

項目	年度目標	執行策略/計畫	管考指標/預期效益/具體行動方案	成果
目標 1	提升醫療照護人員間的有效溝通	1. 落實訊息傳遞之正確、完整與及時性 2. 落實轉運病人之風險管理與標準作業程序 3. 落實放射、檢查、檢驗、病理報告之危急值或其他重要結果及時通知與處理 4. 加強團隊溝通技能	1. 本院醫療照護團隊訂有交班作業流程，使醫療照護團隊人員能了解病人問題所在，且能交班清楚，使接班醫療照護團隊人員亦能了解病人問題。 2. 為提供持續性照顧，確保交班完整性，於病人轉單位時，各科部透過資訊化管理系統填寫病歷摘要及護理交班紀錄。 3-1 本院訂有檢體檢驗、影像檢查、病理診斷等結果報告之遞送路徑，包含正常、緊急作業時間等，並確實將結果報告送達主治醫師或醫療照護團隊相關人員。 3-2 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給主治醫師，並有機制可確認異常危急值或檢查報告通報後，已被完整的收到，而能迅速運用於病人後續的醫療處	1. 訂有「臨床醫療部科交接班常規」，及「護理交接班常規」，明訂各單位交接班地點、內容、方式等事項，相關檢驗數據直接匯入 HIS 及 NIS 系統，避免發生數據不完整或錯誤之狀況。 2-1 醫療部臨床醫師均使用 SBAR 交班系統實施交班作業，提供各部科值班醫師進行病人病情及醫療處置之交班。 2-2 護理部於 102 年 5 月開始使用護理資訊系統，採系統性交班，內容包括：入院診斷/過去病史/入院經過，護理診斷、管路傷口壓瘡、檢查/手術、會診/護理照會、消化情形/營養攝取/復健評估/復健醫囑、生命徵象/IO 值、輸血反應/檢驗、約束/常規及臨時藥物、護理紀錄。 2-3 交接班利用口頭、電話、交班單或資訊系統至少兩種方式進行交接班以落實訊息傳遞正確性、完整性與及時性。 2-4 醫療部訂有「臨床醫療部科交接班常

			<p>置。</p> <p>4-1 辦理團隊溝通教育訓練課程。</p> <p>4-2 設有全院品質管理中心，下設各品質審查會，定期舉行會議，檢討各項醫療品質執行成效與改善情形。</p>	<p>規」，並要求臨床各單位病人進行轉換單位時必須按流程進行，並記錄於 Transfer note 病歷單張；定期進行規範內容修訂或審視，以供後續照護單位提供持續性病人照護。</p> <p>2-5 護理部訂有「轉院作業常規」、「病人外出檢查運送常規(含院內及院外)」等標準作業流程，訂定各項轉送前聯繫、儀器準備、病人評估、護送人員、過程監控及異常情形回報，由護理部每半年定期監測「病人外出檢查執行完整性」並進行分析及檢討改善。</p> <p>3-1 檢驗/病理：制定有「病理報告管制作業程序」、「檢驗報告管制作業程序」、「檢驗危險值通報作業程序」、「病理檢驗異常值通報流程」、「傳染病通報作業程序」等結果報告遞送路徑作業，來規範危急值通知作業且每月於科內「品管會議」、「風險管理評鑑會議」、每年「內部稽核作業」檢討分析執行成果，必要時導入矯正預防措施(102年案例一件)以達本作業作業目</p>
--	--	--	---	---

				<p>標。</p> <p>3-2 放射檢查：建置有檢查報告異常通報機制，透過手機簡訊即時通報檢查申請醫師(主治醫師)。</p> <p>3-3 放射檢查及急診檢驗室與血庫為 24 小時值班單位，執行院內緊急醫療檢驗作業，另本院訂有「醫療值勤作業規定」，醫事人員採取待命制(二、三線待命人員)，執行夜間、休假日支援緊急檢驗作業。</p> <p>4-1 每週四 1200-1300 時辦理學術討論會，105 年院內講師演講病情告知溝通技巧及人際溝通與對話技巧共 2 場，更於 105 年 6 月 27、28、29 三日，邀請凱爾服務管理訓練學苑-廖家宏副總經理辦理禮儀溝通訓練，共 566 人次參加，另 105 年辦理 TRM 團隊競賽共 7 組、19 單位、305 人參賽參與 23 項創新項目，提升跨部科、跨領域之溝通狀況，以達病人安全及良好醫療品質。</p> <p>4-1-1 院內競賽成果：</p>
--	--	--	--	--

