

出國報告（出國類別：進修）

參訪消化道病房臨床照護之經驗分享

服務機關：國立成功大學醫學院附設醫院 護理部

姓名職稱：周佳宜 護理師

派赴國家：日本/藤田保健衛生大學病院

出國期間：2016.10.03~2016.12.02

報告日期：2017.02.02

摘要

12 年的臨床工作經驗以外科及重症單位為主，爲了讓自己多增廣見聞，很慶幸能有機會出國參訪國外的醫療機構，此次參訪目的在於見習消化道病房臨床照護技能、品質管理及人員培訓等，參訪過程令我獲益良多，也印象深刻。見習醫院是日本藤田保健衛生大學病院，規模是全日本第三、愛知縣最大的教學醫學中心，憑藉先進的醫療及一流的完善設備，在愛知縣一帶的醫學領域具有龍頭地位，也被指定爲特定機能病院、區域合作的癌症醫院、臨床培訓定點醫院、肝病合作醫院等，因此可學習到最專業的消化道相關醫療照護。見習過程中，深刻體驗到醫院的宗旨理念「我們對弱者抱有無限同情心，時刻以謙虛的態度行醫」，員工們以病人及家屬爲中心，充分發揮團隊合作的精神與默契，提供病人與家屬最好的醫療照護品質，包括：護理指導及預防；最重要的是所有員工都能以嚴謹態度去處理每個環節，那份精神是值得我們學習的；期望將在日本參訪所獲得的寶貴經驗帶回與大家分享，並期盼藉此經驗分享有助於提升消化道病房臨床照護品質。

目次

一、 目的	1
二、 過程	1
(一).見習醫院簡介	
(二).藤田保健衛生大學病院看護部簡介	
(三).看護部對新進看護師培訓計畫及能力進階制度	
(四).員工福利	
(五).參訪單位簡介	
三、 心得與建議	35
四、 附錄	40

一、目的

臨床工作經驗以外科病房及重症單位為主，而筆者目前服務的單位是肝膽胃腸科整合病房，以肝膽腸胃腫瘤病人為最多，因三年前單位成立後才開始頻繁接觸消化道病人，自覺對消化道病人照護的經驗傳承及人員相關教育有許多不足之處，加上筆者身為單位品質管理股股長，如何協助單位同仁能在工作忙碌的同時，亂中有序、忙而無錯，是筆者一直思索的問題；此次有幸透過病房主任陳柏全醫師、單位古秋雲督導、楊秀蘭護理長及藤田保健衛生大學病院的前田耕太郎教授的幫忙而順利前往日本藤田保健衛生大學病院參訪，此為全日本第三、愛知縣最大的教學醫學中心，也是區域合作的癌症醫院及肝病合作醫院，希望藉由此次出國參訪機會，透過臨床見習直接觀察方式，了解臨床照護、各團隊專業的照護模式、人力配置、人員培訓、品質管理、醫療設施及軟硬體設備等，以增進消化道病人照護經驗並能運用於臨床，改善單位流程，期望能藉由不同文化衝擊，為自己開拓視野，也為工作領域盡一份小小的心力及注入一股新氣息。

除此之外，台灣目前醫療資訊持續在擴展，腳步也逐漸加快，筆者服務的醫院於12年前開始引進臨床資訊系統，了解臨床資訊系統對於臨床照護相關資料輸入之便利性、正確性及完整性等有極大的幫助，將病歷上傳雲端成為病人的個人健康紀錄，也就是透過醫療整合及雲端科技，在照護上更能以病人為中心，希望此次出國能以使用者角度，有機會去觀摩及了解參訪單位的醫療資訊發展現況及整合情形。因此，此次出國參訪主要目的有以下五項：

- (一)觀摩國外外科病房設置、工作流程及臨床資訊系統。
- (二)學習國外新進人員培訓計畫及品質管理。
- (三)學習國外外科病房消化道病人照護新知及相關技能。
- (四)學習國外外科重症單位及外科病房消化道手術病人(例如：肝葉切除、腸胃道手術等)治療、術後照護模式(含護理指導)、開刀房手術概況及門診追蹤流程。
- (五)學習國外外科病房消化道病人相關檢查流程及處置，例如：引流管放置、局部肝動脈栓塞化學治療等。

二、過程

- (一)見習醫院簡介：日本藤田保健衛生大學病院(Fujita Health University Hospital)(圖1、2)



圖1 藤田保健衛生大學病院全景



圖2 藤田保健衛生大學病院外觀

位於愛知縣豐明市，成立於昭和 47 年 8 月(1972 年)，迄今已有 45 年歷史，目前病院主體建築物共五棟，分別為：A 棟(包含：開刀房、病房、重症單位及急診)、1 號棟(部分舊病房)、2 號棟(包含：醫師研究室、門診及部分放射線單位)、3 號棟(行政大樓)及檢查棟；另外，B 棟正在施工，預計今年 12 月完工；全院病床數 1,435 床(一般：1,384 床、精神：51 床)，共 40 個病房；筆者主要見習科別為綜合消化器外科病房，所在處位於病院 A 棟的 6 樓。

藤田保健衛生大學病院共設置 25 診療科，包括：內科、精神科、神經內科、循環器內科、小兒科、外科、整形外科(日文漢字：整形外科亦即台灣俗稱：骨科)、形成外科(日文漢字：形成外科亦即台灣俗稱：整形外科)、腦神經外科、呼吸器外科、心臟血管外科、皮膚科、泌尿器科、產科、婦科、眼科、耳鼻咽喉科、復健科、放射線科、齒科、矯正齒科、小兒齒科、麻醉科、病理診斷科、救急科；藤田保健衛生大學病院為日本愛知縣最大的教學醫學中心。憑藉先進的醫療及一流的完善設備，使得藤田保健衛生大學病院在日本愛知縣被指定為特定機能病院、區域合作的癌症醫院、愛滋病醫院、臨床培訓定點醫院、DPC 主題醫院、肝病合作醫院、區域的產期孕產婦和兒童醫療中心、骨幹型臨床培訓醫院，並支援愛知縣的多所區域醫療機構且為愛知縣最高急救命醫療中心。

2014 年 4 月本院還設置國際醫療福祉部。在迎接國際化社會的今天，來本院就診的外國患者每年多達 2000 名以上。國際醫療福祉部致力於完善院內環境，安排醫療翻譯以及解決其他院內發生的各種問題，讓外國患者不管在國內外，均能放心接受“安全和高品質的醫療”。

(二)藤田保健衛生大學病院看護部簡介：

真野 惠子為現任藤田保健衛生大學病院看護部部長(日文漢字：看護部部長亦即台灣俗稱：護理部主任)；另有看護部副部長 2 位、臨床看護科長 1 位、看護教育科長 1 位、教育專任看護長 1 位、看護長 47 位、看護主任 51 位、看護副主任 65 位、看護師 1145 位(圖 3)；全院共 1313 位看護師、診療輔助人員共 172 位。平均每週上班時間為 40 小時，無固定班別，以兩班輪班制為主，12 小時的日班執勤時段 8：30~20：45(稱日中班)、夜班執勤時段 20：45~08：30；另外，日勤時段也穿插 8 小時的班別(含功能班)，包括：白班執勤時段 8：15~16：45、中班執勤時段 12：15~20：45；原則上若是 8 小時班別，每日實際上班 7 小時 30 分(不含中間休息 1 小時)、若是 12 小時班別，日勤每日實際上班 10 小時 15 分(不含中間休息 2 小時，中午及下午各休息 1 小時)、夜勤每日實際上班 8 小時 45 分(不含中間休息 3 小時，可至值班室睡覺)；一個月夜班最多 6~8 天，夜班津貼因天數不同有不同的給付標準，最少的 1 天夜班津貼為 10000 日圓(約台幣 3000 多元)；連續上班最多 4 天(兩天 8 小時+兩天 12 小時的班)，會有至少 2 天休假，確保人員有充分休息，若當月夜班上超過 4 天，會多 2 天的調整休假，平均一個月休假有 11~15 天。日班護理人力配置：一般病房護病比 1：4~5；精神科病房護病比 1：10；高品質照護單位(high care unit)護病比 1：4；加護病房護病比 1：1~2，皆採兩人一組共同照護方式、夜班護理人力配置：一般病房護病比 1：10~15；精神科病房護病比 1：20；高品質照護單位及加護

病房護病比與日班相同。藤田保健衛生大學病院為教學醫學中心，因此醫學教育、護理研究發展及護理人才的養成是看護部的教育政策。看護部的理念是對人和藹，實施以病人為中心的護理，以確保病人安全、提供病人和家屬完整性及持續性的護理專業服務，進而協助病人恢復身心健康(圖 4)。



圖 3 看護部組織圖

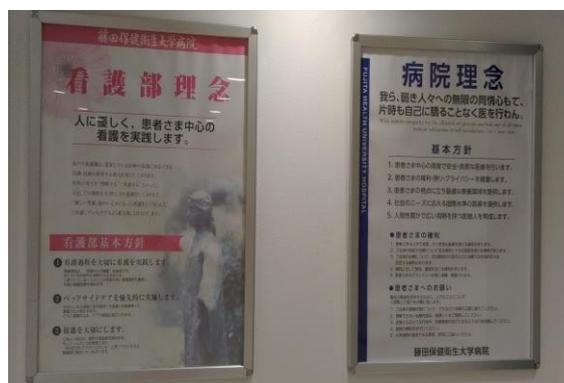


圖 4 病院及看護部理念

(三)看護部對新進看護師培訓計畫及能力進階制度：

1. 第 1、2 年新進看護師會統一於識別證上掛專屬於該年資之顏色標章，橘色代表第 1 年、綠色代表第 2 年(圖 5)，讓全院可以清楚辨別，提醒同仁對於這些新手給予多一點耐心及愛心，如此友善的工作環境，使得看護部於 3 年前曾創下新進人員離職率 0% 的紀錄，近幾年的新進人員離職率與其他醫院相較之下，也是比較低的。
2. 第 1、2 年新進看護師若尚未完成靜脈注射技術評核，無法執行該項技術；例如：輸血、On IC、執行化療給藥、管制藥物，如：Morphine 及所有急救用藥，需由年資 3 年(含)以上看護師執行，以達到完整的訓練及確保病人安全，是依照日本看護協會訂定的標準(圖 6)。
3. 看護師能力進階層級是 STEP1~5，以 S1~6 等級給予薪資，新進看護師一開始為 S6，試用期滿 3 個月後經單位看護長評核通過即可升至 S5，層級也變成 STEP1，表示可開始當人力運用；升 STEP2(S4)的條件為完成為期 1 年的新進看護師受訓課程，平均 1 週會安排一個半天的課程，以公假上課，單位看護長會配合排班、STEP3(S3)的條件為可成為單位 Leader、完成危急能力訓練、STEP4(S2)的條件為完成靜脈注射項目的評核，包括：輸血、On IC、執行化療給藥、管制藥物、所有急救用藥以及具有組織、解決問題的能力、STEP5(S1)的條件為可成為單位 8 個品質管理的組長，原則上每個層級都有需完成的課程及評核表，層級晉升不需寫報告，完成晉升條件後由單位看護長以該層級的評核表評核通過後即可晉升、需升至 STEP5 才可當護理主任；原則上 S 等級及 STEP 的進階是成平行的、以看護師的工作能力、團隊合作、溝通能力、學術研究能力及工作態度五大項作為進階評核標準(圖 7)。
4. 看護長以上的層級則有另一個評核標準 STEPI~IV，以醫院及單位工作理念的推行力、部門間的溝通協調能力、工作能力、管理能力、判斷力、領導力、人才培育能力及倫理八大項作為評核標準且每年需寫一篇問題分析改善報告。

(四)人員福利：

1. 新進看護師試用期為 3 個月，3 個月後經單位看護長考核通過即可升為正式人員

，不需簽約，若延遲下班可至排班系統報加班，原則上都會核准，經單位看護長審核後，給予加班時數或加班費、看護長以上職級的主管則一律不能報加班、本院也有雇用時薪人員，但無任何福利，上班時間最長 8 小時，絕不拖班。

2.看護師晉升一個層級每月薪水會增加 6000 日圓(約台幣 1800 元)、看護長每月有 30000 日圓(約台幣 9400 元)的主管津貼，層級越高的主管津貼也越多。

3.新進看護師前 3 個月每月底薪 210000 日圓(約台幣 65000 元)、3 個月升正式人員後每月低薪 226000 日圓(約台幣 7 萬元)，第二年開始底薪 237000 日圓(約台幣 74000 元)，以此類推，加上其他福利及夜班費，以第一年新進看護師為例，每個月收入扣稅後實領至少 300000 日圓(約台幣 94000 元)。

4.醫院給員工的福利包括：(1).搭乘交通工作上班者，以收據證明，每個月全額補助交通費、若開車上班者，則每月補助 4000 日圓(約台幣 1200 元)的汽油費。

(2).每個月補助 3000 日圓(約台幣 940 元)的衣服費。

(3).租屋者，以租屋簽約書，每月最高可補助 24000 日圓(約台幣 7500 元)。

(4).所有正式員工每年有 45000 日圓(約台幣 14000 元)的書籍、文具等費用補助。

(5).所有正式員工每年有 6 天季節休假，當年一定要用完，不可延用至隔年。

(6).所有正式員工工作年資滿 1 年可有 10 天年休、滿 2 年 17 天、滿 3 年開始每 1 年增加 1 天，直到上限為每年 40 天為止，若當年度放不完，可累積至隔年繼續使用。

(7).所有正式員工夏季及冬季各有 2 個月基本薪資的季節獎金，無年終獎金；以第一年的新進看護師為例，基本薪資每月 226000 日圓(約台幣 7 萬元)，季節獎金可領 452000 日圓(約台幣 14 萬元)，扣稅約 80000~90000 日圓(約台幣 28000 元)，一次實領約 360000 日圓(約台幣 11 萬元)。

5.每月基本休假天數以當月星期日天數而定、無固定班別，但可依個人需求提出申請固定班別，每月上超過 4 天夜班，則會多 2 天調整休假、單位會給每人可預約日期，讓每個人都可充分享受假期，少有臨時被刪假情況；另外，若看護師自己或家人有需求時即可拿假，由於人力充足，看護師可安心在家中休養或是照顧家人；因醫院極為重視員工福利，因此薪資福利與日本各醫院相比算優渥的。6.醫院每年分配給看護師 4 個名額，給予公假至海外受訓，為期 8 天，會幫忙安排參訪醫院並委託旅行社負責員工的住宿及交通事宜，所有參訪費用(含生活費)由醫院及受訓看護師各付一半，受訓看護師由看護部挑選，條件會以工作各項表現績優的為優先挑選對象。7.針對育嬰假返回臨床工作的看護師，復職前會安排複習課程、復職後每 3 個月也會舉辦座談會了解看護師媽媽們的需求，以減輕看護媽媽們需同時兼顧工作及照顧年幼孩子的身心壓力。8.看護部為體恤手術病人家屬於開刀當日需至醫院等候，故手術當日憑駐車卷，病房會發給一張駐車卷割引票(圖 8)，經由單位看護長或當班 Leader 蓋章證明，即可享有當日停車費全免的優惠，可說是非常貼心的安排呢!



