿道感染的勝算比為1.54 (95% CI=1.13-2.11, $p = .007$)。

結論

醫療轉介單位、服務提供者應對選擇接受護理之家或居家護理服務者規劃優先且適當之衛生指導，另進行品質管理及照護過程改善，以提供長期照護者更優質之照護品質。

關鍵詞：居家護理、護理之家、照護品質、健保資料庫

前言

2010年我國65歲以上老人佔總人口比例達10.7%，老化指數為68.6%，歷年來有持續增加的現象，預計在2030年老年人口比率將達到23.1%，成為超高齡社會[1]。隨著老人人口快速成長，慢性疾病及功能障礙隨之盛行，致使失能人口增加，繼而耗用大量的醫療與長期照護資源[2-4]。因此德國、日本、美國、英國等各國政府為因應此現象，除重視長期照護服務發展外，更關注長期照護品質的改善[5]。長期照護服務提供地點包括機構、社區及家庭，因服務地點的不同，其品質的呈現在生理、心理及社會功能等方向也不盡相同。我國長期照護服務涵蓋有居家護理及護理之家等服務模式，訂定之收案對象皆以需要慢性醫療及技術性護理者為主[6-8]，不同服務模式，實際提供服務的照護者亦不相同。接受居家護理服務者，雖然有護理人員、社工或其他專業人員的定期訪視，但主要由家人或親友提供協助服務；而接受護理之家服務者，則由機構提供二十四小時醫療、護理、復健及個人生活等照護[6]。服務提供者的背景可能會影響照顧品質的好壞[9]，因此透過探討居家護理與護理之家品質差異，將有助於瞭解不同服務提供者長期照護品質管制的重點。故本研究目的主要在探討長期照護需要等級相同之服務使用者，在居家護理及護理之家不同模式照護下之品質狀況與差異，期望研究結果可以做為醫護人員提供給接受不同模式照護者，優先衛教項目與照顧重點加強的參考。此外，政府機關近年來致力於長期照護的推動，故透過本研究亦可提供政策規劃者與服務提供者建構長期照顧品質提升監測項目與相關資源的參考。

通訊作者：葉玲玲
通訊地址：台中市霧峰區柳豐路500號
E-mail：yehll@asia.edu.tw
電話：04-23323456轉1807

文獻探討

居家護理與護理之家為我國長期照護服務模式之一，服務對象為日常生活需他人協助之失能者[10]。中央健保局在支付居家護理與護理之家服務使用者之條件相同，皆為病人需符合只能維持有限之自我照顧能力，即清醒時，百分之五十以上活動限制在床上或椅子上；有明確之醫療與護理服務項目需要；或者為罹患慢性病需長期護理或出院後需繼續護理之病人等三項條件[11]。

Cartier認為一般出院後需繼續護理的病人，多數會選擇回到家中接受居家護理而不會選擇入住機構[12]。台灣調查一般家庭有照護老人需求時，58.1%會選擇到宅式居家服務，31.8%選擇社區式照護，選擇機構式照護僅10.1%[13]。學者指出不同的服務模式，照護品質也將有不同的變化，若能透過照護品質研究，將有助於品質之改善[14]。

醫療品質源自於企業界的品質概念，不同角度的思考，其品質定義的重點亦不同。美國醫學研究機構 (Institute of Medicine, IOM) 定義照護品質是在醫療專業水準之下，提供增進個人與全體民眾所期待的醫療結果。美國護理協會 (American Nurses Association, ANA) 則認為品質就是能提供給個案所能接受的最佳照顧方式。美國健康服務機構評鑑聯合委員會 (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization, JCAHO) 認為藉由品質監測，可以提高個案照顧的品質，並減少不良照顧的結果[6]。

醫療品質管制運動最早則源自於1916年Codman提出醫療提供者應注重醫療機構品質評鑑。1985年美國馬里蘭州醫院協會 (Maryland Hospital Association) 發展醫療品質指標計畫 (quality indicator project, QIP)，1986年美國健康照護財務署 (Health Care Financing Administration) 也開始推展持續性品質改善觀念及品質測量方法。國內於1999年由財團法人醫院評鑑品質策進會引進QIP而訂定台灣醫療品質計畫(Taiwan quality indicator project, TQIP)並正式在國內推行。同年行政院衛生署亦委託社團法人台灣醫務管理學會開發台灣醫療品質指標系統 (Taiwan healthcare indicator series, THIS)。

