

「護理人力成本」初探 THE INVESTIGATION OF NURSING MANPOWER COST

徐南麗/台北榮總護理部副主任

陽明醫學院兼任副教授

蘇慧芳/台北榮總副護理長

黃宜穎/國科會研究助理

摘要

本研究是以護理人員自我記錄及觀察法，調查本院269項護理活動平均工時及頻率，目的在了解全院各項護理活動所需平均工時與頻率，並計算出平均護理時數及所需人力成本費用。調查時間自民國80年8月28日至民國80年9月26日止，共計30天。研究對象以內外科、婦產科、小兒科、精神科及加護病房共73個單位，參與自我記錄之護理人員達1,440位，調查活動信度採觀察員信度，效度採內容及專家效度。研究結果顯示屬於全院共同護理活動有96項，每單位有間之護理活動35項，各專科護理活動138項。入院護理活動全院每病人每次所需平均工時為39.235分，頻率為0.0821，平均每天每病人所得到的護理時數為4.20小時，全院平均人力成本收費至少為1,083元，各病房各科均有個別差異。研究貢獻除具體建立各項護理活動之定義、技術標準及工時測試之計分方式外，對各項護理活動平均工時與頻率，全院、各專科、各病房護理時數及人力成本費用計算之研究方法均提供實質資料，研究結果可提供全民健康保險為收取護理費用之參考。

前言

近年來護理人力大量流失，醫療費用節節高漲，迫使醫院之經營不論在開源或節流方面都須做合理的運用，否則，經營在無法獲利的情況下只有慘遭關門的命運。因此，在開源方面如何能開拓市場廣增財源、增加病人數、提高收費等，以及在節流方面如何擷節開支、以有限的人力物力財力提高最大的生產力、控制成本等也就成為護理行政者重要的一門課題。

在護理收費方面應如何收費才合理呢?學者專家各有不同的說法，例如雷斯凱克(Reschak, 1985)及戴克爾(Dijker, 1986)等人建議收取直接護理費(含評估、計劃、執行及評價)及間接護理費(含行政、招募、環境介紹、教育等);但近年來，以病人分類來決定病人所需護理時數，再由護理時數來訂定護理費用(Marks, 1989; Rosenbaum, 1988)的觀念已廣被接受。事實上，將病房費用合併在一起計算的觀念已普遍不被護理專業人員及護理公會或學會所認同。

護理團體在爭取護理收費提供全民健康保險實施時，有許多不同的聲音;如長庚醫院根據二年來從事護理活動及頻率所需要工時之研究結果，計算出每天每病人至少要有600元以上的護理收費才符合人力成本;其他各醫院提出的收費則有每病人每天(Per Patient Per Day)300元、600元或1,000元不等。護理收費應如何收取才合理呢?

中華民國護理師護士公會與全國聯合會護理行政小組為深入了解此一問題，於民國79年起，將「護理人力成本計算」列入專案研究。參加的醫院除了台北榮民總醫院外，長庚紀念醫院、三軍總醫院、馬偕紀念醫院、台北市立仁愛醫院、省立桃

園醫院、省立嘉義醫院、省立台南醫院、國立成功大學附設醫院、高雄醫學院附設中和紀念醫院及高雄市立民生醫院均參與研究，其目的在於估算醫學中心、區域醫院與地區醫院的護理收費標準；本研究屬台北榮民總醫院參與健康保險大型研究計劃「護理人力生產力的評估與應用」之部分研究。

本文僅就護理人員投資在病人身上之人力成本，包含共同護理活動、相關護理活動及專科護理活動做工時及頻率進行探討與分析。研究結果也僅提供做為人力成本費用之參考；至於如何收費，就有待各醫院依照自己醫院的營運性質(是否為營利機構)、理念、哲學觀、醫院與病患需求及現況分析而定了。

研究目的

本研究為五年計畫，分二階段完成，研究完成時可達到下列目標：

- (一)建立護理人力生產力指標。
- (二)建立護理人力配置標準。
- (三)應用護理人力生產力指標分析人力運用情形。
- (四)依護理人力生產力指標建立護理收費標準。
- (五)找出影響護理人力生產力提高之有效因素。
- (六)了解護理人力生產力指標與DRGs之相關性。

