

計劃編號：DOH88-TD-1105

行政院衛生署八十八年度委託研究計劃

科技研究工作研究報告

計劃名稱：全民健保慢性病患監控管理模式之研究(Ⅱ)

The Study on Monitoring and Management
System of NHI Chronic Illness Patient (Ⅱ)

執行機構：私立高雄醫學院醫學社會學系

計劃主持人：劉慧俐

協同主持人：江宏哲

協同主持人：江永盛

協同主持人：李淑婷

協同主持人：王鴻昌

協同主持人：楊奕馨

研究員：林淑華

研究員：朱惠麗

專任助理：黃秀琴

執行期限：中華民國 87 年 7 月 1 日至 88 年 8 月 31 日

本報告僅供參考，未經確認前不代表行政院衛生署意見

目錄

| | |
|--|----|
| 中文摘要..... | 1 |
| 英文摘要..... | 2 |
| 壹、前言..... | 3 |
| 貳、文獻探討..... | 7 |
| 一、中老年慢性病防治－高血壓..... | 7 |
| (一) 控制高血壓的重要性..... | 7 |
| (二) 民眾對疾病的認知及健康行爲..... | 8 |
| (三) 高血壓患者醫療遵從行爲之探討..... | 9 |
| (四) 介入措施的成效..... | 10 |
| 二、探討監控管理高血壓之可行性..... | 11 |
| (一) 高血壓監控之成本效益..... | 11 |
| (二) 監控高血壓的重要性..... | 12 |
| 三、中老年慢性病防治－糖尿病..... | 14 |
| (一) 控制糖尿病的重要性..... | 14 |
| (二) 民眾對疾病的認知及健康行爲..... | 15 |
| (三) 糖尿病患者醫療遵從行爲之探討..... | 15 |
| (四) 介入措施的成效..... | 18 |
| 四、探討監控管理糖尿病之可行性..... | 19 |
| (一) 糖尿病監控之成本效益..... | 19 |
| (二) 監控糖尿病的重要性..... | 20 |
| 參、材料與方法..... | 21 |
| 一、研究設計..... | 21 |
| 二、研究對象及樣本選取..... | 21 |
| 三、測量工具設計..... | 21 |
| 四、研究進行過程..... | 22 |
| 五、研究進行限制..... | 23 |
| 六、統計分析方法..... | 23 |
| 肆、結果..... | 24 |
| 一、中央健保局高屏分局 86 年度高雄市過渡利用醫療資源之 糖尿病、高 血壓個案資料..... | 24 |
| 二、高雄市衛生所糖尿病、高血壓個案前測基本資料..... | 24 |
| (一) 個案基本資料..... | 24 |
| (二) 個案疾病認知、控制情形..... | 25 |
| (三) 個案飲食認知與行爲..... | 26 |
| (四) 高血壓個案收案管理前各項注意事項得分..... | 27 |
| (五) 糖尿病個案收案管理前各項注意事項得分..... | 27 |

| | |
|-------------------------|----|
| 三、高雄市衛生所公共衛生護士基本資料..... | 28 |
| 四、公共衛生護士滿意態度量表..... | 30 |
| 五、考績評核結構、過程、結果分析..... | 31 |
| 六、86/88 年度工作成果比較..... | 33 |
| 伍、討論與結論..... | 36 |
| 陸、誌謝..... | 37 |
| 參攷文獻..... | 38 |
| 圖表目錄..... | 41 |
| 附錄目錄..... | 73 |

圖表目錄

| | |
|--|----|
| 圖一、健康信念模式..... | 16 |
| 表一、中央健保局高屏分局八十六年度高雄市糖尿病、高血壓個案門診利用次數..... | 41 |
| 表二、高雄市衛生所糖尿病、高血壓個案基本資料..... | 42 |
| 表三、個案疾病認知，控制情形..... | 43 |
| 表四、個案飲食認知與行爲..... | 45 |
| 表五、高血壓個案收案管理前各項注意事項得分..... | 47 |
| 表六、糖尿病個案收案管理前各項注意事項得分..... | 49 |
| 表七、高雄市衛生所公共衛生護士基本資料分析..... | 51 |
| 表八、高雄市衛生所公共衛生護士對糖尿病、高血壓收案管理意見..... | 55 |
| 表九、高雄市衛生所公共衛生護士對目前的考核方式之評價..... | 57 |
| 表十、公共衛生護士對家庭訪視滿意態度(一)..... | 58 |
| 表十一、公共衛生護士對家庭訪視滿意態度(二)..... | 61 |
| 表十二、構成公共衛生護士對家庭訪視滿意度各因素之原始分數平均值和順位..... | 64 |
| 表十三、考績評核分析..... | 65 |
| 表十四、86/88 年度工作成果比較..... | 70 |
| 表十五、86/88 中老年病防治經費概算..... | 71 |
| 表十六、86/88 高雄市衛生所公共衛生護士人員數及薪資..... | 72 |

附錄目錄

| | |
|--|-----|
| 附錄一、申請中央健保局高屏分局八十六年度整年之慢性病患戶籍資料公文.. | 73 |
| 附錄二、高雄市衛生所糖尿病、高血壓護理指導記錄..... | 74 |
| 附錄三、高雄市衛生所糖尿病、高血壓個案管理成效調查表(前、後測) | 76 |
| 附錄四、高雄市衛生所糖尿病、高血壓監控管理模式之成本效益分析..... | 79 |
| 附錄五、高雄市衛生所糖尿病、高血壓監控管理模式之成本效益分析 經費/薪資調查表..... | 88 |
| 附錄六、健保慢性病患轉介衛生所個案管理可行性協調會(I)..... | 91 |
| 附錄七、健保慢性病患轉介衛生所個案管理可行性協調會(II)..... | 114 |
| 附錄八、健保慢性病患轉介衛生所個案管理可行性協調會(III)..... | 132 |
| 附錄九、衛生所訪視收案個案問題之回應..... | 145 |
| 附錄十、健保慢性病患轉介衛生所個案管理可行性協調會(IV)..... | 147 |
| 附錄十一、公務人員考績法..... | 168 |
| 附錄十二、考績委員會組織規程..... | 173 |
| 附錄十三、高雄市政府衛生局公務人員考績表..... | 175 |
| 附錄十四、高雄市衛生所業務督導考核實施要點..... | 176 |
| 附錄十五、高雄市衛生所八十七年度護產業務考核內容及評分表..... | 177 |
| 附錄十六、高雄市衛生所八十八年度護產業務考核內容及評分表..... | 179 |
| 附錄十七、糖尿病、高血壓個案健康服務品質評鑑表..... | 181 |

摘要

本研究延續上年度計劃整理出八十六年度中央健保局高屏分局高雄市糖尿病、高血壓過渡利用醫療資源者，依照里別將各戶籍地址資料予以區分，再轉介給各衛生所，依照利用次數高低，配合現行衛生行政中老年疾病防治作業，自八十八年三月至六月執行家庭訪視介入管理研究。

至研究結果繳交期限，本研究三月份共收案糖尿病、高血壓過渡利用醫療資源者共 106 人；參與研究之高雄市衛生所公共衛生護士共 79 人。研究顯示：八十六年度利用次數多於 12 次且戶籍地址在高雄市之糖尿病、高血壓之患者，分別有 1850 及 2055 人。其中糖尿病患者利用次數自 13 至 51 次不等；高血壓則為 13 至 50 次。

本研究由公共衛生護土地段收案訪視之 106 糖尿病、高血壓個案，以糖尿病居多，佔所有個案的 63.2%，其次是高血壓佔 28.3%，而合併有糖尿病、高血壓者佔 8.5%。根據前測個案管理記錄統計分析得知，中老年病個案對自身的疾病認知在中上程度（都知道自己的病該注意些什麼），但是大部分個案卻無法做到（不論是按時服藥、適當運動、飲食控制等），顯示個案遵從性差。

目前衛生所中老年疾病防治作業之個案來源依序是：老人健檢（94.7%），地段篩檢（88.0%）及成人健檢（48.0%）。除了衛生所規定的條件外，個案選取標準為容易聯絡的到（85.5%）或容易有效者（63.2%）。護理人員在訪視時常遇到的問題是：效益太差（69.3%），時間、精力耗費太多（61.3%），無法提供普遍服務（46.7%）。無聯絡電話（22.8%）、個案不住在戶籍地址（15.2%）、街道地址更新，但戶政資料未及時更改（6.3%）是當前使用戶籍資料的困難。構成公共衛生護士家庭訪視滿意度的五大因素總分達滿分的 62.72%；以機構的行政措施為構成其面對家訪滿意度中最低滿意度之因素，其它依序為面對個案問題的挫折與成就、個案的反應、專業能力的自我肯定及培養，而以人與物的資源為滿意度最高的因素。

對於目前的業務督導考核方式之評價的滿意程度；其中家訪考核-依照高血壓、糖尿病個案健康服務評鑑表，表示非常不滿意及不滿意者有 22.8%；書面考核-依照高血壓、糖尿病篩檢異常個案追蹤統計表表示非常不滿意及不滿意者有 22.8%；而家訪考核-實地到個案家中考核家訪方式非常不滿意及不滿意者佔 48.1%，有 34.2%表達考核方式修改之建議。至於考績評核亦有 54.5%的護理人員表示不滿意。

本研究將繼續八十七及八十八年度之研究成果，收集資料進行成效評估。

ABSTRACT

Following the first year research outcome, we selected the diabetes and hypertension outpatients of high-frequency health insurance those who were living in Kaohsiung.

To home visits as a intervention study. These community follow up studies were conducted by trained public nurses.

In this study, two different kinds of sample were included. One consists of 106 clients were adopted purposive sampling. And, 79 public health nurses of 11 health stations in Kaohsiung composed the other sample. Questionnaires were designed as to cover the personal data and knowledge and behavior towards HBP & DM of the selected clients. The questionnaires were completed by public health nurses after they made their home visits to the individuals in the catchment area. Data analysis was done by PC with SAS program package.

The result of this study found that:

Among all levers of medical service providers under the jurisdiction of Kao-Ping Branch of BNHI during 1997, the diabetes and hypertension outpatients of high-frequency health insurance those who were living in Kaoshiung were 1850 and 2055.

The medical using frequencies were 13-51 and 13-50.

In March 1999, 106 high-frequency health insurance of the diabetes and hypertension outpatients those disease knowledge were better than behavior. The medical adherence was lack.

The percentage of the satisfaction in the public nurses achieves 62.72 %. The priorities of satisfaction were "the resources of personnel and objects", "the self assertiveness and cultivation of professional capacity ", "clients' response", "the sense of frustration and accomplishment encountering clients' health problems' and "the administrative policy of the agencies".

The third year projects will analysis cost -benefitive that will promote chronic illness monitoring and management.

Key words: chronic illness, health resources utilization, community home visit, monitoring and management system

前言

健康是一項基本人權，且是社會與經濟發展的要素。健康促進被視為健康發展的必要成份，在健康促進上所投注的資本和行動，顯著的影響了健康決定因素的改善，為人們創造了最大的健康效益、減少健康上的不平等、促進人權、並建立社會資本。

健康的前提包括：和平、庇護、教育、社會安全、社會關係、食物、收入、女權、穩定的生態系、永續性的資源使用、社會正義、對人權的尊重及公平。其中「貧窮」對於健康的威脅最大。人口老化、慢性病增加、靜態的生活方式、對抗生素的抗藥性、藥物濫用、暴力、傳染病重現、心理疾病等，都是公共衛生面臨的新挑戰。除此之外，一些國際因素對於健康也有顯著的衝擊，包括全球經濟的整合、金融市場與貿易活動、大眾媒體與傳播技術的擴張、浪費資源造成環境的惡質化等。這些改變，在世界各地塑造人們的價值觀、生活方式及居住狀況（陸均玲、李 蘭 1998）。

隨著國內經濟蓬勃發展，公共衛生普及，生活環境與營養狀況提升，以及醫療科技進步，我國國民平均餘命正逐年延長。面對高齡化社會的來臨，個人、家庭已無法獨自承擔醫療風險的重擔；同時隨著民眾保護自我權益意識的抬頭，逐漸體認政府應有保障全體國民健康的基本義務，醫療照護遂由私人的自助形式，漸次演變成為社會集體力量的互助，進而形成由政府以社會保險方式辦理全民健康保險，來保障全民健康的理念。

全民健康保險自 1995 年 3 月實施至今，就醫次數與費用每月快速增加，據健保局公佈 85 及 86 年國人住診平均每人年醫療費用，85 年每人花費 3997 元、86 年花費 4054 元（成長率 1.43%）；住診就醫次數 85 年每人平均 0.1194 次、86 年每人 0.1171 次，成長率（-1.93）。健保局表示，男性門診總利用次數均低於女性，85 年男性 12.28 次、女性 15.21 次，86 年男性 12.85 次、女性 15.93 次。依楊志良以 1996 年 5-12 月資料從事迴歸分析，則可發現每月門診人次對前一個月增加 45 萬 52 千餘次，費用增加 2 億 4 千 8 百餘萬，（相關係數均在 0.8 以上），住院次數雖十分穩定，但費用則每月增加約 1 億 6 百餘萬。展望未來一年保險費收入除非調高投保薪資或費率，否則難於增加，保險財務將出現逆差，難以為繼。

在醫療費用高漲，政府財源有限的今日，合理的分配醫療資源乃健保單位努力的目標。我國期許醫療保健體系能公平地為大多數有需要者服務，以造全民之福，醫療服務的適當使用自然成為大家關心的課題。而事實上，至今高度使用醫療服務者仍大多集中於少數人國外有許多研究指出「需要因素」，是最直接促成高度使用醫療服務的原因，可是也有不少文獻說明了高度使用醫療服務的嚴重性。Freeborn（1990）等人曾統計某一健康維護組織（H.M.O）所照顧的

老人族群，發現 26% 的持續高度醫療服務使用者，占用了一半以上的門診就診率及病房住院率。McCall (1983) 等人則發現在某一享有老人醫療保險 (Medicare) 的族群中，18% 高度醫療使用者竟花了 88% 之醫療費用。其他對各種慢性病之資源利用過渡之文獻亦不在話下 (Fox, 1989; Belcon, 1984) 類似這種少數人使用大部份醫療資源情況，OECD 1987 報告亦舉證歷歷，實在值得注意。

在本研究第一年的統計結果中指出，中央健保局高屏分局轄區過渡利用醫療資源(指 86 年度全年門診次數 25 次以上者)，男性有 241137 位，女性有 188717 位，就醫科別以內科佔 41.7%，疾病別以循環系統疾病排第一位(佔 24.0%)，內分泌及代謝疾病排第二位(佔 14.2%)，癌症及精神疾病排第三位(各佔 14.1%)，由以上資料可見，慢性病患是過渡利用醫療資源的主因。而慢性病患長期久住急性醫療設施現象依本研究統計可得知，醫學中心最長住院日數為 92 天，地區醫院為 200 天，基層醫療為 58 天。

依行政院衛生署的統計資料顯示，目前我國六十歲以上的老人使用門診的主要疾病，首推骨骼肌肉系統及結締組織疾病，其次為高血壓，再次為眼疾附屬器官之疾病。而促使老人住院的主要疾病依次為腦血管疾病、意外事故及不良影響、惡性腫瘤及心臟病。以腦血管為例，六十歲以下者平均住院天數介於 11~19 天之間，而六十歲以上者平均住院天數，卻介於 16~31 天之間，高出 5~20 天。住院人數中，六十歲以上佔總住院人數的 34%，約佔三分之一；六十五歲以上老人則佔四分之一。再者，住院三十天以上之病患，六十五歲以上者佔三分之一左右，可見老人因慢性疾病而佔用急性醫療的情形十分嚴重。

全民健保開辦後，慢性病患佔住急性病床的情況更是日益惡化，臺大醫院估計，該院已有三分之一的病床為慢性病患所佔據，而長庚醫院的慢性病患佔床率則是一路攀升到 15%，雖經醫院醫護及社服人員努力，仍只能降至 13%。造成慢性病患長期住於急性醫療機構的主要原因。從病人的角度觀之，可歸納為：1. 住院不必自己支付醫療費用；2. 出院後家人不會照顧；3. 出院後無人可以照顧；4. 罹患慢性疾病；而「住院不必自己支付醫療費用」所佔比例最高(趙玫珍, 1993; 劉慧俐, 1993)。由此得之，保險支付與否為病患及其家屬選擇長期照護型態的很重要誘因。然全民健保開辦之後，雖以解除民眾就醫的經濟障礙，國內現有之醫療機構對急、慢性病床及各類型長期照護機構與服務設施之功能界定服務範圍及作業規範尚未能明確界定；慢性醫療與長期照護體系尚未建立，且未有足夠的誘因，因此無法提供整體性、連續性的照顧(劉慧俐, 1993; 楊漢泉, 1995)。

目前臺灣地區仍以一般短期性醫療機構，作為照護長期病患之場所，由於

急性綜合醫院設備齊全、成本甚高，不僅病患本身需花費較多醫療費用，醫院的設備、儀器使用率降低，導致醫療成本上升。若能推展長期照護設施，使慢性病患在後送機構獲得妥善的長期性照護，可促使急性醫院內各種設施的使用率提高，平均住院日降低，醫院病床轉換率增加，進而降低醫院固定成本，以杜絕醫療費用的不斷上漲。

另隨著衛生經濟的改變、生活型態的改變、以及人口結構高齡化的現象，致使中老年慢性疾病已取代急性傳染病成爲重要的公共衛生問題。因此衛生署自七十二年起即積極廣設「基層保健服務中心」，並推行中老年疾病防治計劃，社區護理人員在慢性病患之發現、追蹤及居家護理的提供上更有舉足輕重的地位（阮玉梅，1992）。

雖然衛生所公共衛生護士採綜合地段管理模式，於衛生所門診、老人亭、家訪老年民眾時，發現異常個案即轉介就醫，若確定診斷病情控制不佳者則收案管理，此工作方式因公共衛生護理人員與地段服務人口不成比例，及衛生所工作量大，護產人員真正能照護的個案非常有限（李淑婷 1992）。衛生署還於民國八十一年加強醫院與衛生所之間糖尿病、高血壓個案雙向轉介作業，並在工作場所、社區人口集中處推行高血壓、糖尿病之篩檢及個案管理（衛生署國民保健計劃執行報告 1994），並加強社區志工協助推展慢性病防治工作（基層醫療衛生教育觀摩會資料 1996），但是成效仍非常有限，因此，需尋找更合乎經濟效益的慢性病個案服務方式。另一方面目前全民健保各分局，雖對過渡利用醫療資源之被保險人建檔及追蹤，然因非專業之公共衛生之護理人員，在臨床症狀上及家庭訪視效果上亦僅止於了解何以高利用醫療資源無法達到更佳之服務，因此有必要將健保局與衛生行政體系加以結合。

行政院衛生署自民國八十八年起至九十年這三年間，計劃著手推行『全面推動國民保健三年計劃--衛生所功能再造』，計劃中就指出：

- 1、建立糖尿病、高血壓罹患率之基本資料，以具全國代表性之分層隨機抽樣方法，建立國人各年齡層之糖尿病、高血壓盛行率基本資料，並據以計算各社區糖尿病，高血壓的預期個案數，作爲評估個案發現率及管理成效之基礎。
- 2、建立有效的個案發現及管理系統：
 - (1) 擴大運用慢性病防治局、院、所之肺結核巡迴檢查網及糖尿病人保健推廣機構，結合全民健保醫療及成人預防保健服務（含老人健康檢查）、勞工健康檢查等，提高四十歲以上民眾三年內接受血糖、血壓篩檢比率達 80%。
 - (2) 衛生所依全國盛行率資料，所推算之轄區罹患糖尿病、高血壓預期個案數，納入衛生所管理的比率，在山地離島及醫療資源缺乏區達 40% 以上，在其他地區達 20%（必要時得依空戶率調整之）。

3、普及照護資源及保障照護品質，降低慢性病之標準化死亡率：

- (1) 提高社區糖尿病、高血壓衛生所納管個案疾病控制良好之比率達 50%。
- (2) 民國九十年標準化死亡率，糖尿病維持在 $21.02/10^5$ 以下（八十六年為 $21.02/10^5$ ），高血壓疾病降至 $6.24/10^5$ （八十六年為 $6.57/10^5$ ）。

本研究計劃是為期三年之研究設計，研究主要目的，是希望分析全民健保門診及住院慢性病之疾病結構及醫療資源利用情況，進而了解如何減少不必要之資源利用，並建立快速監控慢性病患之動態及轉介服務系統，以提供慢性病患較佳的長期照護服務及建立可行之管理模式。其中第一年已完成中央健保局高屏分局慢性病患醫療給付費用檔之抽樣及檔案整理。第二年依前一年所建之管理個案檔，進一步進行衛生所家庭訪視管理模式之類實驗研究。

本年度的研究計劃目標與工作項目為：

- (1) 整理高屏分局過渡利用醫療資源被保險人檔案，以掌握其特性，並進一步將過渡利用醫療資源被保險人檔案與醫療費用歸戶檔勾稽，以了解慢性病患持續照護或濫用醫療資源的實際狀況。並進一步研擬以電腦網路系統快速監控管理方法。
- (2) 探討慢性病過渡利用醫療資源被保險人轉介衛生所公共衛生護理人員個案管理之可行性。
- (3) 進行公共衛生護理人員介入健保高血壓、糖尿病之慢性病個案管理之類實驗研究計劃。
- (4) 使衛生所公共衛生護士利用有限的訪視時間，擴展高血壓、糖尿病個案的服務。
- (5) 充分利用健保局之資料庫，並喚起慢性病患重視高血壓、糖尿病之自我照護責任。

一、中老年慢性病防治--高血壓

由於統計資料顯示高雄市：1、平均餘命延長。2、中老年人口持續增加。3、中老年已成為主要死因。4、中老年罹病率高（卓妙如，1989），突顯中老年疾病防治的重要性。雖然國人的平均餘命不斷延長，但並不表示中老年人的健康狀況良好，隨著工業、科技，醫藥技術的進步，國人近年來的十大死因已由以往的急性病、高危險傳染病被慢性病取代，其中又以高血壓、糖尿病及其它有關之腦血管障礙、心臟疾病、腎衰竭等合併症，躋身十大死因之林，分居排行榜的第五、九、二、四、七位（行政院衛生署公佈 1998 年臺灣地區十大死因）。因此，疾病的防治方向已由急性病轉為慢性病方向，以期除了平均餘命延長之外，也能兼顧到良好的中老年人生活品質。

（一）控制高血壓的重要性（未控制的後果）：

高血壓為終其一生的疾病，雖無法治癒，但可以經由良好的控制，減少合併症的發生，而此有賴於病人的自我照顧家屬的協助配合、醫師的藥物調劑、護理人員的衛教。否則，未控制的血壓偏高使得心臟、腎臟、眼睛、腦部等發生合併症，而引發腦中風、蛋白尿、腎臟衰竭、尿毒症、左心房肥大、狹心症、心臟衰竭、眼底血管出血等合併症，更嚴重者造成癱瘓。

自民國 71 年起，雖然腦中風由我國十大死因之第一位退居為第二位，然而臺灣地區每年仍有 1 萬 5 千餘人死於腦中風。而腦中風主要類型分為（1）腦梗塞（CI），（2）腦出血（CH），（3）蜘蛛膜下腔出血（SAH），（4）其它，（5）腦中風未分類等五種，而回溯中風病人的過去病史發現 59.4%的病人均有高血壓的病史。據統計資料指出，高血壓是各主要類型發作的重要危險因子，於民國八十五年及八十六年的盛行率為 21.2%及 24.6%，發生率為 4.6%及 6.6%（行政院衛生署中華民國公共衛生概況 1996；鄧丙華 1997），且有年年增加的趨勢，而且規則治療者佔 16.3%，不規則治療者佔 68.5%，未曾治療者佔 9.4%，不詳佔 5.9%（李克怡，1991）。

而除了高血壓之外，攝取高食鹽含量的食物及重度飲酒的危險性亦高（張娟娟，1992）；高血膽固醇與高血壓是急性致死性腦中風（主要為腦出血）的重要危險因子，其多變項調整後相對危險比分別是為 7.5，6.4；高血壓、心臟病家族史、低運動量為急性致死性冠狀動脈心臟病之重要危險因子，其多變項調整後相對危險比分別 7.6，7.2，3.6，故動脈粥狀硬化疾病之預防，應加強高血壓與高膽固醇的控制，並鼓勵適當的運動（黃麗卿，1992）。所以建議應提高老人接受健康檢查的比例，而初就醫者，為了解病情及服藥後的反應，通常是一星期一次，然後漸漸延長，等病情穩定且無合併症時，可 3-4 個月就診一次（孫樂穎，1989）；並加強健檢前後不同階段的衛教服務，以提升高血壓患者的就醫率與服藥的遵醫囑率，並長期追蹤管理病患的治療效果，以降低腦

中風的發生率，如此不但可以增加高血壓檢查與治療的成本效果，更可以提升整體老人健康檢查活動之成效（鄧丙華，1997）。

（二）民眾對高血壓的認知及健康行爲

健康的生活型態有助於高血壓的預防與控制，並可避免進一步合併症的產生，而一個人若對訊息接觸較多較了解，對預防性保健行爲的產生較高，訊息認知越強越會產生保健行爲，高血壓患者對疾病的認知程度越高，越擁有正向的健康信念（Leonard 1985；曾春典 1992）。健康信念是指個人所秉持的有關健康之想法，個人的想法會影響其行爲，健康行爲則包含了 1. 飲食控制、2. 情緒控制、3. 定期量血壓、4. 規律運動、5. 按時服藥、6. 戒菸。

在十大死因中，高血壓性疾病及糖尿病與飲食有密切的關係，高血壓與飲食中的鈉、鉀、脂肪等有密切關係；而成人型糖尿病發現的初期，可以不用藥物，而單以飲食控制，就可達到良好效果（劉嫻、劉廷英 1989）。研究結果發現，年齡、體重狀況、服藥行爲、抽煙行爲及婚姻狀況五個變項可以用來預測平宅中老年人之收縮壓，而舒張壓則可用體重狀況、抽煙行爲及服藥行爲三個變項來預測（邱怡玟 1992）。參加過營養或衛生教育課程的民眾其知識、態度、行爲均較不曾參加過課程的民眾爲佳，有顯著差異，可見在衛生所的營養教育很重要，並且有效果；而教育程度越高女性、年齡越輕、軍公教人員的知識成績在各組較高，故對社區中中老年人仍占多數的不識字及小學肄業者（50%）、50 歲以上、從事農、工者，要設計適合他們的營養教育教材，加強教育。

1984 年 Harper 的研究指出造成老年高血壓患者低服藥率的原因有四：（1）對藥物及給藥方式認識不足，（2）與給藥有關的自我照顧行爲不正確，（3）執行自我照顧之疾病的時間及參與有限，（4）缺乏適合老年人學習需要之衛教計劃。而研究發現，高血壓患者在飲食上的改變最多。以「已注意少吃蝦、蟹、蚵蜆、蛋黃等高膽固醇食物」得分最高，佔 95.33%。其次爲「飲食已改用沙拉油，不用豬油」及「自從有高血壓，飲食便儘量保持清淡」各佔 93.46%及 79.44%，「已減少喝酒（或不喝酒）之嗜好」佔 98.13%，「有定期規律的運動（出汗運動）」較低佔 56.07%。

患者所採取之健康活動與個人對健康的關心程度，對疾病的認識與所持之態度，及個人動機有關。而患者在就醫、服藥、飲食及生活上均能配合病情做適當修正，但對疾病卻不抱持樂觀態度，是以偏向保守性的治療行爲（即注意日常生活習慣之細節）。仍有四分之一患者是有不適症狀出現時才尋求醫療途徑（求醫、服藥、量血壓），足見現代醫學在國人心目中的形象有待加強。

因此未來的執行方向可朝向 1、今後衛教對象宜包括個人及家庭，才能收事

半功倍之效。2、護理人員不應以為是「老病患」或者「久病成良醫」而忽略了衛教，宜加強衛教技巧及增進雙向溝通，以確定衛教效果及患者確實的瞭解程度。3、臨床護理人員能在患者出院時加強出院計劃，並與公共衛生護理人員密切連繫，建立高血壓防治網，結合醫院與社區力量做好居家護理，共同防治高血壓。

（三）高血壓患者醫療遵從行為之探討

醫療遵從行為是指「一個人選擇的行為和臨床醫療處方是一致的」（Dracups & Meleis 1981）；相反地，不遵從行為（noncompliance）是指「一個人所作的決定和其與健康專業人員共同同意下的治療性建議不符合」（Dracups 1981），例如：忘了服藥、服錯藥、藥量服用過多或過少、錯過服藥時間及服用醫囑以外藥物等行為。對於高血壓病患的知識、態度、行為作系統性調查是近十年的事。1975 年美國 Green&Levine&Deeds 的調查顯示高血壓病人對疾病的認識極少，1978 年 Levy 發表了病患常有四個錯誤觀念：（1）高血壓必有症狀，（2）由於 Hyper-tension 字義上的誤導認為高血壓是緊張所致，（3）控制高血壓即等於護理，（4）可循科學以外的途徑治療高血壓。Ronsenstock 和 Becker 等學者（1974）提出以病人的感受為核心基礎的健康信念模式（health belief model），認為病人主觀感受某疾病的「威脅性」越高時，病人採取遵從醫療行為的可能性越高（Cumming et al. 1982）。

高血壓病人中斷的主要原因有：不自覺有症狀、忘記、沒有再看醫生拿藥等（蔡如冰 1986）；許多高血壓患者雖常至門診取藥，卻未完全按照醫囑服藥，使血壓控制不穩產生合併症而入院，不但降低生活品質，且造成社會經濟的負擔。護理人員常常希望藉由衛教來提升病人的知識，但結果常事倍功半，成效不彰，因為護理人員忽略了每個病人的健康信念具有其個別性，並非單向地灌輸其正確的健康知識即會產生正向的服藥行為。

在一項針對高血壓患者之知識、健康信念與服藥遵從行為之研究中指出，高血壓患者在每項服藥遵從行為之總平均值為 3.56 分，表本研究樣本服藥遵從行為偏高，但需考慮病人在接受會談時，礙於顏面不好意思承認其有不遵從行為，使本研究有高估的可能。病人服藥遵從行為的型式，以自行購買醫院外的藥物或服中藥的頻率較低，病人易忘了服藥，且會自行停止或調整服藥次數及劑量。這可能與大多數病人表示「不自覺有不適症狀、血壓已下降正常，或停止服藥也無不適症狀出現或血壓上升，或擔心藥物吃多了會傷身，或掛號就診不易致藥量不足」有關。而高血壓患者出現在健康信念之總平均為 3.73 分，大致反應病人遵從醫囑服藥的意願相當高，對服藥後能控制血壓、合併症的發生及擔心合併症造成家人負擔的感受性較高。而對「藥物治療的壞處」（副作用、複雜性）及「疾病的威脅性」之感受性相對地較低，且較不會主動積極的去尋

求有關健康的訊息。高血壓患者出縣在高血壓認知項目之總平均值為 0.87 分，結果呈現並人對「危險因子」的認知程度較高，相對地，對「藥物」的認知程度較低，答對率僅 66~76%（胡文郁、高紀惠 1992）。此與楊金寶（1986）的研究結果是相同的，顯示醫護人員對病人服用藥物衛教之疏忽仍尚未改善。

因此未來的執行方向可朝向 1、可運用健康信念量表評估病人的健康信念是如何？尤其是民俗醫療及文化價值觀如何影響病人的健康信念及服藥行為？2、教導病人對高血壓疾病及治療（尤其是藥物方面）等知識的認知，可採用錄影帶或短片等簡易生動的輔助教材，以增強其正向的健康信念。3、鼓勵病人及對其有影響力者，共同參與有關病人醫療的衛生教育，以增強其正向的健康信念。4、主動與病人建立良好信任之醫病關係，在病人健康狀況容許之下，建議醫師儘量簡化病人服藥顆數，成為病人與醫師溝通的橋樑，誘發病人解決問題的意願及能力。5、介紹或安排適當的轉介，加強社區的追蹤護理，建立高血壓病人居家自我照顧的觀念。

（四）介入措施的成效

大多數的研究顯示，慢性病患缺乏對疾病、治療藥物的認知及自我照顧能力，乃因缺乏對疾病之正向的健康信念。而健康信念又以「感受高血壓疾病的威脅性」、「感受降血壓藥物治療的壞處」及「維護身體健康並接受醫療的正向動機」等三個次概念建構而成。

國內外多篇研究報告指出，高血壓、糖尿病個案在經由醫護人員定期家庭訪視、護理指導後，其對疾病、治療藥物的認知、就醫、飲食、運動等態度都是呈正向改變（阮玉梅 1991；李淑婷 1992；Smith 1992）。在一項針對高雄縣高樹鄉的研究報告亦指出：1、該研究實驗組在高血壓的認知、運動習慣及就醫、服藥遵從行為，雖未顯著優於控制組，但進行該組前後測比較時，兩次後測均顯著優於前測，且其得分也有逐次進步的情形。2、介入後兩組的比較，實驗組在血壓監測及運動習慣的改變上，已顯著優於控制組（簡淑媛，1996）。

由於慢性病患多採複向求診【multiple medical behavior】，且其遵從性【compliance】差，因此，藉著公衛護理人員的衛生教育幫助，可以採下列兩種方式進行：（1）團體衛教（2）個別衛教。除了教導患者主動參與照顧之各項知識外，並評估醫療史、患者對自身疾病的了解程度、自我照顧能力、其動機態度、及實際日常生活的狀況，視個別不同的需要衛教。成功的衛教應能達到：（1）增進病人的知識（2）改變病人的行為（3）改善身體的情況。而不論是個案之個別性不同，給予不同的衛教，也許無法改變所有病人的行為，但其已做到了知識增進的效果，若病患想要在疾病中維持最佳狀態，則有賴學會自我監控，降低合併症的發生，減少多餘的醫療花費。

二、探討監控管理高血壓之可行性

(一) 高血壓監控之成本效益

雖然高血壓是終其一生無法治癒的疾病，但是經由良好的控制和照顧，仍然可以維持良好的生活品質。除了有高血壓家族史的家庭成員會有自我意識感，會定期去量血壓之外，大多數的民眾是在自覺不舒服時才去就醫，但高血壓的盛行率為 24.6%，發生率為 6.6%（鄧丙華，1997），而民國八十六年衛生署委託辦理之「國民營養健康狀況變遷調查」中得知，65 歲以上的糖尿病盛行率為 14.9%，高血壓盛行率為 56.0%。而簡淑媛於民國八十四年針對高樹鄉的研究中指出，65 歲以上實驗組老人的血壓在 140/90mmHg 以上者有 58.4%，在 160/95mmHg 以上者有 42.7%；控制組血壓在 140/90mmHg 以上者有 74.1%，在 160/95mmHg 以上者有 48.3%，比國內其他各研究為高，且高樹鄉歷年來主要死因，皆為心血管疾病所引起，值得行政單位注意。

在中央健康保險局於八十六年各特約醫療院所的申報資料中，以上呼吸道感染、高血壓及糖尿病三種疾病進行分析，主要係因第一種疾病為常見的門診疾病，占全民健保門診就診人次比率之 37.6%；後二者為常見的慢性病門診病患占 3.5% 及 1.6%。以每位醫師平均看診人次而言，則因疾病別而有不同，在高血壓及糖尿病方面，醫學中心及區域醫院每位醫師平均看診人次高於地區醫院及基層診所；就疾病別層級門診之每位醫師平均每次看診開藥天數來看高血壓，以醫學中心最高，平均 24 天；其次為區域醫院 20 天、地區醫院 16 天、基層院所 15 天；醫學中心 95% 以上、區域醫院 75% 以上的醫師平均每次看診開藥天數在 2 週以上；基層院所及地區醫院僅有近 50% 之醫師平均每次開藥天數在 2 週以上。糖尿病層級別門診之每位醫師平均每次看診開藥天數，以醫學中心最高，平均 22 天，其次為區域醫院 19.4 天、基層診所 17 天、地區醫院 16.6 天；醫學中心 90% 以上之醫師平均每次看診開藥天數在 2 週以上；地區醫院及基層院所僅有 50% 以上醫師，平均每次看診開藥天數在 2 週以上；基層院所約有 5% 醫師平均每次看診開藥天數在 3 天以內；區域醫院有 5% 醫院、基層院所所有 10% 醫師每次看診開藥天數在 1 週以內。

依行政院衛生署統計資料顯示，目前我國六十歲以上的老人使用門診的主要疾病，首推骨骼肌肉及結締組織之疾病，其次為高血壓疾病，再次為眼疾附屬器官之疾病。而促使老人住院的主要疾病依次為腦血管疾病、意外事故及不良影響、惡性腫瘤及心臟病。以腦血管為例，六十歲以下者平均住院天數介於 11~19 天，六十歲以上者平均住院天數，卻介於 16~31 天，高出 5~20 天。住院人數中，六十歲以上佔總住院人數的 34%，約佔三分之一；六十五歲以上老人則佔四分之一。再者，住院三十天以上的病患，六十五歲以上者佔三分之一左右，可見老人因慢性疾病而佔用急性醫療資源的情形十分嚴重。

據臺灣省慢性病防治局的統計資料顯示，篩檢的個案中，扣除已知有高血壓的個案，高血壓的罹病率是 16 %，糖尿病是 4 %，故 Benjamin 建議，所有的成人都應接受篩檢，對於未被發現或發現了但未接受適當治療的病人，必須藉著定期篩檢來發現 (Magnus, 1991)，早期發現早期治療，使民眾更健康更有助於生活品質的維持與提升。

依研究保守估計，接受健檢比未接受健檢的高血壓患者不但每人可節省 8439~8759 元，同時可增加 45 天的壽命；以較理想情況估計而言，接受健檢比未接受健檢的高血壓患者不但每人可節省 34570~34890 元，還可以增加 128 天的壽命。敏感度分析方面，接受治療中風的發生率、未接受治療中風的發生率、高血壓治療的年成本、腦中風患者需居家照護的比率、每月護理之家月平均直接費用、服藥的遵醫囑率，對成本效果敏感度較高，尤其以未接受治療中風的發生率影響最大 (鄧丙華, 1997)。

篩檢如果能明顯的降低盛行率和死亡率，則必須有二個條件：一、該疾病為明顯的造成死亡率和盛行率的主因；二、該疾病必須在無症狀時即能有效治療，且與延遲至症狀出現時才治療相比較有明顯效益著 (Littenberg B. 1990)。

(二) 監控高血壓患者的重要性

根據健保局資料顯示，我國八十七年度門診藥費佔門診費用之 29.44%，此一比例全球僅次於日本，而門診每一處方，平均所開藥品項則高達 4.1 項，亦較其他先進國家，如美國平均約 1.9 品項高出甚多。我國目前每人每年平均就醫次數跳升至 15 次，即較韓國 1995 年之 7.5 次、德國 1995 年之 6.4 次超出許多，可見我國『重複就診』、『重複用藥』現象之嚴重。

依我國全民健康保險法規定，全民健保實施後連續二年如全國平均每人每年門診次數超過十二次，即應採行自負額制度，而根據目前我國每人每年平均就診次數來看，已達實施自負額制度的條件。為兼顧保險對象之正常醫療需求、醫療院所行政作業之順暢，並考量特殊病患 (領有重大傷病證明卡、分娩、預防保健、山地離島居民就醫、就診時未開藥、急診民眾、慢性病連續處方籤領藥超過二十八天者、榮民、低收入戶、牙科總額預算及門診論病例計酬) 之權益，依目前規劃的方案，將針對藥品部分，不分醫療院所層級採定額負擔，費率以 15% 或 20% 計，藥費超過 100 元以上均需支付 15 元以上的藥品部份負擔 (詳見下表)；而門診次數在第 24 次以前，維持原部分負擔規定，就診自第 25 次開始，則每次需加付 50 元，另自第 157 次起則加付 100 元，來抑制醫療費用的成長。

由以上資料看來，門診就診的高利用率與本研究所得到的高血壓病患在門

診的高利用率不謀而合，而此有賴於不斷的追蹤指導，監控病人的醫療遵從行為及長期的再教育，以避免額外的醫療資源浪費（已於 1999 年 8 月 1 日起實施）。

醫療院所不分層級採定率定額的藥品部份負擔

| 藥費 | 藥費部份負擔 | |
|-----------|--------|------|
| | 20% | 15% |
| 100 元以下 | 0 元 | 0 元 |
| 101-200 元 | 20 元 | 15 元 |
| 201-300 元 | 40 元 | 30 元 |
| 301-400 元 | 60 元 | 50 元 |
| 401-500 元 | 80 元 | 60 元 |
| 500 元以上 | 100 元 | 80 元 |

全民健康保險部分負擔方案一覽表

| | | | |
|-----------|-----------|--------------------|----------------------|
| 門診高診次部分負擔 | 今年就診次數 | 第 49 次 (健保 I 卡) | 第 157 次 (健保 AA 卡) |
| | 明年起全年就診次數 | 第 25 次 (健保 E 卡) | 第 157 次 (健保 AA 卡) |
| | 加收部分負擔 | 50 元 | 100 元 |

一、中老年慢性病防治－糖尿病

健康是一項基本人權，且是社會與經濟發展的要素。健康促進被視為健康發展的必要成份，在健康促進上所投注的資本和行動，顯著的影響了健康決定因素的改善，為人們創造了最大的健康效益、減少健康上的不平等、促進人權、並建立社會資本，投資健康促進的最終目的是，預期健康的提升及減少在國家間和群體間的健康差距。

健康的前提包括：和平、庇護、教育、社會安全、社會關係、食物、收入、女權、穩定的生物態、永續性的資源使用、社會正義、對人權的尊重及公平。其中「貧窮」對於健康的威脅最大。人口老化、慢性病增加、靜態的生活方式、對抗生素的抗藥性、藥物濫用、暴力、傳染病重現、心理疾病等，都是公共衛生面臨的新挑戰。除此之外，一些國際因素對於健康也有顯著的衝擊，包括全球經濟的整合、金融市場與貿易活動、大眾媒體與傳播技術的擴張、浪費資源造成環境的惡質化等。這些改變，在世界各地塑造人們的價值觀、生活方式及居住狀況（陸均玲、李 蘭 1998）。

隨著社會經濟及醫學、衛生等各方面的進步，各種慢性病的問題已日趨重要，目前臺灣地區十大死因中慢性病已超越傳染病之前，慢性病的研究已在公共衛生領域中佔據重要的項目，而糖尿病的篩檢工作近年來已成為公共衛生的重要工作項目之一，因此，如何有效的防治慢性病亦成為國民健康保健之重要課題。

（一）控制糖尿病的重要性

糖尿病是一種長期潛伏在人體的慢性疾病，就像是一無形的殺手，對人類的健康造成極大的威脅，由醫學研究得知，糖尿病是可以治療及被控制的，患者若不遵從藥物治療，糖尿病可能會引起合併症（Andreoli ， 1981）。

糖尿病為美國十大死因之第 7 位，每年直接間接因糖尿病而死亡之人數約達 13 萬人。在全人口中約有 2.35% 經診斷為非胰島素依賴型糖尿病患者，而在 65 歲以上之人口群中，盛行率高達 8.6%（李俊仁 ， 1989）。由於醫學科技的發達、經濟的繁榮、國民生活富裕、生活方式及飲食習慣的改變的因素，使得國民平均壽命延長、肥胖增多、生活壓力增加、疾病型態由急性變為慢性病，糖尿病即為其中之一（行政院衛生署 ， 1996）。「高雄市中老年病防治計劃」的預期效果方面，以民國 77 年高雄市主要死因與民國 67 年比較，發現平均餘命延長，其中以高血壓增加率為 24.48% ，糖尿病增加率則高達 209.14%（卓妙如 ， 1989）。

美國現有人口中經診斷為糖尿病患者大約有 580 萬人，據估計大約還有 400 到 500 萬人雖患有糖尿病，但並沒有被發現。每年新診斷出來的糖尿病人大約有 50 萬人。經診斷為非胰島素依賴型糖尿病在全人口中約有 2.35% ，而在 65 歲以上

的人口中有 8.6% (李俊仁, 1989)。在人口結構趨向高齡化之際, 糖尿病的防治是刻不容緩。糖尿病是一種長期潛伏在人體的慢性疾病, 就像是一無形的殺手, 對人類的健康造成極大的威脅。由醫學研究得知, 糖尿病可以治療及被控制的, 患者若不遵從藥物治療, 糖尿病可能會引起合併症 (Andreoli, 1981)。糖尿病患者會產生白內障、增殖性視網膜炎、失明、膀胱無力、腎盂炎、膀胱炎、腎絲球硬化、尿毒症、高血壓、動脈硬化, 中風等合併症, 故應定期篩檢以及早發現, 患者除了定期檢查外, 還需定期就醫, 如果不就醫、不服藥, 疾病就會惡化, 根據研究, 如果不治療, 糖尿病患者會縮短壽命約 10 年, 雖然短時間內看不出來, 但症狀會加重且會發生合併症, 造成殘障或死亡 (孫樂穎, 1989)。糖尿病是導致末期腎臟疾病的重要因素, 以限制蛋白質飲食來控制腎臟病變速率, 在臨床膳食治療上, 早已被普遍接受與應用, 然而, 病人對飲食控制的執行度時常不盡理想, 評估其可能原因為營養知識不足、飲食技巧生疏等 (林佳青, 1993)。糖尿病患者需按時按量服藥, 因中風是糖尿病很嚴重的合併症, 必須讓個案認識控制糖尿病的原則, 加強就醫、服藥、飲食控制、運動。所以慢性病的早期發現、早期治療為一重要的課題 (孫樂穎 1989; 洪美玟 1990)。在糖尿病的治療過程中, 病況並非永遠不變, 必須隨時接受醫師的定期檢查及調整藥量, 否則會延誤病情或發生合併症, 就診間隔由醫師視個案情況決定, 初就醫, 為了解病情及服藥後的反應, 通常是一星期一次, 然後漸漸延長, 等病情穩定且無合併症時, 糖尿病患者可兩個月就診一次 (孫樂穎 1989)。

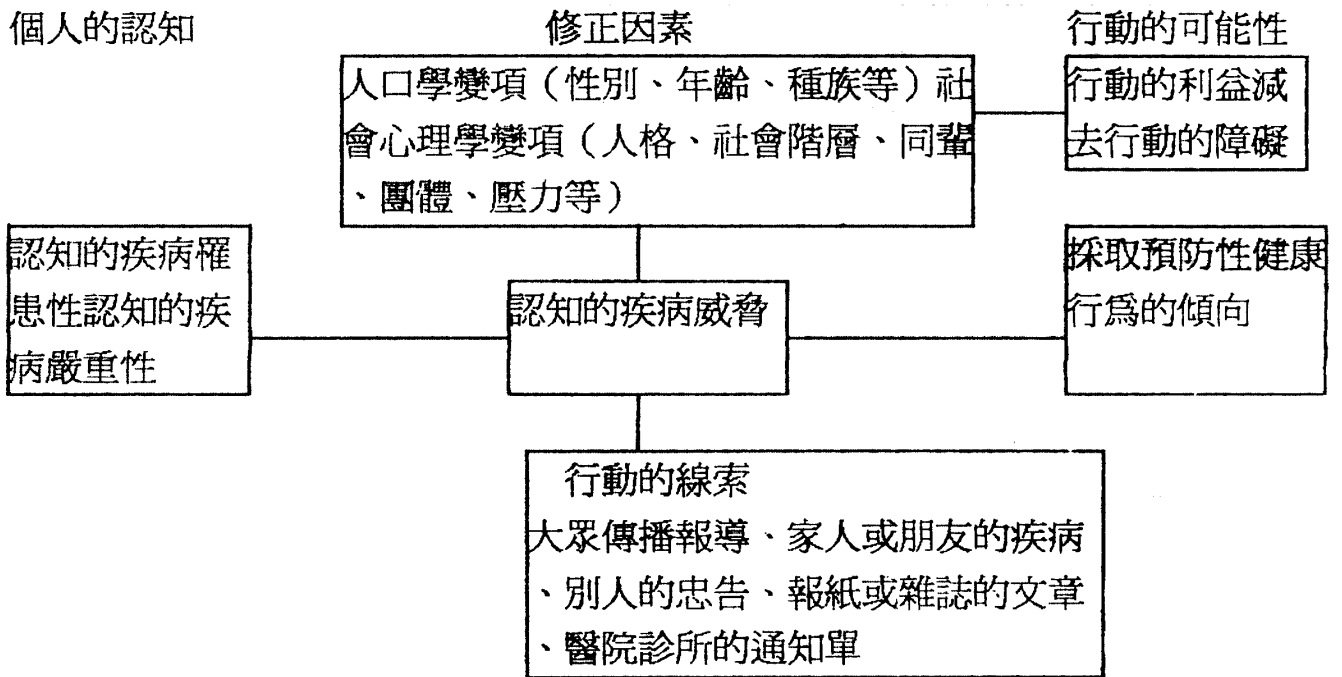
(二) 民眾對疾病的認知及健康行爲

在推廣慢性病防治前, 應先了解一般民眾對慢性病的認知及保健行爲, 在國外有許多研究報告顯示糖尿病患者知識的缺乏 (Cochran 1979; Dun 1984)。期望借著了解個案的家庭支持等等, 提升患者生活滿意度, 進而加強其自我照顧行爲, 使患者有更佳之生活品質及糖尿病控制, 並達到身心健康的安適狀態 (江金玲, 1996)。非胰島素依賴型糖尿病患者的認知及其健康行爲, 個案之健康信念, 傾於正向看法, 得分百分比依次為利益性認知、罹患性認知、嚴重性認知、障礙性認知最差; 而障礙認知與自我照顧呈顯著正相關 ($P < 0.05$)。個案之居家自我照顧行爲之各項行爲得分差距甚大: 在藥物使用方面之得分最好, 其次為飲食、足部照護、運動, 而低血糖預防方面最差。且研究者指出, 健康信念與糖尿病居家自我照顧呈顯著正相關 (邱愛芳, 1997)。洪慧涓研究中發現病患自我照顧行爲有高估的情形, 因此測量工具應考慮在現實可行的條件下, 同時考慮客觀與準確性的問題, 醫療人員在門診衛教中容易忽略教育程度低的人, 而這群人才是最需要了解糖尿病有關的知識, 因此醫療人員應改變原先既有的固定行爲模式, 加強對這些人的衛教, 以淺顯易懂的方式幫助他們, 而治療障礙的認知如治療的不舒服, 生活型態干擾及心理適應的確與自我照顧習慣呈負相關 (洪慧涓, 1978)。

(三) 糖尿病患者醫療遵從行爲之探討

健康信念是指個人秉持的有關健康之想法，個人的想法會影響其行為，來維護或增強健康。健康信念模式（參圖一）的概念是這樣的：當個人對某一疾病之認知，覺得他易罹患該種疾病，而且罹患該種疾病之結果會很嚴重，而他考量採取行動的利益，超過行動的障礙，而他又有一些線索來促使他採取行動的話，他很可能就會採取該種行動，這些線索包括大眾傳播報導，別人的忠告和醫院診所的提醒通知等（黃淑貞，1990）。

圖一、健康信念模式



根據楊文山（1992）的研究結果發現，國人決定求醫方式往往不受專家意見的影響，大約 90% 的台灣家庭在疾病徵兆之初，先採用自我療法，而自我療法方式的選擇往往傾向於病家之主觀評價或其他病家的口頭宣傳，極少接受專家的推介與建議而受中國古老傳統觀念的左右。吳就君（1981）在其「台灣地區居民社會醫療行為」的探討中發現：（1）家庭是影響台灣地區醫療行為的重要背景因素，（2）台灣地區民眾所採用的醫療法並不僅限於西醫，（3）民俗療法以使用「卜卦、抽籤、拜廟」最多，（4）家庭採用醫療行為模式與區域、籍貫、宗教信仰、供奉方式以及中國傳統保健觀念相關。一般而言，不論城市和鄉村的民眾均採用西醫、中醫以及民俗醫三種混合式的療法。台灣地區一般民眾的就醫過程是一個綜合多層面的求醫模式，西醫療法固有其重要性，中醫以及民俗醫療也佔有相當重要地位。綜上所敘，一般民眾治療的來源可以分為：（1）正式的健康專業人員；（2）有執照的健康執業人員；（3）本土化的健康執業人員；（4）民間療法；（5）自己（蔣立綺 1996）。

