

第 **壹** 部分

---

緒 論

Introduction

情勢，藉豐富的學識技能，建立良好的人際關係與溝通管道，培養部屬組織、計畫、領導、用人、溝通技巧等能力，因人、因時、因地、因事制宜，給予最適當的領導，使同仁能和諧合作、愉快工作、減少壓力、有強烈的工作意願、由工作中得到滿足、避免疲勞崩潰，則是極高深的學問與藝術。

強人領導的時代將逐漸褪去，民主領導的潮流，使護理人員能有更多的機會參與各種管理，因此參與管理和自主管理將取代過去個人英雄主義的集權管理。護理人員面對這種改變應如何團結合作，如何面對問題、解決困難、做正確的決定、推動改革、處理衝突，便成為現代管理者與領導者必備之技巧。

## (六)控制(Controlling)

榮總前院長鄭濟勳先生曾說，一個良好的管理就是：「要有人知道自己在做什麼工作（如工作職掌、角色）、知道如何去做（有工作標準程序）、知道為什麼做（知其然，知其所以然）、做的結果如何（有人考評），一件工作才會做得完美」。考評就是促使工作人員將工作做得更完美的一種制度。

一般將電腦資訊系統，品質管制系統以及評值系統都列入控制的範圍內。如何適當運用控制工具——電腦，做評值工作，建立品管保證系統，或考核同仁，使員工能遵守規定、遵守法律（如有執照才能執業），不但有賴政府及非政府機構建立稽核考評系統，更有待自我專業的評值。

護理品質保證系統是稽核考評系統的一種，它的理論架構大體脫離不了保證護理部門有關的組織、過程、結果、成本運用的適當性與完整性。組織主要是評論護理部的組織結構，例如：人事管理獨立的功能、人力配置、人員素質、工作人員考照換照之考核、醫療設備物品之改善、硬體結構與病人環境之安全性、行政體制、政策目標與工作方針等是否適當。過程主要是評值護理人員在執行護理活動時是否依護理活動標準程序進行。結果是評值護理服務的結果，例如：病人的身心狀況是否改善？病人的死亡率是否降低？住院天數是否減少？再住院率是否降低？病人的滿意度是否升高？醫療糾紛是否減少等。成本分析是指綜合分析以上結構、過程與結果，是否能以最少的錢發揮最大效能及得到最大結果，目的在持續性改進以提升品質。

在績效考評方面，除了績效考評(Performance Evaluation)本身，如何做好績效改進(Performance Improvement)才是重點工作，就如同品管重視持續性品質管

理(Continuous Quality Improvement; CQI)的觀念是一樣的。績效考評一定要訂出工作項目，各工作項目一定要設績效標準，才能把握考核的原則，針對績效不彰的部分，發展出改進計畫，並繼續追蹤輔導，務期達成，才算達成績效。考核是主管與部屬共同參與的工作，一定要開誠布公，留點彈性時間給雙方有面對面會談的機會，以保持雙向溝通、確保公開為原則。如要做到公平確實，一對一的教學與評值是最理想的。因為若沒有長時間的直接接觸，是不能明確地觀察其行為及工作表現。因此如何減少控制幅度，落實授權分權、自主管理制度，建立同儕評值、自評與主管評值標準，有助於考評制度的公平與公開。

電腦資訊管理是協助護理管理者收集資料、溝通意見的一種工具。可利用電腦將收集到的有關資料整理、輸入，再經過設定的程式可立即得到分析結果，有助管理者分析第一手資料及做為人力資源分配、品管或提供任何護理業務改善之參考。資料的快速整理、分析統計無形中節省了許多管理者寶貴的時間與精力，而得以去從事更有意義的工作，為提高護理服務品質而努力。

## 二 未來護理行政趨勢

### 一、文書工作電腦化（辦公室自動化）

有人說未來是無紙時代（保守一點說是少紙時代），書本會愈來愈少，因為文書工作電腦化，在網路上即可看報、看書。公文會愈來愈少，因為辦公室自動化，所有公文可在網路上管理，如筆硯視窗公文管理系統，包含寫報告、提出申請、申覆、批改、考核，甚至蓋章、核章等作業均可執行。因此，主管們坐在辦公室批公文的方式會改變為坐在電腦桌前閱公文。將來文字也會愈來愈少，而是以圖表、圖片、錄影帶、光碟等多媒體方式，以實物來呈現資料。例如：在視訊網路上有隨選視訊及訂出時間表便可即時播出節目(Scheduled Programs)的功能可方便收看教學錄影帶，因此未來教學方式除可加強遠距教學網路連線外，在教學方法上則將往多媒體發展，傾向活潑化、動態化、圖片化、生活化及知性化的多功能教學。

## 二、資訊傳遞迅速化

在過去沒有電腦、傳真機、影印機的時代，資訊傳遞是很費時的。例如：管理 2000 人的護理部，若要馬上將資訊傳遞給分屬於 100 個以上單位的這 2000 位同仁知曉，在無影印機時代用手寫及人工傳遞，平均花費時間約 30 分鐘之久。但後來影印機普及化後用影印，加上人工傳遞，平均約需 15 分鐘。有電腦後不必人工傳遞，即時可看到資料，平均時間不到 1 分鐘！但在驚嘆科技進步神速之餘，最重要的是要如何將節省下來的時間，直接用在提供給病人的護理服務上，才是上策。到 2000 年 4 月底台灣 2,300 萬人中已達 1,379 萬的用戶有手機（聯合新聞網，2000），相較於現今大眾已普遍用電腦上網採購、閱報、訂票等，且有不少用戶直接使用手機上網。現在有些醫院已將病人分類系統、護理排班系統、品管系統、有關病人衛教與護理教學等資訊放上網路，估計未來普遍使用電子病歷系統，讓民眾即使在不同醫院就醫，也可透過電子病歷卡達到病歷連線，甚至醫師會診的時代也不遠了，因此護理資訊電腦化，定是必然趨勢。

