

行政院及所屬各機關出國報告書

(出國類別：考察)

提升癌症中心組織與運作品質—美國參訪報告

服務機關：行政院衛生署國民健康局

出國人職稱：癌症防治組組長

姓名：孔憲蘭等六人

出國地區：美國

出國期間：93年4月3日至11日

報告日期：93年7月

J4 / 0930-348

系統識別號:C09302348

公 務 出 國 報 告 提 要

頁數: 56 含附件: 否

報告名稱:

提升癌症中心組織與運作品質

主辦機關:

衛生署國民健康局

聯絡人/電話:

/

出國人員:

| | | | |
|-----|----------|-------|----|
| 孔憲蘭 | 衛生署國民健康局 | 癌症防治組 | 組長 |
| 賴美淑 | 衛生署國民健康局 | 教授 | |
| 鄭鴻鈞 | 衛生署國民健康局 | 主任 | |
| 鍾國彪 | 衛生署國民健康局 | 副教授 | |
| 唐秀治 | 衛生署國民健康局 | 助理教授 | |
| 王惠玄 | 衛生署國民健康局 | 助理教授 | |

出國類別: 考察

出國地區: 美國

出國期間: 民國 93 年 04 月 03 日 - 民國 93 年 04 月 11 日

報告日期: 民國 93 年 07 月 06 日

分類號/目: J4/公共衛生、檢疫 J4/公共衛生、檢疫

關鍵詞: 美國, 癌症委員會(Commission on Cancer), 美國醫療機構聯合評鑑委員會(JCAHO), 蘭德(RAND), 希望之城國家醫學中心(City of Hope National Medical Center), 強森癌症中心(Jonsson Comprehensive Cancer Center)

內容摘要: 參訪目的: 希望能在台灣推動癌症照護品質提升的重要工作, 找出自己的方法與最佳癌症照護體系。主要參訪機構: (1)參訪人員: 賴美淑教授、鄭鴻鈞主任、鍾國彪教授、唐秀治教授、王惠玄教授、孔憲蘭組長。

本文電子檔已上傳至出國報告資訊網

附件二

CO9302348

行政院及所屬各機關出國報告提要

出國報告名稱：提升癌症中心組織與運作品質--英國參訪報告

頁數 56 含附件：是 否

出國計畫主辦機關/聯絡人/電話：台灣大學公共衛生學院/陳毓萍
(02)23516478 分機 29

出國人員姓名/服務機關/單位/職稱/電話：

| 姓名 | 服務機關 | 服務單位 | 職稱 | 電話 |
|-----|-------------|------------|------|-------------------|
| 孔憲蘭 | 衛生署國民健康局 | 癌症防治組 | 組長 | (02)29978616-302 |
| 賴美淑 | 台灣大學 | 預防醫學研究所 | 教授 | (02)23516478-28 |
| 鄭鴻鈞 | 辜公亮和信治癌中心醫院 | 臨床研究室 | 主任 | (02)28970011-1302 |
| 鍾國彪 | 台灣大學 | 醫療機構管理研究所 | 副教授 | (02)23516478-40 |
| 唐秀治 | 陽明大學 | 護理學系 | 助理教授 | (02)28267033 |
| 王惠玄 | 長庚大學 | 醫務管理學系暨研究所 | 助理教授 | (03)2118800-5663 |

出國類別：1 考察 2 進修 3 研究 4 實習 5 其他

出國期間：93年4月3日至11日 出國地區：美國

報告日期：93年7月

分類號/目

關鍵詞：美國、癌症委員會(Commission on Cancer)、美國醫療機構聯合評鑑委員會(JCAHO)、蘭德(RAND)、希望之城國家醫學中心(City of Hope National Medical Center)、強森癌症中心(Jonsson Comprehensive Cancer Center)

內容摘要：(二百至三百字)

參訪目的：希望能在台灣推動癌症照護品質提升的重要工作，找出自己的方法與最佳癌症照護體系。主要參訪機構：(1)參訪人員：賴美淑教授、鄭鴻鈞主任、鍾國彪教授、唐秀治教授、王惠玄教授、孔憲蘭組長。

心得與建議：

JCAHO 發展核心測量指標集的目的是為了進行跨醫院效果測量，所以指標選取時必須具備跨機構共通性，並考慮蒐集指標資訊的可行性，為提高指標資訊的正確性，有必要提供各醫院負責指標蒐集人員詳細的操作說明與足夠的教育訓練。指標系統與評鑑結合，則不會使醫院對指標資訊的收集流於形式，而不會將結果用來改善醫療品質。

根據本次參訪，提出幾點建議：

- (一) 專家小組在選取指標時，應考慮指標的臨床意義、有無證據支持(evidence-based)，及醫院間的共通性及資料蒐集的困難度。
- (二) 詳細的指標操作說明與教育訓練是必要的。
- (三) 未來可以在經費許可情形下，進行資料正確性的研究。
- (四) 未來審核癌症中心的資格時，或有「實地考評」的項目，應該將指標資訊應用在品質提升的方法與成效。
- (五) 從 JCAHO 發展核心測量集的經驗與發展脈絡可以發現，其過程是由醫院自行選擇的非核心測量、到特定疾病為主的核心測量、到部門別(如 ICU)核心測量、到特殊情境(如疼痛管理)等，這與本研究在癌症照護部分的運用可以有支持以及提醒的雙重啟發。
- (六) 美國癌症資料庫發展之網路標竿學習 (benchmark) 方式，可為國內癌症中心資料庫 (TCDB) 未來參考方向。

提升癌症中心組織與運作品質—美國參訪報告

關鍵詞：美國、癌症委員會(Commission on Cancer)、美國醫療機構聯合評鑑委員會(JCAHO)、蘭德(RAND)、希望之城國際醫學中心(City of Hope National Medical Center)、強森癌症中心(Jonsson Comprehensive Cancer Center)

內容摘要：(二百至三百字)

參訪目的：希望能在台灣推動癌症照護品質提升的重要工作，找出自己的方法與最佳癌症照護體系。主要參訪機構：(1)美國癌症委員會(Commission on Cancer)，(2)美國醫療機構聯合評鑑委員會(Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations)，(3)蘭德(RAND)，(4)希望之城國家醫學中心(City of Hope National Medical Center)，(5)加州大學洛杉磯分校附設醫院--強森癌症中心(University of California at Los Angeles, Jonsson Comprehensive Cancer Center)。參訪人員：賴美淑教授、鄭鴻鈞主任、鍾國彪教授、唐秀治教授、王惠玄教授、孔憲蘭組長。

心得與建議：

JCAHO 發展核心測量指標集的目的是為了進行跨醫院效果測量，所以指標選取時必須具備跨機構共通性，並考慮蒐集指標資訊的可行性，為提高指標資訊的正確性，有必要提供各醫院負責指標蒐集人員詳細的操作說明與足夠的教育訓練。指標系統與評鑑結合，則不會使醫院對指標資訊的收集流於形式，而不會將結果用來改善醫療品質。

根據本次參訪，提出幾點建議：

- (一) 專家小組在選取指標時，應考慮指標的臨床意義、有無證據支持 (evidence-based)，及醫院間的共通性及資料蒐集的困難度。
- (二) 詳細的指標操作說明與教育訓練是必要的。
- (三) 未來可以在經費許可情形下，進行資料正確性的研究。
- (四) 未來審核癌症中心的資格時，或有「實地考評」的項目，應該將指標資訊應用在品質提升的方法與成效。
- (五) 從 JCAHO 發展核心測量集的經驗與發展脈絡可以發現，其過程是由醫院自行選擇的非核心測量、到特定疾病為主的核心測量、到部門別 (如 ICU) 核心測量、到特殊情境 (如疼痛管理) 等，這與本研究在癌症照護部分的運用可以有支持以及提醒的雙重啟發。
- (六) 美國癌症資料庫發展之網路標竿學習 (benchmark) 方式，可為國內癌症中心資料庫 (TCDB) 未來參考方向。

目 錄

| | |
|---|----|
| 一、參訪目的..... | 1 |
| 二、參訪過程..... | 1 |
| 三、參訪機構..... | 3 |
| 1.美國外科醫學會/癌症委員會 (American College of Surgeons/ Commission on Cancer)..... | 3 |
| 2.美國醫療機構聯合評鑑委員會 (JCAHO) | 12 |
| 3.蘭德 (research and development, RAND)..... | 29 |
| 4.希望之城國家醫學中心 (City of Hope National Medical Center) | 35 |
| 5.加州大學洛杉磯分校附設醫院，強森癌症中心 (University of California at Los Angeles, Jonsson Comprehensive Cancer Center) | 42 |
| 四、心得與建議..... | 45 |
| 五、總結..... | 47 |
| 六、附錄..... | 48 |

提升癌症中心組織與運作品質--美國參訪報告

一、參訪目的

自民國九十年十月起，國民健康局補助十七家醫院成立癌症防治中心，至今已近三年，同時並經由徵求委託台灣大學研究團隊，針對癌症防治中心建立六種常見癌症（子宮頸癌、乳癌、肝癌、肺癌、結直腸癌和口腔癌）之診療資料申報系統，以及發展評估該等病患照護之核心測量指標、滿意度和安全指標。前項計畫雖皆已在持續進行中，但仍可有許多修正空間。本研究團隊有鑒於不同國家有不同的醫療體系，本次選擇市場主導的醫療體系的美國，參訪其相關單位，深入瞭解目前在核心測量指標發展之現況、病人安全事件相關研究現況、以及國家癌症資料庫（NCDB）發展及執行過程，以提供本研究計畫之參考。進一步，期能在台灣推動癌症照護品質提升的重要工作，找出自己的方法與最佳癌症照護體系。

二、參訪過程

主要參訪機構

1. 美國外科醫學會／癌症委員會 (American College of Surgeons/ Commission on Cancer)
2. 美國醫療機構聯合評鑑委員會 (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, JCAHO)
3. 蘭德 (research and development, RAND)
4. 希望之城國家醫學中心 (City of Hope National Medical Center and Beckman Research Institute)
5. 加州大學洛杉磯分校附設醫院，強森癌症中心 (University of California at

Los Angeles, Jonsson Comprehensive Cancer Center)

參訪人員

| 姓名 | 單位 |
|---------|--------------------|
| 孔憲蘭組長 | 衛生署國民健康局癌症防治組 |
| 賴美淑教授 | 台灣大學預防醫學研究所教授 |
| 鄭鴻鈞主任 | 辜公亮和信治癌中心醫院臨床研究室主任 |
| 鍾國彪副教授 | 台灣大學醫療機構管理研究所副教授 |
| 唐秀治助理教授 | 陽明大學護理學系助理教授 |
| 王惠玄助理教授 | 長庚大學醫務管理學系暨研究所 |

三、參訪機構

1. 美國外科醫學會／癌症委員會 (American College of Surgeons/ Commission on Cancer)

美國外科醫學會／癌症委員會位於芝加哥市中心，本次參訪主要瞭解該單位業務執行及癌症醫療機構認證現況，以及國家癌症資料庫 (NCDB) 發展及執行過程。

(一) 美國外科醫學會／癌症委員會簡介

美國的癌症醫療評鑑及監測系統裡，最重要的機構就是癌症委員會 (Commission on Cancer)。這個委員會是在 1913 年由美國外科醫學會發起。後來演化成由美國外科協會、美國癌症醫學會、以及其他 34 種全國醫學專業團體所共同推動成立的委員會。

癌症委員會成立的目的，在減少癌症的發生率及死亡率。因此經過了長期的發展，建立了一套醫療作業標準，範圍包含癌症預防、早期診斷、治療前評估、期別驗證，治療適當性、以及復健、追蹤、心理支持和臨終照顧等方面。進而演化成一套評估癌症病人在接受醫療作業時的品質評鑑系統。

癌症委員會的工作主要由下列四種次級委員會執行：

- 一、癌症醫療評鑑委員會：主要在認證符合於癌症委員會醫療作業標準的醫療機構。
 - 二、癌症醫師聯合會：確保癌症委員會認同的診療標準在個別醫療機構確實的執行，以及申報癌症資料的正確性。；
 - 三、癌症教育推廣委員會。
 - 四、癌症資料庫委員會：訂定及修訂癌症資料庫的內容及資料申報標準。
- 另外為了讓癌症委員會的政策得到確實的執行，癌症委員會根據癌症的疾

病別，成立各種的疾病委員會、及醫療品質整合委員會，以落實癌症委員會訂定的標準。

這些疾病委員會，會建立多科整合癌症診療的標準，並瞭解被認證的癌症醫事機構對這些標準的遵從性(Compliance)。這些委員會也會透過癌症資料庫，了解各個醫院的醫療作業標準及醫療品質的資料，以監測治療的型態及診療的結果。

最後，癌症委員會，利用搜集的資料去評估各個醫院的醫療行為，也利用這些資料去發展有用的教育資訊，以改善全國或者部份地區癌症醫療照顧品質。

目前美國癌症委員會的成員超過一百位，其中包括各種外科醫師及全國癌症專業團體的代表。這些委員的工作包括參與常務委員會以及12個疾病委員會。

要如何才能成為一個被認證的癌症醫療機構？

首先，醫療機構(醫院、癌症中心、或者其他醫療單位)作業模式必須符合癌症委員會所認定的醫療作業標準。

其次，癌症委員會鼓勵這些被認證的醫療機構致力於醫療品質的改善，改善的方法是透過多科整合的癌症診療團隊，以改善下列幾個醫療品質的面向：
一、癌症預防，二、癌症早期診斷，三、治療前的評估，四、期別的鑑定，五、恰當的治療，六、復健，七、追蹤檢查，八、心理的支持 九、臨終病人的照顧。

