健康促進醫院理念與實務

出版機關 衛生福利部國民健康署

出版年月 103 年 12 月

目錄

序

第一章　導論—健康促進醫院之發展與管理

第一節 健康促進醫院的理念與策略 2

第二節 健康促進醫院之實證基礎 12

第三節 健康促進醫院之標準與自我評估 16

第四節 健康促進醫院與醫療品質管理 74

第五節 健康促進醫院之成效評估 79

第六節 健康促進醫院之全方位導入—全球醫院典範獎

一、健康促進醫院之全方位導入 / 大林慈濟醫院 87

二、深耕台灣，邁向國際 / 彰化基督教醫院 95

第二章　以病人為中心的健康促進醫院

第一節 無菸醫院及健康照護機構 104

一、無菸醫院新文化　健康生活你我他 / 中山醫學大學附設醫院 115

二、攜手拒菸、守護健康 / 臺北醫學大學附設醫院 122

第二節 營養與健康促進醫院 130

一、員工健康管理 健康飲食放心動 / 壢新醫院 142

二、營造仁愛心　養生保健康—談營養與健康促進醫院 / 臺北市立聯合醫院仁愛院區 147

第三節 慢性病與健康促進醫院 155

一、充滿「幸福感」的台東聖母醫院 / 台東聖母醫院 170

二、糖尿病照護團隊 終生照顧您健康 / 臺灣大學醫學院附設醫院 176

三、「腎利人生」腎臟保健與疾病照護 / 臺灣大學醫學院附設醫院 182

第四節 癌症篩檢與健康促進醫院 188

一、四癌篩檢要實行 健康促進一定行 / 衛生福利部雙和醫院 203

二、以醫院為基礎之癌症篩檢 / 亞東紀念醫院 207

第五節 高齡友善醫院及健康照護機構 214

一、傾聽老人的話語 了解老人的心身 / 彰化基督教醫院 238
二、嘉基用心關懷高齡 打造友善就醫環境 / 嘉義基督教醫院 244
第六節 母嬰親善醫院 249
一、如何以健康促進醫院模式「推動母乳哺育」/ 耕莘醫院永和分院 266
二、落實以家庭為中心的健康促進—實現母親以母乳哺餵寶寶的心願 / 高雄醫學大學附設中和紀念醫院 271

第三章 健康醫療職場

第一節 綜論 282
第二節 國內範例分享
一、員工福祉掛我心 職場健康向前行 / 天主教聖馬爾定醫院 298
二、眾人健康生活的宅急便 / 三軍總醫院 308

第四章 社區合作與社區健康促進

第一節 綜論 314
第二節 低碳與環境友善醫院 316
第三節 國內案例分享
一、綠能長庚，低碳醫院之先驅！ / 林口長庚醫院 321
二、低碳醫院 / 大林慈濟醫院 333

第五章 精神照護機構的健康促進

第一節 綜論 350
第二節 國內案例分享
一、玉醫健康百分百，享受人生才精彩 / 衛生福利部玉里醫院 357
二、凱旋醫院「員工第一，病人為中心」/ 凱旋醫院 362
三、健康減重 I LOVE —精神科復健住院病人健康減重計畫 / 衛生福利部嘉南療養院 367

序

醫院為與病人頻繁接觸的場合，為讓醫院能在與人接觸的過程中，傳播並提供健康促進服務，本署積極推動世界衛生組織（以下簡稱 WHO）所創始的「健康促進醫院」，其概念源自 WHO 於 1986 年「渥太華健康促進憲章」提出之五大健康促進行動綱領之一「調整健康服務的取向」。希望把醫院角色從單純的醫療功能提昇為健康功能，把握與人接觸的機會，透過結構、文化、決策與流程的發展，提高病人、員工與社區之健康獲益，以組織改變為策略，達到從醫療過程來提升健康之目的。

臺灣自 2006 年加入健康促進醫院國際網絡，由本人擔任臺灣網絡協調人，並於 2010 年獲選為副理事長、2012 年獲選為理事長，同時在擔任本署署長的期間，深耕健康促進醫院領域，積極強化公共衛生體系與醫療體系的夥伴關係，結合醫療院所與醫療人員的專業與力量，與衛生單位共同推動各項預防性服務與健康管理，不僅使「健康促進醫院」模式在國內紮根，亦使多項健康促進政策，例如癌症篩檢、母乳哺育、肥胖防治、菸害防制、慢性病防治等，能在短期內獲致具體的成效。另外也很積極參與國際網絡，擔負亞太地區推廣之任務，緊握每個國際場合進行交流，使臺灣在亞太地區健康促進醫院的拓展扮演重要樞紐。由臺灣健康促進醫院網絡的經驗證明，醫院推動健康促進政策，是促進民眾健康的重要推手，一方面節約健保資源，另一方面降低第一線醫護人員的照護壓力，創造更健康優質的工作環境，在資源有限的現實環境中，為刻不容緩的最佳對策。

為提供醫療院所實務工作者技術參考手冊，本署特邀請專家學者撰筆，及集結健康促進醫院優良案例，編撰「健康促進醫院理念與實務」專書，闡述推動健康促進醫院的操作細節及方法。全書分為 5 章節，依「健康促進醫院」五大標準（管理政策、病患評估、病人的資訊與介入、推動健康職場、持續與合作）來編排，第一章「健康促進醫院之發展與管理」，介紹健康促進醫院推動步驟及手法；第二章「以病人為中心的健康促進醫院」，說明運用健康促進醫院模式在醫院中推動無菸、營養、慢性病、癌症篩檢、高齡友善及母嬰親善等議題；第三章「健康醫療職場」，說明醫院如何營造健康職場，提升員工的向心力及工作產值；第四章「社區合作與社區健康促進」，介紹醫院如何與社區其他健康提供者、機構、部門合作並建立夥伴關係，促進民眾健康，與落實環境友善節能減碳之行動；第五章「精神照護機構的健康促進」，介紹醫院如何落實精神病患之初級健康照護

（Primary Health Care）。各章節從理論說明，至案例分享，說明如何準備推動作業、評估、計畫行動，及指標成效。

今專書付梓，感謝參與之專家及醫院工作團隊，因為他們的投入與付出才能讓本專書順利完成，也深切期許此專書之發行，能提供全國醫療院所工作人員實務工作上之參考運用。病床與設備，可以使醫療變大，但只有愛，可以使醫療變偉大。本人期許透過健康促進醫院的實質行動，將慢性病防治、預防保健服務、衛生教育與健康促進導入臨床服務之流程、環境、人力發展與管理政策中，轉化醫療照護資源為健康資源，讓醫院不再只是「病院」，更能「你來看病，我顧健康」，成為民眾健康的守護者，實現「全人健康」之核心目標，開創醫療照護的新價值。

衛生福利部國民健康署署長

國際健康促進暨衛生教育聯盟全球副理事長

健康促進醫院與高齡友善健康照護國際委員會主委

邱淑媛 謹識

中華民國 103 年 8 月

第一章

導論—健康促進醫院之發展與管理

第一節

健康促進醫院的理念與策略

邱淑媞
國民健康署署長

壹、「健康促進」與「健康促進醫院」的國際發展源起

1948 年世界衛生組織（World Health Organization, 以下簡稱 WHO）憲章將「健康」定義為：「身體的、心理的與社會的完整寧適狀態，而不只是沒有疾病或虛弱而已」（WHO, 1948），明確揭櫫「全人健康」才是吾人追求的目標。而隨著慢性病、事故傷害與自殺等文明病成為現代人主要的健康威脅，先進國家開始注意到，這些問題並非醫療所能根除；僅靠擴充醫療資源與醫療支出，並無法獲得國民健康等比例的改善。於是加拿大在 1973 年率先提出「健康領域概念」（Health Field Concept），指出影響健康的四大領域元素，除了醫療照護體系以外，還包括：人體生物因素、環境因素與生活型態；若欲進一步改善國民健康，絕不能僅著重於醫療領域，必須四大領域均衡發展（Laframboise, 1973）；其政府據此制訂著名的 Lalonde Report，提出五大策略以增進加拿大人之身心健康，第一個策略即是「健康促進策略」－教育、影響並支持個人與組織，使其能接受更多責任並更積極地參與能影響身心健康的事務（Lalonde, 1974）。1979 年，美國採納 Lalonde Report 的觀點，提出第一份以「健康促進與疾病預防」為主題的 Surgeon General's Report，以 1976 年死亡統計估算出全美國 50% 的死亡是肇因於不健康的生活型態、20% 是由於環境因素、20% 是由於人體生物因素，而醫療照護不足所造成的死亡僅佔 10%。該報告指出，預防醫學的時代已經來臨；必須同時透過美國人民採取具體行動以及透過公私部門決策者的行動，增進居家、工作與遊憩環境的健康與安全，來顯著提昇民眾的健康（U.S. Department of Health, Education and Welfare, 1979）。

1986 年 WHO 在加拿大渥太華召開第一屆全球健康促進會議，發表「渥太華健康促進憲章」，將「健康促進」定義為「促使人們更有能力控制及改善其健康的過程」（"Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health."），並提出健康促進行動的五大優先領域，包括：建立健康的公共政策、創造支持性的環境、強化社區行動、發展個人技巧以及調整健

康服務的取向（Anonymous, 1986）；這五大領域突破了長期以來健康行為改變理論中，以個人為焦點、以衛生教育為手段的主流，又稱為「生態模式」的健康促進，正式開啟了「以場所為基礎」的多面向介入潮流，強調「政策」與「環境」對於人的健康與行為選擇的重要性，至於在「人」的面向，亦兼重「群體」與個人，在群體層次是強調參與和行動，在個人層次則是強調技巧（know-how）和選擇，不再只是以衛教和宣導、做單向的知識傳播（know-what）而已。其第五大行動領域指出醫療衛生的角色，必須更重視健康促進與預防，而非僅是提供急性醫療，則被視為是後來健康促進醫院發展的起源。

在渥太華健康促進憲章發表後，「健康城市」、「健康學校」等計畫即接連展開，「健康促進醫院行動」（Health Promoting Hospitals Initiative）亦在 1988 年啟動，於維也納 Rudolfstiftung 醫院推動第一個示範計畫—「健康與醫院」（Health and Hospital），就病人、員工、社區與醫院組織四大面向共發展出 12 個子計畫，成效良好，在 1993 1997 年推廣到歐洲 11 個國家、20 家醫院，其後更推廣到全球（Pelikan et al., 1997），目前已涵蓋五大洲 43 個國家、近 1000 家醫院（The HPH Network, 2014）。而 WHO 為推動健康促進醫院行動，先後成立兩個合作中心，一是位於奧地利 Ludwig Boltzmann Institute 的 WHO Collaborating Center for Health Promotion in Hospitals and Health Care，一是位於丹麥 Bispebjerg University Hospital 的 WHO Collaborating Centre for Evidence-Based Health Promotion in Hospitals & Health Services。同時，其參與對象，已不限於醫院，還包括衛生中心、基層診所、長期照護機構等各類有直接提供健康服務的機構。臺灣之發展與本書之討論，雖有時以「健康促進醫院」、「健康醫院」或 HPH 簡稱之，但同樣不侷限於醫院。

貳、健康促進醫院的定義與理念

依據世界衛生組織的正式文獻，有兩個針對「健康促進醫院 (與健康服務機構)」（以下簡稱 HPH）的定義。較早的一個是以布達佩斯宣言為基礎所整理而成：所謂「健康促進醫院」就是一個醫院不只提供高品質周全性的醫療與護理服務，而且能發展一與健康促進目標緊密結合的企業認同；發展促進健康的組織結構與文化，包括病人與員工有主動和參與性的角色；發展醫院本身成為一個能促進健康的物理環境；並主動與其社區合作（Groene, 2006）。較近的一個，也是目前普遍採用的，是依據 2007 年出版的 HPH 簡介手冊 (「健康促進醫院與健康照護服務國際網絡：將健康促進整合於醫院與健康照護服務中；理念、架構與組織」，以下簡稱「HPH 簡介手冊」）—「一個健康促進醫院或健康服務組織，是指一個組織透過發展其結構、文化、決策與流程，以增進其關鍵對象的健康獲益」（"A Health Promoting Hospital and Health Service（HPH） is an organization that aims to improve health gain for its stakeholders by developing structures, cultures, decisions and processes."）（WHO, 2007）。而 HPH 之關鍵對象（stakeholders）包括：病人（與其家屬）、員工、社區以及醫院。

推動 HPH 之目的，是協助醫院進行組織調適，能更加重視並主動出擊，落實普及每一位病人與員工的健康促進及疾病預防，而不只是在其不適時提供診斷與治療而已，對於為數越來越多的慢性病病人與年長者，促進其身、心、社會方面的需要獲得滿足，能照顧暴露於身心壓力的醫院員工，以及滿足大眾與環境的需要（Garcia-Barbero, 2005）。

而健康促進醫院所提供的「健康促進」，意涵相當廣，包括：

1. 疾病預防：是廣義的「三段五級預防」，從預防疾病的發生（例如：進行戒菸、運動等危險因子的介入，安全行為諮商，以及推廣疫苗接種），到疾病之早期發現、妥善控制、減緩進展、併發症之預防與處置、復健 (例如心臟復健)，乃至於末期照護與安寧療護等，整個生命與疾病歷程，以實證為基礎的預防性處置，都在其範圍。
2. 衛生教育：增進病人之健康認知與疾病認知，例如：提供有關危險因子之資訊、性教育、病情解說等。
3. 健康促進：狹義的健康促進，回歸 Ottawa Charter 所揭櫫的「健康促進」精神，也正是 HPH 所要追求的最終目標－以 stakeholders (包括病人、員工與社區民眾) 為健康的「共同創造者」（co-producer），建立夥伴關係，強化其權與能，增進其在決策與執行的參與和控制，所獲致的結果，是不僅預防或控制疾病，也共同實踐當事人的自主權與人權；不只是消極的防止不好的事發生，並能更積極的主動追求、融合身心靈 (全人) 的正向健康與生命品質（well-being 與 health-related quality of life）（作者參考及改寫自 WHO, 2007）。

1997 年的「維也納建議」，提出了健康促進醫院的六個基本原則，包括：1. 提倡人類尊嚴、平等、團結與專業倫理，接納不同群體在需要、價值與文化上的差異；2. 以品質提昇、病人、家屬與員工福祉、環境保護以及成為學習型組織為導向；3. 以全人化的方式著眼於健康，而不只是治療性的服務；4. 以依最佳可能方式為病人及其家屬提供健康服務的人為中心，促進療癒過程，並有助於病人的增能；5. 以有效率及符合成本成效的方式使用資源，其資源配置是以對改善健康有無貢獻為依據；以及 6. 與其他層級的健康照護體系及社區建立盡可能的密切聯結。同時，它亦提出健康促進醫院的四大實施策略，包括：促進參與、產生承諾；增進溝通、資訊與教育；運用組織發展與計畫管理的方法和技術；以及從經驗中學習（Anonymous, 1997）。

綜合言之，「健康促進醫院」的精神是：提倡以「人」為尊的人文內涵，以「病人」（與家屬）、「員工」、「社區」與「醫院組織」為對象，透過組織發展策略，包括：上下全員的參與和承諾，有效配置資源，增能的過程，有組織的團隊行動與目標管理，以及強化協調與合作，將健康促進融入於醫院的日常運作中，達到醫院文化、組織、環境和流程的改變，支持照護人員發揮最佳效能，以落實增進全人健康的目標。

參、健康促進醫院的推動策略

Pelikan 等人指出，醫院在健康促進中能扮演的角色包括：作為一個更健康的物理與社會場所，成為一個健康職場，作為健康促進服務的提供者，提供健康促進的訓練、教育與研究，在社區與社會扮演健康促進的倡導者與改變力量，以及以健康促進為策略發展為一個「健康的醫院組織」，有能力因應環境的改變、能改善內部的整合與合作提高服務效能、以及在整個組織發展出完整的品質策略以落實健康促進（Pelikan et al., 2001）。

健康促進醫院的推動，本應是以渥太華健康促進憲章之五大優先行動領域為基礎，從政策、環境、參與式行動、個人技巧到健康促進服務五大方向努力，在整個場所推動，達到醫院組織的整體改變，從而增進個人的健康。但是迄今在國際上仍有許多醫院僅是由少數工作人員或由某一部門以執行一個健康促進計畫的方式在做，無法獲得醫院高層的支持，欠缺跨部門的整合、從上到下的動員與環境或組織的改變，也很難涉足到醫院外社區健康的增進（Johnsen et al., 2001）。參與 HPH 國際網絡推動經驗豐富的 Oliver Groene 亦有類似的觀察：許多醫院僅是導入了健康促進活動，要使醫院變成一個健康促進場所似乎仍是一個漫長的路程（Groene, 2005）。

為此，HPH 國際網絡發展出兩個工具，一是健康促進醫院的 18 個核心策略，係組合 3 類對象（病人、員工、社區）與 6 類策略而成，3 類對象是：病人、員工、社區民眾，6 類策略是：增進當事人（病人、員工、社區民眾）在醫院中之自我照護能力、增進當事人在治療與照護之參與、發展醫院成為一促進健康與增能的環境、增進當事人疾病管理能力、增進當事人發展健康生活型態的能力、參與於促進健康與增能的社區發展；其工作報告－「健康促進醫院：從政策到行動」於 2006 年出版（WHO, 2006）。另一工具是「健康促進醫院導入手冊與評估表」，內容包含 5 大標準（管理政策、病人評估、病人資訊與介入、健康職場、持續與合作）、24 項子標準與 40 個項目以及 18 個醫院健康促進表現指標，不僅提供醫院在導入 HPH 時自我評估其健康促進結構、系統、過程與結果面之品質，作為規劃、執行與持續改善之工作依據，亦可藉由表現指標設定標竿目標，作為監測成效與橫向比較之用（Groene, 2006）。因後者之架構更具體而易於瞭解，且可操作性高，臺灣健康促進醫院網絡已加以採用及推廣，作為輔助醫院導入 HPH 之主要工具，其架構與內容將在後面章節進一步介紹。

2007 年出版的 HPH 簡介手冊指出，將 HPH 導入整個醫院或健康照護機構之步驟包括：

1. 承諾：發展整個組織對 HPH 的認同，見諸於願景聲明、組織政策中，並有明確的目的、目標、以及就增進健康獲益在結構面過程面與結果面之指標與標準。最高管理階層的支持是整個組織導入的必要條件。
2. 資源：要建立 HPH 的管理架構，包括成立推

動委員會、指定一位協調人與工作小組、建立院內各部門的 HPH 窗口，以及圈列預算。

3. 溝通：讓所有臨床人員與行政人員都知曉及參與健康促進的溝通，例如透過健康圈（health circles）、通訊、年度發表會、網站論壇…等管道。

4. 行動計畫：發展年度計畫，可包括針對特定議題或對象的特定方案，例如：無菸醫院、移民親善等。規劃時應注意的是，健康促進必須植基於科學實證，就如同其他臨床服務與活動一樣。

5. 評估：要建立並導入一個有計畫的觀察、追蹤測量、記錄、評估及報告的架構（例如：定期使用五大標準進行自我評估、使用平衡計分卡追蹤各構面之進展、採用 HPH 指標測量各項目之落實情形、追蹤健康之改變等），並就評估結果，依五大標準 (政策管理、病人評估、病人介入、健康職場、以及合作與持續) 之架構與項目，提出改善計畫，形成持續品質精進循環（Continuous Quality Improvement）。

6. 教育：透過專業教育與訓練、研究及組織結構之發展，增強 HPH 核心能力。

7. 研究：鼓勵進行 HPH 研究並發布成果。

8. 持續性：依持續品質精進循環，長期推動，並就相關對象（病人、員工、社區民眾）在健康上的結果、影響與獲益，進行長期的追蹤測量，例如：死亡率、罹病率、健康方面之生活品質、醫療品質表現與同儕之比較、病人與員工危險因子變化、員工離職率變化、病人與員工滿意度趨勢等。

9. 網絡交流：透過地區性、全國性、全球性等各層級網絡之交流，分享品質提昇的最佳實例與策略。國際網絡有提供 HPH 通訊、研討會、互動式網頁、線上圖書館、活動資料庫，以及成立各種工作小組和委員會，增進各國 HPH 與各國網絡間之資訊交換和分享（WHO, 2007）。

肆、推動 HPH 有什麼益處？

許多證據顯示，醫療機構應投入更多於健康促進；而傳統上負責健康促進與健康政策的衛生部門亦應強化與醫療機構之夥伴關係。推動 HPH 的益處包括：

1. 對病人與病人組織：

- HPH 強調以病人為中心，使病人主觀上的需求更受到重視。
- HPH 讓病人更能參與到醫療的決定與自我照護中，重視病人住院期間的生活品質。
- HPH 讓病人得到更高的醫療品質與健康獲益。

2. 對健康照護專業人員：

- HPH 重視員工跨部門的合作以及上下之間的溝通和決策參與，也重視員工的安全和健康，對於員工所感受到的組織氣氛和切身福祉都是有幫助的。
- HPH 以追求健康為目標，此點與醫療人員的專業標準一致。

- HPH 重視結構與流程的改善，因而更能提供醫療人員在增進病人健康時所需要的組織資源和支持。

3. 對醫院經營者與管理者：

- HPH 提供具體的策略和流程，追求更高的照護品質，並以正確有效（且通常是低成本）的方法增進健康服務的成效與效率，以有限成本創造醫療照護的最高價值。
- HPH 幫助醫院更完整的執行政府所建議的預防性服務，不僅有助民眾健康，醫院亦能獲得合理的給付。
- 透過健康職場營造，HPH 有助於降低員工的流動率、增加向心力與提高生產力。
- HPH 幫助醫療機構不論是在照護病人、服務社區或是照顧員工上，都有更好的口碑與形象。
- 透過更高的病人滿意度、社區名聲、員工認同，乃至於更多的創意計畫與專業研發，亦建立自己在同儕與社會上的地位，附帶提高了自身的競爭力。

4. 對衛生政策與行政：

- HPH 使醫療資源變成民眾健康的資源和政府的夥伴，與政府共同落實政策、達成公共衛生目標。
- 透過政府在經費、法令、評鑑、給付以及宣導等各方面的適度支持，引導醫療良性發展、良性競爭，而非在不斷擴增的耗用與服務量以及不斷壓縮的成本下，惡性競爭，使有限醫療資源，能為民眾與社會創造最大的效益與和諧。

5. 對大眾的健康：

- 醫院與健康照護服務機構能接觸到非常多人（包括病人、訪客、員工），擁有廣大的影響力；
- 對民眾而言，具高度之專業權威，比其他人士更具說服力；
- 握有最能幫助人改變的契機：當人生病時，往往更有需求和動機追求健康；
- 醫院與健康照護服務機構是所有場所（例如學校、職場、社區…）中，唯一在設立基礎上即是以健康為其核心追求目標者，可擔任社區健康的倡議者與領導者；
- 醫院與健康照護服務機構也是所有場所中，擁有最多專業人員、對影響健康之因素瞭解最深者，也擁有相關的訓練、教育與資訊上的專業能力，是營造健康城市的重要力量；

因此，HPH 能在增進全民健康上扮演重大的貢獻。

伍、臺灣推動健康促進醫院之歷程

臺灣健康促進醫院的正式發展，可溯自 2002 年。當時筆者擔任臺北市衛生局局長，推動「健康城市」，由市長訂定 2002 年為北市健康城市元年、於市府成立推動委員會。而為有效動員市民學習健康生活型態並營造健康場域，乃

以肥胖防治為主題，推動「健康減重一百噸，活力長壽臺北城」，並向下貫穿至 12 行政區及健康學校、健康職場、健康醫院與健康社區。尤其，當時大力借重醫療體系專業人士作為公衛體系夥伴，不僅協助製作社會倡議與設計各種工作手冊、SOP、行為改變工具，更重要的是，動員其員工、志工與每日接觸的廣大市民，加入健康改變的行列，並深入輔導其他場域，作社區健康最佳守護者。臺北市衛生局也發展辦理「健康醫院評鑑」，從組織政策、計畫、環境、流程、活動、成果等面向，全面檢視全市 50 家公私立醫院之導入狀況，以政府政策，達到共同學習、共同改變的效果（註：2002 年世界衛生組織尚未開發出 HPH Standards & Self-assessment Tools）。2005 年元培科技大學與臺灣醫務管理學會合辦「健康促進導入醫院管理的新思維」研討會，邀請前國民健康局王英偉副局長及任教於陽明大學的本人前往演講，提供了國際網絡的訊息，萬芳醫院立即著手準備，同一年即成功加入國際網絡，取得 WHO HPH 證書，成為臺灣與亞洲第一個 HPH 會員醫院；同時，國民健康署亦開始鼓勵其他醫院辦理 HPH 先導計畫及加入國際網絡。2006 年，擔任萬芳醫院院長的邱文達理事長在臺舉辦「國際醫院協會亞太地區年會」，邀請 WHO HPH 國際網絡秘書長 Hanne Tønnesen 來臺演講，Tønnesen 說明成立網絡的流程與可能性，本人及邱文達院長等人旋及共同發起成立臺灣網絡，由本人擔任協調人，與國際網絡正式簽署合作協定，於 2006 年 12 月獲其監理會通過、生效，成為其亞洲第一個網絡。2007 年臺灣首度以正式會員身份出席國際網絡會員大會，擁有投票權、選舉權，2008 年即成長為全球第四大網絡，其後由於政府政策上的支持鼓勵，持續發展，於 2012 年已成為全球第一大網絡，2013 年會員數突破 100 家，至 2014 年 9 月已達 143 家。

臺灣把握此國際交流平臺，積極投入國際網絡監理會選舉、擔任各委員會之幹部、出席年度研討會與參與多項跨國計畫。本人於 2008 年第二度出席會員大會即獲邀擔任監理會觀察委員，任期兩年；其後（2010）當選為 HPH 國際網絡副理事長，並於 2012 年當選為理事長。另於 2010 年負責籌備及成立 " 健康促進醫院與環境友善國際委員會 " 且擔任召集人；於 2012 年發起成立 " 健康促進醫院與高齡友善健康照護工作小組 "，獲 12 個國家響應加入，並擔任召集人，於 2013 年即升格為 " 健康促進醫院與高齡友善健康照護國際委員會 "。臺灣從政府到民間，包括公衛、醫療與學術各領域，皆積極投稿及出席 HPH 國際研討會，於 2008、2009 之論文發表數均居全球第二高；2010 至 2014 年連續 5 年論文發表數均達到第一高。臺灣的優質醫療與積極參與，帶動國際網絡向亞洲發展，並順利爭取到第二十屆 HPH 國際研討會首次離開歐洲，赴臺舉辦，創下與會國家（45 國）、與會人數（1370 人）與發表論文數（744 篇）都是歷屆之冠的歷史記錄。另，國際網絡自 2012 年開始辦理健康促進醫院之國際典範獎、2013 年開始辦理網絡之國際典範獎選拔，皆由臺灣囊括 (醫院－ 2012 年為佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院、2013 年為彰化基督教醫院、2014 年為衛生福利部嘉南療養院；網絡— 2013 年為臺灣網

絡)。此外，衛生福利部國民健康署也透過重要國際會議以及與各國官員交流機會，積極將此理念與方法，介紹給更多國際組織與國家。

陸、結語

對照國際 HPH 之理論與推動經驗，我國在過去即已大力提倡全人照護，醫院與社區互動密切，並樂意配合政府之公衛政策，這些都是臺灣推動 HPH 的優勢；加入國際網絡後，先有民間組織力量、後有政府政策呼應，特別是因應高齡化與少子化，政府推動預防保健給付的改善（例如四癌篩檢、二代戒菸、兒科衛教），並推廣相關防治計畫（例如癌症篩檢計畫）與認證措施（例如國際無菸醫院認證、高齡友善健康照護機構認證），同時，又有國家元首與衛生機關首長每年出席國內年會，賦予 HPH 高度的重視和肯定，這些都是臺灣 HPH 能快速茁壯的助力。然而，未來仍存在幾個重要挑戰亟待突破，包括：

一、醫療機構如何真正做到「全面性的組織改變」，由內在到外在，都落實健康促進

醫療機構需要透過組織文化、組織架構、軟硬體環境，與流程上的整體改變，充份將健康促進服務納入操作程序（如臨床指引或臨床路徑）中，並真正重視與病人的夥伴關係、與其他照護者的合作協調，才能發展為由內到外、真正能促進健康的醫療機構，而不只是計畫或活動性質、交由少數工作人員或單位執行。此點有賴各醫院由高層帶動，有高效能的資訊系統，有完整的評估和長期監測機制，且每一部門都能定期自我檢視，針對不足之處以具體計畫及行動加以補強，才能逐漸紮根。

進一步而言，國內目前落實情形較弱的項目包括：尚未完全將健康促進的評估與介入納入各操作程序（如臨床指引或臨床路徑）中、沒有完整的 HPH 品質評估方案，以及尚未例行性的完整收集健康促進介入資料並提供給相關人員做評估之用、未能將所有健康促進活動及預期結果記載於病歷中；在推動健康職場方面，部份醫院尚無法讓所有部門的員工都知道醫院健康促進政策的內容、未能落實考核機制、尚未發展跨領域工作模式，以及較缺乏提高員工健康認知的政策和未能每年進行健康職場調查。

二、計畫管理與實證導向已進步中，然而期刊論文發表尚待提升

以臨床服務為主的醫院人員，較難以獨立進行嚴謹的事前規劃、介入記錄與事後的評估分析，但多年來，經過各種教育訓練與國際研討會的參與，在計畫管理與實證導向之能力和表現已大為改善，然尚須積極促進學術界與醫界之合作，協助醫院將汗水化為經驗、將經驗化為科學成果，有更多的學術期刊發表，不僅可供國內外交流學習、可將成效分析提供政府作決策參考，亦可增加臺灣之國際能見度與深化國際影響力。

三、政策面（尤其是評鑑與給付）的支持

評鑑與給付的設計，對於健康促進醫院模式能否能順利推展，影響甚鉅，此點醫界與學界應扮演提倡者與溝通者的角色，積極與政府相關部

門乃至於社會大眾對話，提出具體可行的建議，使此一對民眾健康有幫助又能節省社會成本的作法，能獲得有力而長遠的支持，鼓舞醫界持續努力。

本章以下各節將進一步介紹：HPH 之實證基礎、HPH 之標準與自我評估、HPH 與品質管理，以及 HPH 之計畫管理與成效評估。

表一、各類型機構參與狀況

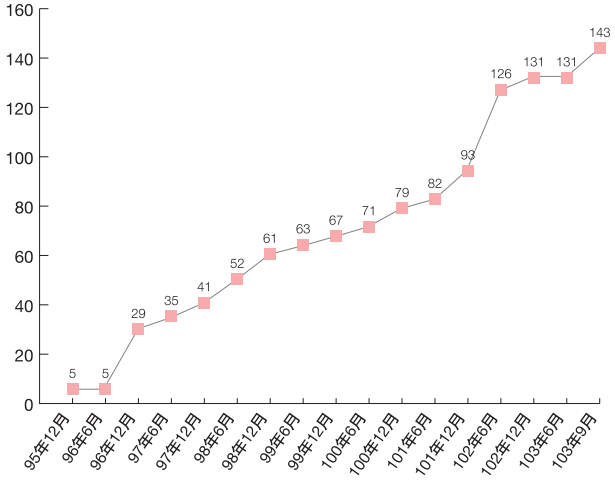
	HPH 會員（家）	總數（家）	HPH 會員 (%)
醫學中心	16	26	61.5
區域醫院	70	91	76.9
地區醫院	45	364	12.4
衛生所	11	372	3
長期照護機構	1	388*	0.3

* 長期照護機構總數：僅含評鑑合格之一般護理之家

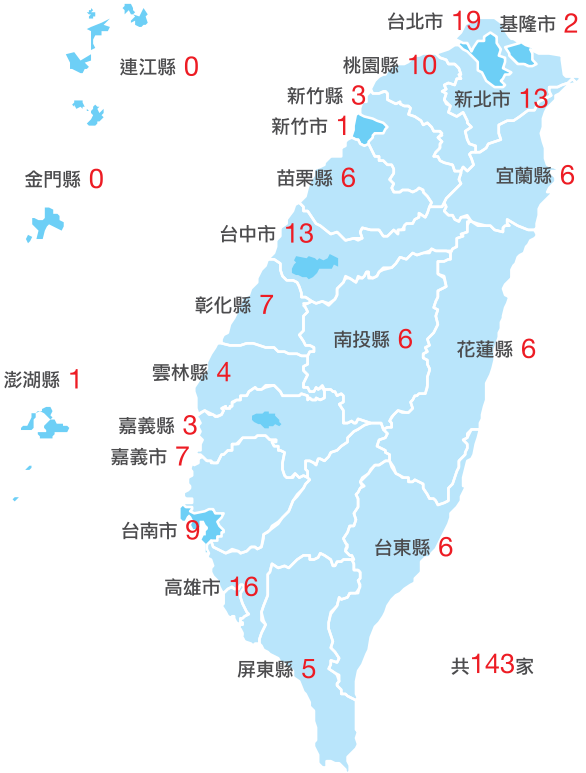
表二、HPH 在各層級醫院之涵蓋率，依急性病床涵蓋率統計

	HPH 會員醫院急性病床數（床）	全國醫院急性病床數（床）	%
醫學中心	24,000	32,390	74.1
區域醫院	39,869	50,554	78.9
地區醫院	8,999	31,971	28.1
合計	72,868	114,915	63.4

全國醫院急性病床數資料來源：衛生福利部 2014 年 10 月統計資料



圖一、我國取得世界衛生組織健康促進醫院國際網絡會員證書之家數成長圖



圖二、HPH 於全國各縣市之分布（迄 2014 年 9 月計 143 家）

參考文獻

英文參考文獻

Anonymous. (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. *Canadian Journal of Public Health*, 77, 425-430.

Garcio-Barbero, M. (2005). Introduction. In Groene, O., & Garcio-Barbero, M. (Eds.), *Health promotion in hospitals: evidence and quality management*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

Groene, O. (2006). *Implementing health promotion in hospitals: manual and self-assessment forms (ed.).* Copenhagen: WHO.

Groene, O. (2005) Health promotion in hospitals - from principles to implementation. In Groene, O., & Garcio-Barbero, M. (Eds.). *Health promotion in hospitals: evidence and quality management*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

Johnson, A., & Baum, F. (2001). Health promoting hospitals: a typology of different organizational approaches to health promotion. *Health Promotion International, 16*, 281-287.

Laframboise, H. L. (1973). Health policy: breaking the problem down into more manageable segments. *Canadian Medical Association Journal, 108*, 388-393.

Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians: a working document*. Ottawa: National Health and Welfare.

Pelikan, J., Lobnig, H., & Krajic, K. (1997). Health-promoting hospitals. *World Health, 50*(3), 24-25.

Pelikan, J. M., Krajic, K., & Dietscher, C. (2001). The health promoting hospital (HPH): Concept and development. *Patient Education and Counseling, 45*, 239-243.

The HPH Network. (2014). *About HPH*. Retrieved October 17, 2014, from http://www.hphnet.org/index.php/about

U.S. Department of Health, Education and Welfare. (1979). *Healthy people: The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention*. Washington, D.C.: U.S. Department of Health, Education and Welfare.

World Health Organization. (1948). *About WHO*. Retrieved Febuary 21, 2007, from http://www.who.int/about/en/index.html.

World Health Organization, the 3rd Workshop of National/Regional Health Promoting Hospitals Network Coordinators, Vienna. (1997). *The Vienna Recommendations on Health Promoting Hospitals*. Retrieved Febuary 22, 2007, from http://www.euro.who.int/document/IHB/hphviennarecom.pdf. 2007.

World Health Organization, Collaborating Centre for Health Promotion in Hospitals and Health Care, Vienna: WHO Working Group. (2006). *Putting HPH policy into action: working paper of the WHO collaborating centre on health promotion in hospitals and health care*. Retrieved Febuary 22, 2007, from http://www.hph-hc.cc/Downloads/HPH-Publications/wp-strategies-final.pdf.

World Health Organization. (2007). *The International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services: integrating health promotion into hospitals and health services; concept, framework and organization*. Copenhagen: World Health Organization.

第二節

健康促進醫院之實證基礎

邱淑媞
國民健康署署長

壹、科學證據之分級

科學證據之等級可分為：

1a. 證據來自於對隨機對照試驗的綜合分析

1b. 證據來自於至少一個隨機對照試驗

2a. 證據來自於至少一個有對照組但無隨機分派的研究

2b. 證據來自於至少一個其他類型的類試驗性研究

3. 證據來自於描述性研究，例如比較性研究、相關性研究、個案對照研究

4. 證據來自於專家委員會報告或受人尊敬的權威之看法或臨床經驗，或兩者

貳、健康促進醫院實證基礎回顧

依 Hanne Tønnesen 等人之回顧，目前與健康促進醫院有關的實證基礎擇要整理如下：

一、關於醫院健康促進政策之效果：

目前僅有描述性研究。

二、醫院員工健康促進：

有吸菸的醫院員工一般較會低估吸菸對健康的危害，非吸菸者則有時會將之高估；吸菸者以及自認訓練較不夠的員工較不會就生活型態議題給病人建議，戒菸者則較會對病人主動介入、效果較好；有受特別訓練的員工提供戒菸諮商的比率最高。角色模範與員工教育訓練的效果其證據強度為中至高等級。

三、一般性健康促進：

(一) 吸菸

吸菸的危害與戒菸的效益已廣為人知。戒菸亦會改善傷口之癒合。相關證據強度為高等級。（註：此外，HPH 工作者亦需要關於「推行 HPH 是否有助於提高吸菸者之戒菸率或戒菸人數」的證據，而不只是戒菸對健康是否有幫助而已。就筆者曾做過之文獻回顧，在門診或住院期間提供多元的戒菸介入，大多可以提高病人戒菸率，證據強度為中至高等級。）

對醫療機構之建議：

(1) 應有機制可以辨識及記錄所有門診與住院病人之吸菸狀態與吸菸史,

(2) 提供病人口頭與書面的資訊（包括吸菸之危害與戒菸之效益、可能的戒菸方法和協助）,

(3) 建議病人戒菸,

(4) 建立戒菸服務或將戒菸諮商整合入治療流程中。

(二) 飲酒

飲酒過量會引起許多健康問題與增加住院次數，且會影響治療與照護的結果，減緩康復與傷口癒合，延長住院時間。戒酒以及減少酒精攝取量可減少酒精相關疾病、減少住院、減少感染、改善傷口與骨骼癒合等。酒精危害與戒酒的效益證據強度亦為高等級。

對醫療機構之建議：

(1) 應有機制可以辨識病人是否有酗酒或酒精依賴問題,

(2) 提供病人口頭與書面的資訊（包括酒精之危害與戒酒之效益、可能的戒酒協助）,

(3) 建議病人戒酒或減少飲酒量,

(4) 提供簡短介入（對酗酒者）或轉介到專責單位（對酒精依賴者）。

(三) 運動

缺乏運動之危害與運動的效益亦已廣為人知，其證據強度為高等級。

對醫療機構之建議：

(1) 應有機制可以辨識病人運動習慣、是否有運動諮商之需要,

(2) 依國際指引提供運動諮商並在後續接觸時持續追蹤,

(3) 對各類有需要的病人（例如：心臟病人、慢性肺部疾病患者、糖尿病人、手術病人、精神病人、體重過重者、體重過輕者等），建立系統性的運動訓練計畫。

(四) 營養

營養不良是住院病人常見的問題，營養介入可改善體力、增進癌症病人之體重與肌肉量、降低急性腎衰竭死亡率，其證據強度為高等級。

對醫療機構之建議：

(1) 應有機制可以辨識營養不良病人以及可能營養不良之高風險病人,

(2) 提供適當的營養治療並觀察住院期間的體重與進食狀況,

(3) 出院時應將病人相關資訊與後續照護者（例如家屬、護理之家、或家庭醫師）溝通,

(4) 應有機制可以辨識體重過重病人，並應為其篩檢糖尿病及其他可能的合併症,

(5) 提供飲食諮商與運動訓練,

(6) 對各類有需要的病人建立系統性的體重控制

計畫。

(7) 確保病人離院後能在基層健康照護單位（或醫院相關單位）持續追蹤。

四、特殊預防：

- 心臟病人：心臟復健（內容包括體能訓練、生活型態調整、病人教育、心理社會照護、症狀治療、整體控制與追蹤等）有許多顯著的健康助益，包括減少住院次數、維持病人功能、改善健康相關的生活品質、以及改善生活型態危險因子之控制等，證據強度為高等級。
- 慢性肺病病人：許多肺部復健計畫（包括戒菸、體能訓練、物理治療、營養諮詢、心理社會支持、病人教育等）已證明可減輕呼吸困難、增加行走距離、改善體能、改善日常生活功能、改善生活品質與降低住院次數等，證據強度為中至高等級。
- 氣喘病人：氣喘病人的衛教計畫可以減少住院與急診、減少請假、減少夜間發作、改善病人整體功能、增加醫療合作度、與改善生活品質，證據強度為高等級。
- 糖尿病人：針對血糖、血壓、血脂肪、戒菸、心理與社會支持、營養與運動、併發症篩檢等進行介入，可有效減少住院與急診及降低併發症，證據強度為高等級。
- 骨質疏鬆病人：髖關節保護器可減少 67% 安養機構長者之骨折。骨質疏鬆病人復健之證據強度為低至中高等級。
- 癌症病人：約有三分之二新診斷的癌症病人需要復健，其內容包括：心理社會支持與諮商、身體訓練／放鬆、營養建議、戒菸、性生活問題、提供疾病資訊給病人與家屬。證據強度為低等級。
- 中風：全程參與跨科際、周全性的中風復健計畫可以降低 25 50% 死亡率、進住機構之需要降低 40%，並可改善功能。進一步的預防包括戒菸、戒酒、控制血壓、血脂肪、心臟病及抗凝血劑等。及早開始復健之證據強度為高等級。
- 精神疾病病人：許多病人有吸菸與物質濫用問題。藥物治療可能導致體重增加，治療過程應注意飲食與運動介入之需要。運動對精神病人的治療具有已知的正面效果。因此對精神病人而言，與身體疾病的患者一樣，應將健康促進與預防整合於其治療過程中。社區精神醫療出訪團隊的做法可降低住院治療成本、增加治療涵蓋率與病人滿意度。精神病人復健證據強度為高至中等級。
- 手術病人：手術病人本身可能有慢性病。手術後的併發症與病人本身原有的疾病、手術類型及醫院的組織因素（例如人員專業能力、是否遵行指引等）有關，而近年發現吸菸、飲酒、營養與運動等病人的生活型態亦有影響。針對這些生活型態做介入，已被證實可以減少併發症。
- 吸菸：吸菸者傷口癒合不良及其他心肺併發症等之發生率是非吸菸者之三倍，手術前 6 8 週戒菸，與對照組相比，其術後併發症由

52% 降為 18%，風險降低為 1/3；其主要差異是在傷口相關併發症（31% vs. 5%）、心血管併發症（10% vs. 0%）、與再手術率（15% vs. 4%）。

- 飲酒：飲酒過量亦會增加手術併發症，增加程度與飲酒量有關；每天喝五單位以上者併發症增加為三倍。大腸直腸手術前戒酒 4 週，其術後發生併發症之比率，與對照組相比，由 74% 降至 31%，風險降低近六成。
- 營養：對營養不良病人提供營養介入可將手術併發症降低 10%，並減少術後感染與增強肌肉強度。術後儘早恢復進食亦可降低併發症。
- 運動：手術後及早恢復活動與增加運動量有顯著幫助，且是術後整體復健中重要的一環。運動介入可減少術後的體重減輕與倦怠。

綜論：在決定手術前，即應將這些危險因子一併納入手術適應症的考量中。慢性病人手術前之介入則應包括七個元素：菸、酒、運動、營養、心理社會支持、醫療狀況（包括外科與麻醉）之最佳化與病人衛教。手術後復健之重點則應包括及早活動與營養。

系統性的介入包括：辨識危險因子，與病人討論釐清這些因子的角色、病人的責任與可採取的措施，提供有實證基礎的介入與追蹤。

手術前改變的高度動機是支持介入成功的重要因素，病人往往有很高的遵從性，這更顯示應妥善把握這幫助病人增進健康的契機。手術前應告知病人生活型態危險因子會大幅增加術後併發症，並在適當時間提供具實證基礎的介入。手術前後的預防與復健其證據強度是中至高等級。

參、結論

許多健康促進與復健的臨床介入，對健康或醫療成本之助益已具有中至高等級的實證基礎，應納入醫院的臨床指引或臨床路徑中，以擴大其涵蓋率。未來應持續在推動過程進行有系統的資訊收集，找出能有效擴大參與或提高成功率的做法，提供實施模式的實證基礎，供更多醫院或照護機構參考。

參考文獻

英文參考文獻

本文主要內容係摘譯自：Tønnesen, H., Fugleholm, A. M., & Jørgensen, S. V. (2005). Evidence for health promotion in hospitals. In Groene, O., & Garcio-Barbero, M. (Eds.). *Health promotion in hospitals: evidence and quality management*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

Moller, A. M., Villebro, N., Pedersen, T., & Tønnesen, H. (2002). Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: a randomised clinical trial. *Lancet, 359*, 114-117.

Tønnesen, H., Rosenberg, J., Nielsen, H. J., Rasmussen, V., Hauge, C., et al. (1999). Effect of preoperative abstinence on poor postoperative outcome in alcohol misusers: randomised controlled trial. *BMJ*, 318, 1311-1316.

第三節

健康促進醫院之標準與自我評估

邱淑媞[1]、羅慶玲

[1]國民健康署署長

壹、健康促進醫院標準之發展

在資源有限和高度競爭的健康照護體系中，健康促進計畫所採用的介入，不僅必須具有科學實證、能增進人們健康及福祉，亦必須證明計畫的執行確實有其成效且提高了品質，否則往往難以說服資源分配者將有限的資源投資在健康促進計畫中。健康促進是整體醫療品質中重要的一環，因此健康照護領域所熟悉的品質保證和品質管理技術，同樣必須廣泛應用到健康促進上；藉由導入架構及品質標準的建立與監測，引導健康促進的基礎建設（包括組織、環境、流程、文化等）以及相關計畫和活動能正確執行並持續精進。

訂定健康促進醫院的標準並發展評估工具是近年重要的進展。在 2001 年 5 月的健康促進醫院網絡會議上，成員代表們達成了共識，成立工作小組，發展一套兼具整合性以及普遍實用性的健康促進評價標準，依照國際健康照護品質協會（ISQUA, The International Society for Quality in Healthcare）國際評鑑計畫（International Accreditation Program，之前稱之為 ALPHA）的發展原則和步驟，在 2002 年產出第一份初稿，經過審查、討論、修訂，在 2003 年 2 月在歐洲 9 個國家 36 家醫院進行測試（Groene, 2006）。這套最後定案的標準包含五個面向（WHO, 2003b），其主要內容為：

標準一　將健康促進納入醫院的經營和管理系統中；

標準二　系統性的評估病人的健康促進需求；

標準三　將健康促進介入建立到所有的臨床照護流程中，提供病人一般的以及與疾病相關的健康促進資訊和介入；

標準四　發展醫院成為健康職場；

標準五　持續有計畫的增進醫院與內外部相關部門及各層級機構的合作。

在進行測試時，標準一與四是由醫院管理階層進行評估，標準二、三、五則是隨機選取 20 位前三個月內住院並已出院的病人病歷資料進行

檢視。結果 36 家醫院中有 32 家認為 5 大標準是適當及適用的，參與的醫院和其網絡協調人認為引進一套標準有其必要，且其架構適於臨床使用。但測試也發現，醫院在許多項目上都尚有改善空間。

第一個定稿的版本在 2003 年 5 月發表，並決定以此為基礎，進一步發展成一套自我評估工具，並編印成手冊，於 2006 年正式發行（Groene, 2006）。手冊中每一個標準均附上定義並說明其自評目標。每一標準之下有若干子標準，每一子標準之下又由數個「可測量項目」來加以衡量。每一個可測量項目之衡量結果是以「做到」、「部份做到」、「未做到」為答案（WHO, 2004; Groene, 2006）。

自我評估的標準和項目主要著眼於醫院整體導入的結構和流程面向，且是屬於較為質性的評量。至於導入的成效，則另外有 18 個補充指標，配置在各標準之下，供醫院選取作為量化的測量，用來評估健康促進的行動成效，並藉著重複的指標測量，來反應健康促進活動和計畫的進展和提升品質，也可供醫院或部門之間進行標竿比較和相互學習之用。指標和標準有互補的關係，兩者共同用來監測和提升健康促進活動的品質（WHO, 2003b）。

每一個標準之下除了有子標準、可測量項目與補充指標，最後還有一頁「行動計畫」，可針對自評時在每一個子標準以及綜合在此一標準所發現的需要改善之處，註明擬採行之改善行動、負責人、改善期間及預期結果。完成 5 個標準之自我評估後，有一張總表，可填入每一標準中「做到」、「部份做到」與「未做到」的項目數；之後是一頁「總體行動計畫」，可寫下綜合性的行動以及特別要註記的針對個別標準或指標的行動。

有關於此套自我評估之 40 個項目以及 18 個補充指標，請參考後附之中譯資料（如附件 1）。

一般而言，用來監測醫院推動健康促進活動的品質和成效的最普遍的評估方式有兩種：自我評估和專家評鑑，前者是指由醫院或組織自己評估自己的表現，而後者則是指經由醫院或組織外部的其他專家的審查和鑑定。自我評估對於品質保證和品質管理有許多好處，包括成本較低，並且可以提供醫院或組織較大的參與感以及主導權，使參與者較有意願依照建立的標準的引導，確認改善的方向，並提昇上下階層之間的溝通和互動（Groene, 2006）。

最後要強調的是，發展這些用來自我評估和評鑑的標準和指標的目的，並不是要將所有參與健康促進醫院網絡的醫院或組織給制式化或區分他們的等級，主要目的在於幫助並鼓勵所有參與健康促進的醫院或組織能夠發展持續性品質提升的照護，藉著自我評估健康促進的活動和實務，進而確認品質提升和改善的方向（Groene, 2006）。所以，透過設定好的標準和指標，醫院自我評估健康促進活動，一方面可以了解哪些地方做的好，可以作為其他部門或單位學習的模範，而另一方面也可以知道有哪些地方尚有不足

需要改進，以及該如何改進。

貳、如何進行自我評估

醫院或健康照護機構如欲申請成為世界衛生組織健康促進醫院國際網絡之正式會員，應先加入臺灣健康醫院學會成為「一般團體會員」，然後參加相關之訓練研習、進行準備，再由院長簽署意願書、填報三份計畫書以及完成自我評估後，申請認證；通過後則成為臺灣健康醫院學會之「網絡團體會員」，並取得世界衛生組織之健康促進醫院證書。

自我評估的對象是整個醫院（或健康照護機構），因此，在執行自我評估之前，應先獲得院長的承諾，並最好爭取院長的親自參與。自我評估不宜由單一一個幹部或部門自行執行，而宜由整個健康促進醫院推動委員會來共同執行。同時，每一個部門都應有一位人員擔任 HPH 的窗口。執行自我評估的過程，就是整個醫院學習「什麼是健康促進醫院？」、「與國際標準相比，我們有哪些優點？有哪些需要加強之處？」以及「我們如何成為一個真正的健康促進醫院？」的寶貴過程，絕對不是勾填幾個表格而已！

執行自我評估之步驟建議如下：

1. 在委員會中共同檢視五大標準、40 個項目（臺灣另補充 1 項，為 41 項，如附件 2），瞭解每一個項目之意義，並決定是否要採用各標準所附之補充指標，或是否要再自行設定其他指標。對於需要跨部門提供資料的項目或指標，亦在會中由主席裁示，以利後續工作之順利進行。
2. 在委員會中進行自我評估工作之分工，決定各個標準、子標準與各項目，分別指定哪些人或部門負責。
3. 分頭收集資料，在每一個自我評估項目上勾選達成程度，並附上佐證敘述或參考資料。若有選定指標，則填入統計資料。
4. 針對自我評估所見的優缺點，草擬每一個標準後面的「行動計畫」。
5. 在委員會中共同檢視各項目之自我評估結果，進行討論及確認。
6. 研擬品質改善計畫：確認「行動計畫」與「總體行動計畫」，並討論所需之資源與協調。
7. 申請訪查並與外部專家委員進行座談。
8. 加入國際網絡，持續精進，並定期進行自我評估之追蹤。

總之，發展並建立健康促進的標準和指標，並藉著自我評估的方式，持續性的監測健康促進的活動進展和實務成效，對於健康促進醫院計畫的推動是十分重要的，其最終的目的是希望透過這樣的過程，引導醫院提供病人品質保證的照護服務，以及員工健康的增進和組織永續的發展，更甚者是達到整個社區照護品質的提升。

參考文獻

Groene, O. (Ed.). (2006). *Implementing health promotion in hospitals: Manual and self-assessment forms*. Retrieved from www.euro.who.int/document/E88584.pdf.

Groene, O., & Garcia-Barbero, M. (2005). *Health promotion in hospitals: Evidence and quality management*. Retrieved from www.euro.who.int/document/E86220.pdf.

Groene, O., & Jorgensen, S. J. (2005). Health promotion in hospitals--a strategy to improve quality in health care. *European Journal of Public Health*, 15 (1), 6-8.

Mainz, J. (2003). Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *International Journal for Quality in Health Care*, 15 (6), 523-530.

Speller, V., Evans, D., & Head, M. J. (1997). Developing quality assurance standards for health promotion practice in the UK. *Health Promotion International*, 12 (3), 215-224.

WHO. (2003a). *Developing standards for health promotion in hospital – results of a pilot test in nine European countries*. Retrieved from www.euro.who.int/Document/IHB/hphstandardsfinrpt.pdf.

WHO. (2003b). *Standards for health promotion in hospitals: development of indicators for a self-assessment tool*. Retrieved from www.euro.who.int/document/E84988.pdf.

WHO. (2004). *Standards for health promotion in hospitals*. Retrieved from www.euro.who.int/document/e82490.pdf.

附件 1

世界衛生組織健康促進醫院自我評估表

Self-assessment Forms for Implementing Health Promotion in Hospitals

前言：

醫院健康促進的角色正在改變，不再只是侷限於提供診療之外的生活型態衛教資訊。健康促進已逐漸成為完整健康照護過程中不可或缺的一環，且與臨床、教育、行為及組織議題息息相關[1]。為了改善慢性病與長期照護病人的照護品質，醫院的健康促進活動必須能更妥善的嵌入於整個較大的醫療體系架構中。隨著健康促進活動的範疇日益擴大，有關這些活動的品質評估與品質改善問題也開始受到重視。

一些提升健康照護品質的重要工具，例如專業共識指引、標準及成效指標，鮮少專注在健康促進議題上。因此，世界衛生組織歐洲辦公室發展出一套醫院健康促進的自我評估工具，包含以下議題：醫院管理政策、病人危險因子與健康需要評估、病人健康促進資訊與健康促進介入、推動健康職場，以及醫院與其他健康、社會服務和非正式的照護提供者之間的持續與合作關係[2]。

這份文件提供了一個獨立的工具以評估、追蹤及改善醫院的健康促進活動。進一步來說，這份文件應該可以幫助醫院更容易：評估醫院的健康促進活動；發展健康照護組織改善健康促進活動的能力；形成改善醫院健康促進活動的建議；使所有醫療專業人員與病人更積極參與健康促進活動；增進與其他照護提供者的協調；改善員工及病人的安全與健康；增進健康照護業務與服務的現代化和改變，使其更具效率和效能。

健康促進在概念上涵蓋甚廣，包括各種活動、介入、方法與途徑，有些實在太廣泛了，我們決定選取在臨床上最常見及有較強實證的議題，因此，有一些先前出現在健康促進醫院網絡指導文件中的健康促進活動並沒有全部納入[3,4]。在「醫院健康促進的 18 個核心策略」一書，提供了一個較完整的架構，以引導醫院策略性導入健康促進以及作為進一步發展健康促進標準的參考[5]。本評估表中有一些標準（像是病人評估或資訊與介入）可直接連結到病人安全的議題[6]。然而，這份文件主要是提供額外工具，可更全面地增強病人與醫院員工的權能，以補現行品質與安全活動之不足。

這份文件是針對所有對改善健康促進有興趣的醫院及品質機構所設計的。我們鼓勵從事品質改善工作的機構檢視這些醫院健康促進標準和指標，並將它們整合到現行的品質評估系統中。

說明：

1. 本評估表內容係摘錄及摘譯自 Groene O. ed. Implementing Health Promotion in Hospitals: Manual and Self-assessment Forms. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006.
2. 欲申請成為台灣健康促進醫院國際網絡會員之醫療機構，敬請填寫此份文件，進行自我評估，並作為導入、追蹤及改善之基礎。
3. 若對於此份文件之內容或使用有任何疑問或指教，敬請隨時與本網絡聯絡。電話：02-2823-0310。

敬祝：

健康平安、永續發展！

臺灣健康促進醫院網絡

96.8

Introduction:

The role of health promotion in hospitals is changing. It is no longer restricted to providing additional lifestyle-related information to the patient after the clinical procedures have been completed. Health promotion is becoming an integral part of the health care process and is related to clinical, educational, behavioural, and organizational issues[1]. In order to improve the quality of care for patients with chronic diseases and long-term conditions, health promotion activities in hospitals need to become better embedded in the larger health systems framework. With the expanded scope of health promotion activities, questions are raised regarding the quality assessment and improvement of these activities.

Among the prominent tools to improve quality in health care, such as professionally consented guidelines, standards and performance indicators, there is little focus on health promotion issues. We therefore developed a self-assessment tool for health promotion in hospitals that addresses the following issues: the hospitals' management policy; the patients' assessment with regard to risk factors and health needs, patients' health promotion information and intervention; promoting a healthy workplace and continuity and cooperation of the hospital with other health, social and informal care providers[2].

This document provides a self-standing tool to assess, monitor and improve health promotion activities in hospitals. In detail, this document should facilitate: assessing health promotion activities in hospitals; developing the capacity of health care organizations in improving health promotion activities; formulating recommendations for the improvement of health promotion activities in hospitals; involving all professionals and the patient in improving health promotion activities; improving the coordination of care with other providers of care; improving the health and safety of staff and patients; assisting with modernizing and changing healthcare practice and service delivery to make it more efficient and effective.

Health promotion covers conceptually a broad range of activities, interventions, methods and approaches, some of which were too broad for the scope of this document. A decision was taken to address in this self-assessment tool only those issues that are most easily recognized by professionals working with patients, and for which the strongest evidence base is available. Consequently some health promotion activities that were included in previous guiding documents of the Health Promoting Hospitals' Network are not fully reflected[3,4]. A comprehensive framework to guide strategic

implementation of health promotion in hospitals and to guide the further development of health promotion standards is summarized in the Eighteen Core Strategies for Health Promotion in Hospitals[5]. Some of the standards (like patient assessment or information and intervention) are directly linked to patient safety issues [6]; however, this document provides additional tools for a wider approach to empower patients and staff and to complement existing quality and safety activities.

This document was developed for all hospitals and quality agencies interested in improving health promotion. Organizations working in the field of quality improvement are encouraged to review and incorporate the standards and indicators for health promotion in hospitals into their existing systems.

References：

1. Groene O, Garcia-Barbero M. eds. Health promotion in hospitals. Evidence and quality management. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005（http://www.euro.who.int/document/E86220.pdf, accessed 08 May 2006）.

2. Standards for Health Promotion in Hospitals. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003（http://www.euro.who.int/document/e82490.pdf, accessed 08 may 2006）.

3. Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva, World Health Organization, 1986.（http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf, accessed 08 May 2006）.

4. The Vienna Recommendations on Health Promoting Hospitals. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1997（http://www.euro.who.int/healthpromohosp/publications/20020227_1, accessed 08 May 2006）.

5. Pelikan J, Dietscher C, Krajic K , Nowak P. Eighteen core strategies for Health Promoting Hospitals. In: Groene O, Garcia-Barbero M, eds: Health promotion in hospitals. Evidence and quality management. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005: 48-67.（http://www.euro.who.int/document/E86220.pdf, accessed 08 May 2006）.

6. Forward Programme 2005. World Alliance for Patient Safety. Geneva, World Health Organization, 2004.（http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf, accessed 08 May 2006）.

Standard 1. Management Policy
標準一．管理政策

The organization has a written policy for health promotion. The policy is implemented as part of the overall organization quality improvement system, aiming at improving health outcomes. This policy is aimed at patients, relatives and staff.

醫院有一健康促進的書面政策，此政策之執行係醫院整體醫療品質改善系統中的一部份，其主要目的在增進健康。此一政策的對象是病人、家屬、醫院員工與社區。

Objective 自評目標

To describe the framework for the organization's activities concerning health promotion as an integral part of the organization's quality management system.

描述醫院健康促進活動的推動架構，此架構為機構醫療品質管理系統中重要的一環。

Substandards 子標準：

1.1 The organization identifies responsibilities for health promotion.

醫院認同健康促進為醫院的責任

□做到 □部份做到 □未做到	1.1.1 The hospital's stated aims and mission include health promotion [Evidence: e.g. time- table for the action]. 醫院所宣示的願景和目標中，有包涵健康促進。（例如【註】：在醫院的宣誓、網站或相關文件中，有明確將健康促進列入。）
□做到 □部份做到 □未做到	1.1.2 Minutes of the governing body reaffirm agreement within the past year to participate in the WHO HPH project [Evidence: e.g. date for the decision or for payment of the annual fee]. 院方在最近一年內有確認（繼續）參與 WHO 健康促進醫院國際網絡及台灣網絡。（例如：有參與活動及繳交年費的記錄。）
□做到 □部份做到 □未做到	1.1.3 The hospital's current quality and business plans include health promotion（HP） for patients, staff and the community [Evidence: e.g. health promotion is explicit in the plan of action]. 醫院目前的品質與經營計劃有包括對於病人、家屬、員工及社區的健康促進。（例如：在相關的計劃與行動中，有明確提及健康促進。）
□做到 □部份做到 □未做到	1.1.4 The hospital identifies personnel and functions for the coordination of HP [Evidence: e.g. staff member nominated for the coordination of HP]. 醫院有指派專責人員與分工，執行與健康促進有關之協調。（例如：已有相關同仁被任命協調健康促進業務。）

【註】：本評估表括弧內列舉之「例如」事項，係指為瞭解該項目執行狀況時可考慮採用的作法。

1.2 The organization allocates resources for the implementation of health promotion.

醫院配置資源以執行健康促進政策

□做到 □部份做到 □未做到	1.2.1 There is an identifiable budget for HP services and materials [Evidence: e.g. budget or staff resources]. 醫院有明列健康促進相關的預算。（例如：預算或人力資源。）
□做到 □部份做到 □未做到	1.2.2 Operational procedures such as clinical practice guidelines or pathways incorporating HP actions are available in clinical departments [Evidence: e.g. check guidelines]. 已將健康促進服務納入操作程序（如臨床指引或臨床路徑）中，供臨床部門使用。（例如：檢視臨床指引。）
□做到 □部份做到 □未做到	1.2.3 Specific structures and facilities required for health promotion（including resources, space, equipment）can be identified [Evidence: e.g. facilities to lift patients available]. 有特定的空間及設施以執行健康促進。（例如：資源、空間、設備等。）

1.3 The organization ensures the availability of procedures for collection and evaluation of data in order to monitor the quality of health promotion activities.

醫院應有收集及評估相關資料的步驟，以監控健康促進活動的品質。

□做到 □部份做到 □未做到	1.3.1 Data are routinely captured on HP interventions and available to staff for evaluation [Evidence: e.g. availability assessed in staff survey]. 醫院有例行性的收集健康促進介入資料且能夠提供給相關人員做評估之用。（例如：詢問相關員工是否可取得相關資料。）
□做到 □部份做到 □未做到	1.3.2 A programme for quality assessment of the health promoting activities is established [Evidence: e.g. time schedule for surveys is available]. 醫院對健康促進活動有規劃品質評估方案。（例如：有調查之時間或資料。）

Standard 2. Patient Assessment
標準二 . 病人評估

The organization ensures that health professionals, in partnership with patients, systematically assess needs for health promotion activities.

醫院應確認醫療專業人員，能夠在與病人的夥伴關係中，系統性的評估病人健康促進活動需要。

Objective 自評目標

To support patient treatment, improve prognosis and to promote the health and well-being of patients.

支持病人的治療計畫，增進病人預後，並促進病人的健康與安適。

Substandards 子標準：

2.1 The organization ensures the availability of procedures for all patients to assess their need for health promotion.

醫院必須確認對每一個病人都有能評估其健康促進需要的程序。

□做到 □部份做到 □未做到	2.1.1 Guidelines on how to identify smoking status, alcohol consumption, nutritional status, psycho-social-economic status are present [Evidence: check availability]. 具備相關的臨床指引，能辨識病人吸菸狀態、飲酒狀態、營養狀態、心理 - 社會 - 經濟狀態。（例如：確認有無是類臨床指引。）
□做到 □部份做到 □未做到	2.1.2 Guidelines/procedures have been revised within the last year [Evidence: check date, person responsible for revising guidelines]. 臨床指引或步驟在過去一年中有進行修訂或檢討。（例如：檢查修訂日期及負責修訂人員。）
□做到 □部份做到 □未做到	2.1.3 Guidelines are present on how to identify needs for HP for groups of patients（e.g. asthma patients, diabetes patients, chronic obstructive pulmonary disease, surgery, rehabilitation）[Evidence: e.g. for groups of patients specifically treated in the clinical department]. 針對特殊族群病患 (如：氣喘、糖尿病、COPD、手術、復健病人），有相關臨床指引以評估其健康促進需要。（例如：有無對特定病人的相關臨床指引。）

2.2 The assessment of a patient's need for health promotion is done at first contact with the hospital. This is kept under review and adjusted as necessary according to changes in the patient's clinical condition or on request.

病人的健康促進需要評估必須在與病人第一次接觸時完成，並且在病人臨床狀況有變化或有需要時能做適當檢討及調整。

□做到 □部份做到 □未做到	2.2.1 The assessment is documented in the patients' record at admission [Evidence: for all patients. Identified by patient records audit]. 在病人住院時，會將其健康促進評估記錄在病歷中。（例如：從住院病歷中可看到有相關記錄。）
□做到 □部份做到 □未做到	2.2.2 There are guidelines / procedures for reassessing needs at discharge or end of a given intervention [Evidence: guidelines present]. 有臨床指引或步驟，在病患要出院或臨床介入告一段落時，會重新評估病人的健康促進需要。（例如：有相關的臨床指引。）

2.3 The patient's needs-assessment reflects information provided by others and ensures sensitivity to social and cultural background.

病人健康促進需要評估有涵蓋其他照護者所提供的資料，並能注意到病人的社會狀況及文化背景

□做到 □部份做到 □未做到	2.3.1 Information from referring physician or other relevant sources is available in the patient's record [Evidence: for all patients referred from physician]. 在病人的病歷上可查到轉介醫師或其它相關來源所提供的資料。（例如：經轉介來院的病人病歷記錄。）
□做到 □部份做到 □未做到	2.3.2 The patient's record documents social and cultural background as appropriate [Evidence: religion that requires special diet or other specific attention. Social conditions indicating that the patient is at risk]. 在病歷中適切地記載病人的社會及文化背景。（例如：因宗教信仰所需特殊飲食或其他需要特別注意的事項。指出病人可能屬於某些高危險群的社會狀況記錄。）

Standard 3. Patient Information and Intervention
標準三 . 病人的資訊與介入

The organization provides patients with information on significant factors concerning their disease or health condition and health promotion interventions are established in all patient pathways.

醫院能提供病人有關於個人疾病或健康狀況的重要影響因子之資訊，且已將健康促進介入建立到所有的臨床照護路徑中。

Objective 自評目標

To ensure that the patient is informed about planned activities, to empower the patient in an active partnership in planned activities and to facilitate integration of health promotion activities in all patient pathways.

確保病人被告知有關活動的規劃，在規劃的活動中與病人建立積極的夥伴關係、提昇病人權能，並且使健康促進活動與病人的所有臨床照護路徑有更好的整合。

Substandards 子標準：

3.1 Based on the health promotion needs assessment, the patient is informed of factors impacting on their health and, in partnership with the patient, a plan for relevant activities for health promotion is agreed.

依據健康促進需要評估結果，告知病人影響他們健康的重大因素，並與病人共同擬定適當的健康促進計畫。

□做到 □部份做到 □未做到	3.1.1 Information given to the patient is recorded in the patients record. [Evidence: random review of patient records for all patients] 提供給病人的健康促進訊息有記載於病歷中。（例如：病歷紀錄。） （註：可相對應於新制醫院評鑑 3.2.1.1）
□做到 □部份做到 □未做到	3.1.2 Health promotion activities and expected results are documented and evaluated in the records [Evidence: e.g. patient records' audit] 健康促進的活動及預期結果有記載及評估於病歷中。（例如：病歷紀錄。） （註：可相對應於新制醫院評鑑 5.2.1.1 及 5.3.2.2）

□做到 □部份做到 □未做到	3.1.3 Patient satisfaction assessment of the information given is performed and the results are integrated into the quality management system [Evidence: e.g. various assessment methods: survey, focused group interview, questionnaire. Time schedule]. 對於提供給病人的訊息有作滿意度評估，並將其評估結果納入品質管理系統中。（例如：各種評估方法，如：調查、焦點團體會談、問卷調查及其時間表。）（註：可相對應於新制醫院評鑑 7.3.1.5）

3.2 The organization ensures that all patients, staff and visitors have access to general information on factors influencing health.

醫院能確保所有病人、同仁及訪客能夠獲得影響健康因子的一般資訊。

□做到 □部份做到 □未做到	3.2.1 General health information is available [Evidence: e.g. availability of printed or online information, or special information desk]. 有提供一般性的健康資訊。（例如：有印刷品或線上的健康資訊，或有特別的諮詢服務櫃檯。） （註：可相對應於新制醫院評鑑 7.1.3.2 、1.7.1.5）
□做到 □部份做到 □未做到	3.2.2 Detailed information about high/risk diseases is available [Evidence: e.g. availability of printed or online information, or special information desk]. 提供有關高危險疾病的詳細資訊。（例如：有印刷品或線上資訊，或有特別諮詢服務櫃檯。） （註：可相對應於新制醫院評鑑 1.7.1.5、3.1.2.1）
□做到 □部份做到 □未做到	3.2.3 Information is available on patient organizations [Evidence: e.g. contact-address is provided]. 有提供病友團體的資訊。（例如：有提供聯絡地址） （註：可相對應於新制醫院評鑑 1.7.1.5）

Standard 4. Promoting a Healthy Workplace
標準四 . 推動健康職場

The management establishes conditions for the development of the hospital as a healthy workplace.

在管理中建立有利於醫院發展為健康職場的條件。

Objective 自評目標

To support the development of a healthy and safe workplace, and to support health promotion activities of staff.

支持健康及安全職場的發展，並支持員工的健康促進活動。

Substandards 子標準：

4.1 The organization ensures the development and implementation of a healthy and safe workplace.

醫院確保健康及安全職場的發展與落實。

□做到 □部份做到 □未做到	4.1.1 Working conditions comply with national/regional directives and indicators [Evidence: e.g. national and international（EU）regulations are recognized]. 工作條件符合全國性或地區性的規定及指標。（例如：醫院指出其符合國家或國際相關規範的重點事項。）
□做到 □部份做到 □未做到	4.1.2 Staff comply with health and safety requirements and all workplace risks are identified [Evidence: e.g. check data on occupational injuries]. 已經找出職場中的危險因子，且員工能符合健康及安全的規定。（例如：檢查職業傷害資料。）

4.2 The organization ensures the development and implementation of a comprehensive Human Resources Strategy that includes training and development of health promotion skills of staff.

醫院能發展及落實一完整的人力資源策略，增進員工健康促進技能之訓練與發展。

□做到 □部份做到 □未做到	4.2.1 New staff receive an induction training that addresses the hospital's health promotion policy [Evidence: e.g. interviews with new staff]. 醫院有將健康促進政策納入新進人員到職訓練的內容中。（例如：訪問新進員工。）

□做到 □部份做到 □未做到	4.2.2 Staff in all departments are aware of the content of the organization's health promotion policy [Evidence: e.g. annual performance evaluation or staff participation in the HP programme]. 所有部門的員工都知道醫院健康促進政策的內容。（例如：健康促進計畫的年度執行成果評估或同仁的參與情形。）
□做到 □部份做到 □未做到	4.2.3 A performance appraisal system and continuing professional development including health promotion exists [Evidence: e.g. documented by review of staff files or interview]. 有執行成效的評估系統，並有將健康促進納入員工在職專業發展項目中。（例如：員工檔案記錄或面談記錄。）
□做到 □部份做到 □未做到	4.2.4 Working practices（procedures and guidelines）are developed by multidisciplinary teams [Evidence: e.g. check procedures, check with staff]. 有跨領域團隊所發展出的工作常規（程序與指引）。（例如：檢查流程，與員工檢視。）
□做到 □部份做到 □未做到	4.2.5 Staff are involved in hospital policy-making, audit and review [Evidence: check with staff; check minutes of working groups for participation of staff representatives]. 員工能夠參與醫院政策的制定、稽核與檢討。（例如：與員工共同檢視，檢查工作小組會議紀錄以瞭解員工代表的參與情形。）

4.3 The organization ensures availability of procedures to develop and maintain staff awareness on health issues.

醫院確保有相關程序以發展及維持員工對健康議題的認知。

□做到 □部份做到 □未做到	4.3.1 Policies for awareness on health issues are available for staff [Evidence: e.g. check for policies on smoking, alcohol, substance misuse and physical activity]. 有提高員工對健康議題認知的政策。（例如：檢查有無針對菸害、酒癮、藥物濫用或運動的政策。）
□做到 □部份做到 □未做到	4.3.2 Smoking cessation programmes are offered [e.g. Evidence on availability of programmes]. 有員工戒菸計畫。（例如：有此類計畫。）
□做到 □部份做到 □未做到	4.3.3 Annual staff surveys are carried out including an assessment of individual behaviour, knowledge on supportive services/policies, and use of supportive seminars [Evidence: check questionnaire used for and results of staff survey]. 有每年進行員工調查，內容包括：個人行為評估，對相關服務或政策的認知，對健康促進活動的利用。（例如：檢視問卷與同仁調查的結果。）

Standard 5. Continuity and Cooperation
標準五．持續與合作

The organization has a planned approach to collaboration with other health service levels and other institutions and sectors on an ongoing basis.

醫院與其他層級的健康服務提供者、其他機構與部門，能持續、有計畫的增進合作。

Objective 自評目標

To ensure collaboration with relevant providers and to initiate partnerships to optimize the integration of health promotion activities in patient pathways.

確保與其他相關服務提供者有適當合作並建立夥伴關係，以使健康促進活動能最佳地整合到病人的臨床照護路徑中。

Substandards 子標準：

5.1 The organization ensures that health promotion services are coherent with current provisions and regional health policy plans.

醫院確保所提供的健康促進服務符合當前的規定且和當地健康照護政策計畫一致。

□做到 □部份做到 □未做到	5.1.1 The management board is taking into account the regional health policy plan [Evidence: e.g. regulations and provisions identified and commented in minutes of the meeting of management board]. 管理階層有重視當地的衛生政策計畫。（例如：在管理階層的相關會議記錄中，有與相關法令和規章的評論可查。）
□做到 □部份做到 □未做到	5.1.2 The management board can provide a list of health and social care providers working in partnership with the hospital [Evidence: e.g. check update of list]. 醫院能夠提供有合作關係的健康及社會服務資源名冊。（例如：有已更新的名冊。）
□做到 □部份做到 □未做到	5.1.3 The intra- and intersectoral collaboration with others is based on execution of the regional health policy plan [Evidence: e.g. check congruency]. 依據當地衛生政策計畫執行的需要，與其他同部門及跨部門資源進行合作。（例如：和政策的一致性、適合性。）
□做到 □部份做到 □未做到	5.1.4 There is a written plan for collaboration with partners to improve the patients' continuity of care [Evidence: e.g. criteria for admittance, plan for discharge]. 與照護夥伴間有書面的合作計畫，以增進病人照護的連續性。（例如：有收住院的標準、出院計畫。）

5.2 The organization ensures the availability and implementation of health promotion activities and procedures during out-patient visits and after patient discharge.

醫院確保病人在門診及出院後，都能繼續獲得及執行健康促進的活動和程序。

□做到 □部份做到 □未做到	5.2.1 Patients（and their families as appropriate）are given understandable follow-up instructions at out-patient consultation, referral or discharge [Evidence: e.g. patients' evaluation assessed in patient surveys]. 在門診諮詢、轉診或出院準備時，有給予病患（或家屬）易於理解的後續追蹤說明。（例如：在病人調查中對病人進行評估。）
□做到 □部份做到 □未做到	5.2.2 There is an agreed upon procedure for information exchange practices between organizations for all relevant patient information [Evidence: e.g. check availability of procedure]. 在機構間有雙方認同的病人資訊交換程序。（例如：有此類程序。）
□做到 □部份做到 □未做到	5.2.3 The receiving organization is given in timely manner a written summary of the patient's condition and health needs, and interventions provided by the referring organization [Evidence: e.g. availability of copy]. 對接受轉介的機構有適時提供關於病人病情、健康需要以及介入的書面摘要。（例如：有摘要複本可查。）
□做到 □部份做到 □未做到	5.2.4 If appropriate, a plan for rehabilitation describing the role of the organization and the cooperating partners is documented in the patient's record [Evidence: e.g. review of records]. 對於適當的病人，在復健計畫中敘明醫院及合作夥伴的角色，並記錄在病歷中。（例如：檢視此類病人記錄。）

醫院健康促進指標綜覽（Overview on health promotion indicators）

標準 / 範疇	指標
管理政策	• 員工知道健康促進政策的比率 • 病人知道健康促進標準的比率 • 用於員工健康促進活動的預算佔醫院總預算的比率
病人評估	• 病人有獲得一般危險因子評估的比率 • 病人有依指引獲得疾病別危險因子評估的比率 • 病人對於評估措施的滿意度調查得分
病人資訊與介入	• 有讓病人依其狀況之自我管理需要，得到特定行動的衛教的比率（譯者註：例如糖尿病人有得到自我血糖監測衛教的比率） • 有依病人狀況，提供其危險因子調整與疾病治療選擇的衛教的比率 • 調查病人對於資訊與介入過程的經驗之得分
推動健康職場	• 員工吸菸比率 • 員工戒菸 • 調查員工對工作環境的經驗之得分 • 短期缺勤率 • 與工作有關之傷害比率 • 員工疲乏指數得分
持續與合作	• 將出院摘要在兩週內送達全科醫師或轉介診所在出院時交給病人之比率 • 五天內因門診可處理狀況重返住院之比率 • 病人出院準備之調查得分

臺灣健康促進醫院網絡譯

附件 2

世界衛生組織健康促進醫院自我評估表（臺灣修訂版）

Self-assessment Forms for Implementing Health Promotion in Hospitals (Modified by Taiwan HPH Network)

前言：

醫院健康促進的角色正在改變，不再只是侷限於提供診療之外的生活型態衛教資訊。健康促進已逐漸成為完整健康照護過程中不可或缺的一環，且與臨床、教育、行為及組織議題息息相關[1]。為了改善慢性病與長期照護病人的照護品質，醫院的健康促進活動必須能更妥善的嵌入於整個較大的醫療體系架構中。隨著健康促進活動的範疇日益擴大，有關這些活動的品質評估與品質改善問題也開始受到重視。

一些提升健康照護品質的重要工具，例如專業共識指引、標準及成效指標，鮮少專注在健康促進議題上。因此，世界衛生組織歐洲辦公室發展出一套醫院健康促進的自我評估工具，包含以下議題：醫院管理政策、病人危險因子與健康需要評估、病人健康促進資訊與健康促進介入、推動健康職場，以及醫院與其他健康、社會服務和非正式的照護提供者之間的持續與合作關係[2]。

這份文件提供了一個獨立的工具以評估、追蹤及改善醫院的健康促進活動。進一步來說，這份文件應該可以幫助醫院更容易：評估醫院的健康促進活動；發展健康照護組織改善健康促進活動的能力；形成改善醫院健康促進活動的建議；使所有醫療專業人員與病人更積極參與健康促進活動；增進與其他照護提供者的協調；改善員工及病人的安全與健康；增進健康照護業務與服務的現代化和改變，使其更具效率和效能。

健康促進在概念上涵蓋甚廣，包括各種活動、介入、方法與途徑，有些實在太廣泛了，我們決定選取在臨床上最常見及有較強實證的議題，因此，有一些先前出現在健康促進醫院網絡指導文件中的健康促進活動並沒有全部納入[3,4]。在「醫院健康促進的 18 個核心策略」一書，提供了一個較完整的架構，以引導醫院策略性導入健康促進以及作為進一步發展健康促進標準的參考[5]。本評估表中有一些標準（像是病人評估或資訊與介入）可直接連結到病人安全的議題[6]。然而，這份文件主要是提供額外工具，可更全面地增強病人與醫院員工的權能，以補現行品質與

安全活動之不足。

這份文件是針對所有對改善健康促進有興趣的醫院及品質機構所設計的。我們鼓勵從事品質改善工作的機構檢視這些醫院健康促進標準和指標，並將它們整合到現行的品質評估系統中。

說明：

1. 本評估表主要內容係摘錄及摘譯自 Groene O ed. Implementing Health Promotion in Hospitals: Manual and Self-assessment Forms. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006.

2. 本修訂版係在自我評估表於臺灣使用一年後，收集使用者（包括訪查委員與醫院）意見，由臺灣健康醫院學會予以小幅修訂並增列說明文字而成，希有助於使用者對各項目意義之瞭解。英文部份則是摘自原始手冊之內容，未加變動。

3. 欲申請成為臺灣健康醫院學會國際網絡會員、取得世界衛生組織健康促進醫院會員證書之健康照護機構，敬請以此份文件進行自我評估。

4. 自我評估之用意，係作為有心推動健康促進醫院之醫療院所正確導入、追蹤及改善之基礎，其精神在於自我檢視、學習與持續成長。本學會並不會以自我評估之得分作為一個機構能否加入網絡之依據；較重要的是該機構能否從自我評估中獲得啟發並願意與其他會員共同學習成長。

5. 成為健康促進醫院是一個長期的發展歷程，由於醫院之人力、時間、經費有限，在改善的過程中，可自行設定優先性與期程，逐步提昇。例如有些醫院在充實預算、資源與流程時，會考慮優先改善與醫院重點計畫有關的部份。

Introduction:

The role of health promotion in hospitals is changing. It is no longer restricted to providing additional lifestyle-related information to the patient after the clinical procedures have been completed. Health promotion is becoming an integral part of the health care process and is related to clinical, educational, behavioural, and organizational issues[1]. In order to improve the quality of care for patients with chronic diseases and long-term conditions, health promotion activities in hospitals need to become better embedded in the larger health systems framework. With the expanded scope of health promotion activities, questions are raised regarding the quality assessment and improvement of these activities.

Among the prominent tools to improve quality in health care, such as professionally consented guidelines, standards and performance indicators, there is little focus on health promotion issues. We therefore developed a self-assessment tool for health promotion in hospitals that addresses the following issues: the hospitals' management policy; the patients' assessment with regard to risk factors and health needs, patients' health promotion information and -intervention; promoting a healthy workplace and continuity and cooperation of the hospital with other health, social and informal care providers[2].

This document provides a self-standing tool to assess, monitor and improve health promotion activities in hospitals. In detail, this document should facilitate: assessing health promotion activities in hospitals; developing the capacity of health care organizations in improving health promotion activities; formulating recommendations for the improvement of health promotion activities in hospitals; involving all professionals and the patient in improving health promotion activities; improving the coordination of care with other providers of care; improving the health and safety of staff and patients; assisting with modernizing and changing healthcare practice and service delivery to make it more efficient and effective.

Health promotion covers conceptually a broad range of activities, interventions, methods and approaches, some of which were too broad for the scope of this document. A decision was taken to address in this self-assessment tool only those issues that are most easily recognized by professionals working with patients, and for which the strongest evidence base is available. Consequently some health promotion activities that were included in previous guiding documents of the Health Promoting Hospitals' Network are not fully reflected[3,4]. A comprehensive framework to guide strategic

implementation of health promotion in hospitals and to guide the further development of health promotion standards is summarized in the Eighteen Core Strategies for Health Promotion in Hospitals[5]. Some of the standards (like patient assessment or information and intervention) are directly linked to patient safety issues [6]; however, this document provides additional tools for a wider approach to empower patients and staff and to complement existing quality and safety activities.

This document was developed for all hospitals and quality agencies interested in improving health promotion. Organizations working in the field of quality improvement are encouraged to review and incorporate the standards and indicators for health promotion in hospitals into their existing systems.

References：

1. Groene O, Garcia-Barbero M. eds. Health promotion in hospitals. Evidence and quality management. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005. （http://www.euro.who.int/document/E86220.pdf, accessed 08 May 2006）.

2. Standards for Health Promotion in Hospitals. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003. （http://www.euro.who.int/document/e82490.pdf, accessed 08 may 2006）.

3. Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva, World Health Organization, 1986. （http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf, accessed 08 May 2006）.

4. The Vienna Recommendations on Health Promoting Hospitals. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1997. （http://www.euro.who.int/healthpromohosp/publications/20020227_1, accessed 08 May 2006）.

5. Pelikan J, Dietscher C, Krajic K, Nowak P. Eighteen core strategies for Health Promoting Hospitals. In: Groene O, Garcia-Barbero M, eds: Health promotion in hospitals. Evidence and quality management. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005: 48-67. （http://www.euro.who.int/document/E86220.pdf, accessed 08 May 2006）.

6. Forward Programme 2005. World Alliance for Patient Safety. Geneva, World Health Organization, 2004. （http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf, accessed 08 May 2006）.

Standard 1. Management Policy
標準一．管理政策

The organization has a written policy for health promotion. The policy is implemented as part of the overall organization quality improvement system, aiming at improving health outcomes. This policy is aimed at patients, relatives and staff.

醫院有一健康促進的書面政策，並將此政策納入醫院整體醫療品質改善系統中，加以執行；其主要目的是在增進健康。此一政策的對象是病人、家屬、醫院員工與社區。

Objective 自評目標

To describe the framework for the organization's activities concerning health promotion as an integral part of the organization's quality management system.

描述醫院健康促進活動的推動架構，該架構為機構醫療品質管理系統中重要的一環。

Substandards 子標準：

1.1 The organization identifies responsibilities for health promotion.

醫院認同健康促進為醫院的責任

1.1.1	The hospital's stated aims and mission include health promotion [Evidence: e.g. time- table for the action]. 醫院所宣示的願景和目標中，有包涵健康促進。（佐證：在醫院的宣誓、網站或相關文件中，有明確將「健康」或「全人健康」或「全人照護」或「預防醫學」或「健康促進」列入其宗旨、目標、願景或使命中。）
	【現況】（列出醫院的宣誓、宗旨、目標、願景或使命）
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%
1.1.2	Minutes of the governing body reaffirm agreement within the past year to participate in the WHO HPH project [Evidence: e.g. date for the decision or for payment of the annual fee]. 院方在最近一年內有確認要加入或繼續參與 WHO 健康促進醫院國際網絡及台灣網絡。（佐證：有參與活動或繳交年費的記錄。）
	【現況】（找出有關醫院準備加入、決定加入或繼續加入的資料或文件，例如曾派員參加學會舉辦的活動、曾召開內部籌備會議或曾在其他會議中有裁示或決議等）
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%

1.1.3	The hospital's current quality and business plans include health promotion（HP）for patients, staff and the community [Evidence: e.g. health promotion is explicit in the plan of action]. 醫院目前的品質與營運計劃中，有包括對於病人、家屬、員工及社區的健康促進。（佐證：在相關的計劃與行動中，有明確提及健康促進。）
	【現況】（檢視醫院之品質計劃或營運計畫，在何處有提及健康促進，以及內容為何。）
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%
1.1.4	The hospital identifies personnel and functions for the coordination of HP [Evidence: e.g. staff member nominated for the coordination of HP]. 醫院有指派人員與分工，執行與健康促進有關之協調。（佐證：已有相關同仁被任命協調健康促進業務。）
	【現況】 協調人姓名： ，單位： ，職稱： ； 推動架構（召集人，成員，分工）： 各主要計畫之工作小組名單：
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%

1.2 The organization allocates resources for the implementation of health promotion.

醫院配置資源以執行健康促進政策

1.2.1	There is an identifiable budget for HP services and materials [Evidence: e.g. budget or staff resources]. 醫院有編列健康促進服務與物資所需的相關預算。（佐證：預算或人力資源。）
	【現況】（檢視健康促進專屬的或散布在不同部門或業務中的人事、業務與資本門等預算，加以彙總並檢討其額度與分配）
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%
1.2.2	Operational procedures such as clinical practice guidelines or pathways incorporating HP actions are available in clinical departments [Evidence: e.g. check guidelines]. 已將健康促進服務納入操作程序（如臨床指引或臨床路徑）中，供臨床部門使用。（佐證：檢視臨床指引。）
	【現況】（檢視醫院各科部或住院、門診、急診使用之臨床指引或臨床路徑，是否有將健康促進納入其中，供臨床人員有所依循及便於執行）
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%

1.2.3	Specific structures and facilities required for health promotion（including resources, space, equipment）can be identified [Evidence: e.g. facilities to lift patients available]. 醫院具有執行健康促進所需的特定空間及設施（包括資源、空間、設備）。（佐證：衛教設備、搬運病人的設備、運動空間或設施等。）
	【現況】（檢視醫院的健康促進資源、空間、設備，藉此加以彙總並檢討其項目、數量、分配與使用狀況）
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%

1.3 The organization ensures the availability of procedures for collection and evaluation of data in order to monitor the quality of health promotion activities.

醫院有收集及評估相關資料的步驟，以監控健康促進活動的品質。

1.3.1	Data are routinely captured on HP interventions and available to staff for evaluation [Evidence: e.g. availability assessed in staff survey]. 醫院有例行性的擷取健康促進介入資料並提供給相關人員做評估之用。(佐證：詢問相關員工是否可取得相關資料。)
	【現況】（針對病人、員工以及重點計畫的對象，是否有將健康促進介入資料加以定期彙整，並提供給負責評估的員工，例如：電腦作業系統中之資料、滿意度調查之結果、員工調查結果、員工健檢紀錄等）
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%
1.3.2	A programme for quality assessment of the health promoting activities is established [Evidence: e.g. time schedule for surveys is available]. 醫院有建立健康促進活動的品質評估方案。（佐證：有調查之時間或資料。）
	【現況】（醫院是否有針對健康促進計畫之對象與目標，訂定評估的方法與進行時間）
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%

Standard 2. Patient Assessment
標準二．病人評估

The organization ensures that health professionals, in partnership with patients, systematically assess needs for health promotion activities.

醫院應確認醫療專業人員能夠與病人以夥伴關係系統性的評估其健康促進活動需要。

Objective 自評目標

To support patient treatment, improve prognosis and to promote the health and well-being of patients.

支持病人的治療、增進預後以及促進病人的健康與安適。

Substandards 子標準：

2.1 The organization ensures the availability of procedures for all patients to assess their need for health promotion.

醫院必須確認對所有病人都有能評估其健康促進需要的程序。

2.1.1	Guidelines on how to identify smoking status, alcohol consumption, nutritional status, psycho-social-economic status are present [Evidence: check availability]. 醫院具有如何辨識病人吸菸狀態、飲酒狀態、營養狀態、心理 - 社會 - 經濟狀態的臨床指引。（佐證：確認有無是類臨床指引。）
	【現況】（醫院是如何辨識每一個病人的吸菸狀態、飲酒狀態、營養狀態、心理 - 社會 - 經濟狀態，包括：住院病人、門診病人、急診病人，是否有一套系統性的作法）
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%
2.1.2	Guidelines/procedures have been revised within the last year [Evidence: check date, person responsible for revising guidelines]. 臨床指引或步驟在過去一年中有進行修訂或檢討。（佐證：檢查修訂日期及負責修訂人員。）
	【現況】（過去一年中有修訂或檢討過哪些臨床指引或步驟，是否有定期檢討修正的機制）
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%

2.1.3	Guidelines are present on how to identify needs for HP for groups of patients（e.g. asthma patients, diabetes patients, chronic obstructive pulmonary disease, surgery, rehabilitation）[Evidence: e.g. for groups of patients specifically treated in the clinical department]. 針對不同的病人群體 (例如：氣喘、糖尿病、COPD、手術、復健等病人），有相關臨床指引以評估其健康促進需要。（佐證：針對各臨床部門所治療的病人群體訂有與其健康促進有關的臨床指引。）
	【現況】（檢視各病人群體的照護指引中是否有關於健康促進需要的評估）
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%

2.2 The assessment of a patient's need for health promotion is done at first contact with the hospital. This is kept under review and adjusted as necessary according to changes in the patient's clinical condition or on request.

對病人的健康促進需要評估應在醫院與病人第一次接觸時完成，並且能在病人臨床狀況有變化時視需要做適當檢討及調整。

2.2.1	The assessment is documented in the patients' record at admission [Evidence: for all patients. Identified by patient records audit]. 在病人住院時，會將其健康促進需要評估記錄在病歷中。（佐證：從住院病歷中可看到有相關記錄。）
	【現況】（檢視住院紀錄或電子作業軟體內容）
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%
2.2.1.1	對於初次就診的門診病人，會進行健康促進需要評估並記錄在病歷中。
	【現況】（檢視門診紀錄或電子作業軟體內容）
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%
2.2.2	There are guidelines / procedures for reassessing needs at discharge or end of a given intervention [Evidence: guidelines present]. 有臨床指引或步驟，在病人要出院或臨床介入告一段落時，會重新評估其健康促進需要。（佐證：有相關的臨床指引。）
	【現況】
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%

2.3 The patient's needs-assessment reflects information provided by others and ensures sensitivity to social and cultural background.

病人的健康促進需要評估有涵蓋其他照護者所提供的資料，並能注意到病人的社會狀況及文化背景。

2.3.1	Information from referring physician or other relevant sources is available in the patient's record [Evidence: for all patients referred from physician]. 在病人的病歷上可查到轉介醫師或其它相關來源所提供的資料。（佐證：經轉介來院的病人病歷記錄。）
	【現況】（檢視病歷中是否有納入先前照護單位所提供的評估資料或健康促進需要，例如有記錄：轉介醫師建議減重、戒菸或復健）
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%
2.3.2	The patient's record documents social and cultural background as appropriate [Evidence: religion that requires special diet or other specific attention. Social conditions indicating that the patient is at risk]. 在病歷中適切地記載病人的社會及文化背景。（佐證：因宗教信仰所需特殊飲食或其他需要特別注意的事項。與病人風險有關的社會狀況。）
	【現況】（檢視相關紀錄表單）
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%

Standard 3. Patient Information and Intervention
標準三 . 病人的資訊與介入

The organization provides patients with information on significant factors concerning their disease or health condition and health promotion interventions are established in all patient pathways.

醫院能提供病人有關於個人疾病或健康狀況的重要影響因子之資訊，且已將健康促進介入建立到所有的臨床照護路徑中。

Objective 自評目標

To ensure that the patient is informed about planned activities, to empower the patient in an active partnership in planned activities and to facilitate integration of health promotion activities in all patient pathways.

確保病人被告知有關的活動規劃，提昇病人在該計畫中積極的夥伴角色，並且增進健康促進活動在所有病人照護路徑中的整合。

Substandards 子標準：

3.1 Based on the health promotion needs assessment, the patient is informed of factors impacting on their health and, in partnership with the patient, a plan for relevant activities for health promotion is agreed.

依據健康促進需要評估結果，告知病人影響其健康的重大因素，並與病人共同擬定適合的健康促進計畫。

3.1.1	Information given to the patient is recorded in the patients record. [Evidence: random review of patient records for all patients] 提供給病人的健康促進訊息有記載於病歷中。（佐證：病歷紀錄檢視。）
	【現況】（提供給病人的衛教資訊是否會記錄到病歷中，例如：記錄 " 給予病人戒菸建議 "、" 提供戒菸自助手冊 "、" 提供戒菸專線電話 "、" 提供低血糖之預防與處理衛教 "、" 給予血糖自我監測指導 " 等，紀錄是全面的或是針對某些重點項目，有沒有相關的欄位或軟體設計，或是視醫療人員個別習慣與時間而異）
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%

3.1.2	Health promotion activities and expected results are documented and evaluated in the records [Evidence: e.g. patient records' audit] 健康促進的活動及預期結果於病歷中有記載及評估。（佐證：病歷紀錄。）
	【現況】（例如：有記錄將吸菸病人轉介到戒菸門診進行戒菸治療；或記錄一肥胖之病人何時開始減重介入，預期多長期間減重幾公斤；是否有設計適當欄位或程式供記錄之用，或是視醫療人員個別習慣與時間自行處理）
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%
3.1.3	Patient satisfaction assessment of the information given is performed and the results are integrated into the quality management system [Evidence: e.g. various assessment methods: survey, focused group interview, questionnaire. Time schedule]. 對於提供給病人的訊息有作滿意度評估，並將其評估結果納入品質管理系統中。（佐證：各種評估方法，如：調查、焦點團體會談、問卷調查及其時間表。）
	【現況】（檢視病人滿意度評估中是否有關於衛教滿意度之評估，或有用其他方法做衛教滿意度之評估，例如衛教活動後之調查、對病友團體之調查；在醫院之品質管理活動中是否有對此結果進行檢視或檢討）
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%

3.2 The organization ensures that all patients, staff and visitors have access to general information on factors influencing health.

醫院能確保所有病人、同仁及訪客能夠獲得影響健康因子的一般資訊。

3.2.1	General health information is available [Evidence: e.g. availability of printed or online information, or special information desk]. 有提供一般性的健康資訊。（佐證：有印刷品或線上的健康資訊，或有特別的諮詢服務櫃檯。）
	【現況】
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%
3.2.2	Detailed information about high risk/diseases is available [Evidence: e.g. availability of printed or online information, or special information desk]. 有提供有關高危險 / 疾病的詳細資訊。（佐證：有印刷品或線上資訊，或有特別諮詢服務櫃檯。）
	【現況】
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%
3.2.3	Information is available on patient organizations [Evidence: e.g. contact-address is provided]. 有提供病友組織的資訊。（佐證：有提供聯絡地址）
	【現況】
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%

Standard 4. Promoting a Healthy Workplace
標準四 . 推動健康職場

The management establishes conditions for the development of the hospital as a healthy workplace.

在管理中建立有利於醫院發展為健康職場的條件。

Objective 自評目標

To support the development of a healthy and safe workplace, and to support health promotion activities of staff.

支持健康及安全職場的發展，並支持員工的健康促進活動。

Substandards 子標準：

4.1 The organization ensures the development and implementation of a healthy and safe workplace.

醫院確保健康及安全職場的發展與落實。

4.1.1	Working conditions comply with national/regional directives and indicators [Evidence: e.g. national and international（EU）regulations are recognized]. 工作條件符合全國性或地區性的規定及指標。（佐證：醫院指出其符合國家或國際相關規範的重點事項。）
	【現況】
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%
4.1.2	Staff comply with health and safety requirements and all workplace risks are identified [Evidence: e.g. check data on occupational injuries]. 員工能遵守健康及安全的要求，並已找出職場中的危險因子。（佐證：檢查職業傷害資料。）
	【現況】（針對較重要之危險因子，有無操作標準或防護要求供員工依循，醫院裏較重要或較特殊的問題或風險是什麼，有無得知此訊息之機制，例如是否有進行職業傷害調查或建立通報機制）
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%

4.2 The organization ensures the development and implementation of a comprehensive Human Resources Strategy that includes training and development of health promotion skills of staff.

醫院能發展及落實一完整的人力資源策略，增進員工健康促進技能之訓練與發展。

4.2.1	New staff receive an induction training that addresses the hospital's health promotion policy [Evidence: e.g. interviews with new staff]. 醫院有將健康促進政策納入新進人員到職訓練的內容中。（佐證：訪問新進員工。）
	【現況】（檢視新進人員到職訓練的課程或資料內容）
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%
4.2.2	Staff in all departments are aware of the content of the organization's health promotion policy [Evidence: e.g. annual performance evaluation or staff participation in the HP programme]. 所有部門的員工都知道醫院健康促進政策的內容。（佐證：健康促進計畫的年度執行成果評估或同仁的參與情形。）
	【現況】（醫院有哪些措施以增進員工對政策的認知，員工是否知道醫院的健康促進政策，參與情形如何）
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%
4.2.3	A performance appraisal system and continuing professional development including health promotion exists [Evidence: e.g. documented by review of staff files or interview]. 有將健康促進納入員工的表現評核系統與在職專業發展中。（佐證：員工檔案記錄或面談記錄。）
	【現況】（檢視員工考績指標或部門績效評核指標，員工終身學習或在職訓練積分內容）
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%
4.2.4	Working practices（procedures and guidelines）are developed by multidisciplinary teams [Evidence: e.g. check procedures, check with staff]. 有跨領域團隊所發展出的工作常規（程序與指引）。（佐證：檢查流程，與員工共同檢視。）
	【現況】（檢視涉及不同部門的工作指引，在訂定或修訂時是否有讓相關部門的代表參與）
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%
4.2.5	Staff are involved in hospital policy-making, audit and review [Evidence: check with staff; check minutes of working groups for participation of staff representatives]. 員工能夠參與醫院政策的制定、稽核與檢討。（佐證：與員工共同檢視，檢視工作小組會議紀錄以瞭解員工代表的參與情形。）
	【現況】（例如：在醫院的重大決策或評估中員工參與的狀況，醫院是否有建立管道以獲得員工之意見並加以重視，例如提案制度、內部意見調查、員工信箱等；醫院是否曾因採納員工意見而改變某些現狀或決策）
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%

4.3 The organization ensures availability of procedures to develop and maintain staff awareness on health issues.

醫院確保有相關程序以發展及維持員工對健康議題的認知。

4.3.1	Policies for awareness on health issues are available for staff [Evidence: e.g. check for policies on smoking, alcohol, substance misuse and physical activity]. 有提高員工對健康議題認知的政策。（佐證：檢查有無針對菸害、酒癮、藥物濫用或運動的政策。）
	【現況】（檢視醫院有哪些員工健康促進政策、計畫或活動）
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%
4.3.2	Smoking cessation programmes are offered [e.g. Evidence on availability of programmes]. 有員工戒菸計劃。（佐證：有此類計劃。）
	【現況】（醫院是否知道員工的吸菸狀況？有提供什麼協助或關懷？）
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%
4.3.3	Annual staff surveys are carried out including an assessment of individual behaviour, knowledge on supportive services/policies, and use of supportive seminars [Evidence: check questionnaire used for and results of staff survey]. 有每年進行員工調查，內容包括：個人行為評估，對相關服務或政策的認知，對健康促進活動的利用。（佐證：檢視問卷與同仁調查的結果。）
	【現況】（檢視醫院是否有做年度員工調查？包括哪幾個面向？主要的發現是什麼？）
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%

Standard 5. Continuity and Cooperation
標準五．持續與合作

The organization has a planned approach to collaboration with other health service levels and other institutions and sectors on an ongoing basis.

醫院與其他層級的健康服務提供者、其他機構與部門，能持續、有計畫的增進合作。

Objective 自評目標

To ensure collaboration with relevant providers and to initiate partnerships to optimize the integration of health promotion activities in patient pathways.

確保與其他相關服務提供者有適當合作並建立夥伴關係，以使健康促進活動能最佳地整合到病人的臨床照護路徑中。

Substandards 子標準：

5.1 The organization ensures that health promotion services are coherent with current provisions and regional health policy plans.

醫院確保所提供的健康促進服務符合當前的規定且和當地健康照護政策計畫一致。

5.1.1	The management board is taking into account the regional health policy plan [Evidence: e.g. regulations and provisions identified and commented in minutes of the meeting of management board]. 管理階層有重視當地的衛生政策計畫。（佐證：在管理階層的會議記錄中，有與當地管理和規定有關的內容及評論可查。）
	【現況】
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%
5.1.2	The management board can provide a list of health and social care providers working in partnership with the hospital [Evidence: e.g. check update of list]. 醫院能夠提供有合作關係的健康及社會照護資源名冊。（佐證：有已更新的名冊。）
	【現況】
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%
5.1.3	The intra and intersectoral collaboration with others is based on execution of the regional health policy plan [Evidence: e.g. check congruency]. 依據當地衛生政策計畫執行的需要，與其他同部門及跨部門資源進行合作。（佐證：和政策的一致性、適合性。）
	【現況】（列舉與政策有關的合作計畫或活動）
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%

5.1.4	There is a written plan for collaboration with partners to improve the patients' continuity of care [Evidence: e.g. criteria for admittance, plan for discharge]. 與照護夥伴間有書面的合作計畫，以增進病人照護的連續性。（佐證：有收住院的標準、出院計畫。）
	【現況】
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%

5.2 The organization ensures the availability and implementation of health promotion activities and procedures during out-patient visits and after patient discharge.

醫院確保病人在門診及出院後，都能繼續獲得及執行健康促進的活動和程序。

5.2.1	Patients（and their families as appropriate）are given understandable follow-up instructions at out-patient consultation, referral or discharge [Evidence: e.g. patients' evaluation assessed in patient surveys]. 在門診諮詢、轉診或出院準備時，有給予病患（或家屬）易於理解的後續追蹤說明。（佐證：在病人調查中對病人進行評估。）
	【現況】
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%
5.2.2	There is an agreed upon procedure for information exchange practices between organizations for all relevant patient information [Evidence: e.g. check availability of procedure]. 在機構間有雙方認同的病人資訊交換程序。（佐證：有此類程序。）
	【現況】
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%
5.2.3	The receiving organization is given in timely manner a written summary of the patient's condition and health needs, and interventions provided by the referring organization [Evidence: e.g. availability of copy]. 對接受轉介的機構有適時提供關於病人病情、健康需要以及介入的書面摘要。（佐證：有摘要複本可查。）
	【現況】
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%
5.2.4	If appropriate, a plan for rehabilitation describing the role of the organization and the cooperating partners is documented in the patient's record [Evidence: e.g. review of records]. 對於適當的病人，在復健計畫中敘明醫院及合作夥伴的角色，並記錄在病歷中。（佐證：檢視此類病人記錄。）
	【現況】
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%

世界衛生組織健康促進醫院及健康照護機構自我評估表（臺灣修訂版；非醫院）

Self-assessment Forms for Implementing Health Promotion in Hospitals and Health Services (Modified by Taiwan HPH Network)

前言：

健康照護機構的健康促進角色正在改變，不再只是侷限於提供診療之外的生活型態衛教資訊。健康促進已逐漸成為完整健康照護過程中不可或缺的一環，且與臨床、教育、行為及組織議題息息相關[1]。為了改善慢性病與長期照護病人的照護品質，照護機構的健康促進活動必須能更妥善的嵌入於整個較大的醫療體系架構中。隨著健康促進活動的範疇日益擴大，有關這些活動的品質評估與品質改善問題也開始受到重視。

一些提升健康照護品質的重要工具，例如專業共識指引、標準及成效指標，鮮少專注在健康促進議題上。因此，世界衛生組織歐洲辦公室發展出一套照護機構健康促進的自我評估工具，包含以下議題：機構管理政策、病人危險因子與健康需要評估、病人健康促進資訊與健康促進介入、推動健康職場，以及機構與其他健康、社會服務和非正式的照護提供者之間的持續與合作關係[2]。

這份文件提供了一個獨立的工具以評估、追蹤及改善照護機構的健康促進活動。進一步來說，這份文件應該可以幫助照護機構更容易：評估其健康促進活動；提昇機構的健康促進能力；提出改善建議；使所有醫療專業人員與病人更積極參與健康促進活動；增進與其他照護提供者的協調；改善員工及病人的安全與健康；增進健康照護業務與服務的現代化和改變，使其更具效率和效能。

健康促進在概念上涵蓋甚廣，包括各種活動、介入、方法與途徑，有些實在太廣泛了，我們決定選取在臨床上最常見及有較強實證的議題，因此，有一些先前出現在健康促進醫院網絡指導文件中的健康促進活動並沒有全部納入[3,4]。在「醫院健康促進的 18 個核心策略」一書，提供了一個較完整的架構，以引導照護機構策略性導入健康促進以及作為進一步發展健康促進標準的參考[5]。本評估表中有一些標準（像是病人評估或資訊與介入）可直接連結到病人安全的議題[6]。然而，這份文件主要是提供額外工具，可更

全面地增強病人與機構員工的權能，以補現行品質與安全活動之不足。

這份文件是針對所有對改善健康促進有興趣的醫院、照護機構及品質機構所設計的。我們鼓勵從事品質改善工作的機構檢視這些健康促進標準和指標，並將它們整合到現行的品質評估系統中。

說明：

1. 本評估表主要內容係摘錄及摘譯自 Groene O ed. Implementing Health Promotion in Hospitals: Manual and Self-assessment Forms. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006.

