東　　海　　大　　學
工業工程與經營資訊學系
高階醫務工程與管理碩士在職專班

碩士論文

# 住院病人出院後非計劃性再入院之因素探討-以中部某醫學中心為例

研 究 生：傅瑋婷
指導教授：潘忠煜 教授

中 華 民 國 一 ○ 七 年 五 月

# Exploring the Causes of Unplanned Readmission within Discharge : A Study at Medical Center

By
Wei-Ting Fu

Advisor：Prof. Chung-Yu Pan

A Thesis
Submitted to Tunghai University
in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Health Administration

May 2018
Taichung, Taiwan

# 住院病人出院後非計劃性再入院之因素探討-以中部某醫學中心為例

學生：傅瑋婷　　指導教授：潘忠煜 教授

東海大學工業工程與經營資訊學系高階醫務工程與管理碩士在職專班

## 摘　　要

本研究目的乃探討，某醫學中心內外科綜合病房的病人出院後，非計劃性再住院之相關特徵。採用回溯方式蒐集 105 年 9 月 1 日至 106 年 2 月 28 日期間，中部某醫學中心內外科綜合病房之住院病人共 119 人次，探討出院後非計劃性 3 日內再急診及 14 日內再住院之相關因素，分為病人、疾病及醫院因素等。研究變項有性別、年齡、癌症、共病情形、前次住院天數、科別、本次住院原因。資料分析方式為敘述性統計、卡方檢定及獨立樣本 t 檢定。

結果顯示，在性別、年齡、前次住院天數、科別及共病情形無顯著差異，病人是否罹患癌症則有顯著相關。3 日再急診原因基本上為發燒（27.8%）、疼痛（25%）、泌尿道症狀（23.2%）、呼吸窘迫（14.3%）；14 日再住院之原因以出現新問題為最高(56.3%)，再者是治療或手術後併發症（17.2%）及化療後併發症（12.5%）。期待本研究結果能做為醫院管理者擬定改善方案之參考，以降低非計劃性再入院比率及增加住院病人之品質。

**關鍵字：非計劃性、出院後 14 日再入院、出院後 3 日再急診、再入院原因**

# Exploring the Causes of Unscheduled Readmission within Discharge: A Study at Medical Center

Student：Wei-Ting Fu Advisor：Prof. Chung-Yu Pan

Master Program for Health Administration
Department of Industrial Engineering and Enterprise Information
Tunghai University

## ABSTRACT

The purpose of this study was to explore the characteristics of unplanned readmission of patients after discharge from a synthetic ward at a medical center. Retrospective method was implemented to collect 119 patients from September 1, 2016 to February 28, 2017. Discussion on the related factors of unplanned emergency re-administered within 3 days and re-hospitalization within 14 days after discharge, including patients, diseases and hospital factors. The study was about gender, age, cancer, comorbidity, department, the length of previous hospitalization, and the reason of hospitalization. Data was analyzed by descriptive statistic, Chi-square test and independent sample t test.

The results showed that there was no significant difference in gender, age, the length of previous hospitalization, department, and comorbidity. There is a significant correlation with whether the patient has cancer. In fact, reasons for emergency re-administered within 3 days are fever (27.8%), pain (25%), urinary tract symptoms (23.2%), and respiratory distress (14.3%). As to reasons for re-hospitalization within 14 days are with new problems (56.3 %), the treatment or postoperative complications (17.2%), and post-chemotherapy complications (12.5%). It is expected that the results of this study could be a reference for hospital administrators to draw up improvement plans to reduce unplanned readmission rates and increase the quality of care of inpatients.

**Keywords：Unscheduled, Readmission within fourteen days after discharge, Return emergency departments within three days after discharge, Readmission reason**

# 誌謝

本篇論文能完成，首先要特別感謝我的指導教授潘忠煜老師，感謝老師在我這兩年碩士學程中，無論是課堂上的悉心指教，或是論文寫作上的建議與指正，甚是幾度陷入論文寫作的瓶頸及膠著，若沒有老師的鼓勵與督促，是無法如期完成這篇論文的。

這兩年在東海工工系就學期間，謝謝系上的每位授課老師，感謝各位授課老師的悉心指導，授予我們很多與自己所學的領域大不同的知識，可望未來能將所學到的帶入自己的工作領域進而學以致用，在此向系上所有老師們及系秘書致上最深的敬意與謝意。感謝班上所有同學，在學習過程中既忙碌又充實，大家仍不忘互相鼓勵加油打氣，營造美好的學習環境，大家互相扶持度過這兩年美好的校園生活，也為我們在碩士班學習生涯裡留下很多美好的回憶。

感謝工作上主管及同事的支持與鼓勵，使我能夠將此碩士學業如期進修完成。最後更要感謝我的家人在我進修期間全力支持，謝謝你們的體諒與包容，讓我能無後顧之憂地完成我的學業，學習將近尾聲了，謝謝曾經幫助過我的人，有你們的支持與幫助，才能讓我專心於學業上並得以堅持到最後，謹以此文獻給我最愛的你們。

傅瑋婷 謹誌於東海大學高階醫務工程與管理碩士在職專班

2018 年 5 月

# 目錄

摘要.....i
ABSTRACT.....ii
誌謝.....iii
目錄.....iv
表目錄.....v
圖目錄.....vi
第一章　緒論.....1
1.1 研究背景與動機.....1
1.2 研究問題與目的.....1
1.3 研究流程.....2
1.4 名詞釋義.....2
第二章 文獻探討.....4
2.1 醫療品質指標.....4
2.2 非計劃性返院之因素.....5
2.3 病人方面之影響因素.....6
2.4 疾病方面之影響因素.....8
2.5 醫院方面之影響因素.....9
第三章 研究方法.....12
3.1 操作性定義.....12
3.2 研究架構.....12
3.3 研究工具.....13
3.4 資料收集處理與分析.....13
第四章 研究結果.....15
4.1 敘述統計與檢定.....15
4.2 研究結果.....25
第五章 討論.....27
5.1 病人因素.....27
5.2 疾病因素.....27
5.3 醫院因素.....28
5.4 研究限制.....30
第六章 結論與建議.....31
參考文獻.....32

# 表目錄

表 4-1 研究樣本人口學特性 ..... 15
表 4-2 性別之卡方檢定 ..... 17
表 4-3 年齡統計量 ..... 17
表 4-4 年齡群組統計量 ..... 18
表 4-5 年齡獨立樣本檢定 ..... 18
表 4-6 共病性之群組統計量 ..... 18
表 4-7 共病性之獨立樣本檢定 ..... 19
表 4-8 住院天數之群組統計量 ..... 19
表 4-9 住院天數獨立樣本檢定 ..... 20
表 4-10 是否為癌症之之群組統計量 ..... 20
表 4-11 是否為癌症之獨立樣本檢定 ..... 21
表 4-12 科別之群組統計量 ..... 21
表 4-13 科別之獨立樣本檢定 ..... 22
表 4-14 3 日再急診原因 ..... 22
表 4-15 14 日再住院原因 ..... 23
表 4-16 21 位病人 3 日再急診原因 ..... 23
表 4-17 21 位病人 14 日再住院原因 ..... 24

# 圖目錄

圖 1-1 本研究之研究流程 ..... 2
圖 3-1 研究架構 ..... 13

# 第一章　緒論

## 1.1 研究背景與動機

民國 84 年實施全民健康保險以來，住院醫療費用每年上漲，隨著醫療技術及設備的進步，醫院的醫療服務量及醫療費用有急速攀升之情形，亦有學者指出，病人發生非計劃性再入院的頻率越高，其死亡率也相對增高，對於醫療資源的耗用亦愈高（蔡宗學、莊坤洋、戴玉慈、曾淑芬、吳淑瓊，2004；鄭幸蓉、蔡瑩枝、陳慧珍，2005；Fischer et al., 2014）。在就醫人次及醫療費用不斷增加之情況下，為提升醫療品質，醫院也將非計劃性再入院納入醫療品質監測指標，了解住院案件出院後同院所 3 日內再急診及 14 日內再住院的比例高低，藉由此指標結果，督促醫院更深入瞭解其原因，提升住院病人的醫療照護品質(醫策會，2017；Fischer et al., 2014)。

隨著科技及資訊的發達，醫院也將病人資料資訊化、數據化，讓管理者能了解病人動態及出入院之狀況，利用資料分析便能了解再住院病人之相關特徵，藉由了解其特徵便能夠使醫護人員及醫院管理者，可以了解狀況並思考對策，藉此可以降低再住院風險，減少重複醫療之浪費及醫療糾紛發生，增加病人醫療照護之品質。

