

中國醫藥大學  
醫務管理學研究所碩士論文  
編號：IHAS-392

全責護理模式試辦計畫評價研究

Cost-effectiveness and cost-benefit analysis on a pilot  
primary nursing program in Taiwan

指導教授：李 卓 倫 博士

共同指導：劉 立 凡 博士

研究生：李 映 鐔 撰

中華民國九十六年七月

## 摘要

本研究目的在於針對衛生署 95 年度全責護理試辦計畫進行效果評估及效率評估，而效率評估包括成本效果與成本效益兩種。

本研究區分效果面(effectiveness)與效率面(efficiency)。其中效果面的分析著重於全責護理試辦的績效評估，亦即評估各計畫的目標有無完成或完成多少。效率面的評估則區分為成本效果(cost-effectiveness)分析與成本效益(cost-benefit)分析。

效果評估的政策應用層級主要是評估計畫是否達成目標或達成的程度，因此僅能就個別試辦計畫自訂的目標，評估其個別效果。效率評估則是在不同的試辦模式中尋求較有效率的方案，成本效果分析與成本效益分析兩者均可以達成這個目的，其中成本效益分析還可以評估全責護理試辦計畫值不值得推行，並可以作為未來政策全面推廣的重要參考。

效果評估主要由試辦醫院所設定之目標予以量化，例如衡量病患與家屬對試辦計畫的參與情況或參與的病患與家屬對試辦計畫的滿意度或家屬對病患照顧行為改變情形等。

本研究以國內三家不同層級的醫院分別進行全責護理照護模式試辦計畫，再分別針對不同照護模式進行分析，以推論實施全

責護理所節省之人力成本及提昇護理照護品質是否有其推廣性，並由成本分析中探討不同照護模式確實有不同的推廣價值。

經分析評估結果顯示，以單一時間點由 1 位照顧服務員負責照顧 4 張病床而言，其社會總效益及社會總成本較低於 1 位照顧服務員負責照顧 2 張病床之效益及成本，高於 1 位照顧服務員負責照顧 6 張病床之效益及成本，假如全部由健保支出，則健保局每月必須支出 10 億 8 千萬元薪資費用，其每月益本差為 2 億 9 千 8 百萬元，益本比為 1.275，是單一時間點由 1 位照顧服務員負責照顧 2 張病床或或 4 張病床或 6 張病床之三個方案中益本差最大，益本比也最高的方案，因此是三種不同照護人力之中最有效率的方案，但是，健保局必須每月支出 10 億 8 千萬元，相當於台灣地區的人民，每人每月必須多繳 48.63 元健保費，此一方案之所以可行，是因為台灣地區的人民，每人每月願意多繳 58.97 元健保費來支持這項政策。

不過由於不同照護人力之方案其益本差均為正值，或者說益本比均大於 1，是屬於可行之政策，因此全責護理計畫之推動，是台灣醫療照護品質方面可以值得大力推動的醫療服務項目。假如醫療政策將此項計畫之支付費用納入健保給付範圍，則民眾所願意繳交的健保費用將高於實施全責護理計畫所需之成本，推動全責護理照護活動，將是一個政府單位、保險人、民眾、醫療人

員各方均共同獲益的資源配置，當資源配置能夠使得各方均獲益而無任何一方損失時，已經符合經濟學理上定義的巴雷多效率 (Pareto efficiency) 資源配置的涵義。因此，以完善的「全責護理」取代家屬留院制度，建構全責護理照護計畫提供全方位醫療照護品質，已成當前克不容緩的重要工作。



## 英文摘要(ABSTRACT)

Research this purpose lie in the whole responsibility is it is it is it carry on result assessment and efficiency assess to plan to run as an experiment to attend to to one year such as National Health Administration, and assess and include two kinds result of the cost and cost-effective in efficiency.

This research is distinguished the result effectiveness With efficiency. Among them the analysis the result focuses on the whole responsibility and attends to the performance run as an experiment to assess, whether how much goal each planned that namely assess is finished or finished. The assessment efficiency is divided into the result of the cost-effectiveness Analysis and cost-benefit Analyse.

Policy that result assess use level to is it is it reach goal or degree that reach to plan to assess mainly, can on run goal stapled by oneself to plan as an experiment individually, assess its specific result alone. Efficiency is assessed to seek more efficient scheme in different ways of running as an experiment, cost result between analysis and cost-effective analyse the two may reach these purpose, cost-effective analyse can also assess the whole responsibility attend to and run as an experiment planning to be deserve pursuing among them, and the important reference that can be popularized in an all-round way as the future policy.

The result is assessed and run goaled the hospital sets up as an experiment to quantize mainly, weigh patient and relative right participation situation or patient and relative right satisfaction or relative planned to run as an experiment that participate in planned to run as an experiment look after to patient behavior change the situation ,etc..

Research this three different hospital of level carry on the whole responsibility is it look after way run the plan as an experiment to attend to separately in Israel, and then separately to with look after way is it analyse, implement with inference the whole responsibility

attend to manpower cost saved and is it is it look after quality have person who popularize their to attend to to promote to go on, and probe into different ways of looking after from cost analysis and really have different value to popularize.

Through is it assess result show, with is it look after by 1 waiter responsible for looking after 4 sick beds to order at one time only but speech to analyse, its social total benefit and social total cost are relatively lower than one and look after benefit and cost that a waiter is responsible for looking after 2 sick beds, higher than one and look after benefit and cost that a waiter is responsible for looking after 6 sick beds, is it protect expenditure to good for all, is it protect office must pay the wages expenses of 1,080 million yuan every month to good for, a difference of its benefit of every month is 298 million yuan, originally in benefit than for 1.275, whose name is order not looking after there aren't waiter each at one time only, Ben Yi than supreme scheme too, so three different to look after the most efficient scheme among the manpower, but must good for office of protecting the expenditure of 1,080 million yuan of every month, equivalent to the people of Taiwan, must pay 48.63 yuan and strong in premium more for each person every month, this scheme is feasible, would like to pay 58.97 yuan and strong in premium to support this policy more for each person every month because of the people of Taiwan.

But because different to look after scheme their benefit copy of manpower difference to on the occasion of, Ben Yi than greater than 1, a feasible policy, so the whole responsibility attends to the push that is planned in other words, it is the medical treatment of Taiwan that looks after the medical service item that quality can be worth promoting in a more cost-effective manner. If medical policy to pay expenses is it is it protect to good for to included in the plan? One pair of ranges, people then like pay is it assuare expenses is it implement the whole responsibility attend to and plan the necessary cost to higher than to good for, promote the whole responsibility to attend to the activity of looking after, it will be the resource distribution that a government unit, insurer, people, medical personnel's each side benefitted together, when resource distribution can make each side benefit and not have either party's loss,

much efficiency of Palestinian thunder defined on already according with economy and studying the science Pareto efficiency Meaning of resource distribution.

So ' the whole responsibility attend to ' replace relative leave institute system, is it construct the whole responsibility attend to and look after planning to offer omni-directional medical treatment to look after quality to build with a perfect one, have become gram at present and has not allowed slow important work.



## 誌謝

感謝蒼天！我終於順利完成了論文撰寫，好高興也好興奮，回首過程的酸甜苦辣，非常感謝一路走來一直陪在我身邊的人，因為您們的鼓勵與支持，才有我完成夢想的今天。

在攻讀碩士的日子裏，每週四，我向院長請假「上課」，星期六、日，我向孩子、先生請假「讀書寫功課」，身為總務主任，每天有忙不完的工作，開不完的會議，批不完的公文，每天工作像在打仗，尤其是今年，醫院發展快速工程案件接踵而至，勤稱是「彰醫十大建設案」，每天須遲至晚間11時後才真正屬於我個人的時間，雖然在撰寫論文時，一度曾想放棄，但是，許多人的鼓勵，我仍努力完成課業，所以，經過700多個日子後，我終於如願以償，完成了畢生的心願。

首先要感謝我的院長—邵國寧先生，因為有您的提攜及推薦，才得以造就了今日的我；其次要感謝我的恩師—李卓倫教授及共同指導劉立凡教授，因為有您二人用心指導及肯定，讓我的論文才得以完成；另外在論文口試期間，承蒙藍忠孚教授及徐明儀教授對學生的論文提供寶貴的建議，使得學生的論文可以更臻完美；另外感謝彰化醫院潘副院長秋宜、陳秘書英作及總務室所有的同事吳旭裕、蕭俊彥、洪雅齡、曾淑妃、陳美君、杜孟芸、黃淑瑛、黃予玲、…等29位，您們一路相隨，情意相挺，讓我可以順利兼顧事業與學業，沒有您們的



全力支持與鼓勵，我無法達成願望，在此向您們說聲：「真的非常感謝大家！」；感謝台北榮民總醫院、成功大學附設醫院及署立台中醫院提供寶貴的相關資料。

許多的感謝來自於的內心，另外要感謝的是我最親愛的老公——吳胤辰先生，如果沒有他的包容與支持，我無法繼續完成學業，更無法兼顧事業。另外，要向寶貝女兒——彥臻及兒子——彥均說：「很感謝你們二人體諒媽媽無法全心照顧的無奈與歉意，不過，媽媽相信，我可以做到的，你們二人也可以做得到」。

還有，遠在高雄的父母，雖然，我無法隨伴在側，但是，我完成了您二人對我的期望——取得碩士學位，我一直堅信，「創造機會、把握機會、機會才會永遠留給已經準備好的人」，願與您們分享這份喜悅，謹以本文獻給最愛我的長官、恩師、父母、家人、同事與朋友。

# 目 錄

中文摘要	i
英文摘要	iv
誌 謝	vii
目 錄	ix
表 目 錄	xii
圖 目 錄	iv
第一章 緒論	1
一、研究背景	1
二、研究問題	4
三、研究目的	5
第二章 文獻探討	7
一、 Primary Nursing and Total Nursing	7
二、 護理照護模式的分類	8
三、 學者對於照護模式之看法	13
四、 護理費之現況	15
五、 照護服務員之興起	19
六、 照顧服務員名稱與定義	21

七、 護理人員與照顧服務員之關係.....	23
八、 經濟評估.....	29
第三章 研究設計與方法.....	32
一、 效果(effectiveness)評估.....	32
二、 效率(efficiency)評估.....	33
(一) 成本效果(cost-effectiveness)分析.....	33
(二) 成本效益(cost-benefit)分析.....	34
三、 研究流程.....	38
四、 研究架構.....	40
五、 研究對象與執行模式.....	41
(一) 研究對象.....	41
(二) 執行模式.....	42
六、 資料分析.....	46
第四章 結果.....	48
一、 試辦單位執行內容分析.....	48
二、 試辦單位執行成效.....	54
三、 民眾付費意願分析.....	59
(一) 基本資料描述性統計.....	61
(二) 付費意願與個人特質相關性.....	64

四、 成本效益分析.....	69
(一) 成本效益分析(CBA)與成本效果分析(CEA)本研究的適用性.....	69
(二) 付費意願(WTP)在本研究的測量效度.....	69
(三) 總體付費意願試算：付費意願卡.....	70
五、 總體社會成本試算.....	73
六、 總體社會成本效與政策建議.....	74
第五章 討論.....	78
一、 三家試辦醫院執行成效討論.....	78
二、 台北市立聯合醫院全責照顧制度內容.....	80
三、 研究限制.....	93
第六章 結論與建議.....	94
一、 計畫目標資料蒐集.....	96
二、 計畫評估依據.....	97
第七章 參考文獻.....	98
附錄一 研究問卷.....	112
附錄二 全責護理試辦計畫評價研究成本資料表.....	113
附錄三 全責護理試辦計畫評價研究成本資料表彙整.....	115

## 表目錄

表1. 醫學中心健保急性病床護理費支付點數試算	16
表2. 醫學中心與區域醫院健保急性病床護理費支付點數差距試算表	17
表3. 衛生署95年度計畫內容摘要	48
表4. 三家試辦醫院全責護理計畫目標	52
表5. 三家試辦醫院全責護理計畫目標成效	53
表6. 受訪者縣市分析情形	61
表7. 受訪者個人特質	63
表8. 受訪者個人特質	63
表9. 一位照顧員對二位病患之付費意願與受訪者個人特質之關係	66
表10. 一位照顧員對四位病患之付費意願與受訪者個人特質之關係	67
表11. 一位照顧員對六位病患之付費意願與受訪者個人特質之關係	68
表12. 付費意願複迴歸分析	70
表13. 每月總體付費意願試算：付費意願卡	71
表14. 單一付費金額願付比率分布	72

表15.	每月總體成本試算	74
表16.	全責護理計畫每月成本效益分析	75
表17.	臺北市立聯合醫院全責照護制度照護內容	81
表18.	修訂陪病定義後94年1-5月全責照顧推動後陪病情形	83
表19.	臺北市每月總體付費意願試算：付費意願卡	87
表20.	臺北市每月總體社會成本試算(一)	87
表21.	臺北市每月總體社會成本試算(二)	88
表22.	臺北市每月總體社會成本試算(三)	89
表23.	臺北市全責護理計畫每月成本效益分析	90



## 圖目錄

圖 1	研究流程圖.....	39
圖 2	研究架構圖.....	41
圖 3	全責照顧推動前後陪病率情形.....	83
圖 4	全責照顧推動前後陪病類別的變化(家屬、看護工).....	85
圖 5	住院病患及家屬對全責護理滿意度調查.....	85
圖 6	病房助理對全責護理照護滿意度.....	86



# 第一章 緒論

第一章將區分為研究背景、研究問題及研究目的等小節分別陳述。

## 一、研究背景

國內自 1995 年推行全民健保以來，各醫療機構在健保體制支付制度改變的環境下，需考量經營壓力與成本，護理照護的模式亦隨經營模式及社會型態變遷而不斷演變，照護功能由疾病照護轉而變成講求工作效率及分工的功能性護理，但重複性的護理工作常常影響護理人員的工作滿足感，致使護理人力離職率偏高及短缺，在人力不足情形下而不斷調整護理功能（尹、楊、劉，2001）。

依據衛生署護理照護處統計，國內醫療機構護理人員平均每人照顧 7 到 13 名病患，是理想值為 4 到 8 人的一倍多，加上工作量不斷加重、職業風險及大小夜班輪值等，對身體健康及家庭生活均造成極大之影響，人力銀行調查，國內有七成九的護理人員想轉業，其中有 60% 的護理人力不想當任護理人員（衛生署，2003）。

因此，近年來醫療保健系統轉型，照護功能模式轉由一位固定的全責人員全權負責，於是全責護理的照護模式繼之而起（徐，1995），對病患的照護模式與角色功能也隨之轉型，全責性管理之照護模式乃未來所趨，以期減少病患住院天數、降低醫療成本，維



持一定程度的醫療品質(盧，2001)。

根據報導，國人住院期間家屬陪伴在側的陪病文化存在已久，SARS 疫情，更暴露出台灣固有陪病文化所產生之院內感染、醫療品質及家屬經濟壓力等嚴重問題，更突顯出台灣陪病文化之嚴重後果，臺北市政府衛生局有感於改善陪病之急迫性，自 2003 年 8 月起選定臺北市立五家綜合醫院推行「臺北市立醫院住院病人全責照顧試辦計畫」，以解決陪病文化所產生的醫療品質、院內感染、家屬經濟壓力等嚴重問題，以臺北市立聯合醫院仁愛、中興、和平、忠孝、陽明五家院區作為試辦「住院病人全責照顧免費看護制」計畫，全力推動「全責護理照護制度」。(台北市衛生局，2003)

試辦結果顯示，家屬陪病率由 92 年 8 月初期辦理時 78% 降低至 23.9% (94 年 4 月)；91.6% 家屬對病房助理之照顧能力感到滿意，74.1% 認為全責照顧可以減輕經濟壓力，81.2% 認為全責照顧可以有較多之時間照顧其他家人。護理人員亦肯定此種制度，94.8% 護理人員認為病房助理所執行的工作內容適當，84.2% 認為病房助理負責非專業照護工作，能提升護理專業的照護品質 (台北市政府，2005)。

95 年度衛生署護理照護處為積極參與配合行政院推動「全人健康照護計畫」制度。全力推行「全責護理試辦計畫」(衛生署 2006)，

期能建構「厝邊好醫師，社區好醫院」的全人健康照護體系。遴選不同區域、不同醫療體系及不同等級之醫院作為試辦計畫醫院，遴選結果以台北榮民總醫院、成大附設醫院及署立台中醫院等三家有意願進行試辦計畫之醫院，共同推動試辦計畫，進而達到提升醫療照護品質，建構全人健康照護體系之願景。

台北榮民總醫院採實驗性設計，目的在建立一般急性病房人力配置標準，改善照護人力不足之窘境，提升住院病人照護品質，避免醫療疏失發生，研究期間實驗病房配合「不鼓勵」家屬到院陪伴，假如家屬必須陪伴在側，也不參與執行任何一項照護活動。

台中醫院採量性研究方式進行，採單組前後測設計法以探討由護理人員和照顧者提供病患全部照護活動對於病患、家屬、護理人員和照顧者的滿意度及病患跌倒率、壓瘡發生率、陪病率、上呼吸道感染率、泌尿道感染率、病人被約束時間之影響。

成大附設醫院則延續 94 年度所推動「促進民眾健康照護品質計畫」及「建立及評價醫學中心陪病人員培訓管理」二方案，於醫院選擇二個病房單位試行，將已建立的各層級護理人員及照顧服務員照護職責落實於全責護理照護模式。提供整體照護服務，進而提昇病人安全暨舒適照護之護理品質，減少病人家屬之經濟負荷，進一步提昇民眾對醫療機構照護的信任與肯定。

## 二、研究問題

(一) 本研究主要探討三家試辦計畫單位所訂定目標及執行之效果面為何？

(二) 本研究將推論實施全責護理照護模式所節省之人力與其推廣性？

家屬住院陪病照顧文化因孝道觀念存在已久，這原本是一種可以強化病人心理支持的美好的文化，惟隨著國內在健保給付制度下，醫療機構多以降低護理人力成本為考量，並將部分較非專業的照護工作習慣性的交由病人家屬執行，形成家屬極大的經濟與身心負擔。因此我們可以常見家屬必須請假或辭掉工作以便在醫院照顧生病家人，若家屬無法在院陪病，只好花錢僱用「看護工」來代替他們做一些病人住院照顧工作(2003，尹)

此外，也由於國內民眾普遍存在傳統孝道觀念與文化特色常常出現「一人生病住院，全家一起照護住院」的「陪病文化」景觀。這種文化已影響到病房內的安寧、病患的休息、家屬精神與經濟上的負擔，更是增加院內交互感染的機會。而且陪侍在側的家屬或付費聘請的看護，常常被醫院運用成替代的「協助照護」人力，非受過專業訓練的人力無法確實落實執行無菌觀念，對於病情變化的警覺性較不

足，無法做即時性的判斷，對於照護服務品質更無法保障（行政院研究發展考核委員會，2005）。

發展全責護理及運用全責性功能照護模式，應可以減輕病患家屬陪病的時間負擔，更可以提昇護理專業規劃的品質，以有效的人力運用在非醫療專業的照護功能上，使專業功能與照護工作可以明確分工。

### 三、研究目的

本研究目的是希望藉由推行「全責護理照護制度」，讓病患住院期間所有照護工作都由醫院提供，以透過合理的管理制度，由訓練合格的照顧服務員來協助護理人員執行非專業的照護工作，家屬只需要安排時間隨時探訪，不必留在醫院分擔照護家屬的工作，更不必為了照顧家屬而放棄工作或長期請假，不僅可以減輕家屬的經濟負擔，更可以提高護理服務品質，使護理人員與病患之間建立良好的互動關係，提供住院病患身體上及心靈上的照護，藉以達到真正以病患需要為中心的護理目標，讓病患真正擁有安寧的住院環境，減少院內感染的發生。

綜合以上所述，本研究目的在於：

第一、針對全責護理試辦計畫進行效果評估。

第二、針對試辦計畫進行效率評估，包括成本效果與成本效益兩種分析。

第三、以研究者角度提供試辦計畫在政策面未來執行之建議。



## 第二章 文獻探討

### 一、Primary Nursing and Total Nursing：

全責護理照顧模式 (Primary Nursing) 在歐美國家、日本、新加坡已實施近三十年。該照護模式乃源自美國的整體照護 (Total Nursing Care) 模式，其作法乃是在醫院的照護團隊中增加護理人員的輔助者—病房助理(照顧服務員)，病人在住院期間的照顧需求由護理人員及病房助理負責提供服務；家屬、監護工及看護工是以「陪病或探病者角色」提供親情支持和溝通，而非分擔護理工作(全聯護訊·2003)。其宗旨主要是提供病患一個安全與整體照護的就醫環境，治療過程護理工作全部由護理人員權衡病況，分配不同層級之護理人員提供服務，未假手家屬留院，或要求家屬付費雇請看護工協助照護，以分擔護理人力之不足(李選，2003)。也就是住院病患住院期間的身體清潔與基本的照護工作皆由照顧服務員負責完成，家屬不必留在醫院照顧病患，讓家屬可以放心將病患交給醫院照顧的一種護理制度。

然而，台灣在健保制度總額預算給付制度下，各醫院無不以降低人事成本為優先考量，首先衝擊到的則是護理人員之編制。將照護責任轉嫁給家屬，形成家屬極大的經濟與身心負擔，也由於「非

專業人力」之介入，其無菌觀念差，警覺性不足，無法做即時判斷，致使延誤就醫情形嚴重，護理服務品質更無保障，醫療疏失問題頻傳，形成台灣特有之「陪病文化」與「一人住院，全家住院」之特色景觀(李選，2003)

歐美國家醫院內有不同階級、不同執照的護理人員，其中有註冊護士、助理護士及護理助理員，基本護理工作交由受過合法訓練的護理助理員來執行，但仍由註冊護士負責全部責任，病房依性質不同有不同比例的助理護士，來協助正式護理人員照顧病人，近年來亞洲的日本、新加坡也以完善的「全責護理」取代過去要求家屬留院協助照護的制度。

病房助理的角色乃在護理人員的指導監督下協助護理人員照顧病人，其職責包括(一)、維護病人衛生：沐浴、擦澡、漱洗、便盆及尿壺使用、排泄物處理等；(二)、協助病人進食：餵食及進食等；(三)、協助病人活動：散步、運動等；(四)、協助病人安全維護：上下床、上下輪椅等；如此護理人員因為有病房助理的協助，可以有較多的時間和精力執行護理專業工作，進而提昇照護品質和專業形象，病房助理可稱之為照顧服務員。

## 二、護理照護模式的分類：

護理方式隨著社會對護理的需求不同而隨著改變。1920 年以個案護理(Case Nursing)及特別照護(Private Duty Nursing)居多。到 1950 年，由於護理人員短缺，功能性護理(Function Nursing)及成組護理(Team Nursing)成為主流。到 60、70 年代，專業護理人員再負起照顧病人的責任。此時盛行全責護理(Primary Nursing)。80 年代，社會需要護士提供安全、高效、高品質的護理，並需要顧及成本收費，再加上護理人員的短缺，因此發展出不同的護理方式。例如：個案管理(Case Mangement)、分層執行(Differentiated Practice)、參與管理(Shared Governance)等方法，以適應時代的需要。

不同的護理模式需採用不同類別組合及不同比率的護理人員來負責提供病人的護理照顧。在採用何種護理模式的人力規劃上需慎重決定以確定人員的組成。模式的選擇應考慮醫院的目標與政策，以作為人力預估的參考。

理想中，專業護理人員應提供 60%的直接護理和 30%的間接護理。能夠確認由本部門承擔責任的成本稱之直接成本，亦即護理人員執行護理過程所需的成本。間接成本指非本部門直接發生的成本，而是為了某種管理上的目的而發生在別部門的費用，但需分攤到本部門活動上的成本稱之。亦即所有支援護理部門的成本及分攤的成本皆為間接成本。



