

、 出國報告(出國類別：參加學術會議)

國際健康照護品質協會 第 26 屆國際研討會報告

服務機關：行政院衛生署台北醫院

姓名職稱：林水龍 院長

派赴國家：愛爾蘭

出國期間： 98 年 10 月 09 日 至 98 年 10 月 16 日

報告日期： 98 年 11 月 12 日

摘 要

本篇報告係出席國際健康照護品質協會（The International Society for Quality in Health Care，簡稱 ISQua）第 26 屆年會之會議成果報告，會議於愛爾蘭的首都都柏林 (Dublin) 舉行，自 98 年 10 月 12 日至 14 日為期三天全程參與，同時於會議中發表本院品質 e 化專題「應用行動醫療站資訊系統促進血液透析流程」之執行成果。

今年度主要議題為品質設計，包括品質的結構、過程與結果相關之創新設計，結構面品質設計例如單一病室、電子病歷等，過程面品質設計例如病人安全檢核表，結果面的品質設計例如外部評價系統-醫院評鑑，會議內容摘錄如下：

以家庭為中心的單一病室設計，是未來醫療院所硬體設計的趨勢，可以降低院內感染，並且讓病人住院期間能舒適地療養。而透過良好的設計，提升門窗的透視性，可以讓醫護人員便於觀察，集中護理提升工作效率，並且能預防跌倒的發生。

電子病歷仍然是醫療品質管理熱烈討論的議題，除可提升工作效率，監測醫療品質等之外，目前已有許多採用電子病歷資料進行病人安全相關的研究分析成果，例如藥物不良反應、過敏史與檢驗檢查報告等紀錄，以及輔助醫護人員進行正確的病人辨識等，近年來更多的應用是透過網路照會、遠距醫療等。

世界衛生組織推行手術檢核表已有數年的研究成果，結果皆顯示採用手術檢核表可以降低醫療不良事件的發生，目前 WHO 已有多國語言的翻譯版本，鼓勵世界各國的外科手術皆能採用此工具進行手術前的檢核。

(國際健康照護品質協會第 26 屆國際研討會)

目 次

	頁碼
壹、會議緣起	1
貳、參加目的	2
參、會議過程	3
肆、心得.....	12
伍、建議.....	13

壹、會議緣起

國際健康照護品質協會(The International Society for Quality in Healthcare, ISQua)於1995年成立，秘書處設於愛爾蘭都柏林，為促進健康照護品質而成立的非官方及非營利組織，也是世界衛生組織(World Health Organization, WHO)公認的正式組織，會員國超過 100個國家，包括健康照護領域的專家、學者等，是國際上最重要，同時也是健康照護品質領域中極具影響力的國際組織，台灣醫策會亦為會員國之一，並於2006年通過ISQua的「評鑑機構認證」。ISQua主要業務有會員事務(Membership)、出版品(Publications)、評鑑(Accreditation)、指標(Indicators)、教育訓練(Education)、財務(Finance)、公關(Public Affairs)等，ISQua年會是多數醫療品質界的領袖及決策者每年必參加的品質論壇。

今年在愛爾蘭首都-都柏林舉行的年度盛會，從2009年10月11日到14日為期四天，以“品質設計：結構、過程、結果(Designing for Quality: Structure, Process, Outcome)”為主軸，涵蓋8大主題：

- 1.積極的病人經驗設計(Designing for a positive patient experience)
- 2.組織品質設計(Designing Organization for Quality)
- 3.管理品質設計(Designing Governance for Quality)
- 4.資訊品質設計(Designing Information for Quality)
- 5.外部品質評價系統的設計(Designing of External Evaluation Systems for Quality)
- 6.病人流程品質設計(Designing Patient Flow for Quality)
- 7.工作場所品質設計(Designing Workforce Systems for Quality)
- 8.病人安全指引品質設計(Designing Patient Safety Protocols for Quality)

根據大會的統計，本屆年會共有來自英國、法國、加拿大、澳洲、紐西蘭、瑞士、日本、新加坡、美國及中華民國等國家共1000多位學者專家參與。今年台灣方面參加的人數約38人，本屆台灣總共有45篇報告被接受發表，其中2篇是口頭報告，8篇是海報口頭發表，35篇是海報發表，顯示國內致力於提升醫療品質之成果已受到國際的矚目與肯定，大大提升台灣的國際能見度。