2. 本修訂版係在自我評估表於臺灣使用一年後，收集使用者（包括訪查委員與醫院）意見，由臺灣健康醫院學會予以小幅修訂並增列說明文字而成，希有助於使用者對各項目意義之瞭解。英文部份則是摘自原始手冊之內容，未加變動。

3. 欲申請成為臺灣健康醫院學會國際網絡會員、取得世界衛生組織健康促進醫院會員證書之健康照護機構，敬請以此份文件進行自我評估。

4. 自我評估之用意，係作為有心推動健康促進醫院之醫療院所正確導入、追蹤及改善之基礎，其精神在於自我檢視、學習與持續成長。本學會並不會以自我評估之得分作為一個機構能否加入網絡之依據；較重要的是該機構能否從自我評估中獲得啟發並願意與其他會員共同學習成長。

5. 成為健康促進醫院是一個長期的發展歷程，由於醫院之人力、時間、經費有限，在改善的過程中，可自行設定優先性與期程，逐步提昇。例如有些醫院在充實預算、資源與流程時，會考慮優先改善與醫院重點計畫有關的部份。

Introduction:

The role of health promotion in hospitals is changing. It is no longer restricted to providing additional lifestyle-related information to the patient after the clinical procedures have been completed. Health promotion is becoming an integral part of the health care process and is related to clinical, educational, behavioural, and organizational issues[1] . In order to improve the quality of care for patients with chronic diseases and long-term conditions, health promotion activities in hospitals need to become better embedded in the larger health systems framework. With the expanded scope of health promotion activities, questions are raised regarding the quality assessment and improvement of these activities.

Among the prominent tools to improve quality in health care, such as professionally consented guidelines, standards and performance indicators, there is little focus on health promotion issues. We therefore developed a self-assessment tool for health promotion in hospitals that addresses the following issues: the hospitals' management policy; the patients' assessment with regard to risk factors and health needs, patients' health promotion information and -intervention; promoting a healthy workplace and continuity and cooperation of the hospital with other health, social and informal care providers [2] .

This document provides a self-standing tool to assess, monitor and improve health promotion activities in hospitals. In detail, this document should facilitate: assessing health promotion activities in hospitals; developing the capacity of health care organizations in improving health promotion activities; formulating recommendations for the improvement of health promotion activities in hospitals; involving all professionals and the patient in improving health promotion activities; improving the coordination of care with other providers of care; improving the health and safety of staff and patients; assisting with modernizing and changing healthcare practice and service delivery to make it more efficient and effective.

Health promotion covers conceptually a broad range of activities, interventions, methods and approaches, some of which were too broad for the scope of this document. A decision was taken to address in this self-assessment tool only those issues that are most easily recognized by professionals working with patients, and for which the strongest evidence base is available. Consequently some health promotion activities that were included in previous guiding documents of the Health Promoting Hospitals' Network are not fully reflected[3,4]. A comprehensive framework to guide strategic

implementation of health promotion in hospitals and to guide the further development of health promotion standards is summarized in the Eighteen Core Strategies for Health Promotion in Hospitals[5]. Some of the standards（like patient assessment or information and intervention）are directly linked to patient safety issues [6]; however, this document provides additional tools for a wider approach to empower patients and staff and to complement existing quality and safety activities.

This document was developed for all hospitals and quality agencies interested in improving health promotion. Organizations working in the field of quality improvement are encouraged to review and incorporate the standards and indicators for health promotion in hospitals into their existing systems.

References：

1. Groene O, Garcia-Barbero M. eds. Health promotion in hospitals. Evidence and quality management. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005（http://www.euro.who.int/document/E86220.pdf, accessed 08 May 2006）.

2. Standards for Health Promotion in Hospitals. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003.（http://www.euro.who.int/document/e82490.pdf, accessed 08 may 2006）.

3. Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva, World Health Organization, 1986.（http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf, accessed 08 May 2006）.

4. The Vienna Recommendations on Health Promoting Hospitals. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1997.（http://www.euro.who.int/healthpromohosp/publications/20020227_1, accessed 08 May 2006）.

5. Pelikan J, Dietscher C, Krajic K , Nowak P. Eighteen core strategies for Health Promoting Hospitals. In: Groene O, Garcia-Barbero M, eds: Health promotion in hospitals. Evidence and quality management. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005: 48-67.（http://www.euro.who.int/document/E86220.pdf, accessed 08 May 2006）.

6. Forward Programme 2005. World Alliance for Patient Safety. Geneva, World Health Organization, 2004.（http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf, accessed 08 May 2006）.

Standard 1. Management Policy
標準一．管理政策

The organization has a written policy for health promotion. The policy is implemented as part of the overall organization quality improvement system, aiming at improving health outcomes. This policy is aimed at patients, relatives and staff.

機構有一健康促進的書面政策，並將此政策納入機構整體品質改善系統中，加以執行；其主要目的是在增進健康。此一政策的對象是病人、家屬、機構員工與社區。

Objective 自評目標

To describe the framework for the organization's activities concerning health promotion as an integral part of the organization's quality management system.

描述機構健康促進活動的推動架構，該架構為機構品質管理系統中重要的一環。

Substandards 子標準：

1.1 The organization identifies responsibilities for health promotion.

機構認同健康促進為機構的責任

1.1.1	The hospital's stated aims and mission include health promotion [Evidence: e.g. time- table for the action]. 機構所宣示的願景和目標中，有包涵健康促進。（佐證：在機構的宣誓、網站或相關文件中，有明確將「健康」或「全人健康」或「全人照護」或「預防醫學」或「健康促進」列入其宗旨、目標、願景或使命中。）
	【現況】（列出機構的宣誓、宗旨、目標、願景或使命。）
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%
1.1.2	Minutes of the governing body reaffirm agreement within the past year to participate in the WHO HPH project [Evidence: e.g. date for the decision or for payment of the annual fee]. 機構在最近一年內有確認要加入或繼續參與 WHO 健康促進醫院國際網絡及台灣網絡。（佐證：有參與活動或繳交年費的記錄。）
	【現況】（找出有關機構準備加入、決定加入或繼續加入的資料或文件，例如曾派員參加學會舉辦的活動、曾召開內部籌備會議或曾在其他會議中有裁示或決議等。）
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%

1.1.3	The hospital's current quality and business plans include health promotion（HP） for patients, staff and the community [Evidence: e.g. health promotion is explicit in the plan of action]. 機構目前的品質與營運計劃中，有包括對於病人、家屬、員工及社區的健康促進。（佐證：在相關的計劃與行動中，有明確提及健康促進。）
	【現況】（檢視機構之品質計劃或營運計畫，在何處有提及健康促進，以及內容為何。）
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%
1.1.4	The hospital identifies personnel and functions for the coordination of HP [Evidence: e.g. staff member nominated for the coordination of HP]. 機構有指派人員與分工，執行與健康促進有關之協調。（佐證：已有相關同仁被任命協調健康促進業務。）
	【現況】 協調人姓名： ，單位： ，職稱： ； 推動架構（召集人，成員，分工）： 各主要計畫之工作小組名單：
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%

1.2 The organization allocates resources for the implementation of health promotion.

機構配置資源以執行健康促進政策

1.2.1	There is an identifiable budget for HP services and materials [Evidence: e.g. budget or staff resources]. 機構有編列健康促進服務與物資所需的相關預算。（佐證：預算或人力資源。）
	【現況】（檢視健康促進專屬的或散布在不同部門或業務中的人事、業務與資本門等預算，加以彙總並檢討其額度與分配。）
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%
1.2.2	Operational procedures such as clinical practice guidelines or pathways incorporating HP actions are available in clinical departments [Evidence: e.g. check guidelines]. 已將健康促進服務納入操作程序（如臨床指引或臨床路徑）中，供臨床部門使用。（佐證：檢視臨床指引。）
	【現況】（檢視機構各部門或住院、門診、急診使用之臨床指引或臨床路徑，是否有將健康促進納入其中，供臨床人員有所依循及便於執行。）
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%

1.2.3	Specific structures and facilities required for health promotion（including resources, space, equipment）can be identified [Evidence: e.g. facilities to lift patients available]. 機構具有執行健康促進所需的特定空間及設施（包括資源、空間、設備）。（佐證：衛教設備、搬運病人的設備、運動空間或設施等。）
	【現況】（檢視機構的健康促進資源、空間、設備，藉此加以彙總並檢討其項目、數量、分配與使用狀況。）
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%

1.3 The organization ensures the availability of procedures for collection and evaluation of data in order to monitor the quality of health promotion activities.

機構有收集及評估相關資料的步驟，以監控健康促進活動的品質。

1.3.1	Data are routinely captured on HP interventions and available to staff for evaluation [Evidence: e.g. availability assessed in staff survey]. 機構有例行性的擷取健康促進介入資料並提供給相關人員做評估之用。(佐證：詢問相關員工是否可取得相關資料。)
	【現況】（針對病人、員工以及重點計畫的對象，是否有將健康促進介入資料加以定期彙整，並提供給負責評估的員工，例如：電腦作業系統中之資料、滿意度調查之結果、員工調查結果、員工健檢紀錄等。）
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%
1.3.2	A programme for quality assessment of the health promoting activities is established [Evidence: e.g. time schedule for surveys is available]. 機構有建立健康促進活動的品質評估方案。（佐證：有調查之時間或資料。）
	【現況】（機構是否有針對健康促進計畫之對象與目標，訂定評估的方法與進行時間。）
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%

Standard 2. Patient Assessment
標準二 . 病人評估

The organization ensures that health professionals, in partnership with patients, systematically assess needs for health promotion activities.

機構應確認醫療專業人員能夠與病人以夥伴關係系統性的評估其健康促進活動需要。

Objective 自評目標

To support patient treatment, improve prognosis and to promote the health and well-being of patients.

支持病人的治療、增進預後以及促進病人的健康與安適。

Substandards 子標準：

2.1 The organization ensures the availability of procedures for all patients to assess their need for health promotion.

機構必須確認對所有病人都有能評估其健康促進需要的程序。

2.1.1	Guidelines on how to identify smoking status, alcohol consumption, nutritional status, psycho-social-economic status are present [Evidence: check availability]. 機構具有如何辨識病人吸菸狀態、飲酒狀態、營養狀態、心理 - 社會 - 經濟狀態的臨床指引。（佐證：確認有無是類臨床指引。）
	【現況】（機構是如何辨識每一個病人的吸菸狀態、飲酒狀態、營養狀態、心理—社會—經濟狀態，包括：住院病人、門診病人、急診病人，是否有一套系統性的作法。）
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%
2.1.2	Guidelines/procedures have been revised within the last year [Evidence: check date, person responsible for revising guidelines]. 臨床指引或步驟在過去一年中有進行修訂或檢討。（佐證：檢查修訂日期及負責修訂人員。）
	【現況】（過去一年中有修訂或檢討過哪些臨床指引或步驟，是否有定期檢討修正的機制。）
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%

2.1.3	Guidelines are present on how to identify needs for HP for groups of patients（e.g. asthma patients, diabetes patients, chronic obstructive pulmonary disease, surgery, rehabilitation）[Evidence: e.g. for groups of patients specifically treated in the clinical department]. 針對不同的病人群體 (例如：氣喘、糖尿病、COPD、手術、復健等病人），有相關臨床指引以評估其健康促進需要。（佐證：針對各臨床部門所治療的病人群體訂有與其健康促進有關的臨床指引。）
	【現況】（檢視各病人群體的照護指引中是否有關於健康促進需要的評估）
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%

2.2 The assessment of a patient's need for health promotion is done at first contact with the hospital. This is kept under review and adjusted as necessary according to changes in the patient's clinical condition or on request.

對病人的健康促進需要評估應在機構與病人第一次接觸時完成，並且能在病人臨床狀況有變化時視需要做適當檢討及調整。

2.2.1（無病床者免適用）	The assessment is documented in the patients' record at admission [Evidence: for all patients. Identified by patient records audit]. 在病人住院時，會將其健康促進需要評估記錄在病歷中。（佐證：從住院病歷中可看到有相關記錄。）（無病床者免適用）
	【現況】（檢視住院紀錄或電子作業軟體內容）（無病床者免適用）
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%
2.2.1.1	對於初次就診的非住院病人，會進行健康促進需要評估並記錄在病歷中。
	【現況】（檢視門診紀錄或電子作業軟體內容）
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%
2.2.2	There are guidelines / procedures for reassessing needs at discharge or end of a given intervention [Evidence: guidelines present]. 有臨床指引或步驟，在病人要出院或臨床介入告一段落時，會重新評估其健康促進需要。（佐證：有相關的臨床指引。）
	【現況】
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%

2.3 The patient's needs-assessment reflects information provided by others and ensures sensitivity to social and cultural background.

病人的健康促進需要評估有涵蓋其他照護者所提供的資料，並能注意到病人的社會狀況及文化背景。

2.3.1	Information from referring physician or other relevant sources is available in the patient's record [Evidence: for all patients referred from physician]. 在病人的病歷上可查到轉介醫師或其它相關來源所提供的資料。（佐證：經轉介來院的病人病歷記錄。）
	【現況】（檢視病歷中是否有納入先前照護單位所提供的評估資料或健康促進需要，例如有記錄：轉介醫師建議減重、戒菸或復健）
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%
2.3.2	The patient's record documents social and cultural background as appropriate [Evidence: religion that requires special diet or other specific attention. Social conditions indicating that the patient is at risk]. 在病歷中適切地記載病人的社會及文化背景。（佐證：因宗教信仰所需特殊飲食或其他需要特別注意的事項。與病人風險有關的社會狀況。）
	【現況】（檢視相關紀錄表單）
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%

Standard 3. Patient Information and Intervention
標準三 . 病人的資訊與介入

The organization provides patients with information on significant factors concerning their disease or health condition and health promotion interventions are established in all patient pathways.

機構能提供病人有關於個人疾病或健康狀況的重要影響因子之資訊，且已將健康促進介入建立到所有的臨床照護路徑中。

Objective 自評目標

To ensure that the patient is informed about planned activities, to empower the patient in an active partnership in planned activities and to facilitate integration of health promotion activities in all patient pathways.

確保病人被告知有關的活動規劃，提昇病人在該計畫中積極的夥伴角色，並且增進健康促進活動在所有病人照護路徑中的整合。

Substandards 子標準：

3.1 Based on the health promotion needs assessment, the patient is informed of factors impacting on their health and, in partnership with the patient, a plan for relevant activities for health promotion is agreed.

依據健康促進需要評估結果，告知病人影響其健康的重大因素，並與病人共同擬定適合的健康促進計畫。

3.1.1	Information given to the patient is recorded in the patients record. [Evidence: random review of patient records for all patients] 提供給病人的健康促進訊息有記載於病歷中。（佐證：病歷紀錄檢視。）
	【現況】（提供給病人的衛教資訊是否會記錄到病歷中，例如：記錄 " 給予病人戒菸建議 "、" 提供戒菸自助手冊 "、" 提供戒菸專線電話 "、" 提供低血糖之預防與處理衛教 "、" 給予血糖自我監測指導 " 等，紀錄是全面的或是針對某些重點項目，有沒有相關的欄位或軟體設計，或是視醫療人員個別習慣與時間而異）
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%

3.1.2	Health promotion activities and expected results are documented and evaluated in the records [Evidence: e.g. patient records' audit] 健康促進的活動及預期結果於病歷中有記載及評估。（佐證：病歷紀錄。）
	【現況】（例如：有記錄將吸菸病人轉介到戒菸門診進行戒菸治療；或記錄一肥胖之病人何時開始減重介入，預期多長期間減重幾公斤；是否有設計適當欄位或程式供記錄之用，或是視醫療人員個別習慣與時間自行處理）
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%
3.1.3	Patient satisfaction assessment of the information given is performed and the results are integrated into the quality management system [Evidence: e.g. various assessment methods: survey, focused group interview, questionnaire. Time schedule]. 對於提供給病人的訊息有作滿意度評估，並將其評估結果納入品質管理系統中。（佐證：各種評估方法，如：調查、焦點團體會談、問卷調查及其時間表。）
	【現況】（檢視病人滿意度評估中是否有關於衛教滿意度之評估，或有用其他方法做衛教滿意度之評估，例如衛教活動後之調查、對病友團體之調查；在機構之品質管理活動中是否有對此結果進行檢視或檢討）
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%

3.2 The organization ensures that all patients, staff and visitors have access to general information on factors influencing health.

機構能確保所有病人、同仁及訪客能夠獲得影響健康因子的一般資訊。

3.2.1	General health information is available [Evidence: e.g. availability of printed or online information, or special information desk]. 有提供一般性的健康資訊。（佐證：有印刷品或線上的健康資訊，或有特別的諮詢服務櫃檯。）
	【現況】
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%
3.2.2	Detailed information about high risk/diseases is available [Evidence: e.g. availability of printed or online information, or special information desk]. 有提供有關高危險 / 疾病的詳細資訊。（佐證：有印刷品或線上資訊，或有特別諮詢服務櫃檯。）
	【現況】
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%
3.2.3	Information is available on patient organizations [Evidence: e.g. contact-address is provided]. 有提供病友組織的資訊。（佐證：有提供聯絡地址）
	【現況】
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%

Standard 4. Promoting a Healthy Workplace
標準四 . 推動健康職場

The management establishes conditions for the development of the hospital as a healthy workplace.

在管理中建立有利於機構發展為健康職場的條件。

Objective 自評目標

To support the development of a healthy and safe workplace, and to support health promotion activities of staff.

支持健康及安全職場的發展，並支持員工的健康促進活動。

Substandards 子標準：

4.1 The organization ensures the development and implementation of a healthy and safe workplace.

機構確保健康及安全職場的發展與落實。

4.1.1	Working conditions comply with national/regional directives and indicators [Evidence: e.g. national and international（EU）regulations are recognized]. 工作條件符合全國性或地區性的規定及指標。（佐證：機構指出其符合國家或國際相關規範的重點事項。）
	【現況】
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%
4.1.2	Staff comply with health and safety requirements and all workplace risks are identified [Evidence: e.g. check data on occupational injuries]. 員工能遵守健康及安全的要求，並已找出職場中的危險因子。（佐證：檢查職業傷害資料。）
	【現況】（針對較重要之危險因子，有無操作標準或防護要求供員工依循，機構裏較重要或較特殊的問題或風險是什麼，有無得知此訊息之機制，例如是否有進行職業傷害調查或建立通報機制）
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%

4.2 The organization ensures the development and implementation of a comprehensive Human Resources Strategy that includes training and development of health promotion skills of staff.

機構能發展及落實一完整的人力資源策略，增進員工健康促進技能之訓練與發展。

4.2.1	New staff receive an induction training that addresses the hospital's health promotion policy [Evidence: e.g. interviews with new staff]. 機構有將健康促進政策納入新進人員到職訓練的內容中。（佐證：訪問新進員工。）
	【現況】（檢視新進人員到職訓練的課程或資料內容）
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%
4.2.2	Staff in all departments are aware of the content of the organization's health promotion policy [Evidence: e.g. annual performance evaluation or staff participation in the HP programme]. 所有部門的員工都知道機構健康促進政策的內容。（佐證：健康促進計畫的年度執行成果評估或同仁的參與情形。）
	【現況】（機構有哪些措施以增進員工對政策的認知，員工是否知道機構的健康促進政策，參與情形如何）
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%
4.2.3	A performance appraisal system and continuing professional development including health promotion exists [Evidence: e.g. documented by review of staff files or interview]. 有將健康促進納入員工的表現評核系統與在職專業發展中。（佐證：員工檔案記錄或面談記錄。）
	【現況】（檢視員工考績指標或部門績效評核指標，員工終身學習或在職訓練積分內容）
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%
4.2.4	Working practices（procedures and guidelines）are developed by multidisciplinary teams [Evidence: e.g. check procedures, check with staff]. 有跨領域團隊所發展出的工作常規（程序與指引）。（佐證：檢查流程，與員工共同檢視。）
	【現況】（檢視涉及不同部門的工作指引，在訂定或修訂時是否有讓相關部門的代表參與）
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%
4.2.5	Staff are involved in hospital policy-making, audit and review [Evidence: check with staff; check minutes of working groups for participation of staff representatives]. 員工能夠參與機構政策的制定、稽核與檢討。（佐證：與員工共同檢視，檢視工作小組會議紀錄以瞭解員工代表的參與情形。）
	【現況】（例如：在機構的重大決策或評估中員工參與的狀況，機構是否有建立管道以獲得員工之意見並加以重視，例如提案制度、內部意見調查、員工信箱等；機構是否曾因採納員工意見而改變某些現狀或決策）
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%

4.3 The organization ensures availability of procedures to develop and maintain staff awareness on health issues.

機構確保有相關程序以發展及維持員工對健康議題的認知。

4.3.1	Policies for awareness on health issues are available for staff [Evidence: e.g. check for policies on smoking, alcohol, substance misuse and physical activity]. 有提高員工對健康議題認知的政策。（佐證：檢查有無針對菸害、酒癮、藥物濫用或運動的政策。）
	【現況】（檢視機構有哪些員工健康促進政策、計畫或活動）
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%
4.3.2	Smoking cessation programmes are offered [e.g. Evidence on availability of programmes]. 有員工戒菸計畫。（佐證：有此類計畫。）
	【現況】（機構是否知道員工的吸菸狀況？有提供什麼協助或關懷？）
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%
4.3.3	Annual staff surveys are carried out including an assessment of individual behaviour, knowledge on supportive services/policies, and use of supportive seminars [Evidence: check questionnaire used for and results of staff survey]. 有每年進行員工調查，內容包括：個人行為評估，對相關服務或政策的認知，對健康促進活動的利用。（佐證：檢視問卷與同仁調查的結果。）
	【現況】（檢視機構是否有做年度員工調查？包括哪幾個面向？主要的發現是什麼？）
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%

Standard 5. Continuity and Cooperation
標準五．持續與合作

The organization has a planned approach to collaboration with other health service levels and other institutions and sectors on an ongoing basis.

機構與其他層級的健康服務提供者、其他機構與部門，能持續、有計畫的增進合作。

Objective 自評目標

To ensure collaboration with relevant providers and to initiate partnerships to optimize the integration of health promotion activities in patient pathways.

確保與其他相關服務提供者有適當合作並建立夥伴關係，以使健康促進活動能最佳地整合到病人的臨床照護路徑中。

Substandards 子標準：

5.1 The organization ensures that health promotion services are coherent with current provisions and regional health policy plans.

機構確保所提供的健康促進服務符合當前的規定且和當地健康照護政策計畫一致。

5.1.1	The management board is taking into account the regional health policy plan [Evidence: e.g. regulations and provisions identified and commented in minutes of the meeting of management board]. 管理階層有重視當地的衛生政策計畫。（佐證：在管理階層的會議記錄中，有與當地管理和規定有關的內容及評論可查。）
	【現況】
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%
5.1.2	The management board can provide a list of health and social care providers working in partnership with the hospital [Evidence: e.g. check update of list]. 機構能夠提供有合作關係的健康及社會照護資源名冊。（佐證：有已更新的名冊。）
	【現況】
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%

5.1.3	The intra and intersectoral collaboration with others is based on execution of the regional health policy plan [Evidence: e.g. check congruency]. 依據當地衛生政策計畫執行的需要，與其他同部門及跨部門資源進行合作。（佐證：和政策的一致性、適合性。）
	【現況】（列舉與政策有關的合作計畫或活動）
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%
5.1.4	There is a written plan for collaboration with partners to improve the patients' continuity of care [Evidence: e.g. criteria for admittance, plan for discharge]. 與照護夥伴間有書面的合作計畫，以增進病人照護的連續性。（佐證：有收住院的標準、出院計畫。）
	【現況】
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%

5.2 The organization ensures the availability and implementation of health promotion activities and procedures during out-patient visits and after patient discharge.

機構確保病人在門診及出院後，都能繼續獲得及執行健康促進的活動和程序。

5.2.1	Patients（and their families as appropriate）are given understandable follow-up instructions at out-patient consultation, referral or discharge [Evidence: e.g. patients' evaluation assessed in patient surveys]. 在門診諮詢、轉診或出院準備時，有給予病患（或家屬）易於理解的後續追蹤說明。（佐證：在病人調查中對病人進行評估。）
	【現況】
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%
5.2.2	There is an agreed upon procedure for information exchange practices between organizations for all relevant patient information [Evidence: e.g. check availability of procedure]. 在機構間有雙方認同的病人資訊交換程序。（佐證：有此類程序。）
	【現況】
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%
5.2.3	The receiving organization is given in timely manner a written summary of the patient's condition and health needs, and interventions provided by the referring organization [Evidence: e.g. availability of copy]. 對接受轉介的機構有適時提供關於病人病情、健康需要以及介入的書面摘要。（佐證：有摘要複本可查。）
	【現況】
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%

5.2.4	If appropriate, a plan for rehabilitation describing the role of the organization and the cooperating partners is documented in the patient's record [Evidence: e.g. review of records]. 對於適當的病人，在復健計畫中敘明機構及合作夥伴的角色，並記錄在病歷中。（佐證：檢視此類病人記錄。）
	【現況】
	做到程度： ☐ 0%， ☐ 25%， ☐ 50%， ☐ 75%， ☐ 100%

健康促進醫院與照護機構評估指標

一、管理政策：

指標 1：員工知道健康促進政策的比率

指標 2：病患（與家屬）知道健康促進標準的比率

指標 3：用於員工健康促進活動預算的比率

二、病人評估：

指標 4：病人有獲得一般危險因子評估的比率

指標 5：病人有依指引獲得疾病危險因子評估的比率

指標 6：病人對於評估程序的滿意度調查得分

三、病人資訊與介入：

指標 7：病人有依其特殊狀況接受衛教之自我管理比率

指標 8：病人有依其危險因子及疾病治療情形給予衛教的比率

指標 9：病人對於資訊與介入過程的經驗

四、推動健康職場：

指標 10：員工吸菸的比率

指標 11：戒菸：目前抽菸或剛戒菸員工，接受戒菸諮詢的比率

指標 12：員工對工作職場的感受調查得分

指標 13：員工短期缺席率

指標 14：與工作有關之傷害比率

指標 15：員工疲乏指數得分

五、持續與合作：

指標 16：將出院病患病例摘要 2 週內交轉診醫院（醫師）之比率

指標 17：出院患者 5 日內再住院率

指標 18：病人出院準備之調查得分

健康促進醫院與照護機構評估指標定義

國際網絡指標	台灣指標	定義	執行方式
員工知道健康促進政策的比率	員工知道健康促進政策的比率	題目： 1. 請問您是否知道或聽過貴院有在推動「健康促進醫院」？ ☐ (1) 清楚, ☐ (2) 大概知道, ☐ (3) 不太清楚, ☐ (4) 不知道 分子：分母中回答「清楚」與「大概知道」的人數 分母：醫院員工回答的人數 …… 2. 請問您知道貴院針對員工健康，正在推動以下哪幾個重點主題？（自行列出 5~6 個，供員工勾選） 分子：各主題經員工勾選正確之人數 分母：醫院員工回答的人數	員工調查
病人有獲得一般危險因子評估的比率	18 歲以上病人有吸菸紀錄之比率	分子：過去 1 年曾來就診的 18 歲以上門診病人在系統紀錄中已載有吸菸狀態的人數 分母：過去 1 年曾來就診的 18 歲以上病人數	由醫院資訊系統統計
	18 歲以上男性病人有嚼檳榔紀錄之比率	分子：過去 1 年曾來就診的 18 歲以上門診病人在系統紀錄中已載有嚼檳榔狀態的人數 分母：過去 1 年曾來就診的 18 歲以上病人數	由醫院資訊系統統計
	糖尿病人在過去 1 年內有體重紀錄之比率	分子：分母之糖尿病人在過去 1 年內有體重紀錄的人數 分母：過去 1 年內在醫院就醫 4 次或以上的糖尿病人數	由醫院資訊系統統計

國際網絡指標	台灣指標	定義	執行方式
病人對於評估程序與衛教的滿意度調查得分	在病人滿意度調查中，有詢問病人對醫院最滿意的事項	題目： 1. 請問總體而言，您對於本院是否感到滿意？ ☐ (1) 很滿意， ☐ (2) 滿意， ☐ (3) 普通， ☐ (4) 不滿意， ☐ (5) 非常不滿意 分子：分母中回答「很滿意」與「滿意」的病人數 分母：所有回答的人數 …… 2. 請問您對醫院最滿意的事項是： ☐ (1) 不必等候太久， ☐ (2) 衛教指導， ☐ (3) 主動關心病人健康行為， ☐ (4) 主動提醒做癌症篩檢， ☐ (5) 主動建議戒菸， ☐ (6) 服務親切， ☐ (7) 病情解說詳細， ☐ (8) 重視病人權益， ☐ (9) 醫術精湛， ☐ (10) 設備完善， ☐ (11) 環境清潔舒適， ☐ (12) 其他：_____	病人滿意度調查
病人有依其危險因子及疾病治療情形給予衛教的比率	平均戒菸服務提供率	分子：過去 1 年接受戒菸服務的男性人數 分母：過去 1 年 18 歲以上男性就診人數	由醫院資訊系統統計
員工離職率	過去三年員工離職率	分子：過去三年員工離職人數 分母：過去三年年底員工總人數之合計	由醫院人事室統計資料
員工短期缺勤率	員工事病假比率	分子：過去 1 年員工事病假總日數 分母：過去 1 年員工總法定工作日數（依人事行政局公告、或依各機構所適用之勞動規範，由人事單位核定）	由醫院人事室統計資料

國際網絡指標	台灣指標	定義	執行方式
員工疲乏指數得分	員工疲乏指數得分	題目： 1. 我對目前的醫療工作感到心力交瘁。 ☐ (1) 從來沒有, ☐ (2) 每年有兩三次, ☐ (3) 每月有一次, ☐ (4) 每月有兩三次, ☐ (5) 每週有一次, ☐ (6) 每週有兩三次, ☐ (7) 每天都有 …… 2. 從事目前的工作後，我對人變得麻木冷酷。 ☐ (1) 從來沒有, ☐ (2) 每年有兩三次, ☐ (3) 每月有一次, ☐ (4) 每月有兩三次, ☐ (5) 每週有一次, ☐ (6) 每週有兩三次, ☐ (7) 每天都有	員工調查（對象為醫療人員，行政人員排除）
出院患者 14 日內再住院率	出院 14 日內再住院率	分子：出院後 14 日內因相同或相關病情非計畫性再住院人數 分母：出院人數	由醫院資訊系統統計

第四節

健康促進醫院與醫療品質管理

邱淑媞
國民健康署署長

壹、健康促進是醫療品質中重要的環節

隨著科技的進展，醫療服務的內容更加豐富、多元；全民健保的實施，更提高了醫療利用的便利性，但是醫療服務究竟僅是醫療資源的利用或是確實帶來了健康水準的提昇？醫療是不是越多、越貴、越高科技、越新，就代表越「好」？國際上早有定論。

美國 Institute of Medicine（以下簡稱 IOM）在 1990 年將照護品質（quality of care）定義為：「健康照護服務能為個人與群體提高獲致期望的健康結果的機會以及其與當前專業知識一致的程度」（IOM, 1990）；已明白指出：能增進健康的醫療，才是好的醫療。

在本章第二節「健康促進醫院之實證基礎」中，已列出許多被證實能預防疾病、減少併發症、降低醫療成本乃至於增進生活品質的一般性健康促進（例如：戒菸、節酒、運動、營養）與特殊預防（針對各種疾病或狀況所做的健康促進、疾病管理與復健，例如氣喘病人衛教計畫、糖尿病疾病管理、心臟復健、肺部復健等）。在 HEDIS 指標群（The Health Plan Employer Data and Information Set）有關「照護有效性」的指標中，就有超過 1/3 與疾病預防、衛生教育和健康促進有關（包括疫苗接種率、癌症篩檢率、生活型態衛教等），另有超過 1/3 是慢性病的疾病管理指標（NCQA, 2009）。可見健康促進是現代醫療品質中不可或缺的重要環節。

依照護的適當性，可將醫療品質問題分為「過度使用」（overuse）、「使用不足」（underuse）和「使用錯誤」（misuse）三類。過度使用和使用錯誤都會增加不必要的醫療支出，甚至造成病人的傷害，應當避免；但使用不足則是對於明明有效、該做的事，卻沒有做，平白失去了醫療可以發揮的救人機會，應當補強。美國的醫療品質監測發現，最常發生「使用不足」問題的，就是在預防性服務的提供與慢性病的控制上，這對於一個高齡化社會來說，是非常大的遺憾和挑戰。因此，學習如何將這些重要而有效的照護，適時的提供給所有適當的對象，乃是現代醫療機構必須學習的管理課題，也惟有如

此，才能有好的醫療品質和國民健康。

貳、健康促進醫院應用醫療品質改善策略，從系統著手

美國 IOM 在「跨越品質的鴻溝」一書中指出，現代健康照護應該依 10 個新法則重新設計（IOM, 2001）：

過去做法	新法則
1. 在就診時提供照護 2. 照護依專業自主而有不同 3. 照護是由專業人員控制 4. 資訊是以紀錄的型式存在 5. 決策是依據訓練與經驗 6. 不傷害病人是個人的責任 7. 隱匿是需要的 8. 系統對需要產生反應 9. 設法降低成本 10. 專業分工凌駕於系統之上	1. 照護是植基於持續的療癒關係 2. 照護是依病人的個別需要與價值觀而不同 3. 病人是控制的源頭 4. 知識共享，資訊流通 5. 決策是以實證為依據 6. 安全是屬於系統的特質 7. 透明是需要的 8. 系統能預見需要 9. 持續減少浪費 10. 視臨床人員間的合作為優先

可以看到與健康促進醫院所提倡的精神相互呼應，都是：以實證為基礎、以病人為中心，強調充份提供資訊給病人、讓病人參與決策，重視事先預見需要（對於疾病預防、篩檢與疾病管理），並重視照護的協調合作與持續性…等。

IOM 指出，要做到這 10 個新法則，健康照護機構需要整體重新設計，這當中需要克服六大挑戰（也可以說：需要採行六個關鍵策略），包括：

1. 重新設計照護流程，以因應最常見的問題與需要（例如：慢性病、預防性服務、常見的住院診斷、病人安全需要）；
2. 有效運用資訊科技，作資料之連結、決策支援與統計分析；
3. 做好臨床知識與技術的管理，將知識轉譯到照護；
4. 發展高效能的團隊；
5. 在病人的不同問題、不同服務、不同場所之間，能持續提供協調性的照護；
6. 採行適當的品質表現與結果面測量，以落實品質改善與盡責度。

而領導者在整個學習型組織改變的過程，必須將組織的願景清楚地加以定義並與所有員工溝通，應提供支持與資源，以達到有效的團隊效能及改變。領導者必須清楚指出以病人為中心的核心價值，並瞭解社區的健康需要，領導整個組織來達成這些需要（IOM, 2001）。

參、世界衛生組織發展的健康促進醫院標準，就是一套系統改變指引

健康促進醫院的 5 大標準與 40 個可測量項目（Groene, 2006），就是著眼於透過領導與組織變革來因應健康促進、全人照護的品質需求。它融入了品質管理的原則與策略，整理成一套有系統的架構，供醫院作為行動導入、組織診斷以及追蹤改變狀況的依據。

五大標準的導入架構：從系統改變與品質改

善的角度來看，這一套健康促進醫院導入指引之內容，包括：從組織的願景、政策與管理，塑造支持性的環境（標準一）；從流程的重新設計（包括系統性的健康促進需要評估和介入），將健康促進融入於日常照護中（標準一、二、三）；提昇醫療人員的專業能力、決策參與和合作，發揮團隊效能（標準四）；透過整合與協調，提供持續性的照護（標準五）；重視與社區政策相結合以及善用社區資源（標準五）。同時，它也強調要建立一個品質與成效的監測和評估系統，持續追求精進（標準一、標準四）。

指標與測量：組織改變的指引，是較為質性的；至於這些事項落實的狀況與對品質產生的成效，則需要有「指標」來加以測量、呈現；各機構可採用每一標準所附的參考指標（indicators），亦可自行設計增加指標。指標表現，除了可用來觀察組織本身的導入程度與成果，亦可用來作內部部門之間或與外部同儕之間的橫向比較，或作為改善前後的比較。

執行工具：除了涵蓋五大標準（standards）與 40 個項目的導入架構、18 個參考指標，世界衛生組織的醫院健康促進實證合作中心亦持續發展有助於各標準之落實的相關工具，例如，針對標準二、病人評估，有 HPH DATA Model，就成人五大危險因子之評估 (營養、肥胖、身體活動、吸菸、飲酒)，提供標準的問題與紀錄格式；另針對標準三、病人衛教與介入，有 Doc. HP Activities，亦是提供標準紀錄格式，供病歷設計或資訊系統設計參考，便於臨床人員將是否有提供衛教與介入，簡單的記錄於病歷中。

簡而言之，健康促進、醫療品質與病人安全三者合一，才是完整的優質照護。而健康促進醫院的導入標準，提供了醫院成功轉型、為 21 世紀品質政策做好準備的簡便工具。

肆、臺灣的品質環境－法令與政策逐步到位，健康服務機構須及早做好組織調適與準備

不論是政府或民間，對於資源之配置與運用，都會被要求盡責度，也就是：基本的使命任務是什麼？於其實踐上，存在什麼待改善的問題？有效的策略又是什麼？從而決定，有限的資源應該投入在哪些最迫切、重要又有效的事項上，同時，對於相關事項在執行上是否落實，以及投入後產生什麼的效益，是否有達到預期目標，都必須有具體、透明的數據，都會被監督。

各界對於不論是健康促進、全民健保、醫療發展或其他政府預算之期待，都不再只是把錢用完就算執行完畢。相反的，必須能回答上述問題，否則，經費不僅難以擴充成長，甚至可能被移置到其他更有效益的事項上，原因就是資源與經費真的很有限，全球皆然。

健康服務的目的是追求健康，而不只是提供服務、消耗經費，這道理應是再簡單不過，可惜經常被忘記。健康服務機構要實踐這個任務，就是要把品質提昇融入於營運計畫中，達到好的健康產出。同時，政府也在一些法令與政策中，已經開展了督促、引導大家提昇品質、追求健康的機制。舉例如下：

1. 二代健保法：在 2013 年新上路的二代健保法，已清楚定位了以全人為中心、以健康為目的的給付改革方向，並於母法即明文將給付與健康、給付與品質結合，例如，第 42 條明訂：「醫療服務給付項目及支付標準之訂定，應以相對點數反應各項服務成本及以同病、同品質同酬為原則，並得以論量、論病例、論品質、論人或論日等方式訂定之。」「前項醫療服務給付項目及支付標準之訂定，保險人得先辦理醫療科技評估，並應考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及本保險財務；藥物給付項目及支付標準之訂定，亦同。」第 44 條規訂：「保險人為促進預防醫學、落實轉診制度，並提升醫療品質與醫病關係，應訂定家庭責任醫師制度。前項家庭責任醫師制度之給付，應採論人計酬為實施原則，並依照顧對象之年齡、性別、疾病等校正後之人頭費，計算當年度之給付總額。」「第一項家庭責任醫師制度之實施辦法及時程，由主管機關定之。」目前，健保署已推動論人計酬試辦計畫，成敗關鍵之一，即在於參與試辦者能否成功轉型為真正產出健康、管理健康，進而控制醫療開銷 (而非僅是耗用醫療資源) 的健康促進醫院或健康服務機構。

2. 國家醫療品質政策：2012 年衛生福利部發布了醫療品質政策白皮書，選出了 36 項「醫院品質通報系統」指標，5 項與病人安全 (含用藥安全) 有關，4 項與健康職場有關，其餘 27 項則與婦幼與成人之預防保健以及慢性病控制之執行與成果有關。隨著項目的確立，其後就是設計與通報及實際表現有關之獎勵與監督機制了；前者可能經由給付或經費補助，後者可能經由評鑑標準之納入。善用 HPH 或其他組織改革工具，結合品質測量，持續精進，可使醫療機構在品質趨勢中，妥善因應調適，並達到最優表現。

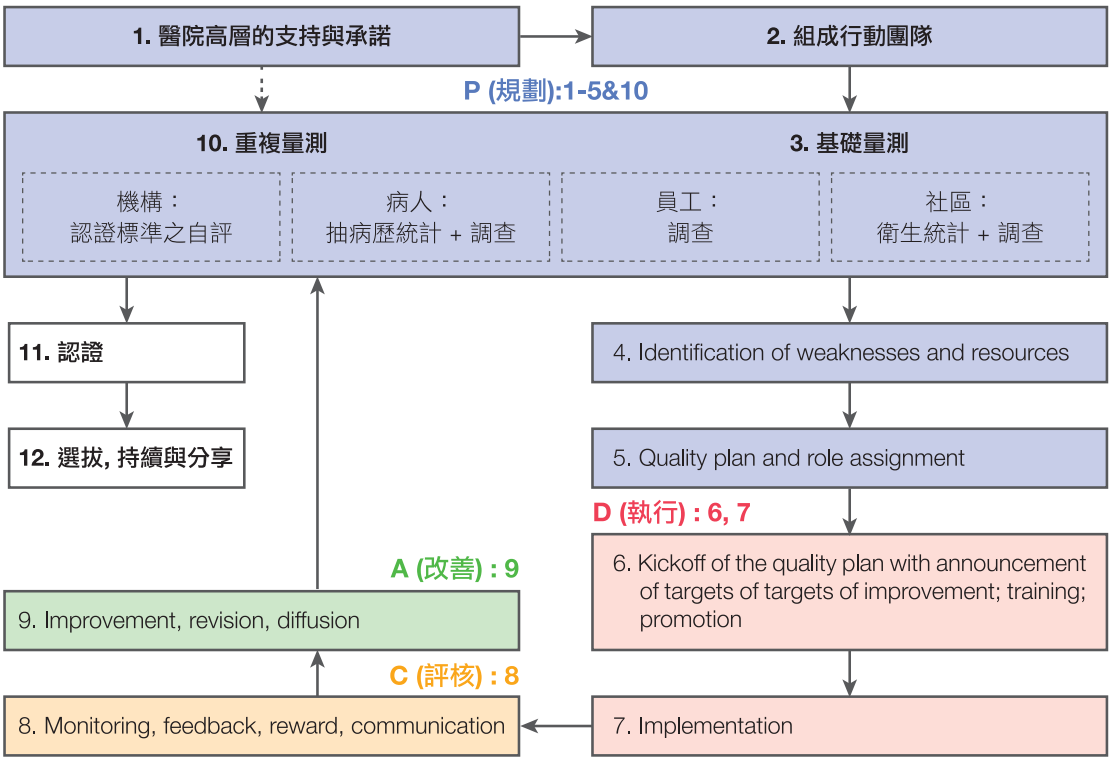
3. 預防保健與疾病控制給付之改善：國民健康署持續運用其獲分配之菸品健康福利捐，拓展及改善各項婦幼與成人之預防保健以及慢性病控制相關給付，繼癌症篩檢項目之完備化與給付合理化，又陸續推出二代戒菸、新的婦幼預防保健項目、擴大口腔衛生服務等，原因是這些都是花小錢、救寶貴生命；花小錢、贏大健康；甚至花小錢、省大錢的社會建設。其特色是，都具備科學實證，能對民眾與社會有利，同時，在給付或補助的設計上，除了對醫師與醫療機構的論服務計酬方式，亦推動衛教人員訓練、認證與衛教給付；依品質附加合理獎勵；以及以提昇品質為目的之組織認證與計畫型經費。透過完整的配套機制，以加速醫療體系之組織變革，及早落實預防與品質提昇，讓民眾、社會與醫療體系之健全發展能夠三贏。而隨著聯合國與世界衛生組織訂出非傳染病防治目標（在 2025 年之前，將非傳染病造成的過早死亡降低 25%），政府亦須持續擴大上述這些最具效益的健康投資。

4. 公立醫院之任務：各界對公立醫院通常會有高於非公立醫院之期許。除了在偏遠地區，其有彌補醫療資源不足之基本任務以外，在一般社區，是否因其公立之性質，而更加非以營利為目的，能在公衛任務、弱勢保障與民眾健康

上，有一定水準 (優於非公立醫院) 之表現？因此，各公立醫療體系針對獲致更高健康產出之積極轉型，實已刻不容緩，而 HPH 或品質提昇等相關指引與工具之採用，有助於事半功倍。

伍、應用健康促進醫院方法，形成品質改善循環

將 HPH 方法融入於醫療機構之品質計畫中，形成品質改善循環，如下圖所示：



圖一、健康促進醫院品質計畫與品質改善循環

參考文獻

英文參考文獻

Groene, O. (2006). *Implementing health promotion in hospitals: manual and self-assessment forms* (ed.). Copenhagen: WHO.

Institute of Medicine. (1990). *Medicare: A Strategy for Quality Assurance, Vol. 2*. (ed.). Washington, D. C., National Academy Press: Kathleen Lohr.

Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, D.C.: National Academy Press.

National Committee for Quality Assurance. *NCQA report cards*. Retrieved March 26, 2009, from http://www.ncqa.org/tabid/784/Default.aspx

第五節

健康促進醫院之成效評估

簡莉盈

國立陽明大學臨床暨社區護理研究所教授

要評值一個計畫的成功與否，首要考量計畫所造成的結果，也就是說，執行這計畫後，是否改變了認知、知識、態度、技能、行為，以及這計畫是否提升了健康狀況，像是降低了死亡率、罹病率、失能，及提升了健康生活品質等。計畫所希望改變的結果，即是計畫的成效（McKenzie, Neiger, & Thackeray, 2013）。成效評估就是要對計畫所造成的好處及結果，做一個評值，以瞭解這計畫的價值，及評估計畫達成原來設定目標的程度（Green & Lewis, 1986）。其中，較重要且最能被看到價值的成效指標，主要是群體健康狀況的改變，行為的改變次之。

健康計畫成效評值有許多種模式，學者指出，一般來說健康計畫的成效評值可以分為三部分來看：過程評值（process evaluation）、影響評值（impact evaluation）、與結果評值（outcome evaluation）（The Center for the Advancement of Community Based Public Health, 2000）。過程評值簡單來說，即是對活動的執行作一評值，以瞭解健康計畫活動執行符合預期的程度。過程評值可以瞭解計畫的內容與結果的關係，幫助釐清計畫有效的成分為何；進一步探討計畫的成效與執行品質的關係，如計畫的健康影響不如預期，是因為計畫的成分真的無效，或是因為執行品質不佳（McKenzie et al., 2013）。活動進行時即應同步做過程評值，即時回饋修正計畫的內容及執行，以提升計畫本身的品質。

影響評值主要看健康計畫立即可被觀察的效果，應會指向希望達到的健康結果。立即可被觀察的效果常是一些可能可以導致健康結果發生的中介變項，像是知識、態度、技能、行為，因介入而造成的改變（McKenzie et al., 2013,），被稱為影響評值或是中介變項，是因為立即可觀察到的這些效果，並不是健康結果本身，只是可能可以導向達到健康結果的中段目標。而因為行為改變，通常較能直接改變健康結果，所以在影響評值的指標中，行為的改變被認為是最重要的（Windsor, Clark, Boyd, & Goodman, 2004）。

結果評值聚焦於計畫的成果及理想目標是否達成，通常健康計畫的目標，就是要促進健康結

果，常以群體死亡率、罹病率、或是個體的症狀、徵象來評估。結果評值常是較長期才能看見，也需要較多的資源及時間才能完成（McKenzie et al., 2013）。但結果評值是真正決定計畫是否值得做的最重要考量。若健康計畫無法導致目標群體健康結果的提升，其價值都是會被質疑的。

本節以過程評值、影響評值、與結果評值為架構，來探討如何評估健康促進醫院的成效。選用這三部份評值為主的原因，主要為突顯評值者著重於評值計畫的執行及短、長期群體健康成果面向。健康促進的主要目標群體為病患、醫院的員工、及社區（Pelikan, Krajic, & Dietscher, 2001; 世界衛生組織健康促進醫院自我評估表台灣修訂版）。所以本節設定現階段評值先以病患、員工、及社區民眾為對象；社區的定義應為醫院服務區域範圍的社區。過程評值的部分，首先是，是否知道醫院有推動健康促進的政策及活動、參與的情形、接受健康促進的評估及介入的情形及滿意度。影響評值的部分，包括對健康促進的知識、態度、技能、及健康行為。在病患及社區民眾部分，包括對疾病相關及一般的健康促進知識是否正確、是否有動機及信心來執行健康促進；行為上是否危險行為有減少，像是：抽菸、飲酒過量、高油飲食等；健康行為有提升，像是：自我照顧行為、適量身體活動、五蔬果、體重管理、及健康篩檢行為等。在員工部分，包括健康促進知識程度、臨床上要將健康促進融入臨床措施的技能是否足夠、是否有動機及信心來執行本身及病患的健康促進、危險行為減少和健康行為提升等。結果評值的部分，包括罹病率及死亡率是否有降低、疾病相關的後遺症及併發症是否降低、身心安適感及生活品質是否有提升。

本節參考健康促進醫院自我評估表及健康促進醫院標準（WHO / Europe, 2004; Gronen, Jørgensen, Fugleholm & Barbero, 2005; 世界衛生組織健康促進醫院自我評估表台灣修訂版），針對健康促進醫院可能的評值指標敘述如表。這些評值指標的設定，主要是以能看到病患、員工、及社區民眾的健康狀況改善為中心所做的選擇。所以指標選用也以目標群體為分母及主體來考量。隨著個別醫院推動策略及活動不同，各指標對介入成效的敏感程度可能不同。除這些指標外，評值者也可在健康促進醫院的共同目標下，依年度目標及執行階段的不同，酌加選用不同的成效指標，以更顯現計畫的成效。例如：在過程評值指標，若以活動辦理為考量，可以加入辦理活動或課程場次及參與人次為指標。影響評值指標，若以醫院作業改善為考量，可以加入作業錯誤率為指標。

表一、健康促進醫院過程評值指標

指標	描述	定義	符合健康促進醫院標準
員工知覺	員工知道醫院有健康促進政策及活動	• 知道醫院有健康促進政策及活動之員工數 / 全體員工數	標準一、管理政策
員工參與	員工參與健康促進訓練及活動的情形 參與健康促進訓練之員工數 / 全體員工數	• 參與健康促進訓練之員工數 / 全體員工數 • 參與健康促進活動之員工數 / 全體員工數	標準一、管理政策 標準四、推動健康職場
健康促進評估	接受健康促進及危險因子評估的情形	• 臨床上有接受健康促進及危險因子評估病人數 / 全體病人數 • 有經健康促進及危險因子評估的員工數 / 全體員工數 • 有經健康促進及危險因子評估的社區民眾數 / 醫院服務區域範圍的社區民眾數	標準二、病人評估 標準四、推動健康職場 標準五、持續與合作
健康促進介入	接受健康促進介入的情形	• 臨床上有對健康促進和危險因子訂定介入計畫病人數 / 全體病人數 • 有對健康促進和危險因子訂定介入計畫的員工數 / 全體員工數 • 有對健康促進和危險因子訂定介入計畫的社區民眾數 / 醫院服務區域範圍的社區民眾數	標準三、病人的資訊與介入 標準四、推動健康職場 標準五、持續與合作
與社區中其他的健康服務提供者、其他機構與部門的合作。	與社區組織團體的合作提供健康促進服務的情形	• 合作的社區組織團體數目與機制	標準五、持續與合作
滿意度	員工、病患、及社區民眾的滿意度	• 員工、病患、及社區民眾對活動及措施的滿意度	應持續回饋以改進策略活動本身，不在五項標準之中。

表二、健康促進醫院影響評值指標

指標	描述	定義	符合健康促進醫院標準
知識	病患、社區民眾是否確實瞭解醫院提供的疾病與健康促進知識	• 知識正確率	標準三、病人的資訊與介入 標準五、持續與合作
態度	執行健康促進的動機和信心	• 病患、員工、社區民眾的改變準備度 (readiness to change) 及信心程度得分	標準三、病人的資訊與介入 標準四、推動健康職場 標準五、持續與合作
技能	員工在臨床上提供健康促進措施之技能	• 員工技能得分	標準一、管理政策 標準四、推動健康職場
自我健康管理行為	病患、社區民眾有確實執行介入計畫	• 有確實執行健康促進及危險因子介入計畫的病患數 / 全體病患數 • 有確實執行健康促進及危險因子介入計畫的社區民眾數 / 醫院服務區域範圍的社區民眾數	標準三、病人的資訊與介入 標準五、持續與合作
危險行為	對健康有害的危險行為是否有降低	• 減少或戒除危險行為的病患數 / 全體病患數 • 減少或戒除危險行為的員工數 / 全體員工數 • 減少或戒除危險行為的社區民眾數 / 醫院服務區域範圍的社區民眾數	標準三、病人的資訊與介入 標準四、推動健康職場 標準五、持續與合作
健康行為	可促進健康的健康行為是否有提升	• 執行健康行為的病患數 / 全體病患數 • 執行健康行為的員工數 / 全體員工數 • 執行健康行為的社區民眾數 / 醫院服務區域範圍的社區民眾數	標準三、病人的資訊與介入 標準四、推動健康職場 標準五、持續與合作

表三、健康促進醫院結果評值指標

指標	描述	定義	符合健康促進醫院標準
併發症	疾病相關的後遺症及併發症是否降低	發生後遺症及併發症的病患數 / 所有病患數	標準三、病人的資訊與介入
員工請假	員工病假情形	請病假員工人日 / 全體員工人日	標準四、推動健康職場
罹病率	與生活型態或健康行為有關的疾病發生率是否下降	• 病患在追蹤期間發生相關疾病人數 / 觀察病患人年數 • 員工在追蹤期間發生相關疾病人數 / 觀察員工人年數 • 社區民眾在追蹤期間發生相關疾病人數 / 觀察社區人年數	標準三、病人的資訊與介入 標準四、推動健康職場 標準五、持續與合作
死亡率	與生活型態或健康行為有關的死亡率是否下降	• 病患在追蹤期間因相關疾病死亡人數 / 觀察病患人年數 • 員工在追蹤期間因相關疾病死亡人數 / 觀察員工人年數 • 社區民眾在追蹤期間因相關疾病死亡人數 / 觀察社區人年數	標準三、病人的資訊與介入 標準四、推動健康職場
健康生活品質	對健康有害的危險行為是否有降低	病患、員工、社區民眾的健康生活品質得分	標準三、病人的資訊與介入 標準四、推動健康職場 標準五、持續與合作

決定好評值指標，就要選擇合適的評值設計，以收集資料來決定成效。要選擇評值設計，需考量可用的資源，像是是否可能有控制或對照組、隨機分派的可能性、及資料收集時間點及次數。可能的評值設計，包括實驗設計、類實驗設計、及非實驗設計（McKenzie et al., 2013; 簡莉盈、劉影梅，2012）。

評值設計中，最具因果推論性、實證等級最高的，當屬實驗性設計。實驗性設計因採隨機分派實驗控制組別，且對兩組參與者均有測量，對潛在可能影響結果的干擾因子有較佳的控制，所以是成效評值中最具說服力的設計。實驗設計中前後測設計與後測設計的差別，是在前者介入前有做前測，且在介入後有做後測；而後者僅在介入後有做後測，介入前沒有測量。有前測可確認實驗控制兩組的可比較性，並瞭解介入前的基準值（baseline data）。因後測實驗設計，缺少對介入前的了解，即使採隨機分派，實驗控制組的差別仍可能是因兩組有些特性不同而造成，而不僅是因為介入的結果。時間序列的實驗設計，是指兩組均有多時間點的測量，測量時間點可能含介入前、介入中、介入後，多時間點測量通常可以用來追蹤長計畫的長期成效，或是若計畫分為多個階段，可以在各不同階段監測計畫是否達成階段成效。實驗性設計常需較多的樣本，且控制組的參與意願不高，常須更多努力以順利完成。為提升控制組意願，有時計畫者會在成效評值完成後，給控制組同樣的介入，控制組接受介入後資料，可考量是否亦列入評值。

類實驗設計，是近似實驗設計，也有實驗對照組，不過少了隨機分派組別的做法，因不確定兩組之可比較性，所以將非實驗比較組稱為對照組，有別於實驗設計中的控制組。雖也有列入未接受介入的對照組，但因未採隨機分派，較不能控制潛在可能影響結果的干擾因子，可能會有選擇性偏差，而影響結果的效度。但當隨機分派組別不可行時，常僅能退而求其次，而採類實驗設計。類實驗設計都需有前測，以檢驗兩組之可比較性，但因缺乏隨機分派，無法排除不會有外在因子影響成效結果。因許多健康計畫在考量倫理及尊重參與者意願下，無法採行隨機分派，所以以使用類實驗設計來評值的為最多（McKenzie et al., 2013）。

非實驗設計是僅針對實驗組做前後測比較，後測可以一次 (前後測設計) 或多次 (時間序列設計)。因沒有控制組或對照組，完全不能控制潛在可能影響結果的干擾因子，是實證上最弱的設計，但若無法找到合適之控制組或對照組，就須採行非實驗設計。但非實驗設計在實證等級低，無法確知改變是因為計畫成效，或是因為其他干擾因子的影響。若是非實驗性設計顯示出有成效，常會建議再以實驗或類實驗設計，進一步驗證計畫成效。

健康促進醫院成效評值的結果，應可達成幾個目的：(1) 決定健康促進醫院計畫是否達到了提升員工、病患、及社區健康的目標；(2) 改善計畫執行：藉由評值，計畫者可找出計畫有效或無效的成份及原因，並加以改善；(3) 對經費提供者、參與者、及其他涉利者負責，以使決策者可決定計畫是否應持續；(4) 增加醫院及參與者

對計畫的支持;(5) 貢獻科學新知：依據評值結果，可進一步產生新的理論與假設，可能可以產生新的、更好的計畫；(6) 提供政策決定所需訊息，其他醫院決策者可能因看到健康促進醫院成效，而跟進採用本計畫。

要選用評值的指標及設計，評值者需考量評值結果主要是要給誰看，如醫院主管可能有興趣知道哪些是較有效的策略，給經費的單位想知道目標是否達成，參與者想知道對參與者的好處。評值者可依資源及對象來選擇合適的指標及設計，若是評值的設計及執行適當，計畫評值的結果對涉利者會是非常有益的資訊。

我國在 2014 年 9 月已有 143 家醫院申請成為健康促進醫院會員，為健康促進醫院國際網絡中最大的網絡。不過，關於成效評估的資料仍相當有限。各醫院在推動系統及策略上，均能考量病患與家屬、員工及社區三個群體，但多以提供服務及舉辦健康促進活動為主，多數停在過程描述、服務系統建置改善、及服務人次上，缺乏系統性的成效評估結果。且若有評值也是以有參與活動者為對象，缺乏整個目標群體的呈現，以致無法得知對群體健康結果的成效。根據國民健康署「醫療職場員工身心健康與安全需求調查」，初步結果顯示，健康促進醫院比起其他醫院，有提供較多的員工健康促進活動，且有較高比率的員工有做健康檢查及篩檢，不過在員工自評身心健康狀況上並無顯著差異。健康促進醫院的成效，仍需有較好的研究設計，來進一步檢驗。

本節的成效聚焦於健康促進醫院是否有提升病患、社區民眾及員工的群體健康結果。但結果評值可考量更廣泛的社會利益，像是個人行為改變可能影響整體組織的健康；組織推行健康促進，可能可以提升員工對組織的認同與工作滿意度而降低離職率；醫院對社區健康促進的投入，可能可以藉由提升社區民眾的健康降低整體醫療費用等；這些都需更進一步的檢驗，以進一步確認成效。

參考文獻

中文參考文獻

世界衛生組織健康促進醫院自我評估表台灣修訂版. Retrieved from http://www.hph.org.tw/LinkClick.aspx?filetic ket=kyl3Y5euetA%3D&tabid=134

簡莉盈、劉影梅 (2012)。實證護理學導論 (二版)。台北市 : 華杏出版股份有限公司。

英文參考文獻

Green, L.W., & Lewis, F.M. (1986). *Measurement and evaluation in health education and health promotion.* Palo Alto, CA: Mayfield.

Groene, O., Jørgensen, S.J., Fugleholm, A.M., & Garcia Barbero, M. (2005). Standards for health promotion in hospitals: development and pilot test in nine European countries. *International Journal of Health Care Quality Assurance Incorporating Leadership in Health Services,* 18(4-5), 300-307.

McKenzie, J.F., Neiger, B.L., & Thackeray, R. (2013). *Planning, implementing & evaluating health promotion programs: A primer* (6th ed.). Glenview, IL: Pearson Education.

Pelikan, J.M., Krajic, K., & Dietscher, C. (2001). The health promoting hospital (HPH): Concept and development. *Patient Education and Counseling,* 45(4), 239-243.

World Health Organization Regional Office for Europe. (2004). *Standards for health promotion in hospitals: development of indicators for a self-assessment tool.* Retrieved from http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0010/99775/E84988.pdf

The Center for the Advancement of Community Based Public Health. (2000). *An evaluation framework for community health programs.* Retrieved from http://www.doh.state.fl.us/COMPASS/documents/Community_Health_Programs_Eval.pdf

Windsor, R., Clark, N., Boyd, N., & Goodman, R.M. (2004). *Evaluation of health promotion, health education, and disease prevention programs* (3rd ed.). Boston, MA: McGraw-Hill.

第六節 健康促進醫院之全方位導入—全球醫院典範獎

健康促進醫院之全方位導入

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院

一、現況分析 (Baseline assessment)

1990 年代初期，雲林嘉義地區屬於醫療資源相當匱乏的地區，許多民眾為了探望生病的家人，奔波在南北高速公路上，結果往往是「生病的人沒有往生，而探病的人卻先走了一步」，於是地方人士多次向上人〈證嚴法師〉請命，期望類似的憾事不再發生，而大林慈濟醫院的創院因緣遂因眾人的大愛具足而成。

依據世界衛生組織的定義，「健康」不只是身體沒有疾病，更是身心靈都是美好的狀態，而醫療機構創立的本質正是促進每個人健康的最佳場所。匯聚了眾人愛心的「田中央的大病院」-大林慈濟醫院於 2000 年 8 月 13 日正式啟業，除了是慈濟「慈善、醫療、教育、人文、國際賑災、骨髓捐贈、環保、社區志工」八項重點工作之一，同時也承襲慈濟醫療體系「尊重生命、人本醫療」優良傳統文化。因此，醫院從設立之初便深耕健康促進概念實踐於全院各個角落。

秉持「尊重生命、人本醫療」之宗旨，期許大林慈院可以達到「成為守護生命的磐石」之願景，我們將發展目標設定為：1. 培育具人文素養的醫療團隊精英；2. 發展以病人為中心的全人醫療；3. 深入社區落實預防保健，成為健康促進醫院。

為了結合 WHO 歐洲總部所推行健康促進醫院方案，從 2005 年起由創院院長林俊龍院長 (現任慈濟醫療志業體執行長) 領著我們篳路藍縷開創健康促進在大林的氛圍，由第二任院長簡守信院長承先啟後持續支持推動健康促進醫院的推動，2012 年 8 月份起則由賴寧生院長帶領著我們將健康促進醫院的精神在大林發揚光大。

二、準備工作、資源投入與策略規劃 (Plan)

發展健康促進本院所採取的模式有：

1. 聘請專家指導：為了建立基本概念與凝聚共識，聘請當時擔任臺灣健康醫院學會籌備處主任委員邱淑媞教授 (現任衛生福利部國民健康署署長)、健康促進醫院國際網絡秘書長 Hanne Tønnesen、前國民健康局王英偉副局長 (現任臺灣健康醫院學會秘書長)、澳大利

亞格立菲斯大學環境與人口健康中心主任朱明若教授、WHO 歐洲辦公室健康體系與服務品質技術主任 Oliver Grone 等人蒞院指導。針對推動小組成員、高階主管、醫師、全院同仁等不同層次，分別舉辦座談會及專題演講，傳遞健康促進醫院基本概念及國際間推動現況。藉由專家學者之協助，指導同仁診斷推行現況，導入 WHO-HPH 自評工具，提出改善建議等。

2. 調整組織全院總動員：於 2006 年初將既有的社區健康促進討論平台「社區醫療部每月工作會議」調整為健康促進醫院推動小組，依據 WHO-HPH 推動自評表架構成立病人組、同仁組、社區組與環境組等四個任務小組，由社區醫療部擔任秘書處工作，協助全院政策推動、統籌資源與協助各組間橫向聯繫的工作，定期召開會議分享成果與推動之困難。

3. 結合評鑑與平衡計分卡：推動初期導入 WHO-HPH 自評表工具，由各組進行自評及問題分析。但為了降低同仁對於加入 WHO-HPH 網絡會員的壓力(避免落入另一項評鑑的窠臼)，遂結合新制評鑑標準及融入既有的管理工具平衡計分卡中，讓健康促進醫院推展得以順利進行。

三、執行狀況 (Action) - 依渥太華五大行動綱領論述

1. 建立健康的公共政策

(1) 公開宣示表達決心：將健康促進醫院之理念落實於日常並明定於全院目標中，邀請

圖一、院長室主管帶領同仁做體適能

圖二、落實節能減碳由主管們做起

圖三、「健康 OK 棒」多媒體衛教網站

主管們都親自參與各項健康促進活動，透過示範作用帶領同仁們共同努力實踐。例如全院同仁體適能檢測，受檢率達 95% 以上；大愛農場插秧及收割慶豐收等全院性健康促進活動，鼓勵跨單位間的團隊合作以達到更好的工作默契。

(2) 訂定健康促進醫院政策：「成為健康促進醫院」列為全院共同推動之目標，透過平衡計分卡全面展開，各單位針對院內同仁、來院病患、社區民眾以及綠色醫院低碳環境等層面，將健康促進列入年度工作計畫中。綠色醫院部分亦特別成立節能減碳任務推動小組，且定期開會，每月召開總務室月會及每季召開環境管理委員會中，呈報相關減碳措施及採購成果。

2. 創造支持性的環境

(1) 建構健康促進醫院資訊平台：對院內同仁的部分，各組工作記錄、相關文獻、年度工作計畫、同仁健康促進活動計畫與記錄等，全院同仁皆可透過資訊平台取得相關最新訊息，並相互交換活動心得。對外的部分，一般民眾則可透過本院健康 OK 棒健康促進衛教網站，觀賞本院自製衛教影片、知情同意影片等，同時以醫院所在地之特色，特別針對外籍看護及不識字的長者設計外語及台語衛教材料，讓每個人都可使用這樣的健康促進資訊。

(2) 創造參與機會、鼓勵內化：凡走過必留下足跡、凡做過必留下美好回憶。我們利用海外義診、慈濟照顧戶居家關懷、歲末打

圖四、雙語呈現知情同意影片

圖五、提供外籍看護之外語衛教單張

圖六、慈濟照顧戶居家關懷及協助清理家園

圖七、「圓夢計畫」致贈文具書籍給弱勢家庭的孩子

掃、種田等各項活動，讓每個參與者有機會體會施比受更有福，更珍惜每個可以付出的日子。

(3) 多元運動活動、大家作伙動一動：每天於下午四點鐘全院廣播及多媒體頻道統一播放本院復健科同仁自行設計之「大林健康操」，邀請來院民眾、同仁、志工一起動起來。五點半下班後，於院區內健走，規劃健走路線為院區約 1.8 公里，全程時間約 20 分鐘。亦提供免費康樂教室、羽球場、排球場、籃球場使用，運動器材設備包括 Wii、跑步機、美體滑步機、腳踏車等，鼓勵院內員工組成運動社團和自組運動小組，或提供院內外體育競賽及活動訊息，如北港媽祖盃全國馬拉松賽、華陀盃健康慢跑嘉年華等。

(4) 綠色健康步道：本院已設置健康步道並提倡「上三下四」政策，鼓勵民眾多爬樓梯少搭電梯，並以衛教資訊和美麗的生態照片作為裝飾，營造出較舒適、友善的環境。並於建築物之連接走廊佈置綠色植物牆面，種植爬藤類 100 株、盆栽 52 株，妥善運用自然資源，讓同仁及來院大德有最舒適的活動空間。

(5) 幸福咖啡館：賴寧生院長為體恤同仁工作辛勞，但醫院鄰近區域卻無可以休息喝杯咖啡的場所，故改建院區內閒置空間，成立「幸福咖啡館」讓同仁下班後也能輕鬆愉快地享受免費茶點及休息，不僅重視同仁體魄健康，也希望能盡量幫同仁紓解工作上的壓力，讓我們能達到身心靈的健康促進。

3. 強化社區行動

(1) 深入社區深耕健康觀念：大林慈濟醫院原本為一大片甘蔗園而變身成為「田中央的大病院」，與社區的連結關係也是密不可分，積極推動社區健康營造計畫，開辦「健康柑仔店」取代民間黑心地下電台及王祿仔仙專賣給民眾來路不明藥物，希望社區民眾透過健康柑仔店的衛教講座和運動課程，帶回健康新觀念。另一方面，深入社區積極推動預防保健宣導四癌篩檢，以大愛醫生館行動醫療車深入社區提供子宮頸抹片、糞便潛血、口腔篩檢及乳房攝影服務，減低民眾就醫的不便。

(2) 與社區團體進行醫療、環保、人文交流：邀請鄰近社區或鼓勵團體至本院參訪環保站、健康步道、綠色建築設計等具有慈濟

環保及醫療人文特色之醫院參訪行程，如2012年有來自中國大陸廣州婦幼醫院貴賓及慈濟蘇州健康促進中心，來院交流醫療相關知識之外，亦安排他們親手製作手抄紙及手工肥皂等活動，體驗慈濟醫療人文與環保特色做結合。

4. 發展個人技巧

(1) 豐富在職教育訓練課程：健康促進醫院已列入年度教育訓練課程，開辦實體課程與線上課程 E-Learning，每位同仁每年需至少完成兩堂 (兩學分) 健康促進醫院課程。健康促進醫院、無菸醫院等健康促進議題簡介，亦列入新進員工教育訓練必修課程，課程包括環保掃街、路跑、插秧、收割、參與健康促進相關議題研討會等，提供多元課程讓同仁從活動中體會健康促進醫院的真諦。

(2) 體驗老人就醫不便、營造優質就醫環境：由於雲嘉地區主要病患多為老人家，為讓醫護同仁們能夠將心比心提供適當的服務，因此辦理模擬老人就醫將所遇到的問題，課程內容包含閱讀、精細動作、飲食及活動體驗，由護理部主辦，邀請醫師、醫技、行政及護理同仁參與，運用復健器材、一般生活用品等資源作為體驗設備。

(3) 身體力行創意做環保：透過全院公告方式，指導同仁認識環保標章、節能標章、省水標章和綠建材標章，並鼓勵同仁提供家中具有環保標章之產品證明，即可免費換取馬拉巴栗種子自行栽種。護理部亦舉辦環

圖八、「健康柑仔店」提供長者定期聚會、運動的場域

圖九、醫護同仁至社區辦理健康講座

圖十、乳房攝影車啟動記者會

圖十一、「大愛行動醫生館」提供行動醫療服務

保節能創意競賽，鼓勵同仁發揮創意改良工作上不必要的資源浪費與發揮萬物之良能，前三名可獲 6,000-10,000 元不等之獎金鼓勵。

5. 調整健康服務的取向

(1) 成立失智症中心、貼心服務長者病患與家屬：於 2012 年 9 月正式成立失智症中心，由神經科團隊、健康管理中心、護理部提供全面性照護，並與社服室合作辦理失智症支持團體，病患與家屬可同行參加，並分別針對病患及家屬開設不同主題之課程，活動當天亦有神經內科醫師可就近看診。每三個月發行失智症季刊，將為全國醫院之首創之舉。此外，走入社區辦理失智症篩檢活動以發掘極早期患者，延長患者病程，避免病情快速惡化。透過藉由慈濟基金會居家訪視志工轉介民眾至醫院看診，透過快速門診讓民眾直接排程及看診，並享有免掛號費之福利。

(2) 深入社區落實預防保健：於癌症篩檢方面推動成效佳，院內設有子抹快速門診、乳攝快速門診，增進民眾受檢意願；推動社區癌症篩檢活動，與鄰近衛生所合作深入社區辦理癌症篩檢活動，並協助安排轉介回診之後續醫療關懷。

四、實施成果 (Results)

1. 提供貼心醫療服務落實高齡友善醫院：本院所在地為雲嘉地區，農業為主要產業，且嘉義縣為全國老年人口最多的縣市，為照顧來院的長

圖十二、老人體驗營 - 將手腳戴上沙包及纏彈力帶約束行動，感受老人年行動不便的情形。

圖十三、高齡長者擔任醫療志工發揮生命良能

者病患，本院推動高齡友善醫院，不僅依長者就醫需求改善硬體設備，如改善隧道式血壓計；此外，亦積極調整就醫服務流程，如 80 歲以上民眾優先看診。因此，每年皆辦理老人體驗活動，由院長室主管帶領同仁親自體驗長者就醫不便，以將心比心提供更貼心友善的醫療服務內容。

2. 發揮創意節能減碳作先驅：醫院是耗用大量資源與產生許多廢棄物的場所，醫院應在節能、減碳、避免廢棄物產生的工作上須善盡環境健康促進社會責任，以達到永續經營。因此大林慈院應用健康促進醫院的理念，強調以日常生活結合為導向，來發展綠色醫院。

3. 參與健康促進醫院國際網絡：除積極參與臺灣健康醫院學會各項活動及會議之外，並提出加入國際網絡會員的申請，亦連續 7 年派員參加 WHO 健康促進醫院國際研討會，促進交流與學習。統計至今 (2013) 年為止，本院共派訓 38 人次出席年會，總論文篇數 40 篇，並獲邀擔任大會專題演講 1 場次。亦於 2010 年會中接受國健署委託協辦 HPH & Environment 工作坊。

4. 分享經驗標竿學習：由於多年來參與國際網絡活動，因此增加與各國衛生單位及醫院的互動機會，組成團隊專程至本院參訪交流，如 2009 年新加坡亞歷山大醫院來訪，本院也於 2011 年至新加坡學習觀摩邱德撥醫院綠色醫院的作法。此外，亦帶動國內各醫院以及慈濟體系花蓮、台北、台中、玉里、關山等 5 家醫院一起加入健康促進醫院的行列。

圖十四、大林慈濟帶領台北、臺中及花蓮慈院團隊參與第十八屆 WHO HPH 年會於英國，並舉辦 HPH & Environment Symposium

圖十五、2012 年第二十屆 WHO HPH 年會在台北舉辦，本院與嘉義縣衛生局合作設攤

圖十六、本院於 2012 年榮獲首屆國際健康促進醫院典範獎

五、結論與建議 (Comment)

以全面動員、結合評鑑、投入資源、組織人文再造等政策系統性、全面性推動健康促進醫院，對大林慈濟醫院而言，「健康促進醫院」並非單一的議題或是個別面向推動，而是同仁健康促進內化的進行式，也是組織人文深化的過程。此外，將持續結合慈濟人文特色，發展健康促進醫院，讓病患、家屬與醫院同仁皆能擁有健康的身心與營造健康的環境。

圖十七、大愛農場插秧田園樂—大林大愛大家庭，健康促進齊用心

深耕台灣，邁向國際

彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院

一、現況分析 (Baseline assessment)

彰化基督教醫院（以下簡稱：彰基），成立於西元 1896 年，是由英國長老教會宣教師梅監霧牧師及蘭大衛醫師由英國渡海來台設立。百餘年來，彰基秉持耶穌基督救世博愛的精神，以中台灣居民的健康守護神自許，由一個小醫館，逐步成長茁壯，發展為頗具規模之醫學中心。目前彰基員工總數 4,000 餘人；總床數約 1,600 餘床，可提供 60 餘類之專科及次專科醫療服務。每日門診服務約 5,000 人次，每月急診服務約 9,500 人次。

自西元 1995 年，全民健康保險實施以來，台灣民眾就醫之公平性與便利性獲得大幅改善。也因為就醫便利及醫療費用低廉，部分民眾不珍惜醫療資源，導致醫療支出大幅增加，健保出現財務危機，也影響各醫院之營運。若能從根本改善民眾健康，導正民眾不當就醫行為，提升醫療品質，減少醫療失誤，將有助於減緩醫療支出大幅成長。而「健康促進」正是達成此一目的的不二法門。有感於醫院不應只是治療疾病的場所，更應積極防患疾病於未然，彰基於西元 2001 年起，配合國家政策，陸續推動「職場健康促進」、「社區健康營造」等健康促進計畫。

「健康促進」早已是國際趨勢。依據世界衛生組織（World Health Organization，WHO）之定義，「健康是指身體、心理及社會均處於安康狀態，而不是免於疾病而已」。WHO 於西元 1986 年在加拿大渥太華召開第一屆國際健康促進會議，並制定「渥太華憲章」，確定健康促進五大行動綱領；之後陸續推動「健康城市」、「健康學校」等計畫，並於 1988 年推動「健康促進醫院行動」，於 1990 年成立健康促進醫院國際網絡。為響應國際的趨勢，台灣於西元 2006 年底成為世界衛生組織健康促進醫院區域網絡（WHO HPH Network）會員的一員。彰化基督教醫院基於平日即落實「健康促進醫院」之實踐，為與國際接軌，於 2007 年 7 月接受台灣健康醫院學會訪查通過，成為 WHO HPH Network 之正式會員。

二、準備工作、資源投入與策略 (Plan)

彰化基督教醫院之推動健康促進行動，有其歷史淵源。早於西元 1955 年，彰基即成立公共衛生組，負責社區內的婦幼衛生照護。西元 1971 年，彰基更將社區服務擴展至內外科慢性病長期照護，成為台灣第一家為社區民眾提供居家服務的醫院。我們希望藉由推展公共衛生工

作，加強大眾「預防重於治療」的觀念，進而把醫院的功能和資源直接帶到社區，促進社區居民健康，使彰基成為一個「沒有圍牆的醫院」。西元 2002 年，配合國家政策推動，彰基社區健康中心於鹿港地區推動「社區健康營造」，與當地公私立機構結合，訓練當地居民成為健康志工，是為「社區健康促進」的體現。

彰基之「員工健康促進」始於西元 2001 年，行政院衛生署與勞工委員會推動之「職場健康促進」計畫。當時的黃昭聲院長表示：「員工是醫院最大的資產，促進員工的健康就是實踐這個說法的根本道理。」於是彰基於西元 2002 年成立了「健康促進委員會」，由院長直接領導，網羅了職工福利委員會、護理部、營養部、復健科、健康檢查科、職業醫學科、精神科、院牧部、人事部、內科部新陳代謝科、勞工安全衛生室等不同專業的代表，決議並推動各項員工健康促進相關活動。此為台灣企業之創舉，彰基為台灣企業推動「職場健康促進」之先鋒。

彰基基於身為民眾健康守護神的責任，自創建以來，致力於提供病患及家屬各項優質的醫療服務，以提升民眾的健康。西元 2000 年，彰基通過衛生署醫學中心評鑑後，為持續提供民眾全方位及高品質的服務，陸續參與多項 SNQ（Safety and Quality）國家品質標章認證，並兩度通過 JCI 評鑑（Joint Commission International Accreditation），獲得六項 CCPC （Clinical Care Program Certification）認證。藉由外界的評核與指導，我們得以不斷進行品質改善，為「病患健康促進」而努力。

彰基於西元 2007 年加入 WHO HPH Network 後，由社區醫學部轄下之健康促進中心整合院內各項健康促進活動業務。在院長及副院長之支持下，院方每年制定發展策略及工作計畫時，即將「病患 / 社區 / 員工健康促進」納入其中，公告全院周知，並交辦各單位執行。彰基健康促進之策略為：「配合國家醫療及衛生相關健康促進政策，透過醫療服務與教育活動落實本院健康促進角色。健康促進服務之範疇包含社區健康教育、慢性病防治與管理、長期照護、心理健康促進等；服務對象除病患與家屬，亦涵蓋醫院員工與社區民眾。」自西元 2008 年至今，院方每年投注於健康促進業務之經費從新台幣 8 千萬元增加至上億元。在彰基全體員工的努力下，我們於西元 2010 年獲得健康促進醫院典範獎的肯定，並於 2013 年獲得全球典範獎的殊榮。

三、執行狀況（Action）

本院自西元 2007 年成為 WHO HPH Network 之正式會員後，即依照健康促進醫院五大標準推動病患、民眾及員工之健康促進活動。

（一）管理政策：

為致力發展健康促進醫院，院方訂定年度全院發展策略及工作計畫時，即將「健康促進」列為重點項目。本院多項品質及營運計畫皆將健康促進的概念納入其中，如：癌症品質提升計畫、戒菸專案計畫、糖尿病 CCPC 認證、慢性腎臟病 CCPC 認證、中風中心 CCPC 認證、員工心理衛生促進、員工體能促進、員工健康管理、社

區檳榔防制計畫、社區老人關懷計畫、社區健康飲食計畫 -- 健康新煮張行動方案等，皆確實執行健康促進活動。

彰基目前設有健康促進委員會與社區健康促進中心做為健康促進相關業務推動之專責單位，進行評估、規劃、執行、及檢討各項健康促進計畫與業務。健康促進工作小組，每三個月定期開會，針對員工健康促進業務進行檢討與改善；「社區健康促進中心」為醫院常設單位，負責院內外健康促進相關業務之推展、管理及追蹤。院方定期進行各類健康促進活動之成效評估及滿意度調查，並依據其結果，以 PDCA 之方式進行品質改善。

彰基高層極力支持各項健康促進相關活動，多次參與「健康促進醫院創意競賽」之評比，亦通過「全球無菸醫院認證」。院方每年皆補助多位院內同工參與 HPH 國際研討會，並發表學術論文。

（二）病人評估：

彰基設有先進之資訊系統，當醫護人員第一線接觸門診初診及住院病人時，電子病歷操作系統會出現提示畫面，供醫護人員進行健康照護評估。評估內容包含吸菸史、飲酒史、嚼檳榔史、營養狀態、飲食習慣、宗教信仰及心理 - 社會 - 經濟狀態等。依據評估結果，我們得以了解病患的需求，並據此擬定治療計畫。當病患臨床狀況出現變化時，醫護人員需進行再次評估，以調整治療計畫。針對高危險病患（如：營養不良、易跌倒、多重慢性病），必要時啟動照會相關團隊成員。病患出院時，醫護人員會執行出院準備服務篩檢，內容含心理、社會、經濟層面，及照護需求等。

本院建有網頁平台放置全院各科部、門 / 急 / 住診之臨床指引或臨床路徑，可供臨床人員隨時查閱及使用；並設有醫療標準作業流程（Standard Operating Procedure, SOP）監督小組，定期進行 guideline 及 pathway 檢視修訂及更新。

以資訊系統進行病患危險因子及健康照護需求評估

（三）病人資訊與介入：

依據病人健康促進需求評估結果，我們將告知病患會影響其健康的重大因素，與病患及家屬共同擬定適當的健康促進計畫，並給予適切的衛生教育。彰基制訂有病人及家屬衛教政策；提供病人或家屬衛教前，須使用「病人衛教評估暨病情處置、治療方針說明紀錄單」評估衛教對象之語言、教育程度、學習動機、學習障礙等，並將衛教前評估結果記錄於該記錄單中，再依據病人及家屬之需求，提供相關之衛教；給予病人或家

屬衛教後，接受衛教者須簽名，並記錄於紀錄單內。提供衛教者須評值衛教成效，並將評值結果記錄於紀錄單內。

彰基設有多個專責衛教單位（如：門診衛教中心、糖尿病個案管理中心、慢性腎臟病衛教中心、藥物諮詢室、營養諮詢室、遺傳諮詢室、腫瘤中心、婦產科衛教室、尿失禁暨排尿障礙中心、跌倒防治中心、社區健康中心、菸害與檳榔防制小組），依照病人之需求，提供病人適當之健康資訊資料與指導。除了面對面的衛教指導外，本院亦提供多重管道，讓病患及家屬能輕易獲得影響健康因子的一般資訊。病患、家屬及訪客可藉由書面資料（如：彰基院訊、血管醫學防治季刊、糖尿病友會刊、各式衛教單張）、數位電子看板、電視牆、資訊導覽平台、醫院網站等管道，獲得相關健康資訊。資訊內容包含醫學新知、醫療照護知識、可運用資源、後續追蹤方式及如何取得緊急照護等等。彰基亦成立超過20個病友組織，以團隊運作的方式，全人關懷的角色出發，陪伴病人走過人生幽谷。

（四）推動健康職場：

彰基設有職場安全衛生組織（勞工安全衛生室、勞工安全衛生委員會、危機管理暨緊急災難應變委員會、環境安全小組、防災救災小組），關心員工職業安全衛生議題。勞工安全衛生室每年擬定年度安全衛生管理計畫，並依據該計畫執行承攬商管理、員工教育訓練、員工健康檢查、作業環境測定、自動檢查及單位訪查等相關勞工安全衛生項目。

院方將健康促進政策納入新進人員到職訓

以不同方式提供病患及家屬有用的資訊

員工可以不同方式參與健康促進活動，並列入績效考核加分項目。

練的內容中，並於院內網站公告本院員工健康促進相關政策及規章，開放員工進行查閱。本院新進員工需於彰基數位學習網完成本院員工健康促進相關政策及規章課程。院方亦將健康促進納入員工的表現評核系統與在職專業發展中。健康促進中心每年皆規劃不同型式的健康促進課程（愛自己學分），供員工參與。課程內容包含心理健康、壓力調適、健康飲食、健康體能、菸檳防制等。每年員工年終績效評核時，若有參加健康促進教育課程，將納入加分事項，可增加員工績效評核成績，進而提升員工薪資。

為鼓勵員工多運動，本院設有 24 小時開放，全年無休的員工運動中心（輕盈中心），佔地約 80 坪，設有韻律教室及各項運動器材供員工免費使用，增加員工運動的可近性。

為讓員工得以參與院方健康促進政策之制定，彰基自西元 2006 年起於健康促進工作小組會議中正式延請員工代表，加入成為小組組員。此代表由員工直接選舉產生，員工代表能直接參與健康促進工作小組會中決議。

員工專屬 24 小時開放之運動中心

（五）持續與合作：

彰基為彰化地區惟一之醫學中心，長久以來，皆與彰化縣衛生局維持良好的夥伴關係，配合衛生政策，執行各類專案計畫。舉凡四癌篩檢計畫、設置中區職業衛生保健中心、設置兒童發展聯合評估中心、設置糖尿病保健推廣中心、糖尿病遠距品質監測方案、設置腎臟病保健推廣中心、B/C 型肝炎個案管理、腦中風個案照護計畫、老人送餐服務等，皆是依據中央及地方衛生政策，跨部門整合各類資源，進行合作。

本院設有出院準備服務委員會，編制 5 位出院準備服務專責護理師，推動全院出院準備服務業務及負責與院外相關後續照護單位連繫與合作。出院準備服務委員會制定並定期修訂各項轉介作業流程及相關政策，由出院準備服務護理師為單一窗口為病人服務，並與後續照護服務單位建立良好合作關係。出院準備服務團隊每年定期至養護機構及呼吸照護病房參訪評核，實際了解機構特性；依參訪結果與優良機構每年進行簽約，並於網站公告合約之機構名冊，確保機構品質。

彰基門診部設有專責衛教門診（172 診），編制專責衛教護理師數名，提供門診患者相關諮詢服務。每位病患出院時，醫師會提供病患或家屬「住院患者出院囑咐單」，護理人員則提供病患或家屬「護理指導單」，並同時當面進行衛教，確認病患或家屬確實了解如何進行後續照護及追蹤。

本院設有轉介服務中心，由專人協助轉診病患就診事宜。彰基於西元 2006 年建立轉診線上查詢系統，提供醫療院所醫師直接在網站上開立轉診單、轉檢單，並可查詢轉診病人轉診相關就醫資料及轉（代）檢報告。針對由彰基轉出之病患，醫師可以直接利用資訊系統彙整病歷摘要，迅速提供病人完整的病情摘要予接受轉介的機構。

轉診資料登錄系統及轉出資訊系統

四、實施成果（Results）

（一）管理政策：

1. 彰基明確將「健康促進」納入發展策略及工作計畫中。癌症品質提升計畫、戒菸專案計畫、糖尿病 CCPC 認證、慢性腎臟病 CCPC 認證、中風中心 CCPC 認證、員工心理衛生促進、員工體能促進、員工健康管理、社區檳榔防制計畫、社區老人關懷計畫、健康新主張行動方案等，皆確實執行健康促進活動。

2. 院方於西元 2012 年投注約新台幣 1 億 4 千 6 百萬元於健康促進相關活動，其中病患健康促進佔 80%，社區健康促進佔 10%，員工健康促進佔 10%。

（二）病人評估：

1. 門診初診病患及六個月須重新評估之病患，吸菸、飲酒及嚼檳榔之評估率：100%。

2. 當次門診病患記錄為仍吸菸者，會連同處方籤，一併列印出當時段之戒菸門診轉介提醒單，方便病患即時戒菸。吸菸患者提醒戒菸比率 100%。

3. 入院護理評估與入院病歷摘要評估結果應於 24 小時內完成評估並記錄於病歷中。病歷室每月抽審住院病歷記錄，品質審查之完整性達 96.5%。

4. 住院病人會由醫師與護理師進行營養篩檢，篩檢率達 100%。營養師會針對住院病人營養篩檢大於 3 分者進行營養追蹤訪視。

（三）病患資訊與介入：

1. 本院備有中文衛教單張 598 項，英文衛教單張 126 項，另有日文、印尼文、越南文、簡體中文、泰文等不同語言之衛教單張。住院病患接受衛教之執行率為 100%；病患及家屬對於衛教之滿意度為 95%。

（四）推動健康職場：

1. 本院健康及安全職場推動得獎紀錄：
   （1） 1998~2011 年榮獲主管機關 - 行政院勞工委員會『友善職場』、『勞資楷模』、『創造就業貢獻』認證。

（2） 2010 年榮獲中華民國工業安全衛生協會頒發公安楷模。

（3） 2011 年榮獲台灣省鍋爐協會頒發推廣勞工安全衛生教育優良事業單位。

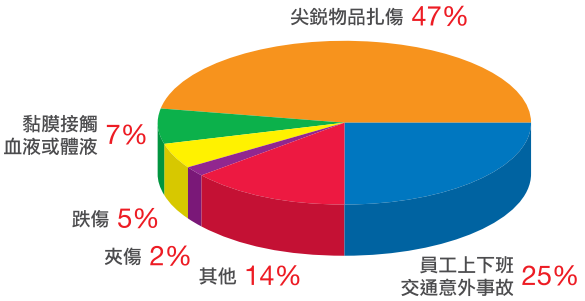
（4） 2012 年榮獲行政院職業訓練局頒發訓練品質企業機構類金牌獎。

2. 本院設置自主檢查 e 化系統，2012 年各單位自主檢查達成率達 99.9%。檢查缺失由本院工務部立即改善。

3. 職業傷害統計：2012 年本院共發生 248 件，其中以尖銳物品扎傷最為常見佔 47%；員工上下班交通意外次之，佔 25%；黏膜接觸血液或體液佔 7% 。

4. 尖銳物品扎傷預防教育成果：尖銳物品扎傷事件為本院職業災害發生率最高的項目，因此，本院積極推動各項尖銳物品扎傷教育，如每年定期於醫院安全衛生教育訓練辦理尖銳物品扎傷之預防、數位學習教育及每季尖銳物品扎傷公告…等，本院尖銳物品扎傷事件已由 2008 年每人每年發生率 3.49% 降低至 2012 年每人每年發生率 2.58%。

2012年職業傷害類型分析



5. 手部衛生活動推廣成果：積極推廣手部衛生教育活動，讓本院員工遵從率由 2004 年 81% 提高至 2012 年 99.3%，並榮獲國家品質標章認證。

（五）持續與合作：

1. 出院準備委員會定期進行轉院及慢性機構滿意度電訪調查，平均滿意度約 75~88%。如家屬對機構有不滿意或抱怨時，協助與機構溝通並進行改善，且有處理紀錄。

五、結論與建議（Comment）

健康促進醫院的推動，對病患而言，有助於防患疾病於未然，減少併發症及續發症的發生，進而減輕痛苦；對醫療機構而言，可藉此評核過程達到改善醫療品質之效果，減少醫療失誤及糾紛的產生；對費用支付者—健保署而言，可減少不必要之醫療資源浪費，減緩醫療支出大幅成長；是三贏的局面。健康促進醫院的推動，須從院方高層做起，在高層的支持下，全員動起來，才能確實發揮健康促進醫院的精神。

彰化基督教醫院百餘年來，秉持耶穌基督救世博愛的精神，以「沒有圍牆的醫院」自勉，持續推展醫療、傳道、服務、教學與研究等事工。近年來，配合國家政策，彰基將原已執行的員工、社區、病患 / 家屬健康促進活動更發揚光大，有幸獲得全球典範獎的肯定。我們很樂意將彰基執行健康促進醫院的經驗與大家分享，也期待學習他人的經驗，讓我們能精益求精，持續改善創新，成為業界永遠的典範。

第二章
以病人為中心的健康促進醫院

第一節

無菸醫院及健康照護機構

邱淑媞
國民健康署署長

壹、來勢洶洶的健康殺手－菸害

菸害是臺灣的頭號殺手；每年的總死亡人數中，男性有 22.2%、女性有 5.9%（男女性合計有 16.0%）可歸因於吸菸。隨著老年人口增加，若吸菸率居高不下，則未來死於吸菸的人數將會持續增加，到 2020 年將比現在高出 38%；反之，若吸菸率能以每年 4% 的速度下降，則每年將可因而減少 4600 人死亡，勉強可將死亡人數持平在 2002 年的水準 （Wen et al., 2005）。吸菸在臺灣造成每年約 4 億美金的醫療花費，佔 35 歲以上醫療保健總支出的 6.8%；而以其生命年數損失換算之生產力成本則高達 14 億美金 （Yang et al., 2005）。

臺灣 18 歲以上成人的吸菸率與英美接近，但歐美女性吸菸率逼近於男性，亞洲國家則是男性吸菸率遠高於女性。據 2012 年臺灣「成人吸菸行為電話調查」，男性吸菸率為 32.7%、女性為 4.3% （國民健康署，2013）。前者相當於美國男性 30 年前之比率；若與 2010 年加拿大、美國、英國男性相比，則臺灣男性吸菸率分別高達其 1.6 倍、1.5 倍與 1.5 倍。中國大陸男性吸菸率比臺灣更高，但香港男性在嚴格的禁菸政策下，吸菸率已下降至 21.9%，與已開發國家相近。可見臺灣男性的高吸菸率，應該也是可以透過政策加以改變的！

貳、醫療機構及醫療人員在菸害防制中的角色

世界衛生組織在「2008 年全球菸害流行報告－ MPOWER」一書中，提出反轉菸害流行曲線的六大政策，包括：（Monitor）監測菸草的使用與預防、（Protect）保護民眾免於菸害、（Offer）提供戒菸協助、（Warn）對菸品危害提出警告、（Enforce）明令禁止菸品廣告、促銷與贊助、（Raise）提高菸稅。在第二大政策「保護民眾免於菸害」中，醫療機構也是實施無菸環境的場所，且基於健康的專業，應做得比一般場所更落實，確保病人、家屬、訪客與醫護人員免於二手菸害；而第三大政策「提供戒菸協助」，更是醫療機構與第一線醫療專業人員在菸害防制中最無可取代的任務。世界衛生組織建議各國要有戒菸專線和戒菸藥物，並將戒菸服務整

合入健康照護系統中。它鼓勵各國政府在實施新的禁菸規定之際，搭配戒菸推廣計畫，以收相輔相成之效；至於戒菸所需經費，則可使用菸稅收入加以補助或給付（World Health Organization, 2008）。

一、戒菸的重要性與有效方法

據世界衛生組織估計，在 20 世紀奪走全球 1 億條人命的菸害，到 21 世紀可能奪走 10 億人。僅靠青少年吸菸的預防，約需 30 年才能使菸害死亡曲線下降；必須加上「戒菸」，才能立即緩和吸菸死亡人數的增加速度（Henningfeid & Slade, 1998）。研究發現，戒菸後，心肌梗塞風險從第 1 天就開始下降、1 年後風險就降到只剩一半；並可因減少心肌梗塞與中風發作，在戒菸第 1 年就開始節省醫療支出，其成本效益高於大家熟知的流感疫苗接種、子宮頸抹片篩檢、高血壓篩檢和膽固醇篩檢等，乃是吸菸者和整個社會都不容錯失的機會（U.S. Department of Health and Human Services, 1990; U.S. Department of Health and Human Services, 2004; Centers for Disease Control and Prevention, 1999; Maciosek et al., 2006）。

有許多介入措施與工具已被證實可有效幫助病人成功戒菸。例如：醫師的戒菸建議可將戒菸率提高至 1.3 倍；在戒菸諮商方面，3 分鐘以內的最簡諮商就可將戒菸率提高至 1.3 倍、3-10 分鐘的簡短諮商可將戒菸率提高到 1.6 倍、而 10 分鐘以上的強度諮商可將戒菸率提高到 2.3 倍，總諮商時間達 31 分鐘以上時更可提高到 3 倍以上。從不同類型來看，使用自助式教材可將戒菸率提高到 1.2 倍、主動電話諮商可將戒菸率提高到 1.2 倍、團體諮商為 1.3 倍、個別諮商為 1.7 倍，使用的形式越多、成功率亦越高，單一種是 1.5 倍、兩種是 1.9 倍、三或四種可達 2.5 倍。藥物的效果更為明顯，例如：bupropion 可將戒菸率提高到 2 倍、各種尼古丁替代劑型效果為 1.5-2.3 倍、最新的 Varenicline 為 3 倍（Miller & Wood, 2002）。由於藥物具最強的戒菸效果，且戒菸嘗試常因一開始嚴重的戒斷症狀而宣告失敗，因此國際上鼓勵讓有意戒菸者（在沒有禁忌症存在之情況下）使用藥物輔助；合併使用藥物與諮商，效果更佳（World Health Organization, 2008; U.S. Department of Health and Human Services, 2008a; U.S. Department of Health and Human Services, 2008b）。根據這些證據，已發展出 5 個 A（Ask, Advice, Assess, Assist, Arrange）的臨床戒菸指引供醫療人員使用，且廣為各國接受（U.S. Department of Health and Human Services, 2008b; Miller & Wood, 2002; National Institute for Health and Clinic Excellence, 2006; National Advisory Committee on Health and Disability, 2002）。

二、醫療體系的戒菸推廣策略

雖然有諸多臨床介入可以有效提高戒菸率，且其成本效益亦受到肯定，但最大的挑戰乃在於如何將這些方法推行到為數眾多的吸菸人口上。在美國與臺灣，一年當中約有七成到九成以上人口會使用醫療服務，生病時戒菸的動機也可能比較高，因此先進國家皆提倡善用醫療機構及其醫

療人員與吸菸者接觸的寶貴界面，擴大戒菸涵蓋率，有效增加戒菸成功的人數（World Health Organization, 2008; U.S. Department of Health and Human Services, 2008a; Silva, 2003; World Health Organization, 2004; WHO Tobacco Free Initiative, 2005）。文獻回顧顯示，建立辨識病人吸菸狀態的系統，可將戒菸介入的比率提高至 3 倍、將戒菸率提高至 2 倍；臨床訓練也可將醫療人員提供戒菸治療的比率提高到 3 倍、戒菸率提高到 2 倍；臨床訓練加上病歷紀錄設計（例如提示系統、吸菸標籤、戒菸治療流程圖等）則可提高詢問吸菸狀態、設定戒菸日期、提供衛教資料以及安排追蹤的比率。病人的保險有給付戒菸治療者，獲得戒菸介入、嘗試戒菸以及戒菸成功的比率都比保險不給付的病人高（U.S. Department of Health and Human Services, 2008a）。

基於吸菸對健康的重大危害、戒菸的健康與經濟效益以及戒菸方法與推廣策略的有效性，歐美各國近年來大力透過各種醫療政策來支持戒菸。以美國為例，已經將戒菸服務的執行狀況納入醫院評鑑與醫療保險的品質指標中，並列入品質資訊公開項目，可以在網站查詢到各醫院戒菸服務的表現，並與其他醫院比較。

美國衛生部根據前述科學實證基礎，對醫療體系提出五項建議：

1. 每一個門診（不論科別）都應建立辨識吸菸者的系統，對每一個病人都應例行性詢問吸菸狀態並加以記錄。
2. 給予醫療人員充分的戒菸訓練，提供戒菸資源（例如戒菸專線、衛教資料、藥物資訊等），並將個人戒菸服務執行狀況回饋給醫療人員。
3. 與所有員工溝通戒菸的重要性以及每一位員工在戒菸服務中的職責，將戒菸服務的表現納入員工考核中，並指派專人負責戒菸治療的協調。
4. 醫院應從政策上支持住院戒菸治療；每一個部門都必須做到完全無菸，對所有住院的吸菸者都應提供戒菸服務，並教育員工：即使病人尚未打算戒菸，第一線的戒菸藥物仍有助於減輕病人住院時的尼古丁戒斷症狀。
5. 將有效的戒菸治療（包括諮商與藥物治療）都列入給付項目（U.S. Department of Health and Human Services, 2008a）。

三、醫療人員在菸害防制中的角色

世界衛生組織在 2004 年發表「醫療人員專業組織菸害防制守則」（World Health Organization, 2004），並在 2005 年世界無菸日以「醫療人員反制菸害」為主題，提倡戒菸服務與菸害防制是每一位醫療人員的職責；醫療人員應扮演的角色包括：

1. 角色模範：身為專業人員，要以身作則，不吸菸，如有吸菸應戒菸。

2. 臨床人員：各類醫療人員都要例行性地詢問每一位病人的吸菸狀況和菸害暴露，採用有實證基礎的作法與最佳模式—建議吸菸者戒菸，給予戒菸協助或轉介及追蹤（執行 5As）；對容易暴露到二手菸者（例如兒童與婦女病人），

亦要給予如何避免菸害的教育（並建議其家人戒菸）。

3. 教育者：要將戒菸治療及菸害防制納入醫護人員的養成與臨床訓練中。

4. 科學家：提供具科學基礎的戒菸治療與菸害防制，參與相關研究，並促使補助機構及研究機構重視此一領域。

5. 領導者：善用在專業領域的地位與社會的知名度，影響或支持政府推行菸害防制，並參與相關政策之發展；在自己的專業機構內（例如醫院），應禁止菸品之販售與促銷。

6. 意見提倡者：善盡社會公民的角色，為菸害防制發聲及倡導。

7. 聯盟促進者：結合各界力量共同努力。

8. 提防菸商之活動：勿接受菸商贊助，並聯合譴責菸商對菸害防制政策與執法之阻撓（WHO Tobacco Free Initiative, 2005）。

參、歐洲無菸醫院的理念與策略

歐盟在1999年成立了「歐洲無菸醫院網絡」（European Network for Smoke-free Hospitals, 簡稱 ENSH），至 2014 年已有 21 個國家，30 個網絡會員加入。其精神是認為醫院不僅應該是一個無菸場所、必須遵守相關的禁菸法令，還須善盡減少菸草使用與降低菸害的義務，這些義務包括：提供吸菸者積極主動的戒菸支持，提供吸菸員工戒菸服務，辦理有關戒菸與菸害的員工教育訓練，提倡社區菸害防制，以及研究與評估（European Network, 2009a）。

無菸醫院的發展基礎是「歐洲無菸醫院守則」，ENSH 就依據其 10 個條文，發展出無菸醫院標準，並有相對應的自我檢核表，共有 42 個項目，每一項目之執行狀況依完全未做、落實未達一半、超過一半、完全落實，分為 1-4 分，滿分為 168 分，作為協助醫院導入、找出優點與弱點、追蹤進展以及持續追求進步的工具。茲將其標準敘述如下（European Network, 2009b）：

標準一：承諾（共 24 分）

健康照護機構應使其決策者參與，成立無菸政策工作小組，並承諾拒絕一切菸商之贊助或委託。

1.1 健康照護機構公開採納 ENSH 標準並展現實踐該標準的政策承諾。

1.2 健康照護機構的無菸政策包括禁止接受任何來自菸商的贊助或經費。

1.3 成立一工作小組或委員會，以發展及支持無菸政策的實施與監測。

1.4 指派一位高階主管擔任工作小組或委員會之召集人，監督並負責無菸政策。

1.5 在該機構之營運計畫或合約中，有載明相關的行動並配置經費與人力，以進行政策之溝 通、實施與監測。

1.6 各部門之主管與監督者有落實及遵守政策

之責，並應指導所有員工扮演其在政策實施與監測之角色。

標準二：溝通（共 16 分）

健康照護機構有一無菸政策的策略與實施計畫，並告知所有員工、病人及社區。

2.1 工作小組或委員會必須清楚界定溝通的系統，指出將透過哪些特別設計的媒介，使所有員工、病人及社區周知該機構的無菸政策與戒菸支持系統。

2.1.1 員工溝通系統的方向應是從高階主管到中階主管到所有員工（例如：透過政策佈達、書面通知、到職程序或新進人員介紹）。

2.1.2 對於合約廠商或外包服務，亦要求其配合機構的無菸政策並使其員工周知。

2.1.3 對於病人，應在入院前告知：本機構採行嚴格的無菸政策並提供戒菸支持。

2.1.4 透過社區服務，告知民眾本機構採行嚴格的無菸政策並提供戒菸支持。

標準三：教育訓練（共 16 分）

健康照護機構有一套訓練計畫，以指導所有員工如何以最佳方法接觸吸菸者及支持戒菸。

3.1 機構確認所有員工都有獲得關於政策的指導或說明，知道如何向吸菸者告知機構的無菸政策。

3.2 主管與臨床人員一律須接受政策指導或說明。

3.3 提供所有員工有關戒菸簡短介入的訓練。

3.4 提供相關臨床人員有關動機增強與戒菸技巧的訓練。

標準四：吸菸辨識與戒菸支持（共 32 分）

機構能辨識吸菸者及提供戒菸支持設施，並確保出院後的持續支持。

4.1 機構有一套系統性的程序，能辨識及記錄病人的吸菸狀態（包括被動吸菸），以便提供適當的協助、支持與治療。

4.2 此套程序包括辨識及記錄有被動吸菸風險的病人（包括胎兒及兒童），以便提供適當的協助與支持。

4.3 機構有戒菸服務，或有使用戒菸服務的直接管道，可幫助病人戒菸（包括住院與門診病人）。

4.4 在所有吸菸者的照護計畫中，使用具最佳實證的戒菸方法與動機增強技巧。

4.5 將藥物治療納為戒菸服務中不可或缺的一環。

4.6 配置特定人力與經費以落實戒菸服務。

4.7 機構的戒菸服務或其所使用的戒菸服務，有系統性的轉介與監測系統，使所有吸菸者在一年時能獲得追蹤。

4.8 將菸害與戒菸方法的資訊，廣泛提供給員工、病人與社區。

標準五：菸害管制（共 20 分）

整個機構已發展為無菸園區（包括室外空間），並持續維持中。

5.1 機構已實現並持續維護為一個完全無菸的園區（包括室外空間）。

5.2 供員工與訪客使用的所有工作區域、治療區域、共同空間與設施，一律禁止吸菸。

5.3 供病人使用的所有工作區域、治療區域、共同空間與設施，包括運輸工具，一律禁止吸菸。

5.4 機構擁有或使用的所有屋頂陽台、露台與運輸工具，一律禁止吸菸。

5.5 如有例外，僅允許在一與無菸區域完全區隔並遠離入口與接待區的特定區域吸菸。

標準六：環境（共 24 分）

在適當位置張貼清楚的禁菸標示並禁止一切吸菸的誘因（亦即不得廣告、放置菸灰缸或販售菸品）。

6.1 有張貼解說標誌，表明機構的無菸立場。

6.2 若機構需要有吸菸區域，應加以清楚界定並僅允許在此區域有菸灰缸。

6.3 機構有責任與程序以確保：

6.3.1 員工絕不會暴露到被動吸菸，且若有此情況會加以記錄。

6.3.2 病人絕不會暴露到被動吸菸，且若有此情況會加以記錄。

6.3.3 訪客絕不會暴露到被動吸菸，且若有此情況會加以記錄。

6.4 機構有一政策，禁止在機構內任何地方有菸品的販售、提供或廣告。

標準七：健康職場（共 20 分）

有員工管理政策與支持系統，以保護及增進所有在機構工作人員的健康。

7.1 機構有一員工管理政策，要求員工對機構的無菸環境與文化給予支持及許諾。

7.1.1 在招募員工時即使其知道機構的無菸政策及其連帶意涵。

7.1.2 在員工僱用合約（包括子合約以及外包廠商合約）中，要求員工許諾遵行機構的無菸環境與文化。

7.2 機構有一套程序以辨識及記錄員工的健康狀態（包括吸菸習慣），以便提供適當的協助、支持與治療。

7.3 機構有戒菸服務，或有使用戒菸服務的直接管道，可幫助員工戒菸。

7.4 將無菸政策納入懲戒程序中加以管理，並與僱用架構／政策或法令要求一致。

標準八：健康促進（共 4 分）

在社區辦理及推廣菸害防制活動。

8.1 機構與當地社區或其他夥伴推廣及辦理地方性、全國性與國際性的無菸活動。

標準九：遵行度監測（共 8 分）

健康照護機構應更新與增廣資訊，以維持其對無菸政策、戒菸追蹤與品質保證的承諾。

9.1 機構的政策工作小組或委員會負責確保政策的年度監測，包括溝通、戒菸服務與遵行度系統。

9.2 對無菸政策的行動計畫有定期回顧及更新，以滿足資訊、教育與訓練的需求，確保品質。

標準十：政策落實（共 4 分）

先使其信服，然後考慮立法限制。要有耐心！

10.1 欲成功落實無菸政策以成為無菸機構，需要該機構有完全的承諾，以落實所有步驟。

根據 ENSH2005 年的統計資料，各醫院表現較好的領域是「菸害管制」、「環境」與「溝通」，而落實情況最弱的是：「監測」、「教育訓練」以及「吸菸辨識與戒菸支持」（European Network, 2009c）。

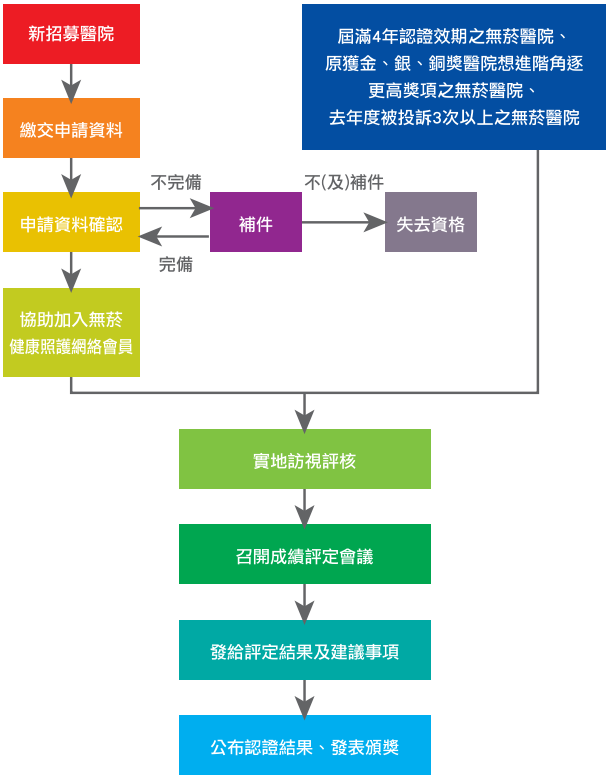
肆、臺灣推動無菸醫院之歷程與成果

一、歷程

我國菸害防制法自 1997 年起正式實施並於 2009 年修正上路，依菸害防制法規定，醫院皆為全面禁菸場所。除法令規定外，為促進國民健康，我國在 2006 年成立亞洲第一個健康促進醫院網絡；2009 年推動 100 萬個我願意活動，發動愛心連署讓吸菸者主動戒菸、家人鼓勵戒菸及醫療專業人員幫助戒菸；並訂定 2010 年為戒菸行動年，建立戒菸共同照護網，除既有的門診戒菸與戒菸專線，亦加強結合民間團體、宗教界與企業發動全年性宣導，並結合地方衛生及相關部門廣邀民眾參與戒菸行動，不僅營造職場、學校、醫院、家庭之支持性環境，也提供多元戒菸服務，推動各種戒菸就贏創意競賽等，邀請所有民眾的支持與參與，希望能共同幫助吸菸者戒菸；衛生福利部國民健康署 (原行政院衛生署國民健康局) 自 2010 年起積極與全球無菸健康照護服務網絡（ENSH）秘書處聯繫，籌劃成立臺灣網絡，其後於 2011 年以行政院衛生署國民健康局名義加入，成為亞太地區第一個網絡。臺灣無菸網絡在全臺醫院對健康促進及預防保健工作的重視與支持下，迅速擴展為亞太地區第一大網絡，且規模持續壯大，至 2014 年底已有 179 家醫院 (包含醫學中心 17 家、區域醫院 76 家、地區醫院 86 家) 加入無菸醫院行列。

為推廣無菸醫院概念，使無菸醫院得以落實，我國於 2011 年 4 月便召集醫院管理、公共衛生及醫療護理三大領域專家，共同組成顧問團隊，召開多次會議，以 ENSH 10 大標準 (承諾、

溝通、教育訓練、吸菸辨識與戒菸支持、菸害管制、環境、健康職場、健康促進、遵行度監測與政策落實）及 42 個自我檢核項目為基準，發展本土性「全球無菸健康照護服務網絡認證標準及檢核表」，於檢核表中依據各標準及項目，共列出符合臺灣狀況的 102 項檢核重點，請參與醫院逐項執行，進行院內自我評量，作為醫院執行與準備的重要參考方向，以利導入無菸醫院及持續追求進步之動力；亦於 4 月召開說明會，邀集全國醫院參與，會中除介紹無菸醫院認證架構與內涵，還有大林慈濟醫院、臺北醫學大學附設醫院、彰化基督教醫院鹿東分院及衛生福利部嘉南療養院推動無菸醫院的經驗分享，讓醫院認識無菸醫院，進而加入無菸醫院。並邀請國內相關領域專家成立訪視團隊，於訪視前召開共識會議，凝聚委員共識及評分一致性，藉由實地訪視，協助輔導並檢視醫院執行情形，讓無菸醫院的推動更加精進；此外，2012 年國內無菸醫院認證制度更通過 ISO9001 認證，確保流程的完善，作為持續改善的動力，以建立有系統且高水準的無菸醫院品質，我國無菸醫院認證流程如圖一。



圖一、我國無菸醫院認證流程

二、成果

2014 年國內無菸醫院評核結果（共 43 家醫院接受實地訪視評核），總分平均達 153.0 分（依據 ENSH 評核標準，滿分為 168 分），較 2011 年 146.3 分成長，並有 30 家醫院達國際金獎水準，其中以標準一（承諾 - 健康照護機構應使其決策者參與，成立無菸政策工作小組，並承諾拒絕一切菸商之贊助或委託）、標準二（溝通 - 健康照護機構有一無菸政策的策略與實施計畫，並告知所有員工、病人及社區）及標準六（環境 - 在適當位置張貼清楚的禁菸標示並禁止一切吸菸的誘因（亦即不得廣告、放置菸灰缸或販售菸品）表現最佳，顯示在我國醫療體系追求卓越的文化、重視與病人的互動及菸害防制法的規範下，無菸醫院能夠順利推行且持續進步。在標準四（吸菸辨識及戒菸協助 - 機構能辨識吸菸者及提供戒菸支持設施，並確保出院後的持續支持）及標準九（遵行度監測 - 健康照護機構應更新與增廣資訊，以維持其對無菸政策、戒菸追蹤與品質保證的承諾）的平均得分較其他標準低，也指出我國在跨部門戒菸服務整合、醫護人員主動協助

戒菸及執行監測上，仍需繼續努力。

為分享臺灣經驗與國際交流，我國分別於2011年及2012年辦理2場無菸醫院國際研討會，共計邀請了奧地利、德國、愛爾蘭、西班牙、蘇格蘭等國外專家分享經驗，講述無菸醫院金獎評核過程與發展、衛生專業人員推動菸害防制工作之經驗、從理論到實務－激勵工具與推動策略、透過組織改造達到無菸健康照護場域等，並展現臺灣無菸醫院成果。另外，全球無菸健康照護網絡為提供國際分享與學習之管道，推廣無菸醫院概念，每年均舉辦「全球無菸醫院國際金獎認證」，由各國提送達到參賽門檻且極具特色之候選醫院參加評比，我國於101年起推薦無菸醫院參與全球無菸醫院國際金獎認證，經過全球激烈的競爭與無菸醫院推動最佳實證的考評，至今已有11家醫院（衛生福利部嘉南療養院、聖馬爾定醫院、臺安醫院、國泰綜合醫院、壢新醫院、彰化基督教醫院、臺北醫學大學附設醫院、中山醫學大學附設醫院、新北市立聯合醫院、高雄醫學大學附設中和紀念醫院、天主教永和耕莘醫院）榮獲國際金獎殊榮，是所有網絡中得獎家數最多的國家。2014年獲獎之高雄醫學大學附設中和紀念醫院及天主教永和耕莘醫院更受邀參與2014年4月23日於西班牙舉辦之「2014無菸金獎論壇」金獎頒獎暨國際研討會，分享我國落實院區無菸環境、員工教育與訓練、實施戒菸服務等成果與綜合座談，這樣的殊榮與實質參與，不僅使國內菸害防制及醫療保健政策得以與世界接軌，對於將國內預防醫學與醫院健康促進成果推上國際舞台，亦具有重大意義。

國民健康署2013年「成人吸菸行為調查」顯示，成人（18歲以上）吸菸率從2008年的21.9%降到2013年的18.0%。同時期，成年男子的吸菸率從38.6%降到32.5%，成年女子則維持在4%左右。至2013年止，在禁菸公共場所曝露於二手菸的機率從2008年的23.7%下降到9.2%。估計過去5年來減少大約54萬人吸菸。

無菸醫院宗旨為「不僅必須遵守相關禁菸法令，成為一個全面無菸場所，且應善盡減少菸草使用與降低菸害的義務」。在標準四中即會要求詢問 一位病人是否吸菸，並積極勸告病人戒菸，2013年無菸醫院的戒菸治療服務人數為24,938人，較2012年服務人數13,650人，成長82.7%，非無菸醫院的成長率僅為54.6%；透過無菸醫院的擴展，能掌握每一次接觸吸菸者的機會，有效勸導與幫助吸菸者戒菸，未來持續邀請榮獲國際金獎的醫院代表加入訪視團隊，傳承實戰經驗，激勵更多醫院加入無菸醫院的行列，共同守護國人的健康，打造無菸臺灣。

伍、結語與展望

菸害是已開發國家共同的頭號殺手，醫療機構在菸害防制中最重要的任務是落實無菸環境與提供普及化的吸菸辨識和戒菸服務，這是世界衛生組織與歐美各國政府一致推動的重點，亦是值得臺灣努力的方向。

古人有云：下醫醫病、中醫醫人、上醫醫國。許多醫療人員所從事的專長，可能是針對某一個疾病或症狀給予處理，例如骨科醫師處理骨折、

關節炎，皮膚科醫師處理皮膚疾病，兒科醫師處理兒童上呼吸道感染，護理人員負責給藥、量血壓……， 非常辛苦，對病人幫助很大，卻不一定能直接救到人命。如果我們願意多花一分鐘，看到問題背後這個完整的「人」以及在他身上非常要命的吸菸問題，給他一句勸告，或許會因而救到這個寶貴的生命；而當我們每一個人、對每一位病人或同事都這樣做時，憑藉著醫療體系龐大的接觸界面與專業權威，將能對全體民眾的健康產生顯著的影響和貢獻，成了醫國的上醫！

在日益嚴重的慢性病威脅中，對男性而言，還沒有一個慢性病能比吸菸問題更普遍，更沒有任何慢性病的治療，可以像吸菸一樣，只靠醫護人員一句話、或 3-10 分鐘的簡短諮商、或 8 次的門診、或是吃不到三個月的藥，就可能根治！卻也沒有任何一個慢性病的治療像吸菸一樣，還得不到各國政府普遍的重視，不給予完整的給付。

經過多年的努力，臺灣終於啟動了二代戒菸給付模式，將門診、住院、急診及社區藥局納入戒菸治療服務，以面對面的方式進行「戒菸衛教暨個案管理」，孕婦、青少年及一般不適合用藥的戒菸者皆可受惠，「社區藥局」亦可提供戒菸藥物治療服務，提供民眾社區化、可近性、便利性的戒菸專業服務，戒菸服務遍及全國各地，提供全人、全程及全面的服務，落實健康人權，而無菸醫院十大標準，乃是積極營造無一手菸、二手菸、三手菸的支持性環境，有助於幫助醫療機構找出吸菸者、善用二代戒菸，促使其成功戒菸。

參考文獻

中文參考文獻

國民健康署 (2013)。臺灣菸害防制年報。台北：衛生福利部國民健康署。

英文參考文獻

Centers for Disease Control and Prevention. (1999). *An Ounce of Prevention….What Are the Returns?* (2nd ed., rev). Atlanta, GA: U.S. Department of health and Human Services, CDC.

