

出國報告（出國類別：考察）

# 赴日本參訪日本國立癌症中心 中央病院，觀摩癌症病人臨床 照護之實務經驗及工作流程

服務機關：國立成功大學醫學院附設醫院

姓名職稱：張素容 護理師

派赴國家：日本

出國期間：104年10月29日至104年12月01日

報告日期：104年 月 日

## 摘要

跨專業領域團隊照護是目前醫療重要的照護趨勢，至日本首屈一指的全國癌症照護醫院，觀摩癌症病人臨床照護重點，以提升本院之癌症照護品質及流程。日本國立癌症中心(NCC)是世界頂尖之癌症診療及研究機構，該機構致力於提供精確的癌症診斷、治療與以病人為中心的照護，並積極執行臨床研究及教學，期望藉由此次參訪，觀摩及交流臺日癌症臨床診療照護的運作模式及實務經驗分享，精進臨床癌症病人之照護品質。

此次主要參訪重點為日本國立癌症中心(NCC)觀摩癌症相關護理人才培訓模式及執行狀況；參觀癌症照護臨床單位，了解護理品質、管理模式與特色；觀摩癌症照護之出院準備服務及長期照護模式。

# 目次

摘要.....	頁 2
目次.....	頁 3
本文	
一、目的.....	頁 4
二、參訪過程與討論內容.....	頁 4
1. 參訪醫院介紹: 日本國立癌症中心中央病院(NCC-C)簡介	頁 4
2. 護理專業分級制度及病人照護比分析-	頁 5
3. 員工福利	頁 6
4. 運用醫療硬體設備的設計提升病人安全與優質照護品質	頁 6~12
5. 癌症護理人才培訓及執行狀況-與看護部長訪談	頁 12~14
6. 癌症照護模式及特色	頁 15~20
7. 長期照護與出院準備服務	頁 20~21
三、參訪心得.....	頁 21~22
四、參訪建議事項.....	頁 22~23

共 23 頁

# 本文

## 一、目的：

由於癌症發生率普及化和疾病照護發展越加更新，臨床照護面臨新的考驗及挑戰；國內從事癌症照護的護理人員在臨床工作繁雜及照護負荷壓力下，也面臨護理人才留任不易的問題，透過多元文化交流了解日本癌症醫療照護模式及工作流程，期望能提升癌症照護與護理品質外，更希望護理職場落實跨專業分工合作的「以病人為中心的照護模式」，並減化工作流程，藉由團隊各科專業醫療相關人員共同分工合作，來減輕護理人員臨床業務負荷、提升工作滿意度及降低人才流失率，臨床護理師更能感受到正向的護理職場環境；藉由轉介或出院準備計畫，提供癌症病人完善的後續照護服務，讓病人獲得完整且無後顧之憂的治療歷程。

## 二、參訪過程與討論內容：

### (一)行程內容

#### 1. 參訪醫院介紹:日本國立癌症中心中央病院(NCC-C)簡介-

日本國立癌症中心醫院於 1962 年由日本厚生省設置，至今已有 53 年的歷史，它是日本歷史最悠久的一家醫院也是全日本六家國立癌症中心之一，是日本癌症治療領域裡頭的頂尖醫院。1962 年 5 月日本國立癌症中心的中央病院正式開始運作，1992 年 7 月位於千葉縣柏市的東病院開院，後來在 2010 年 4 月轉成獨立行政法人。日本國立癌症中心成立的願景跟任務是希望在癌症治療領域上要有世界級的地位，而且要從病人的角度來制訂於提供政策。本次所參訪的

日本國立癌症中心中央病院共有 600 床，醫師 171 位，看護師 221 位。每日約有 1200 位癌症病人於中央病院進行癌症治療，門診治療室共 62 床，每天於門診可以執行 110-120 位癌症化學治療，NCC 有各國醫學精英來學習交流內視鏡治療技術及由日本各地慕名而來就診的病人，展現強大的癌症治療照護的專業能力。參訪單位：國際戰略室、看護部、醫療安全管理室、內視鏡室、放射線診斷科、放射線腫瘤治療部、手術室、集中治療室(ICU)、病棟區(呼吸食道頭頸腫瘤外科、腦部及乳房腫瘤科、骨髓移植科)、門診化療治療室。