## 三、人員專業化

護理工作項目廣，大體上分成臨床、教學、行政與研究工作，但工作範圍則無遠弗屆，包括醫院、工廠、藥廠、藥局、保險界等，幾乎沒有一個地方不能容納護理背景出身的人。若學護理能兼具另一專長，則成為目前最受歡迎、爭相聘請的人才，例如：第二專長主修統計、品管、醫管、資訊或企管，且兩個碩士學位甚至比一個博士學位還好用。那麼到底護理要如何專業化呢？

1. 在臨床工作專業化，如：精通心臟血管護理，成為心臟血管護理專家；精通呼吸訓練則成為呼吸治療或訓練脫離呼吸器專家。
2. 在行政領域成為行政管理專家，例如：品管專家、規劃專家、成本專家等。
3. 在教學上成為領導訓練專家、居家護理訓練專家、臨床路徑個案管理專家。
4. 在研究上成為質性研究或量性研究專家，或依內容分行政管理研究專家或臨床護理研究專家。

專精、專業、專科主要是使護理專業能深入了解問題，在有限的人力、時間、物力、財力下做最迅速有效的管理，以達到目的及最佳效果。傳統「功能性的護理」其實就是最節省時間的方法，但過分專精可能無法顧及廣度或較以

工作為導向而缺乏人性化。凡事有利必有弊，過分專精的結果會有以偏概全之失誤。如以眼科為例，衛生署前署長張博雅女士就曾講過一個笑話，提及眼科醫師過分專精，結果只會看右眼不會看左眼，對病人而言這就不是福氣了。

#### 四、工作分工、分權、求效率

護理工作要分工、分權，才能得到最高的效率，但效果呢？能在不降低品質的前提下達到滿意的效果嗎？全民健保於1995年3月實施以來，各醫院無不在降低成本上下工夫。尤其是人事費用占醫院總支出50%以上的醫院，莫不紛紛在減少人事費用上腦力激盪。因此，如何減少醫院內人員成本費負擔最多、占百分比最高的護理人數，即成為管理者優先考量的重點。為求工作效率與效能，將工作分工、分權已成為重要的趨勢。護理工作模式如採全責護理當然是最理想的，那表示病人所有的護理，包括直接護理、間接護理、相關護理等均由全責護士（師）來擔任，這也包括鋪床、擦澡、甚至協助整理行李、帶藥物、聯繫借輪椅準備出院等，因此人事成本當然較高，品質也較好。如改用成組護理，由一組人——包括資深護士（如N3及N4）、資淺人員（N1及N2）或新進人員、護生、護佐等，共同完成一組病人的護理，在降低成本上會略有幫助，責任當然由各司其職的人負責，但在護理整體性、連貫性、完整性上可能會較不理想或重複工作，以問病人病史為例，若每人都問病人為何住院就足夠讓病人厭煩了。至於採用功能性護理，依功能而分工，有人量體溫、有人發藥、有人協助醫師診斷做治療、有人協助病人沐浴，由不同的人來擔任，由於每日由固定的人負責做同一工作，較熟練專精，也許所花時間最少，能迅速完成工作，但品質上、聯繫上、完整性上、持續性上的效果如何則是值得商議的。若經費寬裕當然採用理想的全責護理，但如果醫院都有營運上的困難，如何能談高品質？裁員可能就是第一個會面對的問題。因此如何組織再造，正視成本與品質是個兩難問題。此外，以某科門診為例，為了增加盈利，它採用一組包含不同能力的成員分別做不同的事，如在門診的護理人員先完成門診病人量血壓及例行問診服務，接著實習醫師或住院醫師初步篩選原因、打字後，主治醫師只看最重要的一點，一個上午3個半小時可以看200個病人，效率之快令人驚奇！8點30分至12點不過210分鐘，在幾乎每一分鐘看一個病人的情況下，病人滿意嗎？品質好嗎？效果好嗎？人性化嗎？企業化的結果是把人當機器，只

為賺錢，失去人性化的關懷，只重表面績效。成本與品質本難以兩全，況且誰重誰輕的抉擇尚與醫院的價值觀、理念有關，這實在是一個值得深思的問題。

## 五、經營管理企業化

過去醫師懸壺濟世，醫院經營的主要目的在救世濟人，因此多半採非營利的方式管理，能達到損益平衡、服務社會、造福人群、促進全民健康，就很滿足了，很少人想藉經營醫院大賺病人錢而致富。但隨著社會變遷，為求生存，現在醫院管理也須要企業管理化。尤其，1995年政府推動全民健保，在有限資源下，各醫院無不盡力降低成本、增加營運或開源節流，不能只靠健保給付謀生。因此，往內、外發展爭取額外收入，管理企業化，精算成本追求利潤已成了21世紀管理的新潮流。例如：向外擴展方面，可看到各大醫院紛紛於觀望後合併經營困難的小醫院，成為一大集團，往內發展如在醫院內開花店、百貨行、醫療器材行、水果行、停車場或出租空地等。爭取「作業外收入」，「不做賠本生意」，「積極開拓財源」已成了經營的方針。有些可以外包較便宜，為何不外包？如經營餐廳、花店、醫療用品店或是清潔工作，尤以公家機構的人事費用最高，何不採用外包？若那一家經營好又能給醫院回饋多（指每個月的管理費），何樂而不為？如果自己經營花店每個月至少要花上4個人的人事成本費用，每人以3萬元計算，就已經12萬元以上，還要買花材（以5萬計），不算房屋設備（租金）、折舊、維修費、水電費、作業費，一個月至少要收入17萬才能達到損益平衡，若外包給專業的清潔公司，除節省人事費、材料費17萬元外，還可每月收10萬元以上之管理費，相差27萬以上，那麼為何要由自己經營而長期虧本呢？因此各醫院在肥水不落外人田的情況下，紛紛朝向改善經營方式、計算損益平衡，在探討如何降低成本、如何獲利上著手。