European Network, ENSH. *Smoke free hospitals and health services.* Retrieved March 17, 2009, from: URL: http://www.ensh.eu/ensh/racine.

European Network. ENSH audit process. *Smoke free hospitals and health services.* Retrieved March 17, 2009, from http://www.ensh.eu/ensh/racine/default.asp?id=954.

European Network. ENSH brief presentation. *Smoke free hospitals and health services.* Retrieved March 17, 2009, from: http://www.ensh.eu/repupload/upload-ensh/ensh-brief_presentation2008.pdf.

Henningfeid, J. E., Slade, J.(1998). Tobacco-dependence medications: public health and regulatory issues. *Food Drug and Law Journal,* 53(l), 75-114.

Maciosek, M. V., Coffield, A.B., Edwards, N. M., Flottemesch, T. J., Goodman, M. J., Solberg, L. I. (2006). Priorities among effective clinical preventive services: results of a systematic review and analysis. *Am J Prev Med, 31*, 52-61.

Miller, M., Wood, L. (2002). *Smoking cessation interventions: review of evidence and implications for best practice in health care settings.* Canberra: Commonwealth of Australia.

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2006). *Brief interventions and referral for smoking cessation in primary care and other settings.* London: NICE.

National Advisory Committee on Health and Disability. (2002). *Guidelines for smoking cessation.* Wellington (New Zealand):

National Health Committee

Silva, V. C. (Ed.). (2003). *Policy recommendations for smoking cessation and treatment of tobacco dependence.* Geneva: WHO.

U.S. Department of Health and Human Services. (1990). *The Health Benefits of Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General.* Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Office on Smoking and Health.

U.S. Department of Health and Human Services. (2004). *The Health Consequences of Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General.* Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services, Office on Smoking and Health.

U.S. Department of Health and Human Services. (2008). *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update.* Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.

U.S. Department of Health and Human Services. (2008). *Helping smokers quit: a guide for clinicians.* Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service..

Wen, C. P., Tsai, S. P., Chen, C. J., Cheng, T. Y., Tsai, M. C., Levy, D. T. (2005). *Smoking attributable mortality for Taiwan and its projection to 2020 under different smoking scenarios.* Tobacco Control, 14(1), 76-80

World Health Organization. (2004). *Code of practice on tobacco control for health professional organizations.* Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2008). *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: the MPOWER Package.* Geneva: WHO.

World Health Organization Tobacco Free Initiative. (2005). *The role of health professionals in tobacco control.* Geneva: WHO.

Yang, M. C., Fann, C.Y., Wen, C.P., Cheng, T.Y. (2005). Smoking attributable medical expenditures, years of potential life lost, and the cost of premature death in Taiwan. *Tobacco Contro,*14(1), 62-70.

無菸醫院新文化 健康生活你我他

中山醫學大學附設醫院

一、現況分析 (Baseline assessment)

協助戒菸是醫護人員所能提供最具效益的服務之一，也是人類可預防死亡的最重要因素。基於民眾的健康與需求，並體現本院之社會責任，醫院於 2002 年起即投入推廣戒菸服務，同時開辦門診戒菸，惟成果並不如預期。為了改善服務品質與成效，醫院遂於 2011 年底承接「戒菸服務社區整合試辦計畫」，動員全院同仁積極準備參與無菸醫院認證。於該計畫推展之前，醫院戒菸服務所面臨的主要問題為：

1. 戒菸服務利用率偏低：門診戒菸成效不彰，不但民眾不瞭解，院內同仁亦不熟悉此項服務。
2. 醫護同仁未積極參與：缺乏投入戒菸服務之誘因，各科別醫師及衛教師參與意願不足，更欠缺戒菸服務的相關臨床訓練，導致未能提供足夠且有效的戒菸門診。
3. 無菸醫院理念待推廣：醫院未能整合社區與醫院資源，全面宣導醫院無菸政策，形塑健康促進醫院文化，員工、病患與來院民眾無法體會本院推動無菸環境的理念與用心。
4. 民眾對戒菸認知不足：社區民眾缺乏菸害的正確資訊，未尋求適當管道進行戒菸，或用錯誤方式戒菸。
5. 欠缺整合性戒菸服務：戒菸服務僅限於少數醫師提供，未能整合一個周全的戒菸照護網，結合醫師、護理師、社工師、個案管理師等專業以符合戒菸者生理、心理與社會支持的需求。

所幸在院長的積極支持與同仁的努力下，醫院的戒菸服務於第二年有了爆發性的成長，2012 年門診戒菸服務量約達前一年的 5 倍；除了量的成長外，在服務品質上更榮獲 2012 年全國三個月戒菸成功王第二名、戒菸績優王第三名，2013 年更代表台灣獲得全球無菸健康照護服務網絡（ENSH）國際金獎，以下說明本院針對無菸醫院推展所實施的相關措施與策略。

二、準備工作、資源投入與策略規劃 (Plan)

(一) 結構面 - 組織

1. 整合社區資源：
   結合衛生所、社區醫療群、學校及當地社區發展協會與商家，與中山醫學大學附設醫院共同推動無菸環境，提供民眾全方位之戒菸服務。
2. 社區組織運作及人才培訓：

(1) 成立無菸醫院推動小組， 推廣醫院健康理念與政策。

(2) 建立無菸志工團隊，並辦理相關訓練課程。

(二) 過程面 - 渥太華健康促進五大行動綱領

1. 訂定健康的公共政策：

(1) 推動無菸醫院與實施無菸政策，達到全球無菸健康照護服務網絡（ENSH）認證標準。

(2) 協助職場及社區建立無菸之公共政策。

2. 創造支持性的環境：

(1) 建立醫院健康新文化，讓員工與民眾體認醫院推動無菸環境的決心與理念，並激勵民眾戒菸意願。

(2) 藉由查核與改善的過程，確保全院院區成為無菸環境。

3. 發展個人技巧：

(1) 培訓志工及醫院戒菸服務團隊，進行社區宣導服務，鼓勵並協助民眾戒菸。

(2) 配合個人化需求，由家醫科醫師、護士與個管師組成民眾戒菸個案管理小組，追蹤管理個案的戒菸情形。

4. 強化社區行動：

(1) 透過社區資源整合，營造無菸社區。

(2) 辦理社區宣導，至社區或校園舉辦菸害防制衛教講座與諮詢，增進社區民眾對菸害的認知，並找出社區潛在個案。

5. 調整健康服務方向：

(1) 整合院內醫師、藥師、護理師、社工師組成戒菸服務團隊，提供戒菸者最好的服務。

(2) 建立院內轉介系統：與氣喘照護網、糖尿病照護網、癌症防治中心合作建立快速轉介流程，鼓勵病友接受戒菸服務。

三、執行狀況 (Action)

依據無菸醫院十大標準進行。

標準 **1**：承諾：健康照護機構應使其決策者參與，成立無菸政策工作小組，並承諾拒絕一切菸商之贊助或委託。

1. 醫院依據「全球無菸健康照護服務網絡（ENSH）認證標準」，成立「無菸政策推動小組」，並透過「中山醫學大學附設醫院無菸政策」及「員工戒菸成功獎勵辦法」，積極營造舒適的無菸環境。

2. 成立「無菸政策工作小組」，由院長擔任召集人，委員由醫護部、醫療部、醫務行政、人資室、社服組、資訊室、醫管部、總務室等跨科部團隊組成，每 3 個月定期召開會議，負責編列年度預算，推動並監督無菸政策之推行，規劃院內、社區之戒菸相關訓練、宣導衛教活動與研究之進行。

3. 總院呂克桓院長帶領全院各科部主管及社區醫療群醫師，進行無菸醫院宣誓活動，展現本院

邁向「無菸醫院」的決心。並提出「戒菸有你，健康萬歲」作為活動口號，期盼在醫院、員工、民眾的共同參與下，推展並協助 1000 位民眾戒菸，以每人多活十年的效益估計，預期共可挽救「一萬歲」的壽命 (下圖)。

4. 醫院無菸政策中明文規定禁止接受任何來自菸商的贊助或經費，並由「無菸政策推動小組」負責監督。

5. 每年一次針對院內員工及門、急、住診病人進行醫院實施禁菸的支持度調查，結果顯示多數員工 (98.6%) 及民眾皆贊同並支持醫院實施禁菸。

標準 **2**：溝通：健康照護機構有一無菸政策的策略與實施計畫，並告知所有員工、病人及社區。

1. 辦理院內員工教育訓練課程，舉行多場社區菸害衛教講座，推動職場或商店加入禁菸行列，並提供戒菸班及戒菸相關課程。

2. 於外包廠商合約中載明因應菸害防制法及本院無菸醫院政策，外包人員須遵守室、內外全面禁止吸菸規範。若其員工有違反情形，處以該員工新台幣 1,000 元之罰金並得以連續處罰至改善為止。如讓本院受他人或機構檢舉而遭處罰時，須賠償所受罰金之兩倍。

3. 入院通知單暨同意書中明載本院無菸政策之相關規定，在住院病人辦理入院手續及環境介紹時，告知病人與陪伴之親友院內禁菸規範，入院後於醫護人員解釋下簽署住院同意書，並再次以口頭宣導。

4. 門診病患所必須填寫之初診資料表中，加註本院為禁菸場所，醫院室內、外皆全面禁菸的規定。

5. 深入社區主動發現院內、社區、職場及校園之吸菸個案，提供戒菸衛教服務。

標準 **3**：教育訓練：健康照護機構有一套訓練計畫，以指導所有員工如何以最佳方法接觸吸菸者及支持戒菸。

1. 予公假或經費補助方式，鼓勵醫護人員院外進修及取得門診戒菸醫師或戒菸衛教師認證資格。

2. 舉辦戒菸相關主題之員工教育訓練活動，包括菸害防制、戒菸藥物治療與國民健康署二代戒菸試辦計畫等相關主題， 上課者可抵員工教育訓練課程 1 積分。

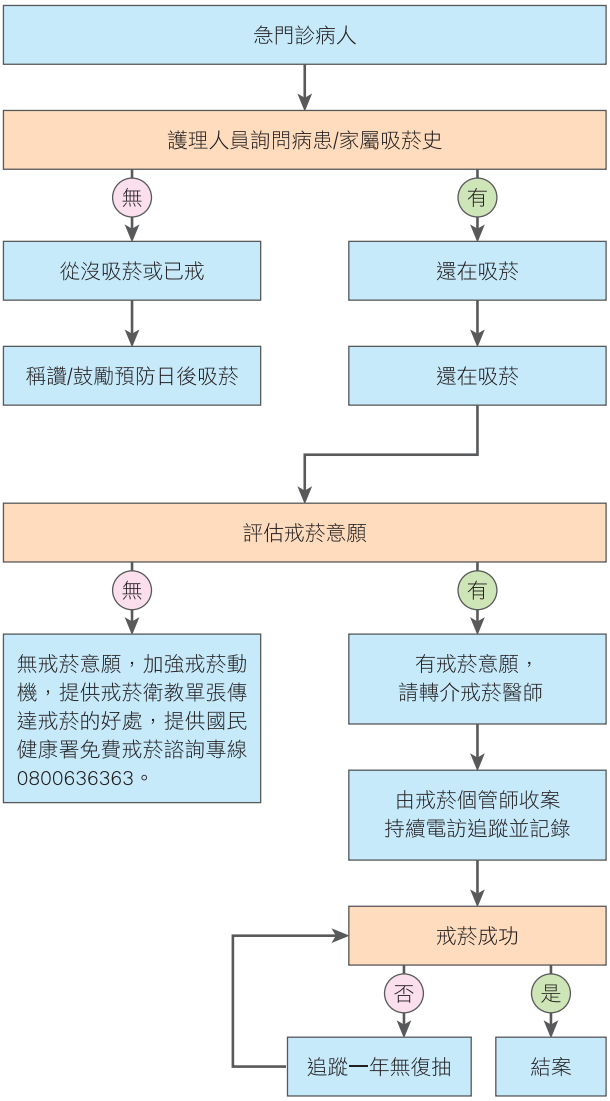
標準 **4**：吸菸辨識與戒菸支持：機構能辨識吸菸者及提供戒菸支持設施，並確保出院後的持續支持。

1. 在醫院電子病歷系統內建置提醒系統，病人病歷首頁每三個月都會出現彈跳視窗，提醒醫師詢問看診民眾是否吸菸，對於吸菸民眾會立即主動列印出門診戒菸轉介單，鼓勵病人接受戒菸服務。

2. 小兒科門診醫護人員針對就醫之嬰兒及小孩詢問是否有被動吸菸狀態。

3. 針對各科別病人，設計與病人關聯性高的海報立牌，由該科別醫師擔任代言人，並置於門診候診區，以強化門診病人戒菸動機 (下圖)。

4. 建立門診、住診及急診病患戒菸轉介標準流程，依照病患病情狀況，由戒菸醫師或護理師提供戒菸衛教或戒菸藥物治療 (下圖)。為提升轉介成效，凡轉介個案接受門診戒菸者，由院方發予獎勵金，轉介最多者並於月會中公開表揚。



5. 鼓勵同仁取得戒菸門診醫師與戒菸衛教師資格，以實證基礎提供高可近性的門診戒菸服務，服務時間從週一至週五，並包含夜間門診，方便民眾利用。

標準 **5**：菸害管制：整個機構已發展為無菸園區（包括室內外空間），並持續維持中。

1. 依菸害防制法規定並配合無菸醫院政策，由警衛與志工巡邏院區，並備有稽查及勸導記錄。
2. 於特定高吸菸風險區域設置錄影系統並加強，確實維持醫院內外全面禁菸環境。

標準 **6**：環境：在適當位置張貼清楚的禁菸標示並禁止一切吸菸的誘因（亦即不得廣告、放置菸灰缸或販售菸品）。

1. 配合無菸醫院政策，嚴禁院內任何菸品的販售或菸品廣告之張貼。
2. 在出入口、病房、電梯、各樓層安全梯等貼上禁菸標誌及拒吸二手菸標語，製作醫院全面禁菸之管理範圍平面圖，並由總機定時廣播，跑馬燈隨時播放禁菸信息。
3. 透過各種媒介及管道宣導禁菸，包括停車場取卡時自動廣播本院為無菸醫院；門診報到插卡機及門診導覽機亦播放禁菸宣導及本院戒菸服務相關資訊 (下圖)。

標準 **7**：健康職場：有員工管理政策與支持系統，以保護及增進所有在機構工作人員的健康。

1. 於新進人員到職訓練中宣導無菸醫院政策，告知全院室內外皆為禁菸區，提供管理範圍地圖。
2. 在員工雇用合約中，載明醫院禁菸相關事項，確保新進員工能確實遵守醫院禁菸政策。

3. 將樓梯改建為明亮、活潑的「健康步道」，鼓勵同仁及來院民眾使用，除促進健康外，更降低於樓梯間吸菸的機會 (下圖)。

4. 透過每年定期員工健檢了解員工健康情況，其中包括目前抽菸狀態，使各部門主管知道員工之吸菸狀況，並給予戒菸勸導。

5. 訂定「員工戒菸成功獎勵辦法」，對於戒菸成功之員工進行表揚並予以鼓勵。

標準 **8**：健康促進：在社區辦理及推廣菸害防制活動。

1. 配合整合性篩檢活動，於學校、職場、軍隊、社區辦理菸害宣導及戒菸班。

2. 結合鄰近商家，推動無菸社區及「中山健康生活圈」，將健康知能導入於民眾日常生活中。

3. 與某高中合作，針對易染上吸菸習慣的特定青少年族群，如中輟生、家庭支持不足者，成立「肺欲清」成長團體及部落格，藉由師長、同儕的關懷，鼓勵其培養正當的興趣與活動，取代吸菸的不良嗜好。

標準 **9**：遵行度監測：健康照護機構應更新與增廣資訊，以維持其對無菸政策、戒菸追蹤與品質保證的承諾。

1. 訂立適當可行的評估指標，每年底進行計畫推動成效評值。

2. 由清潔隊統計醫院各處菸蒂量，瞭解醫院吸菸最多的地方，並提出改善之道，如裝設攝影機、海報或布條加註警語、加強巡查及主動勸告。

標準 **10**：政策落實：先說服，必要時考慮立法限制。有耐心！

1. 由「無菸政策工作小組」定期評值無菸醫院之成果。

2. 每年度依照 ENSH 標準自我檢核醫院各項無菸政策落實情形，針對不足的部分討論相關改進方法。

四、實施成果 (Results)

一、管理政策：

指標 1：員工支持無菸醫院政策的比例 98.6%

指標 2：病患（與家屬）支持醫院為無菸醫院的比例 92.1%

二、病人評估：

指標 3：門診病人接受菸害評估的比例 100%

指標 4：門診戒菸病人 3 及 6 個月持續追踪比例 93%、71%

三、病人資訊與介入：

指標 5：接受門診戒菸服務人數 335 人

指標 6：門診戒菸病人 3 及 6 個月成功率 58%、29%

四、推動健康職場

指標 7：員工瞭解本院無菸醫院比例 92%

指標 8：目前吸菸員工，接受戒菸衛教或諮詢的比例 100%

五、持續與合作

指標 9：經由其他科轉介戒菸門診之比例達 14%

指標 10：依據 ENSH 標準自我檢核的分數達 167 分

五、結論與建議 (Comment)

在台灣每年有超過 90% 的吸菸者至醫療院所就醫，是吸菸者最容易接近的場所及最易取得的資源，而醫護人員在民眾心目中更是最受信賴的健康資訊提供者，醫院自是責無旁貸，應負起推動無菸環境與戒菸服務的責任。無菸醫院的推動並不困難，尤其台灣近幾年在衛生福利部的努力下，在政策支持及整體環境上已有很長足的進步，只要醫院願意投入心力去做，必定會對病人、醫院、社會產生顯著的成果與效益。無菸醫院的推動，院長及高層的支持是成功的重要關鍵，所有同仁需體認醫院的角色不應再自我侷限於象牙塔內，應積極走入社區推展健康促進。同時醫院應遵循 ENSH 標準提供以實證為基礎，提供資訊系統輔助管理的整合式戒菸服務，確保並持續維護醫院為無菸環境，建立醫院健康新文化。

攜手拒菸、守護健康

臺北醫學大學附設醫院

一、現況分析 (Baseline Assessment)

根據世界衛生組織估計全球約有 13 億人口吸菸，這些吸菸者主要分布在開發中國家 (約佔 8 億)，若以目前菸草持續使用的趨勢，世界衛生組織預估於 2030 年全球吸菸人口將成長至 16.4 億。吸菸在許多流行病學及臨床醫學研究證實是造成或影響各種疾病的危險因子，如各種癌症、慢性阻塞性肺部疾病、心血管疾病、中風、腸胃道疾病與對免疫系統的影響。根據世界衛生組織統計，目前全球每年幾乎有 600 萬人口因吸菸造成疾病而提早死亡，而每 2 個吸菸者中就有 1 個死於菸害相關疾病；如果無法有效遏止菸害，估計至 2030 年時每年將有 1,000 萬人死於吸菸造成的相關疾病。目前台灣約有 350 萬吸菸人口，每年有超過 2 萬人死於菸害相關疾病。如果吸菸也列入死因的話，其排名將會成為第二大死因。吸菸在醫學上已被公認是一種慢性、成癮的疾病，推動戒菸工作對吸菸者的健康、周遭人及環境均有關鍵性的影響，如何幫助吸菸者戒菸及降低國人吸菸人口數，是當前菸害防制重要的議題之一（衛生福利部國民健康署，2010）。

由於吸菸是一種慢性且具成癮性的行為，研究顯示吸菸者有高達 5 成有戒菸意圖，經醫護人員諮商、衛生教育介入、尼古丁替代療法、戒菸班等介入，皆有助於協助民眾戒菸成功。有鑑於此，本院為維護社區民眾健康，致力於營造無菸醫院與社區，並透過醫事專業人員幫助吸菸者戒菸，維護民眾健康。自 2002 年成立菸害防制推動小組，配合政府政策積極投入菸害防制工作，宣導範圍廣及員工、社區、學校、職場，包括講座、CO 檢測、戒菸精神標語競賽、繪畫與作文比賽，引發社區民眾迴響，增進民眾對菸害的認知，進而提昇其反菸、拒菸的意識與行動。此外，更開辦戒菸門診、戒菸班，協助民眾成功戒菸。2005 年更建立院內戒菸個案轉介制度，期望透過住院病人吸菸史之評估，主動勸導民眾戒菸，提升戒菸成效。2012 年配合二代戒菸政策，本院更發展住院吸菸病人資訊通報作業，由專責衛教師主動探訪，協助住院病人運用藥物協助戒菸，持續關懷，提高住院病人戒菸成效。

二、準備工作、資源投入及策略規劃 (Plan)

本院於 2007 年設置健康促進推動委員會，委員會任務為有效整合各部門資源、配合衛生政策辦理各項健康促進活動，達到促進員工及社區民眾健康目的。健康促進推動委員會由社區副院

長擔任主任委員，成立跨部門小組推動各項健康促進照護。該委員會分成 6 個功能小組包括：心理衛生、健康體能、健康管理、健康促進、健康飲食、菸害防制，各組設有專責單位負責推動。委員會每年依據社區、員工之健康需求及國家衛生政策，擬定健康促進規劃書並編列推動相關預算，各推動小組依據規劃書進行各項計畫推動，委員會定期每三個月召開會議檢討推動成果，各小組依需求召開臨時會議。

菸害防制小組由社區醫學、護理部、家醫科、勞安室、總務室組成，由家醫科擔任專責單位，社區護理室護理長擔任執行人，設置專責戒菸衛教師 1 人，負責推動人員皆具戒菸專業訓練資歷。小組任務包括制定醫院無菸政策、工作準則、推動策略、監督執行、成果彙整指標監測、檢討改善。小組人員定期召開會議促進有效推動與檢討改善。勞安室負責吸菸員工管理、總務室負責無菸環境維護與監控、家醫科負責戒菸宣導、專業訓練、門診戒菸治療服務、護理部負責專業訓練宣導教育、戒菸個案管理；社區醫學負責社區服務連結與推廣。

2011 年本院配合衛生福利部國民健康署政策，加入「全球無菸健康照護服務網絡會員 — ENSH – Global Network for Tobacco Free Healthcare Services」，依循該組織推動無菸醫院十大標準，包括：承諾、溝通、教育訓練、吸菸辨識與戒菸支持、菸害管制、環境、健康職場、健康促進、遵行度監測與政策落實等（ENSH, 2010），省思本院菸害防制的推動策略，系統性、全面性的建構無菸醫院與戒菸服務系統，強化教育訓練、普及員工、病人，創造無菸環境，促進職場與社區健康。主要的策略規劃包括：

1. 戒菸服務系統資訊化，完善吸菸辨識與戒菸轉介流程。
2. 建構住院、門診與社區戒菸個案管理流程。
3. 建構員工戒菸個案管理流程。
4. 無菸政策與戒菸臨床簡短介入宣導，提升戒菸轉介成效。
5. 落實戒菸轉介流程，透過通報系統與個案管理方式，提昇民眾戒菸意願與戒菸成功率。
6. 辦理菸害宣導講座及活動，範圍包括：醫院員工、來院民眾、機關團體、校園、社區，提升民眾拒菸、戒菸意願。
7. 辦理門診戒菸、戒菸諮詢、戒菸班服務，協助吸菸民眾成功戒菸。
8. 推動院內「無菸職場」營造，創造優質無菸環境。
9. 定期追蹤成效擬定改善策略。

三、執行狀況 (Action)

本院依循 ENSH —「全球無菸健康照護服務網絡」十大標準，執行各項無菸政策，以下依十大標準執行現況說明如下：

（一）承諾：

依循 ENSH 標準，由「菸害防制」專案小

組共同建立醫院無菸政策、制定「菸害防制管理辦法」，政策重點包括禁菸環境維護、員工戒菸專業訓練、院民員工吸菸辨識與轉介、提供門診戒菸、戒菸班、戒菸諮詢與管理協助抽菸者成功戒菸、社區宣導、監測執行成效與持續改善等，由院長於院務會議帶領高階主管公開宣示推動之決心。

（二）溝通：

1. 由健康促進委員會制定無菸政策，院方正式公告全院員工，並於中高階主管會議佈達，透過以下管道宣導無菸政策與戒菸服務：

   1.1 員工部分：透過院務、主管、各部門會議宣導、院方電子公佈欄公告、講座、單位公佈欄宣導。

   1.2 病人部分：透過住院須知、海報、衛教單、影片、講座、廣播宣導。

   1.3 社區民眾：透過社區篩檢活動（影片、CO檢測等）、院方健康報、講座、宣導單、電台、報紙宣導。

2. 新進員工於任用時提供書面資料簽署，說明無菸政策，包括承諾關心自己、家人及社區民眾健康，支持醫院無菸政策。並同意積極戒菸及轉介吸菸之病友、民眾接受戒菸之輔導，並將無菸政策列為必修課程。

3. 各外包廠商簽訂『菸害防制宣導承諾書』，要求外包廠商與外包同仁務必遵守本院無菸政策，並宣導同仁於本院作業時禁止違規吸菸，一旦發現違規直接開具罰單，處分新台幣3,000元罰金。且要求廠商不得接受菸品廣告與菸商贊助，如發現違規事宜本院有權提前解除合作合約，不得異議。本院與外包商簽訂合約時，於合約內容訂有相關禁菸規定與罰則，如現有合約未提到相關規定時，將請廠商簽訂『菸害防制宣導承諾書』，並依承諾書內容執行。

4. 入院病人提供住院須知手冊，手冊載明禁菸政策與本院戒菸諮詢服務，護理人員輔以口頭說明指導。鼓勵吸菸者戒菸，轉介戒菸專責護理師輔導戒菸。

5. 於本院之網站、院刊、門口、病房、門診區皆公告禁菸政策與戒菸諮詢服務，並以衛教單、影片播放、講座、社區活動提供戒菸專業諮詢與服務。

6. 設置戒菸衛教諮詢、衛教諮詢專線，提供員工、民眾免費戒菸諮詢。

（三）教育訓練：

1. 制定無菸政策與臨床簡短介入教材，定期辦理員工宣導教育及「線上學習課程」提供同仁學習，列為醫院年度員工必修課程。

2. 透過主管會議、科室會議、公告等簽署確認員工接受相關指導。

3. 透過全院講座、線上學習系統、部門訓練安排簡短介入的訓練。

4. 戒菸醫師、戒菸衛教師接受戒菸治療與諮商、動機增強等專業訓練，並取得專業學會之戒菸專業訓練證書。

5. 定期安排醫護人員參與院外研習，分享研習心得。

（四）吸菸辨識與戒菸支持：

1. 透過「資訊系統」協助「自動」提醒由醫師或護理人員評估門住診病人吸菸狀態，針對吸菸者提供簡短的指導，並建議病人戒菸。社區民眾於社區篩檢活動、講座時進行抽菸狀況評估，抽菸者進行 CO 檢測與戒菸指導。

2. 門診、住院病人與社區民眾，經評估為吸菸者，建議戒菸、簡短指導，有意願者轉介至門診戒菸治療、戒菸衛教師探訪持續性指導追蹤、並定期辦理戒菸班，協助吸菸者成功戒菸。

3. 依實證有效戒菸策略協助吸菸者成功戒菸，包括運用 5AS、5R 技巧、動機式晤談技巧、藥物治療、持續戒菸諮商、住院病人介入計畫、戒菸班團體治療、運動治療、指導手冊與簡訊關懷等。FTND（Fagerstroem-test for nicotine dependence）評估大於 4 分者強烈建議接受戒菸藥物治療。

4. 設置門診戒菸治療，經由戒菸專業認證醫師提供藥物治療服務協助戒菸，周一至周六皆提供門診戒菸服務。

5. 戒菸衛教室提供免費 CO 檢測、戒菸諮詢與追蹤。

6. 定期辦理戒菸班，結合行為改變概念安排課程，課程連結多團隊介入，包括戒菸醫師、衛教師、精神科醫師、社工師、營養師，共同處理個案壓力、體重管理、藥物治療，除課程團體動力運用，衛教師管理提供個別性問題處理；此外並透過運動體驗，將運動計畫納入戒菸計畫中，有效提升戒菸率，本院成人戒菸班 6 個月點戒菸率可達 60% 以上。經全方位的服務策略提升戒菸成功率。

7. 透過「戒菸個案管理資訊系統」，臨床人員將有意願戒菸者透過該系統通報，專責戒菸衛教師接受通報主動進行住院病人探訪衛教或電話訪談指導，收案後一周、二周、三周、一個月、二個月、三個月、半年、一年定期追蹤指導，將吸菸者戒菸狀況登錄該系統，透過系統管理協助定期追蹤。

8. 透過戒菸手冊、海報、網站、公佈欄、院內公佈欄、會議、講座等管道，提供員工、病人、社區民眾瞭解菸害資訊與戒菸方法。

（五）菸害管制：

1. 本院依照菸害防制法規定，全院內、外區域皆禁止吸菸，為明確定義院區範圍，於院區四周圍劃上黃線，此條黃線區域內屬於禁菸範圍，並於院區內外明顯處建置禁菸圖示與標語，提醒民眾與病人本院場所為全面禁菸（圖一）。

2. 院區內外明顯處建置禁菸圖示與標語，提醒民眾與病人本院場所為全面禁菸。

3. 禁菸區域包含所有屋頂陽台、露台與運輸工具。本院屋頂皆設有警報裝置，如民眾或病人前往屋頂將觸動警報系統，警衛同仁立即察看。接駁車為禁菸車，並於車身明顯處貼有禁菸標示。

圖一：院外禁菸標示

（六）環境：

1. 為明確定義院區範圍，於院區四周圍劃上黃線，此條黃線區域內屬於禁菸範圍，並於院區內外明顯處與各入口處建置禁菸圖示與標語，提醒民眾與病人本院室內外為全面禁菸。張貼菸害宣傳及海報，並於大廳與診區播放菸害防制影片『為愛戒菸記』，病房、電梯、各樓層安全梯、各樓層平面圖均貼有禁菸標誌。

2. 無設立任何特定吸菸區域及無提供吸菸有關之器物。

3. 本院與外包廠商簽約時，合約內有明訂禁止在院內進行菸品的販售、提供或廣告張貼之相關內容。外包廠商如違反合約進行販售菸品或提供菸品廣告或促銷菸品活動，本院得逕行解除委託承攬合約。

4. 制定『菸害防制管理辦法』，設有吸菸稽查小組協助勸導禁菸政策，病房、辦公室由權責單位負責 (護理及行政部門)，警衛定時巡邏全院院區，針對頂樓、樓梯、院外廣場加強稽查確保無菸環境維護、執行同仁並填寫『戒菸輔導紀錄單』進行記錄，經勸阻無效者得予舉發或取締。

（七）健康職場：

1. 新進員工透過任用時說明無菸政策，並簽立「菸害防制宣導承諾書」，承諾關心自己、家人及社區民眾健康，支持醫院無菸政策。並同意積極戒菸及轉介吸菸之病友、民眾接受戒菸之輔導。

2. 透過員工健康檢查及員工健康狀況調查，辨識員工的吸菸狀態。吸菸員工由單位主管、勞安室輔導轉介社區護理室個別衛教及戒菸輔導。

3. 提供門診戒菸、戒菸班、戒菸諮詢服務、戒菸講座、戒菸手冊，協助員工戒菸。

4. 制定獎懲辦法：鼓勵勸導病人、家人、民眾戒菸，員工協助勸導並轉介戒菸者頒發轉介獎勵金；吸菸員工成功戒菸者頒發戒菸獎勵金以資鼓勵。發現員工於禁菸區有吸菸之事，在主

管輔導無效時，在院內有吸菸行為的員工視為違反醫院政策規定，在員工考核中進行適當懲戒。

(八) 健康促進：

1. 定期於社區篩檢服務時提供 CO 檢測與諮詢指導，有意願戒菸者提供戒菸資源，於職場、社區、校園辦理菸害宣導，營造無菸社區。
2. 2010 年辦理「愛心戒菸連署活動」，提升員工無菸意識。
3. 2011 年成立員工「菸害防制網頁」，鼓勵並激發員工戒菸。
4. 2012 年辦理「戒菸短文競賽活動」，公開員工與民眾票選，提升員工無菸意識並激發員工戒菸。

（九）遵行度監測：

1. 定期彙整各項執行成果，透過本院健康促進委員會、菸害防制小組會議討論推動情形與檢討改善。監測項目包括各項工作落實情形，無菸環境監測、社區宣導、教育訓練成果、戒菸轉介量與追蹤量、門診戒菸量、戒菸班服務量、戒菸情形及戒菸率評估。
2. 2008 年、2012 年經臺灣健康醫院學會辦理健康促進醫院典範選拔，榮獲優等獎與組織再造獎。
3. 2011 年、2012 年經衛生福利部國民健康署辦理之「無菸醫院認證」榮獲金獎資格，2013 年獲國際 ENSH —「全球無菸健康照護服務網絡」認證金獎殊榮。

（十）政策落實：

透過高階主管支持、資訊化協助吸菸辨識、有效宣導溝通、提供具實證戒菸介入、創造無菸環境、打造無菸健康照護服務。

四、實施成果 (Result)

（一）針對 2012 年計畫目標暨實施成果，說明如下表：

計畫目標	指標達成情形
1. 辦理戒菸短文競賽活動，建立無菸醫院氛圍，並激發戒菸意願。	已辦理，共 700 多名員工與院民參與票選，獲選 8 篇，文章於本院健康報宣導。
2. 門診戒菸藥物治療 3 個月點戒菸率達 30% 以上。	3 個月點戒菸率為 33.3%，達目標。
3. 員工、民眾無菸政策之認知程度達 85%、民眾認知程度達 85%。	1. 員工認知程度達 78.1%。 2. 來院病人認知程度達 88.4%。
4. 降低員工吸菸比率	透過員工問卷調查結果了解員工吸菸率，員工吸菸率由 99 年 3.03% 降至 101 年的 1.52%。

五、結論與建議 (Comment)

（一）菸害防制工作在台灣已深耕多年，由無菸職場、家庭、校園、軍隊等，本院也積極參與各項防治工作。2011 年更主動參與衛生福利部國民健康署導入「全球無菸健康照護服務網絡

認證」，導入 10 項標準、42 個項目之推動「工作手冊」，透過認證之作業，協助系統性全面評估，確認各項作業與部門權責，利於各科部持續推動與監督，提升戒菸成功人數，且透過環境管制，減少被動吸菸之危害。

（二）為鼓勵本院醫事人員於臨床服務中結合臨床照護勸導民眾戒菸，將戒菸視為醫療照護計畫重要處方，除各項院內宣導外，將無菸政策列為新進人員必要訓練課程、增加線上學習課程，將「5A's」技巧廣及每一位員工，新進人員受訓 100%、員工無菸政策教育訓練參與人數超過 90%。

（三）除強化教育訓練外，設立戒菸獎勵金、戒菸轉介透過資訊自動通報簡化作業，提升吸菸病人之轉介，臨床醫護人員亦增強勸導情形，本院 2012 年戒菸照護人數較 2011 年成長 3.47 倍，醫院無菸氛圍持續加溫。

（四）住院病人部分，由「護理資訊系統」經住院病人護理史評估後，由護理人員進行吸菸病人之衛教並建議戒菸，有意願戒菸病人自動通報至「戒菸個案管理系統」，唯臨床人員建議病人戒菸方面仍有時間上、人員異動困難的部份，故改為吸菸者全數通報，由專職戒菸衛教師主動探訪。但為避免住院病人拒訪情形高，仍需持續宣導醫師及護理人員能相輔相成，將持續評估成效。

（五）「戒菸個案管理系統」目前已完成住院吸菸個案自動通報，未來持續強化系統功能包括能由系統協助戒菸衛教師「依時追蹤個案戒菸情形」，另增加「回饋住門診系統」，讓醫師掌握個案戒菸情形，與醫師相輔相成，提升追蹤成效。

（六）許多吸菸個案於收案管理時僅於戒菸準備階段，在管理過程中教導減菸、制定戒菸日、協助戒菸過程指導，因此，隨著管理時間延長戒菸率提升，顯現持續追蹤管理對戒菸行為維持的重要性。

（七）本院分析顯示合併多種療法之戒菸成功率較高，故於管理時應積極鼓勵參與藥物治療與戒菸班。而住院病人經追蹤一個月，點戒菸率高達 59.6%；追蹤 3 個月 82 人中，點戒菸率達 52.4%，初步發現住院病人戒菸成效高，值得持續積極介入並追蹤管理評估成效。

（八）針對院內志工、警衛進行菸害防制講座，提升菸害認知及勸導技巧，未來將定期了解勸導成效，另招募有興趣志工投入相關作業，特別是期待戒菸病友參與，包括勸導、CO 檢測、關懷等，輔助有限的專業人力。

（九）在政策上，建議管理費上應有不同，如在初期「增強戒菸意圖」上耗費許多資源投入，故「收案管理費」應高於每次衛教費，若能完整接受追蹤半年或戒菸成功個案，也表示耗費努力與投入較佳，故提供品質獎勵，方能鼓勵醫療院所投入，也真正能有效協助更多人成功戒菸。

參考文獻

中文參考文獻

衛生福利部國民健康署(2010)。台灣菸害防制年報。新北市：國民健康署。

衛生福利部國民健康署等 (2013)。二代戒菸治療教育課程基本教材初版。新北市：國民健康署。

英文參考文獻

ENSH (2010)。*ENSH STANDARDS*。2013 年 9 月 23 日，取自 http://www.hpa.gov.tw/BHPNet/Web/HealthTopic/TopicArticle.aspx?No=201304080005&parentid=201304080002

第二節

營養與健康促進醫院

祝年豐[1,2]、莊琬瑜[3]、林晏如[3]

[1]衛生福利部臺東醫院院長 [2]國防醫學院公共衛生學系暨研究所合聘教授
[3]三軍總醫院營養部臨床營養師

「健康促進醫院」的定義以布達佩斯宣言為基礎，指醫院不只提供高品質周全的醫療護理服務，而且能發展與健康促進目標緊密結合的企業認同；發展增進健康的組織結構與文化，包括病人與員工有主動和參與性的角色；發展醫院本身成為一個能增進健康的物理環境；並主動與其社會合作。進一步來說，醫院亦能對病人的行為及信念產生持續性的影響，使其對自身的健康情況負責。醫院的功能不只於治療疾病，應該將改進病人的生活品質為目標，且為維持品質而去教育病人及其家屬來一同實現此目標（Groene, 2006）。

1986 年世界衛生組織在「渥太華健康促進憲章」中提出五大健康促進行動策略，包括：建立健康的公共政策、創造支持性的環境、強化社區行動、發展個人技巧以及調整健康服務取向作為健康促進的重要指標，其中「調整健康服務取向」（Anonymous,1986）是後來健康促進醫院發展的重要基礎。我們將健康促進憲章五大行動綱領套入推動健康飲食及正確體位的健康促進概念，讓醫院從傳統被動式的「疾病治療與復健」擴大至更積極主動的「疾病預防」、「健康管理」與「健康促進」。

一、建立健康的公共政策：

1. 政府應全面性推動食物營養標示、食物價格及供應政策，讓民眾及學童能夠了解食物的營養成分，並用可負擔的價錢購買到較健康的食物（Ontario Society of Nutrition Professionals in Public Health, 2012）。
2. 在醫院內可藉由主管帶領推行健康飲食和減重運動，使醫院病人、家屬及員工都共同參與。
3. 醫院與社區結合，共同規劃休閒活動，提供員工及民眾參與。
4. 鼓勵社區及職場對體能環境設施的設置及鼓勵搭乘大眾運輸工具或自行車，增加大眾的體能活動（Steyn et al., 2009）。
5. 在校園中推行體能活動課程，讓學生在課間和課後都能夠有運動的機會（Frank, Vaden & Martin, 1987）。

二、創造支持性環境：

1. 配合衛生主管機關推動各種飲食衛教及健康促進活動，輔導餐飲業者提供健康均衡的飲食並標示食物營養。
2. 利用飲食紅綠燈圖卡，讓員工及民眾能簡單選擇健康的食物，並張貼海報提醒大家要每日攝取足夠的蔬菜和水果量。
3. 對病人及家屬飲食衛教，提供符合疾病的飲食資訊，針對不同人給予不同的營養建議。
4. 進入社區舉辦營養講座，鼓勵社區增加休閒活動場所，如腳踏車專區，公園等。
5. 由營養師協助設計社區老人營養午餐的飲食菜單內容。
6. 提供學校適當的營養午餐內容，並在校園中推廣營養教育，讓學生了解營養的相關課題，如「天天五蔬果」。

三、強化醫院健康行動：

1. 推動院內健康飲食，販售健康餐盒，並結合商家提供健康餐優惠，吸引更多家屬及員工購買。
2. 醫院每日晨間播放健康操音樂，帶領大家做活力健康操。
3. 建立運動文化，舉辦不同的社團活動或旅遊活動，補助運作良好社團費用，鼓勵大家參與。
4. 每半年為員工量體重、BMI 及腰圍，並設計健康護照，登錄員工健康狀況。
5. 舉辦體適能競賽，設立獎勵辦法，讓員工積極參與。
6. 提供員工不同的營養或體能課程，透過這些課程讓大家能夠獲得健康新知。

四、發展個人技巧：

1. 教導大眾計算一天所需的熱量，計算 BMI，並自我監測體重。
2. 教導如何判讀市售產品的營養成分及熱量，讓大家可以健康外食。
3. 教導病人和家屬出院後的飲食調整和簡單的體能活動，讓他們能維持健康體位。
4. 設計簡易居家肢體活動，讓民眾在家也能運動。
5. 規劃健康飲食課程，提升大眾對健康飲食的認知。
6. 成立體重控制班，教導正確的飲食概念並結合社區資源，提供運動場所。
7. 協助學校設計體能活動課程，營養教育課程，讓學生能夠了解健康飲食和規律運動的重要性。

五、調整健康服務取向：

1. 提供院內員工健康的職場環境，供應病患和家屬最好的醫療照護，成為社區重要的健康資源。
2. 從醫療院所員工開始推動健康飲食及正確體位

的健康觀念，讓他們將正確觀念教導病人及家屬。

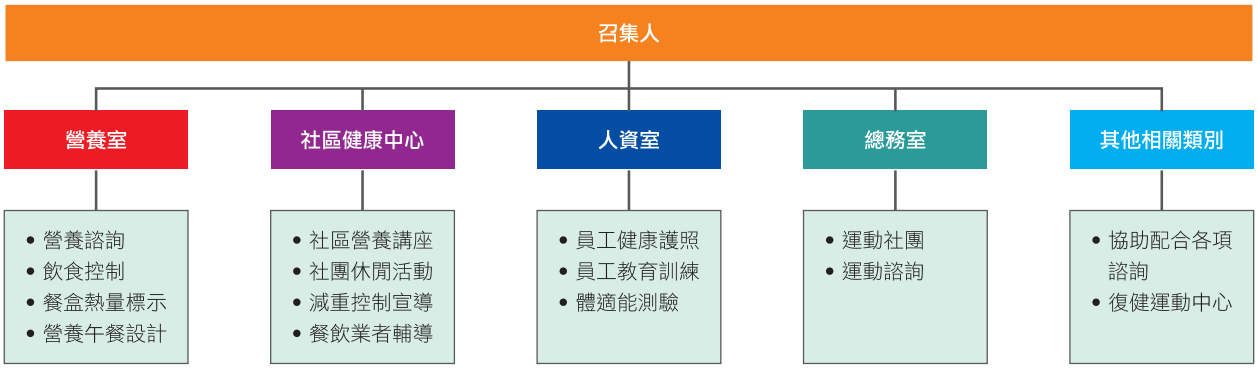
3. 辦理社區營養講座，校園營養課程，讓醫院成為主動的健康管理和健康促進單位。
4. 結合社區資源，定期辦理簡易健康檢查，讓民眾可以注重自己的體重管理。
5. 進入校園替學生進行肥胖篩檢，對肥胖學童進一步健康檢查，確實為學生健康把關。

為了讓醫院成為主動增進健康的環境，醫院領導者必須評估醫院狀況，讓醫院與社區互相配合，在推廣健康飲食及正確體位的健康促進概念下，將醫院中幾個部門設立成推動健康促進醫院的主要管道，以社區健康整合為主要目標，以此管理架構推動健康促進醫院，領導員工和社區居民朝此目標邁進（圖一）。

以健康飲食及正確體位的健康促進觀念為例，如能建立一健康食物的環境將有助於宣導健康飲食文化，同時對推動健康體位 (或健康體重管理) 將有所幫助，但什麼是健康飲食環境呢？根據澳洲雪梨大學建議，一個健康食物環境可包括下列內容，如表一：

表一、健康食物環境的內容

1. 提供可獲得的健康食物
• 協助建立健康食物的準則
• 販賣健康食物的規格
2. 調整價格以鼓勵購買健康食物
• 以較低價格販賣健康食物
• 對健康食物提供補助
3. 促銷健康食物
• 提供健康食物圖像的標示
• 購買時可獲得營養資訊
• 將健康食物置於最容易看見之處
4. 提供獎勵機制以鼓勵健康飲食
• 提供樣品、折價卷、常購買者方案或健康計畫等
5. 提供營養教育
• 如展示、示範課程、營養資訊



圖一、推動架構

摘自：Steyn et al., 2009；Wanjek, 2005

在臺灣，醫院營養師走入社區擔任民眾健康促進之重要角色的契機，可追溯到 2002 年臺北市為提昇臺北市民生活品質，將該年訂為「健康城市元年」，以健康飲食新文化、全民運動及健康減重為主軸，辦理「健康減重 100 噸活力長壽臺北城」活動，以市民健康減重 100 噸為目標，帶動全民健康促進。台北市衛生局並建構糖尿病共同照護網及心血管疾病防治網等提供慢性病人及其家屬優質的醫療保健服務，更進一步聯結「醫療」與「全民健康促進」工作，動員醫療院所的健康從業人員發揮專長，投入民眾之健康促進行列。

以下將以醫院營養部門為例，概述營養科室或營養師就健康促進醫院中所涵蓋的幾大服務面向如醫院、社區及工作場所等不同的場域可能扮演健康促進的角色加以說明。

壹、醫療院所員工

一、促進健康飲食新文化

為配合衛生主管機關辦理各種飲食衛教及健康促進活動，提昇民眾對健康飲食、衛生安全消費及健康飲食新文化的重視及認知，各院營養部亦致力於醫院地下街美食文化商店輔導，提供健康美味營養之餐食，達健康促進目的，推動院內「健康飲食新文化」，輔導業者提昇營養專業，改善產品品質，使健康飲食新文化蔚為風潮。為推動健康飲食新文化，提供優質飲食環境，衛生福利部推動「健康盒餐」與份量標示，供外食族參考與選擇。健康盒餐是在衛生安全的狀態下，所製作之符合營養均衡原則的盒餐。健康盒餐提供 600 大卡、700 大卡、800 大卡、900 大卡四種選擇，所提供的三大營養素佔總熱量之比例，不但符合衛生福利部的建議量，同時亦為色香味俱全的飲食內容。健康醫院除為院內供應健康飲食之外，並促成引進健康盒餐，於會議時訂購健康盒餐或健康烘焙食品，個人可以依據自已年齡、性別、身高、體重、活動量等，選擇最適合自己衛生、均衡、適量的盒餐。醫院營養部門亦將健康餐盒推廣並應用輔導於附近社區之餐飲食品業者生產健康食物。

二、運動健康促進計畫

為建立職場運動文化，鼓勵醫院運動風氣推行，許多醫院每日於晨間及午後開始全院播放健康操音樂帶領大家做活力健康操，鼓勵醫護人員一起來運動，更要帶動病人也動起來，醫病更健康，醫院也更有活力。此外，如舉辦醫院員工路跑活動、院內員工體適能檢測及評估；於各單位購置跑步機、健身腳踏車，並建置網球場、桌球室等供員工健身及身心交流的場所。醫院對於健康促進相關活動也不遺餘力，像是結合社區地緣及時令所舉辦之不同社團活動及旅遊活動，都是以提升體能活動為主的醫院健康促進活動。

三、健康體位活動

許多醫療院所結合醫院的復健中心在院區內規劃院內運動空間，打造原本平凡無奇的安全梯成為「健康步道」，並設置健身房，內有多元免費的各項運動器材及安全方便的運動場所。同

時，於院內辦理「體適能檢測」，檢測結果進行體能資料整合及總評。此外，各醫院不同的「運動健康促進計畫」包括：有氧舞蹈班、太極拳、五行健康操、體重控制班、成人健康體位宣導、員工及民眾桌球聯誼賽、遊戲機網球聯誼賽、員工運動會等，皆以提昇健康體能為目標，達成運動健康促進的目的。

貳、病人及其家屬

一、醫院膳食管理及衛生安全把關

衛生主管機關為加強營業場所業者主動執行衛生管理工作，建立「衛生自主檢查制度」，發展「衛生自主管理」標章。各醫院的營養部門為提昇病患伙食衛生安全，主動參與營業場所「衛生自主管理」訓練，透過衛生自主管理標章授證，每日填寫「衛生自主管理檢查表」，提供病患衛生安全無虞之餐點選擇，打造醫院健康飲食。

二、住院病人營養支持

營養不良是住院病人常見問題，營養介入可改善體力、增進癌症病人之體重與肌肉量、降低急性腎衰竭死亡率，其實證醫學強度為高等級（Groene & Barbero, 2005）。有許多醫院的臨床營養師針對營養不良高風險病患，如入院病人禁食三天以上、血中白蛋白濃度過低及三個月內體重降低 5% 以上之病人，皆予以主動訪視。並針對疾病別提供膳食療養及適當質地之餐食。對於特殊需求之病人給予個別的飲食諮商。

三、病人家屬飲食衛教

醫院營養部除提供病患住院期間飲食諮詢及調製符合治療疾病的特殊飲食餐外，並在出院時將病人相關資訊與之後續照顧者（如家屬、護理之家或醫師）溝通。此外，於院內定期開設營養團體衛教課程，主題包括：三高及糖尿病（針對血糖、血壓、血脂肪及運動）、骨質疏鬆症病人強化骨本專題、癌症病人營養支持、戒菸之營養建議等不同內容，期望民眾在就診或住院時可獲得更廣及深入的飲食衛教。

四、開辦體重管理班

有鑑於國人十大死因前五位之惡性腫瘤、心臟疾病、腦血管疾病、肺炎、糖尿病等都與飲食不均衡、缺乏運動及肥胖等問題息息相關。而世界各國肥胖率也逐年增加，因此唯有透過生活型態與行為的改變，尤其是飲食控制，增加運動量，才能有效達成體重控制。醫院營養部開辦院內、外民眾體重管理班，除有一系列健康飲食專業課程外，也搭配有氧舞蹈教師進行運動訓練。暑假期間亦開辦兒童減重班，搭配專業小兒科醫師為肥胖兒童做身體檢查及諮詢，並由家長帶領兒童一起參與課程，從家庭的生活型態及飲食習慣改變起，奠定一生良好的健康基礎。

減重班成效頗為良好，平均參與學員於 3 個月內都能達到減輕 5　6 公斤目標，兒童也都能減輕 5% 體重的目標，並著重於身高的發展。為整合醫院資源，也鼓勵員工體檢中篩檢出肥胖者參與健康飲食、運動之體重控制活動，共同營造健康人生。為使從減重班結業的學員免其復

胖，營養師會提供減重諮詢門診，多數學員亦會定期回診追蹤。營養師也會在社區中辦理健康減重講座及培訓社區健康減重種子老師等服務。表二為促進或預防體重增加的保護或危險因子，可於不同場域進行體重管理衛教或健康促進活動時之參考（Swinburn, Caterson, Seidell & James., 2004）。

表二、促進或預防體重增加的保護或危險因子

證據	降低風險	沒有關聯	增加風險
說服的	規律身體活動 高膳食營養補充 / 纖維的攝取		久坐不動的生活方式 攝入高熱量密度的食物
可能的	低升糖指數食物	飲食蛋白質含量	大份量的食物 高比例的家庭為外食 (西方國家) 飲食模式
不足的	進食頻率增加		酒精

摘自 : Swinburn, Caterson, Seidell & James., 2004

參、社區居民健康促進

一、辦理社區營養宣導活動

從北卡累利阿（North Karelia）和芬蘭（Finland）的經驗中得到，社區健康計畫應思量兩者醫療和營養框架去選擇中間目標，以相關的社會和行為理論來設計實際的計畫。一個社區健康方案應與各個社會組織密切合作，和人員的參與將會是干預方案的基本要素，再者，範圍廣泛的社會活動，社區的干預方案應結合媒體和保健通信信息、志願組織、食品行業和超市及工作場所，並提倡健康的生活方式是一個主要的社區干預計畫的重點，所以進行社區健康計畫應與國家衛生政策密切聯繫。

在社會健康促進中，有關營養或過重議題，如針對過重兒童在社區健康中心的特殊照顧發展新的二級照護模式。所謂的二級照護模式，為轉診特殊診療以改善兒童肥胖的照護品質。此照護模式為一個新的健康體重管理模式，主要有三個關鍵組成部分：兒科醫師、營養師及個案管理師特殊診療內容，其訪視要比一般初級保健投入更多的時間，跨專業的團隊合作模式，在此初級保健團隊中，每一成員都要有其專業知識和繼續性的培訓，使其團隊能達到高品質的照護品質。

醫院營養部門可協助各縣市衛生局所、健康服務中心或社區健康營造中心等，共同辦理社區營養宣導活動（營養講座、示範教學、營養宣導等）。此外並受邀辦理職場及學校之營養宣導。如為推廣多吃蔬果的益處，配合全國營養師公會，舉辦多場「天天五蔬果」和健康飲食等講座，教導民眾瞭解食品安全，並認識食品標示，了解熱量、蛋白質、脂肪、醣類、鈉和反式脂肪酸及認識食品添加物。也因應社區個別需求舉辦身體組成分析、營養教育遊戲或營養諮詢。另外為推廣健康體位，於社區、職場及學校舉辦健康體位志工種子訓練營，期能散播減重觀念進而執行體重控制。

二、學校營養教育－臺灣、美國和新加坡的現況

美國營養學會在 2006 年報告中敘述學校營養結合營養教育、身體活動和健康的學校環境，促進一個健康的飲食習慣，在各種措施中，營養午餐提供健康安全的食品，以確保學童獲得適當營養促進生長發育。營養教育主要讓學生學習健康食物的認識與選擇，達到健康體位為目標，預防和減少過重、肥胖和過輕的發生。

在美國加州，制定 Senate Bill（SB12）法案，規定學校賣給學生的零食，須符合下列標準：1. 脂肪不可超過 35%的熱量，此規定不適用於堅果類、堅果醬、種子類、蛋、乳酪、水果、莢豆類、蔬菜類等；2. 飽和脂肪不可超過 10%的熱量，不適用於雞蛋或乳酪；3. 糖量（包括食物中的糖與加入的糖）不可超過 35%的食物重量，不適用於蔬菜與水果；4. 每一單獨品項食物不超過 250 大卡；5. 提供的主菜熱量不可超過 400 大卡，且每 100 大卡主菜的脂肪不可超過 4 公克。另於 2009 年的 SB965 法案中，規定學校可販售飲料如下：1. 果汁飲料，至少含有 50%純果汁，且不可額外添加甜味劑；2. 飲水，不可加甜味劑；3. 奶類製品，包括全脂、低脂、脫脂等奶類，且不限制巧克力牛奶、豆奶與米漿等飲料；4. 含電解質飲料，供應份量不可超過 20 盎司，且甜味劑含量不可超過 42 公克。此可以作為營養師在學校進行營養教育及推動健康飲食的參考準則。

（一）學校午餐推廣

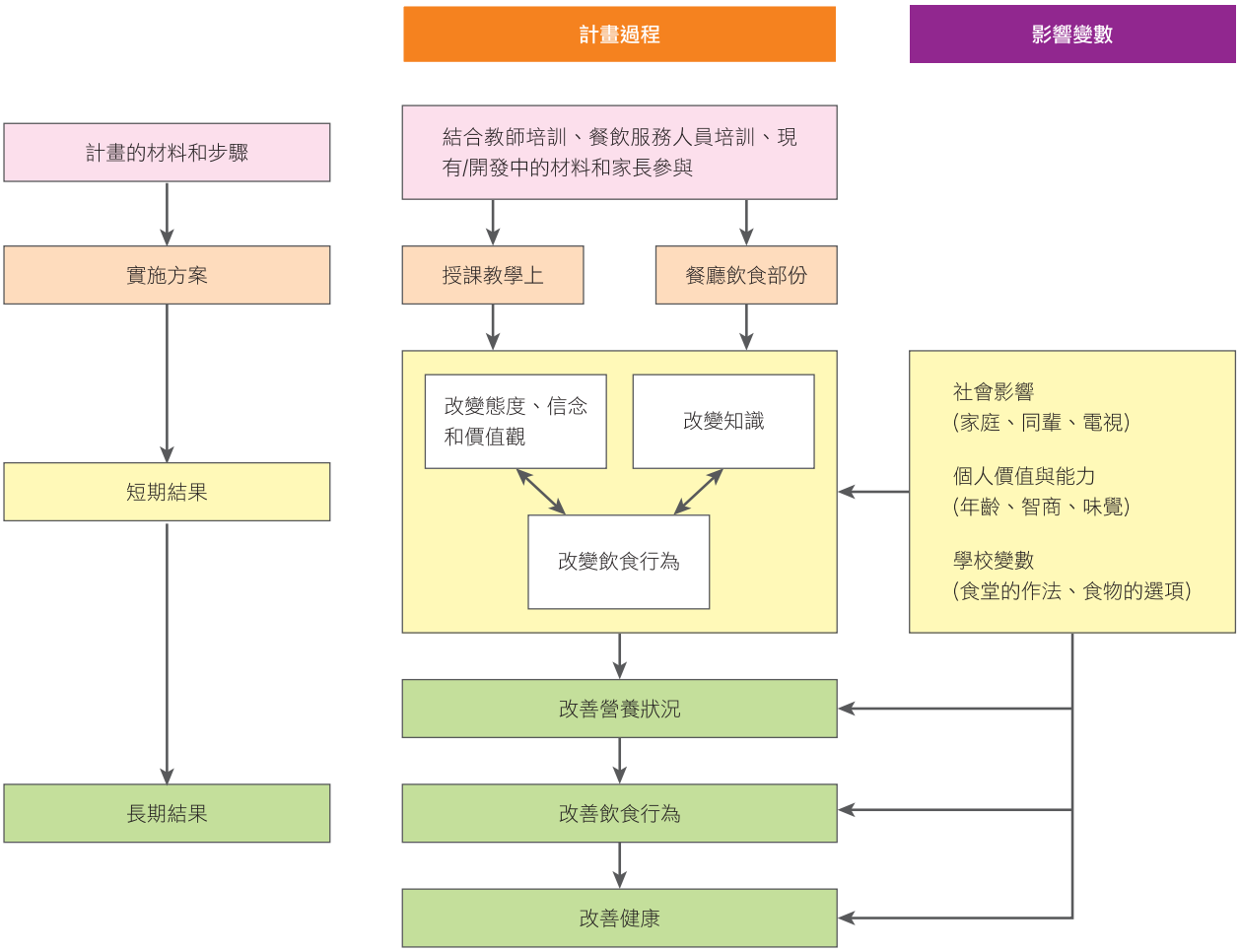
美國於 1900 年代開始提供學童食物，在 1946 年建立國際學校午餐計畫提供學童營養午餐（Dwyer,1995）。在 1975 年針對低收入戶的學童開始食物供應計畫，每天提供一至兩餐。臺灣自 1957 年推行學童午餐並開辦營養午餐，營養午餐發展業務是以達成國民基礎營養所需，培養良好生活教育，並養成正確膳食習慣。醫院或學校、營養師均可提供各級學校適當學校午餐內容，期使學校午餐有最佳效果。

（二）學校營養教育

新加坡學校營養教育是以健康飲食指南為基礎，特別強調蔬果的攝取。臺灣的營養課程，六大類食物和均衡營養已放入國小健康教育的課程中，配合政府營養政策，如「減脂之旅」系列課程教導學生認識脂肪、高脂食物和如何減少脂肪攝取；近幾年宣導「天天五蔬果」，營養專家在各級學校以講座、影片欣賞和短劇表演等讓學生了解「天天五蔬果」。學校也結合健康中心資源，請醫療院所營養專家至學校演講健康營養相關課題，如此可發揮其效果。圖二為在學校環境中營養方案和活動的組織框架，可為在學校推動營養教育時的參考。

三、職場健康促進

工作人口每日有將近三分之一甚至更多的時間處於工作場所，若能於職場推動健康促進，可說是最易彰顯成本效益的地方，且政府及雇主也可經由健康職場的營造減少醫療成本並創造收



圖二、在學校環境中營養方案和活動的組織框架 (摘自 Frank, Vaden & Martin, 1987)

益。因此，推動職場健康促進，除能為員工提高生活品質及工作質量，也可為政府節省醫療費用支出，可謂雙贏的局面。「攝取均衡營養」為健康的基本要素之一，如能考量員工和職場的需求，於職場建立販賣部、自助食堂或提供其他飲食設施，且就經濟效益來看，政府與雇主投入健康職場營造的理由如表三。

表三、政府及雇主投入健康工作場所有關營養議題的理由

政府的理由	雇主的理由
1. 政府可從營養良好的人口中得到好處，提高工作效率，降低醫療費用支出；提供孩童健康的食物，確保未來世代健康的工作從業人員。	1. 肥胖和缺鐵會導致疲勞和敏銳靈巧的損失。
2. 在 2001 年，非傳染性（與飲食有關）的疾病約佔全球疾病負擔的 46%，和全世界所有死亡的 60%，心血管疾病達 30%的死亡。	2. 1%熱量增加可導致一般勞動生產率增長 2.27%。
3. 在 2020 年，全球非傳染性疾病預計將攀升至 57%。	3. 在美國，全年因肥胖所造成的經濟成本；在商業保險中，有薪病假及其他款項佔 12.7 億美元。
4. 在工業化國家肥胖佔衛生總費用 -7%。	4. 在加拿大，企業每一元投資職場健康促進方案的成本效益，估計為 1.75-6.85 加幣 (約 1.50-5.75 美元)。
5. 在澳洲，糖尿病費用占政府衛生預算的 10 億澳幣 (約 7.8 億美金)，於 2010 年預計將達到澳幣 23 億 (約 18 億美金)	
6. 在低收入國家的微量營養素缺乏佔國內生產總值的 2-3%的損失；在南亞地區，因缺鐵造成約 5 億美元生產力的虧損。	
7. 在 1960 年和 1990 年間在某些國家若平均熱量每人每天增加至 2,770 大卡，並提供適當的營養學，可每年平均增加國內生產總值的 1%。	

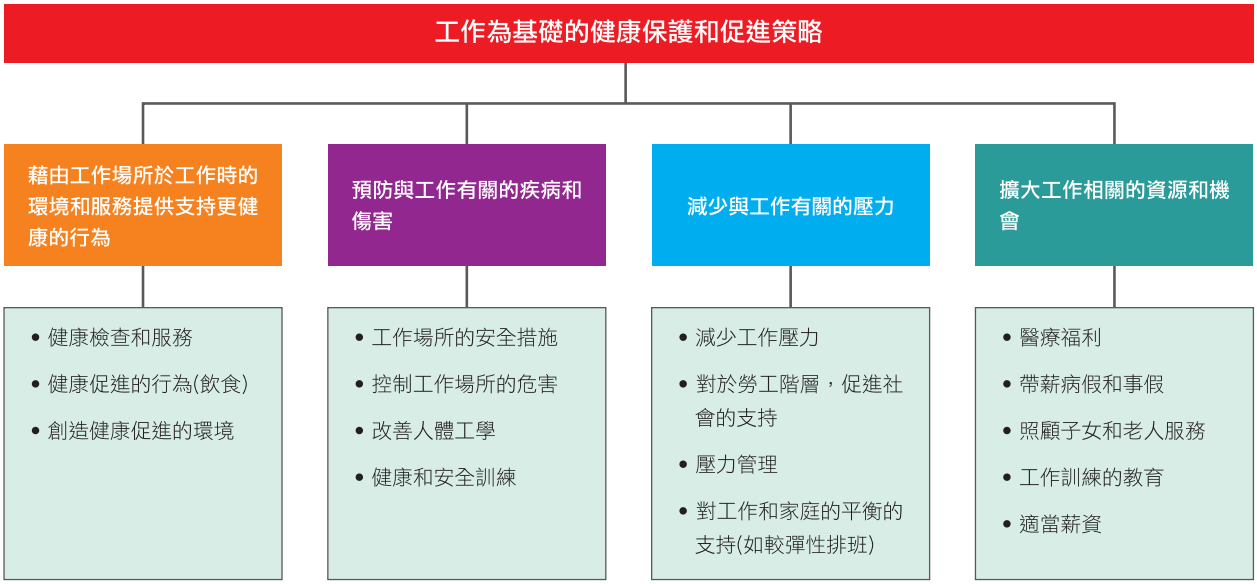
摘自：Wanjek（2005）

在 1956 年國際勞工會議（International Labour Conference）及國際世界勞工組織（International Labour Organization, ILO） 採認福利促進措施建議（The Welfare Facilities Recommendation, No102）（Compa, 1992）提供建立工作場所販賣部、自助食堂及其它飲食設施，並認為員工均衡飲食環境是健康工作場所的基本要素之一。

世界衛生組織（WHO）及工作環境論壇（Work Environment Forum）認為工作場所健康促進計畫在飲食部分可增加水果或蔬菜的攝取、減少不健康飲食脂肪攝取及降低體重或身體質量指數等。當然亦可以促進健康生活型態行為，改善非傳染性疾病危險因子及促進組織層級的改善來達到此一目的（Steyn et al., 2009）。

經由職場健康促進計畫可以藉由促進體能活動提供、健康飲食或都執行上述兩種內容的方式來預防過重或肥胖。其中有效的策略在強調營養部分以修正食物環境為主，包括 Chau（2009）：食品的標示、購買時促銷及提供健康食物的選擇。如在販賣部或自動販賣機提供健康的食物。其它亦可提供諮詢或個人行為技巧訓練，如工作人員健康促進計畫的發展與應用來改善食物環境。

圖三為以工作場所為基礎的健康保護和健康促進策略（Quintiliani, Poulsen & Sorensen, 2010），可經由各種框架中的不同內容與計畫措施來達到健康職場的目的。以營養為例，經由不同的策略、方法和計畫內容，提升健康飲食素養和行為，進而達到健康管理和健康促進的目的。



圖三、以工作場所為基礎的健康保護和健康促進策略（摘自 Quintiliani et al., 2010）

因此，為創造健康的工作環境特別在營養及飲食方面，可利用下列九種基本原則做為主軸，來進一步實施和支持健康營養的工作環境（Ontario Society of Nutrition Professionals in Public Health, 2012）：

1. 利用組織承諾去積極的建立健康飲食文化
2. 社會飲食環境的支持
3. 物理飲食環境的支持
4. 價格合理且適合當地文化的健康食物
5. 給每位員工及其家屬營養教育及社會支持
6. 決策者和營養師的營養教育介入
7. 營養師加入健康諮詢的服務
8. 特殊飲食需求中有安全飲食習慣和住宿環境
9. 從營養政策中鼓勵健康飲食

工作場所建立健康食物環境後，可以由以下面向來評估，作進一步改善，包括：

（一）雇主提供健康的食物

1. 自動販賣機
2. 會議室
3. 自助食堂－提供當地產物

（二）設施設備的改善

1. 從家中帶食物來的儲存或加熱設備
2. 提供吃午餐或點心的空間

（三）企業的健康飲食文化

1. 獎勵提供健康食物
2. 提供員工享用或可以使用的午餐或點心時間
3. 員工可以自己攜帶食物

（四）附近健康食物的來源

1. 餐廳
2. 便利商店
3. 雜貨店

總之，醫院的營養部門已不如以往般只專注於門診或病房的個案，也不再只是治療飲食處方的開立。在健康促進醫院的理念與策略下，營養部門可從事的工作內容、對象與場域變得更為寬廣，從個案治療到健康保護，更進而執行健康促進的工作。對象也從病患推及至病患家屬、高危險群個案，甚至一般民眾，再再都是強調營養在健康促進醫院中重要的角色。

參考文獻

英文參考文獻

Anonymous (1986) Ottawa Charter for Health Promotion. *Canadian Journal of Public Health,* 77, 425-430.

Chau J. (2009) *Evidence module: Workplace physical activity and nutrition interventions.* Physical Activity Nutrition and Obesity Research Group, University of Sydney.

Compa, L. (1992). International Labor Standards and Instruments of Recourse for Working Women. *Yale Journal of International Law.* 17, 151-172.

Dwyer, J. (1995). The School Nutrition Dietary Assessment Study. *American Society for Clinical Nutrition.* 61(suppl), 173S-7S.

Frank, G.C., Vaden, A., Martin, J. (1987). School Health Promotion: Child Nutrition Programs. *Journal of School Health.* 57, 10, 451-460.

Groene, O. (2006) *Implementing Health Promotion in Hospitals: Manual and Self-assessment Forms.* World Health Organisation. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/99819/E88584.pdf

Groene, O., Barbero G.M. (2005). *Health Promotion in Hospitals: Evidence and Quality Management.* World Health Organization. Retrieved from http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/99827/E86220.pdf

Ontario Society of Nutrition Professionals in Public Health (October, 2012).*Call to Action: Creating a Healthy Workplace Nutrition Environment.* Retrieved from http://www.osnpph.on.ca/resources/Call-to-Action-Key-Messages_FINAL.pdf

Quintiliani, L., Poulsen, S., Sorensen, G., (2010). Healthy eating strategies in the workplace. *International Journal of Workplace Health Management.* 3(3), 182-196.

Steyn, NP., Parker, W., Lambert, EV., Mchiza, Z. (2009). Review: Nutrition interventions in the workplace: Evidence of best practice. *South African Journal of Clinical Nutrition.* 22(3),111-117.

Swinburn BA., Caterson, I., Seidell, JC., James, WPT. (2004). Diet, nutrition and the prevention of excess weight gain and obesity. *Public Health Nutrition.* 7(1A), 123-146.

Wanjek, C. (2005). *Food at Work: Workplace solutions for malnutrition, obesity and chronic diseases.* International Labour Organisation. Retrieved from http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/@publ/documents/publication/wcms_publ_9221170152_en.pdf

員工健康管理 健康飲食放心動

蕭艾苓[1]、王美治[2]

[1]壢新醫院健康管理科健康管理師 [2]壢新醫院健康管理科副主任

一、現況分析 (Baseline assessment)

台灣成人過重或肥胖比例高達 44.1%。和肥胖有相關的慢性疾病，如：高血壓、糖尿病、心血管疾病、退化性關節炎、癌症…等，所造成之醫療及家庭照護支出更是難以估算。根據國民健康署 2011 年調查，職場員工有高達 37.6% 有過重或肥胖，其中男性有超過一半（51.7%）有過重或肥胖情形，因此，國民健康署鼓勵職場建置健康飲食與運動的支持性環境，協助職場員工落實「聰明吃，快樂動，天天量體重」的健康生活，以增進員工健康、紓解壓力、預防及減少慢性疾病的發生。

本院 2011 年員工體檢報告分析指出，1107 位已受檢員工當中，BMI 過重人數佔總體檢人數 20%，且在 BMI ≧ 24 人數當中，血壓異常佔 13.7%；膽固醇異常佔 32%，員工最主要的健康問題為『體重過重』佔 36.9 %，而『體重控制』為最多員工需求改善的項目，顯示醫院員工雖然為健康之維護者，同樣面臨著健康危機。基於上述檢查結果，本院展開員工體重控制計畫，邀請 BMI 過重員工共 168 位參與減重活動，在八週器械運動、團體課程及飲食營養課程介入後，每人平均運動量為 1.73 小時 / 週，其中運動量最大的每週平均運動為 6.9 小時，參與者每人平均減重為 2.04kg，而減重最多的為 9.8kg，顯示出運動及營養控制對減重有顯著關係。

綜合以上所述，為充分落實健康促進醫院政策及配合國民健康署推動之減重計畫，唯有透過制度的建置，才能塑型出健康親善友好的職場環境及健康文化。因此，在醫院支持下，我們設計含有健康促進學分制度的員工健康護照，以施行獎勵的辦法，促使員工參與健康促進活動意願，喚起自主體重管理意識，並給予員工健康運動、飲食的減重觀念，以期達到員工身、心、靈整體健康並創造優良健康職場的目標。

二、準備工作、資源投入與策略規劃 (Plan)

員工為企業重要資產，員工必須要有良好的健康體魄，才能讓企業有更多的競爭力。因此以員工健康護照推動為中心，結合一系列健康促進活動，如：「健康檢查」、「體適能檢測」、「健康生活習慣」、「定期運動」，以及「飲食控制」等，唯有透過制度推行，才能使員工從健康知識、態度層面提升，進而養成健康行為的好習慣，達到『健康好享受、享受好健康』目的，

創造有生命力、有活力、創意的組織。因此，訂定策略規劃如下：

(一) 建立健康的公共政策：員工護照之建置與健康學分認證機制

(二) 創造支持性的環境：給予充足的室內運動空間

(三) 發展個人技巧：開辦健康促進相關課程

(四) 強化社區行動：全院跨單位相互合作推動健康促進活動

(五) 重新定位健康服務：結合醫療、心理、營養、體重管理等相關專業團體，提供相關諮詢

三、執行狀況 (Action)

(一) 訂定健康的公共政策：

1. 員工護照建置與健康學分認證機制：健康促進學分設計其精神在於健康是權利、更是義務之基礎下，讓同仁都能夠真正實踐健康自我管理目的。

2. 取得健康促進學分滿學分員工佔達 50%。

(二) 創造支持性環境：

1. 給予充足的室內運動空間，舒緩運動空間之不足及減少天候影響之問題
   (1) 帶動院內健康操風氣
   (2) 活力有氧課程
   (3) 全年機械運動

2. 推動運動性社團

3. 減重團體競賽

(三) 發展個人技巧：

營養衛教課程：針對健康營養議題，發展出簡易可行、落實健康飲食技巧與教材，為期四個月共計四小時，引導健康食堂學員重新吸收健康飲食知識持續維持，並於課程結束後持續對學員的吸收知識情形加以追蹤，課程後一個月予以月後測驗。

(四) 強化社區行動：

1. 上課方式採團體授課、經驗分享、多媒體教學及課後實地操作等方式進行。

2. 以獎勵機制鼓勵同仁們參與課程學習，並以團體實作方式，強化學習能力。

(五) 調整健康服務方向：

1. 結合醫療、心理、營養、體重管理等相關專業團體，提供相關諮詢，促進同仁健康。

2. 依據年底滿意度問卷調查，適時調整健康促進活動方向。

四、實施成果 (Results)

(一) 員工護照之建置與健康學分認證機制：

1. 本院於 2011 年 6 月通過健康促進學分制度，並經員工健康護照說明會後，由各單位代表依單位人數領取健康護照，新進人員的部份在試用期滿三個月後，自行至員工健康管理中心領取健康護照。因此，扣除兼職人員後，截至 2012 年 1 月已將健康護照全數發出。

2. 健康促進學分建置是在 2011 年啟動實施，在最初建置設年度取得健康學分滿學分能有 50%，就算是有初步成績。但經全院推動及健康護照的整合，截至 2011 年底取得滿學分的員工達 69.1%，高於最初所期待目標，可以看出這制度建立對員工而言是有期待的。另在 2011 年底我們也針對全院員工發出問卷調查中，知道自 2011 年開始各職等應修課程新增健康促進 4 學分，有 95.4% 表達知道此一制度建制。另體重控制、心理衛生、營養課程是員工最需要且樂於參加的健康促進活動。

(二) 員工體重、腰圍測量

體重過重以及肥胖已經成為影響國人健康的重要因子之一，而測量體重、腰圍不但迅速，且同時能反映出個人健康及肥胖之程度，因此，依據 2011 年員工每季體重、腰圍測量完成率資料顯示，全院有 64.25% 員工能完成每季體重、腰圍檢測。我們將這些數值經統計分析，以 BMI>=24 為一族群來看，女性在各季趨勢為：30.2%、31.4%、28.6%、28.6%，可看出有下降趨勢；而男性為 64.86%、68.96%、67.4%、64.7% 則下降、上升趨勢各有不同。不分性別則可以明顯看出有一致性下降趨勢（36.8%、37.8%、35.1%、32.6%）。

(三) 健康操參加人次提升

2012 年參與健身操活動 平均每場次參與之人數都有增加，顯示積極推廣健身操之成效呈現顯著成長。

(四) 全院減重活動，收案對象減重總數達 1000 公斤

五、結論與建議 (Comment)

(一) 喚起員工對健康的重視，落實員工健康自主管理

隨著時代的演變，人們對健康的定義一直有不同的見解；過去認為沒有疾病就是健康，而後

員工護照之建置與健康學分認證機制

員工體重、腰圍測量

逐漸轉變為「生理上、心理上和社會上的完全安寧美好狀態，而不僅僅只是免於疾病或虛弱」，為更進一步強調健康與環境之間的共存關係。

因此，平時以促進身體日常活動量，如參加健走、瘦身操、社團活動並搭配飲食控制…等，培養其終身運動習慣，進而吸引無規律運動習慣之同仁皆能養成良好運動習慣，以促進健康之發展。

(二) 提高員工對健康促進之參與

員工參加健康促進活動之參與，依員工需求推動之健康促進活動，包括戒菸班、營養管理、體適能、壓力管理、慢性病健康管理…等眾多課程，同時也包含健康相關講座。期望藉由生動、實用的課程當中，將規律的運動、養生飲食融入員工的生活中，並增加員工參與健康促進活動之意願，而不讓『沒時間』成為員工遠離運動之藉口。

(三) 慢性病防治之提升

藉由健康促進活動提升員工對健康的重視，從健康養生概念出發，將營養知識、學理導入日常生活健康飲食烹調，教導如何烹調出健康美味的食物，以提升員工日常生活健康飲食之習慣，進而將慢性病對員工健康的威脅降至最低，進而促進員工家庭健康、增進生活品質，並建立員工之健康形象。

(四) 增加員工工作效能、提升團隊向心力及服務品質

安排健康操競賽及各類社團運動，促使員工運動時間可以增加 20% 以上。然而，健康是全面的，也包含身、心、靈平衡的健康，因此也可藉由郊外健走活動，促進員工走出戶外，增進友誼與家庭互動，以創造健康職場之目的。最重要的是將員工促進的活動過程當作另一種的健康享受過程，讓員工在生活、體能上皆有真正的享受，進而提高工作效能及服務品質，並使團隊向

健康操

減重千斤健康促進活動

心力提升。

(五) 實現健康促進醫院宗旨：關懷並改善員工健康

除了員工職場健康，我們更關心員工家庭的健康，因此規劃一系列生動實用的烹飪學習，不論單身男女、職場婦女、新好男人，希望藉由養生「健康食堂」課程學習，將低脂、低糖、低卡烹飪帶入生活裡，從現在開始遠離三高、拒絕慢性病。並且以發展健康促進醫院的前提，本院致力於推展落實員工『健康管理護照』，期望藉由健康促進學分認證以提升員工健康促進活動之參與率，以達到員工健康狀態之維持，並增進員工的健康與活力，進而產生活力及創意的組織，且不僅如此，本院也同時以醫院為中心，將健康促進的概念與效益傳達至病患及家屬身上，並且深入社區民眾。

營造仁愛心 養生保健康

—談營養與健康促進醫院

臺北市立聯合醫院仁愛院區

一、現況分析 (Baseline assessment)

國人十大死因中，癌症、腦血管疾病、心臟病、高血壓及糖尿病等與飲食生活型態息息相關。另根據內政部年齡人口統計資料，2012 年 65 歲以上老人人口占總人口數 11.2%，比前一年又增加 0.3%，台灣老化程度已日益嚴重，發生飲食相關慢性疾病機率相對提高。加上現代人的飲食主要為營養不均衡、高油脂、高熱量、蔬果攝取量不足等問題，容易導致體重過重、肥胖，而產生各種慢性疾病等問題。因此臺北市立聯合醫院仁愛院區自 2001 年以來，一直致力於臺北市推動健康城市政策，目的是讓每位市民擁有健康生活型態，使民眾能夠主動關心自己的健康，共同建立臺北市為健康城市。本院數年來致力於推動健康飲食新文化，希望藉由具創意性的宣導方式，激發民眾主動參與的意願。並結合社區的資源，創造支持性的環境，以強化社區行動力，讓市民將健康理念化為實際行動，並落實於日常生活中，營造健康活力臺北城。

二、準備工作、資源投入與策略規劃 (Plan)

依據渥太華行動綱領各項大綱如下所述：

(一) 依據健康公共政策 - 擬定年度工作進度

1. 排定營養宣導內容：包含宣導場次、文宣教材編製、媒體宣導等執行進度。
2. 提供具健康元素之餐飲：包含餐點內容、供應對象、餐具選擇等。

(二) 強化社區行動力

1. 辦理營養宣導活動：配合節慶、學校、院慶及社區活動，結合社區各團體，辦理健康飲食趣味營養遊戲、飲食試吃及示範教學活動。
2. 媒體宣導：辦理記者會發表相關熱門營養訊息，另藉由院訊、報章雜誌及外網等報導營養宣導相關主題。

(三) 調整健康服務方向：除營養宣導活動外，實際進行輔導廠商提供健康餐點與關懷獨居長者送餐服務

1. 輔導院內（外）販賣食品商店廠商。
2. 關懷社區獨居長者送餐服務計畫：配合愛鄰協會送餐服務，由營養師設計餐點，並連結社區相關資源進行送餐合作，以達到促進老人健康及社區健康營造的目的。

(四) 建立支持性環境 - 配合各科室辦理健康教學活動，如下：

1. 醫療科—宣導健康講座主講，提供醫療相關資訊。
2. 社區護理室—配合宣導活動支援及連繫通知。
3. 社工課—聯絡志工參與協助活動。
4. 企劃課—通知相關單位發布活動訊息。
5. 總務課—活動辦理時設備架設。
6. 營養科—設計具創意性的營養衛教宣導活動。

(五) 發展個人技巧 - 執行成果彙整與呈報相關宣導主題

1. 開發編輯健康飲食文宣教材：依據民眾飲食缺失編製宣導單張、教學文宣、教學光碟等。
2. 積極參與國內外學術團體活動，並發表營養宣導成果。

三、執行狀況 (Action)

(一) 院內提供訂購「健康盒餐」或健康產品

1. 病人餐標示熱量及營養成份，並符合天天 5 蔬果的供應份量，標示熱量及營養份量。
2. 針對長期管灌病人，提供養生天然灌食配方。
3. 響應環保供應病人環保匙筷。
4. 除特殊病情，全面供應雜糧飯。

（二）院內員工多樣化選擇健康餐點

1. 提供「減油、減糖、減鹽」健康盒餐與輕盈餐之選擇，並於餐盒標示熱量及營養份量。
2. 響應環保於週一提供環保蔬食餐。
3. 提供健康飲品：研發多種蔬菜水果之「無糖」養生蔬果汁與「減糖、無糖」南瓜有機豆漿。
4. 輔導院內「心靈舖子」提供員工與民眾多樣化健康餐點。
5. 員工餐盒自備餐具優惠訂購辦法。
6. 院內會議餐使用「環保不鏽鋼回收餐具」並標示營養成份分析。

（三）輔導院內 (外) 餐點

1. 輔導商家：修改原飲食為健康化餐飲製品，並製作營養標示海報。如：院內生活廣場、通化夜市、鄰近自助餐、麵食館、鐵板燒等。
2. 健康飲食搭配海報：搭配三餐均衡飲食，並製

餐盒標示熱量份數

提供雜糧主食

會議環保餐盒

南瓜有機豆漿

養生蔬果汁

作海報宣導。如：便利商店、早餐店、西點烘焙坊等。

（四）關懷社區獨居長者送餐服務

1. 針對長者需求設計不同飲食種類餐點。
2. 進行營養諮詢以瞭解長者飲食狀況及需改善之飲食習慣。
3. 到長者家中，觀察長者用餐及進食狀況，進一步改善供餐品質。
4. 提供佳節餐點：如粽子、中秋月餅、生日蛋糕。
5. 針對長者對於餐點反映意見進行品質改善。

（五）主動辦理營養宣導

1. 一般民眾減重班：營養減重教學課程

(1) 瘦身男女量身訂做健康減重計畫－說明健康減重新觀念、肥胖原因及對健康的影響，說明均衡體位與各式減重方法優缺點。

(2) 認識六大類食物：介紹六大類食物分類，並準備各類食材樣本實際演練分類。

(3) 六大類食物份量：介紹六大類食物份量，並準備各類食材樣本實際演練秤量。

(4) 享受老外的飲食技巧、認識營養標示：教導外食技巧，並準備市售食品樣本實際演練分類。

(5) 健康飲食 DIY：課程總結與回顧。

2. 視障者減重班

(1) 活動方式：每週 60 分鐘，內容包含：(a) 認識六大類食物 - 運用食物實體教學，並將「活力健康體位、食物代換表手冊」印製成點字書，幫助視障者平時查詢及記憶。(b) 食物份量介紹 - 準備六大類食物實體，實際感受食物重量與大小。(c) 遊戲帶動「自由選 - 自己組合餐點」，使視障者確實活用六大類食物代換。(d) 運動教導課程 - 商請啟明學校運動教練實地教導視障者運動。

(2) 每堂課後提供 500 卡至 600 卡健康盒餐，實際體驗健康餐食份量及風味。

(3) 活動前事先電話提醒參加，當天亦以專車接送。每組視障者都安排一位志工陪同，陪同志工並於活動前一個月教導食物相關熱量知識，以便全程引導視障者協助上課。

(4) 測量方面：第一週測量身高、體脂肪（BIA）及腰圍，其後每週均測量體重與腰圍，於最後一週再加測體脂肪（BIA）。

(5) 訂定獎勵措施，選出 BMI 數值降低最多之學員三名，並依名次頒發獎勵金。

3. 乳癌病人減重班

(1) 活動方式：每週提供兩次課程內容，邀請醫師、營養師、運動教練等，針對學員設計適合之課程內容。請參加學員在上課前測量體脂肪、血糖、膽固醇檢測；上課四週後再測量體脂肪、血糖、膽固醇檢測。請參加活動之學員每日測量體重或亦可至

社區護理室量測，並完成飲食日誌。訂定獎勵措施，選出 BMI 數值降低最多前三名，並依名次頒發獎勵金。

4. 兒童醫療營

(1) 針對三到六年級小學生，讓孩童在營隊活動中，藉由活潑生動的教育方式，瞭解基本的營養保健知識，讓孩童能在遊戲中學習。

(2) 活動方式：暑期 2 日全天課程由社工課安排醫師、營養師、復健師、護理師等，針對學童設計適合之課程內容。營養師設計並供應健康餐點之外，精心規劃營養課程如下：(a) 挑選學童喜愛之動漫人物角色扮演，如「海賊王」套入營養宣導主題。(b) 話劇表演：運用生動的話劇演出，推廣飲食指南與健康五蔬果資訊。(c) 闖關遊戲：將飲食宣導訊息設計 3 種活潑的遊戲，如：分辨六大類食物、彩虹蔬果繽紛樂、健康吃快樂動等活動，將知識融入遊戲中快樂學習。

(3) 訂定獎勵措施，選出闖關遊戲分數最高之學童前三名，並依名次頒發獎品。

(六) 受邀進行健康飲食宣導：鄰近職場學校里民中心等進行營養宣導。

1. 學校：大學、高工、國中、國小等。
2. 職場：食品業、國營事業、行政中心、電信業、銀行業、水泥業、電腦公司等。
3. 民眾：里民活動中心、健康服務中心、社區中心、教堂等。

(七) 開發編輯健康飲食文宣教材：依據民眾飲食需求編製宣導單張、海報、教學文宣、光碟等如下：

1. 單張：3 蔬 2 果健康 OK、六大類食物份量代換表 - 中文、印尼文、越南文版；長期灌食好選擇 - 天然食物配方 - 中文、印尼文、越南文版；謹慎選擇您的食用油 - 拒絕反式脂肪、聰明理 " 油 " 好煮張、化放療期間飲食對策單張、減壓有方預防高血壓飲食、喚起記憶預防失智症飲食。
2. 光碟：長期灌食好選擇—天然食物配方—中文、英文版。
3. 海報：3 蔬 2 果健康 OK、謹慎選擇您的食用油—拒絕反式脂肪、聰明理 " 油 " 好煮張、選

減重烹飪教學

設計多變造型

里民活動

營養義診

學校宣導

擇食品請看清標示—確認包裝實際熱量、" 雜糧粗食 " 好煮張，共計 5 項。

4. 其他文宣：3 蔬 2 果健康 OK 磁鐵、3 蔬 2 果健康 OK 紙袋、健康宣導撲克牌、謹慎選擇您的食用油—拒絕反式脂肪 L 形夾、選擇食品請看清標示—確認包裝實際熱量 L 形夾、防癌拉紙原子筆，共計 6 項。

(八) 接受媒體 (廣播電台、電視台) 等訪問或發表文章、宣導健康飲食、健康體位或熱量標示等議題。

1. 電（視）台：廣播公司、電視台等。

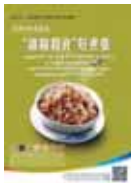
2. 報章雜誌：雜誌社、基金會、健康網站。

3. 論文海報發表：積極參與國內外學術團體活動並發表營養宣導成果，如：WHO 健康促進醫院國際研討會（International HPH Conference）海報競賽、中華民國營養師公會全國聯合會營養品質促進專案發表競賽、臺灣健康醫院學會第三屆創意計畫選拔、台灣營養學會論文投稿及台灣膳食營養學雜誌投稿等。

四、實施成果 (Results)

(一) 乳癌減重班：分別完成 6 次飲食教導課程。2011 年體重自 68.0±10.0 公斤下降至 66.0±9.0 公斤；腰圍自 85.0±6.0 公分降至 84.0±6.0 公分。2012 年體重自 68.2±8.6 公斤下降至 67.5±8.5 公斤；腰圍自 85.7±5.4 公分降至 83.3±4.9 公分。

選擇食品看標示


" 雜糧粗食 " 好煮張

六大類食物 - 印尼文版

六大類食物 - 越南文版

健康宣導撲克牌

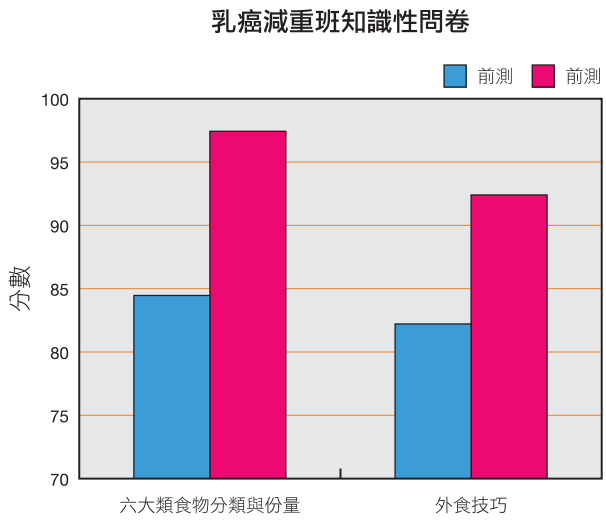
營養部落格

長期灌食好選擇

中文光碟

英文光碟

防癌拉紙原子筆



(二) 視障者減重班：完成 7 次飲食教導課程。各項目在介入前後，BMI 平均減少 0.8kg/m^2，體脂肪平均減少 1.3%，腰圍平均減少 2.3 公分。本活動前均事先電話提醒參加，當天亦以專車接送。每組視障者都安排一位志工陪同，故平均參與率達 80%以上。課後實際動手選食物完成率 100%，正確率達 80%。

(三) 兒童醫療營：以戲劇方式導入營養教育概念，並以舉手問答為學前測與後測，採實際答對數測驗學童對此次教學瞭解程度。學童能清楚六大類食物分類，答對率可大於 93%；靠觸感分辨蔬菜水果，並回答天天吃蔬果好處之答對率可達 95%；清楚閱讀及計算食品包裝上的熱量標示，答對率可達 90%。

(四) 關懷社區獨居長者送餐服務：改善獨居長者食物獲取困難問題，目前每日供應種類與份量如下：一般飲食約 80 份、治療飲食

視障者減重班

體位測量

分組教學

點字書 - 飲食手冊

實際感受份量

踴躍參與答題

兒童醫療營

均衡美味盒餐

動漫角色扮演

猜猜食物看

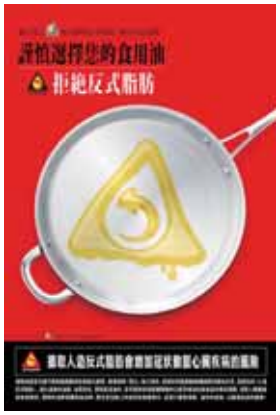
食物分類

熱量標示計算

(糖尿病、細軟、低蛋白飲食)約 10 份、營養粥約 10 份，總計約 100 份。一年舉辦 3 場春節圍爐活動，中秋節及端午節提供 3 次節慶餐點，讓長者們一同感受新春佳節團圓氣氛。在飲食滿意度問卷調查，長者對送餐服務態度滿意度高達 90%。

(五) 積極參與國內外學術團體活動，並發表營養宣導成果

優良海報 -3 蔬 2 果健康 OK



拒絕反式脂肪

佳作單張 - 聰明理 " 油 " 好煮張

五、結論與建議 (Comment)

推廣營養教育是營養師的天職，如何進行健康飲食宣導，以增進民眾的健康，降低相關疾病之風險，確有其重大的意義。經多年營養推廣經驗，認為進行營養教育時應考慮三個面向：實用性、創新性與推廣性。

在實用性方面，應依據市民關心或質疑之主題，增進其營養與食物相關知識之不足，糾正不當的飲食相關觀念，導正其飲食與生活型態。

創新性方面則應在執行上採取創新的亮點，辦理吸引其注目的活動與深入淺出圖文並茂的文宣之方式，以提供淺顯易懂的衛教資訊。

推廣性方面則需以點線面的方式達到多方推廣，即就近於院內病人與員工提供健康的餐點，並運用各種機會進行營養教育推廣，如：門診團衛、病房團衛、護理師病房會議或醫師晨會等。進而於鄰近之職場、學校或里民中心等推動健康