貳、參加目的

署立醫院歷年來積極推動醫療品質的促進，今年由台北醫院首度提出一篇「應用行動醫療站資訊系統促進血液透析流程-台灣之案例(Applying a new “Mobile Medical Station” with an information system for improving the process of hemodialysis - a case study in Taiwan)」研究成果，順利獲得入選為海報發表，成功地讓署立醫院的品質促進成果站上國際的舞台，此篇研究成果並且獲大會之肯定，指定為海報口頭發表。故本人於98年10月9日啟程，歷經多次轉機之後，抵達都柏林，出席10月12-14日為期三天的主要會議，並且在愛爾蘭時間98年10月12日13:15-13:50於醫療資訊管理系統(Health Information Management Systems)專題場次中，成為大會首位上台發表的主講者，成功地將本院在醫療品質改善的經驗與成果分享給與會的國際友人。

此次與會之目的，除了發表本院品質提升之研究成果之外，期望藉由本次國際性的研討會，能觀摩擷取國際間提升醫療品質之經驗，亦期望藉此機會，顯現出台灣在醫療品質上的積極參與，同時宣傳我國醫療品質的水準。



26 屆 ISQua 台灣發表團隊合影

參、會議過程

本屆大會共有 55 個國家共 700 篇的文獻獲入選，包括口頭發表 350 位，以及海報發表 290 篇，並且於三天的會議中每日安排學者專家進行專題研討，研討的程序分別在 12 個場地舉行。

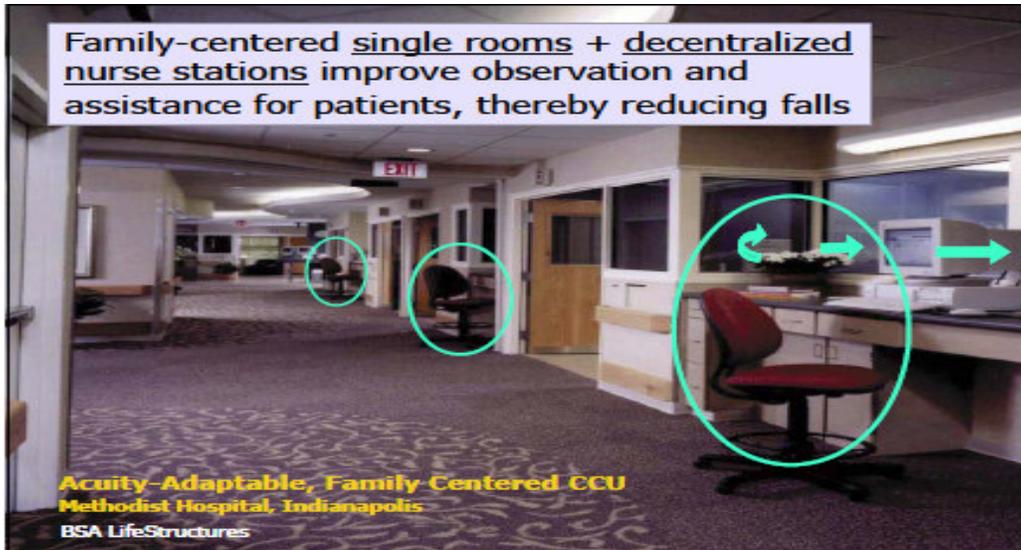
(一) 98.10.12 首日報到及致歡迎詞後，上午的研討會就在 ISQua 總裁 Roisin Boland 的介紹與說明中展開序幕。

首場的大會議題為「醫院病人安全設計的實證(Evidence-Based Hospital Design for Safety)」，主講者為美國德州農工大學的教授 Roger S. Ulrich，提出一個實證設計的概念，他指出現有的醫療環境現況需要檢討與改善，認為最好的建築設計應該要以安全與病患成果最佳化為目標。他提出「單一病室(Single-bed rooms)」的設計，可以防止可能無法識別的病原體隨著病人被攜帶入院而造成感染，不但病人出院後容易清理，單獨使用廁所也有助於遏制 C. difficile 及 norovirus 的群突發，能改善院內感染。他推翻了過去文獻指出單一病室增加 41% 護理人力成本，以及 50% 以上病人喜歡有室友陪伴的看法。

