

科技部補助
大專學生研究計畫研究成果報告

計 畫 ： 家庭收入差異對居家醫療利用及照護成果之影響 名 稱

執行計畫學生：蔡佩潔
學生計畫編號：MOST 108-2813-C-040-065-H
研究期間：108年07月01日至109年02月28日止，計8個月
指導教授：龍嘉麒

處理方式：本計畫可公開查詢

執行單位：中山醫學大學醫療產業科技管理學系（所）

中華民國 109年03月30日

目錄

壹、摘要

貳、研究動機與研究問題

一、研究動機

二、研究問題

參、文獻回顧與探討

一、台灣家庭收入人口學相關研究

二、居家醫療介紹

三、家庭收入對醫療利用或居家醫療使用之相關性研究

四、文獻探討與結語

肆、研究方法及步驟

一、研究設計

二、研究架構

三、研究假說

四、研究對象

五、資料來源

六、研究變項與操作型定義

七、資料分析與統計方法

伍、預期結果

陸、研究結果

一、描述性統計

二、有無接受首次居家照護之死亡率分析、急診利用情形與發生率風險對比

三、迴歸分析

四、研究限制及建議

柒、參考文獻

壹、摘要

動機與目的：台灣在 2018 年 65 歲以上的老年人口已經上升至 14.05%，正式邁入高齡社會，這個現象會使家庭的醫療支出越來越高，而政府也為了因應這樣的趨勢而制定了許多相關政策，社會上也有許多的照護機構、居家醫療。家庭的所得差異是否會影響居家醫療及照護的成果是本研究探討之目的，用以觀察家庭收入較高的患者是否有接受較良好的醫療照護，或是家庭收入較低的患者所接受的醫療照護品質是比較低的。

研究方法：本研究以衛生福利部衛生福利資料科學中心收錄的全民健康保險資料庫進行分析，研究對象為有使用居家醫療及照護的患者，探討家庭收入的差異是否會影響患者接受較良好或較差的醫療照護，使用之統計方法包含描述性統計、卡方檢定、線性迴歸分析與存活分析。

預期結果：家庭收入較高對於患者的醫療照護成果品質較好，而家庭收入較低對於患者的醫療照護品質較低。

關鍵字：家庭收入差異、居家醫療利用、照護成果之影響、全民健康保險研究資料庫

貳、研究動機與研究問題

第一節 研究動機

為了提升因為失能或疾病特性導致外出就醫不便之醫療照護可近性，全民健康保險中的「居家醫療照護整合計畫」連結醫院到社區，提供不間斷的居家醫療照護服務(藍燕鈴、林欣怡、蔡蕙如、陳立奇、翁林仲、黃勝堅，2017)。我們可以得知這個計畫是由醫護人員組成居家醫療團隊，然後直接進入有需要的患者家中提供完整的醫療照護服務。這個計畫聽起來很好，但是對於家庭收入較低的患者來說，可能就會優先考慮聘僱未受完整照護訓練的外籍看護工。因此本研究將探討家庭收入差異對居家醫療利用及照護的影響。

第二節 研究問題

本研究將使用衛生福利部衛生福利資料科學中心收錄的全民健康保險資料庫進行分析，並藉此探討家庭收入高低對居家醫療利用的影響。研究問題如下列所示：

- 一、探討慢性病年長者是否接受居家醫療照護。
- 二、家庭收入差異對於居家醫療利用之差異分析。

參、文獻回顧與探討

第一節 台灣家庭收入人口學相關研究

106 年家庭收支調查是以各直轄市及縣市為副母體，在每一個副母體內採用分層二段隨機抽樣方法抽出受訪戶，樣本數總計 1 萬 6,528 戶(行政院主計總處，2017)。

將每戶家庭可支配所得互相比較，計算全體家庭的所得不均度：106 年的吉

尼係數為 0.337，並且每一個人可支配所得的吉尼係數為 0.277。另外將家庭可支配所得由小到大排列，並且按戶數分成 5 等分，最高前 20% 家庭每戶可支配所得為 205.3 萬元；最低 20% 家庭為 33.8 萬元，高低所得差距為 6.07 倍。若依每一個人可支配的所得重新排序後計算所得差距，106 年則為 3.89 倍(行政院主計總處，2017)。

