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(適用 27 條基準)

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	繳交月份
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	□3 個月 ■15 個月 □27 個月

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。	112/1/31	腎臟科	112/1/31	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（**附件一**）；並配合院層級的使命，擬定次一年度工作計畫（**附件二**），已於 112 年 1 月 31 日慢性腎臟病核心團隊會議中通過並留	■接受，無須再列入追蹤 □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）			
							存記錄（**附件三**）。 2. 慢性腎臟病團隊會議每年重新擬定團隊發展計畫，並朝向短、中、長期目標逐步邁進(**附件四**）。	
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	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。	112/3/30	腎臟科 護理部	112/3/20	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(**附件五**）。	■接受，無須再列入追蹤 □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）			
		效期管理之提醒機制，請改善。					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，有效證照完成率100%（6/7）（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（**附件六**）有計畫性執行，目前透析護理師接受 ACLS 或 ALS 專業訓練有效證照完成率	

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）			
							95.3%(41/43)（**附件七**）。	
		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，包括技術項目、評核方式及通過標準等，並落實執行。	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/藥師擔任技術評量考核老師（Mini-Cex、CbD）與雙向回饋機制。 2. 於 111 年 1 月訂定腎臟衛教技術評核。 3. 建立醫師授權機制執行指引	1. (1) 營養師 PGY 的 2 年訓練期間，會有 5 週的腎臟病營養照護訓練。 (2) 藥劑部 PGY 的 2 年訓練期間有腎臟病相關臨床藥學初階核心課程 2. 111 年 1 月 18 日增訂腎臟衛教師技術評核。	1. 營養室藥劑部 2. 腎臟科	1. 111/12/20 2. 111/12/18 3. 112/01/31	1. 營養室訂有二年期營養師 PGY 訓練計畫書，現依第八版執行教育訓練，並適時增修內容(**附件八**)。 2. 藥劑部訂有新進藥師訓練計畫，現依 111 年第 15 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(**附件九**)。 3. 111 年已完成慢	■接受，無須再列入追蹤 □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）			
			4. 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」營養師執行腎臟病相關業務。	3. 持續推動跨職類專責人員。			性腎臟病照護評核，包括每年一次的衛教指導評核為血液透析動靜脈瘻管注意事項（**附件十**）及每半年的慢性腎臟病認知評核（**附件十一**）。	
		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指標之評估	建立醫師授權機制執行指引	111/09-112/01	人事室 腎臟科	112.01.31	本院設有「醫師執行醫療項目授權委員會」由人事室定期召開會議，並有「醫師執行醫療項目授權管理辦法」（文件編號	■接受，無須再列入追蹤 □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）			
		（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。					61640-2-000046) 其內文中說明醫師醫療職務行使權之資格標準、各醫療相關專科之執業範圍、重新檢討並考量調整其職務行使權範疇等（**附件十二**）。	
		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，將有助於腎臟營養照護	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	持續推動跨職類專責人員。	營養室		1. 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。 2. 斗六院區為簡芷榆營養師；虎尾院區為蘇鈺幀營養師，專責	■接受，無須再列入追蹤 □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）			
		專業能力的培養與持續一致性的照護。	養師執行腎臟病相關業務。				負責腎臟病之營養照護。	
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 111 年腎臟病照護訓練課程。 2. 訂定 112 年度腎臟病照護團隊年度教育訓練計畫。	1. 每年 2. 112.01.31	腎臟科	1. 111/10/31 2. 112/01/31	1. 111/10/31 完成其他職類成員「111 年腎臟病照護訓練課程」（**附件十二**）完成率 96.4 %（188/195）。 2. 112.01.31 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（**附件十三**）。	■接受，無須再列入追蹤 □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）			
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。	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病人安全教育訓練。	納入 111 年團隊教育訓練課程。	腎臟科 透析室	112/01/30	1. 每位新進員工職前教育訓練必須完成病人安全課程，之後每年須完成 3 小時病人安全相關課程。 2. 臨床單位針對異常事件會訂定教育訓練計畫。透析室 108 年發生管路滑脫事件，制定預防管路滑脫教案，為確保病人安全及護理師正確操作透析管路，每年列入團隊成員之病人安全教育訓	■接受，無須再列入追蹤 □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）			
							練課程(**附件十四**)並有紀錄存查(**附件十五**)。 3. 111年透析室有一件給藥異常事件，已針對異常事件修定給藥流程(**附件十六**)並宣導，每月進行護理師評核，相關措施落實在臨床照護中，111年給藥過程正確率99.7%。	
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	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	111/10/31	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	■接受，無須再列入追蹤 □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）			
		導，協助單位正確運用評估工具改善流程、設施與病人安全。					課程，提供員工風險評估工具之應用（**附件十七**）。	
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。	1. 111/11/04 2. 111/12/30	腎臟科	1. 111/11/04 2. 111/12/30	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(**附件十八**)內並確實執行，並依缺失適時修改 SOP(**附件十九**)。 2. 本院訂有「單位水患事件處理作業」(文件標號 616B0-3-000007)（**附件二十**）。111 年	■接受，無須再列入追蹤 □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月16日透析室參加本院國家關鍵基礎設施演習(CIP)主題為自來水破管導致供水不足，演習已圓滿結束(**附件二十一**)。	
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	111.11.30	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，111年修訂鐵劑之使用(**附件二十二**)。	■接受，無須再列入追蹤 □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）			
							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，並且依醫學證據及臨床狀況做即時更新。	
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	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」。	1. 111/1 2. 每季	1. 腎臟科 2. 腎臟科	112/01/31	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 111 年執行結	■接受，無須再列入追蹤 □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）			
		程，將有助於評估SDM成效，且能判斷是否需優化SDM的工具。	2. 每季針對SDM指標進行檢討改善。				果，完成人數為272位，執行率達95.7%，執行SDM後，選擇腹膜透析28.5%；選擇血液透析63.2%；選擇安寧緩和8.1%；腎臟移植為0%（**附件二十三**）。 2. SDM執行成效皆每季定期於慢性腎臟病核心團隊會議中報告。111年參加醫策會舉辦病人安全週與醫病共享決策	

