財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

腎臟病照護品質認證基準自評表

認 證 類 別 ： 腎臟病照護品質認證

醫療機構代碼 ： 0439010518

機 構 名 稱 ： 國立臺灣大學醫學會附設醫院雲林分院

機構負責人 ： 馬惠明 職稱：院長

連 絡 人 ： 李思穎 職稱：醫師

連絡電話 ： 05-5323911

自 評 日 期 ： 113 年 8 月 2 日

一、疾病照護品質認證基準條文統計表：

章	項數
第一章、團隊運作與管理	**12**
1.1 團隊發展	4
1.2 人員管理	5
1.3 病人安全目標及執行	1
1.4 風險評估、分析與應變機制	2
第二章、專業的臨床照護	**17**
2.1 病人規範	3
2.2 照護作業流程	12
2.3 臨床照護之紀錄品質	2
第三章、品質提升及成果	**10**
3.1 品質監測	4
3.2 警訊事件及異常事件之通報管理流程	1
3.3 品質成效	5
總計	39

二、自評表填寫注意事項：

1. 自評表「自評等級」欄位：依據條文及評量項目進行自評，逐條勾選達成度「完全符合、部分符合、不符合」。

2. 自評表「執行狀況說明」欄位：

(1) 可針對該受評條文之執行現況進行簡單描述，內容呈現方式不拘（文字、表格、圖片等均可）。

(2) 自評表內容請以 word 格式製作，採 12 號字體繕打，行距為單行間距，每項條文之說明頁以 **1 張 2 面為限**。

條　　號	1.1.1
條　　文	團隊組織架構
自 評 等 級	●完全符合 ○部分符合 ○不符合

執行狀況說明

1. 腎臟病跨領域整合照護團隊成立的年度： 2020 年。

【符合 1】核心團隊成員：依據病人照護需求組成核心團隊，包含經營管理及疾病照護核心成員，核心團隊主要任務為定期召開團隊會議，訂定團隊發展目標、工作計畫等，決策團隊之發展走向，並適時檢討改善相關作業。

一、 臺大醫院雲林分院腎臟病照護團隊共有 5 位主治醫師，由洪健清副院長督導，腎臟科李思穎主任擔任召集人，負責領導及監督團隊執行運作，協助推動執行腎臟病照護計畫、腎臟病病人醫病共享決策，並召集腎臟科跨領域照護團隊(圖 1)，其核心成員包括內科部(腎臟內科)、護理部、藥劑部、營養室及社工組。

二、 腎臟病核心團隊針對腎臟疾病，涵蓋腎臟疾病的各個階段，包括腎臟病防治、急性腎損傷與慢性腎臟病之診斷及治療、到末期腎臟病之照護，提供全人全方面的照護。成員現有專任主治醫師 5 位、腎臟病個管師 3 位、透析中心護理長 2 位、專科護理師 2 位、血液透析護理師 37 位、及腹膜透析護理師 2 位。

(一) 腎臟科：綜理腎臟病防治及急慢性腎臟疾病的診斷與治療。對於急重症腎病患者，提供急性腎臟替代療法 (包括重症透析、持續緩慢低效率血液透析/過濾 SLED、SLED-f)；對於末期腎病患者，提供長期血液或腹膜透析治療、腎臟移植轉介；對於瀕臨生命末期腎病患者，提供腎臟安寧緩和療護的選項及轉介。

(二) 血液透析室/腹膜透析室：提供末期腎病患者完善適切的血液透析及腹膜透析治療。此外，血液透析室另提供血漿置換術及雙重過濾血漿分離術的治療模式。

(三) 腎臟病個管師：協助收治早期 (Early CKD)、晚期 (Pre-ESRD)慢性腎病及急性腎損傷(Acute kidney disease, AKD)患者，提供正確的健康識能、腎毒防治、營養諮詢及腎病照護觀念與技能。追蹤每一位慢性腎臟疾病患者，定期舉辦腎友衛教及提供諮詢服務。如有醫療之需求，擔負銜接各類醫療職類人員之橋梁，讓腎臟疾病的病人，維持其腎臟殘餘功能，避免急性惡化，以達到延緩進入透析的時間。

(四) 營養師：針對慢性腎臟病、腎病症候群、急性腎損傷、血液透析、腹膜透析患者，依據社經、生活環境、個人偏好給予個人化之飲食建議。

(五) 藥師：針對腎臟病患者，提供藥物治療管理、藥物遵從性、藥物監測及藥物訊息。

三、 核心團隊成員由各專科指派負責人擔任，負責參與腎臟科核心團隊會議及共同擬定與宣導團隊運作方式。腎臟科部會議定期每月召開一次，匯報腎臟科相關科室每月業務執行情形，以利適時調整；腎臟病照護團隊會議定期每季召開一次，於團隊會議報告並追蹤各項業務之執行成效及品質管理指標，以確保照護品質。每年定期檢視與修訂「腎臟照護團隊年度工作計畫書」、「腎臟病照護團隊發展暨品質提升計畫」等，會議紀錄會呈核至院層級長官予以簽核並留存。

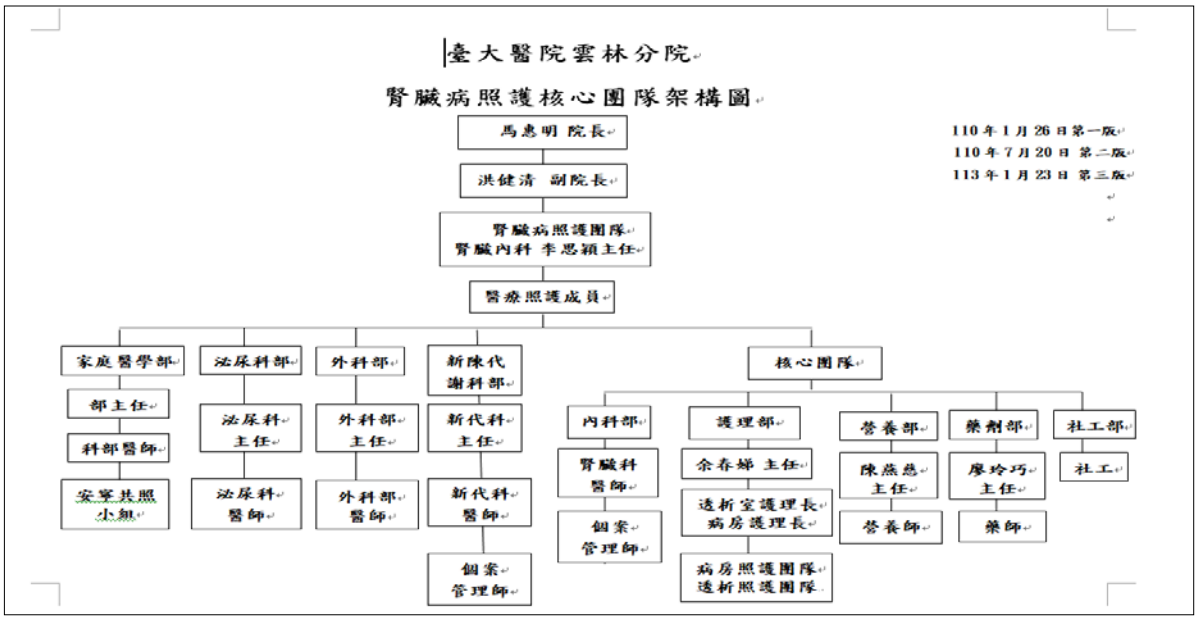


圖 1.腎臟病照護核團隊架構圖

【符合 2】醫療照護團隊成員：除了上述核心團隊成員之外，照護該疾病病人之其他相關人員。

一、本院腎臟病醫療照護團隊如圖 1 之組織架構圖，為提升照護品質及病人安全，斗六院區以 7A 病房及虎尾院區 6S 病房設置為腎臟科照護病房。醫療照護團隊包含外科部(心血管外科及一般外科)，心血管外科負責血液透析血管通路(動靜脈瘻管、動靜脈人工血管、隧道袖扣血液透析導管)建立及血管通路相關併發症之處理、一般外科負責腹膜透析導管植入及腹膜透析相關併發症之處理；泌尿部與腎臟內科合作診治腎上腺腫瘤、腎臟腫瘤和尿路阻塞；家庭醫學部針對瀕臨生命末期腎病人，依病人需求與安寧共照小組擬定共同照顧計畫，提供腎臟安寧療護之共同照護；另有其他醫事職類人員，如社工師，則依病人不同需求，與醫師/護理師共同擬訂照顧計畫，提供全方位醫療服務與完善照護品質。

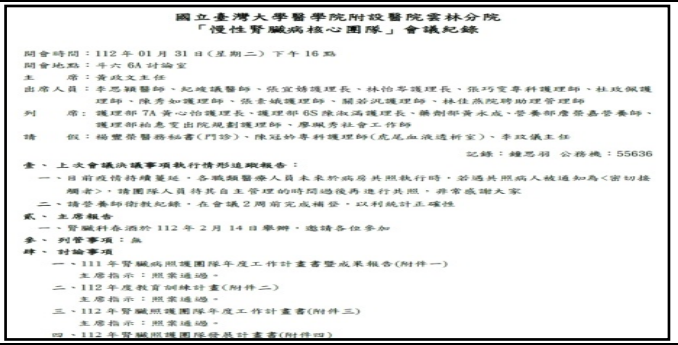
【符合 3】團隊具有良好的組織分工，並建立跨領域成員合作機制及溝通管道。

一、腎臟科主任李思穎主任為召集人，成立照護團隊及監督團隊執行狀況，負責每月定期召開腎臟科科部會議、每季召開腎臟病照護團隊會議，偕同核心成員共同擬定「腎臟病臨床照護指引」、「腎臟病照護團隊發展暨品質提升計畫」及「腎臟照護團隊年度工作計畫書」等，建立標準化的醫療照護模式，於團隊會議報告並追蹤各項業務之執行成效及品質管理指標，以確保照護品質(圖 2~3)。

二、本院以電子病歷為主，照會團隊皆可於 Portal 系統查詢個案病程紀錄、照護狀況等，包括:各專科照會紀錄、各職類人員衛教指導紀錄，如:護理師、營養師、個案個管師以及出院準備服務等。



圖 2.腎臟病照護團隊會議



國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院
「慢性腎臟病核心團隊」會議紀錄

圖 3.團隊會議紀錄

條　　號	1.1.2
條　　文	團隊領導
自 評 等 級	●完全符合 ○部分符合 ○不符合

執行狀況說明

1. 核心團隊會議召開頻率：　每 3 個月一次　。

2. 核心團隊會議召開次數：前一年度：　4　次；當年度（至填表日）：　3　次。

【符合 1】核心團隊具有良好的領導，團隊領導者有明確任務定義，主動參與團隊發展規劃，並掌握執行成效。

一、腎臟病核心照護團隊領導者為腎臟科主任，規劃照護團隊人員的職責與分工，由品管中心監督及協助跨科部之溝通，核心團隊依各專業分工進行各項醫療品質監測和病人安全改善工作，並根據本院的使命「中台灣的健康守護」及核心價值「正直誠信，創新卓越，團隊合作，健康尊嚴、尊重關懷」之願景，結合其負責任務，明確訂立於「腎臟病照護團隊發展暨品質提升計畫」(圖 1)中，發展必要之臨床服務項目，包括民眾腎臟病衛教、急性腎損傷防治、慢性腎臟病控制至末期腎臟病照護。

二、腎臟科主任為召集人，成立並領導照護團隊，每月定期召開「腎臟科科部會議」(圖 2)，監督團隊執行運作狀況及協助推動腎臟病照護計畫。

三、腎臟科主任負責領導及監督團隊執行運作，協助推動腎臟病照護計畫及腎臟病病人醫病共享決策照護計畫。召集跨領域團隊，團隊成員除腎臟內科醫師外，亦包含藥師、營養師、護理師、出院準備服務小組、社工師及安寧共照小組等（圖 3），並有專任個案管理師負責個案追蹤及成效管理。



國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院

腎臟病照護團隊發展暨品質提升計畫

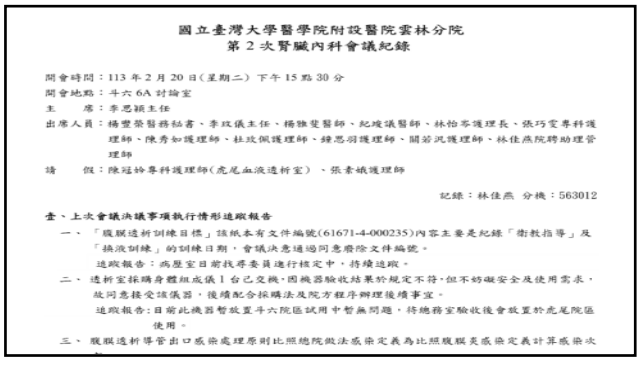
110 年 01 月 26 日腎臟科科會通過
110 年 12 月 21 日腎臟科科會通過
112 年 01 月 31 日腎臟科科會通過
113 年 01 月 23 日腎臟科科會通過

壹、背景

慢性腎臟病一直是重要的醫療及公衛課題，多年來臺大醫院雲林分院投注大量醫療資源，期望改善在台灣中南部的末期腎臟病及透析盛行率和發生率，因此，本院積極參與衛福部「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-end stage renal disease，Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫」及「全民健康保險初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」，於 2020 年獲得腎臟病健康促進機構認證， 2023年同時職類藥師進行腎臟病藥事照護，以及協助執行糖尿病合併初期慢性腎臟病(Diabetic kidney disease，DKD)計畫，2024年為推動急性腎損傷(Acute kidney injury，AKI)照護品質，執行急性腎臟病(Acute kidney disease，AKD)照護計畫，建立腎臟病團隊共同照護模式。

本院經由跨專業領域團隊提供整合性、連續性的照護，對於腎功能的惡化、死亡率的降低、與醫療支出已有顯著的改善。此外，本院亦致力於加強腎臟疾病照護的早期診斷與照護指導，也運用電子媒體及走入社區，除去就醫不便之挑戰，延緩偏鄉年長者日後發展成慢性腎臟病的病程。

圖1.腎臟病發展暨品質提升計畫



國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院
第 2 次腎臟內科會議紀錄

開會時間：113 年 2 月 20 日(星期二) 下午 15 點 30 分
開會地點：斗六 6A 討論室
主　　席：李思穎主任
出席人員：楊豐榮醫務秘書、李玫儀主任、楊雅斐醫師、紀璇璇醫師、林怡蓉護理長、張巧雯專科護理師、陳秀如護理師、杜玫佩護理師、鍾思羽護理師、簡若汎護理師、林佳燕院聘助理管理師
請　　假：陳冠吟專科護理師(底尾血液透析室)、張素娥護理師

記錄：林佳燕　分機：563012

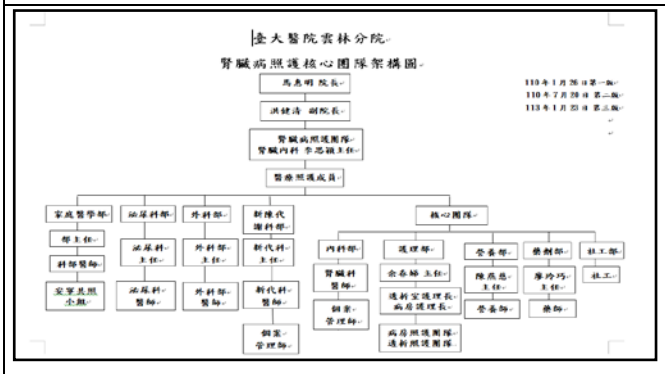
壹、上次會議決議事項執行情形追蹤報告

一、「腹膜透析訓練目標」張紙本有文件編號(61671-4-000235)內容主要是紀錄「衛教指導」及「換液訓練」的訓練目期，會議決意通過同意廢除文件編號。
追蹤報告：病歷室目前找尋委員進行核定中，待續追蹤。

二、透析室採購身體組成儀1台已交機，因機器驗收結果於規定不符，但不妨礙安全及使用需求，故同意接受該儀器，後續配合採購法及院方程序辦理後續事宜。
追蹤報告:目前此機器暫放置斗六院區試用中暫無問題，待總務室驗收後會放置於虎尾院區使用。

三、腹膜透析導管出口感染處理原則比照總院做法感染定義為比照腹膜炎感染定義計算感染次

圖2.腎臟科科部會議記錄



臺大醫院雲林分院
腎臟病照護核心團隊架構圖

馬惠明 院長
洪健清 副院長
腎臟病照護團隊-腎臟內科 李思穎主任
醫療照護成員

家庭醫學部：部主任、科部醫師、室單具照小組
泌尿部：泌尿科主任、泌尿科醫師
外科部：外科部主任、外科部醫師
新陳代謝科部：新代科主任、新代科醫師、個案管理師
核心團隊
內科部：腎臟科醫師、個案管理師
護理部：余春娟 主任、透析室護理長、病房護理長、透析照護團隊
營養部：陳惠惠主任、營養師
藥劑部：廖玲巧主任、藥師
社工部：社工

圖3.腎臟病核心團隊成員

四、腎臟科主任召開每三個月一次之跨領域團隊「腎臟病照護團隊會議」(圖 4-5)，掌握並追蹤各項業務之品質管理指標及團隊照護執行成效，會議中檢討各項業務之監測相關指標數據及改善措施，每年檢視「腎臟病照護團隊發展暨品質提升計畫」，訂定「腎臟病照護團隊年度工作計畫書」(圖 6)，由各科核心團成員負責推動業務發展，以確保照護品質。

五、團隊間能取得足夠資源、並能與相關部門合作，具良好的橫向與縱向溝通。

(一) 門診部分：資訊室會提供轉介名單，個案個管師將收案和追蹤名單給診間護理師（圖 7），同時參與腎臟病照護計畫之醫師也會依病人需求轉給個案個管師，個案個管師會通知醫師或記錄於病歷中，病人若需轉介營養或藥物諮詢等（圖 8），會於病歷記載並協助約診，轉介後由相關科室記載於病歷上，以供原照護醫師參考。

(二) 住院部分：病房針對符合啟動腎臟病照護計畫管理之病人，運用電聯或透析資訊系統中通知腎臟科團隊，開啟住院照護流程；如有慢性腎臟病照護計畫管理之病人，主責醫師/專科護理師會依病人需求召集相關團隊成員進行整合性照護，並建立慢性腎臟病共同照護紀錄（圖 9），團隊成員會於此紀錄上呈現評估狀況、治療計畫及目標等，供相關照護團隊成員查詢，若有問題可適時提出溝通。

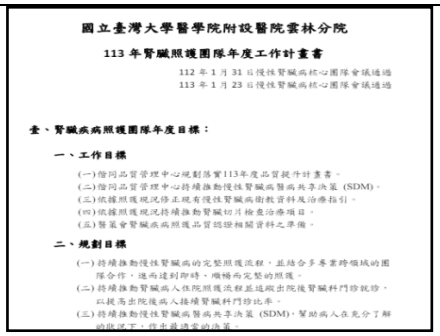
六、以腎臟病照護團隊發展暨品質提升計畫為例：發展計畫書中之整合醫療團隊提供整合性、連續性的照護，持續提升腎臟病照護品質。故於腎臟病照護年度工作計畫中，制定「降低腹膜透析病人腹膜炎發生率」、「提升 Hemoglobin≧10.0gm/dL 的比率」、「持續推廣醫病共享決策」等；為提升病人之權益及落實全人醫療，本院已將腎臟末期腎病變之病人納入預立醫療之收案條件並由專人諮商服務，故亦列入腎病團隊工作計畫之一。



圖 4.腎臟病照護團隊會議


國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院
「慢性腎臟病核心團隊」會議紀錄

圖 5.團隊會議紀錄


國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院

113 年腎臟照護團隊年度工作計畫書

壹、腎臟疾病照護團隊年度目標：

一、工作目標

二、規劃目標

圖 6.腎臟病照護年度工作計畫

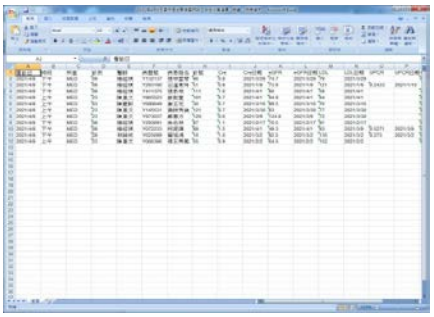
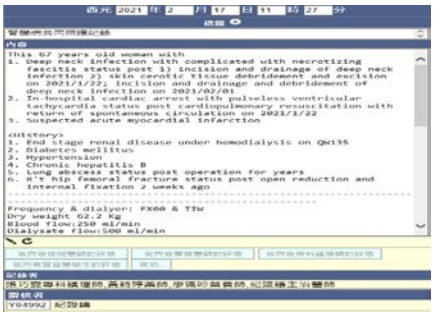


圖 7.門診轉介衛教需求單



圖 8.營養師諮詢系統登錄


This 67 years old woman with
1. Deep neck infection with complicated with necrotizing fasciitis status post 1) incission and drainage of deep neck infection 2) s/p cervic tissue debridement and excision on 2021/1/22; incission and drainage and debridement of deep neck infection on 2021/02/01
2. In-hospital cardiac arrest with pulseless ventricular tachycardia status post cardiopulmonary resuscitation with return of spontaneous circulation on 2021/3/22
3. Suspected acute myocardial infarction

<history>
1. End stage renal disease under hemodialysis on QW3S
2. Diabetes mellitus
3. Hypertension
4. Chronic hepatitis B
5. Lung abscess status post operation for years
6. R/t hip femoral fracture status post open reduction and internal fixation 2 weeks ago

Frequency & dialyer: FX60 & TTW
Dry weight 62.2 Kg
Blood flow:250 ml/min
Dialysate flow:500 ml/min

圖 9.病房團隊共照紀錄

條　　號	1.1.3
條　　文	團隊發展計畫（含品質提升策略）
自 評 等 級	●完全符合 ○部分符合 ○不符合

執行狀況說明

【符合 1】核心團隊依據醫療機構組織營運的基本方針及價值觀， 跨領域成員共同訂定發展計畫、品質提升策略、照護監測指標及改善指標，計畫內容提報經營管理層級會議核定，並落實執行與檢討改善。

一、依據本院的使命「中台灣的健康守護」及核心價值「正直誠信，創新卓越，團隊合作，健康尊嚴、尊重關懷」之願景結合其負責任務，訂有腎臟內科團隊短、中、長發展計畫書（圖 1），並根據發展計畫書制定年度工作計畫（圖 2），年度目標含腎臟病業務發展及照護品質提升為發展方向，陳核院長室長官核定，團隊依院方核可之年度工作計畫執行。

二、本團隊團隊發展計畫其短、中、長期目標，內容大綱如下：

短期目標（2023年~2024年）

(一) 協助 Diabetic Kidney Disease(DKD)計畫執行，延緩腎功能惡化。

(二) 強化急性腎病照護品質。

(三) 持續推廣共享決策模式，提供以病人為中心的最佳醫療決策目標。

(四) 優化腎臟替代治療模式，提升照護品質與成效。

(五) 推動 55 歲以下腎臟移植登錄率達 10%，提高病人之存活率。

(六) 制定 COVID-19 疫情應變計畫及執行狀況檢核。

(七) 通過醫策會慢性腎臟病照護品質再次認證。

中期目標（2025年~2026年）

(一) 慢性腎臟病防治由個人推廣至社區，提升民眾對慢性腎臟病的健康識能。

(二) 慢性腎臟病防治由社區推廣至校園，提升學生對慢性腎臟病的健康識能。

長期目標（2027年~2030年）

(一) 成立腎臟病照護中心，提供更完整腎臟團隊服務。



圖 1.腎臟病發展暨品質提升計畫

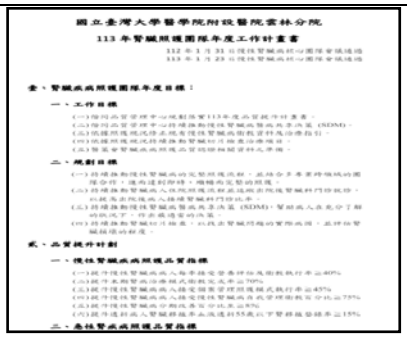


圖 2.腎臟病照護年度工作計畫

三、109-112 年團隊發展計畫其執行完成度如下 ：

短期目標：

(一) 強化急性腎損傷診斷治療，建置住院病人住院時共同照護流程，病人出院後會設置 AKD 檢核系統，提醒腎臟科團隊於出院後持續照護機制。

(二) 慢性腎臟疾病照護品質指標：CKD 病人接受營養衛教執行率於 112 年有三季未達閾值，針對必選指標項目與營養師於核心團隊會議，進行共同分析原因並進行討論，明確相關指標定義並調整相關措施，改善相關流程。

(三) 持續推廣共享決策模式(shared decision making, SDM)：腎臟科團隊以「我該透析了嗎？談透析治療的選擇」為 SDM 主題，積極鼓勵家屬參與病人治療照護過程與決策，109 年優化 SDM 推動模式為資訊化上線，以收案 eGFR <8 ml/min/1.73 ㎡人數為分母，統整每年度累積完成率：110 年累積完成率 27.3%；111 年累積完成率 91.5%；112 年累積完完成率 95.6%，從執行開始累積完成率成長六成；另團隊參與 112 年醫策會醫病共享決策活動-「主題：我該透析了嗎？談透析治療的選擇」榮獲優秀團隊獎及創新獎。

(四) 109 年-112 年透析室積極鼓勵病人進行腎臟移植登錄，將腎移植登錄醫院及相關移植資料製作成 QR CODE 並公告於佈告欄供病人參閱。55 歲以下血液透析及腹膜透析病人移植登錄率平均為 22.4%，同時 109-112 年共有 2 位腎友接受腎臟移植成功。

(五) COVID 期間應變機制：本院擔任嚴重特殊傳染性肺炎確診者血液透析照護指定醫療機構，訂有「居家隔離或居家檢疫之血液透析病人作業標準」及「腹膜透析中心分流分艙作業程序」，根據作業標準內容辦理相關演練，協助快篩檢驗、疫苗注射與門禁管控政策，疫情期間無出現單位群聚感染情形。

(六) 110 年已通過醫策會腎臟病照護品質認證(圖 4)，111~112 年持續準備中，預計 113 年再次認證。

中期目標：

慢性腎臟病防治由個人推廣至社區，本團隊個管師們依照兩院區規則辦理健康講座，然後每年配合「愛・健康」團隊走出醫院合作辦理課程慢性腎臟病防治。從社區推廣至校園，提升學生對慢性腎臟病的健康識能的內容。另外，本團隊也會配合腎臟醫學會，每年連續參與中部愛腎護腎園遊會，提升民眾對慢性腎臟病的健康照護。

長期目標：

藉由空間整合整合及跨科別共同照護的概念，結合腎臟科及其他團隊，提供以病人為中心、整合式、連續性的臨床照護。

【符合 2】跨領域成員亦共同參與定期檢討，且有持續改善作為。

一、本團隊定期每三個月召開會議監督團隊執行腎臟病業務狀況及品質指標，「腎臟病照護團隊發展暨品質提升計畫」中，持續提供高品質腎臟病個管理照護、建構跨團隊整合腎臟病照護系統、品質改善與教學研究，訂定明確目標並監測品質指標及改善。

二、「腎臟病照護團隊發展暨品質提升計畫」有流程管控作業的監督，每月召開會議針對工作計畫內容進行監測及檢討，會議中也針對其他照護品質指標(包括末期腎病治療模式衛教完成率、血液透析瘻管重建率、慢性腎臟病病人接受營養評估及衛教執行率等)，定期於腎臟病照護團隊會議追蹤並研擬改善，並每年完成年度成果作為下一年品管指標之擬訂。

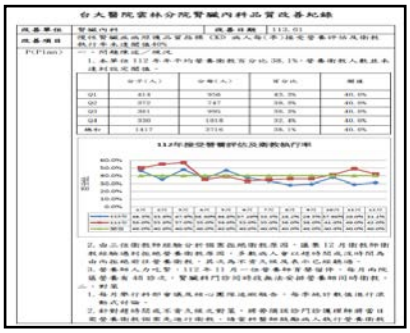


圖 3 .PDCA 檢討改善



圖 4 .腎臟病照護品質認證

條　　號	1.1.4
條　　文	年度工作計畫
自　評　等　級	●完全符合 ○部分符合 ○不符合

執行狀況說明

【符合 1】核心團隊依發展計畫，跨領域成員共同訂定明確可行之團隊年度工作計畫，並確實執行。

一、秉持醫院核心價值及願景，以提升腎臟疾病照護品質為目標，每年腎臟病照護團隊執行醫療業務需求及長期健全發展，積極參與國內品質認證，由品質管理中心與照護團隊共同監測各項品質指標，規劃每年度工作計畫書(圖 1)。

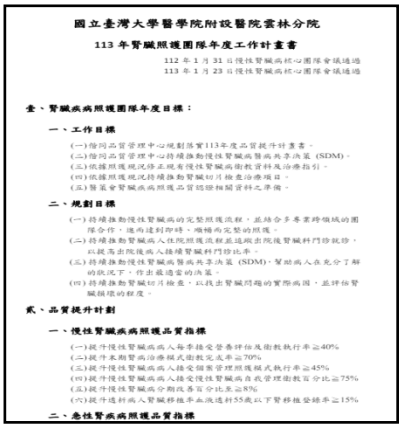
二、根據照護現況與國際指引，與醫師、護理師、個案管理師、藥師、營養師共同修訂院內現有腎臟病衛教資料與治療指引。

三、偕同品質管理中心推動慢性腎臟病醫病共享決策(SDM)，以病人利益與生活品質為共同優先前提下為病人選擇最適合之腎臟替代療法。

四、因應 109-111 年 COVID-19 大流行，腎臟照護團隊與院內感管中心訂定確診病人於透析室、住院病房執行透析作業之感染管制措施，並制定其照護規範(圖 2)。

五、為提升腹膜透析照護品質，參加健保署之「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質計畫」(圖 3)，以提升選擇腹膜透析人數之比率，並結合醫院與基層診所，使其相互支應共同提高照護品質。

六、腎臟科醫師、透析室護理師及營養師每 2 月舉行病人照護品質跨團隊會議(圖 4)，檢討各項病人檢驗數據及飲食、用藥習慣，並進行個別性調整臨床治療方針。



國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院

113 年腎臟照護團隊年度工作計畫書

112 年 1 月 31 日慢性腎臟病核心團隊會議通過
113 年 1 月 23 日慢性腎臟病核心團隊會議通過

壹、腎臟疾病照護團隊年度目標：

一、工作目標

(一)偕同品質管理中心規劃落實113年度品質提升計畫書。
(二)偕同品質管理中心持續推動慢性腎臟病醫病共享決策 (SDM)。
(三)依據照護現況修正現有慢性腎臟病衛教資料及治療指引。
(四)依據照護現況持續推動腎臟切片檢查治療項目。
(五)籌畫腎臟疾病照護品質認證相關資料之準備。

二、規劃目標

(一)持續推動慢性腎臟病的完整照護流程，並結合多專業跨領域的團隊合作，適時追蹤即時、精確的完整的照護。
(二)持續推動腎臟病人住院照護流程並追蹤出院後腎臟科門診就診，以提高出院後病人持續腎臟科門診比率。
(三)持續推動慢性腎臟病醫病共享決策 (SDM)，幫助病人在充分了解的狀況下，作出最適當的決策。
(四)持續推動腎臟切片檢查，以找出腎臟問題的實際病因，並評估腎臟損傷的程度。

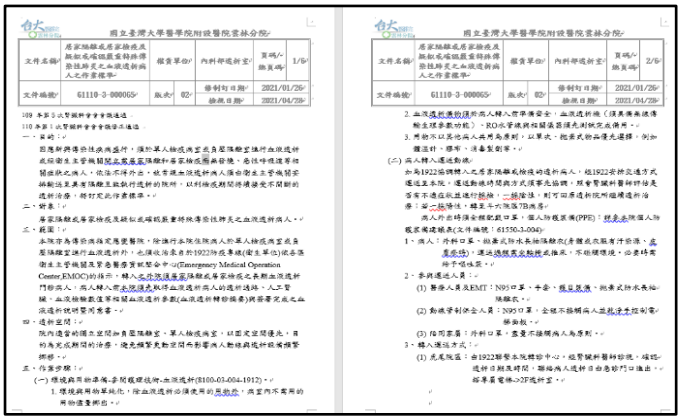
貳、品質提升計劃

一、慢性腎臟疾病照護品質指標

(一)提升慢性腎臟病病人每半年接受營養評估及衛教執行率≥40%
(二)提升本期腎病治療模式衛教完成率≥70%
(三)提升慢性腎臟病病人接受個案管理照護模式執行率≥45%
(四)提升慢性腎臟病病人接受慢性腎臟病自我管理衛教百分比≥75%
(五)提升慢性腎臟病合併疾患百分比至≥85%
(六)提升透析病人腎臟移植率血液透析55歲以下腎移植登錄率≥15%

二、急性腎疾病照護品質指標

圖 1.年度工作計畫書



國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院

文件名稱	居家隔離或居家檢疫或類似或嗜鐵蛋白特殊傳染性肺炎之血液透析病人之停重標準	報實單位	內科學透析室	頁碼/總頁碼	1/5
文件編號	61110-3-000065	版次	02	發制日期	2021/01/25
				修訂日期	2021/04/29

110 年 5 月 5 日腎臟科會議通過
110 年 5 月 1 日腎臟科會議修正通過

一、前言：

因應新興傳染性疾病流行，讓於某人檢疫病室或自居隔離室進行血液透析或腹膜透析治療之病人，依法不得外出，故有進血液透析或腹膜透析治療之病人，依法不得外出，故有進血液透析或腹膜透析治療之病人，依法不得外出，故有進

【符合 2】定期監測工作計畫及疾病照護計畫之執行成果，並落實檢討改善。

一、本團隊定期每月召開腎臟科部會議，針對工作計畫內容進行監測及檢討，並每年完成年度成果及透析室病人滿意度調查，訂定相關照護計畫與指引，針對品管指標進行分析與檢討改善，為本院腎臟病病人照護提升而努力，提供以病人為中心之全功能性照護。

二、年度工作計畫工作計畫執行成果如下：

(一) 臨床服務：團隊依腎臟病照護指引及規範，於病人在門診及住院期間給予適當照護，由醫師、個管師、營養師、藥師、護理師及社會工作師提供跨團隊照護；推動腎臟病病人之個管追蹤模式，建置衛教訪視流程及內容。

(二) 腎臟科持續推動腎臟切片檢查治療項目，112 年腎臟切片數量 32 件，持續提高檢查人數，優化檢查流程，減少術後併發症。

(三) 腎臟科持續推動慢性腎臟病病人參與醫病共享決策主題-「我該透析了嗎?談透析治療的選擇」運用 Red-cup 系統監測啟動及完成名單，以收案 eGFR < 8 ml/min/1.73 ㎡人數為分母，統整每年度累積完成率，從執行開始累積完成率成長六成，同時亦參加醫策會「111 年醫病共享決策(SDM)醫療機構實踐運動-臨床運用組」競賽，榮獲「優秀團隊獎」及「創新獎」(圖 5)。

(四) 透析室因應 COVID-19 全球大流行，照護團隊訂定有「居家隔離或居家檢疫及疑似或確認嚴重特殊傳染性肺炎之血液透析病人之作業標準」、「居家隔離或居家檢疫及疑似或確診嚴重特殊傳染性肺炎之腹膜透析病人作業標準」、「腹膜透析室 COVID-19 分流分艙作業程序」，針對作業標準內容辦理確診個案運送動線、分流分艙及人員 PPE 穿脫演練並嚴格執行感染控制措施，配合政府疫苗注射及快篩篩檢，並落實主動加強評估醫護人員與病患家屬 TOCC，疫情期間無出現單位群聚感染情形。

(五) 透析室每年訂有單位內工作計畫，共分成臨床服務、人員培育、品質管理、資材管理與成本控制、資訊應用、緊急應變及研究教學共七大項，依其計畫實施步驟方法，訂定執行期間並量化其預期效益，每年年底檢討其結果與成效

(六) 透析室針對透析病人照護部分均有品質管理會議，每二月定期舉辦血液透析病人品質團隊會議與腹膜透析病人品質團隊會議，討論病人照護品質與擬訂改善策略，提升透析照護品質。

(七) 透析室護理品質管理專案部分，每年會參加院內全面品質管理活動且有品管專案改善成果，分別為「提升血液透析病人血色素≧10.0g/dL 之比率」、「降低血液透析病人居家跌倒之發生率」改善其成效獲得院內獎項肯定，並接受台灣護理學會海報成果發表(圖 6)。

(八) 透析室護理品管計畫監測部分，共訂定 11 項護理品管監測指標，例如血液透析護理衛教完整率、血液透析護理紀錄完整率及給藥錯誤件數等，定期每月監測檢討及單位病房會議上追蹤。



圖 5.(SDM)醫療機構實踐運動獲獎紀錄



圖 6.台灣護理學會海報成果發表

條　　號	1.2.1
條　　文	團隊人員資格
自 評 等 級	●完全符合 ○部分符合 ○不符合

執行狀況說明

【符合 1】團隊成員具備該疾病照護專業能力，依據疾病需求、照護功能及工作需要，訂定聘任資格條件，如：教育背景、經驗、訓練、證照之有效性等。

一、為提供病人全面性、完整性的醫療照護服務，所有新進人員於到職三個月內，需完成新進人員職前教育訓練並訂有「職務說明書」(圖 1)，明確規範資格條件、執行業務、工作內容與相關證照，之後每年依規定完成各職類所設定之教育訓練時數，並且每年定期考核，確保照護團隊成員均符合資格。核心團隊成員皆需具備相關專業資格認證與慢性腎臟病教育訓練。

【符合 2】團隊成員之證照、訓練要求。

一、腎臟疾病照護成員聘任資格條件及職前教育訓練：

(一) 腎臟科主治醫師：

1. 本團隊有 5 位腎臟專科醫師，皆具有「腎臟專科醫師證書」(圖 2)；其中 3 位醫師同時具有「糖尿病共同照護網醫事人員認證」，皆可執行整合醫療服務，皆具有 ACLS 或 ALS 證書。
2. 每位專任醫師每一年至少參加國內外腎臟醫學研討會 2 次，每年接受評核包含臨床醫療、醫學教育及研究等項目。

(二) 血液透析護理師：

1. 職前必須先取得台灣腎臟醫學會所發之「護理人員血液透析訓練班結業證書」及具有「血液透析護理人員證書」(圖 3)。
2. 臨床導師依「血液透析室新進人員訓練計畫」進行訓練，為期 12 週，訓練內容包含了解門診、急診及住院病人透析相關流程、熟悉透析各項技術、血液透析儀器/資訊系統操作、可獨立照顧 4 位病人等，方可擔任血液透析護理師，每年須接受 4 小時透析相關課程及每 6 年需換照，皆具有 ACLS 或 ALS 證書(圖 4)。

(三) 腹膜透析護理師：

1. 職前必須先取得台灣腎臟醫學會所發之「護理人員腹膜透析訓練班結業證書」及具有「腹膜透析護理人員證書」(圖 5)。
2. 臨床導師依「腹膜透析室新進人員訓練計畫」進行訓練，為期 8 週，內容包含了解腹膜透析相關流程、熟悉腹膜透析各項技術、腹膜透析儀器/資訊系統操作、可獨立照顧 30-35 位病人等，方可擔任腹膜透析護理師，每年須接受 4 小時透析相關課程及每 6 年需換照，皆具有 ACLS 或 ALS 證書。

(四) 腎臟病照護個案管理師：

1. 現有 3 位專任腎臟病個管師，必須取得台灣腎臟醫學會所發之「慢性腎臟病整體照護訓練班結業證書」。
2. 每 6 年完成 100 小時訓練課程，具備「腎臟照護衛教師證書」(圖 6)(新進人員則於到職二年內取得)，「腎臟照護衛教師證書」達成率 100%，教育訓練除符合本院一般規定外，亦鼓勵持續參與腎臟照護專業繼續教育。每年應完成腎臟病疾病照護教育訓練課程 2 小時。

(五) 專科護理師：需具備「內科專科護理師證書」，皆有「專科護理師具備專科證書」及 ACLS 證書。

(六) 病房護理師：需具備「護理師證書」，皆有 BLS 證書；每 3 年內完成 24 小時在職訓練課程。

(七) 營養師：

1. 本院營養師共有 11 位，有 8 位執行臨床營養業務，除協助 CKD 照護對象營養諮詢外，亦負責醫院一般與治療膳食服務。
2. 皆須具備營養師執照及腎臟病訓練相關證照，通過 BLS 訓練課程並取得證明。
3. 每人每年應完成腎臟病疾病照護教育訓練課程 2 小時，執行腎臟病衛教之營養師需具備「慢性腎臟病整體照護訓練班證書」。

(八) 藥師：具備藥師職照及「慢性腎臟病整體照護訓練班證書」，通過 BLS 訓練課程並取得證明，每人每年應完成腎臟病疾病照護教育訓練課程 2 小時。

(九) 其他科醫師：

1. 心血管內科醫師：心血管內科醫師均為合格之導管介入醫師，領有「中華民國心臟學會」發給之證書，及具備執行高風險醫療行為。
2. 心血管外科醫師：心血管外科醫師執行血管通路手術，領有外科專科醫師執照。
3. 一般外科醫師：一般外科醫師執行腹膜透析植管手術，領有外科專科醫師執照。



國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院

2023.09.20

文件名稱	行政作業-護理師職責（公職、院聘）	權責單位	護理部	頁碼/總頁數	1/2
文件編號	61210-3-010225	版次	6	修制訂日期	2023/09/20
				檢視日期	2023/09/20
				公告日期	2023/09/20

78年09月護理部主管會議通過
96年09月護理部主管會議修正
101年05月護理部主管會議修正
104年04月27日護理部主管會議修正
109年08月19日護理部主管會議修正
112年09月20日智慧長會議修正通過

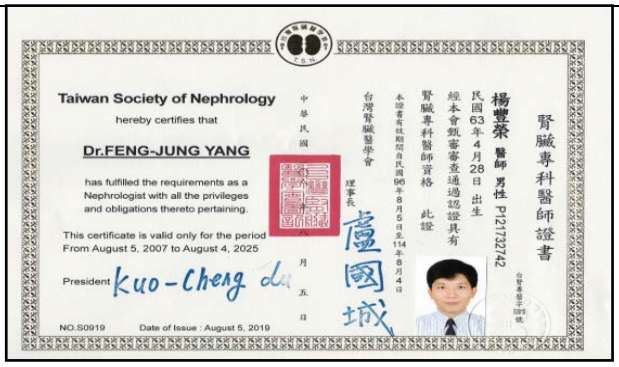
一、目的：依照臺大醫院雲林分院工作說明書內容，執行醫師之醫囑及病人照護。

二、工作內容與職責：

(一)共同作業務

1、評估並解決病人護理問題。
2、執行病人及家屬護理指導。
3、指導新進人員或護生臨床照護。
4、參與單位品管監測及持續改善。
5、參與單位在職教育訓練。
6、參與出院規劃執行及追蹤。
7、遵守感染管制及配合疫情調整防護措施。

圖.1 職前教育訓練規範



Taiwan Society of Nephrology

hereby certifies that

Dr.FENG-JUNG YANG

has fulfilled the requirements as a Nephrologist with all the privileges and obligations thereto pertaining.