第一年研究目的：

- (一)了解醫院護理人員所做的護理活動，其內容包含共同護理活動、相關護理活動及專科護理活動。
- (二)了解醫院、各專科及各病房內各項護理活動所需之平均工時。
- (三)了解醫院、各專科及各病房內各項護理活動所發生的頻率。
- (四)由頻率與工時算出醫院、各專科及各病房病人所需之護理時數。
- (五)由護理時數計算醫院、各專科及各病房平均護理收費。

文獻探討

隨著品管觀念的帶入醫療體系，生產力 (Productivity) 成為80年代矚目的管理課題。護理人力生產力(Nursing Manpower Productivity)在美國已有許多醫院相繼地研究及討論，以期望能發展出科學化及合理化的人力生產力指標(如病人分類系統)，以做為人力評估、工時分派、人事預算及護理收費等的標準。

國內護理人力占總衛生人力之40%(行政院衛生署，民國78)為醫療體系中之最大主力。台北榮民總醫院之護理人力亦占30%以上。如此龐大的護理人力之人事開支、人員提供多少的生產力、費用如何回收才能達到收支平衡等問題，國內未曾有研究。由調查及統計資料顯示臨床護理人員的離職率不斷上升，民國77年已達31.5%，探其主要流失原因為工作量太大及薪水不合理，如此惡性循環的離職率增加了醫院之新進人員訓練成本(藍忠孚，民國78)。再由護理費用的收費來看，護理收費微乎其微，以行政院勞工委員會及行政院衛生署79年5月1日公佈之甲表內醫學中心給付資料來看，護理費用大部包含在病房費330-520元中，其中經濟病房之病房安為330元，

一般病房(二等病房以上)為520元，少部分列出之項目如酒精拭浴、冷敷、熱敷、呼吸道抽痰等活動，各項收費25-40元不等，且其費用已包含技術本身之材料費用在內，收費無法反映成本，勢必影響到醫療品質，導致醫院營運困難(趙秀雄，民國78)。

政府為保障國民身心健康，經建會於民國76年開始規劃全民健康保險制度。第一階段於民國79年完成，於同年7月1日轉移至行政院衛生署接辦，進行第二階段之規劃。在第二階段之規劃中，將完成設計合理之醫療費用支付制度，在住院費用部份提出設計本土化的DRGs制度。

一、生產力

生產力(Productivity)最簡單的定義為輸出與輸入之比，目的在使生產力的數值最大;生產力不是單一指標，而是許多生產力指標的總合。輸入的資源有很多種，如人力資源等。一般將生產力分為勞動生產力(Labor Productivity)及非勞動生產力(Non-Labor Productivity)(陳國鐘，民國74)。探討人力資源的生產力指標稱為勞動生產力。

在本研究中，將勞動生產力定義為護理人員實際給予病患護理照護所花費之時數(輸出)與護理人員實際排班之工作時數(輸入)之比，又稱為護理人力生產力(Nursing Manpower Productivity)。例如依照病人分類系統算出本日8位護理人員白班給予40位病人照護的時間為60小時，除以實際8位護理人員排班各上8小時為64小時時數之比，等於0.94。此為該病房人力生產力指標之一。換言之，輸出除以輸入所得之比值升高或降低的現象，可以做為護理人力生產力提高或降低的指標。至於如何訂出標準人力生產力比值，及如何評估生產力、建立各種不同的計算公式，則可依各單位不同的性質，發展出不同的標準及計算公式，但基本原則仍是相同的。

二、標準護理時數

標準護理時數(Nursing Hours Standards)及每病人每天所需護理時數(Hours Per Patient Day;HPPD)為計算護理人力生產力的參數。標準護理時數為平均每天護理人員應提供病人之直接護理(病人直接得到的護理)時數，其影響因素很多，綜合文獻有下列變項，如病房性質、病人總數、病人嚴重度、護理體制、護理功能(獨立功能、協同功能)、病房環境、護理人員角色、素質、專業學養及人員流動性等。各單位應建立其單位的標準護理時數，以為有效生產力之參數。

對護理標準時數，美國有一資料建議為 3.4-3.5小時(Nagaprasanna，1988)。藍茲(Rantz，1987)曾提及理想的專業護理人員應提供60%之直接護理及30%之間接護理。然實際護理人員應用護理工時之情形，各醫院也有很大的差異。