目前常見的護理工作模式包括功能性護理、成組護理、全責護理及綜合性護理等。「功能性護理」的工作方式是由每位護理人員負責某一項工作，例如給藥、治療、靜脈注射等分別由不同的護理人員負責(Bertram, 1994;Krapohl & Larson, 1996; Rafferty,1992)。此種工作模式優點是較節省人力的方法，所需的護理人力是所有護理照護模式中最低(Berterm, 1994; Ringl, 1994)，但缺點是病人所得到來自於每位護理人員的照護卻是片面且不完整的，無法給予病人整體性的照護(holistic care)，病患無法得到高品質與連續性的照護服務(Felton, 1975 ; Halloran,1983;Thomas,1997)，護理人員對此模式滿意度也較全責護理照護模式低(Sellick, Russell,Beckmsnn,1983)，因此醫療院所較少採用。

「成組護理」的護理照護模式則是將單位的護理人員分別組成，由資深的護理師擔任組長的工作，組長依照病人的病情及組員的能力分配病人，同時具有監督及教學指導的功能，組長則不參與臨床的照護工作。為方便小組成員可以溝通討論病人的照顧事項，成組護理的工作方式會以病人的床位作為分配分組的劃分。小組成員會定時舉行討論會，使每位小組成員都能對組內病人的治療及照護情況可以了解，以提供病人最適合的照顧。此種照顧模式因為有不同的人員負責病人的照護，病人不但可以得到連續且完整的照護，更可以透過溝通

討論，提升專業知識及照顧技巧。但也因為「成組護理」模式並非分工照護，在技能上無法熟能生巧，而需耗費更多時間學習及教導。

「全責護理」的照護模式是以病人為中心的照顧方式，主要目的在促使護理人員由病人床邊之直接護理至日常的身心照顧，並提供健康以預防疾病，此一整體性、連續性、協調性及個別性的照顧，使每一位病人有一位固定之全責護理人員負責(Kron, 1987; Rafferty, 1992)。負責病人住院期間護理工作的計畫、執行護理措施以及評值護理照護過程的進行及成效。

每個住院的病人都有一位全責護士(primary nurse)，每位護理人員照顧約 8-10 位病人，此種護理模式讓住院病人有”專屬護士”的感覺，進而對護理人員產生信賴感，讓護理人員在工作上也較有成就感。此種照顧模式護理人員與病人共同評估計畫、執行護理活動，達成以病人為中心的醫療目標。全責護理可使不同階層護理人員清楚地認知病人入院到出院 24 小時的責任是全責護理的精神(Hegedus, 1980; Lee, 1979; Manthey, 1980; Shukla, 1982)。「全責護理」之優點即全責護理師是病人的個案管理師，直接被授權，與病人住院期間建立良好護病關係，使護理人員責任感之加強(Malkin,1993)。

「綜合性護理」則是因為護理人員需要輪班，無法持續照顧病人，因此，照顧方式加入「成組護理」的照護方式，將護理人員和病

人各別分組，使同一組的病人可以得到同一組護理人員的照顧，護理人員無論上任何一種班別，都可以照顧到同一組病人。故「綜合性護理模式」兼具「成組護理」和「全責護理」的特色。

「複合式護理」照護模式是提供不同工作崗位、專業層級、或負責不同事務技術的護理服務；即在同一機構內擁有不同類型工作所需活動或技能的結合(Spilsbury & Meyer, 2001; Buchan & Dal Poz, 2002)。在應用複合式護理照護模式成功的研究中，其因素包括有效的治療、合適的臨床人員教育及訓練、完善的策略計畫以及人力資源管理(Spilsbury & Meyer, 2001; Myra, 2004)。

因此，複合式護理照護是將照護活動依活動的專業程度來分級，由不同層級的人員，依程度分級共同執行病患的照護，以達到人力運用之最大效能，並且可以減少人事成本費用的一種照護方式。這些層級人員包括進階護理師、護理組長、護理人員及照顧者(黃美智, 2005)。

複合式護理在歐美國家醫院已施行多年，一些基本護理工作由受過訓練的照顧者來執行，一個病房依性質不同有不同比例的照顧者，來協助正式護理人員照顧病人，近年來亞洲的日本、新加坡也朝向以避免家屬分擔不熟悉亦不懂的照護工作，減少看護工費用所造成家屬經濟上的負擔，可減輕病房管理上的困擾。透過管理制度

改善，以減少護理人員浪費時間在不必要的非護理工作上，配合加強訓練照顧服務員，達到以病人需要為中心的護理目標（行政院研究發展考核委員會，2005）

國內部份醫院採行技術混合照護模式(Skill-Mixed Model)，聘任協助護理人力之照顧服務員執行臨床護理工作，使照顧服務員在護理人員的監督下，完成部份照護工作，在成本考量上也不失為一種有效益的照護模式，但照護品質仍需評估。

### 三、學者對於照護模式之看法：

Myra (2004) 認為複合式護理照護模式指混合個人的專業或判斷的能力，是為了增進健康照護的效益與效率而改變混合專業技術工作能力的一項策略。技術混合護理照護模式乃是將照護活動依活動專業性程度分級，由各種不同層級的的人員依程度分級共同執行病患照護，以達到各種人力使用的最大效能，並舒緩高人事成本之壓力 (Hailey & Harstall, 2002)。因此受過良好訓練之照顧服務員應該可以協助護理人員分擔病人之基本的護理照顧，進而執行完整之舒適護理，然此模式需建立在合理的護理人力配置和健全的照顧服務員管理制度的基礎上 (Hailey & Harstall, 2002; Ringerman & Ventura, 2000)。

Carr-Hill(1992)認為在很多方面護理人員對於病人之醫療成效有

很重大的影響，包含病人的衛生、病人的營養、水分的攝取、高度的壓力、皮膚的完整性、靜脈療法、出院計畫、疼痛控制、護理指導教育等；認為由護理人員帶領的活動對病人會有比較好的照顧以及治療結果。

Meckna(2004)指出足夠的護理人員和複合式護理照護可以達到以下結果：減少病人在醫院待的時間、減少死亡人數、減少花費、減少併發症、增加病人的滿意度、增加病人的復原速度、提升生活的品質…等。

Lee(2005)在國內三軍總醫院實施技術混合護理照護模式(skill mix model)後，檢視其人員成本(personnel costs)及照顧品質(quality of care)之改變，發現人事成本下降 2.7%。另外，病人的滿意度及護士對助手表現的滿意度有顯著性差異。照顧服務員執行照護服務時，若缺乏清楚的角色認知，會影響病人安全及照護品質，藉由清楚的工作內容與範圍劃分可助於角色的確立(楊、趙，2000；Jung, 1991；Dickson, 1998；Meckna, Hasson & Keeney, 2004；Murray, 2001；Pratt & Cutler, 2001)。

Bertram, (1994)認為經由全責護理及護理師之溝通，可增進同儕人際關係之尊重與信任，同仁間定期討論個案分析，可更促進專業品質的提昇，加強責任感及協助病人按時完成檢查工作。

#### 四、護理費之現況：

護理人員在醫院裡扮演多重角色，醫師和藥師雖然明確分工，醫療照護方面之執行全是護理人員的工作，一位大學畢業的護理人員月薪水約 25,000 元至 35,000 元左右，醫院之所以降低護理聘任費用成本，可能原因是為了降低用人成本，另一個可能原因是健保局於 2004 年以前並不單獨給付護理費。

根據健保局 2003 年全民健康保險醫療費用支付標準，醫師給付診察費、藥師給付調劑費，護理費則是包含在病房費內，並不額外獨立給付，為符合醫院評鑑與醫院設置辦法(衛生署·2003)，加護病房一床應配置 2.5 名護士，一般病床應配置 0.5 名護士，才能維持最基本的照護品質，但是缺乏獨立的健保給付制度，護理人員在醫院角色地並不被重視(尹 2006)。

健保局初步規劃將目前病房費中護理費用再加 250 元作為「全責護理」支付費用之標準(尹·2003)。但這樣的給付仍偏低，不可能達到的理想。以健保局給付醫學中心的標準計算(健保資訊·2003)，一般病房的病房費給付 1,095 元，其中 56%是護理費，換算結果護理費為 613 元，如果依健保局初步規劃再加上 250 元，可調升為 863 元；惟醫院每日實際支付護理人員的薪水是 1,038 元，所以護理人員

薪資費用在醫院照護服務責任還是不可能達到理想的「全責照護」模式。

醫院護理人力佔醫院總人力的 30%-60%，健保支付標準中，護理費給付之部分包括門診診察費、急性病房費及居家照護護理費，門診診費包含(一)西醫：分為急診診察費、精神科門(急)診診察費、高危險早產兒及特別門診，各層級醫院之支付點數內含護理費點數為 30~64 點。(二)牙醫門診診察費，各層級醫院之支付點數內含護理費點數為 29~39 點。(三)中醫門診診察費，各層級醫院之支付點數內含護理費點數約 30 點。急性病房費包括病床費、護理費及其他雜項成本(不計價藥材、設備、水電費、廢棄物處理、電子資料及行政作業成本等)。其中一般病床之支付點數內含護理費 56%，經濟病床、燒傷病床、急診暫留床及隔離病床之支付點數內含護理費 50%，新生兒病床、加護病床、精神科加護病床、燒傷中心及骨髓移植隔離病床之支付點數內含護理費 60%(健保局·2003)。

以醫學中心為例，試算出健保急性病床護理費支付點數如下：

表 1 醫學中心健保急性病床護理費支付點數試算表：

支付項目	健保支付點數	病床費給付內含護理費百分比	換算為護理費給付點數
急診暫留床	300	50%	150
普通隔離病床	1723	50%	861
一般病床	1095	56%	613

加護病床	6400	60%	3840
------	------	-----	------

註：依據 2003/4/1 健保局所修訂支付點數(健保局·2003)

依據健保局 2003 年所修訂支付點數表 1 顯示，以醫學中心健保急性病床護理費支付點數試算，急診暫留床健保支付點數為 300 點(1 點 1 元)，病床費給付內含護理費百分比為 50%，換算為護理給付點數為 150 點，2003 年 8 月護理師護士公會全國聯合會(以下簡稱全聯會)之全國性「全民健康保險護理費調查報告」資料中顯示，健保局給付點數不敷支應機構之護理用人成本。以醫學中心為例，一般病床每床日護理成本即達 1,038 元，目前健保局給付病房費為 1,095 點，以內含護理費 56%計算，所給付之護理費僅 613 元，顯示病房護理費之給付明顯不足。

表 2 醫學中心與區域醫院健保急性病床護理費支付點數差距試算表：

支付項目	每床護理成本 (a)	健保支付點數 (b)	換算為護理費給付點 數(c)	差距(d)
醫學中心	1,038	1095	613	425
區域醫院	757	968	542	215

註：1. 公式： $c=b*56\%$   $d=a-c$

2. 依據 92/4/1 健保局所修訂支付點數計算(健保局, 2003)

居家照護在各層級醫療院所之支付點數介於 700~1507 點之間，內含訪視、護理服務、治療處置、代採檢體及送檢之檢查費、治療材料及電子資料處理等費用，並不完全屬於護理費之給付。

目前健保支付標準總支付項目約 4000 項(不包括藥品及材料項



目)，健保局認定已內含護理費之支付標準項目約 138 項，佔總支付項目的 3.4%，此 138 項之給付在健保支付標準規定之處置費中，有明訂支付項目的僅導尿、溫水拭浴、鼻胃管灌食、冷熱敷、傷口導管引流、換藥、燙傷換藥、直腸清洗、人工肛門灌洗、會陰及尿管沖洗等，惟另再依據健保局表示，其他未列入支付標準的護理活動項目已經包含於病房費中給付。

另依據 2003 年 8 月護理師全聯會調查全國 26 家各層級醫療院所之病人住院護理活動項目計 269 項，分為常規處置類、生命徵象測量、急救處置、衛教評估及指導、各類導管照護等類別。健保局目前所給付項目僅佔之 25%全聯會所計算之護理項目，惟目前健保局雖然將住院護理費列入獨立給付項目，但距離合理護理費之給付尚有一段落差。

依據健保局 2003 年 11 月 26 舉行的「全民健康保險醫療給付協議會議」對於「住院護理費」之給付定義為：「指住院病人於住院期間獲得護理人員所提供之各項基本照護費，含常規處置、出入院護理、生命徵象、評估衛教、給藥、住院生活照護等給付點數」。

護理人力成本佔醫院經營人力成本的最大部分，醫療院所多在人事成本考量下壓縮護理人力，目前健保護理費之給付已明顯偏低，無法適時反應實際護理成本，雖然獨立給付護理費，對護理界

而言並無多大實質效益，但是健保局及醫院經營者卻擔心，護理費之獨立給付會造成護理人員藉此要求調薪或增加人力。

其實合理護理費之給付應考量病人的疾病別、疾病嚴重度、及照護需求(全聯護訊·2003)，其中照護需求會因問題層面之不同而有差異，故需依病患照護需求提供各項護理照護頻率及活動，並以此計算出合宜之照護護理時數，配置合宜之護理人力。在以病人為中心的照護模式下研訂合宜護理時數，並配置合宜專業護理人力與輔助護理照護人力之比例，再參考市場行情中護理人力之薪資給付成本，作為健保局訂定合理護理費之基礎。

希望透過合理護理費之給付，使全國各層級醫療院所在以病人為中心的照護前提下，配置合宜護理人力，進而提升我國住院病人照護品質，使我國的全民健保能更符合全民的需要。

## 五、照護服務員之興起：

隨著社會型態的改變護理照護的模式隨之不斷演變，最早的照護模式是以疾病照顧個人的護理，隨後轉變為講求工作效率及分工的功能性護理，但工作的重複性也影響護理人員對於工作的滿足感，為使護理照護模式可以滿足病人及工作人員，於是成組護理因而產生，然而這些照護模式都欠缺一位固定的全權負責人員，於是

全責護理的照護模式繼之而起（徐，1995）。

在 1980 年代醫療院所為持續提供病人高品質服務的理念及因應護理人力短缺而發展出多重照護策略，包括重新設計工作內容、或採用新的護理模式，及僱用非專業輔助人員(unlicensed assistive personnel, UAP)協助執行臨床護理業務(Nyberg, 1999)。

國外將近 90%的醫療機構是以縮減照護人力，以降低營運成本做為改變的手段，(Aiken, Clarke, & Sloane, 2000; Wanless, 2002)認為臨床照顧工作是從醫師轉嫁至護理人員，護理人員再轉移到醫療照顧服務員，當護理人力的需求增加 10%時，其中護理人員的工作量可能會有 12.5%移轉到醫療照顧服務員(Silvestri, 1997)。

因此，保險給付制度強迫醫療機構必須努力控制生產成本，開始僱用高比率技術性人員，委派執行複雜度低、但技術簡單的工作(Dawes, 1997; Zimmermann, 2000)，非專業輔助人員因運而生，主要牽涉到合格護理人員角色改變，衍生出專業輔助人力(Withers, 2001)。目前護理界對非專業輔助人力尚無共通性的描述，依其擔任的工作賦予不同的角色(McClung, 2000)。

惟照護服務員不得執行部份工作內容，所以照顧服務員的工作項目是受到部份限制的(趙、廖、陳，2001；行政院衛生署，2003；Barczak & Spunt, 1999; Jack, Brown & Chapman, 2004; Ramrogus & O'Brien, 2002)。不過，國內近年來衛生署已明確規範照顧服務員的

工作內容，使照顧服務員在執行照顧上有所規範。然而，照顧服務員假如未經護理人員授權而自行執行護理專業技術，不但在倫理上有缺失（李，2005），更應該嚴格監督與禁止照顧服務員執行侵入性護理工作（趙、廖、陳，2001），以維護病人的被照護的權益。

非專業輔助人員執行之工作內容目前定位不一，英國一項研究調查發現，由 35 個病房及門診的主管自填非專業性輔助人員執行臨床與非臨床業務項目，非臨床業務多屬一般性事務，如飲食照料（94%）、傳送病人（91%）、鋪床及照護病人（88%）、病人環境處理（49%），另外包括影印公文、接電話。至於臨床業務項目如餵食（88%）、觀察及記錄飲食量（82%）、協調身體清潔（79%）、測量血糖（72%）(Jack, Brown, & Chapman, 2004)。

以上研究反映醫療助理與照顧服務員的工作都具有多元性，而角色及名稱隨其工作內容而變化而有所不同，但缺乏一致性的管理規範往往會威脅病人安全及照顧品質。

## 六、照顧服務員名稱與定義：

目前有許多研究探討這些非專業輔助人員的角色，但仍無適當的名稱與定義(Bowman, Bray, Leaver, Pilcher, Plowright, & Stewart, 2003; Percy, 2000; Tomalley, 2000)。

依據美國護士學會(American Nurses Association, ANA)對非專業輔助人員定義為「此個人接受半專業訓練被定位為輔助的功能，或協助護理人員的角色，於專業人員的監督、委派下提供病人直接或間接的技術性照顧。於此定義下，如護士助手、助理護士、看護(attendants)皆為非專業輔助人員(American Nurses Association,1992;American Nurses Association, 1996)」。

1999年 Schaffner, Alleman, Ludwig-Beymer 等學者將其定義為「此個人必須接受過訓練去協助護理人員提供直接照顧，非專業輔助人員的活動是受到護理人員委派、指導及監督，非專業輔助人力不只是被分派提供照顧給單一病人，還包括病人團體」。

英國護士與助產士學會(Nursing and Midwifery Council,NMC)(2002)發表一項聲明「護理人員將照顧責任委派給非合格護士，不止是承諾照顧病人並且必須符合病人或個案的需求。護理人員有責任適當的分派工作，且必須確保他們有能力去執行，並且需適當給予監督或提供支援」。透過 Schaffner 等學者與 ANA 對非專業輔助人員定義後，闡明定位為輔助人力角色，且必須由護理人員的指揮、監督才可執行其功能，其服務對象可以是單一病人或團體。

國內將非專業輔助人員給予名詞尚不一致，以「病患服務員」、「看護」、「照顧服務員」等名詞稱之。

## 七、護理人員與照顧服務員之關係：

非專業輔助人員依其擔任的工作賦予不同的角色 (McClung,2000)並執行具多元性的角色，其工作內容多變化，最重要會影響病人安全及照顧品質(Jack, Brown, & Chapman, 2004)，Malby (1990)將這些一般非專業輔助人員劃分成二種角色，一是功能角色，如家事服務員、接待員；另一是擔任護理人員在直接照顧上協助角色。在美國稱這群人為護理助手(nurse' aides)、助理護士(assistants)、病人照顧助手(patient' care aides)、護理技術員(nursing service technicians)或 UAP (O'Malley & Llorente 1990, Bauer 1999);在英國則稱為醫療助理(health care assistants)、病房助理(ward assistants)、或整床員 (bed maker) (Thornley, 2000)。

國外研究發現實施非專業輔助人員模式後，病人滿意度上升，其主要原因病人認為自己的需求有被即時滿足 (Gersch,1996;Heinemann, et al,1996)。病人滿意度提升項目如出院準備服務、回應護士鈴、服務態度等三項(Gersch,1996)。病患照顧服務員留任的重要因素，是高度的工作滿足感，工作中個人滿足感越高，對工作奉獻的意願便愈濃厚，工作效率與品質亦隨而提升。教育程度較高的病患服務員，薪資較高，在專業地位的構面之工作滿

意度也較高。性別、薪資、年齡、教育程度，分別對不同的工作滿意度構面，有不同程度的影響（葉，2003）。

在不同的護理人力照顧模式中，RN 與非專業輔助人員的照顧模式病人滿意度較高(Badovinac, Wilson, & Woodhouse, 1999)。國外從 1992 至 1994 年間，醫院減少 RN 的人力，開始大量使用非專業輔助人員，直到最近開始紛紛檢視 RN 對角色改變的感覺，以及與非專業輔助人員一起工作的滿意度。

護理人員接受全責護理訓練缺乏委派工作的概念與技巧，可能影響護理人員對非專業輔助人員的滿意度(Zimmermann,1996)。Barter, McLaughlin,Thomas (1997)發現 RN 對非專業輔助人員的執行委派工作的能力、正確溝通訊息感到不滿意，但 RN 的確有更多時間提供病人專業照顧。同時非專業輔助人員的訓練及技術會影響任務的委派。

有學者認為 RN 需要更多的訓練去執行委派的角色以及監督非專業輔助人員。其中 92.6% RN 會放心委派任務給非專業輔助人員，會依據非專業輔助人員的知識或自信來判斷他們的能力(40%)、經驗(40%)委派任務。39.4%護理人員透過觀察或非專業輔助人員過去經驗(18.4%)瞭解 UAP(非專業輔助人員)的能力。在多數的負面事件中，13.9%源於不良的指揮或溝通、12.4%源於不良監督

(Standing,Anthony,&Hertz, 2001)。

比較英國與美國 RN 對非專業輔助人員的執行委派工作的能力、正確溝通訊息滿意度結果，68% RN 對非專業輔助人員的執行委派工作的能力感到滿意，73%滿意非專業輔助人員溝通訊息的能力，39%滿意非專業輔助人員專業照顧的能力(McLaughlin, Barter, Thomas, et al., 2000)。

有專家指出一般內外科病房護理人力，RN 所佔比例應在 70% 以上，每病人日 RN 護理時數較高、病人跌倒發生率較低，而急重症單位 RN 所佔比例更應達 80%以上(Sovie, 1995)。每病人日 RN 護理時數與不良事件發生成反比，RN 所佔比例在 87.7%以上，才可維持應有照護水準、不良事件發生率會減少(Blegen,1998)。護理人力整合中，RN 所佔的比例較高與病人正向結果有關，全職 RN 人數較多與尿路感染、肺炎、血栓、術後肺合併症發生率有關(Kovner&Gergen,1998; Needleman, et al., 2000; Sovie, et al., 2001)。

護理人力與護理時數呈負相關，McGillis 等學者(2004)將護理人員與非專業輔助人員配對，形成四種人力模式，發現在專業人員比例較低的組合下、所花的護理時數較多、給藥錯誤與傷口感染發生率較高；相反的，當單位的非正式人力越高、護理時數成本反而上升。病人分類可以做為預測護理時數成本的重要因子，病人嚴重度越高



護理時數也越多。

國外一項醫院護理人力調查發現，71%護理人員認為非專業輔助人員是額外幫手、可以增加照顧品質；相反有 30%指出護理人員必須花更多的時間監督非專業輔助人員、照顧品質的確有下降 (Ventura, 1999)。

綜觀研究，由於許多醫院以經濟為考慮，使用教育層次低的非專業性人員取代專業護士執行臨床照護，結果業經證實直接影響病患死亡率 (Aiken et al., 2002; Sovie & Walston, 2001)。對專業護士士氣造成打擊 (Barry-Walker, 2000; Urden & Walston, 2001)，病人死亡率與 RN 比例有關，當 RN 所佔比例較高、病人死亡率降低 (Aiken, Havens, & Sloane, 2000; Aiken, Smith, & Lake, 1994; Bond, Raehl, Pitterie, & Frnke, 1999)。具執業執照專業護理人員人數與照護時數比例的高低、及病患照護成效成正比 (Blegen, Good, & Reed, 1998; Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart, & Zelevinsky, 2000)。

Needleman 等人 (2000) 對 799 家醫院進行回溯性分析調查發現，內科病房每日護理時數與護理人力比較高時，住院天數縮短、與尿路感染、腸胃道出血、肺炎、心因性休克、死亡率有顯著相關。在外科病人護理人員比例高時，病人尿路感染發生率下降；護理時數高時，死亡率降低。一項研究以 41 張床位為單位，比較實施非專業輔助人力前後病人跌倒發生率發現無顯著改善 (Badovinac, et

al., 1999)。Sovie & Jawad (2001)調查發現照顧病人之每日護理人員時數減少與病人跌倒及泌尿道感染發生率增加有關。

現今醫院開始進用非專業輔助人員協助臨床照顧，其主要目的為有效控制生產成本（尤其是與直接護理的生產成本），及改善照顧品質(McClung, 2000)。醫院通常將護理人員視為是成本而非醫療照護成本效益，著重任務委派，將護理導回舊有照顧模式(McGillis, 1997)。但在使用非專業輔助人員後，醫院成本是否如期下降以及對病人與消費者的影響並不清楚。