## 1.2 研究問題與目的

非計劃性再入院普遍上被認為是醫療機構重要的醫療品質指標。其目的在於監測病人是否因未得到完全診療下出院，以確保病患醫療照護的品質。過早出院、不適當的出院計畫、出院計畫延遲、病人未遵循醫囑、缺乏社區資源、病人衛教不足以及不適當的照護等都可能是病人非計劃性再入院的主要原因（醫策會，2017），而高齡病人缺乏疾病認知及自我照護資訊，也是造成非計劃性再入院之原因之一。病人短時間內反覆住院，不僅加重醫療成本的支出並影響病患完善醫療的權益，增加家屬的心理及經濟負擔。再者非計劃性再住院的病人亦是一群有潛在性醫療風險及醫療糾紛的高危險病人，而學者 Boutwell, & Hwu,（2009）也指出 14%~46%的再住院是可以避免的；病人出院後再急診，亦有可能由急診再住院，成為 14 日再住院之病人，現有的研究較少有 3 日再急診及 14 日再住院之間的相關因

素探討，本研究希望運用醫院資訊系統所提供的資料來探討分析出院病人非計劃性 3 日內再急診及 14 日再入院之原因，以利管理者針對其因素來建立相關對策。

## 1.3 研究流程

首先確定研究主題，確立研究動機與目的，進行相關文獻之收集與探討，依文獻探討的脈絡確定本研究架構，著手進行研究資料的收集與整理分析，以得出研究結果討論其意涵，最後提出本研究結論與建議。本研究進行流程如圖 1-1。

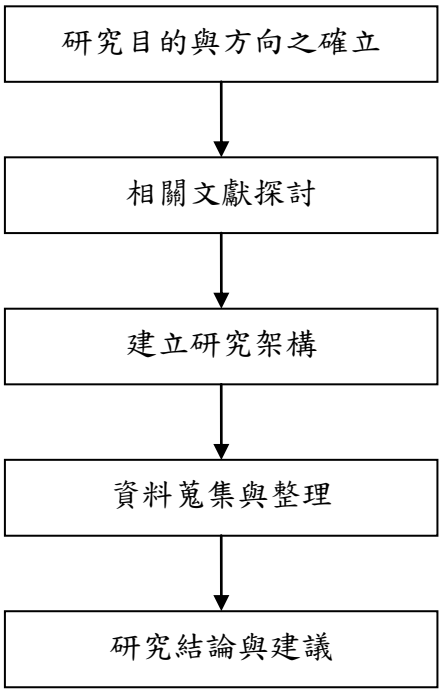


圖 1-1 本研究之研究流程

## 1.4 名詞釋義

3 日再急診：當出院病人返診急診時間，距前次出院時間距 72 小時內，便稱之；分子：3 日內再次急診的案件數、分母：出院案件數。計算公式：（分子／分母）x 100%。

14 日再住院：當出院病人辦理住院時間，距前次出院時間 14 日內，

且其住院原因非由醫護人員計畫性要求患者重返院所，便稱之；分子：14日內再次住院的案件數、分母：出院案件數。計算公式：(分子／分母)x 100%。

非計劃性返院：再多次住院病人中，其返院原因非醫護人員計劃性要求重返急診或住院者，即定義該次就醫為非計劃性返院。

# 第二章 文獻探討

## 2.1 醫療品質指標

隨著醫療環境逐漸發展及經濟的繁榮，國人對於醫療品質的要求也越來越高，醫療品質可決定民眾就醫的意願，醫療品質的提升便成為各醫療院競爭策略的利器。而林靜怡（2004）將醫療品質分為「醫療服務品質」及「臨床醫療品質」兩方面來探討，醫療服務品質係指服務感受品質，包含病人滿意程度、醫病之間的溝通、醫護人員行為、醫護人員對病人家屬的尊重等；臨床醫療品質是指醫療中的實質品質，包括專業技術能力、醫療行為適切性等；因此可知醫療品質不但包含醫療院所的硬體設備、制度、資源及醫護人員的專業技術等，有包含病人家屬接受醫療措施之品質及感受。醫療品質已是未來在醫療產業界面對競爭之重要因素，因此，在醫院管理上，要擁有競爭優勢，醫療品質的維持及改善也是不容忽視的課題（張石柱、蕭幸金、陳美惠、王詩鳳，2008）。

健保已逐漸發展為以注重醫療服務品質為主要的政策目標，而醫療服務品質的範圍相當廣泛，中央健保署於實施總額支付制度後，持續發展各類指標以監測各總額部門的醫療服務品質，例如：住院案件出院後 14 日內再住院率等，並持續開發重要疾病或照護項目的專業醫療服務品質監測指標，並將監測結果公布周知，使各界瞭解醫療服務品質之狀況，如品質有下降情形，隨時檢討並督促改進。

財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會（簡稱醫策會）運用十年醫療品質指標經驗，參考國內外各種指標系統及發展趨勢，配合國內衛生政策，建立台灣臨床成效指標計畫（Taiwan Clinical Performance Indicator, TCPI），以期增加指標於臨床的運用性，藉由發展更貼近臨床照護的指標，並建構即時性高且易於管理的系統，協助醫院進行機構內部指標成效監測及改善（醫策會，2017）。針對急診再返診 TCPI 分為六項指標：0-24 小時內重返急診率、0-48 小時內重返急診率、0-72 小時內重返急診率、0-24 小時內重返急診住院率、0-48 小時內重返急診住院 率、0-72 小時內重返急診住院率。非計劃性再住院指標分為：14 日內再住院率、15-29 日內再住院率、30 日內再住院率等。非計劃性的再急診及再住院，都將使醫療資源使用及成本提高，增加資源浪費，也影響其他就醫病人之權益，因此，能針對醫

療品質指標加以管理，無疑是有益於醫療院所及就醫病人的。

## 2.2 非計劃性返院之因素

非計劃性返院為，病人因相同或相關病症再度返回同一醫療院所。同時，此次的返院不是在上次出院時就排定的計畫。學者蔡宗學等人（2004）指出，病人發生非計劃性返院的頻率越高，死亡率也隨之升高。顯而易見，醫療資源耗用的狀況也相對地提高。針對心臟衰竭病人的研究發現，病人在出院後 3 個月的再住院率有 24%，其中有 13.5%的病人死亡，高死亡率顯現再住院對病人頗為不利的影響（Leventhal, Riegel, Carlson, & Geest, 2005）。疾病嚴重性、身體活動功能障礙、出院準備服務、年齡等問題皆可能為出院後非計劃性再入院的原因；病人因過早出院，或因年齡及學歷等原因以致給予的醫囑處置及出院衛教的說明不甚了解，或返家後疾病惡化及返家自我照護不當等原因，都有可能導致出院後非計劃性的再急診及再住院。邱淑貞、黃素霞、盧豐華、王琪珍（2012）指出，病人再住院，前出、後入醫療院所的時間間隔平均約 7 天，換言之，非計劃性返院情況平均發生在出院後一週內。基於研究場域的情境，作者推論病人於出院後 7 天內對於照護之知識與技巧方面仍處於摸索階段，若醫護人員能適時電訪追蹤、瞭解病人出院後之照護情形，提供必要的協助或轉介，應可避免其病況改變而再住院。高佳霙、丁紀台、葉明珍、張彩秀（2008）指出，改善心臟衰竭病人再住院研究結果顯示，介入全面性照護計畫措施後，提供病人健康照護手冊、個別性衛教指導、出院後第 7 及 14 天電話追蹤、諮詢專線、和出院後第 28 天門診追蹤服務等措施，使非計畫性再返院情況有明顯的改善。

再者健保署將非計畫性住院案件出院後 14 日以內再住院率納入醫療院所品質監測指標中，提到病人是否需要住院或可否出院，除臨床醫師依個案專業認定外，健保署經醫療專家討論，公布了七項不適當出院的審查原則，並對發現不適當出院案件的醫院，核刪其申報的醫療費用，希望藉此可保障住院病患的醫療照護品質，其原則如下：

(1)出院前 24 小時內生命徵象不穩定。

(2)尚有併發症未獲妥善控制。

(3)傷口有嚴重感染、血腫或出血現象，但屬輕微感染、血腫或出血，可以在門診持續治療者除外。

(4)排尿困難或留置導尿管情況仍不穩定者(洗腎的病患除外)。

(5)使用靜脈點滴、手術傷口引流管未拔除者；但特殊引流管經醫師認定引流液量及顏色正常，可出院療養、門診追蹤處理者除外。

(6)非因醫療需要的轉院。

(7)其他經醫療專業認定仍有必要住院治療者。(中央健康保險署,2018)

