檔　號：
保存年限：

正本

財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會　函

地址：220835新北市板橋區三民路二段31號5樓
承辦人：吳佳臻
電話：02-89643000#3052
電子信箱：DSC@jct.org.tw

640
雲林縣斗六市雲林路二段579號
受文者：國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院

發文日期：中華民國111年5月24日
發文字號：醫評字第1111600110號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如文

主旨：貴機構腎臟病照護品質認證之改善計畫暨進度報告為「接受」，敬請貴機構持續提升照護品質，請查照。

正本：國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院
副本：

董事長林啓禎

總收文 111.05.25
1110004453

財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

疾病照護品質認證改善計畫暨進度報告

縣市別	醫療機構代碼	機構名稱	認證項目	認證日期	委員姓名
雲林縣	0439010518	國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院	腎臟病	110 年 9 月 28 日	王曦澔委員 張澤芸委員

基準	條文	委員建議事項（含建議事項、改善事項）	改善計畫			完成日期	進度報告	審查結果與建議
			計畫	時程	負責單位（人）			
1.1.2	核心團隊訂定發展計畫或品質提升計畫，並落實執行與檢討改善	建議貴機構年度計畫宜有更詳細之行動方案(Action Plan)，並請在年度結束前，對工作計畫進行執行成果的檢討與改善，作為擬定次一年度計畫參考，並朝向短、中、長期目標逐步邁進。	每年 12 月完成年度計畫之檢討及訂定下一年度腎臟照護團隊工作計畫。	110.12.21	腎臟科	110.12.21	1. 每年定期完成腎臟照護團隊工作計畫之成果與檢討改善並配合院層級的使命，擬定次一年度工作計畫，已記錄於 110 年 12 月 21 日團隊會議記錄上(如附件 1-1)。 2. 110 年度腎臟病照護團隊工作計	■接受，後續須再追蹤 □需補件

基準	條文	委員建議事項（含建議事項、改善事項）	改善計畫			完成日期	進度報告	審查結果與建議
			計畫	時程	負責單位（人）			
							畫成效報告(如附件 1-2)。 3. 111 年腎臟病照護團隊工作計畫(如附件 1-3)。	
1.2.1	醫療照護成員具備該疾病照護專業能力	1. 貴機構腎臟病照護團隊之醫師與護理人員具 ACLS 或 ALS 有效證書之比例未達要求，應儘速安排其受訓並取得證書，另應建立相關證書效期管理之提醒機制，請改善。	1. 依據教學研究部「急救訓練要點」實施 2. 訂定透析室工作計畫	111.3.15	腎臟科 護理部	111.3.15	1.本院依據急救訓練要點(文件編號 61420-2-000018)辦理，人事室每半年發文通知各單位統計急救訓練完成率，並於醫療品管代表大會備查(如附件 2-1)。 2.腎臟科醫師/專科護理師由內科部書記管理人員專業訓練執照效期，有效證照完成綠	■接受，後續須再追蹤 □需補件

基準	條文	委員建議事項（含建議事項、改善事項）	改善計畫			完成日期	進度報告	審查結果與建議
			計畫	時程	負責單位（人）			
							100%(5 位醫師+2位專科護理師)。 3.透析護理師急救能力訓練納入單位工作計畫(如附件2-2)有計畫性執行，目前透析護理師接受ACLS 專業訓練有32.5%(13/40)(如附件2-3)。	
		2. 貴機構腎臟病照護團隊中目前僅護理人員有進行技術評核，建議宜明訂其他職類(如醫師、衛教師、營養師等)的技術評核計畫，包括	2-1.營養師/藥師技術評核：PGY及新進營養師/藥師由資深營養師擔任技術評量考核老師(Mini-Cex, CbD)與雙向回饋機制。	2-1-1.PGY 的2 年訓練期間，會有5週的腎臟病營養照護訓練 2-1-2.藥劑部PGY 的2 年訓練期間	營養室 藥劑部	110.12.30	1-1-1 營養室訂有二年期營養師 PGY 訓練計畫書，現依108年第八版執行教育訓練，並適時增修內容(附件 2-4)。 2-1-2 藥劑部訂有新進藥師訓練計畫，現依 108 年第 13	■接受，後續須再追蹤 □需補件

