

科技部補助  
大專學生研究計畫研究成果報告

計畫名稱	： 思覺失調症候群患者對日間照護利用與預防醫療利用分析
------	-----------------------------

執行計畫學生：余珮慈

學生計畫編號：MOST 107-2813-C-040-096-B

研究期間：107年07月01日至108年02月28日止，計8個月

指導教授：謝明鴻

處理方式：本計畫涉及專利或其他智慧財產權，2年後可公開查詢

執行單位：中山醫學大學醫學系精神學科

中華民國 108年03月31日

## 壹、摘要

**動機與目的：**思覺失調症好發於青壯年時期，因其病程長且容易慢性化，使患者在自理能力下降的情況下很難照顧自己，以至除了藥物治療，還需要其他照護資源予以協助。而日間照護對於患有精神疾病者可以帶來有益的影響，改善其身心狀況，也有助於降低醫療成本。由於目前台灣的醫療機構大型樣本的研究較少，因此引發筆者的研究動機，本研究之目的為探討思覺失調症候群患者是否接受日間照護對於其疾病治療醫療資源耗用差異分析。

**研究方法：**本研究以衛生福利部衛生福利資料科學中心收錄的全民健康保險資料庫兩百萬人抽樣檔進行分析，研究對象為 2000-2013 年新發思覺失調症患者，研究其發病後一年是否利用日間照護，以是否利用日間照護為基準劃分實驗與對照組，並加以探討發病第二、三年醫療利用及費用，統計方法包含描述性統計、比較平均數分析與迴歸分析。

**研究結果：**有接受照護者其年齡相對年輕，共病也相對較少。共病程度高者，有顯著較低的精神科特別照護利用情形。由分析結果中可得知，年齡越高，使用精神科特別照護的可能性也越低。在門診次數統計中發現，有接受照護者，在門診次數上有較高的情形。然而，從門診點數的分析中，卻發現無住院的照護(如僅居家照護)者門診點數有較高的情形。

**關鍵詞：**思覺失調症、日間照護治療、全民健康保險研究資料庫

## 貳、研究動機與研究問題

### 第一節 研究動機

在台灣，根據衛生福利部統計處提供的 105 年度全民健康保險醫療統計年報之西醫門診（不含急診）就診統計，思覺失調症總患者人數為 1,416,249 人（男性有 730,850 人，女性有 685,399 人），約佔全國人口的 6.02%，而其門診費用根據統計，達 3,080,023 元，不管是就診人數或是門診費用，跟往年相比都有逐年上升的趨勢。思覺失調症通常好發於青壯年時期，因其病程長且容易慢性化，使患者在自理能力下降的情況下很難照顧好自己，以至於除了藥物治療，還需要其他照護資源予以協助。目前已有研究顯示，日間照顧對於患有精神疾病的患者可以帶來有益的影響，改善其身心狀況，也有助於降低醫療成本（熊曉芳等，2001）。然而由於目前台灣的醫療機構大型樣本的研究較少，因此引發筆者的研究動機，本研究是以衛生福利資料科學中心兩百萬人歸人檔進行相關分析與研究，衛生主管機關政策與支付制度擬定之參考。

### 第二節 研究問題

本研究的目的是針對思覺失調症的患者，比較其是否接受日間照護後，是否對於其身心狀態有所改善，進而改變其對於思覺失調症相關預防醫療資源利用的情形。具體而言，本研究的研究目的如下：

- 一、 探討思覺失調症候群患者是否接受日間照護對於其疾病治療醫療資源耗用差異分析。

## 參、文獻回顧與探討

### 第一節 思覺失調症簡介

2014年5月21日，我國衛生福利部正式發文全國醫療機構，將舊病名「精神分裂症」改譯為「思覺失調症」。思覺失調症是一種嚴重的精神疾病，其精神病理症狀以思考推理障礙為主（胡海國，2002）。其病徵有不注重個人儀容、社交退縮、胡言亂語、妄信、幻聽幻覺、注意力不集中、反應遲緩等等，也可能會出現異常行為，例如：不停重複同樣的動作、哭笑無常、自言自語。

依國際疾病分類標準（ICD-10）來分類，可分為下列六型：

- 一、妄想型（Paranoid schizophrenia）：主要臨床症狀為妄想，常伴有幻聽即其他知覺障礙。
- 二、青春型（Hebephrenic schizophrenia）：其情感變化顯著，妄想與幻覺變化不定且片片斷斷，其負向症狀異常明顯，特別是情感平淡，及意志力喪失。
- 三、緊張型（Catatonic schizophrenia）：最主要的臨床表徵為顯著的 정신運動障礙，常在過動與靜呆的兩極之間變換，也會有發作性的暴力性激動。
- 四、未分化型（Undifferentiated schizophrenia）：符合思覺失調症診斷要件的精神病況，但無法將其歸類於任何亞型，或是同時具有兩個以上的亞型特徵且又無法分辨哪個為主者。
- 五、殘留型（Residual schizophrenia）：以長期性且不一定是不可回復性負向症狀為主要之臨床表徵，例如：精神運動性遲緩、平淡遲鈍，言談內容貧乏，缺乏非語言性溝通表達。
- 六、單純型（Simple schizophrenia）：一種潛隱性的精神病患，無法應付社會要求，且一切能力展現均變差。典型殘留型的負向表徵出現前並無任何明顯的精神疾病症狀。

