

出國報告（出國類別：進修）

護理主管
在行政與臨床管理上之角色功能

服務機關：國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院

姓名職稱：吳春桂督導長

派赴國家：新加坡

出國期間：民國 104 年 11 月 23 日至 12 月 18 日

報告日期：民國 105 年 3 月 17 日

摘要

人才為醫院最重要資產之一，尤其護理部於醫院之角色地位更是舉足輕重，為提升護理照護品質及管理技能，因此護理主管培訓是醫院必要政策，此次新加坡樟宜醫院進修，主要是學習護理主管在行政與臨床管理之角色功能。培訓計畫包含：護理部人力管理、病房管理、加護病房、管染管制措施、供應室、手術室等。透過標竿及相關人員訪談，了解樟宜醫院護理作業之相關運作過程，進而發現足以學習之處。綜觀樟宜綜合醫院有許多本院學習之處。例如，利用科技管理在於減少人力資源、人員培訓與考核、病人信息管理系統、護理人力運用等，皆使本院護理人員更具國際觀之視野。

目次

壹、	前言.....	1
貳、	進修動機.....	2
參、	進修目的及目標.....	2
肆、	出國期間.....	3
伍、	進修國家及醫院.....	3
陸、	進修單位.....	7
柒、	進修紀要.....	7
一、	進修行前準備.....	8
二、	進修內容報告.....	8
(一)	護理部組織架構.....	8
(二)	護理部人力資源管理.....	10
(三)	護理部交班.....	12
(四)	工作及上班時數：.....	14
(五)	病房簡介.....	15
(六)	臨床實務.....	17
(七)	供應室、手術室.....	21
(八)	感染管制.....	22
(九)	資訊系統.....	23
(十)	護理教育與培訓.....	26
三、	其他.....	26
(一)	醫院改建設和改造空間之規劃.....	26
(二)	醫院消防安全.....	27
捌、	心得與建議.....	28
(一)	進修前之心得.....	28

(二) 進修後之心得.....	28
(三) 進修後之計畫推動及微調工作業務內容.....	30

壹、前言

護理長是醫院一線的護理主管，本身的管理技能除了直接影響護理人員的士氣，連帶影響護理人員照顧病人的品質。依據研究指出臨床護理長管理自我效能現況和其影響因素，及與管理成效間之關係，以期能提供護理行政主管培訓護理長時重要參考方向。結果發現：1. 護理長對執行其任務具 85% 的自信，且能實際表現出 80% 的執行力，對自己表現平均有 75% 的滿意度。2. 護理長的「護理工作年資」、「行政管理訓練」、「知覺不錯經驗」的頻率和「就讀護理相關科系」等可用來預測護理長管理自我效能。3. 護理長管理自我效能會正向的影響管理成效，而管理成效可用來預測個人對自己工作滿意度，其預測力為 44%。研究結果可提供護理行政者在選、訓人才及設計行政管理課程時之參考，以提昇護理長的管理成效(杜、盧、陳、鄭、徐，2002)。

台灣醫院護理管理制度每病房(單位)皆設護理長一職，護理長的角色功能職責中，須負起「護理行政管理」及「臨床護理專業」二者兼具高效率管理及高照護品質。如何能兼具以上之重責大任是管理者之一大考驗，尤其台灣醫療環境日益困難，以病人為中心及安全照護標準嚴苛不得有絲毫之差池，加上病人或家屬之高度期待，因此護理長身負病人安全維護者，護理品質維持監控及改善者，病房運作效率維持者及教育訓練執行者，如此多重身份要求下是否能魚與熊二者兼得實在不容易。

本院自 2007 年 9 月虎尾院區啓用，二院區皆有同質性之單位例如：急診室、加護病房、手術室、血液透析室、等，有鑒於此之作業標準不應二院區而有差異，並且同質性之管理制度、指標收集是否能二院區同一人收集毋須二院區護理長同時作同樣之事情。故期盼病房或單位能導入護理經理人(Nurse Manager)即行政護理長及臨床護理長制度，讓護理長職責再依個人興趣而得以區分讓護理長於實務上更能得心應手，也得知新加坡樟宜醫院具有護理經理人制度，而能解決上述之困擾，因此藉以學習標竿護理經理人改善整體病房營運機制的混亂，以提升與確保醫療服務品質。同時，也冀望藉此建立二者之角色功能職責二者相輔相成發揮所長，以運用在行政與臨床實務上，提升醫療服務品質與降低護理主管職涯壓力，因而

讓本院護理部於護理管理制度勇於創新與變革，使得管理更具完整與有效率，甚至能領航國內護理管理制度之先驅而足以與國際接軌。

貳、進修動機

二十一世紀之際，全球各醫療機構正面臨著快速改變所帶來的影響，護理專業欲提升護理照護品質與效能，建立其社會價值與地位，必須從護理人員之核心能力紮根作起。護理核心能力包括：1.專業能力－批判性思考、能提供安全舒適、能運用基礎醫學知識；2.教育訓練－發展專業學習計畫；3.溝通與合作；4.人文素養－關愛、倫理素養與當責。進入臨床後，以專業能力進階制度提供系統性教育與訓練，輔佐以交叉訓練輪調不同單位累積工作經驗，可將護理生手強化至重症或困難病人照護進而轉化為護理專家。而行政管理者應提供優質的工作職場，營造友善組織氣氛和學習環境，激發內在學習動機，以擴展專業能力及護理價值的建立。

本院自改制以來對雲嘉地區健康守護的醫療服務之不斷擴大與加深，尤其通過緊急醫療處理能力重度級評定，其責任與壓力無不日與遽增。為了因應上述之改變，學習成長中之教育訓練視為核心目標，在院長深謀遠慮之下，不只要國內進修更要派員國外進修以拓展國際觀之視野，因此護理部考量培訓中階護理主管聚焦在病房護理長之臨床管理與行政管理上的角色與功能，另外本院於二院區皆設有同質性之單位所以是否可以整合性推動臨床護理長及行政護理長，讓同質性單位之護理長能在行政管理專業及臨床照護病人專業上培訓具不同領域之能力，能力更有效率解決相關問題，以掌握該「專業服務品質一致性」、「人力資源整合」、「行政管理效率」、等進而作為本院學習借鏡之處。

參、進修目的及目標

一、學習目的

強化資源整合、提昇服務品質、有效管理成本

1. To strengthen the integration of resources
2. To improve service quality
3. To control cost effectively

二、學習目標

(一) 了解護理經理人之角色功能及工作內容。

To understand the nurse manager' s role and job

(二) 學習人力資源管理整合方式與成效。

To Learn the integration and effectiveness of human resource management

(三) 學習臨床資源管理。

To learn clinical resource management

(四) 學習年度預算規劃與執行管控、成本控制。

To learn the annual budget planning and execution control, cost control

(五) 學習照護品質管理指標監測及研究。

To learn the monitor and research of the nursing care quality indicators.

(六) 了解人員培訓制度

To learn the personnel training system

肆、出國期間

本次進修研習期間自 2015 年 11 月 23 日至 2015 年 12 月 18 日共計四週。

伍、進修國家及醫院

一、新加坡簡介

新加坡是位於馬來半島南端的一個島嶼國家。坐落於赤道以北的 137 公里、馬來西亞柔佛州以南，以及印度尼西亞廖內群島省以北。新加坡總面積達 704 平方公里，是世界上剩下的幾個城邦之一，也是東南亞最小的國家。儘管面積小，新加坡的人口有 500 多萬。

1819 年，不列顛東印度公司在島上建立貿易港口。那個時候的主要聚居地是新加坡河河口的馬來漁村。沿海地區、河流和更小的島嶼也有羅越人居住。新加坡成爲香料貿易必經的地點，成爲大英帝國最重要的商業和軍事中心之一。第二次世界大戰時期，新加坡被日軍佔

領時，溫斯頓邱吉爾稱之為「英國的慘敗」。1945年，新加坡復歸英國統治。1963年，新加坡與馬來亞、北婆羅洲和砂拉越合併，建立馬來西亞聯邦。不到兩年後，新加坡脫離馬來西亞，於1965年8月9日成立新加坡共和國。同年9月21日，新加坡加入聯合國。

自獨立以來，新加坡的生活水平有所提高，當地工業化與外商直接投資帶旺新加坡現代經濟，新加坡的轉口貿易、電子製造業、石油化工、旅遊業以及金融業都有所增長。按人均國內生產總值來算，她是全球第17個最富裕的國家，外匯儲備高達2220億新元（1470億美元）。自1965年獨立後，新加坡在李光耀領導下迅速轉變成為富裕的亞洲四小龍之一。新加坡是個多元文化種族的移民國家，並非單一民族國家，也是全球最國際化的國家之一，在國內居住的居民有38%為永久居民、拿工作簽證的外勞和拿學生簽證的學生，建築業和服務業分別有80和50%外勞。新加坡同時也是亞洲重要的金融、服務和航運中心之一。根據第18期「全球金融中心指數」排名，新加坡為全球第四大金融中心，僅次於倫敦、紐約、香港。整個城市在綠化和保潔方面效果顯著，故有花園城市的美稱。（資料來源：維基百科）