## 六、研究多角化

護理的研究不只是質性研究或量性研究，也可以合併質性與量性研究；在收集資料方面也不是只有發問卷，由問卷資料回收與統計上得到結果。以目前教學醫院評鑑委員的評鑑方式也可以看出，研究應用在實務上是以多角化的方式呈現，如在評鑑前各個醫院須先填寫書面資料，審查委員審閱書面資料後再實地查訪。到醫院查訪除了聽取簡報外，就是在現場看參展擺設出來的有關資

料，而這部分是可以事先準備的。有些資料恐怕說、做、寫不一致，審查委員為求可信度及資料的可靠性，會想採用即興調查、隨機取樣方式找護理人員面談，如調查護生有關教學訓練的方式如何？學生與病床數是否符合1與5之比？教學目標是否依計畫執行？有些委員會採面談法，實際至病房訪問學生、看病歷查問學生記錄、並以觀察法觀察學生的言語行為，問帶實習的老師、問護理人員、看學生心得、看評值方法是否學校與醫院共同評值……等，以確保資料之正確性，建立評審之客觀性。因此，目前各醫院的研究無論在收集個案、資料評估、問題解決、甚至醫療糾紛處理都須要以多角化的研究方式來處理。

## 七、管理人性化

過去有較專制集權的管理方式，也有較民主自由的管理方式，然而過分重視工作績效、缺乏人性關懷或過分重視人際關係，以致紀律鬆散及過分自由都不是最好的管理。如何恩威並濟、寬嚴並施是很重要的。Y世代及E世代的年輕人多半是家中的寵兒，很少挨罵或吃苦、未受過嚴格的訓練，且思想較為自由、開放。如何尊重他們，採取人性化管理，依個別需要給予強化、鼓勵、激勵、方便，能尊重其生涯規劃、輔導其成長、加強福利、使其以院為家、以廠為家、以公司為家、終生願為企業能永續長存而努力，是管理人性化的目標。

## 八、經濟效益合理化

過去醫護人員只要負責工作，不必了解醫院的成本開支，如清楚購買病床、體溫計、體重計、血壓計等的價錢，及對於提供給病人的服務，如出院護理須準備的輪椅、拐杖、呼吸輔助器、測血糖計，病人要花多少錢購買？是否可租借？如何替醫院節省錢？可能較無概念。現在的人不但重視品質，也注重成本，如何花較少的錢可以得到最佳品質，是大眾追求的目標，也就是經濟效益要合理化，不要做冤大頭。

## 九、決定科學化

過去醫院在院長的一聲令下，就可以決定100萬元要採甲案買一個儀器或採乙案買五個儀器或更多的錢要如何運用，但在今企業化的時代裡，100萬買一部未能賺錢的貴重儀器，5~10年經營未達損益平衡，甚至虧損，那做主管的

就有責任了，為何當時不採乙案買五部其他醫療儀器而可以於5年內還本或賺錢呢？甚至有的主管在5年、10年後還被人控告當時的決定是錯誤的而吃上官司，所以美國行政管理專家紛紛買保險以求自保。

決定科學化是指不能由自己主觀情感判斷做決定，而是要收集更多資料，將影響因素或標準列出後，再訂出加權指數，分析每一件事、每一選擇、每一案件的利弊得失，而根據客觀資料做最後決定。

## 十、工作人員成組化，非個人英雄主義

過去領導者要有權威、要有距離感、神祕感才能維持尊嚴，現代人的工作不論是手術室、病室管理、教學、研究、行政工作都不是一個人可以獨立完成的。例如：醫師手術成功不僅是醫師們成組合作，還要靠麻醉醫師、護理師、放射師、檢驗師、技術人員等通力合作，配合儀器操作、行政管理安排得當才得以成功。手術成功回到病房，如果護理不好，病人死亡，仍舊是功虧一簣。因此成組工作時大家需互相尊重，不可一人獨霸，非某人不可的權威時代已經過去了。完善的規劃，理想的組織、適當工作分配、良好的環境、卓越的領導、理性的管控，讓每一個螺絲釘都能發揮功能就是成功的因素。

## 十一、工作標準化

工作如果沒有標準化，如詳細的手冊及說明作業流程，建立說、做、寫一致的標準，則容易出錯或造成意外事件。因此，護理工作不僅是護理技術要有手冊說明操作標準，在教學、行政及研究上均應有標準作業。例如：發藥的程序除三讀五對外，還應有人評值。訂立評值表也是技術標準化之審查工作；在教學上建立外賓參訪作業流程（見第11章）也可使之了解如何申請參訪。