研究方法

本研究方法將依研究對象及時間、調查方法、研究工具、評價方法、計算方法、觀察員訓練、信度與效度、資料整理與統計等方面敘述。

一、研究對象及時間

本研究是以台北榮民總醫院所有病房為母羣體，除急診、門診、手術室、供應

中心、健檢病房及特殊單位外，共73個單位參與，時間是隨機取一個月的某一日開始。調查時間自民國80年8月28日起至80年9月26日止，共計30天。

二、調查方法

調查方法分記錄頻率與工時二方面。由於在調查前預測(Pre-Test)時發現要求護理同仁每人每天同時測量護理活動的頻率與工時有困難，因此經「護理人力生產力評估與應用」研究小組初步評估決定，頻率記錄方法採用護理人員(含白班、小夜班及大夜班)每人每日記錄所做活動的頻率，工時測驗則採定日記錄方式，即在30天內測完269項護理活動，也就是在平均每天每病房要測9-10項護理活動。實際上，屬於每科共有的直接護理活動項目有96項，屬於各專科有的護理活動有138項，屬於與護理活動相關的項目有35項，也就是說，實際上每病房每天所需測量的工時項目約在5-8項左右，如果當天沒有遇到此項護理活動則可免測。若此護理活動很少發生，而發生日在非指定計時日，也請單位補記，以求各項護理活動在該單位發生至少能有一次記錄。頻率的調查方法採護理人員自我記錄法，工時則採自我記錄及觀察員記錄二種方法。

三、測量工具

測量研究期間護理活動發生之頻率及工時所使用的工具含「護理活動定義說明」、「護理活動工時及頻率測試調查表」、「三班病人總數調查表」、「護理活動頻率及工時輸入電腦操作說明」、「記錄工時磁碟片」及「記錄頻率磁碟片」等。

四、評價方法

正式施測前曾舉行二次大規模的說明會，並請73個病房護理長及各病房至少派代表 3-5人參加，各代表回病房後再向同仁宣導，當然能一次全部參加最好;各病房之行政助理及護佐則是全部參與電腦操作訓練。小規模的病房說明會仍不計其數，隨時有問題，研究發展組即派人說明。研究期間研究發展組除了安排訪問員至各病房訪問，以了解各病房是否有記錄上的問題，並做有關的指導與諮商外，研發組也隨時有人接受電話諮詢。在整個研究結束時，除了請護理長依其病房性質及個人工作經驗記錄各項護理活動所需工作時間之平均數及標準差外，並請各病房護理長每日自我評估護理活動工時及頻率之正確性，若當日資料的正確性在50%以下，則完全不採用，資料正確性在50-80%之間能修訂者則請各病房自行在磁片上修訂，資料正確性在80-100%之間才採用。

五、計算方法

頻率的計分方式是以此項護理活動發生的所有次數總和除以病人總數，各病房記錄每天資料後，彙集4週資料，再加上全院73個病房的資料，算出平均每天每病人對這項護理活動可能發生的頻率。因此，每病房每天都需填寫三班病人總數調查表。

工時的記錄方式也是以平均每項護理活動所需完成的時間來計算，工時的記錄

方式除了在各項護理活動的定義中有明確的說明外，每一項護理活動都已訂出各項工時測驗的計時方式，含準備期、操作期、記錄期與整理期，以求每一位護理人員都能依據標準記錄工時。

例如：入院護理在這30天內一共有5200次頻率發生，但實際記錄工時只有9月2日當天172次，那麼則是計算記錄這172次入院護理之平均工時為39分(見附表二)，而不是計算5200次的工時。

將各項(269項)護理活動所需工時乘以頻率所得時間之總和，加起來為該病房每病人每日所得之護理時數。將此護理時數乘以每分鐘人工成本費用，即為粗略估計每病人每天之護理人力成本費用。本研究「成本1」是以民國79年11月之在職護理人員，依其平均年資計算平均年薪(含夜班費)算出每分鐘人力成本為4.30元乘護理時數計算得來的。「成本2」是本院成本會計組依五職等護士及六職等護理師年薪所算出之平均每分鐘人力成本費用為4.94元乘護理時數得來的。「成本3」是以「成本2」乘以每年的通貨膨脹率10%計算之。如要預測五年內的護理人力成本費用，也有人以每年增加10%，再取其平均直計算。