國外某大學附設醫院因為護理人力短缺，他們曾嘗試將出缺的 17 個護士名額轉變成 34 個護理助理，將一位護理助理配給一位護理人員從事臨床照顧，節省每病人日(per patient-day) 929 美元，當成潛在損失營收的金額，而不必因為人力短缺關閉病房(Harrison, Dickey, Ford, 1990)。為達節制成本及有效利用護理人力，17 家醫院進行為期二年僱用護理輔佐員的研究發現，促進有效利用護理人力最佳方法，應該大大減少護理人員去執行非護理的工作。

國內學者（趙、廖、陳·2001）調查各級醫療機構病患服務員工作執行現況與主管對其執行臨床照顧工作的滿意度顯示，病患服務員工作項目以協助生理需求或日常生活之活動為主。病患照顧服務員的工作滿意度會影響其照護品質，繼而影響患者的健康照護及

生活品質 (趙、廖、陳·2001)。根據研究指出，病患照顧服務員的支援和參與可降低護理工作負荷並能兼顧照護品質 (葉，2003；Harmuth, 2002)。

孔、傅、尹 (2003) 指出，近年來有許多受到評值性研究探討護理組織再造後之成效(Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski & Silber, 2002；Bryan et al., 1998; Barry-Walker, 2000; Sovie & Jawad, 2001)。常用的評值因子包括護理人員角色與人力調置、病患的健康成果與滿意度、照護成本、照護品質指標 (如院內感染、死亡率、壓瘡、手術後和出院後合併症)、住院天數等(Urden & Walston, 2001)。醫院改造在需要投入廣大的精力與資源，改造後也無法保證一定能成功，以成本取向減床、裁員、改變與減少醫療服務項目、使用大量的非專業取代護理人員的組織並不如預期成功(Barry-Walker, 2000)。Murry(1999)認為複合式護理(skill mixed)是最大的問題來源。研究結果顯示具職業執照專業護理人員人數與照護時數比例的高低和病患照護成效成正比(Blegen, Goods & Reed, 1998; Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart & Zelevinsky, 2000)。護理組織再造的結果不但使專業護理人員遭裁減，非專業護理人員的比例大幅提高，留在崗位上的護理人員工作負荷過重、感受到專業被「去價值化」，因此工作滿意度降低(Aiken et al., 2002; Burke, 2002)，同

時因工作產生的職業傷害如下背痛、針扎事件亦快速增加(Shogren, Calkins & Wilburn, 1996)。

國外針對臨時及正職的護理人員工作表現之研究有不同的研究結果，Porter (2002) 與 Kidder (1995) 均指出兩者無顯著差異；但 Strzalka & Havens (1996) 的研究卻有顯著差異。又有學者指出當臨時人員想獲得正式工作時，就會有誘因激勵他們去表現正面的態度及好的工作績效 (Dyne & Ang, 1998)。國內研究也有同樣的發現，非正職護理人員的組織承諾與工作表現行為無顯著相關，推判可能是專業的承諾致使護理人員表現出對病患負責，而不會因為待遇不好就馬虎工作 (林儀真, 2002)。國內外目前為止就外包護理人力尚無相關之研究。另外，針對契約人員的研究則指出財務性報酬之多寡對定期契約工之工作滿意度之影響並未達顯著程度 (章至聰, 2003)。

## 八、經濟成本評估：

病人與家屬成本經濟成本(economic cost)為重要的政策工具之一，能將各層面的衝擊轉化為貨幣單位，與其他社會議題做比較，作為政策優先順序的參考依據(黃、李、楊, 1999)。

疾病社會成本推估：推估疾病的社會成本，經常採用「人力資

本(human capital)」及「願付額(willingness-to-pay)」兩種方法作為推估模式。人力資本係以個人因疾病無法產生之社會潛在損失作為計算工具，屬事後由社會整體角度對疾病做出回溯性的經濟評估；「願付額法」則係以個人面對疾病的風險所付出或接受補償的價值作為計算工具，屬事前由個人角度衡量健康或生命所作經濟損失的推估(余、胡、李、1998)。

在經濟評估的方法中，常用的方法有：成本效果分析(Cost Effectiveness Analys 簡稱 CEA)、成本效益分析(Cost Benefit Analys 簡稱 CBA)、成本效用分析(Cost Utility Analys 簡稱 CUA)(楊、2004)。成本效果分析的成本單位為金額，效果單位為自然單位，例如拯救生命年數，不同方案的結果測量指標相同時可用此分析方法；成本效用分析之成本單位為金額，效用單位為「經生活品質校正後的生命年數」或「健康天數」；而成本效益分析指兩種不同的方法在成本上的差異之比值，為評估計畫是否值得推動的分析方法。

在成本效益分析中，所有和計畫相關的成本及效益都以金錢角度測量，例如病患可多活幾年、可多救活幾位病人。其目的在於系統地比較單一或多重事件的成本與效益，作為資源使用、分配依據。評估的目標是利用有限的資源達到最高的預期效用。當效益大於成本時，成本效益比值小於 1，表示該事件能產生的淨效益值得

實行，當一筆資源可能有數種用途時，則以淨效益最高者為優先合理的選擇。



### 第三章 研究設計與方法

本研究將研究設計區分為效果面(effectiveness)與效率面(efficiency)進行分析。其中效果面的分析著重於參與全責護理試辦計畫單位的績效評估，亦即評估各參與計畫單位的目標有無完成或完成多少。效率面的評估則區分為成本效果(cost-effectiveness)分析與成本效益(cost-benefit)分析。

本研究設計的理由主要有二個。第一個理由是基於完整的評估報告應包含多重面向而非單一面向的評價；第二個理由則是基於效果與效率評估可以分別回答不同層級的政策問題。效果評估的政策應用層級較為局限，其主要在回答某一計畫是否達成目標或達成的程度，因此僅能就個別試辦計畫單位當初所訂定的目標，個別的評估其效果。效率評估則可以在不同的試辦模式中尋求較有效率的方案，成本效果分析與成本效益分析兩者均可以達成這個目的，但其中成本效益分析還可以回答試辦中的全責護理計畫值不值得做的問題，因此可以視為是下一階段政策全面推廣的參考依據，因此效率評估對政策面的建議與應用較為深遠，也較為宏觀。

#### 一、效果(effectiveness)評估

效果評估的主要計算單位均屬於自然單位，因此量化資料來自於北、中、南三區試辦計畫醫療院所個別所提出計畫書中的目標與

策略，再依據個別的量化數據或依據衛生醫療機構現有檔案的具體次級資料(secondary data) 作為個別計畫效果的評估指標。除了次級資料之外，部份資料於必要時仍應配合效率分析收集初級資料(primary data)，例如衡量病患與家屬對試辦計畫的參與情況、參與病患與家屬對試辦計畫的滿意度與意見、家屬對病患照顧行為改變情形等等，均需要收集初級資料以為評估之依據，而且這些初級資料的收集將盡量避免一般問卷訪視所測量的主觀評價，而儘量以事實(fact)作為評估的依據。

樣本來源主要來自參與試辦計畫承接醫療院所中的病患與病患家屬及一般家戶民眾。

## 二、效率(efficiency)評估：

### (一)成本效果(cost-effectiveness)分析

成本效果分析的關鍵在於社會成本的計算，但必須強調政府所補助全責護理試辦計畫的經費，屬於移轉性支出(transfer payments)，而移轉性支出並不列入社會成本的計算之中。社會成本只會因為耗用資源而產生，這些資源主要包括勞動、資本與技術。因此社會成本的計算牽涉到兩個組成，一為資源耗用量，另一為耗用資源的價格。

全責護理試辦計畫的社會成本會來自三個方面 (Drummond et



al 2005), 第一為參與試辦計畫單位及其他參與執行全責護理試辦計畫的社會成本, 尤其是護理人員的社會成本; 第二為民眾參加全責護理試辦計畫的社會成本, 第三為其他相關參與執行全責護理試辦計畫的社會成本, 尤其是看護工的社會成本。這些成本的計算是依據勞動投入或資本投入的社會成本來加以計算, 而不是依據衛生署所補助的金額來計算, 因為前者屬於資源耗用的機會成本, 而後者屬於移轉性支出(transfer payments), 其中只有前者才符合社會成本計算的基礎 (Gold et al 1996)。

成本的計算主要是針對各別醫院所投入的資源進行問卷訪視, 問卷查訪內容包括投入人員訓練的成本、硬體投入成本、其他執行全責護理試辦計畫之成本等。

由於社會成本的計算牽涉到資源耗用量與耗用資源的價格。在耗用資源的價格方面, 市場價格將作為價格的衡量基礎。勞動的非市場價格主要用來衡量看護時間及病患與家屬的休閒時間, 其中看護工價格可以用市場工資來代表, 病患與家屬的休閒時間可以用無工資、平均工資、加班工資三種方式進行敏感度分析 (sensitivity analysis)。

## (二)成本效益(cost-benefit)分析

在經濟評估的範圍中, 成本效益分析(cost-benefit analysis)為評

估一個計畫是否值得推動的方法，此點與成本效果分析 (cost-effectiveness analysis) 或成本效用分析 (cost-utility analysis) 是不同的，因為後二者是先假設某個計畫是值得做的，然後再來比較不同替選方案之間的生產效率 (production efficiency)。成本效益分析則具有比較廣的範圍，適合對資源在醫療體系以內或與其他體系之間的配置作比較，部分研究還嘗試比較醫療計畫與非醫療計畫之間的成本效益 (Olsen & Donaldson 1997)，其應用在運輸及環境方面有非常長久的歷史 (Sugden & Williams, 1979)，因此可以對配置效率 (allocative efficiency) 提供部分的訊息 (Drummond & Stoddart 1995, Drummond et al 2005)。

全責護理試辦計畫的社會成本會來自三個方面，全責護理試辦計畫的社會利益也來自三個方面 (Drummond et al 2005)，第一為民眾參加全責護理試辦計畫後願意為健康改善所付出的金額，第二為民眾參加全責護理試辦計畫後願意為其他價值所付出的金額，第三為民眾參加全責護理試辦計畫後願意為資源節省所付出的金額。以付費意願 (willingness to pay) 來衡量社會利益的主要理由，為其比人力資本 (human capital) 的方法更符合福利經濟學的理论基礎 (Mishan 1971)。綜合上述計算本計畫即可比較總體社會成本與總體社會利益。

本計畫中社會效益的計算基礎為個別消費者的最高付費意願，取其最高值的原因為最高付費意願與實際付費之間的差距，即為福利經濟學計算消費者剩餘(consumer surplus)的主要依據，而橫跨消費者之間對消費者剩餘的加總即為成本效益分析的基礎(Jones-Lee 1976, Jones-Lee et al 1985)。衡量效率的方法可以用最高付費意願，也可以用最低接受補償的意願(O'Brien & Gafni 1996)，但基於簡單化的原則文獻中使用付費意願者占絕大多數，本計畫因此也以付費意願為主要衡量基礎。

衡量效益所面臨的第一個操作問題，是要問受訪者整體的(global) 付費意願還是個別的(restricted)付費意願。主張測量整體付費意願的人認為此舉符合自由市場的運作邏輯，但主張測量個別付費意願的人認為可以明確陳述個別的考量，例如醫療服務計畫的效益可能來自健康的改善，也可能來自未來所節省的醫療費用，或是生產力增加的所得效益。無論用那一種方法，最重要的是在問法上要避免重覆計算(double-counting)的問題。本計畫為了明確陳列全責護理試辦計畫的可能利益，將以個別付費意願作為衡量的依據。

衡量效益所面臨的第二個操作問題，是要不要考慮需求面的不確定性問題(Neumann & Johannesson 1994)。如果不考慮需求面的不確定性問題，則問受訪者在真正接受某一健康計畫時的付費意願(ex

post or user-based approach)；如果考慮需求面的不確定性問題，則問受訪者在可能接受某健康計畫並明確陳述機率下的付費意願(ex ante or insurance-based approach)。

衡量效益所面臨的第三個操作問題，是測量方法本身信度、效度與可行性的考量。例如以開放性(open-end)的金額來讓受訪者回答付費意願，雖然可能得到比較準確的(unbiased)付費意願估計值，但會增加受訪者回答問題的認知困難度與答案分布的精確度(precision)。如果對受訪者提示不同金額的逐步競價法(bidding games)則優缺點相反，其中效度的問題主要為受訪者容易受到起始金額影響所造成的起始點偏誤(starting point bias)。第三種方法則著眼於修正第二種方法，每一受訪者只被提示一種金額並決定接受與否(elicit values)，然後由研究者以比較複雜的統計方法例如 probit analysis 來決定各個金額為民眾接受的機率方程式。以上三種方式均存在訪視時間可能較長的可行性問題，或統計分析無法滿足研究目的的問題，因此不擬採用。

本研究採用第四種方法來測量付費意願值，為付費卡(payment card)詢價方式。其操作方式為訂出各種價格水準，橫列於一條直線上，由受訪者圈選最接近心目中衡量的付費值，但允許在明確願意與明確不願意的金額之間存在不回答的模糊地帶。其優點為可行性

較高，可以維持開放性問答的優點，並改善受訪者缺乏評價準則或拒答的缺點，同時也可以解決逐步競價法的起始點偏誤。

成本效益的評估對象第一為參加全責護理試辦計畫的相關醫療及行政人員，第二為參加全責護理試辦計畫的病患及家屬。就參加全責護理試辦計畫的相關醫療及行政人員而言，其目的在計算所有相關的勞動投入成本與資本投入成本。

### 三、研究流程

本研究分五步驟進行，第一步驟探究國內外實施全責護理照護之情形及瞭解全責護理與照顧服務之間的區別；第二步驟進行雙向討論，邀請三家試辦醫院及相關領域之專學家者共同討論各試辦醫院未來執行之方向及共通點；第三步驟則依據試辦計畫內容設計問卷資料及依據可能投入之成本設計成本量表；第四步驟進行三家試辦醫院及一般家戶民眾之問卷調查；第五步驟進行資料分析，以瞭解民眾對於全責護理推動之付費意願，及作為醫院成本及實施效益之參考依據。

以圖 1 各階段流程步驟圖示說明：

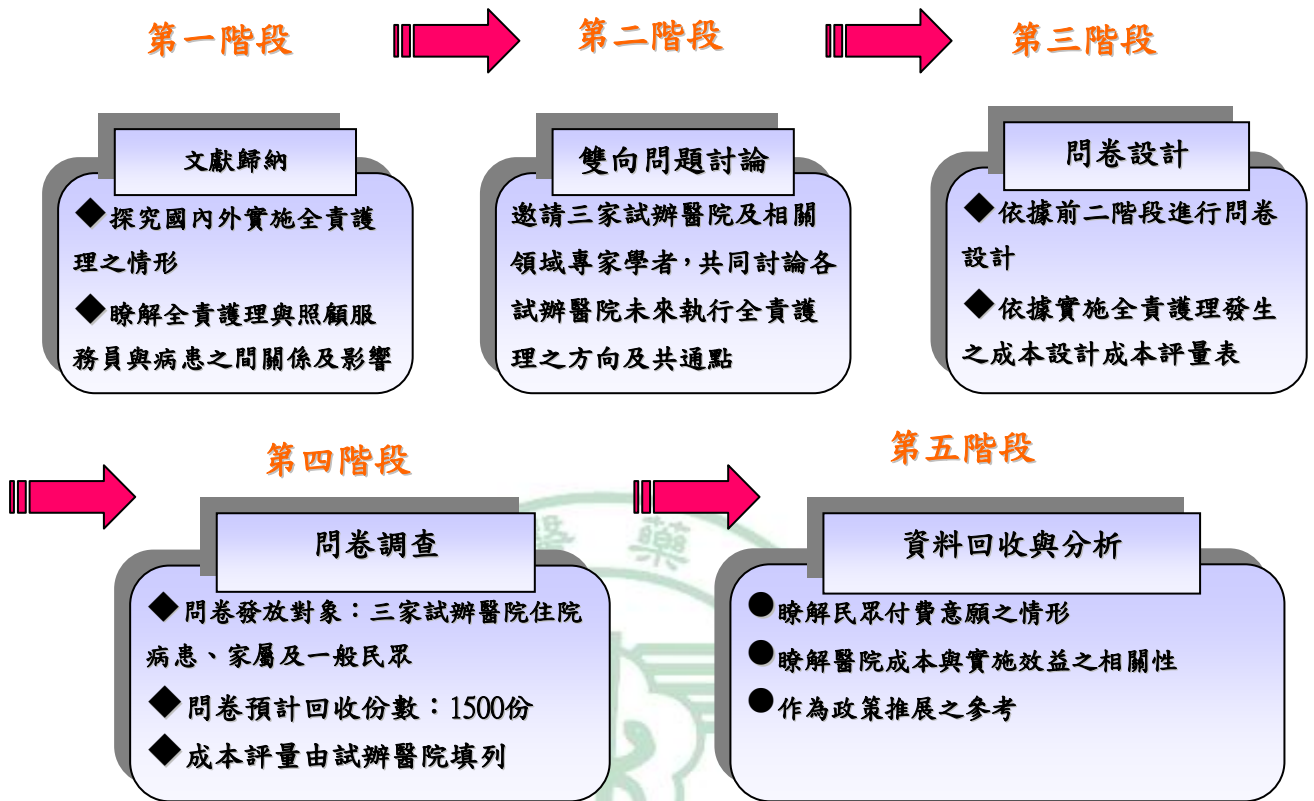


圖 1 研究流程圖

#### 四、研究架構

本研究架構的概念主要由成本、效果與效益三大部分組成，有關成本方面：試辦計畫單位所投入之醫療成本的計算依據Drummond (1995) 健康照護經濟評估中的分類，分為醫療照護機構的成本、病人與家屬的成本與其他成本；有關效益方面：因為試辦單位所投注相當的成本於推動全責護理計畫，因此效益主要可分為投入之成本與節省之護理值班費、由付費意願提昇之護理品質與減少家屬陪病時間的效益及照顧服務員之照護比例同意每月付費意願之效益三方面；有關效果方面的分析：著重於各全責護理試辦中心的績效評估，亦即評估各計畫的目標有無完成或完成多少的效果依據，效果評估的政策應用層級較為局限，其主要在回答某一計畫是否達成目標或達成的程度，因此僅能就個別試辦計畫當初所訂定的目標，個別的評估其效果，由於不同的全責護理試辦計畫所提供的服務型態不同，所強調的目標也不相同，不同型態的服務可能導致社會效益的不同。

以圖 2 為研究基礎，配合實際狀況加以修改為本研究的概念性架構。



圖 2 實施全責護理計畫研究架構

## 五、研究對象與執行模式

### (一)研究對象：

研究樣本來自於試辦計畫醫院中的病患與家屬計 195 人及一般家戶民眾 1305 人，收案樣本數為 1500 份，由於訪視員赴醫院訪視前必須經過試辦醫院「人體試驗委員會」同意，始可進行現場訪視，時效上較不經濟，因此加入一般家戶民眾作為訪視對象，以政策評估的立場而言，這樣的樣本結構比較接近真正的決策情境，因為健保決策的對象適用於全民，而非僅適用於住院病患與家屬，付費意願問卷執



行方式乃由訪員至試辦醫院與病患及家屬進行面對面的問卷調查，另外再以電話訪問方式訪問家戶民眾。

一般家戶民眾受訪者樣本來源為國民健康局既有檔案中已經具有身份證字號的受訪民眾為優先選擇性，採用「行政院衛生署國民健康局-2002年國民健康促進知識、態度與行為調查」檔案中，全台灣的回收受訪樣本約二萬多人，區分出15歲以上有嚼食檳榔及曾嚼食檳榔現不嚼食檳榔者共3,738人，成為本研究之實驗組，抽出從沒有嚼食檳榔習慣者3,654人作為對照組。

採用國民健康局暨有檔案資料作為電話訪問之家戶民眾，乃是因為現今社會電話詐騙集團猖獗，民眾對於電話問卷充滿著不安全感，採用已建檔之民眾作為電話問卷對象接受度較高，而將問卷民眾區分為嚼食檳榔者與非嚼食檳榔者之用意，乃在於嚼食檳榔者健康狀況可能較非嚼食檳榔者差，家戶收入可能較低，對於健康照護之需求意願度可能較高。

## (二)執行模式：

### 1、台北榮民總醫院執行模式：

採實驗性設計，目的在建立一般急性病房人力配置標準，改善照護人力不足之窘境，提升住院病人照護品質，避免醫療疏失發生，研究期間實驗病房配合「不鼓勵」家屬到院陪伴，假如家屬必須陪伴在

側，也不參與執行任何一項照護活動。研究之實驗組及對照組病房，其年平均護理時數達 2.0-2.5 小時、病床數達 40 床以上，隨機抽取內科及外科各 4 個病房做為實驗組；另外內科及外科各 4 個病房做為對照組。實驗組之照顧服務員每人每班(12 小時)1400 元計，所需照顧服務員為 19 人。研究分二階段進行，第一階段建立病患照顧服務員管理規則，並招募病患照顧服務員計 30 人，安排一般基本護理課程如翻身、灌(餵)食、拍背、協助病人(床上)擦澡、大小便處理等，共計四十小時課堂講授，另臨床實際操作 40 小時，通過訓練後測驗與評值，方可分派至試辦單位擔任病房病患服務員一職，於護理人員監督下執行照顧病患相關活動。

第二階段為執行觀察期，以利用瞬間觀察法，每 30 分鐘記錄當時每位護理人員及照顧服務員工作內容。於病房病患照顧服務員分派至護理單位前及工作六個月後，收集病人及家屬、護理人員，病患照顧服務員執行護理照護之滿意度，以及分析實施技術混合護理模式單位之近三年同月份感染率、跌倒率及壓瘡發生率、身體約束護理正確率；分析護理人員與病房病患服務員活動內容。

## 2、台中醫院執行模式：

採量性研究方式進行，採單組前後測設計法以探討由護理人員和照顧者提供病患全部照護活動對於病患、家屬、護理人員和照顧者的

滿意度及病患跌倒率、壓瘡發生率、陪病率、上呼吸道感染率、泌尿道感染率、病人被約束時間之影響。以立意取樣的方法選取 11 樓和 6 樓為推動複合式護理之單位，共有 54 床。11 樓和 6 樓平均佔床率為 95%，依區域教學醫院評鑑護理人力設置標準，每 2.5 床至少 1 人。照顧者人力安排以一對多(1：3-5)之照護模式分別於三班試行。

實施前由研究助理向每位住院滿 3 天之病患解釋此研究之目的及重要性，請病人和家屬同意參與此項研究，同意後發給同意書，才可以參與這項研究，以匿名的方式填寫，請他們完成後放入所附的信封內再交給研究助理，完成之後再安排照顧者參與照顧並實施複合式護理之模式。再以開放性問卷方式探討病患、家屬、護理人員和照顧者對於此複合式護理實施後的看法及建議，包括人力配置、排班、薪資結構和管理規範。出院時由研究助理再發一次滿意度量表和基本資料問卷。

### 3、成大附設醫院執行模式：

成大附設醫院則延續 94 年度所推動「促進民眾健康照護品質計畫」及「建立及評價醫學中心陪病人員培訓管理」二方案，於醫院選擇二個病房單位試行，將已建立的各層級護理人員/照顧服務員照護職責落實於全責護理照護模式。二個試行病房，床數共為 102 床，依全責照護模式擬由家屬自費聘請照顧服務員，安排以一對多「1：3-5」