一般認為其致病原因與大腦內部神經傳導物質多巴胺調節異常有關，也發現病患腦部有退化現象，因患病部位是腦部，以至於病患常常因病識感低而做出不願就醫的判斷，最後延誤診斷使病情惡化。

### 第二節 日間照護相關簡介

成人日間照護是一種以社區式為主的照護，失能者白天必須前向日間照護中心，透過上生活自理及人際互動等等的課程，加上搭配一些社會參與的活動，促進失能者生理及心理方面健康品質提升。而精神科的日間照護中心，主要服務對象為還無法適應社會的患者，會提供服藥訓練、社交技巧訓練等等，讓患者逐漸恢復社會功能，維持自我照顧的能力，甚至是工作的能力。日照服務的功能就使用者而言，有下列四項：（1）維持或改善個案的身心功能，（2）增進案主社會化、減除社會孤立感，（3）增加案主的滿足感，（4）預防或延緩案主進駐機構（呂、李、趙，2014）。

呂寶靜（1997）對台灣地區日間照護服務方案功能之研究結果顯示，不論日間照護的使用者或是其家屬，均認為日間照護服務可以提供照顧者喘息的機會，降低其照顧期間產生的壓力，而使用日間照護服務可增進使用者社會化、恢復身體功能，以增加其精神上的滿足感。吳雪玉（2004）

以接受日間照護與否將參加者分為實驗組及對照組，結果顯示實驗組接受社區型日間照護計畫介入措施六個月後，其憂鬱症狀及健康相關的生活品質明顯改善。綜合以上，日間照護的效益可分為以下三項：對健康生活品質有正面效果、對身體功能及認知功能有正面影響、對心理層面有正面影響。

精神病患者在治療期間的恢復過程中，除了仍會有一些生理上的症狀如：四肢僵硬、顫抖等等，還經常會出現社會適應困難、社交功能退化及無法自理生活等問題，所以除了以抗精神病藥物改善其生理症狀外，還需要精神科日間照護病房的輔助，上段的研究結果已顯示，日間照護服務對使用者的諸多益處皆是指向能讓使用者身心方面更健全，認知功能有所改善。提供病人學習社會適應技巧及獨立處理日常生活的能力，透過參與這些活動可以達到讓病患精神狀況穩定的效果，之外，更有研究顯示參加日間照護服務的病患，其症狀穩定度、自尊程度與社會參與均較住院之病患高，且其所花費之醫療成本相對較低 (Larivière, Desrosiers, Tousig-Larivière, Desrosiers, Tousignant, & Boyer, 2011)。有鑑於日間照護的諸多益處，謝欣倪等 (2013) 的研究便將重點擺在如何提升精神科日間照護病房病人的到院率，以助病人早日獨立自主，回歸正常社會生活。

### 第三節 思覺失調症與日間照護研究

以下將蒐集到的相關文獻從兩個面向，分別為對健康生活品質有正面效果、對社會適應能力有正面影響，進行歸納探討。

**對健康生活品質有正面效果：**對於思覺失調症患者而言，生活品質是確認治療效果的重要指標之一 (Eack, & Newhill, 2007)。黃佑詢等 (2015) 的研究以結構式問卷進行訪談，訪談對象為北部某精神專科教學醫院之日間留院、職能工作坊、門診之思覺失調症病患，其研究結果顯示，提升思覺失調患者之社區生活功能，可以增進病人回歸社會及生活適應之能力，進而達到改善其生活品質的目的。陸瑞玲等 (2008) 的研究也指出，藉由日間照護中心提供的多項生活、社交等等課程，可滿足慢性精神病之病人的需求，以至其自覺健康狀況與原本狀態相比之下有顯著差異，生活品質也因其需求改善而有所提升。此外，高家常等 (2014) 的研究，為探討日間留院與居家照護思覺失調症個案生活品質之比較，其結果也顯示，日間留院之思覺失調症個案，其生活品質比居家照護個案佳。

**對社會適應能力有正面影響：**思覺失調症患者是否能投入職場，重返社會，也是各界的關注重點。黃怡芬等 (2006) 的護理經驗中提出，想藉由行為修正技巧，修正罹患思覺失調症十年之日間留院個案之負性症狀，結果顯示此種介入措施有明顯成效，並改善個案之衛生習慣並使其參與活動程度提升。此外，也有研究結果顯示，日間照護之音樂治療，對於改善思覺失調症患者的人際互動有明顯成效，實質改善了思覺失調患者社交障礙的情況 (孟、劉、馬、周, 2009)。而根據黃惠敏 (2010) 的護理經驗研究，工作復健對病患自我價值的提升有一定的助益，日間照護中心的復健環境，可改善個案之社交能力，並培養其工作能力，降低疾病復發機會。

#### 第四節 文獻總結

綜合以上各段敘述，日間照護中心對於改善思覺失調症患者之身心狀況皆有顯著成效，且根據陳巧珊（2014）的研究分析，在思覺失調症患者出院後，其中未使用社區復健治療之患者再入院風險，是使用社區復健中心者的1.88倍。由此可知社區式日間照護中心對於思覺失調症改善其症狀成效之影響。

思覺失調症有病程長且容易慢性化等特性，其醫療費用長期累積下來也是筆不小的數目，若能改善病情在好轉與惡化之間反覆的情況，降低其看診與就醫次數，便能降低這部分的醫療成本與醫療資源的使用情形，因此本研究想要探討，思覺失調症患者在是否接受日間照護的狀況下，對於治療思覺失調症的醫療資源耗用差異，但過去研究只單顯示其生活品質與社會適應能力之探討，鮮少針對醫療資源耗用進行分析，因此本研究將利用國家級衛生資料探討思覺失調症患者其在是否接受日間照護的狀況下，對於治療思覺失調症的醫療資源耗用差異。