This certificate is valid only for the period From August 5, 2007 to August 4, 2025

President Kuo-Cheng Lu

NO.S0919 Date of Issue : August 5, 2019

中華民國台灣腎臟醫學會 理事長 盧國城

楊豐榮 醫師 男性 民國63年4月28日 出生 P121732742

經本會甄審審查通過認證具有腎臟專科醫師資格 此證

腎臟專科醫師證書

圖 2.腎臟專科醫師證書



This is to certify that

Yang, Fu-Min

has fulfilled the requirements as a hemodialysis nurse with all the privileges and obligations there to training.

The certificate is valid only for the period from January 1,2022 to December 31, 2027

Shang-Jyh Hwang

Shang – Jyh Hwang, M.D., Ph.D.
President
Taiwan Society of Nephrology

NO.N15473 Date :January 1, 2022

中華民國 台灣腎臟醫學會 理事長 黃尚志

楊富閔 護理師 護士 P223862861

經審查通過認證具有血液透析護理人員資格 此證

本證書有效期間自民國111年1月1日至116年12月31日

血液透析護理人員證書 N15473

圖 3.血液透析護理人員證書



台大醫院 國立臺灣大學醫學院附設醫院 雲林分院

茲證明 康文瑜 y01424 已完成

進階生命支持術（ALS）訓練課程

訓練單位：臺大醫院雲林分院教學研究部

發證日期：112.03.28

有效日期：115.03.27

NO. A112044

請妥善保存，遺失或毀損恕不另行補發

圖 4. ACLS 或 ALS 證書



This is to certify that

Tu Mei-Pei

has fulfilled the requirements as a Peritoneal Dialysis nurse with all the privileges and obligations there to training.

The certificate is valid only for the period from July 1, 2020 to June 30, 2026

Shang-Jyh Hwang

Shang – Jyh Hwang, M.D., Ph.D.
President
Taiwan Society of Nephrology

NO.00695 Date : July 1, 2020

中華民國 台灣腎臟醫學會 理事長 黃尚志

杜玫佩 護理師 護士 N220108976

經審查通過認證具有腹膜透析護理人員資格 此證

本證書有效期間自民國109年7月1日至115年6月30日

腹膜透析護理人員證書

圖 5.腹膜透析護理人員證書



This is to certify that

Kuan Jo Fan

has fulfilled the requirements as a CKD Educator with all the privileges and obligations there to training.

The certificate is valid only for the period from January 1, 2019 to December 31, 2024

Kuo-Cheng Lu

President
Taiwan Society of Nephrology

NO.CKD0528 Date : January 1, 2019

中華民國 台灣腎臟醫學會 理事長 盧國城

關若汎 護理師 護士 P223732251

經審查通過認證具有腎臟照護衛教師資格 此證

本證書有效期間自民國108年1月1日至113年12月31日

腎臟照護衛教師證書

圖 6.腎臟照護衛教師證書

條　　號	1.2.2
條　　文	人員教育訓練計畫
自　評　等　級	●完全符合 ○部分符合 ○不符合

執行狀況說明

【符合 1】團隊應依該疾病照護所需知能(如：病人需求、照護功能及工作需要)，訂定並執行人員教育訓練計畫，計畫內容應包含核心團隊、醫療照護團隊之職前教育訓練及在職與進修教育訓練，並適時檢討教育訓練計畫及有相關佐證之資料。

一、本院訂定全院必修課程教育訓練計畫書，醫療照護人員每年須接受必訓課程 40 小時， 包含：專業知識、病人安全、病人權利、醫療品質、菸害防制等。關課程及個別同仁進修情形，皆可由臺大醫院雲林分院教育訓練管理系統(TMS)線上即時查核。

二、本團隊以病人為中心的照護理念，規劃團隊核心成員-腎臟疾病照護教育訓練計畫書（圖 1），每年需完成腎臟疾病照護教育訓練課程 2 小時並且通過測驗（圖 2），核心成員包括：腎臟內科醫師、專科護理師、護理師、藥師、營養師、社工師及腎臟病個管師等。

(一) 腎臟專科醫師須累積繼續教育 300 積分，得以 6 年換證一次。具備 ACLS 或 ALS 有效證書能力達 100%。

(二) 血液與腹膜透析護理師須於到職一年內完成主管機關舉辦的透析訓練班課程，取得透析訓練證照 97.4% (38/39)，依核定規則申請透析專業證照，證書有效期限六年，換證需此期間參與透析相關繼續教育課程滿六次以上之證明文件方可換照。每年至少接受 4 小時之在職專業教育，具備 ACLS 或 ALS 有效證書達 100%；訂有血液透析及腹膜透析新進人員教育訓練計畫(圖 3)，由單位主管指派專人擔任輔導員，輔導人員應依計畫指導新進人員，並於期限內進行專業訓練評核。

(三) 腎臟病個管師，依其規定六年期限屆滿前需累積慢性腎臟病繼續教育績分 100 小時學分，申請展延換證。負責全民健康保險初期慢性腎臟病照護計畫和全民健康保險末期腎臟病前期之病人照護計畫。每年也需完成至少 16 小時進階專業課程。

(四) 營養師：營養師於進行慢性腎臟病營養衛教前，需領有「慢性腎臟病營養照護訓練班結業證明」，且有繼續教育學分每 6 年需 120 學分，而且每年需接受慢性腎臟病相關主題專業教育課程至少 2 小時。

(五) 藥師：藥師於進行慢性腎臟病藥事衛教前，需領有「慢性腎臟病藥事照護訓練班結業證明」，且有繼續教育學分每 6 年需 120 學分，每年需接受慢性腎臟病相關主題專業教育課程至少 2 小時。



圖1.腎臟病必修課程教育訓練計畫書



圖2.TMS腎臟照護課程



圖3.新進人員訓練計畫書

【符合 2】核心團隊應訂定年度教育訓練計畫。

一、醫療照護人員除具備基本專業資格外，另積極參與院內外及國內外的教育訓練。課程內容涵蓋腎臟專科照護、安寧照護、感控、哀傷輔導、醫療法規、跨領域合作及教學等多方面。這些多元化的訓練課程旨在建立以病人為中心的全人照護，提升腎臟照護的知識與技能，強化臨床照護能力。

二、護理部設有教育組，負責安排全院護理師的年度在職訓練與進修計畫，確保護理人員持續提升專業知識與技能。

三、透析室(包括血液透析和腹膜透析)亦設有教育組，負責透析單位的年度教育計畫。次年度將對前一年度的執行成效進行檢討，並擬定新一年度的教育計劃(圖 4~5)。



台大醫院雲林分院 斗六洗腎室 病房 108 年 單位在職教育訓練成果表

項次	題目	講師	日期	地點	出席率	成效評值 滿意度/等級
19	透析外展介紹	許淑惠護理師	108.12.03	討論室	100.0%	91.2%
20	腎臟移植介紹	許淑惠護理師	108.12.03	討論室	100.0%	92.5%
21	Fresenius 4008S常見問題和簡易故障排除	蘇納泰工程師 許淑惠護理師	108.12.03	討論室	100.0%	92.5%
22	血液透析過濾術	許淑惠護理師	108.12.24	討論室	95.2%	95.0%
23	血液透析與腹膜透析的比較	許淑惠護理師	108.12.24	討論室	95.2%	95.0%

結果：
1. 108年共舉辦23場教育訓練課程，總出席率為 96 %，滿意度為 90.1%。
2. 講師主要由本院主治醫師、資深人員，營養師及院外專家授課，課程有同仁透析照護、儀器操作、透析營養、管路照護、急救團隊合作等課程。
3. 調查同仁希望了解職業傷害之預防，於是防治血液暴露操作，109年操作安排。

備註：成效評值以上課滿意度或考試成績呈現，二者都有更好。

製表人：　單位管理長：　教學管理長：　副主任

圖 4.教育訓練評值與檢討改善



圖 5.單位教育訓練場景及單位教育訓練計畫書



109年度斗六血液透析室在職教育訓練計劃

一、緣起

(一)單位護理人員之組別資本：調查同仁臨床專業領域需求性及期望未來課程安排。

(二)醫療團隊之建構

(三)依據臨床照護職能，護理人員需加強的照護能力。

(四)配合護理臨床及品管業務。

二、上課時數：每人每年需接受院內規定40小時在職教育訓練課程，另需參與台灣腎臟醫學會或台灣腎臟護理學會所舉辦之透析相關進階課程至少1場次。

三、訓練對象：參與透析臨床照護之所有護理人員。

四、在職教育類別

(一)主題式在職教育：包括透析相關在職教育、儀器操作、機器維護保養，至少1次/兩月。

(二)個別護理師訓練：每年舉辦2次，由護理師選定1位病人，依該病人之臨床問題提出個人見解，藉由討論與整合後，加強同仁對心理、個人與團隊之照護能力

(三)護理技術：血液透析室10項技術

(四)儀器操作訓練：DPP、PE、Sindl-F、電腦操作。

(五)安全通知暨感染通知相關課程。

六、預定課程主題：如附件

七、評值

依各課程內容進行滿意度或操作評值。

護理長：　管理長：

圖 6.單位教育訓練計畫書

四、每月腎臟科部會議中，不定期邀請國內外專家或跨科部專業人員，定期討論臨床病人照護，監測照護品質，增進照護知識與技能(圖 6)。

五、透析室為增進透析品質及精進醫事人員能力與知能，每年與台灣透析協會辦理研討會(圖 7)，邀請腎臟科專家、技術員及護理透析專家分享腎臟病及透析治療和照護的新知。

六、透析單位每兩個月舉行跨領域品管會議，針對每月抽血數值異常的病人進行檢討及改善(圖 8)。此外，每年定期舉辦單位在職教育訓練課程，分享透析相關議題的最新知識。

日期	單位	主題	主講者
110/02/15	血液透析室	血液透析中的抗凝血策略	紀峻議醫師
112/04/21	血液透析室	HDF 治療簡介	紀峻議醫師
112/04/21	血液透析室	重症透析的倫理議題	紀峻議醫師
113/01/23	血液透析室	Pregnancy and CKD/ESRD	紀峻議醫師



圖6.科會講師授課場景



圖7.透析研討會



圖8.血液透析在職教育

條　　號	1.2.3
條　　文	人員職責/工作說明書
自 評 等 級	●完全符合 ○部分符合 ○不符合

執行狀況說明

【符合 1】團隊成員具備該疾病照護專業能力，依據疾病需求、照護功能及工作需要， 訂定醫療照護成員之工作說明書。

一、腎臟團隊各職系成員依其照護工作需要均有職務說明書，各職類人員的職務說明書中具有職位之任用標準、職掌等工作分析之說明，且每年定期更新檢閱。

二、護理部訂有護理師職責(公職、院聘)之作業規範(文件編號:61210-3-010225)，內容包含：工作內容與職責、進階層級工作業務，明確規範 N~N4 護理師負責之業務。

三、腎臟內科主治醫師：均具有中華民國腎臟專科醫師證照，均備有工作說明書(圖 1)。

(一) 臨床醫療業務：門診、急診、會診及住院病人的主治診療工作、熟悉本科特殊檢查及專業知識、積極參與醫療新技術的學習、提升核心醫療能力、指導總醫師、住院醫師、實習醫學生、專科護理師、檢查技術師及護理人員執行診療計畫、修改病歷及醫病溝通。

(二) 行政業務：執行科內分派之各項行政業務，落實執行院內政策。

(三) 教學及研究業務：積極參與專業性學術研討會或演講(如論文導讀、病例個案討論會、跨團隊聯合討論會等)、參與住院醫師、PGY 及專科護理師之專業學術教學、參與教師培訓教育課程、積極申請國科會及院內醫學研究部之學術研究專案，並發表論文於各醫學會和國際會議。

四、一般外科及心血管外科醫師：一般外科醫師負責腹膜透析導管相關手術，心血管外科醫師負責血管通路手術。皆均經過外科專科醫師訓練，持有外科專科醫師執照，並有工作說明書。

五、血液透析護理師：

(一)透析室共有 39 位護理師，每位護理師均有工作說明書(圖 2) ，依各同仁在組織架構中的職位，明確規定工作內容與工作量比例，如下：評估血液透析病人護理問題(15%)、提供護理措施解決護理問題 (15%)、判斷血液透析重症及困難病人問題並正確處理(15%)、執行血液透析病人及家屬護理指導(10%)、負責指導新進人員與護生(10%)、參與護理標準制定與品質監測並持續改善(5%)、參加相關在職教育及訓練(5%)、協助同仁(N 級)完成進階，如指導讀報告(5%)、學習擔任在職教育主講者(5%)、執行臨時交辦業務(5%)、適當使用病房之物料、設備及器材並協助管理(5%)、維護單位環境的整潔並協助管理(5%)。

(二)血液透析室依其工作手冊制定之工作內容，再詳訂有單位工作手冊(圖 3)：明訂透析室護理長、組長與各護理師的每日工作職責；腹膜透析工作模式屬於個案管理，訂有腹膜透析專責護理師職責。

六、腎臟病個案管理師：本院現有 3 位專任腎臟病個管師，均備有工作說明書(圖 4)，積極參與台灣腎臟護理學會、台灣營養學會、台灣醫療繼續教育的活動，推廣台灣腎臟醫學會舉辦之慢性腎臟病活動與學習課程。

(一) 教育訓練除符合本院一般規定外，亦鼓勵持續參與腎臟照護個管師專業繼續教育。

(二) 執行健保署慢性腎臟病人收案管理計畫(包括 Early CKD、PreESRD、AKD)，收案個案追蹤與管理、慢性腎臟病共同照護網上傳資料、衛生福利部中央健康保險署上傳資料、科室間協調、慢性腎臟病相關防治推廣。

(三) 配合國民健康署委託腎臟醫學會辦理之腎臟病健康促進機構認證繳交年度成果報告。

(四) 執行醫病共享決策(SDM)，並進行個案追蹤管理。

(五) 腎臟內科團隊會議：每月於科會會議上宣導相關業務：每季製作腎臟內科團隊會議收案管案追蹤報表、核心監測指標

(六) 辦理防治推廣活動及講座、辦理院內慢性腎臟病防治宣導推廣活動、至社區辦理慢性腎臟病防治推廣講座、配合全國愛腎日辦理院外慢性腎臟病防治宣導活動、定期整理宣導活動或講座成果資料。

七、營養師：本院有 11 位營養師，皆具備營養師執照及腎臟病訓練相關證照，備有工作說明書(圖 5)。

(一) 主要職責：病患飲食指導、評估營養狀況、計劃飲食及營養教學。

(二) 針對 Pre-ESRD 及 AKD 門診病患照護：經由各科醫師轉介或門診作業程序，對病患施行營養教育及追蹤。

(三) 舉行定期會議：每兩個月參與透析病房跨領域會議，對於首次血液透析治療病人，六個月內須完成初次透析病人營養衛教內容。

(四) 參加有關專業研討會，提升專業水準。取得專業認證或證照，如慢性疾病共照網資格、營養醫療專科營養師證書。

八、藥師：本院 9 位藥師，皆具備藥師執照及腎臟病訓練相關證照，備有工作說明書(圖 6)。

(一) 根據腎臟科病人用藥情形，導入整合性評估，提供醫師在醫療照護上的建議，服務門診、住院之腎臟科病人及家屬，遭遇因腎臟疾病而引起的問題。

(二) 透過用藥指導，提供病人或照顧者在醫療與照護上的必要訊息，其內容可包括疾病自我照護之指導及建議、用藥知識及藥物使用指導。

(三) 急慢性腎臟病藥事照護服務量:110 年 CKD 藥事照護定期追蹤費服務 20 人次、111 年 CKD 藥事照護定期追蹤費服務 86 人次。



圖 1.醫師職務說明書

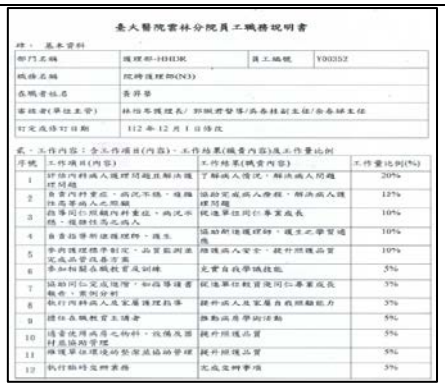


圖 2.護理師職務說明書



圖 3.透析室工作手冊



圖 4.腎臟病個管師職務說明書



圖 5 .營養師職務說明書



圖 6.藥師職務說明書

條　　號	1.2.4
條　　文	人員技術評核計畫
自 評 等 級	●完全符合 ○部分符合 ○不符合

執行狀況說明

【符合 1】團隊成員具備該疾病照護專業能力，擬訂醫療照護成員之專業實務技術評核計畫，確保執行者具有相對應之經驗與技能，評核內容應含專業實務技術項目。

一、專業實務技術評核：各單位主管於人員試用期滿後進行「新進人員試用評核表」評核，每年度依據「員工績效考核辦法」與「主治醫師評核辦法」進行年度評核，對一般員工評核，依工作說明書主要職掌，進行臨床能力差異化評核，針對其他各職類人員，進行腎臟疾病訓練以確保品質。

二、團隊依據腎各職類技術評核計畫及院內相關規定執行

(一) 腎臟專科醫師：腎臟內科有 5 位專科醫師，皆具備台灣腎臟專科醫師證照。ACLS 訓練及格達成率 100%。

(二) 血液透析護理師：

1. 新進護理師部分：新人訓練階段，除須完成新進人員訓練計畫內容外，並須由臨床指導教師評核新進同仁血液透析技術(共 10 項)，需實地操作由臨床指導教師完成評核表。
2. 在職護理師部分：單位備有各種透析標準規範與技術操作評核表，每3年全部檢視修正，每年年初會制定年度護理技術評核項目之計畫，全部護理師每半年進行一次透析相關技術評核，如血液透析之治療開始作業技術評核表、血液透析之治療結束作業技術評核表、血液透析動靜脈瘻管穿刺技術評核表等，由單位技術組人員進行考試稽核（圖1-3）。112年血液透析護理師已完成「血液透析雙腔導管傷口換藥技術」及「護理人員輸備血技術之評核」完成率100%。
3. 單位訂有品管監測指標，如透析護理衛教完整率、給藥過程完成率、預防管路滑脫措施正確率、預防跌倒措施完整率，每月由品管組人員抽查核落實情形。

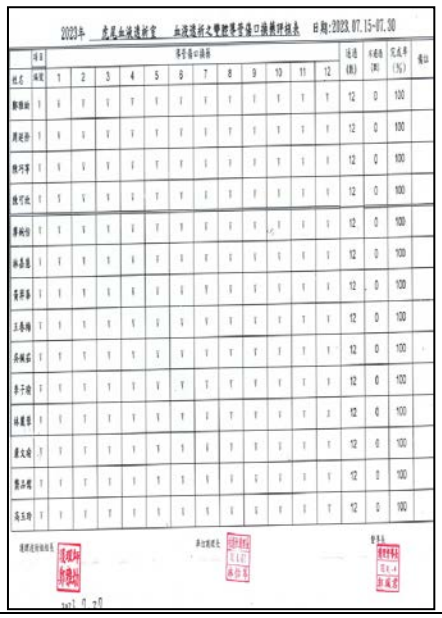


圖 1.年度評核計畫

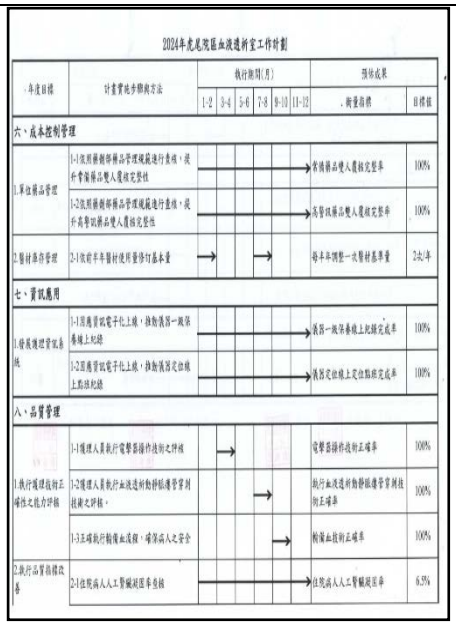


圖2.年度評核計畫



臺大醫院雲林分院血液透析室護理技術評核表

技術名稱：雙腔導管護理技術　　2020.05.11修訂

受評者單位：　　受評者姓名：

項目	評核內容 □口述稽核 ■實際操作	說明	第一次評核日期		第二次評核日期	
			正確	不正確	正確	不正確
開始透析治療之導管護理	1.病人辨識：詢問病人姓名與出生年月日並與手圍帶號碼（病人無法回答則詢問家屬或主要照顧者）。					
	2.向病人及家屬解釋目的及過程。					
	3.洗手並戴口罩。					
	4.準備消毒用物(感染病人請管隔離衣)並注意隱私，拉上窗簾，協助露出雙腔導管部位。					
	5.移除導管敷料，評估留置導管狀況並詢問病人導管留置處有無不適。					
	6.洗手後帶上手套。					
	7.在雙腔導管下方鋪上無菌治療巾。					
	8.鬆開導管動靜脈端螺旋式接頭出口護帽並連結上6片4*4無菌紗布。					
	9.以75%酒精棉片拭擦消毒導管出口，用力拭至少30秒。					
	10.各以3ml空針抽出導管內留置之肝素。					
	11.以10ml 0.9%生理食鹽水空針測試通暢度後開始透析治療，若血流不順視情況給予處置。					

圖3.血液透析技術查核表內容

(三) 腹膜透析護理師：

1. 新進護理師部分：新人訓練階段，除須完成新進人員訓練計畫內容外，並須由臨床指導教

師評核新進同仁腹膜透析技術(共 8 項)，需實地操作由臨床指導教師完成評核表。

2. 在職護理師部分：單位具有技術評核計畫，並按照評核計畫，每半年進行一次透析相關技術評核，落實各項技術的定期評核工作，檢討成效與修正。

3. 112 年腹膜透析護理師已完成「腹膜透析液加抗生素技術」、「腹膜炎檢體採檢技術」、「連續可攜帶式腹膜透析液換液技術」、「全自動腹膜透析機操作技術」完成率 100%。

(四) 腎臟病個管師：

腎臟科個管師在 110 年疾病認證之後，制定必修知能與技術要求，已可獨立照護病人的個管師亦有專業的在職教育規範，規定須持續熟練腎臟照護知能與臨床技術，按照評核計畫，落實各項技術的定期評核工作，檢討成效與修正(圖 4)。

(五) 病房護理師：

1. 新進護理師部分：新人訓練階段，除須完成新進人員訓練計畫內容外，並須由臨床指導教師評核新進同仁基本護理技術(共 11 項)，需實地操作由臨床指導教師完成評核表。

2. 在職護理師部分：單位具有工作計畫，並按照工作計畫，每半年進行一次相關技術評核，落實各項技術的定期評核工作，檢討成效與修正。

3. 112 年病房護理師已完成「電擊器使用正確率」、「Hickman 導管護理正確率」完成率 100%。

(六) 營養師：

執行腎臟病衛教之營養師需具備慢性腎臟病整體照護訓練班證書，且每人每年應完成腎臟病疾病照護教育訓練課程 2 小時，113 年 3 月開始以門診衛教成效問卷及營養衛教滿意度問卷，評核病人知能，另針對新進營養師以 Mini-CEX 及 CbD 考核表落實各項技術的評核工作，檢討與修正持續熟練營養識能與臨床技術(圖 5)。

(七) 藥師：

本院 9 位藥師，皆具備藥師執照及腎臟病訓練相關證照，每人每年應完成腎臟病疾病照護教育訓練課程 2 小時，當新進藥師來時，會協助進入 TMS 線上教育課程進行藥物照護指導等相關課程，且需再一個月內完成兩堂課，爾後將由負責藥師後續追蹤完成情形。



圖 4 .個管師技術評核

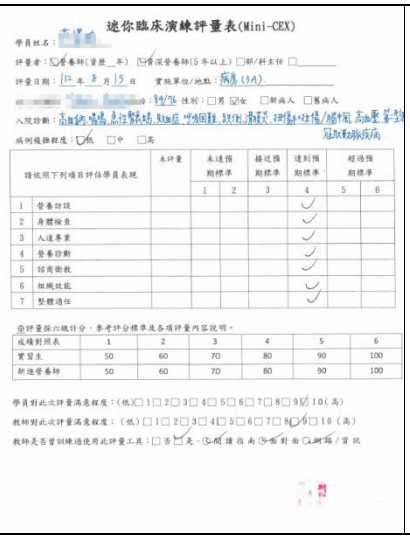




圖 5.營養師臨床案例評估評核

條　　號	1.2.5
條　　文	醫師授權機制
自 評 等 級	●完全符合 ○部分符合 ○不符合

執行狀況說明

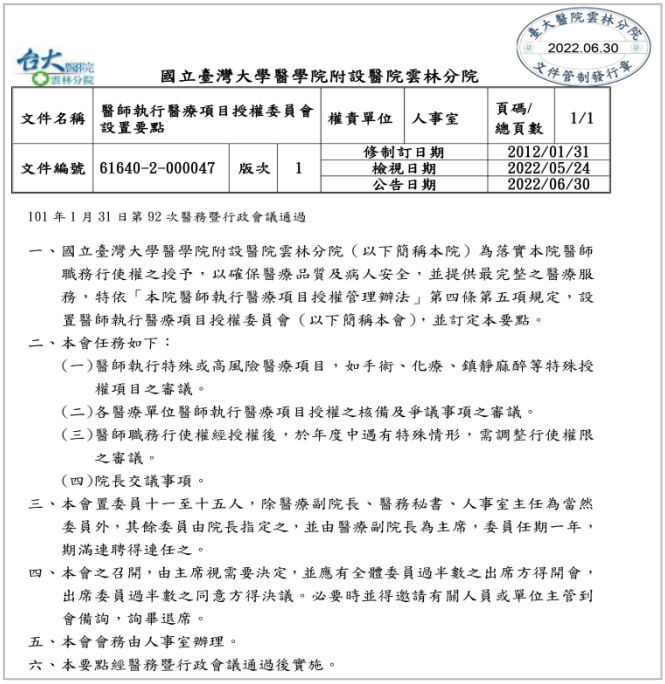
【符合 1】團隊訂有評核執行高風險醫療行為之醫師授權機制，含授權審核項目、重新授權機制。

一、為落實本院醫師職務行使權之授予，以確保醫療品質及病人安全，並提供最完整之醫療服務，特依「本院醫師執行醫療項目授權管理辦法」第四條第五項規定，設置醫師執行醫療項目授權委員會。並且針對本院醫師進行醫療行為審議任務如下：

(一) 醫師執行特殊或高風險醫療項目，如手術、化療、鎮靜麻醉等特殊授權項目之審議。

(二) 各醫療單位醫師執行醫療項目授權之核備及爭議事項之審議。

(三) 醫師職務行使權經授權後，於年度中遇有特殊情形，需調整行使權限之審議。



國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院

文件名稱	醫師執行醫療項目授權委員會設置要點			權責單位	人事室	頁碼/總頁數	1/1
文件編號	61640-2-000047	版次	1	修制訂日期		2012/01/31	
				檢視日期		2022/05/24	
				公告日期		2022/06/30	

101 年 1 月 31 日第 92 次醫務暨行政會議通過

一、國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院（以下簡稱本院）為落實本院醫師職務行使權之授予，以確保醫療品質及病人安全，並提供最完整之醫療服務，特依「本院醫師執行醫療項目授權管理辦法」第四條第五項規定，設置醫師執行醫療項目授權委員會（以下簡稱本會），並訂定本要點。

二、本會任務如下：

(一)醫師執行特殊或高風險醫療項目，如手術、化療、鎮靜麻醉等特殊授權項目之審議。

(二)各醫療單位醫師執行醫療項目授權之核備及爭議事項之審議。

(三)醫師職務行使權經授權後，於年度中遇有特殊情形，需調整行使權限之審議。

(四)院長交議事項。

三、本會置委員十一至十五人，除醫療副院長、醫務秘書、人事室主任為當然委員外，其餘委員由院長指定之，並由醫療副院長為主席，委員任期一年，期滿連聘得連任之。

四、本會之召開，由主席視需要決定，並應有全體委員過半數之出席方得開會，出席委員過半數之同意方得決議。必要時並得邀請有關人員或單位主管到會備詢，詢畢退席。

五、本會會務由人事室辦理。

六、本要點經醫務暨行政會議通過後實施。

圖 1.醫師執行醫療項目授權委員會設置要點



國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院

112 年醫師執行醫療項目授權委員會會議紀錄

時間：112 年 4 月 19 日（星期三）下午 4 時

地點：斗六院區精神大樓 1 樓會議室

主席：洪副院長健清

出席：楊委員豐榮、陳委員信水、詹委員誌彬、黃委員政文、郭委員律廷、陳委員宇立、周委員弘傑、張委員楷杰、周委員俊志、陳委員世昱、鄭委員銘泰、陳委員若白、

請假：陳委員崇裕(另有公務)、許委員智能(另有公務)

記錄：陳南毓　分機：560403

壹、上次會議決議事項執行情形追蹤報告：略

貳、主席報告：無。

參、討論事項

一、內科部主治醫師黃政文等 85 人執行醫療項目授權審查案(如附件，第 1 至 50 頁)，經該部討論並授權後，提請本會審議。

決議：一、請全院各醫療科部說明所列高風險、高技術醫療項目之原因(如附件第 226 至 230 頁)。

二、內科部經重新檢視高風險、高技術性之醫療項目後修正通過。

三、全院輕/中/重度麻醉鎮靜[非麻醉科醫師]醫療項目修正為輕、中度鎮靜止痛[非麻醉科醫師]。

二、外科部主治醫師郭律廷等 27 人執行醫療項目授權審查案(如附件，第 50 至 69 頁)，經該部討論並授權後，提請本會審議。

決議：心臟移植行使權限修正為 No Privilege 不予授權，其餘照案通過。

三、婦產部主治醫師徐明洸等 18 人執行醫療項目授權審查案(如附件，第 69 至 87 頁)，經該部討論並授權後，提請本會審議。

決議：照案通過。

圖 2.醫師執行醫療項目授權委員會會議紀錄

二、訂定「醫師執行醫療項目授權管理辦法」以確保醫療品質及病人安全，提供最完整之醫療服務，且規範醫師執行臨床服務須經職務行使權之授予(授權)。本院醫師職務行使權之授權程度分下列 4 類，並由「醫師執行醫療項目授權委員會」進行醫師職務行使權之授予審議：

(一) E (Emeritus Privilege 榮譽授權)：具教學指導權，但須請具有 Full Privilege 的人代為執行醫療行為。

(二) F (Full Privilege 完全授權)：可獨立執行醫療行為。

(三) L (Limited Privilege 部分授權)：可在具 Full Privilege 人員監督指導下執行醫療行為。

(四) N (No Privilege 不予授權)：不可執行。

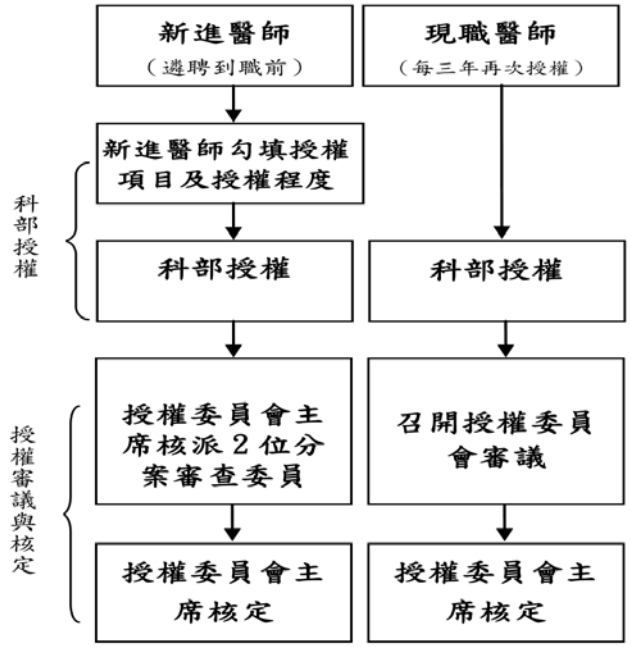
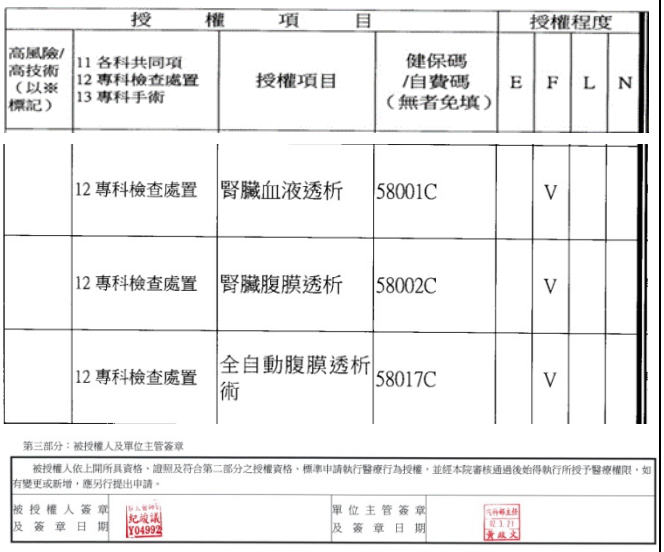


圖 3.醫師執行醫療項目授權作業流程



授權項目				授權程度			
高風險/高技術（以※標記）	11 各科共同項 12 專科檢查處置 13 專科手術	授權項目	健保碼/自費碼（無者免填）	E	F	L	N
	12 專科檢查處置	腎臟血液透析	58001C		V		
	12 專科檢查處置	腎臟腹膜透析	58002C		V		
	12 專科檢查處置	全自動腹膜透析術	58017C		V		

第三部分：被授權人及單位主管簽章

被授權人依上開所具資格，證照及符合第二部分之授權資格、標準申請執行醫療行為授權，並經本院審核通過後始得執行所授予醫療權限，如有變更或新增，應另行提出申請。

被授權人簽章及簽章日期		單位主管簽章及簽章日期	

圖 4.腎臟內科主治醫師授權表

三、對於執行高風險或高技術醫療行為之醫師，有明確界定其可在醫院內執行之項目範圍。依本院「醫師執行醫療項目授權管理辦法」，醫師執行臨床服務須經職務行使權之授予，對於高風險或高技術之醫療項目除應依訓練資格及年資經驗授予行使權，另於再次授權時評估醫師執行醫療項目之相關醫療品質指標修訂行使權限。

