

專題企畫

Feature Story

專職專業，減輕家屬負擔

全責護理

企畫／編輯部

採訪撰文／吳秋瓊

攝影／顏霖沼

一人病，全家都倒？一人住院，全家都住院？
照顧病人的責任，為什麼不能全由醫院承擔呢？
有一種在歐、美、日及新加坡、
香港、菲律賓都實施的「全責護理」制度，
可讓家屬不必留在病房裡分擔照顧病人的工作，
不僅能減輕家屬負擔，又能提升醫療品質。
什麼是「全責護理」？
為何這麼好的制度台灣無法全面落实？面臨哪些難題呢？

一人生病， 不再全家倒？

專職專業，全責護理有一套



灣社會盛行的陪病文化，原是強化病人心理支持的美事。然而，隨著健保給付制度實施，醫院為了降低護理人力，常將部分非專業的照護工作委由病人家屬承擔；倘若家屬無法陪病，就只好花錢委由「看護工」負責。

這樣的陪病文化，長期下來，不僅影響病房安寧，造成家屬精神與經濟負擔，也大大增加院內交互感染的機會。

避免一人生病，全家都住院

究竟應該由誰來承擔住院病患的非專業護理工作呢？

長期推動「全責護理」不遺餘力，二〇一五年更榮獲周大觀基金會特別頒發全球熱愛生命獎章的周照芳女士，不僅率先推動全責護理，更由醫院僱請看護工，並加以訓練和督導。

這些看護工在護理師的指導之下，協助照護病人的非專業護理工作，不僅減輕家屬的負擔，也能提升照護品質。

由於不忍見家屬或付費聘請的看護，長期被醫院視為替代的「協助照護」人力，加上未經專業訓練，對於病情變化的警覺性不足，更無法做即時性判斷，難以保障照護品質。周照芳強調，「發展全責護理，將有效的人力運用在非醫療專業的照護功能，更能使專業功能與照護工作達到明確的分工。」

從事護理工作長達五十多年，周照芳對於陪病者眾，造成「醫院像菜市場」的感受特別強烈，尤其在 SARS 期間，病人、醫護、家屬更曝露在互相傳染的高度風險之下。當時她積極建議推動全責護理，嚴格控制訪客時間，隔絕院內感染，病房保持安靜，讓病患得到休息，更有效提高醫療護



■ 周照芳長期推動「全責護理」不遺餘力，不僅率先推動全責護理，更由醫院僱請看護工，並加以訓練和督導。（攝影／何宗翰）

理品質。

即使事隔幾十年，周照芳談起往事，內心仍感到傷痛，她曾看見許多家屬為了照顧病人，有的因頻繁請假而失去工作，有的連身體都累垮了。

她更以切身的經驗為例指出，當年兒子有個同學，才十歲大的孩子，為了照顧生病的爸爸，不但不能好好吃飯睡覺，最後甚至被送急診，還因此失去生命！這個事件讓周照芳下定決心，此後矢志推動全責護理，不讓同樣的悲劇再發生！

什麼是全責護理？

「全責護理照護制度」，是指病人在住院期間，所有照護工作都由護理人員負責完成，家屬不必留在病房裡分擔照顧病人的工作。有鑑於護理人力不足的情況下，這些非專業性照護

工作，必須委由護理助理員協助完成。

以歐美國家醫院的護理人力為例，不同階級、執照的護理人員，包括註

冊護士（護理師）、助理護士及護理助理員等編制，基本的護理工作，雖由受過訓練的護理助理員來進行，負全責的仍是有執照的註冊護士。

換句話說，護理助理員只是協助完成註冊護士交辦的工作指令，每一病房都將依性質不同，會有不同比例的助理護士，來協助正式護理人員照顧病人。亞洲的日本、新加坡等地，都以「全責護理」取代過去要求家屬留院的制度。

推動「全責護理照護制度」，除了落實護理分工，由不同層級的人員，執行不同的工作，並減輕住院病患家屬的負擔之外，更因減少住院病患陪病人數，進一步提升病房的管理品質。

推動全責護理，培訓照顧服務員

為了落實推動全責護理的理念，民國八十六年，周照芳受邀和陳榮基醫師一起創辦恩主公醫院時，夫妻倆即大力推動全責制度，並邀請在美國服務多年的老同學郭富美，回台擔任護理部主任，負責培訓護士助理的工作。

這些助理起初定義為病患助理，簡稱 N.A.，穿著紫色制服，被病患暱稱為「紫衣天使」，其後由衛生署命名為 □ 照顧服務員 □（簡稱照服員），正式取代家屬原有的非護理專業的照護工作。

