

中國醫藥大學

醫務管理研究所碩士論文

**出院準備服務運用個案管理模式成效之探討**

**-以某地區醫院糖尿病、腦中風、高血壓為例**

**The Effect of Discharge Planning Using Case Management Model**

**-The Example of Diabetic Mellitus、Cerebrovascular**

**accident、Hypertension in A District Hospital**



指導教授：蔡文正博士

研究生：王美治 撰

中華民國九十三年六月

## 致謝

二年的學習過程要在致謝詞中劃下一個句點，內心雜亂的思緒讓我始終無法順利以筆墨表達。在這一路的學習過程中要感謝的人實在太多：恩師的教導、學長的相助、同學的協助及醫院長官的支持，當然最最重要的是家人體貼與諒解，才能使我順利完成碩士學業。每當我在撰寫論文陷於絕望與困境之時，家人的默默支持始終成為我繼續堅持的力量；恩師及學長姐的指導則教導了我面對困境時該如何迎刃而解；醫院長官的支持使我在職場上能學業兼顧，這一切的一切都是使我今日能順利完成學業的重要基石。

「學而後知不足」，在老師的引領下讓我體驗到醫務管理是如此浩瀚寬廣，在同學的相互學習上我看到年輕學子的青春才華是如此的恣意飛揚，更讓我感到知識心田上的貧瘠與不足。雖然學習暫告一段落，但在未來的我仍是要繼續不斷的學習。

論文完成代表離校將至，內心除了感謝還是感謝，僅以將所學無私貢獻給社會發揮母校精神，並將本文奉獻給我摯愛之雙親及家人，千言萬語還是感謝！

## 摘要

目的：在高齡化的人口結構中，慢性病社區管理是地區醫院發展社區醫療最重要的方式。本研究即以地區醫院為基礎，以出院準備服運用個案管理模式，設定以糖尿病、腦中風、高血壓慢性疾病，在不同照護管理模式之間成效差異。並探討影響糖尿病、腦中風、高血壓病患，在出院後 6 個月內，急診醫療利用與再住院醫療利用相關因素

方法：本研究主要針對某地區醫院，在 2002 年 1 月 1 日到 2003 年 2 月 29 日，以糖尿病、腦中風、高血壓為研究對象，以實施個案管理照護模式為介入措施，區分為傳統照護組與個案管理組。以回溯性調查方式，進行個案資料收集。並以描述性統計分析，不同照護模式組別中，在個人基本特性、社會支持系統，與醫療結果上的分佈情形。並以羅吉斯迴歸(Logistic regression analysis)探討影響糖尿病、腦中風、高血壓慢性病患，在出院後 6 個月內，急診醫療利用與再住院醫療利用之相關素。

結果：在醫療結果指標中，個案管理模式組糖尿病病患，比傳統照護組糖尿病病患，在平均住院天數、門診醫療使用、急診醫療利用次數、糖化血色素改善程度、出院後 1-6 個月內是否急診醫療利用有顯著效果；腦中風病患中，個案管理模式組比傳統照護組，在平均住院天數、門診醫療使用、總巴氏量表改善程度、膽固醇改善程度上

有顯著效果。高血壓病患在個案管理模式組，比傳統照護組，在出院後 1-3 個月門診醫療使用、第一次收縮壓改善程度、總舒張壓改善程度、三酸肝油脂改善程度上有顯著效果。

以羅吉斯迴歸分析在控制其它變項後，在糖尿病患者中有無實施個案管理模式，是影響糖尿病病患急診利用主要因素。血糖因素則是影響糖尿病病患，再住院醫療使用最重要因素。腦中風患者中，獨居、安養護機構及腦中風患者合併肺循環疾病，是影響腦中風患者在出院後 6 個月內急診利用主要因素；而腦中風患者合併肺循環疾病，是主要影響腦中風病患再住院醫療使用之主要原因。高血壓患者在出院後 1-6 個月內，影響急診醫療利用與再住院醫療使用，在統計結果上無顯著影響。

結論與建議：1. 以出院準備服運用個案管理模式，對慢性病管理照護是有效果，可作為發展社區化慢性病照護管理策略。2. 針對複雜且變異性高的疾病，應結合不同管理模式之優點，發展最適合病患的照護模式。

關鍵詞：個案管理、出院準備服務、糖尿病、腦中風、高血壓

## Abstract

**Objectives:** Amid increasing aging population, discharge planning for chronic ill patients is one of the most important services for developing and expanding services for district hospitals. This study is based on a district hospital's discharge planning. Different outcomes under different managements were compared for DM patients, CVA patients and HT patients. The frequencies of emergency call and re-admission to hospital were correlated among those patients within 6 months from discharge.

**Methods:** The subjects were selected as patients of DM, CVA and HTN from a district hospital from Jan. 01 2002 to Feb. 29 2003. The study group was divided into 2 groups: a control group and a case management model group. Each group carried out respective duties and took records and characteristics among those patients within 6 months after discharge. Then data were sorted out and analyzed. Under descriptive statistical analysis, different management methods, individual characteristics, social supports and results of medical cares were distributed. The logistic regression analysis was used to be the statistical tools.

**Results:** DM patients under discharge planning had marked improvement compared to a control group in length of hospital stay, frequencies of OPD consultation, emergency call and HbA1C level within 6 months after discharge. CVA patients under discharge planning had remarkably improved in length of hospital stay, frequencies of OPD consultation, Barthel IADL scale, and cholesterol level compared to control group. HTN patients under discharge planning had fewer visits to OPD consultation, improved in systolic and diastolic pressure control as well as triglycerides level compared to control group.

After analyzing data with logistic regression analysis, it found that the main factor for DM patient calling ER after 6 months from discharge was a lack of case management model. Blood sugar level was a main factor for re-admission to hospital among DM patients. Among CVA patients, living alone, geriatric institutions and associated pulmonary diseases were the main factors for calling ER or readmission within 6 months from discharge. And combined CVA with pulmonary disease was main factor for readmission among HTN patients. No remarkable factor was noted for HTN patients calling ER or readmission within 6 months from discharge.

**Conclusion and recommendations:** (1) The discharge planning has effective improvements of health care for chronic ill patients. And it can be a device and tactic for the developing and expanding services of a district hospital. (2) Combining different managements method is an advantage for complicated and fragile chronic ill patients and it can expand further to meet the needs of the patients.

Key words: Case management, Discharge planning, Diabetes mellitus, Cerebrovascular accident, Hypertension

## 目錄

第一章 緒論.....	1
第一節 研究背景.....	1
第二節 研究動機.....	2
第三節 研究目的.....	4
第二章 文獻探討.....	5
第一節 國內醫療保健制度規劃與現階段發展.....	5
第二節 高齡醫學發展與定義.....	7
第三節 出院準備服務.....	18
第四節 個案管理理論基礎與發展.....	23
第五節 個案管理出院準備服務相關文獻整理.....	27
第六節 文獻總結.....	28
第三章 研究設計與方法.....	30
第一節 研究設計.....	30
第二節 資料來源.....	34
第三節 出院準備服務管理流程.....	35
第四節 研究架構.....	38
第五節 研究假設.....	39
第六節 研究變項與操作定義.....	40
第七節 統計分析方法.....	43
第四章 研究結果.....	45
第一節 糖尿病.....	45
第二節 腦中風.....	50
第三節 高血壓.....	55
第四節 影響急診利用及再住院醫療之相關因素.....	60
第五章 討論.....	81
第一節 糖尿病.....	81
第二節 腦中風.....	85
第三節 高血壓.....	88

第四節 綜合討論.....	89
第六章 結論與建議.....	91
第一節 結論 .....	91
第二節 建議 .....	93
第三節 研究限制.....	95
參考文獻 .....	96
附錄、個案管理照護計畫流程.....	100



## 表目錄

表 3-1、收案資料樣本說明.....	32
表 3-2、研究變項之操作型定義.....	42
表 4-1、糖尿病個案基本人口學特性分佈.....	63
表 4-2、糖尿病個案社會支持系統.....	64
表 4-3、糖尿病個案醫療結果指標變化（一）.....	65
表 4-4、糖尿病個案醫療結果指標變化（二）.....	66
表 4-5、腦中風個案基本人口學特性分佈.....	67
表 4-6、腦中風個案社會支持系統.....	68
表 4-7、腦中風個案醫療結果指標變化（一）.....	69
表 4-8、腦中風個案醫療結果指標變化（二）.....	70
表 4-9、高血壓個案基本人口學特性分佈.....	71
表 4-10、高血壓個案社會支持系統.....	72
表 4-11、高血壓個案醫療結果指標變化（一）.....	73
表 4-12、高血壓個案醫療結果指標變化（二）.....	74
表 4-13、糖尿病個案六個月內是否使用急診醫療之羅吉斯迴歸分析..	75
表 4-14、糖尿病個案六個月內是否再住院之羅吉斯迴歸分析.....	76
表 4-15、腦中風個案六個月內是否使用急診醫療之羅吉斯迴歸分析..	77
表 4-16、腦中風個案六個月內是否再住院之羅吉斯迴歸分析.....	78
表 4-17、高血壓個案六個月內是否使用急診醫療之羅吉斯迴歸分析..	79
表 4-18、高血壓個案六個月內是否再住院之羅吉斯迴歸分析.....	80

## 圖目錄

圖 3-1、研究設計.....	33
圖 3-3、出院準備服務作業流程圖.....	37
圖 3-2、研究架構圖.....	38

# 第一章 緒論

## 第一節 研究背景

台灣自邁入開發中國家後，疾病型態也從傳染性疾病轉變為慢性  
疾病型態，糖尿病、腦中風、高血壓這三種慢性疾病，始終盤踞在國  
內主要十大死因之中，也是造成台灣地區老年人口主要死因第二、  
四、九位(行政院衛生署，2002)。在國內四十五歲以上罹患高血壓及  
糖尿病之盛行率更高達 43.10%、11%(行政院衛生署，1999)。多位學  
者研究指出：高血壓、糖尿病、腦中風這三種疾病互為關聯且為危險  
因素之一，腦中風更是多種慢性疾病中，造成殘障失能主要疾病之一  
(王素琴、陳慧霞，1998；陳夏蓮、李薇莉，2000；鄺欽菁，2002；  
Laurie Quinn,2002；陳仁豪、嚴崇仁，2003；謝俊德、張翠雅，2003)。

Whetstone 在 1991 曾提出：慢性病罹患率與老化之間有相當程度  
關係。一個國家之中，老年人口醫療消費支出約佔年輕人口族群的二  
至五倍，以民國 2000 年為例，我國國民醫療保健支出統計 65 歲以上  
老年人口醫療消費門診醫療費用為 64 歲以下者的 3.41 倍，西醫門診  
更高達 4.09 倍，在住院醫療支出平均每人住診費用是非高齡者之 7.09  
倍(行政院衛生署，2003)。在老化人口中面臨最大的問題就是慢性病  
健康照顧需求增加，及高齡化生活照護需求的擴大(高淑芬、蕭冰如、

蔡秀敏、邱珮怡，2000)。因此，行政院衛生署在醫療網第四期計劃--「新世紀健康照護計劃」制定出明確政策與推動目標，賦予各層級醫療機構之責任、建全區域醫療體系、繼續推動出院計畫、病患照護計劃及個案管理等，以推動整合性醫療照護系統，將初級照護、二級照護、三級醫療、復健醫療、老人醫學、老人長期照護與安寧照護等醫療資源，作為整合之目標(行政院衛生署，2000)。民國 2003 年國內經歷 SARS 風暴影響，衛生署長陳建仁有感基層醫療的重要性，曾公開宣示醫院等級應再作重整為醫學中心與社區型醫院，並負予各層級任務與使命：醫學中心負責重症、教學、研究等醫療業務；社區醫院即地區型態醫院，則肩負起照護社區居民健康促進，與慢性病醫療保健服務之工作，其精神與行政院衛生署醫療網第四期計劃--「新世紀健康照護計劃」目標一致。

## 第二節 研究動機

我國醫療保險制度於民國 1995 年進入前所未有的體制「全民健康保險」，徹底改變了醫療服務體系的運作，2002 年 7 月西醫醫療總額預算實施後，此支付制度涵蓋了所有健保醫療體系，更加速改變醫院經營管理與發展的方向。前瞻式支付制度衝擊，醫院必需兼顧病人照護品質及成本控制，在此服務模式轉型之際，也促使了出院準備服務的重要與被需要性(林文香，1995)。

實施多年的出院準備服務計畫仍有其執行上的困境，如：缺乏時效性、醫療專業間整合及協調不足、家屬未能參與照顧計畫，及個案出院後所面臨的健康照護問題等。而個案管理的基本原則，即藉促進協調與溝通，以達節制成本與提升品質之效果(Kersbergen, 1996)。因此學者李麗傳(2001)提出：要解決患者出院後所面臨的健康照護問題，建議利用醫院為基礎的個案管理模式，應用在出院準備服務以解決其困境。

面對人口老化最重要的議題是慢性疾病的有效管理，如何有效運用醫療資源除了減少不必要的醫療錯置外，最重要的是如何利用現有醫療資源作整合性的運用。環觀國內出院準備服務管理效益上，目前已發表者多為醫學中心等級機構，顯少以地區型醫院為基礎來探討，且追蹤期僅為 3 個月對慢性疾病管理追蹤仍顯不足。因此，以地區(社區型)醫院為基礎，利用出院準備服務架構，結合個案管理優點來發展慢性病管理方案，是本研究最重要的意義所在。本研究共分兩群，第一群：傳統式照護模式(以下簡稱傳統照護組)，另一群為接受個案管理照護模式(以下簡稱個案管理組)。以某地區型醫院為基礎，運用個案管理概念在糖尿病、腦中風、高血壓個案管理照護，追蹤個案在出院 6 個月內醫療照護成效上比較，以提供地區型醫院在社區慢性病發展照護參考之依據。

### 第三節 研究目的

- 一、 比較接受「個案管理模式」與「傳統照護模式」對糖尿病患者個案照護成效差異。
- 二、 比較接受「個案管理模式」與「傳統照護模式」對腦中風患者個案照護成效差異。
- 三、 比較接受「個案管理模式」與「傳統照護模式」對高血壓患者個案照護成效差異。
- 四、 分析「個案管理模式」與「傳統照護模式」兩群體，對糖尿病、腦中風、高血壓患者，在出院後 1-3 個月內、4-6 個月、1-6 個月內門診、急診與住院醫療資源使用情形。
- 五、 分析影響糖尿病、腦中風、高血壓患者，出院 6 個月內再入院之相關因素。

## 第二章 文獻探討

本章共分四節，第一節介紹國內醫療保健制度規劃與現階段發展；第二節介紹高齡醫學與高血壓、糖尿病、腦中風慢性疾病醫療照顧理論及發展現況；第三節介紹出院準備服務理論基礎與國內推動現況；第四節介紹個案管理理論基礎與發展現況；第五節介紹個案管理出院準備服務相關文獻整理。

### 第一節 國內醫療保健制度規劃與現階段發展

依據我國憲法第一五五條規定：「國家為謀求社會福利，應實施社會保險制度」。社會保險是現代化國家為確保國民收入安全、健康安全、與生活安全的福利措施，乃透過「納費互助」與「危險分攤」的原則(行政院研究發展考核委員會，1989)。國家基於社會政策，應用保險技術，對於全體或特定階層的國民，於生、老、病、死、失業等事故時，保障其經濟生活或身心健康的一種社會安全制度。而健康保險乃國家直接經營或在政府監管下的一種專門事業，經由立法程序，啟用專業人員辦理其業務，以獨立會計處理財務，並依據社會政策，解決由生育、傷病事故所引起的社會問題，以達防貧作用，維護國民身心健康為目的，的社會安全措施或福利互助組織(吳凱勳，1998)。

1995 年 3 月全民健康保險醫療政策正式在台灣實行，其目的為提供全體國民適切的醫療保健照護，以增進國民健康(江東亮，1998)。全民健保定位於社會保險，除重視個人公平性的保險觀念外，其精神更涵蓋了社會上弱勢或無生產能力者之醫療保障，亦兼具社會適當性的福利因素，因此在「保險主義」與「互助主義」的雙重要義下，構成了社會保險的「社會性」與「保險性」之雙重體質，這種透過所得重新分配的功能，發揮社會保險的意涵，以負擔分散風險原則的方式，達到個人收入安全的社會經濟制度(行政院研究發展考核委員會，1989)。因此。在資源有限的情況下，合理的醫療支出更顯其重要，如何引導整合與合理分配醫療資源，是社會保險真正價值所在，也是政策實現最終結果。健保新制推行之初，由於給付制度誘因與後續照護體系架構未健全，使國內平均住院天數較一般先進國家為多，除此之外在以下幾項重要因素影響下，使政府更積極推動出院準備服務規劃與落實(李世民，2002)。

- 一、離婚率增加及老人與子女同住比例減少，以核心家庭型態建立之家庭結構逐年降低，而單人家戶比例逐漸攀升，這種家庭結構的改變，使得需要投入更多的外在資源，協助家庭照護人力的需求。
- 二、更多的雙薪家庭進入了勞動市場，婦女進入職場的結果，使家庭照顧人力下降，而外勞人口引進替代了原本擔任家庭照護主力的



婦女，這些因素加速勞動市場結構的改變。

自 1993 年起，台灣地區已邁入老化國家之林，直到 2002 年，老年人口佔人口結構比例從 7.10% 到增加到 9.02% (行政院主計處，2002)。在台灣，雖然人口轉型的時機較歐美晚，但其老化速度確是快的驚人 (陳晶瑩，2003)。由於老年人口快速成長，也直接影響了疾病型態的改變，老年人口醫療消費性支出相對增加，也使醫療照顧期相對延長。為使病患獲得持續性的照護，同時達成醫療成本控制和有限資源的充份利用，衛生署自 1994 年起，依地區別、醫院等級畫分，補助醫療院所試辦「出院準備服務」。1996 年「老人長期照護三年計畫」中，更加強推動此服務 (李世代，2000；葉莉莉，2002)。到 2001 年「醫療網第四期計劃新世紀健康照護計劃」中，更持續推動地區級教學醫院以上之醫療院所辦理出院計畫服務，藉以建立急性醫療與後續醫療照護之銜接橋樑，並作為健全長期照護服務，提昇照護品質的重要計劃之一 (行政院衛生署，2000；葉莉莉，2002)。

## 第二節 高齡醫學發展與定義

### 一、高齡醫學發展與定義

老年醫學的發展，最早是由德國康司丹醫師在 1829 年首度撰稿「老年的疾病及其防治」一文提及。直至 1909 年逐漸發展形成了一

門新興學科，自此「老人醫學」正式應運而生，老人醫學這個名詞也作為整合各國有關學科，來研究老化和老年問題的統一名稱。

「Geriatrics」老年醫學，是由美籍奧地利醫師納肖(Nascher)由希臘文「geras」老年與「iatrikos」治療結合而創立。但隨著全世界人口老化趨勢，老化再也無法局限在個體，更擴及成為整體社會人口的老化現象。所以，老年問題在今日不僅止是老人福利問題，而是在原有的基礎理論上，注入更多有關自然和人文學科議題，以形成整體觀念作為老年政策指南。從社會層面、經濟層面、社會福利、生活照顧、醫療提供等多元化的議題發展下，關於老人的問題有更多、更廣泛的影響及討論的空間，因此「高齡學」Gerontology 一名詞也逐漸取代了老人學(姚榮齡，1991)。

老化的涵義有二，一是個體的老化，這種老化是屬於年齡層增加的規律性變化，另一種是群體的老化，群體老化是屬於老年人口在總人口中所佔比率激增的動態過程。高齡化是一種社會過程，是由特定的社會因素所引起，如社會經濟的發展、生育率下降、生活水準提高、死亡率下降及平均餘命延長(姚榮齡，1991)。1993年我國正式邁入老化社會，在1990年至2000年，十年期間台灣地區老年人口數增加了52.70%，且預估2020年台灣地區將跨入老年社會(aging society)(李世代，2002)。

