

出國報告（出國類別：進修）

## 老年整合照護及友善醫療環境管理

服務機關：國立臺灣大學醫學院附設醫院

姓名職稱：楊靜鈺護理長

派赴國家：美國

出國期間：107年3月12日至107年6月11日

報告日期：2018年8月6日

# 摘要

臺灣逐漸邁入高齡社會，本院 2015 年積極參與國健署高齡友善健康照護機構認證，且加上近年來正籌設健康大樓及癌醫中心等新的建築，雖然老年整合照護及友善醫療環境和過去相比已有諸多的改變及進步，但本人仍申請至美國「杜克大學醫學中心」(Duke University Medical Center) 進修，欲瞭解國外醫療運作模式，進修過程實際參與門診及病房的運作，觀察體驗門診的醫療環境設計理念、軟硬體設施規劃、門診及治療室就醫相關流程，與整合持續照護模式，在此一報告中，詳實呈現美國門診及病房的第一線醫療實況及其成功之處，並歸納出可供學習方向，期能作為未來門診之硬體設備流程規劃，並在目前時間緊湊的門診節奏中，建立門診篩檢 (Triage) 架構，落實轉診制度及推行整合病人藥物為首要，有助於提升本院針對高齡病人門診就診之環境友善度及流程安排順暢度。

# 目次

---

內 容	頁 次
目的 .....	1
過程 .....	2
一、進修機構介紹 .....	2
二、門診簡介 ( <b>Duke Asthma, Allergy, and Airway Center</b> ) .....	3
三、內科加護病房簡介 ( <b>Medical Intensive Care Unit, MICU</b> ) .....	9
心得與建議 .....	11
附件 .....	16

---

# 本文

## 目的

根據 2015 年內政部之統計資料，臺灣 65 歲以上之老年人口占總人口數之 12.8%，老化指數為 95.36，其比率正逐年上升。2016 年健保署統計 65 歲以上就診件數佔 24.9%，就醫醫療費用佔健保給付之 34%。2016 年統計本院門診來診人次，同樣以 65 歲以上病患為最多，約佔來診人次之 40%，且這些高齡患者 60.7% 患有慢性疾病，並同時伴隨著潛在的醫療問題，如多重用藥危機、身體功能隨年齡增加或疾病影響而退化，尤其是神經系統及骨骼肌肉等器官的退化，易導致高齡者無法自理與可能發生跌倒等問題，並衍生出老年人社會心理層面及社交能力等問題，故老年整合多專科跨領域整合性照護及友善醫療環境為重要之發展業務。

臺大醫院為國家級的醫學中心，向來提供最新最好的照護，且於 2015 年參與高齡友善健康照護機構認證，目標在創造一個符合長者特殊需要的友善醫療環境，且本院正籌備健康大樓及癌醫中心等新的建築，希望以此次出國進修之機會，瞭解美國頂尖醫學中心門診、病房之軟硬體設施規劃、門診及治療室就醫相關流程，期能在目前本院看診時間緊湊的門診節奏中，有助提升本院針對高齡患者門診就診之環境友善度及流程安排順暢度，作為未來門診之硬體設備流程規劃，同時建立與國際級學者之友好關係，以為將來可能的合作鋪路，與國外醫療並駕齊驅。

## 過程

以下將分成二層面進行說明，包含：「進修機構介紹」、「門診（Duke Asthma, Allergy, and Airway Center）」及「內科加護病房（Medical Intensive Care Unit, MICU）設備及流程」。期能將見聞詳實呈現杜克大學醫學中心門診及加護病房之臨床醫療實況。

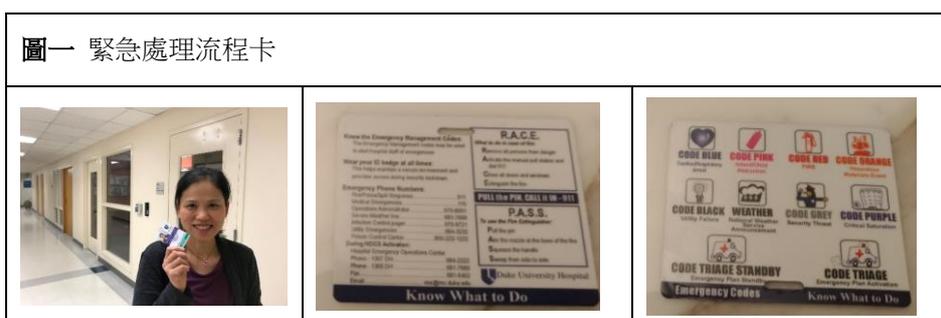
## 進修機構介紹

此次進修機構為「氣喘過敏中心門診」（Duke Asthma, Allergy, and Airway Center）及「杜克大學醫學中心」（Duke University Medical Center），其乃為「杜克大學」（Duke University）附設教學型醫院及門診。杜克大學係位於美國東岸北卡羅來納州（North Carolina）的一所知名的大學，根據 QS（Quacquarelli Symonds）所公布的 2018 年世界大學排行榜（QS World University Rankings），其在生命科學及醫學領域，於全美排名為第 10 位，在全世界排名為第 20 位。