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）			
							實踐運動：本院參賽主題：「我該透析了嗎？ 談透析治療的選擇」，同時榮獲【實踐運動】優秀團隊獎及創新獎（**附件二十四**）。	
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。	111/06/30	護理部 腎臟科	111/06/30	盤點透析室衛教單張共計21份，已在111年6月30通過護理部審查並公告於醫院網頁供參閱，附一佐證資料(**附件二十五**)，所有衛教單張已完成 QR	■接受，無須再列入追蹤 □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）			
							code，張貼在單位公佈欄上，可藉由手機下載隨時查詢。	
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	□接受，無須再列入追蹤 ■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）			
							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	於 111/01/06 全面檢視處方過敏檢核機制。		藥劑部	111/12	1. 為確保病人用藥安全，醫師在開立自備藥或院內藥品醫囑時，系統會檢核過敏/ADR 註	■接受，無須再列入追蹤 □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）			
		醒機制是否有疏漏。					記，開立相關藥物時均會給予警訊。 2. 目前已有檢核功能 **(附件二十六)**。	
		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。	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。	1. 111/1/25 2. 111/1/20	藥劑部 護理部	1. 111/12/25 2. 111/12/20	1. 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(**附件二十七**)，於藥瓶貼上高警訊標籤。 2. 透析單位於 111 年 1 月 20 日起規範 KCL 放置位置需上鎖、每日點班，	■接受，無須再列入追蹤 □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）			
							領用時須雙人覆核簽名(**附件二十八**)，列入護理長每週稽核項目，有紀錄存查。	
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。	1. 111/1/30 2. 每月	醫療事務室病歷組	1. 111/12/30 2. 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	■接受，無須再列入追蹤 □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）			
							政會議)報告執行成果，111年達成率維持99.3%以上(**附件二十九**）。	
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(**附件三十**）。 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，無須再列入追蹤 □接受，後續須再追蹤 □需補件
3.1.3	訂定並執行警訊事件及	貴機構針對腎臟病病人之相關病	1.單位異常事件都列入科	111/3/15	護理部	111/3/15	透析室每年都會針對單位異常事	■接受，無須再列入追蹤

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）			
	異常事件之通報管理流程	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。	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。				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(**附件三十一**)。	□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	分析腎臟病病人照護成本費用。	111/1/28	品管中心 腎臟科	112/3/28	由品管中心及腎臟科共同完成110-111年腎臟病	■接受，無須再列入追蹤 □接受，後續須

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）			
		可增加成本費用分析的資料。					病人成本費用分析(**附件三十二**)。	再追蹤 □需補件