



高齡友善訓練課程

天主教聖馬爾定醫院
社區醫療部
陳汶均 主任



簡歷

• 現職

- 聖馬爾定醫院 社區醫療部 主任

• 學歷

- 高雄醫學大學護理系
- 成功大學護理系研究所
- 高雄醫學大學護理系博士班進修中

• 經歷

- 台灣私立醫院協會顧問
- 台灣健康促進醫院學會監事
- 嘉義市政府社區長者健康促進委員會委員
- 健康促進醫院訪查委員
- 高齡友善醫院訪查委員
- 無菸醫院訪查委員
- 健康醫院訪查委員
- 台灣健康醫院學會雜誌編輯委員
- 崇仁醫護管理專科學校兼任講師
- 長庚科技大學兼任講師

• 專長

- 健康促進、社區護理、社區健康營造、老人護理、護理行政、護理資訊

• 著作發表

- Chen W C, Liu, T J & Wu, W H (2014). A Survey of Workplace Fatigue at a Hospital in Taiwan . 22st International Conference on Health Promoting Hospitals and Health Services, Barcelona, Spain . 25 April. Poster.
- Chen W C, Liu, T Z & Su, P H (2013). The Effectiveness of a Healthy Aging Intervention Program on the Mental Health of the Elderly Community. 21st International Conference on Health Promoting Hospitals and Health Services, Gothenburg, Sweden. 23 May. Poster.
- Chen W C, Huang Y J & Su, P H (2012). A Research on Recognition toward Tobacco Hazard in different level schools in the east district of Chiayi City, Taiwan. 20st International Conference on Health Promoting Hospitals and Health Services, Taipei, Taiwan. April 11-13. Poster.
- 蘇佩虹、黃幼蓉、陳汶均(2011)·中老年人抽菸行為與健康促進生活型態之探討·第五屆兩岸四地菸害防制交流研討會/台大國際會議中心·2011年9月5日·口頭發表。
- 陳汶均、簡鈺玫等(2011)·護理資訊概論·台北:華格納

營造高齡友善健康醫院-Why?

● 高齡化社會

- 台灣自1993年起，65歲以上老年人口占總人口數之7.1%，正式邁入高齡化社會
- 台灣老年人口由1993年的7%爬升至2017年的13.56%只有24年（經建會，2004）
- 戰後嬰兒潮
- 醫療衛生改善
- 國人平均餘命延長
- 出生率的下降

推估至2036年老年人口將達

21%

營造高齡友善健康醫院-Why?

● 長者怎麼說-不友善的環境與經驗

- **態度**-不尊重、未能傾聽、未與長者充分討論、未讓長者參與決定
- **醫護訓練與教育不足**-對醫護專業性存疑
- **語言**-可能與醫護人員熟悉的不同
- **管理系統的障礙**-不知如何掛號、填寫文件有困難、程序太複雜、多處就診奔波
- **等候太久**-掛不到號、候診太久

張菊惠，民國91年國民健康促進知識、態度與行為調查

營造高齡友善健康醫院-Why?

- 長者怎麼說-不友善的環境與經驗
 - 照護缺乏持續性、支離破碎
 - 物理環境-就醫距離、交通、無障礙設施、標示
 - 病情解釋-隨著年齡增加而下降
 - 指導老人用藥-比率約71.9%，略高於其他年齡層，但卻有50.4%不清楚醫師開的處方中是否有抗生素
 - 期望有針對長者設置的門診-高齡特別門診及高齡病房

張菊惠·民國91年國民健康促進知識、態度與行為調查



營造高齡友善健康醫院-Why?

- 未來的高齡人口



健康照護體系了解老人嗎？

健康照護的問題 老人≠年紀大一點的成人

- 多重不明確或不典型的症狀 vs. 忙碌的醫療場所、未受過訓練的醫護人員
- 症狀較不明顯≠較不嚴重
 - 例如：感染可能不發燒、憂鬱症可能沒有年輕人常見的無價值感或罪惡感
- 慢性病照護或預防的需要 vs. 為急性醫療而設計的系統



健康照護體系了解老人嗎？

- 第一線的健康照護人員未能熟悉老人常見的診斷和處理
 - 例如:跌倒、失禁、缺乏活動、意識不清
 - 健康和醫療問題**未必是**當事人認為最迫切的問題
 - 例如:家庭問題 =>不容易解決健康問題
- 不友善的環境、不愉快的經驗，可能導致回診意願低落



高齡友善醫療體系的建置



高齡友善健康服務建構架構

- 願景-成為一個能提升長者**健康、尊嚴與參與**的健康機構
- 價值-健康、人文、人權
- 任務
 - 創造一個符合長者特殊需要的友善、支持、尊重與可近的**療癒**環境
 - 有計畫的提供一套安全、增進健康、有效、全人、以病人為中心且具**協調性**的照護
 - 促進**長者與其家庭**對自身健康與照護的掌控能力
- 策略-四大面向





高齡友善健康照護原則-1/7

• 原則一

提供給老年民眾的健康醫療與照護服務必須建立在堅實的科學實證，且治療的焦點在於改善或維持老年民眾的健康與生活品質，或預防其健康與生活品質的衰退

• 執行方針

- 以整合性的方式處理病患的照護需求，雖然病患以急性疾病治療需求進入醫療體系，然其內容必須兼顧老年民眾的生理心理與社會需求
- 應用於老年病患的健康醫療服務必須特別顧及維持病患的生活功能與活動能力



高齡友善健康照護原則-2/7

• 原則二

健康服務需清楚確認並強調每個老年病患複雜照護需求

• 執行方針

- 適當的篩檢老年民眾健康風險
- 正面積極的進行多學科的周全評估
- 病患住院時應及早透過周全評估建立多學科的治療計畫，而治療計畫是依照周全評估結果而建立
- 多學科的治療計畫必須與之前的照護計畫結合，並確保病患親友與各方關係人的參與





高齡友善健康照護原則-3/7

• 原則三

健康醫療與照護應確認並尊重每位老年病患的差異與文化、
宗教或性別差異需求

• 執行方針

- 病患與主要照顧者應同時參與治療計畫擬定
- 病患的多重共病與照護需求應該對病患與家屬進行解說
- 病患與家屬應積極參與病患治療照顧計畫目標的擬定
- 健康照護服務需兼顧病患與家屬的需求與能力差異



高齡友善健康照護原則 -4/7

• 原則四

健康醫療照護必須以具有協調性的方式，且即時的進行跨機構輸送傳遞

• 執行方針

- 在提供高齡照護各層級的醫療機構必須要具有協調性，以協助病患入院並返回社區
- 照護與治療雖然跨越服務體系，但必須盡力縮小病患接受服務與專科轉介服務的遲延
- 社區照護體系必須與醫療機構間具有健全的合作協定，以確保服務的持續不間斷
- 雖然病患的照護計畫較為複雜，但必須以妥善協調的方式應對病患的需求



高齡友善健康照護原則-5/7

• 原則五

虛弱老年病患 應避免 不必要的住院或延長期住院時間

• 執行方針

- 社區基層醫療服務必需提供整合式服務，兼顧居家照顧與醫療服務內容
- 照顧服務與醫療照護必須持續合作，以因應病患持續變化的照護需求
- 醫療院所需提供個案緊急醫療處置的窗口，並且建立對於高齡病患較為適切的醫療服務模式
- 病患出院返家的照護需求必須要在出院前積極規劃與提供

高齡友善健康照護原則-6/7

• 原則六

照顧老年人是所有醫療照顧服務的焦點

• 執行方針

- 醫療機構的環境設施必須考慮老化生理變化的影響
- 照護服務政策規劃與服務流程必須契合此一獨特照護需求
- 住院服務規劃必須以減少老年病患的身心依賴並兼顧隱私為主軸
- 健康照護服務必須由訓練專精的團隊提供
- 醫療機構必須主動提升員工對於服務老人的認知
- 健康照護服務提供者必須主動積極提升照顧老年人之知識與技能

高齡友善健康照護原則-7/7

• 原則七

在兼顧安全與成本效益的條件之下，醫療照護服務的提供需以滿足病患需求與偏好為主要考量

• 執行方針

- 門診醫療服務應盡量外展，以利老年病患在最方便的環境下接受照顧
- 病患對於病情與治療的期待，例如事前醫囑，醫療團隊必須要充分認識並且與照顧服務計畫實際結合
- 在病患生命末期的時候，醫療團隊需在合乎法規的情況之下，尊重老年病患的意願與想法



有尊嚴的照護模式

老年溝通技巧、性別與文化的差異



高齡友善醫院-溝通與服務

- 醫院工作人員以尊敬的態度、易懂的文字及語言對長者提供服務
- 關於醫院的作業資訊，包括服務時間、收費標準、掛號手續及交通資訊等，應該以適合長者的方式提供
- 在照護的所有階段皆提供充分的資訊並使長者與其家人參與
- 醫院各種衛教與印刷品以適合長者的方式設計
- 醫院尊重長者在照護上作決定的能力與權力





