

出國報告（出國類別：考察）

參加「2016年ISQUA大會」
暨辦理「老人友善醫院及長期照護機
構考察」

服務機關：衛生福利部 附屬醫療及社會福利機構管理會

衛生福利部臺中醫院

衛生福利部樂生療養院

姓名職稱：劉巧菁專員、黃秀玲薦任技士

李孟智院長

賴慧貞院長

派赴國家：日本 東京

出國期間：2015年10月16日至10月20日

報告日期：2015年11月20日

摘 要

「國際健康照護品質協會」(The International Society for Quality in Health Care, ISQua) 是目前國際上主要的健康照護品質學術團體之一，更是在該領域中最具影響力的重要組織；查該協會謹訂於 105 年 10 月 16 日至 19 日，假日本東京召開「國際健康照護品質協會年會」，期能藉由會議的交流與先進國家學者、專家做經驗分享，學習各種品質改善策略與方法，作為所屬醫院醫療照護品質改善及管理之參考。

又鑒於我國人口老化速度居世界之冠，本部臺中醫院刻正積極規劃以醫院為基礎完整老人照護園區，也可做為各部立醫院共同為長照 2.0 版努力的參考，是本部當下重要業務之一，爰藉此次赴日參加會議之便，更規劃考察日本當地之「老人友善醫院及長期照護機構」執行情形；借鏡日本醫院之老人照護實務經驗，改善國內老人醫療及長期照護環境，並藉此建立日後聯繫網絡、國際互動平台，促使我國之長期照護政策規劃及執行更臻完善，使國人得到完善、連續的長期照顧服務。

目 錄

壹、目的

貳、過程及心得

參、建議事項

肆、參考文獻

本 文

壹、目的：

人口老化是當今世界各國共同面臨的社會變遷經驗，我國亦不例外。我國於 82 年底正式邁入世界衛生組織的「高齡化社會」(ageing society)，推估至 145 年老年人口將增至 37.5%；隨著人口老化，慢性疾病的增加，醫療照顧體系並隨之轉變。

2009 年我國 65 歲以上人口占總人口比率為 10.63%，此比率根據行政院經濟建設委員會公布之人口推計顯示，到 2010 年、2015 年以及 2020 年將攀升到 10.8%、12.6%、16.2%，2030 年更將達到 24%，即每 4 個人中就有 1 位老年人[1]。面對這股來勢洶洶的老化潮，本部所屬醫療機構是否都已經準備好了？是否都有足夠的量能來照顧日漸老化的國人？與先進國家相較，我們在老人照顧的基礎建設上是否均已建置妥善？

爰此，期藉此次赴日參加 ISQua 會議之便，更規劃考察日本當地之「老人友善醫院及長期照護機構」執行情形；期能借鏡該國之實務經驗，改善國內老人醫療及長期照護環境，並藉此建立日後聯繫網絡、國際互動平台，將可使我國在研擬相關政策及實際執行照護業務時更臻完善。

貳、過程及心得

一、參加 ISQua 會議及參訪行程表

第 5 日	日期	行程內容
1	10/16 星期日	* 去程: 台北--東京
2	10/17 星期一	* 參加「國際健康照護品質協會」(The International Society for Quality in Health Care, ISQua) 年度會議
		* 東京醫科大學病院高齡診療科 --- 以醫學中心為基礎的老人照護模式
3	10/18 星期二	* 參加「國際健康照護品質協會」(The International Society for Quality in Health Care, ISQua) 年度會議
4	10/19 星期三	* 台東區立台東病院參訪-以地區醫院為基礎的完整老人照護模式
5	10/20 星期四	* 返程: 東京--台北

二、參加 ISQua 會議過程及心得

「國際健康照護品質協會」(The International Society for Quality in Health Care, ISQua) 是目前國際上主要的健康照護品質學術團體之一，更是在該領域中最具影響力的重要組織；第 33 屆國際醫療品質協會 (International Society for Quality in Health Care, ISQua) 年會於 2016 年 10 月 16 至 19 日在東京舉行，本次大會主題為 “Change and Sustainability in Healthcare Quality: the future Challenges” 。

於此次的會議上，我們就幾個重要的議題聆聽演講，並與會場主持人就相關議題討論、分享經驗，相關內容摘錄如下：

(一) Can we improve quality improvement ?