照護品質有多面向的定義，近年來不少研究顯示結果面的品質指標較能夠呈現照護品質評估的整

體表現[15]。Nakrem等人以系統性文獻回顧美國、澳洲、紐西蘭、英國、瑞典、丹麥、挪威等七個老年照護服務體系相似國家之護理之家品質照護指標，經過實證研究結果發現美國的護理之家品質照護指標符合效度，其指標包括跌倒、焦慮、泌尿道感染、體重減輕、排泄嵌塞、脫水、疼痛、壓瘡等23項[16]。

文獻也曾指出長期照護機構常見的健康照護問題及品質指標為壓瘡，常見感染則為泌尿道感染[17,18]。TQIP中的長期照護品質指標則包含跌倒、壓瘡、院內感染、身體約束、非計畫性體重改變、非計畫性轉急性醫院住院照護等六項。而憂鬱及疼痛亦為長期照護老人最常見的問題之一，多篇研究結果顯示入住機構者較容易出現憂慮症狀[19,20,21]，Achterberg等學者[22]研究護理之家老人發現26.9%有憂鬱症狀，荷蘭護理之家住民則有30-48%罹患憂鬱症，機構住民是居住在社區老人的3至4倍[20]。英國研究居住在護理之家或醫院老人之憂鬱比率為40%，而住在社區的老人其憂鬱比率則為15.0%[23]。經文獻查證並考量國內擁有相當可貴的全民健保申報資料庫，因此本研究將利用資料庫分析居家與機構式服務之長期照護指標，以瞭解國內居家護理及護理之家照護品質差異。

材料與方法

一、研究資料來源及期間

本研究為縱貫性研究，資料取自國家衛生研究院全民健保資料庫之2005年承保抽樣歸人檔。此檔案之建立乃因全民健保資料庫龐大，為提供具代表性的抽樣資料，國衛院以2005年在保者為基本抽樣單位，隨機取100萬人，依其身分證統一編號擷取其前後各年度就醫資料，持續追蹤並加密所建置而成，該資料經統計檢定分析具母群體代表性。本研究選取2006年至2008年之門診處方治療明細檔 (ambulatory care expenditures by visits, 簡稱CD檔) 及住院醫療費用清單明細檔 (inpatient expenditures by admissions, 簡稱DD檔)。

二、資料處理流程

2006年第一次使用居家護理或護理之家的就醫日期，即為研究對象的納入研究日期 (index date)。本研究照護品質指標考量健保資料庫可提供之資

料及文獻查證之結果，將照護品質定義為跌倒、壓瘡、泌尿道感染、體重減輕、憂鬱、脫水、疼痛、睡眠障礙、排泄障礙等9項。照護品質指標資料則來自健保資料庫就醫診斷碼，主要取自CD檔之國際疾病分類號一至三等三個欄位及DD檔之主、次診斷代碼一至四等欄位符合照護品質之診斷碼。

