

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 27 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：法國

出國期間：99 年 10 月 08 日至 99 年 10 月 15 日

報告日期：99 年 11 月 25 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 27 屆年會之會議成果報告，會議於法國的首都巴黎舉行，自 99 年 10 月 11 日至 13 日為期三天全程參與。

今年度主要議題為"品質的成果就是達成病患的改善（Quality Outcomes: Achieving Patient Improvement）”，內容涵蓋十大主題，包括管理與領導力、外部稽核系統、醫療資訊科技、病人安全、教育與文化、病人體驗、醫療科技評估、品質系統、測量與結果、整合照護與品質結果等。

品質的達成首先要從管理階層開始，有了領導人的強力支持，才能將一連串的教育課程帶進組織，進而改變整體文化，重新重視醫療品質與病人安全；其次則要利用科技來進行測量與收集資料，也可進行簡化流程的工作，同時可增加監控性，加強病人安全，因此電子病歷乃是勢在必行的要務；第三在病人照護方面，要以病人為中心進行所有照護步驟，因此會引進整合性照護給予最適當且最專業的治療；最後適時引進外部稽核系統來進行標竿學習，以期能與同儕甚至國際交流。

世界衛生組織推行病人安全已有多年，但仍遇到許多挑戰，若以病人的角度來看，清潔乾淨的醫療環境是最基本的，因此手部衛生仍是應該要強調的重點；其次則是手術查核表的使用，研究結果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 27 屆國際研討會)

目 次

	頁碼
壹、會議緣起	1
貳、參加目的	3
參、會議過程	4
肆、心得	15
伍、建議	16
陸、結論	17

壹、會議緣起

國際健康照護品質協會(The International Society for Quality in Health Care, 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」，成為亞洲第一個、全球第八個通過 ISQua 評鑑的醫院評鑑機構；此外由醫策會所規劃之「新制醫院評鑑基準」亦於 2007 年通過 ISQua 之「健康照護標準之國際原則認證 (ISQua' s International Principles for Health Care Standards) 」。

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。

今年在法國首都-巴黎舉行的年度盛會，從 2010 年 10 月 10 日到 14 日為期四天，以 " 品質的成果就是達成病患的改善 (Quality Outcomes: Achieving Patient Improvement) " 為主軸涵蓋十大主題：

Track1: Governance and Leadership

Track 2: External Evaluation Systems

Track 3: Health Information Technology

Track 4: Patient Safety

Track 5: Education and Culture

Track 6: Patient Experiences

Track 7: Health Technology Assessment

Track 8: Quality Systems

Track 9: Measurements and Outcomes

Track 10: Integrated Care and Quality Outcomes

貳、參加目的

醫療品質與病人安全乃是世界醫療潮流除了醫療知識的進展外最注重的一環，台北醫院在推動醫療品質與病人安全方面一向是不遺餘力，今年雖未提出報告於大會報告，但仍於國內各醫療品質與病人安全之競賽與研討會中積極參與。

此次與會之目的，期望藉由參與國際性的研討會，瞭解國際間在醫療品質與病人安全方面的潮流趨勢，也能擷取國際間達成優良醫療品質之經驗，來塑造本院甚至國內之文化與環境；亦期望藉此機會，顯現出署立醫院甚至中華民國台灣在醫療品質與病人安全上的積極參與，同時宣傳我國醫療品質的水準，真正達到國際化的程度。



27 屆 ISQua 與台灣同行產官學界代表合影

參、會議過程

第一天 (99-10-11)

開幕式是由中國衛生部長的演說揭開序幕，講題是國家健康照護改革與對品質的影響。首先是中國衛生部長的錄影演說，他提到中國是世界最大的開發中國家，領導階層訂定了在 2020 年前要建立一個 well-off 社會的目標，其中當然包括醫療與健康照護服務。在醫療照護系統方面，大城市中由於醫學中心的存在，因此不論技術或服務量均可快速成長，但也相對凸顯了鄉村公共衛生與醫療照護體系的不足；改善照護體系之後，隨之而來的問題則是醫療費用的快速增加，因此中國政府決定從 1990 年後期進行健康照護改革，而從 2006 年大幅改革後三年，中國政府更公佈深化健康照護改革指引，其目標在改善城鄉基本健康照護系統，以提供有效、方便與便宜的醫療公衛服務。