黃金安、 賴其勛、 翁瑞宏、胡為雄、楊大羽（2004）將非計畫性返院原因歸類如下：(1)與疾病相關之原因：病情惡化、原已控制之急性症狀復發、疾病併發症、新問題、末期癌症病患病情惡化。(2)與醫師相關之原因；(3)與病人相關之原因：前次出院為自動出院、經濟或家庭因素、病患無法了解或未能遵從出院指導、藥物不良反應。(4)與健康照護制度相關之原因：社會相關問題、醫院相關問題。(5)其他。研究也發現，病人返診原因大多都是與疾病相關的。李嫈琛、張嘉蘋、李萱、吳玫容、王琪珍（2013）指出，疾病再復發與感染是再返院的重要因素；另者，內科病人占首位，是在流行病學研究的結果。吳秀悅、林淑媛、陳亞玲、黃麗利、張麗文、王珮雯、蘇珮真（2007）提出，解說病情及指導藥物服用是非計劃性再返院病人出院時最需要的照護需求。林麗嬋 (2010) 建議，發展亞急性照護與長期照護間的轉銜管理提供連續性照護。

## 2.3 病人方面之影響因素

老人及患有慢性病之病人是非計劃性再入院的高風險族群（Chen, & Narsavage, 2006），國內學者邱淑貞等人（2012）研究結果顯示入院時之日常生活活動功能總分愈低者及病人出院後須依賴他人協助照護者，有顯著之再入院情形；相關研究如學者謝生蘭、李金德、江秀珠、劉芹芳（2013）研究也顯示老年人、患有慢性病、自我照護能力需依賴者，為容易造成再入院之原因，鄭幸蓉、蔡瑩枝、陳慧珍（2005）研究結果亦顯示病患「出院時是否長期臥床」者其「自理日常生活能力表」得分低者，是導致病人再入院的高危險性因素，且因長期臥床者若在住院期間其照顧者未接受完善的居家照護指導，在出院準備不足的情況下，返家後易發生壓瘡、泌尿

道感染等合併症，而容易導致病人再入院。廖玉貞、劉錦鳳、 張家慧、 王秀如、洪佩甄、歐香縫（2017）針對非計劃性 14 日再住院因素研究也發現，再住院病人中以 65 歲以上高齡、國中以下學歷、和家人同住、疾病診斷為惡性腫瘤者最多。

學者趙東波（2012）研究老人因肺炎非計畫再入院相關因素結果發現，65 歲以上長者 90 天內再住院率（23.7%）顯著高於未滿 65 歲者（6.0%）。邱群芳、林妙瓊、李逸、蔣秀容、顧艷秋（2016）以某高齡醫學中心 65 歲以上長者病人之研究亦發現，65–74 歲、75–84 歲、≥ 85 歲此四組之 90 天內再住院率分別為 11.3%、47.2%、41.5%，以 75–84 歲長者非計畫性再住院比率最高。鄭幸蓉等人（2005）以某區域醫院內科住院病人之研究亦發現，65 歲以上長者非計畫性再住院率（66.5%）高於未滿 65 歲者（33.5%）。義大利學者對於長者 90 天內非計畫性再住院之研究指出，非計劃性再入院與年齡有關，85 歲以上長者為 80.0%，65–79 歲為 20.0%（Franchi et al., 2013）。由此可知，隨著年齡逐漸增加，非計劃性再住院比率亦有增加的趨勢。但學者賴妃珍（2009）的研究指出，急診出院後再返診病人在性別變項無顯著差異，而年齡越低，發生返診的機率也較高。

學者在出院準備服務之介入與 14 日非計劃性再住院之研究指出，病人及主要照顧者對飲食或藥物無法遵從及管路或傷口照護不甚熟練等詢問度最多，廖玉貞等人（2017）研究也發現外科病人再住院之因素以傷口照護相關問題再入院居多；學者邱淑貞等人（2012）及 Bajaj et al.（2015）也研究顯示出院後用藥種類繁多及多重用藥也易造成再住院之因素，可能係因為入院時之日常生活活動功能總分愈低者及前次出院後要服用的藥物種類數較多者，其疾病嚴重度及未來照護需求性可能比較高，而對於病人出院帶回家之藥物種類數較多或較複雜者，則有必要建立一套藥師訪視制度，於病人出院前即由藥師提供用藥方面之衛教。

國內研究顯示出院準備之介入及衛教之完整度對於病人非計劃性再住院有相關性，醫療團隊執行出院準備服務過程，應加強評估病人儘早發現潛在問題，增強衛教病人及照顧者的照護技巧，以降低併發症及非計劃性再住院（謝生蘭等人，2013）。

## 2.4 疾病方面之影響因素

學者黃金安等人（2004）針對病人觀點的研究結果顯示，在 175 例急診返診病人中，有 155 例（88.6%）與疾病本身相關，不同的是與疾病相關的原因部分醫師認為是新問題，而病人認為是病情惡化；而病人常見之前三項診斷是上呼吸道感染、癌症及急性腸胃炎。李嫈琛等（2013）研究發現前 80%之原因依序為疾病再復發、不明原因發燒、肺部感染、傷口感染、尿道感染、呼吸困難、化療併發、意識改變。其中「疾病再復發」佔 36.5%、「不明原因發燒」佔 9.60%及「肺部感染」佔 7.92%。邱等（2012）研究顯示，再住院原因以「疾病再復發」之病人占最多 23%， 其次為「肺部感染」占 13%，再其次為「合併症」占 12%；由此可知各種感染造成再住院者高達 37.1%，感染是再住院原因的重要議題。廖玉貞等（2017）透過電話護理諮詢之成效探討研究裡對於非計劃性 14 日再住院病人也發現疾病診斷為惡性腫瘤者有較高比例。邱淑貞等（2012）針對 15 天內非計劃性再入院研究也顯示再住院原因以因疾病再復發而再次入院治療者為最多數，而復發的原因則因疾病而異。

在國外，學者 Kassin et al. （2012）依據 NSQIP 數據庫研究指出再 2003-2004 年從醫院出院的手術後病人中有 19.5％在 30 天內再入院，這使醫院多支付了 174 億美元的費用。而年齡、種族、性別和轉移狀態與再次入院的風險增加無顯著相關；其中以胃腸道問題和併發症（如噁心，嘔吐或腸阻塞）與手術感染相結合，佔所有再入院者的近一半（分別 27.6％和 22.1％）。手術後多數（70.5％）的再入院是由於醫療狀況造成的，只有 6.4％的病人係因手術後感染再次入院。作者指出，住院時間、合併症和手術後併發症均與再入院有關。病人再入院除了經費問題外，也使醫院損失了醫院資源去治療另一位需要護理的患者，這會對患者的生活品質量產生負面影響。所以減少再入院次數不僅對醫療機構重要，對患者也是相當重要的。

學者 Allaudeen, Vidyarthi, Maselli, & Auerbach 等人（2011）於 2006 年 6 月 1 日至 2008 年 5 月 31 日兩年應計期間已病歷回溯方式研究分析，有 16.98%（1762 例）的病人於 30 天之內再入院，出院後 10 天內出現了 49.7％（875 例）再入院率。26.2％再入院在初次和重複入院時具有相同的主要診斷。平均年齡為 59.6 歲，女性佔 52.8％，平均停留時間為 5.6 天。文獻

中也指出在臨床因素中，高危藥物和六種合併症與再入院有關。與再入院相關的高風險藥物類別是類固醇和麻醉劑。與再入院相關的六個合併症是充血性心力衰竭，腎臟疾病，癌症（伴有和不伴有轉移），體重減輕和缺鐵性貧血。

Bajaj et al.（2015）研究中指出大約一半的肝硬化住院病人在出院後三個月內會有再入院情形發生，這些病人由於肝臟相關併發症經常反覆住院。研究中，肝硬化病人預測的 30 天再入院率與併發症和慢性病症狀（如糖尿病）有高程度相關。有許多與醫院感染和藥物使用相關潛在因素導致再入院，而院內感染的易感性及疾病嚴重程度與肝臟疾病相關的再入院獨立相關。

學者謝生蘭等人（2013）經出院準備服務於 14 天非計劃性再住院研究分析發現，病人經出院準備服務後於出院 14 天非計畫再住院，以同一疾病的病情復發及與前次住院有關之併發症為主。邱淑貞等（2012）研究也顯示老年人、患有進行式慢性病者、前次出院後服藥種類數多，為容易造成再入院之原因。因此，出院工作的重點應放在此高危險病人群中，以降低病人出院後再入院的發生機率。