依照所得收入者的工作地點分析，106 年跨縣市的工作人口比例為 10.2%，基本所得(包括受僱人員報酬及產業主所得)來自居住地以外的縣(市)比例平均為 16.1%，其中以基隆市 48.3% 最高，新竹縣 46.8% 第二，新北市比例亦在 3 成以上，顯示在台北都會區及新竹科學園區周邊跨縣市工作情形甚為普遍；而澎湖、花蓮及台東縣因為受地理環境限制，赴外縣市工作所得的比例較低。再者由於教育程度提升，女性經濟自主能力增強，加上兩性壽命差距持續拉大，我國由女性擔任經濟戶長之家庭明顯增加，106 年已達 250 萬戶，占全體家庭比重的 29.2%(行政院主計總處，2017)。

全民健保將投保類型分為六大類，根據 106 年度全民健康保險統計報告中我們可以得知 65 歲以上之保險對象較去年增加 16 萬人。接著 106 年底第 1 類至第 3 類被保險人平均投保金額為 36,933 元，較去年增加 1.5%，近 10 年間平均年增率 1.6%。第 1 類至第 3 類被保險人平均投保金額分別是 42,059 元、26,913 元及 22,800 元(衛生福利部中央健康保險署，2017)。

第二節 居家醫療介紹

隨著台灣邁入高齡社會，失能、失智的病患愈來愈多，針對有就醫需求、行動又不便的患者，健保署推行「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」，提供居家醫療照護、重度居家醫療照護、安寧居家照護等服務。

根據健保署推動的居家醫療照護整合計畫(2017)中的目的是 1. 增加因失能或疾病等特性導致外出就醫不便之患者醫療照護可近性。2. 鼓勵醫事服務機構連結社區照護網絡，提供住院替代服務，減少住院日數或降低不必要之社會性住院。3. 改善現行不同類型居家醫療照護片段式之服務模式，以提供病患整合性之全人照護。

其中醫師訪視的照護內容包含 1. 根據照護對象醫療之需求，開立居家醫療服務醫囑。2. 提供一般西醫門診診療服務，但不包括手術、血液透析、麻醉、復健診療、慢性精神疾病居家治療等特定診療服務。3. 一般之藥品處方箋用藥，得按病人病情需要，每次開給足夠用量。4. 醫師開立藥品處方時，應透過 VPN，以健保雲端藥歷系統，即時查詢照護對象近期之用藥資訊，避免重複處方，用以增加照護對象用藥品質及安全(衛生福利部中央健康保險署，2017)。

第三節 家庭收入對醫療利用或居家醫療使用之相關性研究

針對台灣全民健康保險的實施，有學者探討其制度對民眾之醫療服務利用以及整體醫療費用的影響，發現有保險者之各項醫療利用率與次數均有成長(鄭守夏、江東亮，1997)。而在需求因素方面，Salzman(1996)的研究發現自覺健康狀況較差者、疾病頻率較高者，其使用醫療服務利用率較高(Andersen & Laake, 1983；

林芸芸，1992；許志成、季瑋珠，1996)。近年來，國內的醫療服務利用分布情形，由過去實證資料分析發現，全民健保之醫療利用呈集中化現象，高使用者主要皆屬低收入、慢性病、重症、老年人口及小孩病患(張鴻仁、黃信忠、蔣翠蘋，2002)。雖然全民健保實施至今，為了解決弱勢民眾就醫的經濟障礙，提供了許多補助等多項相關措施協助解決困境，進而達到照顧弱勢之成效，但在現行體制下，因為納保資格之要求、部分負擔之實施、加上區域醫療資源之分配不平等，仍存在有部分弱勢族群的問題(龔佩珍、蔡文正、王悅馨，2010)。

另外，對於國內外弱勢族群之醫療利用情形，美國、英國與加拿大研究皆指出經濟弱勢者因為家庭收入或是醫療可近性等因素，較少利用醫療資源，尤其是兒科、內科、脊椎或肌肉骨骼這方面的疾病(Freeman et al.，1993；Yelin et al.，1995；Yong et al.，2004；Milner et al.，2004；Bradley et al.，2009)。