白內障



青光眼



糖尿病視網膜病變



老年黃斑部病變



影響老年人的溝通因素

照護者因素

- 個人特質
- 專業素養
- 溝通技巧
- 個人經驗

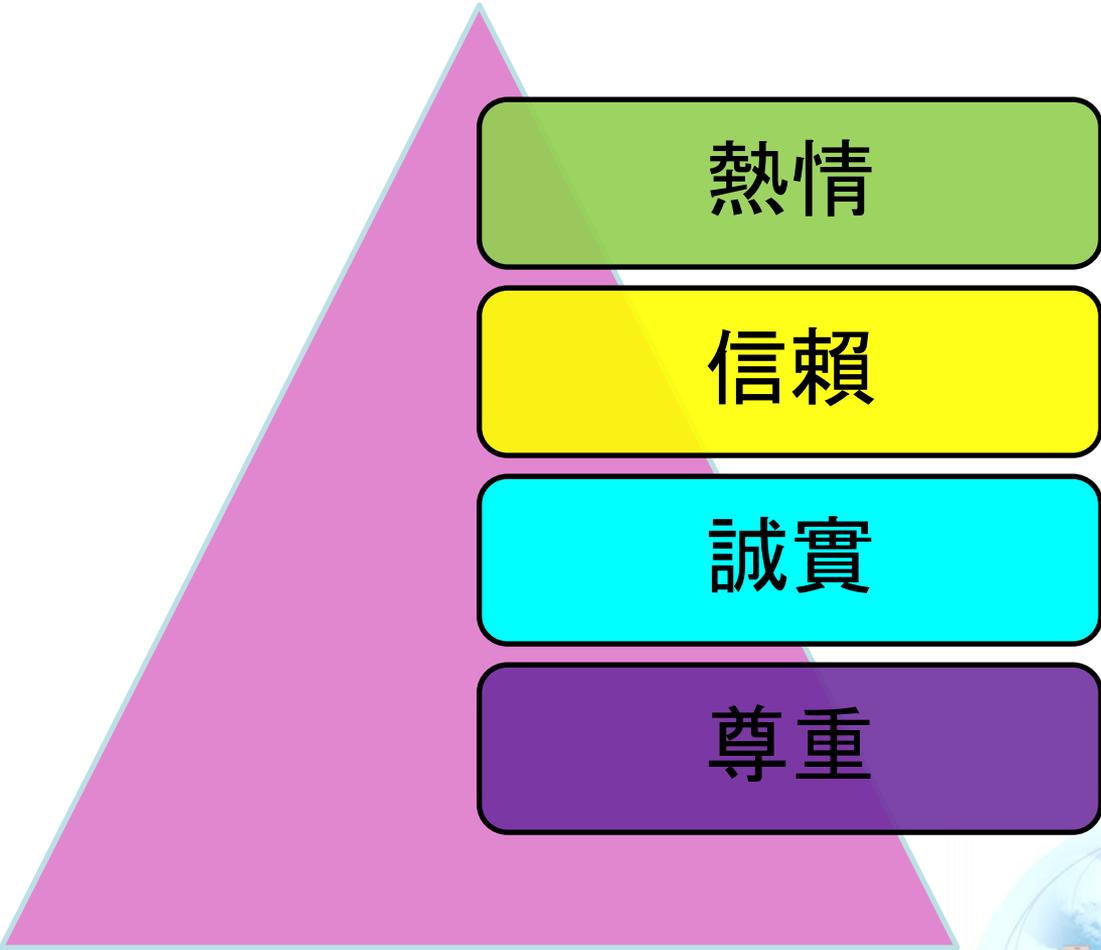
病人因素

- 聽力及視力
- 記憶力及注意力
- 疾病影響
- 藥物影響
- 情緒影響
- 個人影響
- 健康信念

環境因素

- 環境吵雜
- 時間不足
- 空間設計
- 相關資源

良好護病關係的基礎



熱情

信賴

誠實

尊重

高齡友善醫院-溝通與服務

- 醫院盡力調整行政程序以因應長者之特殊需要，包括教育程度較低或有認知功能異常之長者
- 醫院能發現及支持有經濟困難的長者獲得適當的照護
- 醫院在醫療部門應有志工以協助病人與訪客的接待、導引、交通、閱讀、書寫、陪伴或其他服務
- 醫院鼓勵長者參與醫院的志工服務(包括社區長者病人與家屬)



減少背景雜音

- 盡量在安靜的場所與長者對談
- 關門可以阻絕噪音
- 音量增大、清晰但維持音頻
– 不須尖叫



盡量面對面溝通

- 與長者面對面平坐，以促進讀唇語的機會
- 維持眼光交會
- 不要邊說邊吃或嚼口香糖
- 不要用手或夾板擋住口唇



請長者重述你剛剛提供資訊的重點

- 確定長者完全了解
- 聽不清楚的長輩往往會有習慣性點頭的動作



避免混雜的訊息

- 對於聽過多次的訊息，即使是否定句，長者往往會誤以為是正確的資訊
 - 再三重複重要且基本的資訊
 - 盡量減少容易混淆重點的細微資訊



強調期望的正確行為

- 強調「應該如何做」，避免講述過多的「不要做什麼」
- 盡量以個別化的方式提供細節資訊
- 特別強調有關時間、順序等與健康有關的資訊



使用一般的語言文字

- 減少醫療的、高深的用語
- 分段陳述重點(chunking)
- 簡單肯定的用語
- 清晰解釋不易了解的字詞



資訊應容易辨識

- 字體圖樣與底色背景應有明顯對比
 - 水晶體黃化-不易察覺綠、藍、紫 / 對紅、橙、黃較易察覺
- 使用(英文)16號或更大的字體
- 衛教單邊緣建議留白至少1吋，行間留白1.5行高
- 表格應易於使用
- 書面資訊要清晰易懂，避免使用代名詞(這個、那個...)



友善的網頁設計

- 易於閱讀、尋找
- 字體、顏色、格式、對比，均應適合長者特色



滿足個別化需求-1/2

- 考慮使用點字或錄音方式提供資訊
 - 考慮民眾不同的閱讀能力與視力
 - 每個人的失能程度與適應方式不同，主動詢問長者最佳的協助方式
 - 應嘗試不同視覺輔助器具的功能與特色，並提供協助
 - 聽障的失能程度每人不同，不要假設同一種協助對所有人均有效



滿足個別化需求-2/2

- 並非所有長者均會經歷認知能力消退的情況
- 每個人需要協助之處均不同，應認清個別差異，提供適切協助



確保充足的溝通時間

- 慢慢說
- 不要急



尊重文化上的差異

- 確保長者得到適於其個人文化且不違背該醫療照護環境認同的醫療照護服務
- 應提供語言方面的協助，例如聘用雙語員工或提供專業的翻譯服務 此類服務應全年無休且不應額外收費
- 有關長者特殊文化背景、其他語言所提供的資訊或病歷資料均應整合入病歷，且定期更新



文化差異-賦權 (empower)

- 患有肝硬化的原住民飲酒，你該怎麼做？

- 因宗教因素堅持不接受輸血的個案，你該怎麼做？



印尼移工心臟手術 不用豬瓣膜

37歲印尼籍移工狄卡多來台工作多年，突然喘不過氣，被送聖馬爾定醫院急診，檢查是心臟重度二尖瓣閉鎖不全，危及生命，心臟血管外科主任高炯倫考量患者本身的宗教信仰、費用、及居住環境等因素，選擇以困難度最高的二尖瓣膜修補手術。

狄卡多昨天開心出院，一再感謝高炯倫和醫院、公司的協助，讓他可以放心的治療，未來還可好好工作並返家團圓。

狄卡多來台工作好幾年，表現一直很好，身體也很健壯，直到突然喘得急促，急診才發現心臟有問題。高炯倫指出，患者送來時已有急性肺水腫，心臟超音波顯示除有重度二尖瓣膜閉鎖不全，還合併腱索斷裂，狀況十分危急。

瓣膜性心臟病的手術有瓣膜置換或瓣膜修補術，由於金屬瓣膜置換術後，要長期服用抗凝血劑預防血栓，如果置換動物性瓣膜，牛瓣膜得自費5萬到10萬元，而豬瓣膜雖然不用補差額，但考量到患者伊斯蘭教信仰而不採用。最後決定以瓣膜修補術為患者進行開心手術。