### 肆、研究方法

#### 第一節 研究設計

本研究主要探討思覺失調患者是否接受日間照對醫療資源耗用之影響，下圖為本研究之研究設計概念圖。

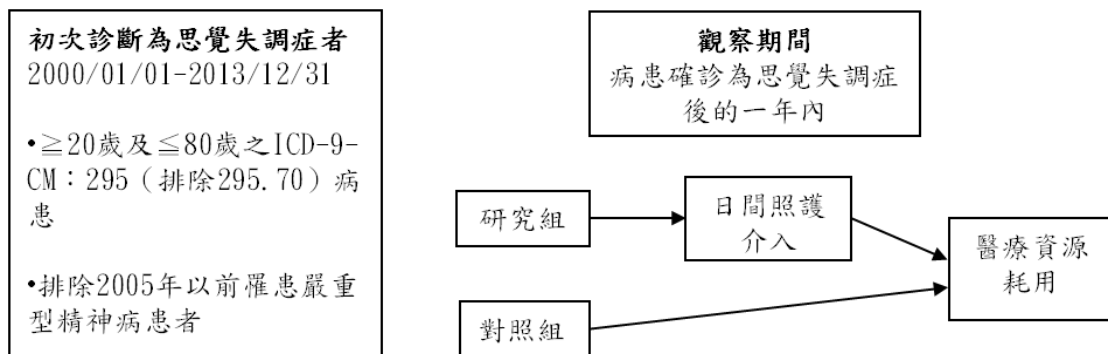


圖 1 研究設計圖

#### 第二節 研究架構



圖 2 研究架構圖一

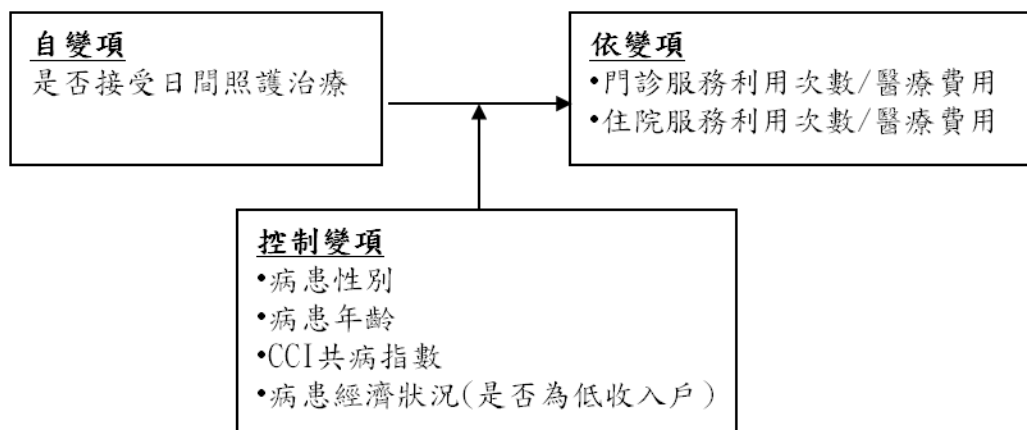


圖 2 研究架構圖二

### 第三節 研究對象

本研究以衛生福利部衛生福利資料科學中心收錄的，全民健康保險資料庫兩百萬人抽樣檔進行分析，在篩選個案時，採用 2010 為世代基礎抽樣的兩百萬人抽樣歸人檔之就醫紀錄病人，包括門、急診及住院就醫資料為對象，並分成研究組（有接受日間照護）與對照組（無接受日間照護）。

本研究之對象為 2000-2013 年新發病之思覺失調症患者，利用全民健康保險資料庫兩百萬人抽樣檔篩選出介於 20 歲至 80 歲之間，且於此段期間內曾有思覺失調症主診斷的患者 (ICD-9-CM 前三碼為 295)。並排除 2005 年之前有思覺失調症診斷的患者，以及有 ICD-9-CM 295.70 診斷者，照護利用在診斷三個月內者，診斷後一年內便死亡者。再追蹤研究對象於診斷後一年內是否有接受精神科照護的介入，若有則歸於實驗組，若無則歸於對照組，並且觀察其發病兩年間之門診與住院次數與醫療費用，比較其兩組差異。

本研究精神科照護介入包含：精神科特別護理-急性(健保碼: 45040)、精神科日間照護(全日)(健保碼: 04004)、精神科日間照護(半日)(健保碼: 04007)及精神科居家照護(健保碼: 05406)。研究對象篩選流程如圖。