## 2.5 醫院方面之影響因素

國內學者邱淑貞等人（2012）在 15 日非計劃性再住院之因素探討研究指出，由急診入住占 81.3%，前次住院天數較長及出院後服用藥物種類越多者，其出院後於 15 天內發生非計劃性再住院之危險性較高，而 15 天內非計劃性再住院平均發生在出院後一週內，可能病人於出院後一週內可能對於照護之知識與技巧方面仍處於摸索階段，如出院準備服務適時介入，可加強照顧者的照顧能力，進而提升病人返家或至機構後之健康及照護品質，避免非計劃性再入院；另外，亦提到由專業機構介入，依據病人的需要提供合適之安置方式，能夠提供優質且適切的服務，以協助病人無縫接軌的連續性照護，將有助於提升病人獨立的生活活動能力而返家獨立生活，可望降低病人因無法受妥善照護或自我照顧所導致的病情改變，增加再入院的機率。

在科別方面學者邱淑貞等人（2012）針對南部某醫學中心出院病人 15 天內非計劃性再住院之研究顯示，其分別以內科、外科及非內外科（產兒

科、神經復健科及精神科等）做比較，發現這些科別分類無顯著差異；廖玉貞等人（2017）其研究分析則顯示，再入急診及再住院病人以胸腔內科為多，多因發燒及呼吸困難到院求治；其次是泌尿外科病人，病人多因傷口照護及發燒問題而到院求治。學者李嫈琛等人（2013）研究結果顯示 14 日非計劃性再住院之病人科別以胸腔內科病人最多，佔 6.34%、其次為一般內科佔 4.96%及胃腸肝膽科佔 4.29%，皆屬內科病人。

學者廖玉貞等人（2017）在 24 小時電話諮詢成效探討研究裡發現，96.9% 的 24 小時電話護理諮詢由諮詢護理師直接處理，無須轉介急診或個管師處置，電話護理諮詢中心線上衛教指導有助於處理諮詢者的健康照護需求，諮詢護理師能有效回覆來電者的詢問內容。諮詢護理師在短時間掌握來電者的病況給與正確回覆及快速轉介，其中主要助力是電腦資料庫裡建置五大科常見問題與解答照護手冊，以方便諮詢護理師查閱回覆。研究結果初步反映了健康民眾獲得就醫訊息、門診檢查檢驗注意事項及結果報告主動告知之需求，降低詢問或門診就診次數、癌症病人則以緩解出院後症狀困擾之需求。

謝生蘭等人（2013）提到出院準備服務是協助病人從急性醫療轉向慢性長期照護的重要關鍵。研究分析發現，病人經出院準備服務後於出院 14 天非計畫再住院，以同一疾病的病情復發及與前次住院有關之併發症為主，醫療團隊執行出院準備服務時，應加強對病人的評估，盡早發現其潛在問題，以期能減少併發症發生，降低非計畫再住院。

學者邱淑貞等人（2012）研究顯示出院病人多於一周內再返院，因此，建議縮短對出院病人之電訪追蹤時機，例如：在病人出院後之一週內進行電訪追蹤，藉由醫護人員在病人剛出院時的照護應採「及早主動式」來提供服務與諮詢，或是各護理單位設立出院後之照護諮詢專線，才能適時發現病人的問題及需求，以及時提供病人或主要照護者必要之協助，降低再住院的發生。學者高佳霙等人（2008）指出，改善心臟衰竭病人再住院研究結果顯示，全面性照護計畫介入措施（包括提供心臟衰竭患者健康照護手冊、個別性衛教指導、出院後門診及電話追蹤，並提供諮詢專線）與醫院常規照護做比較，結果顯示介入措施在病人自我照顧及生活品質的改善程度顯著高於常規照護者，且介入措施者非計劃性 30 天再住院人數、天數及醫療費用顯著低於常規照護組。表示全面性照護計畫可以改善心臟衰

竭患者的自我照顧、生活品質，降低非計劃性再住院及醫療費用，進而提升心臟衰竭病人生活品質，進而降低再住院的發生。

# 第三章 研究方法

本研究為採用病歷回溯法,探討中部某醫學中心內外科綜合病房於 105 年 9 月 1 日至 106 年 2 月 28 日期間之住院病人,出院後非計劃性 3 日內再急診及 14 日內再住院之相關特徵分佈。

## 3.1 操作性定義

3 日再急診:當出院病人返診急診時間,距前次出院時間距 72 小時內,便稱之;分子:3 日內再次急診的案件數、分母:出院案件數。計算公式:(分子/分母) x 100%。

14 日再住院:當出院病人辦理住院時間,距前次出院時間 14 日內,且其住院原因非由醫護人員計畫性要求患者重返院所,便稱之;分子:14 日內再次住院的案件數、分母:出院案件數。計算公式:(分子/分母) x 100%。

共病性:病人已被確認診斷並於病歷有記載之常見的心血管疾病及糖尿病病史為探討因素。

住院天數:於本次再入院之前一次住院的天數。

科別:以本研究之病房常見科別為一般外科、泌尿外科、腎臟科、感染科及其他科別。

## 3.2 研究架構

本研究在探討出院病人非計劃性 3 日再急診及 14 日再入院之原因,透過相關文獻資料之探討,建立本研究之基本設定架構,針對再入院病人分三部分進行相關因素分析,分別為病人因素:變項包括性別、年齡、共病與否、及是否為癌症病人;疾病因素:變項包括再入院是否因癌症與病情惡化有關、因新問題再入院、因併發症再入院;醫院因素變項住院天數、科別等。

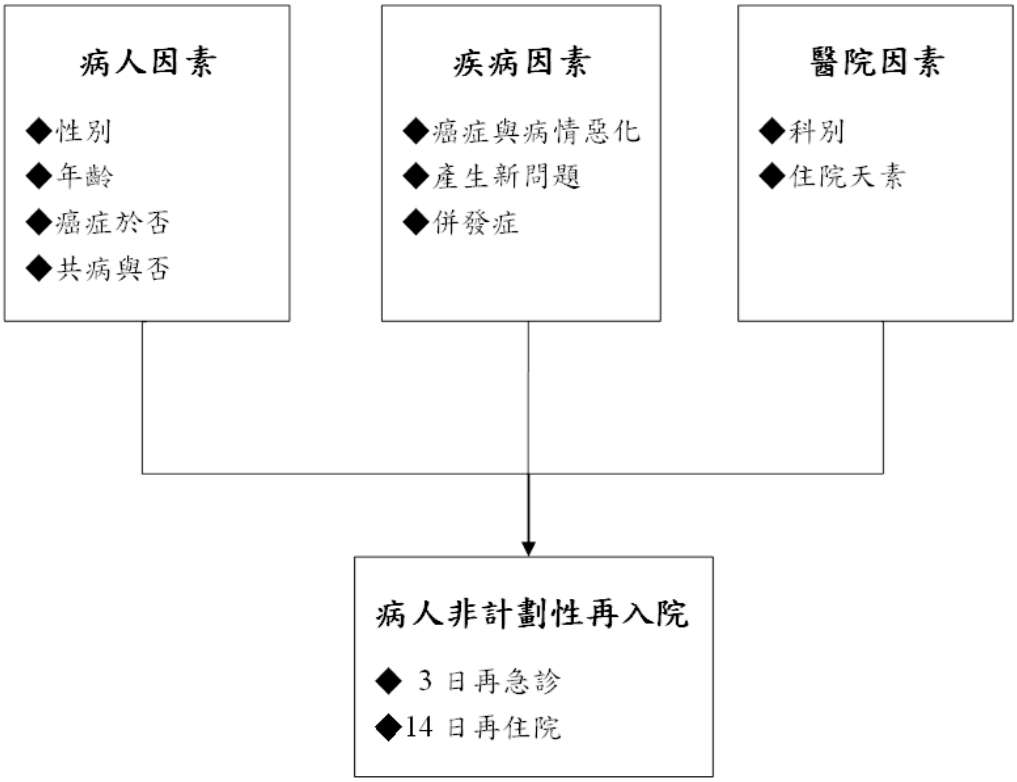


圖 3-1 研究架構

## 3.3 研究工具

本研究是以醫院資訊系統每月提供之報表，內容有某內外科病房非計畫再住院病人病歷號、前次出院日期時間、前次住院科別、科別、就診醫師、本次住院日期時間、本次再住院科別及再住院原因、科別及就診醫師等。

