



# THIS醫院品管問卷 調查結果摘要報告

◎ 文·戴蘭祺

THIS計劃至今業已屆滿十年之際，在這創新競爭的時代中，為求改善進步的空間並提供更多元化的服務，藉由本次THIS醫院品管問卷調查瞭解THIS團隊對院內品管之現況，故於100年9-11月份陸續調查，共發放175份問卷，回收有效樣本共76份，回收率為40.00%。從問卷結果得知，回覆的醫院多為區域醫院（46.7%），其次為地區醫院（34.17%）；而推行全院品質活動之組織多為正式單位（屬一級單位），且約有95%都設有醫療品質改善委員會，固定一季一次會議（78.1%），主席都是由院長（78.9%）或副院長（19.7%）擔任。而醫院在執行品管時，多以人工加電腦化（96%）來進行指標的收案作業，且每年度都有執行醫療品質改善計畫（88%）。另，就執行概況分述如下：

## （一）醫院內部品管活動：

由院長或副院長親自參與主持的活動有：1.全面品質管理（TQM/CQI）（40.8%），2.品管圈（QCC）（65.8%），3.ISO 認證（34.2%），4.提案制度（Employee Suggestion Program）（51.3%），5.流程再造（Process Reengineering）（18.4%），6.學習型組織（Learning Organization）（14.5%），7.六標準差（Six Sigma）（2.6%），8.標竿學習（Benchmarking）（35.5%），9.方針管理（Hoshin Planning）（17.1%），10.品質機能展開（Quality Function Deployment）（5.3%），11.員工滿意度調查（Satisfaction survey）（77.6%），12.病患滿意度調查（Satisfaction survey）（84.2%），13.服務品質改善（Service Quality Improvement）（52.6%），14.臨床路徑（Clinical Pathway）（46.1%），15.實證醫學（Evidence-based Medicine）（30.3%），16.台灣醫療品質指標計畫/台灣臨床成效指標（TQIP/TCPI）（43.4%），17.品質突破系列（Breakthrough Series, BTS）（30.3%）。

而醫院有推行的活動參與程度不一，分述如下：1.全面品質管理（TQM/CQI）（47.1%），2.品管圈（QCC）（85.5%），3.ISO 認證（52.5%），4.提案制度（Employee Suggestion Program）（70.3%），5.流程再造（Process Reengineering）（38.8%），6.學習型組織（Learning Organization）（33.3%），7.六標準差（Six Sigma）（10.0%），8.標竿學習（Benchmarking）（59.3%），9.方針管理（Hoshin Planning）（24.5%），10.品質機能展開（Quality Function Deployment）（14.9%），11.員工滿意度調查（Satisfaction survey）（97.4%），12.病患滿意度調查（Satisfaction survey）（97.4%），13.服務品質改善（Service Quality Improvement）（82.8%），14.臨床路徑（Clinical Pathway）（73.00%），15.實證醫學（Evidence-based Medicine）（58.9%），16.台灣醫療品質指標計畫/台灣臨床成效指標（TQIP/TCPI）（50.0%），17.社區醫院協會指標計畫（TCHA）（36.8%），18.醫院自有醫療品質指標（81.3%），19.中央健保局醫療服務指標（VPN）（89.4%），20.衛生署健保資訊公開系統（80.3%），21.疾病管制局台灣院內感染通報系統（TNIS）（97.1%），22.品質突破系列（Breakthrough Series, BTS）（62.3%），23.品質突破系列（Breakthrough Series, BTS）（90.5%）。且醫院多以QCC（46.5%）、SPC（93.9%）、PDCA（75.9%）及資料回饋（98.7%）來應用醫療品質指標進行改善作業。

## （二）參與THIS計畫的原因與障礙

### 1.內部因素：

- （1）建置醫院品質指標監測項目，藉由指標收集、提報統計（同儕資料）、分析檢討品質改善流程，並鼓勵創新與改善活動，以提升醫院服務品質，追蹤改善服務績效，提供民眾安全舒適之就醫環境。
- （2）了解門診、住院、急診、加護病房的臨床品質，藉由此指標可觀察出問題，內部提PDCA改善循環，使病人獲得優質四全照護，落實以病人為中心的醫療照顧。
- （3）國內常用的品質指標資料庫，且THIS年費合理。
- （4）醫院評鑑條文要求應訂定各項醫療品質醫療控制並確實行及評估。

### 2.外部因素：

- （1）藉由參加THIS計畫及學會回饋之同儕指標統計資料（標竿學習），達到醫院品質指標資訊交流，以建立品質檢討改善之方向與目標，從各醫院標竿學習中彼此激勵，向上提升，提供民眾更好之醫療服務品質。
- （2）民眾要求水準提昇，政府政策及醫院評鑑趨勢。

### 3.推動THIS障礙的理由有以（1）組織學習、文化、態度不足；（2）缺乏足夠人力（3）醫師參與（4）資訊系統未整合等四項為主要因素，相信是本會日後推動改善首要的工作要點。

最後感謝THIS醫院長期的支持，因有您們的努力耕耘及支持此計劃才得以延續發展。在此謹以粗淺的概略闡述THIS醫院品管現況，期待各界先進不吝指教，促創造高品質的醫療環境。

# THIS門診指標 使用現況分析

◎ 文 · 鍾佩樺



## 一、門診指標面面觀

本會之THIS醫療品質指標系列，在門診指標的部份共計有17項指標，其中以結構面、過程面與結果面等三大類區分。結構面的指標包括：看診專任主治醫師率、看診兼任主治醫師率、看診主治醫師平均門診診數、主治醫師平均西醫門診看診人次、專任主治醫師平均西醫門診看診人次、兼任主治醫師平均西醫門診看診人次、門診超過60人次率、門診初診率、專科醫師率，以上這些指標在醫院行政管理上受到相當廣泛的運用。過程面的指標包括：門診病人住院率、門診手術取消率-由病人取消、門診手術取消率-由醫院取消、門診檢查取消率-由病人取消、門診檢查取消率-由醫院取消，以上這些指標有助於醫院管理者瞭解院內業務流程之現況。在結果面的指標包括：門診醫師處方箋錯誤率、門診處方箋調劑錯誤率、門診病患滿意度，這三項指標呈現病人至醫院門診就醫的結果，涉及病人接受的醫療照護是否安全，以及病人在整體就醫過程中的滿意度，有助於醫院管理者瞭解院內之服務品質，從中發現問題進而著手改善。

## 二、使用率較高的指標及其原因分析

回顧99年（1-12月）與100年（1-9月）門診指標使用狀況，指標的提報率趨勢並無明顯變化，其中提報率最高的前五名分別為門診初診率，門診處方箋調劑錯誤率次之，再者依序為門診醫師處方箋錯誤率、門診病人住院率、看診專任主治醫師率。我們試圖了解其背後意涵，在門診初診率的部份，使用率較高的原因為指標數據容易收集，醫院大多透過院內資訊系統便可統計得知，況且初診率代表的是新客源，這可以反映給醫院管理者，一家醫院周遭的社區民眾理論上為醫院的主要客戶群，在這就有客戶已經深根之際，是否醫院還可以有更積極的做為提昇對於周遭民眾的吸引力，這是管理者可以思考的，又或者可於院內進一步分析，這些新客源來自於何處，該處是否有相同等級的醫院存在著競爭關係？兩相比較之下，也許可以知道醫院自己的競爭優勢。

門診處方箋調劑錯誤率、門診醫師處方箋錯誤率分別排名提報率之第二、三名，可以見得醫院在挑選要提報的指標中，對於病人安全的觀念是相當重視的。反觀排名次序較為後面的多以醫院組織人力結構等方面。

排名	99年（1-12月）		100年（1-9月）	
	指標名稱	提報率	指標名稱	提報率
1	門診初診率	62%	門診初診率	69%
2	門診處方箋調劑錯誤率	56%	門診處方箋調劑錯誤率	62%
3	門診醫師處方箋錯誤率	55%	門診醫師處方箋錯誤率	61%
4	門診病人住院率	51%	門診病人住院率	56%
5	看診專任主治醫師率	47%	看診專任主治醫師率	51%
6	看診主治醫師平均門診診數	46%	門診超過60人次率	50%
7	門診超過60人次率	46%	主治醫師平均西醫門診看診人次	48%
8	主治醫師平均西醫門診看診人次	45%	看診主治醫師平均門診診數	47%
9	看診兼任主治醫師率	44%	專科醫師率	47%
10	專科醫師率	43%	看診兼任主治醫師率	47%

## 三、對於門診指標的未來期許

然而，隨著醫療環境時空、政策的改變、臨床技術的日益精進，原本的門診指標項目與定義也有著些許的不適用，因此本會召集品質暨病人安全委員會，共同討論指標定義的修改、指標數量的增減以及對於指標收集者常會遇到不清楚的狀況，於手冊上增列Q&A的方式來呈現。





# 2011年醫療品質學術研討會年會回顧

◎ 文 · 許文嘉

從2001年推行台灣醫療照護品質指標系列（THIS）至今，為獎助優良成效之醫院、樹立績優學習標竿；特舉辦品質提升績優標竿評選，建構各醫院間相互學習進步、互助合作之品質管理技術平臺，提供國內醫療院所在推展醫療品質提升時，能藉由參考他院經驗，發展各院品質向上的風氣及運用手法，最終促進國內整體醫療環境照護品質，期以此評選激勵各醫院提供超越既定水準的醫療品質服務予民眾。

2011年8月16日於台大醫院國際會議中心舉辦的THIS年度大會，邀請全國醫療院所齊聚一堂，由本會石曜堂理事長主持，本會呂嵐欽秘書長講述「THIS步履十年之足跡展」，並特安排特優獲獎醫院（財團法人彰化基督教醫院、澄清綜合醫院、財團法人天主教耕莘醫院永和分院）分享彼此之經驗。另安排特別演講，由本會醫療品質與病人安全委員會周思源召集委員淺談THIS資料庫-「質」與「量」，最後並邀請醫品病安委員會之委員和與會來賓進行座談會相互交流。除會場內進行之活動外，場外也同步進行特優醫院海報攤位分享，提供與會者相互交流之平台。





2011年醫療品質學術研討會年會  
主辦單位：社團法人台灣醫務管理學會



# 績優醫院評選活動簡述

◎ 文·顏憶婷

本會為提升國內整體醫療環境照護品質，獎勵推行台灣醫療照護品質指標系列（THIS）成效優良之醫院，自96年起以THIS會員醫院為招募對象開始辦理「THIS品質績優標竿」評選活動，期能樹立醫院之間的標竿學習風氣，並持續推動台灣本土化之品質指標應用，建構各醫院與單位間相互學習進步、互助合作之品質管理技術平臺，提供國內醫療院所在推展醫療品質時，能藉由參考他院經驗，發展各院品質向上的風氣及運用手法，最終促進國內整體醫療環境照護品質。未來，我們期待以評選活動激勵各醫院提供超越既定水準的醫療品質服務。

近來年評選著重於過程及結果面的作業，期醫院能落實持續性品質監控並進行持續性改善，進而提供病患優質的醫療照護過程。

THIS績優醫院評選項目分為五大項：指標應用性、提報作業（包含：提報率、確保提報指標正確機制）、品質推廣性、指標應用性及醫院醫療品質優良事蹟，並依醫院層級分別進行評選作業。

而今（100）年度特優獲獎之各層級醫院分別為：財團法人彰化基督教醫院、澄清綜合醫院及天主教耕莘醫院永和分院，並於8月16日假台大醫院國際會議中心舉行的「2011年醫療品質學術研討會年會」上分享醫院醫療品質之管控及推行狀況，作為醫界之標竿學習對象。





