

出國報告（類別：參與國際會議）

參與「國際健康照護品質協會  
第 35 屆年會會議  
( The International Society for  
Quality  
In Health Care, ISQua ,  
35<sup>th</sup> International Conference )」

服務機關：衛生福利部(醫事司、全民健康保險會、  
全民健康保險爭議審議會)

姓名職稱：廖崑富副司長、吳秀玲專門委員、  
陳昭蓉薦任技士

派赴國家：馬來西亞吉隆坡

出國期間：107 年 9 月 22 日至 107 年 9 月 27 日

報告日期：107 年 12 月 7 日

## 摘 要

2018 年國際健康照護品質協會(International Society for Quality in Health Care, 簡稱 ISQua), 於馬來西亞吉隆坡舉辦第 35 屆國際年會, 會議日期自 107 年 9 月 23 日至 9 月 26 日, 為期 4 天, 計有 1,100 多名分別來自 50 多個國家、422 個機構之醫衛領域專家參與, 其中包含我國專家代表約有 232 名。

此次大會主題為「**頭腦, 心靈和雙手: 建構品質和安全的醫療照護(Heads, Hearts, and Hands: Weaving the Fabric of Quality and Safety in Healthcare)**」, 9 月 23 日為會前會議(Pre-Conference), 9 月 24 日至 26 日為主要會議, 且依所訂之 11 大項議題, 分別以專題演講、座談、教育課程及口頭報告方式進行。另外, 大會一開場, 即以世界人口老化現況及 AI 人工智慧科技的衝擊, 說明現今醫療照護的趨勢, 如何能健康地老化, 並突顯初級健康照護重要性, 而各國應如何整合及管理醫療組織架構, 使人由出生至老死、鰥寡孤獨廢疾者, 皆有所養, 亦是熱門話題, 值得探討。大會期望透過會議分享及經驗交流, 進而促進醫療品質及提升病人安全, 以落實全球人民健康福祉。

本屆年會擇定有 11 大項議題, 邀請世界各領域的專家學者與會, 進行專題演講及交流, 重點議題如下:

- 一、 外部評估 (External Evaluation)
- 二、 管理領導及健康政策 (Governance, Leadership and Health Policy)
- 三、 數據分析促進改善 (Data for Improvement)
- 四、 中低收入健康照護的創新與促進 (Innovations and Improvement in Low-Middle-Income Countries)
- 五、 初級及社區照護 (Primary and Community Based Care)
- 六、 未來健康照護品質展望 (The Future of Quality/The Next Frontier)
- 七、 人 (The Person)
- 八、 透過學習和分享進行教育 (Education Through Learning and

Sharing)

九、 弱勢群體的照護品質和安全 (Quality and Safety for the Vulnerable)

十、 病人安全 (Patient Safety)

十一、 傳統及西方醫學 (Traditional and Western Medicine)

## 目 錄

壹、 前言及目的	5
貳、 會議過程	6
參、 會議重點摘要	13
肆、 心得及建議	23
伍、 預告第 36 屆年會	27
陸、 活動相片及說明	29

## 壹、前言及目的

國際健康照護品質協會(International Society for Quality in Health Care, ISQua)在 1984 年成立，是一個致力於促進醫療健康品質提升的非營利性國際組織，且自 2006 年起，成為世界衛生組織(WHO)之正式 NGOs 團體，是目前國際上最主要，且參與人數最多的健康照護品質學術團體，亦為健康照護品質領域中，頗具影響力的組織之一。

ISQua 秘書處位於愛爾蘭都柏林，會員來自 70 多個國家，遍布全球六大洲，ISQua 每年皆會舉辦國際年會，參與該年會人數眾多，其中與會代表，不乏各國衛生行政幕僚、醫療照護機構、評鑑機構、消費者組織及學術單位等醫療照護領域相關的學者專家，是國際間醫療照護團體相互分享醫療品質促進與病人安全之重大盛會。協會亦藉此平臺，以知識共享的理念基礎，提供醫療技術及醫療照護品質與病人安全相關新知，進行國際交流，並透過研究與實證基礎，與志同道合夥伴，共同推動醫療品質與病人安全措施，改善全球醫療品質與病人安全為目標而努力。

2018 年 ISQua 第 35 屆國際年會於馬來西亞〔於 2006 年成為亞洲 ISQua 地區分會總部 (Asian Society for Quality in Health Care)，簡稱 ASQua〕的吉隆坡舉辦。此次參與會議者，來自世界各國(超過 50 多個國家，計約 422 個機構)衛政醫療服務體系等相關領域之專家、學者代表，計有 1,100 餘人參與，其中我國代表約有 232 人共襄盛舉，共有 227 篇學術文章獲邀發表。本部為汲取國際醫療品質及病人安全最新發展趨勢，指派醫事司廖副司長崑富、全民健康保險會吳專門委員秀玲及全民健康保險爭議審議會陳薦任技士昭蓉 3 位同仁前往與會，期藉由與各國進行經驗交流與學習，作為未來業務規劃與推展之參考。

近年，我國參與該年會人數及投稿篇數，居國際之冠，而本次我國專家學者代表約有 232 名參加，其中財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會(簡稱醫策會)依循前例，由林董事長啓禎與王拔群執行長率領醫策會同仁組團參與盛會，其他尚有國立臺灣大學鍾教授國彪、奇美醫院邱院長仲慶，及慈濟醫院、新光吳火獅紀念醫院、國泰綜合醫院、亞東紀念醫院、榮民總醫院、臺北醫學大學附設醫院、本部雙和醫院、國立成功大醫學院附設醫院、

敏盛綜合醫院、馬偕紀念醫院、三軍總醫院、臺北市立萬芳醫院、童綜合醫院等代表，在國際醫療健康品質協會上，共同展現我國醫療體系對於病人安全及醫療品質持續努力的成果，期許我國醫療照護能朝向更安全、更優質的方向邁進，也希望我國的醫療品質能發光於國際間。