類別	授權項目
共同項目	門診診療
	收治住院
	一般醫療項目
	照會
專科檢查處置	腎臟超音波
	腎臟血管超音波
	腎臟血液透析
	腎臟腹膜透析
	血漿置換術
	持續性靜脈靜脈血漿過濾
	腎臟衝脈治療
	腎臟切片
	腎臟經皮造廔術
	化學治療處置
特殊授權	標靶藥物治療
	化療處置

圖 5. 腎臟內科醫師醫療授權項目

主要次專科	姓名	職稱	授權項目別 11 各科共同項 12 專科檢查處置 13 專科手術	授權項目
腎臟內科	楊豐榮	主治醫師	12 專科檢查處置	腎臟衝脈治療
腎臟內科	楊豐榮	主治醫師	12 專科檢查處置	腎臟切片
腎臟內科	楊豐榮	主治醫師	12 專科檢查處置	腎臟經皮造廔術
腎臟內科	楊豐榮	主治醫師	12 專科檢查處置	化學治療處置
腎臟內科	楊豐榮	主治醫師	21 特殊授權	標靶藥物治療
腎臟內科	楊豐榮	主治醫師	21 特殊授權	化療處置
腎臟內科	李玟儀	主治醫師	11 各科共同項	門診診療
腎臟內科	李玟儀	主治醫師	11 各科共同項	收治住院
腎臟內科	李玟儀	主治醫師	11 各科共同項	一般醫療項目
腎臟內科	李玟儀	主治醫師	11 各科共同項	照會
腎臟內科	李玟儀	主治醫師	12 專科檢查處置	腎臟超音波
腎臟內科	李玟儀	主治醫師	12 專科檢查處置	腎臟血管超音波
腎臟內科	李玟儀	主治醫師	12 專科檢查處置	腎臟血液透析

圖 6. 腎臟內科醫師職務行使權之授權程度

四、將醫師授權項目明細及高風險或高技術醫療項目上傳資訊平台供院內同仁查詢。



圖 7. 院內知識管理系統(KM)平台供同仁查詢



圖 8. 院內網資訊平台供同仁查詢

條　　號	1.3.1
條　　文	病人安全計畫
自 評 等 級	●完全符合 ○部分符合 ○不符合

執行狀況說明

【符合 1】團隊應依據全院性病人安全制度為基礎，如：病人安全年度目標、任務及執行方針，針對該疾病照護特性擬定病人安全計畫，評估照護過程病人安全問題，並落實執行以保障病人安全。

一、為提升腎臟病病人醫療照護品質，預防不良事件發生，建構安全之醫療環境，本團隊以全院性病人安全制度為基礎，制定「腎臟病病人安全工作計畫」，研擬相關執行規範，並落實推行於照護過程，以確保病人的安全，舉例說明如表 1。

表1. 病人安全目標及規範

目標	執行策略重點
目標一、促進醫療人員間團隊合作及有效溝通	1. 建立機構內團隊領導與溝通機制，落實醫療人員訊息有效傳遞並促進團隊合作。
	2. 落實病人於不同單位間共同照護或是轉換照護責任時訊息溝通之安全作業。
	3. 加強於困難溝通情境之病人辨識及交班正確性。
目標二、營造病人安全文化、建立醫療機構韌性及落實病人安全事件管理	1. 營造病人安全文化與環境，並鼓勵員工主動提出對病人安全的顧慮及建議。
	2. 提升醫療機構韌性，保護醫療場所人員免遭受暴力侵害。
目標三、提升手術安全	1. 落實手術辨識流程及安全查核作業。
	2. 落實治療輸、備血安全查核作業。
	3. 落實手術麻醉整合照護，強化團隊合作。
	4. 預防手術過程中非預期性傷害。
目標四、預防病人跌倒及降低傷害程度	1. 團隊合作提供安全的照護與環境，以降低跌倒傷害程度。
	2. 評估及降低病人跌倒風險。
	3. 落實病人出院時跌倒風險評估，並提供預防跌倒及預防或改善衰弱之指導。
目標五、提升用藥安全	1. 推行腎臟病藥事照護用藥衛教。
	2. 加強使用高警訊藥品病人之照護安全。
	3. 加強需控制流速或共用管路之輸液使用安全。
目標六、落實感染管制	1. 落實人員之健康管理。
	2. 加強抗生素使用管理機制。
	3. 推行組合式照護的措施，降低醫療照護相關感染。
	4. 定期環境清潔及監測清潔品質。
	5. 建立醫材器械消毒或滅菌管理機制。
目標七、提升管路安全	1. 落實侵入性管路之正確置放。
	2. 提升管路照護安全及預防相關傷害。
目標八、改善醫病溝通並鼓勵病	1. 鼓勵民眾關心病人安全，並提供民眾多元參與管道。

人及家屬參與病人安全工作	2. 運用多元或數位模式，改善醫病溝通，並推行醫病共享決策
	3. 提升家屬與病人疾病照護知能。

【符合 2】依各類人員於病人安全之需求，提供教育訓練計畫與方案。

一、本院新進同仁到職後應參加職前訓練，含病人安全相關課程；在職員工每年須接受病人安全、病人權利、醫療品質等必修課程 (1 小時/年/人)，111-112 年病人安全課程如表 2。

表2. 111-112年病人安全課程

111 年	主題	112 年	主題
4/21	擬真情境競賽加強訓練班(2 場)	4/10	團隊資源管理(TRM)主管班
7/21	根本原因分析 RCA 實作訓練	6/5	手把手教您-進行原位模擬急救團隊合作訓練工作坊
7/25	根本原因分析 RCA (案例分享)	6/8	明智選擇
12/14	團隊資源管理(TRM) 與臨床擬真演練工作坊	10/12	團隊資源管理(TRM)主管班
		11/18	根本原因分析(RCA)工作坊

【符合 3】團隊定期收集病人安全、醫療品質相關資料(如健保品質指標、台灣臨床成效指標、病人安全文化調查並進行分析，檢討結果及改善措施呈現於年度發展計畫、年度工作及教育訓練計畫。

一、本照護團隊定期收集及分析醫策會腎臟病照護品質認證指標，如：CKD 病人接受營養評估及衛教執行率、末期腎病治療模式衛教完成率、腹膜透析病人腹膜炎發生率、血液透析瘻管重建率、55 歲以下透析病人腎臟移植登錄率、CKD 病人接受個案管理照護模式執行率、CKD 病人接受腎臟病自我管理衛教執行率...等，透過分析可以確定目前臨床照護的表現狀況，識別存在的問題，並列入核心團隊會議檢討，針對問題點擬定改善措施。

【符合 4】針對新興傳染性疾病訂有相關因應機制，如可能受感染病人之辨識流程、處置流程的防護等。

一、為使傳染性疾病病人於就醫期間有適當的評估，早期發現病人散播傳染性疾病之風險，並採取適當之隔離防護措施，保護醫療機構內病人、訪客及工作人員，本院制定「61550-3-000021 傳染性病人評估及感染管制照護規範」。

二、評估及發現病人：

(一) 門診病人有不明原因發燒(體溫高於 38℃)或疑似傳染性疾病時，醫師應詢問旅遊史、職業史、接觸史及群聚史等，並採取適當的隔離防護，必要時轉送急診進一步處置。

(二) 急診就醫或病人住院時，若懷疑有傳染性疾病，醫師應詢問旅遊史、職業史、接觸史、群聚史，檢視或詢問過去病史以及轉診紀錄等，進行臨床判定、評估，如懷疑為傳染性高風險族群，應進行檢驗及記錄、交班，並採取適當的隔離防護，包括病人的安置（參「感染防護措施」、「隔離病室管理辦法」、「一般隔離病室管理要點」及「負壓隔離病室管理施行細則」）。

三、感管照護規範：

(一) 照護病人時需落實「標準防護措施」，並依疾病特性、傳播途徑及可傳染期間等，執行相關隔離防護，直到符合解除隔離標準。

(二) 空氣傳播及高傳染性或高致死力疾病應根據相關規定安置於負壓隔離病室，使用符合該疾病特性之防護用具，如 N95 口罩、防水隔離衣等；其餘傳染性病人儘可能安置於單人病室或一般隔離病室，並皆由接受過個人防護用具穿脫流程訓練之醫護人員照護。

條　　號	1.4.1
條　　文	團隊風險管理計畫及相關分析結果
自 評 等 級	●完全符合 ○部分符合 ○不符合

執行狀況說明

【符合 1】應用風險分析工具，由團隊成員針對該疾病照護特性，共同評估照護過程可能發生的危機或緊急事件，並與醫院風險/危機管理委員會討論，訂定團隊風險管理計畫。

一、本院設有「危機管理委員會」。由院長擔任主任委員，制定組織章程，每季召開會議檢討及分析一季內發生之危機事件，作成相關會議紀錄。危機事件包括:火災、輻射災害、停斷水、停斷電、風災、震災、水災、第一&第五類法定及新興傳染病、生物危害、資訊當停機、醫療氣體、瓦斯洩漏、空調、電梯、通信設備、消防器材設備、重大醫療儀器故障及未符法令規定、公關媒體、財務危機、人力短缺、大量傷患、輻射傷害救護、嬰兒失蹤、食物中毒、飲用水中毒、病歷安全、暴力事件。

二、本院於每季風險危機管理委員會中皆會針對年度消防、緊急應變教育訓練執行成效進行報告，並於最後一季之風險管理委員會中，進行下一年度之 HVA 風險危害脆弱度分析(圖 1)，並擬定相關緊急應變教育訓練及演習。

三、本院使用危害脆弱分析方法，針對醫院特性及其所屬區域，將可能潛藏發生在醫院的各項內、外部危害進行識別，將所有可能造成醫院危害之風險項目列出進行危害脆弱度分析，找出高風險危害項目，並針對高風險危害提出相關應變措施，本院前六項危害項目為:1.第一、五類法定及新興傳染病 2.火災 3.資訊當停機 4.醫療暴力 5.颱風 6.水災。

四、為確保本院營運與院區環境安全，並落實執行危機減災預防與準備之相關措施，依據「安全計畫總則」，以針對院區各式危害之風險進行評估及分析(圖 2)。

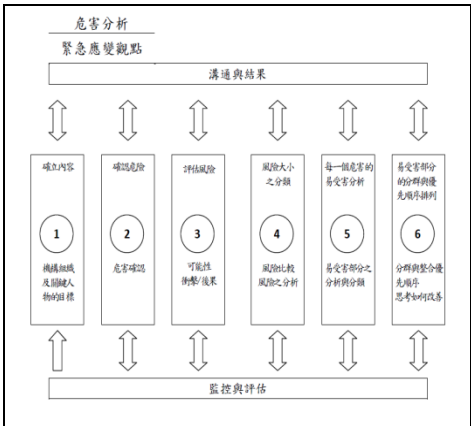
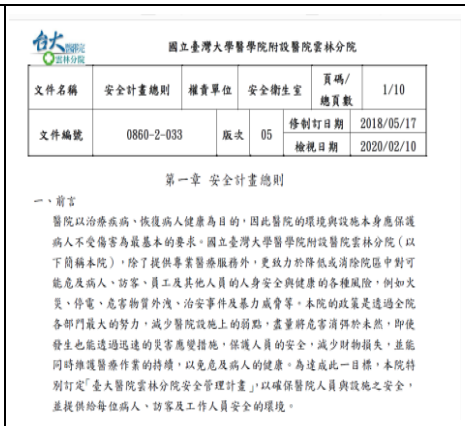


圖 1.危害脆弱度分析




國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院

文件名稱	安全計畫總則	權責單位	安全衛生室	頁碼/總頁數	1/10
文件編號	0860-2-033	版次	05	修制訂日期	2018/05/17
				檢視日期	2020/02/10

第一章 安全計畫總則

一、前言

醫院以治療疾病、恢復病人健康為目的，因此醫院的環境與設施本身應保護病人不受傷害為最基本的要求。國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院（以下簡稱本院），除了提供專業醫療服務外，更致力於降低或消除院區中對可能危及病人、訪客、員工及其他人員的人身安全與健康的各種風險，例如火災、停電、危害物質外洩、治安事件及暴力威脅等。本院的政策是透過全院各部門最大的努力，減少醫院設施上的弱點，盡量將危害消弭於未然，即使發生也能透過迅速的災害應變措施，保護人員的安全，減少財物損失，並能同時維護醫療作業的持續，以免危及病人的健康。為達成此一目標，本院特別訂定「臺大醫院雲林分院安全管理計畫」，以確保醫院人員與設施之安全，並提供給每位病人、訪客及工作人員安全的環境。

圖 2.安全計畫總則

【符合 2】依據團隊風險管理計畫，針對該疾病照護相關單位及已發生或預期發生之異常事件進行危害分析。

一、腎臟病照護團隊針對血液透析、腹膜透析及腎臟科病房，進行透析環境與人員照護 HVA 危害風險評估及分析，113 年腎臟疾病照護相關單位其風險評估結果如圖 3～5。依據各單位特性，就相關風險事件逐一討論，並依據結果進行危害分數評估；

二、血液透析室前三項照護人員環境危害風險之分析結果依序為：火災、疫災及 RO 停水為高風險項目。針對風險危害脆弱度分析，如風險評估等級大於 3，即針對風險等級分數 3 之作業內容進行風險改善(工程改善、源頭改善、環境改善、行政管理與其他等改善方法)及制定應變作業程序。

三、血液透析室前三項照護人員危害風險之分析結果依序為：瘻管阻塞、非預期急救、跌倒。腹膜透析室前三項照護人員危害風險之分析結果依序為：技術操作不當造成之感染、管路照護。針對照護人員危害風險制定應變作業程序。

四、腎臟科病房臨床照護面 HVA 危害風險之分析結果依序為：火災、地震及病人跌倒。

危害因子	可能性	嚴重度=(衝擊-減災預防)							風險
		人命危害	財產損失	營運損失	準備程度	內部應變	外部應變		
	發生機率	死亡受傷	硬體損失	服務中斷	事先準備	時間/效率/資源	社區互助資源共享		相對威脅
分數	0=N/A	0=N/A	0=N/A	0=N/A	0=N/A	0=N/A	0=N/A	0=N/A	0-100%
	1=LOW	1=LOW	1=LOW	1=LOW	1=LOW	1=LOW	1=LOW		
	2=Moderate	2=Moderate	2=Moderate	2=Moderate	2=Moderate	2=Moderate	2=Moderate		
	3=High	3=High	3=High	3=High	3=High	3=High	3=High		
火災	3	3	3	3	2	1	1	72%	
疫災	2	2	1	1	2	2	2	36.85%	
地震	2	1	2	2	1	2	2	36.85%	
RO冷水	2	2	2	2	1	1	1	33.50%	
電力中斷	2	1	2	2	1	1	1	29.48%	
颱風	2	1	1	2	1	1	1	26.13%	
資訊系統失效	2	1	1	2	1	1	1	26.13%	
空調失效	1	1	1	2	1	1	1	12.87%	
危害物暴開	1	1	1	2	1	1	1	12.87%	
醫療氣體中斷	1	1	1	1	1	1	1	10.89%	

圖 3.血液透析室環境方面 HVA

危害因子	可能性	嚴重度=(衝擊-減災預防)							風險
		人命危害	財產損失	營運損失	準備程度	內部應變	外部應變		
	發生機率	死亡受傷	硬體損失	服務中斷	事先準備	時間/效率/資源	社區互助資源共享		相對威脅
分數	0=N/A	0=N/A	0=N/A	0=N/A	0=N/A	0=N/A	0=N/A	0=N/A	0-100%
	1=LOW	1=LOW	1=LOW	1=LOW	1=LOW	1=LOW	1=LOW		
	2=Moderate	2=Moderate	2=Moderate	2=Moderate	2=Moderate	2=Moderate	2=Moderate		
	3=High	3=High	3=High	3=High	3=High	3=High	3=High		
瘻管阻塞	3	2	2	2	2	1	1	55%	
非預期急救	2	2	2	2	1	1	1	33.50%	
跌倒	2	2	2	2	1	1	1	33.50%	
管路滑脫	2	2	2	1	1	1	1	29.48%	
群聚感染	2	1	2	2	1	1	1	29.48%	
給藥錯誤(含 AK)	2	1	2	1	1	1	1	26.13%	
醫療儀器故障	1	1	1	2	1	1	1	12.87%	
人員溢瘻	1	1	1	2	1	1	1	12.87%	
針扎	1	1	1	2	1	1	1	12.87%	
資訊系統當機	1	1	1	1	1	1	1	10.89%	

圖 4. 血液透析室照護方面 HVA

危害因子	可能性	嚴重度=(衝擊-減災預防)						風險
		人命危害	財產損失	營運損失	準備程度	內部應變	外部應變	
	發生機率	死亡受傷	硬體損失	服務中斷	事先準備	時間/效率/資源	社區互助資源共享	相對威脅
分數	0=N/A	0=N/A	0=N/A	0=N/A	0=N/A	0=N/A	0=N/A	0-100%
	1=LOW	1=LOW	1=LOW	1=LOW	1=LOW	1=LOW	1=LOW	
	2=Moderate	2=Moderate	2=Moderate	2=Moderate	2=Moderate	2=Moderate	2=Moderate	
	3=High	3=High	3=High	3=High	3=High	3=High	3=High	
技術操作不當造成之感染(腹膜炎)	3	3	2	2	1	1	2	61%
管路照護(導管出口感染)	3	2	2	1	1	1	2	50%
透析排水準存量超過基準量	2	2	2	1	1	1	2	33%
群聚感染	1	2	2	1	1	1	1	15%
跌倒	1	2	1	1	1	1	1	13%
急救	1	1	1	1	1	1	1	11%

圖 5. 腹膜透析室照護方面 HVA

【符合 3】依據緊急應變演練結果或已發生之危機事件應變結果，能進行檢討與原因分析，並適時修正團隊風險管理計畫。

一、本院每年實施相關危機事件應變演練，如疫災、大量傷患、火災、停斷電、醫療氣體供應中斷等並進行演練結果檢討，也對已發生的危機事件結果進行檢討改善，並據以檢討危機事件之危害風險等級及檢視修訂「安全計畫總則及環境安全管理 7 大計畫」及相關事件應變程序。

二、針對已發生事件或透過演習進行檢討，並依據衛政主管機關政策，每年進行「危機管理暨緊急災害應變措施計畫書」修訂。依據緊急應變演練結果或已發生之危機事件應變結果，進行檢討與原因分析，並適時修正風險管理計畫。

三、本院於 113 年 4 月 10 日辦理醫院危害脆弱度分析工作坊，透過 HVA 分析來擬定相關單位危機事件，並重新檢視及並修正各團隊風險管理計畫。

【符合 4】上述團隊風險管理計畫應針對該疾病照護特性進行討論，並有相關資料佐證。

一、每季於危機管理委員會中皆會針對年度危機事件、緊急應變教育訓練執行成效進行報告，並擬定相關緊急應變教育訓練及演習。

二、虎尾血液透析室於 113 年 5 月 17 日進行單位複合式災害桌上演練，檢視單位緊急應變與疏散作業標準程序內容與現場動線之適切性，強化透析工作人員危機管理之應變能力及安全工作環境(圖 6～7)。



圖 6.複合式災害演練紀錄





圖 7.現場查勘動線

條　　號	1.4.2
條　　文	緊急災害應變計畫、演練及後送機制
自　評　等　級	●完全符合 ○部分符合 ○不符合

執行狀況說明

【符合 1】依據團隊風險管理計畫，訂定符合機構、疾病特性及災害特性之緊急災害應變計畫，以提供安全就醫環境，降低緊急災害對病人照護的衝擊，並有定期檢討。

一、訂有「安全計畫總則」，含括「環境設施安全管理」、「保全管理」、「危害物質管理」、「緊急應變管理」、「消防安全管理」、「醫療儀器管理」、「公用設施管理」等 7 大面向，系統化管理所有安全危害，達到全災害應變準備目標。管理計畫包括減災預防、準備、應變及恢復等階段之程序，每年檢討修訂再送危機管理委員會核定。

二、針對全院性可能發生之危機或緊急事件進行風險危害分析，針對高風險事件進行減災預防及應變演練，並訂定相關應變作業程序彙編為「緊急及災難事件作業指引」，經本院危機管理委員會核定，內容涵括資訊當停機、第一/五類法定及新興傳染病、火災、颱風、水災、地震等應變作業程序書及相關單位應變之事項。

三、本院每年針對相關計畫內容及應變作業程序，配合演練結果或突發事件進行檢討。由負責單位進行修訂後，提送危機管理委員會會議報告及審核，並送衛生局審查，各項內容均配合本院實際運作情況進行修正並有紀錄備查。

【符合 2】緊急應變相關措施與團隊人員之認知，確實符合機構緊急災害應變計畫的規定。

一、本院緊急連絡網及災難應變啟動機制內容，於「緊急及災難事件應變作業指引」第二章「緊急及災難事件指揮體系」、第三章「緊急及災難事件指揮中心之功能與職掌」、第四章「緊急級災難事件應變體系任務清單」、第五章「訊息發佈及傳遞作業程序」敘明；透過不同通訊聯絡網(院內桌機、公務手機、院內廣播、無線電、簡訊群呼、line 群組)，設置緊急事件廣播顏色代號(火災-紅色、大量傷患-棕色、嬰兒失蹤-粉紅色、危害物質-橘色、暴力-白色)進行應變啟動機制。並製作緊急應變小卡，提供給同仁隨身攜帶(圖 1)。

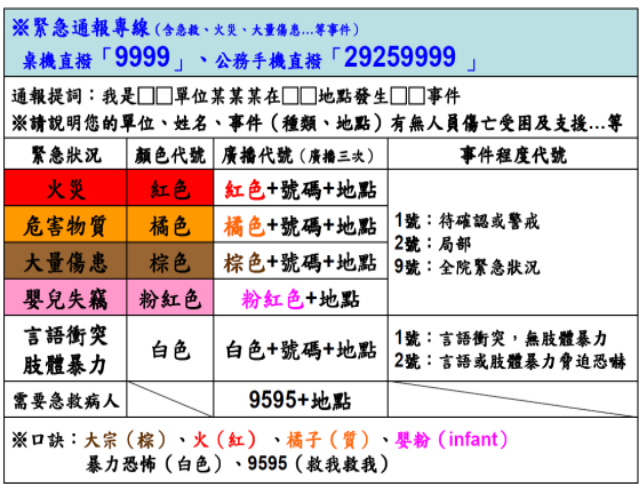


圖 1.院內緊急應變類別及原則

二、「緊急及災難事件作業指引」電子檔公告於院內網站，供院內同仁周知，並上傳至本院 KM 知識管理系統。此外，針對重點事項，在每年度員工講習中會加以說明，例如全院性新進人員教育訓練、員工消防安全教育訓練…等場合，確保全體員工了解並熟悉應變程序。

三、院內 TMS 系統開立測驗課程。此外，環境安全聯合巡檢小組在執行聯合巡檢、安全副管人員

進行單位巡視時，進行現場人員抽測並宣導醫院緊急事件應變代號及火災緊急應變程序(RACE)。在實兵演習中，測試驗證同仁對災害發生時的緊急應變處理能力，以確保同仁在面對突發事件時能夠快速而有效地應對。

四、各單位訂有「緊急疏散及應變作業程序」，每年針對火災應變、通報聯絡、避難逃生、病人疏散等項目透過自衛消防編組任務分工方式進行應變演練(圖 2)，使人員熟悉應變措施及環境特性。





圖 2.地震暨自衛消防編組任務應變演練

【符合 3】因應新興傳染性疾病訂有持續性該疾病別照護機制。

一、COVID-19 期間應變機制：本院擔任嚴重特殊傳染性肺炎確診者血液透析照護指定醫療機構，訂有「居家隔離或居家檢疫之血液透析病人作業標準」及「腹膜透析中心分流分艙作業程序」，針對作業標準內容辦理確認個案運送動線、分流分艙及 PPE 穿脫演練、協助快篩檢驗、疫苗注射與門禁管控政策。疫情期間無出現單位群聚感染情形（圖 3～5）。



圖3.PPE穿脫演練



圖4.快篩檢驗



圖5.疫苗注射

條　　號	2.1.1
條　　文	病人收案、排除、結案之條件
自 評 等 級	●完全符合 ○部分符合 ○不符合

執行狀況說明

1. 腎臟病臨床服務案例數：

年度	全院慢性腎臟病病人數		團隊收案數		收案後 HD 人數	收案後 PD 人數
	Pre-ESRD	初期 CKD	Pre-ESRD	初期 CKD		
111 年	831	9,406	691	3,777	263	72
112 年	867	9,491	805	3,400	270	60

【符合 1】明確定義病人收案、排除、結案之條件。

一、慢性腎臟病病人照護收案條件：本院承接健保署所推動之「全民健康保險初期慢性腎臟病醫療給付改善方案(Early CKD) (105 年 4 月 1 日納入支付標準第八部第三章)」與「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫(110 年 10 月 22 日修訂)」，依 ICD-10 診斷碼及檢驗數值中的腎絲球過濾率(eGFR)，將其病人分別納入 Early CKD 或 Pre-ESRD 照護計畫中，同時制定追蹤照護指標，科部會議中定期討論，修訂目標。

(一) 收案條件：慢性腎臟病 stage 1、2、3a，收案前九十天有本院就醫紀錄，eGFR≧45 ml/min/1.73 m^2 及尿蛋白與尿液肌酸酐比值 Urine protein to creatinine ratio, UPCR)≧150mg/g(糖尿病患者 Urine Albumin to Creatinine Ratio, UACR≧30mg/g)病人。

(二) 排除條件：病人拒絕接受個案管理照護。

(三) 結案條件：

1. 腎功能改善恢復正常，連續追蹤二次腎功能及蛋白尿並未達慢性腎臟病標準。
2. 腎功能持續惡化，其 UPCR≧1000mg/g，或 eGFR＜45 ml/min/1.73m^2，應建議轉至「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)病人照護與衛教計畫」 (Stage 3b 或以上)。
3. 可歸因於病人者，如長期失聯(≧180 天)、拒絕再接受治療、死亡或病人未執行本管理照護超過一年者等。

二、末期腎臟病前期之慢性腎臟病病人收案：依「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫」當次就診主診斷為慢性腎臟病 ICD-10-CM/PCS 為 N049(腎病症候群)或 N18.3、N18.4、N18.5(慢性腎衰竭)之病人。

(一) 收案條件：

1. CKD stage 3b：eGFR 30~44.9mL/min/1.73 m^2 之各種疾病病人。
2. CKD stage 4：eGFR 15~29.9mL/min/1.73 m^2 之各種疾病病人。
3. CKD stage 5：eGFR <15mL/min/1.73 m^2 之各種疾病病人。
4. 蛋白尿病患：24 小時尿液總蛋白排出量大於 1,000 mg 或 UPCR >1,000mg/gm 之明顯蛋白尿病患，不限各 Stage，主要包含 Stage 1、2、3a，即 eGFR≧45~60 ml/min/1.73 m^2 之蛋白尿患者。

(二) 排除條件：病人拒絕接受個案管理照護。

(三) 結案條件：

1. 因腎功能持續惡化而接受腎臟移植者。
2. 因腎功能持續惡化而必須進入長期透析者：進入長期透析者，必須符合尿毒症重大傷病卡適

應症，且須完成「末期腎衰竭病患治療模式衛教及滿意度調查表」衛教表。

3. 進入安寧療護：接受住院安寧、安寧居家療護或全民健康保險安寧共同照護試辦方案。
4. 因其他系統性疾病造成轉他科治療或他院治療者：原收案之院所應結案，以利他院所繼續照護。
5. 可歸因於病人者：如長期失聯(≧180 天)、拒絕再接受治療、死亡或其他等。

三、門診急性腎臟病(AKD)：依據「全民健康保險末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫」制定收案條件。

(一) 收案條件：因急性腎臟損傷(Acute Kidney Injury，AKI)後成為急性腎臟疾病(Acute Kidney Disease，AKD) ，病人發生急性腎臟損傷住院，經治療出院一個月內再次門診就診時，主次診斷為 ICD-10-CM/PCS 急性腎臟損傷相關之診斷碼(ICD-10-CM/PCS 前三碼為 N17)且門診時 eGFR<45ml/min/1.73m^2 者。

1. AKD-3b：收案時約等於 CKD Stage 3b，eGFR 30~44.9 ml/min/1.73 m^2。
2. AKD-4：收案時約等於 CKD Stage 4，eGFR 15~29.9 ml/min/1.73 m^2。
3. AKD-5：收案時約等於 CKD Stage 5，eGFR <15mL/min/1.73 m^2。
4. AKD-D：曾因 AKI 接受短暫連續性腎臟替代療法，目前尚未脫離透析，亦未持有永久有效之透析重大傷病。

(二) 排除條件：病人拒絕接受個案管理照護。

(三) 結案條件：

1. 因腎功能持續惡化而接受腎臟移植者。
2. 因腎功能持續惡化而必須進入長期透析者。
3. 進入安寧療護。
4. 因其他系統性疾病造成轉他科治療或他院治療者：原收案之院所應結案，以利他院所繼續照護。
5. 可歸因於病人者：如長期失聯(≧180 天)、拒絕再接受治療、死亡或其他等。
6. 腎功能恢復獲改善，其 eGFR≧45 ml/min/1.73 m^2 者。
7. AKD 照護收案照護九十天後，若收案對象腎功能恢復狀況符合 Early-CKD 方案收案條件，可改由該方案收案。



圖 1.慢性腎臟病收案流程圖



圖 2 .AKD 收案流程圖

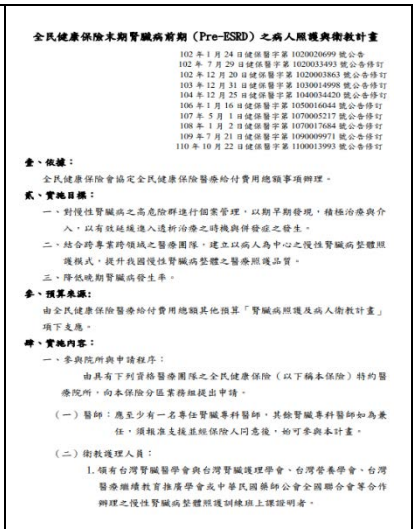


圖 3.全民健康照護計畫

條　　號	2.1.2
條　　文	高危險群病人定義
自 評 等 級	●完全符合 ○部分符合 ○不符合

執行狀況說明

【符合 1】依據該疾病照護過程，明確定義高危險群病人。

一、本科照護團隊為提升病人安全及照護品質，制定「腎臟病照護指引」 (圖 1)與「血液透析高危險性病人處置流程」 (圖 2)；訂定符合高危險群病人定義之相關疾病照護規範，以及執行高危險病人照護標準作業程序，以維護病人安全及品質。包括病人的相關疾病照護規範，以及照護標準作業程序，以確保醫療品質與病人安全。

二、團隊依據「腎臟病照護指引」及參考文獻，經過會議討論後明訂下列項高危險族群，依據疾病照護過程中之高危險群病人皆有明確定義，並訂有標準照護作業程序及治療指引：

(一) 透析高風險病人。

(二) 因疾病需特別照護之病人。

(三) 患有高危險傳染性疾病之病人。



圖 1.腎臟病照護指引



圖 2. 血液透析高危險性病人處置流程

【符合 2】高危險群病人，應至少包含：1.肺結核 2.急性呼吸感染(如流感)3.肝炎 4.心肌梗塞 5.低血壓 6.重症透析。含需透析之急性腎損傷病人。

本院針對這些病人實施特別的監測與照護措施，以減少醫療風險並提升病人安全。

一、**透析高風險病人**：

透析高風險病人，透析前須先確認病患的病史及實驗室檢查。其包含以下任何一種情況為透析高風險病人。

(一) 心跳超過 150 次/分或低於 60 次/分

(二) 氧氣需求量 Fi02 超過 60%

(三) 機械通氣患者或使用正壓呼吸

(四) 需要升壓藥針劑或 MAP<65mmHg

(五) 洗前 BUN>175mg/dL

(六) 近一周內腦血管病變

(七) 近一周內有心肌梗塞

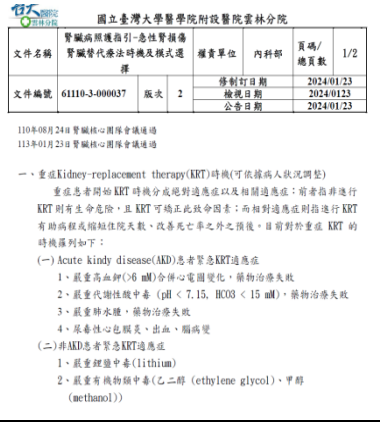
(八) 臨床醫師認為高風險病患

二、**因疾病需特別照護之病人**：

因其特殊的健康需求，需要更為專門和密集的照護，以降低併發症的風險並提高病人的整體治療效果。

(一) 本團隊訂有相關之照護指引，包括：「急性中風腎臟替代療法原則」、「AMI 病患腎臟照護流程」等。

(二) 收治重症單位之病人由透析室護理師至加護單位執行透析治療。並訂有相關之照護指引，包括：「急性腎損傷腎臟替代療法時機及模式選擇」(圖 3)、「重症透析中低血壓診斷與處理」(圖 4)。



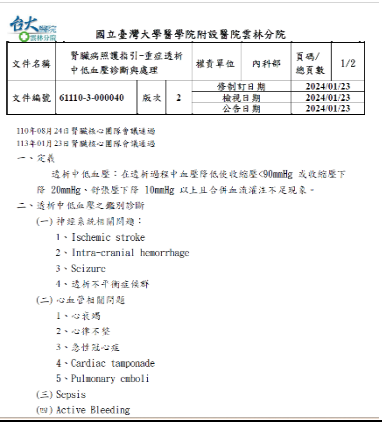
國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院

文件名稱	腎臟病照護指引-急性腎損傷腎臟替代療法時機及模式選擇			權責單位	內科部	頁碼/總頁數	1/2
文件編號	61110-3-000037	版次	2	修制訂日期		2024/01/23	
				檢視日期		2024/0123	
				公告日期		2024/01/23	

110年08月24日腎臟核心團隊會議通過
113年01月23日腎臟核心團隊會議通過

一、重症Kidney-replacement therapy(KRT)時機(可依據病人狀況調整)
重症患者開始KRT時機分成絕對適應症以及相關適應症：前者指非進行KRT則有生命危險，且KRT可矯正此致命因素；而相對適應症則指進行KRT有助病程或縮短住院天數、改善死亡率之外之預後，目前對於重症 KRT 的時機羅列如下：
(一) Acute kindy disease(AKD)患者緊急KRT適應症
1、嚴重高血鉀(>6 mM)合併心電圖變化，藥物治療失敗
2、嚴重代謝性酸中毒 (pH < 7.15, HCO3 < 15 mM)，藥物治療失敗
3、嚴重肺水腫，藥物治療失敗
4、尿毒性心包膜炎、出血、腦病變
(二)非AKD患者緊急KRT適應症
1、嚴重鋰鹽中毒(lithium)
2、嚴重有機物類中毒(乙二醇 (ethylene glycol)、甲醇 (methanol))

圖 3. 急性腎損傷腎臟替代療法時機及模式選擇



國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院

文件名稱	腎臟病照護指引-重症透析中低血壓診斷與處理			權責單位	內科部	頁碼/總頁數	1/2
文件編號	61110-3-000040	版次	2	修制訂日期		2024/01/23	
				檢視日期		2024/01/23	
				公告日期		2024/01/23	

110年08月24日腎臟核心團隊會議通過
113年01月23日腎臟核心團隊會議通過
一、定義
透析中低血壓：在透析過程中血壓降低收縮壓<90mmHg 或收縮壓下降 20mmHg，舒張壓下降 10mmHg 以上且合併血流灌注不足現象。
二、透析中低血壓之鑑別診斷
(一) 神經系統相關問題：
1、Ischemic stroke
2、Intra-cranial hemorrhage
3、Scizure
4、透析不平衡症候群
(二) 心血管相關問題
1、心衰竭
2、心律不整
3、急性冠心症
4、Cardiac tamponade
5、Pulmonary emboli
(三) Sepsis
(四) Active Bleeding

圖 4.重症透析中低血壓診斷與處理

三、**患有高危險傳染性疾病之病人**：

(一) 具有高度傳播性和可能導致嚴重健康後果的疾病，常透過空氣、體液或直接接觸傳播。包括：肺結核、多重抗藥性菌株感染、疥瘡、水痘、血液傳染性疾病(如病毒性肝炎和人類免疫不全病毒)、流感與新型流感與其他政府規定須通報之法定傳染病。本團隊制定有「透析室感染管制措施」(圖 6)，分別制定工作人員、病人、環境與設備等相關感染管制原則，採取嚴格的感染管制措施、防止在機構內進一步傳播，並由感染管制中心監督，並依照全院性規範如「抗藥性菌株感染管制措施」(圖 7)、「個人防護裝備使用規範」，進行醫療照護與防護，內容亦包含基本防護配備、防護措施及照護規範。

(二) 本院為傳染病指定應變醫院，因應新興傳染性疾病盛行，針對居家隔離或居家檢疫及疑似或確認嚴重特殊傳染性肺炎之血液透析及腹膜透析病人，於隔離期間能持續不間斷接受治療，訂有「居家隔離或居家檢疫之血液透析病人作業標準」(圖 8)，其內容皆以電子化公布於院內 KM 系統及腎臟病照護指引，供同仁隨時參閱。



國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院

文件名稱	透析室感染管制措施			權責單位	感染管制中心	頁碼/總頁數	1/8
文件編號	61550-2-000066	版次	6	修制訂日期		2023/12/21	
				檢視日期		2023/11/02	
				公告日期		2023/11/09	

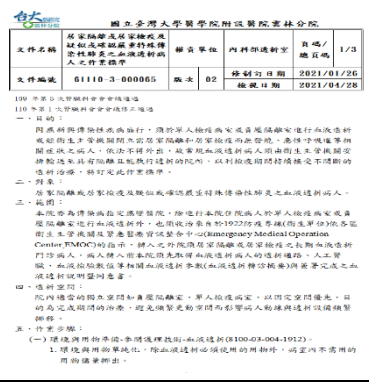
圖 6.透析室感染管制措施



國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院

文件名稱	抗藥性細菌感染管制措施			權責單位	感染管制中心	頁碼/總頁數	1/9
文件編號	61550-2-000044	版次	13	修制訂日期		2023/05/29	
				檢視日期		2023/10/02	
				公告日期		2023/11/09	

圖 7.抗藥性菌株感染管制措施



國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院

文件名稱	居家隔離或居家檢疫及疑似或確認嚴重特殊傳染性肺炎之血液透析病人之作業標準			權責單位	內科部透析室	頁碼/總頁數	1/3
文件編號	61110-3-000065	版次	02	修制訂日期		2021/01/26	
				檢視日期		2021/04/28	