Speaker : Mary Dixon-Woods ; UK

為什麼品質改善沒有辦法持續的進行，其中有很大原因是在醫師行為之間的變異性。醫師是醫療執行的主要操作者，若醫師間的行為或處置無法達到一致，則醫療品質則會有變異產生。

我們可以從控制醫師的行為和使醫療資源一致等 2 個面向著手，來降低醫療品質不可預測的變異，當變異越少時，結果就越能控制；比如醫學中心，麻醉師、麻醉護士等醫療人力充沛，且機械設備也充足，而反觀較小型的醫院，會因人手不足，而麻醉護士有時也要兼開刀房護士用，或因沒有這樣的儀器設備，當然品質就無法做一個良好的改善，其醫療結果就會有變異，造成品質好的越好，壞的越壞。

Mary Dixon-Woods 建議，品質改善一定要做到下面幾項原則：

1. 品質改善的本身不能造成更多麻煩或傷害；很多醫院都是為了改善而改善，每年一定都會推出品質改善計畫，結果更增加了很多無謂的麻煩跟人力的投入。
2. 品質改善需要做到「精實」(lean)；不管是流程、機構設備或是人力，都應該被結合在一起，所有團隊皆須要合作，資訊及資料整

合，這樣要聯絡就不會浪費時間，相關的團隊或相同科別的病房，應該放在一起，如心內、心外要在同一個樓層，中間是護理站，左邊是心內病房、右邊是心外病房，這樣就可以省事、省錢。如果心內一層樓、心外一層樓，這樣就無法省錢、省事。其實護理人員照顧心臟科病人的能力都是可以訓練一致的。

3. QI(Quality Improvement)是要被評估的；若沒有真正的改善 outcome，大家都只是白忙一場，所以整個計畫執行過程是需要隨時被評估的。
4. QI 必須抱持 4 個概念：(1)做對的事，不斷的改進，而且是沒有止盡的改進，一直改才能越做越正確，沒有最好，只有更好；(2)所有的改善計畫都必須要有統計學上的證據，要去閱讀別人所做的研究報告，自己的指標及統計分析，是不是經過介入之後，得到了改善，得到了幫助；(3)自己的本領、技術要到位，如果本領技術不好，如何要求指標要好，(4)作業管理應重視效率、效果、成本效益。

(二) Person Centred Care

Speaker : Richard Thomson, Susan Hrisos , Jason Scott, Lynne

Stobbart ; UK

以人為中心的照護包括以下幾個要件：

1. Shared Decision Making(SDM) 以人為中心的照護最佳的方式就是決定分享(SDM)，要把家屬及病人一起找來說明病情，用他們聽得懂得語言，讓他們提出想要的做法或是期望的目標，然後一起決定治療的方針，譬如一位心臟衰竭的病患，應該與病人和家屬一起討論治療方針，病人是要接受換心手術?或只是需要使用藥物來控制病情即可?因為換心手術之工程耗大，應該要聽聽家屬及病人的心聲，聽聽他們的治療目標在哪裡，而非僅由醫療人員來做決定。
2. 整合照護 (Integrated care)，尤其是老年人特別重要，也就是說，很多科一起結合起來看診，不要讓病人需要看很多科，這也是目前醫療的一個趨勢。
3. 全人照護 (Holistic care)，整合與全人的意思不同，「整合」是將不同的科整合在一起，一起合作；而「全人」是照護一個人要兼顧身、心、靈性社會面。

(三) Japan`s Quality Improvement Body - Its Achievement and Future Role in Public Healthcare Service As Private Sector Entity