杜克大學醫療體系是一龐大的醫療照顧系統，包含了分布於州內的數家門診中心、兩家區域醫院、以及杜克大學醫學中心。杜克大學醫學中心在胸腔醫學的領域，於全美醫院排名為第 10 位，所以本人選擇氣喘過敏中心門診及內科加護病房為主要進修機構。

每位員工或國內外進修者，於其到職第一天，杜克大學醫學中心均會進行緊急應變相關教育訓練，如急救（Code Blue），且在發放識別證同時提供緊急處理流程卡（圖一），隨時提供工作人員在緊急狀況可知如何應變。

圖一 緊急處理流程卡



## 氣喘過敏中心門診簡介

氣喘過敏中心門診 (Duke Asthma, Allergy, and Airway Center) 為一層樓獨立建築，平面停車場可方便來就醫病人停車 (圖二)，門診開放時間為星期一至星期五 7:00~17:00，且採門禁管制，門診類型為次專科門診，在美國醫療轉診制度中，病人需由家庭醫師 (Primary care provider) 轉診，同時協助掛號會亦將病人病歷及看診原因傳真或電子郵件給轉診醫師，雙向進行醫療溝通。門診分為成人胸腔科門診 (含一般胸腔科、戒菸門診及睡眠中止門診)，成人過敏科專科門診含一般過敏科、皮膚、食物及藥物 (如 PCN TEST) 測試門診，兒童胸腔及過敏科門診。看診方式均採預約制，其看診時間會依照病人所需時間安排，通則為初診病人 45 分鐘，複診病人 15 分鐘。此門診檢查治療項目包含肺功能檢查及抽血檢驗、另設有注射治療室。所以每位醫師平均 4 小時安排 8 位，故門診病人量平均病人數約 110~130 位/天 (其到診率為 80%)、抽血檢驗量平均病人數 15~20 位/天、注射治療量平均病人數 60~65 位/天、肺功能檢查量平均病人數 20~25 位/天，由此可見病人看診、治療或檢查均有充裕時間與醫療人員互動溝通，同時並得到良好醫療照護，確實可避免醫療糾紛。

圖二 氣喘過敏中心門診 (Duke Asthma, Allergy, and Airway Center)



因美國就醫醫療費用差異，所以門診看診模式分成為專科主治醫師 Doctor of

Medicine (MD)、訓練總醫師 (Fellow)、醫師助理 Physician Assistant (PA)、專科護理師 Nurse Practitioner (NP) 等模式，因非常重視各專業，所以將特殊門診如戒菸門診由專責醫師助理看診，睡眠中止門診由專責醫師助理及呼吸治療師一同看診。故病人看診頻率是依病人病情狀況調整，有時甚至會安排 6 個月後回診，提升病人就醫及服藥之遵從性。

門診醫療團隊，在成人醫療團隊中包括胸腔科主治醫師 8 位、過敏科主治醫師 6 位、Fellow 16 位、PA 3 位、NP (含部分工時 2 位)、護理人員 (RN、LPN、CMA、RMA) 12 位、呼吸治療師 3 位；兒童醫療團隊則包括胸腔科主治醫師 1 位、過敏科主治醫師 2 位、PA 1 位、NP 1 位、護理人員 LPN 1 位；門診行政部門則包括行政主管 3 位及行政人員 7 位。護理人員依照醫療部專科別及職稱，進行功能科別與區域責任制分組 (表一)，提供病人持續性照顧，醫療人員間常以電話、傳真或電子郵件互相討論病人問題，同時也會使用電話或電子郵件與病人聯繫，線上解決病人問題，減少病人重複就醫，達到有效醫療資源運用。

