

建置臨床路徑之服務水準與成本效益評估 --以某區域療養院為例

EVALUATION OF SERVICE AND COST EFFECTIVENESS FOR IMPLEMENTING THE CLINICAL PATHWAY SYSTEM – A REGIONAL PSYCHIATRIC HOSPITAL CASE STUDY

龐玉涓

環球技術學院會計系

孔祥慧

親民工商專科學校工業管理科

Yuh-Jiuan Parng

Department of Accounting

Transworld Institute of Technology

Shian-Huei Kung

Department of Industrial Management

Chin Min College

摘 要

我國自從全民健保實施後，已逐漸走向論病計酬(Case Payment)的給付制度，加以醫療產業競爭者日多，因此醫院在經營上，同時面臨到提升醫療品質與降低營運成本之雙重挑戰。在眾多的改善措施中，臨床路徑(Clinical Pathway, CP)之推行已逐漸受到重視。臨床路徑是一項由醫生、護士與其他後勤支援人員所共同組成之專業醫療團隊，針對某一特定的診斷或手術，擬定最適當的介入順序與時間，充分發揮醫療機構醫療資源的最大效益，而同時使得醫療品質得以提升的規劃。本研究之目的，乃是以全面品質管理(Total Quality Management)之觀念為基礎，建立一系統性的 CP 導入與效益評估步驟。本研究同時針對我國某區域療養院為個案，建構急性精神分裂病(Acute Schizophrenia)之臨床路徑，同時以病患及家屬滿意度作為評估服務水準之指標，同時並建立評估推動臨床路徑前後成本效益之分析架構，以作為今後全面推動臨床路徑之參考依據。

關鍵詞：臨床路徑、服務水準、成本效益、急性精神分裂病

ABSTRACT

Since the case payment policy is implemented in Taiwan's National Health Insurance (NHI) system, the hospitals are facing great challenge, especially in upgrading their treatment quality and operation efficiency. Among those improvement procedures been implemented, clinical pathway (CP) is one of the major tactical practices which gains more and more attention. Clinical pathway is a standard-clinical-operations-seeking methodology that is accomplished by a CP team including doctors, nurses, and staffs. The objective of CP is to ensure the receiving of the patients with the best treatment quality during a specific operation or clinical procedure by determining the optimal check point and monitoring sequences in terms of the consumption of medical resources and effectiveness of medical treatment. This paper introduces a successfully real-case adoption of the total quality management (TQM) in developing a pioneered CP for acute schizophrenia treatment in a public regional psychiatric hospital.

Key words: Clinical pathway, Service Level, Cost Effectiveness Analysis, Acute schizophrenia

壹、前言

我國近年來由於經濟發展快速，國人對於生活以及精神壓力的抒解，常因疏忽而產生各式之精神官能症狀，因此對於精神療養院所(psychiatric hospital)之服務需求亦相對提高。然而由於我國中央健保局為求有效控制醫療成本，現正積極推動論病計酬(Case Payment)的給付制度，因此各型醫院在經營上，同時面臨到提升醫療品質與降低營運成本之雙重挑戰，其中尤其是在如何建立一套有效管理與績效評估之制度，特別缺乏。在眾多的改善措施中，臨床路徑(Clinical Pathway, CP)之推行已逐漸受到重視。臨床路徑是一項由醫生、護士與其他後勤支援人員所共同組成

之專業醫療團隊，針對某一特定的診斷或手術，擬定最適當的介入順序與時間，充分發揮醫療機構醫療資源的最大效益，而同時使得醫療品質得以提升的規劃。

臨床路徑是由醫療機關內相關的一群專員，根據一特定的手術方法製定了一種治療標準模式，讓被送入醫院的病人從住院到出院都依此模式來接受治療。它於某一特定的診斷或是過程中，定義了最理想的醫療順序，排定了最關鍵的介入時間(Coffey et al.,1992)。臨床路徑亦稱為醫療地圖(Clinical Road Map)，因為臨床路徑的設計，最先是確認病人最終應有何種的醫療結果，在根據地圖路徑找出介入點，以達到其目的地(Zander, 1988)。要注意的是在整個路徑過程中，難免會有偏離路徑的情形發生時，這並不代表是不好的或是不

令人滿意的狀況。而應蒐集所有之突發狀況，作為深入研究與改善之依據。

換言之，臨床路徑是病人的照護計畫。它可針對同種類與同質性高的病人族群，在有意義的臨床時間間距中，定義出各種重要專業最佳的醫療與照護程序。它應用在事前的決策的產生，定義適合路徑的族群，路徑計畫的實施，監測、記錄與審查整體的過程。它也包括立即治療結果，與出院後的病人/家屬治療結果。臨床路徑融合了管理品質的理念，它不僅要求醫療路徑的標準化，在審查的過程中，仍必須持續對差異(Variation)問題的產生作分析與探討，並進行例外管理。

國內外實施臨床路徑的目的可歸納如下：

- (1) 針對疾病，定義出醫療預期效果。
- (2) 整合所有病人從入院到出院的相關資料。
- (3) 利用表單記錄，以追蹤的方式，整理治療效果上之前無法預期的差異。
- (4) 利用定期之路徑檢討，以產生具有效率的醫療方式。
- (5) 改善醫療照護品質。
- (6) 結合醫療科技與管理方法。
- (7) 減少不必要的檢查、醫療照護或轉診，以減少病人住院天數。
- (8) 採用醫療品質審查標準，避免不必要的浪費以降低醫療成本。
- (9) 於建立醫療品質審查標準後，不斷地

檢討與稽核，進而找出具有成本效益的治療模式。

本研究之目的，乃是以全面品質管理(Total Quality Management)之觀念為基礎，建立一系統性的臨床路徑導入與效益評估步驟。本研究同時針對我國某區域療養院(Regional Psychiatric Hospital)為個案，建構急性精神分裂病(Acute Schizophrenia)之臨床路徑，同時以病患及家屬滿意度作為評估服務水準之指標，同時並建立評估推動臨床路徑前後成本效益之分析架構。

貳、個案基本資料描述與研究步驟

一、案基本資料描述

隨著台灣近年來醫療環境的劇變，本研究之某地區精神療養院個案長期以來由於受到公立單位先天屬性上之限制，以及外在環境的競爭，正面臨：1)公務預算逐年減少，2)健保給付朝向病歷計酬之趨勢，3)病床成長數不及病患需求量，4)門診病患返診率下降以及服務量偏低，5)硬體空間不足，影響病患醫療品質及工作人員士氣，6)勞務成本偏高，缺乏標準成本控制系統，7)醫務人員遭受攻擊之標準處理模式有待建立，8)掛號與批價之顧客滿意度亟待提昇，9)缺乏藥品管理及使用品質之標準化及成效管理，以及 10)家屬會談品質不易控制等之嚴重挑戰。因此，此區域療養院為了提昇醫療與服務品質及

降低成本費用，乃成立跨部門的『臨床路徑醫療小組』，而目前我國的推動臨床路徑的醫療單位並不多，尤其針對精神分裂病之治療更是缺乏，因此初期選擇醫療過程較單純的急性精神分裂 (Acute Schizophrenia)病患為推動對象，透過分析現況、發掘問題，使用刪除、合併、重排、簡化等手法，經由醫療小組共同討論，以求建立急性精神分裂症的臨床路徑標準流程程序，其目的希望能：

- (1) 建立標準化治療流程：建立急性精神分裂症的臨床路徑標準流程程序，以協助部分醫師的教育訓練及彌補新進護理人員經驗之不足。
- (2) 建立整合性治療目標：有系統的提高病患住院期間整體的服務品質。
- (3) 建立標準住院日：有效地結合醫院的各部門資源，期以建立臨床路徑達成資源的有效系統使用。
- (4) 降低住院成本：建立系統性的醫療成本分析架構，以作為日後控制改善之依據。

本個案之區域療養院共計有病床 850 床，員工總人數 328 人，其中醫師 25 人、護理人員 162 人、藥劑人員 10 人、醫技人員 48 人、行政人員 22 人、以及技工/駕駛/工友 61 人。主要服務內容涵蓋成人精神疾病、煙毒勒戒、兒童青少年心理保健及精神疾病、以及社區復健。其中主要服務種類包含有一般門診、兒童少年門診、藥癮門診、牙科門診、身心症門診、加護病房、急診、急性病房、復健病房、藥癮勒戒、以及日間留院。而主要服務地

區為中部 5 縣市。而本研究所鎖定之急性精神分裂病患病房，則共計有病床數 35 床，員工人數 27 人，其中醫生 5 人、護理人員 14 人、藥劑人員 2 人、心理師 1 人、職能治療師 1 人、營養師 2 人、以及社工師 2 人。本個案之組織架構請見圖一。

