

行政院及所屬各機關出國報告

(出國類別：考察)

參訪維吉尼亞州醫院報告

出國人 服務機關：台北榮總護理部
職稱：部主任 姓名：尹祚芊
職稱：護理長 姓名：梁穎
職稱：副護理長 姓名：裘苜蓀
職稱：副護理長 姓名：孔有芸
出國地區：美國維吉尼亞

出國期間： 89年12月10~18日
報告日期： 90年1月19日

參訪維吉尼亞州醫院報告

參訪目的與行程簡介

台灣健保制度實施後醫療財政的問題迫使醫療院所必須面對更嚴苛的經營環境。即將到來的總體預算週休 2 日可能加重醫院在醫療成本、照護品質與營運競爭的衝擊。各醫療院所莫不努力試圖發展降低成本增加收益的計劃。本院人員預算佔總預算的比例偏高是不爭的事實，雖然逐步縮編以減少人力成本，並增加新計劃以改善基層護理人員因工作負荷加重造成照護品質、人員士氣與滿意度可能負面的影響。故希望借助先進國家寶貴的經驗讓我們能以更創意的方法解決問題。

此行為期五日參訪美國醫院的目的在了解醫院經營方針，護理組織再造，護理人力資源，護理長與護理經理在單位管理角色與功能之異同，照護管理與個案管理者角色功能等五大議題。一行 4 人於 12/11-12/15，透過 Virginia Commonwealth University 健康行政管理所，前任所長萬德和教授的大力協助與聯繫安排下，參訪四家位於首都 Richmond 的主要醫院。四家醫院的性質、型態、宗旨、理念以及所屬機構不同，但各有其經營特色。綜合現有知識與醫院觀摩所得針對研習目標做以下報告，並討論對本院的潛在助益。

一、各醫院經營模式

(一) 醫院簡介

- **Medical College of Virginia Hospital**

為典型的聯邦資助的研究及教學醫院。混合許多服務線與基層醫師制的醫療照護。護理組織採扁平與矩陣並行的架構，管理較為複雜。每個領域由一位專科主任(director)負責領導與管理許多次專科單位；該院使用參與式管理(shared governance)，支持臨床護理執業，以 professional practice model 為護理專業的中心思想，強調病護關係、品質照護、教育、護理過程、領導/合作/專業發展。有臨床分級制，並將不同技能的護理人員融入此機制中。強調病患入院需要護理。該院類似我們醫院的型態、宗旨與目標，與大學關係密切，有許多交流。

- **McGuire VA Medical Center**

以服務榮民為主，依患病的類別區分為不同的照顧中心，如外科中心、內科中心脊椎損傷中心等等。無產兒科，婦科病患則轉介至大學醫院。硬體設計規劃極具人性與便利的考量，妥善滿足病患需求。老年病患群的服務線則規劃並提供一區涵蓋由急、門診急性入院、復建、護理之家到安寧病房的整合性照顧。提供的硬體設計與照顧顧及老年人身、心、情緒的需求。其他如在大廳處設置小型購物中心與露天咖啡座為病患解悶，色彩鮮豔的巨大旗幟路標不但容易辨認方位，對軍人而言符合軍旅經驗因而更增加一份親切感。而脊椎損傷下半身癱瘓的病患無須協助可以自行用推床到大廳進餐，增加自主性與尊嚴。入口有為寒冬需要的吸煙病患或訪客建立室外小屋吸煙區等等。

- **Augusta Medical Center**

一所新建的醫院，由兩家低佔床率的醫院合併而成。在不解僱員工的決策

下，為了克服組織文化的差異、解決病患等待服務時間太長、醫院效率低落、照護無持續性、護理人員執行許多非護理的工作以及空間不足的問題，5年前決定重建。醫院在改造期間側重安全照護，並以最少的花費達到組織再造的目的。改造後已成為一個病患等待醫療服務的時間很短，能提供好品質服務，並讓病患、醫護人員滿意的新醫院。其人性化與科學化兼具的管理方法為醫院贏得 U.S News and World Report 選為該州最有效率的兩家醫院之一。

