



RRPG94030132 (194.P)

計畫編號：DOH93-TD-M-113-041

行政院衛生署九十三年度委託研究計畫

衛生署科技研究計畫評估—醫政領域(總計畫)

子計畫二：80-92年度衛生署「教學醫院評鑑與
臨床醫學教育品質制度改革」相關科技研究計畫評估

期 末 成 果 報 告

執行機構：中國醫藥大學

計畫主持人：葉純甫 教授

計畫協同主持人：沈戊忠教授、林妍如助理教授

計畫研究員：林青慧、葉盈偵、時宗如

執行期間：93年8月1日至94年7月31日

本研究報告僅供參考，不代表行政院衛生署意見

摘要

「實證(Evidence-Based)」科學的理念近年來在國際與國內醫學界與管理領域皆引起廣泛的討論與應用，其精神在於強調以科學的邏輯與實證的觀點來解決問題。實證科學的理念在衛生政策也已廣泛地被落實，如衛生署、健保局、國科會、國衛院、國健局、管制藥品管理局等機關補助國內學者與臨床專家進行各項的專題研究，而其所獲得之成果來進行政策擬定與相關政策推動。本計劃針對民國 80 年至民國 92 年衛生署所委託的科技計劃中，有關教學醫院評鑑以及臨床醫學教育品質改革有關的主題研究及其建言，進行科學實證導向之學術性評論分析，目的包括：1) 評估過往有關教學醫院評鑑及臨床醫學教育品質改革主題所進行之科技研究計畫之正確性，包括主題之意義性、引用理論之適切性、方法學之正確性、研究結果及建言之可用性等等。2) 了解過往有關教學醫院評鑑及臨床醫學教育品質改革主題所進行之科技研究計畫於國內衛生政策上的應用深度及廣度；以及 3) 建議未來國內有關教學醫院評鑑及臨床醫學教育品質改革主題之衛生政策相關研究計畫方向。

因為大多數的政策研究議題，在其實務的建議結果方面大多會涉及對於台灣醫院評鑑、醫學教育或醫院教學等方面進行建議，因此本子計畫在篩選欲評核的過往科技計劃研究報告時，將不一定以關鍵字或研究題目作為篩選的關鍵字；而是針對所有 80 年度至 92 年度的衛署科技計劃成果中，在摘要中提及關於「醫學教育」、「醫院評鑑」、「教學醫院」、「醫療品質」等字辭進行報告選取。以此方法選取了 34 篇有關於醫院評鑑與醫療品質等主題報告，以及 16 篇有關於醫學教育與臨床教學品質等主題報告來作為本計畫之評核標的。評核重點主要分為兩個方向來進行，一為評核各計畫的研究正確性；另一為評核各計畫成果的政策落實性。研究正確性評估係以科學實證研究的角度來審視過往研究計畫之執行有效度，包括主題之意義性、引用理論之適切性、方法學之正確性、研究結果及建言之可用性等等；而計劃成果的政策落實性與具體成效分

析主要藉由國家官方網站、學會、網路資訊(包括醫療業界利益關係人，即病患、醫師、醫院業者等的公共報導訊息)，以及醫學/管理研究論文來獲得資訊。

評核結果發現，在受評計畫的研究正確性方面，所評核的 50 篇科技計畫屬於實證性及敘事性的研究居多。實證性研究計畫多數缺乏適切的理論來引導研究之整體論述與分析，再者，研究樣本選取範圍也侷限於單一機構、少數機構或某一地理區域，造成結果外推性可能不足；另外，多數計畫在其研究結果的表達上並無適當地指出其研究限制。而受評計畫在研究成果應用性方面，因為全民健康保險於 84 年實施、其後的支付變革、消費者意識抬頭，以及特殊事件衝擊(如 921 大地震、SARS)等等，造成整個醫療體系的利益關係人，包括衛生主管機關、健康暨醫療服務提供者、民間團體以及民眾(病患)等的需求與互動都產生了相當大地改變，甚至對於醫療專業人員的學校教育基本養成及持續教育制度也成了改革的重點；因此所評核的 50 篇研究計畫中，多數研究結果在應用方面具有時效性，早已不適用或已經改革；少數研究成果在實際應用方面不甚理想。另外，多數研究屬於敘事性的單一個案、單一事件的實務研究，因此在應用的深度及廣度產生限制。

在落實全人化的健康照護理念下，醫療業者、醫療教育者以及政策制定者在未來對於醫療照護環境應有的一份責任，包括醫療業者落實品質改進 (quality improvement) 及品質監督 (quality oversight) 活動，擅用標竿學習 (benchmarking) 及剖析 (profile) 技巧，結合行政管理活動與醫療臨床結果的相關性實證研究，投入課責機制(如醫院評鑑)等等；而醫療教育工作者必須體認到教學的重要性、規劃好的醫學導師制度、因應爆炸性的知識年代、將知識概念行動化、善用醫學教育成本，以及引導學生學習全人照護的知識與人文素養。政策制定者必須要妥善拿捏其在國家衛生政策制定的關鍵角色，包括扮演為民把關的醫療審核者，以及發展健康暨醫療資訊科技及健康資訊(health informatics)的推動者及使用者。另外，除了體認落實「實證政

策」(evidence-based policy)的重要性外，政策制定者必須避免將實證研究的主體規劃權落入政治化的考量。建議未來衛生主管機關在設定研究議題與政策制定內容上必須要把握住七個關鍵的步驟，包括 1)對於委託的研究計畫主題設定優先順序(priorities)；2)落實研究結果；3)綜合研究證據；4)制定政策議程；5)形成政策內容；6)執行政策；以及 7)評估政策執行後的結果與效應等等。

目 錄

第一章 緒論	1
第一節 研究背景與動機.....	1
第二節 研究目的.....	2
第三節 本計畫納入的評核主題與計畫名稱.....	3
第四節 各章節組織架構介紹.....	3
第二章 評核計畫之研究正確性分析	6
第一節 評核與「醫院評鑑與醫療品質」主題相關計畫之研究正確性分析.....	7
第二節 評核與「醫學教育與臨床教學品質」主題相關計畫之研究正確性分析	61
小結	84
第三章 評核計畫之政策落實性分析	86
第一節 評核與「醫院評鑑與醫療品質」主題相關計畫之政策落實性分析	86
第二節 評核與「醫學教育與臨床教學品質」主題相關計畫之政策落實性分析	126
小結	143
第四章 計畫評核結論與建議	144
結語	161
參考文獻	164
附錄 台灣長期照護發展一覽表	168

圖

圖 1、落實全人化健康照護環境之責任關係人：醫療業者、醫療教育者以及政策制定者.....145

表

表 1、本計畫納入評核之主題與計畫名稱之一覽表	5
表 2、「80 建立我國醫院醫療品質保證計畫模式之研究」之研究評核	9
表 3、「81 建立我國醫院醫療品質保證計畫模式之研究」之研究評核	11
表 4、「82 建立我國醫院醫療品質保證計畫模式之研究」之計畫評核	13
表 5、「87 醫療品質管理專家系統」之研究評核	15
表 6、「89 全民健康保險整體醫療品質之研究—以建立指標之基本資料為主」之研究評核	16
表 7、「81 八十一年度醫院評鑑暨教學醫院評鑑制度之研究」之研究評核	18
表 8、「82 醫院評鑑暨教學醫院評鑑研究」之研究評核	20
表 9、「83 台灣地區醫院評鑑之分析」之研究評核	21
表 10、「81 台灣地區精神醫療院所評鑑作業之評估」之研究評核	22
表 11、「86 中醫醫院評鑑標準之前導研究」之研究評核	24
表 12、「90 醫學中心暨教學醫院評鑑制度及標準之評估與改革方案之研究」之研究評核	25
表 13、「81 臨床生化品管調查、諮詢及輔導計畫」之研究評核	28
表 14、「81 血液檢驗品管推廣及諮詢計畫」之研究評核	29
表 15、「81 血庫人員在職訓練與血庫作業精確度調查」之研究評核	30
表 16、「83 血庫作業精確度調查暨醫院成分血使用之適當性研究」之研究評核	31
表 17、「89 臨床檢驗品質保證研究計畫」之研究評核	32
表 18、「82 醫院感染控制計畫」之研究評核	34
表 19、「82 建立台灣地區醫院院內感染監視與管制計畫並調查各醫院院內感染發生率及群突發兼住院病人抗生素之使用情形」之研究評核	35

表 20、「84 院內感染疫情監測系統電腦軟體發展計畫」之研究評核	36
表 21、「80 醫院急診藥局臨床藥學服務之實驗模式」之研究評核	38
表 22、「89 全靜脈營養輸注液(TPN)調劑作業規範之建立」之研究評核	39
表 23、「89 醫藥分業對藥品流通、藥師功能及西藥販賣業影響之實證研究」之研究評核	40
表 24、「90 台灣地區緊急醫療網責任醫院對重大災難臨時收治場所規劃研究」之研究評核	42
表 25、「90 全國性大規模災難醫學訓練計畫」之研究評核	43
表 26、「81 中部地區住院三十天以上患者長期住院因素之分析研究」之研究評核	44
表 27、「81 短期心理治療對精神科門診病人之療效」之研究評核	46
表 28、「82 醫療保險對高科技高價位醫療服務影響之研究：以電腦斷層攝影掃描儀與磁共振影像儀為例」之研究評核	48
表 29、「83 台灣地區聽力檢查設施之調查與評估」之研究評核	49
表 30、「82 台灣地區物理治療人員執業倦怠情形及其相關因素探討」之研究評核	51
表 31、「81 復健病患居家照顧的調查研究」之研究評核	53
表 32、「89 慢性疾病營養諮詢之需求評估—以痛風為先驅研究主題」之研究評核	54
表 33、「90 台灣急性醫院護理品質監測指標系統化之建立」之研究評核	56
表 34、「90 高雄市各層級醫療院所推行母嬰親善醫院之調查及其成效之探討」之研究評核	58
表 35、「90 醫院應用網際網路現況與因應策略研究」之研究評核	60
表 36、「81 台灣基層職業醫師擔任家庭醫學導師可行性」之研究評核	63
表 37、「81 基層醫療指數與醫學生、實習醫師、住院醫師未來執業方式及其影響因素之調查」之研究評核	65
表 38、「82 台灣地區醫學生對家庭醫學態度及從事基層醫療意願之探討」之研究評核	67

表 39、「81、82、83 本土醫學資料庫之建立及衛生政策上之應用」之研究評核	69
表 40、「88 臨床診療作業指引系統模式建構之前驅研究」之研究評核	71
表 41、「81 設立藥物暨胎兒致畸性諮詢服務之探討」之研究評核	73
表 42、「80 癌症臨床訓練及研究」之研究評核	75
表 43、「81 門診化學治療癌症病人護理需求分類系統之研究」之研究評核	76
表 44、「82 愛滋病患治療計畫及病毒之研究」之研究評核	78
表 45、「85 病患及醫師有關的癌症疼痛治療障礙」之研究評核	79
表 46、「81 建立某教學醫院壓瘡防治護理品管模式之研究」之研究評核	81
表 47、「81 醫院教學成本支付之研究」之研究評核	83
表 48、「80 建立我國醫院醫療品質保證計畫模式之研究」之應用	87
表 49、「81 建立我國醫院醫療品質保證計畫模式之研究」之研究評核	88
表 50、「82 建立我國醫院醫療品質保證計畫模式之研究」之研究評核	89
表 51、「87 醫療品質管理專家系統」之研究評核	91
表 52、「89 全民健康保險整體醫療品質之研究—以建立指標之基本資料為主」之研究 評核	93
表 53、新、舊制醫院評鑑內容差異	95
表 54、「81 八十一年度醫院評鑑暨教學醫院評鑑制度之研究」之研究評核	96
表 55、「82 醫院評鑑暨教學醫院評鑑研究」之研究評核	97
表 56、「83 台灣地區醫院評鑑之分析」之研究評核	98
表 57、「81 台灣地區精神醫療院所評鑑作業之評估」之研究評核	100
表 58、「86 中醫醫院評鑑標準之前導研究」之研究評核	101
表 59、「90 醫學中心暨教學醫院評鑑制度及標準之評估與改革方案之研究」之研究評 核	102