六、觀察員訓練

事實上，病房每一位護理人員都參與了此項研究，故都是此項研究的觀察員；因此，觀察員的訓練及記錄的一致性相當重要。為了推展此研究，台北榮民總醫院早就成立了「護理人力生產力的評估與應用」研究小組(簡稱生產力組)，由民國79年即定期開會，生產力組又分內科小組、外科小組、加護小組、婦兒科小組、精神科小組及急診小組六組，各科的組長分別由各科督導擔任，成員則包含大多數病房的護理長。民國80年各參與研究的正副護理長均曾接受工時測試及記時觀察測試，並陸續將此經驗傳授給每位病房護理人員，病房護理人員多數也參與各項護理活動定義、標準技術的擬訂及工時測驗的記分法，可說是全院總動員的一種大型研究，歷時將近一年半。

七、信度與效度

信度是採評分者信度，觀察員在做觀察訓練時都曾受過觀察員訓練，當時在做「特別口腔護理」與「鼻胃管灌食」工時測試時，各觀察員間之信度已達95%以上。觀察員認為要達到一致性，除了馬錶要正確外，觀察員之間最重要的還是要了解每一項護理活動的定義、記錄方式及記錄之起始點；雖然此項工時在測試期間，因參與護理人員約1440人，因此，無法讓每位護理人員都做評分員信度測試，只好抽樣做了7個病房，信度都達90%以上。研究者推論以榮總護理人員傳統的分工合作、分層負責精神，相信這羣可愛的白衣天使是照規定來做自我記錄的。

這269項的護理活動項目、內容、定義、工時測試方法製定等，都是由每個病房同仁共同收集資料參與製定後送生產力組的研究委員共同討論審查的，因此，在記錄內容及研究效度上可說是採專家效度法和內容效度法。

八、資料整理與分析

護理人員每人每日所記錄的頻率與工時在下班前均交由病房行政助理或護佐輸入電腦中存檔。所有磁片在研究結束後，由研發組查核後交由資訊室處理。資料整理與統計採次數、平均數、標準差、百分比等方式分析。

研究結果

- (一) 全院共同護理活動有96項，相關護理活動35項，專科護理活動138項見附表二。
- (二) 「入院護理」活動全院每病人每次所需平均「工時」為39.235分，其餘各項護理活動所需平均工時見附表二。
- (三) 「入院護理」活動全院每病人每天所需平均「頻率」為0.0821，其餘各項護理活動之平均頻率見附表二。
- (四) 各組別(含內科組、外科組、婦兒組、精神科組、加護組、綜合科組)之頻率、工時資料。(因篇幅限制未予附表)
- (五) 各病房之頻率、工時資料。(因篇幅限制未予附表，請參考徐南麗等著護理行政管理學附錄五)
- (六) 由頻率與工時算出台北榮民總醫院平均每天每病人所得護理時數為4.20小時，各專科病房的護理時數如6個加護組單位之平均護理時數為12.16時，綜合科組(病房同時有外科及內科者)6個單位之平均護理時數為4.45小時，外科組24個單位之平均護理時數為3.59小時。內科組24個單位之平均護理時數為3.38小時，婦兒科組9個單位之平均護理時數為3.42小時，精神科組3個單位之平均護理時數為2.60小時。
- (七) 由護理時數粗估本院及專科病房護理收費情形，全院平均收費為1,944.70元，加護單位之平均收費為3,605.52元，綜合科為1,318.10元，外科為1,063.65元，內科為1,001.87元，婦兒科為1,019.53，精神科為770.12元。
- (八) 各病房護理時數及成本費用有極大的個別差異，如最低護理時數為0.68小時，最高護理時數為26.16小時;護理人力成本費用也由201-7753元不等。
- (九) 全院依病人人數佔床率及護理人員上班天數、時間計算之護理時數為4.73小時與此研究計算出之護理時數4.20小時有些差別，各病房依上述二種方法算出護理時數亦有個別差異。

討論

(一) 由研究結果可看出「護理活動的頻率」排行在前十名的依次為出量體溫、脈搏、呼吸;(2)量血壓;(3)單一劑量口服給藥法;(4)交班;(5)電話連繫;(6)巡房;(7)小量靜脈給藥法;(8)電腦操作;(9)翻身;(10)問題處理。其中有6項是屬於直接護理活動，有4項是與單位相關的活動，例如交班、電話連繫、巡房及電腦操作;因此，如何減少單位之相關活動頻率，而增加直接護理活動之頻率是今後需討論改進的重點。(見附表一)