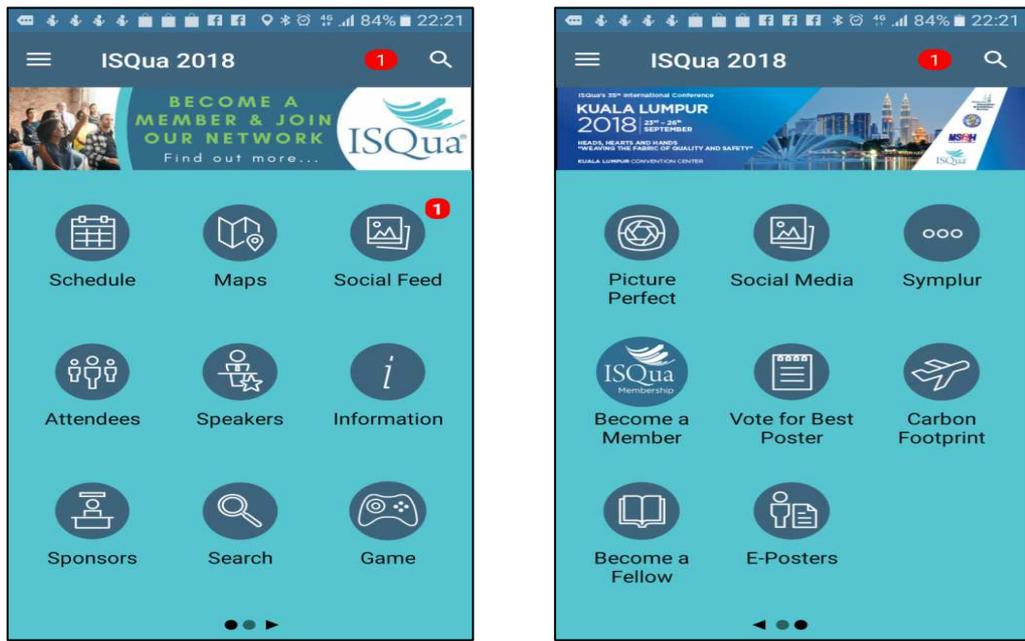
## 貳、會議過程

今年國際健康照護品質協會(International Society for Quality in Health Care, ISQua)第 35 屆年會舉辦地點「馬來西亞吉隆坡」，為亞洲 ISQua 地區分會總部，本次會議日期自 107 年 9 月 23 日至 9 月 26 日，為期 4 天。大會主題為「**頭腦，心靈和雙手：建構品質和安全的醫療照護(Heads, Hearts, and Hands : Weaving the Fabric of Quality and Safety in Healthcare)**」；9 月 23 日為會前會議(Pre-Conference)，9 月 24 日至 26 日為主要會議，為期 4 天會議匯集來自世界各國醫療領域或醫院評鑑及品質相關專家，一同分享健康照護品質經驗。

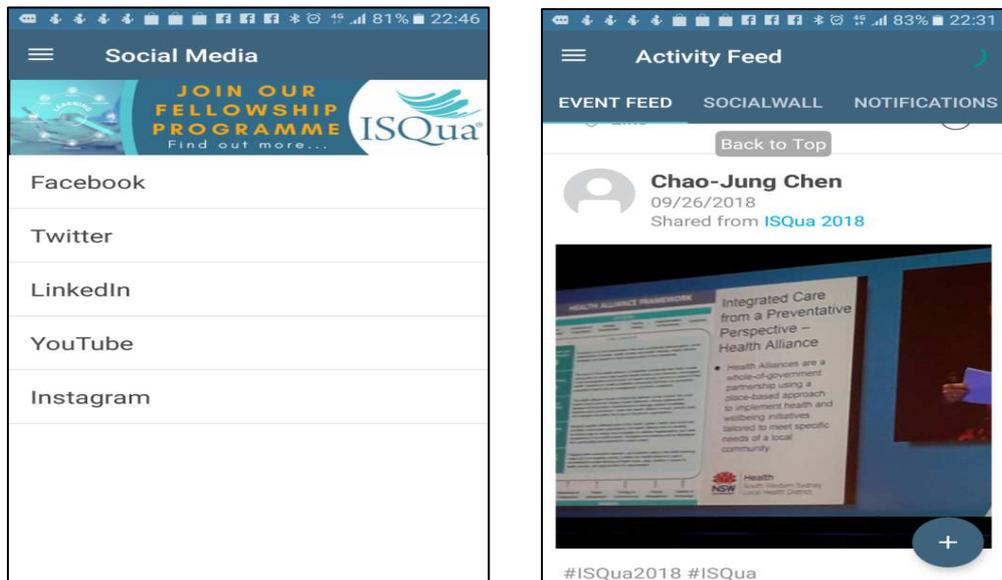
本屆年會以強調 **3 個 H(Heads, Hearts, and Hands)** 為主題，訂立 **11 大項議題**，分別進行專題演講、座談、教育課程及口頭報告。另外，同時有 570 篇海報於會場中展示，且依循往例，大會運用 ISQua 網站、ISQua APP(圖一、二)與 E-poster 展示臺等，讓參加者可透過上述之平臺，了解每日議程主題、主講者簡介與會議地點等重要相關公告及訊息。與會者亦可透過 ISQua APP，事先規劃選擇個人分場會議，更可透過 Social Feed 及社交網站(如：FB、Twitter、Instagram…)(圖三)，即時分享心得並進行交流。



圖一：ISQua 網站、ISQua APP



圖二：ISQua APP 及主頁畫面



圖三：Social Feed 及社交網站

本次大會參與者約有 1,100 多名，分別來自 50 多國，422 個機構的醫衛領域專家，包含我國專家代表約有 232 名，且會議議程中，有 5 位我國代表參與分場專題演講、12 篇 E-POSTER 口頭發表，215 篇海報參展(表一)，分別來自醫策會、亞東、奇美、成大、新光、長庚、榮民總醫院及國立臺灣大學等各醫院、學校代

表，將國內醫療品質改善的經驗在會議中分享，展現我國專家學者在醫院評鑑、病人安全及醫療品質等議題上之成果。

表一 臺灣參展海報主題與數量

主 題	總 海報數	臺灣	
		E-POSTER 數	展覽海報 數
1. External Evaluation	17	1	2
2. Governance, Leadership and Health Policy	27	0	11
3. Data for Improvement	98	2	39
4. Innovations and Improvement in Low-Middle-Income Countries	19	0	1
5. Primary and Community Based Care	20	1	10
6. The Future of Quality/The Next Frontier	39	1	16
7. The Person	45	0	20
8. Education Through Learning and Sharing	38	2	18
9. Quality and Safety for the Vulnerable	39	1	16
10. Patient Safety	210	3	74
11. Traditional and Western Medicine	18	1	8
小 計		12	215
總 計	570		227

此外，醫策會林啓禎董事長在本次年會擔任座長並進行專題演講，而王拔群執行長進行 2 場有關醫院評鑑之演講，廖薰香副執行長則發表在「共享決策 (Shared Decision Making, SDM)」上之研究成果。奇美醫院品質管理中心邱仲慶院長及林宏榮醫療副院長帶領團隊，共同分享我國發展中西醫結合醫療及學術養成之經驗，完成由單一醫學中心所主辦的專題討論。臺北醫學大學醫學科技學院院長李友專教授亦擔任主講者，分享最佳論文作者的成功故事，各項專題演講皆引起熱烈討論。

本屆年會議程摘要(如下)

一、9月23日

時 間	專題演講主題
9:15AM-3:30PM	Pre-Conference 1 - Integrated Care: The Next Frontier?
	1:30PM-1:50PM 由醫策會王拔群執行長分享在我國發展 Integrated Care 的經驗
9:00AM-12:30PM	Pre-Conference 2

	- Massive Ageing as a Leverage Point to Describe the Tsunami of Consequences for the Safety and Quality of Healthcare: A Focus on the Need to Adapt Quality and Safety Standards
1:30PM-5:00PM	Pre-Conference 3 - Patient Reported Outcome Measures 101 - Principles, Tools and Implementation: A Stepwise Practical Approach
11:00AM-5:00PM	Pre-Conference 4 - Advancing Frontiers of Improvement in Healthcare: What Effort and Resources are Required for Successful Improvement?
9:00AM-12:30PM	Pre-Conference 5 - Developing Quality Improvement Skills Workshop
1:30PM-5:00PM	Pre-Conference 6 - Quality Improvement for Students, Junior Doctors and Healthcare Providers
1:30 PM-5:00 PM	Pre-Conference 7 - National Quality Policy and Strategy: The Missing Bolt in Improving Health Systems Performance
5:30PM-7:00PM	Welcome Reception