Speaker : Shin Ushiro; JP 九州大學附屬醫學院院長

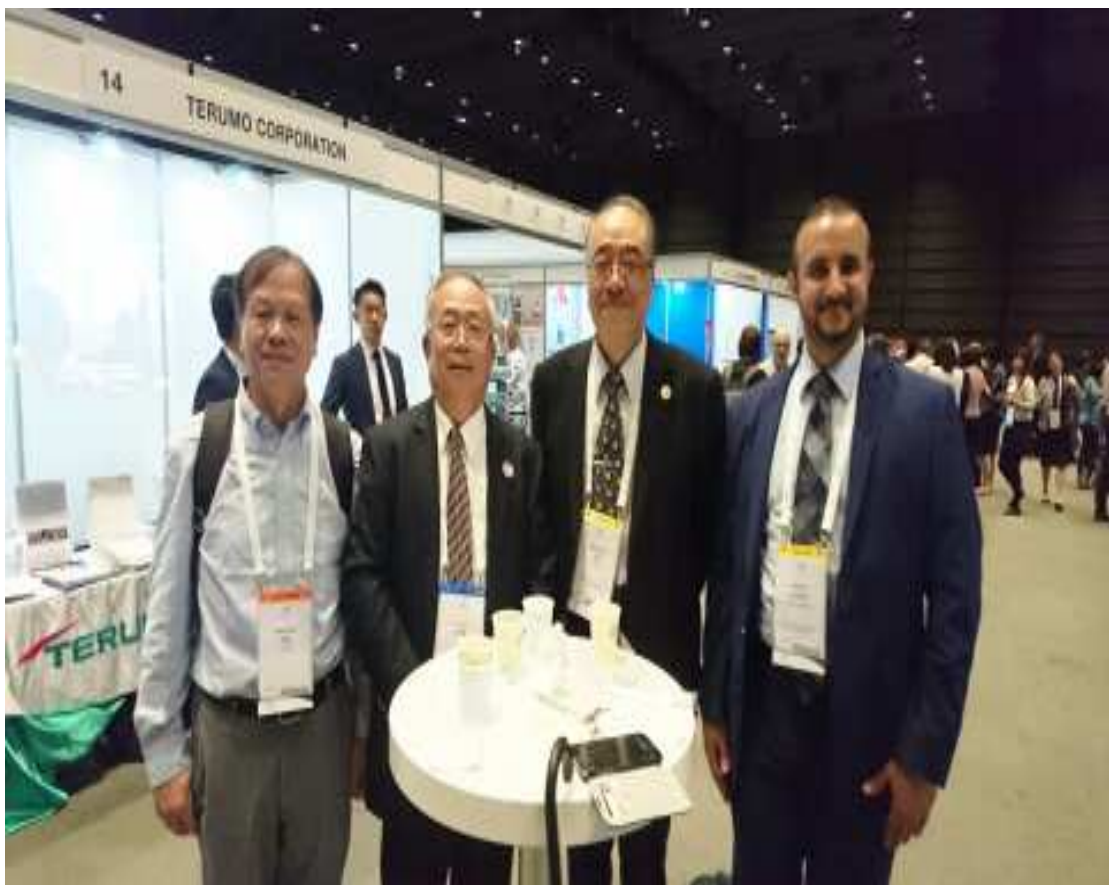
Japan council for quality health care (JQ)成立於 1995 年，該日本質量保健理事會 (JQ) 執行的相關活動包括：收集醫療單位不良事件信

息，以及對醫院做醫療評鑑，以維持公眾對醫療服務的信心，提高服務質量。且為了響應民眾和醫療機構對促進病人安全和防止不良事件發生的意識及期望日漸高漲，JQ 則更積極參與上述活動。