圖 1 新加坡地圖

二、新加坡樟宜綜合醫院簡介

樟宜綜合醫院(Changi General Hospital, CGH)不僅僅是一間位於新加坡的醫院。本院真誠地關懷病患，並以高明的醫術和先進的醫療科技，滿足病患在醫療以及情緒方面的需要。

樟宜綜合醫院是一間擁有 790 張床位的醫院。本院的醫科科系超過 24 科，設有最新的診斷設備，包括核磁共振(MRI)和電腦斷層(CT)掃描，為病患提供全面的醫療服務。本院交通便利，距離新加坡樟宜國際機場僅 10 分鐘車程。醫院以病患為本的硬件設計，為病患提供了安靜、舒適的治療與痊癒的環境。

作為新加坡保健服務集團（SingHealth，是新加坡公立醫院集團）的成員，樟宜綜合醫院自 2005 年以來便獲得著名國際聯合委員會(JCI)評鑑，肯定其嚴格的品質標準和醫護系統。JCI 評鑑是總部位於美國的健康護理組織評鑑聯合會，The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations JCAHO 所作出的國際醫療品質評鑑，數十年來實踐 JCI 之各項規範，落實以病人為中心及病人安全至上之目標。



圖2 歷年接受JCI評鑑時程

願景 Vision

要成為一個有愛心的醫院，獲得病人和工作人員的信任，卓越於臨床和創新。

使命 Mission

用愛心與感同身受的心情提供最佳病人護理

價值觀 Value (TOP)

團隊合作 - Teamwork、主人翁 - Ownership、專業 - Professionalism



圖3 願景、使命、價值觀

(一)專科與服務 Our Specialties and Services (共計24臨床專科)

- 急症室Accident & Emergency
- 麻醉Anaesthesia
- 心臟科Cardiology
- 皮膚科Dermatology
- 放射診斷學Diagnostic Radiology
- 內分泌Endocrinology
- 消化內科Gastroenterology
- 一般內科General Medicine
- 一般外科General Surgery
- 老年醫學Geriatric Medicine
- 傳染性疾病Infectious Diseases
- 檢驗醫學Laboratory Medicine
- 神經內科學Neurology
- 神經外科Neurosurgery
- 眼科Ophthalmology
- 口腔頷面Oral & Maxillofacial
- 骨科Orthopaedic Surgery
- 耳鼻喉科學Otolaryngology
- 心理醫學Psychological Medicine
- 康復醫學Rehabilitation Medicine
- 腎臟內科Renal Medicine
- 呼吸內科Respiratory Medicine
- 運動醫學Sports Medicine
- 泌尿科學Urology

(二)服務量：主要統計數字(Key Statistics About CGH)

- 急診總來診量(A&E attendance): 150,000 per year
- 門診來診量(SOC attendance): 377,000 per year
- 入院(Admissions): 41,000 per year
- 總手術量(Total Surgeries): 48,000
- 平均住院(Average LOS): 6.65 days

(三)人力資源(總數 5193 人-104.11.25 止)：

醫師： 632 人

護理人力：2575

專職醫療人員：780

後勤人員：896

管理人員：310

陸、進修單位

出國進修前考量個人語文能力狀況，因此優先選擇華語可以溝通之新加坡國家，行前蒐集資料包括：新加坡國家概況、交通、住宿、新加坡樟宜醫院介紹及訪談曾經到樟宜醫院進修的同儕相關訊息，甚至購買地圖及書籍…等，不外乎藉由資料收集更豐富能因應突發狀況之處理能力更強。更由於本院王崇禮院長引進 JCI 管理概念也了解樟宜醫院歷經 JCI 評鑑已經有數載歷史，因此親自體驗及感受歷經 JCI 醫院評鑑醫院之組織及基層同仁實踐 JCI 之管理文化，除此本人隸屬於護理單位當然護理單位之架構，行政管理、護理教育訓練、感染管制相關、護理品質維持監測與持續改善，任何一項皆想進一步涉獵，因此進修單位規劃則有護理部、感染管制中心、一般病房、供應室、手術室及加護病房等。

柒、進修紀要

新加坡樟宜醫院進修紀要將說明：(1)「進修行前準備」，特由秘書室洪雪貞主任事先與樟宜醫院取得同意後，透過樟宜醫院骨科部醫師與護理部協商，以說明取訪許可與回信之過程，進而作為後續申請者之參考；(2)「進修重點」，依據事先擬定之計畫，逐項撰寫成具體可行之進修內容，涵蓋單位別以將先前準備之進修與學習事項，再次確認與修改；(3)實際記錄呈現進修各單位之過程與發現，以作為此次進修報告。

一、進修行前準備

首先，時間往前推算至 2014 年，有鑒於自 2012~2013 年護理部皆年年通過醫院進修委員會之預算審核，出國進修已蔚為護理部學習成長過程中之一股風氣，因此經與護理主任會談 2015 年護理部管理重點項目之一，並且總院曾經推動之護理經理人(Nurse Manager)制度，因此以護理主管在行政與臨床管理上之角色功能之本次進修之主軸。另外考量按照既定日期本院應於 2016 年才需要接受「新制醫院評鑑」，因此設想應該是比較沒壓力下出國心裏會踏實些，誰知計畫永遠趕不上變化，長官決策提早接受 2015 年「新制醫院評鑑」，以至於第三~四季才靜下心思著手聯絡出國進修事宜，準備過程些微倉促。

從擬訂進修計畫至進修委員會審查通過，甚至至最後與樟宜醫院護理部依據計畫擬定具體觀摩單位別修改不下數次，修改過程中學習到資料準備之嚴謹與必須於實務面具體可行之內容並且鉅細靡遺，如此才能讓接收單位有所依據。

二、進修內容報告

(一) 護理部組織架構

總計護理成員約 2575 涵蓋：總護理主任一位、護理主任二位、護理副主任三位、助理主任 9 位、行政護理長、臨床護理長、臨床教師、個案管理師、臨床護理師、助理護士及病人照顧協助者等等；主任級會議每周召開一次、護理長與主任級每二周召開一次，部門主任與部門護理長視需要隨時開會(平均約周一次)，值班護理長與主任級開會每日約 15 分鐘，各護理職類區分及其工作職責如下：

1. 總護理主任綜理護理部所有業務
2. 護理主任主責：(1)護理教育；(2)品質與險管理及個案管理業務。

3. 護理副主任：(1)住院區服務；(2)非住院區域服務；(3)手術室管理及綜合護理管理。
4. 助理主任：依據上述副主任業務協助分派各自之相關業務，包括加護病房單位、骨外科病房(含精神科)、血液透析、內科病房(隔離病房)、手術室、急診室、進階護理師及護理主管培訓等等。
5. 行政護理長 (Nurse manager；NM)：病房運作、確保儀器運作正常、新的服務、預算執行、異常事件改善、訪客建言回復。
6. 臨床護理長(Nurse clinician；NC) – 若是屬於功能性小組可看門診)：陪同主治醫師查房、了解病人情況、照護品質維持、單位護理師及病人照護分派、單位新進護理師及在職護理師培訓、單位護理師能力檢核及專案改善、研究。
7. 護理教育護理師((Nurse education；NE)：新人教育訓練安排、ACLS 辦理，護生實習計畫監督與管理。
8. 個案管理師：各疾病別之照護(如臨床路徑科別)，骨科疾病、Spine team、Asthma、HF、心臟血管(CV)、腦中風(Stroke)。
9. 功能性小組：Pain、Palliative、DM、大腸直腸、傷口照護、老人精神科(CPGP)、Hepatic Biliary team、失智症(Memory clinic)。
10. 一般護理師(Staff nurse；NS)：病人直接照護
11. 助理護士 (Enroll nurse；ES)：參與照護病人，測量生理徵象(TPR BP)、灌食，不給藥及不寫紀錄。
12. 佐理員(Patient care assist；PCA)：病人訂餐、送餐、餵食、補充醫才等。
- 13.(Patient service association；PSA)：費用說明、整理病歷及可以收費。