周照芳指出，一直以來，台灣醫療體系並沒有照顧服務員的編制，大部分照護住院病人的任務，都必須由家屬承擔；不論照護品質或照護費用，都造成家屬龐大的精神與經濟壓力。如果能比照歐、美、日等先進國家，

■ 台灣沒有全面施行全責護理，只要有家人生病，須請看護，造成很大的經濟負擔；或得由沒有護理經驗的家庭成員照顧，往往體力不支，進而健康也容易出現問題。



病人住院之後，就由醫院扛起醫療及照護的全部責任，不僅可以大幅提升病人的照顧品質、減輕家屬的負擔，醫院的管理效率也會跟著提高。

可見以完善的「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，已成當前刻不容緩的重要工作。

重視戒律，僧伽照護人力大不同

「去年僧醫會召開董事會，受董事成員陳榮基醫師邀請，基金會加入推動全責護理之列，正因為全責護理的精神與僧醫會照顧僧眾的使命不謀而合。」僧醫會創辦人慧明法師表示，以往僧醫會常會接到法師在住院期間提出協助的需求，最多的例子就是幫忙聘請或支付看護費用，若能全面實

■ 「全責護理照護制度」是指病人在住院期間，所有照護工作都由護理人員負責完成，家屬不必留在病房裡分擔照顧病人的工作。





■ 記者會上，慧明法師十分肯定周照芳與陳榮基醫師夫妻倆推動全責護理的苦心，因為全責護理的精神與僧醫會照顧僧眾的使命不謀而合。（攝影／何宗翰）



■ 民國八十八年僧醫會與台北護理學院合辦的「病患服務員第一期培訓課程」圓滿合照。

施全責護理，對僧眾是一大福音。

事實上，早在一九九九年時，僧醫會即與台北護理學院合辦「病患服務員培訓」課程，招收僧眾進行照顧服務員培訓，以作為法師生病急需照護時的照護人力。課程由專業的醫事人員擔任指導講師，訓練內容則包含醫療專業知識，病患身心需求等，期以儲備專業人力作為後盾。慧明法師表

示，僧伽沒有家屬，舉凡僧團或偏遠弱勢者無力照顧，都將是僧醫會未來協助的對象！

照護僧伽的看護人力，必須具哪些特殊條件呢？通常會有性別、素食、不抽菸、學佛等四大要求。雖然僧醫會曾舉辦過「照顧服務員」培訓，這些人力後來也到各醫院去擔任照護工作；然而，對全台病僧人口來說，還是遠遠不足。

慧明法師表示，自二〇一六年起，僧醫會計畫經由海濤法師的協助，號召生命電視台的志工參加「照顧服務員」培訓的課程，這些志工一旦取得資格證書，不僅可以成為醫院的護理輔助人力，更因為具備學佛、懂戒律等特殊條件，將成為僧眾照護人力的首選。此外，也為中高齡男眾或二度就業婦女，增加專業技能與就業機會，從而實現護持出家眾一如護持佛陀的修行。

哪些醫院實施全責護理？

混合式照護模式，依病症輕重選擇



灣全責護理源自於 SARS 傳染病流行期間，台北市立醫院深受衝擊；於是，衛生署自二〇〇三年八月起，在臺北市立聯合醫院仁愛、中興、和平、忠孝、陽明五家院區試辦「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」，期以解決陪病文化造成的醫療品質、院內感染、家屬經濟壓力等問題。

其後，衛生局張珩局長及護理科長游麗惠，邀請周照芳共同策畫並推展十家聯合醫院的「全責護理」。

各方均獲益的資源配置，值得大力推動

截至目前，除了恩主公醫院和台北市立聯合醫院之外，仍有和信醫院、衛生福利部花蓮醫院及南投醫院、成大醫院、台北榮總及耕莘醫院等，仍持續在「部分病房」實施全責護理。

以台北市立聯合醫院推行「全責照顧服務」為例，提供服務的院區包含五家綜合院區及婦幼院區內兒科病房。

五大院區實施「住院病人全責照顧服務」，主要是經由訓練完整的病房助理來協助護理人員，提供住院病人身體上的照護，病人住院時，所有照護都由醫院提供，家屬不須在家庭、醫院間往返奔波，更節省僱請看護的經濟負擔。

從醫院官網資料顯示，病房助理是一群受過完整照顧訓練，並取得「照顧服務員訓練」證書，具有熱忱、愛心的工作人員，並在護理人員指導與監督下，協助無法執行生活照顧的住院病人，使他們適時獲得合宜的照護。