表 60、「82 醫院感染控制計畫」之應用	106
表 61、「82 建立台灣地區醫院院內感染監視與管制計畫並調查各醫院院內感染發生率及群突發兼住院病人抗生素之使用情形」之應用	107
表 62、「84 院內感染疫情監測系統電腦軟體發展計畫」之應用	108
表 63、「80 醫院急診藥局臨床藥學服務之實驗模式」之應用	109
表 64、「89 全靜脈營養輸注液(TPN)調劑作業規範之建立」之應用	110
表 65、「89 醫藥分業對藥品流通、藥師功能及西藥販賣業影響之實證研究」之應用	111
表 66、「90 台灣地區緊急醫療網責任醫院對重大災難臨時收治場所規劃研究」之應用	112
表 67、「90 全國性大規模災難醫學訓練計畫」之應用	114
表 68、「81 中部地區住院三十天以上患者長期住院因素之分析研究」之應用	115
表 69、「81 復健病患居家照顧的調查研究」之應用	115
表 70、「82 醫療保險對高科技高價位醫療服務影響之研究：以電腦斷層攝影掃描儀與磁共振影像儀為例」之應用	116
表 71、「83 台灣地區聽力檢查設施之調查與評估」之應用	118
表 72、「82 台灣地區物理治療人員執業倦怠情形及其相關因素探討」之應用	119
表 73、「89 慢性疾病營養諮詢之需求評估—以痛風為先驅研究主題」之應用	120
表 74、「90 台灣急性醫院護理品質監測指標系統化之建立」之應用	121
表 75、「90 高雄市各層級醫療院所推行母嬰親善醫院之調查及其成效之探討」之應用	123
表 76、「90 醫院應用網際網路現況與因應策略研究」之應用	125
表 77、台灣各醫學院醫學生選讀之社會人文相關課程	128
表 78、「81 台灣基層職業醫師擔任家庭醫學導師可行性」之應用	129

表 79、「81 基層醫療指數與醫學生、實習醫師、住院醫師未來執業方式及其影響因素之調查」之應用	129
表 80、「82 台灣地區醫學生對家庭醫學態度及從事基層醫療意願之探討」之應用	130
表 81、「81、82、83 本土醫學資料庫之建立及衛生政策上之應用」之應用	131
表 82、「88 臨床診療作業指引系統模式建構之前驅研究」之應用	132
表 83、「81 設立藥物暨胎兒致畸性諮詢服務之探討」之應用	133
表 84、「80 癌症臨床訓練及研究」之應用	134
表 85、「81 門診化學治療癌症病人護理需求分類系統之研究」之應用	135
表 86、「82 愛滋病患治療計畫及病毒之研究」之應用	136
表 87、「85 病患及醫師有關的癌症疼痛治療障礙」之應用	138
表 88、「81 建立某教學醫院壓瘡防治護理品管模式之研究」之應用	139
表 89、「81 醫院教學成本支付之研究」之應用	141

第一章 緒論

第一節 研究背景與動機

「臨床醫學教育」為國家醫療進步與民眾健康照護品質的根基，其建立國家醫療從業人員學習照護病患的基礎醫學學理與技巧；而「醫院評鑑制度」係為考核、確保與指引醫療實務運作的醫療人員，其在照護病患醫療專業的執行過程時應有的正確度以及有效度。因此，醫學院校的醫學教育養成，以及醫學生畢業後的後續於醫院機構的實習運作，則為每一位醫學從業者在醫學養成一系列必要的過程，並有著密不可分的關係。舉例來說，2000年張德銘等三位監委調查指出台灣抗生素濫用所產生的抗藥性問題後，引發了醫學界學者與執業醫師對於基礎醫學教育與醫院管理的重新沈思，一連串的沈思包括醫學教育太過分注重嚴重疾病的教導，忽略了「小病」；以及加強醫師的再教育，讓所有醫師認識抗生素的正確使用方法等等；當然醫院管理、評鑑制度亦作了多項的因應與改進工作，包括加強感控委員會的運作功能、抗生素的管理標準流程等等。另外，台灣財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會於93年醫院評鑑新增項目指示，教學醫院的活動應包括1) 醫教會委員，定期開會且記錄之，並有追蹤；2) 定期舉辦院內教學訓練活動（含醫學倫理、醫事法律、醫療品質教育、全人醫療、病人安全、預防醫療不良事件之發生及特殊或新興傳染病認知等課程）；3) 建立社區醫學訓練合作計畫；4) 住院醫師、實習醫師學習醫療不良事件善後處理情形；5) 醫學倫理、醫事法律、醫療品質、全人醫療、病人安全、及預防醫療不良事件發生等教學成效；6) 實習醫學生之安全防護合理；7) 教學、進修及研究經費佔年度醫療收入總額之3% 等等；以此來健全台灣教學醫院在醫學教育與管理上的完整性。因此，在衛生署補助的專題科技計畫十年度的里程中，本評核計畫旨在針對「教學醫院評鑑與臨床醫學教育品質制度改革」主題來進行相關科技研究計畫成果評核，並希望確實評核「醫學教育」相關的科技計畫成果，在教學醫院或整體衛生

及醫療制度的落實度；而另一方面，本評核計畫亦將確實檢視藉由「教學醫院或醫院評鑑」為研究主體或主旨的科技計畫成果中，對於醫學教育或整體衛生及醫療制度的影響、定位與改進之程度，以作為日後國家衛生主管機關進行後續的醫療政策、醫學教育的參考方向。

第二節 研究目的

「實證(Evidence-Based)」科學的理念近年來在國際與國內醫學界與管理領域皆引起廣泛的討論與應用，其精神在於強調以科學的邏輯與實證的觀點來解決問題。實證科學的理念在衛生政策也已廣泛地被落實，如衛生署、健保局、國科會、國衛院、國健局、管制藥品管理局等機關補助國內學者與臨床專家進行各項的專題研究，而其所得之成果來進行政策擬定與相關政策推動。因此本計畫針對民國 80 年至民國 92 年衛生署所委託的科技計畫中，有關教學醫院評鑑以及臨床醫學教育品質改革有關的主題研究及其建言，進行科學實證導向之學術性評論分析，目的包括：

1. 評估過往有關教學醫院評鑑及臨床醫學教育品質改革主題所進行之科技研究計畫之正確性，包括主題之意義性、引用理論之適切性、方法學之正確性、研究結果及建言之可用性等等。
2. 了解過往有關教學醫院評鑑及臨床醫學教育品質改革主題所進行之科技研究計畫於國內衛生政策上的應用深度及廣度；以及
3. 建議未來國內有關教學醫院評鑑及臨床醫學教育品質改革主題之衛生政策相關研究計畫方向。

第三節 本計畫納入評核之研究主題與計畫名稱

因為大多數的政策研究議題，在其實務的建議結果方面大多會涉及對於台灣醫院評鑑、醫學教育或醫院教學等方面進行建議，因此本子計畫在篩選欲評核的過往科技計劃研究報告時，將不一定以關鍵字或研究題目作為篩選的關鍵字；而是針對所有 80 年度至 92 年度的衛署科技計劃成果中，在摘要中提及關於「醫學教育」、「醫院評鑑」、「教學醫院」、「醫療品質」等字辭進行報告選取。以此方法選取了 34 篇有關於醫院評鑑與醫療品質等主題報告，以及 16 篇有關於醫學教育與臨床教學品質等主題報告來作為本計畫之評核標的。所有列入本研究評析的 50 篇文章主題名稱請見表 1。

第四節 各章節組織架構介紹

本研究計畫之工作目的主要在於評核過往衛署所執行之專題計畫成果報告書。評核重點可分為兩個方向來進行，一為評核 80-92 年衛署科技計畫成果報告書之研究正確性；另一為評核 80-92 年衛署科技成果之政策落實性。

因此，本研究將以第二章節作為評核 80-92 年衛署科技計畫成果報告書的研究正確性為主要結果呈現，換句話說，即以科學實證研究的角度來審視過往研究計畫之執行有效度，包括主題之意義性、引用理論之適切性、方法學之正確性、研究結果及建言之可用性等等。

第三章節將以評核 80-92 年衛署科技計畫成果的政策落實性與具體成效為主要結果呈現，此係根據 80-92 年科技計劃研究成果所提出的國家政策性建言，來了解國家衛生主管機關在研究成果報告公開之後，是否根據其結果採取必要的政策介入。

第四章節針對國內、外其他有關教學醫院評鑑及臨床醫學教育品質改革等主題之相關理論論述及實證研究提出介紹與討論，並提出本研究計畫的評核結論，及提出未來台灣衛生政策研究計畫主題訂定之方向。

表 1、本計畫納入評核之主題與計畫名稱之一覽表

評核主題	年	計畫名稱	
醫院評鑑與醫療品質			
建立醫療品質保證計畫模式研究	80	建立我國醫院醫療品質保證計畫模式之研究	
	81	建立我國醫院醫療品質保證計畫模式之研究	
	82	建立我國醫院醫療品質保證計畫模式之研究	
	87	醫療品質管理專家系統	
	89	全民健康保險整體醫療品質之研究—以建立指標之基本資料為主	
醫院評鑑暨教學醫院評鑑制度研究	81	八十一年度醫院評鑑暨教學醫院評鑑制度之研究	
	82	醫院評鑑暨教學醫院評鑑研究	
	83	台灣地區醫院評鑑之分析	
	81	台灣地區精神醫療院所評鑑作業之評估	
	86	中醫醫院評鑑標準之前導研究	
與醫療服務品質相關研究	90	醫學中心暨教學醫院評鑑制度及標準之評估與改革方案之研究	
	81	臨床生化品管調查、諮詢及輔導計畫	
	81	血液檢驗品管推廣及諮詢計畫	
	81	血庫人員在職訓練與血庫作業精確度調查	
	83	血庫作業精確度調查暨醫院成分血使用之適當性研究	
	89	臨床檢驗品質保證研究計畫	
	82	醫院感染控制計畫	
	82	建立台灣地區醫院院內感染監視與管制計畫並調查各醫院院內感染發生率及群突發兼住院病人抗生素之使用情形	
	84	院內感染疫情監測系統電腦軟體發展計畫	
	80	醫院急診藥局臨床藥學服務之實驗模式	
	89	全靜脈營養輸注液(TPN)調劑作業規範之建立	
	89	醫藥分業對藥品流通、藥師功能及西藥販賣業影響之實證研究	
	90	台灣地區緊急醫療網責任醫院對重大災難臨時收治場所規劃研究	
	90	全國性大規模災難醫學訓練計畫	
	81	中部地區住院三十天以上患者長期住院因素之分析研究	
	81	短期心理治療對精神科門診病人之療效	
	82	醫療保險對高科技高價位醫療服務影響之研究：以電腦斷層攝影掃描儀與磁共振影像儀為例	
	83	台灣地區聽力檢查設施之調查與評估	
	82	台灣地區物理治療人員執業倦怠情形及其相關因素探討	
	81	復健病患居家照顧的調查研究	
	89	慢性疾病營養諮詢之需求評估—以痛風為先驅研究主題	
	90	台灣急性醫院護理品質監測指標系統化之建立	
	90	高雄市各層級醫療院所推行母嬰親善醫院之調查及其成效之探討	
	90	醫院應用網際網路現況與因應策略研究	
	醫學教育與臨床教學品質		
	基層醫療教育與制度	81	台灣基層職業醫師擔任家庭醫學導師可行性
		81	基層醫療指數與醫學生、實習醫師、住院醫師未來執業方式及其影響因素之調查
82		台灣地區醫學生對家庭醫學態度及從事基層醫療意願之探討	
本土醫學資料庫建立與應用	81	本土醫學資料庫之建立及衛生政策上之應用	
	82	本土醫學資料庫之建立及衛生政策上之應用	
	83	本土醫學資料庫之建立及衛生政策上之應用	
	88	臨床診療作業指引系統模式建構之前驅研究	
	81	設立藥物暨胎兒致畸性諮詢服務之探討	
以病症為主的治療研究與訓練	80	癌症臨床訓練及研究	
	81	門診化學治療癌症病人護理需求分類系統之研究	
	82	愛滋病患治療計畫及病毒之研究	
	85	病患及醫師有關的癌症疼痛治療障礙	
	81	建立某教學醫院壓瘡防治護理品管模式之研究	
	83	台北榮民總醫院職業病防治中心	
醫院教學成本	81	醫院教學成本支付之研究	
籌設國家醫院	82	籌設國家兒童醫院規劃研究案	