隨人口的老化，老年病患比例逐年增加，而老化與疾病又經常併存，老年與慢性病幾乎是畫上等號。因此，老年醫學的重要性日與聚增，在沒有疾病影響的情況下，自然老化雖會使身體功能減低，但不至影響個人獨立執行與日常生活活動的能力，因此我們所認為可能是老化的特徵，實際上卻是疾病的表現(張家銘、蔡智能，2003)。老年醫學的目標主要在於增進老年人生活品質，及維持獨立執行日常生活的能力。健保實施加上醫療科技進步，可預期高依賴度個案將持續增加，直接影響基層保健醫療服務對象的組成性質。而慢性病的特徵其罹病型態屬於長期性且會遺留殘障，其起因是來自於不可逆的病理狀況，更需要長期的醫藥指導，並給與不同程度復健訓練(葉淑惠等，2002)。

## 二、高血壓、糖尿病、腦中風流行病學與治療

人口結構的老化使醫療保健支出相對增加，老年人口就醫不論就診率或醫療給付上均為偏高。以 2000 年為例，65 歲以上老人平均每人門診醫療費用為未滿 65 歲者的 3.41 倍，其中西醫門診醫療費用高達 4.09 倍，而 65 歲以上老人平均每人住診費用，更是非高齡者之 7.09 倍。最主要原因是老人疾病型態，多以慢性病方式呈現病患身體機能較弱，恢復體能所需時間較長，且其疾病型態常具多樣性，在治療的過程需要花費更多醫療資源(行政院衛生署國民健康局，2001)。

## 1. 高血壓

過去研究發現，台灣地區 65 歲以上人口罹患高血壓的盛行率約佔 37.00%-40.50%，由於現代人競爭壓力大、生活步調緊張、飲食習慣與作習改變，使高血壓發病年齡層有逐漸下降趨勢。(陳夏蓮、李薇莉，2000；林惠生、林宗璇 2002；陳人豪、嚴崇仁，2003)。學者林惠生等於 2002 年，針對心臟病、高血壓、高血脂、肺部疾病、腦中風六大疾病的罹患率作比較，調查發現：65 歲以上年齡層極易罹患高血壓疾病，是老年人口中最常見慢性疾病之一。高血壓與糖尿病關係相當密切，當高血壓患者併發高胰島素狀態時，極易發生脂質代謝異常，更容易加重冠狀動脈血管危險性(胡漢華等，2003)。

行政院衛生署在 1994 年 2 月公佈，18 歲以上「高血壓」最新定義，血壓值在不同時間當測量血壓值高於 140/90mmHg 三次以上者，即定義為「高血壓」。並將高血壓分輕度(第一期)、中度(第二期)、重度(第三期)三類。美國國家衛生研究院高血壓防治聯合委員會(JNC Joint National Committee)第六次會議報告中，提出定義高血壓之新標準：正常血壓在收縮壓應低於 130mmHg，舒張壓應低於 85mmHg 之間，當收縮壓在 130-139mmHg，舒張壓在 85-89mmHg 即定義為正常偏高血壓。高血壓素有隱形殺手之稱，是造成近年台灣十大死因，如腦中風、心臟病等疾病，重要危險因素之一(陳夏蓮、李薇莉，2000；

謝俊德，張翠雅，2003)。近年來，在國人十大死因中，與高血壓直接有關或密切相關的疾病約佔有二分之一，其中包括：腦血管疾病、心臟病、糖尿病、高血壓性疾病（謝俊德、張翠雅，2003)。舉例來說，高血壓患者與健康者比較，其罹患腦中風的機率比健康者高出七倍，罹患心臟衰竭機率比健康者高出十五倍，而高血壓經發現接受治療與未經治療病人，其相關疾病死亡比率，兩者相差五倍之多(曾春典，2001)。

因此 JNC 建議民眾應養成在就診時測量血壓的習慣，或至少每二年測量血壓一次。另外有研究建議，老年族群在治療高血壓時，其血壓目標值應設定儘可能低於在 140/90mmHg，或將血壓值設定在較年輕成年人的血壓值範圍(劉秋松、林正介，2003)。對於高血壓患者應積極控制血壓在理想範圍，並改善或維持健康的日常生活型態，已成為醫界公認預防及治療「高血壓和心臟血管疾病」之首要目標(謝俊德、張翠雅，2003)。

## 2. 糖尿病

糖尿病是一群表現出高血糖症的統稱，會產生碳水化合物、脂肪、蛋白質代謝機制混亂，屬於一種慢性代謝性障礙疾病。糖尿病致病機轉非常廣泛，胰島素分泌不足或是胰島素作用有缺陷，都是造成糖尿病的可能因素。在生理機轉過程中，任何一個環節出現問題都可

能會造成糖尿病的發生(郭錦松、蔡世澤, 1998; Jane Kadohiro, 2002)。糖尿病臨床表現呈多樣性, 多吃、多喝、多尿是最常出現的症狀, 但因為糖尿病的徵狀與徵兆不易察覺, 對日常生活影響不明顯, 因此其對健康造成的損失最常被忽視, 更容易讓民眾有錯誤的解釋及行為產生(劉淑娟, 1999)。

1997 年全球糖尿病患者中, 有 97% 比例是第二糖尿病患者, 預估 2010 年, 全球糖尿病人口將高達二億二千萬(Laurie Q, 2002)。行政院衛生署於 1999 年公佈美國糖尿病協會糖尿病診斷標準: 空腹血糖大於等於 126mg/dl 或隨機血糖大於等於 200mg/dl 且伴隨糖尿病症狀者; 或口服耐糖試驗第二小時血糖大於等於 200mg/dl 者, 即可診斷為糖尿病(林淑媛, 2002)。糖尿病在我國也是造成國人十大死因其中之一, 是屬於複雜且不可逆的慢性疾病。常伴隨慢性神經系統病變, 也容易造成死亡而影響了經濟損失(Diana W, Richard A, 2002; 陳涵栩, 2003)。過去研究發, 台灣地區在 45 歲以上民眾, 糖尿病盛行率以上達 11.00%, 且以 1998 年為例, 糖尿病醫療支出費用, 佔全國總醫療費用佔 11.50%, 而糖尿病照護成本是非糖尿病照護病人的 4.3 倍(黃三桂、王悅萍、錢慶文, 2002)。

糖尿病急性合併症有酮酸血症、非酮酸性高滲透壓症, 慢性合併症則包括了視網膜病變、周邊血管病變、腎病變、自主神經系統病變

(郭錦松、蔡世澤，1998)。從糖尿病流行病學來看，糖尿病如未能有效控制容易引起腦中風、心臟病、高血壓等合併症，而糖尿病患者發生腦中風的相對危險性是非糖尿病患者的二倍，糖尿病患者中有 25% 死因是引發中風併發症，是腦中風最重要的危險因子之一。糖尿病患者發生冠狀動脈心臟病的危險性，是無糖尿病者的二至四倍，在臨床上常呈現出無痛性之心肌梗塞，更容易使糖尿病患者毫無警訊的情況下，造成嚴重傷害 (郭清輝，1998；王素琴、陳慧霞，1998；鄺欽菁，2002；Laurie Q, 2002；劉秋松、林正介，2003)。

糖尿病是目前已知最複雜的中老年慢性病之一，其照護內涵涉及腦血管及心血管疾病的危險因子管理，因此糖尿病管理所涵蓋非僅止一專科照護，需跨越醫療、護理、營養、及健康體適能等專業人員共同照護。罹患糖尿病的個案在共同照護模式下，能有效的執行健康的自我管理，可使合併症發生降低，使個人得保有良好的生活品質及原有的社會功能。

糖尿病自我健康管理包含有：飲食調整、運動、藥物治療、自我監測、足部護理與安全維護。要作好糖尿病的控制，飲食、運動、藥物治療三大工作不可缺失，而高血糖、高血壓、血脂異常是糖尿病患者慢性併發症的重要危險因素。因此，為避免慢性併發症發生，除年齡在七歲以下的小孩因腦部發育未健全成熟外，所有民眾皆需建立個

案自我監測血糖觀念與責任，採用糖化血色素來評估長期血糖控制情形，並除去其它(非血糖)的危險因素，如：及時接受高血壓與高血脂的治療，則更能有效的使糖尿病併發其它疾病的機會下降(郭清輝，1998)。

學者劉淑娟針對「台北市立醫院門診糖尿病病患健康自我管理及其相關因素之探討」研究結論中提出：糖尿病患者的自我健康管理上並不理想，尤其以自我監測、運動、安全措施及足部護理項目上是特別需要加強。而運用社會支持系統，及滿足個別需求的照護計劃，則有助於門診糖尿病個案健康自我管理(劉淑娟，1999)。行政院衛生署委託中華民國糖尿病衛教學會每年辦理糖尿病推廣機構評鑑作業，已有多年的基礎，也因此成為引導全國糖尿病共同照護網先趨模式。2002年中央健保局推動五大疾病論質計酬試辦計劃，將制度面與財務誘因結合，引導以疾病管理之方式，進行有效的疾病照護，期求達到品質的提升與成本控制。

Jane KK 在 2002 年，曾針對第二型糖尿病高危險族群，提出糖尿病個案照護計畫，來延緩糖尿病的發生。管理原則為：1.發展糖尿病基本健康生活型態的測量評估工具。2.完整且多元性的照護方式。3.發展新的衛生教育資訊來源，以提供糖尿病病患更自主、多重的選擇。4.研發糖尿病新藥物，以預防並促使早期治療。5.早期去除且根



治與糖尿病相關之急慢性合併症。

### 3. 腦中風

腦血管意外一般俗稱腦中風，為一種突發性腦血管事件，區分為梗塞型與出血型二種(陳慧玲、賴明美，2003)。佔 2002 年國人十大死因的第二位，也是台灣地區老年人口主要死亡原因第二位佔 12.45%(行政院衛生署，2003)。與歐美相比較，台灣地區罹患腦中風而死亡人數高出歐美三倍，而患者一年內再覆發機率高達十分之一(林淑媛，2002)。老年人口中的動脈硬化的高盛行率，易使老年人容易發生高血壓、冠狀動脈心臟病與腦中風是不爭的事實(陳人豪、嚴崇仁，2003)。所以在探討腦中風危險因素時，常區分為生物遺傳因素、生理因素、行為因素與社會因素四個面向進行，除遺傳因素是先天無法控制外，生理因素、行為因素與社會因素，是常被應用在腦中風防治策略(陳慧玲、賴明美，2003)。從台灣地區腦中風調查結果顯示，腦梗塞患者有 90.50% 年齡層在 50 歲以上，隨年齡愈大患發生機會顯著提高，且不論梗塞型或出血型，腦中風發生都與高血壓有密切關係(胡漢華、曾信堂，2003)。

「失能老人」所指的是 65 歲以上，在日常生活活動功能 ADLs(activity of daily living)或輔助性日常生活功能 IADLs(Imdepend activity of daily living)出現至少一項日缺失狀態(卓春美，2001)。而中

風存活者導致失能現象者約佔 55%，不同程度的失能狀態而造成的病人、家庭及社會負擔的程度上也會有差異(Rockville,1995)。另外，褥瘡及關節攣縮是治療腦中風患者過程中，最易發生合併症之一，常需要護理人員及復健師介入在照護服務方案中，所以腦中風的照護需要由不同角色醫療服務者共同參與而不僅止是醫師(Shah E, Rowan H, 1999)。

腦中風出院患者的後續照護，除病情因素不適合外，交通不便是未能繼續接受復健治療最主要因素。在腦中風個案中二分之一有肢體殘留功能障礙，不但要學會控制腦中風的危險因素，更重要的是如何避免腦中風再發性威脅。腦中風處置時機很重要，在急性期治療主要目標，是提供理想的生理環境來保護腦部，並預防任何會使神經功能惡化的併發症，在長期照護階段中，最重要工作是預防腦中風再度發生，並早期積極進行神經復健治療，而整合性的醫療照護如出院計劃、個案管理對於腦中風個案能提供延續性、完整的照護目標(陳澄淳、徐蓉生、吳麗芬，2001；陳慧玲、賴明美，2003)。

### 三、慢性疾病社區管理

「社區」一詞，在希臘文中指的是「友伴」之意；在日文亦指「社群」與「共同體」的概念(陳靜敏，2002)。高齡化的社會突顯了老年

人口、慢性病況、及健康功能不良患者比例的擴增，各種慢性疾病及恢復期病患，在出院後仍需繼續照護之需求(李世代，2002)。

行政院衛生署將長期照護體系的服務方式，分為機構式、社區式與居家照護，共三種健康照護體系。慢性疾病型態使醫療照護期間延長，也使的更多醫療資源投入以滿足其需要，因此慢性病患者的居家照護，已逐漸成為社會主要需求之一。在慢性病社區照護重點，主要在於個案症狀之消除，減低因長期治療而引起之副作用，進而促進個案身體功能之恢復，與維持獨立性功能(楊克平，1999)。

2000 年台閩地區身心障礙者生活需求調查報告中指出：因疾病導致身體障礙者約佔 56.80%，而隨各國健康醫療制度的改善及人口結構變化，未來障礙人口將會以各種疾病退化，與接受醫療後進入慢性恢復期病人為主，不再是傳統社會烙印群體，而是隨著老化與疾病歷程而產生(2000 年台閩地區身心障礙者生活需求調查報告)。現今台灣長期照護資源的利用，多數仍採居家照護方式，少數因病情及家庭人力的問題，需要到長期照護機構安置。(張淑卿、吳肖琪、陳會姿等，2003)針對「台閩地區失能老人機構照護供需資源分佈現況先趨性研究」調查發現：國內需要照顧老人的比率，與整體機構資源供應，已有供過於求之現象，但仍存在地理分配不均之因素。

在針對「居家照護病患主要照顧者生活品質的影響」研究結果中建議，在設計有關慢性病患及其家屬之支持性活動時，應根據個案家庭特性及需求、配合個案管理模式，協助病患後續復健工作，以期提高其癒後生活品質(賈淑麗、李怡君，1999)。此外，「在地老化(Aging in place)」是目前諸多先進國家長期照護政策發展的共同目標，也是我國「挑戰 2008-國家發展重點計劃」。對於高齡者或其他需要受照顧的人口而言，留在自己熟悉的地方接受妥善的照護，除了可以保有其原有之家庭、社區生活外，對於生命價值也有正面的影響(藍忠孚，2003)。因此基於持續性的照護理念，及控制醫療支出的實際考量，應用個案管理在社區護理領域，在未來會有更多發展潛力與空間，且成為落實社區健康管理之重要機制(汪惠芬，2002)。

### 第三節 出院準備服務

#### 一、出院準備服務定義與發展

出院準備服務的概念最早起源於持續性照顧及轉介系統(American Hospital Association,AHA)。1960 年代健康照護之概念延伸到出院後的持續性照顧的問題，因此耶魯大學以個案之觀念建議將，「出院準備服務」工作納入美國醫院評鑑項目之一。1972 年美國醫院協會(American Hospital Association,AHA)提出了病人權利法案

(Patients Bill of Rights), 其中明列「病人有權要求合理的連續性照護, 有權預約醫師, 亦有權要求醫院提供出院後獲得連續性照護等機制」。真正影響美國出院準備服務發展主要關鍵是 1982-1983 年所實施的相關疾病診斷關係群(Diagnostic Related Grouping, DRG)給付制度。首先此制度應用在老人保險制度(Medicare), 醫療體系採取管理式照護(Management Care)來因應, 其中出院計劃就成為其最重要關鍵, 並發現出院準備服務的施行, 能有效控制住院日數(length of stay, LOS), 降低醫療成本(李世代、張淑卿、譚延輝等, 2002)。

我國出院準備服務體系之發展, 多以美國經驗為政策推動與發展的參考。由於台灣人口逐年老化及疾病型態的改變, 為減少慢性病患在穩定期過於耗用急性醫療資源, 行政院衛生署在 1994 年正式啟動出院準備政策推動, 選定高雄聖功醫院、嘉義基督教醫院、花蓮慈濟醫院三家, 針對出院服務工作加以補助試辦計畫。次年改以慢性病出院計劃為核心來推動, 期望在 2000 年達到全民健康之目標。並更名為「出院準備服務計劃」擴大補助醫療機構進行試辦, 並列為醫院評鑑項目之一 (葉莉莉、田玫, 1998; 李世代、張淑卿、譚延輝等, 2002)。

「出院準備服務」(discharge planning)乃是包含健康照護團隊和家屬, 透過有組織、有計劃、有系統之決策行動, 確保健康照護之連續, 體認患者潛在之危險性, 以整合性的健康照護資源, 在人性化之

考量下，達到醫療、保健、生活照護品質及成本效益之訴求下，以最適當的時機，最妥善的資源耗用，為求照護之適切適所，將病人或受照顧者，安全順利地由一個照護場所、設施、環境或體系，轉(遷)往另一照護單位，尋求或找到個案管理之最佳解決方案(李世代，2003)。

出院準備服務是一持續性的照護過程，是由各專業人員所組成的團隊，共同運用出院計劃、照護管理、社區資源等，提供個案適當的健康照護以滿足個案照護需求，並作為急性醫療及後續照護體系的橋樑(李麗傳，2001；葉莉莉，2002)。要達到高品質的出院準備服務有三項重要條件，包括：(1)具備醫療團隊提供的照護(2)有效的團隊溝通(3)照護的成果評量(Nixon, Whitter, 1998)。

## 一、出院準備服務計劃程序

### 1. 高危險病患界定

出院準備服務的執行，所追求的是善用有限的醫療資源，提供最需要的個案，達到最高效益。而高危險病患界定之考量，可結合醫院經營理念與特長，在年齡、健康狀況、功能層級、支持系統、經濟狀況、後送支援等因素下，設計出高危險群篩檢表。

### 2. 確認病患與家屬需求

在合理時間收案及轉介，經過專責人員應用結構化評估工具，來

完整評估個案以確認需求。

### 3. 擬訂照護計畫

在確認需求評估擬定後，在急性醫療住院期間聯結醫院照護體系，此階段重點在於滿足住院期間照護需求，與學習未來出院後家庭照護技巧，這種照護需求介入，包含醫院內部各專業人員參與才能有效掌握個案出院時機。出院後追蹤過程，可彌補住院期間照護計劃之不足或修正，其重點是居家照護銜接過程中的檢視，是否滿足了個案或家屬的需求。

### 4. 執行服務與轉介安排

除醫院內部轉介外，依個案需求也可能會需要機構外部的轉介，這轉介並不僅止於醫療，更會包含社政資源的轉介。轉介對個案本身必需達到個別化、有意義、真正有用為原則，在轉介過程中個案是有權利可以拒絕接受轉介安排。

### 5. 追蹤評值成效

對個案而言，此階段是審視服務過程最終的評值。對機構而言，亦不乏為服務提供的品質審視，可透過品質改善機制流程不斷提升機構照護能力。具體可以測量的成效指標，如主動照會之正確性、及每位出院準備服務專員之服務量、及出院準備服務執行之程度、個案品

管指標、成本效益等成效指標，從定期執行追蹤及記錄過程中來檢視服務成效(李世代等，2002；葉莉莉，2002)。

## 二、個案管理師角色與功能

面對論病例計酬和診斷關聯群的支付制度衝擊下，醫院必需兼顧病人照護品質及成本控制，建議與醫師合作實施護理個案管理制度，可提升護理角色的功能，更有助於醫院經營(林文香，1995)。個案管理師在臨床上常利用管理式照護之工具來協調、整合各種醫療照護服務。藉協調及整合式照護服務，幫助個案運用現有資源以滿足個案全人需求(楊克平，1997；2001)。個案管理人員與個案案家互動的過程中，需要去克服因服務資源之片斷、分散、重疊或是相互不連接等造成後續協助照護的困難，確保個案能得到具有持續性、效率性、且合於成本效益的照護服務(陳惠姿、李孟芬，2001)。個案管理師工作職責包含(Sinons, 1992)：

1. 確認臨床路徑的執行。
2. 發展、協調與監測照護所需的資源。
3. 維護病患照護品質與經濟效益。
4. 維護病患照護品質的同時並能減少病患住院天數。
5. 完成臨床路徑執行之照護成果，進行協調與談判。