# 彰化基督教醫院 品質指標推動經驗分享 以病人滿意度調查為例

◎ 文·財團法人彰化基督教醫院 張旭東高專、陶阿倫主任、許瑋真管理師、李芳菁管理師

通訊作者：張旭東 / 電話：04-7238595#4055

聯絡地址：彰化市南校街135號 / 電子信箱：60452@cch.org.tw

感謝台灣醫務管理學會提供THIS季刊分享平台，讓彰化基督教醫院有機會分享品質指標推動經驗。THIS已屆滿十年，承蒙 貴學會對本院推動醫療品質的肯定，十年前受邀成為指標研發醫院之一，並在這十年來醫療品質指標發展的歷程中，從標準化蒐集指標數據、提報指標正確性確認機制、異常監控作業及運用指標監測品質改善成效等，能有些許成果。THIS指標監測計畫分為門診17項指標、急診40項指標、住院56項指標、加護病房26項指標及2006年9月開始監測的病人安全指標46項指標，合計185項指標。因為各類別指標資料蒐集及監測各有其流程及特性，文章中不一一詳述，故挑選病人滿意度調查（門診、急診及住院均會監測的指標，也是醫院評鑑所關心的監測指標）。因此本院茲以病人滿意度調查為例，說明上述指標發展的歷程，一窺彰基品質指標發展的面貌。

## 標準化蒐集指標數據

彰基在2001年加入THIS指標計畫之前，即有進行病人滿意度調查，但各科部所用的滿意度調查問卷內容不一，調查頻率及抽樣方式也不一致。因此，在加入THIS指標計畫之後，首先依據台灣醫務管理學會所建議門診、急診、住院問卷範本為主，整合全院病人滿意度調查問卷。其次依據所建議的發放數量（門診、急診、住院各發放350~400份），作為發放的依據。另外統籌調查頻率（每季），使調查作業標準化及制度化，成為醫院例行性調查作業。（表1）

表1：參加THIS指標監測計畫前後病人滿意度調查差異

	參加THIS前	參加THIS後
滿意度調查問卷內容	不一致	一致
抽樣方式	不一致	一致
調查頻率	不一致	一致



## 資訊化指標監測作業

在導入THIS滿意度調查指標系統後二年（2003年），調查作業已漸趨穩定及制度化，但病人滿意度數據輸入及分析平台，使用一般文書處理軟體Excel試算表，從篩選有效問卷、問卷輸入、數據計算到產出報表，作業繁瑣需要3個人力10個工作天，問卷輸入正確率在81%。因此自2003年開始歷經三年研發病人滿意度網路資訊化輸入介面及分析網頁，先後完成：

1. 問卷輸入介面（圖1）：藉由欄位程式控制，提高人員輸入的正確率及效率，在一定時間內完成資料上傳至資料庫的作業。
2. 品管作業平台（圖2）：病人滿意度調查之品質保證作業，第二層次監測問卷資料輸入之正確性。
3. 管制圖監測平台（圖3）：提供管理者監測指標系統變異性、趨勢及異常值。
4. 五分法統計報表（圖4）：提供管理者數值監測，透過數值排序及顏色管理，分析病人滿意度各項須加強改善或成效優良。

透過資訊化2006年起將原本輸入資料的人力縮減為1個人力5個工作天，藉由網路程式控制問卷輸入正確性，其正確率達99%。全院員工可透過網路監測病人滿意度調查資料。（表2）

表2：病人滿意度資料蒐集及分析資訊化前後比較

	資訊化前	資訊化後
人力	3人	1人
作業天數	10工作天	5工作天
正確率	81%	99%
分析結果傳達	少數管理階層	全院
分析工具	趨勢圖、柱狀圖	管制圖

### 急診病患滿意度

指標：THIS ERU016（單位：%）

假設卜瓦松分配： $u$  管制圖（以時間排序數據）

查、就醫背景	
一、請問您是初次來本院急診看病？	<input type="radio"/> 1.是 <input checked="" type="radio"/> 2.否
二、請問您就診的科別是？	<input checked="" type="checkbox"/> 1.內科 <input type="checkbox"/> 2.外科 <input type="checkbox"/> 3.婦產科 <input type="checkbox"/> 4.小兒科 <input type="checkbox"/> 5.其他 <input type="text"/>
三、您為什麼選擇來本院看病？	<input type="checkbox"/> 1.親友推薦 <input checked="" type="checkbox"/> 2.服務態度好 <input type="checkbox"/> 3.醫師高明 <input type="checkbox"/> 4.地點適中 <input checked="" type="checkbox"/> 5.醫理設備佳 <input type="checkbox"/> 6.醫院名氣 <input checked="" type="checkbox"/> 7.交通便利 <input type="checkbox"/> 9.其他 <input type="text"/>
四、您幾點到了急診就醫？	<input checked="" type="radio"/> 1.早上 08:00 ~ 下午 15:59 <input type="radio"/> 2.下午 16:00 ~ 晚上 23:59 <input type="radio"/> 3.晚上 00:00 ~ 早上 07:59

圖1：病人滿意度問卷輸入介面

### 病患滿意度：回收率及品質保證

問卷資料輸入資料庫  
登錄者：李芳菁 (此項監控權者：天使、老狗、六月、熊貓)

調查年季：  院區：

問卷「發放」總張數	問卷「回收」總張數	問卷「抽樣」總張數	輸入「錯誤」總次數
總計發放： <input type="text" value="0"/> 張	總計回收： <input type="text" value="0"/> 張	總計抽樣： <input type="text" value="0"/> 張	總計登錄： <input type="text" value="0"/> 次
門診發放： <input type="text" value="0"/> 張	門診回收： <input type="text" value="0"/> 張	門診抽樣： <input type="text" value="0"/> 張	門診登錄： <input type="text" value="0"/> 次
住院發放： <input type="text" value="0"/> 張	住院回收： <input type="text" value="0"/> 張	住院抽樣： <input type="text" value="0"/> 張	住院登錄： <input type="text" value="0"/> 次

**結束此季的作業嗎？**

如果您「確定」絕對不能改善，已用過所有的作業，請打勾。  
警告：「打勾」存檔後，您可關閉後視此季的資料！  
但是，「不打勾」的存檔，可以保護比較真的資料且可從雲端重新編輯，一直打勾到截止，這違背「」。  
完成作業嗎？  是  否

\*「過季」說明：軟體可輸入時段：1季→3-5月、2季→6-8月、3季→9-11月、4季→12-2月。  
但為了統計結果提早結員工研究，建議儘量每季第一個月「完成作業」(打勾)；然而每年出新年刊須把第4季於12月底前完成。

圖2：病人滿意度問卷品管作業平台

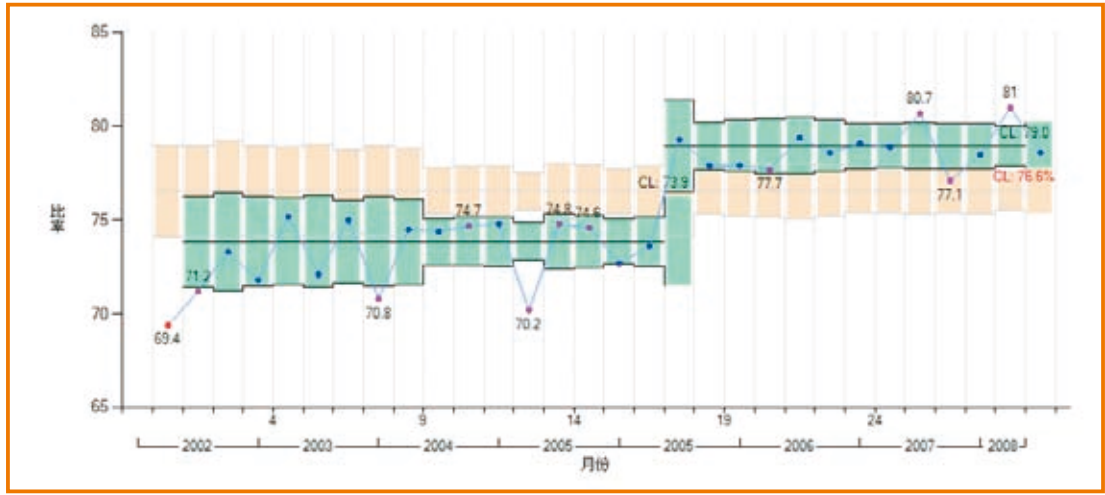


圖3：病人滿意度管制圖監測平台

編號	問卷項目	無效	有效	五分法尺度					分子	分母	平均	95.0%信賴區間	
		%	%	劣	差	可	良	優	分子	分母	雙盒	下限	上限
2.1	環境質控	0.0	366.9	1.6	7.5	24.0	179.4	94.4	1,458.0	1,834.4	79.5%	74.3%	84.7%
2.1.1	醫院的交通便利、停車方便	0	374	6	14	101	176	77	1,426	1,870	76.3%	74.3%	78.2%
2.1.2	醫院空間寬敞、沒有擁擠情形	0	374	0	4	83	194	91	1,494	1,870	79.9%	78.1%	81.7%
2.1.3	空氣調節(冷、暖氣)適中、光線明亮	0	373	0	5	75	183	110	1,517	1,865	81.3%	79.0%	83.1%
2.1.4	等候區座位舒適、座位足夠	0	371	0	13	108	174	76	1,426	1,855	76.9%	75.0%	78.8%
2.1.5	價標皆有清楚明確的指示或看板	0	373	0	2	73	190	108	1,523	1,865	81.7%	79.9%	83.4%
2.1.6	診療室及診療器具很乾淨	0	373	0	3	73	191	106	1,519	1,865	81.4%	79.7%	83.2%
2.1.7	乾淨潔淨的洗手間	0	372	4	14	98	164	92	1,442	1,860	77.5%	75.6%	79.4%
2.1.8	坡梯及走廊乾淨清潔	0	325	3	5	59	163	95	1,317	1,625	81.0%	79.1%	83.0%
2.2	等候時間	0.0	327.7	1.3	8.7	107.0	147.0	63.7	1,246.3	1,638.0	76.1%	70.6%	81.5%

圖4：五分法統計報表

## 病人滿意度指標監測機制（彰基總院）

為了提供民眾對醫師看診的要求，彰基醫療品質網頁提供個別醫師門診滿意度調查查詢服務，透過此查詢平台，透明化個別醫師門診滿意度調查結果，各科別醫師可進行同儕比較，民眾也可藉由網路查詢到門診醫師病人對該醫師服務的評價（圖5）。為了提供此項服務，每一位門診醫師問卷調查必須達一定的量（一年至少30張問卷），才算有統計上的意義。因此門診問卷從原本每季350~400份，暴增到每季3,300~3,500份，為此多增聘一位臨時工讀生人力完成問卷輸入作業。

門診滿意度調查結果也列入「醫師授權」評核項目，藉由此評核機制追蹤個別醫師服務成效。住院滿意度也可區分護理站別，監測各護理站病人滿意度執行成效（圖6）。

醫院：  → 年度：  → 主治醫師

五分法細項

編號	問卷調查	N	差	劣	可	良	優	分子	分母	%	
OPD-2.2.2	等候看病的時間	25	0	0	1	16	8	107	125	85.6%	
OPD-2.2.3	醫師為您看病的時間	25	0	0	1	15	9	108	125	86.4%	
OPD-2.3.5	醫師態度親切和善	25	0	0	0	15	10	110	125	88.0%	
OPD-2.4.1	醫師耐心傾聽我的病情	25	0	0	0	15	10	110	125	88.0%	
OPD-2.4.2	醫師仔細診察及詳細說明病情	25	0	0	0	14	11	111	125	88.8%	
OPD-2.4.3	醫師的專業能力(醫術)好	25	0	0	0	15	10	110	125	88.0%	
OPD-2.4.4	醫師尊重我的隱私	25	0	0	0	15	10	110	125	88.0%	
OPD-2.5.1	當我抱怨時、立即得到適當的處理	25	0	0	2	12	11	109	125	87.2%	
OPD-2.5.2	診療後病症已改善	25	0	0	0	14	11	111	125	88.8%	
<b>整體而言</b>									<b>986</b>	<b>1125</b>	<b>87.6%</b>