Roger 演講中提到現實中，「單一病室」常被人詬病的有：不易觀察病患；單獨病患在室內無其他病友，會感覺孤單，乏人照顧；工作同仁花費時間長等問題，反問聽眾：這些問題是工作者的問題？還是病人真正的問題？他在澳洲菲奧納·斯坦利 (Fiona Stanley) 大學附設醫院、美國芝加哥兒童紀念醫院，以及瑞典斯德哥爾摩 Karolinska 醫院共三家機構的實證結果皆指出，「單一病室」對病人而言是最好的設計。他指出：

- 「單一病室」不易觀察病患係病室設計上的不良，故提出實證設計後的理想病室模式，病室門窗應該寬大，透視性佳，護理站設計於病室外，以方便工作人員觀察病室，並且集中護理。
- 單一病室病人怕孤單的問題？多數病患住院期間多遭受噪音問題，這些可能來自工作人員或儀器，甚至是病友說話或鼾聲的干擾，「單一病室」方能解決此問題。
- 乏人照顧不安全？以多數醫院最常見的病人安全問題—跌倒為例，經調查要預防跌倒高危險因子，必須經常檢核病人本身及週遭環境，且病床床尾到廁所的距離與方向也是重要的影響因素，距離過長或需轉身的設計容易

導致病人跌倒。其建議病床與廁所距離應適當，病床位置到廁所應為直線位置才是預防跌倒的設計。Roger 指出以家庭為中心的單一病室設計(圖一)，加上集中的護理站，可以方便觀察及協助病人，減少跌倒的發生。



圖一、以家庭為中心的單一病室設計圖

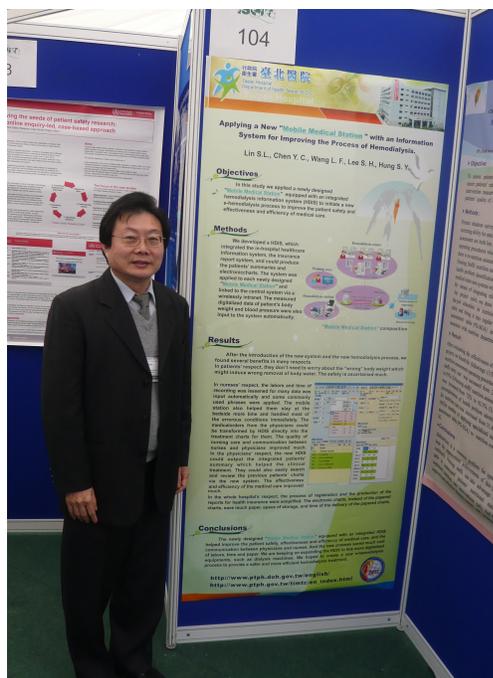
接著，由加拿大感控方面的學者 Karen Stockton 主講醫院設計與感染控制：壞的設計導致壞的結果(Hospital Design and the Control of Infections: Bad Design Leads to Bad Outcomes)。他指出幾個重點：

- 單一病室加護病房的儀器，不必推放在走道，導致凌亂不堪，工作人員走來走去，且病床周圍及儀器等到處皆有高菌落，對 MRSA 防治很困難，減少交叉感染機會。
- 以往洗手台設計較易疏忽，但設計不合力學，常噴濺工作者衣服或檯面，經改善水龍頭彎曲深度及水槽深度，確實改善噴濺問題。
- 血液透析室血流感染問題，建議應有良好的 RO 及管路密合式設計，妥善處理血水排放等，以減少血流污染。
- ”單一病室”使轉床需求減少，因此工作量相對也減輕。

Karen 也指出”單一病室”是未來醫院建構的趨勢，醫院主管應大力支持，以維持良好醫療品質，目前其服務的醫院新大樓是採用此設計原則，但其需較多的空間，且舊醫院拆除不易，是本身的限制。