綜合以上每一病房單位皆設置有不同職類護理人員：行政護理長、臨床護理長、護理教育、護理師、助理護士及做理員等。

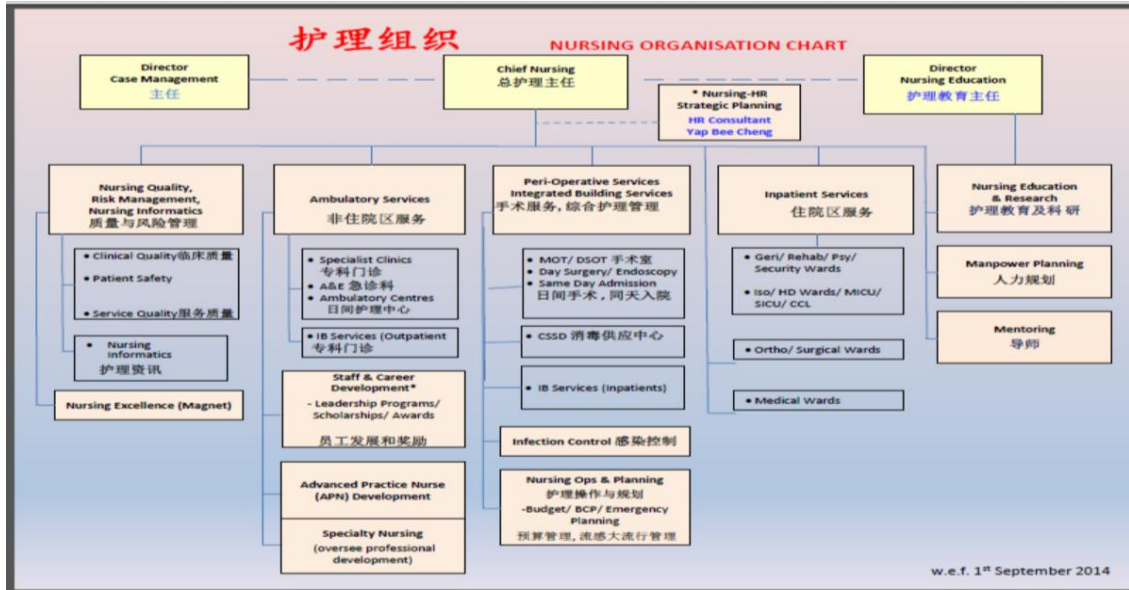


圖 4 護理主管架構

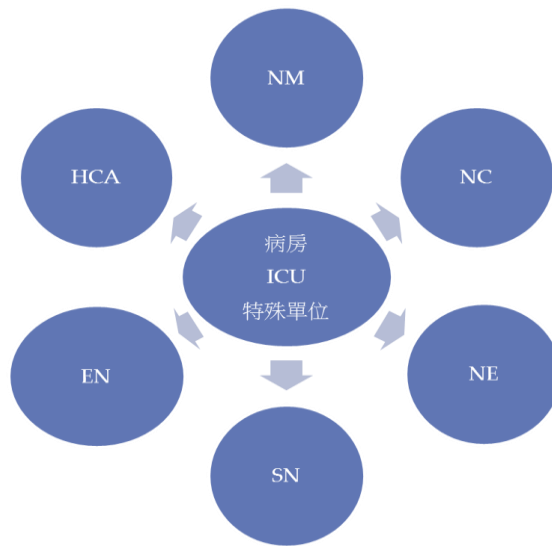


圖 5 每一病房單位皆有的護理職類類別

(二) 護理部人力資源管理

人員進用配合醫院發展自二年前開始規劃人才儲備人力，還是得靠海外招募人才，試用期為六個月其薪資與正式員工相同，新進人員一個月課室教學，臨床 preceptor 帶領二個月第三個月評估，護理類別本國籍佔60%、外國籍佔40%；註冊護理師具74.5%、護士助理25.5%。

其學歷分別為；專科 41.4%、學士 54.4%、碩士以上 4.3%，學歷不同薪資亦為不同。2014 年離職率為 5.4%，本國籍離職提早於一個月提出，非本國籍為三個月，累積假不超過 5 天，合約每二年簽屬一次，不簽約者前六個月提出。

每年一月及七月辦理升遷，依據工作評估及能力檢核考核結果擬定相當比率之升遷機制，工作評估包括自評與護理長評核，由行政護理長及臨床護理長共同考評，而升遷結果與薪資結構連動更能激勵護理師們努力向前，院層級更擬定護理部主管各層級比率目標讓護理師們了解護理生涯前景無限 (如下表 1、2)。

每年一月及六月發紅利，輪班者每月 200 元/津貼，夜班費用星期一~星期五 45 元/每班、星期例假日 60 元/每班，特殊病房及一般病房薪資相同，由於白班上班時間為早上 7:00 體恤員工過早出早餐，因此於 9:30~10:30 時段分批 Tea-time 時間過程約 15 分鐘，之所以如此則午餐時間只能約 45 分鐘，此一小時不算工時，制服每年三套，1 套/裙裝、2 套/褲裝，當離職時制服收回。

表 1 護理職類升遷目標

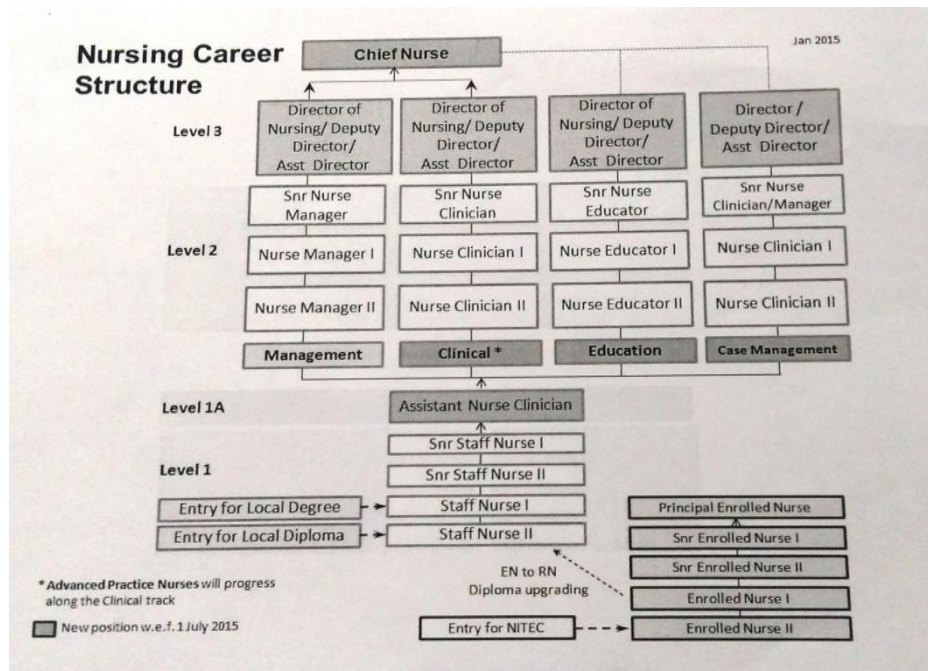
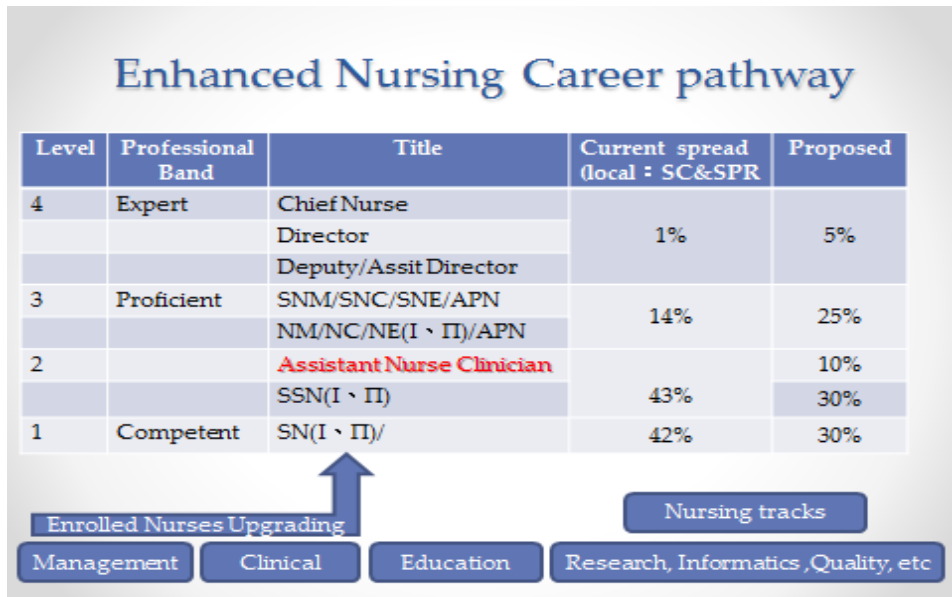