第四節 文獻探討與結語

台灣在 2018 年 65 歲以上的老年人口已經上升至 14.05%，正式邁入高齡社會，預估 2026 年台灣老年人口比例將超過 20%，步入超高齡化社會，這個現象將會使老年人的醫療保健支出逐年增高。從國民醫療保健支出報告中我們可以得知，高年齡層的平均醫療費用是大於平均數的。加上安養院，居家照護等支出占家庭的自付醫療比例越來越大，健保並無法全面給付老年療養照顧，所以在老年人口增加的情況下，老人長期照護將影響家庭醫療的支出。在這樣的情況下家庭收入較富裕的患者所能得到的居家醫療照護服務資源會比家庭收入較低的患者所得到的資源要來的多。而本研究也想探討家庭的收入差異對居家醫療利用及照護會有什麼影響，若能以降低成本的方式提供居家醫療照護，對於收入較低家庭的醫療支出相對會輕鬆不少。

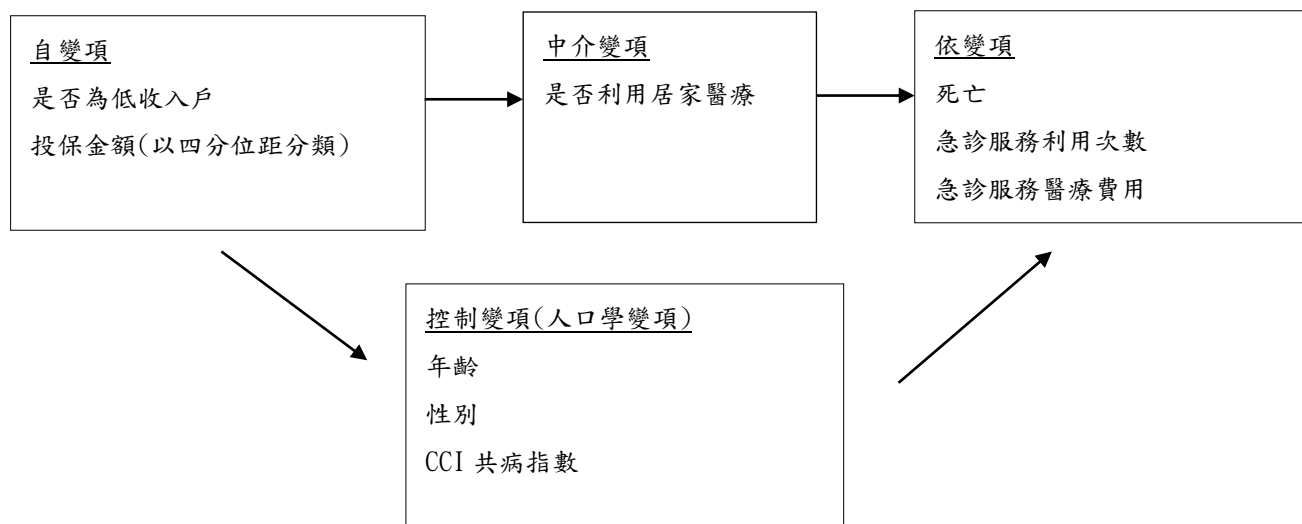
肆、研究方法及步驟

第一節 研究設計

本研究之目的為探討家庭收入差異對居家醫療利用及照護成果之影響。並將篩選出的 65 歲以上之年長者分成有使用居家醫療的研究組以及沒有使用居家醫療的對照組，依照研究變項的操作定義來做資料的分析研究。探討家庭收入較高的患者是否有接受較良好的醫療照護品質與家庭收入較低者的患者是否醫療照護品質較差。

第二節 研究架構

經由文獻的整理、分析、探討結果，本研究擬定研究架構圖，如下所示：



圖一 研究架構圖

第三節 研究假說

根據文獻探討與回顧及本研究之研究架構，研究假說如下：

假說一：經濟狀況差異對居家醫療利用有相關。

假說二：居家醫療利用對照假設結果(死亡、急診)有相關。

假設三：居家醫療利用屬於部分中介。

第四節 研究對象

本研究對象利用 2010 年仍在投保並且年齡在 65 歲以上之長者，在 2009~2013 年間曾住院並且住院天數大於等於 7 天。篩選出來之後，再根據有使用居家照護以及未使用居家照護進行分組。

第五節 資料來源

本研究採用衛生福利部衛生福利資料科學中心提供之全民健保研究資料庫，包括了全民健保處方及治療明細檔-門急診、全民健保處方及治療明細檔-住院、全民健保承保檔、個人屬性檔、全民健保處方及治療醫令明細檔-門急診、全民健保處方及治療醫令明細檔-住院，進行研究對象篩選和醫療費用的計算，並利用死因統計檔更精確判讀死亡事件，做最完整的資料分析與研究假說驗證。