圖 5 新進人員年資辨識標章

圖 6 靜脈注射技術評核標準

圖 7 看護部能力進階制度



圖 8 家屬手術當日免費停車優惠證明

(五)參訪單位簡介：

1.術前外來診間：當病人確定住院，於門診時醫師會先預約病人至少提前 1 週到術前外來診間報到，有專門的看護師及醫師先評估病人的各項資料及入院評估，包括過去病史、各項生理評估、目前用藥評估並告知停藥時機(例如：抗凝血劑)、聯絡方式、出院後的照護狀況，是否需出院準備服務介入及說明住院報到流程，包括：入院時間、哪個病房及床號等，於住院當天病人直接至指定病房報到即可；另外，也有麻醉科醫師會給予麻醉前評估並填寫麻醉同意書，完成的同意書會掃描成電子檔，正本送至病歷室存檔；若住院前床號有異動，一律由術前外來診間的專人電話聯絡病人相關事宜(圖 9、10)。



圖 9 術前外來診間



圖 10 門診等候區

2.綜合消化器外科病房(6S) (圖 11~17)：

(1).人員結構：留守本單位主治醫師 7 位、研修醫師數名(日文漢字：研修醫師亦即台灣俗稱：實習醫師)、看護長 1 位、護理主任 1 位、護理副主任 1 位、看護師 25 位、藥劑師 1 位及診療輔助(日文漢字：診療輔助亦即台灣俗稱：工友)4 位；其中 1~2 年新進看護師共 10 位，佔 36%。

(2).病床數共 43 床，本院共 3 個綜合消化器外科病房，分別為 5S、6S 及 6N 病房，病人配置以主治醫師區分；本單位包括 9 間單人房(自費 13000 日圓/天，相當於台幣 4000 元)，免費提供電視、冰箱、雙人沙發及浴室(圖 18)、2 間單人房特別床，位於護理站正對面(提供病況不穩需加強照護的病人住)，病人不需額外負擔病床費、8 間 4 人健保房(圖 19)，也提供個人電視(附耳機)及冰箱，但需向醫院購買點數卡並插點數卡(以小時計費)才可使用，且規定健保房的病人觀看電視時需戴耳機，減少鄰床互相干擾的情形、病室內未設置浴室，需使用病房區的公共浴室，但公共浴室數量是足夠的；基本上無論單人或健保床一律不提供家屬陪伴床，若家屬想留院，額外提供需付費的套房供家屬使用，但原則上因病人多半為愛知縣居民，週邊交通便利，且離市區不遠，故需求率不高；病人於住院期間一律由看護師全責照護，每床床旁桌抽屜內皆附有個人小型保險箱(圖 20)，病人可將貴重物品放入保險箱，拔除鑰匙掛於手上隨身攜帶鑰匙即可，減少病人需隨時注意錢財或貴重物品的困擾。



圖 11 綜合消化器外科病房護理站(6S)



圖 12 病房走道上乾淨清潔的病室環境



圖 13 看護師在護理站忙碌的工作情形



圖 14 6S 病房晨間會議



圖 15 家屬休息室



圖 16 家屬休息室(附免費綠茶供家屬享用)

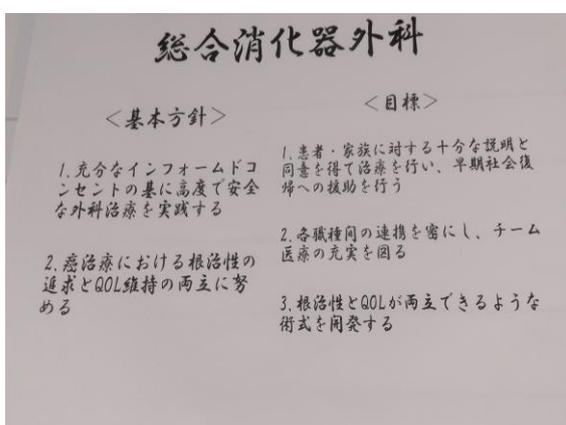


圖 17 綜合消化器外科病房理念



圖 18 單人房環境設備



圖 19 健保房環境設備



圖 20 床旁桌抽屜內附有個人小型保險箱

(3).人力配置：日班共 12~13 人(含兩位 Leader 不照顧病人，一人負責一半病人數，隨時掌控病人病況)，兩人一組，共分 5 組，平均一組照顧病人數 8~9 人，1：4~5 人，若人力允許會有 1 個 function 班負責幫病人洗澡、洗頭、送檢查等；中班共 4 人(含 1 個 Leader 需負責照顧病人)，1：10~11 人、基本上日班 2 人一組的組合為 1 個白班+1 個日中班，白班 16：45 下班後由日中班持續照顧至 20：45 再與夜班交班；夜班共 3 人(含 1 個 Leader 需負責照顧病人)，1：14~15 人。(4).常見疾病診斷：大腸癌、胃癌及轉移行肝癌為主。

(5).佔床率：約 95%、住院天數：13~22 天，平均住院天數：17.8 天。(6).病房常規：每天早上 6 點開始由夜班人員協助病人刷牙、洗臉，約 7 點左右營養部有專人將餐車推到病房，由夜班人員發給病人並協助病人用早餐，8 點~8 點半再由夜班人員回收餐盤，將餐車推至指定地點，由營養部專人推回；日班於 8 點半開始晨間會議約 10 分鐘，過程中除了有日班所有看護師外，藥劑師及診療輔助的 Leader 也會共同參與，並於每次會議說明今日工作內容需看護師協助或配合事項；晨會結束後開始日班一天工作，基本上日班會提前 30 分鐘到單位先看資訊系統內照顧段落的病人相關資料及交班內容，除非夜班太過忙碌來不及呈現在電腦才會口頭交班，日班採兩人一組共同照護方式，分配原則以一個資深及一個資淺為主，於晨會結束直接與日班的搭檔共同檢視病人及護理工作，包括：自我介紹、生命徵象、身體評估、針劑及大量點滴給藥、洗澡(2 天 1 次)、洗頭(1 週 1 次)、相關照護或處置(包括管路護理、各項檢查等)、護理指導、寫護理紀錄、辦出院、接新病人等，一個執行身體評估，同時另一個寫護理紀錄；一般而言，會由較資淺的看護師執行身體評估，資深的看護師寫護理紀錄，但也可以互換角色，並無絕對，只要兩人溝通好即可，兩人一組好處是藉由雙重核對機制，減少錯誤率及相對增加資淺看護師的安全感，於執行身體評估時，可同時完成護理紀錄，縮短需額外寫護理紀錄時間，也可更確實且完整呈現病人狀況、但工作是否流暢，效率是否加倍則考驗彼此的工作默契；經訪談單位幾個看護師表示兩人一組共同照護方式是由 3 年前開始實施，因為他院的此項照護模式頗受好評，故仿效執行，對於新進看護師也減輕不少獨自照顧病人的壓力。早上評估病人後會一起向當班 Leader 報告病人狀況及主訴，由當班 Leader 統一向醫師報告病人狀況，Leader 再回覆看護師需執行的處置，由負責看護師執行。後續非侵入性治療，例如：洗澡、洗頭，若看護師可獨立完成者，會分工進行，再互相回報病人狀況及執行進度。中午則輪流有 1 小時的午餐時間、甚至可以離開至餐廳用餐，過程不會受干擾，這也是兩人一組照護的好處之一。生命徵象原則上 1 天量 1 次，若生命徵象定者，中午及夜班只需量病人體溫，每個床邊皆有一支體溫計及記錄單，會讓病人自行測量並記錄，中午探視病人直接將數據 Kin in 至攜帶式電腦(PDA)上傳即可，減少許多測量等候時間；另外，輸出入量紀錄也與做治療及處置時同步進行，集中護理，減少頻繁打擾病人的次數；雖然人力比我們多 2-3 倍，忙碌情形依舊，但不太會延遲下班，可見得充足的人力配置與分工，除了使各專業能有效發揮，臨床看護師的工作負荷也減輕許多。

(7).臨床照護：A.接新病人：病人入住前一天由入院醫事課統一系列病人手圈並由專人送至病房，入住當日早上 Leader 會先將新病人的手圈發給當日接新病人的看護師，看護師會於病人入院前先看資訊系統查看於術前外來診間輸入的各項入院評估及相關資訊，待病人報到後再自行列印床頭卡，病人入院後只需給予環境介紹、補齊術前外來診間未完整的入院評估、手術前準備、相關護理指導、寫護理紀錄及評估出院是否需出院準備服務介入，若有需求者，看護師會告知當班 Leader 掌握病人狀況並知會看護長聯繫出院準備服務小組前來評估及做後續安排；觀察看護師接新病人過程所花費

時間約 10~30 分鐘，取決於病人疾病嚴重度、若是預定手術的病人所花費的時間多半在給予手術前的相關護理指導共花費約 15~20 分鐘；另外，住院時也會檢查病人是否攜帶剪刀、尖銳物品或危險物品等，若有護理站會代為保管，出院時再還病人，維護病人安全。

B.手術前準備：

①原則上除了腸道手術病人會於手術前 1~2 天住院，行腸道準備並給予點滴注射，其餘手術病人一律於手術前一天住院、若不需事先給予點滴注射的病人，一律至開刀房才會給予靜脈留置針注射(on lock)、所有消化器手術病人於手術前一律會依醫囑執行灌腸。

②行腹腔鏡手術病人於手術前一天，病房看護師會協助病人清肚臍及請病人身體清潔，這是護理常規之一、所有消化器手術因手術需求需留置的管路，例如：鼻胃管、尿管、中心靜脈留置針等，一律至開刀房病人麻醉後才放置，減少因留置過程造成病人的不適以及手術前半小時開刀房會以電話通知病房看護師先準備病人，通常有半小時的緩衝時間可讓病人整理用物及如廁，等開刀房再次電話通知時再由病房看護師送病人至開刀房；而筆者醫院的做法是開刀前會於病房先留置鼻胃管，不僅造成病人生理不適，也增加病人手術前的焦慮感。

③行肝切除手術病人，術前一律會追蹤肺功能、ICG 檢查及腹部超音波檢查，其餘像是心電圖、X 光都與台灣相同；另外，ICG 檢查前一天晚上 9 點過後會請病人禁食(含水)，直到檢查做完。

④若病人預計行腸造口手術，考量病人體型及術後日常生活照顧的便利性，於手術前一天會由看護師先幫病人在適合留置的位置做記號並記錄於評估表(圖 21~23)，開刀時醫師會盡量以註記的位置留置造口，可說是很細心的考量；加上若是工作年資大於 5 年的看護師於術前做記號並記錄存證，醫院可向國民保險申請 450 點點數，有補助費用，是很特別的一件事，所以若主護為非五年以上年資的看護師於標註記號後，會再請五年以上看護師確定位置及簽名，以維護單位可申請點數的權益。

⑤為預防深部血栓靜脈炎(deep vein thrombosis；DVT)，消化器相關手術，手術前一天一律會請病人購買專用的彈性襪，於手術當日至開刀房前請病人穿上，直到病人手術後可下床活動自如時才會停止使用(圖 24)；另外，若手術時間大於 6 小時，像是肝部、胃部及腸道手術者，術後會依醫囑給予 Heparin(抗凝血劑)使用約 1 星期，依醫師習慣不同，注射方式也不同(依醫囑)，例如：胃部及腸道手術病人會每天打一劑皮下 Heparin、肝部手術病人則會使用精密輸液儀器控制 24 小時連續低劑量注射，相同的是注射期間每天早上會抽血追蹤病人的凝血功能，若凝血功能差者會依醫囑停止注射、若病人本身於術前凝血功能就差者，術後也不會常規給予 Heparin 使用。