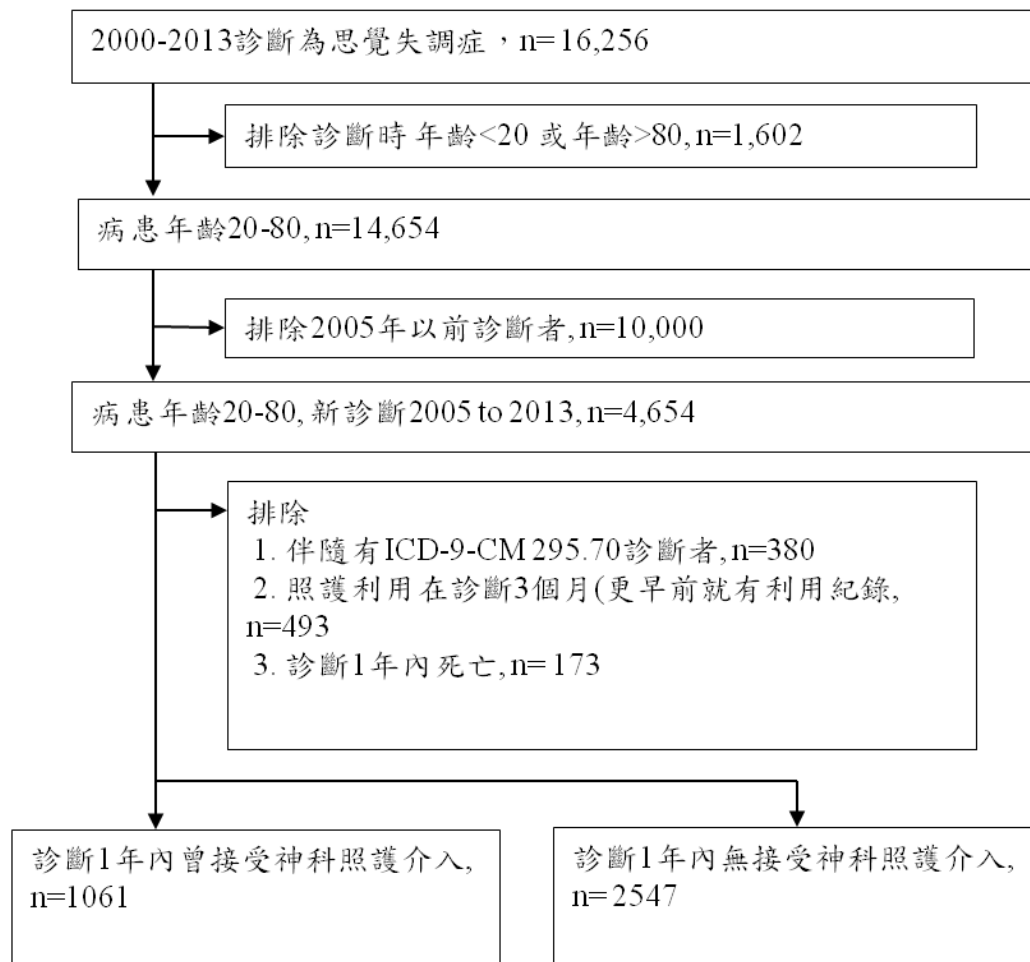


圖 3 研究對象篩選流程圖

#### 第四節 研究資料來源

本研究採用衛生福利部衛生福利資料科學中心提供之兩百萬人歸人檔，其檔案包含個人屬性檔、全民健保處方及治療明細檔\_門急診、全民健保處方及治療明細檔\_住院、全民健保處方及治療明細檔\_藥局、全民健保處方及治療醫令明細檔\_門急診、全民健保處方及治療醫令明細檔\_住院、全民健保處方及治療醫令明細檔\_藥局、全民健保承保檔、死因統計檔，本研究會利用其門診與住院檔案進行研究對象篩選，並追蹤其對象是否於兩年內使用日間照護服務，以及其醫療耗用計算。

## 第五節變項之操作性定義

### 研究架構一之各變項操作性定義

變項名稱	屬性	操作定義
<b>依變項</b>		
是否接受日間照護治療	類別	利用精神科特別護理（申報代碼為 45040、04004、04007、05406）進行判讀，1=有接受日間照護治療；0=無接受日間照護治療。
<b>自變項</b>		
性別	類別	思覺失調症患者性別，1=男性；0=女性。
年齡	連續	思覺失調症患者 2010 年首次確診年齡。將病患年齡分為六類，1=20~30 歲；2=30~40 歲；3=40~50 歲；4=50~60 歲；5=60~70 歲；6=70~80 歲。
CCI 共病指數	類別	依據查爾森共病指數標準進行計算，並劃分為三級距，1=CCI 等於 0；2=CCI 等於 1；3=CCI 大於等於 2。
病患經濟狀況（是否為低收入戶）	類別	利用投保類別劃分是否為低收入戶，1=是低收入戶；0=非低收入戶。

### 研究架構二之各變項操作定義

變項名稱	屬性	操作定義
<b>依變項</b>		
急診服務利用次數/醫療費用	連續	利用全民健保處方及治療明細檔 _門急診之案件分類(案件分類=02)思覺失調症患者急診個案，並計算次數與費用。
門診服務利用次數/醫療費用	連續	利用全民健保處方及治療明細檔 _門急診之案件分類(案件分類=01)思覺失調症患者門診個案，並計算次數與費用。
住院服務利用次數/醫療費用	連續	利用全民健保處方及治療明細檔—住院之案件分類(案件分類=B1)思覺失調症患者住院個案，並計算次數與費用。
<b>自變項</b>		
是否接受日間照護治療	類別	利用精神科特別護理（申報代碼為 45040、04004、04007、05406）進行判讀，1=有接受日間照護治療；0=無接受日間照護治療。
<b>控制變項</b>		
性別	類別	思覺失調症患者性別，1=男性；0=女性。
年齡	連續	思覺失調症患者 2010 年首次確診年齡。將病患年齡分為六類，1=20~30 歲；2=30~40 歲；3=40~50 歲；4=50~60 歲；5=60~70 歲；6=70~80 歲。
CCI 共病指數	類別	依據查爾森共病指數標準進行計算，並劃分為三級距，1=CCI 等於 0；2=CCI 等於 1；3=CCI 大於等於 2。
病患經濟狀況（是否為低收入戶）	類別	利用投保類別劃分是否為低收入戶，1=是低收入戶；0=非低收入戶。