三、變項說明及操作性定義

(一)人口背景特徵：性別（男性或女性）、年齡層（40-64歲、65-69歲、70-74歲、75-79歲、 ≥ 80 歲）。

(二)疾病嚴重度及重大傷病：疾病嚴重度參考Deyo等人[24]於1992年所發表的察爾森合併症嚴重度指數（Charlson comorbidity index, 簡稱CCI）以19類疾病診斷分別給予1、2、3及6的權重，以納入研究時CD檔之疾病診斷來計算，另將CCI分為0分、1分、2分、 ≥ 3 分四組，分數越高疾病嚴重度越高。CCI之19類疾病診斷為（括弧內為其ICD-9-CM診斷碼；ICD-9-CM：International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification）心肌梗塞（401-410.9、412）、充血性心臟衰竭（428-428.9）、周圍心血管疾病（443.9、441、441.9、785.4、V43.4）、腦血管疾病（430-437、438）、失智症（290-290.9）、慢性肺部疾病（490-496、500-505、506.4）、風濕病（710.0、710.1、710.4、714-714.2、714.81、725）、消化性潰瘍（531-534.9、531.4-531.7、532.4-532.7、533.4-533.7、534.4-534.7）、輕微肝病（571.2、571.5、571.6、571.4-571.49）、糖尿病（250-250.3、250.7），以上給予1分權重；伴隨慢性病發症的糖尿病（250.4-250.6）、半身麻痺或下身麻痺（344.1、342-342.9）、腎病（582-582.9、583-583.7、585-586、588-588.9），以上給予2分權重；惡性腫瘤，包括白血病與淋巴瘤（140-172.9、174-195.8、200-208.9）、中度或重度肝病（572.2-572.8、456.0-456.21），以上給予3分權重；轉移性腫瘤（196-199.1）、先天免疫缺乏症候群（042-044.9），以上給予6分權重。

(三)照護品質指標之ICD-9-CM診斷碼為：跌倒（E880-E888）、壓瘡（707）、泌尿道感染（599）、體重減輕（783.2）、憂鬱（296.2、296.3、300.4、311）、脫水（276.51、276.9、639.4、276、

775.5、783.9、643.1、790.6、999）、疼痛（338、2740、52462、7140、71500、7130、7201、72700、7291、8400、53110、5350、7871、5641、5645、5648、56481、56489、5649、30781、3460、38600、4130、4131、4139、78650、78651、78659、30780、30789、37991、38870、3380、33821、33822、33828、33829、3384、3501、3502、3536、3544、3550、35571、7292、7295、78096）、睡眠障礙（327、307.4）、排泄障礙（560.39）。

(四)死亡率：死亡率之計算以每三個月為分析時間單位。研究對象觀察兩年期間，只要有就醫資料即認定個案存活。本研究假設收案兩年內個案於某次就醫日期之後未曾再有就醫資料即定義為死亡。死亡率計算公式定義為分析時間單位內死亡個案數/分析時間單位內死亡個案數與存活個案數總和。

四、研究對象

本研究對象為2006年門診處方治療明細檔之案件分類欄位為61（居家護理）與66（護理之家）者。若為居家護理與護理之家的服務使用者，考量慢性病發生年齡及品質指標需長時間觀察，故研究對象需大於40歲、就醫資料大於兩次且性別、年齡等資料欄位記錄完整。

五、統計方法

本研究使用SPSS/Windows 12.0 中文版統計套裝軟體進行資料分析。以描述性統計分析居家護理與護理之家服務使用者之基本資料分布情形，另依據研究目的及變項性質分別選擇卡方檢定（chi-square test）、獨立樣本t檢定、邏輯迴歸（logistic regression analysis）等統計方法，以 $p < .05$ 表示具有統計顯著意義。

結果

一、研究個案基本特性描述

本研究對象共有1564人，其中居家護理服務使用者有1241人（79.3%），平均年齡76.9歲（SD=11.5），女性佔52.3%；而護理之家服務使用者則有323人（20.7%），平均年齡76.5歲（SD=11.5），女性佔48.6%。居家護理及護理之家服務使用者之察爾森合併症嚴重度指標皆以1分佔多數，0分次之。兩類

服務使用者之年齡、性別及察爾森合併症嚴重度經檢定分析無統計上差異。在領有重大傷病卡比率上，居家護理使用者 (16.3%) 多於護理之家使用者 (9.9%)，以卡方統計具顯著差異 ($p=0.004$) (表一)。

二、居家護理與護理之家服務之死亡率比較

居家護理與護理之家服務使用者之死亡率皆以第90-180天觀察期間最高，分別為10.4%及12.7%，隨著時間而趨於穩定，死亡率介於5.4%至10.5%之間，以卡方檢定兩類服務在各期間之死亡率均無顯著差異 (表二)。