隨著疾病型態的改變，由急性傳染病為主轉變為以組織、器官功能退化、癌症心理與社會適應不良等慢性長期疾病為主。慢性病的求醫行為與性別、年齡、教育、職業、宗教信仰，以及心理衛生等變項相關（楊文山，1992），台灣地區

的求醫行爲爲複向的選擇，不論急性病與慢性病皆以西醫爲主要求醫方式與第一優先的選擇，中醫療法與民俗療法均爲第二或第三選擇，而找親人與朋友在慢性病中也成爲一大重要的醫療行爲，然慢性病對身體的影響不大亦不直接，而且疾病的形成時間較長，以及沒有直接治癒的方式或藥物，所以決定求醫行爲時會有較多時間考慮，以及嘗試各種不同的醫療管道，尋求醫療照護，民眾在患慢性病時第一選擇醫療方式中，西醫佔 25.6% ，中醫佔 4.2% ，民俗醫 0.3% ，到西藥房 2.8% ，找親人 1.9% ，找朋友 2.2% ，找輔導機構 0.6% ，西醫仍爲主要求醫選擇，民間對症狀與病因之解釋與正統醫學教育之內容相差相當大，這種疾病觀念普遍流傳，必然對民眾所採取的保健行爲與求醫行爲有所影響。

在整個慢性病治療過程中，醫生的正確判斷與處置僅完成了治療工作的一半，而另一半仰賴患者在日常生活行爲中對治療計劃之遵從，傳統的醫病關係中，“遵從”的觀念常被醫療人員用以評估病人的行爲是否符合醫師們的指示且常被定義爲病人服從醫療人員的要求和教導（李復華，1997）。具體而言，一般民眾對於疾病以及不同體系的醫療方式，如西醫體系、中醫體系、或民俗醫療體系等，都有一套自己的看法，一般人會根據自己的這套看法，去選擇適合於自己的醫療體系，而展現出不同的求醫行爲。類似的研究架構下，研究者都指出民眾會依疾病的類型、症狀的嚴重程度、以及社會人口特質等因素，判斷自己生病的狀況，進入不同的醫療體系和不同的醫療機構就醫，同時，對疾病與醫療活動的態度，主要還是依個人對疾病的認知和疾病處理的經驗而形成（沈勝昂，1989）。換言之，這些研究背後都存在一個很強烈的假定，就是認爲醫療信念和態度與醫療行爲之間必然有著一定的邏輯關係，因此，個體由對症狀的知覺開始、其如何解釋、如何認定自己有病以及有什麼病、該如何處理、應採取何種醫療型式、及決定至何種醫療機構處理等，是一個連續的過程。而整個求醫的過程所牽涉到的各個環節之間，都有著相當清楚的推理。簡要的說，就是將「求醫行爲」置於「推理行動理論」的架構之下思考（張荳雲，1998）。且根據研究指出，求醫時機的選擇，即在什麼情況下開始注意自己身體有不正常的狀況，需要求醫，研究者指出不以爲意的不正常狀況及極需採取行動的狀況；不以爲意的不正常狀況包括四種原因，例如：病人在主觀上覺得自己還可以處理，還可以忍受，並沒有強烈的不適；當身體仍有正向的體能狀況，以平衡不舒服反應時，一般也不會積極求醫；容易和其他經常發生的小毛病混淆的狀況，也是讓人掉以輕心，或者轉移了患者的注意力；身體部位的差異，極需採取行動的狀況包括四種原因，例如：症狀持續且逐漸加重；見紅見血；發燒、喘跳、盜汗、昏倒；生活習性或身體外觀的變化。而病人爲什麼要換地方看，研究者指出三種原因，醫療專業的轉介，到大一點的醫院檢查；換家看看，問題沒有解決，甚至惡化；不願意面對殘酷的現實（張荳雲1998）。而家人支持可以有效的緩和糖尿病患者的遵醫囑壓力增進其身體化症狀方面的適應；以及針對糖尿病患者的控制飲食行爲而言，出現社會統整愈高，則其控制飲食的程度則較差的現象，顯現出了社會支持的負向效果（張利中，1989）。

糖尿病門診病人遵行醫囑行為之影響因素及其相關情形，分為以下五方面：以健康人格控制量表來預測病人遵行醫囑之意義；疾病嚴重性對遵行醫囑行為之影響關係；對診療效果信心與遵守醫囑行為之影響關係；醫病關係及家人協助情形對遵行醫囑行為之影響情形；人口統計資料對遵行醫囑之影響情形（王聖園，1984）。預測糖尿病病人遵行醫囑行為的最佳公式，經統計分析結果如下，對於病情嚴重性認知較強者，遵行醫囑率較高；認為醫師治療有效者以及對現代醫學治療較有信心者，遵行醫囑率較高；對於醫護人員所說的話了解程度較高者以及家人協助情形較好者，其遵行醫囑率較高；多元次健康人格控制，對於遵行醫囑之影響傾向較不明顯，然而在醫病約診情形及飲食控制情形方式，能以其得分作判定，解釋力各為 4% 及 7%（王聖園，1984）。

（四）介入措施的成效

糖尿病高居我國十大死因的第五位，衛生教育是糖尿病照護的一個重要角色，研究者為了了解糖尿病衛教人員與病人對糖尿病人衛教需要評估的一致性，而進行研究，研究結果發現研究對象（研究人員與糖尿病人）都認為糖尿病人（新病患與老病患）對這些衛教內容有中度以上至高度的需求；顯著影響糖尿病人評估自覺需要衛教內容的背景因素，在各糖尿病衛教內容不一，但年齡是主要的影響變項，年齡越大需求越低；衛教人員與新病患對 53 個衛教內容需求評估的一致性為 0.425，而與老病患評估的一致性為 0.387；衛教人員與新病患對六大衛教單元需求評估的一致性為 0.491，非但不一致且呈相反現象，以「運動」和「足部護理」得排序相差最大，而衛教人員與老病患評估的一致性為 0.43，以「糖尿病總論」的排序相差最大（黃靜宜，1997）。如何有效的控制糖尿病，成為現今預防保健的工作重點，經由研究者研究結果發現，在影響血糖控制之基本屬性方面，結果顯示血糖控制的良好與否與體重控制方面兩組病患並無不同；在基本屬性對血糖控制自我管理之影響方面，所有病患之教育程度與執行口服藥物控制的終止點有關，職業及共同居住者與飲食控制的終止點及自我管理之終止點有關，年齡及體重狀況與運動控制的自我管理之終止點有關（莊嬌榮，1997）。王璟璇之研究結果如下：(A) 個案自我照顧行為的平均得分為 84.09 ± 13.33 ，標準化分數為 64.69 分，並不十分理想；(B) 個案的糖化血色素平均值為 7.12%，血糖控制有 630.1% 屬於控制尚可至良好的情形；(C) 年齡與高、低血糖的預防及處理自我照顧行為呈顯著負相關，教育程度為高（初）中、高中（職）者其藥物與血糖監測自我照顧行為明顯優於大專以上者，高、低血糖的預防及處理自我照顧行為則明顯優於小學以下者，無職業、低社經地位者其藥物與血糖監測自我照顧行為優於有職業、中下社經地位者，無其他疾病者其高、低血糖的預防及處理自我照顧行為優於患有其疾病者；(D) 自我效能與自我照顧行為呈顯著正相關，自我效能各次量表與其相對應之自我照顧行為次量表亦呈顯著的正相關；(E) 社會支持與自我照顧行為呈顯著的正相關；(F) 男性的糖化血色素值明顯較女性為低，無宗教信仰者的糖化血色素值明顯較有宗教信仰者為低；(G) 自我照顧行為、社

會支持、自我效能均與糖化血色素值呈顯著負相關；(I) 自我照顧行為得最佳預測因素為自我效能，解釋變異量為 74.0% ；(J) 宗教信仰、自我照顧行為為糖化血色素值的顯著預測因子，解釋變異量為 10.9% (王環璇，1996)。

一、探討監控管理糖尿病之可行性

(一) 糖尿病監控之成本效益

台灣省政府衛生處依其中老年病防治計劃所執行之社區高血壓、糖尿病篩檢，其每執行於一位受檢者的單次成本約為 236 元，若以慢性病防治局所公佈，在糖尿病方面，79 年篩檢人數為 442011 人，而篩檢時始發現異常的個案有 10580 人，其發現率為 4% ，而發現一個糖尿病患者之經費約為 5900 元。篩檢慢性病之成本中，篩檢受檢者的單次成本約為 236 元，其中人事費約為 184 元佔 78% ，足見篩檢成本中以人事費為主，受檢者的單次篩檢總時間約需 74 分鐘，而其中真正花在篩檢的時間，只有 14 分鐘，約佔篩檢總時間的 19% ，花在交通時間與其他時間是 81% ，雖然國情、調查方式、篩檢方法等均有不同，不宜直接驟下定論，但衛生處於繼續執行其社區糖尿病篩檢工作之際，宜認真考慮如何使人事費下降而減少篩檢成本。張峰鳴的研究中建議為改善目前的服務方式，提高服務量，可從三方面著手，第一：經過事前多方聯絡，完整的準備，事前充分了解社區何處是中老年人聚集最多之處所，透過適當的宣傳管道，增加民眾接受篩檢之便利性及篩檢人數。第二：依據行政院衛生署編製之「高血壓防治手冊」之規定，收案個案需訪視次數至少要佔總次數的一半，約 4~6 次，待個案符合消案條件始可消案，若個案病情控制不佳，應增加訪視次數，故交通時間花費較多，且獲益之民眾僅是少數，王瑞霞等研究提出家庭訪視與電話衛教雖係兩種不同的衛教方法，但對高血壓患者認知的增進其效果是相同，且電話衛教所需時間平均比家庭訪視減少 2-4 分鐘，故工作人員可多利用電話媒體等聯絡工具，召集被篩檢者於同一（相近）之處所，以利篩檢工作，或是利用訪視機會，事前通知受訪者，並使其呼朋喚友，以提高受篩檢人次。第三：衛生局所業務電腦化，不僅與戶政事務所聯線，工作人員可從電腦中直接了解該地段中老年人口數、姓名、地址，發出信函通知民眾前往篩檢，報表簡化即可節省基層工作人員的時間，而所收集之資料亦更具可信度，於推行中老年病防治計劃之際，可做為評估、追蹤、考核之重要資料。研究者提出四項建議，第一：台灣省推行中老年病防治計劃之成本過高，其成本效益有待釐確，其於本省公共衛生政策上，所扮演的優先順序，亦需重新檢討。第二：台灣省推行中老年病防治計劃之成本中，人事費所佔比例亦偏高，故是否以血糖測定代替尿糖檢察之工作方式，均需重新考慮。第三：由於衛生處學童尿液篩檢委託法人機構辦理，篩檢之費用為一案 34 元，而自行辦理社區糖尿病篩檢之費用卻需 236 元，相距甚大，不合經濟效益，故政府於推行此類計劃時，可委由民間團體辦理。第四：建議由衛生所發給中老年人每人一張健康管理卡，每人每年可篩檢血壓、尿糖、血糖各一次，各醫療機構，如診所、醫院均可接受中老

年人執卡篩檢，衛生機構給付執行篩檢之醫療機構該項費用，並檢出有病者進行追蹤輔導。

（二）監控糖尿病的重要性

大多數的調查顯示糖尿病的民眾有許多都不知道自己患病，朱等對台北市中老年人疾病、知識、態度行為調查，顯示在檢查前一年內患病比率高達三分之一，僅四成量過血糖及尿糖，廖麗娟等調查發現糖尿病自知率僅 28.7%。

篩減如果能明顯的降低盛行率和死亡率，則必須有兩個條件，第一：該疾病為明顯的造成死亡率和盛行率的主因，第二：該疾病必須在無症狀時即能有效治療，且與延遲至症狀出現時才治療者相比較有明顯效益者。故篩檢的目的是要找出已患病但尚無明顯症狀的民眾，以便早期發現早期治療，調查顯示有很多糖尿病人未被診斷出來且無症狀，這些人都是篩檢的主要對象，對於未被發現或發現了而未適當治療的病人，必須藉著定期篩檢來發現。但是多久篩檢一次，則視前一次篩檢的人口數，以及若延遲治療會有何影響，來決定篩檢的頻率，若在篩檢間隔期間內未治療，會發生何種傷害，此牽涉到篩檢間隔問題，因為重覆篩檢效益會減低，群眾經初次篩檢後，未被診斷出來的人數會減少，則篩檢的成本將相對提高（張峰鳴，1992）。

一、研究設計

本研究結合中央健保局高屏分局之檔案及衛生所之公共衛生之護理人力，欲做好高雄地區之慢性病個案管理工作，尤其是衛生所列管之高血壓、血膽固醇與血糖等危險因子之疾病，由第一年研究建立之慢性病門診給付檔中抽出高血壓、糖尿病病患，分析其利用次數的分佈；並召開專家會議邀請本研究小組之協同研究人員、研究員，由產、官、學三方面共同來探討全民健保慢性病患轉介衛生所個案管理可行性及工作流程。此外為評估建立監控慢性病患動態及轉介服務系統成效，進行類實驗研究計劃。本年度僅以高雄地區十一所衛生所為實驗範圍，待成果評估之後再推展至屏東地區等其他地區。

二、研究對象及樣本選取

類實驗研究計劃之進行以高血壓、糖尿病或此類門診病患之高利用率者為對象，整理出八十六年度過渡利用醫療資源者之後，請健保局提供個案之戶籍資料（附錄一），找出當年利用次數多於 12 次且戶籍地址在高雄市者，依照里別將各戶籍地址資料予以區分，再轉介給各衛生所，但衛生所家訪之個案為糖尿病、高血壓之患者，並不包括冠狀動脈心臟病（CHD）及腦血管疾病（CVA），因此配合現行行政作業只針對糖尿病、高血壓患者進行介入研究，並依照公共衛生護士人數，每位護士給予每月訪兩位新案，經過為期四個月的指導，對照組則沒有任何介入，而實驗組、對照組衛生所之選定則以配合意願高低來決定，並在收案之前後給予問卷調查，希望瞭解個案在收案前後之變化，並可整理出個案過渡利用醫療資源的原因，以助研擬出更有效的方法，期望能夠有效的監控慢性病患，有效率的利用醫療資源。對照組礙於衛生所公共衛生護士之工作負荷無法如計劃規劃執行。

三、測量工具設計

- （一）依照衛生所現仍使用之糖尿病、高血壓護理指導記錄，收集個案之資料，並加以整理分析。（附錄二）
- （二）前後測問卷是依省公共衛生研究所所研發之「糖尿病、高血壓護理指導記錄」修定之後，再經過專家（衛生局第五科科长李淑婷、高雄醫學院護理學系講師簡淑媛、三民區衛生所護理長李素華）效度測試，將專家之意見匯集整理並予以修改問卷內容，成為高雄市衛生所糖尿病、高血壓個案管理成效調查表（前、後測）（附錄三）。並由護理指導記錄摘錄資料至調查表中。
- （三）成本效益分析是參考張峰鳴八十一年「臺灣省推行糖尿病、高血壓社區篩檢工作之成本分析」，及行政院衛生署七十八年度基層醫療保健研究計劃報告「衛生所公共衛生護士及其管理個案對家庭訪視滿意度之研究」

，加以整理出的問卷，並經過專家（衛生局股長呂秀珠、高雄醫學院副教授邱啓潤、高雄醫學院副教授王瑞霞）效度測試後，匯集而成高雄市糖尿病、高血壓監控管理模式之成本效益分析。（附錄四、五）

四、研究進行過程

本研究於 88 年 2 月 10 日進行第一次協調會，與衛生局第五科科長李淑婷、衛生局技士黃貴妃、新興區衛生所護理長朱惠麗，先瞭解衛生所之業務、介入措施，討論本研究進行方法之可行性（附錄六）。88 年 3 月 5 日進行第二次協調會，與衛生局第五科科長李淑婷討論個案之篩檢率、管理比率、門診高利用率、護理人員薪資調查、管理個案經費調查（附錄七）。88 年 3 月 12 日進行第三次協調會，將從健保局處所得到的個案戶籍資料發給各區衛生所護理長，並請護理長依各所內里別之地段分配轉交各護理人員，並再次說明訪視方法、時間、記錄方法（附錄八）。88 年 5 月 1 日發給護理人員成本效益問卷，其間並在護理人員訪視個案有遭遇到問題時給予電話回應（附錄九），並預定於 88 年 6 月 4 日收回成本效益問卷並除錯。88 年 6 月 9 日進行第四次協調會，收回各衛生所護理人員於 3、4、5 月間收案管理的護理記錄，進行訪視經驗分享、疑問解答，並與 11 區護理長或護理長職務代理人討論考績評核規範、填寫考績評核問卷表（附錄十至十七）、商討改進辦法。研究進行期間也不定時與各區護理長、護理人員以電話聯繫、澄清疑點，以期研究進行進度順利。

本研究類實驗研究計劃中實驗組糖尿病、高血壓個案管理辦法如下：

（一）管理目標

（1）增進全民健保慢性病患對高血壓、糖尿病的認識及預防方法。

（2）減少全民健保慢性病患醫療資源濫用。

（3）使高血壓、糖尿病的個案接受居家護理的服務以達下列目標：

（a）按時就醫、按時按量服藥。

（b）病情控制穩定，即：

* 高血壓患者：血壓維持在 140/90mmHg 以下。

* 糖尿病患者：

• 只用飲食控制或吃降血糖藥物者，全血糖值應控制在：

飯前 120mg% 以下，飯後兩小時 140mg% 以下。

• 60 歲以上或注射胰島素者，全血糖值應控制在：

飯前 140mg% 以下，飯後兩小時 160mg% 以下。

* 若個案年齡大且有合併症，需由醫師決定其血壓、血糖值應控制的程度。

（c）預防或早期發現合併症之發生，特別是中風。

（d）能每天運動：

* 高血壓患者每天一次，每次半小時。

* 糖尿病患者每天二至三次，每次半小時。（每次運動達微出汗為止，並注

意運動前後點心的補充，以防止因血糖過低而昏倒。)

(e)能遵從高血壓、糖尿病飲食。

(f)能增進對疾病的認識及居家照護的知識、方法。

(二) 管理模式

(1) 管理對象

* 糖尿病患者

* 高血壓患者 (收縮壓 150mmHg 以上，舒張壓 90mmHg 以上)

(2) 管理方法

* 前測問卷調查後予第一次家訪 (三月二十二日)、

* 再每隔一個月予家訪 (四月二十二日、五月二十二日、六月二十二日)、

* 之後再予以後測問卷調查 (六月二十二日)。

(三) 銷案條件

(1) 在連續四次管理中有三次血壓或血糖值能控制理想，且按時就醫時，不論管理多久皆可銷案。

(2) 經管理半年，血壓或血糖值雖未控制理想，但在連續四次管理中有三次血壓控制在 160/95mmHg 以下或血糖飯前 150mg% 以下、或飯後兩小時在 170mg% 以下，即能銷案。

(3) 續發性高血壓者之主要病因已消除，血壓恢復正常時即可銷案。

* 除以上個條件，若個案死亡、遷出時亦可銷案。

五、研究進行限制

由於在收案進行期間，有四區衛生所共六位護理人員離職，造成收案個案無法繼續管理，而護理人員也一再反應未遇情形很高，再者是個案拒訪、住院、搬家等因素，造成本研究推行不易；其次是衛生所的護理人員本身業務量大除了訪視收案之外，還需執行衛生所原有業務、填寫整理記錄、門診調派，所以個案訪視三月份後測及四至六月份護理記錄無法依計劃進行時間收回統計、分析、撰寫結果，實為本研究執行困難之處。

六、統計分析方法

將所得之資料輸入個人電腦，以 SAS 統計軟體進行資料分析。即以次數分配表及描述性統計程序，檢視輸入資料之範圍及分佈情形，並以 t 檢定進行進一步的分析。

一、中央健保局高屏分局 86 年度高雄市過渡利用醫療資源之糖尿病、高血壓個案資料

本研究整理出八十六年度高雄市過渡利用醫療資源者，其中當年利用次數多於 12 次且戶籍地址在高雄市之糖尿病、高血壓之患者，分別有 1854 及 2055 人。其中糖尿病患者利用次數自 13 至 51 次不等；高血壓則為 13 至 50 次（表一）。依照里別將各戶籍地址資料予以區分，再轉介給各衛生所，依照利用次數高低，配合現行衛生行政中老年疾病作業，每位護士給予每月兩位新案訪視。

二、高雄市衛生所糖尿病、高血壓個案前測基本資料

（一）個案基本資料

依照個案管理前後測問卷 106 位在三月份收案個案的統計分析得知，個案管理地點都在家中，顯示公共衛生護士是直接到個案家中提供服務的；在案別項目中：高血壓有 30 位，佔 28.3%；糖尿病有 67 位，佔 63.2%；併有高血壓及糖尿病者有 9 位，佔 8.5%；由以上結果看來，糖尿病個案佔了一半以上。而年齡分佈在 40 歲以下有 2 位，分別是 24 及 28 歲佔 1.8%，40~64 歲有 48 位佔了 45.0%，65~79 歲有 49 位佔了 46.1%，80 歲以上有 7 位佔了 6.6%，年齡層介於 24~84 歲之間。性別項目男性有 64 位，佔 60.4%，女性有 42 位，佔 39.6%。教育程度方面：不識字有 17 位，佔 16.0%；識字有 12 位，佔 11.3%；小學有 31 位，佔 29.2%；國(初中)有 13 位，佔 12.3%；高中(職)有 17 位，佔 16.0%；專科有 2 位，佔 1.9%；專科以上有 4 位，佔 3.8%；沒填者有 10 位。在保險狀態方面有 105 位加入健保佔 99.1%，1 位沒有加入健保佔 0.9%。

在發病年限項目：一年以下的有 1 位，佔 0.9%；1~3 年的有 10 位，佔 9.4%；3~5 年的有 9 位佔 8.5%；5~7 年的有 10 位，佔 9.4%；7~10 年的有 12 位，佔 11.3%；10 年以上的有 42 位佔 40.0%，也就是有將近一半的個案發病已有 10 年以上，而長達 20-30 年者也不在少數。（表二）

在過渡利用次數方面，健保卡一年使用 11 次的有 1 位(此為旗津區個案)佔 0.9%；亦有高達一年利用 50 次者佔 0.9%。其中 20 次以下者佔 51.9%，21~30 次佔 33.0%，31 次以上亦有 5.6%。統計過渡利用原因，48 份問卷有 23 位個

案是因為在私人診所拿藥，必須兩星期去取一次藥，造成健保卡高利用率；有 9 位個案是因為感冒就診時，不知道看那一科，只好掛了原本糖尿病或高血壓所屬的主治醫師門診來看感冒，造成病歷上及健保卡蓋了慢性病就診章；有 4 位個案因年齡漸長，因關節炎就醫而成了高利用率者；依醫師要求每週去拿藥的個案也有 6 位；其他有做復健（每六日蓋一格健保卡門診章，所以一個月要蓋四格），重複就診 2 位，10 天拿一次藥 2 位，因糖尿病合併症白內障，須就診眼科 2 位，皮膚病 1 位，胃不適 1 位、外傷 1 位。

（二）個案疾病認知、控制情形

在個案的疾病認知及控制情形中，有 78 位個案在半年內曾經因高血壓、糖尿病不適就診，佔 73.6% ，未在半年內就診的有 2 位，佔 1.9% ，其餘 26 位沒填佔 24.5% 。而就醫情形：有 95 位個案按時定期就醫(每月定期就醫或依慢性病處方簽固定取藥就診)，佔 89.6% ；有 8 位個案不定期或不舒服時就醫，佔 7.5% ；有 3 位個案未就醫佔 2.8% 。就醫地點(可複選)：有 54 位個案在公立醫院就醫佔 51.0% ，有 54 位個案在私立醫院、診所就醫佔 50.9% ，有 1 位個案在衛生所就醫佔 0.9% ，有 1 位個案在中醫就醫佔 0.9% ，有 1 位個案在中藥房自購中藥治療，有 1 位個案在西藥房自購西藥治療，有 1 位個案未就醫，皆佔 0.9% ，顯示大多個案在公立醫院拿藥看診(健保中心、榮總、大同醫院、民生醫院)，其次是私立醫院、診所(長庚、阮綜合醫院、邱外科)。有 26 位民眾知道自身的體重應控制在多少才是理想，佔 24.5% ，有 43 位民眾表示不知道，佔 40.6% ，而有 37 位沒填，佔 35.0% ；但是 106 位個案當中有 59 位個案的體重是在標準體重 10% 之中，佔 55.7% ，有 25 位個案體重過重【高於理想體重 (IBW) 10-20% 】佔 23.6% ，有 10 位個案體重高於理想體重 (IBW) 20% 屬肥胖體重，佔 9.4% ，而低於 IBW 或低於 20% 以上屬消瘦者只有 8 位，佔 7.6% ，顯示國人營養過剩，有中年肥胖體質，而又未能利用運動善加控制。有 42 位民眾不知血壓應控制在多少才理想，佔 39.6% ，也有 42 位民眾知道血壓控制多少才理想，同樣佔 39.6% ，而沒填者有 22 位，佔 20.8% ；但在此次訪視時所測量的血壓中有 23 位個案是屬於理想但偏高之血壓(130-139/85-89mmHg)佔 21.7% ，有 44 位個案是歸類在高血壓，包含輕度到嚴重度(140/90mmHg)佔 41.5% 。民眾對於血糖應控制在多少才理想有 33 位個案表示知道佔 31.1% ，有 52 位個案表示不

知道佔 49.1% ，沒填此項者有 21 位，佔 19.8% ；而訪視時所測量的血糖值有 45 位個案的血糖控制良好(飯前血糖 120mg% 以下，飯後 2 小時血糖 140mg% ，使用胰島素 60 歲以上者、飯前血糖 140mg% 以下，飯後 2 小時 160mg% 以下)佔 42.5% ，有 58 位個案血糖過高(飯前 140mg% 以上，飯後 2 小時 200mg% 以上。)佔 54.7% ，沒填者 3 位，佔 2.8% ，顯示個案在糖尿病服藥控制多年情形下，仍是血糖過高，控制情形不佳。(表三)

(三) 個案飲食認知與行爲

針對飲食認知與行爲所做的統計得知在 106 位個案當中，有 67 位個案知道調味品爲高鹽份食物，佔 63.2% ，不知道的有 34 位，佔 32.1% ，沒填的有 5 位，佔 4.7% ；而能因爲知道調味品是高鹽份食物而適量攝取的個案有 63 位佔 59.4% ，不能做到控制的有 36 位，佔 34.0% ，沒填者有 7 位，佔 6.6% 。知道醃製品爲高鹽份食物的有 63 位，佔 59.4% ，不知道的有 39 位，佔 36.8% ，沒填者有 5 位，佔 4.7% 。知道罐頭爲高鹽份食物的有 64 位，佔 60.4% ，不知道者有 37 位，佔 34.9% ，沒填者有 5 位，佔 4.7% ；有做到控制食用罐頭食物者有 59 位，佔 55.7% ，未做到者有 40 位，佔 37.7% ，沒填者有 7 位，佔 6.6% 。知道動物內臟爲高膽固醇食物者有 74 位，佔 69.8% ，不知道有 28 位，佔 26.4% ，沒填者有 4 位，佔 3.8% ；能做到少食動物內臟的有 78 位，佔 73.6% ，未能做到的有 23 位，佔 21.7% ，沒填者有 5 位，佔 4.7% 。

對於知道有殼海產爲高膽固醇食物的有 70 位，佔 66.0% ，不知道的有 32 位，佔 30.2% ；而能做到少吃的有 73 位，佔 68.9% ，未能做到少吃的有 28 位佔 26.4% ，沒填者有 5 位，佔 4.7% 。知道高醣類食物應適當攝取者有 79 位佔 74.5% ，不知道者有 21 位佔 19.8% ，沒填者有 6 位，佔 5.7% ；而能做到適量攝取的有 73 位，佔 68.9% ，未能做到的有 25 位，佔 23.6% ，沒填者有 8 位，佔 7.5% 。了解煙類應儘量少抽的有 86 位，佔 81.1% ，不了解的有 17 位佔 16.0% ，沒填者有 3 位，佔 2.9% ；能做到煙類儘量少抽的有 82 位，佔 77.4% ，未能做到的有 20 位，佔 18.9% ，沒填者有 4 位，佔 3.7% 。了解酒類應攝取適當的有 87 位，佔 82.1% ，不了解的有 16 位，佔 15.1% ，沒填者有 3 位，佔 2.8% ；能做到酒類應適當攝取的有 86 位，佔 81.1% ，未能做到的有 16 位，佔 15.1%

%，沒填者 4 位，佔 2.8%。了解一日飲食攝取量是否適當者有 34 位，佔 32.1%；不了解者有 65 位，佔 61.3%，沒填者有 7 位，佔 6.6%；能做到飲食攝取適當的有 25 位，佔 23.6%，未能做到的有 74 位，佔 69.8%，沒填者有 7 位，佔 6.6%。（表四）

（四）高血壓個案收案管理前各項注意事項

在統計 39 位高血壓或高血壓併有糖尿病個案注意事項當中，有 20 位知道未控制的後果，佔 18.9%，有 14 位不知佔 13.2%，沒填者有 5 位；而有 17 位個案已知道去做到如何自我保健，佔 16.0%，有 18 位不知道，佔 17.0%，沒填者有 4 位。知道按時服藥的有 35 位，佔 33.1%，不知道有 3 位佔 2.8%，沒填的有 1 位；能做到按時服藥的有 31 位佔 29.2%，未能做到的有 8 位佔 7.5%。知道按量服藥的 35 位佔 33.3%，不知道按量服藥的有 3 位佔 2.8%，沒填的有 1 位；能做到按量服藥的有 31 位佔 29.2%，未能做到的有 8 位佔 7.5%。已知應做適當運動的有 28 位佔 26.4%，不知道要做適當運動的有 10 位佔 9.4%；而有每日做適當運動的有 28 位佔 26.4%，未能做到適當運動的有 10 位佔 9.4%，沒填的有 1 位。能知道須每月量血壓的有 23 位佔 21.7%，不知道的有 8 位佔 7.5%，沒填的有 8 位；而能做到每月量血壓(不論是去求診時才量或每天自行在家量者)有 22 位佔 20.8%，未能做到每月量血壓有 10 位佔 9.4%，沒填者有 7 位。洗澡時要注意水溫適中有 20 位，佔 18.9%，不知道者有 15 位佔 14.2%，沒填者有 4 位；而能做到洗澡水溫適中的有 31 位佔 29.2%，未能做到的有 4 位佔 3.8%，沒填者有 4 位。知道要預防便秘的有 17 位佔 16.0%，不知道的有 15 位佔 14.2%，沒填的有 7 位；而有做到預防便秘的有 23 位佔 21.7%，未做到預防便秘的(表示現在有便秘情形者)有 9 位佔 8.5%，沒填的有 7 位。（表五）

（五）糖尿病個案收案管理前各項注意事項

在 67 位糖尿病或糖尿病併有高血壓的個案分析，糖尿病個案注意事項當中，有 44 位個案知道未控制的後果佔 41.5%，有 30 位個案表示不知道未控制的後果佔 28.3%，沒填者有 5 位；而有 43 位個案有做到糖尿病自我保健事項佔 40.6%，有 33 位個案沒做到佔 31.1%，沒填者有 3 位。有 57 位個案知道應

按時服藥佔 53.8% ，有 17 位個案未能按時服藥佔 16.0% ，沒填者有 2 位。有 56 位個案能了解應該按量服藥佔 52.8% ，有 17 位個案未能按量服藥佔 16.0% ，沒填者有 1 位。針對評估藥物注射方法共有 5 位個案是以胰島素注射治療，且均能做到正確的注射方法、部位、時間。而有 53 位個案知道要適當運動佔 50.0% ，有 22 位不知道佔 20.8% ，沒填者有 2 位；能做到適當運動的有 40 位佔 37.7% ，未能做到的有 35 位佔 33.0% ，沒填者有 2 位。而 67 位糖尿病個案當中，知道什麼是低血糖症狀(饑餓感、發抖、心理發慌、出冷汗，心跳加快、四肢無力、休克)的有 34 位佔 32.1% ，不知道的有 40 位佔 37.7% ，沒填者有 3 位；而曾發生過低血糖症狀的有 22 位佔 20.8% ，未曾發生過的有 53 位佔 50.0% 。知道低血糖症狀如何處理的有 30 位佔 28.3% ，不知道的有 40 位佔 37.7% ；曾自行處理自身低血糖症狀的有 21 位佔 19.8% ，未曾處理的有 50 位佔 47.2% 。知道糖尿病病患須注意足部護理的有 39 位佔 36.8% ，不知道者有 37 位佔 34.9% ；而自身足部有傷口的有 4 位佔 3.8% ，沒有傷口的有 73 位佔 68.9% 。（表六）

三、高雄市衛生所公共衛生護理人員基本資料

79 份衛生所公共衛生護理人員之回收問卷基本資料如表七。在工作職等上，委任第四職等至第五職等有 13 位佔 16.5% ，委任第五職等或薦任第六至第七職等有 62 位佔 78.5% 。年齡在 40 歲以下佔 27.8% ，四十一至四十五歲佔 41.8% ，四十六至五十歲佔 21.5% ，五十一歲以上佔 6.3% 。在最高學歷方面，高職護校佔 26.6% ，護專(二、三、五專)佔 72.2% 。婚姻狀況以有偶的為多，計有 66 人佔 83.5% ，其次是未婚有 8 人佔 10.1% ，離婚的有 4 人佔 5.1% 。而居住地點於高雄市的有 65 人佔 82.3% ，高雄縣的有 13 人佔 16.5% 。截至 88 年 5 月底止，在衛生所服務年限五年之內有 22.8% ，五到十年有 29.1% ，十到十五年有 8.9% ，十五年以上有 36.7% 。幾乎一半以上的護產人員同時領有護士、護理師、助產士執照(各佔 88.6%、55.7%、67.1%)。籍貫方面有 83.6% 是本省(閩南、客家)人，13.9% 是外省人。每月領取薪資在四萬元以下者佔 11.4% ，四萬至四萬五千元者佔 58.2% ，四萬五至五萬元者 11.4% ，五萬元以上者佔 11.4% 。過去經常加班者佔 15.2% ，偶爾加班者佔 62.0% ，非常少加班者佔 19.0% 。而護理人員自畢業至今曾從事過臨床護理工作的有 63 位，佔 79.7% ，沒有從事過臨床護

理工作的有 14 位，佔 17.7% ，沒填者有 2 位，佔 2.6% ；曾從事過公共衛生機關之公共衛生或行政工作的有 29 位，佔 36.7% ，沒有從事過公共衛生機關之公共衛生或行政工作的有 48 位，佔 60.8% ，沒填者有 2 位，佔 2.5% 。

在 79 位護理人員選擇目前工作環境原因的三個優先考量為 1、上下班時間固定，有 51 位佔 64.5% ；2、離家較近，有 17 位佔 21.5% ；3、無須每天面對殘疾死亡，有 14 位佔 17.7% 。

針對案源是否足夠，填是者有 37 位佔 53.6% ，填否者有 42 位佔 46.4% ，沒填者有 10 位佔 12.6% ；而個案來源依序是：1、老人健檢（94.7% ），2、地段篩檢（88.0% ），3、成人健檢（48.0% ），4、醫院轉介（44.0% ），5、其他-個案介紹（8.0% ）。除了衛生所規定的條件外，個案選取標準為：1、容易聯絡的到（85.5% ），2、容易有效（63.2% ），3、老年人（47.4% ），4、中年人（32.9% ），5、女性（15.8% ），6、男性（10.5% ）。護理人員在訪視時常遇到的問題是：1、效益太差（69.3% ），2、時間、精力耗費太多（61.3% ），3、無法提供普遍服務（46.7% ），4、管理的案別太雜（20.0% ）。有 35 位護理人員反應在使用戶籍資料的困難有：1、無聯絡電話，有 18 位佔 22.8% 。2、個案不住在戶籍地址，有 12 位佔 15.2% 。3、街道地址更新，但戶政資料未及時更改，有 5 位佔 6.3% 。（表八）

對於目前的考核方式之評價的滿意程度；其中家訪考核-依照高血壓、糖尿病個案健康服務評鑑表，表示非常不滿意及不滿意者有 18 位佔 22.8%，沒意見者有 46 位佔 58.2% ；書面考核-依照高血壓、糖尿病篩檢異常個案追蹤統計表表示非常不滿意及不滿意者有 18 位共 22.8% ，表示沒意見者有 51 位佔 64.6% ；而家訪考核-實地到個案家中考核家訪方式非常不滿意及不滿意者有 38 位佔 48.1%，沒意見者 31 位佔 39.9% 。有 27 位佔 34.2%，表達考核方式修改之建議，建議的考核方式依序為：1、取消考核，沒有它自信會做得更好。2、請長官亦從基層訪視下鄉做起，如此才可瞭解民間疾苦、別空有學理及地位。3、順應工業社會潮流，取消跟隨家訪，因讓個案莫名其妙，認為自己被當作評核對象。是否改電訪就好。4、比照一科考核(但有阿長反應-一科考核太粗略、仍是比照五

科較好)。5、以當區衛生所自創工作方針，非刻板官方規條，才符合人性化。
(表九)

四、公共衛生護士對家庭訪視滿意態度

護產人員對問卷表示滿意及非常滿意的前十名變項有：1、和同事相處的融洽性佔 75.9%，2、接受我家庭訪視者所表現對自我健康的關心程度佔 72.2% (顯示受訪民眾是高度關心自身健康的) 及遇有問題時和同事討論問題的機會佔 72.2%，4、接受我家庭訪視者所表現的合作態度佔 69.6%，5、遇有問題時和同事討論問題的效果佔 60.8%，6、家庭訪視所用測量儀器的方便性(如血壓計、血糖測定儀等)佔 59.5%，7、參加在職教育對家庭訪視工作的幫助佔 55.7%，8、接受我家庭訪視者所表現對醫療資源的利用程度佔 54.4% 及個人在家庭訪視中已具備的專業知識及技巧佔 54.4%，10、接受我家庭訪視者所表現對居家綜合指導的遵從性佔 53.2%。

表示不滿意及非常不滿意的有：1、個案記錄表格填寫的費時性佔 56.9%(認為手寫太花時間，建議改用勾選方式或以電腦文書處理輸入，也增進檔案管理簡便性)，2、運用家庭訪視模式的安全性佔 55.7%(護產人員在開放式問卷回應中，反應有碰到精神病患、獨居者、走在路上怕被搶、被訪視者也感到害怕)，3、記錄填寫的簡便性佔 53.2%，4、家庭訪視的未遇情形佔 49.2% (護產人員需克服氣候因素到個案家中訪視，卻往往在依戶籍資料訪視時遇上空戶或搬家，因為她們無法事先取得電話聯繫，須在訪到個案後，才有可能取得電話，做為下一次訪視的事先聯絡準備)，5、運用家庭訪視模式的挫折感佔 46.8%，6、家庭訪視個案的目標數佔 44.3%(在開放式的問卷護產人員回應中表示，衛生所的人力一直被刪減所以每位護產人員所負責的區域越來越大，在一定的時間限制內所須達成的目標數也越來越多)及公家所提供之交通工具的方便性佔 44.3% (在開放性回答中人員均提及自己自備機車訪視，從未使用到公家提供之機車)，8、運用家庭訪視模式的辛苦性佔 43.2%，9、公家所提供訪視交通費佔 39.3% (護理人員均表明未隨物價上揚調整)，10、家庭訪視成績的獎勵辦法佔 35.4%。(表十)

在 79 位公共衛生護士對家庭訪視滿意態度的分析得知，滿意及非常滿意項目中的和同事相處的融洽性的平均值最高 3.95，標準差是 0.69；其次是遇有問題時和同事討論的機會的平均值為 3.86，標準差是 0.67；再來是接受我家庭訪視者所表現對自我健康關心的程度、接受我家庭訪視者所表現的合作態度的平均值各為 3.70，標準差分別是 0.57 和 0.61。不滿意及非常不滿意項目中的以記錄填寫的費時性的平均值最低 2.30，標準差是 0.95；其次是記錄填寫的簡便性的平均值 2.36，標準差是 1.02；再來是運用家庭訪視模式的安全性平均值為 2.37，標準差是 0.98；家庭訪視成績的考核辦法平均值為 2.37，標準差是 0.75。

(表十一)

將各因素所組成之變項原始分數的平均值相加，再除以各因素所包含項目之數目，分析結果得知，就公共衛生護士而言，以機構的行政措施為構成其面對家訪滿意度中最低滿意度之因素，其它依序為面對個案問題的挫折與成就、個案的反應、專業能力的自我肯定及培養，而以人與物的資源為滿意度最高的因素。構成公共衛生護士家庭訪視滿意度的五大因素總分達滿分的 62.72%（即 100 分是滿分，得了 62.72 分），而其中滿意度較差的有兩項低於 60 分，即因素 1.機構的行政措施和因素 2.面對個案問題的挫折與成就。（表十二）

五、考績評核結構、過程、結果分析

由 11 份（護理長有 6 位、護理長代理人-護理師有 5 位）考績評核問卷表中統計得知，衛生所護產人員認為「考績評核項目評定分數是否明確」，認為是的有 6 位佔 54.5%，認為否的有 5 位佔 45.5%；其「事、病、婚、產、喪假是否會影響考績」，11 區護產人員均認為會影響考績佔 100%；對於「出勤狀況是否明訂」，答是者有 8 位，佔 72.7%，並表示因為出勤路線圖原本就已規劃好，答否的有 3 位，佔 27.3%；對於「考績評核項目百分比分配」，答可接受者有 8 位，佔 72.7%，答否者有 3 位，佔 27.3%；對於「考績評核過程是否公開」，全部都答否，因為考績評核原本就不能公開；對「考績評核是否感到公平」，答是者有 2 位，答否者有 9 位，而有護產人員表示各衛生所的標準不一，有的衛生所可被評到 85 分，有的衛生所只有 79 分，對於在衛生所工作 20 多年的護理人員來說，是相當低的評價，因為她們都自認她們工作很努力；在

「考績評核應多久執行一次」，認為應半年執行一次的有 1 位，認為應一年執行一次的有 9 位，沒填的有 1 位，而在協調會議時有護理長表示，衛生所考核事實上是半年一次，但是因為人員業務量大，所以幾乎一年一次；有 8 位護理人員認為評核方式先自評、單位主管評、考績委員會評、再給所長評，有 2 位護理人員認為先互評，再自評，考績委員會評，最後才由所長評，有 1 位護理人員認為直接由所長評即可；有 5 位護理人員對於考績評核方式滿意，有 6 位護理人員對於考績評核方式不滿意；而有 9 位護理人員表示她們的主管沒有在評核後與她們討論，考績分數就此定論，有 2 位護理人員表示她們的主管會在評核後與她們討論；而「考績評核表可否反應工作表現」，答是的有 3 位，答否的有 8 位；「考績評核可否作為努力方向」，有 7 位答是，有 4 位答否。（表十三）

在開放式問卷回答中，護理人員的意見為：

1、針對考績評核項目評定分數是否明確：

* 應依工作完成率做界定

2、針對事、病、婚、產、喪假是否會影響考績：

* 建議病假（開刀、車禍）不要列入

3、針對出勤狀況是否應明訂：

* 出勤路線圖早已有明訂

4、針對考績評核過程是否公開：

* 評分標準不一定，有基本分數低、有的高，記功嘉獎是否有加分不知道

* 公開會引起困擾

5、針對考績評核過程是否公平：

* 原決定權是所長，應改小組互評

* 如果主管偏見，可以改分數

6、針對考績評核過程是否滿意：

* 分數太低，以致於參加考試時吃虧，應視工作情況加分，而不是以基準分數判斷出

* 考核項目盡量細列

7、針對考績評核後是否會和本人討論：

* 讓本人有申訴機會

8、針對考績評核表可否反應工作表現：

* 修改考核表

9、針對考績評核項目可否做為努力方向：

* 建議未來將人員勤惰列入考績，以使人員更努力

六、86/88 年度工作成果比較

在 79 位護理人員所填的成本效益問卷-中老年病防治工作時間分配的工作成果當中，86 年度預定篩檢目標數平均是 1233.3 人次，標準差是 1601.8；86 實際篩檢目標數的平均是 1373.4 人次，標準差為 1769.6；86 年度預定收案目標數是 24.6 人次，標準差是 9.2；86 年度實際收案數是 23.1 人次，標準差是 10.3。86 年度篩檢一個個案的平均篩檢時間（指去社區為民眾測血壓、尿糖及血糖辦理篩檢工作總共所需的時間）是 9.2 分鐘，標準差是 8.2；篩檢個案最短時間平均是 7.2 分鐘，標準差是 11.3；篩檢個案最長時間平均是 13.6 分鐘，標準差是 11.5；新篩檢個案的護理指導及追蹤指導時間（指篩檢後為個人或團體做單純衛教，而不是進行其他工作所需的時間）是 31.0 分鐘，標準差是 23.3；已收案個案的護理指導及追蹤指導時間平均是 32.1 分鐘，標準差是 19.4；86 年度所花交通時間（指為篩檢工作所花費的所有交通時間，包括駕車或等車時間）平均是 22.9 分鐘，標準差是 9.1；最短交通時間平均是 11.6 分鐘，標準差是 6.1；最長交通時間平均是 29.3 分鐘，標準差是 11.7；其它時間（指為執行中老年病篩檢工作之事前準備及事後整理資料時間，如：聯絡相關事宜、準備器材、抄寫名冊、填寫報表等）的平均時間是 40.4 分鐘，標準差是 37.2；最短其它時間平均是 24.3 分鐘，標準差是 25.9；最長其它時間是 53.0 分鐘，標準差是 51.0。

而 88 年度度預定篩檢目標數平均是 1247.1 人次，標準差是 903.3；實際篩檢數是 646.2 人次，標準差是 487.0；88 年度預定收案目標數是 24.9 人次，標準差是 9.9；實際收案數是 21.5 人次，標準差是 7.4。88 年度篩檢一個個案的時間平均是 9.7 分鐘，標準差是 10.3；篩檢個案最短時間平均是 6.7 分鐘，標準差是 11.0；篩檢個案最長時間平均是 11.6 分鐘，標準差是 9.8；88 年度新篩檢個案的護理指導及追蹤指導時間平均是 28.4 分鐘，標準差是 21.3；已

收案個案的護理指導及追蹤指導時間平均是 30.5 分鐘，標準差是 18.3。88 年度交通平均時間是 22.1 分鐘，標準差是 8.6；最短交通時間平均是 12.1 分鐘，標準差是 6.1；最長交通時間平均是 29.4 分鐘，標準差是 11.4；其他平均時間是 40.7，標準差是 37.6；最短其他時間平均是 24.4 分鐘，標準差是 26.1；最長其他時間平均是 51.4 分鐘，標準差是 51.3。

86 年中老年疾病篩檢時間平均花 210.3 分鐘/週，標準差是 148.4；花在疾病護理及追蹤時間的平均是 637.7 分鐘/週，標準差是 807.7；交通時間平均是 181.7 分鐘/週，標準差是 137.5；其他時間平均是 211.2 分鐘/週，標準差是 256.9；篩檢佔每週工作的百分比是 27.8%，標準差是 14.9。88 年中老年疾病篩檢時間平均花 212.6 分鐘/週，標準差是 169.4；花在疾病護理及追蹤時間的平均是 614.9 分鐘/週，標準差是 850.3；交通時間平均是 201.8 分鐘/週，標準差 170.6；其他時間平均是 194.7 分鐘/週，標準差是 245.1；篩檢佔每週工作時數的百分比是 194.7%，標準差是 245.1。

比較 86/88 年度工作成果得知，可以發現唯「實際篩檢目標數/人次」和「該項工作佔每週工作時數之百分比」二項達顯著差異水準 ($p < 0.05$)。(表十四)

由衛生局所提供 86/88 年度高雄市中老年病防治經費概算表得知，86 年度經費來源如下：衛生局支付材料費(採購血糖試紙及針頭)為 700000 元，業務費(老人健檢費用)88600 元，合計 788600 元；社會局支付業務費 13909800 元，合計 13909800 元；慢性病中心則比前兩者(衛生局、社會局)多支付一項人事費(講師鐘點費-由中心基金支付)為 30000 元，材料費 127000 元，業務費 137890 元，合計 294890 元；衛生署人事費為 29350 元，材料費 160000 元，業務費 401434 元，此一單位則較前三者(衛生局、社會局、慢性病中心)增多一項旅運費 9216 元，合計 600000 元。而 88 年度經費來源如下：衛生局支付材料費共為 735000 元，業務費 107500 元，合計 842500 元；社會局支付業務費 15768000 元，合計 15768000 元；慢性病中心支付人事費為 30000 元，材料費 138430 元，業務費 132920 元，合計 301350 元；衛生署人事費為 67800 元，業務費 294200 元，在

旅運費共支付 13000 元，合計 375000 元。（表十五）

由 11 區衛生所護理長統整，提供 86/88 年度 7 月份高雄市衛生所公共衛生護士人員數及薪資表可得知：86/88 年度 7 月份前鎮區衛生所護產人員數分別為 11 位，合計薪資分別為 462960、520215(元)；前金區衛生所護產人員數分別為 5 位，合計薪資分別為 229940、254850(元)；新興區衛生所護產人員數分別為 5 位，合計薪資分別為 242805、259290(元)；苓雅區衛生所護產人員數分別為 11 位，合計薪資分別為 518515、546340(元)；鹽埕區衛生所護產人員數分別為 5 位，合計薪資分別為 232195、256350(元)；鼓山區衛生所護產人員數分別為 6 位，合計薪資分別為 276034、291612(元)；三民區衛生所護產人員數分別為 12、13 位，合計薪資分別為 553785、624390(元)；楠梓區衛生所護產人員數分別為 8 位，合計薪資分別為 260355、288352(元)；旗津區衛生所護產人員數分別為 4、3 位，合計薪資分別為 176174、147688(元)；小港區衛生所護產人員數分別為 7 位，合計薪資分別為 395815、437115(元)；左營區衛生所護產人員數分別為 8 位，合計薪資分別為 321288、385780(元)；合計 86/88 年度護產人員數各為 82 位；合計薪資部分 86 年度為 3669866 元，88 年度則增加至 4011982 元。（表十六）

討論

本研究延續上年度計畫整理出八十六年度中央健保局高屏分局高雄市糖尿病、高血壓過度使用醫療資源，依照疾病類別將各戶籍地址予以區分，在轉介給各衛生所，依照利用次數高低，配合現行衛生行政中老年疾病防治作業，進行家庭訪視介入管理研究。

在個案協調會中，衛生局表示，目前中老年及病防治之收案已減少篩檢方式，改由成人健檢及老人健檢，因此收案的目的已不是從社區中將無病識感的社區民眾篩選出來，而是針對已就醫之高血壓、糖尿病患者之家庭衛教。本研究結合健保之高利用者的資料與公共衛生護理人員實地的家庭訪視工作模式，讓訪視收案之個案選取標準，不再只限於「容易連絡到」、「容易有效」或「老年人」，而加入減少醫療資源利用率並提升其自我照護能力，研究目的得到衛生局、衛生所工作人員的認可；不過欲在有限的時間，擴展高血壓、糖尿病個案的服務，因衛生所公共衛生護士工作負荷已不輕，無法改變現階段中老年疾病每月收案兩案之業務規範。

在實地執行上，健保局提供之名單及戶籍地址資料，因缺乏電話，因此衛生所公共衛生護士在連絡上照成許多行政困擾，例如病人不在、拒訪等。此外收案個案高利用次數原因很多並不是因個案過度利用到醫療資源，而是掛號作業或是醫療單位沒有配合健保局法規之執行，甚至還發現疾病碼登記錯誤，因此，除了病患保健知識、態度、行為加強外，健保資料登記的改進及法規執行辦法的合理性，皆必需配合檢討。另外，由病患的就醫地點多數在公私立醫院，利用衛生所者並不多，因此，如何加強醫院之病人衛教，更有利於疾病的監控。

王瑞霞於民國七十九年對公共衛生護士（以護產人員為主，不包括家計人員、防癆人員），採用問卷測量調查（折半信度 $r=0.89$ ）發現公衛護士的家訪滿意度達滿分的 60%。另利用因素分析將滿意度分為五個構成因素：（1）機構的行政措施。（2）面對個案問題的挫折與成就。（3）個案的反應。（4）人與物的資源。（5）專業能力的自我肯定與培養。五個因素滿意度變異量的比率分別為 22.5%、8.9%、7.5%、6.4%及 5.6%，按比率取出的五個因素解釋了公共衛生護士對此量表所得各項之反應，總變異量為 50.9%，本研究利用相同的量表針對十年後之（八十九年）公共衛生護士家訪滿意度施測成績為 62.72%，滿意度略有提升，在排序方面則改變不大，七十九年前三名的排序為（1）專業能力的自我肯定及培養、（2）人與物得資源、（3）個案的反應。八十八年則為（1）人與物的資源、（2）專業能力的自我肯定與培養、（3）個案的反應。至於「機構的行政措施」及「面對個案問題的挫折與成就」，主要希望改進者是「個案記錄表格填寫的費時性」、「記錄填寫的簡便性」、「家庭訪視個案目標數」、「公家所提供交通工具的方便性」、「家庭訪視模式的辛苦性」、「公家所提供訪視的交通費」、「家訪成績獎勵辦法」及「運用家庭訪視模式的安全性」、「家庭訪視的待遇情形」。

本研究因繳交年度報告，因此過度利用的個案家訪介入研究，只分析三月

份收案資料，未來將進一步整理三到六月之前後測資料，分析介入管理後，慢性病患對疾病知識、態度、行爲的改變，並再次及八十八年度慢性病健保資料，以評估實驗計畫前後高血壓、糖尿病慢性病患求診次數及醫療支出改善的情形，並提出成效評估。

誌謝

本研究接受接受行政院衛生署經費補助(編號 DOH88-TD-1105)並承蒙高雄市衛生局五科呂秀珠股長、黃貴妃小姐，一科邱雪齡小姐，人事室王逢三主任協助衛生所資料取得及解釋；各衛生所護理長暨護理人員參與相關會議並搜集研究資料；中央健保局高屏分局資訊室人員協助戶口資料的取得；高雄醫學院護理系邱啓潤老師、王瑞霞老師、簡淑媛老師協助問卷效度意見的提供；公衛系蔡世盟老師，於研究期間，協助資料分析；兼任助理吳美玲、黃冰文、巫淮南、楊曉燕協助資料處理，撰寫初稿及各項行政事務之處理，使全程計劃如期完成，特此誌謝！

參考文獻：

- 1、陸均玲、李蘭：世界衛生組織與健康促進 健康促進通訓。1998
- 2、Freeborn DK , Pope CR,Mullooly JP,McFarland BH. Consistently high users of medical care among the elderly.Med Care.1990；28：527-540.
- 3、Mc Call N,Wai Hs.Aw analysis of the use of Medicare services by the continuously enrolled aged Med care . 1983 ； 21:567-570.
- 4、Fox DM：Policy and Epidemiology：Financing Health Services for the Chronically Ill and Disabled. Milbank Quarterly 1989；2 (2)：257-287.
- 5、Beclon MC,Haynes RB, Tugwell PA：A critical review of compliance studies in rheumatoid arthritis,Arthritis Rheumatology,1984；27：1227-1233.
- 6、趙玫珍：超期住院患者長期照護需求之探討 公共衛生。1993 ； 20 (3)：255-264.
- 7、劉慧俐等：高雄地區居家照護實施情況及病人特徵之研究 中華衛誌。1993；12 (2)：191-201.
- 8、楊漢泉：我國長期照護需求與服務體系之政策分析 行政院研考會八十四年度專案研究計畫。1995.
- 9、阮玉梅：社區慢性病患個案管理成效之探討 公共衛生。1992；17 (4)：350-369.
- 10、李淑婷：都市型衛生所糖尿病、高血壓個案篩檢及管理模事實驗計畫 高雄市政府衛生局。1992.
- 11、行政院衛生署：國民保健計畫執行報告 八十三年度全國保健業務研討會資料。1994.
- 12、行政院衛生署：中華民國 84 年衛生統計 (一)。1996；P.88.
- 13、行政院衛生署：中華公共衛生概況 。1996；P.36 .
- 14、卓妙如：高雄市中老年疾病防治計劃評價研究 國防醫學院護理研究所碩士論文。1989.
- 15、鄧丙華：老人健康檢查之成本效果評估--以高血壓檢查為例 高雄醫學院公共衛生學研究所碩士論文。1997.
- 16、李克怡：腦血管疾病病人之長期追蹤--腦中風病人之危險因素預後及再發情形之初步研究 公共衛生。1991；18 (2)：99~111.
- 17、張娟娟：臺灣地區腦血管疾病之流行病學研究 國立臺灣大學公共衛生學研究所碩士論文。1992.
- 18、黃麗卿：致死性腦中風及冠狀動脈心臟病多重危險因子之重疊病例對照研究國立臺灣大學公共衛生學研究所碩士論文。1992.
- 19、孫樂穎：中風個案管理 臺灣省公共衛生研究所。1989.
- 20、Leonard, G. The Self-care Motivation Model: Theory and Practice in Health Human Development, Journal of School Health.1985； 55(2)：57-61.
- 21、曾春典：高血壓患者醫療遵從行爲及其相關因素之探討 (I) 行政院衛生署計畫報告書。1992.
- 22、劉嫻、劉廷英：社區中老年以上民眾高血壓、糖尿病知識、態度、行爲之調查研究 公共衛生。1989；16 (2)：193~204.