## 3.4 資料收集處理與分析

### 資料收集

由本院資訊室之資料分析，內容為某成人內外科綜合病房(泌尿外科 40 床、一般外科 9 床、腎臟科 10 床、感染科 6 床)非計畫再住院病人病歷號、年齡、性別、是否有共病情形、前次出院時間日期、前次住院科別、前次住院天數、科別、就診醫師、本次住院時間日期、本次再住院科別及再住院原因、是否為癌症病人，取樣時間為 105 年 9 月 1 日至 106 年 3 月 31 日期間之住院病人出院後再返院之樣本，期間出院病人為 2037 人次，擷取案例為 119 例（3 日再急診為 55 例，14 日再住院為 64 例）。

**資料處理與分析**

本研究所有資料先行編碼，資料來源為醫院資訊系統資料庫，由醫院資料庫匯出之資料建檔，再匯入資料分析以社會科學統計套裝軟體 24 版(Statistics Package for the Social Sciences, SPSS 24)進行敘述性統計分析與檢定及迴歸分析，採用的統計方法包括類別變項之次數、百分比、平均值、標準差，及卡方檢定（Pearson $\chi 2$ test）、獨立樣本檢定等，進行各變項特徵描述及分析。

# 第四章 研究結果

## 4.1 敘述統計與檢定

本研究樣本人口學特性如表 4-1。

表4-1 研究樣本人口學特性

| 變　項 | 3日再急診 N=55 | | 14日再住院 N=64 | |
|---|---|---|---|---|
| | n | % | n | % |
| **性別** | | | | |
| 男生 | 45 | 81.82 | 49 | 76.56 |
| 女生 | 10 | 18.18 | 15 | 23.44 |
| **年齡** | | | | |
| 49歲以下 | 6 | 10.9 | 5 | 7.8 |
| 50-59歲 | 15 | 27.3 | 20 | 31.3 |
| 60-69歲 | 23 | 41.8 | 16 | 25 |
| 70-79 | 5 | 9.1 | 15 | 23.4 |
| 80-89 | 4 | 7.3 | 7 | 10.9 |
| ≥90歲 | 2 | 3.6 | 1 | 1.6 |
| **共病性** | | | | |
| 心血管疾病 | 12 | 21.8 | 11 | 17.2 |
| 糖尿病 | 0 | 0 | 2 | 7.8 |
| 兩種以上 | 14 | 25.5 | 14 | 21.9 |
| 無共病情形 | 29 | 52.7 | 34 | 53.1 |
| **是否有癌症** | | | | |
| 是 | 18 | 32.7 | 41 | 64.1 |
| 否 | 37 | 67.3 | 23 | 35.9 |
| **科別** | | | | |
| 一般外科 | 5 | 9.1 | 4 | 6.25 |
| 泌尿外科 | 34 | 61.82 | 49 | 76.56 |
| 腎臟科 | 9 | 16.36 | 6 | 9.38 |
| 感染科 | 4 | 7.27 | 3 | 4.69 |
| 其他 | 3 | 5.45 | 2 | 3.13 |

本研究樣本數為 119 例， 3 日再急診為 55 人，14 日再住院為 64 人；3 日再急診男性 45 人佔 81.82%，女性為 10 人，佔 18.18%，14 日再住院中男性有 49 人佔 76.56%，女性有 15 人，佔 23.44%，其中有 21 位 3 日再急診病人亦是 14 日再住院之病人。

年齡以 49 歲以下、50-59 歲、60-69 歲、70-79 歲、80-89 歲及 90 歲以上等分成六個組距，3 日再急診及 14 日再住院在各組距中分別以 3 日再急診：49 歲以下有 6 人佔 10.9%、50-59 歲有 15 人佔 27.3%、60-69 歲有 23 人佔 41.8%、70-79 歲有 5 人佔 9.1%、80-89 歲有 4 人佔 7.3%、90 歲以上 2 人佔 3.6%；14 日再住院：49 歲以下有 5 人佔 7.8%、50-59 歲有 20 人佔 31.3%、60-69 歲有 16 人佔 25%、70-79 歲有 15 人佔 23.4%、80-89 歲有 7 人佔 10.9%、90 歲以上 1 人佔 1.6%。

共病性以心血管疾病及糖尿病兩種常見之慢性病作組距之分級，3 日再急診中有心血管疾病有 12 人佔 21.8%，只有糖尿病 0 人，兩種疾病皆有 14 人佔 25.5%，無共病情形 29 人佔 52.7%；14 日再住院中有心血管疾病者有 11 人佔 1702%，有糖尿病者 2 人佔 7.8%，兩者疾病皆有 14 人佔 21.9%，無共病情形者有 34 人佔 53.1%。

針對再住院病人是否罹患癌症做比較，3 日急診病人有 18 人罹患癌症佔 32.7%，另 37 人無癌症病史佔 67.3%；14 日再住院病人中有 41 人罹患癌症，佔 64.1%。

於本研究所在病房主要科別做比較，3 日再急診中一般外科有 5 人佔 9.1%，泌尿外科 34 人佔 61.82%，腎臟科 9 人佔 16.36%，感染科 4 人佔 7.27%，其他科別 3 人佔 5.45%；14 日再住院病人中，一般外科有 4 人佔 6.25%，泌尿外科 49 人佔 76.56%，腎臟科 6 人佔 9.38%，感染科 3 人佔 4.69%，其他科別 2 人佔 3.13%。

### 4.1.1 性別

表4-2 性別之卡方檢定

| | 值 | df | 漸近顯著性（兩端） | 精確顯著性（兩端） | 精確顯著性（一端） |
|---|---|---|---|---|---|
| Pearson 卡方檢定 | .492[a] | 1 | .483 | | |
| 持續更正[b] | .227 | 1 | .634 | | |
| 概似比 | .496 | 1 | .481 | | |
| 費雪 (Fisher) 精確檢定 | | | | .508 | .318 |
| 線性對線性關聯 | .488 | 1 | .485 | | |
| 有效觀察值數目 | 119 | | | | |

a. 0 單元 (0.0%) 預期計數小於 5。預期的計數下限為 11.55。
b. 只針對 2x2 表格進行計算

針對性別做 3 日再急診及 14 日再住院的分析，3 日再急診男性佔 45 人次(81.82%)，女性 10 人次(18.18%)；14 日再住院男性為 49 人次(76.56%)，女性 15 人次(23.44%)，以 Pearson 卡方檢定 p=0.492，遠大於 0.05，顯示兩組在性別上無顯著差異。

### 4.1.2 年齡

表4-3、年齡統計量

| | | | |
|---|---|---|---|
| 3日再急診 | N | 有效 | 55 |
| | | 遺漏 | 0 |
| | 平均數 | | 63.27 |
| | 標準差 | | 12.382 |
| 14日再住院 | N | 有效 | 64 |
| | | 遺漏 | 0 |
| | 平均數 | | 64.91 |
| | 標準差 | | 12.368 |

兩組年齡如表 4-3 顯示，3 日再急診之病人年齡平均數為 63.27 歲，標準差 12.382；14 日再住院病人年齡平均為 64.91 歲，標準差 12.368。

表4-4 年齡群組統計量

| | 群組 | N | 平均值 | 標準差 | 標準誤平均值 |
|---|---|---|---|---|---|
| 年齡 | 3日再急診 | 55 | 2.85 | 1.193 | .161 |
| | 14日再住院 | 64 | 3.03 | 1.208 | .151 |

表4-5 年齡獨立樣本檢定

| | | 變異數等式的 Levene 檢定 | | 平均值等式的 t 檢定 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | 差異的 95% 信賴區間 | |
| | | F | 顯著性 | t | 自由度 | 顯著性(雙尾) | 平均值差異 | 標準誤差異 | 下限 | 上限 |
| 年齡 | 採用相等變異數 | .599 | .441 | -.800 | 117 | .425 | -.177 | .221 | -.614 | .261 |
| | 不採用相等變異數 | | | -.801 | 114.73 | .425 | -.177 | .221 | -.614 | .260 |

在年齡變項分組裡，將病人年齡以 49 歲以下、50-59 歲、60-69 歲、70-79 歲、80-89 歲及 90 歲以上等六組來作為分組比較：3 日再急診之平均值 2.85，標準差為 1.193，14 日再住院之平均值為 3.03，標準差為 1.208；

在獨立樣本檢定 F 值為 0.599，顯著性為 0.441，則採用相等變異數分析，t 值為 0.800，自由度為 117，顯著性為 0.425，遠大於 0.05，顯示 3 日再急診及 14 日再住院兩組在年齡比較的差異上不顯著。

### 4.1.3 共病

表4-6 共病性之群組統計量

| 群組 | | N | 平均值 | 標準差 | 標準誤平均值 |
|---|---|---|---|---|---|
| 共病性 | 3日再急診 | 55 | 3.09 | 1.191 | .161 |
| | 14日再住院 | 64 | 3.11 | 1.143 | .143 |