第六節 研究變項與操作型定義
研究架構之各變項操作定義

變項名稱	屬性	操作定義
自變項		
是否為低收入戶	類別	利用投保類別分類是否為低收入戶，1=是低收入戶；0=非低收入戶。
投保金額(以四分位距分類)	類別	利用衛生福利部中央健康保險署的投保金額分級表，1=23,100~28,800元；2=28,801~57,800元；3=57,801~110,100元；4=110,101~182,000元。
中介變項		
是否利用居家醫療	類別	利用全民健康保險居家醫療照護整合計畫中的居家醫療的醫師訪視費(申報代碼為05307C)，1=有接受居家醫療照護；0=無接受居家醫療照護。
依變項		
死亡	類別	利用死因統計檔查詢65歲以上之年長者是否接受過居家醫療照護，並分析兩者的死亡人數，1=死亡；0=生存。
急診服務利用次數	連續	利用全民健保處方及治療明細檔_門急診之案件分類(案件分類=02)居家醫療患者的急診個案，並且計算利用次數。
急診服務醫療費用	連續	利用全民健保處方及治療明細檔_門急診之案件分類(案件分類=02)居家醫療患者的急診個案，並且計算醫療費用。
控制變項(人口學變項)		
性別	類別	利用全民健保承保檔中65歲以上年長者之性別，1=男性；0=女性。
年齡	類別	將65歲以上之年長者(2015為基礎世代年減去出生年)的年齡分為四類，1=65~75歲；2=75~85歲；3=85~95歲；4=95歲以上。
CCI 共病指數	類別	根據查爾森共病指數標準進行計算，並將年長者劃分為三級距，1=CCI 等於0；2=CCI 等於1；3=CCI 大於等於2。(Charlson, Pompei et al., 1987)。

第七節 資料分析與統計方法

本研究將使用的統計方法包括描述性統計、卡方檢定、迴歸分析與存活分析。

1. 描述性統計

為了了解使用居家醫療患者之類別變項的樣本狀態，本研究將利用次數分配和百分比來分析樣本的基本特性及分布情形。而本研究對於急診服務利用次數與急診服務醫療費用，則是以平均數、標準差、最大值和最小值來分析連續變項的分布情形及特性。

2. 卡方檢定

本研究將利用卡方檢定分析性別、年齡、CCI 共病指數、是否為低收入戶、投保金額、是否利用居家醫療與死亡的相關性。

3. 迴歸分析

本研究使用迴歸分析，探討性別、年齡、CCI 共病指數、是否為低收入戶、投保金額對是否利用居家醫療的影響程度。

4. 存活分析

存活分析是指某個特定時間起經過一段時間的觀察追蹤，直至某個特定的事件發生。而本研究有一個主要的死亡變項將用存活分析來探討居家醫療照護患者的存活和死亡，來研究醫療介入的效果。

伍、預期結果

綜合國內外的研究調查顯示家庭收入較高的患者可以得到較良好的醫療照護服務，反之家庭收入較低的患者醫療照護品質較低，因此，家庭收入差異會影響病患的醫療照護品質。

陸、研究結果

第一節 描述性統計

本研究對象利用 2010 年仍在投保並且年齡在 65 歲以上之長者，在 2009~2013 年間曾住院並且住院天數大於等於 7 天。篩選出來之後，再根據有使用居家照護以及未使用居家照護進行分組。

表一為研究對象基線特徵分布，2010~2013 年首次接受居家照護的樣本數為 7,695 位，而對照組的樣本數為 15,390 位。而變項特徵呈現了投保金額、性別、年齡、CCI 共病指數、病患住院天數和急診次數等指標。而表格內的數據包括人數、百分比以及假設檢定，並且針對每一個變項所統計之結果做完整之分析：

1. 投保金額

2010~2013 年有接受首次居家照護者投保金額普遍較低，特別是低收入及依附投保的比例較未使用居家照護者高。低收入佔比分別是居家照護者 1.18%、非居家照護者 0.62%。

2. 性別

2010~2013 年有接受首次居家照護之男女比約為 1 比 1。因研究設計，對照

組與介入組男女比一致。

3. 年齡

首次接受居家照護的年齡層，年齡在 75~85 歲佔 45.83%為最高，其次年齡為 85~95 的 33.44%。因此為 75 歲以上是最主要使用居家照護的族群。因研究設計，兩組年齡分布無顯著差異。