- **Bon Secours Memorial Regional Medical Center**

為非營利的教會醫院，提供以家庭為服務導向之全方位醫院，院本區有急診、急症病房、走動式照護、產兒科等。門診則在另一地點有醫師駐診的 primary care 和各專科。此家醫院和在 Richmond 地區另外兩家醫療機構同屬於 Bon Secours 在美醫療系統 (Bon Secours Health System in America)。該醫療系統擁有 24 家急性醫院、另外護理之家、復健機構與居家照護共有 6 處。該系統提供旗下所有醫療機構訓練、專業資源和統一管理以支持「提供需要的人完善的照顧」的信念。Bon Secours 意即完善的幫助，Bon Secours Health System 中各家醫療機構均奉此為核心價值觀與經營宗旨，提供所有就醫對象優良品質的照護，特別是貧病者。

(二) 醫院再造與護理組織改造共同點

美國的醫療保險，包括聯邦政府的老人保險(medicare)及殘障保險(medicaid)均採管理式照護，管理式照護是不同的健康狀態用不同的照護機構，其出發點是控制節節高漲的醫療費用。此制度改轉變了傳統醫療服務的方式，進而改變了醫院組織與人力結構。目前美國所有的醫療院所持續面臨成本、品質、營運競爭與婦女因國家經濟強盛不需就業，以及就業

市場擴大，結果導致醫院護理人力短缺。面臨醫療環境的改變，所參訪的四家醫院先後經歷醫院再造與護理組織改造過程，規劃成各具獨特性和競爭優勢的機構外，並繼續面對新的問題。歸納這四家醫院一致性的改變包括：

1. 各型態醫療系統或醫院紛紛做策略性計畫，選擇合適該院所的改造。從計劃到實施需 3-5 年。
2. 發展以疾病模式為導向的整合性醫療服務如各種 service line，或以類似 service line 的概念重新規劃(reengineering)醫療服務。
3. 醫院普遍朝向旅館化的設計，提供病患與家屬貼心和居家的溫暖感受。
4. 組織結構更新，硬體設計支持 Decentralized 與 integrated care 的概念。
5. 護理組織的改造是依據醫院組織重新設計或結構改變而重組，護理組織的名稱與結構改變，擴大成為病患照護服務部門 (Patient Care service)。並有數個功能性幕僚單位支持臨床照護。
6. 發展新的照護人員角色以符合新組織的結構與功能。臨床上普遍使用專業護理人員搭配非護理人員，包括助理護士與助理技術員共同提供護理。
7. 使用個案管理師協助醫院控制特定就醫對象的醫療品質與成本，並安排病患在獲得安全的繼續照護下早期出院以節省昂貴的醫療費用。
8. 平均病患住院日數為 5-6 天。顯現在管理式照護與 PPS 給付制度下醫療是成本效益與品質成效並重，並突顯出醫療系統需密切溝通、協調與合作的重要。
9. 普遍有著醫療無處不在，而病患住院是需要護理的概念。
10. 建立各種與醫療效益有關的資料庫，採 evidence based practice。
11. 醫院採用各種方案增加護理人員的滿意度以達留任的目的。