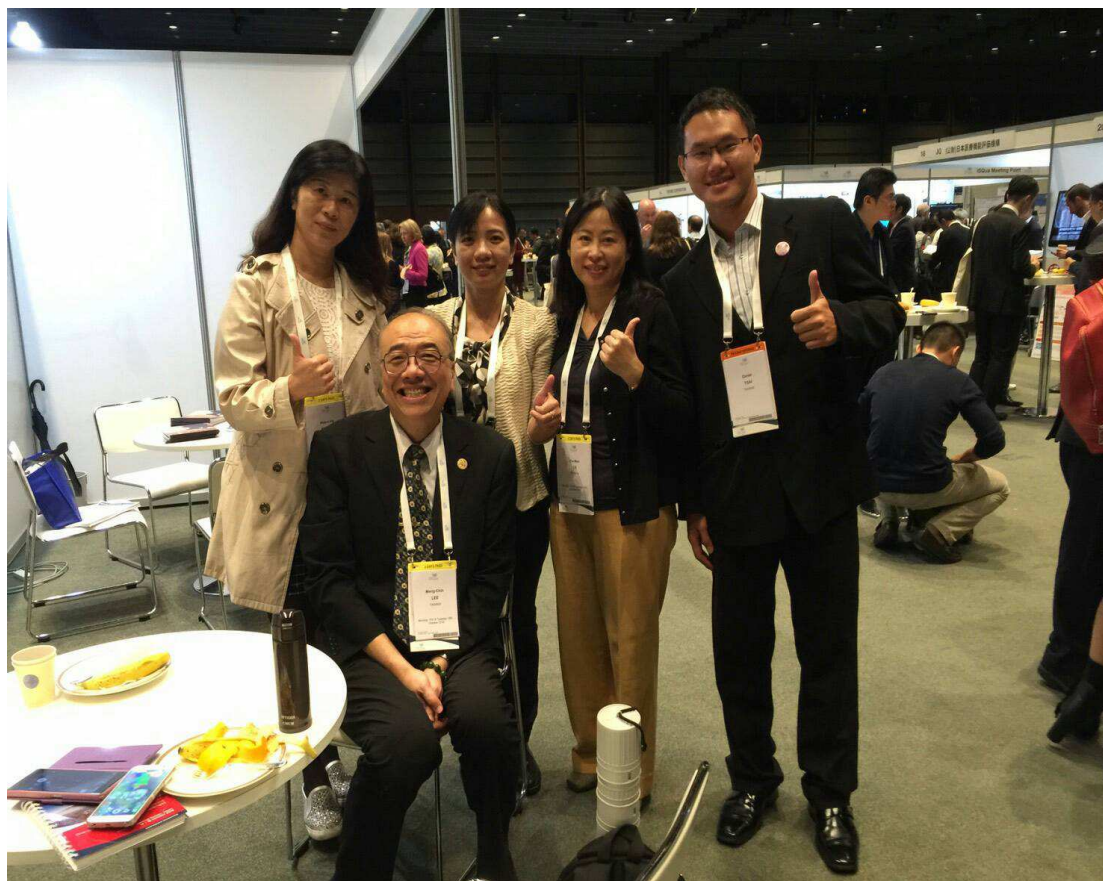
JQ 理事會不但發行有雜誌，更架設有專屬的網站，網站中包含「醫療事故情報收集」系統(adverse event (AE)reporting)及「醫療安全情報」學習系統(learning system)，目前有 5,932 家日本醫院會員，參與該系統之不良事件通報及上傳作業，佔日本所有醫院約 70%，但在這 5,932 家醫院中，有強制要求將不良事件登錄的，只有大學附設醫院(每週一定要上傳資料)，絕大部分的醫院是自願登錄，所以常常會是有一搭沒一搭的，而且他們對未登錄者，也不會有處罰條例，因此更無法強制所有醫療單位必須登載資料；目前全日本尚有 12 萬家診所沒有參加此組織，但系統仍是允與所以人員透過該平台分享教育資訊，在系統上可以查詢到最多醫療事故(AE)是哪些事件，借他山之石，不要再犯，系統並允許他們參與相關課程，並查看其他家醫院所分享的資料，最常分享的異常事件資料包括：1.給藥不對、2.處方不對、3.給錯藥、4.認錯病人、5.錯誤的方法 6.錯誤的處置...等。

2016 年起，日本開始強制規定醫院必須接受評鑑，從大學附屬的醫院開始，再來是公立的醫院。九州大學附屬醫院在提升醫療品質與病人安全等 2 方面做了多的努力，並且建立了兩項重要的組織文