4. CCI 共病指數

CCI 共病指數在有接受首次居家照護中的分布，CCI 指數在 ≥ 2 為最高，百分比為 55.52%，比沒有首次接受居家照護的 41.59%還要來的高，可以得知在有首次接受居家照護的族群當中，較高共病狀態者(CCIs ≥ 2)佔比較多。

5. 住院天數

在住院天數 ≥ 7 為有接受首次居家 照護者為最多，百分比為 91.24%，相比沒有接受首次居家照護的族群(41.59%)還要來得高，顯示出病患住院天數越長，使用居家照護的比例會越高，可以推斷這類型的病患大部分是慢性病或是病情很嚴重的患者，在出院之後還須接受後續治療。

6. 急診次數

急診次數在 2 次以上(包含 2 次)有使用居家照護的百分比為 58.71%，比沒有使用居家照護的 29.32%高出許多，可以得知使用急診次數在 2 次以上(包含 2 次)使用居家照護的比例會越高。

表一 研究對象基線特徵分布 (index date 前 1 年內, index date 為居家照護第一次介入的日期, 對照組的 index date 等同於配對的介入個案)

	2010 年~2013 年接受首次居家照護		p 值
	無(對照組)	有	
n	15390	7695	
投保金額			<.0001***
低收入	96(0.62%)	91(1.18%)	
依附投保	4041(26.26%)	2298(29.86%)	
<19200	3883(25.23%)	1878(24.41%)	
19200-42000	6863(44.59%)	3228(41.95%)	
>=42000	507(3.29%)	200(2.60%)	
性別			1.0000
女	7702(50.05%)	3851(50.05%)	
男	7688(49.95%)	3844(49.95%)	
年齡			0.3679
65-75	2889(18.77%)	1403(18.23%)	
75-85	7135(46.36%)	3527(45.83%)	
85-95	5013(32.57%)	2573(33.44%)	
>=95	353(2.29%)	192(2.50%)	
CCI 共病指數			<.0001***
0	6306(40.97%)	2571(33.41%)	
1	2684(17.44%)	852(11.07%)	
>=2	6400(41.59%)	4272(55.52%)	
住院天數			<.0001***
0	4939(32.09%)	380(4.94%)	
1-6	3083(20.03%)	294(3.82%)	
>=7	7368(47.88%)	7021(91.24%)	
急診次數			<.0001***
0	6820(44.31%)	1295(16.83%)	
1	4057(26.36%)	1882(24.46%)	
>=2	4513(29.32%)	4518(58.71%)	

備註：表中括號內的數字代表百分比；

*p<0.05；**p<0.01；***p<0.001。

第二節 有無接受首次居家照護之死亡率分析、急診利用情形與發生率風險對比 一、兩組死亡率之分析

表二為 65 歲以上在 2010~2013 年之間有無接受首次居家照護的死亡率分析表，從表中可以看出有接受居家照護的患者之死亡數(4,216)與死亡率(4.39 每百人年)比沒有使用居家照護還要來的高，死亡相對風險也是有接受居家照護比沒有高出 3.419 倍。種種數據皆指出患者接受居家照護後的死亡數、死亡率、死亡相對風險都比沒有接受還要來的高。其推斷原因為，接受居家照護的患者本身病情並不是很樂觀，可能有慢性病或是本身病情就很嚴重，導致需要接受居家照護，但居家照護只能延緩病情，並不能讓疾病本身痊癒，再加上本研究對象為 65 歲以上之長者，還要考慮患者本身的免疫力功能等。