訪談人員：看護部部長、看護部副部長、醫療安全管理者、內視鏡科醫師、內視鏡室副看護師長、放射線診斷科 Leader、放射線腫瘤治療部 Leader、手術室副看護師長、集中治療室(ICU)看護師長與副看護師長、門診治療室副看護師長、癌症性疼痛看護認定看護師、感染管理認定看護師、攝食與嚥下障害看護認定看護師、言語聽覺士、血液腫瘤科藥劑師等。

## (二) 參訪單位討論內容

### 1. 護理專業分級制度及病人照護比分析-

護理專業採分級分責，護理單位成員及業務職責包含：看護師長（單位配置一位）- 負責人力調派、決策等行政業務；副看護師長（單位配置二位至三位）- 負責臨床相關教育及品管和指導新進護理師，隨時了解當班病況，適時解決同仁問題及支援；主責看護師：出院計劃評估、臨床病人照護；輔助看護師(單位配置一位至二位) - 運送病人及領取化療藥物，準備病床迎接新病人(圖一)，不執行醫療相關行為。專業認定看護師(全院共有 42 位)(圖二)經由完成訓練課程，由全國性的認證學會舉辦考試，經通過筆試後獲得證書，每五年重新認定一次，重新認證以累積積分點數及繳交報告為主，執行業務：一般臨床照護工作及兼任全院性護理師講授專業課程，薪資有補助津貼。



(圖一)準備病床迎接新病人



(圖二) 專業認定看護師

病人照護比(白班):加護單位護病比為 1:1；一般病房為 1:7；血液腫瘤科病房為 1:4~5；骨髓移植病房為 1:3~4。

除三班制外，另有設置一班為 16:00~09:30 之班別，護理師每月上班 8 班，此班別採自願包班制。

護理人力調度方式-

院內除有值班看護長值班外，看護部每日由看護部長及副部長巡視全院單位，了解單位內動態，並問候看護師，了解單位人力配置，給予需要支援單位人員支援。

## 2. 員工福利-

單位內設有超時工作登記表:看護師因何種原因及延遲下班幾分鐘登記，由看護師長覆核，給予加班費用；鼓勵人員在職教育及進修，針對院方規範課程會依課程時數給時薪津貼；享有員工優惠宿舍。

## 3. 運用醫療硬體設備的設計提升病人安全與優質照護品質-

### (1) 病人辨識(條碼系統+與病人雙重覆核)

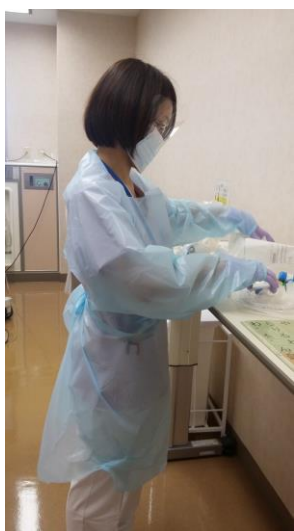
給予注射藥物前掃描病人手圈的 BarCode (條碼)，並將藥物拿給病人檢視並詢問病人姓名，依三讀六對的給藥原則，病人知道用藥及作用，達到雙重覆核，共同維護病人安全的把關原則，當病人端條碼與藥物端之條碼皆正確時，工作車之電腦螢幕會出現○(圖三)。



(圖三) 病人辨識(條碼系統+與病人雙重覆核)

## (2) 單次包裝的消毒衛材及消毒設備

病室內外皆設置有泡沫抗菌洗手液與乾洗手液，病房門口皆配置拋棄式手套及防護衣和護目鏡，單位內設置乾洗手液隨身瓶，讓看護師隨身攜帶，可提升自主洗手意願及頻次，每次執行治療時(如抽痰及病人照護時)即穿著防護衣，抽痰及執行侵入性治療或化療藥物給藥時，除防護衣外並配戴護目鏡(圖四)。所有管路接頭及留置 Port-A 針及靜脈留置針，使用消毒棉片成份包含 2%Chlorhexidine+70%Alcohol，協助醫師導管放置時，使用 ETHANOL SOLUTION (圖五)，引流管路傷口照護，使用 1% CHG 消毒棉枝(圖六)，單次包裝的消毒衛材，簡化工作流程，增加工作便利性，減少感染率。