二、 9月24日

時 間	主 題	備 註
8:00AM-8:30AM	Welcome Coffee with Exhibitors	
8:30AM-8:45AM	Cultural Performance	
8:45AM-10:00AM	Opening Plenary Session	馬來西亞霹靂州蘇丹納茲林沙 (Sultan Nazrin Muizzuddin Shah)殿下蒞臨會場致詞演說
10:00AM-10:30AM	Morning Break	
10:30AM-12:00PM	Monday Concurrent sessions A1-A9	「 Accreditation Programmes in a Complex World: Different Programs

		for Different Contexts but Facing Similar Challenges」(90 分鐘)-由醫策會王拔群執行長擔任講者，分享在多元化世界，不同背景、時空下，應如何面對計畫及挑戰未來。
12:00PM-1:45PM	Lunchtime	
12:30PM-1:30PM	Lunchtime Session and Lightning Talks	「IJQHC - ISQua Journal Session」-由臺北醫學大學醫學科技學院院長李友專教授 Yu-Chuan (Jack) Li 擔任主講者，Sharing Successful Stories From The Authors Of Best Papers
12:40PM-1:30PM E-Poster Area	E-Poster with Lightning Talks AP1-AP5	
1:45PM-3:15PM	Monday Concurrent Sessions A10-A18	
3:15PM-3:45PM	Afternoon Break	
3:45PM-5:00PM	Quality & Primary Health Care-Challenges, Opportunities and Urgency	
5:10PM-6:00PM	ISQua Annual General Meeting	
7:00PM-10:00PM	Networking Reception Venue : Cedar on15	

三、9月25日

時間	主題	備註
7:30AM-8:30AM	Early Morning Session	
8:00AM-8:45AM	Welcome Coffee with Poster Display and Trade Exhibitors	

8:45AM-10:00AM	Tuesday Morning Plenary and Awards -Quality Improvement and my Recovery - A Road Less Well Travelled?	
10:00AM-10:30AM	Morning Break	
10:30AM-12:00PM	Tuesday Concurrent sessions B1-B9	
12:00PM-1:45PM	Lunchtime	
12:30PM-1:30PM	Lunchtime Session - Learning Labs -	
12:40PM-1:30PM E-Poster Area	E-Poster with Lightning Talks BP1-BP5	
1:45 PM-3:15PM	Tuesday Concurrent sessions B10-B18	
3:15PM-3:45PM	Afternoon Break	
3:45PM-4:55PM	Tuesday Afternoon Plenary and Awards - Zero to Hero: Small People, Great Work	
5:00 PM - 7:00 PM	Poster Reception	

四、 9月26日

時 間	主 題	備 註
7:30AM-8:30AM	Early Morning Session	
8:00AM-8:45AM	Welcome Coffee with the Trade Exhibitors and Poster Displays	
8:45AM-10:00AM	Wednesday Morning Plenary - Welcome to Cape Town 2019 - Integrated Care Panel	
10:00AM-10:30AM	Morning Break	
10:30AM-12:00PM	Wednesday Concurrent sessions C1-C9	Traditional and Western Medicine 「在中西醫結合下的醫療品質」及「中

		<p>西醫結合的醫學教育和臨床培訓中的應用」(45分鐘)-由奇美醫院品質管理中心邱仲慶院長及林宏榮醫療副院長帶領團隊，共同分享我國發展中西醫結合醫療及學術養成之經驗，完成由單一醫學中心所主辦的專題討論。</p>
		<p>「分析病人決策輔助(PDA)評估三個專家領域的得分 Analysis of Patient Decision Aids (PDAs) Reviewing Score Among Three Fields of Experts」(15分鐘)-由醫策會廖薰香副執行長發表，在衛生福利部鼓勵醫院透過「共享決策(Shared Decision Making, SDM)」平臺開發和共享決策輔助工具(Patient Decision Aid, PDA)資源，分享在不同專業領域間的研究成果。</p>
12:00PM-1:45PM	Lunchtime	
12:30PM-1:30PM	Lunchtime Session and Learning Labs Presentations	

12:40PM-12:50PM E-Poster Area	E-Poster with Lightning Talks CP1-CP5	
1:45PM-2:45PM	Wednesday Concurrent sessions C10 - C18	
2:45PM-4:00PM	Closing Plenary and Awards - Case Studies in Low-, Middle- and High-Income Countries: Health Systems Improvement Across the Globe - Success Stories from 60 Countries	成大附設醫院品質 管理中心江欣怡小 姐與邱淑貞主任的 海報論文「條碼技術 實施對提高標本採 集安全性的影響 Effect on the Implementation of Barcode Technology to Improve the Safety of Specimens Collection (編號 P059)」，經由與會 者於 ISQua APP 進 行票選，獲得 judge-select best poster award。

### 參、會議重點摘要

年會安排的會議場次很多均為同時舉行，且分散於不同會議室，爰僅能挑選與業務相關或有興趣的主題與場次參加，重點內容摘要如下：

#### 一、9月23日

會前專題演講(Pre-Conference 2：以大規模老化為海嘯槓桿點，應重新調整健康品質和安全標準 Massive Ageing as a Leverage Point to Describe the Tsunami of Consequences for the Safety and Quality of Healthcare: A Focus on the Need to Adapt

## Quality and Safety Standards)

(一) ISQua 以“大規模老化”一詞來描述全球預期壽命逐漸提升，引發醫療健康安全和品質各種相關壓力如海嘯衝擊，迎面而來。惟迄今大多數國家尚未有實質性政策或創新計畫來面對這個課題。主講者 Rene Amalberti 認為，目前有三個主要問題亟待解決：

1. 調整當前的品質和安全標準，以滿足醫療人員及病患的需求。
2. 截至今日為止，評鑑標準雖依最新醫療保健訂立，並做定期更新，但卻有越來越多的醫療照護機構提供者無法達到，或是偏離評鑑標準，或是僅能部分達成，然應依各國現況逐步調整、增修，目前所制定標準或確實運用於品質和安全之評估或評鑑標準上。
3. 依據全球老化的速度及國家文化的不同，需要發展或訂立一個為全球性願景的新標準，才能有效地觸發各國實質上的改變。而且這個新標準，必須是真正符合人們的需求，才能加速影響醫療照護系統的變革。

(二) 在會議中，講者藉由案例研究來分享並說明，醫療系統和組織的發展，應隨著現今全球「大規模老化」的海嘯而做因應及改變，而且必須重新學習，定義新的健康品質架構及醫療安全標準，提供長者友善、支持、尊重與可近的醫療照護環境，以預防及延緩老年失能的發生，此外，健康照護應以全人照護為原則，結合跨科別團隊，提供結合健康促進、疾病管理與復健照護的完整照護。

二、 9月24日

### (一) Opening Plenary Session

由馬來西亞蘇丹納茲林沙(Sultan Nazrin Muizzuddin Shah) 殿下親臨會場致詞表示，政府投資人工智能，以提升醫療設備及其他尖端技術，有助於加強醫療人員進行檢查、診斷、治療，但也不應該忽略醫療照護的人性化。人工智慧技術(AI)雖可以向醫療人員提出醫療支援、建議和各種警示