## 第六節 研究假說

依據文獻探討與回顧及本研究之研究架構，研究假說如下：

- 一、思覺失調症患者會因性別、年齡、共病與經濟狀況不同影響日間照護治療利用。
- 二、有接受日間照護治療之思覺失調症患者其發病後門診利用與費用較低。
- 三、有接受日間照護治療之思覺失調症患者其發病後住院利用與費用較低。

## 第七節 統計分析方法

### 1. 描述性統計

描述性統計部份分為兩大區塊，一為次數分配統計，二為平均數、樣本標準差分析，次數分配統計主要用於研究對象於性別、年齡與經濟狀況分布探討，平均數與標準差方面，則為針對研究對象於不同控制變項中其門診、住院醫療服務利用與醫療費用上集中趨勢與變異分析。

### 2. 卡方檢定

本研究針對其研究對象分為兩大族群，一為有使用日間照護，另一則為無使用日間照護，將利用卡方檢定針對不同性別、年齡、CCI 共病指數與經濟狀況對於日間照護利用相關性與差異探討。

### 3. 比較平均數分析

本研究之對象分為兩組，主要以是否使用日間照護做區分，為探討其兩組於醫療資源耗用差異性，本研究會針對其平均數部份進行 T-test 分析。

### 4. 邏輯斯迴歸分析與廣義線性迴歸分析

本研究有兩主要應變項標的，一為是否使用日間照護服務，另一則為醫療資源耗用，針對是否使用日間照護服務方面，將採用邏輯斯迴歸分析，探討於性別、年齡、CCI 共病指數與經濟狀況差異是否會影響服務之利用，另一部分為醫療資源耗用，醫療資源耗用可分為兩指標，分別為醫療利用次數與醫療點數，因這兩項皆非屬常態分布，因此將以取自然對數方法與線性迴歸分析方法探究之。

## 伍、研究結果

此部分將針對研究對象之基本資料進行敘述性分析。以下將分析思覺失調症候群患者中，其診斷一年內有接受精神科特別照護，與無接受照護之患者，性別、年齡與共病情形(表 1)。

本研究共調查 3608 人，沒有接受精神科特別照護的有 2547 人，有接受精神科特別照護的有 1061 人。研究中可發現，沒有接受精神科特別照護的族群，20-29 歲佔 24.11%，30-39 歲佔 25.05%，相對的，70-80 歲僅佔 5.97%。有接受精神科特別照護的族群，20-29 歲佔 24.88%，30-39 歲佔 28.28%，至於 70-80 歲則僅佔 3.39%，由此可知，青壯年罹患思覺失調症的比例相較中老年為高。

從性別變項來看，有接受精神科特別照護的族群，女性佔 52.85%，男性佔 47.15%。無接受精神科特別照護的族群，女性佔 53.91%，男性佔 46.09%，可知女性罹患思覺失調症的比例略高於男性。而低收入戶在兩族群中所佔比例分別為 3.73% 及 3.02%，僅佔了極少的部分。

兩族群的共病分析中顯示，有接受精神科特別照護與無接受精神科特別

照護族群 CCI 值為 0 的比例分別為 68.32% 及 76.25%，顯示有接受精神科特別照護的患者有七成是不具共病的，因此可推斷該族群相比之下較為健康。

整體來說，相較於沒有利用精神科特別照護的族群，有使用特別照護的族群年齡相對年輕，共病也相對較少。

表 1 思覺失調症候群患者診斷 1 年內是否接受精神科特別照護的基本特徵

	診斷 1 年內精神科特別照護		p value
	無 (n=2547)	有 (n=1061)	
年齡			0.0022
20-29	614(24.11%)	264(24.88%)	
30-39	638(25.05%)	300(28.28%)	
40-49	516(20.26%)	232(21.87%)	
50-59	401(15.74%)	159(14.99%)	
60-69	226(8.87%)	70(6.60%)	
70-80	152(5.97%)	36(3.39%)	
性別			0.5592
女	1346(52.85%)	572(53.91%)	
男	1201(47.15%)	489(46.09%)	
低收入戶	95(3.73%)	32(3.02%)	0.2891
前 1 年 CCI			<.0001
0	1740(68.32%)	809(76.25%)	
1-2	606(23.79%)	215(20.26%)	
3-4	139(5.46%)	25(2.36%)	
≥5	62(2.43%)	12(1.13%)	

針對是否使用精神科特別照護方面，這裡採用邏輯斯迴歸分析，探討性別、年齡、CCI 共病指數與經濟狀況差異等變項，與精神科特別照護利用之間的關聯性，分析結果如表 2。

調整其他共變項的勝算對比值顯示，共病程度高的病人，有顯著較低的精神科特別照護利用情形，以 CCI=0 分的勝算為基準，CCI 3 分以上的病人減少 50 至 60 % 的可能性會使用精神科特別照護。另外，由分析結果可得知，年齡越高，使用精神科特別照護的可能性也越低。特別是大於 60 歲的族群。