表 2 護理職類升遷目標



(三)護理部交班

護理部每日、每班排定三位值班護理長，各自負責不同樓層之業務。其職責業務為：

- (1)人力調度；(2)空床調度；(3)全院異常事件處理與報告-醫療及病人安全相關；(4)全院突發狀況處理-漏水、災害及火災；(5)急救事件協助處理；(6)院內員工 VIP 關心與探望；(7)A 級病房 VVIP 關懷；(8)臨時長官交辦事項；(9)家屬投訴或抱怨。除上述之外並且為當日放假護理長之職務代理人。

院層級病人安全包括：IDENTIFY PATIENT、ENSURE MEDICAL SAFETY、PRESSURE ULCER、REDUCE PATIENT FALL、REDUCE WATING TIME FOR AN INPATIENT AT A&E、REDUCE HEALTHCALL ASSOCIATIC INFECTION、ENSURE CORRECT-SITE、CORRECT-PROCEDURE、CORRECT-PATIENT SURGERY、COMMUNICATE EFFECTIVELY 等項目。

護理部承接院層之目標而擬定護理部 KPI 項目為：PRESSURE ULCER、REDUCE PATIENT FALL、REDUCE HEALTHCALL ASSOCIATIC INFECTION、MEDICAL SAFETY、STAFF SAFETY、OPPORTUNITY IMPROVEMENT、PICC 感染比率、特殊單位(如 ICU)佔床率、及監測 12:00 前

離院比率，當值班護理長每日上午 08:50 到護理部交班，除了以上職責外必須報告護理部 KPI 等項目於值班護理長與主任交班時病需登錄於護理部 KPI 看版上以利用時掌控各單位之狀況(如下圖)。



圖 6 護理部值班護理長交班 KPT 看版

各病房依據病房特性擬定病房之 Indicators，例如：跌倒、洗手遵從性、針扎比率、滿意度調查、醫療異常事件、褥瘡及平衡計分卡，為了表現對於品管指標之重視為單位，必須公告績效結果讓單位同仁知悉，尤其對於跌倒或針扎之成果特別逐日計算成果。

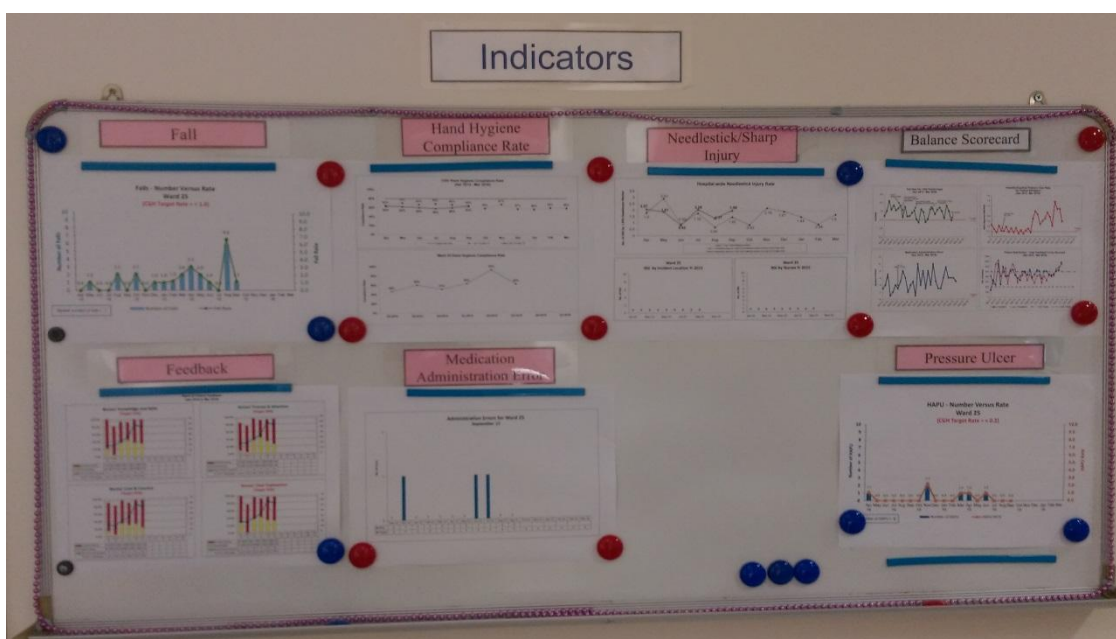


圖 7 病房品管指標公佈欄

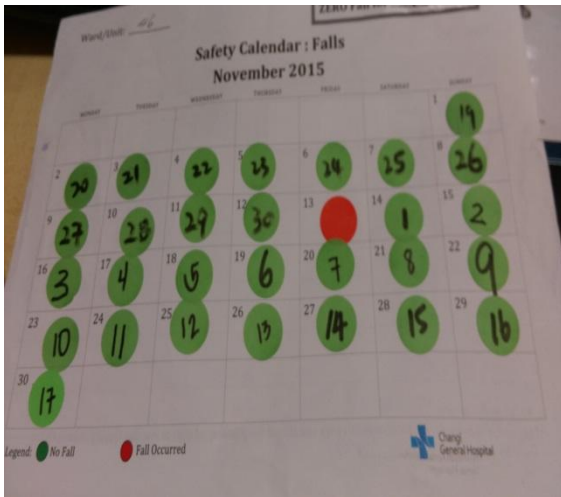


圖 8 逐日登記物跌倒天數

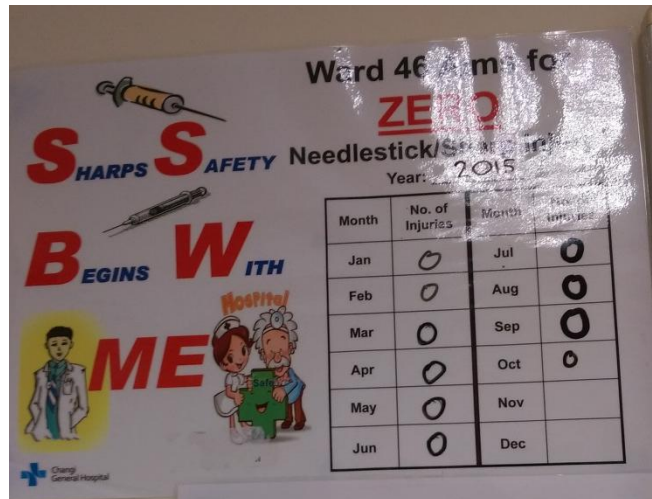


圖 9 未針扎標示

(四)工作及上班時數：

1.輪班人員 80hrs/每 2 周；純白班者 84hrs/每 2 周。

2.爲了符合彈性上班工時及下班搭乘交通工具之需求因此排定工作時段如下表：

表 3 工作時段

類別	上班時段	下班時間	工時 (hr)	休息時間 (hr)	實際工時	備註	
早班	07:00	14:00	7.0	1.0	6.0	統一起上班時間(上工)	
		15:00	8.0	1.0	7.0		
		15:30	8.5	1.0	7.5		
		16:00	9.0	1.0	8.0		
		16:30	9.5	1.0	8.5		
午班	12:30	20:30	11:30	9.0	1.0	8.0	統一下班時間(放工)
			12:00	8.5	1.0	7.5	
			12:30	8.0	1.0	7.0	
			13:00	7.5	1.0	6.5	
晚班	20:00	08:00	12	1.5	10.5		

3.由於照顧模式採整體性照顧毋須家屬陪同，因此護病比爲：

- (1)一般病房爲：1:5~1:6
- (2)高度依賴病房：1:3
- (3)加護病房：1:1(不超過 1:2)

(五)病房簡介

病房區分 A(單人房間)、B1(每間 4 床)、B2(每間 6 床)、C(開放空間)等級，A 級病人全部醫療費用自費，B1 級病人國家補助醫療費用 25%，B2 級病人國家補助醫療費用 75%，C 級病人國家補助醫療費用 85%，一般病房費差額以新加坡公民分別為，430 元、240 元、76 元、39 元；永久居民分別為，430 元、269 元、138 元、87 元；其他分別為，430 元、308 元、270 元、222 元坡幣；加護病房病房差額以新加坡公民分別為，855 元、700 元、195 元、118 元；永久居民分別為，855 元、822 元、363 元、278 元；其他分別為，855 元、855 元、855 元、855 元坡幣；若是當日手術具隱私隔間其收費為 110 元/躺床者；37 元坡幣/休息椅者，新加坡籍及永久居民分別為 45 元、77 元坡幣/躺床者，休息椅為 31 元坡幣。每一病房有二間隔離室不需額外負擔費用。全院採門禁管制開放訪客會客室間需要登記，以確保人員流動及感染管制追蹤，病房病人配置區分；乾淨病房(外骨科)、外傷病房。