第二章 評核計畫之研究正確性分析

「研究正確性」關鍵著一研究計畫本身執行的必要性與其未來在實務上的應用價值。因此在本評核計劃中，必須要首先以科學實證研究的角度來審視過往研究計畫之執行有效度，包括主題的意義性、引用理論的適切性、方法學的正确性、研究結果及建言的可用性等等。在本評核計畫中，本研究團隊採用 McBurney (2001) 及 Cone & Foster (1993)所提出的科學實證導向評核原則來評估 50 篇於 80 年度至 92 年度所完成的衛生署科技計畫的研究正確性。所評核項目敘述包括：

1. 科技計畫之整體特質

此係指一科技研究計劃的基本屬性為論述性研究(theoretical)、實證性研究(empirical)、摘要性研究(review)，抑或是敘事性研究(tutorial)？

2. 科技計畫之緒論評估

此係指一科技研究計畫的研究主題是否符合研究必要性及時代需求性？

3. 科技計畫之理論評估

此係指一科技研究計畫具備適切的理論與否，並是否以此作為引導該研究之整體論述與分析的依據？

4. 技計畫之方法學評估

此係指一科技計畫方法學設計的嚴謹性與否，包括該研究之 1) 研究設計型態(即實驗性、準實驗性或非實驗性)，2) 研究對象選擇，以及抽樣方法設計之正確性，3) 研究主題變項定義的正確性，4) 研究統計分析方法使用之正確性，以及 5) 研究者於研究進程中角色扮演之合理性、公平性或倫理性等等。

5. 科技計畫之結果評估

此係指一科技計劃結果描述之正確性與否，包括是否符合研究前提假設以及研究假設之統計意義性評析。

6. 科技計畫之討論與結論評估

此係指一科技計劃是否針對統計中意義性與非意義性結果，進行正確的討論，包括 1) 檢視研究作者是否過度誇大研究結果中各變項間之因果關係，2) 是否根據研究結果提出具體可行之建議，3) 是否指出該研究所存在的限制，包括理論基礎、研究設計、取樣方法、統計應用等等之限制，以及 4) 該科技計畫是否具有時效性。

以下將針對本計畫所評核之 50 篇科技計畫的研究正確性提出評析。評析文章包括 34 篇有關於醫院評鑑與醫療品質等主題，以及 16 篇有關於醫學教育與臨床教學品質等主題。

第一節 評核與「醫院評鑑與醫療品質」主題相關計畫

之研究正確性分析

80-92 年度之科技計畫研究中，共計約有 34 篇研究與醫院評鑑及醫療品質主題相關。以 34 篇研究計畫整體觀之，其研究主題重點可概略包括：建立醫療品質保證計畫模式研究，醫院評鑑暨教學醫院評鑑制度研究，以及與醫療服務品質相關研究。

1. 建立醫療品質保證計畫模式研究

我國醫療品質保證計畫模式建構研究首見於針對醫院組織類型的 80-82 年度的「建立我國醫院醫療品質保證計畫模式之研究」、87 年度的「醫療品質管理專家系統」，以及 89 年度的以建立指標為主的「全民健康保險整體醫療品質之研究」。

在 80-82 年度的「建立我國醫院醫療品質保證計畫模式之研究」等三篇研究計畫的目的在於搜集國內、外有關醫療品質參考文獻資料，推廣醫療品質保證知識、技術和工作，瞭解我國各級醫院實施醫療品質保證現況，以及研訂醫院醫療品質保證評估指標，以此作為衛生行政機構施政的參考。第一年(80 年度)的研究係針對台灣地區 869 家目標群體醫院中，將地區專科醫院以上均列入普查樣本，共計 488 家，藉由進行醫療品質保證調查問卷(採結構式和開放式的混合調查問卷，包括：醫院基本資料、醫療品質策略、醫療技術、醫療藝術與醫療環境等五部份來了解醫院業者在醫療品質保證工作的認知與落實程度，總計郵寄問卷回收率是 32.79%。另外，從普查樣本(488 家醫院)中再以分層抽樣選擇 42 家醫院進行實地調查。結果發現，1) 醫院主管均有醫療品質認知；2) 醫院普遍重視醫院醫療品質保證工作，做法卻不確實；3) 近半數醫院已成立醫療品質委員會，但成效顯然不佳；4) 執行醫院醫療品質保證工作困難，主要是缺乏全國性醫療品質保證政策、缺乏醫療保證專業人員、缺乏對醫療品質保證工作之瞭解、醫院同仁不配合及缺乏適當的作業規範等；5) 半數以上醫院實施全院性醫療品質保證工作，較易實施者為院內感染管制、病歷審查及裝備審查；較難實施者為意外事件審查、用藥審查及住院日審查；僅四成以上醫院實施部門性醫療品質保證工作；較易實施者為護理品質審查、內科醫療品質審查、檢驗科醫療品質審查；較難實施者為藥物治療品質審查、急診醫療品質審查及營養治療品質審查；6) 各醫院頒定書面醫療品質保證計畫比例隨醫院評鑑等級高低遞減；7) 醫院評鑑等較高者較易實施病患滿意度評量辦法；以及 8) 醫院評鑑等級較高者較會進行各

項醫療設施等規定，實施安全品質及衛生品質等措施。

就整體而言，本研究屬於實證性研究，研究可行性高，但是郵寄問卷回收率偏低，沒有提出回函與非回函者醫院的差異比較，再者，本研究雖有進行實地訪視，但是在研究果方面並無呈現訪談調查的結果。其他研究評核請見表 2。

表 2、「80 建立我國醫院醫療品質保證計畫模式之研究」之研究評核

計畫名稱: 80 建立我國醫院醫療品質保證計畫模式之研究	
評核項目	評核結果
一、整體特質	實證性研究
二、緒 論	
1. 描述此研究的原因	是
2. 清楚說明研究問題(與假說)	是
3. 研究主題符合研究必要性及時代需求性	是
三、理論依據	
適切的理論引導該研究之整體論述與分析	是
四、研究方法	
1. 整體研究設計可行性	是
2. 研究設計	<ol style="list-style-type: none"> 屬非實驗性研究設計(郵寄問卷調查) 研究設計與實際執行間有落差，沒有實地訪視調查的部份。 郵寄問卷的有效回覆率僅 30.12%(147/488)，應考慮 non-response 可能影響結果推論。
3. 研究對象	<ol style="list-style-type: none"> 郵寄問卷調查採地區專科醫院以上均列入普查對象，共 488 家，主要由各院院長或副院長填答。 實地訪視調查採分層抽樣法，共 42 家，但 <ol style="list-style-type: none"> 有些分層抽樣樣本數較少(醫學中心 9/9、區域醫院 13/40、地區綜合醫院 17/437、地區專科醫院 3/14)可能無法完全代表母群體或無法進行同層級醫院間的比較。 另外從研究結果來看，僅有郵寄問卷回收處理的結果，而無實地訪視的調查結果，可能沒有作此項調查，或納入第二年計畫中執行(該計畫為三年計畫)。
4. 測量方法	<ol style="list-style-type: none"> 測量變項符合先期研究假設 未提供問卷之信、效度資料，但有提到問卷內容有經專家審查。 「醫院類別」、「醫院評鑑等級」、「醫院規模」(皆為類別變項)與「醫療品質重視程度」(序位變項)關係的比較不宜用卡方檢定，且有格期望次數小於 1。 因採郵寄問卷的方式，故無法確保問卷填答資料的真實性。
五、研究結果	
該科技計畫結果描述正確性	<ol style="list-style-type: none"> 卡方統計的使用有問題，其他則僅提供描述性統計分析。 研究結果大致符合前提假設。
六、討 論	
1. 針對統計中意義性與非意義性結果進行正確的討論	<ol style="list-style-type: none"> 有針對描述性分析結果進行討論。 未考慮 non-response 的影響。
2. 根據研究結果提出具體可行之建議	是
3. 該科技計畫是否指出該研究所存在的限制，包括理論基礎、研究設計、取樣方法、統計應用等等之限制?	是
4. 研究結果時效性	無
5. 針對研究結果進行應用性描述	針對衛生主管機關、醫院業者以及醫事相關教育規劃者提出建議

在第二年(81年度)的研究係針對台灣地區 869 家醫院為目標群體，以各級醫院醫療品質概況之訪視調查法及眼科白內障摘除術個案病歷審查法，進行醫療品質保證實施概況。在訪視調查法中，採分層隨機抽樣法，選出 9 家醫院中心、14 家區域醫院、19 家地區醫院，由受過訓練訪視員進行調查；而在眼科白內障摘除術個案病歷審查法中，採立意抽樣法選出 2 家醫學中心，再以簡單隨機抽樣法，選出眼科白內障摘除術 430 個案，進行醫療過程臨床指標測試評估。

該研究整體的研究設計屬於實證研究。在研究對象第一年研究採郵寄問卷調查 488 家地區專科以上醫院，第二年再由訪員於訪視時查證資料。在訪視調查醫院方面採分層隨機抽樣法選出醫學中心 9 家、區域醫院 14 家、地區醫院 19 家，共 42 家。因為地區醫院抽樣家數偏少，且地區醫院的經營狀況差異性較大，因此樣本代表性上可能會有問題。再者，研究者並未說明為何在第二年再進行醫院抽樣並以訪員實地訪視方式；而若是為確認第一年郵寄回收問卷的真實性，則應考慮將訪視結果與第一年資料作比較。

另外，臨床指標測試(眼科白內障摘除術個案病歷審查)由醫學中心立意採樣，僅選出二家醫院，研究結果將無法代表所有醫學中心。其他評核意見請見表 3。

表 3、「81 建立我國醫院醫療品質保證計畫模式之研究」之研究評核

計畫名稱：81 建立我國醫院醫療品質保證計畫模式之研究	
評核項目	評核結果
一、整體特質	實證性研究
二、結 論	
1. 描述此研究的原因	是
2. 清楚說明研究問題(與假說)	是
3. 研究主題符合研究必要性及時代需求性	是
三、理論依據	
適切的理論引導該研究之整體論述與分析	共計由 MEDLINE 蒐集國內外醫療品質相關參考文獻、論文摘要共 4623 篇，書籍 52 本。
四、研究方法	
1. 整體研究設計可行性	是
2. 研究設計	<ol style="list-style-type: none"> 屬非實驗性研究設計(訪員訪視調查及病歷審查) 未說明同樣問卷內容為何第二年還要再分層抽樣以訪員實地訪視方式再調查一次；而若是為了解第一年郵寄回收問卷的真實性，應考慮將訪視結果與第一年資料作比較 原訂醫院醫療品質指標為目的之一，但卻僅將 Monitoring with indicator: Evaluating the quality of patient care 一書的眼科白內障摘除術醫療品質評估指標翻譯後測試，卻未訂定其他指標
3. 研究對象	<ol style="list-style-type: none"> 研究包括各級醫院醫療品質概況之訪視調查法，與眼科白內障摘除術個案病歷審查法兩種。 針對第一年已郵寄問卷的 488 家地區專科以上醫院，第二年再由訪員於訪視時查證資料。 訪視調查醫院採分層隨機抽樣法選出醫學中心 9 家、區域醫院 14 家、地區醫院 19 家，共 42 家。地區醫院抽樣家數偏少，因此樣本代表性上可能會有問題。 臨床指標測試(眼科白內障摘除術個案病歷審查)由醫學中心立意採樣，僅選出二家醫院，研究結果將無法代表所有醫學中心。
4. 測量方法	<ol style="list-style-type: none"> 測量變項符合先前研究假設 醫院訪視調查問卷(同第一年問卷)未提供問卷之信、效度資料，但問卷內容有經專家審查。 臨床指標測試評量表係直接翻譯再經專家審查後完成，亦未提供量表信、效度之資料。 「醫院類別」、「醫院評鑑等級」、「醫院規模」(皆為類別變項)與「醫療品質重視程度」(序位變項)關係的比較不宜用卡方檢定，且有細格期望次數小於 1。
五、研究結果	
該科技計畫結果描述正確性	<ol style="list-style-type: none"> 大致符合前提假設 因卡方檢定的使用有問題，故結果闡述亦有問題，其他則僅有描述性分析。
六、討 論	
1. 針對統計中意義性與非意義性結果進行正確的討論	推論性統計(卡方檢定)的使用有問題，但有討論描述性的結果。
2. 根據研究結果提出具體可行之建議	有提出建議(醫療品質政策及技術)，但無提及研訂品質保證指標的建議。
3. 指出該研究所存在的限制	是
4. 研究結果時效性	無
5. 針對研究結果進行應用性描述	針對衛生主管機關、醫院業者與醫管專業人才培養提出建議