基準	條文	委員建議事項（含建議事項、改善事項）	改善計畫			完成日期	進度報告	審查結果與建議
			計畫	時程	負責單位（人）			
		技術項目、評核方式及通過標準等，並落實執行。	2-2.於111年1月訂定腎臟衛教技術評核	2-2.111.1.18 增訂腎臟衛教師技術評核。	腎臟科	111.1.18	版執行訓練，提升藥師專業技能及素養，增進藥事受訓學員照顧知識、態度與能力(附件2-5)。 2-2.111.1.18 訂定腎臟衛教師技術評核內容，分別為一年一次及半年一次評核，並適時增修內容((附件2-6及2-7)。	
		3. 貴機構醫師之授權項目宜納入年度定期審核，建議可用年度該項處置執行頻次與成效	建立醫師授權計制執行指引	3.110.10-111.12	人事室 腎臟科	111.12	已於 110/10/19 人事室召開「醫師執行醫療項目授權委員會」，會議決議建立醫師授權機制執行指引原則略以：(1)請科部檢視授權項目	■接受，後續須再追蹤 □需補件

基準	條文	委員建議事項（含建議事項、改善事項）	改善計畫			完成日期	進度報告	審查結果與建議
			計畫	時程	負責單位（人）			
		指標之評估(如感染率、合併症發生率等)，以作為醫師職務行使權延續之依據。					是否與專科醫師證書、訓練證明、每年執行高危及高風險性案例數…等相關規定符合。(2)再次授權評估時，請科部提出執行醫療作業出現多次或特殊性之異常事件，或與本院、國內同儕相較有明顯之偏離趨勢(附件 2-8 及 2-9)。	
		4. 於慢性腎臟病的照護，營養師的角色相當重要，建議貴機構能有專屬於腎臟病照護團隊的營養師，將有	依醫院組織規範營養師為營養室之編制人員，有關腎臟病照護團隊之營養師業務所需，營養室已設有分派「專責」營養	持續推動跨職類專責人員。	營養室	110.12.30	本室自 103 年起針對腎臟病醫療照護團隊已派有專責營養師配合團隊執行相關業務。	■接受，後續須再追蹤 □需補件

基準	條文	委員建議事項（含建議事項、改善事項）	改善計畫			完成日期	進度報告	審查結果與建議
			計畫	時程	負責單位（人）			
		助於腎臟營養照護專業能力的培養與持續一致性的照護。	師執行腎臟病相關業務。					
1.2.2	依據病人需求訂定並執行醫療照護成員之相關教育訓練	貴機構目前針對腎臟病照護團隊新進成員的職前教育訓練，僅護理人員有明確規範，建議其他職類之成員，亦應明訂進入團隊前的教育訓練計畫，並落實執行。	1. 其他職類成員完成 110 年腎臟病照護訓練課程。 2. 訂定 111 年度腎臟病照護團隊年度教育訓練計畫。	每年 111.1.18	腎臟科	110.9.27 111.1.18 111.1.18	1. 110.09.27 完成其他職類成員 110 年腎臟病照護訓練課程(如附件 3-1)。 2. 111.1.18 修訂腎臟病照護團隊年度教育訓練計畫，並配合院層級年度計畫內容 (如附件 3-2)。	■接受，後續須再追蹤 □需補件
1.3.1	擬定病人安全計畫，並落實於疾病照護過程	建議貴機構除了全院性病人安全通識課程之外，可聚焦於腎臟病照	完成單位異常事件作檢討與改善，並完成教案，納入團隊成員之年度	納入 111 年團隊教育訓練課程。	腎臟科	110.12.30	1. 108-110 年異常事件有管路滑脫及給藥異常事件，已針對異常事件制定評核表，每週進	■接受，後續須再追蹤 □需補件