目前，全美超過二千家醫院，已經得到癌症委員會的認證。每年約百分之八十二的癌症新病人，是在這些被認證的醫院接受診斷以及治療。

醫療機構如何得到癌症診療認證

第一、醫療機構對自身的癌症醫療作業，事先要有整體性的自我評估，其

中包括醫院的結構，診療的過程及診治結果等。

第二、全國癌症委員會，依據四十七項醫療作業必要標準，每三年對要求癌症認證的機構進行評鑑。

第三、癌症資料的登錄需符合「資料登錄操作及資料標準」(ROADS, Standards of the Commission on Cancer Volume II : Registry Operations and Data Standards) 的要求。

第四、所有的癌症機構在接受評鑑時必須先完成兩份申請表；第一份申請表，是在說明醫療機構在癌症診療的結構及作業型態。第二份申請表依據 47 項癌症委員會認定的標準，填寫在每一項標準執行的情形。

第五、由全國癌症委員的技術專家，依據繳交的表格內容及證明文件完成醫療機構的書面評估。

第六、全國癌症委員會派遣評鑑專家，實地查訪及確定申請的癌症機構符合癌症委員會的認證標準。

通過評鑑的機構可分為五類：

第一類、癌症機構的沒有任何的缺點，可以得到三年的癌症診療認證。

第二類、有一到四項的缺點，也是可以得到三年的認證，但須在一年內改善缺點。

第三類、有五到九項的缺點，它的認證有效期只有一年。

第四類、基本上有十項或更多的缺失，無法得到認證。

第五類、是指尚未決定認證的類別，基本上這一類是為了新的癌症機構；認證結果只有一到四項的缺點。

癌症機構如何申請認證

第一項、先去購買癌症委員會所出版的兩三本書。第一冊是「癌症醫療作業標準」(Cancer Program Standard)；第二冊是前文提到的「資料登錄操作及資料標準」，第三冊是編輯手冊。

2004年「癌症醫療作業標準」包含八個評估的部分，分別為機構及癌症計畫的資源提供、癌症委員會之領導、癌症資料的管理及癌症資料登錄操作、臨床管理、研究計畫、社區篩檢服務、專業人員的繼續教育、品質管理與改善

第二項、自我評估：癌症服務的範圍及機構內轉診的部份，是否合於癌症醫療作業標準。

第三項、在機構內已成立全院癌症委員會，並且開始運作。

第四項、建立機構內的癌症登記組織，而且開始癌症登記。

第五項、購買合格的癌症登記軟體。

第六項、組成癌症團隊，作為會診、教育及定期癌症會議的主體。

第七項、建立機構內醫療品質評估及病人追蹤系統。

第八項、把機構內癌症委員會的運作及負責人名字送到全國的癌症委員會。包括

一、機構的名稱、地址、電話、FAX 跟 E mail。

二、全院癌症委員會的主席名單。

三、癌症聯合會醫師代表。

四、癌症登記員的姓名。

五、癌症登記的運用軟體

第九項、經過一年運作以後，癌症機構可以要求癌症委員做實地的查訪及

評鑑。確定這個癌症機構符合癌症委員會的認證標準。

(二) 癌症醫師聯合會

癌症醫師聯合會是屬於美國全國癌症委員會的一個機構，于1963年成立，是癌症委員會最基本的組織，以支持癌症委員會的構想及工作的落實。工作的範圍包含各地區癌症機構對社區民眾，達成癌症委員會對癌症病人照顧的基本要求。

如何成為癌症聯合會的醫師

首先必須是由被認可的癌症機構推薦，第二、他(她)必須是推薦機構內癌症委員會的成員，第三、任期三年一任，如果癌症聯合會的醫師離職，癌症機構可另外再推派代表。癌症聯合會醫師的任命流程，由各個癌症機構的癌症委員會及主席推薦而且繳交申請表格。全國癌症委員會收到申請表格後，會推派員評估癌症聯合會醫師的資格，以確保癌症聯合會醫師的代表性。

什麼是癌症聯合會醫師代表的資格呢？

首先醫師需要有很強的使命感想讓癌症醫療的醫療品質可以順利推行到病人身上。第二他必須是推薦機構內癌症醫療(Cancer Program)及委員會的積極成員，或者是推薦機構的癌症委員會主席。第三要積極參與癌症委員會所舉辦的各項活動。萬一這位癌症聯合會的醫師離職或退休，他可以再有一個三年的任期，以後，任期就結束，原來機構在成員離開或離職的時候，可以另外再推派代表。第四必須是有意願服務全國癌症委員會的各種次級委員會。第五必須是癌症學會的成員。

癌症聯合會醫師的任務

第一是促進癌症診療的進步。第二積極參與全國癌症委員會的運作。第三把各個機構內，癌症診療及活動的情形報告到全國癌症委員會。第四參與全國癌症資料庫，每年發行的癌症報告。第五積極的協助癌症登記人員，確認送到國家癌症資料庫的資料品質的可信。第六使用國家癌症資料庫的資料，以改善醫療機構內癌症診療的內容。第七成為癌症委員會裡，次級委員會的成員。第八是各醫院癌症資料庫的聯絡代表，以確定癌症資料庫所要的資料可以及時完成。第九定期跟癌症登記員確保癌症登記的落實情形。第十扮演一個領導的角色以改善癌症登記資料品質的正確性。第十一扮演癌症委員會的尖兵，以落實癌症委員會對癌症診療的標準。最後一項是癌症委員會到各個癌症機構評估時，癌症聯合會的醫師必須積極的參與癌症評鑑的工作，準備癌症機構的資料使評鑑可以順利進行。

(三) 國家癌症資料庫

美國國家癌症資料庫 (NCDB) 是由美國外科醫學會及美國癌症醫學會所共同支持的一個資料庫。從 1912 年美國外科醫學會跟美國癌症醫學會就開始建立一個工作伙伴關係，他們開始一系列的聯合會議最後才決定成立一個國家癌症資料庫。

癌症資料庫的目的是要整理及分析國家癌症網絡中，癌症中心診療病人的型態，包含診斷、期別、治療、以及存活情形等。

經過 1988 年重新改組以後，目前美國癌症資料庫有 2000 家參與醫院，並得到癌症委員會認可，他們定期把資料送到美國癌症資料庫裡。

資料的標準是根據癌症委員會頒佈的標準，也就是：第一冊「癌症醫療作業標準」(Cancer Program Standard)；第二冊「資料登錄操作及資料標準」。目前全美大概有 80% 的癌症病人的資料，每年被收集到這資料庫裡。

所有參與的癌症機構，每年都會收到國家癌症資料庫所發佈的資料，以使各個參與的癌症機構可以比較，個別醫院跟全國資料的差異。也就是說，每個參與的醫院每年都會收到全國的資料以及各自單獨醫院的資料。

所以每一個癌症機構就可以利用這個兩份報告，評估自己醫療機構照顧病人的狀態，與全國資料的比較，思考是否有改善的空間。

NCDB 在標竿學習的應用

針對社會大眾、研究者、及臨床醫師，美國國家癌症資料庫亦發展網路標竿學習 (benchmark) 方式，將病人臨床診斷、期別、治療進行分析，呈現照護的型態及存活的情形，以求進一步改善癌症照護的品質。

標竿學習報告(Benchmark Reports)是 NCDB 資料庫的應用之一，標竿學習報告可以讓參與填報 NCDB 資料的醫院查閱自己醫院的資料，以及跟其他同儕醫院的癌症個案與治療結果的組合做比較，例如不同州別、地區、機構型態之間的比較，標竿學習報告內的存活曲線(survival curves)都會經過年齡校正。

目前 ACS-CoC 提供的 Benchmark Reports 區分為醫院版(Hospital Comparison Benchmark Reports)與公眾版(Public Benchmark Reports)。在公眾版的報告只會出現州別、醫院類別、地區別等分類下的總體資訊，而不會揭露個別醫院的申報資料。醫院版的則會呈現自己醫院與其他同類別下醫院平均值的資訊。參與 NCDB 計畫的醫院可以獲得一組帳號與密碼，連上 ACS-CoC 專門提供給醫院查詢癌症相關資訊 (包括 NCDB) 的 DATALINK 網站 (<https://web.facs.org/datalinks/>)，就可以進入 NCDB 專屬的頁面，進行標竿報告的查詢。

以大眾版的標竿報告為例，使用在進入查詢頁面 (<http://web.facs.org/ncdbbmr/ncdbbenchmarks.cfm>)後，可以依據需求設定要查詢的範圍，包括診斷年份(Dx Year)、主要腫瘤類別(Primary Site)、地區(Geography)、

醫院類別(Hospital Type)。分析的變項方面，可以從年齡分組、種族、性別、癌症期別、病史、第一次治療時間、手術類別等變項中選擇三種呈現分佈情形。報表以表格、直條圖、橫條圖、圓餅圖呈現。

美國癌症資料庫收集的資料包括(一) 定期收集的連慣性資料；(二) 橫貫性的 PCE 資料。由於定期收集的連慣性資料項目和欄位已固定標準化，所以不一定能回答個別癌症的特殊問題，或是公共衛生等問題。為彌補其不足，乃每年由專門委員會規劃二個特別的病人照顧評估 (Patient Care Evaluation, PCE) 研究，於自願參加的醫院中收幫特殊需求之資料。但因為沒有收集門診資料，目前無法評估門診病人的照顧品質。

(四) 癌症委員會、癌症醫師聯合會、國家癌症資料庫

經由上述三個機制，所以美國建立了一種評鑑制度以及改善病人照顧的系統。這樣的評鑑系統目前在美國是越來越重要，尤其是想瞭解美國的臨床服務以及醫療品質執行的部分。這些資料庫提供了基本資料，也使於癌症登記系統應用在臨床評估及醫療品質改善上，所扮演的角色越來越重要。更重要的是，癌症資料庫的建立，的確影響全美癌症病人照顧的品質使病人得到更好的醫療照顧。

癌症資料庫發展之網路標竿學習 (benchmark) 方式，除了可以公開讓大眾得到其需求之癌症照護型態資訊，亦可為研究者及臨床醫師之參考。除此之外，針對癌症診療醫師、癌症委員會人員、癌症登記人員，亦以提供密碼方式管理，讓上述人員可直接於網路上獲取不同資訊。對於資料申報方面，利用網路確認機構申報資料之正確性，既可以縮短資料回饋之時間，亦可進行監測。上述幾點可為國內癌症中心資料庫 (TCDB) 未來參考方向。然而，美國國家癌症資料庫歷時已久，其花費一年半的時間規劃完成，國內癌症資料庫尚在起步階段，

建議更須詳細規劃及參考美國國家癌症資料庫之經驗，才能得到良好的成效。

2. 美國醫療機構聯合評鑑委員會 (JCAHO)

美國醫療機構聯合評鑑委員會 (JCAHO) 之總部位於芝加哥市近郊，本次參訪主要瞭解該單位目前在核心測量指標發展之現況，以及病人安全事件相關研究現況。

核心測量(Core Measures)的發展

(一) JCAHO 簡介與歷史

美國醫療機構聯合評鑑委員會(Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, JCAHO)創辦於 1951 年，其原先的任務是舉辦美國的醫院評鑑工作。從 1966 年起，陸續新增長期照護機構評鑑、行為醫療機構評鑑(1975 起，類似國內的精神專科醫院評鑑，但包含的機構種類更廣)、實驗室評鑑(1979)、居家照護(Home Care)評鑑(1988)、醫療照護網絡(Network)評鑑(1994)等。2002 年起更將評估的範圍拓展至特定疾病治療的認證(Disease-Specific Care Certification)。

JCAHO 由 29 個委員組成的委員會所領導，這些成員的身份包括：醫師、醫院管理人員、護理人員、雇主、勞工代表、醫療照護計畫(health plan)的代表、品質專家、倫理學家、醫療保險代表及教育人員。委員的任期為三年，可以連任。JCAHO 的使命(Mission)是「透過評鑑與相關服務來支持醫療機構改善績效，達到持續提升醫療照護品質與其安全」。

(二) 核心測量的發展緣起

JCAHO 於 1987 年第一次公布包含一系列評鑑流程現代化的「革新規劃」(Agenda for Change)。這個評鑑改革其中很重要的部分是透過 ORYX 計畫的實行，將效果測量(performance measurement)資料與評鑑流程整合。醫療照護的效果測量是在呈現「做了什麼以及做的有多好」，測量的目的是經由對效果的現況

基礎有正確的瞭解後，透過特定的改善活動達到更好的成果。效果測量在醫療機構內部可以支持效果的改善，對外可以向公眾及利害關係人(stakeholders)說明機構被賦予的責任。效果測量提供統計上有效的、資料導向的機制，讓醫療機構獲得持續地有關效果資訊。這些資訊使醫療機構可以瞭解這段時間內機構的表現如何，並且透過持續獲得客觀的資料來支持對品質的要求。此外，效果測量的資料可用於同儕機構之間的比較，亦可提供外部利害關係者在尋求有品質的醫療服務時，進行「以價值基礎的決策」(value-based decisions)之參考。