中午時間進行首日第一場的 Poster Presentations，本院投稿的 Applying a new “mobile medical station “ with an information system for improving the process of

hemodialysis - a case study in Taiwan, 係醫療資訊管理系統(Health Information Management System)專題的第一位發表者, 發表本院今年度導入e化的『行動醫療站』成果, 提升洗腎作業的病人安全與服務品質, 例如減少人為計算時間、病人安全辨識、體重數據無線傳輸精確計算, 以及減少人工作業的錯誤等, 獲得聽眾的好評。接著台灣國泰醫院的研究成果”病人安全通報系統資訊化”也適巧在同場次發表, 該專案的好處, 除了增加事件通報率外, 亦縮短品管中心的作業時間。



下午分場次進行各領域的論文口頭發表, 選擇近年來國內亦熱烈討論的”外部評價系統”專題, 以美國、澳洲、英國的學者分享各國的醫院評鑑經驗, 以澳洲為例, 學者 Greenfield 介紹健康照護品質設計, 說明努力改善協會評鑑的專業性與執行力的發展, 而 Avey 則分享品管流程監測模式, 包括事件的自我評值、事件的監測能力、品質持續改善的積極性等, 並將此品質管理列入立法規範之。

在oral Presentation中, 例如Gloaneac以法國的醫院為例, 指出品質管理者如何明確指導的關鍵因素, 例如: 需有多專業小組分析問題與結果、品質管理團隊應由高層主管及品管中心與單位成員共同組成、藉由資訊通訊系統建置順暢的內部溝通橋樑、經濟的競爭對品質管理的要求是正向的、品管問題應持續追蹤等。Reynolds則分享愛爾蘭資訊化品管系統(quality management information system, QMIS)的發展與管理, 也提出如上述的觀念。

手部衛生的推廣及持續抗藥性菌種的監控是一項重要且是各醫療界必須重視的議題。在論文海報展示的部分, 許多篇海報皆是以WHO的洗手政策著墨, 強調”洗手”政策的重要性, 以及各國的推廣政策等, 建議大部分的臨床人員仍須被教育及再訓練, 而病人方面的認知教育, 則必須藉由不斷地宣導才能奏效。部分海報也分析醫院的工作流程, 指出許多環境、空調的設計不良, 可能導致院內感染的發生, 故呼籲更多人能投入此類實証的研究探討。

(二) 98.10.13

本日大會專題演講主題為”透過電子病歷提升照護品質(Improving Care Quality Through Electronic Health Records)由美國 Partners HealthCare 副總裁 John Glaser 擔任講者。

電子病歷目前可視為高規格醫療的起步。以美國的研究目前可知道電子病歷的好處有以下幾點：

- 可當作持續改善品質的工具。
- 資料可做二次使用。
- 可供病患或其他機構使用。

在美國每一千人中有十四人會有藥物不良的反應，每一萬人乳房篩檢異常者有三百六十人未回門診追蹤，這些都是使用電子病歷後預期可改善的部份，除了對病人安全更加強調外，更增加了異常檢驗追蹤的功能，可由篩檢做起，進而達到預防疾病的發生而非跟在疾病的後面追趕治療。更重要的是電子病歷有整合的功能，可同時將病人資料、醫療機構與政府組織予以整合。

接著由加拿大醫療資訊學會(Canadian Institute for Health Information, IHI)總裁 Richard Alvarez 以變革與現代化的照護(Transforming and modernizing care)之專題分享加拿大實施電子病歷的經驗，其研究指出，在加拿大每一千人中有七十五人會有藥物不良的反應，其中有二十人是屬於嚴重性的藥物不良反應。實行電子病歷之後其好處在於：

- 在可近性部份(access)，病人可有效利用社區資源，當需要安排檢查時，等候時間縮短。
- 在品質部份(quality)，可減少因人為書寫因素所產生的錯誤，流程面也會得到改善。
- 在生產力部份(productivity)，可避免不同機構所安排之重覆檢查，也就是以最精簡的資源作最有效的分配。

綜合來說，電子病歷在臨床上除了可作跨機構的流通外，在診斷上也可由一般科到次專科循序漸進，不僅在診療上可更精準，也不會重覆安排檢查，除了浪費時間外也會浪費醫療資源；而在緊急醫療服務系統上，也可將緊急醫療網與醫院急診系統作一連結，在處理真正急症的病患時效性更可以把握；在給藥安全方面，電子病歷中可清楚記載病患的用藥史，如此可避免重複用藥造成劑量的過量，更重要的

