

血液透析及腹膜透析訪視作業評量辦法 <106-107 年度_最終版_1060725 >

一、前言

學會執行透析院所實地訪視作業，以輔導院所提升硬體及軟體品質為主要目的，期望藉此了解院所之困境，作為學會會務需要加強的重點，讓學會各委員之事務能更切合民意。

評量標準除了銜接學會行之有年的傳統，並結合醫策會之醫院評鑑精神，以全面改善和提升透析醫療品質為主要宗旨，其結果不宜過度延伸為制定透析政策或修改健保給付之依據。

二、訪視目的

- 1、建立安全、有效、以病人為中心，適時、效率、優質的透析醫療服務體系。
- 2、評核與提升透析醫療服務品質，提供民眾就醫參考。
- 3、配合國家透析政策，提供透析院所與學會良性互動的平台，達到雙向溝通。

三、辦理機關

台灣腎臟醫學會、台灣腎臟護理學會

四、訪視對象

全國血液透析和腹膜透析院所

五、訪視安排

(A)參考醫策會醫院評鑑，分為北、中、南、東、離島五個區域，各區域所屬縣市如下：

北區：台北市、新北市、桃園縣市、新竹縣市、基隆市

中區：苗栗縣市、台中市、彰化縣市、南投縣市、雲林縣市

南區：嘉義縣市、台南市、高雄市、屏東縣市

東區：宜蘭縣市、花蓮縣市、台東縣市

離島：澎湖、金門、連江縣

(B)透析評量作業委員人數

每一梯次安排訪視 3 家院所，3 位訪查委員(2 位醫師+1-2 位護理人員)

六、評量作業：

(A)血液透析/腹膜透析訪視作業評量表：

為簡化訪視委員評量作業之時間，評量表分『院所書面自評』及『訪視委員實地評量』兩部份，評量表註記【※】者為院所書面自評部分，未註記者為訪視委員評量部分。(自評項目如後)

(B)評量基準：

- (1)上半年接受實地訪視院所：以前一年下半年照護品質半年報之各項資料為基準
- (2)下半年接受實地訪視院所：以當年度上半年照護品質半年報之各項資料為基準

(C)院所書面資料請於訪視前一個月郵寄或 E-mail 至學會，以便能於提供訪視委員作為實地訪視之書面參考。

◎評量書面資料如下：**(有腹膜透析室之院所，請同時檢附腹膜透析相關資料)**

(1)血液透析/腹膜透析訪視作業評量表：

*評量表內註記【院所自評部分】請院所先行自我評量填寫。

(2)上半年(或下半年)照顧品質報告：請至 TSN-KiDiT 透析軟體/統計報表，點選【HD 照顧品質】或【PD 照顧品質】，執行【上半年報】(Word 檔案)

(3)院所資料調查表：請至 TSN-KiDiT 透析軟體/統計報表，點選【HD/PD 院所調查表】，產生院所資料 Word 檔案，請先行檢視各項資料是否有誤。

(D)評量核算方式

- A：完全達成
- C+：合格水準以上，但未完全達成
- C：合格水準
- C-：合格水準以下，但未完全不適當
- E：不適當

評量方式分為 A，C，E 三等級，委員得參考評量說明並視實際狀況，增列 C+ 和 C- 二等級，達 C 以上者(即 A、C+、C-)，該細項始為合格。

七、訪視院所端說明：

- (A)訪視時院所無需作簡報，直接實地訪查，並接受委員的詢問。
- (B)院所也可自行呈現各年度透析醫療品質現況趨勢，惟請務必詳列各年度資料，以便讓評量委員能一目了然。
- (C)委員訪查時，腎臟科相關醫護人員在場即可，醫院行政人員不需要在場。
- (D)訪視後能有回饋機制，希望院所能在訪視結束後撥冗給予填寫評值表，作為學會未來安排訪查委員之參考。