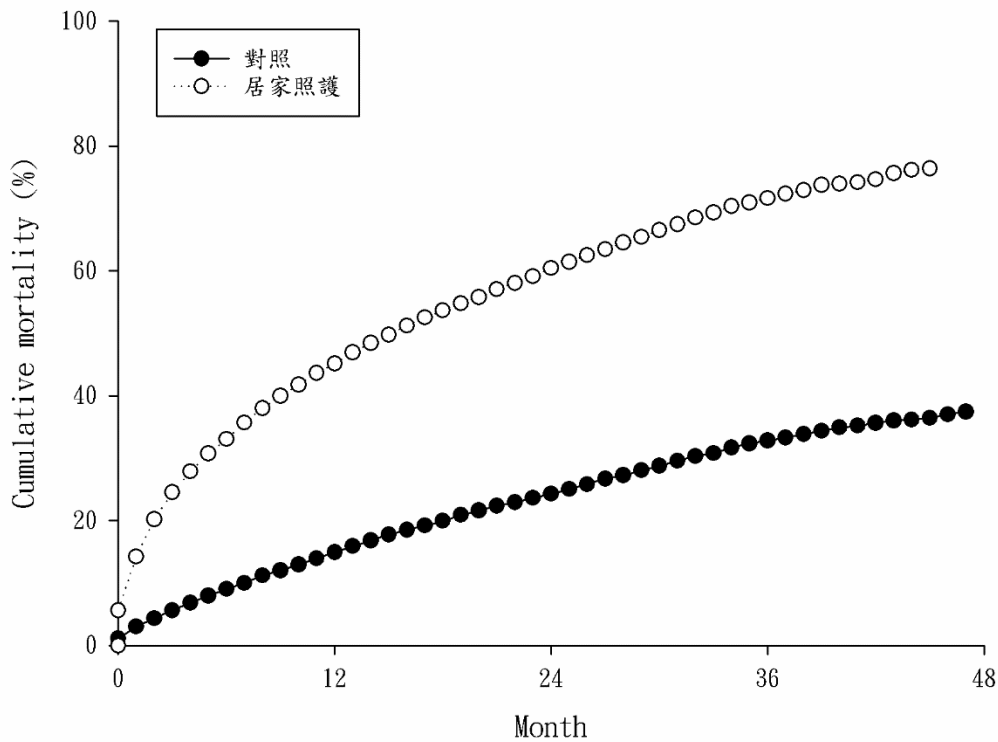
而圖二為針對研究組與對照組進行存活分析之累積死亡率之後所得的結果，從圖中也顯示出有接受居家照護的患者，其累積死亡率也相對比沒有接受居家照護還要來的高。依照本研究之研究假說二：居家醫療利用對照假設結果(死亡、急診)有相關，從表二與圖二可以獲得支持。

表二 兩組死亡率

	2010 年~2013 年接受首次居家照護		p 值
	無(對照組)	有	
追蹤人年	291188	95994	
死亡數	3421	4216	
死亡率，每百人年 (95% C.I.)	1.17(1.14-1.21)	4.39(4.26-4.53)	
死亡相對風險(95% C.I.)	Ref	3.419(3.266-3.578)	<.0001***

備註：表中括號內的數字代表 95% 信賴區間

*p<0.05；**p<0.01；***p<0.001。



圖二 KM cures for cumulative mortality in study groups.

二、2010 年~2013 年有無接受首次居家照護之急診利用情形

下列表三為對照組與研究組之急診利用情形，從下表可以看到急診次數在 0 次為沒有接受居家照護的百分比大於有接受居家照護，分別為 56.52% 和 39.22%。但是在急診次數為 1 次以上(包含 1 次)的急診利用情形，卻是有接受居家照護的百分比大於沒有接受居家照護，其中以急診次數 ≥ 2 的 12.04% 差距為最高。其推斷原因為急診利用次數越高，表示其病情越嚴重，因此使用居家照護的比例會越高。

而在急診總花費上也是有接受居家照護的患者比沒有接受居家照護的患者還要來的高，其平均數為 10,130.69 比上 4,592.67，並且有達到統計上的顯著差異。因此推測急診次數利用越多並且有使用居家照護之患者，其急診總花費也會越高。依照本研究之研究假說二：居家醫療利用對照假設結果(死亡、急診)有相關，從表三可以獲得支持。

表三 兩組急診利用情形 (index date 後 1 年內)

	2010 年~2013 年接受首次居家照護		p 值
	無(對照組)	有	
急診次數			<.0001***
0	8699(56.52%)	3018(39.22%)	
1	3238(21.04%)	2024(26.30%)	
≥2	3453(22.44%)	2653(34.48%)	
急診總花費, Mean±SD	4592.67±10130.69	10130.69±13281.06	<.0001***

備註: 表中括號內的數字代表百分比

*p<0.05 ; **p<0.01 ; ***p<0.001 。

三、發生率風險對比

從表四可以把當中的 Hazard Ratio 視為發生率風險的對比值，並且可以看到有接受居家照護的患者其死亡率為沒有接受居家照護的 2.707 倍，而在投保金額的部分則是依附投保與投保金額在 19,200~42,000 為投保金額在<19,200 的 1.110 以及 1.124 倍，兩者皆達到統計上的顯著差異，顯示這兩者的死亡發生率風險較高。接著性別為男性的發生率風險為女性的 1.284 倍。年齡 75 歲以上相較於 65~75 歲其死亡發生率風險為高，1.263、1.935 以及 2.468。而 CCI 共病指數≥2 時，其發生率風險 CCI 共病指數=0 的 1.465 倍。接著在住院天數的部分為 1 天以上其發生率風險較住院天數為 0 來的高，分別為 1.227 以及 1.561 倍，可以推測住院天數越高，其死亡發生率風險越高。最後為急診的次數，在急診次數≥2 為沒有使用急診的 1.131 倍，也是推測使用急診次數在 2 次以上(包含 2 次)，其死亡率為越高。