- 23、邱怡玟：健康信念、生活型態與中老年人罹患高血壓之關係--安康社區研究 國立臺灣大學護理學研究所碩士論文。1992。
- 24、Dracup, K. A. & Meleis, A. L. Compliance:an interaction approach. *Nursing Research*. 1982 ; 31 : 31-36.
- 25、Rosenstock, I.M. The health belief model and preventive health behavior .*Health Education Monographs* .1974 ; 2 (4) : 354-384.
- 26、Cummings, K. M. et al. Determinants of drug treatment maintenance among hypertensive persons in inner city detroit. *Public Health Rep*.1982 ; 97:99-106.
- 27、蔡如冰：衛生教育對於高血壓病人遵行醫囑行為效果的探討 國立臺灣師範大學衛生教育研究所碩士論文。1986。
- 28、胡文郁、高紀惠：高血壓患者之知識、健康信念、與服藥遵從行為之相關性研究 護理雜誌。1992 ; 39 (4) : 77~87.
- 29、Smith ED. Hypertension management with church-based education : a pilot study . *Journal of Nation Black Nurses Association*. 1992 ; 6 (1) : 19-28.
- 30、簡淑媛：介入措施對社區老人高血壓防治之成效探討 高雄醫學院護理研究所碩士論文。1996。
- 31、Magnus Johanneson et al : The cost of treating hypertension Analysis of different cut-off points. *Health Policy*.1991 ; 18 : 141-50.
- 32、Littenberg B. et al. Screening for hypertension ,*Annals of internal medicine*. 1990 ; 112 : 3, 192~202.
- 33、Andreoli, K. G. Self-concept and health beliefs in compliant and non-compliant hypertensive patients. *Nursing Research*. 1981 ; 30 (2) : 323~328.
- 34、李俊仁：美國高血壓流行概況及其防治措施 公共衛生。1988 ; 15 (2) : 107~114.
- 35、卓妙如：高雄市中老年病防治計劃評價研究 國防醫學院護理研究所碩士論文。1989。
- 36、林佳青：營養教育對非胰島素依賴型糖尿病腎病變患者營養知識、飲食行為及病況之影響 靜宜大學食品營養研究所碩士論文。1993。
- 37、洪美玟：高血壓、糖尿病個案管理 台灣省公共衛生研究所。1990。
- 38、Cochan, H. A. et al : Factors in the survival of patients with insulin-Requiring diabetes for 50 years.*Diabetes*.1979 ; 34 (1) : 363.
- 39、Dun, S. M. et al : Development of the diabetes knowledge (DKA) Scales : Forms DKNA, DKNB, and DKNC.*Diabetes Care*.1984 ; 7 : 36-41.
- 40、邱愛芳：花蓮地區非胰島素依賴型糖尿病患者居家自我照顧行為及其相關因素之探討 慈濟醫學院護理研究所碩士論文。1997。
- 41、洪慧涓：影響非胰島素依賴型糖尿病自我照顧因素之探討 東海大學社會工作研究所碩士論文。1978。
- 42、黃淑貞：談病人遵醫囑行為之增進 公共衛生。1980 ; 17 (3) : 247-255.
- 43、楊文山：臺灣地區民眾求醫行為之分析 榮總護理。1992 ; 9 (2) : 121~125.
- 44、吳就君：臺灣地區居民社會醫療行為研究 公共衛生。1981 ; 8 : 25~49.
- 45、李復華：老年人不遵從服用藥物原因之探討 護理雜誌。1997 ; 44(4) : 69-74.
- 46、張苙雲：逛醫師的邏輯「求醫歷程的分析」 臺灣社會學刊。1998 ; 10 : 59~87.

- 47、張利中：糖尿病患者疾病事件壓力、社會支持、情緒適應及其遵行醫囑行為研究 國立臺灣師範大學衛生教育研究所碩士。1989.
- 48、王聖園：醫院糖尿病門診病人遵行醫囑之影響因素研究--以健康人格控制為人格變項 國立臺灣師範大學衛生教育研究所碩士論文。1984.
- 49、黃靜儀：糖尿病衛教人員與病人自覺衛教需求的差異研究--以北市糖尿病病人保健推廣中心為例 國立臺灣師範大學衛生教育研究所碩士。1997.
- 50、莊嬌榮：影響第 2 型糖尿病患者之血糖控制及自我管理因素之探討 臺北醫學院護理研究所碩士論文。1997.
- 51、王璟璇：門診初診斷之非胰島素依賴型糖尿病患者的自我照顧行為、血糖控制及其相關因素之探討 高雄醫學院護理研究所碩士論文。1996.
- 52、張峰鳴：台灣省推行糖尿病、高血壓社區篩檢工作之成本分析 台灣省衛生處。1992.
- 53、江意芳：飲食習慣、生活型態與中老年人高血壓關係之探討 靜宜大學食品營養研究所碩士論文。1990.
- 54、楊金寶、鐘寶玲、何素瑩：高血壓患者對高血壓知識、態度及行為之研究 榮總護理雜誌。1986；3(2)：110~118.
- 55、中央健康保險局新聞稿：88 年 5 月 19 日
- 56、鍾宜芸：糖尿病患及其家屬之心理適應與支持 榮總護理。1993；10(3)：61~64.
- 57、王曼溪：第 2 型糖尿病病人衛教結果之評估 榮總護理。1993；10(2)：212~217.
- 58、蔣立綺：從民眾的生病感受探討求醫行為 健康教育。1996；77：45~50.
- 59、洪美玟：高血壓、糖尿病個案管理 臺灣省公共衛生研究所。1990.
- 60、阮玉梅：社區慢性病患個案管理成效之探討行政院衛生署七十九年度基層保健研究論文彙刊。1991.

表一、中央健保局高屏分局八十六年度高雄市糖尿病、高血壓歸戶個案門診利用次數分析

| 疾病名 | 利用次數 | 個案數 | 疾病名 | 利用次數 | 個案數 |
|-----|------|---------|-----|------|---------|
| DM | 1 | 1744.00 | HB | 1 | 5161.00 |
| DM | 2 | 897.00 | HB | 2 | 2690.00 |
| DM | 3 | 725.00 | HB | 3 | 1976.00 |
| DM | 4 | 596.00 | HB | 4 | 1673.00 |
| DM | 5 | 573.00 | HB | 5 | 1426.00 |
| DM | 6 | 586.00 | HB | 6 | 1218.00 |
| DM | 7 | 518.00 | HB | 7 | 1893.00 |
| DM | 8 | 537.00 | HB | 8 | 1833.00 |
| DM | 9 | 524.00 | HB | 9 | 1831.00 |
| DM | 10 | 551.00 | HB | 10 | 923.00 |
| DM | 11 | 627.00 | HB | 11 | 890.00 |
| DM | 12 | 769.00 | HB | 12 | 927.00 |
| DM | 13 | 611.00 | HB | 13 | 711.00 |
| DM | 14 | 258.00 | HB | 14 | 356.00 |
| DM | 15 | 184.00 | HB | 15 | 185.00 |
| DM | 16 | 158.00 | HB | 16 | 164.00 |
| DM | 17 | 124.00 | HB | 17 | 119.00 |
| DM | 18 | 109.00 | HB | 18 | 90.00 |
| DM | 19 | 59.00 | HB | 19 | 64.00 |
| DM | 20 | 69.00 | HB | 20 | 56.00 |
| DM | 21 | 51.00 | HB | 21 | 36.00 |
| DM | 22 | 41.00 | HB | 22 | 41.00 |
| DM | 23 | 35.00 | HB | 23 | 38.00 |
| DM | 24 | 38.00 | HB | 24 | 47.00 |
| DM | 25 | 26.00 | HB | 25 | 23.00 |
| DM | 26 | 18.00 | HB | 26 | 28.00 |
| DM | 27 | 13.00 | HB | 27 | 19.00 |
| DM | 28 | 6.00 | HB | 28 | 17.00 |
| DM | 29 | 4.00 | HB | 29 | 8.00 |
| DM | 30 | 8.00 | HB | 30 | 7.00 |
| DM | 31 | 8.00 | HB | 31 | 4.00 |
| DM | 32 | 7.00 | HB | 32 | 4.00 |
| DM | 33 | 6.00 | HB | 33 | 9.00 |
| DM | 34 | 3.00 | HB | 34 | 4.00 |
| DM | 35 | 1.00 | HB | 35 | 1.00 |
| DM | 36 | 1.00 | HB | 36 | 5.00 |
| DM | 37 | 5.00 | HB | 37 | 2.00 |
| DM | 38 | 2.00 | HB | 39 | 1.00 |
| DM | 39 | 3.00 | HB | 41 | 4.00 |
| DM | 40 | 1.00 | HB | 42 | 1.00 |
| DM | 41 | 2.00 | HB | 43 | 1.00 |
| DM | 42 | 2.00 | HB | 44 | 1.00 |
| DM | 43 | 1.00 | HB | 45 | 3.00 |
| DM | 44 | 1.00 | HB | 46 | 1.00 |
| DM | 46 | 1.00 | HB | 47 | 1.00 |
| DM | 47 | 1.00 | HB | 48 | 2.00 |
| DM | 48 | 2.00 | HB | 49 | 3.00 |
| DM | 51 | 2.00 | HB | 50 | 2.00 |

表二、高雄市衛生所糖尿病、高血壓個案基本資料

| 項目 | 個案數 | 百分比 |
|---------|-----|-------|
| 管理地點 | | |
| 個案家中 | 106 | 100.0 |
| 社區定點 | 0 | 0.0 |
| 案別 | | |
| 高血壓 | 30 | 28.3 |
| 糖尿病 | 67 | 63.2 |
| 高血壓及糖尿病 | 9 | 8.5 |
| 年齡 | | |
| 40歲以下 | 2 | 1.8 |
| 40~64歲 | 48 | 45.0 |
| 65~79歲 | 49 | 46.1 |
| 80歲以上 | 7 | 6.6 |
| 性別 | | |
| 男 | 64 | 60.4 |
| 女 | 42 | 39.6 |
| 教育程度 | | |
| 不識字 | 17 | 16.0 |
| 識字 | 12 | 11.3 |
| 小學 | 31 | 29.2 |
| 國(初)中 | 13 | 12.3 |
| 高中 | 17 | 16.0 |
| 專科 | 2 | 1.9 |
| 專科以上 | 4 | 3.8 |
| 沒填 | 10 | 9.5 |
| 保險狀態 | | |
| 無 | 1 | 0.9 |
| 保險 | 105 | 99.1 |
| 發病多久 | | |
| 1年以下 | 1 | 0.9 |
| 1~3年 | 10 | 9.4 |
| 3~5年 | 9 | 8.5 |
| 5~7年 | 10 | 9.4 |
| 7~10年 | 12 | 11.3 |
| 10年以上 | 42 | 40.0 |
| 沒填 | 22 | 20.5 |
| 過渡利用次數 | | |
| 11~20次 | 55 | 51.9 |
| 21~30次 | 35 | 33.0 |
| 31次以上 | 6 | 5.6 |
| 沒填 | 10 | 9.4 |
| 合計 | 106 | 100.0 |

表三、個案疾病認知，控制情形

| 項目 | 個案數 | 百分比 |
|------------------------------|-----|-------|
| 半年內是否就診 | | |
| 是 | 78 | 73.6 |
| 否 | 2 | 1.9 |
| 沒填者 | 26 | 24.5 |
| 就醫情形 | | |
| 按時定期就醫(每月定期就醫或依慢性病處方籤固定取藥就醫) | 95 | 89.6 |
| 不定期或不舒服時才就醫 | 8 | 7.5 |
| 未就醫 | 3 | 2.8 |
| 就醫地點： | | |
| 公立醫院 | | |
| 無 | 51 | 48.1 |
| 有 | 54 | 51.0 |
| 沒填者 | 1 | 0.9 |
| 私立醫院、診所 | | |
| 無 | 52 | 49.1 |
| 有 | 54 | 50.9 |
| 衛生所 | | |
| 無 | 104 | 98.1 |
| 有 | 1 | 0.9 |
| 沒填者 | 1 | 1.0 |
| 中醫 | | |
| 無 | 104 | 98.1 |
| 有 | 1 | 0.9 |
| 沒填者 | 1 | 1.0 |
| 中藥房 | | |
| 無 | 104 | 98.1 |
| 有 | 1 | 0.9 |
| 沒填者 | 1 | 1.0 |
| 西藥房 | | |
| 無 | 104 | 98.1 |
| 有 | 1 | 0.9 |
| 沒填者 | 1 | 1.0 |
| 未就醫 | | |
| 無 | 104 | 98.1 |
| 有 | 1 | 0.9 |
| 沒填者 | 1 | 1.0 |
| 其他 | | |
| 無 | 105 | 99.1 |
| 有 | 0 | 0.0 |
| 沒填者 | 1 | 0.9 |
| 體重應控制在多少才理想 | | |
| 知 | 26 | 24.5 |
| 不知 | 43 | 40.6 |
| 沒填者 | 37 | 35.0 |
| 體重 | | |
| 消瘦(低於20%) | 2 | 1.9 |
| 過輕(低於10~20%) | 6 | 5.7 |
| 剛好(10%) | 59 | 55.7 |
| 過重(高於10~20%) | 25 | 23.6 |
| 合計 | 106 | 100.0 |

表三、個案疾病認知，控制情形（續一）

| 項目 | 個案數 | 百分比 |
|--|-----|-------|
| 肥胖（高於 20%） | 10 | 9.4 |
| 沒填 | 4 | 3.7 |
| 血壓應控制在多少才理想 | | |
| 知 | 42 | 39.6 |
| 不知 | 42 | 39.6 |
| 沒填者 | 22 | 20.8 |
| 血壓控制值 | | |
| 理想血壓 (130/85mmHg 以下) | 39 | 36.8 |
| 理想但偏高之血壓 (130~139/85~89mmHg 以上) | 23 | 21.7 |
| 高血壓，包含輕度到嚴重度 (140/90mmHg 以上) | 44 | 41.5 |
| 血糖應控制在多少才理想 | | |
| 知 | 33 | 31.1 |
| 不知 | 52 | 49.1 |
| 沒填者 | 21 | 19.8 |
| 血糖控制值 | | |
| 良好 (AC120mg% 以下、PC2 小時 140mg % 以下，使用胰島素 60 歲以上者、 AC140mg% 以上、PC2 小時 200mg% 以 下) | 45 | 42.5 |
| 過高 (AC140mg% 以上， PC2 小時 200mg% 以上) | 58 | 54.7 |
| 沒填者 | 3 | 2.8 |
| 合計 | 106 | 100.0 |

表四、個案飲食認知與行爲

| 項目 | 個案數 | 百分比 |
|-------------|-----|-------|
| 調味品爲高鹽份食物 | | |
| 知 | 67 | 63.2 |
| 不知 | 34 | 32.1 |
| 沒填 | 5 | 4.7 |
| 調味品爲高鹽份食物 | | |
| 已作 | 63 | 59.4 |
| 未作 | 36 | 34.0 |
| 沒填 | 7 | 6.6 |
| 醃製品爲高鹽份食物 | | |
| 知 | 63 | 59.4 |
| 不知 | 39 | 36.8 |
| 沒填 | 5 | 4.7 |
| 醃製品爲高鹽份食物 | | |
| 已作 | 61 | 57.5 |
| 未作 | 38 | 35.8 |
| 沒填 | 7 | 6.6 |
| 罐頭爲高鹽份食物 | | |
| 知 | 64 | 60.4 |
| 不知 | 37 | 34.9 |
| 沒填 | 5 | 4.7 |
| 罐頭爲高鹽份食物 | | |
| 已作 | 59 | 55.7 |
| 未作 | 40 | 37.7 |
| 沒填 | 7 | 6.6 |
| 動物內臟爲高膽固醇食物 | | |
| 知 | 74 | 69.8 |
| 不知 | 28 | 26.4 |
| 沒填 | 4 | 3.8 |
| 動物內臟爲高膽固醇食物 | | |
| 已作 | 78 | 73.6 |
| 未作 | 23 | 21.7 |
| 沒填 | 5 | 4.7 |
| 有殼海產是高膽固醇食物 | | |
| 已知 | 70 | 66.0 |
| 未知 | 32 | 30.2 |
| 沒填 | 4 | 3.8 |
| 有殼海產是高膽固醇食物 | | |
| 已作 | 73 | 68.9 |
| 未作 | 28 | 26.4 |
| 沒填 | 5 | 4.7 |
| 高醣類食物適當攝取 | | |
| 已知 | 79 | 74.5 |
| 未知 | 21 | 19.8 |
| 未填 | 6 | 5.7 |
| 高醣類食物適當攝取 | | |
| 已作 | 73 | 68.9 |
| 未作 | 25 | 23.6 |
| 未填 | 8 | 7.5 |
| 了解煙類應盡量少抽 | | |
| 已知 | 86 | 81.1 |
| 合計 | 106 | 100.0 |

表四、個案飲食認知與行爲 (續一)

| 項目 | 個案數 | 百分比 |
|---------------|-----|-------|
| 未知 | 17 | 16.0 |
| 沒填 | 3 | 2.9 |
| 了解煙類應盡量少抽 | | |
| 已作 | 82 | 77.4 |
| 未作 | 20 | 18.9 |
| 沒填 | 4 | 3.7 |
| 了解酒類應攝取適量 | | |
| 已知 | 87 | 82.1 |
| 未知 | 16 | 15.1 |
| 沒填 | 3 | 2.8 |
| 了解酒類應攝取適量 | | |
| 已作 | 86 | 81.1 |
| 未作 | 16 | 15.1 |
| 沒填 | 4 | 2.8 |
| 了解一日飲食攝取量是否適當 | | |
| 已知 | 34 | 32.1 |
| 未知 | 65 | 61.3 |
| 沒填 | 7 | 6.6 |
| 了解一日飲食攝取量是否適當 | | |
| 已作 | 25 | 23.6 |
| 未作 | 74 | 69.8 |
| 沒填 | 7 | 6.6 |
| 合計 | 106 | 100.0 |

表五、高血壓個案收案管理前注意事項得分

| 項目 | 個案數 | 百分比 |
|-----------|-----|-------|
| 未控制的後果 | | |
| 已知 | 20 | 18.9 |
| 未知 | 14 | 13.2 |
| 不適用 | 67 | 63.2 |
| 沒填 | 5 | 4.7 |
| 自我保健 | | |
| 已作 | 17 | 16.0 |
| 未作 | 18 | 17.0 |
| 不適用 | 67 | 63.2 |
| 沒填 | 4 | 3.8 |
| 能知道按時服藥 | | |
| 已知 | 35 | 33.1 |
| 未知 | 3 | 2.8 |
| 不適用 | 67 | 63.2 |
| 沒填 | 1 | 0.9 |
| 能做到按時服藥 | | |
| 已作 | 31 | 29.2 |
| 未作 | 8 | 7.5 |
| 不適用 | 67 | 63.2 |
| 能知道按量服藥 | | |
| 已知 | 35 | 33.0 |
| 未知 | 3 | 2.8 |
| 不適用 | 67 | 63.2 |
| 沒填 | 1 | 1.0 |
| 能做到按量服藥 | | |
| 已知 | 31 | 29.2 |
| 未知 | 8 | 7.5 |
| 不適用 | 67 | 63.2 |
| 能知道應適當運動 | | |
| 已知 | 28 | 26.4 |
| 未知 | 10 | 9.4 |
| 不適用 | 67 | 63.2 |
| 沒填 | 1 | 1.0 |
| 能做到適當運動 | | |
| 已作 | 28 | 26.4 |
| 未作 | 10 | 9.4 |
| 不適用 | 67 | 63.2 |
| 沒填 | 1 | 1.0 |
| 知道每月量血壓 | | |
| 已知 | 23 | 21.7 |
| 未知 | 8 | 7.5 |
| 不適用 | 67 | 63.2 |
| 沒填 | 8 | 7.6 |
| 能做到每月量血壓 | | |
| 已作 | 22 | 20.8 |
| 未作 | 10 | 9.4 |
| 不適用 | 67 | 63.2 |
| 沒填 | 7 | 6.6 |
| 知道洗澡水溫應適中 | | |
| 已知 | 20 | 18.9 |
| 合計 | 106 | 100.0 |

表五、高血壓個案收案管理前注意事項得分（續一）

| 項目 | 個案數 | 百分比 |
|-----------|-----|-------|
| 未知 | 15 | 14.2 |
| 不適用 | 67 | 63.2 |
| 沒填 | 4 | 3.7 |
| 能做到洗澡水溫適中 | | |
| 已作 | 31 | 29.2 |
| 未作 | 4 | 3.8 |
| 不適用 | 67 | 63.2 |
| 沒填 | 4 | 3.8 |
| 知道預防便秘 | | |
| 已知 | 17 | 16.0 |
| 未知 | 15 | 14.2 |
| 不適用 | 67 | 63.2 |
| 沒填 | 7 | 6.6 |
| 能做到預防便秘 | | |
| 已作 | 23 | 21.7 |
| 未作 | 9 | 8.5 |
| 不適用 | 67 | 63.2 |
| 沒填 | 7 | 6.6 |
| 合計 | 106 | 100.0 |

表六、糖尿病個案收案管理前注意事項得分

| 項目 | 個案數 | 百分比 |
|-------------|-----|-------|
| 未控制的後果 | | |
| 已知 | 44 | 41.5 |
| 未知 | 30 | 28.3 |
| 不適用 | 27 | 25.5 |
| 沒填 | 5 | 4.7 |
| 自我保健 | | |
| 已作 | 43 | 40.6 |
| 未作 | 33 | 31.1 |
| 不適用 | 27 | 25.5 |
| 沒填 | 3 | 2.8 |
| 能知道按時服藥 | | |
| 已知 | 57 | 53.8 |
| 未知 | 17 | 16.0 |
| 不適用 | 30 | 28.3 |
| 沒填 | 2 | 1.9 |
| 能做到按時服藥 | | |
| 已作 | 56 | 52.8 |
| 未作 | 17 | 16.0 |
| 不適用 | 32 | 30.2 |
| 沒填 | 1 | 1.0 |
| 能知道按量服藥 | | |
| 已知 | 58 | 54.7 |
| 未知 | 15 | 14.2 |
| 不適用 | 32 | 30.2 |
| 沒填 | 1 | 0.9 |
| 能做到按量服藥 | | |
| 已作 | 56 | 52.8 |
| 未作 | 17 | 16.0 |
| 不適用 | 32 | 30.2 |
| 沒填 | 1 | 1.0 |
| 能知道正確藥物注射方法 | | |
| 已知 | 5 | 4.7 |
| 未知 | 0 | 0.0 |
| 不適用 | 101 | 95.3 |
| 能做到正確藥物注射方法 | | |
| 已作 | 5 | 4.7 |
| 未作 | 0 | 0.0 |
| 不適用 | 101 | 95.3 |
| 能知道正確藥物注射部位 | | |
| 已知 | 5 | 4.7 |
| 未知 | 0 | 0.0 |
| 不適用 | 101 | 95.3 |
| 能做到正確藥物注射部位 | | |
| 已作 | 5 | 4.7 |
| 未作 | 0 | 0.0 |
| 不適用 | 101 | 95.3 |
| 能知道正確藥物注射時間 | | |
| 已知 | 5 | 4.7 |
| 未知 | 0 | 0.0 |
| 不適用 | 101 | 95.3 |
| 合計 | 106 | 100.0 |

表六、糖尿病個案收案管理前注意事項得分（續一）

| 項目 | 個案數 | 百分比 |
|-------------|-----|-------|
| 能做到正確藥物注射時間 | | |
| 已作 | 5 | 4.7 |
| 未作 | 0 | 0.0 |
| 不適用 | 101 | 95.3 |
| 能知道應適當運動 | | |
| 已知 | 53 | 50.0 |
| 未知 | 22 | 20.8 |
| 不適用 | 29 | 27.3 |
| 沒填 | 2 | 1.9 |
| 能做到適當運動 | | |
| 已作 | 40 | 37.7 |
| 未作 | 35 | 33.0 |
| 不適用 | 29 | 27.4 |
| 沒填 | 2 | 1.9 |
| 能知道低血糖症狀 | | |
| 已知 | 34 | 32.1 |
| 未知 | 40 | 37.7 |
| 不適用 | 29 | 27.4 |
| 沒填 | 3 | 2.8 |
| 有無低血糖症狀 | | |
| 有 | 22 | 20.8 |
| 無 | 53 | 50.0 |
| 不適用 | 29 | 27.4 |
| 沒填 | 2 | 1.8 |
| 能知道低血糖處理 | | |
| 已知 | 30 | 28.3 |
| 未知 | 40 | 37.7 |
| 不適用 | 29 | 27.4 |
| 沒填 | 7 | 6.6 |
| 能做到低血糖處理 | | |
| 已作 | 21 | 19.8 |
| 未作 | 50 | 47.2 |
| 不適用 | 29 | 27.4 |
| 沒填 | 6 | 5.6 |
| 能知道足部護理 | | |
| 已知 | 39 | 36.8 |
| 未知 | 37 | 34.9 |
| 不適用 | 29 | 27.4 |
| 沒填 | 1 | 0.9 |
| 足部有無傷口 | | |
| 有傷口 | 4 | 3.8 |
| 無傷口 | 73 | 68.9 |
| 不適用 | 29 | 27.4 |
| 合計 | 106 | 100.0 |

表七、高雄市衛生所公共衛生護士基本資料分析

| 項目 | 個數 | 百分比 |
|------------------|----|------|
| 服務單位 | | |
| 鹽埕區 | 5 | 6.3 |
| 鼓山區 | 6 | 7.6 |
| 左營區 | 7 | 8.7 |
| 楠梓區 | 8 | 10.0 |
| 三民區 | 12 | 15.2 |
| 新興區 | 5 | 6.3 |
| 前金區 | 5 | 6.3 |
| 苓雅區 | 10 | 13.0 |
| 前鎮區 | 12 | 15.2 |
| 旗津區 | 3 | 3.8 |
| 小港區 | 6 | 7.6 |
| 職等 | | |
| 委任第四職等至第五職等 | 13 | 16.5 |
| 委任第五職等或薦任第六至第七職等 | 62 | 78.5 |
| 其他 | 3 | 3.8 |
| 遺漏值 | 1 | 1.2 |
| 年齡 | | |
| 四十歲以下 | 22 | 27.8 |
| 四十一至四十五歲 | 33 | 41.8 |
| 四十六至五十歲 | 17 | 21.5 |
| 五十一歲以上 | 5 | 6.3 |
| 遺漏值 | 2 | 2.5 |
| 最高學歷 | | |
| 高職護校 | 21 | 26.6 |
| 護專 | 57 | 72.2 |
| 大學護理系 | 0 | 0.0 |
| 其他 | 0 | 0.0 |
| 遺漏值 | 1 | 1.2 |
| 婚姻 | | |
| 未婚 | 8 | 10.1 |
| 已婚 | 66 | 83.5 |
| 分居 | 0 | 0 |
| 離婚 | 4 | 5.1 |
| 寡居 | 0 | 0.0 |
| 遺漏值 | 1 | 1.3 |

| | | |
|-----------|----|------|
| 居住地點 | | |
| 高雄市 | 65 | 82.3 |
| 高雄市縣 | 13 | 16.5 |
| 遺漏值 | 1 | 1.2 |
| 服務時間 | | |
| 五年內 | 18 | 22.8 |
| 五到十年 | 23 | 29.1 |
| 十到十五年 | 7 | 8.9 |
| 十五年以上 | 29 | 36.7 |
| 遺漏值 | 2 | 2.5 |
| 您目前有那些執照 | | |
| 助產士 | | |
| 無 | 25 | 31.6 |
| 有 | 53 | 67.1 |
| 遺漏值 | 1 | 1.3 |
| 護士 | | |
| 無 | 8 | 10.1 |
| 有 | 70 | 88.6 |
| 遺漏值 | 1 | 1.3 |
| 護理師 | | |
| 無 | 34 | 43.0 |
| 有 | 44 | 55.7 |
| 遺漏值 | 1 | 1.3 |
| 其他 | | |
| 無 | 77 | 97.4 |
| 有 | 1 | 1.3 |
| 遺漏值 | 1 | 1.3 |
| 籍貫 | | |
| 本省(閩南、客家) | 66 | 83.6 |
| 外省 | 11 | 13.9 |
| 山地 | 0 | 0.0 |
| 其他 | 0 | 0.0 |
| 遺漏值 | 2 | 2.5 |
| 每月薪水/元 | | |
| 四萬元以下 | 9 | 11.4 |
| 四萬至四萬五 | 46 | 58.2 |
| 四萬五至五萬 | 9 | 11.4 |
| 五萬元以上 | 9 | 11.4 |

| | | |
|----------------------|----|-------|
| 遺漏值 | 6 | 7.6 |
| 您過去是否經常加班 | | |
| 經常 | 12 | 15.2 |
| 偶而 | 49 | 62.0 |
| 非常少 | 15 | 19.0 |
| 遺漏值 | 3 | 3.8 |
| 自從您畢業至今是否曾從事下列何者護理工作 | | |
| 臨床護理工作 | | |
| 無 | 14 | 17.7 |
| 有 | 63 | 79.7 |
| 遺漏值 | 2 | 2.6 |
| 學校衛生護士 | | |
| 無 | 77 | 97.5 |
| 有 | 0 | 0.0 |
| 遺漏值 | 2 | 2.5 |
| 公共衛生機關之公共衛生或行政工作 | | |
| 無 | 48 | 60.8 |
| 有 | 29 | 36.7 |
| 遺漏值 | 2 | 2.5 |
| 其他 | | |
| 無 | 65 | 82.3 |
| 有 | 12 | 15.2 |
| 遺漏值 | 2 | 2.5 |
| 未曾 | | |
| 無 | 73 | 92.4 |
| 有 | 4 | 5.1 |
| 遺漏值 | 2 | 2.5 |
| 就您選擇目前工作環境之原因為何 | | |
| 待遇良好 | | |
| 無 | 78 | 98.7 |
| 有 | 1 | 1.3 |
| 上、下班時間固定 | | |
| 無 | 4 | 5.1 |
| 有 | 75 | 94.9 |
| 工作輕鬆 | | |
| 無 | 79 | 100.0 |
| 有 | 0 | 0.0 |
| 出於興趣 | | |

| | | |
|------------|----|-------|
| 無 | 56 | 70.9 |
| 有 | 23 | 29.1 |
| 工作環境較單純 | | |
| 無 | 56 | 70.9 |
| 有 | 23 | 29.1 |
| 離家較近 | | |
| 無 | 51 | 64.6 |
| 有 | 28 | 35.4 |
| 家人期待 | | |
| 無 | 63 | 79.7 |
| 有 | 16 | 20.3 |
| 健康狀況考量 | | |
| 無 | 61 | 77.2 |
| 有 | 18 | 22.8 |
| 昇遷進修機會多 | | |
| 無 | 78 | 98.7 |
| 有 | 1 | 1.3 |
| 無需每天面對殘疾死亡 | | |
| 無 | 56 | 70.9 |
| 有 | 23 | 29.1 |
| 無可選擇 | | |
| 無 | 75 | 94.9 |
| 有 | 4 | 5.1 |
| 其他 | | |
| 無 | 74 | 93.7 |
| 有 | 5 | 6.3 |
| 合 計 | 79 | 100.0 |

表八、高雄市衛生所公共衛生護士對糖尿病、高血壓收案管理意見

| 項目 | 個數 | 百分比 |
|----------------------|----|-------|
| 案源是否足夠： | | |
| 是 | 37 | 53.6 |
| 否 | 42 | 46.4 |
| 遺漏值 | 10 | 12.6 |
| 個案來源\ | | |
| 成人健檢： | | |
| 是 | 36 | 48.0 |
| 否 | 39 | 52.0 |
| 遺漏值 | 4 | 5.0 |
| 老人健檢： | | |
| 是 | 71 | 94.7 |
| 否 | 4 | 5.3 |
| 遺漏值 | 4 | 5.0 |
| 醫院轉介： | | |
| 是 | 33 | 44.0 |
| 否 | 42 | 56.0 |
| 遺漏值 | 4 | 5.0 |
| 地段篩檢： | | |
| 是 | 66 | 88.0 |
| 否 | 9 | 12.0 |
| 遺漏值 | 4 | 5.0 |
| 其他： | | |
| 是 | 6 | 8.0 |
| 否 | 69 | 92.0 |
| 遺漏值 | 4 | 5.0 |
| 除衛生局規定的條件外，個案選取標準為何\ | | |
| 容易聯絡的到： | | |
| 是 | 65 | 85.5 |
| 否 | 11 | 14.5 |
| 遺漏值 | 3 | 3.7 |
| 男性： | | |
| 是 | 8 | 10.5 |
| 否 | 68 | 89.5 |
| 遺漏值 | 3 | 3.7 |
| 女性： | | |
| 是 | 12 | 15.8 |
| 否 | 64 | 84.2 |
| 遺漏值 | 3 | 3.7 |
| 老年人： | | |
| 是 | 36 | 47.4 |
| 否 | 40 | 52.6 |
| 遺漏值 | 3 | 3.7 |
| 中年人： | | |
| 是 | 25 | 32.9 |
| 否 | 51 | 67.1 |
| 遺漏值 | 3 | 3.7 |
| 容易有效： | | |
| 是 | 48 | 63.2 |
| 否 | 28 | 36.8 |
| 遺漏值 | 3 | 3.7 |
| 合計 | 79 | 100.0 |

表八、高雄市衛生所公共衛生護士對糖尿病、高血壓收案管理意見（續一）

| 項目 | 個數 | 百分比 |
|-----------------------|----|-------|
| 其它： | | |
| 是 | 4 | 5.3 |
| 否 | 72 | 94.7 |
| 遺漏值 | 3 | 3.7 |
| 訪視常遇到的問題\ 管理的案別太雜： | | |
| 是 | 15 | 20.0 |
| 否 | 60 | 80.0 |
| 遺漏值 | 4 | 5.0 |
| 管理時間不夠： | | |
| 是 | 8 | 10.7 |
| 否 | 67 | 89.3 |
| 遺漏值 | 4 | 5.0 |
| 無法提供普遍服務： | | |
| 是 | 35 | 46.7 |
| 否 | 40 | 53.3 |
| 遺漏值 | 4 | 5.0 |
| 時間、精力耗資太多： | | |
| 是 | 46 | 61.3 |
| 否 | 29 | 38.7 |
| 遺漏值 | 4 | 5.0 |
| 效益太差： | | |
| 是 | 52 | 69.3 |
| 否 | 23 | 30.7 |
| 遺漏值 | 4 | 5.0 |
| 其他： | | |
| 是 | 15 | 20.0 |
| 否 | 60 | 80.0 |
| 遺漏值 | 4 | 5.0 |
| 使用戶籍資料的困難： | | |
| 有 | 35 | 81.4 |
| 無 | 8 | 18.6 |
| 沒填 | 36 | 45.5 |
| 合計 | 79 | 100.0 |

表九、高雄市衛生所公共衛生護士對目前的考核方式之評價

| 項目 | 個數 | 百分比 |
|----------------------------|----|-------|
| 家訪考核-依照高血壓、糖尿病病個案健康服務品質評鑑表 | | |
| 非常不滿意 | 9 | 11.4 |
| 不滿意 | 9 | 11.4 |
| 沒意見 | 46 | 58.2 |
| 滿意 | 7 | 8.9 |
| 非常滿意 | 1 | 1.2 |
| 遺漏值 | 7 | 8.9 |
| 書面考核-依照糖尿病、高血壓篩檢異常個案追蹤統計表 | | |
| 非常不滿意 | 6 | 7.6 |
| 不滿意 | 12 | 15.2 |
| 沒意見 | 51 | 64.6 |
| 滿意 | 5 | 6.3 |
| 非常滿意 | 1 | 1.2 |
| 遺漏值 | 4 | 5.1 |
| 家訪考核-實地到個案家中考核家訪方式 | | |
| 非常不滿意 | 11 | 13.9 |
| 不滿意 | 27 | 34.2 |
| 沒意見 | 31 | 39.9 |
| 滿意 | 2 | 2.5 |
| 非常滿意 | 1 | 1.3 |
| 遺漏值 | 7 | 8.9 |
| 建議考核方式 | | |
| 無 | 3 | 3.8 |
| 有 | 27 | 34.2 |
| 遺漏值 | 49 | 62.0 |
| 合計 | 79 | 100.0 |

表十、公共衛生護士對家庭訪視滿意態度（一）

| 變 項 | 非常 | | | 非常 | | |
|--------------------------|------|------|------|------|------|------|
| | 不滿意 | 不滿意 | 沒意見 | 滿意 | 滿意 | 不詳 |
| 1 接受我家庭訪視者所表現的合作態度 | 0.0 | 5.1 | 21.5 | 67.1 | 2.5 | 3.8 |
| 2 接受我家庭訪視者所表現對居家綜合指導的遵從性 | 1.3 | 12.7 | 29.1 | 53.2 | 0.0 | 3.7 |
| 3 接受我家庭訪視者所表現對自我健康的關心程度 | 0.0 | 5.1 | 19.0 | 72.2 | 0.0 | 3.7 |
| 4 接受我家庭訪視者所表現對家庭訪視的重視程度 | 0.0 | 7.6 | 51.9 | 35.4 | 1.3 | 3.8 |
| 5 指導個案所獲得的成就感 | 1.3 | 11.4 | 36.7 | 43.0 | 1.3 | 6.3 |
| 6 接受我家庭訪視者所表現對醫療資源的利用程度 | 0.0 | 8.9 | 31.4 | 51.9 | 2.5 | 5.3 |
| 7 個案的多樣性 | 0.0 | 12.7 | 60.8 | 16.5 | 0.0 | 10.0 |
| 8 運用家庭訪視模式所獲得的成就感 | 3.8 | 17.7 | 48.1 | 25.3 | 0.0 | 5.1 |
| 9 運用家庭訪視模式的挑戰性 | 2.5 | 7.6 | 53.2 | 30.4 | 1.3 | 5.0 |
| 10 運用家庭訪視模式的自主性 | 1.3 | 5.1 | 38.0 | 46.8 | 5.1 | 3.7 |
| 11 運用家庭訪視模式的安全性 | 19.0 | 36.7 | 27.8 | 11.4 | 1.3 | 5.1 |
| 12 家庭訪視的未遇情形 | 10.0 | 39.2 | 34.2 | 11.4 | 0.0 | 5.2 |
| 13 運用家庭訪視模式的辛苦性 | 17.7 | 25.5 | 35.4 | 13.9 | 3.8 | 3.7 |
| 14 運用家庭訪視模式的挫折感 | 15.2 | 31.6 | 38.0 | 7.6 | 2.5 | 5.1 |
| 15 運用家庭訪視模式能發揮所學之專長 | 3.8 | 11.4 | 31.4 | 43.0 | 6.3 | 4.1 |
| 16 個人在家庭訪視中已具備的專業知識及技巧 | 0.0 | 7.6 | 34.2 | 50.6 | 3.8 | 3.8 |
| 17 和同事相處的融洽性 | 0.0 | 2.5 | 17.7 | 58.2 | 17.7 | 3.9 |
| 18 遇有問題時和同事討論問題的機會 | 0.0 | 2.5 | 21.5 | 59.5 | 12.7 | 3.8 |

| | | | | | | | |
|----|---------------------------------|------|------|------|------|------|-----|
| 19 | 遇有問題時和同事討論問題的效果 | 0.0 | 2.5 | 32.9 | 51.9 | 8.9 | 3.8 |
| 20 | 家庭訪視工作所得護理長的支持與鼓勵 | 0.0 | 5.1 | 51.9 | 25.3 | 10.1 | 7.6 |
| 21 | 家庭訪視有新的構想或看法時，受護理長的重視程度 | 1.3 | 3.8 | 50.6 | 29.1 | 7.6 | 7.6 |
| 22 | 家庭訪視工作遇有自己無法處理的個案問題時，能方便的找到諮詢的人 | 3.8 | 12.7 | 40.5 | 38.0 | 1.3 | 3.7 |
| 23 | 家庭訪視工作遇有自己無法處理的個案問題時，我所能獲得諮詢的人 | 5.1 | 22.8 | 35.4 | 30.4 | 1.3 | 5.0 |
| 24 | 接受諮詢對解決個案問題的幫忙效果 | 1.3 | 12.7 | 38.0 | 41.7 | 1.3 | 5.0 |
| 25 | 家庭訪視個案的目標數 | 6.3 | 38.0 | 43.0 | 6.3 | 1.3 | 5.1 |
| 26 | 家庭訪視成績的考核辦法 | 8.9 | 46.8 | 35.4 | 2.5 | 1.3 | 5.1 |
| 27 | 家庭訪視成績的獎勵辦法 | 7.6 | 27.8 | 54.4 | 3.8 | 1.3 | 5.1 |
| 28 | 個案需要轉介（照會）時，轉介程序的方便性 | 3.8 | 12.7 | 55.7 | 21.5 | 0.0 | 6.3 |
| 29 | 個案需要轉介（照會）時，轉介資料的可利用性 | 3.8 | 15.2 | 53.2 | 22.8 | 0.0 | 5.0 |
| 30 | 個案需要轉介（照會）時，接受轉介單位（人）的反應 | 5.1 | 10.1 | 50.6 | 29.1 | 0.0 | 5.1 |
| 31 | 個案轉介後，對解決個案問題的效果 | 5.1 | 7.6 | 51.9 | 30.4 | 0.0 | 5.0 |
| 32 | 公家所提供訪視交通工具的方便性 | 21.5 | 22.8 | 30.4 | 20.0 | 2.5 | 3.8 |
| 33 | 公家所提供訪視交通費 | 15.2 | 24.1 | 46.9 | 11.4 | 0.0 | 2.4 |
| 34 | 家庭訪視所用測量儀器的齊全性（如血壓計、血糖測定儀等） | 2.5 | 8.9 | 36.7 | 46.8 | 2.5 | 2.6 |
| 35 | 家庭訪視所用測量儀器的方便性（如血壓計、血糖測定儀等） | 0.0 | 6.3 | 31.6 | 54.4 | 5.1 | 2.6 |

| | | | | | | | |
|----|----------------------------|------|------|------|------|------|-----|
| 36 | 訪視時所用測量儀器的故障率（如血壓計、血糖測定儀等） | 2.5 | 12.7 | 51.9 | 30.4 | 0.0 | 2.5 |
| 37 | 個案記錄表格填寫的簡便性 | 24.1 | 29.1 | 27.8 | 15.2 | 0.0 | 3.8 |
| 38 | 個案記錄表格填寫的完整性 | 16.5 | 17.7 | 39.2 | 21.5 | 0.0 | 5.1 |
| 39 | 個案記錄表格填寫的費時性 | 21.5 | 35.4 | 27.8 | 11.4 | 0.0 | 3.9 |
| 40 | 個案記錄評價管理效果的有用性 | 11.4 | 20.3 | 51.9 | 12.7 | 0.0 | 3.7 |
| 41 | 參加在職教育的機會 | 2.5 | 24.1 | 41.8 | 27.8 | 0.0 | 3.8 |
| 42 | 參加在職教育對家庭訪視工作的幫助 | 0.0 | 5.1 | 36.7 | 50.6 | 5.1 | 2.5 |
| 43 | 參加在職教育需負擔的費用 | 2.5 | 20.3 | 57.0 | 16.5 | 1.3 | 2.4 |
| 44 | 臺灣省公共衛生研究所函授教材的自學效果 | 1.3 | 2.5 | 46.8 | 32.9 | 10.1 | 6.3 |