近年來 ISO 9000 認證也成了行政管理新趨勢（張容寬，1995），ISO 為國際標準組織(International Organization for Standardization)，1987年制定的標準原先用於工廠製造業設計，後來衍生出 9001、9002 標準適用於服務業，如銀行業、旅行社，但一直備受質疑是否適用於醫院？另一種作法是採用 ISO 的精神即可，ISO 的精神是將要做的事寫下來，按寫的方式做出來，任何流程都要以條文規範、制度化、標準化，大家遵循的準則相同，不會因人而異。近年來某些醫院如：堰新醫院、書田診所、萬芳醫院、中山醫學院附設醫院、慈濟醫院等均



已榮獲 ISO 認證，此認證是用來肯定醫院是經由一個公正驗證的公司所評鑑出醫院的服務、設備及人員的服務是符合標準的，是有建立標準工作程序及文件品質系統的，且已有效控制各種優點，以減少成本開支，確保品質達到國際標準，它是受到全世界肯定和公認來保障顧客權益，標準化合格的代表，雖然認證費用昂貴，但各醫院也有朝向建立工作標準化及運用 ISO 9002 中 19 個條款上努力的趨勢（ISO 9002 共 19 條條款，由 4.1~4.20，其中無 4.4，詳見附件）。

## 十二、護理品質保證追求完美、卓越化

台北榮民總醫院提出「視病猶親，追求卓越」的理念。「視病猶親」就是要我們將心比心，把病人視為自己的親人，甚至比親人還要重要的人來對待，那麼病人也將心存感激，而不會有抱怨或不滿，先防範於未然，就可避免產生醫療糾紛。卓越是指好還要更好，到達顛峰，傑出卓越，追求最好的程度。護理的品質如果不能確保，小自量體溫度數不正確、記錄不確實，大至打錯針、發錯藥，都可能耽誤病情，造成病人死亡。因此對於護理臨床服務工作，品質保證要求 100 % 無錯誤，零缺點，是最高原則。

## 十三、雙修與護理有關學位人數與網路教學的普遍度均會上升

護理的應用極廣，雙修學士及碩士學位已成為醫院及服務界最喜歡用的人才，例如：主修護理，副修資訊管理、統計、企業管理、醫院管理、財產管理、物料管理、行銷管理、護理資訊、會計、法律、經濟等已成為實用新趨勢。以美國伊利諾大學企管碩士班的課程為例，主修的科目為會計學、財物管理、行銷管理、市場溝通學、個體經濟學、總體經濟學、組織行為學、作業管理、資訊系統管理、人力資源管理、經營策略、企業行政、經濟預測。由以上課程可看出學習企業管理應具備的知識、技能及趨勢。所有上課資料均可由教授指定上網作業，修改資料及討論也可在線上完成，因此未來是用網路教學的時代，不會上網就等於少了一門語言與人溝通，四、五十歲未習慣使用電腦的上班族想迎頭趕上時代潮流應有加強全面學習電腦的決心，否則只有降職或站在第一線負責招待服務了。護理界有鑑於此，並配合政府免費 3 小時上網政策，學會及各大醫院已紛紛鼓勵所有護理人員學 Windows 98、Word、Excel、PowerPoint

、製作網頁及上網，以使護理人員現代化，迎上時代潮流。

在 21 世紀初，全球各醫療機構正面臨著社會、文化、科技、經濟及政策快速改變所帶來的影響，張文英等人、Griffin、McAlindon、Ogunbekun、Huber、McCormack 及 Gage 等學者對科技與護理、護理與經濟提出健康管理照護模式，並提出未來護理的四大趨勢：世界觀、善用科技資訊、應用護理策略資源共享及護理人員應參與政策擬定，期護理人員能運用專業知識、技能建立護理臨床照護指引、成本及品質評值方法，使良好政策能落實於臨床。

## 二 結論

1989 年 5 月 1 日遠見雜誌有一篇短文論及「做行政院長的條件」寫著：「我不在乎他的性別，我不在乎他的省籍，我不在乎他的黨籍，我也不在乎他的年齡與學歷，我在乎的是：只要這位行政院長具有五力——能力、魄力、公信力、說服力與親和力，成功地擔任五大重要角色：國家大計的設計者、重大政策的推動者、國會與媒體的溝通者、進步觀念的傳播者、意見分歧的協調者。這樣施政才會給人民一個自由、開放、公平、快樂的社會。」同樣的，護理領導者除了要具有活力、能力、魄力、公信力、說服力與親和力外，若能加上有遠見及善用別人的智慧，必定能將護理專業提升，使病人得到最高品質的護理服務。

本章轉載自：徐南麗(1990)·護理行政管理現況與未來趨勢·榮總護理，7(2)，171~177。徵求原刊載單位及原作者同意後，在本書編輯過程中，文字、圖片經作者與編者重新編輯整理。

## 本章習題

### 問題討論

- 一、請列出護理行政六大管理過程，並加以說明其定義及內容？
- 二、讀完了本章節，您認為未來護理行政在文書工作電腦化的趨勢為何？並討論分析過去、現在與未來。
- 三、讀完了本章節，您認為未來護理在工作分工、分權、求效率的趨勢為何？並討論分析過去、現在與未來。
- 四、讀完了本章節，您認為未來護理在經營管理企業化的趨勢為何？並討論分析過去、現在與未來。
- 五、讀完了本章節，您認為未來護理在決定科學化的趨勢為何？並討論分析過去、現在與未來。
- 六、讀完了本章節，您認為未來護理在工作標準化的趨勢為何？並討論分析過去、現在與未來。
- 七、請分析傳統教學與網路教學的優缺點。
- 八、您認為ISO 9002（共有19個條款）是否適用於醫院行政、服務、教學、研究？請分析之。
- 九、您認為擔任護理領導人應具備什麼條件，才能領導護理專業、提升護理品質？