⑥開傳統腹腔手術的病人，術前會請病人購買 2 件束腹帶，其中 1 件帶至開刀房於手術後開刀房會協助病人穿上，以減少翻身或移位時造成病人的疼痛不適。

⑦各式手術禁食時間一律為前一天晚上 9 點過後(不含水)，禁水時間是術前 2 小時，麻醉科醫師會依手術時間不同，開立開始禁水時間的醫囑；胃部及肝部手術則會請病人於手術前一天中午開始進食流質飲食。

⑧手術病人有一完整的手術相關表單，包括：手術同意書、麻醉評估單、麻醉同意書、手術全期護理交班單等，特別的是其中還包含 1 張肉眼寫真同意書，可見得醫院極為重視病人的權利；原則上手術同意書於門診時醫師會向病人及家屬解釋後填寫完成並掃描成電子檔，住院時病房看護師確認有電子檔並自行列印紙本作為與開刀房交班的資料，正本會存放病歷室統一保管，減少文件傳送時間，但若住院時對於掃描的同意書有疑問或發現有需修改處(例如：字跡錯字、效期大於 1 個月等)，可至病歷室調閱正本請醫師修改後再掃描成電子檔，同意書正本隨後需再送回病歷室保存、若病人及家屬仍在考慮，因而門診無法完成手術同意書簽署的話，住院當日醫療人員會跟病人及家屬解釋並讓病人或家屬完成簽名，效期一個月。

⑨消化器手術除了膽囊切除手術術前不會使用抗生素，其餘像是肝部、胃部及腸道手術術前及術中會各給一個劑量的預防性抗生素。

⑩病房看護師必須親自送病人到手術室，手術完若病人預計回病房則再由病房看護師至手術室接回病人並交班，若開刀時間超過 17:00 之後，病人一律會先至 ICU 或 HCU，最快隔日轉回病房，以減少因夜班人力較少的工作負荷；相較於筆者醫院不只開刀數量多，病房有時多是長時間的消化道手術，例如：肝部、胃部及腸道手術，但除非病人有不可預期的因素或本身疾病史多，有困難拔管的考量才會常規性安排住進加護病房，不然即使開刀時間再晚還是返回病房，在夜班有限人力的安排下，更突顯夜班人員的工作負荷。



圖 21 腸造口手術前部位確認註記情形



圖 22 腸造口手術前部位確認註記情形

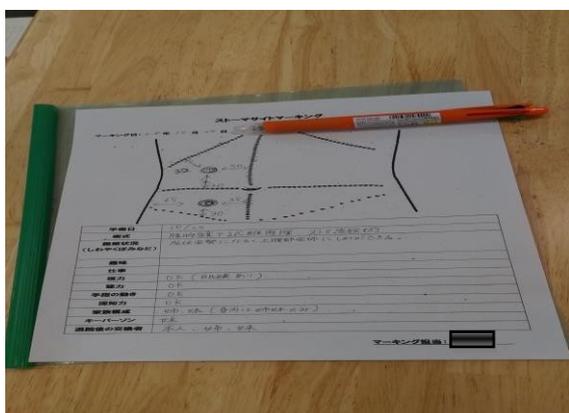


圖 23 腸造口部位確認評估紀錄表



圖 24 預防深部血栓靜脈炎(DVT)裝置

C.手術後照護：

①基本上消化器手術除了行腹腔鏡膽囊切除及盲腸切除手術且無過去病史、單純腸造口病人術後會回病房外，其餘包括：肝部、胃部及腸道手術病人或者是像膽囊切除及盲腸切除等簡單手術，但有心臟病、肺部疾病，如：慢性阻塞性肺疾病(COPD)、糖尿病及高血壓者，術後一律會先轉至 ICU 或 HCU 觀察 1~4 天後才會轉回病房。

②生命徵象評估的頻次依術式不同(依醫囑)，原則上 ICU 或 HCU 轉入當天一天測量 3 次，若生命徵象穩定改為每天 1 次，但體溫三餐皆會追蹤；若生命徵象不穩定或病危病人會於病人身上放置無線可移動式心電圖(圖 25)持續監測並每 6 小時記錄 1 次生命徵象數值，優點是病人下床可隨身攜帶、護理站有一個中央監控螢幕(圖 26)隨時注意病人生命徵象變化，甚至會因病人病況而調整至離護理站最近的單人房特別床，方便看護師可隨時掌控病人變化及縮短從護理站至病房來回奔波時間；而筆者單位常有病況不穩病人也會給予床邊生理監視器使用，但因為有些病房離護理站較遠，往往很難在護理站清楚聽到機器警示聲，需藉助家屬的提醒，以及若病人下床則必須暫停使用，也因此限制病人可下床活動的機會。

③疼痛控制-以無痛原則，開刀族群以意識清楚的成人佔大多數，以疼痛 0-10 分量表評估病人疼痛指數並記錄於疼痛評估紀錄單，但加護病房若是無法表達的病人會以臉譜評估病人疼痛情形(圖 27)，術後 3 天內每 4 小時評估一次疼痛指數，給藥後 1 小時再評估，會常規或視需要給予止痛劑，例如：morphine，侵入性治療處置前會主動事先給予。

④因單位屬性有多數癌症病人，針對癌末病人，醫院的安寧團隊會每週 1、4 固定探視病人及評估疼痛控制情形(圖 28)，也會與當科醫師討論是否調整止痛劑量等。

⑤若手術後直接回病房的病人，一般於手術後最快第二天或病人疼痛可忍受時才會協助病人下床行走；若 ICU 或 HCU 術後轉入病人，一般轉入後第 2~3 天開始協助病人下床。

⑥常規刀抗生素依手術部位不同，用法也不同、一般而言，術後常規使用一種、連續使用三天，每天 1~2 次；雖然是外科病房，仍以口服藥為主，非必要不會打針，但感染病人則依感染菌種決定使用的抗生素天數及頻次，一個病人最多同時使用 2 種、1 天 4 次，若是注射抗生素，一律使用拋棄式小量點滴注射(圖 29)或是旁接於大量點滴輸液管旁(圖 30、31)，不會因為注射抗生素而多留置靜脈針；IV 常規是 1 週更換 1 次或注射部位紅腫、滲漏或疼痛時更換，每班會觀察並紀錄注射部位情況，看護師需 3 年以上或兩年內但需通過技術評核才能執行靜脈注射(on IV)或由診療看護師(專科護理師)執行；IV set 7 天更換，這些都跟台灣醫療有很大的不同，全靜脈營養輸液套(Total Parenteral Nutrition；TPN)也是 3 天更換。

⑦筆者觀察每天藥局專人送來隔日病房所有病人的針劑及大量點滴發現，每日約只有 1/3~1/2 的病人有點滴輸液(圖 32)，此部分也與台灣的治療方式差異極大，也讓筆者大開眼界，原來不是住院就該靜脈輸液注射(on IV)的。

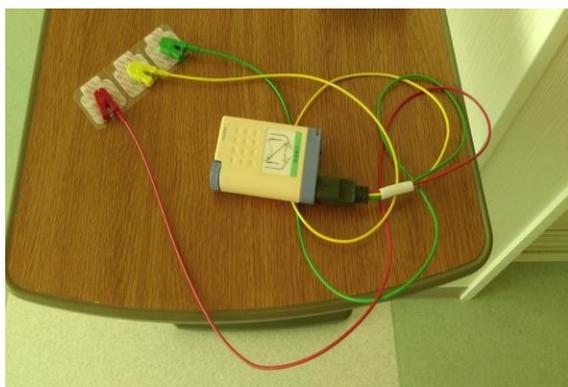


圖 25 無線可移動心電圖

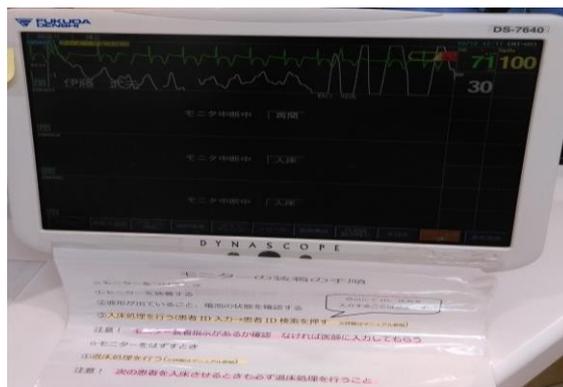


圖 26 中央監控螢幕



圖 27 疼痛評估表



圖 28 安寧團隊於護理站討論情形



圖 29 拋棄式小量點滴注射



圖 30 大量點滴旁接裝置



圖 31 點滴輸液套、延長管與三路考克



圖 32 病房一天針劑及大量點滴的使用量

D.身體清潔(圖 33~36)：維持身體清潔是滿足生理需求不可或缺的一環，因此日本醫院有一個共同的護理常規就是協助病人身體清潔；日班要協助所有病人的身體清潔，包括洗澡及洗頭，有些病人會要求增加身體清潔次數，看護師也會協助，病房常規是男病人洗澡(QW1、3、5)、女病人洗澡(QW2、4、6)、男病人洗頭 QW4、女病人洗頭 QW5，依病人當時狀況或需求會做彈性調整，若可下床活動或身上無引流管路者則會協助病人至浴室清洗，若無法下床者或術後有引流管者以擦澡為主，病房的浴室不只是無障礙空間，也為行動不便的病人增設洗澡床，由此可看出日本很重視病人的舒適護理；相較台灣，只有加護病房有協助病人身體清潔的常規，對於病房護理師要協助病人常規的身體清潔，因為病房護病比高及繁瑣的工作流程，更顯得無力負荷，也只能請家屬幫忙了。



圖 33 無障礙浴室備有洗澡床



圖 34 浴室備有防水輪椅



圖 35 看護師幫病人洗頭情形



圖 36 看護師幫病人洗頭情形

E.傷口及管路護理：

- ①無論何種管路一律採兩段式固定是全院統一的作法，管路黏貼每天更換 1 次並檢視皮膚。
- ②氣切護理只需一天 1 次，傷口若無感染者不需消毒，直接更換 Y 紗即可，清洗氣切內管只需用流動清水沖洗，抽痰帶清潔手套，不需帶無菌手套。
- ③Port-A 及中心靜脈管路皆由診療看護師或醫師每週重換一次、Port-A 放針過程不需放置洞巾及治療巾，也不需消毒，直接更換，若有滲液才會使用酒精棉片消毒，更換過程帶清潔手套，不需帶無菌手套、中心靜脈管路傷口 3 天消毒 1 次、為預防感染，衛材方面多為一次性使用，用的是單包裝消毒棉枝(圖 37)，不只簡化工作流

程，也增加工作便利性、醫師執行穿刺術時會使用超音波(圖 38)確認血管位置，縮短留置時間及減少留置失敗機率，同時也會顧慮病人隱私將病人移到治療室執行處置(圖 39)，這些也都跟台灣的照護有很大的差別；另外，觀察外科醫師執行穿刺術時，會細心的將尖銳物丟入尖銳物收集盒，也會協助將床欄拉起及整理垃圾。

④留置中心靜脈導管時只需提供一組套裝衛材(圖 40、41)，內含國內護理師需要額外準備的用物，包括：消毒用物、生理食鹽水、紗布、縫線、透明固定薄膜等，導尿管留置包內含用物也相當完整，備物極為方便，縮短不少時間，也減少漏備物的情形。

⑤每天都有一位主治醫師留守，負責查房探視單位所有病人及觀察傷口、管路狀況，若是使用 Tegaderm 或是維持傷口密閉環境的敷料則不需特別更換(是依據美國實證證實傷口處於密閉環境比使用紗布感染率低且傷口敷料很多種都是有經實證證實有效的)(圖 42、43)，除非有滲液或脫落會換成紗布，再每日更換紗布，原則上傷口不需特別消毒，除非是感染性傷口，傷口照護主要著重在清潔，而非無菌概念；另外，對於有引流管留置病人會免費提供揹袋(圖 44)供病人使用，減少病人下床活動時，因管路固定不當造成管路滑脫的機率。

⑥一般手術傷口約 7~10 天拆線，未拆線的傷口若無滲液於手術三天後會移除敷料，蓋 Tegaderm，直到完全拆線；在照護面也有很多與台灣不同的地方。



圖 37 單包裝消毒棉枝



圖 38 留置中心靜脈管路專用超音波



圖 39 寬敞具隱密性的治療室



圖 40 中心靜脈管路用物



圖 41 中心靜脈管路用物



圖 42 引流管敷料

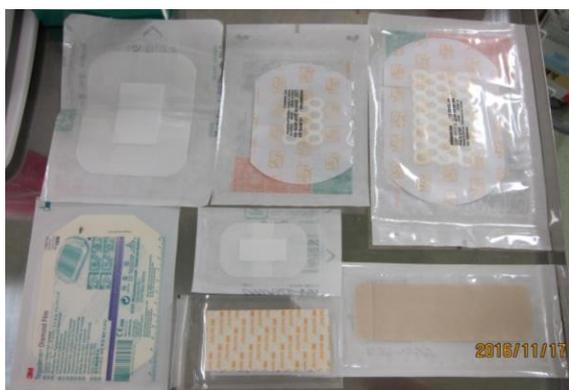


圖 43 各式傷口敷料



圖 44 放置引流管揸袋 F.腸造口

照護：腸造口手術後第一天看護師會幫病人更換造口袋並開始衛教病人，每日依造口袋固定處周圍滲液範圍大小決定更換頻率，例如：每日造口袋固定處滲液以 10mm 為標準(圖 45)，>10mm 則維持一天換一次、<10mm 改為兩天換一次(圖 46~48)，造口袋樣式的選擇也會依病人的喜好，例如：單品式或雙品式(圖 49)、需求、排便性狀及經濟狀況等，建議購買適合的類型(圖 50)；住院期間病人造口相關的照護皆由單位看護師執行、出院後回診則是由醫院的皮膚、排泄照護認定看護師負責；而筆者的醫院有造口護理師負責，但因此病房護理師對於腸造口照護的知識也相對較為不足。