表一 功能科別與區域責任制分組

組別	職稱	人數	工作職責
個案管理組	RN	2	負責解決門診病人來自於電話及傳真 E-MIAL 之疾病、藥物等諮詢問題，作為與病人及醫師間溝通橋樑；亦會以電話跟病人通知檢查結果。
門診組 (成人胸腔科)	LPN/RMA/ CMA	1/1/1	負責門診相關事宜，執行簡單肺功能檢查、及指導各式吸入器藥物，每天協助解決病人相關問題保險，或來自各藥局提醒 refill 藥物等文書，作為與病人及醫師間溝通橋樑。
門診組 (成人過敏科)	RN/RMA/ CMA	2/1/1	負責門診相關事宜，執行簡單肺功能，及執行特殊過敏原測試，每天協助解決病人相關問題保險或來自各藥局提醒 refill 藥物等文書，作為與病人及醫師間溝通橋樑。
門診組(兒童組)	RMA	1	負責門診相關事宜及藥物指導，作為與病人及醫師間溝通橋樑。
抽血組	CMA	1	負責門診病人抽血、檢驗及提供相關諮詢
注射組	LPN	1	負責門診病人注射藥物，負責診間內各種醫材申請

門診護理人員排班模式，工作時數每週 40 小時，上班之班別依照臨床需求

分成二類型：一、每日 10 小時工作時數 (7:00~17:30)；二、每日 8 小時工作時 (8:00~16:30、8:30~17:00 及 9:00~ 18:00)，上下班均打卡連休息時間也要打卡。

門診醫療環境分成臨床區及行政含研究區，臨床區包含四個櫃臺 (Front Desk) 窗口、病患及家屬等候區，一間門診篩檢室 (Triage)，護理站內一間準備藥物室，18 間獨立門診診間 (含一間負壓隔離室)、二間注射治療室 (shot) 一間檢驗及抽血室、三間肺功能室一間經濟需求照會室 (Financial Care consultant)，一間個案管理師辦公室及三間醫師辦公室；行政含研究區醫師個人辦公室、研究室及行政人員辦公室。門診看診流程，係依病人角度考量設計其流程，病人依照預約看診時間至櫃檯報到，然後至病患及家屬等候區等待，護理人員進行問診評估，之後安排病人至獨立診間等待醫師，醫師至診間看診，再至櫃檯預約下次門診時間或預約檢查後即可離開。門診區內其看診過程除非有呼吸道症狀，醫護人員及病人均未戴口罩，且無護理人員在診間內陪診。

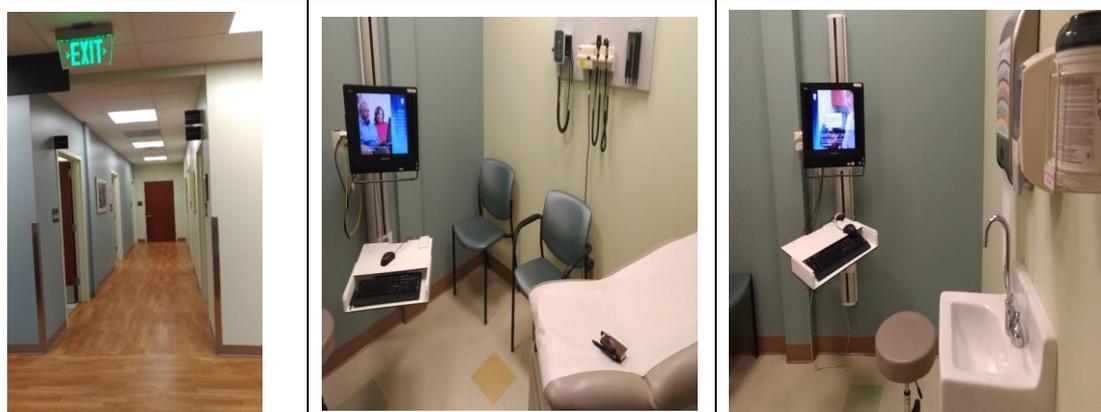
櫃臺窗口均是符合輪椅使用者設計高度，病人至櫃臺 (Front Desk) 報到，行政人員會核對基本資料 (含姓名、住址、電話、保險類別、看診醫師、緊急聯絡人)、及是否有一般同意電子檔 (若是初診確認是否有填寫初診評估表)，並進行初步評估跌倒，若有使用氧氣、輔助器、輪椅列為高危險跌倒群、初步疾病史 (癌症)，大頭照立即照相 (存病歷內、) 確認費用 (自付額 20 元先付費，付費方式為信用卡、bebit card、支票及現金)，同時註明報到時間，最後請病人至家屬等候區等待。