表十一、公共衛生護士對家庭訪視滿意態度（二）

| 變 項 | 個數 | 平均數 | 標準差 | 最小值 | 最大值 |
|--------------------------|----|------|------|------|------|
| 1 接受我家庭訪視者所表現的合作態度 | 76 | 3.70 | 0.61 | 2.00 | 5.00 |
| 2 接受我家庭訪視者所表現對居家綜合指導的遵從性 | 76 | 3.39 | 0.77 | 1.00 | 4.00 |
| 3 接受我家庭訪視者所表現對自我健康的關心程度 | 76 | 3.70 | 0.57 | 2.00 | 4.00 |
| 4 接受我家庭訪視者所表現對家庭訪視的重視程度 | 76 | 3.32 | 0.64 | 2.00 | 5.00 |
| 5 指導個案所獲得的成就感 | 74 | 3.34 | 0.76 | 1.00 | 5.00 |
| 6 接受我家庭訪視者所表現對醫療資源的利用程度 | 75 | 3.51 | 0.70 | 2.00 | 5.00 |
| 7 個案的多樣性 | 71 | 3.04 | 0.57 | 2.00 | 4.00 |
| 8 運用家庭訪視模式所獲得的成就感 | 75 | 3.00 | 0.79 | 1.00 | 4.00 |
| 9 運用家庭訪視模式的挑戰性 | 75 | 3.21 | 0.72 | 1.00 | 5.00 |
| 10 運用家庭訪視模式的自主性 | 76 | 3.51 | 0.74 | 1.00 | 5.00 |
| 11 運用家庭訪視模式的安全性 | 76 | 2.37 | 0.98 | 1.00 | 5.00 |
| 12 家庭訪視的未遇情形 | 75 | 2.49 | 0.84 | 1.00 | 4.00 |
| 13 運用家庭訪視模式的辛苦性 | 76 | 2.59 | 1.07 | 1.00 | 5.00 |
| 14 運用家庭訪視模式的挫折感 | 75 | 2.48 | 0.95 | 1.00 | 5.00 |
| 15 運用家庭訪視模式能發揮所學之專長 | 76 | 3.38 | 0.92 | 1.00 | 5.00 |
| 16 個人在家庭訪視中已具備的專業知識及技巧 | 76 | 3.53 | 0.70 | 2.00 | 5.00 |
| 17 和同事相處的融洽性 | 76 | 3.95 | 0.69 | 2.00 | 5.00 |
| 18 遇有問題時和同事討論問題的機會 | 76 | 3.86 | 0.67 | 2.00 | 5.00 |

| | | | | | | |
|----|---------------------------------|----|------|------|------|------|
| 19 | 遇有問題時和同事討論問題的效果 | 76 | 3.70 | 0.67 | 2.00 | 5.00 |
| 20 | 家庭訪視工作所得到護理長的支持與鼓勵 | 73 | 3.44 | 0.76 | 2.00 | 5.00 |
| 21 | 家庭訪視工作有新的構想或看法時，受護理長的重視程度 | 73 | 3.41 | 0.76 | 1.00 | 5.00 |
| 22 | 家庭訪視工作遇有自己無法處理的個案問題時，能方便地找到諮詢的人 | 76 | 3.21 | 0.84 | 1.00 | 5.00 |
| 23 | 家庭訪視工作遇有自己無法處理的個案問題時，能獲得諮詢的人 | 75 | 3.00 | 0.92 | 1.00 | 5.00 |
| 24 | 接受諮詢後對解決個案問題的幫忙效果 | 75 | 3.30 | 0.77 | 1.00 | 5.00 |
| 25 | 家庭訪視個案的目標數 | 75 | 2.56 | 0.77 | 1.00 | 5.00 |
| 26 | 家庭訪視成績的考核辦法 | 75 | 2.37 | 0.75 | 1.00 | 5.00 |
| 27 | 家庭訪視成績的獎勵辦法 | 75 | 2.61 | 0.75 | 1.00 | 5.00 |
| 28 | 個案需要轉介（照會）時，轉介程序的方便性 | 74 | 3.01 | 0.73 | 1.00 | 4.00 |
| 29 | 個案需要轉介（照會）時，轉介資料的可利用性 | 75 | 3.00 | 0.75 | 1.00 | 4.00 |
| 30 | 個案需要轉介（照會）時，接受轉介單位（人）的反應 | 75 | 3.09 | 0.79 | 1.00 | 4.00 |
| 31 | 個案轉介後，對解決個案問題的效果 | 75 | 3.13 | 0.78 | 1.00 | 4.00 |
| 32 | 公家所提供訪視交通工具的方便性 | 76 | 2.57 | 1.12 | 1.00 | 5.00 |
| 33 | 公家所提供訪視交通費 | 77 | 2.56 | 0.90 | 1.00 | 4.00 |
| 34 | 家庭訪視所用測量儀器的齊全性（如血壓計、血糖測定儀等） | 77 | 3.39 | 0.80 | 1.00 | 5.00 |
| 35 | 家庭訪視所用測量儀器的方便性（如血壓計、血糖測定儀等） | 77 | 3.60 | 0.69 | 2.00 | 5.00 |

| | | | | | | |
|----|-----------------------------|----|------|------|------|------|
| 36 | 家庭訪視所用測量儀器的故障率（如血壓計、血糖測定儀等） | 77 | 3.13 | 0.73 | 1.00 | 4.00 |
| 37 | 個案記錄表格填寫的簡便性 | 76 | 2.36 | 1.02 | 1.00 | 4.00 |
| 38 | 個案記錄表格填寫的完整性 | 75 | 2.69 | 1.01 | 1.00 | 4.00 |
| 39 | 個案記錄填寫的費時性 | 76 | 2.30 | 0.95 | 1.00 | 4.00 |
| 40 | 個案記錄評價管理效果的有用性 | 76 | 2.68 | 0.85 | 1.00 | 4.00 |
| 41 | 參加在職教育的機會 | 76 | 2.99 | 0.81 | 1.00 | 4.00 |
| 42 | 參加在職教育對家庭訪視工作的幫助 | 77 | 3.57 | 0.68 | 2.00 | 5.00 |
| 43 | 參加在職教育需負擔的費用 | 77 | 2.94 | 0.73 | 1.00 | 5.00 |
| 44 | 臺灣省公共衛生研究所函授教材的自學效果 | 74 | 3.51 | 0.78 | 1.00 | 5.00 |
| 45 | 在家庭訪視工作中，你是否還有其他上述未提到的問題及建議 | 17 | 0.71 | 0.47 | 0.00 | 1.00 |

表十二、構成公共衛生護士對家庭訪視滿意度各因素之原始分數平均值和順位

| 因素 | 個數 | 平均值 | 標準差 | 最小值 | 最大值 | 順位 | 百分比 |
|----------------|----|-------|------|------|------|----|-------|
| 1、機構的行政措施 | 77 | 2.59 | 6.70 | 0.58 | 4.25 | 5 | 51.80 |
| 2、人與物的資源 | 77 | 3.43 | 4.78 | 1.56 | 4.56 | 1 | 68.60 |
| 3、面對個案問題的挫折與成就 | 76 | 2.96 | 5.72 | 1.57 | 4.71 | 4 | 59.20 |
| 4、個案的反應 | 76 | 3.35 | 5.31 | 1.80 | 4.20 | 2 | 67.00 |
| 5、專業能力的自我肯定及培養 | 77 | 3.35 | 6.14 | 1.00 | 4.50 | 2 | 67.00 |
| 總 分 | | 15.68 | | | | | 62.72 |

註:1.得分越低者，表對家訪滿意度越低，其順位系由低至高。

2.構成滿意度的五大因素，其各項滿分為5分。

表十三、考績評核分析

| 項目 | 個數 | 百分比 |
|-----------------------|----|-------|
| 職稱 | | |
| 護理長 | 6 | 54.5 |
| 護理長代理人（護理師） | 5 | 45.5 |
| 考績評核項目評定分數是否明確 | | |
| 是 | 6 | 54.5 |
| 否 | 5 | 45.5 |
| 事、病、婚、產、喪假是否影響考績 | | |
| 是 | 11 | 100.0 |
| 否 | 0 | 0 |
| 出勤狀況是否應明訂 | | |
| 是 | 8 | 72.7 |
| 否 | 3 | 27.3 |
| 考績評核項目百分比分配 | | |
| 可接受 | 8 | 72.7 |
| 不滿意 | 3 | 27.3 |
| 考績評核過程是否公開 | | |
| 是 | 0 | 0.0 |
| 否 | 10 | 90.9 |
| 沒填 | 1 | 9.1 |
| 考績評核過程是否公平 | | |
| 是 | 2 | 18.2 |
| 否 | 9 | 81.8 |
| 工作考績評核多久執行一次 | | |
| 每季 | 0 | 0.0 |
| 半年 | 1 | 9.1 |
| 一年 | 9 | 81.8 |
| 沒填 | 1 | 9.1 |
| 工作考績評核方式 | | |
| 先自評→單位主管→考績委員會 →所長 | 8 | 72.7 |
| 先互評→自評→考績委員會→所 長 | 2 | 18.2 |
| 考績委員會 | 0 | 0.0 |
| 所長評定 | 1 | 9.1 |
| 合計 | 11 | 100.0 |

表十三、考績評核分析（續一）

| 項目 | 個數 | 百分比 |
|-----------------|----|-------|
| 評核方式是否滿意 | | |
| 是 | 5 | 45.5 |
| 否 | 6 | 54.5 |
| 考績評核後主管是否會和本人討論 | | |
| 是 | 2 | 18.2 |
| 否 | 9 | 81.8 |
| 考績評核表可否反應工作表現 | | |
| 是 | 3 | 27.3 |
| 否 | 8 | 72.7 |
| 考績評核項目可否做為努力方向 | | |
| 是 | 7 | 63.6 |
| 否 | 4 | 36.4 |
| 合計 | 11 | 100.0 |

表十三-1、考績評核分析

| 項目 | 個數 | 百分比 |
|------------------|----|------|
| 職稱 | | |
| 護理長 | 6 | 54.5 |
| 護理長代理人(護理師) | 5 | 45.5 |
| 考績評核項目評定分數是否明確 | | |
| 護理長 | | |
| 是 | 4 | 36.4 |
| 否 | 2 | 18.2 |
| 護理長代理人(護理師) | | |
| 是 | 2 | 18.2 |
| 否 | 3 | 27.3 |
| 事、病、婚、產、喪假是否影響考績 | | |
| 護理長 | | |
| 是 | 6 | 54.5 |
| 否 | 0 | 0.0 |
| 護理長代理人(護理師) | | |
| 是 | 5 | 45.5 |
| 否 | 0 | 0.0 |
| 出勤狀況是否應明訂 | | |
| 護理長 | | |
| 是 | 4 | 36.4 |
| 否 | 2 | 18.2 |
| 護理長代理人(護理師) | | |
| 是 | 4 | 36.4 |
| 否 | 1 | 9.1 |
| 考績評核項目百分比分配 | | |
| 護理長 | | |
| 可接受 | 5 | 45.5 |
| 不滿意 | 1 | 9.1 |
| 護理長代理人(護理師) | | |
| 可接受 | 3 | 27.3 |
| 不滿意 | 2 | 18.2 |
| 考績評核過程是否公開 | | |
| 護理長 | | |
| 是 | 0 | 0.0 |
| 否 | 5 | 45.5 |
| 沒填 | 1 | 9.1 |

| | | |
|----------------|---|------|
| 護理長代理人（護理師） | | |
| 是 | 0 | 0.0 |
| 否 | 5 | 45.5 |
| 考績評核過程是否公平 | | |
| 護理長 | | |
| 是 | 1 | 9.1 |
| 否 | 5 | 45.5 |
| 護理長代理人（護理師） | | |
| 是 | 0 | 0.0 |
| 否 | 5 | 45.5 |
| 工作考績評核多久執行一次 | | |
| 護理長 | | |
| 每季 | 0 | 0.0 |
| 半年 | 0 | 0.0 |
| 一年 | 6 | 54.5 |
| 護理長代理人（護理師） | | |
| 每季 | 0 | 0.0 |
| 半年 | 1 | 9.1 |
| 一年 | 3 | 27.3 |
| 沒填 | 1 | 9.1 |
| 工作考績評核方式 | | |
| 護理長 | | |
| 先自評→單位主管→考績委員會 | 5 | 45.5 |
| →所長 | | |
| 先互評→自評→考績委員會→所 | 0 | 0.0 |
| 長 | | |
| 考績委員會 | 0 | 0.0 |
| 所長評定 | 1 | 9.1 |
| 護理長代理人（護理師） | | |
| 先自評→單位主管→考績委員會 | 3 | 27.3 |
| →所長 | | |
| 先互評→自評→考績委員會→所 | 1 | 9.1 |
| 長 | | |
| 考績委員會 | 0 | 0.0 |
| 所長評定 | 0 | 0.0 |
| 評核方式是否滿意 | | |
| 護理長 | | |
| 是 | 3 | 27.3 |

| | | |
|-----------------|----|-------|
| 否 | 3 | 27.3 |
| 護理長代理人（護理師） | | |
| 是 | 2 | 18.2 |
| 否 | 3 | 27.3 |
| 考績評核後主管是否會和本人討論 | | |
| 護理長 | | |
| 是 | 1 | 9.1 |
| 否 | 5 | 45.5 |
| 護理長代理人（護理師） | | |
| 是 | 2 | 18.2 |
| 否 | 3 | 27.3 |
| 考績評核表可否反應工作表現 | | |
| 護理長 | | |
| 是 | 2 | 18.2 |
| 否 | 4 | 36.4 |
| 護理長代理人（護理師） | | |
| 是 | 1 | 9.1 |
| 否 | 4 | 36.4 |
| 考績評核項目可否做為努力方向 | | |
| 護理長 | | |
| 是 | 4 | 36.4 |
| 否 | 2 | 18.2 |
| 護理長代理人（護理師） | | |
| 是 | 3 | 27.3 |
| 否 | 2 | 18.2 |
| 合計 | 11 | 100.0 |

表十四、86/88 年度工作成果比較

n=79

| 變項 | 86 年度 | | 88 年度 | | t 值 |
|--------------------------|---------|---------|---------|--------|----------|
| | 平均值 | 標準差 | 平均值 | 標準差 | |
| 預定篩檢目標數(人次) | 1233.26 | 1601.79 | 1247.13 | 903.28 | -0.0670 |
| 實際篩檢目標數(人次) | 1373.44 | 1769.62 | 646.17 | 486.90 | 3.5219* |
| 預定收案目標數(人次) | 24.58 | 9.21 | 24.86 | 9.85 | -0.1846 |
| 實際收案目標數(人次) | 23.05 | 10.30 | 21.51 | 7.36 | 1.0812 |
| 篩檢一個目標數之時間分配：篩檢時間 | | | | | |
| 平均時間(分鐘) | 9.17 | 8.16 | 9.73 | 10.29 | -0.3790 |
| 最短時間(分鐘) | 7.22 | 11.30 | 6.72 | 11.04 | 0.2813 |
| 最長時間(分鐘) | 13.85 | 11.53 | 11.56 | 9.74 | 1.3485 |
| 篩檢一個目標數之時間分配：護理指導及追蹤指導時間 | | | | | |
| 新篩檢個案平均時間(分鐘) | 31.00 | 23.25 | 28.43 | 21.25 | 0.5455 |
| 已收案個案平均時間(分鐘) | 32.11 | 19.35 | 30.45 | 18.28 | 0.5543 |
| 篩檢一個目標數之時間分配：交通時間 | | | | | |
| 平均時間(分鐘) | 22.89 | 9.05 | 22.07 | 8.57 | 0.5848 |
| 最短時間(分鐘) | 11.56 | 6.12 | 12.13 | 6.05 | -0.5887 |
| 最長時間(分鐘) | 29.30 | 11.73 | 29.43 | 11.37 | -0.0707 |
| 篩檢一個目標數之時間分配：其他時間 | | | | | |
| 平均時間(分鐘) | 40.41 | 37.15 | 40.66 | 37.60 | -0.0420 |
| 最短時間(分鐘) | 24.28 | 25.88 | 24.43 | 26.12 | -0.0363 |
| 最長時間(分鐘) | 52.99 | 51.02 | 51.40 | 51.26 | 0.1954 |
| 平均每週花在中老年病防治計劃的時間分配： | | | | | |
| 篩檢時間(分鐘/週) | 210.30 | 148.36 | 212.64 | 169.41 | -0.0924 |
| 護理指導及追蹤指導時間(分鐘/週) | 637.74 | 807.67 | 614.90 | 850.32 | 0.1731 |
| 交通時間(分鐘/週) | 181.69 | 137.45 | 201.77 | 170.57 | -0.8147 |
| 其他時間(分鐘/週) | 211.15 | 256.86 | 194.70 | 245.09 | 0.4118 |
| 該項工作佔每週工作時數之百分比 | 27.81 | 14.91 | 194.70 | 245.09 | -6.0411* |

註：*表 p<0.05

表十五、86/88 高雄市中老年病防治經費概算

單位：元

| 年度 項目 | 86 年度 | | | | | 88 年度 (88.7-89.12) | | | | |
|----------|-----------------------|--------------------|---|---|----------|--------------------|----------|--------|--------|----------|
| | 經費來源 | | | | | 經費來源 | | | | |
| | 本局 | 社會局 | 慢性病中心 | 衛生署 | 小計 | 本局 | 社會局 | 慢性病中心 | 衛生署 | 小計 |
| 一、人事費 | | | 30000 | 29350 | 59350 | | | 30000 | 67800 | 97800 |
| 二、材料費 | 700000 | | 127000 | 160000 | 987000 | 735000 | | 138430 | | 873430 |
| 三、業務費 | 88600 | 13909800 | 137890 | 401434 | 14537724 | 107500 | 15768000 | 132920 | 294200 | 16302620 |
| 四、旅運費 | | | | 9216 | 9216 | | | | 13000 | 13000 |
| 合計 | 788600 | 13909800 | 294890 | 600000 | 15593290 | 842500 | 15768000 | 301350 | 375000 | 17286850 |
| 備註 | 材料費： 採購血糖試 紙及針頭 | 業務費： 老人健檢費 用 | 人事費： 講師鐘點費 (由中心基金 支付) 材料費： 採購血糖試紙 及針頭 | 材料費及人事 費同左 業務費：包括 印刷、媒體宣 導、誤餐費、 宣導品採購等 | | 同左 | 同左 | 同左 | 同左 | |

表十六、86/88 高雄市衛生所公共衛生護士人員數及薪資

單位：元

| 項目 所別 | 護產人員數 | | 合計薪資 | |
|----------|------------|------------|------------|------------|
| | 86 年度 7 月份 | 88 年度 7 月份 | 86 年度 7 月份 | 88 年度 7 月份 |
| 前鎮區衛生所 | 11 | 11 | 462960 | 520215 |
| 前金區衛生所 | 5 | 5 | 229940 | 254850 |
| 新興區衛生所 | 5 | 5 | 242805 | 259290 |
| 苓雅區衛生所 | 11 | 11 | 518515 | 546340 |
| 鹽埕區衛生所 | 5 | 5 | 232195 | 256350 |
| 鼓山區衛生所 | 6 | 6 | 276034 | 291612 |
| 三民區衛生所 | 12 | 13 | 553785 | 624390 |
| 楠梓區衛生所 | 8 | 8 | 260355 | 288352 |
| 旗津區衛生所 | 4 | 3 | 176174 | 147688 |
| 小港區衛生所 | 7 | 7 | 395815 | 437115 |
| 左營區衛生所 | 8 | 8 | 321288 | 385780 |
| 合計 | 82 | 82 | 3669866 | 4011982 |

副本

私立立高高雄醫管學院

函

學校地址：高雄市三民區十全一路一〇〇號

受文者：本校劉慧俐老師

速別：急件

密等：

發文日期：民國八十八年一月十一日

發文字號：(88)高醫系社字第〇五二號

附件：

主旨：敬請 貴局提供八十六年度整年之全民健保慢性病患之地址、電話等相關資料，以供學術研究

使用。

說明：

- 一、本校醫學社會學系劉慧俐副教授，受行政院衛生署委託，執行「全民健保慢性病患監控管理模式之研究(Ⅱ)」，(計劃編號：DOH88-TD-1105)。研究欲分析全民健保門診及住院糖尿病、高血壓等慢性病之疾病結構及醫療資源利用情況，進而了解如何減少不必要之資源利用，並建立快速監控慢性病之動態及轉介服務系統。
- 二、本年度需針對糖尿病冠狀動脈心臟病、高血壓及腦血管疾病等慢性病患從事介入服務，因此煩請貴局協助提供被保險人之住址及電話或承保單位，以方便分案，並委請各衛生所公共衛生護理人員協助慢性病之監控。
- 三、相關事宜煩與研究助理黃秀琴小姐聯絡。電話：07-3217997轉15。

正本：中央健康保險局高屏分局

副本：本校劉慧俐老師

校長 蔡瑞雄

附錄一

申請中央健保局高屏分局八十六年度整年之慢性病患戶籍資料公文

附錄二、高雄市衛生所糖尿病、高血壓護理指導記錄

糖尿病、高血壓護理指導記錄

門診號 _____
個案來源 _____

案字號 _____
案別(日期) _____

一、一般資料：

姓名 _____ 男、女 出生年月 _____ 籍貫 _____ 教育 _____ 職業 _____ 優待或保險：有 _____ 無 _____
地址高雄市 _____ 區 _____ 里 _____ 街路 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓 _____ 電話 _____
高雄市 _____ 區 _____ 里 _____ 街路 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓 _____ 電話 _____
家庭成員：父(公)、母(婆)、夫(妻)、子 _____ 人、女 _____ 人、媳(婿) _____ 人、孫 _____ 人、其他 _____ 獨居 _____ 備註 _____
家中主要醫療負擔者：關係 _____ 職業 _____ 主要照顧者：關係 _____ 姓名 _____ 教育 _____ 電話 _____
本人及家屬特殊健康情形： _____

個案及家屬關係：家庭和睦 _____ 婆媳不合 _____ 兒(女)不孝 _____ 夫妻不和 _____ 單身 _____ 其他 _____

半年內治療情形：發病年(月)於 _____ 半年內是否就診是 _____ 否 _____
公立醫院 _____ 私立醫院(診所) _____ 衛生所 _____ 其他方法：中醫 _____ 自購中藥 _____ 自購西藥 _____ 無 _____

三、檢查結果及認知情形：
身高 _____ 公分 理想體重 _____ 士 _____ 公斤 理想熱量 _____ × _____ = _____ 卡

| 日期 | 血壓 mmHg | 血糖 mg % 時間 | 尿糖 / 時間 | 尿蛋白 | 體重 | 三酸甘油脂 mg % | 膽固醇 mg % | 肝功能 |
|----|---------|------------|---------|-----|----|------------|----------|-----|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

四、指導：

| 日期地點 | 主訴 H: 視力障礙 DM: 三多一少 視力障礙 腳麻 | 目前治療情形 | | 其他處理方法及原因 | 未控制好之效果 | 如何控制病 | 檢查、主訴、就醫、治療、控制情形之指導及反應 |
|------|---|-------------------|--|-----------|---|--|------------------------|
| | | 按時就診(是、間隔、否、原因)地點 | 口服藥: 是否按時按量、原因、有無反應 注射藥: 方法、時間、部位、反應(有藥名、劑量、時間劑量) | | | | |
| | | | | | H: 心臟方面 <input type="checkbox"/> 有 _____ 腎臟方面 <input type="checkbox"/> 有 _____ 胸血管方面 <input type="checkbox"/> 有 _____ DM: 眼睛方面 <input type="checkbox"/> 有 _____ 腎臟方面 <input type="checkbox"/> 有 _____ 心血管方面 <input type="checkbox"/> 有 _____ DM 昏迷 <input type="checkbox"/> 有 _____ | 飲食控制 <input type="checkbox"/> 按時就醫、服藥 <input type="checkbox"/> 運動控制 <input type="checkbox"/> | |
| | | | | | H: 心臟方面 <input type="checkbox"/> 有 _____ 腎臟方面 <input type="checkbox"/> 有 _____ 胸血管方面 <input type="checkbox"/> 有 _____ DM: 眼睛方面 <input type="checkbox"/> 有 _____ 腎臟方面 <input type="checkbox"/> 有 _____ 心血管方面 <input type="checkbox"/> 有 _____ DM 昏迷 <input type="checkbox"/> 有 _____ | 飲食控制 <input type="checkbox"/> 按時就醫、服藥 <input type="checkbox"/> 運動控制 <input type="checkbox"/> | |
| | | | | | H: 心臟方面 <input type="checkbox"/> 有 _____ 腎臟方面 <input type="checkbox"/> 有 _____ 胸血管方面 <input type="checkbox"/> 有 _____ DM: 眼睛方面 <input type="checkbox"/> 有 _____ 腎臟方面 <input type="checkbox"/> 有 _____ 心血管方面 <input type="checkbox"/> 有 _____ DM 昏迷 <input type="checkbox"/> 有 _____ | 飲食控制 <input type="checkbox"/> 按時就醫、服藥 <input type="checkbox"/> 運動控制 <input type="checkbox"/> | |

- 74 -

| 一日飲食 (護士建議 公斤 卡, 期間) | | | | 飲食不當原因指導及反應 | | | | | | | | | | | | | 高血壓日常應注意事項 | | | 備註 | | 預約/地點 | | 簽名 | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|-----------------|----------|----------|-------------|---|--------|-------------|--------|----|----|----|-----|-----|----|------|------|--------------------|---------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|--------|-------------|----------|---------------|----|-------|----|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 乾飯 () 碗 | 肉、魚、蛋、豆、奶 () 份 | 蔬菜 () 碟 | 水果 () 份 | 點心 () 份 | | | 飲食不當原因指導及反應 | 知 | 不知 | 已做 | 未做 | 調味品 | 醃製品 | 罐頭 | 動物肉類 | 有殼海鮮 | 煙 | 酒 | 高糖 | 其他 | AC () | PC () | 一天做多久 () 分 | 一天 () 次 | 有天天 () 無 () | 備註 | 預約/地點 | 簽名 | | | | | | | | | | |
| | | | | 時 | 間 | 種類 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 量 | | | | | | | | | |
| | | | | 上午 () 時 | | 種類 () | 量 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 下午 () 時 | | 種類 () | 量 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 晚上 () 時 | | 種類 () | 量 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 上午 () 時 | | 種類 () | 量 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 下午 () 時 | | 種類 () | 量 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 晚上 () 時 | | 種類 () | 量 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 結 | | | | 尿 | | | | | | | | | | | | | 病 | | | | 高血壓日常應注意事項 | | | | 備註 | | 預約/地點 | | 簽名 | | | | | | | | | |
| 低血糖症 | | 餓 | 顫 | 頻 | 嘔 | 頭 | 茶 | 血 | 糖 | 乾 | 噁 | 嘔 | 面 | 血 | 不 | 其 | 自行驗尿 (有無、原因、方法正確否) | 特別保護足部及身體 (有無傷口、知不知目的注意否) | 每月量血壓 (有無、原因、扶術正確否、記錄有無) | 洗澡水冷熱適中 (是、否; 知、不知目的) | 預防便秘 (有無便秘; 知、不知目的; 注意否) | 備註 | | 預約/地點 | | 簽名 | | | | | | | | | | | | |
| 發生 | 有 | | | | | | | | 發生 | 有 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 無 | | | | | | | | | 無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 知 | | | | | | | | 知 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 不知 | | | | | | | | 不知 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 自行處理方式 | | | | | | | | 自行處理方式 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 護理指導 | | | | | | | | 護理指導 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 發生 | 有 | | | | | | | | 發生 | 有 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 無 | | | | | | | | | 無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 知 | | | | | | | | 知 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 不知 | | | | | | | | 不知 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 自行處理方式 | | | | | | | | 自行處理方式 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 護理指導 | | | | | | | | 護理指導 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 發生 | 有 | | | | | | | | 發生 | 有 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 無 | | | | | | | | | 無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 知 | | | | | | | | 知 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 不知 | | | | | | | | 不知 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 自行處理方式 | | | | | | | | 自行處理方式 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 護理指導 | | | | | | | | 護理指導 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

附錄三、高雄市衛生所糖尿病、高血壓個案管理成效調查表(前、後測)

編號_____

家字號_____

身份證字號_____

姓名_____

訪視次數_____

管理地點： (1) 個案家中 (2) 社區定點

一.基本資料：

1.案別： (1) 高血壓 (2) 糖尿病 (3) 高血壓及糖尿病

2.年齡：_____

3.性別： (1) 男 (2) 女

4.教育程度： (1) 不識字 (2) 識字 (3) 小學 (4) 國(初)中
 (5) 高中(職) (6) 專科 (7) 專科以上 (8) 不詳

5.保險狀態： (1) 無 (2) 健保

6.發病多久？ (1) 近三個月 (2) 1年以下 (3) 1~3年
 (4) 3~5年 (5) 5~7年 (6) 7~10年 (7) 10年以上

二.疾病認知，控制情形：

1.半年內是否就診： (1) 是 (2) 否

2.就醫情形： (1) 按時定期就醫(每月定期就醫或依慢性病處方簽
 固定取藥就診) (2) 不定期或不舒服時才就醫 (3) 未就醫

3.就醫地點(可複選) (1) 公立醫院 (2) 私立醫院、診所
 (3) 衛生所 (4) 中醫 (5) 中藥房 (6) 西藥房
 (7) 未就醫 (8) 其他

4.體重應控制在多少才理想？： (1) 知 (2) 不知

5.體重： (1) 消瘦(低於20%) (2) 過輕(低於10~20%)
 (3) 剛好(10%) (4) 過重(高於10~20%)
 (5) 肥胖(高於20%)

6.血壓應控制在多少才理想？ (1) 知 (2) 不知

7.血壓值控制： (1) 理想血壓(130/85mmHg 以下)
 (2) 理想但偏高之血壓(130~139/85~89mmHg)
 (3) 高血壓，包含輕度到嚴重度(140/90mmHg 以上)

8.血糖應控制在多少才理想？ (1) 知 (2) 不知

9.血糖值控制： (1) 良好(AC120mg% 以下、PC2小時140mg%
 以下、使用胰島素60歲以上者，AC140mg% 以下、PC2小時160mg%
 以下、)， (2) 過高(AC140mg% 以上、PC2小時200mg% 以上。)

三. 飲食認知與行爲：

- 1-1-a 調味品爲高鹽份食物： (1)知， (2)不知
- 1-1-b 調味品爲高鹽份食物： (1)已作， (2)未作
- 1-2-a 醃製品爲高鹽份食物： (1)知， (2)不知
- 1-2-b 醃製品爲高鹽份食物： (1)已作， (2)未作
- 1-3-a 罐頭爲高鹽份食物： (1)知， (2)不知
- 1-3-b 罐頭爲高鹽份食物： (1)已作， (2)未作
- 2-1-a 動物內臟爲高膽固醇食物： (1)知， (2)不知
- 2-1-b 動物內臟爲高膽固醇食物： (1)已作， (2)未作
- 2-2-a 有殼海產爲高膽固醇食物： (1)知， (2)不知
- 2-2-b 有殼海產爲高膽固醇食物： (1)已作， (2)未作
- 3-1-a 高醣類食物適當攝取： (1)知， (2)不知
- 3-1-b 高醣類食物適當攝取： (1)已作， (2)未作
- 4-1-a 了解煙類應儘量少抽： (1)知， (2)不知
- 4-1-b 了解煙類應儘量少抽： (1)已作， (2)未作
- 5-1-a 了解酒類應攝取適當： (1)知， (2)不知
- 5-1-b 了解酒類應攝取適當： (1)已作， (2)未作
- 6-1-a 了解一日飲食攝取量是否適當： (1)知， (2)不知
- 6-1-b 了解一日飲食攝取量是否適當： (1)已作， (2)未作

四. 高血壓個案注意事項：

- 1-1-a 未控制的後果： (1)已知， (2)未知， (3) 不適用
- 1-1-b 自我保健： (1)已作， (2)未作， (3) 不適用
- 2-1-a 能知道按時服藥： (1)已知， (2)未知， (3) 不適用
- 2-1-b 能做到按時服藥： (1)已作， (2)未作， (3) 不適用
- 3-1-a 能知道按量服藥： (1)已知， (2)未知， (3) 不適用
- 4-1-a 能做到按量服藥： (1)已作， (2)未作， (3) 不適用
- 4-1-b 能知道應適當運動： (1)已知， (2)未知， (3) 不適用
- 5-1-a 能做到適當運動： (1)已作， (2)未作， (3) 不適用
- 5-1-b 知道每月量血壓： (1)已知， (2)未知， (3) 不適用
- 6-1-a 能做到每月量血壓： (1)已作， (2)未作， (3) 不適用
- 6-1-b 能知道洗澡水溫應適中： (1)已知， (2)未知， (3) 不適用
- 7-1-a 能做到洗澡水溫適中： (1)已作， (2)未作， (3) 不適用
- 7-1-b 知道預防便秘： (1)已知， (2)未知， (3) 不適用
- 7-1-b 能做到預防便秘： (1)已作， (2)未作， (3) 不適用

五. 糖尿病個案注意事項：

- 1-1-a 未控制的後果： (1)已知， (2)未知， (3) 不適用
- 1-1-b 自我保健： (1)已作， (2)未作， (3) 不適用
- 2-1-a 能知道按時服藥： (1)已知， (2)未知， (3) 不適用

- 2-1-b 能做到按服時藥： (1) 已作， (2) 未作， (3) 不適用
- 3-1-a 能知道按量服藥： (1) 已知， (2) 未知， (3) 不適用
- 3-1-b 能做到按量服藥： (1) 已作， (2) 未作， (3) 不適用
- 4-1-a 能知道正確藥物注射方法： (1) 已知， (2) 未知， (3) 不適用
- 4-1-b 能做到正確藥物注射方法： (1) 已作， (2) 未作， (3) 不適用
- 5-1-a 能知道正確藥物注射部位： (1) 已知， (2) 未知， (3) 不適用
- 5-1-b 能做到正確藥物注射部位： (1) 已作， (2) 未作， (3) 不適用
- 6-1-a 能知道正確藥物注射時間： (1) 已知， (2) 未知， (3) 不適用
- 6-1-b 能做到正確藥物注射時間： (1) 已作， (2) 未作， (3) 不適用
- 7-1-a 能知道應適當運動： (1) 已知， (2) 未知， (3) 不適用
- 7-1-b 能做到適當運動： (1) 已作， (2) 未作， (3) 不適用
- 8-1-a 能知道低血糖症狀： (1) 已知， (2) 未知， (3) 不適用
- 8-1-b 有無低血糖症狀： (1) 有， (2) 無， (3) 不適用
- 9-1-a 能知道低血糖處理： (1) 已知， (2) 未知， (3) 不適用
- 9-1-b 能做到低血糖處理： (1) 已作， (2) 未作， (3) 不適用
- 10-1-a 能知道足部護理： (1) 已知， (2) 未知， (3) 不適用
- 10-1-b 足部有無傷口： (1) 有傷口， (2) 無傷口， (3) 不適用
- 11 過渡利用的原因： _____

高雄市糖尿病、高血壓監控管理模式之成本效益分析

敬愛的社區衛生工作同仁：

這份調查的目的是讓您有機會表達您這段期間，從事糖尿病、高血壓家庭訪視工作的看法，什麼事您滿意？什麼事您不滿意？請您用心的回答，希望經由您的答案，讓我們能找出更多具體的方案，同時協助公共衛生護士突破服務工作瓶頸，更積極的發揮專業角色與功能。

感謝您的支持與合作！

委託單位：行政院衛生署

研究單位：高雄醫學院

問卷說明：

1. 問卷作答時，敬請放心提出實際經驗看法，問卷資料的處理及研究報告的撰寫，將採總體分析的方式呈現並對個別的資料充分保密。
2. 本問卷中自由敘述的問題，若能提供詳細答案，將更具參考價值，敬請儘量予以作答。

壹、下列問題是有關您在中老年病防治工作時間的分配，請依說明，答在空格內。各種時間之定義如下：

- 一、篩檢時間：指去社區為民眾測血壓、尿糖及血糖辦理篩檢工作總共所需的時間。
- 二、護理指導及追蹤指導時間：指篩檢後為個人或團體做單純衛教，而不是進行其他工作所需的時間。
- 三、交通時間：指為篩檢工作所花費的所有交通時間，包括駕車或等車時間。
- 四、其他時間：指為執行中老年病篩檢工作之事前準備及事後整理資料時間，如：聯絡相關事宜、準備器材、抄寫名冊、填寫報表等。

1. 請問您 86 年度之工作成果

- (1) 您預定篩檢目標數_____人次
- 您實際篩檢目標數_____人次
- (2) 您預定收案目標數_____人次
- 您實際收案目標數_____人次

2. 請問您 86 年度篩檢一個目標數之時間分配

- (1) 篩檢時間：平均_____分鐘
- 最短時間約_____分鐘，最長時間_____分鐘 ，
- (2) 護理指導及追蹤指導時間：
- 新篩檢個案平均_____分鐘
- 已收案個案平均_____分鐘
- (3) 交通時間：平均_____分鐘
- 最短時間約_____分鐘
- 最長時間_____分鐘
- (4) 其他時間：平均_____分鐘
- 最短時間約_____分鐘
- 最長時間_____分鐘

3. 請問您 86 年度平均每週花在中老年病防治計劃的時間分配為

- (1) 篩檢時間：_____小時／週
- (2) 護理指導及追蹤指導時間：_____小時／週
- (3) 交通時間：_____小時／週

- (4)其他時間：_____小時／週
- (5)該項工作佔每週工作時數之_____百分比
- 4.請問您 88 年度之工作成果
- (1)您預定篩檢目標數_____人次
 您實際篩檢目標數_____人次
- (2)您預定收案目標數_____人次
 您實際收案目標數_____人次
- 5.請問您 88 年度篩檢一個目標數之時間分配
- (1)篩檢時間：平均_____分鐘
 最短時間均_____分鐘
 最長時間_____分鐘
- (2)護理指導及追蹤指導時間：
- 新篩檢個案平均_____分鐘
 已收案個案平均_____分鐘
- (3)交通時間：平均_____分鐘
 最短時間約_____分鐘
 最長時間_____分鐘
- (4)其他時間：平均_____分鐘
 最短時間約_____分鐘
 最長時間_____分鐘
- 6.請問您 88 年度平均每週花在中老年病防治計劃的時間分配為
- (1)篩檢時間：_____小時／週
- (2)護理指導及追蹤指導時間：_____小時／週
- (3)交通時間：_____小時／週
- (4)其他時間：_____小時／週
- 7.請問您案源是否足夠？
- (1) 是 (2) 否
- 8.請問您目前的個案來源是主要來自？（可複選）
- (1) 成人健檢 (2) 老人健檢
- (3) 醫院轉介 (4) 地段篩檢
- (5) 其他_____
- 9.除了衛生局規定的條件之外，請問您訪視個案之選取標準為何？（可複選）
- (1) 容易聯絡得到 (2) 男性 (3) 女性
- (4) 老年人 (5) 中年人 (6) 容易有效

果者 (7) 其他

10. 在訪視個案時較常遇到什麼問題？(可複選)

(1) 管理的案別太雜 (2) 管理時間不夠

(3) 對管理的人口無法普遍提供服務

(4) 時間、精力耗費太多 (5) 效益太差

(6) 其他_____

11. 在使用戶政資料時會有何困難？_____

貳. 滿意態度量表：

請您對下列有關敘述依滿意程度，在您選擇的 " " 內打 " "，並針對不滿意或極不滿意項目，加入您的理由或建議。

非不沒滿非
常 常
不滿意
滿 滿
意見意見
1 2 3 4 5
<----->

1. 大多數曾接受我家庭訪視者所表現的合作態度

理由或建議：_____

2. 大多數曾接受我家庭訪視者對居家綜合指導的

遵從性

理由或建議：_____

3. 大多數曾接受我家庭訪視者

對自我健康的關心程度

理由或建議：_____

4. 大多數曾接受我家庭訪視者

對家庭訪視的重視程度

理由或建議：_____

5. 指導個案所獲得的成就感

理由或建議：_____

6. 大多數曾接受我家庭訪視者

對醫療資源的利用程度

理由或建議：_____

7. 個案的多樣性
理由或建議：_____
8. 運用家庭訪視模式所獲得的成就感
理由或建議：_____
9. 運用家庭訪視模式的挑戰性
理由或建議：_____
10. 運用家庭訪視模式的自主性
理由或建議：_____
11. 運用家庭訪視模式的安全性
理由或建議：_____
12. 家庭訪視的未遇情形
理由或建議：_____
13. 運用家庭訪視模式的辛苦性
理由或建議：_____
14. 運用家庭訪視模式的挫折感
理由或建議：_____
15. 運用家庭訪視模式能發揮所學之專長
理由或建議：_____
16. 個人在家庭訪視中已具備的專業知識及技巧
理由或建議：_____
17. 和同事相處的融洽性
理由或建議：_____
18. 遇有問題時和同事討論問題的機會
理由或建議：_____
19. 遇有問題時和同事討論問題的效果
理由或建議：_____
20. 家庭訪視工作所得護理長的支持與鼓勵
理由或建議：_____
21. 家庭訪視工作有新的構想或看法時，受護理長的重視程度

- (如血壓計、血糖測定儀等)
理由或建議：_____
35. 家庭訪視所用測量儀器的方便性
(如血壓計、血糖測定儀等)
理由或建議：_____
36. 訪視時所用測量儀器的故障率
(如血壓計、血糖測定儀等)
理由或建議：_____
37. 個案記錄表格填寫的簡便性
理由或建議：_____
38. 個案記錄表格填寫的完整性
理由或建議：_____
39. 個案記錄填寫的費時性
理由或建議：_____
40. 個案記錄評價管理效果的有用性
理由或建議：_____
41. 參加在職教育的機會
理由或建議：_____
42. 參加在職教育對家庭訪視工作的幫助
理由或建議：_____
43. 參加在職教育需負擔的費用
理由或建議：_____
44. 臺灣省公共衛生研究所函授教材的自學效果
理由或建議：_____
45. 在家庭訪視工作中，你是否還有其他上述未提到的問題及建議，請說明於下：

參、個人基本資料：

- 1.服務單位：_____衛生所
- 2.職等：(1)委任第四職等至第五職等
(2)委任第五職等或薦任第六至七職等
(3)其他_____
- 3.年齡：民國_____年_____月出生（實歲_____歲）
- 4.最高學歷：(1)高職護校 (2)護專（二、三、五專）
(3)大學護理系 (4)其他_____
- 5.婚姻：(1)未婚 (2)已婚 (3)分居 (4)離婚
(5)寡
- 6.目前居住地點：_____縣（市）_____鄉（鎮）
- 7.何時至本單位服務，民國_____年_____月
- 8.您目前有那些證書（可複選）
(1)助產士 (2)護士
(3)護理師 (4)其他_____
- 9.籍貫：(1)本省（閩南、客家） (2)外省
(3)山地 (4)其他_____
- 10.您每月薪水（約領）_____元
- 11.您過去是否經常加班？(1)經常 (2)偶爾
(3)非常少
- 12.自您畢業至今，是否曾從事下列何者護理工作？
（可複選）
(1)臨床護理工作：總共_____年_____月
(2)學校衛生護士：總共_____年_____月
(3)公共衛生機關之公共衛生或行政工作
（目前工作不算）總共_____年_____月
(4)其他_____：總共_____年_____月
(5)未曾
- 13-1.就您選擇目前工作環境之原因為何？（可複選）
(1)待遇良好 (2)上、下班時間固定
(3)工作輕鬆 (4)出於興趣
(5)工作環境較單純 (6)離家較近
(7)家人期望 (8)健康狀況考量
(9)昇遷進修機會多(10)無須每天面對殘疾死亡

(11) 無可選擇 (12) 其他，請註明_____

13-2. 並請依優先順序註明前三位。_____、_____、_____。

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

14. 對您目前的考核方式之評價？並請您對下列有關敘述依滿意程度，在您選擇的 " " 內打 " √ "，及針對不滿意或極不滿意項目，加入您的理由或建議。

非不沒滿非
常 常
不滿意
滿 滿
意見意見
1 2 3 4 5
<----->

(1) 家訪考核：依照高血壓、糖尿病個案

健康服務品質評鑑表

對於不滿意或極不滿意之理由或建議：

(2) 書面考核：依照高血壓、糖尿病篩檢

異常個案追蹤統計表

對於不滿意或極不滿意之理由或建議：

(3) 家訪考核：實地至個案家中考核家訪

方式

對於不滿意或極不滿意之理由或建議：_____

15. 您建議的考核方式為何？_____

附錄五、高雄市衛生所糖尿病、高血壓監控管理模式之成本效益分析
經費/薪資調查表

高雄市糖尿病、高血壓監控管理模式之成本效益分析

經費調查表（衛生局填寫）

黃小姐：

您好，高雄市政府衛生局推行中老年病防治工作，已頗具規模，現欲評值在此項工作所投入的成本，請據您所知貴單位在 86、88 年度分別投入有關“中老年病防治工作”的經費，大致分為下列五項：

設備費：如血壓計、血糖測定儀、機車、卡片櫃。

材料費：如尿糖試紙、血糖試紙、訪視袋等。

人事費：講師鐘點費、加班費等。

業務費：如衛教單張文具、衛教獎勵品、篩檢卡片、管理卡片、汽油費、修車費等。

其他：以上未列，而有補助之項目。

請分別記錄於表格中。感謝您惠予配合，敬 祝

身體健康

全民健保慢性病患監控管理模式研究小組敬上

P.S. • 請於 6 月 30 日前填妥，研究助理擇日前往取回。

- 若貴局尚有其他科室也有關“中老年病防治工作”的相關經費，也請這些科室填寫（例如第一科、第五科等）

附錄六、健保慢性病患轉介衛生所個案管理可行性協調會（I）

主辦單位：高雄醫學院

協辦單位：高雄市衛生局

時間：八十八年二月十日(星期三)

地點：高雄市衛生局四F會議室

大綱

14：00~14：15－報到

14：15~14：30－研究計劃說明

14：30~15：00－可行性之討論

15：00~15：30－衛生局、衛生所回應

15：30~15：45－分案討論

15：45~16：00－訪視說明

前言：有鑑於慢性病持續上升情況，衛生署自 72 年起即積極廣設基層保健服務中心，並推行中老年疾病防治計劃，社區護理人員在慢性病病患之發現、追蹤及居家護理的提供上更有舉足輕重的地位，但護產人員真正能照護的個案非常有限，此後，衛生署還於民國八十一年加強醫院與衛生所之間糖尿病、高血壓個案雙向轉介作業並在工作場所、社區人口集中處推行糖尿病、高血壓之篩檢及個案管理，並加強社區志工協助推展慢性病防治工作，雖然如此，成效仍然非常有限，因此，需尋找更合乎經濟效益的慢性病個案服務方式，另一方面目前全民健保各分局，已有民眾於門診、住院就醫之診斷資料，且對過渡利用醫療資源之被保險人建檔及追蹤，然因人力限制及非專業之公共衛生護理訓練，在臨床症狀上及家庭訪視效果上亦僅止於了解何以高利用醫療資源，未能達到更佳之服務，因此有必要將健保局與衛生行政體系結合，以改善目前的慢性病監控管理模式。

壹.本年度研究目的：

- 1.整理高屏分局過度利用醫療資源被保險人檔案，以掌握其特性，並進一步將過度利用醫療資源被保險人檔案與醫療費用歸戶檔勾稽，以了解慢性病患持續性照顧或醫療資源的實際狀況。並進一步研擬以電腦網路系統快速監控管理方法。
- 2.探討慢性病過度利用醫療資源被保險人轉介衛生所公共衛生護理人員個案管理可行性。
- 3.進行公共衛生護理人員介入健保高血壓、糖尿病之慢性病個案管理之類實驗研究計劃。
- 4.使衛生所公共衛生護士利用有限的訪視時間，擴展高血壓、糖尿病個案的服務。
- 5.充分利用健保局之資料庫，並喚起慢性病患重視高血壓、糖尿病之自我照顧責任。

貳. 研究計劃進度：

研究時間：87/7/1~88/6/30

訪視時間：88/2/22~88/6/22

督導會議：不定期、電話或面談。

參. 訪視須知：

依高血壓、糖尿病個案管理手冊。

※. 個案管理流程圖：

健保局提供個案地址及電話↔高雄醫學院↔轉介給予衛生所↔

各衛生所收案→給予前測問卷調查及第一次家訪<2/22>→

每隔一個月家訪一次<3/22、4/22、5/22、6/22>

→給予後測問卷調查→結案

↔督導會議：每月一次及不定期聯繫<2/22~6/22>

肆. 問卷說明：

一. 高雄市衛生所糖尿病、高血壓個案管理成效調查表(前、後測)。

二. 糖尿病、高血壓護理指導記錄。

伍. 附件 1~3

附件 1：表一. 高屏分局四種門診慢性疾病歸戶檔 (部份資料)

附件 2：表二. 高屏分局四種門診慢性病歸戶門診次數分佈

附件 3：表三. 高屏分局糖尿病、高血壓、冠狀動脈心臟病及腦血管疾病歸戶門診次數分佈

附件 1.