瓣膜修補術已證實可保留左心室功能，並可增加存活率，相較於心臟瓣膜置換，修補手術後不需因金屬瓣膜終生服用抗凝血劑，也不需15至20年後因生物瓣膜退化再次手術。

印尼移工心臟手術 不用豬瓣膜



2016-05-20 02:44 聯合新聞網 記者劉宇暉 / 攝



性別差異

- 尿失禁患者，你該怎麼做？

- 男性隨著年齡增加容易有攝護腺肥厚的情形，易造成排尿出口的阻塞，盛行率約為 10-15%
- 女性停經後由於動情激素分泌減少，容易造成萎縮性陰道炎或尿道炎，使膀胱較敏感而過度收縮，形成急迫性尿失禁，盛行率約為 25-30%



年齡差異

- 80歲糖尿病患者，HbA₁C 8.5%，你該怎麼做？
- 80歲CKD第四期，你該怎麼做？



對於有特殊問題(被虐、成癮...) 長者之溝通

- 選擇合適的時間進行
- 不一定是你的責任
- 注意隱私與不洩密的原則，但有關、或有可能危害健康的資訊必須向主管報告
- 向患者提供敏感資訊前，向督導確認自己是否有權可以洩露。若有權可以提供，應先詢問長者是否有意願知道
- 使用中庸穩定的語氣及詞彙來討論敏感問題



了解長者具有優勢

- 高齡並非弱者，注重長者的個人興趣、專長以及能夠提供的貢獻
- 尊重長者在照護上作決定的能力與權力
- 鼓勵長者參與志工服務 (包括社區長者、病人與家屬)



鼓勵多活動

- 大腦就像肌肉一樣需要運動來保持健康
- 鼓勵認知以及身體的以及休閒的多重活動機會
- 鼓勵長者持續原有活動並找到有興趣的新活動



促進緊密的社會連結

- 避免孤立
- 良好的支持網絡有益健康



鼓勵長者與家屬多問問題

- 促進良好健康知能有益健康
- 沒有笨問題 — 不可取笑



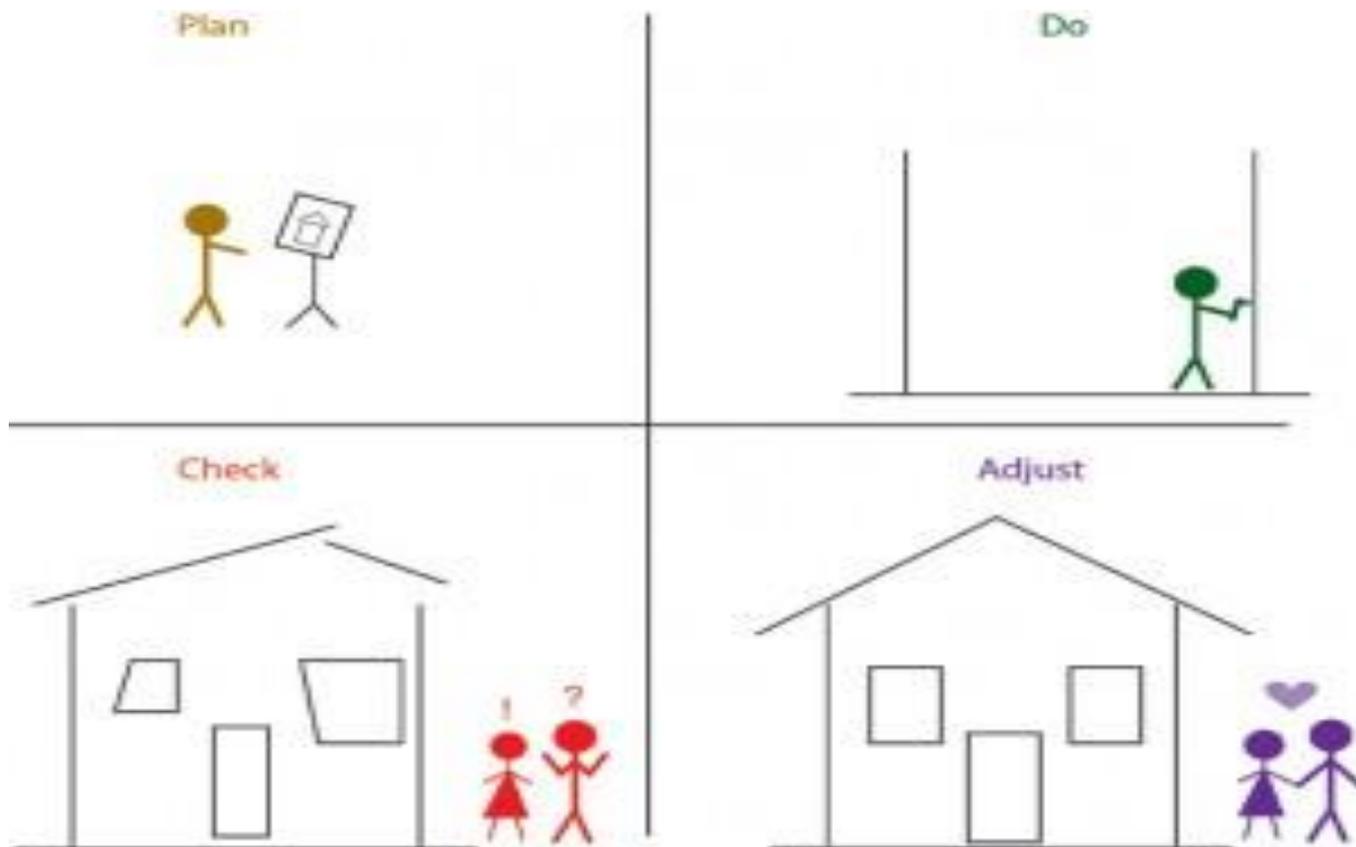
品質管理及監測



PDCA

- **PLAN**: 計畫，確定方針和目標，確定計畫
- **DO**：執行，實地執行，實現計畫中的內容
- **CHECK**：檢查，總結執行計畫的結果，瞭解效果為何，及找出問題點
- **ACTION**：行動，根據檢查的問題點進行改善，將成功的經驗加以適當推廣「標準化」；將問題點加以解決，以免重複發生，尚未解決的問題再進行RePDCA循環





如何進行Plan

- 現況分析：請檢視是否已經有作業標準圖、表、照片、文字均可
- 確認問題：經過現況分析後，找到主要改善主因或主題
- 預期目標：以指標方式呈現(如完成率、達成率、件數進行數值統計，以便進行改善前後對照使用)
- 擬定改善措施：為達成以上的目標，預計要做的對策可分系統性或逐條式，含預計日期或期間，由X人或X組負責、做X事（含地點及方法）



如何進行Do

- 實際依以上計畫對策執行的過程狀況，含實際執行日期、X人或X組、實際執行結果（含相關執行後收集到的資料）
 - 依擬定改善措施，確實執行：
 - 1...
 - 2...
 - 3.執行後，再進行...措施”
- 直接寫在do，不需重寫回Plan



如何進行Check

- 1.對策執行情形(對策執行率)，品管圈達成率
- 2.問題點改善效果
- 3.實際績效是否達成預期目標
- 4.沒有達成之原因分析 (圖、表、照片、文字均可)



如何進行Action? 是不是要RePlan?

- 1.達到目標，XX對策列入作業標準”
- 2.未達目標，殘留問題XX 改善對策擬再對策
- 3.於檢討會議討論是否再擬對策?



改善專案：提高病患PCA(病患自我控制止痛法)使用率-Plan-1/2

• 現況分析：

- 1.術後疼痛常導致病人血壓上升、心跳加速、增加心臟負擔，無法安眠
- 2.文獻佐證PCA(病患自我控制止痛法)是近年來歐美日等先進國家最被接受的術後止痛方法，可降低病人因疼痛導致不適感
- 3.各病房並未放置PCA衛教單張，無法針對要手術之病患事先給予衛教，且醫護人員常預設立場，未主動告知有此服務



改善專案：提高病患PCA(病患自我控制止痛法)使用率-Plan-2/2

- 確認問題：

- 1.若病人能接受PCA這種術後止痛方法，可降低術後疼痛、提昇病患與屬對醫療品質的滿意度、減輕醫護人員的工作量

- 預期目標：

- 1.92年1-10月PCA平均使用率由13.75%提升至50%以上

- 擬定改善措施：

- 1.組品管圈，邀請醫師、藥劑、護理、品管人員，擬訂改善策略
- 2.利用醫睡各日資源推廣PCA
- 3.醫護人員再教育
- 4.增加PCA機器量



改善專案：提高病患PCA(病患自我控制止痛法)使用率-Do-1/3

- 策略一：組品管圈，邀請醫師、藥劑、護理、品管人員，擬訂改善策略
 - 邀請外科醫師、麻醉醫師、藥劑師、護理長、品管人員組圈，共同討論
- 策略二：利用醫院各項資源推廣PCA
 - 在各病房、外科系門診放置衛教單張，由護士針對需手術之病患給予
 - 在開刀房家屬等候處以電視介紹PCA
 - 醫護人員術前主動向病患介紹PCA
 - 麻醉醫師前一日術前訪視時主動告知