表四 以 Cox regression 分析居家照護或投保金額對死亡的影響

	Hazard Ratio	95% C.I.	p 值
組別			
無接受居家照護	Reference		
有接受居家照護	2.707	2.572-2.849	<.0001***
投保金額			
低收入	1.199	0.969-1.484	0.0953
依附投保	1.110	1.041-1.184	0.0014*
<19200	Reference		
19200-42000	1.124	1.06-1.191	<.0001***
>=42000	0.972	0.831-1.138	0.7267
性別			
女	Reference		
男	1.284	1.225-1.347	<.0001***
年齡			
65-75	Reference		
75-85	1.263	1.177-1.354	<.0001***
85-95	1.935	1.801-2.08	<.0001***
>=95	2.468	2.161-2.818	<.0001***
CCI 共病指數 at baseline			
0	Reference		
1	1.022	0.943-1.109	0.5937
>=2	1.465	1.379-1.557	<.0001***
住院天數 at baseline			
0	Reference		
1-6	1.227	1.113-1.353	<.0001***
>=7	1.561	1.44-1.693	<.0001***
急診次數 at baseline			
0	Reference		
1	1.024	0.958-1.094	0.4906
>=2	1.131	1.064-1.203	<.0001***

備註: *p<0.05 ; **p<0.01 ; ***p<0.001 。

第三節 迴歸分析

下列表五為利用迴歸分析分析居家照護或投保金額對急診次數的影響。從有無接受居家照護的組別可以看到，有接受居家照護其迴歸係數為 0.2501，表示有接受居家照護與急診次數呈現正相關的關係，並且有達到統計上的顯著差異。然而在投保金額的組別可以看到，不論是低收入、依附投保、投保金額在 19,200~42,000 還是投保金額 \geq 42,000，其迴歸係數皆分別為-0.0171、-0.0587、-0.0308、-0.1223，但投保金額這個組別並沒有達到統計上的顯著差異。

而下表六為以迴歸分析分析居家照護或投保金額對急診花費的影響。可以觀察到有接受居家照護其迴歸係數為 1904.623，表示有接受居家照護與急診次數呈現正相關的關係，可以說明有接受居家照護其急診費用也會跟著提高。接著為投保金額的組別，可以觀察到其迴歸係數皆為負數，其中以低收入戶的迴歸係數 -1508.05 為最低，表示投保金額與急診費用呈現負相關的關係，可以說明投保金額越低，其急診費用越高，反之投保金額越高，其急診費用越低，但這個組別並沒有達到統計上的顯著差異。

表五 以 regression 分析居家照護或投保金額對急診次數(index date 後一年內)的影響

	迴歸係數	s.e.	p 值
組別			
無接受居家照護	Reference		
有接受居家照護	0.2501	0.0311	<.0001***
投保金額			
低收入	-0.0171	0.1473	0.9075
依附投保	-0.0587	0.0375	0.1171
<19200	Reference		
19200-42000	-0.0308	0.0332	0.3529
>=42000	-0.1223	0.0803	0.1278
性別			
女	Reference		
男	0.1253	0.0272	<.0001***
年齡			
65-75	Reference		
75-85	0.0803	0.0364	0.0273*
85-95	0.1843	0.0393	<.0001***
>=95	0.1232	0.0907	0.1744
CCI 共病指數 at baseline			
0	Reference		
1	0.3091	0.0395	<.0001***
>=2	0.6049	0.0292	<.0001***
住院天數 at baseline			
0	Reference		
1-6	0.0226	0.0452	0.6167
>=7	-0.2177	0.0374	<.0001***
急診次數 at baseline			
0	Reference		
1	0.3699	0.0357	<.0001***
>=2	1.1127	0.0347	<.0001***