儘管遭遇國際金融危機，中國政府仍決定從 2009 年起三年內投入 1240 億美金 來進行五項醫療照護優先改革目標：建立基層醫療保險系統、改善基層健康照護系統、促進公共衛生均衡發展、建構必備藥物系統、改革公立醫院的前驅計畫。發展傳統醫療也得到強力支持。

第一在建立基層醫療保險系統部分，2009 年底前，中國健康保險系統已涵蓋四億住在城鎮的居民，而在 2002 年建立的新鄉村合作醫療照護計畫(new rural cooperative medicare scheme, NRCMS)也已涵蓋中國所有縣，預計會有八億三千三百萬人會受益。也因此政府對於整體健康支出從 2000 年 15.5%增加到 2009 年的 27.2%，社福基金也從 2000 年 25.6%增加到 2009 年的 34.6%，因而財政負擔從 2000 年 59.0%降到 2009 年的 38.2%。第二在改善基層健康照護系統方面，2009 年中央政府投入鉅資增建 986 間縣立醫院，3549 個城鄉醫療站，1154 間社區醫療中心；今年則把投資放在改善內部組織與基層人員訓練。第三在促進公共衛生均衡發展方面，開始推動建立個人健康護照與加強健康教育；同時針對 15 歲以下兒童注射 B 型肝炎疫苗以及治療一百萬老年人的白內障計畫也都開始實施。第四在建構必備藥物

系統方面，國家藥物系統也正式針對疾病治療與預防的藥物來確保其安全品質與供應。國家必備藥物清單也從 2009 年 9 月 21 開始實施，在清單上的藥物將會得到醫療保險系統高額理賠金額。最後在公立醫院改革部分，已有十六個城市到達國家標準，其餘均能到達省標準；改革部份包括區域健康資源計畫與醫院管理革新等。而在 2010 年重要的健康改革政策包括建構健康照護記錄，引進國家必備藥物系統至 60% 的基層照護機構，以及開始大規模的一般醫師訓練計畫。

關於健保預算部份，特別要提出的是針對 0-14 歲居住在鄉村兒童的健全醫療環境，政府選擇會使用到較多醫療費用且治療後預後佳的白血病與先天性心臟病來治療；其次在給付部份，採取論病計酬制度，民眾只需負擔 10%。而在今年五月又增加了六項疾病的臨床路徑以將治療標準化和降低醫療支出。

最後提到，在一個人口有十三億的國家發展全民健保絕對不是件容易的事，而在醫療改革的挑戰之下，以病人優先的照護品質則是最基本要遵守的準則，政府必須要在健康照護系統、財務、科技、人力資源、倫理與國際合作部份予以支持。因應全球化的趨勢，健康是無國界的，希望所有對於品質的努力都能對世界帶來幫助。

在接下來的口頭發表部分，選擇的是有關 Governance and Leadership 的議題，首先是由加拿大學者所發表的 Governance for quality and safety in Canadian healthcare: Evidence from studies of effective practice，研究認為對於品質與病人安全的管理可從六大方面來進行，第一是要將組織的焦點放在品質與病安上，必須由專人管理來造成組織的文化轉變，最好是由組織的執行長來負責較能產生向心力；第二是要有明確的目標，包括對錯誤的定義與員工的課則度；第三則是專業度的改善，包括對品質與病安知識和工具的更新，另外則是人力資源隨著時代進步的訓練；第四是建立有效的溝通管道，尤其是高階管理者與醫療專業人士之間；第五要發展有效的品質改善計畫，此計畫必須是可達成的；最後則是要針對管理的工具做更新與改善；如此就可對品質與病安作一劃時代的管理。第二篇是由英國學者所發表的 Building the business case for quality and safety，鑑於英國健保基金逐年下降，因此有人質疑從事品質與病安的工作真的可以省下醫療支出嗎，