圖5：民眾可藉由網路查詢到門診醫師病人對該醫師服務的評價

醫院：  → 年度：  → 指標：

編號	護理站	人次	安寧	隱私	態度	給藥	隱私	治療	呼叫	打針	抱怨	整體	忠誠
5924	五二病房	153	75.8%	82.3%	80.1%	88.4%	80.2%	89.3%	89.9%	85.9%	84.7%	88.4%	74.4%
5955	嬰兒室	84	81.7%	85.5%	87.8%	89.4%	91.2%	82.9%	82.4%	87.6%	88.3%	89.2%	81.4%
5935	五三病房	76	78.9%	83.8%	87.7%	88.2%	88.9%	88.2%	88.3%	86.9%	80.3%	86.7%	78.5%
5938	八三病房	76	77.4%	81.9%	81.5%	84.6%	83.2%	85.1%	84.3%	81.3%	83.6%	83.4%	69.6%
5966	兒六病房	71	71.0%	81.9%	89.4%	88.8%	86.0%	84.0%	86.8%	81.3%	80.6%	83.3%	76.5%
5965	兒五病房	68	79.4%	81.9%	87.9%	85.4%	86.9%	85.9%	86.3%	83.1%	83.1%	84.7%	74.1%
5928	八二病房	69	81.3%	89.0%	89.4%	88.3%	88.7%	89.0%	89.1%	87.3%	85.9%	88.7%	68.0%
5906	六一病房	67	75.8%	82.3%	89.4%	86.2%	87.9%	87.2%	87.4%	84.4%	83.3%	84.6%	72.2%
5968	兒八病房	66	78.7%	80.7%	87.5%	86.5%	89.7%	83.8%	81.5%	88.9%	85.7%	87.3%	75.9%
5926	六二病房	66	71.5%	76.1%	80.1%	85.4%	84.7%	85.7%	84.1%	81.3%	80.4%	82.1%	73.7%
5967	兒七病房	61	77.4%	83.3%	89.3%	88.2%	89.3%	89.8%	89.8%	87.8%	86.6%	87.0%	75.7%
5919	九三病房	61	79.0%	81.3%	88.0%	87.8%	88.0%	88.7%	86.3%	81.7%	85.3%	87.8%	67.8%
5936	六三病房	61	79.7%	82.3%	88.9%	87.8%	87.6%	86.9%	87.6%	87.6%	83.6%	84.6%	72.5%
5908	八一病房	56	82.4%	89.0%	92.8%	89.7%	90.7%	91.1%	89.6%	90.7%	81.3%	88.2%	82.8%
5907	七一病房	58	76.2%	81.1%	89.1%	88.2%	86.6%	88.9%	89.6%	86.8%	84.0%	86.0%	74.7%
5904	四一病房	54	75.6%	80.4%	91.0%	89.2%	91.2%	91.3%	91.3%	84.5%	86.0%	86.9%	78.1%
5801	第二康復病房	46	80.9%	84.3%	88.2%	84.3%	87.3%	87.5%	88.1%	87.9%	87.1%	88.8%	94.9%
5937	七三病房	47	73.0%	80.9%	83.4%	88.0%	89.3%	88.4%	86.2%	81.2%	85.2%	86.7%	66.7%
5927	七二病房	47	77.9%	81.3%	89.7%	87.3%	89.2%	87.7%	87.8%	85.8%	83.8%	85.8%	71.9%
5921	第一呼吸照護中心	45	82.2%	85.7%	89.8%	87.0%	87.9%	87.9%	85.9%	85.9%	81.4%	85.9%	71.2%
5915	護理病房	43	83.3%	81.0%	88.8%	87.4%	86.0%	87.9%	87.4%	86.3%	83.4%	85.8%	64.5%
5914	幼兒中重度病房	44	89.1%	86.9%	91.3%	91.2%	92.4%	91.3%	89.9%	91.3%	91.3%	84.0%	80.5%
5930	精神科病房	42	89.3%	89.3%	88.3%	89.3%	89.3%	89.3%	89.3%	89.3%	88.0%	89.3%	80.5%
5943	第三呼吸照護中心	42	85.4%	81.4%	89.0%	89.0%	89.8%	81.0%	89.1%	86.3%	88.1%	88.1%	75.4%
5942	第二呼吸照護中心	43	88.7%	84.1%	87.8%	84.3%	86.2%	83.6%	84.6%	83.3%	84.1%	84.9%	74.8%

完成

圖6：護理站別病人滿意度監測



## 病人滿意度指標監測機制（彰基體系醫院）

隨著彰基體系規模擴展，以彰基總院發展的病人滿意度調查制度與系統，導入彰基體系醫院，一方面建立與總院一致的滿意度調查作業，一方面訓練體系醫院滿意度種子人員調查技巧及滿意度輸入作業，達到輔導體系醫院滿意度作業標準化及資訊化，直接運用資訊化所帶來的方便性、正確性及即時性。

彰基總院透過「體系醫院病人滿意度監測儀表板」負責監督彰基體系醫院滿意度調查進度、問卷輸入正確性及調查結果，並藉由網站公告透明化調查結果，包含二基、鹿基、南基、員生、雲基、佑民、鹿東及輔導醫院屏基等8家醫院，提供彰基體系醫院同儕比較數據（圖7）。

編號	問卷細項	長照	南郭	兒童	中醫	二基	鹿基	南基	員生	雲基	佑民	鹿東	屏基
2.1	環境實施	83.6%	80.8%	83.1%	n/a	80.9%	82.3%	77.6%	77.9%	75.4%	77.7%	84.1%	79.3%
2.1.1	病房空間寬敞，沒有擁擠情形	84.0%	77.2%	82.9%	n/a	80.5%	84.1%	77.3%	80.3%	75.0%	76.8%	86.3%	73.4%
2.1.2	病房空氣調節(冷、暖氣)適中，光線明亮	82.2%	81.3%	83.8%	n/a	83.3%	82.3%	80.0%	76.8%	75.8%	76.3%	84.7%	76.5%
2.1.3	醫院的床單、被單、病人服清潔且充足齊備	84.0%	81.9%	83.1%	n/a	81.9%	82.0%	76.4%	77.8%	75.4%	76.0%	85.8%	81.2%
2.1.4	病房內地版及走道及洗手間乾淨清潔	82.2%	80.7%	84.1%	n/a	79.0%	80.2%	78.2%	76.5%	75.4%	78.3%	86.3%	80.3%
2.1.5	醫療設備乾淨齊全	85.8%	83.5%	84.4%	n/a	81.9%	83.9%	78.2%	78.1%	76.7%	77.8%	84.7%	81.9%
2.1.6	病房常保持安寧	82.7%	76.0%	79.3%	n/a	79.1%	77.7%	72.7%	76.1%	73.8%	77.0%	78.4%	79.1%
2.1.7	各樓層有清楚明確的指示牌或看板	85.3%	84.2%	83.4%	n/a	81.4%	84.5%	80.0%	79.4%	75.8%	80.2%	82.8%	81.9%
2.1.8	病房中可維持個人隱私權	82.1%	81.6%	84.1%	n/a	80.0%	83.9%	78.1%	78.1%	74.9%	79.2%	83.6%	81.1%
2.2	服務態度	85.6%	86.0%	87.7%	n/a	84.5%	86.5%	83.7%	82.2%	80.5%	82.1%	87.1%	86.7%
2.2.1	辦理住院手續人員的服務態度	85.8%	85.9%	86.2%	n/a	84.2%	86.6%	81.8%	82.0%	79.2%	82.5%	86.5%	85.1%
2.2.2	醫師態度親切和善	87.6%	88.5%	89.9%	n/a	87.0%	87.7%	84.5%	83.5%	80.4%	85.7%	87.0%	87.8%
2.2.3	護理人員態度親切和善	88.2%	88.8%	91.6%	n/a	87.4%	87.3%	87.3%	84.4%	80.8%	84.8%	87.4%	87.9%
2.2.4	對檢驗(查)部門工作人員服務態度(抽血、超音波檢查等)	83.6%	85.1%	86.6%	n/a	83.9%	85.7%	84.5%	81.9%	80.4%	80.7%	86.3%	84.6%
2.2.5	對病房打掃清潔人員服務態度	84.9%	83.5%	85.0%	n/a	82.8%	85.5%	83.6%	81.0%	80.8%	80.5%	86.8%	85.3%
2.2.6	對護送人員帶領方式或服務態度	85.8%	85.6%	87.4%	n/a	84.2%	86.0%	83.6%	81.6%	80.8%	81.3%	87.9%	87.5%
2.2.7	對義工的服務項目或服務態度	83.0%	84.2%	86.9%	n/a	81.5%	86.6%	80.0%	81.1%	80.9%	79.2%	87.8%	89.5%
2.3	醫療過程	85.6%	86.4%	88.1%	n/a	84.0%	86.1%	84.7%	81.9%	80.9%	83.6%	86.2%	84.1%
2.3.1	醫師耐心傾聽我的病情	87.3%	87.6%	88.3%	n/a	84.7%	86.0%	84.5%	82.9%	81.7%	84.7%	86.3%	85.2%
2.3.2	醫師仔細診察及詳細說明病情	87.3%	88.3%	88.9%	n/a	83.7%	86.4%	86.4%	82.2%	82.5%	85.2%	85.3%	85.7%
2.3.3	醫師的專業能力(醫術)好，且主動提供日常應注意的保健知識	87.3%	86.7%	88.3%	n/a	84.7%	85.9%	85.5%	82.9%	82.1%	84.0%	86.5%	85.0%
2.3.4	醫師決定治療方式時，會詳細說明並詢問病患(家屬)的意見	85.8%	86.8%	88.1%	n/a	85.2%	86.6%	85.5%	82.9%	82.1%	84.0%	87.0%	85.2%
2.3.5	住院期間主治醫師常常來巡視	87.6%	85.7%	87.1%	n/a	83.3%	86.4%	82.7%	81.6%	80.8%	82.5%	86.3%	81.1%
2.3.6	醫師尊重我的隱私	87.6%	87.2%	88.2%	n/a	83.7%	86.1%	84.5%	82.2%	81.7%	84.3%	86.3%	86.9%
2.3.6.1	護理人員尊重我的隱私	88.6%	87.6%	89.5%	n/a	85.2%	86.1%	85.5%	82.5%	82.1%	85.7%	86.3%	85.8%
2.3.7	護理人員在檢查或治療前，會詳細說明整個過程及事前準備的情形	87.6%	87.5%	89.8%	n/a	85.6%	86.4%	85.5%	81.6%	82.5%	85.7%	87.9%	84.7%
2.3.8	當病患有需要呼叫時，醫護人員立即來處理	87.1%	87.5%	89.7%	n/a	85.1%	87.7%	88.2%	81.3%	80.8%	86.3%	86.3%	86.0%

圖7：體系醫院病人滿意度監測儀表板





## 病人滿意度改善措施

住院滿意度「病房安寧」是病人最不滿意項目，為此除了掛於病房門上保持安寧之標示外，針對病房容易產生噪音的設備，如冰箱進行噪音檢測（圖8）、在工作車上放軟桌墊減少碰撞噪音等（圖9）、工作車進行保養及汰舊換新（圖10），病房安寧的滿意度由75.9%提升到77.5%（圖11）。

門診滿意度「安排檢查等候時間」也是病人滿意度較低的項目，為此CT檢查安排支援機制，包含同類型儀器支援、增開檢查室及調派人力支援（圖12）。內視鏡檢查重新設置排程與流程、購買新型內視鏡及新型電燒止血器及改變內視鏡中心硬體設備環境（圖13）。制定後線檢驗人員支援門診抽血程序，改善門診抽血時效改善（圖14）。安排檢查等候時間的滿意度由76.1%提升到77.1%。（圖15）