(圖四)個人防護裝置



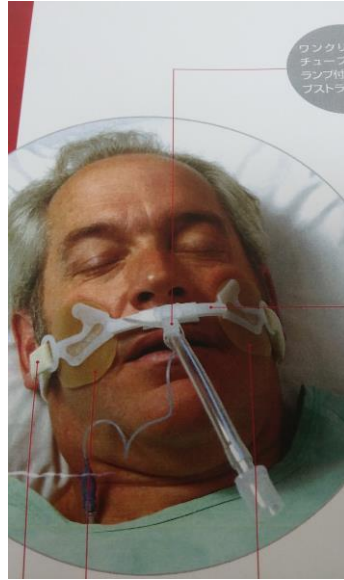
(圖五)ETHANOL SOLUTION



(圖六) 1% CHG 消毒棉枝

(3) 專屬 Endo tube holder (氣管內管固定帶)

依照人體工學固定管路，並附有人工皮使用，保護皮膚(圖七)，且操作簡易，每3天更換一次(圖八)。



(圖七) 氣管內管固定帶 (圖八)操作步驟簡易

(4) Mouth care Package (口腔清潔包) (圖九)包含軟毛牙刷、漱口液及護唇膏，軟毛牙刷尾端有抽吸設計，同時漱口及抽吸下可降低清潔過程嗆咳並預防吸入性肺炎。

(5) 臥床病人穿戴 Veno Flow Calf Cuff 來預防深層靜脈栓塞(DVT)(圖十)。



(圖九) 口腔清潔包



(圖十) Veno Flow Calf Cuff



(6) 臨床靜脈留置針採安全針頭，單包裝沖洗用生理食鹽水針筒(圖十一)，減少抽藥時間，方便單次使用，點滴輸液套與三路考克一體成形，減少轉接步驟及鬆脫之可能性(圖十二)。



(圖十一)單包裝沖洗用生理食鹽水針筒



(圖十二)點滴輸液套與三路考克

(7) 急救藥物如 Atropine 及 Bosmin 採單包裝針筒(圖十三)，急救時不必抽藥，減少看護師抽藥時間，增加急救過程給藥之順暢度，嗎啡口服藥(圖十四)及嗎啡口服液(圖十五)採單一包裝，劑量標示清楚，嗎啡口服藥物經雙人核對後，外袋包裝於服藥後，需將空袋繳回藥劑部，麻醉藥物管控更加嚴謹；高危險性藥物 KCL 也採單包裝，加藥時雙人覆核(圖十六)。



(圖十三) 急救藥物單包裝



(圖十四)嗎啡口服藥單包裝



(圖十五) 嗎啡口服液單包裝



(圖十六) KCL 單包裝

(8) 病人離床警訊設備-病人意識混亂時，可使用離床警訊設備，連接至護理站，病人離開病床時，系統通知醫療人員至病室探視，立即確認病人床上安全(圖十七)(圖十八)。