改善專案：提高病患PCA(病患自我控制止痛法)使用率-Do-2/3

• 策略三：醫護人員再教育

- 若外科醫師不同意病患做PCA，由麻醉醫師與外科醫師溝通協調
- 每天晨會時提醒麻醉護士主動詢問病人是否要用PCA
- 製作PCA衛教單張
- 麻醫術前訪視時給予PCA衛教
- 培養成例行之工作習慣



改善專案：提高病患PCA(病患自我控制止痛法)使用率-Do-3/3

• 策略四：增加PCA機器量

- 請麻醉醫師術後訪視病人時，視病人疼痛改善之情況，提早收回機器
- 請廠商提供更多的機器
- 必要時可使用手錶型PCA機種代替
- 恢比室8-4班者必須確認已調劑好之PCA機器數量（庫存量固定維持2台）



改善專案：提高病患PCA(病患自我控制止痛法)使用率-Check

- PCA使用率：

- 92年1-10月13.75%→93年1月(19.41%)

- 93年2月(21.34%)

- 93年3月(24.67%)

- PCA使用滿意度：

- 93年1月:77.36%

- 93年2月:80%

- 93年3月:80.2%



改善專案：提高病患PCA(病患自我控制止痛法)使用率-Action

- 93年3月起

- 將PCA使用時機，列為護理人員在職教育課程
- 推廣PCA使用，列為麻醉科工作標準作業流程
- 每月持續於科會檢討，監測PCA使用率及使用PCA的病人滿意度



哪裡有問題? -1

【佐證資料】

1 本所運用 PDCA進行高齡友善計畫之服務品質改善計畫

擬訂計畫(P)：提升高齡友善服務品質

執行(D)：定期於所內運用為民服務滿意度調查(人工問答)；並於所內設置意見箱。

查核(C)：每月將資料依照年齡層、性別..等進行分析。

改善行動(A)：擬定改善計畫，並將長者、照護者之觀點納入改善且持續監測與改善。



服務品質調查表：

哪裡有問題? -2

及提昇改進之依據。請就您的意見，選擇您的答案(以勾選方式)，感謝您的幫忙。敬祝 身體健康、萬事如意！

姓 別：男 女

年 齡：20-30歲 30-40歲 40-50歲 50歲以上

一、請問您對本所工作人員的服務態度是否滿意？

非常滿意 滿意 普通 不滿意 非常不滿意

二、請問您對本所的服務流程是否滿意？

非常滿意 滿意 普通 不滿意 非常不滿意

三、請問您對本所的服務效率是否滿意？

非常滿意 滿意 普通 不滿意 非常不滿意

四、請問您對本所的硬體設施是否滿意？

非常滿意 滿意 普通 不滿意 非常不滿意

五、請問您對本所的動線標示是否滿意？

非常滿意 滿意 普通 不滿意 非常不滿意

六、請問您對本所的內外環境整潔是否滿意？

非常滿意 滿意 普通 不滿意 非常不滿意

七、請問您對本所的整體環境空間是否滿意？

非常滿意 滿意 普通 不滿意 非常不滿意

八、請問您對本所的各项服務措施、作法或其他事項，覺得有哪些
缺失需要改善或建議？



哪裡有問題? -3

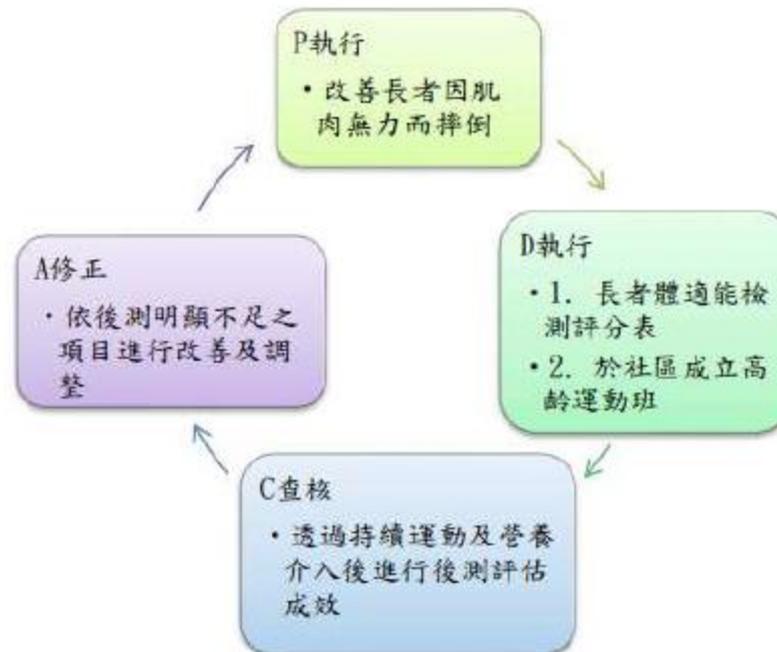
2. 本所運用 PDCA檢測長者體適能之情形，預防長者因肌肉無力而摔倒

計畫(P)：改善長者因肌肉無力而摔倒

執行(D)：1. 長者體適能檢測評分表 2. 於社區成立高齡運動班，長者加入後有有氣運動及均衡營養的介入。

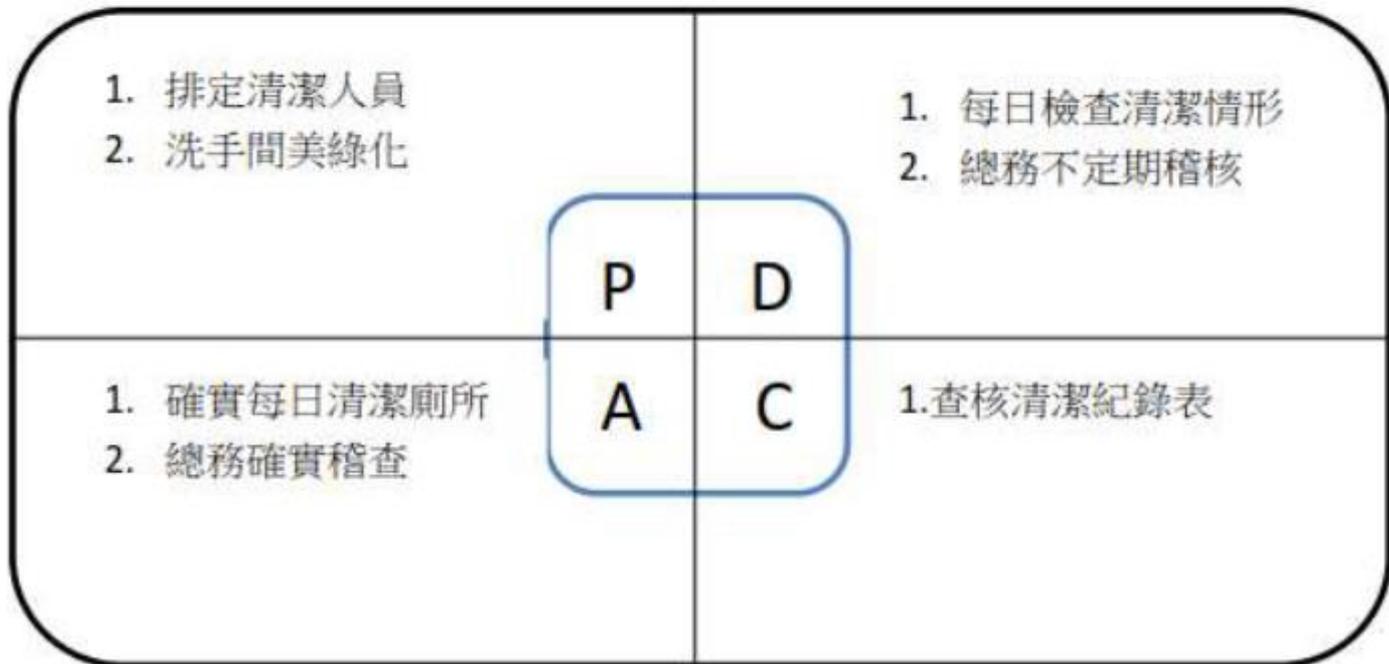
查核(C)：透過持續運動及營養介入評估成效。

改善行動(A)：擬定改善計畫，並將長者、照護者之觀點納入改善且持續監測與改善。後測明顯不足之長者，針對其落後項目作運動改善肌力及平衡的指導，必要時轉介復健科門診或社區復健，同時評估長者個人特性、急性與慢性疾病、藥物以及環境因素，以減少跌倒的風險。