是可以明白指出病患的藥物不良反應，此對病人安全是一大助益，不論病患清醒與否，也不論他是否有帶任何紀錄，從電子病歷就可看出過敏史，亦可節省醫師詢問的時間。在實驗室檢查部分，電子病歷可記載病患檢查的過程，因此對於病程的演變可做一系統的推斷，不會因就醫地點不同而有時間差異；另以成本而言，可根據電子病歷看出是否曾做過昂貴醫療檢查，不僅可節省醫療成本，同時也可縮短這些昂貴檢查的排程時間，避免真正需要檢查的病患花費太多時間等待。最後在網路發達的現代，電子病歷還有一個功能，就是可執行通信照會的功能，在台灣這對於山地偏遠地區甚至是離島區域這些醫療資源缺乏的地方是一大福音，當這些地區的病患無法出門就醫時，醫師即可利用電子病歷以遠距醫療的方式予以看診，若是一般問題請當地衛生所處理即可，若是緊急問題也可盡快甚至即時啟動緊急醫療系統將病患送至大型醫院做處置，這對病患的好處自然不言而喻。

接著，在一片肅靜的氣氛之後，進入會議的高潮，愛爾蘭總統 Mary McAleese 親自蒞臨會場，並致辭。總統除了歡迎大家的參與外，也要請大家看看從 2000 年到 2009 年在兩次主辦 ISQua 會議之間都柏林的改變，尤其在醫療品質部份。亨利福特說：當無人監視時把事情作好就是品質的表現。在 ISQua 這個會議中除了病人安全外，品質指標的設計也是今年的主題。每個人都可能成為病人，而絕大部份的醫療過程都是正確且有效的，但仍有少部份不是如此，這就是為何 WHO 優先將病人安全視為健康照護系統應該作到的事。這也就是執行醫療過程中時時要想到事情-不要對病患造成傷害。

總統指出，醫療系統、步驟甚至設施，對病人安全有很多的風險，有些可避免，有些可減少，但有些則無可避免，我們所要討論的就是將這些可能發生的風險降至最低。除了實際的風險外，預知風險的能力也相當重要，我們所要作的除了提供最佳治療外，也要提供病患對醫療照護系統的信心，因為這會造成相當大的影響，這也是本次大會主題--建立病人安全文化所要討論的。本次我們在此開會就是將各國的經驗予以分享，如此可藉著他人的經驗解決自身無法解決的問題，這也就是團結力量大的原因。相信以大家對品質的熱情參與，必定可以解決許多無法解決的問題，也可對於醫療照護品質作出極大的改善。最後祝大家在愛爾蘭這段時間玩得愉快!

隨後進行第二天的分場次口頭報告，本日選擇癌症照護、藥物不良反應 2 個專題深入探討。

以丹麥的經驗發展國家級整合性癌症照護路徑：丹麥已算是全球前幾名的已開

發國家，但其在對於癌症病患的滿意度部分一直無法提昇，同時對於癌症的存活度亦無法與其開發程度成正比。因此他們以國家的力量針對 34 種癌症制定了其標準治療流程，包括所有臨床醫療步驟與醫療機構檢查流程，此計畫已正式從 2009 年 1 月 1 日於丹麥全國實施。此方法可對於即將設立腫瘤中心的台北醫院一個很好的借鏡，在醫學中心林立的北部區域，病患一聽到癌症就急著往大醫院跑，若我們能設立一套腫瘤的標準治療路徑，從篩檢開始，一路上的安排檢查、確立診斷、開始治療過程、病患衛教、持續追蹤等，都可以給病患甚至家屬一套明確的做法，相信必可以更專業的方法來服務病患，也可避免醫院週遭的民眾舟車勞頓至大醫院等待，更可提升本院的專業形象。

日本的藥物不良反應與給藥錯誤研究：藥物不良反應與給藥錯誤的資料對於降低藥物使用所造成的傷害是很重要的，但在日本對於這方面的研究卻不多，因此日本針對三千個病患來研究給藥安全，包括基本資料，用藥種類，不良反應類型，給藥錯誤原因等來予以分析。發現女性、年紀較大、住院時間較久都是較容易發生藥物不良反應的族群。