提醒，但唯有**人性化服務**，是無法透過 AI 輕易複製；另外，蘇丹也指出，病人透過經驗及自我管理，對健康照護要求不斷的提升，而醫療人員在提供健康醫療服務時，也需不斷學習及提升自我能力，當雙方間的認知、期許形成落差時，病人與醫療人員之間的溝通，便形成一個**關鍵中要素**，亦是無法透過 AI 技能傳遞的，因此，不要忽略醫療的「人性化」。



## (二) 病人安全的新視(As the Left Hand of Darkness is Light, So the Left Hand of Risk is Vulnerability: A New Perspective on Patient Safety)

過去 20 年，病人安全主要發生在臨床醫療實務，雖有臨床指引嘗試引導醫療人員，多關注病人的安全問題，但錯誤率仍然穩定發生。報告人認為，若不能全面了解所有可能產生病人安全問題的漏洞，包含社會、經濟、文化…，便無法充分解決漏洞缺損的根源或後果。抑且，如果不對證據進行探索、甚至沒有證據，即無法解決錯誤的根本原因。本專題提出：1.新的病人安全模型，並討論如何關注患者安全的社會流行病學，以降低危害的發生。2.採用數據報告，以促進或降低我們理解能力差異上的風險。3.探索醫療專業人員和相關工作人員的漏洞缺失。4.審視護理課程中患者安全的新知，是否足以幫助專業人員，更深入地了解漏洞的影響。

**(三) 對亞急性護理中老年人臨終關懷質量的調查(An Investigation of the Quality of End-Of-Life Care Provision for Older People in a Subacute Care)**

在滿足老年人臨終關懷需求方面，存在重大挑戰。對於家庭而言，何時及如何提供臨終關懷？可能是以人為本的優質護理的重要指標。本項研究的目的，在於調查如何為 183 床住院中亞急性護理的老年人，提供臨終關懷，並對於已死亡者進行回顧性觀察，藉由對臨床醫師的書面紀錄進行審核，以獲得與臨終關懷相關之溝通與決策證據。

研究結果發現：在 54 例死亡患者中，平均年齡為 83 歲，皆無醫院預先護理計畫，全部自急性醫院轉診過來。跌倒、循環系統疾病及生活管理困難，則是入院的三大理由。患者有多種合併症，包括認知障礙。入院的目標包括：評估、安全出院、康復。患者一旦確定瀕臨死亡，根據垂死護理途徑，超過一半接受臨終關懷；另一半的病患被轉介至專科醫院治療檢查。

**(四) 阿拉木圖宣言 40 週年：品質和初級健康照護-挑戰，時機和緊迫性(Alma Ata 40: Quality & Primary Health Care — Challenges, Opportunities and Urgency)**

主講者是來自世界衛生組織的 Shams Syed，他表示今年由哈薩克斯坦政府、世界衛生組織和聯合國兒童基金會共同主辦的全球初級健康照護會議，將於 10 月 25 日至 26 日在哈薩克斯坦阿斯塔納舉行，屆時將舉行「阿拉木圖宣言 40 週年 Alma Ata 40」慶典。這是一個對全球健康照護的重要里程碑週年紀念，可以重申原始宣言的原則，他強調初級健康照護對於實現 21 世紀集體目標的重要性，也呼籲大家應共同致力於加強初級健康照護，以落實全民健康並持續發展的目標。

另外，他認為 90% 的人，其健康需求是可以透過初級健康照護來得到滿足。而藉由初級健康照護可以帶來更好的健康結果，也可提高護理品質，及延長預期壽命。鑒於初級健康照護與健康品質兩者關係，是密不可分，才能使全球人們更加重視初級健康照護的影響，並且去思考目前緊迫性的

問題並提出解決方案。



三、 9 月 25 日

**(一) 品質改進和我的健康恢復 — 一條不好走的路？(Quality Improvement and my Recovery — A Road Less Well Travelled?)**

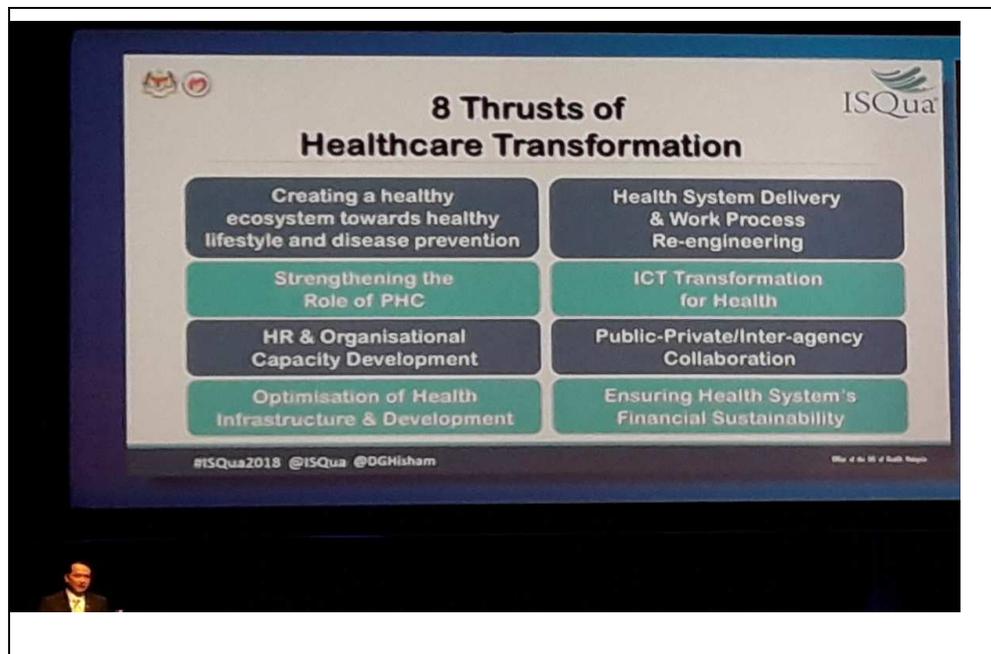
許多人認為品質改善是為了達到目的的一種手段，是一種讓患者更好、改善他們的護理、減少等待時間的方法，但在心理健康服務層面，「品質改善 QI」幾乎是不存在的。Sandra Jayacodi 講述他自己的經驗，品質改善是關於健康的恢復，而所謂的「恢復」，應該是讓病患或被服務者的身、心都獲得恢復，進而再次找到生活中的意義，而且每個人都應該有機會去得到這樣的健康品質。