備註: *p<0.05 ; **p<0.01 ; ***p<0.001 。

表六 以 regression 分析居家照護或投保金額對急診花費的影響

	迴歸係數	s.e.	p 值
組別			
無接受居家照護	Reference		
有接受居家照護	1904.623	173.0654	<.0001***
投保金額			
低收入	-1508.05	820.4894	0.0661
依附投保	-52.824	208.763	0.8002
<19200	Reference		
19200-42000	-349.222	184.9967	0.0591
>=42000	-294.888	447.3143	0.5097
性別			
女	Reference		
男	568.9437	151.813	0.0002***
年齡			
65-75	Reference		
75-85	171.1652	202.6835	0.3984
85-95	538.6589	218.9457	0.0139*
>=95	390.7393	505.4413	0.4395
CCI 共病指數 at baseline			
0	Reference		
1	1335.173	220.2323	<.0001***
>=2	2818.9	162.4861	<.0001***
住院天數 at baseline			
0	Reference		
1-6	-158.972	251.8903	0.528
>=7	-730.337	208.1219	0.0004***
急診次數 at baseline			
0	Reference		
1	1872.828	199.1466	<.0001***
>=2	5022.058	193.1072	<.0001***

備註: *p<0.05 ; **p<0.01 ; ***p<0.001 。

第四節 研究限制及建議

本研究之中介變項「是否利用居家醫療」的操作定義為居家醫療的醫師訪視費(申報代碼為 05307C)，其定義可能比較籠統，建議未來的研究可以多增加其它的申報代碼，以便進行更加準確的分析。再者兩組基線差異太大，無法公平的評估居家照護的效益，因此建議從有使用居家照護的族群再去定義細分。

柒、參考文獻

1. Andersen A. S. and Laake P. (1983). A causal model for physician utilization: Analysis of Norwegian. *Medical Care*, 21(3), 266-278.
2. Salzman P. (1996). Integrating community services for prevention: Northeast Health Systems may be taking the ultimate moneysaving measure. (Cover Story). *Behavioral Health Management*, 16(4), 9-13.
3. Freeman HE, Corey CR. (1993). Insurance status and access to health care services among poor persons. *Health Serv Res*, 28, 531-41.
4. Yelin E, Bernhard G, Pflugrad D. (1995). Access to medical care among persons with musculoskeletal conditions. *Arthritis Rheum*, 38, 1128-33.
5. Yong PF, Milner PC, Payne JN, Lewis PA, Jennison C. (2004). Inequalities in access to knee replacements for people in need. *Ann Rheum Dis*, 63, 1483-9.
6. Milner PC, Payne JN, Stanfield RC, Lewis PA, Jennison C, Saul C. (2004). Inequalities in accessing hip joint replacement for people in need. *Eur J Public Health*, 14, 58-62.
7. Bradley K. W., Kevin P. B., Joshua G. (2009). Access to spine care for the poor and near poor. *The spine Journal*, 9, 221-224.
8. Charlson, M. E., Pompei, P., Ales, K., L, & MacKenzie, C. R. (1987). A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. *Journal of Chronic Diseases*, 40(5), 373-383.
9. 張鴻仁、黃信忠、蔣翠蘋(2002)。全民健保醫療利用集中狀況及高、低使用者特性之探討。 *台灣衛誌*，21，207-213。
10. 行政院主計總處(2017)。106年家庭收支調查報告。
11. 龔佩珍、蔡文正、王悅馨(2010)。經濟弱勢者醫療利用及其健康狀態分析。行政院衛生署99年度委託研究計畫，未出版。
12. 衛生福利部中央健康保險署(2017)。居家醫療照護整合計畫。
13. 藍燕鈴、林欣怡、蔡蕙如、陳立奇、翁林仲、黃勝堅(2017)。居家醫療整合照護計畫中呼吸治療師的專業角色。 *北市醫學雜誌*，14(3)，391-400。
14. 許志成、季瑋珠(1996)。門診高度使用者之特性—以大溪鎮群醫中心門診病人為例。 *中華衛誌*，15(1)，91-95。
15. 林芸芸(1992)。社會保險醫療給付、就醫交通時間和中西醫醫療利用—以新店居民為例。 *中華家醫誌*，2(3)，115-129。
16. 鄭守夏、江東亮(1997)。全民健保對民眾醫療利用影響的追蹤調查。國科會研究計畫(計畫編號：NSC85-2417-H002-018)，未出版。
17. 衛生福利部中央健康保險署(2017)。106年全民健康保險統計。