飲食宣導，甚至直接輔導院內與附近廠商供應健康餐點。

確實經由多面向的健康飲食推廣下獲得不少迴響，因此宣導邀約場次不斷，故近年來亦有以公餘時間進行營養宣導，以紓解住院病人之營養照護時段。營養推廣成果在臺北市立聯合醫院長官鼓勵下，參與國內外之論文計畫投稿與海報競賽等活動，藉由多方面展現營養推廣業務與教育之成效。冀望以此微薄經驗幫助有心投入營養推廣的夥伴，運用各種管道發揮所長，使營養教育能落實到各個角落，共同營造健康活力的美麗寶島。

第三節

慢性病與健康促進醫院

王英偉

佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院家庭醫學科主治醫師
社團法人臺灣健康醫院學會秘書長

壹、引言

隨著經濟社會成長、醫療科技及藥物發明，國人 2012 年平均餘命增加到 79.45 歲，慢性疾病罹患人數亦隨著增高，慢性病所指的是長病程，不會自行痊癒且通常是無法完全治癒的疾病。慢性病的病因通常不明確，具多重危險因子，需臨床治療以改善其病情。在美國的疾病統計通常將慢性病定義為病程超過三個月（U.S.National Center for Health Statistis）。慢性病涵蓋的範圍甚廣，盛行率常隨年齡增加而升高。世界衛生組織對慢性病的定義為針對長時間需要照顧的病人，除傳統慢性病如心臟病、糖尿病、氣喘病外，由於科學的進步，以前無法治癒的傳染病如愛滋病，亦能活上一段很長的時間。因此部分的傳染病亦可適合慢性病的管理模式。

聯合國於 2011 年 9 月特別召開非傳染性疾病（Non-Communicable Diseases，簡稱 NCD）高峰會議，指出癌症、心血管病 (主要為腦中風和心肌梗塞)、糖尿病及慢性呼吸道疾病等慢性疾病的死亡占全球死因的 63.5%，影響各國經濟發展，此四種慢性病造成每年約 3 千 5 百萬人的死亡，約佔全球死亡人數的 60%，但這些疾病是可以預防的，有高達 80% 心臟病、中風、糖尿病及高達 1/3 的癌症，透過排除一些共同的危險因子，如戒菸、不健康飲食、缺乏運動及過量飲酒等不良健康行為可以得到改善，透過跨部門、跨領域、公私領域合作，採取具實證及成本效益之策略，降低這些危險因子帶來的衝擊。聯合國秘書長潘基文稱慢性病的致命威脅，是「以慢動作發展的公共衛生緊急狀態」。

以我國 2013 年的衛生統計，前十大死因依序為惡性腫瘤、心臟疾病、腦血管疾病、糖尿病、肺炎、事故傷害、慢性下呼吸道疾病（慢性阻塞性肺病、支氣管炎、氣喘）、高血壓性疾病、慢性肝病及肝硬化、腎炎、腎病症候群及腎病，因慢性病惡化而死亡仍占最多。

研究發現慢性病與其危險因子之間常具有流行病學或是病生理學上的相關性。例如，對於代謝症候群的研究發現心血管疾病（主要是腦中風和冠狀動脈心臟病）的諸多危險因子具有密切的相關性與群集現象；癌症與高血壓、糖尿病也

具有同時罹病的特性。因此，西方已開發國家逐漸反思，對於慢性病的預防與照護應以更具前瞻性、整合性的模式，提出中長程的防治體系與策略，避免僅從個別單一疾病的防治著手。

如果以同時罹病率 comorbidity 探討糖尿病、高血壓及心血管疾病之聚集，其中單純高血壓的盛行率最高，佔 15.3%。單純只罹患高血脂或糖尿病者各佔約 9.5% 及 2.0%；罹患二者之一者佔 10.5%；同時罹患三者佔 2.6%。不同的疾病聚集現象是規劃推動慢性病共同照護時必須加以考量的重要流行病學特性。

貳、慢性病照護策略

2012 年第 65 屆世界衛生大會，針對預防和控制非傳染性疾病，提出有關的全球策略行動方案。該行動方案主要有六大目標：

目標一：提高非傳染性疾病之發展工作於全球和國家層面的優先程度；整合非傳染性疾病之預防及控制政策至各政府部門政策中。

目標二：為了預防及控制非傳染性疾病，建構並強化國家政策及方案。

目標三：強化主要危險因子之介入：菸草的使用、不健康的飲食、缺乏體能活動、及有害的使用酒精。

- 菸草控制，如實施《世界衛生組織菸草控制框架公約》，以協助執行國家層級的公約義務措施來減少對菸草的需求。包括菸草稅收制度、無菸環境、菸草產品包裝及商標、全面性禁止菸草廣告及贊助、有關菸草成癮及戒斷的減需方法等之建構及試行。
- 強化健康飲食及體能活動。
- 包括各場域中增加體能活動，推動減鹽環境，減少食品行銷對兒童的影響，發展適當的營養模型（Nutrient Profiling Model），以及提倡友善營養學校，促進對學齡兒童的健康飲食概念。
- 減少有害使用酒精。

目標四：促進預防及控制非傳染性疾病之研究。

目標五：促進針對預防及控制非傳染性疾病的夥伴關係。

目標六：監控非傳染性疾病及其決定因子並評估國家的、區域的、及全球層級的發展。

WHO 針對非傳染性疾病的策略行動提供三個清楚的重點：

(1) 監控非傳染性疾病以及它們的決定因子。

(2) 藉由有效的干預行為來避免風險。

(3) 透過強化衛生體系來促進人們的非傳染性疾病健康照護。

慢性病照顧的主要目的，不是把病治癒，而是改善個人的生活功能，減少症狀，透過次級預防以延長生命及增加生活品質，但傳統的照護

模式，強調生病照護是個人的責任，與醫師病人的互動很有關係，現在更清楚瞭解，慢性病照護應以病人為中心，同時與整體的醫護團隊與照護體系，建構良好的合作關係，以達到最好的照顧成效。除個人的行為改變外，同時須配合藥物服用，定期追蹤治療的成效，更需要瞭解生病對個人心理社會的影響。

為達到最好的治療與控制的效果，個人的生活習慣必須作適當的調整，同時可能要接受治療部分的副作用或不方便，此時病人須與醫療團隊討論，設計個人的治療計畫，以達到最有效的控制效果（Tinetti et al., 2004）。

良好的慢性病照顧模式，有賴醫院與其他醫療照護場所的合作，病人住在醫院內，醫院有完整的團隊，提供複雜的全套檢查及治療，但相對病人的自由受到限制，病人在適當的檢查後，必須回到社區，因此慢性病控制是長期的努力。

慢性病照護策略大多以特定的疾病導向進行（disease-oriented）。但是，在中長期持續的推動上，仍須先具備明確的推動架構。美國 CDC 擬定的慢性病照護策略強調地區衛生主管機關在慢性病照護整體推動上的重要角色。在慢性病照護計畫上，衛生主管機關必須要能確保以下計畫的要件得以順利進行：

- 領導（Leadership）
- 流行病學監測（Epidemiology and surveillance）
- 與非政府組織的夥伴關係（Partnerships）
- 針對特定場所推動介入計畫（Targeted interventions in various settings）
- 評價（Evaluation）
- 有效的計畫管理與行政（Program management and administration）

澳洲的慢性病照護策略則特別強調計畫的整合性，認為成功的慢性病照護策略必須要能有系統地監測疾病及危險因子、以實證為基礎（evidence-based）、績效評價、針對特定的高危險族群、改善照護體系功能、早期篩檢與早期介入、基層醫療整合以及病患與社區的參與。

參、慢性病照顧模式（Chronic Care Model, CCM）

經過多年的觀察研究，慢性病照顧模式中必須包括四個主要部分，包括個人自我管理、資訊系統、整體的服務系統及決策支援。Norris 指出服務系統中必須包含不同的專業人員，互相合作，使病人於適當的時間得到適當的照顧。對於慢性疾病病患的需求，為建立與照護團隊和推行系統之持續性治療關係，以滿足下列需求：

- 有效的臨床、行為、與支持性治療
- 自我管理所需之資訊與支持
- 依照臨床不同嚴重度而設計之系統性追蹤與評估
- 針對沒有達到目標者，採取密集式管理
- 協調不同場所與跨領域專家之共同照護

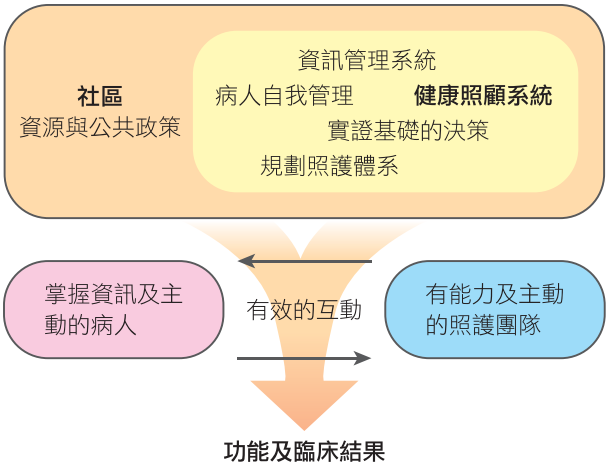


圖 2-2-1　慢性病照顧模式（Chronic Care Model, CCM）

一、慢性疾病照護模式之特點

（一）有效的互動

良好慢性疾病照護之關鍵元素為病患與照護團隊之間有效的互動，可以是面對面溝通、電話瞭解或是電子郵件。所謂的「有效的」意指根據實證為基礎，有系統的推動與完成之慢性疾病照護工作，同時滿足了病人需求。Wagner 等人（2001）研究調查發現目前大部分主要慢性疾病管理方案還是環繞在傳統病人教育，而非現代自我管理支持，缺乏與基層醫療連結，依賴轉診而非採取以人群為基礎之策略，因此無法達到預期效果。

圖 2-2-2

（二）掌握資訊及主動之病人

這些病人會擬定目標與計畫來改善他們的健康，同時能提升動機、運用資訊與技巧，及有自信地管理他們的疾病。所謂的「掌握資訊」意指病人接收到充分的資訊，使其在疾病治療選擇上成為明智的決策者。此外，病人還需要透過瞭解其在疾病管理角色上的重要性進而主動參與，為了達到最大的成果，慢性病照顧中需要此類不一樣的病人。

（三）有能力及主動的照護團隊

照護團隊透過與病人的互動，協助病人達到臨床目標與自我管理宗旨。照護團隊須經過組織、訓練與充分資源，才能夠達到有效的互動。

（四）支持協助病人的自我管理

協助病人採取比較積極的角色，並且使其成為健康與健康照護有能力管理者。也就是，強調增強病人在管理其健康與健康照護之權力與能力（Empowerment）。

1. 強調病人在健康管理上扮演核心角色
2. 運用有效自我管理支持之策略，目前經過驗證，5A's 是最佳自我管理之策略。

- 評估（Assessment）：其內容應該不只有知識，還要包括信念與行為。畢竟，單獨知識是不足以用來改變行為，因此有必要去瞭解病人的價值與習慣。

- 建議（Advice）：應該建立在科學證據，而非提供者個人喜好。
- 取得一致的意見（Agree）：病人與醫療照護提供者對於照護目標與行動能取得一致的意見。
- 協助（Assist）：透過確認障礙，再以問題解決方式提供協助。
- 安排（Arrange）：安排具體的追蹤計畫，包括利用醫療機構內部和外部社區資源，來提供病人持續性自我管理支持。

Lorig 等人（1999）研究顯示慢性疾病自我管理計畫在降低使用與成本的情況下，還可以有效改善健康。

（五）社區資源與政策

協助病人在社區就能取得有效與有用的服務與資源。動員社區資源以滿足病人的需求。有許多重要的資源與服務，都是社區上的基層醫療院所提供的，例如同儕病友團體、社區運動計畫、慢性病的護理及個案管理、與營養師等。

（六）整體服務設計

組織第一線員工、時間表與其他系統，以確保所有的病人可以接受到有良好計劃與證據基礎的照護。有計畫性回診（Planned visits）可以採一對一或是群體式互動。個案狀況複雜、處於急性轉變或惡化的病人需要比較密集的照護，因此可以運用臨床個案或照護管理者，通常是護理師或藥師。研究顯示個案或照護管理者可以有效地改善糖尿病、充血性心臟衰竭、憂鬱症和其他疾病。健康服務提供者需要進一步地與病人確認目前的互動模式是否與他們的文化規範、價值與信仰是一致的。

（七）照護團隊有實證依據之決策

確保臨床人員與其他員工經過訓練後，適當運用科學資訊與支持系統，以病人為中心提供以實證為基礎之照護。

（八）臨床資訊系統

臨床人員與其他員工可以接觸到病人與人群的資訊，以協助規劃、提供與監督照護品質。臨床資訊系統能協助有效率與有效的照護。即使沒有電子病歷，有一些登錄系統仍舊可以執行所有功能。

（九）健康照護組織

組織的動機、支持和資源有利於開創安全與高品質之照護，其中包括領導者公開支持是永久性成功的關鍵，獎勵對照護品質有貢獻之照護團隊，不要局限在服務量。獎勵對象不應該局限於醫師，獎勵形式不應該局限於金錢，而是應該適時給予認可。組織應以開放式與系統性處理錯誤的問題，以提升照護品質，安全是住院照護之首要關心議題。系統應該對照護錯誤與品質缺點秉持開放與誠實。促進組織內與組織之間的照護協調，建構與當地醫院的合作模式。

二、世界衛生組織創新慢性病照護框架

世界衛生組織（2002）提出創新慢性病照護框架，此框架之指導原則為以證據基礎之決策、以群眾為基礎的計畫、強調預防重視品質、在整合不同的服務單位的過程中，包含彈性與適應性的策略，這個架構主要由微觀層次之病人互動、中觀層次之健康照護機構與社區、以及宏觀層次之政策組成。以下將詳細說明這三個層次之概念。

圖 2-2-3　慢性病照護框架

（一）微觀層次

創新慢性病照護框架主要是由病人與其家屬、社區夥伴與健康照護團隊之三核心元素組成。急性健康問題可以透過單一健康照護提供者即可獲得良好健康改善。然而慢性疾病則需要仰賴病人與其家屬、社區夥伴與健康照護團隊之三方合作，彼此都能了解疾病情形、主動為改善慢性疾病而努力。這三項核心元素會受到更廣泛的健康照護組織與社區之影響、以及更高層次之政策環境之影響與支持。

（二）中觀層次：健康照護機構

健康照護組織可以創造一個慢性疾病之友善環境。照護組織中之不同因素，例如健康照護工作人員之技巧、人員組合、門診時間、資訊系統、與病人自我管理等，都可以對慢性疾病照護帶來很大之影響。健康照護機構可以透過以下五個層面來促進慢性疾病照護品質：

- 促進各單位協調與永續服務：慢性疾病病人需要有接受良好協調過之初級、次級與三級等不同層級之照護服務。並且應該定期安排追蹤拜訪，以提早發現合併症與立即診斷出病人健康惡化之情形。
- 透過誘因與領導，提昇品質：重新調整管理者、健康照護工作者與病人的動機，以及建立獎勵機制以鼓勵可以影響慢性疾病管理與預防之有效的臨床過程。持續性品質監測與品質提升計畫應該成為所有健康照護工作者之例行性活動。而且，品質促進也應該融合為組織文化的一部分，因此健康照護組織之領袖在創造品質促進友善環境上扮演重要角色。
- 組成照護團隊，給予足夠支持：健康照護團隊需要必要資源、醫療設備、實驗室與必要藥品來提供科學證據基礎之照護。健康照護團隊需要獲得支持來做合適的決定，包括制定照護指引、診斷與治療規定。此外，健康照護工作者需要特定技巧與知識來擴展傳統之醫學訓練，例如有效溝通能力、可以協助病人自我管理之專門知識、醫療遵從行為、以及支持病人長期維持與慢性疾病過程之努力。

- 運用資訊系統：是否能夠隨時掌握病人與病人群體之即時資訊，是有效慢性疾病照護之重要條件。因此，資訊系統應該能夠收集與分析流行病學、治療、健康照護成果等各種資料。
- 支持病人自我管理：有效的自我管理幫助病人與其家屬遵從醫療行為，使其降低與慢性疾病相關之合併症、症狀及失能狀況。另外，醫療照護組織應該提供病人與其照護提供者自我管理策略與技巧，並且激發他們願意長期地在每天基礎上實踐這些策略與技巧之動機。

（三）中觀層次：社區

社區資源對健康照護體系與慢性疾病管理來講非常重要。畢竟，慢性疾病病人還是在醫療照護機構以外的社區度過他們大部份的人生。因此，社區資源可以適當地用來補充醫療照護機構無法提供的服務。社區可以透過以下四個面向來促進慢性疾病照護品質。

- 提高慢性病認知及減低汙名化：當地國際性組織、非營利組織、支持團體與婦女團體之領導者是最適合來倡導健康議題的人，使民眾對慢性疾病與其相關危險因子有所了解。社區領導者所表達的意見通常是被民眾信賴的，因此他們的意見可以引起民眾對日益增加的慢性疾病負擔，與其相關汙名化之重視。
- 社區之支持與領導：既有的社會結構，像是社區健康發展協會、原住民村落發展團體，可以參與慢性疾病健康倡導工作。這些委員會和團體處於有利的位置，因此可以協助發展策略來支持與幫助那些罹患有慢性疾病的社區成員。不過，如果社區缺乏這些社區組織，則社區領導亦可以參與慢性疾病照護的決策。
- 動員與協調資源：當地社區資金可以對社區層級健康相關活動有很大的影響。健康促進與預防活動、社區健康工作者的訓練、健康中心基本資源與設備都可以透過當地社區團體動員來推動。
- 提供其他輔助的服務：當地社區成員與國際性非營利組織連結，因此可以在提供社區補充性預防與管理服務上扮演重要的角色。每個社區都會有提供者之非正式網絡，如健康工作者與義工，他們在慢性健康問題的管理與預防工作上有卓越的貢獻。

（四）宏觀層次：政策環境

政策是具有權威性的手段，可以影響政府或其他管理部門之價值與原則及制定策略來降低慢性疾病的負擔。為追求慢性疾病健康照護的合適性，積極的政策框架顯得重要。

- 提升領導及倡導：決策制定者可以影響政治領導者來提升慢性疾病照護。
- 提供人力資源。
- 提供持續的經費：慢性疾病照護期待健康照護體系之所有部門能夠獲得一致性的財源，則資金籌措可以達到最大效果。資金一定要分配到傳統上不同疾病類別、照護層級與照護場所，如基層醫療照護與醫院。同時，籌措資金一定要以結構性方式進行，如此資源才可以長期地維持下去。

- 加強夥伴合作：政府之間不同部門應該建立夥伴合作關係，同時政府也應該與非政府部門（例如私人健康照護提供者、社會福利團體、宗教團體、學校、與雇主）密切合作。
- 支持制定法規的架構：法律與規定可以減低慢性疾病的負擔。同時，法令可以保護慢性疾病病人的權利。
- 整合式政策：如果政策可以橫跨不同特定疾病，強調特定人群健康管理，而非只是一個時間點或單一病人形式管理、同時涵蓋預防、治療與控制等策略，政策方案連結社區組織，則政策可以發揮極大的效果。

三、慢性病照顧模式與健康促進醫院

健康促進醫院的發展，源於 1986 年渥太華健康促進憲章，其中主要的五大行動綱領為健康的公共衛生政策、支持性的健康環境、社區的行動、個人的技巧及健康服務，健康促進醫院的主軸亦同時包括了病人與家屬、員工、社區與組織，相對於健康促進的行動綱領。在世界衛生組織的延伸的慢性病照顧模式（Expanded CCM）中，把世界衛生組織健康促進的精神，融入於慢性病照顧的整體規劃中。

世界衛生組織創新慢性病照顧框架

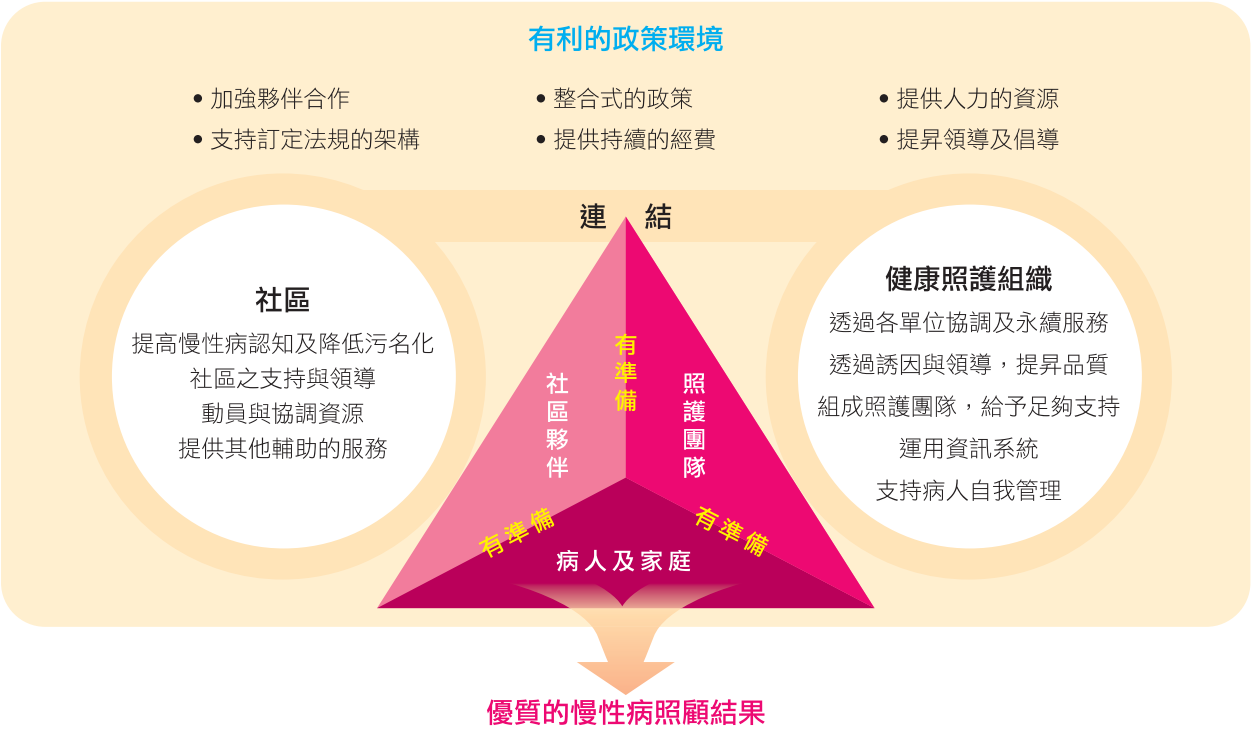


圖 2-2-4　世界衛生組織創新慢性病照顧框架 ICCC

肆、慢性病與健康促進醫院

根據美國疾病管理協會（The Disease Management Association of America，DMAA）定義，疾病管理是：「提供一種協調性健康照顧介入與溝通的系統，使民眾自我照顧後，病情能有顯著改變」。美國心臟協會（American Heart Association）建議，疾病管理原則包括：1. 目的在增進照護品質與病人照顧成效；2. 以具科學性且專家有共識的指引為基礎；3. 該計畫必須能增進病患對治療計畫的遵醫囑性；4. 該計畫必須具有專家共識的工作評量方法；5. 該計畫必須包括持續不斷的科學性評估；6. 該計畫必須具有以醫病關係為中心的整合性及周全性照顧系統；7. 該

表 2-2-1　世界衛生組織 ICCC 八大行動要點

世界衛生組織 ICCC 八大行動要點
• 支持傳統照護模式之改變
• 管理政治環境
• 建立整合式健康照護
• 連結不同部門之政策以達到促進健康
• 有效運用健康照護人員
• 支持生活在社區的病人
• 強調預防

延伸性慢性病照顧模式 Expanded CCM

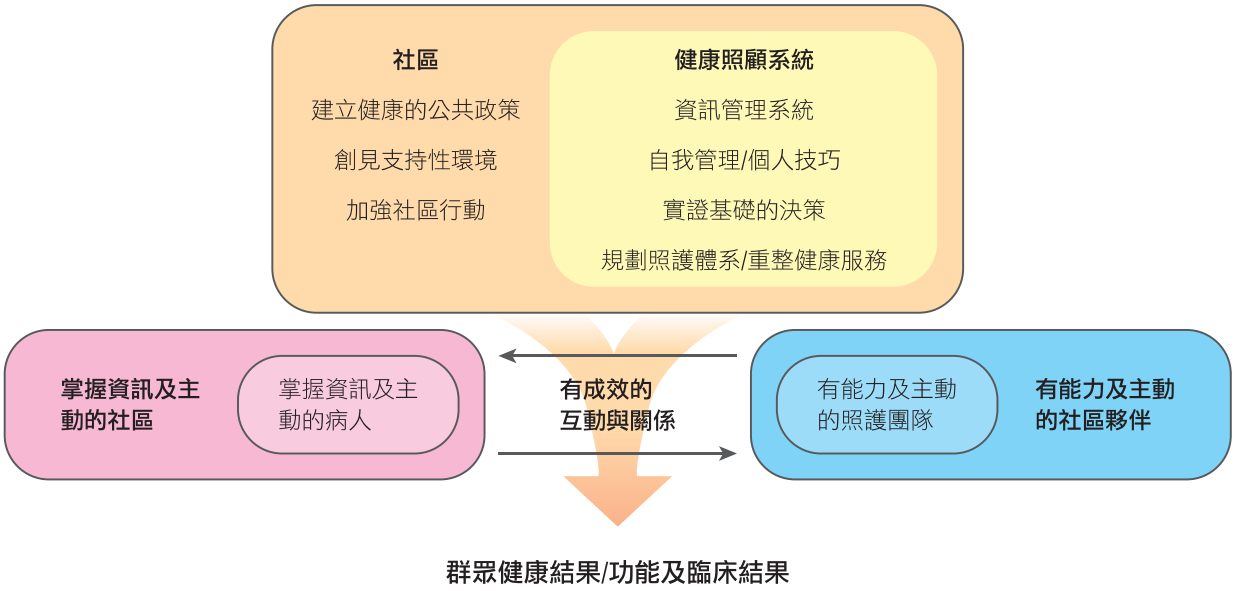


圖 2-2-5　延伸性慢性病照顧模式 Expanded CCM

計畫必須探討病患共存疾病的複雜性，以保證達到最佳照顧成效；8. 該計畫必須為所有民眾所發展出來且特別關懷未接受該服務或容易罹患該病的人口群；9. 參與疾病管理的組織必須審慎探討其潛在利益衝突。

慢性病防治之三 R：登錄（Registration）、提醒（Recall）、定期複查（Regular review），是慢性病管理及提升病患照護的必要過程，有研究顯示改善疾病控制可以降低健康照護成本，特別是鬱血性心臟衰竭病人、使用過高急性門診與住院之氣喘病人，以及糖尿病控制不良的病人。回顧 44 篇檢視疾病管理的財務影響與報酬之文章，疾病包含氣喘、鬱血性心臟衰竭、糖尿病、憂鬱症與多重性疾病之疾病管理。鬱血性心臟衰竭與多重性疾病之疾病管理方案研究顯示會有正向投資報酬率。氣喘、糖尿病、與憂鬱症疾病管理之投資報酬率不易計算，這個牽涉到涵蓋了哪些成本，是否涵蓋將生產力納為成果等因素？

以糖尿病為例

（一）糖尿病的流行

國人糖尿病盛行率以 2007 年三高數據：20 歲以上國人糖尿病盛行率 8%，盛行率與發生率皆隨年齡增加，高峰年齡層在 50 歲起，2013 年台灣地區十大死亡原因統計，糖尿病高居第四名，且與高居第二位心臟疾病及第三位之腦血管疾病息息相關。由 1998 年健保資料統計中顯示，糖尿病人佔所有就診病患 2.5%，但其醫療費用支出卻佔健保體系總支出的 11.5%，每一個糖尿病人花費健保資源為非糖尿病人的 4.3 倍（蔡世澤，2000），而所造成的死亡率更是逐年提升（蔡世澤，2001）糖尿病患醫療花費支出佔醫療支出之 11.5%，糖尿病是造成許多其他醫療支出的隱性殺手，以洗腎費用而言，一年得花掉健保署 302.6 億元，高居健保支出第一位，其中多數洗腎者是肇因於糖尿病。Gilmer（1997）的研究報告則指出，醫療成本（以三年為一期的平均醫療成本）隨著糖化血色素（A1C）濃度的增高而增加，而且大多數的醫療成本是花在高血壓及冠狀動脈心臟病（Carotid Artery Disease, CAD）的治療上；一旦 A1C ＞ 7% 時，則其醫療成本將隨著每 1% 濃度的上升而約增加 10%，由糖尿病團隊照護介入，做到品質改善，進而提升預防層次，都需要醫事人員共同努力。

美國糖尿病學會（ADA）每年定期更新臨床治療指引，包括以血糖控制目標為糖化血色素應小於 7%，台灣糖尿病學會則建議控制在 6.5% 以下，營養治療（Medical Nutrition Therapy, MNT），建議由認證的營養師提供糖尿病前期或糖尿病患營養治療。英國糖尿病前瞻性研究（The UK Prospective Diabetes Study, UKPDS），糖化血色素每下降 1%，病患於 10 年內中風機率將減少 12%，心肌梗塞減少 14%。

（二）糖尿病共同照護模式

所謂共同照護（shared care）定義，指的是由醫院專業人員與一般科醫師一起參與，為慢性病人共同規劃的照護服務內容及方式；除出入院、轉診資料外；增強資訊聯結，促使更多資訊互通共享，形成有計畫性的照護體系。整體而

言，一個成功的照護網條件有四，分別為：1. 醫療資源的分工及整合、2. 醫療照護的連續性及周延性、3. 病人資訊的連結及應用、4. 保險支付的配合及改變。

（三）臺灣的糖尿病共同照護網

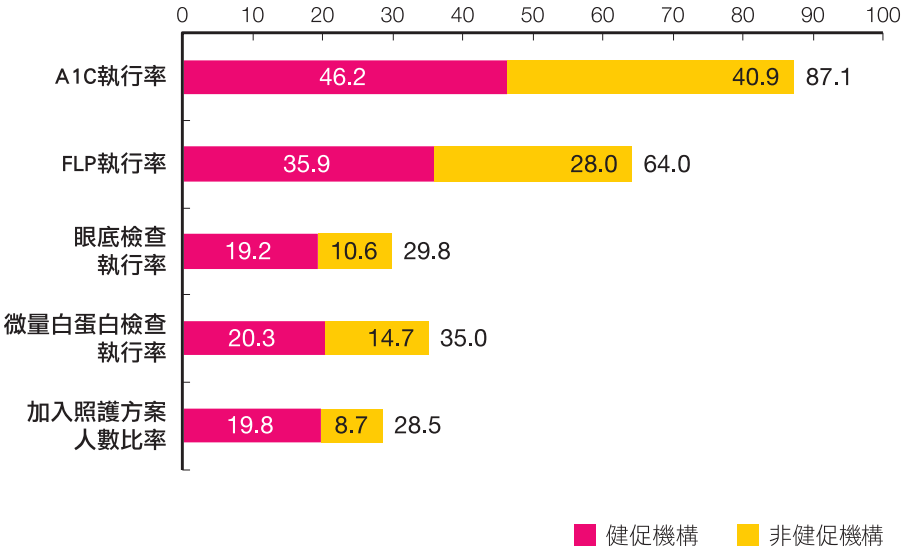
1996 年開始共同照護網，引進英國糖尿病共同照護（shared care）理念，最早始於宜蘭推動的蘭陽糖尿病共同照護網計畫。初期的糖尿病共同照護網計畫強調各級醫療院所對於糖尿病照護品質的共識與準則之建立。自 2001 年起，中央健保署推動糖尿病醫療服務改善方案，進一步提供支付誘因，「論質計酬」包裹式之全民健保糖尿病醫療服務改善方案試辦計畫，規定參與本方案之醫療院所，須通過當地糖尿病共同照護網認證，以維持全國糖尿病共同照護網功能及人員素質，後續並陸續推行糖尿病防治工作輔導計畫、全國糖尿病友團體增能計畫、糖尿病高危險群健康促進等工作。

糖尿病共同照護的核心在於促成從專科照護（specialty care）轉型至基層照護（primary care）、從單一專業服務轉型到團隊照護的系統性改變，其改變涉及照護服務輸送（delivery system design）、臨床準則及結構性照護（structured care）及臨床資訊或資料系統（clinical information system）三方面。專業人員的繼續教育和認證與團隊照護之運作及其品質監控，組織病友會激發患者自我照護，配合 3R：登錄（Registration）、提示（Recall）及定期複查（Regular review）等手段（Greenhalgh, 1994），形成一個以「病人為中心」的照護模式，並達成減緩病人併發症發生、減少醫療費用與提昇醫療院所信譽之三贏局面正符合慢性病管理模式的發展。自 2003 年起，全國 22 縣市全面積極推動糖尿病共同照護網。

（四）糖尿病健康促進機構

衛生福利部自 1991 年資助臺大醫院成立第一家「糖尿病人保健推廣機構」，機構設立的原始宗旨，在於結合醫師、護理人員、營養師等各種專業人力，提昇糖尿病友自我照顧能力與整體照護績效，2006 年起國民健康署推動辦理「糖尿病健康促進機構」，在 2013 年全國糖尿病機構共有 194 家通過評鑑標準取得「糖尿病健康促進機構」之認證資格，包括醫學中心、區域醫院、地區醫院、衛生所與診所不同類型。目前許多糖尿病健康促進機構已成為各地糖尿病患轉介中繼站或積極治療處，對提升糖尿病照護品質有極大之貢獻。糖尿病患者的三高控制率大幅提升：有 34.5% 的糖尿病患糖化血色素控制小於 7%，37.7% 病患血壓及 51.5% 病患血脂控制良好。

102 年糖尿病健康促進機構資格審查標準	
必備條件	全院參加全民健康保險糖尿病醫療給付改善方案
	人員配置及資格 (醫師至少一人為專任。護理師、營養師至少一人為專任，兼任每週須達 2 診以上。醫護營三人均須有縣市共同照護網認證，且其中至少有 1~2 人須取得 CDE 資格，並實際參與糖尿病共同照護門診。)
	照護設備 (糖化血色素檢驗設備、眼底檢查設備、單股纖維 Monofilament、半定量音叉…)
	資料與紀錄保存
	衛教空間
評 分 項 目	
中華民國糖尿病衛教學會之糖尿病合格衛教人員	
營養衛教	機構有營養師提供個別營養衛教
	機構有營養師提供團體衛教
	營養衛教流程完整，可由病歷紀錄觀察之
	營養衛教年度完成率
	營養衛教品管成效統計
護理衛教	機構有護理人員提供個別護理衛教
	機構有護理人員提供團體衛教
	護理衛教流程完整，可由病歷紀錄觀察之
	護理衛教年度完成率
	護理衛教品管成效統計
盡責度	全院參加全民健康保險糖尿病醫療給付改善方案照護率 (%)
	A1C 年檢查率達 4 次之比率 (%)
	年度尿液微量白蛋白檢查率 (%)
	眼底年度檢查率 (%)
	足部年度檢查率 (%)
	使用胰島素比率 (%)
	血脂肪檢查執行率 (%)
照護品質	A1C>9.5% 比率 (%)
	A1C<7% 比率 (%)
	BP<130/80 mmHg 比率 (%)
	LDL<100 mg/dL 比率 (%)
服務品質	提供糖尿病照護人員見 (實) 習
	辦理糖尿病高危險群的健康促進 (含減重)
	糖尿病前期 (IGT 或 IFG) 之健康促進措施
	病友團體運作情形
	戒菸相關業務之推動
	品管監控機制



（資料來源：健保署醫療品項資訊公開網，2011）

（五）糖尿病的自我管理

病患的自我照護和賦能（empowerment）是糖尿病等慢性病照護的另一基本要素。在社區中的糖尿病自我照護衛教與門診的衛教不同，是以問題導向方式，透過病人與服務提供者的夥伴關係，協助病患運用資源，解決問題。

（六）社區對糖尿病病人的支持

糖尿病病患長期為了配合糖尿病控制而處處調整生活型態以及疾病帶來的身、心、社會的壓力與威脅，往往影響糖尿病患者及其家屬整體的生活品質與生活滿意度。所以，糖尿病病友團體的成立，主要是希望病患及家屬在面對疾病所造成的各種打擊時，能面對疾病並自我調適，它提供了一個讓病友們可分享彼此生活經驗與獲取醫療資訊的空間，鼓勵糖尿病患者和家屬對糖尿病有深入的體認，進而減少糖尿病併發症的發生，並促進病友及家屬彼此經驗與心得交流，使病友在身心上得到良好的協助，且藉由每一次活動中，加強病友自我調適與自我照顧的能力，使其從被動化為主動，進而提昇病友健康層次及生活品質。在糖尿病患接受具社會支持性的團體衛教方案之影響方面，Adolfsson 等（2004）將賦能（empowerment）理論融入糖尿病團體衛教。

參考文獻

中文參考文獻

中央健康保險局 101 年 3 月 5 日健保醫字第 1010072657 號公告

林惠芳（2000），病友團體的發展與挑戰，醫望，33，35-7。

邱淑媞、賴美淑（2002），糖尿病共同照護之概念與內涵，臺灣醫學，6（4），560-8。

張峰紫、邱啟潤、辛錫章、蔡瑞雄（1991），糖尿病患者的家庭支持與其認知態度遵從行為及糖化血紅素控制之研究，護理雜誌，38，59-68。

張新儀（2005）：以全國代表性資料分析臺灣糖尿病患自我照護型為與其相關因素—2001 年國民健康訪問調查結果，國家衛生研究院簡訊，29-32。

陳素惠（1998），心臟疾病病患之照護與成果評量，病患成果評量研習會，83-6。

慢性腎臟疾病防治手冊 國民健康署 http://www.bhp.doh.gov.tw/BHPNet/Portal/file/ Accessed 6 May, 2013

劉淑言、吳聖良、蘇東平、周桂如（2002），精神分裂症病患主要照顧者支持團體之成效評值，護理雜誌，49（4），31-42。

蔡世澤（2000），臺灣地區糖尿病照護現況與省思，臨床醫學，**45**，316-20。

蔡世澤（2001），綜說臺灣糖尿病之流行病學及現況。

盧菀淇：糖尿病共同照護模式對醫療費用及照護品質之影響初探。台北：國立臺灣大學碩士論文，2001。

賴美淑、邱淑媞（2002），糖尿病共同照護之概念與內涵，**Formosan Journal of Medicine**，**6**：560-8。

錢慶文、邱震山、黃三桂（2001），健康照護管理計畫之成效分析：以蘭陽糖尿病照護網為例，醫務管理雜誌，2（2）：58-69。

英文參考文獻

Adolfsson, E.T., Smide, B., Gregeby, E.(2004) Implementing empowerment group education in diabetes. *Patient Education and Counseling,* 53: 319-24.

American Diabetes Association (2003) *Standards of medical care for patients with diabetes mellitus.* Diabetes Care 26 Suppl 1: S33-50.

Amos A.F., McCarty D.J., Zimmet P. (1997) *The rising global burden of diabetes and its complications: estimates and projections to the year 2010.* Diabetic Medicine 14 Suppl 5: S1-85.

Chang S.F., Su C.L., Hung T.P. (1993) Epidemiological study of cerebrovascular disease in the Taiwan area: current status. *J Formosan Med Assoc,* 92: S112-20.

Cifu DX et al. (1999) Factors affecting functional outcome after stroke: a critical review of rehabilitation interventions. *Arch Phys Med Rehabil,* 80: S35-S39.

Docherty, A. (2004) Experience, functions and benefits of a cancer support group. *Patient Education & Counseling,* 55: 87-93.

Gilmer, T. P., et al. (1997) *"The cost to health plans of poor glycemic control."* Diabetes Care 20(12): 1847-1853.

Greenhalgh P.M. (1994) Shared care for diabetes. A systematic review. *Occasional Paper - Royal College of General Practitioners,* (67): i-viii, 1-35.

Hayes S.H. et al. (1986) Early intervention care in the acute stroke patient. *Arch Phys Med Rehabil,* 67: 319-321.

Hickman M., Drummond N., Grimshaw J. (1994) The operation of shared care for chronic disease. *Health Bull,* 52: 118-26.

Huang Z.S., Chiang T.L., Lee T.K. (1997) Stroke prevalence in Taiwan: findings from the 1994 National Health Interview Survey. *Stroke,* 28: 1579-84.

Indredavik B. et al. (1991) Benefit of a stroke unit: a

randomized controlled trial. *Stroke,* 22: 1026-1031.

Indredavik B. et al. (1997) Stroke Unit Treatment: Long-term Effects. *Stroke,* 28: 1861-1866.

Indredavik B. et al. (1999) Treatment in a combined acute and rehabilitation stroke unit: Which aspects are most important? *Stroke,* 30: 917-923.

Indredavik B., Bakke F., Slordahl S.A., Rokseth R., Haheim L.L. (1998) Stroke unit treatment improves long-term quality of life. A randomized controlled trial. *Stroke,* 29: 895-9.

Jorgensen HS et al. (1995) The effect of stroke unit: reductions in mortality, discharge rate to nursing home, length of hospital stay, and cost. *Stroke,* 26: 1178-1182.

Jorgensen HS et al. (2000) Who benefits from treatment and rehabilitation in a stroke unit? A community-based study. *Stroke,* 31: 434-439.

Karlsen, B., Idsoe, T., Dirdal, I., Hanestad, B.R., Bru, E. (2004) Effects of a group-based counseling programme on diabetes-related stress, coping, psychological well-being and metabolic control in adults with type 1 or type 2 diabetes. *Patient Education and Counseling,* 53: 299-308.

Skinner, T.C., Hampson, S.E. (1998) Social support and personal models of diabetes in relation to self-care and well-being in adolescents with type I diabetes mellitus. Journal of *Adolescence,* 21: 703-15.

Summary of Revisions (2009) Clinical Practice Recommendations. *DIABETES CARE,* 32S 2.

The Stroke Unit Trialists ’ Collaboration (1997a) How do stroke units improve patient outcome? A collaboration review of the randomized trials. *Stroke*, 28:139-44.

The Stroke Unit Trialists ’ Collaboration (1997b) Collaborative systemic review of the randomized trials of organized in-patient (stroke unit) care after stroke. *BMJ,* 314: 1151-9.

The Stroke Unit Trialists ’ Collaboration (2000) Organised inpatients (stroke unit) care for stroke. *Cochrane Database of Systematic Review,* (2) CD000197.

Tinetti, M., Bogardus, S. and Agostini, J. (2004) Potential pitfalls of disease-specific guidelines for patients with multiple conditions, *N Engl J Med,* 351: 2870-4.

Wagner E.H., Grothaus L.C., Sandhu N., Galvin M.S., McGregor M., Artz K. et al. (2001) Chronic care clinics for diabetes in primary care: a system-wide randomized trial. *Diabetes Care,* April, 24(4): 695-700.

Wen Chi-Pang et al. (2008), All-cause mortality attributable to chronic kidney disease: a prospective cohort study based on 462,293 adults in Taiwan, *Lancet,* 371(9631): 2173-2182.

Chronic care model. Available from: http://www.improvingchroniccare.org. Accessed 15 May, 2008

N.S.A. (2008) *Controllable Risk Factors.* Available from: http://www.stroke.org. Accessed 15 May, 2008.

UNITED STATES RENAL DATA SYSTEM (USRDS, 2012 ADR) http://www.usrds.org/2012/view/Default.aspx Accessed 2 May, 2013

充滿「幸福感」的台東聖母醫院

陳世賢[1]、 陳良娟[2]

[1]天主教花蓮教區醫療財團法人台東聖母醫院執行長
[2]天主教花蓮教區醫療財團法人台東聖母醫院副院長

一、現況分析 (Baseline assessment)

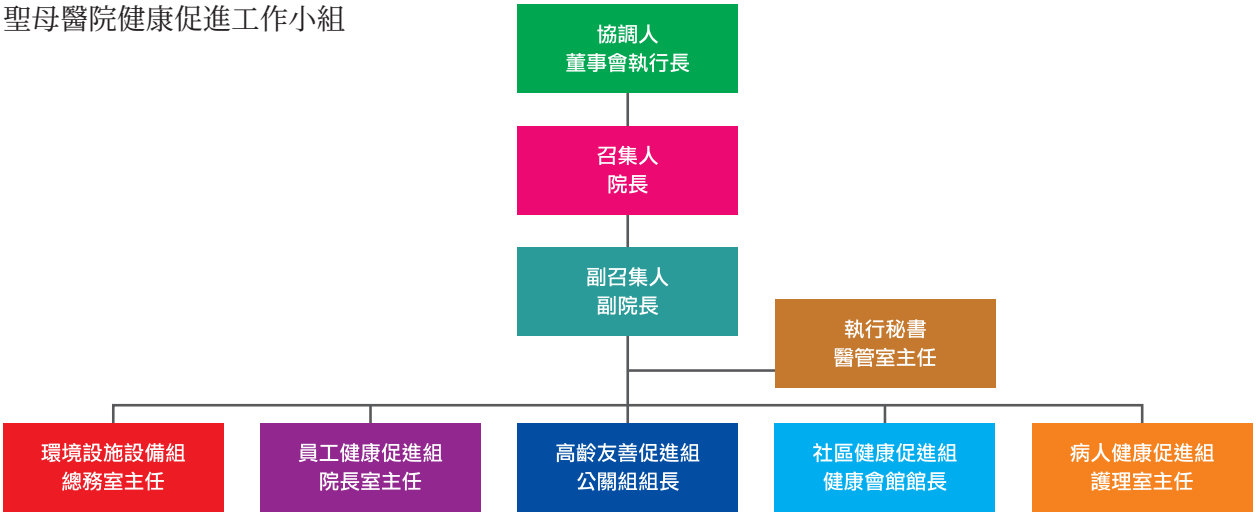
根據 2011 年台灣公共衛生促進協會研究的統計顯示，台東縣民的平均壽命比台北市少 8.5 歲，是全國最短命的城市，罹患心血管等慢性疾病患者的比率也居高不下。好山好水的地方卻好短命，身為在地醫院的角色，我們當然可以歸咎於醫療資源不足等問題。然而，我們不禁懷疑，醫院除了看「病」以外，難道不能善加利用台東的好山、好水，幫助人們活得更健康？能否在未生病之前先行自救呢？而「健康促進」確實是一條可行之路。

二、準備工作、資源投入與策略規劃 (Plan)

台東聖母醫院在 2008 年正式以「成為東部安寧療護中心及健康促進中心」為未來的發展目標，2009 年提出「全方位健康促進園區設立計畫書」，投入超過五千萬的預算，設置健康會館、健康農莊及芳心好美館等，並對員工、病人、家屬及社區進行全方位的健康促進推動。

在董事會的支持下，設置健康促進工作小組（組織圖請見下圖），由董事會執行長擔任協調

聖母醫院健康促進工作小組



人，院長及副院長分別擔任召集及副召集人，並整合各科室主管全力推動。

推動策略以員工優先，呼籲員工成為第一個受惠者，醫院並投入大量資源，讓員工了解給愛的人也要被愛，提出員工健康促進等相關配套措施，如：以最優惠的價格提供員工在健康會館用餐、每月由芳療組提供的員工香香時間、大家一起來健走、健康操競賽…等。讓員工先體會過健康好生活的樂趣，再推出病人、家屬及社區健康促進計畫；逐步推動，漸漸獲得大家支持與肯定，畢竟「幸福」的感覺是人人喜愛的！

三、執行狀況 (Action)

（一）醫院角色定位

成立全方位健康促進園區，實踐「過健康好生活」。從制度面上，改變心理的認知，將健康促進的概念，轉化為具體的行動力，進而調整為健康的生活習慣。對象包括員工及所有和聖母醫院有關的人，因為醫護人員普遍也過得很不健康。

聖母醫院不只是「以病人為中心」，而是「以人為中心」，去照顧病患、療癒心靈。

然而，原住民一聽說聖母醫院要來幫助他們活得更健康，直覺的反應就是請我們不要來。他們說：「你們來，就是要我們不要抽煙、不要喝酒、不要吃檳榔，那些都是我們最快樂的事。」，確實，強迫改變他人的習慣，成功率極低，除非當事者自己願意改變。後來，我們發現糖尿病在部落十分嚴重，台東約有兩萬名病友，卻只有一名新陳代謝專科醫師，整個台東十幾個衛生所中，只有一家有胰島素，不只民眾對胰島素不了解，連醫師也不會用。所以我們決定以糖尿病照顧進入社區。資源少的地方也有其優點，正因為資源少，所以稍有資源介入，即可產生大改變。本院院長是台灣糖尿病權威林瑞祥教授，他帶領聖母醫院團隊，以「參與式學習」的方式幫助糖友，不是用講的，而是直接做給你看。譬如：糖友有抽煙習慣，抽煙前先測血壓，抽一根煙之後再測血壓，血壓從 130mmHg 直接跳到 170mmHg，這樣的教學效果就很直接、很有用。

（二）經營糖尿病病友團體

另一方面是積極經營糖尿病病友團體，培訓種子老師分享經驗及成果。會員除了自己必須貫徹健康生活外，還要深入地方去探訪糖友，瞭解其生活習慣，拉他們出來運動。每週一、三早上到醫院跳半個鐘頭舞，再吃由營養師調配出來的早餐。舞蹈前測血糖，舞蹈後再測血糖，很明顯察覺血糖的變化。好玩又有伴，經常運動就會上

癮，每天會懷念一起運動的快樂。原本有三分之一的糖友控制不佳，兩個月運動下來，糖化血色素 7% 以下的病友人數從 40% 進步到 60%。

然長久以來健康行為之改善，是件相當不容易的事，如何落實健康生活是很重要的課題。許多糖友都對自己起起伏伏的血糖相當煩惱，嚴重控制不好的糖友往往需要住院調整血糖，這些想控制好血糖的糖友們，若能在一處風光明媚的地方度假，在經設計的健康環境及醫療團隊指導陪伴下，學習過一段健康好生活，實際體驗真正落實健康的技巧後，再回到原來的生活，相信這樣有治療效果的健康生活方式，會比醫師只在醫院裡單獨開藥方的效果好很多；另外對於糖尿病的高危險群，如果不及早注意定期血糖檢測與改善生活方式，一年平均七人中有一人會演變成糖尿病。因此，除了照護糖尿病病人，預防併發症及延緩疾病進展外，如何預防或延緩糖尿病高危險群之疾病發生，也是工作的重點。

「控糖生活營」，是糖尿病健康生活體驗營隊，在風光明媚的台東舉行，每梯次 16-20 位學員參加，包括糖尿病友、家人或高危險群，營隊為期五天四夜，活動以問題導向學習法的激發式教學，透過參與式的體驗方式及有效、有趣的教學，學習糖尿病相關知能。在小組互動交流下分享個人的控糖經驗及困境。學員在營隊期間每天監測 4-7 次血糖並紀錄分析，配合台東聖母醫院健康會館提供的健康餐及每日規劃的休閒體能活動，學員能具體看到血糖與飲食運動等相關性。

營隊有相當好的成效：在健康行為上，包括每天能吃兩碗蔬菜以上比率、每天能依照營養師建議的主食量、每天喝水 2,000C.C. 以上比率、每週運動五次以上、每次 30 分鐘以上的比率、會自己測血糖、測血糖後會紀錄、會分析血糖代表的意義、會將紀錄拿給醫師參考的比率都超過 8 成以上。參加課程後三個月，繼續追蹤糖尿病友糖化血色素達標（HbA1C ＜ 7%）比率，從原來的 35%，提升到 75%，更有位學員糖化血色素（HbA1C）從 11.8%降到 6.5。營隊中的血糖監測，幫助學員看到自己的血糖值進步情況，很容易提升自我實現的成就感與自信，引發個人對健康管控的責任感，激勵「我的健康我負責」的態度。

（三）醫院自己開餐廳

在外在空間上，積極創造促進健康的環境，善用教會網絡，整合社區及政府資源，異業結盟，建立健康促進資訊的交流平台。近年來，更陸續成立了「心靈療癒花園」、「健康會館」、

「2011 年聯合國世界糖尿病日 - 健康嘉年華」在台東舉辦，這是台東的第一次，共有來自全國 65 個糖尿病病友團體、超過 2 千位病友及醫護人員參與。

「健康農莊」、「健康培質院」、「老人日照中心」、營養衛教室、糖尿病中心、中風支持團體、以及六個部落關懷據點。

首先，聖母醫院成立「聖母健康會館」，提供高纖、低油、少鹽、無人工添加劑的美味健康料理，打破一般人對「營養的東西不好吃，好吃的東西不營養」的既定觀念，讓民眾有吃得到健康食物的地方，並作為健康社區推展的交流平台。多數醫院會將餐飲部門發包，我們卻堅持要自己經營。試想，廠商當然是以賺錢為目的，若真的要反映成本，餐廳根本不可能做得下去。然而就廣宣而言，每年超過五萬人次的用餐人數，滿意度超過八成，民眾說他們最關心台東的兩個營業場所，一是誠品書局，另一個就是健康會館。健康會館為聖母醫院樹立了鮮明的標竿，凡所有來到台東旅遊或參訪的貴賓，都會被朋友帶來健康會館「吃草」！

（四）醫院自己種菜

另一個特別的是「聖母健康農莊」。2009年八八水災重創台東縣太麻里鄉，聖母醫院在第一時間趕往救災及安頓災民身心。災後半年，我們成立「嘉蘭健康活力站」，同時承接退輔會的休耕地，成立「聖母健康農莊」，以「以工代賑」的模式提供災民與原住民工作機會。醫院開始種田，生產「自然、安全、無毒」的天然食材，讓食物從土地到餐桌都是健康的。不僅創造了五十個工作機會，無形中也讓他們瞭解健康促進的觀念。

剛開始，很多人都警告我們，原住民的習慣差，而且工作態度不好。有一天，同仁阿杜戴著口罩上班，我們問他生病了嗎？他說，聖母醫院是健康的醫院，但是他長期吃檳榔，牙齒不好看，讓顧客看到會不好意思，所以才戴上口罩。原住民朋友也經常送我們一些藤編、木雕、陶珠、陶甕等禮物以表謝意，副院長瞭解他們的用心，又捨不得他們破費，她說：「謝謝你們，以後不要再送這樣的禮物了，又要花錢又花時間。如果你們真的要送，我覺得最好的禮物其實是你們的健康，如果你們可以少抽點菸、少喝點酒，那我會更高興。」幾天後，農務組跑來告訴我們，他們開會決定，要開始戒檳榔了。不久，園藝組也不甘示弱跑來說他們決定要戒酒、戒菸了。我們看到了不同於以往命令式、說教式的「要求」，而是他們自己「願意」過健康生活。

聖母健康會館讓民眾有吃得到健康食物的地方

（五）引進芳香照護

同時，聖母醫院也引進芳療介入慢性病患的照顧，針對肩頸痠痛、腹脹、便秘、皮膚、情緒、肌肉骨骼等症狀的舒緩，我們以三年半時間訓練

出八名合格芳療師、三十多名芳療志工，並發展出醫療院所專用的精油，有一萬三千人次的臨床見證，這是台灣有史以來，芳療實際運用在醫療院所最大規模且最完整的本土資料。芳療獲得病患百分百的肯定度、六成以上的滿意度，今年我們更成立了專門服務老人、病患和照顧者的「芳心好美」芳療館，為更多需要照顧的慢性病患服務。

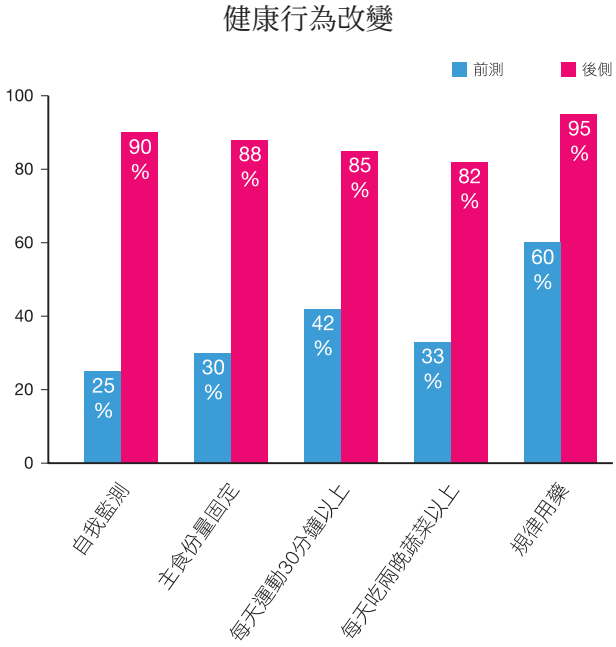
四、實施成效 (Results)

以糖尿病照護為例，可以從本院的照護品質看出實施成果，三位醫師照顧的病患，他們的 ABC 達標率，均超過 40%，甚至有醫師高達 59.2%，遠遠高過糖尿病健康促進機構調查的結果。

註：「ABC」，是控制糖尿病的重要指標：「A」代表的是糖化血色素（HbA1c），血色素為紅血球的一種蛋白質，醣類會附在上面，故稱糖化血色素，可以反映過去三個月的血糖平均值，不可超過 7%。「B」指的是血壓（blood pressure），不可超過 130/80 ㎜ Hg。「C」則代表低密度膽固醇（LDL-Cholesterol），俗稱是不好膽固醇，血中的 LDL 濃度過高容易在血管壁堆積，形成血管粥狀硬化，進而阻塞血管，為血管阻塞的危險因子，不可超過 100mg/dl。

部落老人在健康活力站開心的運動

- 以指標 7 為例：病人有依其特殊狀況接受衛教之自我管理比率，糖尿病友接受診前衛教後，其自我管理健康行為改變從原本的 43% 進步到 80% 以上。



- 以指標 8 為例：病人有依其危險因子及疾病治療情形給予衛教的比率。

>> 本院糖尿病營養衛教及護理衛教的年度完成率均為 100%；衛教年度完成率＝(年度衛教≧ 2 次人數)／年度收案病人數；總計個管人數 726 人，結案人數 187 人。方案

人數 539 人。

>> 年度營養衛教≧ 2 次，人數 539 人

>> 營養衛教年度完成率＝ (539/539) X 100% ＝ 100 %；方案人數 539 人，執行人數 539 人。

>> 年度護理衛教≧ 2 次，人數 539 人，護理衛教年度完成率＝ (539/539) X 100% ＝ 100%

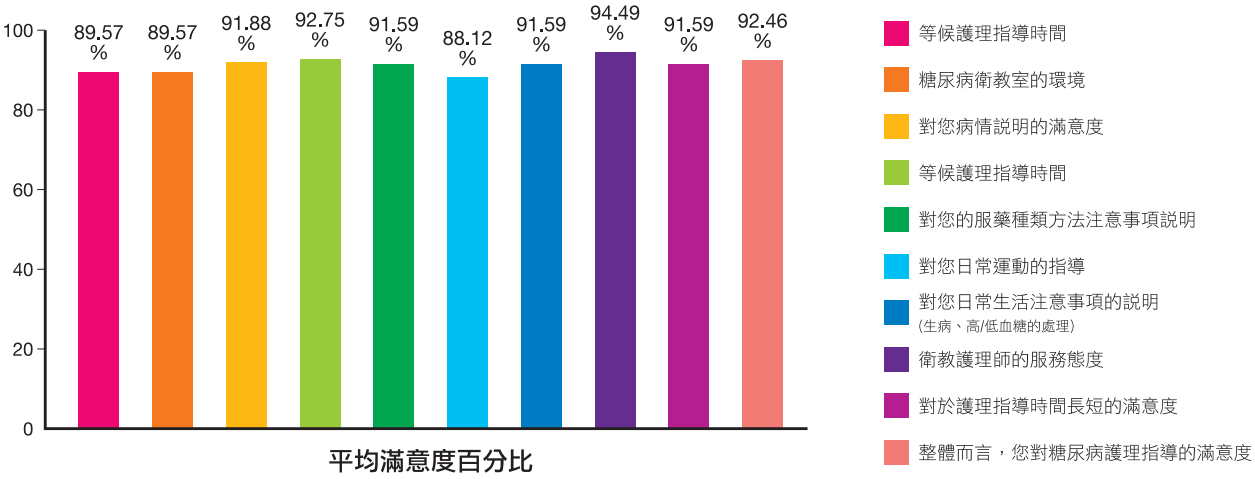
- 以指標 9 為例：病人對於資訊與介入過程的經驗

本院糖尿病友就醫接受護理衛教資訊及介入的滿意度為下圖：

五、結論與建議 (Comment)

台東聖母醫院從照顧慢性病發展到健康促進，不只是「以病人為中心」，而是「以人為中心」，傳遞健康知識、創造健康環境、誘發健康生活的積極動機、並整合所有支持系統，全方位的促進健康。員工滿意度超過七成，社區衛教宣導的滿意度也超過八成，健康促進讓聖母醫院充滿「幸福感」！若你問為何全國最小的台東聖母醫院能夠做出這樣的成績？我覺得重點在於「愛」與「信任」。如果我們真心去「愛」，民眾自然會信任我們，於是我們可以一起合力去完成健康、美麗的事。

台東聖母醫院以「八八水災之救災、重建與健康促進」為主題，到芬蘭參加第十九屆 WHO 健康促進醫院國際研討會。



糖尿病照護團隊 終生照顧您健康

汪宜靜[1]、莊立民[2]

[1]國立臺灣大學醫學院附設醫院糖尿病衛教小組護理師
[2]國立臺灣大學醫學院附設醫院代謝內分泌科主治醫師

一、現況分析 (Baseline assessment)

本單位屬跨科部的醫療團隊，含新陳代謝科醫師、護理部及營養室的相關成員。基於本院醫療資源，提供全方位的病人照護，視病人的問題需求再會診心理師、復健師、社工師、傷口照護師等，希望藉由適當衛教增進病人和家屬自我照顧技能。1996 年起為國民健康署評核合格之糖尿病健康促進機構、2003 年起為臺北市糖尿病共同照護網認證成員，目前由莊立民教授擔任單位主管。

二、準備工作、資源投入與策略規劃 (Plan)

(一) 糖尿病健康促進機構：

衛生福利部（原衛生署）於 1990 年 10 月委託林瑞祥教授在台大醫院成立「糖尿病人保健推廣中心」，隸屬於內科部。希望藉適當衛教增進病患和家屬自我照顧技能。目前糖尿病衛教小組由內科部新陳代謝科醫師、護理部個案管理師 3 人、營養部營養師 2 人支援組成，成員由院內招募資深且具有合格糖尿病衛教師證照者，且每六年需再通過 150 學分繼續教育展延認證。1996 年起為國民健康署評核為合格之糖尿病健康促進機構、2003 年認證為臺北市糖尿病共同照護網成員。經由團隊協同合作，可協助病患將飲食控制、藥物治療、運動及血糖監測整合於日常生活中，以減少併發症發生，提升病人的生活品質。目前本院門診一年約 14,000 位糖尿病患者，各病房也有糖尿病人住院。

(二) 糖尿病照護跨專業團隊

目前每週共設置 10 個個別衛教門診及 4 個糖尿病病變篩檢門診。院方提供衛教診間 2 間和暗房進行相關檢查及衛教。目前有 4 位新陳代謝科醫師加入糖尿病共同照護網轉介，醫師等其他照護團隊成員可由醫院 portal 系統登入查看個案相關醫療處置、檢驗結果、照會回覆等資料。2011 年起建置「糖尿病個案管理系統」（圖一），以 AADE7 糖尿病自我照護行為分類登錄衛教紀錄。醫師等其他照護團隊成員可由醫院 portal 系統登入查看相關衛教紀錄摘要。

本院每月至少提供 4 次糖尿病防治相關團體衛教，每個月在健康教育中心會舉辦不同主題的團體衛教（圖二）；糖尿病衛教小組每月第 2 及第 4 週週五下午舉辦糖尿病看圖對話互動式小型

團體衛教；每年至少舉辦 3 次胰島素治療病友座談會。每週四 3:30PM 至 4:30PM 於糖尿病病房（13C）皆有合格糖尿病衛教護理師提供住院病患團體衛教，同時也開放門診病患免費參加。

(三) 整合性糖尿病病變篩檢門診

1996 年起開始整合性糖尿病病變篩檢門診，內科個案均可轉介至此檢查門診，完成年度糖尿病自我照護行為評估及相關併發症檢查，包括視力、眼底、微量白蛋白尿、足部神經及末梢循環檢查。每年約服務 2,000 人。並將檢查及衛教評估建檔分析，做為業務改善之參考。

(四) 連續性糖尿病個案管理

1993 年起參加全民健康保險糖尿病醫療給付改善方案。2012 年本院全院門診一年約 14,500 位糖尿病人，各病房也有糖尿病人住院。共照網管理人數約 1,350 人，全院入共照網比率約 9 %，年度的規律返診率高達 92%。因本院糖尿病人數多，且回診率高，目前除鼓勵部份控制穩定病患轉入二階段照護（僅需做年度檢查及衛教評估），也需健保署及院方提供更多誘因鼓勵醫師加入此方案或轉介個案。

本院照護網的個案看診皆有一定的流程，看診前護理師便會將當日門診的個案病歷整理及抽血檢驗報告登錄，所有共照網個案須由護理師或營養師衛教後始能進入醫師門診看診，在護理師及營養師門診紀錄部分採 SOAP 的模式紀錄。衛教年度完成率 92%，營養衛教有設定 LDL 目標值（LDL ≦ 100mg/dl），有成效評值，且有具體改善措施。護理衛教有設定提升 A1C ≧ 8% 施打胰島素之比率目標值，有成效評值，且有具體改善措施。加入照護網的個案皆發給糖尿病護照，於就診時也會加強提醒攜帶，於病患門診時衛教師主動協助填寫登錄。今年已針對共照網個案登錄於糖尿病個案管理系統之自我照護行為達標情形，與糖尿病 ABC 達標情形相關性進行統計與分析，下半年擬針對未達標部份進行因素分析，擬定改善措施及追蹤。

圖一、糖尿病個案管理系統

圖二、團體衛教課程

(五) 糖尿病衛教人員培訓

於 1991 年林瑞祥教授領導下，與護理研修中心合作開始第一期糖尿病衛教護理人員培訓，之後並發展「糖尿病與我」衛教單張、虹吸管通訊、糖尿病照護手冊等多項衛教教材；1996 年發起成立糖尿病衛教學會，之後便擔負多項糖尿病照護人員培訓工作。目前每年的 3、4 月及 9、10 月固定提供八個梯次的糖尿病衛教學會的學員實習。另外也提供本院北護分院、護理系碩士班學生、台大醫學系新生體驗營見習。每年承接至少 2 場糖尿病衛教學會研習會，團隊成員多人除多次擔任糖尿病共照網繼續教育講師，每年也固定籌辦院內同仁糖尿病照護研討會。

(六) 糖尿病病友支持團體

本院糖尿病病友聯誼會成立於 1992 年，為病友自助型支持團體，加入會員達 2,000 人以上，常參加活動者約 500 人。每年初召開志工幹部及理監事、醫療顧問團聯席會議，檢討及擬訂新年度工作計畫 (圖五)。聯誼會的成立宗旨乃為開闢一個讓病友們可以分享彼此生活經驗與獲取醫療資訊的空間，加強自我調適及自我照顧的能力，進而提升病友生活品質，促進社會大眾對糖尿病的重視與防治。每年會固定舉辦約 4-5 場的大型戶外聯誼活動，活動中護理師及營養師都針對課程設計活動及評量。另外於每週一、二、四下午 1:30-4:30 有固定的志工 2-3 人及護理人員 1 人於本小組辦公室提供病友糖尿病相關諮詢，如血糖機的校對服務及使用、胰島素注射指導。固定排班志工隸屬社工室，每年均須接受志工訓練及糖尿病照護相關研習。每年一月固定出版會刊，並主動寄發給其他糖尿病健康促進機構分享。2012 年小組團隊並協同志工幹部將 20 年來會刊精華整理，出版「糖尿病病人生活百問」一書，2013 年擬再發行網路及大陸版。針對較無法來院參加活動之病友，成立臉書「糖老師俱樂部」社群，目前已有社員約八百人。

圖五、病友會志工幹部培訓

(七) 糖尿病預防或糖尿病病變防治活動

1. 本院每年均進行員工之體檢，對於三高之高危險群會主動提供體檢報告單，提醒追蹤，並進行員工糖尿病高危險群的相關教育，包含飲食與運動介入，除可免費參加員工減重班或體適能班，並可參加員工減重計畫競賽，由營養部提供健康餐盒。此外本院家醫科設有減重門診，健康教育中心定期舉辦減重講座。糖尿病衛教師於衛教門診或病變篩檢門診時會主動針對過重者詢問病患需求，進行評估及衛教，並建議患者轉介減重門診或減重講座。

2. 本院家醫科設有戒菸及減重門診，健康教育中心定期舉辦戒菸講座。糖尿病衛教師於衛教門

診或病變篩檢門診時，也會主動針對吸菸者詢問病患需求，進行評估及衛教後，記錄於護理年度衛教紀錄表，並將患者轉介戒菸門診或戒菸班。

三、執行狀況 (Action)

本院衛教小組的服務內容包括：

(1) 個別衛教門診 （每星期一、三、五上午，星期二、三、四下午，全院皆可轉介）。

(2) 糖尿病病變篩檢門診（每星期一、三、四上午，星期三下午，由內科醫師轉介）。

(3) 糖尿病專題講座（雙月份舉辦）及糖尿病看圖對話小型團體衛教 (隔週舉辦)，糖尿病防治演講（社區民眾皆可參加）。

(4) 收集國內、外教材為參考，製作本土化的教材和課程。

(5) 收集、評估糖尿病防治用品，教導連續式血糖監測儀、胰島素幫浦、筆型注射器等器具的使用。

(6) 協助本院及其他糖尿病防治機構衛教人員、衛生所醫護人員、醫學院學生訓練。

(7) 協助本院「病友聯誼會」辦理定期病友服務（每星期一、二、四下午），年度 4~5 次活動、製作會刊。

(8) 協辦幼年型糖尿病夏令營、世界糖尿病日等社區宣導活動。

(9) 團隊糖尿病治療研討會（每週一次），個案討論。

(10) 承辦糖尿病衛教學會研習會，協辦糖尿病衛教師考試、糖尿病健康促進機構評鑑活動。

(11) 協助醫院 KM(知識管理) 系統及護理部專科小組網頁設置。

(12) 糖尿病共同照護網個案管理及登錄、申報。

(13) 糖尿病變篩檢診資料管理及建檔、品管指標分析及追蹤。

四、實施成果 (2012 年 Results)

(一) 臨床服務方面

1. 糖尿病病變篩檢門診：平均每月服務量 152 人。

2. 糖尿病共同照護網個案管理：新收案人數 120 人，目前管理人數維持 1,350 人，照護網申報上傳平均每月 390 筆。

3. 戒菸諮商佔糖尿病變篩檢門診檢查人數之 12.4%。

4. 籌備及支援世界糖尿病日點燈活動暨宜蘭冬山河園遊會活動 (圖六)。協辦康泰基金會兒童糖尿病兒童夏令營。協辦糖尿病關懷基金會健康樂活營。

5. 自我血糖監測積極控制小型團體衛教，並參加提升第 2 型糖尿病照護成效競賽，共收案管理 23 人。

圖六、2012 年 WDD 宜蘭健行

6. 電子病歷：糖尿病病變篩檢表單的修訂及上線。

7. 統計 2012.07.01 至 2013.06.30 糖尿病醫療給付改善方案 ABC 控制達標率如下：

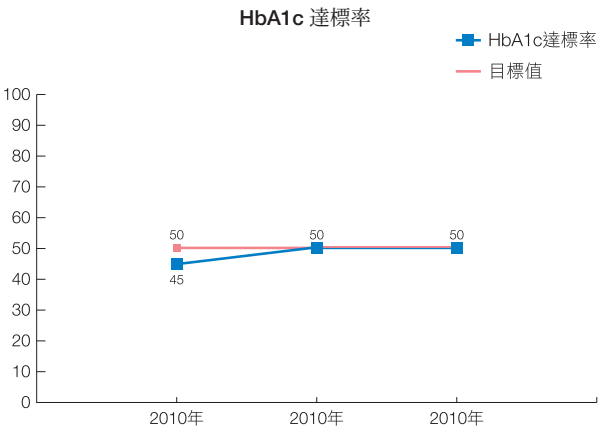
A1C>9.5： 4%

A1C<7: 42%

BP<130/80： 30%

LDL<100： 53%

糖尿病共照網收案糖化血色素達標率



(二) 教學與研究

1. 於 2012 年的 9-10 月、2013 年的 3-4 月共完成 19 名學員的實習，每名學員 80 小時，總時數 1,520 小時 / 年的學員實習。代訓糖尿病衛教人員實習個案報告及團體衛教報告。

2. 提供糖尿病學會糖尿病觀測站網頁稿件。

3. 承辦糖尿病衛教學會研習會。

4. 修訂本院健康教育中心「糖尿病」、「高、低血糖處置」、「糖尿病慢性合併症」等衛教海報。修訂護理部「胰島素注射護理技術」。修訂護理部「血糖自我監測」衛教單張。

衛教海報

5. 參加 AP-JADE（亞太糖尿病個案管理模式研究）研究計畫會議及訓練。

6. 參與品管中心會議：DM 臨床指引及照護團隊 pathway、照護團隊監測指標修訂。

五、結論與建議 (Comment)

已有多項研究顯示，糖尿病自我管理教育（DSME）及糖尿病自我管理支持（DSMS）可有效增進糖尿病照護成效，節省醫療支出及改善病患生活品質。本院糖尿病衛教小組雖已成立多年，仍有多項業務需要全院同仁取得共識，一起努力改善，當然更需要主管機關及健保署的支持，提供相關之資源誘因及人力，才能增加服務量，造福更多糖尿病友及家屬。

(一) 增加糖尿病個案管理涵蓋率：需增加流程之便利性、醫師參與及轉介共照網之誘因，包括改善衛教場所之可近性、隱私性。

(二) 增加全院代謝症候群篩檢率：擬由照護糖尿病人數最多之內科加強宣導。

(三) 增加全院眼底及微量白蛋白尿檢查率：擬由照護糖尿病人數最多之內科加強宣導。

(四) 增加互動式糖尿病團體衛教活動轉介率：擬增加對內科及家醫科同仁相關活動之宣導。

「腎利人生」腎臟保健與疾病照護

熊育敏、吳宗琳、李咏倪

國立臺灣大學醫學院附設醫院慢性腎臟病個案管理師

一、現況分析 (Baseline assessment)

依據 USRDS 2012 年報，臺灣洗腎發生率為第四名，盛行率為第一名，且慢性腎臟病的人口數隨著人口老化、慢性疾病人數增加、健保制度等等因素，疾病人數也不斷攀升。如此高的腎病盛行率及發生率不僅危害國人的健康，也帶給政府財政上極重大的負擔。於 2003 年台灣腎臟醫學會與衛生福利部國民健康署研擬「腎臟保健推廣機構設置計畫」，本院即受委託辦理慢性腎臟病疾病照護及衛教管理，並於 2007 年開始執行「全民健保 Pre-ESRD 預防性計畫及病人衛教計畫」，2011 年開始執行「全民健康保險初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」，針對慢性腎臟病患進行疾病醫療、衛教照護並持續追蹤，系統管理病患資料、分析資料做為日後疾病照護依據，期望藉此降低國人腎臟病的發生，減緩慢性腎臟病的病程，降低台灣末期腎臟病的發生率。

二、準備工作、資源投入與策略規劃 (Plan)

(一) 成立慢性腎臟病照護團隊：成員包含腎臟專科醫師 (共 18 位)、腎臟疾病個案管理師 (共 3 位)、營養師 (共 1 位)、藥師、社工師等，共同參與腎臟疾病治療，日常生活

圖一、臨床衛教—護理部份

圖二、臨床衛教—營養部份

照護技巧指導，營養評估照護及追蹤，提供病患全人照顧 (圖一、圖二)。

(二) 收案管理流程標準化：於科部會及門診宣導並請院內資訊室協助，設置門診電腦資訊系統開立檢驗單張，預約腎臟病衛教門診，定期追蹤提示，異常檢驗提示，個案住院及急診提示，個案資料管理。

(三) 完整的衛教記錄及工作表單，衛教單張及手冊製作，衛教教具製作，收案資料管理 (院內資訊系統管理)。

(四) 設置衛教空間 (於內科門診區設置慢性腎病衛教門診)、電腦硬體設備及電腦資訊系統，協助資料輸入、管理及統計。

(五) 院內及社區一般民眾衛生教育：定期舉辦腎臟保健疾病防治團體演講活動，與社區合作，利用社區活動舉辦相關之衛生教育宣導。

(六) 病友活動：針對慢性腎病收案病患，定期舉辦講座 (講題：腎臟疾病治療、慢性腎臟病飲食、透析治療選擇…)，增加醫病之間交流活動。

(七) 參與國民健康署與台灣腎臟醫學會相關之大型宣導活動：每年3月世界腎臟日活動(愛腎、護腎園遊會)，「腎臟病健康促進機構觀摩會」等 (圖三)。

(八) 舉辦專業人員繼續教育：針對目前從事腎病照護之醫護人員舉辦腎臟病照護繼續教育，相互交流增加疾病照護的知識與技能。

(九) 根據照護品質及資料的收集與分析，定期舉辦慢性腎臟病會議，討論疾病治療方針與照護流程，做為醫療改進的依據。

三、執行狀況 (Action)：

依世界衛生組織對健康促進醫院訂定之五大標準，建立本院慢性腎臟病健康照護模式：

(一) 管理政策：本院以慢性腎臟病病人做疾病管理，衛教指導疾病照護能力並持續追蹤，並與社區健康服務中心及基層醫療院所合

圖三、宣導活動

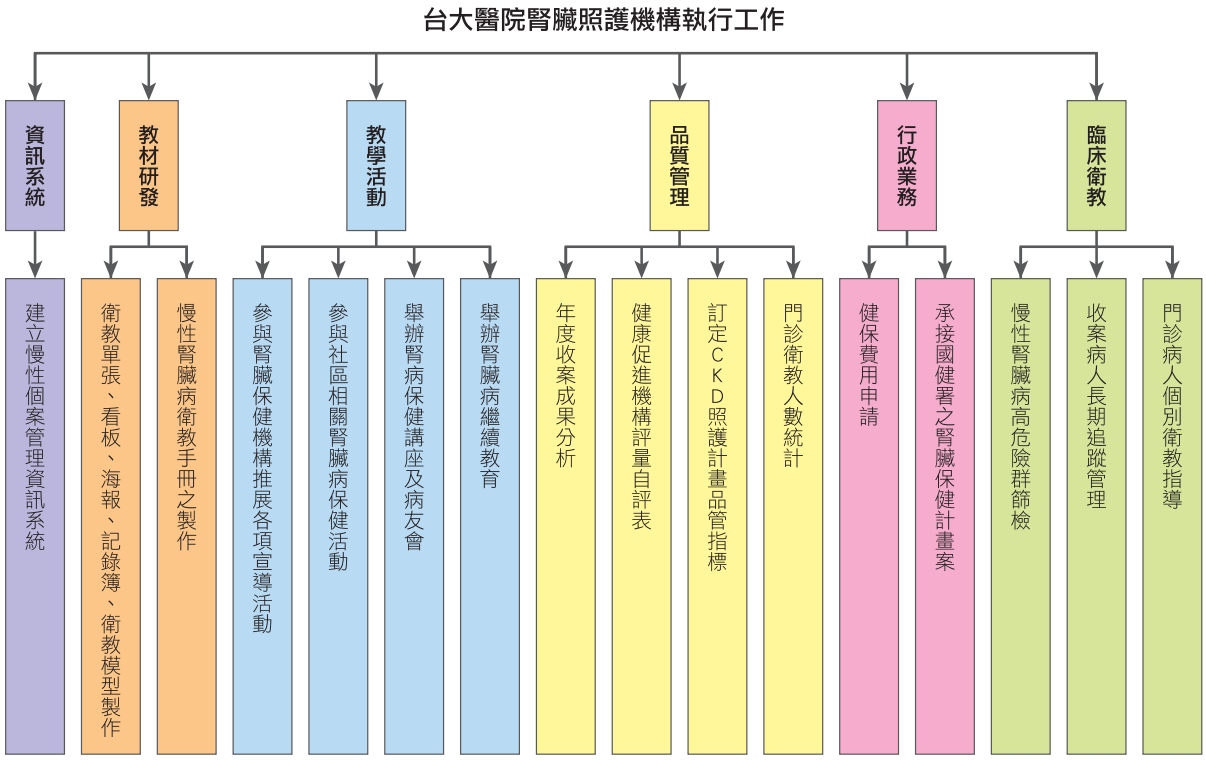
作執行一般民眾衛生教育，合作舉辦醫護人員繼續教育課程。減緩病人疾病進展，增進一般民眾保健知識，增加醫護同仁疾病照護能力為管理政策 (圖四)。

(二) 病人評估：對於高危險群病人執行腎病篩檢，並適時轉介至腎臟科，照護團隊能有系統性的評估病人的狀態，並提供適當的健康照護 (圖五)。

(三) 病人資訊與介入：依照病人疾病分期，制訂不同時期疾病照護之策略，提供資訊予病人，減緩疾病的進展，預防腎病併發症的發生 (表一)。

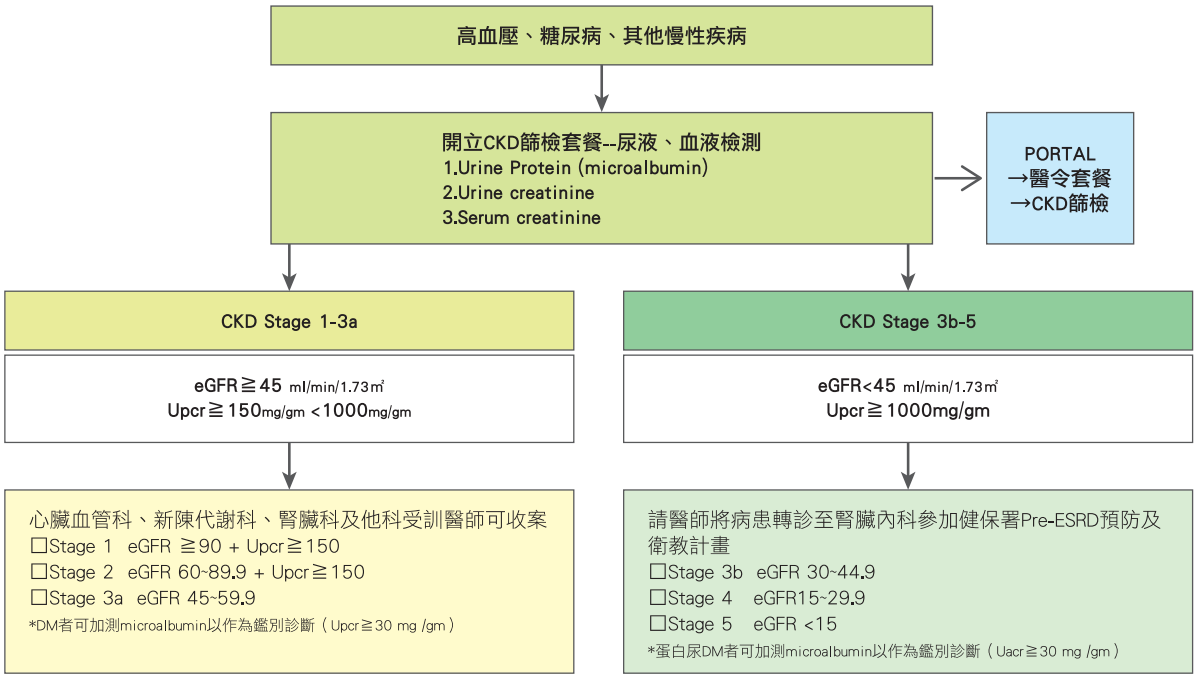
(四) 健康職場促進：本院員工定期健康檢查，檢查異常部分需追蹤治療，並回報追蹤狀況至安全衛生室。本院推行減重班，鼓勵運動與體重控制，並提供體適能測試，鼓勵員工疾病預防、增進健康。

(五) 持續與合作：院內宣導「初期腎臟病照護計畫」，各科針對三高族群執行腎臟疾病篩檢及原發疾病控制，當腎臟疾病惡化即轉介至腎臟科治療。與基層醫療院所合作，轉介慢性腎臟病患至本院腎臟科繼續追蹤治療 (圖六)。



圖四、台大醫院腎臟照護機構執行工作

台大醫院慢性腎臟疾病管理流程

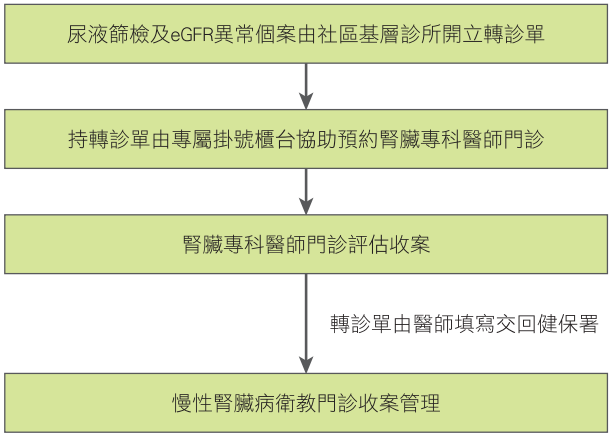


圖五、台大醫院慢性腎臟疾病管理流程

表一、不同期別之照護策略

CKD 分期	GFR ml/min/1.73 m2	目標	追蹤
1	≧ 90	病理診斷與原發性疾病治療	每 6 個月
2	60~89	阻緩腎功能惡化	每 6 個月
3	30~59	衛教病患接受尿毒症之理念	每 3 個月
4	15~29	建立血管通路之時機	每 3 個月
5	<15	開始透析治療或腎移植	每 2-4 周

圖六、基層醫療轉介 eGFR 個案之模式



四、實施成果 (Results)

(一) 建立慢性腎臟病人收案管理流程，持續追蹤：依病人疾病進展每 1-3 個月於門診回診同時需接受衛教師衛教指導，每半年接受一次營養師營養評估。對將進入 Pre-ESRD 階段病人，協助作透析治療準備。有意接受腎臟移植病人協助轉介腎臟移植門診。不願接受透析治療病人協助轉介安寧照護。每年新收個案數平均約 500-600 人，每月門診衛教人次約 450-500 人次，每月電話訪視約 50 人次，每年個案完整追蹤率皆 >95%，完整護理衛教率皆 >95%。

(二) 科部間轉介及基層醫療院所轉介：每年新收個案中約 30% 由本院新陳代謝科轉介，約 15% 由本院心臟血管科轉介，約 10% 由本院家醫科轉介，其他病人皆由他院或基層醫療院所或自行掛號。

(三) 品管照護指標：制訂慢性腎臟病患疾病照護指標，針對貧血、因鈣磷不平衡導致併發症之預防、透析治療準備等，每月統計並於每月腎臟科部會議中提出討論及改進方針品管指標項目：

(1) 新收案初次診斷病患三個月內完成一般尿液檢查之比率：目標值 >90%

(2) 收案病患血磷值大於 5.5mg/dl 接受降磷藥物治療病患之比率：目標值 >90%

(3) 收案病患血液肌酸酐大於 6mg/dl 且血比容 (Hct) 低於 28% 之病患施打紅血球生成素之比率：目標值 >90%

(4) 血磷值合乎目標的比率（第三、四期小於 4.6mg/dl）：目標值 >90%

血磷值合乎目標的比率（第五期小於 5.5mg/dl）：目標值 >75%

(5) 開始長期透析時已完成腹膜透析或血液透析通路準備之比率：目標值 >60%

(6) 因腎功能惡化導致住院或非預期性透析：目標值 >700 人月

(四) 社區及病友衛生教育活動：每年平均舉辦社區及一般民眾腎臟保健團體衛教活動約 5 場，慢性腎臟病病友團體衛教活動約 2 場，平均每場參加人次約 30-70 人 (圖七)。

(五) 參與衛生福利部中央健康保險署「全民健康保險末期腎臟病前期（**Pre-ESRD**）之病人照護與衛教計畫」及「全民健康保險初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」：每月上傳相關資料至中央健康保險署及台灣腎臟醫學會，並於台灣腎臟醫學會發表執行成果。

五、結論與建議 (Comment)

由於人口老化，醫療進步，醫療政策等因素，讓台灣在慢性腎臟病及透析的人比例無論在發生率及盛行率上都居於世界之冠，對於政府財政上帶來極大的負擔。政府施行「慢性腎臟病病人照護與衛教計畫」，目的希望能減緩台灣慢性腎臟病發生率，減緩疾病的進展及透析治療的人口。現代醫療不應該只侷限於疾病治療，健康的生活環境及生活型態才是疾病預防最根本的方

圖七、團體衛教課程

式。政府有責任在環境安全（例如：食品安全）為民眾做把關，一般醫療機構有責任提供民眾完整的醫療照護，而一般民眾更有責任自我維持良好的生活型態，避免危害身體健康之危險因子，尋求正確醫療管道，定期追蹤，一同為全民的健康而努力。

第四節

癌症篩檢與健康促進醫院

王英偉

佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院家庭醫學科主治醫師
社團法人臺灣健康醫院學會秘書長

一、緒論

根據衛生福利部統計資料顯示（衛生福利部，2009），自 1982 年起，癌症即躍居國人十大死因首位，內政部主計處所提供之 2011 年台閩地區性別、年齡別人口數計算，全癌症之侵襲癌粗發生率為每 10 萬人口 399.1，其中男性為 446.2，女性為 351.6，衛生福利部公佈 2011 年癌症登記人數，一年中的新罹癌人口超過 9 萬人。平均每 5 分鐘 40 秒，就有一人診斷出癌症。男性發生率為女性的 1.3 倍，發生年齡年平均為 62 歲，發生人數最多的前 10 大癌症，依序為大腸癌，肝癌，肺癌，乳癌，口腔癌，攝護腺癌，胃癌，皮膚癌，子宮體癌，子宮頸癌。與前一年相較，這十大癌症人數增加最多為肺癌，一年中增加 444 人，增加幅度達 4%；其次為女性乳癌增加 401 人（漲幅 4%）；口腔癌增加 330 人（漲幅 0.5%）；攝護腺癌增加 236 人（漲幅 5.1%）；子宮體癌增加 241 人（漲幅 16.1%）；胃癌、子宮體癌、子宮頸癌發生人數則較前一年下降。

二、全球的癌症防治

（一）美國國家癌症防治計畫

美國全面癌症防治（comprehensive cancer control）之概念源自衛生單位頒布的 Healthy People 及國家衛生研究院（National Cancer Institute, NCI）的國家癌症計畫，其後在 1998 年由疾病控制及預防中心（Centers for Disease Control and Prevention, CDC）試辦六個全面癌症防治計畫（Comprehensive Cancer Control, CCC）。全面癌症防治計畫（CCC）—即為整合初級預防、早期監測、治療、療癒及安寧照護等介入措施，用以降低癌症發生率、罹病率及死亡率之方式。強調不同學門領域間的整合溝通，包括學術研究、評估、衛生教育、計畫研發、公共政策、監測統計、臨床服務等，將有限資源發揮最大，減少不必要的重複投入。

美國癌症防治計畫強調 PDCA 的管理概念，計畫期程的完成不應只是個結束，而是需要持續地評估、改善、推動。通常一個計畫的期程為五年，最後一年便預擬定下一個期程計畫，而美國

全面癌症防治計畫（CCC）之所以能成功銜接之關鍵要素包括：利害關係人有效地參與；透過經驗學習與工具運用，進行有系統的修訂過程；評估計畫優先目標與方針策略之可行性；多方考量適當的優先項目納入計畫內容；計畫過程與結果量測；擬定完整的資源策略。

在診療方面，透過美國癌症協會癌症病人領航者計畫（American Cancer Society Patient Navigator Program）完成受訓的領航員提供個人化的資訊、指引、資源轉介及情緒支持，可協助病人、家屬及照顧者自主選擇治療方式與照護機構。並透過個人健康管理提供新診斷癌症病人及其家屬整合個人化之診斷及治療相關資訊，為確保癌症病人在疼痛管理、安寧緩和照護及末期照護上能獲得適當且正向的藥物控制與醫療處置。

整體而言，成功推行全面癌症防治計畫（CCC）的主要共通點是：利用資料分析確認優先順序、建立合作夥伴關係、運用實證基礎的介入措施，其中關鍵在於國家級合作夥伴同時支援各個全面癌症防治計畫（CCC），透過強力的領導及管理結構，提高地方層級的整合，而學術研究與醫院臨床密切結合，成功將科學研究導入實務應用。

（二）英國國家癌症防治計畫

在英國每年超過 20 萬人新診斷為癌症個案，超過 12 萬人死於癌症，意即每三人會有一人診斷為癌症，每四人之中即有一人因癌症死亡。面對如此龐大的癌症負荷，國家保健服務（NHS）率先將初級預防、篩檢、診斷、治療、照護，以及人力、設備、藥品、治療技術及資訊系統等投入一併整合考量，於 2000 年推出 10 年癌症計畫（Cancer Plan），其計畫目標為：(1) 拯救更多生命；(2) 確保癌症病人獲得適當的醫療支持與照護，以及最好的治療；(3) 解決健康不平等問題；(4) 透過癌症人力的投入、精確的研究、基因遺傳的變革為未來做準備。

癌症計畫（Cancer Plan）主要是由國家癌症管理階層帶領癌症任務小組（Cancer Taskforce）統籌計畫的施行；2001 年成立國家癌症研究院（National Cancer Research Institute, NCRI）督導國家癌症研究的發展，尋求現有研究之不足及可能的機會，整合運用研究計畫經費；2002 年由政府與相關團體組成國家安寧緩和照護合作小組（National Partnership Group for Palliative Care），指導與支援安寧緩和醫療服務的規劃與投入。

為提出一個能支持與平衡國家之目標和指標，並讓癌症病人、社會大眾以及國會用來判斷國家保健服務（NHS）整體績效表現的架構，2011-2012 年國家保健服務結果架構（NHS Outcome Framework）分成五個面向，同時亦是國家保健服務（NHS）應致力改善的目標，各面向同時涵蓋多項指標，此五大面向為：

1. 預防病人過早死亡
2. 提升病人長期的生活品質
3. 協助病人自疾病或受傷後恢復
4. 確保病人獲得正面良好的癌症照護經驗

5. 減少治療中的併發症，確保病人安全

三、台灣國家癌症防治計畫

（一）第一期國家癌症防治五年計畫（2005-2009 年）

2003 年總統公布施行「癌症防治法」，衛生福利部國民健康署召開中央癌症防治會報及癌症防治政策諮詢委員會，研擬「國家癌症防治五年計畫」，辦理各項防癌宣導、檳榔危害防制、癌症篩檢、診療品質提升、病友服務及安寧療護、實驗室品管、資料庫建置及監測、人力培訓及癌症研究等癌症防治工作。衛生福利部並得整合癌症篩檢及診斷治療機構，建立完整的區域癌症篩檢及治療服務網。癌症防治五年計畫目標包括以下四大項：1. 建立癌症防治工作基礎架構；2. 提升民眾防癌能力：吸菸率下降；18 歲以上男性嚼食檳榔率由 2002 年之 17.5% 下降至 17%；肥胖人口比下降。3. 提升重要癌症篩檢目標涵蓋率：30-69 歲婦女近三年接受過子宮頸癌篩檢比率由 2003 年 55% 提升至 58%；50-69 歲婦女曾接受過乳房攝影比率由 2003 年 2.8% 提升至 8%。4. 提供民眾適切的癌症診療服務，並提高其生活品質；提高癌症病人醫療照護滿意度；癌症死亡病人曾接受安寧緩和醫療服務比率由 2002 年之 13.4% 提升至 35%。

計畫執行成果報告共分為九大類

1. 建立健康生活型態
2. 推動癌症篩檢工作
3. 落實癌症診療管理：(1) 於 2006 年補助 25 家醫院成立癌症防治中心；(2)2008 年辦理癌症診療品質認證；(3) 規劃論質獎勵制度。
4. 推廣安寧緩和醫療
5. 推廣癌症病友服務
6. 整合利用癌症資料：建置癌症登記資料庫、子宮頸抹片、大腸癌、乳癌、口腔癌篩檢資料庫、將資料外釋作為相關研究及政策規劃。
7. 推動癌症研究工作
8. 辦理癌症防治人力培訓
9. 辦理健康監測工作，逐步建立以健康監測調查為基礎之實證決策資料庫。

此外，癌症防治法中明定相關「癌症診療品質保證措施準則」，補助醫院落實該準則，於 2008 年委由國家衛生研究院癌症研究所台灣癌症臨床研究合作組織（TCOG）辦理癌症診療品質認證，建立癌症病友與家屬支持照護體系，規劃辦理癌症病友支持團體、單一資源服務窗口與安寧共同照護服務，透過政府、醫院與民間團體合作模式。

（二）第二期國家癌症防治計畫（2010-2013 年）

於 2010 年推動第二期國家癌症防治計畫，重點發展子宮頸癌、乳癌、口腔癌及結直腸癌等四大癌症篩檢，透過衛教宣導及各項癌症篩檢計畫之推廣，並針對民眾與醫療服務提供者設計誘因制度，以強化癌症篩檢服務體系及陽性個案追

表一、美、英兩國國家癌症防治計畫與我國之比較

	美國	英國	台灣
推動計畫與時間	National Comprehensive Cancer Control Program, NCCCP（1990 年代中期迄今）	Cancer Plan（2000-2010） Cancer Reform Strategy（2007-2011）	國家癌症防治五年計畫（2005-2009） 第二期國家癌症防治計畫（2010-2013）
主責機構	疾病控制及預防中心 CDC	國家保健服務 NHS	衛生福利部國民健康署
目標	**2015** 年目標 1. 降低 50% 癌症標準化死亡率 2. 降低 25% 癌症標準化發生率 3. 提升從診斷開始的可量測生活品質（身、心、靈、社會） 4. 癌症康復者的生活平衡	1. 拯救更多生命 2. 改善病人生活品質 3. 減少不平等 4. 打造未來 5. 有效發揮計畫經費之最大價值 6. 在適當的時間及地點提供癌症照護	長期目標 10 年內癌症標準化死亡率上升幅度達零成長率。 計畫目標 1. 建立癌症防治工作基礎架構 2. 提升民眾防癌能力 3. 提升重要癌症篩檢目標涵蓋率 4. 提供民眾適切的癌症診療服務，並提高其生活品質
執行策略	1. 預防（結直腸癌、肺癌 / 成人及青年吸菸、乳癌、前列腺癌、飲食與運動、皮膚癌） 2. 全面性的學校健康教育 3. 提升癌症病人生活品質 4. 改善照護可近性	1. 預防 2. 早期診斷與早期治療 3. 提供具成本效益之癌症治療 4. 提升癌症病人的照護經驗 5. 降低癌症病患就醫的不平等 6. 以最適的服務模式提供照護 7. 提供更多有用的資訊 8. 強化符合當地需求之癌症服務投入 9. 適當的資金與資源運用 10. 透過研究與人力培訓打造健康的未來	1. 整合癌症防治架構與建立夥伴關係 2. 建立健康生活型態 3. 推動癌症篩檢工作 4. 課責醫院落實癌症診療管理 5. 積極推廣安寧緩和醫療 6. 結合社區資源 7. 整合利用防癌資料庫 8. 整合癌症研究工作 9. 辦理癌症防治人力培訓
癌症負擔	• 1992-1995 年癌症標準化發生率每年下降 4.8%，1995 年後持平發展，1998-2008 年每年下降 4% • 癌症標準化死亡率於 1990 年中期開始下降，1994-1998 年每年下降 1.4%，1998-2000 年間維持穩定，2001-2008 年每年下降 1.6%	• 2000-2009 年間，75 歲以上女性的癌症發生率增加了 6%，男性相對穩定；65-74 歲男性增加了7%，女性增加了 10%；65 歲以下男性增加了 20%，女性增加了 16% • 2008-2010 年 75 歲以下癌症病人每 10 萬人口癌症死亡人數為 110.1 人，自 1999-2001 年降低了 14.5%	• 癌症標準化發生率則自 1982 年每 10 萬人 111 人逐漸上升至 2007 年的 270.1 人 • 癌症標準化死亡率自 2005 年每 10 萬人 141.2 人減少為 2009 年的 132.5 人 • 1996 至 2010 年男性五年癌症存活率自 2005 年之 31.8%；女性則為 57.4%

蹤服務提供，同時建立篩檢品質監測機制及癌症篩檢資料庫整合利用。同時延續第一期國家癌症五年計畫內容，持續宣導建立健康生活型態，結合醫院與社區落實診療管理與安寧療護，並維持癌症監測與研究發展，以期提升國人癌症篩檢認知、終身篩檢率及 0-1 期早期癌症個案發現的百分比。

此期癌症篩檢的目標為將癌症標準化死亡率下降幅度達 10%，計畫目標包括：1、子宮頸癌標準化死亡率下降 10%；2、提升癌症篩檢率：(1) 30-69 歲婦女近三年內接受子宮頸癌篩檢率提升至 70%。(2) 45-69 歲婦女兩年內曾接受乳癌篩檢率提升至 33%，終身乳癌篩檢率提升至 48%。(3) 30 歲以上嚼檳榔或吸菸者兩年內曾接受口腔癌篩檢率提升至 50%，終身口腔癌篩檢率提升至 70%。(4) 50-69 歲民眾兩年內曾接受結直腸癌篩檢率提升至 40%，終身篩檢率提升至 48%。

四、癌症初段預防

包括建立健康生活型態，降低民眾罹癌風險，推動菸害防制，檳榔健康危害防制，人類乳突病毒感染防治，提升民眾及醫護人員對常見癌症早期症狀的認知及警覺。

在肝癌方面，國人肝癌發生率及死亡率居高的原因與 B 型及 C 型肝炎感染有關，國人 80% 的肝癌發生是因 B 型肝炎所致，為防止 B 型肝炎感染，政府自 1984 年開始實施 B 型肝炎預防注射，人類乳突病毒持續感染是發生子宮頸癌的必要條件，人類乳突病毒預防疫苗於 2006 年上市，國民健康署亦提供了弱勢族群人類乳突病毒預防疫苗接種，以更有效預防子宮頸癌發生。

醫療院所能主動提供各項生活型態的介入，在臺灣申請健康促進醫院的三個主題中，必須選擇的主題為菸害防制，戒菸是預防肺癌的唯一方法，而大部分醫院都能提供門診戒菸服務，部分醫院更早期介入住院的病患及家屬，使他們得到如何戒菸的訊息。世界衛生組織針對癌症防治，於 2007 年提出一系列指引，從防治計畫的撰寫，早期的預防與篩檢、治療及安寧療護等都有詳細的建議。（WHO, 2007）

衛生福利部國民健康署推動「實施二代戒菸治療試辦計畫」，於 2012 年 3 月 1 日上路，將門診及住院、急診病人都納入戒菸治療適用對象，並規劃增加戒菸衛教與社區藥局的戒菸服務。對戒菸用藥比照一般健保用藥，病人每次處方，僅須付兩成以下、最高 200 元之部份負擔，低收入戶、山地原住民暨離島地區全免。

2013 年由國民健康署推動的「醫院癌症醫療品質提升計畫」，其中包括辦理口腔癌防制，補助醫院戒檳服務宣導，針對有嚼檳榔的民眾，辦理戒檳個別衛教或團體衛教，每人至少 2 次衛教，並完成追蹤 3 個月。

五、癌症次段預防

醫院參與社區的健康篩檢，包括口腔篩檢、子宮頸抹片、大便潛血反應、B 肝篩檢及乳房 X

光攝影檢查，院內則提供乳癌篩檢、大腸鏡檢查，使已發生的癌症能早期發現，以增加治療的成功率及生活品質。子宮頸癌、乳癌、結直腸癌及口腔癌是臺灣地區高發生率及死亡率，但是卻可以經由早期發現早期治療且治癒率高的癌症。其中子宮頸抹片篩檢已反映在發生及死亡率的下降，但仍有近二成 30-69 歲以上婦女未曾接受過抹片檢查。

2013 年由國民健康署推動的「醫院癌症醫療品質提升計畫」，有關篩檢的主要項目為建立全院性推動癌症篩檢之政策與管理，由院長或副院長成立全院性跨科部門之癌症篩檢推動委員會，訂定年度計畫、目標、執行策略、責任分工，配置相關資源全院性推動癌症篩檢，並訂定新進及在職員工之教育訓練內容；建立各科別四癌篩檢及戒菸提示資訊系統與監測機制，訂定及執行可測量之監測指標，並定期檢討及改進；制定院內激勵措施，讓各科別積極辦理四癌篩檢提示。配合社區篩檢方面，因應社區需求配合衛生局參與社區癌症篩檢及防治相關服務。成立院外癌症篩檢站服務，陽性個案之確診轉介單一窗口，提供轉介之院外癌症篩檢個案提供約診，並主動安排後續診療事宜。辦理社區癌症防治相關教育訓練及宣導。

表二、**2013** 年醫院癌症醫療品質提升計畫：癌症篩檢推動項目

1. 建立全院性推動癌症篩檢之政策與管理
2. 篩檢社區配合
3. 子宮頸癌篩檢
4. 乳癌篩檢
5. 大腸癌篩檢
6. 口腔癌防治
7. 癌症防治院內宣導

六、癌症治療的品質

依癌症登記資料顯示（1996　2000 年），國人男性癌症五年存活率為 31.8%，女性為 57.4%，低於美國的 63%。癌症防治法於 2003 年 5 月正式公布施行，重點為加重衛生福利部之相關職責，並明文規定癌症篩檢及診療機構，癌症防治醫療機構應成立癌症醫療品質小組及制訂品質保證相關措施，而各癌症診療醫院應依法成立癌症醫療品質小組，規劃全院癌症醫療品質提升計畫，藉以訂定各項癌症診療共識和臨床路徑，推動整合性之多科專業團隊診療，建立提升院內癌症醫療照護品質、病人安全措施以及提供「以病人為中心」之診療服務制度，以同時提升疾病和病人雙面向之醫療品質，並建立院內癌症診療品質指標及資料庫，據以監測評估及改進，全民健保於 1995 年施行，每年給付癌症門診及住院醫療費用高達 230 億元，且癌症已列為重大傷病，可以免除部份負擔，因此大大減低癌症病人就醫之障礙。

有關癌症防治機構的規範，機構內必須成立常設癌症醫療品質小組，由具癌症診療相關專長之醫療及行政等跨科部單位組成，除了院內癌症病人的照護品質外，亦應配合衛生福利部辦理之診療品質保證計畫，如乳房攝影、子宮頸抹片、陰道鏡、病理及安寧療護等計畫。機構內必須建立包含癌症發生、診療與追蹤等資料之癌症資料

庫，每年並分析報告。

有關癌症治療方面，應針對不同癌症訂定治療指引，並由多專科醫療團隊提供整合性及持續性之癌症診療與照護，癌症防治醫療機構應使病人及其家屬充分了解檢查結果與治療方法，提供以病人為中心之診療與照護，並建立病人及家屬參與治療決策之機制。癌症醫療照護人員除了應具備有關癌症的治療知識外，同時須具備安寧療護專業知識，以提供癌症病人所需之疼痛控制、症狀緩解等安寧緩和醫療服務。