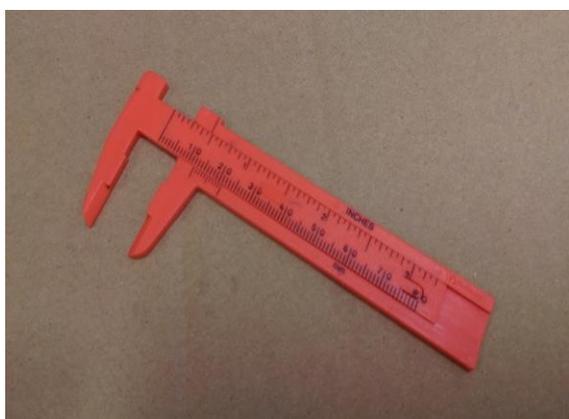


圖 45 造口袋固定處滲液範圍量尺



圖 46 依滲液範圍決定更換頻率



圖 47 更換造口袋時的衣服固定夾

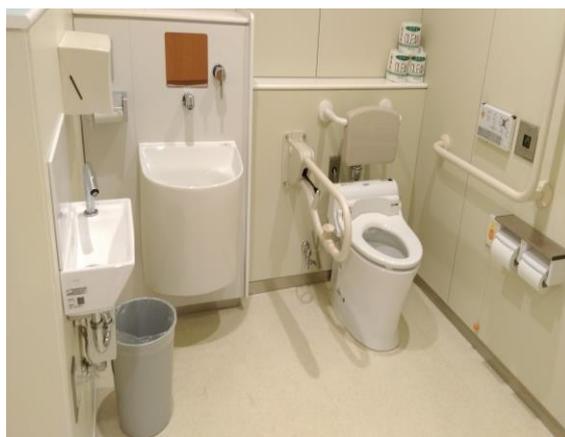


圖 48 清洗造口袋專用廁所



圖 49 腸造口袋樣式



圖 50 各種腸造口袋類型

G.局部肝動脈栓塞化學治療(TACE)：

- ①本院執行部位選擇以髒動脈為主，若已執行多次或有禁忌才會考慮股動脈，佔所有執行 TACE 病人的 90%以上；選擇髒動脈的好處是合併症少、病人負擔少及活動限制小；經訪談單位資深看護師表示日本其他醫院仍以股動脈為主，因為股動脈血管粗、易執行，但檢查後限制較多，而本院因基於由髒動脈執行的好處，加上技術師都可以勝任，因此選擇對病人影響最小的部位執行。
- ②因為是從髒動脈執行，檢查前不需留置尿管、檢查後也不需平躺，活動無特殊限制，甚至檢查後病人從檢查室由看護師陪同步行或使用輪椅回病房，只需於執行部位加壓止血兩小時，再由醫師移除止血帶後換一次藥即可(圖 51)。
- ③檢查前需確認該部位的脈搏強度，但不需做記號；若從股動脈執行，則需做記號。
- ④股動脈於檢查前需行肚臍下大腿以上毛髮剃雉，髒動脈則不用；檢查前一律會請病人洗澡。
- ⑤從髒動脈會先確認從哪一側做，靜脈留置針則留置於對側。
- ⑥檢查前後會各給予一劑預防性抗生素，檢查後會增加一劑保肝劑(依醫囑)。
- ⑦檢查後生命徵象常規測量即可。
- ⑧若檢查前有使用口服抗凝血劑者，於檢查前 7 天開始停藥，檢查前一天會以低劑

量的 Heparin 連續滴注 24 小時(依醫囑)，使用 1 天，若凝血指數差者則不會使用。

⑨看護師依據 TACE 檢查準備單及 TACE 標準準備(圖 52、53)，減少遺漏律。

⑩化療藥物由看護師一起帶至放射科由放射科技術師稀釋後注射(圖 54)、化療藥物並無需自費藥品，檢查的止血棉也不需病人額外自費；另外，本單位也有照顧需全身化療注射的病人，執行化療藥物注射的看護師條件需為年資 3 年以上或兩年內但需通過上課及技術評核才能執行、單位並無設置化療潑灑箱及化療藥物運送箱；相較筆者的醫院執行部位都是股動脈、檢查前後的照護及流程、化療認證的相關規範有極大落差。

◎以下是本院橈動脈與股動脈兩種檢查前後差異統整表：

執行部位	橈動脈	股動脈
禁食時間	相同(檢查前 4 小時)	相同
皮膚準備	不需要	肚臍下大腿以上毛髮剃雉
管路留置	不需要	男女一律留置尿管(一律由看護師執行)
確認脈搏強度	需要	需要
執行部位註記	不需要	需要
抗生素使用	相同	相同
檢查前後藥物	相同	相同
送檢方式	步行或輪椅	推床
執行時間	約 30 分鐘~1 小時	約 1.5~2 小時
生命徵象頻次	相同	相同
進食時間	相同	相同
止血時間	加壓 2 小時	加壓 6 小時
換藥時機	相同	相同
活動限制	無	檢查肢體禁彎曲及平躺 6 小時後可下床



圖 51 TACE 傷口換藥用物

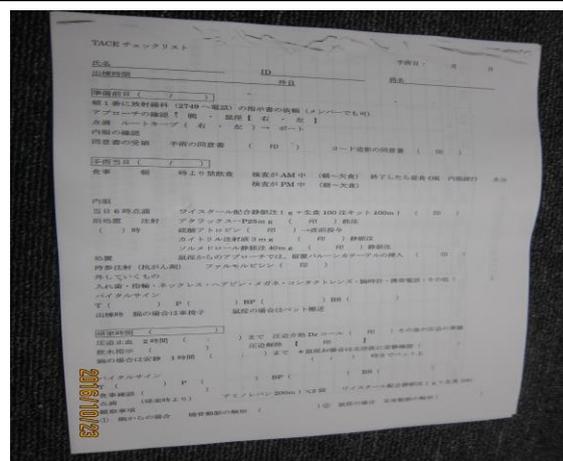


圖 52 TACE 檢查準備單

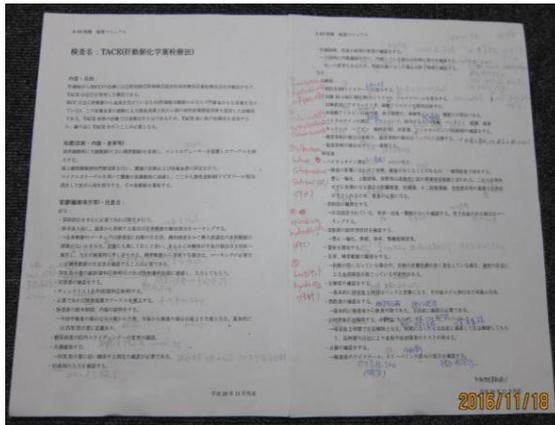


圖 53 TACE 標準



圖 54 TACE 化療藥物

H. 內視鏡逆行性膽管造影(ERCP)：

- ①因為是一項項侵入檢查，故檢查前需攜帶鎮靜藥至檢查室，由放射科人員給予、檢查後會再給予麻醉藥拮抗劑。
- ②檢查前於病房會先肌肉注射止痛劑、檢查後於病房會給予預防急性胰臟炎的針劑；另外，檢查後 1 小時會抽血檢驗 Amylase，評估是否有急性胰臟炎的可能，一般檢查後會請病人臥床休息及禁食，直到隔天早上才會開始進食及下床活動，除了以上，其餘檢查準備及檢查後注意事項與台灣差不多。

I. 護理指導：

①對於需帶引流管回家的病人，會於出院前教會病人及主要照顧者如何倒引流管並觀察引流管的顏色、性質、異常變化及處理並回覆示教，不會倉促讓病人出院，也因為引流管傷口會貼 Tegaderm 或是維持傷口密閉的敷料，因此返家引流管也不需換藥，引流量及引流袋也不需紀錄及更換，減輕病人需返家自我照顧的擔憂；因為會確定病人回家無引流管照顧問題，所以病人返家期間不會特別電話詢問病人狀況，也不會發生有病人因為引流管問題特別返院或電話詢問的情況，一般出院後一個月會再安排住院處理引流管問題；相較於筆者醫院消化道病房常見病人需帶引流管返家的情況，雖然出院前一定會教導病人或主要照顧者引流管相關注意事項，這也與日本醫院相同，但不同的是台灣需要請病人或主要照顧者紀錄引流量，引流管若放置時間久者會請病人 7~14 天更換 1 次引流袋，引流管傷口每天也都需要換藥，常讓病人或主要照顧者有極大的照顧壓力，雖然出院前會讓病人或主要照顧者回覆示教，甚至返家也會電訪追蹤，但因為住院天數短，往往沒有很充裕的時間讓病人或主要照顧者反覆執行直到熟練，因此曾發生有病人特地因引流袋更換或傷口照顧問題返院尋求協助的。

②腸造口留置的病人於手術前看護師執行留置部位確認註記時，會先評估病人返家主要照顧者及本身對腸造口自我照顧的能力，單位有製作腸造口衛教 DVD(圖 55)及衛教本(圖 56)給病人及主要照顧者觀看，於術後第一天就開始衛教並有足夠時間讓病人或主要照顧者學習造口袋更換及清洗，確定病人及主要照顧者返家照顧沒問題時才會讓病人出院，並於出院 1 個月預約回診及看護外來門診，讓皮膚、排泄照護認定看護師評估病人返家後對腸造口照顧的狀況。

③對於消化器手術病人，例如：肝部、胃部及腸道手術，術後除了持續觀察生命徵象變化、傷口及管路感染控制、疼痛控制、下床活動情形及維持輸出入量平衡等，最重要的就是病人的進食情況，一般肝部手術病人約住院 2~3 星期、胃部及腸道手術病人約 2 星期，這些病人於 ICU 或 HCU 轉入後，醫師會評估病人排便及腸蠕動狀況決定開始進食進時間，採漸進式飲食，若尚未進食者，一天點滴量約 1500~2000 C.C.左右(依病人體重而定)，並不會 24 小時持續滴注，減少病人因頻繁夜尿影響睡眠或者跌倒的風險，這也是令筆者訝異之處，原來禁食的病人並不一定需要 24 小時持續點滴使用，這也跟台灣照護有很大不同；另外，胃部手術病人手術後第一天也會常規性安排上腸胃道攝影檢查，確定手術部位無滲漏才會依醫囑可開始喝水、腸道手術病人則會安排腹部 X 光(KUB)檢查；一般出院前病人都可吃到稀飯或軟質飲食，進食過程中，若病人有飲食方面的問題，醫師會依病人需求照會營養師前來評估及飲食衛教，並不會常規照會營養師，若照會營養師也不需病人額外自費。



圖 55 腸造口衛教 DVD 畫面

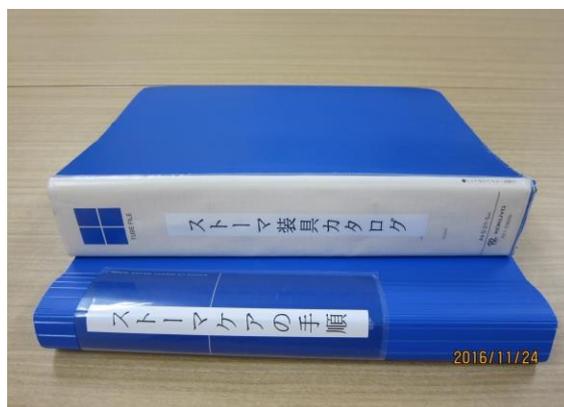


圖 56 腸造口衛教本 J.出院流程

程：一般因病人出院前皆已拆完線，原則上會預約 1 個月後回診，出院前一天看護師會依出院準備清單(圖 57~58)開始準備病人出院事宜及相關資料，出院當天看護師再次核對確認資料無誤後，請診療輔助人員幫病人辦理出院手續後，看護師最後給予病人退院計劃書及出院帶藥，不需病人至藥局領藥，以減少因流程遺漏，造成病人不便；醫院也提供 3 種出院繳費方式供病人可選擇，包括：ATM 轉帳、出院櫃台繳費及下次回診再繳清住院費用，減少病人需攜帶龐大醫藥費之困擾。