護理師依病人預約時間及報到時間，先查看病人病史及看診目的，然後至家屬等候區口頭呼叫病人姓名，安排病人至門診篩檢處 (Triage) 進行病人辨識 (姓名及生日)、詢問看診原因、過敏史、抽菸喝酒史、旅遊史、監測身高體重、生命徵象、確認領藥藥局、目前服用藥名、劑量及進行跌倒評估。因美國的醫藥分業，所以需確認病人領藥藥局，醫師開立醫囑會直接傳送至指定藥局，病人至藥局會接受藥師專業衛教，病人若有各項疑難問題，藥師同時也會與原醫療機構醫

師密切聯繫共同解決病人問題。為確保病人用藥安全，護理人員會協助統整服用藥物種類及劑量頻率（含醫囑處方或非醫囑處方），並註明開始日及結束日，其實令我很驚訝的是每位病人都很清楚自己服用藥物，若無法口頭告知者，也會準備目前使用藥物清單，經詢問後得知藥物費用很昂貴，所以病人服藥遵從性高。為了預防病人跌倒，在監測身高體重部份，非強制病人一定需要脫鞋，若有精準的測量值，會測量鞋子重量再扣除即可。有關病人若有抽菸史時，護理人員一定會詢問是否要轉介戒菸門診，病人若同意，當日就會協助預約門診日期，所以護理人員進行每位病人門診篩檢室（Triage）評估平均需 15~20 分鐘。

門診診間環境為獨立空間，內有具手把之病人看診椅並依靠牆壁，壁掛式血壓計、耳鏡及針頭收集桶、診療臺、洗手臺及洗手設備、清潔用物（圖三），醫材均採一次性，也就是說診間內設備均有完善配備，不需要到處借用。診間感染管制由外包清潔公司統一在夜間進行清潔，故白天沒有清潔人員，若有需要清潔時醫護人員須自行處理，若病人需接觸性隔離（電腦會呈現）其看診結束時，護理人員會使用消毒紙巾（圖四）清潔，方能給下一位病人使用，所以醫護人員均落實接觸病患前一定會使用乾洗手液或洗手。護理人員需在診間內協助病人執行簡易肺功能檢查，及各式吸特殊入器藥物指導，同時病人回示教，直到病人會正確使用藥物。

圖三 門診診間環境



護理站內有一間藥物準備室（圖五），其有專用備藥區、儲藥櫃及藥品冰箱配備，其藥品冰箱需上鎖並有溫度測量連接至中央系統（圖六），若有異常會自動反應；專用儲藥櫃管理，壁掛式收納盒鎖盒（圖七），由專人管理每日打開一次且需有紀錄，所以診間內開立的緊急藥物醫囑，會在此室備藥，減少干擾造成備藥物錯誤。

注射治療室也是獨立空間，採預約制，注射均使用安全針具，避免藥物稀釋溶解不完整，會使用藥物稀釋器（圖八），且為確保藥物傳送維持合適溫度，藥物均由各藥局配送至門診治療室，非病人自備藥物。故注射治療同意書及衛教單張整合同一張，護理人員會針對第一次注射藥物病人進行護理指導，逐項解釋（如治療時間、藥物劑量、副作用及注射完需留院觀察 20 分鐘等注意事項），直到病人完成了解治療療程，最後病人簽名並存留一份，所以病人很清楚疾病治療過程。確保病人用藥安全每天均會安排值班醫師，針對病人非預期緊急狀況，護理人員可使用緊急呼叫鈴（圖九），呼叫相關人員協助症狀處理。

門診抽血檢驗室服務各區門診病人，其使用的醫材均是一次性（如止血帶），流程由醫師開立醫囑，護理人員確認檢驗項目與病人核對，確認後執行抽血，也會遇到困難抽血病人，但經由解釋病人似乎都能接受被重覆抽血。有關止血帶採用顏色明顯可避免遺忘將止血帶移除風險。

門診急救設備含緊急專用氧氣筒、急救箱及自動體外心臟電擊去顫器，急救箱內有急救藥品和醫材，會在箱外註明最近效期的項目，每月點班一次，若有使用須再確認項目效期。倘若病人病情需轉診至急診，其流程由醫師啟動，並向病人家屬解釋，護理人員填寫轉介單並聯絡緊急醫療技術員（EMT），約莫 5 分鐘內抵達診間，醫護人員向 EMT 交班完後，病人就由 EMT 後續照護治療及傳送，此時門診醫護人員繼續進行門診業務，也就是尊重各醫療人員專業且工作職責明細清楚。