				<p>(1) 第 1 名：運用 TRM 提升 PAC 病人醫療照護完整性。由神經內科、35 病房、復健科組成團隊。</p> <p>(2) 第 2 名：運用 TRM 提升拔管醫療照護完整性。由胸腔內科、外科部、21 病房、呼吸治療組成團隊；第 2 名：運用 TRM 推動加護病房停電緊急應變作為。由內科部、21 病房、行政組組成團隊。</p> <p>(3) 第 3 名：運用 TRM 提升化療藥物給藥正確性。由外科部、藥劑科、15.16 病房、資管組組成團隊。</p> <p>4-1-2 院外得獎結果：</p> <p>(1)105 年台灣醫療品質協會優秀論文獎；運用 TRM 提升 PAC 病人醫療照護完整性。</p> <p>(2)運用 TRM 提升拔管醫療照護完整性配合企管室醫品圈參加 105 年台灣醫療品質協會獲醫品圈優品獎。</p> <p>4-2 本院品質管理中心下設 33 項品質審查會，均定期舉行會議，檢討各項醫療品質執行成效。</p>
--	--	--	--	---

項目	年度目標	執行策略/計畫	管考指標/預期效益/具體行動方案	成果
目標 2	落實病人安全事件管理	1. 營造病安文化，並參與台灣病人安全通報系統(TPR) 2. 分析病安事件並推動改善方案 3. 訂有病安事件管理計畫	1-1 本院病人安全事件通報強調以鼓勵通報、可匿名及非懲罰性的通報制度，營造正向病安文化，訂有獎勵辦法，全面運用 TPR 系統通報病安事件並定期上傳至醫策會。 1-2 建立同仁病人安全觀念，訂有教育訓練課程辦法並定期執行。 2. 每案分析事件並將重大事件及警訊事件推動 RCA、HFMEA 等專案改善，並提交每季由病人安全管理審查會召開會議，主席為院長，且有民眾代表參與，由醫療部、護理部、病理部、藥劑科、行政單位、感管室進行病人安全事件之分析改善報告，適時挑選改善優良案件對外分享學習。 3-1 訂有病人安全異常事件通報作業要點，訂有「評估組」及「事件處理組」並依據訂有通報作業流程及處理事件流程執行。由社服組配合小組運作，輔導員工心理支持，另醫師醫事職類	1-1 訂有強化病人安全異常事件通報管控作為程序，每件通報獎金 50 元，具體改善作為案件給予個人通報 500 元整，改善人員獎金每人 300 元。105 年通報件數 1451 件，扣除 near miss 1152 件，計有 299 件 TPR 案件。病安獎勵金計有 149,490 元，以期營造正向病人安全文化。 1-2 訂有全院教育訓練課程管理辦法每人每年接受病人安全課程 4 小時，105 年月計有 54 堂課。 2. 訂有 RCA 及 HFMEA 執行辦法每案 SAC 分析，105 年 1-12 月成立 7 組 RCA 小組對於事件進行根本原因分析，並修訂顯影劑風險告知同意書、建置藥物交互作用警示系統、訂定代理主治醫師機制、股骨骨折高危病人風險評鑑及監測照護流程、癲癇急性發作處置流程及 HIS 組套，口腔外科高危病人入院篩選流程、婦產科手術病人高危險性出血篩選流程等 24 項改善方案。 2-1 本院本年度獲得 2 篇醫策會優秀根本

			<p>均有導生制度，每月生活導師予以心理調適，此外，因病安事件受身心傷害之員工發放慰問金每人 500 元。</p> <p>3-2 訂有「醫療事故調處暨關懷小組」，並下設醫療糾紛案件受理窗口或聯絡人，建立涉及醫事爭議員工之支持及關懷辦法，促進醫病雙方良性溝通，確保醫院、醫療同仁及病人家屬間之信賴與和諧關係。</p>	<p>原因分析案例作品，獲感謝狀乙幀。</p> <p>3-1 本院有住院全人整合醫療小組，凡符合醫療條件：患者病情未改善、或致病原因不明、病患或家屬有強烈抱怨事件或有潛在醫療糾紛者、病患疾病嚴重度高需會診三科以上、嚴重合併症產生、新發腫瘤病人、住院逾期 30 天以上即召開住院全人整合會議，105 年計召開 29 場次，與病人家屬溝通。</p> <p>3-2 本院「醫療事故調處暨關懷小組」啟動 2 案。對於醫療事故事件，本院有專人代表院方向家屬進行慰問，105 年 4 件。</p>
--	--	--	---	--