(圖十七) 離床警訊設備-接病人



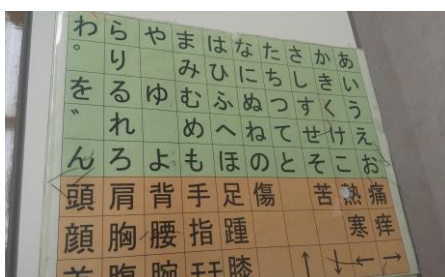
(圖十八) 離床警訊設備-接地面

(9) 維護病人隱私，病室門口之顯示板，需按壓後才會顯示病人姓名(圖十九)。



(圖十九)病室門口之顯示板

(10) 病人溝通板 (Communication Board)，運用於無法言語之清醒病人(圖二十)及翻身枕有註明如何擺放舒適臥位(圖二十一)。



(圖二十)病人溝通板



(圖二十一)翻身枕

(11) 病床具多功能，可自動測量臥床病人體重，減少看護師工作量；急救時按壓按鈕，即可馬上恢復平躺臥位(圖二十二)。



(圖二十二)多功能電動病床

(12) 臥床病人由看護師協助使用微波加熱過的濕紙巾身體清潔(圖二十三)；病室內環境清潔，使用環境擦拭用消毒紙巾(圖二十四)。



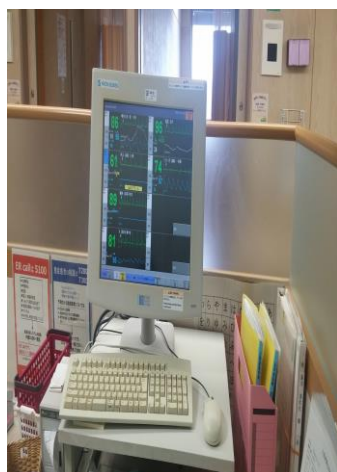
(圖二十三) 身體清潔



(圖二十四) 環境擦拭用消毒紙巾

(13) 有專屬鼻胃管灌食配方袋可銜接灌食輸液套 (feeding pump set)，看護師不需自行沖泡牛奶，並使用 pump 設定滴數，減少看護師工作量及避免病人因灌食速度太快引起的不適反應(圖二十五)。

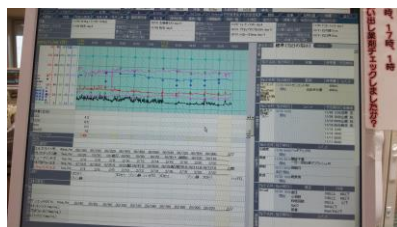
(14) 一般病房單位及檢查單位設有中央監控螢幕 (Central Monitor) (圖二十六)，病危病人需持續監測心跳時，會裝置無線可移動 (Portable) 心電圖監測器(圖二十七)，監測聯結自動傳輸至護理站的中央監視器，且設有生命徵象異常警報系統，讓醫護人員隨時掌握病人狀況。



(圖二十五)鼻胃管灌食配方(圖二十六)中央監控螢幕(圖二十七)無線可移動心電圖  
(15) 臨床資訊系統之應用-每位看護師皆有電子(E)化工作車(具上網功能)(圖二十八)及隨身攜帶 PHS 手機,可隨時與檢查單位聯繫及連結病人叫人鈴與病人對話;電腦軟體設計具互通性,不同醫療團隊專科的會診內容及建議可由介面查詢,以下拉式選單(圖二十九)查詢或輸入工作內容,全院資訊系統具一致性。



(圖二十八)



(圖二十九)電腦畫面

電子(E)化工作車

#### 4. 癌症護理人才培訓及執行狀況-與看護部長訪談

- (1) 看護部對於護理專業人才的培訓,依護理師從事的專科病房,鼓勵海內外培訓,例如:從事骨髓移植照護四年年資的看護師,醫院給予公費公假的明尼蘇達州姐妹醫院的一個月專業訓練。
- (2) 認定資格看護師訓練,每年依層級及年資考量,以公假派 2~3 名看護師接受短期(約半年)之全國性訓練課程,由培育之人才分散在每個單位,指導資淺或有相關照護

問題之看護師，並辦理專科在職教育授課。

認定資格看護師/人士數量(圖三十)

癌症看護師/7 人

感染護理看護師/1 人

兒科護理看護師/1 人

皮膚排泄護理看護師/5 人

感染管理認證看護師/3 人

癌症疼痛護理認證看護師/7 人



(圖三十) 認證看護師

癌症化療護理認證看護師/6 人

乳腺癌護理認證看護師/3 人

手術護理認證看護師/2 人

吞嚥困難護理認證看護師/2 人

重症監護認證看護師/1 人

緩和認定資格看護師/3 人

腫瘤放療護理認證看護師/1 人

(3) 看護部對於每年離職率無特別統計，離職原因為:回家鄉、離職、懷孕。

(4) 每年看護部會給看護師問卷調查，內容調查是否有請調單位的意願，每年異動單位的時間為 3~4 月及 7 月。

(5) 公立醫院看護師長認證考試:經由完成 40 小時上課課程，由厚生省全國統一考試(筆試及面試)，由中央統一分派醫院(日本公立醫院)；副看護師長由院內訓練後任用。