(二) 依頻率乘平均工時得全院各項護理活動之護理時數佔十大排行榜項目分別為(1)巡房(12.4分);(2)量體溫、脈搏、呼吸(11.2分);(3)單一劑量口服給藥法(10.3分);(4)護理記錄(10.2分);(5)小量靜脈給藥法(9.5分);(6)交班(8.7分);(7)量血壓(7.2分);(8)翻身(6.9分);(9)問題處理(6.0分);(10)側會議(5.8分)。全院平均每天每病人所得到的直接護理

時數為6項，與單位相關的活動有4項。若每個病人需花10分鐘來做護理記錄，而護理人員每天平均需照顧6~8個病人，也就是說要花一小時以上的時間在護理記錄上，如此就會剝減了直接護理病人的時間；因此，如何推行工作簡化，使病人能真正受惠是研究後須再深入研討的問題。(見附表三)

(三)各病房之護理時數差異頗大，在資料初步整理後印發給各單位查核記錄之正確性，再輸入電腦重新統計，經各種開會討論，發現有些資料數目出現不合理的原因，一方面可能是記錄方式不一致(其中精神科的護理時數及頻率差異最大)，另一方面可能因時間太匆促，未有足夠時間讓每一位護理人員了解每一項定義。再者，各病房依其工作性質不同，本來就分派不同的護理人員數，其人員質量分配是否恰當，護理人力應分配多少質與量才合理，經過此次粗略估計人力生產力結果，使病房護理人員能夠了解由護理人員所提供的護理活動時間多少來計算護理人力比傳統的依床位数、佔床率來計算正確、可靠，因而激勵台北榮民總醫院早日完成病人分類修訂工作之動機，更確定病人分類系統需分科及依其特性來建立才會更具效度，此可謂研究之意外收穫。

(四)73個病房各科組實際調查之平均工時有個別差異，如入院護理最短的為加護組19分，最長的為精神組71分，全院平均為39分，而這個標準應訂為多少？將來研究可由各科組各自訂立自己的定義及標準。各科組工時研究結果與73個病房護理長所預估的平均工時也有差異，由一般資料看出護理長們訂出的時間多半比實際調查之平均工時長，其原因可能是護理長們多半根據完整技術(含準備、操作、整理至記錄)來訂所花的時間，又因科別不同，護理長對各技術之認知有異，因此將來研究建議由各專科護理長共同訂出標準較為可行。

(五)全院依調查資料結果所呈現出的護理時數與依工作人數、佔床率所計算出的護理時數做比較

護理時數=護理人員數×每日上班時數×實際上班天數÷病房數÷佔床率(%)+365(天數)
可以看出全院平均各項護理活動工時乘以頻率得到的護理時數為4.20小時，依工作人數、佔床率等算出的護理時數為4.73小時，二者略有差異，但因後者計算的活動不含個人時間在內，若4.75小時扣除10%的個人寬放時間，為4.26小時；此二者之間差異不大。整體看來，這次研究的結果與實際護理人員工作時數是吻合的，也就是表示此269項護理活動內容包含共同、相關及專科護理活動，在內容上具有其效度。

結論與建議

由本研究可得以下之結論：

- (一)粗估台北榮民總醫院之73個病房每病人每天的護理時數為4.20小時。
- (二)粗估台北榮民總醫院之73個病房每病人每天最低平均護理收費為1,083元。
- (三)各科所提供每病人每天的護理活動時數及收費均有個別差異。

因受限於人力、財力及物力，本研究多半採觀察員自我記錄方式，只有少部分

如「口腔特別護理」及「鼻胃管灌食」等是由觀察員做直接工時測驗之記錄。本研究之建議為將來之研究能繼續申請研究經費，並希望可做到下列幾點：

- (一)由觀察員正確觀察及記錄每項護理活動所需時間。
- (二)正確做好觀察員與評分員之間的信度 (Inter-Rater Reliability)。
- (三)將定義及各項說明印製成書，並人手一冊，以便隨時方便查閱，增加記錄及記時之正確性。