藥物不良反應與給藥錯誤一直是病人安全八大目標的首項，原因是極有可能在正確的治療過程中因為藥物反應造成無法挽回的結果，在明年即將實施的電子病歷中，藥物不良反應的呈現就是電子病歷中極為重要的一部份。在國人長期對於用藥資訊不夠重視的文化中，一般人對於發生何種藥物不良反應與何種藥物所引起均不重視，醫療機構也因容易引起醫療糾紛而予以掩飾，此對病人安全的確有相當大的威脅。因此在強調病人安全的此時，我們更要強調用藥的透明化，一有藥物不良反應應該要詳細對病患解釋，同時留下明白的紀錄，讓之後的給藥者可以知道這個警訊，才不會因而釀成大禍，如此也才是真正落實病人安全的做法。

(三) 98.10.14

本日大會專題演講主題為「世界衛生組織安全手術拯救生命指引(Protocols and WHO Safe Surgery Saves Lives for Developed and Developing Countries)」，由紐西蘭奧克蘭大學麻醉部主任 Alan Merry 教授及加拿大多倫多大學外科教授 Bryce Taylor 主講。

首先，Alan Merry 教授以 JAMA 發表的一篇文獻 Estimating Hospital Deaths Due to Medical Errors: Preventability Is in the Eye of the Reviewer. (Hayward & Hofer, 2001) 為引言，這是一篇 1995-1996 年回顧性的文獻報告，包含 111 家醫院及 7 個榮民醫院的死亡案例之病歷審查報告，結果顯示 22.7% 死亡是可以預防的，其中 6% 被確認是絕對可以預防的，點出醫療錯誤是一個嚴重的問題。及 Lancet 期刊 2008 年一篇 Weiser 等人發表的文獻 An estimation of the global volume of surgery: a modeling strategy based on available data 指出，從世界衛生組織 192 個會員國中取得 56 個國家的手術數據分析顯示，每年世界各地約有 234.2 百萬件重大外科手術，有 3-17% 發生併發症，其中 1 百萬人死亡，7 百萬人造成失能的併發症，而其中有一半是可以事先預防的。因此，世衛組織的倡議，鼓勵世界各地醫生在操作時使用檢核表，WHO 的手術檢核表於 2007 年 10 月至 2008 年 9 月，在加拿大多倫多、印度新德里、約旦安曼、紐西蘭奧克蘭、菲律賓馬尼拉、坦桑尼亞伊法卡拉、英國倫敦和美國西雅圖共 8 個城市的 8 家醫院試行，分為一般手術作業組(3733 位)與檢核表組(3955 位)探討病患之結果，發現檢核表組的手術個案死亡率(0.8%)及併發症(7.0%)，相較於一般手術作業的個案之死亡率(1.5%)、併發症(11.0%)皆明顯較低，顯示檢核表可以降低手術醫療失誤的機會。據美國統計每年會有 1500-2500 手術部位錯誤的件數，而 1050 位手術醫師的問卷調查中更顯示有 21% 的醫師在其職業生涯中至少發生過一次手術部位錯誤，澳洲也有麻醉醫療事件的相關統計數據顯示，全身麻醉個案發生低血氧的情形偏高，呼籲大家必須重視這個問題，而手術檢核表(圖二)可以降低這些失誤發生的機會。

Bryce 指出手術小組利用檢核表進行術前的確認，可以讓手術中所有成員了解病患問題，並做好安全準備措施。手術小組包括醫師、護理人員、麻醉師等皆應於術前共同參與檢核表的確認，建議由資深醫師擔任 team leader，與小組成員共同確認手術病人的基本資料、手術部位、麻醉方式、過去病史、過敏史、檢驗數值…等，使所有參與手術的人員皆能確實掌握病患資訊，確立病患安全。世界衛生組織這份檢核表推行後，醫師與護理人員的滿意度皆有提升，異常事件也減少許多。