三、照護品質指標

照護品質以第一年及第二年區分 (表三)，結果顯示第一年護理之家服務使用者憂鬱比率 (9.6%) 多於居家護理服務使用者 (4.5%)，以卡方檢定具顯著差異 ($p<0.001$)；在體重減輕之照護品質上雖 p 值小於.05，但其個案數較少故不討論；另在壓瘡、泌尿道感染、跌倒、脫水、疼痛、睡眠障礙、排泄嵌塞等照護品質，護理之家與居家護理服務使用者無顯著差異。第二年顯示護理之家服務使用者泌尿道感染比率 (62.1%)多於居家護理服務使用者泌尿道感染比率 (49.8%)，以卡方檢定具顯著差異 ($p=0.001$)，在其他照護品質上，則第二年與第一年相同無顯著差異。

四、居家護理與護理之家服務模式之照護品質差異

爲了瞭解兩種服務模式之護理品質差異，以邏輯斯迴歸分析，依變項特別選取個案數超過100以上之壓瘡、泌尿道感染及疼痛等照護品質指標，另加上第一年呈現兩類服務有顯著差異之憂鬱照護品質指標等四項；自變項則爲兩類服務模式，控制變項有年齡、性別、重大傷病、察爾森合併症嚴重度指數。結果發現 (表四) 第一年在控制其他變項後，使用護理之家服務模式者之憂鬱比率爲使用居家護理服務模式者之2.62倍，具顯著差異 (95% CI: 1.41-3.63, $p=0.001$)，但在壓瘡、泌尿道感染及疼痛照護品質上，兩種服務模式則無顯著差異。第二年在控制其他變項後，使用護理之家服務模式之泌尿道感染爲使用居家護理服務模式之1.54倍，具顯著差異 (95% CI: 1.13-2.11, $p=.007$)，而在憂鬱、壓瘡、疼痛上，則無顯著差異。

表一 居家護理與護理之家服務使用者基本資料(N = 1564)

	居家護理 (n=1241) n (%)	護理之家 (n=323) n (%)	t/ χ^2	df	p
年齡					
平均數	76.89	76.54	$t=0.48$	56	0.63
標準差	11.52	11.51			
年齡層					
40-64歲	184(14.8)	55(17.0)	$\chi^2=1.53$	4	0.82
65-69歲	94(7.6)	24(7.4)			
70-74歲	161(13.0)	36(11.1)			
75-79歲	242(19.5)	64(19.8)			
80歲以上	560(45.1)	144(44.6)			
性別					
女性	649(52.3)	157(48.6)	$\chi^2=1.40$	1	0.24
男性	592(47.7)	166(51.5)			
CCI					
0分	493(39.7)	122(37.8)	$\chi^2=0.95$	3	0.81
1分	526(42.4)	142(44.0)			
2分	143(11.5)	35(10.8)			
3分(含)以上	79(6.4)	24(7.4)			
重大傷病					
無	1039(83.7)	291(90.1)	$\chi^2=8.17$	1	$0<0.01^*$
有	202(16.3)	32(9.9)			

註：CCI：Charlson Comorbidity Index察爾森合併症嚴重度指標。

表二 居家護理與護理之家服務使用者死亡率比較(N = 1564)

服務使用天數	居家護理 (n=1241) n (%)	護理之家 (n=323) n (%)	p
90-180天	129(10.4)	41(12.7)	0.23
181-270天	98(8.8)	28(9.9)	0.55
271-365天	81(8.0)	15(5.9)	0.26
361-450天	68(7.3)	25(10.5)	0.12
451-540天	65(7.5)	15(7.0)	0.80
541-630天	43(5.4)	15(7.5)	0.24
631-730天	44(5.8)	15(8.2)	0.31

註：死亡率=分析時間單位內死亡個案數/分析時間單位內死亡與存活個案總數

表三 居家護理與護理之家服務使用者照護品質狀況比較(第一年N=156、第二年N=1079)