圖 8.居家隔離或居家檢疫血液透析病人作業標準

條　　號	2.1.3
條　　文	病人權利
自　評　等　級	●完全符合 ○部分符合 ○不符合

執行狀況說明

【符合 1】為維護病人及家屬權利，訂有相關政策或規範，並公告週知，包括：具體列明就醫病人的權利內容，對住院病人應參考衛生福利部公告之「醫院住院須知參考範例」制訂住院病人的權利及義務，並納入住院須知，以利向病人或家屬說明。

一、本院訂有「病人權利與配合事項規範」，以維護病人及家屬的權利。本院期使病人都能在公平、專業、參與、知情同意、注重隱私等環境下，接受適當的醫療服務。另有「病人知情同意規範及執行要點」、「病人與訪客建言作業規範」、「尊重病人隱私規範」等標準作業文件，並依據前述作業規範分別訂定臺大醫院雲林分院「病人權利與配合事項說明書」及「一般同意書」。

二、臺大雲林分院「病人權利與配合事項說明書」內容明示病人權利(包含公平醫療、專業識別、醫療參與、醫療說明、知情同意、尊重隱私、安寧療護、器官捐贈、拒絕權利、意見反應等內容)，「一般同意書」的內容則載明共同政策、同意治療、醫療團隊、費用說明、病歷使用、本院規範等一般項目。

三、本院門診安排病人住院時給予「我的住院資料袋」(圖 1)，內容包含住院須知、病人權利與配合事項說明書、一般同意書等讓病人與家屬可從容詳細閱讀簽署。「我的住院資料袋」之內容已參照衛生福利部最新公告住院須知參考範例於 111 年 7 月檢視修正。其中關於病人權利部份亦已經本院臨床倫理委員會討論確認符合衛生福利部參考範例。

四、血液/腹膜透析室於公布欄明顯出張貼有「病人權利與配合事項說明」(圖 2)海報，病人權利說明內容包括公平醫療、專業識別、醫療參與、醫療說明、知情同意、隱私保護、安寧療護、器官捐贈、臨床試驗、有權拒絕；病人配合事項說明包括配合治療計畫、感染管制、環境衛生、病歷使用、費用說明、院區安全、財務管理責任與拍照攝影注意事項。

五、血液透析室新病人會給予「首次透析病人透析作業 Check list 單」(圖 3)，內容包括首次透析的日期、透析管路的置放日期及種類、透析病人飲食、藥物、腎臟替代療法模式之選擇…等衛教內容，透析治療部分則簽屬血液透析暨同意書讓病人清楚了解透析治療的適應症、作法、效益及風險；在生活公約部分血液透析室門診區制定有「門診管理規範」，包括透析治療時間、公共空間及逃生動線、透析用電安全及感染控制規範。

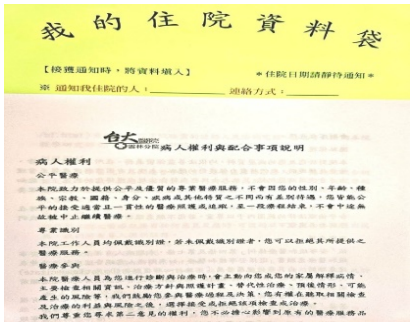


圖1.住院前提供住院資料袋

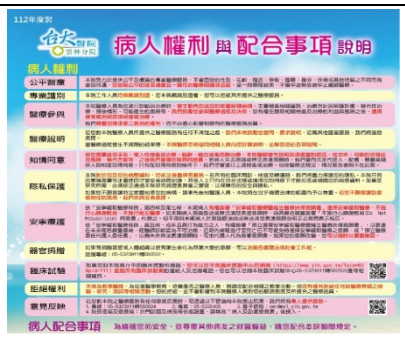


圖2.病人權利與配合事項規範



圖3首次透析病人透析作業Check list單

【符合 2】團隊成員瞭解病人的權利內容，於照護過程中落實向病人或家屬說明，並予以尊重。

一、病房：

(一) 臺大醫院雲林分院「病人權利與配合事項說明書」置於病人住院資料袋內，於門診安排病人

住院時給予，讓病人及家屬可以詳細閱讀。除此之外，製作成海報，張貼於門、急診及各個病房，方便病人容易取得相關資訊。

(二) 本院全體同仁需接受相關之教育訓練，以確保病人權利與配合事項之執行，訂有員工教育訓練辦法及架構，依「112 年度專任人員學習時數規範」，全院員工均須完成必修病人安全、醫療倫理、醫學倫理與法律課程時數一小時之規定。

(三) 訂有「病人與家屬指導作業標準」，同仁於病人住院後提供權利說明並評值成效。病人滿意度調查中：「醫療人員是否有提供您疾病需要的衛教資訊」題項，112 年平均權重為 4.73。

(四) 關於病人隱私權，接觸病人或病歷資料之同仁及外包人員，均需簽署「資料保密協議暨資訊安全規範同意書」，規範凡本院接觸病歷資料相關人員，在執行業務、教學及研究時，依法令規範、職務權限查閱及使用病歷資料，並負有保密及善良管理人義務訂定資訊安全管理機。

(五) 每年辦理小密封活動，宣導隱私、保密之資訊安全之重要性，每季辦理實地檢測，112 年第四季合格率為 100%。

二、病人有因疾病辦理住院時，醫療團隊主動與病患及家屬溝通此次住院的治療計畫及目標，對於任何侵入性檢查或是高風險處置，會詳細說明進行原因、可能併發症和風險及替代方案，並於取得同意之下並簽立同意書，才會進行該檢查或處置。護理人員會依照病人的疾病問題給予適當的護理照護計畫或者衛教單張，例如：預防跌倒、透析治療的選擇、飲食的注意事項等。除此之外，醫師會評估病人的病情，隨病情變化而做調整，依情況啟動跨團隊照護計畫，會診其他專科照護團隊，如安寧共照團隊、營養師、藥師.....等進行共同照護。

【符合 3】定期稽核各項政策、規範的落實程度，並據以檢討、修訂、改善，並有納入病人或家屬代表的意見。

一、本院所有規章每3年定期檢視其妥適及其成效，依實際情況隨時修正或廢止。

二、關於尊重病人隱私作業，病歷管理委員會訂有「病歷資訊隱私查核作業程序書」，規範全院所有單位對於病人個人資料之蒐集、處理、利用，並以「病歷隱私保護自我檢測表」定期稽核檢討各單位病人隱私保護落實程度，若有未達100%之目標，將以簽呈會辦單位改善。設有醫療事務室社工組，對於病友與訪客建言，詳細列管及分析所有案件，並於品質暨病人安全委員會報告，若有系統性問題則提滿意度調查小組追蹤討論。109年~112年共有19件客訴案件提至滿意度調查小組改善，如新增影像報告網路申請流程。

三、品管中心滿意度調查小組有1位病友代表，共同參與討論相關議題，如就醫動線之建議。每半年進行住院病人滿意度調查，其中包含病人權利(含病人自主、隱私等)落實程度之檢視，相關問題詳如圖4，109 至112年之滿意度調查結果顯示均達4.5分(總分5分)以上。另有開放式意見區，鼓勵病人/家屬對於就醫過程提出相關建議，並由滿意度小組追蹤討論。

四、為確保醫療照護團隊落實執行並留有紀錄，如「住院診療計畫單」、「侵入性處置同意書」、「病人/家屬病情與治療說明及指導紀錄」等重要醫療照護事項皆為病歷審查項目。由病歷審查工作小組定期抽審病歷、回饋科部改善，並提報醫務暨行政會議報告詳如圖5。

題項	109年	110年	111年	112年
您覺得在住院中是否保有自己的隱私	4.72	4.69	4.74	4.73
醫療人員是否尊重您的選擇	4.68	4.73	4.78	4.76
醫療人員是否尊重您的價值觀、宗教信仰等	4.59	4.70	4.76	4.74

圖 4.病人滿意度相關題項平均

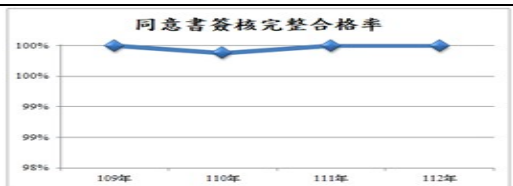


圖 5.病人滿意度相關題項平均

條　　號	2.2.1
條　　文	醫療照護計畫
自 評 等 級	●完全符合 ○部分符合 ○不符合

執行狀況說明

是否提供腎臟移植服務：■否，請簡述說明相關策略作法：

本院尚未提供腎臟移植服務。但對於末期腎臟病前期病人，於腎臟病SDM衛教主題:「我該透析了嗎？談透析治療的選擇」時，也會說明腎臟移植為末期腎臟病病人的選項之一。若有五等親內有意捐贈腎臟之親屬的末期腎病前期病人，或對於有意等待大愛移植的透析病人，則建議至鄰近有腎臟移植門診之院所執行評估。符合資格者將登錄於「器官捐贈移植登錄系統」，等待合適的器官。未來本院亦也會著手規劃腎臟移植服務。

【符合 1】照護計畫由團隊跨領域成員共同討論後訂定，應明確定義團隊任務、目標、服務對象（含收案、排除、中斷及 離開照護計畫之條件），並提供具可近性之醫療照護計畫（紙本或電子檔）予團隊成員取得。

一、慢性腎臟病病人照護

門診治療服務，依 ICD-10 診斷碼及檢驗數值中的腎絲球過濾率(eGFR)，將病人分別納入 Early CKD 或 Pre-ESRD 照護計畫中，腎臟病個管師提供個別性衛教與照護管理，包含：手冊紀錄相關就醫資訊，依據相關檢驗數據逐一解釋，提供相關衛教資訊及單張；照護內容包括：日常生活照顧、藥物服用、血壓、血糖監控及營養照護，並記錄於病歷衛教記錄，持續追蹤。依病人需求，適時轉介共同照護團隊：如若有飲食問題，協助轉介營養師、當病人同時看多科門診，亦有整合服務避免重複用藥或處置。除此之外，同時制定追蹤照護指標，科部會議中定期討論，修訂目標。結案條件包括末期透析治療、腎臟移植、轉院、死亡。

二、透析病人照護

(一) 初次透析病人，均給予末期腎衰竭治療模式衛教，確認病人與家屬均已了解末期腎衰竭的治療選擇，作為長期透析方式之選擇。

(二) **血液透析**照護方式依循院內「病人首次血液透析作業流程」。新收案的門診血液透析病人，經醫師說明後簽屬「血液透析治療說明暨同意書」；評估病人現況，考量其需求，安排病人適合的班次與時間，並告知病人權利與門診透析規範；依循醫師開立的治療計畫內容開始執行血液透析。血液透析室皆由腎臟科主治醫師及護理師專責照護，主責護理師協助進行治療及衛教，提供透析衛教單張，內容包括：消防逃生動線、血管通路照顧、透析飲食注意原則、透析與運動等護理指導；衛教方式除口述之外，還有互動式教學、QR cord 海報張貼、播放影片等方式，以提升病人理解度。主責護理師將每月例行性檢驗結果，依當月病人透析狀況給予擬定護理問題與護理指導，提升病人透析品質。

(三) **腹膜透析**照護模式則依循膜透析管理照護流程，提供透析服務。設有護理指導單張，主題包括：腹膜炎、導管出口感染、足量透析、貧血、非感染性合併症、鈣磷平衡、透析營養等。

(四) 結案條件包括腎臟移植、轉院透析、死亡。

(五) 針對收案對象而言，病人有權利拒絕接受或中途退出，或轉往其它醫療院所繼續接受治療。

三、住院慢性腎臟病病人

住院醫療團隊為提升末期腎臟病病人住院照護完整性，訂定醫療照護項目及住院診療照護計畫，並詳細記載於電子病歷病程紀錄中。醫師向病人及家屬詳細說明病情及治療方向，使其瞭解醫療照護內容及目標；利用醫病共享決策輔助工具，讓病人及家屬共同參與醫療決策。依病

人病情需要照會他科醫師會診，提供醫療協助。在照護方面：病人於入院時，主責護理師會介紹此次住院負責醫師，床頭也皆掛有主責醫師及護理師名字，以利病人知悉。護理師亦會協助護理指導，提供腎臟疾病照護手冊或衛教單張，並於 Portal 系統建置衛教指導評估單。而醫師會依照病人需求，照會相關團隊成員予整合性照護，並向病人及家屬解釋病情與治療處置，並於出院時約回腎臟內科門診進行收案管理。

【符合 2】依病人病況、個別需要及急迫性，參考以實證醫學(EBM) 為基礎之國內外臨床照護指引(Clinical Guideline)，並依據照護內容訂定相關可行之醫療照護計畫。

一、腎臟內科團隊參考國內外相關實證醫學治療指引：包括K/DIGO (Kidney Disease Improving Global Outcomes)、NKF K/DOQI（Kidney Disease Outcomes Quality Initiative）、及ISPD（International Society Peritoneal Dialysis）所訂立相關國際指引、國家衛生研究院於2015年出版之「台灣慢性腎臟病臨床診療指引」、與腎臟醫學會於2020年發行之「台灣急性腎損傷處置共識」等(圖1)，訂立本院可行之腎臟病臨床照護指引(圖2)，提供病人完整性、全面性、符合最新臨床指引之照護服務。而當新文獻和照護指引有最新內容或修正時，本團隊會依據其更新內容，結合院內病人之特性資料分析成果，適時予以檢討修訂。

二、腎臟內科團隊所制定的「腎臟病臨床照護指引」存放於本院KM系統，供全院人員方便取得學習外，也將臨床診治指引列印成冊放置於相關單位(透析室、病房、急診及加護病房)供臨床照護人員參考，如修訂指引內容，亦會同步更新上傳於KM系統。



圖1.國內外臨床照護指引



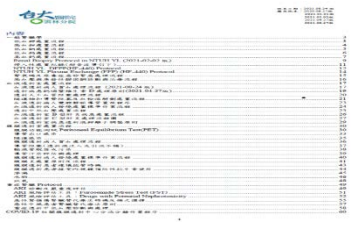


圖2.腎臟病臨床照護指引

【符合 3】定期檢視臨床照護計畫內容，參考臨床照護計畫執行狀況，適時檢討修訂。

一、腎臟內科定期召開團隊會議(圖6)，團隊會依據臨床照護執行狀況、追蹤計畫執行情形或配合指引改版、醫院政策、團隊成員改變等狀況，適時修訂照護計畫和指引。

二、健保署品質照護計畫所訂定之指標如有異動，腎臟病照護團隊將隨之修訂。

【符合 4】臨床照護計畫於訂定後，團隊成員皆熟知修正後內容，且應有評估確認機制，以確保適用於目標族群及實務操作。

一、腎臟疾病照護團隊會議，包括透析品質管理、腎臟病品質監測，每個月定期機動檢視照護過程是否遵循照護指引內容，以確保病人能獲得最適當、安全的照護。

二、透析室每2個月定期召開品質管理會議，針對病人血色素、白蛋白之抽血報告未達目標及單位年度品管計畫做檢討改善，其會議紀錄都送護理部核章並追蹤。

三、腎臟病臨床照護指引於腎臟科科會中確認後，於透析室、加護病房及病房工作檢討會議進行宣導。主管(腎臟科主任、護理長)定期評估確認執行情形。

四、教育課程每年會隨著照護計畫和指引更新而做修訂，為使醫療照護團隊成員皆熟知修訂後內容並運用於臨床實務照護，團隊根據指引與照護計畫製作線上教育課程(TMS)內容，包含「腎性貧血治療」、「末期透析選擇」及「糖尿病腎病變」等。團隊成員每年均須完成兩小時核心課程，並且通過滿意度問卷調查，始得完成教育訓練；新進成員亦可線上完成教育訓練，提供便利的學習環境。

條　　號	2.2.2
條　　文	團隊溝通機制
自 評 等 級	●完全符合 ○部分符合 ○不符合

執行狀況說明

【符合 1】建立團隊成員間的溝通管道，透過醫院資訊系統提升團隊橫向溝通機制（含分析、檢討及改善），並於病人照護過程中呈現合作方式。

一、每季召開核心團隊會議，建立標準化的醫療照護模式、指標追蹤及檢討改善、宣導團隊運作方式等相關作業，以確保照護品質。

【符合 2-1】訂定並執行醫療照護及傳送人員交班、交接與轉運病人標準作業程序。

一、本院訂有「院內交班、轉醫及病人運送作業規範」(圖1），確保病人在轉換照護人員及環境時，能接受連續性的照護。腎臟病疾病照護團隊成員依院方規範，於病人急診、入院、轉醫、交班、運送等過程製作照護摘要或交班紀錄，建立團隊間有效溝通，以提供後續照護單位持續照護相關訊息；護理部112年5月修訂「一般病房護理人員工作常規」，以利護理師維護病人住院過程之照護連續性。

二、本院設有電子交班系統或各單位值班日誌，腎臟病照護團隊交接班時，除了口頭交班外，並視情況運用資訊系統或書面資料進行交班，讓接班人員瞭解病況不穩定及有特殊情況之病人的重要病情變化。

(一) 每班護理師以電子交班畫面交班，交接班時，需先於護理站或病室外完成病人之病情及治療交班，再共同入病房視察病人及各項治療狀態(圖 2)。

(二) 針對檢查或治療時(如透析時)，如有特殊情況需與原照護團隊交班，除了以口頭交班外，另書寫於 HDS 透析紀錄進行交班(圖 3)。

三、病人因病情需要，由原主治醫師轉由其他同科或不同科之主治醫師收治時，轉出單位醫師紀錄Off Service Note，內容包含入院原因、重發現、已做出診斷、已執行侵入性處置、藥物及其他治療、病人轉醫時情況等，而轉入單位醫師紀錄On Service Note，以提供持續性照護。護理師亦需記載護理轉出摘要及護理轉入摘要，做為交班依據。

四、針對臨床病房病人之突發狀況，本院實施臨床警訊通報系統(CAS)通報系統(圖4)，提出10項警訊症狀，護理師或住院醫師進行「CAS通報作業」後，系統將簡訊將通知績效主治醫師，及早針對病人病情給予處置。更與資訊系統整合，當病況不穩定時，可標註高危註記(Red Flag)：系統將會於病人清單中顯示紅燈註記，提供臨床人員在病房管理與交班時資訊更明確。

五、除了第四點提及的臨床警訊通報系統(CAS)通報系統，本院還設有NEWS2(National Early Warning score 2)系統(圖5)，用來及時評估一般病房病人的急救風險評估，NEWS2可以將個案急救風險程度指標分級，可觀察分數變化及趨勢，藉以補足CAS部分指標非早期警訊，以便及早找出需急救的個案。

六、為保障病人運送安全，若病人需接受治療、檢查、轉床而有運送必要時，本院依其病情狀況(共10項條件進行判斷)區分為「穩定」、「不穩定」及「高危不穩定」，訂有「穩定病人運送單」及「不穩定病人運送單」。當腎臟病病人需運送時，腎臟病照護團隊於運送前，評估病人病情狀況，填寫穩定或不穩定病人運送單，安排適當裝備、陪同人員及運送工具，確保病人運送安全(圖6)。若屬於「高危不穩定」病人，運送前需通知主治醫師，確認評估檢查之必要性、通知檢查單位進行交班且運送過程中由醫師或專科護理師全程陪同。



國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院

文件名稱	院內交班、轉醫及病人運送作業規範	權責單位	品質管理中心	頁碼/總頁數	1/3
文件編號	61630-2-000007	版次	3	修制訂日期	2022/01/25
				檢視日期	2022/01/25
				公告日期	2022/07/26

100 年 1 月 11 日第 27 次品質暨病人安全委員會通過
101 年 4 月 23 日第 32 次品質暨病人安全委員會修訂通過
111 年 01 月 25 日第 211 次醫務暨行政會議修訂通過

一、目的：

國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院(以下簡稱本院)為確保病人在轉換照護人員及環境時，能接受連續性的照護，以保障病人安全，特制定本院院內交班、轉醫及病人運送作業規範(以下簡稱本規範)。

圖 1.院內交班、轉醫及病人運送作業規範



圖 2.護理師電子交班

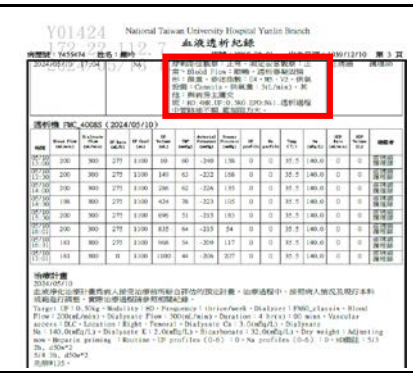


圖 3 .HDS 透析紀錄進行交班



圖 4. (CAS)通報系統

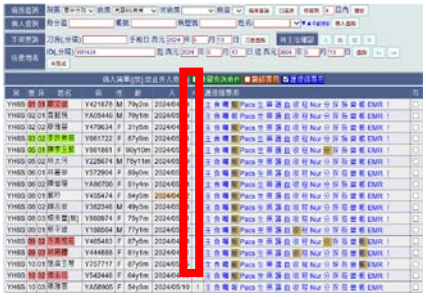


圖 5. NEWS2 通報系統



圖 6.不穩定病人運送單

【符合 2-2】訂定醫囑執行標準作業，包含一般醫囑及緊急醫囑執行方式（含口頭醫囑/電話醫囑）。

一、針對醫師確認醫囑及腎臟病照護團隊之溝通機制，本院訂有「醫囑開立作業規範」、「處方開立作業規範」、「護理、作業規範：醫囑處理、臨時醫囑處理」、「電話口頭醫囑安全作業規範」，規範醫囑確認步驟及疑慮醫囑溝通機制。醫令開立提醒機制：醫師於會根據病人診斷、過敏史、目前用藥及治療照護計畫開立處方後，於護理師專用系統會以多途徑方式顯示新醫令開立，如於護理師專用畫面之「收」、給藥紀錄之「簽收」及護理紀錄連結畫面之「醫囑簽收」，以黃底顏色作為提醒，護理師簽收醫囑，逐項點選確認醫囑無誤，於護理師專用系統給藥紀錄清單呈現執行方式。

二、重要醫囑的確認機制及步驟，如第二線(含)以上抗微生物製劑，若為手術預防感染使用，醫囑由主治醫師確認後執行(圖7)。

三、本院訂有「電話口頭醫囑安全作業規範」，當醫師判斷病人情況，需要立即處置或急救，且當時開立醫師無法立即進行電腦或書面醫囑開立動作，接受電話或口頭醫囑人員，需「寫下」、「複誦」並請對方「確認」，紀錄於「急救紀錄單」，醫師於當班完成補開立正式醫囑，病程紀錄記載之執行情形由主治醫師複核以示負責(圖8)。



圖 7.抗生素開方確認畫面



圖 8.電話口頭醫囑紀錄電子化

條　　號	2.2.3
條　　文	共病照護機制
自 評 等 級	●完全符合 ○部分符合 ○不符合

執行狀況說明

【符合 1】經評估病人若同時發生多項疾病或受到多種臨床照護計畫管理時，能及時將資訊傳達給適當之臨床照護人員，經團隊協調後提供適當的治療或處理。

本院腎臟病照護團隊，對於具有多重共病或照護計畫管理病患，不論在門診、病房、或血液/腹膜透析室，皆能在不同臨床照護人員間達到即時而有效的溝通。

一、核心醫療團隊的成員(圖1)：

(一) 門診慢性腎臟病醫療團隊：由腎臟專科醫師、個案個管師、營養師及藥師組成團隊，當病人病情變化時，如：血中肌酸酐濃度升高，併有尿毒症狀時，經腎臟科醫師評估後可經門診先轉介至腹膜透析衛教預約門診進行透析替代治療模式衛教，再與病人及家屬進一步討論並確認透析方式選擇，依意願轉介心血管外科門診接受血管通路的評估和手術，或住院接受腹膜透析導管手術(圖 2)，並將追蹤後續變化記錄於病歷。

(二) 透析醫療團隊：由腎臟科主治醫師、護理師、藥師、營養師、社工師等共同組成團隊，通過定期會議、床邊迴診、病歷紀錄，了解病人個別問題與診斷，訂立並確實執行診療計畫。在透析治療的過程中，病人的臨床狀況包含病人主述症狀、透析時的異常情形、定期的抽血報告，安排相對應的檢驗及檢查，或安排至其他相關專科門診安排，做進一步檢查及治療，讓病人獲得適切的治療。

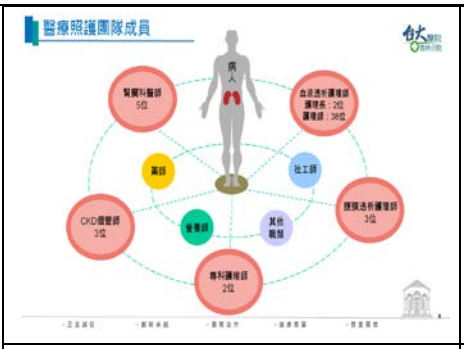
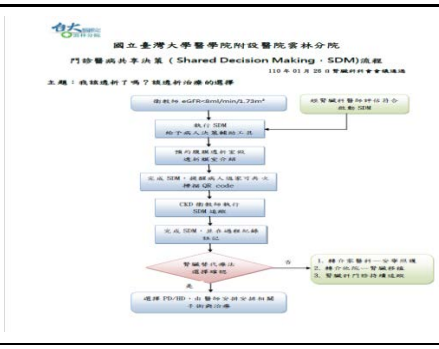
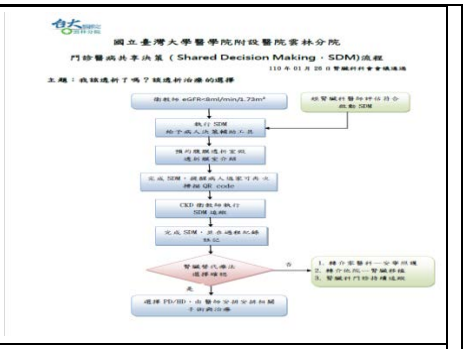
(三) 病房醫療團隊：由腎臟科主治醫師、護理師、藥師、營養師、社工師等共同組成團隊，通過會議及病歷紀錄，了解病人個別問題與診斷，訂立並確實執行診療計畫；當發現病人有病情變化時，會給予立即性評估並回報給主治醫師，主治醫師依病況給予適當的處置，並依需求開立立即性醫囑，護理師依醫囑給予護理處置，而後醫師會將病況、處置及後續治療目標等記載於 progress note，護理師則記載於護理過程記錄，以利每班交接時，得以了解並續觀病情變化；若病人在住院照護中，經評估發現有符合共病照會條件，則依共病照護(圖 3)，照會該團隊介入照護。

二、醫療團隊協調後記錄的查閱紀錄途徑：

(一) 門診慢性腎臟病醫療團隊：門診紀錄系統可線上瀏覽(Portal)病人所接受之臨床照護計畫管理內容，包含檢驗結果、用藥、檢查等(圖 4)，可提供照護人員協調後提供適切治療。本團隊與糖尿病、慢性阻塞性肺疾病團隊合作，設有共照啟動條件，或個管師經個管系統查詢發現個案已有接受糖尿病或慢性阻塞性肺疾病計畫管理者，則會運用本院跨團隊照護系統，通知該團隊負責人。

(二) 透析醫療團隊：血液透析紀錄及腹膜透析紀錄均能線上查閱，能即時將病人資訊傳達給各職類臨床照護人員，協調後可提供病人適切之治療。例如：當門診透析病人至急診或住院，透析資訊系統(Hemodialysis system,HDS 與 Peritoneal dialysis system,PDS)可發出警示通報(圖 5)，通知洗腎室室，以協助擬定改變治療計畫。

(三) 病房醫療照護團隊：病人若有多項疾病需照護時，團隊會根據病人需要照會相關職類，被照會成員經過評估、處置與照護後，將病情追蹤及後續變化紀錄在 progress note(圖 6)，供團隊人員查詢，若團隊人員有問題時，可適時與之聯絡並提出討論，得以提供適當的治療與處置。

<table>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>圖 1. 腎臟病照護團隊</td><td>圖 2.門診醫病共享決策流程</td><td>圖 3.病房共病照護</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>圖 4.個管系統中可查詢疾病系統</td><td>圖 5.警告標誌</td><td>圖 6. Progress note</td></tr>
</table>

【符合 2】團隊應制定共病照護機制，並定期檢討及持續改善。

一、慢性腎病照護團隊與其他專科團隊有以下共病照護機制：

(一) **新陳代謝科**：糖尿病照護團隊將病人納入糖尿病共照網進行追蹤照護，包含定期腎功能與尿蛋白評估；當糖尿病患者出現腎臟功能惡化或尿蛋白情況，則轉介腎臟科門診，依據「初期慢性腎臟病照護計畫及收案管理流程」評估腎臟病診斷與嚴重程度進行收案，收案後由腎臟專科醫師、衛教護理師、營養師、藥師共同執行生理、心理及社會全方面評估，電子病歷上註記「腎」，提醒治療安全，之後依定期時程再評估，每次醫療內容皆紀錄於病歷及個案管理系統，提供照護人員線上瀏覽病人所接受之臨床照護計畫管理內容，包含檢驗結果、用藥、檢查等。並舉行會議及教育研討會，進行共病照護檢討與持續改善。

(二) **心臟血管中心**：慢性腎臟病患者為心血管疾病的高風險族群，如出現心衰竭或心肌梗塞或依據病情需求經醫師評估有心臟疾病照護需求，會照會心血管內科做進一步檢查、治療及追蹤。對於腎病末期需接受透析治療準備考慮做血液透析病人，轉介至心血管外科，評估病人血管情況及透析管路的建立。

(三) **肝膽腸胃科**：慢性腎臟病患者如發現 HBsAg 或 Anti-HCV 陽性，會轉介給肝膽腸胃科做後續治療及追蹤。如發現 Anti-HBs 及 Anti-HBc 皆呈陰性，會照會肝膽腸胃科評估是否接受疫苗。透析室則依據血液透析醫療機構感染管制措施指引，配合國家 C 肝防治政策，單位透過每年定期「全面篩檢」，並轉介肝膽腸胃科門診追蹤，成功將原 C 肝透析病人的案例治療痊癒，從 109 年至今治癒 37 人。

(四) **一般外科**：對於腎病末期需接受透析治療準備考慮做腹膜透析病人，轉介至一般外科，評估病人放置腹膜透析導管。另外，慢性腎臟病患者常合併有副甲狀腺亢進的共病，對於藥物治療反應不佳的病患，轉介到一般外科門診做進一步的檢查及手術評估。

二、共同照護機制有定期檢討及持續改善：

(一) 每季核心團隊會議，檢討與持續改善與其他團隊的共病照護：討論案例、檢討品管指標及分析異常事件。由腎臟科主任、醫師、護理長，並邀請其他共病團隊成員參加以改善照護品質。

(二) 參加全院「疾病認證跨團隊會議」，整合各疾病照護資源及流程，提供以病人為中心全人照護。

條　　號	2.2.4
條　　文	團隊運作標準作業模式
自 評 等 級	●完全符合 ○部分符合 ○不符合

執行狀況說明

1. 腎臟科病房病床數：本院病房為綜合病房；全院病床數： 946 床；透析病床：70 床。

【符合 1】訂定並執行醫療照護團隊運作標準模式。

一、設定照護團隊介入的時間表(Time frame)。

(一)慢性腎臟病門診病人，本院依據健保署推動全民健康保險並參加初期慢性腎臟病醫療給付改善方案及末期腎臟病前期照護計畫，腎臟科醫師針對符合資格進行收案，且訂定「門診慢性腎臟病收案管理流程」(圖 1)。

(二)針對慢性腎臟病住院病人，訂有「慢性腎臟病住院病人共同照護流程」。當 eGFR<30ml/min/1.73m^2 且非透析病人，由病房通知腎臟科個管師，查詢是否為腎臟病照護收案名單，通知跨團隊照護團隊，依臨床照護需求由主責醫師/專科護理師評估照會其他相關科別；當 eGFR<15ml/min/1.73m^2 且非透析病人，再個別照會腎臟科醫師經評估是否符合啟動 SDM，病人出院後預約腎臟科門診後續追蹤管理(圖 2～3)。

(三)針對急性腎損傷住院病人，訂有「急性腎損傷住院病人共同照護流程」。若住院 Cr 上升兩倍且非透析之病人，照會腎臟科醫師及聯絡腎臟科個管師，通知跨團隊照護團隊，依臨床照護需求由主責醫師/專科護理師評估照會其他相關科別，病人出院後預約腎臟科門診後續追蹤管理。

(四)院外或本院透析病人住院，經照會腎臟科醫師評估並安排透析治療，訂有「透析病人住院照會流程」。腎臟科醫療團隊與跨團隊照護人員，均需於照會單上明確寫出病況與問題需求及回覆訪視評估後狀況、制定建議治療計畫，並於共同照護紀錄上呈現。

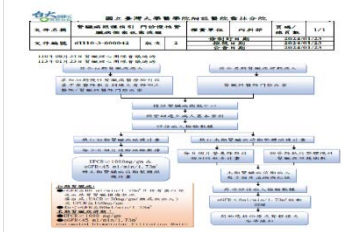


圖 1. 門診慢性腎臟病收案流程

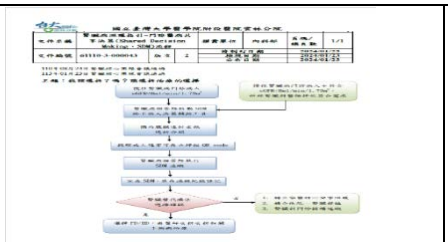


圖 2. 醫病共享決策流程

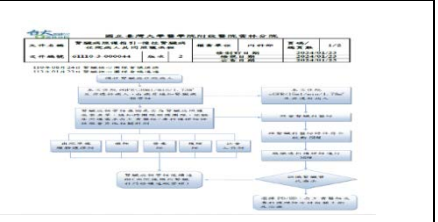


圖 3 .CKD 病人住院共同照護流程

二、 依據時間表所列時程各職類人員進行初次評估(Initial Evaluation)，且須包含生理、心理及社會等層面之評估。

依循「門診慢性腎臟病個案收案流程」、「門診醫病共享決策流程」、「慢性腎臟病住院病人共同照護流程」、「急性腎損傷住院病人共同照護流程」、「透析病人住院照會流程」，病患於門診收案時由腎臟科醫師、腎臟科衛教師、營養師共同執行生理、心理及社會全方面評估。而病患於住院時則啟動醫師、護理師、腎臟病衛教師、營養師、藥師或社會工作師的團隊照護。

三、 召開團隊會議(含核心團隊、醫療照護團隊)，進行團隊評估。

病房醫療照護小組，病人入院即由醫療照護團隊人員(主治及住院醫師、護理人員)進行初次評估，包括生理、心理及社會層面，含過去罹患疾病、營養、社會心理評估、跌倒高危險風險評估等。評估後依病人狀況，照會各醫療專科及各職類團隊人員(含藥師、營養師、社會工作師)，並記載於病歷，供團隊隨時溝通並擬訂完善照護計畫。必要時舉辦跨科部團隊照護會議，共同解決病人問題，並記載於病歷。醫師每日評估病人狀況，訂定適切醫療計畫，記錄於病歷並執行。護理師每日三班評估病人狀況，訂定適切的護理計畫，病人如有手術後或侵入性檢查後，

則重新評估跌倒及壓力性損傷風險性，並訂定護理計畫與目標。

四、 依據病人需求與問題優先順序，進行照護計畫擬定並設定目標。

(一) 門診收案慢性腎疾病病人，由腎臟病個管師、營養師及藥師共同執行腎臟病照護計畫，含整體慢性腎臟病照護衛教、設計個別性飲食計畫及個別性用藥指導等全方面評估，以慢性腎臟病認知測驗定期後續追蹤評估。病人資料建檔後上傳至健保資訊系統，於每個月科會對收案管理指標進行討論並提出改進計畫。

(二) 對腎病末期面臨選擇腎臟替代療法之病人，訂有醫病共享決策(SDM)，主題為「我該透析了嗎？談透析治療的選擇」，利用決策決策輔助工具(patient decision aids, PDA)，詳加說明，協助病人了解自身問題，提出想法及疑問，並由醫護人員、病人及家屬共同做出決策。

(三) 門診收案首次透析病人，依照「首次透析病人透析作業 check List 單」進行衛教指導，內容包括水份控制、貧血、高鉀高磷飲食控制、飲食注意原則、常用藥物…等。除此之外，每月定期抽血檢驗後，由主責護理師、透析室醫師及其他照護團隊與病人及其家屬進行討論及處理。

五、依據追蹤時程評估病人狀況是否符合目標，且發生新的問題時應有再評估機制。

(一) 腎臟病個管師依照健保署所推動「Early CKD 照護計畫」與「Pre-ESRD 照護與衛教計畫」，進行每三個月評估病人腎臟功能變化，評估營養狀況，以及追蹤透析治療介入時機，增進病人的照護品質。

(二) 血液透析室照護專責團隊，依照「腎臟病透析照護指引」，每個月進行抽血評估病人相關的透析監測指標，追蹤是否足量透析，以及評估營養狀況、血紅素、電解質異常，也會依據臨床症狀及 CT ratio 調整乾體重，增進病人的照護品質。而每三個月會追蹤副甲狀腺指數、及鐵質的元素是否有足量。

【符合 2】照護人員能以團隊合作模式，瞭解病人個別問題與診斷，訂定並確實執行病人診療計畫

一、**門診慢性腎臟病醫療團隊**：由腎臟專科醫師、腎臟病個管師、營養師及藥師組成團隊，必要時亦轉介給心血管外科或一般外科醫師進行處置。

二、**透析醫療團隊**：由腎臟科主治醫師、護理師、營養師、藥師、社工師等組成團隊，透過每2月單位品管會議會議、每日床邊迴診、病歷紀錄，了解病人個別問題與診斷，訂立並執行診療計畫。

三、**病房醫療照護團隊**：由腎臟科主治醫師、護理師、藥師、營養師、社工師等共同組成團隊，通過會議及病歷紀錄，了解病人個別問題與診斷，訂立並確實執行診療計畫。

【符合 3】病人病情變化時，提供適時且適切的評估、處置及照護，並將追蹤後續變化記載於病歷。

一、門診慢性腎臟病醫療團隊：病人病情變化時，如血中肌酸酐濃度升高，併有尿毒症狀時，經腎臟科醫師評估後可經門診先轉介至腹膜透析衛教預約門診進行透析替代治療模式衛教，再與病人及家屬進一步討論並確認透析方式選擇，依意願轉介心血管外科門診，或住院接受腹膜透析導管手術，並將追蹤後續變化記錄於病歷。

二、透析醫療團隊：當門診透析病人至急診或住院，透析資訊系統(HDS與PDS)可發出警示通報，通知透析室，以協助擬定改變治療計畫。

病房醫療照護團隊：護理師及專科護理師於每日進行照護時，發現病人若有病情變化時，會給予立即性評估並回報給主治醫師，主治醫師依病況給予適當處置，並依需求開立立即性醫囑，護理師依醫囑給予護理處置，本院電子病歷建置有完善之警示系統，當病人病況變化出現危急情況時，評估結果可透過早期警訊系統(Early Warning Systems, EWSs)進行提示，系統會以簡訊通知醫師及早進行處置，降低非預期急救發生機會，相關醫療處置皆會記錄於電子病歷中。