表一：各醫院概略狀況之比較

醫院	Medical College of Virginia Hospital	McGuire VA Medical Center	Bon Secours Memorial Regional Medical Center	Augusta Medical Center
性質	大學醫院，政府資助的研究教學醫院	榮民醫院，財政由聯邦政府補助，具研究性質	宗教性非營利機構、屬 Bon Secours 醫療系統	地區醫院
床數	705 床	495 床	225 床	255 床
佔床率			90% 以上 (全國平均為 75%)	
LOS	平均 4.5-6 天		平均 4.5-5.4 天	平均 4.5 天
宗旨	研究、教學、服務	服務對象為戰役受傷或退役的官兵	提供所有就醫對象優良品質的照護，特別是貧病者	提供社區最佳服務
特色	<ul style="list-style-type: none"> 器官移植 疾病個案管理 門診醫療 多項 Service line 	<ul style="list-style-type: none"> 老人群護理 脊椎損傷復建與照護 	<ul style="list-style-type: none"> 著重病患的舒適與隱私，全數為單人房且不需額外付費。 走動式照護 	<ul style="list-style-type: none"> 兒童照護 醫院照護效率 Evidence based practice
照護模式	primary Care 及 Service line	primary Care 及 Service line	primary Care 及 Service line	primary Care 及 Service line
組織再造	<ul style="list-style-type: none"> 組織再造的時間不詳 theory based practice 強調創新與批判性思考、協調合作與責任。單位依據病患性質其工作人員的組合調配不同 (RN+NA 或 RN+Tech.) 照護執行方式由單位自行決定。 科系多，任務分工細密，加上發展許多 Service line 致人事結構複雜。 	<ul style="list-style-type: none"> 1982 年開始組織再造 醫院設計旅館化。 硬體設計規劃極具人性與便利的考量，妥善滿足病患需求。 以 service line 概念規劃並整合成同質病患照護區。如心臟內科由監視器監測區銜接急性病房到重症區順序的在同一通道上。 記錄電腦化，護士用 note book 電腦做記錄減少間接護理時數。 	<ul style="list-style-type: none"> 1996 年開始組織再造 醫院設計旅館化。 依病患喜好重建醫院時全部改為單人房。 病房設計支持以家庭為導向之照護。 以 service line 概念規劃並整合同質病患群照護區域。如心臟內、外科在同一層，但分為重症區、急性病房與僅需監視器監測區，開心手術室與重症區僅一門之隔。 每一區除藥品與特殊醫療材採集中管理、電腦管控用量外。護理站的設計、單位物品補充均為是分置各單位內。每 4 個房間有一小型工作站。 	<ul style="list-style-type: none"> 1994 年開始組織再造 醫院設計旅館化。 以 5 年的時間塑造成一個令病患、家屬及醫療人員皆滿意的環境。 以 service line 概念規劃硬體並整合會使用的設施設備在該區中。人力配置亦同。 硬體設施亦支持直接照護，如單位規劃減少動線使人員快速提供照護。

二、護理組織與人力結構改造

(一) 背景簡介：

護理組織是醫院大系統中的一個次系統，因此在分析此行各家醫院護理組織與人力結構改造前，概略對美國醫療系統持續進行的組織再造與改造工程之背景和現況的瞭解，有助於分析與討論。

組織再造(Restructuring)包括組織外與組織內兩部分的改造。合併醫院、關閉醫院、轉形成非急性病院或社區醫院、轉讓給他人經營或改變照護模式，例如整合水平與垂直的服務以及發展新的 product line 均屬於醫院外進行的改造，此為大體結構的重組。組織內的再造，則是大體結構重組時跟著重新規劃組織結構，例如採行 product line 的醫院因需採矩陣式的組織結構，結果使照護流程與管理轄幅同時改變。組織內的再造也可以是院內自行改造以符合醫院的宗旨與目標。組織內重新設計的過程稱為改造工程(Re-engineering)，組織再造與改造工程其目標為提增生產力、改善效益、降低成本，並維持病患滿意度與照護品質。以護理組織而言，改造工程的範圍在美國不外乎工作重分配，改變臨床護理人力結構、使用非護理背景的人服務病患。通常組織重新設計後人力結構、作業流程、chain of command、span of control、個人的職務職責均會更動。

(二) 醫院再造與護理組織人力結構的關係

所參訪的各家醫院再造工程最大的共同特點就是組織重組，並將非專業護理人員編列於單位內(skill Mix) 協助護士共同照護病患，使用病患疾病嚴重度作為護理人力的基礎。護理組織重新整合不是單獨發生的，而是整合在整個醫院組織重新架構的計劃中，朝成果目標共同進行的軟、硬體再造工程之一。

醫院再造與護理組織、人力結構之規劃：

◇ 規劃步驟採資料分析→病患類別化→照顧模式的選擇→組織結構的重新設計→重新編寫執行政策與步驟→組織再造與執行標的的完成

(耗時約 3-5 年)

- ✧ 將服務線與生產線的照護架構列入組織架構中。
- ✧ 護理組織結構依整體規劃的改變發展。達到在病患方面，快速有效提供服務、縮短等待時間。在組織方面，簡化行政環節提高效率的目的。
- ✧ 依新組織結構與成果目標、需求與任務重新定位職務稱謂並發展新的角色。
- ✧ 工作職責功能重新依技能層次的不同，採用混合專業與非專業的人力配置。