二、研究步驟

本研究進行的重要步驟如下：

步驟一：決定路徑：

臨床路徑工作小組於發生的多種病症中，依重要性及治療過程的複雜性以決定建立臨床路徑之對象。不過於初期階段，為使團隊降低於初次推動臨床路徑所遭受之挫折感，因此初期選擇醫療過程較單純的急性精神分裂症。

步驟二：輔導前測狀況以及路徑資料蒐集：

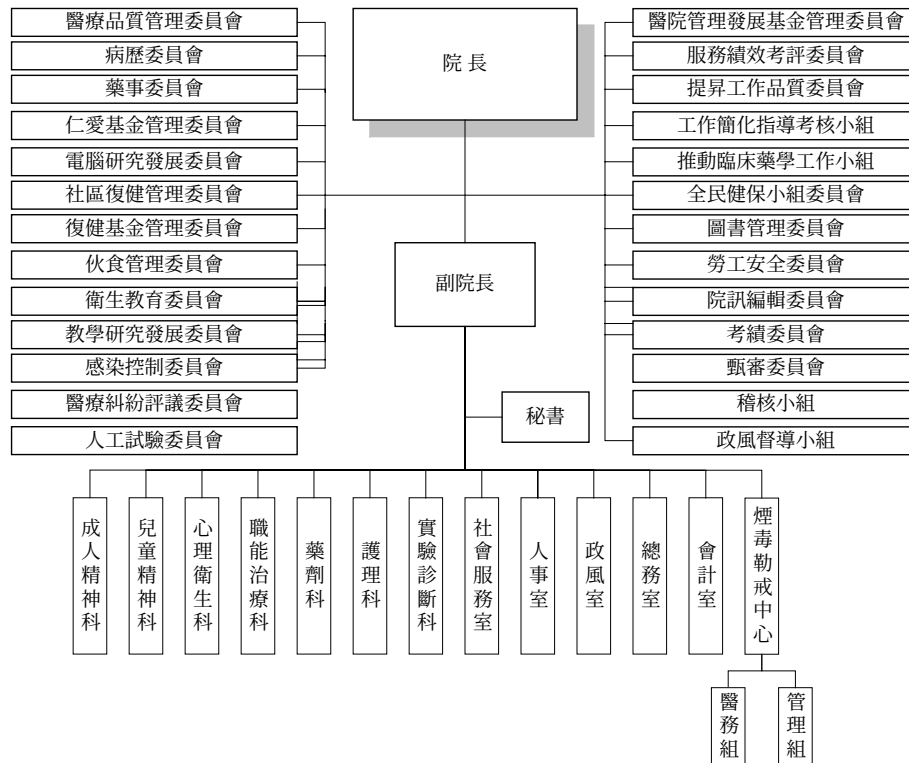
由現況醫療過程分析著手，並藉此導入問題點的發掘。同時蒐集路徑的相關治療資料，建立一個多數專家公認最有效的處理方式。

步驟三：施行臨床路徑：

路徑標準建立後，醫師和其他醫療人員可以按此路徑來執行醫囑與照護病人。

步驟四：輔導後測措施：

將著重於輔導前測的問題點，提出改善的方式，以供院方評估、



圖一、某區域精神療養醫院組織架構

並能更精確建立此路徑。

步驟四：效益評估：

醫師將每天的醫療結果登錄於記錄表上，由臨床路徑工作小組定期開會檢討，對施行結果加以評估。同時對實際收集之數據為基礎資料之剖析，進而提出前、後測之有形與無形之效益結果，其中包含治療成效、服務水準、以及成本效益評估。

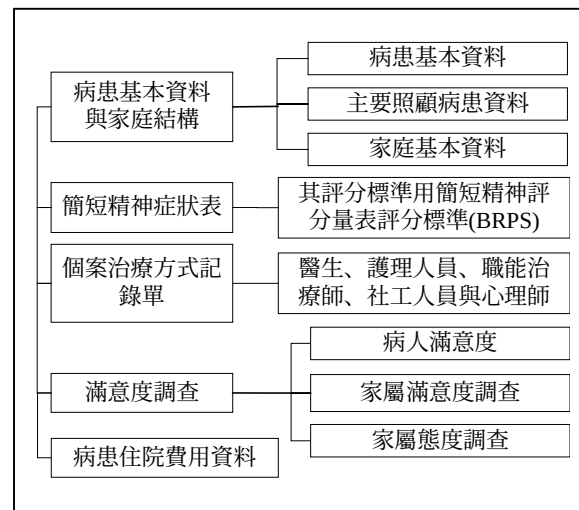
步驟五：修正路徑：

臨床路徑小組將路徑的變異、醫療的結果、資源的耗用等做分

析、檢討，以設計、修正更完善的臨床路徑。

參、輔導前測狀況

臨床路徑的建立必須先對於現行醫療急性精神分裂病患的治療途徑做資料的蒐集與分析，以及各項問題點之剖析與對策之擬定，此部份簡稱為前測。所謂的資料蒐集是針對病患住院基本資料、簡短精神症狀評估(Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS)、個案治療方式、滿意度調查及病患住院費用資料五大方面去做蒐



圖二、前、後測蒐集資料架構

集(請參見圖二)。

一、樣本資料蒐集

(1) 病患基本資料：

由急性精神分裂病患病房的護士去執行與填表，並於病人住院後一個禮拜內完成，其填寫表單請參見附錄一。其中家庭結構之主要照顧病患者資料由社工人員填寫。

(2) 簡短精神症狀表：

採用簡短精神評分量表評分標準，其評定標準請參見附錄二。評量者為個案的主治醫師。施測日期為住院第一日(入院 24 小時內做第一次)及住院後每週一次至出院為止。

(3) 個案治療方式記錄單：

由五種治療人員，包括：醫師、護理人員、職能治療師、社工師與心理人員，依其治療方式填寫。其表單記錄請參見附錄三。

(4) 滿意度調查：

當病人離開急性精神分裂病患病房時，護理人員負責執行病人滿意度問卷調查，其病人滿意度調查問卷請參見附錄四。而家屬滿意度調查對象為家庭主要照顧病患親人，其負責人員仍為護理人員，當病患出院或轉院時約家屬前來，若家屬七天內沒來，則以電話方式訪談，其家屬滿意度調查問卷請參見附錄五。另外家屬態度調查由社服室工作人員負責，平日經由社服室舉辦活動時請家屬填寫，或以電話方式訪談，其家屬態度問卷請參見附錄六。

(5) 病患住院費用資料部份：

病人出院時，病房需通知住院室及資訊室，資訊室負責統計各項醫療費用，其病患住院費用資料表單請參見附錄七。

療情形；並可在每週的團隊會議中討論每位病人的治療情形。

(4) 在前測的資料蒐集方面非常的不方便，常常需要派一人專門負責去做跟催的工作，非常費時與浪費人。

二、問題點分析及對策擬定

在進行前測部份時發現的問題點以及對策歸納如下：

(1) 治療方式有許多是不必要的且重複的，無形中增加了成本，並且是沒有效率的。

對策方法：醫療團隊經過多次會議討論與參考文獻探討，建立急性精神分裂病患之臨床治療路徑，以為治療依據，並發揮團隊成員角色功能。

(2) 對於病人的治療方式無法有效的記錄下來，常常需事後去跟催，造成不便。

對策方法：由醫療團隊人員確實遵循此治療路徑，設計查檢表以監測臨床路徑治療項目之完整性。

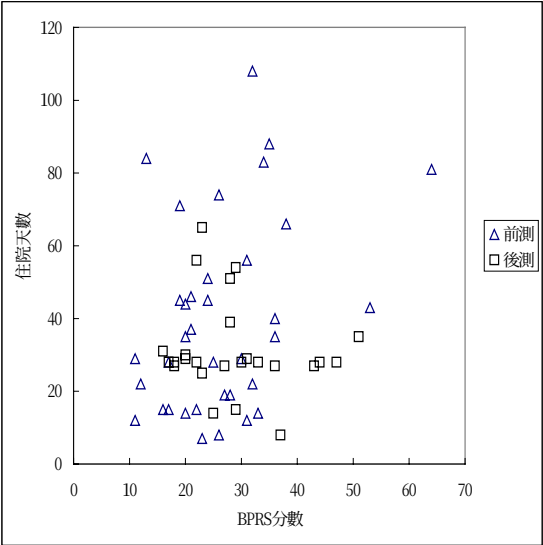
(3) 醫療團隊的成員無法有效及完整瞭解各急性精神分裂病患的治療進行階段。

對策方法：設計各醫療團隊成員的個別治療執行之彙總表，以便能掌握各病人治

對策方法：所有的表單(包含查檢表、臨床路徑總彙總表、病人滿意度調查表、家屬滿意度調查表及家屬態度調查表)均統一保管於急性精神分裂病患病房護理站櫃子內，採用人動資料不動的方式，請醫療團隊的成員每完成相關治療時就需到護理站去做勾選的動作，並於每週固定將資料統計並總結於臨床路徑總彙總表以提交至會議中報告及追蹤，而主治醫生的簡短精神評分量表之分數表則放置於病患的病歷中，當病人離開急性精神分裂病患病房時則抽出移轉至護理站櫃內之檔案內。