條　　號	2.2.5
條　　文	病人及家屬參與疾病照護之過程及決策
自　評　等　級	●完全符合 ○部分符合 ○不符合

執行狀況說明

【符合 1】即時與有效的向病人及家屬傳達病情與治療計畫，包含所獲得之醫療照護、相關資源及諮詢管道，協助病人及家屬獲取相關資訊。

一、門診病人由醫師轉給個管師進行個別衛教，個管師依需求利用衛教手冊及藥物衛教單張進行護理指導，評估病人與家屬的學習意願及教育程度，選擇合適衛教方式進行指導，衛教單張上有多國語言，使病人與家屬容易取得資訊，衛教後會至個管系統建置病人資料(圖1)，將有問題個案於病歷上回饋給醫師，以利醫師與病人及家屬討論。

二、住院慢性腎臟病病人，醫師會撰寫診療計畫書，於每日探視病人時，解釋目前診療進展及後續治療計畫於病歷詳細記載(圖2)；護理師及個管師給予護理指導衛教、疾病衛教、藥物操作衛教後，系統中建立衛教指導紀錄並視需求給予回覆示教評估及衛教單張(圖3)。



圖 1 .個管系統紀錄



圖 2.病情紀錄



圖 3 .SDM 資訊化上線

【符合 2】團隊應主動提供疾病、處置方案和可能的選擇等進一步資訊，鼓勵病人及家屬參與醫療決策討論，並尊重其決定、建立醫病共識，維護其醫療自主權。

一、團隊積極鼓勵家屬參與病人治療照護過程與決策，定期舉辦腎友會及健康講座(圖4)，讓病人知悉相關訊息，個管師設置腎臟病衛教門診，隨時提供諮詢，定期追蹤、疾病諮商、營養評估，提供醫護團隊參考，更依病人病況進展將安排透析模式衛教，包括口頭及書面詳加說明。

二、團隊以「我該透析了嗎?談透析治療的選擇」為SDM主題，當病人進入末期腎臟病時若有相關衛教手冊，可透過共享決策表單協助病人了解疾病、腎臟替代療法間之優缺點等，過程中可使病人有參與感，更能了解到病人在意之因素(圖5)。



圖4.腎友會



圖5 .衛教手冊

【符合 3】制訂政策及指引，推動病人、家屬積極參與醫病共享決策之過程(Shared Decision Making)，並評估執行成效。

109年開始進行醫病共享決策的臨床運用，選定向治療情境的決策輔助工具發展，以「我該透析了

嗎?談透析治療的選擇」做為腎臟內科發展醫病共享決策主題，以評估病人的考量、檢視病人是否具備做決策應瞭解的知識，建置表單為主要呈現方式的決策輔助工具，制定啟動對象條件如下(圖6-8)。

一、門診病人:慢性腎臟病第五期病人，尤其eGFR降至<8ml/min/1.73m²時，腎臟科門診個管師或醫師可自Portal系統開啟SDM指令並完成三項評估決策，接著每月個管師會統整SDM執行成效。

二、住院病人：住院病人當啟動共同照護過程，面臨末期透析選擇時或eGFR降至<8ml/min/1.73m²時由個管師開立SDM醫囑，過程中，將病人及主要照顧者一同參與，運用醫病共享決策工具，評估及考量病人協助達成決定，討論後決策結果，運用問卷針對病人執行SDM過程中的感受進行調查，進行相關資料統計、分析及檢討。

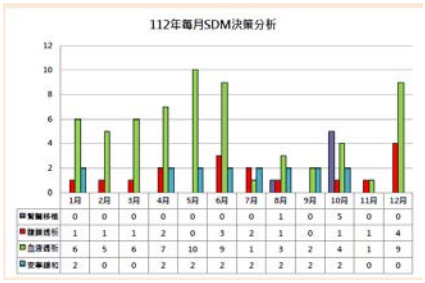


圖6. eGFR<8ml/min/1.73m²SDM啟動率

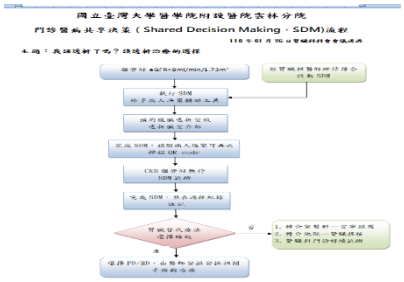


圖7. SDM流程

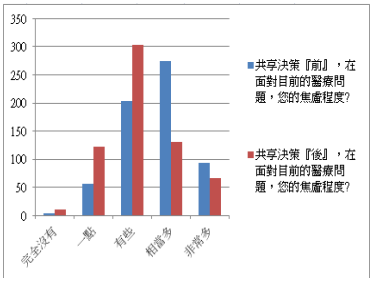


圖8. SDM之滿意度

【符合 4】對於病人及家屬參與醫療照護過程與決策，有具體成效。

一、執行期間，定期於科會時間討論執行進度及執行上的困難點，逐步檢討；品管中心亦會協助科內監測SDM執行狀況及辦理相關課程，優化單張及網頁上的內容透析室照護團隊於臨床照護。

二、運用RED Cap系統追蹤並分析，於108年9月先以紙本單張向個案進行末期腎臟衛教指導，109年10月團隊優化SDM推動模式改由資訊化上線，其中填寫資料共分成四大部分：基本資料、過程紀錄、決策輔助工具、成效評估；團隊也參與院內醫病共享決策競賽，以「我該透析了嗎?談透析治療的選擇」，榮獲院內優選並口頭發表。

三、109 年至 113 年啟動 SDM 及衛教完成病人或家屬 386 人，完成成效評估病人或家屬 380 人，同時於進行共享決策中進行滿意度調查，提供給醫療人員在專業上的回饋。

【符合 5】訂有提供需要安寧照護服務需求病人的作業流程或標準規範，必要時，召開家庭會議，協助提供出院病人準備計畫，如：病危自願返家之家屬衛教。

一、門診末期腎病之病人或家屬，若提出不透析或終止透析的選擇，經醫師評估符合條件且有意願接受「安寧療護」或「安寧居家服務」照護者，將轉診至家庭醫學科安寧緩和門診。

二、住院末期腎病之病人或家屬，若提出不透析或終止透析的選擇，則依「安寧共同照護流程」，照會家醫科，針對病人及家屬的特定問題，與原診療團隊擬定照護計畫共同照護(圖9)。

三、於111~113年間，共有18位腎臟病病人於家醫科接受安寧照護，均在留有安寧照護紀錄(圖10)。

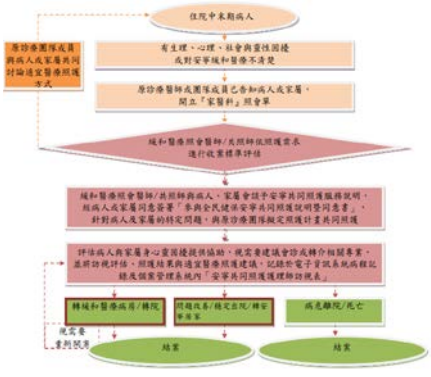


圖9. 安寧共同照護流程





圖10.安寧共照護理紀錄

條　　號	2.2.6
條　　文	提供衛教資料與指導
自 評 等 級	●完全符合 ○部分符合 ○不符合

執行狀況說明

【符合 1】評估病人及家屬的照顧需求，瞭解其是否有相同疾病、生活型態之問題，提供所需之衛教相關資料，包含：健康促進、疾病照護。

一、本院皆設有戒菸門診、營養師及藥物諮詢門診及癌症篩檢櫃台，提供轉介服務。此外，Portal系統設有提醒功能，符合四大癌症篩檢，即會跳出視窗提醒醫護人員並列印轉介單進行轉介。

二、腎臟病個管師執行Pre-ESRD 照護計畫及初期腎臟病照護計畫，依疾病分期提供門診病人相關衛教資訊。設有慢性腎臟病諮詢門診，備有衛教單張、手冊、影音資料，由衛教師及營養師提供疾病評估及衛教資訊

三、腎臟病個管師每年舉辦多場健康講座，課程內容包含腎臟保健、腎臟病基本健康識能，如腎臟病症狀及分期、腎臟病防治相關衛教課程、腎臟病飲食管理、腎臟替代療法介紹包括透析治療腎臟移植等(圖1)。此外，每年會舉辦3場腎友會，邀約跨領域專業講師，包含藥師、營養師，也配合世界腎臟日舉辦愛腎護腎活動。

四、透析室定期舉辦團體衛教及腎友座談會，課程內容包含節慶飲食攝取注意事項、營養及貧血照護、管路照護、透析運動等，活動中舉辦有獎徵答活動，備有小禮物以茲獎勵，使腎友家屬間有良好互動關係，增加課程豐富性，109年兩院區透析室共舉辦 9場，於每場衛教指導活動後進行滿意度調查(圖2)。

五、住院病人：入院24小時內，即執行入院評估，包含疾病史、家族史、不良生活習慣（抽菸、嚼檳榔、喝酒），諸多衛教資訊亦可由醫院網站、各單位護理站索取衛教單張及相關衛教資訊，或以掃描QR Code(圖3)方式於手機或平板讀取相關衛教資訊。本院網站及衛教單張皆設有多國語言相關衛教，以利針對有外籍照護者進行衛教(圖4～7)



圖 1.健康講座



圖 2.腎友會活動



圖 3.透析衛教單張



圖 4. 衛教單張



圖 5. 外語衛教單張



圖 6. 衛教機器人



圖 7. 本院網站衛教單張設置多國語言

【符合 2】協助病人及家屬瞭解病人的問題及衛教內容，並對於指導內容有具體評值機制。

一、門診病人：由個案個管師分別將病人納入Early CKD或Pre-ESRD照護計畫進行疾病衛教，將衛教內容記錄於慢性腎臟病疾病共同照護網，依計畫規範定期追蹤及記錄病人學習成效（圖8）。

二、住院病人：如有進行疾病相關衛教、護理指導後，皆會進行回覆示教，確認病人及家屬了解相關內容，並於衛教後至衛教指導紀錄(PFE)，記錄衛教內容及評值病人學習成效（圖9）。



圖 8.慢性腎臟病疾病共同照護網

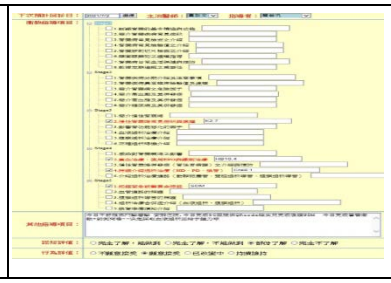




圖 9. 護理指導紀錄(PFE)

【符合 3】病人出院後利用隨機訪視(如：電訪)、居家訪視等方式評估其對於衛教內容之遵從度，有待加強項目應列為每次返院的衛教重點。

一、住院病人出院，護理師會執行出院衛教（藥物指導、復健、營養及疾病等）、提供出院囑咐單，內含出院後諮詢服務窗口，如：住院病房、營養、藥物、護理、社會福利、復健、居家護理及出院準備服務等安排門診追蹤治療，護理師於病人出院後 7 天內進行電訪，了解返家後照護情形，及再加強相關之護理指導。

二、腹膜透析居家訪視：因應疫情關係暫停居家訪視作業，隨著疫情趨穩 2023 年 7 月經科會同意開始家訪作業，針對新植管或重複感染（腹膜炎、導管出口感染）的病人，經病人及家屬同意後，簽署家訪同意書後進行居家實際訪視。對於不克前往訪視者，透過手機通訊軟體，傳送居家換液環境、洗手設備、藥水存放位置，藉此了解居家換液環境。家訪的內容包含：(一)換液環境：地面清潔、飼養寵物、鋪設地毯、有特定的換液房間、窗簾上無灰塵、牆壁清潔乾燥。(二) 換液技術執行狀況：（1）準備環境：關閉門窗、關閉冷氣（2）換液技術：清潔桌面、正確濕洗手、戴口罩（包括周遭人）（3）記錄：引流量、透析藥水葡萄糖濃度、血壓、體重。(三)導管出口處護理：每天執行一次、正確打開檢查導管出口處(四)透析液儲藏方式：放整齊、通風、無日曬、無潮濕(五)遵從性：口服藥庫存無過量、磷結合劑的正確／按時使用、正確的換液次數(圖 10)。

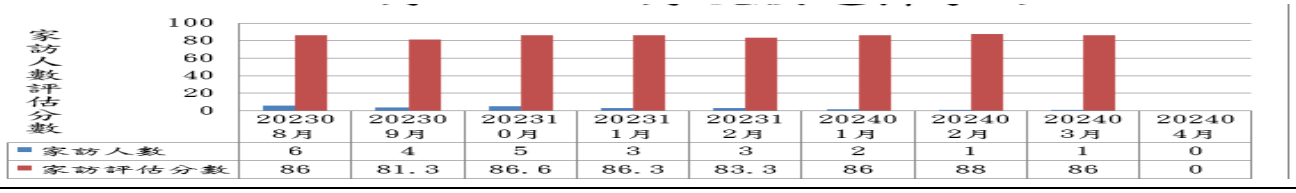


圖 10. 腹膜透析家訪(2023/8~2024/4)

條　　號	2.2.7
條　　文	病人出院計畫
自 評 等 級	●完全符合 ○部分符合 ○不符合

執行狀況說明

【符合 1】病人出院計畫由團隊共同參與擬訂，並有考慮醫療照護之持續性。

一、於病人一入院即開始提供出院準備計畫及服務，依病人個別性，以診療計畫為基準提供適切之出院準備服務，依本院設置之「出院準備服務作業規範-病人出院作業規範 (61210-2-090005)」(圖 1)，病人入院 24 小時內完成初院規劃初次評估，包括主責護理師完成入院評估及出院規劃初次評估(圖 2)，依後續照護需求，配合醫師診療計畫，訂定出院照護計畫，執行照顧指導，照會醫療照護團隊，當評估病人及家屬有出院居家或機構照顧需求時，照會出院準備服務小組介入，協助後續資源的銜接。

二、住院期間醫療團隊隨時評估病人情況及後續所需照護項目，協助指導病人及家屬學會居家照顧所需要之知識和技巧(如：換藥、測量血壓、血糖等)，住院之身心障礙者出院準備計畫，由護理師或社工師依需要安排居家服務、居家護理、輔具評估、租借或購買、居家復健、居家環境評估及改善等社區資源，亦會評估病人與家庭需求，建議所需的後續照護機構(如：透析院所、護理之家、居家護理、呼吸照護病房等)，並提供適當的轉介服務與社會福利(身心障礙鑑定、重大傷病)之申請，使獲得持續性照護。

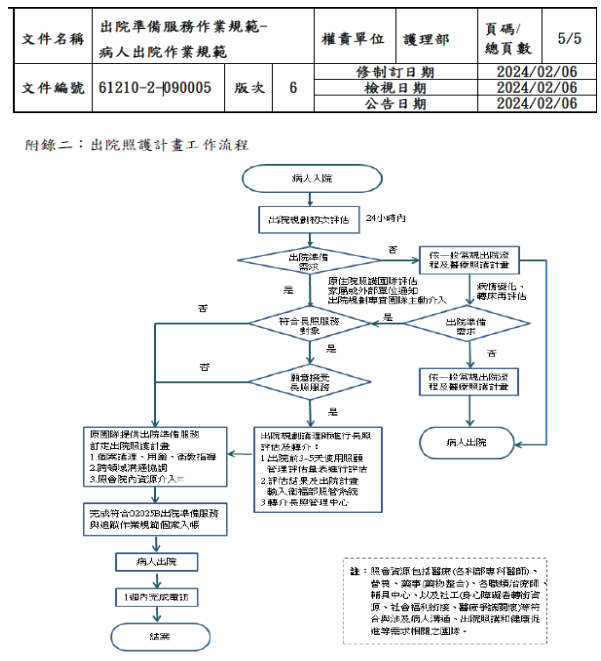


圖1. 出院準備服務作業規範



圖2. 出院規劃初次評估紀錄

【符合 2】各團隊成員落實出院計畫。

一、啟動流程：病人入院後，病房會針對住院病人的抽血數值 eGFR<30 ml/min/1.73m²通知腎臟科個案個管師，啟動慢性腎臟病照護流程；Cr 上升兩倍照會腎臟科醫師，啟動急性腎損傷照護流程。照護期間經評估依病人需求照會他科醫療團隊介入，啟動多專科團隊共同照護。

二、病人住院期間，依照病人個別性與需求選用衛教單張與 QR code 衛教資源海報，放置於護理站，提供病人與家屬詳細的衛教內容與相關資訊，若有需要其他的衛教資料，也可上護理部網站的護理指導資料庫下載衛教單張提供給病人及家屬。

三、病人住院即會初步擬定出院規劃初次評估並於出院前擬訂出院照護摘要，有居家照護或相關輔

助租借或購買需求即會照會出院準備服務小組介入，提供相關訊息並依病人需求協助後續處理，以利出院後可直接銜接相關資源；透析病人身上大多有動靜脈瘻管傷口、壓傷、透析管路等，會詳細指導病人及家屬照護技巧與注意事項並提供衛教資料，請其回示教，病人出院前會確認病人及家屬已能正確操作照護技巧且熟悉注意事項。

四、出院時醫師/專科護理師主動協助預約門診進行連續性治療與追蹤管理，並提供出院囑咐單，囑咐單上載明飲食指導、藥品、後續門診追蹤、緊急諮詢及就醫等資訊。

【符合 3】有適合之專業人員擔任出院後之諮詢服務窗口並提供相關服務及追蹤。

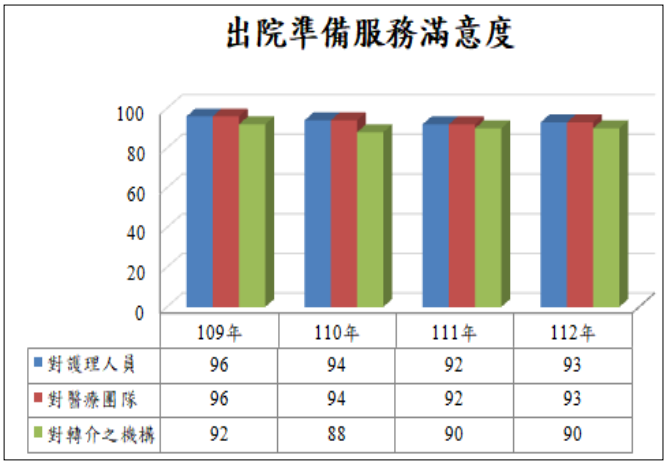
一、病人出院時，每位病人皆有提供出院囑咐單，內含出院後諮詢服務窗口，如住院病房、營養、藥物、護理、社會福利、復健、居家護理及出院準備服務等，並有諮詢服務窗口，皆有專業人員可提供諮詢與衛教；病人回診後續治療，則由個案個管師介入後續追蹤照護，門診期間如有其他需求，個案個管師會協助轉介，如:營養門診及長照窗口轉介等。

二、出院時病房藥師提供出院藥物說明，出院當天護理師會交付藥物紀錄單、出院藥物或轉介單，病房行政人員交付回診預約單及出院囑咐單，將返家疾病和自我照護注意事項及病人常使用的相關單位諮詢電話一併列出，包括病房電話、藥物諮詢以及掛號服務等等，以提供病人及家屬能線上諮詢。

【符合 4】對於出院計畫執行狀況應有監測執行成效之機制。

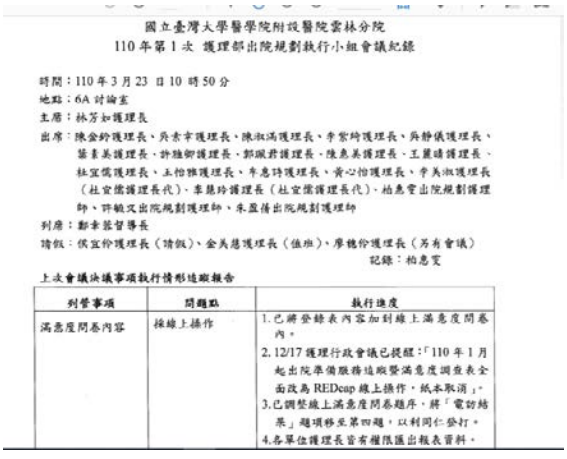
一、病房每月列出超長住院名單，了解病人無法出院的原因並提供協助，主動聯絡本院出院準備服務小組，對於弱勢家庭則視情況照會社工師給予經濟或後續照護的協助。單位醫療團隊成員會與出院準備服務專責護理師一起開「跨領域討論會議-出院準備」，共同協助病人與家屬解決照護的問題，使其能順利出院。

二、護理師於出院規劃收案篩檢時，於出院後一週內由病房護理師電訪關心及追蹤返家適應情況，提供照護問題諮詢，並調查對出院準備服務的滿意度，而後於線上登錄「出院準備服務滿意度調查表內」(圖 3)，單位每月自行留意改善，全院性結果由護理部出院規劃小組會議檢討改善(圖 4)。



	109年	110年	111年	112年
對護理人員	96	94	92	93
對醫療團隊	96	94	92	93
對轉介之機構	92	88	90	90

圖 3.出院準備服務滿意度



國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院
110 年第 1 次 護理部出院規劃執行小組會議紀錄

時間：110 年 3 月 23 日 10 時 50 分
地點：6A 討論室
主席：林芳如護理長
出席：陳金鈴護理長、吳吉市護理長、陳淑滿護理長、李雲時護理長、吳靜儀護理長、葉素美護理長、許雅卿護理長、郭珮君護理長、陳惠美護理長、王麗娟護理長、杜宜儒護理長代)、王怡雅護理長、牛惠時護理長、黃心怡護理長、李美淑護理長(杜宜儒護理長代)、李惠玲護理長(杜宜儒護理長代)、柏惠雯出院規劃護理師、許毓文出院規劃護理師、朱盈蒨出院規劃護理師
列席：劉幸蕙督導長
請假：侯宜伶護理長(請假)、金美慈護理長(值班)、廖錦伶護理長(另有會議)
記錄：柏惠雯

上次會議決議事項執行情形追蹤報告

列管事項	問題點	執行進度
滿意度問卷內容	線上操作	1.已將登錄表內容加到線上滿意度問卷內。 2.12/17 護理行政會議已提醒：「110 年 1 月起出院準備服務追蹤暨滿意度調查表全面改為 REDcap 線上操作，紙本取消」。 3.已調整線上滿意度問卷題序，將「電訪結果」題項移至第四題，以利同仁登打。 4.各單位護理長皆有權限匯出報表資料。

圖 4.出院規劃執行小組會議紀錄

條　　號	2.2.8
條　　文	高危險群病人之照護標準作業規範
自 評 等 級	●完全符合 ○部分符合 ○不符合

執行狀況說明

【符合 1】針對該疾病之高危險群病人，訂定並執行照護標準作業規範，提供完整、一致、安全的醫療照護服務。

一、腎臟科團隊訂有腎病照護指引，內容包括病人的相關疾病照護規範，以及照護標準作業程序，以確保醫療品質與病人安全：透析高風險病人、因疾病需特別照護之病人、患有高危險傳染性疾病之病人。

二、腎病照護指引訂定**透析高風險患者**處理原則，包括：「血液透析高危險性病人處置流程」(圖 1)。針對病情不穩定之病人，全院訂有「不穩定病人運送單（成人版）」。如需接受透析治療的住院或急診病人運送至血液透析室執行治療時，穩定病人以穩定運送單進行團隊間交班；**病情不穩定之病人**則會經由醫療人員親自運送，使用不穩定病人運送單，記載運送前後資料與血液透析病人交班單，進行病人安全運送。

三、腎病照護指引針對**因疾病需特別照護之病人**，其處理原則包括：

(一) 急性中風患者腎臟替代療法原則(圖 2) 。

(二) AMI 病患腎臟照護原則(圖 3)。

(三) 重症透析：包括「急性腎損傷腎臟替代療法時機及模式選擇」(圖 4)、「重症透析中低血壓診斷與處理」(圖 5)。

四、為保護**高危險傳染性疾病之病人**及提供高風險之醫療服務。高危險傳染性疾病包括：肺結核、多重抗藥性細菌感染、疥瘡、水痘、麻疹、血液傳染性疾病（病毒性肝炎與人類免疫不全病毒）、流感與新型流感與其他依政府規定須通報之法定傳染病，制定有「透析室感染管制措施」，分別制定工作人員、病人、環境與設備等相關感染管制原則，並由感染管制中心監督。並依照全院性的規範如「抗藥性菌株感染管制措施」、「個人防護裝備使用規範」等，進行醫療照護與防護，內容亦包含基本防護配備、防護措施及照護規範(圖 6)。

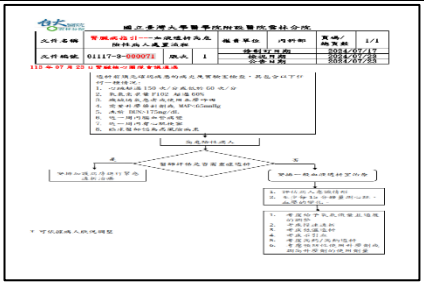


圖 1. 血液透析高危險性病人處置流程



圖 2. 急性中風患者透析照護



圖 3. AMI 病患腎臟照護原則

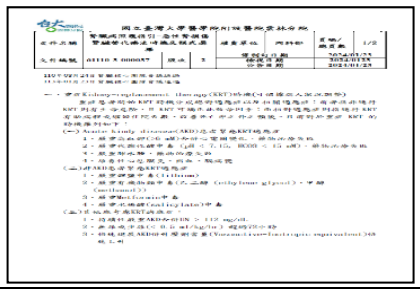


圖 4. 急性腎損傷緊急透析照護



圖 5. 透析中低血壓處理流程

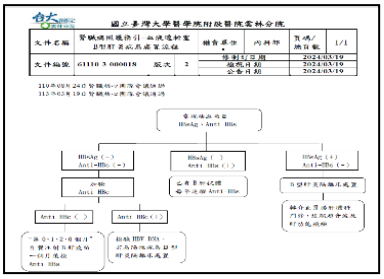


圖 6 .B 型肝炎處理流程

【符合 2】正確並落實執行相關標準作業程序，並有監測、檢討及改善機制，確保病人安全及品質。

一、醫療照護指引及作業程序定期修訂：醫療團隊依實證醫學文獻經醫療團隊會議討論達共識，定期檢視及修訂臨床照護指引及照護常規。

二、透析中心落實相關標準作業程序，每二月召開病房暨品管會議，定期檢討單位品管監測未達閾值項目。根據透析照護中透析治療困難或透析品質不佳等個案進行病例討論， 並依需求訂定或修訂相關處理原則。

三、透析中心訂有單位護理品管指標，品管指標之項目包括：透析護理衛教完整率、血液透析 護理紀錄完整率、給藥錯誤件數、給藥過程完成率、非計畫性管路滑脫件數、跌倒總事件數及瘻管重建率，每月定期進行評核與檢討以確保病人安全與品質。

四、血液透析室每年由單位感染組小組成員規劃護理師進行「個人防護裝備實務穿脫演練」，針對單位照護高危險傳染性疾病之個案，安排於負壓隔離病室進行治療，同時為維護工作人員照護作業時之環境安全，訂有登記「負壓隔離室查檢表」及「負壓值處理異常流程圖」，且每月稽核負壓隔離室使用正確性，皆有紀錄可查(圖 7～9)。

五、急救作業整備及急救設施完善：

(一) 全院任何急救事件，會依據「臺大醫院護理部急救現場查核表」，查核急救流程是否符合規範，品管中心也會請單位針對急救事件進行檢討並做成紀錄。(為確保急救時藥品之品質完善、品項與數量完整及防止藥品失竊，維護病人用藥安全訂有「急救藥品管理及作業規範」及「急救車之基本設備」每季接受藥劑部藥品查核，並有紀錄可查。

(二) 透析室每年舉辦急救演練，並演練後進行檢討分析（圖 10～11）。

(三) 備有「院內心肺復甦作業規範」作業程序:確保院內所有區域有突發危急病人時，皆能及時接受適切處置，以增加急救成效和病人存活之機會，維護病人安全。

六、對於任何違反標準作業程序或有疑慮之事件，皆需通報異常事件，並由品質暨病人安全委員會監督進行檢討改善。



圖7.防護裝備實務穿脫演練

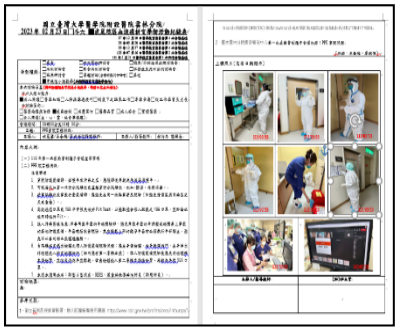


圖8.演練會議紀錄

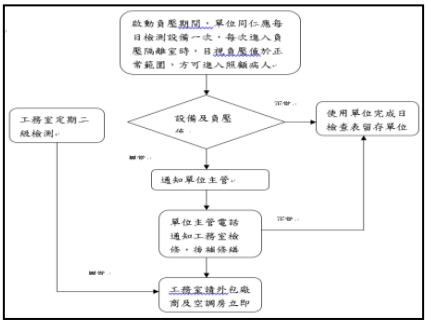


圖9.負壓值處理異常流程圖



圖10.舉辦急救演練



圖11.急救演練紀錄

條　　號	2.2.9
條　　文	高風險醫療照護行為之標準作業規範
自 評 等 級	●完全符合 ○部分符合 ○不符合

執行狀況說明

【符合 1】針對高風險之醫療照護行為，訂定並執行照護標準作業規範，提供完整、一致、安全的醫療照護服務。

一、腎臟病高風險醫療照護行為之病人定義:

(一) 血液感染（B、C 型肝炎、HIV）血液透析病人呼吸道隔離血液透析病人。

(二) 首次接受血液透析病人（含住院及門診病人）。

(三) 接受腎臟切片病人。

(四) 急性中風病人、AMI 病人。

二、針對高風險醫療照護行為之病人訂有其照護標準作業規範(圖 1～6)，並嚴格執行，如下表：

項目	醫療處置	護理照護
B、C 型肝炎血液透析病人	依據「血液透析室 B 型肝炎病患處置流程」及「血液透析室 C 型肝炎病患處置流程」執行	依據「透析室感染管制措施」執行
HIV 血液透析病人	依據「HIV 病人使用的血液透析機流程」執行	依據「免疫不全病人評估與照護作業規範」執行
呼吸道隔離血液透析病人	依據「居家隔離或居家檢疫及疑似或確診 COVID-19 之血液透析病人作業標準」執行	依據「個人防護裝備使用規範」執行
首次接受血液透析病人	依據「病人首次血液透析作業流程」執行	依據「血液透析作業標準」執行
接受腎臟切片病人	依據「腎臟切片流程」執行	依據「腎臟切片流程」執行
急性中風病人	依據「急性中風患者腎臟替代療法原則」執行	依據「腦中風照護計畫」、「急性腦中風標準書作業標準」執行
AMI 病人	依據「AMI 病患腎臟照護流程」執行	依據「AMI 病患腎臟照護流程」執行

三、針對操作腎臟切片及置入透析雙腔靜脈導管之醫師資格訂定相關授權標準。

四、針對首次穿刺動靜脈瘻管之護理師需通過血液透析新進護理人員相關訓練及每年接受相關技術評核方可操作。

【符合 2】正確並落實執行相關標準作業程序，並有監測、檢討及改善機制，確保病人安全及品質。

一、透析室嚴格落實標準作業規範，每二月進行病房暨品管會議檢討與改善，未達閾值者進行個案個別性討論，發生異常事件則上醫院異常事件通報系統進行通報或腎臟科科部會議檢討。

二、透析室依據年度血液透析室護理品質管理計畫，定期進行「血液透析護理技術」及「血液透析護理指導」稽核，針對未通過者會持續稽核至通過為止，並有稽核監測及檢討改善紀錄。

三、腎臟內科主治醫師執行相關高風險醫療照護行為，均須完成通過授權項目。

【符合 3】高風險醫療照護行為。

一、依據醫療機構血液透析感染管制措施指引與台灣腎臟醫學會血液透析訪視作業評量之規範制定透析室感染管制措施，針對血液感染病人如 B 型肝炎病人與 HIV 病人採分區分床且專機使用，另 C 型肝炎則採取集中照護。

二、高度傳染性（包括肺結核、急性呼吸道感染和肝炎）或免疫系統不全需採隔離措施之病人，制定「透析室感染管制措施」、「結核病住院病人負壓隔離防護施行細則」、「抗藥性細菌感染管制措施」、「個人防護裝備使用規範」、「感染防護措施」等相關照護之流程，降低院內交互感染之可能性。

三、除針對該疾病之高風險群病人，訂定並執行照護標準作業規範外，另根據各類疾病之特性及病人病情及需求，結合各次專科醫師及團隊給予積極治療。以 C 型肝炎為例:透析室透過每年定期「全面篩檢」，轉介肝膽腸胃科門診並擬定治療計畫，追蹤其治療過程及結果。自 109 年至今，已成功將原 C 肝透析病人 37 位案例治療痊癒；與肝膽腸胃科醫師充分討論開立治癒診斷書後，將已治癒的透析病人調整至非肝炎透析區。

四、針對重症透析部分，對於此類病人制訂「低血壓治療準則」、「急性腎損傷治療準則」，執行標準化病人照顧。重症管理單位政策訂定「急性腎損傷照護流程」，並需會診腎臟科醫師完成評估符合緊急透析之適應症方可執行。

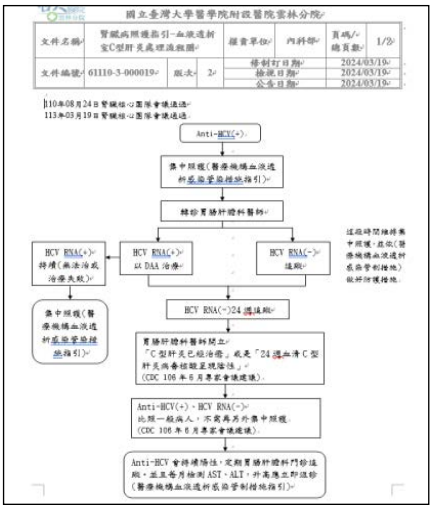


圖 1 .C 型肝炎病患處置流程

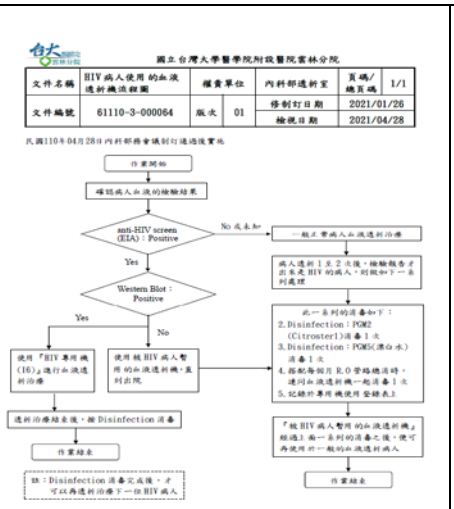


圖 2. HIV 血液透析機使用流程



圖 3.個人防護裝備使用規範

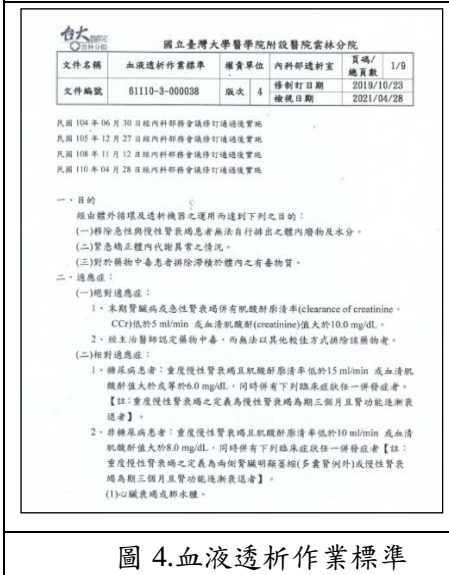


圖 4.血液透析作業標準



圖 5.病人首次血液透析作業流程



圖 6.腎臟切片流程

條　　號	2.2.10
條　　文	手術/處置前、中、後之照護標準作業規範
自　評　等　級	●完全符合 ○部分符合 ○不符合

執行狀況說明

【符合 1】訂定術前照護標準，含同意書、手術或處置說明書、病人術前訪視評估（病史、相關危險因子、告知治療計畫、併發症、風險）、手術部位標記（需有病人參與）、病人運送。

一、本院為執行安全手術醫療制訂相關手術照護規範，且為增加病人手術麻醉安全亦制定『麻醉前訪視作業規範』(圖 1)，使醫療團隊及手術病人作業順暢並確保手術安全。病人送到手術室時，由病房護理師及手術室護理師進行系統交班，核對資料包含：手術同意書(圖 2)、麻醉同意書(圖 3)、輸血同意書(圖 4)、住加護病房同意書(不住除外)、自費同意書、手術前準備事項查檢表(圖 5)、手術前麻醉基本資料表(圖 6)、麻醉前評估記錄單，確實核對病人身分、手術部位確認標示執行。


國立台灣大學醫學院附設醫院雲林分院

文件名稱	手術前訪視作業規範	權責單位	護理部手術室	頁碼/總頁碼	1/2
文件編號	62220-1-000003	版次	07	修制訂日期	2017/06/22
				檢視日期	2023/05/08
				公告日期	2023/05/24

2017 年 06 月 22 日手術室工作座談會通過
2023 年 05 月 24 日手術室工作座談會通過
一、規範：針對符合手術前訪視條件之病人(65 歲以上老人及 3 歲以下小孩住院手術、腫瘤(癌症)作根除手術之病人、或術後預估加護病房之病人，排除 ROI、Debridement、Excision 之簡單術式的住院病人)，護理師應於病人術前一日給予執行手術前訪視及衛教指導。
二、目的：藉由手術前訪視降低病人及家屬對手術之害怕與焦慮。
三、範圍：病人、家屬。
四、作業程序：
(一)手術前一日到達病房先與主責護理師了解病人術前評估，再至病室自我介紹，運用會談技巧於訪談中，以同理心傾聽病人的感受確認焦慮的程

圖 1.麻醉前訪視作業規範


國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院
National Taiwan University Hospital Yunlin Branch
手術同意書
第 1 頁
手術負責醫師姓名
同意書內容：
一、說實際之手術(如醫學名詞不清楚，請加上簡要解釋)
1.疾病名稱：
正面　背面
2.建議手術名稱：
右　左　左　右
3.建議手術原因：