表一. 高屏分局西門內診慢性疾病的患者名單 (部分資料)

| | BOP8 | BOP29 | DISEASE | BOP3 | TYPE | FREQ | F |
|----|------------|-------|---------|------|------|------|---|
| 1 | * | | HB | 04 | 0 | 1 | |
| 2 | 101744649 | | HB | 04 | 0 | 1 | |
| 3 | 000345232 | | HB | 04 | 0 | 1 | |
| 4 | 0012192 | | CV | 04 | 0 | 1 | |
| 5 | 0013424 | | HB | 04 | 0 | 2 | |
| 6 | 00477793 | | CV | 04 | 0 | 4 | |
| 7 | 0047790 | | AH | 04 | 0 | 2 | |
| 8 | 005121 | | CV | 04 | 0 | 1 | |
| 9 | 005125 | | HB | 04 | 0 | 4 | |
| 10 | 005125 | | HB | 08 | 0 | 2 | |
| 11 | 0067882000 | | DM | 04 | 0 | 1 | |
| 12 | 0067928 | | AH | 04 | 0 | 1 | |
| 13 | 0075974 | | DM | 04 | 0 | 11 | |
| 14 | 0075974 | | HB | 04 | 0 | 1 | |
| 15 | 0089544 | | AH | 04 | 0 | 5 | |
| 16 | 0101519997 | | HB | 04 | 0 | 1 | |
| 17 | 0128385 | | HE | 04 | 0 | 11 | |
| 18 | 0143673 | | HB | 04 | 0 | 1 | |
| 19 | 0183836 | | CV | 04 | 0 | 1 | |
| 20 | 0186604 | | HB | 04 | 0 | 1 | |
| 21 | 0186934000 | | HB | 04 | 0 | 4 | |
| 22 | 0227470 | | DM | 04 | 0 | 2 | |
| 23 | 0228693 | | HB | 04 | 0 | 1 | |
| 24 | 0228693 | | HB | 04 | 0 | 3 | |
| 25 | 0228732M | | HB | 04 | 0 | 1 | |
| 26 | 024303 | | DM | 04 | 0 | 1 | |
| 27 | 024403 | | HB | 04 | 0 | 1 | |
| 28 | 024556 | | HB | 04 | 0 | 10 | |
| 29 | 0246543 | | AH | 04 | 0 | 1 | |
| 30 | 0247060 | | AH | 04 | 0 | 9 | |
| 31 | 0247060 | | CV | 04 | 0 | 2 | |
| 32 | 0247111000 | | HB | 04 | 0 | 2 | |
| 33 | 0247223 | | CV | 04 | 0 | 6 | |
| 34 | 0247516 | | HB | 04 | 0 | 4 | |
| 35 | 0267575 | | HB | 04 | 0 | 2 | |
| 36 | 0288498 | | DM | 04 | 0 | 2 | |
| 37 | 0288498 | | HB | 04 | 0 | 5 | |
| 38 | 035228262 | | HB | 04 | 0 | 1 | |
| 39 | 0397846 | | AH | 04 | 0 | 1 | |
| 40 | 0397846 | | HB | 04 | 0 | 6 | |
| 41 | 0398269 | | DM | 04 | 0 | 10 | |
| 42 | 0402178588 | | DM | 04 | 0 | 2 | |
| 43 | 0402779 | | HB | 04 | 0 | 1 | |
| 44 | 0487681 | | AH | 04 | 0 | 4 | |
| 45 | 0487681 | | AH | 08 | 0 | 3 | |
| 46 | 0500495 | | HB | 04 | 0 | 2 | |
| 47 | 0501046 | | HB | 04 | 0 | 1 | |
| 48 | 0604585 | | HB | 04 | 0 | 8 | |
| 49 | 0605229 | | HE | 04 | 0 | 3 | |
| 50 | 0606152 | | CV | 04 | 0 | 1 | |
| 51 | 064445 | | DM | 04 | 0 | 1 | |
| 52 | 0900623572 | | DM | 04 | 0 | 1 | |
| 53 | 0ML8386273 | | HB | 04 | 0 | 4 | |
| 54 | 0PR0010940 | | HB | 04 | 0 | 5 | |
| 55 | 1 | | CV | 04 | 0 | 1 | |
| 56 | 1200280542 | | HE | 04 | 0 | 1 | |
| 57 | 1200284361 | | DM | 04 | 0 | 1 | |

表 = 高屏分局 四甲中量性污染因子訂定標準分布

| FREQ | IFREQ1 | IPERC | SUM | PERCENT |
|-------|-----------|----------|----------|---------|
| 1.00 | 70255.00 | 0.233178 | 0.233178 | |
| 2.00 | 37372.00 | 0.124039 | 0.357217 | |
| 3.00 | 24868.00 | 0.082538 | 0.439755 | |
| 4.00 | 21007.00 | 0.069723 | 0.509477 | |
| 5.00 | 17041.00 | 0.05656 | 0.566037 | |
| 6.00 | 15300.00 | 0.050781 | 0.616818 | |
| 7.00 | 13624.00 | 0.045218 | 0.662037 | |
| 8.00 | 12882.00 | 0.042756 | 0.704792 | |
| 9.00 | 11171.00 | 0.037077 | 0.741869 | |
| 10.00 | 10692.00 | 0.035487 | 0.777356 | |
| 11.00 | 10959.00 | 0.035373 | 0.812729 | |
| 12.00 | 12307.00 | 0.040847 | 0.853577 | |
| 13.00 | 12379.00 | 0.041086 | 0.894663 | |
| 14.00 | 6396.00 | 0.021229 | 0.915892 | |
| 15.00 | 4050.00 | 0.013442 | 0.929334 | |
| 16.00 | 3183.00 | 0.010564 | 0.940898 | |
| 17.00 | 2712.00 | 0.009001 | 0.949899 | |
| 18.00 | 2140.00 | 0.007103 | 0.957002 | |
| 19.00 | 1802.00 | 0.005901 | 0.962903 | |
| 20.00 | 1572.00 | 0.005218 | 0.968121 | |
| 21.00 | 1395.00 | 0.00463 | 0.972751 | |
| 22.00 | 1244.00 | 0.004129 | 0.976880 | |
| 23.00 | 1194.00 | 0.003963 | 0.980843 | |
| 24.00 | 1152.00 | 0.003824 | 0.984667 | |
| 25.00 | 1039.00 | 0.003448 | 0.988115 | |
| 26.00 | 961.00 | 0.00319 | 0.991304 | |
| 27.00 | 452.00 | 0.0015 | 0.992804 | |
| 28.00 | 352.00 | 0.001168 | 0.993972 | |
| 29.00 | 254.00 | 0.000843 | 0.994815 | |
| 30.00 | 221.00 | 0.000734 | 0.995549 | |
| 31.00 | 198.00 | 0.000657 | 0.996206 | |
| 32.00 | 142.00 | 0.000471 | 0.996677 | |
| 33.00 | 129.00 | 0.000428 | 0.997105 | |
| 34.00 | 106.00 | 0.000352 | 0.997457 | |
| 35.00 | 81.00 | 0.000289 | 0.997746 | |
| 36.00 | 66.00 | 0.000282 | 0.998028 | |
| 37.00 | 66.00 | 0.000219 | 0.998247 | |
| 38.00 | 60.00 | 0.000199 | 0.998446 | |
| 39.00 | 48.00 | 0.000159 | 0.998605 | |
| 40.00 | 55.00 | 0.000183 | 0.998788 | |
| 41.00 | 44.00 | 0.000146 | 0.998934 | |
| 42.00 | 36.00 | 0.000119 | 0.999053 | |
| 43.00 | 37.00 | 0.000123 | 0.999176 | |
| 44.00 | 31.00 | 0.000103 | 0.999279 | |
| 45.00 | 21.00 | 6.97E-05 | 0.999349 | |
| 46.00 | 29.00 | 9.63E-05 | 0.999405 | |
| 47.00 | 28.00 | 9.29E-05 | 0.999461 | |
| 48.00 | 22.00 | 7.3E-05 | 0.999518 | |
| 49.00 | 25.00 | 8.3E-05 | 0.999574 | |
| 50.00 | 14.00 | 4.65E-05 | 0.999621 | |
| 51.00 | 19.00 | 6.31E-05 | 0.999677 | |
| 52.00 | 18.00 | 5.97E-05 | 0.999733 | |
| 53.00 | 3.00 | 9.96E-06 | 0.999789 | |
| 54.00 | 2.00 | 6.64E-06 | 0.999845 | |
| 55.00 | 1.00 | 3.32E-06 | 0.999901 | |
| 57.00 | 4.00 | 1.33E-05 | 0.999957 | |
| 58.00 | 2.00 | 6.64E-06 | 0.999963 | |
| 59.00 | 1.00 | 3.32E-06 | 0.999969 | |
| 60.00 | 1.00 | 3.32E-06 | 0.999975 | |
| 61.00 | 1.00 | 3.32E-06 | 0.999981 | |
| 62.00 | 1.00 | 3.32E-06 | 0.999987 | |
| 63.00 | 1.00 | 3.32E-06 | 0.999993 | |
| 65.00 | 1.00 | 3.32E-06 | 0.999999 | |
| 70.00 | 1.00 | 3.32E-06 | 0.999999 | |
| 71.00 | 2.00 | 6.64E-06 | 0.999999 | |
| 81.00 | 1.00 | 3.32E-06 | 0.999999 | |
| 24.00 | 1.00 | 3.32E-06 | 1 | |
| | 301293.00 | | | |

附錄六、健保慢性病患轉介給衛生所個案可行性協調會 (I)

主辦單位：高雄醫學院

協辦單位：高雄市衛生局

時間：八十八年二月十日(星期三)

地點：高雄市衛生局四F 會議室

出席人員：主持人－劉慧俐

 高雄市市政府衛生局第五科科长－李淑婷

 高雄市市政府衛生局技士－黃貴妃

 高雄市新興區衛生所護理長－朱惠麗

記錄：黃秀琴

會議記錄內容：

一.前言

劉老師：1.老師自我介紹

 2.介紹此次會議大綱

大綱－

8：30~9：00－報到

9：00~9：30－研究計劃說明

9：30~10：30－可行性之討論

10：30~11：30－各單位回應

11：30~12：00－各衛生所分案

12：00~12：30－訪視說明

二.內容

李淑婷：你現在是說...比方說：附件一是說這四種慢性病的他看過一次門診有七萬多人？

劉慧俐：附件一是說這四種慢性病的人，他在一年裡有看過一次的有七萬多人，這是屬於這四種病的。

李：對，就是說假如這個人有這四種病的話，那這個資料就會互相地重疊...

劉：會。

李：所以這個八十四次的人.....

劉：他可能是兩次是看 DM，而三次是看 HB。會產生這樣的 combine，所以妳如果要更 specific 的話，那妳就要看第附件二。

李：如果我現在有兩種病，而我第一次只看 DM，而第二次是看兩種病(DM 加上 HB)的話....

劉：這就 depend on....這就沒辦法篡改了，這就完全看健保局他們寫什麼了...

李：對，我現在的意思就是說，健保在給付的時候是不是因為有限制，就是說這個藥費不能超過多少。比如說我現在有四種病的話，我要吃四種病的藥，那我一次門診的話就沒辦法給我這麼多的處理，因此我必需一次蓋好幾個章，可

能他沒有去看，但卻還是給他蓋好幾個章。可能這個記錄也...我的意思是說，他可能蓋三個章，然後也給他做三次記錄。

劉：對，我們最大的麻煩就是這樣，本來我今天想請健保局來，因為我知道他有一個慢性病處方籤，那我們現在就不知道，現在可不可以一次治療兩個病，或是每一個病就是要蓋一個，那以我們過去的認知裡面，我們一次的 Access 就是要蓋一個，那你也可以跟醫生講，或醫生也可能會問你：「你還有沒有其他的毛病沒有？」像我母親就是這樣，她可能每次去就是看她的腰痛，然後也會順便看其他的毛病，比如說高血壓等的，那醫生就會 combine 這一次就開給她，那或者她會另外去主訴，就是要另外去跨一科，那就要蓋兩個章了，那在批價時就是算兩次，那就是算兩次記錄了；那如果是含在裡面的，那就還是算一次，我們沒辦法去 screening 這個東西。

李：我現在有興趣的就是妳剛說的 cut point 要在那裡？

劉：那我們 cut point 就只能用一般 regular 的十二次來切，那也是一般民眾一年看病的次數，不過這是可以調整的，因為假如用十二次算，到時候算出來上萬人，那到時候衛生所可能會吸收不了，所以我們是不是可以把這個 cut point 往下拉，就只看 Access 次數最高的那種，那還有這個表的二十四種慢性病要 combine 一起看，因為中華民國慢性病防治法中並沒有說 specific 那種病才要去，有時候 combine 的也要去，那如果這個表不能清晰地表達的話，我們還有四個分開的表可以去挑，其實他們都是相同的意思，因為我們從這個 cut point 切下去時，我們都可以從電腦中找到這個"個人"的身分證字號及他的居所，然後交給健保局去分案，看是要分到那個衛生所去。

李：這只是方便分案，但詳細情形卻不能夠很清楚，所以各衛生戶你必需親自去一趟才能了解。

劉：其實將來我們也可以在行政上做要求，就是說這些有列管檔案中的人，我們將來可以請醫院護士調他的病歷或是直接去醫院調他的病歷，

李：可以調嗎？他們不會理會我們的。

劉：可以由健保局要求。

朱惠麗：所以還是要由健保局出面？

劉：所以我的計劃就是要有兩邊。

黃貴妃：我以為全要由健保局出面，這不是很好嗎？因為我有些事情想跟他談。

劉：現在可能還不到那個時候，現在最重要的是要如何抓出這些過度利用的部份，然後再開始分案。

李：我現在比較有興趣的就是妳剛說的「介入」，那不知是要介入什麼？

劉：「介入」是指要 home visit，因為通常健保局看到這些過度利用的 case 的情形，他們頂多只能打打電話，問問看大概情形，因為他們的業務不在 care 上，而是在管理上，所以他能做的也僅只於此，所以這是一個比較可惜的地方。那我知道你們的業務是要去 attach 他們，去協助他，但你們卻不太了解他們的就

醫狀況，但是健保局卻可以告訴你這個 **information**，所以何不把他的資料做我這樣的一個概念上的整理，然後 **pass** 過來，然後針對這些 **patient**，然後直接去接觸就好了，當然如果這些 **case** 本身有道理的話，我想醫療院所也會願意配合。本來在地段你們也會要他去就醫，然後也會要醫院 **pass** 給你們，那事實上這個聯絡網本來就有點存在了，那我只是讓它更緊密，而且把健保的資料庫納進來利用，而不是只建了那麼大的一個 **database** 只爲了申報給付而已，那這就有點可惜，那現在健保的資料也已經慢慢拿出來利用，那行政界何不做這樣的處理？這個計劃的原意是這樣，那今天最重要的是這個案子行不行得通，那那裡行不通，那這個案子是應麼來分，因爲不太曉得將來的 **cut point** 怎麼切？因爲這會影響到個案數，還有我有考慮到因爲舉例這邊有評估，那不知道你們是如何來評估所裡面做的成績，因爲這是一個背後的黑手，因爲你這樣考覈人家，人家怎麼做，所以我在考覈上，也想在這個場合上了解一下，那另外一點就是說過去考覈的成本是怎麼樣，跟我們今年介入的成本會怎麼樣改變，是否能做一個前後的比較，那如果這一次兩次三次的 **outcome** 都是 **positive** 的時候，那我們就是可以呈現出來並在行政上做一個變動，可以讓所有人的工作量以及成績會更好，這是整個計劃在三年內所想要達到的目的地。

李：三年，那已經過一年了，那今年的進度要做到哪裡？

劉：今年要做到 **access**，也就是說把 **cut point** 找出來，護理師有去 **home visit** 個案，而且要有前後測的 **outcome** 出來。

朱：時間來得及嗎？

劉：所以我們就回過頭來講，今年度要做的事情，

朱：不過我要先跟你說我們的背景，**refer** 給公共衛生護士，作的成不成功，很重要的是，你要做的業務有沒有跟我們要考覈的方向一樣？

劉：有配合。

朱：我們現在要求的個案是每月兩案，所以照情形看來，應該會超過兩案，而且我們的個案偏重在糖尿病。

劉：那沒關係，我們也可以只做糖尿病，只不過我們的資料是很豐富的。

朱：我覺得你的 **ideal** 很好，而且這個個案的就醫次數這麼高，是不是他就是個 **high risk group**，是我們要優先去管理的對象，但是很大的問題是，個案數超過很多。

劉：第一個解決方法是，是否可以增加護理人員的工作量，且是否可行？第二個解決方法是除了 **home visit** 之外，是否有其他方法可行？例如用電訪的方式來作某部份的個案，比較 **home visit** 及電訪的差異在那裡？還有不訪的個案會怎樣？分成三個 **group** 來看，那是否還有其他的方式進行，例如志工是否可以做某些事情？這些就是今天要討論的事。

朱：但是我們的長官有在懷疑志工所作的事情，所以說志工只能做文書，而且所謂的 **intervention** 應該是指 **nursing** 的東西。

劉：對！沒有錯，我們原本的計劃也是指不修改衛生所的 **intervention**。原本的

行政體系怎麼做我們就去 fit 它，只不過在聯結上怎麼去做修正，這樣的成功率也會比較高，所以在計劃裡面也是說，不加入其他的 **intervention**，頂多加上電訪的方式，電訪用 **well training** 的護理人員來做，也是個辦法，問題是將來要怎麼做很難講，因為剛剛你們也有提到說電訪的方式，你們也不見得可以增加這個人力，而且你們也不 **trust** 志工的能力。

朱：那是否可以電訪及加上家訪的方式交替使用？可是我有做過減少接觸的方式，以前是一個月四次，改成一個月一次，就有護理人員跟我說糖尿病的病人沒有辦法，效果不好，剛開始沒有密集的家訪，就顯示不出家訪的成效。

劉：那我們可能就要設計很多的組別，可能會變得較複雜，就是說有的是完全護士在作，有的是兩個月後換成電訪，有的是一個月後換成電訪，然後來追蹤看看每個 **group** 的效果如何，有個對照組是完全不介入任何措施，那剛剛我才想到的是說，既然有醫院的資料，可以看看是說他是有哪些病人對這些病人作 **follow**，但是需要做協調才有可能這樣做。

李：我曾經有做過，但是失敗了，因為沒有 **pay**，原先有 **pay** 的時候，就會來做，但那只是單純的要來就醫及治療，要持續服藥，僅止於此而已，使用電話來做，不一定需要護理人員來做，就成功了，一次只要打個電話五塊錢，然後整理資料，但是後來就沒有繼續付費，沒有常規的做，就沒有辦法。

劉：已經有試驗成功，不曉得有沒有 **paper**？可能要跟您要這份資料。

李：我沒有寫，但是我有用這個方法去做過，但是後來衛生署不給錢，沒辦法繼續做。

劉：那沒有關係，如果有機會，我們就在這個研究去呈現。

李：我原先是想說，我帶著醫院做一兩年，後來就成為醫院的常規，可是醫院覺得說，他不需要去做這個事情。

劉：當然，站在醫院的立場，它是一個供給者，他要賺錢，除非健保改 **H.M.O.**，他就做。

李：當然，改 **H.M.O.**就做了，像是旗津醫院，就已經在做了，沒有按時回來就診的，打電話甚至去家訪，因為他有營運上的壓力，他就願意去做，可是有的醫院病人不是很多，但是也不能夠接受這種方式。

劉：所以說背後有很多的 **mechanism** 在裡面，我想健保的制度是很大的問題。

李：所以事實上我覺得這是一個很好的方法。

劉：那我來講一下這個今天要講的大綱，然後再講分案的部份，為什麼做這個研究？剛剛也都報告過了，再來是報告研究的目的，我們今年有五個目的，第一個目的在研究室已經差不多快執行完畢了，就是已經在跟健保局要戶籍資料，然後，現在就是在跟各位討論第二點，分案的可行性，再執行介入，時間的話，我們就看二，研究計劃進度，訪視時間我們是打算過年後就開始，到六月二十二日左右，因為一個計劃，有固定的時間要維持，我們大概要在七月中八月中結束，到六月二十二日左右我們還要再整理一下資料，做為結果的 **report**，那這個中間我們需要有一些不定期的面談或電話聯絡的督導，我們原則上是不破

壞目前的體制，將來的個案就是從健保局來挑，同一個個案達到兩種成績；第四點是公共衛生護士利用有限的時間去訪視，拓展他的服務；第五點是希望病人因為這樣的服務 self care 會更好。至於訪視的部份，我們就是參照省公衛研究所，所做出來的高血壓、糖尿病個案管理手冊，完全都是按照目前的方式去做，所以說個案管理的流程是：從健保局的資料出來之後，決定哪些個案是可收的，轉介給各衛生所，每個護士收兩案，每個月進行，進行四個月，訪視的 process 還是一樣，按照手冊來做，所以在這個中間就會有些資料可以留檔下來，包括問卷說明的第一點，我們會做一個前後測的調查表，這個調查表是參考阮玉梅的資料，近期之內會完成專家的效度，希望當成前後測的量表，中間的記錄就參照護理指導記錄來整理，整個過程護理人員都不需要去修訂什麼，那我們有編列訪視的費用，前後測各給 100 元，所以每一案給 200 元。

黃：三月份目前有 10 個人要離職，而且新進的人員也不見的對這些東西熟練。

朱：劉老師我想要問一下，因為你都沒有改變目前的方式，那你期望的 outcome 是什麼？

劉：期望的 outcome 是，希望將來的個案就從健保局轉介，不用你們自己去找。

黃：但是怕個案會有重複的。

劉：是老人健檢還是成人健檢？

黃：成人健檢。

李：沒有，他現在是已經給你姓名、住址，然後要你去家訪，而且都沒有資料。

朱：那如果他不在我這一區看病，我還要越區跑過去家訪。

劉：這跟醫院沒有關係，就如同個案管理一樣，剛開始也是需要收集資料，慢慢了解個案情況，而且如果可行的話，將來也可以要求健保局，給予病患的資料。

朱：對！越詳細的資料，對公共衛生護士是越好。

劉：不過將來要是成為固定的工作模式的話，資料不一定要跟健保局要，也可以跟醫院要這個資料，也就是說衛生局或衛生所拿到這個資料，直接去跟醫院要病人的資料。

黃：很難，現在已經做了兩年了，就做不起來了。

朱：而且，現在這個年度也過了快一半了，收的個案數也收的差不多了，而且我們一年是收三分之二的糖尿病，三分之一的高血壓。

劉：對！這也是個問題。

朱：對！所以我跟他們說，評鑑的時後，不能訪高血壓。

黃：而且，新進人員也不見的馬上可以進入情況，至少也要三個月，才可以進入情況。

劉：那也只好說能收多少案，就收多少案，儘量收就是了，惟一感謝各位的是，

有編列預算，給每收一個案給 200 元。

朱：那問卷的內容會不會很複雜？需不需要訓練護產人員來做？

劉：其實很簡單，不太需要，如果有問題的話，可以到時候再作個說明，那原則是希望從二月二十二號開始。

朱：我們在二月的時候又有個產前問卷調查，而且今年度的快收完了，可不可以問一下科長，如果超過今年度的個案，可不可以當作下一個年度收的個案？

李：但是現在是電腦報表的方式，不可以這樣做。

劉：可以加分啊！而且科長你要跟他們說，因為幾個人要走，所以業績也不能掉。

朱：現在已經停頓了吧！想說三月一號要走了，就不做了。

李：我現在比較有興趣的是，你說 **outcome** 只是要衛生所比較好收，是這樣嗎？

劉：那還有就是說，事實上我們已經有 **try** 過這個程式，那將來怎麼整理這個資料，**pass** 到你們這邊來，其實都有他要討論的價值，還有就是包括說，你們希望將來健保局可以有個案的基本資料過來，不要只有名單而以，在行政上如果你希望成爲一個固定的工作模式，都是需要有一個正式的會議來討論，因爲健保局的資料只是有支出及處方的資料，並沒有個案的基本資料，如果說你們希望有這個資料，可能的話，希望他們在定期整理的時候，在醫務管理處管理過渡利用醫療資源的工作人員，定期整理出個案的基本資料，再 **pass** 到這邊來，你們才會比較方便做追蹤，但是都是要經過協商。

朱：你原來在設計研究的時候，是不是希望得到一個資料，在經過公共衛生護士的介入之後，個案的次數就會降低，？

劉：有！這是第三期要評估的，就是說當執行完了之後，如果真的有一些成效，再去撈它下一個年度的資料，看看說它的次數有沒有減少下來，所以說我第一年已經有他怎麼利用的基本資料了。

朱：這是健保局很有興趣的一點，假如說你希望再下去評估的話，我覺得現在就要給公共衛生護士知道，在就醫上給個案作加強就醫的指導，我們現在只是說你要定期的就診，並沒有在資源浪費上給他作指導。

李：護產人員要作定期的講習，有些護產人員的觀念不是很深入，觀念還是蠻守舊的。

劉：我們可以爲這些人，來作一個講習。

朱：但是在講習的時候要很小心，不要讓護產人員覺得我們是在替健保局做事，你要把他解釋成說，這是你公共衛生護士的責任，去做家訪的時候，要告訴他不要過度使用醫療資源，你要按照處方定期的服藥，我給你一些定期的指導，你的病情就能獲得改善，而不是說你常常去醫院看病換醫生，病情就能獲得控制。所以說在你的手冊裡，應該要把這個很重要的 **key point** 提出來，不然會讓健保局覺得說，你的護士家訪也沒有用。

劉：聽起來你們是蠻贊同說，他們把資料 **pass** 過來。

朱：這樣我們就不用去 **case finding**，資料就直接到他手上來了，而且資料也很豐富，而且可以 **access** 哪一個要優先管，護士比較有自主權，那假如她手上的資料比較少的話，雖然覺得不太需要管也是要管，所以說資料給越多當然是越好。

劉：無妨。我想我今天作這個計劃，也是希望拉攏這兩個局處可以一起合作，因為我是一個學界的角色，我可以說一些話，健保局其實也想要做，不然他做很多事，其實也沒辦法 **control**，健保局在怎麼管，他從供給面做，還是會有問題，其實需求面還是可以做一些事情。

朱：其實健保局也是知道這一點，可是他就沒有辦法去做，我經常向他要資料，了解他也是知道這一點，可是他就是沒有辦法做，健保局的工作人員在控制支付的工作上就已經佔去大部份的時間了，沒時間去做其他的事。

劉：其實應該是可以做，事實上大家都在叫工作量很大，也很想把這個東西做一個 **control**，**why not** 從南部做這樣的成績出來。

朱：對！他們的資料都沒有善加的利用。

劉：他沒有辦法用，其實他們要考覈醫院申報出來的東西，工作很瑣碎，再加上他們六個分局要做控管的動作，時間上都花在管理的研發，已經沒有其他的時間去做這方面的管理。那從需求面來說，他們這樣做，又好像是說不讓民眾利用，所以他們從供給面這邊做，那一般的想法也是說供給面最會 **induce** 需求面的東西，可是需求面的利用行為有問題，那這個部份，你們是從 **care** 的角度去看，健保局是沒有人力來做這個問題，所以說假如我們可以作一些成功的 **outcome** 出現，那做出一個成功的 **model** 出來，那兩造雙方都有好處，你們不用再去 **case finding**，那他們也可以有一些成績出來，那過去的 **case finding** 的 **course** 是多少，我們這樣做之後，你們省下了多少 **course**，這個要呈現，也是衛生署希望要看到的東西。所以電話裡面有提到說希望你們整理這個資料，包含過去及今年的成本，希望看到成本可以減少的效果出現，除了利用本身的行為有改變之外，還要看到成本這個東西，早期已經有做過，我們可以把這個資料找出來，這是第三年的東西，不過我們現在就得開始收，成本裡面就包括人事，人事裡面就包括檢查、新案、複檢的部份，還有業務材料、訓練、設備，我們有一些表格，將來希望去留下資料，這個就是將來要做成本分析時，要去留下金額等的資料，例如物品、護產人員的薪資。

黃：我們當然要用到 87、88 年度的資料，87 年度的資料是舊的成本的計算，88 年度的資料是要能夠計算 **pass** 過來的資料，而且我們可以用後半年來看就可以了。

朱：今年薪水沒有調薪？

劉：你們就不用去 **case finding**，直接從健保局過來。

黃：可是護產人員透過 **case finding** 的部份，所節省的成本，真的是很難去算。

劉：那我這裡就是說有一份資料，包括篩檢、衛教、交通的時間。

朱：模式沒有改變，時間都還是一樣。

劉：篩檢的時間減少了。

朱：我們沒有在做篩檢，我們現在在做成人預防保健。

劉：那成人預防保健是從健保局過來的資料嗎？

朱：不是，直接找醫院、診所，醫院主動 **pass** 給你們，幾乎是老人及成人，我擔心如果是 60 歲以下的個案，幾乎都在上班，個案很難找，還有有些就是目前在管理的，有重複的個案。

朱：但是你的比較多，我們的比較少，可以篩選，如果上班的就可以篩選掉。

劉：你的意思是說，你們再從裡面篩選，選新案的最好，舊案管理上會比較麻煩，已經在管理的，就不要去管他，最好是這樣，所以這個會牽扯到我會 **pass** 什麼樣的個案給你，因為剛剛有講到要不要用十二次去篩選。

朱：或者你要撈嚴重度高一點的。

劉：比較嚴重的個案，可能你們早就在管理。

朱：我覺得你們在算成本效益的時候會很難算。

劉：**outcome** 會很 **significant**，還是要算算看。

李：不過我剛剛看那些項目好像沒有差異？

黃：儘量作作看啊！衛生署好像也在找一些 **indicator** 來做。

劉：再把它加入，所以其實你們現在都不去做一些檢驗了。

朱：可是你不是說篩檢要完成百分之五？

黃：不是！是儘量挪到成人健檢去，達不到的話你要儘量去完成。

朱：我們已經超過太多了，我們還有要作三合一，就是一趟就做三種檢查。

黃：這樣也可以節省人力，訪視時間也可以縮短，工作模式可以更改成爲比較好的方式。

黃：那你現在要 **cut** 哪裡？

劉：要 **cut** 哪裡，就是後面的問題了。

黃：從 84 之後（表二）再繼續往上加。

劉：看有幾個個案，像是 D.M.的個案看 58 次的只有一個，53 次的 2 個，52 次的 3 個，從最嚴重的往前抓個案，還要排除掉你們不想收的個案，我們儘量用新案來看。

黃：可以多抓些個案，讓公衛護士自己去篩選。

劉：可以啊！我們總共有 30 多萬人，你們要怎麼抓都可以。

朱：抓出來的住址要有鄰里別，不然我們很難去分個案。

劉：有啊！從戶政資料抓下來的，都是最詳細的資料。

李：所以，健保局只提供你人名及身份證字號，地址是你從戶政事務抓進來。

劉：沒有，是我要求健保局，要提供戶籍地址，從健保局的 **database** 去 **link**。

李：那他們要怎麼 **link**？

劉：現在很多 **database** 都是 **open** 的，比方說戶政單位，如果說你要台中市的資料，你可以從高雄市打進去台中市的戶政單位，因為整個內政部都有一個資料庫。

朱：他怎麼會讓你隨便這樣進去？

劉：機構對機構，健保局本身有使用權，控管每個階層，到底能夠開到多大，我們就是發公文給健保局，健保局再給我們資料，我們只能看各區，他們可以看全市，所以我必須從他們那裡抓資料過來。

李：RC 可以嗎？

劉：RC 不行，RC 事實上只是過路的 **pass** 而已，它只是 **download** 到你那邊去，要不然，就是到衛生署那邊去可能才有通，那你們收到資料後，可以再從你們的電腦 **check** 一次，因為是戶籍資料，所以可能有些人會不在。

朱：有電話嗎？

劉：沒有。

朱：那會很難訪。

劉：那你們可以用 **ID** 分案，到你們那裡去的時候，你們可以再 **check** 一次，

黃：但是他們的也是戶籍資料。

劉：我們現在在寫戶籍地的時候，是沒有寫電話的，所以以後應該要把電話寫進去。

黃：我現在擔心的是，只有收這兩種資料，後面兩種資料沒收怎麼辦？

劉：沒辦法，不是你們的工作範圍，我們就只能跟衛生署說，這是公共衛生護士沒有在管理的個案。

黃：衛生署好像在宜蘭有做這個實驗計劃，做冠狀動脈心臟疾病，以前有作過把醫院的個案轉介給衛生所，但是轉介過來的個案就是很少。

劉：我的概念是病人會 **shopping**，我是在整個 **local** 裡面去整理的，所以我知道一年裡面就醫的次數會這麼多，那他在高雄市裡面就這樣跑來跑去，其實慢性病這樣跑是不對的。

李：對！其實你抓的點跟在醫院診所不太一樣，沒有定期到醫院診所就醫的，它就轉給衛生所去管理，而你抓的點是個案的就醫次數太多了，要交給公共衛生護士去管理。

劉：對！所以每個抓的點不一樣，不曉得你剛剛提的是說，醫院在做的這個資料，已經有 **report** 了嗎？

黃：它不是一個實驗，只是一個常規。

李：現在希望醫療院所跟衛生所是合作的，等於我幫你 **follow**，你控制不好的病人，要病人按時的到醫療院所就醫，但是現在是說，醫療院所害怕我們把病人轉到別的地方去，所以很多醫療院所不願意跟我們合作，所以這可能要很長的時間去建立關係，彼此互信。

劉：但是因為立場不同，你說最後要有互信，大概都要靠健保局才能變，他只要改成 **H.M.O.**，不一樣的態度就出現了。

李：對，其實現在花很多力氣去做保健，只要健保一改，就很好做，像以前醫療院所，誰要去做預防保健，現在有給付了，醫療院所就會做了，衛生所就不用做那麼多的事情。

劉：我們就一起來努力吧！

李：學校老師講話比較大聲，看看會不會比較聽學校老師的話。

劉：所以轉介部份的資料，承辦人員是誰？再麻煩 demo 到我這個報告的部份。人數的部份就先撈個一千人，不一定會落在哪裡，再大致分給各個衛生所，一個護士大概收兩案。

黃：那像是旗津只有三個護士，那你最少要給他幾個個案， $3 \text{ 個護士} \times 4 \text{ 個月} \times 2 = 24 \text{ 個個案}$ 。

劉：那健保局附過來的資料，雖然沒有病人基本的血糖值、血壓值等等，但是我們可以寫在建議裡面，希望他們以後附帶這些基本資料。

朱：那以前的控制情形？

劉：機會不大，那他怎麼說？

朱：他根本沒有 key in。

劉：不然就是他整理這個資料之後，請他去函給醫療院所收集資料，再 pass 給各衛生所，如果是這樣做的話，那就回到醫院跟衛生所的部份。

李：做起來其實是蠻難做的。

黃：你說要從二月二十二日開始，會不會太趕，過年後 19 號開始上班，而且你都還沒有跟衛生所說。

劉：說的也是，那就還要再來約個時間。

李：其實沒有關係，你把那個前後測的問卷，再拿來看一下，如果很簡單的話，就不用再全部召集起來。

劉：只要再次把精神強調出來就可以，希望病人不要過度利用醫療資源。

黃：那時間要改在什麼時候？二月二十二日會不會太趕。

劉：這只是我們在訂草稿的時候，暫定的時間。

李：三月一日或許可以，這個是從記錄中抽出來的成爲前測問卷，這是第一次訪視的時候做的前測。

朱：就那麼一頁嗎？

劉：目前是一頁。

朱：目前就是找個案比較麻煩而已，怕說白跑幾趟，都找不到個案，又沒有電話可以先連絡，如果去上班、個案不是住在戶籍地等等，就白白浪費時間。

劉：所以下次在計劃的時候，看看有沒有其他 access 的方式，home visit 實在有一點麻煩，電腦又不夠普及，要不然就可以設計一個網頁，當個案上網的時候，逐次 test 他的行爲變化。

黃：現在上網也都還是年輕人在玩吧？

劉：坐在那裡也不好玩。

朱：看看健保局可以拿到電話嗎？

劉：一般健保局是覺得這個個案有問題，才會再跟承保單位再要病人的資料，包括病人的電話等等。

朱：看看能不能夠再突破一下，不然這個實在是會花太多時間，而且我們在收

個案的時候，有些門診個案就可以收了，我們的所長有在看個案。

劉：其實還要突破那個戶政單位要給資料。

黃：戶政單位可能沒有，要健保局才有。

劉：健保局沒有，要診所附上病人的資料，而且要有電話的資料，健保局才有。

黃：不然就是去函給健保局，要附給衛生所的資料，就要包含電話等等的資料，可是醫院也可以說，電話是醫院的隱私，他可以拒絕給資料，而且現在查資料是查承保單位，不是查醫療院所，先做做看，如果這種太多的話，我們再跟劉老師反應。

朱：儘量查，不然我又要聽護產人員抱怨。

劉：那我要再跟健保局反應，要有電話等的資料，不然也是會有問題，那要再跟戶政單位要資料，請問朱護理長，新生兒是到戶政單位找他的電話嗎？我們這一區是他們直接 copy 一份給我們，其他區的要自己去戶政單位拿。

黃：那就是溝通比較良好的，就會給他們資料。

劉：戶政其實是有電話的。

黃：申報的時候是有填的，可是他不給你。

李：承辦人員是黃貴妃。

劉：那成本的部份，可能就要麻煩你幫我們算。

黃：是可以給你，不過你要再去找，因為我看那些資料，是沒什麼差別，突顯不出介入的成果。

劉：那再請你看這些資料，再給一些意見。

黃：現在沒有在做篩選、交通的時間也是一樣，除非是說有省下電話的時間。

劉：那你們的成人健檢也是 pass 過來的資料，那你們還需要再去找個案嗎？成人健檢就已經滿足你們的需要了嗎？

黃：有些個案沒有的話，我們是四通八達都會有，門診、老人健檢的資料都有，其實 case finding 的比例蠻高的。

劉：那以前為什麼還要去工廠 case finding 呢？

朱：是在那邊做定點管理，我們是去引起廠護做這個事情，但是後來也是失敗，老闆不要 involve，也是沒有用。

劉：所以說背後的考覈，其實是很重要的。

黃：推了很久，還是推不動。

劉：反而是職業病走得比較快。

朱：因為他們有勞工檢查法。

劉：那其實以後你可以建議，工廠檢查裡面要有檢查慢性病，不是只有職業病，這樣就一樣了。

李：只是說篩檢出來異常的，工廠根本就不管你。

劉：下一步沒人做，就跟學校裡面的校護一樣。

李：只是幫他做檢查，但是檢查完並沒有繼續做什麼。

劉：去做國中視力也是一樣，矯治沒有人做。

李：所以說你光是在那邊篩檢一堆，也沒有要做什麼，我們在工廠時，幫廠護做，廠護接手，我們就可以退出，工廠那一票人就會有人在管理，但是做不起來，學校跟工廠都沒有辦法，只有幾家做起來，像是光陽。

劉：要有老闆願意做勞工的福利才行。

黃：他們是採用日本的模式，表示說：他們這樣做是很照顧員工。

李：而且他們認為這樣做會節省成本，採用同事之間的團體動力方式去 control 它的運行，就相當的有成效。

劉：就是病人團體在工廠裡面做。

李：那時候就是發表很多的 paper，但是在台灣就是做不起來，其實我在想說家庭計劃為什麼會做的那麼成功，實在是我們的前輩，真的是很有方法，他用很落實的方法，他找經濟部，從中央層級每個人都要做，所以我們的工作人員去工廠就很好做。

黃：所以一下子就變成一個風氣。

劉：形成一個工作模式。

李：很多地方都打的進去，像是工廠、後備軍人，就是從中央開始往下做。

劉：就是用 H.M.O. 做就對了。

李：用 H.M.O. 做的話，我們就很好做了，而且衛生所的護理人員就可以完全是 manager，我不必做 service。

劉：有啊！健保局也在做了，那我們就拿這個報告，希望他們趕快來做，其實做這個很快，只是準備的問題，我想他們也是希望不要那麼快，不然大家會措手不及，而且現在反而是健檢的部份做的比較好，因為傳統的束縛，不敢一下子翻的太快。

李：健保局如果改成 H.M.O. 的話，民間受惠很多。

劉：最近 health promot 也要落實到民間了，它的點已經要拓展很多到社區了。我告訴我的學生說，以後健保制度會變，不一定是 pay for service，將來的就業型態要小心。

李：我覺得你這些，好像很難突顯。

劉：我不太清楚，你們對這個 program 留下哪些成本，可能相對的也要了解，那些 index 可以放進去。

黃：我不會算成本，不知道哪些點可以突顯成本的不同，因為我現在看到的人事費也是不變。

劉：最主要你們的個案也是 pass 過來的，很少是去 finding 的。

李：只有兩案，其實很好找。

劉：成本是不太算的出來，沒有 significant 的 change，事實上早就用 pass 的方式在進行，所以這個部份也要再了解。

李：你一定要呈現成本嗎？

劉：這是衛生署要求的。

李：可是這樣收集起來，很費時間，交通時間就很難了，除非你要用推估的，用很 rough 的，不是很 detail 的。

劉：那我們原本是希望說她們在訪視的過程中，幫我們留下這些資料，可以慢慢來抓一些東西。

李：所以你這個等於是說，讓他自己去想而已，不用有一些依據。

劉：還要拿一個碼表去算嗎？

黃：像我們如果要很要求的話，就會要求她，就這個個案登記花多少時間，再加起來，算他的點數，這樣就很浪費資源，如果你是很 rough 的話，就比較好做。

劉：我是想說她在 home visit 的時候，就給他這個表格填，回來之後，我們就可以 count 這個資料，包括 course 的東西。

李：那沒有關係，如果說你要她，只是大概寫一下這個東西，那她會蠻好寫的。

劉：其實你們現在好像也不太做篩檢了，有些 process 是舊的，因為我們是參考舊的東西。

李：篩檢還有在做，只不過是量沒有那麼大，我們是儘量用現有的資源。

劉：所以你們在這個過程中，其實已經在勾稽現有的資料，只是有的可以做快，有的不可以做那麼快。

朱：大概是一直在做轉電腦的事，真的是轉的很快。

劉：本來就是會越轉越快。

朱：所以我們衛生所的護士抱怨連連。

劉：其實該丟的就要丟了，我跟你保證。

朱：這要丟的話，牽涉太多了。

劉：有啊！這在這個三年的計劃裡，報表要減少百分之幾。

朱：我們大概都有簡化了。

黃：我想我們第五科已經減少太多了。

劉：這個資料有些是舊的，可能要麻煩你們把它刪掉，有些問的問題是太舊了。

黃：其實不會太舊，現在篩減還是有在做。

劉：那就要有成本，就是說大概編多少錢在做。

黃：材料大概都是我在買，然後再分發給各單位，所以其實材料的部份，衛生所都沒有。

劉：那他唯一就是只有執行的時間。

黃：衛生所要有消耗的量，從報表要算出用了多少量，衛生所還有庫存多少量。

朱：我們今年做蠻多的，我們一直配合抹片在做，其實說不執行篩檢，還不是一直有在做。

劉：所以這個部份還是要 depend 各單位護理長去執行。

李：事實上你們現在要做的部份，是我們要丟掉的部份，可是你們又撿回來作。

朱：沒有辦法。

李：要用其他的誘因，不要再用血糖了，要用其他的方法。

朱：真的是沒有辦法，據我所知前鎮區，發了 300 多張通知單，可是只有 10 幾個來做。

李：其實我在想爲什麼要衛生所來做抹片，我們的醫療院所這麼發達，爲什麼醫療院所不做，一定要衛生所來做，我就覺得政策上是有問題。

朱：篩檢率很低啊！

李：不是，你只要 push 他到醫療院所去做就可以了。

劉：我要有考覈表、評鑑表。

黃：你要什麼時候的，去年還是今年，考覈的內容會不一樣。

劉：你們是每年都不一樣嗎？

黃：沒有，只有今年改一點點，評鑑表有的是實際到家去看，考覈表沒有改，個案的考覈表是抽記錄回來看。

劉：那希望有這兩種的表格，而且是兩個年度的，還有就是醫療院所 pass 個案到衛生所的合作模式的經驗，成本的部份要麻煩黃小姐看一看要修正，因爲這個會跟著問卷，讓護理人員填寫，然後局裡面要提供給我們一些資料，把他算出來成爲一個成本，那個表格如果我有看不懂地方，再請教黃小姐，再把他寫成內容的部份，因爲我覺得這是一個背後 push 很大的力量，所以要看看這個部份，那成本的部份按照這個 model 來收一些資料，配合問卷的實施，也讓護產人員有一些資料下來，其他直接成本會向黃小姐來拿，間接成本就會從護產人員來收集，實施的時間目前是希望從三月一日開始，之前是先來看看問卷的部份、分案部份的處理，我們再找一個時間做處理，如果健保局弄得快的話，應該都會來得及，因爲很多東西我們沒有做太大的變動。

李：過完年再一個禮拜就是三月一日了，蠻緊湊的。

劉：是蠻緊湊的，不過如果趁這一陣子把東西清一清，開學後再來處理，應該是可以。

李：現在要想說，怎麼把訊息傳給各護產人員知道？

黃：我可以先發訊息給各護理長，那要怎麼把訊息讓護理長知道？

劉：如果可以的話，我們再來開會。

朱：三到五月我們要執行日本腦炎的事情會很忙，你要趕快把事情在二月底前完成，不然的話到時後會很忙。

朱：我覺得你應該先發個文。

李：可是現在沒有健保局的名單，發文也沒有用。

朱：不然你去傳真一個內容，讓他們知道要執行什麼事情。

黃：不然用電話也是可以。

朱：你做前測的話，是不是就只有前後各這麼一次？

劉：對，中間的 process 完全按照你們的收。

李：你們那裡還有經費嗎？請護理長來，可以給他們一些 pay 嗎？

黃：所以說這項工作，就請他們督導，以後要追蹤的話，就找護理長追蹤就可以了。

劉：所以是說三月一日之前，要護理長來開一個會。

朱：過年前可以嗎？

劉：太趕了。

朱：我是想說讓護理人員有心理準備。

黃：你們的工作情形完成沒有受影響，而且個案已經給你們，你們只要去訪就好了，你應該想到的是有護理人員要離職。

朱：離職是沒差，其實我在執行一個新的工作，都會給他們一個心理準備期。

李：其實這也不是新的工作，只是多了一個問卷。

朱：可是你要說服他，不要去過度利用醫療資源。

劉：這個是只有概念而已。

朱：那你要去影響民眾的心態，不要讓他只是去看健保，而沒有好好控制他的血糖值。

劉：其實你只要督促一聲，她們就會去做了，而且去開這個會的時候，看看可不可以請健保局一起來開這個會，也請護理長在做家訪時，一起配合，後續行政的作業，我們再陸續開一些會。

李：哪一個部門？

劉：應該是醫管組，我們在健保局合作的對象是林淑華，她是從民生醫院過去的祕書，她是我台大的學姐，所以我請他參與這個計劃，如果她願意出來說一下會更好，她以前也辦過醫管，過度利用她本身有經驗。

李：其實我是覺得不必她進來。

劉：爲什麼？

李：不要讓護產人員覺得我們在替健保局的人在做事。

劉：喔！

李：比方說我現在要護產人員去做預防保健，就有人會認爲這是健保局的事，你爲什麼要叫我們去做這些事情？

劉：不是一體的嗎？大家都是公務人員，那我要說我繳的稅，不要你們分這麼清楚喔！

李：你就是要站在他們的立場講話，要她們去做預防保健，就讓他們少做篩檢。

朱：科長，我現在會想到的點是說，護產人員會想說，你叫我要民眾去接受成人健檢，又叫我不要去利用醫療資源。

李：成人預防保健跟就醫門診是兩回事。

朱：對！是兩回事，那是不是說要民眾去成人預防保健，也要定期去利用醫療資源。

劉：promote 應該是要這樣。

李：他就不用花費掛號費、部份負擔。

朱：所以開會一定要強化這一點。

李：就是要強調公共衛生護理人員的重要性，不是說叫他去成人健檢，又叫他不要去利用醫療資源，是說適度的利用醫療資源。

朱：只是說就是要強化這一點。

李：所以我才要找護理長來。

劉：也可以啊！其實 promote 就是說，是要 behavior 上的 change，而不是 shopping 的行爲。

李：事實上這個要列在指導裡面，只是我們會忽略，我們沒有把這個列進去，因為我們沒有看到這個 data，不知道這個使用率會這麼高。

朱：我們在指導這個個案的時候，就是會告訴他要去看醫生。

劉：事實上 promote 的東西，要怎麼去呈現一直是一個很大的問題。

朱：而且我們的訪視內容裡面有一項是：是否定期就醫？多久就醫一次？

李：chronic 的病人，是不是一個月就醫一次？

劉：一般你用慢性病處方籤，有他的規範，但是很多人在中間，他又偷跑。

朱：一般是說，我只要再繼續領藥就可以了，三個月一次，事實上我們我們的訪視內容有這一點，但是要怎麼把護產人員的觀念給她拔起來，然後你們在說明的時候，讓他更清楚。

劉：其實在觀念的傳達上也是一直在說，強調行動的改變，可是到最後就變成說，你要去看醫生。

朱：然後我們在考覈時，也是看他有沒有一個月就醫一次，所以我覺得你在事前考覈時，就要先把護產人員的觀念拔除，表面上我們只是看病人有沒有去就醫。

劉：所以考覈要改。

黃：不是考覈要改，是你的想法要改。

李：對！按時就醫對慢性病病人來說，是非常重要的的一件事，事實上一個月看一次沒有錯，現在講的是，爲什麼他會有 84 次，就表示說他控制不好。

朱：那是不是就是說一個月看一次，一年頂多 12 次。

李：照理來講是這樣。

劉：可以分兩個部份來講，就醫療上來講的話，DM..一個月看一次其實是可以的。

李：那如果他現在在調藥的話，一個月看一次，其實是不夠的，這就是護理專業的部份。

劉：你們要把你們本身的 knowledge 放進去。

朱：老人健檢裡還說要病人去看醫生。

李：對但是你要老人回去看醫生，這句話的真正滿意在哪裡？

朱：有些護產人員評估回來時說，病人說：醫生就叫我不回去看，你又叫我

去看醫生，老人健檢在開會時，不是常有護產人員在這樣反應，我在想說，這樣的觀念，要怎麼樣把他們拔除？

李：不是！老人健檢的反應不是這樣，而是我們 **access** 需要去看醫生，但是醫院裡的醫生認為老人的容忍度可以更大，他們認為 **160** 的血壓值還可以忍受，但是我們書面上定的 **140/95** 就是異常，所以醫生沒有辦法接受說，這樣的病人你還給他 **refer** 過去，他們的反應是這樣，和你現在說的是不一樣的情況。

朱：可是現在的公共衛生護士，一直強調的是說，你要回去看醫生。

李：你講的又是另一個議題了，比方說如果他是高血壓。

朱：不是！假使我們先前就讓護產人員知道說，他自己本身的重要性，你要知道我的指導，而不是讓他們只是說，要回去給醫生看。

李：不是！如果說血壓檢查出來是 **180**，他已經有在看病了，可是為什麼他的血壓檢查出來還是異常，表示你去看病，沒有控制的很好，那你護理人員就要 **assessment**，問病人去看病是否有吃藥？病人如果回答你說：只有在血壓高的時候才吃藥，你就要給他指導，而且糖尿病的病人，如果控制的不好，你就要去評估是否飲食控制做的不好，這就是你護理的部份。不是說血壓高就要去看醫生，我要你們做的指導是那個部份，而不是說血壓高就去看醫生，一句話就帶過了。

朱：不是！我現在說的就是怕護理人員不了解。

李：所以要護理長要給她督導，也是要在這個會議中傳達給每個護理長知道，要拜託劉老師，來給護理長一些 **pay**，等於是說我把這個任務委託給你了。

劉：好！過年後來開這個會。

李：那要把一些資料收給劉老師，評鑑表、考覈表、轉介個案數，那你要今年的還是去年的。

劉：我想，先要去年的，這樣我們在處理資料的時候，比較好處理，另外，我回去要準備的是，名單及開會的日期，然後我們再看一下經費的狀況，還有就是當天我們要傳達的一些訊息，包括分案的部份，健保局的部份，就是要有他的戶籍地址及電話。

黃秀琴：那如果說，我們的設計是一個月家訪一次，不曉得可不可行？

朱：現在就是，新案的話，前三個月是一個月一次，然後再改半年一次，就是說第一次收案就一次，之後每隔一個月一次，總共收三次，那你的督導會議是什麼意思？

黃：就是我們要去看看你們做了之後有什麼問題，然後給予你們指導。

朱：是你們還是我們？

黃秀琴：我們啊！

朱：我看還是交給我們好了，這樣比較方便。

劉：叫護理長呈報，每天要督導。

黃：有什麼問題的話，給護理長解決，你們不要介入。

李：他們在管理的過程中，有什麼問題的話，需要透過我們反應給劉老師的話，

可以透過貴妃。

黃秀琴：好，其實也是可以。

劉：所以對護理人員是護理長，每個衛生所是給貴妃。

黃：你們對我負責，我對劉老師負責。

劉：這樣比較清楚，就是不改變原來的體制。

黃：對啊！要不然會很麻煩。

劉：所以你就是跟貴妃保持連繫。

朱：也不用提說是高雄醫學院，就說是衛生局就好了，問卷調查也不用提到說是高雄醫學院。

劉：好！

黃：不然她們會說是在幫你們收資料。

劉：了解，那我們那一天也都不要出現，其實我們就是把案子怎麼分，跟你們說就好了。

黃：看你啊！其實你也可以來列席。

李：她們也不知道你來列席是要做什麼的啊！我可以介紹說劉老師是高醫醫社系的老師，來了解我們的業務，以後有需要幫忙的地方，也可以去找她，她也是我們的 resource。

李：這樣可以了嗎？

劉：可以，沒有問題。

附錄七、健保慢性病患轉介衛生所個案管理可行性協調會 (II)

主辦單位：高雄醫學院

協辦單位：高雄市衛生局

時間：八十八年三月五日(星期五)

地點：高雄市衛生局四F 會議室

會議記錄：吳美玲

會議記錄內容

李淑婷：就是..

劉慧俐：將來還會再收，然後我們這一..這個東西我們是先看這個部分—成本分析，我們現在最主要是看這個，那將來我們還會要調這些資料。

李：對！我現在就是說...

劉：嗯？

李：用這個的意義在哪裡？

劉：在什麼地方？

李：嗯！

劉：因為事實上你們都有在做篩檢率的 Review 嘛！

李：篩檢率，事實上已經不是我們的重點了。

劉：現在已經都不放進來，那你們用什麼來？

李：我們就是用...我們有給它訂一個目標，好像是百分之多少...30、還是多少...16 啦！16 的樣子。

劉：嗯！

李：那你能夠、你能夠要 Push 你的民眾去使用成人預防保健的話，就算篩檢完成。你若是達不到這個目標的話，你自己就要去做篩檢，所以現在我這樣看起來，就是說它大幅度的減少自己去做篩檢，已經大幅度減少，所以妳從業報表看起來的話，這個數量是跟以前比起來是一直在掉。

劉：一直在掉。

李：因為他們已經會去 Push 民眾用成人預防保健，因為成人預防保健比這個更完整、更多，項目更多...所以...

劉：所以現在已經改成成人預防保健。

李：已經改了，改了..今年嗎？今年改的。

劉：那我們有沒有什麼更好的指標呢？

李：是！我現在就是說，妳要用這個去評什麼？

劉：去評就是說，本來嗯..這個東西就是說，如果因為經過我們這樣子的方法去幫你們篩之後，那是不是呢你們這個篩檢率呢就能提高，那時候想法是這樣。

李：又！

劉：嗯！

李：為什麼？

劉：～！因為我們從那個健保局裡面找到了一堆就是說是有病的人啊，那所以我們 Pass 過來給衛生所啊，那你們自然可以對他做一些篩檢的那個處理啊，那這樣子你們的篩檢率自然就會因此而提高，這是我們對於這個制度的假設，啊如果說...

李：那、對！事實上，妳當初這樣講的時候，我覺得比較不適切就是說，事實上那些人已經在使用醫療院所，所以根本就嚴格說起來不是我們的篩檢對象。

劉：嗯。

李：我們所謂的篩檢就是說，你沒去用，我要 Case finding 出來。

劉：才叫作..

李：那他已經知道說，他已經被診斷說你是高血壓、糖尿病的人，事實上不是我的篩檢對象。

劉：嗯！

李：我篩檢最主要的目的是 Case finding。

劉：O.K！

李：啊你已經接受診斷...

劉：所以這可能是名詞的問題，這是...就是說篩檢率是你們有在..過去有在做的，那現在事實上它的意義是它一直在下降中，那你們是由這個成人預防保健這個 Process...