病患助理的服務內容，則包含協助漱洗、口腔清潔、如廁、更衣、進食、翻身、擺位、肢體活動、上下床及輪椅等，並維護病人的行動安全。

全日二十四小時，共分為三班提供的照顧服務，住院病人無需提出申請，也無需負擔任何費用，就能獲得病房助理員提供的免費服務。由於病房助理屬一對多服務，對象是一般住院病人，但以弱勢族群及缺乏陪伴且無法自理的住院病人為優先協助。如果病人急需家人的陪伴，院方也歡迎以「陪病角色」提供親情的支持。

根據中國醫藥大學醫務管理學研究所碩士論文（編號：IHAS-392），針對衛生署九十五年度全責護理試辦計畫進行：全責護理模式試辦計畫評價研究，包括效果評估及效率評估（效率評估包括成本效果與成本效益兩種），得知不同照護人力的方案，其益本差均為正值或益本比均大於一，是屬於可行的政策；因此，全責護理計畫推動，是台灣醫療照護品質方面，值得大力推動的醫療服務項目。

報告中更指出，假如醫療政策將此項計畫的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的成本。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。

混合式照護——免費及部分付費

從成立就推行「全責護理制度」的恩主公醫院，實施以來受到病患及家屬的高度肯定。以恩主公醫院十五病房為例，內科共有四十八床，紫衣天使的排班，以白天兩位，小夜一位，大夜一位，並依照護理人員交待，完成各項需要填寫的病患情況。他們將表單放在工作車上，每做完一床就勾選完成，再經由護理人員確認。

紫衣天使上下班仍必須進行交班，內容著重在協助病人做翻身、拍背或清理排泄物等工作，協助有無需要隔離或進食方面的問題。這些照護人力不需家屬交付任何費用，但也不能禁止或拒絕家屬陪同照護病患。

然而，為了落實全責護理計畫目標，減輕病患家屬陪病的負擔，目前衛生署明文指示，推動「混合式照護模式」（即免費及部分自費），以增加護理輔助人力，其中「持續推動全責照護計畫」，應建立醫院照顧服務員及護理人員共同照顧病人的工作模式，並將訂定醫院照顧服務員管理相關規定，鼓勵醫院辦理照顧服務員「共聘制度」（部分自費），以協助家屬陪病及生活照顧。

不同於紫衣天使白班一比二十四的護病比及免付費模式，恩主公醫院自二〇一五年五月起，內科病房共有八床試辦全責護理「陪病員自費專案」，以二十四小時陪病收費一千二百元為計算單位，護病比是一比四，由一位照服員照顧四位病人，希望先做出範本，收集更多材料與數據，將來或許能作為其他醫院的試辦參考值。

恩主公醫院 15 病房護理長鍾慧婷指出，由於「陪病員自費專案」尚在試辦階段，包括病人的狀況也無從選擇，未來將會考量病人的適合性，比如白班一比四，晚間一比八的照護人力編制。

由於需要注意的問題很瑣碎，包括病人要讓主治醫師確認病情，是否為重症等；有些病人很躁動，陪病員必須把所有注意力都放在這個病人身上，對其他三床病人也不公平，這也是推動「共聘」制度必須解決的問題之一。

陪病照服員，是屬醫院編制員工，照護工作和紫衣天使一樣，做一些灌食、翻身拍背及清理排泄物的工作；差別就在於，一步都不能離開病人，顯見照護壓力也相當龐大。

鍾慧婷表示，恩主公醫院未來會把病人的疾病度和各方面狀況做篩選，

如此一來，對於付費家屬而言，可能不只是分科而已，必須分輕重症。儘管目前是試辦階段，但都處在滿床狀態，顯見病患對於陪病員的需求很大。

■ 照顧服務員為病患作例行性的量體重工作。



■ 紫衣天使上下班仍必須進行交班，一一交代所有照顧事項。



■ 恩主公醫院有八床試辦全責護理「陪病員自費專案」；陪病照服員正忙著幫病患拍背。



誰來支付費用？

建立永續經營機制，納入醫院評鑑系

「**推**動全責護理固然立意良好，但以現階段來看，持續的經費來源，是目前面臨的最大困難。」面對民眾對於全責護理的迫切需要，衛福部護理及健康照護司簡任技正陳青梅表示，過去從九十五年開始就有