## 第四節 個案管理理論基礎與發展

### 一、個案管理定義與發展

個案管理起源於第二次世界大戰以後，在美國當時是為了提供精神病患重新進入社會的一種照護概念。1971 年美國健康教育福利部成立基金會，以個案管理作為整合社會及衛生服務人員的方法。由於醫保險制度無法滿足醫療照護需求，使北美醫療健康照護支出造成沉重負擔，因此在 1983 年相關疾病診斷群(DRG)成為醫療服務給付制度後，「個案管理」成為普遍被用來建立出院準備服務方案（陳惠姿、李孟芬，2001；陸西平、王乃弘、郝宏恕，2003）。1990 年美國首先將個案管理引用在急性醫療，發展重要臨床照護路徑，不僅止於住院前更往後延伸到出院後的追蹤。

個案管理是落實管理式照護的方法策略之一，也是主護護理(Primary Nursing)的延伸，它將傳統性片斷式的健康照護系統整合，以確保病患受到的健康照護是持續的、完整的、有品質並具有效率(楊克平，1997；2001)。個案管理的基本原則，即藉促進協調與溝通，以達節制成本與提升品質之效果(Kersbergen, 1996)。我國個案管理發展趨勢仍以醫院為主導，在急性醫院照護中，個案管理可能只需追蹤出院前及出院後一星期或一個月後病人的照護成果，而在未來發展

中為因應疾病型態的轉變，個案管理是需要較長時期的追蹤(顏妙芬、周守民，2001)。

## 二、個案管理與疾病管理

個案管理可當作一個服務輸送系統，針對具有複雜且多重問題障礙之個案或家庭，經由評估其照護需求，財務之可負擔性及其個人喜好，協助連結必要的相關資源或服務，使其能獲得持續、適當的照護並確保服務之即時性，增加資源有效運用並提高受照顧者之滿意度，進而達到醫療成本的控制(陳惠姿、李孟芬，2001)。因此可依服務對象中設定幾個重大傷病做出院後的個案輔導，以控制醫療費用。

疾病管理是不同於個案管理。個案管理考慮這個病人個體，而疾病管理則以特定疾病人口群體。如哮喘患者(群體)，從個體所得到好的醫療結果，將這些處置集結發展疾病管理照護路徑。Coopers, Lybrand L 對疾病管理下了一個定義：以知識為基礎的過程來提供持續促進健康照護價值。因此疾病管理重要關鍵有：

1. 疾病管理的知識是在經驗、臨床、及資訊上提供分析中所產生質與量的數值。這數值是臨床醫療與財務與個人的病患記錄，經過持續照護後所產生的聚集。因此，當我們在特定的路徑上討論特殊的人群時，這資料可以表現出有在這持續過

程中所發生訊息。

2. 持續性的促進，在健康照護領域中這不是新的概念，但在臨床數據上，因為應用而有更多顯著的意義。疾病管理涉及常規監控，我們必需將過去臨床研究資料收集，以作為照護的結果，才能看出其潛在的變化及改進範圍。因此疾病管理多半針對慢性、單一的疾病做預防與教育，降低再犯與惡化，所有相關人員(如：藥廠研發人員、營養師)加入管理團隊，以達到更高的成效。所以疾病管理指針對盛行率高且醫療成本較高的特定疾病，運用管理的方法來掌控其品質與成本(黃三桂、王悅萍、錢慶文，2002)。

### 三、個案管理過程

個案管理可用於透過輔導，使急性、慢性的疾病的醫療處理在有需要援助情況下，提供個案協助的一種過程。從個案轉介、個案篩選與收案、個案評估與需要確認、規劃照護措施與預期效果、照護措施的執行、協調、監測、到最後評估照護的結果(Cesta, Falter, 1999; Erkel, 1993; Smith, Dan forth, 2001)。在個案管理的組織再造工程中，要重新評估對病人提供的醫療品質的部分，如智力功能、評估和計畫擬訂出了一個更高的優先次序。其服務項目在醫療層面包括教育與行為改

變、使用率管理、危機管理、服務的協調等，持續照護管理系統。透過照護過程，使管理者、照護者、供應者，在管理環境中減少摩擦與不必要的資源耗用(Carol Reynolds, 1997)。發展個案管理模式包括以下基本要素：

1. 確定病人？體，以病人數多或高危險？或高成本之個案為主要照護範圍。
2. 發展多元性之醫療專業小組，藉以組成不同專業領域照護團隊。
3. 發展照護重要路徑或臨床路徑。
4. 確定個案管理者角色與職責。
5. 評值照護過程的變異並與以詳細記載，以作為日後修正照護過程路徑及品質衡量之依據。
6. 選擇先趨單位試行並評值照護成效。
7. 透過個案管理的步驟，此步驟包含個案管理師接收病患的轉介、個案的篩選與收案、個案的評估與需要的確認、醫療團隊與病患及家屬的參與、照護措施的執行、協調與監測與評值照護的結果，這六大步驟來依次進行。

個案管理結果面評值，可分為二層面來看，一是以量化為主的服務成果，其一則以結果面為評值成果。在服務成果之成現多

以具體性量化數值來作比較。其包括：

- A. 個案所接受的服務類別與頻率；
- B. 符合原計劃、解決個案需求問題比率
- C. 個案管理師服務量。

在結果面服務成效指標中，常用指標有：死亡率、再住院率、急診使用次數、住院次數、住院日數、個案照護需求或問題的改變、身體功能之改變達成率、主要照護者壓力源及負荷度、意外事件種類與次數、滿意度調查、轉介指標作參考(陳惠姿、李孟芬，2001)。

因此，一個成功的個案管理效益可從病患照護品質提升、病患對所獲得的照護感到滿意、病患住院天數縮短、住院醫療費用及成本降低、醫療人員之間的合作關係改善、醫護人員對工作滿意度增加(李麗傳，1999)。在慢性疾病應用上，提高慢性病門診使用，進而降低慢性病住院機會，以達到個案管理目標，在符合照護的經濟效益下，更能滿足個人化需求、提供完整而持續之照護(汪惠芬，2002)。

## 第五節 個案管理出院準備服務相關文獻整理

個案管理運用在過去研究中，在結果面評價中可達到降低醫療費用支出、病患醫療照護指標改善、及對照護結果滿意度提升；在醫療提供部份，因持續與連貫性溝通，也促使醫療專業之間滿意度增加。

相關文獻整理如：以針對缺血性腦中風臨床路徑之發展研究，可達到住院天數縮短及節省醫療費用之目的，並增加患者對疾病認知程度，提高家屬對醫療提供者滿意度，更達到病患身體功能的改善狀況(儷欽菁，2000；張榕浚，2002)。林玉梅、李麗傳、吳盛良等(2000)，以個案管理師執行髖關節置換術，個案管理臨床路徑研究結果，在平均住院天數會有降低情形，醫療費用也相對減少，對病患復健成效有顯著提升。應用個案管理於肺葉切除病患的成效探討研究結果中在醫療資源耗用上，病患平均住院天數使用會降低(李麗傳，2000)。邱啟潤、郭素娥、陳惠珠(1994)，針對高雄市有慢性健康問題的老人利用社會醫療資源情形探討，其結果發現，個案管理的應用，對慢性病患者出院後一個月內再住院率會有降低現象，在慢性病回診方面也會有顯著提高。

## 第六節 文獻總結

從文獻中可知，高齡化的台灣社會，目前所面臨到最重要且急迫的是如何在高齡化的社會人口結構中，提供可近性且符合社區文化的醫療照護服務，來協助這一群因慢性疾病所困擾的族群。在醫院分層分級的醫療政策下，也是最基層以醫院型態的醫療單位，地區醫院正肩負社區中醫療照護的使命。出院準備服務是一個轉介樞紐，但會因

為醫院層級的不同，而會有服務對象之區隔。因此，在面對複雜程度及變異性較高的慢性疾病，如：糖尿病、腦中風、高血壓以個案管理模式之出院準備服務，會對於社區中的慢性病患者，在醫療服務上得到更大的實質意義。本研究即以個案管理模式的概念運用在出院準備服務，針對糖尿病、腦中風、高血壓患者在醫療照護成效上之探討。

## 第三章 研究設計與方法

本章共分七節，第一節介紹研究設計，第二節介紹資料來源，第三節說明出院準備服務管理流程，第四節說明研究架構，第五節說明研究假設，第六節簡述研究變項與操作定義，第七節介紹統計分析方法。

### 第一節 研究設計

本研究以某地區型醫院為基礎以出院準備服務運用個案管理模式成效之探討。概念架構主要依據行政院衛生署「出院準備服務計劃」工作標準，及本研究目的及所收集之文獻探討而設立，以回溯性資料觀察為歷史控制研究。

#### 一、研究對象

本研究以苗栗某地區教學醫院為研究資料來源。該醫院於 2003 年 1 月 1 日推動「個案管理模式出院準備服務方案」，設定以出院準備服務方案中，以糖尿病(ICD9-250)、腦中風(ICD9-431、432、434)、高血壓(ICD9-401、402)為出院主診斷之個案為收案對象。研究收案期間排除以自動出院、轉院、死亡、住院未超過 72 小時即出院之個案、及許可出院後即未履行第一次回診之個案，觀察期間每組個案均



需達到研究設計中的完整就醫次數與記錄。本研究為了要比較個案管理模式實施前後比較，以 2003 年 1 月 1 日介入個案管理模式的出院準備方案為分界，實施前一年(2002 年 1 月 1 日-2002 年 12 月 31 日)當作對照組，實施後(2003 年 1 月 1 日-2003 年 8 月 31 日)稱為介入組。

對照組符合收案人數糖尿病個案 98 人、腦中風 249 人、高血壓 60 人；介入組符合收案糖尿病 50 人、腦中風個案人數 144 人、高血壓個案 16 人；合併二年度收案人數，糖尿病 148 人、腦中風個案人數 393 人、高血壓個案 76 人。

## 二、研究期限

本研究期限自 2002 年 1 月 1 日到 2003 年 2 月 29 日共 2 年 2 個月，以個案醫院出院準備服務方案介入時間(92 年 1 月 1 日)為分界條件，區分為實施前、實施後兩群。2002 年 1 月到 12 月共一年時間，為實施前期，將它設定為「傳統照護模式」組(對照組)。因時間限制因素，2003 年 1 月 1 日至 8 月 31 日共八個月為實施期，設定為「個案管理模式」組(介入組)。在這兩段期間內凡符合上述收案條件者，均納入收案對象，並與以觀察該個案在出院後 6 個月內所耗用的醫療服務及疾病臨床成效指標。

收案期間除民國 2003 年 1 月 1 日起介入「出院準備服務計劃」方案外，個案醫院在高血壓、腦中風疾病醫療照護上在醫療之照護人力與照護方式並無改變。全國性糖尿病共同照護網在 2003 年度施行，但個案醫院自 1998 年即原為糖尿病病人推廣甲級門診醫院(中華民國糖尿病衛教學會糖尿病推廣醫院)，因此對本研究收案期間並未產生影響。

表 3-1、收案資料樣本說明

組別		收案樣本數
傳統照護模式(對照組)	高血壓( ICD9-401、 402)	60
	2002.1.1—2002.12.31 糖尿病( ICD9-250)	98
	腦中風( ICD9-431、 432、 434)	249
個案管理模式(介入組)	高血壓( ICD9-401、 402)	16
	2003.1.1-2003.8.31 糖尿病( ICD9-250)	50
	腦中風( ICD9-431、 432、 434)	144

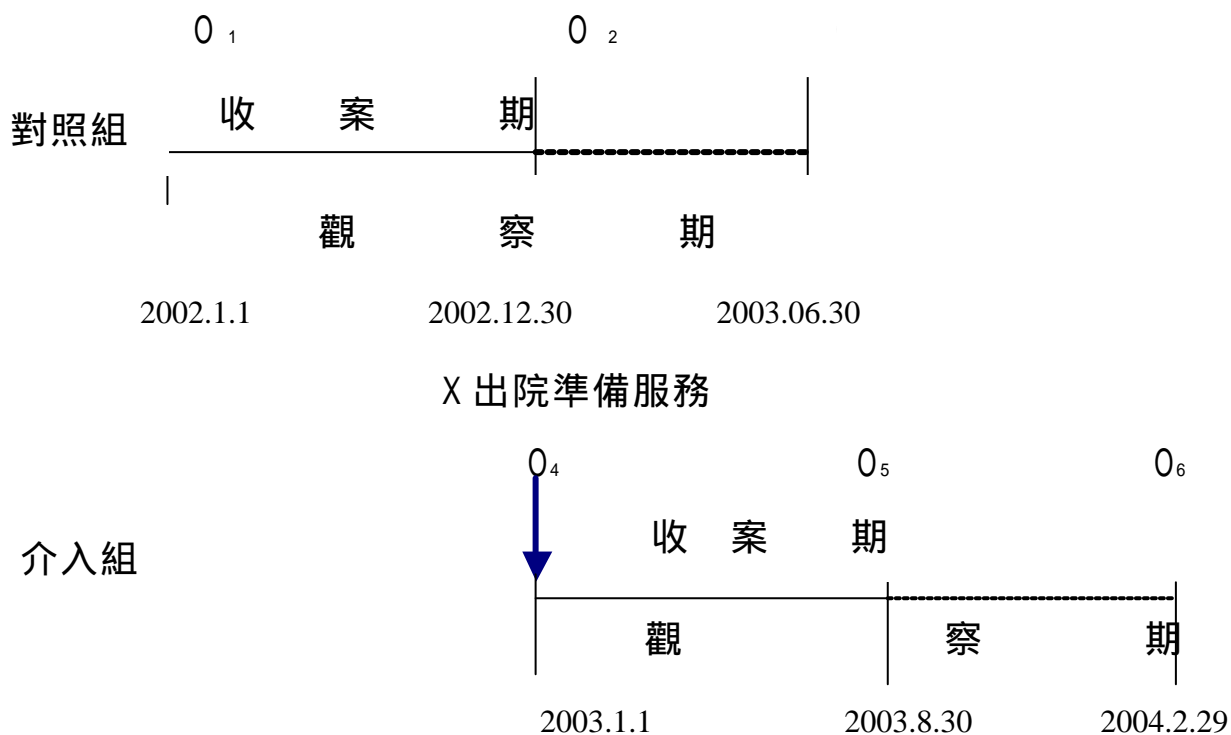


圖 3-1、研究設計

註 1：X 為介入出院準備服務模式；0 表示觀察值。

註二：表 3-2、為研究設計說明，分別為對照組(傳統照護模式)與研究組(個案管理模式)，0<sub>1</sub>、0<sub>4</sub>代表出院前或出院後第一個月第一次觀測值(出院前觀測指標：膽固醇指數、三酸肝油脂指數、糖化血色素、巴氏量表指數；出院後第一個月第一次門診觀測資料：血壓值、血糖值、合併症有無)，0<sub>2</sub>、0<sub>5</sub>代表出院後第三個月內第一次門診觀測資料，0<sub>3</sub>、0<sub>6</sub>代表出院後第六個月內第一次觀測資料。生化檢驗觀測值因考慮健保給付條件因素，故第一次數據採用住院期間所收集之資料；巴氏量表指數在短時間內變異性不大，因此以個案住院期間所收案之數據，為第一次臨床指標，其它均為門診返診資料。

## 第二節 資料來源

本研究資料利用該地區醫院依據行政院衛生署出院準備服務作業標準，所收集之個案病歷檔案資料、出院準備服務個案檔案資料，整合後成為本研究分析過程之資料庫。

該檔案資料內容包含（1）使用者因素：包含個案基本特性及疾病特性為變項。如年齡、性別、職業、教育程度、巴氏量表、相關疾病罹病情形、婚姻狀況、主要經濟來源。（2）社會支持系統：家庭結構、共同居住者、商業保險(醫療保險)、同一期間社區醫療資源狀況、有無接受社會救助。（3）出院準備服務自我照護評估：活動能力、照護家屬特質、居家導管照護需求、大小便控制、使用呼吸器、出院安置。（4）醫療資源耗用資料：以個案醫院申報組提供資料為依據，包括病人基本資料、出院主診斷、住院日數、總住院天數、每次門、急診就醫申報資料與臨床指標等。

### 第三節 出院準備服務管理流程

出院準備服務管理流程分點敘述如下（圖 3-3）：

1. 病患入院
2. 第一線護理人員填寫高危險群篩檢表
3. 出院準備服務專員評估、收案（符合糖尿病、腦中風、高血壓收案條件者）
4. 填寫出院準備服務個案記錄表
5. 填寫服務需求評估計劃表
6. 輸入電腦建檔
7. 依據糖尿病、腦中風、高血壓照護方案指引，擬訂照護計劃。
8. 執行個案衛教（入院前二天：此階段為急性期，身體、心理均不適，無法專心吸收衛教內容，以滿足醫療疾病照護各專科會診、心理支持、增加安全感及解答疑慮、建立關係為主要介入措施。  
住院第三天至出院：為最適合衛教階段，經各專科會診意見與小組討論後，與案主會商以共同確立需求，擬訂照護方案執行方案。
9. 個案衛教後疾病認知程度及出院準備情形評價。
10. 依個案需求提供轉介服務(護理之家、安養機構、居家照護)或辦理出院。