肆、輔導後測狀況

關於後測部份的資料蒐集方面，仍針對病患住院基本資料、簡短精神症狀評估、個案治療方式、滿意度調查及病患住



圖四、BPRS 前後測與住院天數比較圖

表四、進出院 BPRS 分數差表

	前測	後側
入院時的平均 BPRS 分數	26.31 分	28.68 分
出院時的平均 BPRS 分數	12.78 分	13.16 分
進出院 BPRS 平均分數差	13.53 分	15.52 分

院費用資料五大方面去做蒐集，其資料蒐集的時間為前測緊接之下一個月。其間所採用之表單、步驟、內容與方法皆與前測相同。根據前測部份所產生的問題點，醫療團隊經過過多次會議討論與參考文獻探討並增加醫療團隊的成員(營養師與藥劑師)，建立急性精神分裂病患之臨床治療路徑(如圖三所示)，其臨床路徑治療途徑為 28 天，病人於住院後，即被告知在 28 天後就可以出院。

醫療團隊成員對於自己負責階段於治療時在查檢表(請參見表一)勾選所治療項目，而於每週固定時間將所有相關人員針對各病患所做的查檢表做統計，並轉填寫至總彙總表(請參見表二)後移交給當天之團隊會議主席，以供醫療團隊去討論各病人治療情形，並使主席能了解各病人治療情形，並請醫療團隊的成員在開團隊會議時能攜帶個人的彙總表(請參見表三所示)，方便與追蹤各病人的治療與恢復之情

形。整個臨床路徑的建立，基本上是藉由團隊的智慧與投入，反覆的檢討與修正，以期達到合理與標準化之目標。

伍、輔導效益

由前測的分析問題，配以必要的對策，導致後測的改變。其間的改善效益分別以五個績效指標來表示，分別為：急性精神分裂病患平均住院天數、進出急性精神分裂病患病房的簡短精神症狀表平均 BPRS 分數差、家屬滿意度、病人滿意度及治療成本五大項去做為前後測的績效指標。其改善效益如下：

一、院天數改善效益分析

前 測
時間：10 月 1 日至 2 月 28 日
樣本數：共有 36 位合格病患
平均住院天數：40.0 天

後 測
時間：年 3 月 1 日至 4 月 30 日
樣本數：共有 25 位合格病患
平均住院天數：31.4 天

其前後測的 BPRS 與住院天數可以從下圖四所示得知改善情形。

二、出院 BPRS 醫療改善效益分析

分別針對各病人開始住院時的 BPRS 分數-出院時的 BPRS 分數可得到病人在這住院期間因治療後病情改善的程度，請參考表四。進出 BPRS 分數差也就是改善

情形，原先由改善 13.53 分增加到了 15.52 分，其精神症狀改善的幅度增加，不會因為住院天數減少而受到影響，足見實施臨床路徑對醫療品質的提升具有正面效益。

三、家屬滿意度改善效益分析

由附件五之家屬滿意度調查表之設計，因為家屬滿意度的尺度並不一致，所以將 10 題中的各題轉換成分數討論之，其分數的配分方式請見下表五所示，逐題轉換之，方便去了解改善情形。將以上表五的分數進行配分，前測可行的問卷共有 30 份，後測的問卷共有 25 份，並求出前後測個題的平均分數，得到下列的結果，如圖五所示。在十項問題中，(1)環境、設備，住院注意事項之介紹(2)病房工作人員樂於回答問題(3)需要協助時，可獲得立即之回應與處理(4)治療方式(5)治療效果(6)整體評價等六項均有改善。而工作人員主動約談的次數及整體醫療過程相關事項的介紹則有退步。其原因有可能由於臨床路徑標準之建立，於病人開始入院時即有詳細說明，而導致住院期間的服務次數減少。但以整體來看，家屬對服務的改善是肯定的。

四、病人滿意度改善效益分析

其處理方式同家屬滿意度，病人滿意度之問題共有 12 題，將前 11 題轉換成分數討論之，其分數的配分方式請參見下表六。以表六的分數進行配分，前測可行的問卷共有 25 份，後測的問卷共有 16 份，並求出前後測個題的平均分數，得到下列



圖三、急性急診病房精神分裂病治療臨床路徑



圖三(續)、急性急診病房精神分裂病治療臨床路徑

表一、急性精神分裂症(Acute Schizophrenia)查檢表

病人姓名		病例號碼		接案日期		主治醫生		護士		心理師		職能治療師		社工員		
	住院日期			至第三天		至第四天		至第六天		至第七天		至第八天		至第十四天		
醫生	☐ 會談治療(確立診斷)(BPRS 評估)(說明治療目標及計畫) ☐ 生理檢查 ☐ 開立處方(High-Potency) ☐ 開立檢驗單及轉介單			☐ 會談治療(____A____B____C____D____E)		☐ 會談治療(BPRS 評估) ☐ 檢視藥物(調整劑量) ☐ 追蹤檢查報告		☐ 一般心理治療 1 次(____A____B) ☐ 生理問題追蹤及處理 ☐ 團隊會議討論治療計畫及確立治療目標		☐ 會談治療(BPRS 評估) ☐ 檢視藥物(調整劑量)		☐ 會談治療之 1(____A____B____C____D____E) ☐ 會談治療之 2(____A____B____C____D____E) ☐ 一般心理治療(____A____B) ☐ 生理問題追蹤及處理				
護理	☐ 聯絡團隊接案 ☐ 環境介紹及安檢 ☐ 接案會議(收集資料) ☐ 護理問題評估及護理治療計畫 ☐ 例行性護理 ☐ 出院計畫準備			☐ 例行護理(晨間護理, 安檢, 生命跡象測量及給藥護理) ☐ 特殊護理(意外事件預防及處置, 行為治療及藥物特別處理) ☐ 活動治療(日常生活作息及休閒活動之訓練與培養) ☐ 確立護理診斷及處置 ☐ 自我照顧訓練(漱洗, 沐浴, 進食, 如廁及修飾全部/部份協助) ☐ 協助例行性檢驗(血液、大小便)之執行 ☐ 一般團體治療 1 次(生活討論會) ☐ 會談治療 1 次(治療性人際關係之建立) ☐ 個別衛教		☐ 例行護理(晨間護理, 安檢, 生命跡象測量, 給藥護理) ☐ 特殊護理(意外事件預防及處置, 行為治療, 藥物特別處理) ☐ 活動治療(日常生活作息及休閒活動訓練與培養) ☐ 護理診斷評估及修訂 ☐ 自我照顧訓練(漱洗, 沐浴, 進食, 如廁及修飾全部/部份協助) ☐ 例行性檢驗(未完成部份)及 CXR,EKG, EEG 之執行 ☐ 一般團體治療 1 次(生活討論會) ☐ 會談治療 1 次(病患問題追蹤及處理) ☐ 個別衛教										
職能師	☐ 會談治療(建立資料及介紹職能治療) ☐ 功能評估(手功能測驗及注意力測驗) ☐ 職能治療[____團體 5 小時/週(____音樂、____會心、____舞蹈、____陶藝、____美術)] [____個別治療] (註：會心由職能治療師與心理師共同提供)								☐ 初期記錄(訂立治療目標及計畫)		☐ 會談治療 1 次 ☐ 職能治療(會心由職能治療師與心理師共同提供) [團體 5 小時(____音樂、____會心、____舞蹈、____陶藝、____美術)] ☐ 進展記錄及職能綜合評量					
心理師	☐ 一般心理治療(評估病人是否適合團體心理治療)1 次											☐ 心理治療[____團體 1 小時(疾病適應討論)] [____支持性 1 次]				
社工師	☐ 家族治療(瞭解病患家屬背景、互動關係及經濟狀況)			☐ 會談治療								☐ 家屬團體 ☐ 會談治療 1 次(問題追蹤及處理)				
藥師	☐ 資料蒐集 ☐ 建立藥歷			☐ 藥物衛教團體 1 小時/週(由藥師與心理師共同提供)								☐ 藥物衛教團體 1 小時/週(由藥師與心理師共同提供)				
營養師	☐ 諮詢照會[____有____資料蒐集(病例察看與病患訪視)____照會記錄(營養評估及飲食處方之建議) ____飲食設計與處理____進食情形追蹤處理] [____無]											☐ 諮詢照會 [____有____資料蒐集(病例察看與病患訪視)____照會記錄(營養評估及飲食處方之建議) ____飲食設計與處理____進食情形追蹤處理] [____無]				
實施比例	比例	累計比例	比例	累計比例	比例	累計比例	比例	累計比例	比例	累計比例	比例	累計比例	比例	累計比例	比例	累計比例
	/13	/13	/2	/15	/3	/18	/3	/21	/16	/38	/2	/40	/21	/61		
備註																