ORYX 計畫執行初期提供受評醫院相當大的彈性，醫院可以在符合評鑑規定下，考量符合自身的評估策略，自由地從眾多的指標系統中選擇蒐集指標資料。但是這樣大的彈性也帶來其他困擾，眾所皆知的問題就是不同的指標系統下蒐集的資料無法進行跨醫院的比較。於是在下一階段的 ORYX 計畫為了能進行跨醫院的效果比較，將蒐集的指標規定為「標準化且有證據基礎」(standardized and evidence based)的核心測量指標(core performance measures)。2002 年 JCAHO 首度將標準化的「核心測量」指標對外公佈，使得從事跨醫院照護結果的嚴謹比較成為可行的事。

所謂核心測量指標群(Core Measure Set)的定義，是指「一群經過謹慎選出的績效測量指標，這些指標的全部結果可以呈現醫療品質的具體面貌」。一個合適的核心測量指標群必須符合以下條件：

- 1.標準化的績效測量指標（通常是用於特定疾病或病況[condition]）
- 2.有定義明確的說明文件
- 3.可以整合或套用於現有的測量系統中
- 4.有標準化的資料收集程序
- 5.符合已建立的評選標準

而核心測量指標發展的過程有以下步驟：

- 1.由 Advisory panels 建立測量績效的架構並選出有證據基礎(evidence-based)的備選指標
- 2.挑選或募集測量指標
- 3.由諮詢小組(Advisory panels)依據已建立的評選標準挑選出指標
- 4.對外公布被選指標，並請利害關係者與公眾就選出的指標回饋意見
- 5.草擬測量指標的說明文件
- 6.進行先期測試(pilot testing)

由 JCAHO 提供的參考資料指出，由一般的指標系統被選出成為核心測量指標集的備選指標，必須要符合以下的特性與要求：這個指標是以增進大眾健康為評量目標；其數值有進行風險校正或分級；這些指標必須是特定且有精確的定義；其測量結果是可靠的、有效的；指標測量的結果能被解釋；在選取時評估過蒐集資料需投入的心力；此指標資訊對評鑑有參考價值；並且指標資訊是醫療服務提供者能掌握的範圍內；最後，這些指標資訊必須是公眾能獲得、接觸的資訊(public availability / access)，而不會有太大的阻礙或障礙。

至此，JCAHO 將醫院於評鑑時必須提報的效果測量指標系統區分為兩大類，一類是原有認可的指標系統，但是無法進行跨機構比較，稱之為「ORYX 非核心測量指標」(ORYX none-core performance measures)，另一類即是可以跨機構比較的「ORYX 核心測量指標」(ORYX core performance measures)。JCAHO 後來又針對慢性疾病發展出疾病照護認證 (Disease-specific Care Certification)，以及適合跨國比較的國際性核心測量指標(International Core Measures)。

(三) 核心測量指標之現況與未來發展

目前核心測量的重點方向如下：

1. Acute myocardial infarction (AMI)：急性心肌梗塞從 2002 年開始收集
2. Heart Failure (HF)：心衰竭從 2002 年開始收集
3. Pneumonia (PN)：社區性肺炎從 2002 年開始收集
4. Pregnancy and related conditions (PR) 懷孕及相關情形
5. Surgical Infection Prevention (SIP)：外科感染預防從 2004.7 開始適用
6. Intensive care：加護病房屬於先期測試階段
7. Pain Management：疼痛管理處於發展階段
8. Children's Asthma Care：兒童氣喘照護處於發展階段

參與 ORYX 指標計畫的醫院，必須依照下表所示標準，視醫院能配合呈報的核心測量指標集項目，搭配非核心測量指標(none-core)項目，向 JCAHO 呈報。舉例來說，如果某醫院能夠呈報至少三項的核心測量指標集，則他就必須呈報 3 項核心測量指標集的資料，不需要另外搭配非核心測量指標的資料。若某醫院只適合呈報 2 項核心測量指標集，則必須另外自選 3 個非核心測量指標集呈報。若某醫院只適合呈報 1 項核心測量指標集，則必須另外自選 6 個非核心測量指標集呈報。否則必須呈報 9 個非核心測量指標集。

| 適用 Core Measure Sets 數目 | 被要求呈報資料 Core Measure Sets 數 | 被要求呈報 None-Core Measure Sets 數 |
|-------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| 3 | 3 | 0 |
| 2 | 2 | 3 |
| 1 | 1 | 6 |
| 0 | 0 | 9 |

以下分別列出已公布使用之各種核心測量指標集的指標項目：

1. Acute myocardial infarction (AMI)

| Performance Measure Identifier (Transmission ID #) | Set Measure ID # | Measure Short Name |
|---|-------------------------|--|
| 14229 | AMI-1 | Aspirin at arrival 到院阿斯匹靈給藥 |
| 14230 | AMI-2 | Aspirin prescribed at discharge 離院阿斯匹靈給藥 |
| 14231 | AMI-3 | ACEI for LVSD |
| 14228 | AMI-4 | Adult smoking cessation advice/counseling 戒菸之勸告 |
| 14232 | AMI-5 | Beta blocker prescribed at discharge 離院 Beta Blocker 給藥 |
| 14234 | AMI-6 | Beta blocker at arrival 到院 Beta Blocker 給藥 |
| 14226 | AMI-7 | Time to thrombolysis 給抗血栓藥的時間 |
| 14236 | AMI-7a | Thrombolytic agent received within 30 minutes of hospital arrival 到院 30 分鐘內給抗血栓藥 的時間 |
| 14227 | AMI-8 | Time to PCI |
| 14235 | AMI-8a | PCI received within 120 minutes of hospital arrival |
| 14233 | AMI-9 | Inpatient mortality 住院期間死亡率 |

2. Heart Failure (HF) 心臟衰竭

| Performance Measure Identifier (Transmission ID #) | Set Measure ID # | Measure Short Name |
|---|-------------------------|---|
| 14335 | HF-1 | Discharge instructions 離院衛教 |
| 14336 | HF-2 | LVF assessment 左心室功能評估 |
| 14339 | HF-3 | ACEI for LVSD |
| 14337 | HF-4 | Adult smoking cessation advice/counseling 對成人進行戒菸之勸告 |

3. Pneumonia (PN)

| Performance Measure Identifier (Transmission ID #) | Set Measure ID # | Measure Short Name |
|---|-------------------------|--|
| 14441 | PN-1 | Oxygenation assessment 血氧評估 |
| 14442 | PN-2 | Pneumococcal vaccination 肺炎之疫苗注射 |
| 14443 | PN-3b | Blood cultures 血液培養 |
| 14445 | PN-4 | Adult smoking cessation advice/counseling 戒菸之勸告 |

| | | |
|-------|--------------|--|
| 14444 | PN-5 | Antibiotic timing 抗生素治療時機 |
| 14447 | PN-5a | Initial antibiotic received within 8 hours of hospital arrival 到院 8 小時內接受抗生素 |
| 14448 | PN-5b | Initial antibiotic received within 4 hours of hospital arrival 到院 4 小時內接受抗生素 |
| 14449 | PN-6a | Initial antibiotic selection for PN immunocompetant – ICU ICU 抗生素之經驗治療 |
| 14450 | PN-6b | Initial antibiotic selection for PN immunocompetant – Non ICU 非 ICU 抗生素之經驗治療 |
| 14451 | PN-7 | Influenza vaccination 流感疫苗 |

4. Pregnancy and related conditions (PR)

| Performance Measure Identifier (Transmission ID #) | Set Measure ID # | Measure Short Names |
|---|-------------------------|--|
| 14547 | PR-1 | VBAC 剖腹產後自然產 |
| 14548 | PR-2 | Inpatient neonatal mortality 新生兒住院死亡率 |
| 14555 | PR-3 | Third or fourth degree laceration 3 至 4 級分娩疼痛 |

5. Surgical Infection Prevention (SIP)

| Performance Measure Identifier (Transmission ID #) | Set Measure ID # | Measure Short Name |
|---|-------------------------|--|
| 14657 | SIP-1a | Prophylactic antibiotic received within one hour prior to surgical incision - overall rate. 手術前 1 小時接受預防性靜脈內抗生素管理—整體比率 |
| 14658 | SIP-1b | Prophylactic antibiotic received within one hour prior to surgical incision - CABG. 冠狀動脈繞道手術 |
| 14659 | SIP-1c | Prophylactic antibiotic received within one hour prior to surgical incision - cardiac surgery. 心臟手術 |
| 14660 | SIP-1d | Prophylactic antibiotic received within one hour prior to surgical incision - hip arthroplasty. 髖關節置換 |
| 14661 | SIP-1e | Prophylactic antibiotic received within one hour prior to surgical incision - knee arthroplasty. 膝關節置換 |
| 14662 | SIP-1f | Prophylactic antibiotic received within one hour prior to surgical incision - colon surgery. 結腸手術 |
| 14663 | SIP-1g | Prophylactic antibiotic received within one hour prior to surgical incision - hysterectomy. 子宮切除數 |
| 14664 | SIP-1h | Prophylactic antibiotic received within one hour prior to surgical incision - vascular surgery. 血管手術 |
| 14666 | SIP-2a | Prophylactic antibiotic selection for surgical patients - overall rate. 外科病人接受預防性靜脈內抗生素管 |

| | | |
|-------|---------------|--|
| | | 理—整體比率 |
| 14667 | SIP-2b | Prophylactic antibiotic selection for surgical patients - CABG. |
| 14668 | SIP-2c | Prophylactic antibiotic selection for surgical patients -cardiac surgery. |
| 14669 | SIP-2d | Prophylactic antibiotic selection for surgical patients - hip arthroplasty. |
| 14670 | SIP-2e | Prophylactic antibiotic selection for surgical patients - knee arthroplasty. |
| 14671 | SIP-2f | Prophylactic antibiotic selection for surgical patients - colon surgery. |
| 14672 | SIP-2g | Prophylactic antibiotic selection for surgical patients -hysterectomy. |
| 14673 | SIP-2h | Prophylactic antibiotic selection for surgical patients - vascular surgery. |
| 14675 | SIP-3a | Prophylactic antibiotics discontinued within 24 hours after surgery end time - overall rate. 手術後 24 小時內停止預防性抗生素 --- 整體比率 |
| 14676 | SIP-3b | Prophylactic antibiotics discontinued within 24 hours after surgery end time - CABG. |
| 14677 | SIP-3c | Prophylactic antibiotics discontinued within 24 hours after surgery end time - cardiac surgery. |
| 14678 | SIP-3d | Prophylactic antibiotics discontinued within 24 hours after surgery end time - hip arthroplasty. |
| 14679 | SIP-3e | Prophylactic antibiotics discontinued within 24 hours after surgery end time - knee arthroplasty. |
| 14680 | SIP-3f | Prophylactic antibiotics discontinued within 24 hours after surgery end time - colon surgery. |
| 14681 | SIP-3g | Prophylactic antibiotics discontinued within 24 hours after surgery end time - hysterectomy. |
| 14682 | SIP-3h | Prophylactic antibiotics discontinued within 24 hours after surgery end time -vascular surgery. |

6. Intensive care

目前 ICU 指標正在先期測試階段，JCAHO 以四個月的時間，自 100 家醫院蒐集備選指標的資料，這些備選指標如下：

ICU-1 Ventilator-Associated Pneumonia (VAP Prevention – Patient Positioning)

ICU-2 Stress Ulcer Disease (SUD) Prophylaxis

ICU-3 Deep Vein Thrombosis (DVT) Prophylaxis

ICU-4 Central Line Associated Primary Blood Stream Infection

ICU-5 Risk Adjusted ICU LOS by type of ICU

ICU-6 Risk Adjusted Hospital Mortality for ICU Patients

先期測試的目的，主要在評估指標的信度(包括測量、資料組成、對象界定等層面)，並就風險模式(risk models)進行評估與效度檢驗，以及評估蒐集資料所需投入的努力，最後修訂測量的說明文件。

7. Children's Asthma Care

CA1. Return to hospital (Emergency Department, Observation Status or Inpatient Admission) with same asthma diagnosis within 7 days following inpatient discharge

CA2. Return to hospital (Emergency Department, Observation Status or Inpatient Admission) with same asthma diagnosis within 7 days following Emergency Room visit or Observation stay

CA3. Use of Relievers for inpatient asthma *

CA4. Use of Systemic Corticosteroids for inpatient asthma*

CA5. Risk adjusted length of stay for asthma patients

CA6. Home Management Plan of Care discussed with patient/family

(四) 核心測量資料可信度研究

為了測試醫院呈報核心測量資料的可信度，AHRQ 提供經費進行為期四年的研究計畫，第一期計畫目標在評估核心測量資料的信度，以及提高資料品質的可行做法；第二期研究在驗證醫院對 core measures 的認知、根據 core measures 結果採取的行為、以及這些行為造成的影響之間的關係。

研究進行的方式，經由隨機抽樣選出 30 家醫院（其中 6 家為參加先期試驗的醫院），每家醫院由 JCAHO 人員重新摘錄 20-30 本醫院呈報核心測量指標時摘錄過的病歷，另隨機抽樣 80 家的醫院（未參與先期試驗），由醫院人員自行摘錄 20 本呈報核心測量指標時摘錄過的病歷。JCAHO 再透過實地訪查或電話訪談找出摘錄病歷的差異與蒐集資料時的系統性問題。在資料可信度的探討方面，主要在評估資料蒐集的正確性（日期、時間、診斷、用藥、臨床評估等），以及評估將病歷摘錄結果應用到特定指標時的正確性（是否包含在指標的母群體、是否計入分子等），最後根據資料可信度的結果評估偏差的程度。