## 5. 癌症照護模式及特色-

### (1) 胸腔及頭頸癌外科病房

a. 單位共 40 床(胸腔內科 20 床、頭頸癌科 15 床、食道外科 5 床)，有 26 位護理師，護病比為 1:7。

b. 食道癌手術後平均住院天數為 21 天，常見合併症原因為:肺炎。

c. 單位特色著重於食道癌手術後復健，例如:鼓勵病人走路、自咳痰液。

d. 運用團隊合作精神，首次化療病人藥物指導，由單位內專屬藥師協助，工作內容包括:病人評估及營養攝取評估，給予用藥指導及每日持續追蹤和飲食指導。

e. 因單位有頭頸及食道癌術後病人，吞嚥困難護理認證看護師會診病人給予個別性的吞嚥護理指導及發聲訓練，發聲訓練包括:張口及頭頸肌肉活動，人工發聲器使用指導，藉由與病人輕鬆聊天中，引發病人學習的動機。

f. 單位內化療醫囑開立後由單位 leadr 簽收，單位藥師覆核，隨時由電腦系統查知化療藥物調配進度，由輔助看護師拿抗癌藥物領藥專用盒(圖三十一)至地下一樓簽收領取化療藥物(圖三十二)，領藥耗費時間為 7 分鐘。



(圖三十一) 抗癌藥物領藥專用盒

(圖三十二) 化療藥物

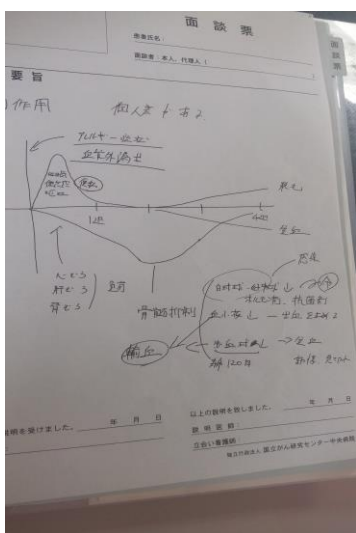
(2) 腦腫瘤外科及乳房腫瘤內科

- a. 乳房腫瘤內科 27 床、腦腫瘤外科 13 床，平均住院天數 11.8 天(乳房腫瘤內科 7 天；腦腫瘤外科 21 天)。
- b. 單位有 28 位看護師(含看護師長)，依疾病嚴重度及照護時數來調配人力，護病比為 1:4~5。
- c. 住院化學治療的條件:依化療藥物及大量點滴注射總時間大於 6 小時；注射化療藥物副作用大，需密切觀察的病人；評估病人 ADL 需協助者為入院化療之條件，由住院中心調控床位，通知病人入院。
- d. 化療安全給藥流程: 輔助看護師領回抗癌藥物後，告知看護師→看護師雙人核對藥物→看護師至病室內給藥→ 使用條碼掃病人手圈，並讓病人說出姓名→讓病人看化療處方籤，了解今日要注射之藥物→掃藥物條碼→將藥物拿至病人可目視處，看護師與病人共同三讀六對→與單位內另一位看護師共同三讀六對(未限制年資)共同核對化療給藥電腦畫面→與另一位看護師及病人共同測周邊靜脈回血，並觀察局部是否有紅腫熱痛(化療病人周邊靜脈導管注射由醫師評估並執行)(圖三十二)；核對同時之電腦畫面會出現○，表示病人及藥物皆正確，可執行給藥→接上藥物並調整 PUMP 滴數。

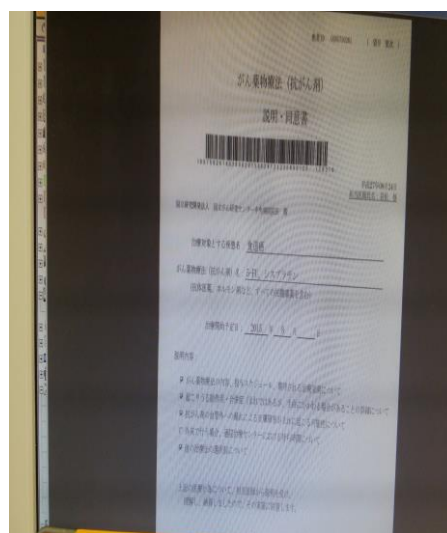
患者名	開始時間	説明医師	同席看護師
Giyu	13:00以降	Dr.田中	森
小林	未定	Dr.米宅	モリ?