最後年度(82年度)研究計畫係以台灣地區 821 家醫院為目標群體，採立意取樣方法選出 10 家醫院，包括 3 家醫學中心、5 家區域醫院，以及 2 家地區醫院，分別從事臨床醫療品質指標、醫療藝術品質和醫療環境品質三部份進行測試。以簡單隨機抽樣方法，選出：1) 臨床指標的心臟科 280 個案、放射診斷科 282 個案、藥事科 302 個案、護理科 285 個案，共計 1,149 個案；2) 醫療藝術品質的住院病患滿意度 298 個案；以及 3) 醫療環境品質的清潔課、洗衣房和醫院安全等三部門，共計 30 部門。整體研究亦為實證性研究，以立意選樣方式由原先訪視調查的 38 家醫院選取 10 家合作醫院(包括 3 家醫學心、5 家區域醫院、1 家地區教學綜合醫院、1 家地區非教學綜合醫院)，因非隨機取樣，且樣本醫院較少，故代表性可能不足。另外，因選取醫院為第二年訪視調查之醫院，該些醫院已事先被預知且參與過研究，故可能會有超乎平常的表現，導致可能高估研究結果。再者，抽樣過程由各醫院指派醫療品質管理師由所屬科別門診病患中以抽樣方法選定個案進行評估，可能因各醫院抽樣方法不一，將影響樣本的代表性。其他研究評述請見表 4。

表 4、「82 建立我國醫院醫療品質保證計畫模式之研究」之計畫評核

計畫名稱：82 建立我國醫院醫療品質保證計畫模式之研究	
評核項目	評核結果
一、整體特質	實證性研究
二、緒 論	
1. 描述此研究的原因？	是
2. 清楚說明研究問題（與假說）	是
3. 研究主題符合研究必要性及時代需求性	是
三、理論依據	
適切的理論引導該研究之整體論述與分析	共計由 MEDLINE 蒐集國內外醫療品質相關參考文獻及論文摘要約 5000 篇，書籍 106 本。
四、研究方法	
1. 整體研究設計可行性	是
2. 研究設計	<ol style="list-style-type: none"> 1. 屬非實驗性研究設計(問卷調查) 2. 可能因該計畫屬探索性研究性質，故在樣本選取上未採取隨機抽樣。 3. 因選取醫院為第二年訪視調查之醫院，期以預知且參與過研究，故可能回有超乎平常的表現，導致可能高估研究結果。
3. 研究對象	<ol style="list-style-type: none"> 1. 以立意選擇方式由原先訪視調查的 38 家醫院選取 10 家合作醫院(包括 3 家醫學中心、5 家區域醫院、1 家地區教學綜合醫院、1 家地區非教學綜合醫院)，因非隨機取樣，且樣本醫院較少，故代表性可能不足。 2. 因選取醫院為第二年訪視調查之醫院，期以預知且參與過研究，故可能回有超乎平常的表現，導致可能高估研究結果。 3. 測試指標的選擇，除醫療環境品質能採立意取樣，其他均以簡單隨機抽樣法進行。 4. 抽樣過程由各醫院指派醫療品質管理師由所屬科別門診病患中以抽樣方法選定個案進行評估，可能因各醫院抽樣方法不一，將影響樣本的代表性。
4. 測量方法	<ol style="list-style-type: none"> 1. 測量變項符合先前研究假設 2. 問卷未提供問卷之信、效度資料，但問卷內容有經專家審查。 3. 部份用卡方統計的使用不適宜。
五、研究結果	
該科技計畫結果描述正確性	<ol style="list-style-type: none"> 1. 大致符合前提假設，但醫療技術品質部份指標執行率未達 85%、醫療環境指標執行率未達 70%。 2. 因卡方檢定的使用有問題，故結果闡述亦有問題。 3. 其他則僅有描述性分析。
六、討 論	
1. 針對統計中意義性與非意義性結果進行正確的討論	因卡方檢定的使用有問題，故該項結果應較保守推論。
2. 根據研究結果提出具體可行之建議	是
3. 指出該研究所存在的限制	是
4. 研究結果時效性	無
5. 針對研究結果進行應用性描述	針對醫療品質項目與執行提出建議

87 年度「醫療品質管理專家系統」係以發展電腦資訊科技來評估與管理醫療品質。整個計畫分兩階段進行，第一階段著重於醫療品質管理評估知識的結構

表示法與評估知識庫方面之研究，第二階段則致力於醫療品質管理系統之推理機的設計與機型測試系統的建立。由於醫院全院性醫療品質管理之項目與種類繁多而且複雜，且隨著時間與環境的不同而有所差異，因此，現階段將選擇資訊較易獲得且醫院相當迫切需要實施的項目如醫院評鑑之醫療品質管理項目，來做為建立雛型系統的基礎。該計畫首先構思了一種特殊物件導向式的知識表示法，來表示醫療品質管理的準則知識，以建立醫療品質管理知識庫，這種表示法也具有法則式(Rule-base)、邏輯式(Logic-base)、語意網路式(Semantic Net System)與物件式(Object-base)表示法的部分特色與優點，相當適合於表示醫療品質管理之準則知識，這種表示法也具有高度的延展性、擴充性與彈性，使用者可以很有彈性的依據所要評估的醫療品質管理項目，設定評估準則之知識，建立適合評估與管理該項醫療品質的知識庫。由於全院性的醫療品質管理之項目與種類繁多而且複雜，且隨著時間與環境的不同而有所差異，因此，該研究只選擇資訊較易獲得且醫院相當迫切需要實施的項目如醫院評鑑之醫療品質管理項目，來做為建立雛型系統的基礎。

該研究係屬實證性研究，為資訊類研究計畫，因此在計畫的評核方面將較傾向以應用方面(下一章節)進行評核。一般研究評述請見表 5。

表 5、「87 醫療品質管理專家系統」之研究評核

評核計畫名稱：87 醫療品質管理專家系統	
評核項目	評核結果
一、整體特質	實證性研究
二、緒 論	
1. 描述此研究的原因	是
2. 清楚說明研究問題（與假說）	是
3. 研究主題符合研究必要性及時代需求性	是
三、理論依據	
適切的理論引導該研究之整體論述與分析	有(包括：醫療品質定義、專家系統之知識表示法、評估知識之結構化表示法、知識庫的建立、維護、推理方式及評鑑總分之計算等)
四、研究方法	
1. 整體研究設計可行性	是
2. 研究設計	建立一套專家系統來評估與管理醫療品質。
3. 測量方法	建立一套專家系統來評估與管理醫療品質。
五、研究結果	
該科技計畫結果描述正確性	研究結果以醫療品質管理系統之推理機的設立及機型測試系統的建立為主，無實體書面結果。
六、討 論	
1. 根據研究結果提出具體可行之建議	是
2. 指出該研究所存在的限制	無
3. 研究結果時效性	無
4. 針對研究結果進行應用性描述	針對本研究設計之雛型測試系統可以發現隨時間與環境的不同而有所變更這些特點，並且發現運用這種架構與表示法，其推導與成績計算皆相當快速而有效。提供建議包括運用電腦技術來協助儲存、傳輸與管理醫療相關事務、醫院評鑑制度資訊化、嘗試利用模糊理論與技術(Fuzzy theory)來加以克服，以及醫院資訊系統規劃與建立

在架構醫院醫療品質模式研究主題中，最後為 89 年度的「全民健康保險整體醫療品質之研究—以建立指標之基本資料為主」之研究報告。本研究主要目的包含瞭解醫界、學界及健保局或衛生署對醫療品質指標的不同看法、由小樣本的測試，建立品質指標的基礎值、比較品質指標在不同評鑑等級之醫院間的適用情形、由不同資料來源，輔助收集品質指標的基礎值、瞭解民眾對所選出之健保品質指標的了解情形與重視程度、與探討品質指標在實務上的應用。在研究設計方面，品質指標的選取先是經由研究小組的討論，決定指標清單，然後主要是以德菲法(Delphi Technique)與座談會，來建立專家間的對品質指標共識，進而決定本研究的指標內容。在指標基礎值的收集時，以電話邀請的方式，得到 46 家醫院院長的同意，給予配合與協助填報一整年的品質指標資料。在次級資料部分考慮

利用國家衛生研究院的健保資料庫，作為輔助資料來源。對民眾的看法則來自於焦點團體座談會與問卷填答等。由德菲法的結果，發現衛生行政主管、學界專家、與醫院主管等產官學界之間，對於本研究 31 個健保品質指標的適用性上，有較多的顯著差異；而對於醫院填報意願與資料真實性上，則較有共識。整體而言，該計畫評核在意義性、研究設計及結果呈現等等符合學術研究的要求。其他評核意見請見表 6。

表 6、「89 全民健康保險整體醫療品質之研究—以建立指標之基本資料為主」之研究評核

評核計畫名稱：89 全民健康保險整體醫療品質之研究—以建立指標之基本資料為主	
評核項目	評核結果
一、整體特質	實證性研究
二、結 論	
1. 描述此研究的原因	是
2. 清楚說明研究問題（與假說）	是
3. 研究主題符合研究必要性及時代需求性	是
三、理論依據	
適切的理論引導該研究之整體論述與分析	有引述「各國品質指標系統」及「品質建立與評估」，對該研究進行方法與討論上很有幫助。
四、研究方法	
1. 整體研究設計可行性	是
2. 研究設計	非實驗性研究設計(德菲法與問卷調查)
3. 研究對象	<ol style="list-style-type: none"> 1. 透過兩次座談會，擬訂德菲法專家名單。 2. 考量各種等級之醫院與地理分佈，尋找與連絡醫院配合指標收集，作為相關指標資料收集的測試(10 家醫學中心、24 家區域醫院、6 家地區教學醫院、6 家地區醫院，共計 46 家)。但未說明樣本醫院的取樣方法。 3. 以亂數表編制隨機選取電話號碼，邀請民眾參加焦點座談。 4. 樣本醫院因未說明抽樣方法，故無法判斷其樣本代表性。 5. 在民眾與樣本醫院方面皆有取得同意。
4. 測量方法	<ol style="list-style-type: none"> 1. 在德菲法指標問卷大綱中經由專家意見擬定各項醫療品質指標。 2. 經專家討論後最終指標問卷定稿，於一家醫院先行測試，以便補充及修正指標定義。 3. 但樣本醫院填答指標方面卻無提供資料取得上的信、效度證據。 4. 統計方法使用正確。
五、研究結果	
該科技計畫結果描述正確性	<ol style="list-style-type: none"> 1. 描述性統計結果正確。 2. 推論性統計結果正確。
六、討 論	
1. 針對統計中意義性與非意義性結果進行正確的討論	產、官、學界間以 ANOVA 進行組間的比較，其間差異的討論正確。
2. 根據研究結果提出具體可行之建議	是
3. 指出該研究所存在的限制	是
4. 研究結果時效性	是
5. 針對研究結果進行應用性描述	針對衛生署、健保局、醫療院所及後續研究者提出具體可行的建議