## 序言

護理人員和醫師同樣是站在第一線為病人服務，也是醫院的靈魂人物，在以病人為中心的時代裡，也可以說是病人的左右手，尤其護理人員是提供 24 小時持續性、長期性、個別性、家庭化照護的天使，也是院內人數最多（占 30~60%）的重要人物。如果護理行政管理沒有效率與效果，整個醫院就會有脫軌、被拖垮甚至虧損的現象，病人的不滿意不僅將帶給醫院黑函或 e-mail、投訴、抱怨，甚至會造成醫療糾紛層出不窮。因此醫院應如何做好一流的品管，令病人滿意；如何將行政與研究創新改良結合在一起，以提高效率與效果，就有賴良好的管理了。護理行政管理成功，醫院管理就成功了一半。

本書分二部分，第一部分為緒論，第二部分為護理行政與管理過程。第一部分內容含五章，分別介紹〈護理行政管理現況與未來趨勢〉、〈護理現況與未來趨勢〉、〈如何教導與學習護理行政管理〉、〈如何塑造護理專業形象——參加護理主管研習會心得〉及了解〈護理行政訓練課程與需求之調查〉，以作為教育與訓練之參考。期望讀者能了解自己在行政管理上的需求，學好行政管理，塑造優質的護理管理者形象，以向 21 世紀高科技、高知識、高效率、高效果、高資訊、高品質的護理行政專業挑戰！

## 引用文獻

張容寬(1995)·ISO 9000 品保系統建立實務 Q & A·台北：商業周刊。

聯合新聞網(2000年6月22日)·行動電話用戶激增已逾六成·奇摩新聞·摘自：<http://news.kimo.tw/2000/06/22/technology/udn/415975.html>。

Douglas, L. M., & Bevis, E. O. (1979). Nursing management and leadership in action(3rd ed.). St. Louis: C. V. Mosby.

Gillies, D. A. (1994). Nursing management: A systems approach (3rd ed.). Philadelphia: W. B. Saunders Company.

Drucker, P. F.(1974). The practice of management. N. Y.: Harper & Row.

## 參考書目

杜武志譯(1981)·目標管理實務·台北：清華。

張文英、蕭淑代(2000)·護理行政管理之現在與未來·榮總護理·17(3)·205-208。

楊錦洲(1995)·方針管理·中華民國品質管制學會。

郭章芳(1988)·人力資源會計與管理資訊之應用·台北：清華。

Gage, M.(1998). From independence to interdependence-creating synergistic healthcare teams. Journal of Nursing Administration, 28(4), 17-26.

Griffin, R. W.(1999). Managing and the manager's job(6th ed.). In R. W. Griffin(ed.), Management(pp. 4-33). Boston: Houghton Mifflin.

Huber, D.(1996). Leadership and nursing care management. Philadelphia: W. B. Saunders Company.

McAlindon, M. N.(1999). Managing information and technology: Caring and communicating with computers(2nd ed.). In P. S. Yoderwise(Ed.), Leading and manging in Nursing. St. Louis: Mosby.

McCormack, J.(1999). The top 10 ways the internet is changing health care I. T. Health Care Management, 7(12), 34-39.

Ogunbekun, I.(1999). A management information system for nurse/midwives. World Health Organization, 77(2), 186-188.

# 附件

## ISO 9002 應用在醫療界

### (以書田診所為範例)

#### 4.1 管理責任

- 明確訂定品質政策及目標，釐清各管理層級之品質責任及職掌，並給予充分之支援及執行必要之審查，以確保品質政策及目標得以落實。適用於與品保系統有關之管理階層及其管理業務。
- 醫療品質審查作業、品質管理審查作業、年度計畫制定作業、內部稽核人員資格認定、人員資格認定等程序書。

#### 4.2 品質系統

- 為使品質政策與目標能有效運作及達成，且醫療服務之品質能獲得顧客滿意，應將品質活動予系統化、標準化，並以書面化訂定之。適用於所有品保手冊之品質活動。

#### 4.3 合約審查

- 為明確規範醫療機構與顧客／病患間之權利義務，且確認醫療機構有達成合約條款之能力。同時適用於提供之醫療服務及與其他機構所簽訂之特約關係等活動。
- 總機服務作業、醫療業務簽作業等作業程序書。

#### 4.5 文件及資料管制

- 訂定內部文件之制定、發行、修改及作廢之程序，以確保文件能被正確運用。適用於品保系統相關之文件。
- 內外部文件管理、文件制定發行修改與作廢作業、文件格式、文件管理體系編號、作業流程符號規定等程序書。

#### 4.6 採購

- 確保儀器、設備、藥品等之採購能符合品質規定之要求。適用於儀器、設備、藥品、衛材及庶務用品等之採購作業。
- 麻醉處列管藥品、一般藥品、衛材採購、供應商管理、採購及請款核決權限作業、一般庶務用品採購、固定資產採購等程序書。

#### 4.7 客戶供應品之管制

- 確保病患所自行提供之物品，合於各項品質之要求。適用於顧客提供而暫存於醫療機構所之物品。

#### 4.8 產品鑑別和追溯性

- 醫療機構所提供的服務過程，全部均可鑑別，並於異常狀況發生時，可以追溯不適當之服務或物品。適用於提供之醫療服務及相關治療配合措施。

#### 4.9 流程管制

- 確保醫療服務流程的適當性，以提供病患／顧客最佳之服務程序，並建立內部行政管理之程序及權責。適用於提供之醫療服務及相關行政管理之作業流程。
- 飲食服務、後事服務、衛教服務、留觀住院、醫療器具消毒、門診服務、急診服務、健檢服務、轉診轉檢、清潔管理、固定資產管理、火災防治實施等。