因為使用這些品管手法的費用，包括研究經費、訓練時數等，通常未被計算在成本之中，同時還有一些無法以金錢衡量的非現金部分，包括減少的住院天數、降低的員工工作時數、減少預約回診的次數、資訊導入如遠端監控等，本研究也將這些非現金部分以合理方式變為可轉換的現金支出，希望能由此有效的監控財務支出，如此方能說明是否提高品質與促進病安真的可以降低醫療費用。最後是由美國學者所提出的 Hospital boards and quality of care: Confidence is not enough，要探討的是醫院的管理委員會是否與照護品質有關係，包括委員會的組成與大小、如何監控品質與病安的績效、委員會所受的訓練及委員會的效率等。要確保醫院的品質確實受到委員會的監控，不能只靠委員會委員的信心，首先要確定委員們的知識是可以跟得上時代的，利用委員的評分表就可以來促使其學習新的知識與管理手法；其次品質的表現不是只要靠委員的認可就可以了，品質必須可以跟同等級的醫院相比較，才是真的品質的表現。

下午的口頭發表部分，選擇的是 Measurement and Outcomes。首先是由加拿大的學者報告有關 The surgical scorecard: a tool to improve surgical quality of care，他提到要達到品質改善的目的，必須先找到可測量的目標，才可得知進步的程度，其次就是要靠不斷的溝通，方能使整個組織共同進行品質的改善；而在特別針對外科的部分，可從手術室的配置、手術時間的計算、降低手術取消的策略、改善手術登錄的正確性、調整複雜或緊急手術的時間與效率、改善工具車的完整性、改善術前準備完整率、增加員工滿意度、採用查核表的比例等。實施了上述的測量後，得到的改變包括：改善手術優先排列順序、較佳的決策過程、可找到發生了那些變化、決策透明且具課責度、可促進病人安全等。第二篇則是由美國學者提出的 The relationship between patient safety and hospital volume，文中以醫院大小和病人安全的相關性作為討論，他舉主動脈剝離、CABG、Roun-en-Y三種手術為例，結論發現在愈大的醫療機構中，因為所經歷的個案數愈多，因此能制定愈完善的流程制度，也因此所呈現出來的結果愈好，亦即high volume and good performance。第三篇是由荷蘭學者提出的 Developing quality of care indicators within the

Dutch National Project Transparent Care project，此文章為如何利用實證醫學找出十四個與疾病相關的照護指標，並將其利用在荷蘭的健康照護制度下。其結論為一、這些指標所顯示出來的結果應該可被民眾所利用或成為醫院論質計酬的標準；二、引進這些指標將會改善照護品質；三、這些指標或指引應該要有其微調機制以因應時代潮流；四、要注意登錄的正確性。第四篇是由加拿大學者提出的Failure mode effects analysis (FMEA) for morphine prescribing practices，從文獻與資料統計找出兒科最常出現問題的藥物；再從處方開立，藥物儲存，雙重查核給藥，與臨床監控等找出可能有風險的地方；接著從人員著手，從臨床醫師、護理人員、藥師、以及醫學工程人員形成一個工作團隊；再從流程找出弱點來改善；最後則談到如何維持此成果，第一從教育訓練著手，第二要建立病歷稽核制度，第三可進行電子病歷摘要書寫，第四要能監控資料，最後則要分析人為因素，如此方能真正改善此問題。

第二天 (99-10-12)