哪裡有問題? -4

1. 改善洗手間環境衛生



哪裡有問題? -5

2. 改善護理人員為民服務態度

1. 改善環境佈置
2. 工作人員再教育
3. 訂定相關流程

1. 營造溫馨環境。
2. 上班時間佩帶識別證。
3. 主動招呼，提供民眾適切需求。
4. 訂定服務指引。
5. 設置意見箱。
6. 辦理員工教育訓練。

P

D

A

C

1. 同仁確實依工作流程執行。

1. 不定期稽查人員是否確實執行工作流程。
2. 意見箱回覆紀錄。

品質改善模式-PDSA

- 又稱為蕭華德循環（Shewhart cycle）。
- 亦稱為戴明循環（Deming cycle）。





■ PDSA 循環之含義：

▶ P：代表計畫（plan），經過分析之後確定目標，訂定執行計畫。

▶ D：代表實施（do），執行計畫中的內容。

▶ S：代表研究（study），分析計畫的執行結果，建立新知識。

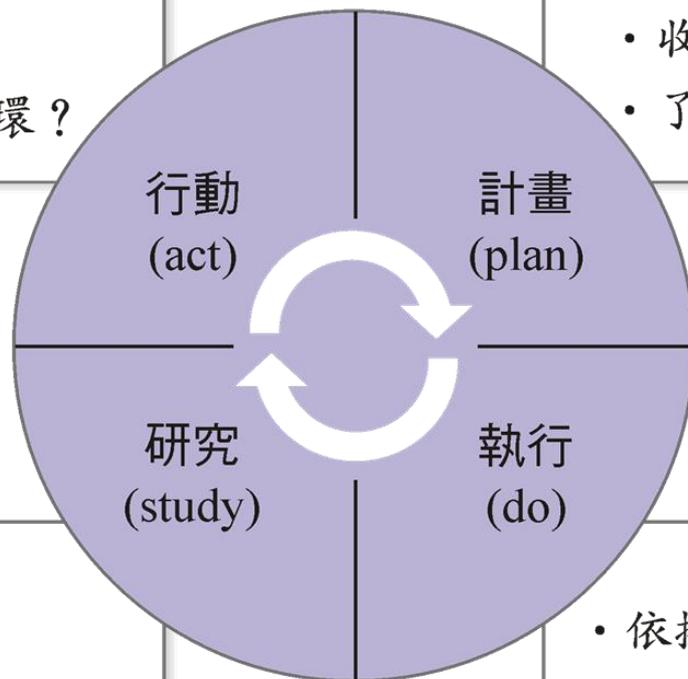
▶ A：代表處置、行動（act），對於良好、成功的

結果加以推廣或標準化，而不良或失敗的結果則重新擬定計畫，開始下一個循環。



- 要做些什麼的改變？
 - 採納
 - 修正
 - 放棄
- 是否進行下一個循環？

- 決定目標
- 擬定方法與步驟
- 收集資料
- 了解原因



- 分析結果之數據
- 要預期之結果比較
- 對學習到的事項做成摘要

- 依擬定之方法與步驟執行
- 記錄問題及未預期之事項
- 收集資料

圖 4-23 PDSA 循環



■ PDSA 循環：

➤ 主張流程改善並非一次就可以完成。

➤ 需要經由設定計畫、執行、查核及重新設定計畫之重複循環才能達到品質改善的目的。

■ 在日本稱為 PDCA 循環：

➤ C 代表查核（check），檢討計畫的執行結果，找出可能的問題。





FOCUS-PDCA

- 1980 年代晚期由美國醫院組織（HCA）所提出的品質改善工具。
- 架構與目的為解決問題及改善流程，亦即PDCA循環的延伸。
- FOCUS-PDCA由 9 個步驟之英文名詞的第一個字所組成。





▶ **Find**（尋找）：找出改善的機會。

▶ **Organize**（組織）：組成熟悉流程的團隊。



▶ **Clarify**（澄清）：澄清目前對該流程的了解。



▶ **Understand**（了解）：了解造成流程變異的原因。

▶ **Select**（選擇）：選擇改善的方法。





▶ **Plan**（計畫）：擬定改善計畫、收集資料。

▶ **Do**（實施）：進行改善、執行改善及改變。



▶ **Check**（查核）：查檢流程改善的數據、結果及學習到的經驗。



▶ **Action**（行動）：採取措施維持所獲得的良好成效，並持續改善。



品質改善模式-QCC

品管圈 (Quality Control Circle; QCC)

- 又稱為團結圈，1962年由東京大學教授石川馨所創始。
- 由一群工作性質相似者，為了提供品質更好的產品或服務而共同組成一個小組，對問題確認、分析及研究解決方案，並持續對工作現場的各種問題進行改善，以防止問題再度發生。



品管圈活動的目的

■ 透過成員的合作，共同尋找解決問題的方法，使品質管理由「點」至「面」，由「下」而「上」提升品質。



品管圈活動的方法

- 以團隊的形式來進行活動，成員一起發掘問題、解析問題，擬定出最佳對策。
- 每一圈的人數以5~7人為原則，不超過 10 人。
- 最常運用的改善手法：①直方圖；②柏拉圖；③特性要因圖；④散布圖；⑤查檢表；⑥管制圖；⑦層別法；⑧流程圖。
- 領導者必須聽取成員的意見，共同做出最佳的品質改善決策。



特性要因圖 (Cause and Effect Diagram)

- 研究造成某個特定問題或結果之所有可能原因。
- 又稱石川馨圖 (Ishikawa diagram)。
- 外形似魚骨，又稱魚骨圖 (fishbone diagram)。
- 有助於找出導致某個特定問題或結果的許多可能原因，並將可能的原因分類整理。



特性要因圖的繪製

- 先決定要探討的特定問題或結果。由左而右指向欲探討的特定問題或結果，畫一水平箭號做為背骨。
- 在背骨的上、下部位由左向右畫出斜線連接至背骨，填入主要原因，此為主因大骨。
- 將次要原因畫線連接至主因大骨，形成次因小骨。
- 次因小骨可以再細分為更次要的原因。



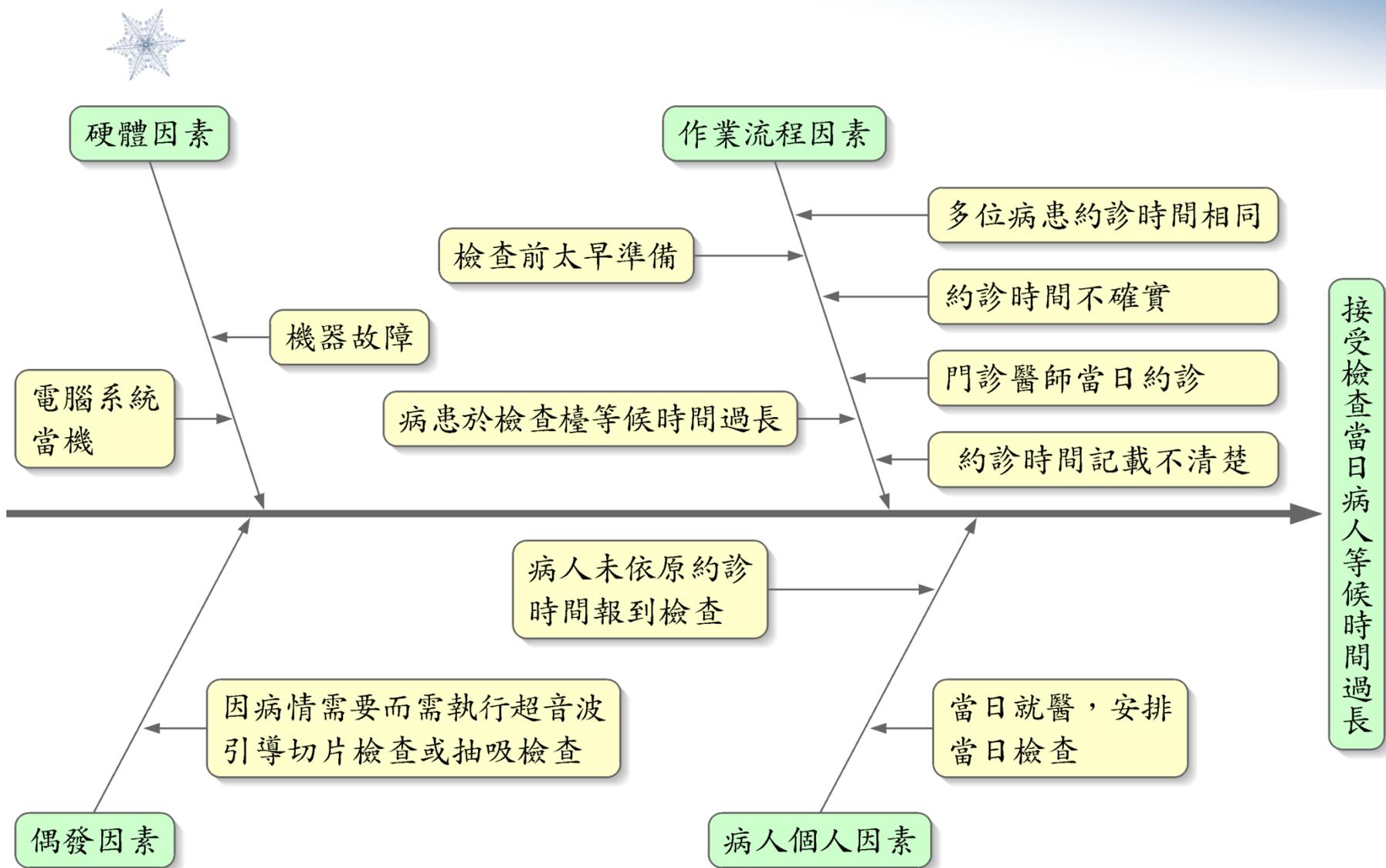


圖 4-3 超音波檢查病人等候時間過長之特性要因圖分析



查檢表 (Check Sheet)