李：來取代了。

劉：在 Push 他們呢去做篩檢，那你們自己做的不多，那我們因為看到的都是舊制的實施方式。

李：嗯！對！

劉：因為從 Paper 裡面我們也只能看到這些，沒有新的 Report，那現在假設是說這樣子的這個 Count 是不太合理的，所以我們就要找到其它另外的顯現方式。那至於我們計劃原來的想像是說，嗯我們從這個健保裡面去找到這些人，那你們居然沒有在地段裡面找到，事實上我們還可以找出一個率就是說，ㄟ！為什麼這些人你們找不到啊！

李：因為他已經接受診斷啦！他就是診斷是高血壓、糖尿病，就是不是篩檢的人啊，篩檢的人主要是說...

劉：就是沒病的，一定要沒病的才列入。

李：對！對！對！所以篩檢之後，他必須要去追蹤他去看病，看病說你要確定診斷，所以我們還有一個後序，篩檢完之後我們還要再去追蹤他去就醫。

劉：喔！所以因為我們這個都是已經有病的問題了啦，所以不是你們所謂篩檢的定律，這個東西啦對不對？

李：是！對！

劉：那所以，這個部份我們就要用另外一個指標來呈現說，會不會因為我們這個方案之後呢，你們事實上不需要再去那麼多的這個，沒病的人的 finding，反而是有病的人你們去介入是比較有意義的，因為大部份的人應該來講是都會去利用這個資源嘛，對不對？要不然其實應該回過頭來成人預防保健的利用...

李：所以事實上妳的考慮...

劉：嗯！

李：妳沒有做這個 Study 就已經在做改變了...

劉：嗯！

李：就是說我已經不花時間在篩檢，工作人員哪已經沒在...

劉：做篩檢了。

李：對！他已經不花時間在篩選上，他...

劉：對！因為你們已經走到這個...這個方案上面來了，希望是說大家...

李：所以這個已經不是重點...

劉：重點的工作了啊！

李：已經、已經可能會丟掉...

劉：這個指標不一定會能用。

李：對！

劉：對不對？應該是這個意思！

李：對！

劉：反而如果說，假設我們是用成人預防保健的這個使用率...

李：受檢率！

劉：但是你們有去...有去 Push 這件事嗎？成人預防保健。

李：今年開始。

劉：妳怎麼 Push？

李：就是讓他們利用各種的管道啊！

劉：嗯！那你們怎麼去宣導這個事呢？

李：就是他們利用門診...

劉：嗯。

李：他們有接受...比方說他去 X 光巡檢啦，他有碰到群體的機會他就可以去做宣導。

劉：就叫大家說儘量能去做成人預防保健。

李：所以他們可能有兩個...兩個，就是說兩個策略啦！一個是他直接去 Push 民眾，一個就是說他去 Push 醫院。

劉：嗯！

李：有來你這看病，你就儘量叫他來這裡接受成人預防保健...

劉：做、做成人預防保健。

李：所以我也不知道今年的成效怎麼樣？我不知道好還不好？

劉：也沒辦法 Count 嘛，對不對？

李：Count 可以啊！

劉：怎麼 Count？

李：從健保局來！

劉：從健保局去 Count，是說他的那個使用率有沒有增加？

李：所以我也不知道今年是好還是不好？我策略上這樣改變，我也不知道到底好還是不好？

劉：到底他們有沒有增加？

李：ㄟ！

劉：好！了解！了解！所以妳都有交待衛生所在這個時候要做 Push 就對了！

李：對啊！因為這個列入考核。

劉：有列入考核。

李：對啊！他們假如說他知道他這一區的受檢率很低，他就要自己去做篩檢了。

劉：喔！了解！了解！那所以其實我們應該也可以用這個來當指標，就是說當做說衛生所的 Push，那是不是這個已經有呈現出來。

李：對啊！就看受檢率有沒有增加？

劉：受檢率，所以這個時候的名稱已經變成受檢率！這都是比較新的東西。好！來第二個。

李：管理比率。

劉：嗯！

李：妳這個最主要是說，是不是因為妳這樣子的一個做法，管理比率會提昇？

劉：對！就是妳立案，可是妳們都是訂死這個量...

李：對啊！對啊！對啊！所以絕對不會！他做到就好啦，他幹嘛要多做？

劉：所以這兩個指標都有問題！

李：對啊！他做的到就好了！

劉：不過這個倒是有別的方案，這個沒有辦法因為這個妳們訂死這個量。

李：這個是訂死的沒有錯，所以沒有辦法。

劉：好！來！

李：好！啊這一樣啊！啊他沒有門診啊！

劉：對！現在這個又少了，而且每個衛生所幾乎不做這個東西，不過訪視的量啦！

李：訪視就是這個啊！

劉：也是一樣。不過它舊案新案..問題看不出來，對！

李：一樣啊！訪視就是管理啊！一樣啊！

劉：好！來繼續。

李：妳說服務品質是什麼？

劉：其實、其實就是妳們的一些那個 Major 的部份啊！就是妳們有...譬如說：兩次的那個 Outcome 啊，然後有沒有比較好？比如說前測或後測...

李：那邊的？

劉：就是剛剛的 Review 的這個...看他的品質。

李：喔！

劉：啊其實妳們本來考核也有在用這個當書面的成績了嘛，對不對？

李：對啊！這個...

劉：今年又要增加那個...屬於那個操作性的部份，所以我們這個是把它當做來 Combine。

李：這個就是用那一份。收案前和收案後有沒有改變？

劉：對！對！對！

李：O.K！這應該可以了。

劉：可以了！好！再來！

李：啊事實上這個都是一樣的啊，五就是四...

劉：嗯...個案記錄期，對！其實這個、這個就是...

李：銷案是什麼？五就是四，五跟四是一樣的東西。

劉：是一樣的啦！

李：六是什麼？

劉：銷案個案的追蹤情形。

李：銷案就銷案，他也不會去管那些。

劉：就都沒有了。

李：對啊！銷案他就不會去管它了。

劉：喔！所以這個有問題。好！再來成本的分析。

李：成本分析...

劉：這個我們先跳過，我們先過來這個，嗯...這個其實我們就是看那個檔案裡面，它 Demo 出來就是...這個註診大概沒辦法啦！門診的利用狀況...

李：對啊！妳不是有了啊！

劉：對！還有它的那個...支出的情形，就這樣子。

李：對！

劉：那再來就剩下成本這個部份。

李：啊成本就是這裡...

劉：對！成本就是這些，我們要收這些資料。

李：對！啊這些要...就是說...

劉：嗯！

李：妳期望的是說...

劉：嗯！

李：妳這個模式下去成本會降低嘛！

劉：對！當然啦！

李：啊但是問題是說妳那個量就降低啦，怎麼說這個...

劉：量已經降低...

李：妳的...策略改變了。

劉：對！

李：它本來就會降低..

劉：本來就會降低了。

李：妳的成...妳現在假如說妳要...我現在不知道妳要看成...妳是看單...單位成本的話那是一樣啊！

劉：那達到...

李：單位成本沒降...沒、沒、沒有改變，它的方法都是一樣。

劉：嗯！

李：妳現在這個模式下去，他也是用這個方法，所以方法「單位成本」是沒有變，那 Total 成本的話一定會降低，是因為他模式改變了。

劉：那我先問一個問題就是說喔，嗯..多早以前就開始實施是去 Push 成人預防保健而不做篩檢？

李：今年。

劉：今年才開始？

李：那個...就是八十七年的七月...

劉：八十七年的七月開始做。

李：對！這個年度開始做的。

劉：八十...啊我是拿八十六的，所以我們能不能就是拿八十六年資料...我們的那個就醫的那個資料是...今年是八十七的尾巴嘛！我們是拿八十六年，一整年的資料來看他們的這個...就醫的情況，所以我們是不是可以用八十六年的成本，來看就是說跟八十八年之間的變化？

李：那因為妳兩個的那個基準是不同，模式改變啦！基準不同啊！

劉：但是我可以算出那個單價，就是用單...

李：那、那因為妳的方法沒...妳的篩檢，比方說妳現在要算說篩檢喔，篩檢一個人要用掉多少時間嘛喔！

劉：不是因為妳...妳八十六年的時候還有做篩檢的方式嘛！然後妳現在不是...

李：現在就沒有做了啊！

劉：妳現在就是篩檢...篩檢再加上...

李：就沒有做了啊！

劉：對！對！那這個就...這個其實就是其中的一個 Model 的裡面 Contribution 的 Factor，但是事實上不只是這些就是說，假設我們再加上我們的個案從健保局拿來 Push 的話，那它其實有兩個 Factor 在 Push 這樣子的一個成本的變化。

李：事實上，妳從健保局來的那些、那些個案對篩檢來講，沒有什麼影響...

劉：沒有什麼影響。

李：所以妳在成本比較上根本不會顯現...

劉：顯示不出來...

李：妳這個 Case 的加入會有什麼成本的減少。

劉：嗯，所以妳的意思是說...不過早期妳可能有一些設備啊、材料啦這些費用

李：現在相反。

劉：那妳的意思是說其實不是因為我們這個計劃的介入，而是因為妳這個篩檢的問題...

李：我的策略改變了。我的策略改變我當然，我的試紙會減少，其實時間上都...我這樣看起來時間上都是一樣啊！

劉：嗯！時間上...嗯！

李：我現在篩一個人跟...妳現在有個案進來給我...

劉：沒有！因為我們是拿八六年來看...

李：一樣啊！妳篩檢的動作都是一樣的，所以時間...那個時間不會減少，經費也不會減少，假如說...假如說...

劉：那八六年妳還有篩檢啊？這個 Function 在啊！

李：對！對！

劉：所以它還是會比較高。

李：但是我不能夠說...

劉：嗯！

李：是因為妳的策..妳的這樣子的模式進來...

劉：喔我們也不會說我們的策略，我們會是說..這個在衛生局裡面已經有一個篩檢策略的改變，所以它在這個部份有 Contribution 那個 Part，那另外就是說我們所做的是把這個做出來，不要再做一些 Finding 的動作，因為事實上很可能..

李：我現在是在想說喔，妳要是用 Case finding 的話，事實上他們沒有在做 finding。

劉：沒有在做。

李：因為他本來手上他就有很多的案。

劉：案子。

李：因為有老人健檢啊！老人健檢我們就要叫他去追，所以妳去看他現在所收的個案幾乎都是老人健檢來的，所以他沒有在 Finding。

劉：那我可以了解，但是問題是說，可能妳們做的這些人他們是比較正常利用的，真正在 Shopping 跟他利用次數高的妳們也不知道。

李：不知道！不知道！不知道！

劉：但是我們可以協助這部份，就是說來針對重點去做。

李：對！對！對！對！對！現在就是說..要用什麼東西來呈現說，妳把這一群我們說的所謂的 High risk 給公共衛生護士去放，到底有什麼..東西能夠呈現說這樣是一個好的...

劉：很有意義的東西。

李：對啊！要什麼樣的指..指標

劉：指標。

李：出來說好的。

劉：就是靠這個。

李：因為現在的話我們就是黑白選啊，我們有一些個案那我們有一些個案給他

嘛，但是那些個案事實上就是說，他有相當大的空間，他可以選擇好管的啊！

劉：他只要選擇好管的、找的到的就好了。

李：對啊！他也可能選...他可能選衛生所附近的啊，但是可能比較遠的那個真正才是需要他管的，他可能不會去。

劉：不會去。那科長妳希望是管到什麼人呢？

李：當然我是覺得越需要的，比方我們現在假設就是說，是不是這一群那個這些就是 High risk，就是要優先去管的這些啊！

劉：那現在就是要細來講，妳要管理的人呢？還是妳要 High risk 的人？

李：我們假設..這兩個有沒有相等？

劉：不一定，因為這兩個不會、不會是一定儘然...

李：我要的是 High risk。

劉：妳要 High risk。

李：對！

劉：O.K.！

李：因為那個高利用率跟我無關，高利用率跟健保局才有關。

劉：好！所以其實這邊兩邊的立場，一個就是衛生局的立場、一個就是健保局的立場。

李：對！是！

劉：那我就是適當的想結合你們啊。

李：對！妳就是中間看怎麼樣...就是說妳也能夠去達到這、也能夠去達到這。

劉：對！對！對！這是最希望做到的。那沒有問題就是說篩檢降低的會顯現在設備材料的部份，但是事實上一些業務或著是員工的訓練這個部份，他事實上還是會因為這個的..只是不能想像它有多 specific，不能想像啦，啊然後唯一就是說做的目標就是朝這個來走啦！

李：對！啊所以妳現在要我收集這些喔。

劉：嗯。

李：我感覺用這個比較有不一樣，用這個去算都一樣。

劉：這只是一種其中的計算方式，就是其中的一個...其中的一個計算方式，它其實還有。

李：對！但是我現在就是說...

劉：這個可能變化不大，我可能蠻能同意的。

李：對！所以我現在就是說喔，事實上喔...

劉：薪資這個沒有問題啊，薪資妳的人事一定會有辦法。

李：我只能喔..我沒有辦法要每一個工作人員去填這個東西啦！他一定反彈很利害啦！

劉：喔！

李：那我現在只能是說，我用一個平均..

劉：值給我。

李：比方說，我大概知道他們平均喔，一個個案要花多少時間，那護士的平均薪水差不多是多少，然後來算，我沒有辦法讓他非常明確一個一個人寫出來。

劉：寫出來。

李：這樣他就一直在算這個..

劉：我們可不可以在就是說..因為 Final 這幾張喔，裏面就是我們在後測的時候、後測的時候讓他稍微也填一填，我們把他設計在後測那裡，讓他把這個資料顯

現出來。本來是另外的這個一張有裡面的負責人，譬如說可能是護理長來填，那現在就是..

李：這個喔..這個不必..我的意思是說，這個我都可以算給妳是爲什麼，假如說我知道她是委任護士有五個人，我就照委任護士薪水多少去乘以五就是了啊！啊現任護士兩個人..

劉：所以其實..其實他們所有的預算跟決算會報到妳這兒來嘛！是不是？反而妳們就有這些資料。

李：薪水喔，公務人員是固定的啊，所以我知道說他是不用..

劉：妳只要知道他編制，妳就算出來了。

李：我只要知道編制我就知道他薪水了啊！

劉：妳也有他編制的資料。

李：有啊！

劉：這樣我了解了。薪資這個部份、人事費用、薪資。好！再來..

李：這什麼叫檢查新個案？我不太清楚。

劉：因爲妳們有新案跟那個舊案。

李：沒有差別啊！

劉：沒有什麼差別，現在制度體制下已經沒有什麼很大的差別了，所以我們要回去把妳現在所說的新制再來調整這個東西，因爲早期妳們事實上對於新案都要做這一些檢查，對不對？新案要做複查也要做啊，這些都是存在的一個事實，啊

現在都沒在做這些了，是不是這樣？

李：可能妳要..但是這沒有變化是怎麼樣？因爲妳的個案管理模式是一樣的，事實上妳現在整個作法只是差別在於說，妳會把一些個案轉給他，要他管妳轉過來的那些，把他原來手上那些名單..

劉：不要用而已，所以其實他本來也有一些名單了。

李：很多東西。對啊！所以事實上很多東西都是一樣的，管理個案的方式也不會改變，所以時間上也不會改變。

劉：所以這個其實..其實整個大概在這裡呈現的東西，然後這個的話其實有很大的疑問存在。

李：我倒是覺得就是說，真的就像妳剛剛講的就是說，是不是妳轉來的真的是比護理人員去管的..就是說以 High risk 來看，妳的個案應該是在最前面，但是護理人員沒有找到。

劉：妳想看到這個東西。

李：嗯！用什麼樣的 Index 去呈現..

劉：這部份、這部份也有問題啊！如果當他是一個 High risk 的 Group，他又在醫院裡面有就醫，事實上醫院不會放這個人，那妳應該到醫院衛教他，而不是妳的衛生所護理人員去做。

李：對！對！對！

劉：所以其實不儘然妳的個案要放在 High risk，妳說不定還是應該要去做篩檢，妳懂我的意思嗎？妳應該要去找..

李：我應該去做 Case finding。

劉：對！妳要去找那個社區裡面沒有病識感的人啊！

李：真正應該是這樣。

劉：所以妳要回到這個原始點。

李：對啊！啊所以現在因為喔..因為現在我們要去花很多的時間去 Push 這邊，所以它本身的篩檢就會減少。

劉：這個應該健保局去做啊！

李：呦！這也是..

劉：又說到妳的心聲了

李：這就是我一直 Confused 說，我要不要去做這件事情，我實在很想去找那個經理..

劉：我會製造機會給妳們建議。

李：我還沒有時間去找他談，因為喔我現在很多的工作像健兒門診，我也不鼓勵我的衛生所做，妳做的不見得比醫療院所做得好，妳的民眾呢能去使用的話，儘量 Push 他去使用，妳不要自己做，產前檢查也是、成人預防保健也是這樣，所以我現在都不鼓勵說，妳是一個直接 Service 的人，都市型態的話妳的角色應該是 Push 他去用 Resource 就好，妳的角色，所以我比較傾向就是說都市型態的衛生所護理人員應該是 Manager 的角色，妳的直接 Service 要慢慢減少，因為妳的 Resource 太多了啊！像前金這麼多家，啊人家高樹這麼少..

劉：不過喔！有一個問題就是說，因為現在就是說還是有一部份的..比如說老化的社區，那部份的人口群，他其實蠻願意到衛生所裡面去就醫，因為他能給的那個..藥時間比較長。

李：但是衛生所沒有給它看病，那些所長也沒什麼要看。

劉：沒什麼要看。

李：所長也沒什麼在看。

劉：但是新興區的就很認真在看。

李：對啊只有他要看而已。

劉：只有他要看，我知道三民區的有在看。

李：三..很多沒在看，只有他啦、還有哪一區在看？本來小港那個有在看，但是小港那個死掉了嘛！

劉：那所以將來不太可能..那妳們將來的個案，比如說妳們現在合併到醫院裡面去..

李：邱局長說啊，他說像小港..小港，他覺得小港像那個紅毛港那個地方，他覺得應該設個小港醫院，小港衛生所的所長去小港醫院學臨床的東西。

劉：不過妳這樣子，他這樣走就會回臨床，妳知道嗎？妳現在就是說..

李：現在最主要是小港那個他很嫩。

劉：不是！不是！現在有一個問題，妳們到底要..衛生所要不要看病啊？

李：看區域。

劉：看區域。

李：看區域。前金就不用啊！所以他才會把前金搬到大同去啊！

劉：不過當妳搬進去的時候，那個所長是以醫療為掛帥的嘛，他不做公共衛生。

李：喔！沒有，一樣。

劉：不會，他會做公共衛生。

李：他還是所長，但是某些項目是業務的合併，比方說健兒門診，可能妳所長不必在前金衛生所看啊，可以到大同醫院去，產前檢查全部都來大同醫院，啊可能妳所長你就要來看產前門診。

劉：你要去那裏幫人家看。

李：對啊！可能是這樣啦！但是現在還沒..

劉：舉棋不定。

李：現在只是先叫他們搬過去，那個還要再談。

劉：這個會牽扯到我們剛在討論的這些問題啊，就是說今天如果妳就是讓衛生所..妳就完全都不走醫療的部份，那如果是這樣的狀況之下，發展出來就是說將來我們的個案往診所裏面去掌控就可以啊，那如果妳發展回來之後呢，又變成所裏衛生所還是看病..

李：衛生所不看病啊，所長去看病。

劉：所長去看病，所..

李：衛生所不提供醫療，所長去醫院看。

劉：可是妳人力還是在啊！

李：他人力就是合併使用，他現在的走向第一個是業務合併，第二個是人力合併。

劉：嗯！

李：不知道！這是我們局長的想法，能做到怎麼樣不知道？

劉：能夠做多久？

李：能做到怎麼樣不知道啦？

劉：真、真刺激！

李：真的是很刺激對啊！很多東西都在改變啊！

劉：問題是說策略這樣變來變去，沒有辦法做一個長期的追蹤，不曉得它 Outcome 為何？就已經被翻案了啊！妳懂得我的意思嗎？

李：所以他不是請妳們一大堆的、高醫的人來做..

劉：來做診斷。

李：來做診斷跟評價啊！來做診斷、訂定、策略跟評價啊！

劉：妳叫他來做八年啦！

李：就要看什麼人..

劉：妳如果做四年看不出結果，妳要叫他做八年就有機會了啦！

李：不知道耶！不一定四年也是有結果啊！他說他做一年耶！他說他做一年就被趕走啦！

劉：好！那我們現在回到這個點就是說，假設妳現在讓它轉型—業務合併、人力合併，問題是有一部份的護理人員，可能她也是不能做公共衛生的工作，她說不定也是得要去健兒門診那裏去幫忙啊！

李：她本來、她本來就在衛生所做健兒門診啊！

劉：對！

李：對啊！

劉：啊！不是，那妳這樣子她事實上、她事實上還是要 Style 都沒有變妳知道嗎？她還是沒有真正的去做一些公共衛生，或者是說篩檢這件事情啊！

李：所以這個就是說，我 Care 的地方在這裡，他說要合併我是贊成，人力合用我是贊成，但是妳的業務以後是怎麼做？因為我不覺得說，前金衛生所區、這個前金衛生所是你大同醫院的一個 Department，我不認為，因為他還是有他的..那個衛生所有它的功能要在那邊，它照顧是前金區耶！不是說只有你大同醫院。

劉：妳如果說、妳如果說今天併進去，妳還能夠獨立 Function 的話，那是好事，變成衛生所多了一個資源，可是妳從大同醫院來看這件事情，他不是這樣看嘛！

李：對！所以這個就是以後知道去協商..

劉：妳們爭議的點就在這裏喔？

李：這是我 Care 的，那我不知道說以後要怎麼去弄？

劉：會走成什麼樣子。

李：對！對！所以我比較堅持就是說，前金衛生所事實上要有它衛生所的功能在。

劉：功能存在。

李：它還是要做預防保健的事情，它不是做你大同醫院的事情。

劉：嗯！

李：那不然這樣子的話，你對前金衛生所的居民來講不公平耶！

劉：有一點難，好難！越來越難！

李：越來越難喔！沒關係啦，妳比較有東西可以做..

劉：沒有！都有結果了啦！還在 Process 中啊，妳知道嗎？那問題計劃有時間點要切啊！

李：妳們何時就要有結果？

劉：是三年啦！

李：還這麼長！

劉：還這麼長？妳不知道時間在過很快的，我都是很緊張的。

李：還三年耶！

劉：No！No！No！已經過完一年了，現在已經第二年，第二年的已經是尾巴了，所以我其實是很急了。

李：很急了喔！已經過了一大半時間。

劉：因為妳們 model 一直在變。

李：就是啊！

劉：所以沒有辦法，沒有關係啦我們就幫妳做出篩檢率有多..有多有效的 Outcome，不過問題是妳還是得回來這個，妳如果還要做..

李：所以我說妳可以對我這樣子的一個轉變，妳可以一些建議啊，比方說我已經把篩檢去轉到成人預防保健，是不是一個對的方向？事實上妳可以提供意見。

劉：所以這個部份就是說要用八十六年的資料來看八十八年，因為八十六年還有篩檢的東西嘛！

李：有！

劉：然後八十八年一定沒有，到目前為止可能也不會很快..不會轉回來，所以我們就讓他看這兩個，可是可能這個 Outcome 其實是在篩檢上而不在於我們那個 Model 的建議上。

李：喔！

劉：那就變成說、那建議裡面就變成說回過頭來檢討，那妳們是不是要做成人預防保健，我可以幫妳解一個套就是說，\ 是不是這些東西事實上應該回歸於六科去做就好了。

李：看妳怎麼說！可能就像妳講的，可能是..是不是就是醫療院者他就是要負擔某些責任？

劉：某些責任嘛！

李：就是說 Case 已經到妳的門口了，已經是到妳的面前了，妳是不是應該要給他一些東西？

劉：對啊！他其實會啦..因為假設這個有錢可以賺他會願意啦！

李：就是沒有錢啊！就是他們覺得做這個不合..

劉：不然他就改一些，就這樣子而已，沒什麼好的方法，反正大家本來就是這樣啊！都是在這個市場上轉。

李：其實、其實真正是這個一成人預防保健，就是說他預防保健那三個策略喔，只有子宮頸癌是比較正式在做，其他都是..

劉：都亂亂做。

李：胡亂來。我現在就在探討產前，因為我發現產前手冊都沒有寫 Data，啊他都給人家抽血，我就是、我現在就是要去調查就是說有多少的那個手冊都沒有沒有 Data，是不是真的他有沒有作？有做沒做只有你醫生知道。

劉：醫生知道而已。

李：健保局不要這個 Data，他只要那個蓋章。

劉：對！對！對！良心的工作。

李：對啊！所以我說健保局傻傻的一直在付這個錢，有沒有用？我也不知道？所以我就說現在已經開始去輔導醫院診所，就是說你要給人家寫那個 Data，那你健保局是不是要給我一些..

劉：費用啊，感謝妳幫他們去 Push 這個 Data 的 Quality。

李：至少我們有一些科案什麼東西可以合作嘛！對不對？你那邊出一點錢，我出人力啊！對不對？

劉：其實妳們可以做很好的合作的。

李：對！只是我還沒時間去想，還沒去找李建庭來。

劉：妳要叫李建庭跟陳永興兩個做久一點。

李：很多計劃都是胎死腹中啦！我覺得蠻洩氣的。

劉：了解！了解！所以其實基本上妳覺得這些東西跟現況其實都沒有辦法做很好的..

李：沒有辦法去..有一個..

劉：那我可以了解..，所以其實..那如果這樣子回過頭來，那我們的這些設備材料，這些其實妳還是提的出來的。

李：可以啊！妳要哪一年？要八六跟八八？

劉：要八六跟八八。

李：O.K.！我可以設備更產，設備其實是沒有啦，沒有設備啦！

劉：沒有什麼設備。

李：因為現在我們都是買試紙，他借我們用，所以是材料費。

劉：材料費。

李：材料費真的有減很多啦！

劉：人事業務..

李：人事..沒有啊！都一樣啊！都是這些人在做。

劉：都是這些人在做。啊業務..

李：業務、業務是什麼？

劉：業務本來就是說妳做中老年疾病防治這些東西，然後比如說妳篩檢就減了嘛！八八就看不見了，那八六就還有這些東西，所以他會比如說業務上面在執行妳會花一段時間，就這樣子。妳會佔..

李：花時間。

劉：對！妳會有多少的..所以我們才會希望說能夠留出他在做這個案子的時候，他要花多少時間。妳八六一定會有這個..做這個業務的時間嘛！那起碼妳八六有、八八一定要沒有這個嘛！所以材料的話在八六有，八八一定會不見嘛，或

者是說他只是會少量。

李：但是、但是不能說他沒有業務，是因為他把那個力氣轉到別的地方，他不做篩檢，但是他在做 Push 的工作，他在做醫院輔導的工作。

劉：對！不是說他沒做，只是就是說針對這個業務來講的時候呢，他其實已經改變他的型態，所以我們應該就是交待說，他這個業務其實已經不做這個..

李：改變。

劉：所以他這個..本來他反應出來的成本自然就要降低，要不然就是沒什麼東西。

李：所以妳現在成本..就是說..

劉：內涵是包括什麼？

李：要提供妳什麼東西？比方妳說這個材料..

劉：設備、材料、人事。

李：材料我知道哇！材料我就知道是試紙嘛！

劉：喔！

李：人事喔..人事八六到八八喔..

劉：薪資，他的薪資。然後業務..

李：其實都是這裡的人在做啊！

劉：但是還是要有那個數字啊！即使是說他沒有變，不過實質上那個人事費用還是會有一些 Change，不過其實這兩邊還是會打平。

李：可是是自然增加啊！

劉：對啦！其實是..

李：這沒什麼好..就是說..

劉：起碼這個材料跟業務，還有這個訓練..

李：所以我現在就是說業務是什麼？

劉：業務的話就是因為妳執行中老年疾病防治，比如說妳篩檢本身，妳就會去地段找這些人，妳會做一些試紙的測驗啊，這些都是妳的業務的執行，材料只是妳買這些..

李：我覺得沒做什麼。

劉：沒做什麼！

李：因為這些機械已經用的很熟了。

劉：很熟了。所以..

李：不過這兩年都沒有

劉：時間要算出來啊！

李：什麼時間？

劉：比如說一個 Case 來，那妳要做這個試紙，那同樣妳要花這個時間去篩檢他，一樣啊。

李：妳就是說篩檢一個個案要花多少時間嗎？

劉：對！對！對！類似這個，這個就是一個業務的費用啊！

李：喔！

劉：業務上面所花的一些時間、成本，這都是應該要算進去的。

李：所以妳現在要的就是說..

劉：業務費。

李：因為妳講業務費很籠統，我不知道要怎麼..

劉：不曉得要怎麼算？喔！好哇！

李：對啊！妳要給我一些項目，比方說妳想要什麼？

劉：那我這邊寫..

李：比方講說妳是說要篩一個人的時間。

劉：這也算..

李：我就可以幫妳算。

劉：算一算。

李：因為這種東西都是非常平均的啦！

劉：好！業務費比如說妳有打電話叫他來啊、然後妳有坐計程車去他那邊檢查啦，這個都是業務費啊！

李：沒有啊！哪有可能！

劉：都沒有喔？那怎麼篩檢啊？

李：他篩檢就是去..像八十六年那時候，他們就都是去社區啊！

劉：直接一個定點去做這樣子。

李：對！

劉：那就是要算比如說，他這一群人出去嘛，然後他譬如說一群人坐兩部計程車去，到那裏..

李：沒有，都是自己騎摩托車啦！

劉：騎摩托車去，那都是自己消、自己去吸收。

李：自己消耗，衛生所都自己消耗。

劉：比如說妳找了一群志工來幫忙篩檢，那他有一個工讀時數，那妳要給他一個福利啊！像這些的費用就要 Count 在這些業務費上。

李：這只有左營有而已，其它都沒有。

劉：這個我們就叫做業務費，就像一個計劃裡面就是，譬如說妳有文具嘛、妳有電話、妳有 Review 一些文章的費用，這個都是放在業務費裡面。

李：因為最主要是說，妳都沒有..改變啦！

劉：有啊！妳八六跟八八有啊！八六裡面就是有篩檢的業務，篩檢業務的話..

李：所以現在最大的改變喔，只有一個試紙的錢啦！

劉：試紙的材料費。

李：對啊！試紙的錢啊！

劉：那妳的那個業務..妳覺得都沒有花到妳什麼錢？

李：沒有！沒有！因為那錢一點點啊！本來這個工作的業務費就一點點而已。

劉：喔！不曉得妳們怎麼執行？沒有關係，這個主要的業務費的意義就是這樣。

李：我可以給妳試紙、試紙的錢，可能這個地方喔八六跟八八就差了很多了。

劉：差了很多了，所以是試紙的部份。

李：試紙真的是..

劉：那試紙的部份好像都不花妳的錢？

李：因為..都..就是人啊！

劉：人而已。所以我們還算他的時間啊，除了錢的算法之外我們還算他的時間，所以後面那個九就是..就是在算時間啊！

李：其實我是在想說，假如說妳要時間的話，那我就是算..我是說比較平均的一個算法就是我..我篩檢一個人多少時間啦，然後我看我八十六年篩檢多少人？然後八十八年我篩檢多少人？因為這個單位、時間都是一致的嘛！那可能八十八年他的時間就會比較少。

劉：少一點。

李：因為他已經不在做篩檢了。

劉：那妳們可以填的出這個表嗎？

李：這個.. 這個.. 這個事實上喔妳不要個人的，應該是 Total 的，整個高雄市的。

劉：總 Total 的。

李：所以太容易了啊！妳要八十六年的，我給他訂的目標是什麼..八十八..八十六年，結果八十六年做多少？

劉：嗯！

李：八十八給他訂的目標是什麼，八十八年他做了多少？

劉：嗯！

李：我馬上就可以給妳了啊！

劉：喔！就是拿他的目標..

李：妳要 Total.. 妳要總高雄市的這些.. 所有護理人員做的，我這邊就有了啊！這裡不用每一個人都填啊！

劉：喔！O.K！所以這個其實也可以從局裡面拿八六、八八的資料來看。

李：嗯！

劉：還好！還有這一份可以拿得到。那個時間的估算妳覺得可以用什麼？

李：我現在就是跟妳講單位、單位，就是我篩一個個案大概多少時間，那我.. 八六我篩多少案，那就可以算出..

劉：乘以它。

李：對！對！

劉：乘以它就好了。

李：對！對！

劉：那八八就沒嘛！

李：八八就很少啊！

劉：零。喔！O.K！

李：不是零喔！還是有！就是時間會差很多！

劉：其實是個案數的問題。

李：啊！個案數的問題。

劉：那平均的時間都差不多是一定的。

李：對！那他為什麼會少？他是拿去當 Push 跟輔導去了。

劉：嗯！好！那這個基本資料我們就會放在問卷的前後測裡面去處理。

李：這個是個人又！

劉：每一個 Nurse 的資料，我們就放在那裡面，就放在我們的問卷裡面。

李：喔！好啊！

劉：喔！

李：其實妳不要.. 因為這個都很敏感啦！

劉：這樣喔？

李：薪水我給妳就好了啊！

劉：好！妳就對這個薪水覺得有.. 她們會很敏感？

李：對啊！

劉：教她自己隨便寫一寫。

李：其實沒關係，放下去她要寫就寫，她不寫就算了。

劉：我就從妳這兒查一下這樣子。

李：對！
劉：所謂的業務費就這些啦！再陳述一次。
李：其實都一樣。
劉：都沒差很多？
李：因為她工作模式就是這樣，真正是有差是在篩檢。
劉：篩檢？
李：試紙上真是差很多！還有個案數上真的是差很多，其它真的是看不出來差什麼？因為妳印那個..印那個像說管理記錄，那才幾元？
劉：了解。所以這張其實大部份都是放在材料費。
李：這份我的耶！妳還要給我嗎？
劉：還..已經寫一寫要收回去，不然再印一份給妳。
李：看妳要叫我用什麼？
劉：喔！
李：才剛討論完嘛！像說要我提供什麼？妳就印一份來給我。
劉：我回去整理然後再給妳這樣子。
李：對！
劉：那薪資沒有問題嘛！
李：薪資我就 Total 給妳就好了。
劉：那就剩下我們回去整理的部份了。那另外考核的部份..
李：他有給妳了嗎？
劉：有！已經都有 Fax 兩張，然後我們會針對，我們希望就是說在後測的部份 Open，讓她們可以表達一些意見，就對舊制跟新制這樣子。
李：這邊沒有改，喔！舊制跟新制。
劉：舊制跟新制。
李：這個評鑑表沒有改，是評鑑的人改了。
劉：對！是評鑑的人改，那..所以我們也會去想一些就是說，我們建議可以用的方式，然後說不定讓她去勾一勾，來一點創意的指導。
李：可以啊！這樣我們就不必去評價了，妳幫我們評價就好了。
劉：幫妳們評價！
李：妳幫我們評價比較客觀啊！我們自己去評價說我們今年改這樣妳們有什麼意見。
劉：對啊！那這一部份再請科長幫我們看看。
李：看什麼？
劉：是不是這樣子來評價就可以？還是再低標一點？這個部份。
李：喔！
劉：那這個我們再回去做，做完了我們再 Pass 過來。
李：好！

附錄八、健保慢性病患轉介衛生所個案管理可行性協調會（Ⅲ）

主辦單位：高雄醫學院

協辦單位：高雄市衛生局

時間：八十八年三月十二日(星期五)

地點：高雄市衛生局四F會議室

大綱

15：30~16：00—報到

16：00~16：30—研究計劃說明\分案說明\訪視說明

16：30~17：00—衛生局、衛生所回應

壹. 研究計劃進度：

研究時間：87/7/1~88/6/30

訪視時間：88/3/22~88/6/22

督導會議：不定期；電話或面談

三月份預定 12 位公共衛生護理人員離職，請護理長多輔導。

護理記錄請登記身份證字號及高利用醫療資源者之高利用原因

資料收集：

1. 以高利用醫療資源之病患為優先個案，若有疑問請洽助理黃秀琴 Tel：3217997×15

2. 88/3/22 登錄前測

3. 88/5/22 填寫成本效益分析表

4. 88/6/22 登錄後測

貳. 訪視須知：

依高血壓、糖尿病個案管理手冊。

※. 個案管理流程圖：

健保局提供個案地址及電話↔高雄醫學院↔轉介給予衛生所↔

各衛生所收案→給予前測問卷調查及第一次家訪<3/22>→

每隔一個月家訪一次<4/22、5/22（電訪）、6/22>

→給予後測問卷調查→結案

↔督導會議：每月一次及不定期聯繫<3/22~6/22>

參. 問卷說明：

一. 糖尿病、高血壓護理指導記錄。(請各衛生所提供)。

二. 高雄市衛生所糖尿病、高血壓個案管理成效調查表(前、後測)。

三. 高雄市糖尿病、高血壓監控管理模式之成本效益分析。

肆. 附件

一、高屏分局高雄市糖尿病、高血壓門診慢性疾病歸戶籍資料檔(按區別)

二、高屏分局高雄市糖尿病、高血壓歸戶門診次數分佈表

附件二 高雄分局高雄市 糖尿病 高血压 婦產門診次數分佈表

| DISEASE | FREQ1 | _TYPE_ | _FREQ_ | FREQ2 | DISEASE | FREQ1 | _TYPE_ | _FREQ_ | FREQ2 |
|---------|-------|--------|---------|---------|---------|-------|--------|---------|---------|
| DM | 1.00 | 0.00 | 1744.00 | 1744.00 | HB | 1.00 | 0.00 | 5161.00 | 5161.00 |
| DM | 2.00 | 0.00 | 897.00 | 897.00 | HB | 2.00 | 0.00 | 2690.00 | 2690.00 |
| DM | 3.00 | 0.00 | 725.00 | 725.00 | HB | 3.00 | 0.00 | 1976.00 | 1976.00 |
| DM | 4.00 | 0.00 | 596.00 | 596.00 | HB | 4.00 | 0.00 | 1673.00 | 1673.00 |
| DM | 5.00 | 0.00 | 573.00 | 573.00 | HB | 5.00 | 0.00 | 1426.00 | 1426.00 |
| DM | 6.00 | 0.00 | 508.00 | 508.00 | HB | 6.00 | 0.00 | 1218.00 | 1218.00 |
| DM | 7.00 | 0.00 | 518.00 | 518.00 | HB | 7.00 | 0.00 | 1093.00 | 1093.00 |
| DM | 8.00 | 0.00 | 537.00 | 537.00 | HB | 8.00 | 0.00 | 1033.00 | 1033.00 |
| DM | 9.00 | 0.00 | 524.00 | 524.00 | HB | 9.00 | 0.00 | 1031.00 | 1031.00 |
| DM | 10.00 | 0.00 | 551.00 | 551.00 | HB | 10.00 | 0.00 | 923.00 | 923.00 |
| DM | 11.00 | 0.00 | 627.00 | 627.00 | HB | 11.00 | 0.00 | 890.00 | 890.00 |
| DM | 12.00 | 0.00 | 769.00 | 769.00 | HB | 12.00 | 0.00 | 827.00 | 827.00 |
| DM | 13.00 | 0.00 | 611.00 | 611.00 | HB | 13.00 | 0.00 | 711.00 | 711.00 |
| DM | 14.00 | 0.00 | 250.00 | 250.00 | HB | 14.00 | 0.00 | 356.00 | 356.00 |
| DM | 15.00 | 0.00 | 184.00 | 184.00 | HB | 15.00 | 0.00 | 185.00 | 185.00 |
| DM | 16.00 | 0.00 | 158.00 | 158.00 | HB | 16.00 | 0.00 | 164.00 | 164.00 |
| DM | 17.00 | 0.00 | 124.00 | 124.00 | HB | 17.00 | 0.00 | 119.00 | 119.00 |
| DM | 18.00 | 0.00 | 109.00 | 109.00 | HB | 18.00 | 0.00 | 90.00 | 90.00 |
| DM | 19.00 | 0.00 | 59.00 | 59.00 | HB | 19.00 | 0.00 | 64.00 | 64.00 |
| DM | 20.00 | 0.00 | 69.00 | 69.00 | HB | 20.00 | 0.00 | 56.00 | 56.00 |
| DM | 21.00 | 0.00 | 51.00 | 51.00 | HB | 21.00 | 0.00 | 36.00 | 36.00 |
| DM | 22.00 | 0.00 | 41.00 | 41.00 | HB | 22.00 | 0.00 | 41.00 | 41.00 |
| DM | 23.00 | 0.00 | 35.00 | 35.00 | HB | 23.00 | 0.00 | 34.00 | 34.00 |
| DM | 24.00 | 0.00 | 30.00 | 30.00 | HB | 24.00 | 0.00 | 47.00 | 47.00 |
| DM | 25.00 | 0.00 | 26.00 | 26.00 | HB | 25.00 | 0.00 | 23.00 | 23.00 |
| DM | 26.00 | 0.00 | 18.00 | 18.00 | HB | 26.00 | 0.00 | 28.00 | 28.00 |
| DM | 27.00 | 0.00 | 13.00 | 13.00 | HB | 27.00 | 0.00 | 19.00 | 19.00 |
| DM | 28.00 | 0.00 | 6.00 | 6.00 | HB | 28.00 | 0.00 | 17.00 | 17.00 |
| DM | 29.00 | 0.00 | 4.00 | 4.00 | HB | 29.00 | 0.00 | 8.00 | 8.00 |
| DM | 30.00 | 0.00 | 8.00 | 8.00 | HB | 30.00 | 0.00 | 7.00 | 7.00 |
| DM | 31.00 | 0.00 | 8.00 | 8.00 | HB | 31.00 | 0.00 | 4.00 | 4.00 |
| DM | 32.00 | 0.00 | 7.00 | 7.00 | HB | 32.00 | 0.00 | 4.00 | 4.00 |
| DM | 33.00 | 0.00 | 6.00 | 6.00 | HB | 33.00 | 0.00 | 3.00 | 3.00 |
| DM | 34.00 | 0.00 | 3.00 | 3.00 | HB | 34.00 | 0.00 | 4.00 | 4.00 |
| DM | 35.00 | 0.00 | 1.00 | 1.00 | HB | 35.00 | 0.00 | 1.00 | 1.00 |
| DM | 36.00 | 0.00 | 1.00 | 1.00 | HB | 36.00 | 0.00 | 5.00 | 5.00 |
| DM | 37.00 | 0.00 | 5.00 | 5.00 | HB | 37.00 | 0.00 | 2.00 | 2.00 |
| DM | 38.00 | 0.00 | 2.00 | 2.00 | HB | 38.00 | 0.00 | 1.00 | 1.00 |
| DM | 39.00 | 0.00 | 3.00 | 3.00 | HB | 39.00 | 0.00 | 4.00 | 4.00 |
| DM | 40.00 | 0.00 | 1.00 | 1.00 | HB | 40.00 | 0.00 | 1.00 | 1.00 |
| DM | 41.00 | 0.00 | 2.00 | 2.00 | HB | 41.00 | 0.00 | 1.00 | 1.00 |
| DM | 42.00 | 0.00 | 2.00 | 2.00 | HB | 42.00 | 0.00 | 1.00 | 1.00 |
| DM | 43.00 | 0.00 | 1.00 | 1.00 | HB | 43.00 | 0.00 | 3.00 | 3.00 |
| DM | 44.00 | 0.00 | 1.00 | 1.00 | HB | 44.00 | 0.00 | 1.00 | 1.00 |
| DM | 46.00 | 0.00 | 1.00 | 1.00 | HB | 46.00 | 0.00 | 1.00 | 1.00 |
| DM | 47.00 | 0.00 | 1.00 | 1.00 | HB | 47.00 | 0.00 | 2.00 | 2.00 |
| DM | 48.00 | 0.00 | 2.00 | 2.00 | HB | 48.00 | 0.00 | 3.00 | 3.00 |
| DM | 51.00 | 0.00 | 2.00 | 2.00 | HB | 50.00 | 0.00 | 2.00 | 2.00 |

附錄八、健保慢性病患轉介衛生所個案管理可行性協調會（Ⅲ）

主辦單位：高雄醫學院

協辦單位：高雄市衛生局

時 間：八十八年三月十二日(星期五)

地 點：高雄市衛生局四 F 會議室

出席人員：主持人－劉慧俐

技 士－黃貴妃

護理長－洪秀蒼（小港區）、陳秀美（前金區）、蔡淑惠（楠梓區）

陳錦英（旗津區）、林玉珍（鹽埕區）、朱惠麗（新興區）

黃瑞騰（鼓山區）、李素華（三民區）、董欣慧（前鎮區）

護理師（代理護理長）－黃詩媛（苓雅區）、張修勤（左營區）

助 理－黃秀琴、吳美玲

會議記錄：吳美玲

會議內容：

劉慧俐：謝謝各位護理長撥空參加，此次研究計劃是衛生局委託我們來處理的，希望妳們目前在做中老年疾病的訪視個案，能夠也可以幫忙健保局把一些高利用的人口群做一個適當的控管，因為只有地段的護士最能夠接近我們地區的人口，也最能夠輔導我們這些高利用人口，因為妳們的經驗也很豐富。那我們就請各位看附件二，附件二這裡妳就可以看到高屏分局－高雄市糖尿病、高血壓，他們歸戶之後一個利用次數分佈表，那我想各位做了這麼多年的一個糖尿病、高血壓的服務，可能妳們不知道到底高雄市的人口群，他們是怎麼樣在看病的，那我們就是提供這個資料告訴各位，在糖尿病的部份有人一年只看一次病，但是呢我們也發現有人一年是看病五十一次，一般來講我們的慢性處方籤事實上是規定一個月一次而已，那如果說是臺灣地區的總平均的門診數也不過才十四次，那國外甚至可以到五、六次而已，那我們居然會這麼高，所以我們利用這樣的一個資料我們把它整理出來，希望借重各位在中老年疾病防治的專長，能夠針對這些人做一些利用行為上的控管。那所有的介入模式完全比照目前各位所在進行的方式，唯一就是說我們在這個過程當中希望留下資料，所以我就報告一下我們的實施的時間是希望就從這個月開始，因為各位每一個月都會有兩案要服務（每位護理人員），所以我們就配合這樣的方式，抽出了各區的名單給各位在手上，有他的身份證字號、有他的地址，這些可以給各位再利用所裡的電腦檔，再把他做更清楚的確認，那我們是有希望能調到他的電話，不過好像所有的戶籍檔是沒有願意公開這個部份，好像也不是不公開是事實上就沒有，是這樣的狀況，所以這個部份就只能提供資料給各位，待會兒研究助理還會跟各位報告這裡面註記的 Mark 是什麼意思，那各位就會非常清楚，那我們用的電腦的方式已經把區 Grouping，然後也把里 Grouping，所以各位會非常清楚，在分段上面會非常方便，如果說有什麼不方便的地方再請您提出來。

那我們在這個過程當中是從三月執行到六月份，這裡面也希望有什麼問題能夠跟我們做連絡，我們的電話是 321-7997ext.15，這個有寫在 A4 紙裡面，另外就是說三月份有十二位護理人員離職，就要麻煩呢收案的個案請護理長看看應該由誰來繼續做追蹤輔導，這樣子我想妳們的業務量也不會銳減，那這個是特別提出來。這個計劃是很希望對健保局高利用的人做輔導，所以在做所謂的護理指導裡面呢，希望妳們能登錄下來就是說這些人爲什麼他會一個高利用的原因，爲什麼沒有辦法讓他利用率能夠降低，希望記錄在所謂的護理指導記錄裡面，那我們最後會請各位把四個月份的護理記錄表 Pass 回來我們的研究室裡面，我們會再做一個分析，看看這幾案經過各位的介入之後，那他的一些表現是什麼，那所謂的護理指導記錄呢，就是各位現在在手裡面正在用的記錄表，公衛研究所研發出來的，那我們不做任何改變，只是裡面有一些我們覺得比較有意義的資料我們會挑出來做分析，那包括拜託各位要特別記錄下來他爲什麼高利用的原因這個部份，唯一只有增加一個高利用的原因，請各位護士、還有護理長督促她們一定要留下這個資料。然後再來就是..我們會在這個過程裡面，我們會把三月份資料跟六月份的資料做一個比較，另外我們會還要再有一份，就是五月的時候會請妳們填一份這個家訪的過程當中，妳們所花的一個時間、還有滿意的狀況的資料，那我們在這一次的活動過程當中，每一位護理人員我們打算編列一百到一百五左右的費用，來致謝她們的參與以及問卷的填寫這個部份，只有那個成本效益的分析表這個部份是需要各位護士來協助填寫的，只有這個部份而已，那其他的就是按照各位在工作的模式裡面來進行服務就可以了。那另外呢就是我們整個介入的服務模式—訪視需知，事實上我想這個各位可能都比我還要清楚，那完全是沒有更動服務的流程，那我們整個的問卷裡面是希望呢能夠拿到護理指導記錄，那另外我們會把它做成前、後測的比較表，中間是有一份就是要麻煩護理人員幫我們填寫的成本效益分析，這個會希望在四月底的時候就發給各位來處理，因爲我們現在還在做問卷上的處理，那配合研究經費的發放，四月底的時候我們來做這樣的一個協調，那我們五月份的時候才可以把費用請下來，因爲計劃大概也是在五月中在費用上面要做結束，所以可能四月底五月初的時候會再做這個部份的處理，剩下的就是妳們手上的名單，需要助理再做進一步的說明，我們原則上在上面所挑出來的案子都是目前利用率比較高的，那什麼是利用率高就是剛剛各位已經看過，就是他的次數是屬於比較高的部份，是這樣子的一個抓出來的狀況，那如果在訪視過程上碰到什麼資料，就是歡迎妳們用 321-7997 轉 15 這個電話跟我們作聯絡，大致上我的說明就是這樣。妳們手上都有各區的名單了嘛！我們那個名單是只要他是超出 13 次以上的都把他列出來，然後我們用區、用里把它 Grouping 起來，所以很容易看的懂，然後因爲我們也不需要訪那麼多，經費也沒那麼夠，所以就挑利用率最高的那幾個出來。

技士：就依我們的目標數去挑就好？

劉：對！依目標來挑。

小港區：就是自己一個月兩案，從三月份到六月份？

劉：對！因為妳們又分要兩個 DM、一個 Hypertension，所以我們就按照這樣來挑。

小港區：要不要分比例說糖尿病幾案、高血壓幾案？

劉：我們已經照妳們那個比例去挑，幫妳們挑。

旗津區：這都糖尿病的。

鹽埕區：沒有！這邊糖尿病、這邊高血壓。

鼓山區：也有高血壓的啊。

劉：打勾的。

鼓山區：就是用原子筆勾的？

劉：對！

鼓山區：Copy 那個勾的不算。

鹽埕區：就是一個里分 2 位就對了。

小港區：就是妳已經幫我們勾好了。

劉：不一定是一個里分 2 位...

技士：每個個案、每個個案...

劉：是就是說...

技士：每個護產人員要 2 案啦！

鹽埕區：對！可是這每個里他不一定每一個里 2 案或是...，因為不同里有可能這個護理人員比較多、這個護理人員比較少。

技士：這個是以區啦，以那個區的份量來分。

劉：這個就是要請教各位護理長，就是這個該怎麼...因為我們沒有辦法去...

鹽埕區：沒有辦法...

技士：個案...個案很難區分。

鹽埕區：電腦 Key in 也是一樣啊！

鼓山區：一定要按平均分配嗎？

技士：對啊！一定！

劉：因為那個研究目的主要是針對高利用者，我們來了解他的原因跟控制他的利用行爲，所以我們才是在我們的研究目的去挑了這些人，那現在分案下去就必須要靠各位護理長去協調了，這個部份我們不太清楚會碰到什麼樣的困難。

小港區：妳說我們要寫的案是後面有勾的才...