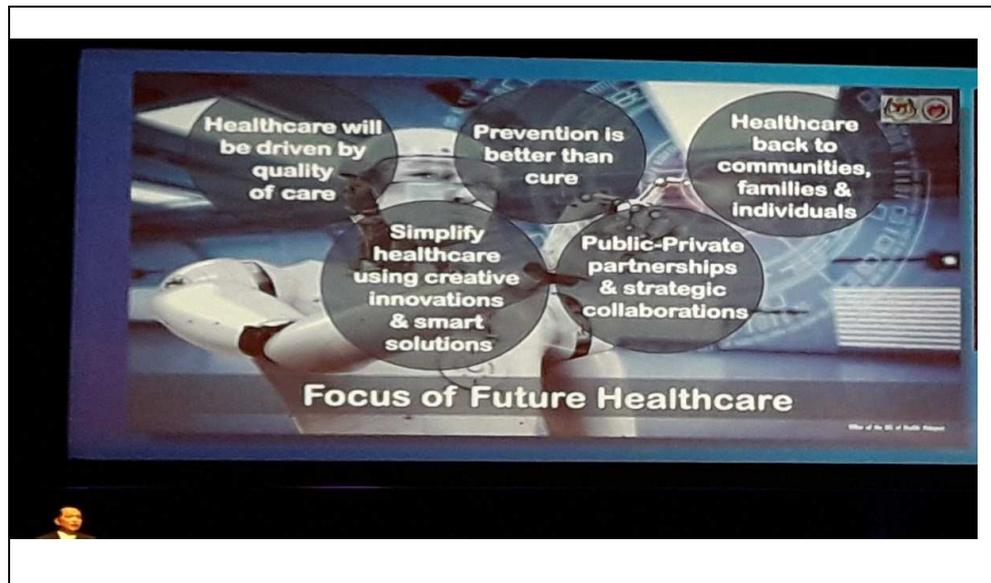
**(二) 醫療保健轉型 - 透過創新和創造力推動品質(Healthcare Transformation - Driving Quality with Innovation and Creativity)**

創新是將變革視為挑戰的能力，而不是威脅。合作是兩個或多個人或組織共同努力實現或成功實現某些目標的過程。利用合作進而創造，實現更好的結果是領導者的一個基本特徵，它將最大的挑戰轉化為組織的最佳機會，同時使合作夥伴受益。講者以馬來西亞為例，馬來西亞具有二種醫療體系，一個是公家醫療體系(提供全面的醫療保健)，另一個是私立醫療體系，而這二個體系彼此獨立運作。

民眾若是一般門診治療之疾病，大多前往私立醫療體系就醫，若是須住院治療之疾病，則會前往公家醫療體系，導致公立醫院擁塞，特別是在大城市，造成等候就醫時間拉長，民眾滿意度下降，但小型地區醫院卻未充分被使用，而在財力及人力有限的資源下，且為了確保醫療服務正確的使用，進而創新、改革，以合作方式來改善醫療服務的提供。例如：馬來西亞衛生部門透過宗教團體，使得醫院、學術界及業界之間合作，提高全民醫療保健的可行性，進而將個別化醫療保健帶回社區和家庭。

本專題講者認為，醫療健康體系應該隨著民眾的生活方式及疾病的型態而轉型，並且要強化公務部門的角色，促進人力資源、組織能力、雲端技術發展，及確保健保財務的可持續性等。而未來醫療保健的重點，仍要促進醫療品質改善，讓醫療保健重新回歸社區、家庭，甚至是個人，強化公、私醫療機構合作關係，以創新改革、AI 智能等方式，簡化醫療程序及減少等待就醫時間，最終，要加強民眾「預防重於治療」、「健康」的概念。





### (三) 馬來西亞的登革熱管理—持續關懷(Dengue Management in Malaysia - A Continuum of Care)

本專題報告強調，統一體制內高效率與優質的登革熱管理，眾多機構的合作及參與，是降低登革熱感染和登革熱死亡率的關鍵成功因素。

馬來西亞及許多國家，數十年以來以傳統的方法，控制和預防登革熱感染，衛生人員進行空間噴灑殺蟲劑、殺幼蟲劑和減少源頭。然隨著城市化的快速發展、人口流動的增加及全球氣候的變化，傳統方法無法控制登革熱病毒在社區中的傳播。馬來西亞國家衛生部（JKN）負責實施抗登革熱預防和控制活動計畫，以監測和分析州和地區登革熱病例管理情況，自 2014 年 7 月開始實施創新方法，並連續兩年使登革熱病例下降（16% 和 17%）及降低登革熱死亡率（29.5% 和 25.3%）。而眾多機構的合作及參與，乃關鍵因素之一。

馬來西亞國家衛生部採取措施，乃對於疑患登革熱的患者到醫療診所時，進行臨床評估及監測，第 1 階段：基於患者病史為總體評估與體檢；第 2 階段：診斷及疾病評估。報告人分享馬來西亞在管理登革熱患者時，如何提供安全和優質護理的經驗，並以吉隆坡醫院(馬來西亞最大的三級醫院)為例，說明院該提供登革熱臨床優質護理的質量經驗，此創新方法於該醫院及全國，已顯著改善登革熱的治療，並確保

登革熱患者安全。



四、9月26日

### (一) 整合性照護架構(Integrated Care Panel)

整合性照護是提供全民健康保險品質的核心。但整合性照護理念並不那麼容易實施，需要採用多種方法。以往醫療業者所提供是多元、專業分工化的服務，而整合性照護強調的是照護的連續性，管理「人」一生在不同階段的照護需求，包含生理、心理及社會性服務需求。並以「三段五級」中的

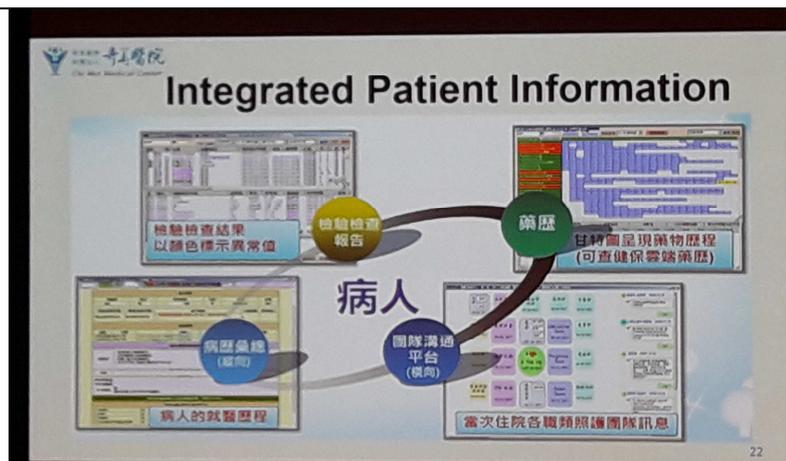
「預防」角度為重點，強化民眾「預防勝於治療」的概念，提供健康知識及衛教服務，進而維持「一生」身、心健康的理念。另外，整合也可由醫療業者間的橫向整合，或是國家政策至醫療供應商的垂直整合，以人為中心，以消費者為導向，由醫療保健擴展到其他服務，形成一個醫療服務組織網絡。

## (二) 醫療品質中的中西醫結合(Traditional and Western Medicine Plenary Theatre~ Session A : Cross-Talk Between Traditional Chinese Medicine and Western Medicine in Healthcare Quality )

本專題研討會係由奇美醫院主辦(國內首家以醫院名義成功申請主辦分場專題學術研討會，乃國內醫療院所之創舉)。由於傳統中醫 (Traditional Chinese medicine, TCM) 在世界上得到更廣泛的應用、認可和發展，在亞洲人群中，中醫被認為具有巨大的治療潛力，故成為患者健康管理的另種選擇。近年來，越來越多實證醫學 (evidence-based medicine, EBM)、共享決策 (shared decision making, SDM)、患者模擬協議、安全問題、臨終關懷護理及教育計畫等，應用於中醫上。