表一(續)、急性精神分裂症(Acute Schizophrenia)查檢表

病人姓名	病例號碼	接案日期	主治醫生	護士	心理師	職能治療師	社工員			
	至第十五天	至第二十天		至第二十二天		至第二十七天		出院		
醫生	☐ 會談治療(BPRS 評估) ☐ 檢視藥物(若效果不佳, 考慮改藥)	☐ 會談治療 1 次 (__A__B__C__D__E) ☐ 一般心理治療之 1(__A__B) ☐ 一般心理治療之 2(__A__B) ☐ 生理問題追蹤及處理		☐ 會談治療 (__A__B__C__D__E) (BPRS 評估) ☐ 檢視藥物(調整劑量)		☐ 一般心理治療之 1(__A__B) ☐ 一般心理治療之 2(__A__B) ☐ 生理問題追蹤處理		☐ 會談治療 (__A__B__C__D__E) (BPRS 評估) (出院後治療計畫)		
護理	☐ 例行護理(晨間護理, 安檢, 生命跡象測量及給藥護理) ☐ 特殊護理(意外事件預防及處置, 行為治療及藥物特別處理) ☐ 活動治療(日常生活作息及休閒活動之訓練與培養) ☐ 護理診斷評估及修訂 ☐ 自我照顧訓練(漱洗, 淋浴, 進食, 如廁及修飾全部/部份協助) ☐ 協助未完成檢驗之追蹤執行 ☐ 一般團體治療 1 次(生活討論會) ☐ 會談治療 1 次(病患問題追蹤及處理) ☐ 個別衛教			☐ 例行護理(晨間護理, 安檢, 生命跡象測量及給藥護理) ☐ 特殊護理(意外事件預防及處置, 行為治療及藥物特別處理) ☐ 活動治療(日常生活作息及休閒活動之訓練與培養) ☐ 護理診斷評估及修訂 ☐ 自我照顧訓練(漱洗, 淋浴, 進食, 如廁及修飾全部/部份協助) ☐ 協助未完成檢驗之追蹤執行 ☐ 一般團體治療 1 次(生活討論會) ☐ 會談治療 1 次(治療性人際關係結束之準備) ☐ 團體衛教			☐ 聯絡相關人員辦理出院 (轉床)事宜 ☐ 準備出院(轉床)事宜 ☐ 護理問題評估轉介 ☐ 出院(轉床)衛教 ☐ 病患滿意度調查			
職能師	☐ 訂立治療目標及計畫 ☐ 職能治療[__團體 5 小時(__音樂、 __會心、 __舞蹈、 __陶藝、 __美術) [__個別治療] (註：會心由職能師治療與心理師共同提供) ☐ 進展記錄			☐ 職能治療[__團體 5 小時(__音樂、 __會心、 __舞蹈、 __陶藝、 __美術) [__個別治療] (註：會心由職能治療師與心理師共同提供) ☐ 功能評估(手功能測驗及注意力測驗) ☐ 會談治療(介紹出院後醫療資源及討論短長期目標)(介紹亞急性病房及討論短、長期目標) ☐ 職能綜合評量 ☐ 轉床或出院摘要						
心理師	☐ 心理治療[__團體 1 小時(疾病適應討論)] [__支持性 1 次]			☐ 心理治療[__團體 1 小時(疾病適應討論)] [__個別支持性 1 次]						
社工師	☐ 家屬團體 ☐ 會談治療 1 次(問題追蹤及處理)			☐ 會談治療 1 次		☐ 聯絡家屬討論出院(轉床)事宜		☐ 家族治療(出院前家屬衛教) (約定返診日期)(家屬滿意度調查)		
藥師	☐ 藥物衛教團體 1 小時/週(由藥師與心理師共同提供)			☐ 藥物衛教團體 1 小時/週(由藥師與心理師共同提供)			☐ 出院前藥物指導(由藥師與心理師共同提供)			
營養師	☐ 諮詢照會[__有 __資料蒐集(病例察看與病患訪視) __照會記錄(營養評估及飲食處方之建議) __飲食設計與處理 __進食情形追蹤處理] [__無]			☐ 諮詢照會[__有 __資料蒐集(病例察看與病患訪視) __照會記錄(營養評估及飲食處方之建議) __飲食設計與處理 __進食情形追蹤處理] [__無]			☐ 出院前飲食指導			
實施比例	比例	累計比例	比例	累計比例	比例	累計比例	比例	累計比例	比例	累計比例
備註	/2	/63	/21	/84	/3	/87	/15	/102	/15	/117

表二、總彙總表

[illegible]

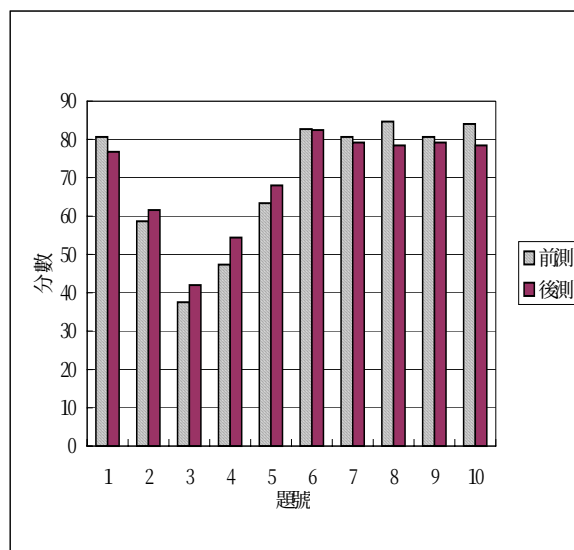
表三、醫生彙總表

		醫生彙總表										階段____日期____至							
天數	項目	病患編號																	
1	會談治療(確立診斷,BPRS 評估)(說明治療目標)																		
	生理檢查																		
	開立處方(High-Potency)																		
	開立檢驗及轉介單																		
2,3	會談治療(A,B,C,D,E)																		
4	會談治療(BPRS 評估)																		
	檢視藥物(調整劑量)																		
	追蹤檢查報告																		
5, 6, 7	一般心理治療(A,B)																		
	生理問題追蹤及處理																		
	團隊會議討論治療計畫及確立治療目標																		
8	會談治療(BPRS 評估)																		
	檢視藥物(調整劑量)																		
9 至 14	第一次會談治療(A,B,C,D,E)																		
	第二次會談治療(A,B,C,D,E)																		
	一般心理治療(A,B)																		
	生理問題追蹤及處理																		
15	會談治療(BPRS 評估)																		
	檢視藥物(若效果不佳考慮改藥)																		
	追蹤報告檢驗																		
16 至 21	會談治療(A,B,C,D,E)																		
	第一次一般心理治療(A,B)																		
	第二次一般心理治療(A,B)																		
	生理問題追蹤與處理																		
22	會談治療(BPRS 評估)																		
	檢視藥物(調整劑量)																		
23 至 27	第一次一般心理治療(A,B)																		
	第二次一般心理治療(A,B)																		
	生理問題追蹤處理																		
28	會談治療(BPRS 評估)(出院後計畫)(A,B,C,D,E)																		

會談治療：A.治療關係之建立 B.問題之澄清 C.行為規範之說明 D.衛教 E.心理支持。一般心理治療：A.支持性心理治療 B.認知性心理治療

表五、家屬滿意度分數轉換表

分數	個題編號				
	1	2	3	4	5
1	100	80	60	40	20
2	因此題為複選題，所以以選題的個數比較，每選一格為加 20 分				
3	因此題為複選題，所以以選題的個數比較，每選一格為加 25 分				
4	20	40	60	80	100
5	因此題為複選題，所以以選題的個數比較，每選一格為加 20 分				
6	100	80	60	40	20
7	100	80	60	40	20
8	100	80	60	40	20
9	100	80	60	40	20
10	100	80	60	40	20