圖 2.手術同意書


國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院
National Taiwan University Hospital Yunlin Branch
麻醉說明暨同意書
請詳細閱讀內容，待醫師向您說明後，再簽署同意書
第 1 頁
麻醉說明書
這份說明書是有關您即將接受的手術麻醉及相關處置的效益，風險，替代方案，緊急處置及注意事項的書面說明，可做為您與醫師討論時的補充資料，最重要的是我們希望您能充份瞭解資料的內容，所以請仔細閱讀，如果經醫師說明後您還有對這個手術麻醉（或醫療處置）的任何疑問，請在簽名前再與您的醫師充分討論，醫師會很樂意為您解答，讓我們一起為了您的健康努力。
醫療處置：
全身麻醉、半身麻醉、神經阻斷術、脊髓止痛
麻醉效益：(經由麻醉及術後止痛，您可能獲得以下所列的效益，但基於個人的特殊情況、效益與風險性質的取捨，及安全的考量，醫師並不能作完全的保證。)

圖 3.麻醉同意書

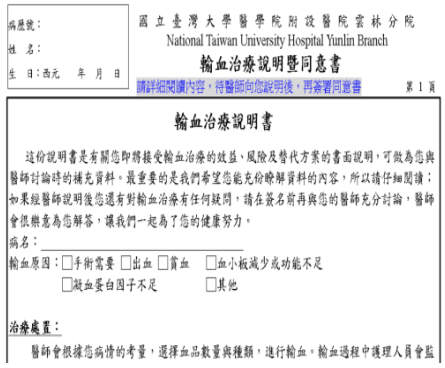

國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院
National Taiwan University Hospital Yunlin Branch
輸血治療說明暨同意書
請詳細閱讀內容，待醫師向您說明後，再簽署同意書
第 1 頁
輸血治療說明書
這份說明書是有關您即將接受輸血治療的效益，風險及替代方案的書面說明，可做為您與醫師討論時的補充資料，最重要的是我們希望您能充份瞭解資料的內容，所以請仔細閱讀；如果經醫師說明後您還有對輸血治療有任何疑問，請在簽名前再與您的醫師充分討論，醫師會很樂意為您解答，讓我們一起為了您的健康努力。
病名：
輸血原因：□手術需要 □出血 □貧血 □血小板減少或功能不足 □凝血蛋白因子不足 □其他
治療處置：
醫師會根據您病情的考量，選擇血品數量與種類，進行輸血。輸血過程中護理人員會監

圖 4.輸血同意書



圖 5.手術前準備事項查檢(線上)


國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院
National Taiwan University Hospital Yunlin Branch
手術前麻醉基本資料表

圖 6.手術前麻醉基本資料表

【符合 2】團隊於手術/侵入性處置開始前，應確實執行確認步驟（time-out），確認內容包含病人辨識、確認手術名稱、確認手術位置、相關同意書確認完成。

一、依據本院「手術及侵入性處置確核作業規範」(圖 7)，在手術及侵入性處置開始前，由參與手術團隊成員共同確認所有術前準備已完成，醫療團隊成員以對答方式進行 Time-Out，再次確認病人、手術術式或侵入性處置、部位及標示、文件(含影像圖檔)設備、植入物、預防性抗生素正確且已給藥(如有需要)。如有疑義，應立即暫停，直到問題澄清為止。如病人連續接受 2 種以上手術，或需更換團隊時，需再次進行 Time-out。完成後由在場指定之醫療團隊成員確認「手術病人安全作業流程查檢表」(圖 8)後，代表簽名並記錄時間。

【符合 3】訂定術後照護含麻醉後照護、病人轉出作業規範、病人運送作業規範。

一、手術結束後依照「麻醉後病人麻醉護理作業標準」(圖 9)經麻醉人員確認安全無虞後，由手術小

組成員將病人安全移至有護欄之病床，意識尚未恢復者給予適當約束及保暖，推至麻醉恢復室並交班，監測術後生命徵象、給予保暖、各項管路固定及引流情形，檢示身體完整性及清潔並維護隱私，完成手術護理紀錄及登錄 Portal 完成各項手術系統記錄。術後與麻醉醫師確認麻醉術後計畫，待觀察一小時後可回病房者，由恢復室護理師與病房護理師電話交班，填寫不穩定病人運送單(圖 10)、手術後照護計畫單(圖 11)，依照「院內交班、轉醫及病人運送作業規範」(圖 12)，由恢復室團隊人員陪同送回病房或 ICU，並依術後護理規範照護病人。

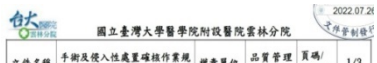


圖 7.手術及侵入性處置確核作業規範



圖 8.手術病人安全作業流程查檢表

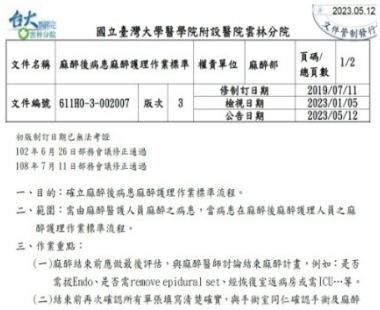


圖 9.麻醉後病人麻醉護理作業標準

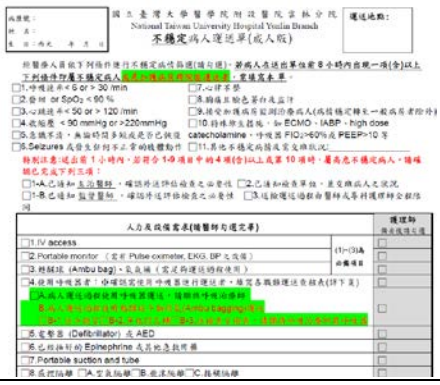


圖 10.不穩定病人運送單



圖 11.手術後照護計畫單



圖 12.院內交班、轉醫及病人運送作業規範

【符合 4】手術/處置項目，依各疾病項目規範。

一、 本院腎臟病照護指引訂定病人於接受手術或侵入性治療需做的風險評估、術前準備、術中及術後注意事項，提供臨床醫護人員對腎臟病人相關處置指引，設置腎臟切片相關流程。本院也訂有「61110-3-000063 腎臟切片說明暨同意書」(圖 13)、「61671-4-001051 動靜脈管手術說明暨同意書」(圖 14)，「61671-4-000142 腹膜透析說明暨同意書」(圖 15)，內容包括手術適應症及作法、手術效益及風險、替代方案及醫師相關補充說明，使病人能更了解相關手術內容。



圖 13.腎臟切片說明暨同意書



圖 14.動靜脈慶管手術說明暨同意書

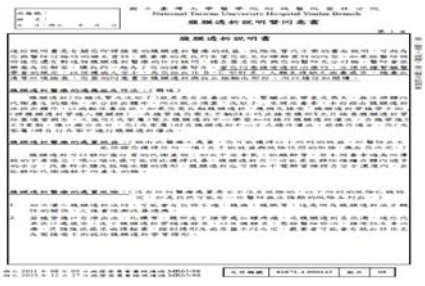


圖 15.腹膜透析說明暨同意書

條　　號	2.2.11
條　　文	檢查/檢驗前、中、後之標準作業程序
自 評 等 級	●完全符合 ○部分符合 ○不符合

執行狀況說明

【符合 1】明確訂定各項與疾病相關檢查/檢驗前、中、後之標準作業程序。

一、檢驗醫學部：提供 24 小時緊急檢驗服務。

作業流程	相關程序
檢體收集運送	檢體處理作業程序、檢體運送標準操作程序
檢測	訂有「HbA1c 標準測試程序」等 405 項檢驗相關操作程序書
報告	檢驗報告管制作業程序
危急值	檢驗危急值/異常值通報作業程序，例如規範 potassium≦2.5 mmol/L 或≧6.5 mmol/L，Hb≦4.0 g/dl 危急值通報

二、影像醫學部：提供 24 小時一般攝影與電腦斷層攝影緊急檢查服務。

作業流程	相關程序
病人運送	品質管理中心訂有院內交班、轉醫及病人運送作業規範
檢查	訂有 70 項影像相關檢查作業規範
報告	影像檢查結果作業流程
危急值	影像醫學部緊急通報作業規範

三、其它特殊檢查

作業流程	相關程序
病理採集運送	病理檢體送檢作業、病理檢體採集傳送收件作業規範
檢查	外科病理檢體點收及處理作業程序、病理組織處理標準作業流程等 內科部透析室訂有腎臟切片流程
報告	異常結果之病理報告通報標準作業流程
危急值	病理部緊急檢查(冰凍切片)標準作業程序

四、各項檢驗檢查報告於規範時間內上傳院內 HIS 系統供醫師查詢，報告時效完成率(如表 1)。

表 1.報告時效完成率

部門	時效指標	閾值	109 年	110 年	111 年	112 年
檢醫部	急診檢驗報告 30 分鐘內完成率	>90%	89.9%	91.1%	91.5%	93.0%
影醫部	急診 MRI 影像檢查 24 小時報告完成率	>75%	94.0%	98.0%	99.0%	97.0%
病理部	冷凍切片檢查簽收至報告發出 30 分完成率	>80%	99.7%	100%	97.9%	100%

【符合 2】建立緊急且重要之異常值或檢查報告說明及即時通報機制，相關人員對於緊急且重要之異常結果應立即通報，並有回復及確認後續處置之機制。

一、訂有「檢驗檢查危急項目與危急值通報作業規範」，須於短時間處理的檢驗檢查危急項目：血糖≦40 mg/dL (年齡＜18 歲者)；＜50 mg/dL (年齡≧18 歲者)、血鉀≦2.5 mmol/L (年齡≦1 個月為≦2 mmol/L)；≧6.5 mmol/L、Troponin-T ≧100 ng/L、Bilirubin≧25 mg/dL (年齡≦28 天)、Ammonia≧500μmol/L、Ca≦1.63 mmol/L；≧3.25 mmol/L、Hb≦4.0 g/dL、血小板≦5000 /μL、

aPTT≧100 秒、PT INR ≧8、指尖血 PT INR(Rapid) ≧4.5、血液或腦脊髓液細菌培養陽性、急性主動脈剝離、兒童氣腹及病理冷凍切片檢查等。

二、 針對檢驗檢查結果為危急項目時，需即時以簡訊或電話通知臨床醫護人員。

(一) 檢驗醫學部：簡訊發出後 30 分鐘如未接獲回覆改以電話通知醫療照護團隊並留下紀錄危急值通知後 30 分鐘內簡訊回覆率(如表 2)。

(二) 影像醫學部：醫師於影像發現危急值影像或異常影像時，30 分鐘內於 Portal 系統發送簡訊，亦可電話通知臨床醫師；簡訊可於 Portal 系統內確認臨床醫師是否收到訊息回報。

(三) 病理部：冰凍切片報告由病理醫師直接電話通知手術醫師可上 Portal 查詢冷凍切片報告，手術醫師接獲通知後應於 24 小時內回覆簡訊或至 Portal 回覆。

表 2 危急值通知後 30 分鐘內簡訊回覆率

指標名稱	109 年	110 年	111 年	112 年
檢醫部檢驗危急值發送件數(月平均)	862	934	1014	976
檢驗危急值通知後 30 分鐘內醫師簡訊回覆率	83.7%	87.9%	85.6%	85.7%
檢驗危急值<1 小時電話通知達成率	100%	99.98%	99.99%	99.98%
檢驗危急值電話通知達成率(閾值：100%)	100%	100%	100%	100%

【符合 3】落實執行檢查標準作業程序與記錄。

一、 檢驗醫學部為 TAF 認證之醫學實驗室，訂有各項檢驗前中後品質指標，每月科部會議定期追蹤檢討，每年至少 1 次依「內部稽核作業程序」執行稽核，112 年內稽缺失皆於限期內完成改善。

二、 影像醫學部使用 RIS 與 PORTAL 系統連結，RIS 系統登錄患者檢查開始與結束時間，並可註記患者狀況供查詢了解檢查狀態。

三、 病理部為 TAF 認證之醫學實驗室，訂有「病理報告結果作業程序」，每月有品管會議例行監測各項檢查流程是否符合作業規範及品管指標，有會議紀錄可稽。

【符合 4】檢查標準作業程序應有定期檢討及修訂之機制。

一、 檢驗醫學部每月召開部務會議，當作業變更時依「文件資料管制作業程序」提報至部務會議修訂，標準作業程序至少每三年定期檢視更新，以維持品質系統有效的改進。

二、 影像醫學部每三年檢查一次標準流程，若院方或臨床執行異動可及時於當月科部會議提出進行修改以使作業順暢進行。

三、 病理部每月有部務會議、品管會議及每季有病理組織審議委員會，針對品管中心監測指標未達成項目、臨床端的抱怨事項等討論原因並提出改善方案，有會議記錄可查。

【符合 5】檢查/檢驗項目。

一、 依據 CKD 病人分期不同，提供相關檢驗檢查服務，包含血糖、低密度脂蛋白(LDL)、三酸甘油脂、血紅素等等。透過抽血報告血紅素數值，判定是否進行貧血處理；而在 CKD stage 5 的病人評估是否給予促紅血球生成素(Erythropoietin, EPO)。

二、 依據血液透析或腹膜透析病人臨床指標監測需求，分別提供血液、尿液及腹膜透析液中尿素氮及肌酐酸的檢驗服務。此外，針對腎性骨病變之防治，每季會檢驗 iPTH，依據抽血報告由醫師評估治療方式。而針對心血管併發症之防治，每年會安排 EKG 及 CXR 檢查，異常時建議至心血管內科門診追蹤。

條　　號	2.2.12
條　　文	用藥管理
自 評 等 級	●完全符合 ○部分符合 ○不符合

執行狀況說明

【符合 1】依循全院標準執行藥物治療標準作業。

一、本院訂有正確給藥標準作業程序，作為院內醫療人員給藥的準則。作業程序如下：

	標準作業指引	說明
1	61350-2-000040 藥品儲存管理辦法	藥品採先進先出原則，效期控管在有效期限內，保持室溫25℃以下，濕度65%以下之藥品儲存環境，並記錄備查。儲位清楚標示藥名、規格與劑型。
2	61100-3-000005 醫囑開立作業規範 61630-2-000006 電話與口頭醫囑安全作業規範 61350-3-000045 處方開立作業規範	醫師根據診斷、目前用藥及治療照護計劃開立處方。病人情況需要立即處置或急救，且當時開立醫師無法立即進行電腦或書面醫囑開立動作，允許接受電話或口頭醫囑。
3	61350-3-000079 處方覆核作業規範(住診) 61350-3-000080 臨床藥學服務手冊	接受處方後，藥師可查詢完整的藥歷，評估及確認處方之完整性與適當性，審核通過才可執行。處方若不完整或處方內容不清楚，不得執行處方。
4	61350-3-000001 調劑作業規範(門診) 61350-3-000080 臨床藥學服務手冊 61350-3-000003 待研討處方處理作業規範	藥師落實三讀五對，處方有疑慮時立即電話聯絡醫師或在病房當面與醫師討論；醫師對於疑義處方亦可直接電詢或面詢藥師。所有疑義處方均登錄於電腦，可供查詢。若遇存歧見時，由藥劑部評估後，每季提用藥安全小組討論後，再提藥委會報備或討論後依決議執行。
5	61350-2-000047 病房單一劑量藥品配送要點 61350-3-000060 藥品配送計劃	病房採用單一劑量給藥作業，配合首日量或住院藥車提供病房藥物。各單位常備藥品依規範申請、領用與管理。
6	61210-3-060001 藥物治療作業規範-給藥安全 61350-2-000009 高警訊藥品管理辦法 61350-2-000035 高濃度電解質藥品管理要點	給藥前需確認醫囑無誤，依三讀五對正確執行備藥及給藥，並確認藥品的品質，如：效期、破損裂痕、變質等。 給藥時需執行病人辨識，特定高警訊藥品給藥前必須進行「給藥前覆核」，由二人分別核對給藥量、給藥速度，核對 pump 設定等正確無誤後再給藥；觀察並記錄給藥期間和給藥後之反應。(圖 1)
7	61210-3-060001 藥物治療作業規範-給藥安全 61350-2-000009 高警訊藥品管理辦法 61350-2-000011 藥品不良反應通報作業要點	疑似藥品不良反應發生時立即通知醫師並進行適當處理與追蹤監測，詳實記錄於護理紀錄並交班追蹤及進行藥物不良反應通報，經評估與用藥相關性後執行藥品不良反應註記。(圖 2~3)
8	61350-3-000090 藥品調撥處理作業 61350-3-000039 急救藥品管理及作業規範 61350-2-000019 各單位常備藥管理及作業要點	遇緊急醫療先取用急救車藥品使用，使用後的急救盤再送回藥局更換。因突發情況造成單位備藥量不敷使用時，可憑護理長或單位同仁蓋章之借條向藥劑部預借備用。
9	61671-2-000090 病歷紀錄管理作業要點 61671-2-000091 醫學名詞縮寫規範	依醫囑正確給藥並留有記錄，若需以縮寫方式呈現，均須依規範書寫，落實記錄之易讀性與完整性。



圖 1.特定高警訊藥品給藥雙人覆核



圖 2.用藥後觀察反應



圖 3.藥品不良反應開方時檢核

【符合 2】高警訊藥物、抗生素治療、管制藥物及各單位常備藥品，訂定相關標準作業指引。

一、高警訊藥品、抗生素、管制藥品及各單位常備藥，皆訂有相關標準作業指引。

	標準作業指引	說明
1	61350-2-000009 高警訊藥品管理辦法 61350-2-000035 高濃度電解質藥品管理要點 61350-3-000063肌肉鬆弛劑藥品管理注意事項	高警訊藥品與其他藥品區隔存放，貼有警告圖示⚠；藥名前加註『警』或後加註『化療注射』，並顯示於開方畫面、處方箋及藥袋，提醒醫療人員注意(圖4~6)。高濃度電解質針劑(如KCl > 2 mEq /mL)，除醫療需要且經藥委會核准單位外，不得常備於病房單位。
2	61350-3-000044 手術預防性抗生素製劑使用規範 61350-3-000012抗微生物製劑使用管理規定	開方時會自動帶出檢核畫面(圖7)，開方者須確實載明用藥理由，定期監測耗用量與品質指標，配合感染管制措施與推動教育訓練。
3	61350-3-000021 管制藥品使用作業規範 61350-3-000032 管制藥品短少或不足處理作業 61350-2-000054 管制藥品管理要點	各臨床單位需監督管制藥品管理及儲存，藥劑部定期監測全院耗用量與品質指標，若有異常則啟動檢討、改善與追蹤。
4	61350-2-000019 各單位常備藥管理及作業要點	各臨床單位依醫療需求申請藥品並負保管之責任。



圖 4.高警訊管理

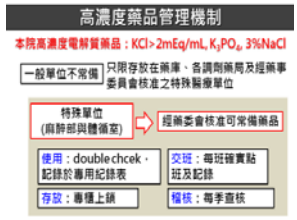


圖 5.高濃度藥品管理



圖 6.形音相似藥品防誤標示



圖 7. 抗生素處方檢核

【符合 3】訂定需進行用藥監控管理之疾病相關藥品品項，並定期分析用藥狀況。

一、訂有「61350-3-000010 血中濃度監測(TDM)服務作業規範」，針對治療指數範圍狹窄的藥品，系統自動顯示『需療劑監測』的開方需知，如 Vancomycin、Aminoglycosides (amikacin、gentamicin) 、Theophylline、Cyclosporine 等藥品(圖 8)，依臨床情況若評估需抽血監測案例，並適時依療劑監測結果建議劑量與頻次的調整，所有建議均留有紀錄。目前院內常用慢性腎臟病相關藥物(減緩殘餘腎功能下降或惡化、避免藥物產生的副作用)品項合計 15 項 (ACEI-4 項；ARB-6 項；HMG-CoA Reductase Inhibitor-5 項等)，每季定期依藥理分類分析藥物使用狀況，提供藥事委員會進行用藥檢討參考。藥物庫存量目前均依各品項的月平均使用量計算，至少備有 2~4 週基本庫存量。訂有「61350-3-000002 藥劑部藥品資訊服務作業規範」提供用藥指導，視情況導正不當用藥行為，如使用頻率、給藥方式、途徑等，提供正確用藥資訊。

【符合 4】病人自備藥品的管理。

一、訂有「61350-3-000008 住院病人自備藥品管理作業規範」，病人住院後自備藥品經藥師辨識或查詢『雲端藥歷』中的用藥資料確認後，由醫師評估病情，需要繼續服用時須開立醫囑，保管於護理站，由護理師依用藥時間執行給藥；無法確認之藥品退還病人或家屬帶回，或經同意由藥局代為銷毀，若病情需要時，由醫師或照會專科醫師另行開立處方(圖 9~10)。若病人堅持『自備自服』需簽名填寫切結書並開立醫囑註明，藥品由病人保管。



圖 8. 開方需知提醒監測濃度

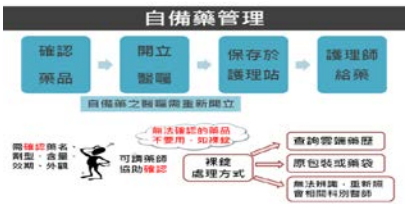


圖 9. 病人自備藥品管理



圖 10.自備藥品醫囑紀錄

條　　號	2.3.1
條　　文	病人治療過程、後續追蹤之紀錄
自　評　等　級	●完全符合 ○部分符合 ○不符合

執行狀況說明

【符合 1】病歷內容應能反應病人疾病狀況及病程發展，協助團隊成員做決定，並且使用適當之評估工具，反應病人嚴重度。

一、依據本院「病歷紀錄管理作業要點」(圖 1)規範，住院病程紀錄(progress note)應於住院期間每日至少記錄一次，加護病房每日至少應記錄二次，內容應包含：病人的主要問題、診斷(含鑑別診斷)、治療處置與治療反應、後續診療計畫，對更換藥物應載明理由，病程紀錄完成後由主治醫師修改，進行電子簽章；病情變化時，則應隨時記錄之，並有後續再評估之紀錄。若住院超過一週，則每週應有每週摘要(weekly summary)。

二、依據病歷紀錄管理作業辦理病歷紀錄審查，依「病歷紀錄品質審查暨教學作業須知」，醫療部每季進行交互審查方式，每兩個月進行一次科部自審，內部病歷品質審查結果及建議事項回饋給被審查醫師，由被審查醫師回覆意見並改善。將審查結果統計分析，提報科部主任督導改進，以提升病歷紀錄品質。

三、對於慢性腎臟病人的追蹤及症狀評估，在門診時除包含醫師的評估（以 SOAP 方式評估紀錄）(圖 2)，如:病史、腎臟功能、症狀及檢驗數值外，也會進行衛教時提供追蹤照護病歷紀錄表(圖 3)等評估工具，再根據評估結果，給予適當治療，以及是否有轉介相關團隊需求，包含戒菸、營養、社工等等。

四、透析系統目前亦全面電子化(HDS 及 PDS)，可連結至體重機及透析機，其透析過程之監測及警示系統，可即時掌握病人的透析動態；更簡化透析流程及病歷紀錄，包括病人報到、體重、治療計畫開立、透析歷程紀錄、檢驗報告、藥物處方、透析轉診摘要等。HDS 及 PDS 也可連結至門診、急診與住院介面。病人透析完成後的當次電子病歷紀錄亦同步上傳至院內電子病歷系統 (EMR)，醫療團隊均可線上查詢並掌握病人透析狀況(圖 4～6)。



圖 1 .病歷紀錄管理作業要點

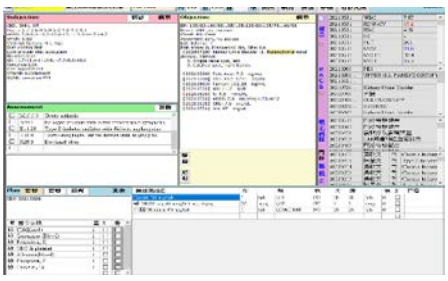


圖 2.門診病歷



圖 3.門診追蹤照護病歷紀錄表



圖 4.透析管理系統首頁



圖 5.血液透析資訊介接畫面



圖 6.透析電子病歷

五、本院設有臨床警訊呼叫系統(Clinical Alarming System, CAS)及相關作業流程，若病房出現不穩定病人，第一線照護人員可藉由啟動 CAS，及早警知病人病情之惡化，呼叫上級醫師及支援人員，於評估後給予初步緊急處理、提供治療建議及安排後續處置。同時藉由與資料系統整合，給予高危註記(Red Flag)，即時反映予醫療團隊病人之嚴重度。

【符合 2】病人治療、追蹤與疾病改變、相關照護服務及團隊會議結論應於病歷適切、適時反應其照護過程及品質。

一、病程紀錄規定以 PAP (Problem-Assessment-Plan)或 POMR (problem oriented medical record)方式記錄，包括：病人症狀改變、身體檢查、實驗室檢查的改變、治療過程及醫師對整體病情及診療過程的判斷，包括鑑別診斷以及對治療反應的評估，適時、適當呈現特殊檢查、檢驗、處置之理由，確保紀錄完整性(圖 7)。

二、若為住院病人，則由病房主治醫師診治後召集相關科別進行整合性照護，並將討論結果記載於病歷中， 供各職類人員參考；病人若於住院期間啟動共同照護流程，個案個管師會記載於住院病程，以供原照護醫師參考。另若有需求者，如無法預期出院病人，病房會有出院準備團隊會議，針對此類個案進行會議討論(圖 8～10)。

三、透析病人：醫師會每日巡房，依病人的臨床症狀，調整病人的脫水量、開立藥物使用或者 BCM 測量病人身體的含水量，做為調整乾體重的依據。除此之外，門診每兩個月有品管會議，針對抽血數值低於閾值的病人進行討論，參與的人包含營養師，透過討論給予病人飲食的調整與建議。而其相關病人治療、疾病改變、與相關照護服務，將紀錄於 HDS 系統，可供後續追蹤。

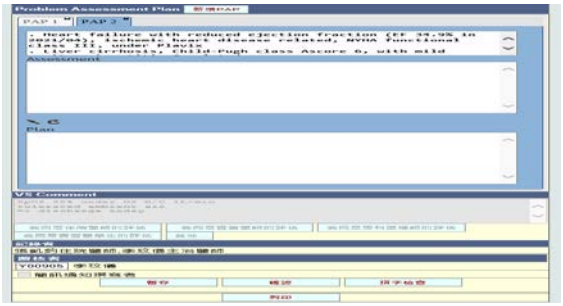


圖 7. PAP 住院病歷

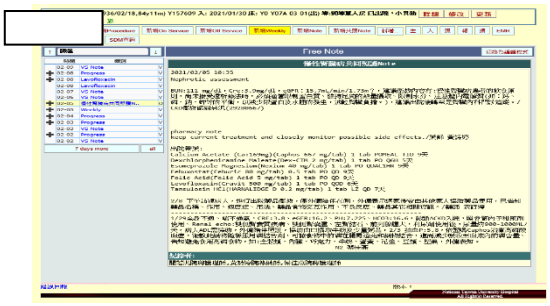


圖 8.共同照護住院病歷

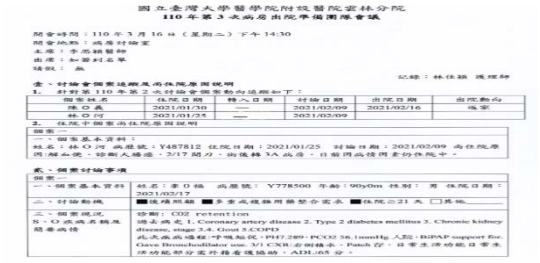


圖 9. 6S 出院準備團隊會議



圖 10 .7A 出院準備服務會議

條　　號	2.3.2
條　　文	病歷之標準化代號、縮寫、定義及方法
自　評　等　級	●完全符合 ○部分符合 ○不符合

執行狀況說明

【符合 1】對於疾病照護計畫相關之診斷碼、處置碼、縮寫，有標準化之定義。

一、依健保署規定，本院門、急診及住院診斷與處置碼全面使用 2014 年版 ICD-10 CM/PCS 作為代碼分類標準(圖 1)，進行標準化編碼，並有編碼審查機制(圖 2)。



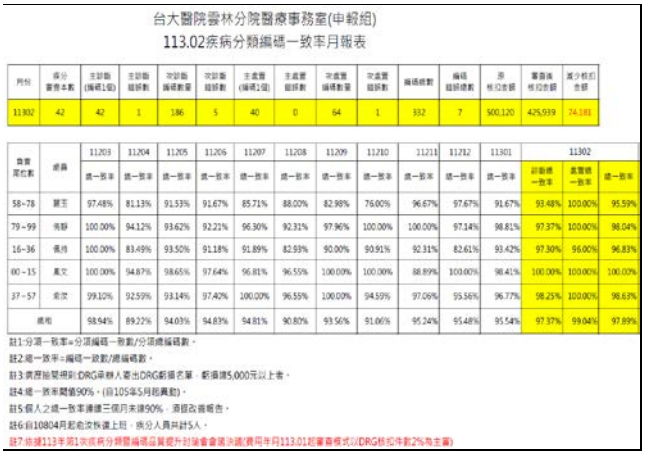
衛生福利部中央健康保險署　公告

251
新北市淡水區中正東路二段29-5號25樓
受文者：台灣醫院協會
發文日期：中華民國103年10月27日
發文字號：健保醫字第1030034199號
附件：無

主旨：本署健保特約醫療院所自105年1月1日起門、住診診斷及處置代碼全面單軌申報美國2014年版國際疾病與相關健康問題統計分類第十版臨床修訂及處置代碼系統ICD-10-CM/PCS。

說明：本署ICD-10-CM/PCS參閱網址http://www.nhi.gov.tw（首頁>醫事機構>國際疾病分類第十版）。

圖 1. ICD-10-CM/PCS 分類標準



台大醫院雲林分院醫療事務室(申報組)
113.02疾病分類編碼一致率月報表

門別	病分筆數本數	主診斷(編碼1個)	主診斷組數	次診斷編碼數量	次診斷組數	主處置(編碼1個)	主處置組數	次處置編碼數量	次處置組數	編碼總數	編碼組數總數	原核定金額	審查後核定金額	差分核扣金額
11302	42	42	1	186	5	40	0	64	1	332	7	500,120	425,939	74,181

疾患用代數	組織	11203	11204	11205	11206	11207	11208	11209	11210	11211	11212	11301	11302	
		統一致率	統一致率	統一致率	統一致率	統一致率	統一致率	統一致率	統一致率	統一致率	統一致率	統一致率	診斷碼一致率	處置碼一致率
58~78	肺王	97.48%	81.13%	91.53%	91.67%	85.71%	88.00%	82.98%	76.00%	96.67%	97.67%	91.67%	93.48%	100.00%
79~99	病醫	100.00%	94.12%	93.62%	92.21%	96.30%	92.31%	97.96%	100.00%	100.00%	97.14%	98.81%	97.37%	100.00%
16~36	護師	100.00%	83.49%	93.50%	91.18%	91.89%	82.93%	90.00%	90.91%	92.31%	82.61%	93.42%	97.30%	96.00%
00~15	其文	100.00%	94.87%	98.65%	97.64%	96.81%	96.55%	100.00%	100.00%	88.89%	100.00%	98.41%	100.00%	100.00%
37~57	病歷	99.10%	92.59%	93.14%	97.42%	100.00%	96.55%	100.00%	94.59%	97.06%	95.56%	96.77%	98.25%	100.00%
總用		98.94%	89.22%	94.03%	94.83%	94.81%	90.80%	93.56%	91.06%	95.24%	95.48%	95.54%	97.37%	99.04%

註1:分項一致率=分項編碼一致數/分項總編碼數。
註2:統一致率=編碼一致數/總編碼數。
註3:資歷驗證規則:DRG申報人需出DRG新增名單，新增達5,000元以上者。
註4:統一致率閾值90%，(自105年5月起實施)。
註5:個人之統一致率連續三個月未達90%，須提改善報告。
註6:自10804月起前次核退上冠，疾分人員共計5人。
註7:依據113年第1次疾病分類暨編碼品質提升討論會會議決議(實施年月113.01起審查模式以DRG核扣件數2%為主審)

圖 2. 編碼審查機制

二、醫學名詞縮寫：為降低醫療人員溝通與解讀之錯誤，確保病歷紀錄與醫療照護品質，強化病歷功能，保障病人、醫院、醫師、護理人員及其他醫事人員權益，依據本院病歷紀錄管理作業要點，訂定本院醫學名詞縮寫規範(圖 3)。凡本院病歷紀錄中使用之醫學名詞，若需以縮寫方式呈現，均須依本規範書寫。病程紀錄中第一次新增的診斷應以全名書寫，且入院紀錄及出院病歷摘要之診斷，不得使用醫學縮寫名詞。一般常用字簡化之縮寫，因非醫學名詞，不得縮寫。



國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院

文件名稱	醫學名詞縮寫規範			權責單位	醫療資訊室病歷組	頁碼/總頁數	1/1
文件編號	61671-2-000091	版次	2	修制訂日期	2017/06/27		
				檢視日期	2022/11/24		
				公告日期	2022/12/13		

2022.12.13 文件管制發行章

100 年 04 月 19 日病歷管理委員會核定通過
106 年 06 月 27 日第 156 次醫務暨行政會議通過

一、國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院(以下簡稱本院)為降低醫療人員溝通與解讀之錯誤，確保病歷紀錄與醫療照護品質，強化病歷功能，保障病人、醫院、醫師、護理人員及其他醫事人員權益，依據本院病歷紀錄管理作業要點，特訂定本院醫學名詞縮寫規範(以下簡稱本規範)。
二、凡本院病歷紀錄中使用之醫學名詞，若需以縮寫方式呈現，均須依本規範書寫。
三、為統一本院醫學縮寫名詞，提供總院之「國立臺灣大學醫學院附設醫院醫學名詞縮寫彙編」，供醫師及相關同仁查詢及使用。
四、醫學名詞縮寫彙編選取原則如下：

(一)國際通用之縮寫優先列入。
(二)使用頻率高之縮寫，適用於大部分之科部者，優先列入。
(三)邏輯群組縮寫將優先考量列入。
(四)解剖名詞之縮寫，用全名表示較佳。
(五)部份縮寫因國際通用且使用頻率高，而有 2 個以上定義，為避免造成使用者誤用或誤解，以併列方式並加註說明。
五、病程紀錄中第一次新增的診斷應以全名書寫，且入院紀錄及出院病歷摘要之診斷，不得使用醫學縮寫名詞。
六、一般常用字簡化之縮寫，因非醫學名詞，不得縮寫。
七、經病歷審查未依本規範使用醫學縮寫名詞者，列為病歷紀錄不佳，由科部主管督導其改善。
八、本規範經病歷管理委員會審查，醫務暨行政會議通過後實施。

圖 3.醫學名詞縮寫規範

【符合 2】使用標準化的診斷碼、處置碼，並監測其使用狀況。

一、CKD 診斷以前三碼 N18 為主，進行標準化的編碼其使用狀況(圖 4)。

二、常見處置碼：血液透析 Hemodialysis(58001C、58007C、58014C、58030B)、腹膜透析 Peritoneal dialysis (58002C、58011C、58017C、58028C)、腹膜透析導管植入術(58012C)、血液

透析導管植入術(47059B、69006C、69007B、69039B)。

ICD-10-CM Codes > N00-N99 Diseases of the genitourinary system > N17-N19 Acute kidney failure and chronic kidney disease > Chronic kidney disease (CKD) N18

Chronic kidney disease (CKD) N18-

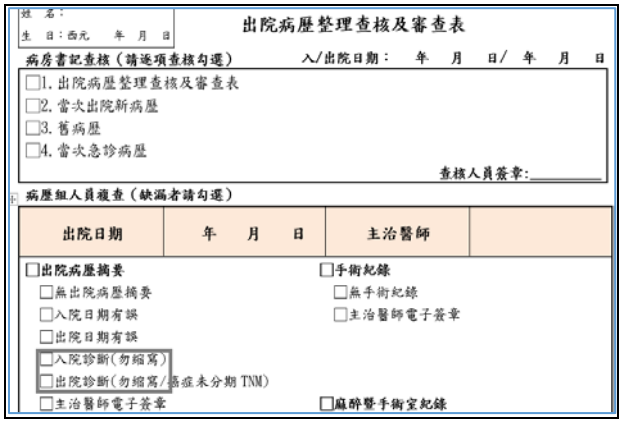
Use Additional
- code to identify kidney transplant status, if applicable, (Z94.0)

Code First
- any associated:
- diabetic chronic kidney disease (E08.22 , E09.22 , E10.22 , E11.22 , E13.22)
- hypertensive chronic kidney disease (I12.- , I13.-)

Codes
- N18 Chronic kidney disease (CKD)
  - N18.1 Chronic kidney disease, stage 1
  - N18.2 Chronic kidney disease, stage 2 (mild)
  - N18.3 Chronic kidney disease, stage 3 (moderate)
    - N18.30 Chronic kidney disease, stage 3 unspecified
    - N18.31 Chronic kidney disease, stage 3a
    - N18.32 Chronic kidney disease, stage 3b
  - N18.4 Chronic kidney disease, stage 4 (severe)
  - N18.5 Chronic kidney disease, stage 5
  - N18.6 End stage renal disease
  - N18.9 Chronic kidney disease, unspecified

圖 4.CKD 編碼使用狀況

三、依據本院醫學名詞縮寫規範進行住院病歷逐本審查，為能落實執行，列入完成項目(圖 5)，並由系統主動提醒醫師修正，住院病歷紀錄內建醫學字詞縮寫全名查詢並可自動帶入(圖 6)，以符合縮寫規範。


出院病歷整理查核及審查表

病房書記查核（請逐項查核勾選）　入/出院日期：　年　月　日/ 年　月　日

1. 出院病歷整理查核及審查表
2. 當次出院新病歷
3. 舊病歷
4. 當次急診病歷

查核人員簽章:_____

病歷組人員複查（缺漏者請勾選）

出院日期	年　月　日	主治醫師	

□出院病歷摘要　□手術紀錄
□無出院病歷摘要　□無手術紀錄
□入院日期有誤　□主治醫師電子簽章
□出院日期有誤
□入院診斷(勿縮寫)
□出院診斷(勿縮寫/癌症未分期 TNM)
□主治醫師電子簽章　□麻醉暨手術室紀錄

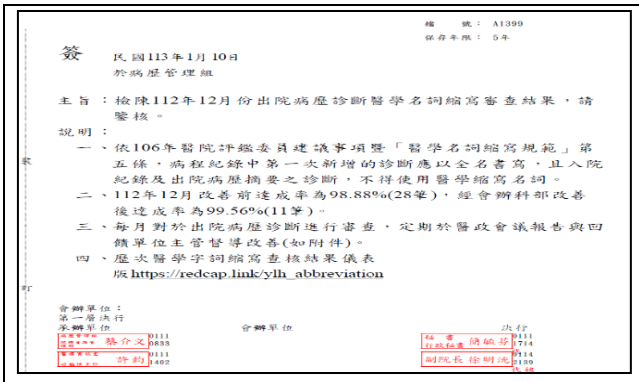
圖 5.審查表



圖 6.入院病歷縮寫查詢/自動代入

【符合 3】使用標準化之縮寫，並訂定及監測不可使用的縮寫。

一、依據醫學名詞縮寫規範，每月由醫療資訊室病歷組對於出院病歷進行逐本監測，並由系統報表轉出每月監測結果進行 統計分析，第1次初核會先會辦尚未完成修正的醫療科部，待初核通知後再做第2次確認，改善成效定期每月製表簽核院方(圖7)，並於次月醫務暨行政會報報告執行成果(圖8) ，106年開始執行監測達成率為94.05%，107至112年達成率持續穩定維持在99%以上。