有關病人與社區衛教方面，醫院必須供癌症病人及其家屬足夠的癌症預防、篩檢、診斷、治療、安寧療護等資訊，提升病人和家屬對於癌症治療之認識，建立賦權病人和家屬參與治療決策之基礎，以促使改善醫療品質，同時醫院應提供病人和家屬診療諮詢，以接受其表達對診療品質和安全等意見，透過癌症書面和電子資訊教材，增加病人的知識癌症防治，醫療機構為此應成立專責單位，置專人負責辦理病人及社區衛教宣導計畫，並與衛生局所或民間相關組織團體合作，提供營養或飲食衛教、戒菸、戒檳榔及職業暴露等防癌衛教、主動提供院內就診民眾、家屬及社區癌症篩檢服務。醫療院所同時應協助癌症支持團體，提供相關支持與幫助。協助公益團體規劃服務對象（病患、康復者、家屬）所需之服務（含防癌宣導、病友服務、個案管理、心理諮商），讓病患或其家屬在面對疾病時，得到足夠的支援（或資源），並整體照顧其身、心、靈問題。

有關癌症照護團隊，醫療機構應針對癌症醫療照護團隊中之醫師、護理人員、其他醫療人員、癌症登記技術人員、社工人員等，提供癌症預防、診斷、治療、安寧療護、醫學倫理、品質稽核、溝通技巧、資料庫品管等教育訓練。

七、癌症病患的安寧緩和療護

1、安寧療護的發展

世界衛生組織（WHO, 2009）對緩和醫療（palliative medicine）所下的定義為：「對治癒性治療已無法獲益的末期病患之整體積極的照顧。此時給予病患疼痛控制及其他症狀的緩解，再加上心理、社會、及靈性層面之照顧，目標是協助病患及家屬獲得最佳的生活品質。」於 2002 年最新定義安寧緩和照顧為針對面對威脅生命之疾病的病人與家屬的一種照顧方式，其目標是藉由早期偵測及評估，治療疼痛及其他身、心、靈的問題，以達提昇生活品質之目標。此定義中強調，安寧緩和照顧以團隊照顧的方式滿足病人及家屬的需求；提供病人疼痛及其他身、心、靈痛苦症狀的緩解，並協助家屬在病人的臨終期及病人死亡後哀傷期的調適。WHO 早期針對癌末疼痛提供安寧緩和療護，近期已發展到所有嚴重進行性的疾病，包括呼吸衰竭、心臟衰竭、腎臟衰竭、運動神經元、愛滋病等，再已不侷限於癌症末期。

臺灣的安寧療護起源於 1983 年，由天主教康泰文教基金會所創辦的「癌症末期病患居家照護」，經醫護人員及受過訓練的義工前往病患家中提供照，淡水馬偕紀念醫院於 1990 成立了國

內首座安寧病房，此後陸續在其他醫院成立了院內的安寧病房，近年國民健康署主要推動的安寧共同照護，是把安寧的理念推廣到一般病房，期使更多的末期病人得到更完整的全人照顧。安寧住院、居家及共同照護可說是臺灣目前安寧照護的三大主軸。

2010年7月「經濟學人資訊社」（Economist Intelligence Unit）針對全球40個國家有關「死亡品質」（即末期病患的照顧品質）指數調查，研究報告顯示，台灣在全球40個受調國家裡排名第14，新加坡排名18；甚至連經濟強權日本也僅排在第23。相較之下，照護最完善的是英國，之後依序是澳洲、紐西蘭、愛爾蘭、奧地利、荷蘭、德國、加拿大和美國。這項調查的4個重要指標包括末期照護的負擔、末期照護的環境、末期照護的品質和末期照護的可近性。台灣在4個指標比分開比較中，前三個指標都比14名有更好的成績，但在提升安寧療護的可近性上只能排19名，顯示台灣未來應努力推廣安寧服務的普遍性。

安寧照顧的方式，機構式的照護如附設於醫院的安寧病房、主要提供急性照顧、國外常見的獨立式安寧院、或正逐漸增多在護理之家內提供安寧療護；此外以護理訪視為主安寧居家護理，白天提供照顧的安寧日間照護，以及以會診及共同照護的安寧小組。近年政府主要推動的安寧共同照護，是把安寧的理念推廣到一般病房，期使更多的末期病人得到更完整的全人照顧，在共同照護的觀念下，更適合發展非癌症及衰老的末期病患照顧。

• 安寧照顧品質監測

美國國家安寧緩和服務委員會（2001），指出高品質的安寧緩和療護服務，須包括八個範疇：公平可近性的服務、即時迅速的服務、有效的控制症狀、增加病人及照顧者的能力與資訊、對照顧者全程的心理社會靈性的支持、專業照顧者的有效溝通、照顧的成本效益與資源的有效運用、考量照護的成果與病人生活品質的提昇。（表三）

表三、美國臨床緩和照護品質指引主要構面
Domains of Quality Palliative Care

構面 1	照護的結構與過程 Structure and Processes of Care
構面 2	生理層面的照護 Physical Aspects of Care
構面 3	心理層面照護 Psychological and Psychiatric Aspects of Care
構面 4	社會層面的照護 Social Aspects of Care
構面 5	靈性層面的照護 Spiritual, Religious and Existential Aspects of Care
構面 6	文化層面的照護 Cultural Aspects of Care
構面 7	臨終照護 Care of the Imminently Dying Patient
構面 8	法律與倫理層面 Ethical and Legal Aspects of Care

• 台灣的安寧療護監測與稽核

台灣安寧療護評估類似美國的發展，第一階段由台灣緩和安寧醫學會辦理，以提升安寧療護團隊人員的服務品質達到應具備的水準。早期國內學者以英國 Irene. J. Higginson 所發展出的 Support Team Assessment Schedule（STAS, 1996）或 Palliative Care Outcome Scale（POS, 1999）翻譯成台灣版的安寧療護品質稽核量表，並進行信效度的檢測，運用於安寧療護病患及家屬作為服務品質稽核指引，評估內容大致包括：疼痛及其他症狀、病患焦慮狀況、對病情的瞭解、對靈性需求；另針對家屬的焦慮狀況及對病性的瞭解程度、溝通、居家服務、團隊支持等。評分方式由 0-4 分，0 分代表最佳狀況，4 分代表最差狀況，並以累計總分愈低分表示服務品質成效愈好，總分愈高表示服務品質成效愈差。

第二階段的安寧療護安寧精神納入醫院評鑑系統，財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會 (簡稱醫策會) 自 1999 年起承接辦理評鑑作業，同時每年檢視醫院評鑑條文制定之適宜性，並配合政策方向、法令修訂及國內外醫療照護發展趨勢，於 2011 年正式全面施行醫院評鑑基準及評量項目，在醫院評鑑條文中，與安寧緩和醫療相關僅有三條基準（2.3.13、2.3.14、2.3.19），相對於國外先進國家對安寧照顧品質的重視，國內相關專業團體反應，現階段安寧療護評鑑基準之完整性有需要重新檢討的空間。

在安寧療護試評基準之評量項目修訂通則與邏輯上，透過檢視試評基準及評量項目之完整性及全面適用性後，將各條文之評量項目所提之照護團隊人力編制、教育訓練時數、行政會議召開、各類活動辦理及可選條件等內容，修正為一致性之描述方式與評量標準（表四）。

2. 安寧親善醫院 (Hospice friendly hospital)

愛爾蘭（Irish-Hospice-Foundation，2009）是歐洲推動健康促進醫院很有成效的國家，在 2007 年結合國家健康資訊及品管中心，共同推動安寧療護親善醫院計畫，在 2008 年 9 月為提高末期病患在醫院內的照護品質，訂立了末期照護標準的初稿，其中包括了四個主題：整合式照顧（Integrated care）、良好的溝通（Communication）、人性化的設計（Design and dignity）及病人的自主權（Patient autonomy），並準備於 2009 年 8 月正式發表與運用。開始時共有 24 所急性醫院及 19 所社區醫院參與醫院末期照護評核。雖然大部分病人都期望末期時能在家死亡，但英國衛生部末期照護計畫指出，以現在的趨勢，大部分的病人仍將在醫院死亡，因此各醫療機構應盡最大力量提供高品質的末期照護。更多的共識指出，末期病患的照護品質，可反映醫院的照護品質。安寧親善醫院是以病人與家屬為中心，工作人員必須瞭解他們每天都與死亡接觸，醫院環境也必須支持工作人員，使他們能繼續提供病人及家屬的全人照顧。

安寧親善醫院的要素：

(一) 溝通

包括醫院員工與病人、家屬及團隊中之互動，院內不同部門之溝通，亦包括對外的連絡與

表四、安寧療護評鑑基準設計架構

安寧療護評鑑主軸	試評條文內容	項數
安寧住院照護服務	1. 有適當安寧緩和醫療團隊提供安寧病房照護服務	3
	2. 安寧病房應有適當之設施、設備、儀器管理機制，並確實執行保養管理	
	3. 適當的安寧病房管理、收案評估、照護品質與紀錄	
安寧居家療護服務	1. 應由適當醫療照護團隊提供安寧居家療護服務	2
	2. 適當的安寧居家療護管理、收案評估、照護品質、團隊合作與紀錄	
安寧共同照護服務	1. 應由適當醫療照護團隊提供安寧共同照護服務	2
	2. 適當的安寧共同照護管理、收案評估、照護品質、團隊合作與紀錄	
團隊人員在職教育訓練與評核	安寧緩和醫療團隊人員須依末期病人照護需要，安排在職教育訓練，並定期評核其能力	1
團隊合作與整合性照顧	良好的安寧緩和醫療團隊合作與整合性照顧計畫	1

互動，溝通包括語言、文字及非語言之溝通，在不同的文化下，溝通的方式應作適當的調整，有關病情告知的，應考慮不同背景所接受的狀況。

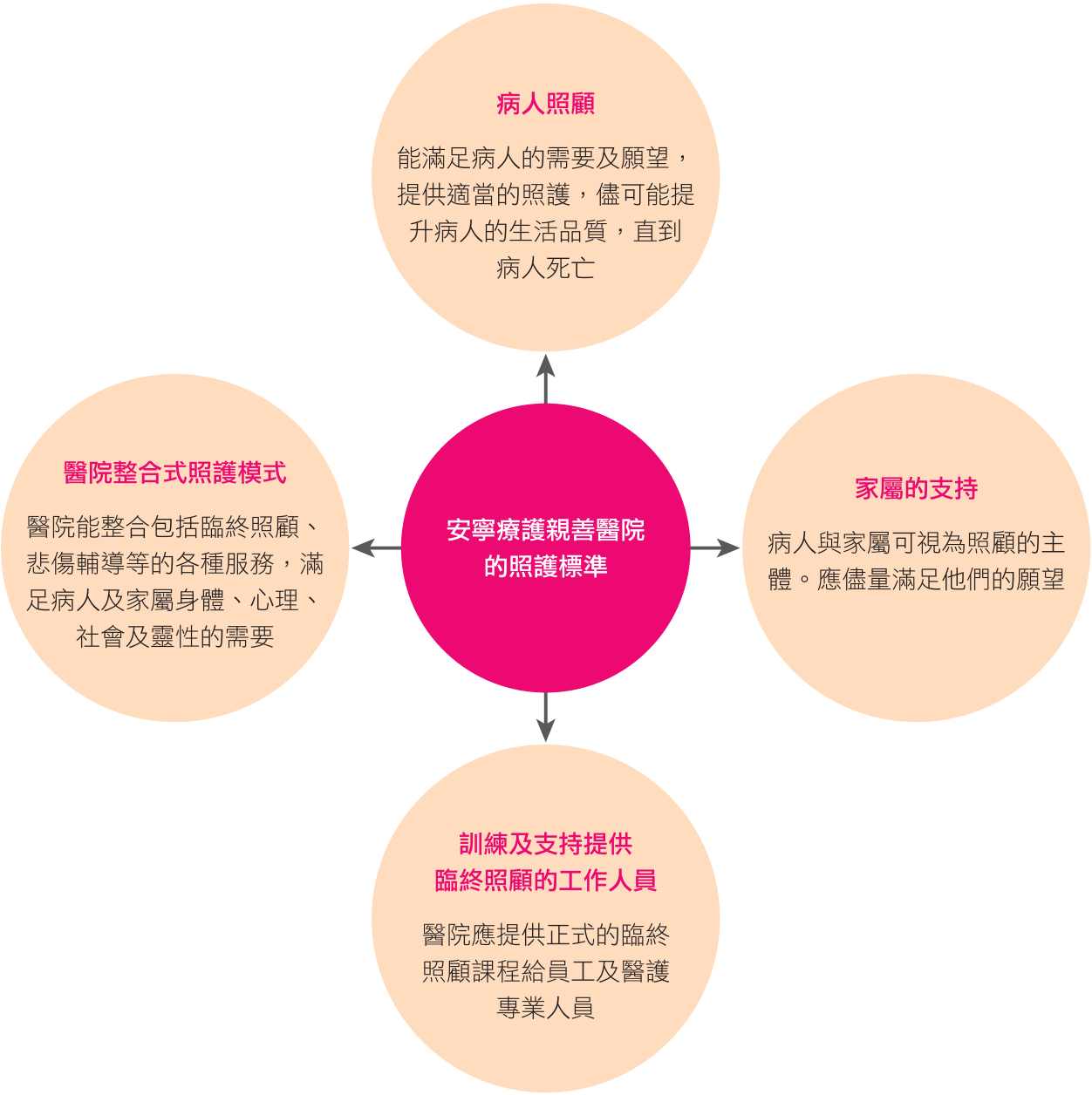
(二) 尊嚴又人性化的設計 (Design and Dignity)

研究指出醫院內優美的環境，有助於病患的康復，在設計規劃上，必須考慮：

- 病人安全，如減少院內感染、醫療錯誤、病人跌倒。
- 影響病人照護品質的其他因素，如：疼痛、睡眠、壓力、住院時間，空間的規劃、個人隱私、溝通、社會支持、病人滿意度…。
- 影響員工的因素：壓力、工作效率、工作滿意度、安全不易受傷…。

（三）病人自主權（**Patient Autonomy**）

從知情同意為基礎、瞭解病人的期待願望，如死亡地點的選擇，同時必須注意病人做決定的能力，以及病人的期待可能隨病情的變化、周圍環境的改變，會作出不一樣的決定，醫護與病人及家屬的關係，建構在保護病人最大的利益，包括尊重病人清醒時所作的選擇。



Draft Quality Standards for End of Life Care in Hospitals A Consultation Document 2009

圖一、安寧親善醫院架構

八、無痛醫院（Pain Free Hospital）概念

「建立一個無痛醫院（Towards a pain-free hospital）」是一個在歐洲數個國家推動的運動，每個參與的國家應鼓勵他們國內的醫院改善住院病人的各種疼痛，希望達到最少能增加一倍病人獲得改善，同時過程中必須強調病人與家屬的參與，醫護團隊與病人家屬是一種合作夥伴。儘管醫學的進展，醫院除某些專業單位，大部分其他單位都有超過 30 到 40% 病人的痛苦無法免除，很多醫生沒有得到充分訓練，他們不知道可以為病人減輕 90% 以上的痛苦。另調查指出，目前非安寧緩和醫療下的癌症末期病人，約有五成以上之病人其疼痛控制未獲得妥善控制（European-Hospital-Association, 2006）。

無痛醫院觀念在推動上，同時讓病人及家屬瞭解這種治療的方式，他們可以不必要忍受那麼多的疼痛；「共同對抗疼痛」是國際協會針對「建立一個無痛醫院」發起的運動，各醫院在推行時有以下的準則，包括成立一個指導委員會，選用一種有效的方法，並評估此運動的成效。自 1992 年以來，根據積累的經驗，指導委員會的工作包括確立問題、提供照顧者及專業人員的訓練、發展必要的教材、專業人員的指南、疼痛評估的流程、民眾宣導的單張、以至品質的指標。

對於評估無痛醫院實施的成效，包括最近 3 個月醫院麻醉性藥物的用藥記錄，最近三個月研究小組認為感受疼痛的病人數目，與病人主訴疼痛的數目，以及兩者差異的比例。

九、癌症病友支持團體

罹癌病患承受極大的心理煎熬，生活品質低落，在社區中提供病人和家屬的關懷和支援。例如提供病友、康復者或一般民眾癌症專業諮詢及相關資訊、協助病人組成癌症病友互助團體及網絡、提供喘息服務及康復用品租借服務、辦理活動如健康講座和宣導活動等。有了以上的支援，病患或康復者在社區中亦可以享受正常的生活，與癌症共存，並且在需要時得到適當的協助，癌病患者的家屬亦同蒙其利，使得癌症病患生活品質和存活率提升，癌症的社會成本亦能隨之降低。

國內大部分的癌症中心、醫學中心及區域醫院，相關的基金會都會成立不同的癌症支持團體，最常見的癌症病友支持團體，如乳癌病友支持團體，在全國各地乳癌病友團體已超過 30 個，其他如大腸直腸癌病友支持團體、子宮頸癌病友支持團體、鼻咽癌病友支持團體。

在國外相關的關懷團體已成為癌症照顧的重要一環，如鄰近的新加坡，在政府的網站提供癌症支持團體的資訊，其宗旨是加強病人的復原，教導他們自我照顧和幫助他們減輕壓力在新加坡一些現有的支持團體包括：新加坡防癌協會，兒童癌病基金會，腦腫瘤病人照護理團體，乳癌基金會等，癌症關懷小組針對不同需要的病人及家屬，提供適當的服務與協助，支持團體中，包括有類似經驗的病人或家屬，分享他們的經驗與如何的調適，不同的癌症支持團體提供不同的服務，迎合不同的患者，所提供的服務的各種支持

團體如下：

一、新加坡癌症協會提供四種不同的方案

1. 乳癌康復方案（The Reach to Recovery）：陪伴病人渡過疾病初期的情緒波動，傾聽病人的恐懼，教導家屬如何協助病人術後復健，每月定期的聚會，分享不同恢復期病患的經驗，同時定期主動追蹤病人的狀況，以確保病人的心身平安。

2. 新語音俱樂部（New Voice Club）：針對喉癌患者，協助病人喉切除術後，了解如何再次說話。

3. 造口俱樂部（Stoma Club）：對大腸癌患者，側重於幫助病人適應新的生活。每月的第三個星期六聚會，成員與他人分享他們在面臨類似狀況的經驗。造口治療師也會出席聚會，提供專業諮詢意見，說明如何有效地應付的疾病。

4. 腫瘤支援小組（Oncology Support Group）：針對所有癌症患者，陪伴支持病人渡過生病後情緒變化，提供新的患者有機會與癌症倖存者互動。

二、兒童癌病基金會（Children's Cancer Foundation- KKH family support centre）：幫助兒童診斷出癌後如何調適，同時提供父母專業諮詢，幫助他們瞭解孩子在生病後的需要，使他們能夠更好面對孩子的疾病。

1. 遊戲治療（Therapeutic play），讓孩子從活動中帶來一種回到正常的感覺，同時促進整個家庭關係的發展。

2. 家長的支持方案（Parent support programme）：使病童父母有機會獲得其他面臨著類似情況的家長相互支持，如何調適以渡過危機。

三、腫瘤病人照護小組（Tumour Patient Care Group）：新加坡中央醫院主要針對腦腫瘤病人，透過小組討論，鼓勵患者之間的分享類似的經驗，希望減少感情的隔離，同時能提供最新的信息和可用的資源。

四、乳癌基金會（Breast Cancer Foundation）：幫助患者了解自己的目前狀況，並與他人分享個人的經歷，這些交流會協助病人處理生理、心理和情感的需求，以面對這一類疾病。

五、再生連接（The Revival Connection）：新加坡國立癌症中心（National Cancer Centre Singapore）是一個專為支持復發癌症倖存者的團體，鼓勵和分享他們的經驗，保持一個積極的人生觀。

十、結論

癌症是十大死因之首，從預防、篩檢、治療及安寧照護，都與醫院有密切的關係，為提升高品質的癌症照護，先進國家以及我國衛生福利部都定有相關的辦法，其內容與健康促進醫院的發展要點相同，包括病人與家屬、照護團隊、社區及醫院的組織架構，都需要有系統的規劃與涵

蓋；國外推動無痛醫院、安寧親善醫院及癌症病友團體，大多在健康促進醫院的架構下設計，臺灣很多醫療院所對其中的服務已有很好的成效，若能結合健康促進醫院的整合持續規劃，必能使癌症病人的照護，得到更好的品質。

參考文獻

中文參考文獻

"國家癌症防治五年計畫" Retrieved 04/20, 2013, from http://www.bhp.doh.gov.tw/BHPNet/Web/HealthTopic/TopicBulletin.aspx?id=200712250207&parentid=200712250030

"第二期國家癌症防治計畫（**2010-2013** 年）" Retrieved 04/20, 2013, from http://www.bhp.doh.gov.tw/

101 年度衛生福利部國民健康署研究計畫期末報告：國家癌症防治計畫整體評估計畫 DOH101-HP-1505

財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，101 年安寧療護評鑑試評基準及評量項目，2012

衛生福利部（2003），癌症防治法。Retrieved 04/20, 2013, from http://dohlaw.doh.gov.tw/Chi/FLAW/FLAWDAT01.asp?lsid=FL024820

衛生福利部（2009），癌症診療品質保證措施準則 Retrieved 04/20, 2013, from http://www.bhp.doh.gov.tw/BHPNet/Web/HealthTopic/TopicBulletin.aspx?id=200712250207&parentid=200712250030

英文參考文獻

"*WHO Definition of Palliative Care.*" Retrieved 04/12, 2013, from http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/.

"*Children's cancer foundation (KKH family support center*" Retrieved 04/10, 2013 from:http://directory.stclassifieds.sg/singapore-directory/children's+cancer+foundation+(kkh+family+support+centre)/company/businessweb/1777291538/

"*Guidance for Comprehensive Cancer Control planning*" Retrieved 04/20, 2013, from http://www.cdc.gov/cancer/ncccp/pdf/Guidance-Guidelines.pdf

"*Improving outcomes: a strategy for cancer*" Retrieved 04/20, 2013, from http://www.nhs.uk/NHSEngland/NSF/Pages/Cancer.aspx

“*National Cancer Survivorship Initiative, NCSI*” Retrieved 04/20, 2013, from http://www.ncsi.org.uk/

“*National Comprehensive Cancer Control Program Logic Model with CCC Priorities*” Retrieved 04/20, 2013, from http://www.cdc.gov/cancer/ncccp/pdf/NCCCPLogicModel.pdf

“*NHS-Outcomes-Framework-2013-14*” Retrieved 04/20, 2013, from https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/127106/121109-NHS-Outcomes-Framework-2013-14.pdf.pdf

Against_Pain, A. T. (2002). *Towards a Pain Free Hospital.* Retrieved 04/10, 2013: http://www.sans-douleur.ch/en/vhsdcanada.php.

Australia, P. C. (2005). "*Standards for Providing Quality Palliative Care for all Australians.*" Retrieved 04/10, 2013, from www.pallcare.org.au.

Center to Advance Palliative Care (2013). "*Growth of Palliative Care in US hospital 2012 snapshot.*" Retrieved 4/10, 2013, from http://reportcard.capc.org/pdf/capc-growth-analysis-snapshot-2011.pdf

Economist Intelligence Unit. (2010). "*The Quality of Death: Ranking end-of-life care across the world.*" Retrieved 4/12, 2013, from http://www.eiu.com/site_info.asp?info_name=qualityofdeath_lienfoundation&page=noads.

European-Hospital-Association (2006). *Five win certificates in pain free hospital pilot scheme.* Retrieved 04/10, 2013: http://www.european-hospital.com/topics/article/999.html

Irish-Hospice-Foundation, T. (2009). *Hospice Friendly Hospitals.* Retrieved 04/10, 2013: http://www.hospicefriendlyhospitals.net/.

NICE (2011). "*End of life care for adults (QS13).*" Retrieved 04/10, 2013, from http://guidance.nice.org.uk/QS13.

Public Health England (2013). "*Public Health England's National End of Life Care Intelligence Network (NEoLCIN)*". Retrieved 4/06, 2013, from http://www.endoflifecare-intelligence.org.uk/home.

The Joint Commission, (2013). "*Advanced Certification for Palliative Care Programs.*" Retrieved 4/08, 2013, from http://www.jointcommission.org/certification/palliative_care.aspx.

Visentin, M. (2002). Towards a Pain-free Hospital: a project to improve the approach to the patient in pain. J *Headache Pain*, 3: 59-61.

四癌篩檢要實行 健康促進一定行

衛生福利部雙和醫院 (委託臺北醫學大學興建經營)

一、現況分析 (Baseline assessment)

根據 2013 年 6 月 6 日衛生福利部公佈 2012 年國人十大死因，惡性腫瘤 (癌症) 仍為十大死因第一名 (28.4%)，惡性腫瘤已連續 31 年蟬聯國人十大死因榜首。在新北市每十萬男性就有 160.7 人因惡性腫瘤死亡，女性則有 90.3 人，顯見男性因惡性腫瘤死亡人數高於女性。以男性而言，前五大惡性腫瘤死亡原因依序為 (1) 氣管、支氣管和肺癌占 21.8%；(2) 肝和肝內膽管癌占 18.9%；(3) 結腸、直腸和肛門癌占 10.0%；(4) 口腔癌占 8.6%；(5) 胃癌占 6.3%，占總男性惡性腫瘤死亡人數的 65.6%。就女性而言，前五大惡性腫瘤死亡原因依序為 (1) 氣管、支氣管和肺癌占 18.7%；(2) 女性乳房癌占 13.8%；(3) 結腸、直腸和肛門癌占 13.3%；(4) 肝和肝內膽管癌占 12.1%；(5) 胃癌占 5.6%；占總女性惡性腫瘤死亡人數的 63.5%(衛生福利部，2013)。

本院自 2010 年起，每年參加國民健康署辦理「醫院癌症醫療品質提升計畫」，該計畫運用世界衛生組織所發展出的「健康促進醫院」模式，輔導各院建立院內癌症篩檢之政策與管理，透過改變醫院傳統上「重治療輕預防」之服務方式，營造醫護人員主動關懷病人的醫療文化，成功將全人的醫療觀念帶進醫院。根據國民健康署 2012 年的資料分析，經由此篩檢計畫，每 70 位 30 歲以上女性就有 1 位發現有子宮頸癌前病變或子宮頸癌，每 180 位 45 歲以上女性就有 1 位發現有乳癌，每 23 位 50 歲以上民眾就有 1 位發現有大腸息肉或大腸癌，每 146 位 30 歲以上吸菸或嚼檳榔民眾，就有 1 位發現有口腔的癌前病變或口腔癌。

二、準備工作、資源投入與策略規劃 (Plan)

醫院是民眾主要就醫場所，且擁有完整的醫療專業人員，若能善用醫病接觸的機會，在民眾還未出現任何症狀前，適時的提供癌症篩檢服務，就能發揮早期發現早期治療的預防保健功能。基於這樣的理念，本院為促進及強化全民社區對四癌篩檢的重要性，於 2011 年 3 月成立癌症篩檢推動委員會，並由副院長擔任主任委員。每月定期召開會議討論四癌篩檢遇到相關問題，每週將癌症篩檢業務量呈報主管會議。為增進全院同仁共同參與，於門診列印主動提示單鼓勵就診民眾參與篩檢活動。

資源投入部份，整合醫療、護理、醫事及行政團隊，協助本院各項活動宣導與支援，並由副院長帶領「預防醫學暨社區醫學部」執行癌症篩檢業務，本院「預防醫學暨社區醫學部」由臨床科醫師擔任部主任，編制 3 位專任個管師、2 位健康巴士護理師、2 位助理及 4 位工讀生執行相關業務。於醫院入口處設置醒目的篩檢櫃檯標誌，篩檢櫃檯考量無障礙空間之設計，且有專任個管師提供專業的衛教指導，以及熱心的志工引導並協助填寫資料。完善的醫療及硬體設備，以提供最佳的服務。

此外，為主動接近民眾、服務偏遠鄉區民眾，更不惜巨資打造健康巴士進入社區提供篩檢服務，2012 年健康巴士已完成服務新北市 29 個行政區，從宜蘭到基隆，從臺北市到新竹縣總共辦理 377 場社區四癌篩檢活動，全年醫院四癌篩檢：乳房攝影人次為 10,171 人次，子宮頸抹片為 11,825 人次，口腔篩檢人次為 6,564 人次，糞便潛血人次為 6,912 人次，總計 35,472 人次。

策略規劃部分，(1) 於門診符合資格之民眾均會自動跳單列印並於一樓癌症篩檢櫃台轉介癌症篩檢進行檢查，(2) 並於 2012 年 7 月整修篩檢

圖一：篩檢轉診單。

圖二：免費癌症篩檢提示單。

圖三：醫院入口處設置篩檢櫃檯。

圖四：醒目的篩檢櫃檯標誌。

圖五：個管師衛教。

圖六：無障礙空間。

圖七：志工引導。

圖八：志工協助填寫資料

圖九：宣導品發放。

圖十：四癌篩檢宣導品。

圖十一：健康巴士深入社區。

圖十二：走遍 29 個行政區。

圖十三：黃色 L 型夾。

圖十四：子抹快篩門診標示。

圖十五：子抹快篩門診。

櫃台，標示癌症篩檢服務項目、與篩檢條件。(3) 發放醒目的黃色 L 夾提醒全院員工引導民眾至癌症篩檢櫃檯作篩檢。(4) 全院性的院內宣導服務，包括舉辦院內四癌篩檢宣導課程，由院長親自參與及至各單位主管，至門診、各科別、各病房向醫師與護理人員做四癌篩檢宣導以及志工宣導與大廳宣導服務。(5) 訂定護理人員獎勵辦法、醫師獎勵辦法。(6) 提供篩檢禮品，增加民眾篩檢意願。(7) 開辦抹片快篩門診。(8) 辦理住院病人糞便潛血檢查等。

三、執行狀況 (Action)

(一) 訂立品質指標監測目標

提出全院性書面計畫，明訂執行策略、成效監測及獎勵機制，四癌篩檢平均達成率 73.2%，子宮頸抹片陽性追蹤率 42.5%、乳房攝影陽性追蹤率 86.7%、糞便潛血陽性追蹤率 74.4%、口腔黏膜陽性追蹤率 88.6%。

(二) 全院推動癌症篩檢管理政策

由院長及各部會首長帶頭宣導癌症篩檢重要性，進行健康簽署活動，共 84 位首長共同參與，在首長們的支持下，由上到下全院共同推動四癌篩檢；且院長親筆寫信給予全院同仁，呼籲全院同仁重視並邀請共同參與四癌篩檢，為自己健康做最好的把關，員工參與四癌篩檢，即發放商品卡一百元等獎勵措施；院內定期召開癌症篩檢發展推動小組會議，並針對四癌篩檢執行情形，進行檢討改善。

(三) 評估病人篩檢需求

建立醫護人員對四癌篩檢的認同，透過門診提示單，主動關心民眾篩檢需求及引導轉介至癌症篩檢櫃檯辦理，志工人員主動引導持「黃色 L 夾」民眾，並評估陪同就醫家屬是否符合篩檢條件，符合條件者鼓勵接受篩檢。

(四) 提供個別篩檢服務

一樓大廳癌症篩檢櫃檯，臨近掛號及批價櫃檯，在掛號及批價人員宣導後，可直接至此單一窗口辦理四癌篩檢。門診提示單上除清楚標示民眾符合篩檢項目外，更有提供健康諮詢電話，有專人回答及評估民眾篩檢需求及建議，並提供預約篩檢服務，參與子宮頸抹片檢查，可安排快速通關門診檢查，配合民眾習性及需求，2013 年更增設夜間子宮頸抹片快篩門診，社區篩檢部分亦增聘女醫師，增加職場及社區婦女篩檢意願。口腔黏膜檢查，可於櫃檯旁寬敞明亮及具隱私權檢查空間，由專科醫師直接提供個別篩檢，減少民眾往返門診等待時間。糞便潛血檢查，由櫃檯協助發放糞便潛血採便管，並藉由糞便採檢說明衛教本，清楚衛教民眾收集方式，並提供回郵信封及增設糞便管回收箱，增加繳回採便管之意願。乳房攝影可透過直接電話預約時間，以免民眾需兩次以上往返醫院影響受檢意願。

(五) 員工參與創造健康的工作環境

員工健檢合併辦理四癌篩檢，參與篩檢及贈送商品卡及贈品雙重優惠，更推動護理人員家庭日，邀請員工及家屬一同支持癌症篩檢活動，並發放轉介獎勵金。

(六) 建立永續經營

本院目標是全面守護社區民眾的健康，朝「成為在地民眾最信賴的健康促進醫院」的願景大步邁進，與衛生所、衛生局建立夥伴關係，與職場合作辦理四癌篩檢，配合重大節慶辦理相關健康促進活動，如母親、父親節活動，提升社區居民促進自我健康能力。

四、實施成果 (Results)

本院 2012 年子宮頸癌篩檢完成 11,825 人，篩檢出 183 例子宮頸癌前病變，找出 10 例癌症；乳癌篩檢完成 10,171 人，篩檢出 966 例癌前病變，找出 51 例乳癌；大腸癌篩檢完成 6,912 人，確診 221 例有大腸瘜肉，找出 13 例癌症；口腔癌篩檢完成 6,564 人，篩檢出 1,086 例口腔的癌前病變，找出 16 例口腔癌，癌症病人皆給予適當轉介及積極治療，及早挽救了 2,469 個寶貴生命。而在這 90 位癌症個案中，溫馨的小故事鼓勵著醫療團隊，讓醫療團隊更努力的投入篩檢工作。

五、結論與建議 (Comment)

癌症篩檢從預防醫學三段五級的角度來看，是屬於次級預防階段，主要是運用適當的篩檢工具，早期診斷進而早期治療，以降低疾病發生及死亡率。癌症篩檢費用不高，但卻能降低癌症死亡率，研究顯示，子宮頸抹片檢查可以降低 60　90%子宮頸癌發生率及死亡率，50 歲以上婦女乳房攝影檢查可以降低 21-34%死亡率，每 2 年一次糞便潛血檢查可以降低 15　33%死亡率，35 歲以上有抽菸喝酒習慣者，每 3 年一次口腔檢查可降低 43% 死亡率（衛生福利部，2005）。大腸癌、口腔癌、乳癌及子宮頸癌，是可以經由早期發現早期治療且治癒率相當高，存活率也會提高許多，如第 2 期以前乳癌的 5 年存活率可高達 9 成以上，而原位癌的存活率更幾近百分之百，但若到了第 4 期，乳癌存活率則降至 18.5%。另外，早期發現不僅可提高存活率，更可大幅降低健保醫療支出。

癌症篩檢推動從 2010 年至今，由衛生所、基層診所、地區醫院、區域醫院至醫學中心，3 年多來，癌症篩檢執行成效日見效益，大家的辛勞功不可沒，但國人符合四癌篩檢並接受篩檢的比率卻只有 5~6 成，與美國可達 8~9 成相比，我們仍有很大的進步空間。

然而，短期之內要改變民眾定期做篩檢的認知、態度及行為並不容易，仍需國家政策持續推動及改善，癌症防治工作不僅僅要著重在癌症篩檢，更應該從初級預防就開始落實，包括均衡飲食、良好生活習慣、接受衛生教育、避免有害物質、預防接種及定期健康檢查等。初級預防工作的完全落實能使國人健康狀況良好、減少國家醫療資源浪費進而使國家經濟提升。未來也期盼在基礎教育上可加強國人衛生教育觀念，進而改變健康行為，而近幾年國人面對食品安全危機狀況下，更需國家來為國人的飲食執行嚴格安全把關，初級預防醫學的落實不僅能使篩檢達到最大成效，更能導向醫院走向健康促進醫院。

以醫院為基礎之癌症篩檢

陳志道

醫療財團法人徐元智先生醫藥基金會亞東紀念醫院家庭醫學科主任

一、現況分析 (Baseline assessment)

1986 年 WHO「渥太華健康促進憲章」是健康促進執行的主要基礎，其內容包括了：建立健康的公共政策、創造支持性的環境、強化社區行動、發展個人技巧以及調整健康服務的取向。

就預防醫學而言，健康促進屬於初段預防，內容包括：戒菸、減重、疫苗接種等等。希望在疾病未發生之前，藉由健康促進來避免疾病發生。然而疾病篩檢則屬於次段預防，針對一大群無症狀個體施予有組織性檢查以便早期區分為可能及不可能發生疾病的個案進而加以確診（confirmatory diagnosis），如果是確診個案則給予適當正確的治療。希望能減少疾病的發生與死亡。

由此看來，若醫院能將健康促進與疾病篩檢加以整合，再透過渥太華健康促進憲章的五大行動綱領來推動，將會是健康促進醫院的一大特色。

亞東醫院為醫學中心，肩負著新北市市民健康福祉的重任。配合國家衛生政策，近年來除了急重症治療外，也致力於推廣癌症與慢性病篩檢不遺餘力。自 2010 年 5 月首創「整合式預防保健服務中心」，結合成（老）人健檢及四癌篩檢以及戒菸、體重管理建立健康生活型態等等衛教，以民眾為中心，配合門診醫師、護理師衛教轉介及民眾就醫習慣，提供完善的整合式預防保健服務。

二、準備工作、資源投入與策略規劃 (Plan)

亞東醫院家庭醫學科自 2003 年起整合乳癌篩檢（乳房攝影）、子宮頸癌篩檢（子宮頸抹片）、成人預防保健（血壓、血糖、血脂肪等慢性病篩檢）並於 2010 年配合國民健康署政策加上大腸直腸癌篩檢（定量免疫法糞便潛血）、口腔癌篩檢（口腔黏膜檢查）多項篩檢；院方規劃整合上述服務之空間（圖一），建置資訊系統（圖二）、成立癌症篩檢推動小組（圖三），以 PDCA（Plan Do Check Action）循環方式努力推動（圖四、五、六）。

以往醫院的角色扮演在急性醫療照護，到醫院求診的民眾都有疾病症狀似乎不符合臨床症前期的無症狀階段，但是對於一位腹痛求診的 47

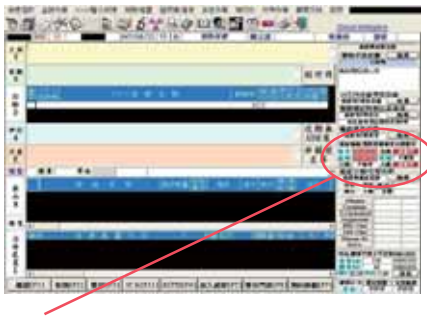
亞東醫院整合式預防保健服務中心

（透明、清楚、方便、好找。）

圖一：整合式預防保健服務中心

「門診」主動提醒資訊系統－畫面及條件

（整合型轉介系統）



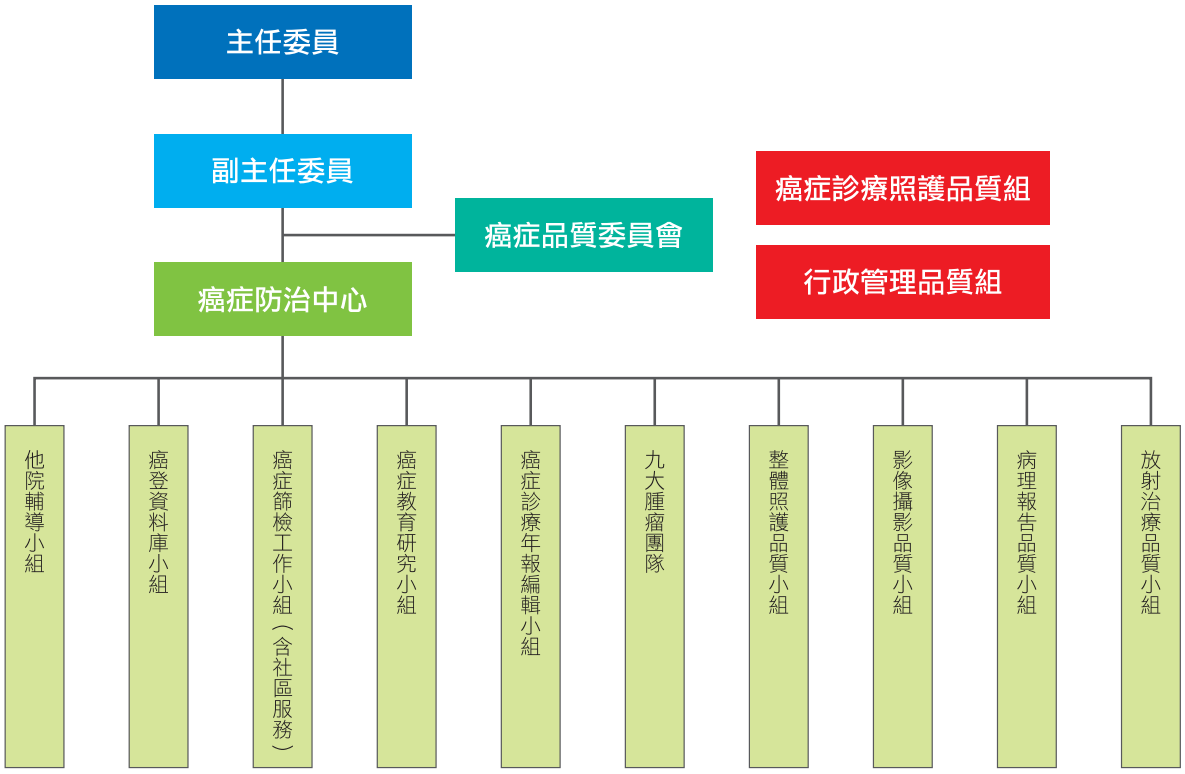
提示系統整合帶入

1. 本院成（老）健及四癌篩檢日期
2. 健保卡預防保健資料
3. 國健署最近曾做四癌篩檢日期

圖片說明：

看診時取卡號或讀取病史資訊系統會依設定條件反紅清楚提示可篩檢項目。

圖二：主動提醒資訊系統

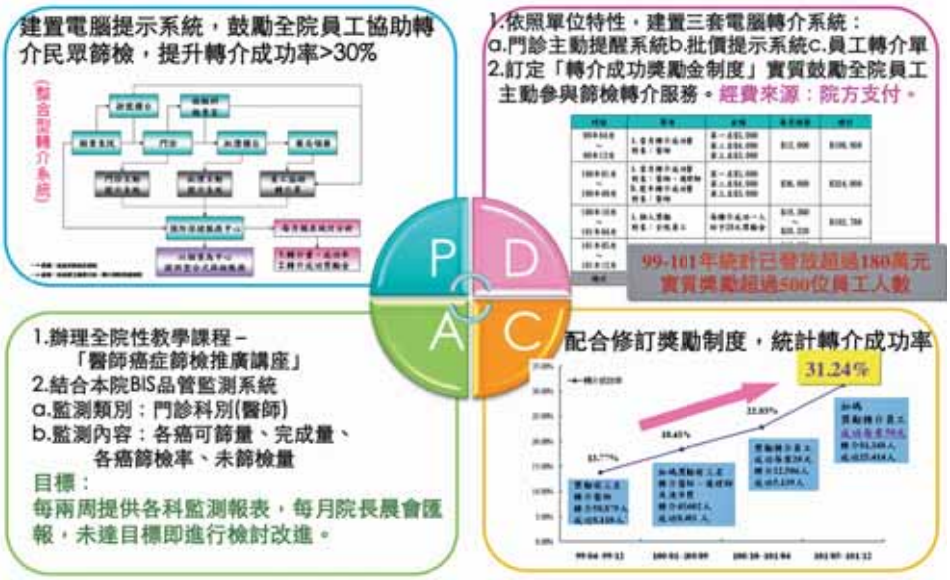


圖三：癌症篩檢推動小組組織圖

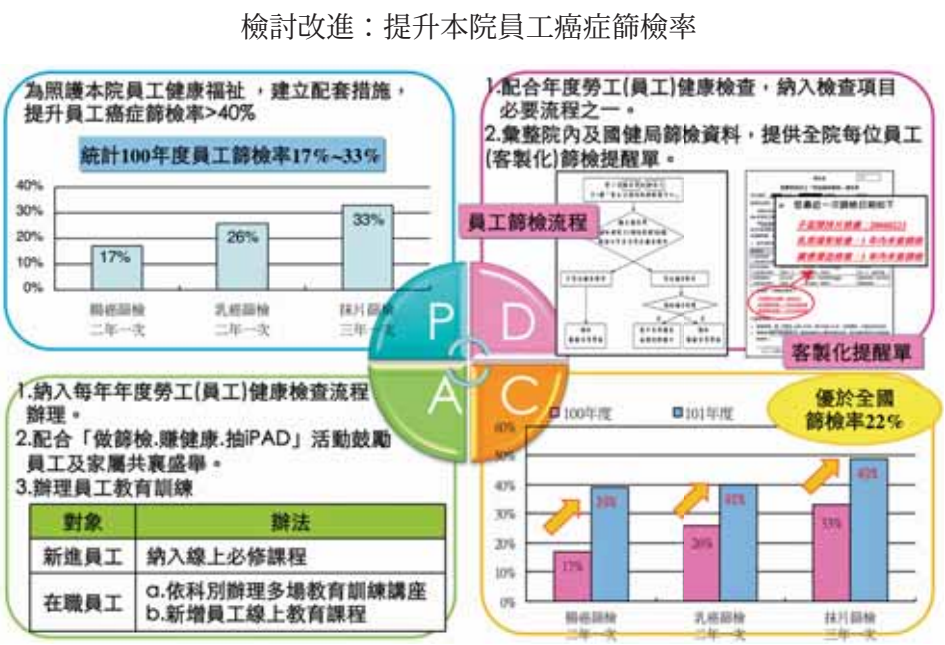
檢討改進：提升民眾癌症篩檢參與率

圖四：全院就診民眾四癌篩檢參與率（2010 年：18.6% 提升至 2012 年：27.9%）

檢討改進：提升全院員工轉介民眾篩檢率



圖五：員工轉介民眾篩檢成功率（2010 年：13.77% 提升至 2012 年 31.24%）



圖六：員工癌症篩檢率（2010~2012 年：大腸癌：17%~39%、乳癌：26%~40%、子宮頸癌：33%~49%）

歲女性，子宮頸癌及乳癌卻有可能是處於疾病的臨床症前期；加上醫院相關篩檢的醫師或儀器皆可同時服務。因此，若腸胃科醫師能貼心提醒，醫院同時提供抹片檢查及乳房攝影，可減少民眾多次往返的交通不便，若發現陽性個案也可盡速安排確診與治療，提供持續性的醫療照護。

三、執行狀況 (Action)

依渥太華健康促進憲章的五大行動綱領來說明：

A. 建立健康的公共政策

就癌症篩檢而言，便是宣達全院癌症篩檢為全院的重要政策。本院設有癌症品質委員會由院長擔任主任委員，執行單位為癌症防治中心，下有癌症篩檢推動小組，由副院長督導每季開會一次。任務為提升癌症篩檢參與率、提高陽性個案追蹤率、訂定相關追蹤指標、討論相關獎勵方案等等。

B. 創造支持性的環境

建置「整合式預防保健服務中心」，提供民眾四癌篩檢服務，陽性個案追蹤提醒（包含院外陽性個案轉介至本院確診）。於醫囑系統上建置資訊提醒系統，使醫師能迅速辨別病患是否符合四癌篩檢，並在服務動線上盡可能方便民眾。建立獎勵制度，獎勵轉介民眾篩檢的員工，針對進

行篩檢民眾也訂有獎勵方案，希望民眾養成定期篩檢的習慣。

C. 強化社區行動

與衛生局合作辦理社區整合式篩檢、社區癌症篩檢衛教講座、地方意見領袖會談共同照護民眾健康。基層醫療院所乳癌篩檢不易執行，本院提供接送服務以及後續確診追蹤與治療。

D. 發展個人技巧 (民眾)

民眾對醫院的需求大多停留在治療，減少疾病產生的殘障與死亡（第三段的預防醫學），本院透過健康促進整合癌症篩檢服務，使民眾能發展出更具預防醫學面向的自我照護技巧。

E. 調整健康服務的取向 (醫療人員)

全院推動癌症篩檢，使得醫師在原有的專科別照護下，多增加了健康促進與癌症篩檢提醒的服務。健康服務的取向也多了較符合成本效益的預防醫學。

四、實施成果 (Result)

癌症篩檢的成效指標：

A. 長期指標：死亡率、發生率

B. 短期指標：參與率、陽性個案追蹤完成率、正確治療率、篩檢盛行率與發生率比值、篩檢間隔發生率與原發生率比值、腫瘤大小、癌症分期（圖七、八、九）。

篩檢的長期指標是死亡率降低以及發生率降低（有癌前病變者），我國子宮頸癌發生率與死亡率的下降即是癌症篩檢成功的表現。但是要觀察到長期指標的變化需長期追蹤，因此短期指標的監測更能提供醫院篩檢成效評估。定期統計參與率，修正篩檢推動策略，定期分析陽追率，協調確診科別例如大腸鏡追蹤時段與報告、乳房超音波檢查與報告，都是醫院端比基層醫療院所更需要整合的部份。部分民眾確診後沒有接受正確治療，篩檢的效益就無法呈現，本院設有篩檢陽性個案管理師，負責提醒安排確診及追蹤是否正確治療。

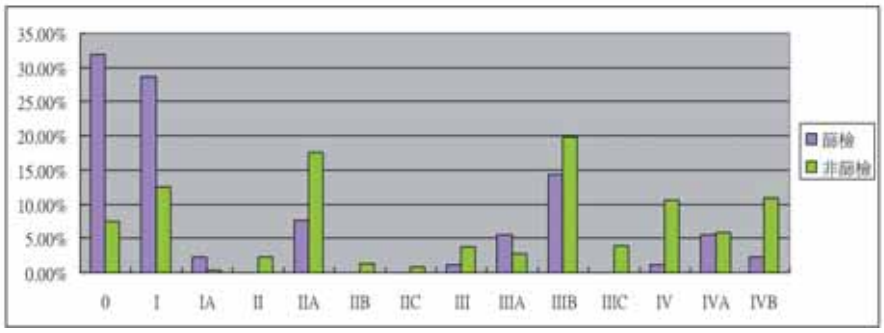
醫院執行篩檢後可比較盛行率與發生率比值，太高表示院內仍有許多個案處於有病但是無症狀的階段，應更努力提升參與率及陽追率。進入社區定期篩檢則可以統計該地區在兩次篩檢中的間隔個案發生率是否過高，若過高則應考慮較密集安排篩檢。

腫瘤較小或癌症早期個人（案）存活率較高，分析比較篩檢個案與臨床個案也可提供院內分析篩檢成效。若篩檢個案仍分期較晚，應考慮是否篩檢個案已是癌症病患或已有癌症相關症狀，這樣的個案較適合至專科別診斷治療及追蹤。

本院 **99-101** 年度大腸癌分期之比較

（排除分期未填寫：篩檢 37 人，非篩檢 141 人）

	0	I	IA	II	IIA	IIB	IIC	III	IIIA	IIIB	IIIC	IV	IVA	IVB	合計
篩檢	29	26	2	0	7	0	0	1	5	13	0	1	5	2	91
	32%	29%	2%	0%	8%	0%	0%	1%	5%	14%	0%	1%	5%	2%	
非篩檢	40	67	2	12	94	7	4	20	15	106	21	56	31	58	533
	8%	13%	0%	2%	18%	1%	1%	4%	3%	20%	4%	11%	6%	11%	

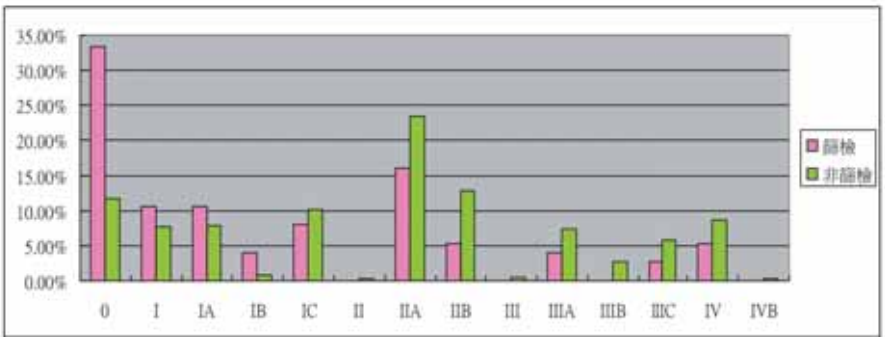


圖七

本院 **99-101** 年度乳癌分期之比較

（排除分期未填寫：篩檢 17 人，非篩檢 104 人）

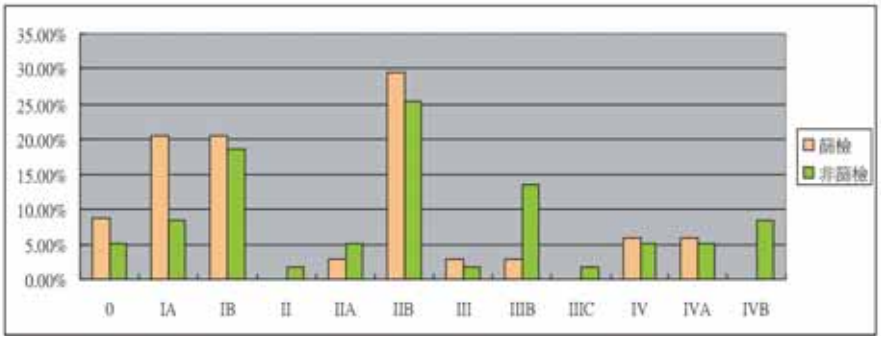
來源	0	I	IA	IB	IC	II	IIA	IIB	III	IIIA	IIIB	IIIC	IV	IVB	合計
篩檢	25	8	8	3	6	0	12	4	0	3	0	2	4	0	75
	33%	11%	11%	4%	8%	0%	16%	5%	0%	4%	0%	3%	5%	0%	
非篩檢	43	28	29	3	37	1	86	47	2	27	10	21	32	1	367
	12%	8%	8%	1%	10%	0%	23%	13%	1%	7%	3%	6%	9%	0%	



圖八

本院 **99-101** 年度子宮頸癌分期之比較
（排除分期未填寫：篩檢 6 人，非篩檢 20 人）

來源	0	IA	IB	II	IIA	IIB	III	IIIB	IIIC	IV	IVA	IVB	合計
篩檢	3	7	7	0	1	10	1	1	0	2	2	0	34
	9%	21%	21%	0%	3%	29%	3%	3%	0%	6%	6%	0%	
非篩檢	3	5	11	1	3	15	1	8	1	3	3	5	59
	5%	8%	19%	2%	5%	25%	2%	14%	2%	5%	5%	8%	



圖九

表一、篩檢個案與臨床個案分期比較

百分比	子宮頸癌		乳癌		大腸癌	
	篩檢個案	臨床個案	篩檢個案	臨床個案	篩檢個案	臨床個案
早期 (≦ II)	83%	64%	88%	75%	89%	43%
晚期 (≧ III)	17%	36%	12%	25%	11%	57%

五、結論與建議 (Comment)

台灣全民健保納保率世界最高，加上國內醫療可近性佳，健康促進醫院的推廣同時加上癌症篩檢服務是非常有效益的。國內目前推動的四癌篩檢皆有實證醫學的基礎，隨著醫療的進步，發展其他重大疾病的篩檢工具亦刻不容緩。全國民眾幾乎 90% 以上曾在醫院就診，所以在健康促進醫院的理念下，整合癌症篩檢服務，才能給民眾更完整的照護。

第五節

高齡友善醫院及健康照護機構

邱淑媞

國民健康署署長

壹、前言

臺灣 65 歲以上人口已經超過總人口的 11%，推計此比率將於 2018 年達 14%，成為「高齡社會」（aged society），並於 2025 年超過 20%，屆時我國將成為「超高齡社會」（super-aged society），平均 5 人中就有一位 65 歲以上長者；到醫療院所就診的病患中，更是以高齡者佔多數，國民健康署於 2009 年「國民健康訪問調查」結果顯示，有近九成（86.2%）長者自述「曾經醫師診斷」出至少有一項慢性病，而患有三項以上慢性病的長者比率更達五成。另，2012 年醫療院所申報健保醫療費用中，65 歲以上長者醫療費用佔 3 成，顯示醫院早就是高齡化社會！如何使醫院的設計與服務能貼近高齡族群的需要，對於醫院之病人滿意度、照護品質、病人安全以及社會形象各方面都具有重要意義。

對社會來說，長者乃是寶貴的社會資產；如能增進長者的社會參與並維持其最佳的身心健康機能，將是社會與家庭之福。因此除了提供適當的疾病控制，更須積極提倡健康促進。

健康促進的管道，包括從長者日常生活的社區去營造對長者友善與有益健康的環境，另一則是善用經常會接觸到長者的醫療體系，以提供符合不同長者個別需求的健康促進評估和介入。在臺灣，幾乎所有 65 歲以上的長者在過去一年當中都曾使用過健保醫療資源；因此這是一個不容忽視的寶貴介面。

貳、高齡健康照護之問題

高齡者的健康照護存在一些不同於其他年齡層的挑戰。第一線的醫療場所（例如：基層健康照護中心、診所、醫院門診）通常非常忙碌，然而就診的長者常有多重不明確或不典型的症狀，例如頭暈、呼吸困難、走路困難、手腳麻木、食慾不佳、疼痛、…等等，這些症狀有時是某些疾病的早期表現或警訊，需要醫療人員具備照護長者的基本知識，來辨明其原因以提供適時而有效的回應。

高齡者常常已經有或即將有一些慢性病，需要提供早期發現、適當介入、管理以及有計

畫的追蹤，以防止各種嚴重併發症。例如嚴密的血糖測量和控制以及自我管理技能（包括足部照護），可以幫助一個高齡糖尿病婦女保住她的腳。

第一線的健康照護人員也需要熟悉長者常見問題的診斷和處理，例如長者醫學領域的 4 個巨人：跌倒、失禁、缺乏活動（immobility）以及意識不清（confusion）。

醫療問題在長者常會有不同的表現，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。一般而言，與年輕人相比，長者的症狀（包括對疼痛的感受）可能較不強烈或較不特定，因而也較難診斷。有些人會把症狀當作只是年紀大的關係，而輕忽了潛在的問題。

醫療人員往往很自然的把健康和醫療上的問題視為最優先處理的事項，但對長輩而言卻可能有更迫切或煩惱的問題，例如要付下個月的房租、有孫子要照顧等。因之，第一線的健康照護機構亦是提供整合性社會照護的適當場所，可以協助長者申請醫療補助、安置、供餐、居家協助等。如果這些問題無法解決，長輩往往也很難顧到健康問題。

國外的經驗發現，一些就醫與行政流程上的不順暢、醫療人員缺乏相關訓練、對長者的負向態度、醫療收費過高以及缺乏社會服務方面的協調，構成一個不友善的環境，使長者不想再回診，也影響到照護的結果。

世界衛生組織曾在 2002 年於 5 個已開發與開發中國家，對長者和醫護人員辦理一系列焦點團體，徵詢如何改善對長者之健康照護，共整理出 11 個問題，包括：1. 態度（未能傾聽、不尊重、未與長者充分討論、未讓長者參與決定）；2. 醫護之訓練與教育不足；3. 性別議題（女性病人較多，但其問題之嚴重性常被低估）；4. 語言（可能與醫護人員熟悉的不同）；5. 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）；6. 費用（過高）；7. 等候時間（掛不到號、候診太久）；8. 看診時間過短（無法作完整的評估和治療）；9. 照護缺乏持續性、支離破碎；10. 期望有針對長者設置的門診（高齡特別門診）；11. 物理環境（就醫距離、交通、無障礙設施、標示等）（WHO, 2004a）。

參、世界衛生組織之高齡友善基層健康照護架構

世界衛生組織提出「活躍老化」（active ageing）的理念，意指：幫助人們在年齡增長過程，獲得最佳健康、參與和安全，以增進生活品質之過程。活躍老化取決於許多與個人、家庭、社會及國家有關的因素，例如：性別、文化、個人因素、行為因素、物理環境、社會因素、經濟因素、健康與社會服務等。

因應 2002 年於馬德里召開之聯合國第二屆高齡化國際大會，世界衛生組織提出「活躍老化之政策架構」，強調應重視健康促進與預防，並使長者能公平一致地獲得基層健康照護與長期照護，健康服務與社會服務應該要整合、協調

並具成本效益，服務時不得有年齡歧視，且服務提供者應以尊嚴與尊敬來對待所有年齡層的人（WHO, 2002）。

針對提供第一線健康照護之場所，世界衛生組織提出了「高齡友善基層健康照護架構」（framework for age-friendly primary health care）（圖 1）。在該架構中，一個高齡友善的基層健康照護，必須同時符合「基層健康照護目標」與「高齡友善原則」（WHO, 2004b）。

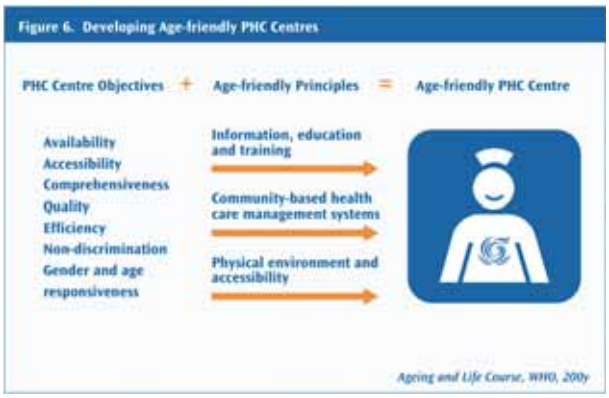


圖 1. 世界衛生組織「高齡友善基層健康照護架構」

所謂「基層健康照護的目標」包括：可獲得性（availability）、可近性（accessibility）、周全性（comprehensiveness）、品質（quality）、效率（efficiency）、無歧視（non-discrimination）以及回應性別與年齡之特殊需要（gender and age responsiveness）。這些目標是對長者或其他年齡層都適用的共通原則（overarching principles）（WHO, 2004a）。

而為增進以社區為基礎的第一線健康照護機構對長者需求之回應能力，支持長者達到「活躍老化」之目標，世界衛生組織提出下列「高齡友善原則」：

一、資訊、教育與訓練

（一）健康照護機構之所有人員均應獲得關於年齡、性別與文化敏感性照護之基本訓練，包括知識、態度與技巧的層面。

（二）健康照護機構之所有臨床人員應獲得關於高齡照護核心能力之基本訓練。

（三）對於長者及其照顧者，健康照護機構應就健康促進、疾病管理與用藥，提供年齡、性別與文化上適當的教育與資訊，以增進健康上之賦權。

（四）健康照護機構之人員應定期瞭解所有藥物之使用情形，包括有無使用傳統藥物或療法等輔助性治療。

二、以社區為基礎的健康照護管理系統

（一）健康照護機構應盡一切努力，使其行政流程能因應長者之特殊需要，包括教育程度較低之長者或有認知異常之長者等。

（二）健康照護機構應注意收費不宜過高，便於低收入者亦能獲得所需之照護。

（三）健康照護機構應採行一些系統以支持照護持續性，包括在社區層級之內的持續性以及不同層級之間持續性。

（四）健康照護機構應具有可增進及協調社會和

居家照護服務之的機制。

(五) 健康照護機構之所有病歷資料保管系統應保存各層級照護以及社會服務的紀錄，以支持持續性照護。

(六) 有關照護服務的規劃，所有相關人員，包括長者，都應該是參與決策機制中的一部份。

(七) 關於健康照護機構的作業資訊，包括服務時間、收費標準與掛號手續，應該以年齡上適當的方式提供。

三、物理環境

(一) 在實用、可負擔與可能的情況下，健康照護機構之物理環境應採行「通用設計」中的共通原則（the common principles of Universal Design）。

(二) 透過各種社區資源，包括志工，儘可能讓各年齡層的人（包括長者），有安全及付得起的交通方式可以到達健康照護機構。

(三) 應在健康照護機構內各處張貼簡單易讀的標示，以利定位及辨識照護者和服務。

(四) 重要的健康照護人員應該使用名牌或姓名告示板，以利辨認。

(五) 健康照護機構應有良好照明、不滑的地面、穩固的家具以及清晰的走道。

(六) 健康照護機構之所有設施，包括等候區，應為乾淨與舒適（WHO, 2004a）。

肆、臺灣高齡友善健康照護架構

一、發展歷程

面臨人口老化的趨勢，健康照護體系扮演推動健康老化的重要推手，不僅要了解長者在疾病表現與照護需求的特殊性，且應妥善利用與長者頻繁接觸的機會，成為增進長者健康與尊嚴的重要守護者。面對人口快速老化的關鍵時刻，國內的健康照護機構應及早導入高齡友善醫療概念，以提供長者在不同階段接受健康照護服務時，讓長者都能感受到有尊嚴的高齡友善健康照護。

為協助國內各類型健康照護機構及早邁向高齡友善，本人於 2009 年任教於陽明大學時，綜整 WHO「高齡友善照護三大原則」及 WHO「健康促進醫院標準」，並加上臨床的觀察，訂出以健康（health）、人文（humanity）與人權（human rights）為核心價值，以提昇長者健康、尊嚴和參與為願景，涵蓋管理政策、溝通與服務、物理環境、照護流程等四大面向的「臺灣高齡友善健康照護機構導入架構」，並發表於國際期刊。該架構目的在協助各機構創造一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，以預防及延緩老年失能的發生，並提供長者在老化過程獲致最大健康的機會。2010 年於國內針對該架構進行內容效度，由 11 位專家根據指標之重要性、適當性、清楚性進行評分（1~5 分，1 分最低，5 分最高，4 分視為通過），完成臺灣高齡友善健康照護架構之 4 大標準、11 個子標準以及 60 個項

目（附件 1）。另發展表現指標及成效指標（附件 2、3），可作為各健康照護機構導入整個組織的高齡友善計畫之依據，並可透過內部與外部的定期評量，對高齡友善活動之進展進行評估、追蹤及改善。

「高齡友善健康照護機構認證」指引健康照護機構從上而下，建立並落實高齡友善政策，除了形成組織文化、調整行政程序符合長者所需，更鼓勵參與志工服務，真正體現活躍老化。另外高齡友善健康照護機構必須指定專人負責推動與協調，進行持續監控與改善；在溝通與服務上，尊重長者做決定的能力與權利；在整體照護流程上，醫療院所必須提供合適的健康促進需求評估、疾病管理與復健，並重視易造成長者失能的高危險因子（例如：無法自行下床、步履不穩、譫妄、尿失禁、視力問題、高危險用藥、憂鬱），妥適進行用藥管理，提昇核心醫療品質。醫療院所亦須改善硬體設備，符合長者所需，如無障礙及安全的空間規劃，協助行動不便者給予簡單易讀的標示，以防跌倒。

圖 2. 臺灣高齡友善健康照護架構

高齡友善不是要求醫療院所設老人專科，或者大興土木，「重點是在管理政策、溝通與服務及照護流程是否對長者友善，這是一個團隊學習的訓練與機會，而非評分與評鑑」。從態度與文化上開始改變，從流程與細節中找出創新的空間，這才是國民健康署辦理認證的目的。

二、推動認證過程

2011 年 4 月國民健康署招募國內 8 家健康促進醫院進行試評，7 家通過認證。旋即於 6 月召開「高齡友善健康照護機構認證指標檢討會議」，針對兩個指標進行細部文字修改後，7 月正式於醫院推動「高齡友善健康照護機構認證」。此認證為全球第一個、也是目前唯一一個由國家推動的高齡友善健康照護機構認證。

2012 年起，此認證擴大推展至診所（醫療群）、長期照護機構等其他健康照護機構，並補助衛生局結合所轄健康照護機構辦理「推動健康照護機構參與健康促進工作計畫」中，將高齡友善健康照護列為自選議題之一。

高齡友善健康照護機構認證於推動第一年（2011 年）達到 13 家，第二年（2012 年）達到 38 家，第三年（2013 年）達到 67 家（66 家醫院、1 家衛生所），第四年（2014 年）截至 9 月底，已達 85 家（83 家醫院、1 家長期照護機構及 1 家衛生所）。

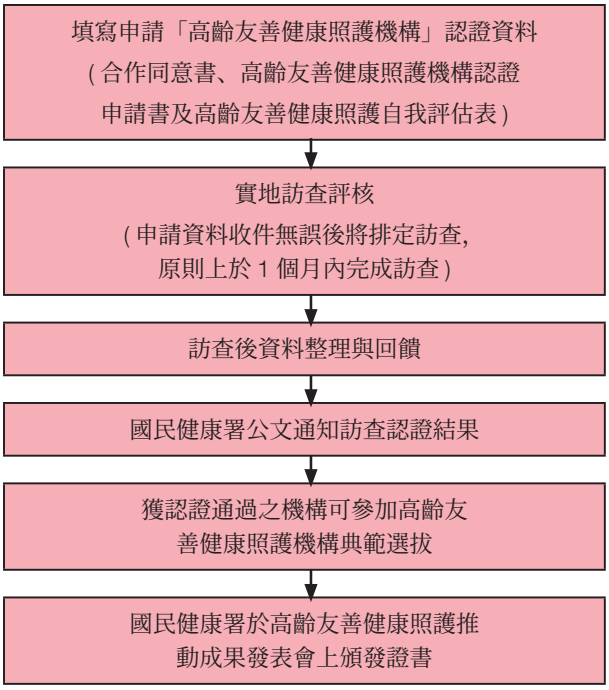


圖 3. 申請認證作業流程圖

102 年通過認證之 **29** 家機構對認證作業之滿意度調查結果如下：

（一）有關認證前置作業

1. 受認證機構對申請認證之流程（從申請至寄送認證資料）感到滿意（滿意度 100%）。

2. 93.1% 機構認為參加工作坊對準備認證有幫助，可以幫助瞭解認證基準，以及準備方向。

3. 對於填寫「高齡友善健康照護自我評估表」：

(1) 受認證機構皆認為（100%）有助於檢視醫院現況，訂定改善方向，及準備認證作業。

(2) 93.1% 機構認為自我評估表容易填寫

(3) 96.6% 機構認為國民健康署網頁提供案例有幫助，可以了解各績優醫院推動方向及特色，作為標竿學習。

（二）有關實地認證作業

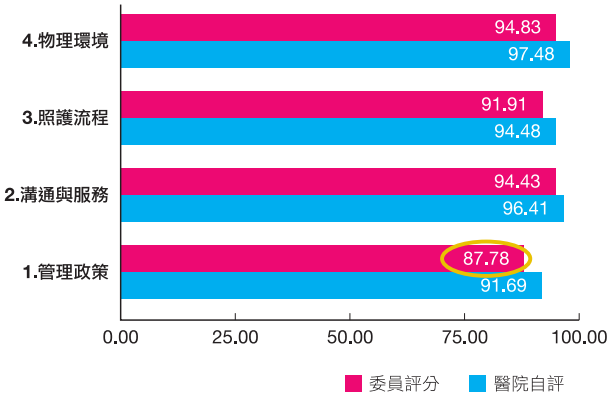
受認證機構對於委員與機構之互動溝通，滿意度 100%，並認為委員給予的改善意見確實可行，認證時間 2.5~3 小時為適宜。

（三）整體意見

受認證機構對於認證訪查安排（從申請認證到實地認證訪查），滿意度 100%。

三、四大標準執行情形

分析 75 家申請高齡友善健康照護認證的機構中，在四大標準之得分，委員評分最高為物理環境面向，有待加強為管理政策面向。



針對參加認證之健康照護機構對四大標準之各項目容易有誤解之部分，說明如下：

（一） 標準一之 **1.3.2**：院所應建立一套針對高齡友善政策及其相關活動的品質評估計畫，並將組織文化的發展、長者與照護提供者的觀點、資源的發展、服務的表現以及照護結果，納入評估及改善。

說明：要看的是服務表現與照護結果，是整套的評估，國民健康署已發展一套指標，可供健康照護機構選用，或自行再加入重要的指標，並不是只看病人滿意度，參與論人計酬的醫院，可以呈現是否用藥種類及藥品用量有減少，住院日數是否下降，藉此反映出高齡友善健康照護機構及健康促進醫院對執行論人計酬方案是否有幫助。

（二） 標準二之 **2.1.5**：院所尊重長者在照護上作決定的能力與權力。

說明：讓長者參與決策的先決條件，是要給其知的權利，要問病人病情資訊或決策是要告知本人或被授權的家屬，對於末期病人，要讓其有機會於生命末程期時做選擇安寧療護、拒絕 CPR 的決定，有病情告知才有決策參與。

（三） 標準三之 **3.1.1**：院所訂有適合不同年齡、性別的指引，以評估病人的健康促進與疾病預防需要，包括：生活型態、營養狀態、心理 - 社會 - 經濟狀況 (與誰同住)、跌倒預防、疾病篩檢等。

說明：照護流程的病人需求評估（包括跌倒），應有多層次風險評估設計，用簡單方式初篩高危險者，再進一步完整評估，不是在一開始就對每一位病患作複雜的評估，也就是要有風險分級概念。

預防跌倒不應單單著重於老人科、住院病患或高齡門診，各科門診高齡病人的評估更重要，不要只是預防病人不在醫院跌倒，同時預防長者在居家及社區跌倒。

（四） 標準三之 **3.1.4**：在入院時及門診時，應檢視病人的用藥。

說明：

1. 醫院在標準三「照護流程」呈現較少，例如：應呈現用藥統整是如何做？有無交互作用自動檢核警示？如何做門診跌倒風險評估？
2. 標準三是照護流程，健康促進醫院的照護並不是只做篩檢，也包括對糖尿病、高血壓、心臟病病人的疾病別及健康促進，希望在核心醫療品質的改善可多著墨。
3. 長者無處不在，每個科診都應知道如何評估長者的基本需求，遇到高齡風險再轉診高齡醫學科，高齡友善健康照護不是只看高齡科的專業，而是藉助高齡科來帶動、提升全院的高齡友善。
4. 高齡友善包括風險管理，長輩有跌倒的風險，吃很多藥有副作用風險；高齡友善健康照護機構不只是對長輩「態度」友善，而是提供一套方法，讓「醫療」對長者的「健康」和「安全」

友善，幫他們更健康，也幫他們降低被醫療傷害的風險。

（五） 標準三之 **3.2.5**：臨床部門將健康促進、復健與風險管理適切地整合入其臨床指引 / 路徑之中。

說明：重點是把「健康促進」這個元素（element）放到照護流程中。而且，在這套高齡友善健康照護標準的對象，並不是針對已經非常老或健康已嚴重不佳的長者，而是以活躍老化（active ageing）與健康老化（healthy ageing）為目的，針對已經變老或快要變老的民眾，在臨床照護上，評估其健康促進需要與健康風險，包含一般的及疾病別的需求評估，也包含何時評估、評估完做什麼介入，以及在什麼階段介入，讓這群人更健康，若病人需要換不同的人照護，也要把後段照護連起來（continuity）。由病人需求評估－＞出院－＞門診的過程（包括病人告知、介入及衛教）訂出一套包含健康促進評估及介入的臨床照護流程。

四、典範選拔、創意提案、徵文比賽

2011 年國民健康署辦理高齡友善健康照護機構典範選拔、高齡友善健康照護徵文及標語選拔、LOGO 徵選，以提升大眾對高齡友善健康照護之瞭解與重視。2012 年起賡續辦理典範選拔及徵文比賽，並增加高齡友善健康照護創意提案競賽。為促進各機構間推動高齡友善健康照護之標竿學習及經驗交流，國民健康署自 2011 年起每年辦理高齡友善健康照護機構推動成果發表會，表彰高齡友善健康照護機構典範獎、優良獎、友善服務獎、組織再造獎、友善環境獎及創

2011-2013 年典範選拔得獎名單如下：

2011 年

獎項	得獎機構
高齡友善健康照護機構典範獎	戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院
高齡友善健康照護機構友善服務獎	基督復臨安息日會醫療財團法人臺安醫院
高齡友善健康照護機構組織再造獎	三軍總醫院
高齡友善健康照護機構友善環境獎	天主教中華聖母修女會醫療財團法人天主教聖馬爾定醫院
高齡友善健康照護機構優良獎	三軍總醫院 天主教中華聖母修女會醫療財團法人天主教聖馬爾定醫院 佛教慈濟醫療財團法人慈濟綜合醫院 佛教慈濟醫療財團法人玉里慈濟醫院 基督復臨安息日會醫療財團法人臺安醫院 壢新醫院

2012 年

獎項	得獎機構
高齡友善健康照護機構典範獎	彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院
高齡友善健康照護機構友善服務獎	光田醫療社團法人光田綜合醫院
高齡友善健康照護機構組織再造獎	中國醫藥大學附設醫院
高齡友善健康照護機構友善環境獎	高雄榮民總醫院
高齡友善健康照護機構優良獎	中國醫藥大學附設醫院 光田醫療社團法人光田綜合醫院 高雄榮民總醫院 天主教醫療財團法人永和耕莘醫院 天主教中華聖母修女會醫療財團法人天主教聖馬爾定醫院 佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院 國立臺灣大學醫學院附設醫院北護分院 澄清綜合醫院中港分院

2013 年

獎項	得獎機構
高齡友善健康照護機構典範獎	高雄榮民總醫院
高齡友善健康照護機構友善服務獎	佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院
高齡友善健康照護機構組織再造獎	光田醫療社團法人光田綜合醫院
高齡友善健康照護機構友善環境獎	衛生福利部臺中醫院
高齡友善健康照護機構優良獎	衛生福利部臺中醫院 臺中榮民總醫院嘉義分院 臺北醫學大學附設醫院 敏盛綜合醫院 高雄市立大同醫院 臺灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院 天主教耕莘醫療財團法人耕莘醫院 行天宮醫療志業醫療財團法人恩主公醫院 臺北市立聯合醫院忠孝院區

意提案與徵文競賽得獎者，並授證予當年度通過認證之健康照護機構，同時邀請得獎機構員工與非員工代表分別以推動者及獲益者的角度陳述高齡友善親身體驗，以分享推行高齡友善健康照護之實務經驗。

五、國際合作

（一） 健康促進醫院與高齡友善健康照護工作小組

2012 年 4 月 11 日於臺北舉行之第 18 次 WHO 健康促進醫院國際網絡會員大會上（時為第 20 屆健康促進醫院國際研討會），臺灣網絡提案並獲通過成立「健康促進醫院與高齡友善健康照護工作小組」（Working Group on HPH and Age-friendly Health Care），由本人擔任小組召集人，成員包含 16 人，來自 12 國，皆為健康促進醫院各國網絡召集人或高齡友善健康照護專家，並於同年 9 月透過網路視訊舉行工作小組會議。2013 年 1 月辦理首次工作小組專家會議，進一步討論發展國際可適用的高齡友善健康照護架構。

（二） 健康促進醫院與高齡友善健康照護國際委員會：

「健康促進醫院與高齡友善健康照護工作小組」於 2013 年 5 月 22 日於瑞典哥德堡舉行之第 19 次 WHO 健康促進醫院國際網絡會員大會上（時為第 20 屆健康促進醫院國際研討會），提案升格為「Task Force on HPH and Age-friendly Health Care」（健康促進醫院與高齡友善健康照護國際委員會）並獲通過，續由本人擔任委員會召集人，未來將推動高齡友善健康照護，發展國際可適用的高齡友善健康照護架構，傳播行銷高齡友善健康照護，並增加健康專業人員在高齡友善健康照護的能力。

（三） 發展國際適用之高齡友善健康照護架構：

根據「健康促進醫院與高齡友善健康照護工作小組」2013 年 1 月 4 日專家會議決議，邀請工作小組成員 16 人，進行「臺灣高齡友善健康照護機構導入架構」之專家效度調查，依指標之重要性、適當性、清楚性進行評分（1~5 分，1 分最低，5 分最高，4 分視為通過），於該年 1 月至 3 月進行調查，計有 12 人完成評分，1 人提供意見但未評分，有 51 項指標通過專家效度檢視，餘9項指標至少有一項評分標準未達4分。

2013 年 5 月 23 日召開第一次「健康促進醫院與高齡友善健康照護國際委員會」會議，會中成員針對 9 項指標進行討論，並提出改善建議。

2014 年 4 月 24 日召開第二次「健康促進醫院與高齡友善健康照護國際委員會」會議，提案討論推動高齡友善健康照護國際認證之規劃，委員會成員之奧地利、愛沙尼亞及希臘網絡協調人表示有意願於該地試用高齡友善健康照護架構。

六、大環境的政策配套

對於長者第一線健康照護之改善，需要衛生

政策方面的配套，包括：

(一) 性別與老化之關係：應考量性別上的差異，男女兩性之長者可能有不同的社會處境與健康需求；

(二) 文化多元性：應具有文化敏感度，能回應不同的需求；

(三) 重視公共衛生與健康照護之整合式介入，並與其他各類型服務提供者與各相關政府部門建立夥伴關係；

(四) 政府應投入足夠的資源與經費以增進社區健康照護之發展；

(五) 支持並訓練非正式照顧者：相關訓練必須同時涵蓋專業人員與非正式照顧者或家人，包括學習如何透過健康促進幫助長者維持健康，例如飲食與營養、安全的環境與跌倒預防；面對疾病時的自我管理、用藥與治療上應注意之事項；以及家庭照護的技能等（WHO, 2004a）。

伍、邁向「高齡友善城市」

影響高齡者健康與活躍老化的問題當然不侷限於健康照護機構或公共衛生之範圍內。社會政策、法律上的保護、教育、安全而乾淨的環境、住居、收入保障、工作機會以及支持性的網絡等，都是增進長者身心社會健適（well-being）及生活品質所需要的基本作為。因此，除了相關衛生政策的配套，世界衛生組織亦根據活躍老化的架構，針對社會的高齡化與都市化，提出「高齡友善城市」的理念。

所謂「高齡友善城市」是透過：認同長者多元的能力與資源、預見並有彈性的回應與老化有關的需求和喜好、尊重長者的決定與生活型態選擇、保護最弱勢的長者，以及促進長者在所有領域社區生活的融合和奉獻，使其政策、服務、場所與結構都能支持並增進長者的活躍老化。

一個城市可以從八大面向實踐高齡友善，包括：室外空間與建築、交通、住居、社會參與、尊重與社會融合、公民參與與就業、溝通與資訊，以及社區支持和健康服務（WHO, 2007a）；世界衛生組織也發展出一套檢核表，供各城市針對各面向進行自我評估之用，有興趣的讀者可以進一步詳閱（WHO, 2007b）。其中，針對社區支持和健康服務系統之檢核重點包括：

一. 有提供各種健康與社區支持服務，以增進、維持及恢復長者之健康。

二. 居家照護服務有包括健康與個人照護以及家事服務。

三. 健康與社會服務之位置便利，容易以所有交通方式到達。

四. 住居式的照護設施與長者之家，其位置與相關服務及社區之其他部份相近。

五. 健康與社區支持服務機構有安全的結構並做到完全無障礙。

六. 有將健康與社會服務的資訊清楚而廣泛的提供給長者。

七．服務具有良好的協調與簡便的行政。

八．所有人員是恭敬的、樂於幫助的以及有訓練的在服務長輩。

九．使用健康與社區支持服務的經濟障礙已降到最低。

十．有足夠並便於取得的墓地。

十一．社區的緊急應變計畫有考慮到長者的特殊需要與能力。

陸、結語

高齡友善的健康照護以病人與其家人為照護夥伴，發展長期的照護關係，透過互信導入預防、危險因子管理、疾病篩檢與疾病管理，幫助長者維持身體健康、免於失能，進而維持其具有工作及獨立的社會功能，持續對家庭與社會有所貢獻（WHO, 2004a）。高齡友善城市打造健康、全民參與和安全的社會，使每一位長者有尊嚴的融入多元的現代城市中。因應臺灣社會的快速老化，極有必要加速推廣此一理念與相關策略。

世界衛生組織提出的「高齡友善基層健康照護架構」（圖 1），雖是針對長者就醫第一線的醫療院所設計，名稱是使用「基層健康照護」、「以社區為基礎的健康照護」、「健康照護中心」（衛生所）等，但在臺灣的醫療體系中，不只是衛生所，包括診所、醫院，也都扮演提供長者第一線就醫與健康促進服務的角色，因此，也都可以參考這一套架構，思考如何將之導入到日常的照護系統中。

一個真正高齡友善的健康照護機構，能使長者及其家屬一進入其中，就從氣氛、互動、流程、設施與服務內涵中，感受到與其他院所截然不同的尊嚴與親善，從而不願意再到一個生冷、雜亂、障壁叢生的環境就醫。從管理者的角度而言，提供以病人（包括長者）為中心的照護，不應只是口號，也不只是一種職責或因應評鑑要求所做的品質形式而已；而是如何將發自內心的尊重與愛，有效的付諸實現。這在高齡化潮流下與高度競爭的臺灣醫療生態中，將是健康照護機構開創藍海、良性競爭的新契機。

參考文獻

英文參考文獻

WHO. (2002). *Active Ageing: a Policy Framework.* Geneva: WHO.

WHO. (2004a). *Active Ageing: Towards Age-friendly Primary Health Care.* Geneva: WHO.

WHO. (2007a). *Global Age-friendly Cities: a Guide.* Geneva: WHO.

WHO. (2004b). *Diagram of age-friendly principles.* Retrieved March 17, 2009, from http://www.who.int/ageing/projects/age_friendly_standards/principles/en/.

WHO. (2007b). *Checklist of essential features of age-friendly cities.* Retrieved March 17, 2009, from http://www.who.int/ageing/publications/Age_friendly_cities_checklist.pdf.

附件 1、臺灣高齡友善健康照護機構導入架構與自我評估表

臺灣高齡友善健康照護機構導入架構與自我評估表

願景：成為一個能提昇長者健康、尊嚴與參與的健康機構

價值：健康 (health)，人文 (humanity)，人權 (human rights)

任務：
- 創造一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

標準一、管理政策

1.1 建立院所高齡友善政策

1.1.1	院所當前的品質與營運計畫中，將高齡友善列為優先議題之一
	【現況】（檢視院所之品質或營運計畫相關文件中，是否將高齡友善列為優先議題之一。）
	□特優 (95)，□優 (90)，□良 (80)，□佳 (70)，□尚可 (60)，□待加強 (<60)
1.1.2	院所有一書面的高齡友善政策，致力於提昇長者之健康、尊嚴與參與
	【現況】（可參考本自評之架構與結果，擬訂院所之書面政策或計畫；並選出院所自認最有特色或想與其他院所分享的 2 個子計畫，以及訂出至少一句高齡友善標語。鼓勵醫院於擬訂過程，亦將長者意見納入，例如滿意度調查結果。）
	□特優 (95)，□優 (90)，□良 (80)，□佳 (70)，□尚可 (60)，□待加強 (<60)
1.1.3	院所有指定人員負責高齡友善政策之協調與執行
	【現況】 協調人姓名：，單位：，職稱：　　； 推動架構（召集人，成員，分工）： 各主要計畫之工作小組名單：
	□特優 (95)，□優 (90)，□良 (80)，□佳 (70)，□尚可 (60)，□待加強 (<60)

1.2 資源與支持

1.2.1	院所有相關經費以落實高齡友善政策及服務
	【現況】（檢視高齡友善專屬的或散布在不同部門或業務中的人事、業務與資本門等預算，加以彙總並檢討其額度與分配。）
	□特優 (95)，□優 (90)，□良 (80)，□佳 (70)，□尚可 (60)，□待加強 (<60)
1.2.2	院所資訊系統功能，足以支持高齡友善政策之執行、協調與評估
	【現況】（指出院所資訊系統能否支持各項目的執行，特別是對標準三的照護流程與項目 1.3.1 的成效評估。）
	□特優 (95)，□優 (90)，□良 (80)，□佳 (70)，□尚可 (60)，□待加強 (<60)
1.2.3	院所有具高齡照護專業的工作人員
	【現況】（例如：是否有完整的高齡專業團隊，或有多位或 1 位高齡科醫師，或有受過高齡訓練的護理人員。）
	□特優 (95，有完整高齡專業團隊)，□優 (90，有多位高齡科醫師)，□良 (80，有 1 位高齡科醫師)， □佳 (70，部分醫師及人員受過高齡照護專業訓練)，□尚可 (60，僅有非醫師人員受過高齡照護專業訓練)， □待加強 (<60，無此類人員)
1.2.4	所有員工均獲得關於年齡、性別與文化敏感性照護之基本訓練，包括知識、態度與技巧的層面
	【現況】(例如:有多少員工受過至少 2 小時基本訓練？有哪些訓練活動、資源或課程？)（課程內容設計可參考附件 1）
	□特優 (95)，□優 (90)，□良 (80)，□佳 (70)，□尚可 (60)，□待加強 (<60)
1.2.5	所有照護長者之臨床人員均應獲得關於高齡照護核心能力之基本訓練
	【現況】（例如：有多少員工受過至少 2 小時核心能力之基本訓練？有哪些訓練活動、資源或課程？）（課程內容設計可參考附件 2）
	□特優 (95)，□優 (90)，□良 (80)，□佳 (70)，□尚可 (60)，□待加強 (<60)
1.2.6	院所對高齡友善的最佳作法與創新給予鼓勵
	【現況】（院所有什麼機制來發現、選拔及鼓勵此方面的最佳作法或創新？）
	□特優 (95)，□優 (90)，□良 (80)，□佳 (70)，□尚可 (60)，□待加強 (<60)
1.2.7	工作人員能參與院所高齡友善政策的制定、稽核與修訂
	【現況】（提出工作人員參與之佐證，例如會議紀錄、照片或其他）
	□特優 (95)，□優 (90)，□良 (80)，□佳 (70)，□尚可 (60)，□待加強 (<60)

1.3 持續監測與改善

1.3.1	院所將性別與年齡別分析適切地納入品質、安全與病人滿意度測量中；且工作人員可取得這些資料以進行評估
	【現況】（例如：關於這些測量的電腦畫面或表單、分析結果。）
	□特優 (95)，□優 (90)，□良 (80)，□佳 (70)，□尚可 (60)，□待加強 (<60)

1.3.2	院所應建立一套針對高齡友善政策及其相關活動的品質評估計畫，並將組織文化的發展、長者與照護提供者的觀點、資源的發展、服務的表現以及照護結果，納入評估及改善
	【現況】（說明院所對於「健康照護機構高齡友善的導入」與 2 個「子計畫」，如何評估其進展，例如：多久做一次，如何收集資料，評估內容可包括：以本架構進行自評、組織敬老文化發展狀況、長者滿意度與觀點、照護提供者（工作人員）觀點、相關資源之發展狀況、服務表現以及照護結果等，並針對表現欠佳事項訂定改善計畫。） 【註：可參考本手冊附錄所提供之高齡友善表現指標與計畫成效指標，選用或設計自己機構的指標
	□特優 (95)，□優 (90)，□良 (80)，□佳 (70)，□尚可 (60)，□待加強 (<60)

標準一之綜評與行動規劃

項目	得 分						行動與時程	主辦者
	95	90	80	70	60	<60		
高齡友善政策								
	3 項							
資源與支持								
	7 項							
監測與改善								
	2 項							
綜合								
	12 項							

標準二、溝通與服務

2.1 溝通

2.1.1	院所工作人員以尊敬的態度、易懂的語言和文字對待長者
	【現況】（例如：院所對工作人員有哪些要求？或現場觀察工作人員與病人之互動。）
	□特優 (95)，□優 (90)，□良 (80)，□佳 (70)，□尚可 (60)，□待加強 (<60)
2.1.2	關於院所的作業資訊，包括服務時間、收費標準與掛號手續及交通資訊等，應該以適合長者的方式提供
	【現況】（例如：照片，或現場觀察。）
	□特優 (95)，□優 (90)，□良 (80)，□佳 (70)，□尚可 (60)，□待加強 (<60)
2.1.3	提供給長輩的衛教工具或印刷品有以適合長者的方式設計
	【現況】（例如：請列出針對長者設計的衛教工具或印刷品；提供照片，或現場展示。）
	□特優 (95)，□優 (90)，□良 (80)，□佳 (70)，□尚可 (60)，□待加強 (<60)

2.1.4	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
	【現況】(說明在門診、急診、住院的具體作法。)
	□特優 (95)，□優 (90)，□良 (80)，□佳 (70)，□尚可 (60)，□待加強 (<60)
2.1.5	院所尊重長者在照護上作決定的能力與權力
	【現況】(說明對於長者之診斷、檢查、治療、病情等，是如何告知或徵求其同意，例如是否有於入院評估時，詢問長者對其病情之主要告知對象為本人？或家屬？對於困難決定如 DNR 等，是否提供資訊或倫理諮詢服務。)
	□特優 (95)，□優 (90)，□良 (80)，□佳 (70)，□尚可 (60)，□待加強 (<60)

2.2 服務

2.2.1	院所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等
	【現況】(例如：廣播、警衛協助、志工輔助等。)
	□特優 (95)，□優 (90)，□良 (80)，□佳 (70)，□尚可 (60)，□待加強 (<60)
2.2.2	院所能發現及支持有經濟困難的長者獲得適當的照護
	【現況】(例如：如何發現及可給予哪些經濟上的減免或援助。)
	□特優 (95)，□優 (90)，□良 (80)，□佳 (70)，□尚可 (60)，□待加強 (<60)
2.2.3	院所在門診與住院部門有志工計畫以適切的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
	【現況】(說明志工服務狀況。)
	□特優 (95)，□優 (90)，□良 (80)，□佳 (70)，□尚可 (60)，□待加強 (<60)
2.2.4	院所鼓勵長者 (包括社區長者、病人與家屬) 參與院所的志工服務
	【現況】(呈現志工的年齡分布以及說明如何招募長輩參加志願服務工作。)
	□特優 (95)，□優 (90)，□良 (80)，□佳 (70)，□尚可 (60)，□待加強 (<60)

標準二之綜評與行動規劃

項目	得 分						行動與時程	主辦者
	95	90	80	70	60	<60		
溝通								
	5 項							
服務								
	4 項							
綜合								
	9 項							

標準三、照護流程

3.1 病人照護需求評估

3.1.1	院所訂有適合不同年齡、性別的指引，以評估病人的健康促進與疾病預防需要，包括：生活型態、營養狀態、心理 - 社會 - 經濟狀況 (含與誰同住)、跌倒預防、疾病篩檢等
	【現況】(院所是否有針對不同年齡、性別的老年病人，提供合適之健康檢查與評估，包括：住院病人、門診病人、急診病人，訂出應進行基本需求評估的項目，例如：是否有接受老人健康檢查；基本項目如生活型態、營養狀態、咀嚼能力、情緒狀況、社會 - 經濟狀況 (含與誰同住、有無受虐或疏於照顧)、跌倒預防（例如對於虛弱、高風險用藥、過去一年曾跌倒之病人…）、疾病篩檢等，並有一套系統性的作法可評估每個人的需要。)
	□特優 (95)，□優 (90)，□良 (80)，□佳 (70)，□尚可 (60)，□待加強 (<60)
3.1.2	院所針對不同疾病或狀況的病人有訂出指引，以評估與該疾病或狀況相關的健康促進、疾病管理和復健需要，例如：氣喘病人、糖尿病病人、中風病人、心臟衰竭病人、慢性阻塞性肺疾病人、冠心病病人、進行關節置換術之病人、進行其他手術或程序之病人、末期疾病病人等
	【現況】(檢視各病人群體的照護指引中是否有關於健康促進、疾病管理和復健需要的評估。)
	□特優 (95)，□優 (90)，□良 (80)，□佳 (70)，□尚可 (60)，□待加強 (<60)
3.1.3	院所對住院長者有高危險篩檢指引 (high-risk screening for the seniors)(包括跌倒、身體功能及心智狀況等)
	【現況】(說明院所如何篩檢住院長者跌倒 , 功能惡化 ,…之高危險個案，例如：85 歲以上（含）、無法自行下床、步履不穩、瞻妄、尿失禁、失智、視力問題、高風險用藥、憂鬱)
	□特優 (95)，□優 (90)，□良 (80)，□佳 (70)，□尚可 (60)，□待加強 (<60)
3.1.4	在入院時及門診時，應檢視病人的用藥
	【現況】(檢視入院及門診紀錄，或電子作業軟體內容，說明是否有用藥安全提示系統，例如極量管制、重複用藥、交互作用、過敏藥物、相似藥名、抗生素使用、管制藥品、健保用藥規範管制、疫苗注射管制等。)
	□特優 (95)，□優 (90)，□良 (80)，□佳 (70)，□尚可 (60)，□待加強 (<60)
3.1.5	對病人的需求評估應在與院所第一次接觸時進行，並依病情需要或要求而複評或調整
	【現況】(例如：對住院病人是在入院護理評估中進行；對門診病人是納入初診評估項目，並有主動提示系統，每年複評。檢視門診、急診、住院紀錄，或電子作業軟體內容。)
	□特優 (95)，□優 (90)，□良 (80)，□佳 (70)，□尚可 (60)，□待加強 (<60)
3.1.6	評估結果應記錄於病歷中
	【現況】(檢視門診、急診、住院紀錄，或電子作業軟體內容。)
	□特優 (95)，□優 (90)，□良 (80)，□佳 (70)，□尚可 (60)，□待加強 (<60)
3.1.7	轉介醫師或其他來源的資訊亦應納入病歷中
	【現況】(檢視病歷中是否有納入先前照護單位所提供的評估資料或健康促進需要，例如有記錄：轉介醫師建議減重、戒菸或復健，注意營養狀態、跌倒預防。)
	□特優 (95)，□優 (90)，□良 (80)，□佳 (70)，□尚可 (60)，□待加強 (<60)

3.2 病人介入與管理

3.2.1	依評估結果，告知病人 (及其照顧者，若適當的話) 影響其健康的因素，並與病人 (及其照顧者，若適當的話) 共同擬訂介入計畫
	【現況】(說明如何告知，如何與病人及其照顧者，共同擬定介入計畫。)
	□特優 (95)，□優 (90)，□良 (80)，□佳 (70)，□尚可 (60)，□待加強 (<60)
3.2.2	提供給病人 (及其照顧者) 的資訊應記錄在病歷中
	【現況】（提供給病人及其照顧者的資訊是否會記錄到病歷中，例如：記錄 " 給予病人血壓控制建議 "、 ” 給予病人戒菸建議 ” 、 ” 提供戒菸自助手冊 ” ， ” 提供戒菸專線電話 ” 、" 提供低血糖之預防與處理衛教 "、" 給予血糖自我監測指導 " 等；紀錄是全面的或是針對某些重點項目，有沒有相關的欄位或軟體設計，或是視醫療人員個別習慣與時間而異）
	□特優 (95)，□優 (90)，□良 (80)，□佳 (70)，□尚可 (60)，□待加強 (<60)
3.2.3	介入與預期結果應記錄及評估在病歷中
	【現況】（例如：有記錄與病人及其家屬共同擬定介入計畫；或記錄一行動不便之長者所接受之防跌衛教相關訊息；是否有設計適當欄位或程式供記錄之用，或是視醫療人員個別習慣與時間自行處理）
	□特優 (95)，□優 (90)，□良 (80)，□佳 (70)，□尚可 (60)，□待加強 (<60)
3.2.4	病人、家屬及工作人員能獲得健康老化與各種危險因子或疾病的衛教資訊
	【現況】(有印刷品或線上的健康資訊，或有特別的諮詢服務櫃檯。)
	□特優 (95)，□優 (90)，□良 (80)，□佳 (70)，□尚可 (60)，□待加強 (<60)
3.2.5	臨床部門將健康促進、復健與風險管理適切地整合入其臨床指引 / 路徑之中
	【現況】（檢視臨床指引）
	□特優 (95)，□優 (90)，□良 (80)，□佳 (70)，□尚可 (60)，□待加強 (<60)
3.2.6	檢驗、檢查與治療，應考量與年齡有關的變化與耐受度
	【現況】(說明有哪些檢驗、檢查、治療與其流程，有因年齡與耐受度不同而調整。)
	□特優 (95)，□優 (90)，□良 (80)，□佳 (70)，□尚可 (60)，□待加強 (<60)
3.2.7	對門診及住院的高風險長者，有跨領域的週全評估與介入指引
	【現況】(說明如何跨領域的週全評估與介入，或出示評估與介入的書面指引。)
	□特優 (95)，□優 (90)，□良 (80)，□佳 (70)，□尚可 (60)，□待加強 (<60)
3.2.8	出院規劃應及早開始準備
	【現況】(檢視病歷紀錄，或電子作業軟體內容。)
	□特優 (95)，□優 (90)，□良 (80)，□佳 (70)，□尚可 (60)，□待加強 (<60)

3.2.9	應儘量達成住院日數目標
	【現況】(檢視統計資料。)
	□特優 (95)，□優 (90)，□良 (80)，□佳 (70)，□尚可 (60)，□待加強 (<60)

3.3 社區參與及持續性照護

3.3.1	提供病友團體資訊給病人
	【現況】(例如：有提供聯絡地址。)
	□特優 (95)，□優 (90)，□良 (80)，□佳 (70)，□尚可 (60)，□待加強 (<60)
3.3.2	有與院所合作的健康與社會照護提供者之清單
	【現況】(例如：有已更新之清單名冊。)
	□特優 (95)，□優 (90)，□良 (80)，□佳 (70)，□尚可 (60)，□待加強 (<60)
3.3.3	有專人負責轉介服務並訂有處理流程
	【現況】
	□特優 (95)，□優 (90)，□良 (80)，□佳 (70)，□尚可 (60)，□待加強 (<60)
3.3.4	與合作夥伴間有書面的合作計畫，以增進病人照護的持續性
	【現況】(例如：有收住院的標準、出院計畫。)
	□特優 (95)，□優 (90)，□良 (80)，□佳 (70)，□尚可 (60)，□待加強 (<60)
3.3.5	機構之間有彼此同意的病人資訊交換作法
	【現況】(例如：有此類程序之佐證文件。)
	□特優 (95)，□優 (90)，□良 (80)，□佳 (70)，□尚可 (60)，□待加強 (<60)
3.3.6	在門診、轉介或出院時，提供易理解的追蹤說明給病人 (與其家屬)
	【現況】(說明如何提供，或在病人調查中對病人滿意度進行評估。)
	□特優 (95)，□優 (90)，□良 (80)，□佳 (70)，□尚可 (60)，□待加強 (<60)
3.3.7	對接受轉介的機構有適時提供關於病人病情、健康需要以及介入的書面摘要
	【現況】(例如：有摘要複本可查。)
	□特優 (95)，□優 (90)，□良 (80)，□佳 (70)，□尚可 (60)，□待加強 (<60)

3.3.8	對有需要的病人，應將復健計畫或 (及) 後續照護服務連同院所與合作夥伴的角色紀錄在病歷中
	【現況】(例如：檢視此類病人記錄。)
	□特優 (95)，□優 (90)，□良 (80)，□佳 (70)，□尚可 (60)，□待加強 (<60)
3.3.9	提供社區老人關懷服務
	【現況】(例如：提供送餐，與社區關懷據點或與衛生局結合)
	□特優 (95)，□優 (90)，□良 (80)，□佳 (70)，□尚可 (60)，□待加強 (<60)

標準三之綜評與行動規劃

項目	得 分						行動與時程	主辦者
	95	90	80	70	60	<60		
病人照護需求評估								
	7 項							
病人介入與管理								
	9 項							
社區參與及持續性照護								
	9 項							
綜合								
	25 項							

標準四、物理環境

4.1 硬體環境

4.1.1	在實用及可負擔的情況下儘可能採行「通用設計」之原則。(包括：1. 誰都可以使用，2. 滿足不同能力、喜好，3. 誰都能簡單地使用，4. 有效地傳達必要的訊息，5. 降低危險與不良後果，6. 減輕使用時的身心疲勞，7. 確保使用的空間規模)
	【現況】(舉出實例。)
	□特優 (95)，□優 (90)，□良 (80)，□佳 (70)，□尚可 (60)，□待加強 (<60)
4.1.2	院所整體環境，應保持清潔舒適
	【現況】(照片或現場觀察。)
	□特優 (95)，□優 (90)，□良 (80)，□佳 (70)，□尚可 (60)，□待加強 (<60)

4.1.3	院所有良好照明、防滑地面、穩固的家具以及安全的走道與樓梯
	【現況】(照片或現場觀察。)
	□特優 (95)，□優 (90)，□良 (80)，□佳 (70)，□尚可 (60)，□待加強 (<60)
4.1.4	院所之廁所、浴室及病房床頭設有緊急求救警鈴系統
	【現況】(照片或現場觀察。)
	□特優 (95)，□優 (90)，□良 (80)，□佳 (70)，□尚可 (60)，□待加強 (<60)
4.1.5	院所設有無障礙廁所並附有簡單的沖洗設備。
	【現況】(照片或現場觀察。)
	□特優 (95)，□優 (90)，□良 (80)，□佳 (70)，□尚可 (60)，□待加強 (<60)
4.1.6	病房走道兩側有扶手
	【現況】(照片或現場觀察。)
	□特優 (95)，□優 (90)，□良 (80)，□佳 (70)，□尚可 (60)，□待加強 (<60)
4.1.7	床的高度應適合長者使用
	【現況】(照片或現場觀察。)
	□特優 (95)，□優 (90)，□良 (80)，□佳 (70)，□尚可 (60)，□待加強 (<60)

4.2 交通與行動

4.2.1	主要院區對外交通方便
	【現況】(照片或現場觀察。)
	□特優 (95)，□優 (90)，□良 (80)，□佳 (70)，□尚可 (60)，□待加強 (<60)
4.2.2	院區範圍較大者，設有院內接駁車
	【現況】(照片或現場觀察。)
	□特優 (95)，□優 (90)，□良 (80)，□佳 (70)，□尚可 (60)，□待加強 (<60)
4.2.3	院內主要入口設有下車處，並有人員可協助服務
	【現況】(照片或現場觀察。)
	□特優 (95)，□優 (90)，□良 (80)，□佳 (70)，□尚可 (60)，□待加強 (<60)

4.2.4	對行動不便者，提供上下車空間，及院內行動輔具 (如輪椅)
	【現況】(照片或現場觀察。)
	□特優 (95)，□優 (90)，□良 (80)，□佳 (70)，□尚可 (60)，□待加強 (<60)

4.3 標誌與識別

4.3.1	院內各處設有簡單易讀的標示及措施（例如語音導引），以利定位及辨識照護者和服務
	【現況】(照片或現場觀察。)
	□特優 (95)，□優 (90)，□良 (80)，□佳 (70)，□尚可 (60)，□待加強 (<60)
4.3.2	院內指示標誌採用慣用標誌，方便高齡者辨識
	【現況】(照片或現場觀察。)
	□特優 (95)，□優 (90)，□良 (80)，□佳 (70)，□尚可 (60)，□待加強 (<60)
4.3.3	重要健康照護人員應使用識別證、名牌或告示板，方便病人辨認
	【現況】(照片或現場觀察。)
	□特優 (95)，□優 (90)，□良 (80)，□佳 (70)，□尚可 (60)，□待加強 (<60)

標準四之綜評與行動規劃

項目	得 分						行動與時程	主辦者
	95	90	80	70	60	<60		
硬體環境								
	7 項							
交通與行動								
	4 項							
標誌與識別								
	3 項							
綜合								
	14 項							

自我總評

標準一：管理政策	12 項					
	95	90	80	70	60	<60
小計						

標準二：溝通與服務	9 項					
	95	90	80	70	60	<60
小計						

標準三：照護流程	25 項					
	95	90	80	70	60	<60
小計						

標準四：物理環境	14 項					
	95	90	80	70	60	<60
小計						

合計	60 項					
	95	90	80	70	60	<60

總體性行動

行動與時程	主辦者

附件 2、健康照護機構高齡友善表現指標

標準	指 標 (例)
管理政策	1. 員工知道院所高齡友善政策的比率 2. 員工受過一般訓練與核心訓練的比率與時數 3. 員工在年齡與性別敏感性的知能 4. 不同年齡、性別病人之整體滿意度
溝通與服務	5. 病人各項就醫之經驗與滿意度，性別與年齡間之比較 6. 門診等候時間，性別與年齡間之比較
照護流程	7. 病人有記錄吸菸狀態、BMI，運動、飲酒、嚼檳榔習慣之比率 8. 高齡或多重用藥病人有做跌倒風險評估之比率 9. 高齡病人獲高危險篩檢比率 10. 癌症篩檢完成率 11. 常見慢性病照護品質表現 12. 病人獲得自我管理衛教、行為改變介入與復健之比率 13. 病人對於資訊與介入的滿意度 14. 吸菸者獲戒菸建議比率 15. 吸菸長者戒菸之比率 16. 高危險病人獲會診比率 17. 住院期間非預期之功能惡化比率 18. 五天內因門診可處理狀況重返住院之比率 19. 出院摘要兩週內送達原醫師或轉介機構比率或在出院時交給病人之比率 20. 病人過去一年內曾發生傷害性跌倒之比率
物理環境	21. 院內跌倒事件發生率