## 11. 出院後照護評估

A. 電話訪問： 出院後 72 小時內進行第一次電話訪問、其次為  
出院後 1 個月內、3 個月內、第 6 個月追蹤，共四次電話訪  
問。

B. 面談： 出院後第 1 個月第一次回診、出院後第 3 個月第一次  
回診及第 6 個月第一次回診面談，共三次面對面訪視。

12. 檢視追蹤過程是否有其它照護需求，進行計劃修正。

13. 結案資料存檔。

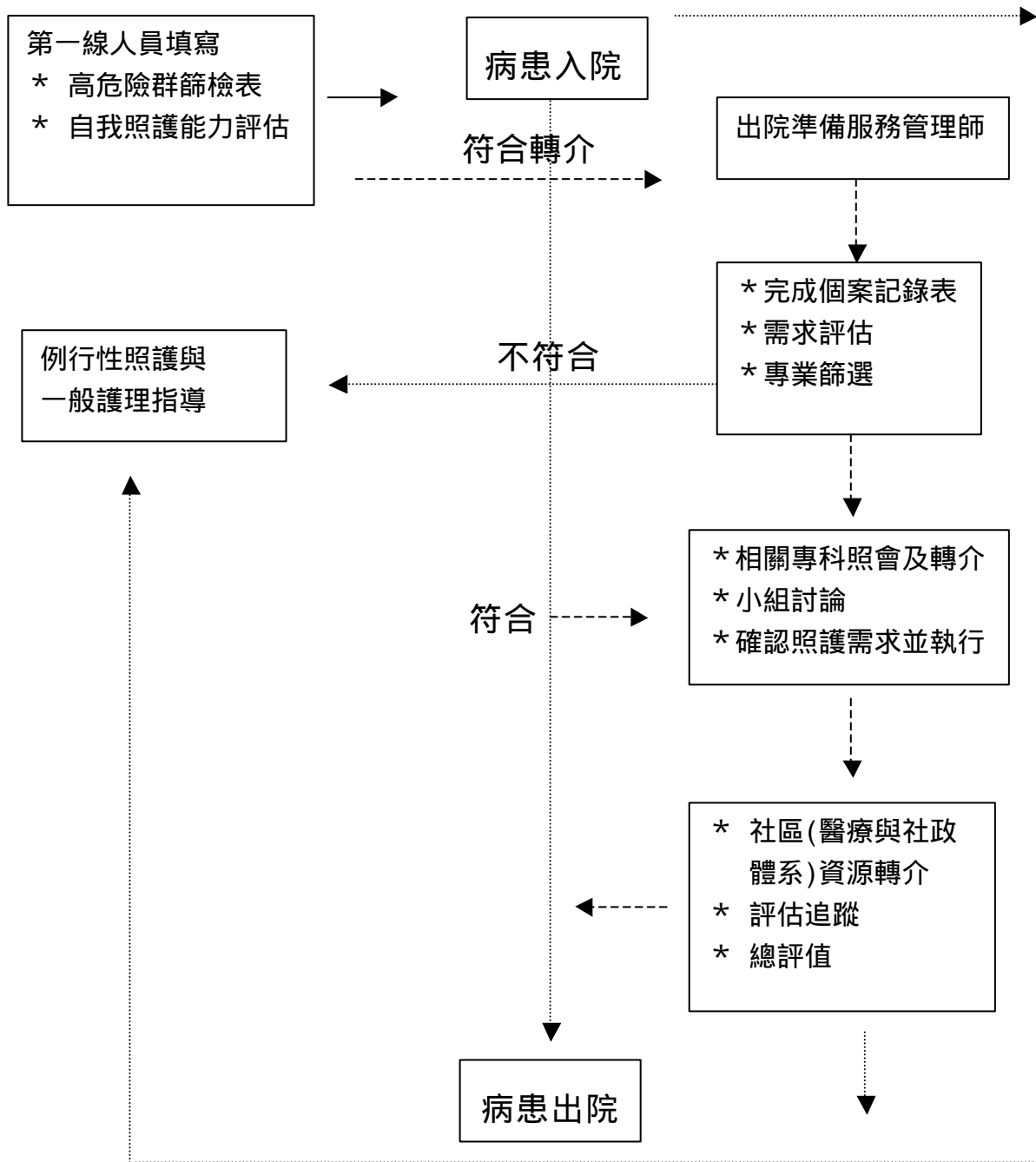


圖 3-3、出院準備服務作業流程圖

## 第四節 研究架構

本研究之概念架構參考行政院衛生署「出院準備服務計劃」工作標準，及本研究目的所收集之文獻探討而設立，架構如下：

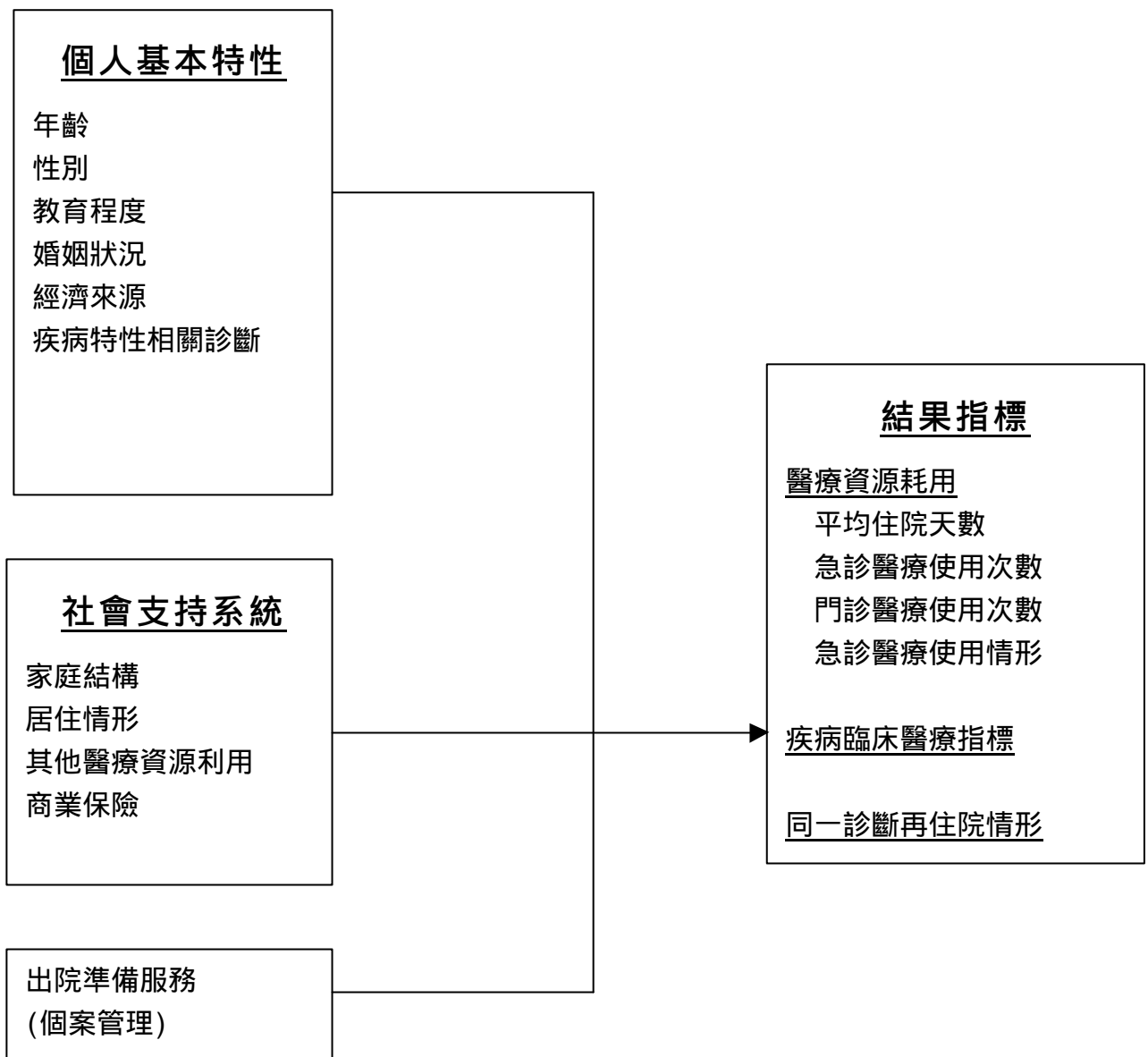


圖 3-2、研究架構圖



## 第五節 研究假設

依據本研究目的，本研究的假說為：

- 一、有無接受「出院準備服務個案管理模式」的高血壓、糖尿病、腦中風患者，在住院天數上有差異。
- 二、有無接受「出院準備服務個案管理模式」的高血壓、糖尿病、腦中風患者，在出院後 6 個月內再住院情形有差異。
- 三、有無接受「出院準備服務個案管理模式」的高血壓、糖尿病、腦中風患者，在出院後 6 個月內再利用急診醫療情形有差異。
- 四、有無接受「出院準備服務個案管理模式」的高血壓、糖尿病、腦中風患者，在出院後 6 個月內再利用門診醫療情形有差異。
- 五、有無接受「出院準備服務個案管理模式」的糖尿病患者，在血糖觀測值、糖化血色素值變化情形有差異。
- 六、有無接受「出院準備服務個案管理模式」的腦中風患者，在巴氏量表、膽固醇指數、三酸肝油脂指數值變化情形有差異。
- 七、有無接受「出院準備服務個案管理模式」的高血壓患者，在血壓值、膽固醇指數、三酸肝油脂指數變化情形有差異。

## 第六節 研究變項與操作定義

依據研究架構將本研究之研究變項依自變項、依變項、控制變項加以說明。依是否實施個案管理出院準備服務分為(1)介入組與(2)對照組。在介入組中(實施個案管理出院準備服務)符合收案條件者，於住院內完成初步篩檢後接受轉介出院準備服務組接受疾病照護方案，內容包含：初次臨床護理評估、符合轉介出院準備服務條件者轉介、專任人員進行第二次評估、確立需求、醫療照護、衛生教育指導、內部醫療轉介、外部轉介、出院追蹤、評值。對照組則是傳統照護服務模式，是以醫師為主的醫療照護模式，由各病患之主護護士提供臨床護理衛生教育指導，轉介需求認定限由主治醫師處方執行。

在醫療資源耗用部份，以回溯性觀察並記錄，包括出院後6個月內平均住院天數、急診醫療使用、門診醫療使用，同一主診斷住院醫療使用情形。

而疾病臨床醫療指標，因疾病而有不同。(1)糖尿病：血糖、糖化血色素、微量尿蛋白、收案期間有無併發(低血糖、非酮酸高滲透性中毒、糖尿病酮酸中毒、微量尿蛋白、跌倒)情形。(2)腦中風：收縮壓、舒張壓、膽固醇、三酸肝油脂、巴式量表、褥瘡與跌倒情形。(3)高血壓：蒐集收縮壓、舒張壓、膽固醇、三酸肝油脂、收案期

間有無跌倒情形發生（詳見表 3-2）。

巴式量表為老年醫學中，常用以評估老人日常生活上之功能性評估。日常生活活動功能 ADL(activity of daily living)，代表個人為維持基本生活所需的自我照顧能力，依進食、個人衛生、如廁、洗澡、平地上走動、上下樓梯、穿脫衣褲鞋襪、大小便控制共十項來評估獨立、部份協助、完全依賴作評分標準。本研究以日常生活活動功能 ADL 作為腦中風個案評估工具。

表 3-2、研究變項之操作型定義

變項名稱	屬性	操作型定義
<b>共變項</b>		
1. 基本特性		
年齡	連續	
性別	類別	男、女
教育程度	類別	不識字、國小(中)、高中職專、大學(含以上)
婚姻狀況	類別	未婚、已婚、寡(鰥)
經濟來源	類別	本人、配偶、子女、父母、社會救助
2. 疾病史		
有無合併其他疾病	類別	無、有
肺循環疾病	類別	無、有
缺血性心臟病	類別	無、有
高血壓	類別	無、有
腦中風	類別	
3. 社會支持系統		
共同居住者	類別	配偶、配偶與子女固定、配偶與子女輪流、子女固定、子女輪流、獨居、養護機構
同一期間其它西醫醫療	類別	無、有
同一期間其它中醫醫療	類別	無、有
商業保險(醫療險)	類別	
<b>自變項</b>		
出院準備服務個案管理模式	類別	無、有

表 3-2、研究變項之操作型定義(續)

變項名稱	屬性	操作型定義
<u>依變項</u>		
<u>醫療資源耗用</u>		
平均住院天數	連續	同一主診斷總住院日數 / 同一主診斷個案總數
總急性醫療使用次數	連續	過急診醫療累計次數(急診就醫疾病碼與出院主診斷相關者)
門診使用次數	連續	個案出院後三個月內、六個月內使用
同一診斷再住院次數	連續	門診醫療累計次數(門診疾病碼與出院主診斷相同者)
總急性醫療使用情形	類別	有、無
同一診斷再住院情形	類別	有、無
<u>疾病臨床醫療指標</u>	連續	收縮壓、舒張壓、膽固醇、三酸肝油脂、血糖、糖化血色素、巴式量表
臨床照護參數		
褥瘡合併症發生	類別	無、有
跌倒合併症發生		

## 第七節 統計分析方法

### 一、效度檢定

本研究效指標，以行政院出院準備服務作業規範標準為依據，以病患結果指標為結果面評值，如平均住院天數、急診醫療使用次數、疾病臨床醫療指標、出院後回診情形、同一疾病再住院情形，來比較以個案管模式出院準備服務實施、前後成效之差異，來自檔案資料故未再進行效度檢定。

## 二、統計分析方法

本研究相關資料收集後，進行資料整理及統計分析，依本研究之目的，將資料統計分析方法分述如下：

### 1. 描述性分析

以次數、百分比、平均值及標準差，描述個案個人基本特性(如年齡、性別、經濟來源、婚姻狀況等)，及社會支持系統(如共同居住者、商業保險、社區醫療資源使用)與依變項醫療結果指標(如醫療資源耗用情形)，及同一主診斷再住院分佈情況。

### 2. 推論性統計

以卡方檢定進行兩組病患類別變項，t 檢定檢定連續變項，在個案基本資料、社會支持系統及疾病特性之同質性檢定。應用 t 檢定及卡方檢定 ( $\chi^2$  test)，來觀察在不同照護模式中，醫療結果指標成效上是否有差異。以羅吉斯迴歸分析(Logistic regression Analysis)來探討，在控制其他因素下，影響急診利用及再住院之重要相關因素。

## 第四章 研究結果

本章依據研究設計與測量變項，依各疾病別將研究結果分為四節呈現，依次為：第一節糖尿病、第二節腦中風、第三節高血壓，分別包含個人基本特性、社會支持系統、在「個案管理組」與「傳統照護組」對醫療結果指標差異及影響急診利用與再住院醫療情形。第四節說明以羅吉斯迴歸分析，探討影響急診利用及再住院因素之探討。

### 第一節 糖尿病

#### 一、個人基本特性分佈

本研究中，糖尿病個案收案人數在傳統照護模式組(以下簡稱傳統照護)共收案 98 名，運用個案管理模式之出院準備服務組(以下簡稱個案管理組)收案共有 50 名。基本人口學特性比較之變項包含：性別、教育程度、婚姻狀況、主要經濟來源經統計分析。這些變項的分佈在兩種照護模式下，並無顯著性差異( $P>0.05$ )。

根據表 4-1，在性別部份，兩組都以女性比例較高(傳統照護組 55.10%、個案管理組 52.00%)。而在年齡分佈上，兩組平均年齡相近無顯著差異( $P>0.05$ ) (傳統照護組 57.70、個案管理組 57.50)。此外，教育程度部份，兩組也都呈現相似分佈情形，以「國小、中」為最多(傳統照護組 45.92%、個案管理組 40.00%)，其次為「高中、職」(傳

統照護組 27.51%、個案管理組 34.00%)，再其次為「無接受過教育者」(傳統照護組 24.49%、個案管理組 26.00%)，以「大學以上」學歷者佔最少，傳統照護組 2.08%；而個案管理組則為 0.00%。在婚姻狀況分佈方面，以「已婚」最多(傳統照護組 80.61%、個案管理組 84.00%)。然而，在傳統照護組中「未婚」分佈有 14.28%，其次才為「鰥、寡」5.11%，而個案管理組則是以「鰥、寡」者高於「未婚」分佈狀態(分別為 10.00%、6.00%)。

在主要經濟來源中，傳統照護組最多數是以「個案本人」為主要經濟來源方式(41.84%)，其次是「子女」(33.67%)，最後才是「配偶」、「父母」(18.37%、6.12%)；在個案管理組中，主要經濟來源則是以「子女」為多數，其次才為「個案本人」、「配偶」與「父母」(42.00%、36.00%、20.00%、2.00%)。相關疾病方面，在兩種照護模式中「糖尿病合併有高血壓」約佔三成(傳統照護組 34.69%、個案管理組 30.00%)，合併「腦血管疾病」、「缺血性心臟病」各約佔有一成(腦血管疾病：傳統照護組 11.22%、個案管理組 12.00%；缺血性心臟病：傳統照護組 10.20%、個案管理組 12.00%)其餘詳見(表 4-1)。

## 二、社會支持系統

在共同居住者變項中(表 4-2)，有「固定共同居住者」在兩組中



都超過七成，也都是以與「配偶、子女固定居住者」為最多佔有一半比例(傳統照護組 61.22%、個案管理組 52.00%)，其次則為「與配偶共同居住」(傳統照護組 17.35%、個案管理組 22.00%)。在「無固定共同居住者」部份，傳統照護組中「與配偶和子女輪流居住者」佔 12.24%，獨居則有 4.09%；個案管理模式中「與配偶和子女輪流居住者」和「與子女輪流居住」都各有 8.00%之比例，「獨居」則佔有 6.00%。

在觀察期間，同時使用過中醫及西醫療單位，兩組在曾經使用部份都不到百分之十(中醫醫療：傳統照護組 9.18%、個案管理組 8.00%；在西醫醫療部份：傳統照護組有 10.20%、個案管理組 16.00%)兩組在統計結果上，都無顯著差異( $P>0.05$ ) (表 4-2)。

### 三、醫療結果指標

在糖尿病個案醫療結果指標，所觀察的變項有：平均住院天數、門診使用次數、急診使用次數、血糖觀測值、血糖改善程度、糖化血色素觀測值、糖化血色素改善程度、有無發生糖尿病合併症，及有無使用急診醫療及再住院情形。經統計結果，在平均住院天數、門診醫療使用次數、及急診醫療使用情形、血糖及糖化血色素觀測值上，達到統計上顯著意義( $P<0.01$ )，其它變項則無顯著差異( $P>0.05$ )。分述如下：

從表 4-3 得知，在平均住院天數上，個案管理組平均住院天數少於傳統照護組，並達到統計上顯著差異( $P<0.01$ ) (傳統照護組 7.52 天、個案管理組 6.14 天)。在門診醫療使用次數上，不論是 1-3 個月內或 4-6 個月內，甚至合併 1-6 個月內的資料，在統計結果上也達到顯著差異( $P<0.015$ )，個案管理組在慢性病門診使用次數上，都多於傳統照護組 (1-3 個月內：傳統照護組 2.48 次、個案管理組 3.92 次；4-6 個月內，傳統照護組 2.50 次、個案管理組 3.92 次；1-6 個月內：傳統照護組 4.98 次、個案管理組 7.82 次) 而在急診利用上，傳統照護組，在出院後 1-3 個月內急診利用 0.62 次、4-6 個月內 0.34 次、出院後 1-6 個月內 0.96 次。個案管理組在急診利用上，在出院 1-3 個月內、4-6 個月內、1-6 個月內依次為 0.20 次、0.16 次、0.36 次。經統計結果，在不同照護模式下有顯著差異( $P<0.01$ ) (表 4-3)。

另一方面，以不同觀察期間來比較，在是否利用急診或再住院醫療使用結果上，個案管理組也都低於傳統照護組，其中以出院後 1-3 個月內「急診醫療利用」，兩組在統計結果上達到顯著差異( $P<0.05$ )，傳統照護組中有利用過急診比率高於個案管理組 (傳統照護組 43.88%、個案管理組 20.00%)。出院後 4-6 個月內急診醫療利用上傳統照護組 26.53%，個案管理組為 12.00%，在統計結果上未達顯著差異( $P>0.05$ )。合併出院後 1-6 個月內急診醫療利用資料，在傳統照護

組曾經使用過急診醫療佔 56.12% ，個案管理組為 34.00% ，在統計結果上達顯著差異(P, 0.02)。再以「同一主診斷再住院」醫療使用結果來看，不同照護組別上在兩階段觀察期，均未達到統計上顯著差異(P>0.05)。在出院後 1-3 個月內再住院醫療使用比率上，傳統照護組為 15.04% ，個案管理組為 10.00%。出院後 4-6 個月內再住院醫療使用比率，傳統照護組有 9.18% ，個案管理組則為 4.00% 之使用比率。合併出院後 1-6 個月內同一主診斷再住院醫療，在傳統照護組曾經使用佔 21.43% ，個案管理組為 12.00% ，在統計結果上未達顯著差異(P > 0.05) (表 4-4)。

臨床醫療指標中，根據(表 4-3)，血糖值共有三次觀測值，其中在第三次(結案前) 觀測結果中兩種照護模式下，傳統照護組血糖平均值高於個案管理組，在統計結果上有顯著不同(P<0.01) (個案管理組血糖平均值為 98.42mg/dl、傳統照護組血糖平均值為 112.16mg/dl)。各組總血糖改善程度百分比，個案管理組降低了 21.15% ，傳統照護組為降低 11.24%。個案管理組改善程度顯著多於傳統照護組。糖化血色素觀測值，兩組在起始指標(傳統照護組為 8.33 mg/dl、個案管理組為 7.72 mg/dL)，及結案指標(傳統照護組為 7.64 mg/dl、個案管理組為 7.25 mg/dl) 有統計上顯著差異(P<0.01)，兩組之改善差值以「傳統照護組」(0.69mg/dl)顯著高於「個案管理組」(0.47mg/dl) (P, 0.01)。糖

化血色素的改善程度百分比，在傳統照護組降低了 8.20%，個案管理組則降低 5.99%，有統計結果差異(P, 0.04)。

在糖尿病合併症監測中(表 4-4)，共分為有無發生微量尿蛋白、有無急性合併症、有無慢性合併症及三類型。急性合併症指在觀察期中，經診斷判定出現低血糖性昏迷、酮酸中毒、高滲壓性昏迷、慢性合併症指在觀察期間內，經診斷判定有神經病變、視網膜變化、自主神經系統病變情形。從合併症結果指標中，兩組不同照護模式下，在統計結果上均無顯著差異(P>0.05)。在傳統照護組中，發生微量尿蛋白合併症有 8.16%，個案管理組則是 8.00%。而急性合併症發生，在傳統照護組有 5.10%，而個案管理組則為 4.00%。糖尿病慢性合併症發生在傳統照護組有 7.14%；而個案管理組則為 6.00% 比率。

## 第二節 腦中風

### 一、個人基本特性分佈

本研究中，腦中風個案在傳統照護中共收案 249 名，個案管理組收案有 144 名，總計收案 393 人。在基本人口學特性比較變項中：性別、教育程度、婚姻狀況、疾病相關診斷經統計分析，其在兩種照護模式下，並無顯著性差異(P>0.05)，在主要經濟來源則有統計顯著差異(P, 0.05)。