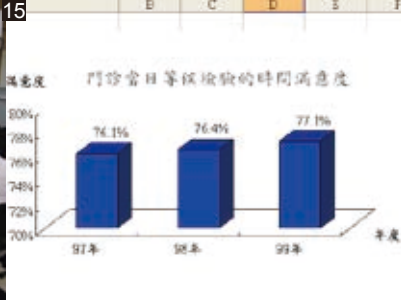
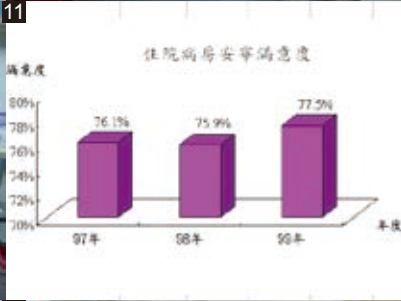


圖8：病房冰箱進行噪音檢測

圖9：工作車上放軟桌墊減少碰撞噪音

圖10：工作車逐步汰換和保養

圖11：病房安寧的滿意度由75.9%提升到77.5%

圖12：CT檢查等候時間改善

圖13：縮短內視鏡檢查等候時間

圖14：改善門診抽血時效改善

圖15：安排檢查等候時間的滿意度由76.1%提升到77.1%





圖16：急診就診區

圖17：入院約床系統

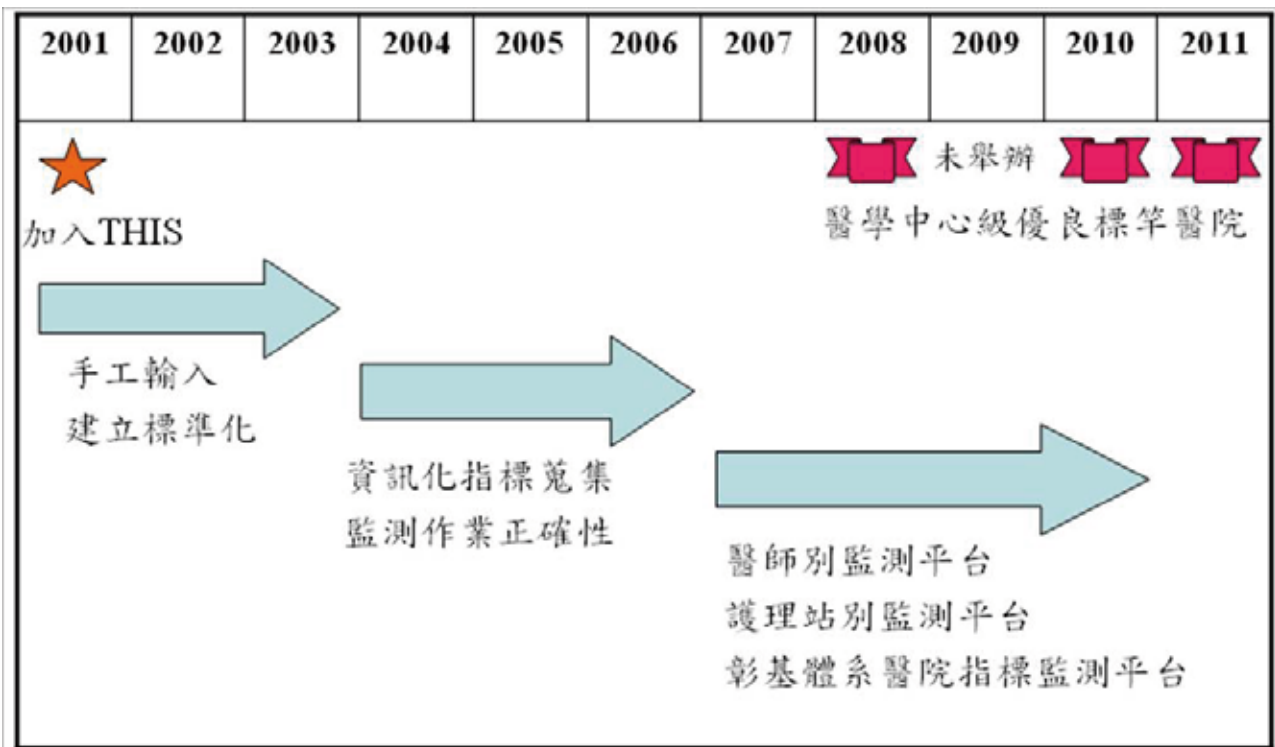
圖18：入院約床系統

圖19：等後住院時間的滿意度由72.4%提升到75.2%

## 結語

彰基十年來指標發展的歷程（圖19）從手工蒐集資料、建立標準化指標監測作業、資訊化指標蒐集及監測作業、監測數據透明化、彰基體系醫院指標監測平台、護理站別監測平台、醫師別監測平台及建置指標監督機制（如醫師授權）等，並從指標監測機制所發展的品質改善方案，藉此提升醫療品質，促進病人安全。

感謝連續三屆（2008、2010及2011年）獲頒 貴協會所評定為醫學中心級優良標竿醫院，得以有機會付梓與同業分享品質指標推動經驗。





# 澄清綜合醫院

## THIS品質績優標竿 特優成果報告

◎ 文 · 澄清綜合醫院

「醫療指標監測系統」是本院推展全面品質管理的一項重要工具，目的在於重點監測與同儕比較；以利持續改善。

### 一、指標提報作業

醫療品質指標監測之概念源自於1980年代，由Donabedian提出「結構」、「過程」與「結果」三方面作為品質評估架構，醫療品質因此可藉由具體化數據作為衡量之基準。本院之指標來源主要依據台灣醫療照護品質指標系列（THIS）第六版為主；及依本院之特色需求自行研發之指標，其他還包括全民健保管理指標、專科醫學會評鑑指標……等。

指標編原則依結構面（Structure, S）、過程面（Process, P）、結果面（Outcome, O）三個評估面依序編碼，如依據台灣醫務管理學會THIS而來之指標，於「指標代碼」處書寫THIS-F ERS-001.002.003…（代表THIS第六版之急診結構面指標）；若是依據澄清醫院自行研發而來之指標，於「指標代碼」處書寫為CCH IPP-001.002.003…（代表CCH版住院過程面指標）。

表一 指標監測系統運作模式

台灣醫療照護品質監測指標		其他來源指標	
門診	8項	行政單位	25項
急診	33項	醫療輔助	38項
住院	32項	醫療單位	117項
加護	12項		
病人安全	45項		
合計	130項	合計	180項

註：其他來源指標依據他院使用的指標項目和學術機構研究指標、全民健保管理指標、和專科醫學會評鑑指標…等發展院內指標，共180項。

本院指標監測系統管理依循美國醫療機構評鑑聯合會（Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization，簡稱JCAHO）指標衡量系統（Indicator Measurement System, IM System）十步驟手法發展指標監測資訊系統：

步驟一、分配責任（Step 1: Assign Responsibility）

步驟二、界定醫療照護範圍（Step 2: Delineate Scope of Care）

步驟三、確認醫療照護的重要層面（Step 3: Identify Important Aspect of Care）

步驟四、 確認指標內容 (Step 4: Identify Indicators)

步驟五、 建立評估的閾值 (Step 5: Establish Thresholds for Evaluation)

步驟六、 收集和整理資料 (Step 6: Collect and Organize Data)

步驟七、 評估醫療照護 (Step 7: Evaluate Care)

步驟八、 採取行動改進醫療照護及服務 (Step 8: Take Actions to Improve Care)

步驟九、 評估改善行動效果並繼續維持 (Step 9: Assess Actions and Document Improvement)

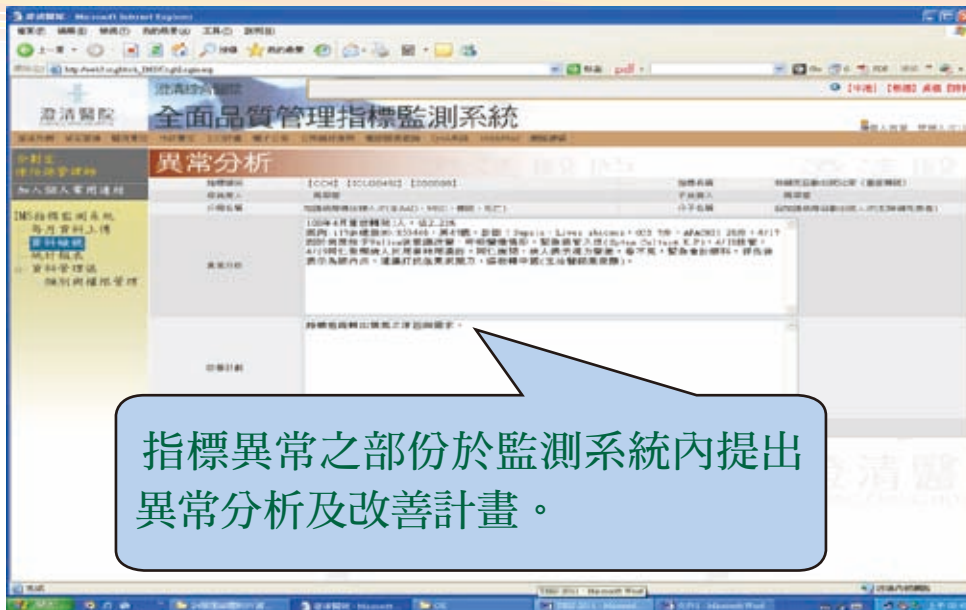
步驟十、 傳達相關資訊 (Step 10: Communicate Findings Organization wide)

在指標資料收集方面，各相關單位次月20日前至院內指標監測系統上傳所負責指標的數據，提報至部門主管。醫療單位交由護理部品管督導審核、醫療輔助/行政單位交由企劃室品管組管理師審核，每季各單位主管於品管指標監測會議討論指標收集問題及異常指標分析和改善行動，由副院長及院長進行提報正確性複審。

指標異常之標部份會以紅底呈現，指標負責人需點選指標編號，進入介面填寫異常分析即改善計畫。

年份	月份	指標類別	指標編號	Y/P	名稱	閾值	分子	分母	指標數值	單位	註
2011	1	CCH	HC10P001	否	電子監 電腦當機時人工處理正確率 分子名稱 當機處理流程步驟增加 分母名稱 當機處理流程步驟增加+當機人數	>90	0	125	0	實	
2011	1	CCH	HC10P002	否	醫療名稱 注射藥物過敏發生率 分子名稱 注射藥物過敏發生 分母名稱 注射藥物過敏總人次	<0	3	125	1.6	實	
2011	1	CCH	OPP5001	否	醫療名稱 執行消毒隔離正確率 分子名稱 執行消毒隔離正確 分母名稱 執行消毒隔離總次數	<2	1	125	0.8	實	
2011	1	CCH	OPP5002	否	醫療名稱 輸血安全錯誤率 分子名稱 輸血輸入血品件數 分母名稱 輸血總件數	<0	0	0	0	實	
2011	1	CCH	OPP5003	否	醫療名稱 注射毒毒身升級登錄率 分子名稱 注射毒毒身升級登錄人數 分母名稱 注射毒毒身升級登錄總人次	<0	0	0	0	實	
2011	1	CCH	OPP5004	否	醫療名稱 使用Port-A注射外滲率 分子名稱 當月門診病人使用Port-A注射外滲人次 分母名稱 當月在院病人使用Port-A注射總人次	<0	0	0	0	實	
2011	1	CCH	OPP5005	否	醫療名稱 化學治療藥物外滲率 分子名稱 當月門診病人注射化學藥品外滲人次 分母名稱 當月門診病人注射化學藥品總人次	<0	0	0	0	實	
2011	1	CCH	OPU001	否	醫療名稱 門診預約未到診率 分子名稱 當月預約未到診門診人次 分母名稱 當月門診預約總總總人次	<10	0	0	0	實	
2011	1	CCH	OPU002	否	醫療名稱 門診預約未到診率 分子名稱 當月預約未到診門診人次 分母名稱 當月門診預約總總總人次	<10	9	100	9	實	