表 2 以 Logistic Regression 分析使用精神科特別照護的相對勝算比(odds ratio)

	Crude OR	p	Adjusted OR	p
年齡				
20-29	Reference		Reference	
30-39	1.094(0.896-1.335)	0.3783	1.113(0.912-1.359)	0.2916

40-49	1.046(0.846-1.292)	0.6791	1.099(0.887-1.360)	0.3882
50-59	0.922(0.730-1.165)	0.4966	1.019(0.802-1.294)	0.8797
60-69	0.720(0.531-0.977)	0.0347	0.855(0.624-1.171)	0.3287
70-80	0.551(0.373-0.814)	0.0028	0.709(0.472-1.065)	0.0975
性別				
女	1.044(0.904-1.205)	0.5594	1.054(0.911-1.22)	0.4769
男	Reference		Reference	
低收入戶	0.803(0.534-1.206)	0.2900	0.866(0.574-1.307)	0.4937
前 1 年 CCIIs				
0	Reference		Reference	
1-2	0.763(0.64-0.91)	0.0027	0.802(0.668-0.962)	0.0177
3-4	0.387(0.251-0.597)	<.0001	0.427(0.274-0.666)	0.0002
>=5	0.416(0.223-0.777)	0.0059	0.480(0.254-0.906)	0.0236

在診斷為思覺失調症的後一年內，病患會接受不同的精神科特別照護，而不同照護類型其組合特性也不同，以下將照護類型分成無、急性(45040)、急性+日間照護(04004, 04007)、僅日間照護、急性+居家照護(05406)、居家照護等六項，特徵分析結果如表3。

表 3 診斷後 1 年內不同照護類型的特徵分析

	診斷 1 年內精神科特別照護					
	無	僅急性 (45040)	急性+日間 照護 (04004, 04007)	僅日間照護	急性+居家 照護(05406)	僅居家照護
年齡						
20-29	611(24.07%)	223(23.90%)	23(41.07%)	11(61.11%)	6(17.14%)	4(14.29%)
30-39	635(25.02%)	257(27.55%)	17(30.36%)	5(27.78%)	13(37.14%)	11(39.29%)
40-49	516(20.33%)	216(23.15%)	9(16.07%)	0(0%)	5(14.29%)	2(7.14%)
50-59	399(15.72%)	145(15.54%)	5(8.93%)	2(11.11%)	4(11.43%)	5(17.86%)
60-69	225(8.87%)	61(6.54%)	1(1.79%)	0(0%)	5(14.29%)	4(14.29%)
70-80	152(5.99%)	31(3.32%)	1(1.79%)	0(0%)	2(5.71%)	2(7.14%)
性別						
女	1341(52.84%)	506(54.23%)	27(48.21%)	12(66.67%)	17(48.57%)	15(53.57%)
男	1197(47.16%)	427(45.77%)	29(51.79%)	6(33.33%)	18(51.43%)	13(46.43%)
低收入戶	95(3.74%)	29(3.11%)	1(1.79%)	0(0%)	0(0%)	2(7.14%)
前 1 年 CCIIs						
0	1733(68.28%)	707(75.78%)	41(73.21%)	15(83.33%)	32(91.43%)	21(75%)

1-2	606(23.88%)	193(20.69%)	14(25%)	3(16.67%)	1(2.86%)	4(14.29%)
3-4	138(5.44%)	25(2.68%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	1(3.57%)
>=5	61(2.4%)	8(0.86%)	1(1.79%)	0(0%)	2(5.71%)	2(7.14%)

在診斷為思覺失調症的後一年內，病患會接受不同的精神科特別照護，以下將照護類型分成無、急性(45040)、急性+日間照護(04004, 04007)、僅日間照護、急性+居家照護(05406)、居家照護等六項，其使用特別照護的分佈情形如表 4。

表 4 診斷後 1 年內不同照護類型的特別照護使用分佈

	診斷 1 年內精神科特別照護				
	無	僅急性 (45040)	急性+日間照 護(04004, 04007)	僅日間照護	無住院的照護
<b>急性照護 (45040)</b>					
0 次	2547(100%)	0(0%)	0(0%)	18(100%)	19(100%)
1-30 次	0(0%)	640(66.12%)	26(46.43%)	0(0%)	0(0%)
30-90 次	0(0%)	285(29.44%)	26(46.43%)	0(0%)	0(0%)
>90 次	0(0%)	43(4.44%)	4(7.14%)	0(0%)	0(0%)
<b>全日照(04004)</b>					
0 次	2547(100%)	968(100%)	1(1.79%)	0(0%)	19(100%)
1-30 次	0(0%)	0(0%)	17(30.36%)	7(38.89%)	0(0%)
30-90 次	0(0%)	0(0%)	22(39.29%)	4(22.22%)	0(0%)
>90 次	0(0%)	0(0%)	16(28.57%)	7(38.89%)	0(0%)
<b>半日照(04007)</b>					
0 次	2547(100%)	968(100%)	34(60.71%)	11(61.11%)	19(100%)
1-30 次	0(0%)	0(0%)	19(33.93%)	6(33.33%)	0(0%)
30-90 次	0(0%)	0(0%)	3(5.36%)	1(5.56%)	0(0%)
>90 次	0(0%)	0(0%)	16(28.57%)	7(38.89%)	0(0%)
<b>居家照護 (05406)</b>					
0 次	2538(99.65%)	933(96.38%)	53(94.64%)	18(100%)	0(0%)
1-2 次	8(0.31%)	8(0.83%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
3-4 次	1(0.04%)	8(0.83%)	2(3.57%)	0(0%)	3(15.79%)
>4 次	0(0%)	19(1.96%)	1(1.79%)	0(0%)	16(84.21%)