檔　號：A1399
保存年限：5年

簽　民國113年1月10日
於病歷管理組

主旨：檢陳112年12月份出院病歷診斷醫學名詞縮寫審查結果，請鑒核。

說明：
一、依106年醫院評鑑委員建議事項暨「醫學名詞縮寫規範」第五條，病程紀錄中第一次新增的診斷應以全名書寫，且入院紀錄及出院病歷摘要之診斷，不得使用醫學縮寫名詞。
二、112年12月改善前達成率為98.88%(28筆)，經會辦科部改善後達成率為99.56%(11筆)。
三、每月對於出院病歷診斷進行審查，定期於醫政會議報告與回饋單位主管督導改善(如附件)。
四、歷次醫學字詞縮寫查核結果儀表
版 https://redcap.link/ylh_abbreviation

會辦單位：
第一層決行
承辦單位　會辦單位　決行

圖 7. 簽核文件

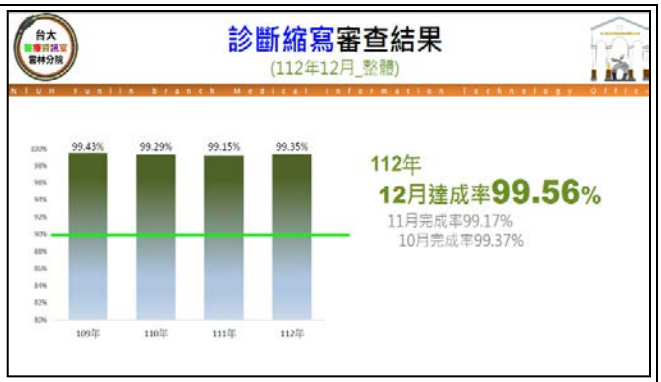


圖 8. 醫政會議報告資料

條　　號	3.1.1
條　　文	品質監測指標
自 評 等 級	●完全符合 ○部分符合 ○不符合

執行狀況說明

1. 腎臟病病人平均住院天數：

前一年度：　12　天；當年度（至填表日）：　14　天。

2. 腎臟病病人出院後 14 天內因相同或相關病情非計畫再住院比率：

前一年度：　1.93　%；當年度（至填表日）：　2.12　%。

【符合 1】訂定疾病照護過程面監測指標項目與閾值，每年評估檢討修訂監測指標項目及改善目標。

一、依據「臺大醫院雲林分院腎臟病管理指標監測作業規範」制定腎臟病相關之醫療品質指標，包括 4 項過程面及 4 項結果面之監測指標與閾值。每年評估檢討修訂監測指標項目及改善目標(圖 1)。

二、腎臟病照護團隊每年根據台灣腎臟醫學會公告之指標、國內外實證醫學文獻等數據，針對慢性腎臟疾病、血液透析及腹膜透析等情況，建立有效的照護過程與結果面品質監測指標及閾值，每月追蹤其數據，進行評估、檢討並修訂改善目標值(表 1)。

三、腎臟疾病照護團隊品質指標之資料收集由腎臟科醫師、透析室護理長、護理師、腎臟病個管師等共同完成。指標追蹤工作由個管師及醫師負責，每季於核心團隊會議上進行報告。

四、監測過程中未達到指標監測閾值，會先分析原因，並於會議中進行討論相關改善措施；或依單位能力修正閾值。經追蹤後仍未達閾值則進行 PDCA 改善，達成醫療品質持續精進，提升病人照護品質之目的。

【符合 2】訂定疾病照護結果面成效監測指標項目與閾值，每年評估檢討修訂監測指標項目及改善目標。

一、腎臟核心照護團隊訂定疾病照護結果面成效監測指標與閾值，主要為病人透析照護後之成效，追蹤相關照護成效。其中包含腹膜透析腹膜炎發生率、血液透析瘻管重建率、55 歲以下透析病人腎臟移植登錄率及 CKD 分期改善百分比等相關指標。閾值設定以台灣腎臟醫學會要求為基準，並於每年第一次腎臟科科部會議中進行閾值之修訂討論。未達閾值者除在會議中進行相關改善討論外，亦會啟動 PDCA 或品質管理專案進行改善。

（一）以腹膜透析腹膜炎發生率為例：

2021 年腹膜炎發生率為 2.18 次/百人月，高於全國腹膜炎平均發生率 1.46 次/百病人月。其中，因腹膜炎而住院人次有 14 人次，轉換至血液透析病人有 1 位，而有 2 位死亡。腎臟科照護團隊成立跨團隊專案小組，並進一步探討之動機，期望透過專案之進行，找出問題要因進行改善，進而有效降低腹膜炎發生率，以提升病人透析照護品質及安全。團隊透過擬定活動計畫，依時程進行品管活動及檢視作業流程、現場查核進行資料收集後分析原因為：缺乏多元化衛教工具、未依照標準技術操作、更換協助者未再接受訓練及未落實換液技術稽核，針對其要進行 PDCA 對策改善，腹膜炎由 2.18 次/百人月下降至 1.37 次/百人月。



國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院
「慢性腎臟病核心團隊」會議紀錄

開會時間：113 年 01 月 23 日(星期二) 下午 16 點 00 分。
開會地點：斗六 6A 討論室
主　席：李思穎主任
出席人員：楊豐榮醫務秘書、李政憲醫師、紀曉儀醫師、林怡萍護理長、杜政佩護理師、陳彥如護理師、賴思羽護理師、張素娥護理師、林佳燕院聘助理管理師、關芸汎護理師
列　席：TA 黃心怡護理長、護理部 6S 推登技護理長、藥劑師黃永成藥師、營養部蘇鈺惇營養師由柳宗文營養師(代)、社工室廖珮君、品管中心葉佩瑜
備　註：張巧雯專科護理師、陳冠妙專科護理師(此花血液透析室)、病歷室蔡介文、楊雅雯醫師
記錄：張素娥 分機機：55637

壹、 上次會議決議事項執行情形追蹤報告：
一、 CKD 技術評核表-慢性腎臟病認知(1 年 2 次)，調整為(1 年 1 次)(附件 1.2.1-6)。
主席指示：照案通過。

貳、 主席報告
1、 照護指引修訂請大家協助進行修正。
2、 住院期間符合 AKD 收案，請完成同意收案相關檢驗，以利出院後轉至門診收案。

參、 討論事項
慢性腎臟疾病照護品質指標(KPI)病人每(季)接受營養評估及衛教執行率未達標分析及措施分析：
每月須達約 152 衛教人次，才有可能>40%，每月由院區營養有 48 診次，152/48 = 3.2 人次，平均一診要講 3 至 4 人次，由院區分每人次，各位 50%*152/2=76，故各院區每月平均需有 76 的人次，才有可能>40%，此見院區於 8 月起，週四上午營養師門診停止，個案無法配合營養師詢另約及請營養師無法增加電訪服務照顧計畫。
措施：
對於經時間走久很不耐等之個案，請個案須告知營養師，營養師提供單張或行止持續追蹤。
營養部柳宗文營養師回覆：營養師提供單張並依執行。
1、 提供醫師個案營養師詢衛教名單，執行止持續追蹤。
2、 營養門診異動如：停診及新增門診時段請通知科部。
3、 詢問此院區於 112 年 8 月起，週四上午營養師門診止，是否可恢復？
營養部柳宗文營養師回覆：將科部討論後回覆。
主席指示：暫以上述措施並持續追蹤。



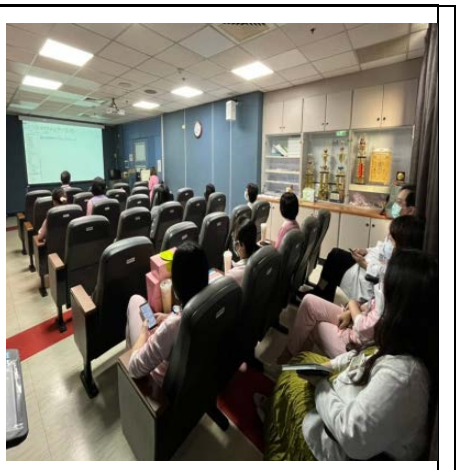


圖 1.核心會議討論未達閾值指標(過程面/結果面指標)

表 1. 腎臟病照護**過程面/結果面**指標項目

序號	指標名稱（過程面）	110 年閾值	110 年	111 年閾值	111 年	112 年閾值	112 年	113 年閾值
1	CKD 病人接受營養評估及衛教執行率	>40.0%	36.4%	>40.0%	42.1%	>40.0%	36.2%	>50.0%
2	末期腎病治療模式衛教完成率	>60.0%	50.4%	>60.0%	72.2%	>70.0%	80.4%	>70.0%
3	CKD 病人接受個案管理照護模式執行率	>40.5%	42.1%	>40.5%	50.7%	>45.0%	48.8%	>45.0%
4	CKD 病人接受腎臟病自我管理衛教百分比	>75.0%	77.1%	>75.0%	78.6%	>75.0%	79.6%	>75.0%
序號	指標名稱（結果面）	110 年閾值	110 年	111 年閾值	111 年	112 年閾值	112 年	113 年閾值
5	腹膜透析腹膜炎發生率	<1.34 次/百人月	2.10 次/百人月	<1.34 次/百人月	1.66 次/百人月	<1.70 次/百人月	1.70 次/百人月	<1.70 次/百人月
6	血液透析瘻管重建率	<2 次/百人月	0.3 次/百人月	<2 次百人月	0.2 次/百人月	<2 次百人月	0.1 次/百人月	<2 次/百人月
7	55 歲以下透析病人腎臟移植登錄率	>5.0%	17.2%	>5.0%	14.3%	>5.0%	24.5%	>10.0%
8	CKD 分期改善百分比	>6.0%	5.8%	>6.0%	9.3%	>8.0%	9.0%	>8.0%

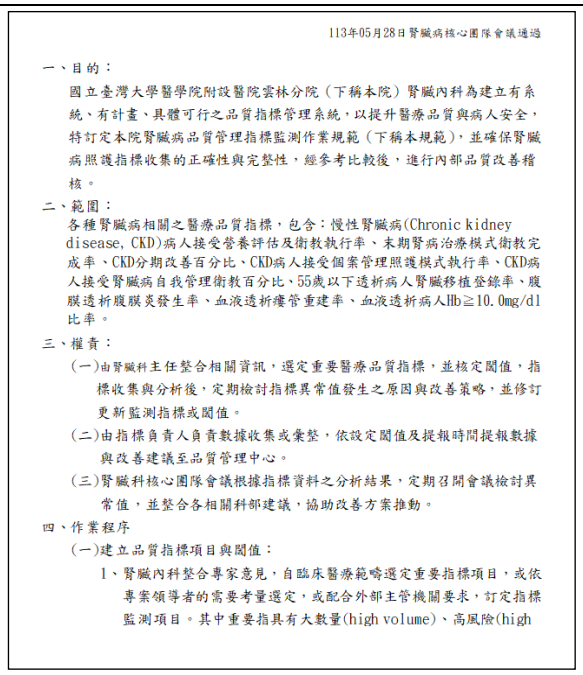
條　　號	3.1.2
條　　文	品質監測機制
自 評 等 級	●完全符合 ○部分符合 ○不符合

執行狀況說明

【符合 1】制訂品質監測指標設計、收集、審核、分析、回饋及改善的制度，確保資料收集的時效性、準確性、完整性，並有熟悉該疾病照護之專業人員負責執行。

一、為能具體客觀的評估臨床作業的運作及成效，將各作業之資料轉成量化之品質指標，本團隊制定「腎臟病品質管理指標監測作業規範」(圖 1)作為指標監測依據。指標監測包括過程、結果面指標，各項指標明定操作定義、監測頻率及閾值。

二、為確保照護指標收集正確與完整，制訂有「腎臟病臨床照護稽核計畫書」(圖 2)，目的為建立稽核機制，以確保指標收集之正確性。本團隊由腎臟病個管師及透析室護理長擔任指標蒐集員，每月透過 Portal 醫療系統-醫療管理報表系統匯出報表，負責彙整與分析資料，並進行初步判定，隨後由腎臟科李思穎醫師進行審核，當指標出現異常時，則提至核心團隊會議討論。



113年05月28日腎臟病核心團隊會議通過

一、目的：

國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院（下稱本院）腎臟內科為建立有系統、有計畫、具體可行之品質指標管理系統，以提升醫療品質與病人安全，特訂定本院腎臟病品質管理指標監測作業規範（下稱本規範），並確保腎臟病照護指標收集的正確性與完整性，經參考比較後，進行內部品質改善稽核。

二、範圍：

各種腎臟病相關之醫療品質指標，包含：慢性腎臟病(Chronic kidney disease, CKD)病人接受營養評估及衛教執行率、末期腎病治療模式衛教完成率、CKD分期改善百分比、CKD病人接受個案管理照護模式執行率、CKD病人接受腎臟病自我管理衛教百分比、55歲以下透析病人腎臟移植登錄率、腹膜透析腹膜炎發生率、血液透析瘻管重建率、血液透析病人Hb≧10.0mg/dl比率。

三、權責：

(一)由腎臟科主任整合相關資訊，選定重要醫療品質指標，並核定閾值，指標收集與分析後，定期檢討指標異常值發生之原因與改善策略，並修訂更新監測指標或閾值。

(二)由指標負責人負責數據收集或彙整，依設定閾值及提報時間提報數據與改善建議至品質管理中心。

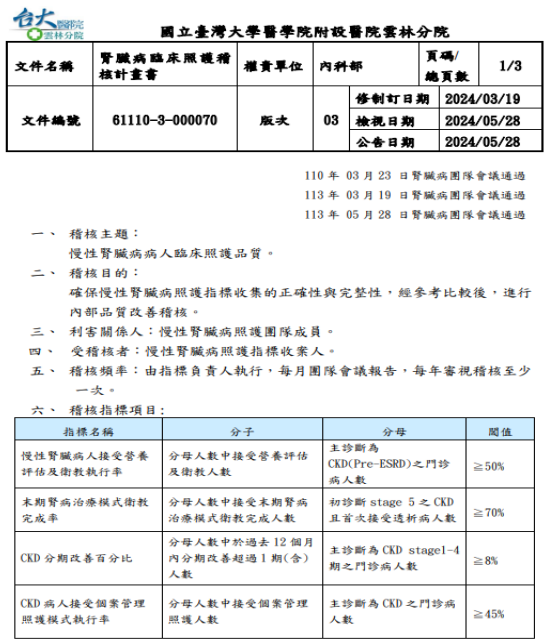
(三)腎臟科核心團隊會議根據指標資料之分析結果，定期召開會議檢討異常值，並整合各相關科部建議，協助改善方案推動。

四、作業程序

(一)建立品質指標項目與閾值：

1、腎臟內科整合專家意見，自臨床醫療範疇選定重要指標項目，或依專案領導者的需要考量選定，或配合外部主管機關要求，訂定指標監測項目。其中重要指具有大數量(high volume)、高風險(high

圖 1.腎臟病品質管理指標監測作業規範



國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院

文件名稱	腎臟病臨床照護稽核計畫書	權責單位	內科部		頁碼/總頁數	1/3
文件編號	61110-3-000070	版次	03	修制訂日期	2024/03/19	
				檢視日期	2024/05/28	
				公告日期	2024/05/28	

110 年 03 月 23 日腎臟病團隊會議通過
113 年 03 月 19 日腎臟病團隊會議通過
113 年 05 月 28 日腎臟病團隊會議通過

一、 稽核主題：
慢性腎臟病病人臨床照護品質。

二、 稽核目的：
確保慢性腎臟病照護指標收集的正確性與完整性，經參考比較後，進行內部品質改善稽核。

三、 利害關係人：慢性腎臟病照護團隊成員。

四、 受稽核者：慢性腎臟病照護指標收案人。

五、 稽核頻率：由指標負責人執行，每月團隊會議報告，每年審視稽核至少一次。

六、 稽核指標項目：

指標名稱	分子	分母	閾值
慢性腎臟病人接受營養評估及衛教執行率	分母人數中接受營養評估及衛教人數	主診斷為CKD(Pre-ESRD)之門診病人數	≧50%
末期腎病治療模式衛教完成率	分母人數中接受末期腎病治療模式衛教完成人數	初診斷 stage 5 之 CKD 且首次接受透析病人數	≧70%
CKD 分期改善百分比	分母人數中於過去 12 個月內分期改善超過 1 期(含)人數	主診斷為 CKD stage1-4 期之門診病人數	≧8%
CKD 病人接受個案管理照護模式執行率	分母人數中接受個案管理照護人數	主診斷為 CKD 之門診病人數	≧45%

圖 2. 腎臟病臨床照護稽核計畫書

【符合 2】對於機構內與指標收集與審核之相關人員有相關的培訓，並與品質管理相關單位人員進行討論，以確保執行正確性與一致性。

一、為確保品質指標正確性與一致性，腎臟病監測指標之審核人員（醫師）及收集人員(腎臟病個管師、透析室護理長)均接受指標培訓教育訓練(圖 3)，並依據團隊共同擬定之監測標，進行指標數據收集，從指標分子、分母定義及資料撈取來源等，先以人工統計原始資料庫數據，再比對資訊化資料庫數據，以進行覆核。

個人訓練紀錄：關若汎			部門：臺大雲林分院-內科部						
編號	課程名稱	內訓/外訓	面授/線上	類別	開課日期/開始日期	時數	開課單位	受訓日期	狀態
150614	雲林-品質指標收集、驗證與稽核	內訓	線上	6.3.4 病人安全-醫療品質改善手法	2023/5/29	2	雲林分院-品質管理中心	2024/5/14	已通過
169574	雲林-112年品質指標標竿學習研討會	內訓	線上	6.3病人安全	2023/11/20	4	雲林分院-品質管理中心	2024/2/29	已通過
個人訓練紀錄：鍾思羽			部門：臺大雲林分院-內科部						
編號	課程名稱	內訓/外訓	面授/線上	類別	開課日期/開始日期	時數	開課單位	受訓日期	狀態
150614	雲林-品質指標收集、驗證與稽核	內訓	線上	6.3.4 病人安全-醫療品質改善手法	2023/5/29	2	雲林分院-品質管理中心	2024/5/24	已通過
個人訓練紀錄：李思穎			部門：臺大雲林分院-內科部						
編號	課程名稱	內訓/外訓	面授/線上	類別	開課日期/開始日期	時數	開課單位	受訓日期	狀態
150614	雲林-品質指標收集、驗證與稽核	內訓	線上	6.3.4 病人安全-醫療品質改善手法	2023/5/29	2	雲林分院-品質管理中心	2024/5/28	已通過
個人訓練紀錄：林怡岑			部門：臺大雲林分院-內科部						
編號	課程名稱	內訓/外訓	面授/線上	類別	開課日期/開始日期	時數	開課單位	受訓日期	狀態
85126	總院-醫病共享決策推動經驗與SDM的運用	內訓	線上	6. 病人安全類	2021/1/8	1	雲林分院-品質管理中心	2024/5/28	已通過

圖 3.指標人員接受培訓課程訓練

【符合 3】指標項目之訂定依據臨床照護指引或實證醫學為基礎，並定期於團隊會議討論疾病照護品質監測結果。

一、腎臟疾病照護團隊依據本院「台大醫院雲林分院腎臟病照護指引」、K-DOQI Guideline 及「台灣慢性腎臟病照護指引」，並參考同儕團隊及醫療照護團隊共識，制定慢性腎病照護品質指標與閾值。定期監測，並於每月科部會議中報告及討論，以提升照護品質。

二、品質指標定期於病房暨品管會議、腹膜透析案例討論會、腎臟科科會……等會議中報告，針對未達閾值指標項目會以 PDCA 原則進行檢討、回覆改善計畫並持續追蹤。

三、以血液透析瘻管重建率為例：統計 2023 年「血液透析病人瘻管重建率」之品管指標監測報表，因動靜脈瘻管嚴重阻塞致瘻管重建率平均為 0.35 次/百人月，未達單位品管目標值＜0.26 次/百人月。深入了解動靜脈瘻管阻塞而致重建之原因，團隊透過擬定活動計畫，依時程進行品管活動及檢視作業流程、現場查核進行資料收集後分析確立主要問題：護理師未落實輪流穿刺部位、病人及照顧者未落實動靜脈瘻管照護及血液透析之瘻管穿刺技術內容規範不足，針對其要進行 PDCA 對策改善：辦理護理師動靜脈瘻管穿刺教育訓練、強化病人及主要照顧者動靜脈瘻管照護認知、修訂血液透析之瘻管穿刺技術查核表，瘻管重建率由 0.35 次/百人月下降至 0 次/百人月（圖 4）。

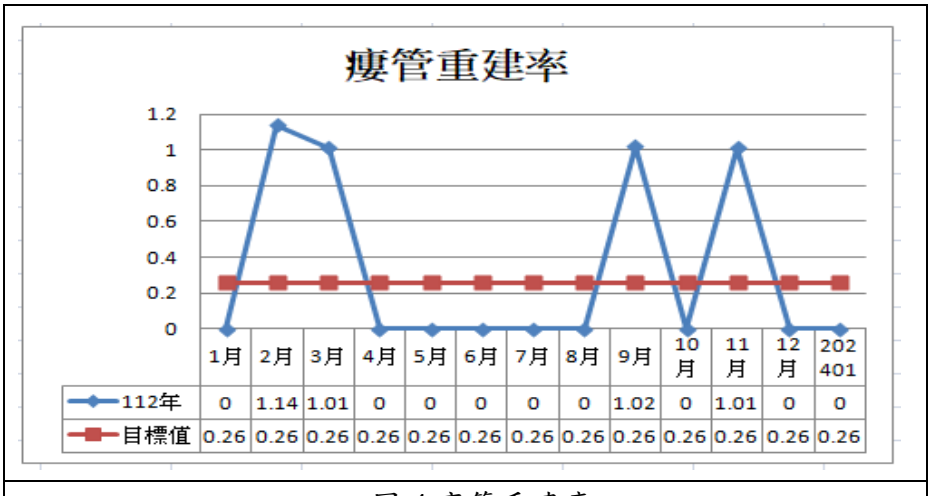


圖 4.瘻管重建率

條　　號	3.1.3
條　　文	臨床稽核機制
自 評 等 級	●完全符合 ○部分符合 ○不符合

執行狀況說明

【符合 1】依據品質監測機制，應定期進行稽核，以確保品質監測機制之正確性。

一、本團隊依據實證文獻擬定疾病照護指引及建立腎臟疾病照護品質指標監測機制，共 8 項指標，包括過程面 4 項與結果面 4 項(表 1)，並依據指標項目擬訂臨床稽核計畫書，由指標負責人每年至少進行一次內部稽核，同時由品質管理中心進行外部稽核，以確保指標收集正確與完整，作為內部品質改善及外部參考比較之依據。

表 1.腎臟疾病照護品質指標

流程	稽核指標	分子定義	分母定義
過程面	CKD 病人接受營養評估及衛教執行率	分母人數中接受營養評估及衛教人數	主診斷為 CKD (Pre-ESRD)之門診病人數
	末期腎病治療模式衛教完成率	分母人數中接受末期腎病治療模式衛教完人數	初診斷 stage 5 之 CKD 且首次接受透析病人數
	CKD 病人接受個案管理照護模式執行率	分母人數中接受個案管理照護人數	主診斷為 CKD 之門診病人數
	CKD 病人接受腎臟病自我管理衛教百分比	分母人數中接受腎臟病自我管理衛教人數	主診斷為 CKD 之門診病人數
結果面	腹膜透析腹膜炎發生率	發生腹膜炎感染件數	接受腹膜透析人月數
	血液透析瘻管重建率	血液透析瘻管重建人次數	接受血液透析人月數
	55 歲以下透析病人腎臟移植登錄率	分母人數中轉介腎臟移植登錄人數	55 歲以下門診透析人數
	CKD 分期改善百分比	分母人數中於過去 12 個月內分期改善超過 1 期（含）人數	主診斷為 CKD Stage1-4 期之門診病人數

二、腎臟病團隊依照本院「腎臟病管理指標監測作業規範」，指標數據若出現非預期之趨勢變化或顯著變異時，由腎臟科相關會議(例如：血液透析病人照護品質跨團隊會議、腹膜透析案例討論會，腎臟科科會)探討原因，並進行改善及評估成效。

三、稽核進行方式

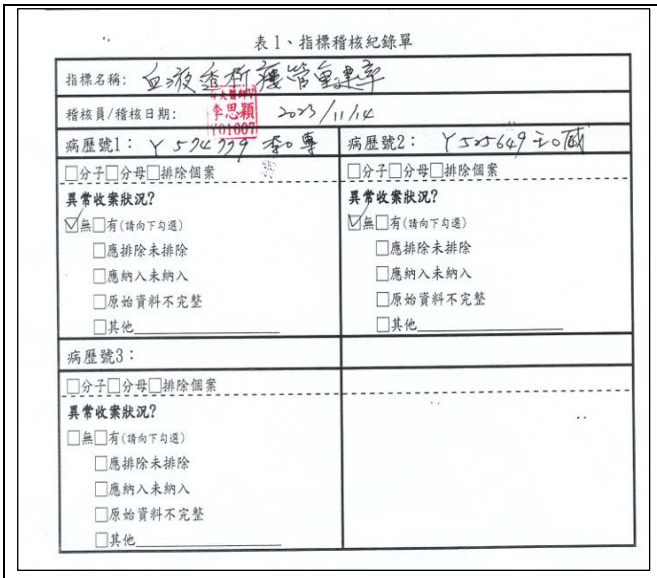
(一)內部稽核(由指標負責人執行)：

由指標審核負責人每年進行指標稽核至少一次，從當年度指標報表之病歷清單中抽審，每一項指標抽 3 位個案，逐一確認收案方式是否符合定義，並記錄於病歷審查紀錄單中(圖 1)，若隨機抽查之任一個案與收案定義不符，需分析原因並進行修正，修正完成後，重新收集資料，確認該修正符合收案定義。

(二) 外部稽核(由品質管理中心執行)：

外部稽核由品管中心指派負責人不定期至單位實地稽核，稽核過程中，從每一項指標抽出 3 位個案進行稽核(圖 2)，透過系統性的稽核，以發現指標收集標準是否存在不一致之處，或照護過

程中需要改善的項目，並即時回饋予單位，以協助團隊改進醫療服務的品質和效能。


表1、指標稽核紀錄單

指標名稱：血液透析穩管重建率

稽核員/稽核日期：李思穎 2023/11/16

病歷號1：Y596779 李○專

病歷號2：Y537649 王○威

病歷號3：

分子□分母□排除個案

異常收案狀況?

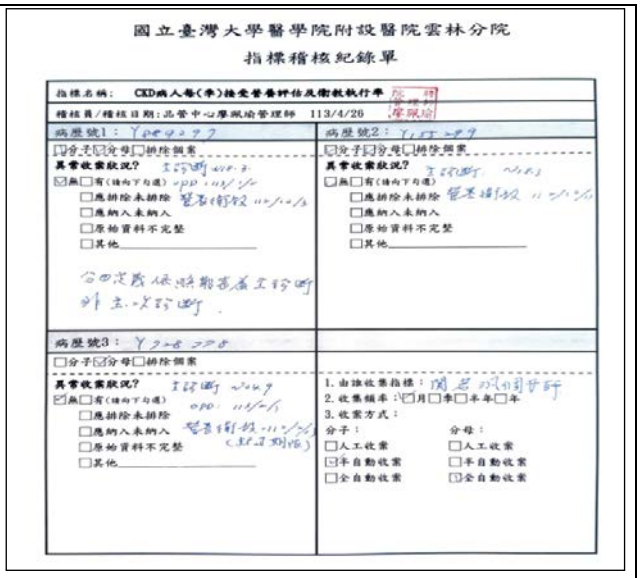
☑無□有(請向下勾選)

□應排除未排除

□應納入未納入

□原始資料不完整

□其他


國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院

指標稽核紀錄單

指標名稱：CKD病人每(季)檢查營養評估及衛教執行率

稽核員/稽核日期：品管中心專職協管理師 113/4/26

病歷號1：

病歷號2：

病歷號3：

圖1.指標審核主管內部稽核

圖2.品管中心稽核指標

【符合 2】團隊訂有臨床稽核結果之回饋機制。

一、臨床稽核在確保醫療機構運作達到預期的水準方面扮演重要角色，指標稽核的結果能夠提供反饋，協助團隊識別問題領域，制定改進計劃並追蹤進度。故本團隊每年進行指標臨床稽核，並將稽核結果提報至核心團隊會議，以讓團隊成員知悉；此外，個管師每月蒐集指標數據並於會議上報告，讓核心成員隨時掌握團隊運作狀況，此流程有助於團隊快速識別問題領域，制定改進計畫並追蹤進度，進而提升醫療照護品質與病人安全。

二、團隊除院內和科部的固定稽核評值與改善計畫外，也積極接受外部各項評鑑：

(一) 112 年接受台灣腎臟醫學會血液透析及腹膜透析院實地訪視評量，提升照護腎臟病病人的照護品質；113 年血液透析及腹膜透析院訪視評量通過。

(二) 112 年接受腎臟醫學會透析院所及衛生福利部疾管局與台灣感染管制學會感染控制訪查提升照護腎臟病病人的照護品質。

(三) 目前進行接受醫學中心評鑑，針對病房、門診，與透析單位的指標進行追蹤。

三、透析室針對技術稽核部份，為確保透析室成員具備熟練之專業技術，訂有技術評核機制且每年規劃評核技術項目定期稽核，由單位技術組小組組員稽核。目前血液透析護理師被稽核技術項目有：血液透析瘻管穿刺技術、血液透析雙腔導管傷口換藥技術、血液透析之透析器準備技術、輸備血技術及電擊器操作技術；腹膜透析護理師被稽核技術項目有：腹膜透析導管出口照護技術、腹膜透析換液流程技術。藉由技術評核強化護理師操作之熟練度，提升其透析照護品質。

條　　號	3.1.4
條　　文	就醫經驗調查
自 評 等 級	●完全符合 ○部分符合 ○不符合

執行狀況說明

1. 病人及家屬就醫經驗(Patient experience)：

(1)定期執行病人及家屬就醫經驗調查及分析：

■是，頻率：每年一次。(續答下題)；□否。

(2)依據病人及家屬之就醫經驗調查結果進行討論及改善項目：

血液透析室部份：針對透析室「等候透析治療的時間 30 分內我覺得合理」與「接受透析治療後您日常生活工作或活動有改善」二個項目進行改善。

【符合 1】評核該疾病病人及家屬對於疾病照護之看法及感受，進行就醫經驗調查，定期收集分析。

一、為更深入瞭解病人及其家屬的實際需求與滿意程度，每年由品質管理中心針對接受門診、住院、急診醫療服務之病人或家屬進行就醫經驗調查，此外，腎臟病照護團隊與品質管理中心合作，定期使用結構性問卷對透析室病人或其家屬進行就醫經驗的調查，以更全面瞭解病人及家屬對疾病照護的看法及感受，調查結果供作臨床照護品質的精進以及各項作業流程改造的依據，同時也可以作為團隊制定未來策略和發展目標的參考。

二、112 年就醫經驗與滿意度調查已全面資訊化，為門診、住院及急診病人及其家屬提供 QR code 以便在線上填答。每年進行一次分析並撰寫報告，並在團隊會議上進行檢討。

三、112 年下半年兩院區門診就醫經驗與滿意度調查有效份數 600 份，整體就醫滿意度達 89.4 分，相較 112 年上半年下降 2 分；住院就醫經驗與滿意度調查有效份數為 39 份，整體就醫滿意度達 94.8 分，低於全院住院整體滿意度 0.44 分，均有進行 PDCA 改善。

(一) 門診病人就醫經驗與滿意度調查，含醫師照護、護理照護、就醫過程、服務態度、等候時間、醫院環境等構面(滿分 5 分)，112 年調查結果，在護理照護方面其正面比例最低題項為「請問護理師能用您能了解的方式清楚回答您的問題」(90.48%)，但仍答達 90%以上。滿意度題項，多數題項滿意度達 90%以上，回饋團隊參考，以利後續改善計畫。

(二) 住院病人就醫經驗與滿意度調查，含醫師照護、護理照護、就醫過程、服務態度、等候時間、醫院環境等構面(滿分 5 分)，112 年調查結果，在護理照護方面其正面比例最低題項為「醫療人員是否確認您的身份」(93.85%)，回饋團隊參考針對滿意度最低項目，進行 PDCA 改善(圖 1)。

(三) 透析室病人醫經驗調查結果，調查對象為本院門診血液透析病人，含醫師照護、護理照護、就醫過程、服務態度、等候時間、醫院環境等構面(滿分 5 分)，112 年調查結果，在護理照護方面其正面比例最低題項為「接受透析治療後您日常生活工作或活動有改善」，滿意度 4.36 分，較 2022 年滿度度退步 0.56 分；另在等侯時間其正面比例最低題項為「等候透析治療的時間 30 分內我覺得合理」滿意度 4.28 分，較 2022 年滿度度退步 0.1 分，回饋團隊參考針對滿意度最低項目，進行 PDCA 改善（圖 2），分析改善如下：

1. 接受透析治療後您日常生活工作或活動有改善分析主要問題為：病人及照顧者對執行規律運動認知不足、護理師對血液透析病人從事規律運動認知不足。
2. 接受透析治療後您日常生活工作或活動有改善分析主要問題為：門診透析病人提早報到、住院病人延遲送入透析室或透析時變數導致結束時間延遲、透析機故障影響上機時間。
3. 改善對策為：護理人員於床邊示範透析病人雙下肢ROM運動、宣導透析室入院須知及其注

意事項，並張貼血液透析室報到機使用說明之海報於透析室大門口公告週知、利用中午等待透析治療時間，護理師進行團體衛教活動或以衛教機輪播衛教影片，強化病人透析認知並可分散等待時間之注意力（圖3-5）。

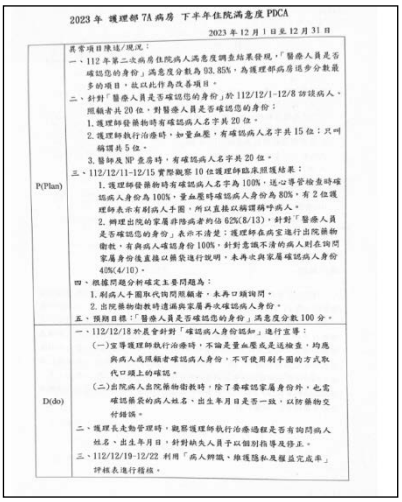


圖1. 病房滿意度PDCA



圖2. 血液透析滿意度PDCA





圖3. 護理師床邊運動教學



圖4.報到機使用說明之海報



圖5.衛教機輪播衛教影片

條　　號	3.2.1
條　　文	警訊事件及異常事件之通報管理流程
自 評 等 級	●完全符合 ○部分符合 ○不符合

執行狀況說明

1. 腎臟病照護發生跡近錯失、警訊事件及異常事件的次數：

年度	跡近錯失次數	警訊事件次數	異常事件次數
前一年度（填表日前一年 1 月 1 日至 12 月 31 日）	1	0	13
當年度（至填表日）	0	0	7

【符合 1】依據疾病特性，辨識病人處置照護過程可能發生之警訊或異常事件，並建立病人安全通報及檢討機制。

一、為確保全體員工明確了解並尊重病人的價值觀、自主權及需求，並讓病人及家屬了解就醫的權利與責任，從而保護病人安全及隱私，鼓勵病人及家屬參與醫療決策，確保病人醫療照護品質，減少病人就醫程序疑慮，預防不良事件發生，建構安全的醫療環境；院方制定「安全事件通報暨管理規範」、「異常事件通報及處理作業標準」，品管中心每年制定「醫療品質暨病人安全工作計畫」，以配合醫策會訂定的病人安全目標。本照護團隊按照病人安全目標的要求落實執行，以確保病人安全。

二、與醫療不良事件(Medical Adverse Event)皆可進行安全事件通報，共 16 類通報，如：跌倒、藥物、管路、問題醫材、手術、輸血、醫療、公共意外、治安、傷害、急救、檢查/檢驗/切片等。

三、為提供安全的醫療作業環境及病人診療照護的安全性，建立以不懲罰為原則之通報機制，鼓勵本院同仁依據「異常事件通報及處理作業標準」進行異常事通報，以減少病人於門診、急診及住院期間發生異常事件及避免類似事件重覆發生；通報原則具保密性、自發性、非懲罰性，重點為改善問題，而非歸咎責任，事情發生後 24 小時內線上通報，事發單位須針對事件進行分析，改善團隊依據院內制定辦法以照護病人為中心，照護過程中發生任何病人安全事件，無論其健康影響程度之嚴重度，均進行內部病人安全事件通報，找出真因擬定改善對策以預防類似事件再次發生。

【符合 2】如發生跡近錯失、警訊事件及異常事件，有追蹤、分析、檢討改善之流程。

一、跡近錯失、異常事件改善流程：病人安全預防性事件通報事件，進入通報流程後即品質管理中心追蹤列管，並依事件內容需要會簽相關單位並進行改善，除每月由品質管理中心統計分析病人安全異常事件通報件數，並每季呈報於品質暨病人安全委員會報告改善成果；另品管中心會依醫療不良事件情況視需要成立專案小組因應。

二、警訊事件改善流程：若分級為 1 或 2 級事件或需深入檢討之事件，則進行 RCA，並於事件發生或事件通報 45 天內完成根本原因分析檢討，研擬改善方案並作調查事件報告，調查報告將呈報至品質暨病人安全委員會報告改善成果，並視需要作為院內教育訓練教材，品質管理中心後續持續追蹤改善策略執行情形及是否相同原因再次發生。

【符合 3】運用事件分析結果，改善相關執行作法。

一、透析室之相關病人安全通報事件類別及傷害程度(統計區間：110 年 1 月至 112 年 12 月)，事件當事人無死亡或中重度傷害(表 1)。

表1. 透析室病人安全通報事件表

類別	Near Miss	無傷害	輕度	中度	病情	總計
跌倒	0	2	1	0	0	3
問題醫材	0	1	0	0	0	1
藥物	0	3	0	0	0	3
管路	0	0	0	0	0	0
急救	0	0	0	0	6	6
總計	0	6	1	0	6	13