例如 Augusta Medical Center 的再造包括縮減床位，從原先 455 床減到 255 床；單位設計符合工學原理，並將護理站置中以縮短動線流程。另外，服務方式與人力組織同時扁平化(decentralized)，在服務上，將入院程序、EKG、抽血、IV therapy、病室清潔與輸送病患由原先由不同部門掌管改到從單位提供；將病房創造成照護者的單位(care giver unit)成為可以提供即刻護理的環境；每個單位有三組人，每組包括 1 位 RN，1 位 LPN，1 位技術員，1 位護理助理員，形成每組有 2 位有執照的護理人員與 2 位非護理人員共照顧 10 位病人。此為一種混合不同教育背景和專長的人員在“一組”共同照顧病人。RN 是組長，護理助理員 PCA 清潔房間、運送病患與執行少部分病患服務，技術員則做 EKG、抽血、IV therapy 等。另外發展新角色-主護護士(Attending Nurse)，每位負責 15 位病患住院期間之評估、溝通、協調、教育、出院計劃。病房由 Nurse coordinator 負責(相等於護理長的角色功能)。Case manager 負責銜接出院後之繼續性照護。

(三) 職務職稱比較

各醫院的職務名稱會依工作類別與內容有些微不同，但仍可歸納如右欄所示，左欄為與台北榮總現職的對照。

	參訪醫院	台北榮總
組織名稱	病患照護服務部門	護理部
架構型態	分層負責	分層負責
照顧模式	Primary care 全責護理 Paired 成對或 differentiate (指專業 + 非專業人員)	混合全責與成組護理
職位名稱	角色功能與職責	相對本院之稱謂
NCE (Nursing Chief Executive) 或 VP (vice president)	高級護理主管。通常也是醫院中的一級主管，職位相當於副院長。負責病患照護服務部門業務與品質。相等於護理部之部主任之職。	正、副護理部主任
DON (Director of Nursing) 專科護理主任	科護理主任掌管數個次專科的護理單位。單位分配則依各院護理組織架構不同而不同。向 NCE 負責。	督導長
NM (Nurse Manager) 或 (Clinical Nurse Coordinator) 病室護理經理	負責單位每日業務運作。主要職責有聘僱考核單位人員、確保單位照護服務品質、人員發展、計劃與執行單位預算。向 DON 負責。	正、副護理長
Charge Nurse	病室內每班均有資深的護理同仁輪流擔任總責護士，負責分配工作，協調處理該班的事務，照顧較少的病人。扮演病房內「資源護士」的角色，無行政責任。向 NM 負責。	每一班的小組長
RN (Registered Nurse) 註冊護士	住院病患的評估與護理計劃，提供病患及家屬之護理指導，提供優良品質之護理，協同其他專業人員提供有效之醫療照護，並分派、授權、監督與指導非專業助理人員執行基本照護。	護士與護理師功能與職責無明顯區分。
LPN (Licensed Practice Nurse) 有照護士	提供直接病患照護、護理記錄。	目前無
NAP (Non-licensed Assistant Personnel) 泛指非專業之助理人員。包括護理助理員 CNA (Clinical Nurse Aid) 或 PCA (patient Care Assistant)。技術員 PCT (patient Care Technician)	醫院對非專業助理人員之統稱。該類人員協助專業的醫、護、醫技人員從事直接病患護理或間接病患護理活動。如從事直接病患護理時必需在其工作包括協住病人進食、記錄輸出入量、計算卡路里、協住病人下床活動、身體清潔、量 TPR、與病人交談、轉運病患、換藥、記錄與前述有關的活動。並向 RN 報告異常及需處理的情況。	少數病房仍有 NA 存在，但幾乎不協助病患服務

職位名稱	角色功能與職責	相對本院之稱謂
Unit Secretary 病室秘書或 Clerk 文書處理員或 Unit Coordinator 聯繫員	病室處理文書工作之職員。主要職責包括處理處方以及與病歷有關的文書工作，提供單位在病患服務與業務流程方面之協助，以及協助醫療成員或病患與其他單位聯繫。有的醫院納入請領補充單位內常用藥，對臨時處方或異常報告須告知護士處理。	病室行政助理
CNS (Clinical Nurse Specialist) 專科護理師	依醫院大小，在不同專業領域或各單位設有一名臨床護理專家。其角色功能包括直接照護病患、是臨床護理護理專家、執行護理人員疾病患的教育指導、做臨床上前瞻性的研究，以及是病房護理人員的諮詢對象。他們是護理長「成組工作」的夥伴，與護理長兩者功能相同，但工作重點不同。	部份專科有專科護理師，大部分工作為協助醫療。
Educator 臨床指導師	通常負責一個次專科科主任單位的人員訓練發展或病患教育。依機構大小所負責的範圍不同。	由各病房正副護理長及資深護理師分擔教育工作。
Case Manager 個案管理師	負責病患之持續性照護，在協調及可用資源下執行出院計劃。協助醫院控制特定病患之品質與醫療成本。	目前無
Practitioner 執業護理師	作為基層醫師制的一員能單獨作業在門診看診。	目前無