圖 57 病人出院準備清單

圖 58 病人出院準備清單

K.日間照護：75 歲以上病人住院時會以 ICDSC(意識評估)量表評估病人的意識狀況，若分數越高表示意識狀況越差，每班會評估一次，直到分數降至 0 分才會停止評估；因高齡者多重慢性疾病及功能退化問題，在急性住院除了疾病症狀的控制，後續身體功能提升，減少依賴更顯重要；因此，本院若病人有阿茲海默症病史，看護師會徵求主治醫師同意後由單位看護長照會日間照護中心，星期 1~5 早上安排病人至日間照護中心參加活動(圖 59、60)，不需病人自費，避免因住院讓病人的症狀加劇；此外，若病人有出院安置問題，會事先準備出院相關事宜，包括：個案討論時會共同討論並完成轉介單評估、出院準備計劃過程因醫院設有地域連攜部門(出院準備服務部門)連結社區資源，包括：在宅醫療、居家照護、機構設施、安養機構等，整合多科跨團隊的醫療，不僅身體功能的提升，也藉由出院後的社區照護資源，讓高齡者達到照顧持續性及完整性，也由此可見日本對於長期照護的重視；也讓筆者覺得驚訝的是原來日間照護中心不是只有長期照護中心才看得到。



圖 59 日間照護



圖 60 筆者觀摩日間照護情形 L.護

理紀錄：新病人第一次需呈現住院摘要，之後以 SOAP 為主(圖 61)，每天日班只需書寫一筆 SOAP 及醫師查房的狀況，其他時間若病人有特殊狀況才需呈現於護理紀錄，表單有的內容，例如：生命徵象、身體評估、輸出入量等則不需重複書寫、夜班則於護理紀錄的 Free from 處簡述病人狀況即可，出院時再以出院摘要呈現，精簡護理紀錄內容，縮短許多內容重複書寫的時間。

(8).資訊系統：

A.本院由 2004 年開始使用資訊系統，2012 年開始使用攜帶式電腦(PDA)(圖 62)，兩者必需登入帳號密碼才能讀取資料及操作，目前除了加護病房的抽血、給藥及輸血會使用 PDA 是紙本與電腦並行；交班內容及診療計劃書是電腦執行外，其餘像是生命徵象、輸出入量紀錄表、醫囑及護理紀錄仍以紙本為主，病房已全面使用資訊系統電子紀錄，醫護相關業務皆是使用同一套資訊系統-IBM 電子系統且內容完整，一個畫面可同時呈現護理表單、用藥處置及醫師處置等內容，縮短需反覆切換畫面時間，可一目了然，也方便操作(圖 63)，但唯一的缺點是字元過小、而看護長排班使用的是另一個勤務管理系統。B.看護師部分：檢驗值會自動帶入系統、其餘皆需手動輸入，如：生命徵象、輸出

入量；針劑藥物及大量點滴可刷藥物條碼，口服藥則尚未條碼化，這是未來的規劃，目前看護部已開始在幾個病房單位試行。C.若醫囑開立常規的抽血，病理部每天會將隔天需抽血病人的檢體備齊，由各單位 診療輔助人員領回檢體試管，看護師於採檢前刷病人手圈及檢體試管條碼作病人辨識後採檢、每週各病房有 2 天病理部會安排專人早上到單位抽血，其餘未被安排時間則由單位看護師執行、若醫師開立臨時的抽血處置，看護師直接連結醫囑從條碼 機列印條碼(圖 64)，目前除了加護病房有傳送系統(圖 65~66)可將檢體直接傳送至病 理部外，病房區仍需人工傳送。D.目前護理常規處置需刷條碼的包括：抽血、輸血及給藥，但口服給藥除外；PDA 除了無法書寫護理紀錄外，用途包括：查詢醫囑、給藥、抽血、輸血、輸入生命徵象及輸出入量數值，輕巧、方便攜帶，也減少看護師需經常推工作車的時間。E.以本院條碼正確採檢時機，像是抽血前、輸血前後、備藥時及給藥前後，相較於 筆者醫院的抽血前、輸血前及給藥前後，多了輸血後、備藥及給藥後，看似較為繁瑣，但更是嚴密把關，而筆者訪問單位看護師對於資訊系統操作、多程序的條碼步驟及 PDA 使用的感想，表示覺得單一個資訊系統方便操作、無論醫院哪個單位都適用很簡易、同一個視窗可連結許多資訊，減少切換畫面的時間，並沒有字元小的困擾、PDA 方便攜帶，另外一個重點是網路連結順暢，不會當機或因角落收訊變差；相較於筆者醫院除了沒有 PDA 外，其實條碼採檢步驟相較下也不算繁瑣，開始資訊系統使用的時間也沒有比較落後，但因為不同屬性單位用的系統不一，增加工作 人員學習操作的負荷、還有網路的收訊不佳也影響人員使用資訊系統的意願及滿意度，反而削減科技資訊化帶來的正面效果。F.當醫師開立處置醫囑時，電腦會自動帶套裝計價，看護師不需額外計價，若因特殊原因未執行該項處置時則需另外將該筆計價項目刪除。

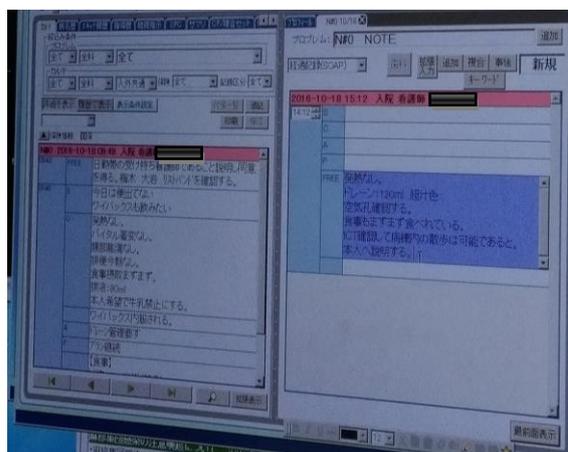


圖 61 護理紀錄以 SOAP 為主



圖 62 攜帶式電腦(PDA)



圖 63 電腦資訊系統



圖 64 檢體條碼機



圖 65 檢體氣送系統



圖 66 檢體氣送系統配備 (9).藥物

管理：A.病人住院前於術前外來診間會先初次評估病人是否有自主管理藥物的能力，住院後當班 Leader、看護師及藥劑師會共同確認病人自主管理藥物能力，決定藥物是由醫院管理或交給病人自行服用，若病人有自主管理藥物能力，於醫師開立處方後(通常會開立 7 天處方)，將所有開立的藥物交給病人並請病人將每餐用完的藥物外包裝放置於自主管理藥盒內(圖 67)，看護師會於每餐飯後以藥物外包裝核對確認病人是否確實服用口服藥，再於給藥單上蓋章確認；若無法自主管理的病人會統一將藥物放置看護師管理藥盒(圖 68)，每餐發給病人並確實協助病人服藥後，再於給藥單上蓋章確認，目前本單位口服藥仍不需刷條碼；針劑及大量點滴會於單位的藥局(圖 69)先準備，過程需雙重核對並於點滴條碼空白處雙人蓋章(圖 70)，其中一人於攜帶式電腦(PDA)刷入藥物條碼執行備藥確認，給藥時由其中一人執行，並需刷病人手圈及再次刷藥物條碼作給藥辨識並執行給藥，針劑及大量點滴給完後，最後再刷一次藥物條碼，系統會呈現備藥、給藥及結束給藥時間，三個時間確實完成才算正確完成給藥、若刷入資料不符，機器會發出異常警訊、畫面也會顯示資料錯誤等字眼來提醒看護師，以確保給藥安全。B.為了減少給藥錯誤，藥局配置的藥物一律是單一劑量單包裝分裝(圖 71)，電腦連結醫師醫囑，機器會將單次所要給予的藥物分裝並密封，但若是非常使用的藥物，因機器無法裝載所有藥物，仍需人工分裝密封(圖 72)。

C. 看護師不須退藥，只需將不用或是多餘的藥物放入退藥盒，藥師會自己拿並且負責辦理退藥；而病人出院的藥也是藥局直接配送至病房，出院當天再由病房看護師直接給病人。D. 若病人無法吃藥丸，由單位藥師通知藥局後，藥局會直接將藥磨粉後分裝，不需 看護師額外磨粉。

圖 67 病人內服自己管理藥盒



圖 69 病房專屬藥局

圖 68 看護師管理藥盒



圖 70 大量點滴準備情形



圖 71 單包裝之單一劑量抗生素



圖 72 電腦化配置藥物機器 (10). 醫療儀器管理

醫院有一間儀器管理室-ME 機器貸出室，將除 ICU 以外的單位 儀器統一管理(圖 73)，若病人需使用儀器時，看護師或診療輔助人員到 ME 機器貸出室以員工識別證登入系統，再刷儀器條碼即可完成借用儀器手續(圖 74)，歸還時 步驟也相同，相當快速、方便，單位不需自行管理儀器；另外，對面就是負責管理

儀器的人員辦公室，若儀器發生故障也有人員可立即維修。



圖 73 ME 機器貸出室



圖 74 借用儀器的電腦

(11). 品質管理：

A. 看護部所有單位皆分 8 組負責單位各項品質管控，包括：壓瘡、電子紀錄、總務及康樂、財產管理、感染、環境、意外事件及藥劑，年度目標依單位特性由單位小組自行訂定，但監測指標則由看護部及院方統一訂定，監測指標包括：洗手、壓瘡、跌倒、電子紀錄及 MRSA 感染等，通常由單位各組組員負責監測，護理長負責整合。

B. 預防壓瘡：

① 入院及每日作身體皮膚評估，有問題立即通報並拍照記錄、對於臥床不動需協助翻身病人會落實至少每 2 小時協助病人翻身及給予減壓墊使用並視情況給予氣墊床使用；單位平均壓瘡發生率是 0~1 個/月，以尾骶骨佔多數並沒有因為無家屬照顧而增加壓瘡發生的比率。

② 醫院設有壓瘡管理委員會，成員包括：壓瘡認定看護師、營養師、復健師、形成外科醫師(日文漢字：形成外科亦即台灣俗稱：整形外科)、皮膚科、藥劑師，各單位皆有 1 位壓瘡負責人，需年資 5 年以上看護師擔任，每月壓瘡管理委員會會舉辦 2 次會議(圖 75)及 1 次學習會，目前全院共 4 位壓瘡認定看護師負責監測全院壓瘡病人，其工作內容包括：壓瘡等級判定(本院依據日本褥瘡協會的 DESIGN-R 褥瘡評估表)(圖 76)來評估、各單位負責人會負責通知單位的壓瘡病人及高危險群病人，對於壓瘡病人第一次通常會檢視及確認等級，若為 1 級壓瘡者，由單位自行管理、若為 2 級以上(含 2 級)壓瘡，壓瘡認定看護師會每週評估一次並針對病房看護師照護情形給予建議、若為 3 級以上者，壓瘡認定看護師會照會形成外科或皮膚科醫師共同照護病人並且每週一次共同至單位觀察病人壓瘡照護狀況、針對高危險群病人每週也會探視一次並給予病房看護師照護上的建議，同時可向國民健保申請 500 點點數，有經費補助；因為嚴密的把關及單位的配合，使得本院壓瘡發生率是日本各大醫院極低的，全院平均壓瘡發生約 15~33 個/月，實際入院病人數約 3100~3500 人/月，平均壓瘡發生率 0.58%/年，以尾骶骨佔多數，其次是足跟。

③ 因單位屬性，鼻胃管病人不在少數，單位的鼻胃管固定方式與筆者單位作法類似，但單位今年度並無發生任何一件因鼻胃管造成的壓瘡，就筆者觀察全院單位鼻胃管固定的做法皆一致且採兩段式固定，甚至會使用宜拉膠剪洞在衣服鈕扣上固定，而

非使用別針，減少尖銳物使用造成病人刺傷的可能，看護師每班也都會落實檢視管路皮膚狀況，也是避免發生壓瘡的不二法門。



圖 75 壓瘡管理委員會會議

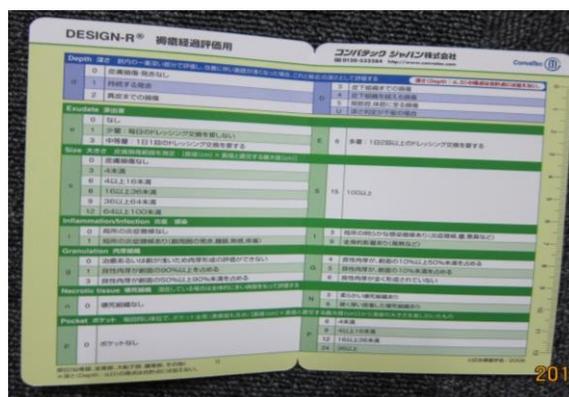


圖 76 DESIGN-R 褥瘡評估表 C.預防

跌倒：護理站(圖 77)及病房門口設置的病人牌(圖 78)及床頭(圖 79)皆有預防跌倒分級標示，是以紅、黃、藍色(圖 80)區分病人高危險跌倒等級，隨時提醒同仁；入院及每週會評估高危險跌倒分數，若為跌倒高危險群且會忘記按護士鈴請求協助的病人，會給予離床警示器使用(圖 81~83)，當病人離床時機器會發出警訊聲，護理站及各個單位分機(隨身攜帶手機)皆會發出聲響及顯示床號(圖 84)，提醒看護師立即探視病人並確認其安全，另一個隨身攜帶手機的優點是當有病人按護士鈴時，看護師於病室執行治療處置時可直接看手機，不需特地走到走廊看顯示燈號；於每日中午的個案討論 Leader 會告知所有看護師皆需加強注意哪些有跌倒高危險群病人活動狀況，讓單位同仁共同提高警覺，以減少跌倒發生率；若病人有躁動情形，盡量不採用物理性約束，而是化學性約束，給予適當的鎮靜止痛劑輔助，讓病人舒適不至於過於躁動；單位去年的平均跌倒發生率為 1~2 件/月，幾乎都發生在夜班，也是異常事件發生比例最多的，而主護也以新進看護師佔多數，因夜班人力只有 3 位，加上無家屬陪伴，因此單位看護長也表示改善單位夜間跌倒的發生率也是目前單位需努力的目標；而單位改善夜班跌倒發生率的方法為夜間加強探視高危險群病人、睡前一律協助病人下床如廁或掛尿壺於床邊供病人夜間使用、對於疼痛病人主動給予止痛劑、維持病人正常作息，避免日夜顛倒、加強人員，尤其是新進看護師的預防跌倒觀念。