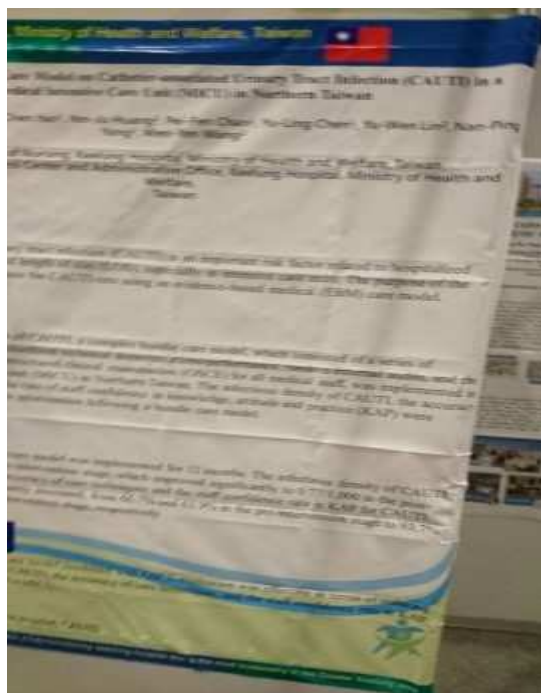
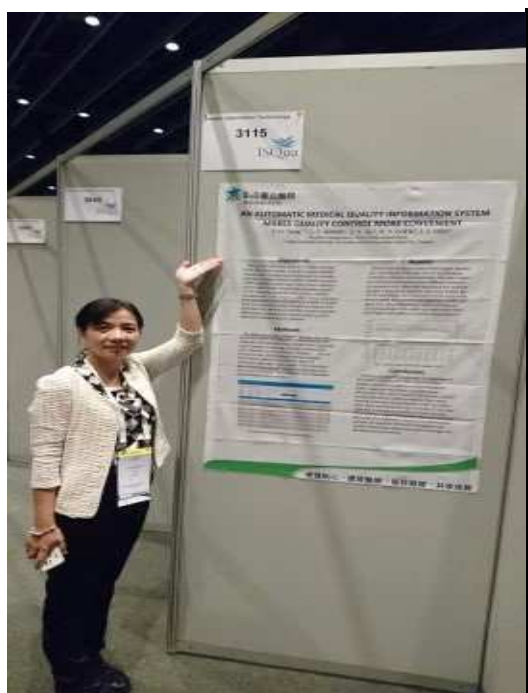
化，第一個是將「品質是生命」及「品質是尊嚴」的概念形成組織文化，第二個是「病安的查訪」，實際的操作手法為，每天早上醫管中心開完會之後，就會抽一個單位由院長或副院長帶隊巡視，不管是病人安全，用電、用水等，並提出一個情況題，看看是否有無依循 SOP 辦理，並藉此確保醫療品質及病人安全。



本部台中醫院李孟智院長(右二)於會場與其他與會友人合影留念



醫福會與會人員與本部綜合規劃司盧胤雯專門委員(右二)於會場合影

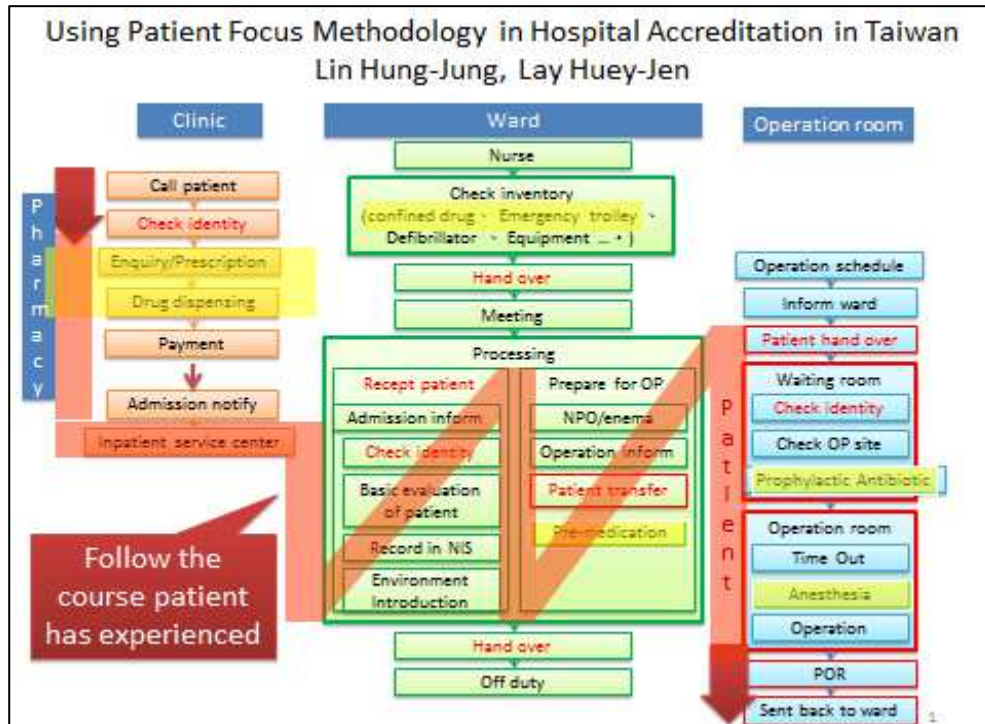


本會劉巧菁專員與台北醫院同仁獲大會錄選之論文海報合影

(四) 本部樂生療養院賴慧貞院長獲大會錄取之論文口頭發表

題目: **Using Patient Focus Methodology in Hospital**

Accreditation in Taiwan



Questionnaire result issued by JCT after the on-site survey to 36 hospitals (>100 beds) in 2015