在第二天的議程中，一開始是由英國的 Charles Vincent 與法國的 Rene Amalberti 演說關於 Measuring Safety。兩位教授均實際的告訴我們去算發生了多少異常或意外事件是浪費時間的，而且值得注意的是這些實際發生錯誤的事件遠比已報告出來的或病歷上有記載的數量多出許多，因此最重要的是如何針對病人安全事件做出對策。其中最容易出錯的就是有人員交接的時候，因此在病人安全目標中，handover 的重要性不言可喻，也因此每當有人員交接班時，其標準流程應包括建立不同的 checklist，不論是不同科別的轉換，或是從事不同單位的檢查或手術，如此方可確保病人安全受到基本的保障。其次就是文化的建立，不論是在小單位或是整個機構而言，最重要的就是所有人員均要了解病人安全的重要性，有此相同的信念，在推動所有的策略時才可得到人員的支持，最簡單的例子就是照顧 MRSA 的病人要洗手的措施，如果所有人員都能瞭解此一措施對單一病人或是對機構所有的病人的重要性，自然就會有立竿見影的功效，反之則可能造成對其他病人極大的併發症。

此外也提到了將來在病人安全部分可努力的方向，包括血液製品與藥品的生成和運送、進行放射治療的劑量部分、急診手術或預定性手術安全的差異性、新科技對病人安全的影響等。

接著則是早上的口頭發表，本日參加的是教育與文化的議題（Education and Culture），第一篇是由澳洲學者所發表的有關外科醫師評量的工具，他們認為現代醫師擁有醫術已是最基本的要求，除了醫術之外他們認為還要學會以下的技能才能在現代醫學中立足，包括如何判斷與進行決策、專業技術的認證、對健康的倡導、溝通的能力、團隊合作的能力、領導管理的能力以及研究教學的能力。惟有擁有這些能力，且能綜合地表現出來才叫做成效（Performance）。第二篇則是由日本學者發表有關病安文化與醫療照護人員工作壓力之間的關係，研究指出日本與美國相較於病安文化方面，美國仍較有其正面思考的面向，即日本仍存有病安事件為錯誤事件的觀念，因而較不會誠實通報；而在人員方面，仍以護理人員的通報觀念較佳，行政人員對病安文化的觀念較差，醫師對團隊合作的觀念最佳；此研究結果似乎與我國病安文化有相似之處。第三篇是由英國學者所提出如何去評估急診醫師的非技術性技能，研究的目的是在於急診的環境通常必須是個團隊合作的場合，在此處醫師所扮演的角色除了醫療之外還必須成為所有醫療人員的領導者，因此在溝通、授權、決策、對於工作負擔的管理、情境判斷以及針對其他醫療同仁予以回饋和監督等應該都要受到評估，在治療病人的期間才能確保病人的安全。第四篇是由法國學者所提出針對社區藥師給予教育訓練對氣喘病人病況控制的影響，由於氣喘屬於慢性病，因此在醫藥分業的國家，病人可根據處方直接至藥局拿藥，因此社區藥師在慢性病治療趨勢與使用藥物必須跟得上時代，持續性醫學教育則是最傳統的做法，當社區藥師跟上時代後，自然可給予病人最新的衛教與用藥知識，如此才可對病人安全作第二次的把關。此作法適逢我國目前正推動慢性處方箋釋出政策，如何提出方案使得社區藥師成為醫師甚至醫院外的第二把關者，正是我國現應努力的目標。

中午稍事休息後，下午繼續參與會議，首先參與的是有關外部評量系統的探討，題目為Does accreditation make a difference，邀請了六位學者發表其看法，其

中也包括我國醫策會的翁惠瑛執行長。會議中談到評鑑的目的並不是為了比較，也不是要將表現好的醫院與表現不好的醫院呈現出來，評鑑真正的目的就是要養成一個正確的文化，醫療當然要以病人為主體，因此表現出來的文化就是以病人為中心的文化，而以『病人為中心』的這條路上是沒有終點的，因此醫院評鑑所找出的缺失都是為了實踐以病人為中心的觀念所訂的，缺失很多的醫院自然要提出其改善措施，缺失很少的醫院也不代表沒有問題，而是要不斷提出新的改善措施朝向更安全的醫療環境前進，因此要不斷的進行持續性的品質改善工程，也就是要不斷地進行PDCA的步驟；除此之外，醫院評鑑也幫忙注意到風險管理的問題，包括軟硬體的部分，硬體部分特別注重環境安全以及緊急災難應變，軟體部分則強調各項流程的標準作業程序。