前金區：還是用原子筆勾的？

助理：用原子筆勾的個案。

前金區：有 Copy 的黑的那個？

助理：又！那不是！

鹽埕區：現在有一個問題耶，我們收案的個案我們大概有一部份已經滿了耶！

那妳這個個案這樣是要叫我算今年度、還是算明年度？

技士：也是今年度。

鹽埕區：那這樣我們...她已經滿了她不要收了啊！她可以不要收啊！對不對？

左營區：妳們都收滿了？我們都還沒收耶！

技士：這個私底下我再問科長好嗎？

鹽埕區：對啊！她已經收滿個案啦！

三民區：劉老師，那現在這個案是要收多少？

劉：案的話我們是按照護理人員有多少，每個人就是..

三民區：因為現在我們衛生..就是說目標數是沒有說一個月定是 2 個，可能她..像鹽埕區她是看一年的。

技士：有彈性啦！就是一年要幾個。

三民區：所以說有些人收很多，有些人可能收很少，所以是不是劉老師這邊有一個要不要收多少的量？

劉：有！就是一個護理人員..

技士：有啊！就是以我們一整年的量嘛！

劉：妳們是一整年是 24 案嘛！

鼓山區：對！

劉：那因為我們是做三、四、五、六四個月，所以一個護理人員就是乘以 2 乘以 4。

小港區：就 8 案嘛！

劉：對！

鹽埕區：那妳們的想法是這樣，問題這個個案不一定是每一個護理人員是 2 案啊！

劉：對！對！對！

技士：對啊！

鼓山區：對啊！

技士：所以他這個案是以整個區啊！

鹽埕區：那妳這個計劃這麼晚才告訴我們，也許有些護理人員已經案收完了。

劉：收完了。

鹽埕區：對！當然妳這個提供我們很好哇！我們有時候案收不到很好哇！那問題有些人收完了那怎麼辦？

劉：怎麼辦？

小港區：那假如說他這個個案他已經收案了..

鹽埕區：對！也有可能是這樣！

小港區：也有可能是我們已經有收案了。

楠梓區：對！重複收案了。

劉：對！對！

小港區：那要不要是再換？還是說..

劉：再換。我們希望都是新案。

小港區：嗯！

劉：因為這樣子在做前、後測的時候比較好處理。

小港區：所以說是要換個案？

劉：應該是要換。

鹽埕區：萬一，有一些 3 次未遇的怎麼辦？因為這裡面勾 32 個，那我們是要訪勾的 8 個。

劉：對！訪勾的。

技士：原則上是要訪勾的。

苓雅區：那假使說工作人員已經滿了，那是不是協調一下？

劉：訪不到的話？

助理：就是在..依他的最後一欄是 Frequency，就是他的那個..

鹽埕區：因為現在喔，我們四個月下來的話是 8 案..四個月是 32 案嘛！

助理：對啊！全部都勾出來了。

鹽埕區：對啊！妳是勾 32 個，那萬一這 32 個是有空戶的..

技士：那十幾案的話妳們..

鹽埕區：空戶的、或者是有上班的..

鼓山區：就不一定有 32 案了。

助理：就是依他的利用次數然後依續往下挑。

鼓山區：自己找喔？

助理：對！

新興區：就是說讓我們勾..

助理：就是..如果說有..

鹽埕區：就是以這些勾的為最優先。

助理：對！

技士：因為這個事情我也是在三月份才知道的。

助理：沒有訪到的話、或是說空戶、訪過的。

小港區：沒有訪到的話、或是說空戶、或是說這個個案我們已經訪過的。

助理：訪過的。

小港區：那我們可以說依著這裡面再挑。

助理：再挑，依他的利用次數再往下挑。

小港區：那妳不是要告訴我們說他的最高利用率是那一個代號？

助理：最後一欄。

小港區：那個最後一欄？

劉：有一個 frequency

小港區：啊！這個！這個！

助理：比如說十三次的話就是一年有十三次。

小港區：喔！喔！喔！那我們就儘量挑比較多的人。

助理：對！

劉：一定要讓我們知道是..挑成誰這樣。

技士：挑哪些個案。

劉：因為妳們也有暗號嘛！

小港區：哪裡是？

前金區：這邊！

旗津區：這不是全部都要，打勾的就好。

劉：喔！有姓名啦！所以可能請他們註明身份證字號，回來比較好對啊！我們的檔案都是身分證字號。

技士：這樣是比較方便啦！我們的原始資料有嗎？原始資料有沒有身份證字號？

劉：原始資料有，但是她們的護理記錄沒有。

鹽埕區：可不可以建議就是說護理人員滿的話，就把這些成績算到七月份以後？因為都是新案啊！

技士：所以我要和科長再協調一下。

鹽埕區：是不是可以這樣？

劉：還有可不可以加分啊？

鹽埕區：加分我們不用想了！

鼓山區：十一區都一樣啦！

苓雅區：對！因為所有問題可能都一樣！

技士：可能都有類似的問題啦！

新興區：所以有些同仁也都收滿了也不一定。

劉：有可能！

技士：但是我是希望說這個是我們做的調查，希望說把這個分類的這個案數把它做完成，所以這是我和科長會協調說..

鹽埕區：對啊！

技士：妳們的成績怎麼換算？

鹽埕區：對啊！這個等於可以留到明年來做啊！

小港區：其實這樣明年也是一樣。

旗津區：可以啦！也是一樣。

新興區：提早做而已。

小港區：對不對！

旗津區：所以不用計較這些。

鹽埕區：每個護理人員都收兩案了，有人收完了。

楠梓區：對啊！

技士：妳們都滿了嗎？

鹽埕區：對啊！這個月的已經收了啊！

技士：妳是三月份收還是算二月份的？

鹽埕區：三月份的。

技士：三月份已經收完了。

鹽埕區：而且我們是衛生所個訪，那健保局..

技士：那這樣唯一的辦法就是說，延後妳們的完成目標數把它歸納在這個..

小港區：對啦！就是明年度的啦！

技士：這個我跟科長再討論一下。

鹽埕區：就是要新案嘛！

技士：明年度的目標數也是包括在這裡邊啦！

鹽埕區：有些個案今年沒訪，到明年個案的合併症出來，所以今年去家訪，算是受惠民眾，要感謝我們喔！

技士：也是要評估衛生所的工作是不是都是這麼的認真。

新興區：都很認真的。

左營區：我們的護理記錄不太一樣。

劉：爲什麼？

技士：她們衛生所護理長說要自己設計。

劉：那怎麼辦？

技士：那就按照需要的內容給他填進去。

左營區：而且我看這裡面很多個案都是獨居的，你去找他，他不會理你。

技士：那有困難喔，很多獨居的不願意家訪。

劉：那就再依個案利用次數往下探，從高的次數往下找，那我們希望都是新的個案，不要用舊案。

技士：已經管理的就不要再收了。

劉：因爲比較顯示不出各位的功力。

前金區：你可以問他高利用的原因啊，還是跟護理指導有關聯。

三民區：那現在是說每個月都要訪一次。

劉：因爲你們的新案也都要每個月訪一次。

三民區：沒有啊，第一次家訪之後，再來是第三個月，第六個月，如果要這樣的情形，我怕會增加護理人員的負擔，護理人員一定會叫苦連天。

技士：所以要你們護理長來協調。

旗津區：協調不一定會通，因爲我們請你們協調也不一定會通。

技士：科長應該會接受。

鼓山區：我們如果只有依據個案的戶籍地址去，沒有電話很難找，常常會空跑一趟。

技士：他原本的基本資料就沒電話了嗎？

新興區：病人去醫院看病的時候，會填基本資料包括電話，但是健保局在 key in 的時候，就沒有把資料打進去，這樣會造成我們很多困擾。

劉：這個資料也是健保局提供的，那現在戶政單位提供給各區的資料有嗎？

新興區：沒有啊！

技士：那這個就務必要自行去地段了。

前鎮區：那這個要先從次數高的往下找嗎？

劉：對，從次數高的往下探。

小港區：那沒有分哪個里別一定只有兩個個案。

劉：對，沒有這樣分，只以次數高低來分個案。

前鎮區：就看護產人員的地段裡面，次數不夠的我再往下找個案。

劉：所以才會希望說希望註明高利用的原因。

三民區：那這個訪視的間隔可不可以拉長。

黃秀琴：但是我們有這個實驗的時間需要完成。

三民區：這個跟我們現在的訪視間隔不同，怕護產人員反抗，一反抗這個計劃就很難完成。

劉：那我請教各位護理長，假設說我們密集的 access 過程中，中間少了一次的 access，那慢性病的行為改變會不會因此而斷掉，假設說密集的 access，outcome 會不會更好？

新興區：當然。

劉：那要不然就是說中間那一次用電話，五月用電訪，六月還是用家訪的方式。

旗津區：那六月的家訪只會有一次。

劉：對！對！對！這個我們都沒有想到，這個問題很大，那我們還是要為期八個月的計劃，只不過我們要把前面三個月的記錄拿回來，做一個期中報告給衛生署，四次的訪視，其中有一次是電訪，我們希望在四月及五月的時候，會有在一次的碰面，那就是希望你們在護理指導記錄上留下高利用的原因及身份證字號，因為我們所有的資料都是用身份證字號來勾稽，他在健保局的資料，其實也都是靠身份證字號，不然拉不到資料，就沒有辦法對他的利用情形做一個報告。

三民區：這個管理成效調查表，是我們去作的嗎？

劉：是護理人員去寫的，要在四月底給，因為現在還在做專家效度，工作人員是做成本效益分析，個案做護理指導記錄。

苓雅區：護理指導記錄上還要再寫上高利用原因及身份證字號？

劉：對，請你們在督導會議後再寫下這兩點。

苓雅區：不管是家訪第幾次，只要問到他，就隨時記錄下來？

劉：每次家訪都要問，第一次就問他為什麼次數會這樣高的原因，經過你們的指導之後，再問個案輔導之後利用的原因，多久再去一次。

苓雅區：你要知道說從你訪視以後，個案去醫院的次數？

劉：對，這個月的次數。

苓雅區：換醫院有沒有關係？

劉：但是都是用慢性病處方籤的人。

苓雅區：但是去診所就不開慢性病處方籤。

劉：那如果是這種情形，就註明一下。

左營區：那如果意識不清的個案要收嗎？

劉：根本問不清楚啊，就不用收。

小港區：如果是家屬在照顧呢？

劉：那像這種個案可以收，因為有人可以回答問題，有 caregiver 可以回答護理指導記錄的問題，這種個案就可以收。

鹽埕區：那如果是送到安養中心的個案，是在我的名單裡面，但是家屬送他到不是我這一區管轄的安養中心？

劉：那當然不要，哪有可能這樣跑呢，這種個案就不要收了，那這種情形，就請你們把原因註明在名單裡面，我們最後會再把這個名單收回來。

左營區：那你們的下限是什麼，比如說 13 次的沒有，14 次的也沒有。

劉：那你就會來找我，因為你已經沒有名單了，

新興區：所以這個名單只有到 13 次。

劉：對，那你一定要從高的開始選，那旗津可能比較會有問題。

新興區：是從地段來分整區的。

劉：那這個就要請教護理長，我沒有行政裁量權，我們希望五月底，六月時就收一次這個案子，我們會根據記錄做一次初期的報告，做完的時候再做一個完整的報告，四月的時候，我們會把成本效益分析表，要給每個護理人員填的，發給各位，要給每個護理人員的錢，請每位護理長帶回去，發給護理人員。

前鎮區：那如果說你給我的名單裡勾了 40 個個案，那我就一定要給你 40 個個案。

劉：對。

前鎮區：就是一定要給妳 40 案。

劉：對！基本上我們就是按照這樣..

前鎮區：就是妳勾的地方有 40 案，我就要給妳 40 案。

苓雅區：那我這份苓雅區的 73 案，可是我實際上要 88 案。

小港區：妳可以再選。

技士：可以再往下選。

劉：妳是說妳還有人可是我們沒有算到。

苓雅區：還有差。

技士：不是，妳的案數給她的案數比較少。

劉：我的案數..

苓雅區：沒有，一個人 2 案嘛！

劉：那就是我的助理算漏了。

技士：以她現有的工作人員數，她的案數是比較少。

助理：因為我是根據護理人員的人力來算的。

劉：這人數是妳給我們的，是根據這個來算的。

技士：那怎麼會少？

小港區：我們也是有少..

技士：妳們也有少？少幾個人？

小港區：少兩個而已。

技士：少兩案而已。

小港區：有可能她算錯了。

劉：有可能貴妃她這邊的人數記錄有不一樣，妳那一個表拿出來對一下。

助理：沒帶。

劉：那個表？

助理：沒帶

技士：妳們苓雅幾個人啊？

苓雅區：我不知道護產人員要不要算？加上她是十一個那就是要 88 案。

鹽埕區：護產人員都要。

小港區：都要啊！

技士：都要她有在案嘛！

小港區：對啊！

苓雅區：11 個人要 88 案，這裡打勾的只有 73 案。

劉：73 啊！

技士：喔！這樣子那漏了。

劉：那妳這裡的人數比較少喔！

助理：那再往下找。

苓雅區：往下找 15 個？

助理：對！往下找 15 個。

苓雅區：好，我知道謝謝。

助理：那也是再麻煩往下找兩個，那個護理人員數我還要再跟黃小姐..

劉：嗯她的在這..

技士：ㄟ！苓雅十一個對啊！

助理：11 乘 2 乘 4，她下面有說包括護理長嗎？

技士：對啊！

助理：那就扣掉一個啊！

技士：那個黃詩媛。

劉：ㄟ！妳這是包括護理長？

苓雅區：沒有啦！十一個沒包括啦！

技士：喔！

助理：那就是這樣子。

劉：這樣沒..

技士：因為她們護理長還沒改過來。

劉：喔！

技士：目前就是十一個沒有錯。

劉：只有她這樣，那其他都包括護理長。

技士：對！這都包括護理長。

劉：喔！其他的，妳人數要掌控對。

助理：嗯。

技士：假使剛剛劉老師報告的，在執行當中妳們如果有困難再直接找助理。

新興區：如果要提早把它訪完可以嗎？

小港區：可以啊！

技士：它這個有間歇性的。

鼓山區：最好！

新興區：他不是一個月兩案嗎？

小港區：不一定啊！

鼓山區：妳如果 8 案全部在這三個月出院、入院，妳就可以辦結束啊！

新興區：妳三月 8 案那以後舊案就好。

劉：那我就不用只寫期中報告，那我就一次可以把它寫報告。

技士：太累，所以我們是按照我們的目標去做。

小港區：那妳先做完就比較閒。

技士：現在問題就是說，那個衛生所有些要到學校去的。

鹽埕區：對啊！

技士：這些追蹤後續不知道要..

苓雅區：新來的要重教。

技士：銜接不上啦！前鎮要跑 5 個、那三民 3 個又！

三民區：3 個或 2 個不知道？

技士：3 個或 2 個喔！

楠梓區：我們楠梓走 2 個啦！

技士：董護理長，妳們如果這個月就開始在做妳們快一點..

鼓山區：她後續繼續做。

小港區：人家要離職不訪了啦！

技士：她們要協調不一定說要..

小港區：要走的沒那麼認真啦！要走的就不做了啦！哪有那麼傻的人？

鼓山區：不是！沒那麼勤快的人啦！

三民區：沒關係啦！研究限制..

鹽埕區：問題是有些馬上就要走了！

技士：但是教育局都沒公事下來嘛！

鹽埕區：對啊！還在協調吧！

技士：對啊！還沒嘛！

旗津區：他們還在修編啦！我有看過..

技士：或許他們是下年度..

鹽埕區：不是他們下來就很快，我跟妳講下來收到一個禮拜她們就想走了，有些馬上就走，所以她們現在也是人心惶惶，也不一定會很認真跟妳做，她不做妳也沒有辦法。

技士：妳們有一個？

鹽埕區：我們有一個。

旗津區：我們已經走一個了。

技士：妳們誰走了？

旗津區：劉雪霞啊！

技士：一個退休。

新興區：新興..新興區罹患率那麼高妳看！

技士：新興區高血壓比較多。

新興區：我們那邊高血壓有夠多！

三民區：那這五個區就開始訪。

劉：嗯！就開始了。

三民區：那快要收記錄的時候再跟我們聯絡。

劉：對！就大概五月底、六月的時候我們就會請妳們把記錄拿過來，我們要做整理。那這個單據如果沒有帶印章的話，要麻煩妳們寄回來給我們。

技士：還有幾個人沒交？

助理：六個。

技士：好啦！統一交給我。

劉：那將來護理人員也是要請她們都這樣蓋章。

鹽埕區：比如我統收再交給貴妃。

技士：好啦！我匯整好了啦！

鹽埕區：不好意思讓妳比較忙。

技士：（笑）。

鹽埕區：那像要走的她只訪一半，那錢怎麼算？

新興區：她那個錢要有完全訪完才有嘛！

劉：對！

新興區：那有訪一半的怎麼辦？

技士：還是再叫人接下去。

新興區：要叫誰？

技士：葉念慈就麻煩葉念妃。

新興區：沒人這樣說的啦！變成我在接，葉念妃不會接的。

技士：她們姐妹應該可以幫幫忙啊？

新興區：我們才剩五個人而已。

技士：我也是在替她煩惱一個人要跑五個。

三民區：妳們兩個要來我這邊。

新興區：都給人家拉好的去。

三民區：她們自己要來的。

技士：可能是她們家都住三民區。

三民區：對啊！她們都住三民區。

技士：對啦！可能是這樣好啦！妳們回去明天就可以..

劉：那就要麻煩各位護理長..

技士：開動！

鹽埕區：禮拜一啦！明天放假。

技士：那就禮拜一開動。

新興區：還要開會，還要召集她們開會。

鹽埕區：妳要先讓大家知道啊！

技士：那就禮拜一嘛！禮拜一說。

鹽埕區：對啊！禮拜一開會。

技士：妳在晨報會就可以說了嘛！

鹽埕區：不是！我訪滿的那些人呢？妳想她們還會願意再訪嗎？

技士：這個我會再和科長談啦！看是不是換成..AP的不用..

鹽埕區：A.P.的本來就不用收案，所以最好是能夠抵到下年度。

劉：不然就加分啦！

各位護理長：不可能加分啦！最好是抵到下年度。

技士：好啦！妳們總共幾個要抵到下年度？

鹽埕區：就超過的個案數啊！

前鎮區：護理記錄可不可以 Copy 給妳們？

劉：護理記錄可以。

技士：可以啦！妳們自己要存檔，留一份給她們參考。

前鎮區：因為寄原稿給妳們怕會有遺失。另外一個問題是為什麼要按照這些個案

來訪？

技士：這是方便我們不用再去找個案。

劉：我們想說用這個資料比較方便。

技士：因為我們收案有一個目標在那裡比較好找。

助理：這是我們依照他的高利用率去抓出來的。

技士：那各位還有什麼問題嗎？沒有的話，今天會議就到此結束。謝謝大家！

劉：謝謝大家！

附錄九、衛生所訪視收案個案問題之回應

衛生所訪視收案個案問題之回應

1.左營區衛生所：公衛護士因地段的不同，個案數會無法平均的分配。

回應：因為個案數已是平均分配給各衛生所，若是再依照各護士的地段分配個案，則個案的高利用次數會非常的不一，所以請護理長儘量的協調。

2.小港區衛生所：因為小港區衛生所是規定慢性病患兩週拿一次藥，有別於慢性病處方籤一月取藥一次，所以在依照拿藥的規率性看來，一年就診次數在 24 次以上者，才是屬於高利用醫療資源者。

回應：因為只是依照慢性病的拿藥規律性來看，個案就診原因是否真的是因拿藥而致高就診次數，公衛護士仍應去家訪個案才能夠知道個案高利用原因。

3.楠梓區衛生所：在名單上的個案，有些是衛生所已結案之個案，若再重新開案，則屬舊案。

回應：因個案仍是高利用醫療者，且個案雖已結案，但高利用醫療次數顯示，個案仍有公衛護士應護理指導之處，予以加強指導自我照顧模式，以減少過渡利用醫療資源，故予以重新開案。

4.苓雅區衛生所：可不可以這個月訪四案，下個月訪四案，然後再每月去家訪。

回應：如果個案數夠的話，先把個案訪起來，也是可以，而且要每個個案每隔一個月都去家訪一次，以不增加護理人員的負擔為主。

5.鹽埕區衛生所：護理人員在看過名單之後，覺得 15、17 次都還可以接受，因為如果扣掉一年十二次的固定拿藥次數，那一年當中有 3、5 次的小感冒去看醫生，這樣的次數其實都還可以接受，所以他們覺得一年有 15、17 次的就診次數，其實都還可以接受，那這樣的個案是否仍需家訪。

回應：因為只是護理人員單以就診次數來評估是否需家訪，仍應實地去家訪之後，明瞭真正就診原因，再評估是否需要家訪。

6.鼓山區衛生所：家庭訪視時發現一至二個個案，並非是糖尿病、高血壓的個案，造成護士的工作不便，而是否可撥款給付交通費？

回應：可能是健保局在鍵入資料時有錯，或是醫院報假的資料。個案表明他是因為感冒而去看門診，但是不知道該掛哪一科？所以直接掛他原來糖尿病、高血壓的主治醫師拿藥，但是健保卡上的就診記錄是註明門診章，沒有註明就診內容，所以造成似乎是高利用率病患。交通費因為不在研究經費補助項目內，可能擬再另外變更經費項目，視需要提撥。

7.小港區衛生所：根據健保局所提供的高利用率戶籍資料來訪個案，結果訪視

時個案的血壓未達收案標準的 150/90mmHg，怎麼辦？

回應：若在訪視時個案的血壓未達收案標準，就不收案，請護理人員再依據戶籍資料上的高利用率再往下訪視，各位護理人員辛苦了。

8.鹽埕區衛生所：有護理人員早就已經完成今年的目標數，不願意再多訪個案，與她們溝通無效，無法依照研究要求訪視八案。

回應：感謝護理人員的辛勞，若因業務量太大無法達到訪視八案，仍請各位依情況斟酌作業。

9.左營區衛生所：我們的護理記錄和其他十區衛生所的記錄格式不同，是否有礙於此研究？

回應：雖然記錄格式不同，但是記錄內容是一樣的，仍舊可以達到統計分析的效果。

10.苓雅區衛生所：由於有署名，成本效益問卷上的建議事項即使想要寫也不敢寫，怕會有不良後果。

回應：在問卷的首頁早有註明，護理人員填寫的基本資料是保密不外流的，請大家不吝指教，如此才能經由此次問卷瞭解實際的訪視工作，做最完善的改進。

11.前鎮區衛生所：全數的護理人員不提供訪視的護理記錄讓研究室統計。

回應：在此尊重護理人員的意見不勉強，但仍請協助完成成本效益問卷的填寫。

12.苓雅區衛生所：訪視時，碰到一位只會使用客語的個案，所內的人員沒有人會說客語，個案家屬白天又不在家，無法順利收案。

回應：人員訪視時若遇到無法解決的困難，就不勉強收案，請再依高利用率來訪視，但是訪視不成的個案記錄也請註明原因並繳回，以便讓研究室做統計。

13.鹽埕區衛生所：是否能提供個案住宅電話，以利護理人員訪視出發前先以電話聯絡，可減少訪視空戶、拒訪、搬離戶籍地的機率？

回應：此份戶籍資料由健保局提供，原本就沒有登記電話，所以請恕無法提供。

14.苓雅區衛生所：六月將有三位護產人員離職，目前不會有新進人員接替業務，那該如何完成剩餘的個案訪視？

回應：如果有進行到第四次訪視，可評估個案情況決定結案或續訪，如果無人接替，必須中斷作結案動作。

附錄十、健保慢性病患轉介衛生所個案管理可行性協調會 (IV)

主辦單位：高雄醫學院

協辦單位：高雄市衛生局

時間：八十八年六月九日(星期三)

地點：高雄市衛生局四F會議室

出席人員：主持人－劉慧俐

技 士－黃貴妃

護理長－洪秀蒼（小港區）、陳秀美（前金區）、蔡淑惠（楠梓區）

陳錦英（旗津區）、林玉珍（鹽埕區）、朱惠麗（新興區）

黃瑞騰（鼓山區）、李素華（三民區）、董欣慧（前鎮區）

陳燕玉（苓雅區）

護理師（代理護理長）--張修勤（左營區）

助 理－吳美玲

會議記錄：吳美玲

大綱

- 1、在會議之前先電話聯絡各區衛生所，請各區先將成本效益問卷回收，填寫狀況報告。
- 2、收回 3~6 月訪視個案的護理記錄（影印本）。
- 3、訪視進度經驗分享：
 - (1) 各位護理人員在訪視時，是否有任何感到業務進行不易的地方如何改進？
 - * 語言不通、空戶、多次未遇、被拒
 - (2) 在收案時，碰到舊案的機率高不高？各區有幾名？
 - (3) 在訪視時，個案的態度（反應）是？
 - * 高興、歡迎、無所謂、冷淡、不信任、兇惡
 - (4) 再度訪視時，個案對於自身疾病的認知、保健態度、知識、行為，是否有改善？
 - (5) 未來改由健保局提供高利用率之中老年疾病個案作為訪視對象的可行性為何？
- 4、衛生局有關衛生所業務督導考核實施要點，應如何改進？
 - (1) 產護業務中，中老年疾病防治之考核辦法及其他考核項目如何改進？
 - (2) 考核評分分配？
 - (3) 督導考核作業？
 - (4) 考核獎懲辦法？
 - (5) 考核結果於考績上之應用？
- 5、衛生所辦理公務人員考績作業評價如何，應如何去改進？
 - (1) 有關考績委員會組織辦法。
 - (2) 有關考績評核問卷表（參附件一）。

考績評核問卷表

服務單位：_____ 衛生所

- 1、考績評核項目評定分數是否明確？ 應如何改進 _____
(1) 是 (2) 否
- 2、事、病、婚、產、喪假是否會影響考績？ 應如何改進 _____
(1) 是 (2) 否
- 3、出勤狀況是否應明訂？ 應如何改進 _____
(1) 是 (2) 否
- 4、目前考績評核項目百分比分配？ 應如何改進 _____
(1) 可接受 (2) 不滿意
- 5、考績評核過程是否公開？ 應如何改進 _____
(1) 是 (2) 否
- 6、考績評核過程是否公平？ 應如何改進 _____
(1) 是 (2) 否
- 7、工作考績評核多久執行一次？ 應如何改進 _____
(1) 每季 (2) 半年 (3) 一年
- 8、工作考績評核方式？ 應如何改進 _____
(1) 先自評 ⇒ 考績委員會 ⇒ 所長評定
(2) 先互評 ⇒ 自評 ⇒ 考績委員會 ⇒ 所長評定
(3) 考績委員會評定
(4) 所長評定
- 9、考績評核方式是否滿意？ 應如何改進 _____
(1) 是 (2) 否
- 10、考績評核後主管是否會和本人討論？ 應如何改進 _____
(1) 是 (2) 否
- 11、目前考績評核表可否反應工作表現？ 應如何改進 _____
(1) 是 (2) 否
- 12、考績評核項目可否做為努力方向？ 應如何改進 _____
(1) 是 (2) 否

13. 其它

附錄十、健保慢性病患轉介衛生所個案管理可行性協調會（IV）

主辦單位：高雄醫學院

協辦單位：高雄市衛生局

時間：八十八年六月九日(星期三)

地點：高雄市衛生局六樓會議室

出席人員：主持人－劉慧俐

技 士－黃貴妃

護理長－陳秀美（前金區）、蔡淑惠（楠梓區）、陳錦英（旗津區）

林玉珍（鹽埕區）、朱惠麗（新興區）、董欣慧（前鎮區）

護理師（代理護理長）－梁 佇（左營區）、黃詩媛（苓雅區）

吳佳蓉（小港區）、陳素惠（鼓山區）

盧美華（三民區）

助 理－吳美玲

會議記錄：吳美玲

大綱

- 1、在會議之前先電話聯絡各區衛生所，請各區先將成本效益問卷回收，填寫狀況報告。
- 2、收回 3~6 月訪視個案的護理記錄（影印本）。
- 3、訪視進度經驗分享：
 - (1) 各位護理人員在訪視時，是否有任何感到業務進行不易的地方如何改進？
 - * 語言不通、空戶、多次未遇、被拒
 - (2) 在收案時，碰到舊案的機率高不高？各區有幾名？
 - (3) 在訪視時，個案的態度（反應）是？
 - * 高興、歡迎、無所謂、冷淡、不信任、兇惡
 - (4) 再度訪視時，個案對於自身疾病的認知、保健態度、知識、行爲，是否有改善？
 - (5) 未來改由健保局提供高利用率之中老年疾病個案作為訪視對象的可行性為何？
- 4、衛生局有關衛生所業務督導考核實施要點，應如何改進？
 - (1) 產護業務中，中老年疾病防治之考核辦法及其他考核項目如何改進？
 - (2) 考核評分分配？
 - (3) 督導考核作業？
 - (4) 考核獎懲辦法？
 - (5) 考核結果於考績上之應用？
- 5、衛生所辦理公務人員考績作業評價如何，應如何去改進？
 - (1) 有關考績委員會組織辦法。
 - (2) 有關考績評核問卷表（參附件一）。

會議內容：

劉慧俐：大家好，我們準備了一些今天會議要討論的資料，等一下會發下去。目前先由我們的助理吳美玲先和大家討論有關各位在訪視時所遇到的問題，也請各位踴躍發言。

吳美玲：督導、各區護理長、各位護理界的前輩大家好，非常謝謝大家今天能出席，更謝謝各位能協助進行這次研究計劃，今天想要和各位討論在訪視時，是否有遇到什麼業務進行不易的地方？在收案時碰到舊案的機率高不高？在訪視時個案的態度（反應）是？再度訪視時，個案對於自身疾病的認知、保健態度、行爲，是否有改善？請各位踴躍給我們回應，謝謝！

苓雅區：在訪視中我有八分之三是舊案，態度倒是還好。不過依高就醫次數去訪視來說，他們認爲不是他們需要我們去訪視，而是我們要去調查他爲何這麼高利用率才去的。說到合作不合作，因爲他很多問題要我們幫他解決，他就很合作，若我們要他的基本資料，他就不合作。我覺得要訪四次，真的是很難，我想公共衛生是民衆有需要，我們才去服務他，這樣才有意義，他不合作我們也作得很吃力。

劉：謝謝！請問妳是那一個單位？

黃貴妃：苓雅區。

苓雅區：我還有一個問題，不是有前、後測問卷嗎？我到現在都還沒收到。

劉：我在這再作一個說明，這次的研究是從健保局裡面篩選出高利用率者，然後它是屬於糖尿病跟高血壓，是跟各位在服務的主題目標是一樣的，但是它特殊的地方是它是個高利用者，希望能夠藉由各位家訪服務之後，他能認知到如何做 self-care，然後 down-low 下來他利用率的問題。

苓雅區：那針對這高利用率，我們的個案會表明說，他的高利用率是到診所，某某診所開藥只開一個禮拜，所以他利用次數會相當高。假如我們這樣子做下來，我也跟我的社區醫師一起，那個醫師也有輔導這家案子，那個醫師也跟我們相當熟，然後我有告訴他這個情況，假如說不是那麼熟、關係那麼好，醫師會說因爲妳們的訪視把我的病人拉走了，因爲你們介紹他到地區醫院，或者是教學中心去看長期慢性病。那這病人不合作，我還去請教他的醫師，那還好他的醫師願意告訴我。

劉：謝謝妳願意去跟他就診醫師作連繫，不過我想我們作這個研究的原因就是說，大家同樣繳交保費，可是事實上有人因爲他的病情 over 利用這個資源，那其實健保局一直沒有很恰當的方法可以控制這個問題，以健保局的立場是很希望這個資源是利用在該用的地方，那因爲健保局在行政上有它的盲點和困難度的存在，所以是不是可以連結衛生行政單位的力量，那我覺得妳做得非常的好，妳還會連結去把問題找清楚，原來是診所。

苓雅區：診所和地區、區域醫院開藥的限度。假如說診所也能開慢性病藥一個月，那相信這個病人利用率就不會那麼高，也可就近就醫，醫病關係也會很好。

劉：所以妳這個發現就很好，我們將來在報告上面就會建議說，是不是它的策略有問題？應該去修改它的一些法令，因爲很多的問題事實上不是說人民願意去 abuse 這個資源，而是事實上是規範有問題，那我就覺得說應該藉由各位的經驗來找到問題的癥結點。

苓雅區：另外還有一個問題，就是說我到甲醫院去看醫師開的糖尿病藥和到乙醫院醫師開的糖尿病的藥不一樣。

劉：嗯！

苓雅區：藥不同，那服務態度也不太一樣，那他就兩家都看。然後他會一家醫院看兩種病，這個病也開了胃藥，那個病也開了胃藥，那他告訴我說，假如他遵照醫師的意思把他開的藥全部吃下去的話，那倒楣的是他。所以我覺得這個是所有的醫師他應該有共同的認知。他有改善血液循環的藥、胃藥都重覆的開

，我一看唉！這才是醫藥浪費，對病人才真的是有害，我想這是很多醫師要重新再去…

劉：重新訓練！

黃：這是健保局要…

劉：對！

苓雅區：他到健保局的時候，這個藥爲什麼一個月開了那麼多？甲醫院開、乙醫院開、丙醫院也開，三份的藥。

劉：所以將來這個問題藥費就會有部份負擔的費用出現，我想這個將來也是一個建議的好機會。

苓雅區：但是長期慢性病患不在此限。

劉：那其實我們還是得建議說這個其實更應該去看。

苓雅區：那六月份還要做下去嗎？

劉：還有幾案嘛！對！

苓雅區：我是說還要做下去嗎？

劉：妳是覺得再執行已經有困難了？

苓雅區：是呀，我第一次去做訪視的時候，是蠻受歡迎的，但是一說到要填基本資料的時候他就不歡迎了，很勉強。

劉：很勉強，好，我先回應你那個前後測的問題，前後測當初在設計這個研究的時候，有考慮到各位的工作 loading，其實就是各位平常在做的護理記錄就是我們前後測的資料來源，我們會從裡面去抽取我們需要的變項，然後變成我們前測後測的資料，所以你不要擔心，只要你有做護理記錄就好了。再來就是說我們還是要按照我們原來的目標數繼續去進行，因爲各位都填了你們的目標數嘛，我們已經爲各位去申請這些費用，我們還是希望說能把費用拿到你們手上，雖然我們沒有辦法真正去找到需要我們服務的人，或者是說我們在這個服務中有一些困難，不過我想藉由這些經驗我們已發現許多的問題，值得健保和衛生行政這兩個體系去思考，其實我覺得這個也蠻夠了，那我想手上幾個案子也差不了太多了，兩個，對！對！都是按照各位的目標數在做，都不太敢增加各位的 loading，所以完全都按照衛生署這邊的規範來跟計畫的目標做結合，所以我想我們還是按照你們原來填出來的目標進行，在這個時候做修正我覺得有一點困難。

吳：謝謝劉老師和這位護理人員，那不知道還有沒有其他意見要發言的？

苓雅區：我們在訪視的過程裡面，因爲我們去訪看病次數太多的，我們要去看他到底是怎麼樣的狀況，結果我們去訪視，每一個個案都說我不知道，我沒有去看高血壓那麼多次，我一個月才看一次呀！我一年才看十二次，爲什麼會 29 次？我覺得這個是醫生的問題，不是病人的問題，是健保上面的漏洞，是他們的問題不是我們的問題。這個病人的次數是 39 次，他有在診所看，也有在醫院看，他高血壓都控制的非常好，他糖尿病控制的非常好，他是因爲腰椎的問題，他是因爲腎臟的問題，他是因爲心臟的問題，所以這個在分別的定義是什麼？他是怎麼去畫高血壓、糖尿病，病人並不知道，病人去看糖尿病的時候就是去看這一科，但是他爲什麼會看到 29 次呢？對不對，這個問題應該是健保局他們去追蹤，而不是我們，而且病人會說我看 29 次不可以嗎？有出了什麼問題嗎？他們會覺得那是他們的權力呀！我們爲什麼要干涉呢？沒有呀！控制的很好，天天量血壓。起先我們覺得很奇怪，爲什麼有這麼多次？我們覺得在榮總看病 12 次也應該夠了，有的時候長期慢性的更少，我覺得這是掛號出的問題，並不

是他真正看了這麼多次，那你既然看了那麼多次，那醫療上面醫生、護士都應該對他做了衛教，我們再去做這種工作，真的是有點浪費了，我們做的工作應該是那種找那種沒去看病的，他自己不知道他自己的病是怎麼回事。

劉：這個問題我們剛開始要做的時候我們也在科長這邊做一個商量，最主要的就是說各位過去是用篩檢的方式這社區裡面找到他沒有病識感的 patient，可是你們在 86 年的時候已經轉型，開始用健檢、用老人的健康檢查的一些 data base，來找到你們要的 case，所以事實上也並不是一個篩檢的概念。現在就是說，平常人家就會去看病的人，你找他來做一些 service，事實上他應該可以在這個就醫的、健檢的醫院得到合理衛教才對，那我當初主要是想說，因為健保裡面有一些是高利用群，那這裡面一定有一些人士沒有辦法去了解他要怎樣 self-care，因為醫院本身是沒有辦法有那麼多功能的護理人力去這種工作，再加上健保的資料，事實上可以給各位一些目標，就是說一方面要讓他們可以 self-care，另一個目標就是你要 download 他的 service abuse 的次數，所以當初在做的時候，有幾個護理長的意見，的確這樣做的話比直接用健檢的配給事實上更有一個目標性的存在，所以除了你們的說法以外，也有這樣的回應的問題。不過就是說你也蠻用心的發現，事實上有一些問題是來自醫生的問題，或者是掛號作業的問題，可以跟各位報告就是說我們這些介紹 case 的來源都是從健保資料轉出來，也就是說當他如果去了一間醫院掛號的時候，醫生把他 Diagnosis 了什麼病，他就會備註記為這個 mark，我們就用醫院的 A code、ICD9-CM 的 code 抓出這些 patient，所以這個資料我們沒有權利去篡改它這個原始資料，那如果它有誤解的話，應該是說可能是醫院申報的時候有問題，或者是醫生寫的時候有問題，甚至是在掛號作業上面，就像妳剛所講的，他來的時候可能是某一種主訴的疾病，而看醫生的時候醫生可能覺得這不是今天的重點，而應該處理他的高血壓，或者是病人說他有高血壓是不是順便開個藥。我們知道醫生應該是有醫囑的主導權，可是各位想想看病人難道沒有嗎？他們常常會跟醫生講說怎麼沒有開這個藥啊！我還有這個病你就順便給我處理一下，各位應該都會有這個經驗。所以我個人認為在臺灣的醫療市場裡面，醫生當然是有部份的責任，但是我覺得我們臺灣是一個很有人情味的地方，病人的意見也都會被聽進去。所以我會覺得就是說未來的 Home care 到底要怎麼作呢？因為從各位的經驗應該可以找出一些蛛絲馬跡也說不定，不過也很謝謝各位在這過程當中找到了很多原來我們都沒有想到的問題，我先做這樣簡單的回應，是不是我們再繼續？

苓雅區：劉老師，假如說這四個個案真的很不配合的話，難道我們一定還是要訪四次嗎？

劉：他都能 self-care，照妳的標準去做？

苓雅區：劉老師，這個個案很不配合的話是不是還是要堅持訪到四次？

劉：因為這個過程事實上是有一部份要稽核妳們 1 個月 2 個個案的作業量，其實我都不想破壞衛生局對妳們的規範。

黃：要追蹤的個案數還是都要追。

劉：這就可以請貴妃幫我答。

黃：還是要追蹤啊！

苓雅區：我們要收 8 個個案，第一次去就可以知道這個人的配合度、歡不歡迎，第二次再去、第三次還是一樣，真的他顯得很難堪，我們也很難堪，在這種情況之下，我們是不是還要去強迫人家？因為去訪視這高利用率，是去看他的認知、態度是否有問題，怎麼會就醫這麼多次，原本是希望他們在經過我們、醫

師的幫忙，使他們的血壓、血糖能夠降到某一個理想的、能夠接受的態度。我們是這樣子的一個用意來幫忙他們的，是很誠懇的，但是有些人就一再的跟妳拒絕說，這些我都懂了啦！不太接受了，這個時候我們該怎麼辦？

黃：照理講就是我們收案的個案還是依照我們規定的時間再去追蹤他，不要因為說他的使用率高而偏向這方面來衛教他，而是應該說他的疾病問題我們要繼續管理下去，是這樣的。

苓雅區：如果個案願意跟我們配合的話，這是有研究的…

黃：那假如說在健保局方面這邊，有研究的價值嗎？

劉：做不下去那我們就沒有辦法知道它的 Outcome 了啊！

黃：這樣講我們是還要繼續完成它。

劉：不過她們的意思是她們可以自己把他消案。

黃：但是照我們講以往的也沒有聽到她們這種反應，可能是這次才遭遇到這種困難。

劉：這次才遭遇到這種問題。

黃：要不然就是能接受的個案才收，因為 1 個月才 2 案嘛！這樣她們就可以選擇。

劉：那另外還有一個問題就出現了，我們提供給各區的資料不會 1 個人只有 2 案，而是我們只勾出 2 案，名單是大於每 1 個人得到 8 案的 case，除非是這區的糖尿病、高血壓的 case 控管的非常好，!我們找不到這個個案，要不然還有其他的名單可以讓各位利用的。

苓雅區：我剛剛的意思是 8 案要收滿是可以，但是要繼續訪視 4 次，那中間就會被人家拒絕，我們是不是要堅決？假如再換個案的話，那就超過 8 案、超過時間了。

劉：一般我們前後測是指妳第一次收案之後，妳 requer 服務他一段時間，譬如說第四個月剛好到了妳們要再拉長時間的時候，我們是用這樣的時段來看，看妳的服務效果，所以如果妳沒有辦法完成的時候，那我們也會很擔心這個 case 是否能夠當成有效個案。

苓雅區：現在是進退兩難。

黃：那是不是繼續把他訪完才對？

苓雅區：再選擇 1 案？

劉：再選擇 1 案？再多去幾次會不會又變成另一個 loading？如果不會我想我可以接受換案。

吳：如果沒有其他問題，謝謝各位！請各區護理長留下，要繼續討論提案。

劉：那我們繼續進行另外焦點性的討論，成效問卷已全數收回記錄，那填的效果非常好，謝謝各位護理長的幫忙。那第二點是說要收回 3-6 月的護理記錄，不曉得各位準備好了沒？因為我們要趕快做 coding 的動作，衛生署編列這些預算給我，我也得對他們負責，我要把這些護理訪視記錄 coding 成前測、後測的資料。第三點是訪視經驗的分享，剛剛已經在大團體的裡面做完了。現在各位在填的是第五點的問題，有關目前公務人員考績評價，應該是如何來進行？我有翻閱過公務人員的考績法，也看過考績要點和委員會組織的情況，現在裡面第 2 點是要各位回應考績考核辦法，為什麼要帶各位討論這個方向，最主要原因是我認為工作當中有一個目標，如果妳是個人工作室，妳會為了這個目標去做，但是我們在一個組織架構裡面，事實上會因為考核的問題去驅動妳願不願意多付出或者是說願不願意多做一點，所以很多現今組織架構裡面都會為考核

方法做很多調整跟改變，但是公務人員好像在這部份一直速度不是很好，也有幾位護理界的朋友也講考績應該要有改革的機會才好。所以我就在這個研究機會裡面就把這個問題帶進來，所以第五大點的第 2 小點就請各位先回應一下。這個附件一，要請各位講講看到目前考績評核的項目跟評定分數情況是怎樣？是不是明確？妳可以序列性的把它做下來，可能還有一些其他問題並沒有寫在這上面，所以可以寫在其他欄內，那各位我們現在是不是一項項的來看看，妳覺得應如何改進？就我目前所知考核方法大點是主要放在工作、操行、學識、才能這幾個方向，可是也不見得每個組織或機構都是只有做這幾項考核，同時在做這方向之外，也是有人把特殊貢獻、獎懲放進去，對於他的內含如何評定，有人會在它的考績評分辦法裡面寫的非常詳細，可是我翻過各位在衛生所作業的考核方法，並不是非常清楚，只有寫她有沒有請假啦，或者是她的表現有一些說明而已，那相對於健保局，我會覺得在衛生所這部份考核就非常粗糙，還有配分的部份我也發現譬如說：裡面有規範大概要幾分？像工作 50 分、操行 20 分、學識 10 分、才能 20 分，那這好像也有它修改的彈性空間，我不太曉得大家對於這種問題的看法是如何，所以我就把它劃成這張考核問卷表，請各位就在這上面做表達，我會藉著各位所提出的意見來匯整成一個報告來建議給衛生署做一些改變。如果各位填得差不多，那就跟各位來討論。

左營區：這是衛生所的考核？

劉：這其實就是妳目前對衛生所考核的看法。

左營區：衛生所工作是不是？

劉：就是護理人員對衛生所的看法。

新興區：考績喔！

楠梓區：她們代表的沒有打過考績，她們不知道。

黃：只有護理長知道。

左營區：對啊！

劉：那沒關係！護理長打過考績，知道對這的看法，那代理的人妳就表達這個東西對妳的影響，請妳在表格上註明妳是代理的，那這樣我們就比較知道怎麼區隔這問題。

左營區：第 3 題「出勤狀況是否應明訂？」它既然問是否應明訂，到底是有沒有明訂？

劉：妳覺得現在有沒有？

左營區：問我們有沒有明訂？

劉：對！

左營區：應該是有明訂啦！

劉：那妳就填有。

左營區：那怎麼會是應呢？

劉：喔！那就...那妳就勾「否」，然後註明「已有規範」。

左營區：那現在是妳的問題問的有問題。

劉：第 3 題是如果妳認為該明訂，那就勾「是」，那如果已經明訂了，那妳就勾「否」，並註明「已有明訂規範」，那如果覺得有些規範不清楚要如何改，那就寫在上面的空格。

左營區：我根本不曉得它的百分比是多少？

前鎮區：請問一下，像學識那些都比較籠統，要如何取標準？

劉：妳是指第幾題？

前鎮區：第 1 題，什麼學識...

劉：衛生所是用學位來考核妳們的嗎？

前鎮區：我們一般衛生所應該不會說學位很高。

劉：所以妳要講的是考核項目評定分數是否明確？

前鎮區：對！妳說學識就比較籠統啊！對不對？

劉：它的考核不一定會用學歷啊！

左營區：我如果自己覺得不公平的話，那我還打這份考績那不是很奇怪嗎？我自己不能做到公平，我還說它公不公平。

黃：她現在是代理護理長。

楠梓區：她們護理長在美國啦！

劉：因為我剛說她們代理護理長，就在表上面註明。

左營區：現在問題在這邊，妳看！「考績評核過程是否公平」，妳是護理長，妳在打考績的時候妳自己說妳不公平的話，這份問卷怎麼做？

劉：那妳就說是公平，那妳的身份是...

左營區：那我會說不公平，我這樣不是很奇怪，我左營區不是很奇怪嗎？

楠梓區：考績妳們也是給護理長訂，再給考績委員會...

左營區：但是我們個人不知道啊？

楠梓區：所以沒有公開啊！

左營區：不公開要如何改進？

黃：考績沒有人公開的啦！

左營區：那它這邊就不能問啊！那這問卷我不會寫，因為我不知道妳的規定是什麼？然後妳要我這樣子寫的時候，我變成...

楠梓區：沒看過考績的人不會寫啦！

劉：那妳就依妳是被打考績的人，來回應這個...

左營區：那我這張問卷不能算在裡面了。

劉：不！我要把它分成兩個 group。

黃：喔！一個是打考績的人，一個是被打考績的人，這樣也很好啊！

劉：這樣才有一個 balance。

旗津區：考績最後決定權是所長啦！

劉：對！

旗津區：所以妳這個也是矛盾啦！

劉：考績委員會應該是可以...

旗津區：打的是打的，考績委員會打過以後，最後決定權還是所長啦！

劉：那妳就勾說是所長評定。

前鎮區：它問的是目前進行方式。

劉：妳們現在勾的都是現況喔！那想改的寫在旁邊。

新興區：寫否的才會改啊！

劉：妳們今年就會決定了嗎？沒那麼快吧？

前鎮區：所長決定啊！都嘛是所長。

楠梓區：現在就填否了，那妳為什麼還要勾它這個計劃？

劉：要換所長？

新興區：會不會換我不知道？

前鎮區：沒有改進方法啦！寫不出來！

劉：待會兒用討論的方法，那請各位一邊寫，我們就一邊談談現在的問題，可

以一邊講現況，一邊提出覺得可以改革的地方。我們有 11 區的人在嘛！光 11 區就有很多很好觀摩的地方，要改得成也才會有一個很好的力量，那最後還是要靠法的依據，所以要改最好是在法和細則上面做修正才最重要，因為大家都是根據這個在做事，而且又是公務人員，我會覺得這個討論還是蠻重要的，所以第一個想要請教各位就是說，對「考績評核項目評定分數是否明確」，不知道是否有護理長要做個說明？

劉：這一點好像大家沒什麼意見，還可以是不是？那我們就進行到第 2 點，這點是說有關「事、病、婚、產跟喪假是否會影響到考績」？

楠梓區：事、病假有影響。

新興區：婚、產、喪沒有。

鹽埕區：產假會有影響。

楠梓區：產假沒有。

新興區：萬一這一區裡面它事、病假有超過乙等的規範的話，後面這三個就不列入了。

劉：那如果她沒有超過天數的時候，事實上婚、產、喪也會進來被 count。

楠梓區：那女人的權利呢？本來要結婚的、要生產的。

左營區：好像產假都是乙等喔？

楠梓區：沒有！我們都甲等！

鹽埕區：喔！那就看各區護理長了。

楠梓區：生小孩是很重要的，傳宗接代耶！

左營區：可是如果評分只有佔百分之多少的時候，那我們不是就被擠下去了？

楠梓區：不會！我一定爭取不讓他扣。

鹽埕區：抗爭到底！

劉：看起來各衛生所有它執行的方案，不過妳們比較期許的是希望怎麼做？

鹽埕區：事病假是人事行政局規定的。

劉：考績最好是能反應她的工作狀況。

新興區：事假應該是規定的，但它沒有公佈產假、婚假。

黃：就是藉著這個假，比如說流產假，有人就去找個證明。

劉：對啊！

黃：怕的是這樣啦！

劉：喔！所以這個能改的東西不太多啦！只是說在打考績的時候怎麼應用這部份的成績而已，怎麼樣放進去。那我們就跳到第 3 題「出勤狀況是否應明訂」，不知道現況有沒有什麼妳們覺得很大的缺點想提出的？

楠梓區：遲到早退。

黃：本來就不能遲到的。

劉：所以這個也有明文規定，妳們覺得已經蠻合理的，那外勤的進出狀況也沒有訂。

楠梓區：外勤出公出就可以了。

劉：妳們有公出簽單，所以這樣的控制也很合理，這沒有什麼可以討論，再來「考績評核項目的百分比分配」。

新興區：幾個人就規定要抓幾個。

劉：幾個人可以打甲等、幾個人可以打乙等？

楠梓區：項目百分比是考核人數啦！

劉：項目是指…

楠梓區：項目是指技術、妳的品德百分之幾、學識百分之幾…

劉：對！是這個。

楠梓區：評分表啦！什麼佔 50 分、什麼佔 50 分，有沒有進修啊一大堆的。

劉：現在現行的狀況是工作是 50 分、操行 20 分、學識 10 分、能力 20 分，現在的規範是這樣，那這個是奉行在各機關，但事實上各機關也有在做彈性改變，不曉得妳們對這種項目評分覺得怎麼樣？

劉：各位還是覺得不需要去改變那百分比分配？很合理？好！有些組織是把工作提到 60%，把操行改到 15%，學識技能 15%，出勤狀況 10%，有人做這樣的權衡。

楠梓區：劉老師，妳要我們填這張問卷的時候，應該首先讓我們護理長先在衛生所把考績表帶過來看一下，才評定。

劉：妳們還有考績表？我以爲我已經…

楠梓區：有啦！我們有考績表喔！

劉：我以爲我的 homework 已經做的很好，因爲我這裡又有公務人員考績施行細則，也有考績委員會組織成員。

黃：我們有固定的格式。

劉：喔！妳們有固定的格式。

楠梓區：所以我要看妳那是什麼？

劉：這是健保局的東西。

左營區：那就不能改了嘛！

楠梓區：全高雄市的都一樣考核。

劉：統籌都一樣？但是如果妳執行之後妳覺得這配分好像是不太對的。

左營區：能改嗎？

楠梓區：可是我們一年只看一次而已啊！

劉：現在妳們表達意見就是個機會啊！

楠梓區：人事收去了，一年看一次而已啊！內容已經不記得了。

旗津區：一年才看一次，記得有全勤沒看到遲到早退。

楠梓區：無遲到早退、奉守職責、潔身自愛。

旗津區：完成上級交待事項。

劉：所以考績表我要再去收集就對了，妳們直覺上它配分要變嗎？

楠梓區：現在就沒有看到那個表？

前鎮區：因爲主管大概就會跟妳說有幾個考績甲等、幾個乙等，那必定要把它壓抑下來 79 分不等，那其他是 80 分以上，那 80 分以上就看她平常的表現。

劉：看她工作的狀況。

前鎮區：有的人會按照規定做，有的人各持意見。

劉：所以妳的經驗是說，大概幾個人就先訂好，然後才來回應這表格的需要。

前鎮區：因爲整個衛生所不是只護士，主管會告訴妳說一組要幾個人，二組抓一個人，那每次都是一組抓兩個人下來，不管二組再怎麼樣爛、再怎麼樣的話，我覺得不太公平就在這裡。

黃：它是以一組、二組來分配分數。

劉：那一組、二組來配分數的話，這個是妳們私下的規範，還是說它是明訂的。

前鎮區：所長口頭上說的，可是事後他又說他沒講喔！我就碰過這樣的。

劉：妳有碰過。

前鎮區：他明明跟我講妳要抓幾個下來，可是打完後他可以再改，事實上主管

有時候講話沒有白紙黑字就不行。

劉：所以事實上整個考績的規範裡面它並沒有去切割各組嘛！它只是整體看，那這個是所長自己在認定這個事情的時候，他希望切成一個 group、一個 group，然後來分配。

楠梓區：可是學校都百分之百甲等，那機關...，因為學校打乙等老師就抗議了，他們就去教育學會...