A 級病房 20~27 床：第 27 病房 20 床(18+2)收治大外科病人如：外科、骨科、泌尿科、眼科及神經外科，以現住 17 床佔床率 85%之下排定護理人力排班：白班 SN4 位+EN2 位；小夜班 SN4 位+EN2 位；大夜班；SN2 位+EN1 位。28 病房 15 床收治大外科病人，每間分別 1~4 床，護理人力排班：白班 SN4 位+EN2 位；小夜班 SN3 位+EN1 位；大夜班；SN2 位+EN1 位。

B1 級病房 30~39 床：第 25 病房每 4 床一間，護理站在病房內。第 44 病房共計 36 床收治高度依賴的病人每間床，有生理監視器、動脈導管、Pump 與加護病房差別無插管無呼吸器。

B2 級病房：有冷氣第 37 病房每 6 間床共用衛浴設備；及第 39 病房 40 床收治常規手術病人，不收接觸隔離病人例如 MRSA。

C 級內科病房 44~49 床：

(1)46 病房 44 床(42 床+2 床隔離床)占床率約 95%，護理人力配置，HM 二人、NC 一人、SN29 人、EN14 人、HCA 二人，無冷氣採開放空間(但是確保醫材之安全性，放置醫材的庫房

具有空調設施)，收治傷口髒污之外骨科女性病人，護理人力區分三組，每組為 2~3 為 SN，每組分派病人分別為：14 人、14 人及 16 人。

(2) 49 病房；40 床其中 2 床隔離病房，占床率約 90%，每空間 8 床，收治腸胃科病人。

加護病房：

加護病房及高度依賴的病房，其病房收費不分 ABC 等級，三樓外科加護病房 19 床(其中 1 間負壓、其餘正壓)、四樓內科加護病房 18 床(其中 16 間負壓、2 間正壓)總計 37 床，由行政人員配床並且內科 ICU 預留一心導管床，外科 ICU 預留一重度外傷床，當加護病房只剩一床時則簡訊自動通知科部主任，當加護病房滿床時簡訊自動通知院層級長官，加護病房人力以 SICU 為例：HM(2 人)、NC(6 人)、SN(142 人)、EN(2 人)及 PCA(1 人)，其中約 SN(50 人)是準備開立高度依賴病房代訓人力；大部分記錄採用紙本尚未資訊化，護理紀錄採用：A-Assessment、P-Plan、I-Intervention 之模式，並且早上 07:00 召開工作前會議，下午 13:00 召開當日工作注意事項(含行政與臨床)，另外設置功能小組如疼痛控制小組、氣切照護小組及外傷小組其人力不計算在加護病房內。

另外以病人安全為中心的設計理念，新的 IB(Integrated building)大樓及改建之病房，護理站設計於病房內並附設衛浴設備，每一護理站規劃照顧 4~5 床讓護理師即時監控病人之病床變化及隨時協助病人下床如廁之方便與安全性(如下圖)，為了鼓勵及協助病人下床活動已懸掛式設計協助病人盡早下床活動避免長期臥床之併發症(如下圖)。



圖 10 病房中的護理站



圖 11 軌道式懸掛架協助病人移位

(六)臨床實務

1.病人安全緊急應變機制

樟宜醫院為確保安全病人，擬定護理師照顧病人期間當病人生理指標有變化時，例如：

AIRWAY: if Threatened (i.e. noisy breathing, stridor, wheeze).

BREATHING: Acute change in respiratory rate to <8 or >30 breaths ; Acute change in pulse oximetry to $<90\%$ despite oxygen administration ; oxygen requirement of F_{iO_2} 50% or greater.

CIRCULATION: Acute change in heart rate to <40 or >130 bpm ; Acute change in systolic blood to <90 mmHg.

NEUROLOGY: Acute change in mental status (fall in GCS >2 point) ; repeated or prolonged seizure (>5 minutes).

OTHER: any patient that a staff member (doctor, nurse, allied health) is seriously worried about that does not fit above criteria.

以上等等狀況皆可撥打電話 4488 通知 Medical emergency team ; MET) 成員緊急處理，樟宜醫院自 2009 年成立 MET 團隊同時為新加坡第一家醫院有此團隊之醫院，成員組成有醫師、護理師及呼吸治療師，並且 24 小時運作。

MET 工作安排，隨時接受各單位 Call-MET，平均每日可接到 3~4 位病人接受服務，當 MET 到病房後依狀況評估可以轉由 MET 接手採 Co-care 照護模式，每日上午檢視 ICU 前一日入住病人，是否為計劃性入住 ICU；下午則檢視前一日從 ICU 轉出的病人(當日轉出病人不看)，簽署 DNR、單純冠心病及病人轉至高度依賴病房者不重複訪視，目的為避免病人重返 ICU，依據 Intensive Care Nurse Review Form 檢視內容之 Criteria 為：Temperature、Heart rate、Systolic BP、Respiratory Rate、Oxygen Requirement、GCS、Spo2、Tracheostomy、Urine Output、Fluid Imbalance、Dopamine/amiodarone infusion、General appearance 及 Concerns 等標準擬定 Total Score 做為是否收案或結案之標準。如此避免病人非計畫性轉入 ICU，MET 成員將每位 Call MET 之病人登錄且分析建檔後檢，定期到病房報告與護理師經驗分享，並且檢討改善如何提升病人安全及提升臨床護理師之專業技能與照顧能力。

MET 團隊有專用之工作推車，全院總共 2 台以利不同樓層及棟別快速取得使用，內容設備齊全包括：生理監視器、小型超音波機、血糖測量儀、快速顯影喉頭鏡、inline suction、急救相關藥品…等等，目的為 MET 對於各單位之物品擺設不熟悉，當有專用之工作車時能及時提升工作效率。尤其該院成立急緊插管服務，當遇見困難插管病人時可即時提供以病人為中心更安全醫療照護。



圖 12 Call MET 海報

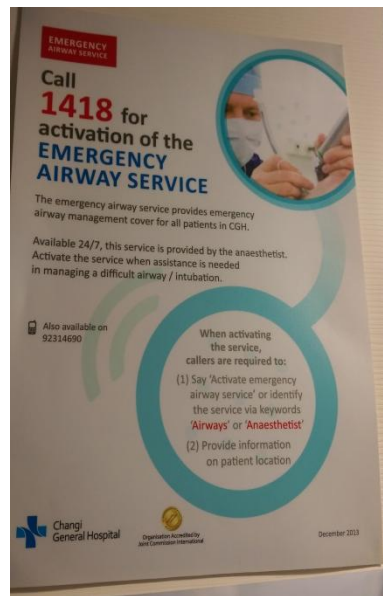


圖 13 緊急插管海報、



圖 14 MET 專用工作車

2. 急救事件緊急處理機制

當院內發生急救事件時則撥打總機全院廣播 Call blue，若屬於住院區域由原照顧團隊及 MET 立即到達現場支援，若屬於公共區域則由急診團隊協助。

加護病房及手術室應付緊急急救處理為不同之機制，其牆壁上設置 CODE(藍色)及 EMERGENCY(紅色)按鈕，當急救事件發生時則壓按藍色按鈕則時間標示馬上變化為發生地點，假若某區域按壓紅色按鈕則表示該區域需要人力支援，此作法為值得本院效法。

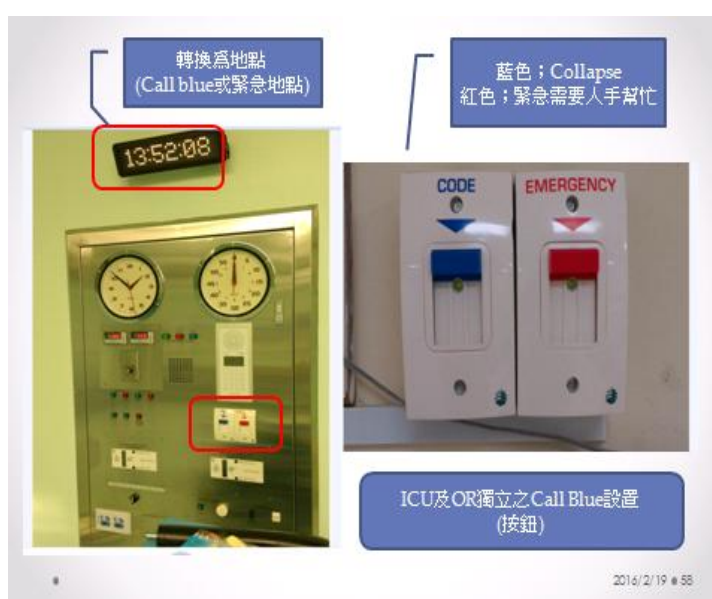


圖 15 病人突發狀況緊急支援系統

3. 病人用藥安全

病人用藥安全是醫療機構病人安全主要目標之一，樟宜醫院在用藥安全上更是不遺餘力落實執行，從結構面、過程面及結果面，系統性的層層把關付予的努力更是積極認真。首先從澳洲購買設備單一包裝予條碼，加上資訊系統配合，醫師端開方後由藥劑師調劑，部分藥物由藥劑部送至病房，或於病房單位設有常備藥物，甚至於加護病房內建置有小型藥庫，並且有資料系統管控藥物之開啓，護理給藥過程穿著給藥背帶避免干擾，以 Barcode 刷藥物條碼及病人手圈，避免給藥錯誤。給藥前核對完畢後，配合 Barcode 與藥物條碼其流程為刷病人手圈→刷藥物→再刷病人手圈→再給藥物，第二次刷病人手圈是避免干擾之再確認，