項目	年度目標	執行策略/計畫	管考指標/預期效益/具體行動方案	成果														
目標 3	提升手術安全	1. 落實手術辨識流程及安全查核作業 2. 提升麻醉照護品質 3. 落實手術儀器設備檢測作業 4. 避免手術過程中造成的傷害 5. 建立適當機制，檢討不必要之手術	1-1 每季統計手術室相關安全作業查核結果 1-2 定期開會檢討 1-3 修訂各項手術前辨識與查核流程 2-1 每日進行麻醉機開機檢測 2-2 每班完成急救車藥品清點與效期確認並進行設備檢測。 2-3 每月舉行重大手術與麻醉合併症討論會 2-4 每日清點與檢視麻醉管制藥品效期，並有紀錄 2-5 修訂各項麻醉作業程序 3-1 如期完成各項委商合約保養 3-2 每月如期完成手術儀器設備檢測作業並半年分析 3-3 每年修訂管理辦法 4-1 統計手術中異常發生率(跌倒、壓瘡、電燒傷...) 4-2 修訂各項手術過程病人保護規範	1-1-1 每日查核「術前準備完整性」「手術部位註記」「Time out 查核」「手術同意書完整性查核」「術中作業稽核查檢」「手術全期護理紀錄稽核」「手術病人滿意度調查」於每季進行統計分析，並於手術室管理審查會提出。 <table border="1" data-bbox="1525 552 2107 916"> <thead> <tr> <th>105年手術安全稽核內容</th> <th>平均%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>術前準備完整性</td> <td>99.80%</td> </tr> <tr> <td>手術部位註記缺失</td> <td>0.90%</td> </tr> <tr> <td>Time out查核</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>手術同意書完整性查核</td> <td>91.10%</td> </tr> <tr> <td>手術全期護理紀錄完整性稽核</td> <td>97%</td> </tr> <tr> <td>手術病人滿意度調查</td> <td>96.40%</td> </tr> </tbody> </table> 1-1-2 105 年度，共舉行 4 次手術室管理審查會，定期檢討各項缺失，執行率 100%。 1-1-3 105 年修訂 NR-6 手術室作業規定等 15 項手術室作業常規與 SNS-27 手術器材擺設計術等 8 項計術標準。 2-1-1 105 年麻醉機檢測妥善率 100%	105年手術安全稽核內容	平均%	術前準備完整性	99.80%	手術部位註記缺失	0.90%	Time out查核	100%	手術同意書完整性查核	91.10%	手術全期護理紀錄完整性稽核	97%	手術病人滿意度調查	96.40%
105年手術安全稽核內容	平均%																	
術前準備完整性	99.80%																	
手術部位註記缺失	0.90%																	
Time out查核	100%																	
手術同意書完整性查核	91.10%																	
手術全期護理紀錄完整性稽核	97%																	
手術病人滿意度調查	96.40%																	

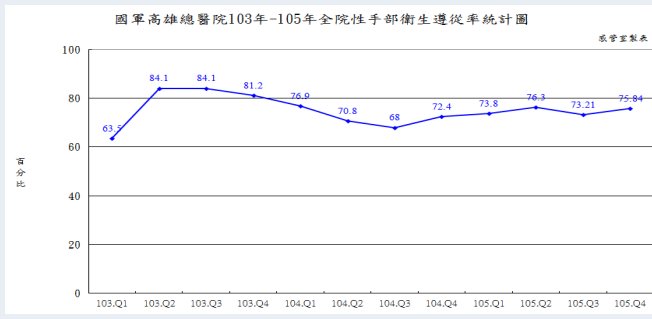
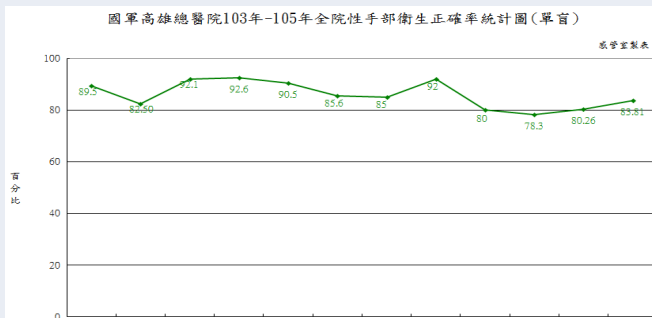
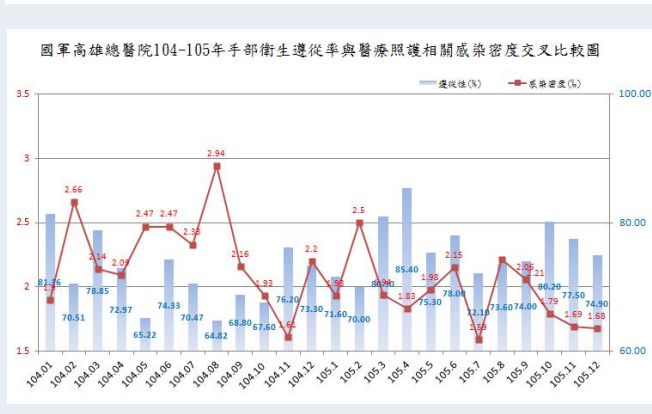
			<p>5. 每月開會(手術審查委員會)檢討</p>	<p>2-1-2 105年急救車自我管理妥善率100%</p> <p>2-1-3 105年度共舉行12次重大手術與麻醉合併症討論</p> <p>2-1-4 105年度麻醉管制藥品管理異常統計0件</p> <p>2-1-5 105年已完成麻醉作業程序修訂</p> <p>3-1 共計有麻醉機、高壓鍋、電漿鍋、電擊器織品項合約，如期完成。</p> <p>3-2 術室設備每月均進行初級保養(清潔與功能檢測),105年完整率為分別為97.06%(97.11% & 97%)。</p> <p>3-3 105年已修訂醫療裝備管理辦法。</p> <p>4-1 105年度計發生一起壓瘡事件，已通報TPR並進行檢討改善。</p> <p>4-2 105年已完成手術室標準作業流程修訂。</p> <p>5-1 105年度，共完成12次會議，檢討不必要手術共計<u>2</u>件。</p>
--	--	--	---------------------------	--