註：CNS，Practitioner 均屬碩士背景之 Advanced Practice Nurse。

(四) 臨床使用非專業護理背景人員之議題

為了節省人力成本，美國各醫院在現有法令下將非專業護理背景人員納入照護系統，在護理人員的授權分派工作、監督與指導下從事護理活動。1996年 ANA 報告 Skill mix 下使 RN 人數減少，非專業護理人數持續增加。醫院護理人力結構中非專業護理人數約佔 20-30%，甚至更高。此行參訪的大學醫院主管討論到護理人力議題時，有以下結論：

1. 輔助性護理活動不是問題，護士的判斷力與 Delegation 的能力是關鍵

非專業護理人員執行輔助性護理活動的「task」不是問題，關鍵在護士的判斷與 delegation 的能力。尤其是對多種疾病且病況不穩定的患者或是工作本身具有高度複雜性時，護士需判斷哪些工作可分派給非專業護理人員執行，哪些不可。由於主要的照護結果是由護士承擔，因此正確的評估、判斷、溝通協調、工作分派、領導與監督的能力是決定是否能成功的關鍵。

2. 先做完善的計劃與通盤演練，減少過程中的問題。

需對執行過程、照護模式、管理責任、如何整合專業及非專業人力在臨床照護上，以及可能出現的狀況與處理先做完善的計劃與通盤演練，才能減少事後出現的問題。在他們的經驗中認為任何改變如僅是以成本考量為主時，常行不通。建議做 pilot study 並公佈結果，溝通此過程中可能出現影響成敗的關鍵議題與處理方法，以增加未來改變過程成功的機會。

3. 選擇具有醫療及護理相關背景的人為非專業護理人力的基礎

設定非專業護理人力申請者的條件，如使用護生；決定可從事活動的範圍，以及護理人員不可以讓他們做的事情如護理評估、護理指導..等等。提供就職能力訓練，發給能力證明。

4. 舉辦溝通會與護理人員 Delegation 訓練，並強調與非專業護理人員共事時護士的職責在做判斷。

5. 依據疾病嚴重度安排病患人數 1：3（急性病房）到 1：6（亞急性病房）

6. Skill mix 時常出現「underutilized」非專業護理人員的情形。仍須靠持續的教育與監督來解決。

三、行政支援系統 (Administrative Supplemental System)

為了配合組織更新、生產線管控、混合人力執行等措施，以降低護理人力成本，提升照護品質，在醫院組織架構、工作環境規劃、軟硬體設備上有許多的改變。行政單位的角色轉變成臨床支援系統，以強化組織重組後的功效，臨床病患照護服務部門的行政支持系統可由軟、硬體二部份切入：

一、軟體部分

以大學醫院為例，由組織架構圖可了解更新後的各部門組織結構中許多單位屬於行政支持體系：

1. 護理人力資源單位 - 屬於行政支援臨床作業系統的一環，

對住院病患，有專人負責統籌每日所需的總護理人力時數 (Full Time Equivalent)，以每日疾病嚴重度資料作為斟酌病房人力配置與臨時調派的基準，儘量不用院外昂貴的人力仲介資源，改以加班費、延長工時或護理人力資源庫 (類似本院的夜班 p.r.n.結構) 的方式來提供支援人力。該部門負責招募員額包括專業與非專業護士、護生、行政助理等不同層次的人力等，以 FTE 為基礎，採結構化合約招募 part time 護理人員，提供彈性工時模式 (分 4、8、12、16 小時的班別非常彈性化)，經過 8-12 週的訓練讓支援護士分派至當日人力短缺的單位或甚至固定在同一人員不足的病房或固定工作的時段，以降低錯誤率。搭配病房佔床率、病患疾病嚴重度、上班人員的能力與班表彈性化的程度來分派。