之照護模式，分別於三班試行。

建立急性病房護理人員、照顧服務員人力配置標準，以改善照護人力不足現況，提昇住院病人照護品質；分析所需要的病房護理人力、照顧服務員人力與經費，以作為看護制度及陪病文化的政策建議及進行護理工作分工，落實不同層級的人員執行不同工作內容，以達到各種人力使用的最大效能，改善護理人員工作超時狀況，進而舒緩高人事成本之壓力。規劃成立全責護理照護工作小組，經小組會議溝通討論照顧服務員以一對多照護模式共同推展全責護理照顧制度，招募病房照顧服務員並依衛生署照護服務員之相關訓練課程設計，執行照顧服務員訓練。制訂陪病相關規範「擬訂陪病、探病注意事項、陪病條件及陪病證件」之製作，並制定海報和網路公告，並於醫院大廳及各病房宣導，以利建立全責照顧制度之推展。計劃聘請有經驗專家學者輔導及提供諮詢並辦理院內在職教育宣導，並將所推行之經驗分享各級醫療院所。

將藉由評價實驗病房之品管指標，包括每個月進行的跌倒發生率、壓瘡發生率、感染發生率及護理服務滿意度方面--前、後試行病房之滿意度改善，包括病房護理人員、照顧服務員、病人與家屬三部份進行。藉由經過培訓之照顧服務員在護理人員指導下，以一對多之照護模式執行住院病人基本護理工作，病房中由不同比例的不同層級

之護理工作人員提供整體照護服務，進而提昇病人安全暨舒適照護之護理品質，減少病人家屬之經濟負荷，進一步提昇民眾對醫療機構照護的信任與肯定。

## 六、資料分析

### (一) 描述性統計

描述性統計用以整理、描述、解釋資料，用以表示受訪者之基本資料、滿意度、付費意願的平均值、中位數、百分比、標準差等各變項的分布情形。

### (二) 相關性分析

相關性分析的主要目的在於研究兩變項間的相關程度。相關係數表示變項的大小與正負，相關值的大小指變動的幅度，正負符號表示相關的方向，正向相關係數指兩變項呈同向變動，兩變項呈不相關時，相關係數為零。研究受訪者的個人基本特質與付費意願間的相關。

### (三) 變異數分析 (ANOVA)

主要檢定分組的自變項，對依變項是否具有影響力。所謂單因子變異數分析 (one-way ANOVA) 使用單一個分組變項進行變異數分析；多因子變異數分析則使用數個分組變項，分別對一變數產生組間變異效果稱之主效果，除主效果外，還有分組變數產生的交互效果。

但是使用變異數分析有三大假設，樣本之母群體為常態分配、樣

本之母群體為獨立性及樣本之母群體變異數相同，因此必須先以變異數同質性檢定母群體變異數相同。

#### （四）敏感度分析（sensitivity analysis）

為了解模式分析結果的穩定程度，必須對重要變項進行敏感度分析。敏感度分析用於成本效果分析時，將不確定的參數，定義合理範圍，在不同的假設下進行敏感度分析。



## 第四章 結果

### 一、試辦單位執行內容分析 (Implementation Analysis)

本研究計有台北榮民總醫院、成功大學附設醫院、署立台中醫院三家醫院參與全責護理的試辦計劃。三家醫院的計畫內容不完全相同，其部份細節詳列於表 3。

表 3：衛生署 95 年度計畫內容摘要

	台北榮總	成大附設醫院	署立台中醫院
試辦病房屬性	急性病房	急性病房	急性病房
試辦病房種類	一般內科病房 一般外科病房	腫瘤內科病房 一般外科病房	一般內科病房
實驗組病房數	4	2	2
試辦總病床數	160	100	54
照顧服務員人數	20 人	配對總數 132 人次	15 人
照顧服務員輪值班數	2 班輪值	2 班輪值	3 班輪值
照顧服務員來源	醫院外包	醫院外包	醫院聘用
照顧服務員經費來源	外包公司回饋	病患自費 每人日 900-1200 元	病患自費 每人日 300 元
照顧服務員照顧對象	特定病房中之 不特定病患	特定病患	跟隨特定護士之不 特定病患
(單一時點)照服員/病患	1/13 至 1/20	1/2 至 1/3	1/8
(24 小時)照服員/病患	1/10 至 1/6.7	1/1 至 1/1.5	1/2.5

表 3 中列出試辦病房屬性、試辦病房種類、實驗組病房數、試辦總病床數、照顧服務員人數、照顧服務員輪值班數、照顧服務員來源、照顧服務員照顧對象、單一時點照服員/病患比例、以及 24 小時照服員/病患比例。

三者基於本年度試辦計畫的規格限制，試辦病房均為急性病房，其中台北榮總為一般內外科病房各兩個，總共有 4 個實驗病房；成大附設醫院則有一個腫瘤內科病房和一個一般外科病房加入試辦；署立台中醫院為兩個一般內科病房加入試辦計畫。

在照顧服務員的配置人數方面，台北榮總與署立台中醫院均將照顧服務員配置於病房，但成大附設醫院將照顧服務員配置給願意付費的個人，因此台北榮總與署立台中醫院可以計算特定的照顧服務員人數，但成大附設醫院僅能計算配對的總人次。其中台北榮總與成大附設醫院採用 2 班輪值方式，署立台中醫院採用 3 班輪值方式。因此以單一時間點的照顧服務員與病患的比例而言，成大附設醫院為 1 比 2 至 1 比 3，署立台中醫院為 1 比 8，台北榮總為 1 比 13 至 20。由於各醫院的輪班數並不相同，會造成人員配置與病患比例計算上的不同，由於醫療法規均以人員數與病床數作為計算基準，若以目前醫療院所一般病房所採行 1:2 或 1:6 之照護模式或呼吸照護病房以 1:4 為



照護模式計算，較符合一般醫療院所執行之模式。

署立台中醫院的照護模式中，照顧服務員的來源係由醫院外包的人力公司派遣，或由醫院自行聘用，並不需要作為全責護理計畫的主要考量依據，因為醫院管理階層會自行比較人力外包的交易成本，與自行聘僱的生產成本之後，再作最有效率的選擇。亦即醫院管理階層如果發現上述的交易成本大於生產成本，則自行聘僱會比較有效率；相反的如果上述的生產成本大於交易成本，則外包會比較有效率。假如外包的照顧人力屬於中高年齡層，而且如果醫院希望自行訓練比較年輕族群的服務員，以取得較高品質的較多生產力的話，則自行聘僱會優於外包。

不過照顧服務員經費的來源就值得討論。成大附設醫院與署立台中醫院針對有意願參加的病患收費，為現行制度下比較具有可行性的做法，不過兩家醫院的兩種做法也各有其侷限性。其中成大附設醫院將照顧服務員指定派遣給繳費病患使用，病患感受的合理性較高，但卻往往具有照顧服務員與病患之間不容易配對的問題，因此計畫推展比較不容易，這由表 3 中成大附設醫院配對成功的人次為 132 人次可以見到。假如以計畫投入經費作為計算基準，則每人每次所投入的計畫經費為 23,000 元左右，這並不包括病患自費部分的成本。

署立台中醫院由病患自願付費後，聘請照顧服務員，但由病房護

理人員指揮調度，其功能類似護理助理員，可以擁有收費較低的優點，但病患感受的合理性可能較低。不過由於照顧服務員的配置比例取決於病患的意願，因此署立台中醫院在實際執行過程中，未必完全符合一位護理人員配置一位照顧服務員的比例，例如有時病房中三位護理人員配置一位照顧服務員。不過台中醫院由於照顧服務員的來源並非外包，而是長久以來自行訓練、屬於年輕族群、生產力較高的服務員，因此是此次試辦計畫中的特色。

基於上述的背景說明，台中醫院加入此次試辦計畫的病患總共為 1,193 人日。如果以計畫投入經費作為計算基準，則每人日所投入的計畫經費為 1,844 元左右，這並不包括病患自費部分的成本。

台北榮總的照顧服務員來源同樣為外包，但由外包人力公司所累積的回饋人力投入此次試辦計畫，就試辦計畫而言屬於效益，就社會整體而言屬於沉降成本，因此仍舊應該列入成本之中計算，只是在實際運作上，這樣的安排有病患不必繳費的優點，但以醫療體系現狀而言其可行性較低。但如果由另一個角度來看，如果政府進行試辦計畫成本效益分析的目的，是嘗試評估全責護理模式由健保給付的可能性時，則台北榮總不向病患收費的模式反而最接近上述的政策情境。但在試辦計畫的執行上，單由外包公司回饋的服務員人力在配置上較為不足，其單一時間點的照服員病患比例，約為 1 比 13 至 20。

表 4：三家試辦醫院全責護理計畫目標

	北榮	成大	署中
<b>過程目標</b>			
建立一般急性病房護理人力配置標準	●	●	●
建立一般急性病房照顧服務員人力配置標準	●	●	●
研訂一般急性病房照顧服務員管理規範準則	●	●	●
建置護理人員及照顧者之排班方式及薪資結構			●
<b>結果目標</b>			
改善照護人力不足現狀	●	●	●
提升住院病人照護品質(拔管率、垂足發生率)	●	●	●
避免醫療疏失發生(跌倒率、壓瘡發生率、上呼吸道感染率、泌尿道感染率、病人被約束時間比率)	●	●	●
改善護理人員工作超時狀況		●	
舒緩高人事成本之壓力		●	
減少病人家屬之經濟負荷(陪病率)		●	●
提昇民眾對醫療機構照護的信任與肯定		●	
<b>成本計算</b>			
建立照護人事成本與健保支付照護費基礎	●	●	
分析需要病房護理與照顧服務員人力與經費		●	
依疾病嚴重度訂定收費標準		●	
<b>衍生性報告</b>			
不同人力配置技術混合照護模式對單位護理照護品質的影響	●		
病人、家屬、護理人員、照顧服務員在實施技術混合照護模式前後之滿意度	●		●
全責護理模式人力配置及組織調整文獻回顧	●	●	
訂定我國全責護理工作模式之組織因應方案	●	●	
國內外文獻回顧討論消費者權益及法規		●	
評價照顧服務員以一對多護理照護模式		●	

表 5：三家試辦醫院全責護理計畫目標成效

	台北榮總	成大附醫	署立台中
<b>過程目標</b>			
建立一般急性病房護理人力配置標準	1 份	1 份	1 份
建立照顧服務員人力配置標準	1 份	1 份	1 份
建立一對多人力收費標準	----	1 份	1 份
複合式護理照護工作指引手冊	----	1 份	1 份
複合式護理照護技術指引	----	1 份	1 份
複合式護理照護品質管理指標	1 份	1 份	1 份
<b>病人安全指標</b>			
壓瘡發生率 (該月發生壓瘡人次/該月總住院人日)	0.08%	0.736-2.732%	0.00% 複合式較低
壓瘡盛行率	----	----	0.38% 複合式較高
跌倒發生率 (該月跌倒人次/該月總住院人日)	0.108-0.141% 實驗組未較高	0.027-0.164%	0.03% 複合式較低
感染發生率 (該月感染發生人次/該月總住院人日)	0.262-0.397% 實驗組較高	----	----
呼吸道感染率 (該月感染發生人次/該月總住院人日)	----	----	0.00% 複合式較低
泌尿道感染率 (該月感染發生人次/該月總住院人日)	----	----	0.00% 與非複合式同
身體約束比率 (該月身體約束人數/該月總住院人日)	----	----	0.79% 複合式較高
身體約束護理正確率 (稽核項目完全正確人數/總稽核人數)	未報告	----	----
鼻胃管自拔率 (鼻胃管自拔人次/鼻胃管插管人次)	----	2.708-2.738%	----
<b>病患家屬方便性指標</b>			
病患陪病率 (每日到院陪病時間一次超過 4 小時)	----	----	2.58% 複合式較低
病患陪客率 (每日到院陪病時間一次少於 4 小時)	21.77%	73.15-74.93%	20.99% 複合式較低
<b>護理品質指標</b>			
護理人員對照服員滿意度(工作態度)	44.05-44.88 實驗組較高	----	----

表 5：三家試辦醫院全責護理計畫目標成效

	台北榮總	成大附醫	署立台中
護理人員對照服員滿意度(輔助業務)	144.00-146.05	----	----
	實驗組較高		
病房照顧服務員滿意度(工作環境)	35.21	3.29-4.43	----
病房照顧服務員滿意度(自我工作)	92.71	同上	----
病人家屬對照服員滿意度(工作態度)	45.62-46.41		----
病人家屬對照服員滿意度(輔助業務)	113.00-146.93	----	----
病患滿意度	----	4.23-4.30	83.14%
家屬滿意度	----	同上	80.10%
護理人員滿意度	----	3.58-3.79	63.17%
護理指導完整率	----	82.77-94.46%	----
(執行護理指導人數/應接受指導人數)			
<b>照護活動內容分析</b>			
護理人員照護活動 80 項	未報告	----	----
照顧服務員活動 56 項	未報告	----	----
照顧服務員技術考核	----	----	92 分
照顧服務員工作考核	----	----	98 分

註：照顧服務員技術考核標準署立台中 86 分。壓瘡發生率目標台北榮總 0.5%，成大附醫每季下降 5%。跌倒發生率目標台北榮總 0.1%，成大附醫每季下降 5%。身體約束護理正確率目標台北榮總 80%。鼻胃管自拔率目標成大附醫下降 5%。病人陪病率目標成大附醫外科下降 20%，內科下降 10%。護理指導完整率目標成大附醫 85%。

## 二、試辦單位執行成效分析 (Effectiveness Analysis)

試辦計畫的成效或效果(effectiveness)取決於試辦單位所提計畫書中自行標示的計畫目標(objectives)來決定，表 4 列出三家試辦醫院計畫書中所列舉的目標，其中部分目標並非可量性目標而是價值性目標。

表 5 則列出三家試辦醫院執行成果報告，報告成果中所列舉的可量性目標，表 5 的註釋中也顯示僅有部分試辦醫院，針對部分可量性

目標有訂定目標，可以由表 4 與表 5 的比較中看出兩者前後目標項目並不一致。

表 5 所列出的指標部分列出成大醫院以內科及外科作為比較，台北榮總以實驗組一、實驗組二與對照組的比較，台中醫院以參與複合式與非複合式或傳統護理照顧組的比較，這三家試辦單位之比較基礎並不相同，所以在比較組之間存在選擇性偏誤(selection bias)。在病人安全指標方面，可以見到三家試辦單位所使用的指標並不一致，定義部分有些混淆，而且三家試辦單位的病患種類不同，造成指標所呈現的數字在解釋上不容易比較。

其中，在壓瘡發生率方面：台北榮總設定壓瘡發生率 $\leq 0.5\%$ 之閾值，執行結果壓瘡發生率：實驗組為 0.08%；成大醫院設定壓瘡發生率：內科及外科「季」發生率閾值目標下降 5%；執行結果：內科病房壓瘡發生率為 2.732%、外科病房壓瘡發生率為 0.736%；台中醫院並未設定預降低之閾值，分為參與複合式照護模式壓瘡發生率結果為 0%，未參與複合式照護模式壓瘡發生率為 0.03%。

跌倒發生率方面：台北榮總設定跌倒發生率 $< 0.1\%$ ，執行結果：實驗組一、二分別為 0.108%及 0.141%；成大醫院設定跌倒發生率：內科及外科「季」發生率閾值目標下降 5%，執行結果：內科病房跌倒發生率為 0.164%、外科病房跌倒發生率為 0.027%；台中醫院並未

設定預降低之閾值，分參與複合式照護模式跌倒發生率結果為 0.03%，未參與複合式照護模式跌倒發生率為 0.22%。

另外，感染發生率方面：僅台北榮總提出執行結果，實驗組一感染發生率為 3.97%、實驗組二感染發生率為 2.62%，控制組感染發生率為 2.07%，成大醫院與台中醫院並未提出感染發生率之數據資料，無法得知二家醫院在感染發生率之結果。

呼吸道感染發生率方面：僅台中醫院提出執行結果，參與複合式照護模式呼吸道感染發生率為 0%，未參與複合式照護模式呼吸道感染發生率為 0.03%，成大醫院與台北榮總並未提出呼吸道感染發生率之數據資料，無法得知二家醫院在呼吸道感染發生率之結果。

泌尿道感染發生率方面：僅台中醫院提出執行結果，參與複合式照護模式泌尿道感染發生率與未參與複合式照護模式泌尿道感染發生率均為 0%，成大醫院與台北榮總並未提出泌尿道感染發生率之數據資料，無法得知二家醫院在泌尿道感染發生率之結果。

壓瘡盛行率方面：僅台中醫院提出執行結果，參與複合式照護模式壓瘡行率為 0.38%高於未參與複合式照護模式壓瘡行率 0.16%，主要原因為病患住院前及由其他病房轉入時即有壓瘡。成大醫院與台北榮總並未提出壓瘡盛行率之數據資料，無法得知二家醫院在壓瘡盛行率之結果。

鼻胃管自拔率方面：僅成大醫院設定鼻胃管自拔發生率為閾值降低 5%，並提出執行結果，外科病房鼻胃管自拔率為 2.738%，內科病房鼻胃管自拔率為 2.708%，台中醫院與台北榮總並未提出鼻胃管自拔率之數據資料，無法得知二家醫院在鼻胃管自拔率之結果。

身體約束護理正確率方面：台北榮總設定目標值為正確性 $\geq$  80%，但並未提出執行結果之數據資料，成大醫院與台中醫院並未針對該部份提出目標及執行結果。

護理指導完整率方面：成大醫院設定內科及外科護理指導完整率均為 85%以上，執行結果：預防跌倒護理指導紀錄完整率外科病房為 82.77%內科病房為 94.46%；手術前護理指導紀錄完整率外科病房為 96.36%；手術後胸腔護理指導紀錄完整率外科病房為 99.2%；藥物護理指導紀錄完整率外科病房為 96.54%，內科病房為 77.16%；疾病護理指導紀錄完整率為內科病房為 89.04%；台中醫院與台北榮總並未提出資料。

在病患家屬方便性指標方面，三家試辦單位在病患陪客率之間的差異極大，因此有可能存在定義上的問題。署立台中醫院將病患陪病率與病患陪客率分開計算，其定義以 4 小時作為計算依據，以每日到院陪病時間超過 4 小時以上者定義為「病患陪病率」，每日到院陪病時間少於 4 小時者定義為「病患陪伴率」，作為二者不同區別之參考，



成大醫院與台北榮總二家醫院並未將陪病率與陪伴率分開計算及定義。

其中，病患陪病率方面：台北榮總未設定執行目標值，執行結果為 21.77%；成大醫院設定內科病房陪病率閾值目標下降 10%；外科病房閾值目標下降 20%，執行結果：內科病房陪病率為 74.93%、外科病房陪病率為 73.15%；台中醫院未設定執行目標值，執行結果：總陪病率為 41.57%，參與複合式照護模式陪病率為 2.58%低於未參與複合式照護模式陪病率 39%。病患陪伴率方面：台中醫院總陪伴率為 68.35%，參與複合式照護模式陪伴率為 20.99%低於未參與複合式照護模式陪病率 47.36%。成大醫院與台北榮總並未提出病伴率之數據。

在護理品質指標方面：台北榮總--比較護理人員對病患照顧服務員工作態度滿意度執行結果，實驗組一為 44.88%；實驗組二為 44.05%；控制組為 42.05%，實驗組滿意度較高；比較護理人員對病患照顧服務員執行輔助業務之滿意度結果，實驗組一為 146.05%；實驗組二為 144%；控制組為 137.99%，實驗組滿意度較高；病房照顧服務員工作環境滿意度 35.21%；病房照顧服務員自我工作滿意度 92.71%；病人家屬對照顧服務員工作態度滿意度實驗組一為 46.41%；實驗組二為 45.62%；病人家屬對照顧服務員執行輔助照顧

活動之滿意度實驗組一為 113%；實驗組二為 146.93%；成大醫院--病房照顧服務員工作環境滿意度平均值為 4.43；病房照顧服務員自我工作薪資滿意度平均值為 3.29；病人及家屬對護理服務滿意度平均值為 4.23；護理人員滿意度為平均值 3.58-3.79；台中醫院--病患滿意度由前測 70.6%提高為 83.14%；家屬滿意度由測 78.08%提高為 80.1%；護理人員滿意度由前測 41.11%提高為 63.17%。

在照護活動內容分析評估上，台北榮總設定護理人員活動紀錄觀察表評估項目計 80 項，病患照顧服務員活動紀錄觀察表觀察項目計 56 項，但評估執行結果並未提出資料；台中醫院設定照顧服務員技術監測以 80 分為標準，技術監測結果平均為 92 分；照顧服務員工作考核稽核結果平均為 98 分，成大醫院並未針對照護活動內容設定評估項目。照顧服務員投入的目的在於使護理人員可以更專心從事護理專業工作的宗旨，所以，照護活動結果指標也許無法在指標中呈現，但照顧服務員參與照顧活動的過程確實較指標呈現更有其重要性。

### 三、民眾付費意願分析 (Willingness to Pay Analysis)

本研究針對民眾付費意願進行 1,500 份問卷調查，共回收 1,500 份民眾問卷資料，其中 195 位受訪者來自於住院中的病患或病患家屬，其餘 1,305 份問卷來自於一般家戶民眾。

在樣本代表性方面，以表6、受訪者縣市分析情形所示，本次有效問卷回收樣本數總計1,500份，其中以台北市最多佔151份(10.1%)，其次以台中縣次之佔145份(9.7%)，台北縣佔100份(6.7%)、南投縣佔122份(8.1%)、高雄市佔104份(6.9%)、彰化縣佔108份(7.2%)、成大附設醫院佔100份(6.7%)及台中醫院佔95份(6.3%)等。



表 6、受訪者縣市分析情形 (n=1500)

縣市	人數(%)	縣市	人數(%)
台中市	85 (5.7)	桃園縣	21 (1.4)
台中縣	145 (9.7)	高雄市	104 (6.9)
台北市	151(10.1)	高雄縣	68 (4.5)
台北縣	100 (6.7)	基隆市	6 (0.4)
台東縣	38 (2.5)	雲林縣	14 (0.9)
台南縣	79 (5.3)	新竹縣	74 (4.9)
宜蘭縣	29 (1.9)	嘉義縣	27 (1.8)
花蓮縣	64 (4.3)	彰化縣	108 (7.2)
南投縣	122 (8.1)	成大附醫病患	100 (6.7)
屏東縣	53 (3.5)	台中醫院病患	95 (6.3)
苗栗縣	16 (1.1)	總計	1500 (100)

#### (一) 基本資料描述性統計

本節主要呈現受訪者特質分析，並且以目前各大醫院看護人力之安排方式進行民眾對於一位照顧員對二位病患之付費意願或一位照顧員對四位病患之付費意願，或一位照顧員對六位病患之付費意願的描述性統計。受訪者的描述性分析可分為二部分加以說明，第一部份為受訪者基本資料分析；第二部份為問卷調查之回收與樣本代表性的描述性統計分析。

表7為受訪者之個人特質描述性分析(類別變項)。本研究問卷樣本數計1,500份，其中性別方面，男性受訪者計788位(52.5%)，女生受訪者計712位(47.5%)，男姓與女姓分佈情形並無太大差異；年齡分布以21-30 歲之間受訪者最多計619位(41.3%)，20歲以下最少計94位

(6.3%)，31-40歲之間計274位(18.3%)，41-50歲之間計263位(17.5%)，51歲以上計250位(16.7%)；家中成員數以4-6人最多計850位(56.7%)，3人以下計549位(36.6%)次之，6人以上最少計101位(6.7%)；教育程度以教育年數13年以上者最多計823位(54.9%)，其次以教育年數9-12年者計423位(28.2%)次之，以教育年數6年以下者最少計114位(7.6%)；保費繳交部份以自己繳交者最多計1,062位(70.8%)，親屬繳交者次之計432位(28.8%)，其他者最少計6位(0.4%)；家戶收入以1萬元以下者最多計793位(52.9%)；家戶收入1-3萬元者次之計349位(23.3%)，家戶收入3-5萬元計285位(19.0%)，家戶收入5萬元以上者最少計73位(4.9%)。