基準	條文	委員建議事項（含建議事項、改善事項）	改善計畫			完成日期	進度報告	審查結果與建議
			計畫	時程	負責單位（人）			
		護團隊之病人安全指標及異常事件之檢討，並製成教案，納入團隊成員之年度病人安全教育訓練。	病人安全教育訓練。				行護理師評核，相關措施落實在臨床照護中。 2. 完成預防管路滑脫教案，每年列入團隊成員之病人安全教育訓練課程(如附件 4-1 及 4-2)。	
1.4.1	建立風險管理機制，並有檢討改善機制	建議貴機構行政部門（如職安、醫品）能給予臨床部門風險管理工具之教育訓練與指導，協助單位正確運用評估工具改善流程、設施與病人安全。	安全衛生室於 111 年起將風險辨識及管理課程，納入全院教育訓練計畫。	111 年度課程報名截止時間為 111/10/31。	安衛室	111.2.14	每年度舉辦全院性風險辨識及管理之相關教育訓練課程，111 年 2 月 14 日已有線上課程，提供員工風險評估工具之應用。(附件 5)。	■接受，後續須再追蹤 □需補件

基準	條文	委員建議事項（含建議事項、改善事項）	改善計畫			完成日期	進度報告	審查結果與建議
			計畫	時程	負責單位（人）			
1.4.2	提供安全就醫環境，降低緊急災害對病人照護的衝擊	建議貴機構將風險評估後之高風險事件，如血液透析室停水事件，訂定具體風險管理計畫與緊急災害應變計畫，並進行教育訓練、演練與檢討，並視需要適時修正計畫。	1.訂有「血液透析室緊急應變與疏散作業標準程序」，並依演習後之缺失每年定期修訂。 2.舉辦停水演習。	110.11.04 110.11.02	腎臟科	110.11.04 110.11.02	1.透析室針對高風險事件如火災、不預期急救、停水等演習，每年納入工作計畫內並確實執行，並依缺失適時修改 SOP (附件 6-1)。 2.本院訂有「0860-3-026 單位水患事件處理作業」，透析室已於 110 年 11 月 2 日辦理「斗六血液透析室 RO 系統警報器響起」之停水演習，列入單位每年工作計畫(附件 6-2)。111 年 3 月 16 日透析室參加本院國家	■接受，後續須再追蹤 □需補件

基準	條文	委員建議事項（含建議事項、改善事項）	改善計畫			完成日期	進度報告	審查結果與建議
			計畫	時程	負責單位（人）			
							關鍵基礎設施演習(CIP)主題為自來水破管導致供水不足，演習已圓滿結束(附件6-3)。	
2.1.1	建立臨床照護計畫，落實執行並有定期修訂以確保照護品質	針對慢性腎臟病之治療照護計畫，於貴機構目前版本中僅有收案與執行流程，建議能引用國內外慢性腎臟病照護指引，訂定符合貴機構特色的照護計畫。	「臺大醫院雲林分院腎臟病照護指引」定期於會議中進行內容檢討改善。	每年6月進行整體校閱審視	腎臟科	111.1.18	1.於111年1月核心團隊會議中訂立「臺大醫院雲林分院腎臟病照護指引」每年六月進行整體校閱審視。(附件2-8)。 2.「臺大醫院雲林分院腎臟病照護指引」內容包括一般腎臟學、血液透析、腹膜透析、重症腎臟……，其中內容每年會整體校閱一次，並且依	■接受，後續須再追蹤 □需補件