兩階段補貼，委請各醫院試辦；然而，礙於沒有法源的基礎，無法強制各醫院持續而全面推行。

陳青梅簡任技正指出，就收費制度來說，如果可以讓病人降低支出，減輕家庭負擔，同時又降低護理人員的勞動，即可謂雙贏。

為何無法全面推動？

自二〇〇三年推動的「全責護理」，是擔心家屬在院內「趴趴走」（台語）的問題，於是推出「照顧服務員」制，由醫院負擔護理與照護的使命；但是，這些年推動的結果，並無法如期做到全面推動，而是由各家醫院決定特定的幾個病房進行全責護理，病房則以內科系或需要時間照護的慢性病房等為主。

舉例來說，家屬是否願意支付費

■ 如果可以讓病人降低支出，減輕家庭負擔，同時又降低護理人員的勞動，即可謂雙贏。



■ 台北市市長柯文哲參加記者會，現場為推動「全責護理」率先連署簽名。

用，是否放心交由醫院全權處理，這些都是面臨考驗的問題。以台北市立聯合醫院為例，是由醫院自己聘請照顧服務員，全員由護理部管理，核心精神是站在降低護病比的角度來做。

事實上，即使院內有意願推行全責護理，仍然會遇到實務上的困難。比如病人一入住就必須向家屬告知，在沒有法源的情況下，必須先讓病人家屬同意，並無法做到強制拒絕家屬陪病的要求。

以衛福部花蓮醫院展開的試辦為例，是由一名照服員照顧四到五人，對象只針對弱勢民眾，家屬負擔的費用由醫院的社福基金支出。台北市立聯合醫院的作法，則是以醫院的盈餘來聘請照顧服務員，是自給自足；但是，也只能在幾個特定病房試辦，由院方自行決定人力的配置，已明顯降低陪病率等，其性質就像恩主公醫院

的紫衣天使，被歸類為醫院的編制員工。

其他如恩主公醫院、和信醫院……等，是由醫院盈餘或政府補助為資金來源；然而，如此以社福概念營運，並非

推動全責護理的長久之計，最重要的，仍是必須有穩定的財源才可以永續辦理。

立法或列入醫院評鑑系統

台灣目前由周照芳提出的「四三三」（健保負擔四成、病人三成及地方政府三成）為資源基礎；然而，如果要納入健保給付，則必須先經由試辦，有了法源依據和試辦結果判斷是否可行，必須得到實際驗證結果才有討論空間。

為了有法源根據，落實「四三三」模式的全責護理，已七十多歲的周照芳依然全省走透透，拜訪產、官、學界相關人士，積極分享全責護理經驗，宣導全責護理觀念，希望尋求更多的支持；因為「全責護理」制度若能立法，有相關配套措施，在台灣全

面實施，將能減輕所有病患家屬負擔，也能增加就業機會，何況這應該是每家醫院的責任。

不過，以過去推動全責護理的醫院來說，護病比模式不外乎有一比六，或一比四。陳青梅簡任技正表示，「如果以護病比的例子來看，未來全責護理也可以依照這樣的模式運作，在不需要法源的情況下，先將其列入醫院評鑑系統，以鼓勵與激勵的角度，促使醫院推動全責護理。」

增加護理輔助人力

推行全責護理，真正的目標是降低照護人力。陳青梅簡任技正表示，未來如果將全責護理納入健保給付，則希望站在「護理輔助人力」的立場，將這些人力納入醫院編制，作法則與在 SARS 過後所推動的「全責護理」，兩者的概念不太一樣。

換個角度來看，倘若醫院先建立類

似醫事人員的護理輔助人力，一位護理師可以配兩位護理輔助人力，除了做一般性的庶務工作，還希望可以增加技術性的照護工作——如協助護理人員測量生命徵象、管路照護，做些簡單的判讀等等，把非專業的護理工作分出去，同時也降低家屬的負擔。

這類人力一旦普及，不僅可以提高就醫品質的滿意度，更能降低醫病糾紛。預計二〇一六年將推出標準化課程，先由公立醫院或醫學中心開始實施試辦。

在台灣目前的健保制度下推動全責護理，不諱言還有長遠的路要走。衛福部護理及健康照護司簡任技正陳青梅強調，未來希望讓病患家屬、醫院及護理人員都能喘一口氣；然而，以目前的醫病關係來看，推動全責護理，不僅要有方法，更重要的是先從觀念改變開始！

■ 以目前的醫病關係來看，推動全責護理，不僅要有方法，更重要的是先從觀念改變開始！

推動全責護理 大家一起來連署

如果您贊成「四三三」全面實施全責護理的立法，請用行動支持，立即上網站連署！

網址：

<https://goo.gl/0Xnm1O>