The effects of accreditation on hospital before and after Patient Focused Methodology	2011	2015
Auditors could provide improvement suggests for patient-centered care	85.8%	100.0%
Prompting hospital to promote quality of care and patient safety activities	80.8%	100.0%
Promote inter-professional collaborative practice in hospital	84.2%	99.1%
Improve inter-professional cohesion and solidarity consensus	80.8%	98.3%
Help staff understand their own capabilities and set a benchmark level	78.3%	98.3%
Enhance the overall operation and management efficiency	57.5%	93.0%
Increase the amount of non-essential paperwork	84.8%	69.6%
Increase operating costs	49.2%	47.8%

Comparison between Tracer Methodology and Patient Focused Methodology

	Dimension	Tracer Methodology	Patient Focused Methodology	
Same	Patient centered	Follow the pathway patient experienced		
	Focus on	Priority Focus Areas		
	Bias correction	Looking for systemic errors to be corrected		
Distinctive	Days needed	7days	1-3days	
	Tracer method	Forward tracer majorly	Forward and backward tracer	
	Criteria scope	International standard	Adjusted between hospital levels(center,district,regional) and locations(urban,rural,island)	
		Minimal country consideration	Adjusted with the policy of government	
		Essential items	Essential and important items	
	Language	English	Chinese	
	culture	No different	Traditional culture	
Result linked with	International patient resources	National health insurance payment system		





醫福會同仁與台中醫院院長(右二)、樂生療養院院長(左二)於會場合影

三、東京醫科大學病院高齡診療科及東京大學協力台東區立台東病院參訪過程及心得

(一) 東京醫科大學病院高齡診療科 --- 以醫學中心為基礎的老人照護模式

東京醫科大學 (Tokyo Medical University) 位於東京都新宿區，成立於 1916 年，原為「東京醫學講習所」，於 1918 年改制為「東京醫學專科學校」，至 1946 年再改制為「東京醫科大學」，並於 2010 年成立醫學綜合研究所，本次我們造訪的單位即為東京醫科大學病院之高齡診療科。

東京醫科大學病院高齡診療科共計有 25 床，該科一天門診量約有 100 個病人次，病人診斷中有 60-70% 是失智症患者；該院高齡診療科對老年病患研發出一套獨創的評估量表，稱之為 SUPER-MAN：S 代表 sensation，U 代表 Understanding of speech，PER 代表 pharmacy & Key PERson，M 代表 3M' s (M1 = mentality, M2 = mobility, M3 = micturition)，A 代表 Activities of daily living，N 代表 Nutrition；該評估量表全方位的包含了所有老年病患照護及需求面向，並全面使用在該科之所有就診病患。

接待我們的是東京醫科大學病院高齡診療科羽生春夫主任教授及櫻井博文教授，根據羽生主任教授表示，在該院就診的失智症病患

包含所有類型之失智症，但其中又以血管性失智症和阿茲海默性失智症兩種類型居多。羽生主任教授在大學裡的主要研究為失智症，於訪談過程中羽生主任教授就失智症與我們分享了他的研究成果，他的研究發現，在腦中風所引起之血管性失智和神經退化所引起之阿茲海默型失智，是有相互影響的，當引起血管性失智症的危險因子越多(如高血壓、糖尿病，抽菸、高血脂等)，除會增加血管性失智症的發病率之外，更會增加 50%的機率使病人得阿茲海默症；反過來說，當病人被診斷為阿茲海默症失智時，更該嚴格監控病人的血壓、血糖數值，因為若病人血壓及血糖控制不佳，不僅會增加罹患血管性失智的機率，也會增加阿茲海默失智症的疾病嚴重度。

該院之高齡診療科具有 2 個獨特的特色：

1. 設有「門急診」(門診兼急診)，門診中心後面有 6 張觀察床，提供給門診病人做緊急處理之用(因為病人的疾病嚴重度尚未達到住院之程度)，如低血鉀、低血鈉，因為人很虛弱，在「門急診」的觀察床上就可以補充點滴點及電解質，或是病人有便秘症狀，引起肚子痛或不舒服，只需要再觀察床處通通腸子後，就可以回家了，無須收治入院，以減少醫療浪費，並可舒緩急診病人滿為患之困擾。
2. 病房有住院兼重症觀察床，在高齡診療科專屬的病房中，護理站對面有 2 間重症觀察床，也有中央面板及螢幕可以從護理站就可以