表4-7 共病性之獨立樣本檢定

| | | 變異數等式的 Levene 檢定 | | 平均值等式的 t 檢定 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | 差異的 95% 信賴區間 | |
| | | F | 顯著性 | t | 自由度 | 顯著性（雙尾） | 平均值差異 | 標準誤差異 | 下限 | 上限 |
| 共病 | 採用相等變異數 | .010 | .919 | -.086 | 117 | .931 | -.018 | .214 | -.443 | .406 |
| | 不採用相等變異數 | | | -.086 | 112.757 | .932 | -.018 | .215 | -.444 | .407 |

在比較共病性上，其變項分為有心血管疾病、糖尿病、兩種共病以上、及無共病情形作為分析比較。3日再急診之平均值3.09，標準差為1.191，14日再住院之平均值為3.11，標準差為1.143；在獨立樣本檢定F值為0.010，顯著性為0.919，則採用相等變異數分析，t值為0.086，自由度為117，顯著性為0.931，遠大於0.05，顯示兩組在共病性的差異上不顯著。

### 4.1.4 住院天數

表4-8 住院天數之群組統計量

| | 群組 | N | 平均值 | 標準差 | 標準誤平均值 |
|---|---|---|---|---|---|
| 住院天數 | 3日再急診 | 55 | 5.96 | 7.471 | 1.007 |
| | 14日再住院 | 64 | 6.52 | 6.345 | .793 |

表4-9 住院天數獨立樣本檢定

| | | 變異數等式的 Levene 檢定 | | 平均值等式的 t 檢定 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | 差異的 95% 信賴區間 | |
| | | F | 顯著性 | t | 自由度 | 顯著性(雙尾) | 平均值差異 | 標準誤差異 | 下限 | 上限 |
| 住院天數 | 採用相等變異數 | .122 | .728 | -.436 | 117 | .664 | -.552 | 1.266 | -3.060 | 1.956 |
| | 不採用相等變異數 | | | -.431 | 106.586 | .668 | -.552 | 1.282 | -3.094 | 1.990 |

在住院天數上，3日再急診之平均值5.93(天)，標準差為7.471，14日再住院之平均值為6.52(天)，標準差為6.345；在獨立樣本檢定F值為0.122，顯著性為0.728，則採用相等變異數分析，t值為0.436，自由度為117，顯著性為0.664，遠大於0.05，顯示兩組在住院天數上的差異不顯著。

### 4.1.5 癌症與否

表4-10 是否為癌症之之群組統計量

| | 群組 | N | 平均值 | 標準差 | 標準誤平均值 |
|---|---|---|---|---|---|
| 癌症與否 | 3日再急診 | 55 | 1.33 | .474 | .064 |
| | 14日再住院 | 64 | 1.64 | .484 | .060 |

表4-11 是否為癌症之獨立樣本檢定

| | | 變異數等式的 Levene 檢定 | | 平均值等式的 t 檢定 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | F | 顯著性 | t | 自由度 | 顯著性(雙尾) | 平均值差異 | 標準誤差異 | 差異的 95% 信賴區間 下限 | 上限 |
| 癌症 | 採用相等變異數 | .537 | .465 | -3.558 | 117 | .001 | -.313 | .088 | -.488 | -.139 |
| | 不採用相等變異數 | | | -3.564 | 114.996 | .001 | -.313 | .088 | -.488 | -.139 |

在比較兩者間病人是否有癌症之情形上，3日再急診之平均值1.33，標準差為0.474，14日再住院之平均值為1.64，標準差為0.484；在獨立樣本檢定中F值為0.537，顯著性為0.465，則不採用相等變異數分析，t值為3.558，自由度為114.996，顯著性為0.001，小於0.05，顯示兩組病人在是否罹癌上的差異有顯著相關。

### 4.1.6 科別

表4-12 科別之群組統計量

| | 群組 | N | 平均值 | 標準差 | 標準誤平均值 |
|---|---|---|---|---|---|
| 科別 | 3日再急診 | 55 | 2.24 | .769 | .104 |
| | 14日再住院 | 64 | 2.22 | .766 | .096 |

表4-13 科別之獨立樣本檢定

| | | 變異數等式的 Levene 檢定 | | 平均值等式的 t 檢定 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | F | 顯著性 | t | 自由度 | 顯著性(雙尾) | 平均值差異 | 標準誤差異 | 差異的 95% 信賴區間 下限 | 上限 |
| 科別 | 採用相等變異數 | .285 | .595 | .125 | 117 | .901 | .018 | .141 | -.262 | .297 |
| | 不採用相等變異數 | | | .125 | 114.179 | .901 | .018 | .141 | -.262 | .297 |

在比較兩者間病人科別比較上，3日再急診之平均值2.24，標準差為0.769，14日再住院之平均值為2.22，標準差為0.766；在獨立樣本檢定中F值為0.285，顯著性為0.595，則採用相等變異數分析，t值為0.125，自由度為117，顯著性為0.901，遠大於0.05，顯示兩組病人在科別上的差異沒有顯著相關。

### 4.1.7 3 日再急診及 14 日再住院之原因分析

表4-14 3日再急診原因

| | 次數分配表 | 百分比% |
|---|---|---|
| 發燒 | 15 | 27.8 |
| 疼痛 | 14 | 25 |
| 呼吸窘迫 | 8 | 14.3 |
| 治療或手術後併發症 | 3 | 5.4 |
| 泌尿道症狀 | 13 | 23.2 |
| 其他 | 3 | 5.4 |
| 總計 | 56 | 100.0 |

在出院病人3日再急診之原因以發燒15例（27.8%）、疼痛14例（25%）、呼吸窘迫8例（14.3%）、手術併發症3例（5.4%）、泌尿道症狀13例（23.2%）、其他3例（5.4%）。

表4-15 14日再住院原因

| | 次數分配表 | 百分比% | 有效百分比 |
|---|---|---|---|
| 出現新問題 | 36 | 56.3 | 56.3 |
| 末期病人病情惡化 | 4 | 6.3 | 6.3 |
| 化療後併發症 | 8 | 12.5 | 12.5 |
| 治療或手術後併發症 | 11 | 17.2 | 17.2 |
| 原已控制疾病再復發 | 4 | 6.3 | 6.3 |
| 其他 | 1 | 1.6 | 1.6 |
| 總計 | 64 | 100.0 | 100.0 |

出院病人14日再住院之原因分別為：出現新問題有36例（56.3%）、末期病人病情惡化佔4例（6.3%）、化療後併發症佔8例（12.5%）、治療或手術後併發症佔11例（17.2%）、已控制之疾病再復發佔4例（6.3%）、其他1例（1.6%）。

### 4.1.8 3日再急診病人及14日再住院病人之原因分析

55位3日再急診病人中，其中有21位亦是14日再住院之病人，此21位佔3日再急診中的38.18%，佔14日再住院的32.81%。其再急診原因如下表4-16，在住院原因如下表4-17。

表4-16 21位病人3日再急診原因

| | 次數分配表 | 百分比% |
|---|---|---|
| 發燒 | 7 | 33.3 |
| 疼痛 | 1 | 4.8 |
| 呼吸窘迫 | 4 | 19 |
| 治療或手術後併發症 | 5 | 23.8 |
| 泌尿道症狀 | 3 | 14.3 |
| 其他 | 1 | 4.8 |
| 總計 | 21 | 100.0 |

表4-17 21位病人14日再住院原因

| | 次數分配表 | 百分比% |
|---|---|---|
| 出現新問題 | 3 | 14.3 |
| 末期病人病情惡化 | 3 | 14.3 |
| 化療後併發症 | 6 | 28.6 |
| 治療或手術後併發症 | 6 | 28.6 |
| 原已控制疾病再復發 | 2 | 9.5 |
| 其他 | 1 | 4.7 |
| 總計 | 21 | 100.0 |

此21位病人在出院病人3日再急診之原因以發燒7例（33.3%）、疼痛1例（4.8%）、呼吸窘迫4例（19%）、手術併發症5例（23.8%）、泌尿道症狀3例（14.3%）、其他1例（4.8%）。其出院病人14日再住院之原因分別為：出現新問題有3例（14.3%）、末期病人病情惡化佔3例（14.3%）、化療後併發症佔6例（28.6%）、治療或手術後併發症佔6例（28.6%）、已控制之疾病再復發佔2例（9.5%）、其他1例（4.7%）。