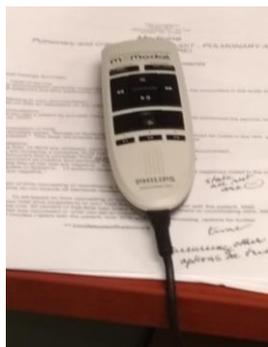
門診資訊系統為符合臨床各流程需求，設計貼心的畫面，如為確保病人隱私

病人及資訊外漏，離開電腦螢幕時需隨時登出，電腦畫面有快速『登出登錄』鈕及使用識別證直接登錄（圖十）；為確保病人接受持續照顧服務，電腦畫面會呈現每位病人醫療團隊（Care team and communication）；對於注重節慶的美國文化，若病人生日即將到來，在電腦畫面會貼心提醒病人生日。其實在門診最擔心的是電腦當機，所有流程均要改變，在進修期間門診電腦當機頻率一個月 1~2 次，其應變流程為以病人安全為最首要，先會發簡訊通知醫師，且馬上使用紙本作業，並向病人解釋，讓我驚訝的是病人在解釋後未有抱怨或責備，醫師們也不會責備護理人員，真的是修身養性最高境界。

門診病歷紀錄與保險給付有關聯，所以醫護人員非常重視病歷記載內容，為提升書寫病歷速度醫師使用錄音筆（圖十一）記錄病歷內容，因美國沒有印章文化，所以完成病歷紀錄後，即會完成姓名簽章確保病歷完整性，病人亦可申請線上查閱自己電子病歷（My chart）；針對紙本病歷或同意書，經由掃描後存在電子病歷中，紙本病歷保留 7 個月後則不需存放在病歷中。

圖四 消毒紙巾	圖五 藥物準備室	圖六 專用藥品冰箱
		

圖七 壁掛示收納盒鎖盒	圖八 藥物稀釋器	圖九 緊急呼叫鈴
		

圖十 識別證直接登錄	圖十一 錄音筆
	

## 內科加護病房（Medical Intensive Care Unit , MICU）簡介

內科加護病房共有 24 床（圖十二），獨立單人床皆有窗戶，採光非常良好，除病人用的病床外，因未限制訪視時間，配置有一家屬專用之沙發床，家屬可全天留於病室內陪伴病患，每間病室內皆有 2 臺電視，分別供病患跟家屬使用。另有一多功能座椅，可供病人復健時使用。每間病室內皆配置有廁所衛浴間。是為維持病人正常晝夜節律，規則睡眠及休息，再加上家屬陪伴，可以減少加護病房譫妄發生。

病室內使用懸臂系統將電器插座、氣體出口（共二組備用設備）、生理監視

器儀器、以及病歷醫囑系統通通整合架設在懸臂柱上，另裝設有一手術臺用的無影燈。點滴幫浦系統，可將輸液資訊與電腦系統結合，便於管理及記錄。醫師照顧模式：8 床由一位主治醫師，五位醫師助理及專科護理師負責、16 床為另一位主治醫師，一位總醫師（fellow）及六位住院醫師負責；護理師共 90 位，上班班別為 12 小時，每班上班人數 19 位（含 Leader），所以護病比平均 1:1.5，在每日晨間迴診過程護理師需將主責病人狀況，依照報告架構（詳見附件一），報告病人身上的管路、飲食營養、精神狀況及預防血栓的情形，其護理評估報告內容極重要的資訊，醫師和護理師可以當場就重要的理學發現討論溝通，並設定病人處置目標。故晨間迴診成員除主護之外尚含：主治醫師/住院醫師群、總醫師、呼吸治療師（負責呼吸器設定及氧氣使用）、臨床藥師（留意藥物可能交互作用、副作用）及個案管理師（負責出院規劃、轉介及醫病之間非醫療的事宜），有時家屬也加入晨間迴診參與討論，有時還會有照會醫師）、語言治療師、復健治療師（提供床邊復健）等一起加入討論。

內科加護病房感染控制規範，嚴格執行手部衛生，醫護人員、訪客等在進入病室內前均會使用乾洗手液，針對隔離的病人在門口提醒隔離注意事項，確實執行隔離措施（如正確穿脫防水隔離衣、手套、口罩），若病人感染確實是因住院造成院內感染，醫療保險會拒絕給付，所以落實遵守相關的感染管制政策，如早期移除管路，有關病房終期清潔，清潔後再使用紫外線消毒，最後負責單位專人查檢確保病室內環境已消毒完成。