八、委員共識：

- (A)委員於評量作業完成後，可互相討論評量結果，針對差異達兩個等級以上的項目，應盡量協調，取得縮小差距的共識。
- (B)對於評量等級給予 C- 以下者請加註理由，評量等級給予 A 者亦請擇優加註事蹟。

九、訪查結果：

- (A)評量項目共六大章，若下列情況均符，則該章評為合格。
 - (1)單章之細項合格比例 $\geq 75\%$
 - (2)必要項目達合格標準（即 A 或 C+ 或 C）
- (B)評量項目共六大章，若符合下列情況之一，則該章視為不合格。
 - (1)單章之細項合格比例 $< 75\%$
 - (2)必要項目未達合格標準（即 C- 或 E）
- (C)訪視基準
 - 合格：六大章均合格
 - 待改善：任一大章不合格
- (D)訪視結果
 - (1)評量合格之院所將由台灣腎臟醫學會與台灣腎臟護理學會共同發給證明文件並公佈於學會網站，供民眾就醫參考，有效資格期間為四年。
 - (2)訪視結果將提供台灣腎臟醫學會專科醫師甄審委員會覆審專科醫師訓練醫院資格，和透析護理人員訓練醫院評鑑委員會覆審護理人員訓練醫院資格參考。
 - (3)護理部分訪視結果將提供台灣腎臟護理學會做為對透析院所護理教學及品質輔導之參考。
- (E)訪視結果待改善者之處理
 - (1)未達合格基準總章數在三大章（含）以內者，需接受「重點複查」，即於期限內針對不合格章節中未達到 C 級之項目（包含必要項目）作複查。重點複查結果達到合格基準者，可評定為合格院所。重點複查結果仍未達合格基準者，學會得與該院所負責醫師研議改善措施，輔導直到評定為合格院所。
 - (2)未達合格基準總章數在四大章以上者，需先接受「重點複查」（同上），並於次年再接受全面複評，合格者始評定為合格院所。

十、院所對訪視結果有疑義者，可向辦理單位申請複查成績，惟複查結果不提供評量分數資料。

十一、以上若有未盡事宜，將隨時修訂。

附件：評量表院所書面自評之項目

(【院所自評項目】請院所先行自我評量填寫，並於實地訪視前一個月將自評表、院所資料調查表、上半年(或下半年)照顧品質報告等書面資料一同郵寄或 E-mail 至學會，供訪視委員實地訪視參考)

(A) 血液透析院所自評項目：

第一章 病患安全

- 1.1.1 急救設備：1.1.1.3
- 1.1.2 透析室周邊設備：
 - 1.2.1 感染管制措施-人員：1.2.1.2
- 1.3 危機處理機制:1.3.1.1；1.3.1.2；1.3.2.1

第二章 適當的醫療作業(全部)

第三章 提供適切之護理照護

- 3.1.1 護理管理運作：3.1.1.1；3.1.1.2
- 3.2.1 護理照護：3.2.1.1
- 3.3.2 透析護理品質監測：3.3.2.1

第四章 人力素質提升及品質促進(全部)

第五章 經營管理之合理性

- 5.1.4 緊急供電系統
- 5.1.5. 廢水、廢棄物處理：5.1.5.1；5.1.5.2
- 5.3 緊急災害應變

第六章 醫療政策(全部)

(B)腹膜透析院所自評項目：

第一章 病患安全

- 1.1.2 透析室周邊設備：
 - 1.2.1 感染管制措施-人員：1.2.1.2
- 1.3 危機處理機制

第二章 適當的醫療作業(全部)

第三章 提供適切之護理照護

- 3.1.1 護理管理運作：3.1.1.1；3.1.1.2；3.1.1.4
- 3.2.1 護理照護：3.2.1.1
- 3.3.2 透析護理品質監測：3.3.2.1

第四章 人力素質提升及品質促進(全部)

第五章 經營管理之合理性

- 5.1.1. 廢水、廢棄物處理：5.1.1.1；5.1.1.2

第六章 醫療政策(全部)