觀察病人生命徵象，有一些老人因為身體比較虛弱，可能血氧濃度比較不足，如此在護理站工作之護理人員便可隨時觀察到重症病患的生命徵象，並可提供如加護病房般的即時照護、處理，老人也不必動不動就送往冰冷的加護病房。

該院之高齡診療科病人平均住院日約 2-3 個星期，如果是中風的病人，其住院日可能會增加至 1-2 個月；因為該院並在中風後，並無中期照護病房可銜接後續之復健治療，以至於病人都必須留在急性病房做復健治療，或處理一些中風後非危及性命之症狀，羽生主任教授於我們的訪問中也指出，他認為日本的老年照護還存在許多待改善的地方，如老年人喜歡到醫學中心看診，信任大醫院並且喜歡往醫學中心擠，喜歡住在「大醫院」等，與臺灣民眾一樣有「拜大廟」之迷失。

我們對該院的另一個觀察發現，他們的病人出院準備是不足的，他們皆是靠醫師連絡病人出院之所有大小事項，有時還必須靠醫師個人的交情，才能幫病人找到次一階醫院的病床；不像台灣的出院準備服務之完善，計畫周詳，會讓病人往適當的地方移動，各相關單位與單位間的病人移轉，是由醫師交班後再由護理人員負責臨床照護工作，在出院轉準備服務方面，我們較日本提供給病人更多的服務。

另外，在東京醫科大學病院中，他們病房還有醫療社工師，他們認為這非常的重要，因為醫療社工師他們主要工作內容為，跟家屬商

討病人的出院時間及他的醫療保險等相關問題，這種的服務模式已有美式的照顧管理雛形，臺灣在這部分的服務，大都存在社區式的長期照顧服務中，處理類似問題的都是長照中心的照顧管理師，在醫療端的部分仍可吸取經驗、逐漸發展。



王主秘宗曦、醫策會蘇聰賢董事長暨本部臺中醫院李孟智院長贈送東京醫科大學病院高齡診療科羽生春夫主任教授(右二)禮物



所有與會人員與羽生春夫主任教授合影留念

(二)台東區立台東病院參訪-以地區醫院為基礎的完整老人照護模式

台東病院是一間位居於日本東京台東區內的慢性病醫院，該院原是一所公立的婦幼、結核病院，後因經營不善休業一段時間，後經日本台東區政府以促進民間參與之方式委外經營，目前是由「公益社團法人地區醫療振興協會(JADECOR)」經營，並成為國立東京大學病院之協力醫院，做為其下轉和醫學生及研修醫師輪調訓練場所。

公益社團法人地區醫療振興協會是一個公益機構，其成立之目的是要確保日本區域醫院之醫療品質，成立在昭和 61 年 5 月 15 日，在平成 21 年 12 月 1 日改以公益社團法人機構登記。經營台東病院的理念，是希望將病人從急性的醫療照護，伸到長期護理，讓照護包含從

機構到家庭，提供全面性護理機構合作，並以社區為基礎的全人護理照顧服務；該院希望通過一項全面的醫療保健系統，提供病人全面的健康問題照顧，包括身體檢查、接送服務、生活支援、日間照護等等，目標是持續的關心所有有健康照護需求之病人，透過「自助」、「互助」、「公助」的在宅醫療照護模式，促使高齡者能在生命的末期，得到完善照顧，頤養天年。

台東病院包含有三種不同性質之病房，一種是一般病房共計 40 床，提供給急性病人使用，收治病人之疾病症狀如骨折等，須接受開刀治療，但該手術並不會立即危及生命安全之醫療服務和照顧；另一種病房是復健病房，共計 40 床，提供給自己醫院或鄰近醫院急性期骨折、腦中風治療過後，需要部分醫療照顧程度、技術性護理、物理治療、職能治療、語言治療等需求之復健病人使用，第三種病床為療養病棟床 40 床，主要提供給在「生活自理功能上」或「醫護需求」程度上有進步空間者療養使用。