項目	年度目標	執行策略/計畫	管考指標/預期效益/具體行動方案	成果									
目標 4	預防病人跌倒及降低傷害程度	1. 落實跌倒風險評估及防範措施 2. 提供安全的照護環境，降低跌倒傷害程度 3. 跌倒後檢視及調整照護計畫	1-1對醫院工作人員、病人、家屬及其照顧者應提供跌倒預防的宣導教育。 1-2運用具有信效度的風險評估工具及早發現跌倒高危險群的病人。 1-3針對不同病人屬性提供不同程度與個別性的跌倒防範措施。 2. 應提供安全的醫療照護環境，以降低跌倒後傷害程度為優先改善方向。 3-1跌倒後重新檢視照護計畫並適時調整預防措施。 3-2醫療團隊能全面評估跌倒發生率，並調整預防措施。	1. 依病人特性及需求分別於門診、一般住院病房及精神科病房辦理團體衛教，提昇病人、家屬及照顧者參與病人安全之意願，辦理場次及人數如下表： <table border="1" data-bbox="1503 389 2119 541"> <thead> <tr> <th>單位</th> <th>場次</th> <th>參與人數</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>一般病房</td> <td>2</td> <td>23</td> </tr> <tr> <td>精神科病房</td> <td>14</td> <td>590</td> </tr> </tbody> </table> 2. 每週高階主管會議報告、每月護理長會議及每季防跌小組會議報告及檢討跌倒異常事件並檢視跌倒發生原因、立即處置流程及後續觀察與精進作為。 3. 105年共計發生66件跌倒異常事件。 4. 105年度護理部針對護理人員執行『跌倒高危病人防跌衛教成效』共計2次，66人次，稽核結果達100%。	單位	場次	參與人數	一般病房	2	23	精神科病房	14	590
單位	場次	參與人數											
一般病房	2	23											
精神科病房	14	590											