當 barcode 刷藥物與病人手圈資料有誤時會震動提示。

加護病房小庫管理皆由資訊控管，當病人需要使用藥物時，護理師以帳號密碼，或指紋確認護理師身分，進入系統後選擇病人選擇需要用的藥物，則只有放置該藥櫃蓋子自動打開，更特別的是藥物取用後自動連結補藥系統及帳務記帳，資訊系統還有提示給藥時間之功能於給藥時間點前 1 小時及給藥時間點後 1.5 小時進行提示。



圖 16 藥物 Barcode



圖 17 藥物分裝



圖 18~19 藥物管理



圖 20 藥物管理圖



圖 20~23 給藥防止干擾海報及背條

4.因應高佔床率之處理機制

因為占床率平均約為 95% ↑ 所以醫院擬定了些相關配套措施亦是值得學習的，例如，於每病房公告出院時間，並且每日監測 11：30 前出院病人比率，若是因病人因素或家屬因素無法於 12：00 前出院則加收住院病人費用，為了管制加護病房更有效利用當內、外科加護病房僅剩一張病床時則簡訊通知科部室主任，當加護病床滿床時則簡訊通知院層級長官。

特別於門診大廳設置有出院休息室(Discharge Lounge)讓可以走動的病人可能因等待某些單張或藥或等待家屬接送者先行休息之處，內部配置有躺椅及備有茶水報章雜誌與電視觀賞。

急診資訊系統能即時一目了然了解各病房病人出入院狀態，並且由行政人員配床，另有空間留觀區(short-stay beds)及 Admission Transit Area(ATA)，而 ATA 由病房醫師到急診室 Care 病人依住院收費，也由於急診室病人仍是有來診等候狀況因此資訊系統有重症及輕症各需等候多久時間之告示，對於等候住院者亦有站立式告牌『本院今日床位佔有率很高，如果您需要入院，您可能得等其他病人出院後才能入住病房，在等待時若感到不適，請向我們護士尋求協助，謝謝您的諒解』。手術室對於當日排程手術有 23 小時住院區域(Same Day Admission)，則毋須佔用一般急性病房之病床。

(七)供應室、手術室

供應室與手術室其業務緊密相連，因此硬體設施皆有考慮兩者工作流程之規劃，二單位因應物品之器械之運送因此有二台專用之運送電梯，運送物品區分乾淨與髒污。供應室人員訓練為：3 個月，第 1 個月課室教學，第 2 個月打包訓練及第 3 個月清洗訓練，人力共計 34 人，SN 為 6 人、EN 為 11 人及其他類 17 人，採二班制目前上班至 22:00 之後採 On call 方式。

供應室清洗區(髒污區)與打包區完全獨立之二區域動線不交叉，地板物品為架空之空間，以利於地板之清潔與消毒，避免布類之棉絮造成汙染因此大部分包裝以紙品製品打包，並且有實證專案佐證其成效，另外各醫療科部之器械盒以顏色管理區分科部，容易管理與取得，器械採 barcode 管理，器械之淘汰換新機制為當新成立之單位由新單位編列預算購買，再歸功應室集中管理，之後統一由供應室淘汰換新，當淘汰換新時須與手術室共同討論取得共識。供應室清洗機共計 5 組，其中 1 組大清洗機可以清洗物品置物架，4 組一般類物品清洗。

手術室共計 10 間手術房及 4 間日間手術房，麻醉恢復室 16 床，預計 2 年後再擴增 14 間(目前已經開室儲備人力)，目前人：麻醉含恢復室約 80 人，刷手約 120 人及僱工及行政人員約 35 人，護理師人力估算每間手術房配置三位刷手護理師、一位麻醉護理師及一位流動

護理師以三班計算，另外加流動支援中間 TEA-BREAK 時段之人數。手術室空間為 2 間麻醉誘導室(同時可以當成等候空間)，每 2 手術房共用一間刷手間及共用一間準備室及污物室，如此做法將空間運用發揮到最大效能。手術室物品電梯共有三部，到供應室共二部分別乾淨電梯及髒物電梯(供應室器械及感染廢棄物)，第三部投遞電梯是一般廢棄物及一般布服。常規手術排程至下午 17:00；當病人入住恢復室時病人頭部向外部走道目的為當病人發生緊急情況時，可即時處理毋須挪動病人空間。年度計畫為每年四月至隔年三月，每年 9 月開始討論隔年計畫，每年消防演習及上課。當加護病房沒床時(經常發生)還時會將病人暫時安置恢復室或 Day surgery room 或者向內科 ICU 借床，單純外科病人挪至內科 ICU。

手術房間改建或更換內部空間時期消毒流程，由護理師執行包括(天、地、牆及設備)：清水洗→消毒液(3 次)經過 24 小時則第 1 次採樣培養及落塵測試(委託外部專家執行)，當第一次上午採樣後下午再次清水洗→消毒液(3 次)，再經 24 小時則第 2 次採樣培養及落塵測試，第 2 次採樣後直接再次清水洗→消毒液(3 次)，假使第一次培養及落塵未通過才需做第三次之培養及落塵測試。

(八)感染管制：

感染管制護理師每 150 床配置一位，由資訊系統 I/C/NET 協助各項資料資查詢與收集，從該系統可以查詢例如：培養結果、X-ray 報告及檢查檢驗數據，依新加坡國家政策所有住院病人全部篩檢 MRSA，而樟宜醫院感染管制措施指引依據為：

- 1.樟宜綜合醫院感染管制手冊、廢物管理手冊
- 2.新加坡衛生部感染管制手冊
- 3.世界衛生組織指導方針
- 4.美國疾病預防中心指導方針
- 5.亞太地區感染管制指導方針

感染管制業務包括：教育訓練、稽核、監控、預防措施及建設和改造中的感染控制；感管師依個人分配感管業務，每日查詢 I/C/NET 訊息，通知各所屬單位必要之感管措施之後，

下午即進行稽核及監控，例如：抗針刺容器使用量、物品及醫材起訖日期標示，洗手遵從率、標準防護執行比率、等及與各病房討論各項防護措施，尤其環境監控以很低之價格購買螢光筆及螢光專用手電筒，可以監測清潔人員對於環境清潔之落實度；並且於電梯、各護理站標示提醒各種感管措施及洗手之重要性。

樟宜綜合醫院對於接觸隔離病人，採集中照顧模式並且於地板標示 MRSA 區域，其病歷及各項設備以黃色標示以區隔專用物，對於訪客及家屬未特別規範之防護，另外對於醫院建設和改造中的感染管制必須依據感染管制風險評估，落實工程進行中必要之防護措施並且不定期執行稽核。



圖 24 各類管染管制標示



圖 25 手部位衛生宣導海報

(九) 資訊系統

樟宜綜合醫院運用科技與資訊系統以強化管理效能，個人認為其全院系統性規畫與連結令人佩服如下：

1. 科技：利用科技提升工作效能與降低人力耗用例如：(1) 機器人-利用機器人協助運送文件和不急需使用之藥品；(2) 送餐車-各病房之送餐及送餐交換車，甚至不會有誤餐狀況 (3) 氣送系統-各病房皆設置有氣送系統，可以運送物品多元，文件、藥物、檢體、等，特別一提加護病房、手術室及急診室是獨立系統可以運送血品；(4) 天花板軌道式移動架設-以病人為中心安全考量，運用此設施可協助醫護團隊讓病人盡早下床，減低醫護

團隊人力搬運、避免搬運過程之傷害及讓病人早期恢復減低併發症。



圖 26 利用科技降低人力耗用

2. 資訊系統：

(1)病床監測系統-爲了全院病床管理及了解病床之利用狀況，系統自急診室開始建置，急診即時動態看板，讓急診室了解各病房出院及清床，病房病床動態看板 等候時間提供病床使用率；病房端由行政人員可以依據病房出院、清床、及轉床等註記，系統公開化，讓全院病床使用動態及預估等候時間。