接著來比較其門診利用情形，這裡採用中位數四分位距法進行分析，中位數可看出聚中趨勢，而四分位距常被用來建構箱型圖，也常用於機率分布

的簡要概述，分析結果如表5。從門診次數中位數來看，診斷前，沒有接受精神科特別照護的患者，看診次數為15次，高於有接受照護患者的看診次數（分別為10、8、13、12次）。診斷一年內，接受無住院照護患者的門診次數為26次，於所有項目中最高，也高於無接受任何照護的患者的看診次數23次。在診斷後的+1~+2年間，僅接受日間照護的患者看診次數最高，達19次，而最低的門診次數為15次，分別是僅接受急性照護與無住院照護這兩個項目。

從門診點數中位數來看，診斷前，僅日間照護的點數最高，僅接受急性照護的點數最低。但在診斷一年內，門診點數最高的項目變成無住院的照護，而無接受任何照護的門診點數最低。在診斷後的+1~+2年間，無住院的照護依然是門診點數最高的項目，而最低的門診點數項目變成僅日間照護。

從上述歸納出兩點結論，在門診次數統計中可以發現，有接受精神科照護的患者，在門診次數上，相比無接受精神科照護的患者，有較高的情形。然而，從門診點數的分析中，卻發現無住院的照護(如僅居家照護)者門診點數有較高的情形。

表 5 門診利用分析

	無	僅急性	急性+日間照 護	僅日間照護	無住院的照護
門診次數中位數 (IQR)					
診斷前	15(26)	10(21)	8(18.5)	13(17)	12(25)
診斷 1 年內	23(26)	18(22)	18(19)	20(35)	26(27)
診斷 +1~+2 年間	16(27)	15(24)	18(18.5)	19(36)	15(35)
門診點數中位數 (IQR)					
診斷前	11465(24320)	6316(16800.5)	6934(19215)	14683(16466)	7310(26607)
診斷 1 年內	25552(34698)	26366.5(34981.5)	26243.5(36424)	30952.5(21893)	42654(88719)
診斷 +1~+2 年間	15862(34525)	17719(39805)	22291.5(40011)	15691.5(51222)	39365(76996)

最後來看思覺失調症患者其接受精神科照護與住院天數之間的分析，分析結果為表 6。診斷前的住院天數，在各個項目中，0 天的比例都是最高的。診斷 1 年內的住院天數，無接受任何照護，住院 0 天的比例最高，達 81.59%，僅接受急性照護、急性+日間照護、僅日間照護這三項，住院天數大於等於 7 天的比例最高，分別為 87.5%、100%、88.89%。從診斷 +1~+2 年間住院天數來看，無接受任何照護依然是 0 天的比例最高，達 84.92%，大於等於七天為 10.52%。僅接受急性照護住院 0 天有 67.77%，大於等於 7 天有 29.03%。急性+日間照護住院 0 天有 46.43%，大於等於 7 天有 50%。僅接受日間照護的住院天數，0 天大於等於 7 天的比例皆為 44.44%。無住院的照護住院天數以 0 天比例最高，達 68.42%。

表 6 住院天數分析

	無	僅急性	急性+日間照 護	僅日間照護	無住院的照 護
診斷前住院天數					
0	2015(79.11%)	563(58.16%)	37(66.07%)	13(72.22%)	16(84.21%)
1-6	269(10.56%)	114(11.78%)	4(7.14%)	2(11.11%)	3(15.79%)
>=7	263(10.33%)	291(30.06%)	15(26.79%)	3(16.67%)	0(0%)
診斷 1 年內住院天數					
0	2078(81.59%)	99(10.23%)	0(0%)	1(5.56%)	17(89.47%)
1-6	170(6.67%)	22(2.27%)	0(0%)	1(5.56%)	0(0%)
>=7	299(11.74%)	847(87.5%)	56(100%)	16(88.89%)	2(10.53%)
診斷 +1~+2 年間住 院天數					
0	2163(84.92%)	656(67.77%)	26(46.43%)	8(44.44%)	13(68.42%)
1-6	116(4.55%)	31(3.2%)	2(3.57%)	2(11.11%)	1(5.26%)
>=7	268(10.52%)	281(29.03%)	28(50%)	8(44.44%)	5(26.32%)

## 陸、結論與建議

在本章中，將提出本研究結果之結論，並說明本研究之貢獻，以提供未來相關研究之參考，最後將指出本研究的限制及未來研究的發展方向。

從本研究中可以發現，相較於沒有利用精神科特別照護的族群，有使用特別照護的族群，其年齡相對年輕，共病也相對較少。共病程度高的思覺失調症患者，有顯著較低的精神科特別照護利用情形。另外，由分析結果中可得知，年齡越高，使用精神科特別照護的可能性也越低。特別是大於60歲的族群。在門診次數統計中也可以發現，有接受精神科照護的患者，在門診次數上，相比無接受精神科照護的患者，有較高的情形。然而，從門診點數的分析中，卻發現無住院的照護(如僅居家照護)者門診點數有較高的情形。