本專題結合中西醫的健康照護品質為主軸，邀請我國奇美醫院及香港中文大學教授，分享當地醫療的中西醫學交流進展和經驗。奇美醫院邱院長仲慶擔任主席，以我國中西醫結合的病人安全品質發展及推動策略為引言，引領與會者談論中西醫結合的照護模式之於病人安全及醫療品質的作為和成效，並由該院品質管理中心分享中西醫結合在病人安全及醫療品質的成果，此外，香港中文大學鍾志豪副教授分享香港在中西醫結合的創新優質服務模式。

在透過我國及香港分享在 EBM、SDM、安全問題、臨終關懷護理和中醫教育計畫方面的經驗中，藉以改善中、西醫之間的隔閡，或嘗試打破中、西醫在品質改進與病人安全方面的障礙，以促進未來中醫的發展。



(三) 伊朗醫院災害風險管理評鑑標準的設計(Designing of Disaster Risk Management Accreditation Standards in Iranians Hospitals)

醫院評鑑是目前用於提高評估該國醫療中心的醫療保健服務品質的有效工具。而每個國家應依據其氣候條件，並做好醫院防災的準備，但依據研究顯示，醫院的防災準備皆不足，且現有的評鑑指標亦無法反映現狀。全球性國際大會

再三強調，應提高醫院的風險意識和安全性，並強調應修訂相關評鑑標準的必要性，依研究結果顯示，不同國家的事故和災害管理標準的品質存在巨大差異。經訪談各國專家，並從所選定國家中提取了 29 個標準和 194 個可衡量要素，做為增修醫院的風險管理指標，包括適當的管理結構、風險評估、制定手冊及員工培訓，以提升災害風險評鑑標準。

#### (四) 共同決策：解開以人為本的護理的實用方法(Shared Decision Making: A Practical Approach to Unlocking Person Centred Care)

共享決策 (SDM) 是一個雙向關係過程，是為促進醫病相互尊重與溝通，醫師提出各種不同處置之實證資料，病人則提出自己的獨特情況、期望、信念和價值觀反思，並表達自己的偏好，彼此交換資訊討論，共同達成最佳可行之治療選項。是健康照護中，以人為本的重要組成部分，兼具知識、溝通和尊重此三元素，可利用圖形化的說明及互動式的工具，將最新的實證醫學證據，用病人能夠理解的方式做說明，為醫師及病人做出共同的醫療決策，藉以提升醫病溝通的效率，將共享決策理論變為現實。

### 肆、心得與建議

- 一、國內參與國際健康照護品質協會之書面海報、電子海報展示，及口頭報告眾多，而論文發表範圍，由臨床實務問題改善，至全國品質統計監控，內容甚為豐富，各項興革建議，亦值得作為我國衛生行政工作及醫療品質精進之重要參考。建議在不影響學術研究規範下，未來應讓論文發表者，有機會在國內作書面(海報)展示，並分享研究心得，倘若可以，亦可將成果集結成冊，以增加醫療研究或品質改善之影響力。
- 二、依英國《刺絡針》醫學期刊於 2018 年 6 月 4 日公布，2016 年全球醫療照護品質，我國在全球 195 個國家排名第 34 名，總分 85 分。且本次大會我國專家代表約有 232 名參與，其中有 5 位擔任分場專題講座，另有 12 篇 E-POSTER 口頭發表，215 篇海報參展，佔該年會海報數 39.8%，充分表現我國醫療品質的精進，以及專家學者在醫院評鑑、病人安全及

醫療品質等議題上之成果，亦顯現出我國參與國際事務積極態度。若我國能擔任國際組織學會之重要幹部，或成為重要的貢獻者，或關鍵意見主導者，增加我國的能見度，讓該國際組織因為需要我國的存在而無法輕易排除，便可降低因為政治因素造成被排除會籍的困擾。

三、健康係「基本人權」，人人有權享有最高的健康水準，以利實現有尊嚴的生活。2018年在哈薩克斯坦阿斯塔納舉行「阿拉木圖宣言 40 週年 Alma Ata 40」慶典，重申 1978 年世界衛生組織(WHO)於「初級衛生保健國際會議」發表《阿拉木圖宣言》(Declaration of Alma-Ata)，呼籲各國於 2000 年達成「人人有健康」之目標。而此目標更有賴社會共同行動及政府提供資源，政府應重視及解決民眾的健康問題，並保障人民身體健康權。

四、登革熱最早於 1779 年在埃及開羅及印尼雅加達被發現，我國早年曾於 1915 年、1931 年及 1942 年發生 3 次臺灣全島登革熱流行疫情，在沉寂數十年後，1988 年高雄市再爆登革熱流行疫情；今(2018)年截至 5 月 17 日止，我國累計 50 例登革熱確定病例，均為境外移入。傳染病無國界，登革熱是全球傳播最快速的病媒傳染病，也是東南亞高風險國家共同關切的公共衛生問題。世界衛生組織(WHO)亦指出，全世界有 128 個國家 39 億人，正面臨登革熱病毒感染的風險，登革熱的預防與控制，取決於有效且持續的病媒控制措施。有鑑於此，登革熱的防治策略涵蓋面向應多元化，建議：(一)宜透過研討會或觀摩，讓登革熱高風險國家分享防治經驗，以因應登革熱防治挑戰。(二)東南亞國家在登革熱防治上發展新的技術：例如誘蚊產卵器 ( Attractive Lethal OviTrap ) 及泰國食蚊魚、小划椿(又稱松藻蟲)等生物防治方法和技術等，皆具有控制登革熱病媒蚊族群之成效或潛力。馬來西亞則委請民間除蟲公司處理，並從幼蟲治本著手，應值得參採。(三)2012 年起已有登革熱疫苗進行第 3 期臨床試驗，應有助於全球登革熱防治。我國亦應致力於疫苗、血清、快篩等藥劑的發展，有效降低罹病人數及縮短篩檢時間，減少篩檢期間的傳染。

五、WHO 病人安全聯盟於 2011 年 4 月 7 日世界衛生日提出：「乾

淨的照護就是安全的照護」之病人安全挑戰目標，並將多重抗藥性問題，列為重要的議題。而醫院是否發生嚴重的院內感染事件，得以窺見醫院之醫療品質管控良窳，亦攸關病患之醫療權益。針對院內感染管控問題，我國傳染病防治法第32條第1項規定：「醫療機構應依主管機關之規定，執行感染管制工作，並應防範機構內發生感染；對於主管機關進行之輔導及查核，不得拒絕、規避或妨礙。」，另醫療機構執行感染管制措施及查核辦法第6條第1項規定：「醫療機構對抗生素使用之監測、審查、稽核及藥敏試驗等事項，應建立管理機制，由接受感染症醫學訓練之專科醫師或感染管制專責醫師負責，並派藥師、醫事檢驗師或其他醫師協助。」、第7條第2項規定：「對於可能感染特定抗藥性細菌等高風險病人就醫住院時，應強化監測工作，落實執行前項標準作業程序與措施；在兼顧病人隱私之情形下，於其病歷、病床周遭建立標示，提醒醫療照護工作人員採取適當之防護措施。」，且醫療機構並應訂定洗手標準作業程序，並有充足且適當之洗手設備與管控及查核機制，足見感染管制在醫療照護品質，以及保障病人安全的重要性。爰基於患者安全立場，上開傳染病防治法等法制規定，宜越周延，越能保障病患之權益，惟法貴於行，倘若醫療機構之醫事人員因過於忙碌，無充足的時間洗手及向病患作衛教，即使有適當之洗手設備提供醫事人員使用，患者亦無法在醫療機構獲得應有的安全保障。因此，管控及查核之機制必須落實，醫院在評鑑時，更應確實。