研究貢獻

- (一)訂立每一項護理活動之定義、技術標準及工時測試之計分方式，對工時之測試、技術標準及計時標準的統一與建立有具體之貢獻。
- (二)由研究結果可初步了解269項護理活動依台北榮民總醫院之定義及計時標準計分所得到的工時及頻率，可提供其他研究者以此方法重做研究之參考。
- (三)研究工時及頻率初估護理時數發現各科因病人不同而所需護理時數有極大的個別差異，對提供各科應分別建立各專科之病人分類、人力資源運算及收費有具體參考價值。
- (四)初估台北榮民總醫院之護理人力成本，可提供全民健康保險給付「醫學中心護理費用」之參考。

致謝

本研究承國科會給予經費補助，台北榮民總醫院護理部王瑋主任的支持，以及「護理人力生產力的評估與應用」小組(陳玉枝、邱台生、汪蘋、胡慧林、顧小明、鄒建萍、繆珣、馮容莊、王美華、王秋惠、彭濟平、陳美英、蘇逸玲、廖秋月、林慧珍、林鳳玉、劉春菊、陳梅麗、俞惠愷、程美菊、陳月美、陳瓊香、董玉槎、蔡梅香、謝佑珊、明金蓮、蔣婷婷、李月雲、廖肇安、陳美碧、黃朱貝)的羣力合作，副護理長蘇慧芳的協助策劃及研究助理黃宜穎、王瓊瑤、傅蟾娟的資料整理打字、資訊室之江淑瓊、周曉蓓小姐的資料統計與分析，才使本研究得以順利完成，特此致謝。

最後，研究者要向參與本研究所有的病房護理長及同仁(含護理師、護士、護佐、行政助理)致最誠摯的謝意，因為沒有您們的貢獻，本研究無法完成。

表一 全院各項護理活動平均頻率排行榜

名次	項次	護理活動名稱	頻率(次/天/病人)	工時(分/次)	護理時數(分/天/病人)
1	4	TPR	3.88724	2.8719	11.1638
2	5	BP	3.58187	2.0088	7.1750
3	62	單一劑量口服給藥法	3.24443	3.1900	10.3498
4	114	交班	2.49993	3.4723	8.6804
5	113	電話連繫	2.22665	2.0209	4.4998
6	101	巡房	1.96612	6.2840	12.3551
7	67	小量靜脈給藥法	1.79225	5.2927	9.4858
8	131	電腦操作	1.44342	3.8270	5.5240
9	32	翻身	1.36290	5.0800	8.9235
10	129	問題處理	1.27467	4.6798	5.9651

表二 全院平均護理活動工時及每病人每天平均頻率(續二)

項次	護理活動	全院 平均工時 (分/次)	平均每病 人每天發 生之頻率	項次	護理活動	全院 平均工時 (分/次)	平均每病 人每天發 生之頻率
202	持續膀胱灌洗	33.133	0.0003	236	嬰兒長間護理	10.671	0.0294
203	協助恥骨上尿管置入術		0.0007	237	紅疹護理	9.329	0.0139
204	造口引流法	18.766	0.0029	238	幼兒心肺聽診術	54.906	0.0008
205	膀胱造口導尿法	26.650	0.0011	239	幼兒經皮式中央靜脈導管護理	63.258	0.0033
206	膀胱沾粘術護理		0.0001	240	換導管護理	19.881	0.0014
207	藥物滴入法	2.547	0.3671	241	幼兒經皮式中央血氣飽和度測定護理	3.428	0.0453
208	剪鼻毛法	12.183	0.0014	242	幼兒意識評估	3.309	0.0380
209	剪睫毛法	3.691	0.0035	243	幼兒胸腔復健	9.050	0.0846
210	眼沖洗術	15.667	0.0006	244	幼兒心導管檢查	50.925	0.0007
211	塗藥法	5.661	0.0537	245	幼兒全靜脈營養給液法	17.058	0.0027
212	藥水溼敷	17.746	0.0032	246	嬰兒光線療法	8.609	0.0244
213	治療性沐浴	7.021	0.0058	247	新生兒即刻護理	3.093	0.0366
214	子宮頸抹片檢查	6.267	0.0013	248	新生兒處理使用(Warm)	70.667	0.0028
215	子宮頸切片檢查	27.722	0.0025	249	約束病患護理	10.033	0.0205
216	陰道鏡檢查	43.850	0.0002	250	體能活動	2.967	0.0018
217	產後護理評估	3.239	0.0112	251	自我照顧生活技巧訓練	5.563	0.0141
218	待產婦入院護理	17.324	0.0058	252	突發事件之處理	11.124	0.0042
219	產時護理	101.755	0.0058	253	娛樂治療	3.797	0.0139
220	胎心音監視器使用	25.114	0.0040	254	團體治療	17.108	0.0090
221	協助陰道內診	10.948	0.0022	255	行為治療	13.348	0.0021
222	乳房護理	18.729	0.0006	256	戶外治療活動	16.663	0.0021
223	產後恢復期護理	110.213	0.0050	257	病患觀察記錄	5.301	0.2231
224	羊膜腔外引產術	10.000	0.00004	258	精神科護理諮詢	18.025	0.0037
225	催產素(Oxytocin)引產及安胎術護理	24.966	0.0023	259	治療性會談	16.788	0.0118
226	待產例行護理	28.279	0.0214	260	監護隔離病患護理	46.396	0.0018
227	更換尿布護理	2.910	0.2843	261	電療治療病患護理	76.548	0.0002
228	氧氣帳使用法	16.011	0.0011	262	外宿護理	14.272	0.0028
229	餵奶	10.547	0.0985	263	麻醉催眠分析治療病患護理	209.167	0.00002
230	換血術	500.500	0.0001	264	檢傷評估	3.766	
231	嬰兒肌肉注射法	4.584	0.0066	265	加壓止血帶之使用	1.167	0.0001
232	保溫箱使用護理	14.887	0.0251	266	抗休克褲使用		
233	幼兒靜脈注射法	26.102	0.0122	267	協助外出接轉診病人用物之準備		0.0001
234	新生兒先天性代謝疾病篩檢	3.987	0.0022	268	體外心臟按摩器之使用	3.167	
235	嬰兒沐浴	18.379	0.0095	269	毒物科巴拉列之測試	2.500	0.0001