因考量到思覺失調症本身的特性，其病程長且通常需長期就醫，以及某些精神科特別照護的屬性，像是急性照護與日間照護本身為需住院的照護處置，所以當這些患者有接受精神科特別照護，其住院利用情形通常會比無接受照護者高。此外，因有接受照護者和醫療機構之間的關係比較緊密，其就醫習慣也會導致患者使用醫療資源的頻率相對較高。希望本研究可以對思覺失調症患者利用精神科特別照護之間的關聯性，有更進一步的了解。讓思覺失調症的患者在照顧品質、日常生活、醫療資源利用等方面得到更妥善的協助。

本研究有其限制，在選取資料檔時是以全民健保兩百萬人承保檔作為研究依據，且在篩選過程中依條件逐步剔除研究對象，導致最後的研究樣本數偏少，此情形可能使最後的分析結果產生誤差，建議可以使用全民健

保資料庫的全人口檔案，以改善此情形。

因全民健保資料庫無法得知病患對於此照護的主觀感受，像是滿意度、參與度等等，本研究僅從門診及住院的利用情形，去分析此照護的介入對於思覺失調症患者是否有益，建議未來若有相關研究，可使用結構式問卷訪談的方式，進行主觀生活品質與主觀需求的評估。

## 柒、致謝

本研究感謝謝明鴻教授指導統計分析方法與解讀及大資料庫分析，還有研究結果討論與解讀，以及衛生福利資料科學中心，提供兩百萬人歸人檔，使本研究得以完成，謹致謝意。

## 捌、參考文獻

1. Larivière, N., Desrosiers, J., Tousignant, M., & Boyer, R. (2011). Multifaceted impact evaluation of a day hospital compared to hospitalization on symptoms, social participation, service satisfaction and costs associated to service use. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 15(3), 228–240. doi:10.3109/13651501.2011.572170
2. Eack, S., & Newhill, C. (2007). Psychiatric symptoms and quality of life in schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, Jan, 1-13.
3. 高家常、黃惠滿 (2014)。A Comparison of the Quality of Life of Patients with Schizophrenia in Daycare and Homecare Settings。The Journal of Nursing Research。22 卷 2 期，126-135。
4. 國際疾病分類標準 ICD-9-CM。
5. 國際疾病分類標準 ICD-10。
6. 105 年度全民健康保險醫療統計年報。
7. 張保欽(2014)。台灣之思覺失調症患者罹患心血管疾病之相關性研究：以健保資料庫做人口學研究。元培科技大學醫務管理系碩士班碩士論文。
8. 吳雪玉(2004)。老人接受社區型日間照護計畫之成效評估。臺北醫學大學醫務管理學研究所碩士論文。
9. 鄭惠姬、馬彥琳(2015)。邊緣化再邊緣化—談南部老年思覺失調症醫療安置之需要。華南科技大學公共管理學院行政管理系博士論文。興國學報。
10. 陳麗雯(2017)。思覺失調症患者家庭主要照顧者的自覺準備程度與生活品質及照顧負荷相關性之研究：緩衝作用的探討。國立台北護理健康大學長期照護研究所碩士論文。
11. 熊曉芳、李淑婷、葉淑惠、田玫、紀淑靜、李孟芬(2001)。台灣地區日間照護機構現況調查。長期照護雜誌，5(1)，26-40。
12. 呂寶靜(1997)。台灣地區老人日間照護方案功能之初探：從老人使用者及其家屬的觀點出發。政大社會學報，27，89-120。
13. 胡海國 (2002)。精神分裂症之社區流行病學。當代醫學，29，717-727。
14. 胡海國 (1998)。精神分裂症的治療。當代醫學，25，784-1。
15. 呂寶靜、李佳儒、趙曉芳 (2014)。臺灣老人日間照顧服務之初探：兩種服務模式之比較分析。東吳社會工作學報，87-109。

16. 謝欣倪、謝杏玲、許維書、李敏華、蘇燕雲、李美英 (2013)。提升精神科日間照護病房病人到院率。護理雜誌，60，81-87。
17. 黃佑詢、戎瑾如、林式穀、劉玟宜、劉介宇 (2015)。探討思覺失調症病人社區生活技能中介疾病烙印對生活品質之影響。精神衛生護理雜誌。
18. 蔡幸君 (2005)。精神分裂症患者主觀照顧需求與主客觀生活品質之相關性研究—以精神科日間病房及社區復健中心病患為例。高雄醫學大學健康科學院行為科學研究所碩士論文。
19. 陸瑞玲、李鶯喬、蔡欣玲 (2008)。日間留院慢性精神病人需求評估及介入措施成效之探討。榮總護理，25 卷 2 期，117-124。
20. 劉玟宜、戎瑾如、李坤黛 (2012)。社區精神病患之照護需求—系統性文獻回顧。精神衛生護理雜誌，7 卷 2 期。
21. 黃惠敏 (2010)。一位精神分裂症患者於日間住院復健護理經驗。彰化護理，17(4)。
22. 黃怡芬、曾淑惠 (2006)。運用行為修正於精神分裂症個案之護理經驗。澄清醫護管理雜誌。2 卷 1 期，41-50。
23. 陳巧珊 (2014)。社區復健模式對精神分裂症患者再入院風險影響。澄清醫護管理雜誌。10 卷 1 期，26-33。
24. 孟繁莉、劉嘉瑋、馬維芬、周青波 (2009)。探討音樂治療對日間病房慢性精神分裂症病人際互動之影響。精神衛生護理雜誌。4 卷 2 期，12-18。