2. 床位使用管理與控制單位

3. 臨床護理教育與人員發展單位

4. 行政幕僚單位：收集並分析資料做決策。例如病患疾病嚴重度資料的收集採委外設計，用套裝軟體分析每日各單位的情形，並運用在人力調整上。

二、環境與軟硬體設備之改造 - 大多數醫院針對特定病患群做服務線 Service line 與生產線 Product line 的規劃，除了人力配置為 Matrix 結構外，單位設計及設施配備則依照使用者所需、照護流程以醫院宗旨目標重新改造，不但人性化，同時也具功能效益。以 VA 醫院的老人照護服務為例，該醫院將老年病患照護所需加以整合，包括門診就醫、急症住院、慢性養護（護理之家）、日常活動復健以及安寧照護，均在此整體醫療服務規劃範圍之內。在 VA 醫院中各部門既獨立又相互結合，每一步驟與流程均有良好之聯絡，為了增加門診看診效益，老年慢性病門診特以顏色將病患之疾病嚴重度區分為輕、中、重度三區，先用結構式評估工具評估來診病患嚴重度並予以分類，以便日後就診。另規劃衛教專區並提供設備，定期對特定的高危險群病患做相關的疾病護理與自我照顧的指導。

四、管理式醫療照護與個案管理

(一)管理式醫療照護(Managed Care)

管理式醫療照護是一種制度，提供給加入醫療保險制度的人一個「管理式整合性的健康服務」，藉由醫療使用(utilization)的控制與協調照護過程(coordination)來管制醫療成本。個案管理與臨床路徑均是諸多醫療使用管制措施的一種。臨床路徑是利用標準流程讓臨床醫療人員依規劃好的方式提供住院病患有效的照護，臨床路徑較適用在單純的外科個案，不適用在高複雜性、變化大的內科病患及老年病患上。

(二)個案管理(Case Management)

個案管理基本上是一個為特定服務對象 coordinate 醫療資源之過程，經此達到效益品質之照護。包括評估、計劃、執行、協調、監測和評值各種選擇的醫療服務，經由溝通與可用的資源達到品質-成本效益的成效，滿足個案需求。簡言之，個案管理的目標在確保病患及照護者均滿意在給付範圍內、提供好品質、高效益的照顧。

個案管理的特質如下

- 1.先篩選高危險病患群，及早預防並處理這群人的健康，減少他們發病或因合併症需住院使用高醫療成本的機會。
- 2.重視持續性照護。
- 3.管理對象多半針對具多種疾病、高醫療需求、大量使用醫療資源或會長期消耗醫療資源的高危險病患族群進行健康管理。
- 4.重點在提供這群人合適的醫療。

個案管理的主要功能

1. **篩選**：使用標的 criteria 選出某一疾病病患群中可能需納入個案管理的病人。一個敏感度高的篩選工具可以正確、有效的找出真正會消耗未來大量醫療資源的病患。訂立 Criteria 需藉由大量的資料收集、統計與分析，找出信、效度高的因素當篩選工具。
2. **評估**：個案管理師再從電話訪談、病歷審查或訪視中收集符合納入個案管理的特定資料。
3. **醫療計劃**：依據前述評估的結果發展個案的照護計劃。以出院計劃為例，依病人的情況其後續照顧可能是被轉回原基層醫師、或接受一段時間的居家護理/復健，或被安排到復健門診，也可能是轉到護理之家或轉到其他急性/慢性醫療機構繼續接受照護。
4. **執行**：依照個案的保險給付範圍，安排病患到保險公司授權的醫療機構，接受必需的醫療照護。如病患使用非保險公司授權的醫療機構，則需另外付費。
5. **監測**：一段時間後審查病患的健康狀況及需求，評值其滿意度與使用的服務，同時呈報這些病患繼續醫療的費用。

個案管理以事先防範的方式節省費用，自 1994 年始被證實有效的應用在美國聯邦政府的老年保險(Medicare Risk Program) 管理上。目前幾乎參加管理式照護組織的醫院，包括參訪的醫院，均使用此法做疾病群或高危險病患群的健康管理。藉由個案管理者專精的評估技能、在機制下使用各種合宜的照護機構並監測照護服務效益，成功的減少了老年病患接受不合適、不需要、與浪費醫療資源的醫療。

(三)個案管理師(Case Manager)