而在今日最後的議程中，請到美國的Victor Rodwin與香港的Shane Solomon來談有關Avoidable Hospitalisation。首先提出一個問題，我們要努力的方向是疾病處理、慢性病管理或者是初級照護呢？以公共衛生對健康的態度來說，後者也就是初級照護是最重要的，而為什麼要避免病人住院呢？因為在家的環境相對於醫院而言是較為乾淨的；第二在醫院裡是屬於一個陌生的環境，因此有相對的危險性存在；第三在住院之後，生活的功能會降低許多，約有一半的比例的老年人會有此種情況，而且在出院後三個月內僅能恢復50%；第四對於健保系統而言則是相當大的財務負擔。我們的目標可分成兩階段進行，第一先要降低住院天數，目前全世界各國均在朝此項目標進行，尤其是外科系病人，做到早期診斷，手術時進行較不侵犯性的步驟，傷口變小，以內視鏡進行手術均可讓住院天數降低；第二是減少特定病患的住院，目前努力的目標是針對老年人與慢性病人，根據統計，這類病人約有40%可避免住院，那要如何減少其住院的比例呢？香港與墨爾本提出了Hospital Admission Risk Program (HARP)，針對老年人與慢性病患建立一份Hospital admission risk prediction model，住院時護理人員給予足夠的衛教知識，出院前先根據此模式予以評估，之後再由專責機構持續給予關懷，定期電話追蹤，讓收案者可利用電話進行諮詢。實施成效相當卓越，可降低35%急診比例，降低52%經由急診住院，住院後

減少41%的住院天數，對健保系統而言當然可降低醫療支出費用；不過，此一系統需建構完善的電子病歷制度，才能配合執行，當前我國正在推行電子病歷，實可將此制度納入參考。

第三天（99-10-13）

第三天的議程一早仍是專題演講，講題是Health Systems Effectiveness: An Important Dimension of Health System Performance。。首先由法國的Jean Marie Robine談到公衛學界目前都以失能年齡來作為實際上施行健康政策的依據，一般認為隨著平均餘命的延長，失能年齡也應該越來越大，但某些研究卻發現相反的結果，因此到底趨勢如何，會根據各國國情不同而有不同的結果。第二則是平均餘命的延長，一般都將此視為一個國家公共衛生政策的指標，世界最長壽的國家大家都知道是日本，而在歐洲則為法國，相較之下全球第一大國美國雖其公共衛生政策與醫療科技都屬世界翹楚，其對國民的健康花費甚至大於OECD國家的2.5倍，但其平均餘命卻落後於大部份的歐洲國家。因此如何找到一個可實際代表國民健康的指標則是當前的課題，歐洲就有學者就提出了Health Lift Year (HLY)的概念，包括評估一個人的一般健康狀況，近一個月的生理以及心理狀況，甚而在六個月內的健康狀況，也希望由此一概念可真實反應民眾的健康狀況。

第二個論述的學者是英國的Martin McKee，他是從歷史的觀點來看Effectiveness，因為在十九世紀時，醫療的重點只在於避免死亡的發生，因此醫院的病人只是在patiently wait for death，外科醫師被認為是只會截肢的屠夫，內科醫師則只會觀察病人，甚至護理人員都只被認為是具有同情心的人，當時的醫院只被要求要乾淨就好了。而在二十世紀時，抗生素的發明、疫苗的注射、各種化學治療、針對心臟疾病的治療、以及對精神疾病的治療都被視為劃時代的進步，但這些進步真的說明了醫療照護可以拯救生命嗎？我們得不斷面對新的挑戰，包括對一般疾病的創新治療、對新興疾病的緊急處理、以及降低死亡率等。實際上要如何改善健康呢？必須涵蓋三個面向，首先是公共衛生政策的覆蓋面，其次則是醫療品質