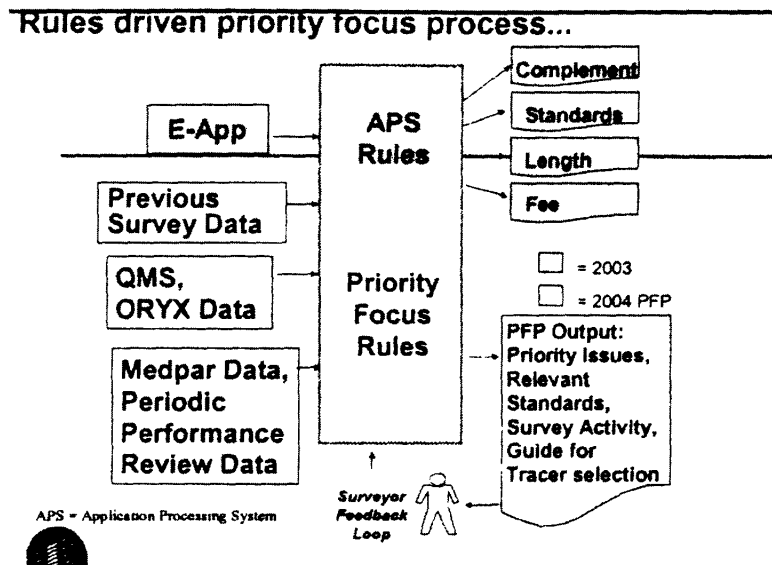
該研究發現，各項核心測量指標集的一致性如下：AMI 89%，HEART FAILURE 90%，PNEUMONIA 87%，PREGNANCY RELATED 99%；在全部 22 項核心測量指標中，只有 AMI 的其中一項再次摘錄的結果與之前呈報的數值在統計上有顯著差異。另外該研究發現，有參與先期試驗的醫院其病歷摘錄的一致性較高，也沒有或較少出現計算指標時的偏誤。從研究的結果顯示，醫院行政資料的正確性幾乎從未被醫院再次確認（住院病人的來源、出院的狀況、ICD-9 coding），而每一類核心測量指標都有常見的偏差原因，包括時間的登載（醫院內的時鐘很少有一致的）、是否有過戒菸諮詢、是否有出院衛教等因素造成，重量單位的換算（公制或英制）也是造成差異的原因之一。

（五）核心測量資料於醫院評鑑的應用

JCAHO 將核心測量的資料應用於醫院評鑑工作，利用比較、對照的方式找出績效的趨勢和型態（patterns），並且在實地評鑑前提供給評鑑委員參考。實地評鑑時，醫院會被要求說明選擇該績效測量項目的理由，以及醫院如何利用 ORYX 資料於醫療改善活動上，並說明這些改善活動的成效。

過去實地評鑑著重於如何選擇測量的指標、如何進行資料蒐集與分析，很多機構仍停留在「蒐集」核心測量資料，而未進入「應用」資料的階段。因此，

2004 年評鑑的重點在於醫院如何利用蒐集的資料包括 ORYX 相關測量資料、人事相關資料、過去與現在績效促進 (PI) 活動的測量資料、用藥管理有關資料、感染管制有關資料等。下圖為新制評鑑搭配 ORYX 資料的架構圖。



(六) 核心測量在特殊病況的應用 — 以疼痛管理(Pain Management)為例

疼痛管理(Pain Management)的核心測量指標集的發展，是由 AMA、JCAHO 和 NCQA 代表共同組成聯合委員會來進行。發展疼痛管理核心測量指標集的緣起，是當時對於疼痛管理的品質資訊與課責的要求高張，另一方面也需要全國性的標準化疼痛管理績效測量指標。發展初期方向是以癌症、關節炎(arthritis)、背痛(back pain)三項為主。這個計畫由 Purdue Pharma, L.P. 這家藥廠提供無限制的經費於測量指標的發展。

該計畫進行的目標與其他發展中的核心測量指標集類似，包括組成臨床專家小組、建立一套有證據基礎與標準化的疼痛管理績效測量指標、並對候選的指標進行實地測試。該臨床專家小組的職責，是建構 PM 效果測量的架構，且就現有證據進行審查評估，之後進行指標篩選程序，最後決定一套可用於持續性照顧流程的標準化測量指標。

該計畫未來的發展方向有三，一是決定是否要發展適用全部的疼痛管理的指標集，或僅是適用特定病況；第二是調整測量項目以達到測量的完整性；第三是整併到目前使用中的核心測量指標系統中。

Patient Safety Event Taxonomy (PSET) 病人安全事件分類法

美國醫療機構聯合評鑑委員會 (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 以下簡稱 JCAHO) 有關病人安全事務的說明，由兼具法律(JD 與公共衛生(MPH)訓練背景的「病人安全研究中心(Center for Patient Safety Research, Division of Research)」主任 Mr. Andrew Chang 及其研究同仁介紹目前 JCAHO 有關病人安全研究與實務上的發展。

「病人安全」相關名詞紛紜，包含的定義更是多重，常見者包括不良事件、非預期的後果、未計畫的臨床結果、治療造成的傷害、治療意外、因醫師的診斷或態度引起的糾紛/損害、治療併發症、醫療的不幸事故、意外的發生、難對付的事件、錯誤判斷、哨兵事件、失敗、錯誤、失誤、疏失等；對不同知識背景讀者往往造成解讀上的困難，更對系統性分析該項議題形成極大挑戰。因此 JCAHO 決定將「病人安全事件分類法」的開發列為提升醫療機構病人安全的基礎要務。

「病人安全分類法」，自字面上分開解釋，病人安全是免除因為健康照護過程所產生的傷害或疾病；而分類法是分類的科學、法則或原理。目前病人安全分類法主要面對了三個挑戰：首先對於所謂「健康照護錯誤(errors in health care)」沒有普遍被接受的定義，在「孰能無過(To Err Is Human)」一書中提到，由於健康照護錯誤缺乏標準化的定義與分類，整理與詮釋「健康照護錯誤」之相關文獻成為極其複雜的工作 (Institute of Medicine, 1999)。其次是目前對醫療錯誤分類並無普遍一致的看法，並缺乏對(醫療)錯誤的共通語彙，使得針對 IOM 報告中陳列出眾多議題的回應發展更顯複雜 (QuIC, 2000)。最後，現行沒有任何

一個病人安全分類系統能完全呼應 IOM 報告中所提出的建議。為了利於研究與觀察醫療錯誤，實有必要將錯誤依其發生機制與過程分類，但若只想依賴一套簡單的規則將醫療錯誤予以分類是不可能的 (QuIC, 2000)。

一般來說在進行病人安全分類規劃時，必須考量到其分類方法必須符合科學，對於所描述的語言應以大眾能瞭解的方式加以敘述，分類的範圍應廣泛地容納所有項目，而且需要把目前現有的分類計畫綜合整理一併納入，對於細節應清楚表達與充分實踐，提供多樣化的運用，最後對於這個分類系統應該賦予修改的彈性空間，並給予穩定的支持。

以現行 JCAHO 分類法來說，在其建立時遇到的障礙為缺乏清楚與易於翻譯的專有名詞與系統分類的標準，因此應就建立標準化病人安全名詞定義，以及一致的架構、組成內容和分類規則為首要工作。而其分類的範圍，應該透過廣泛地分類工具，並且適用於所有健康照護設施的類型，包含所有病人受到的醫療傷害，如哨兵事件或嚴重事件、不良事件、沒有傷害的事件、未發生或倖免於難的事件。因此病人安全事件分類架構，在觀念上應該合併現行的分類方式，並以當前瞭解的不良事件與病人傷害為分類基礎，進而綜合整理所有結構、過程與人為所導致失誤的機制、過程與成效。

附表一

美國醫療機構聯合評鑑委員會 (JCAHO) 目前所規劃的「病人安全事件分類法」，共分為四個層級，其分類架構如附圖 1。第一層級(primary classification)有五項，又稱為五個主要關鍵點(root nodes)，分別為影響 (Impact)、類型 (Type)、領域 (Domain)、原因 (Cause)、預防與調解 (Prevention & Mitigation)。第二層級(secondary classification)則包含了 21 個次要分類，最後，第三與第四層級總共產生了 200 多個編碼項目；在個別的編碼項目中不限制文字說明格式。這樣的分類期望與目前制式的分類系統結合，例如 Snomed、ICD-9(10)-CM codes 及 HL-7，與病人安全分類互相搭配，使整個分類系統更完善且使用性更大。詳細分類如。以下依主要關鍵分類所屬各層級之內容簡要說明。

在衝擊影響 (Impact) 的分類下，次分類為醫療與非醫療：醫療的部分區分為心理面與生理面，再依照其傷害持續度 (永久或暫時) 及傷害程度 (無法偵測、輕、中、重) 及死亡分出九個細分類。非醫療的部分區分為法律面、社會面與經濟面，目前尚無第三及第四層級的分類。

在類型 (Type) 的分類下，次分類有三項：第一項為溝通，再依照資訊傳達與就醫過程的不確定性有五個細分類。第二項為病人管理，再依病人照護的授權、追蹤、諮詢與資源使用細分四個細分類。第三項為臨床成效，依照介入前、介入時與介入後再細分為四至六個子項目。

在領域 (Domain) 的分類下，次分類包括設施、人員、病人與目標四項。在設施面有醫院、診所、門診、護理之家、居家照護、安寧療護、復健與精神治療；在人員面有醫師、護士與藥師等；在病人面則包括年齡、性別、診斷、合併症、病程、社經狀態、教育程度等；在目標面有治療、診斷、復健、預防、緩和療護、整形、研究等。

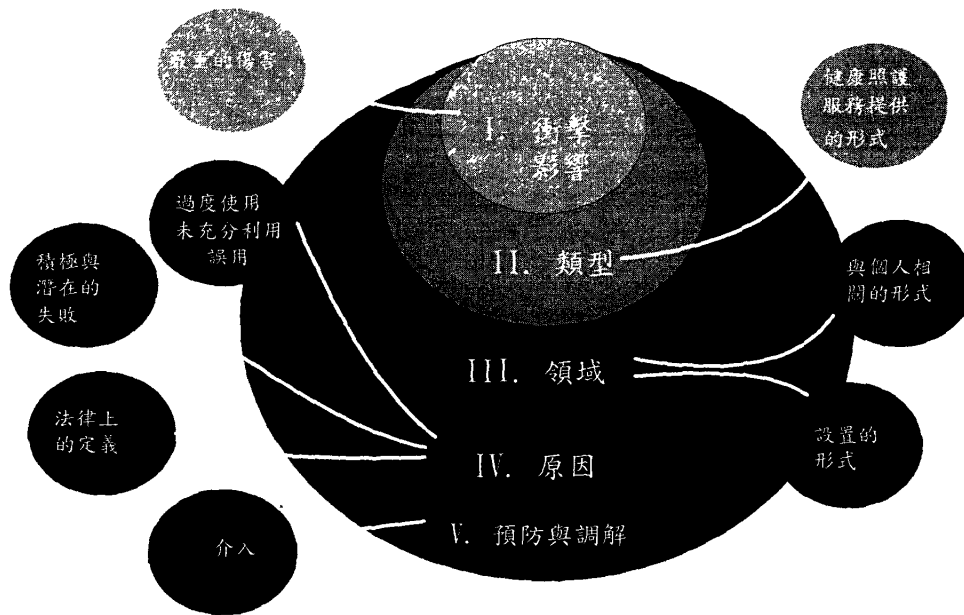
在原因 (Cause) 的分類下，次分類包括潛在的失敗(latent failure)與初顯的失敗(active failure)。在潛在的失敗中，主要討論結構與過程面的情形，其下又分為組織與科技兩部分，分別探討組織經營與體制的問題，以及科技的技能與外在情形。在初顯的失敗中，主要是探討人為的因素，又分為實際失敗、接近失敗與未失敗，依據病人、診所以及外在環境因素再細分類。在結構與過程面與人為因素中，亦探討粗心、輕率與蓄意違反規章的情形。

為了讓病人安全事件分類更有效度，目前已有多个組織協助進行使用測試，包括 World Health Organization (WHO)、National Quality Forum (NQF)、Intensive Care Unit Safety Reporting System (ICUsrs)與 Hospitals with active reporting systems (JCAHO accredited US hospitals; Czech Republic; Spain)、The Commonwealth Fund-RCA study、The Kevric Company 等，期望建立合理之信度與效度，讓病人安全事件分類可信度更高。主要測試主題有三：第一為估計病

人安全事件分類（PSET）的可行性，以減輕目前在不同報告系統中，病人安全資料蒐集的困難。第二為獲取全部範圍的病人安全事件，包含哨兵事件、不良事件與未傷害事件等。第三為正確性與完整性，與現行違反分類的系統或分類報告相比較，以確認這些系統報告與病人安全事件分類之間的差距，並且建立一般的編碼/分類事件的規則，以及定義標準化的資料範圍。

病人安全事件分類法的終期目標有二：一為組織現行各系統制度的資料，以減輕目前病人安全資料蒐集的困難，並且透過資料的整理對於錯誤與失敗系統有進一步的瞭解，使的病人安全的新知識能更容易分享與散播。另一個目標為對於病人安全能更有保障，以減輕病人可能承受的風險與降低病人受傷害的程度。