根據表 4-5，在「性別」部份，傳統照護組以女性佔多數 55.82%，個案管理組則男、女性別上分佈是一致，各佔 50.00%，統計結果上並無顯著差異( $P>0.05$ )。「年齡」分佈上，傳統照護組平均年齡 69.41 歲，個案管理組 68.58 歲，統計結果上無顯著差異( $P > 0.05$ )。而在「教育程度」部份，傳統照護組以「國小、中」為最多佔 42.17%、其次為「無接受教育」佔 28.51%、再次為「高中、職」佔 26.50%、「大學」學歷最少 2.82%；個案管理組分佈情形則以「國小、中」、「無接受教育」、「高中、職」、「大學」教育程度分類，依次 40.97%、39.68%、17.36%、2.09%。在婚姻狀況分佈方面，兩組照護模式都以「已婚」最多(傳統照護組 84.74%、個案管理組 82.64%)，其次為「鰥、寡」(傳統照護組 14.86%、個案管理組 17.36%)。

在主要經濟來源中，兩組照護模式都以「子女」為主要經濟來源(個案管理組 63.89%、傳統照護組 71.49%)，其次是「個案本人」(個案管理組 21.53%、傳統照護組 20.08%)，以配偶為主要經濟來源佔第三位(個案管理組 14.58%、傳統照護組 7.23%)；在傳統照護組中有 1.20% 是以社會救助為主要經濟來源，個案管理組中則無。在疾病特性相關疾病方面，在兩種照護模式中「腦中風合併有高血壓」達到 80% 以上(傳統照護組 85.14%、個案管理組 88.89%)，合併「肺循環疾病」也各佔有一成多(傳統照護組 13.65%、個案管理組 19.44%)，合

併「缺血性心臟病」在傳統照護組有 10.44%、個案管理組 10.42%(表 4-5)。

## 二、社會支持系統

在共同居住者變項中(表 4-6)，在兩組中都是以「與配偶、子女固定居住者」為最多(傳統照護組 58.63%、個案管理組 62.50%)，佔有一半比例，其次則為「與配偶共同居住」(傳統照護組 13.52%、個案管理組 15.97%)，單純「與子女固定共同居住」者中，在傳統照護組有 7.63%、個案管理組 5.56%。而「無固定共同居住者」部份，傳統照護組中「與配偶和子女輪流居住者」佔 13.25%，「與子女輪流居住」3.21%，「養護機構」居住都有 2.42%，最少是以「獨居」方式居住，僅 1.61%、在個案管理組「無固定共同居住者」中，「與配偶和子女輪流居住者」有 10.42%，「養護機構」佔 3.47%，「獨居」則有 2.08%，並無「與子女輪流居住」者。

在觀察期間，同時期使用過中醫及西醫醫療單位，兩組在曾經使用部份，在統計結果上並無顯著差異( $P>0.05$ ) (中醫醫療使用：傳統照護組 3.21%、個案管理組 4.17%；西醫醫療使用：傳統照護組 4.44%、個案管理組 6.94%) (表 4-6)。

### 三、醫療結果指標

在腦中風個案醫療結果指標，所觀察的變項有：平均住院天數、門診使用次數、急診使用次數、巴氏量表改善程度、膽固醇、三酸甘油酯指數、有無發生褥瘡合併症，及有無使用急診醫療及再住院情形。其中在平均住院天數、門診醫療使用次數、巴氏量表改善程度、膽固醇改善程度、三酸甘油酯改善程度上，經統計結果達到統計上顯著意義，其它變項則無顯著差異( $P>0.05$ )分述如下 (表 4-7)。

從表 4-7 得知，在「平均住院」天數上，個案管理組平均住院天數少於傳統照護組，並達到統計上顯著差異( $P<0.01$ ) (傳統照護組 8.94 天、個案管理組 7.66 天)。在「門診醫療使用」次數上，結果也顯示出，個案管理組在慢性病門診使用次數上，在出院後 1-3 個月內或 4-6 個月內，都多於傳統照護組，在統計結果上也達到顯著差異( $P<0.01$ ) (出院後 1-3 個月內：傳統照護組 3.34 次、個案管理組 3.94 次；出院後 4-6 個月內，傳統照護組 2.75 次、個案管理組 3.01 次；出院 1-6 個月內總門診使用次數：傳統照護組 6.10 次、個案管理組 6.94 次)。「急診醫療利用」在出院後 1-3 個月內，傳統照護組為 0.23 次、個案管理組 0.22 次。出院後 4-6 個月內，傳統照護組 0.09 次、個案管理組為 0.07 次。出院後 1-6 個月內總急診醫療利用，傳統照護組 0.33 次、個案管理組 0.28 次，在不同照護模式下，急診醫療利用未達統計上顯著

差異( $P>0.05$ )。以不同期間是否利用急診或再住院醫療使用結果上，在不同照護模式下，「急診醫療利用」分佈情形類似(出院內 1-3 個月內曾利用急診醫療：傳統照護組 18.07%、個案管理組 18.06%。出院後 4-6 個月內曾利用急診，傳統照護組 7.23%、個案管理組 6.94%)。合併出院後 1-6 個月內曾利用急診，傳統照護組 19.68%、個案管理組 22.22%，未達統計上顯著差異( $P>0.05$ )。是否「再住院醫療使用」分佈，出院後 1-3 個月內曾再住院，在傳統照護組有 3.21% 比率、個案管理組則為 3.47%。出院後 4-6 個月內曾再住院，傳統照護組有 0.80% 比率、個案管理組則為 1.39%，合併出院後 1-6 個月內曾再住院醫療，傳統照護組有 3.21%、個案管理組則為 4.17%，未達統計上顯著差異( $P>0.05$ ) (表 4-8)。

臨床醫療指標中，根據表 4-7，巴氏量表共有三次觀測值，其中在第三次(結案前) 觀測結果中，兩種照護模式下個案管理組巴氏量表平均值高於傳統照護組，在統計結果上有顯著不同( $P, 0.01$ ) (個案管理組平均值 31.53、傳統照護組平均值 27.96)。各組總巴氏量表改善程度百分比，個案管理組提升 2.66%，傳統照護組為 2.13%。在統計結果上，個案管理組改善程度顯著多於傳統照護組( $P, 0.01$ )。「膽固醇」監測指數中，兩組照護模式在起始值是有顯著差異，傳統照護組平均膽固醇值低於個案照護組( $P, 0.01$ ) (傳統照護組為 217.47mg/dL、



個案管理組為 237.42 mg/dL)。兩組在改善程度上差值也不相同(傳統照護組降低 20.34 mg/dL、個案管理組降低 39.61 mg/dL)，以改善程度百分比來比較，個案管理模式改善百分比多於傳統照護組，並達統計結果上顯著差異( $P, 0.01$ ) (傳統照護組降低 7.67%、個案管理組降低 15.47%)。

在腦中風合併症監測中(表 4-8)，發生褥瘡合併症依發生時間區分為在住院期間發生、出院後 1-3 個月內發生及出院後 4-6 個月內發生。在兩組不同照護模式下，在出院後第 4-6 個月內階段，褥瘡合併症發生，在個案管理組發生率顯著低於傳統照護組( $P<0.05$ ) (個案管理組為 6.94%、傳統照護組為 14.06%)，合併出院後第 1-6 個月內階段，褥瘡合併症發生在個案管理組為 26.91%、傳統照護組為 22.92%，未達統計結果上顯著差異( $P > 0.05$ )。

### 第三節 高血壓

#### 一、個人基本特性分佈

高血壓個案收案人數共有 76 名。傳統照護模式組共收案 60 名，個案管理組收案有 16 名。兩組在基本人口學特性比較上，包含：性別、教育程度、婚姻狀況、主要經濟來源，經統計分析，皆無顯著性差異( $P>0.05$ )。

從表 4-9 得知，兩組在「性別」分佈上，不同照護模式性別分佈比率都相同，男性佔有 31.61%、女性則為 68.33%，統計結果上無顯著差異( $P>0.05$ )。「年齡」分佈上，傳統照護組平均年齡為 68.78 歲，個案管理組 68.50 歲，統計結果上無顯著差異( $P>0.05$ )。而「教育程度」部份，在傳統照護組中，以「國小、中」為最多 53.33%，其次為「高中、職」23.33%，其中 21.67%為「無接受過教育者」，而「大學以上」學歷者佔最少(1.67%)；在個案管理組部份，相同的是「國小、中」教育層級佔最多 43.75%，依次則是「無接受教育程度」與「高中、職程度」(37.50%、18.70%)，在個案管理組中並無大學(含)以上程度者，兩組在教育程度上，經統計結果無顯著性差異。在「婚姻狀況」分佈方面，二組都是「已婚」最多(傳統照護組 91.67%、個案管理組 100.00%)。

主要經濟來源中，兩組照護模式都以「子女」為主要經濟來源(傳統照護組：58.33%、個案管理組：75.00%)，以「個案本人」為主要經濟來源方式，傳統照護組也有 40.00%，只有 1.67%是以「配偶」為主要經濟來源，而個案管理組以「個案本人」為主要經濟來源有 25.00%。相關疾病方面，在兩種照護模式中高血壓患者「合併有肺循環」疾病比率，在傳統照護組 23.33%，而個案管理組有 12.50%。高血壓患者「合併缺血性心臟病」，在傳統照護組有 15.00%，個案管理

組則為 6.25%。高血壓患者「合併腦中風」在傳統照護組中有 16.67%，個案管理組則是 6.25%，兩組「疾病特性相關診斷」在統計結果上，無顯著差異( $P>0.05$ ) (表 4-9)。

## 二、社會支持系統

在共同居住者中(表 4-10)，經統計結果顯示，兩組在共同居住者變項中有顯著差異( $P < 0.05$ )。其中有「固定共同居住者」在兩組中都是「與配偶、子女固定居住者」為最多(傳統照護組 68.33%、個案管理組 37.50%)，在傳統照護組中「與配偶及子女固定居住」及「與配偶子女輪流居住」比例一樣都佔十分之一，其次則為「與配偶共同居住」(6.47%)、「子女輪流」(3.33%)及「獨居」(1.67%)。個案管理組中，屬於無固定居住變項有 37.5%，「與子女輪流居住」及「與配偶子女輪流居住」各為 18.75%。

在出院後 6 個月內觀察期間，同時使用過中醫醫療及西醫醫療單位，各組在西醫醫療使用比率上，都多於中醫醫療使用。在傳統照護組中，出院後 6 個月內，同時曾使用過西醫醫療有 13.33%比率，在個案管理組則是 18.75%。而在出院後 6 個月內，曾使用過中醫醫療在傳統照護組有 1.67%，在個案管理組中並沒有使用記錄，兩組在統計結果上都無顯著差異( $P>0.05$ ) (表 4-10)。在商業保險身份別中，傳

統照護組有投保比例 10.00%，個案管理組則沒有商業投保身份，統計結果上無顯著差異( $P>0.05$ )。

### 三、醫療結果指標

高血壓個案醫療結果指標，觀察變項有：平均住院天數、門診使用次數、急診使用次數、血壓、膽固醇、三酸肝油脂、有無發生跌倒合併症，及有無使用急診醫療及再住院情形。經統計結果，在門診醫療使用次數、血壓觀測值與三酸肝油脂上，達到統計上顯著不同( $P<0.05$ )，其它變項則無顯著差異( $P>0.05$ )。

依據表 4-11，兩組照護模式，平均住院天數上，個案管理組是少於傳統照護組但未達統計上顯著差異(傳統照護組平均住院天數 5.62 天、個案管理組平均住院天數 4.88 天)。在出院 1-3 個月內門診醫療使用次數上，個案管理組多於傳統照護組且有統計上差異( $P, 0.02$ ) (傳統照護組 2.40 次、個案管理組 2.75 次)。但在出院後 4-6 個月內門診使用上，則未顯示出統計上差異( $P>0.05$ ) (出院後 4-6 個月內門診使用次數：傳統照護組 2.18 次、個案管理組 2.00 次)。合併出院後 1-6 個月內總門診使用次數，傳統照護組為 4.58 次、個案管理組則是 4.81 次，在統計結果上無顯著差異( $P>0.05$ )。而「急診醫療利用」在出院後 1-3 個月內，傳統照護組 0.27 次、個案管理組 0.13 次。在出院後

4-6 個月內，傳統照護組 0.08 次、個案管理組為 0.06 次。以出院後 1-6 個月內總急診醫療利用，傳統照護組 0.35 次、個案管理組為 0.19 次，在急診利用未達統計上顯著差異( $P>0.05$ )。

在「是否利用急診醫療使用」結果上，在出院後 1-3 個月內使用分佈上，傳統照護組為 21.67%、個案管理組 12.00%。出院後 4-6 個月內使用，傳統照護組 8.33%、個案管理組 6.50%。合併出院後 1-6 個月內使用情形，在傳統照護組有 23.33%、個案管理組 18.75%，在不同時段是否利用急診醫療使用上，均未達統計顯著差異( $P>0.05$ )。

「同一主診斷再住院」醫療使用結果，在出院後 1-3 個月內曾經利用住院醫療，傳統照護組 6.67%、個案管理組 6.20%。出院後 4-6 個月內曾經利用住院醫療，傳統照護組為 1.67%、個案管理組 0.00%、合併出院後 1-6 個月內曾經利用住院醫療，傳統照護組為 8.33%、個案管理組 6.25%，未達到統計上顯著差異( $P>0.05$ ) (表 4-12)。

根據表(4-11)臨床醫療指標中，在第一次的收縮壓改善程度百分比中傳統照護組降低 5.79%，個案管理組則降低 9.94%。而舒張壓的改善程度差值及改善程度百分比上，個案管理組改善程度顯著高於傳統照護組( $P, 0.02$ ) (舒張壓改善差值：傳統照護組降低 5.87mmHg、個案管理組降低 10.50mmHg)。兩組舒張壓改善程度百分比，在第一次舒張壓改善百分比中，傳統照護組改善了 2.31%，個案管理組則改

善 2.76%。「三酸肝油脂」共有二次觀測值，個案管理組改善差值顯著多於傳統照護組(P, 0.01) (傳統照護組降低 4.12mg/dL、個案管理組降低 30.63mg/dL)。

有無發生跌倒是高血壓合併症監測指標，表 4-12 得知，在兩組不同照護模式下，無論在住院期間發生、出院後 1-3 個月內、出院後 4-6 個月內，在統計結果上均無顯著差異(P>0.05)。住院期間發生跌倒合併症，在傳統照護組為 5.00%、個案管理組 14.30%。在出院後 1-6 個月內發生，傳統照護組 5.00%、個案管理組 6.25%。

#### 第四節 影響急診利用及再住院醫療之相關因素

依據本研究架構，以個人基本特性、社會支持系統與有無參與個案管理模式為自變項。納入可能影響急診及再住院醫療之相關影響因素包括：「性別」、「教育程度」、「主要經濟來源」、「婚姻狀況」、「共同居住者」，及各疾病別「臨床醫療指標」，運用羅吉斯迴歸分析，以瞭解是否實施出院準備服務個案管理照護模式，對於個案出院後 6 個月內，再住院或急診利用之機率比。

##### 一、糖尿病個案

根據表 4-13，在分析急診再利用模式中，「性別」、「教育程度」、「主要經濟來源」、「婚姻狀況」、「共同居住者」、「年齡」、「臨床指標」、「相關診疾病」都未呈顯著( $P>0.05$ )。只有「是否實施個案管理」呈現顯著相關( $P, 0.03$ )，係數為-0.98 勝算比為 0.37，也就是有實施個案管理出院準備服務之患者，於出院後 6 個月內急診之勝算為未實施者的 0.37。而影響糖尿病個案在出院 6 個月內，因同一主診斷而再住院相關因素中(表 4-14)，控制「性別」、「教育程度」、「主要經濟來源」、「婚姻狀況」、「共同居住者」、「年齡」、「相關診疾病」變項後，發現在臨床指標中的「血糖」變項，是影響糖尿病個案再住院醫療使用重要因素，在統計結果上有顯著相關( $P, 0.05$ )，係數為-0.01，勝算比為 1.01，也就是每增加一個單位(mg/dl)的血糖會有 1.01 倍再住院的機會。而是否接受個案管理照護模式，實施個案管理組比未實施個案管理則無顯著相關( $P>0.05$ )，係數-0.96 勝算比 0.38。

## 二、腦中風病個案

影響腦中風個案，在出院 1 到 6 個月內使用急診醫療相關因素中，在控制「性別」、「教育程度」、「主要經濟來源」、「婚姻狀況」、「年齡」、「臨床指標」、「相關診疾病」變項後，經羅吉斯迴歸分析發現，「獨居」與「安養護機構」在統計結果上有顯著相關(表 4-15)。「獨居」比有「固定共同居住者」，有 13.57 倍使用急診醫療的機會(回歸

係數為 2.61, P 值 0.03), 而「安養護機構」居住者比「固定共同居住者」, 有 4.33 倍使用急診醫療的機會(係數為 1.47, P 值 0.05), 有無實施個案管理模式則無顯著相關( $P > 0.05$ ), 係數-0.09, 勝算比 0.91。相關疾病當中, 腦中風病患「合併肺循環疾病」比「未合併肺循環疾病」患者, 有急診醫療利用的機會 3.46 倍, 在統計結果上有顯著相關( $P < 0.001$ ), 其它變項則無顯著相關( $P > 0.05$ )。

再住院模型中(表 4-16), 影響腦中風個案在出院 1-6 個月內, 因同一主診斷而再住院相關因素中, 腦中風患者「合併肺循環疾病」是「無合併肺循環疾病」患者, 再住院醫療利用機會的 3.95 倍, 係數為 1.37( $P < 0.05$ )。有無實施個案管理模式對再住院醫療利用無顯著相關( $P > 0.05$ ), 係數為-0.24, 勝算比 0.79。

### 三、高血壓個案

從表 4-17、4-18 得知, 在控制其他因素下高血壓個案急診利用模型與再住院利用模型之各變項, 皆未呈現統計上顯著相關( $P > 0.05$ )。而有無實施個案管理模式部份, 在急診利用模型中有無實施個案管理模式其係數為-0.66, 勝算比 0.52; 而再住院醫療利用模型中, 有無實施個案管理模式其係數為-1.67, 勝算比 0.19。



表 4-1、糖尿病個案基本人口學特性分佈

變項名稱	傳統照護模式 (N=98)		個案管理模式 (N=50)		P 值
	個數	百分比	個數	百分比	
性別					0.72
男	44	44.90	24	48.00	
女	54	55.10	26	52.00	
年齡	98	57.70 <sup>a</sup>	50	57.50 <sup>a</sup>	0.94
教育程度					0.62
無	24	24.49	13	26.00	
國小(中)	45	45.92	20	40.00	
高中(專)	27	27.51	17	34.00	
大學(含以上)	2	2.08	0	0.00	
婚姻					0.20
未婚	14	14.28	3	6.00	
已婚	79	80.61	42	84.00	
鰥(寡)	5	5.11	5	10.00	
主要經濟來源					0.54
本人	41	41.84	18	36.00	
配偶	18	18.37	10	20.00	
父母	6	6.12	1	2.00	
子女	33	33.67	21	42.00	
疾病特性相關診斷					
肺循環疾病					0.75 <sup>b</sup>
有	8	8.16	3	6.00	
無	90	91.84	47	94.00	
高血壓					0.57
有	34	34.69	15	30.00	
無	64	65.31	35	70.00	
缺血性心臟病					0.74
有	10	10.20	6	12.00	
無	88	89.80	44	88.00	
腦血管疾病					0.89
有	11	11.22	6	12.00	
無	87	88.78	44	88.00	

註 a：年齡為平均數進行 t 檢定。

註 b：表示使用 Fisher Exact Test

**表 4-2、糖尿病個案社會支持系統**

變項分類	傳統照護模式 (N=98)		個案管理模式 (N=50)		P 值
	個數	百分比	個數	百分比	
共同居住者					0.10 <sup>b</sup>
配偶	17	17.35	11	22.00	
配偶與子女固定	60	61.22	26	52.00	
配偶與子女輪流居住	12	12.24	4	8.00	
子女固定	5	5.10	2	4.00	
子女輪流	0	0.00	4	8.00	
獨居	4	4.09	3	6.00	
同一期間使用其他醫療單位服務(西醫)					0.34
有	10	10.20	8	16.00	
無	88	89.80	42	84.00	
同一期間使用其他醫療單位服務(中醫)					1.00 <sup>b</sup>
有	9	9.18	4	8.00	
無	89	90.82	46	92.00	
商業保險 <sup>a</sup>					0.11 <sup>b</sup>
有	5	5.50	7	14.00	
無	93	94.50	43	86.00	