## 4.2 研究結果

### 4.2.1

本研究探討住院病人在出院後分為 3 日再急診及 14 日再住院兩個群組來做分析，針對兩組的病人在性別比較上以 Pearson 卡方檢定 p=0.492，結果顯示無顯著差異；在年齡分組（49 歲以下、50-59 歲、60-69 歲、70-79 歲、80-89 歲及 90 歲以上）比較上在獨立樣本檢定之顯著性為 0.425，結果顯示兩組在年齡上無顯著差異。

兩組在病人是否有共病性（心血管、糖尿病）比較中，獨立樣本檢定之顯著性為 0.931，結果顯示兩組在共病性上無顯著差異；比較兩群組在病人是否罹患癌症上，以獨立樣本 t 檢定，採用不相等變異數分析，顯著性為 0.001，結果顯示兩組在是否罹患癌症上有顯著相關。

兩組在住院天數比較上，採獨立樣本檢定採用相等變異數分析，顯著性為 0.664，顯示兩者在住院天數比較上無顯著相關；兩群組在科別比較上，以獨立樣本檢定之顯著性為 0.901，遠大於 0.05，表示兩組在科別比較上無顯著差異。

出院病人3日再急診之原因以發燒（27.8%）、疼痛（25%）、泌尿道症狀（血尿、尿滯留、漏尿等）（23.2%）、呼吸窘迫（輕度或重度）（14.3%）為較多數；而14日再住院之原因以”出現新問題”為最高（56.3%），再者是治療或手術後併發症（17.2%）、化療後併發症（12.5%）、已控制之疾病再復發（6.3%）、其他（1.6%）。

### 4.2.2

另外，55 位 3 日再急診病人中，其中有 21 位亦是 14 日再住院之病人，此 21 位佔 3 日再急診中的 38.18%，佔 14 日再住院的 32.81%；這 21 位病人中，女性佔 5 位（23.8%），男性佔 16 位（76.2%）；此 21 位病人中其平均年齡為 64.07 歲；其中有 14 位罹患癌症（66.7%）。在住院天數上平均為 5.47 天。

在出院病人 3 日再急診之原因以發燒（33.3%）、手術併發症（23.8%）、呼吸窘迫（19%）為較多數，再者為泌尿道症狀（14.3%）、疼痛及其他（各 4.8%）；而 14 日再住院之原因以化療後併發症（28.6%）、治療或手術後併發症（28.6%）、末期病人病情惡化（14.3%）、出現新問題（14.3%）為多

數，再者為已控制之疾病再復發（9.5%）及其他（4.7%）；此 21 位病人與其他 14 日再住院病人比較，可發現此 21 位病人因癌症及其併發症再急診或再住院的比例較高。

# 第五章 討論

非計劃性再入院非但造成醫療資源的浪費、增加醫療照護成本，也造成家屬及病患的舟車勞頓，不免也存在著醫療疏失及醫療糾紛的風險，而對於醫院而言，也增加醫療院所的工作量，甚是影響到醫護人員在醫療照護上的品質。在本次文獻探討中，發現多以出院病人中分為有再次入院及沒有再次入院病人兩群組做個變項之分析比較，與本研究中以出院後 3 日內在急診及 14 日內再入院分為兩個群組有所不同，以致得到之分析結果有所差異。

## 5.1 病人因素

住院病人出院後 3 日再急診及 14 日再住院中，在性別比較裡無顯著差異，與學者 Allaudeen,等人（2011）、學者黃金安等人（2004）及邱淑貞等人（2012）等研究結果相符合；兩群組在年齡比較上，分組採獨立樣本檢定後亦無顯著差異，這與學者趙東波（2012）及學者 Franchi 等（2013）提出的年齡愈大，再入院的比率越高有所差異，經分析其比較差異裡，可能是群組的分組有所不同而致，但兩位學者所提出的 65 歲以上的病人，其再入院的機率高於未滿 65 歲病人，與本研究 3 日再急診之病人年齡平均數為 63.27 歲， 14 日再住院病人年齡平均為 64.91 歲，其結果相似。而本研究亦發現，3 日再急診之病人年齡多落在 50-69 歲之間，而 14 日再住院病人多落於 50-79 歲之間。

## 5.2 疾病因素

共病情形在兩個群組間顯示無顯著差異，與多數文獻有相左情形，但本研究並無加入出院後未再入院的病人做研究分析討論，無法了解這些在住院之病人與非再住院病人於共病情形上有否差異，所以無法與多數文獻研究互相比較。廖玉貞等人（2017）研究非計劃性 14 日再住院病人裡也發現疾病診斷為惡性腫瘤者有較高比例。

依此次再入院原因進行分析討論，3 日再急診及 14 日再入院兩群組無法做有效的比較，可能因為急診只針對入院時之症狀做紀錄，無探討前次住院之診斷及原因，故只能針對 3 日再急診及 14 日再入院之原因分開做原

因分析及討論。3 日再急診原因以發燒（27.8%）、疼痛（25%）、泌尿道症狀(血尿、尿滯留、漏尿等) （23.2%）及呼吸道症狀（14.3%）為大多數，探討主要因素為本研究收案病房為泌尿外科及一般外科病人居多，故因手術後發燒及疼痛及泌尿道症狀病人返診病人為較高，此結果與李嫈琛等人（2013）研究中「疾病再復發」佔 36.5%、「不明原因發燒」佔 9.60%及「肺部感染」佔 7.92%、邱淑貞等（2012）的研究，以「疾病再復發」佔 23%，其次為「肺部感染」佔 13%，再者為「合併症」佔 12%及廖玉貞等人（2017）研究中再入急診及再住院病人以多因發燒、呼吸困難及傷口照護而到院求治之結果相似。學者黃金安等人（2004）亦提出在重返急診原因裡，無論是醫師認定或病人認定，最主要返診原因大多都是與疾病相關的，不同的是醫師認定的主要原因是新問題，而病人則認定係因病情惡化有關。

針對 14 日再入院之原因以出現新問題（56.3%），再者是治療或手術後併發症（17.2%）、化療後併發症（12.5%）佔大多數，與學者 Kassin et al.（2012）研究中手術併發症與感染情形，佔所有再入院者的近一半的研究有些微差異之處，而 Bajaj et al.（2015）研究肝硬化住院病人再入院，與相關併發症和合併症狀有高程度相關。探討本研究與其差異的原因，可能出現新問題之定義或認定有關，學者黃金安等人（2004）在病人非計劃性返院因素研究裡認為資訊系統雖然可提供完整且即時的監控與分析，但也可能與傳統病歷審查方式的結果有相當的差距，其歸因偏差可能原因包括資料不全、未具全貌或不同醫師之間認知的差異有關；如此一來在定義新問題上可能就會有所偏差，可能不同醫師針對同一個病人有不一樣的歸類，例如攝護腺腫瘤病人手術後，因出現血尿情形再住院，病人血尿情形亦是此次再住院出現的新問題，亦有可能係攝護腺手術後造成的原因，此便是判斷上可能有偏差的現象。另外學者邱淑貞等人（2012）研究則發現，其 81.3%再住院係由急診入住，與本研究結果有相似之處。

## 5.3 醫院因素

針對醫院因素中，在科別比較中，兩個群組無顯著差異，與學者李嫈琛等人（2013）在探討非計劃性 14 天再住院原因之研究中內科病人佔多數之結果大不相同，原因係因本研究是成人內外科綜合病房，且以外科病人居多，故在外科返院百分比上偏高，而 3 日再急診及 14 日再住院兩群組在

科別比較裡，無顯著差異。比較兩者再前次住院天數中，3 日再急診病人前次住院天數平均為 5.93 天，14 日再住院病人前次住院天數平均為 6.52 天，此研究結果與李嫈琛等人（2013）研究結果相似，而兩群組在科別變項分析裡無顯著差異。

本研究因單位科別的限制，以致無法全面探討各個科別的差異，但可看出外科病人多以手術後併發症及常見手術後症狀再入院，內科病人常見因疾病再復發或發燒呼吸喘等情形再入院，筆者認為可針對各個科別或疾病列出返家照護常見問題，以多元方式來呈現，供病人及家屬個別化之衛教內容，讓病人及家屬知道返家後的某些症狀是可以自己處理，或提供出院後相關的諮詢管道，例如 24 小時諮詢電話或是網路線上的衛教單張，而不必一有輕微症狀便焦急地往急診跑，減輕病人及家屬的緊張感及往返醫療院所的舟車勞頓。