圖四、家屬滿意度前後測比較

的結果，如圖五所示。

在十一個题目的統計結果中，(1)整體評價(2)護理人員照護的評價(3)醫師照護的評價(4)醫療人員詳細告知病情及進展(5)群隊服務(6)醫護人員與病人的討論時間等皆有改善，而資訊的提供則需再提昇。

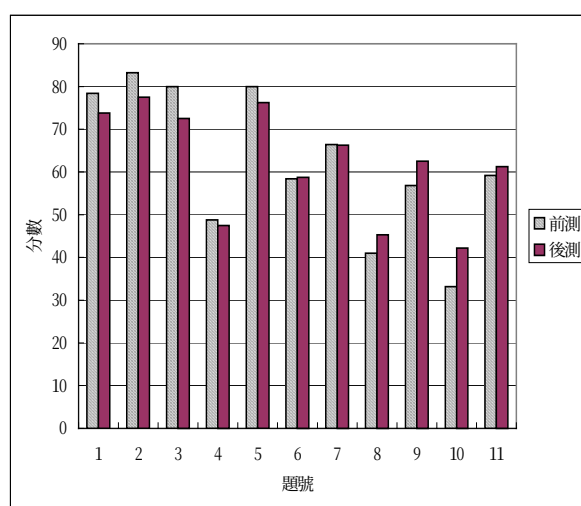
陸、臨床路徑成本效益分析

一、成立成本分析架構

精神療養院與一般綜合醫院在特性上

表六、病人滿意度分數轉換表

分數		個題編號				
		1	2	3	4	5
題 號	1	100	80	60	40	60
	2	100	80	60	40	60
	3	100	80	60	40	60
	4	80	60	40		
	5	100	80	60	40	60
	6	80	40	60		
	7	80	60	40	60	
	8	因此題為複選題，所以以選題的個數比較，每選一格為加 25 分				
	9	80	60	40	60	
	10	因此題為複選題，所以以選題的個數比較，每選一格為加 20 分				
	11	80	60	40	60	



圖五、病人滿意度前後測比較

有所不同，它需要投入大量之人力於精神治療與照顧上，相對於一般醫院所需要之大型醫療設備、藥物、手術時之耗材、加護病房之人力等，皆有顯著差異。因此人力所佔用的成本比例，其數字所傳達的訊息，對醫院來說是非常重要的。本研究之急性精神分裂病臨床路徑之治療成本係依據健保局之給付標準與急性精神分裂

病房之醫療特性進行成本效益分析。其分析與計算架構詳細說明如下：

步驟一：總成本分析架構

本研究中之總成本分析，乃是將急性精神分裂病房之病患，分為

表七、急性精神分裂病患住院治療途徑前測總成本分析架構

	住院 天數	收費 天數	醫師 診療成本	護理人員 成本	職能治療 師成本	社工人員 成本	心理師 成本	藥事人員 成本	檢驗室人 員成本	病房費 成本
總計	1433	1449	\$302,065	\$1,300,738	\$97,073	\$109,823	\$60,710	\$114,131	\$81,335	\$25,749
佔總成本%			13.25%	57.06%	4.26%	4.82%	2.66%	5.01%	3.57%	1.13%
	檢驗室 材料費	放射線診 斷材料費	藥費	總成本	收費	淨利	成本率% (成本/收費)			
總計	\$15,767	\$1,035	\$171,170	\$2,279,597	\$2,868,374	\$588,777	79.47%			
佔總成本%	0.69%	0.05%	7.51%							
單位人日成本	醫師診療	護理人員	職能 治療師	社工人員	心理師	藥事人員	檢驗室 人 員	病房費		
	\$208.46	\$897.68	\$67.74	\$76.64	\$42.37	\$79.64	\$56.13	\$17.97		

前測與後測分別進行討論，總成本之組成為：

- (1) 人事成本：包含醫師診療成本、護理人員成本、職能治療人員成本、社工人員成本、心理技術人員成本、藥事人員成本、以及檢驗室人員成本。
- (2) 變動成本：病房費、檢驗室材料費、放射線診斷材料費、以及藥費。

由於急性精神分裂病房在分攤精算上，很難與其他病症區隔，因此本研究並未涵蓋行政支援費用、設備建築物之折舊費用、水電費與廢物處理費等。由表七得知，三十六位病患總共耗費成本約\$2,279,597，其中人事成本部分共\$2,065,876，約佔總成本之90.26%，足見人事支出對精神療養院的特性來說，尤其具有影響。但由於這筆龐大之支出是屬於一固定的成本，醫院除非刪減人力，否則無論病患的多寡，皆不會改變這個數字。因此，過去的給付方式，病患長久滯留醫院，對醫院來說，成本並無明顯改善，而收入是有住院才有給付，在經營效率上，也就趨於鬆散。而面對新的給付制度，健

保局依病況判定給付天數，因此非得藉由增加病患之人日數，以及增加病床之週轉率，才可能大幅增加經營績效。

各單項急性精神病患成本計算說明如下

- (1) 住院天數：依據名單內病患之住院基本資料
- (2) 收費天數：依據名單內病患之住院基本資料
- (3) 總天數：指從十月起至次年二月止所有急性精神分裂病患病房內病人之總住院天數，共計 3,086 人日，與總收費天數，共計 3,103 人日。
- (4) 醫師診療成本：急性精神分裂病患病房共有五位醫師負責，這五位醫師每週工作四十四小時，其中九小時用於門診，其餘之三十五小時，又有三分之二之時間投入急性精神分裂病患病房，所以每位醫師每週所花於急性精神分裂病患病房之工作比率為 53%。因此，將五位醫師從十月至二月
總 薪 資

- \$1,220,500*53%/3,103=\$208.46 即為醫師診療單位成本。再將此單位成本*各自病人之收費天數，即為其所承擔之醫師診療成本。
- (5) 護理人員成本：急性精神分裂病患病房共由十二位護理人員負責，分三班制。因此將此十二位護理人員十月至二月之總薪資加上加班費，共計\$2,785,500/3,103=\$897.679，即為護理人員單位成本。再將此單位成本*各自病人之收費天數，即為其所承擔之護理人員成本。
- (6) 職能治療人員成本：急性精神分裂病患病房只有一位職能治療師，其薪資總計\$209,050，故除以總住院天數3,086後，\$67.74即為單位成本。
- (7) 社工人員成本：共計兩位。其中一名之薪資為\$174,150，其於急性精神分裂病患病房之服務比率為50%，另一名之薪資為\$213,475，其服務比率為70%，

$$(\$174,150*50\%+\$213,475*70\%)/3,086=\$76.64$$
 此即為單位社工人員成本。
- (8) 心理技術人員成本：心理技術人員之總薪資為\$217,900，服務比率為60%，故相乘後除以3,086等於\$42.37，即為單位成本。
- (9) 病房費成本：依據健保給付標準，病房費應包含病房內之耗材、折舊費、水電費、廢物處理費等。但經與會計室主任瞭解，療養院在這方面只有總計數，並無分攤。因此，本次之計算只能以會計資料上所列之各月份實際耗材金額加總，作為總金額。十月至二月之金額分別為\$2,205，\$9,640，\$100,347，\$2,076，\$830。共計\$115,098除以3,086等於\$37.30。但有一疑慮是，為何十二月會突增至\$100,347，是否因為到年底，而一筆報銷。如果是這樣，將會造成病房費的不平均與不合理之分攤，因此，最後決定以整年之總支出平均分攤至各月份，再以五個月之總成本除以3086人日而得病房費單位人日成本\$17.97。
- (10) 藥事人員成本：其定義為藥局之員工為病人配藥且送至病房。因此根據藥局之估計，其工作人員每日服務於門診及病房，對急性精神分裂病患病房之服務率為10.07%，因此，十月至二月，藥局總人事成本\$2,440,750*10.07%/3,086=\$79.64，即為單位成本。
- (11) 檢驗室費：包含檢驗室人事成本及材料費兩部份。其中人事成本部份，對急性精神分裂病患病房之服務率為7.4%，除以3,103後，即為單位成本，但須再加上各自病患所做檢驗之實際材料成本。
- (12) 放射線診斷材料費：此項工作是由檢驗室人員做，故不必再計算人事成本，只以實際發生之材料費列入。
- (13) 藥費：依據藥局所言，健保給付之藥費金額，幾乎就等於材料費，故資料即以病患基本資料上所列之藥費給付金額做為成本。

表八、急性精神分裂病患住院臨床治療前測總成本分析(不含各項人事成本)