		居家護理	護理之家	χ^2	df	p
		第一年n=1241 第二年n=865 n (%)	第一年n=323 第二年n=214 n (%)			
壓瘡	第一年	215(17.3)	43(13.3)	2.99	1	0.08
	第二年	120(13.9)	26(12.1)	0.43	1	0.5
泌尿道感染	第一年	691(55.7)	198(61.3)	3.22	1	0.06
	第二年*	431(49.8)	133(62.1)	10.44	1	0.001
跌倒	第一年	20(1.6)	6(1.9)	0.09	1	0.75
	第二年	9(1.0)	4(1.9)	0.99	1	0.32
憂鬱	第一年**	56(4.5)	31(9.6)	12.61	1	<0.001
	第二年	37(4.3)	10(4.7)	0.06	1	0.80
體重減輕	第一年*	1(0.1)	3(0.9)	7.22	1	0.007
	第二年	4(0.5)	0(0)	0.99	1	0.31
脫水	第一年	101(8.1)	28(8.7)	0.09	1	0.75
	第二年	54(6.2)	12(5.6)	0.12	1	0.72
疼痛	第一年	242(19.5)	75(23.3)	2.19	1	0.13
	第二年	156(18.0)	50(23.4)	3.15	1	0.07
睡眠障礙	第一年	22(1.8)	3(0.9)	1.16	1	0.28
	第二年	11(1.3)	2(0.9)	0.16	1	0.68
排泄嵌塞	第一年	10(0.8)	3(0.9)	0.04	1	0.82
	第二年	3(0.3)	1(0.5)	0.06	1	0.79

註：*p<0.05 **p<0.001

表四 居家護理與護理之家不同服務模式使用者照護品質差異

服務模式	OR (95% CI)							
	第一年(N=1564)				第二年(N=1079)			
	壓瘡	泌尿道感染	疼痛	憂鬱	壓瘡	泌尿道感染	疼痛	憂鬱
居家護理(參考組)								
護理之家	0.71 (0.50-1.02)	1.20 (0.92-1.53)	1.22 (0.91-1.65)	2.62 (1.41-3.63)*	0.83 (0.53-1.32)	1.54 (1.13-2.11)*	1.38 (0.96-2.00)	1.06 (0.51-2.20)
年齡								
<80歲(參考組)								
≥80歲	1.06 (0.80-1.41)	1.29 (1.04-1.60)*	0.75 (0.58-0.98)*	0.63 (0.39-1.01)	0.95 (0.65-1.38)	1.27 (0.98-1.65)	0.96 (0.69-1.33)	0.55 (0.28-1.06)
性別								
女(參考組)								
男	1.04 (0.80-1.36)	0.99 (0.80-1.21)	0.74 (0.58-0.95)*	0.75 (0.48-1.17)	1.06 (0.74-1.51)	1.20 (0.94-1.54)	0.78 (0.57-1.06)	1.05 (0.57-1.91)
重大傷病								
無(參考組)								
有	0.80 (0.58-1.10)	0.88 (0.70-1.12)	0.84 (0.63-1.12)	1.34 (0.87-2.24)	1.28 (0.85-1.91)	0.82 (0.61-1.11)	0.95 (0.66-1.39)	1.74 (0.92-3.29)
察爾森合併症嚴重度								
≤1分(參考組)								
>1分	1.08 (0.80-1.50)	1.12 (0.89-1.41)	1.31 (0.99-1.75)	0.88 (0.53-1.44)	1.22 (0.82-1.80)	1.42 (1.09-1.86)*	0.97 (0.70-1.36)	0.72 (0.38-1.38)

註：*p<.05

討論

本研究顯示居家護理與護理之家服務使用者皆以老年人口居多，且此兩種服務模式使用者的年齡、性別差異不大，與陳雪殊學者[25]於2009年研究相類似。另接受兩種服務模式之死亡率雖無顯著差異，但值得探討的是兩者的死亡率皆以第一個觀察期間為最高（分別為10.4%、12.7%），第二個觀察期間次之（分別為8.8%、9.9%），可能原因為接受兩種服務模式使用者大多由醫院出院，而出院初期較不穩定所致，一旦渡過此時期，死亡率則呈現穩定變化。因此長期照護提供者需特別注意在出院初期需提供較高的關注與照護，人力照護上進行適當的安排與調整，另相關單位在個案接受長期照護初期，可考慮增加居家護理訪視次數之給付，使得無論是長期照護使用者或提供者都能獲得更多的支援與關懷。