(圖三十二)靜脈注射預定表

e. 化療藥物注射前，醫師與病人及家屬說明藥物療程及注意事項(圖三十三)，並讓病人填妥化療同意書(圖三十四)，單位內常駐藥師每日早上 7:30，會參與醫師查房，了解病人病況，主動探視首次化療病人，給予化療藥物指導，持續評估病人對於衛教後之反應。



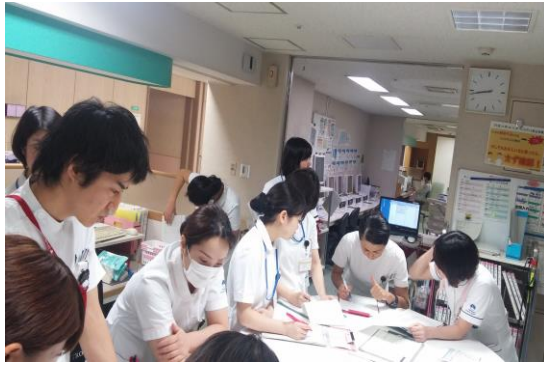
(圖三十三)面談票



(圖三十四) 化療同意書

- e. 單位內常駐藥師在新病人入院後，主動將病人之自備藥統整後，輸入電腦，並與醫師討論重覆用藥及用藥之適切性。
- f. 參加單位內之晨間會議(圖三十五)，總共時間約 20 分鐘，晨會內容包括：大夜班報告病人病況(病危病人病況、特別注意事項)；看護師長報告；病房分 A、B 兩組交班，一旁有 A、B 兩組 Leader 聽交班，單位採反交班以減少交班時間；A、B 兩組依組別，寫上當天需協助身體清潔之床號，兩人一組共同執行病人身體清潔；兩班共同對點口服麻醉藥物(圖三十六)，兩班 Leader 共同對點注射麻醉藥物。





(圖三十五) 晨間會議



(圖三十六) 兩班共同對點口服麻醉藥物

g. Port-A 針三天更換一次，放針過程不需放置洞巾及治療巾(圖三十七)



(圖三十七) 放置 Port-A 針用物

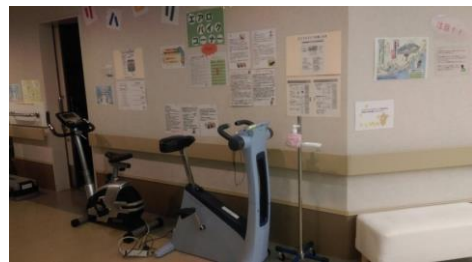
### (3) 骨髓移植病房

- a. 病房共 26 床，占床率:100%，平均住院天數:自體骨髓移植 30 天、異體骨髓移植 60 天。
- b. 照護人力比:白班 10 位看護師上班，護病比 1:3~4；:小夜班 3 位看護師上班，護病比 1:8~10；大夜班 3 位看護師上班，護病比 1:8~10；另有一位上班時間為 16:00~09:30，每月上班共 8 次。
- c. 病房從入口開始，全部單位範圍內皆有 Laminor Air Flow(圖三十八)，故所有人員進到病房區域，只需洗手，不必其它防護裝備，在接近病人 100 公尺時，需戴口罩，有接觸體液時才戴手套，每日家屬探視時間為 13:00~19:00。
- d. 病人飲食部分，全部由醫院準備，如病人不訂院伙，飲食原則為:加熱過的食物皆可食用，有帶皮的水果可食用，不限制乳酸菌類食物，病人所有用物不必高壓消毒，入骨髓移植病房不需有剃毛及洗無菌澡的準備。