的改善，最後則是不斷地創新，最後他並舉台灣的健保政策為例，認為這是個相當完善的創舉，身為台灣的一份子，此時真的感覺與有榮焉。

第二場演講則是由OECD的代表Mark Pearson論述Quality at the core of health economics，這是在前幾天（十月八日）在巴黎召開的OECD' s Quality Forum and Ministerial Coference所討論的議題，一般人認為品質與經濟不相關，實則不然，品質乃是經濟的一部份，因為會牽涉到人員的工作與成長，也是幸福的來源，同時也是組織發展潛力的實現，當然會與錢有關係。以預防醫學的觀點來看，所有OECD國家的乳癌篩檢比例為62.2%（2000-2006），因此乳癌的整體五年存活率可高達81.1%，相較我國正在實施的四癌篩檢，此實可視為典範。另外在疾病的治療方面，特別強調Asthma、COPD、DM、CHF四大疾病的初級照顧，因為這些是比例最高的慢性疾病，也會影響大部分的醫療支出；其次則是降低急性心肌梗塞的死亡率。第三在病人安全方面，則要降低異常事件的發生，如每十萬人的醫療異物存留率為5.3，針扎事件為每十萬分之178，這些異常事件都會導致後續醫療支出的增加，進而影響整體經濟。最後此論壇提出了一些建議：一、對於醫療事件要有正確的資料收集，二、要做完善的病人辨識制度，三、建立電子病歷，四、對於病人體驗要有長時間的資料收集，五、持續的品質改善工程，六、經由國際交流學習他國優點。

接下來的分組報告選擇了外在評估系統，第一篇是由愛爾蘭的學者所報告的Quality review of symptomatic breast disease services in Ireland，由於乳癌是愛爾蘭第二多的癌症，因此制定出標準治療流程對於其國民健康實有相當大的好處，故愛爾蘭從政策執行開始做起，由國家扮演帶頭領導的角色，也讓民眾看出領導的決心，第三則是要從實證醫學的角度找出有效的治療方式，同時也要找出可供評估的指標，最後再將所有資訊推廣至全國各醫療院所，如此才可對此第二多的癌症作有品質的治療。第二篇則是由加拿大的學者所報告有關The breast cancer hormone receptor retesting controversy in Newfoundland and Labrador, Canada: lessons for the health system，其內容為由於實驗室未經認證，因此所做出來的檢驗到最後才被查驗出是有問題的，雖然是一篇大型的異常事件報告，但也值得借

鏡，因為所謂的品質必須是跟得上時代的，同時不論是什麼時候所作的程序都是一致的，而且除了內在的評核外，還必須經過外在的評估，才可確認是對的，尤其是針對癌症而言。第三篇則是由伊朗學者提出National accreditation for assuring quality in Iranian hospitals: the structure, standard, correct procedure, development and implementation of hospital accreditation and licensing system in Iran，此報告是有關伊朗醫院評鑑的過程，評鑑已被認為是醫院品質認證的標準流程，在伊朗也不例外，而且伊朗自1997年開始每個醫院每年至少要被評鑑一次，而且是採院內分區評鑑的方式，評鑑內容包括醫院結構、標準作業流程、醫院發展、以及是否有與醫院財務相連結等。第四篇是由荷蘭學者所提出一套設計的時間表來評估歐洲癌症治療機構以增加癌症照護的品質的研究報告，其評鑑重點分為五大部分，第一是機構的設施，包括住院與門診；第二是人力資源，尤其是有證照者；第三是機構的財務狀況，尤其特別注意到病患照顧與研究的經費；第四是臨床照顧狀況，是否有能力進行手術、化療或放射線治療等步驟；第五則是研究能力，以機構內發表之文章做為判斷標準；此評鑑基準實施後的好處是對任一治療癌症的機構都能做一有效的評估，其次可藉此評鑑基準建立一平台，除可供不同單位相互標竿之外，尚可在學術論文領域中互相交流，實為一舉兩得的作法。第五篇是由英國學者提出討論評鑑與ISO國際認證是否對歐洲醫院造成任何品質管理的不同？此篇研究從六個面向來做比較，包括管理層面、病人權益、病人安全、臨床組織、臨床操作、環境設施等；其實兩者均屬外在評估的系統，何者為佳實在很難說，研究出來的結果也沒有明顯的差距，儘管評鑑的絕對分數高於ISO國際認證，但兩者均比未作任何認證之機構的分數為高，因此要選用何種來確保品質則須視情況而定。