項目	年度目標	執行策略/計畫	管考指標/預期效益/具體行動方案	成果
目標 5	提升用藥安全	1. 推行病人用藥整合 (Medication Reconciliation) 2. 落實用藥過敏及不良反應史的傳遞 3. 加強高警訊藥品及輸液幫浦的使用安全	1-1 診間系統配合「健保雲端藥歷系統」查詢病人用藥記錄，由醫師於開方前預先掌握病人整體用藥情形。 1-2 建置多項處方醫令系統警示功能，確保慢性病患的用藥安全，如重複用藥、降血糖、降血壓藥的處方警示處方醫令系統警示功能，另配合健保「以病人為中心門診整合照顧試辦計畫」給予病患適切的衛教。 1-3 設置高齡領藥窗口，提供用藥品項數較多之高齡病友適切之「整合性慢性用藥諮詢服務」。 2-1 於本院就診之病患，看診前門診護理人員皆會審視病患病歷上有無過敏史之註記，有則提醒醫師，無則於詢問後註記於病歷上並鑑入本院 HIS 資料庫中。 2-2 102 年度起本院全面實施 ADR-e 化通報作業，並經 ADR 負責藥師評估及小組討論後，再由藥審會審議確認通報，所有通報案件皆會儲存於資料庫，供後續參考運用。	1. 105 年(1-12 月)提供整合性慢性病用藥諮詢服務計 571 人次;高齡親善領藥窗口用藥諮詢服務計 2617 人次，一般藥物諮詢服務 1506 人次，藥物諮詢窗口服務 114 人次。 2. 105 年(1-12 月)系統登錄病人 ADR(禁用藥)紀錄計 35 人次。 3. 105(1-12 月)年完成藥物不良反應個案審議計 35 件，經藥審會審核後通報至「全國藥物不良反應通報中心」。 4. 105 年(第 1-4 季)執行「用藥管理及輔導」，常備藥管理部份各單位皆為 5 分滿分。 5. 105 年進行「護理人員靜脈幫浦操作正確性稽核」，總計評值 13 個單位共 39 人次，經再教育及複考後之通過率達 100%。

			<p>2-3 電腦醫令系統已建立藥物過敏史及藥物不良反應的登錄流程；於病人就醫時，由醫師主動詢問病人用藥過敏史及不良反應史，確實登錄於病歷首頁，並及時更新。</p> <p>2-4 醫師開立處方前，會詢問病人或再次查閱病歷資料，確認病人藥品過敏史。</p> <p>3-1 訂有「高警訊藥品使用管理作業規定」，建立高警訊藥品【如處方抗癌藥劑、糖尿病用藥、抗凝血劑(WARFARIN)、毛地黃(DIGOXIN)、高濃度電解質注射液，或其他輸液或服用錯誤，可能導致危及病人生命等藥品】清單，並依臨床需要檢討置於病房(護理站)之常備藥品品項。</p> <p>3-2 高警訊藥品須以常備藥品方式置於病房時，其存放位置應與其他常備藥品作區隔。</p> <p>3-3 針對高警訊藥物清單中之藥物，於處方及藥袋上列印特殊警示標記以供辨識，並於藥袋上加註使用注意事項，以提醒醫護人員謹慎給藥。</p> <p>3-4 對醫療人員、病人及主要照顧者針</p>	
--	--	--	---	--

			<p>對高警訊藥品加強用藥教育與指導</p> <p>3-5 護理部訂有「護理品質指標監測記錄單」，並將「護理人員靜脈幫浦操作正確性稽核」列為監測指標項目之一。</p>	
--	--	--	---	--

項目	年度目標	執行策略/計畫	管考指標/預期效益/具體行動方案	成果
目標 6	落實感染管制	1. 落實手部衛生遵從性及正確性 2. 落實抗生素使用管理機制 3. 落實組合式照護 (care bundles) 的措施, 降低醫療照護相關感染 4. 定期環境清潔、監測與建立消毒、滅菌管理機制	1. 由各單位手部衛生種子教官及感管師每月進行手部衛生正確性及遵從性之內、外部稽核作業。並每季進行統計分析於感管審查會中提報, 並針對缺失提出改善追蹤。 2-1 每年持續辦理抗生素相關課程以提升醫護人員認知, 進而落實正確使用原則。 2-2 每季召開抗生素審查會, 檢討抗生素使用不當案例, 以落實抗生素使用管理並降低抗藥性細菌的增生。 2-3 對於手術病人, 均於劃刀前1小時內給予預防性抗生素及視需要去除毛髮、加強血糖控制及體溫維持, 以降低感染發生。 2-4 對門診使用抗生素案件有適當抽審機制, 並由醫師組成審查小組交叉抽審。 3. 自 102 年起積極參與衛生福利部疾病管制局暨醫策會合辦之各項「侵入性醫療	1. 每季進行統計分析並於感委會提報檢討。   