- e. 中性白血球大於 500 時，可轉出單人床(骨髓移植前後 6 天，規定住單人房)。
- f. 常見的接受異體骨髓移植疾病為:AML、ATL、Lymphoma，骨髓資料庫為日本全國骨髓銀行。
- g. 骨髓穿刺檢查病人在檢查後，由看護師局部加壓 5~10 分鐘，平躺 30 分鐘，不需放置砂袋。
- h. 骨髓移植室有 6 位受訓過的看護師負責個案追蹤，時間分別在病人出院後的第一次門診、骨髓移植後第 3 個月、第 6 個月、滿 1 年。
- i. 病人的死亡原因:GVHD。
- j. 骨髓移植排程由醫師及單位看護師長共同擬定。
- k. 異體骨髓移植在日本的花費金額為 180 萬日幣。
- l. 骨髓移植病房看護師的輪調制度，調入單位後，採邊做邊學的方式訓練。
- m. 骨髓移植病房設置有電動腳踏車等健身器材，特別強調移植後運動復建的重要性，病房內隨時可見到病人在走廊活動或踩電動腳踏車，病人不會因住院天數長，而有肌無力或常感到疲憊(圖三十九)。



(圖三十八)全病房裝置 L.A.F



(圖三十九)電動腳踏車健身器材

#### (4) 安寧緩和

- a. NCC 於 1999 年創立，成員:醫師、看護師、HPS(Hospital play staff)一位、心理師、精神科醫師。
- b. HPS 主要協助罹癌父母家中有幼童者，利用「器官娃娃」(圖四十)幫助 9 歲以下之幼童能認識父母罹患之疾病；並藉由繪畫治療，協助幼童情緒抒

發；2~3 歲以下幼童，藉由與父母的手掌用印於泥土，給雙方留下永恆的紀念。

- c. 緩和認定資格看護師會診流程:臨床醫師或看護師發現病人有身心靈問題，故開立會診，如有心理問題，會談時由心理師及精神科醫師會診。
- d. 病人如有口乾問題時，可使用白麻油塗抹薄薄一層於牙齦及唇部。
- e. 癌末便秘可使用針灸及按摩來改善。
- f. 安寧團隊每周開會一次，主要為案例討論。
- g. 安寧團隊會診個案後，先與原團隊口頭溝通，並給予建議。
- h. 癌末病人居家由居家護力師及醫師訪視，並視情況轉至東病院，繼續接受安寧療護。



(圖四十) 器官娃娃

#### (5) 門診化療室

- a. 門診化療室流程:病人於一樓報到機插卡報到→二樓抽血櫃臺採血(檢驗

報告一小時完成)→門診醫師評估報告及病人狀況，開立化療醫囑→病人持處方單至二樓門診化療室報到→放置 Port-A 針→門診化療室有專門運送軌道車，由化療調配室化療藥物調配完成後，運送到達單位→化療藥物給藥。

- b. 門診化療室共分 A、B 兩區，A 區共 30 床，除化療藥物注射及輸血外，由血液腫瘤科一名醫師駐守，執行骨髓穿刺檢查、腰椎穿刺及給予化療藥物；B 區共 22 床，主要以接受臨床試驗用藥病人為主，臨床研究護士共有 28 位，負責個案管理。
- c. 門診化療室每日化療 100 人次以上，看護師照護比為 1:5，所有由周邊靜脈注射化療的血管評估及靜脈留置針放置由血液腫瘤科駐守醫師執行，每月的化療靜脈注射外滲為 5 件以下，全院醫療人員隨身一本「醫療安全」手冊(圖四十一)，內容包括:醫療安全事件處理流程及通報，提供院內人員隨時查閱。



(圖四十一) 醫療安全手冊

- d. 門診化療室共有 11 位藥劑師負責首次化療藥物指導。
- e. 門診注射攜帶式化療注射(奶瓶)，看護師提供衛教，教導家屬在病人化療藥物注射後，移除 Port-A 針，不必沖洗 Heparin-saline。

## 6. 長期照護與出院準備服務

- (1) 日本的長期照護制度在介護保險制度(社會保險)之運作下，發現人民需求與

整合長期照護服務之機構，強調「在地老化＝社區/居家」。

- (2) 國立東京中央病院，病人由日本全國各地的醫療機構轉介來治療，在就醫或檢查告一段落後，由主責看護師在病人住院期間評估病人需求並擬定照護計畫，並協同出院準備看護師，給予出院轉介之建議。
- (6) 在確定轉介後，單位內會在病人出院前，舉辦出院準備會議，參加人員為：醫師、主責看護師、出院準備看護師、出院後轉介機構之醫師或看護師、病人或家屬共同討論。
- (7) 獨居者可由市役所申請生活保護。