- 六、在老年人臨終關懷需求，依「**對亞急性護理中老年人臨終關懷質量的調查**」研究指出，患者一旦確定瀕臨死亡，根據垂死護理途徑，超過一半接受臨終關懷；另一半的病患被轉介至專科醫院治療檢查。反觀，我國無效醫療最常見的是，長期使用呼吸器的植物人占用有限的醫療床，或癌末病患之家屬要求使用心肺復甦術(CPR)、葉克膜（ECMO，體外循環維生系統）等。

我國的加護病床密度，為世界第一，約每10萬人口近31床，是美國的1.5倍。我國一年使用葉克膜約1千例，為美國的二分之一；而慢性呼吸照護病床，13年增加近4倍，長期

依賴呼吸器患者一年的醫療費用，更是一般民眾的 29 倍。據中央健康保險署 102 年 3 月 13 日「健保呼吸器管控策略讓長期呼吸器費用近五年成長趨緩」資料顯示，健保每年花在生命末期無效醫療的費用，高達新臺幣(下同) 261 億至 270 億元(105 年呼吸器依賴患者約為 1 萬 6,902 人，支出約 120 億元，平均每人約 71 萬元)。安寧緩和醫療條例適用對象，限於末期病人，有關得「書立意願書或預立醫療決定書」之資格者，是否可以包含未成年者，以及執行意願書或預立醫療決定時，應否確認意願人醫療決定內容等，與 2016 年 1 月 6 日制定公布，定於 2019 年 1 月 6 日施行之病人自主權利法，規定內容有相異之處。由於病人自主權利法揭橥以病人為中心，對於醫病關係及告知後同意原則、僅病人有拒絕醫療的權限等，擴張病人的善終權，相較於安寧緩和醫療條例乃屬特別規定，因此，安寧緩和醫療條例之適用及範圍，將受到影響。爰為尊重病人自主權及善終的權利，合理使用健保資源，應避免葉克膜成為無效醫療，葉克膜必須合理使用、避免濫用，並遵守及執行法定得終止與撤除的機制。

- 七、本次年會強調醫療健康品質及安全，須因應全球老化速度及國家文化的不同，並在人工智慧科技發展下，應適時調整醫療照護的架構及安全標準。依國家發展委員會推估，我國社會人口結構型態，105 年老年人口佔總人口的 14%，已正式進入「高齡社會」，且預計 8 年後（民國 115 年）老年人口將超過 20%，即成為世界衛生組織（WHO）所認定的「超高齡社會」，目前我國健保制度雖做得非常好，但 90% 仍偏重急性醫療，而急性醫療卻是最昂貴且有限的資源，國立臺灣大學教授王崇智表示，我國高齡死亡迴圈，從 119、急診、加護病房、普通病房到回家，高度使用急性醫療的情況需要改變，政府目前正積極努力架構完善的長照服務系統，並推動長期照護服務，較著重於安養及後期的照護部分。有鑒於此，應先讓即將退休的長者，了解自我身體狀況，並維持自我健康，發展 AI 智能科技(如目前智慧手環、健康存摺平臺…等)，讓長者可以利用這些數據，了解健康狀況，而醫療人員可藉此提供個別化的衛教、運動，以維持自我健康，減少頻繁就醫率，降低依賴他人年限，以減少急性醫療利用率，此外，更應強化民眾初級健康照護，落實「預防勝於治療」

的觀念。

## 伍、預告第 36 屆年會

2019 年 ISQua 國際年會舉辦時間為 10 月 20 日至 23 日，於南非開普敦會議中心(Cape Town's International Convention Center)舉行，相關論文專題亦於本屆會議時開始開放投稿，開普敦是一個擁有沙灘和充滿活力，且多元化城市，南非醫策會執行長亦在本次會議中表示歡迎到南非參加年會。



2019 年的主題是「**創新，實施，改進：敲響安全、品質和平等的鼓**(Innovate, Implement, Improve: Beating the Drum for Safety, Quality and Equality)」，醫療照護分為 9 大主題進行探討如下：

### 一、 政策，可持續性和質量與安全資源 (Policy, Sustainability and Resourcing for Quality and Safety)：

以對環境造成的影響(Environmental Impact)、醫療保健在社會中的地位 and 成本(Healthcare's Place and Cost in Society)、領導與治理(Leadership and Governance)、預防疾病(Prevention of Ill Health)、提高醫療保健的價值(Increasing the Value of Healthcare)、醫療旅遊(Medical Tourism)等面向來討論。

### 二、 人(The Person)：

分成以人為中心的照護(Person Centred Care)、患者經驗(Patient Experience)、患者參與(Patient Engagement)、患者的聲音(Patient Voice)、健康照護的提供者(Looking after Healthcare Provider)、第二受害者(The “Second” Victim)等六大面向探討。

### 三、 患者安全 (Patient Safety)：

以人為因素(Human Factors)、藥物安全(Medication Safety)、感染的預防和控制(Infection, Prevention and Control)、病安工具和解決方案(Patient Safety Tools and Solutions)、醫療旅遊(Medical Tourism)、解決策略和安全實務應用(Solutions and safe practices)等面向探討。

### 四、 外部評估(External Evaluation)：

以法規(Regulation)、評鑑(Accreditation)、證照(Licensing)、執業監控(Performance Monitoring)、證明(Certification) 等面向探討。

### 五、 品質經濟學 (Economics of Quality)：

分成資助機制(Funding Mechanisms)、普遍質量健康保險(Universal Quality Health Coverage)、醫療保險(Medical Insurance)、領導與治理(Leadership and Governance)、公私合作夥伴關係(Public/Private Partnership Relationships) 等面向探討。

### 六、 E化健康與創新 (E-health and Innovation)：

以數據健康(Digital Health)、技術(Technology)、新穎的想法和方法(Novel Ideas and Approaches)、人工智能(Artificial Intelligence)、質量數據(Data for quality) 等面向探討。

### 七、 LMIC 的醫療保健質量和安全(Healthcare Quality and Safety for LMIC)：

以健康照護環境(Health Care Environments)、低技術解決方案(Low Tech Solutions)、基於雲的智能手機解決方案(Cloud-based and Smartphone Solutions) 等面向探討。

## 八、 初級、社區和綜合護理(Primary, Community, and Integrated care)

分為精神健康(Mental Health)、跨專業領域合作(Interprofessional Collaboration)、提高護理邊界的質量(Improving Quality Across Care Boundaries)、精神健康(Mental Health)、初級和社區衛生保健(Primary and Community Health Care)、居家照護(Healthcare at Home)、社區照護(Healthy Communities)、社區推薦 (Social prescribing) 等面向探討。