表 7、受訪者個人特質 (n=1500)

變項	人數(%)	變項	人數(%)
<u>性別</u>		<u>教育年數</u>	
男	788(52.5)	6 年以下	114 (7.6)
女	712(47.5)	7~9 年	140 (9.3)
<u>年齡</u>		9~12 年	423 (28.2)
20 歲以下	94 (6.3)	13 年以上	823 (54.9)
21~30 歲	619(41.3)	<u>保費繳交</u>	
31~40 歲	274(18.3)	自己繳交	1062 (70.8)
41~50 歲	263(17.5)	親屬繳交	432 (28.8)
51 歲以上	250(16.7)	其他	6 (0.4)
<u>家中成員數</u>		<u>收入</u>	
3 人以下	549(36.6)	1 萬以下	793 (52.9)
4~6 人	850(56.7)	1~3 萬	349 (23.3)
6 人以上	101 (6.7)	3~5 萬	285 (19.0)
		5 萬以上	73 (4.9)

表 8 受訪者個人特質 (n=1500)

	平均值	最小值	最大值	標準差
年齡	35.78	18	88	13.549
家中成員數	4.00	0	15	1.879
教育年數	13.22	0	44	3.715
一位照顧員對二位病患之付費意願	97.14	0	10,000	331.516
一位照顧員對四位病患之付費意願	58.97	0	10,000	280.625
一位照顧員對六位病患之付費意願	34.35	0	3,000	103.488

以表8所示，受訪者個人特質描述性分析，平均年齡為35.78歲，年齡最大為88歲，最小為18歲；家中成員平均為4位，成員數最多15位，最少為0位；教育年數平均以13.22年，教育年數最多為44年，最少為0年；受訪者對於一位照顧員對二位病患之付費意願平均金額為97.14元，最高付費意願為10,000元，最少為0元；受訪者對於一位照

願員對四位病患之付費意願平均金額為58.97元，最高付費意願為10,000元，最少為0元；受訪者對於一位照顧員對六位病患之付費意願平均金額為34.35元，最高付費意願為3,000元，最少為0元。

## (二)付費意願與個人特質相關性

表 9 為一位照顧員對二位病患之付費意願與受訪者個人特質之關係。其中受訪者教育年數與收入與付費意願達統計上顯著意義( $P<0.01$ )，亦即教育年數愈低者與收入愈少者受訪者付費意願愈高，其中收入低於1萬元者與收入高於5萬元者，付費意願及金額均高於收1-3萬元者及3-5萬元者，可以推估，收入高者經濟狀況較好，願意付費之意願可能較高，收入低於1萬元者，經濟狀況較差，身體狀況可能也較差，願意付費的原因可能希望住院時有人提供照顧服務；性別、年齡、家中成員數及收入與受訪者付費意願呈現負相關，教育年數與保費繳交情形與受訪者呈現正相關，僅家中成員數達統計上意義( $P<0.05$ )，亦即家中人員數愈少受訪者付費意願愈高。

表 10 為一位照顧員對四位病患之付費意願與受訪者個人特質之關係。其中受訪者教育年數與保費繳交情形與付費意願達統計上顯著意義( $P<0.05$ )，亦即教育年數愈低者與自繳保費受訪者付費意願愈高；性別、年齡、家中成員數及收入與受訪者付費意願呈現負相關，

教育年數與保費繳交情形與受訪者呈現正相關，家中成員數與教育年數達統計上意義( $P<0.05$ )，亦即家中人員數愈少及教育年數愈低之受訪者付費意願愈高。

表 11 為一位照顧員對六位病患之付費意願與受訪者個人特質之關係。其中受訪者教育年數、保費繳交情形與收入等與付費意願達統計上顯著意義( $P<0.05$ )，亦即教育年數愈低者、繳交保費愈少者及收入愈少受訪者付費意願愈高；性別、年齡、家中成員數及收入與受訪者付費意願呈現負相關，教育年數與保費繳交情形與受訪者呈現正相關，僅教育年數達統計上意義( $P<0.05$ )，亦即教育年數愈低之受訪者付費意願愈高。





表 9、一位照顧員對二位病患之付費意願與受訪者個人特質之關係

	平均值	標準差	變異數分析		簡單相關分析	
			F	p	r	P
<u>性別</u>			1.087	0.344	-0.035	0.180
男	108	437.981				
女	85	138.192				
<u>年齡</u>			1.096	0.332	-0.022	0.404
20 歲以下	85.11	94.206				
21~30 歲	109.05	431.862				
31~40 歲	94.50	363.890				
41~50 歲	85.82	101.187				
51 歲以上	87.00	197.004				
<u>家中成員數</u>			1.378	0.088	-0.063	0.014*
3 人以下	126.81	534.050				
4~6 人	80.60	92.359				
6 人以上	75.15	66.552				
<u>教育年數</u>			2.200	0.000**	0.050	0.053
6 年以下	79.39	280.806				
7~9 年	63.68	52.067				
9~12 年	79.33	88.378				
13 年以上	114.45	429.434				
<u>保費繳交</u>			1.282	0.145	0.007	0.801
自己繳交	95.61	374.958				
親屬繳交	100.39	189.943				
<u>收入</u>			5.576	0.000**	-0.034	0.191
1 萬以下	112.18	370.933				
1~3 萬	74.10	54.826				
3~5 萬	82.50	400.469				
5 萬以上	101.11	348.650				

\* P<0.05    \*\*P<0.01

表 10、一位照顧員對四位病患之付費意願與受訪者個人特質之關係

	平均值	標準差	變異數分析		簡單相關分析	
			F	p	r	P
<u>性別</u>			1.102	0.321	-0.045	0.082
男	71	383.156				
女	46	56.501				
<u>年齡</u>			1.209	0.200	-0.034	0.192
20 歲以下	54.47	64.151				
21~30 歲	72.03	412.622				
31~40 歲	52.74	185.312				
41~50 歲	52.30	90.721				
51 歲以上	42.16	53.535				
<u>家中成員數</u>			0.970	0.514	-0.052	0.042*
3 人以下	78.38	454.438				
4~6 人	49.12	71.343				
6 人以上	36.34	46.362				
<u>教育年數</u>			1.661	0.013*	0.054	0.035*
6 年以下	32.85	54.422				
7~9 年	34.88	37.325				
9~12 年	46.08	77.809				
13 年以上	73.31	373.223				
<u>保費繳交</u>			1.521	0.034*	0.003	0.921
自己繳交	58.44	326.471				
親屬繳交	60.02	107.025				
<u>收入</u>			2.559	0.000	-0.034	0.182
1 萬以下	69.83	364.410				
1~3 萬	45.67	50.502				
3~5 萬	47.89	200.607				
5 萬以上	47.78	70.452				

\* P<0.05 \*\*P<0.01

表 11、一位照顧員對六位病患之付費意願與受訪者個人特質之關係

	平均值	標準差	變異數分析		簡單相關分析	
			F	p	r	P
<u>性別</u>			1.220	0.196	-0.030	0.238
男	37	124.338				
女	31	73.795				
<u>年齡</u>			1.074	0.361	-0.034	0.190
20 歲以下	40.69	62.508				
21~30 歲	38.89	134.658				
31~40 歲	26.11	45.767				
41~50 歲	34.90	71.891				
51 歲以上	29.18	100.533				
<u>家中成員數</u>			1.392	0.081	-0.039	0.131
3 人以下	40.06	154.731				
4~6 人	31.16	56.319				
6 人以上	30.20	46.108				
<u>教育年數</u>			1.703	0.012*	0.071	0.006**
6 年以下	17.25	35.911				
7~9 年	19.74	27.415				
9~12 年	33.90	104.977				
13 年以上	39.44	116.040				
<u>保費繳交</u>			1.500	0.043*	0.003	0.899
自己繳交	34.11	119.170				
親屬繳交	34.85	47.278				
<u>收入</u>			1.591	0.024*	-0.049	0.057
1 萬以下	38.79	124.610				
1~3 萬	33.84	91.610				
3~5 萬	23.34	46.790				
5 萬以上	31.56	47.535				

\* P<0.05 \*\*P<0.01

#### 四、成本效益分析 (Cost-Benefit Analysis)

本節擬將上述分析歸類整理為政策上可以利用的成本效益分析，區分為適用性、測量效度、社會效益試算、社會成本試算、政策建議等小節分別描述。

##### (一) 成本效益分析(CBA)與成本效果分析(CEA)在本研究的適用性

由表 3、表 4 與表 5 的分析可以見到，三家試辦單位所用的方法不同，其追求的目標也不一致，這樣的政策情境原本適用成本效果分析(Cost-Effectiveness Analysis, CEA)，但是由於試辦計畫所欲達成的多重目標之中，並未有主導性的目標存在，因此容易造成多重目標之間比較上的困難，而且三家試辦單位目標的定義未完全統一，成本效果分析方面有一定程度的困難。

##### (二) 付費意願(WTP)在本研究的測量效度

付費意願的測量在本研究中可以用兩種方法來評估其建構效度(construct validity)。第一個方法為測試所得彈性是否為正值，第二個方法為進行範圍測試(scope test)。

由表 8 中可以得知，照顧範圍愈大者的付費意願愈高，亦即一位照顧服務員照顧二位病患的付費意願，高於一位照顧服務員照顧四位病患的付費意願，更高於一位照顧服務員照顧六位病患的付費意願，

因此本研究符合範圍測試所要求的標準。

所得彈性的估計如表 12 的分析，大部分所得分層的迴歸係數均未達統計顯著水準，僅有的例外有二個，其中一個迴歸係數為正值，另一個為負值，在所得彈性上本研究的測量效度並未獲的充分的支持，其原因可能有三。第一為家戶所得的測量效度不佳而非付費意願的測量效度不佳，因為家戶所得是比付費意願更為敏感的問題。第二是低所得者的健康狀態可能較差，而健康狀態在本研究並未測量，無法列入迴歸分析加以控制。第三是本研究為保留付費意願的原貌而刻意不處理極端值，尤其在低所得家戶中的階層中比較可能存在部分極端值影響分析結果。

表 12 付費意願複迴歸分析

變項	1:2		1:4		1:6	
	$\beta$	t	$\beta$	t	$\beta$	t
女性	7.733	0.780	-0.568	-0.345	-0.263	-0.241
年齡	0.161	0.620	0.042	0.353	0.092	1.175
教育年數	0.736	0.528	1.341	2.103	1.696	4.074
家戶所得(參考組：1 萬以下)						
1-3 萬	-6.605	-0.552	-4.871	-0.889	-3.664	-1.013
3-5 萬	-19.882	-1.532	-11.553	-1.946	-10.006	-2.551
5 萬以上	59.250	2.199	-12.468	-1.012	-2.171	-0.267
常數項	51.450	1.702	30.489	2.528	7.476	0.950
$R^2$	0.011		0.014		0.032	

### (三) 總體付費意願試算：付費意願卡

表 13 為依據付費意願卡測量社會效益的試算結果。計算方式分

為兩種，第一種方式為依據全體受訪者的平均值，乘上全台灣保險對象總人數，得出社會總效益。試算結果：一位照顧服務員照顧二位病患的總體社會效益約為 22 億，一位照顧服務員照顧四位病患的總體社會效益約為 13 億，一位照顧服務員照顧六位病患的總體社會效益約為 8 億。

在社會效益面的簡易敏感度分析第二種計算方式為區分被保險人與眷屬身份分別計算社會總效益之後，再加總為總體社會效益，其結果與第一種計算方式並無太大差異。

表 13 每月總體付費意願試算：付費意願卡

照服員:病患	付費意願	總人數 <sup>1</sup>	總體社會效益
全體保險對象			
1:2	97.14	22,314,647	2,167,644,810
1:4	58.97	22,314,647	1,315,894,734
1:6	34.35	22,314,647	766,508,124
被保險人			
1:2	90.52	13,410,088	1,213,881,166
1:4	55.90	13,410,088	749,623,919
1:6	34.07	13,410,088	456,881,698
眷屬			
1:2	100.87	8,904,559	898,202,866
1:4	60.56	8,904,559	539,260,093
1:6	35.23	8,904,559	313,707,614
被保險人+眷屬 <sup>2</sup>			
1:2			2,112,084,032
1:4			1,288,884,012
1:6			770,589,312

1. 2005 年底全民健康保險統計

2. 被保險人總體社會效益+眷屬總體社會效益

表 14 單一付費金額付費意願比率分布

金額	N	照顧服務員：病患		
		1:2	1:4	1:6
10	100	89%	71%	47%
20	100	90%	70%	43%
30	100	81%	48%	37%
40	100	77%	48%	35%
50	100	81%	55%	28%
60	100	68%	34%	23%
70	100	66%	38%	23%
80	100	65%	32%	20%
90	100	59%	31%	22%
100	100	59%	24%	17%
110	100	45%	16%	13%
120	100	49%	25%	15%
130	100	38%	18%	15%
140	100	44%	21%	11%
150	100	58%	21%	14%

由表 14 得知，本研究設定增加健保費付費意願最低金額為 10 元，最高金額為 150 元，超出 150 元者或低於 10 元者再另外註明，設計理由乃為排除極端值，金額由 10 元至 150 元之原因乃考量民眾對於額外增加健保費支付費用之意願度並不高，所以先嚐試以民眾較能接受之金額作為健保費付費意願之設計。機率抽樣方式為由問卷執行人員先設定健保費付費金額再隨機抽樣 100 份問卷進行調查，每份問卷付金額以 10 元作等距變項設計，可以見到，當一位照顧服務員照顧 2 位病患時，150 元保費金額仍有 58% 的人回答願意付費，顯示 150 元以後的尾端仍有大量的付費意願存在，因此付費意願範圍侷限

在 150 元以內會造成本研究截尾問題及付費意願的低估，因此本研究以下的討論將放棄這個測量所得到的數據。

### (五) 總體社會成本試算

表 15 之成本試算僅以照顧服務員的薪資作為計算基礎，雖然照顧服務員必需經過教育訓練，因此必須列入教育訓練的成本，但由於此一成本的金額大小與照顧服務員的薪資相比非常微小，因此忽略不計。

本研究在進行三家試辦單位成本資料取得方面，僅成大附設醫院願意提供較完整資料，台中醫院所提供之資料因不完整亦無法採用，台北榮民總醫院則因成本為敏感資料無法提供，所以本研究成本計算參考，僅以成大附設醫院所提供資料作為分析參考。

以照顧服務員輪二班制分析每月總體社會成本計算，以單一時間點照顧服務員之薪資每月 23,000 元計算，換算每床成本後乘上 2005 年底全民健康保險病床數 94,358 床，一位照顧服務員對二位病患所得總體社會成本計算約為 22 億元，一位照顧服務員對四位病患所得總體社會成本計算約為 11 億元，一位照顧服務員對六位病患所得總體社會成本計算約為 7 億元。

再以照顧服務員輪三班制分析每月總體社會成本計算，以單一時



間點照顧服務員之薪資每月 23,000 元計算，換算每床成本後乘上 2005 年底全民健康保險病床數 94,358 床，一位照顧服務員對二位病患所得總體社會成本計算約為 33 億元，一位照顧服務員對四位病患所得總體社會成本計算約為 16 億元，一位照顧服務員對六位病患所得總體社會成本計算約為 11 億元。

本計算方式是以敏感度分析角度將假設性參數列入分析，當照顧服務員與照顧病患人數變動時，所得到的總體社會成本亦有所變動。

表 15 每月總體社會成本試算

照服員:病床 <sup>1</sup>	每床成本	總急性保險病床 <sup>2</sup>	總體社會成本
<b>兩班制</b>			
1:2	23,000	94,358	2,170,234,000
1:4	11,500	94,358	1,085,117,000
1:6	7,667	94,358	723,442,786
<b>三班制</b>			
1:2	34,500	94,358	3,255,351,000
1:4	17,250	94,358	1,627,675,500
1:6	11,500	94,358	1,085,164,179

1. 為單一時間點的比例，照顧服務員之薪資以每月 23,000 元計算。

2. 2005 年底全民健康保險統計

## (六) 總體社會成本效益分析與政策建議

在計算成本效益分析時必須考慮照顧服務員加入醫療服務之後所節省的護理加班費。依據成功大學附設醫院的計算，其外科病房每月可以節省 52,800 元的護理值班費，以 50 床計算即每床節省 1,056 元的護理值班費。內科病房每月可以節省 183,440 的護理值班費，以

50 床計算即每床節省 3,669 元的護理值班費。

以保守的數字作為計算基準，實施全責護理計畫每月每床可以節省 1,000 元的護理值班費，則全台灣急性保險病床 94,358 床可以節省 94,358,000 元。由於護理人力加班費的節省與照顧服務員與病床的比例有相關，但是，本研究無法獲得足夠的樣本資料來推估可簡省之費用資料，因此本研究參考成大醫院所提供外科病房每床可以節省 1,000 元費用估算。

表 16 全責護理計畫每月成本效益分析

	金額	總效益/成本	益本差	益本比
單一時間點 1 位照服員：2 張病床 (兩班制)				
民眾付費意願	2,112,084,032	2,206,442,032	36,208,032	1.017
節省護理加班費	94,358,000			
照服員薪資	2,170,234,000			
單一時間點 1 位照服員：4 張病床 (兩班制)				
民眾付費意願	1,288,884,012	1,383,242,012	298,125,012	1.275
節省護理加班費	94,358,000			
照服員薪資	1,085,117,000			
單一時間點 1 位照服員：6 張病床 (兩班制)				
民眾付費意願	770,589,312	864,947,312	141,504,526	1.196
節省護理加班費	94,358,000			
照服員薪資	723,442,786			
單一時間點 1 位照服員：2 張病床 (三班制)				
民眾付費意願	2,112,084,032	2,206,442,032	-1,048,908,968	0.678
節省護理加班費	94,358,000			
照服員薪資	2,170,234,000			
單一時間點 1 位照服員：4 張病床 (三班制)				
民眾付費意願	1,288,884,012	1,383,242,012	-244,433,488	0.850
節省護理加班費	94,358,000			
照服員薪資	1,085,117,000			
單一時間點 1 位照服員：6 張病床 (三班制)				

民眾付費意願	770,589,312			
節省護理加班費	94,358,000	864,947,312	-220,216,867	0.797
照服員薪資	723,442,786	1,085,164,179		

表 16 的成本效益分析顯示出有趣的結果。以單一時間點 1 位照顧服務員照顧 2 張病床，照顧服務員輪兩班制而言，其社會總效益最高約 22 億元，但社會總成本也最高約 21 億 7 仟萬元，費用如果全部由健保支出，則健保局每月必須支出 21 億 7 千萬元，其益本差為每月 3 千 6 百萬元，益本比為 1.017，因此未必是最有效率的方案。

以單一時間點 1 位照顧服務員照顧 4 張病床，照顧服務員輪兩班制而言，其社會總效益次高約 13 億 8 仟萬元，社會總成本也次高約 10 億 8 仟萬元，費用如果全部由健保支出，則健保局每月必須支出 10 億 8 千萬元，其益本差為每月 2 億 9 千 8 百萬元，益本比為 1.275，是三個方案之中益本差最大，益本比最高的方案，是三者中最有效率的方案，但是，健保局每月必須支出 10 億 8 千萬元，相當於台灣地區的人民，每人每月必須多繳 48.63 元健保費(1,085,117,000 / 22,314,647)，比較(表 13) 台灣地區的人民，每人每月願意多繳付 58.97 元健保費，可以看出以單一時間點 1 位照顧服務員照顧 4 張病床之方案較為可行。

以單一時間點 1 位照顧服務員照顧 6 張病床，照顧服務員輪兩班制而言，其社會總效益最低約 8 億 6 仟萬元，社會總成本也最低約 7

億 2 仟萬元，如果費用全部由健保支出，則健保局每月必須支出 7 億 2 千萬元，其益本差為每月 1 億 4 千萬元，益本比為 1.196，是三個方案之中益本差次大，益本比也次高的方案，因此是三者中效率排序第二順位的方案，但是，前提是健保局每月必須支出 7 億 2 千萬元，相當於台灣地區的人民，每人每月必須多繳 32.42 元健保費 (723,442,786 / 22,314,647)，比較(表 13) 台灣地區的人民，每人每月願意多繳付 34.35 元健保費，可以看出以單一時間點 1 位照顧服務員照顧 6 張病床之方案為第二可行方案。

以兩班制試算 1:2 或 1:4 或 1:6 三項方案的益本差均為正值，或者說益本比均大於 1，但以三班制試算 1:2 或 1:4 或 1:6 三項方案的益本差均為負值，或者說益本比小於 1，可以推論，全責護理計畫採行兩班制照護模式較可作為未來政策推動上參考之可行方式。

## 第五章 討論

### 一、三家試辦醫院執行成效討論：

依研究結果發現，三家試辦醫院所設定之目標值不同，達成率亦因病患嚴重程度不同而有所不同，在比較其執行成效時，以單一試辦醫院所呈現之數據作為達到成效之說法可信度較為薄弱，僅可以由單一試辦醫院自行依設定之組別作為比較。台北榮總則由實驗組與控制組比較；成大醫院則由內外科病房前後測問卷作為比較；台中醫院則以參與複合式照護模式或未參與複合式照護模式之間作為比較。

台北榮總所執行之成效：壓瘡發生率執行成效為 0.08%，達到目標值；跌倒發生率執行成效控制組高於實驗組；感染發生率實驗組較高於控制組；身體約束比率有設定目標值但未提出報告；護理人員對照服員工作態度滿意度實驗組較高於控制組；護理人員對於照服員輔助業務之滿意度實驗組高於控制組；護理人員對於配置病患照服員多者滿意度高；病患陪病率實驗組與控制組有差異；整體試辦計畫執行結果雖有成效，但因實驗病房之照服員來自於自費僱用照服員班數之回饋人力，照服員人力之分配顯有不足，對於病患之照顧亦屬於協助護理人員執行非專業之護理工作，病患較無法選擇理想的照服員，可行性需全面考量。

成大醫院執行結果：跌倒發生率方面，外科有明顯下降；內科因病人病情嚴重度增高，加上老人煩躁不安難以約束而有增高趨勢；壓瘡發生率方面，外科因病患病情嚴重度增高在急救過程造成壓瘡提高；內科則有明顯下降；住院陪病率方面，外科有明顯下降但內科卻因病患病情複雜及變化而上昇；鼻胃管自拔率方面，外科因病人病情嚴重度增高，加上老人煩躁不安難以約束而有增高趨勢；內科則有些微下降；護理指導完整率方面，內外科均有提昇，整體執行成效有顯差異及提昇，惟因急性病房與病情嚴重度較高，且因文化傳統觀念，執行照服員護理模式接受度受到一定程度的影響，且因照服員費用來自於病患自費，家屬希望照服員同在一間病房照顧，在病患與照服員之配對上有執行上的困難。

台中醫院執行結果：壓瘡發生率方面，參與複合式照護模式者較低；壓瘡盛行率方面，參與複合式照護模式者較高；跌倒發生率方面，參與複合式照護模式者較低；呼吸道感染率方面，參與複合式照護模式者較低；泌尿道感染率方面，參與複合式照護模式者與非複合式照護模式者相同；身體約束率方面，參與複合式照護模式者較高；病患陪病率方面，參與複合式照護模式者較低；病患陪客率方面，參與複合式照護模式者較低；整體執行上以參與複合式照護模式者差異性較大，病患對於複合式照護模式者之滿意度有提昇，而且參與照護模式