本研究發現居家護理服務使用者壓瘡比率多，護理之家服務使用者則以泌尿道感染、憂鬱、疼痛比率多，推論壓瘡在居家護理服務使用者較多，其原因可能為非專業人員照顧所致。另兩種服務模式隨著時間趨勢壓瘡比率逐漸減少，此與Yeh、Lin & Lo (2003) [26]進行護理之家研究經12個月追蹤的結果相符。居家護理壓瘡比率第一、二年分別為17.3%及13.9%，與國內研究居家護理所個案於出院4至6週，壓瘡發生率10.9%相似[27]；護理之家壓瘡比率第一、二年分別為13.3%、12.1%，與國外研究護理之家住民12%有壓瘡之結果相符[28]，就壓瘡指標而言，台灣長期照護品質與國外差異不大。

雖然護理之家由專業人員照顧，但在泌尿道感染、憂鬱、疼痛等照護品質上卻比居家服務有較高比率。推論泌尿道感染較高之可能原因與護理之家存在環境汙染及交互感染相關。在憂鬱方面，邱美汝等人[29]提及老年人遷移至新環境易導致壓力，而Walker等人[21]訪談初入住機構2至10星期者之研究也發現，初入住住民易出現焦慮、混亂、無望感、憂慮等遷居症候群。然值得進一步討論的是護理之家服務使用者隨著時間可以發現第二年較第一年憂鬱比率已逐漸減少，推論可能與住民已漸漸適應環境所致。在疼痛方面，Hurley等人[30]曾論述機構老人約70%至80%有疼痛的問題，多於社區老人（社區老人約50%有疼痛問題），本研究護理之家服

務使用者之疼痛比率雖較居家護理服務使用者高，但統計上無顯著差異，而護理之家服務使用者疼痛比率較高之原因除了可能與憂鬱相關外，亦可能與專業人員照護，較能察覺疼痛症狀而給予醫療處置有關。最後控制基本資料變項後以邏輯斯迴歸比較不同服務模式之照護品質差異時，發現護理之家服務使用者在第一年之憂鬱情形及第二年泌尿道感染情形皆較居家護理服務使用者高，可見兩類長期照護服務模式的照護品質有所差異。因此未來長期照護機構對離開原來居住環境及親友而入住機構之住民，需要更注意其精神層面之議題，以滿足其需要進而增進生活品質；另對機構內的住民感染問題可設立專責單位，執行相關知識及技術教育訓練並定期監測、檢討與改善。

結論

本研究以全國性資料瞭解居家護理及護理之家服務使用者在控制年齡、性別、重大傷病及察爾森合併症嚴重度後，第一年護理之家服務使用者發生憂鬱的比率為接受居家護理服務者之2.62倍，第二年發生泌尿道感染的比率為接受居家護理服務者之1.54倍。另觀察到居家護理服務使用者壓瘡比率多於護理之家服務使用者，護理之家服務使用者泌尿道感染、憂鬱、疼痛的比率多於居家護理服務使用者。當民眾選擇接受居家護理服務時，服務提供者應規劃優先給予壓瘡預防、皮膚照護、傷口護理、用藥指導等衛生教育，並經由反覆技術練習讓照顧者學會照護技巧方能提升照護品質。

新接受居家護理與護理之家服務之住民，因早期憂鬱比率及死亡率高，建議服務初期需提供較高之護理照護時數與及早介入措施加以防範，相關單位在政策修定時亦可考慮增加初期居家護理訪視次數，並給予照顧者更多的支援。另機構之工作人員須加強預防泌尿道感染之相關照護措施，注重環境清潔、加強洗手並避免交互感染。為降低接受護理之家服務者產生憂鬱及疼痛情形，建議機構工作人員適時評估、提供關懷，並營造類似居家之環境、活動規畫，鼓勵家人探視或導入音樂、懷舊等治療以增加人與人之間之互動。

因應長期照護品質提升，行政院衛生署居家護理機構督導考核及護理之家督導考核之服務品質指

標雖已建立壓瘡盛行率之監測項目，仍建議增加泌尿道感染、憂鬱、疼痛等照護問題監測，並明確訂定照護流程，以嘉惠服務使用者。對未來研究者則建議可繼續探討以初次接受兩種服務之使用者為對象進行比較，以更深入研究兩種服務之照護品質差異。