上圖為本院全面品質管理指標監測系統畫面，在指標上傳介面包含提報月份、指標編號、指標名稱、定義、分子、分母數據填報欄位，每項指標皆有負責主管每月進行指標數值提報，系統內之監測指標依類別區分成四大類，包含：專科/病區別指標、病人安全指標、單位特性指標、政策相關指標，指標負責人依序點選提報。



分子、分母數據提報後，系統會自動帶出比值，數值若有異常在系統會以紅底呈現，指標負責人需點選指標編號，進入介面填寫異常分析及改善計畫。藉由系統主動發掘問題、分析檢討及改善問題，有效監測院內指標，建構安全的就醫環境。

指標負責主管進行異常分析及改善計畫填報後，返回資料上傳介面，可發現該異常指標底色已由紅底改為綠色，藉由顏色區分管理，可落實分析與改善計畫之填報，方便部門主管進行審核（如圖3）。

年份	月份	指標類別	指標編號	KPI	名稱	目標	分子	分母	指標數值	單位	註
2011	1	CCH	HCOP001	否	指標名稱:門診急診留院人工處理正確率 分母名稱:急診處理流程正確步驟加權 分子名稱:急診處理流程正確步驟加權-留院人數	>90	0	125	0	冊	
2011	1	CCH	HCOP003	否	指標名稱:門診注射藥物過敏發生率 分母名稱:門診注射藥物過敏總人次 分子名稱:注射室注射總人次	<0	2	125	1.6	冊	
2011	1	CCH	OPR001	否	指標名稱:急診病急惡化率 分母名稱: 分子名稱:	<2.2	1	125	0.8	冊	
2011	1	CCH	OPP5002	否	指標名稱:急由安全總區 分母名稱:總區輸入出血事件數 分子名稱:急由總區	<0	0	0	0	冊	
2011	1	CCH	OPP5003	否	指標名稱:注射急由急身打總區總區 分母名稱:門診注射急身打總區總區 分子名稱:注射急身打總區總區	<0	0	0	0	冊	
2011	1	CCH	OPP5004	否	指標名稱:急由急身打急身打急身打 分母名稱:急由急身打急身打急身打急身打 分子名稱:急由急身打急身打急身打急身打	<0	0	0	0	冊	
2011	1	CCH	OPP6005	否	指標名稱:急由急身打急身打急身打 分母名稱:急由急身打急身打急身打急身打 分子名稱:急由急身打急身打急身打急身打	<0	0	0	0	冊	
2011	1	CCH	OPU001	否	指標名稱:門診急診急診急診急診 分母名稱:急由急身打急身打急身打急身打 分子名稱:急由急身打急身打急身打急身打	<10	0	0	0	冊	
2011	1	CCH	OPU003	否	指標名稱:門診急診急診急診急診 分母名稱:急由急身打急身打急身打急身打 分子名稱:急由急身打急身打急身打急身打	<10	9	100	0	冊	
2011	1	CCH	OPU003	否	指標名稱:門診急診急診急診急診 分母名稱:急由急身打急身打急身打急身打 分子名稱:急由急身打急身打急身打急身打	<5	0	0	0	冊	
2011	1	CCH	OPU004	否	指標名稱:急由急身打急身打急身打 分母名稱:急由急身打急身打急身打急身打 分子名稱:急由急身打急身打急身打急身打	<0	0	0	0	冊	



每季透過監測系統之報表進行指標監測會議，報表中包含每月指標數值、閾值、異常分析與改善計畫等內容，從中可清楚看出指標數據與問題點關係（如圖4）。

**澄清綜合醫院  
全面品質管理指標監測系統**

選擇年: 2011 | 選擇月: 1 | 查詢人員: 張時瑜 | 指標類別: 比率 | 類別: 【自】資料病區 | 查詢

序號	指標代碼	名稱	閾值	2011年1月			2011年2月			2011年3月		
				分子	分母	比值	分子	分母	比值	分子	分母	比值
1-1	THIS 【IPP0015b】 【000403】	醫療照護相關感染率	>= 0	969	4	4.6	89	1	11.24	978	1	1.02
1-2	THIS 【IPP0025b】 【000411】	住院病人轉入加護病房率	< 5	136	10	7.35	125	0	6.4	165	7	4.24
1-3	THIS 【IPP0145b】 【000421】	住院會診率	>= 0	136	153	112.5	125	103	82.4	105	196	118.79
1-4	THIS 【IPP0125b】 【000427】	住院會診即時率	>= 0	153	8	5.23	103	2	1.94	196	3	1.53
1-5	THIS 【IPU0015b】 【000433】	總佔床率	>= 0%	1364	869	63.71	1232	622	50.49	1364	978	71.7

月別: 1 | 指標代碼: THIS 【IPP0015b】 【000403】 | 名稱: 醫療照護相關感染率 | 異常分析: 血液感染有 0 件感染 Staphylococcus aureus 診斷 急性腎衰竭呼吸器感染 1 件 Citrobacter koseri 診斷 伴有腦膜炎之腦膜炎菌血症感染 1 件 Proteus sp. 診斷 心瓣膜病 | 改善計劃: 1. 避免採檢被感染護理人員必須依採檢標準標準執行 2. 單位人員觀看採檢標準影片 3. 執行侵入性技術的查核 4. 病人登記和護理查核

月別: 3 | 指標代碼: THIS 【IPP0015b】 【000403】 | 名稱: 醫療照護相關感染率 | 異常分析: 有一位呼吸器感染診斷 CVA 病人使用鼻胃管安置由口鼻或經造口插管 CXR 發現有誤插情形 | 改善計劃: 1. 教導及協助安置有鼻胃管病人注意事項 2. 落實時要加強插管少量灌流式插管 3. 進食前要先拍氣防止吞氣及噁心嘔吐

月別: 1 | 指標代碼: THIS 【IPP0025b】 【000411】 | 名稱: 住院病人轉入加護病房率 | 異常分析: 1. 一位 65 歲診斷 CHF 因過呼吸喘喘 8b 8E-9.9 插管後仍呼吸急迫轉入加護病房 2. 兩位 CVA 分別 72 歲和 75 歲因過呼吸喘喘 8b 8E-9.9 插管後轉入加護病房 3. AMI 有兩位分別 56 歲和 71 歲因胸痛及缺血和心臟病轉入加護病房 4. Pulmonary Edema 有兩位分別 65 歲和 71 歲因胸痛及缺血和心臟病轉入加護病房 5. Liver Cirrhosis Arterio 病人有數小黃疸在病歷中 6. 0 血氧 90/50 呼吸轉入加護病房 6. 呼吸器插管有兩位插管好呼吸喘喘插管不滿意多人加護病房插管 | 改善計劃: 1. 重視病歷與主治醫師討論 2. 在晨會中針對轉出的病人做個案討論及解釋管理 3. 內容做逐項討論 3. 每 2 小時特別針對管理個案加護病房病人並列入重點交班個案

月別: 2 | 指標代碼: THIS 【IPP0025b】 【000411】 | 名稱: 住院病人轉入加護病房率 | 異常分析: 1. AMI 有 1 位 1 位呼吸喘喘 SPO2 69% 抽 ABG Data 8E-12.2 Hb 500cc + Dopamine 10mg/hr 轉入加護病房 2. ICH 有 1 位 1 位 ICH 診斷 3. 3/15 CHF 96 歲病人呼吸喘喘 SPO2 82% HR 106 次/分 4. X-RAY 有肺水腫情形 5. 轉入加護病房 6. 肺腎出血 8. BP 72/62 mmHg HR 96 次/分 9. 輸出 PaO2 45% E 1V2M2 轉管 7. 0 轉入加護病房 8. 肺腎出血 8. BP 72/62 mmHg HR 96 次/分 9. 輸出 PaO2 45% E 1V2M2 轉管 7. 0 轉入加護病房 9. HCC 有數呼吸喘喘 SPO2 69% HR 120 次/分 8. BP 86/50 轉入加護病房 7. 0 轉入加護病房 8. BP 72/62 mmHg HR 96 次/分 9. 輸出 PaO2 45% E 1V2M2 轉管 7. 0 轉入加護病房 8. 肺腎出血 8. BP 72/62 mmHg HR 96 次/分 9. 輸出 PaO2 45% E 1V2M2 轉管 7. 0 轉入加護病房 8. 肺腎出血 8. BP 72/62 mmHg HR 96 次/分 9. 輸出 PaO2 45% E 1V2M2 轉管 7. 0 轉入加護病房 | 改善計劃: 1. 重視病歷與主治醫師討論 2. 在晨會中針對轉出的病人做個案討論及解釋管理 3. 內容做逐項討論 3. 每 2 小時特別針對管理個案加護病房病人並列入重點交班個案

## 二、提報指標正確機制

- (一) 制定指標收案標準作業：指標收案標準作業內容包含指標選用理由、計算公式、分子分母定義、閾值，並詳述指標收集方式，方便指標提報人員進行參考。
- (二) 每項指標皆有相關負責人提報，一般為單位護理長和部門主任醫師；藉由指標收集人之長期負責，提高對指標收案機制的熟悉度。
- (三) 指標複審機制：各指標負責人每月進行指標之填報分析送交部門主管審核，之後由品質組以交叉比對進行複審，最後院長、副院長於每三個月一次全院性「指標監測會議」中進行最後之審核報告。
- (四) 資訊系統收集，減少錯誤：可由院內資訊系統取得之指標數據，則由系統直接代入，減少人工錯誤。

### 三、異常監控機制

利用異常偵測之機制（圖5）如：院長信箱、異常事件通報處理流程、病人安全通報作業暨處理流程、指標監測系統、全面品管三級稽核作業、顧客滿意度調查、員工滿意度調查，藉由通報分析和分級管理，進行對策改善，為使對策持續落實，將有效對策列入標準化，並配合全面品管三級稽核作業（圖6），效建置追蹤考核體系及機制。