圖 77 護理站病人牌設有預防跌倒分級



圖 78 病房門口的病人牌設有預防跌倒分級



圖 79 床頭放置預防跌倒分級標示



圖 80 預防跌倒分級標示



圖 81 離床警示器設備-接病人



圖 82 離床警示器設備-接地面(主機)



圖 83 離床警示器設備-放地面



圖 84 攜帶式手機具有警訊提示功能

D. 感染控制：

①病室環境感染控制由感控看護師負責，當有多重菌種感染之病人出院，經由診療輔助人員清理結束後會貼上消毒完成標示才可再接病人(圖 85)。

②洗手是預防感染的最根本措施，因此病房內到處都是乾洗手液，每間病室外及洗手台都有設置並張貼洗手步驟(圖 86)，且每位看護師也都隨身攜帶乾洗手液(圖 87)，提升自主洗手意願及頻次、感控也為此設計乾洗手液使用量紀錄表統計人員一天乾洗手液的使用量並於乾洗液瓶身註記(圖 88)，藉此鼓勵勤洗手，降低感染率；另外，單位也統計人員一週乾洗手液用量的排行榜，對於用量少的看護師，不處罰、以鼓勵方式，養成人員正確洗手觀念及習慣。

③進入隔離病室前都必需洗手、穿隔離衣、戴手套及口罩，且為預防交互感染，一律使用拋棄式隔離衣(圖 89)、為方便工作人員取得，這些用物也都是每間病房洗手台旁的基本配備(圖 90)。

④醫師執行管路移除時會穿簡易型(無袖式)的拋棄式隔離衣，甚至診療輔助人員在清理環境設備時也會穿著；另外，在加護病房裡執行侵入性治療時，所有人都必須戴口罩、手套、帽子及穿隔離衣。

⑤原則上碰病人務必洗手及戴手套，萬一沒作，每個人隨時都會且有責任互相提醒；此外，醫院感染控制委員會也會不定期抽檢，監測洗手時機及固定每月 20 號舉辦洗手日活動，讓全院醫護同仁都能有正確洗手觀念並實際落實於日常生活中。



圖 85 空床貼消毒完成標示才可接新病人



圖 86 病房走道設有乾洗手液及洗手步驟



圖 87 每位看護師隨身攜帶乾洗手液



圖 88 乾洗手液放置盒及使用量紀錄表



圖 89 拋棄式隔離衣



圖 90 病房洗手台旁的防護設備

(12). 病房工作成員及工作內容： A.看護部行政主管：只負責行政相關業務。 B.看護長：負責行政相關業務、協調單位床位運用。

C.護理主任：協助看護長行政相關業務，為看護長的職務代理人，無需照顧病人，但需協助支援其他人。 D.護理副主任：協助看護長行政相關業務，平日負責職務以當班 Leader 居多，若人力不足時也需照顧病人。

E.當班 Leader：原則上日班有兩位，假日 1 位，不需照顧病人、夜班 1 位則需照顧病人、需要 3 年以上年資並且能勝任所有專業技能者才能擔任；職責包括：早上跟醫師查房，將查房時醫師的處置及治療方針紀錄於護理紀錄、檢查病人用藥是否需醫囑重整、負責隔天所有檢查及手術病人的資料準備，包括：確認同意書完整、填寫禁食時間牌，交由主護看護師放置病人床邊提醒病人、主護看護師於晨間治療結束會報告病人的生命徵象及狀況，判斷異常狀況並統一將病人狀況報告醫師及確認醫囑後再回報給看護師，由主護看護師執行醫師處置、追蹤今日檢查結果，例如：異常抽血數值需向醫師報告、分配當日夜班及隔天日班段落、隨時掌握病人病況、當日新病人狀況及醫囑確認。 F.看護師：負責臨床病人照護，隨時將病人狀況報告給當班 Leader、侵入性檢查需親自與診療輔助人員接送病人、假日及夜間因無診療輔助人員需自行送檢體至病理室、至血庫領血、至藥局領藥等。

G.診療輔助人員：各單位依床位數配置 2~5 位不等；職責包括：至藥劑部急領藥、侵入性治療時需與看護師一同接送病人、非侵入性治療則由診療輔助人員負責接送、至輸血部領血、將檢體送至病理部、協助單位至看護部長室或醫事課處理相關文件(例如：影印、公文傳送等)、整理病人病床旁及週邊環境、病室所有垃圾處理及單位所有清潔工作、中午及下午協助發放病人餐點及準備茶水給病人飲用、負責回收餐盤、每日早上發放一套病人服、出院清床、病房醫療及清潔衛材數量確認及撥補、需消毒器械之傳送及點收等；每週五醫院有專人至單位換所有病人床單。 H.藥劑師：全院共 100 位藥劑師，每個單位皆配置 1 位，其餘在藥局，所有藥劑師都需至藥局輪流值班；職責包括：新病人入院後會將病人自備藥統整後輸入電腦，並與醫師討論用藥的適切性、監控病人腎功能與目前用藥，視情況及需要適時與醫師討論調整藥物劑量、針對高危險性藥物，例如：化療藥、抗凝血劑等，會給予病人用藥指導並追蹤、檢視醫師開立藥物處方之合宜性，適時與醫師討論並調整用藥、檢視看護師對於藥物特殊的使用及保存方式是否正確，例如：避光用藥、需特殊輸液管路是否正確使用等、每月盤點單位急救車及常備用藥數量、保存期限，針對不常用的常備用藥會適時增減，不需看護長核准、提供看護師藥物諮詢。 I.診療看護師(日文漢字：診療看護師亦即台灣俗稱：專科護理師)：全院共 7 位，每三個月輪流留守不同病房，內外科交替，非所有病房都有診療看護師；職責包括：協助醫師開刀及縫合並寫手術紀錄、每日跟主治醫師查房、換藥、更換 Port-A、On IC、On CVC(有醫師協助下)、On PICC 等；不書寫病歷及開立醫囑。

3.開刀房(圖 91~95)：

(1).人員結構：看護長 1 位、護理主任 3 位、護理副主任 2 位、看護師 76 位、藥劑師 1 位、血庫專員 1 位、診療輔助人員 6 位及事務員 1 位；其中 1~2 年新進看護師共 25 位，佔 30%。

(2).共有 25 間手術室，全院平均一天有 30~40 台的手術(含緊急刀)，每間手術室的流動及刷手看護師各 1 位，各科皆有一個 Leader，原則上都是資淺看護師擔任刷手、資深看護師擔任流動，因為手術過程需穿隔離衣無法看到識別證，所以開刀房會以髮帽顏色辨識是否為新進人員，白色代表 1、2 年新進看護師、藍色代表 3 年以上看護師(圖 96)，醫師在開刀過程看到白色髮帽的看護師，若遞器械的速度較慢或較不熟悉也會多一點耐心及包容，資深看護師也會全程注意新進看護師狀況並給予提醒及指導。



圖 91 開刀房寬敞的走道環境

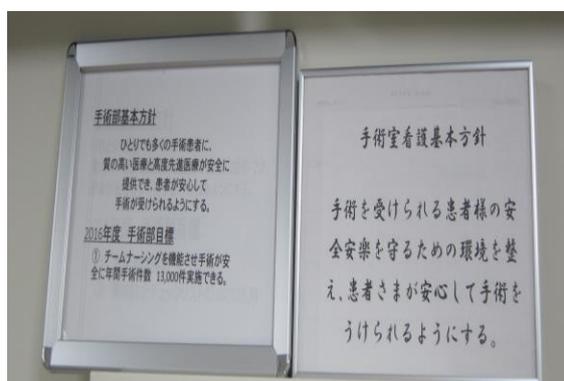


圖 92 開刀房理念



圖 93 開刀房晨間會議



圖 94 開刀房每日晨會新人集訓情形



圖 95 開刀房舒適的員工休息室



圖 96 以不同顏色髮帽分辨新進看護師

(3).本院開刀房引以為傲的是達文西機器人手術(圖 97~100)，因目前醫用機器人市場上最普及的是達文西機器人手術系統，本院是日本最率先引進達文西機器人手術系統的醫院。從 2009 年 1 月至 2015 年 10 月為止已進行了 1255 例手術，手術病例數和技術水準均居日本首位，是日本機器人癌症手術的先鋒。且爲了提高達文西機器人手術系統的基本操作技術，2012 年在校內設置培訓中心，也是日本第一個與臨床相銜接的培訓中心，爲日本全國培訓許多的醫師，而本院達文西手術以泌尿科病人-前列腺手術居首位，其次是消化器外科-胃部手術居多、再來是腸道手術。本院達文西手術在愛知縣一帶的醫學領域具有龍頭地位。

(4).本院達文西儀器共 2 台，專用手術室共 2 間，平均 1 週約 4~5 位行達文西手術的病人、一台達文西手術病人需自費 300 萬日圓(約台幣 94 萬)，且爲減少感染率專用器械每支執行 100 次即需重新更換，一支約 40 萬日圓(約台幣 12 萬)，且因爲是精密儀器，故器械也有專用設備進行消毒。



圖 97 達文西手術專用手術室



圖 98 達文西手術專用器械



圖 99 達文西手術控制台



圖 100 達文西手術操作台

(5).因開刀房尖銳物品很多，平時診療輔助人員會以尖銳物品吸引器去掃地面，避免因尖銳物掉落未發現而造成針扎(圖 101)。(6).因許多手術時間偏長，故手術前會給予適當減壓設備(圖 102)，手術過程中看護師每隔 2~4 小時會幫病人肢體移動減壓及被動關節運動(圖 103)，所以不會因手術時間長，而提升開刀房發生壓瘡的比率。(7).病人手術由病房看護師親自送病人到指定的手術室(圖 104)，家屬陪同至手術室

門口後，若預計病人手術後轉 ICU 或 HCU 者，於病人送至開刀房時，病房床位即會清空，會請家屬至病房的家屬休息室或 ICU 家屬等候室(圖 105)等候，若病人預計術後回病房者，家屬可在病房等候，因此本院並無設置恢復室及開刀房家屬等候室。(8).手術室看護師與病房看護師交班後開始準備手術，包括：病人辨識、協助麻醉醫師所需管路留置等，結束手術後氣管內管會於手術結束及病人逐漸清醒前拔除，若病人回病房或 HCU 由該單位看護師親自來接病人(圖 106)，主治醫師會陪同回病房或 HCU 並向家屬解釋、若病人轉 ICU 則由上刀醫師及麻醉科醫師陪同推病人至 ICU。



圖 101 開刀房專有尖銳物品吸引器



圖 102 各種尺寸的減壓墊



圖 103 術中看護師幫病人執行關節運動情形



圖 104 手術室術前環境設備



圖 105 ICU 及 HCU 家屬等候區

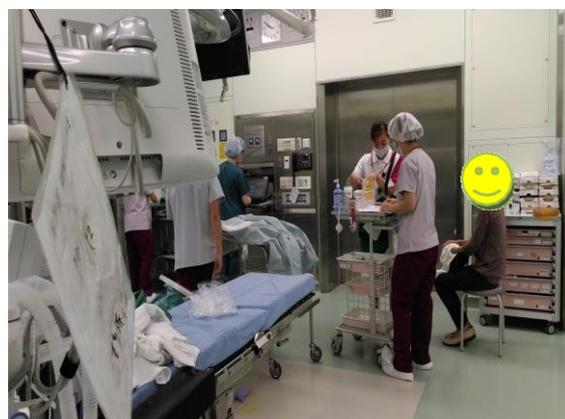


圖 106 病人手術結束等病房看護師來接並與開刀房看護師交班情形

4.加護病房(ICU)(圖 107~109)：

(1).人員結構：看護長 1 位(與 HCU 同一個)、護理主任 1 位、護理副主任 2 位、看護師 47 位、藥劑師 1 位及診療輔助人員 3 位；其中 1~2 年新進看護師共 4 位，佔 8%。

(2).病床數共 18 床，以術後及病房病危病人轉入為主、本院另有 NCU(Neurosurgical Care Unit)、CCU(Coronary Care Unit)、GICU(General Intensive Care Unit)及救命 ICU 等 9 個 ICU 單位照護不同科別的重症病人。