	住院 天數	收費 天數	病房費 成 本	檢驗室 材料費	放射線 診斷材 料費	藥費	非固定 (不含人 事)成本	收費	成本率 % (成本/ 收費)
總計	1433	1449	\$25,749	\$15,767	\$1,035	\$171,170	\$213,722	\$2,868,374	7.45%
佔非固定成本%			12.05%	7.38%	0.48%	80.09%			
人事(固定)成本 %=	\$2,065,876		非固定成本=		\$213,722		總成本=		\$2,279,597
人事(固定)成本 佔總成本%=	90.62%		非固定成本佔 總成本%=		9.38%				

步驟二：前測中人事成本以外之費用計算架構

由表八中所列的總成本項目中，病房費(使用病房之耗材)屬於變動成本，隨著住院日數長短而起伏，另檢驗室材料費(人事部份不計，單純指檢驗材料部份)、放射線診斷材料費、藥費等，則因醫師之診療處方有關。當臨床路徑建立後，對急性精神病患的處理流程與處方用藥，皆有一標準後，則這部份的成本，在配合標準的數量後，以集中採購的角度來看，其下降是可以預期的。在表八中，前測之三十六位病患所產生之人事成本以外之成本，共計\$213,722元，平均每人次為\$5,936.72，平均每人日為\$147.50，相對於總收費，其成本率只佔7.45%，其比例是相當低的。

步驟三：後測中人事成本以外之費用計算架構

此計算項目與前測完全相同，唯不再重複計算總成本之成本率，原因是人事成本於步驟一已討論過，為固定性支出。後測與前測之差異在於臨床路徑的實施，希望能將病患之住院日數「有效率」的下降，此「有效率」意指增加住院週轉率(turnover rate)，如此總人日數才可增加，而於同時所分攤之單位固定成本才可明顯降低，這在日後健保局將實施之前瞻性支付制度(Prospective Payment System)下，是極具意義的。

因此在本步驟中，將只針對人事成本以外之費用進行計算比較，藉此以瞭解臨床路徑建立後，相關之變動成本與檢驗、藥物等費用是否有差異。表九中的數據顯示，二十五位病患於病房費的平均人次成本由\$715.26降為\$557.75，檢驗室材料平均人次費用由\$437.99增為\$433.83，放射線診斷平均人次費由\$28.76降為\$20.95，平均人次藥

表九、急性精神分裂病患住院臨床治療途徑後測總成本分析(不含各項人事成本)

	住院 天數	收費 天數	病房費 成本	檢驗室 材料費	放射線 診斷材 料費	藥費	非固定 (不含人 事)成本	收費	成本率% (成本/收 費)
總計	776	785	\$13,944	\$10,846	\$524	\$81,366	\$106,679	\$1,606,869	6.64%
佔非固定成本%			13.07%	10.17%	0.49%	76.27%			
人事(固定)成本%=			\$2,091,625	非固定成本=		\$106,679	總成本=	\$2,198,304	
人事(固定)成本佔總成本%=			95.15%	非固定成本 佔總成本%=		4.85%			

費尤其明顯的由\$4,754.72 降為\$3,254.64，而總平均人次成本由\$5,936.72 減為\$4,267.17，而成本率亦由 7.45%減為 6.64%。此結果顯示臨床路徑在這方面成本上，亦確實有達到改善的功效。

二、床路徑成本分析架構改善建議

由前節之結果，可得到實施臨床路徑前後之成本分析以及實施成效之比較架構。然而，由於欲建置一更精準之成本結構，仍須有相關之配套與改革作法。以下則歸納出此次個案研究後之改善建議：

(1) 在此次前測的平均成本率 79.47%中所代表的成本內容，並未完全呈現醫院整體之成本結構，此乃因為行政支援、水電費、設備折舊費、污物處理費等，在未實施成本中心之情況下，無法確實地分攤成本，故未能納入急性精神分裂病患病房的成本計算。但在日後精算臨床治療途徑成本結構時，宜應納入考量。

(2) 此次臨床治療途徑的成本改善分析

中發現，人事相關費用佔有成本相當高之比例。而目前此區域療養院之人事費用完全來自中央。因此在營運上短期內雖無立即之警訊，但如面臨日後之民營化，則人事成本的控制必將是該院生存之關鍵。因此，可藉由推行臨床路徑作業標準化後，在人事運用上較可避免無效率之情形。此外在其他費用部分，由表八及表九中，可看出由於臨床路徑的實施，費用的成本率亦可降低。

(3) 由於我國之全民健保給付，已逐漸朝向前瞻性支付制度或稱預估給付制度(Case Payment)之方向規劃，其立即之影響為：

- (a) 各醫療院所必須為下一會計年度來臨前，預先訂定診療報酬率。
- (b) 不論醫療院所實際成本盈虧，診療模式等變數均以預訂費率付費。

因此對醫療院所而言，如何推動有效率的醫療方式，以期增加病患的週轉率，才是醫療院所生存的重要關鍵之

一。在過去本個案之區域療養院的住院病患中，因為誤認住院越久則越易康復，因此不少病患利用不同的管道，以期儘量拖延住院期。此種作法在傳統的健保醫療給付是以住院天數為給付依據下，對收入並無影響。但面對新的給付制度下，勢必唯有增加住院週轉率，才是保障收益的方式。

- (4) 此次所實施之費用架構中，藥費的改善尤其明顯：平均人次的金額由\$4,754.72 降為\$3,254.64。歸納其原因乃在於醫療過程的標準化，可避免重複且不必要之醫療過程與測試。

- (5) 目前國內一些大型績效優良之醫療院所，如長庚醫院、台大醫院、台北榮總、國泰醫院、馬偕醫院等，皆已紛紛實施責任會計制度。由院內各部門依特性成立成本中心或利潤中心，藉由責任中心以達“全員參與經營”之目的，其成效頗為顯著。因此本個案之區域療養院日後推動全面實施臨床途徑之同時，亦應建構責任會計制度，推廣成本中心之觀念於全體成員，以求：

- (a) 住院診療效率化：在同時保障醫療品質為前提下，縮短住院日數，加強各部門間的聯繫，充分利用各部門之資源，杜絕浪費。
- (b) 醫療資訊化：在標準流程中，建立醫療成效相關指標。經由醫務管理電腦化系統，即時掌控醫療進度與成本。

- (c) 形成有效率的醫療體系：在醫療團隊的相互配合下，不僅提昇醫療效果，且全員共同承擔財務上的責任，促成院內的分工與專門化功能之統合。

- (6) 目前的推動主要以書面化的方式作為資料的彙總，今後為求將病人的進度做即時交叉分析，從入院的掛號，病歷的建立，住院期間醫療(醫囑)過程，期間內部的行政管理以致出院時的帳務，都建構於電腦資訊系統上，則對效率的提昇與品質的確保，都將是保障。

柒、結論

臨床路徑的實施為一永續經營之流程再造計畫，隨著臨床路徑不斷地進化與改善，它終將扮演推動健康照護品質提昇的主要角色。本研究針對我國某區域療養院為個案，建構急性精神分裂病(Acute Schizophrenia)之臨床路徑，同時以病患及家屬滿意度作為評估服務水準之指標，同時並建立評估推動臨床路徑前後成本效益之分析架構，而其適用範圍亦涵蓋了其他急性病症，次急性病症，與復健照護等。

在此次個案研究中可發現，推動急性精神分裂病之臨床路徑後，病患入出院之病情痊癒程度及住院天數之降低，皆有顯著之改善。病患與家屬並沒有因住院天數的降低而對服務品質感到不滿，甚至有多項調查項目之滿意度反而提高。所建立之

成本分析架構亦有效掌控相關之費用，而使得推動臨床路徑之成本效益得以發揮。此外，本研究更具體歸納出今後全面推動臨床路徑時，亦應由建立責任會計制度著手，並著重在醫療資訊化與效率化之方向規劃。

參考文獻

一、中文部分

1. 台灣省政府，省屬醫療院局所推動臨床路徑教育訓練參考手冊，1998。
2. 李麗娟，「論病例計酬的費用申報須知」，全民健康保險，第 17~19 頁，1997 年 11 月。
3. 侯勝茂，「醫療品質與臨床路徑-含發展現況與效益評估」，行政院全方位醫療品質管理專題班，1997 年九月。
4. 郭輝煌，「長庚醫院推展臨床路徑的現況與成果」，行政院全方位醫療品質管理專題班，1997 年九月。
5. 楊樹昌，「歐美推動臨床路徑的現況與未來發展」，行政院全方位醫療品質管理專題班，1997 年九月。
6. 劉明煌，「醫院進行成本分析計畫」，元培學報，第三期，第 41~57 頁，1996 年 12 月。
7. 龐玉涓，「責任會計於醫院管理之應

用」，第十四屆全國技術及職業教育研討會論文集，商業類：管理組，第 173~181 頁，1999 年 5 月。

二、英文部分

1. Coffey, R., Richard, J., Remmert, C., LeRoy, S., Schoville, R., & Baldwin, P. "An Introduction to Critical Paths", Quality Management in Health Care, Vol. L, No. 1, pp.45~54 (1992).
2. Deming, W. E., Out of Crisis--Competitive position, Cambridge, MA, MIT Press. (1986).
3. Dykes, P.C., Wheeler, K., Planning, Implementing and Evaluating Critical Pathways, Springer Publishing Company (1997).
4. Guinane, C.S., Clinical Care Pathways, McGraw-Hill (1997).
5. Keegan, Arthur J., "Hospitals Become Cost Centers in Managed Care Scenario", Healthcare Financial Management, pp.36-40 (1994).
6. Ramsey, C., Ormsby, S., Marsh, T., "Performance-Improvements Strategies can Reduce Costs", Journal of the Healthcare Financial Management Association, 2001 Resource Guide, pp.2-6 (2001).
7. Ruscitti, G. et al., "The ISO 9000 quality assurance projects of Pediatric Hospital

Bambio Gesu”, Total Quality Management, Vol. 11, Nos. 4/5&6, pp.393-398 (2000).