- 利用設計好的格式，對於要了解之項目收集發生的次數或頻率，進行資料分析、項目查檢等作業。
- 可以減輕執行者在執行時之思考負荷，減少因為思慮不周而有遺漏。



表 4-3 乳房超音波檢查的病人等候時間

星期 等候時間	一	二	三	四	五
≤5 分鐘	下	正	下	下	一
> 5 ~ ≤20 分鐘	正下	正下	正下	下	正
> 20 ~ ≤30 分鐘	正下	正	正下	下	下
> 30 ~ ≤60 分鐘	下	下	下	正	下

流程圖 (Flowchart)

- 設計和記錄複雜流程的一種圖表類型。
- 利用各種不同的通用符號，將作業流程中所有需要的工作或活動，依發生順序表現出來，以幫助了解流程。
- 畫出實際進行工作的流程，以了解現有的流程，並發展如何改進的想法。





表 4-6 流程圖的符號

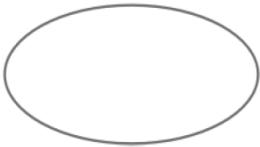
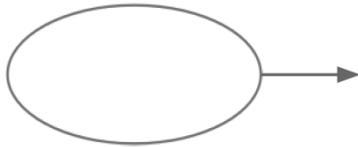
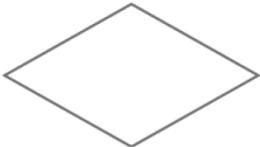
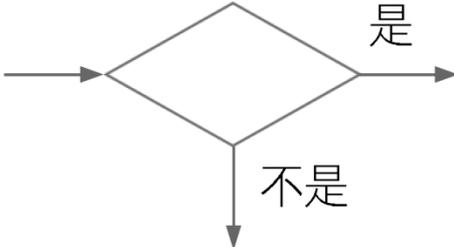
圖 形	說 明	圖形連結方式之範例
 或 	工作流程的開始和結束，顯示流程圖之切入點和退出點	 或 
	依形狀與形狀之間的箭頭線條看流程圖，箭頭線條決定圖表之流程方向	
	表示流程中需要做決策之處。在此處必須對問題回答「是或不是」、「有或沒有」，然後依回答決定流程的方向	



表 4-6 流程圖的符號 (續)

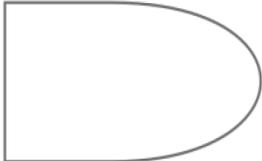
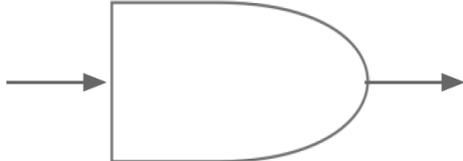
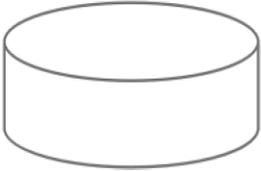
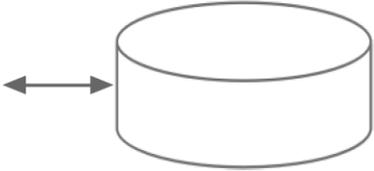
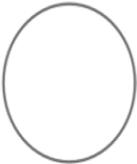
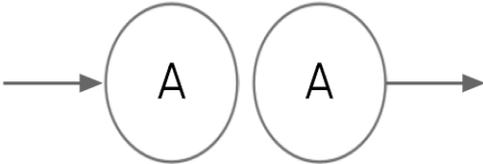
圖 形	說 明	圖形連結方式之範例
	用來表示一個過程、工作、行動或操作，指必須做的事或應該採取的行動	
	表示沒有行動的等候點	
	表示一份文件或報告	

表 4-6 流程圖的符號 (續)

圖 形	說 明	圖形連結方式之範例
	表示數據檔案或資料庫	
	表示流程的連接點。流程圖向另一流程圖的出口，或從另一地方的入口	
	表示缺乏流程的知識	

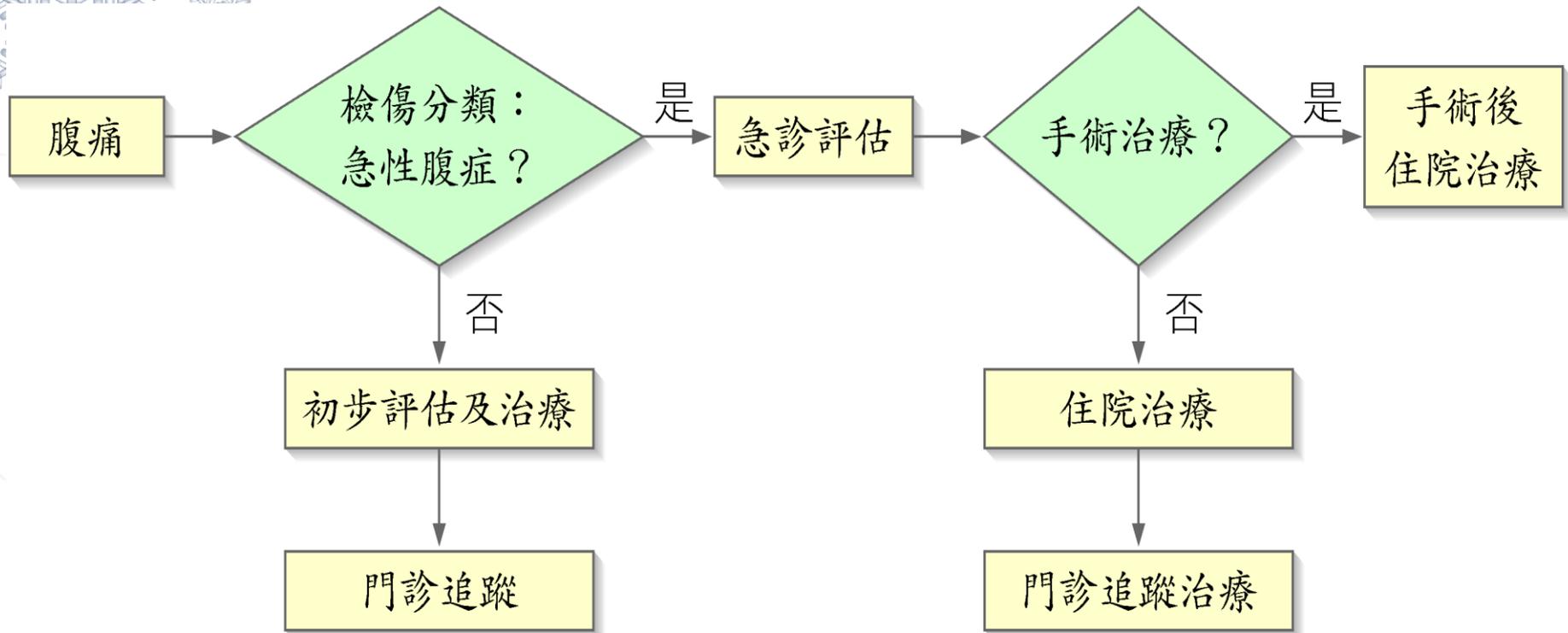


圖 4-22 腹痛病人處理之流程圖

品管圈活動的十個基本步驟

- ▶ 步驟 1—選定主題：篩選出問題，評估之後選定活動的主題；說明為何選擇該主題、問題的背景與重要性。
- ▶ 步驟 2—設定目標：設定各階段可以達成的目標，建立全體成員的共識以達成目標。
- ▶ 步驟 3—擬定計畫：考量各步驟的關聯性及所需的完成時間，分配每位成員所擔任的工作。