			<p>處置照護品質提升計畫案」，持續於院內推展中心導管、導尿管及呼吸器等侵入性管路組合式照護措施，有效降低醫療照護相關感染。</p> <p>4-1 採買環境清潔用物感染性專用拖把、抹布、水桶，並將水桶刻度標記，以利清潔人員泡製正確比例漂白水。</p> <p>4-2 重新修訂 MDRO 菌株章節，將環境清潔即主動篩檢內容納入，並訂有環境清潔稽核表單，內部稽核將由護理部及行政組執行，外部稽核將由感管室不定期稽核。</p> <p>4-3 配合院內感染政策及按照作業功能將工作環境及隔間設計為(一)去污區(二)清潔區(準備包裝間)(滅菌室)(三)無菌區(無菌室)(無菌物品儲存區)(四)輸送區(醫療裝備站)搬入受污染的物品，與運出滅菌過的物品之動線，均有適當之規劃，人員進出時動線不交叉，並維持供應中心環境清潔。</p> <p>4-4 建立單位無菌儲存間物品安全及溫溼度管理常規，定期監測溫、溼度記錄，定期探討及分析並作檢討改進。</p>	<p>2-1 每年至少辦理2場以上全院性「適當使用抗生素」之講習，並提供線上學習，供醫師進行線上學習及測驗，104年參加現場講習904人次，105年332人次，預計12/15辦理下半年講習。</p> <p>2-2 設有抗生素審查會，由副院長擔任主席，醫、護、檢、藥等跨科部共同組成抗生素管理團隊。並參予衛福部104年計畫案，獲「抗生素管理計畫認證醫院」獎牌。</p> <p>2-3 手術類審查件數309件，門診類審查件數396件、住院管制、非管制類413件。</p> <p>3-1 102~103年「中心導管照護品質提升計畫」案，並獲多項獎勵，成效優良。</p> <div data-bbox="1478 845 2094 1181" data-label="Image"> </div>
--	--	--	---	--

感管作業品質提升相關成果

執行單位感染密度降低

運用TRM等品管手法持續推展品質改善作業，有效減少醫療照護相關感染於102年11月29日參與高屏區醫療院所品管圈競賽榮獲優勝。

安全、專業、關懷、效能

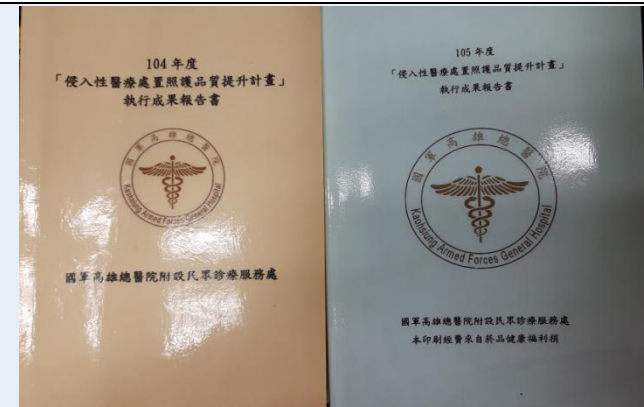
感管作業品質提升相關成果

衛生福利部獎狀
衛生福利部獎狀

102年中心導管照護品質提升計畫之推展於102年12月17日獲衛福部頒發「特色傑出獎」

安全、專業、關懷、效能

3-2 104~105年「侵入性醫療處置照護品質提升計畫」案，104年獲高屏區品管圈競賽「佳作」。



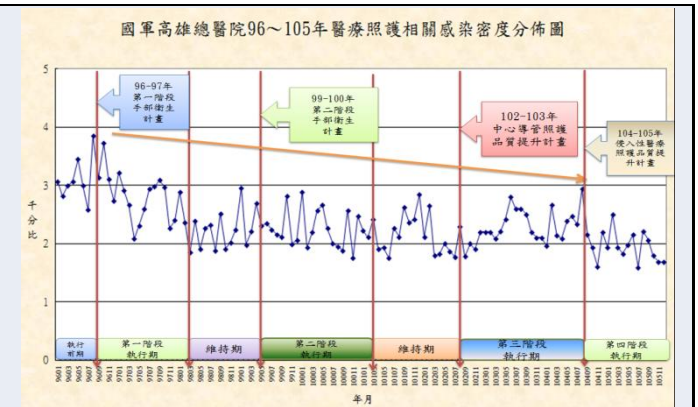
 **感管作業品質提升相關成果**



104年侵入性醫療處置照護品質提升計畫之推展於高屏區品管圈競賽中獲頒「佳作」

安全、專業、關懷、致取

3-3 院內醫療照護相關感染密度有效降低



- 4-1 行政組針對各病房環境清潔稽核成績，每月回饋業務單位要求改善，並持續進行清潔教育留有記錄，每季於院長主持之感染管制審查會提報稽核結果即改善措施。
- 4-2 供應中心各類物品之包裝、消毒、滅菌及有效期間均訂有標準作業規範

監測程序	頻率	監測方法
儀器控制 Equipment Control	空氣移除，每天開始的第一鍋次或機械大修後及安裝時功能監測(空鍋時)	抽真空測試紙，儀表監控
暴露控制 Exposure Control	每一盤包	包外化學指示帶(標示有效日期名稱包物者)