原是保險公司訓練一些護士，藉由與主治醫師商議過程讓病患提早出院。安排後續照護計劃並監測品質-效益成效。做病歷或個案審查以分析某院或某醫師的醫療行為，加強審查哪些檢查/哪種疾病所報的費用最高等方法來維持醫療行為的適當性(appropriateness)、需要性(necessity)、有效性(cost-effectiveness)與高品質(quality)的目的，避免醫療浪費。目前已發展成每個機構均有其自己的個案管理師。個案管理師除了安排出院後照護服務外，還提供教育、諮詢、家訪或到醫院訪視、幫助病患做使用合適醫療機構的決定。

(四)醫院個案管理師的功能

大部分醫院的個案管理採取 Unit based case management，個案管理師結合合適的資源提供病患自門診照護(ambulatory care)、入院及出院各階段所需的醫療照護，並作為讓病患平順的由醫院返回基層醫療照護過程的橋樑。實際的作業方法包括

- ◇ 利用工具評估病患需求
- ◇ 擬定照護計劃
- ◇ 尋求並利用合適的資源
- ◇ 醫療品質監控
- ◇ 評值及出院計劃的準備

個案管理的對象以高耗費成本、高發生數量、高危險群、住院時間長、重複入院的病患為主。綜合各醫院已納入疾病個案管理的有: Spinal Cord injury, Orthopaediatric, Alcoholic Pancreatitis, DM, Asthma, Wound care, Heart failure, Vascular-surgical, Stroke, and Pneumonia 等疾病群。

以大學醫院的個案管理師為例，他們以 DRG 耗費醫療資源最多的疾

病群做疾病管理。其中一位專做酒精性胰臟炎病患疾病管理，在醫師的權責下工作，由於其背景為 practitioner，因此可以獨立作業在門診看診。一般的個案管理師需具備學士學位即可。個案管理師發展該疾病的工具篩選需管理的個案，評估病患需要、整合醫療小組的意見做計劃，並以電話追蹤，以及在入院後、出院前做訪視。為病患安排門診追蹤的時間；成為病患諮詢的對象，提供個別性自我照顧的指導。個案管理師要管理的病患人數從 200-500 名不等。其工作中的部分時間在處理病患資料並建檔以便疾病照護品質與成本的管理。有效呈現降低住院天數、減少使用高額急診照護費用的成效。

不同的醫院個案管理師工作範圍不同，有的醫院不以疾病而是以高危險群病患做個案管理。且以門診病患為管理重點與醫師共同工作、向醫師報告。在管理式照護下高危險群病患早期出院後持續性照護的重責交由個案管理師處理，在其管理下維持健康、減少住院次數，因而降低醫療費用。

經驗中個案管理成功的要件如下

- ◇ 醫療團隊的共同合作
- ◇ 持續性的照顧模式
- ◇ 以實證為基礎所制訂的準則與工作指引
- ◇ 有效採用臨床路徑或以個案管理急症的方式
- ◇ 有效結合資源做出院計劃
- ◇ 要採以結果為導向的照顧模式

五、參訪結果對本院可能的應用效益：

在美國擁有 400 床以上的醫院稱大型醫院，所參訪的四家醫院中有兩家與我們的性質類似，屬於政府機構。當他們聽到我們來自擁有 3000 床的巨大醫院時莫不驚訝萬分，並對現有的人力結構能提供優良的照護感到不可思議，因為他們的人力較我們充裕得多，然而實際之差異性在美國的護理人員被期望執行個案所有的護理活動，我們則是由家屬主動分擔了許多病患的基本照護。兩國雖然在健康保險制度不同、民眾對護理人員提供照護期望的差異以及護理人力之充裕性不同外，同樣面臨醫療成本、照護品質之成本效益問題。在短短數日的緊湊行程中，重點了解參訪醫院的經營理念組織再造，護理組織改造，護理人力資源，護理長與護理經理在單位管理角色與功能之異同以及照護管理與個案管理者角色功能後，可能的應用效益

1. 評估以實驗方式在本院特定單位使用特定比例之非護理人員執行部份照護的可行性
2. 評估以實驗方式發展醫院疾病管理師之新職務，做特定疾病或高醫療成本高危險群病患之成本與健康維護管理，以縮減住院日、處理費用議題，增加醫療對象的滿意度，並藉此機制協調、溝通，控制醫院可控制的不必支出達到節省成本、提昇照護品質的目的。