附件 3、高齡友善計畫成效指標

標準	指 標 (例)
慢性病病人心理健康促進計畫	• 慢性病（例如：糖尿病、心臟病、中風）病人憂鬱量表得分分布，介入組與對照組，在計畫實施前後之比較 • 病人病情控制表現（例如：血糖控制不良比率），介入組與對照組，在計畫實施前後之比較 • 病人生活品質，介入組與對照組，在計畫實施前後之比較 • 病人對醫療之滿意度，介入組與對照組，在計畫實施前後之比較
慢性病病人跌倒預防介入促進計畫	• 慢性病（例如：糖尿病、高血壓、眩暈）病人跌倒風險得分分布，介入組與對照組，在計畫實施前後之比較 • 病人跌倒發生率，介入組與對照組比較 • 病人病情控制表現，介入組與對照組，計畫實施前後比較 • 病人生活品質，介入組與對照組，計畫實施前後比較 • 病人對醫療之滿意度，在計畫實施前後之比較

傾聽老人的話語 了解老人的心身

黃俊雄

彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院 高齡醫療整合中心主任

彰化基督教財團法人彰化基督教醫院之宗旨為「以耶穌基督救世博愛之精神，宣揚福音，服務世人」，前院長蘭大弼醫師在任時，為強化員工的認同與實踐，將此精神落實為彰基人的服務精神，以提升彰基人之基本氣質內涵—謙卑、溫順，特引用聖經約翰福音十三章 1-17 節：以耶穌為門徒洗腳的故事作為本院之院徽，以提醒彰基人不但要為人洗腳也要彼此洗腳，以夫子為學生洗腳的精神詮釋本院服務的本質和精神。

有人研究日本基業常青百年以上的老店（最資深的竟然長達一千四百年，溯源自奈良時代），歸納其長久生命力的奧秘。首先引起我們關注的，當然是這些百年老店的核心靈魂「職人精神」。他們都專注蓄積了深層的核心能耐或潛藏於職人手藝技能中，或外顯於技術手冊、電腦模型參數裡，更鑲嵌於老店的組織制度。像位於岡山創業一百二十餘年的林原公司的實驗室組織方式：「*平常，大家各自擁有自己的主題，分別進行實驗。但是，一旦決定要做什麼，大家就集合起來。等到產品做出來，告一段落之後，又回到各自的主題上。我們公司採取的不是垂直的架構。*」

摘自 2010-3-10 天下雜誌 名人讀書會《百年企業的生存法則》百年企業的動態能耐演化

前言

彰化基督教醫院是一不可思議的百年組織。近年導入平衡計分卡，五構面包括財務、顧客、內部流程、創新與學習、和社會承諾，將宗旨、願景具體的開展並實現於短中長期目標，更藉由國內外評鑑強化基礎的照護工程，因此不論面對何種的評鑑認證，彰基的團隊都能自信且完整地呈現任務的要求。

照護高齡族群需要時間與耐心，以維護其尊嚴安全與身心健康。國民健康署提供醫療機構完善的高齡友善健康照護自我評估手冊，供醫療機構自我檢視，並藉此讓醫療機構得以改善或強化對高齡長者周全的照護。同時，國民健康署委託嘉義基督教醫院進行高齡友善醫院推動計畫，舉辦年度高齡友善健康照護推動成果發表會，其中包含高齡友善健康照護機構典範選拔、高齡友善健康照護創意提案徵選、高齡友善健康照護徵文徵選，藉由獎勵的方式，鼓勵同儕互相經驗交流及學習成長。

一、現況分析 (Baseline assessment)

根據行政院經濟建設委員會 2012 年 8 月資料推估，台灣將於 2018 年發展為高齡社會，並在 2025 年邁入超高齡社會。高齡者病患有「三多」特性：多慢性病、多共病及多重用藥。本院內部近三年資料顯示，65 歲以上病患就醫人次共佔住院、門診、急診人數之三成三；同時，就醫次數也隨年齡上升而增加，醫療資源使用亦增。因此，面對未來高齡醫療負荷非一老人醫學科、高齡醫療團隊、或成立單一老人病房所能解決，反而，院方全面性的檢視現況、結合各層面人員之意見並作為解決方案才是解決問題的途徑。

二、準備工作、資源投入與策略規劃 (Plan)

本院院長室首先由上而下的帶領（本院團隊）成立高齡醫療推動小組，並揭示高齡醫療三項核心任務：促進健康、維護尊嚴、鼓勵參與，再依此橫向展開四標準的工作小組，分別為管理政策、溝通與服務、照護流程、物理環境；其運用 Experience-based Design，就問題深入尋找可行方案。除此之外，每一工作小組結合各職別人員，能提供不同面向的具體策略與行動方案。

因此，導入高齡友善與健康促進文化，結合老人醫學與老人學，推展全人整合醫療，使每位彰基同仁都能自我超越、改善心智模式、建立共同願景、團隊學習、系統思考服務高齡者。

彰化基督教醫院高齡友善認證策略

1. 管理政策

(1) 每年進行醫院資源及經營策略方針分析，內容包含高齡相關議題，並將高齡友善策略列入體系的品質與營運計畫中

(2) 召集全院各部門成員代表，成立高齡友善推動小組，制定、稽核與修訂相關政策，並塑造與推動高齡友善文化與政策

(3) 醫院編列相關經費並建置完善之資訊系統，進而落實推動高齡友善政策及服務

(4) 院內同工需獲得關於年齡、性別與文化敏感性照護之基本訓練，對於照護長者之臨床人員亦需接受高齡友善核心能力之訓練

(5) 設有鼓勵員工提供改善或創新的機制（含高齡友善）

2. 溝通與服務

(1) 依病患需求，提供易懂的語言與文字服務，讓醫病溝通零距離

(2) 以長者的需求為出發點，針對作業流程、服務環境、衛教工具及相關印刷品進行改善

(3) 照護階段提供充分之資訊，讓長者、家屬共同參與討論，並尊重長者自身之決定的能力與權力

(4) 安排志工提供病患與訪客的接待、導引、交通等服務

3. 照護流程

(1) 經醫師與病人、家屬共同討論後，考量病人不同年齡、性別、疾病、耐受度及危險因子，給予最適當之處置、健康促進 (含衛教資訊)、疾病預防管理、復健需要及出院規劃等評估，並將其介入與預期結果紀錄於病歷中

(2) 提供病友團體及社區關懷服務相關資訊與服務

(3) 提供易理解的門診、轉介、追蹤及出院服務之說明及流程介紹

4. 物理環境

(1) 醫院環境規劃採用通用設計，並有良好的照明、防滑與穩固的設計、安全的走道與樓梯、無障礙空間及友善病房設置等

(2) 配合高齡病人、行動不便者之需求，給予病人友善、安穩的上、下車空間及行動輔具，同時配有專責單位協助服務

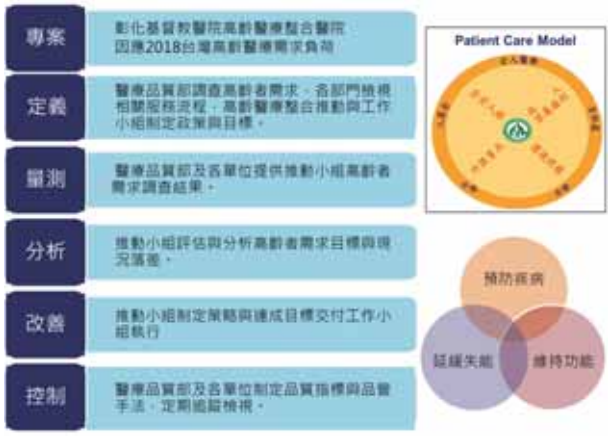
(3) 院內同工需配戴識別證或使用名牌、告示板，方便病人辨認；同時院內指示標誌亦需簡單易讀，並採用慣用標誌，方便高齡者辨識

2012 年全院工作計畫 (以 **BSC** 導入工作計畫)

策略目標量度	KPI	行動方案
S3-1 強化社區關懷服務	提升失能老人及身心障礙者居家服務量	辦理居家服務宣導活動，推廣居家服務的使用
S3-2 提供弱勢族群服務	獨居老人送餐服務量	推廣獨居老人的送餐服務
C2-1 提供以病人為中心之醫療	滿足醫療照護服務需求 - 中風中心體系照護網絡建置	中風中心體系照護網絡建置計畫
C2-1 提供以病人為中心之醫療	高可近性的體系醫療服務 - 二林護理之家營運規劃	二林護理之家營運規劃
C2-3 顧客管理與服務	個案管理糖尿病、腎臟病、氣喘、高血脂、肝炎	老人常見疾病之個案管理服務

2012 年全院工作計畫 (以 **BSC** 導入工作計畫)

全院品質計畫名稱	內容
提升臨床風險管理	改善高齡者醫療照護品質和安全的措施
推展醫院安全暨醫療品質改善手法	探究具危害高齡者風險因子
促進醫院安全暨醫療品質改善專案	採取措施避免及控制高齡者風險因子
監測醫院安全暨醫療品質改善專案指標	確保高齡照護品質



三、執行狀況 (Action)

執行的成效，來自領導階層全力的支持與投入。彰基展開平衡計分卡五個構面中對社會弱勢族群的承諾。由院長室主導，組織高齡友善健康促進推動暨工作小組，配合醫療品質部，調查高齡病患之需求與目前醫療運作的落差，同時導入高齡友善健康促進的文化於照護流程中，遵循五全照護模式，是以完整的全人醫療為基礎，結合全人、全隊、全家、全程、全社區，以病人為中心，注意病人安全、尊重病人家屬權利、促進醫療環境安全、提昇醫療品質，達成預防疾病、延緩失能、維持功能的三個基本目標。醫療品質部與各單位制訂品質指標和管理手法，定期回復報告追蹤檢視。擴大獎勵單位組織提案改造，追蹤成效並複製擴散。

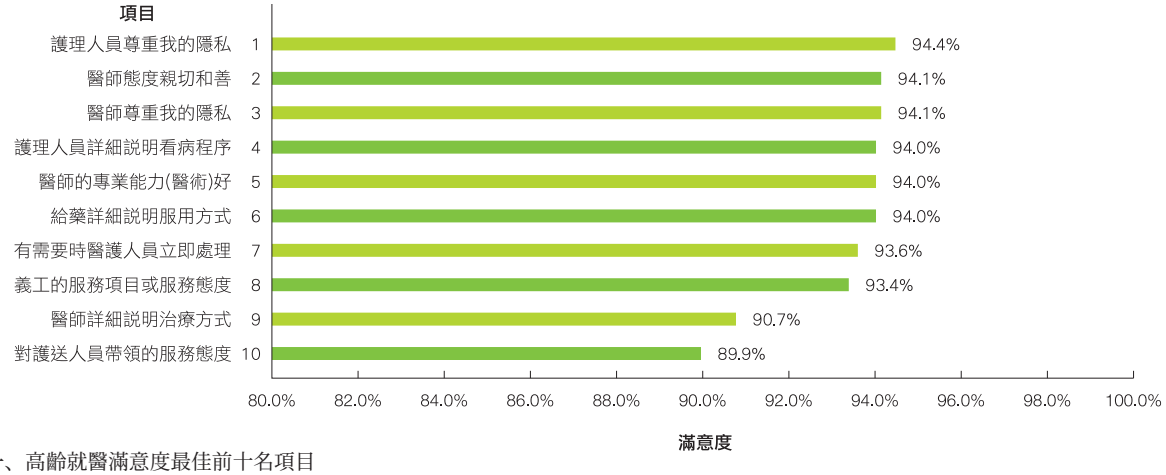
四、實施成果 (Result)

彰基提供高度整合性團隊照護，包含糖尿病、慢性腎臟病、中風、尿失禁、慢性阻塞性肺病、氣喘、消化系等團隊，各團隊的照護指標超越國際標準，病患對各團隊的滿意度達九成五以上。

提供周全多重用藥整合門診，運用個別化用藥評估與計畫工具，多面向與病患、主要照顧者、和家屬進行周全性的評估，介入後的成效可減少藥物品項達 39%，藥師提供醫師用藥之建議接受度達 80%，藥物整合成功病人滿意度達 89%。

本院為無痛醫院，建置完整病患疼痛評估。於病患就診時、住院期間、接受侵襲性檢查前後及手術前後等等，醫護同仁徹底執行病患疼痛管理，加強衛教高齡患者對疼痛的認知，並鼓勵高齡患者表達疼痛需求，本院達成無痛醫院病患整體滿意度為 84%。

本院成立「跌倒防治中心」並建置嚴密的病患防跌管理機制，於門診與住院進行全面跌倒高危險因子評估，並給予應執行預防措施與護理指導。全院營造安全環境，使用 PVC 地板止滑係數符合日本 JISA 規範，跌倒發生率由 1 下降至 0.8 ，跌倒傷害率 26.7% 優於台灣 31.6% 及國



圖一、高齡就醫滿意度最佳前十名項目

際 41.6%。

本院於病房設置家屬病情討論室，當醫護團隊對高齡病患及其家屬說明檢查檢驗與病情時，會進行高齡病患與家屬溝通需求評估，以多媒體、模型教材和視聽輔助工具提供瞭解，對受教者進行評值回饋，衛教後完成評值率達 100%。

彰基宣教士為台灣導入第一個居家照護與安寧照護的模式，經過數十年的扎根，建立全國第一個居家安寧團隊，服務人數已超過 3,900 人，（其中）安寧病房、安寧居家善終服務評價（症狀控制、家人哀慟輔導）滿意度皆達 90% 以上。

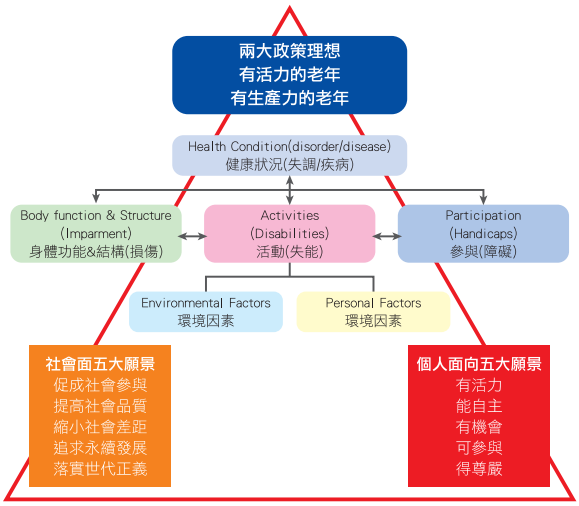
彰基持續服務志工人數共 277 人，65 歲以上佔 26%（高於全國 19.4%）。尊重高齡志工意願及專長以安排服務單位，同時提報衛生福利部與內政部表揚本院優良志工，並鼓勵家屬陪同參與志工服務。本院成立了 28 個病友團體及辦理松年大學，提供長者積極參與社會場域，活化長者日常社交活動。

彰化基督教醫院參與國民健康署高齡友善及健康促進機構認證，進行自我超越、改善組織心智模式、建立共同高齡照護願景、強化團隊共同學習與系統性的思考，使組織改造成為「傾聽老人話語、瞭解老人心身、呵護高齡幸福」的醫學中心，達成高齡病患就醫整體滿意度 94%。

五、結論與建議 (Comment)

高齡的照護需要全院每位同仁於說、寫、作中真實地呈現，全體同仁共同工作學習，從圖一體現醫療在整體高齡友善社會應有作為，促進健康狀況、維持身體功能與結構，同時降低健康和環境風險，使高齡者有足夠活動能力參與家庭社會活動。

若在 JCIA hospital & CCPC 評鑑上，導入高齡友善暨健康促進的認證，從其中的差異（表一），我們發現在高齡者照護上能夠更加周全完備。



圖二、醫學在成功老化的角色

表一、高齡友善健康促進認證與國際醫院評鑑和臨床照護認證內容比較

	SFH	JCIA hospital & *CCPC
目的	明確	明確
政策	高齡友善政策	機構運作所有政策
對象	老人、家屬、及社區	病人、家屬及社區，員工 * 特殊疾病或病況者
人員	照顧或接觸老年病患之員工	全體員工
醫療設備管理	無	有
公共設備管理	部分	全面
流程	強調照護流程之健康議題	標準作業流程建置、執行、監測
檢驗檢查	考量與年齡有關的變化與耐受度	全面管理，強調風險管理
用藥	檢視病人的用藥監測	全面藥品管理
健康管理	主體	內含 ＊強調自我管理與家屬參與
環境	老人需求為主	安全包括無障礙、職業安全、感控及保全、公用設備
病人安全	跌倒	國際病安六目標
醫療品質	自我改善、參考指標	具體指標庫、可比較 ＊國際指標強調策略改善計畫
風險管理	老人健康、跌倒環境	全面機構風險（人事物環境）

嘉基用心關懷高齡 打造友善就醫環境

戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院

一、現況分析 (Baseline assessment)

臺灣已於 1993 年老年人口占總人口比率超過 7%，成為高齡化社會（Ageing Society）；推計將於 2018 年此比率超過 14%，我國將邁入高齡社會（Aged Society）；預期在 2025 年此比率將再超過 20%，我國將成為超高齡社會（Super-aged Society）之一員。「壽命長、長者多、程度高、來得快、孩子少」成為我國人口結構轉變的五大趨勢。

依據國民健康署 2007 年「中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查」顯示，65 歲以上之長者 88.7% 自述至少有一種經醫師診斷慢性病；51.3%自述至少有三項以上經醫師診斷慢性病；21.7% 在一年內曾經住院；且每人平均看診次數為 27.8%，由上述資料可知道老人醫療照護需求及醫療費用均逐年增加，高齡者的健康照護已經是社會的重要議題。

為了在臺灣邁向高齡化的過程中及早準備，增進長輩的身心健康與復健，並給予有尊嚴的適切照護，自 2010 年起國民健康署開始推動「高齡友善健康照護機構」認證，並參考 WHO 於 2004 年「Toward Age-friendly Primary Health Care」中所提出高齡友善健康照護之相關原則，發展出「高齡友善健康照護自我評估表」，醫療院所可經由「高齡友善健康照護自我評估表」檢視醫院本身之高齡友善政策的制定與落實度，減少摸索的時間，並規劃年度目標，逐步邁向成為一個能提升長者健康、尊嚴與參與的高齡友善健康機構。

二、準備工作資源投入與規劃 (Plan)

嘉義基督教醫院由 2010 年 08 月簽屬參與高齡友善健康照護機構之推動，成為第一批參與認證的醫院之一。推動過程依時序分階段如下：

階段一：導入期 (2010.08-12 月)

1. 焦點團體訪談

重視來院之高齡長輩之意見，邀請院內 65 歲以上之高齡志工與社區長輩以使用者的角度提出符合高齡使用者之需求與建議，並針對所提之建議交付院內相關單位進行改善。

2. 主管溝通

院長為使各科室主管與同仁深刻體會「高齡友善健康照護機構」的推動意義與重要性，透過

院務會議、醫療主管會議與行政部大聚會上宣示院方推動此計畫之決心，並進行跨單位的協調溝通。且擬定醫院六大發展特色之一為「年長者全方位照顧的醫院」。

3. 自我檢視、指標設定

藉由「高齡友善健康照護自我評估表」之內容自我檢視，並以臺灣醫療照護品質指標系列（Taiwan Health Care Indicator Series, THIS）中的門診滿意度問卷分項，及台灣臨床成效指標（Taiwan Clinical Performance Indicator, TCPI）中的跌倒指標做為依據，以評估導入「高齡友善健康照護架構」前後照護品質的改變。

階段二：實施期 (2011.01-12 月)

1. 系統性推動

本院於 2009 年即加入 WHO 健康促進醫院網絡會員，並於院內成立健康促進醫院推動小組，由院長擔任召集人。在推動高齡友善健康照護機構認證作業之初，藉用現有平台基礎，運用健康促進醫院之委員會為執行推手，透過政策制定、教育訓練、評估等改善策略，落實高齡友善醫院計畫。

階段三：鞏固期 (2012 年 ~ 迄今)

1. 持續監測與提升

收集 2010 年至 2012 年之臺灣醫療照護品質指標系列（Taiwan Health Care Indicator Series, THIS）中的門診滿意度問卷分項與台灣臨床成效指標（Taiwan Clinical Performance Indicator, TCPI）中的跌倒指標，來評估本院「高齡友善健康照護架構」之推動成效。

2. 分享與推廣

因著醫院對年長者的重視與努力，於 2011 年時獲得國民健康署頒發第一屆高齡友善醫院典範獎的殊榮，同時也透過參與國際健康促進醫院網絡（International Network of Health Promoting Hospitals）和國民健康署的各項推動方案，獲得多項佳績。並將執行成效在國際會議與國內工作坊分享，已與國內外同好共同提升高齡友善照護品質。

三、執行狀況 (Action)

國民健康署於 2011 年開始辦理「高齡友善健康照護機構認證」作業，且為迎接全球高齡化的趨勢，且於 2012 年在 WHO 健康促進醫院國際網絡下成立「高齡友善健康照護工作小組」，由國民健康署邱淑媞署長擔任小組召集人，將臺灣推動之經驗分享於國際。

本院依照國民健康署所訂定之「高齡友善健康照護架構」管理政策、溝通與服務、照護流程與物理環境等四大標準，將敬老、尊老的概念納入醫院中長期發展計畫與品質提升方案中。同時依照渥太華憲章五大行動綱領概念（The Ottawa Charter）進行推廣。

標準一、管理政策

1. 建立院所高齡友善政策

以委員會運作機制，由院長擔任召集人，於健康促進醫院委員會下成立「高齡友善健康照護機構推動小組」，定期召開會議，並建立醫院高齡友善文化。此外，全院員工可透過「高齡友善提案制度」之參與，發揮創意，陸續研發高齡友善之貼心設計與便利的就醫環境，如車管組司機主動加裝「踏步梯」、門診友善插卡報到、檢驗科設置「升降抽血櫃檯」、護理部「站立式尿壺」、甚至高齡體驗活動等創意提案，不僅獲得院內提案獎項，更獲報刊媒體報導，也藉著工作坊等方式在友院中普遍推廣。

2. 資源與支持

人力資源培育：於 2011 年起除固定舉辦高齡模擬體驗活動外，並將對象推廣至所有新進同仁。更於院內設置高齡教育模擬體驗場所，讓員工實際體會身體功能退化的感覺，與老化所帶來的不便與學習協助長者居家照護之技巧，進一步以將心比心的態度，提升對長者的關懷與尊重。

資訊支持：利用資訊科技的協助，將高齡相關照護流程建置於資訊系統內，例如用藥、整合評估、跨科會診、復健衛教、持續性照顧等，以支持高齡友善政策之執行與評估。

標準二、溝通與服務

1. 溝通

藉由文化提倡與訓練，了解高齡者身心變化（例如：辦理在職教育溝通課程與高齡體驗活動），以調整溝通方式；廣設輔助器材（例如：助聽設備、老花眼鏡），以減少溝通障礙；以實物與友善介面（衛教與放大字體、鮮明色彩、圖片為主的單張），讓長者更能了解並參與自我健康管理與促進；簡化批價流程與修改服務動線，提供可近性的服務以減少高齡長者就醫等候時間與體力不支的問題 (例如：批價櫃檯增設敬老窗口、檢驗科新增取票排序類別，以供高齡或身心障礙者優先檢測。

2. 服務

因應長者的特殊需要調整行政程序，提供可近又貼心的服務（如 : 全功能單一櫃台、志工走動服務、台語廣播等）。為鼓勵長者參與志工，推動高齡志工榮退制度：積極鼓勵 65 歲以上長者投入志工服務工作，以提升高齡者的有能感與尊嚴、價值感，並於 2010 年開始設立高齡資深志工退休制度，讓離開志工隊後的高齡志工，還可以維持退休後的歸屬感。

標準三、照護流程

1. 病患照護需求評估

重視高齡長輩的就醫需求，特別成立銀髮族整合照護醫療團隊，以跨科別、跨單位的整合服務模式，發現有高風險長者時，主動轉介至老年醫學團隊進行完整評估，再依照需求進行跨團隊會議討論以提供完整性照護服務。不但讓銀髮族免於就醫多科的困擾，同時也降低多重用藥的潛在風險。

2. 介入與管理

除提供老人急性醫療照顧外，也在乎連續

性照護之需要。由出院準備組提供訪視、居家照護安全輔具租借、長期照護機構轉介等連續性服務，並陸續成立亞急性保健照護中心與保康長期照護中心，讓整體醫療照護更加完整。

3. 社區參與與持續性照護

嘉義地區的老化比率位居全台之冠，嘉義基督教醫院率先推動關懷老人事工，發揮老吾老以及人之老精神，提供以長輩為中心的健康照顧服務，例如：日間照護、關懷據點、老人住宅、居家服務等；也陸續於社區內開辦多元化的學習課程與活動，如長青學苑、銀髮學堂等活動，讓每一位社區長輩都能實現「在地老化」與「樂活老化」夢想。

標準四、物理環境

1. 硬體環境及標示與識別

面對高齡化社會與人口結構改變的趨勢，高齡就醫人數比重增加。考量高齡者之視力較弱，也考量使用輪椅者之視野高度等，採用「通用設計」之原則，如：院內標誌多用通用符號、電梯中加裝語音導引與點字、以不同色彩做為院區標識等，為就醫長者打造一個更為友善、通用、無障礙的環境。

2. 交通與行動

於偏遠地區規劃定時定點交通專車，以及高齡接送服務（如復康巴士），減少高齡者就醫時因交通所帶來的不便。並以「踏步梯」等貼心設計，進一步縮短長者就醫的困難與障礙。

四、實施成果 (Results)

1. 臺灣醫療照護品質指標系列（Taiwan Health Care Indicator Series, THIS）中的門診滿意度問卷調查結果顯示：在推動「高齡友善健康照護架構」後，在服務態度、服務流程與等候時間等三個部分有明顯的改善；服務結果與環境設施則無明顯之差異（請參閱表一）。

2. 台灣臨床成效指標（Taiwan Clinical Performance Indicator, TCPI）中的跌倒指標：2010~2012 住院個案跌倒發生率趨勢圖，推動「高齡友善健康照護架構」前跌倒發率約在醫學中心參考指標第一個四分位差（Q1）與第三個四分位差（Q3）之間，推動後初期（2011 年第一季）的發生率也與醫學中心沒有明顯差異。在推動後第四季（2011 年第四季）個案醫院跌倒發生率降低同期醫學中心 Q1 與 Q2 之間，至 2012 年起更低於醫學中心 Q1 參考值（請參閱圖一）。

表一、「高齡友善健康照護架構」導入前後門診滿意度問卷調查結果：

年份	2010 N=164	2011 N=162	
項目	Mean±SD	Mean±SD	P-Value
服務態度	4.25±0.61	4.42±0.46	＜0.01
服務流程	4.18±0.65	4.38±0.49	＜0.01
等候時間	3.41±0.69	3.56±0.70	＜0.01
服務結果	3.93±0.65	3.90±0.39	0.51
環境設施	4.05±0.54	4.06±0.41	0.78

圖一、「高齡友善健康照護架構」導入前後住院個案跌倒發生率趨勢圖

結果發現在服務滿意度部分，經前後比較，與政策推動較直接相關的「服務態度」、「服務流程」與「等候時間」等 三個分項都有顯著提升；在跌倒指標部分，與同儕醫院比較，也有明顯改善。顯示「高齡友善健康照護架構」介入在本院推動具有實證成效。

五、結論與建議 (Comment)

國民健康署自 2010 年 5 月開始辦理與推廣「高齡友善健康照護機構認證」，至 2012 年底已有 38 家健康照護機構獲得認證。藉著通過認證機構的經驗分享，以及許多跨院際的分享平台，進而達到跨院跨部門的合作、人性化資訊的支持，以及整合醫療資源所建構無縫式長期照護網絡，並推展至社區實踐無圍牆醫院的理念。配合國民健康署的施政政策、更多實證的蒐集，以及健康照護機構的推動與分享，相信這項認證不只是讓個別參與認證的醫療院所提升照護品質，更可以建立以長者需求為中心的照護文化，共同為長者創造一個符合長者需要的友善、支持、尊重、貼心與可近性的就醫環境。

第六節

母嬰親善醫院

高美玲

國立臺北護理健康大學護理助產研究所教授

一、母乳哺育與健康促進

在二十世紀以前人們對健康的定義，因為受 Descartes 的機械論及 Cartescian 的身心二元論的影響，而著重於生理的層面，認為只要沒有疾病即為健康，醫療保健者的工作多半著重在於疾病的治療（林建得、陳德宗、丁春枝，2002）。於 1948 年世界衛生組織（World Health Organization, WHO）對健康的定義為生理、心理及社會適應三個方面全部良好的一種狀況，而不僅僅是指沒有生病或者體質健壯（世界衛生組織，1948），因此人們對健康定義漸由疾病觀走向整體觀，而醫療保健者不再僅是早期診斷、早期治療、預防疾病，更重要的是要積極地促進身心靈全人健康（holistic health）。而 1986 年世界衛生組織（WHO）召開第一屆國際健康促進會議（1st International Conference on Health Promotion），並制定渥太華憲章（Ottawa Charter）（WHO, 1986），依據該憲章所下的定義：「健康促進」（Health Promotion）係指「推動人們加強控制及促進身體健康的過程」。而推動母乳哺育是最符合健康促進的政策，因為許多實證皆證實母乳哺育對母親及嬰兒的身心靈社會發展、環境的影響性，有極大的好處；另外，這些好處不僅僅是短期性的果效，且會隨著哺乳時間的延長，而有長期性的影響（dose-response）（Horta, Bahl, Martines & Victora, 2007）。

從生理的層面來看，母乳含有新生兒出生後前六個月生長與發育所需的營養，是最適合人類新生兒的食物（WHO & UNICEF, 2003），於 2010 年世界衛生組織及世界母乳哺育行動聯盟（World Alliance for Breastfeeding Action, WABA）將母乳哺育列為嬰幼兒餵食的黃金標準，因為文獻中發現不當的餵食方式是導致嬰幼兒罹病及死亡的主要原因，而全球五歲以下的兒童每年就有 30% 是因為餵食不良和反覆感染導致發展遲緩；而健康的飲食，特別是嬰兒早期選擇合適的餵食方式可以預防許多疾病（例如：呼吸道感染、中耳炎、腹瀉、兒童期糖尿病、癌症、肥胖症、過敏性疾病等）（WHO & UNICEF, 2003），並有愈來愈多的研究留意到它的長期性好處，甚至是預防成年與晚年時期的疾病，Horta 等學者（2007）以系統性文獻回顧及統合分析探討有無吃母乳對個案的長期性影響，包

括：血壓、膽固醇、肥胖、第二型糖尿病、學校的表現 / 成就，結果發現在成年與晚年時期，吃母乳的個案較餵食配方奶的個案有較低的舒張壓及收縮壓、較低的總膽固醇值、在校的成績較優良、智商較高，且有較低的肥胖機率與罹患第二型糖尿病的危險性。另外，根據 Lancet （Jones et al., 2003）刊登有關兒童存活 / 死亡因子的系列研究中發現，新生兒純母乳哺育 6 個月可避免全球 13%之 5 歲以下幼兒死亡率，0-5 個月未哺餵母乳的新生兒較純母乳哺育者，因腹瀉死亡之機率高出 7 倍、因肺炎死亡之機率高出 5 倍。因此母乳哺育被列為拯救兒童生命的最重要預防措施，也是最能降低國家醫療成本的政策。

哺乳對母親生理上健康也很有助益（王淑芳、陳昭惠，2012）。哺乳有助於催產素的分泌可以促進母親產後子宮的收縮，減少產後出血。泌乳素的分泌會抑制排卵，延遲下一次的月經與懷孕，減少缺鐵性貧血的發生。另外哺乳可以減少母親罹患停經前乳癌、卵巢癌與子宮內膜癌的機會。研究亦發現，母親在哺乳時的骨質密度下降，但離乳後骨質的密度增加，且較未哺乳的媽媽高，認為哺乳能預防母親日後骨質疏鬆的發生。奶水的製造會耗用懷孕時積存的脂肪，母親能更快恢復產前的體重。另外，哺乳的母親會更注意自己的飲食和生活型態，過著較健康的生活，因而也減少哺乳婦女日後發生第二型糖尿病與心臟血管疾病的機率（Godfrey & Lawrence, 2010）。

在心理 / 靈性層面方面，透過哺乳母親對嬰兒有更多的視、聽、觸、嗅、前庭覺刺激，因此有助於母嬰建立愛與親密的連結，這會使母親情緒上得到深深的滿足，更能勝任母職，而嬰兒在心理上也有較多的安全感、信任感，促使日後情緒較為穩定，有助於心理的發展（Lawrence & Lawrence, 2005）。哺乳的母親對嬰兒的反應會是比較有感情的方式，她們比較少抱怨嬰兒對關愛的需要及夜間的餵食，也比較不會遺棄或虐待嬰兒（王淑芳、陳昭惠，2012；Strathearn, Mamun, Najman & O'Callaghan, 2009）。近年來許多研究發現母乳中的一些營養素，不單是有生理上的益處，在心理上也有助益，例如母乳中含有瘦體素（Leptin），除了有助於嬰兒食慾的自我調節外，近幾年的研究也發現發展中的海馬迴含有瘦體素的接受器，而瘦體素也增加該區域類固醇接受器的密度，由於海馬迴對於壓力的神經內分泌以及認知反應極為重要，哺乳的嬰兒體內的受體素濃度較高，可能有助於海馬迴的發展，因而促使哺乳嬰兒在壓力的因應及情緒也較為穩定（Savino et al., 2012）。近幾年來，也有學者針對「愛的荷爾蒙」—催產素（Oxytocin）進行研究，哺乳的媽媽分泌較多的催產素，而催產素與母親的母性行為有正向關係，它讓人的心情放鬆、冷靜、快樂、祥和、溫暖、寬容、同感心、友善、信任、親密、忠誠、給予、接受、愛及連結，並能減少攻擊行為；而催產素的長期作用有：緩解焦慮、增加對疼痛的閾值、減少發炎、降血壓、降低 cortisol 值、增加迷走神經張力（腸胃的荷爾蒙）、增進學習能力、增加體重、增加傷口癒合力。除了上述作用外，有研究指出施予 Oxytocin 噴劑使用可增進社會互動能力及信任感，針對這樣的特質，目前臨床實驗嘗

試使用 oxytocin 來治療自閉症、社交恐懼症、精神分裂、憂鬱、焦慮、壓力相關之疾病、物質濫用，並合併心理治療（Donaldson-Myles, 2012; Matthiesen, Ransjö-Arvidson, Nissen & Unväs-Moberg, 2001）。產後婦女 Oxytocin 可透過肌膚接觸及嬰兒吸吮的方式來分泌，特別是母乳哺育時，研究發現因為刺激催產素的分泌會降低血壓、降低 ACTH 及 cortisol 值、增加 GI 荷爾蒙值、降低焦慮、增加社會行為（母 / 父嬰的互動）、減少疼痛的感受（Donaldson-Myles, 2012; Matthiesen et al., 2001），也會因為催產素的分泌使哺乳期程延長，且讓嬰兒的體重增加。而催產素的長期效用為降低中風、高血壓、心肌梗塞、第二型糖尿病等疾病（Horta et al., 2007）。

在對社會 / 國家 / 環境方面，哺乳是最符合綠色地球的餵食方式，因為配方奶的製造過程中，需要砍伐森林以飼養牛隻，飼養過程中可能使用藥物與荷爾蒙，奶粉製作的過程需要高壓高溫消耗能源，並且在製程中產生很多廢氣及廢物，破壞我們的環境健康。另外，哺乳可以減少母嬰的罹病率及死亡率，並促進母嬰身心健康，故可以降低國家社會的醫療成本（Godfrey & Lawrence, 2010; Horta et al., 2007; Jones et al., 2003）。另外，哺乳也可以減少因為醫療環境落後、貧困等國家社會環境因素所造成的健康不平等（Walker et al., 2011）。

雖然母乳哺育在健康促進方面扮演著極重要的角色，但是根據最近針對發展中的國家哺乳率的統計資料顯示，小於六個月嬰兒的純母乳哺育率僅有 36%（UNICEF, 2011），根據文獻推動純母乳哺育，是在促進國民健康方面最有效益、且成本最低的政策（WHO & UNICEF, 2003）。早在 1978 年世界衛生組織（WHO）於阿瑪阿塔宣言（Declaration of Alma-Ata）中提倡健康社區的概念（WHO, Europe, 1978），強調健康是政府和人民共同負有的責任，藉由落實基層保健醫療來促進民眾的健康，以達成全民健康的目標（Health for All）。聯合國兒童基金會（UNICEF）更於 2003 年與 WHO 共同頒佈「全嬰幼兒餵食策略」（WHO & UNICEF, 2003），目的是希望適當的餵食來改善嬰幼兒的營養狀態、生長發育與健康，而後改善嬰兒的存活率，包括身處弱勢的嬰兒族群：例如母親為 HIV 陽性的嬰兒、低體重兒、緊急（災變）狀況下的嬰兒。此策略內容主要為：

1. 各國政府應該要制定自己國家的嬰幼兒餵食政策，並確實執行。
2. 讓所有的母親能夠尋求專業的管道幫助她們正確地開始哺乳，並能持續純母乳哺育 6 個月，之後，在添加適當與安全的副食品下，繼續哺乳到寶寶兩歲或兩歲以上。
3. 醫療人員能提供有效的諮詢，並在專業訓練下擴展到社區服務。
4. 政府必須監控母乳代用品行銷守則的執行狀況，並考慮立法保護家庭不受商業影響。
5. 政府必須保障職業婦女的哺乳權利與工作權。

而 WHO 及 UNICEF 所推動的愛嬰醫院

（Baby-Friendly Hospital Initiatives, BFHI）政策正吻合這樣的精髓，以下乃介紹 BFHI 之沿革與台灣推動之現況。

二、國內外母嬰親善醫院簡介與沿革

愛嬰醫院是由世界衛生組織及聯合國兒童基金會（WHO/UNICEF）於 2001 年所主持的全球運動。其目的為透過醫療院所推動「成功哺餵母乳十措施」（Ten Steps to Successful Breastfeeding）來保護、宣導及支持母乳哺育，促使母乳哺育成為常規的醫療照顧環境，並給嬰兒生命最好的開始（WHO, 1998）。世界第一所嬰兒親善醫院於 1992 年 3 月在菲律賓誕生，根據 UNICEF （2013）統計，全球總共有 150 多個國家推動愛嬰醫院政策，並約有 22,000 所醫院認證通過。愛嬰醫院政策所推動的十大措施如下（WHO, 1998）：

（一） 訂定明確的支持哺餵母乳政策。

（二） 提供相關工作人員教育訓練。

（三） 提供孕婦哺餵母乳之相關衛教與指導。

（四） 幫助母親產後儘早開始哺餵母乳。

（五） 提供母親哺餵母乳及維持奶水的分泌等相關衛教及協助。

（六） 非有醫療上的需要，不得提供母乳之外的食物或飲料給嬰兒。

（七） 實施 24 小時親子同室。

（八） 鼓勵依嬰兒的需求哺餵母乳。

（九） 不得提供嬰兒奶瓶或安撫奶嘴。

（十） 鼓勵院所內成立母乳哺餵支持團體，並建立轉介系統。

由於生產、哺乳、為人母是一連串的生理過程，產婦的待產 / 生產經驗會影響婦女的哺乳動機、開始哺乳的時機與持續哺乳的成敗（Smith & Kroeger, 2010），WHO 及 UNICEF 於 2009 年重新修正 BFHI 之準則，增加「親善生產」（mother-friendly childbirth）五項措施於認證中，包含：(1) 鼓勵婦女待產與生產過程中，選擇固定陪伴者，給予身體及 / 或情緒上的持續支持；(2) 允許婦女在待產的過程中進食易消化的食物；(3) 鼓勵婦女使用非藥物的方法減輕疼痛，除非有併發症需要用藥物的方法麻醉與止痛，尊重婦女個人的決定；(4) 鼓勵婦女在待產過程中自由地走路或活動，並以她們希望的姿勢生產。除非發生了併發症需要限制活動，而且在限制活動前要先跟婦女解釋清楚；(5) 除非有特殊原因或併發症，否則不要用侵入性的療程，例如破水、會陰切開、催生、器械輔助生產或剖腹產。在進行侵入性療程前要跟婦女解釋原因。以上這 11 項措施為達到國際認證的基本要求，當然各國也可以依據自己國家的文化、健康問題，自定額外的項目於該國的 BFHI 評鑑，但不可低於全球之標準。例如：HIV 與餵食，許多國家考量 HIV 的盛行率，已將這項政策納入在當地的評鑑標準則中（衛生福利部，2000）。

臺灣地區「愛嬰親善醫院」政策之推廣始於 1999 年，在訂定之初，有鑑於該政策的推廣

有利於母嬰之健康，因此專家們建議政策之名稱訂為「母嬰親善醫院」（mother-baby friendly hospitals），由衛生福利部委託台北市衛生局試辦，期望能依循 WHO「成功哺餵母乳的十措施」完成初步推動母嬰親善醫院之準則與認證制度，並邀集有意推動之醫院加入，於 1999 年 8 月止，共計有 7 家醫院（台北 6 家、台中 1 家）加入試辦計畫，並於 2000 年 2 月 25 日完成本土化的評鑑基準（衛生福利部，2000）。於 2001 年起委託臺灣婦產科醫學會進行臺灣地區的「母嬰親善醫療機構」的認證，同時將認證參與率列為衛生局考核之參考指標，2003 年將認證結果列為醫院評鑑之基準（3%）。於 2006 年 1 月 1 日起給付母嬰親善醫療機構執行產前檢查個案衛教指導費用 20 元，於 2009 年依據認證結果之分數，開始有不同之效期（黃閔照等人，2012），2013 年國民健康署所公告之「母嬰親善醫療院所認證基準及評分說明」如附件一（衛生福利部國民健康署，2013）。

三、母嬰親善醫院的國際標準及實證基礎

WHO/UNICEF 所推動的「成功哺餵母乳十措施」有相當的學理支持背景與科學根據，自 1991 年起陸續有研究證實母乳政策的推廣，會增加母親哺餵哺乳的意願，並延長產後哺餵母乳的時間，WHO（1998）並將這些實證依據彙整成冊，供施政者在推動十措施之參考。根據國內過去推動此政策的經驗，執行較困難的措施分別為措施一、三、四、五、六、七（黃閔照等人，2012），以下僅就列舉這幾項措施的標準其對哺餵母乳的影響性進行說明。

措施一為「訂定明確的支持哺餵母乳政策」，醫院的哺乳政策應該至少包括：成功哺餵母乳的十措施；對母乳代用品、奶瓶、奶嘴、免費樣品或低價提供的禁令。政策是所有措施中首要的，因為有政策代表醫院的支持及團隊的合作，且政策能提供指引（WHO, 2009）。美國一所醫院在 1995 年 （Philipp et al., 2003 & 2007）未執行 BFHI 之前的純母乳哺育率為 5.5%，醫院在 1995-1999 年之間改變政策，積極執行愛嬰醫院措施，於 1999 年成為愛嬰醫院後，院內純母乳哺育率增加至 33.5%。Perez-Escamilla （2007）在 Mexico 和 Honduras 進行研究，比較積極的 BFHI 政策推行 vs 不積極的 BFHI 推動的成效差異，在 Honduras 及墨西哥皆發現：積極推行 BFHI 政策有較長的純母乳哺餵時間。而在 Mexico 又發現因著母乳哺育，嬰兒有較少腹瀉及呼吸道感染，因此醫療支出較低，這種果效與預防注射的經濟效益類似。

措施三為「提供孕婦哺餵母乳之相關衛教與指導」，研究發現多數婦女在產前便有計畫性地收集相關料，並決定其新生兒的餵食方式，產前教育能增加懷孕婦女及家人在生產前對哺乳知識與技能、醫院的哺乳政策及醫療措施等的瞭解，可增加對哺乳的信心，進而能幫助產婦有效因應哺乳的問題，並促進產後的身心調適（WHO, 1998）。根據 WHO（2009）的建議，產前哺乳教育內容應讓孕婦（家人）瞭解以下哺乳相關的政策、知識與技巧：(1) 哺乳的相關政策，(2) 哺乳對母親及嬰兒的重要性，(3) 溫柔生產的相關

措施，(4) 產後即刻肌膚接觸的重要性，(5) 好的擺位及含乳姿勢的重要性，(6) 如何讓哺乳有好的開始，包括：依需求哺乳、實施親子同室、及如何知道嬰兒吃夠吃飽，(7) 純哺乳六個月及持續哺乳的重要性，(8) 人工餵食、使用人工奶嘴或安撫奶嘴的影響，(9) 父親及家人的角色，(10) 文化及社會習俗（禁忌）對母乳哺育的影響。另外針對醫療因素或個人因素不哺乳者，則需個別討論如何安全的準備其他種食物。研究發現產前教育的介入可以增加產後哺乳的比率以及持續哺乳的時間。Guise 等（2003）以系統性回顧與綜合分析產前教育對哺乳的影響，共計 25 篇文章，其中 8 篇為對開始哺乳的果效，產前教育約可增加 23%；10 篇探討對哺乳的短期果效，產前教育約可增加 39%；7 篇探討哺乳的長期效果，產前教育約可增加 4%。

措施四為「幫助母親產後儘早開始哺餵母乳，並在嬰兒有吃奶反應時協助哺乳」，肌膚接觸能增加母乳哺餵的持久性，提供溫暖因此新生兒的體溫較為恆定，並讓嬰兒接觸母親的菌種，提供初乳是嬰兒的第一劑預防針。由於嬰兒頭一小時較清醒，嬰兒較易學會有效的吸吮，因此有助於開始成功地哺乳（王淑芳、陳昭惠，2012；WHO, 1998）。Moore 等學者（2012）以系統性搜尋比較 early skin-to-skin contact 與一般醫院處置的臨床隨機試驗（randomized-controlled trials, RCT），共取得 34 個相關 RCT，包含 2,177 對親子，發現其對產後 1-4 個月的哺乳有正面影響，且會增加哺乳時間。Late preterm infants 可因此而有較好的心肺功能穩定性，且無短長期不良影響。一篇發表在 Lancet（1990）的研究（Righard & Alade, 1990），比較母嬰早期持續性肌膚接觸和因為醫療處置而母嬰分離的嬰兒，在吸吮型態的差異性，結果發現有進行持續性肌膚接觸之嬰兒有較高的正確吸吮型態（60% VS 20%）。許多醫療院所擔心肌膚接觸時，新生兒裸露身體易有失溫情形，學者 Christensson 等（1992） 比較肌膚接觸與母嬰分離兩組新生兒，在出生後 15、30、45、60、75、及 90 分鐘時的體溫變化，研究者分別測腋溫及大腿外側之體溫，結果顯示：無論在哪一個時間點，有進行肌膚接觸的新生兒之體溫皆高過於睡在嬰兒床的新生兒，且肌膚接觸的時間愈長，新生兒的體溫愈穩定。在執行此項措施時，須注意母親是否清醒，且嬰兒生命徵象穩定，應該教導在旁陪伴的家人注意嬰兒擺位，維持氣道通暢。對於有危險因素，如生產過程中使用藥物，可能影響母親清醒度以及嬰兒活動度者，應該加強監測。最好在產前教育時，就能告知母親以及家人正常嬰兒在出生後肌膚接觸過程中可能有的行為表現，並且注意約在一個小時左右後嬰兒會進入睡眠期，要特別注意呼吸道的通暢度（王淑芳、陳昭惠，2012）。

措施五為「教導母親哺餵母乳，及在必須和嬰兒分開的情況下如何維持奶水的分泌」。全球要求之標準為在產後 6 小時內協助哺乳，進行時應注意：(1) 避免匆忙及聒躁；(2) 盡可能讓母親自己做，不要取代她；(3) 必要時幫助媽媽擺姿勢；(4) 給她有用的資料並回答母親問題（WHO & UNICEF, 2009）。出生後有正確的含奶對於哺乳有持續的影響性，Righard 等學者（1992）研究兩組個案，一組為正確吸吮，另一組為吸吮不

正確，比較這兩組嬰兒在出生後一　四個月的哺乳情形，結果發現吸吮技巧正確的嬰兒在出生後一　四個月的哺乳率均高於吸吮不正確者，且隨著月齡的增加，差異性也越大。

措施六為「非有醫療上的需要，不得提供母乳之外的食物或飲料給嬰兒」，在 WHO 2009 年新修訂 BFHI 的版本中（WHO, 2009; WHO & UNICEF, 2009），有訂定醫療上需求需要添加母乳以外的代用品之標準，包括：(1) 非常低體重兒（<1500 公克），或是出生週數小於 32 週。(2) 低體重兒有嚴重低血糖危險性者。(3) 嚴重疾病的母親，如精神疾患，休克。(4) 代謝異常疾病，如半乳糖血症。(5) 急性脫水。(6) 母親服用哺乳時禁用之藥物。必須留意的是，當添加其他食物時，多數情況仍應維持母親奶水的供應。以配方奶取代初乳的風險為增加感染及耐受不良過敏的機會，且會使嬰兒較不飢餓、干擾吸吮、干擾泌乳機轉，而導致哺乳較不易成功。因此，醫療院所不應有銷售母乳代用品之行為，然而 Perez-Escamilla 等（1994）以系統性文獻分析 1981 至 1994 年共有 5 個研究檢視出院時商業贈品（commercial discharge pack）的影響，出院時常見的商業贈品為：奶嘴、奶瓶、奶粉、或奶水，統合分析結果：給予產婦出院時商業贈品會使 1 個月的純母乳哺育率及 4 個月的母乳哺育率顯著下降。

措施七為「實施 24 小時親子同室」。所謂親子同室是指母親和嬰兒不分日夜待在同一房間，允許母親和嬰兒不受限制的接觸。這種措施應該不是單單哺乳母嬰的權利；而是所有的母嬰都應享有這種權利。親子同室不僅有助於成功地哺餵母乳，且有利於親子關係的建立（王淑芳、陳昭惠，2012；WHO, 1998）。一項發表在 Birth 期刊的研究中（Prodromidis et al., 1995），比較有無親子同室的母嬰互動行為，研究者以 post-feeding interaction 共 13 項（4 大項）之檢核表，於產後約 18 小時開始進行觀察，於早上餵食後觀察 15 分鐘，共觀察二天。結果發現在注意力方面：採親子同室的媽媽較多注視及觸摸他們的新生兒，較少與他人說話，較少看電視、打電話 （$p<0.01$）。另一項研究是比較有無親自同室和嬰兒的哭鬧、睡眠行為的關係，研究發現在嬰兒室的嬰兒受到較高的噪音和亮度刺激，故比親子同室的嬰兒有較高比率的哭鬧時間（20.8 分 vs. 1.4 分），且睡眠的時間也比較短（安靜睡眠期 25.4% vs. 33%）（Keefe, 1987）。不單是嬰兒睡得比較好，親子同室對母親也有正向的果效，JOGNN 於 1988 年發表一篇有關是否親子同室和母親睡眠情形的比較，　親子同室的母親睡得較多（5.55 vs. 5.35 hrs），且睡眠品質得分較好（5.23 vs. 4.78, $p<0.05$）（Keefe, 1988）。親子同室時應該教導父母及家人了解正常嬰兒的行為及一般照顧事項（包括哺乳），照顧嬰兒應注意的安全事項、感染預防措施。在嬰兒安全措施方面，除了預防嬰兒偷竊之外，所有會接觸到新生兒的工作人員都應該受過新生兒急救的訓練，病房中應有緊急事件發生的處理流程，並定期演練（王淑芳、陳昭惠，2012）。

另外，WHO 強調十措施彼此間有極大的關係性，因此十措施應視為一整體，不應單單僅進

行某些措施；而十措施中有任一措施若未通過，都不能稱之為「愛嬰醫院」。2001 年 Belarus 執行的研究，共 17,000 對親子參與（Kramer et al., 2001），比較 BFHI 十大措施與傳統嬰兒餵食政策在母乳哺育成效之差異性，結果發現：BFHI 組在三個月大時純母乳哺育率是控制組的 7 倍；BFHI 組在 12 個月大時母乳哺育率亦較高（19.7% vs 11.4%）。

四、國內推廣母嬰親善醫院之成效與未來展望

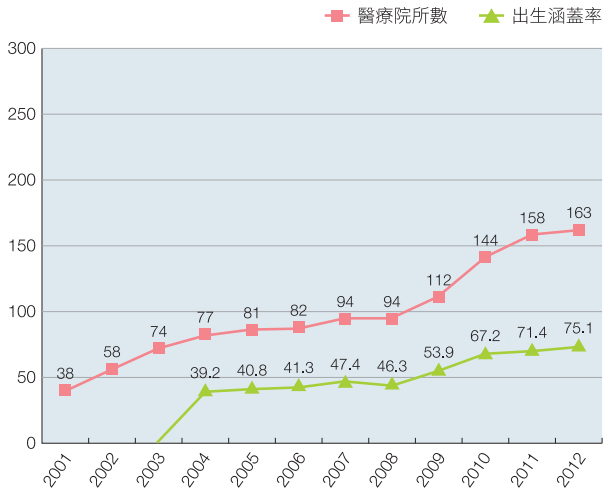
基於母乳哺育在健康促進上的好處，國民健康署積極推行母嬰親善醫療院所認證，透過增加認證醫療院所數方式提昇母乳哺育率，另外，為鼓勵婦女到母嬰親善醫療院所生產，國民健康署除了每年表揚母嬰親善績優醫療院所外（圖一），亦於孕婦的健康手冊介紹與推廣母嬰親善醫療院所（圖二）。自 2001 年認證之初通過認證家數由 38 家增加至 2012 年的 163 家，成長 4.29 倍（圖三）；通過母嬰親善醫療院所認證者，其接生數涵蓋全國出生數之比例，由 2004 年 39.2%提高到 2012 年的 75.1%，亦即台灣地區約有四分之三的新生兒是在母嬰親善醫療院所出生（黃等，2012）。

政策推廣後對母乳哺育的效益方面（國民健康署，2011），以 2011 年的全國性母乳率之調查顯示：母嬰親善醫療院所之產後 1 個月以下、2 個月以下、4 個月以下、6 個月以下之純母乳哺育率（71.9%、65.2%、56.5%、48.9%），皆較非母嬰親善醫療院所（64.8%、57.6%、

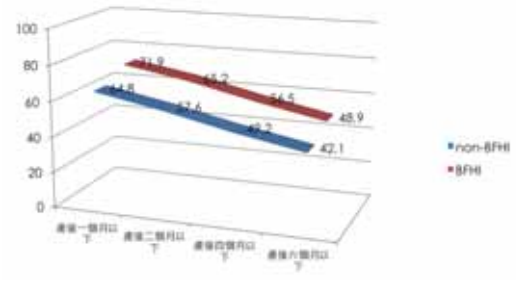
（A）宣傳海報　（B）母嬰親善績優醫院頒獎

圖一 母嬰親善績優醫療院所表揚活動

圖二 孕婦健康手冊內頁「母嬰親善醫療院所」之介紹



圖三、2001-2012 年通過母嬰親善醫療院所認證家數及出生涵蓋率



圖四、母嬰與非母嬰親善醫療院所產後一、二、四、六個月以下純母乳哺育率之統計

49.2%、42.1%）高（圖四），由此可證，推行母嬰親善醫療院所認證可有效提昇母乳哺育率。目前臺灣產後 1 個月以下純母乳哺育率已由 2004 年的 46.6%提升至 2011 年的 68.6%，產後 4 個月以下純母乳哺育率則由 28.4%提昇至 52.9%。另外，根據 Kuo 等（2008）隨機抽樣全省 12,201 名產後婦女的哺乳率及其相關影響因素，結果顯示影響婦女持續母乳哺育的兩個重要的決策因子為：產前的意願及是否在母嬰親善醫院生產；其中，住院期間的母乳率最受是否在母嬰親善醫院生產所影響（β=1.416, p<.001, odds ratio = 4.122），而在產後一個月此因素亦影響婦女是否持續哺乳（β=0.593, p<.001, odds ratio = 1.809），足見一個具有支持性且友善的醫療政策與環境對母乳哺育之影響力極大，國內其他的研究亦有相同的發現結果（Gau, 2004; Weng, Hsu, Gau, Chen, & Li, 2003）。另外，研究亦發現「成功哺餵母乳的十措施」的每一個措施皆與通過認證與否息息相關（黃閔照等人，2012）。而在 Chien 等（2007）針對台灣 2,079 位產後婦女於住院期間所接受到「哺乳十措施」的照護程度，研究結果發現，婦女接受越多「十措施」項目的服務則愈傾向選擇完全母乳哺育（劑量效應 dose-response），這樣的效應不僅僅是在住院期間（AOR=2），也延續地影響產後一個月（AOR=1.22）、產後三個月（AOR=1.19）的純母乳哺育方式，應證了 WHO 宣導的觀念：十措施應視為一整體的觀念，不建議僅實施單一措施（WHO & UNICEF, 2009）。

然而，目前台灣地區施行的制度雖以國際標準為藍本，但與實際規範仍有段距離，未來應朝向全球性的認證標準及程序邁進，建議：

(一) 分階段輔導有意願成為愛嬰醫院的醫療院所通過國際認證：依統計許多醫療單位需要 2-4 年的準備期方能成功地通過認證，或許可參考英國的 BFHI 認證分為二個階段：一為 certificate of commitment，一為正式認證（李嘉文，2002a & 2002b）。

(二) 推動「親善生產環境」，並納入母嬰親善醫療院所認證之第十一措施。

(三) 加強母嬰工作人員的母乳教育訓練，以 WHO 建議的 20 小時為藍本，並至少要有 3 小時的臨床實務練習。此外，母嬰單位的非臨床工作人員（如：文書行政人員、工友、警衛等）也應該要有基本的哺乳知識，並熟悉單位推行的母乳相關政策。

五、結論

母乳哺育對於嬰兒、母親及社會的健康都非

常重要，諸多國家皆將哺乳視為一公領域而不是私領域議題，UNICEF 的前任主席 James Grant 認為哺乳是婦女及嬰兒應有的權利，因而促進母乳哺餵和兒童照護應是國家社會的責任。因此，政府、社會及醫療專業人員必須支持與協助母乳哺育。然而，目前的醫療措施、包含產房、產後病房所採取的一些政策及常規會阻礙母乳的哺育。例如：將母親和嬰兒分開、按固定時間哺乳、常規添加其他食物、不當理由中斷哺乳，這些不恰當的常規及政策都會影響母乳哺育；推動母嬰親善醫院政策的目的是讓婦女在一個鼓勵、支持及倡導哺乳的友善環境中，有個好的開始，繼而達到促進母嬰的全人健康。

參考文獻

中文參考文獻

王淑芳、陳昭惠總校閱 (2012)。母乳哺育－理論與實務。台北市：台灣母乳哺育聯合學會出版。

世界衛生組織（1948）。世界衛生組織對健康的定義。Retrieved from http://www.who.int/suggestions/faq/zh/index.html.

李嘉文（2002a）．簡談申請母嬰親善醫院的認證程序—以英國醫療單位為例．台灣婦產科醫學會 91 年 11 月 17 日「91 年度母嬰親善醫療院所認證作業總評值」。

李嘉文（2002b）．簡述母嬰親善醫院的認證標準與程序—以 **UNICEF--UK** 為例．台灣婦產科醫學會 91 年 11 月 17 日「91 年度母嬰親善醫療院所認證作業總評值」。

林建得、陳德宗、丁春枝（2002）．師院生健康概念、健康促進生活型態、情緒穩定性與健康體適能之相關研究—以國立屏東師院學生為例．屏東師院學報，16，435-474。

國民健康署 (2011/12/12)。台灣臺灣推動母乳哺育的過去與未來。Retrieved from: http://www.bhp.doh.gov.tw/BHPnet/Web/Epaper/EpaperNewShow.aspx?No=201112220001&epid=7ed90733-9b27-4128-ac62-99d6c4f938bf

黃閔照、許淳森、高美玲、王淑芳、郭素珍、李宏昌、祝春紅、徐明洸、陳鈺萍（2012）。**101** 年母嬰親善醫療院所認證計畫認證結果分析報告。衛生福利部國民健康署委託計畫結案報告書。

衛生福利部 (2000)．*研討母嬰親善醫院（診所）標準及推廣事宜*．衛生福利部會議紀錄，衛署保字第 89012541 號。

衛生福利部國民健康署 (2013)．**102** 年度母嬰親善醫療院所認證基準及評分說明．國民健康署 2013 年委託台灣婦產科醫學會母嬰親善醫療院所認證計畫．http://www.taog.org.tw/DB/News/file/162/5.pdf

英文參考文獻

Chien LY, Tai CJ, Chu KH, Ko YL, Chiu YC. (2007). The number of Baby Friendly Hospital Practices experienced by mothers is positively associated with breastfeeding: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies,* 44(7), 1138-1146.

Christensson, K., Siles, C., & Moreno, L., Belaustequi, A., De La Fuente, P., Lagercrantz, H., Puyol, P., & Winberg, J. (1992). Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatrica,* 81, 488-493.

Donaldson-Myles, F. (2012). Can hormones in breastfeeding protect against postnatal depression? *British Journal of Midwifery,* 20(2), 88-93.

Gau, M. L. (2004). Evaluation of a lactation intervention program to encourage breastfeeding: A longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies,* 41, 425–435.

Godfrey, J. R., & Lawrence, R. A. (2010). Toward optimal health: The maternal benefits of breastfeeding. *Journal of Women's Health,* 19(9), 1597-1602.

Guise, J. M., Palda, V., Westhoff, C., Chan, B. K. S., Helfand, M., Lieu, T. A. (2003). The effectiveness of primary care-based interventions to promote breastfeeding: Systematic evidence review and meta-analysis for the US Preventive services task force. *Annals of Family Medicine.* 1(2), 70-78.

Horta, B. L., Bahl, R., Martines, J. C., & Victora, C. G. (2007). *Evidence on the long-term effects of breastfeeding: Systematic review and meta-analyses.* WHO publication. Retrieved from http://www.quenoosseparen.info/documentos/LMlargoplazo.pdf

Jones, G., Steketee, R. W., Black, R. E., Bhutta, Z. A., Morris, S. S., & the Bellagio Child Survival Study Group. (2003). How many child deaths can we prevent this year? *Lancet,* 362, 65-71.

Keefe, M. R. (1987). Comparison of neonatal nighttime sleep-wake patterns in nursery versus rooming-in environments. *Nursing Research,* 36(3), 140-144.

Keefe, M. R. (1988). The impact of infant rooming-in on maternal sleep at night. *Journal of Obstetric, Gynecological, and Neonatal Nursing,* 17(2), 122-126.

Kramer, M. S., Chalmers, B., Hodnett, E. D., et al. (2001). Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT). *JAMA,* 285, 413-420.

Lawrence, R. A., & Lawrence, R. M. (2005). *Breastfeeding: A guide for the medical profession (Sixth Edition).* New York: Mosby.

Matthiesen, A., Ransjö-Arvidson, A., Nissen, E., Unväs-Moberg, K. (2001). Postpartum maternal oxytocin release by newborns: effects of infant hand massage and sucking... including commentary by Kennell JH and McGrath S. Birth: *Issues in Perinatal Care,* 28(1), 13-21.

Moore, E. R., Anderson, G. C., Bergman, N., & Dowswell, T. (2012). *Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants.* Cochrane Database System Review. May 16; 5: CD003519. doi: 10.1002/14651858.CD003519.pub3.

Perez-Escamilla, R. (2007). Evidence based breast-feeding promotion: The Baby-Friendly Hospital Initiative. *The Journal of Nutrition,*137, 484-487.

Perez-Escamilla, R., Pollitt, E., Lonnerdal, B., Dewey, K. G. (1994). Infant feeding policies in maternity wards and their effect on breast-feeding success: An analytical overview. *American Journal of Public Health,* 84, 89-97.

Philipp, B. L., Merewood, A., Miller, L. W., Malone, K. L., Gimo, S., Chawla, N., Murphy-Smith, M. M., Gomes, J. S., Cimo, S., Cook, J. T. (2001). Baby-Friendly Hospital Initiative improves breastfeeding initiation rates in a US hospital setting. *Pediatrics,* 108(3), 677-681.

Philipp, B. L., Malone, K. L., Cimo, S., & Merewood, A. (2003). Sustained breastfeeding rates at a US baby-friendly hospital. *Pediatrics,* 112(3), e234-e236.

Righard, L., & Alade, M. O. (1990). Effect of delivery room routines on success of first breastfeed. *Lancet,* 336, 1105-1107.

Righard, L., & Alade, M. O. (1992). Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. *Birth,* 19(4), 185-189.

Savino, F., Sorrenti, M., Benetti, S., Lupica, M. M., Liquori, S. A., & Oqqero, R. (2012). Resistin and leptin in breastmilk and infants in early life. *Early Human Development,* 88(10), 779-782.

Smith, L. J., & Kroeger, M. (2010). *Impact of birthing practices on breastfeeding* (2nd ed.). Boston, MA: Jones and Bartlett.

Strathearn, L., Mamun, A. A., Najman, J. M., & O'Callaghan, M. J. (2009). Does breastfeeding protect against substantiated child abuse and neglect? A 15-year cohort study. *Pediatrics,*123(2), 483-493.

UNICEF. (2011). *The State of the World ' s Children 2011: Adolescence—An Age of Opportunity.* UNICEF: New York, NY, USA.

UNICEF. (2013). *The Baby-Friendly Hospital Initiative.* Retrieved from http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/baby.htm. Accessed March 10, 2013

Walker, S.P.; Wachs, T.D.; Grantham-McGregor, S.; Black, M.M.; Nelson, C.A.; Huffman, S.L.; Baker-Henningham, H.; Chang, S.M.; Hamadani, J.D.; Lozoff, B.; et al. (2011). Inequality in early childhood: Risk and protective factors for early child development. *Lancet,* 378, 1325–1338.

Weng, D. R., Hsu, C. S., Gau, M. L., Chen, C. H., & Li, C. Y. (2003). Analysis of the outcomes at baby-friendly hospitals: Appraisal in Taiwan. *Kaohsiung Journal of Medical Science,* 19(1), 19-28.

WHO, Europe. (1978). *Declaration of Alma-Ata.* Retrieved from, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/113877/E93944.pdf

WHO. (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. *Health Promotion,* 1(4), iii-v.

WHO. (1998). *Evidence for the ten steps to successful breastfeeding.* Retrieved from http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591544_eng.pdf

WHO. (2009). *Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes.* Retrieved from http://www.who.int/entity/child_adolescent_health/documents/WHO_FCH_CAH_09.01/en/index.html

WHO (2009). *Section 2: Strengthening and sustaining the baby-friendly hospital initiative: A course for decision-makers.* Retrieved from, http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241594974_eng.pdf

WHO & UNICEF. (2003). *Global strategy for infant and young child feeding.* Retrieved from http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241562218/en/index.html

WHO & UNICEF. (2009). Baby-Friendly Hospital Initiative revised, *updated and expanded for integrated care.* Retrieved from http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse/en/

附件一、102 年度母嬰親善醫療院所認證基準及評分說明

基準	評分說明	配分
措施一：訂定明確的支持哺餵母乳政策		
（一）醫療院所成立母嬰親善推動委員會，由副院長級以上人員擔任主任委員，並定期召開會議，評估醫療院所支持哺餵母乳政策之成效。 （二）訂定明確之支持哺餵母乳政策，內容應包括： 1. 成功哺餵母乳的十大措施 2. 禁止母乳代用品之促銷活動，包括不得以贊助、試用或免費等方式，取得奶瓶及安撫奶嘴。 （三）於所有與母嬰照護相關的區域，如婦產科門診、兒科門診、產房、產科病房、嬰兒室、新生兒加護病房及新生兒中重度病房等處所張貼支持哺餵母乳政策。 （四）統計產婦之哺乳情形，建立產婦母乳哺育率相關資料。	1-1. 醫療院所成立母嬰親善推動委員會，主任委員須為副院長級以上擔任，並定期（至少半年一次）召開會議，且評估醫療院所支持哺餵母乳政策之成效。	3 分 行政
	1-2-1. 由醫療院所提供支持哺餵母乳政策之書面資料，此政策包括成功哺餵母乳的十大措施。	1 分 行政
	1-2-2. 此政策包括禁止母乳代用品之促銷活動，包括不得以贊助、試用或免費等方式，取得奶瓶及安撫奶嘴。	2 分 行政
	1-3. 此政策在婦產科門診、兒科門診、產房、產科病房、嬰兒室、新生兒加護病房及新生兒中重度病房等區域張貼，若鄰近單位（同一出入口）或兩單位位於同一區可只張貼一張政策海報。	1 分 行政
	1-4. 醫療院所追蹤產婦住院期間之哺乳情形，建立產婦母乳哺育率相關資料。	2 分 行政
措施二：提供照護母嬰相關工作人員教育訓練		
（一）對照護母嬰之工作人員（包括產、兒科醫師及護理人員等），訂有哺餵母乳之訓練課程規劃： 1. 課程內容參考世界衛生組織之建議訂定。 2. 訓練課程至少 8 小時以上；且每隔兩年必須再接受繼續教育至少 8 小時以上。 3. 講師受過哺乳專業課程之訓練。 （二）所有照護母嬰之工作人員，接受過該醫療院所支持哺餵母乳政策之介紹。工作人員曾接受過哺餵母乳之訓練。 （三）工作人員熟知哺餵母乳之優點及相關知識。	2-1. 由醫療院所提供照護母嬰之工作人員 (包括產、兒科醫師及護理人員等) 有關哺餵母乳之訓練課程規劃，此訓練課程至少 8 小時。訓練課程的講師為有受過哺乳專業課程訓練的母嬰親善認證之認證委員或種子講師。	3 分 行政
	2-2. 挑選當班照護母嬰的工作人員，所有被挑選的工作人員曾接受過哺餵母乳相關教育訓練，如果是到職未滿 6 個月之新進工作人員，至少接受過該醫療院所支持哺餵母乳政策之介紹。	3 分 實務
	2-3. 挑選當班照顧母嬰的工作人員，所有被挑選的工作人員能正確地回答有關哺餵母乳問題。	6 分 實務

基準	評分說明	配分
措施三：提供孕婦哺餵母乳之相關衛教與指導		
（一）孕婦表示該醫療院所有教導哺餵母乳的優點及產後 6 個月內純哺餵母乳的重要性。 （二）孕婦（懷孕 28 週以上）知道下列哺餵母乳相關知識至少 3 項以上： 1. 24 小時親子同室的好處 2. 如何確保奶水充足 3. 依嬰兒需求餵奶的重要性 4. 抱嬰兒的姿勢及嬰兒含住乳房的姿勢 5. 產後即刻母嬰皮膚接觸的好處 （三）孕婦表示該醫療院所未曾對她們進行嬰兒配方奶之促銷活動。 （醫療院所不得與配方奶公司共同合作辦理產前教室或其他衛教宣導活動）	於醫療院所產前門診挑選 5 位懷孕週數 28 週以上之孕婦 (不含初診孕婦)：	
	3-1. 所有被挑選的孕婦回答曾與工作人員討論哺餵母乳的優點、曾被教導產後前 6 個月內純哺餵母乳的重要性，並能說出哺餵母乳好處至少 3 項。	2 分 行政
	3-2. 所有被挑選的孕婦可以描述下列 5 項題目中的 3 項：24 小時親子同室的好處、如何確保奶水充足、依嬰兒需求餵奶的重要性、抱嬰兒的姿勢及嬰兒含住乳房的姿勢、產後即刻母嬰皮膚接觸的好處。	5 分 行政
	3-3. 所有的孕婦確定她們沒有接受該醫療院所院內人士有關嬰兒配方奶之促銷活動。（醫療院所不得與配方奶公司共同合作辦理產前教室或其他衛教宣導活動）	4 分 行政
措施四：幫助產婦產後儘早開始哺餵母乳		
（一）陰道生產之產婦，於產後半小時之內（不限地點），就能與自己的嬰兒，有 20 分鐘以上之皮膚接觸，及剖腹生產之產婦，於手術中或手術完成清醒後半小時之內（不限地點），就能與自己的嬰兒，有 10 分鐘以上之皮膚接觸，在接觸時，工作人員教導如何觀察嬰兒想吃奶的表現，並且在想吃奶時協助。 （二）產科病房工作人員，知道鎮靜劑、麻醉藥或止痛劑等藥物對哺乳的影響，並能正確使用。 （三）產婦若使用鎮靜劑、麻醉藥、止痛劑等，應有醫療上可接受的理由；或使用退奶藥，應有醫療上可接受的理由或產婦及家屬在充分被告知後仍堅持要求。	4-1. 產科單位中挑選 2 位陰道產的產婦，所有被挑選的產婦回答產後半小時之內（不限地點）就能抱自己的嬰兒，有母嬰身體皮膚對皮膚的接觸至少 20 分鐘，及挑選 1 位剖腹產的產婦，於手術中或手術完成清醒後半小時之內（不限地點）就能抱自己的嬰兒，有母嬰身體皮膚對皮膚接觸至少 10 分鐘，在接觸時，工作人員教導如何觀察嬰兒想吃奶的表現，並且在想吃奶時協助。	8 分 實務
	4-2. 挑選 3 位產科單位之工作人員，所有被挑選者可以正確回答鎮靜劑、麻醉藥或止痛劑等藥物對哺乳的影響，並能正確使用。	2 分 實務
	24-3. 挑選3位產婦病歷，若有使用鎮靜劑、麻醉藥、止痛劑等，應有醫療上可接受的理由；或使用退奶藥，應有醫療上可接受的理由或產婦及家屬在充分被告知後仍堅持要求。	2 分 實務

基準	評分說明	配分
措施五：提供母親哺餵母乳及維持奶水分泌等相關指導及協助		
（一）產婦表示，在產後 6 小時內有醫護人員提供進一步哺乳之協助 (哺餵母乳姿勢、維持泌乳、嬰兒含住乳房技巧)，給予指導，且告知她們可以在何處得到協助。 （二）哺乳產婦，會正確示範餵奶姿勢及嬰兒含住乳房的方法。 （三）產科病房工作人員會教導且會示範正確之餵奶姿勢、嬰兒含住乳房的方法及以手擠奶的技巧及時機。 （四）因醫療上需要而暫時無法哺餵母乳之產婦表示，曾接受維持泌乳之指導。 （五）在新生兒加護病房或中重度病房有提供母乳保存之設備及母乳哺餵之指導。	5-1. 挑選 3 位產婦 (包括 1 位剖腹產)，產婦回答在產後 6 小時內，有醫護人員提供進一步哺乳之協助 (哺餵母乳姿勢、維持泌乳、嬰兒含住乳房技巧)，給予指導，且告訴她們何處可得到協助。	5 分 實務
	5-2. 哺乳產婦，可以正確示範餵奶姿勢及嬰兒含住乳房的方法。	4 分 實務
	5-3. 挑選產科病房當班之工作人員，所有被挑選的工作人員回答會教導產婦正確之餵奶姿勢、嬰兒含住乳房的方法及以手擠奶的技術及時機；所有被挑選的工作人員能示範教導病房中任 1 位產婦正確之餵奶姿勢，及嬰兒含住乳房的方法；所有被挑選的工作人員能描述他們教導產婦以手擠奶之技巧。	4 分 實務
	5-4. 挑選 1 位需特殊照顧嬰兒之母親，曾接受過維持泌乳的指導。 [註]：1. 本項為可選項目。 2. 需特殊照顧意指母嬰分開的情況。	2 分 行政
	5-5. 在新生兒加護病房或中重度病房有提供此類新生兒母乳保存的設備及母乳哺餵之指導。 [註]：1. 本項為可選項目。 2. 未設有新生兒加護病房和中重度病房之院所，本項免評	2 分 行政
措施六：除有醫療上的需求之外，不得提供哺餵母乳的嬰兒母乳以外的食物或飲料給嬰兒		
（一）哺餵母乳的嬰兒，不得提供母乳以外的食物或飲料；如有接受其他食物或飲料，係因醫療理由，或因產婦及家屬之意願。 （二）醫療院所因醫療需求或孕婦及其家屬意願，而採非純母乳哺育之產婦，應個別提供餵食方面之指導、諮詢及協助。	6-1. 詢問產科病房，挑選 3 位產婦 (包括 1 位剖腹產)，她們的嬰兒在醫療院所是否接受過母乳以外的食物或飲料，如果哺餵母乳的嬰兒接受母乳以外其他食物或飲料，能說出醫療上可接受的理由或是因產婦及家屬經說明仍堅持而為之。	2 分 實務
	6-2. 挑選產科病房當班之工作人員，所有被挑選的工作人員回答：對採非純母乳哺育之產婦會個別教導有關嬰兒配方安全餵食的方法，及告知母親們諮詢資訊。	0.5 分 實務

基準	評分說明	配分
（三）醫療院所不得以贊助、試用或免費等方法，取得母乳代用品。 （四）哺餵母乳的嬰兒，有醫療需求須添加水分及母乳代用品，須以非奶瓶、奶嘴方式（如杯餵、滴管或湯匙等）餵食。	6-3. 挑選非哺育母乳的產婦，說明她們在準備及給予小孩餵食方面曾受到個別指導如何正確餵食。 [註]：個別指導不包括以公共、團體衛教方式提供之指導。	0.5 分 實務
	6-4. 醫療院所不得以贊助、試用或免費等方法，取得母乳代用品，如醫療院所有嬰兒配方奶，應提供採購流程及採購證明（至少是本年度的發票或收據）。	2 分 行政
	6-5. 哺餵母乳的嬰兒有醫療需求須添加水分及母乳代用品者，須以非奶瓶、奶嘴方式（如杯餵、滴管、空針或湯匙等）餵食。	2 分 實務
措施七：實施親子同室		
（一）當日訪問之產婦，在產前及住院時被醫療院所主動告知有提供親子同室及相關注意事項。 （二）實地認證前之 3 個月住院陰道產產婦中，住院期間實施全天 24 小時親子同室者，平均達 10% 以上（因醫療上可接受之理由，而無法實施親子同室者除外）。 （三）實地認證前之 3 個月住院剖腹產產婦中，住院期間實施全天 24 小時親子同室者，平均達 5% 以上（因醫療上可接受之理由，而無法實施親子同室者除外）。 （四）醫療院所訂有具體之親子同室感染控制及安全相關措施，並告知產婦及家屬。	7-1. 當日訪問之產婦中，在產前及住院時被醫療院所主動告知有提供 24 小時親子同室。 [註]：24 小時親子同室指新生兒出生後 4 小時內即進行親子同室，且在全程住院期間每日母嬰分離時間不超過 1 小時。	3 分 實務
	7-2. 實地認證前 3 個月住院陰道產產婦中（正常新生兒）至少平均有 10% 之產婦於住院期間實施全天 24 小時親子同室（因醫療上可接受之理由，而無法實施親子同室者除外）。 [註]：1. 陰道產產婦採行 24 小時親子同室率＝陰道產採 24 小時親子同室人數 ÷ 總正常產婦人數中之陰道產產婦人數 ×100% 2. 正常產婦人數指母嬰皆正常的母親數，故多胞胎以一人計算。	3 分 行政
	7-3. 實地認證前 3 個月住院剖腹產婦中（正常新生兒）至少平均有 5% 之產婦於住院期間實施全天 24 小時親子同室（因醫療上可接受之理由，而無法實施親子同室者除外）。 [註]：剖腹產婦採行 24 小時親子同室率＝剖腹產採 24 小時親子同室人數 ÷ 總正常產婦人數中之剖腹產產婦人數 ×100%	2 分 行政
	7-4. 醫療院所內有具體之親子同室感染控制及安全措施的政策，並告知產婦及家屬。	2 分 行政

基準	評分說明	配分
措施八：鼓勵依嬰兒的需求哺餵母乳		
（一）產婦表示該醫療院所沒有限制其哺乳時間及次數。 （二）產婦表示，曾被教導不論是在嬰兒有需求時，或是母親乳房脹奶時，就可以哺餵母乳。 （三）產婦表示，於母嬰分開期間被通知可於任何時間哺餵母乳。	8-1. 挑選 3 位產婦 (包括 1 位剖腹產)，所有被挑選的產婦回答醫療院所沒有限制其哺乳時間及次數。	4 分 實務
	8-2. 挑選 3 位產婦 (包括 1 位剖腹產)，所有被挑選的產婦回答曾被教導不論是在嬰兒有需求時，或是母親乳房脹奶時，就可以哺餵母乳。	3 分 實務
	8-3. 挑選 3 位產婦 (包括 1 位剖腹產)，所有的產婦於母嬰分開期間被通知可於任何時間哺餵母乳。	3 分 實務
措施九：不得提供嬰兒人工奶嘴餵食或安撫奶嘴		
（一）哺乳產婦表示，醫療院所沒有給他們的嬰兒安撫奶嘴及人工奶嘴餵食。 （二）沒有看到哺餵母乳之正常嬰兒使用安撫奶嘴及人工奶嘴餵食。	9-1. 挑選 3 位產婦 (包括 1 位剖腹產)，其中哺乳的產婦回答就她們所知，醫療院所沒有給她們的嬰兒安撫奶嘴及人工奶嘴餵食。	2 分 實務
	9-2. 沒有看到提供哺餵母乳之正常嬰兒使用安撫奶嘴及人工奶嘴餵食。	2 分 實務
措施十：鼓勵院所內成立母乳哺餵支持團體，並建立轉介系統		
（一）哺乳產婦表示工作人員曾與他們探討出院後之嬰兒餵食計畫，並提供產婦哺餵母乳諮詢電話及當地母乳哺餵支持團體或衛生所母乳哺育志工訊息。 （二）應設置 24 小時諮詢電話，提供哺乳方面的諮詢服務。 （三）應與當地之衛生單位或母乳哺餵支持團體建立轉介模式。	10-1. 挑選 3 位產婦 (包括 1 位剖腹產)，其中哺乳的產婦回答工作人員曾與她們探討出院後之嬰兒餵食計畫，並提供產婦哺餵母乳諮詢專線、當地母乳哺餵支持團體或衛生所母乳哺育志工訊息。	3 分 實務
	10-2. 醫療院所應設置 24 小時諮詢電話，提供母親有關哺乳方面的諮詢服務。	3 分 行政
	10-3. 母嬰照顧的工作人員應知道當地之母乳哺餵支持團體，及建立轉介模式。	3 分 行政

適用總分：

- ☐ 不適用 5-4，且不適用 5-5，總分為 98 分。
- ☐ 適用 5-4，但不適用 5-5，總分為 100 分。
- ☐ 不適用 5-4，但適用 5-5（但僅設置新生兒加護病房或中重度病房之一者），總分為 99 分。
- ☐ 不適用 5-4，但適用 5-5（且同時設有新生兒加護病房及中重度病房），總分為 100 分。
- ☐ 適用基準 5-4，且適用基準 5-5（但僅設置新生兒加護病房或中重度病房之一者），總分為 101 分。
- ☐ 適用基準 5-4，且適用基準 5-5（且同時設有新生兒加護病房及中重度病房），總分為 102 分。

如何以健康促進醫院模式「推動母乳哺育」

天主教耕莘醫療財團法人永和耕莘醫院

耕莘醫院永和分院成立於 1983 年 7 月 18 日，秉持愛主愛人、尊重生命之宗旨，全人、全程、全隊、全家之四全照護理念，肩負醫療服務、教育訓練與醫學研究三大任務，極力發展內、兒、婦、外各科急性醫療，除符合在地民眾對本院角色功能之期望，也能達到醫療可近性、環境清幽舒適、設備新穎齊全、醫療多元化、急重症照護與健康促進的優質社區醫院。因此，為提供病人全方位醫療服務，近幾年本院不斷網羅許多優秀醫師加入婦產科醫師陣容，截至目前本院婦產科專任醫師 4 位。另外，為讓病人能享有充足醫療人力與精細的部門分科等優勢下，亦積極聘任總院新店耕莘醫院、台大醫院等醫師到院兼任，期望透由跨院、跨部門合作，更能針對病人的病症，安排他們至各個主治醫生所專門的項目進行治療，達到醫療資源整合、相輔相成之效果。

本院為地區教學醫院，婦產科業務範圍涵蓋門診、急診、一般病房、產房及產科病房等五大區塊，門診部分每日開放早、中、晚各一診次，『急診採 24 小時由婦產科醫師親自看診』，一般病房共 16 床（含高危險妊娠病床）。醫師人力部分：專任主治醫師共 4 名；產房護理人力共 6 名，婦產科病房護理人力共 10 名，每位護理人員除了照護工作外，必須適時的教導並衛教相關疾病照護知識與產前、產後之連續性母乳哺育知識及技能，為提供優質且高品質的醫療照護服務，更定期安排人員參與婦產科照護課程訓練，同時不斷接受母嬰親善醫院的評鑑，且時時針對護理品質進行修正改善。

本院除擁有優質產科服務外，更有強力的兒科陣容支援產科業務，兒科先後取得小兒專科訓練醫院複評、國家生技醫療品質入圍獎、台北市衛生局認證為大台北地區緊急醫療網，轉診速度最快之新生兒轉診專責醫院、高危險性新生兒轉診、周產期醫療院所評鑑高危新生兒轉診醫院等多項認證，其目的在積極提升兒科醫療照護品質，冀望讓每個新生命當其面臨醫療服務的需求時，能便捷的獲得適當的醫療服務，因此也成為中永和轄區高危妊娠處理最堅強的醫療支持與支援單位。

以下為耕莘醫院永和分院執行母嬰親善成效之介紹：

一、現況分析 (Baseline assessment)

根據陳氏 1996 年調查顯示，台灣地區產後

一個月以配方奶及母奶混合哺餵比率為35.9%，純母乳哺餵的比率僅5%，和世界衛生組織建議相距甚遠，因此國民健康署於2001年將提升母乳哺餵列為工作重點。

本院於2008年加入推行母嬰親善認證活動，當時有三大問題：

(一) 產婦母乳哺餵意願低，住院中純母乳哺餵率僅13.42%。

(二) 24小時親子同室執行率低，統計執行率僅13.88%。

(三) 護理人員缺乏相關訓練且院內無統一之標準作業流程。

探究原因：產婦、護理人員缺乏正確母乳哺育相關知識，衛教單張零散不完整，產科門診無專責衛教人員，產後病房及嬰兒室人員交班未落實，床邊衛教指導時有用物不全或標示不清讓產婦產生焦慮、不安而失去信心，24小時親子同室工作人員無統一探視原則，有時未能及時協助產婦哺育相關問題，綜觀上述，以健康促進為使命的永耕，深深覺得營造母嬰親善優質照護環境，刻不容緩。

二、準備工作、資源投入與策略規劃 (Plan)

本院於2008年6月23日成立『母嬰親善推動委員會』，團隊包含：院長室、產兒科醫師、麻醉科醫師，護理人員、營養師、感控師、醫護助理、母乳志工、牧靈、社服等，定期召開會議一次。依據現況分析提出相關改善方案：

（一）提高母乳哺育率：

重整各類母乳相關衛教單張，製作「媽咪寶貝產前及產後手冊」、「寶寶出院護理指導手冊」、「床邊親子手冊」、「嬰兒衛教執行紀錄單」、「母乳哺餵護理指導紀錄表」；設立親子衛教師專責一對一衛教，針對每位產婦學習成效進行定期追蹤。

（二）提高24小時親子同室率：

修訂「親子同室作業標準」、制定「親子同室常見問題及解決方法」衛教單張，增置床邊衛教推車，重新規劃嬰兒推車下方置物區，提高產婦、家屬床邊照護滿意度，統一制訂交班流程。

（三）母乳相關人員進行培訓：

制訂相關新進人員母乳哺育知識：到職第一週母嬰親善政策介紹；第二週說明十大措施執行方式；第一個月評值學習成效，並院外派訓或院內舉辦母乳哺育教育訓練課程，每人每年至少4小時。

三、執行狀況 (Action)

依據母嬰親善醫院十項措施準則，本院執行狀況如下：

措施一：成立委員會明確訂定哺餵母乳政策並張貼各區，定期會議檢討改進。

措施二：提供母嬰照護相關人員母乳哺育教育訓練，定期評值學習成效。

措施三：提供孕婦哺餵母乳之相關衛教與指導，提供「媽咪寶貝產前衛教手冊」，由專人個別指導不同孕期相關知識。

措施四：幫助產婦產後儘早開始哺餵母乳，產後媽媽與寶寶生命徵象穩定下，進行早期親子肌膚接觸；降低影響乳汁分泌及嬰兒吸吮因素等。

措施五：提供母親哺餵母乳及維持奶水分泌等相關指導及協助產後提供哺餵獨立空間，指導哺乳相關技能。

措施六：除有醫療上需求，不提供嬰兒母乳以外的食物或飲料，嚴禁母乳代用品宣傳，不與奶粉廠商合作辦理課程，經兒科醫師評估有醫囑需求才使用母乳代用品，且以空針或杯子餵食。

措施七：實施親子同室，提供安全舒適產後環境配置雙套密碼鎖、感控標語、乾洗手液、全護欄加大床組、嬰兒床邊小叮嚀。

措施八：鼓勵 24 小時親子同室，並依嬰兒需求哺餵母乳並滿足嬰兒需求。

措施九：不得提供嬰兒人工奶嘴餵食或安撫奶嘴；純母乳者，指導親餵、空針、吸管或杯子餵食，以早產兒奶水瓶取代有奶嘴的奶瓶收集母乳，鼓勵早產兒母乳哺餵。

措施十：鼓勵院所內成立母乳哺餵支持團體，並建立轉介系統，成立母乳支持團體，定期聚會探討哺育相關議題或經驗分享；提供 24 小時母乳諮詢專線，由專人進行電話諮詢，並適時轉介相關縣市衛生所協助。

四、實施成果 (Results)

- 2008~2012 年度針對各項照護問題組品管圈進行持續改善，成果如下：
- 2008 年母乳衛教成效改善方案成果：修改「母乳哺餵護理指導紀錄表」、設置「床邊親子手冊」、製作「媽咪寶貝產前及產後手冊」。
- 2009 年提升 24 小時親子同室率成果：設立親子衛教師、制定「孕產婦全期照護指導記錄單」、修定「親子同室作業標準」、新增床邊親子同室及感控小叮嚀、制定「親子同室常見問題及解決方法」。
- 2010 年提升 24 小時親子同室床邊照護家屬滿意度成果：增置床邊衛教推車提升衛教之時效、重新規劃嬰兒推車下方置物區。
- 2011 年提升嬰兒室交班完整率成果：制訂嬰兒室交班單、產後病房及嬰兒進行跨單位交班。

年度 \ 項目	純母乳	混合母乳 純母+配方奶	純配方奶	總哺育率
97年	13.88%	75.10%	3.67%	88.98%
98年	26.03%	65.41%	8.56%	91.44%
99年	48.81%	44.75%	6.44%	93.56%
100年	48.62%	49.54%	2.14%	98.17%
101年	46.72%	50.25%	3.03%	96.97%

2008-2012 年度住院期間純母率及總哺乳率

項目 \ 年度	陰道產超過20分鐘	剖腹產超過10分鐘	總接觸率	陰道產產婦採行24小時親子同室	剖腹產產婦採行24小時親子同室	產婦採行24小時親子同室平均比率
97年	95.88%	17.86%	76.55%	10.86%	11.76%	11.11%
98年	99.52%	83.82%	95.67%	9.82%	5.63%	8.81%
99年	97.70%	97.10%	97.20%	34.68%	39.44%	35.84%
100年	97.51%	98.48%	97.72%	51.33%	49.21%	50.87%
101年	98.95%	89.01%	96.54%	59.06%	42.00%	55.20%

Skin to skin、24 小時親子同室率統計表

- 2008-2012 年度住院期間純母率及總哺乳率 Skin to skin、24 小時親子同室率統計表

五、結論與建議 (Comment)

過去傳統的婦幼照顧模式，當新生兒出生後即強制與母親分離，產後母親的照顧歸屬產後病房，其照顧重點在於子宮的復原及如何做好月子，而新生兒的照顧自然就歸屬嬰兒室，照顧重點除了托嬰外，產後母親必須至嬰兒室方能學習到完整的育嬰技巧，此時此刻的產後病房與嬰兒室這兩個關係微妙的單位自始至終互不交集。

但是，早於 1940 年代，歐美國家為了提供產後母親與新生兒，在住院期間能得到最切實的護理照顧，因而發展出『親子同室』護理模式的雛型。母乳是新生兒最完美最天然的營養補給品，哺餵母乳除了可以增加母親與嬰兒的身體接觸外，同時可加強親子關係的建立與嬰兒對母親的信賴感，『親子同室』的護理模式正是醞釀此關係最佳的根本辦法。

現今推行的『親子肌膚接觸』與『親子同室』是符合以家庭為中心的一種護理活動，也是母乳哺育是否成功的重要關鍵，同時此兩項顛覆過去產後病房與嬰兒室傳統照顧措施，於母嬰親善醫院十大步驟中亦獨佔鰲頭。這樣的改變也間接促使照顧產婦及新生兒的醫護人員自然而然的將照護場所轉入病房，此方式不僅可依新生兒的生理時鐘隨時哺餵，間接提高哺餵母乳的成功率，亦可提高護理人員的工作成就感與責任感；相對的讓新生兒於出生時即刻進入家庭照顧模式，儘早與家人接觸，彼此及早適應，並建立良好的親子關係。

另外，準爸爸及準媽媽可於產後病房中共同學習育嬰的技巧且接受護理人員床邊指導，使父母親在返家後對新生兒的照顧更具信心。此學習時機與過去相比較可說是大幅提前許多；當然這樣的改變也考驗著高層主管的決心與魄力，在醫院的院長或診所的負責人，如果對母乳哺育非常重視的話，就會行文相關部門及提供相關工作人員的教育訓練，這對推行母乳哺育成功與否佔有極為重要的角色，當然，本院很幸運的擁有具相當決心與魄力高層主管，由於他們的多方支持，使得身處臨床單位的醫護人員更添信心，讓我們於 2009 年 11 月 13 日勇於接受母嬰親善醫院評鑑，並於 2010 年 1 月 1 日正式成為『母嬰親善醫院（baby-friendly hospital）』，效期三年，於 2012 年 9 月再次接受複評取得母嬰親善認證績優醫院效期四年殊榮。

本院秉持著以健康促進醫院模式推動母乳哺育，依循母嬰親善醫院認證標準，設置母嬰親善委員會，努力營造母嬰親善場域，在相關區域張貼母乳哺育政策、提供相關衛教手冊及教具、溫馨舒適哺乳場所，門診採一對一指導母乳哺育知識，床邊依需求指導親子照顧技能，定期舉辦母乳課程、落實指標監測與統計異常分析改善、成立母乳哺育支持團體，整合社會資源提供 24 小時母乳哺餵諮詢專線，建置院內、外轉介流程，提供全方位的照護，團隊本著健康促進醫院目標前進，當然，推動母嬰親善醫院過程中，臨床上也遇到許多挫折，如第二胎產婦會因太累，雖費時說明仍拒絕 24 小時親子同室；舉辦母乳支持團體也常遇到媽媽們反應帶小孩參加不便而讓成員一直不穩定，這些都是未來需要再努力改善的方向，但臨床醫護人員如能把握住院黃金時段，認同且齊心協助及支持爸媽去適應家中的新成員，會是順利推行成功因素的要件，希望透過推動母嬰親善的經驗分享，持續營造優質哺育親善環境。

落實以家庭為中心的健康促進

—實現母親以母乳哺餵寶寶的心願

高雄醫學大學附設中和紀念醫院

一、現況分析 (Baseline assessment)

在人類生命最初的哺餵方式由母親珍貴的奶水轉而由人工製造的配方奶逐漸取代後，採取配方奶哺餵為主流的迷思便逐漸根植於一般大眾的觀念中，母乳哺餵不僅在母嬰照護的專業養成與臨床常規中被遺落，民眾要獲得母乳哺餵的相關訊息或哺餵的支持就顯得更加的不容易。

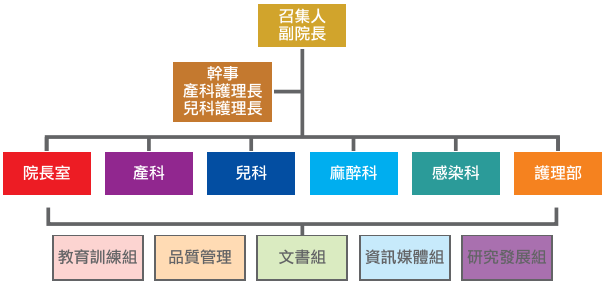
根據聯合國兒童基金會（The United Nations Children's Fund, UNICEF）的推估，在開發中的國家，如果政府有推動母乳哺育的話，每年大約可以預防 100 萬個五歲以下孩童的死亡（UNICEF, 2012），顯見母乳哺育對嬰幼兒及孩童健康的重要。自 2001 年開始，我國以世界衛生組織及聯合國兒童基金會愛嬰醫院的標準為基準，在保有愛嬰醫院十大措施精神為前提下，配合國內現況修訂我國「母嬰親善」認證基準，推動我國母嬰親善醫院認證。依據 2009 年國民健康署（時稱國民健康局）所進行的全國性母乳哺育調查顯示，於母嬰親善醫療院所生產的母嬰採取純母乳哺餵方式的比率顯著高於非母嬰親善醫療院所生產者（國民健康署，2010），此結果與美國、英國的研究相同。至 2011 年止，我國產後一個月的純母乳哺育率由 2004 年的 33.2% 提升到 61.8%，總哺育率也由 54.2% 提升到 87.5%，至 2012 年止，我國共有 163 家母嬰親善醫院，於母嬰親善醫療院所出生寶寶的比率達 75.1%（國民健康署，2013），這些歷程都是各醫療院所工作人員為母嬰親善所投注的耕耘與努力的成果。

二、準備工作、資源投入、策略規劃 (Plan) 與執行狀況 (Action)

根據母嬰親善團隊的資料，高雄醫學大學附設中和紀念醫院新生兒團隊自 1997 年起便開始早產兒母乳哺餵的推廣，2001 年為全面增進母嬰的健康與福祉，結合本院跨領域團隊（圖一），包括護理、醫療及醫事等，以副院長為團隊召集人組成「母嬰親善推動委員會」（圖二），開始推動母嬰親善十大政策，秉持「以家庭為中心」的理念及實現產後家庭以母乳哺餵寶寶的心願為團隊共同的願景，建構親善的母嬰照護環境，並成為南台灣推動母嬰親善的重鎮。

在實踐母嬰親善的相關政策當中，為考量轉

圖一 本院跨領域團隊



圖二 母嬰親善委員會組織架構

診到醫學中心孕產婦及新生兒的需求，主動與其他母嬰照護的醫療機構建立夥伴關係，先藉由教育訓練等活動的辦理，宣導母嬰親善相關理念、提高轉診醫療院所工作人員母乳哺餵的相關知識與技能及拓展母嬰親善網絡，將母嬰親善的支持網絡，自醫療機構拓展到轉診機構，再結合衛生局、所的資源，協助哺乳志工的訓練與參與協助社區哺乳支持團體的運作等，將支持網絡由機構向社區逐漸擴展，使哺乳婦女及其家庭成員能夠就近獲得當地社區的相關資源。

母嬰親善在高醫的推動不僅只是要對國家政策的回應，也是母嬰親善團隊成員在專業發展歷程中對專業角色的再定位及母嬰照護再創新的歷程。在團隊的經營策略上以提供優質的母嬰照護為共同願景，發展具以下特色的母嬰親善照護：

(一) 落實以家庭為中心的照護理念，以建構孕產照護及哺乳支持的親善環境

母嬰親善團隊將生產視為一項健康而非疾病的過程，在陪伴孕產家庭成員準備迎接新生兒的過程中，珍視每一個家庭的每一次的待產、生產、產後及新生兒照護的歷程，並瞭解這些歷程都與家庭情感、社會及身體改變有關。

秉持以家庭為中心的理念及落實性別平等的理念以推動母嬰親善，首創以個案管理模式，提供孕產家庭所有成員由產前、產中、產後持續及完善的哺乳支持。所以，母嬰親善團隊：

1. 在產前照護中，相信一個完整的生產前後的教育計畫應能使得家庭中的成員積極的參與整個懷孕、生產及為人父母的過程。並且，需依據每一位婦女及其家庭成員之個人、心理、社會、教育、生理、心靈及文化上的需求而有個別性。
2. 瞭解並能協助生產的家庭成員在訊息資源充裕的情況下，可以選擇其孕期、待產、生產、產

後及新生兒的照護，並致力支持此家庭希望得到的生產及哺乳經驗。

3. 鼓勵母親所選擇的支持者在產前即積極地參與產前指導、待產、生產、產後及新生兒照護等歷程。鼓勵及協助母親所選擇的主要支持者陪產，共同迎接新生兒的到來及在生命的最初即能開始建立親子關係。

4. 在待產、生產及產後照護的過程中，提供適當的安全及感染控制措施，使母親能夠在有需要時，可以在充分了解如何適切的保護自己及新生兒的情況下，可以有親友探訪、支持及陪伴，並能獲得保護。

5. 瞭解對寶寶而言，母親是最好的照顧者，因此，支持 24 小時親子同室；在實施親子同室期間，當母親正在照顧她們的嬰兒時，護理人員的角色由新生兒的直接照護者轉變為協助母親或家庭提供照護的促進者（圖三）。

6. 在住院期間，將母親與嬰兒視為一個單一的家庭單位，提供母嬰所需的照護，甚至當母嬰因為特殊的照護情況，例如疾病等需被短暫分離時。因此，產科、產房及嬰兒室所有的護理人員均接受產科及新生兒照護的訓練，使能同時具備母親及新生兒照護的核心能力，能在母嬰共同照護期間，同一位護理人員有能力可以共同提供母親與新生兒的照護。

圖三 重要支持者參與親子同室

7. 鼓勵父母親能隨時接近他們高危險的新生兒，新生兒加護病房、中重度病房鼓勵新生兒的父母親可以積極參與他們的新生兒的照護，並能依據寶寶的狀況，選擇適當的餵食計畫。

(二) 關注性別的議題，相信哺乳議題與婦女的生育及母嬰的健康習習相關

母嬰親善團隊相信婦女有權哺乳，因此：

1. 所有的婦女都應有權利可以完全哺餵母乳。

2. 照護母嬰的工作人員應致力於使婦女及其重要的支持者有能力可以為其新生兒採取適當的餵食計畫。

3. 母乳哺育的宣傳方案，應考慮到與婦女生活有關的性別議題。

4. 提供親善的哺乳支持，以保護婦女使其能於產後繼續哺餵母乳。

(三) 以實證為基礎，重建母嬰照護常規與持續支持母乳哺餵的文化

為破除與配方奶競合的產科照護常規，母嬰親善團隊共同：

1. 檢視孕產及新生兒照護的常規，並以實證的知識為基礎，重新建構孕產及新生兒照護模式。

2. 採取親善的生產支持，相信在生產過程中提供母親持續性的支持可以增加哺乳率、持久性及母嬰間的情感互動，並因此使家庭、母親、嬰兒及社會獲益。

3. 提供早產兒發展性的支持與照護，例如非營養性吸吮的訓練、口腔訓練等，有利於早產兒的進食及營養狀況的改進。

4. 提供母嬰分離狀態的家庭哺餵母乳的支持，可以提升早產兒母乳哺餵率及增進親子連結。

5. 提供早產兒採取持續性的哺乳支持，例如出院準備服務、出院早期的家庭訪視等，可以提供早產兒家庭哺育信心及哺乳率。

6. 關注產後照護文化對母嬰照護的影響，整合中、西醫及醫學中心其他跨領域的資源於產後母嬰的照護，以支持婦女產後調養及哺乳的文化信念，增進產婦身、心、靈的安適。並設置產後護理機構，使產後婦女能接受持續性的照護。

(四) 實踐雁行領導，組織跨機構、跨領域的母嬰親善支持網絡，全方位提供母乳哺餵的支持與照護

1. 實踐雁行領導，照護母嬰的工作人員能密切的聯繫與合作、輪流領導、相互激勵和互相扶持，秉持共同的信念及朝共同的願景而前進。

2. 與體系內的醫療機構 (小港醫院、大同醫院) 及周產期緊急醫療網發展夥伴關係。

(1) 體系內為一學習型組織，以建立優質母嬰照護為共同願景，團隊成員能自主的學習及進行專業發展的規劃，提升母嬰照護的核心知識與技能。

(2) 發展母嬰親善聯合訓練計畫，協助其他機構照護母嬰之護理人員發展母乳哺餵的核心知能。

(3) 每年辦理母嬰親善教育訓練並邀請高高屏周產期緊急醫療網中的夥伴醫院參加，以增進照護母嬰工作人員間的互動及母乳哺餵的知識與技能之交流。

(4) 參與台南市、高雄市及屏東縣市等衛生局所辦理之母嬰照護醫療院所或產後護理機構之輔導或教育訓練，以增進典範的交流及改善母嬰親善照護實務。

(5) 與社區診所發展母乳哺餵轉介機制，透過哺乳諮詢或家庭訪視以協助哺乳家庭能獲得妥善及持續性的關懷及協助。

(6) 配合國民健康署推動母嬰親善支持網絡的建立。

3. 發展社區支持母乳哺餵的相關資源，使哺餵母乳的意識能回歸社區與家庭，建構親善的社區哺乳支持環境

(1) 辦理社區支持團體的交流，建立社區支持網絡及增進孕產家庭及社區民眾對支持母乳哺餵的意識。

(2) 辦理社區哺乳志工的訓練，以發展能支持母乳哺餵的人力資源。

(3) 參與社區保母、社區藥師的母乳哺餵教育訓練，使母嬰親善的支持能推展到社區及家庭。

(五) 重視跨文化及弱勢族群的照護，積極參與友邦人員母嬰照護核心能力的訓練及緊急狀況下嬰幼兒餵食的照護及支持

1. 發展友邦人員母嬰親善訓練計畫，支持跨文化母嬰照護臨床實務的交流。

2. 參與索羅門群島「Education and Trainings of Nursing Care for Maternal Women and Neonate」計畫，提升索國護產人員對母乳哺育的準備與照護的知識與技能。

3. 發展母嬰照護工作人員於緊急狀況下哺乳支持的照護能力，使其能於參與八八風災及各項緊急救護的工作中，有能力可以提供嬰幼兒適當的營養照護。

(六) 重視研究發展，並能結合產學資源，以顧客需求為導向，研發創新服務產品，提升照護滿意度

1. 為鼓勵家人參與新生兒的照顧及減少因常規作業的母嬰分離，與高雄醫學大學產學合作，創新研發「親子同室行動沐浴車」（圖四），並獲專利。2012 年 4 月提出新型專利申請編號：101207000 並已通過專利，參與經濟部及教育部比賽 - 於全國大專院校 229 隊參賽隊伍中獲第一名。研發之產品實際應用於臨床照護，提供產後家庭學習新生兒沐浴，並減少新生兒照顧者因學習新生兒照護技能的疲累及母嬰分離的時間。

2. 以知識管理的概念將本院推動母嬰親善歷程中的數據、資料持續彙整，並藉由專案及研究的歷程，將資料轉化為組織的知識及管理的智慧並應用於臨床。近三年成果分別於國內外學術會議發表或刊登於國內外相關期刊，如護理雜誌、Journal of Clinical Nursing 等。另創新研發「母乳收集標籤」及列印資訊化作業（圖五），以利人員正確辨識，減少人員謄寫及書寫錯誤，並有效改善奶水收集瓶列印貼紙殘膠留存現象。

圖四 應用行動沐浴車執行新生兒沐浴指導

圖五 「母乳收集標籤」列印資訊化作業

(成果發表於：2013，三月，台灣母乳哺育聯合學會第三屆第二次會員大會暨學術研討會)