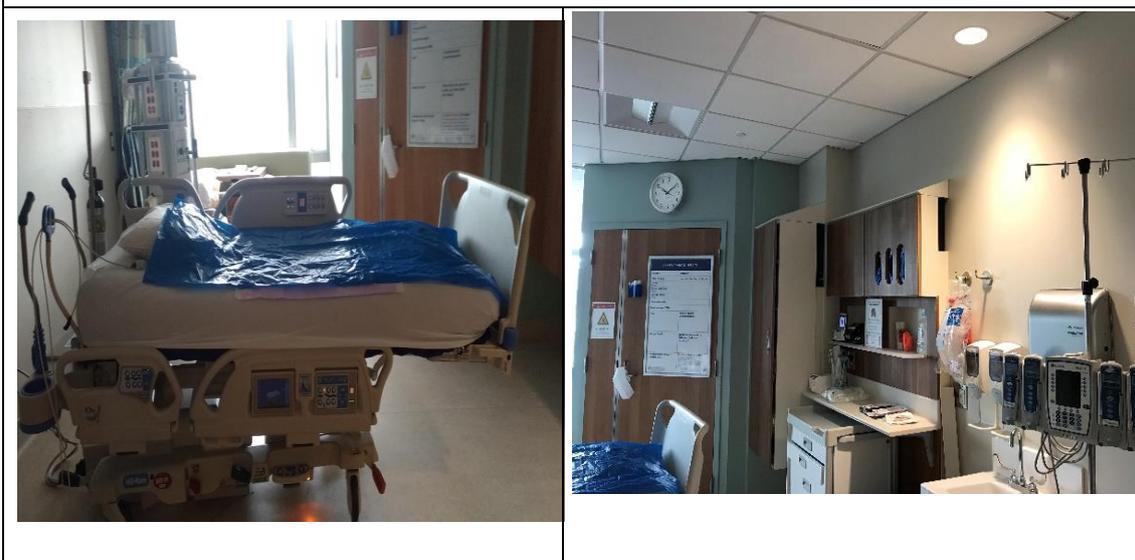
有關侵入性處置執行 time-out 流程，在進修期間有位病人經評估需要執行葉克膜（Extracorporeal membrane oxygenation, ECMO），所以有機會實際床邊觀察醫護人員如何進行 time-out，當下 ECMO 團隊主治醫師先向現場所有的醫護人及家屬解釋治療流程及過程，同時確保當場的人員無任何疑惑後，發號指令表示開始進行，此時 ECMO 團隊護理師開始帶領醫療團隊成員進行，確認所有成員到齊，包含：執行醫師、協助醫師、護理或技術人員等、詢問病人姓名及生日（加護病房護理師及家屬回覆），進行之術式及部位（醫師回覆）、確認病人文件、設備、植入物是否都已備妥（ECMO 團隊護理師確認），上述皆需完成確認，最後

請家屬暫時離開後，方始進行治療，在緊急狀況醫療人員仍可以落實且確實執行「time-out」流程，令我大開眼界，我也真正了解「time-out」最終的目的提供了團隊成員溝通良機，大家一起為病人的治療檢查安全把關。

加護病房使用「條碼給藥系統」(Bar-code Medication Administration)，所有藥品由藥劑部調配後，由專人傳送至病室，護理師在病室內不用再稀釋或調配藥品，當護理人員要給藥時，需掃描病人條碼以確認為正確的病人，接著掃描藥袋上條碼，軟體可以確認給藥的時間及劑量是正確的標準化給藥流程，大幅減少給藥錯誤。

有關加護病房同意書方面，同意書內容將在加護病房可能接受治療及檢查處置，及其合併症等注意事項統整為同一張，讓病人及家屬清楚了解可能接受的治療，可簡化填寫同意書的流程。

圖十二 病室現況



## 心得建議

本人是杜克「氣喘過敏中心門診」第一位國外進修的護理師，在美國進修期間深深感受門診所有醫護人員、單位主及行政人員非常友善，對來自異國的我加倍照顧及指導，從每天問好開始，讓我覺得我也是門診的一份子。進修期間發現，