				包內控制 Pack Control	每一盤包	第四級多參數滅菌 指示劑
				鍋次控制 Load Control	1. 高壓滅菌每天 第一鍋次 2. 低溫滅菌每一 鍋次 3. 機械修理後	2 號 PCD 包生物培養 指示劑 整合型第五級滅菌 指示劑 1. 高壓滅菌鍋(嗜熱 桿菌) 2. EO 鍋(枯草桿菌)
				記錄保存控 制 Record Keep Control	標示每一包盤以 利物品之追蹤	1. 抽真空測試紙保 存 4 年 2. 滅菌過程記錄保 存-4 年 3. 性能監測記錄保 存-4 年
國軍高雄總醫院供應中心滅菌物品有效期限標準						
				品項	有效 期	有效期限
				布包類	7 天	消毒當天+6 天 EX:103. 3/1-103. 3/7
				高壓消毒管袋 紙包裝	3 個月	消毒當天+3 個月 EX:103. 3/1-103. 6/1
				E.0 氣消管袋 紙包裝	6 個月	消毒當天+6 個月 EX:103. 3/1-103. 9/1
				無菌 RO 水	7 天	消毒當天+6 天 EX:103. 3/1-103. 3/7

項目	年度目標	執行策略/計畫	管考指標/預期效益/具體行動方案	成果
目標 7	提升管路安全	1. 落實管路使用之評估及照護 2. 提升管路置放安全及減少相關傷害 3. 加強團隊合作，提供整合性照護	1-1 確實執行管路放置及移除之標準作業規範 1-2 確實執行管路留置照護 2-1 醫療人員能正確置放管路，並有確認機制 2-2 醫院應有管路照護品質管理及異常事件通報之機制 2-3 應制定管路意外事件的預防和處理機制，並強化人員的應變能力 3. 提升管路安全是醫療團隊的共同責任	1. 護理部制修訂管路護理相關作業標準執行共 12 項。 2. 105 年修訂『胸腔引流管照護技術』、『存留導尿管置入技術』、『氣管內管固定法』、『導尿管照護之技術標準』、『呼吸器管路照護技術』、『光學纖維支氣管鏡氣管內管插管』、『更換恥骨上膀胱造瘻管技術』、『胸腔引流管照護技術』、『各式引流管路照護』等共計 9 項。 3. 105 年全年共計通報 31 件管路異常事件。 4. 管路小組每季定期開會並針對分析結果提出具體可行之改善措施。 5. 各單位持續針對管路安全異常事件於病房會議檢討，以進行範例學習。 6. 持續進行中心靜脈導管及導尿管認證制度。

項目	年度目標	執行策略/計畫	管考指標/預期效益/具體行動方案	成果												
目標 8	鼓勵病人及其家屬參與病人安全工作	1. 鼓勵醫療人員主動與病人及其家屬建立合作夥伴關係 2. 提供民眾多元參與管道 3. 鼓勵民眾通報所關心的病人安全問題 4. 主動提供病人醫療安全相關資訊，推行醫病共享決策 (Shared Decision Making)	1-1 針對住院病人及家屬主動告知住院權利、義務與治療計畫，提供住院期間參與治療與討論的機會。 1-2 依病人特性及需求分別於門診、一般住院病房及精神科病房辦理團體衛教，提昇病人、家屬及照顧者參與病人安全之意願。 2-1 主動提供就醫安全相關訊息，以海報、多媒體及團體衛教等方式，宣導病人、家屬及照顧者，可共同參與病人安全。 2-2 病人安全週配合醫策會主題，舉辦「安全我會應」活動，設置攤位、多媒體、跑馬燈、衛教等多元宣導方式，及醫院網頁最新消息及臉書發佈活動訊息等，推廣就醫時要「說清楚」、「聽明白」、「勤發問」、「作筆記」四大要點，才能保障自己及家人的健康與安全。 2-3 定期於社區辦理與疾病、治療或預防	1-1 於病人住院時主動提供住院須知及住院診療計畫書。 1-2 於 105 年度共計辦理團體衛教場次及人數如下表： <table border="1" data-bbox="1491 408 1984 608"> <thead> <tr> <th>單位</th> <th>場次</th> <th>參與人數</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>門診</td> <td>54</td> <td>1480</td> </tr> <tr> <td>一般病房</td> <td>25</td> <td>447</td> </tr> <tr> <td>精神科病房</td> <td>126</td> <td>5279</td> </tr> </tbody> </table> 2-1 配合 105 年度病人安全週的宣導活動，樓層公佈欄已張貼病人安全主軸「病人安全我會“應”(in)」及「3 應—響應、回應、反應」海報。 2-2 105 年度病人安全週邀請病人、家屬、看護、醫護同仁、行政人員及志工等共有 408 人參加響應活動並填寫響應單；於門診及領藥等候區執行用藥安全衛教共 3 場次 65 人次、社區健康營造講座 2 場 54 人次、透過門診護理師及營養師執行個人衛教共 17 人次、另配合團體衛教共 15 人次參加。定時於院內	單位	場次	參與人數	門診	54	1480	一般病房	25	447	精神科病房	126	5279
單位	場次	參與人數														
門診	54	1480														
一般病房	25	447														
精神科病房	126	5279														