(七) 建立各項標準作業，以為母嬰親善推動之準則

母嬰親善推動委員會每學年度定期召開 2 次會議，依據本院的母嬰親善十大政策，由執行幹事協助擬定年度工作計畫及工作進度，交付委員會審議，於每次報告時，提出工作進度報告，並檢視各項監測指標、母乳哺餵推動情形和提案討論及決議，100 學年度母嬰親善團隊完成母嬰親善 ISO 程序書制定（圖六），使母嬰親善作業流程能標準化，提供工作人員能有依循，共建立以下 12 項母嬰親善 ISO 程序書，以做為母嬰親善推動之準則，包括：

1. 母乳哺餵政策管理程序書
2. 母嬰親善教育訓練計畫管理程序書
3. 產前母乳哺餵指導管理程序書
4. 產後即刻母嬰肌膚接觸管理程序書
5. 產後哺乳指導管理程序書
6. 母嬰分離母乳哺餵管理程序書
7. 母乳冷藏管理程序書
8. 親子同室管理程序書
9. 哺集乳室管理程序書
10. 產後電話諮詢管理程序書
11. 哺乳異常個案轉介管理程序書
12. 社區哺乳及支持團體運作管理程序書

圖六 母嬰親善管理程序書項目

三、實施成果 (Results)

藉由相關指標的訂定與持續的監測，可以使母嬰親善團隊能夠有持續改進的目標及動力持續的改進。

24 小時親子同室實施的重點除提供母嬰安全的照護情境外，也鼓勵家人參與並為迎接新生兒返家做準備，工作人員 24 小時持續關注及回應產婦的需求。在產後照護中心醫護人員的支持下，於本院生產的家庭有將近七至八成能於住院期間採取 24 小時親子同室；產後早期的純母乳哺乳率約為 60%（圖七）。

母嬰親善團隊除了在臨床照護營造一個親善的哺乳支持環境外，也在組織機構間營造正向的哺乳支持環境，於 2012 年 10 月間完成員工專用哺集乳室之設置，經高雄市政府衛生局評比獲頒「最佳舒適獎」，使員工能夠在工作期間持續哺乳。於本院生產的員工在生產後，100% 均能有哺餵母乳的經驗 (如表一)，當產後二個月

產假返回工作崗位時，約有 88.89% 仍在哺餵母乳，在產後四個月仍有 76.92% 持續哺餵母乳。

	2010年	2011年	2012年	2013年1-8月
24小時親子同室率	56.57%	71.94%	88.78%	76.64%
住院純母乳哺餵率	48.98%	52.90%	61.06%	58.33%
產後1個月純母乳哺餵率	51.65%	50.08%	54.86%	49.32%
產後2個月純母乳哺餵率	44.88%	41.65%	43.49%	46.94%
產後4個月純母乳哺餵率	0	36.38%	37.79%	39.71%

圖七 2010~2013 年母乳哺餵率及親子同室率統計

圖八 員工專用哺集乳室獲獎

四、結論與建議 (Comments)

母乳哺育的行動已持續十二年了，對母嬰親善團隊中每一個人而言，各階段的任務與挑戰都不一樣。未來母嬰親善團隊仍將持續整合相關資源，以更貼近母嬰需求的全方位照護為使命，致力於內、外部顧客母嬰親善環境的建構及哺乳文化的營造，並實踐雁形領導，讓更多的夥伴可以朝共同的目標耕耘及努力。

表一、純母乳哺餵率及總哺乳率

年度 / 指標項目 / 哺餵率(%)		2010		2011		2012		2013年1~8月	
		純母乳哺餵率	總哺乳率	純母乳哺餵率	總哺乳率	純母乳哺餵率	總哺乳率	純母乳哺餵率	總哺乳率
住院期間	本院所有產婦	48.98	97.70	52.90	98.81	61.06	98.74	58.61	94.37
	本院員工	50.47	100.00	55.19	100.00	74.43	99.43	64.15	98.02
產後一個月	*全國	65.70	90.80	68.60	91.80				
	本院所有產婦	51.65	95.67	50.08	96.30	54.86	95.69	48.88	87.34
	本院員工	60.38	99.06	53.25	96.75	60.80	97.73	50.93	97.18
產後二個月	*全國	60.00	85.00	61.60	85.20				
	本院所有產婦	44.88	87.40	41.65	83.81	51.31	93.97	41.63	72.45
	本院員工	52.08	89.58	42.21	86.36	56.33	89.24	68.89	88.68
產後四個月	本院所有產婦	未統計	未統計	33.38	67.68	37.68	68.94	42.16	56.94
	本院員工	未統計	未統計	39.68	76.19	45.99	75.91	45.99	77.50

* 註：全國數據為產後一個月以下及產後兩個月以下之純母乳哺育率與總哺育率。

參考文獻

中文參考文獻

國民健康署 (2010 年，1 月)．母嬰親善醫療院所，國家掛保證．取自 http://www.hpa.gov.tw/BHPNet/Web/News/News.aspx?No=201001270001

國民健康署 (2013 年，1 月)．每 **4** 個寶寶就有 **3** 個在母嬰親善院所誕生．取自 http://www.hpa.gov.tw/BHPNet/Web/News/News.aspx?No=201301300001

英文參考文獻

The United Nations Children's Fund. (2012, August). *World Breastfeeding Week: Make breastfeeding easier for mothers,* says UNICEF. Retrieved from http://www.unicef.org/mozambique/media_11547.html

第三章
健康醫療職場

第一節

綜論

李佳綺[1]、林金定[2]

[1] 國立中正大學通識中心兼任助理教授
[2]國防醫學院公共衛生學系暨研究所教授

一、前言

健康照護機構員工職場健康是一個必須關注的問題。根據美國一項研究，健康照護機構員工的非致命性職業傷害和疾病的人數占各行業之冠（NIOSH, 2013）。健康照護機構員工暴露在職場的危害範圍極廣，包括生物性、化學性、物理性、人體工程和社會心理危害（EASHW, 2013）。在臺灣，健康照護機構員工同樣地暴露在各式各樣健康危害。近年臺灣研究發現健康照護機構員工罹患不同的健康問題，包括：工作壓力、乳膠過敏、針扎、下背痛、肌肉拉傷、騷擾和暴力等（Chen, Lin, & Chung, 2008; Chiou, Chiang, Huang, Wu, & Chien, 2013; Lin et al., 2008; Shiao, Lin, Shih, Jagger, & Chen, 2008）。

醫療專業人員健康和其所工作職場環境息息相關。工作環境中感覺到有物理性危害因素的醫療工作者，其工作所引起的健康問題顯然高於沒有這樣感覺的員工（羅元婷等人，2006）。工作組織社會心理環境，尤其「付出報酬失衡」和「高負荷低控制」，會造成心臟科醫師對壓力所引起的心身症狀（陳端容，2006）。組織支持度低其員工易成為有憂鬱反應之高危險群（賴育民、黃雪莉、蔡宗益，2012）。

醫療職場環境不僅會影響員工健康，進而影響組織績效與照護品質。低度員工滿意和過勞容易造成員工發生負面事件，例如導致病人死亡和醫療品質惡化（Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski, & Silber, 2002; Rafferty 等, 2007）。外科醫師工作環境和病人滿意度有關（Mache, Vitzthum, Klapp, & Groneberg, 2012）。過勞、工作量過大和兒科加護病房不良工作環境會降低兒科加護病房醫師和護理人員的績效（Montgomery, 2007）。員工自覺工作環境（包括來自督導的社會支持、認同工作量、以成為工作團隊一份子自豪、付出與回饋獲得平衡）會間接影響照護品質，包括醫療錯誤和住院天數（Paquet, Courcy, Lavoie Tremblay, Gagnon, & Maillet, 2012）。高度員工流動和職位空缺和不良感染控制結果有關（Griffiths, Renz, Hughes, & Rafferty, 2009）。

提高工作生活品質可以降低離職意願，工作壓力高容易引起員工離職意願（Mosadeghrad, Ferlie, & Rosenberg, 2011）。

根據這些發現，健康職場的營造不僅可以促進員工健康，亦可以提高組織績效與照護品質：職場心臟健康提升計畫可以改善護理人員工作能力（Flannery, Resnick, & McMullen, 2012）；職場減重方案可以有助於員工減重、促進心理生活品質、降低假性出席、缺席與傷害（Morgan et al., 2012）；職場健康飲食改善方案可以提升員工營養知識、健康食物攝取、降低缺席和假性缺席（Jensen, 2011）。Odeen 等人（2013）發現推動職場健康促進分級活動可以降低病假。英國研究發現為期五年職場健康促進計畫可以顯著地降低病假、提升員工工作滿意度和對組織的承諾（Blake, Zhou, & Batt, 2013）。

本章主要目的乃藉由回顧世界衛生組織健康職場的概念與理論、健康促進醫院概念下所發展的健康職場之標準、健康醫療職場指引，並檢視臺灣健康醫療職場發展簡史，及介紹我國健康促進醫院中健康職場創意計畫的案例，以做為其他醫院推動健康醫療職場的參考，發展健康醫療職場，促進員工健康，並且提高組織績效、照護品質與提升組織競爭力。

二、健康醫療職場概念與理論

世界衛生組織在 2010 年發表健康職場的架構與模式（如圖 1 所示），認為健康職場的定義應該涵蓋世界衛生組織對健康的定義：「身體上、精神上和社會適應上達到完全安適狀態，而不僅僅是沒有疾病」（Burton, 2010）。健康職場的定義也隨著社會變遷而演化。健康職場從傳統上幾乎僅重視「物理工作環境」，也就是傳統職場安全衛生，預防與管理物理性、化學性、生物性和人因工程危害。現在，健康職場方才超越重視「物理工作環境」，擴展到強調健康生活型態、心理社會因素（工作組織與職場文化）以及影響員工健康的社區環境。

圖一：世界衛生組織健康職場模式

資料來源：徐雅媛（2011），第 6 頁，譯自 Burton （2010）

因此，世界衛生組織定義「健康職場營造」應該透過員工和管理者共同合作一起採用持續性改善過程發展，以需求為基礎的行動，包含物理工作環境的健康與安全議題；心理社會工作環境的健康、安全與福祉議題，包括工作組織和職場文化；職場個人健康資源；參與社區改善員工、

家人和社區成員相關健康改善作為；來保護和促進所有員工的健康、安全和福祉，並且增進職場之持續性發展（Burton, 2010）。

為了能夠有效推動健康職場，世界衛生組織揭櫫健康職場營造五大成功關鍵因素（Burton, 2010）：第一、領導承諾與參與；第二、提供機會讓員工和員工代表參與；第三、遵守企業倫理和合法性；第四、使用系統化和全面性過程來確保改善的有效性與持續性，包括動員、組成跨部門團隊、需求評估、設定議題輕重緩急、計畫訂定、執行、評價及改善；第五、確保持續性與整合性。

世界衛生組織歐洲地區辦公室在 2006 年發表健康促進醫院五大標準，提供方向指引，促使醫院將健康促進整合成為品質提升過程的一環，以確保健康服務的效能（Groene, 2006）。其中，標準一「管理政策」強調醫院應該要有健康促進的正式書面政策，並將此政策納入醫院整體醫療品質改善系統中，以達到改善健康之目的。標準四「推動健康職場」強調在管理中建立有利於醫院發展為健康職場的條件。表一陳列標準一「管理政策」與標準四「健康職場」之內容（臺灣健康醫院學會，2008）：

後來，2011 年「健康促進醫院和健康照護國際網絡（International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services）」和「蒙特婁健康促進醫院網絡（Montreal Network of Health Promoting Hospitals and CSSSs）」合作發展健康照護機構健康職場指引，建議健康照護機構健康職場主題應該包含支持員工福祉與生產管理實踐、改善員工物理環境使其更安全、促進職場健康生活型態、改善職場上健康不平等以及促進可持續性發展與支持友善環境的選擇（Côté, 2011）。對於推動過程，該指引也提出下列幾點提醒（Côté, 2011）：

1. 是否為開始推動的正確時機

開始推動健康職場計畫之前，必須要瞭解當下組織的背景。若當時醫院正在進行大規模結構調整（例如整併、單位改變位置、特定員工工作進行組織再造），則建議延後推行以確保員工參與和投入。不過，若是剛組成一個新團隊，健康職場計畫則可以視為建立團隊精神的催化劑。

2. 整合式且多元策略方案設計

健康職場計畫策略發展應該同時考量不同面向策略。以渥太華五大行動綱領為例（WHO, 1986），員工健康問題改善策略應同時考量制定健康政策、營造支持性環境、提供機會鼓勵員工參與、提升員工個人健康與安全相關知識與技能、以及提供健康服務等不同面向改善方法。此外，每一個計畫不應該是個別獨立，而是在一個大主題下，一系列相關計畫整合在一起朝向共同目標。以工作壓力預防與管理為例，系統模式（如表二所示）結合第一、二和三級預防手段，從組織層次排除壓力源；從組織—個人層次協助提供個人知識、技巧與資源以能妥適回應壓力情形；從個人層次治療、補償、使罹患工作壓力相關疾病的員工恢復健康。介入 1 至介入 17 都是朝向預防與管理職場工作壓力之目標。

表一、健康醫療職場相關的健康促進醫院五大標準內容

1.1 醫院認同健康促進為醫院的責任 1.1.1 醫院所宣示的願景和目標中，有包含健康促進。 1.1.2 院方在最近一年內有確認要加入或繼續參與 WHO 健康促進醫院國際網絡及臺灣網絡。 1.1.3 醫院目前的品質與營運計畫中，有包括對於病人、家屬、員工及社區的健康促進。 1.1.4 醫院有指派人員與分工，執行與健康促進有關之協調。
1.2 醫院配置資源以執行健康促進政策 1.2.1 醫院有編列健康促進服務與物資所需的相關預算。 1.2.2 已將健康促進服務納入操作程序（如臨床指引或臨床路徑）中，供臨床部門使用。 1.2.3 醫院具有執行健康促進所需的特定空間及設施（包括資源、空間、設備）。
1.3 醫院有收集及評估相關資料的步驟，以監控健康促進活動的品質。 1.3.1 醫院有例行性的擷取健康促進介入資料並提供給相關人員做評估之用。 1.3.2 醫院有建立健康促進活動的品質評估方案。
4.1 醫院應確保健康及安全職場的發展與落實。 4.1.1 工作條件符合全國性或地區性的規定及指標。 4.1.2 員工能遵守健康及安全的要求，並已找出職場中的危險因子。
4.2 醫院應發展及落實一完整的人力資源策略，增進員工健康促進技能之訓練與發展。 4.2.1 醫院須將健康促進政策納入新進人員到職訓練的內容中。 4.2.2 所有部門的員工都應知道醫院健康促進政策的內容。 4.2.3 須將健康促進納入員工的表現評核系統與在職專業發展中。 4.2.4 須有跨領域團隊所發展出的工作常規（程序與指引）。 4.2.5 員工必須能夠參與醫院政策的制定、稽核與檢討。
4.3 醫院應確保有相關程序以發展及維持員工對健康議題的認知。 4.3.1 應有提高員工對健康議題認知的政策。 4.3.2 應有員工戒菸計畫。 4.3.3 應有每年進行員工調查，內容包括：個人行為評估，對相關服務或政策的認知，對健康促進活動的利用。

表二、系統性工作壓力預防與管理模式

相關有效性	介入層次	職業安全健康：控制層次	心理和相關專業領域	介入目標與相對應活動範例	
				目標	介入事項
強↑	初級預防 排除或減少壓力源（排除或減少工作壓力危險因素）	控管危險來源或在危害物從來源傳遞到員工之前的路徑中攔截： • 排除風險 • 以更安全科技取而代之 • 過程隔離以控制暴露 • 工程控制以降低暴露	組織心理：回應組織層次壓力源或工作相關介入	降低工作要求	1. 增加時間或其他資源配置以協助完成特定任務 2. 重新設計物理工作環境以減少骨骼肌肉負擔和噪音 3. 顧客導向工作模式中融合員工休息時間設計
				增進工作控制	4. 增加員工參與工作規劃與決策決定 5. 評估並將員工需求整合到工作進度規劃
				增進社會支持	6. 評估並將員工需求整合到上級社會支持 7. 設計清楚明確的晉升途徑
			個人技能	增進個人能力以排除壓力源	8. 衝突管理技巧發展
	第二級預防 改變個人察覺或回應壓力源的方式	在員工層次進行管控： • 行政管理控制（例如工作輪調） • 訓練與教育 • 個人保護設備 • 健康監測	心理學：組織導向介入，尤其組織 - 個人配適；個人導向介入	調整個人回應工作壓力源的方式	9. 提供認知行為治療 10. 提供放鬆訓練
				增進個人妥善處理短期壓力反應的能力	11. 提供憤怒管理訓練
				察覺壓力相關症狀與早期介入	12. 以工作群體為單位，針對壓力症狀、活動式血壓、高血壓評估進行健康檢查
↓弱	第三級預防 治療、補償和使罹患工作壓力相關疾病的員工恢復健康	疾病控制： • 治療 • 員工補償 • 復健和重返工作計畫	心理學、精神病學：諮商、心理治療	治療壓力相關疾病	13. 醫療照護 14. 諮詢服務 15. 員工幫助計畫
				補償工作壓力相關疾病	16. 降低補償流程的負面效應
				協助受到工作壓力影響的員工恢復健康	17. 重返工作計畫應包含調整工作壓力源

資料來源：部分翻譯自 Lamontagne, Keegel & Vallance (2007)，第 223 頁

3. 啟動組織層次和個人層次的變革

為了極大化健康職場營造之成功機會，應該同時考慮會影響計畫成功之組織和個人因素。該指引提出五點組織層次變革以支持健康醫療職場營造。第一：營造變革壓力。醫院管理人員應該充分向員工說明當前環境限制如何威脅健康照護機構之永續經營，說服員工接受組織變革以發展健康職場的正當性與必要性，並鼓勵員工參與相關行動。第二：領導與願景。資深管理者必須能夠明確有效界定發展健康職場的目標，並且充分傳遞給所有員工。第三：有足堪勝任的員工。健康照護機構應該聘用有健康職場相關訓練的員工來負責，並且指派專人管理和監督整個推動過程。研究發現聘用全職醫院健康促進協調人有助於醫院實施健康促進策略（Röthlin, Schmied, & Dietscher, 2013）。第四：應有啟動的具體步驟。健康職場營造推動過程應確保執行品質，包含發展簡單但可達成的行動計畫、邀請受到計畫影響的員工參與推動過程、配置行動實踐所需資源、分析發展健康職場會遇到的助力和阻力、以及建立執行結構以推動與監測健康職場發展進度。第五：應該提供具體獎勵給那些花費時間與精力推動健康職場並且有達到預期成效的員工。上述所謂具體獎勵也可以透過改善組織現況或個人績效之方式來體現。關於個人行為改變層次，職場健康促進活動牽涉到個人選擇，除了上述建議採用多元策略方案設計，還要充分瞭解鼓勵或阻礙個人改變決定之因素。因此，務必考慮到個人改變階段，並提供適合該階段的方案，以助於達到介入效果。

4. 開始動員：全體動員與參與

4-1 健康照護機構院長或主管帶領檢視現況

整理出醫院健康職場基本檔案，以便充分瞭解組織改善方向，並做為評估健康職場成效的比較基礎。收集指標包括：

- 員工離職率
- 工作空缺率
- 員工在職訓練和專業發展的時數
- 超時加班時數
- 失能請假率
- 造成支薪假的意外之頻率和嚴重度
- 員工工作滿意度
- 雇用臨時工的頻率和比率
- 曠工
- 員工抽菸比例
- 員工工作條件調查結果
- 過勞比率分析等指標

4-2 建立跨部門工作委員會、鼓勵員工參與推動過程

委員會的成員須視計畫範疇和組織規模而定，但盡可能代表整體所有員工，包括不同部門和層級員工、不同輪班工作員工、工會代表、安全衛生委員會代表、各專業群體代表、主要健康問題群體的部門主管、資深管理部門成員（包括企劃室、財務室與人力資源室）、健康促進顧問、公關主管、其他能有所貢獻的員工個人、以及外部顧問或研究人員。

醫院事務繁重，通常已設有多個委員會，如何簡化行政流程是醫院管理重要課題。健康職場是醫院推動健康促進的一環，因此這個健康職場跨部門協調機制可以建立在健康促進醫院 / 健康促進委員會的基礎上，以員工健康促進小組方式運作。再者，根據「勞工安全衛生組織管理及自動檢查辦法」，醫院員工人數超過三百人以上者，須設立「勞工安全衛生委員會」，因此將健康職場推動整合到該既有委員會也是可行方式之一。但是，健康職場的關心範疇從傳統職場安全衛生擴展到健康生活型態、心理社會因素（工作組織與職場文化）以及影響員工健康的社區環境，因此若是將健康職場推動整合到勞工安全衛生委員會，必須小心避免仍只偏重職場安全衛生議題，而忽略掉其他三個員工健康行動面向（Burton, 2010）。

4-3 評估與分析員工和職場需求

一個完整性的工作場所需求評估需包含下列 3 項（WHO-WPRO,1999；羅慶徽、林金定、羅元婷、嚴嘉楓、朱明若，2005）：

甲、工作場所的面貌

人	企業內人口統計學資料 - 人數、年齡、性別、社會經濟狀態、教育背景
地	工作流程和工作檯的設計，工作場所的環境、潛在損傷或暴露
組織	管理的型態、對公司的觀感、溝通管道、員工士氣、工作團隊的凝聚力
現存健康服務提供、資源和設備	健康照護的課程或服務，健康與安全項目或設施的政策、健康促進計畫，設備的提供等

乙、工作場所健康和安全的相關紀錄：員工的健康狀態、職業健檢的結果、與職業相關的罹病率、致死率、受傷數、病假、補償金、復健情形、離職率、意外發生的型態與時間等。

丙、員工對工作場所的觀感：這個階段主要是收集工作場所的主管、職業及環衛專家他們對工作環境的觀感，以及所認定需優先發展的議題為何，收集的資料的方法包括收集現有的文件與資料、問卷調查、焦點團體、深度訪談、員工意見欄、觀察工作情形與環境監測。

4-4 發展行動計畫以回應需求

行動計畫必須涵蓋以下要素：

甲、摘要需求評估發現

乙、診斷問題或健康需求

丙、排定議題改善優先順序

丁、發展策略以改善所診斷出來的優先問題或健康需求

戊、每一項行動必須指派一人負責，設定目標、溝通模式、評估方法與進度，以及尋找必要可取得與所需資源

己、總體溝通計畫

庚、總體評估

辛、短、中、長期目標的行動計畫之總體時間表

壬、總體預算與必要資源

4-5 向員工傳遞行動計畫內容，提升計畫能見度

所有溝通活動應該要可以支持與提供計畫能見度與範疇（scope）。溝通行動必須要可以適用目標對象，並描述事件內容、提供地點 / 日期 / 時間 / 持續時間等訊息、確認活動目標對象與利用顏色、圖像與主題設計引人注目的邀請函。以下提供常用溝通方法：

甲、口語：來自高階主管的訊息、主管會議訊息、員工會議訊息、小組會議與午餐會。

乙、書寫：內部公報、公佈欄訊息、內部網路訊息、資訊夾在薪水單、小型資訊工具（例如小卡）擺置在咖啡廳餐桌上和員工休息室、以及拍攝影片或錄製語音剪輯透過電子郵件寄給員工。

丙、非口語：高階主管或委員會成員帶頭參與活動與實踐活動內容以強化訊息傳遞。

4-6 評估計畫結果，適性調整活動（**adapt the activities**）

執行評估的原因包括收集介入方案成效與影響的證據、對組織利害關係人（提供資金者、顧客、義工、員工或社區民眾）表示負責、針對不同方案進行比較、評估方案成本效益、以及檢測研究目的假說（The health Communication Unit, 2007）。不同學者提出不同方案評估方法。朱明若等人認為方案評估可以分為過程評估、影響評估與結果評估，其內容與重點整理於表三（Chu & Zhang, 2005）。

三、台灣健康醫療職場發展簡史

健康促進醫院模式吸引了醫院領導者和管理者重視員工健康。之前，雖然中央和地方政府健康主管機關曾經推動個別醫療職場健康促進，例

表三、方案計畫與評估的關係表

方案規劃要素	共同點	評估的層次
宗旨	• 關心長期的宏觀影響 • 與更大範圍的健康結果，比如死亡率和發病率	結果
目標	• 直接地與短期的方案效果，也就是宗旨的組成部分 • 關心：甲、個人技能和知識的增進　乙、社區行動發展和文化因素的改善 丙、政策與組織的制度建設與實踐　丁、支持性生活和工作環境的改善 戊、健康服務的取向之改善	影響
策略和行動	• 評價計畫與執行的過程 • 關心：甲、規劃過程　乙、方案執行和覆蓋範圍 丙、參與者的參與度和滿意度　丁、方案活動的質量 戊、參與的阻礙	過程

如前國民健康局（今國民健康署）「強化職場健康促進計畫」（林金定、羅慶徽、徐尚為、楊燦、朱基銘，2006）和台北市衛生局推動「健康醫院評鑑」（楊慎絢、陳美如、宋晏仁、黃芬芬，2006），但是當時只有少數醫院或侷限於台北市醫院參與推動員工健康促進方案。醫院評鑑對於醫院管理扮演重要角色，但是對於員工健康議題著墨有限，且沒有足夠協助建立健康醫療職場的支持性環境（邱淑媞，2007）。

衛生福利部國民健康署（前國民健康局）在健康醫療職場發展上扮演重要角色。2002 年，國民健康署委託第一個健康促進醫院計畫「營造健康促進醫院之先驅性研究 : 以某醫學中心為例」，這個計畫針對員工健康進行全面性需求評估（林金定等，2002）。接續，2003 和 2005 年之間，國民健康署辦理「強化職場健康促進計畫」，補助 30 家職場參與推動，其中 6 家是醫院（林金定等，2006；Hsu, Lin, Lee et al., 2009）。同時，國民健康署於 2003 年開始推動職場菸害防制工作（衛生福利部國民健康署，2013），有幾家醫院參與防制工作，例如嘉義基督教醫院。2005 年，國民健康署再一次委託補助三個研究計畫試辦健康促進醫院，署立臺中醫院在元培科技大學輔導下發展員工健康促進（林雅雯、童淑琴、黃曉令、徐永年，2006）。2012 年，國民健康署補助「推動健康照護機構參與健康促進工作計畫」，健康減重為必要推動議題，職場健康促進為選擇性推動議題；2013 年，國民健康署繼續補助「推動健康照護機構參與健康促進工作計畫」，將職場健康促進與健康減重訂為必要推動議題（衛生福利部國民健康署，2011，2013）。

在地方政府層次，台北市政府首次推動醫療職場健康促進（楊慎絢等，2006）。2001 年，台北市政府衛生局推動「職場健康促進計畫」，著重在無菸職場、健康與體適能、以及健康減重。2005 年，台北市政府發展「職場健康促進網絡」，強調「無菸職場」、「職場健康與體適能」、「職場心理健康」、「職場哺育」和「職場健康飲食」等五大主題；94 家職場加入網絡，其中 17 家是醫院。另外，2002 年，受到健康城市政策啟發，台北市政府推動「健康醫院評鑑」，強調健康減重、運動、促進健康飲食新文化與菸害防制；當年 53 家醫院當中，30 家通過健康醫院評鑑 （邱淑媞，2007）。

李佳綺等曾經針對 2009 年年底前加入臺灣健康促進醫院網絡之會員醫院調查員工健康促進推動現況，包括建立健康職場的組織能量建構、推動議題和生活型態議題的策略發展，如表四所示（Lee, Chen & Chu, 2013）。參與網絡之後，多數醫院協調人自覺相對於尚未參加之前，醫院重新調整員工健康促進推動策略、投入較多資源以及提升計畫品質。關於重新調整員工健康促進推動策略，多數醫院協調人自覺參與網絡之後，醫院更重視員工參與、重新調整健康服務、強調健康政策的影響、以及營造支持性環境。關於議題類型，生活型態議題是健康醫療職場的主軸，再來依序是組織工作環境和物理工作環境，如圖二所示。關於生活型態議題的策略發展，肥胖 / 代謝症候群 / 體適能、戒菸、營養和健康異常管理之策略發展層次超越個人因素。不過，關於

降低工作壓力，研究發現醫院傾向於採用第二級和第三級介入，也就是提供治療或是訓練員工回應已經存在的壓力源，而非普遍採取初級介入，在第一時間點斷絕壓力源。職場工作壓力預防與管理成效的文獻回顧發現個人導向介入仍佔優勢（Caulfield, Chang, Dollard & Elshaug, 2004; Richardson & Rothstein, 2008）。不過，單獨採用個人導向工作壓力預防策略無法極大化效果，而是要同時考量到壓力源產生的背景（Burke, 1993; Cox, Karanika, Griffiths & Houdmont, 2007; Noblet & LaMontagne, 2006）。工作壓力預防成效評估回顧文獻發現組織層次取向高或中等的介入可以同時達到促進員工個人健康和提高組織績效（Lamontagne, Keegel, Louie, Ostry & Landsbergis, 2007）。結合第一、二和三級之系統性策略發展同時處理個人和組織層次工作壓力因素是有效預防和管理工作壓力的推薦模式（Lamontagne, Keegel & Vallance, 2007 ）。

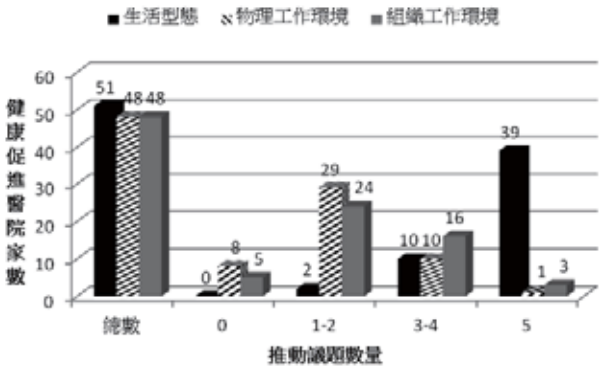


圖 2 不同類型員工健康促進議題推動數量的比較

資料來源：Lee et al. （2013），第 316 頁

表四、健康促進醫院對醫院推動員工健康促進在組織能量、議題型態和生活形態議題策略發展的影響

影響類型	N	%
1. 員工健康促進的組織能量 *	49	100
1-a. 重新調整策略	47	96
強調員工參與	40	85
調整健康服務	31	66
強調健康政策的影響	23	49
強調支持性環境	21	45
強調個人認知與技巧	13	28
1-b. 增加資源	35	71
1-c. 提升品質	20	41
1-d. 增加方案數	17	35
1-e. 增加服務量	15	31
1-f. 改變工作模式	6	12
2. 議題		
2-a. 生活型態議題與其策略發展	**52**	**100**
2-a-i. 員工肥胖 / 代謝症候群 / 體適能	50	96
同仁健康促進管理辦法	20	40
刻意地鼓勵成立運動性社團	32	64
營造院內運動空間	32	64
營造院外有益運動環境〈例如優待票〉	32	64
成立同仁健康促進小組	27	54
海報宣傳 / 健康講座	36	72
員工減重班 / 減重門診	37	74
2-a-ii. 員工健康異常管理	48	92
員工健康管理辦法 / 健檢追蹤管理標準流程	38	79
免費或優惠健康檢查	35	73
增加健康檢查項目 / 整合健保給付健康檢查項目	28	58
員工健康管理資訊系統	19	40
專責人力負責異常追蹤管理	30	63
2-a-iii. 戒菸	48	92
員工健康管理辦法	18	38
營造無菸環境	46	96
海報、廣播宣傳	43	90
員工戒菸班 / 門診	35	73

2-a-iv. 工作壓力±	48	92
制定工作壓力調適相關辦法或政策	23	49
工作再設計〈例如調整工作排程〉	6	13
勞工安全衛生委員著手改善工作壓力問題	9	19
改善組織管理	4	9
改善物理環境	3	6
提供員工旅遊 / 團康活動	36	77
發展衝突管理技巧、時間管理技巧	10	21
提供壓力管理講座、打坐等相關活動	31	66
提供心理諮商 / 輔導〈轉介〉服務	36	77
2-a-v. 員工營養	45	86
健康飲食政策	25	56
健康飲食環境〈例如營造院內健康員工餐廳、輔導醫院周邊餐飲小館、訂購健康餐盒〉	37	82
員工營養講座	23	51
張貼健康飲食海報	29	64
提供員工營養諮詢	31	69
2-b. 物理工作環境相關議題	**52**	**100**
不知道	4	8
沒有推動	8	15
有推動	40	77
改善空氣流通狀況	22	42
改善噪音	14	27
改善異味	12	23
改善〈電腦〉工作檯、座椅設計不良	7	13
降低化學性暴露危害	21	40
2-c. 組織工作環境相關議題 *	**51**	**100**
不知道	3	6
沒有推動	4	8
有推動	44	86
檢討與調整員工工作排程	18	35
檢討與改善跨部門合作	30	59
改善同事之間的工作關係	13	25
改善員工參與決策過程	24	47
檢討獎懲升遷制度	19	37

± 有一遺漏值沒有陳述推動方案；* 有一遺漏值 資料來源：Lee et al., (2013) 第 315-316 頁。

四、 結語

品質促進是健康照護機構管理之目標，發展健康職場可以強化有效達成品質促進的組織能量。根據本章所歸納的研究發現，醫療職場環境不僅會影響員工健康，且會進而影響組織績效與照護品質。因此，健康職場的營造可以創造三贏：促進員工健康、提高組織績效與提升照護品質。建議醫院領導與管理階層可以將健康職場發展整合到全院品質促進之過程。

本章回顧世界衛生組織健康職場的概念與理論、健康促進醫院概念下所發展的健康職場之標準、健康醫療職場指引，並檢視台灣健康醫療職場發展簡史，及後續第 2 節將介紹三軍總醫院和天主教聖馬爾定醫院推動健康職場的實務案例。綜合發現，領導承諾與參與、廣泛員工參與、系統化和全面性有效計畫管理過程、整合式且多元策略方案設計是為成功推動健康職場關鍵因素。

近年來，職場健康促進隨著健康促進醫院發展受到醫院管理階層的重視，提供各式各樣的健康促進的服務與活動，便利醫院員工可以享有健康資源，進而促進健康。不過，醫療職場的物理和社會環境未受到足夠的重視，卻是員工健康問題之根源之一，期待未來醫療健康職場的行動面向可以朝此方向來擴展。健康職場的營造必須和員工健康需求有緊密聯繫，且提供足夠的便利與誘因，否則，好意恐在過程中遭到扭曲：員工不領情、敷衍以對、抱怨在當前繁忙工作中額外增加工作。如此一來，員工健康難以改善、組織績效難以增進、照護品質難以提升。全面性員工需求評估可以有助於診斷出員工健康關鍵問題與健康影響因素，有助於醫院有效地運用有限資源來發展員工認為有助益且樂意參與職場健康促進方案，進而達到促進員工健康、增進組織績效與提升照護品質。

參考文獻

中文參考文獻

行政院衛生署國民健康局（2011）。行政院衛生署國民健康局公開徵求「推動健康照護機構參與健康促進工作計畫」**101** 年度補助作業申請須知。 台北： 行政院衛生署國民健康局。

行政院衛生署國民健康局 （2012）。 行政院衛生署國民健康局公開徵求「推動健康照護機構參與健康促進工作計畫」**102** 年度補助作業申請須知。 台北： 行政院衛生署國民健康局。

行政院衛生福利部國民健康署（2013, 2013年7月29日）。職場健康。取自 http://www.bhp.doh.gov.tw/BHPnet/Portal/Them.aspx?No=200712250060。

林金定、羅慶徽、羅元婷、呂學琳、嚴嘉楓、林雅雯、賴朝英（2002）。 營造健康促進醫院之先驅性研究 **:** 以某醫學中心為例。 台北：行政院國民健康局九十一年度研究計畫。

林金定、羅慶徽、徐尚為、楊燦、朱基銘 （2006）。 職場健康促進推動模式與效益評估之研究。 台北： 行政院衛生署國民健康局九十五年度委託科技研究發展計畫。

林雅雯、童淑琴、黃曉令、徐永年 （2006）。 建立健康促進示範醫院計畫 **-** 以衛生署台中醫院為個案： 衛生署國民健康局九十五年度計畫。

邱淑媞 （2007）。 建構健康促進醫院網絡計畫： 國民健康局九十六年度研究發展計畫。

徐雅媛 （2011）。 健康職場新思維：簡介世界衛生組織的健康職場模式與企業推行作法建議。勞工安全衛生簡訊, 105。

陳端容 （2006）。 工作組織社會心理特質與自評健康：比較 DC 與 ERI 工作壓力模式對醫師族群之適用性 [Psychosocial Work Environment and self-rated Health: A Comparative Study of DC and ERI Models in a Sample of Medical Specialists]。臺灣公共衛生雜誌, 25（2）, 頁 93-106。

楊慎絢、陳美如、宋晏仁、黃芬芬 （2006）。 臺北市職場健康促進網之建構與運作 [Structure and Implementation of the Workplace Health Promotion Network in Taipei]。北市醫學雜誌, 3（12）, 頁 75-86。

臺灣健康醫院學會 （2008）。世界衛生組織健康促進醫院自我評估表 **(** 台灣修訂版 **)**。 台北：臺灣健康醫院學會。

賴育民、黃雪莉、蔡宗益 （2012）。 台灣醫療從業人員憂鬱情緒之相關因素探討。中華職業醫學雜誌, 19（4）, 頁 207-216。

羅元婷、羅慶徽、林金定、呂學琳、朱明若、林雅雯等人（2006）。 某醫學中心推動 “ 健康促進醫院 ” 計劃 : 職場工作環境與醫院員工健康狀況之研究 Health Promoting Hospital Initiative in One Taipei's Medical Center: The Characteristics of Workplace Environments and Employees' Health。中華職業醫學雜誌, 13（3）, 頁 143-156。

羅慶徽、林金定、羅元婷、嚴嘉楓、朱明若 （2005）。職場健康促進理念與推動策略 [The Exploratory Review of Theory and Planning Strategy for Workplace Health Promotion]。中華職業醫學雜誌, 12（2）, 頁 65-72。

英文參考文獻

Blake, Holly, Zhou, Dingyuan, & Batt, Mark E. (2013). Five-year workplace wellness intervention in the NHS. *Perspectives in Public Health.* doi: 10.1177/1757913913489611

Burke, Ronald J. (1993). Organizational-level interventions to reduce occupational stressors. *Work & Stress,* 7(1), 77 - 87.

Burton, Joan. (2010). *WHP Healthy Workplace Framework and Model: Background and Supporting Literature and Practices Geneva World Health Organization*

Côté, Louis (Ed.). (2011). *Guide to promoting healthy workplaces in healthcare institutions Montreal The Montreal Health and Social Services Agency*

Caulfield, Natasha, Chang, David, Dollard, Maureen F., & Elshaug, Carol. (2004). A Review of Occupational Stress Interventions in Australia. *International Journal of Stress Management*, 11(2), 149-166.

Chen, D. R., Lin, Y. Y., & Chung, K. P. (2008). Career stress and female managers' health in Taiwan's hospitals: a multilevel model approach. *Health Care Manage Rev,* 33(1), 40-50.

Chiou, Shu-Ti, Chiang, Jen-Huai, Huang, Nicole, Wu, Chih-Hsun, & Chien, Li-Yin. (2013). Health issues among nurses in Taiwanese hospitals: National survey. *International journal of nursing studies.* doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.01.012

Chu, Cordia, & Zhang, Y. (2005). Program Development and Evaluation. In C. Chu, B. Liu & J. Du (Eds.), *Reproductive Health Promotion in China: From Needs Assessment to Policy Development (pp. 206-229).* Beijing The China Society Publishing Campany

Cox, Tom, Karanika, Maria, Griffiths, Amanda, & Houdmont, Jonathan. (2007). Evaluating organizational-level work stress interventions: Beyond traditional methods. *Work & Stress,* 21(4), 348 - 362.

EASHW. (2013). *Health and safety of healthcare staff.* Retrieved July 18 2013, from http://osha.europa.eu/en/sector/healthcare

Flannery, Kelly, Resnick, Barbara, & McMullen, Tara L. (2012). The impact of the Worksite Heart Health Improvement Project on work ability: A pilot study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine,* 54(11), 1406-1412.

Griffiths, P, Renz, A, Hughes, J, & Rafferty, AM. (2009). Impact of organisation and management factors on infection control in hospitals: a scoping review. *Journal of Hospital Infection,* 73(1), 1-14.

Groene, Oliver (Ed.). (2006). *Implementing health promotion in hospitals: manual and self -assessment forms.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Hsu, Shang-Wei, Lin, Jin-Ding, Lee, Kuam-Tin, Loh, Ching-Hui, Yen, Chia-Fen, Lin, Lan-Ping, Chu, Cordia, Chou, Yu-Ching (2009). Employees ’ Perception of Workplace Health Promotion Initiatives in Taiwan: A Cross-Sectional Study in 30 Worksites. *Industrial Health,* 47(5): 551-559.

Jensen, Jørgen Dejgård. (2011). Can worksite nutritional interventions improve productivity and firm profitability? A literature review. *Perspectives in Public Health,* 131(4), 184-192. doi: 10.1177/1757913911408263.

Lamontagne, Anthony D., Keegel, Tessa, Louie, Amber M., Ostry, Aleck, & Landsbergis, Paul A. (2007). A Systematic Review of the Job-stress Intervention Evaluation Literature, 1990–2005. *International Journal of Occupational and Environmental Health,* 13(3), 268-280.

Lamontagne, Anthony D., Keegel, Tessa, & Vallance, Deborah. (2007). Protecting and promoting mental health in the workplace: developing a systems approach to job stress. *Health Promotion Journal of Australia,* 18(3), 221-228.

Lee, ChiachiBonnie, Chen, MichaelS, & Chu, CordiaMing-Yeuk. (2013). The health promoting hospital movement in Taiwan: recent development and gaps in workplace. *International Journal of Public Health,* 58(2), 313-317. doi: 10.1007/s00038-012-0391-8

Lin, C.T., Hung, D.Z., Chen, D.Y., Wu, H.J., Lan, J.L., & Chen, Y.H. (2008). A hospital-based screening study of latex allergy and latex sensitization among medical workers in Taiwan. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection* 41(6), 499-506.

Mache, Stefanie, Vitzthum, Karin, Klapp, Burghard F, & Groneberg, David A. (2012). Improving quality of medical treatment and care: are surgeons ’ working conditions and job satisfaction associated to patient satisfaction? *Langenbeck's Archives of Surgery,* 397(6), 973-982.

Montgomery, Vicki L. (2007). Effect of fatigue, workload, and environment on patient safety in the pediatric intensive care unit. *Pediatric Critical Care Medicine,* 8(2), S11-S16.

Morgan, Philip J., Collins, Clare E., Plotnikoff, Ronald C., Cook, Alyce T., Berthon, Bronwyn, Mitchell, Simon, & Callister, Robin. (2012). The Impact of a Workplace-Based Weight Loss Program on Work-Related Outcomes in Overweight Male Shift Workers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine,* 54(2), 122-127 110.1097/JOM.1090b1013e31824329ab.

Mosadeghrad, Ali Mohammad, Ferlie, Ewan, & Rosenberg, Duska. (2011). A study of relationship between job stress, quality of working life and turnover intention among hospital employees. *Health Services Management Research,* 24(4), 170-181. doi: 10.1258/hsmr.2011.011009

NIOSH. (2013, July 16). *Workplace Safety & Health Topics: Healthcare Workers.* Retrieved July 18 2013, from http://www.cdc.gov/niosh/topics/healthcare/

Noblet, Andrew, & LaMontagne, Anthony D. (2006). The role of workplace health promotion in addressing job stress. *Health Promotion International,* 21(4), 346-353. doi: 10.1093/heapro/dal029

Odeen, M, Magnussen, LH, Maeland, S, Larun, L, Eriksen, HR, & Tveito, TH. (2013). *Systematic review of active workplace interventions to reduce sickness absence.* Occupational Medicine, 63(1), 7-16.

Paquet, Maxime, Courcy, François, Lavoie Tremblay, Mélanie, Gagnon, Serge, & Maillet, Stéphanie. (2012). Psychosocial Work Environment and Prediction of Quality of Care Indicators in One Canadian Health Center. *Worldviews on Evidence Based Nursing,* 10(2), 82-94. doi: DOI: 10.1111/j.1741-6787.2012.00250.x

Röthlin, Florian, Schmied, Hermann, & Dietscher, Christina. (2013). Organizational capacities for health promotion implementation: results from an international hospital study. *Health Promotion International.* doi: 10.1093/heapro/dat048

Rafferty, Anne Marie, Clarke, Sean P., Coles, James, Ball, Jane, James, Philip, McKee, Martin, & Aiken, Linda H. (2007). Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: Cross-sectional analysis of survey data and discharge records. *International journal of nursing studies,* 44(2), 175-182.

Richardson, Katherine M., & Rothstein, Hannah R. (2008). Effects of Occupational Stress Management Intervention Programs: A Meta-Analysis. *Journal of Occupational Health Psychology,* 13(1), 69-93. doi: 10.1037/1076-8998.13.1.69

Shiao, Judith S. C., Lin, Ming-Siou, Shih, Tung-Sheng, Jagger, Janine, & Chen, Chiou-Jong. (2008). National incidence of percutaneous injury in Taiwan healthcare workers. *Research in Nursing & Health,* 31(2), 172-179. doi: 10.1002/nur.20240

The health Communication Unit. (2007). *Evaluating Health Promotion programs Workbook (V3.6 ed.).* University of Toronto: The Health Communication Unit at the Centre for Health Promotion.

WHO-WPRO. (1999). *Regional Guidelines for the Development of Healthy Workplaces. Manila: World Health Organization Regional Office for the Western Pacific.*

WHO. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion.* Geneva: World Health Organization.

第二節 國內案例分享

員工福祉掛我心 職場健康向前行

陳汶均[1]、吳偉涵[2]

[1]天主教中華聖母修女會醫療財團法人天主教聖馬爾定醫院 社區醫療部行政主任
[2]天主教中華聖母修女會醫療財團法人天主教聖馬爾定醫院 職業醫學中心主任

一、現況分析 (Baseline assessment)

醫療照護是一個極為高壓的職場，各職類的醫療相關人員，每天除了面對各種急慢性的病症外，還需面對家屬不同的情緒與需求，也常要求保持良好的工作態度、耐心及犧牲奉獻的精神。目前台灣的醫療相關從業人員面臨許多嚴峻的狀況，各個媒體的報導也所在多有，如五大科的人力緊縮，護理人力不足等等。因此過勞相關的新聞時有所聞。不論是從事醫療照護人員或是其他行業的工作者都一樣，長期處在工作壓力之下，可能引發多種自身的健康問題，包括身心症（如頭痛、失眠）、心理症狀（如憂鬱、焦慮）或身體疾病（如心血管、消化或免疫系統問題），也包括行為層面（如抽菸、酗酒）乃至於社會層面的健康問題（如家庭衝突、暴力）（葉、鄭、陳、邱，2008）。有研究指出疲勞程度高的護理人員較容易有肌肉骨骼方面酸痛或是抱怨。另外，除了降低病患安全、降低醫療品質、造成健康問題之外、意外如車禍（Steele et al.,1999）的機率也會增加。根據美國一項調查，針對7,905位匿名外科醫師，其中有 700 人（8.9%）報告過去 3 個月內曾有重大的醫療錯誤，而且與疲勞的指數呈現高度相關。每增加一分的指數，錯誤的機率就提高了 5%~11%（Shanafelt et al., 2010）。JAMA 雜誌在 2002 年刊出一篇大型的研究（Aiken et al., 2002），綜合美國賓州 168 個醫院，10,184 個護理人員以及 232,342 位出院病患所作的研究，結果顯示護理人員每增加一位照護病患會增加 7% 病人的死亡率，增加 7% 急救的失敗率，並且增加 23% 的疲勞程度以及 15% 對工作的不滿意。另外，2012 年在 BMJ 刊出一篇橫跨 12 個歐盟國家以及美國對護理人員以及病患滿意度的研究（Aiken et al., 2012），研究指出無論歐美皆面臨護理人員疲勞以及對工作的不滿意的問題。長期累積的壓力，除了影響其身心健康之外，所提供之醫療照護品質也會隨之下降。

天主教中華聖母修女會醫療財團法人天主教聖馬爾定醫院的願景，在於建構一個「安全、健康、快樂」的醫院，促進員工健康及營造安全快

樂的工作環境也是本院重要的策略目標。本院目前員工約有 1600 多位，除了約有 100 多位的醫師之外，其餘員工以護理人員為最。大多數員工小於 50 歲，一半以上小於 35 歲，並以女性為主。因為醫療環境的需要，院內員工面臨的職場危害主要為輪班（或是不典型工時）、精神壓力、生物性危害如針扎、體液潑濺、傳染性疾病等，另有同仁須面對化學製劑、游離輻射以及噪音等危害，以及人因工程方面醫療人員在照顧病患中可能引起的骨骼肌肉疾患。

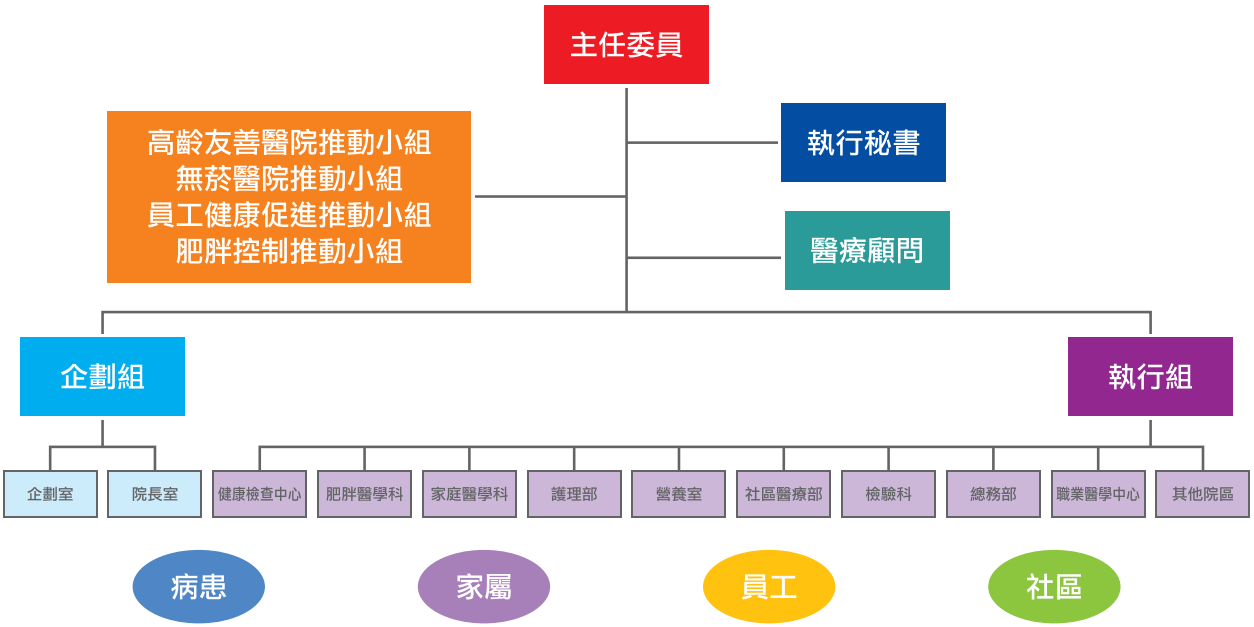
由於醫療相關人員承受的工作風險包括輪班以及伴隨精神緊張等壓力，此皆為腦血管及心臟疾病的風險因子，世界衛生組織（WHO）於 2007 年提出「勞動者健康：全球行動計畫（2008-2017）」，將腦血管及心臟疾病列為威脅全球健康，且應於職場採取行動之疾病，雇主應採取積極預防對策，消除惡化或促發腦心血管疾病之工作因子。歷年來本院員工年度體檢中最常見的異常主要為體重、腰圍以及血脂肪過高，此亦為腦血管及心臟疾病的主要風險。為因應壓力所造成的身心問題及落實健康促進理念，建立健康的新職場，本院自 2004 年起持續推廣許多健康促進政策，包括：員工健康體適能『3.3.3.3』、癌症及代謝症候群篩檢及員工運動社團、設施的建置及推廣等，希望藉由推動職場健康促進，締造職場健康文化，進而營造健康職場，達成「員工身心健康」及「健康促進醫院」的目的，創造多贏的局面，並希望藉由創新的模式分享給其他醫療院所。

圖一、本院使命、理念、願景、年度策略目標

二、準備工作、資源投入與策略規劃 (Plan)

為有效推動職場健康促進，本計畫採取渥太華（Ottawa）五大行動綱領為介入策略，由健康促進委員會負責，並規劃相關活動、資源。本院健康促進委員會的主委為行政副院長，執行秘書為本院的職場健康促進護理師，本院的職場健康促進護理師皆完整接受合於法規的相關受訓。委員會的成員包含院長室、護理部、社區醫療部、健檢中心、營養室、檢驗科、企劃室、總務部以及其他相關參與科室主管。每季定期開會討論員工健康促進相關議題。主要任務有建立健康的公共政策並且盡力創造支持性的環境。

以本院員工疲勞管理部分為例，施行之前的相關準備工作長達年餘。主要為現行政府法規的條文準備、各部門溝通、政策辦法的制定、施測問卷的選擇、高危險族群的定義以及與現有的健康促進活動的整合。



圖二、健康促進委員會組織圖

員工疲勞管理的策略與計畫，分為高風險單位與心血管疾患高風險員工分別進行相關活動。在無記名的疲勞問卷收集資料之後，分析出高疲勞程度的科室，針對該科室提出相關健康促進活動。針對員工個人方面則是利用其年度體檢資料篩檢出心血管疾患高風險員工，本院職場健康促進護理師進行列冊追蹤管理以及給予適當的衛教與轉介，必要時協助就診，以期能降低員工個人的健康風險。另外，精神壓力方面，設置自覺症狀即時通報體系，除了員工自行反應之外，主管也可依據院內員工支持協助方案管理辦法提供協助。

三、執行狀況 (Action)

本院目前整體的員工健康促進執行如下：

（一）建立健康的公共政策

1. 納入年度政策：員工健康促進為醫院年度發展政策，並蒐集國內、外相關研究，規劃一系列問卷調查與活動。
2. 「公開宣誓活動」：院長、單位主管屢屢於公開活動中，宣誓推動職場健康促進之決心。
3. 「院內員工支持協助方案管理辦法」的制定：提供健康、友善的職場環境，落實人員支持協助方案。當員工遭逢工作、兩性、家庭、經濟、

法律等問題，期能協助紓解心理壓力與困擾，並給予心理上的支持。

（二）創造支持性的環境

1. 設置「健康活力網」：提供員工心理健康調查分析、員工尖銳物扎傷事件及風險認知分析、員工疲勞分析、員工吸菸調查、紓壓方式、社團活動、健康促進知識與活動快報等相關健康衛教資訊，並定期搜尋國內、外相關研究，更新平台內容，以供本院從業人員取得相關訊息。

2. 成立各式「社團」：鼓勵醫療人員辦理社團活動，透過社團活動不僅促進人員參與運動的興趣，也是一種心靈宣洩的出口、工作心得分享的管道。

3. 營造「運動空間」：院內設置有籃球場、桌球場、有氧運動空間，讓院內員工可就近運動，提升參與運動的頻率。

4. 「員工健康檢查」異常追蹤：院內員工依法定期健康檢查，並進一步由醫師協助報告評估以及注意事項，並透過統計資料以及健康管理系統以瞭解整體員工健康狀況。個人檢查異常追蹤方面：則由本院職場健康促進護理師、職業醫學中心以及健康檢查中心的醫師共同制定追蹤時程標準；由職場健康促進護理師負責發給員工異常追蹤單並且實行追蹤與紀錄。

5. 製作「服務榮譽榜」：長時間、重複性高的工作內容容易導致員工對自我、勞動的異化（Alienation）。為減少從業人員的異化問題、提升對自我與工作的熱情，本院設有「服務榮譽榜」，將患者對於醫療人員的稱讚，公告張貼於公共場所、醫療站，並於行政會議上，公開表揚醫療人員，藉此提升醫療人員對自我、工作的自信、認同與滿足感。

6. 建置「意見溝通管道」：提供本院員工表達意見的管道，讓員工的聲音，可以透過更便利、即時的管道，傳達給單位主管。

（三）強化單位行動

1. 建置「健康點數施行辦法」：鼓勵員工參與健康促進活動、心靈成長活動、社團活動、爬樓梯活動、單位共融活動，凡參與相關活動，將提供健康點數與獎勵措施。在每次健康促進委員會議，討論健康點數使用狀況，請單位主管多加關懷人員健康狀況，以及鼓勵參與職場健康促進活動。

2. 辦理「危險因子」及員工職場感受性調查：經由各式調查，例如：疲勞問卷調查、員工尖銳物扎傷事件及風險認知分析、員工心理健康調查分析、員工吸菸調查、代謝危險因子、員工職場感受性調查。有些問卷採線上、匿名性調查，以增加人員填寫問卷的意願與真實性。各項調查結果，不僅讓人員檢測自己的狀況，也可讓相關管理單位瞭解各部門員工的狀態，並請人力資源科提供員工離職率與短期缺席率兩項數據，以利客觀、有效地針對問題，規劃改善策略。

（四）發展個人技巧

1. 辦理「健康心靈講座」：透過專業的心理治療師，為本院員工講解疲勞、工作壓力問題，讓

人員瞭解自我的心理狀態，並教導紓解壓力的知識與技巧，讓參與學員在家、工作崗位輕鬆處理壓力問題，以及保持正向的心理狀態。

2. 辦理「舞動健康運動班」：邀請專業的有氧運動老師，定期舉辦運動班。藉由專業人員現場指導有氧運動的技巧，讓員工學習有氧運動的動作、避免運動傷害，並透過定期活動的舉行，以培養員工的運動習慣，促進運動生活化。

3. 不定期舉辦各種舒壓課程：例如精油按摩體驗等

（五）調整服務的取向

1. 員工健康資料追蹤管理：本院職場安全衛生護理師負責追蹤全院員工各項狀態，建立相關健康管理檔案夾，如新進人員體檢異常管理、B、C 肝炎員工追蹤、員工年度體檢健康管理檔案、特別危害健康作業分級管理等，提供相關紓壓資訊、轉介服務資源以及提供異常回診單。

2. 針對健檢異常，如：高血脂症、代謝症侯群…等等員工，提供本院營養師的個人飲食衛教，本院也提供 DASH 餐，使員工有機會選擇健康的餐點。「DASH 飲食」（Dietary Approaches to Stop Hypertension），餐點內容以富含鉀、鈣、鎂和膳食纖維的蔬菜、水果及低脂乳類為主，搭配適量的全穀類、堅果及低脂肉類等供人員食用，並設立獎勵辦法，鼓勵從業人員多多攝取。

3. 本院設有職業醫學中心，編制內有 2 位人員，負責職業災害的諮詢與院內員工針扎的追蹤與相關統計資料。

4. 本院也向職業安全衛生研究所申請合作專案，針對護佐人員以及需要搬運的人員等容易產生肌肉骨骼勞累的各個工作站與作業情況，進行人因工程的改善計畫。

四、實施成果 (Results)

（一）建立健康的公共政策

1. 員工健康促進已納入醫院年度發展政策 - 並透過「公開宣誓活動」：邀集院長、單位主管於公開活動中，宣誓推動職場健康促進之決心。

2. 制定「院內員工支持協助方案管理辦法」及「護理部人員輔導作業細則」，由院牧部及專責人員執行員工身心輔導與支持服務作業。2007 年 -2011 年員工身心輔導與支持個案共 324 人。院牧部並且發展出沙盤遊戲，可使員工進一步了解自己內心潛意識的狀態。

3. 健康促進委員會每季定期開會討論員工健康促進相關議題。

（二）創造支持性的環境

1. 「健康活力網」已累積約 5000 人次的點閱率，平均每位員工使用超過 3.5 次。

2. 「社團」活動規律且次數頻繁：有登山社、籃球社、壘球社、羽球社與桌球社等 5 個運動社團。除了桌球社、籃球社利用醫院空間定期舉行練習以及年度比賽之外，其他社團也定期舉行活動。

3.「員工健康檢查」相關：

(1) 本院 2009-2012 年定期員工體檢完成率皆為 100%：異常比例以 BMI 及尿潛血異常者為最多；總膽固醇次之；腰圍居三。

(2) 由於主要異常皆與新陳代謝症候群相關，因此敦促員工每月上線登錄代謝危險因子（血壓、體重、腰圍）數據，2011 年代謝健康達人選秀賽共 30 人參加，平均每人體重下降 2 公斤，腰圍減少 3.17 公分，院內提供瘦身最成功者 2000~5000 元獎勵金。2012 年再度與護理部以及其他基金會以及研究單位合作，全院約有 100 多位員工參與減重，第一名在四個月左右瘦下 7 公斤，獲得 3C 產品，而平均每人體重約下降 2 公斤。

(3) 2011 年員工體適能檢測活動

a. 參加人數 :1,229 人，佔全院員工 72.7%；男性 195 人，女性 1,034 人

b. 異常狀況

類別	BMI	心肺功能	柔軟度	肌耐力
異常率 %	36.6	78.4	31.2	14.9

c. 成效 : 針對 2011 年度體適能代謝篩檢前測異常之員工，於年初與年底進行體適能調查，全院成功減重達 1,000.9 公斤，BMI 平均下降 2.43、收縮壓平均下降 2.51mmHg、腰圍平均下降 3.01cm、1 分鐘屈膝仰臥起坐平均增加 1.3 次、3 分鐘登階測驗平均增加 2.82%，以上項目皆有改善，尤其是體重、收縮壓、腰圍、1 分鐘屈膝仰臥起坐與 3 分鐘登階測驗改善成果達顯著 ($p<0.05$)。

圖三、員工體適能檢測 - 柔軟度

(4) 本院積極鼓勵員工參與癌症篩檢服務，含子抹、乳攝、口腔癌、大腸癌等。2010 年員工癌症篩檢確診員工 1 位，2012 年員工體檢癌症確診員工 1 位，2013 年員工體檢癌症確診員工 1 位，並提供透過員工團體保險補助。

(5) 員工抽菸率調查：2011 年調查本院員工抽菸率為 2.8%，接受戒菸諮詢的比率為 85%。

a. 無菸醫院員工戒菸推廣活動：本活動已納入本院組織規章，為促進本院同仁身體健康，凡本院同仁或員眷參加戒菸門診即享本院就醫及藥費負擔補助，戒菸成功者於當年度跨年晚會由院長親自表揚。

b. 成效：2009-2011 年已協助 21 名員工與員眷戒菸。

	員工 / 員眷戒菸門診人數	3 個月點戒菸成功率
2011	8	25%
2010	6	50%
2009	7	50%

c. 歷年表揚照片

2009 年

2010 年

2011 年

(6) 員工健檢異常追蹤方面：於 2013 年的體檢異常追蹤方面，目前的回診率約 2 至 3 成。根據職場健康促進護理師詢問未回診或接受衛教原因，護理人員大多是因為輪班而不方便回診，另外有一大部分的員工是本院的居家服務照顧員，工作地點都在院外，因此不便回診。

（三）強化單位行動

1. 建置「健康點數施行辦法」：

(1) 員工健康點數：為鼓勵院內同仁積極參與健康促進活動，凡同仁參與健康促進有關之活動，即可上網登錄申請健康點數，每年底進行統計，2011 年全院員工健康點數合計共 2,387.9 點，健康點數積點前十名，再發給 1000~2000 元獎勵金以茲鼓勵。

(2) 針對各健康促進活動提供補助，如社團比賽前三名提供 3000~1000 元獎金。

2. 辦理「危險因子調查」：

(1) 有關員工疲乏指數的指標方面：本院根據環境職業醫學會以及相關專業人員針對疲勞管理的建議與指引施行了疲勞問卷調查。問卷內容採用勞研所建議的過勞量表，結果發現。35 歲以下的族群在個人相關過勞、工作相關過勞與服務對象相關過勞之平均分數，顯著的高於其他年齡層，大約有 12% 呈現高風險的過勞分數，其中女性在個人、工作、服務方面的過勞程度皆高於男性。其中過勞指數較高的單位除了護理部之外還有藥劑部，護理部門與藥劑部提出人力問題與休假排班問題：除了人員

圖四 蘭潭大健走 - 全家大小一起出遊

圖五 陳美惠院長帶領同仁做體操

圖六 第三屆立體停車場登高計時比賽

招募之外，請各部門參與紓解壓力的課程以及提出單位可改變的方案。

(2) 與工作有關之傷害比率的指標方面，員工尖銳物扎傷事件及風險認知分析：本院為職業傷病診治網絡醫院，針對院內員工更是積極的鼓勵相關職傷並通報，希望能減少工作有關之傷害比率的隱匿。本院針扎調查指標方面：2009 年的針扎件數為 29 件、2010 年的針扎件數為 35 件、2011 年的針扎件數為 31 件、2012 年通報件數為 37 件。在風險認知方面以護理人員受針扎風險最高，但以環管清潔人員受針扎後風險最高，原因為環管人員對於針扎風險認知最低，且不易追蹤到感染源（患者）。另外由於積極鼓勵通報，近來發現牙科部的醫療人員針扎率相對較高，已知會牙科部門，希望分析可能風險並減少危害暴露。自 2009 年至 2012 以來，本院的職業傷病約有 80 至 90 件左右，針扎及血液噴濺約占 4 成，上下班途中車禍約佔其他 3 成，其他多數為意外切割傷或滑倒，職業病近五年來診斷約 8 件，有關其他工作有關之傷害比率方面：每年除了針扎外，以上下班途中的車禍為大宗，值得注意的是從 2010 年以後每年零星出現 1 至 4 次被病患 (家屬) 攻擊的受傷通報。本院也從此注意到醫療人員工作環境中的暴力事件，並且制定相關流程處理並維護人員安全。

(3) 員工心理健康調查分析：經調查本院員工工作壓力以臨床醫師與護理人員最高，同

表一、聖馬爾定醫院 **2012** 年度疲勞調查：年齡與個人、工作、服務對象相關過勞差異性分析

	年齡	個數	疲勞平均分數	標準差	F	顯著性	事後分析
個人相關過勞	<35	469	55.65	20.476	12.601	P<0.05	<35>50~59 35~49>50~59
	35~49	411	52.76	20.387			
	50~59	73	40.64	20.691			
	>=60	14	42.56	27.502			
工作相關過勞	<35	469	47.14	19.293	16.727	P<0.05	<35>35~49>50~59
	35~49	411	42.38	18.959			
	50~59	73	31.07	18.602			
	>=60	14	36.99	26.712			
服務相關過勞	<35	387	43.50	20.043	14.788	P<0.05	<35>35~49>50~59
	35~49	335	37.13	19.728			
	50~59	61	27.19	18.997			
	>=60	9	35.65	20.211			

時自覺健康狀況也以上述二種職務人員最低。

(4) 有關員工職場感受調查得分的指標方面：2012 年以「對於職場工作需求」、「對於職場安全需求」、「對於職場人際關係需求」、「對職場尊重與信賴需求」等四大構面為主軸進行調查，結果發現四大構面平均分數為 80.87 分，其中「對於職場安全需求」得分為最高、其次為「對於職場工作需求」、第三為「對職場尊重與信賴需求」、「對於職場人際關係需求」則為第四。

(5) 員工離職率與短期缺席率：本院過去三年員工離職率為 14.96%，2012 年短期缺席率為 0.27%，其中請病假與事假的比例分別佔 0.18% 與 0.09%，並以單位再進一步細分，提供各單位主管作為職場健康促進策略之參考。

（四）發展個人技巧

1. 辦理「健康心靈講座」:2013年共舉辦兩場次，共 44 人參加，平均滿意度為 86.15 分。藉由專業心理治療師，教導學員認識疲勞管理、因應工作壓力之技巧，並發送「握力球」，供學員面臨壓力、疲勞時，藉由手部運動舒緩壓力。

2. 辦理「舞動健康運動班」：邀請專業的有氧運動老師，定期舉辦運動班。藉由專業人員現場指導有氧運動的技巧，讓人員學習有氧運動的動作、避免運動傷害，並透過定期活動的舉行，以培養人員的運動習慣，促進運動生活化。

圖七、運動班

（五）調整服務的取向

1. 員工健康追蹤管理：本院職場健康促進護理師追蹤全院員工各項狀態，時會提供相關紓壓以及衛教資訊。門診就診時醫師也可開立門診服務衛教醫囑，視員工不同的異常狀態轉介至衛教室，由營養師以及衛教師提供個別化的衛教內容。目前 2013 年上半年開出約 200 多張異常回診單，目前使用回收率約 2 成至 3 成。對無回診者目前至少聯繫 3 次以上，並積極鼓勵，期待未來回診率能提高。

2. 本院統計資料：自 2009 年至 2012 年以來，職業病僅診斷約 8 件，且主要為骨骼肌肉相關職病如腕隧道症侯群、肌腱炎、腰椎椎間盤突出等。人因工程的改善計畫主要針對骨骼肌肉的勞累，根據勞工安全衛生研究所評估院內狀

況後提供的改善方案，若人員的姿勢改變以及使用翻身單，將可降低一半以上的施力以及腰部荷重。

五、結論與建議 (Comment)

醫療照護人員面臨到的職場危害包含壓力、生物性危害、化學性危害、骨骼肌肉危害以及職場暴力等等。醫療照護機構員工的職場工作環境不佳，除了對員工本人的健康有影響之外，也有諸多研究證明對照護品質，病人安全，感染率與死亡率有著負向的風險。

醫療職場健康促進時，可以發現醫療照護機構人員雖然離醫療的可近性十分高，但是往往卻因為輪班或是工作繁忙等等因素而減少自己對健康的關注，或是工作繁重對不良姿勢有所忽略。另外推動職場健康最重要的仍屬於管理階層的重視與務實推動，使職場健康促進能由上而下，提供友善的環境，健全組織的效能，再加強員工個人對健康的認知與健康生活的內化，不單僅僅依賴自主健康管理，如此方能確實提高整體健康也增加服務績效。

參考文獻

中文參考文獻

葉婉榆、鄭雅文、陳美如、邱文祥（2008）。職場疲勞量表的編製與信效度分析。台灣衛生公共雜誌，27（5），349-364。

英文參考文獻

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., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., . . . Moreno-Casbas, M. T. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *British Medical Journal,* 344:e1717, Retrieved August 20, 2013,from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3308724/

Shanafelt, T. D., Balch, C. M., Bechamps, G., Russell, T., Dyrbye, L., Satele, D., . . . Freischlag, J. (2010). Burnout and medical errors among American surgeons. *Annals of Surgery*, 251(6), 995-1000.

Steele, M. T., Ma, O. J., Watson, W. A., Thomas, H. A., & Muelleman, R. L. (1999). The occupational risk of motor vehicle collisions for emergency medicine residents. *Academic Emergency Medicine Journal,* 6(10), 1050-1053.

眾人健康生活的宅急便

三軍總醫院

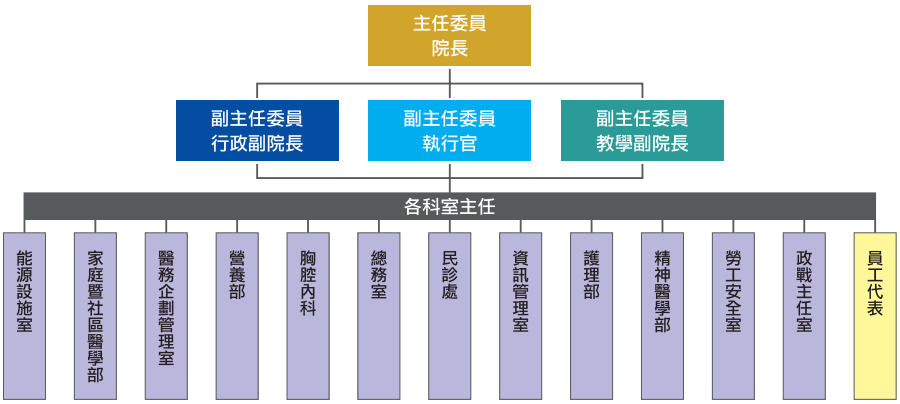
一、現況分析 (Baseline assessment)

三軍總醫院位於台北市內湖區，為內湖區及南港區唯一的一家醫學中心，現男性員工人數為 2,545 人；女性員工人數為 1,053 人；合計 3,598 人。

2002 年，時任院長的陳宏一將軍具有先知卓見，體認到未來「健康促進」將成為各醫學中心的一大工作目標，率先帶領院內各一級主管簽署健康醫院海報，共同宣誓本院推動「健康促進」的決心，並由國防醫學院公衛系林金定教授指導，成立「三軍總醫院健康促進管理會」。本會由院長親任主任委員召開跨部門會議，定期審議各項健康推廣活動及健康促進議題。

二、準備工作、資源投入與策略規劃 (Plan)

三軍總醫院認為有健康的員工才有優質的醫療服務，因此院內相當重視員工之需求及活動意見。每年社區健康營造中心會利用 E-learning 系統，進行線上調查，了解員工對健康促進的需求及對過往活動之滿意度。相關資料會呈報至「健康促進管理會議」，各承辦單位便可利用此調查結果，修正原有的活動內容或主題或增加新的企劃案，以貼近員工之需求。此管理會議由院長主持，行政主管擔任委員，並設有兩名員工代表。員工代表分別由行政、臨床單位輪流推派，在會議中給予不同的想法及意見。



健康促進管理會 組織架構

管理會開會現況

三、執行狀況 (Action)

（一）建立健康的公共政策

在本院健康促進管理會的組織章程中提到，院內推動「健康促進」之服務對象有三大群體：分別為病人及其家屬、社區民眾以及院內員工，並針對各群體之特性提供不同的健康促進服務。推行的健康促進議題計有六大項，包括：心理健康促進、運動健康促進、健康飲食、菸害、檳榔暨藥酒癮防制、健康檢查暨癌症篩檢、母嬰親善。執行內容，詳見下表：

（二）創造支持性的環境

本院佔地相當廣大，設有各項運動場地供員工使用，包括運動操場、足球場、籃球場、羽球場及體育館 (含溫水游泳池及健身房)，另有環山步道、風雨走廊及生態池區供員工休憩兼舒壓。每年辦理員工體適能檢測及個人客制化的運動處方，讓員工了解自身的體能狀況並進一步加強修正。

在健康飲食部份，由於本院地下商店街供餐種類多，為顧及眾人的飲食健康與安全，各供餐點均由營養師進行輔導，現場除餐點的食物模型展示、三大營養素及熱量標示外，另需提供一健康 99 套餐供員工及民眾參考。

院內員工每年十月可依願意進行流感疫苗的施打，另提供 B 肝及麻疹的預防注射。在健康檢查方面，亦依員工之生日月份進行排檢並配合年齡及工作內容提供個人化的健康檢查項目。癌症篩檢部份，每年固定辦理女性員工子宮頸抹片篩檢及乳房篩檢的活動，鼓勵員工定期受檢，並以團體的力量相互提醒或一同前往受檢。

工作計畫	執行單位	目標
職場心理健康促進	精神醫學部	擬訂計畫及推動架構 落實員工及民眾之職場心理健康活動 (>10 場次) 建立員工及民眾職場心理健康活動推動之具體成效評估
運動健康促進	總務室	提供員工各種的運動設施及完善的運動場所
	家庭暨社區醫學部	辦理員工體適能檢測活動
菸害、檳榔暨藥酒癮防制	總務室	確保全院為無菸醫院
	家庭暨社區醫學部	戒菸門診、戒菸班及菸害防制課程宣導
	精神醫學部	藥酒癮防制工作
健康飲食新文化	營養部	員工 - 持續督導 / 供應健康餐點、減重班 社區民眾 - 輔導社區餐飲、主 / 被動辦理健康飲食宣導推廣
健康暨癌症篩檢	勞工安全衛生室	辦理員工健康檢查及職場健康促進講座
母嬰親善	護理部	持續推動母乳哺育支持團體 母嬰親善環境改善 母嬰親善認證專科指標監測

2013 年三軍總醫院健康促進活動一覽表			
月份	推廣議題	活動名稱	推行單位
全年度	健康暨癌症篩檢	員工健康檢查	勞安室、家庭暨社區醫學部
		員工職場安全健康講座	勞安室
	健康心靈	音樂欣賞 (每週二上午)	醫務企劃管理室
		心情溫度計檢測 心理健康講座 (年度共 10 場次)	精神醫學部 精神醫學部
		社團活動 (院內共計 22 個社團)	政戰部
	菸害、檳榔暨藥酒癮防制	無菸、無檳榔院區 戒菸、戒檳班活動	總務室、家庭暨社區醫學部
	健康體能	員工減重班	營養部、復健部
		員工體適能檢測 (12 場次)	家庭暨社區醫學部
	健康飲食	地下街健康餐飲示範	營養部
第一季	健康體能	院區路跑活動	醫務企劃管理室
第二季	健康心靈	懷念老歌愛心關懷演唱會	醫務企劃管理室
		愛媽咪愛寶貝親子活動日	醫務企劃管理室
	健康篩檢	女性員工子抹篩檢月	婦產部、勞安室、家庭暨社區醫學部
第三季	健康心靈	院慶慶祝大會	醫務企劃管理室
	健康體能	員工團隊競賽	醫務企劃管理室
第四季	健康體能	親子淨山健行活動	醫務企劃管理室
	健康篩檢	女性員工乳房攝影檢測月	婦女保健中心、勞安室、家庭暨社區醫學部
	健康心靈	員工同樂晚會	醫務企劃管理室
特別活動	成功老化	老化模擬體驗課程	家庭暨社區醫學部
		身心機能活化課程	家庭暨社區醫學部
		退休生活規劃系列講座	家庭暨社區醫學部
	家庭親子課程	兒童情緒管理	家庭暨社區醫學部
		親子課程系列講座	家庭暨社區醫學部
	健康心靈課程	放鬆與呼吸治療系列講座	家庭暨社區醫學部
		心理與靈性系列講座	教學室
		時尚美學生活系列講座	教學室
		環境保護系列講座	勞安室

（三）強化單位行動

為了讓院內員工感受到本院辦理健康促進的行動力，每年均辦理數場大型的健康促進活動，ex：路跑活動、各項運動競賽、員工團隊競賽、中秋剝柚子暨歌唱大賽、親子登山活動及親子活動日…等。

（四）發展個人技巧

員工除每年醫療專業課程的再進修外，院內設有線上學習專區，每位員工都有自己的帳號及密碼。經教學會議通過，2013 年核心課程共計 29 學分，包含健康促進 1 學分、心理衛生 2 學分、感染管制 3 學分、安全衛生及防火防災類 3 學分…等。各項學分設有實體課程亦有線上簡報教學檔。課程包含：健康促進概論、推行議題簡介、健康資訊、心情溫度計…。承辦單位會配合現階段正推行的健康促進活動，適時推出課程，例如：4 月為「女性員工子抹篩檢月」，線上課程即搭配「認識子宮頸抹片」，讓員工參與議題並獲得正確的健康資訊。線上學習專區每個月都會發行 e-learning 電子報，除了告知員工有何新課程外，亦顯示個人目前已修學分及未修滿之學分，供員工參考。2010 年起本院已將『健康促進簡介』納入新進人員教育訓練課程中，以達員工全面宣導教育的目標，亦讓員工了解本院健康促進不是紙本而已，是真的有在確實執行！

（五）調整服務的取向

員工可透過數種管道來表達對院內各項健康促進活動之意見及看法，例如：員工意見信箱、員工代表及年度的健康促進滿意度暨需求調查。各項建議及活動成果會呈報於健康促進管理會議中，由院長及副院長給予指示並進行活動檢討與修正。

員工團隊競賽

親子活動日

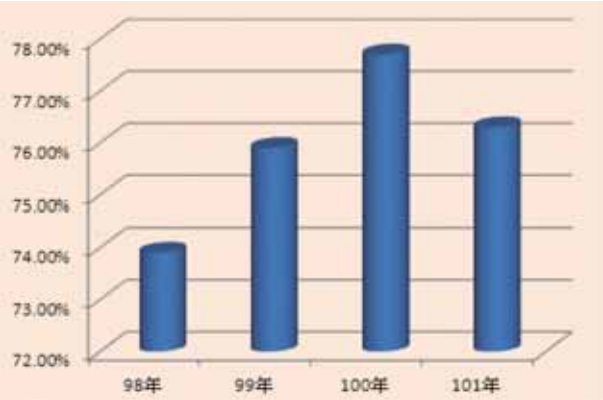
健康 99 套餐

員工教育訓練實況

三軍總醫院健康促進管理會過往檢討 / 修正事項		
年度 / 檢討機制	檢討事項	修正情形
98/ 員工需求調查	體適能檢測完畢能有專人解說及建議	由社營中心於活動現場增設專人解說及增加運動處方
98/ 員工需求調查	員工體重控制班	由營養部擬訂每年定期開班
98/ 員工需求調查	健身場所 / 器材不足	1. 增設六樓健身房及球場 2. 單位可提出健身器材需求
98/ 管理會議	建議辦理「睡眠管理」及「輪班危害」等健康促進議題。	由勞安室擬訂執行
99/ 員工需求調查	請加強宣導 / 增加誘因	加強宣導 / 提供精美小禮物
100/ 管理會議	增加院內運動相關活動	100 年度增加多項體能促進活動 (呼啦圈、拳擊、登高…競賽活動)
101/ 管理會議	注意資深醫師的身體健康，增加其健檢項目	102 年實施 50 歲以上醫師及軍職人員加做腹部超音波
102/ 員工需求調查	社團宣導不足	加強宣導
102/ 員工需求調查	員工有運動講座之需求	辦理體適能健康講座
102/ 管理會議	員工健康檢查異常者，請承辦單位確實進行追蹤管理之責	血壓、血糖、血脂異常之員工，強迫參與三高講座及追蹤管理

四、實施成果 (Results)

每年年初都會進行「員工健康促進滿意度暨需求調查」，詳見下圖，2012 年度之滿意度為 76.3%。



歷年員工健康促進滿意度調查

五、結論與建議 (Comment)

參與健康促進醫院這麼多年，其實沒有什麼特別的目的，只是希望來院就診的患者與家屬都能感受到本院對其健康促進的用心；社區民眾都能因為本院的努力推廣而更重視自己或家人的健康狀態；在三軍總醫院裡工作的員工們都很健康、很快樂地為民眾服務。也因為有這群快樂的員工，才能將更多的健康與歡樂和來院的患者及四周的民眾分享，共同來做「健康促進」的快樂推手！

第四章
社區合作與社區健康促進

第一節

綜論

林名男

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院家庭醫學科主任

一、前言

在健康促進醫院國際網絡的推展中，其中一種相當重要的工具是提供給醫院的自我評估手冊，裡面五大標準的最後一個標準，就是持續與合作（continuity and cooperation），裡面揭櫫的就是健康促進醫院是整個國家社會健康照護系統的一環，所作所為是為了民眾的健康，但不能自外於所存在的國家社會系統，包括國家的衛生政策、當地衛生機關衛生健康部門的相關計畫，以及除了本身醫院之外，其他上下游有關健康照護的公立、私立部門等，唯有建立起互相緊密合作的夥伴關係，才能轉健康促進的實際作為，落實於民眾的一般生活中。

醫院所提供的服務，不管是門診、急診、住院等，僅是健康照護的一環而已，對於尚未罹病的民眾，減少其不良生活習慣與危險因子，才能預防其進一步的罹病，身為健康促進醫院，訂定醫院的對外服務計畫（outreach programs）與社區組織合作，針對社區民眾不良的生活習慣與危險因子，或是社區環境的致病因子，加以評值或進行計畫介入的改善，是健康促進醫院更值得期待的任務之一。所以在健康促進醫院自我評估手冊裡面的第五個標準，主要的目標就是期待醫院與其他層級的健康服務提供者、其他機構與部門，能持續有計畫的增進合作。

二、社區合作與健康促進

醫院的病人來自社區，醫院內工作的專業人員所見到的急慢性疾病的表現，是民眾在社區內生活、工作一段時間後，所產生的健康問題，雖然個人的行為是影響到他的健康的一個重要因素，但是個人行為的養成，以及對身體症狀的詮釋，求醫行為的驅使等，大部分取決於所在社會的文化、價值、信仰及傳播管道等，因此，社區的參與與合作，更貼近民眾的生活，增強民眾對自身健康的責任感，強化個人對健康所該付出的實際行動，能減低對在疾病形成之後，必須仰賴高科技醫療介入的社會成本。而且，預防的措施，往往比醫療的介入，更加的便宜有效。

社區合作與參與往往更為符合社區民眾本身的需求，更能充分利用社區本身的資源，提高計

畫的效率，當然，社區的定義，不只是地域性生活在同一個地理環境的社區而已，隸屬於同一個組織，如：學校、職場，具有同一興趣、信仰的社群，也可以是健康促進醫院合作的對象，透過社區組織，更能達成民眾的健康。

三、醫院與社區合作實務

為推廣國家健康政策，各級醫療照護機構皆有其權利與義務，身為健康促進醫院，配合國家政策推展健康服務內容，遵照其規定於院內推動相關政策，而對於社區健康服務部分，也是健康促進醫院推動主要工作之一環，與當地衛生機關、中央衛生單位以及各個社區合作，如：社區整合式健康篩檢，這是每個衛生局與當地醫院合作舉辦，推動成人預防保健服務、四癌篩檢等，讓民眾對於醫療及健康服務的可近性提高，也讓醫療院所有機會配合當地衛生機關的服務，共同為當地的民眾創造優質、健康的生活環境；推展醫療院所轉介服務，讓醫療院所之間建立良好的互動關係，以提供民眾全方位的醫療服務，健康促進醫院的任務，不僅僅是將病患於院內照顧好，更需要讓病患回到社區中，亦能有良好的後續機構照護服務、居家照護、復健服務及健康管理等，同時，在社區也可以服務到許多健康的民眾，不僅提升健康服務的質，服務涵蓋層面的廣度也增加。

我國由於分科專業化以及健保制度影響民眾的就醫行為，而建立良好的家庭醫師制度一直是中央衛生主管機關努力的方向，因此，透過社區醫療群的組織，讓醫院及周圍鄰近的基層診所共同互助合作，教育民眾如何視病情的嚴重度選擇適當的就醫醫療院所，並搭配良好的轉診轉檢制度，讓民眾接受到不僅僅是一家醫院或一位醫師提供的醫療服務，而是整個團隊、跨機構的全面性服務，除了醫療之外，也能夠透過社區醫療群的平台，舉辦健康促進活動，如：健康衛教諮詢服務等，一方面也能降低醫療的過度利用，另一方面也可減少不必要的醫療支出。

健康促進醫院不只是醫院能夠推動而已，現在也擴大其內涵，將健康促進醫院的概念推廣至健康促進照護機構，包含基層診所、衛生所或健康中心、長期照護機構等，也期待達到健康促進醫院多贏的局面。在跨單位、跨機構的持續合作之下，以提升我國民眾的健康，創造健康促進生活環境。

第二節

低碳與環境友善醫院

林名男

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院家庭醫學科主任

一、前言

目前世界衛生組織所重視的諸多健康議題中，健康的社會決定因子（social determinants of health）是相當受到重視的，健康不平權（health inequality），是其中重要的議題之一，不良環境因素影響到健康，也是屬於健康的社會決定因子之一，尤其在目前因地球暖化，極端氣候的頻率大增，在世界不同的國家與地區，都遭受到因氣候變遷的因素，所面臨到健康問題上的挑戰，醫院為健康照護部門中的一環，當然也會面臨到因為氣候變遷，所造成的疾病型態變化起伏的問題。而另一方面，隨著健康照護部門的日趨成長，健康照護產業不免也會產生對環境的影響，不管是它所消耗的資源、能源，所產生的廢棄物、毒物等等，對於以提升人群健康為主要目的健康照護部門而言，更應該要重視如何在發展的過程中，減少對環境以及對人類健康的危害。

近年來，愈來愈多的組織逐漸意識到以「首要，不傷害（first, do no harm）」為原則的健康照護部門，應該在除了對病人的臨床照護重視這個原則外，對於週遭的環境乃至於地球，也應該秉持這個原則，減少對環境的污染，避免產生過量的溫室氣體，降低耗用過多的能源與資源，而讓「環境」這個健康的社會決定因子之一，能夠不造成過多人類健康的危害。

二、氣候變遷與健康

聯合國環境規劃署（United Nations Environment Programme, UNEP）與世界氣象組織（World Meteorological Organization, WMO）於 1988 年共同成立了「跨政府氣候變遷專家小組（Intergovernmental Panel on Climate Change, IPCC）」平均每六年提出一份氣候變遷的評估報告，於 2007 年的第四次評估報告中，提到由於氣候變遷使得極端氣候發生頻繁，沿海地區海平面上升，風災、水災等等的發生，因之農產損失，進而造成全球糧食供給產生問題（IPCC, 2007），於 2013 年 6 月發佈的第五次評估的初期報告中，仍提到人類的活動毫無疑問的會影響到大氣的組成（IPCC, 2013）。

氣候變遷不僅只是環境的問題，同時也會對

人類的健康產生一定的影響，很多證據顯示，氣溫上升影響到整個環境的生態，包括降雨量、空氣污染，甚至候鳥的遷移，昆蟲的物種等等。

氣候變遷對健康的影響是多方面的，包括直接的影響，例如極端的溫度。在 2003 年 8 月，歷史性的熱浪侵襲法國，造成過超過 14,800 人死亡（Wikipedia, 2003），2009 年 12 月至 2010 年 1 月歐洲的嚴寒，也造成近百人凍死。氣溫的上升也會造成水的改變、空氣品質、病媒蟲的生態等等。

在未開發國家的觀察發現孩童腹瀉發生的增加與溫度上升有關。病媒蚊造成的疾病，例如登革熱被觀察到與氣候變遷明顯有關，這些現象，就如同世界衛生組織於 2010 年所發佈的，「氣候變化影響到健康的基本需求，乾淨的空氣、安全的飲水、足夠的食物以及安全的住所」（WHO, 2014）。

整個來看，氣溫升高造成部分傳染性疾病更容易散佈，引起的天然災害會增加相關的意外傷亡，造成農作物損傷及糧食短缺也使得營養不良以及兒童生長發育受到影響。如此總總，均會對於人類的健康產生一定程度的影響，也可能讓不同國家地區健康不平權的狀況，進一步惡化。2009 年，著名的醫學雜誌刺胳針（Lancet）提出的警言：「氣候變遷是 21 世紀全球健康的最大威脅，數以億計人類的生命與交通會受到危害。」（Costello, Abbas, Allen, Ball, Bell & Bellamy et al., 2009）。

三、健康照護部門的角色與責任

健康照護部門的基本角色與責任就是促進人類的健康，預防與治療疾病的發生。但在健康照護服務提供的過程中，免不了對環境造成危害，世界衛生組織公共衛生與環境部門（World Health Organization ,Department of Public Health and Environment），指出健康照護組織能經由多方面努力，對碳足跡的減少，作出相當大的貢獻。在許多國家中，醫療產業是第二重要的能源消耗者，台灣經濟部能源局也指出，台灣能源大用戶（801kW 以上）的醫院共有 146 家，其能源耗用是非製造業中的第三名，占非製造業能源使用的 15.34%（國民健康署，2013）。在英國的國家衛生服務（National Health Service, NHS） 系統估計，NHS 一年產生的碳足跡超過 1 仟 800 萬噸，大約是整體公部門碳排放的 25%，在巴西的統計也指出，醫院總能源的耗用佔其國家商業總耗能的 10%。

此外，健康照護部門尤其是醫院需對全球氣候變遷、生物多樣性消失、水資源短缺及污染和有毒物質對健康造成的衝擊，在提供服務和健康與疾病相關資訊扮演重要的角色。健康照護專業人員對此議題的發言上具有一定的公信力。無論是在對個別民眾健康促進或在地社區的健康營造，落實節能、減碳、減廢、省水等，醫院只要秉持著保護地球環境的使命，必能兼顧醫院永續經營和發展，帶動同仁、社區民眾共同減少碳足跡，降低溫室氣體的排放，成為地球村的公民楷模。

全球目前針對健康照護與環境變遷的議題，有許多組織正努力推廣相關的觀念與做法，希望能建立更環保、更永續的綠色醫院，例如於 1996 年成立的「國際無害醫療組織（Health Care Without Harm）」，目前在 53 個國家，有超過 500 個會員，共同致力於減少健康照護過程中造成的健康危害，於 2002 年發佈的「健康照護綠色指引（Green guide to health care）」則提供綠色醫院建設與作業相關的工具與參考（Green Guide for Health Care, 2002）。

為協助醫療產業減緩對環境的影響，2009 年健康促進醫院國際網絡（The International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services）秘書處決議，將 WHO 重視之「HPH, Climate and Environment」環境議題，由台灣主導推動，並於 2010 年英國曼徹斯經 HPH 國際網絡年度會員大會通過成立「Task Force on HPH and Environment（健康促進醫院與環境友善國際委員會）」，由國民健康署邱淑媞署長擔任此委員會主委，以 4 年時間結合健康促進醫院國際網路、HCWH（國際無害醫療組織）及臺灣之力量，幫助醫療機構從環境污染者的角色轉變為環境保護者（國民健康署，2012）。同年，國民健康署在國內發起「減碳救地球，醫界作先鋒」宣誓活動，計有 128 家醫院響應此宣誓活動，展現醫療機構主動出擊，推動節能減碳救地球的決心。該委員會於 2014 年 4 月已獲得健康促進醫院國際網絡會員大會同意展期至 2018 年 4 月，並由慈濟醫療志業體團隊接續承辦，由林俊龍執行長擔任主委，強化國際合作之推廣，國民健康署則持續協助國內健康照護機構推動環境友善工作。

四、環境友善醫院之建構

近年來，由於不同組織的努力，對於環境友善以及低碳醫院的建構；逐漸有一定的共識及做法，例如世界衛生組織與國際無害醫療組織於 2009 年出版的「健康醫院、健康地球、健康人群（Healthy Hospitals-Healthy Planet-Healthy People）」所揭櫫的七大行動議題，針對能源利用效率，綠色建築設計，替代能源、交通、食物、廢棄物、水等。提出環境友善醫院建構的七個重要元素（WHO, 2009）。

2011 年 10 月，「國際無害醫療組織」更進一步提出「全球綠色與健康醫院議程，Global Green and Healthy Hospitals Agenda」，提供醫院及健康照護系統一個更完整的架構以建構一個對環境更友善，以及更能永續發展的組織（Global green and Health Hospital），這個議程有十個主要標的，每個標的除了解釋其意涵外，也提供一些具體行動的項目，讓醫院做為執行的參考，建構一個低碳與環境友善的醫院。

國民健康署也參照此一架構，於 2013 年委託財團法人工業技術研究院，執行輔導以及規劃，提供有意願推動的醫院，申請專家輔導服務。

以下簡介這十個主要標的：

1. 組織領導

目的：讓醫院的各領導階層支持綠色及健康的醫院，以形成長期的組織文化，讓醫院同仁及社區能共同參與，強化能提升環境健康的公共政策。

2. 化學品減量與代換

目的：讓醫院能使用更安全的化學品，醫院使用的其他必需品項，執行醫療的過程都能注重化學品可能的危害，以保障病人、同仁及社區的安全。

3. 廢棄物減量

目的：讓醫院能致力於廢棄物的量及減少其毒性，採用對環境最友善的廢棄物處理方法。

4. 能源效益與乾淨能源

目的：讓醫院能減少石油能源的使用；減少環境的傷害，強化能源使用效率，使用再生能源，長期目標是百分之百的能源都來自在地球或社區的再生能源。

5. 節水

目的：讓醫院能經由一系列的節水，回收循環水的措施，減少醫院水量的使用及降低廢水的污染。

6. 綠色運輸

目的：讓醫院能發展運輸服務的策略，減少碳足跡，減少在地的污染。

7. 健康與低碳飲食

目的：讓醫院能致力於提供病人與同仁健康的飲食，支持在地社區生產的食物，以減少飲食的碳足跡。

8. 藥品適當處方安全管理與處置

目的：讓醫院能注意過量藥品使用的問題，減少不適當的藥品廢棄處理，提升藥品回收。

9. 綠色建築

目的：讓醫院採行綠色建築原則，在設計與建造時均能注意，讓醫院成為一個對環境友善的健康工作場所。

10. 綠色採構

目的：讓醫院能採行且對社會與環境友善的廠商採購較有利永續發展的綠色環保產品。

以上十個標的目的之外，全球綠色與健康醫院議程亦提供各類的工作項目，可以讓醫院建構一個完整的綠色與低碳的醫院。

參考文獻

中文參考文獻

國民健康署 (2013) 。健康促進與環境友善醫院教戰手冊。新北市 : 國民健康署。

國民健康署 (2012) 。健康促進醫院與環境友善工作委員會簡介。新北市 : 國民健康署。

英文參考文獻

Costello, A., Abbas, M., Allen, A., Ball, S., Bell, S., Bellamy, R.,& Patterson, C. (2009). Managing the health effects of climate change: lancet and University College London Institute for Global Health Commission. *The Lancet*, 373(9676), 1693-1733.

Global Green and Healthy Hospital. Retrieved from: http://greenhospitals.net/

Green Guide for Health Care. (2002). Retrieved from: http://www.gghc.org/tools.2.2overview.php

Intergovernmental Panel on Climate Change. (2007). IPCC Fourth Assessment Report: Climate Change.

Intergovernmental Panel on Climate Change. (2013). IPCC Fifth Assessment Report: Climate Change.