附圖 1. 病人安全事件分類法分類架構



附表一

| Joint Commission Patient Safety Event Taxonomy | | | |
|--|--------------------------|-------------------------|--------------------------------------|
| Primary Classification | Secondary Classification | Tertiary Classification | Quaternary Classification |
| Impact | Medical | Psychological | No Harm |
| | | | No Detectable Harm |
| | | | Mild-Temporary Harm |
| | | | Mild-Permanent Harm |
| | | | Moderate-Temporary Harm |
| | | | Moderate-Permanent Harm |
| | | | Severe-Temporary Harm |
| | | Severe-Permanent Harm | |
| | | Physical | Profound Mental Harm |
| | | | No Harm |
| | | | No Detectable Harm |
| | | | Minimal-Temporary Harm |
| | | | Minimal-Permanent Harm |
| | | | Moderate-Temporary Harm |
| Moderate-Permanent Harm | | | |
| Severe-Temporary Harm | | | |
| Severe-Permanent Harm | | | |
| Profound Mental Harm | | | |
| Non-Medical | Legal | | |
| | Social | | |
| | Economic | | |
| Type | Communication | | Inaccurate/Incomplete Information |
| | | | Questionable Advice/Interpretation |
| | | | Questionable Consent Process |
| | | | Questionable Disclosure Process |
| | | | Questionable Documentation |
| | Patient Management | | Questionable Delegation |
| | | | Questionable Tracking/Follow-up |
| | | | Questionable Referral/Consultation |
| | Clinical Performance | Pre-Intervention | Questionable Use of Resources |
| | | | Correct Dx Questionable Intervention |
| | | | Inaccurate Diagnosis |
| | | Intervention | Incomplete Diagnosis |
| | | | Questionable Diagnosis |
| | | | Correct Dx Questionable Intervention |
| Post-Intervention | | Inaccurate Diagnosis | |
| | | Incomplete Diagnosis | |
| | | Questionable Diagnosis | |

| Joint Commission Patient Safety Event Taxonomy | | | |
|--|--------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Primary Classification | Secondary Classification | Tertiary Classification | Quaternary Classification |
| Domain | Setting | Hospital | Emergency Room |
| | | | Ambulatory Care |
| | | | Subacute Care |
| | | | Operating Room |
| | | | Skilled Nursing Facility |
| | | | Diagnostic Procedures |
| | | | Clinical Laboratory |
| | | | Rehabilitation |
| | | | Mental Health |
| | | | Hospice |
| | | | Pharmacy |
| | | | Catherization Laboratory |
| | | | Inervention Radiology |
| | | | Practitioner Office |
| | Ambulatory Care Clinic | | |
| | Nursing Home | | |
| | Hospice | | |
| | Rehabilitation | | |
| | Mental Health Facility | | |
| | Staff | Physician | Intern |
| | | | Resident |
| | | | Physician |
| | | Dentist | |
| | | Psychologist | |
| | | Chiropractor | |
| | | Podiatrist | |
| | | Physician Assistant | |
| | | Health Profession Student | |
| | | Nurse | Aid |
| | | | LPN |
| | | | RN |
| | | | Practitioner |
| | | Therapist | Physical |
| | | | Occupational |
| | | | Speech |
| | | Pharmacist | |
| | | Pharmacy Technician | |
| | | Radiation Technician | |
| | | Optometrist | |
| | | Other Caregiver | |
| | | Patient | Patient Age |
| | | | Patient Gender |
| | | | Patient Diagnosis |
| | | | Patient Coexisting Conditions |
| | | | Patient Duration of Disease |
| | | | Patient SES |
| | | | Patient Educational Level |
| | | Other Patient Characteristics | |
| | Target | Therapeutic | |
| | | Diagnostic | |
| | | Rehabilitative | |
| | | Preventive | |
| | | Palliative | |
| | | Research | |
| | | Cosmetic | |
| | | Other Targets | |

| Joint Commission Patient Safety Event Taxonomy | | | | |
|--|--------------------------|--|---------------------------|-----------------|
| Primary Classification | Secondary Classification | Tertiary Classification | Quaternary Classification | |
| Cause | Structure Process | Organizational | External Management | |
| | | | Organization Culture | |
| | | | Protocols/Processes | |
| | | | Transfer of Knowledge | |
| | | Technical | Facilities | |
| | | Environment | | |
| | Human | Error (Actual or Near Misses) | Patient | Patient Factors |
| | | | Practitioner | Skill-Based |
| | | | | Rule-Based |
| | | | | Knowledge-Based |
| | Unclassified | | | |
| Other | | External | | |
| | | Negligence | | |
| | | Recklessness | | |
| Prevention and Mitigation | Universal | Improve the accuracy of patient identification | | |
| | | Improve the effectiveness of communication among caregivers | | |
| | | Improve the effectiveness of clinical alarm systems | | |
| | | Reduce the risk of health care-acquired infections | | |
| | Selective | Eliminate wrong-site, wrong-patient, wrong-procedure surgery | | |
| | Indicated | Improve the safety of using high-alert medications | | |
| | | Improve the safety of using infusion pumps | | |

3. 蘭德 (research and development, RAND)

美國 RAND 位於 Santa Monica 城市，本次參訪主要瞭解該單位核心測量指標發展，Delphi Method 的進行與經驗，以及病人安全事件相關研究現況。

(一) RAND Health 介紹

RAND 最初為取自 Research and Development 的縮寫，RAND Health 創立於 1960 年，初期致力於私人保險制度的再造與病人照護的增進，迄今已有 50 年歷史，在擁有 170 餘位在國際政策、國際公共安全、大眾教育、兒童政策與科技方面的著名專家，共同努力於健康、健康行為、及組織與照護費用對整體費用、品質之影響的相關研究與分析，以期能有效地改善醫療的政策或決策。

雖然目前 RAND 所進行的許多研究計畫都與政策性的事務有關，但其仍不斷擴展以科學實證為依據的服務提供、系統執行與組織效能之改善，提供 RAND Health 研究與技術協助的贊助者包含政府機關、基金會與私人組織。

照護品質為 RAND Health 的眾多研究領域之一，其共包含了四個層面：1、品質監測：用以改善評值品質的科學方法，例如其“developed and tested the QA Tools”為 RAND Health 中一個以臨床為基礎，全面評估小兒與成人照護品質的系統；2、品質評估：利用不同的環境、族群與情境，測試各種不同的方法；3、品質改善：設計並測試各種以照護提供者為中心、以病人為中心、或以系統為中心的介入措施以改善品質，例如於國軍醫學治療中心建立一系統性作業指引以改善病人的照顧；與 4、決策支援：提供各種與品質相關的訊息以協助病人、醫療照護提供者與其它消費者做出決策，例如 CAHPS (the Consumer Assessment of Health Plans Study) 即為 RAND Health 提供給消費者選擇不同健康照護計畫時的協助。目前 RAND Health 於照護品質部份正進行的研究方向有：Quality of U.S. Health Care、Quality of Care for Specific Conditions、與 Quality of Elder Care。

此外，末期病人照護亦為 RAND Health 的另一研究領域之一，目前此部份是與 Washington Home Center for Palliative Care Studies 合作，其正進行的研究方向有：1、由 Medicare claims data 中分析肺癌或大腸直腸癌的病人，在生命最後一年中，依年齡與性別之不同所使用的醫療照護服務差異；2、在瀕死病人的治療上，分析不當藥物處方開立的狀況；3、建立 Center for Patient Safety at the End of Life 以改善提供照護時的服務。

此次參訪 RAND Health 的另一重要目的為更深入瞭解本研究團隊於建立「臺灣癌症核心測量指標」時所運用之 modified Delphi method 詳細方法演進基礎，並與 RAND Health 研究人員探討此方法之信效度。以下為針對 Delphi method 演進及迄今之應用之說明。

(二) Delphi Method 介紹

Delphi Method 是 1948 年由美國加州蘭德(Rand)公司研究發展出來，用以預估未來或彙集意見的研究方法。起初，此研究計畫是由兩位數學家 Norman Dalkey 及 Olaf Helmer 主持，Delphi Method 採用不具名問卷，所以能具備問卷法的優點，例如 1.不具名的意見調查，受訪者可避免受其他人的影響；2.每位受訪者均有充裕時間來思考填答問卷。同時，由於應用「操控的回饋」，受調查者在得知受調查團體的意見分布情形後，再和自己的看法做比對，然後才表示評判意見，此具有會議時意見相互溝通、交流並達到集思廣益之優點。此外，Delphi Method 採用多回合問卷調查，多次詢問專家意見，可避免意見只調查一次沒有機會再修正意見的缺點。

Delphi Method 藉由問卷方式收集彙整各方的意見，採用書面溝通，發現存在的問題、可行的方案、或產生共識，以作為規劃未來的參考。其特色有：

- 1.匿名性：經由不具名的問卷方式來獲得專家意見，可使個人自由的表達意見，而不會受到團體壓力或為主流意見所支配。

2. 意見反芻且有控制的回饋：回收問卷後將團體意見的統計資料呈現在下一回合的問卷中並持續的進行數個回合可使專家參考這些回饋資料後重新考慮他人的意見最後取得一致的意見。
3. 團體意見統計：問卷回收後均作團體意見的統計可作為專家們意見集中程度的指標。

目前文獻上對 Delphi Method 不同層次之應用以下列實例說明：

(三) The Appropriateness Method 介紹

由於 20 多年前美國即已觀察到，各地區所採用的醫療處置會因地區不同而有明顯的差異，於是在 RAND 與 UCLA 的研究人員希望以 Delphi Method 發展 The Appropriateness Method，以能夠比較不同地區所使用的醫療措施之適切(當)性。The Appropriateness Method 為一解決問題的實用方法，用以評估病人所接受的醫療處置的適當性，此處適當性(Appropriateness)的定義為：有足夠的證據支持某一醫療處置所帶來的健康效益是超過其所產生的健康損害，因此建議可執行此醫療處置。The Appropriateness Method 的中心重要概念包含：對於任何醫療處置的適應症而言，單獨藉由醫療文獻的支持並無法判斷其適切性，而必須藉由臨床的判斷以填補其不足處，並且強調此方法的結論敘述是需使用有決定性而非含糊性的詞句，且需詳細描述其各種的適應症；結論需是全面且完整的，並能應用至許多的臨床情境中；就資源而言，此方法的應用需是可實行的。

RAND-UCLA appropriateness method 綜合上述的重要概念，結合系統性的科學文獻查證與專家意見，再加入受規劃的團體過程方法，如 Delphi 或名義團體(nominal group)的技巧，而產生有關適切性的特定標準，此可應用在基礎的檢閱標準或臨床指引上。其進行方式為：由相關醫療專業團體所推薦之專家名單中，選出 7-11 專家為代表。專家代表在進行團體會議前需對所設定的臨床情境給予其適切性的評分(1-9 分)，9 分代表具有最高的適切性，1 分則代表具有最低的適

切性。結果依據下列原則分析：

1. 若有三位以上之專家分別評分在最高分（7-9分）與最低分（1-3分）部份，則該項目視為專家【不同意】（Disagreement）項目。
2. 若所有專家評分之中數分數為 7-9 分，且沒有任何【不同意】，則該項目視為專家評定為【適當】（Appropriate）項目。
3. 若所有專家評分之中數分數為 1-3 分，且沒有任何【不同意】，則該項目視為專家評定為【不適當】（Inappropriate）項目。
4. 若所有專家評分之中數分數為 4-6 分，且沒有任何【不同意】，則該項目視為專家評定為【不確定】（Uncertain）項目。

之後在團體會議中會利用 Delphi 的方法，將各委員的總評分結果與自己的評分結果回覆給各參與者，會議調解委員再依各定義與情境輪流進行討論，會中可修改定義與各相關適應症以更符合臨床判斷的標準，對情境的討論則集中在會前評分中差異性大的項目，最後參與者再根據討論的結果進行第二回合適切性的評分。

1998 年 *New England Journal of Medicine* 發表了使用三組具相似背景的專家代表，針對冠狀動脈繞道手術(coronary revascularization)與子宮全切除術的使用適切性評估比較。以 kappa 或 three-way kappa 來分析其間資料再現性的一致性，並檢驗同一組參與人員之再測信度上的相關係數。此研究除呈現依據 appropriateness method，以 Delphi 方式進行，三組專家代表對冠狀動脈繞道手術與子宮全切除術的使用時機可達成高度共識外，此研究於方法學上克服了 The Appropriateness Method 在過程上其信效度常被質疑處，例如參與者的組成是否具有代表性、評定結果亦受專家組成之影響等批判。

The Appropriateness Method 雖然有助於在某些不明情境下的決策的過程，但另有批判為此方法根基於專家判斷，可能造成對各情境結果的判斷缺乏特異性，導致對各情境分類不當的可能性等，針對這些質疑，2004 年 *New England*

Journal of Medicine 發表了另一篇延伸上述研究方法之研究報告。此研究中，除採用專家評審外，亦由大量的臨床醫師依據其臨床經驗判斷不同情境下，冠狀動脈繞道手術與子宮全切除術使用的合適性。研究結果顯示專家依 The Appropriateness Method 所得結論與臨床醫師依據其臨床經驗所做判斷，具有高度相關性。

此外，當委員會是召集國內各地或國際間的專家所組成時，要進行面對面的討論會議是非常困難的，因此 2003 年 *Medical Care* 發表一項研究探討以信件方式取代的面對面會議的可行性，其進行的方式是針對冠狀動脈繞道手術與子宮切除術成立四組的適切性專家委員會，其中三組沿用傳統的面對面會議進行方式，而另一組則是完全以信件的方式取代面對面的會議，結果顯示以信件或傳統面對面的討論方式，依 kappa 統計分析具有一致性，因此在某些情況下是可以以信件的方式代替面對面的會議進行。