表三 全院各項護理活動所需護理時數排行榜

名次	項次	護理活動名稱	護理時數(分/天/病人)	工時(分/次)	頻率(次/天/病人)
1	101	巡房	12.3551	6.284	1.96612
2	4	TPR	11.1638	2.872	3.88724
3	62	單一劑量口服給藥法	10.3498	3.190	3.24443
4	98	護理記錄	10.2288	8.309	1.23110
5	67	小量靜脈給藥法	9.4858	5.293	1.79225
6	114	交班	8.6804	3.472	2.49993
7	5	血壓測量法	7.1750	2.009	3.57187
8	32	翻身	6.9235	5.080	1.36290
9	129	問題處理	5.9651	4.680	1.27467
10	127	會議	5.7835	38.381	0.15069

參考資料

- 王秋惠，徐南麗，邱台生·(民國79)·「特別口腔護理」與「鼻灌食」工時測試影響因素之探討。榮總護理，7(4)，416-428。
- 行政院衛生署·(民國78)·中華民國台灣地區公共衛生概況。
- 陳國鐘·(民國74)·生產力提高要訣·台北:永慶。
- 趙秀雄·(民國78)·台北榮民總醫院經營的困境·醫院，22(6)，270-271。
- 藍忠孚主編·(民國79)·台灣地區護理人員異動原因之探討·國立陽明醫學院公共衛生研究所。
- 藍忠孚主編·(民國79)·勞保實施診斷關係羣制度之研究·行政院勞工委員會。
- 徐南麗等著·(民國81)·護理行政管理學·台北:華杏。513-548。
- Dijkers, M., & Paradise, T. (1986). PCS: One system for both staffing and costing. *Nursing Management*, 17(1), 25-29, 32-34.
- Marks, F. E. (1987). Refining a classification system for fiscal and staffing management. *JONA*, 17(1), 39-43.
- Nagaprasanna, B. R. (1988). Patient classification systems: strategies for the 1990s. *Nursing Management*, 19(3), 155-112.
- Rantz, M., & Hauer, J. D. (1987). Analyzing acute care nursing staff productivity. *Nursing Management*, 18(4), 33-42.
- Reschak, G. L. C., Biordi, D., Holm, K., & Santucci, N. (1985). Accounting for nursing costs by DRG. *JONA*, 15(9), 15-20.
- Rosenbaum, H. L., Willert, T. M., Kelley, E. A., Grey, J. F., & McDonald, B. R. (1988). Costing out nursing services based on acuity. *JONA*, 18(7), 10-15.
- Rush Presbyterian-St. Luke's Medical Center. (1980). Orientation Manual for observers, nursing quality monitoring methodology. III:Chicago.