2. 醫院評鑑暨教學醫院評鑑制度研究

有關台灣醫院評鑑制度的研究主題報告包括81及82年度的醫院評鑑暨教學醫院評鑑制度之研究、83年度的台灣地區醫院評鑑分析、81年度的精神醫療院所評鑑作業之評估、86年度的中醫醫院評鑑標準之前導研究，以及90年度有關醫學中心暨教學醫院評鑑制度及標準之評估與改革方案之研究。以下將針對此五類評鑑研究進行研究評核分析。

81年度「醫院評鑑暨教學醫院評鑑制度之研究」可細分為四個子研究，包括：1) 歷年參加過評鑑之醫院，依據參加年度被評定之等級，列舉成冊，建立參與醫院評鑑醫院之檔案，以醫院為主，探討其自67年度至80年度參與評鑑之有無，及被評定之類別，並建立自77至80年度間醫院評鑑類別之轉換機率模式；2) 以80年度醫院評鑑暨教學醫院評鑑評量表資料為分析之依據，研討醫院評鑑評量表指標之選擇及配分之適切性；3) 以參與79及80年度醫院評鑑申請受評醫院及評鑑委員為調查母群體，了解評鑑受評醫院及評鑑委員對現階段醫院評鑑制度及施行的看法；以及4) 80年度接受醫院評鑑急診部門評鑑合格之95家醫院，以急診評鑑資料為資料來源，了解醫院急診部門評鑑探討急診醫療品質。

本研究屬實證性研究，根據過往醫院評鑑檔案進行議題探討，大致上來說，研究設計與其議題相吻合，且描述結果正確，唯在針對評鑑醫院對該階段的醫院評鑑制度實施的認知調查時，係以亂數表隨機抽樣方式抽出，但回收資料經適合度檢定發現樣本地區分佈與母群體有顯著不同。其它研究評述請見表7。

表 7、「81 八十一年度醫院評鑑暨教學醫院評鑑制度之研究」之研究評核

評核計畫名稱: 81 八十一年度醫院評鑑暨教學醫院評鑑制度之研究	
評核項目	評核結果
一、整體特質	<ol style="list-style-type: none"> 1. 實證性研究 2. 研究分四部分: (1)建立 77-80 年度間醫院評鑑類別之轉換機率模式; (2)以因素分析研討醫院評鑑評量表指標之選擇及配分之適切性; (3)了解評鑑受評醫院及評鑑委員對現階段醫院評鑑制度及施行的看法; (4)從醫院急診部門評鑑探討急診醫療品質。
二、緒 論	
1. 描述此研究的原因	有說明作此研究之原因。
2. 清楚說明研究問題(與假說)	第(4)部分有說明研究假設, 其他則無。
3. 研究主題符合研究必要性及時代需求性	是
三、理論依據	
適切的理論引導該研究之整體論述與分析	<ol style="list-style-type: none"> 1. 有提供國內外醫院評鑑發展之文獻探討。 2. 另外第(2)、(4)又分別引述各自內容的文獻探討。
四、研究方法	
1. 整體研究設計是否可行?	是
2. 研究設計	<ol style="list-style-type: none"> 1. 非實驗性研究(問卷調查、次級資料分析)。 2. 研究內容又分四個子計畫(如上述)。
3. 研究對象	<ol style="list-style-type: none"> 1. 該研究之第(1)、(2)、(4)部分為次級資料分析。 2. 第(3)部分為問卷調查, 有描述研究對象的收集與抽樣, 其中「受評醫院認知調查」部分以亂數表隨機抽樣方式抽出, 但回收資料經過適合度檢定發現樣本地區分佈與母群體有顯著不同; 而「評鑑委員意見調查」是調查全部評鑑委員, 樣本回收分佈情形與母群體相似。 3. 第(3)部分兩項樣本數皆夠大, 其中在「受評醫院認知調查」樣本代表性較差, 「評鑑委員意見調查」部分則有不錯的樣本代表性。
4. 測量方法	<ol style="list-style-type: none"> 1. 該研究之第(1)、(2)、(4)部分為次級資料分析, 資料來源為評鑑相關資料。 2. 第(3)部分為問卷調查, 有進行該測量工具的信度(內在一致性及相等性)、效度(專家效度)校正。 3. 第(4)部分有提供「急診評量表」的信、效度證據。 4. 第(3)有操作型定義說明, 第(4)有清楚的自、依變項說明。 5. 第(1)、(2)、(4)統計工具及分析說明正確, 但第(3)則無。
五、研究結果	
該科技計畫結果描述正確性	四個部分的結果描述正確。
六、討 論	
1. 針對統計中意義性與非意義性結果進行正確的討論	四個部分的統計結果皆有針對統計中意義性的結果進行正確的討論。
2. 根據研究結果提出具體可行之建議	<ol style="list-style-type: none"> 1. 第(2)、(3)、(4)部分分別有提出具體建議。 2. 最後再就整體計畫提出討論與建議。
3. 指出該研究所存在的限制	無
4. 研究結果時效性	是
5. 針對研究結果進行應用性描述	針對未來醫院評鑑內容進行建議

82 年度「醫院評鑑暨教學醫院評鑑研究」之目的在於分析 82 年度醫院評鑑暨教學醫院評鑑之結果，並比較 79、80 及 82 三個年度之評價結果。研究樣本為申請參加 82 年度醫院評鑑暨教學醫院評鑑之所有醫院：醫學中心 2 家、區域醫院 6 家、地區教學醫院 37 家，地區非教學醫院 404 家，共 449 家。並根據衛生署所使用之醫院評鑑量表、意見表及各醫院自行填寫之基本資料表，作為統計分析之基礎。

本研究屬於實證性研究，係利用二級評鑑資料進行議題探討。各項資料以描述性統計結果呈現，以對各層級評鑑醫院進行建議。該計畫評核內容請見表 8。

表 8、「82 醫院評鑑暨教學醫院評鑑研究」之研究評核

評核項目	評核結果
一、整體特質	實證性研究
二、緒 論	
1. 描述此研究的原因	無
2. 清楚說明研究問題(與假說)	無
3. 研究主題符合研究必要性及時代需求性	是
三、理論依據	
適切的理論引導該研究之整體論述與分析	無
四、研究方法	
1. 整體研究設計可行性	是
2. 研究設計	屬非實驗性研究設計 就 82 年醫院評鑑暨教學醫院評鑑資料作分析
3. 研究對象	1. 以申請參加 82 年醫院評鑑暨教學醫院評鑑之所有醫院相關資料作分析。 2. 層次級資料分析, 無抽樣方法。
4. 測量方法	1. 整理分析 82 年醫院評鑑暨教學醫院評鑑各項資料, 以描述性統計方法呈現(個數、極小值、極大值、平均值、標準差)。 2. 以各項客觀數據並參考評鑑標準或相關法規對各層級醫院作評斷。
五、研究結果	
該科技計畫結果描述正確性	1. 以各項客觀數據並參考評鑑標準或相關法規對各層級醫院作評斷。 2. 結果描述正確。
六、討 論	
1. 針對統計中意義性與非意義性結果進行正確的討論	1. 各項資料係以描述性統計方法呈現, 無推論性統計。 2. 以各項客觀數據並參考評鑑標準或相關法規對各層級醫院作評斷。
2. 根據研究結果提出具體可行之建議	是
3. 指出該研究所存在的限制	無
4. 研究結果時效性	是
5. 針對研究結果進行應用性描述	針對該階段醫院評鑑制度提出建議

在 83 年度「台灣地區醫院評鑑分析」係以 83 年度的台灣地區醫院評鑑及教學醫院評鑑為對象, 建立電腦化處理回收評量表的作業制度, 以提高回收評量表的處理效率, 並分析與撰寫 83 年度醫院評鑑結果。本研究建立了醫院評鑑管理系統, 包括: 1) 基本資料管理, 即輸入受評醫院基本資料; 2) 評鑑成績維護, 即將評量表上的成績輸入電腦; 3) 醫院評量表管理, 即依設定之比重加權, 計算各受評醫院原始總分; 4) 評鑑成績分析, 即列印出各組評鑑委員個人所評成績, 以及該組各級醫院成績的基本統計資料(最高分、最低分、平均值與標準差);

以及 5) 醫院意見表管理，即處理評鑑委員對受評醫院的建議事項與績優事項，並個別作成書面意見，提供受評醫院參考改進。

本研究為敘事性研究，係將 83 年的醫院評鑑結果加以分析並撰寫，重現醫院業者的評鑑狀況，因此該研究在論述方面較著重於對醫院業者的建議與評價。相關本研究的研究評核請見表 9 描述。

表 9、「83 台灣地區醫院評鑑之分析」之研究評核

評核計畫名稱：83 台灣地區醫院評鑑之分析	
評核項目	評核結果
一、整體特質	敘事性研究
二、結 論	
1. 描述此研究的原因	有概略的說明
2. 清楚說明研究問題（與假說）	無
3. 研究主題符合研究必要性及時代需求性	是
三、理論依據	
適切的理論引導該研究之整體論述與分析	無
四、研究方法	
1. 整體研究設計可行性	是
2. 研究設計	非實驗性研究設計(次級資料分析)來分析與撰寫 83 年度醫院評鑑及教學醫院評鑑結果。
3. 研究對象	以 83 年度台灣地區醫院評鑑及教學醫院評鑑為對象。
4. 測量方法	1. 醫院評鑑量表與意見表雖提及由許多學者專家投入發展而來，卻無提供任何相關的信度與效度證據。 2. 僅有描述性統計分析 3. 醫院評鑑由衛生署選聘相關專長的專家擔任評鑑委員，研究者則以公平、中立的角色去進行評鑑資料的分析工作。
五、研究結果	
該科技計畫結果描述正確性	1. 僅有描述性統計分析。 2. 各項結果描述正確。
六、討 論	
1. 針對統計中意義性與非意義性結果進行正確的討論	1. 僅有描述性統計分析。 2. 各項結果描述正確。
2. 根據研究結果提出具體可行之建議	1. 部分建議事項係整理評鑑委員意見而成。 2. 研究者有根據評鑑問題提出具體建議，但內容多雜於「結論與討論」段中。
3. 指出該研究所存在的限制	無
4. 研究結果時效性	是
5. 針對研究結果進行應用性描述	針對醫院評鑑主管機關建議

針對精神醫療院所評鑑作業進行研究的計畫，僅以 81 年度的「台灣地區精神醫療院所評鑑作業之評估」研究。該研究係綜合整理精神評鑑醫院及評鑑委員雙方的意見，來探討：1) 八十年度精神醫療院所評鑑，評量表標準的寬嚴適當性；2) 評鑑委員資格及其評鑑方法；3) 評鑑過程、時間及複評方法；4) 受評醫院目前所遭受之問題及評鑑結果、獎懲之處理；以及提出其他需改進之處。本研究藉由兩種問卷來分別調查評鑑委員意見以及受評醫院意見，以了解評鑑委員與醫院對答各有關問題的態度的共通性及差異性；以及各委員之間及各醫院之間態度之相同、相異及相關關係等。大體來說研究設計可行，為一較傾向實務性研究報告。相關研究評核請見表 10。