雖說 The Appropriateness Method 及 Delphi method 經由許多的研究證實其方法的效益，然迄今為止，文獻上或此次參訪討論過程中，仍未對研究者於此方法學上基本問題提供滿意解釋。此問題是回歸 The Appropriateness Method 最基本原則上：為何設定：若所有專家評分之中數分數為 7-9 分，且沒有任何【不同意】，則該項目視為專家評定為【適當】（Appropriate）項目？選擇 7-9 分之理由為何？此方法基本上是為建立專家之間的共識，亦可視為專家間的一致性（Inter-rater reliability），則如何矯正專家間因機會而產生之一致性？The Appropriateness Method 及 Delphi method，若要建立更科學化之基礎，則需針對上述問題克服。

（四）RAND 智庫有關核心測量的討論

在 RAND—Health 與 Dr. Steven Asch, Dr. Lee Hilborne, Dr. Jason Wang 等 7-8 位專家進行一整天的討論與意見交流，內容包含從最開始的 Appropriateness 所

使用的 9 等 scale，為何以 7 作為切割點？修正型德菲法的進行與經驗，以及從 RAND 的品質指標發展經驗，對於核心測量的看法為何？在討論的過程中，我們提到了能否以 Kappa method 作為多位專家共識決的替代方法？所得到的回應為：將結果粗略分為三群，分數為 7 以上代表適當，4—6 代表差不多，1—3 則代表不適當，似乎未有特別的理由。而修正德菲法則是源自幾位專家預測飛彈準確度的共識與事實頗接近而形成，因此原先的德菲法便得以修正與再修正，在專家的選擇上，最好能有一定的標準與原則，而針對不一致意見進行討論時，至少需 8 小時到兩天的時間才能充分交換意見。如果某些指標已經具有實證醫學的支持，可以不需要再透過德菲法建立共識。核心測量會不會造成食譜式醫療，不一定能贏得醫師的認同與配合，這樣的領先指標未必能達到預期的效果來改變醫師行為；而 RAND 的做法則是提出比較廣泛的測量，甚至讓醫師有選擇的可能，這樣似乎比較可能說服醫師來改變。這些方法都有優缺點。

對於本研究計畫而言，必須注意的是若仍然用核心測量的名稱，會不會造成醫院將此與評鑑做聯想與連結，而導致不呈報真實的資料。若有這種的可能，則研究計畫的美意尚未收到效果前便打了大折扣，所以是必須注意的地方。因此，考慮更換名稱或是使用較不敏感的表達方式，以免造成醫院的抗拒心態。對於是否使用德菲法來進行共識，雖然某些指標具有科學的嚴謹性，然而加上重要性、適當性、可行性等的考量後，專家的意見仍有其參考性，只是我們可以從中學習到更嚴謹選擇專家群的標準，以及更詳實的進行深入討論等經驗，這對於本研究在延續乳癌、子宮頸癌、與肺癌，以及未來發展結腸直腸癌、口腔癌與肝癌的核心測量上，可以學到不少經驗，特別是核心測量指標集發展後，還有後續的事情，包含每一個子指標需要建立「測量資訊格式」(Measure Information Form)，透過各種可能的資料來源去進行實證資料的收集、計算與應用。

4. 希望之城國家醫學中心 (City of Hope National Medical Center and Beckman Research Institute)

希望之城國家醫學中心位於 Duarte 城市，為一癌症中心，本次參訪主要瞭解該單位如何提供癌症照護服務、對於病人安全之措施、醫療資訊之安全性與機密性規範、及與美國醫療機構聯合評鑑委員會之關係等。

(一) 希望之城國家醫學中心 (City of Hope National Medical Center)

位於美國加州洛杉磯東北部的 City of Hope 國家醫學中心，創立於 1913 年，原本為一肺結核治療中心的它於 1946 年改變為國家醫學中心，開始致力於癌症與其他威脅生命疾病的治療與研究上，1976 年開始進行骨髓移植計畫，1983 年成立 Beckman 研究機構與 Sadie and Norman Lee British 小兒研究中心。

目前已擁有超過 112 畝的綠地、165 個病床，其中骨髓移植佔 39 床，為 National Comprehensive Cancer Network 中的一員，1998 年被美國 National Cancer Institute (NCI) 評比為全面性的癌症中心，此外在最大且最具公信力的加州病人效率評比(Patients Evaluation of Performance in California; PEP-C II)之調查中，也受到病人評定為內外科綜合服務中的最高排名，而美國 News & World Report 亦認定 City of Hope 為美國最好的醫院之一。同情、憐憫為機構創始的原動力，有超過 300 位來自世界各地的專業醫師、研究人員、科學家、健康照護專家與 2500 位以上的工作人員參與其中，共同尋找癌症與其他威脅生命疾病如 DM、HIV/AIDS、Parkinsonism 等的發生原因及其治療的方法。它除了不斷地提供給正面臨著生命威脅疾病的病人們最新式、先進的照顧協助外，並引導著許多具領導性研究的進行。此外在經費上，City of Hope 有五分之一之預算是來自於私人的慈善資助，而 84%的經費是用於研究、治療、大眾資訊與教育計畫。

City of Hope 之使命

受到以病人為中心的慈愛哲學觀所引導，結合了創新的生物醫學研究、治

療與教育，致力於癌症與其他威脅生命疾病之預防及治療。

City of Hope 之信念

治癒除來自使用新的治療與藥物之身體方面照顧外，病人所接受到的心理、靈性、社會方面照護與憐憫也是同樣的重要。

City of Hope 之價值觀

本著誠信原則服務他人、提供病人與工作人員一安全的環境與最大的健康及利益、尊重病人與工作人員的尊嚴、最終達到卓越的境界。

此次參訪重點在瞭解美國著名癌症中心如何進行品質監測及提昇措施，以確保及促進癌症病人照顧品質。由參訪介紹中瞭解目前 City of Hope 為提昇照顧品質，改善照顧成果之努力包含以下各方面：

- ☛ 強調領導者的功能：經由主治醫師互推選出委員會主席，以強化委員會之角色及運作之流暢性；另與全院管理高層領導人之重視品質提昇，亦促進全院品質管理之進行。
- ☛ 針對醫療提供者、工作人員與領導人員設立目標。
- ☛ 人力資源的管理：為使所有工作人員均為高素質優秀人員，於員工就業前即執行嚴格之篩檢政策，並於就業後持續進行教育訓練。
- ☛ 重心置於病人、特殊領域與單位間的功能上。
- ☛ 對事件報告與病人參與的規劃：其中所指的事件報告，如病人跌倒或受傷、給藥異常事件、設備或醫療裝置失效、溝通或行為不當、外科程序或臨床上的延誤、病人管理等問題。
- ☛ 對結果的嚴重性表示方式：嚴重度 1 代表無影響；嚴重度 2 代表有輕微的影響；嚴重度 3 代表有重大的影響；嚴重度 4 代表有永久的損傷或死亡。

- ☛ 對各種嚴重度事件之回報時間的要求：屬於嚴重度 1 與 2 的異常事件需儘快於 72 小時內回報，而屬於嚴重度 3 與 4 的異常事件則需於 24 小時內回報。
- ☛ 對資訊的管理：所搜集之資訊，包含監測、稽核等訊息，均立即適時回饋予醫療人員。而醫療人員對所接獲之品管相關訊息，可再檢視及申覆說明。
- ☛ 另一重要措施為設立病人及工作人員間，對照顧工作品質表現優異人員之褒揚與獎勵系統，藉由使醫療人員感興趣之獎勵激因（如優先停車位取得），以正向激勵醫療人員提昇品質。
- ☛ 藉由以上措施，目標為使 City of Hope 成為傑出的醫療中心-有最佳的臨床環境：包含病人安全與病人滿意度、臨床成效、執行效能與財政的效益。

因 City of Hope 為全美少數為 National Cancer Institute 認定之癌症中心，於參訪過程中，亦安排、介紹美國癌症中心之分類及其功能，簡述如下：

(二) 「國家癌症研究院」癌症中心計畫介紹 (The National Cancer Institute Cancer Centers Program)

由超過 50 家 NCI 指定的癌症中心所組成的 National Cancer Institute Cancer Centers Program，致力於多科整合性研究(multidisciplinary research)，以降低癌症的發生率、罹病率與死亡率為目標，此計畫支援下列三類的癌症中心：

1. Comprehensive Cancer Centers

為引導癌症全面性；包含基礎、臨床、與預防、治療性研究計畫的進行，此外也肩負社區計畫與大眾教育的功能，雖然在 1990 年僅有 19 家的 Comprehensive Cancer Centers 通過評定，但至今已有超過 40 家的癌症中心符合 NCI 評定 Comprehensive Cancer Centers 的嚴格同儕審核標準。

依照 1997 年 NCI 制定的 Comprehensive Cancer Centers 評核指引，其必需完成 1 基礎、2 臨床、與 3 癌症預防、控制及以人口為基礎的三大領域之研究，並能進行連結此三大領域的研究計畫。此外，Comprehensive Cancer Centers 也須能引領健康照護專業人員與大眾做進一步的活動、教育及訊息的提供。

2. Clinical Cancer Centers

主要是在相同的架構下，將實驗室研究結果引用到臨床的研究計畫中，故其著重於臨床研究計畫的進行，此不同於一般許多其它臨床癌症中心的特色是它能將研究與臨床的活動做緊密的結合。

3. Cancer Centers (又稱基礎科學癌症中心)

主要僅著重於基礎、流行病學、或癌症控制方面的研究，但缺乏癌症臨床方面的研究計畫。

所有經 NCI 評定通過的癌症中心，必須每 3 到 5 年重新再接受一次資格的評定審核。依據不同的性質，Clinical Cancer Centers 與 Comprehensive Cancer Centers 皆可進行臨床人體試驗，至於許多 NCI 所評定的 Cancer Centers 則致力於基礎研究的工作而並不直接提供病人的照顧工作。

不同之「癌症中心」層級除所提供之服務及研究範圍不同外，更重要者，NCI 對不同層級「癌症中心」所提供之經濟支援亦有不同。Comprehensive Cancer Centers 除營運經費極大比例仰賴 NCI 外，研究工具（如動物實驗所需之老鼠）與儀器設備，更可以極低價格由 NCI 購得。因此各 Comprehensive Cancer Center 非常在意維持高品質之醫療服務及研究，以滿足 NCI 評鑑之標準，以維持 Comprehensive Cancer Centers 之等級。

由於美國自從 1996 年來即通過許多項強調保護民眾個人隱私之相關法案及因應要求，我國雖未臻相同嚴格要求境界，然此為未來必然發展方向，且預期對醫療照護研究及相關訊息資料庫之運作造成重大影響，因此於參訪 City of

Hope 過程中亦安排介紹相關法案內容、該法案對醫療機構之影響、及 City of Hope 如何因應。

(三) 美國健康保險便利及責任法案(Health Insurance Portability and

Accountability Act ; HIPAA) 中的隱私保護法規(the Privacy Rule) 之介紹

為規範醫療資訊之安全性與機密性並符合個人隱私需求，美國聯邦政府於 1996 年通過 HIPAA 法案(Health Insurance Portability and Accountability Act)，美國健康與人類服務部(Department of Health and Human Services ; DHHS)並於 2002 年 8 月 14 日公佈隱私保護法規(the Privacy Rule)最終的修訂版。隱私保護法規為 HIPAA 法案中的一部分，為避免醫療記錄電腦化與標準化後對病人的隱私產生的潛在性威脅，此國家層級的隱私保護法規明定了全美 50 州的健康資訊系統保護安全機制。雖然根絕詐欺與提昇醫療保健組織的效率是 HIPAA 法案承諾將帶給醫療保健業的兩大益處，但其中的隱私保護法規卻相對的會影響到其它相關醫療人員的日常作業，例如研究人員在進行研究時對病人醫療訊息之取得。

目前大多數的醫療機構除少數的健康照護計畫可延至 2004 年 4 月 14 日完成，其餘都被要求在 2003 年 4 月 14 日前，要開始完全遵循隱私保護法規中的規定，否則違反者將受到嚴重的處罰。

在隱私保護法規中明訂出需受規範的範圍有：

1、限定受保護的可辨明病人身分之健康醫療資訊(Protected Health Information ; PHI)

此處的可辨明病人身分之健康醫療訊(PHI)定義為所有口頭或記錄在任何文件中的資料，包含 1、來自健康照護提供者、照護計畫、大眾健康專家、醫療雇主、保險業者、學校或健康照護交換中心；2、與個人有關的過去、現在、及未來之身心理健康狀態與醫療支付。所謂可辨明病人身分之健康醫療資訊包含病人姓名、身份字號、駕照號碼、通訊住址與電話等可以藉此聯結，以確認出個

人的訊息。

2、受管轄中的組織與研究人員(Covered Entities and Researchers)

隱私保護法規對可使用可辨明病人身分的健康醫療資料(PHI)的管轄中的組織機構，也有所規範。其中受管轄的組織機構包含有：1、醫療保險業者；2、健康照護交換中心，如負責接收由醫療提供者傳來的原始資料，將其轉變為支付者所需的資料後，再傳出給支付者；以及3、健康照護提供者，如醫院或醫師為某些特定的業務而傳送醫療資料。隱私保護法規中准許受管轄中的組織機構，為了治療、給付與作業的需要，可直接使用或調閱可辨明病人身分的健康醫療資料(PHI)；其中的作業需要包含為了組織的品質保證或品質改善所做的成果評值與臨床指引之發展，但若是為研究目的而取用可辨明病人身分的健康醫療資料(PHI)時，則需有同意查閱病歷資料之病人同意書，或是經人體試驗委員會或隱私保護委員會核可通過的免除權。隱私保護法規將研究定義為“一有系統性的調查，此有助於一般知識的發展，其中包含研究的發展、測試與評值，但不包含品質保證或品質改善的研究”。至於取用非驗明病人身分的健康醫療資料上，則可完全不需有同意查閱病歷資料之病人同意書。