研究限制

本研究雖使用全國性具代表性資料，但資料來源屬次級資料，研究對象之基本特性僅以資料欄位可取得之性別、年齡、重大傷病，以及參考文獻而以疾病嚴重度高者其失能程度越高，來佐以察爾森合併症嚴重度指標瞭解研究對象之失能狀況後進行分析。另本研究計算居家護理與護理之家服務使用者觀察兩年期間之死亡率時，因考量接受長期照護者需繼續護理及定期就醫之特性，故只要觀察2年期間有就醫資料即算個案計算期間存活，若無就醫資料就認定個案死亡，因此研究對象可能有2年未就醫但仍存活着，卻被認定為死亡個案而高估死亡率，此亦為研究限制之一。

誌謝

本研究承蒙中山醫學大學附設醫院專題研究計畫經費補助(計畫編號：CSH-2011-A-023)，俾使計畫得以順利完成，另本研究資料來源為衛生署中央健康保險局提供、財團法人國家衛生研究院管理之『全民健康保險研究資料庫』(申請案號：99128)，並通過中山醫學大學附設醫院IRB審查。文中任何闡釋或結論並不代表衛生署中央健康保險局、或財團法人國家衛生研究院之立場。

參考文獻

- 1.行政院經濟建設委員會：2010年至2060年臺灣人口推計。行政院網站 2010。
Available <http://www.cepd.gov.tw/ml.aspx?sNo=0000455>
- 2.吳淑瓊：人口老化與長期照護政策。國家政策季刊 2005；4(4)：5-24。
- 3.劉雅文、莊秀美：探討失能老人家庭選擇長期照護福利服務之決策過程-老人自主權之分析研究。東吳社會工作學報 2006；14：91-123。
- 4.Lee MD: Elucidating attachment theory in intergenerational caregiving using theoretical and empirical review. *J HEALTH SCI* 2006;8(2): 89-97.
- 5.李榮輝、林愛貞、黃育玄等：各國長期照護之探討。福爾摩莎醫務管理雜誌2005；1(2) 134-44。
- 6.陳惠姿總校閱：長期照護實務(二版) 2007。
- 7.黃源協：社區長期照護體系的建構。國家政策季刊 2005；4(4)：41-68。
- 8.蘇逸玲、陳小妮、王威蘋：從立法與管理看臺灣長期照護之現況；護理雜誌 2005；52(6)：5-10。
- 9.Schumacher KL, Stewart BJ, Archbold PG: Conceptualization and measurement of doing family caregiving well. *J NURS SCHOLARSHIP* 1998；30(1): 63-9.
- 10.內政部社會司：老人福利與政策。內政部網站 2010.12.1。
Available <http://sowf.moi.gov.tw/04/01.htm>
- 11.行政院衛生署中央健康保險局：全民健康保險醫療費用支付標準-第五部居家照護及精神病患者社區復健。行政院網站 2011。
Available http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=20&menu_id=710&webdata_id=3633&WD_ID=900.
- 12.Cartier C: From home to hospital and back again: Economic restructuring, end of life, and the gendered problems of place-switching health services. *Soc Sci Med*, 2003; 56(11):2289-301。
- 13.高淑芬、陳惠姿：長期照護與社區護理。國家政策季刊 2005；4(4)：109-28。
- 14.石曜堂、張政國：醫療品質發展趨勢探討。臺灣醫學 2008；12(6)：685-90。
- 15.魏玉容、鍾國彪、鄭守夏：醫療品質評估的發展—從專業評鑑到報告卡系統。臺灣公共衛生雜誌 2005；24(4)：275-83。
- 16.Nakrem S, Vinsnes AG, Harkless GE, et al.: Nursing sensitive quality indicators for nursing home care: International review of literature, policy and practice. *Int J Nurs Stud* 2009;46(6):848-57.
- 17.李聰明、陳雅玲、楊嘉玲：長期照護機構的院內感染-以某護理之家為例。內科學誌 2008；19：331-36。
- 18.Cuddigan J, Ayello EA: Pressure Ulcers in America.