#### 4.10 檢驗與測試

- 確保醫療服務之提供符合病情治療之需要，並確實掌握與治療或檢驗、檢查相關之設備、儀器、物

料符合品質之要求。適用於醫療服務提供所使用之儀器及常備材料與藥品等。

#### 4.11 檢驗、量測和試驗設備

- 為確保醫療設備和儀器之準確性，應對各項提供醫療檢查、檢驗的設備或儀器，施以保養、校驗和修復活動。適用範圍包括放射線檢查、病理檢驗、生理檢驗、血液透析治療等單位之儀器或設備。
- 法定傳染病處理、儀器校正維修等。

#### 4.12 檢驗和試驗狀態

- 檢驗與測試所提供醫療服務之結果。適用範圍包含治療、檢查、檢驗服務及各項設備、材料與藥品。
- 觀察區感染管制、院內感染群突發管制、法定傳染病處理作業等程序書及標準書。

#### 4.13 不合格品的管制

- 明確規範不符合程序運作或程序運作結果無法使病患滿意時所採取的行動。適用於提供醫療服務之流程及藥品。
- 資產及材料報廢作業等程序書。

#### 4.14 矯正及預防措施

- 確保服務品質，防止不良問題再度發生與因應對策之有效執行。適用於品質保證系統。
- 醫療糾紛處理、矯正與預防措施作業等程序書。

#### 4.15 搬運、儲存、包裝、保存與交貨

- 確保物品在搬運、儲存、包裝與交貨過程中，能維持良好品質。適用範圍包括藥品、飲食及病患等物品。
- 藥品入出庫作業、藥品庫存管理、衛材入出庫作業、衛材庫存管理等程序書。

#### 4.16 品質記錄之管制

- 明訂並維護品質記錄之識別、收集、檢索、歸檔、保管、廢棄之程序。適用於醫療活動產生之記錄，以及內部行政管理之活動記錄。
- 品質記錄作業、病歷管理作業等程序書及標準書。

#### 4.17 內部品質稽核

- 定期實施品質稽核，藉以驗證品質系統之有效性運作，並達成既定的品質目標。適用範圍包括所有品質管理系統。
- 內部品質稽核作業程序書。

#### 4.18 訓練

- 規範員工教育訓練之實施程序，以利提升服務人員之專業能力，並期能符合個人之工作需要。適用全體員工。
- 教育訓練規劃、執行、人員外送受訓、新進人員訓練等程序書。

#### 4.19 售後服務

- 為建立診所與客戶間雙方之溝通，以提高顧客滿意度為目的。適用範圍包括問卷調查、藥物諮詢、安全服務等服務。
- 藥物諮詢、安全服務、顧客滿意作業等程序書。

#### 4.20 統計技術

- 制定並實施適當之統計技術，以適時運用有效統計方法以確認服務品質符合顧客滿意。適用於各項品質記錄及品質業務報表之統計分析。

注：本附件經財團法人尹書田紀念醫院院長陳明村先生授權轉載。

第 **1** 章

# 護理行政管理現況 與未來趨勢

**Nursing Administration and Management,  
Current and Future Trends**

作者：徐南麗

## 本章大綱

護理行政管理現況

未來護理行政趨勢

結論





## 前言

近年來由於社會更加開放，民主的風氣更為普及，護理專業在社會變遷的衝擊下，一般員工也開始要求工作的公平、公正，不但發出聲音要求同工同酬，同時也要求公會、學會能有更大的力量及有系統的組織來爭取護理人員的福利，公會與學會不再只是虛設的花瓶了。

在行政管理方面，由於社會一般民眾民主思想的普及，管理方式已由集權走向分權，由層級組織走向非正式的工作網路，由代議民主走向參與民主，使基層人員能有更大的自主性與更多的參與感。在技術不斷創新、醫療儀器設備加速革新的資訊化時代裡，許多醫院的辦公室已走向自動化、電腦化的管理。護理人員為滿足社會需求及適應時代的變遷，知識、技術及教育水準均不斷地提升，處於這個變動的時代裡，如何運用「兩利經營」哲學理念，來思考問題、解決問題，以滿足員工需要及符合醫院目標，就成了企業追求的指標。

## 一 護理行政管理現況

### 一、護理行政(Nursing Administration)

護理行政是指護理管理者應用領導與影響力對護理組織機構內的人、財、事、物作最有科學及最有系統的分析與研究。Douglas認為護理行政是一種周詳而完整的管理學識，它包含目標的設立、政策與方案之擬訂、護理標準之建立及應用領導與影響力來達到共同目標(Douglas et al., 1979)。

### 二、護理管理(Nursing Management)

護理管理是促使護理人員提供良好護理品質之工作「過程」。Gillies認為護理管理過程應包含資料的收集、規劃、組織、人事管理、領導與控制的功能(圖1-1)(Gillies, 1994)。且Gillies認為一位卓越的護理管理者若能具備規劃、組織、領導、控制的能力，對人力、財力、物力、時間能作最經濟有效的運用，必能達到最高效率與收到最大效果。目前護理管理過程中常見內容及現存問題如下：



資料來源：Gillies, D. A.(1994). *Nursing management: A systems approach* (3rd ed.). Philadelphia: W. B. Saunders Company.