(3).人力配置：白班共 11~13 人(含兩位 Leader 不照顧病人，一人負責一半病人數，隨時掌控病人病況)，兩人一組，共分 4~5 組，平均一組照顧病人數 3~4 人、若照護病況極不穩定、有葉克膜、肝臟移植、腎臟移植或需要執行連續性靜脈血液過濾術(Continuous venovenous hemofiltration；CVVH)的病人為 1：1；夜班共 9~10 人(含 1 個 Leader 需負責照顧病人 1 個病人)，日夜護病比皆是 1：1~2 人。(4).病房常規：星期一到六皆會舉行晨會約 10 分鐘，晨會結束後開始日班一天工作，與病房相同的是若沒特殊情況，不需特別交班，看護師需提前至單位看紙本記錄，也不需與上一班看護師共同檢視病人，兩位日班看護師會共同檢視病人，包括：自我介紹、身體評估、確認所有管路及點滴控制器滴數是否正確、紀錄輸出入量、給藥、抽血(依醫囑)、擦澡(每日 1 次)、洗頭(每週 1 次)、每小時紀錄生命徵象及當班所需之治療處置；原則上管路更換頻率皆與病房相同，只是單位有自訂的更換時間，例如：每週一固定更換所有病人的點滴輸液等；另一個與 HCU 及病房不同的是除了心血管外科病人是當科醫師開立醫囑外，其餘科別一律由麻醉科醫師負責開立醫囑。(5).護理紀錄：與病房不同的是 ICU 抽血、給藥及輸血會使用 PDA 是紙本與電腦並行，交班內容及診療計劃書是電腦執行外，其餘像是生命徵象、輸出入量紀錄表、醫囑及護理紀錄仍以紙本為主；醫師的醫囑及處置與護理表單(含給藥)是同一張(圖 110)，可讓醫護人員一目了然病人一天的各項處置、執行情況及結果，也方便醫護人員閱讀對方的紀錄、生命徵象及輸出入量則是記錄於另一張護理表單；但缺點是反而浪費人工謄寫時間。



圖 107 ICU 走道上乾淨清潔的病室環境



圖 108 ICU 護理站

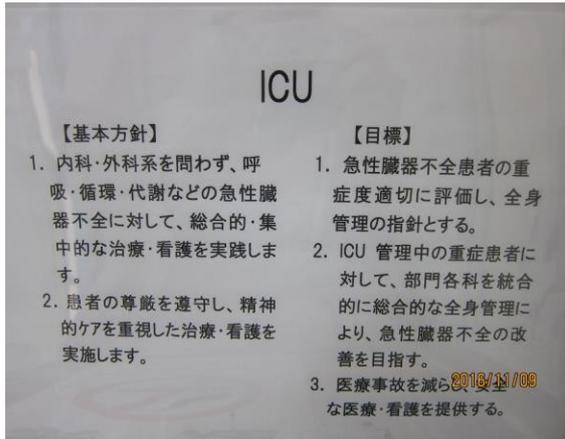


圖 109 ICU 病房理念

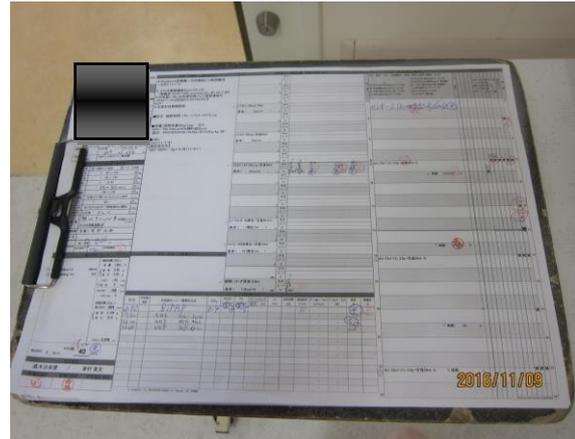


圖 110 ICU 記錄表單

5.高品質照護單位 HCU(high care unit)(圖 111~113)：

(1).人員結構：看護長 1 位(與 ICU 同一個)、護理主任 1 位、護理副主任 1 位、看護師 25 位、藥劑師 1 位及診療輔助人員 2 位；其中 1~2 年新進看護師共 7 位，佔 26%。

(2).病床數共 16 床，以術後或 ICU 轉入病人為主，病人流動率相當大。(3).人力配置：白班共 8~9 人(含兩位 Leader 不照顧病人，一人負責一半病人數，隨時掌控病人病況)，兩人一組，共分 4~5 組，平均一組照顧病人數 6~8 人、若照護病況極不穩定、有呼吸器者為 1：2~3；夜班共 5 人(含 1 個 Leader 需負責照顧病人 2~3 個病人)，日夜護病比皆是 1：3~4 人。

(4).病房常規：

A.與 ICU 模式相同，但生命徵象及輸出入量依病人情況(依醫囑)而有不同頻率的監測時間，原則上手術後病人生命徵象 Q1H*3 次後改為 Q3H 量 1 次直到轉出病房；另外，術後病人轉入當日或隔日一定會洗澡，之後兩天洗 1 次、洗頭是 3~7 天洗 1 次。

B.當病人入院、轉入時及住超過 1 星期者，每週會使用壓力偵測器(圖 114)去測量病人易受壓部位的壓力(也與 ICU 相同)，例如：足跟、尾骶骨，決定翻身頻次，但無論如何至少 2 小時會協助病人翻身一次。



圖 111 HCU 走道上乾淨清潔的病室環境



圖 112 HCU 護理站

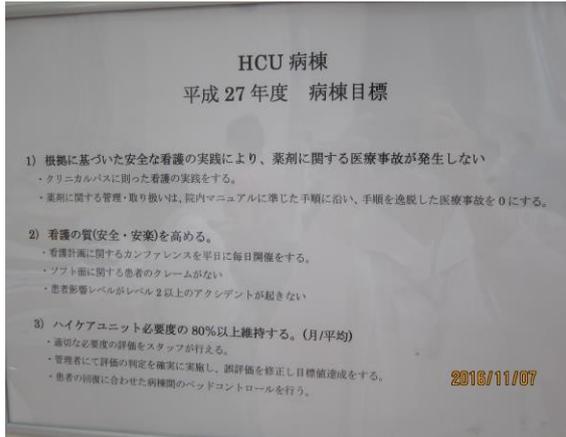


圖 113 HCU 病房理念



圖 114 壓力偵測器

6.放射線(圖 115~116)：位於檢查棟共 5 樓，包括：電腦斷層室、核磁共振室及血管攝影室等，本院共有 15 位技術師，其中可執行 TACE 檢查的共有 5 位，除了需抽腹水病人會於病房治療室執行外，其餘檢查或管路留置一律安排在此棟，但心電圖、X 光及內視鏡不位於此棟；侵入性檢查需要鎮靜劑使用者，包括：ERCP、ENBD、ERBD、TACE 及血管攝影等，一律由病房看護師及診療輔助人員推病床親自接送病人、若是非侵入性檢查者，包括：電腦斷層、核磁共振等，即使檢查時病人有使用顯影劑或病人身上有點滴輸液控制器或管路等，一律由診療輔助人員接送病人，推輪椅或陪同病人推點滴架步行至檢查室；原則上病人可下床活動者，不會因為檢查而推床，節省許多運送病人的時間、檢查過程除非病人意識不清楚，需家屬簽署檢查同意書，才會聯繫家屬，其餘不會額外通知家屬或有家屬陪同，一律由醫療人員接送；另外，因檢查室有許多放射線，檢查室人員會隨身攜帶放射線測量器，測量本身體內的放射線量，醫院對於檢查室的女性員工每 3 個月、男性員工每 1 個月安排一次隨身放射線測量器檢測，以確認體內放射線無過量情形。



圖 115 電腦斷層室



圖 116 筆者觀摩 TACE 執行情形

7.看護外來(圖 117)：成員包括：全院的認定看護師，本院有 17 種認定看護師，每種認定看護師在識別證上也會掛不同的專屬標章(圖 118)，共 46 位，其中皮膚、排泄照護認定看護師需負責每日看有腸造口病人的回診，與醫師的門診不同，主要是協

助病人腸造口更換，檢視周圍皮膚狀況、確認病人返家照顧期間是否有問題並給予適時調整及建議，也會視情況協助病人預約醫師門診，基本上有腸造口病人出院後 1 個月除了回醫師門診，也會至看護外來診間，之後會依病人自我照顧狀況延長至看護外來診間回診時間。



圖 117 看護外來診間



圖 118 認定看護師標章

三、心得與建議

首先感謝醫院讓我有出國進修的機會，臨床工作多年從來沒有機會放空自己來沉澱心靈，雖然參訪兩個月的時間不算長，但卻體驗了豐富且不同國家的文化洗禮，除了和日本醫護人員交流台日間的工作經驗外，更讓我見識到世界的寬廣和人類醫療無限的可能；回想起在日本兩個月的參訪日子，對於日文不通、英文也不流利的我，不知哪來的勇氣讓我飄洋過海來到這裡，基本上日本國民幾乎只會單一語言，當初選擇日本為參訪國家，一開始便明白溝通障礙絕對會是學習最大的阻力，見習過程有不少疑問、太多好奇，但常因語言的限制耗費很多時間，有幸一開始遇見一位新加坡華僑是個開刀房護理師與我同時間報到，讓我至少在當地有機會說說中文，前兩週一起參訪開刀房，用她流利的英文與日本醫師對話，擔任我的翻譯，解答了不少我對開刀房一竅不通的疑惑，也讓我有一些適應的時間，而後來的六週靠自己用盡了菜英文、語言翻譯機、看或寫漢字，甚至還用日文字影像翻譯及語音翻譯，總之無所不用其極，就是要打破砂鍋問到底，雖然也常有問不出所以然的時候，但幸虧藤田保健衛生大學病院的醫療同仁都能用簡單的英文詞句或寫漢字了解我的意思並解答我的問題。見習過程也曾因為語言的隔閡鬧出不少笑話，也懊悔自己沒有做好足夠的語言準備，帶給醫院同仁們不少困擾，但真的由衷感謝他們對我的包容和給予最大的協助。

再來感謝藤田保健衛生大學病院看護部的安排，讓我能看到消化器外科病人從入院前的術前外來診間、入院到病房報到、術前準備、開刀房、術後轉加護病房或高品質照護單位又或者回病房、術後的照護及護理指導、出院回診及有腸造口病人至看護外來診間回診、TCAE 檢查及消化器常見的檢查，像是腹部電腦斷層、ERCR、及 ENBD 等一系列的過程，整個見習過程很完整，從中學習到日本醫院的優點及了

解與筆者醫院不同之處，可做為未來照護消化道病人的參考，期望提升消化道病房臨床照護品質及增加病人滿意度；也因為參訪醫院完整的安排，讓臨床工作只有病房及加護單位經驗的我更了解消化道病人住院期間會經歷的各項檢查流程、手術概況或不同屬性單位的照護方式等，不僅難能可貴，也讓我大開眼界，尤其是在開刀房見習的期間，看了許多跟消化器相關的術式，更明白整個開刀過程，對於手術的了解不再只是靠過去醫師或前輩的經驗口耳相傳或者自己的想像，已更能夠連貫整個治療及照護、知其然也知其所以然，因此深深覺得跨團隊合作的重要及必要性；另外，還參加壓瘡管理委員會會議及訪視壓瘡病人的過程，了解醫院如何維持排名在全日本醫院壓瘡發生率極低的高品質照護也是見習過程中另一個收穫。

另外，參訪期間讓我感觸最深的是見識到日本健全的醫療體系，看護師的專業態度及人民的和善與守法，也讓自己在消化器外科照護領域有了不同的體驗，了解到原來可以不用這麼繁瑣，用不同的照護方式也一樣可以達到良好的效果，也發現日本的醫院很注重病人的就醫權利及隱私，就診的空間設計、醫療服務品質都能以病人為中心，但是醫療費用昂貴、自付額高，國民就醫需自負 30% 的醫療費，而好處是沒有需自費的部分，因此醫療一切考量皆以對病人最適合最有利的方式進行；反觀台灣，雖然有就醫便利性及普及性的優勢，但不都是因為廉價的全民健保制度，因而導致民眾不懂得珍惜、不惜濫用醫療資源，使得現今台灣醫療生態已被健保制度徹底改變，在全民健保給付緊縮的趨勢下，許多治療項目無法得到健保給付，因而產生許多病人自費醫療模式，讓崩壞的健保制度變成醫師在診救病人時的最大絆腳石。整體而言，這次參訪過程讓我有一個全新的體驗，感受到他們對病人的尊重，也學習到許多不同的護理照護模式，讓我反思目前的護理照護方法是否有改善的空間，激發推動實證護理的想法，希望簡化工作流程，減輕臨床護理人員工作量，增加護理師的工作滿足感。

還有讓我感動也感慨的是即便是現今的日本社會，一般民眾對醫療人員的態度仍是尊重、禮貌與信任，他們總是耐心並安靜的等待，沒有過多無理的要求也鮮少有醫療暴力事件發生。在台灣臨床上見過無數次的醫病衝突，大部分來自於病人或家屬的不耐等候，像是時常上演的家屬抱怨：「為什麼都快中午了還沒輪到我爸爸開刀？從昨晚 12 點就開始沒吃沒喝了」，在日本鮮少見這樣的狀況，最常見的情景倒是看護師每每執行完一項護理，病人都會說著阿哩阿斗、出院經過護理站時也會特地鞠躬不斷說著謝謝、辛苦了等字眼、甚至連實習護生下班前也有這樣的表現。我相信這幾聲謝謝必定會是看護師在工作上更加努力的原動力。或許是日本的教育養成的關係，真實感受到日本民眾對於醫療人員打從心底尊敬的態度，羨慕之情不禁油然而生。