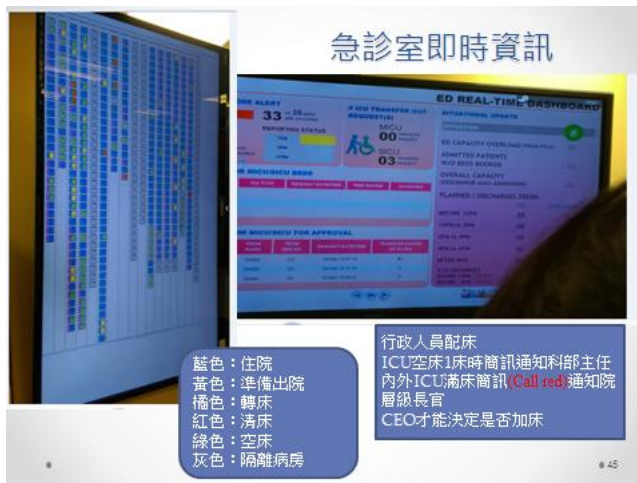


圖 27 急診室病床即時資訊



圖 28 病房中病室動態

(2)Trendcare-其系統是由衛生部統一向澳洲蓋買支系統提供新加坡各醫院使用，其涵蓋：Patient Acuity、Workload Management、Human Resource Management、Bed Management、Patient Analysis、Clinical pathways、Diet ordering 及 Rostering & Leave Plan 等，其中最值得本院學習

與運用為病人嚴重度及工作負荷管理，每日早班護理師約 09:00 時預測三班病人狀況，之後於 11:00 評估病人實際情形，之後晚班及夜班在工作 4 小時實際評估病人狀況，預測之 Criteria 包括: Hygiene、One on One Care、Mobility、Nutrition、Contenance State、Thought Processes、Communication、Respiratory Support、Observation、Early Warning Alert、Medication、Cardiac Assist Device、Central Line Access、Invasive Pressure Monitoring、Treatment、Teaching/Emotional Support、Isolation、Transfer out、Medical Emergency，等約 19 個項目，病房單位項目與加護病房項目有些微差距。因此依護理師上班總時數及實際病人嚴重及依賴狀況計算出之總照顧時數，各自加減後可以統計是護理人力不足或人力過剩，故可以藉此系統精準計算護理人力，全護理單位隨時可以依據上述盤點人力相互支援機制。

Hygiene	Self or N/A	Perf Assist	Total Assist
Nutrition	Self or N/A	Perf Assist	Total Assist
Contenance State	Incontinent (1 episode)	Frq Incontinent (2-4)	Frq Incontinent
Thought Processes	Minor Impact	Moderate Impact	Severe Impact
Behavior	Non Compliant/Uncooperative	Intrusive/Disruptive	Aggressive/V
Communication	Communication Problem		
Respiratory Assistance	Oxygen Dependent	Oxygen Dependent With Humidifier	
Observations	Hourly or more freq	Score of 2 (for any observation)	Score of 3 (for any observation)
Early Warning Alert	Score of 1 (for any observation)	Score of 2 (for any observation)	Score of 3 (for any observation)
Medications	1st Involved Medication (1-1.5)	2nd Involved Medication (2-4.5)	3rd Involved Medication (4-5)
Central Line Access	Accessed Only	Permeant Nutrition	Pressure Maint
Treatments	Extensive Treatment (30 min)	Extensive Treatment (30 min)	2nd Extensive
Teaching/Emotional Support	Routine	30 min Extensive for PPT/relative	60 min Extensive
Care Contenance	Extensive (30 min)	Complex (30 min)	Contact Person
Isolation	Cohort Isolation	Protective Isolation	Contact Person
One on One Care	Droplet Precautions	Airborne Precautions	Extensive Precaution
Admission Assessment	2 Hours	4 Hours	6 Hours
Discharge Planning	8 Hours	18 Hours	18 Hours
	Assessed via Pre Admission	1 to 3 Assessments	4 or more Assess
	Hospital	Extensive (30 min)	Complex (30 min)

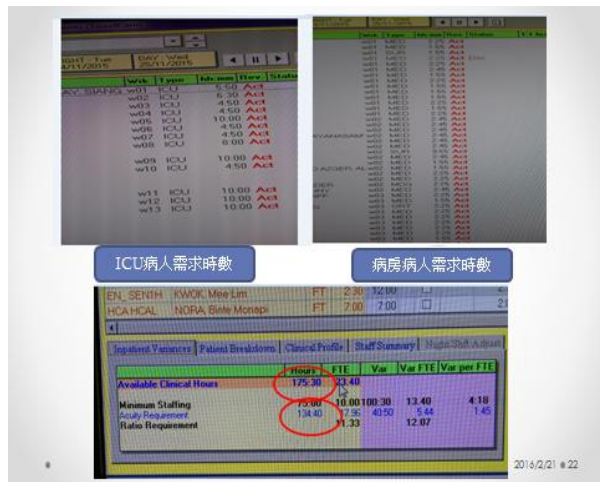


圖 29 病人嚴重度與依賴度評估

圖 30 護理師總工作時數及病人需求時數

(3)VOCERA-此系統是樟宜綜合醫院自行撰寫計畫之經費補助，目前還在試用階段，適用單位為急診室、C 級病房及部分個案管理師，先行用於緊急級複雜單位，其主要功能用於溝通例如口語化可撥打電話，可雙方對講、可留言及尋求支援。

(4)MDI-此系統為可以將生理監視器測量所測量之生理指數，上傳到醫療資訊系統，減少重複謄寫輸入的錯誤及縮短人力。

(十)護理教育與培訓：

護理教育與培訓包括二部份護理主管及基層護理師，新進護理師在課堂接受一個月受訓後，在分配到病房或單位，新進人員試用期六個月至多再延期一次無法勝任則解雇。

- 1.護理主管培訓涵蓋薦送國外短期進修及國內提升學歷之進修及在職訓練，由護理部主導，其課程為：品質管理(Quality management)、領導技能(Leadership skills)、績效管理(Performance management)、稽核技能(Audit skills)、面試技能(Interview skills)、衝突管理(Managing conflict)、處理抱怨及護病糾紛(Grievance Handling Disciplinary Action)、改變管理(Change management)及研究(Research)，培育未來護理領導人之課程與基層護理師有所區隔。
- 2.新進人員課程包括：基礎課程(Orientation)、心肺復甦技能(BCLS)、護理品質(Nursing Quality)、服務品質(Service Quality)、核心臨床技能(Core competency)及病人安全(Patient Safety)。
- 3.每年依據排程辦理相關之課程，例如、ACLS、BLS 及護理相關課程。
- 4.實習護生相關之教育訓練皆由護理教育組承辦。

三、其他

(一)醫院改建設和改造空間之規劃：

對於院內建設或改建空間皆由院層級單位與供應商合組專案共同負責，經由感染管制單位評估風險防護等級，依據規範擬定改建計畫並且招集相關人員開會報告進度，成員包括：專案負責人(院內、廠商)、維護單位(工務)、使用單位、清潔人員、感管人員及上述之主管等，其目的讓相關人員之業務是否影響及達成共識。

報告內容包括，工程名稱、工程進度和配合事項及替代方案、法規規範、物料輸送路線、感染相關議題、專案負責人、公務及使用單位交接時程計畫，以利工程之順利達成。

(二)醫院消防安全：

院內定期辦理消防安全相關課程，單位及同仁必須定期演練，每個病房硬體動線幾乎一致涵蓋院內同仁路線、訪客及家屬路線及緊急疏散路線並且三個區域皆有消防栓，特別是疏散動線管制，當被破壞時會有警鈴提醒，若是緊急狀況發生時亦可以輕易打開管制門以利疏散之即時性。

另外當緊急火災發生時於滅火器簡易標示快速處理，標示內容如下：

R-Rescue or move patients away from the fire.

A-Raise the alarm by activating the nearest “Break Glass.”

C-Call Exit : 4454/4455 to report locating,extent of fire,etc.

E-Extinguish the fire using a fire extinguisher or hosereel without personal risk.

S-Shut down gas supply and electrical system,close doors and windows to contain fire.