圖 1-1 護理管理系統

### (一)資料收集(Data Gathering)

資料收集是護理管理過程中第一大功能。資料收集的來源很多，可由醫院、學校、學會、公會、醫療服務機構及與醫療有關的非醫療機構中得到統計或其他有關資料。例如：年報、月報、醫療記錄（含病歷、護理記錄）、病人個案研究等。收集資料的方向可由查核個人人事資料檔、與員工面談、觀察行為、查核評值表、查評各種記錄及離職報告中得到資料。護理人員如不懂使用電腦、不會看統計報表、不明瞭研究法（如面對面會談、觀察技巧、記錄要訣等），勢必影響資料內容之完整性。資料收集不全不但會影響整個目標的達成，且恐有以偏概全、以管窺天之弊。因此，如何利用人、事、物與機構的資源，以正確的方法收集資料是達到成功管理的第一步。

目前許多行政管理學校除了必修有關行政學、管理學之課程外，均紛紛加入適合個人未來角色發展的相關課程，例如：有關研究、電腦、統計與資訊管理科學，以培養管理者能具備做好資料收集管理的基本功能。護理行政管理研究方法也有多元化的趨勢，也就是說不能只單憑觀察記錄來分析結果，還要配合會談、查核記錄等方法，甚至要加上觀察員的判斷，才能確保研究之信度與效度，使資料的收集、整理與分析能更周詳。

## (二) 規劃(Planning)

規劃是一種深思熟慮的過程，也就是管理者在沒有採取行動之前，先提出可採用或可實施之方案，比較分析方案之成本與效益關係，而後選出最佳之方案做計畫的過程。所選擇的未來行動方案稱為計畫(Plan)。對護理管理者而言，決定工作方針、做好規劃、慎選決定、執行計畫以策劃達成目標，便成為管理者重要技能。

護理人員不但要會規劃個人前途，也要會依工作方針訂團體規劃。這個團體小自一、二、三個病人或與家屬洽商之護理規劃，中至病房或專科單位（如二個心臟內科病房）之護理規劃，大至護理部、醫院或整個社區、社會之健康規劃。護理管理者不但要會短期規劃，也要將眼光放遠，做長程規劃。因為一個有規劃的人，才能透視未來、預測未來。因此，除了要會短期思考外，長時間籌措、慎思規劃也是展望未來成功的一大關鍵。

護理管理者如何做好計畫、循序完成工作？如何善用時間管理，以20%的時間完成80%的工作？如何有計畫地培植人才，使人盡其才，使護理人員能做好病人護理？這些都是護理管理者最重要的課題。建立護理工作標準、擬訂預算、做好成本分析、實施目標管理也是計畫中重要的一環。舉例來說，護理部的重大功能有臨床服務、教學、行政與研究。也就是說臨床護理服務、教學計畫、護理行政、護理研究發展四大部門每年均須做整體規劃。除了每一大部門（如研究發展部）需做規劃外，每一慎選的工作計畫中的每一工作項目，也應做好工作計畫，可用目標管理法達成目標。這個目標管理法應包括五個“W”和一個“H”，那就是由誰來做(Who)？何時做(When)？何地做(Where)？為什麼做(Why)？做什麼(What)？和如何做(How)？例如：

1. 每年每督導單位至少須完成一篇研究報告呈報護理研究發展委員會。
2. 每年至少舉辦一次護理研究成果發表會，以增進及加強國內外學術交流。
3. 護理部每三個月出版《護理雜誌》，與同仁分享護理新知。
4. 定期由各病房推選優良護理人員壹名於護士節表揚，以鼓勵優良護理同仁。
5. 每年定期舉辦一次護理行政研習會，以培養護理管理人才。副護理長以上行政管理人員須至少每二年參加一次行政管理研習會，或每三年至少修十個以上有關行政管理學分之課程。

### (三) 組織(Organizing)

Drucker認為組織是結構與工作設計組合而成，也就是說組織功能不同，大小層級不同，則工作設計有所不同(Drucker, 1974)。職位分等是依職位工作不同而分等的。調查分析護理工作性質、建立以工作為中心、實施專人專才、同工同酬的原則，是現代護理管理的趨勢。專科護理師(Nurse Specialist; NSP)、護理師和護士應依個人工作所負的責任及特性不同而有區別。工作是隨教育背景、經驗、努力、智力、所需技能及身心狀況不同而定職位的，職位不同，薪水自然有異。護理人員分級制度的實施，已在台灣各醫院推行，NSP之證照訓練也於2000年11月8日修訂公布，增訂於護理人員法第七條之一，它確實有助建立以工作為中心的分級法。理論上工作性質不同，工作項目不同，應採不同的考核標準及訓練方式，這些都與是否建立完善的組織結構及工作設計有關。

組織結構型態的不同（如：直線型、幕僚型、矩陣型……）決定主管與幕僚之間的關係是集權或分權？集權是指大權操縱在一人之手，分權是由基層人員參與決策制定目標。授權則是分配職責工作，要部屬負更多的責任。採分權、授權使工作人員有更多的責任感與自主權，已成為目前採行之潮流。