基準	條文	委員建議事項（含建議事項、改善事項）	改善計畫			完成日期	進度報告	審查結果與建議
			計畫	時程	負責單位（人）			
							醫學證據及臨床狀況做即時更新(附件 7，ESA 使用為 111.1.18 修正版本)。	
2.2.3	鼓勵病人及家屬參與疾病照護之過程及決策	建議貴機構將「完成 SDM」這項指標定義修正為執行 SDM 後，且能做出明確透析治療選擇的結果。透過指標監控之過程，將有助於評估 SDM 成效，且能判斷是否需優化 SDM 的工具。	1.修訂 SDM 監測指標：「執行 SDM 後，能做出明確透析治療選擇結果之百分比」。 2.每季針對 SDM 指標進行檢討改善。	111.1 每季	腎臟科 腎臟科	111.1	1. SDM 監測指標修訂為：「執行 SDM 後，能做出明確透析治療選擇結果之百分比」，統計 110 年執行結果，執行 SDM 後，能做出明確透析治療選擇結果為 39%。選擇腹膜透析 18.5%；選擇血液透析 16.5%；選擇安寧緩和 3.30%；腎臟移植	■接受，後續須再追蹤 □需補件

基準	條文	委員建議事項（含建議事項、改善事項）	改善計畫			完成日期	進度報告	審查結果與建議
			計畫	時程	負責單位（人）			
							為 0.7%(附件 8-1)。 2. 於 111.1.18 會議檢討 SDM 執行成果，詳會議紀錄-報告事項第二項(附件8-2)，下次於 111.4 月檢討 SDM 執行成效。	
2.2.5	提供病人及家屬適當之衛教資料與指導，提升自我照護能力	貴機構部分衛教單張並未標示制訂與修訂日期，為能確保臨床作業能使用最新版本，建議宜全面進行檢視，並依規範落實管理。	依照護理部規範，每3年重新修訂衛教單張，以落實管理。	111.2.14	護理部 腎臟科	111.2.14	盤點透析室衛教單張共計 21 份，其中「腹膜透析植管照護指引」一份未標示制定日期，已在 111 年 2 月 14 通過護理部審查並公告於醫院網頁供參閱(附件9)。	■接受，後續須再追蹤 □需補件

基準	條文	委員建議事項（含建議事項、改善事項）	改善計畫			完成日期	進度報告	審查結果與建議
			計畫	時程	負責單位（人）			
2.3.2	執行手術或侵入性處置時應制定前、中、後的照護標準作業規範，確保正確性與安全性	貴機構腹膜透析植管手術病人之術前麻醉評估及麻醉同意書的簽署，建議宜在手術前一天完成，以利有更充分的時間讓病人瞭解相關內容，並在完善的評估下安全的執行手術。	腹膜透析植管病人受術前一日完成麻醉評估及麻醉同意書的簽署。	111.1.30	麻醉部	111.1.30	1.每週一至週五下午14:00-18:00 麻醉部會針對病房隔天全身麻醉手術之病人進行麻醉評估，並於當下完成麻醉同意書之書寫。時段以外需作麻醉評估者，先以電話通知麻醉部，麻醉部會查閱病人的理學檢查報告，視需要會與主刀醫師溝通協商，病人送至手術室護理站時告知麻醉風險並取得同意後完成麻醉同意書之簽署。 2.病房護理長查核手術相關同意書都有	■接受，後續須再追蹤 □需補件

基準	條文	委員建議事項（含建議事項、改善事項）	改善計畫			完成日期	進度報告	審查結果與建議
			計畫	時程	負責單位（人）			
							如期完成，持續監測。	
2.3.4	備藥與用藥管理標準化，以確保病人安全	1. 實地訪視時發現貴機構病人註記對某藥過敏(Concor)，但仍開立此藥物予病人使用，應檢視處方提醒機制是否有疏漏。	1.於 111.01.06 全面檢視處方過敏檢核機制。		藥劑部	111.1	1.處方開立過敏檢核機制均已建置，參閱附件說明。有關院內門診長期用藥帶入檢核功能，111.01 已提總院資訊功能需求(附件 10-1)。	■接受，後續須再追蹤 □需補件
		2. 貴機構透析液添加使用之高濃度KCL，宜納入高警訊用藥管理，避免發生誤用而衍生病人安全事件。	2.依照建議將透析液添加使用之高濃度 KCL 納入高警訊用藥管理，擬修訂高警訊用藥管理作業流程，檢送藥委會進行審核。	111.1.25 111.1.20	藥劑部 護理部	111.1.25 111.1.20	2.於 111 年 1 月 25 日第 67 次藥事委員會會議決議將KCL列入高警訊用藥管理，於藥瓶貼上高警訊標籤(附件 10-2)。 單位於 111 年 1 月 20 日起規範 KCL 放置	