註：a 表示為有醫療保險之商業保險。

註：b 表示使用 Fisher Exact Test。

表 4-3、糖尿病個案醫療結果指標變化（一）

變項名稱	傳統照護模式 (N=98)		個案管理模式 (N=50)		P 值
	平均值	標準差	平均值	標準差	
平均住院天數	7.52	2.45	6.14	1.82	0.01
1-3 個月內門診使用次數	2.48	1.07	3.92	0.86	<0.01
4-6 個月內門診使用次數	2.50	1.08	3.92	0.85	<0.01
1-6 個月內總門診使用次數	4.98	1.51	7.82	1.71	<0.01
1-3 個月內急診使用次數	0.62	0.82	0.20	0.40	<0.01
4-6 個月內急診使用次數	0.34	0.61	0.16	0.37	0.03
1-6 個月內總急診使用次數	0.96	1.17	0.36	0.53	<0.01
第一次血糖觀測值	139.00	56.69	129.74	34.89	0.22
第二次血糖觀測值	124.45	40.73	120.74	37.14	0.59
第三次血糖觀測值	112.16	29.46	98.42	18.14	<0.01
第一次血糖改善程度差值 <sup>a</sup>	-14.55	36.84	-9.00	34.77	0.38
第一次血糖改善程度百分比	-5.67	0.26	-4.03	0.30	0.73
總血糖改善程度差值 <sup>b</sup>	-26.84	52.25	-31.32	-27.23	0.49
總血糖改善程度百分比 <sup>c</sup>	-11.24	0.33	-21.15	0.17	0.02
第一次糖化血色素觀測值	8.33	0.72	7.72	0.50	<0.01
第二次糖化血色素觀測值	7.64	0.73	7.25	0.57	<0.01
糖化血色素改善程度差值 <sup>d</sup>	-0.69	0.51	-0.47	0.48	0.01
糖化血色素改善程度百分比 <sup>e</sup>	-8.20	0.06	-5.99	0.06	0.04

註 a：第一次血糖改善程度：(個案第三個月第一次門診所測得之平均血糖值) - (第一個月第一次門診所測得之平均血糖值)。

註 b：總血糖改善程度：(個案第六個月第一次門診所測得之平均血糖值) - (第一個月第一次門診所測得之平均血糖值)。

註 c：總血糖改善程度百分比：(個案第六個月第一次門診所測得之平均血糖值 - 第一個月第一次門診所測得之平均血糖值) ÷ (第一個月第一次門診所測得之平均血糖值)單位%。

註 d：糖化血色素改善程度：(個案第一次在住院期間所測得之平均糖化血色素值) - (結案時所測得之平均糖化血色素值)。

註 e：糖化血色素改善程度百分比：(結案時所測得之平均糖化血色素值 - 第一次在住院期間所測得之平均糖化血色素值) ÷ (第一次在住院期間所測得之平均糖化血色素值)單位%。

表 4-4、糖尿病個案醫療結果指標變化 (二)

變項名稱	傳統照護模式 (N=98)		個案管理模式 (N=50)		P 值
	個數	百分比	個數	百分比	
<b>急診醫療</b>					
出院 1-3 個月內					<0.01
有	43	43.88	10	20.00	
無	55	56.12	40	80.00	
出院 4-6 個月內					0.15
有	26	26.53	8	12.00	
無	72	73.47	42	84.00	
出院 1-6 個月內					0.02 <sup>a</sup>
有	55	56.12	17	34.00	
無	43	43.88	33	66.00	
<b>再住院</b>					
出院 1-3 個月內					0.37
有	15	15.04	5	10.00	
無	83	84.69	45	90.00	
出院 4-6 個月內					0.33 <sup>a</sup>
有	9	9.18	2	4.00	
無	89	90.82	48	96.00	
出院 1-6 個月內					0.18 <sup>a</sup>
有	21	21.53	6	12.00	
無	77	78.57	44	82.00	
<b>合併症</b>					
微量尿蛋白					1.00 <sup>a</sup>
有	8	8.16	4	8.00	
無	90	91.84	46	92.00	
急性合併症					1.00 <sup>a</sup>
有	5	5.10	2	4.00	
無	93	94.90	48	96.00	
慢性合併症					1.00 <sup>a</sup>
有	7	7.14	3	6.00	
無	91	92.86	47	94.00	

註：a 表示使用 Fisher Exact Test。

表 4-5、腦中風個案基本人口學特性分佈

變項名稱	傳統照護模式 (N=249)		個案管理模式 (N=144)		P 值
	次數	百分比	次數	百分比	
性別					0.27
男	110	44.18	72	50.00	
女	139	55.82	72	50.00	
年齡	249	69.41 <sup>a</sup>	144	68.58 <sup>a</sup>	0.94
教育程度					0.74
無	71	28.51	57	39.68	
國小(中)	105	42.17	59	40.97	
高中(專)	66	26.50	25	17.36	
大學(含以上)	7	2.82	3	2.09	
婚姻					0.73 <sup>b</sup>
未婚	1	0.40	0	0.00	
已婚	211	84.74	119	82.64	
鰥(寡)	37	14.86	25	17.36	
主要經濟來源					0.05 <sup>b</sup>
本人	50	20.08	31	21.53	
配偶	18	7.23	21	14.58	
子女	178	71.49	91	63.89	
社會救助	3	1.20	0	0.00	
疾病特性相關診斷					
肺循環疾病					0.13
有	34	13.65	28	19.44	
無	215	86.35	116	80.56	
高血壓					0.30
有	212	85.14	128	88.89	
無	37	14.86	16	11.11	
缺血性心臟病					0.99
有	26	10.44	15	10.42	
無	223	89.56	129	89.58	

註 a：年齡為平均數進行 t 檢定。

註 b：表示使用 Fisher Exact Test。

表 4-6、腦中風個案社會支持系統

變項名稱	傳統照護模式 (N=249)		個案管理模式 (N=144)		P 值
	個數	百分比	個數	百分比	
共同居住者					0.32 <sup>b</sup>
配偶	33	13.25	23	15.97	
配偶與子女固定	146	58.63	90	62.50	
配偶與子女輪流居住	33	13.25	15	10.42	
子女固定	19	7.63	8	5.56	
子女輪流	8	3.21	0	0.00	
獨居	4	1.61	3	2.08	
養護機構	6	2.42	5	3.47	
同一期間使用其他醫療單位服務(西醫)					0.28
有	11	4.44	10	6.94	
無	238	95.56	134	93.06	
同一期間使用其他醫療單位服務(中醫)					0.62
有	8	3.21	6	4.17	
無	241	96.79	138	95.83	
商業保險 <sup>a</sup>					0.38
有	15	6.02	12	8.33	
無	234	93.98	132	91.67	

註 a：表示有商業保險(醫療險)。

註 b 表示使用 Fisher Exact Test。

表 4-7、腦中風個案醫療結果指標變化（一）

變項名稱	傳統照護模式 (N=249)		個案管理模式 (N=144)		P 值
	平均值	標準差	平均值	標準差	
平均住院天數	8.94	3.72	7.66	2.41	<0.01
1-3 個月內門診使用次數	3.34	0.69	3.94	0.75	<0.01
4-6 個月內門診使用次數	2.75	0.62	3.01	0.50	<0.01
1-6 個月內總門診使用次數	6.10	1.00	6.94	0.93	<0.01
1-3 個月內急診使用次數	0.23	0.53	0.22	0.49	0.75
4-6 個月內急診使用次數	0.09	0.35	0.07	0.26	0.50
1-6 個月內總急診使用次數	0.33	0.77	0.28	0.59	0.51
第一次巴氏量表監測值	10.52	8.64	9.51	7.15	0.24
第二次巴氏量表監測值	17.02	10.68	15.35	9.87	0.13
第三次巴氏量表監測值	27.96	13.06	31.53	13.88	0.01
第一次巴氏量表改善差值	6.49	6.07	5.83	5.82	0.29
總巴氏量表改善程度差值 <sup>b</sup>	17.44	10.13	22.01	9.86	<0.01
第一次巴氏量表改善程度(%) <sup>a</sup>	75.78	0.88	64.88	0.66	0.20
總巴氏量表改善程度(%) <sup>c</sup>	2.13	1.87	2.66	1.72	0.01
住院期間膽固醇指數	217.47	41.89	237.42	35.05	<0.01
結案期間膽固醇指數	197.13	23.84	197.08	22.92	0.79
膽固醇指數改善程度差值 <sup>d</sup>	-20.34	33.19	-39.61	31.02	<0.01
膽固醇指數改善程度(%) <sup>e</sup>	-7.67	0.11	-15.47	0.12	<0.01
住院期間三酸肝油脂指數	210.12	40.64	202.78	52.04	0.15
結案期間三酸肝油脂指數	175.79	39.95	180.40	48.10	0.33
三酸肝油脂指數改善程度差值 <sup>f</sup>	-34.33	42.59	-22.38	51.89	0.01
三酸肝油脂指數改善程度(%) <sup>g</sup>	-24.60	0.33	-18.00	0.35	0.06

註 a：第一次巴氏量表改善程度：(個案第三個月第一次門診所測得巴氏量表之平均值) - (第一個月第一次門診所測得巴氏量表之平均值)。

註 b：總巴氏量表改善程度：(個案第六個月第一次門診所測得巴氏量表之平均值) - (第一個月第一次門診所測得巴氏量表之平均值)。

註 c：總巴氏量表改善程度百分比：(個案第六個月第一次門診所測得之平均值 - 第一個月第一次門診所測得之平均值) ÷ (第一個月第一次門診所測得之平均值)%。

註 d：膽固醇改善程度：(個案第一次在住院期間所測得之平均值) - (結案時所測得之平均值)。

註 e：膽固醇改善程度百分比：(結案時所測得之平均值 - 第一次在住院期間所測得之平均值) ÷ 第一次在住院期間所測得之平均值。

註 f：三酸肝油脂改善程度：(個案第一次在住院期間所測得之平均值) - (結案時所測得之平均值)。

註 g：三酸肝油脂改善程度百分比：(結案時所測得之平均值 - 第一次在住院期間所測得之平均值) ÷ (第一次在住院期間所測得之平均值)%。

表 4-8、腦中風個案醫療結果指標變化 (二)

變項名稱	傳統照護模式 (N=249)		個案管理模式 (N=144)		P 值
	次數	百分比	次數	百分比	
	<b>急診醫療</b>				
出院至 1-3 個月內					0.98 <sup>a</sup>
	有	45 18.07	26 18.06		
	無	204 81.93	118 81.94		
出院至 4-6 個月內					0.92 <sup>a</sup>
	有	18 7.23	10 6.94		
	無	231 92.77	134 93.06		
出院至 1-6 個月內					0.61 <sup>a</sup>
	有	49 19.68	32 22.22		
	無	200 80.32	112 77.78		
<b>再住院</b>					
出院至 1-3 個月內					1.00 <sup>a</sup>
	有	8 3.21	5 3.47		
	無	241 96.79	139 96.53		
出院至 4-6 個月內					0.63 <sup>a</sup>
	有	2 0.80	2 1.39		
	無	247 99.20	142 98.61		
出院至 1-6 個月內					0.78 <sup>a</sup>
	有	8 3.21	6 4.17		
	無	241 96.79	138 95.83		
<b>褥瘡</b>					
住院期間發生					0.06
	有	68 27.31	27 18.75		
	無	181 72.69	117 81.25		
出院至 1-3 個月內					0.33
	有	42 16.87	30 20.84		
	無	207 83.13	114 79.16		
出院至 4-6 個月內					0.03
	有	35 14.06	10 6.94		
	無	214 85.94	134 93.06		
出院至 1-6 個月內					0.47 <sup>a</sup>
	有	67 26.91	33 22.92		
	無	182 73.09	109 77.08		

註：a 表示使用 Fisher Exact Test。



**表 4-9、高血壓個案基本人口學特性分佈**

變項名稱	傳統照護模式 (N=60)		個案管理模式 (N=16)		P 值
	次數	百分比	次數	百分比	
性別					0.98
男	19	31.67	5	31.67	
女	41	68.33	11	68.33	
年齡	60	68.78 <sup>a</sup>	16	68.50 <sup>a</sup>	
教育程度					0.38 <sup>b</sup>
無	13	21.67	7	43.75	
國小(中)	32	53.33	6	37.50	
高中(專)	14	23.33	3	18.70	
大學(含以上)	1	1.67	0	0.00	
婚姻					0.56 <sup>b</sup>
已婚	55	91.67	16	100.00	
鰥(寡)	5	8.33	0	0.00	
主要經濟來源					0.51 <sup>b</sup>
本人	24	40.00	4	25	
配偶	1	1.67	0	0.00	
子女	35	58.33	12	75.00	
疾病特性相關診斷					
肺循環疾病					0.50 <sup>b</sup>
有	14	23.33	2	12.50	
無	46	76.67	14	87.50	
缺血性心臟病					0.68 <sup>b</sup>
有	9	15.00	1	6.25	
無	51	85.00	15	93.75	
腦中風					0.44 <sup>b</sup>
有	10	16.67	1	6.25	
無	50	83.33	15	93.75	

註 a：年齡以平均數進行 t 檢定。

註 b：表示使用 Fisher Exact Test。

**表 4-10、高血壓個案社會支持系統**

變項名稱	傳統照護模式 (N=60)		個案管理模式 (N=16)		P 值
	次數	百分比	次數	百分比	
共同居住者					0.05 <sup>b</sup>
配偶	4	6.67	2	12.50	
配偶與子女固定	41	68.33	6	37.50	
配偶與子女輪流居住	6	10.00	3	18.75	
子女固定	6	10.00	1	6.25	
子女輪流	2	3.33	3	18.75	
獨居	1	1.67	1	6.25	
同一期間使用其他醫療單位服務(西醫)					0.70 <sup>b</sup>
有	8	13.33	3	18.75	
無	52	86.67	13	81.25	
同一期間使用其他醫療單位服務(中醫)					1.00 <sup>b</sup>
有	1	1.67	0	0.00	
無	59	98.33	16	100.00	
商業保險 <sup>a</sup>					0.33 <sup>b</sup>
有	6	10.00	0	0.00	
無	54	90.00	16	100.00	

註：a 表示商業保險(醫療險)

註：b 表示使用 Fisher Exact Test。

表 4-11、高血壓個案醫療結果指標變化（一）

變項名稱	傳統照護模式 (N=60)		個案管理模式 (N=16)		P 值
	平均值	標準差	平均值	標準差	
平均住院天數	5.62	1.86	4.88	1.31	0.14
1-3 個月內門診使用次數	2.40	0.53	2.75	0.58	0.02
4-6 個月內門診使用次數	2.18	0.62	2.00	0.37	0.14
1-6 個月內總門診使用次數	4.58	0.98	4.81	0.54	0.22
1-3 個月內急診使用次數	0.27	0.55	0.13	0.34	0.21
4-6 個月內急診使用次數	0.08	0.28	0.06	0.25	0.79
1-6 個月內總急診使用次數	0.35	0.73	0.19	0.40	0.40
收縮壓第一次觀測值	173.37	10.53	176.00	8.10	0.36
收縮壓第二次觀測值	163.23	11.30	171.63	8.78	0.07
收縮壓第三次觀測值	152.77	9.51	151.75	10.32	0.71
舒張壓第一次觀測值	97.37	4.85	99.38	8.41	0.22
舒張壓第二次觀測值	94.97	5.80	96.25	7.08	0.46
舒張壓第三次觀測值	91.50	3.09	88.88	2.53	<0.01
收縮壓第一次改善程度差值 <sup>a</sup>	-10.13	13.35	-4.38	11.83	0.12
收縮壓總改善程度差值 <sup>b</sup>	-20.60	16.39	-24.25	13.89	0.42
收縮壓第一次改善程度百分比 <sup>a</sup>	-5.79	0.07	-9.94	0.06	0.02
收縮壓總改善程度百分比 <sup>d</sup>	-5.59	0.07	-2.30	0.06	0.12
舒張壓第一次改善程度差值	-2.40	6.44	-3.13	8.61	0.71
舒張壓總改善程度差值 <sup>b</sup>	-5.87	5.81	-10.50	9.54	0.02
舒張壓第一次改善程度百分比 <sup>a</sup>	-2.31	0.05	-2.76	0.08	0.81
舒張壓總改善程度百分比 <sup>d</sup>	-11.43	0.01	-13.58	0.07	0.39
住院期間膽固醇指數	218.22	37.97	210.31	43.45	0.48
結案期間膽固醇指數	191.32	17.46	190.81	12.02	0.91
膽固醇指數改善程度差值 <sup>b</sup>	-26.90	32.68	-19.50	41.82	0.45
膽固醇指數改善程度百分比 <sup>d</sup>	-10.64	0.12	-6.96	0.13	0.27
住院期間三酸肝油脂指數	189.43	46.66	212.25	41.96	0.80
結案期間三酸肝油脂指數	185.32	50.49	181.63	30.16	0.71
三酸肝油脂指數改善程度差值 <sup>b</sup>	-4.12	57.89	-30.63	21.83	0.01
三酸肝油脂指數改善程度百分比 <sup>d</sup>	-8.81	0.34	-16.91	0.11	0.36

註 a：改善程度差值：(第二次觀測值) - (第一次觀測值)

註 b：總改善程度差值：(第三次觀測值) - (第一次觀測值)

註 c：第一次改善程度百分比：(第二次時所測得之平均值 - 第一次在住院期間所測得之平均值) ÷ 第一次在住院期間所測得之平均值。如(舒張壓、收縮壓、膽固醇、三酸肝油脂)

註 d：總改善程度百分比：(結案時所測得之平均值 - 第一次在住院期間所測得之平均值) ÷ 第一次在住院期間所測得之平均值。如(舒張壓、收縮壓、膽固醇、三酸肝油脂)

表 4-12、高血壓個案醫療結果指標變化 (二)

變項名稱		傳統照護模式		個案管理模式		P 值
		(N=60)		(N=16)		
		次數	百分比	次數	百分比	
跌倒						0.28 <sup>a</sup>
住院期間	有	3	5.00	2	14.30	
	無	57	95.00	14	85.70	
出院後 1-6 個月內						1.00 <sup>a</sup>
	有	3	5.00	1	6.25	
	無	57	95.00	15	93.75	
再住院						
出院後 1-3 個月內						1.00 <sup>a</sup>
	有	4	6.67	1	6.20	
	無	56	93.33	15	93.75	
出院後 4-6 個月內						1.00 <sup>a</sup>
	有	1	1.67	0	0.00	
	無	59	98.33	16	100.00	
出院後 1-6 個月內						1.00 <sup>a</sup>
	有	5	8.33	1	6.25	
	無	55	91.67	15	93.75	
急診醫療						
出院後 1-3 個月內						0.51 <sup>a</sup>
	有	13	21.67	2	12.50	
	無	47	78.33	14	87.50	
出院後 4-6 個月內						1.00 <sup>a</sup>
	有	5	8.33	1	6.25	
	無	55	91.67	15	93.75	
出院後 1-6 個月內						1.00 <sup>a</sup>
	有	14	23.33	3	18.75	
	無	46	76.67	13	81.25	