表 10、「81 台灣地區精神醫療院所評鑑作業之評估」之研究評核

評核計畫名稱：81 台灣地區精神醫療院所評鑑作業之評估	
評核項目	評核結果
一、整體特質	
該科技計畫係為論述性研究(theoretical)、實證性研究(empirical)、摘要性研究(review)、抑或敘事性研究(tutorial)?	實證性研究
二、緒論	
1. 描述作研究的原因	是
2. 清楚說明研究問題(與假說)	無
3. 研究主題符合研究必要性及時代需求性	是
三、理論依據	
適切的理論引導該研究之整體論述與分析	文獻中有提及台灣地區精神醫療院所之歷史沿革及評鑑制度的發展，但無視切的理論依據引導研究。
四、研究方法	
1. 整體研究設計可行性	是
2. 研究設計	非實驗性研究設計(郵寄問卷調查)
3. 研究對象	1. 以評鑑委員及受訪醫院為研究對象，建立二種不同問卷，分別由寄給研究對象填答後回收。 2. 未描述研究對象的抽樣方法(受評醫院可能是全面普查)，無法判斷是否有抽樣誤差及樣本代表性。
4. 測量方法	1. 測量工具(問卷)無信、效度考驗資料。 2. 統計工具及分析方法正確。 3. 無自、依變項定義。
五、研究結果	
該科技計畫結果描述正確性	1. 統計工具及分析方法正確。 2. 雖有推論性統計報表，卻僅有描述性結果的描述。
六、討論	
1. 針對統計中意義性與非意義性結果進行正確的討論	雖有推論性統計報表，卻僅有描述性結果的描述。
2. 根據研究結果提出具體可行之建議	是
3. 指出該研究所存在的限制	是
4. 研究結果時效性	是
5. 針對研究結果進行應用性描述	針對醫院業者與評鑑委員提出建言

中醫醫院評鑑研究僅有 86 年度的「中醫醫院評鑑標準之前導研究」一篇，其研究目的在於：1) 建立中醫醫院及中醫教學醫院之評鑑標準，以供我國未來實施中醫醫院評鑑之參考，以提升中醫醫院及中醫醫療之品質；2) 建立中醫醫院評鑑類別等級；3) 建立中醫教學醫院評鑑類別等級；4) 推動中醫醫院自我評鑑，藉以提升醫療品質管制；以及 5) 加強中醫臨床教學制度，提供中醫師訓練制度之參考等等。該研究結果將作為未來建議方案，並提供衛生行政之參考依據。

該研究為摘要性研究，針對中醫醫療之特性，依文獻探討、字義母群體、西醫醫院評鑑標準、西醫教學醫院之評鑑標準、大陸中醫醫院分級管理評審評鑑標準、實地中醫醫院訪視等方向逐步進行。並從中醫醫事機構之軟硬體設施設計標準，依人員資格配置標準、床數及總樓層面積比例、業務量、教學訓練研究、安全設施、廢污處理、病歷管理、醫療品質管理等層面提出建議，對於中醫醫院、中醫教學醫院之評鑑標準提出完整規劃暨相關建議。相關該計畫研究評核請見表 11。

表 11、「86 中醫醫院評鑑標準之前導研究」之研究評核

評核計畫名稱：86 中醫醫院評鑑標準之前導研究	
評核項目	評核結果
一、整體特質	摘要性研究
二、結 論	
1. 描述作研究的原因	是
2. 清楚說明研究問題(與假說)	無
3. 研究主題符合研究必要性及時代需求性	是
三、理論依據	
適切的理論引導該研究之整體論述與分析	有引述大陸中醫醫療現況及醫院管理評鑑標準作為研究依據
四、研究方法	
1. 整體研究設計可行性	是
2. 研究設計	1. 非實驗性研究設計 2. 依文獻探討、定義母群體、實地訪查等方向逐步進行，對中醫醫事機構各層面及評鑑標準提出建議。
3. 測量方法	1. 依文獻探討、定義母群體、實地訪查等方向逐步進行，對中醫醫事機構各層面及評鑑標準提出建議。 2. 研究者於研究進程中扮演中立的建議角色。
五、研究結果	
該科技計畫結果描述正確性	1. 研究結果係依文獻探討、定義母群體、實地訪查等方向逐步進行，對中醫醫事機構各層面及評鑑標準提出建議。 2. 第二節「推動中醫醫院評鑑之目的」應屬文獻探討而非研究結果。
六、討 論	
1. 針對統計中意義性與非意義性結果進行正確的討論	無推論性統計
2. 根據研究結果提出具體可行之建議	1. 該計畫屬政策建議性的前導研究，部分建議屬研究結果，故於「結果」段描述。 2. 針對中醫醫院設置標準及評鑑標準提出建議。
3. 指出該研究所存在的限制	健保當時未試辦中醫住院，以致過程(process)及結果(outcome)未能深入探討，只能在結構面(structure)評鑑先建立制度。
4. 研究結果時效性	是
5. 是否針對研究結果進行應用性描述	針對中醫醫院設置標準提出建議

醫學中心評鑑制度改革研究以 90 年度的「醫學中心暨教學醫院評鑑制度及標準之評估與改革方案之研究」為代表性研究。該研究係對現行的醫學中心評鑑標準與制度作根本性的改革，希望能透過先進的評鑑標準與制度，協助提升我國醫學中心暨教學醫院的品質達國際最高水準。由於任何改革都需兼顧可行性，故採三階段漸進式改革策略，包括減少結構面標準，增加過程及結果面標準，朝「以病人為中心」修改評鑑標準；訂出醫院評鑑的總體任務與目標，再由各分組依此訂出分組之評鑑任務與目標；各組依其所訂評鑑任務與目標擬訂評鑑標準，再依

新評鑑標準設計新評量表；修訂實地評鑑時間及委員人數；以及修訂評鑑及格標準及各分組之配分等等。該研究係以美國 JCAHO 新近所發展之國際標準為標竿，翻譯中文，方便相關人員參考，並舉行評鑑共識營，對評鑑委員介紹國際評鑑標準及說明本次改革計畫。另外，並舉行多次評鑑改革工作大會，決定醫院評鑑之總體任務、目標，以及新評鑑標準之新評量表等等，並將成果報告送交衛生署參考。該研究屬於序事性研究，因此在研究評核方面較不須以學術研究要求論斷，其研究結果研究評核一般敘述請見表 12。

表 12、「90 醫學中心暨教學醫院評鑑制度及標準之評估與改革方案之研究」之研究評核

評核計畫名稱：90 醫學中心暨教學醫院評鑑制度及標準之評估與改革方案之研究	
評核項目	評核結果
一、整體特質	敘事性研究
二、緒論	
1. 描述此研究的原因	是
2. 清楚說明研究問題(與假說)	是
3. 研究主題符合研究必要性及時代需求性	是
三、理論依據	
適切的理論引導該研究之整體論述與分析	美國 JCAHO 新近發展的國際標準
四、研究方法	
1. 整體研究設計可行性	是
2. 研究設計	<ol style="list-style-type: none"> 非實驗性研究設計 該計畫為一制度上之改革，主要透過凝聚共識，由 11 個分組分別重新設計評鑑標準、按新標準完成評量表、及重新設計各評量項目配分。同時進行多項評鑑議題的討論與建議。 新設計的評鑑標準應進行實地試評以作為檢討與改進，但礙於時間有限故未實行，研究者有提出建議。
3. 研究對象	醫學中心
4. 測量方法	<ol style="list-style-type: none"> 該計畫為一制度上之改革，主要透過凝聚共識，由 11 個分組分別重新設計評鑑標準、按新標準完成評量表、及重新設計各評量項目配分。同時進行多項評鑑議題的討論與建議。 研究者於研究進程中藉由諸多的會議討論，凝聚各分組委員間的共識，於結果客觀呈現各組訂定的新評鑑標準。
五、研究結果	
該科技計畫結果描述正確性	<ol style="list-style-type: none"> 結果彙整各委員意見、客觀呈現各分組訂定的新評鑑標準。 無統計分析
六、討論	
1. 針對統計中意義性與非意義性結果進行正確的討論	無推論性統計
2. 根據研究結果提出具體可行之建議	有提出具體可行之建議(建議依新設計之評量表進行實地評鑑，同時也訂定了相關準備工作及時程表)。
3. 指出該研究所存在的限制	無
4. 研究結果時效性	是
5. 針對研究結果進行應用性描述	針對醫學中心評鑑方式與內容提出建言

3. 與醫療服務品質相關研究

與醫療服務品質相關的研究包括臨床檢驗品質、感控品質、藥局藥事品質、緊急醫療品質，以及其他相關醫療品質之研究。

屬於臨床檢驗品質相關研究包括 81 年度的「臨床生化品管調查、諮詢及輔導計畫」、「血液檢驗品質推廣及諮詢計畫」，82 年度的「血庫人員在職訓練與血庫作業精確度調查」，83 年度的「血庫作業精確度調查暨醫院成分血使用之適當性研究」，以及 89 年度的「臨床檢驗品質保證研究計畫」等等。

81 年度的「臨床生化品管調查、諮詢及輔導計畫」係以常規生化檢驗準確度及精確度調查：以「外部品管調查」為主要執行方法，一共調查三次，以衛生署評鑑合格醫院為研究對象，以了解各醫院採用的例行品管方法及其執行狀況。81 年度的「血液檢驗品質推廣及諮詢計畫」係欲加強醫檢人員繼續教育，提升各醫療院所之檢驗能力，並設立血液檢驗諮詢中心來調查各醫院之血液檢驗品質情形。82 年度的「血庫人員在職訓練與血庫作業精確度調查」係由衛生署委託中華民國輸血學會籌劃，並由中華民國血液病學會及中華民國捐血事業基金會台北捐血中心協辦，舉辦血庫顧問醫師之講習會、地區醫院檢驗人員之基本血庫作業在職訓練、自體免疫貧血研習會、血小板交叉試驗及抗體鑑定研習會，以及血庫作業精確度調查等等，期望協助省市立醫院及中小型綜合醫院，建立健全、有效率的血庫，提高血庫作業之品質，以確保輸血安全。83 年度的「血庫作業精確度調查暨醫院成分血使用之適當性研究」目的在於藉血庫作業精確度之調查、精確度調查檢討會及說明會，督促各醫院血庫及捐血機構之血庫作業，進而提升各血庫之作業品質及水準；並且藉由抽樣調查國內各醫院血液成分使用的情形，以及調查國內各醫院輸血委員會運作之情形。89 年度的「臨床檢驗品質保證研究計畫」目的在於了解台灣地區各醫療院所的臨床檢驗單位和開業檢驗所的品質現況，經由舉辦各種研習會傳授新知及既能，派員輔導品質較差的單位，幫助其改進，舉辦精確度調查，包括鏡檢、血液、血庫、生化、細菌和血清免疫等。

各項檢驗項目，以測試各單位之檢驗能力，調查結果分北、中和南三區舉行說明會，各單位之成績並呈報衛生署，本計畫可促使各單位醫療檢驗水準提升。

該五篇研究大多利用研討會方式先推動臨床檢驗品質概念與說明，再利用醫院檢驗室樣本調查來了解其合格率並提出具體建議，因此該類研究多兼具敘事性與實證性質。雖然該四篇研究較著重於事件活動敘述，但是部分研究在事件內容、活動介入成效，以及建議等等的要項表達較為有限，其他相關該些研究評核的詳細描述請見表 13-17。