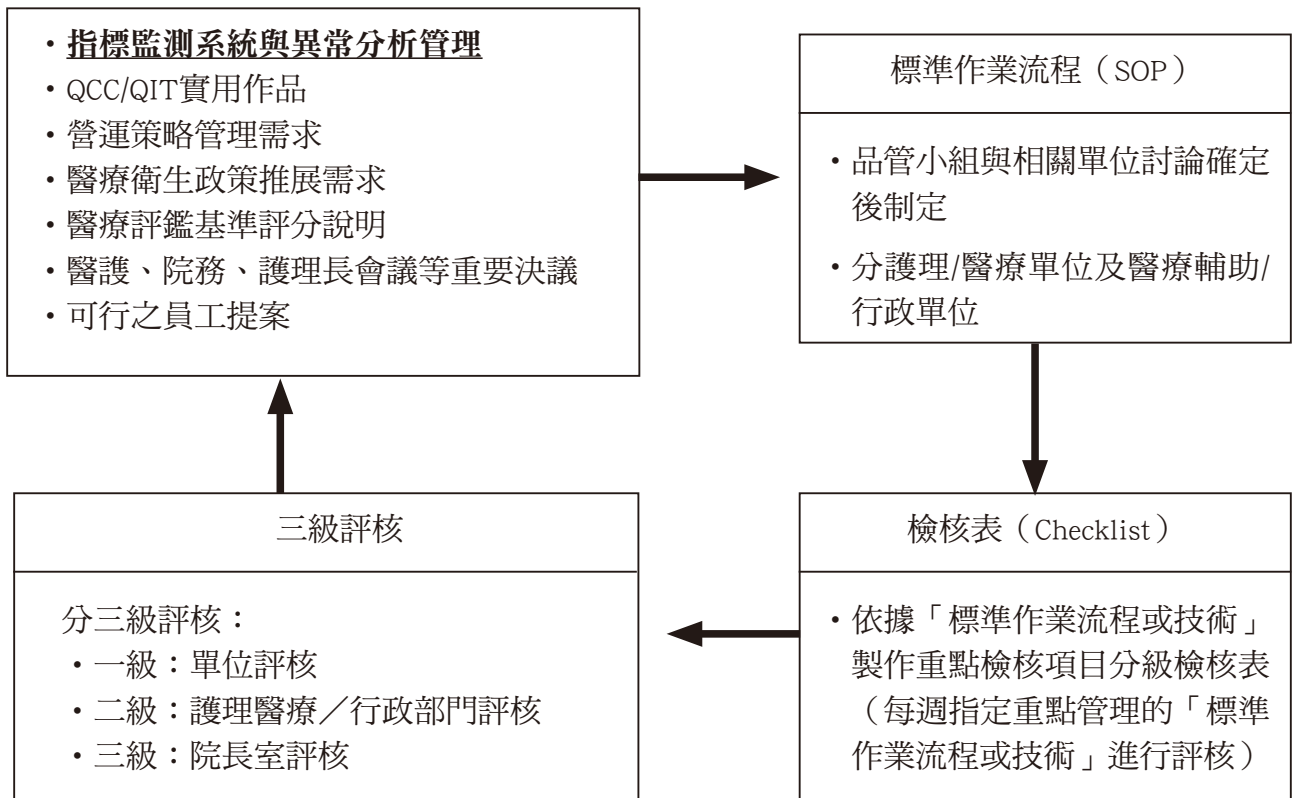
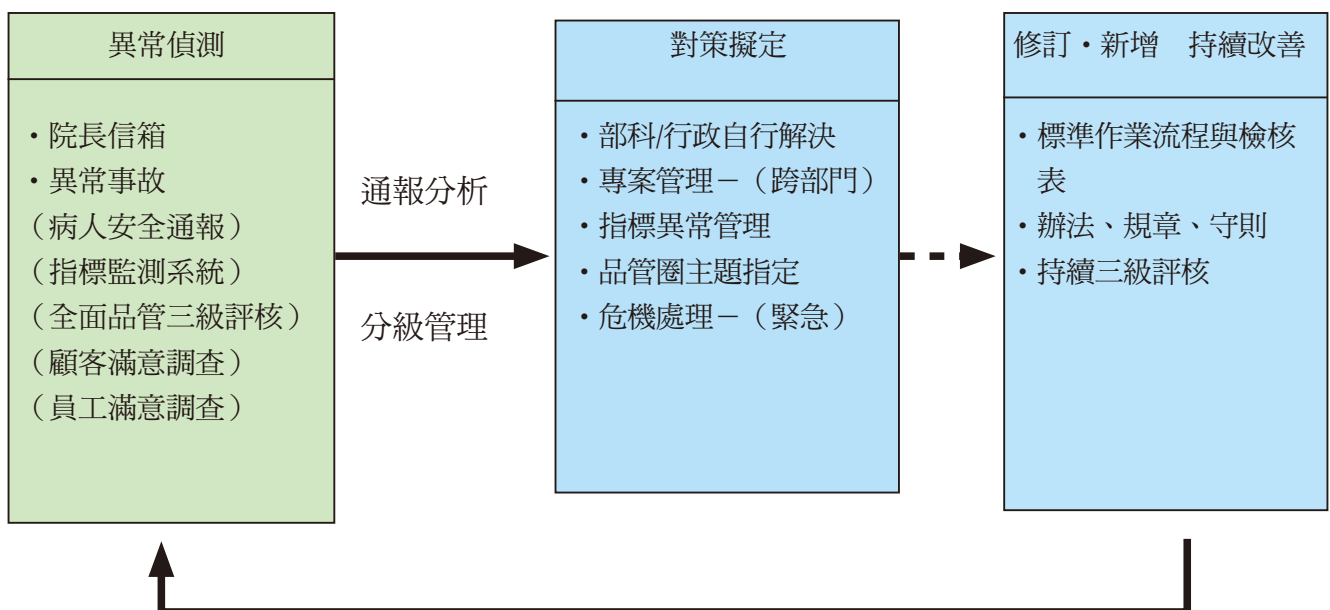


圖5品管三級稽核作業-第一層 P-D-C-A



訂定異常事件訂定通報時效，由當事者依程序通報並提報異常事故報告表，單位主管說明事件發生後採取之做法與結果，部門主管核示處理流程及預防再發方式，分級管理可針對重大異常事件做立即性之處置，有效進行危機管理。

表二 異常通報時效性分級表

分級	區分	步驟
A級	可能衍生醫療糾紛事件、非預期的死亡（死亡）或永久性的功能喪失（極重度）；病人自殺、拐盜嬰兒、輸血或使用不相容的血品導致溶血反應、病人或手術部位辨識錯誤等事件（重度）…等	不分晝夜立即聯絡 <u>逐級主管</u> （ex.單位人員→單位護理長/主管→護理部督導/主任→院長），隔日補送異常報告表
B級	（中度傷害）	上班時段-立即聯絡單位主管，並於下班前提出異常報告表 非上班時段-立即聯絡值班主管，並於隔日上午8時聯絡單位主管，且提出異常報告表
C級	（無傷害或輕度傷害）、 （跡近錯失）	口頭報告單位主管，於二日內提出異常報告表

## 四、運用指標資料進行品質活動

### （一）品質指標分析改善

- 1、內部分析：單位針對異常數據，進行分析提出改善計劃。
- 2、比較分析：指標進行年度趨勢分析與同儕區域醫院進行比較
- 3、指標解讀：解讀25、75百分位（25%~75%之間之區域可作為指標值正當分佈之參考）配合標準差，評估是否出現潛在或現存問題
- 4、專案改善：確認異常指標，由相關單位進行專案改善改善專案呈報主管，並於每季指標監測會議進行報告

### （二）指標監測會議

- 1、指標監測會議參與者包含院長、醫療副院長、各部科主任、護理部主任、品管督導及各單位護理長；每季針對監測指標進行討論，各單位主管於品管指標監測會議討論指標收集問題及各單位指標分析和改善行動。
- 2、重大指標異常數據和趨勢監測分析，於該會議上協定進行跨部門專案改善活動（如：QCC/QIT、改善專案等）。
- 3、THIS指標資料分析-同儕醫院統計表比對；由全面品管組與品質委員會主委協商，擇取特殊異常指標進行專案改善案，該專案並於指標監測會議進行檢討追蹤。

### （三）品質相關委員會

- 1、於各委員會定期檢討醫療品質、病人安全相關重要指標。
- 2、與品質相關之委員會每半年定期至醫療品質審議委員會進行報告追蹤。

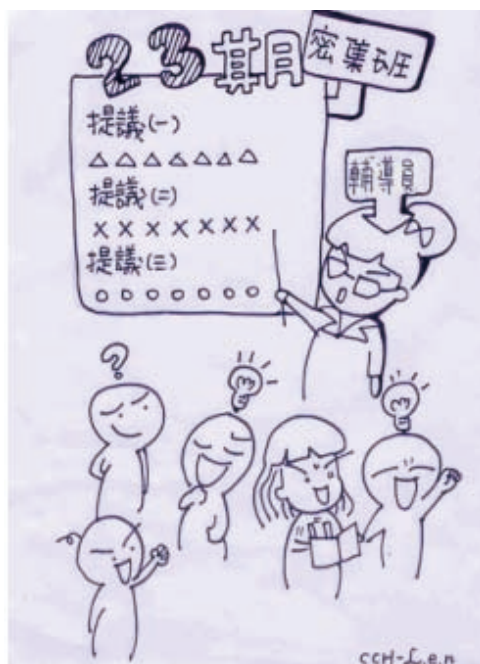
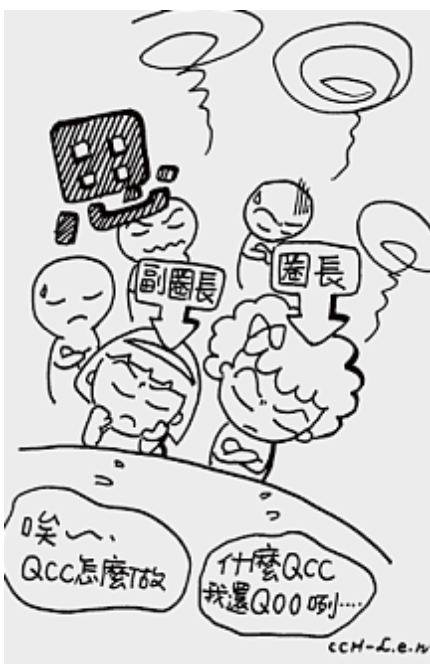


## 五、品質教育訓練機制

設有通識教育訓練辦理原則、員工教育訓練管理辦法、品管圈活動執行辦法、病人安全教育訓練辦法，讓全院同仁對於院內教育訓練作業有所依循，並依此安排全面品質、病安相關教育訓練。另將教育評分、品管參與評分與員工評核原則相互連結，落實訓練機制。

訂有內部輔導員制度，由取得輔導員證書或品管競賽優秀主管組成，主要任務為輔導品質改善團隊之運作、擔任院內品管手法訓練營講師、及內部品質改善發表評審。

藉由持續教育訓練營造院內品質改善文化，每月進行品管教育訓練，由院內輔導員親自指導圈會；每半年定期舉辦品管手法訓練營，讓院內同仁熟獲品質改善工具之運用；此外透過院外品管教育研習，配合內部轉訓課程，有效建立院內訓練機制。



院內品質改善作品，有效對策皆列入標準化，目前院內共發展標準作業326項、辦法180項、規章138項、原則須知15項；各項標準平行展開至全院，活用落實於各個單位；並透過定期稽核制度，持續修正院內標準。

每年院內品質改善作品均參與學會暨其他品質活動徵稿，並推派院內競賽優秀圈，代表參加『經濟部工業局中衛發展中心全國團結圈』、『醫策會醫療品質獎競賽』、『財團法人先鋒品質管制學術基金會全國品管圈大會』競賽，歷年履獲嘉績。品質管理成功要素在於主管支持，並透過持續教育訓練和院內異常監控機制，能讓院內組織能持續穩定運作，有效營造全面品質改善之環境與文化。



### 2010健康照護國際學術研討會 血液透析病人血管通路照護品質改善專案

劉秀芬、黃秀美\*、黃麗玲\*\*

澄清綜合醫院 血液透析室護理長、護理師\*、護理部督導\*\*



#### 目的

本專案在預防血液透析病人血管通路感染下降的比率，進而提高病人對血管通路感染下降的危險意識及血管照顧方式，整合專科審判前評估及技術，重視血管通路變化，降低血管通路阻塞發生率。

#### 研究材料及方法

針對門診血液透析三個月以上的病人為改善對象，回顧統計2009年4至6月血管通路平均阻塞率為5.09%，透析中平均血流量為388.0ml/min。依據文獻自擬「血液透析病人血管通路功能」問卷，由護理人員一對一訪談，回收有效問卷107份。分析結果發現影響血管通路下降因素包括：一、審判技術未統合；二、不瞭解更換審判部位的意義；三、缺乏運動、未適當保護；四、使用加壓帶止血，未檢查血管功能；五、未服用抗凝血劑等。

改善對象如下：

1. 將訂血管審判技術及規範；依審判原則上訴，建立如式審判順序
2. 審判技術細節圖示，示範「百發百中」審判法，提高病人自信心。
3. 製作血管管理系列海報：正確止血的方法預防血管瘻的形成，個案經驗分享說明更換審判部位的好處。
4. 製作健康操海報：收集相關運動，自行剪輯15-20分鐘之健康操，利用透析前、中播放影片，教導健身運動及放鬆保護方法，如握拳、熱敷及輕球運動。
5. 定期監測透析中血管內流速，預防換能障礙，全面評估並調整抗凝血劑的使用。