大會最後請到英國的Liam Donaldson爵士來演說，題目為Global Vision: Past, Present and Future。首先他將病人安全發展分為五個階段，第一階段是純粹由學術性論文與強烈支持者來論述，一般人對其並無興趣；第二階段則為將發生的事件是為偶發事件，通常採取忽略的作法；第三階段則將異常事件視為局部性的問題，處理時只將其當作一般事件處理；第四階段則開始將資訊封鎖，尤其是針對受害者；

最後第五階段才逐漸接受這些事件是有可能發生的。在接受了病人安全事件是會發生之後，接下來就要去探討哪些事件會對病人安全或是品質管控事件會造成威脅，首先是流程架構的不清楚，其次則是過度自信，接著還有失物的產生、組織的運作不當、非最佳狀態的服務、以及過長的學習曲線等。從瑞士乳酪理論中我們可以知道當層層關卡中的失誤連在一起後，就會造成不可彌補的錯誤，如何避免這些錯誤的發生，有賴層層關卡的失誤補足，包括訓練人員的技術、給予足夠的裝備、正確且有效的政策支持、以及針對可能發生的失誤進行風險管理計畫，同時要從失誤中找出是屬於人為疏失或是系統疏失，才可真正對症下藥。正如病人安全的聖經『To Err is Human』書名所寫，不論做任何事都有可能會犯錯，而根據統計每190個醫師會有一個曾發生過病人安全事件，因此如何將比例逐漸降低，以減少發生的機率則是當前要努力的課題，其中針對人的部分就是要加強訓練，俗話說『熟能生巧』，任何技能要靠不斷的操作才會熟練，因此要加強模擬系統的練習；另一項就是要加強外部監視系統，利用現代進步的科技來降低失誤的發生，如此才會使得病人安全發生的比例逐步降低。

在病人安全的議題中，我們會持續遭遇到兩項大的挑戰，第一是乾淨的照護環境 (Clean care is safer care)，目前已有 124 國簽署強調醫療照護必須免於感染，這些國家的人口只佔了世界人口的 89.3%，雖然很高，但仍有 10%的人也就是 5 億人無法在乾淨的環境下就醫，這是我們要繼續努力的目標；第二個挑戰是手術照護的負擔，錯誤的手術部位一直是病人安全相當大的問題，因此 WHO 很早就已製作出手術查核表，而且還配合語言不同有不同的版本，就是為了要讓病人的手術安全更徹底的執行，除了制定流程外，還要有外部稽核制度，同時建議引進類似飛安事件之黑盒子紀錄器以得知在手術室發生的任何事件以避免錯誤的發生。

當前世界衛生組織對未來病人安全的目標完成有下列五項工作：第一是建立全球的共同信念，第二是集結專家進行國際間的交流，第三則是依據實證醫學的基礎進行標準化的流程，第四則是將各地的資訊予以交換，最後則是不斷的進行創新以求更完美的進步。最後 Donaldson 教授提到不論我們的努力到何種程度，必定還有

地方值得我們更加努力（Good enough is not good where better is required），
希望病人安全能夠持續進展，達到我們所要的終點。