Surgical Safety Checklist



World Health Organization

Patient Safety
A World Health Organization Initiative for Safer Health Care

Before induction of anaesthesia	Before skin incision	Before patient leaves operating room
(with at least nurse and anaesthetist)	(with nurse, anaesthetist and surgeon)	(with nurse, anaesthetist and surgeon)
Has the patient confirmed his/her identity, site, procedure, and consent? <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Confirm all team members have introduced themselves by name and role.	Nurse Verbally Confirms:
Is the site marked? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not applicable	<input type="checkbox"/> Confirm the patient's name, procedure, and where the incision will be made.	<input type="checkbox"/> The name of the procedure
Is the anaesthesia machine and medication check complete? <input type="checkbox"/> Yes	Has antibiotic prophylaxis been given within the last 60 minutes? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not applicable	<input type="checkbox"/> Completion of instrument, sponge and needle counts
Is the pulse oximeter on the patient and functioning? <input type="checkbox"/> Yes	Anticipated Critical Events	<input type="checkbox"/> Specimen labelling (read specimen labels aloud, including patient name)
Does the patient have a:	To Surgeon:	<input type="checkbox"/> Whether there are any equipment problems to be addressed
Known allergy? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> What are the critical or non-routine steps? <input type="checkbox"/> How long will the case take? <input type="checkbox"/> What is the anticipated blood loss?	To Surgeon, Anaesthetist and Nurse:
Difficult airway or aspiration risk? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, and equipment/assistance available	To Anaesthetist: <input type="checkbox"/> Are there any patient-specific concerns?	<input type="checkbox"/> What are the key concerns for recovery and management of this patient?
Risk of >500ml blood loss (7ml/kg in children)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, and two IVs/central access and fluids planned	To Nursing Team: <input type="checkbox"/> Has sterility (including indicator results) been confirmed? <input type="checkbox"/> Are there equipment issues or any concerns?	
	Is essential imaging displayed? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Not applicable	

圖二、世界衛生組織手術檢核表

緊接著進行分場次的專題討論，在勞動力(workforce)的議題中，討論未來的2020年我們應該如何教育醫護人員有關安全與品質的概念，建議醫護人員的病人安全與品質教育應該先學習辨識關鍵的挑戰與機會，未來”勞動力”與”資訊”會是兩個最受矚目的議題，講者問：ISQua在安全與品質教育上是否能夠扮演先驅的角色？答案是肯定的，根據2009年愛爾蘭的病人安全與品質保證委員會的報告建議，所有醫護人員在大學和研究所的課程中皆應具備病人安全與品質相關的教育和訓練系列課程。澳洲的醫療改革委員會(Health and Hospitals reform Commission)也呼籲為了提升病人安全文化，建議所有的醫療專業人士的教育和訓練計劃，應該增列病人安全和品質的標準課程。

接著探討護理人力的議題，則指出平均每班8小時的時間，會發生8.1次的異常事件，例如漏給或給藥錯誤、漏給或給錯餐點、遺漏執行醫囑、設備故障、上錯班等等，建議應該監測標準化作業指引，辨識錯誤或潛在的原因。實證探討發現，工作

負荷增加則病人死亡率會增加，但隨著護理人員的教育程度越高，死亡率則越低，其中存在有的交互作用因素，即護理職場的工作環境。因此如何降低護理人員職業潰乏，提升工作滿意度，以及留任意願仍是近年的重要議題，機構必須重視護理人力資源的適當性、給予管理方面的支持，並且協助其建立良好的醫護關係。

肆、心得

此次很榮幸代表行政院衛生署台北醫院前往發表署立醫院唯一的一篇研究成果，與台灣醫策會所組成的發表團隊共38人一同前去，亦增加院際間同儕交流學習的機會，也了解目前國內醫院對於國際品質會議參與的熱絡程度，本年度台灣投稿篇數有45篇，比去年大幅增加許多，參與人數也是大會參與國家中數一數二的參與國家，頗受國際的矚目與肯定。然而，目前台灣仍以醫學中心的稿件最多，長庚醫院體系就有23篇海報，區域醫院則僅有本院1篇(也是署立醫院唯一的1篇)，地區醫院則有怡和醫院2篇海報發表，其他則為學校或機關團體。台灣的出席參與的人員有38人，應是參與人數的最多的團體。參與此研習會之後更加肯定台灣的醫療競爭力，而歐美國家對病人安全相關議題專研求真的精神，以及對病患安全與權益的重視，則是值得台灣醫療界標竿學習的優點。雖然我們尚非WHO的一員，但本院「國際醫療人員訓練中心」成立多年，已累積相當豐富的經驗與成果，每年培訓的國際醫療人員逐年成長，與友邦的衛生部門接觸亦頻繁，相較於其他醫院，更有機會參與國際醫療外交事務，將台灣的成果陸續在國際性大型的會議發表。