2002 年 01 月 04 日收稿

2002 年 01 月 11 日初審

2002 年 01 月 17 日接受

8. Slaten, C.H., “Clinical Pathway Development”, Technical Report, University of Texas (1997).

9. Savitz, Lucy A., Kaluzny, Arnlod D., Kelly, Diane L., “A life Cycle Model of Continuous Clinical Process Innovation”, Journal of Health Care Management, Vol. 45, No. 5, pp. 307-314 (Sep./Oct.2000).

10. Zander, K., “Care Maps: The Core of Cost/Quality Care”, New Definition, Vol. 3, pp. 1-3 (1991).

附錄一、臨床路徑病患基本資料

第一部份：病患住院基本資料

資料編號：□□□ 入院日期： 年 月 日
 病人姓名： 診斷：
 由 2-1 病房轉入請填 2-1 住院日數_____日
 收案時治療醫師： 病歷號碼： 主治護士： 聯絡電話：
 社工員： 心理師： 職能治療師：
 病患連絡地址：
 住院次數：
 發病年齡： 足歲(民國 年)
 結案日期： 年 月 日
 結案原因：□1.轉病房 □2.出院 □3.自動出院 □4.其他 _____
 轉出原因：□1.病情需要 □2.其他 _____
 轉至病房：_____
 入院生理評估：□1.無 □2.有_____
 住院期間生理評估：
 評估日期_____ □1.無 □2.有_____
 評估日期_____ □1.無 □2.有_____
 治療劑量：(相當為 Chlorpromazine)最低 _____mg 使用日數 _____
 治療劑量：(相當為 Chlorpromazine)最高 _____mg 使用日數 _____
 使用之藥品種類是否為高劑量 □1.是 □2.否

第二部份：家庭結構

(一)病患基本資料

1. 性別：□1.男 □2. 女
2. 年齡： 足歲(民國 年 月 日生)
3. 婚姻狀況：
 - 1. 未婚單身 □2. 未婚同居 □3. 已婚 □4. 分居 □5. 離婚 □6. 再婚 □7. 鰥寡
 - 8. 其他

4. 教育程度：

☐1. 無 ☐2. 小學 ☐3. 國中 ☐4. 高中(職) ☐5. 專科 ☐6. 大學 ☐7. 研究所以上

5. 目前工作狀況：☐1. 學生 ☐2. 家管 ☐3. 就業中(職稱：) ☐4. 無 ☐5. 其他_____

6. 在家扮演主要角色：☐1. 父(丈夫) ☐2. 母(妻子) ☐3. 兄弟(姐妹) ☐4. 子女 ☐5. 其他

7. 病患就醫的給付方式：☐1. 健保 ☐2. 自費 ☐3. 強制

8. 個案之子女數：子____人 年齡_____ 女____人 年齡_____

(二) 主要照顧病患者資料

1. 您是病患的什麼人：

☐1. 父 ☐2. 母 ☐3. 兄(弟) ☐4. 姐(妹) ☐5. 夫(妻) ☐6. 祖父(母) ☐7. 外祖父(母) ☐8. 其他

2. 年齡： 足歲(民國 年 月 日生)

3. 教育程度：☐1. 無 ☐2. 小學 ☐3. 國中 ☐4. 高中(職) ☐5. 專科 ☐6. 大學 ☐7. 研究所以上

4. 宗教信仰：☐1. 無 ☐2. 民間信仰 ☐3. 佛教 ☐4. 回教 ☐5. 基督教 ☐6. 天主教 ☐7. 其他

若有是否定期參加宗教活動？☐定期 ☐不定期 ☐很少

(三) 家庭基本資料

1. 家庭經濟主要支持者(和病患的關係)：☐1. 父 ☐2. 母 ☐3. 兄弟姐妹 ☐4. 子女 ☐5. 其他

2. 家庭每月收入：

☐1. 一萬以下 ☐2. 一萬一二萬 ☐3. 三萬一四萬 ☐4. 五萬一八萬 ☐5. 九萬一十四萬
☐6. 十五萬及以上

3. 家中最高教育程度：

☐1. 無 ☐2. 小學 ☐3. 國中 ☐4. 高中(職) ☐5. 專科 ☐6. 大學 ☐7. 研究所以上

4. 家中最高職業地位：請填工作名稱_____

☐1. 高級專業 ☐2. 次級專業 ☐3. 中小企業行政人員 ☐4. 一般職員 ☐5. 技術員工
☐6. 準技術員工 ☐7. 非技術員工 ☐8. 家管 ☐9. 學生 ☐10. 常備兵役 ☐11. 退休 ☐12. 無

5. 家庭社會階層：(免問) ☐I ☐II ☐III ☐IV ☐V

6. 家庭型態：☐1. 小家庭 ☐2. 主幹家庭 ☐3. 與大家庭同住 ☐4. 與他人同住 ☐5. 其他

7. 文化種族背景：☐1. 台閩 ☐2. 客家 ☐3. 山地 ☐4. 外省 ☐5. 其他

附錄二、簡短精神症狀量表評分標準

- | | |
|---|--|
| <p>一、擔心身體健康：</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. 適度注意 1. 輕度或懷疑身體健康 2. 懷疑，但無妄想 3. 抱怨怪異，但經再保證可相信 4. 確定身體腐壞或遺失 <p>二、心理焦慮：</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. 與平時比一樣不會 1. 難以決定 2. 清楚表現憂慮，不會 影響日常生活 3. 有時會影響日常生活 4. 顯著影響日常生活 <p>三、情緒退縮：</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. 正常 1. 有一些 2. 反應降低 3. 情感反應更加限制 4. 情感接觸強烈減少或幾乎不出 <p>四、思考欠組織：</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. 無概念紊亂 1. 有一些不明確 2. 中度 3. 明顯概念上紊亂 4. 概念上的紊亂相當嚴重(由與研判斷) <p>五、自貶和罪惡感：</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. 無 1. 不十分確定 2. 自卑或內疚更清楚出現 3. 以上情形，認為痛苦可能是對他的一種懲罰 4. 內疚感固定的維持違妄想程度 <p>六、身體緊張：</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. 比起平常一樣，不多不少 1. 有時經歷，但描述含糊不確定 | <ul style="list-style-type: none"> 2. 經常有如腹痛等症狀，但不明顯或不適當 3. 憂鬱情形伴隨生理症狀明顯 4. 憂鬱情形伴隨生理症狀持續且經常 <p>七、不尋常動作：</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. 無 1. 會談中不確定或含糊 2. 會談中中度表現 3. 會談中嚴重不正常 4. 極嚴重有持續性無法控制，會談困難 <p>八、誇大言行：</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. 正常 1. 輕微或含糊增加 2. 中度增加 3. 明顯的不真實想法 4. 無法更正的誇大言行 <p>九、憂鬱情緒：</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. 正常 1. 含糊表示 2. 雖不是無助(無望)但更清楚的關心不愉快經驗 3. 顯示清楚非語言憂鬱症狀或是有時被無助所擊潰 4. 無法集中注意力會談 <p>十、敵視：</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. 無 1. 多少有幾分可控制 2. 中度的，可控制 3. 語言的威脅，可能有身體攻擊，但仍可使其冷靜 4. 極端故意，有明顯破壞行為 <p>十一、懷疑性：</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. 無 1. 含糊無系統被迫害妄想 2. 有系統組織妄想，矯正困難 |
|---|--|