註：a 表示使用 Fisher Exact Test。

表 4-13、糖尿病個案六個月內是否使用急診醫療之羅吉斯迴歸分析

變項名稱		係數	標準誤	勝算比	P 值
常數		-0.38	2.82	0.69	0.89
個案管理	未實施 (參考組)				
	已實施	-0.98	0.45	0.37	0.03
年齡		0.03	0.03	1.03	0.25
性別	男 (參考組)				
	女	0.05	0.49	1.06	0.91
教育程度	無 (參考組)				
	國小(中)	-0.26	0.55	0.77	0.64
	高中(職專)	0.09	0.60	1.09	0.88
	大學(含以上)	1.55	1.84	4.73	0.40
婚姻	未婚 (參考組)				
	已婚	0.49	1.02	1.63	0.63
	鰥(寡)	0.50	1.26	1.64	0.69
主要經濟來源	個案本人 (參考組)				
	配偶	-0.25	0.75	0.78	0.74
	父母	9.62	21.86	15078.79	0.66
	子女	-0.38	0.82	0.68	0.64
共同居住者	有固定 (參考組)				
	無固定	-0.15	0.60	0.86	0.80
	獨居	0.79	0.93	2.21	0.39
臨床指標	血糖	0.003	0.004	1.00	0.52
	糖化血色素	-0.24	0.33	0.79	0.47
缺血性心臟病	無 (參考組)				
	有	1.12	0.64	3.05	0.08
肺循環疾病	無 (參考組)				
	有	1.23	0.83	3.42	0.14
腦中風	無 (參考組)				
	有	-0.53	0.65	0.59	0.42
高血壓	無 (參考組)				
	有	0.16	0.44	1.18	0.71

**表 4-14、糖尿病個案六個月內是否再住院之羅吉斯迴歸分析**

變項名稱		係數	標準誤	勝算比	P 值
常數		-5.34	21.50	0.01	0.8
個案管理	未實施 <sup>(參考組)</sup>				
	已實施	-0.96	0.61	0.38	0.11
年齡		0.02	0.03	1.02	0.47
性別	男 <sup>(參考組)</sup>				
	女	-0.24	0.65	0.78	0.71
教育程度	無 <sup>(參考組)</sup>				
	國小(中)	-0.71	0.72	0.93	0.92
	高中(職專)	0.02	0.78	1.02	0.98
	大學(含以上)	1.46	47.68	4.28	0.98
婚姻	未婚 <sup>(參考組)</sup>				
	已婚	6.03	21.15	417.46	0.78
	鰥(寡)	7.64	21.17	2074.54	0.72
主要經濟來源	個案本人 <sup>(參考組)</sup>				
	配偶	-0.02	1.00	0.98	0.98
	父母	7.76	21.17	2338.15	0.71
	子女	-0.57	1.07	0.57	0.59
共同居住者	有固定 <sup>(參考組)</sup>				
	無固定	-1.24	0.91	0.29	0.18
	獨居	-0.15	1.22	0.86	0.90
臨床指標	血糖	0.01	0.01	1.01	0.05
	糖化血色素	-0.55	0.49	0.58	0.27
缺血性心臟病	無 <sup>(參考組)</sup>				
	有	0.85	0.72	0.24	2.34
肺循環疾病	無 <sup>(參考組)</sup>				
	有	0.45	0.86	0.60	1.57
腦中風	無 <sup>(參考組)</sup>				
	有	0.45	0.75	0.55	1.56
高血壓	無 <sup>(參考組)</sup>				
	有	-0.70	0.60	0.50	0.24

表 4-15、腦中風個案六個月內是否使用急診醫療之羅吉斯迴歸分析

變項名稱		係數	標準誤	勝算比	P 值
常數		0.32	13.99	1.39	0.98
個案管理	未實施 <sup>(參考組)</sup>				
	已實施	-0.09	0.31	0.91	0.77
年齡		0.02	0.02	1.02	0.30
性別	男 <sup>(參考組)</sup>				
	女	0.06	0.29	1.07	0.83
教育程度	無 <sup>(參考組)</sup>				
	國小(中)	-0.38	0.37	0.68	0.29
	高中(職專)	-0.62	0.61	0.54	0.31
	大學(含以上)	-0.23	1.05	0.79	0.83
婚姻	未婚 <sup>(參考組)</sup>				
	已婚	-5.30	13.60	0.005	0.70
	鰥(寡)	-5.01	13.61	0.07	0.71
主要經濟來源	個案本人 <sup>(參考組)</sup>				
	配偶	-0.01	0.57	0.99	0.99
	子女	-0.53	0.47	0.59	0.26
	社會救助	0.80	1.34	2.23	0.55
共同居住者	有固定 <sup>(參考組)</sup>				
	無固定	0.48	0.38	1.61	0.21
	獨居	2.61	1.23	13.57	0.03
	安養護機構	1.47	0.74	4.33	0.05
臨床指標	收縮壓	0.03	0.02	1.03	0.07
	舒張壓	-0.03	0.02	0.97	0.14
	膽固醇	0.003	0.003	1.00	0.45
	三酸肝油脂	0.00	0.003	1.00	0.90
	自我照護能力	-0.01	0.02	0.99	0.67
缺血性心臟病	無 <sup>(參考組)</sup>				
	有	0.19	0.45	1.20	0.68
肺循環疾病	無 <sup>(參考組)</sup>				
	有	1.24	0.34	3.46	0.00
高血壓	無 <sup>(參考組)</sup>				
	有	-0.41	0.45	0.66	0.36

表 4-16、腦中風個案六個月內是否再住院之羅吉斯迴歸分析

變項名稱		係數	標準誤	勝算比	P 值
常數		-7.45	104.26	0.001	0.94
個案管理	未實施 <sup>(參考組)</sup>				
	已實施	-0.24	0.66	0.79	0.71
年齡		-0.01	0.05	0.99	0.89
性別	男 <sup>(參考組)</sup>				
	女	1.21	0.71	3.34	0.09
教育程度	無 <sup>(參考組)</sup>				
	國小(中)	-0.35	0.85	0.71	0.68
	高中(職專)	-1.28	1.42	0.28	0.37
	大學(含以上)	-7.13	29.84	0.00	0.81
婚姻	未婚 <sup>(參考組)</sup>				
	已婚	0.04	104.02	1.04	1.00
	鰥(寡)	1.24	104.03	3.47	0.99
主要經濟來源	個案本人 <sup>(參考組)</sup>				
	配偶	-0.58	1.19	0.56	0.63
	子女	-1.72	0.93	0.18	0.07
	社會救助	-9.15	46.46	0.00	0.84
共同居住者	有固定 <sup>(參考組)</sup>				
	無固定	0.35	0.90	1.41	0.70
	獨居	1.13	1.56	3.09	0.47
	安養護機構	-0.10	1.42	0.91	0.94
臨床指標	收縮壓	0.03	0.03	1.03	0.33
	舒張壓	0.01	0.04	1.01	0.91
	膽固醇	-0.001	0.01	1.00	0.87
	三酸肝油脂	-0.01	0.01	0.99	0.18
	自我照護能力	-0.03	0.04	0.97	0.53
缺血性心臟病	無 <sup>(參考組)</sup>				
	有	0.82	0.93	2.27	0.38
肺循環疾病	無 <sup>(參考組)</sup>				
	有	1.37	0.71	3.95	0.05
高血壓	無 <sup>(參考組)</sup>				
	有	1.05	1.34	2.85	0.43



表 4-17、高血壓個案六個月內是否使用急診醫療之羅吉斯迴歸分析

變項名稱		係數	標準誤	勝算比	P 值
常數		5.64	7.05	280.23	0.42
個案管理	未實施 (參考組)				
	已實施	-0.66	0.92	0.52	0.48
年齡		-0.01	0.04	0.99	0.89
性別	男 (參考組)				
	女	-0.21	0.68	0.81	0.76
教育程度	無 (參考組)				
	國小(中)	0.42	0.89	1.52	0.64
	高中(職專)	0.11	1.18	1.12	0.92
	大學(含以上)	-6.27	60.45	0.002	0.92
婚姻	未婚 (參考組)				
	已婚	0.17	1.29	1.19	0.90
主要經濟來源	個案本人 (參考組)				
	配偶	-6.96	60.44	0.001	0.91
	子女	0.11	1.09	1.12	0.92
共同居住者	有固定 (參考組)				
	無固定	0.12	0.86	1.12	0.89
	獨居	10.32	42.32	30281.36	0.81
臨床指標	收縮壓	-0.01	0.03	0.99	0.72
	舒張壓	-0.05	0.06	0.95	0.45
缺血性心臟病	無 (參考組)				
	有	-0.86	1.16	0.43	0.46
肺循環疾病	無 (參考組)				
	有	0.07	1.48	1.07	0.97
腦中風	無 (參考組)				
	有	-0.12	1.13	0.89	0.92

表 4-18、高血壓個案六個月內是否再住院之羅吉斯迴歸分析

變項名稱		係數	標準誤	勝算比	P 值
常數		-11.76	12.26	0.00	0.34
個案管理	未實施 <sup>(參考組)</sup>				
	已實施	-1.67	1.82	0.19	0.36
年齡		-0.08	0.10	0.92	0.39
性別	男 <sup>(參考組)</sup>				
	女	-0.53	1.14	0.59	0.64
教育程度	無 <sup>(參考組)</sup>				
	國小(中)	-0.76	1.63	0.47	0.64
	高中(職專)	-1.36	2.33	0.26	0.56
	大學(含以上)	4.20	279.81	66.33	0.99
婚姻	未婚 <sup>(參考組)</sup>				
	已婚	-3.05	2.20	0.05	0.17
主要經濟來源	個案本人 <sup>(參考組)</sup>				
	配偶	-6.76	270.83	0.001	0.98
	子女	1.64	2.36	5.18	0.49
共同居住者	有固定 <sup>(參考組)</sup>				
	無固定	1.52	1.70	4.55	0.37
	獨居	4.12	2.19	61.25	0.06
臨床指標	收縮壓	0.02	0.05	1.02	0.76
	舒張壓	0.15	0.11	1.16	0.19
缺血性心臟病	無 <sup>(參考組)</sup>				
	有	-11.21	70.26	0.00	0.87
肺循環疾病	無 <sup>(參考組)</sup>				
	有	-9.93	95.13	0.00	0.92
腦中風	無 <sup>(參考組)</sup>				
	有	2.40	1.81	11.03	0.18

## 第五章 討論

本章依據第四章統計分析結果，來探討實施以個案管理服務模式對糖尿病、腦中風、高血壓病患在醫療照護結果面上之影響。在不同照護模式下，從結果指標，到影響醫療資源耗用因素，本章節依各疾病別來依次討論。第一至三節分別就糖尿病，腦中風，高血壓，各分別討論。

### 第一節 糖尿病

從研究結果中，糖尿病個案在實施個案管理式照護模式中，以平均住院天數比較上有天數降低的現象，而急診醫療利用也同樣為下降趨勢，門診醫療使用有增加的現象，血糖降低程度比較中個案管理組較傳統照護模式組有較大改善的程度。有實施糖尿病個案管理照護模式對於急診醫療使用機率是低於傳統式照護組，而血糖增加對影響糖尿病病患再住院醫療機率較大。

從個案院的糖尿病個案管理照護模式中，病患從入住醫院後第 48 小時內，個案管理師必需介入符合收案的個案住院醫療中，並開始執行糖尿病個案管理照護計劃，在照護計劃中符合個案需求的轉介服務是必要的，因此個案的住院過程中會有不同的醫療照護者來參與糖尿病照護計劃，如糖尿病推廣小組成員、營養師甚至外科醫療團隊

的會診，來協助處理糖尿病個案在傷口方面的醫療照護。從不同的專業人員參與照護計劃，使得糖尿病病患對於疾病的認識程度及角度上更為廣泛，照顧內容深度也更清楚，各科轉介及出院後的追蹤訪視，提醒糖尿病患者在醫療照護的延續，是可能促使患者在門診醫療利用上有增加的機會。

門診醫療使用增加，使醫師在糖尿病藥物調整上，血糖值控制會有更快速的處理結果，因此在個案管理組中門診醫療使用次數增加，在血糖降幅程度上也有較大改變。住院天數的下降，可使個案縮短在醫院停留時間，並減少可能因住院所引發的感染機會，促使病患儘早恢復原有的社會角色維持家庭功能。對醫療提供者而言，醫療機構內部組織重整並未代表人員增加，在既有人員編制下重新分工與流程修正，使各專業醫療人員能發揮所長，也增加組織內部人員溝通的機會與凝聚出更多共識，在團隊合作下達到病患結果面的滿意程度。

實施個案管理照護模式對糖尿病個案在急診醫療利用的機率是比未實施個案管理模式者低，也就是糖尿病個案管理模式實施會減少糖尿病個案在急診醫療利用的機會。當慢性病患者在利用急診醫療時多為產生急性合併症，以糖尿病疾病本身而言，低血糖昏迷、非酮酸高滲透性中毒及酮酸中毒是糖尿病個案急診利用最常的病因，一旦糖尿病控制不良而產生急性合併症，對病患而言是相當危急，因此能維

持穩定的生理狀態，並能維持日常生活機能是最基本的醫療照護結果，更可避免病患因急性合併症而遭受到生命、財產的威脅也是對醫療提供者的醫療品質保證。

郭清輝(1998)建議在糖尿病的自我健康管理中，為避免合併症的發生建立監測血糖的觀念是糖尿病患者責任。從本研究結果指標中，血糖值及糖化血色素，是影響糖尿病個案再住院醫療利用最重要的因素，其機轉是因為當血糖值高於 110mg/dl, 在重症病人身上會造成乳酸堆積增加敗血病的機會，而影響了再住院醫療的使用，此結果與蘇哲能、張淑鳳在 2003 年所提出論點相同。個案管理模式實施對糖尿病照護管理上，在急診醫療利用上有統計上顯著差異。顯示出個案管理模式在糖尿病照護方案策略應用上是有成效的。對患者而言，患者臨床指標改善是直接影響醫療照護品質上最直接性的感受。醫療資源耗用減少與慢性病門診醫療利用的提升，相對降低了住院醫療的使用。這研究結果與多位學者，在實施個案管理照護方案成效上，得到相同的結論(Simons, 1992；Wimpsett, 1994；李麗傳，2000)。

糖尿病照護方案，並不能僅限於糖尿病疾病控制，更要包含個案個體可能引發的相關疾病，對於變異性大且複雜性高的個案，僅以目前疾病管理模式管理成效上仍可能有所侷限。本研究藉由區域性就醫文化為基礎，在 6 個月長期的追蹤下，可以從研究結果看到在出院準

備服務過程設計，針對特定族群定期的追蹤與訪視，可以提高病患對自我照護的重視與了解，這與糖尿病人門診管理上，是有照護深度與廣度上的差異。因此，結合個案管理社區性的照護延申方案是可以降低急診醫療使用。這研究結果與多位學者提出的意見相同(Kersbergen,1996；李麗傳，2001；汪惠芬，2002；李世代，2003)。透過出院準備服務，可確保健康照護的連續，以最適當的時機最妥善的醫療資源，尋求個案管理最佳解決方案，達到有效控制住院日數，降低醫療成本之目的。結合個案管理模式在出院準備服務應用，在糖尿病門診論質照護方案上更具成效。

糖尿病合併有高血壓，是和其它相關疾病所佔比例最多者(30.00-34.69%)，與多位學者研究發現一致(郭清輝，1998；王素琴、陳慧霞，1998；儷欽菁，2002)。而糖尿病在大血管合併症所引起的高血壓也是臨床上常見到的相關診斷，更是引發糖尿病個案發生腦中風的住重要危險因素之一。因此，糖尿病照護是需要不同專業團隊的介入，更需要照護觸角延伸使糖尿病患者在日常生活中，也能獲得相關醫療照護支援，這是本研究另一個重要發現。

## 第二節 腦中風

腦中風個案管理模式中，所收集的數據都是個案回診時所觀測到的數值，個案管理師電話追蹤評值是出院準備服務流程中固定型態，不致誘發個案門診醫療的利用。在腦中風的照護計畫中設計了各專科的醫療照護人員的介入服務，另外因疾病性質不同在腦中風患者衛教指導項目中，多設定病患主要照護者為主要衛教對象。腦中風患者存留身體功能的障礙，是可能影響個案再回診及繼續接受復健的原因之一。因此，在腦中風個案管理計劃設計，家屬及主要照顧者的主動參與照護方案，是促使腦中風個案能排除因身體功能不佳的因素仍能繼續返院回診的主要原因。

影響腦中風患者急診醫療利用中，獨居的腦中風患者無法滿足穩定的門診就醫需求，當身體出現狀況時在急性醫療的需求性也就有增加的現象，在長期失能狀態下無主要照顧者協助下，使獨居個案依賴急診需求度也因此增加，全民納保率高達九成以上的健保制度，已降低民眾在就醫上的經濟負擔，急性期醫療列為重大傷病診斷之一，病患不需要支付部份負擔費更減少病患醫療費用的支出，地區性醫院的地緣因素使社區內慢性患者在就醫便利性因素中，提高了民眾就醫的可近性，都是可能影響獨居者急診利用的因素。

選擇入住安養護機構的患者，在疾病嚴重程度上可能都較嚴重，醫療照護需求也會較高，因此安養護機構設立多有醫療體系上合作計劃，這也是安養護機構吸引住民入住因素之一。因此，安養護機構住民對於急診利用在醫療支援上並不匱乏，在醫療體系合作模式下也有誘發需求的可能，而相同具有醫護照護背景的工作人員，對於急診醫療需求判定上更為敏感與積極，也是造成安養護機構居住者比有固定共同居住者在急診利用有較高的機率。

本研究中也發現在腦中風患者中，合併有肺循環疾病是未合併者在急診利用及住院醫療使用機會的三倍以上。罹患腦中風患者中約有一半在身體上會留有殘疾，自我照顧能力也相對減少，在長時期身體活動限制的因素下，原本已合併有肺部循環疾患者更是容易發生呼吸道功能清除之障礙，痰液的清除對腦中風主要照顧者是學習如何照護腦中風病患最重要的課題，是在照護方案中衛教課程中花費最多時間，也是家屬最困難學習的技術項目。因中風導致的無法吞嚥或吞咽困難，常需借由鼻胃管灌食來提供腦中風患者維持身體營養主要方法，但也因此更加深了主要照顧者學習照顧上的困難，因此增加了急性醫療利用與再住院醫療的使用機會。如何教導主要照顧者能正確執行管灌、餵食技巧，除必須納入出院準備服務之衛教指導項目外，可再針對回覆示教的評值及提供教學錄影帶，設計為腦中風主要照顧者



衛教評值的一環。

從描述性統計來看，腦中風個案醫療資源耗用中個案管理照護組在住院天數上有使用減少之趨勢，在慢性疾病門診醫療利用上也都有提高，也因此降低了急診醫療的使用機會(表 4-8)。此研究結果與汪惠芬在 2002 年所提出的論點一致，在慢性疾病的應用上成功的個案管理照護模式會使有慢性健康問題的老人，提高門診就醫次數並降低在急性醫療利用的機會。腦中風存活者導致失能比率約 55%(卓春美, 2001)，而發生褥瘡及關節攣縮是其最易發生的合併症(Ebrahim et al., 1999)。從本研究合併症結果評價中發現，個案管理模式，在長期追蹤與介入下，對於發生褥瘡合併症是有正面效果。此結果與過去之研究所提出整合性醫療照護，能延續腦中風個案完整的照護目標是一致(陳惠姿等, 2001；鄺欽菁, 2001；李世代等, 2002；張榕浚, 2003)。以現今人口結構在依賴人口指數逐年上升的趨勢下，未來社區照護支援系統更應即早建立才能達到在地老化的理想目標。獨居個案，無家庭中主要照顧者，在個案日常生活協助與醫療照護能力上更為捉襟見肘，在「全民健康保險」照護全民基準點下，社區中弱勢族群該如何提供可近性且公平的醫療照護，從這結果可以得到在未來照護方面的啟發。

### 第三節 高血壓

高血壓是國人 65 歲以上極為常見的慢性疾病，也是糖尿病與腦中風重要危險因子之一(陳夏蓮、李薇莉，2000；林惠生，2001；張俊德、張為雅，2003)。在國內高血壓盛行率始終居高不下，許多文獻也提出高血壓引發的相關合併症及死亡率，對個人、家庭、社會成本，都是相當沉重的負擔(陳夏蓮、李薇莉，2000；高淑芬、蕭冰如、蔡秀敏等，2000；張俊德、張為雅，2003)。但又有多少高血壓的患者，能真正落實在促進、改善血壓防制的行列。從本研究發現，糖尿病患者合併具有高血壓疾病，兩組都在 30-35% 之間，而腦中風患者合併有高血壓疾病更高達 85-89% 之多，研究結果與過去研究相似(蘇哲能、張淑鳳，2003；陳慧玲、賴明美，2003；劉秋松、林正介，2003)。因此，可以看出高血壓與糖尿病、腦中風疾病之間關係是相當密切，也是在推動高血壓照護方案中要特別關注的重點。在高血壓防制方案中要達到預防心血管疾病發生的同時，可以利用篩檢方法及治療血壓及膽固醇危險因子，更要鼓勵高血壓患者建立健康生活型態才能降低其它合併症發生之機會。