黃：可是老師跟我們不一樣啊！

楠梓區：不是教育單位每一位老師都一樣好的。

劉：我們沒有打考績。

楠梓區：沒有！像公家的行政人員他們全部都是甲等，一乙等就去教師什麼會去提議。

黃：自救會是不是？

劉：教師會。

前鎮區：其實這考績打下來很不好看，都會有 group 出來妳知道嗎？

劉：group。

前鎮區：她們爲了怕考績會被影響，她們會去抓考績委員會的人來做後盾，這是一個很嚴重的問題。

劉：是！

前鎮區：她們可以去拉攏她，把成績打好一點。

劉：那考績委員會的委員是每年另外不斷的...

黃：委員是人事自己選的。

左營區：我們這邊是發了字條，上面有名單讓我們去圈選。

前鎮區：我們是所長所選的。

劉：那我們待會回到 5-1 的時候，再回來討論考績委員會的組織應該怎麼修正。第 5 題是說「考核過程有沒有公開」？

楠梓區：沒有！公開就亂了。

劉：公開就亂了，就很麻煩。那第 6 題各位認爲它的「考核過程是否公平」？

旗津區：沒有！

左營區：沒有！

楠梓區：沒有！

前鎮區：沒有！

苓雅區：我是寫說原決定權是所長，應該由小組互評，像 3 人小組、4 人小組互評。

劉：互評之後...，待會會有一個方式，所以妳會覺得有互評比較公平，妳的建議是這樣，還有沒有其他...？

前鎮區：互評不好！

楠梓區：互評不好！妳和她有冤就打她低一點，到時候兩兩冤仇更深。

左營區：先自評，先給我一百分，再看妳要給我多少分。

前鎮區：看能不能大家都這樣？

劉：我在這裡應該開始插一點我所看到別的機構他們怎麼在作業，然後讓各位有一點腦力激盪，因爲我看各位還是活在過去的概念當中。事實上考績的評核如果拿健保局來看的話，妳們可以發現它因爲現在走自動化的路線，例如它做門診的核覆動作，那醫院裡面最關心的一件事情就是妳是否能快速的把結果回

應給我。譬如說我這個科叫門診給付科，我這科最重要的作業目標就是要能如期核覆醫院診所門診的申請，而且我又自動化，我可以案件一來的時候我登錄時間，然後依作業流程我又隨時在電腦上 key in，所以我隨時會找到妳動作的時間點，那我就用這時間點的加減來看，到某一動作的時候，妳到底積壓的案件有多少，或者妳核覆有多快，來顯現我這個業務的重點目標在那裡，其實將來衛生所已經改成各區自主，或者將來它有一個目標出來的實候，可以年年來改變成這樣一個考績的目標，也可以設定各位工作的目標點，但是可以把這些回應到妳的考績上面，像有一些私人機構就把這個回應之後，變成考績獎金，由其在私人企業裏面，長庚就是一個很好的規範，所以它會 count 妳寫了幾個病人、寫了幾篇報告、參加了幾個研習會、妳作了幾場次的演講，那這個都是妳業務上面本身該出現的角色跟本身應達成的目標，就是說它跟妳的組織目標還是要勾稽，現在我們都是底的分配方式，沒有辦法顯現這個問題，那各位會想到就是說，好像分開會有很大的問題，因為所長也不曉得怎麼分？所長他只好一組拉幾個，再來就是大家很希望每個人都甲，可是每個人都甲事實上妳說是否能提昇士氣？又有很大的問題，因為大家想說反正已經都打甲嘛！在事、病假上去注意就好，那它就勾稽不到妳的作業，這樣的情況之下護理長的作業也有她的困擾存在，沒辦法推動妳的業務，那這個部份等一下回到第四大題的時候，也會去看它業務考評的問題。那我就提供這樣的例子來回應這問題。

鹽埕區：劉老師，妳這是只有護產人員，還是全體的？

劉：現在是針對妳們自己本身。

鹽埕區：可是考績是全體的事，妳光這樣討論到我們護理人員就會覺得...

劉：就會覺得很困難。但是護理長就可以看全面，但是護理師或代護理長可能就只能指個人而言。

鹽埕區：我的意思是衛生所問卷這樣出來對我們的幫助不大，因為是整個衛生所、整個大局、整個考績在做。

劉：那我可以修正說，如果是護理長就請妳以整個衛生所的考核作回應。

鹽埕區：因為這樣出來對我們幫助不大。

劉：就不會大。

鹽埕區：而且影響力也小，因為所長考績是看整體性，那我們工作要跟別組來比。

劉：因為它又是這樣在分派。

鹽埕區：那妳要怎麼來切分這些比例？

劉：那我要修正說這整個問卷的寫法還是以整個所來看，那如果妳是裡面的人員，那妳就以對所的的作法的感覺來寫。

前鎮區：以整個所來看，不看護產人員？

劉：對！其實他可能要回歸他的組別承辦業務是什麼？然後去抓出考核點，要這樣去修才有辦法看出各位的表現。

鹽埕區：考績是否要針對所長來做問卷比較恰當？

劉：所長來看這件事？

黃：對！

鹽埕區：對！

左營區：對！

前鎮區：對！

楠梓區：對！

前鎮區：因為總決定的人是他，要以他的分數為原則。。

楠梓區：不管妳考績檢討的多棒、打的多好，到了他手上只是參考作用而已。

鹽埕區：我們現在填這份方向偏向我們自己護理人員的看法，會有偏差。

劉：沒關係！我這個計劃現階段的幅員只能到這裡而已，下一次我會找機會。

前鎮區：我覺得這樣好像對我們幫助...

旗津區：沒什麼用啦！

楠梓區：所長今天中午有來，給他填的時機最棒！

苓雅區：像我們是大區，卻把我們的人力刷掉，應該刷另外一組沒在做事的組長才對啊！

劉：沒有做事。

左營區：互評是跟誰評啊？

劉：沒有關係，妳們的意見我直接跟局長談比較快。

鹽埕區：因為也是局長主導的啊！

前鎮區：對！他來修比較恰當。

左營區：那還需要討論嗎？

劉：還討論啊！那我們進行快一點，時間不多了。第 7 題是「考核多久執行一次」？

楠梓區：都是一年啊！

劉：目前都是一年一次，那妳們希望怎麼樣改革？

前鎮區：因為工作量大，還是一年一次好，因為半年一次反而是浪費時間。

劉：但是妳們業務考核裡面好像是半年一次喔！

前鎮區：那是法規裡面，事實上我們都一年一次。

劉：可以這樣喔？

楠梓區：我們也都是一年一次，然後把目標數達成。

劉：那第 8 題現在「考核工作方式」請勾選，然後有沒有地方要改？剛有人提到希望加入互評嘛！不過還是有它的缺點存在，所以看起來加入自評是不錯的。

楠梓區：如果說先自評、再單位主管、考績委員會、再給所長。

劉：自評、單位主管、考績委員會、所長，現在也有組織做一個表，給每一個工作人員為她自己寫自己的分數之後，然後她們會希望要怎麼改，再回應給她的主管看，來協助這個主管打她的成績。

前鎮區：其實自評是把自己的優缺點寫出來，但是不打成績，再由主管來打成績，用敘述性的。

劉：用敘述性的其實也有，只是用不同的方法。

楠梓區：不可能打滿分的，只是提醒說有不同的方法。

劉：提醒方法？

楠梓區：提醒主管。

劉：提醒說我有做到、我有這麼好，你有沒有看見？

楠梓區：她們都寫很多啦！我都讓她們先評先勾啦！

劉：那第 9 題「考績評核方式是否滿意」？

左營區：我們可以講的...，還是...

旗津區：指被打的啦！

劉：因為妳們聽起來是對現況不怎麼滿意嘛！所以剛已經建議說自評、然後到單位主管、然後到考績委員會、然後再到所長那兒。那目前的考績能不能反應工作表現呢？

前鎮區：有差！

劉：其實和考績委員會的交情有關。

前鎮區：也不一定只有那些，包括所長在內。

旗津區：主要在所長啦！印象分數很重要。

劉：印象分數很重要。所以跟工作表現勾稽其實有差，那應該怎麼來打呢？

前鎮區：選對人就好！

楠梓區：如果考績評分項目要清楚，每一個考績項目要明確。

劉：那邊的護理長妳們的想法是怎麼樣？就是把要核分的細項還是要儘量呈現。

三民區：對！

劉：那第 12 題是說「考核的項目可以作為努力的方向」嗎？

左營區：本來就是這樣啊！考績本來就是考評工作，只是說你公不公平就是了。

劉：所以現階段可不可以？

楠梓區：它的項目很模糊，什麼接受上級指導、品行...，我覺得寫得很含糊，都沒有寫我們的工作目標有沒有達到，只寫上級叫妳做工作有沒有做而已，沒有說妳目標做得好不好？

左營區：沒有寫得很明顯？有啦！妳工作...妳主辦什麼項目？妳的成績怎樣？妳都要寫。

楠梓區：那項目就沒這種啊！

劉：所以其實這考績表格有很大的問題。

楠梓區：要修改，這已經好幾年了。

劉：好幾年。

楠梓區：從我進衛生所到現在已經 24 年，都沒有改過。

劉：都沒有改過，那一張表？

楠梓區：建議應該全部修改。

劉：哪個要人事行政修改？

左營區：那不是我們可以修改的耶！

劉：那健保局為什麼可以修改？

前鎮區：健保局當然不一樣啦！

左營區：健保局私人單位。

楠梓區：那要送去銓敘部。

劉：健保局私人單位？

楠梓區：不是啦！衛生署管的。

前鎮區：他們不屬於全國性的。

黃：他們好像不必經過銓敘部吧？像我們這邊要公文...

劉：他要銓敘喔！不過他現在是走銀行體系。

黃：對啊！不一樣啊！

左營區：他能改就不一樣了。

楠梓區：銓敘部是事業單位啊！

劉：對！他事業單位。

黃：所以那內容不太一樣啊！

楠梓區：跟我們不一樣。

劉：喔！所以要從...

左營區：所以我就說妳這個沒...

楠梓區：妳應該要叫我們先看我們的考績表。

劉：就是忘記了。

楠梓區：我們就一個人去人事那兒拿一份過來。

黃：應該要照人事系統來修訂。

劉：好！那我再麻煩貴妃小姐幫我張羅，我沒想到我原來缺了一張。

黃：妳沒有跟她要嗎？

吳：人事邱小姐給我的是另外的規則。

劉：是法規。

黃：喔！那這個考核辦法沒有，那我再跟她要。

劉：對！就缺那一張。那其他還有沒有妳們想要對考績作表達的部份？那我結論一下，就是考績的細項是不是做修定？因為 24 年來也沒有做改革，還有另一個重點好像是評分的方式，要怎麼來做？還有是不是說各組要分開，還是整體性來做競爭，這也是一個很大的問題。我想是這三點。

鹽埕區：還有一個主管的觀念。

劉：主管的觀念。我有沒有漏掉各位的意見？這四點嘛！可能是妳們比較希望能夠有一些改革的地方。那我們就回過來看，因為考績委員會的組織辦法，事實上它是蠻有彈性的喔！它其實是 5 到 10 幾人，所以不曉得各位的目前的組織辦法，有沒有什麼想要提出的？先講現況。

鹽埕區：大家比較不清楚。

黃：人事比較清楚啦！

鹽埕區：而且人事很少會跟我們談這些問題。

劉：不過好像各區衛生所會用不同的方式去選取委員。

鹽埕區：那是後來他規定現在所裡要有考績委員。

楠梓區：也有分主管人員。

鹽埕區：對！那是他裡面要有...

三民區：我們就沒有考績委員，我有反應過，那我們護理長就說因為我們沒有牙醫師，所以沒有考績委員。

黃：不是啊！妳們那是代理的，妳們沒有請教人事？

三民區：有啊！我有反應說為什麼我們沒有考績委員？那護理長就告訴我說因為我們沒有牙醫師，所以沒有考績委員，因為以前有。

黃：那沒有牙醫師也可以啊！

三民區：我不知道，那我問她為什麼以前有？她說因為以前有牙醫師。

楠梓區：那就挑人事、護理長，如果這樣就 3 個非主管人員，要 5 個不可以 4 個。

黃：要雙的。

楠梓區：不可以雙的，投票會平數，要單的。

劉：那我可不可以在這裡回應各位，考績委員會它有一個組織規程，它第 2 條說各機關在辦理年終考績時，應設考績委員自 5-17 人。

楠梓區：對嘛！要單數嘛！

劉：那除了本機關人事主管人員為當然委員，及第 2 項所規定之非主管人員外，宜由機關首長就本機關人員中指定之，並指定 1 人當主席。那前面所提到的委員就是每滿 5 個人就要有 1 個是非主管人員，這是規範而且是本機關人員推選產生之，所以你人越多的話非主管人數就越多。

楠梓區：那主管他沒有把我抓進去。

前鎮區：他把所長抓進去。

楠梓區：那考績委員護理長本來就要...

黃：等一下！那要所長自己派。

鹽埕區：蔡護理長妳可以用這個人事法令去跟妳們所長談。

旗津區：每一所每一所不一樣，真的！

苓雅區：我們考績下限就 79 分，上限也是 83、84 分。

左營區：83、84 不錯了，我們還只有 80、81 咧！

苓雅區：而且不是我們這一組。

左營區：我覺得好奇怪，爲什麼人家可以 87、89，爲什麼我們才 80、81？

苓雅區：對啊！

左營區：爲什麼我們把我們自己壓那麼低？我覺得很奇怪爲什麼我們自己看不起自己？工作能力那麼差嗎？甲等就一定 80 分嗎？人家別的單位都 87、89，85、86，看起來多漂亮。

劉：我 summary 這條，現在有一些考績委員會的組織辦法有些有確實執行，有些沒有，它的組織規範其實發現有的主管人員有納入，有的是沒有的，再來是目前怎麼樣選定非主管人員進入，各所也有不同，各位要不要在這 part 建議一些什麼方法呢？

楠梓區：投票。

苓雅區：投票，然後去年做過的今年不能做。

劉：有規定這樣嗎？

楠梓區：沒有！都沒有！

鹽埕區：都做好幾年。難道我們的看法就是說，因爲你們這些人想參與，但是都沒有機會，我們當然是想說機會平等，但是挑...

黃：票選的話就已經公開了。

劉：這個部份可能真的是要規範，可能是所裡的人自己去討論出妳們希望怎麼樣？那還有一點好像是各所的分數高低不均，那這部份只能做這個處理，就是說他可以把分數來公佈，然後給各位做參考，還有就是同一所內各組的分數也有問題，這其實是可以做一個分數的統計分佈表，公開給各位知道，大致是怎麼打法，那下一次再打的時候就可以加選過去，那我們的組織辦法就先停在這邊。因爲衛生局對各位衛生所業務的執行，有他考核的權力，所以他們可以每半年就去看各位一次，所以他有業務考核報告，納現在我們從第四大點的第 5 點來看，目前的考核結果有沒有在考績上應用？

楠梓區：考績有啊！

左營區：不是啦！譬如說幾組被評定的獎勵...

劉：對！

黃：他們有年終獎金阿！

楠梓區：有啦！有影響啦！承辦人員都會寫他的指辦業務，今年得到第一名、得到第二名啊！他就可以第幾項、第幾項啊！

前鎮區：我們有健康比賽，護理長有投入喔！但他說護理長不能再加分。

鹽埕區：記功也只記一次啦！

前鎮區：事實上那個人也沒有做事，但她就可以得到獎勵。

黃：那是你們主管的關係。

劉：這是主管的問題。

前鎮區：考績真的是主管主控權，我現在說的不是我們主管，而是過去來考核

的人。

劉：所以目前衛生局的考績是有被應用在考績上，但是還會因為所長的作業不同，而有不同的結論。現在回到局在考核妳們喔！他的辦法有一個獎懲辦法，那各位覺得他的獎懲辦法如何？現在是建議局方要改。

苓雅區：各位覺得用錢有效嗎？

楠梓區：啊？

苓雅區：用獎勵金有效嗎？

前鎮區：對啊！

楠梓區：沒效啦！現在人不看錢。

前鎮區：對啊！

左營區：他的考績我是覺得有些工作如果是屬於大量人力投入的，那他的考績人數最好是增加，而且最好是每一個人都可以，對於有參與的人應該有，可是目前沒有，譬如說一個工作他第一年只給你五個人，但是這個工作是四十幾，二十幾個參加的，所以他考核辦法分配不均，你讓這個工作到下一年度再推行的時後，有很多人就是會報怨，我是覺得說既然有獎懲，就要做到公平，不能說還要把某個人擠下去，這樣要人家做是不公平的，讓人家不高興做的。

劉：那剛提到他的業務考績全勾稽到你的考績，那不會因為你有參與，妳在考績上又反應一次嗎？

左營區：沒有啊！譬如說你這個工作是第一名的話，給你五個嘉獎對不對？自然就會在考績上加啊！

劉：就有呈現。

左營區：對啊！

劉：那妳下次不願意參加，妳就沒有...

左營區：沒有什麼不願意啊！他全所工作你就必須都要做啊！

劉：投入夠不夠？她不是參加？

前鎮區：像我現在花了時間去做競賽，大家都有做啊！可是到時候比賽完畢，就只有幾個名額記小功、嘉獎，那就有人沒有記到功，總共四個名額。

黃：同功不同酬。

前鎮區：事實上我文化中心當天要展示，人員剛好被派出勤，沒出勤的人就去，結果記功的時後剛好記那天有去的那個人，她就第一名，剛好是運氣記那天，剛好她那天去，或許她都沒有參與。

苓雅區：對啊！有的就是沒做的有記功，有做的沒記。

劉：如果有機會就是要從考核這邊來修正，如果真正有參與，該給獎的就要給獎。

苓雅區：我是覺得用獎金不是很好的辦法，因為我們去年也發了將近兩萬元的獎金，那我們研考小組不幫我們領出來啊！錢還在那裡啊！

劉：那這樣也是...

苓雅區：是啊！

劉：所以獎懲的辦法沒有辦法回應真正業務的活動狀況，這是一個很大的問題，那督導考核業務的作業呢？

前鎮區：現在是指護產業務嘛！護理人員都不願意做訪視陪訪的工作啦！因為她覺得這工作做了 20 多年，還要讓人家這樣看，像捉小偷似的，她們很反彈啦！

劉：那妳們想要改成什麼樣子？

前鎮區：想要改成什麼樣子？以護理長立場來看這件事情？還是以護理人員立場來看這件事情？這角度不一樣。基層她們一定覺得不需要訪，她會說妳規定怎麼做就怎麼做，我們也不需要獎勵金，像剛剛苓雅區說的。

苓雅區：研考小組不幫我們領錢，我們也沒辦法。

前鎮區：爲什麼衛生所的工作人員一直往學校跑？其實妳自己要去思考這個問題。爲什麼帶了那麼多年，優秀的護理人員大家都走，就是因爲這邊壓力太大，就是因爲他們一直在盯著我們做這些事，這些我常在講。她們就想換個環境，其實她們到了新環境也是很掙扎，因爲她們也要面對學校、適應新環境，有新的 loading 存在。

劉：但是學校裡面考績是都可以百分之百甲等。

旗津區：護士是不是也都一樣？

楠梓區：學校都甲等。

鹽埕區：不一定喔！學校的評定委員是職員一起評的。

楠梓區：這樣喔！可是老師都甲等耶！

鹽埕區：老師是老師、護士是護士。

苓雅區：我覺得有一點是換單位，由甲單位換到乙單位這也會影響考績。

劉：對啊！也會喔！不過這是一定的啊！這沒法度！妳們還是沒有談出妳們希望怎麼考核？

三民區：打考核是不是可以以一個公開的方式，像我們區就是委員聚集在所長辦公室討論，也不知道在講什麼？那我個人認爲應該是公開來，讓乙等的人知道她是到底哪裡不好？讓甲等的人知道她到底是如何得到甲等的，我覺得這樣是比較好一點，讓大家都建設性，知道說那我明年要怎麼改進好得到甲等，這樣才不會有不平的聲音，讓大家心服口服的接受。今天主管打我甲等或乙等，我都能夠接受，我知道以後要如何改進。

劉：這個問題會回到第 5 題，就會說會寫上，考績委員會打完後會有統計出來，讓當事人做參考，讓她有做說明的機會。但是現在要回到衛生局的考核，衛生局也有在做業務的考核，那妳們對衛生局這個業務考核看法如何？因爲這是兩個不同層次的問題。

苓雅區：五科把我們考的太細了。

楠梓區：上次我有反應過，他們對護產人員的考核又多又雜。

劉：那妳覺得最重要是要改革多跟雜的問題？

楠梓區：對！

苓雅區：對！

劉：那妳建議要改多少才是好？因爲現在可能是業務項目...，那妳建議要少到多少？因爲妳們的業務就是這麼多，所以五科就是要根據他每一個業務來看一看。

黃：每一年在年度都有公開開一個會喔！

楠梓區：妳計劃書寫好又不更改。

黃：妳們都可以接受才沒更改喔！

楠梓區：一本計劃書那麼厚、印好那麼漂亮，要怎麼修改？

黃：因爲開完這個會後，我們在科室裡面會重新檢討啊！

楠梓區：妳應該先檢討好再來印計劃書啊！書都印好了，怎麼整本改？所以我們護理長回去都被罵！

劉：工作量太大，那這樣好了，能刪什麼？

前鎮區：能刪什麼？

楠梓區：不要考核，皆大歡喜。

左營區：對啦！不要考核啦！

黃：可是不考核怕妳們會退步。

楠梓區：不會啦！護理長監督就可以啦！

前鎮區：不會啦！不會退步的。

楠梓區：台北市也都沒有啊！

劉：對！別的地區是怎麼考核呢？

楠梓區：台北市是護理長把目標拿給妳，規定要做多少，她們沒有在做考核。

黃：衛生局都有在考核衛生所，怎麼可能衛生所沒有在考核她們？

左營區：看工作量如何？目標有達到就好。

黃：要妳執行進度，也要達到他的目標，不能說沒考核啊！

前鎮區：只是說...

楠梓區：不要評鑑啦！

前鎮區：不要獎金啦！

楠梓區：妳目標的成績做出來就來評分啦！不要去評鑑啦！

苓雅區：不是！不是不要用什麼獎金啦！妳改變方式。

黃：考核方式要改變一下、還是要考核啦！

苓雅區：可是督導，我們的考核分數都很低耶！

黃：所以方式要改進啊！

楠梓區：沒有啊！反正妳整組分數都很低，那最後再全部加 10 分嘛！

劉：那我結論一下，目前考核方式對護產人員來說太多太雜，希望考核能做一下改革，如果能比照台北市，能夠簡化的監督就可以了。那現在督導考核還有各科嘛！那對各科有沒有什麼回應？

楠梓區：一科的 B 型肝炎要百分之幾、日本腦炎百分之幾，我們在開玩笑那登革熱的考評，缺點越多的第一名，缺點越少的最後一名。

苓雅區：我準備了 17 項送去。

黃：劉老師是希望能搜集到各科的，結果我去搜集各科的比較起來，真的是五科的項目很精細，那我會提出跟科室檢討。

劉：第五科是在科別內，明訂他要考核的項目者。

前鎮區：如果說今天人力夠、工作量少、那就還好，可是說今天人力不夠、工作量大，那大家都覺得負擔太重。

劉：疲於應付。

前鎮區：壓力很大，這是一個因素，不是說都不要考核，只是方式要改變一下，可是好像聽不進去。

劉：那綜合座談會的方式各位覺得怎麼樣？因為他考核方式有兩個，一個是平時考核，一個是綜合座談。

前鎮區：其實沒什麼兩樣，因為綜合座談會還是要那些資料，不是說今天我來綜合妳，座談就不用資料，我曾經碰過主管之前跟我們說不用準備，現場就是要妳報告數據，那時候很出糗妳知道嗎？

劉：所以綜合座談還是不錯的，可以當面交換意見，只是當局好像沒有真正把意見去落實。

前金區：被主管跟訪是壓力很大的事，今天不是說我們能力不好，若個案不配合，讓我們很沒成就感，對我們工作了幾十年的人來說，那壓力真的很大。

黃：哇！會議室要關門了。

劉：今天的會議很有意思，可惜時間太短，下次我們再找時間，謝謝各位。

公務人員考績法

中華民國七十五年七月十一日總統公布
中華民國七十六年一月十四日
考試院(七十六)考臺秘議字第〇一二二號令：「
自中華民國七十六年一月十六日起施行」。
中華民國七十九年十二月二十八日總統令修正公布
第七條、第八條、第十一條及第十二條條文

第一條 公務人員之考績，依本法行之。

第二條 公務人員之考績，應本綜覈名實、信賞必罰之旨，作準確客觀之考核。

第三條 本法所用名詞意義如左：

一、年終考績：係指各官等人員，於每年年終考核其當年一至十二月任職期間之成績。任職不滿一年，而已達六個月者，另予考績。

二、專案考績：係指各官等人員，平時有重大功過時，隨時辦理之考績。

第四條 公務人員任現職，經銓敘合格實授至年終滿一年者，予以考績；不滿一年者，得以前經

銓敘有案之同官等或高官等職務，合併計算。但以調任並繼續任職者為限。

第五條 年終考績應以平時考核為依據。平時考核就其工作、操行、學識、才能行之。

前項考核之細目，由銓敘機關訂定。但性質特殊職務之考核得視各職務需要，由各機關訂定並送銓敘機關備查。

第六條 年終考績以百分為滿分，分甲、乙、丙、丁四等，各等分數如左：

甲等：八十分以上。

乙等：七十分以上，不滿八十分。

丙等：六十分以上，不滿七十分。

丁等：不滿六十分。

考列甲等及丁等之條件，應明訂於本法施行細則中，以資應用。

第七條 年終考績獎懲依左列規定：

一、甲等：晉本俸一級，並給與一個月俸給總額之一次獎金；已敘本職或本官等最高職等本俸最高俸級者，晉年功俸一級，並給與一個月俸給總額之一次獎金；已敘年功俸最高俸級者，給與二個月俸給總額之一次獎金。

二、乙等：晉本俸一級，並給與半個月俸給總額之一次獎金；已敘本職或本官等最高職等本俸最高俸級者，給與一個月俸給總額之一次獎金；次年仍考列乙等者，改晉年功俸一級，並給與半個月俸給總額之一次獎金。其餘類推。已晉敘至年功俸最高俸級者，給與一個半月俸給總額之一次獎金。

三、丙等：留原俸級。

四、丁等：免職。

前項所稱俸給總額，指公務人員俸給法所定之本俸、年功俸及其他法定加給。

第八條 另予考績人員之獎懲，列甲等者，給與一個月俸給總額之一次獎金；列乙等者，給與半

個月俸給總額之一次獎金；列丙等者，不予獎勵；列丁等者，免職。

第九條 公務人員之考績，除機關首長由上級機關長官考績外，其餘人員應以同官等為考績之比

較範圍。

第十條 年終考績應晉俸級，在考績年度內已依法晉敘俸級者，考列乙等以上時，不再晉敘。但專案考績不在此限。

第十一條 各機關參加考績人員任本職等年終考績，具有左列各款情形之一者，取得同官等高一職等之任用資格。

一、連續二年列甲等者。

二、連續三年中一年列甲等二年列乙等者。

經銓敘機關審定合格實授薦任第九職等職務滿三年，連續三年年終考績，二年列甲等，一年列乙等以上，並敘薦任第九職等本俸最高級，除依法須經升官等考試及格者外，其合於公務人員任用法第十七條第二項規定者，取得升任簡任第十職等任用資格，給予簡任存記。

第十二條

各機關辦理公務人員平時考核及專案考績。分別依左列規定：

一、平時考核，獎勵分嘉獎、記功、記大功；懲處分申誡、記過、記大過。於年終考績時，併計成績增減總分。平時考核獎懲得互相抵銷，無獎懲抵銷而累積達二大過者，年終考績應列丁等。

二、專案考績，於有重大功過時行之；其獎懲依左列規定：

(一) 一次記二大功者，晉本俸一級，並給與一個月俸給總額之獎金；已敘至本職或本官

等最高職等本俸最高俸級，或已敘年功俸級者，晉年功俸一級，並給與一個月俸給總額之獎金；已敘至年功俸最高俸級者，給與二個月俸給總額之獎金。但在同一年度內再次辦理專案考績記二大功者，不再晉敘俸級，改給二個月俸給總額之一次獎金。

(二) 一次記二大過者免職。

前項第二款一次記二大功，一次記二大過之標準，由銓敘機關定之。專案考績不得與平時考核功過相抵銷。

第十三條

平時成績紀錄及獎懲，應為考績評定分數之重要依據。平時考核之功過，除依前條規定抵銷或免職者外，會記二大功人員，考績不得列乙等以下；會記一大功人員，考績不得列丙等以下；會記一大過人員，考績不得列乙等以上。

第十四條

各機關對於公務人員之考績，應由主管人員就考績表項目評擬，遞送考績委員會初核，機關長官執行覆核後，送銓敘機關核定。但長官僅有一級或因特殊情形不設置考績委員會時，得逕由其長官考核。

考績委員會對於考績案件，認為有疑義時，得調閱有關考核紀錄及案卷，並得向有關人員查詢。

第十五條

各機關應設考績委員會，其組織規程，由考試院定之。

第十六條

公務人員考績分數及獎懲，銓敘機關如有疑義，應通知該機關詳復事實及理由，或通知

第十七條

該機關詳復事實及理由，或通知該機關重加考核，必要時得調卷查核或派員查核。

各機關考績案經核定後，應以書面通知受考人。年終考績列丁等或專案考績受免職處分人員，得於收受通知書次日起三十日內，依左列規定申請復審。

一、不服本機關核定者，得向其上級機關申請復審，其無上級機關者，向本機關申請。

二、不服本機關或上級機關復審之核定者，得向銓敘機關申請再復審。

三、復審或再復審，認為原處分理由不充足時，應由原核定機關或通知原核定機關撤銷原處分或改予處分；如認為原處分有理由時，應駁回其申請。

四、申請再復審以一次為限。

前項復審、再復審核定期間，均以三十日為限。

第十八條

年終考績結果，應自次年一月起執行；專案考績應自銓敘機關核定之日起執行。但年終考績及專案考績應予免職人員，自確定之日起執行；未確定前，得先行停職。

第十九條

各機關長官及各主管長官，對所屬人員考績，如發現不公或循私舞弊情事時，銓敘機關得通知其上級長官予以懲處，並應對受考績人重加考核。

第二十條

辦理考績人員對考績過程應保守秘密，並不得遺漏舛錯，違者按情節輕重予以懲處。

第二十一條

派用人員之考成，準用本法之規定。

第二十二條

不受任用資格限制人員及其他不適用本法考績人員之考成，得由各機關參照本法之規定辦理。

第二十三條

教育人員及公營事業機關人員之考績，均另以法律定之。

第二十四條

本法施行細則，由考試院定之。

第二十五條

本法施行日期，由考試院以命令定之。

考績委員會組織規程

中華民國七十六年一月十四日
考試院考台秘議字第一三六號函訂定發布
中華民國七十六年一月十六日施行

第一條 本規程依公務人員考績法第十五條規定訂定之。

第二條 各機關辦理年終考績時，應設考績委員會，置委員五人至十七人，除本機關人事主管人員為當然委員及第二項所規定之非主管人員外，餘由機關首長就本機關人員中指定之，並指定一人為主席。

第三條 前項委員，每滿五人應有一人為非主管人員，並由本機關人員推選產生之。
考績委員會職掌如左：

一、本機關職員及直屬機關首長考績（成）之初核或核議事項。

二、關於公務人員考績法第十七條規定復審案件之核議事項。

三、其他有關考績（成）之核議及首長交議事項。

第四條 考績委員會應有全體委員三分之二出席，方得開會；出席委員過半數同意，方得決議。可否同數時，取決於主席。

考績委員會對於考績案件有疑義時，得調閱有關資料，必要時並得通知受考人、有關人員或其單位主管到會備詢，詢畢退席。

第五條 考績委員會開會時，應由主席將考績表交各出席委員互相審閱，比較受考人已往成績。

及同官等職務受考人成績，核議分數，並提付表決，填入考績表，由主席簽名蓋章後，報請機關首長復核。

第六條

考績委員會之會議紀錄，應記載左列事項：

- 一、會議次別、日期及地點。
- 二、出席委員姓名。
- 三、主席及紀錄人員姓名。
- 四、受考人數及其姓名、職務、官職等級及俸（薪）點。
- 五、備詢人姓名及詢答要點。
- 六、決議事項。

七、考績清冊等其他附件名稱及數量。

第七條

考績委員會委員、與會人員及其他有關工作人員應遵守公務人員考績法第二十條之規定，並對考績結果在核定發布前嚴守秘密，不得洩漏。對涉及本身之考績事項應行迴避。

第八條

本規程自發布日施行。

附件

高雄市衛生所業務督導考核實施要點

八十七年一月十九日
八七高市衛二字第一二一〇號函知各區衛生所

一、高雄市政府衛生局(以下簡稱本局)為輔導各區衛生所有效推展各項業務，強化其衛生保健功能，並考核其業務成效，以提昇公共衛生服務品質，特訂定本要點。

二、本要點規定事項，由第一科負責策劃、協調及綜理各項行政業務。

三、督導考核作業如左：

(一)平時考核：由本局相關科室依本要點所訂考核項目，各就主管業務範圍自行訂定半年度具體評分標準並據以辦理查核輔導及督促改善，且於每半年度過後一個月內將其評分資料送第一科彙整。

(二)綜合座談：每年度辦理一至二次，由局長率領相關科室主管以實地訪談方式舉行，以解決困難問題並鼓舞士氣。

(三)主辦單位須於綜合座談前備妥相關資料，並邀請具意願之其他衛生所所長參與；受訪談之衛生所應備妥平時考核應改進事項辦理情形及提報面臨之困難問題與有關建議，以利當場能謀求解決。

四、考核項目：

(一)所長行政管理。

(二)防疫、保健、衛生所管理業務。

(三)職業及營業衛生管理業務。

(四)醫政、醫護及精神衛生管理業務。

(五)藥商、藥物及化粧品管理業務。

(六)公共衛生護理業務。

(七)衛生教育及訓練業務。

(八)食品衛生管理業務。

(九)研考、生命統計及資訊化業務。

(十)檢驗業務。

(十一)總務業務。

五、考核評分：

(一)所長行政管理佔十分。

1. 第一科(衛生所管理主管科)評分佔五分。

2. 其他五分由考核項目(二)至(十一)項之合計評分依比率換算計分。

(二)其他考核項目每項各佔九分。

(三)各單項業務考核評分不得有同分者。

(四)上半年度平時考核總分加下半年度平時考核總分，即為年度考核成績。

六、考核獎懲：每年度辦理乙次。

每年度辦理乙次。年度考核成績評列前五名之衛生所發給獎勵金。

(一)獎勵金發給額度如左：

第一名：年度預算額度之三十%。

第二名：年度預算額度之廿五%。

第三名：年度預算額度之廿%。

第四名：年度預算額度之十五%。

第五名：年度預算額度之十%。

(二)年度考核成績名列最後一名，且總分未達七〇分之衛生所，其所長、組長以及單項成績名列最末之業務主辦人員各申該壹次。

七、考核成績作為各區衛生所年終考績之重要參考。

八、本要點奉核定後實施。

附錄十五、高雄市衛生所八十七年度護產業務考核內容及評分表

| 考核細目 | 配分 | 評 分 說 明 | 備 註 |
|---------|----|--|--|
| 婚前健檢 | 2 | 依各區年度計畫目標數與實際完成婚前健檢之百分比評分 | 依各區上年底結婚對數百分之四訂定目標數 |
| 羊水分析 | 3 | 1.依年度目標與實際完成羊水分析之百分比評分 2.羊水分析異常個案建卡(可電訪)百分之百追蹤。 | 1.依各區上年度出生數及35歲以上產婦人數訂定目標數。2分 2.羊水檢查異常個案追蹤至終止懷孕。2分 |
| 優生健康檢查 | 4 | 1.依各區訂定目標數與實際完成數之比例評分 2.海洋性貧血及優生健檢確認診斷之個案建卡(可電訪)百分之百追蹤。 3.辦理海洋性貧血篩檢(辦理產前檢查院所與本局合約海洋性貧血篩檢之家數比達90%) 4.陳列產前優生健檢海報單張80%辦理產前健檢院所是否陳列、產前遺傳診斷(羊水分析、孕婦海洋性貧血、新生兒篩檢、優生保健等)單張、海報。 | 1.依各區人口數及智障人口數訂定目標2分 2.海洋性貧血及優生健檢確認診斷之個案追蹤至醫院返診。1分 3.合約院所輔導。1分 |
| 產前個案管理 | 7 | 1.依各區訂定目標數與實際完成數(報表)評分。 2.高危險群個案(19歲以下34歲以上或孕婦知識不足、健康有異常等)每人每月兩案。 3.轄區產前檢查合約院所輔導達百分之百。 4.轄區合約院所異常個案轉介至衛生所之家數百分比 | 1.高危險群個案管理案數。3分 2.異常案舊案訪視產前三次。2分。 3.合約院所輔導2分 |
| 嬰幼兒個案管理 | 7 | 1.依各區訂定目標數與實際完成數之比例評分。 2.第一胎出生十天內、早產兒出院十天內收案與其他案配分比例3:1。 3.收案時間超過出生二個月者不予計分。 4.以衛生局轉介個案數為分母,追蹤完成數為分子(收到本局轉介個案兩週內完成追蹤)。 5.完成100%新生兒篩檢「採檢不良」院所之輔導。 6.每季至合約院所輔導出院準備服務護理指導一次。 | 1.高危險群個案管理案數。1分 2.重症新生兒(新生兒代謝篩檢異常)及缺陷兒追蹤完成率。2分 3.異常案舊案訪視嬰幼兒四次。2分 4.合約院所輔導2分 |
| 嬰幼兒健康門診 | 5 | 1.依各區年度計畫目標數與實際報表數評分。 2.利用社區資源提供健兒門診服務具有以下三項資料者得列入成績: A.衛生所對醫療院所之連繫請設輔導紀錄本詳填(院所名稱、輔導日期、起止時間、輔導對象職稱、輔導內容) B.醫療院所提供衛生所資料名冊內容:個案姓名(身份證字號)、出生日期、住址、電話、卡號、異常狀況、轉介地點。 C.醫療院所健兒門診紀錄以衛生所兒童健康檢查紀錄表或以全民健保兒童健康手冊篩檢表者。 | 1.依各區出生數提供兒童預防保健服務。 2.嬰幼兒合約院所完成訪查1次。 3.合約院所轉介家數達成率。1分 |

| 考核細目 | 配分 | 評分說明 | 備註 |
|------------------|----|--|---|
| 學齡前兒童健康管理 | 6 | 1.依期完成追蹤紀錄完整及正確。 2.托兒所輔導每年二次，第二次輔導針對上次缺失加以追蹤。 | 1.健康檢查結果異常者有轉介單二個月內完成追蹤。4分 2.輔導、追蹤並作成紀錄。2分 |
| 特殊群體管理 | 4 | 1.轄區內啓智益智學校一年一次生育指導如無此團體可辦理青少年團體有關優生宣導 2.智障個案每人每月收2案每案一年訪視兩次並建卡年度查核 3.精神病個案應作生育指導並登入指導紀錄 | 依轄區數完成百分比 1.優生宣導場次2分 2.個案管理數2分 |
| 四十歲以上市民接受健康檢查及篩檢 | 5 | 1.依各區上年底四十歲以上人口數百分時之十六訂定目標數3分 2.每季至成人健檢合約院所輔導一次。1分 3.轄區合約院所異常個案轉介至衛生所之家數百分比。1分 | 1.依計畫目標數與實際完成數之比例評分。 2.合約院所輔導。 |
| 篩檢異常追蹤率 | 4 | 篩檢異常個案追蹤，應填寫檢查值，並完成百分之百追蹤。 | 1.疑似異常個案追蹤情形擇案電訪 2.篩檢或合約院所轉介異常個案追蹤 |
| 高血壓、糖尿病個案管理 | 11 | 1.收案管理數糖尿病佔三分之二，未達目標依比例扣分。6分 2.高血壓糖尿病每案舊案訪視四次。5分 | 1.依訂定目標數與實際完成數（報表）之比例評分。 2.異常個案糖尿病收案佔三分之二。 |
| 收案個案管理 | 14 | 抽回護理紀錄，每位護產人員糖尿病（高血壓）產前、嬰幼兒案各一案 | 個案管理品質由考核小組評分 |
| 品質評鑑 | 10 | 1.護理長或護理師與每位護產人員（含護理師）一陪訪三案。督導員陪訪每位護理師三案。 2.陪訪後再次訪視紀錄護理長護理師核閱。 | 1.依各區護產人員數核定陪訪次數。4分 2.品質評鑑及紀錄抽回由考核小組評4分。 |
| 讀書會 | 2 | 讀書會一年六次並留有紀錄。 | |
| 檢討會 | 2 | 每月一次檢討會並具有議而決、決而行之功能。 | |
| 個案報告 | 6 | 每四人提一篇個案報告，未依規定篇數提出，則依比例扣分。 | |
| 輔導交辦事項按期改善 | 2 | | |
| 各項報表正確如期送局 | 3 | 1.個案管理護理指導月報表1分。 2.低收入奶粉補助分析表0.5分。 3.婦幼衛生季報0.5分 4.家庭計畫與優生保健訪視量統計表0.5分 5.o r · c d工作成果及 i u d 領用月報表0.5分 | 本項分數以報表計算錯誤為扣分依據。 |
| 特殊記載 | 3 | 1.專案計畫2分。 2.特殊工作計畫1至2分。 | 專案計畫或特殊工作計畫 |

附錄十六、高雄市衛生所八十八年度護產業務考核內容及評分表

| 項目 | 考核細目 | 配分 | 評 分 說 明 | 備 註 |
|-------------------------|-----------------------------------|----|---|---|
| 優生 保健 | 優生健康 檢查 | 2 | 1.本市產前檢查之婦產科院所90%以上辦理孕婦海洋性貧血篩檢。1分 2.本市產前檢查之婦產科院所85%以上於門診陳放有關產前遺傳診斷(羊水分析、孕婦海洋性貧血、新生兒篩檢、優生保健等)單張、海報。1分 | |
| | 家庭 計畫 特殊群體 管理 | 9 | 1.團體衛教：辦理青少年群體智障精神病家屬團體衛教每二人一年辦理一場次。3分 2.個案管理：育齡智障個案70%建卡追蹤。4分 3.外籍新娘本局轉出資料完成100%追蹤。2分 | 工作人員數以四捨五入計算 |
| 孕產 婦保 健管 理 | 產前個案 管理 | 7 | 1.外籍新娘孕期管理達100%收案管理。3分 2.舊案訪視產前三次。3分 3.轄區產前檢查合約院所輔導達百分之百。1分 | |
| | 嬰幼兒 健康 管 理 | 9 | 1.高危險群個案(早產兒、低體重兒、先天性缺陷兒)管理目標數與實際完成數之比例評分。3分 2.舊案訪視嬰幼兒四次。2分 3.重症新生兒(新生兒代謝篩檢異常、早產兒、低體重兒及缺陷兒)追蹤完成率。2分 4.完成100%新生兒篩檢「採檢不良」院所之輔導。1分 5.19歲以下及外籍新娘之新生兒50%護理指導，目標數與實際完成數之比例評分。1分 | 1.第一胎出生十天內、早產兒出院十天內收案與其他案配分比例3:1。收案時間超過出生二個月者不予計分。 2.重症新生兒追蹤以衛生局轉介個案數為分母，追蹤完成數為分子(收到本局轉介個案兩週內完成追蹤可利用電話、家訪、門診)。 |
| 嬰幼兒 健 康 管 理 | 嬰幼兒健 康門診 | 5 | 1.依各區四歲以下60%提供兒童預防保健服務，目標數與實際報表數評分(包含外縣市)。3分 2.嬰幼兒合約院所完成訪查1次。1分 3.合約院所轉介家數達成率。1分 | 利用社區資源提供健兒門診服務具有以下三項資料者得列入成績： 1.衛生所對醫療院所之運業請設輔導紀錄本詳填(院所名稱、輔導日期、起止時間、輔導對象職稱、輔導內容) 2.醫療院所提供衛生所資料名冊內容：個案姓名(身份證字號)、出生日期、住址、電話、卡號、異常狀況、轉介地點。 3.醫療院所健兒門診紀錄以衛生所兒童健康檢查紀錄表或以全民健保兒童健康手冊篩檢表者。 |
| | 學齡前 兒 童 健 康 管 理 | 6 | 1.健康檢查結果異常者有轉介單二個月內完成複檢就醫追蹤。2分 2.幼稚園輔導每年二次，第二次輔導針對上次缺失加以追蹤並作成紀錄。1分 3.立體圖篩檢結果異常者二個月內完成複檢就醫追蹤。3分 | |

| 項目 | 考核細目 | 配分 | 評分說明 | 備註 |
|----------------------------|------------------|----|--|---|
| 中 老 年 病 防 治 | 四十歲以上市民接受健康檢查及篩檢 | 5 | 1.依各區上年底四十至六十四歲人口數百分之三十二 訂定目標數，目標數與實際完成數之比例評分。3分 2.每季至成人健檢合約院所輔導一次。1分 3.轄區合約院所異常個案轉介至衛生所之家數百分比。1分 | |
| | 篩檢異常追蹤率 | 4 | 1.衛生所篩檢異常個案追蹤，應填寫檢查值，並完成百分之百追蹤。2分 2.疑似異常個案追蹤情形擇案電訪1分 3.合約院所轉介異常個案追蹤1分 | |
| | 高血壓、糖尿病個案管理 | 11 | 1.收案管理數糖尿病佔三分之二，目標數與實際完成數之比例評分，未達目標依比例扣分。5分 2.高血壓糖尿病每案舊案訪視四次。6分 | 每人年目標二十四案（糖尿病16案、高血壓8案） |
| | 收案個案管理品質評鑑 | 20 | 每四位護產人員抽一位護產人代表接受考核，由考核小組抽糖尿病（高血壓）產前、嬰幼兒案各一案陪同訪視。 | 1.個案管理品質由考核小組評分 2.依各區護產人員數核定陪訪人數（工作人員數以四捨五入計算）。 3.抽中被考核人員若沒有個案，則另抽其他工作人員替代。 |
| 護 理 行 政 | 讀書會 | 2 | 讀書會一年六次並留有紀錄。 | 個案管理經驗分享或參加研習會摘要報告 |
| | 檢討會 | 2 | 每季評價並召開護產業務工作檢討會 | |
| | 個案報告 | 7 | 每四人提一篇個案報告，未依規定篇數提出，則依比例扣分。 | |
| | 輔導交辦事項按期改善 | 2 | 提供資料經常被退件 | |
| | 各項報表正確如期送局 | 4 | 1.個案管理護理指導月報表1.5分。 2.低收入奶粉濟助分析表0.5分。 3.婦幼衛生季報0.5分 4.家庭計畫與優生保健訪視量統計表0.5分 5. OR · C D · I U D工作領用月報表0.5分 6. OR · C D新案登錄表0.5分 | 1.本項分數以報表計算錯誤為扣分依據。 2.已、未婚工作領用另列，新案請填寫記錄表。 |
| | 特殊記載 | 5 | 1.專案計畫4分或特殊工作計畫1至2分。 | |

| 評 價 內 容 | 評 價 結 果 | | 考 評 之 方 法 | 備 註 |
|---------------------------------|---------|-----|---|-----|
| | 已 做 | 未 做 | | |
| 六其他問題之指導 | | | | |
| D: 1. 不知症狀或預防或處理時，能配合衛教手冊正確指導 | — | — | 護產人員有無說明症狀情況 | |
| 2. 若個案曾發生低血糖，能與個案討論原因並指導預防及處理方法 | — | — | | |
| (二)高血糖症 | | | | |
| 若個案曾發生高血糖，能與個案討論原因並指導預防及處理方法 | | — | | |
| (三)自行驗尿 | | | | |
| □未驗尿時： | | | | |
| 能追查原因，並依此指導 | — | — | | |
| 能說明自行驗尿之重要性 | — | — | | |
| □有驗尿時： | | | | |
| 能收集間隔，不對時能予以正確指導 | — | — | | |
| 能收集方法正確否，不對時能予以正確指導 | — | — | | |
| (四)保護足部 | | | | |
| 1. 足部護理 | | | 護產人員能說明畢格爾運動的方式 | |
| 2. 指導畢格爾式運動法 | | | | |
| 3. 有傷口時，能轉介 | | | | |
| H: | | | | |
| 高血壓日常應注意事項： | | | | |
| 1. 能核對每月是否量血壓 | — | — | 定期量血壓的重要 | |
| 未量血壓時能正確指導 | — | — | (1)洗澡水過熱或過冷，都可能使血壓突然升高，(2)理想水溫40°C，可以手肘試溫 | |
| 2. 能核對洗澡水是否適溫 | — | — | | |
| 3. 能核對是否便秘 | | | | |
| 有便秘時，能正確指導 | — | — | 不可勉強用力解、清晨空腹喝水或轉介 | |
| 不知預防便秘目的時，能正確說明 | — | — | | |
| 七管理技巧 | | | | |
| (一)能處理個案所提之健康問題 | — | — | | |
| (二)能利用手冊指導 | — | — | | |
| 八總結： | | | | |
| 九評鑑者評語： | | | | |