### 三、心得

#### (一)重視病人醫療隱私權-

日本醫療機構在病人門診告知初診斷後，在醫院大廳處設置有個案管理師與病人會談的小房間，以一對一不受干擾的環境，提供病人有關疾病相關照護的諮詢，醫療相關人員不會在開放空間討論病人病情，反觀臺灣民情差異，臺灣醫療體系雖已逐漸重視病人醫療隱私權，醫療人員有時會於電梯空間內談論有關病人疾病或治療的話題，或於開放空間內詢問有關病人隱私的基本資料，這些是值得臺灣醫療人員可以改進之處。

#### (二) 醫療團隊專業分工細-

日本臨床照護分工細，由於參訪機構為癌症中心，醫療單位內設置有一位常駐藥劑師評估病人自備用藥及化療藥物指導，也與醫師討論病人用藥及建議，並接受護理師諮詢，讓病人用藥安全性增高，並直接與醫療團隊溝通，讓用藥安全更有效率，另外設置有工程師，專門管理醫療機器(洗腎機、超音

波、呼吸器等)，護理師不必學習機器操作，機器有問題時馬上有專人維修，每個護理站設置一位行政人員，在病人入院時接受報到手續，並馬上給予環境介紹，醫療單位設有專人管理護理站衛材，並經由護理紀錄畫面，計價病人衛材使用，護理師不需計價，減少許多工作流程耗費時間。

### **(三)醫療設備優於臺灣-**

日本醫療設備注重細節、人性化及防呆設計概念，如：開刀房麻醉部管制藥物置放於雙層保護裝置內，藥師及麻醉科醫師要領取藥物時需採指紋辨識，能清楚管制藥物流向，不需額外人力管理管制藥物；床旁警訊系統設備，當病人活動範圍超出設定區時會發出警訊聲響，可提醒照顧護理師隨時了解病人動態並減少工作時來回探視之時間；安全針具設計大幅降低醫療人員針扎事件；三路考克一體成形，減少轉接步驟及鬆脫之可能性。全院各單位建置相同設備（如：資訊軟體及硬體設備），有利所有人員快速進入病人查詢系統、減少詢問時間及錯誤率。

## **四、建議事項**

### **(一)落實醫療隱私權維護-**

臺灣是自由民主與法制國家，落實病人醫療隱私維護是必然需遵循的方向。在人民的教育方面，探視病人時應先與病人或家屬確認好床號後再來醫院探病，對於限制訪客的病人，勿再為難醫護人員告知床號，到達病房時，勿一間間去尋找病人，這是民眾教育面需加強處；醫護人員切記勿在公共場所談

論病人病情及批判醫療處置，勿在臉書談論及張貼有關病人醫療之照片、離開座位時，須關閉電腦工作畫面、當電腦未使用時設定時間時電腦工作畫面自動關閉，病歷或檢體傳送時需注意病人個資勿曝露。

## **(二) 運用團隊合作精神，調整專業分工**

日本護理專業分工較臺灣細，臨床護理師只需負責臨床照護及個人教育訓練課程，不需顧及其他行政及計價業務。臺灣臨床護理師臨床業務採主護模式，且須配合評鑑及健保需求須監測許多品管指標及文書作業，造成護理師離職率高及斷層嚴重，專業人員的訓練產生危機，單位內持續訓練新進護理師，臨床業務繁重，需要運用團隊合作精神，落實跨團隊治療模式，藉由各專科的專家參與及跨團隊討論會，讓團隊合作的治療模式，使病人治療更安全，醫療人員的工作負擔減輕，更能減少病安事件之發生。

## **(三) 醫療設備改善以簡化工作流程**

日本參訪機構內各單位皆有輸送帶設備，藥物領藥流程不需人工化，在臺灣多數的醫療機構內，使用人工去領藥，緊急用藥常需耗費許多時間或藥物領到錯誤單位，護理師常耗費時間在電話聯繫及溝通上。日本各醫療單位內皆設置有生命徵象連線監視器在各護理站，病人之病況變化時護理站之警報系統就會響起，護理師馬上可以監控病危病人之病情變化，在醫療器材方面，皆採單包裝及一次性的衛材，減少泡製醫療消毒用品的時間，更能簡化流程。