高血壓雖為一種疾病診斷，但對高血壓患者而言是屬於潛在、無急迫性的醫療需求，除非自覺身體狀況變差或已產生合併症，才會促使個案回診的機會。而自行調整醫師建議用藥的習慣，一直是國人長

期以來的錯誤用藥觀念。在本研究中，資料收集以出院後第 1 個月、第 3 個月、第 6 個月，透過病患門診返診時，取得所要觀察數據，在初期的門診利用次數上是有顯著提升，但在後期的追蹤過程裡願意主動反診的次數兩組則未能顯示出其差異，也許是樣本數較小偵測趨勢的能力較弱的因素。

#### 第四節 綜合討論

從過去的文獻中，在個案管理的應用多是以費用、平均住院天數之變化來衡量，有部份作病患滿意度調查，或照護人員工作滿意度之調查。在本研研究設計中，糖尿病照護方案結合了疾病管理與個案管理概念應用在糖尿病病患照護方案中，腦中風與高血壓則以個案管理模式應用在慢性疾病照護方案中，然而本研究之結果，似乎出院準備服運用個案管理模式的應用上，在疾病之間成效是有不同的差異。不同疾病的照護應有不同的介入方法，面對慢性病長期需要醫療照護，且疾病本身變異性與複雜性較大的疾病，若僅單是以疾病本身為出發點的照護模式，仍有其侷限之處。

本研究發現在糖尿病患者部分，個案管理模式確實可以降低患者在出院後 6 個月內急診利用的機率，雖然在腦中風、高血壓的羅吉斯回歸分析模型中並未呈現顯著差異，卻仍然有降低利用率的趨勢。因

此，出院準備服務運用個案管理模式，對於急診與再住院利用的降低應有正面的幫助。由於糖尿病、腦中風與高血壓本屬慢性病，觀察比較久的時間方能更準確的衡量，由於本研究僅能以出院後 6 個月作為觀察期間，倘若能採用比較長觀察期限應會有更明確的結果。

本研究初步發現出院準備服務運用個案管理模式，雖然門診次數增加，但是住院與急診的利用機率有減少，對於一位高齡的慢性病患者來說，代表其病況有受到控制，而且相關臨床指標並未比較差，有些部分甚至表現的比傳統照護模式來的好。然而對於醫療院所來說是否願意投入成本進行此種照護模式？由於本研究並未對於成本效益作評估，因此無法確切瞭解目前的成效是否符合經濟效益，單以平均住院天數使用上，不論是糖尿病、腦中風、高血壓在不同照護模式中，仍是以個案管理照護模式在住院醫療使用上有明顯的減少，也達到降低住院醫療的目標，增加了慢性病患者維持在正常社會運作的機會。健保支付制度會誘導醫療經營型態，出院準備服務在台灣推行已近十年的運作基礎下，僅為醫院評鑑的項目之一，出院準備服務的運用確實能延伸出院後的照護或轉介，但對於地區型態的醫院在沒有其它可以再轉介的醫院中，醫療照護的社區延伸是地區醫院最重要的發展基礎，在研究結果中可初步窺探管理照護上的成效。再以個案本身角度有可近性的照護團隊介入，提供以病人為中心的照護理念，更有助於

滿足慢性病個案的醫療照護需求，因此就患者的角度考量是一種非常重要的照護模式，值得擴展至其他重要疾病上。

## 第六章 結論與建議

本章共分二節，第一節說明本研究之重要結論與發現，第二節提出對後續研究者之建議。

### 第一節 結論

- 一、 透過統計分析結果，回顧研究假設，可得到以下結論：
1. 以出院準備服務運用個案管理模式，對糖尿病患者，在醫療照護成果上有成效，其中雖然慢性病門診使用提升，但是住院天數使用減少、急診利用次數降低，糖化血色素與血糖值臨床指標上有改善，達到統計上顯著意義。
  2. 以出院準備服務運用個案管理模式，對腦中風患者，在醫療照護成果上有效果，其中在平均住院天數、巴氏量表、膽固醇、褥瘡合併症發生皆有改善，且都達到顯著性差異。
  3. 以出院準備服務運用個案管理模式，對高血壓患者在醫療照護成果上有成效，其中在舒張壓及三酸甘油酯改善程度上達

到統計上顯著差異。

4. 以在出院準備服務運用個案管理模式，對高血壓、糖尿病、腦中風三種慢性疾病，在同一診斷再住院率下降，在控制其它變項後以糖尿病患者，達到統計上顯著差異。

二、 以出院準備服運用個案管理模式，在地區型醫院發展基層醫療照護，在病患醫療結果面有顯著成效，提供社區型慢性醫療醫療照護發展基礎。

三、 地區型醫院所強調的是在地化的醫療服務，也是社區醫療中以醫院為主體的最基本單位，結合糖尿病論質計酬試辦計劃加上個案管理的照護延伸，在糖尿病個案照護模式中，可以看到更完善的照護醫療，及更具體的醫療照護結果。

## 第二節 建議

### 一、對醫院管理者建議

針對本研究結果，具體建議：

- A. 在分級醫療照護體系下，地區醫院最重要的責任就是肩負社區中健康照護守護者。慢性疾病型態的醫療照護需求下，以出院準備服運用個案管理模式，對慢性病管理照護是有效的管理策略，可降低住院及急診的醫療資源利用，及個案臨床症狀的改善。建議地區醫院可以參考此一模式，作為發展社區化慢性病照護管理策略。
- B. 疾病管理與個案管理，在照護管理應用上都各不同，建議針對複雜且變異性高的疾病，應結合不同管理模式之優點，發展最適合病患的照護模式。
- C. 目前健保支付標準中，在宅醫療照護服務申請，僅限於居家照護，且收案對象過於嚴謹。對於慢性疾病所帶來的殘疾，出院後持續性的醫療介入並不僅限於醫療及藥品需求，更重要的是建立正確與健康的生活型態，與自我照護能力的提升，才能達到醫療成本有效控制，及改善慢性病患者生活品質，建議以個案管理論人計酬支付制度，作為

未來在慢性病管理制度上之規劃。

## 二、對後續研究者建議

- A. 建議延長觀察期間，提高收案量以較高的檢力來偵測變項之間的效應。
- B. 在研究中發現，高血壓患者對同一期間使用不同醫療單位比率高於糖尿病與腦中風疾病，其原因未在本研究探究之範圍內，建議有興趣研究者可進一步來探討。



### 第三節 研究限制

#### 一、樣本數限制

本研究樣本醫院之高血壓患者收案數量較少，因此在統計推論上可能產生偏差。

#### 二、時間限制

本研究因時間因素，僅能觀查收集樣本出院後六個月內之醫療利用情形，若能將觀察期間延長至一年或更長，則能呈現出更明確之結果。

#### 三、回憶誤差

本研究部份變項，仍採取門診追蹤詢問或電話訪問過去就醫習慣，因此在資料之取得上可能產生回憶性誤差，本研究並無法控制。

#### 四、研究設計

本研究以回溯性歷史控制研究設計，因此兩組群體研究起始點較缺乏可比較性。

## 參考文獻

### 一、英文部份

1. Atwal A. Nurses perceptions of disease planning in acute health care. a case study in one British teaching hospital. J Adv Nurs 2002 ; 39(5) : 450-58.
2. Bryan J. Milestones in stroke management. Nurse Manage. 2002 ; 9(7) : 15-8.
3. Buerhaus PI, Staiger DO. Future of the Nurse Labor Market According to Health Executives in High Management-Care Areas of the United States. Image J Nurs Sch 1997 ; 29(4) : 313-18.
4. Cleary M, Horsfall J, Hunt G. Consumer feedback on nursing care and discharged planning. J Adv Nurs, 2003 ; 42(3) : 269-77.
5. Carol RG. Case Management : Past, Present, Future-The Drivers for Change. J Nurs Care Qual 1997 ; 12(1) : 9-19.
6. Diana W, Richard A : Nursing management of diabetes mellitus a guide to the patterns approach. 2002.
7. Guasasco C, Heuer LJ, Lausch C. Providing Health Care and Education to Migrant Farm workers IN NURSE-MANAGED CENTERS. Nurs Educ Perect 2002 ; 23(4) : 166-71.
8. Harrison J. Influence of Managed Care on Professional Nursing Practice. Image J Nurs Sch 1999 ; 31(2) : 161-66.
9. Higgins A. The developing role of the consultant nurse. J Adv Nurs 2003 ; 10(1) : 22-8.
10. Bogousslavsky J. : Drug therapy for Stroke Prevention. 2001.
11. Kersbergen AL. Case management care : A rich history of cording care cost. Nursing Outlook 1996 ; 44(4) : 169-72.
12. Laurie Q. Mechanisms in the Development of Type 2 Diabetes Mellitus. Journal of Cardiovascular Nursing 2002 ; 16(2) : 1-16.
13. Morrison J. Evolution of the Preoperative Clinical Nurse Specialist

- Role. AORN 2000 ; 72(2) : 227-32.
14. Porate SM. Dilemmas of caring in a corporate context : A critique of nursing case management. *Advances in Nursing Science* 1998 ; 20(4) : 1-12.
  15. Rudd C, Smith J. Discharge planning. *Nurs Stand* 2002 ; 17(5) : 33-7.
  16. Street A, Blackford J. Communication issues of the interdisciplinary community palliative care team. *J Clin Nurs* 2001 ; 11(5) : 643-50.
  17. Shah E, Rowan H: *Stroke Epidemiology, evidence, and clinical practice*. 1999.
  18. Suzanne KP : *Advanced Case Management outcome and beyond*. 1999.
  19. Wright J, McCormack B. Practice development : individualized care. *Nurs Stand* 2001 ; 15(36) : 37-42.
  20. Walsh K. ED case managers : One large teaching hospital ' s experience. *J Emerg Nurs* 1999 ; 25(1) : 17-20.
  21. Whetstone WR, Reid JC. Health promotion of older adults : Perceived barriers. *J Adv Nurs* 1991; 16 : 1343-9.

## 二、中文部份

1. 王素琴、陳慧霞：社區糖尿病個案之家庭健康評估。 *護理雜誌* 1998 ; 45(1) : 77-81。
2. 王秀紅：老年人的健康促進--護理的涵義。 *護理雜誌* 2000 ; 4(1) : 19-24。
3. 汪惠芬：提昇社區護理在基層保健醫療中的角色與功能。 *護理雜誌* 2003 ; 49(3) : 73-6。
4. 李麗傳：個案管理師角色與功能。 *護理雜誌* 1999 ; 46(5) : 55-9。
5. 李麗傳：應用個案管理提昇出院準備服務。 *護理雜誌* 2000 ; 48(3) : 19-24。
6. 李世代：我國長期照護政策之發展。 *領導護理* 2002 ; 5(1) : 1-9。
7. 林文香：全民健保支付制度及其對護理之衝擊 - 訪李玉春教授。 *榮總護理* 1995 ; 12(1) : 109-12。
8. 卓春美： *頤養天年*。 2001。 台北：巨流。

9. 姚榮齡：高齡學。中華民國高齡學學會。1991。
10. 彭駕駢：老人學。1991年。
11. 徐慧娟：從長期照護之適當性談個案管理。護理雜誌 1999；45(1)：45-50。
12. 陳夏蓮、李薇莉：重新認識高血壓。護理雜誌 2000；47(5)：64-69。
13. 高淑芬、蕭冰如、蔡秀敏、邱珮怡：老年人的健康促進生活型態與衛生教育。護理雜誌 2000；47(1)：13-8。
14. 陳澄淳、徐蓉生、吳麗芬：中部地區腦中風出院患者後續照護現況之探討。長期照護 2001；5(1)：97-101。
15. 陳惠姿、李孟芬：個案管理在社區老人長期照護之應用。護理雜誌 2001；48(3)：25-32。
16. 陳慧玲、賴明美：腦中風。基層醫學 2003；18(1)：292-302。
17. 陳晶瑩：老年人之長期照護。台灣醫學 2003；7(3)：404-12。
18. 陳涵栩：糖尿病的自主神經病變。台灣醫學 2003；51(6)：130-5。
19. 郭清輝：糖尿病慢性併發症。臨床醫學 1998；41(5)：336-49。
20. 郭錦松、蔡世澤：糖尿病之診斷及分類的最新標準。臨床醫學 1998；42(1)：31-36。
21. 陸西平、王乃弘、郝宏恕：病案管理與疾病管理。台灣醫界 2003；46(10)：51-6。
22. 張家銘、蔡智能：老年人之周全性評估。台灣醫學 2003；7(3)：364-72。
23. 張俊德、張為雅：高血壓 - 無形沉默的健康殺手漫談高血壓的防治。台灣醫界 2003；46(4)31-4。
24. 張榕浚：全面性照護之缺血性腦中風臨床路徑發展與評估。中國醫藥大學醫務管理研究所碩士論文 2002。
25. 張淑卿、吳肖琪、陳惠姿、沈秀卿、陳坤皇、李世代、黃源協、蔡閻閻、廖本堡：台閩地區失能老人機構照護供需資源分佈現況 - 先趨性研究。長期照護 2003；6(2)：12-24。
26. 張勝利、李怡慶、黃銑扶、吳世望：談顧客關係管理在醫療服務業的適用性及其障礙。醫務管理期刊 2002；3(3)：1-15。
27. 葉莉莉：出院準備服務的評值標準與作業規範。領導護理 2002；5(1)：10-20。

28. 葉莉莉、田玫：出院準備服務過程之剖析。護理雜誌 1998；45(5)：67-71。
29. 曾春典：高血壓流行病學及診斷治療概況。慈濟醫學 2001；3(43)：331-42。
30. 黃三桂、王悅萍、錢慶文：疾病管理對糖尿病患者資源耗用之影響。醫務管理期刊 2002；3(2)：35-47。
31. 傅玲：美國「整合式健康照護系統」現況介紹。護理雜誌 2003；49(3)：68-71。
32. 賈淑麗、李怡娟：介入措施對居家照護病患主要照顧者生活品質的影響。護理雜誌 1999；46(5)：31-42。
33. 楊克平：以「病患結果」為主導的醫護品質評價。領導護理 1999；3(1)：19-23。
34. 楊克平：個案管理制度下的倫理考量。護理雜誌 2001；48(3)：38-43。
35. 楊志良：健康保險。1998。
36. 詹大生：迎接高齡社會的挑戰-1997年亞太國際老人照護研討會論文集。厚生基金會出版。
37. 劉淑娟：台北市立醫院門診糖尿病病患健康自我管理及其相關因素之探討。榮總護理 1999；16(3)：286-97。
38. 蔡紋苓、戴玉慈、羅美芳：一位昏迷病患的出院準備服務。護理雜誌 1999；46(5)：93-9。
39. 劉秋松、林正介：老年人之健康促進與預防。台灣醫學 2003；7(3)：375-84。
40. 謝雪芬、劉雅芬、康平靜、李秋萍：神經專科個案管理師執行出院準備服務之現況。榮總護理 2003；25(2)：149-5。
41. 藍忠孚：財團法人國家衛生研究院論壇 - 社區化長期照護之發展策略。2003。
42. 顏妙芬、周守民：資訊時代中的個案管理。護理雜誌 2001；48(3)：33-7。
43. 嚴崇仁：老年人之生理變化與檢驗數據判讀。台灣醫學 2003；7(3)：356-62。
44. 鄺欽菁：缺血性腦中風臨床路徑之發診與測試。國立台北護理學院護理研究所碩士論文 2001。
45. 行政院衛生署：醫療網第四期計劃新世紀健康照護計劃，2000。
46. 行政院衛生署國民健康局衛生統計資訊網址：<http://www.bhp.doh.gov.tw/index.htm>。
47. 我國社會保險制度與社會保險支出之研究。行政院衛研究發展考核委員會。1989。

## 附錄、個案管理照護計畫流程

### 一、糖尿病患者個案管理照護計畫

住院天數	執行內容
第一天	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 迎接新病人協助辦理入院手續 環境介紹</li> <li>2. 減輕個案焦慮 建立護病關係</li> <li>3. 醫療團隊諮商會議</li> <li>4. 護理照護 血糖值評估 藥物治療反應評估 提供安全防護措施</li> </ol>
第二天	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 病人需求界定與提供</li> <li>2. 會診相關科別 營養師、糖尿病推廣組、藥師</li> <li>3. 提供心理支持</li> </ol>
第三天	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 衛生教育指導 認識糖尿病 血糖值判讀 高(低)血糖治療 高(低)血糖合併症的認識 飲食控制與設計 日常生活照顧(運動、戒菸、戒酒)</li> <li>2. 高(低)血糖的症狀及處理</li> <li>3. 藥物指導 口服降血糖藥 胰島素使用及自我注射法</li> <li>4. 血糖自我監測</li> </ol>
第四天	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 評值照護成效</li> <li>2. 回覆示教</li> </ol>
第五天	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 出院前準備 立即返院需求、定期門診追蹤治療的重要性、轉介需求</li> </ol>
第六天	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 評值照護成效</li> <li>2. 出院日預約回診日期</li> <li>3. 出院藥物指導</li> </ol>

## 二、腦中風患者個案管理照護計劃

住院天數	執行內容
第一天	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.迎接新病人協助辦理入院手續 環境介紹</li> <li>2.減輕個案焦慮 建立護病關係 協助病患表達自我感受</li> <li>3.醫療團隊諮商會議 參與醫療團隊諮商會議 會診相關科別</li> <li>4.護理照護 生命徵象及昏迷指數評估 藥物治療反應評估 提供安全防護措施</li> </ol>
第二天	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.病人需求界定與提供</li> <li>2.會診相關科別 營養師、復健師、藥師、呼吸治療師、社工組</li> <li>3.提供心理支持</li> </ol>
第三天 第四天 第五天	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.衛生教育指導 認識腦中風、血壓正常值之判讀、合併症的認識、危險因子認識與控制、飲食設計、日常生活照顧協助(運動、營養、復健、翻身、排泄、清潔)</li> <li>2.高血壓的症狀及處理</li> <li>3.認識藥物</li> </ol>
第六天	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.個案返家需求評估 轉介需求評估</li> <li>2.回覆示教與評估</li> </ol>
第七天	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.出院前準備 立即返院需求 定期門診追蹤治療的重要性 轉介需求確定與連繫</li> <li>2. 回覆示教與評估</li> </ol>
第八天	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.評估照護成效</li> <li>2.出院日預約回診日期</li> <li>3.出院藥物指導</li> <li>4.外部轉介連繫</li> </ol>

### 三、高血壓個案管理照護計劃

住院天數	執行內容
第一天	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 迎接新病人協助辦理入院手續 環境介紹</li> <li>2. 減輕個案焦慮 建立護病關係 協助病患表達自我感受</li> <li>3. 醫療團隊諮商會議 參與醫療團隊諮商會議 會診相關科別</li> <li>4. 護理照護 血壓值評估 藥物治療反應評估 提供安全防護措施</li> </ol>
第二天	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 病人需求界定與提供</li> <li>2. 會診相關科別 營養師、藥師</li> <li>3. 提供心理支持</li> </ol>
第三天	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 衛生教育指導 認識高血壓、血壓正常值之判讀、合併症的認識、危險因子認識與控制、飲食設計、日常生活照顧協助(運動、飲食、戒菸、戒酒)</li> <li>2. 高血壓的症狀及處理</li> <li>3. 認識藥物</li> <li>4. 血壓自我監測</li> </ol>
第四天	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 個案返家需求評估 轉介需求評估</li> <li>2. 回覆示教與評估</li> <li>3. 出院前準備 立即返院需求 定期門診追蹤治療的重要性 轉介需求確定與連繫</li> <li>4. 回覆示教與評估</li> </ol>
第五天	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 評估照護成效</li> <li>2. 出院日預約回診日期</li> <li>3. 出院藥物指導</li> <li>4. 外部轉介連繫</li> </ol>