肆、心得

此次本人代表行政院衛生署台北醫院前往參與國際健康照護品質協會第二十七屆國際研討會，鑒於本院於十月評鑑在即，因此只能自行前往，無法與台灣醫策會所組成的發表團隊一同前往，但除了返國時間相異外，其餘時間均可在去程班機與會場見面，因此可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。值得高興的是，除了醫策會的參訪團隊外，今年中南部的醫院也自行組團前往，使得臺灣的參加人數為歷年之最，也由此可知臺灣醫界團體對此種國際品質研討會重視之程度。參與此研習會之後更加了解台灣的醫療競爭力在世界上是首屈一指的，而歐美國家對醫療品質與病人安全相關議題研究的精神，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。由此也可知國際交流的重要性，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亦逐年快速成長，與友邦的衛生部門接觸亦頻繁，相較於其他醫院，更應積極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。

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，在國內亦有多篇成效卓著的成果發表，但對於國際性品質會議的參與度仍然不高，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. 未來針對病人安全的挑戰，並不朝向高科技的進步，而是在最簡單的強調『洗手以保持乾淨』與『增加交班時的安全性』為努力重點。未來應持續參考世界衛生組織之建議做法，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，台灣應思考未來要如何教育我們的下一代，病人安全與品質教育應是未來數年醫護教育的重點，也唯有如此才可真正建構一個擁有醫療品質與病人安全文化的醫療環境。建議醫事相關人員除在學校的課程中應具備病人安全與品質相關的教育訓練課程外，在離開校園後的就職環境中，仍有持續性的繼續醫學教育課程予以建立日異月新的醫療品質與病人安全的新知，方能使得醫療品質與病人安全的觀念能與時俱進。
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，目前醫策會已嘗試將原有品質指標系統予以修正，期能建立完整的醫療品質之測量指標與資料庫，並將此指標與健保申報作一相關連，才能使各級醫院有更明確的目標予以努力。
5. 因應科技進步，應藉由醫療資訊產業的進展來提升醫療品質與改善病人安全，同時效率的提升，醫療不良事件發生機會的降低也應在可預期的結果。因此醫療e化、電子病歷、以及整合式照護等應該積極推動。
6. 因應世界化潮流趨勢，國際間之醫療交流勢在必行，如何將台灣的優質醫療推廣於全世界有賴於整合醫療訓練資源，鑒於台灣地小人多，資源分配不宜過度分散，因此建議成立一國際級之醫療訓練中心，除了可訓練本國之醫療人才外，亦可吸引國外醫療人員來台學習，相信必可增加台灣在國際間的能見度與知名度，亦可為台灣艱困的外交環境打開一條活路。

陸、結論

出發前曾聽說法國人不說英語的，這個說法直到抵達法國巴黎後才知道是錯的；在法國一年有六千萬個外國觀光客，光是羅浮宮一年就有七百萬個人到訪，再加上許多的世界文化遺產，觀光產業早就讓巴黎甚至是法國成了世界村。我們在巴黎的這幾天見證的事實是，法國人不只開始聽英文，而且也開始說英文了，連餐廳都有英文與法文不同的菜單，國際化的趨勢使得驕傲的法國人開始做了改變，他們必須去因應這個世界的潮流，才能生存在法國社會中，法國也才能與世界各國產生競爭力。

醫療產業亦是如此，在醫學科技不斷的進步之下，醫療品質與病人安全的重要性自然不言可喻，這必須要靠組織的領導人站在高點予以支持才可不斷進步；其次從本次會議中可見，整合醫療、資訊輔助醫療與國際間的合作交流已經成了世界的趨勢，這三項正是台北醫院目前正積極發展的項目，希望本院能夠以『贏在起跑點』的情境下持續努力，也寄望上級長官能夠繼續給予軟硬體的支持，才能讓台北醫院不只成為所有署立醫院的標竿，更能成為各級公私立醫院學習的對象。