一般的研究人員除非在其研究過程中有同時提供給病人照護；如臨床試驗，才可歸類於健康照護提供者外，其餘都不歸屬於受管轄的組織中。因此若一研究計畫是同時需要收集病人病歷內相關資料時，依共同法規(Common Rule)要求，研究者需先取得病人同意參與研究的同意書，以及依隱私保護法規所要求的同意查閱病歷資料之病人同意書，之後才可開始查閱病人的病歷。

3、業務相關單位(Business Associates)

當受管轄組織或機構將病人的健康醫療資料(PHI)傳送給第三者時，以處理PHI，使其不再具有可辨明病人身分的健康醫療資料時，隱私保護法規稱此第三者為業務相關單位(Business Associates)。雖然法規准許此行為，但受管轄的組織或機構必需制定有“相關業務的協定書(Business Associate Agreements)”，以確保此業務相關單位會嚴格遵守隱私保護之必要要求。至於研究者本身並非為一業

務相關單位，故在取得可驗明病人身分的健康醫療資料(PHI)時，需要符合隱私保護法規中的規定而不需備有“相關業務的協定書”。

此外，由於有第三單位或業務相關單位之協助，研究者可以與受管轄中的組織或機構合作，在無病人同意書下，簽署資料使用同意書(Data Use Agreement)後，即正當取得去辨明病人身分的健康醫療資料，其中包含可使用去辨明病人身分的資料或某些專為研究等用途所用的受限之資料庫；此處所指的受限資料庫之病人資料僅保存了病人年齡、出生與死亡日期、郵遞區號前 5 碼、居住州、鄉、城鎮以及住院與出院日期。因此業務相關單位就成為了隱私保護法規頒布後的另一個重要一環。

由於 HIPAA 為保障病人之隱私權，因此限定了醫療機構、醫療工作人員與研究者取得與使用病人健康相關訊息之條件，尤其研究者若未直接參與病人臨床照顧，且未獲得病人同意，幾乎無法審閱任何病歷資料或醫療機構相關資料庫中的訊息，此將對研究的進行造成極大之影響。為因應 HIPAA 之要求，研究者可藉由 (1) 儘量使用去辨明病人身分的健康醫療資料，(2) 與醫療機構密切合作，以加速取得使用相關資料權利的速度，(3) 若一一取得病人同意為不可行，可尋求 IRB 免除獲取病人同意書等方法，以保障病人隱私權並維持研究之進行。

5. 加州大學洛杉磯分校附設醫院，強森癌症中心（University of California at Los Angeles, Jonsson Comprehensive Cancer Center）

強森癌症中心位於洛杉磯，本次參訪主要瞭解該單位的社區癌症中心發展及臨床研究品質管理等。

（一）機構簡介

該機構為美國國家癌症研究院(National Cancer Institute, 簡稱 NCI)認證全美 41 個整合癌症中心(Comprehensive Cancer Center)之一，該中心來自 40 個不同專業領域的 230 位醫師及研究人員，除了提供全方位的癌症臨床照護及多元的社會心理輔助功能外，也從事先進的癌症相關臨床研究、人體試驗計畫、實驗室技術開發，以及相關資訊的傳播與教育訓練。

（二）參訪內容

該機構社區癌症中心(Community Oncology Practice)主任 Ms. Tamara Sutton 基於其參與癌症中心服務開發與品質管理的豐富資歷，就品質如何融入機構不同階段與範疇的管理提供深切的見解。首先，機構在創設之初，以及持續回顧檢討時，必須能夠清楚回答「機構的定位何在(What do we want to be)」的問題。以此為出發點，建構其適當服務內容、最佳資源運用/組成模式、財務規劃、行政組織與管理方式，以及明確的權利與責任制度。在服務內容方面，除了國人所熟悉的臨床部門外，還包括了以病患為中心的多科整合門診與諮詢會議，讓病人在第一時間可聽取不同專業醫療人員對其診療的整合意見；提供病人充分的精神與社會功能的支援；專業社群與社區民眾的教育與溝通；資料收集與分析系統的建構等等。要達到提供良好品質的癌症照護，除了遵循臨床專業標準外，管理者尚須考量是否提供適當的輔佐設施，例如空間規劃是否協助服務人員有效率的完成其工作、滿足病患/家屬及工作人員對環境的需求、提供多科整合團對會議的空間（包括較大的診察室或諮詢室）等。

欲達成上述目標，組織必須依據其短期及長期目標，配合組織發展週期與市場需求，規劃執行策略，並在每一階段建立明確的考核方式或成效指標，必要時修正執行方式，甚至方向。組織建立並展示其服務品質成效至為重要，除了作為執行服務的成果評估回饋外，並可滿足不同類型評鑑或認證組織之需求，提高服務的能見度。成效評估的方式與指標的選擇不可不慎，除了必須滿足現行相關法規或評鑑/認證需求外，尚須考量資料收集與分析的效率，尤以醫師的接受度為關鍵點。

最後，Ms. Sutton 強調，機構必須誠實地面對理想成效與現行表現的落差，虛心檢討如何透過臨床服務與行政管理縮小落差的方法並確實執行，依憑適當的標準選取同儕進行標竿比較與學習，並以不間斷提升服務水準為目標，持續努力。

臨床研究法規部主任 Ms. Christine King 則由臨床研究管理切入服務品質成效評估的議題。UCLA 強森癌症醫學中心因應 NCI 不同時期的法規要求，分別建立了品質保證委員會(JCCC Internal Quality Assurance Program, 簡稱 QA)、同儕科學審查委員會(JCCC Internal Scientific Peer Review Committee, 簡稱 ISPRC)、及資料安全監督委員會(JCCC Internal Data Safety Monitoring Board, 簡稱 DSMB)

QA 委員會的成員包括醫師、護理、藥師、資料管理、法規、行政等癌症照護部門代表，該委員會選出每月臨床研究的監督個案，尤以無外部監控之研究計畫優先考量，交由各委員就其專長及業務範疇進行審查(audit)並提出報告，並於每月定期聚會中檢討，必要時並修正臨床審查規範與程序。

ISPRC 的成員包括癌症中心的生物統計專家、醫師、護士及藥師。該委員會每週聚會檢討所有新近及延續之臨床試驗計畫；包括研究設計、資料安全性、資源運用、人力配置、類似計畫發展等。ISPRC 保有通過或否決臨床試驗計畫的權力，研究計畫一旦遭 ISPRC 否決，則亦無法通過醫院內部審查(Internal Review Board)。

DSMB 的成員包括癌症中心的生物統計專家、醫師、護士及藥師。該委員會每週聚會檢討所有重大醫療不良事件並審核臨床試驗計畫定期繳交的進度報告。該委員會得就重大不良事件與計畫主持人訪談，必要時並得因安全考量，終止計畫進行。

Ms. Christine 除了擔任 QA 委員會的主席外，也擔任臨床研究法務部主任的職務，協助上述三個委員會進行必要之程序，如資料收集、開會行政事務支援、檔案製作保存、計畫審核成果追蹤等等。

除了瞭解社區癌症中心發展及臨床研究品質管理外，參訪人員亦參觀了 UCLA 引以為傲的放射腫瘤治療部門、婦女癌症中心的設施。此外，UCLA 強森癌症中心依據 Relvon 公司的捐款指定用途，成立了乳癌照護中心，提供全方位以病人為中心的臨床服務、教育諮詢及相關臨床研究；搭配 Ted Mann 捐款所成立病人資源中心，透過固定會訊(newsletter)、個別諮商、讀書會、群體討論等方式，提供病人多面向的心裡照護與支援。

四、心得與建議

JCAHO 發展核心測量指標集的目的是為了進行跨醫院效果測量，所以指標選取時必須具備跨機構共通性。JCAHO 選取指標時會考慮蒐集資料所需投入的心力，也就是蒐集指標資訊的可行性，才能提高醫院參與的意願。指標資訊的正確性對於結果的解釋與後續分析有很大的影響，醫院內有許多因素可能危害到資料的正確性。因此，有必要提供各醫院負責指標蒐集人員詳細的操作說明與足夠的教育訓練。

以 JCAHO 發展效果測量與醫院評鑑工作的經驗，如果指標系統未與評鑑結合，則醫院對指標資訊的收集往往流於形式，而不會將結果用來改善醫療品質。故在 ORYX 計畫中，很重要的一個改革，就是將提報的資訊提供給評鑑委員參考，讓評鑑委員在實地評鑑時，檢視醫院是否有善用指標資訊，配合適當的效果改善活動來改善醫院的醫療品質。

根據本次參訪的內容與心得，提出以下幾點建議：

- (一) 專家小組在選取指標時，應參考事先擬定的指標評選標準，除了考慮指標的臨床意義、有無證據支持(evidence-based)，也要考慮醫院間的可通性及資料蒐集的困難度，使入選的指標未來在使用者不會有很大的困難。
- (二) 詳細的指標操作說明與教育訓練是必要的。未來指標內容確定後，應該編寫詳細的操作說明供各醫院參考，並在正式提報指標資訊前，提供各醫院工作人員教育訓練的機會，避免因為對指標的誤解或不熟悉，而提報錯誤的指標資訊。
- (三) 未來可以在經費許可情形下，進行資料正確性的研究。由 JCAHO 的經驗，醫院內有許多系統性的因素會導致指標資訊的錯誤，未來可以仿效 JCAHO 的方式，由具有經驗的人員至各醫院抽樣病歷資料，重新摘錄(re-abstract)並與之前申報的結果做比對，以確認各醫院皆有正

確提報指標資訊的能力。

- (四) 未來審核癌症中心的資格時，或有「實地考評」的項目，應該將指標資訊應用在品質提升的方法與成效，當成重要的評核項目，鼓勵醫院多多利用指標資訊，提升癌症照護品質。
- (五) 從 JCAHO 發展核心測量集的經驗與發展脈絡可以發現，其過程是由醫院自行選擇的非核心測量、到特定疾病為主的核心測量、到部門別(如 ICU)核心測量、到特殊情境(如疼痛管理)等，這與本研究在癌症照護部分的運用可以有支持以及提醒的雙重啟發。發展的方向從急性照護轉向慢性病的照護的部分是支持本研究的目標。而 JCAHO 只針對疼痛控制而不是癌症，其背後至少有兩種意涵：一是癌症照護的部分因另有 ACS—CoC 在主導，所以 JCAHO 暫時不介入，另一部份則是意味著癌症照護相當複雜，包括有無篩檢計畫、診斷的過程、治療的選擇以及緩和與末期照護等，所以 JCAHO 先從疼痛控制切入較容易，這點對本研究的目標則不完全支持。
- (六) 美國癌症資料庫發展之網路標竿學習 (benchmark) 方式，可為國內癌症中心資料庫 (TCDB) 未來參考方向。美國國家癌症資料庫歷時已久，其花費一年半的時間規劃完成，國內癌症資料庫尚在起步階段，建議更須詳細規劃及參考美國國家癌症資料庫之經驗，才能得到良好的成效。

五、總結

經由本次參訪各單位的討論過程中，可以肯定本研究的進行方法沒有偏離發展主軸與正確性，當然，也應該學習靠可能具有的弱點與不足，在未來的計畫中加以補強與改正，讓本研究的進行得以更順利與得到有價值的成果。

六、附錄

台大公衛學院 「癌症中心品質提升評估整合型研究計畫」

國外訪察行程簡述

預定行程：4月3日至4月11日

參與人員：賴美淑教授 鄭鴻鈞主任 鍾國彪教授 唐秀治教授 王惠玄教授 孔憲蘭組長

| | 4/3 星期六 | 4/4 星期日 | 4/5 星期一 | 4/6 星期二 | 4/7 星期三 | 4/8 星期四 | 4/9 星期五 | 4/10 星期六 | 4/11 星期日 |
|----------|------------|-----------------|--------------------|--------------------|-------------------|--------------|---|-------------|-------------|
| 主要行程拜訪單位 | | | JCAHO 9:00~1:00 | ACS 10:00~12:00 | RAND 9:00~5:00 | City of Hope | UCLA- Jonsson Comprehensive Cancer Center | | |
| 地點 | | Chicago | Chicago | Chicago/LA | LA | LA | LA | LA | |
| 註 | 晚上台灣出發 | 上午抵達 Chicago | | 下午離開 Chicago | | | | 下午離開 LA | 晚上抵達 台灣 |

Illinois : - American College of Surgeons--Division of Research and Optimal Patient Care,
Commission on Cancer

- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)

California : - RAND (research and development)

- City of Hope National Medical Center and Beckman Research Institute

- UCLA- Jonsson Comprehensive Cancer Center (JCCC)

台大公衛學院 「癌症中心品質提升評估整合型研究計畫」

國外訪察行程

預定行程：4月3日至4月11日

參與人員：賴美淑教授 鄭鴻鈞主任 鍾國彪教授 唐秀治教授 王惠玄教授 孔憲蘭組長

| | 4月3日(星期六) | 備註 |
|-------|---|-----------------------------------|
| 行程簡述 | •晚上於機場集合出發 | 集合地點與集合時間:8:30PM 中正國際機場第一航站華航報到櫃檯 |
| 飛機及住宿 | <ul style="list-style-type: none"> • 臺北—LA 飛機：華航 CI 8 起飛時間：22:50~18:45 • LA—Chicago Ohare 飛機：聯合航空 UA124 起飛時間：22:25~05:12(4/4) | |