者自行付費 300 元明顯低於成大醫院之收費，照服員執行照護模式與台北榮總雷同，都是屬於協助護理人員執行照護模式，照服員無法全天候照顧同一位病患且病患亦較無法自行選擇理想的照服員。

由於三家試辦醫院執行模式不同，照服員收費及照護方式不同，加上各院所設定之研究病患疾病嚴重度不同，及設定目標值不同，雖各有成效，實在難以評估何者試辦單位所執行成效較為可行。但是，以付費意與成本效益作分析比較又可以得到一般民眾對於不同照護人數與健保費付費意願之差異，為比較本研究與台北市立聯合醫院執行成本效分析，將以社會效益作為計算基礎，假設台北市民的付費意願平均值等同於全台灣民眾的付費意願平均值，再依據台北市人口計算台北市的社會效益(表 19)分析。

## 二、臺北市立聯合醫院全責照顧制度照內容：

2003 年台灣暴發 SARS 疫情，為減少家屬因照顧病人而留院照顧或聘請非醫療專業人員(看護工)協助照顧病患住院期間之照護活動，台北市政府衛生局為有效控制 SARS 疫情於醫療機構蔓延，斥資二億投入照顧服務員之訓練及照顧工作之推動，將台北市五家綜合醫院推動全責護理照護工作列入試辦計畫，將非專業的生活照顧工作在護理人員的監督下執行「照護工作」，家屬是以陪伴角色提供親情支

持，而非分擔護理工作，不論是台北市政府所推行之「全責照護模式」政策，或是衛生署護理照護處所推行之「全責照護模式」，其目的都是為提升醫療專業照護品質，或減少病患家屬因照顧工作而請假之經濟負擔，或減少非專業人力在醫院「趴趴走」而造成院內感染等，使護理專業照護工作與非專業照護之業務以專業化分工執行，讓民眾可以享受到不同專業照護之服務品質。

依據台北市政府推動全責護理照護制度執行情形成果報告顯示，臺北市立聯合醫院於 2003 年起開始試辦全責照顧制度照護方式，由 2003 年至 2006 年所執行全責護理照護內容資料分析，照顧服務員輪 3 班制，以一位照顧服務員照顧五位病患為原則，照顧服務員之薪資以 23,000 元支付，試辦床數約計 2,136 至 2,023 床之間、試辦床位之住院人日數約 41,986 至 40,419 人日數(表 17)，預算費用由 2003 年 5 千 4 佰萬元至 2006 年 1 億 4 仟 8 佰萬元。

表 17：臺北市立聯合醫院全責照顧制度照護內容

年 度	92 年(7-12 月)	93 年	94 年	95 年
預算	54,411,240	161,862,920	148,609,056	148,609,056
照服員排班方式	3 班	3 班	3 班	3 班
照服員：照顧病人	1：5	1：5	1：5	1：5
照服員薪資（元）	23,000	23,000	23,000	23,000
試辦床位數	2136	2023	2136	2136
試辦床位之住院人日數 (月平均)	未統計	未統計	41986	40419

備註：照服員班另有輪值大、小夜值班津貼，大夜 300 元、小夜 200 元。  
資料來源：本研究整理

試辦期間，共進行 29 次陪病率調查，推動全責照顧制度試辦計



畫前陪病率介於 59-84%之間平均約 70.6%，透過陪病探病制度、嚴格執行佩戴陪病証，入院護理中加入全責護理的介紹、走動式管理柔性勸導家屬離院，又於 2004 年製作陪病文化宣導短片及全責照顧制度試辦計畫小冊，陪病率由推動前的 70.6 %下降至 29.9 %，2005 在工作小組充分討論下，考量國人陪病文化，將家人留院之動機加以釐清，修正對陪病的定義將實際參與病人身體照顧者定義為「陪病」，未參與照顧之責者定義為「陪伴」，以吻合全責照顧制度的精神及兼顧國情，定期於每個月第一及第三週進行陪病調查，94 年 1-5 月陪病率介於 22.6-26.2%間平均 22.8 %。

另外，針對台北市衛生局所訂定「陪病」及「陪伴」之定義，係以家屬參與與否作為區分，可能較台中醫院所訂定「每日到院陪病時間一次超過 4 小時者」，定義「陪病」與「每日到院陪病時間一次少於 4 小時為陪病」定義為「陪伴」之區別更為客觀，未來政策推動可以建議藉由單位護理長協助認定家屬參與照護活動之多寡作為「陪病」或「陪伴」之認定。

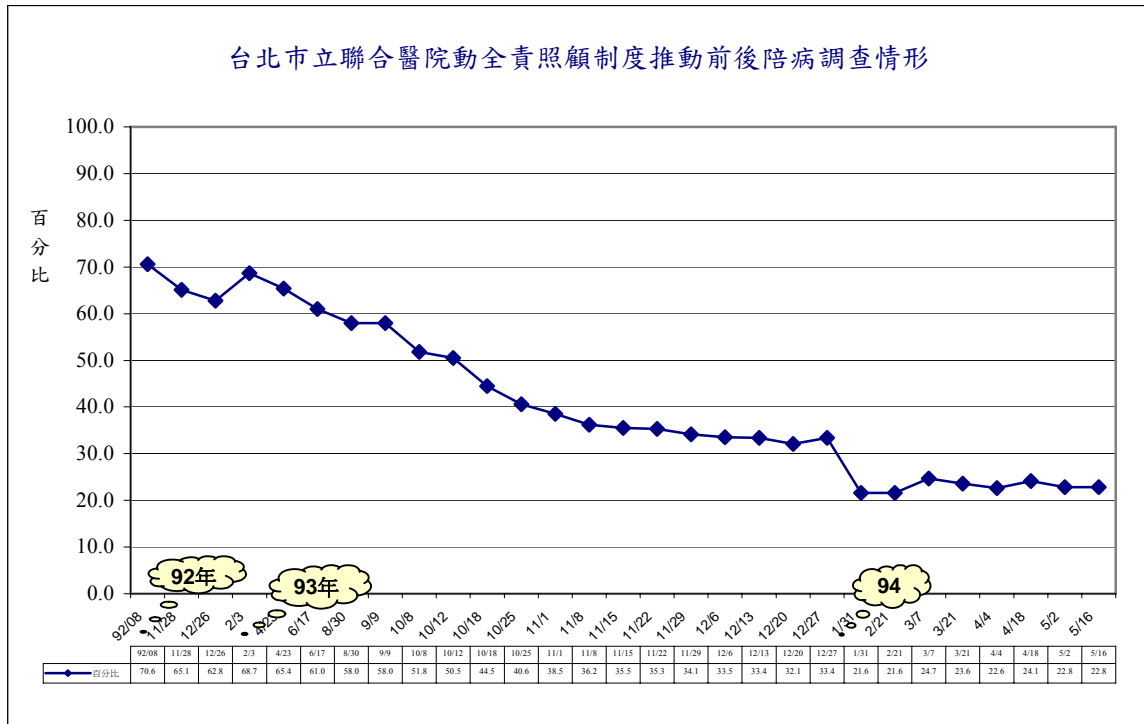


圖 3：全責照顧推動前後陪病率情形(資料來源：台北市政府網站)

醫院	94/1/31	94/2/21	94/3/7	94/3/21	94/4/4	94/4/18	9475/2	94/5/16	平均
和平	19.9%	16.6%	16.2%	16.8%	16.3%	16.4%	16.8%	20.7%	20.7%
中興	18.1%	21.7%	21.3%	20.4%	23.3%	22.1%	18.1%	19.7%	19.7%
仁愛	32.1%	28.3%	32.6%	28.3%	30.7%	28.3%	24.3%	27%	27%
忠孝	13.9%	20.7%	23.9%	26.1%	24.4%	24%	24.6%	24.6%	24.6%
陽明	23.9%	24.2%	29.2%	25.4%	21.3%	28.7%	26.2%	23.6%	23.6%
總計	23.3%	23.5%	26.2%	25.5%	24.0%	24.6%	22.6%	23.8%	22.8%
調查人數	1406	1334	1391	1479	1490	1519	1419	1341	1341

表 18：修訂陪病定義後 94 年 1-5 月五個辦理院區全責照顧推動後陪病率情形(資料來源：台北市政府網站)

全責照顧實施前家屬陪病率 46.1%，實施後降至 12.2%；全責照顧實施前看護工陪病率 18%，實施後降低至 12.8%(圖 4)；住院病

人及家屬對病房助理的照顧能力由全責照顧制度推動前的 68.0% 提高到 97.0%，顯示病人及家屬對病房助理照顧能力的肯定(圖 5)；在減輕病人或家屬經濟壓力方面由推動前 66.1% 提升至 78.0%；在增加家屬照顧其他家人時間方面，由全責照顧制度推動前的 67.0% 提高到 87.0%，顯示家屬可以有更多的時間顧其他家人(圖 5)；由護理人員指導下之病房助理負責照顧病患或家人是否感到放心方面，由全責照顧制度推動前的 68.0% 提高到 95.0%，顯示病房助理的照顧能力是被肯定的。

病房助理對於全責護理滿意度的調查結果(圖 6)，整體而言，92.3% 在接受職前訓練後對自己的工作能力很有信心，但有 72.3% 認為教育訓練是不足的；96.5% 的病房助理認同工作職責，在醫護相處方面，一直是全責照顧制度重視的課題，雖然病房助理的工作必須在護理人員指導下執行，但彼此間並非上下從屬關係，而是工作夥伴關係，滿意度調查結果有 91.4% 的病房助理認為醫護關係良好；但只有 19.5% 的人對薪水滿意的，值得深思，並列入未來政策推動上考量的問題，因為在執行前招考病房助理時，於報名表上已經清楚說明未來之工作內容(工作職責)、工作方式(輪班方式)及薪資待遇，但仍有高達 8 成的病房助理對薪資不滿意，顯見病房助理於現實面與認知有所落差。

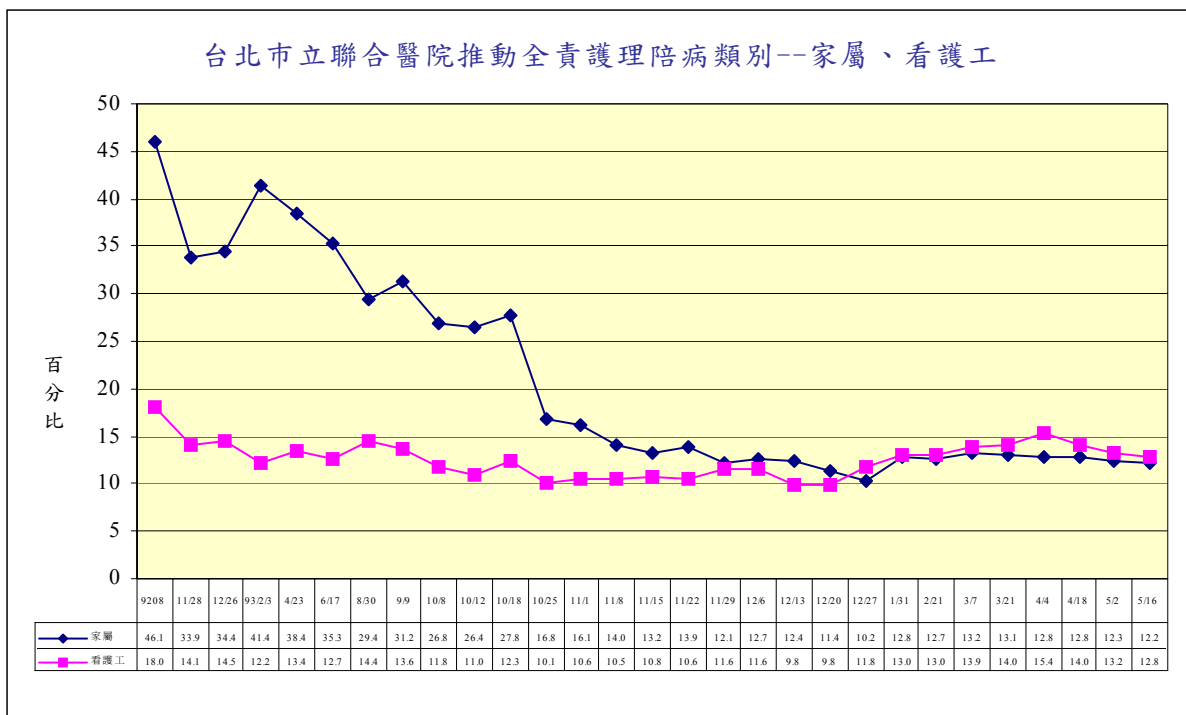


圖 4：全責照顧推動前後陪病類別的變化(資料來源：台北市政府網站)

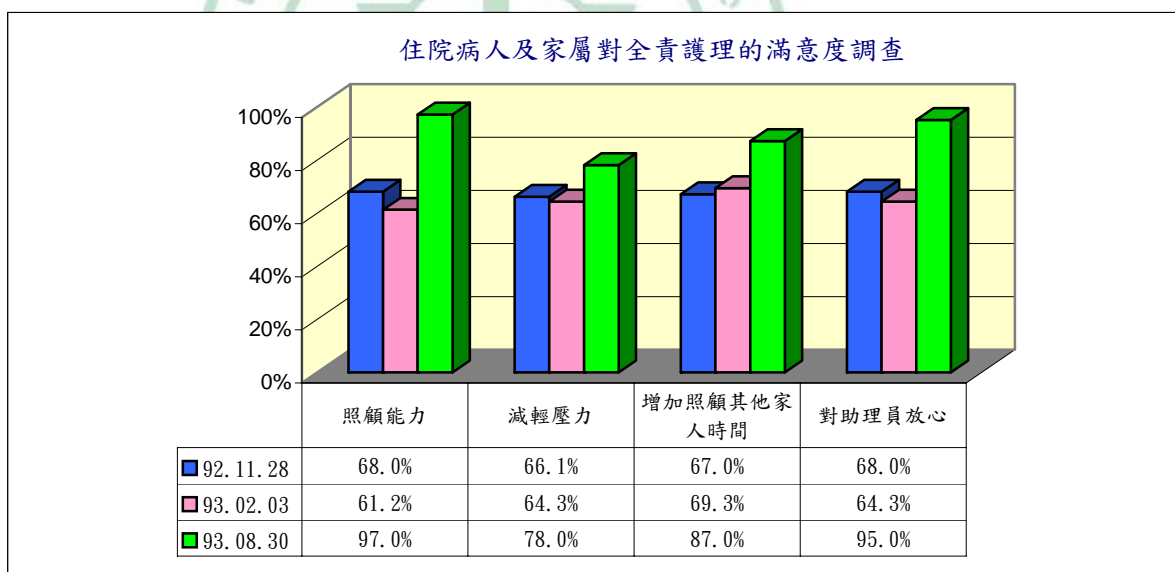


圖 5：住院病患及家屬對全責護理滿意度調查(資料來源：台北市政府網站)

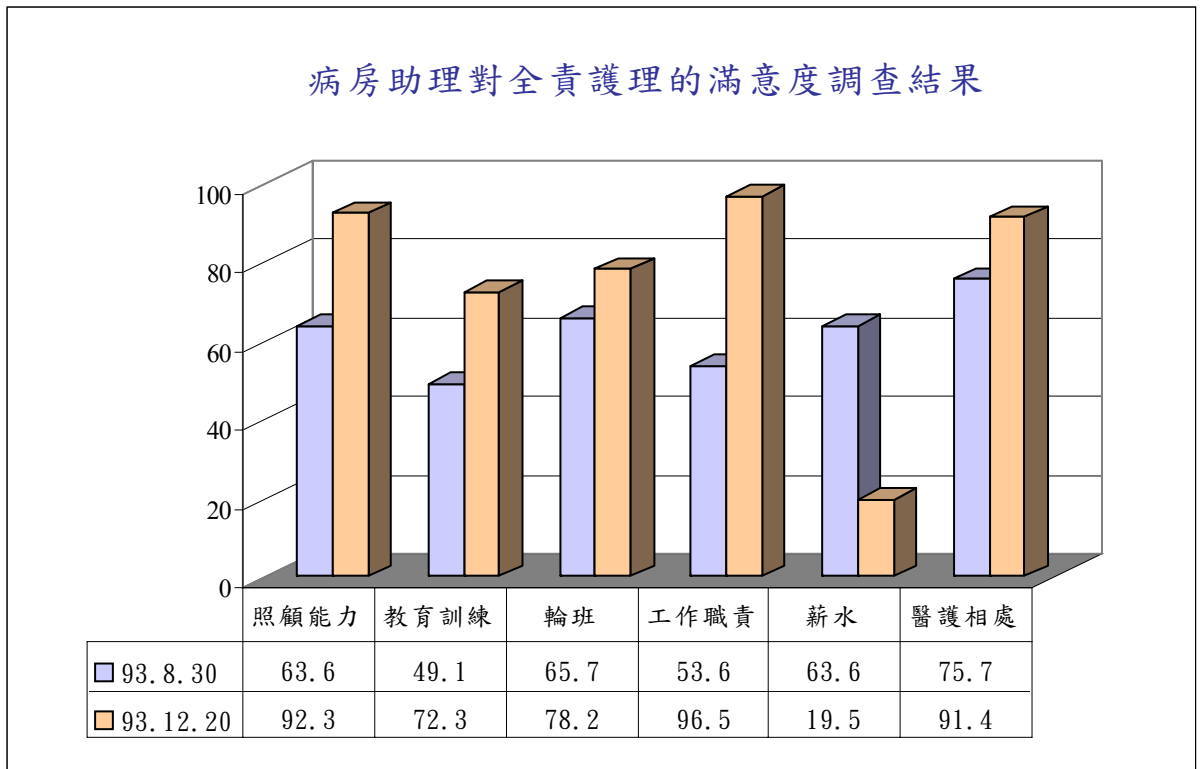


圖 6：病房助理對全責照護滿意度(資料來源：台北市政府網站)

以社會效益作為計算基礎，假設台北市民的健保費付費意願平均值等同於全台灣民眾的付費意願平均值，再依據台北市人口計算台北市的社會效益(表 19)，試算結果，一位照顧服務員照顧二位病患所得總體社會效益約 2 億 5 仟萬元；一位照顧服務員照顧四位病患所得總體社會效益約 1 億 5 仟萬元；一位照顧服務員照顧五位病患所得總體社會效益約 1 億 2 仟萬元；一位照顧服務員照顧六位病患所得總體社會效益約 9 仟萬元。

表 19：台北市每月總體付費意願試算：付費意願卡

照服員:病患	付費意願	台北市人數 <sup>1</sup>	總體社會效益
1:2	97.14	2,632,242	255,695,988
1:4	58.97	2,632,242	155,223,311
1:5 <sup>2</sup>	46.66	2,632,242	122,820,412
1:6	34.35	2,632,242	90,417,513

1. 2005 年底台北市政府統計

2. 取內插平均

依據照服員薪資與配班方式及依據台北市所有一般病床數作為計算基礎，計算台北市一般病床每床成本，計算總體社會成本(表 20)。試算結果，一位照顧服務員照顧二位病患所得總體社會成本約 6 億 3 仟萬元；一位照顧服務員照顧四位病患所得總體社會成本約 3 億 2 仟萬元；一位照顧服務員照顧五位病患所得總體社會成本約 2 億 5 仟萬元；一位照顧服務員照顧六位病患所得總體社會成本約 2 億 1 仟萬元。但是，由於台北市為病床集中地區，必須服務台灣其他地區民眾，因此，此一計算基礎高估總體社會成本。

表 20：台北市每月總體社會成本試算(一)(三班制)

照服員:病床 <sup>1</sup>	每床成本	台北市一般病床 <sup>2</sup>	總體社會成本
1:2	42,000	15,100	634,200,000
1:4	21,000	15,100	317,100,000
1:5	16,800	15,100	253,680,000
1:6	14,000	15,100	211,400,000

1. 為單一時間點的比例，照顧服務員之薪資以每月 23,000 元計算，輪值三班制，大夜班加 300 元，小夜班加 200 元。

2. 每床成本(23000 元\*3 班制)+(200+300)\*30 天計算費用

3. 2006 年底台北市統計資料

依據照服員薪資與配班方式計算每床成本，再依據台北市政府推

動計畫之試辦病床數作為計算基礎，計算總體社會成本(表 21)。試算結果，一位照顧服務員照顧二位病患所得總體社會成本約 9 仟萬元；一位照顧服務員照顧四位病患所得總體社會成本約 4 仟 5 佰萬元；一位照顧服務員照顧五位病患所得總體社會成本約 3 仟 6 佰萬元；一位照顧服務員照顧六位病患所得總體社會成本約 3 仟萬元。由於台北市政府所執行之試辦病床無法照顧所有台北市民，因此此一計算基礎會有低估總體社會成本。

表 21：台北市每月總體社會成本試算(二)(三班制)

照服員:病床 <sup>1</sup>	每床成本	台北市試辦病床 <sup>2</sup>	總體社會成本
1:2	42,000	2,136	89,712,000
1:4	21,000	2,136	44,856,000
1:5	16,800	2,136	35,884,800
1:6	14,000	2,136	29,904,000

1. 為單一時間點的比例，照顧服務員之薪資以每月 23,000 元計算，輪值三班制，大夜班加 300 元，小夜班加 200 元。
2. 2005 及 2006 年試辦計畫統計資料

由於表 20 及表 21 兩種計算基準差距過大，無法相互比較，將台北市民需求之一般病床數假設等同於全台灣民眾，2005 年底全台灣共有保險急性病床數 94,358 床，再依據 2005 年底全民健康保險統計，全台灣保險對象為 22,314,647，台北市人口數為 2,632,242(2005 年底台北市政府統計)，計算台北市人口所需急性病床數為  $94,358 \times 2,632,242 \div 22,314,647 = 11,130$  床。以此作為計算基礎之結果列於表 22。

試算結果，一位照顧服務員照顧二位病患所得總體社會成本約 4 億 7 仟萬元；一位照顧服務員照顧四位病患所得總體社會成本約 2 億

3 仟萬元；一位照顧服務員照顧五位病患所得總體社會成本約 1 億 9 仟萬元；一位照顧服務員照顧六位病患所得總體社會成本約 1 億 6 仟萬元。

依據表 21 之計算，臺北市全責護理計畫所需之照服員薪資每月共計 35,884,800 元，以 13.5 個月計算一年需要照服員薪資共計 484,444,800 元，但是，2006 年臺北市全責護理計畫之預算編列為 148,609,056 元，臺北市全責護理執行計畫所需之社會成本與執行計畫所需之預算間有明顯差距。兩者之間的差距應透過更精確資料計算作為釐清，才可以作為未來政策推動之參考。

表 22：台北市每月總體社會成本試算(三)(三班制)

照服員:病床 <sup>1</sup>	每床成本	台北市需求病床	總體社會成本
1:2	42,000	11,130	467,460,000
1:4	21,000	11,130	233,730,000
1:5	16,800	11,130	186,984,000
1:6	14,000	11,130	155,820,000