#### 結論

1. 2009年12月病人血管通路阻塞率由5.09%降至1.09%；透析中平均血流量從388.0ml/min，達成專案所設定2.0%之目標。
2. 人員審判技術未統合由18.7%下降至2.0%；不瞭解更換審判部位的意義由4.0%下降至0%；缺乏運動、未適當保護由22.0%下降至2.0%；使用加壓帶止血、未檢查血管功能由20.0%下降至3.0%；未服用抗凝血劑由5.0%下降至0%等成效最為顯著。

#### 研究結果

良好血管通路是透析病人的第二生命線，運用圖解方式，讓病人了解固定審判同一部位容易造成血管瘻，輔以影片向病人詳細說明，讓病人更換審判位置；藉此避免及執行如式審判法。另外還所全面統一治療之健康操，是病人及護理人員最期待的健身運動；最大的成就是病人願意自行加壓止血，避免使用加壓帶，醫院再次評估及記錄血管功能；定期監測透析中血流速的變化，使病人整體護理血管意識提高，病區的透析品質獲得持續改善。

### 比較優碘和清水執行導尿管護理對泌尿道感染率之影響

澄清綜合醫院 張玲瑜護理長/林孟瑜護理師/邱婉婷護理師



#### 前言

臨床發現內科病房住院之老年人或是慢性病人，因疾病之故常使用導尿管，護理人員每天使用清水加優碘做尿管護理，但對於居家長期使用導尿管的病人，在取得優碘上除了比清水不易外，經濟負擔也是一個問題。故希望由實際探討單獨使用清水及加入優碘執行尿管護理，兩者對泌尿道感染率有無顯著差異。

#### 方法

由C.E.P.S中文資料庫輸入關鍵字「泌尿道感染」，共搜尋130篇相關文章，加入關鍵字「導尿管」，得31篇文獻，符合主題文獻共2篇。進入EBSCO資料庫輸入關鍵字「Urinary tract infection, urinary catheterization, water」，共得4篇文獻，符合主題文獻1篇。

#### 結果

文獻中指出清潔尿道口使用一般肥皂或清水即可，建議使用抗菌劑清潔，以防細菌抗藥性發生。另外文獻中指出，每次執行會陰護理，保持會陰部清潔與乾燥，但不建議以優碘溶液清潔。有文獻將180位放置導尿管的女性患者分成兩組，一組使用清水加優碘做會陰沖洗，另一組單獨使用清水做會陰沖洗，結果發現有無使用優碘做會陰沖洗對於泌尿道感染並無明顯差異。

#### 結論

使用導尿管的病人以清水做尿管護理並不會造成感染，臨床上使用優碘來做尿管護理不僅增加成本，而且和使用清水來做感染率比較並無明顯差異，因此建議以清水執行尿管護理即可。

台灣實證醫學會2010學術年會

### 澄清醫院 氣墊床使用與否對傷口癒合有幫助?

劉秀芬、黃秀美、黃麗玲

一、背景  
加護病房中常發現病人在住院時有壓瘡傷口，但臨床不僅知道氣墊床可預防壓瘡，卻無法確定氣墊床對於已有壓瘡產生的病人有無幫助，故在照顧上不知是否要建議家屬予病人使用氣墊床；故希望藉由文獻來探討，探討氣墊床使用與否對傷口癒合有無明顯差異，使人員於臨床中能提供病人及家屬正確的護理資訊。

二、方法  
進入中文電子期刊輸入「壓瘡」，限制年限為2004-2009，共得170篇資料，選取與氣墊床使用與否對傷口癒合主題相關共有1篇文獻，進入SearSearch輸入(pressure ulcer and therapy and air bed)共得3篇文獻，評選後有1篇符合主題。

三、結果  
研究顯示有氣墊床具備如下特點：從床面吸氣微孔出來的氣體，既可以乾燥皮膚，又可以有按摩作用，加強血液循環，提升皮膚的抗壓和放鬆功能，有利於傷口的癒合。另一研究結果顯示，氣墊床不僅能幫助改善下肢水腫，也能促進靜脈血血管流通性，也能促進提高皮膚的癒合。因此應用氣墊床可以縮短二期壓瘡病人癒合時間，提高治療效果。

四、結論  
氣墊床的運用不再是僅僅運用於壓瘡的預防，更可在壓瘡傷口癒合後有效幫助壓瘡傷口癒合；經由文獻探討，期望護理人員了解，並提供資訊予病人家屬，有效運用氣墊床在壓瘡傷口病人照護上，促進傷口癒合，提升病人照護品質。

台灣實證醫學會2010學術年會

### 2010健康照護國際學術研討會 提升護理人員管路照護正確率

張玲瑜護理長、黃麗玲護理師、劉秀芬護理師

目的  
1. 落實推行99年100年病人安全年度目標，目標A：改善醫療安全之品質管理使用之評估及照護品質。  
2. 改善管路護理的一體化及正確率至100%。

方法  
統計99年1月1日至100年3月31日病房管路的醫事人員共1020人次，共有1名護理人員自滿300人次，自病人管路護理比率為140例。應用護理部之管路護理「標準作業程序」為評量工具，進行護理人員管路護理少學堂，實踐護理正確率為100%。針對人員執行不足項目進行改善，包括：現場技術培訓、多學堂、高品質護理（制定標準化作業程序）、由同仁進行培訓、製作簡章「check list」，給予重點護理工作，同仁於查房時帶備簡章，與專科護理之check list進行審核，由專科護理師與護理人員共同審核，定時針對管路的護理進行檢查，並將檢查結果立即回饋護理人員，以立即改善。

結果  
執行相關改善計畫後，評核護理人員執行管路照護正確率可達100%；經抽樣護理人員對於管路護理正確率在抽樣期間中維護的時可，除設有簡章品質，同時也將護理人員工作自覺。

結論  
各護理學科的健全為提供護理人員執行簡章的依據，如此則護理人員自覺「望、聞、問、切」，經由簡章不斷的檢討與改善，對此現狀應思考有無更執行可行性、便利性，落實執行最重要。

### 2010健康照護國際學術研討會 提升病房安寧滿意度

張玲瑜護理長、黃麗玲護理師、劉秀芬護理師

一、提供病房臨逝安寧，提供舒適的病人護理環境。  
二、提升工作人員照顧臨逝安寧之責任意識。

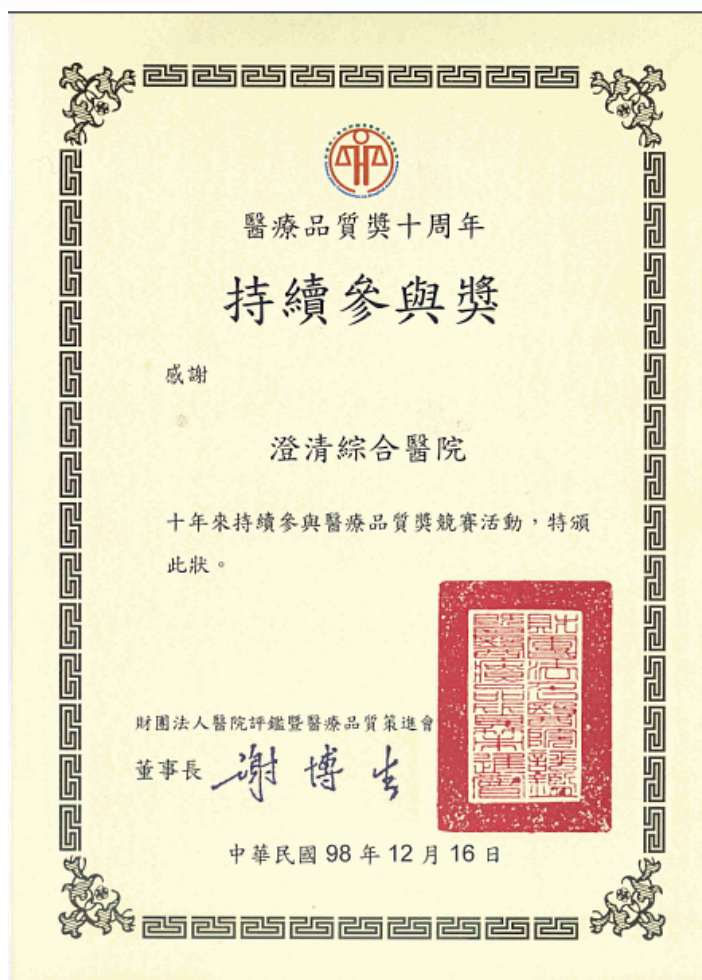
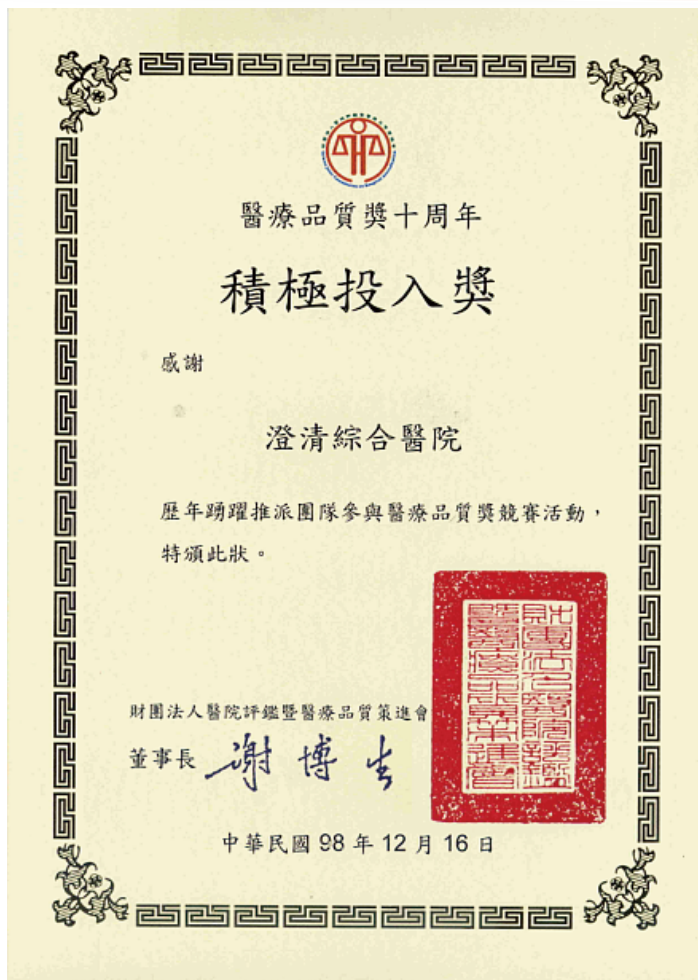
2009年11月16-17日對30名病友及家屬進行滿意度調查(5分制)為臨逝安寧滿意度，統計結果滿意率為90%。分析結果顯示，中階滿意率為80%，高階滿意率為90%。

改善計畫：  
一、提供安寧臨逝安寧服務，提供安寧護理。  
二、提供安寧臨逝安寧服務。  
三、提供安寧臨逝安寧服務。  
四、提供安寧臨逝安寧服務。  
五、提供安寧臨逝安寧服務。  
六、提供安寧臨逝安寧服務。

2009.11.16-17日對30名病友及家屬進行滿意度調查，滿意度由改善前之平均3.0分提高為4.33分。

醫院的導引主要來自人為因素，因此人員的教育與專業發展，利用教育訓練加強同仁觀念，進而達到目標。其次限制病人探訪時間；調整醫療儀器的聲音響度；調整護理人員的巡迴時間；臨終安寧服務，制定病房安寧作業規範，都是可行的改善措施。