台大公衛學院 「癌症中心品質提升評估整合型研究計畫」

國外訪察行程

預定行程：4月3日至4月11日

參與人員：賴美淑教授 鄭鴻鈞主任 鍾國彪教授 唐秀治教授 王惠玄教授 孔憲蘭組長

| | 4月4日(星期日) | 備註 |
|-------|---|---|
| 行程簡述 | <ul style="list-style-type: none"> •當地時間上午 5:12 抵達 Chicago Ohare airport •於機場搭乘旅館 Shuttle 到旅館 check in 稍做休息 •到租車處領車 (一台 Minivan、一台 full size car) •中午之後賴美淑教授帶大家市區參觀 •晚上討論參訪之內容 | 中餐及晚餐：團體一起 旅館 Shuttle bus 位置：領完行李在 door 3 等，每 30 分鐘一班。 |
| 飛機及住宿 | <ul style="list-style-type: none"> •住宿：Holiday Inn CHICAGO-O'HARE/KENNEDY 8201 West Higgins Road O'Hare Airport/Kennedy Expwy. CHICAGO, IL 60631, USA Toll-Free: 8777848071 Tel: 1-773-6932323 Fax: 1-773-6933771 Email: gm.chioh@wm.holiday-inn.com Check-In Time: 3:00 PM Check-Out Time: 12:00 PM | |

台大公衛學院 「癌症中心品質提升評估整合型研究計畫」

國外訪察行程

預定行程：4月3日至4月11日

參與人員：賴美淑教授 鄭鴻鈞主任 鍾國彪教授 唐秀治教授 王惠玄教授 孔憲蘭組長

| | 4月5日(星期一) | 備註 |
|-------|--|----------------|
| 行程簡述 | <ul style="list-style-type: none"> •上午開車前往 JCAHO •當地時間上午 9:00~1:00 開會討論 •下午自由活動 | 早餐、中餐及晚餐：團體一起 |
| 參訪機關 | <p>Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) 地址：One Renaissance Boulevard, Oakbrook Terrace, Illinois 60181 開會時間：9:00~1:00 聯絡人：Sharon L. Sprenger, RHIA, CPHQ, MPA (Project Director, Division of Research, Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) ssprenger@jcaho.org Tel: 630-792-5968 Fax: 630-792-4968</p> | |
| 參訪內容 | <ul style="list-style-type: none"> •討論內容包含：簡介 ORYX、介紹核心測量 (core measures) 詳細資訊、討論病人安全 (patient safety) | •會議地點：room 229 |
| 飛機及住宿 | <ul style="list-style-type: none"> •住宿：Holiday Inn CHICAGO-O'HARE/KENNEDY 8201 West Higgins Road O'Hare Airport/Kennedy Expwy. CHICAGO, IL 60631, USA Toll-Free: 8777848071 Tel: 1-773-6932323 Fax: 1-773-6933771 Email: gm.chioh@wm.holiday-inn.com Check-In Time: 3:00 PM Check-Out Time: 12:00 PM | |

台大公衛學院 「癌症中心品質提升評估整合型研究計畫」

國外訪察行程

預定行程：4月3日至4月11日

參與人員：賴美淑教授 鄭鴻鈞主任 鍾國彪教授 唐秀治教授 王惠玄教授 孔憲蘭組長

| | 4月6日(星期二) | 備註 |
|-------|---|--|
| 行程簡述 | <ul style="list-style-type: none"> •上午開車前往 •當地時間上午 10:00~12:00 開會討論 •下午旅社 check out、開車前往機場、還車子、搭乘飛機前往 LA •於 LA 機場租車處領車 (一台 Minivan) •開車到旅社 check in (預計晚上十點多), 並打電話與游之毅博士聯繫。 游之毅博士(H) Tel: 310-5410694 Cell phone: 310-8976615 | <p>早餐：團體一起 中餐：在 ACS 享用 晚餐：團體一起</p> |
| 參訪機關 | <p>American College of Surgeons—Division of Research and Optimal Patient Care, Commission on Cancer 地址：633 North Saint Clair Street, Chicago, IL 60611 開會時間：10:00~12:00 聯絡人：Lisa D. Landvogt (Cancer Program Specialist, Division of Research and Optimal Patient Care, American College of Surgeons) Llandvogt@facs.org Tel: (312) 202-5314 Fax: (312) 202-5009</p> | |
| 參訪內容 | <ul style="list-style-type: none"> •討論內容包含： Cancer Program Standards Cancer Liaison Program National Cancer Database AJCC Staging •討論人員包含： Administrative Director, Connie Bura NCDB Senior Manager, Andrew Stewart Approvals and Standards Manager, Asa Carter and possibly a few more •詳細行程見下方。 | <ul style="list-style-type: none"> •會議地點：本部 25 樓西會議室(633 North Saint Clair Street, Chicago, IL 60611) (conference room West), 10 點鐘時可在 26 樓接待室等候(26th floor reception)。 |
| 飛機及住宿 | <ul style="list-style-type: none"> • Chicago Ohare—LA 飛機：聯合航空 UA125 起飛時間：17:05~19:19 •住宿：Plaza Hotel 1720 Cabrillo Ave Torrance, CA 90501-3643, US Tel: 310-3284671 | |

**Taiwan Visit 4/6/04
Schedule of Meetings**

At American College of Surgeons/Commission on Cancer

| |
|--|
| Meeting with American College of Surgeons/Commission on Cancer |
| Meeting to Discuss the Commission on Cancer Approvals Program and the National Cancer Data Base |
| Tuesday, April 6, 2004 |
| 10:00am to 12:00pm Noon |
| 26 Floor North Conference Room |
| American College of Surgeons Headquarters |
| 633 North Saint Clair Street |
| Chicago, IL |
| Welcome and Introductions: Connie Bura, Administrative Director, Cancer Programs, American College of Surgeons, and Yuping Chen, Taiwanese Delegation |
| Overview of the Commission on Cancer and the Approvals Program – Lisa Landvogt, Cancer Program Specialist, Approvals and Standards, Cancer Program, American College of Surgeons |
| The National Cancer Data Base - Andrew Stewart, Senior Manager, National Cancer Data Base, and Greer Gay, Manager, Research Unit, National Cancer Data Base |
| Question and Answer Session |
| Lunch served at noon |
| Adjourn |

台大公衛學院 「癌症中心品質提升評估整合型研究計畫」

國外訪察行程

預定行程：4月3日至4月11日

參與人員：賴美淑教授 鄭鴻鈞主任 鍾國彪教授 唐秀治教授 王惠玄教授 孔憲蘭組長

| 4月7日(星期三) | | |
|-----------|--|--|
| 行程簡述 | <ul style="list-style-type: none"> •上午 7:30 游之毅博士與大家集合開車前往 •整日行程，當地時間 9:00-5:00 開會討論 | 早餐：旅社附近 中餐：RNAD 安排 晚餐：團體一起 |
| 參訪機關 | RAND and Vetern Medical center 地址：1700 Main Street Santa Monica, California, 90407-2138 開會時間：9:00 開始 接待人員：Steve Asch 等 Joanna C. Yu, PhD (Director of Executive Education, International Public Policy and Management, School of Policy, Planning and Development, University of Southern California Von KleinSmid Center 253 Los Angeles, California 90089-0041) jcyu@usc.edu 網址： http://www.rand.org | |
| 參訪內容 | <ul style="list-style-type: none"> •小組會議：Steve 帶領 9-10 點的會議。 •接下來將安排與 RAND 其他人員討論之會議。 •Steve 將帶大家中餐，下午他將離開，於 4-5 時再回來。詳細行程見下方。 •RAND 位置： http://www.rand.org/about/locations/sm.directions.html | <ul style="list-style-type: none"> •會議地點：Conference Room called Exec 1。 |
| 飛機及住宿 | <ul style="list-style-type: none"> •住宿：Plaza Hotel 1720 Cabrillo Ave Torrance, CA 90501-3643, US Tel: 310-3284671 | |

Taiwan Visit 4/7/04
Tentative Schedule of Meetings
Conference Room Exec 1 at RAND

| 時間 | RAND 參與人員 | 討論性質 |
|-------------|-------------------------|--------------------|
| 9:00-10:00 | Exec 1 | Group Meeting |
| 10:00-11:00 | Lee Hilborne | Individual Meeting |
| 11:00-11:30 | Ross Anthony (by phone) | Individual Meeting |
| 11:30-12:00 | Shin-Yi Wu | Individual Meeting |
| 12:00- 1:00 | Lunch with Steve Asch | Group Meeting |
| 1:00- 2:00 | Karl Lorenz | Individual Meeting |
| 2:00- 3:00 | Lisa Shugarman | Individual Meeting |
| 3:00- 4:00 | Jennifer Malin | Individual Meeting |
| 4:00- 5:00 | Jason Wang | Individual Meeting |

台大公衛學院 「癌症中心品質提升評估整合型研究計畫」

國外訪察行程

預定行程：4月3日至4月11日

參與人員：賴美淑教授 鄭鴻鈞主任 鍾國彪教授 唐秀治教授 王惠玄教授 孔憲蘭組長

| 4月8日(星期四) | | |
|-----------|--|---|
| 行程簡述 | <ul style="list-style-type: none"> •上午開車前往 •整日行程，當地時間9:00開始開會討論 •晚餐過後，開車回到LA | 早餐：旅社附近 中餐：with sandwich and coke 晚餐：sea food restaurant |
| 參訪機關 | City of Hope National Medical Center and Beckman Research Institute 地址：1500 E. Duarte Road Duarte, CA 91010-3000 接待人員：Dr Yen | |
| 參訪內容 | <ul style="list-style-type: none"> •將安排 Nursing Dept、Administrator、and Physician 來簡介。 •討論人員包含：two V.Ps., one director, and one attorney •行程：tour was arrange start 9am in April 8th It takes about one hr. Then speakers/lectures follow the Lunch with sandwich and coke. Dinner has been arrange at Arcadia which is sea food restaurant 10 mind drive from hotel. •meet at Fountain at City of Hope Campus located at 1500 East. Duarte Rd. Duarte. •詳細行程見下方。 | <ul style="list-style-type: none"> •會議地點：Platt 2 Conf. Rm. from 9:00am - 4:00pm. |
| 飛機及住宿 | <ul style="list-style-type: none"> •住宿：Plaza Hotel 1720 Cabrillo Ave Torrance, CA 90501-3643, US Tel: 310-3284671 | |

Taiwan Visit 4/8/04

Tentative Schedule of Meetings

At City of Hope National Medical Center and Beckman Research Institute

Tour was arrange start 9am in April 8th It takes about one hr. Then speakers/lectures follow the Lunch with sandwich and coke. Dinner has been arrange at Arcadia which is sea food restaurant 10 mind drive from hotel.

We will meet at Fountain at City of Hope Campus located at 1500 East. Duarte Rd. Duarte. You tour start 9 to 10:30 pm. You should get my previous e mail about speakers list. I also prepare some information about HIPPA for you to bring back.

- 9:00 -10:30 Tour
- 10:30-11:00 Patient Safety, Elaine
- 11:00-11:30 General Overview of Medical Center Operations, Anne
- 11:30-12:00 JCAHO and Quality of Care, Elaine
- 12:00-12:30 Patient Confidentiality, Julianne

台大公衛學院 「癌症中心品質提升評估整合型研究計畫」

國外訪察行程

預定行程：4月3日至4月11日

參與人員：賴美淑教授 鄭鴻鈞主任 鍾國彪教授 唐秀治教授 王惠玄教授 孔憲蘭組長

| 4月9日 (星期五) | | |
|---------------|--|-------------------------------|
| 行程簡述 | <ul style="list-style-type: none"> •上午開車前往 •整日行程，開會討論 •下午到 USC •晚上到游博士家中 | 早餐：旅社附近 中餐：團體一起 晚餐：團體一起 |
| 參訪機關 | UCLA- Jonsson Comprehensive Cancer Center (JCCC) 接待人員：Dr Lee; Kathy (secretary) <i>please call Kathy at (310) 825-0128 by 3PM 4/8</i> 網址： http://www.cancer.mednet.ucla.edu/index.html | |
| 參訪內容 | | |
| 飛機及住宿 | •住宿： Plaza Hotel 1720 Cabrillo Ave Torrance, CA 90501-3643, US Tel: 310-3284671 | |

台大公衛學院 「癌症中心品質提升評估整合型研究計畫」

國外訪察行程

預定行程：4月3日至4月11日

參與人員：賴美淑教授 鄭鴻鈞主任 鍾國彪教授 唐秀治教授 王惠玄教授 孔憲蘭組長

| 4月10日 (星期六) | | |
|----------------|--|--------------------|
| 行程簡述 | <ul style="list-style-type: none"> •上午自由活動(游博士帶大家逛一逛) •旅社 check out •中餐過後開車前往機場、還車子、搭乘飛機回台灣 | 早餐：旅社附近 中餐：團體一起 |
| 飛機及住宿 | <ul style="list-style-type: none"> •LA-臺北 飛機：華航 CI5 起飛時間：15:25~20:10(4/11) | |

| 4月11日 (星期日) | | |
|----------------|----------|--|
| 當地時間 | 晚上 8:10 | |
| 行程內容 | 抵達中正國際機場 | |