而台灣醫院的硬體設備和醫療專業技能其實並不比日本遜色，但日本醫療機構其組織管理系統有其完善的效率和功能，各層人員有其明確的工作職責，且各職各司、分工合作，看護師工作內容大多只有護理方面，而反觀臺灣的護理師，幾乎包山包海，所有事都要處理，也是流動率大、留不住人才的原因之一。

然而在兩國醫療支出懸殊的現況下，要改變台灣的醫療常規去模仿日本，並非

明智之舉。然而，若能參考日本醫院嚴謹的態度，將台灣現有資源做更有效的分配及利用，提升醫療照護品質，此次參訪才有實質的意義。

最後，此次參訪過程中受邀參加看護部餐會中，看護部部長表示希望未來也有機會能夠有看護師可以來成大醫院參訪觀摩。我想若兩院的關係能夠持續，在臨床照護、學術研究上能夠彼此交流合作，相信將是兩院醫療人員之福，也是台灣醫療持續進步的契機，雙方人員相互參訪觀摩學習，更能增加國際知名度。

參訪日本的工作環境及照護情況後，有以下幾點建議：

(一).簡化工作流程，增加工作滿意度

1.本院所有消化器手術因手術需求需留置的管路，例如：鼻胃管、尿管、中心靜脈留置針等，一律至開刀房病人麻醉後才放置，減少因留置過程造成病人的不適以及手術前半小時開刀房會以電話通知病房看護師先準備病人，通常有半小時的緩衝時間可讓病人整理用物及如廁，等開刀房再次電話通知時再由病房看護師送病人至開刀房；而筆者醫院的做法是開刀前會於病房先留置鼻胃管，但考量病人舒適度，一般幾乎是開刀房通知接病人後護理師才會隨即通知醫師或專科護理師前來置放，常常因為醫師或專科護理師工作繁忙，加上開刀房通知不久後便來接病人，時常趕不上進度，一來一往等待的時間，無形中也影響了開刀房的排程，不僅病房工作負荷大，也造成病人生理不適，反而增加手術前的焦慮感，因此建議可改變鼻胃管留置時間，減輕病人不適以及有一緩衝的接送病人開刀的時間，減輕醫護人員疲於奔命的無力感。

2.本院若開刀時間超過 17:00 之後，病人一律會先至 ICU 或 HCU，最快隔日轉回病房，以減少因夜班人力較少的工作負荷；而筆者醫院不只開刀數量多，病房有許多需長時間的消化器手術，例如：肝部、胃部及腸道手術，但除非病人有不可預期的因素或本身疾病史多，有困難拔管的考量才會常規性安排住進加護病房，不然即使開刀時間再晚還是返回病房，在夜班有限人力的安排下，更突顯夜班人員的工作負荷，因此基於照護品質及病人安全的考量，是否有因開刀時間晚就一律而轉 ICU 的必要性，倒是值得思考，但或許縮減一天的開刀數量，讓醫護人員能有更多時間專注照顧病人是一個可以努力改變的目標。

3.本院手術同意書於門診時醫師會向病人及家屬解釋後填寫完成並掃描成電子檔，住院時病房看護師確認有電子檔並自行列印紙本作為與開刀房交班的資料，正本會存放病歷室統一保管，減少文件傳送時間，而筆者醫院目前有推行同意書於門診完成，入院時將同意書帶來交給病房護理師留存病歷，但曾多次發生因同意書正本未如期歸於病歷，使得護理師遭開刀房責罵事件，不只影響手術行程，也降低工作士氣，因此若能於門診統一將簽署完成的同意書掃描成電子檔，住院期間醫護人員查詢電子檔紀錄即可，一來不需增加病歷傳送機會，二來也減少紙張浪費，朝無紙化的目標邁進。

4.本院執行 TACE 部位選擇以橈動脈為主，若已執行多次或有禁忌才會考慮股動脈，而選擇橈動脈的好處是合併症少、病人負擔少及活動限制小，因此選擇對病人影

響最小的部位執行；而筆者醫院執行部位一律都是股動脈，雖然股動脈血管粗、易執行，但檢查後限制較多、檢查前後的照護及流程也較為繁瑣，因此建議若能改變部位及精簡照護流程，像是減少測量生命徵象頻次，不只可減輕臨床護理師工作負荷，同時也減少病人被限制下床的時間。

5.本院書寫護理紀錄以 SOAP 為主，每天日班只需書寫一筆 SOAP 及醫師查房的狀況，其他時間若病人有特殊狀況才需呈現於護理紀錄，表單有的內容，例如：生命徵象、身體評估、輸出入量等則不需重複書寫、夜班則於護理紀錄的 Free from 處簡述病人狀況即可、出入院則呈現出入院摘要，以精簡護理紀錄內容，縮短許多內容重複書寫的時間；而筆者醫院目前也推行每個焦點紀錄每天至少呈現一筆即可，換句話說，若白班已完成每個焦點紀錄內容，夜班除非病人有狀況，不然可以不用寫紀錄，但臨床上還是看到許多護理師呈現冗長的護理紀錄或者因觀念不同將關聯性的問題重複下護理焦點，導致常有焦點紀錄內容重疊情況，不只耗費寫紀錄時間，反而達不到簡化護理紀錄的效果，因此建議單位護理師可以有一致的標準書寫焦點紀錄，讓病人問題可有效地被解決，紀錄內容也能精準呈現。

(二).重視疼痛控制，提升病人滿意度

外科最常見的就是疼痛，本院無論哪個單位，醫囑處方不吝使用鎮靜止痛劑，只要病人主訴疼痛或在執行侵入性處置會先給予鎮靜止痛劑控制，相對的病人就不需要被約束。而筆者醫院臨床上常使用 PCA(自動控制型止痛劑)，需自費且不便宜，也發現病人使用後常出現噁心、嘔吐等副作用，之後解決方式就是少用甚至停止，或改用其他止痛劑藥物，這過程中麻醉科醫師並沒有主動提供諮詢與協助，對病人而言其疼痛控制品質是不佳的，因此建議麻醉部針對 PCA 使用者提供更好的服務，定期訪視病人主動與醫師討論並調整藥物。對於止痛劑迷思，包括醫護人員，建議醫院需重視並加以宣導，可多舉辦相關議題的在職教育，提升病人及家屬對疼痛控制的認知及強化醫護人員的照護技能。

(三).改善醫療設備，提升工作效率

1.本院資訊系統電腦畫面內容記錄，採點選方式不需額外自行書寫，每天只需書寫一筆描述性的 SOAP 記錄即可；除了護理紀錄除外，其餘數據皆可使用 PDA 輸入，也方便攜帶以及醫囑連結套裝計價，看護師不需額外計價。看護師很滿意這套系統覺得方便操作、同一個視窗可連結許多資訊，減少切換畫面的時間，並沒有字元小的困擾；另一個重點是網路連結順暢，不會當機或因角落收訊變差；而筆者醫院除了沒有 PDA 外，其實條碼採檢步驟相較下也不算繁瑣，開始資訊系統使用的時間也沒有比較落後，但因為不同屬性單位用的系統不一，增加工作人員學習操作的負荷、還有網路的收訊不佳也影響人員使用資訊系統的意願及滿意度，反而削減科技資訊化帶來的正面效果；因此希望能整合資訊系統及改善網路問題，維持各科間的連結。另外，也建議衛材計價全面連結電腦資訊管理，避免衛材漏帳及增加臨床護理師的工作量。

2.本院各單位皆有無線可移動式心電圖及中央監控螢幕隨時注意病人生命徵象變化，甚至會因病人病況而調整床位，方便看護師隨時掌控病人變化及縮短從護理站至

病房來回奔波時間；而筆者單位常有病況不穩病人也會給予床邊生理監視器使用，但因為有些病房離護理站較遠，往往很難在護理站清楚聽到機器警示聲，需藉助家屬的提醒，且若病人下床則必須暫停使用，也因此限制病人可下床活動的機會；因此希望醫院能有經費增設此設備，讓病房護理師能更效率的隨時掌握危急病人狀況。

3.本院還設有儀器管理室，將除 ICU 以外的單位儀器統一管理，借還儀器皆以刷儀器條碼方式進行，單位不需自行管理儀器，看護師不必學習機器操作，機器有問題時馬上有專人維修，減少許多工作流程耗費時間；建議筆者醫院可將儀器統一管理，減少各單位的工作量。

4.本院設置離床警示器，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，護理站及各個單位分機(隨身攜帶手機)皆會發出聲響及顯示床號，另一個隨身攜帶手機的優點是當有病人按護士鈴時，看護師於病室執行治療處置時可直接看手機，不需特地走到走廊看顯示燈號；建議筆者醫院可增加離床警示器設備及手機顯示燈號功能，減少護理師來回走動時間，也提升病人安全。5.本院病房床旁桌抽屜內皆附有個人小型保險箱，病人可將貴重物品放入保險箱，拔除鑰匙掛於手上隨身攜帶，減少病人需隨時注意錢財或貴重物品的困擾；而筆者醫院曾發生病人住院期間遺失龐大金錢的案例，加上醫院為公共場所，防不勝防，目前只有單人房衣櫃裡有提供保險箱，因此建議醫院可於雙人或健保房增設小型保險箱，供病人使用，減少錢財遺失的困擾。

(四).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，也須監測許多品管指標及負責文書作業，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，醫護人員的工作負擔減輕，更能減少病安事件之發生。

(五).改變人員教育訓練模式，提升護理師留任意願

本院以年資的顏色標章辨識新進看護師，提醒同仁給新手多一點耐心及愛心、三個月的試用期間由專人帶領，不當人力運用且專人帶領期間，其專人視為教育者，單位會增加人力，讓專人有充足時間教導新進看護師、依照日本看護協會訂定的標準規定需完成靜脈注射技術評核才能執行，例如：輸血、On IC、執行化療給藥、管制藥物，如：Morphine 及所有急救用藥，以達到完整的訓練及確保病人安全、兩人一組照護方式在資深看護師帶領，新進看護師不斷學習成長，也減輕新進看護師需獨自照護病人的壓力、安排為期一年的教育課程訓練，讓學習更紮實、層級晉升依規定完成課程及評核即可，沒有書寫報告的壓力，評核重點重視的是工作態度；而筆者醫院所有新進護理師在分發單位之前，都須經過 5 天的職前訓練，包括醫院的核心價值與遠景、人文理想、資訊、品管、感染控制等護理部共通性的照護課程後，由各單位指派輔導員帶領新進護理師。以筆者單位為例，我們也有發展出專屬病房的新進人員手冊，內容包括各項技術、檢查檢驗執行方式、特殊病人的照護等。但

是沒有給予一段時間上課，多半是在臨床一面上班一面學習。這期間為其一個月，輔導員既要帶領新人又必需算在單位護理人力，對於身在忙碌不堪的消化道病房而言，往往礙於工作量及工作急迫性輔導員無法詳細說明，導致新進護理師吸收也有限。反觀日本從新進人員教育去紮根的作法，值得效法及學習。

(六).跨團隊合作，全方位照護

此次參訪讓我能看到消化器外科病人從入院前的術前外來診間、入院到病房報到、術前準備、開刀房、術後轉加護病房或高品質照護單位又或者回病房、術後的照護及護理指導、出院回診及有腸造口病人至看護外來診間回診、TCAE 檢查及消化器常見的檢查，像是腹部電腦斷層、ERCR、及 ENBD 等一系列的過程，整個見習過程很完整，從中學習到日本醫院的優點及了解與筆者醫院不同之處，也因為參訪醫院完整的安排，讓臨床工作只有病房及加護單位經驗的我，更了解消化道病人住院期間會經歷的各項檢查流程、手術概況或不同屬性單位的照護方式等，不僅難能可貴，也讓我大開眼界，尤其是在開刀房見習的期間，看了許多跟消化器相關的術式，更明白整個開刀過程，對於手術的了解不再只是靠過去醫師或前輩的經驗口耳相傳或者自己的想像，已更能夠連貫整個治療及照護、知其然也知其所以然，深深覺得跨團隊合作的重要及必要性；因此建議醫院可於新進護理師受訓期間安排見習跟專科性有關的單位，包括：手術、檢查流程及不同屬性單位的照護模式等，讓訓練更完整紮實；回國後也聽聞護理部未來有跨團隊合作的計畫，我樂觀其成，也期待我們能有更全方位的照護。

(七).提升語言能力，促進國際交流

參訪過程中因語言的限制耗費很多時間，用盡了菜英文、語言翻譯機或寫漢字，甚至是日文字影像翻譯及語音翻譯，但還是常有問不出所以然的時候，也因此深刻體會語言能力是國際交流的根本，唯有提升語言能力，才能有好的國際交流，所以建議未來計畫至日本參訪的同仁，在「日語」方面要先做足準備，如此才能在不受語言限制下，透過跨文化溝通與醫學交流，獲得更多寶貴的經驗。

四、附錄



筆者的參訪識別證



看護部頒發的參訪證書



看護部長頒發參訪證書給筆者



與看護部同仁合影



筆者受邀參加看護部主管會議



筆者受邀參加看護部餐會



筆者與前田 耕太郎教授合影



筆者與前田 耕太郎教授及夫人合影



筆者受邀參加茶道教室



筆者受邀參加茶道教室



筆者與看護部接待員合影



筆者與 6S 單位同仁合影



筆者與 6S 單位藥劑師合影



筆者與開刀房看護長及 Leader 合影



看護部長贈送的紀念品



開刀房看護長親手自製的紀念冊



筆者與 6S 單位同仁賞楓紅



美麗的伊勢楓紅