- Prevalence, Incidence and Implications for the Future, Reston, VA: National Pressure Ulcer Advisory Panel . NPUAP. 2001.
- 19.侯慧明、陳玉敏：長期照護機構老人孤寂感及其相關因素探討。實證護理 2008；4(3)：212-21。
 - 20.Jongenelis K, Pot AM, Eisses AMH, et al.: Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: The AGED study. J Affect Disord 2004;83:135-42.
 - 21.Walker CA, Curry LC, Hogstel MO: Relocation stress syndrome in older adults transitioning from home to a long-term care facility: Myth or reality. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 2007;45(1):38-45.
 - 22.Achterberg W, Pot AM, Kerkstra A, et al.: Depression symptoms in newly admitted nursing home residents. Int J Geriatr Psychiatry 2006;21(12):1152-62.
 - 23.Ron P: Depression, hopelessness, and suicidal ideation among the elderly: a comparison between men and women living in nursing homes and in the community. J GERONTOL SOC WORK 2004;43 (2/3):97-116.
 - 24.Deyo RA, Cherkin DC, Ciol MA: Adapting a clinical comorbidity index for use with ICD-9-CM administrative databases. JCE 1992;45(6):613-9.
 - 25.陳雪姝、蔡淑鈴、黃欽印：長期照護機構住民醫療利用分析—以中部四縣市為例。台灣衛誌 2009；28(3)：175-83。
 - 26.Yeh S, Lin L, Lo SK: A longitudinal evaluation of nursing home care quality in Taiwan. JNCQ 2003;18(3):209-16.
 - 27.蔡宜貞：居家照護個案壓瘡發生相關因子之探討。未發表之碩士論文2010。高雄醫學大學。
 - 28.Bernabei R, Gambassi G, Lapane K, et al.: Characteristics of the SAGE database: A new resource for research on outcomes in long-term care. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 1999; 54(1): M25-M33.
 - 29.邱美汝、陳玉敏、李月萍：長期照護機構老人的生活適應及影響因素。實證護理2007；3(2):119-28。
 - 30.Hurley AG, Volicer BJ, Hanrahan PA, et al.: Assessment of discomfort in advanced Alzheimer patients. Res Nurs Health 1992;15(5):369-77.

Quality of Care in Home Care and in Nursing Homes

Ai-Cheng Li^{1,2}, Ling-Ling Yeh³, Kuang-Hua Huang⁴, Chiao-Lee Chu³

Department of Nursing, Chung Shan Medical University Hospital¹,

School of Nursing, Chung Shan Medical University²,

Department of Healthcare Administration, Asia University³,

Department of Health Services Administration, China Medical University⁴

Abstract

Background and objective

In Taiwan, disabled people who require medical treatment but do not require hospital stays can choose either home or institutional care while still enjoying financial assistance from the National Health Insurance (NHI). Understanding the differences in quality between these two types of long-term care services should increase the quality of care. This study investigated differences in the quality of care received by users of home care and nursing homes.

Methods

This study obtained data on 2006 inpatient and outpatient medical claims from the data of one million people in the 2005 National Health Insurance Database. A total of 1241 nursing home residents and 323 home care service recipients were identified. The quality indicators for long term care included falls, pressure ulcers, urinary tract infections, weight loss, depression, dehydration, pain, disorders of sleep and fecal impaction.

Results

During the first year, users of nursing homes had higher rates of depression when compared to users of home care services (9.6%vs 4.5%, $p<.001$). The rate of urinary tract infections among users of nursing homes was greater in the second year (62.1%vs 49.8%, $p=.001$). After controlling for factors such as age, gender, and injury, the first-year depression rate for nursing home users was 2.62 times greater than that of users of home care services (95%CI : 1.41-3.63, $p=.001$), and the second-year urinary tract infection rate for nursing home users was 1.54 times greater than that of users of home care services (95%CI : 1.13-2.11, $p=.007$).

Conclusions

Medical referral units and providers of services should establish suitable guidelines for nursing homes and providers of home care. Quality management and improvements in the health care process should then provide people receiving long-term care with higher quality service.

Keywords : home care, nursing home, quality of care, National Health Insurance research database