Wikipedia. (2003). European heat wave. Retrieved from: http://en.wikipedia.org/wiki/2003_European_heat_wave#France

World Health Organization. (2009). Healthy hospitals, healthy planet, healthy people: Addressing climate change in healthcare settings. Retrieved from World Web: http://www.who.int/globalchange/publications/healthcare_settings/en/

World Health Organization (2014). Climate change and health. Retrieved August, 2014 from the World Web: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs266/en/

第三節 國內案例分享

綠能長庚，低碳醫院之先驅！

長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院

長庚醫院創辦人王永慶「省一塊錢才是賺一塊錢」的經營哲學，成為長庚人節約能源的內在動力。流傳一個創辦人節約小故事：廁所擦手紙用過一次，創辦人會把它摺好放在口袋內，等乾了下回再用。企業內一個信封可用三十次以上，原子筆芯使用需要舊筆芯換新筆芯，茶水間的照明採用感應式，當人離開即自動關燈…。創辦人強調：「這是一種精神、一種警覺、一種良好習慣。」這就是長庚的環保節能減碳精神。

一、推動緣起

台塑企業副總裁王瑞華深知企業永續經營是奠基在地球這塊大地之母身上，持續不斷的檢討進行環保節能減碳作為以疼惜這塊土地，並於2006年成立「節能減碳暨污染防治推動組織」，2008年全面下達動員令，成立「節能減廢專案小組」，針對台塑集團旗下各公司，擬具各項節能減廢計畫措施，含製程節能、燈具節能、環境會計、綠色產品、綠色採購、辦公室用品、綠建築及資源回收，責成台塑總管理處各組負責各公司及長庚醫院推動執行。

長庚醫院節能減碳工作，可追溯至1991年即陸續採用新式節能方法，並與國內醫療業在2008年7月與經濟部能源局簽訂自願性「節能減碳，從我做起！」訂定三年內（2008-2010年）節約用電5%目標。2010年參與衛生福利部國民健康署的「低碳醫院 - 節能減廢計畫」，推動院內水、電、油、氣、廢棄物減量計畫，以7年7階段逐步達成降低7%能耗的目標。

二、策略規劃

醫院是一個大家族，如何讓節能減碳成為醫院醫護人員的DNA? 長庚推動節能減碳的挑戰在於醫院裡面組成份子多樣，行政部門、醫師、護理師、醫技人員、甚至病人等，牽涉到的人員、習慣及需要都不同，如何將觀念推動到每一個人並且實行，挑戰困難度非常高，需要花費更多時間溝通。

但是長庚講求行政效率，採行由上而下模式，行政中心幕僚部門依權責分工，擬定各項推動方案及稽核機制。由高階主管帶領，院區組成

節能減廢小組，成員職責劃分後，訂立工作計畫，採數字化管理方式，藉由每月、每季、每年能源用量（電力、蒸汽、飲用水）、減廢量比較，掌握單月、年度的變化來加強管理，並與其他院區進行比較來推動節能減碳的工作。

環保節能減碳執行，是以多個面向全面推動，除了能源管理、現場減廢推動外，另從設備材料購置、工程建造、制度調整、資訊系統等各面向思考及推廣（如圖一）。在推動過程中持續教育訓練是維繫成效的一項重點，訓練的方式及內容也需適時調整，以避免流於形式無法達到效果。

創新及改善也是推動進步的動力，本院藉由各項機制及機會鼓勵及督促同仁持續向上，以引領醫院走在業界前端。長庚秉持「追根究底，止於至善」精神，雖以成本控制與經營績效管控著稱，仍不忘引進外部新管理模式及政府或國際認證作業，讓我們整體更精進。

三、推動執行

（一）節約能源：

1. 節能由硬體設備先改善，包括大至系統性設備如中央空調設備、監控系統…等，近來更引進再生潔淨能源的採用…等，小至節能燈

圖一、環境保護作業方法

具由燈管 T12、T8、一路改良到目前使用 T5 燈管，燈泡從白熾燈泡進化到 PL 燈等省電燈泡，再進步到 LED，隨著節能設備的進步不斷同步更新。（節能手法可參考由長庚體系編撰，台灣綠色生產力基金會發行之「醫院節約能源技術手　冊（http://www.ecct.org.tw/print/17hospital.htm）」。

2. 舊有建築依著相關技術精進，審慎評估確認效能後即進行改善，這些累積的經驗，回饋於各種標準化制修訂並供後續新建或改建院區持續參照採用，包括：節能、工程、操作以及保養等標準化規範。長庚以重視細節的企業文化來推動節能減碳，規範制訂非常詳細清楚，各式工程規範就有 51 本、保養規範 72 本、操作規範 20 本、節能工程作業標準化 83 項。除了新建築部份就依循這相關規範進行規劃設計，於開始就導入節能減碳，這些標準化規範亦透過各種方式如教育訓練、表單、稽核等方式讓長庚全體從上到下都要學習過一個綠色生活。

3. 長庚管理精髓是從細微末節處著手，由每一項工作中找出問題並設法解決，醫療儀器設備也是在此原則下，持續檢討以不影響醫療品質及安全下，進行節能管控。

表一、照明節能案例 **-LED** 各式燈具應用

項目	LED 路燈評估與測試	50W 鹵素燈汰換為 LED 5W 燈
效益分析	1. 每盞 100W LED 路燈：1.5 萬元 壽限 4 萬小時 2. 每盞 150W 鈉氣燈： 0.5 萬元 壽限 2 萬小時 3. 新設方式回收年限：大於 10 年	1. 汰換方式回收年限：1.92 年 2. 新設方式回收年限：1.75 年
汰換重點	自設路燈仍以高效率高壓鈉氣或複金屬路燈設置	1. 以一對一方式汰換鹵素燈泡 2. 利用原有電源供應器及燈具
現場實績	林口 基隆 CCFL 燈泡 (含可調光型) 嘉義	鹵素燈　LED 燈
沿革 2009 年	各長庚醫院全面汰換鹵素燈泡為 LED 投射燈泡完成，數量 >1200 盞以上 林口、基隆、台北、桃園長庚醫院裝設 LED 路燈各 4、12、9、1 盞作為節能燈具示範 嘉義長庚醫院新建工程裝設 177 盞 LED 路燈，投資費用約 300 萬元、回收年限 5.7 年 各長庚醫院全面汰換鎢絲燈泡為 LED 及 CCFL 燈泡 (含調光型燈具) 完成，數量 >600 顆以上)	

（二）廢棄及資源減量：

1. 推動各單位垃圾分類回收減量，訂定分類標準及項目，並針對各類部門訂立垃圾減量標準，除環管部門定期針對垃圾秤重稽核外，並由院區之聯合稽查小組定期查核，優良者表揚、管控不良單位則需於檢討會議中提報改善方案。

2. 廢棄物減量會議中優良案例提出供學習，需改善部份則透過跨部門及集思廣益方式檢討可行之減量方案（如臨床病理科試管改善檢討），並不定期進行跨院區案例觀摩學習。

3. 除由末端分類減量外，也檢討由源頭改善，如各項包裝及工程用料要求交貨廠商須將相關包裝材料進行回收的管控機制，如此可督促廠商為減低回收費用，即會自動檢討減少不必要之包裝以降低成本。

4. 文具這是一項小事，但是這也是列入檢討項目之一，採用制度架構進行改善，如供各單位相互寄送資料之文件袋，原各單位皆可依需求自行領用，檢討後改由文書收發為管控中心（管理課），各單位有多餘或有欠缺文件袋時皆可洽該中心處理，小小動作就能達到減量之目標。

5. 資訊化之推動造就對環境的友善，推動電子公文傳簽及電子病歷無紙化，推展如檢驗檢查報

表二、醫療儀器節能案例

項目	恆溫水槽改善	Toshiba KX050 數位 X 光機改善
改善前	無上蓋開放式導致加熱及保溫階段，大量熱能被環境溫度吸收，損失電能也增加房間空調的電能浪費。 	原廠電路設計，電源由配電盤直接接至主機變壓器 1 次側，面板開關位於變壓器 2 次側之後，故面板關機後仍有微量電流流通，儀器仍處於耗能狀況〈 0.8 A 約 609.66w〉。
改善後	每台加裝不鏽鋼上蓋，加熱及保溫階段均密閉，保溫階段較持久，減少熱能損耗。 	於臨近控制面板附近牆壁或配電盤箱增設一只主開關，方便操作員關閉面板開關後將主開關關閉，完全關閉電源。
效益	增加上蓋後形成一密閉加熱環境，加熱及保溫階段均能減少熱能被環境溫度吸收，降低電能損失，也會減少器械包布等的棉絮及灰塵污染水槽，減少清潔水槽時間。	每台每年預估可減少電費約 5,234 元 以離峰電價 =1.29 元 /KWH 計算

告、手術報告實施電子簽章，及數位醫療影像自動化，減少紙張、膠片使用並可讓印表機碳粉、水資源耗用降低，另外儲存空間的照明及空調也省下了。

6. 用餐所需之餐具，響應環保採用可回收環保餐具，鼓勵同仁自備碗筷，另也請攤商共同響應提供自備環保餐具或水杯提供優惠方案。

垃圾減量措施	減量 / 月
玻璃採檢管改為塑膠材質	353.0 kg
16mm 採檢管改為 13mm 採檢管	88.2 kg
檢體共用一支	318.0 kg
AxSym 機台改為 I2000	197.0 kg
ESR 採檢管減量	31.5 kg
改用較輕的試管	9.0 kg
減少廢液量	145.0 kg
合計	1141.7 kg

圖二、臨床病理科減廢改善案資料

（三） 綠色採購、綠化減碳及綠色運輸：

1. 長庚醫院屬台塑集團成員之一，除原有在節水、節電省能材料及設備選用外，由集團推動之綠色採購制度訂立，更於源頭之採購部門即推動選用較高單價之綠建材及綠色產品為優先。

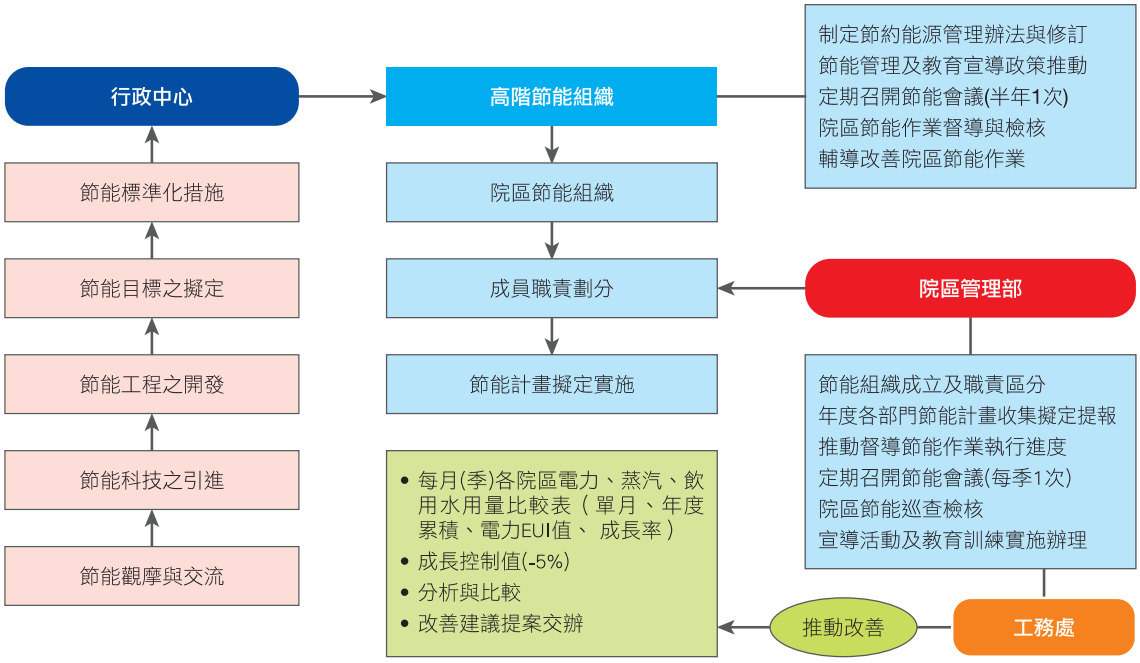
2. 各類工程規範、請購規範之制定也配合市場產品之效率的更新而即時檢討修訂，以確保採用之產品達到環保綠色節能減碳之目標。

3. 醫院是病患進行身心修養再出發的場所，綠化環境是有助提升修養，本院在有限土地持續檢討，以最佳化綠美化規劃之減碳目標，栽種各類喬木、灌木、綠籬、草坪等，相關植栽更考量美觀性因應四季變化更替種植，院區間更常辦理互相觀摩學習，強化環境綠化效能。另亦主動認養院區周邊政府部門之運動公園及道路，進行清潔及綠美化維護作業，擴大減碳成效為搶救地球盡心力。

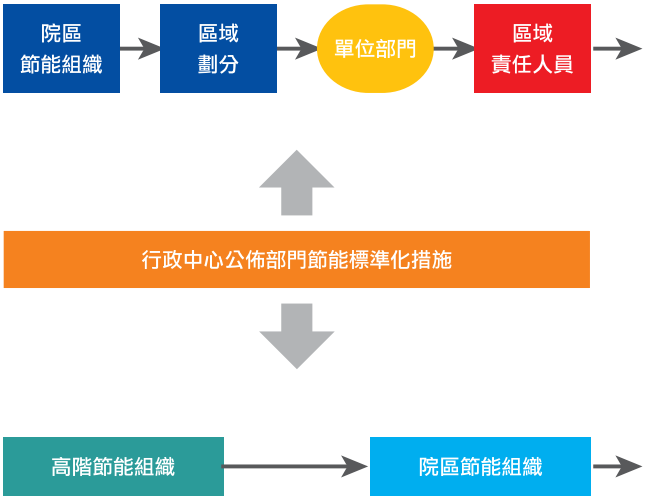
4. 人的移動是增加碳排放的一個重要原因，本院院內同仁眾多，再加上病患及訪客量體相當大，為降低此類碳排放量設置視訊會議，並提供便利的本院與其他北部院區及主要城市間之大眾交通工具，降低個人交通工具使用，也提升了對於員工及訪客服務品質。

（四）管理及推動：

1. 節能減碳採用由上而下管理模式，由高階主管主導推動，並設置組織架構，設定各級單位之相關權責，另這推動若僅是節能減碳小組，很難全員啟動，故需由各單位持續監控節能計畫，例如放射治療部門、檢查治療部門、血液透析部門、資管處部門…，除共通性的標準化措施如空調、照明及用電管理，另考量醫療作業需求特殊性設計個別化標準作業措施，整套管理機制的目標，就是為了建立各單位自主管理。另除每日由警衛部門於例行巡察時將節能管理納入巡察項目外，並設置院區聯合稽查小



圖三、節約能源組織與管理



1. 以平面圖劃分責任區域部門
2. 責任部門主管及人員為負責人
3. 部門制定「自主節能檢查單」
4. 每日上、下班設定與自主檢查
5. 單位主管及責任人員日常檢查

1. 制定各部門照度基準
2. 制定各部門居室空調基準
3. 制定部門標準化節能作業模式
4. 公告注意事項及稽核標準

1. 每日警衛人員下班時段巡檢
2. 每日輪值值夜主管排程
3. 每日夜間輪值二級主管檢查
4. 每月院區 5S 拒檳禁煙節能查核小組抽查
5. 行政中心不定期抽查（含假日夜間）
6. 稽核異常通知部門主管要求改善
7. 重大異常罰扣獎金 (50~250 元)，單位主管於主管會中該報告改善事項

圖四、節能自主管理查核制度

組，定期核查各部門實際用電用水管理狀況，追蹤檢討。

2. 長庚醫院每個醫療環節都務求降低成本，並將利潤回饋到病人身上，在節能減碳工作上，也是以追求效益，資訊化管理的方式來達成目標，藉由每日記錄各項能源耗用量，然後每月統計及用量分析，進行單位成本分析，每年設定下年度的目標值，且與去年同期比較，針對這些數字提出管理指標。每一能源單位成本就可詳細分析，並追蹤異常原因，這樣的作法針對每一度電的用法是否合理使用，都能精準的分析並做好成本控管。並將各院區資料進行比較，各部門節能減碳的成效一目瞭然，透過這所造成的壓力，促使部門將壓力轉化為再精進的行動力。

3. 鼓勵創新及改善是持續推動的政策，有了節能設備，但是人為使用才是能否達成目標的關鍵，所以需思考如何降低人員疏忽造成的能源浪費，如同仁研發可鎖定溫度的空調控制器，避免人員將溫度設過低；行政辦公區的空調和照明開關連動，避免忘記關閉空調。再者於辦理主管晉升時，會組成遴選小組，由高層主管組成口試委員，申請晉升者通過筆試後，晉級候選人必須參加口試提出專題報告，說明對於醫院創新的貢獻，或是特殊專案改善建議（包括節能減碳改善計劃或成果），經過審慎的遴選後，才能脫穎而出。

4. 醫院員工大部分為醫事護理人員，不具理工背景，對節能較無概念及切身感，訓練方式採用手法為：

(1) 理工背景專業人員訓練：工程人員節能規劃設計訓練，設備改善案例方法及交流觀摩學習。參加院外專業節約能源教育講習，引入新科技及技術實際應用。

(2) 其他類別人員訓練：教材編訂除依部門別特性提供教材外，亦導入居家生活節能案例，引發學習興趣，並每年因應環境變遷及技術提升引進新知，檢討修訂宣導教材。全面性辦理推廣及落實舉辦全院節能宣導。

(3) 網路電子化訓練：設立節能減碳專屬網頁宣導節能，包含各式節能方法與技巧，以供應用於家庭及工作全面推廣及落實。設置專業人員作為節能諮詢輔導專人，協助各部門節能作業。定期提供各種能源及節能新知，公告部門人員週知遵循辦理。利用網路化節能學習測驗，定期要求各級人員上網學習測驗。

（五）管理再精進及認證：

雖然長庚醫院以績效管理見長，但創辦人王永慶的經營理念「要做就做最好的！」已經內化為長庚醫院的文化！醫院鼓勵及推動參加政府或國際認證作業，並以取得最高標準為目標。參加之相關認證計有：工程部門之設計、監造及養護作業、能源管理作業、政府綠建築標章、國際綠建築 LEED 認證等，展現長庚醫院不但追求全面醫療品質的提昇，更肩負友善地球環境的企業社會責任，更要成為國際綠建築的領導者。

四、實施成果

本院執行節能減碳非常地有成效，歷年來多次獲得政府經濟部能源局的表揚，綠色生產力基金會亦邀請長庚醫院舉辦研討會，擔任顧問分享節能成果和方式。綠基會陳鼎昌給長庚醫院 A++ 的分數，認為長庚醫院整體表現非常好，設備保養節能管理都非常落實，不管是自來水塔的液位控制、儲冰系統或是醫療熱水使用熱泵都是領先的節能減碳方式。相關獲獎如下：

（一）節能獎項：

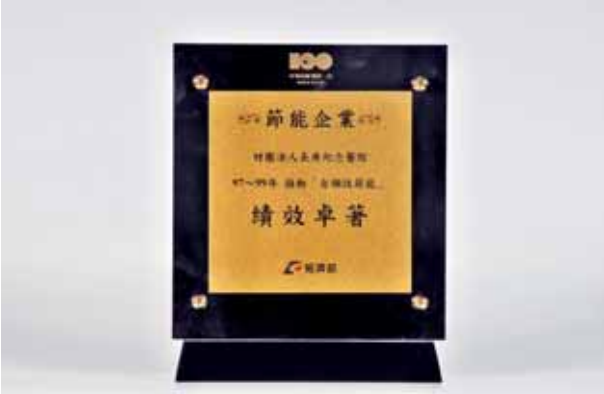
1. 節能表揚：經濟部能源局「經濟部節約能源績優獎表揚活動」1996 年績優獎、2001 年傑出獎；2011 年榮獲經濟部能源署頒發「2008~2010 年推動自願性節能」績效卓著獎（其他院區：1990 及 2011 年傑出獎（基隆）、2010 年績優獎（高雄）、2002 年績優獎（台北）、2003 年傑出獎（嘉義）、2009 年傑出獎（桃園））。

2. 節水表揚：經濟部水利署「經濟部節約用水績優單位及個人表揚活動」2003 年績優獎、2010 年機關團體組優等獎（其他院區：2011 年機關團體組優等獎（高雄）、2012 年機關團體組優等獎（基隆）、2012 年機關團體組優等獎（高雄鳳山））。

3. 減碳表揚：環保署頒發節能減碳行動表揚 2013 年特優獎（2013~2015 年度）。

（二）政府及國際認證：

1. 林口長庚於 2012 年通過「2012~2015 世界衛



圖五、2008~2010 年推動自願性節能績效卓著獎

圖六、2013-2015 年度節能減碳行動標章特優獎

圖七、2010 年節水績優獎

生組織健康促進醫院（WHO-HPH）國際網絡會員」認證（基隆、高雄院區亦於同年通過認證）。

2. 進行林口長庚質子中心新建案時，即思考如何持續強化長庚綠色能力，2013 年已取得國內綠建築鑽石級候選證書，故預計於取得使照後即可取得正式綠建築標章。（基隆長庚醫院 2013 年已獲得 EEWH-RN 綠建築銀級標章）。

3. 林口長庚質子中心不以取得國內認證就滿足，已引進最新進的國際醫療綠建築 LEED-HC（綠色能源與環境設計先導 Leadership in Energy and Environmental Design, LEED）設計，要讓身為台灣首屈一指的醫學中心，以 2015 年取得 LEED-HC 醫療建築白金級綠建築為目標。

4. 工務部門分別於 2011 年取得工程設計 ISO 9001 認證，2012 年監造及養護部門亦通過 ISO9001 認證。

5. 其他院區亦已取得相關能源管理認證，如嘉義長庚院區 2012 年通過 SGS 及 TAF 國際認證機構頒予 ISO 50001 能源管理系統品質認證，桃園長庚醫院也預計於 2013 年取得認證，持續水平展開推廣。

（三）廢棄及資源減量：

1. 推行餐具減量計畫，病患餐改用回收餐具、林口院區之餐廳區使用回收餐具、員工使用環保餐具或自備餐具提供優惠，年減少 19.026 公噸垃圾產生。

2. 納入回收項目廢紙箱、病歷、標籤藥袋、IV 軟袋、洗腎桶、針筒、雜塑膠、寶特瓶、藥盒、X 光軟片、PVC 管、鋼筋、不鏽鋼、鐵鋁罐、雜鐵、電線電纜、電瓶、燈管、電視、冰箱、碳粉匣、電腦螢幕、主機、印表機及其他計 25 項，2012 年 1,237 公噸（回收費用約 1,425 萬元），較 100 年增加 367 公噸提升 42.18%，這其中含有屬生物醫療廢棄物之尖銳、透析管經滅菌後進行資源回收，2012 年達 60.73 公噸。

圖八、通過 2012~2015 年 WHO-HPH 認證

圖九、林口質子中心綠建築鑽石級候選證書

硬體節能重點：

- 大型喬木綠化與綠化量
- 基地保水如透水性土壤
- 外殼節能如外窗雙層 LOW-E 玻璃
- 外牆內側隔熱與屋頂泡沫混凝土層
- 再生建材與室內 60% 以上綠建材
- 降低有機物污染施工建材如油漆
- 接着劑等使用無毒綠建材、低含鉛量電線電纜等
- 使用燈具如 T5 、LED、無極燈等
- 燈具照明配置合理化及減少光害措施
- 空調區域幫浦變頻系統
- 全區變頻式冷凍主機應用
- VAV 空調系統與室內空氣品質控制
- 室內逾 20% 以上區域 CO2 濃度外氣控制
- 空氣過濾網等級與品質
- 全熱交換器空調箱
- 太陽光電發電系統示範裝設
- 風力發電系統示範裝設
- 全面採用熱泵系統
- 儲冰式空調系統
- 第五代 DCS 中央監控系統
- 中水與雨水回收系統應用
- 垃圾分類及消毒清洗措施
- 自行車淋浴更衣及油電車優先停車

基地總面積 :6.03 公頃

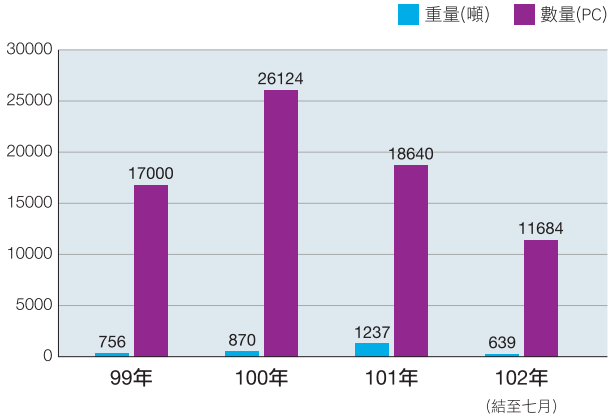
- 質子治療中心
- 動物實驗研究中心
- 醫療實驗研究中心

目標

- 台灣內政部 EEWH 綠建築鑽石級標章
- 美國綠建築協會 LEED 綠建築白金級標章

圖十、綠建築應用重點—林口尖端醫療研究園區

圖十一、2010 年電子病歷特優醫院



圖十二、2010-2012 年資源回收實績表

3. 本院實施電子病歷年節省紙張耗用 960 萬張（約 38 公噸），間接減少印表機耗材、用電及後續處理費用約 336 萬元，病歷儲存空間節省 47 坪。

4. 長庚各院區經統計 2009 年全院垃圾分類回收減量作業，較 2008 年減量 642 噸垃圾，減少二氧化碳排放 578 噸，並持續每年可節省用紙 32 噸、節省用電 3,514kWH，包括碳粉等耗材計入每年可節省 1,052.7 萬元，每年可減少二氧化碳排放 48 噸，病歷倉儲空間可節約 56 坪。

（四）綠色採購、綠化減碳、綠色運輸：

1. 長庚醫院實施綠色採購制度，省電、水及清潔、資訊類產品經統 2010 年 8 月至 2013 年 7 月間每年皆達 3.3 千萬元以上，並於 2009 年獲得內政部公開頒發獎狀表揚。

2. 本院近期推動綠美化減碳作業，考量整體綠帶之通透性、訪客與醫院親近性，進行局部景觀植栽調整，認養周邊政府部門之運動公園及道路進行景觀綠化清潔及維護作業，藉此除本院訪客外更提供周邊居民樂於走出戶外休憩之場所，達到節能減碳共同分享效能。後續將考量興建中尖端醫療園區及配合政府機場捷運周邊整體規劃，塑造本院整體周邊成為國際級醫療綠色醫院園區。本院綠美化範圍院區周邊、苗圃…等可綠化面積約 13,758 坪，已綠化面積約 13,578 坪，種植喬木數量達 1,500 餘棵，綠美化比例已達 98.6% 以上。

3. 本院與各院區皆有設置視訊會議系統，採用電子表單及資訊系統管理申請便利，另設有便利的大眾運輸交通工具，提供員工及訪客使用，此外車輛管理方面也要求駕駛同仁於長時間停車時應即熄火，避免怠速運轉造成污染亦可降低油耗，經統計本院各式車輛油耗 2012 年 333,131 公升較 2011 年降低 2,165 公升，降幅達 0.65%。

項次	項目	面積
1	院區建物周邊	25,942 坪
2	苗圃區	1,510 坪
3	長庚湖	3,654 坪
4	運動公園	5,097 坪
5	認養道路	3,090 坪
合計		45,293 坪 (14.73 公頃)

圖十三、林口院區及周邊基地

圖十四、院區綠美化成果

表三、**2009** 年全年綠化植栽成果

項目	單位	合計	年減碳量 (公噸)	百分比
喬木類	棵 (年減碳約 11.6kg/ 棵)	36,801 棵	427	50.0%
灌木類	株 (年減碳約 1.875kg/ 株)	51,323 株	96	11.3%
綠 籬	M^2 (年減碳約 7.5kg/M^2)	21,321M^2	160	18.7%
草 坪	M^2 (年減碳約 0.5kg/M^2)	340,935M^2	170	20.0%
年減碳量 (公噸)		88,124 棵	853	100%

五、結論與建議

環保節能減碳推行，一定要高階主管領頭推動才能將影響層面擴大，成效才能彰顯。地球只有一個，推行不能停歇，僅提供長庚醫院之推動經驗供各界參考，希望共同努力創造更美好醫療環境與家園。

低碳醫院

佛教慈濟醫療財團法人大林慈濟醫院

一、能源效率

在醫療院所裡有效率地使用能源，如：在採光方式、空調冷暖氣設備及熱泵系統等方面上的改良，可以提供足夠的需要能源以維持醫院正常的運作，並可以顯著地減少醫院能源的消耗及溫室氣體的產生。而改善能源效率是減緩地球暖化最快也最具有成本效益的方式。

自 2000 年 8 月啟業以來致力於推動預防保健、社區健康促進工作，並以成為健康促進醫院為目標之一。2005 年底開始推動健康促進醫院專案，2006 年進行全面性系統性推動健康促進醫院，2007 年申請加入國際網絡會員，除同仁、病人、社區、心靈健康促進以外，更將「環境」列入五大推動議題之一。

在熱水系統部分，因傳統鍋爐需使用柴油燃燒，除具有潛在爆炸危險，也會排放二氧化碳及消耗熱能，經改用熱泵吸收周圍環境熱源製造熱水，亦降低二氧化碳產生，雖然裝置熱泵系統費用較高，但可節省近四分之一的能量。且熱泵系統亦可同時產生冷氣，搭配空調冷卻系統，空調主機依溫度與冰水條件自動停或開，可提高效能。除了熱泵供應熱水外，另採取裝置變頻器、管制排風機運轉時段、使用節電燈具、公共廁所節能照明改善自動感應控制燈光、電子式安定器照明燈具，合計每年節省用電 6,018,147 度，減少 3,971,977 公斤的二氧化碳排放量。

熱泵熱水儲水桶

熱泵機組

二、綠色建築設計

當一踏入醫院大廳，首先看到的是自然光灑落在地板及來往民眾的身上，透過天花板採光罩的設計及建築之外的連接走廊，可讓陽光以自然照射入室內，可減少白天須開燈的時間與電能的花費，也以綠色植栽及花卉點綴院內的牆面及角落，讓民眾於室內空間亦有鳥語花香的感受，同時更可營造出更健康的室內環境。

此外，配合國家政策，本院自 2010 年推出菸害防制法新制前即於院區內推動無菸醫院，為營造出無菸工作環境、無菸就醫環境，避免民眾利用鮮少利用的逃生梯、大廳外公車等候區等，於醫院室內外空間皆進行空間改善。為降低本院環境菸害及鼓勵同仁多走樓梯少搭電梯，本院於 2007 年開始布置院內樓梯，並以「健康步道」命名。目前本院有三座主要動線之樓梯皆已布置成健康步道，牆面有野生鳥類、昆蟲、動植物來美化，並佐有一些健康小常識來提醒行走者，亦為推動院內節能減碳的附加價值。因此，於 2011 年以「歐洲無菸醫院網絡 （European Network for Smoke-free Hospitals） 」之無菸醫院守則推動無菸醫院導入工作，並於國民健康署舉辦之「2012 無菸醫院國際金獎論壇」榮獲無菸醫院金獎的殊榮。

於戶外環境部分，本院兩棟大樓之間的頂樓設有空中花園，讓住院、門診病患及家屬有休憩、享受日光浴的環境，同時可舒緩身心壓力。

健康步道 - 中央樓梯外觀

健康步道 - 中央樓梯內部

院區走廊明亮通風

大林慈濟醫院 - 醫院大廳採光罩

院區室內外皆有綠色植栽

院區室外空中花園及生態池

三、替代能源

以可再生的物質作為供應醫療院所的能源使用是減緩全球暖化和環境永續發展的基本策略之一。利用替代能源的使用，可以減少因燃燒生化燃料所產生的溫室氣體排放量。在戶外設置露天的 49.5 千瓦太陽能發電設備，太陽能發電系統與台電併聯運轉，提供乾淨能源並可抑制尖峰用電。每年可節省費用 239,200 元，且每年減少 72,770 公斤的二氧化碳排放量。

49.5 千瓦太陽能發電設備

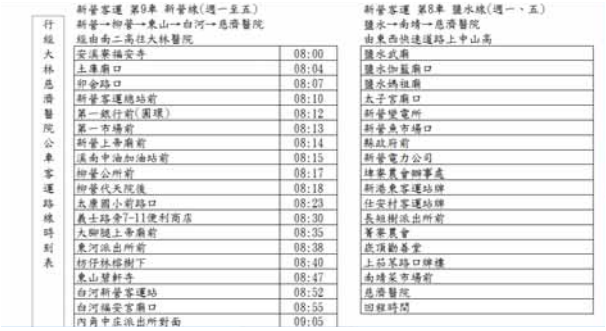
四、交通運輸工具

在醫院裡，鼓勵民眾以爬樓梯取代搭乘電梯，因此將建築物的樓梯間規劃成健康步道，並以衛教資訊和美麗的生態照片作為裝飾，營造出較舒適、友善的環境。在室外空間，鼓勵大家多騎自行車少開車和騎摩托車，這是減少碳足跡很好的方式。不僅在宿舍區提供腳踏車，醫院同仁可以免費使用，也鼓勵院內員工組成運動性社團，其中鐵馬社即為同仁社團之一。醫院為鼓勵來院看診的民眾多利用大眾交通運輸工具，提供免費的交通接駁車來往市區和醫院，方便民眾至醫院的交通，交通接駁車往返大林火車站每 15 分鐘一班、往大林鎮上、大林交流道、各國道客運站等每 30 分鐘一班，若步行至火車站也僅須 10 分鐘。此外，亦規劃 16 條不同路線之公車，分別來自雲林、南投、嘉義及台南等鄉鎮，平均每天有 9 條路線接送民眾至本院就醫。

院區道路共設置 30 盞太陽能路燈

交通接駁車時刻表單張

交通服務台有專人提供查詢及時刻表單張提供。



行經大林慈濟醫院公車客運路線時刻表	新營客運 第9車 新營線(週一至五) 新營→柳營→東山→白河→慈濟醫院 經由南二高往大林醫院		新營客運 第8車 鹽水線(週一、五) 鹽水→南靖→慈濟醫院 由東西快速道路上中山高
	安溪寮福安寺	08:00	鹽水武廟
	土庫廟口	08:04	鹽水伽藍廟口
	仰金路口	08:07	鹽水媽祖廟
	新營客運總站前	08:10	太子宮廟口
	第一銀行前(圓環)	08:12	新營變電所
	第一市場前	08:13	新營魚市場口
	新營上帝廟前	08:14	縣政府前
	溪南中油加油站前	08:15	新營電力公司
	柳營公所前	08:17	埤寮農會柳寮處
	柳營代天院後	08:18	新港東客運站牌
	太康國小前路口	08:23	仕安村客運站牌
	義士路會7-11便利商店	08:30	長廊樹派出所前
	大柳號上帝廟前	08:35	菁寮農會
	東河派出所前	08:38	庶頂勸善堂
	竹仔林榕樹下	08:40	上茄苳路口牌樓
	東山望軒寺	08:47	南靖菜市場前
	白河新營客運站	08:52	慈濟醫院
	白河福安宮廟口	08:55	回程時間
	西角中庄派出所對面	09:05	

交通車路線時刻表

交通接駁車

院長室主管帶頭騎腳踏車。

公車等候區

提供免費腳踏車借用服務

五、食物

基於遠地採購食物食材，將耗用許多運輸能源，增加碳排放。在醫院的員工餐廳提供當地食材和有機蔬菜可減少食物運送上的食物里程數，因此，大林慈濟醫院特別在院內開闢了大愛農場，除提供身心障礙病友一個園藝治療的空間，所產出的蔬菜亦直接提供院內餐廳使用，低排碳食物的推廣，對個人健康及環境都有十分正面的價值。

大愛農場

大愛農場插秧趣

六、廢棄物

在醫療院所內，醫療廢棄物的管理是一項重要的工作。我們運用嶄新的資訊科技發展了電子化健康照護資訊系統，醫院全面推動 e 化作業，全面使用醫療影像傳輸系統（PACS），透過網路傳輸醫療影像，全院不沖洗影像如 X 光片等，不僅提升看診品質，縮短等候時間，也顧及環保；醫院公文電子化，將公文透過電子信箱傳送，大量減少紙量，成為完全無紙化和直接電腦傳輸檢查影像的醫院。透過行政系統電子化、X 光片數位化，每年可省下約 2,150 萬元。

- 每月公告單位廢棄物量：進行月份、年度比較，管控各個單位廢棄物量，若有超過標準情形發生時，將請各單位提出 PDCA 進行改善。
- 2011 年 9 月參與衛生福利部特委託財團法人環境資源研究發展基金會辦理 2011 年度「推動醫療機構資源回收再利用及污染防治計畫」並執行廢棄物減量、再 QCC 品質管理圈減少廢棄物排放量、利用暨廢水自主管理輔導作業。
- 以 QCC （Quality Control Circle） 品管圈的方式成功地將原本每天每床產生 2.92 公斤廢棄物減少至每床 2.59 公斤。亦針對院內廢棄物產量高的單位，如洗腎室，透過自行研發的減量設備，有效地將每一床人工腎臟廢液的產量由 0.9 公斤降到 0.8 公斤。
- 全院總動員，資源回收動起來：全院推動垃圾分類資源回收，各護理站設置高達九種分類垃圾筒。每隔兩個星期，醫護同仁就會齊聚醫院

的環保場，整理醫院以及鄰近社區的回收物。據統計三年來，一般廢棄物平均每月每床產生量已從 2.05 公斤降至 1.92 公斤，在資源回收物部分，共增加 87,991 公斤回收量。大林慈濟醫院全院推動垃圾分類資源回收，各護理站設置達九種分類垃圾筒。每週星期日，醫院同仁及社區民眾會齊聚醫院的環保場，整理醫院以及鄰近社區的回收物。院內之資源回收物品共分成：紙類、塑膠類、鐵類、鋁罐、寶特瓶、玻璃瓶、日光燈管、電池類、光碟片、碳粉匣及廢電子產品等，以透明垃圾袋及標有資源回收標誌之資源回收桶收集，2009 年 374,597 公斤回收量至 2012 年 408,116 公斤成長 8% 資源回收量，並以延續物命理念推動有機肥製作、再生紙製作、環保肥皂製作、宿舍二手書刊回收交換櫃設置、電器維修站等。

- 環保餐具不離身：除了提供健康素食，在醫院員工餐廳內用餐皆必須自備環保餐具，不提供免洗衛生餐具。透過環保餐具的使用，統計醫院啟業至今 13 年期間已減少至少 541 萬雙衛生筷。
- 紙張回收再製美化：將回收攪碎之紙張浸泡 24 小時變軟後再依「手抄紙製作流程」加水攪碎、 紙、壓平、晾乾的方式製作手抄紙，經由美工創作製作感謝卡，並推廣院內同仁及社區，教導身心學員製作再生紙如。
- 回收廢油製作環保肥皂：利用廚房的廢油製作環保肥皂並推廣院內同仁學習，。
- 廚餘製作有機肥：院內廚餘分生、熟廚餘，熟廚餘利用購置廚餘消滅機進行生物分解，分解後流至本院污水處理廠，生廚餘利用堆肥桶製作有機肥成效佳並推動至宿舍同仁及同仁回家製作，利用廚餘製作有機肥，除了管理廢棄物之不當污染外，更可以利用自然材料之養份滋養土地讓土地永續生息。
- 成立同仁電器維修站：工務室同仁成立電器維修站，提供同仁維修家電服務，節省金錢支出外讓物命得以延續。

護理站資源分類高達九項

環保餐具不離身

由院長室主管帶領同仁們一起動手做環保

由院長室主管帶領同仁們一起動手做環保

製作再生紙

美化再生紙製成卡片

回收油再製肥皂

回收油再製肥皂

有機肥教學

廚餘消滅機

七、水

在醫院內的廁所，使用電子感應水龍頭和兩段式沖水馬桶，採用省水器材，降低水壓調整水龍頭出水量，可減少水資源的使用。院區全面舖設透水磚、雨水灌溉系統和中水回收系統，回收使用過的水資源再利用，可減少 1/3 自來水用水量。每年回收水約佔所有使用水的 23.7%，相當於每年約省下 88,800 噸，每年可節省 84 萬元。

設置中水回收系統

目前本院廢（污）水處理廠之處理流程，大致為院內產生之廢（污）水後再經過固液分離池、沉砂曝氣池、調節池、接觸曝氣池、沉澱池等處理設施後，部分經消毒後放流出去；部分再經中水回收系統重新再利用，可以促使自來水之使用量逐漸減少。

本院於 2006 年廢（污）水廠範圍內並設置生態景觀池，讓處理後放流水，最後再經由生態景觀池以自然淨化方式，使放流水質能更加潔淨，並於生態景觀池上種植許多植物，能讓整體景觀達到視覺美感之效果，此為模擬天然濕地之水文及環境狀態的人工溼地，為一淺窪的地，底部含 20-30 公分土壤或其他介質提供水生植物著根，並種植挺水性植物、浮葉性水生植物、著根浮葉水生植物。並由水位控制設施保持約 10-60 公分的水深，在濕地表層開放性地域，進流水流經底部土層並與植物的莖、根部接觸後，可達淨化目的。自由水層水深為 30-100 公分，植體孔隙率約為 0.8，溼地中種植蘆葦、莎草、香蒲、水芙蓉等水生植物。2009 年在院區內設置另一個生態景觀池，未來也將朝向環境教育功能、休閒遊憩來發展努力，於 2011 年已完成可提供同仁休憩生態環境之學習環境。

在醫院內的廁所，使用電子感應水龍頭和兩段式沖水馬桶，採用省水器材，降低水壓調整水龍頭出水量，可減少水資源的使用。院區全面舖設透水磚、雨水灌溉系統和中水回收系統，回收使用過的水資源再利用。

387 噸中水儲水槽

省水馬桶

感應式水龍頭

人工溼地

八、環保教育

推動環保教育的意義，重在觀念的宣導，讓人人把做環保當作是生活的一部份，如此才能減少對地球的損害。在醫院裡，同樣也需要透過教育將環保資訊傳達給各個單位的工作人員，讓大家一起動手做環保。大林慈濟醫院從由內而外，由硬體至軟體無不都是希望落實綠色醫院的精神，能有效推行的關鍵是落實環保生活文化的推動。由慈濟基金會灌輸環保文化，環保教育不僅在醫院落實，也深耕至社區，甚至在大林慈濟醫院的院區內，也成立一個資源回收據點，平時有社區民眾做資源回收之外，也是提供醫院員工及眷屬一個環保教育的場所，因而也可拉近同仁間、家庭間以及與當地民眾之間的關係。

本院自連續三年獲得企業環保獎參賽時均得到環保署長官及評審委員肯定，並不會因此自

我滿足，持續不斷針對環境及教育方面努力，因此朝「環保大眾化」以如何透過院內的力量推廣至社區民眾來了解環保之重要性，為本院推行目標之一，尤其近年來最熱門的話題，就是地球的溫室效應所引起的全球暖化，全球暖化導致北極熊面臨絕種危機，北極冰原大面積的融化，而南極也出現融冰現象，恐怕有部分國家都將沉入海底，地球已開始發出異常警告，本院身為地球的一份子，需要做些什麼呢？才能減少對地球之傷害，一直是努力需達成之目標。

本院環境教育推動相關部門包括勞安室（危害物質及有害物質管理及噪音管理）、工務室（空氣污染防治、能源規劃）、庶務組 / 環管股（廢棄物處理及廢水處理）、各護理單位之環評小組及教學部（多媒體規劃）等單位，共同推動院內的環境教育等相關業務，並設有環境管理委員會本院於環境管理委員會中成立環境教育推動小組配合志業體環保策略，擬訂醫院推動計畫，落實推動環境教育工作。環境教育相關依各委員會或科室功能組內，所具備相關資歷及證照專業能力推廣同仁及民眾，運用院內網路學習並納入年度考績擴大自主學習。委員會每季召開會議，必要時由主任委員召開臨時會議，因討議議案之需要，委員會得邀請院內、院外相關人士列席，並制訂環境教育、衛生教育等相關課程及推動方案。

社區參與：

1. 本院全面提供素食餐點，為減少食物碳足跡，於醫院院區內設置大愛農場，種植二期稻作及蔬果，並提供院內同仁餐廳用膳使用，此外，亦開闢員工菜園區塊免費提供同仁及其家屬認養種植農作物。
2. 由於本院位於雲嘉地區，農業為重要的經濟產業，為了讓同仁及其家屬體會農家種稻之辛勞，本院於鄰近上林里承租 1.2 公頃農地，定期舉辦收割與插秧活動，由院長室主管帶領同仁，從醫院騎自行車至稻田，親自下田體驗田園之樂，許多同仁亦會攜家帶眷做為家庭生活教育，體驗農夫之辛苦，更應珍惜辛苦付出後所收成之米糧。
3. 大愛農場亦可作為身心科病患園藝復健治療的場所，由於住院病患長時間待在室內，可藉由大愛農場園藝復健治療讓病患走出戶外體驗大自然。此外，為教育本院附設大愛幼兒園學童環保教育及生態保育之觀念，與大愛幼兒園合作安排每個月一次大愛農場田園實習教育課程，讓學童從小就與農場作親密接觸。
4. 本院與嘉義縣衛生局每年合作於各鄉鎮舉辦「嘉義縣社區複合式健康篩檢」活動，為鼓勵健康蔬食減少碳足跡，自 2012 年起由紙盒便當改成慈濟環保餐盒，並全面提供素食餐點，藉此向更多衛生局（所）同仁與健康志工，宣導健康蔬食與減少使用拋棄式餐具觀念。
5. 本院與社區有緊密的結合，自 2002 年起每個月第一個週二下午，固定舉辦環保掃街日，邀集全院同仁一起捲起衣袖走入社區守護院區周遭環境，認養綠化的範圍亦包括鄰近的大林運動公園、大林火車站周邊等，與鎮公所共同

單位舉辦環保日梅山公園親子分類

單位舉辦環保日東石外傘頂洲淨灘

院長帶領減重減碳活動宣示

減重活動宣示

回收再製手抄紙製作教學

回收再製肥皂教學

合作種植路樹、綠化環境等，讓原本雜草叢生乏人問津的廢棄公園變得美輪美奐，也讓更多社區民眾願意走入公園進行各項休閒活動。2007 年大林車站跨站式站房改建完成，以環保綠建築的設計完成，火車站內部佈置，醫院公傳室協助以本院的大莆林社區報「大林美景猜一猜」，自然美景及愛護地球珍惜資源作為布置題材，巧妙地結合大林鎮環保成果與在地文化特色，襯托綠色建築與自然環境是地球永續健康的關係。

6. 本院於大林鎮中林里及明和里經營「健康柑仔店」主要針對社區長者每週辦理一次活動每次 2 小時，活動內容包含運動指導、健康講座、手工藝實作，因此會邀請社區環保達人或手工藝達人，指導長者如此運用資源回收材料製作遮陽帽、門簾、燈籠等工藝製品。本院總務室同仁亦至健康柑仔店擔任講師指導長者如何製作手抄紙和環保肥皂。

健康減重計畫推動

2011-2013 年度全院推廣健康減重觀念，舉辦「健康減重！愛 i 愛地球！」減重競賽，在醫院工作的我們，除了照顧民眾的健康之外，更應該要以身作則擔任健康領航員的角色。同仁健康減重競賽是依據 BMI 值分成健康組、舒活組及樂活組，並鼓勵同仁組組團報名團體績效組，以及為發揮健康減重計畫之創意而設團體創意獎。

由院長領軍全院宣誓齊減重，透過輕食餐、運動社團、健康講座與體適能檢測等，同儕間相互督促勉勵，達到個人體重控制、增進單位情誼，更結合蔬果素食，力行節能減碳愛地球，鼓勵同仁和鄉親們健康減重一起來，成為真正的健康促進醫院。

九、替代能源

佛教慈濟醫療財團法人台中慈濟醫院於 2007 年元月啟業，秉持著預防勝於治療的理念，積極推動預防醫學，新院區（第一院區）亦於 2011 年 8 月正式啟用。台中慈濟醫院在兩個院區主要建物的人字型屋頂上，架設有超大型太陽能板，為追隨太陽的方向，第一院區掛在方位「向東」的屋頂上，第二院區則掛在方位「向南」的屋頂上，粗估每天總發電量將近 1000 千瓦，為臺灣推廣太陽光電的指標。

以 2011 年的統計為例，太陽能板所提供的電力，約佔醫院總用電量 1.53%，單從數據看起來，比例似乎不高，但每年至少能夠減少 15 萬 1 千公斤的二氧化碳排放量，同時也抑制太陽輻射熱進入屋內，減少空調相對負荷，無形中減少電費支出。除了屋頂的太陽能板之外，院區內的路燈，有三分之一採用比一般路燈價格高的太陽能路燈，展現慈濟維護環境生態的決心。

如果以台中平均日照時數，一天 5 小時來計算，整套系統一天最多能產生 1000 度電，目前台中慈濟醫院平均日發電量 700 度，轉換成一般人能了解的用電概念，如果使用一台用電量 1 千瓦的冷氣，一小時的運轉消耗一度電，那麼台中慈濟醫院太陽能一天的發電量就可以提供 700 小時。這套發電系統運轉至今，兩院區至少已經

生產超過 673 萬度電，減少 403 萬 8 千公斤以上的二氧化碳排放量。

發展國內太陽光電能帶動產業，在油價、電價日益上漲的年代，以長期效益來看，不僅可以減少電費、維護居住環境、更大大改善了夏日尖峰用電的困擾。台中慈濟醫院不惜重金投入太陽能設備裝置，是希望響應證嚴法師減少碳足跡的理念，為地球、為環保盡份心力。

食物面

十分鐘出好菜　剩菜也能做出好料理

新春過後，冰箱裡剩下來的食材，往往是家庭主婦煩惱的開始。花蓮慈濟醫院的營養師們特地傳授健康秘訣，只要運用過年假期所剩的蔬菜、水果和麵條，就能端出色香味和營養俱全的好菜色，而且烹調簡單，只要十分鐘就可以輕輕鬆鬆，把健康好料端上桌。

第一院區後棟屋頂太陽能圖

組列由東向西照的相片

組列由西向東照的相片

組列由北向南照的相片

組列由南向北照的相片

年後清清腸胃，簡樸蔬食八分飽，就是最好的選擇。以「減少廚餘」和「再利用」的概念，就能十分鐘出好菜。簡樸蔬食其實可以很簡單，不妨多利用過年後家裡有許多蔬菜、水果，再加上五穀堅果，就是一道營養可口的料理，也能解決家庭主婦們所剩的蔬果問題。就醫學、健康觀點來說「八分飽、活力精神好」，吃八分飽是最符合身體的需求，將二分食物化為愛心，留給需要的人，也不會造成廚餘問題。藉由「食材再利用」的概念，並且朝向在生活中落實「零廚餘」的目標，與民眾一同用行動愛地球。

為了傳遞健康、尊重生命及拯救地球的觀念，花蓮慈濟醫院以實際節能減碳行動，鼓勵同仁們發揮專業與創意，以「低碳無油」的烹調方式，不僅運用當地食材，做出符合高纖、低油、低鹽、低糖的蔬食，推廣蔬食創意料理，同仁們身體力行的響應，更鼓勵同仁從蔬食、齋戒、日行一善開始，讓點滴的愛心匯聚成「善撲滿」，為地球環境的永續與健康付出一份心力。

推動素食減少 CO_2 排放

1992 年 12 月 20 日起，花蓮慈院餐廳全面停止使用一次性的紙餐具，同仁用餐需自備的環保碗筷杯。因員工餐廳距離醫院有段距離，為了讓更多同仁親近素食，特於院內加設同仁用餐區，讓院內同仁免於距離因素可以就近取得午餐，增進了同事間的感情，身體也更健康。2012 年共計 756,124 人次茹素，可節省減筷子：756,124 雙，可減少砍筏 3,780.62 支桂竹，減少 37,806.2Kg 的 CO^2 排放量。

交通運輸工具面

鼓勵同仁使用低碳運輸工具

交通運輸工具為耗能與氣體排放主要來源，為減少碳排放，宣導少搭電梯，鼓勵同仁多走樓梯，與舉辦團隊「登高」爬樓梯大賽等活動。提供腳踏車專用停車區，鼓勵同仁上下班或外出多騎腳踏車，宿舍區亦提供腳踏車供院內同仁免費使用減少碳足跡，已可增加自我之運動時間。

因花蓮地緣狹長，大眾運輸工具不若北部縣市便利，民眾習慣開車、騎機車或搭乘計程車來院就診，為方便民眾來院看診，醫院提供免費之交通接駁車來往醫院與車站間，為減碳救地球盡一份力。

「健康促進，Yes, we can ！」

花蓮慈院舉辦健康促進成果發表會，同仁的多才多藝與精彩的展現方式，不僅讓人目不轉睛，由裡到外讓全院同仁一起健康促進再提升，也見到同仁工作以外，相互勉勵，積極促進健康的正向能量。花蓮慈院不僅通過健康職場認證標章，更獲得「績優職場健康領航獎」的肯定。

院內設有公車站牌

火車站區間車

爬樓梯競賽

節能宣導 - 爬樓梯

腳踏車停車棚

腳踏車區

第五章
精神照護機構的健康促進

第一節

綜論

藍祚鴻

臺中榮民總醫院精神科醫師

一、前言

精神照護健康促進的概念奠基於 1986 年渥太華宣言和 1991 年布達佩斯宣言的健康促進醫院的原則。同時也符合了維也納宣言中所揭櫫的，精神照護健康促進應該正視以下幾項基本尊重個人的準則：

1. 疾病和健康是一體的兩面，是整體的概念。
2. 尊重個人尊嚴，人人平等與個人獨特性，並且在同一個社會中包容不同文化的差異。
3. 塑造一個友善的環境，強調並重視病人，家人，與照顧工作人員的福祉。
4. 適當的分配資源，而且善用資源於健康照顧的本質。
5. 積極的和其他健康照護合作，並形成相輔相成的網絡。

為了因應這些準則，世界健康促進醫院網絡特別成立了「精神照護健康促進專責工作小組」，主要負責幾個目標：

1. 在精神醫學領域增進健康促進的經驗交流。
2. 發展以精神醫療為主的健康促進臨床照護模式。
3. 鼓勵並且推動有創新性的計畫。
4. 建立合作網絡成員可以遵循的準則和建議。
5. 促進和其他國際組織的接軌。

在 2006 年第 12 屆的 WHO 國家及區域健康促進醫院網絡年會中，精神照護健康促進專責工作小組由 47 名成員組成，有 73 個精神醫療機構參與，會中擬定未來的制定支持性結構方向有三：

患者：加強心理教育，推廣職業介紹機構，網路咖啡館的合作參與，抑鬱症和自殺行為的早期預防，與高風險家庭的檢測和諮詢。

員工：防止因為暴力行為而受害，並強化一般教育科普健康促進策略。

社區：與其他醫療服務的網絡合作，推廣支

持病人的運動和自救措施的教育。

目前也在廣泛徵求更多精神醫療相關人員與團體的加入，喚起更多人對精神健康促進的重視，可以參考官方網站（http://www.hpps.net/enter.html）。

在國內方面，衛生福利部玉里醫院於 2007 年加入臺灣健康醫院學會，申請「世界衛生組織健康促進醫院國際網路（HPH）」入會，也是國內首家精神專科醫院成為該組織的會員。在當時衛生福利部國民健康署也揭啟未來全國相關精神醫療院所有關於健康促進的願景與方向。以下以「精神照護機構的健康促進」為主題，分成：1. 精神醫學的源起、發展與挑戰；2. 賦能與精神健康促進；3. 精神病人的健康促進。

壹、精神醫療的源起、發展與未來的挑戰

自有精神醫學開始，對於精神疾病起因（pathogenesis）的探討成為發展治療模式的重點。1793 年 Pinel 提倡釋放精神病人離開監獄，並且在新成立的精神病院提供病人人性化的生活環境。之後 Griensinger 提出精神疾病的根源是因為大腦功能障礙，並確認心理狀態及社會環境，也是造成及影響精神疾病病程的因子。於是 Griensinger 在 1845 年提出了興建城市庇護所（city asylums），其目的在於精神醫療的領域延伸並融入病人的生活環境。1928 年，Simon 在 Gutersloh 推動環境治療（environmental therapy），致力於建立每日結構化的療程以進行職能治療（work therapy）。同一時間，美國的 Bloom 對於處於弱勢的孩童提倡建立養護之家（residential homes），以預防未來偏差行為的發生。此外，首批日間病房（day clinics）於 1945 年在英國及俄國成立，此舉在精神醫療的治療模式上，超越了傳統上偏向局限性精神醫療機構，落實了治療性社區（therapeutic communities）的理念。這樣的發展，其實源自於 Goffman 提出的「醫院化」（hospitalization）的概念：「醫院化」指出一個事實－「精神醫療機構對於患者的局限（confinement），造就了缺乏刺激的環境，此舉會造成患者之後更多精神疾病的發生」。此股風潮便促成日後社會心理學（social psychiatry）的發展，以及 1975 年德國精神醫學專家委員會（German Expert Commission on Psychiatry）的成立，並建議許多大型及過時的州立精神醫院應該釋放出精神病人。此後，許多學者提出社區精神醫學，盼望能改善精神醫療的品質及預防精神疾病的慢性化。過去三十年來，在美國及歐洲「去機構化（deinstitutionalization）」風氣的盛行，許多地區開始展開社區精神醫療的服務，也得到令人滿意的效果。

但隨著社會的快速變遷，許多與精神疾病相關的挑戰隨之而來。例如：憂鬱症已經是世界衛生組織預測二十一世紀的三大疾病之一。

如何以預防醫學的模式及早偵測與治療，是一個非常重要的議題。另外，物質濫用的盛行率在全世界都有向上升高的趨勢，如何以適當的心理復健及藥物模式進行處理，減少相關精神疾病及身體疾病的發生，也是值得關注的重點。再者，全球化的浪潮導致失業與工作壓力的問題日

益嚴重；天災、戰爭造成的焦慮疾病及創傷後壓力症候群比以往更明顯；人口老年化而衍生的失智症及相關精神失能等情形急劇增加等，皆已成為政府衛生部門必須謹慎處理的課題。對於慢性精神病，如：精神分裂症的治療模式，如何由傳統侷限性的急性及慢性住院治療，轉換成開放性的社區復健及治療性社區，與社會的資源連結，將促使許多精神照護醫療機構必須考慮調整人力及結構，以做合適的因應。

貳、賦能與精神醫療健康促進的關係

在渥太華宣言（Ottawa-Charter）中，賦能（empowerment）被認為是健康促進的基本概念。就精神醫療服務而言，促使人們創造對健康有利的環境是精神醫療中最重要的目的。賦能不能被視為是一種方法或是專業的手段；相對的，它反映了一種專注於促進自我構建潛能（self-organization potential）及促進社會活動的一種專業態度。賦能也是對於一個人本身自有能力的肯定。不同於專業導向的預防性介入（preventive measures），賦能始於專注於個人或是團體能夠去組織及決定他們本身的生存條件。賦能是一種過程，在其中指導者鼓勵人們關心屬於自己的議題，挖掘自身的能力及優勢，重視並肯定自我提出解決自身問題的價值。賦能也是一種經由多個相同或類似的問題，促成指導者與被指導者合作與協調的過程。所以，精神醫療人員及精神照護機構的責任在於積極地促成被指導者（如：病患，員工，社區居民，所有需要精神醫療服務的人群）進行類似的自我構建。這樣的概念將導致專業思維的改變，及淡化精神醫療人員在執行精神醫療服務的主導權。

根據 Rappaport（1985）對於看待有精神心理問題的人們及解決他們問題的兩種模式，模式之一強調人們的需要，另一則是強調人們的權利，這兩種模式彼此相互矛盾。當然，忽略有需要者的資源及權利的原因部分源自於一種意圖，例如：明確的權利利益。單方面強調人們的弱項及缺陷會導致低估及減弱其他具有能力及創造力的個體或是社會系統。因此，賦能需要考慮兩個層次，即：需要與權利。真正的精神醫學專業意謂一種能夠在權利與需要之間建立互相對話關係（dialectical relation）的體認，而非尋求單方面、非對話式的解決方案。對於社區或是機構的精神醫療服務而言，賦能始於開展計劃，盡可能的予以社區居民或機構個體參與的機會。對於賦能的過程、內容、手段與方法，必須視為精神健康促進專案的核心。對於專業的精神醫療人員而言，他們必須將專業知識、觀點與諸多評估應用於增加影響力與擴大機會，以促進個案或團體關心自身健康，及發揮創造力改善自身健康。因此，精神醫療人員，應以賦能為手段，利用各項資源，促進被指導者自我構建與對自我負責（self-responsibility）。在精神醫療體系中，如何在被指導者的需要與權利間取得平衡，是每一天必須面對的挑戰。對員工而言，他們必須面對在極度危機狀態中缺乏解決問題能力的人們，且應該對他們的生活有較多的主控權；然而，這種對於自我決定（self-determination）的必要性，並非意謂可以忽略對這些人的幫助。對於精神健康促進而言，考慮如何在專業人員及被指導者間取得平衡是相當重要的議題。

在整體精神醫療中，精神照顧機構是提供精神醫療服務非常重要的一環。該類機構的組成人員包含所有提供精神醫療與照顧的臨床工作人員，如：醫師、護理師、社工師、心理師、職能治療師；行政主管與人員，如：院長、病歷室主管、掛號室人員、清潔人員、修繕人員與警衛。該類機構服務所及的範圍，狹義者為所在的社區，廣義者為所在地的鄉鎮縣甚至於全國。服務的對象，狹義者為社區內及所有的居民及機構內的所有成員，廣義者為有求於該機構的所有人士或是該機構有能力提供其精神服務所及的所有人士。綜合上述，精神醫療機構的健康促進，可概分為數點：

一、精神照顧機構應以賦能為手段，協助被指導者（包含：機構員工、病患、社區居民），專注於促進自我構建潛能及自發性社交聯結，使其能夠去組織及決定他們本身的生存條件；並在發展潛力的過程中，鼓勵個體或團體關心屬於自己的議題，發覺自身的能力及優勢，重視並肯定其提出解決自身問題的價值，進而發展出良好的身心健康促進策略，最後達成身心健康的目的。

二、精神照顧機構的健康促進，應涵蓋預防醫學三級預防的概念：在個體未產生身心障礙之前，促進其發展及維持身心健康的狀態與習慣，並監測及控制既存身心疾病的危險因子，以防止罹病或失能；在已出現身心障礙時，及早發現，及早介入治療，以期儘快緩解急性症狀，回復之前身心健康的狀態；在身心障礙已呈現慢性化時，應發展合適的精神復健療程，維持其功能與培養其自我效能感（self-efficacy）及自我掌控能力，以改善其失能狀態。

三、精神照顧機構執行身心健康促進策略的方向如下：

（一）教育的介入
（Educational intervention）

例如：精神照顧機構在病房內或門診間，對於員工、住院病患或是社區居民舉辦壓力調適的課程；在社區中，與學校及政府機關配合，針對學生或是社區居民，舉辦身心健康教育的課程，資訊的內容可以是介紹可利用的健康促進資源或是可以轉介的管道，以期降低脫序或是犯罪行為的可能性。

（二）組織的介入
（Organization intervention）

精神照顧機構可以聯合其他公益團體成立自助社團，對於精神疾病患者提供精神醫療服務，如：康復之友協會，物質成癮處遇學會，或是過動兒協會。

（三）社區及社會層面的介入
（Community and social interventions）

精神照護機構可以訓練及組織大學生、社區居民，成立義工團體，負責健康促進事務的推動，如：關心外籍婦女的身心壓力狀態，協助其適應本土文化及提供其教養子女的諮詢或是相關的資源。精神照護機構可以與所在地的各級學校合作，成立身心健康諮詢中心，教育及鼓勵孩童養成益於身心健康的生活習慣，並建議學校採取

有益於身心健康的環境。此外，也協助學校輔導中心發展評估身心健康、物質使用的篩檢量表，以其對於高危險群採取及早的協助與處理。

（四）政治或是立法層次的介入
（Political and legislative interventions）

精神照護機構可以發起聯合其他照護機構、學會、協會、自助團體及民意代表，在立法、行政機關，通過法律，要求各級學校成立身心健康教育委員會，並規定教育部必須按學校年級，設計物質成癮防治、兩性平等教育等身心健康促進課程，並確實在各層級學校實施，定期確實評估其成效。

參、精神病人的健康促進

精神病人因為症狀的影響以及社會與執業功能退化的影響，常會造成行為與日常生活形態的改變，而增加許多慢性疾病或高風險的不良健康習慣等。這一部份也是造成精神病人比一般人有較高的死亡率與較短平均餘命原因之一。在過去數十年的文獻回顧與大規模的流行病學調查顯示，精神病人常出現的高風險的不良健康習慣經常導致了慢性疾病的產生與惡化，所以如何改善或改良精神病人的生活形態，是其健康促進的核心問題。下列分項予以說明之。

一、抽菸問題：

過去研究發現，精神病人吸菸的終生盛行率可以高達 55.3%，相較於一般人的 39.1%，顯然是高出許多。其中又以情感性精神病 (bipolar disorder) 的 82.5% 為最高，焦慮症患者 68.4% 次之，思覺失調症患者第三為 67.9%。這些精神疾病和抽菸之間的關係至今仍是眾說紛紜，一般認為可能是因為菸草中的尼古丁是強力的藥物代謝酵素的促進物，可以減少抗精神藥物的部分副作用，所以有較多的病人會抽菸。另外一個因素是認為病人的功能受病情影響而退化，比較容易以簡單的抽菸行為來做為社交的媒介。但是，抽菸本身所帶來的種種慢性疾病，乃至於癌症，也對這個高危險族群，形成更嚴峻的健康危害。目前世界各國針對精神病人的戒菸研究大多以精神分裂症為主，大多數研究結果顯示，精神病人戒菸並不會造成其症狀惡化，也少見藥物副作用有加強的現象，使用尼古丁皮膚貼片或抗憂鬱藥物的戒菸效果，也不亞於一般人。所以如何在精神病人之中推廣戒菸的觀念，以達到健康促進的目標，對這些高抽菸盛行率的病人，是重要而且具有高效益的課題。現在國健署推動的戒菸治療的補助，對精神病人更是重要的健康促進的有效方法。考量到大多數精神病人多屬於經濟的弱勢族群，可以考慮對幾種主要的重大精神疾病患者，推出更優惠的戒菸治療療程或是獎勵，應該可以更提高其戒菸的動機與誘因，達到健康促進的目標。

二、肥胖問題：

精神病人因為疾病失能的影響，有減少社交活動，以及社會退縮的現象，也因為疾病減少其他朋友邀約的被動活動機會。另外因為部分的抗精神藥物（如可致律或金菩薩等等）和情緒穩定劑（如鋰鹽或帝巴顛之類），具有增進食慾的作用，常會讓部分病人的體重有明顯上升的趨勢，

藥物的抗膽鹼作用，也會造成病人有口乾舌燥的副作用，部分病人會因此飲用較多的水分，尤其是偏好含糖量高的果汁和可樂等高熱量飲料。著名的 CATIE 研究，是由非藥廠所支持而由美國國家心理健康研究所所主導的大型長期抗精神藥物研究，研究指出，部分第二代抗精神藥物的確增加了病人的體重，以及相關的高血脂與高血壓的風險，也有較高的第二型糖尿病的罹患比例。所以在 2004 年，4 個美國醫學會包括了：美國糖尿病醫學會、美國精神醫學會、美國臨床內分泌學會，和美國肥胖醫學會，共同發表了使用第二代抗精神藥物的臨床共識建議指引，建議使用藥物控制的病人，必須定期追蹤檢查臨床指標，包括了個人與家庭的肥胖與糖尿病史、體重、腰圍、血壓、飯前血糖、飯前血脂肪等的檢查，以降低這些病人的肥胖與代謝症候群發生的風險。這也是專科醫學界聯合針對精神疾病患者的健康促進的關注，第一次如此集中而且慎重的表達，也是精神病人健康促進觀念推廣的一大步。部分的藥廠如禮來公司在全球所推動的，「健康的一天」病人自覺活動，藉由專案管理員的個案管理，結構化的減重觀念與運動推行，以及節制的飲食控制，而促進病人對體重控制的重視與身體力行，這種由藥物生產者的主動健康促進觀念，是精神病人的健康人權的一大進步，同樣的觀念推廣與落實，已經在一些研究結果中看出成效，延緩或減少精神病人體重增加的程度，也間接降低糖尿病的相對風險。

三、高自殺風險：

精神病人因為疾病的影響，有較一般人更高的自殺嘗試率，或是自殺死亡率。以精神分裂症為例，有將近 10~15% 的患者終究會死於自殺相關事件，而憂鬱症患者的自殺成功比率更高達 15~20%，這些比例都是一般族群的自殺死亡率的 1,000 倍以上。所以如何在這個高危險族群推動自殺防制的工作，就成為一個非常重要而且急迫的健康促進問題。在過去的研究中可以發現，大部分的精神病人，在沒有治療或是沒有規律的治療之下，常會有高自殺危險的情況出現，所以目前衛生福利部所推廣的自殺防治中心，可以考慮增加對治療不規則或是拒絕治療的精神病人，做為高危險的族群對象，加強追蹤與關懷，掌握其近況予以必要的介入或治療，應該可以有效降低其自殺成功的風險。另外，德國的司法制度上，也有將自殺行為視為刑法的殺人的罪責認定，相當程度也可以降低自殺嘗試的行為，佐以強制接受治療的法律責任，可以達到部分遏阻自殺的動機及發動。這是在推動精神病人的健康促進中不可欠缺的一個環節，可以達到更高的防制效率與成果。

結論

精神照護機構健康促進是國際社會新興的一項重要議題，強調對精神疾病患者的人性關懷，與其所接受的人道待遇的重視和再省思。而對所照顧的精神疾病患者為出發點，進一步提醒重視機構中照顧的同仁的健康促進也是同等重要，必須由機構內部充分體認員工是機構重要元素的自覺，而由首長帶領或充分授權的各項改善方案為手段來落實健康促進的本質。最後再把精神照護健康促進的理念與做法推廣到社區與區域中，影

響並改善更多民眾的心理衛生與健康促進。在近年的幾項重要改善方案，例如戒菸活動的推廣與深化，減重計畫的鼓勵，壓力的抒發與釋放，憂鬱的預防與治療，自殺的防制與危機處理，以及復健社區化的建置與精神疾病去污名化的努力等等。都是未來努力與國際健康促進網絡的相互分享與理念落實的方向和目標。

特別致謝下列人員對本章的貢獻與參與：

衛生福利部嘉南療養院前院長 邱献章、

衛生福利部玉里醫院實證醫學科主任 吳百堅

慈濟大學護理系講師 陸秀芳

心理師盧美凡

衛生福利部玉里醫院職能治療科主任 留淑婷

參考文獻

英文參考文獻

American Diabetes Association; American Psychiatric Association; American Association of Clinical Endocrinologists; North American Association for the Study of Obesity. (2004). Consensus development conference on antipsychotic drugs and obesity and diabetes. *J Clin Psychiatry.* 65(2):267-72

Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping.* London.

Bennett, D. (1990). *Grobbritannien: Psychiatrie im Wandel.* Bonn.

Bleuler, E. (1911). *Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien.*

Budapest Declaration: http:// www.es.euro.who.int.

HPH Newsletter: http://www.univie.ac.at/hph

Lamb, H.R. (1996). *Public Psychiatry and prevention.* In: Hales,

Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH (2000). Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *JAMA.* ;284(20):2606-10

Leipzig, Wien.Bloom, B. (1965). The medical model, miasma theory and community mental health. *Community Mental Health Journal 1,* pp.333-339

O'Melia J, Shaw P, Dickinson C. (2004). A Meaningful Day Group approach to weight gain from antipsychotic medication. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 11(1):112-6.

R.E., Yudofsky, S.C. (1996), *Synopsis of Psychiatry.* Washington, DCOttawa-Charter: http://www.es.euro.who.int.

Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, et al. (2003). The National Institute of Mental Health Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) project: schizophrenia trial design and protocol development. *Schizophr Bull.* 29(1):15-31.

The Vienna Recommendations on Health Promoting Hospitals. Vienna, 16 April 1997, http://www.univie.ac.at/hphvierec.html

第二節 國內案例分享

玉醫健康百分百，享受人生才精彩

衛生福利部玉里醫院

一、現況分析 (Baseline assessment)

本院於 1966 年設立，前身為「玉里養護所」，1999 年 7 月改隸為「行政院衛生署玉里醫院」，2013 年 7 月改為「衛生福利部玉里醫院」。在歷任院長努力下，陸續通過新制精神科醫院評鑑、醫院評鑑及精神專科教學醫院評鑑與各項認證等。本院是全台規模最大的精神專科教學醫院，收治來自全國約 2,550 名弱勢精神病患及約 490 名員工。院內共有 5 大院區，貫穿整個狹長的花蓮縣，精神科治療除門、急診外，另依病患病程需求設有精神科病床給予最適當的治療。另考量本院精神病患日趨老化，設有一般科及牙科門診服務，及一般科急性病床，且規劃將半全癱或生理疾病明顯的精神病患集中治療照護，以提高照護品質。

玉里醫院在精神醫療及長期照護上，一直是秉持「以人為本」的核心價值，持續落實政府精神醫療及長期照護政策，提供優質的全人全程照護。在 2007 年加入臺灣健康醫院學會並申請成為世界衛生組織健康促進醫院國際網絡 (HPH) 會員，以健康促進為目標，致力於 2,500 位長期收治病患及社區民眾預防、健康、照顧。近年來醫院一直關心並投入資源在健康促進上，以三段五級預防策略、措施，針對體重管理、規律運動、健康檢查與追蹤管理、社區衛教、健康諮詢與檢測等，努力做到及早預防、及早治療，來照顧病人、社區民眾及員工的健康。2012 年健康玉醫總體策略目標「策略績效管理、落實健康促進」，各科室、院區、團隊共提出 26 件行動方案、24 項監測指標。其中「病患健康減重」、「友善職場」及「節能省碳」三個健康促進方案，獲得專家學者肯定，再次成為世界衛生組織健康促進醫院國際網絡 (HPH) 之正式會員。

二、準備工作、資源投入與策略規劃 (Plan)

2009 年成立優質玉醫委員會 (現為健康玉醫委員會) 運用平衡計分卡策略績效管理工具，由孫效儒院長親自帶領一級主管及員工組成學習與員工健康、流程與病人健康、顧客與社區健康、財務與組織健康等四核心策略小組。每年依據醫院願景進行策略規劃，並由各團隊、科室及院區提出行動方案，透過共識營活動進行方案對

策、資源投入（人力、經費）及跨單位合作之溝通協調。每月、每季四構面小組召開會議進行執行進度追蹤檢討及改善，並於年終進行方案成果發表競賽。將策略目標落實執行，由上而下全面且持續在健康促進上推動改善創新，提升醫療照護品質。

2012 年健康玉醫總體策略目標「策略績效管理、落實健康促進」，在學習與員工健康、流程與病人健康、顧客與社區健康、財務與組織健康四構面策略目標分別為「職場健康促進、有效資訊管理、鼓勵研究發展」；「住民健康促進、照護品質管理、運用科技服務、落實作業流程」；「社區健康促進、打造品牌形象、開發客源」；「永續經營、合理分配資源、爭取合理費用」。

三、執行狀況 (Action)

（一）職場健康促進

醫療照護機構是健康服務的提供者，在社區與社會扮演健康促進的倡導者與帶動改變的力量。醫院本著「健康促進醫院與照護機構」的理念，成立健康玉醫推動委員會進行健康促進策略指標管理，在醫院內部形成對健康醫院宗旨之集體企業認同，在整個醫院也鼓勵參與性、有益健康的措施，期能為所有員工創造健康的工作環境。此外，為員工努力形塑成一個健康的服務與健康的職場模式也期待將相關活動分享至社區，建構身、心、靈多方面之職場健康促進活動及資源分享。

醫院由醫師、護理人員、照顧服務員、醫事人員、行政人員、技工、駕駛、工友等近 490 位員工組成，因院區分散、工作性質及時間等因素，無法建立良好的飲食、睡眠、運動習慣與休閒活動，2012 年醫院響應健康促進醫院之精神，推動 2012　2014 年三年期健康促進計畫。

依健康促進醫院標準分別從身體面與心理面推展方案，透過一系列的方案展開工作循環，從年度例行的員工健康檢查，分析員工健康檢查結果，而後提出介入與改善措施，如：營造支持性環境，提供員工低卡、素食、健康概念之減重餐點，搭配每日 15 分鐘之同仁健走活動，亦鼓勵同仁成立運動性社團拓展機關間之互動機會，更善加運用本院醫療專業人員舉辦職場健康知識講座，為同仁帶來職場心理舒壓及健康飲食概念，建構全面且多元的職場健康促進環境，讓全員都能達到身心健康之效。

1. 2012 年醫院職場健康促進執行目標：

(1) 醫院內員工知道醫院推動本項健康促進政策的比率達 100%

(2) 醫院員工滿意度得分達 65%（機構內員工對工作職場的感受）

2. 職場健康促進實施策略：

(1) 身體健康促進方案

(2) 健康減重方案

(3) 心理健康促進方案

（二）病患健康減重

2011 年 12 月份統計玉里醫院收治病患 2,575 人之中 BMI ≥ 24 而 < 27 有 1507 人，BMI ≥ 27 以上則有 558 人，佔全院人數 80.2%(據國民健康署 2008-2010 年統計台灣地區肥胖人口數，38.4% 有肥胖問題)，與國人肥胖比例比較，相對嚴重。

經探討收治病患體重過重主要原因有二，除因精神科藥物外，平均年齡 58 歲也是原因之一，精神科病患體能狀況應再依年齡加 10 歲，故病患平均年齡應等同於一般民眾 68 歲之年齡。所以因年齡所造成新陳代謝下降再加上長期活動量不足，及長期因未節制高熱量零食及主食攝取過多等，攝食量大於身體消耗量問題，再再提高病患暴露在肥胖的危險狀態。針對病患健康減重方案組成跨科室團隊，有營養師、職能治療師、護理人員、照顧服務員及伙食外包廠商的加入，一起為病人減重目標而努力。

1. 2012 年醫院病患健康減重促進執行目標：

(1) 完成本院病人健康減重 200 公斤。

(2) 辦理健康活動。

(3) 供應營養餐食及購物選擇，營造健康減重環境。

2. 醫院病患健康減重實施策略：

(1) 住民篩選及危險因子：篩選參與減重的住民資格 (須為 65 歲以下，BMI ≥ 24，可自行進行簡單活動者) 及參與住民身高、體重、腰圍、血壓之量測及定期追蹤

(2) 評估獎勵措施：設立個人及團體優勝獎項

(3) 營養及職能、病房工作團隊介入：利用減重飲食宣導及實施定期體能運動

(4) 營造健康減重環境：提供低熱量餐食、零食熱量標示及設立健康飲食購物專區。

（三） 節能減碳

節能減碳為社會環保趨勢，醫療機構為社會一份子理應為環境永續盡心力，故玉里醫院自 2009 年起即積極推行節能減碳活動，現在仍是健康玉醫委員會中，永續經營策略下持續推展之方案，每年針對各院區用油、用水、用電情況擬定對策、進行管控，並定期追蹤檢討。

1. 2012 年醫院節能減碳執行目標：

(1) 醫院總用油公升數較 2011 年下降 10%

(2) 醫院總用電度數較 2011 年下降 2%

(3) 醫院總用水度數不超過 2010 年用水度數

2. 醫院節能減碳實施對策：

(1) 落實節能減碳運動，持續推動節電、節水及節油措施。選派單位節能種子人員。不定期查核院區用水、用電、用油並實施節能競賽。

(2) 辦理節能教育相關課程 10 小時，以深耕於內心

(3) 評估汰換硬體設備，提高節能效率

依據 2012 年節能減碳行動方案規劃，總務

室主責推動，全院各單位配合落實。

四、實施成果 (Results)

（一）職場健康促進

職場健康促進計畫施行一年後，醫院內員工知道醫院推動本項健康促進政策的比率達99%，雖未達目標100%，但透過調查瞭解有已99%員工瞭解醫院推動職場健康促進政策。另醫院員工滿意度調查得分62.6%，醫院仍有努力空間，應持續推動落實職場健康促進。

執行成果：

策略目標	衡量項目	執行內容與成果
身體健康促進方案	員工健康檢查體檢	體檢完成率90%
	員工口腔篩檢	口腔篩檢完成率90%
	員工疫苗注射	疫苗注射率99%
	機構內跨院區體育競賽活動	3場次
	機構間運動性社團之公開邀請賽	1場次
健康減重方案	提供支持性環境推動機構內簡易健康活動	推行職場每日15分鐘健走
	低卡、素食、健康概念之減重餐點	販售高纖低卡午餐便當
	補助本院社團舉辦體育活動訓練	外聘社團講師授課
	持續進行體重監控，體重下降3%	共減1,000公斤
心理健康促進方案	職場心理健康舒壓及健康飲食講座	3場次
	員工幸福指數調查	1次

（二）病患健康減重

病患健康減重方案有342位參與者，共同減重達1,025.4公斤，較目標多出825.4公斤。醫院透過健康活動、健康減重環境營造，不僅是為讓病患對自身健康有更深入認識，同時也是為了關心、守護病患的健康。

執行成果：

策略目標	衡量項目	執行內容與成果
健康減重200公斤	住民篩選及危險因子	減重者342位； 減重1,042.4kg
辦理健康活動	評估獎勵措施	平均減重：3.05kg/ 每人 團體組第一名減重：32kg 個人組第一名減重：5.6kg
	工作團隊介入	團體衛教：16場次 參與人數：3,917人 體能活動：30,952人次
營造健康減重環境	營造健康減重環境	 消費合作社產品熱量標示

（三）節能減碳

2012年實施節能減碳行動方案，透過每月不斷的追蹤、檢討、改進，2012年全院總用電量與2011年相比，下降3.4%。2012年總用油量比2011年下降17.8%。2012年總用水度數

也下降 3.2%，達成預定評估指標、目標值。

執行成果：

策略目標	衡量項目	執行內容與成果
節能減碳運動	設置單位節能種子	完成 14 個科室、5 個院區、37 個病房等單位選派種子人員，共 26 位節能種子成員推動節能措施。
	各院區用電、用水、用油之稽核改善	總務室技工同仁定期、不定期登記、查核各院區用電、用水、用油，開立缺失改善，在院區主任協助督促，成效良好。
	節能競賽活動	辦理每月統計各院區用電、用水、用油度數與 100 年同期 (用水與 99 年) 比值、與上期比值，每半年統計前 3 名給於予，最後 1 名者，需於主管會議提出檢討報告。並作為下一季之督核者。
節能教育相關課程	節能教育課程 10 小時	完成辦理節能減碳及環境教育訓練 56 小時
汰換為節能硬體設備	院本部節能設備評估改善	完成院本部加裝熱泵並與太陽能熱水器串聯。並改善冰水泵浦，提高冰水循環效能。
	全院照明燈具檢討改善	完成全院汰換 LED 緊急照明燈及避難指示燈，護理站汰換為 T5 燈具。

五、結論與建議 (Comment)

健康促進的推動一直是醫院年度重要工作，而且也是必須「持續」的推展，本院自 2008 年成立優質玉醫委員會，組成財務、顧客、流程、學習四構面小組，據醫院願景，進行策略規劃，推動持續改善創新，提升服務品質。2012 年更以「健康促進」為主軸，更名為「健康玉醫促進委員會」，凝聚共識、強化決心。該委員會主導推動員工、病人、社區、組織之健康促進，醫院結合各方資源與社區合作，守護病患、家屬、社區民眾及員工的健康。我們期許自己能讓住民、員工、社區民眾因玉里醫院的存在而『長壽、健康、快樂』，未來我們也將會持續的提升醫療照護品質，努力落實健康促進。

凱旋醫院「員工第一，病人為中心」

陳明招[1]、陳正宗[2]

[1]高雄市立凱旋醫院顧問醫師
[2]高雄市立凱旋醫院院長

一、現況分析 (Baseline assessment)

本院前身為「台灣省立高雄療養院」，成立於 1960 年 1 月 1 日。1984 年 7 月 1 日改隸高雄市政府，同時更名為「高雄市立凱旋醫院」。

目前本院定位為教育部評定合格之『精神科專科教學醫院』，並且為精神科專科醫師之訓練醫院。同時亦被指定為高雄地區精神醫療網之核心醫院。現有病床數共 1,403 床（急、慢性病床共 821 床，精神復健機構共 235 床，養護及護理之家共 347 床）。院方積極配合政府實施全民健康保險政策，肩負高屏地區精神醫療核心醫院之責。除挑起精神醫療的重責外，為實現健康城市及健康醫院，更積極結合政府與民間力量共同推動社區心理衛生醫療計畫及持續主動出擊宣導反毒活動，為保有無毒的天空與健全的心理健康而努力。同時提供給南部地區民眾整體性、連續性及便利性之精神健康醫療服務。實踐的過程中本院透過醫院的願景「全面服務、身心健康、活出生命的光彩」來達成許市民一個完整的心理健康照顧。我們希望經由完整的服務體系，促進市民的心理健康（幸福城市），若罹患精神疾病可以早期發現予以積極復健。我們許諾提供市民完整的心理健康照護，讓凱旋是凱旋人的凱旋，高雄市政府衛生局的凱旋，高雄市民的凱旋。

我們在市長陳菊登高一呼的帶領下邁向健康城市並以「健康環境」、「健康心靈」、「健康體能」及「社區關懷」為健康示範核心計畫。在健康城市推動的過程中，醫事人員尤其是公部門的市立醫院如何配合衛生局制定及推動健康醫院當然佔有關鍵性的角色。什麼是個人健康生活型態？什麼是有益健康的環境？如何修正及制定公共政策及強化社區組織？如何成立「健康醫院」而不是「疾病醫院」？這些都是醫療院所必須更多付出及關注的議題。因此在局長何啟功的帶領下，市立醫院成為健康醫院已是不爭的政策，且持續推動實現。

二、準備工作、資源投入與策略規劃 (Plan)

健康促進醫院（HPH），它源自聯合國世界衛生組織於 1986 年在加拿大渥太華召開第一屆國際健康促進會議簽署「渥太華健康促進憲章」（The Ottawa Charter for Health Promotion），

最重要的原則包括能促進健康的工作場所；能提供和健康相關的服務、訓練、教育和研究；作為鄰近社區或健全運作的醫院組織。它是藉由組織發展的工具合併健康促進的概念、價值與標準重新調整醫院的組織架構與文化。本院依據上述精神於 2008 年 3 月 10 日由本院院長陳正宗發起並規劃推動健康促進醫院。於 2008 年 5 月 31 日主管共識營決議加入 WHO 健康促進醫院國際網絡及台灣網絡作業。

三、執行狀況 (Action)

(一) 管理政策

本院的使命：促進民眾精神健康；核心價值：全面服務、身心健康、活出生命的光彩；目標：讓凱旋醫院成為高雄市民身心健康的守護者。2012 年策略主題：拓展社區網絡、強化研教、提升品質與倫理、落實健康醫院。而此一健康政策已納入本院ISO 9001 2008版品質手冊（S01）品質政策系統中，另外為吸收國際經驗，分別參加於芬蘭、台灣、瑞典舉行的第 19、20、21 屆國際健康醫院年會，除發表論文外並與國際學者交換實務經驗。同時建立員工及病人的各種健康促進活動的品質評估方案包括建置員工健康護照，病人身心健康評估表等基本資料作為健康促進的藍本。

(二) 病人評估

本院對於新進病人皆執行護理評估暨健康紀錄建檔，並辨識病人吸菸狀態、飲酒狀態、營養狀態、心理、社會、經濟狀態等，同時由資訊系統出發，規劃建制自動轉介機制及稽核制度，包括吸菸、飲酒、營養、語言、飲食習慣和禁忌、宗教、種族、性別等以做為關心及轉介依據。癌症篩檢亦是把關的重點。

(三) 病人的資訊與介入

經由護理評估暨健康紀錄建檔後，由工作團隊對於病人疾病或健康狀況的重要影響因子之資訊納入臨床照護中，並在團隊會議中討論及追蹤。同時做出院準備服務及提供相關病友組織的資訊，包括心理衛生病友組織如愛心會、康復之友協會、忘憂草憂鬱症防治協會、小草協會、視而不見關懷協會等。其他病友組織如雙峰關懷協會、蜜糖俱樂部、骨鬆之友、凱格爾之友、更年期成長團體等。

有關「社區健康推廣」本院強化善用媒體，並引起社區關注心理健康議題。這部份我們利用心理健康促進活動—憂鬱症篩檢，找出高危險群並早期介入及防治自殺。為讓大眾能更加認識、瞭解心理衛生的重要及對於弱勢團體的接納，我們藉由媒體、網路及與其他健康網合作，爭取積極曝光，並將關懷與愛轉換為行動與力量，激盪出更具有創意、獨特的宣導理念。同時製作心理健康宣傳品，其製作理念以高品質、低價位的產品，並以民眾日常生活中較常使用到的物品為設計基礎，讓對方有收藏的動機。另外利用全國第一輛元氣篩檢車—進行心理健康篩檢，達到「服務到您家，報告立即到手」的全市走透透、服務無死角的深入社區服務。結合基層衛生單位或社區發展協會搭配社區各項活動（如里民聯誼

活動、社區癌症篩檢活動、心理健康促進講座…等），進行初步心理健康篩檢亦是執行重點。包括心理健康狀況、睡眠品質、自殺想法、民眾之壓力或困擾分析等，作為衛教及預防的依據。因此推動健康醫院的同時本院亦積極投入社區的「健康心靈」，包括元氣車守護社區的精神健康；每月出版的社區心晴報；商請名人吳念真拍攝「找到生命的出口」光碟；深入社區的各式衛教講座；還有自殺防治中心、社區心理衛生中心、毒品危害防治中心；更協助病友團體，如：忘憂草憂鬱防治協會、愛心會及學校的學生心理轉介網絡，達撒豆成網，網著社區的健康。

(四) 推動健康職場

除維持健康及安全職場符合國家標準外，並積極發展人力資源策略，包括員工健康促進技能之訓練。對於員工部分主要健康監控指標包含員工 BMI 控制、三高監測、員工心理健康篩檢等，配合措施包括成立健康中心及員工協助方案，同時為員工、病人及社區民眾開辦減重團體班及減重衛教等。當然身為健康提供者，更精心為員工打造「員工健康護照」，隨時提醒及指導員工健康概念。本院自 2009 年起陸續發行員工健康護照，對於員工身體、心理及行為等狀況進行檢查及協助，包含職場員工健康促進心情溫度計（採用李明濱教授簡式精神症狀檢查表，BSRS-5）、睡眠指數統計、職場員工健康促進—體重控制、由本院周煌智副院長親自推動職場員工健康促進—推動 5Q 新生活。即身體智商（PQ）、生活智商（LQ）、智能與專業智商（IQ）、情緒智商（EQ）、抗壓智商（AQ）等。對於吸菸部份，本院成立「無菸醫院推展委員會」推動員工、病人及社區民眾的菸害防制及衛教等。我們於員工招募簡章上，載明本院無菸政策及就職單加註本院全面禁菸標示；舉辦員工戒菸活動，採自由報名方式。對戒菸戒除成功達 3 個月及 6 個月之同仁，核頒獎金；科室主管每季對吸菸同仁實施勸戒宣導，並做成紀錄表等活動，整體活動中採 PDCA 的手法促進健康職場。

(五) 持續與合作

病人在門診及出院後由工作團隊提供各項資源，除疾病追蹤外還提供相關病友組織的資訊包括心理衛生病友組織如愛心會、康復之友協會、忘憂草憂鬱症防治協會、小草協會、視而不見關懷協會。其他病友組織如雙峰關懷協會、蜜糖俱樂部、骨鬆之友、凱格爾之友、更年期成長團體等。以確保能繼續獲得及執行健康促進的活動。

四、實施成果 (Results)

本院以實現「全人健康」為核心目標，透過決策支持與全員參與，達到組織結構、文化、物理環境、作業流程以及服務內涵的改變，打造醫院成為能增進病人、員工、社區與組織健康的場所。在 2008 年經共識營決策後即積極透過各項會議、院內網站及各項公開場合宣達健康促進政策並將健康政策納入本院新進人員課程，今年度更以「員工第一，病人為中心」為主軸目標積極推動健康促進計畫。成果簡述如下：

(一) 管理政策

本院利用各種場合積極宣導健康政策，依據2013年10月企劃室的統計，員工知道此一健康促進政策的比率達87.86%，在院長等主管積極參與及編列足夠預算2010年心理衛生服務500萬元，2011年548萬元，2012年556萬元等。除上述預算外，空間改造包括運動空間、運動器材、盥洗室、衛教單張、元氣坊、心靈診所、社區健康中心、自殺防治中心、體適能廣場、衛教走廊、病房復健設備、社區復健中心、康復之家、夢想起飛等。今年更投入1,000萬左右積極改建健康餐廳及健康中心，預計今年底完工。未來將落實所有的健康知識於健康環境中獲得。.

(二) 病人評估

在執行護理評估暨健康紀錄建檔推動的過程中，我們發現以前病人住院，我們只會針對病人的精神狀況加以評估及治療，如今健康的議題萌芽，對於病人的生理疾病，酒、藥、菸癮的評估，營養相關問題，社會、心理、文化等議題都由團隊一起檢視、評估及協助處理。目前已可透過資訊系統建置病人健康狀態及建置自動轉介機制並依據個案健康問題執行個別治療及處置；尤其對於文化、宗教、語言更加重視，包括相關同意書使用中英版、中越版、中印版等，顧及不同族群的特殊需求。目前住院病人為全面禁菸；門診、急診病人一定詢問吸菸史，並於掛號作業系統建置就診病人吸菸狀況。對吸菸病人執行戒菸宣導衛教，並將衛教記錄登錄於工作日誌，同時積極轉介戒菸特別門診。癌症篩檢積極，亦獲頒公立及區域醫院效率王三張獎狀肯定。今年對於健康促進實施狀況進行滿意度調查結果發現門診病人滿意度97.89%，住院病人92.25%。

(三) 病人的資訊與介入

各項病人資訊介入已納入臨床照護，目前以協助員工及病人戒菸為執行重點。參加戒菸服務的民眾包括病人與員工從2009年到今年從參與人數越來越踴躍。

除此之外對於門診、急診及住院病人逐步進入5As篩檢與介入及舉辦各項演講、研討會共30場等。本院亦於2011年得到無菸醫院金牌獎的殊榮。今年統計18歲以上男性病人有嚼檳榔紀錄之比率1.81%，18歲以上病人有吸菸紀錄之比率15.12%。

(四) 推動健康職場

本院每年皆針對內部顧客(員工)進行健康檢查，經統計2007年員工至民生醫院健康檢查的成果數據，本院員工的身體不健康指數偏高，期望藉由品管圈手法提出策略改善，能為員工的健康更盡一分力量。分析2008年9月的資料，全院共計605位員工，計量測488位員工，回收率81%，各項量測數據結果發現血壓過高達20.3%，血糖過高12.2%，血脂過高41.8%，BMI過高達46%。經用品管圈手法分析主因包括1. 觀念不正確、不知卡路里、認知不足、無營養師指導、客餐供餐量不足、客餐選擇種類較少等2. 器材不足、盥洗設備破舊、運動場地髒亂、場地不足、缺乏運動、無運動風氣、缺乏激勵等。針對要因逐一改善及列入標準化包括列入

ISO P601 教育訓練程序書，醫院推動健康政策列入本院新進人員課程工作指導書，環境清潔委外合約增加清潔範圍包含地下運動場。同時將改建餐廳及運動中心列為重要政策。經諸多努力，2012 年後測 BMI 值過高員工降為 35.40%。

員工心理健康篩檢使用李明濱教授的心理篩檢工具並分類為紅（危險值），黃（須注意）及綠（健康值）。結果健康組從 73% 提升至 79%。另本院為協助員工解決所遭遇的各種問題以增進員工身心平衡，由本院心理科邀請專業且具經驗的諮詢服務團隊進行協助，並於 2012 年 10 月正式推動員工協助方案（Employee Assistance Programs, EAPs），期盼同仁能透過心理師免費的諮商輔導服務，協助同仁解決各項工作及生活上的問題，包括工作表現、主管關係、人際關係、壓力調適、職涯規劃、家庭關係、兩性關係、婚姻關係等，使同仁在接受到工作及家庭來的壓力時，能有一個抒發及調適的管道，迎向更美好的未來。同仁使用服務過程是保密的、免費的，並可請求由院外人員協助，希望員工可得到實際效益的服務。本院除了提供同仁諮商服務外，每年也定期舉辦健康教育課程，課程內容包含營養與運動、人際關係、情緒管理、壓力調適、兩性關係…等議題，提供同仁更多工作上及生活上解決問題的技巧，並協助同仁身心健康的促進。相關課程亦錄有 MOD，可經由健康醫院網站連結進入觀賞。今年度統計過去三年員工離職率 22.4%，員工短期缺勤率員工事病假比率 0.7%，未來希望透過員工協助方案降低離職率。

(五) 持續與合作

本院與其他層級的健康服務提供者、其他機構與部門對於出院服務及健康議題提供持續、有計畫的增進合作。目前社區各項服務包括家訪、康家及社區復健中心皆積極建議病人參加以減少再住院率。

五、結論與建議 (Comment)

健康行為是必須要去養成的，它是一個行為，而不是一個口號，你必須要持之以恆，而不是只有三、五分鐘的熱度。因此，打造凱旋健康醫院、凱旋健康城就從你我開始，來達成凱旋人的凱旋，高雄市政府衛生局的凱旋，高雄市民的凱旋。

「有快樂的員工，方有快樂的病人」與前輩們共享之。

健康減重 I LOVE

—精神科復健住院病人健康減重計畫

衛生福利部嘉南療養院

一、現況分析 (Baseline assessment)

本院為一精神專科教學醫院，自 1998 年成立，2009 年成為南區精神醫療網核心醫院，以精神醫療為主要發展業務，2008 年開始，配合政策及考量精神病人疾病慢性化之需求，推動健康促進，發展以病人為中心之全人照護，於 2009 年陸續成立中醫、家庭醫學科及神經內科等，期待以身心健康促進概念，提供復健精神病人及社區民眾更多元服務。

我國一般人肥胖的盛行率依據衛生福利部國民健康署「2005-2008 國民營養健康狀況變遷調查」結果顯示身體質量指數 (以下簡稱 BMI) ≧ 24 肥胖的成年人約佔 44%，男性約 50.8%，女性則約 36.9%，相較於此，精神病人有較高的體重過重盛行率，藍毓莉等人（2006）研究發現精神病人 BMI ≥ 24 過重盛行率為 66.1%，其中男性精神病人約 68.3% 過重，女性精神病人約 62.8% 過重。吳景寬（2010）的研究中也發現，住在機構中精神病人 BMI ≥ 24 過重的盛行率約為 59.9%。盛行率高的可能原因是精神病人因疾病需要長期服用情緒穩定劑、抗憂鬱劑、第一代抗精神疾病藥、第二代抗精神疾病藥等，這類藥物副作用會導致增加體重、食慾、高膽固醇、高血糖等（曾雯琦、楊政議、林彥如、陸汝斌，2005）。

有鑒於過去的研究結果，於 2012 年底，初步收集本院 262 位復健精神病人體重，發現有超過 54.96% 的病人，BMI 超過衛生福利部國民健康署訂定的體位（BMI ≥ 24）標準，且有 14.89% 屬輕度肥胖（27 ≤ BMI<30）、10.09% 屬中度肥胖（30 ≤ BMI<35）、3.82% 屬重度肥胖（BMI ≥ 35），顯示病人健康減重的需求，及需積極推動執行此一計畫的必要性。

健康減重為目前衛生福利部國民健康署積極推動之健康政策，考量精神病人疾病之慢性化及高體重之盛行率，故此一計畫有長期持續執行之必要性，期待透過此一計畫執行過程與結果，檢視本院推動此一健康活動之不足與限制，期待提供未來推動此計畫之需求，以建構更有效之健康減重計畫。

二、準備工作、資源投入與策略規劃 (Plan)

考量精神病人因疾病慢性化，及藥物治療副作用等因素易造成體重過重，又復健精神病人，有較長的生活時間在醫院中住院，經本院於 2012 年底，初步健康篩檢本院 262 位住院精神復健病人，約 144 位 (54.96%)BMI ≥ 24，顯示有高比率的體位異常情形，進而透過文獻探討，及前測資料收集後，運用 WHO 於 1986 年簽署的「渥太華健康促進憲章」之五項健康促進行動綱領，擬定相關健康減重策略於身體質量指數（BMI）≥ 20，年齡限制 65 歲以下之本院復健病房之精神科復健住院病人，期待藉由此計畫之推動，達到以下兩個目的：(一) 參與健康減重計畫之精神復健住院病人，身體質量指數（BMI）改善達到 50%。(二) 探討本院精神復健住院病人參與健康減重計畫之身體質量指數（BMI）改變情形。

計畫前於 2013 年 2 月份醫務會議中，針對本院復健精神病人體重過重問題，進行「健康減重計畫」之政策宣達，由本院健康促進暨衛教委員會召集，於委員會項下之病人健康促進小組，進行「精神科復健住院病人健康減重計畫」之推動與執行，由各復健病房之衛教種子，擔任各病房窗口，並設置一全院窗口。

再於健康促進衛教種子會議中，說明執行時間、對象及計畫實施策略與方法。由參與之病房衛教種子，定期收集、監測及統計該病房病人之體重變化情形，並協助規劃該單位健康減重策略與措施，委員會向下設置一全院病人健康減重窗口，每月定期追蹤各病房減重執行狀況與成效，並由本院健康促進暨衛教委員會幹事，及本計畫全院病人健康減重窗口，針對本計畫執行之策略與成效進行分析，以檢視本計畫執行之成果，並提供未來執行之依據與改善方向。

三、執行狀況 (Action)

透過文獻蒐集查證、醫院動員由衛生教育暨健康促進委員會項下之病人健康促進小組，負責健康減重計畫，運用渥太華憲章之五大行動綱領，建立健康減重公共政策、建立支持性健康減重環境、強化健康減重行動力、發展個人健康減重技巧、調整健康減重服務方向，執行相關措施與介入計畫，內容如下：

(一) 建立健康減重公共政策：

1. 院部由上而下政策佈達：

(1) 醫務會議中，進行精神科復健住院病人健康減重政策宣達。

(2) 計畫介入前，由衛生教育暨健康促進委員會，公開向各病房衛教種子，說明此一健康減重計畫：A. 執行目的；B. 收案方式；C. 前測資料收集與資料鍵入方式；D. 每 30 天資料收集、記錄與資料上傳方式；E. 提供文獻收集結果，提供並建議採用相關執行策略。

(3) 每個月衛教種子開會前，收集各病房減重成果，並於會中討論各病房減重成效。

2. 招兵買馬：由各病房衛教種子，向病房醫療團隊說明此依計畫執行目的與方式，並於病房生活討論會，公開鼓勵病人自主性參與健康減重計畫。

3. 辦理宣誓活動：由各病房討論，並發揮創意設計辦理病房減重宣誓活動。

4. 獎勵辦法：由各病房單位醫療團隊成員，與參與健康減重計畫病人，共同討論，依病人個別性需求及討論結果，提供符合期待之相關獎勵辦法。

(二) 建立支持性健康減重環境：

1. 全院統一監測窗口：各病房每 30 天依表製作單位減重成果報表，並呈報給全院監測窗口，以彙整各病房及全院成果，並於每月衛教種子會議時討論並公告減重成果。

2. 由下而上落實進行：除了全院減重計畫管理人員外，各病房設置一衛教種子擔任病房減重計畫窗口，進行減重計畫推動，同時監測並統計參與減重計畫病人之減重成果。

3. 建立可近性的動態生活環境：

   (1) 運用病房中庭戶外空間，進行每日健走、各類體能活動。

   (2) 每週職能治療活動時間，皆安排 1~2 次體能活動。

   (3) 利用鄰近的夜市空地，辦理健走活動。

4. 建立健康飲食、健康減重等靜態環境：

   (1) 商店提供食物熱量參考：規劃本院商店販賣飲食產品處，設立熱量警示標語。

   (2) 持續與本院營養師及員工餐廳合作，盡量以當季蔬果入菜，減少份量過大 (多) 的主食、蛋白質供應，製作份量適當的健康餐。

   (3) 病房活動區公佈欄，提供健康飲食及健康減重衛教宣導，強化病人減重動力、積極持續力。

5. 常規性運動：每日病房常規活動設計內容，考量健康減重面向，由原本每天一次的體操活動，增加上下午各一次健走活動，總共為每天三次動態活動時間安排。

6. 設置復健病人減重團體，提供有興趣減重病人參與。

7. 提供具賦能的健康減重工具：本院自訂「健康護照管理手冊」，為方便攜帶的口袋手冊，內容包含可以定期記錄書寫體重、腰圍、BMI、三酸甘油脂及膽固醇等檢驗結果之欄位，及與肥胖相關之衛教宣導內容。

(三) 強化健康減重行動力：

1. 定期量體重：每週量測體重，並記錄於其「健康護照管理手冊」中，由主治護理師依病人個別性，與其討論體重變化情形。

2. 定期提供生理檢驗：考量病人疾病的住院日長，及罹患肥胖及代謝症候群的高風險，定期提供身體健康評估，訂定每半年抽血檢驗 BUN 尿素氮、Cr 肌酸酐、GOT 麩草酸轉氨基脢、GPT 血清丙酮轉氨基脢、Ac sugar 空腹

血糖、Cholesterol 膽固醇、TG 三酸甘油脂、Na 鈉離子、K 鉀離子、Cl 氯離子、EKG 心電圖、CBC 全套血液檢查等項目，並由主治護理師與病人共同書寫於「健康護照管理手冊」，討論檢驗結果與肥胖等代謝症候群之相關性，以強化其健康減重的行動力。

3. 提供代謝症候群之高危險族群定期檢驗：針對服降血脂藥物、檢驗有血脂異常者或服用二代抗精神病藥物者，考量其罹患代謝症候群的高風險性，每半年定期檢驗 HDL 及 LDL，檢驗結果，由主治護理師與病人共同書寫於「健康護照管理手冊」，並依其個別性討論其檢驗目的與檢驗結果，引導思考生理檢查與健康減重相關性，強化其健康減重的行動力。

4. 設立獎勵機制：

   (1) 自治活動集點活動：配合本計畫，於病房自治活動獎勵項目中，加入健康減重面向，提供有參與病房動態活動者計分加點，以點數兌換活動獎勵品。

   (2) 減重成果獎勵：為鼓勵參與成員之出席率與持續度，提供全勤獎、成果獎等獎勵制度。

5. 提供病人之獎勵品上面，加註鼓勵及衛教宣導語。

6. 減重成果分享：

   (1) 病房生活討論會：每週二病房生活討論會時間，由減重成功病友公開與其他病友分享減重成果，及其心路歷程。

   (2) 減重團體：團體成員，每週於團體過程，藉由討論檢視成員體重變化，由減重成效佳者分享成果及歷程。

7. 健康減重及代謝症候群衛教：每個月病房衛教活動，針對肥胖引起的代謝症候群相關疾病，進行衛教宣導，以加強病人健康減重之動機、知能與持續力。

8. 配合計畫，以健康五蔬果為主題，辦理復健精神病人彩繪衣服活動。

(四) 發展個人健康減重技巧：以「I LOVE」口訣，供病人記憶及學習發展個人健康減重技巧：

1. **I**（IMPORTANT）：強調健康減重很重要，各式活動安排皆加強健康減重的重要性。

2. **L**（LOW BODY WEIGHT）：突顯減輕體重的目的，自訂「健康護照管理手冊」，由病人的主治護理師與病人定期填寫，並依其個別需求，與之討論其相關檢驗結果與體重變化情形，鼓勵並教導健康減重自我管理技巧與策略，提升健康管理之自我效能。

3. **O**（OCCUPATIONAL THERAPY ACTIVE）：加強動態性職能治療活動，提供健康運動概念與認知，以提升病人主動增加動態性活動之動機，與運動技巧。

4. **V**（VEGETABLE）：強調健康五蔬果的重要性，由營養師及病房護理師，透過每週病房討論會時間，加強宣導健康飲食認知，搭配健康減重技巧，提升其健康減重之飲食控制技能。

5. **E**（EXERCISE）：強調動態性運動的重要性，於各病房每週定期召開的病房討論會中，由病人自行討論並共同設計各病房的動態活動內容，以增加病人健康減重行動力。

(五) 調整健康減重服務方向：

1. 持續執行健康減重計畫：藉由計畫執行過程，收集並記錄，透過了解影響病人肥胖因子，及探討健康減重成效的因素，進而改善減重計畫方向與內容，以規劃並建立醫院精神復健病人之健康減重模式。

2. 健康減重團體成效分析與模式建立：藉由舉辦健康減重團體，提供有興趣減重之病人參與，以促進其健康減重動機與技巧，但每個團體成員與成效不同，帶領之治療師與主題設計亦不完全相同，期待未來可以透過各項資料收集與分析，了解團體執行成效，規劃設計健康減重團體模式，以提升團體效能。

3. 重視精神復健病人的生理健康狀況：精神病人疾病的慢性化，住院之精神復健病人有年齡越來越高的機會，持續定期執行精神復健病人身體健康評估是有必要的，透過各項身體健康檢驗與評估，可以提供較長期住院的精神復健病人，了解自己的生理健康問題，並提供臨床醫療人員照護需求與方向。

4. 發展精神復健病人之健康減重自我管理技巧：除提供相關支持性環境、衛教活動、減重團體及相關生理檢驗外，運用健康促進概念，建立病人健康生活習慣與技巧，鼓勵並教導病人學習自主健康管理，以因應疾病及藥物等副作用可能造成的肥胖與相關疾病。

四、實施成果 (Results):

(一) 標的族群之參與持續度達 82.9%：本院全日住院精神復健病房總床數為 318 床，計畫開始時間 2013 年 2 月 1 日共有 313 位住院精神復健住院病人，符合計畫設定之標的族群（BMI ≥ 20，年齡限制 20 歲以上、65 歲以下），共有 222 位，扣除因出院、轉病房或受病情影響拒絕參與，無法全程持續參與者，總共收案有 184 位，其統計分析說明如下：

1. 整體參與者以男性居多，共 104 位（56.5%），其結果與病房之住院性別相關，5 個參與計畫之全日住院復健病房，僅有 2 個女性病房，故女性比例較低。年齡多為 41 至 49 歲，共 63 位（34.2%），其次為 50 至 59 歲，共有 56 位參與者（30.4%），60 歲以上參與者所佔比例較少，僅 6 位（3.3%）。

2. 各病房參與人數皆高於 25 人，其中以 R6 病房參與者為眾，共 50 人（27.2%），R7 病房參與者最少，29 人（15.8%），其原因與病床設置有關。

3. 前測 BMI 結果顯示，參與計畫者其肥胖程度為異常者（65.2%）佔多數，其中又以過重（24 ≤ BMI <27）偏多（33.7%）。

(二) 介入後，整體 BMI 值改善成效者達 67.9%：以 2013 年 6 月量測之體重為後測換算得 BMI 2 值，2013 年 2 月量測之體重為前測換算得 BMI 1 值，兩者相減，整體而言，各變項

皆以改善結果有成效為最多數，整體參與者其BMI改善值達67.9%，顯示介入計畫確實達到其效果。其中三組族群在病房類別呈現顯著差異（p=0.031），發現R5、R6、R7三間病房其BMI成功下降之比例特別高，皆達70%以上。值得注意的是，以前測BMI為分類進行比較，雖未達統計上的顯著性，但前測為中度與重度肥胖者成功減重者比例高達了80%以上。

(三)多數變項皆有減重成效，並達統計上之顯著差異：以2013年2月量測之體重為前測值，2013年6月量測之體重為後測值，再將性別、年齡、病房、病房功能、配對病房功能與性別、及前測肥胖程度分類作為變數。各變項透過後測平均數減前測平均數，依成對樣本T檢定進行差異性分析，統計結果發現，整體參與者是有達到減重成效（p<0.001），以細項來看多數類別變項亦有減重成效，且達到統計上的顯著差異，尤以前測屬中度肥胖（30 ≤ BMI<35）者，前後測體重差異最大（m =1.82±2.04）。

(四)因性別與前測肥胖程度不同，而有不同體重之減重成效：探討性別及前測肥胖程度與減重成效之關係，以2013年2月前測所測量之BMI值，作肥胖程度之分類，以各類別後測體重平均數減前測體重平均數，再依性別作類別分析之成對樣本T檢定，發現前測屬健康體位者（20 ≤ BMI<24），無論性別皆具減重成效並具有統計上之顯著差異，而前測屬重度肥胖者（BMI ≥ 35）之減重成效，在女性及男性上皆未具統計上之顯著差異，而前測屬過重（24 ≤ BMI<27）、輕度肥胖（27 ≤ BMI< 30）及中度肥胖者（30 ≤ BMI<35），其減重成效及統計上之顯著差異，因性別而有不同。

五、結論與建議 (Comment)

本院針對精神科復健住院病人進行健康減重計畫，提供以下介入措施：一、由上而下進行減重政策宣達；二、設立全院統一窗口，監測及管理減重成果；三、以下而上方式，由各病房落實減重計畫管理與執行；四、設置減重獎勵措施，鼓勵病人參與並持續於健康減重方案；五、利用可近性，有效運用醫院環境，提供常規性運動及相關動態性活動；六、成立減重團體，系統性的提供減重技巧；七、發揮創意，設計符合健康減重概念之靜態性活動內容，如五蔬果衣服彩繪；八、自創口袋型「健康照護管理手冊」，提供精神科復健病人自行監測體重及各項生理檢驗結果，以增進其自我健康管理能力；九、以「I LOVE」口訣，供病人記憶及學習發展個人健康減重技巧。

結果發現，於各項健康減重措施介入後，參與計畫之精神科復健住院病人整體BMI值改善成效達67.9%，尤其以前測結果屬中度肥胖（30 ≤ BMI<35）者，成效最大（m=1.82±2.04），且以R5、R6、R7三個病房之BMI下降比例較高，皆達70%以上，而利用前測BMI值與減重成效進行差異比較，雖未達統計上的顯著性，但前測為中度與重度肥胖者成功減重者比例高達了80%以上。

本計畫執行後，整體精神科復健住院病人之BMI值改善，並達到預定目標，且其減重成效受性別、前測肥胖程度、病房及病人功能等類別影響而有差異，部分參與者的BMI值在計畫介入後「不減反增」，且因病房不同而有明顯差異，故提供以下建議：

1. 建立精神科復健住院病人之健康減重服務模式：透過計畫執行，了解精神病人有肥胖照護的需求，且健康減重介入措施，確實可改善精神科復健住院病人之BMI值，故建議依此一計畫成果，收集相關成效，調整服務措施，持續提供精神科復健住院病人健康減重服務，並建立健康減重服務模式，以提升復健精神病人照護品質。

2. 調整健康減重介入措施：本計畫結果中發現，本院精神科住院病人減重成效受性別、前測肥胖程度、病房及病人功能等類別影響而有差異，故建議未來在措施設計中，考量這些因素，調整介入措施，以期更全面性提供所有病人之健康減重需求。

3. 探討影響精神科復健住院病人減重成效之因素：針對「不減反增」之病人，進一步了解其原因，作為未來計畫執行之設計參考。

4. 進行減重團體之成效評估：本計畫收案時間僅4個月，減重團體參與人數少，又團體進行一次約8週，無法有足夠個案數作對照，故無法於本計畫中確實呈現其成效，實屬可惜，未來建議提供相關資料分析與統計，以了解本院減重團體於精神科住院病人之健康減重成效，進而提升相關健康減重服務之品質。

期望透過本計畫結果，作為未來精神科復健住院病人之健康減重計畫設計參考，協助了解病房在病人執行健康減重之困難及限制，提供各病房及病人個別性需求與協助，以持續推動精神病人的健康減重計畫，以達到病人健康促進之目標。

參考資料

吳景寬（2010）。精神分裂症患者之代謝症候群及其相關指標之探討。美和技術學院健康照護研究所碩士論文，未出版，屏東縣。

曾雯琦、楊政議、林彥如、陸汝斌（2005）。第二代抗精神病藥物誘發體重增加之非藥物處理。臺灣醫學，9（4），536-539。

藍毓莉、徐祥明、劉文健、曾洙荔、平烈勇（2006）。長期住院慢性精神病人體重過重問題之探討。台灣精神醫學，20（4），305-315。

World Health Organization. (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. Retrieved 04 30, 2013, from World Health Organization: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf .

國家圖書館出版品預行編目 (CIP) 資料

國家圖書館出版品預行編目 (CIP) 資料

健康促進醫院理念與實務 /

衛生福利部國民健康署 , 臺灣健康醫院學會著 .

-- 初版 . -- 臺北市 : 健康署 , 民 103.12

面 ;　公分

ISBN 978-986-04-3907-6(平裝)

1. 醫院行政管理 2. 醫療服務 3. 文集

419.207　103026730

書　　名 | 健康促進醫院理念與實務
著 (編) 者 | 衛生福利部國民健康署、臺灣健康醫院學會
出 版 機 關 | 衛生福利部國民健康署
地　　址 | 10341 臺北市大同區塔城街 36 號
網　　址 | http://www.hpa.gov.tw
電　　話 | （02）2522-0888
出 版 年 月 | 103 年 12 月
版 (刷) 次 | 初版
其他類型版本說明 | 本書電子檔，同時登載於本署網站，網址為 http://www.hpa.gov.tw
及健康九九網站 http://health99.hpa.gov.tw

定價 : 新臺幣 300 元
展售處
台北 | 國家書店
地址 10485 台北市松江路 209 號 1、2 樓　電話 (02) 2518-0207
台中 | 五南文化廣場
地址　40042 台中市中區中山路 6 號　電話 (04) 2226-0330
GPN：1010303179
ISBN：978-986-04-3907-6 (平裝)

著作財產權人：衛生福利部國民健康署

本書保留所有權利。欲利用本書全部或部分內容者，須徵求著作財產權人衛生福利部國民健康署同意或書面授權。請洽衛生福利部國民健康署（電話：02-2522-0888）。

©All rights reserved. Any forms of using or quotation, part or all should be authorized by copyright holder Health Promotion Administration, Ministry of Health and Welfare. Please contact with Health Promotion Administration, Ministry of Health and Welfare.（TEL：+886-2-2522-0888）

本出版品經費由國民健康署菸害防制及衛生保健基金支應。

This publication is funded by the Tobacco Hazards Prevention and Health Protection Funds of Health Promotion Administration.