與本院差異為最後“S”，之內容本院是沒有的可以考慮增設。

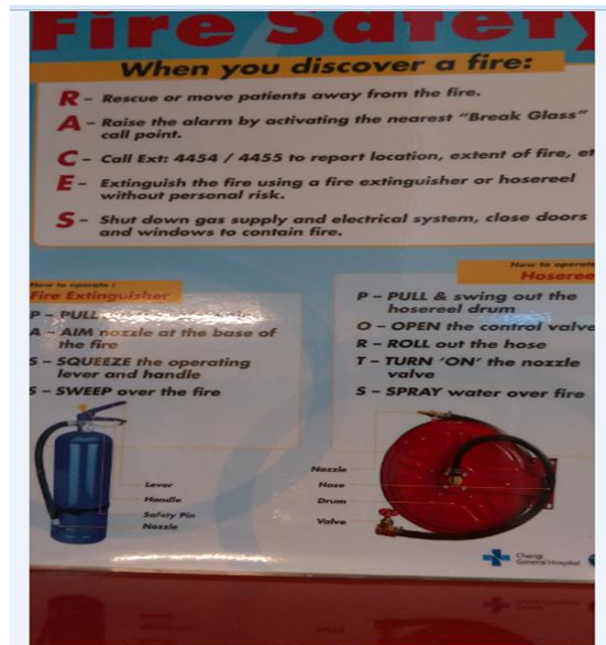


圖 31 RACES 海報宣導

捌、心得與建議

(一)進修前之心得

終身學習中學習與成長過程是必須的，自王崇禮院長接任後才開放醫事單位人員可以出國進修之概念，因此當與前任蔡紋荅主任會談時心裡很高興也很義不容辭別無他想地接受出國進修之任務，只單純認為護理部歷年皆有同仁出國進修之機會絕不可以中斷此良好之機會，才開啓讓我有此一出國進修學習的契機。另外出國前計畫與目標之撰寫過程因為不太順利，讓對方樟宜綜合醫院窗口認為只需要一周的學習時程，還經由本部陳姝年主任及台大醫院護理部楊月嬌副主任修改計畫與目標才得以同意四周之進修學習。

語文能力對本人而言真是一大罩門，由於少壯不努力老大徒傷悲，對於面對外國人根本無法開口，真是一輩子的遺憾，無法改變的事實還是硬著頭皮以亞洲國家為進修之地點，努力認真不負使命。

過去，未曾有獨立出國之更談不上與國外醫院聯繫的機會與經驗，因此壓力甚大，還好透過秘書室洪雪貞主任之前置幫忙，減輕許許多多聯絡醫院之壓力。但是不僅僅是連絡醫院其他事項如：出國之食、衣、住、行同樣是擔心的事情，在出國前，上網找住的地方最為棘手，人生地不熟又安全性考量，因此四處打聽向同仁若有新加坡的朋友皆是諮詢的對象。同時，也為使事情能順利完成，亦購買不少參考書及地圖。最後在秘書室洪雪貞主任的協助下，住的地方終於敲定心中的石頭總算卸下，得以順利出國。

(二)進修後之心得

樟宜綜合醫院自 2005 起接受 JCIA 之評鑑，因此在醫療水準、管理效率及照護品質皆是有目共睹，尤其運用科技提升效率及人力耗用更是值得讚許，在品質指標的重視從院層級串連至科部直到單位，從上到下重視與宣示對於品質維護之組織文化。尤其當收到樟宜綜合醫院護理部劉麗珠助理主任，擬定進修時程表時從計畫內容中展現領導管理能力。進修的所有

部門與過承皆熱心接待，並且不藏私亦不吝於分享所有的經驗與作業規範，在不影響病人隱私下多鼓勵個人多看多問。因此，本次進修在各病房護理長協助下非常愉悅融洽狀況下順利完成。

此次進修行程中，主要是學習『護理主管在行政與臨床之角色及功能』。因此，須先對樟宜綜合醫院的護理部組織架構有所了解。在該院中，護理主管被依序稱為「總主任」，主任、副主任、行政護理長、臨床護理長、護理師、助理護士等，是依其職位不同而區分不同工作職責，而架構上新加坡階級區分更細與本院之護理督導長與樟宜綜合醫院助理主任其職責相類似，並且多了臨床護理長職稱並且授於主管之職別對於臨床上對於病人安全多一分保障。另外樟宜綜合醫院採全責護理無家屬陪伴，因此在護理人力之運用是較為充裕並且有助理護士及病人照護助理提供非護理之事務性工作亦是不錯之規劃。在護理生涯職等之升遷皆有擬訂目標，透過每年之績效考評從年初之擬定目標，到年中及年底之績效評核會談，評值當年度之表現，才做為是否升遷之依據，從 EN→SN→SSN→NM/NC/SNM/SNC/APN→AD→DD→Chief nurse 等讓同仁可以有生涯規劃及未來目標之激勵作用。

更讓人驚豔的是樟宜綜合醫院運用科技及資訊提升管理效能：例如機器人、送餐車與氣送系統之建置在在節省人員之耗用，更顯現出對於院方勇於接受與創新之精神。另外因應高佔床率措施及配套措更是搭配的淋漓盡致，涵蓋動線之規畫、空間之適當性、醫療照護及行政人力之支援，皆能符合病人需求及各相關之員之工作屬性，於每病房公告出院時間，並且每日監測 11：30 前出院病人比率，若是因病人因素或家屬因素無法於 12：00 前出院則加收住院病人費用，Day surgery 設置在手術室旁當日手術病人不佔用一般急性病房之床位。急診資訊系統能即時一目了然了解各病房病人出入院狀態，並且由行政人員配床，另有空間留觀區(short-stay beds)及 Admission Transit Area(ATA)，而 ATA 由病房醫師到急診室 Care 病人。

除此之外，樟宜綜合醫院更值得一提的是跨團隊照護，在進修過程中亦跟隨疼痛管理小組，成員包括麻醉科醫師、臨床護理長、協調師及護理師，訪視病人了解病人需求共同解決病人問題，如此好的團隊合作真是病人之一大福音，亦是本院比較弱的一環。另外緊急處理

小組 MET Team 其組成、設備、設施及工作內容，亦是該院在新加坡第一家創新業務，其成效亦是有目共睹值得學習。

能有這次海外進修的寶貴經驗!不僅為個人護理生涯留下最美好的經驗與回憶，同時，更希望藉此機會鼓勵年輕護理師應該積極爭取出國進修，因為讀萬卷書行萬里路若二者皆備，讓專業技能更上一層樓且開拓國際觀更屬不易，也更期盼藉此機會將所見所聞與院內同仁分享經驗，激起同仁對於護理之熱情與傳承。

(三)進修後之計畫推動及微調工作業務內容

經由進修過程中了解與學習到樟宜綜合醫院許許多多之優點，易取得本部陳姝年主任的支持下，於本部計畫推動之業務或調整工作內容如下：

1. 推動同質性單位區分行政護理長及臨床護理長工作職務：

本院區分二院區斗六院區及虎尾院區，同質性單位包括：加護病房、血液透析室，急診室、手術室及門診，目前每個單位同時各有一位護理長，每位護理長同人需具備單位管理及臨床病人照護服務，若同屬相同之業務是否能集中由某位護理長統籌規畫後平行展開至另一院區，則其推動措施標準一致。

此項做法，在樟宜綜合醫院是區分行政護理長(NM)及臨床護理長(NC)，設置其不同之工作職責，其差異是樟宜醫院每單位皆配置有上述之護理長，而本院若是推動則工作範圍須涵蓋二院區是否遭遇不同之困難必須推動後評值其成效。另外異動較小之模式是讓單位現成之 Leader 培訓為樟宜臨床護理長之能力，其工作內容為臨床護理長之內容。

2. 推動微調快速反應小組（Rapid Response Team，RRT）：

本院 RRT 小組由一群急重症護理師所組成的團隊，其工作內容如下：

(1)查核病房 CAS 通報及未通報潛在問題病人。

(A)指導護理師臨床照護、(B)協助問題處理

(2)參與心肺復甦術（Cardiopulmonary Resuscitation；CPR）。

- (A)參與協助 9595 急救過程、(B)急救後，在病房待加護病房床位時之照護協助。
- (3)協助急救後病人轉送加護病房(斗六/虎尾院區)。
- (4)加護病房無床位時，恢復室加床其病人之照護。
- (5)無任務或病房病人已穩定時，回所屬單位(急診或加護單位)協助護理業務。

此項做法，在樟宜綜合醫院隨時接受各單位 Call-MET 業務(3~4 位病人/每日) 上午：檢視 ICU 前一日入住病人，是否為計劃性入住 ICU；下午：檢視前一日從 ICU 轉出的病人、資料建檔及病房分享等，其指標明確包括避免重返加護病房及非計畫性入住加護病房，因為非計畫性入住加護病房其影響病人之預後。因此藉由標竿樟宜醫院之作法調整本院工作內容修正為將符合 CAS 臨床警訊系統 (Clinical Alert System, CAS) 之病人由臨床護理師通報，而將轉出入加護病房為是之重點。

3. 推動以下 3 項與病人共同決策之品質管理項目。

觀摩樟宜醫院之經驗及本院優秀團隊參訪澳洲醫院之版本，擬定本院可執行之內容推動，海報宣導

- (1)How DO WE ENSURE MEDICATION SAFETY?
- (2) How DO WE REDUCE HEALTHCARE ASSOCIATED INFECTION?
- (3) How CAN WE REDUCE PATIENT FALLS?



圖 32~34 品管指標宣導海報