基準	條文	委員建議事項（含建議事項、改善事項）	改善計畫			完成日期	進度報告	審查結果與建議
			計畫	時程	負責單位（人）			
							位置需上鎖、每日點班，領用時須雙人覆核簽名(附件 10-3)。	
2.4.2	病歷內使用標準化的代號、縮寫、定義及方法，妥善記錄病人資料	貴機構雖明訂於病歷紀錄時不可使用縮寫，並有稽核機制，惟實地訪視時仍可見病歷紀錄中多處出現縮寫，建議重新檢視縮寫的規定，或可考慮採用以資訊化程式自動檢核縮寫功能。	1.建立資訊化程式自動檢核縮寫功能：入院紀錄和出院病摘可以使用縮寫查詢後，直接帶入紀錄。 2.出院病歷逐本稽核。	111.1.30 每月	醫療事務室病歷組 醫療事務室病歷組	111.1.30 每月	1.已建立縮寫自動查詢功能，可自動代入全文及版本比對，確保病歷紀錄與醫療照護品質。 2.每月針對出院病歷縮寫進行逐本稽核，並回饋各別醫師進行修正，於次月院層級會議(醫務暨行政會議)報告執行成果，110 年達成率維持 99%以上(附件 11)。	■接受，後續須再追蹤 □需補件

基準	條文	委員建議事項（含建議事項、改善事項）	改善計畫			完成日期	進度報告	審查結果與建議
			計畫	時程	負責單位（人）			
3.1.2	疾病照護成效訂有品質監測指標，並定期收集分析	建議貴機構將必選之結果面指標-「CKD 病人腎臟移植率」納入監測範圍，若貴機構未執行腎臟移植，宜另收集轉介至他院執行腎臟移植之比率，並於每月核心團隊會議中報告、分析並提出改善措施。	慢性腎臟病病人腎臟移植率，每月腎臟科科會追蹤報告。	每月	腎臟科	每月	1. 定期每月腎臟科會議及每季團隊會議中報告及追蹤(附件 12)。 2. 55 歲以下慢性腎臟移植率由 109 年 17.62%至 110 年 18.37%有逐年增加，並持續在移植中心門診定期追蹤。	■接受，後續須再追蹤 □需補件

基準	條文	委員建議事項（含建議事項、改善事項）	改善計畫			完成日期	進度報告	審查結果與建議
			計畫	時程	負責單位（人）			
3.1.3	訂定並執行警訊事件及異常事件之通報管理流程	貴機構針對腎臟病病人之相關病人安全通報案件，請納入核心團隊會議中定期報告、分析及檢討，並予以改善，並可挑選適合的案例，納入團隊成員病人安全教育訓練的內容。	1.單位異常事件都列入科會及護理部行政會議中報告，並以RCA 或 PDCA 分析及檢討做改善 2.對 108 年管路滑脫事件作為教材，列入單位每年必上之教育訓練課程；也對該護理技術列入同仁評核必要項目。	111.3.15	護理部	111.3.15	1.透析室每年都會針對單位異常事件提出檢討與改善對策，且對高風險事件安排教育訓練課程(附件 4-1) 2.於 111 年 1 月 18 日科會決議配合院方複合式桌上演練，預計於 111 年 3 月辦理(附件 13)。	■接受，後續須再追蹤 □需補件
3.2.3	疾病照護計畫執行成效良好	建議貴機構除臨床成效分析外，亦可增加成本費用分析的資料。	分析腎臟病病人照護成本費用。	111.1.28	品管心 腎臟科	111.1.28	由品管中心及腎臟科共同完成 109-110 年腎臟病病人成本費用分析(附件 14)。	■接受，後續須再追蹤 □需補件