3. 有系統組織妄想，無法矯正

十二、幻覺：

- 0. 無
- 1. 輕微或含糊
- 2. 偶爾出現，為影響行為
- 3. 隨時(偶爾)幻覺，並影響行為
- 4. 經常固定

十三、行為遲滯：

- 0. 適當
- 1. 會談速度慢，表情有疑問情形少
- 2. 說話次數明顯減少，身體表情、步態減少
- 3. 因簡答，而言常會談
- 4. 無法完全會談，有遲至、恍惚

十四、會談不合作：

- 0. 無
- 1. 過於拘謹或保留，回簽簡短
- 2. 適當阻抗迴避
- 3. 顯著阻力作不相干的回答或拒答
- 4. 拒做會談

十五、不尋常的思考：

- 0. 無
- 1. 輕微、不確定
- 2. 中度
- 3. 妄想決定大部份思想影響行為
- 4. 壓倒性妄想決定思想內容及行為

十六、情感遲滯：

- 0. 適當
- 1. 含糊不適當與熟悉的人有隔閡
- 2. 表情平淡無能力和人接觸
- 3. 對家人、朋友冷漠
- 4. 情感表現不適當，與人接觸無感受

十七、行為激動：

- 0. 正常
- 1. 輕微行動，臉部在動
- 2. 行動中度，表情生動
- 3. 行動十分公開興奮，會談時坐不住，意念飛揚、活動量大
- 4. 持續在活動，精力旺盛，言語散亂

十八、定向感不良與意識混淆：

- 0. 無
- 1. 有，可自動更正
- 2. 有減弱，無法更正，可記年月日，但不知星期
- 3. 明顯障礙，無法說出年月日
- 4. 完全障礙

附錄三、個案治療方式記錄單

病患姓名：_____

科別	住院週數 治療項目	第 週 月 日至 月 日止	第 週 月 日至 月 日止	第 週 月 日至 月 日止	第 週 月 日至 月 日止	合計 日
醫師	一般心理治療					
	會談治療					
	家族治療					
	團休心理治療					
	特別處理					
	生理心理功能檢查					
	特別心理治療					
護理	一般團體心理治療					
	活動治療					
	康樂治療					
	藥物治療特別處理費					
	精神科特別護理費					
	行為治療					
	會談治療					
職能治 療	職能評鑑					
	職能治療					
	娛樂治療					
	會談治療					
社工	會談治療					
	家族治療					
心理	智能評鑑					
	人格特質評鑑					
	心理測驗					
	團體心理治療					

附錄四、病人滿意度調查

病患姓名： 訪員姓名： ☐問卷可信 ☐問卷不可信

1. 您對住院所接受的照護之整體評價為何？

1. 非常好 ☐ 2. 好 ☐ 3. 普通 ☐ 4. 不好 ☐ 5. 無意見

2. 整體而言，您對護理人員提供照護的評價如何？

1. 非常好 ☐ 2. 好 ☐ 3. 普通 ☐ 4. 不好 ☐ 5. 無意見

3. 整體而言，您對醫師提供照護的評價如何？

1. 非常好 ☐ 2. 好 ☐ 3. 普通 ☐ 4. 不好 ☐ 5. 無意見

4. 有那些的醫療人員有詳細告知您病情及進展？

1. 二位以上 ☐ 2. 一位 ☐ 3. 沒有

5. 不同醫療人員以群隊方式來提供需要的照護做的如何？

1. 非常好 ☐ 2. 好 ☐ 3. 普通 ☐ 4. 不好 ☐ 5. 無意見

6. 醫師護士有無讓您參與決定接受的照護？

1. 有 ☐ 2. 無 ☐ 3. 無意見

7. 您對醫師護士治療師花的時間談論您的照護的滿意程度如何？

1. 非常滿意 ☐ 2. 有些滿意 ☐ 3. 不滿意 ☐ 4. 無意見

8. 在住院期間醫療人員有無提供以下的資訊(可複選)

1. 診斷 ☐ 2. 要執行的檢驗 ☐ 3. 吃的藥 ☐ 4. 活動安排的目的

9. 整體言之，您對醫療人員提供需要的資訊的滿意程度如何？

1. 非常滿意 ☐ 2. 有些滿意 ☐ 3. 不滿意 ☐ 4. 無意見

10. 醫療人員有無提供下列資訊的指引(可複選)

1. 吃何藥、何時吃 ☐ 2. 何時與醫師聯絡 ☐ 3. 預約追蹤照護 ☐ 4. 復健計劃或服務的選項 ☐ 5. 轉介計劃

11. 整體言之，您對醫療人員提供出院計畫的資訊的滿意程度如何？

1. 非常滿意 ☐ 2. 有些滿意 ☐ 3. 不滿意 ☐ 4. 無意見

12. 依您的經驗有無建議任何的改變以改善提供照護的品質？

附錄五、家屬滿意度調查

1. 當您和貴家屬入病房時，病房人員為您介紹環境、設備及住院注意事項感到？
☐ 1.非常滿意 ☐ 2.滿意 ☐ 3.無意見 ☐ 4.不滿意 ☐ 5.非常不滿意
 2. 貴家屬住院期間，您曾接觸過那些病房工作人員?(複選)
☐ 1.精神科醫師 ☐ 2.護理人員 ☐ 3.社工人員 ☐ 4.心理學技師 ☐ 5.職能治療師
☐ 6.其他
 3. 在什麼情況下接觸(複選)?
☐ 1.住院當天接案 ☐ 2.家屬團體時間 ☐ 3.另外約談 ☐ 4.其他_____
 4. 在此次住院中工作人員主動約談過您或您其他家人共幾次?
☐ 1.不曾主動約談過 ☐ 2.一次 ☐ 3.二次 ☐ 4.三次 ☐ 5.四次以上
 5. 貴家屬住院期間，醫療人員對您是否有做下列事情?
☐ 1.提供有關精神疾病和治療藥物的知識
☐ 2.在關於病患的治療方面，詢問您的意見
☐ 3.在關於如何照顧病患方面，給予協助與建議
☐ 4.與您討論出院計畫
☐ 5.與您討論到可享有的福利(如殘障福利、重大傷病)
- 以下問題為勾選滿意度評分：
- ☐ 1.非常滿意 ☐ 2.滿意 ☐ 3.無意見 ☐ 4.不滿意 ☐ 5.非常不滿意
6. 貴家屬住院期間，病房工作人員樂意回答您的問題：_____
 7. 當您需要協助時，可立即得到病房工作人員的回應與處理_____
 8. 整體而言，您對此次住院病房對病患的治療方式感到_____
 9. 整體而言，您對此次住院的治療效果感到：_____
 10. 您對此次住院之整體評價如何? _____
- 除了上述問題外，您有否其他寶貴的意見:_____

附錄六、家屬態度調查

(非常同意：5, 有點同意：4, 不確定：3, 有點不同意：2, 非常不同意：1)

一、我認為有方法可以預防疾病再發作	5 4 3 2 1
二、我認為減少病人的壓力有助於預防疾病再發作	5 4 3 2 1
三、我認為減少刺激事件對病人較好	5 4 3 2 1
四、我認為病人出院後繼續作復健有助於病情穩定	5 4 3 2 1
五、我認為病人病情穩定就可以出院採門診治療方式	5 4 3 2 1
六、我可以信任病人所做的事	5 4 3 2 1
七、我會支持病人所做的努力	5 4 3 2 1
八、我覺得精神病人是有希望的	5 4 3 2 1
九、如果病人病情穩定, 我願意與他同住	5 4 3 2 1
十、我可以接受病人因生病的緣故, 表現較不如一般人	5 4 3 2 1
十一、我會以溫和的態度和病人說話	5 4 3 2 1
十二、我可以瞭解病人有他的限制	5 4 3 2 1
十三、我可以有效的協助病人定期服藥	5 4 3 2 1
十四、我和病人說話時會慢慢講	5 4 3 2 1
十五、我會幫助病人處理他的症狀問題	5 4 3 2 1
十六、我會處理病人的攻擊行為	5 4 3 2 1
十七、我可以協助病人恢復工作或做工作訓練	5 4 3 2 1
十八、我會幫忙病人做生活安排(如三餐正常、休閒等)	5 4 3 2 1
十九、我會適當的向親友解釋病人的情形	5 4 3 2 1
二十、為了病人的病情, 我會適當的協調家庭關係	5 4 3 2 1

附錄七、病患住院費用資料

病患姓名：_____ 病例號碼：_____ 住院/轉出日期：__年__月__日 住院天數：_____天

收費項目	金額	收費項目	金額	收費項目	金額
住院診察費(189 元/天)		藥事服務費(30 元/天)		注射技術費	
病房費(720 元/天)		檢查費		精神科治療費	
管灌飲食費		放射線診察費		藥費	
特殊材料費		合 計			