1. 為單一時間點的比例，照顧服務員之薪資以每月 23,000 元計算，輪值三班制，大夜班加 300 元，小夜班加 200 元。

依據表 19 與表 22 之結果，進行簡易成本效益分析，試算結果如表 23 所示。所有成本計算均以照服員薪資為依據，而非以計畫預算為依據。



表 23：台北市全責護理計畫每月成本效益分析

	金額	總效益/成本	益本差	益本比
單一時間點 1 位照服員：2 張病床 (兩班制)				
民眾付費意願	255,695,988	266,825,988	-72,639,012	0.786
節省護理加班費	11,130,000			
照服員薪資	339,465,000			
單一時間點 1 位照服員：4 張病床 (兩班制)				
民眾付費意願	155,223,311	166,353,311	-3,156,589	0.981
節省護理加班費	11,130,000			
照服員薪資	169,509,900			
單一時間點 1 位照服員：5 張病床 (兩班制)				
民眾付費意願	122,820,412	133,950,412	-1,835,588	0.986
節省護理加班費	11,130,000			
照服員薪資	135,786,000			
單一時間點 1 位照服員：6 張病床 (兩班制)				
民眾付費意願	90,417,513	101,547,513	-11,611,197	0.897
節省護理加班費	11,130,000			
照服員薪資	113,158,710			
單一時間點 1 照服員：2 病床 (三班制)				
民眾付費意願	255,695,988	266,825,988	-200,634,012	0.571
節省護理加班費	11,130,000			
照服員薪資	467,460,000			
單一時間點 1 照服員：4 病床 (三班制)				
民眾付費意願	155,223,311	166,353,311	-67,376,689	0.712
節省護理加班費	11,130,000			
照服員薪資	233,730,000			
單一時間點 1 照服員：5 病床 (三班制)				
民眾付費意願	122,820,412	133,950,412	-53,033,588	0.716
節省護理加班費	11,130,000			
照服員薪資	186,984,000			
單一時間點 1 照服員：6 病床 (三班制)				
民眾付費意願	90,417,513	101,547,513	-54,272,487	0.652
節省護理加班費	11,130,000			
照服員薪資	155,820,000			

試算結果，以照顧服務員輪三班制，單一時間點 1 位照顧服務員

照顧 2 張病床(1:2)或單一時間點 1 位照顧服務員照顧 4 張病床(1:4)

或單一時間點 1 位照顧服務員照顧 5 張病床(1:5)或單一時間點 1 位照顧服務員照顧 6 張病床(1:6)而言，其益本差均為負數或益本比小於 1(介於 0.57-0.71 之間)。

台北市試辦計畫以照顧服務員輪兩班制，試算結果，單一時間點 1 位照顧服務員照顧 2 張病床(1:2)或單一時間點 1 位照顧服務員照顧 4 張病床(1:4)或單一時間點 1 位照顧服務員照顧 5 張病床(1:5)或單一時間點 1 位照顧服務員照顧 6 張病床(1:6)而言，其益本差均為負數或益本比小於 1(介於 0.78-0.98 之間)。

但是，三家試辦醫院以照顧服務員兩班制試算 1:2 或 1:4 或 1:6 三項方案的益本差均為正值或益本比均大於 1，以照顧服務員三班制試算 1:2 或 1:4 或 1:6 三項方案的益本差均為負值或益本比小於 1，將台北市立聯合醫院與與三家試辦醫院二者之間計算比較，可以推論，全責護理計畫執行方式採行以照顧服務員三班制方式所得到之效益較以照顧服務員採行兩班制照護模式效益不理想。

北市立聯合醫院所執行試辦全責護理計畫效益面計算，是假設台北市民的健保費付費意願平均值是等同於全台灣民眾的健保費付費意願平均值，及假設台北市民需求之一般病床數等同於全台灣民眾需求之床數，若可以取得更精確資料計算，再分析結果，可能會發現其他不同差異。

但是，以台北市政府推動全責照護計畫推動調查結果顯示，家屬陪病率下降至 12.2 %，看護工陪病率降低至 12.8 %，住院病人及家屬對病房助理的照顧能力提高到 97.0%，減輕病人或家屬經濟壓力方面提升至 78.0%，住院病人及家屬認為因為住院有全責照顧可以增加照顧家人的時間提高到 87.0%，由護理人員指導下之病房助理負責照顧病患或家人是否感到放心方面提高到 95.0%，可以看出，台北市政府所推動的全責護理照護計畫之醫療服務項目，是台北市民可以接受的全責照護方案。

在政府預算緊縮、醫療給付制度改變，使得國內外各大機構重新評估護理人力，改變護理照護模式，以保留競爭力與維護照護品質。壓制成本已是醫療機構管理者最重要工作，醫院開始僱用低薪資輔助人力執行量大的但不複雜的照顧活動(Habgood, 2000; Lee, Yeh, Cien, 2005)，美國醫療品質委員會(Joint Commission)主張醫療機構必須有足夠合格且具備適當能力的人員執行病人照護工作，其所指稱的照顧人員不僅是護理人員，也包括非專業輔助人員(照顧服務員)，醫療機構必須隨時評估病人需要而提供照顧人力(Herringer, 2000)。

因此，不論是台北市政府或衛生署護理照護處所推動之「全責護理照護計畫」成本如何？效果如何？效益如何？其宗旨都是

希望藉由明確的執行規範，使病患照顧服務員在培訓活動上，可以提升照顧服務品質及工作成就感，更可以提昇照護能力確保病患住院期間照護之安全，進而改變傳統之固有陪病文化，減少住院期間家屬陪病人數，減少院內感染問題，減輕家屬僱用看護工的經濟壓力，藉由護理工作分工的落實，不同層級的人員執行不同的工作內容，來加強住院期間護理照護品質，提昇病人及家屬的滿意度，不論有形與無形之成果，都值得未來政策全力推動，但是，實施計畫之成本效益方面，應將「使用者付費」之精神列入可行性評估，以期能達到”公平性”原則。

### 三、研究限制：

- 1、試辦計畫執行前無法將三家參與試辦單位所制定之目標予一致性，而出現部份計畫目標無法量化測量，及無法明確說明每一項量指標的操作型定義。
- 2、本研究參與試辦單位無法配合學術評估單位之需求填寫資料，使得成本評估無法獲得較完整的資料分析。
- 3、三家試辦單位所使用的評估方法不同，目標也不一致，容易造成多重目標間比較難以分析之困擾。
- 4、各試辦單位所使用指標不一致，定義混淆，造成試辦結果之間指標無法比較。

## 第六章 結論與建議

本研究以國內北、中、南地區三家不同等級、不同屬性、不同地區之不同層級的醫院分別進行全責護理照護模式試辦計畫，分別針對不同照護模式進行分析，再將其執行成效與推動多年的台北市立聯合醫院作為比較，以推論實施全責護理所節省之人力成本及提昇護理照護品質是否有其推廣性，並由成本分析中探討不同照護模式確實有不同的推廣價值，並將經濟評估效益方式納入試算，以作為日後政策推動之參考。

以表 16 顯示，以單一時間點由 1 位照顧服務員負責照顧 4 張病床而言，其社會總效益及社會總成本較低於 1 位照顧服務員負責照顧 2 張病床之效益及成本，高於 1 位照顧服務員負責照顧 6 張病床之效益及成本，假如照顧費用全部由健保支出，則健保局每月必須支出 10 億 8 千萬元費用，其每月益本差為 2 億 9 千 8 百萬元，益本比為 1.275，是單一時間點由 1 位照顧服務員負責照顧 2 張病床或 6 張病床之三個方案中益本差最大，益本比也最高的方案，因此是三種不同照護人力之中最有效率的方案，但是，健保局必須每月支出 10 億 8 千萬元，相當於台灣地區的人民，每人每月必須多繳 48.63 元健保費，此一方案之所以可行，乃是因為台灣地區的人民，每人每月願意多繳 58.97 元健保費來支持這項政策。

本研究評估，以有意願參加的病患之收費作為試辦計畫或未來政策推動照顧服務員經費之來源，應為現行制度執行比較具有可行性的做法，不過，將照顧服務員指定派遣給繳費病患使用，病患感受的合理性較高，但可能會因為病患通常無法集中在同一病房內由同一位照顧服務員負責照護，而可能會出現照顧服務員與病患之間不容易配對的問題，而因在未來政策推動上比較不容易執行。

如果以政策補助計畫投入經費作為計算基準，則每人次所投入的計畫經費較高。如果病患同意自行支付費用，並且由病房護理人員指揮調度所聘請之照顧服務員，病患可以擁有收費較低的優點，但病患所接受照顧的感受合理性可能較低。如果照顧服務員來自於外包人力公司所累積的回饋人力，這樣的安排病患有不必繳費的優點，但是，以醫療體系現狀而言，其可行性較低。

但是，由另一個角度來看，如果政府進行試辦計畫成本效益分析的目的，是嘗試評估全責護理模式由健保給付的可能性時，則不向病患收費的模式，反而最接近民眾參與政策情境。但是，在試辦計畫的執行上，單由外包公司所累積回饋的服務員人力在配置上與政策推動上可能執行較為不足。

不過由於不同照護人力之方案其益本差均為正值，或者說益本比均大於 1，是屬於可以推動的政策，如果醫療政策將此項計

畫之支付費用納入健保給付範圍，民眾願意繳交的健保費用高於實施全責護理計畫所需之成本，推動全責護理照護活動，將是一個政府單位、保險人、民眾、醫療人員各方均共同獲益的資源配置，因此，以完善的「全責護理」取代家屬留院制度，建構全責護理照護計畫提供全方位醫療照護品質，應是目前人口趨於高齡化，社會健康需求改變，疾病形態漸趨複雜，所必須面對的重要課題及克不容緩的重要工作。

### **建議事項：**

#### **一、計畫目標與資料蒐集：**

(一)計畫書目標與執行成果目標不一致之問題，可以由學術評估單位與政府委託單位合作，於執行計畫開始前即組成專家學者委員會，將試辦單位必須按期回報的資料予以規格化，再要求試辦單位按期回報。

(二)資料取得執行過程，因為必須透過各試辦單位的人體試驗委員會審核，才可取得相關統計資料，因此學術評估單位極可能在耗費大量行政接洽與時間等待之後，才發現無法取得試辦單位的資料，所以學術評估單位如果無法向政府委託單位合作取得該項資料，則學術評估單位必須主動與試辦單位接洽，先瞭解試辦單位之內部程序，以順利取得試辦單位內部行政統計資料。

## 二、計畫評估依據：

(一)由於各試辦單位所用方法不同，追求目標不一致，試辦計畫所欲達成的多重目標之中，並未有主導性的目標存在，因此容易造成多重目標之間比較上的困難。應於推動前即予以量化，在評估方面較有一致性，此點，可作為未來政策推動的參考依據。

(二)各目標的定義在辦計畫之中未完全統一，因此進行成本效果分析有一定程度的困難，後續的評估計畫應該考慮以執行內容分析(implementation analysis)、成效或效果分析(effectiveness analysis)、成本效益分析(cost-benefit analysis)為主。

(三)每日到院陪病時間少於4小時者定義為「病患陪客率」，值得作為二者不同區別之參考，其餘二家試辦單位並未將陪病率與陪客分開計算及定義，未來政策推動後續評估計畫有必要訂出更為周延的定義與更為明確的測量方式。



## 第七章 參考文獻

- Aday LA, Begley CE, Lairson DR, Slater CH. (1993) Evaluating the Medical Care System: Effectiveness, Efficiency, and Equity. Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan.
- Aiken, L. H., Clarke, S.P., & Sloane, D. M. (2000). Hospital restructuring: Does it adversely affect care and outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 30 (10), 457-465.
- Aiken, L. H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J. & Sibling, J. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*, 288 (16), 1987-1993.
- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J., & Silber, J.H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *The Journal of the American Medical Association*, 288(16), 1987-1993.
- Aiken, L.H., Havens, D.S., & Sloane, D.M. (2000). The magnet nursing services recognition program. *American Journal of Nursing*, 100(3), 26-35.
- Aiken, L.H., Smith, H.L., & Lake, E.T. (1994). Lower medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care. *Medical care*, 32, 771-787.
- Alberta Association of Registered Nurses (AARN). (1995). Nursing skill mix and patient/client outcomes: a literature review. Edmonton, Alberta: AARN.
- American Nurses Association. (1992). Position Statement on Registered Nurse Utilization of Unlicensed Assistive Personnel. Washington, DC: American Nurses Association.
- American Nurses Association. (1995). Nursing care report card for acute care. Washington, DC: American Nurses Publishing.
- American Nurses Association. (1996). Registered professional nurse and unlicensed assistive personnel 2<sup>nd</sup> ed. Washington, DC: American Nurses Publishing.
- American Nurses Association. (2000). Nurse Staffing and Patient Outcomes in the Inpatient Hospital Setting. Washington, DC: American Nurses Publishing.
- Andersonm GF, Petrosyan V, Hussey PS, Multinational Comparisons of Health

Systems Data (New York: Commonwealth Fund, October 2002); and Starfield, Primary Care

- Anthony, M.K., et. al. (2000). Factors influencing outcomes after delegation to unlicensed assistive personnel. *Journal of Nursing Administration*, 30(10), 474-481.
- Badovinac, C.C., Wilson, S., & Woodhouse, D. (1999). The use of unlicensed assistive personnel and selected outcome indications. *Nursing Economic*, 17(4), 194-200.
- Barczak, N. & Spunt, D. (1999). Competency-based education: maximize the performance of your unlicensed assistive personnel. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 30(6). 254-259, 284-285.
- Barry-Walker, J. (2000). The impact of systems redesign on staff , patient , and financial outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 30(2), 77-89.
- Barter, M., McLaughlin, F., & Thomas, S. (1997). Registered nurse role changes and satisfaction with unlicensed assistive personnel. *Journal of Nursing Administration*, 27(1), 29-38.
- Bauer, D. (1999). Successful delegation skills enhance patient care Association of operating room nurses. *AORN Journal*, 69(4), 851–856.
- Bertram, D. L.(1994).Selection patient care delivery systems. In; Wlody GS, ed. *Managing Clinical Practice in Critical Nursing* , St. Louis: Mosby.
- Blegen, M.A., Goods, C.J., & Reed, L.(1998). Nursing staffing and patient outcomes. *Nursing Research*, 47(1) , 43-50.
- Blendon RJ et al. “Common Concerns amid Diverse Systems: Health Care Experiences in Five Countries,” *Health Affairs*22, no. 3 (2003): 117–121.
- Blendon RJ et al. “Confronting Competing Demands to Improve Quality: A Five-Country Hospital Survey,” *Health Affairs* 23, no. 3 (2004): 119–135
- Blendon RJ et al., “Inequities in Health Care: A Five-Country Survey,” *Health Affairs* 21, no. 3 (2002): 182–191.
- Bond, C.A., Raehl, C.L., Pitterie, M.E. & Franke, T. (1999). Health care professiona

- staffing, hospital characteristics, and hospital mortality rates. *Pharmacotherapy*, 19, 130-138.
- Bosek, M. S. (2001). Mandatory overtime: professional duty, harms, and justice. *JONA's Healthcare Law, Ethics, & Regulation*. 3(4), 99-102.
- Bower, K. (1997). Case Management and Clinical Paths: Strategies to Support the Perinatal Experience. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 26(3), 329-333.
- Bowman, S., Bray, K., Leaver, G., Pilcher, T., Plowright, C., & Stewart, L. (2003). Healthcare assistant's role, function and development: Result of a national survey. *Nursing Critical Care*, 8(4), 141-148.
- Bryan, Y.E., Hitchings, K.S., Fuss, M.N., Fox, M.A., Kinneman, M.T., & Young, M.J. (1998). Measuring and evaluating hospital restructuring efforts. Eighteen-month follow-up and extension to critical care, part I. *Journal of Nursing Administration*, 28(9) 21-27.
- Buchan, J. & Dal Poz, M. R. (2002). Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence, *Bulletin of the World Health Organization*, 80(7), 575-580.
- Burke, R.J. (2002). The ripple effect. *Nursing Management*, 33(2), 41-42.
- Carr-Hill R, Dixon p, Gibbs I, Griffiths M, McCaughan D, et al. (1992). Skill mix and the effectiveness of nursing care, York (UK): University of York, center for Health Economics.
- Cesta, T., & Falter, E. (1999). Case Management: its value for staff nurses. *American Journal of Nursing*, 99(5), 48-51.
- Cesta, T., & Falter, E. (1999). Case Management: its value for staff nurses. *American Journal of Nursing*, 99(5), 48-51.
- Clark, T., & Thurston, N. (1994). The RN and LPN skill mix. *Cancer Nurse*, 90(11), 19-22.
- Clements RM. (1974) *The Canadian Hospital Accounting Manual Supplement*. Toronto: Livingston Printing.

- Cohen, E. L., & Cesta, T. G. (2001). *Nursing Case Management*(3rd ed.). St. Louis : Mosby
- Collins C, Green A. (1994) Decentralisation and primary health care: some negative implications in developing countries. *International Journal of Health Services* 24(3): 459-476.
- Collins C. (1994) *Management and Organisation in Developing Countries*. Oxford: Oxford University Press.
- Coulter A, Magee H, *The European Patient of the Future* (Maidenhead, U.K.: Open University Press, 2003)
- Dawes, B.S. (1997). Delegation of patient care responsibilities to unlicensed assistive personnel. *AORN*, 65, 138-140.
- Dickson, C. (1998). Labour gains. *Nursing Time*, 94(15), 29.
- Donaldson MS, Yordy KD, Lohr KN, Vanselow NA, eds. *Primary Care America's Health in a New Era*. Washington, DC: National Academy Pr; 1996
- Drummond MF, O'Brien B, Stoddart GL, Torrance GW. (2005) *Methods for Economic Evaluation of Health Care Programmes*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press.
- Drummond MF, Stoddart GL. (1995) Economic evaluation of health-producing technologies across different sectors: can valid methods be developed? *Health Policy* 33: 219-231.
- Eagar K, Garrett P, Lin V. (2001) *Health Planning: Australian Perspective*. South Eales: Allen & Unwin.
- Eastaugh, S. & Regan-Donovan, M. (1990). Nurse extenders offer a way to trim staff expenses. *Healthcare Financial Management*, 44, 58-62.
- Gardner, D. (1991). Issues related to the use of nurse extenders. *Journal of Nursing Administration*, 21(10), 40-45.
- Gersch, P. (1996). Initiating a patient service partner program. *Nursing Management*, 27(10), 46-50.

- Gold MR, Siegel JE, Russell LB, Weinstein MC. (1996) Cost-effectiveness in Health and Medicine. Oxford: Oxford University Press.
- Green A. (1999) An Introduction to Health Planning in Developing Countries. 2nd ed.
- Grumbach K, Bodenheimer T, “A Primary Care Home for Americans: Putting the House in Order,” *Journal of the American Medical Association* 288, no. 7 (2002): 889–893.
- Habgood, C.M. (2000). Ensuring proper delegation to unlicensed assistive personnel. *AORN Journal*, 71(5), 1058-1060.
- Hailey, D., & Harstall, C. (2002). Nursing skill mix and health care outcomes. Alberta Heritage Foundation for Medical Research. Edmonton, Alberta: AARN.
- Hall, Richard H, (1991) Organizations: Structures, and Outcomes. New Jersey: Prentice-Hall.
- Harrison, P.P., Dickey, C. & Ford, A. (1990). Evaluating an RN/ coworker model. *Journal of Nursing Administration*, 20(3), 11-15.
- Health Canada, “Primary Health Care Transition Fund,” 19 November 2002, (1 October 2004)
- Healthcare Commission and Picker Institute Europe, “Patient Survey Report 2004: Primary Care,” 2004, (20 October 2004).
- Hegedus, K.S (1980). Primary nursing: Evaluation of professional nursing practice. *Nursing Dimensions*, 7(4), 85-89
- Heinemann, D., et al. (1996). Partners in patient care: Measuring the effects on patient satisfaction and other quality indicators. *Nursing Economics*, 14(5), 276-285.
- Herringer, J.M. (2000). Best number, best mix, best method. *Nursing Management*, 31(4), 17.
- Horgren CT. (1994) Cost Accounting: A Managerial Emphasis. 5th ed. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Institute of Medicine, *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the Twenty-first Century* (Washington: National Academies Press, 2001); and

Organization for Economic Cooperation and Development, Towards High Performing Health Systems (Paris: OECD, 2004)

Jack, B., Brown, J., & Chapman, T. (2004). Ward managers perceptions of the role of healthcare assistants. *British Journal of Nursing*, 13(5), 270–275.

Jacobs, P. *The Economics of Health and Medical Care*, 3<sup>rd</sup> ed. Gaithersburg: Aspen Publishers, Inc., 1991. Abel-Smith B. (1994) *An Introduction to Health Policy, Planning and Financing*. London: Longman Group Limited.

Johns-Lee MW, Hammerton M, Phillips PR. (1985) The value of safety: results of a national sample survey. *Economic Journal* 95: 49-72.

Jones-Lee MW. (1976) *The Value of Life: An Economic Analysis*. Chicago: University of Chicago Press.

Jung, F. D. (1991). Teaching registered nurses how to supervise nursing assistants. *JONA*, 21(4), 32-36.

Kany, K. (1999). How can nurses combat mandatory overtime? *American Journal of Nursing*, 99(8). 77.

Kleinke JD. *Bleeding Edge: The Business of Health Care in the New Century*. Gaithersburg, MD: Aspen Publishers; 1998.

Kron, T. & Gray, A.(1987).*The Management of Patient Care:Putting Leadership Skills to Work*.Philadelphia:WB Saunders.

Krapohl, G, & Larson, E.(1987). The imoact of unlicensed assistive personal on nursing care delivery. *Nursing Economic*, 14(2), 99-110

Kovner, C. & Gergen, P. (1998). Nurse staffing levels and adverse events following surgery in U.S. hospitals. *Image - the Journal of Nursing Scholarship*, 30(4), 315-321.

Lee, D., Mackenzie, A., & Dudley, B.S. ( 1998 ). Case Management : a review of the def initions and practices. *Journal of Advanced Nursing*, 27(5), 933-939.

Lee, T. Y., Yeh, M. L., Chen, H. H. & Lien, G. H. (2005). The skill mix practice model for nursing: Measuring outcome. *Journal of Advanced. Nursing*, 51(4),

406–413.

Malkin, K.E. (1993). Primary nursing: job satisfaction and staff retention. *Journal of Nursing Management*, 1, 119-124

Macinko J, Starfield B, and Shi L. “The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970–1998,” *Health Services Research* 38, no. 3 (2003): 831–865.

Malby, R. (1990). Helping hands: Vocational support. *Nursing Time*, 86(16), 31-32.

Manthey, M., Ciske, K, Robertson, P. & Harris, I. (1970). Primary nursing: A return to the concept of my nurse and my patient. *Nursing Forum*, 9, 65-83.

Mayer RR. (1985) *Policy and Program Planning: A Developmental Perspective*. Prentice-Hall, New Jersey.

McClung, T.M. (2000). Assessing the reported financial benefits of unlicensed assistive personnel in nursing. *Journal of Nursing Administration*, 30(11), 530-534.

McGillis H.L. (1997). Staff mix models: Complementary or substitution roles for nurses. *Nursing Administration Quarterly*, 21(2), 31-39.

McGillis Hall, L. Doran, D., & Pink, G.H. (2004). Nurse staffing models, nursing hours, and patient safety outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 34(1), 41-45.

McLaughlin, F.E., Barter, M., & Thomas, S.A. et al. (2000). Perceptions of registered nurses working with assistive personnel in the United Kingdom and the United States. *International Journal of Nursing Practice*, 6, 46-57.

Meckna, H. P., Hasson, F & Keeney, S. (2004). Patient safety and quality of care: the role of the health care assistant. *Journal of Nursing Management*. 12. 452-459.

Mishan EJ. (1971) Evaluation of life and limb: a theoretical approach. *Journal of Political Economy* 79: 687-706.

Mularz, L., Maher, M., Johnson, A., Rolston-Blenman, B. & Anderson, M. (1995). Theory m: A restructuring process. *Nursing Management*, 49-52.