表 13、「81 臨床生化品管調查、諮詢及輔導計畫」之研究評核

評核計畫名稱: 81 臨床生化品管調查、諮詢及輔導計畫	
評核項目	評核結果
一、整體特質	實證性研究
二、結 論	
1. 描述此研究的原因	無
2. 清楚說明研究問題 (與假說)	無
3. 研究主題符合研究必要性及時代需求性	是
三、理論依據	
適切的理論引導該研究之整體論述與分析	無
四、研究方法	
1. 整體研究設計可行性	是
2. 研究設計	雖採用品質最穩定、最適合郵寄的冷凍乾燥血清, 但未考慮檢體因運送距離及儲存期間不一可能導致的差異。
3. 研究對象	1. 以衛生署評鑑合格之 557 家醫院為研究對象, 以普查方式全面調查, 一年共調查三次。 2. 各醫院可選擇參加與否, 故參加率僅 62.1%。
4. 測量方法	1. 未考驗測量工具的信、效度。 2. 統計方法僅使用描述性分析。
五、研究結果	
該科技計畫結果描述正確性	描述性分析結果大致正確
六、討 論	
1. 針對統計中意義性與非意義性結果進行正確的討論	無推論性統計 描述性統計之結果討論正確
2. 根據研究結果提出具體可行之建議	1. 建議流於空泛。 2. 參加率僅 62.1%, 未提出如何增加參與醫院之方法。 3. 新加入該計畫的醫院品管成績普遍不好, 未說明如何改善。
3. 指出該研究所存在的限制	無
4. 研究結果時效性	無
5. 是否針對研究結果進行應用性描述	針對「臨床生化品管調查、諮詢及輔導」及醫療院所提出建言

表 14、「81 血液檢驗品管推廣及諮詢計畫」之研究評核

評核計畫名稱：81 血液檢驗品管推廣及諮詢計畫	
評核項目	評核結果
一、整體特質	該計畫「教育講習」及「醫療諮詢」為敘事性。「血液品管研習會前問卷調查」及「血液檢驗品管之調查」為實證性研究。
二、緒 論	
1. 描述此研究的原因	無緒論
2. 清楚說明研究問題(與假說)	無
3. 研究主題符合研究必要性及時代需求性	是
三、理論依據	
適切的理論引導該研究之整體論述與分析	無
四、研究方法	
1. 整體研究設計可行性	是，係為辦教育講習及研習活動。
2. 研究設計	「教育講習」及「醫療諮詢」僅為活動之辦理，而「血液品管研習會前問卷調查」及「血液檢驗品管之調查」則屬非實驗性研究設計。
3. 研究對象	<ol style="list-style-type: none"> 1. 教育講習分台北、台中、高雄三地辦理。 2. 醫療諮詢在台北榮總、高雄榮總、高雄醫學院舉行血球型態再教育研習活動 3. 講習前調查以全國地區共 75 家地區醫院及執業之檢驗室、所為調查對象。 4. 「血液檢驗品管調查」將檢體分送台北、基隆、宜蘭、羅東、桃園、新竹等地區 54 個檢驗室。 5. 調查對象偏少且代表性不足。
4. 測量方法	<ol style="list-style-type: none"> 1. 未說明測量工具之信、效度如何 2. 統計方法使用正確(描述性統計、ANOVA)
五、研究結果	
該科技計畫結果描述正確性	<ol style="list-style-type: none"> 1. 教育講習、醫療諮詢僅描述參與人數。 2. 「血液品管研習會前問卷調查」及「血液檢驗品管調查」之結果描述正確。
六、討 論	
1. 針對統計中意義性與非意義性結果進行正確的討論	「血液品管研習會前問卷調查」及「血液檢驗品管調查」之結果描述正確，統計意義性的結果也有正確討論。
2. 根據研究結果提出具體可行之建議	是
3. 指出該研究所存在的限制	是
4. 研究結果時效性	無
5. 針對研究結果進行應用性描述	針對醫院血液檢驗室品質及評鑑提出建議

表 15、「81 血庫人員在職訓練與血庫作業精確度調查」之研究評核

計畫名稱: 81 血庫人員在職訓練與血庫作業精確度調查	
評核項目	評核結果
一、整體特質	該計畫分「血庫人員在職訓練」及「血庫作業精確度調查」兩部份，前者屬敘事性，後者屬實證性研究。
二、緒 論	
1. 描述此研究的原因	是
2. 清楚說明研究問題（與假說）	有說明研究問題，未提及研究假說
3. 研究主題符合研究必要性及時代需求性	是
三、理論依據	
適切的理論引導該研究之整體論述與分析	無
四、研究方法	
1. 整體研究設計可行性	是
2. 研究設計	「血庫作業精確度調查」屬準實驗性研究設計。提供相同條件的血液檢體給各醫院執行試驗，但是未控制檢體中抗體效價於運送及儲存期間的改變。
研究對象	1. 四項「血庫人員在職訓練」(血庫顧問醫師在職訓練、地區醫院檢驗人員血庫在職訓練、自體免疫貧血研習會、血小板交叉試驗及抗體鑑定研習會)由各醫院派員參加。 2. 「血庫作業精確度調查」採普查方式，由輸血學會準備二組測驗檢體(每半年寄發一次)及問卷，分送至全台灣評鑑合格之各級醫院共 552 家。 3. 未參與比例偏高(第一次 37.86%、第二次 31.10%)，且以地區醫院居多，因此樣本的代表性可能有問題。
測量方法	1. 未提供測量工具的信、效度資料。 2. 僅提供二次血液試驗之描述性統計分析。
五、研究結果	
該科技計畫結果描述正確性	1. 四項「血庫人員在職訓練」未提及有意義之結果，僅描述參與人數、講習內容、授課人員、及講習地點等資料。 2. 僅提供二次血液試驗之描述性統計分析。 3. 未參與比例過高(第一次 37.86%、第二次 31.10%)且以地區醫院居多，恐影響精確度調查之結果。
六、討 論	
1. 針對統計中意義性與非意義性結果進行正確的討論	無(僅提供二次血液試驗之描述性統計分析)。
2. 根據研究結果提出具體可行之建議	是，將在職訓練及精確度調查列為醫院評鑑重點項目。
3. 指出該研究所存在的限制	無
4. 研究結果時效性	是
5. 針對研究結果進行應用性描述	針對醫院評鑑、醫院血庫人員再教育、以及醫院血庫基本功能及基本設備提出建議。

表 16、「83 血庫作業精確度調查暨醫院成分血使用之適當性研究」之研究評核

評核計畫名稱：83 血庫作業精確度調查暨醫院成分血使用之適當性研究	
評核項目	評核結果
一、整體特質	實證性研究
二、結 論	
1. 描述此研究的原因	有說明作此研究之原因
2. 清楚說明研究問題（與假說）	無
3. 研究主題符合研究必要性及時代需求性	是
三、理論依據	
適切的理論引導該研究之整體論述與分析	無文獻
四、研究方法	
1. 整體研究設計可行性	是。內容包括：(1)血庫作業精確度調查、(2)調查國內血液成分使用的情形、(3)調查國內各醫院輸血委員會運作情形、(4)檢討會及說明會
2. 研究設計	如同前二年計畫，提供相同條件的血液檢體給各醫院執行試驗，但是無法控制檢體中抗體效價於運送及儲存期間的改變。
研究對象	1. 精確度調查以全省業經評鑑合格醫院及捐血中心為研究對象寄送檢體。 2. 區域級以上醫院及捐血中心兩次皆全部參加，因此代表性足夠，但地區醫院兩次則有將近四成未參加，但樣本數已夠大用以測量。
測量方法	1. 「血庫作業精確度調查」未提供測量工具的信、效度資料。 2. 「調查國內血液成分使用的情形」、「調查國內各醫院輸血委員會運作情形」，並未描述如何測量。 3. 無統計工具及分析之說明。
五、研究結果	
該科技計畫結果描述正確性	1. 「血庫作業精確度調查」、「調查國內血液成分使用的情形」、「調查國內各醫院輸血委員會運作情形」為描述性分析，結果說明正確。 2. 「檢討會及說明會」未提及有意義之結果，僅描述活動時間、地點、參與人數、講習內容等資料。
六、討 論	
1. 針對統計中意義性與非意義性結果進行正確的討論	無推論性統計
2. 根據研究結果提出具體可行之建議	是
3. 指出該研究所存在的限制	無
4. 研究結果時效性	是
5. 針對研究結果進行應用性描述	針對醫院參與血庫精確度調查狀況提出建議

表 17、「89 臨床檢驗品質保證研究計畫」之研究評核

計畫名稱: 89 臨床檢驗品質保證研究計畫	
評核項目	評核結果
一、整體特質	「臨床檢驗研習會」及「派員到精確度調查結果偏差的單位進行輔導」為敘事性研究，「精確度調查」為實證性研究。
二、結 論	
1. 描述此研究的原因	是
2. 清楚說明研究問題（與假說）	無
3. 研究主題符合研究必要性及時代需求性	是
三、理論依據	
適切的理論引導該研究之整體論述與分析	無
四、研究方法	
1. 整體研究設計可行性	是
2. 研究設計	統一提供檢驗用之檢體，以了解各醫療機構的檢驗能力及檢驗結果。
3. 研究對象	1. 繼續舉辦臨床檢驗研習會，由各醫院相關人員參加。 2. 派員到精確度調查結果偏差的單位進行輔導，預計輔導 50 個單位。 3. 「精確度調查」 甲、鏡檢組：採自願方式參加 乙、血液組：無描述研究對象 丙、血庫組：參與醫院評鑑之所有醫院的檢驗室和衛生署訪查之所以開業檢驗所 丁、生化組：無描述研究對象 戊、細菌組：無描述研究對象 己、血清免疫組：無描述研究對象
4. 測量方法	六項精確度調查皆未提供測量工具(檢體)的信、效度資料。 檢驗結果統計： 甲、鏡檢組：有說明評分方法 乙、血液組：無說明 丙、血庫組：有說明評分標準 丁、生化組：無詳細說明 戊、細菌組：有說明抹片計分方式 己、血清免疫組：無說明
五、研究結果	
該科技計畫結果描述正確性	1. 「品管委員會和諮詢委員會」說明成員名單及工作內容。同時檢討過去五年經驗。 2. 舉辦「臨床檢驗研習會」未提及有意義之結果，僅描述研習會時間、地點、內容與人數資料。 3. 「精確度調查」各組皆有詳細的結果說明。
六、討 論	
1. 針對統計中意義性與非意義性結果進行正確的討論	無推論性統計，但「精確度調查」之描述性結果正確。
2. 根據研究結果提出具體可行之建議	是
3. 指出該研究所存在的限制	無
4. 研究結果時效性	無
5. 針對研究結果進行應用性描述	針對醫院參與常規檢驗標準的現況及未來展望，以及醫院評鑑制度提出建議。

感控品質相關研究包括三篇：即 82 年度的「醫院感染控制計畫」，其目的在於 1) 依據教學醫院及醫院評鑑結果，分析目前各級醫院實施院內感染控制的阻力及缺點，作為衛生署制定政策的考量；2) 輔導北、中、南、東四區感染控制聯誼會，預期增進各醫院感染控制能力，加強各級醫院之溝通、交流，進而提升國內醫療服務品質；3) 建立全國院內感染控制制度，加強各級醫院間的交流及醫院與衛生單位間溝通；以及 4) 發行「院內感染控制通訊」季刊；82 年度的「建立台灣地區醫院院內感染監視與管制計畫並調查各醫院院內感染發生率及群突發兼住院病人抗生素之使用情形」則著重於各醫院院內感染發生率之調查，以及協助調查院內感染群突發，特別是提供流行病學分型技術及質體之分析。同時也針對三軍總醫院住院病患抗生素之使用情形加以深入調查與分析之。84 年度的「院內感染疫情監測系統電腦軟體發展計畫」有鑑於院內感染電腦化的需求，規劃「院內感染疫情監測系統」電腦軟體，以供各醫院的感染管制人員使用。