財團法人醫療品質策進會  
醫品圈競賽

財團法人中衛發展中心  
團結圈競賽

財團法人先鋒品質學術基金會  
全國品管圈大會



# 天主教耕莘醫院永和分院

## 提升醫療品質，須從小處開始改善， 才是永續經營的第一步

◎ 文·財團法人天主教耕莘醫院永和分院

民國100年是一個重要里程碑，也是追求更高醫療品質趨勢的時代，為了在競爭激烈的環境下生存，結合有限資源及運用資訊系統，針對異常執行改善及監控，落實追蹤每一步驟改善的進度，定期舉辦品質提升成果發表會，鼓勵並獎勵員工提案，營造正向改善問題風氣，凝聚全院共識，才能迎接更大的挑戰。



### 在品質的道路上互相扶持，路途不孤單

民國48年，一群來自比利時的修女，在萬華區大埔街成立診所，她們無私無悔的付出，完全的奉獻，種下愛和力量的種子，造就今日耕莘醫院永和分院，在秉持愛主愛人、尊重生命，醫療傳愛，發揚基督博愛精神的使命下，為了追求更優質的醫療品質，耕莘醫院永和分院將民國79年成立的全面醫療品質委員會與病人安全管理委員會於98年7月合併，成為全面醫療品質暨病人安全管理委員會（以下簡稱醫品暨病安委員會），旨在擬訂及執行各醫療品質指標之監測追蹤及評值，提昇本院醫療服務品質，減少醫療資源浪費，並藉由全面品質管理理念之引進，持續不斷地改善本院醫療服務品質，增強民眾及病人對本院之信任度，建立「以病人為中心」的醫療環境，確保病人就醫安全，減少醫療傷害事故發生。在許多優秀的醫療團隊中，有許多創新的改善方法值得學習，也是標竿的對象，將他院成功改善的方法加以轉化參考，配合政府機關政策與評鑑制度，逐步改善醫療品質。台灣醫務管理學會於99年12月28日在耕莘醫院永和分院舉辦THIS品質績優標竿學習研習營，邀請各優秀醫院經驗分享並實地交流（圖一、圖二），讓同在醫療品質路上努力的夥伴們互相打氣，資訊互惠。



圖一、檢傷分類流程



圖二、檢體運送流程

### 藉由每月常規提報指標的機制， 建構維持及監測改善品質的系統

耕莘醫院永和分院於90年7月起參與台灣醫療照護指標系統(THIS)提報，制訂標準作業流程，定期每年修訂，如：THIS作業標準、THIS收集上傳作業標準、THIS回饋及檢討作業標準、THIS彙整作業標準以

及THIS院內指標說明會作業標準，以醫品暨病安委員會架構，結合THIS指標系統類別，指派各指標負責單位（表一），分別與地區教學醫院、區域醫院及全國醫院三種數值相互比較，依異常值提出PDCA改善方法，定期在醫品暨病安委員會上列席報告監測結果，適時調整改善策略。

THIS指標系統類別	院內負責單位
門診指標	門診品管委員會、醫療事務室
急診指標	急診品管委員會
住院指標	感染管制委員會、手術品管委員會 用藥審查委員會、輸血管理委員會
加護指標	加護病房管理委員會

表一、THIS指標各負責單位

## 針對品質指標異常的項目，執行重點式改善

在每月監測品質指標中，針對異常項目除了確立資料來源的正確性外，要即時針對異常執行重點式改善，運用80/20法則（80%的結果來自20%的原因），依異常項目針對病人因素、系統因素、流程因素、人為因素、環境因素來分析探討（圖三），運用PDCA管理循環提升改善問題的效能，兩週內將異常值說明表繳交至醫品暨病安委員會，落實追蹤改善項目。

十天主教耕莘醫院永和分院															
____年度 THIS 異常值說明表															
單位：_____ 共監測_____項，_____項異常。															
指標內容-1	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	平均	98年	97年
本院															
地教醫院															
區域醫院															
全體醫院															
原因分析檢討：病人因素、系統因素、流程因素、人為因素、環境因素															
(P、D)具體改善措施：															
(C、A)改善成果評值：															
製表人：								主任委員：							
醫品暨病安委員會總幹事：								醫品暨病安委員會主任委員：							
製表日期：															

圖三、THIS異常值說明表

## 勿一味追求利潤，改善品質精神在於主動參與

推行品質活動並非單單只為了節省成本，培養醫院同仁積極主動改善才是主要精神，萬事起頭難，主管的支持有如強大的力量輔助，進而一步一步走向優質醫療品質的康莊大道，而績優品質關鍵要素核心就在於全院共同主動參與（圖四），有支持的領導推動目標，加上共同參與的團隊，定期持續不間斷的在職教育訓練，制訂激勵與獎勵措施，並將歷年來成果公告於院內網站，培養全體員工持續改善的風氣。



圖四、績優品質關鍵要素

針對指標資料異常值改善的部分運用品管圈（QCC）、提案等在院內舉辦品質提升系列活動，並給予獎勵（圖五）成績優秀主題將代表醫院參賽，與他院互相交流學習，有肯定的氛圍，激勵士氣，對營造持續改善醫療品質有極大的幫助，擁有向前邁進的動力！

## 耕莘醫院永和分院參與THIS榮獲肯定：

- 91年度榮獲參與THIS研發計劃貢獻卓越獎
- 92年度獲選為北區THIS研發醫院之輔導團隊代表
- 96年榮獲THIS『品質績優標竿活動-特優醫院』
- 97年榮獲『THIS品質優選醫院』：加護品質提升組優選醫院、急診品質提升組優選醫院
- 99年榮獲THIS績優標竿評選醫院-特優
- 100年榮獲THIS績優標竿評選醫院-特優





100年度品管圈活動發表結果		獎金:2,000元~5,000元
主題	單位	獲選獎項
提升口腔黏膜篩檢率	社區護理室(愛瘦圈)	特優
營造三病房優質醫療環境-降低噪音	三病房(蘿蔔圈)	第一名
降低血液透析病人透析管路凝固率	血液透析中心(太陽圈)	第二名
醫療品質改善突破系列(BTS)-降低成人加護病房血流感染率	加護病房(長頸鹿圈)	第三名

100, 7, 2

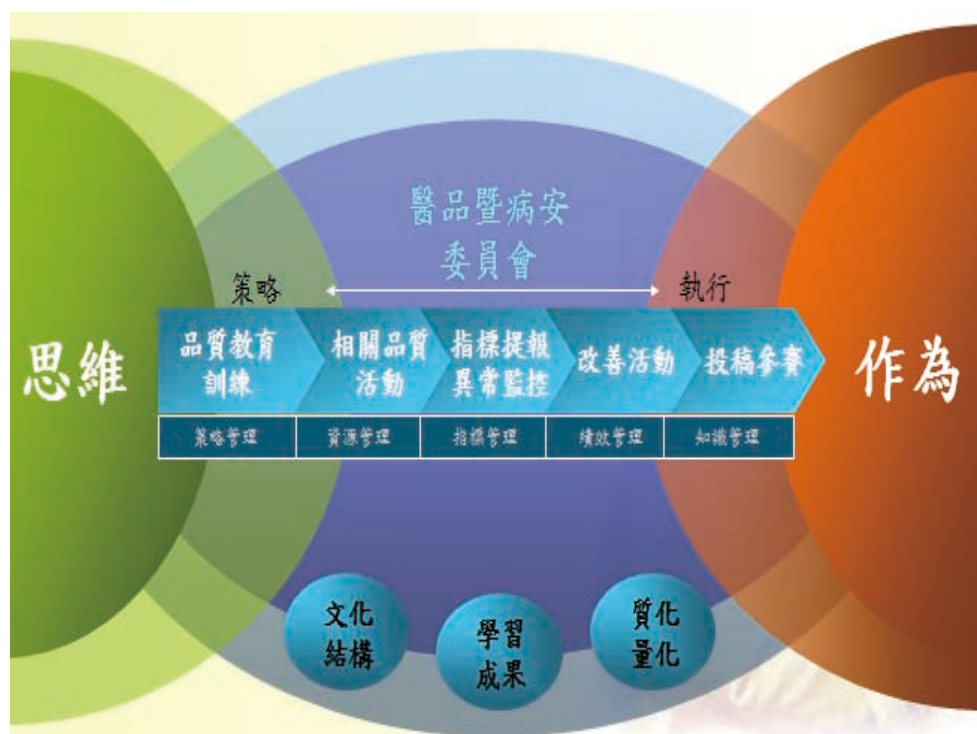
100年度品質提升活動發表結果		獎金:5,000元~15,000元
主題	單位	獲選獎項
降低血液透析病人透析管路凝固率	血液透析中心(太陽圈)	第一名
醫療品質改善突破系列(BTS)-降低成人加護病房血流感染率	加護病房(長頸鹿圈)	第二名
降低留置導尿管泌尿道感染發生率	五病房(多多圈)	第三名

100, 7, 5

圖五、100年品質提升活動系列發表結果

## 發展務實 效率的團隊，結合多元化系統，才能全面提升臨床、管理、經營、品質

平日需要常規指標監測醫療品質外，也要針對異常項目發展有效率的統籌團隊，當有思維到作為，依策略逐項執行，結合管理與文化結構，將學習成果質化或量化傳承，如此一來形成品質作業價值鏈（圖六），不僅是臨床，管理到經營面，節能全面提升，永續經營。



圖六、品質作業價值鏈



# THIS入會

台灣醫療照護品質指標系列

( Taiwan Healthcare Indicator Series, THIS )

## THIS之緣起

面對國內外醫療環境的變遷，為清楚界定醫療品質測量之標準，衛生署遂於1999年委託本會結合產官學界，進行本土化醫療品質指標系統的研究開發，由當時的邱文達理事長率領品質團隊進行系統研發「臺灣醫療照護品質指標系列 (Taiwan Healthcare Indicator Series, THIS)」，爾後藉由初步成果之累積，擴大廣邀醫界共同參與，直至今日建立全國性的品質指標蒐集系統已逾十年，目前共有176家醫院共同為全民的醫療品質而努力。

## THIS之核心價值

品質指標並非玩數字遊戲，而是將無形的品質以人類可理解的文字、數字或圖表來解釋說明，透過適當的表達讓醫院管理者容易解讀院內醫療品質的表現，進而有效協助醫院管理者執行品質改善計畫，為本會創立THIS系統最大之宗旨，最終目的期望透過醫療品質指標系統之定期監控與異常發現，得以促使醫療品質的改善與提昇，以保障全民就醫品質，造福廣大民眾。

## 使用THIS的好處

- 1.品質系統平台共享：本系統設有THIS品質指標系統提報平台，協助各醫院進行自我品質監控及數據資料分析，作為院內監督照護品質及進行改善活動的輔助工具。
- 2.知識價值之累積：定期提供參與醫院報表資料回饋，以利參與醫院進行同儕比較，以了解同儕之中的品質表現。
- 3.團隊學習與成果分享：提供醫療品質相關業務技術支援，辦理品質相關課程（教育訓練、資料收集及分析訓練等），建構醫院間標竿學習及合作平台，並依醫院需求提供到院現場服務提供知識與技能協助。

## 工作團隊

本系統由8位醫療品質實務界委員、3位學術界委員及4位執行工作同仁共同組成。

## 系統費用

層級	費用/年	
醫學中心	60,000元	
區域醫院 (含教學)	36,000元	
地區 (含教學)	24,000元	
地區醫院 (非教學)	101床以上	12,000元
	100床以下	9,000元

## 聯絡方式

TEL：(02) 23693081#12

E-mail：yit@tche.org.tw

聯絡人：顏憶婷 助理專員

## 如何加入

<p>Step 1</p> <p>進入學會網站 ( <a href="http://www.tche.org.tw">http://www.tche.org.tw</a> ) →THIS交流區</p>	<p>Step 2</p> <p>下載「THIS入會申請表」並填寫申請資料</p>	<p>Step 3</p> <p>填寫完畢連同繳費證明傳真至學會 ( 傳真：02-23649354 )</p>	<p>Step 4</p> <p>待學會收到後，約七個工作天將核發帳號、密碼及THIS品質指標手冊，即完成入會手續。</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------	---------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------