門診醫師在診間看診，甚至醫師執行身體檢查時，護理師全程不需協助跟診，護理師只需完成看診前護理評估，整合病人用藥資料，我詢問過醫師：「請問會不會有病人控告醫師有騷擾行為？診間都是獨立空間，沒有後走道若遇到病人醫療暴力怎麼辦？」醫師回答：「不會的，怎麼會有醫療暴力？我是醫師，我在看診，執行專業評估理所當然，且美國醫師法保障醫師臨床醫療行為，若病人對醫療處置不滿意可以換醫師，醫師也可以拒絕看不配合的病人。」原來在美國民眾對醫師秉持著尊重及信任其專業，看診過程病人均有備而來，亦均了解自己的病史，診斷、病因、用藥、過敏史等，都能侃侃而談自己疾病及狀況，也許是相同語言，病人若有任何疑問會請問醫師直到瞭解為止，所以病人自我認知、看診時間足夠、良好的有效溝通及雙方信任，確實提升良好的醫療照護品質。

在進修期間，實際觀察參與門診、加護病房多專業跨領域團隊照顧的模式，讓我好好反思：「為何本院門診病人數這麼多？」深深瞭解臺、美兩地因語言及文化制度上差異，加上醫療保險制度及給付截然不同、確實影響了臨床上所有流程面與結果面。目前在臺灣之醫學中心可近性極高，民眾所須支付自付診療費用又低，所以在無疏導情況下，民眾會依自己就醫習慣看診，故常導致醫學中心門診病人數眾多，而醫護人員也無法有充分時間向民眾解釋病情，因此當民眾認為病情未改善或有疾病任何疑問時，會再尋求其他醫師意見，導致民眾須重複多科就醫且重複用藥，也就是民眾看診未受到持續性照護，所以目前推行整合病人用藥及落實轉診制度為臺灣醫療崩壞的首要改革項目。經由此次的出國進修及居住在美國社區一段時間，充分領悟美國人做事態度，系統的建立與運作，追根究柢精神，將標準作業程序流程落實在臨床，而非只是應付評鑑做表面功夫。其實臨床上確實落實手部衛生，是我甘拜下風的地方，我反思本院現況，歸納出以下建議分成設備、流程及制度面：

#### 一、 設備面：

(一) 門診診間規劃：為讓診間更寬敞，可將洗手臺縮小成小面盆，故在空間

允許下，為了預防病人跌倒可將看診椅改成具有手把椅、診療床改成可自動升降易於病人上下床；診間內需備有完善設備儀器（如血壓計及壁掛式針頭收集桶），盡可能將診間硬體設備一致性，避免護理師需要到處借儀器。

（二）門診櫃臺規劃：門診任何櫃臺（如諮詢櫃臺或藥局櫃臺等）窗口建議符合輪椅使用者設計高度，提供病人友善環境。

（三）結合資訊落實標準作業程序流程：確保病人隱私病人及資訊外漏，離開電腦螢幕時需隨時登出，資訊系統可設計貼心畫面，有快速『登出登錄』鈕 及使用識別證直接登錄，便於使用者願意及落實此標準，期能利用系統標準化減少人為疏失。

## 二、流程面：

（一）建立門診篩檢（Triage 架構）：在美國非常重視病人整體性評估，所以病人每次看診或治療需完成系統性評估，但考量臺灣制度無法全盤實施，所以建議可以將此架構先試行於注射治療室，依病人角度考量設計其流程，重新將護理師工作職責分工；病人至治療室櫃臺報到，評估護理師先進行病人辨識及確認醫囑（含施打日期、藥物種類及劑量），及病人評估如（是否有施打過敏狀況或上次施打情況），確認可以施打，就安排護理師協助注射，注射護理師再進行給藥流程與護理指導，並正確紀錄，以提升病人用藥安全。

（二）診間電腦系統作業發生異常流程：若電腦系統作業發生異常時，可先發簡訊通知醫師，降低醫護人員及病人在診間內不安，且可適時向病人解釋。

## 三、制度面：

（一）建立早期評估跌倒風險時機：若病人至櫃臺報到，期能行政人員或志工簡易初步評估高危險跌倒群（如使用氧氣、輔助器、輪椅），提供顯著標示提醒，初步進行防跌衛教，降低病人於院區內公共區域發生跌倒風險。

（二）建立門診轉診中心：目前針對轉診病人，看診醫師在診間需要花費與初診

病人相當看診時間，期能成立轉診中心，多善用健保署「醫事人員溝通平臺-電子轉診平臺」，亦可與本院附近社區良好的基層醫療機構建立社區醫療群，落實家庭醫師制度，持續性照顧模式。本院工作人員可先將轉診病人病歷及看診原因提供給轉診醫師，若有疑惑可與轉診機構進行雙向醫療溝通，或與他科團隊進行討論，同時亦可先安排相關檢查。為了民眾用藥品質，醫護人員宜多使用健保雲端藥歷系統，查詢跨院區民眾藥物資訊，亦可提醒病人攜帶所有藥物由醫護人員進行藥物整合，避免醫師重複處方及病人重複用藥。若病人病情已改善，期能協助下轉或回轉原機構，連貫持續性照顧，提升落實轉診分級醫療制度。