擬訂工作方針及政策後，如何靠組織力量達成目標，以目標管理法達成團體共同目標則有賴周詳計畫、有效領導與健全考核制度。

目前護理管理模式有個案、功能性、成組性、全責護理、綜合護理模式與個案管理模式等。由於醫療費用的普遍上漲，保險公司的給付有逐漸下降的趨勢，或改為總額預算。如何減少病人住院天數，使病人在最短時間內得到最有效果、最有計畫的護理便成為護理人員的職責。因此，人力資源足夠的話，全責護理（指由全責護士負責病人由入院到出院期間之整體計畫與護理）、綜合護理（綜合全責與成組特點之護理），甚至個案護理已成為高品質、高效率、高效果新護理模式的趨勢。反之，人力不足、醫院經營不良而面臨虧本時，功能性、成組性護理或個案管理可能是降低人事成本最直接的方法，但在品質與成本之間，熟輕熟重，常是管理者面臨選擇時的一大挑戰。

### (四) 人事管理(Staffing)

人事管理，簡言之是指「人」與「事」的管理，一般來說，重點多放在「

人」的管理，因為能選對人，放在適當的地方做對事，事情就成功了一半。對一般企業而言，目標是在追求最大利潤，而此利潤之追求，有賴「人」去有效推展，才有可能達到。

舉凡有關人的組織設計、工作分析、人力規劃、員工甄選、人事測驗、任用調遷、工作服務、績效考核、員工訓練、管理發展、工作評值、薪資釐訂、人群關係、行為科學、員工動機、工作態度、團體士氣、領導行為、意見溝通、勞資關係、退休撫卹、福利措施等都包含在人事管理範圍內。

護理管理者在人事管理的主要工作項目包含選人（招募護理人員、甄選）、用人（晉用）、在職教育、排班、人力規劃（如用病人分類系統決定護理人員數及人力分配、質量問題）、用何種護理模式排班、請假、考核、獎懲、離職，以及如何協助護理人員的自我發展與素質提升都屬於人事管理範疇。「事」的方面，是針對設施管理與安全、環境的預防感染與控制、品質管理與促進、資訊管理、物料管理、行銷管理、財務管理等標準的制定、規劃與實施。

### ◎ 選人

在選人方面目前大多數機構仍由護理部主管負責儲備護理人員之招募與甄選。因護理人員層級較多、工作項目不同，且所需人員較多，有效落實分權制度已成為護理人事管理的趨勢。在選人方面，例如：護理長參與甄選護理師與護士、督導長參與甄選護理長、主任負責甄選督導長和副主任等都為落實分權制度的實例（詳見第 20 章招募與甄選）。

### ◎ 用人

人才的選用可分專才與通才。其中專才有不同層次，在護理專業方面，如 N0、N1、N2、N3、N4 應有不同的工作職掌與責任區別。在職教育也應依 N0、N1、N2、N3、N4 需要不同而給予不同之訓練與考核，例如：N1 須接受新進人員訓練，N4 則須加強教學、研究或行政訓練（詳見第 27 章基層護理人員臨床專業能力進階制度）。一個理想的管理者最好有特殊專才加上通才的訓練，才能有較廣的知識與技能來分析問題、解決困難。

### ◎ 排班

排班方式也有由三班輪派轉為固定排班或半日班之趨勢。為減少護理人力之流失，並順應時勢，護理部多已採用滿足護理人員需要及喜愛的半日班或固定排班，以便護理人員能多利用時間充實自己做更多自己喜愛做的事，以提升

生活品質並配合個人或家庭需要。排班方法也由過去集權排班法改為分權排班配合電腦或個人自我排班法，以滿足個別需求。病人分類系統將會逐漸取代原有依床位比率、占床率、護理時數或根據經驗而來的護理人員計算法。病人分類系統是依據病人實際需要護理活動多寡而擬訂的分類表，可以做為護理人員工作分配及護理收費之參考。

### ◎留住人才

至於如何留住護理人員、訂立留任措施、減少人力流失，如何提高護理人員的福利、薪水，如何使護理人員工作更有保障，又能滿足個人與家庭需求，提高社會地位與專業形象等，均成為2000年代護理研究之趨勢。

### ◎護理人員的自我發展

至於談到護理人員的自我發展，一般來說也同樣分有專才與通才兩個方向。專才發展的最終目標，是鼓勵護理人員走向專科護理師的角色（這種專家在美國至少須有碩士學位），目前專才的發展則是指在專科（如心臟血管內科）單位中依升等制度逐年考評，由N1升至N4，或再接受專科護理師在職教育取得專科護理師或心臟血管科護理碩士、博士資格。而通才形成可能與其負責的工作不需要太高深的專業知識有關，或其工作較機械性無法有機會對護理臨床專業深入鑽研，這種人才也可能往電腦資訊、管理、研究、統計等多方向發展，或離職另謀發展，此乃人力擴散流失的另一個主要原因。另一種通才則可能應用其對護理專業知識之廣博及各科臨床經驗之豐富，做為護理顧問，協助篩選病人、診查病人或自行開業。因此，如何激勵護理人員發揮潛能、樂於工作、使人能盡其才，已成為現代人事管理最重要的課題。

## (五)領導(Leading)

如何應用領導能力，來影響別人，滿足別人需要，使別人自願努力達到團體目標是有許多理論根據的。除了動機理論及需要理論外，較著名的領導理論有領導特性（或偉人）領導理論、行為模式理論〔含俄亥俄(Ohio)州立大學兩構面理論、Reddin的三構面理論、Tannenbaum和Schmidt的連續構面理論、Likert的工作中心或員工中心理論、Blake和Mouton的方格理論等〕及情境理論〔如途徑—目標理論(Path-Goal Theory)及情境模式(Contingency Model)〕。如何運用內外在的情勢，如工作、職業、教育、宗教、社會、文化、政治、家庭