- Murray M, et al., "Improving Timely Access to Primary Care: Case Studies of the Advance Access Model," *Journal of the American Medical Association* 289, no. 8 (2003): 1042–1046
- Murray, K. (2001). Invaluable assistance: healthcare assistants could do with more support from nurses: the role of the healthcare assistant. *Nursing Standard*, 16(7), 12.
- Murry, M.K. (1999). Is healthcare reengineering resulting in union organizing of register nurses? *Journal of Nursing Administration*, 29(10), 4-7.
- Myra, K. (2004). AMWAC and AHWAC. *Health Workforce Intelligence*, 4(2), 1-4.
- Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., & Zelevinsky, K. (2000). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346(22), 1715-1722.
- Neumann P, Johannesson M. (1994) The willingness-to-pay for in vitro fertilization: a pilot study using contingent valuation. *Medical Care* 32: 686-699.
- Nursing and Midwifery Council, (2002). *Code of professional conduct*. NMC, London.
- Nyberg, D.B. (1999). Successful delegation skills enhance patient care. *AORN*, 69(4), 851-854, 856.
- O'Brien BJ, Gafni A. (1996) When do the 'dollars' make sense? Toward a conceptual framework for contingent valuation studies in health care. *Medical Decision Making* 16: 288-299.
- O'Malley, J. & Llorente, B. (1990). Back to the future: Redesigning the workplace. *Nursing Management*, 21(10), 46–48.
- Olsen JA, Donaldson C. (1997) Helicopters, hearts and hips: using willingness to pay to set principles for public sector health programmes. *Social Science and Medicine*.
- Palfrey C. (2000) *Key Concepts in Health Care Policy and Planning: An Introductory Text*. London: MacMillan Press Ltd.
- Pearcy, P. (2000). Role perceptions of auxiliary nurses: An exploratory study. *NT*



Research, 5(1), 55-63.

Pignone M, et al., "Screening for Depression in Adults: A Summary of Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force," *Annals of Internal Medicine* 136, no. 10 (2002): 765–776.

Porter J, Lee K, Ogden J. (2002) The globalisation of DOTS: tuberculosis as a global emergency. In Lee K, Buse K, Fustukian S. eds. *Health Policy in a Globalising World*. Cambridge: Cambridge University Press. pp. 181-194.

Potter, P. & Grant, E. (2004). Understanding RN and unlicensed assistive personnel working relationship in designing care delivery strategies. *Journal of Nursing Administration*, 34(1), 19-25.

Powell, S. K., & Ignatavicius, D. (2001). *Core Curriculum for Case Management*. New York : Philadelphia.

Powell, Walter W. and Rebecca friedkin (1987) "Organizational Change in Nonprofit Organizations." In Walter W, Powell(ed.), *The Nonprofit Aector; A Research handbook*. New Haven; Yale University Press.

Pratt, P. & Cutler, L. (2001). Should health care assistants be working critical care? *Nursing Time*. 97(27), 20.

Rafferty,D. (1992). Team and primary nursing. *Senior Nurse*, 12(1), 31-34,39.

Ramprogus, V. & O'Brein, D. (2002). The case for the formal education of HCAs. *Nursing Times*, 98(27), 37-38.

Richardson AW, Gafni A. (1983) Treatment of capital costs in evaluating health care programmes. *Cost and Management*, Nov-Dec, 26-30.

Ringl, K.K. (1994). Patient care delivery systems. IN: Spitzer-Lehmann, R, ed. *Nursing Management Desk Reference: Concepts, Skill & Strategies*. Philadelphia: WB Saunders.

Rifkin S.(1985) Health planning and community participation. *Health Policy and Planning* 13(1):1-12.

- Ringerman, E. S., & Ventura, S. (2000). An outcomes approach to skill mix change in critical care. *Nursing Management (Chicago)*, 31(10),42-46.
- Safran DG et al., “Measuring Patients’ Experiences with Individual Physicians,” *Journal of General Internal Medicine* 19 Supp. (2004): 177.
- Sellick, K.J., Russell, S., & Beckmann, J.I. (1983). Primary nursing: An evaluation of its effect on patient perceptions of care and staff satisfaction. *International Journal of Nursing Study*, 20(4),265-273
- Schaffner, J., Alleman, S., & Ludwig- Beymer, P. et al. (1999). Developing a patient care model for an integrated delivery system. *Journal of Nursing Administration*, 29(9), 43-50.
- Schoen C, Osborn R, Huynh PT, et al. Primary care and health system performance: adults’ experiences in five countries. *Health Affairs*. 2004;W4-487503. [PMID: 15513956]
- Schroeder SA. Primary care at a crossroads. *Acad Med*. 2002;77:767-73. [PMID: 12176687]
- Shogren, E., Calkins, A., & Wilburn, S. (1996). Restructuring may be hazardous to your health. *American Journal of Nursing*, 96(11), 64-66
- Shukla,R.K.(1982).Primary or team nursing. *Journal of Nursing Administration*, 12(11),12-15.
- Silvestri, G.T. (1997). Occupational employment projections to 2006. *Monthly Labor Review*. Washington, DC: Bureau of Labor Statistics.
- Sohn, Annette H. MD(2001), Evaluation of a successful vancomycin-resistant Enterococcus prevention intervention in a community of health care facilities. *American Journal of Infection Control*,Vol29(1),
- Sovie, M.D. (1995). Tailoring hospitals for managed care and integrated health systems. *Nursing Economic*, 13, 72-83.
- Sovie, M.D., & Jawad, A.F. (2001).Hospital restructuring and its impact on outcomes : Nursing staff regulations are premature. *Journal of Nursing Administration*, 31(12), 588-600.

- Spilsbury, K., & Meyer, J. (2001). Defining the nursing contribution to patient outcome: lessons from a review of the literature examining nursing outcomes, skill mix and changing roles. *Journal of Clinical Nursing*, 10(1), 3-14 方世榮譯，人力資源管理(第六版)，台北：華太書局，民84年。
- Standing, T., Anthony, J.K., & Hertz, J.E. (2001). Nurses' narratives of outcomes after delegation to unlicensed assistive personnel. *Outcomes Management for Nursing Practice*, 5(1), 18-23.
- Strassner, L. (1996). The ABCs of Case Management : A Review of the Basics. *Nursing Case Management*, 1(1), 22-30.
- Sugden R, Williams AH. (1979) *The Principles of Practical Cost-Benefit Analysis*. Oxford: Oxford University Press.
- Thomley, C. (2000). A question of competence. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 451-458.
- Thornley, C. (2000) A question of competence? Re-evaluating the roles of the nursing auxiliary and health care assistant in the NHS. *Journal of Clinical Nursing* , 9(3), 451-458.
- Timmerck TC. (1995) *Planning, Program Development, and Evaluation: An Handbook for Health Promotion, Aging, and Health Services*. London: Jones and Bartlett Publishers.
- Urden, L.D., & Walston, S.L. (2001). Outcomes of hospital restructuring and reengineering : how is success or failure being measured? *Journal of Nursing Administration*, 31(4), 203-209.
- Ventura, M.J. (1999). Staffing issues. *RN*, 62(2), 26-31.
- Wanless, D. (2002). *Securing our future health: Taking a long-term view*. The Public Enquiry Unit, London.
- Withers, R (2001). No wannabes. *Nursing Standard*, 16(8), 25.
- World Health Organization (1978) *The Alma-Ata conference on primary health care*. WHO Chronicle 32: 409-430.
- Zachus JD, Lysack CL. (1998) Revisiting community participation. *Health Policy and*

Planning 13(1):1-12.

Zimmermann, P.G. (1996). Delegating to assistive personnel. *Journal of Emergency Nursing*, 22(3), 206-212.

Zimmermann, P.G. (2000). The use of unlicensed assistive personnel: An update and skeptical look at a role that may present more problems than solutions. *Journal of Emergency Nursing*, 26(4), 312-317.

尹祚芊(2006)，護理人力與病人安全，中華民國護理師護士公會全國聯合會，摘自 <http://www.nusre.org.tw> · 2006 年 7 月 30 日。

尹祚芊、楊克平、劉麗芳 (2001)，台灣地區醫院護理人員留任措施計畫成效之評值，*護理研究*，9(3)，247-258。

尹祚芊、楊克平、劉麗芳 (2001)，台灣地區醫院護理人員留任措施計畫成效之評值，*護理研究*，9(3)，247-258。

孔有芸，傅玲，尹祚芊 (2003) · 國內外護理組織架構與照護服務系統再造策略之比較，*護理雜誌*，50(2)，24-29。

台北市政府衛生局新聞稿(2003)，全責照護將上路—病患住院有保障，2003 年 7 月 29 日。

台北市政府醫護管理處新聞稿(2005)，全責照護病患住院有保障，2005 年 5 月 23 日。

台北市護理師護士公會新聞稿(2004)，2004 年 5 月 12 日。

台灣省政府勞工處 (1994)，*勞工法令輯要*，台灣：台灣省政府。

全聯護訊(2003)，第四十三期雜誌 · 2003 年 8 月

行政院研究發展考核委員會 (2005)，台北市全責照護將上路-病患住院有保障。

行政院衛生署 (2003)，照顧服務員訓練實施計畫，衛署醫字第0920201712號公告。

行政院衛生署(2005)，以複合式護理照護模式促進民眾健康照護活動，衛生署計

畫編號 DOH94-NH-17

李卓倫(1997)，台灣三個衛生計畫的技術面主觀評估，公共衛生，24(3): 137-149。

李淑玲(2005)，台灣醫院的看護人員之醫療倫理問題，應用倫理研究通訊，34，40-47。

李選(2003)，由護理人力短缺，談為全責護理制正名。

<http://www.npf.org.tw/PUBLICATION/SS/092/SS-C-092-109.htm> 社會  
(評)092-109 號

李麗傳(1998)，護理行政與病室管理，台北：華杏，11-18。

李麗傳(1999)，個案管理師角色與功能，護理雜誌，46(5)，55-60。

沈宴姿(2002)，護理的工作模式，於陳月枝總校閱護理學導論，台北：偉華。

周桂如”臨床護理專家的角色與功能”護理雜誌，第 37 卷，第 4 期，第 7-11 頁，民 79 年。

林玉梅、李麗傳、吳聖良、陳慶餘(2000)，應用個案管理模式於髖關節置換術病人的照護成效，國防醫學，30(2)，178-184。

徐南麗(2001)·護理行政與管理·台北：華杏。

國際護理榮譽學會中華民國分會會訊(2003)-18 期，2003 年 12 月出刊。

張端容(2000)·花蓮慈濟醫院全通榮獲 ISO 認證·慈濟道侶，第 341 期。

郭鳳霞、徐南麗(2002)，慈濟護理雜誌，個案管理師的角色與必備能力，中華民國 91 年 9 月 第 1 卷第 3 期，1(3):22-27。

陳玉枝、邱台生、劉曉梅、劉春菊、陳雪芬(1995)，個案管理模式之建立與評價，榮總護理，12(4)，338-350。

陳惠姿、李孟芬(2001)，個案管理在社區老人長期照護之應用，護理雜誌，48(3)，25-32。

- 傅玲(2002),美國「整合式健康照護系統」現況介紹,護理雜誌,49(3),68-72。
- 游明貞(2000),首家通過 ISO 9002 品質保證系統驗證之醫學中心,SGS 簡訊,4, 14-15。
- 黃微芬(2005),複合式護理成醫病友肯定,2003www.cdns.com.tw.
- 楊惠娟(2004),醫院與衛生所承辦巡迴醫療機構病患服務員人口特徵與工作背景探討,護理雜誌,47(4),22-30
- 楊麗珠、趙淑員(2000),台灣各級醫療機構病患服務員人口特徵與工作背景探討,護理雜誌,47(4),22-30。
- 葉淑娟(2003),病患服務員在長期照護機構之滿意度研究,秀傳醫學雜誌,4(1),11-20。
- 趙淑員、廖張京棣、陳敏麗(2001),國內各級醫療機構病患服務員工作執行現況與主管滿意度之探討,長庚護專學報,3,17-32。
- 歐文琴(1995),”醫學生選科及訓練醫院的相關因子研究”,中國醫藥學院醫務管理學研究所碩士論文。
- 衛生署新聞稿(2003),年底前護理費獨立給付,2003年6月10日。
- 盧美秀(2001),護理管理·台北:華騰。
- 盧美秀、林秋芬、魏玲玲(1997),個案管理與臨床路徑,護理雜誌,44(5),23-28。
- 蘇慧芳、謝碧晴、葉明理、林佳慧(2003),由組織變革談護理再造,護理雜誌,50(2),17-23。
- 蘇麗智、阮玉梅、劉翠媚、張淑珍、羅筱芬合著(1998),最新護理學導論,117-124,台北:華杏。
- 護理師護士公會全國聯合會新聞稿(2004),「想要提供病人的安全照護,先得考量到護理人員的安全」,2004年5月12日。

## 附錄一 研究問卷

95 年度全責護理模式試辦計畫評價研究【醫院民眾問卷】

### 一、個人基本資料

1. 姓名：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：\_\_\_\_\_
2. 年齡(實歲)：\_\_\_\_\_歲
3. 性別：①男 ②女
4. 請問您家中目前居住在同一住址且為您直系家人共有幾人：共\_\_\_\_\_人
5. 請問您到目前為止受正式學校教育的年數：\_\_\_\_\_年
6. 請問您家中所有成員的每月平均收入加起來有沒有超過三萬？  
超過三萬元； 有沒有超過五萬元？①超過五萬 ②未超過五萬  
未超過三萬元； 有沒有超過一萬元？③超過一萬 ④未超過一萬
7. 問卷填寫者：①病患本人 ②親屬 ③朋友 ④其他\_\_\_\_\_
8. 住院醫院別：①台北榮民總醫院 ②署立台中醫院 ③成大附屬醫院
9. 住院病房分類：①內科病房 ②外科病房
10. 請問您的健保費目前由誰繳交：①自己繳交 ②由親屬繳交

### 二、全責護理付費意願

如果您本人或家人住院，在現有護理人力不減少為前提下，再由醫院提供經由訓練過的照護服務員，提供住院病患照護，家屬晚上不必陪病，平時家屬不必奔波，減少院內感染的發生，並提高護理照護品質。如果此項服務由健保給付，但不論您本人或家人是否住院都需增加一些保費。

1. 如果一位照護服務員固定照顧二位病患，請問每個月您是否願意多付出\_\_\_\_元的保費來獲得這項服務？ ①願意 ②不願意  
您每個月最多願意多付出多少保費？(超出150元或低於10元請註明\_\_\_\_元)  
150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10
2. 如果一位照護服務員固定照顧四位病患，請問每個月您是否願意多付出\_\_\_\_元的保費來獲得這項服務？ ①願意 ②不願意  
您每個月最多願意多付出多少保費？(超出150元或低於10元請註明\_\_\_\_元)  
150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10
3. 如果一位照護服務員照顧六位以上病患，而且照顧服務員跟隨固定護士而非固定病人來提供服務，請問每個月您是否願意多付出\_\_\_\_元的保費來獲得這項服務？ ①願意 ②不願意  
您每個月最多願意多付出多少保費？(超出150元或低於10元請註明\_\_\_\_元)  
150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10

## 附錄二 全責護理模式試辦計畫評價研究成本資料表

### 一、成本面項目：

成本項目	名稱	金額合計	備註	
			人數	薪資/月
單一病房實施全責護理計畫人力	專任護理師			
	專任護士			
	約聘護理人員			
	護理佐理員			
	部份工時護理人員			
	行政助理			
單一病房實施計畫聘請之全部照服員	丙級技術士之照服員			
	一般結業之照服員			
單一病房實施計畫教育訓練費	病房照服員			
單一病房實施全責護理計畫分攤費用	水電費		---	---
	行政人員費用		---	---

填表說明：

- 1.請填入實施全責護理單位所聘任之所有相關人力費用，以作為成本面分析
- 2.水電費用：請以單位使用電費計算成本
- 3.行政人員費用：請將病房內所有參與本計畫之行政人力費用計入

### 二、效益面項目：

效益項目	金額合計	備註
單一病房實施全責護理計畫減省之護理值班費	節省護理超時*單位成本	由醫院提供
單一病房實施全責護理計畫後縮短病患住院時間之效益	縮短住院時間*單位成本	由醫院提供
實施全責護理計畫後病患照護品質提升之效益	付費意願	由病患與家屬回答
實施全責護理計畫後減少病患家屬陪病時間之效益	付費意願	由病患與家屬回答

填表說明：

1. 請填入計畫執行單位增聘護理佐理員協助護理工作，而減省護理人員加班費用(單位成本指：\_\_\_\_\_)
2. 請填入因照護服務員而縮短病患住院天數之時間成本



三、實驗病房人力配置：

實驗病房人力配置	人數
單位配置護理師	
單位配置護士	
單位配置護理助理員	
單位配置部份工時人員	
單位配置病房照服員	

填表說明：請填入計畫執行單位人力配置，請以月平均數填入

四、計畫執行病房資料：

單一實驗病房	5月	6月	7月	8月	9月	10月
平均護理人員數						
平均病房照服員人數						
平均行政助理人數						
平均部份工時人數						
平均病床數						
平均佔床率						
平均住院病患日數						
主要病情診斷						
平均住院天數						
病患平均年齡						

填表說明：「主要病情診斷」請填入計畫執行病房多數病患之主要病情診斷

五、計畫執行病房護理人員及病患基本資料：

單一實驗病房	國中以下	高職	專科	大學	碩士	博士
護理素質	人	人	人	人	人	人
病患教育程度	人	人	人	人	人	人
單一實驗病房	男	女	已婚	無婚姻	有家屬	無家屬
病患性別	人	人				
病患婚姻			人	人		
病患居住狀況					人	人

填表說明：資料請提供 95 年 8 月份統計資料

### 附錄三全責護理模式試辦計畫評價研究成本資料表彙整

一、成本面項目：		成大 8B 外科			成大 10B 內科			台中醫院		
成本項目	名稱	金額合計	人數	薪資/月	金額合計	人數	薪資/月	金額合計	人數	薪資/月
單一病房 實施全責 護理計畫 人力	專任護理師	494,083	5	98,817	413,266	4	103,317	50,000	1	50,000
	專任護士	388,111	5	77,622	387,190	5	77,438	40,000	1	40,000
	約聘護理人員	515,769	10	51,577	535,944	12	44,662	448,000	14	32,000
	護理佐理員	221,236	5	44,247	214,930	5	42,986	0	0	0
	部份工時護理人員	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	行政助理	81,062	1	81,062	84,833	1	84,833	37,000	2	18,500
單一病房 實施計畫 聘請之全 部照服員	丙級技術士之照服員	0	0	0	0	0	0	141,000	6	23,500
	一般結業之照服員	0	0	0	0	0	0	46,000	2	23,000
單一病房 實施計畫 教育訓練 費	病房照服員	25,000	30	0	25,000	30		未提供	0	0
單一病房 實施全責 護理計畫 分攤費用	水電費	164,246	--	---	164,095	--	---	未提供	--	---
	行政人員費用	31,600	--	---	31,600	--	---	未提供	--	---
填表說明：										
1. 請填入實施全責護理單位所聘任之所有相關人力費用，以作為成本面分析										
2. 水電費用：請以單位使用電費計算成本										
3. 行政人員費用：請將病房內所有參與本計畫之行政人力費用計入										

二、效益面項目：						
效益項目	金額合計	成大 8B 外科		成大 10B 內科		台中醫院
單一病房實施全責護理計畫節省之護理值班費	節省護理超時* 單位成本	52,800	6.68*7,904	183,440	6.83*26,858	未提供
單一病房實施全責護理計畫後縮短病患住院時間之效益	縮短住院時間* 單位成本	由醫院提供(未提供)		由醫院提供(未提供)		由醫院提供(未提供)

實施全責護理計畫後 病患照護品質提升之 效益	付費意願	由病患與家屬回答	由病患與家屬回答	由病患與 家屬回答
實施全責護理計畫後 減少病患家屬陪病時 間之效益	付費意願	由病患與家屬回答	由病患與家屬回答	由病患與 家屬回答
填表說明： 1. 請填入計畫執行單位增聘護理助理員協助護理工作，而減省護理人員加班費用 2. 請填入因照護服務員而縮短病患住院天數之時間成本				

<b>三、實驗病房人力配置：</b>			
實驗病房人力配置	人數(成大 8B 外科)	人數(成大 10B 內科)	人數(台中醫院)
單位配置護理師	15	16	14
單位配置護士	5	5	0
單位配置護理助理員	5	5	0
單位配置部份工時人員	0	0	0
單位配置病房照服員	0	0	4
填表說明：請填入計畫執行單位人力配置，請以月平均數填入			

<b>四、計畫執行病房資料：成大 8B 外科</b>							
單一實驗病房	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	平均值
平均護理人員數	20	14	14	14			15.5
平均病房照服員人數	0	4	4	8			4
平均行政助理人數	1	2	2	2			1.75
平均部份工時人數	0	0	0	0			0
平均病床數	50	24	23	24			30.25
平均佔床率	93.2	89	87.49	90.41			90.025
平均住院病患入日數	46.8	977	982	850			713.95
主要病情診斷	惡性腫瘤/外科摘除術						
平均住院天數	8.23	8.28	9.99	8.17			8.67
病患平均年齡	54.32	53	54	58			54.83
填表說明：「主要病情診斷」請填入計畫執行病房多數病患之主要病情診斷							

<b>四、計畫執行病房資料：成大 10B 內科</b>							
單一實驗病房	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	
平均護理人員數	23	23	21	21			22
平均病房照服員人數	0	0	0	0			0

平均行政助理人數	1	1	1	1			1
平均部份工時人數	0	0	0	0			0
平均病床數	50	50	50	50			50
平均佔床率	94.3	93	96.2	97.35			95.21
平均住院病患日數	47.3	46.7	48.4	48.7			47.78
主要病情診斷	惡性腫瘤/外科摘除術						
平均住院天數	10.51	11.73	9.53	11.55			10.83
病患平均年齡	55.55	55.27	57.01	56.76			56.15
填表說明：「主要病情診斷」請填入計畫執行病房多數病患之主要病情診斷							

四、計畫執行病房資料：台中醫院							
單一實驗病房	5月	6月	7月	8月	9月	10月	
平均護理人員數	14	14	14	14			14.00
平均病房照服員人數	4	4	4	8			5.00
平均行政助理人數	2	2	2	2			2.00
平均部份工時人數	0	0	0	0			0.00
平均病床數	25	24	23	24			24.00
平均佔床率	92.34	89	87.49	90.41			89.81
平均住院病患日數	985	977	982	850			948.50
主要病情診斷	呼吸道疾病						
平均住院天數	8.31	8.28	9.99	8.17			8.69
病患平均年齡	57	53	54	58			55.50
填表說明：「主要病情診斷」請填入計畫執行病房多數病患之主要病情診斷							

五、計畫執行病房護理人員及病患基本資料：8B 外科						
單一實驗病房	國中以下	高職	專科	大學	碩士	博士
護理素質	0人	0人	6人	14人	0人	0人
病患教育程度	未提供	未提供	未提供	未提供	未提供	未提供
單一實驗病房	男	女	已婚	無婚姻	有家屬	無家屬
病患性別	71人	108人				
病患婚姻			60人	9人		
病患居住狀況					57人	12人
填表說明：資料請提供 95 年 8 月份統計資料						

五、計畫執行病房護理人員及病患基本資料：10B 內科						
單一實驗病房	國中以下	高職	專科	大學	碩士	博士
護理素質	0人	0人	5人	16人	0人	0人

病患教育程度	未提供	未提供	未提供	未提供	未提供	未提供
單一實驗病房	男	女	已婚	無婚姻	有家屬	無家屬
病患性別	88 人	59 人				
病患婚姻			未提供	未提供		
病患居住狀況					未提供	未提供
填表說明：資料請提供 95 年 8 月份統計資料						

<b>五、計畫執行病房護理人員及病患基本資料：台中醫院</b>						
單一實驗病房	國中以下	高職	專科	大學	碩士	博士
護理素質	0 人	0 人	9 人	11 人	0 人	0 人
病患教育程度	36 人	10 人	3 人	5 人	1 人	0 人
單一實驗病房	男	女	已婚	無婚姻	有家屬	無家屬
病患性別	14 人	28 人				
病患婚姻			60 人	9 人		
病患居住狀況					57 人	12 人
填表說明：資料請提供 95 年 8 月份統計資料						