(三) 建立初診及複診分流制度：因診間醫師針對初診、複診及多科整合門診的醫療模式之病人，其所花費療時間截然不同，所以配合健保門診減量，建議可將其進行門診分流，並制訂每位醫師每次門診病人合理量，改善病人等候看診時間，及降低醫護人員過勞。為鼓勵醫師多看初診及多科整合門診，建議院方可提高醫師看診診察費用，繼而提升病人醫療品質。

(四) 提升加護病房護理師專業能見度：鼓勵護理師能每日參加晨間迴診過程，並將照顧病人評估狀況，依照報告架構（詳見附件一），報告病人身上的管路、飲食營養、精神狀況及預防血栓的情形，期能深受病人及醫師的信賴。

此次有機會能至美國進修，要感謝院部長官及護理部長官胡文郁主任、張慈惠副主任、黃月嬌副主，林綉珠副主任、李麗淑督導長，賴裕和前主任及我的工作夥伴紀怡蓉護理長、溫慧敏護理長及代理我職務的陳淑芬副護理長之支持下得以圓夢，謹在此深表感謝。同時也要非常感謝杜克大學醫學院內科部黃裕欽教授（Yuh-Chin Tony Huang）全力協助完成進修機構同意函及指導，同時也要感謝門診（Duke Asthma, Allergy, and Airway Center）護理主管 Gigi Holmes、及臨床指導教師 Tracy Sprinczeles（圖十三），真的讓我大開眼界，拓展國際觀，期能將建

議能實現，讓醫療人員工作流暢且有自信，也讓醫療環境更友善，民眾得到更完善整合性照護。

圖十三 Yuh-Chin Tony Huang	Gigi Holmes	Tracy Sprinzeles
		

附件一 內科加護病房護理人員晨間迴診報告內容

MICU Rounding Communication Tool

I. Devices-*looking to minimize sources of infection if possible.*  
Lines/Foley/Rectal tube reviewed \_\_\_\_\_ Can they be removed? \_\_\_\_\_

II. Cardiac Drips- *current drip rates*  
GTTS \_\_\_\_\_

III. Respiratory  
SAT performed \_\_\_\_\_ If not, why? \_\_\_\_\_ SAT result \_\_\_\_\_ *goal to minimize sedation/delirium*  
SBT performed \_\_\_\_\_ If not, why? \_\_\_\_\_ SBT result \_\_\_\_\_ *to determine readiness for extubation*

IV. GI  
Diet/TF orders \_\_\_\_\_ At goal? \_\_\_\_\_ *to make sure team is aware of nutritional status,*  
Residuals? \_\_\_\_\_ *review issues with residuals or bowel motility*  
BM \_\_\_\_\_ Bowel Regimen \_\_\_\_\_  
Ulcer prophylaxis \_\_\_\_\_

V. Neuro  
RASS \_\_\_\_\_ RASS goal \_\_\_\_\_ *how sedated/agitated is the patient, make sure your order reflects RASS score*  
CAM \_\_\_\_\_ *how delirious is the patient*  
Sedation \_\_\_\_\_, boluses given \_\_\_\_\_, indication \_\_\_\_\_ *what was the behaviors prior to boluses*  
Analgesia \_\_\_\_\_, boluses given \_\_\_\_\_, indication \_\_\_\_\_ *what was the behavior prior to the bolus*  
Is pain control adequate? \_\_\_\_\_

VI. DVT prophylaxis?

VII. Blood glucose  
At goal? \_\_\_\_\_ Frequency \_\_\_\_\_  
Lab Draws \_\_\_\_\_ Frequency \_\_\_\_\_ *goal to minimize lab draws*

VIII. Mobility  
Activity Level \_\_\_\_\_ PT/OT order \_\_\_\_\_ Nursing Activity Plan \_\_\_\_\_ *Per Mobility Protocol*

IX. Skin/Wounds \_\_\_\_\_  
*i) RN places consult order in when RASS is -2 ii) RN performs mobility with patient per shift*  
*RN usually has a better idea of what patient's skin condition and wounds look like.*

X. Family  
Family updated/Family meeting scheduled?

XI. Any other concerns or questions?