▶ **步驟 4—現狀把握**：了解現行作業的實際狀況、比較與應有水準之間的差距、歸納活動主題的特性。



▶ **步驟 5—原因分析**：分析影響主題特性的主要及次要原因。



▶ **步驟 6—擬定對策**：廣泛考慮消除原因的方法、選擇改善方案，並擬定行動計畫。



▶ **步驟 7—執行對策**：執行擬定的對策，並依 PDSA 循環評估實施的每一個對策。





▶ **步驟 8—確認效果**：將執行的結果與改善的目標比較，確認結果是有效的。



▶ **步驟 9—標準化**：文件要標準化、進行標準化教育。



▶ **步驟 10—檢討及改進**：檢討改善過程，注意是否有殘留或新發生的問題；具體提出活動之後的計畫；定期查核對標準化的遵從狀況。



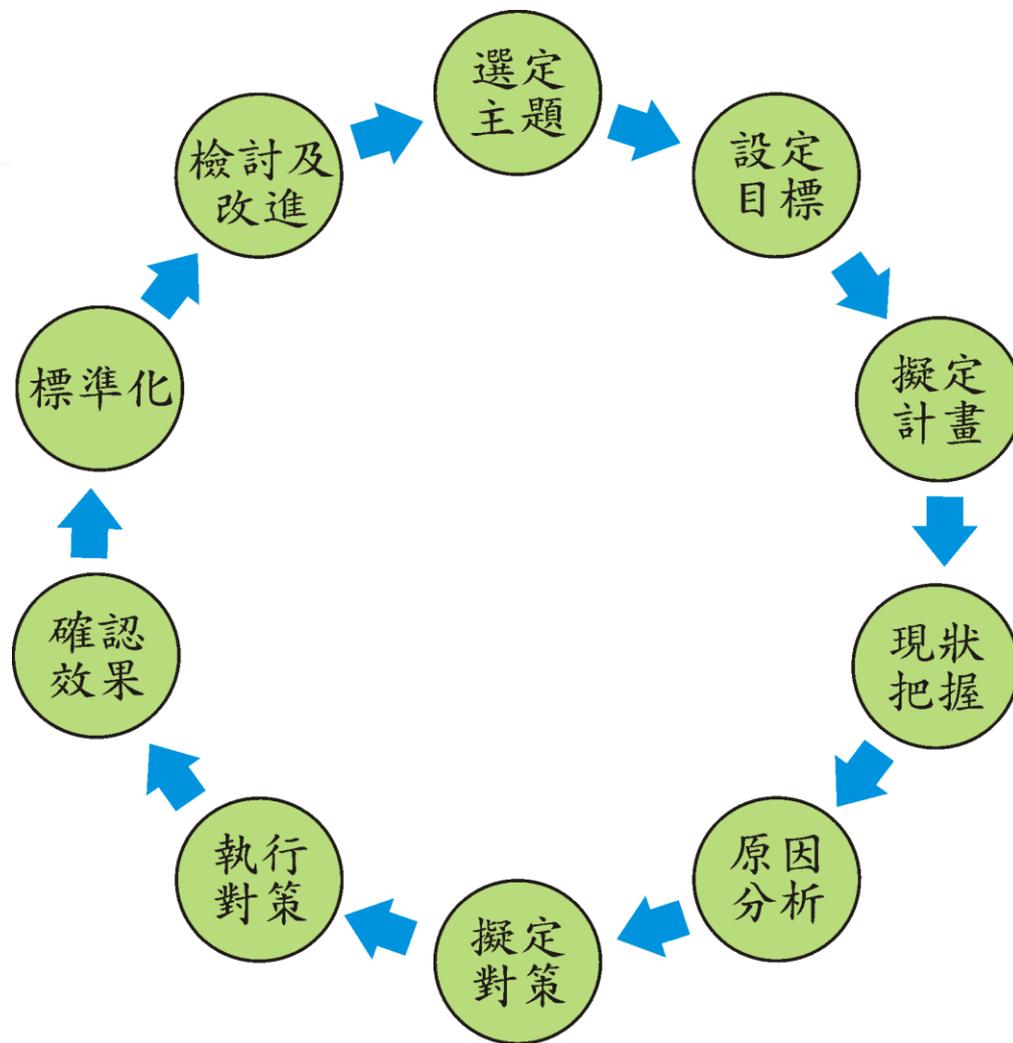
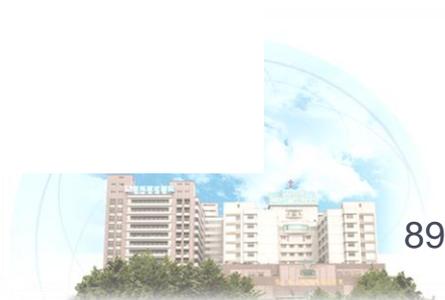
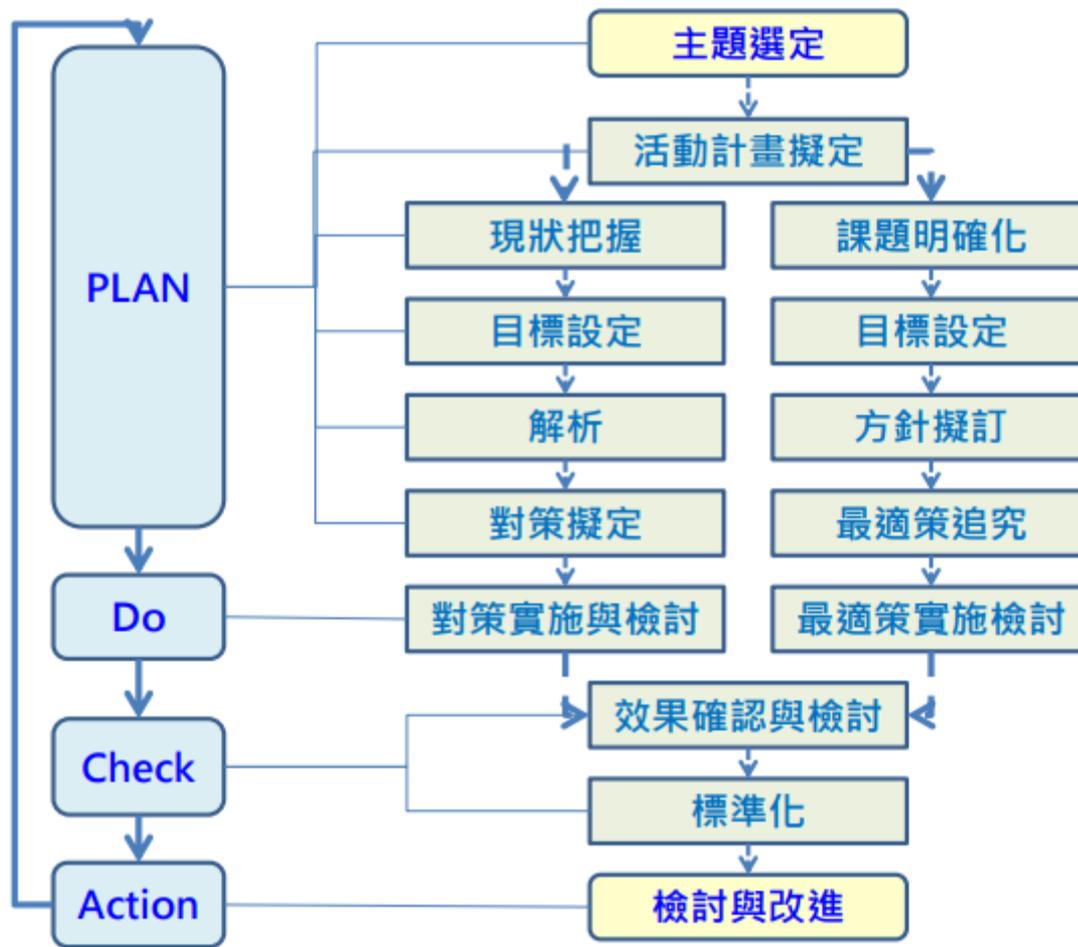


圖 4-24 品管圈活動的十個基本步驟

PDCA&QCC(問題解決型)