台東病院的特色為 --- 以醫院為基礎的完整老人照護園區：照護內容包括完整的高齡者醫療介護模式，含在宅醫療照顧服務、認知症照顧(包括認知症的身體其他合併症照顧)、安寧照顧(安寧病房)、復健病房之復健照護等，他的服務模式為醫院內的所有醫療機構，醫師、行政人員、行政資源、醫療物資等統一調度使用，一方面節省成

本，另一方面增加管理的效率，所以依據台東醫院接待我們之山田義博病院長表示，公設民營的機構營運會比公設公營機構靈活度高，也有較高之服務效率，此值得我們所屬醫療機構在做水平整合時的參考。此外，該院為社區型醫院，既提供一般醫療照護又配合介護保險服務，提供中期照護(在台灣稱急性後期照護)、復健、慢性療護(保健型護理之家)、一般養護(福祉型護理之家)、居家醫療和安寧緩和照護，這些都能得到包括全民健保和介護保險的給付，也是衛政社政結合的一個模式，可供吾人參考，但日本條件寬鬆，無各級醫療住院期限之嚴格限制，可能也是財務目前亮起紅燈的原因。

東京的台東病院在硬體設施設備及環境的規劃設計上也有需多值得我們學習的地方，相關照片如下:



窗明几淨且標示清楚的服務櫃檯，首重社會資源和保險的盤點，以利照護之財務管理



完善的入院服務及出院準備服務、在宅支援服務窗口



毫無壓迫、感覺舒適，猶如飯店般的醫院大廳



與陪同前往台東病院參訪之台北駐日經濟文化代表處

副代表郭仲熙合影



與台東病院院長充分交換意見並贈送伴手禮表達謝意

參、建議事項：

我國目前正積極推動「長期照護 2.0 版」，參酌日本之「以醫院為 base 的老人照護模式」及台東區立台東病院之「戒護老人保健照護模式」發現，本部所屬醫院均屬於地區或區域級醫院，在長照服務 2.0 版的系統建立上，可建置成 A 級(長照旗艦店)的服務模式，可提供病人在急性期過後之中期照護、護理之家照護，甚至可以延伸服務範圍到社區，成為社區長期照護機構、獨立型護理之家、安養中心、養護中心的後送照護機構，並提供具有醫療功能日間照護、營養餐食及社區巡迴接送等服務；善用醫院原有的設備及專業人力，跨區提供居家

服務、居家護理及社區復健等等，提供給民眾更多元的長期照護服務。

此次日本東京參加「2016年 ISQUA 大會」暨辦理「老人友善醫院及長期照護機構考察」後，具體建議有以下三點：

1. 醫院管理者應該要善用資訊系統，利用資訊系統建立各項標準化作業流程，品質改善的本身不能造成工作人員更多麻煩或投入更多無謂的財力，資訊系統建立是一種有效又精準的管理方式，資訊系統建置還可包含「線上病人回饋系統」，以往的院長信箱，不能讓病人暢所欲言，而且也不確定院長是否真的有看到病人的抱怨，所以可直接用 on-line 來回饋，專人處理與回復、追蹤，當場馬上立即回復，讓抱怨之病人知道，他的訊息院方已經收到，且會在三天內回復，管理者更應該思考如何轉抱怨為滿意，讓病人更忠誠。
2. 發展慢性病整合照顧服務，本部所屬醫院大都屬於中、小型醫院，規模雖非醫學中心的大，但遍佈在全台各縣市，又有將近三分之二位處偏遠離島地區，服務的對象大部分皆為老人，若能發展慢性病整合照顧服務，除可提升病人因失能或疾病特性，致外出就醫不便患者之醫療照護可近性照護外，更可鼓勵所屬醫院連結社區照護網絡，提供住院替代服務，降低住院日數或減少不必要之社會性住院。

3. 發展友善高齡及弱勢病人照顧服務模式，所屬醫院肩負照顧偏遠地區居民健康之責，若能將友善高齡及弱勢病人照顧列為發展之特色，以高齡老人優先看診，並提供住院老人共聘看護方式，減輕住院病人及家屬的負擔，加強社區老人關懷，走出醫院，服務深入社區，設置社區服務據點，由專責護理師、復健師評估民眾需求，給予適當醫療或照護之轉介，除可打響所屬醫院之品牌外，更可配合政府政策，落實老人在地老化之長期照護服務。

肆、參考文獻：

[1] 經建會 中華民國 2012 年至 2060 年人口推計. 取自《 行政院經 2012).