			<p>相關之衛教講座，提供病人及其家屬參與學習與討論之機會。</p> <p>2-4 病人安全管理審查會民眾代表每季參與並針對病安議題發表意見及接受諮詢。</p> <p>3-1 醫療人員能於診療時主動邀請病人及其家屬提出任何與治療或處置有關的疑問與擔心。</p> <p>3-2 設法了解病人及其家屬關切之病安問題或為醫護人員、病人與家屬雙方舉辦交流會議，討論彼此對病人安全關注的議題。</p> <p>3-3 對於民眾通報之病安問題，應即時給予回饋，以營造信任的溝通氛圍。</p> <p>3-4 運用海報文宣、跑馬燈等傳播媒介宣導病人及其家屬主動向醫療人員提出任何關心的問題。</p> <p>3-5 院內刊物（醫訊）病人安全專區，配合季節性或針對流行性疾病，定期刊登其相關預防及注意事項，提供民眾了解及保健。</p> <p>3-6 醫療機構應提供便捷之民眾申訴管</p>	<p>多媒體、跑馬燈播放相關活動訊息。</p> <p>2-3 105年每月定期辦理社區健康營造講座，計17場次、共1063人次參加，提供病人及其家屬參與學習與討論之機會。</p> <p>2-4 每季召開「病人安全管理審查會會議」共計3次，民眾代表計8人次出席參與，會議中提出病人住院時動向掌握及公廁衛生相關事宜，已由業管單位護理部、行政組及醫勤組完成改善作業，另亦讚許醫院軟硬體設施均改善良多。</p> <p>3-1 醫師診斷需進行手術或侵入性治療時，醫療人員主動向病人及家屬說明，共同討論讓其瞭解手術（檢查）進行方式、治療過程，確認瞭解無疑後，簽署相關同意書，方可執行。</p> <p>3-2 本院有住院全人整合醫療會議，針對潛在醫療糾紛、病情複雜度高等病情召開討論處理會議及與病人及家屬交流，105年召開69場次，醫師參與219人次、醫事284人次，合計503人次參加，均已辦理完成。</p> <p>3-3 本院設置電話、信函、意見箱、電子</p>
--	--	--	---	--

			<p>道，鼓勵民眾主動通報所關心的病人安全問題，並建立檢討與回應機制，作為後續服務推動與調整之方向。</p> <p>4. 製作醫病共享決策評估表。</p>	<p>郵件、傳真及現場立即處理等方式，俾利民眾問題反應及溝通管道，105年計143件，均於處理完畢後即回覆民眾。</p> <p>3-4 各類病安訊息，利用院內公佈欄、電梯，張貼各類宣導海報；於掛批大廳、各診室候診區設置電視播放。</p> <p>3-5 本院醫訊定期每2個月發行一次，內容含病人安全相關議題及衛教，擺放位置本院服務台、急診掛號櫃台、體檢中心等12單位；另鄰近廟宇、活動中心、門診中心、屏東分院、左營分院、岡山分院等處提供民眾索取。</p> <p>3-6 本院申訴管道設置有電話反映17通、信函5件、意見箱(12處)30件、電子郵件(含院長網路信箱、網頁民意論壇)63件、傳真13件、其他(含現場)15件，經檢討改善後回覆民眾後，民眾滿意度達96.5%。</p> <p>4. 內科、外科、精神科、骨科、牙科、婦產科、耳鼻喉科訂有27項醫病共享決策評估表，病人易懂的詞彙，檢查說明書以圖片輔助，並有適應症、實施步驟、檢查或治療過程注意事項、替代方案、可能併發症</p>
--	--	--	---	---

				及病人提問，期病人及家屬能充份瞭解後 自主選擇醫療項目。
--	--	--	--	---------------------------------