而台灣進入高齡化社會，癌症也成為台灣十大死因之主要原因，針對本研究結果，隨著病人年紀越大，伴隨著身體機能退化及慢性病的出現、自我照顧能力降低，因疾病住院所產生的併發症的風險也隨之增高，病人及照顧者對於疾病的照護了解與否，也與醫囑遵從率息息相關，若病人或照顧者能夠於住院期間，習得返家後疾病自我照護技巧，便能降低再住院的機率，因此醫護人員專業的衛教、出院準備服務適時地的介入，甚是出院後病人如有問題，醫院能有相關的諮詢窗口可提供病人及家屬詢問，提供多元的諮詢管道，以增進病人及家屬資訊獲得之便捷，都能有效降低病人再入院之機率。

癌症病人伴隨著疾病的病情不確定性，深深影響著病人的再入院率，但癌症病人的病情進展，可能無法由政策或介入措施等來做有效改善，故若是再入院率在癌症病人這一塊無法有實質之改善，筆者認為應將癌症病人因病情惡化再住院的個案，屏除計算，或是額外將癌症病人出院後情形，做新的品質監測來深入探討其再入院因素，如此一來應可較客觀的呈現出病人出院後再入院的情形，以利決策單位制定相關政策來施行時，可以有較明顯的改善。

## 5.4 研究限制

綜合以上討論分析，本研究因收案期間短及收案樣本數不足，僅針對中部某醫學中心中的一個病房，在 105 年 9 月至 106 年 2 月期間之住院病人出院後非計劃性再入院病人資料作分析探討，由於病歷資料收集的限制，無法深入探討每個個案，亦未能全面看到全院整體的出院病人再返院的情形，所獲得之研究結果推論性有限，成為本研究的限制。

# 第六章 結論與建議

本研究針對出院病人 3 日再急診及 14 日再住院之原因分析結果，可了解高齡病人有較高的比例有再入院之情形，而癌症病人在研究中也有顯著性，表示癌症病人有較高再住院的比例。而台灣進入高齡化社會，癌症也成為台灣十大死因之主要原因，本研究結果也有相同之呈現。

現今醫療一方面隨著環境變遷，人口結構變化，個人意識形態及病識感的提升，另一方面醫療的進步與便利性提高，使得醫療資源的耗用日益增大，醫院人滿為患，床位一位難求，面對繁忙的醫療環境，醫療照護品質也可能有所折扣；如何解決此類問題，控制醫院醫療資源的分配及不當浪費，成為一大難題。其中，若能減少出院病人非計劃性再住院，不但能減少醫療資源之浪費，增加醫院病床之周轉率，也相對能提高醫療服務品質及病人滿意度。

未來的研究可望有機會允許擴大研究樣本來源，並加入出院後未再返院之病人做各方面分析，也針對病人本身疾病條件及再住院之相關因素做深入探討，可以更深入了解病人是否因為疾病未癒、病情再復發、醫護人員衛教確實與否、出院準備服務的介入與否，也可以政策角度來討論醫療資源及費用等方面來做探討，甚是醫院或健保政策的因素，進而導致病人再次入院，種種的原因探討都是可以用來改善我們的醫療政策，進而降低非計劃性再入院的機率，提升整體的醫療品質。

# 參考文獻


中央健康保險署（2018）．全民健康保險醫療品質資訊公開網．取自 https://www1.nhi.gov.tw/AmountInfoWeb/iDesc.aspx?rtype=2&Q5C2_ID=1078#oExplain

李嫈琛、張嘉蘋、李萱、吳玫容、王琪珍（2013）．某醫學中心出院後病人非計畫性14天內再住院之流行病學特徵調查．*醫院，46*（5），14–21。

吳秀悅、林淑媛、陳亞玲、張麗文、黃麗利、王珮雯、蘇佩真（2007）．非預期性近期再入院內科患者之出院需求及滿足程度調查-以高雄某醫療機構為例．*嘉基護理，7*(2)，1-9。

林靜怡（2004）．*以系統動力學探討醫療品質指標系統之適切性—以急診品質指標為例*（碩士論文）．大葉大學事業經營研究所。

林麗嬋（2010）．無縫式照顧服務的關鍵：亞急性照護．*長期照護雜誌，14*(1)，1-9。

邱淑貞、黃素霞、盧豐華、王琪珍（2012）．15 天內非計畫性再住院原因及其相關因素之探討，*醫療品質雜誌，6*（2），46-53。

邱群芳、林妙瓊、李逸、蔣秀容、顧艷秋（2016）．某高齡醫學中心長者病人 90 天內非計畫性再住院之相關因素．*護理雜誌，63*（5），95–107。doi:10.6224/JN.63.5.95

高佳霙、丁紀台、葉明珍、張彩秀（2008）．全面性照護計畫改善心臟衰竭患者自我照顧生活品質及再住院之成效探討．*實證護理，4*(3)，233-242。

財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會（2017）．台灣臨床成效指標系統—TCPI 指標清單之非計劃性再入院．取自http://tcpi.jct.org.tw /tcpi/User_Login.aspx [Joint Commission of Taiwan. (2017).

張石柱、蕭幸金、陳美惠、王詩鳳（2008）．醫療品質與生產力變動之評估— 以台灣醫療品質指標計畫（TQIP）為例．*當代會計，9*（1），1-32。

黃金安、 賴其勛、 翁瑞宏、胡為雄、楊大羽(2004) ．病患非計畫性重返急診之因素分析—以病人觀點探討．*台灣急診醫學會誌，6*(2)，306-314。

趙東波（2012）．*老年人肺炎非計劃性再入院相關因素與品質之探討*（碩士論文）．高雄：國立中山大學醫務管理研究所。

廖玉貞、劉錦鳳、 張家慧、 王秀如、洪佩甄、歐香縫（2017）．24小時電話護理諮詢之成效初探．*榮總護理 34*(3)，280-288。

鄭幸蓉、蔡瑩枝、陳慧珍（2005）．某區域醫院內科病患出院15天內非計畫性再住院之因素分析．*醫保研究雜誌，1*（1），31–40。

蔡宗學、莊坤洋、戴玉慈、曾淑芬、吳淑瓊（2004）。中風病人具身體功能障礙者出院準備服務之執行評估：病人的角度。*台灣衛誌，23* （3），235-248。

劉彥芳(2011)．*探討急診病人非計畫性返診之重要影響因素*（碩士論文）．台中市：中國醫藥大學醫務管理學系。

賴妃珍(2009)．*非計畫性急診72小時內重返預測模式-以某醫學中心為例*（碩士論文）．台中市：東海大學工業工程與經營資訊學系。

謝生蘭、李金德、江秀珠、劉芹芳（2013）．經出院準備服務病患於14天非計畫性再住

院之相關因素．*醫院，46*（2），34-44。

Allaudeen, N., Vidyarthi, A., Maselli, J., Auerbach, A. (2011). Redefining readmission risk factors for general medicine patients. *J Hosp Med, 6* (2), 54-60.

Bajaj, J. S., Reddy, K. R., Tandon, P., Wong, F., Kamath, P. S., Garcia-Tsao, G., Maliakkal, B., Biggins, S. W., Thuluvath, P. J., Fallon, M. B., Subramanian, R. M., Vargas, H., Thacker, L. R., O'Leary, J. G. (2016). The three-month readmission rate remains unacceptably high in a large North American cohort of cirrhotic patients. *Hepatology, 64*(1), 200–208.

Boutwell, A., Hwu, S. (2009). Effective Interventions to Reduce Rehospitalizations: A Survey of the Published Evidence. *Institute for Healthcare Improvement*. 1-18.

Chen, Y. J., & Narsavage, G. L. (2006). Factors related to chronic obstructive pulmonary disease readmission in Taiwan. *Western Journal of Nursing Research. 28*(1),105-124.

Fischer C., Lingsma, H. F., Marang-van de Mheen, P. J., Kringos, D. S., Klazinga, N. S., Steyerberg, E. W. (2014). Is the Readmission Rate a Valid Quality Indicator? A Review of the Evidence. *PLOS ONE, 9*(11) : e112282.

Franchi, C., Nobili, A., Mari, D., Tettamanti, M., Djade, C. D., Pasina, L., ... Mannucci, P. M. (2013). Risk factors for hospital readmission of elderly patients. *European Journal of Internal Medicine, 24*(1), 45–51. doi:10.1016/ j.ejim.2012.10.005

Kassin, M. T., Owen, R. M., Perez, S. D., Ira Leeds, I., Cox, J. C., Schnier, K., Sadiraj, V., John F., Sweeney, J. F. (2012), Risk factors for 30-day hospital readmission among general surgery patients. *J Am Coll Surg*. *215*, 322–330.

Leventhal, M., Riegel, B., Carlson, B., & Geest, S. D. (2005). Negotiating compliance in heart failure: Remaining issues and questions. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 4*(4), 298-370.