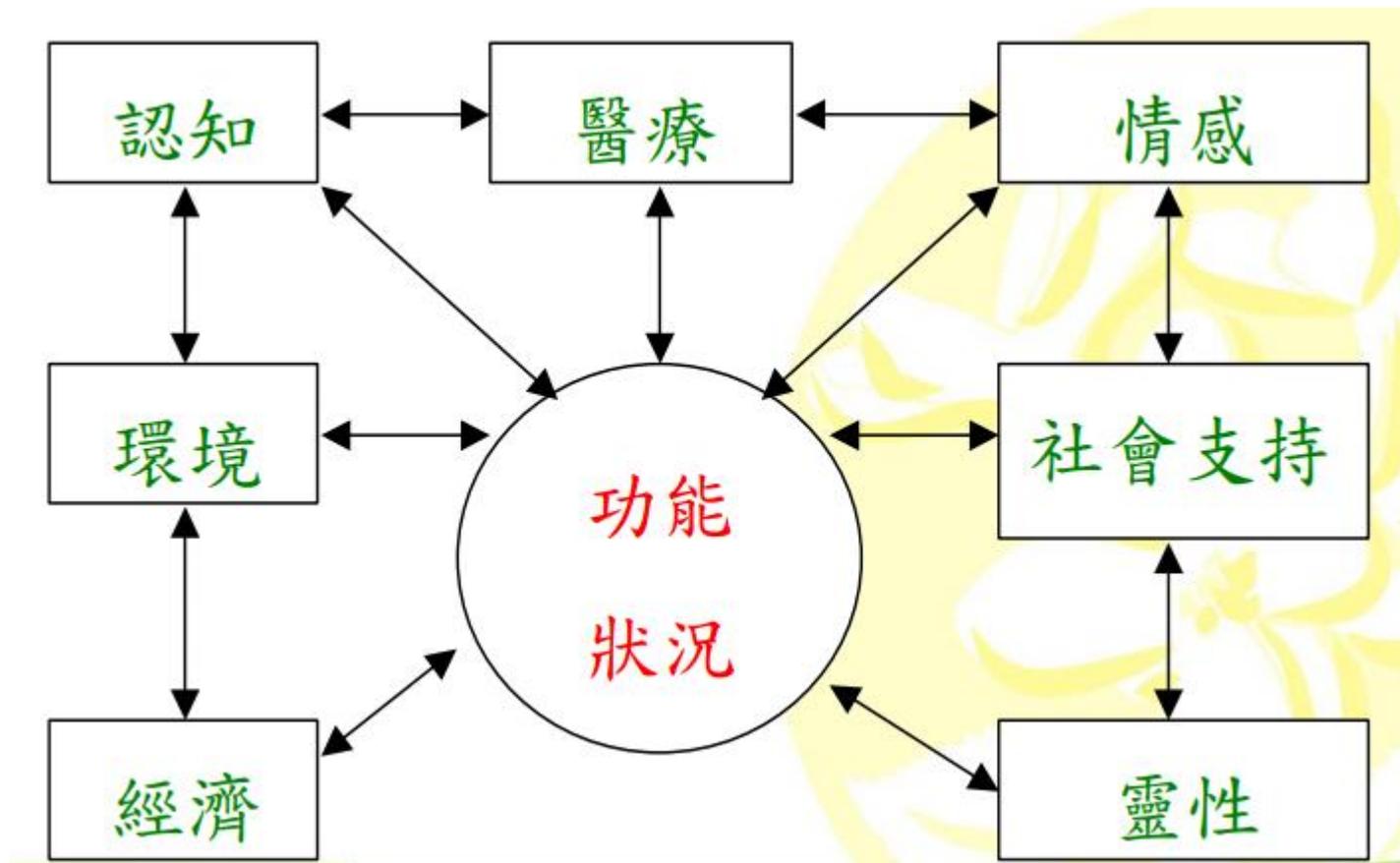




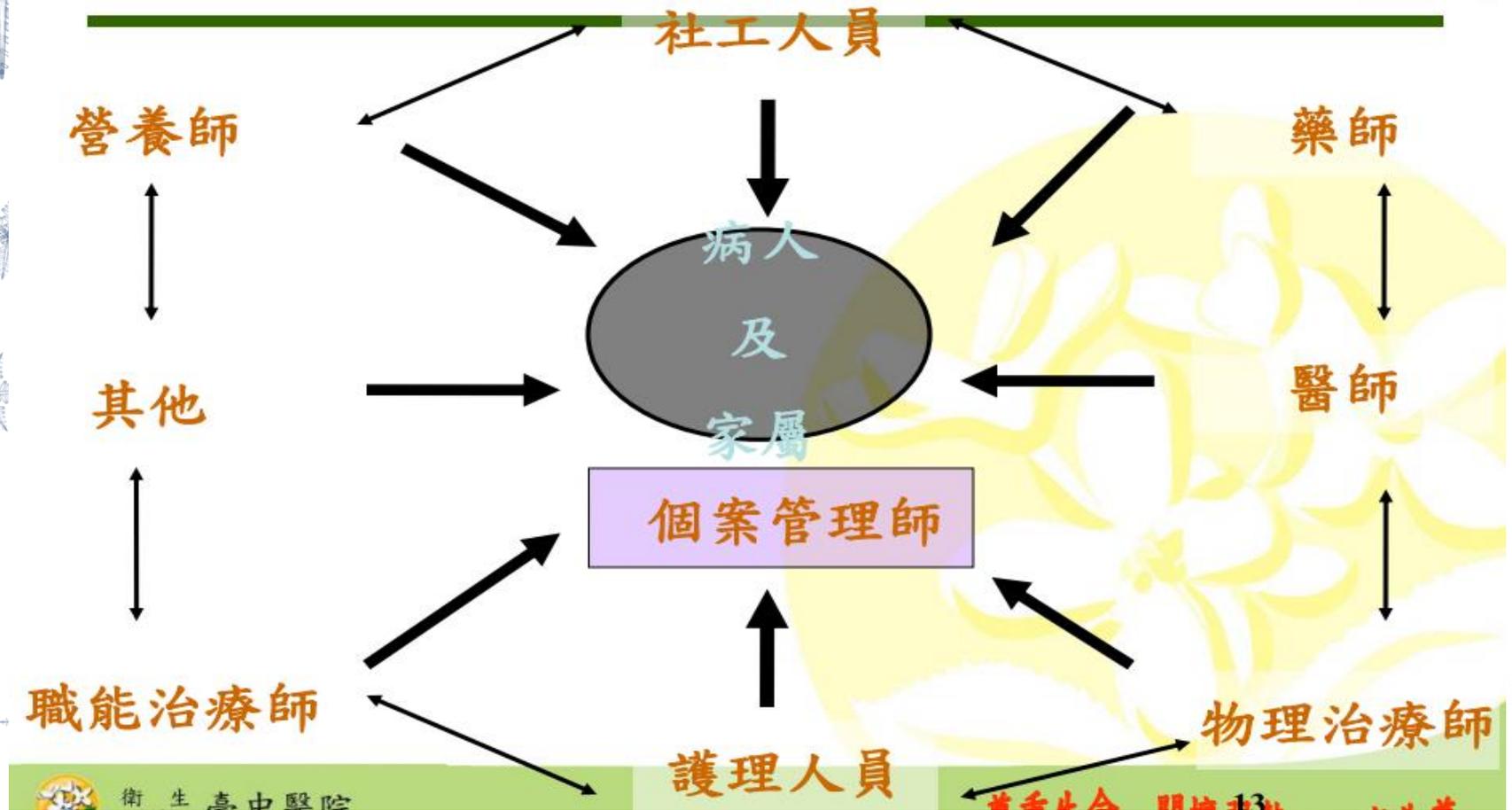
跨團隊照護模式意涵及運作方式



老年照護需要團隊照護的原因



老年醫學照顧團隊



衛生局 衛生局醫院

衛生局 衛生局醫院



醫療團隊成員



- 醫師

- 老年專科護理師 或個案管理師



- 護理師、護士



- 社工師

- 復健科醫師、物理、職能、語言治療師

- 老年精神科醫師、老年心理師



- 營養師

- 臨床藥師

- 其他醫療專業人員



周全性評估流程

- 資料收集
- 與團隊成員討論:找出可以改善的問題
- 提出治療計劃:訂出優先順序
- 執行計劃:與其他醫師合作、尋找資源
- 追蹤治療效果
- 修正治療計劃



老年團隊領導者的角色

- 確定所有成員都了解會議的目標
- 觀察與評估每位成員的參與度
- 注意語言與非語言溝通，注意團隊中功能不佳的成員
- 指出意見衝突的地方
- 尋求互相了解
- 確定共同決策
- 建設性回饋



成功團隊的要素

- 所有團隊共享相同目標，齊心為個案建立建立照護目標
- 個案與家屬成為團隊的中心
- 了解各成員的專業能力
- 每位團隊成員都對團隊功能貢獻，例如當主要個案管師
- 彼此有效溝通
- 有效去處理意見衝突
- 對於參與討論和決策有明確的規則
- 能適應並回應新的挑戰或狀況



團隊成員意見不同時的處理

- 接受不同意見
- 澄清每位成員所看到問題的本質
- 找出有共識的地方，強調共同利益
- 從比較簡單的議題開始，每次解決一個問題
- 傾聽、理解、回應、澄清
- 客觀事實
- 回歸病患本人





Thank You