## 九、 學習與發展(Learning and Development)：

分成各級培訓：本科，在職，研究生(Training at Every Level: Undergraduate, In-service, Post-graduate)、照護人員的品質和安全培訓(Quality and Safety training for Service Users)、技術發展(Skills Development)、測量方法(Measurement Methods)、數據收集和分析(Data Collection and Interpretation)、模擬(Simulation) 等面向探討。

## 陸、 活動相片及說明



▲吉隆坡會議中心大樓—位於吉隆坡市中心

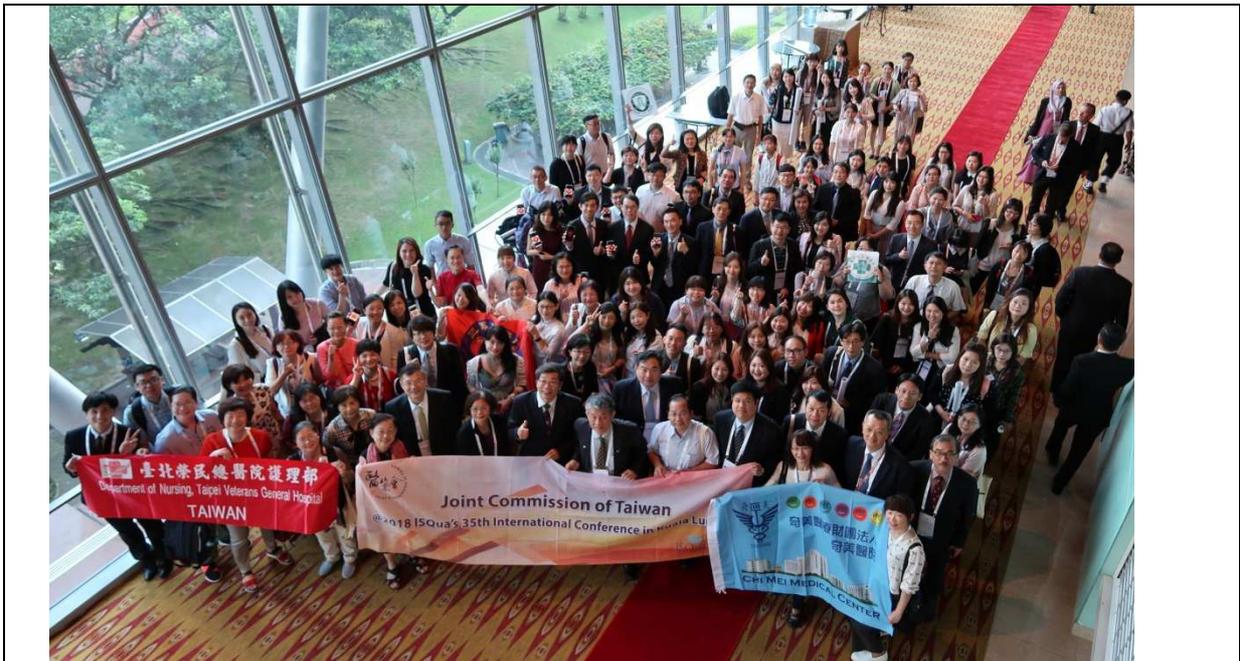


▲由吉隆坡會議中心大樓室內窗景，可看到吉隆坡地標「雙子星」。

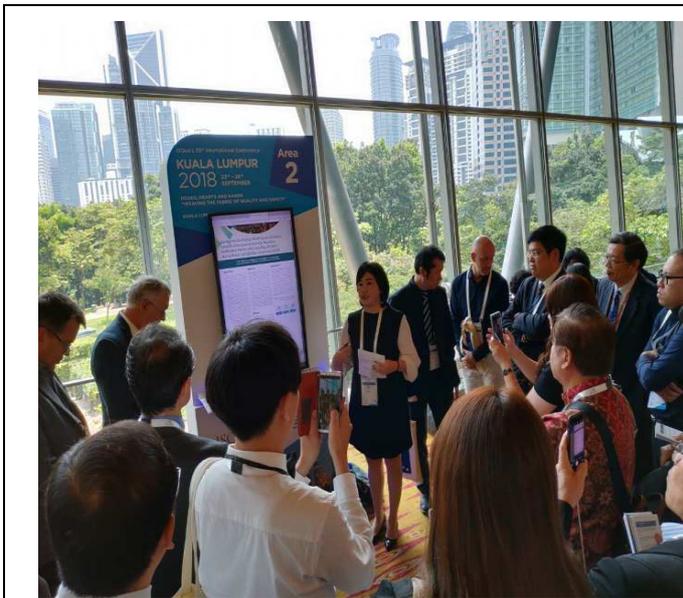
▲右中及右下圖為本部參與者會場留影。



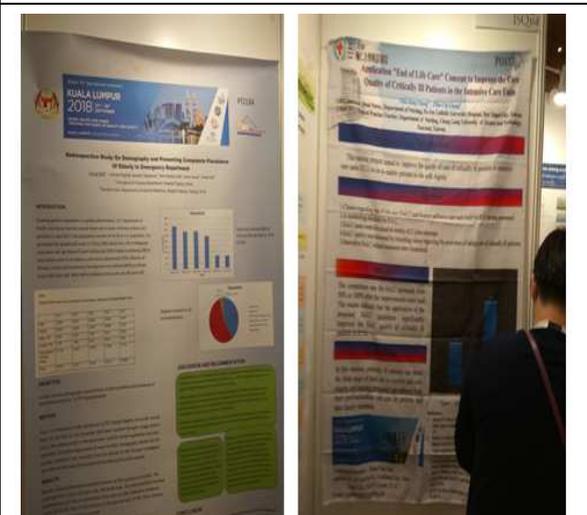
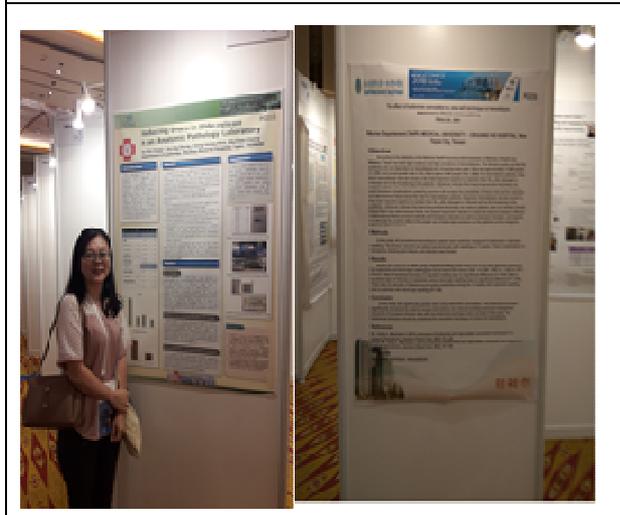
▲迎賓舞—為歡迎遠道而來的貴賓，主辦單位安排了一段當地舞蹈。



▲我國參加團隊合影—我國一直以來是醫品病安的最大支持者，本次也是國際年會最大參加國家團隊。



▲E-Poster Area—每位發表者有 10 分鐘說明海報論文內容，並與現場參與者進行雙向溝通。



▲海報展覽區(一)-計有 500 餘張論文海報分享。

▲本部參與者海報展覽區留影。