本院此次發表的醫療資訊管理系統專題，台灣、法國、愛爾蘭、泰國等皆有類似的成果，指出要做好病人安全品質管理，須有健全的且便利的資訊傳輸系統。遠距醫療的發展與應用也有多國發表，可減少城鄉醫療的差距。此外，尚有多篇顯示利用資訊技術，使病患服務更加安全且品管控制能更為廣泛分析，靈活運用。歸納本次研討會發表的醫療資訊管理系統專題的重點指出，藉由資訊工程介入，可以有效提高病人照護的安全性，也藉此改善醫療品質的監測。

正如愛爾蘭總統 Mary McAleese 所述，醫療系統當中存在有很多病人安全的風險，有些可避免，但有些則無可避免，我們能做的就是將風險降至最低，並且學習預知風險，加以預防，並且強化機構內病人安全的文化。絕大部份的醫療過程都是正確且有效的，但仍有少部份不是如此，故在任何執行醫療的過程中隨時都要將病人安全列為最優先的考量，避免對病患造成任何不必要的傷害。

伍、建議

1. 署立醫院近年來致力推動病人安全與品質改善活動，但對於國際性品質會議的參與度仍然不高，雖然台灣尚未加入聯合國世界衛生組織，但國際性的會議並不限制會員國才能參加，建議盟院多參與此類國際性品質研討會，將台灣成果推向國際的舞台，透過學術交流，為台灣的外交盡一份心力。
2. 手術檢核表為必要且低成本的病人安全措施，本院手術管理委員會已導入此項作業標準，未來並持續參考世界衛生組織之建議，陸續推廣病人安全相關建議措施。
3. 醫療品質及病人安全是醫護團隊每個人的責任，有鑑於醫學、醫事、護理等教育對於安全與品質相關教育仍欠缺整體的規劃，台灣應思考未來的2020年，如何教育我們的下一代，病人安全與品質教育將是未來數年醫護教育的重點。建議醫護人員在大學和研究所的課程中皆應具備病人安全與品質相關的教育訓練課程。
4. 醫療品質指標的管理仍然是國際重視的焦點，管理著重正確的測量，有了正確的測量才可作為未來改善方向的依據，建議國內應建立完整的醫療品質之測量指標與資料庫，並定期舉辦學術討論會，分享各院的結果與經驗。
5. 以病人為中心的理念，應該落實在品質設計的結構、過程與結果各方面，單一病室概念雖然仍有努力的空間，但其所點出的問題必須重視，例如不良的病室設計可能導致病人跌倒，建議病床與廁所距離應適當，病床位置到廁所應為直線位置等，建議納為跌倒高危險篩檢及預防的重點。講者另有提及「觀察窗」概念，是現醫院病房設計所欠缺的，對病室巡視或活動觀察有所阻隔，病人也不知道護理人員在哪裡，欠缺治療安全感，建議醫院未來的設計可加以考量增設「觀察窗」。
6. 藉由醫療資訊的有效溝通與及時傳達，可提升效率，降低發生醫療不良事件的機會，未來醫療e化、電子病歷等應該持續推動。
7. 本次為第一次參加醫策會所組的團隊，台灣出席人數眾多，建議未來可由醫策會主導，邀請主辦單位的主管參與聚會，增進國際間彼此了解的機會，提升國際的認同感。亦可製作標章、海報、單張，適時行銷。

陸、結論

本次係代表本院赴愛爾蘭出席國際健康照護品質會議，發表本院品質 e 化專題「應用行動醫療站資訊系統促進血液透析流程」之執行成果。今年度主要議題為品質設計-結構、過程與結果，病人安全一直是醫療機構的最優先考量，近年來，以家庭為中心的單一病室設計，是未來硬體設計的趨勢，電子病歷仍然是醫療品質管理持續討論的議題，醫療服務資訊化、網路照會、遠距醫療等也是探討的重點。世界衛生組織近年來推行手術檢核表，鼓勵國內醫療機構在進行外科手術時皆能進行手術前的檢核，以確保病人手術安全。