二、透析室之病人安全異常事件，明訂作業規範處置、通報及檢討流程，並於腎臟科科會進行相關檢討與改善，透析室照護單位之相關病人安全通報事件(如表 2)。

表2 .透析室病人安全通報事件

類別	事件簡述	改善說明
跌倒	透析病人結束透析治療後，步行洗腎室門外測量體重，主訴當時排隊準備測量體重時，覺得頭暈蹲下，坐地後背靠地，自訴早上趕著來洗腎故無用早餐，覺得無力才會突然跌倒，有撞到臀部感到疼痛，協助至急診就醫相關檢查，檢查正常及無身體不適情形	1.增加上機問候語：有用餐了嗎？ 宣導病人一定要用餐，勿空腹來透析治療。 2.11/7 於病房暨品管會議中宣導。 3.報到機旁新增扶手欄杆。
藥物	透析室發生 3 件給藥異常事件，源自於給藥階段錯誤遺漏給藥及未進行三讀五對而造成給藥劑量錯誤。	通報異常事件個案檢討並進行單位內宣導改善。
問題醫材	洗腎透析時發生壓力監測保護套(Protector)逆衝情況，導致透析機台感應異常出現警報器響起，需重新更換新的保護套	1.查此資材碼 20224805 品名: 三合一透析管路，屬體系合約，合先敘明。 2.廠商已知醫材瑕疵之情形，1/15 已完成新品換貨，並告知廠商加強品管。
急救	透析室發 6 件急救事件，大多為透析期間血壓持續下降致意識改變，趕血回體內亦無改善，隨後發生不預期心跳停止之情形。	1.通報異常事件個案檢討並進行單位內宣導改善及腎臟科科會檢討。 2.急救事件需會提不預期CPR會議討論。

條　　號	3.3.1
條　　文	疾病照護品質提升專案
自　評　等　級	●完全符合 ○部分符合 ○不符合

執行狀況說明

【符合 1】使用品質提升工具，以疾病照護層面整合及分析資料。

一、腎臟病照護團隊針對品質提升主要以 PDCA 循環及流程管理(流程程序圖)，進行持續性品質改善活動，運用統計數據分析，提供照護團隊能即時依病人疾病進展做出判斷與決策。

二、本院運用 RED Cap 系統追蹤並分析，於 108 年 9 月先試行以紙本單張方式向個案進行末期腎臟衛教指導，另於 109 年 10 月團隊優化 SDM 推動模式改由資訊化上線，109 年 9 月至 113 年 1 月啟動 SDM 人次為 721 人次，完成成效評估並決定末期選擇方向為 380 人次，選擇血液透析佔 69%、腹膜透析佔 19%、轉介腎臟移植佔 3%、安寧緩和佔 8%，依據病人選擇方向，腎臟科個管師提供相關醫療照護資訊：若選擇血液透析則協助預約心血管外科；若選擇腹膜透析則協助預約一般外科；拒絕透析者則視病人情形，於原腎臟病團隊或轉介安寧照護團隊進行後續疾病照護評估；而選擇腎臟移植者，若有五等親內親屬有意願捐腎者，也會轉介至有腎臟移植門診之院所進行評估。

三、為降低腹膜透析導管出口感染率，本院於 112 年運用 PDCA 手法，擬定改善措施包含：(1)加強病人於淋浴後導管出口照護之指導。(2)強化病人及主要照顧者居家換液護理技術。(3)居家透析照護流程再造。經由措施的介入，113 年 1-3 月長期腹膜透析病人導管感染率為 0.2 次/百人月。

四、為降低血液透析動靜脈瘻管重建率，於 112 年運用 PDCA 手法，擬定改善措施包含：(1)辦理護理師動靜脈瘻管穿刺教育訓練。(2)強化病人及主要照顧者動靜脈瘻管照護認知。(3)修訂血液透析之瘻管穿刺技術查核表。經由措施的介入，113 年 1-3 月血液透析動靜脈瘻管重建率為 0 次/百人月。

五、依據血液透析醫療機構感染管制措施指引，配合國家 C 肝防治政策，單位透過每年定期「全面篩檢」，並轉介肝膽腸胃科門診追蹤，109-112 年共有 37 位原 C 肝透析病人成功治療痊癒，且針對 C 肝透析痊癒病人進行追蹤管理。

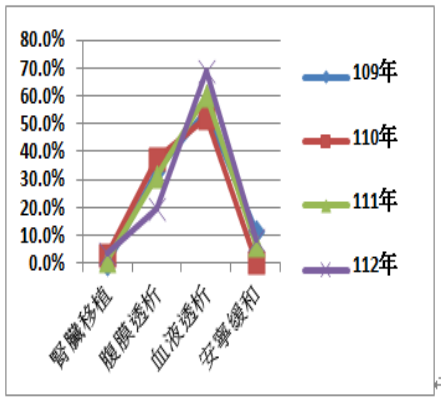


圖 1. SDM 結果分析



圖 2.導管感染率 PDCA



圖 3.動靜脈瘻管重建率 PDCA

【符合 2】運用品質監測指標收集分析結果，品質監測管理人員應將數值訊息適時回饋團隊，作為輔助管理營運決策及疾病照護改善之依據。

一、本院定期召開「腎臟病核心團隊會議」，於會議中提報八項品質數據，包含：(1)CKD 病人接受

營養評估及衛教執行率(2)末期腎病治療模式衛教完成率(3)CKD 病人接受個案管理照護模式執行率(4)CKD 病人接受腎臟病自我管理衛教百分比(5)腹膜透析腹膜炎發生率(6)血液透析瘻管重建率(7)55 歲以下透析病人腎臟移植登錄率(8)CKD 分期改善百分比。定期收集指標並監測數據，遇有異常情形由腎臟內科與相關單位進一步分析並於會議中檢討未達閾值指標之原因，並進行改善方案。

【符合 3】過去 2 年有推動疾病照護品質提升專案且具成效，且專案成員需包含跨領域成員。

一、109 年優化 SDM 推動模式改由資訊化上線，112 年團隊參與醫策會醫病共享決策醫療機構實踐運動競賽，以主題：「我該透析了嗎?談透析治療的選擇」，獲得優秀團體獎及創新獎。

二、多元策略降低血液透析居家跌倒發生率之專案：血液透析病人跌倒傷害遠高於一般族群，像是病人會因腎性骨病變，跌倒後造成骨折的風險遽增等，衍伸出後續住院及行動不便問題；血液透析室針對血液透析居家跌倒發生率進行專案改善，單位護理師與腎臟科、物理治療師共同合作，團隊共同增修透析運動與預防居家跌倒指導單張、發展居家防跌行為之媒體影音指導、設計透析病人增強下肢運動及建構用藥機制，專案實施後血液透析居家跌倒發生率由改善前 0.138%下降至 0.014%，獲得 112 年院內 TQM 品質管理活動「銅獎」(圖 1)。

三、降低血液透析病人高血磷發生率之專案: 末期腎臟衰竭病人無法有效的將磷排出體外，造成高血磷，長期累積易導致併發症產生；112 年進行專案改善，單位護理師與腎臟科、物理治療師共同合作，團隊共同設計互動遊戲-七巧『磷』瓏拼圖、設計個別化鈣磷結合劑外出醒目藥盒、設計個別化鈣磷結合劑外出醒目藥盒、製作四國語言衛教單張、衛教影片，結合床邊衛教機器人播放、設計高血磷飲食、高血磷併發症大圖示海報，專案實施後血液透析高血磷發生率由改善前 29.3%下降至 19.4%，獲得 112 年院內 TQM 品質管理活動「佳作」(圖 2～3)。



圖 1.居家防跌行為之媒體影音



圖 2.七巧『磷』瓏拼圖

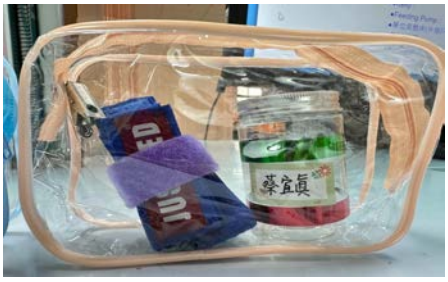


圖 3.鈣磷結合劑外出醒目藥盒

【符合 4】醫療品質提升專案成果內化為醫療機構經常性措施。

一、109 年優化 SDM 推動模式改資訊化上線，運用 RED Cap 系統追蹤並分析，推廣至今，每年核心團隊會議固定追蹤成果，進而推動到病房及門診，將此醫療決策策略內化成經常性醫療措施。

二、血液透析室運用專案改善皆具成效，且團隊將改善對策內化成為照護流程，列入日常管理，且定期會議中追蹤執行成效。

條　　號	3.3.2
條　　文	臨床成效分析
自 評 等 級	●完全符合 ○部分符合 ○不符合

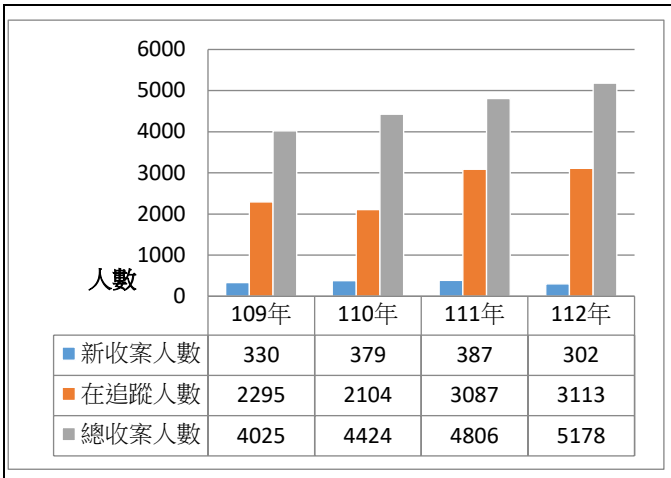
執行狀況說明

【符合 1】對於疾病照護計畫執行狀況應有監測執行成效之機制，如：死亡率、併發症、症狀減除、功能恢復等。

一、本團隊遵從照護計畫執行，每季持續監測腎臟病照護品質。

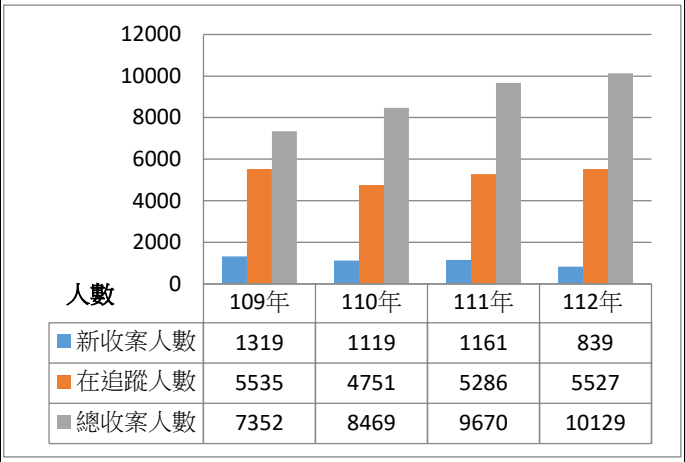
(一) 本院 Pre-ESRD 照護計畫至 113 年 5 月在案追蹤病人數為 2222 人，每年新增加的個案數約為三百多人。完成護理衛教比例每年皆達 90%以上(圖 1)。

(二) 本院 Early-CKD 照護計畫至 113 年 5 月在案追蹤病人數為 5676 人，每年新增加的個案數約一千多人(圖 2)。



	109年	110年	111年	112年
新收案人數	330	379	387	302
在追蹤人數	2295	2104	3087	3113
總收案人數	4025	4424	4806	5178

圖 1 .Pre-ESRD 照護計畫收案人次



	109年	110年	111年	112年
新收案人數	1319	1119	1161	839
在追蹤人數	5535	4751	5286	5527
總收案人數	7352	8469	9670	10129

圖 2 . Early CKD 照護計畫收案人次

二、團隊每年監測照護執行成效，照護品質成果表現情形，統整 109-112 年：血壓控制＜140/90 mmHg 比率達 65.1%、糖化血色素比＜7 比率達 64%、低密度脂蛋白控制<130mg/dl 的比率亦達 91.8%。

三、給予 CKD 病人個別性護理衛教指導，追蹤各項指標護理指導成效，統計 110-113 年 CKD 各項指標包括:末期腎病治療模式衛教完成率、CKD 病人接受個案管理照護模式執行率、CKD 病人接受 腎臟病自我管理衛教執行率、CKD 分期改善百分比。其中 112 年 CKD 分期改善百分比每季數值 9.4%、7.4%、6.8%，12.6%，顯示團隊介入追蹤衛教治療可有效提升腎臟功能恢復(圖 3)。

四、經由團隊完整且持續性的衛教照護，提供末期腎臟病前期病人在進入透析前，進行了解末期腎病治療模式，讓病人可以藉由充分了解不同治療模式的優缺點，減少對療程焦慮，參與自己的照護決策，找出最適合病人的治療模式。常規追蹤末期腎病治療模式衛教完成率，每季數值 79.2%、71.9%、88.5%，84%，顯示腎臟病收案個案中，皆有接受末期腎病治療模式衛教完成人數(圖 4)。

五、於111年開始，藥師加入門診腎臟病團隊照護服務，於固定門診時段，安排收案病人進行藥事衛教服務。讓病人可以多方面接受到腎臟病照護識能，並且由專業藥師審視病人他處所開立藥物，整合評估病人用藥，提供醫師在醫療照護上的建議。截至目前，統計111年至112年，規則接受藥事衛教服務的人次顯著增加(圖5)。

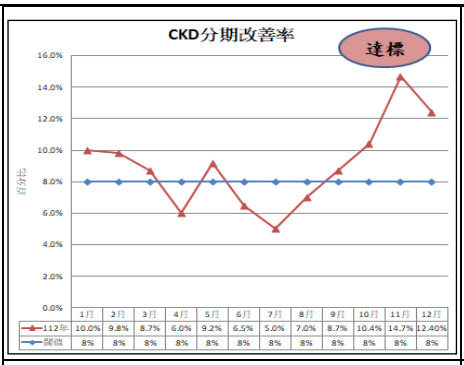


圖3 .CKD分期改善百分比

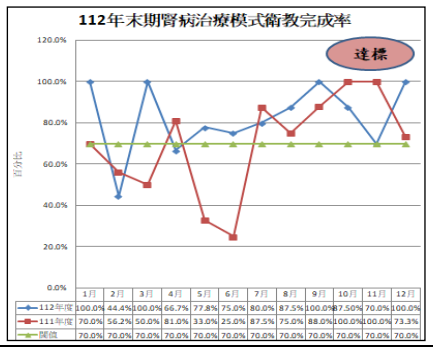


圖4.末期腎病治療模式衛教完成率

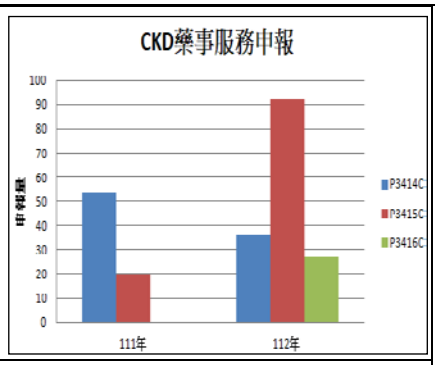


圖5.腎臟病藥事服務衛教

六、依據血液透析醫療機構感染管制措施指引，配合國家C肝防治政策，單位透過每年定期「全面篩檢」，並轉介肝膽腸胃科門診追蹤，109-112年共有37位原C肝透析病人成功治療痊癒，且針對C肝透析痊癒病人進行追蹤管理。

七、血液透析室降低血液透析病人高血磷發生率改善專案，藉由跨團隊討論及運用創新護理對策、舉辦藥物指導講座，專案實施後血液透析病人血磷值≧ 5.5mg/dl之發生率由29.3%下降至19.4%，成效良好(圖6)。

八、腹膜透析室降低「腹膜透析導管出口感染率」之改善專案，透過PDCA及醫護團隊合作討論對策，專案實施後，降低腹膜透析導管出口感染率，由0.6次/百人月下降至0次/百人月，成效良好(圖7)。

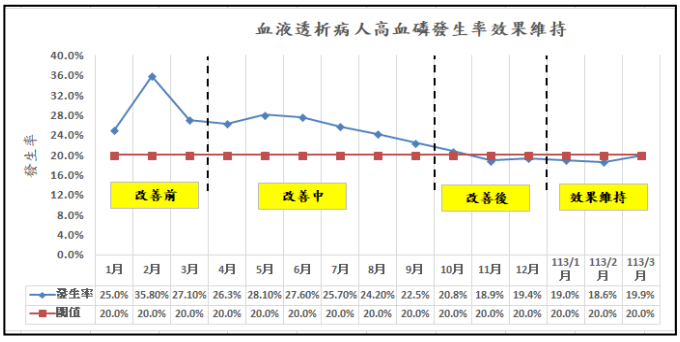


圖6.高血磷發生率

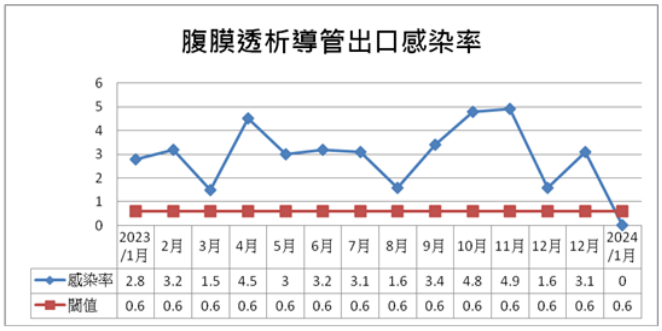


圖7.腹膜透析導管出口感染率

九、腎性貧血是末期腎臟病人最常見臨床問題，嚴重時醫療使用率也相對提高；為提升血液透析病人血色素值≧10g/dl，目標值為其達成率≧65%，故進行專案改善。單位護理師與腎臟科、營養室跨團隊共同合作進行現況分析及改善對策，團隊共同建構門診病人抗凝劑監測管理機制、修訂鐵劑補充流程、規劃腎友團體衛教活動及獎勵辦法、發展多元化貧血衛教工具。專案實施後血液透析病人血色素值≧10g/dl之達成率由58.4%提升至70.9%，109年專案實施至今其達成率仍達目標值，成效良好（圖8～9）。



圖8.腎友團體衛教



圖9.貧血衛教工具

條　　號	3.3.3
條　　文	醫療資源之整合與利用分析
自 評 等 級	●完全符合 ○部分符合 ○不符合

執行狀況說明

【符合 1】對於疾病照護計畫執行狀況，應對於醫療資源的整合與利用，有監測執行成效之機制，如：醫療成本、社區資源、明智選擇(Choosing Wisely) 、數位轉型等，並可分析導入整合照護模式前、後於成本與資源之差異。

一、減少無效醫療(明智選擇Choosing Wisely)

醫病共享決策（Shared Deci sion Making, SDM):「主題：我該透析了嗎?談透析治療的選擇」

(一) 腎臟照護團隊針對末期腎臟病前期病人的照護，結合團隊及跨科部門的力量。根據現況收集相關資料及文獻參考，取得共識，共同制定 SDM，並設定執行過程。透過 PDA 決策輔助工具以及溝通技巧，醫療人員能夠根據病人的需求引導他們表達自己的想法。此想法能夠與醫護團隊共同討論，從而對未來治療做出決策。

(二) 透過 SDM 之方法能夠提高透析治療前的準備程度，減少住院機率；完整的衛教照護不僅能減少緊急透析引起的併發症，延緩進入透析時程，還能有效減少醫療成本的支出。

(三) 依照腎臟病整合照護平台，統計 109 至 113 年進入透析之 Stage5 CKD 收案病人中，選擇血液透析病人且預先做好周邊血管通路之比例為 33%，選擇腹膜透析病人且預先作好腹膜透析導管之比例為 70.2%，沒有使用暫時性導管透析之比例為 54.3%(圖 1)。

(四) 本團隊自 110 年起，開始實施病房腎臟病住院病人照護計畫，截至 112 年兩院區共有 327 名病人參與啟動病房共同照護計畫，與營養師及藥師合作進行共同跨團隊的照護;出院後回到腎臟科門診持續追蹤治療，進入 Pre-ESRD 或 AKD 收案。追蹤病房共照執行成果，後續回到腎臟科門診的人數為 72.5%，有透析模式選擇需求啟動 SDM 的人數為 79.8%（圖 2）。

(五) 統計 109 年至 112 年 SDM 相關成果分析：選擇血液透析 233 人次，選擇腹膜透析 107 人次(表 1)。介入後，醫療人員和病人能夠共同分享現有的實證醫療結果，提供病人可考量的選擇；並且引導病人表達自己的想法，有助於慢性腎臟疾病的病人選擇腎臟替代療法、或不透析接受緩和治療；滿足病人的期望，選擇最適合病人的治療方針；也在返診時持續追蹤病人後續的選擇結果，並提供更適合病人相關的衛教與治療。

表1. 109年至112年CKD病人執行SDM成果統計(人次)

年分	109 年	110 年	111 年	112 年
腎臟移植	0	2	1	5
腹膜透析	20	29	28	30
血液透析	33	40	54	106
安寧緩和	7	6	6	13
總數	60	77	89	154


2、進入透析之Stage 5 CKD病患照護品質

2-1、Stage 5 病患進入 ESRD(HD+PD+移植)而結案總人數：313 人

照護品質指標項目	人數
1. 使用EPO的人數	105 人，33.55%
2. Hb > 8.5 g/dl的人數 (最後一次)	148 人，47.28%
3. Serum albumin > 3.5g/dl(BCG)或者 > 3.0g/dl(BCP)的病人比例(最後一次)	206 人，65.81%
4. 選擇腹膜透析病人數及比例	37 人，11.82%
5. 選擇HD病患有預先做好慢性血管通路(不含使用Prem cath執行首透)的人數	91 人，32.97%
6. 選擇PD病患有預先作好腹膜透析導管的人數	26 人，70.27%
7. 沒有使用暫時性導管透析的人數(含使用Perm cath執行首透)	170 人，54.31%
8. 由門診開始進入透析治療的人數	119 人，38.02%
9. 完成腹膜衛教的人數(回推一年)	285 人，91.05%
10. 完成腹膜衛教的人數(區域區間內)	282 人，90.1%
11. 完成營養衛教的人數(回推一年)	91 人，29.07%
12. 完成營養衛教的人數(區域區間內)	156 人，49.84%
13. Stage5結案病患退院超過6個月之人數	313 人，100%
14. Stage5結案病患退院超過3個月之人數	313 人，100%
15. 完成「末期腎臟病病患治療模式選擇之充份告知機制」衛教表的人數	166 人，53.04%

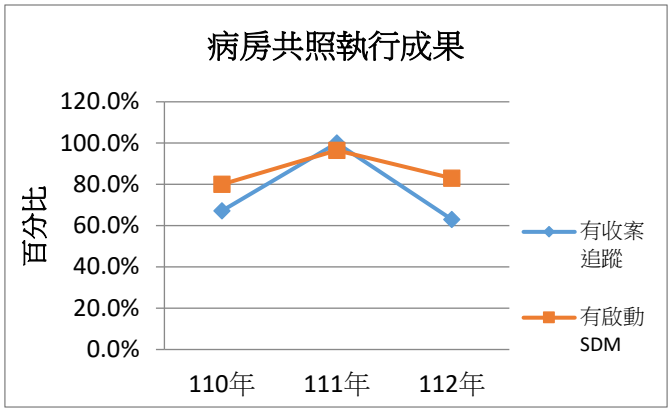


圖1.病房共照啟動人數

圖2.共照後續追蹤

二、復原力

透析病人新冠肺炎疫苗接種率

(一) 面對新冠肺炎的威脅，透析室配合政府機關防疫政策，積極鼓勵醫院的透析病人接受疫苗注射，並規劃 COVID-19 疫苗施打期程及造冊，且施打後持續性提後續照護追蹤。COVID-19 疫苗接種人口涵蓋率第一劑 91.3%、第二劑 86.2%、第二次追加劑 72.8%。本院透析病人的疫苗接種率(表 2)。

表 2.本院透析病人接受新冠肺炎疫苗之接種比率

項目	總人數	第三劑完成率	第二劑完成率	第一劑完成率
HD	337	72.8%	86.2%	91.3%
PD	66	33.3%	63.0%	78.4%

三、數位應用

(一) 衛教機器人：112 年透析室導入衛教機器人，內含共有 115 部國台語疾病照護衛教影片，提供病人多元化衛教方式，針對透析病人共病症照護及其飲食攝取可個別性給予衛教指導入前進行 10 位病人前測 64 分，後測可達 90 分(提升 26 分)，滿意度為 92 分。

(二) LINE 衛教 APP：腹膜透析室設計行動衛教 App，畫面簡潔容易上手，不僅有圖片支援還能連結影片，幫助病人解決大部分常見問題，例如：技術操作、自我照護、飲食選擇等。



圖 3.衛教機器人



圖 4.疾病照護衛教影片



圖 5. LINE 衛教 APP

條　　號	3.3.4
條　　文	資訊化成效
自 評 等 級	●完全符合 ○部分符合 ○不符合

執行狀況說明

【符合 1】藉由資訊化作業流程增進及輔助團隊運作。

一、本院在資訊作業上引用Microsoft 365系統，本團隊運用此系統中的Teams建立「CKD照護團隊」群組，運用此軟體幫助CKD團隊達到以下的目標：

(一) 提供即時的資訊和回饋。

(二) 增進核心團隊成員之間的溝通和合作，例如使用聊天功能來討論個案、使用視訊會議來進行跨部門的會議、使用共用檔案功能來建立和更新 CKD 團隊的計畫書與指引等資料。

(三) 使用 Teams 團隊將疾病認證追蹤資料紀錄，同時提供必要最新醫策會相關訊息。

二、本院Portal醫療系統設有「溝通平台」，能夠讓醫療照護人員在照護病人時，除電話聯絡外，也可運用此平台發送訊息給相關醫療照護人員，即時雙向溝通，有效解決門診及住院病人照護問題。此平台可作為醫師、個管師及各團員間溝通管道，醫療專業人員可以交換資訊、討論治療計畫、分享病人進展情況確保病人全面高效的照護，解決門診及住院照護過程中出現的任何問題或挑戰。

三、為提升透析病人醫療照護品質及簡化工作流程，導入血液透析資訊系統(HDS)。該系統包括透析排程、透析用藥、醫護交班、洗腎機和體重數據連線輸出、透析記錄、透析品質管理、帳務管理及統計等功能，其中洗腎機數據連線輸出直接將數據傳送到透析記錄電子表單，即使病人在加護病房接受血液透析治療，洗腎機數據也可直接傳送到透析紀錄電子表單。透過血液透析管理資訊系統，工作人員能夠簡化工作流程，並結合先進的資訊化資料管理，有效整合透析病人的各種醫療資訊，協助醫療團隊的照護溝通，從而提升透析病人的醫療照護品質。

四、血液透析資訊系統(HDS)除簡化工作流程外，另又透過系統優化醫療照護管理：

(一) 因應疫情 HDS 新增電子版 TOCC 評估紀錄，及早發現潛在確診者以防止群聚傳播。

(二) 多功能血液淨化裝置治療及緩慢低效率血液透析過濾術治療之參數資訊傳遞，直接將數據傳送到透析記錄電子表單。

【符合 2】透過資訊化的資料彙整，可提供管理階層決策使用。

一、團隊目前利用REDCap系統蒐集資料，藉由資訊化作業流程來增進輔助CKD疾病品質改善及運作，且此系統亦能透過權限共有提供給管理者參考，在管理中的病人，REDCap的資訊化優點有：

(一) 數據收集：REDCap 提供安全的平台，可以用於建立和管理線上調查和數據庫，幫助收集 CKD 病人相關數據(例如病史、症狀、治療反應等)。

(二) 研究支持：REDCap 可用於收集幾乎任何類型的數據，並支持線上和離線數據採集，在對進行 CKD 相關資料之監測與統整助益甚多。

(三) 數據安全：提供加密傳輸和安全性高的數據儲存，確保數據安全。

(四) 便利性：只需使用瀏覽器可線上操作，另提供 App 下載離線操作，目前應用如下：

1. 本院腎臟病醫療品質滿意度調查採用 REDCap 系統建置滿意度調查表，透過線上調查操作後，系統進行資料蒐集與統計。
2. 院內醫療 Portal 系統內的醫病共享決策經由開啟與點選後，REDCap 系統可進行專案管理，透過儀表板、報表管理等供使用者進行檢視與統計。



圖 1 .REDCap 系統



圖 2.REDCap 數據統計

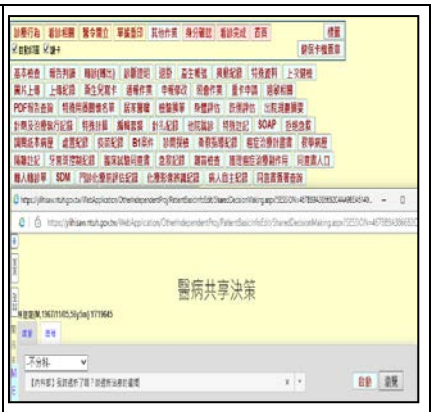


圖 3 .Portal 系統內醫病共享

【符合 3】藉由適當的會議，分析討論相關資訊，分析之結果可運用於醫療照護品質改善並持續進行。

一、團隊每月由CKD個管師透過腎臟病共同照護平台系統內之管理報表功能進行品質監測指標的收集和統計（圖4-5）。於CKD核心會議上，進行結果分析報告，並針對未達閾值的情況討論品質改善策略。

二、醫療照護品質指標不僅在CKD會議中進行討論和分析，還用於改善醫療照護品質。目前正在與總院內部Portal行政系統-醫療智慧決策支援系統討論建立CKD指標儀表板BI。透過資訊的統計和分析，提供給相關人員或院內長官檢視。

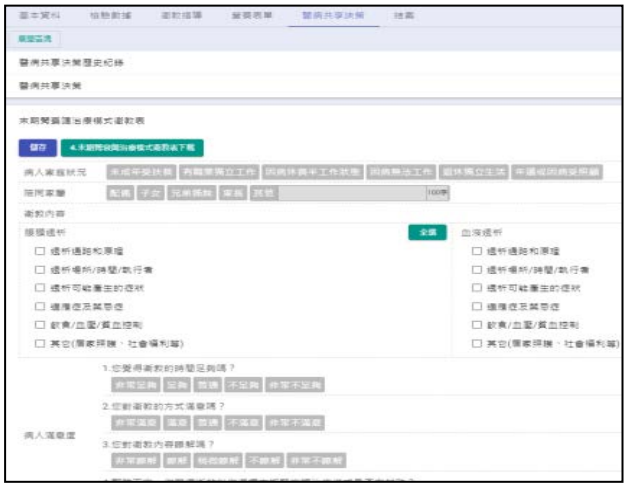


圖 4.腎臟病共同照護平台

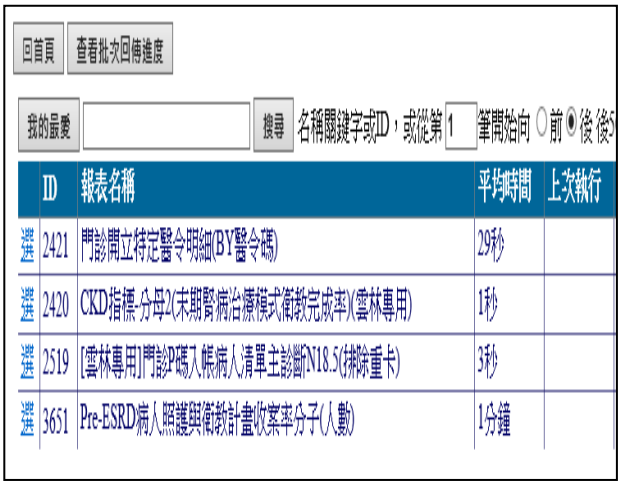


圖 5.醫療系統管理報表

條　　號	3.3.5
條　　文	創新照護特色展現
自 評 等 級	●完全符合 ○部分符合 ○不符合

執行狀況說明

【符合 1】有進行資源整合及提出創新照護特色內容、模式之作為。

一、慢性腎臟病防治由醫院推廣至社區，由社區至校園持續推動。

團隊從醫院內部定期舉辦的健康講座(圖 1-3)，規則舉辦腎友會，經歷過腎臟病醫學會每年計畫說明後，始與本院健康促進計畫，入職場、校園及地方社區，同時固定參加腎臟醫學會與台中榮民總醫院合作舉辦的愛腎、護腎園遊會，藉由桌遊方式擺設攤位，今年因應健康醫院促進計畫轉型，將配合跨科別共同衛生局、所舉辦相關課程。

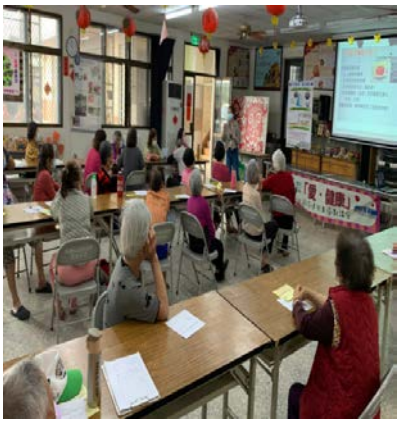


圖 1.長者社區講座



圖 2.校園健康講座



圖 3.職場健康講座

二、透析照護團隊

透析室針對血液透析病人，以創新思維的方式來解決醫療護理臨床問題。護理師在臨床照護上，發現放置暫時性導管(Tunneled cuffed catheter)病人，因穿著衣服不適當而拉扯管路及護理師操作管路消毒上不方便，而創新研發多功能透析機能衣服，取得專利申請。111 年進行技術轉移後，112 年拍攝微電影並參加中華民國護理師護士公會全國聯合會-「國際護理創意獎暨坎城未來獅培訓計畫」，主題：「透析室裡的第二生命」，榮獲銀獎及社群媒體影響力獎；112 年多功能透析機能衣服共銷售 29 件。

【符合 2】能配合醫學發展趨勢，導入創新照護技術、照護模式，展現機構照護特色。

一、建構急性腎損傷病人警示提醒系統

本團隊於 113 年開始推動 AKD 執行流程，從病房提醒機制到門診頁面預先設定，使醫師在個案進入門診回診後，即可執行腎臟病照顧計畫，同時，能夠協助 AKD 病人進行藥物及營養衛教，提高病人出院後回診腎臟率及準確收案照護率。透過改善資訊系統，可以識別住院期間發生 AKD 的病人，並在出院時提醒醫療人員協助病人轉介至腎臟科。在門診完成 AKD 收案後，個管師可以根據提醒報表名單追蹤個案的就醫情況（圖 4）。

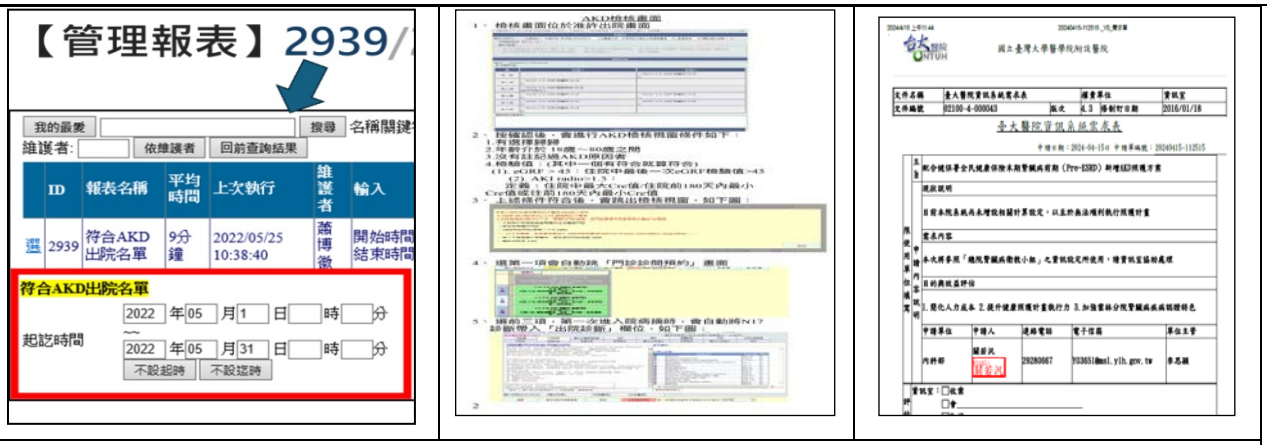


圖 4. AKD 資訊化報表

二、 醫共醫病共享決策醫療機構實踐運動

108 年開始腎臟病照護團隊開始實行 SDM，針對患有慢性腎臟病第五期並接受腎臟專科醫師治療或準備接受腎臟替代治療的病人，匯集透析室團隊進行治療方針討論，根據實證資料制定「我該透析了嗎？談透析治療選擇」之 SDM 執行過程。該過程利用 PDA 決策輔助工具與 REDCap 電子化系統，建立以病人為中心的跨團隊照護決策結構。通過後端資料分析，協助病人群體順利進入各種腎臟替代療法的治療階段。112 年團隊榮獲醫病共享決策醫療機構實踐運動醫學中心之「優秀團體獎」和「創新獎」。

【符合 3】創新內容應符合相關法規規定。

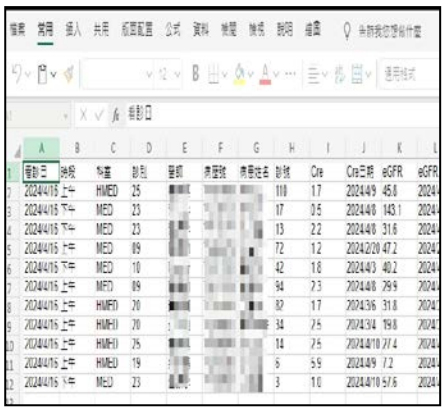
一、急性腎損傷病人警示提醒系統

建置AKD收案管理資訊系統，將依循衛福部中央健康保險署於110年10月22日公告修訂「末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫(Pre-ESRD)」，此內容符合相關法規規定。

二、「每日看診名單」報表：運用資訊系統自動判讀功能建立自動化表單(圖5-6)，統計108年至112年，Pre-ESRD計畫新收案及複診追蹤，皆有穩定的成長，分別成長10至15%不等，代表衛教人次及健保申報人次顯著增加，也減輕了個管師的負擔。



圖5.每日看診名單



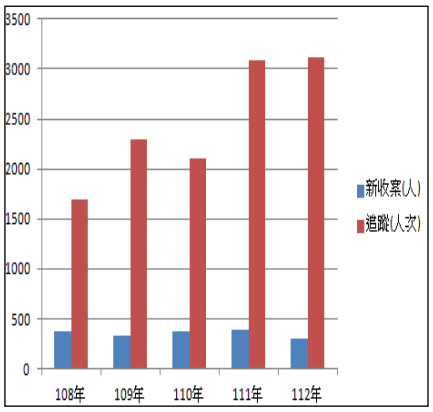


圖6.Pre-ESRD新收案、複診追蹤