82 年度的「醫院感染控制計畫」研究僅辦理三場研習會及發行「院內感染控制通訊」季刊，無其他明確可行的研究設計；而 82 年度的「建立台灣地區醫院院內感染監視與管制計畫並調查各醫院院內感染發生率及群突發兼住院病人抗生素之使用情形」係針對一個案醫院進行感染監測及管制之實證研究；84 年度的「院內感染疫情監測系統電腦軟體發展計畫」主要針對五家個案醫院進行院內感染疫情監測軟體的測試。從研究角度來論述之，該三篇研究在背景及動機的論述性上並不太足夠，尤其研究對象皆只針對醫學中心層級醫院進行了解，使得研究結果在推論上呈現較大的外推性限制。因為此三篇研究較屬於敘事性研究，因此在評核內容方面將以該些研究結果建議的落實性來作為該些研究價值的判斷依據，此將於第三章論述之。其他關於此三篇感染控制主題研究的研究評核內容請見表 18-20。

表 18、「82 醫院感染控制計畫」之研究評核

評核計畫名稱: 82 醫院感染控制計畫	
評核項目	評核結果
一、整體特質	敘事性研究
二、結 論	
1. 描述此研究的原因	前言係以條列式呈現，有概略提及原因。
2. 清楚說明研究問題（與假說）	無
3. 研究主題符合研究必要性及時代需求性	是
三、理論依據	
適切的理論引導該研究之整體論述與分析	無
四、研究方法	
1. 整體研究設計可行性	研究僅辦理三場研習會及發行「院內感染控制通訊」季刊，無其他明確可行的研究設計。
2. 研究設計	<ol style="list-style-type: none"> 1. 較接近實務面的成果報告 2. 辦理三場研習會及發行「院內感染控制通訊」季刊。 3. 與衛生署 82 年委託研究計畫「建立台灣地區醫院院內感染監視與管制計畫並調查各醫院院內感染發生率及群突發兼住院病人抗生素之使用情形」內容雷同。
3. 研究對象	僅描述參加研習會之對象及人數
4. 測量方法	<ol style="list-style-type: none"> 1. 僅辦理三場研習會及發行「院內感染控制通訊」季刊。 2. 無其他資料之測量比較
五、研究結果	
該科技計畫結果描述正確性	僅辦理三場研習會及發行「院內感染控制通訊」季刊。
六、討 論	
1. 針對統計中意義性與非意義性結果進行正確的討論	無，內容僅辦理三場研習會及發行「院內感染控制通訊」季刊。
2. 根據研究結果提出具體可行之建議	流於政策性之結論而無具體可行之建議。
3. 指出該研究所存在的限制	無
4. 研究結果時效性	是
5. 針對研究結果進行應用性描述	<p>提供醫院業者關於院內感染控制提出建言：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 為推展院內感染控制業務，近年來舉辦各類研習會，並發行「院內感染控制」通訊，以逐步進入正軌。 2. 院內感染控制小組策略：強化組織功能及調整作業方式，及委託台北榮民總醫院感染管制委員會拍攝「醫療機構工作人員預防感染守則」全面性防護錄影帶。 3. 將各醫院辦理院內感染管制工作納入醫院評鑑項目，督導醫院成立院內感染控制委員會，監視全院院內感染情形，及落實感染管制觀念。 4. 藉由有效的感染偵測和控制計畫，可明顯地降低感染發生率。 5. 醫院不要僅僅為了配合醫院評鑑項目而設立院內感染管制委員會，而應正式編制人力，改善技術，落實院內流行偵測，並配合法定及報告傳染病的通報。

表 19-「82 建立台灣地區醫院院內感染監視與管制計畫並調查各醫院院內感染發生率及群突發兼住院病人抗生素之使用情形」之研究評核

評核計畫名稱：82 建立台灣地區醫院院內感染監視與管制計畫並調查各醫院院內感染發生率及群突發兼住院病人抗生素之使用情形	
評核項目	評核結果
一、整體特質	實證性研究
二、結 論	
1. 描述此研究的原因	是
2. 清楚說明研究問題（與假說）	無
3. 研究主題符合研究必要性及時代需求性	是
三、理論依據	
適切的理論引導該研究之整體論述與分析	無
四、研究方法	
1. 整體研究設計可行性	是
2. 研究設計	由醫學中心感控資深醫師、護理師參考「CDC Definitions for Nosocomial Infections」研訂統一定義及月報表，隨後召開統計報表填寫說明會，以利正確收集各院感控資料。
3. 研究對象	1. 研究對象的收集與抽樣描述於結果段。 2. 「醫院院內感染定義及相關統計報表暨院內感染發生率之訂定與調查」其研究對象是以分層比例抽樣法抽出。 3. 部份樣本醫院未能予以配合，願意配合的醫院部分又未能持續 9 個月提供報表資料，而有 lost follow-up 的情形。 4. 「三軍總醫院住院病患抗生素之使用情形調查」以回溯性研究法隨機抽樣 1000 名住院病患病歷，將相關資料填入事先設計好之問卷。 5. 此方面的資料收集未經研究就對同意。
6. 測量方法	1. 無測量工作之信、效度資料 2. 無自、依變項定義 3. 統計方法僅使用描述性分析
五、研究結果	
該科技計畫結果描述正確性	描述性統計結果正確
六、討 論	
1. 針對統計中意義性與非意義性結果進行正確的討論	無推論性統計，而描述性統計結果討論正確
2. 根據研究結果提出具體可行之建議	有提出具體可行之建議
3. 指出該研究所存在的限制	無提及研究限制
4. 研究結果時效性	無
5. 針對研究結果進行應用性描述	1. 台灣地區醫院院內感染定義及相關統計報表確實有必要予以統一。至於各分級醫院是否要有不同版本或層次之定義和報表格式，則建議由行政院衛生署諮詢委員會和全體醫院感控人員參與討論之。 2. 三總住院病患之抗生素使用有高達 60.1% 為濫用，本院已擇成各科部加強抗生素之正確使用的在職教育，希望將來能將抗生素濫用的幅度降低。 3. 嘗試透過醫學中心之感控會，機動協助各醫院調查院內群突發，果各醫院配合意願相當高，一但發生大部份均致電本院，由本院感控會出面邀請最靠近該院之醫學中心派員支援。 4. 醫學中心和區域性醫院之感控工作已趨成熟，也逐漸獲得院方和全體員工之支持與配合，衛生主管單位應加強督促，以提升醫療服務品質。 5. 感控護士在整個院內感染控制工作上扮演的角色非常重要，應透過立法程序納入醫院正式編制內，並將之隸屬於感控會，以全心投入感控工作。

表 20、「84 院內感染疫情監測系統電腦軟體發展計畫」之研究評核

評核計畫名稱: 84 院內感染疫情監測系統電腦軟體發展計畫	
評核項目	評核結果
一、整體特質	敘事性研究
二、緒 論	
1. 描述此研究的原因	有描述作此研究之原因
2. 清楚說明研究問題(與假說)	無
3. 研究主題符合研究必要性及時代需求性	是
三、理論依據	
適切的理論引導該研究之整體論述與分析	無文獻
四、研究方法	
1. 整體研究設計可行性	是
2. 研究設計	發展院內感染疫情監測系統電腦軟體
3. 研究對象	軟體發展完成後,以 5 家醫院(台大、北榮、林口長庚、高榮、新光)進行測試。
4. 測量方法	發展院內感染疫情監測系統電腦軟體
五、研究結果	
該科技計畫結果描述正確性	研究結果主要發展院內感染疫情監測系統電腦軟體,報告書結果則描述該軟體簡介及軟體操作手冊。
六、討 論	
1. 針對統計中意義性與非意義性結果進行正確的討論	不需統計分析
2. 根據研究結果提出具體可行之建議	該軟體實地測試後有提出幾點建議。
3. 指出該研究所存在的限制	無
4. 研究結果時效性	是
5. 針對研究結果進行應用性描述	<ol style="list-style-type: none"> 1. 經 5 家醫學中心進行軟體測試,可進行(1)輸入各醫院之院內感染個案資料;(2)輸入加護中心監測系統侵入性裝置使用資料;(3)個案資料及侵入性裝置使用資料管理功能;(4)計算侵入性裝置使用率及各種院內感染率;(5)各醫院之院內感染月報表列印功能;(6)將各醫院之資料拷貝至衛生署的資料轉拷功能;(7)將各醫院資料彙整之功能;(8)列印出各醫療院所之院內感染分布圖形。測試結果建議增加菌株代碼及菌種代碼依革蘭氏陽性、陰性菌排序。於院內感染記錄單中增加「暴露於危險因子的天數」欄位(使用侵入性導管的天數)。 2. 此套軟體完成後,要真正有助於各依院院內感染管制工作的推展,除了要舉辦軟體操作研習會,使相關工作同仁熟悉此軟體之操作方法以外,還要依各醫院的使用情形,進行軟體的修訂。此外,尚需繼續增加新的功能,如感染菌株相關資料的處理,及院內感染群突發之偵測功能等。相信各醫院在此套軟體的協助之下,執行國內感染管制業務將會更加順暢。

藥局藥事品質相關研究共有三篇。80 年度的「醫院急診藥局臨床藥學服務之實驗模式」之研究目的在於評估實施急診臨床藥學服務之必要性和可行性,期能提出完整的醫院急診藥局作業規範,以提升急診醫療服務品質。該研究以派專人訪視國內醫學中心 9 家;區域醫院 20 家;地區醫院 17 家。依問卷對象之不同,

作成五類不同的問卷，分別為(1)主管類問卷(藥局主管)、(2)藥師類問卷、(3)醫師類問卷、(4)護理人員類問卷、(5)一般類問卷(在急診室就醫之病患或其家屬)。除了分析現行作業之缺失，評估實施急診藥學臨床作業之可行性，並制定急診藥局及臨床服務實驗模式，包括硬體設備和人力設備。89 年度的「全靜脈營養輸注液(TPN)調劑作業規範之建立」研究係參考國外靜脈營養輸注液調劑作業規範，分析目前台灣地區靜脈營養輸注液之調劑現況，擬定靜脈營養輸注液調劑作業規範；以及綜合資料提供衛生主管機關作為規範醫療院所靜脈營養輸注液調劑作業的參考，亦可提供醫院評鑑標準相關項目之設定的參考。89 年度的「醫藥分業對藥品流通、藥師功能及西藥販賣業影響之實證研究」係針對醫藥分業實施(86 年 3 月 1 日)後二年半至三年半，對藥品流通、藥師功能、西藥販賣業的實際情形及影響，以提供有關單位之參考。該研究對象為 88 年度醫院評鑑及教學醫院合格名單之各層級醫院，包括 17 家醫學中心、61 家區域醫院及 505 家地區醫院，另外亦從 3,278 家健保特約藥局中隨機選取 1,000 家藥局作為本研究之社區藥局樣本，利用結構式與開放式之綜合問卷，郵寄給醫院藥局及社區藥局藥師。

從學術正確性評論該些研究發現，「醫院急診藥局臨床藥學服務之實驗模式」及「全靜脈營養輸注液(TPN)調劑作業規範之建立」等兩篇研究並無具體且適切的邏輯或理論來引導該研究整體的論述與分析，尤其在研究設計的嚴謹度上稍嫌不足。舉例來說，在「醫院急診藥局臨床藥學服務之實驗模式」研究結果呈現上，並無有關理論實證文獻論述，在研究對象、測量工具(問卷)以及統計工具並無作明確的敘述，同樣的研究設計問題也出現在「全靜脈營養輸注液(TPN)調劑作業規範之建立」以及「醫藥分業對藥品流通、藥師功能及西藥販賣業影響之實證研究」的研究成果呈現上。其他研究評述請見表 21-23 的說明。

表 21、「80 醫院急診藥局臨床藥學服務之實驗模式」之研究評核

評核項目		評核結果
一、整體特質		實證性研究
二、緒 論		
1. 描述此研究的原因		有說明作此研究的原因
2. 清楚說明研究問題(與假說)		無
3. 研究主題符合研究必要性及時代需求性		是
三、理論依據		
適切的理論引導該研究之整體論述與分析		無文獻
四、研究方法		
1. 整體研究設計可行性		是
2. 研究設計		屬非實驗性研究設計(問卷調查)。
3. 研究對象		1. 有描述研究樣本醫院的抽取方式，包含醫學中心全部，區域醫院及地區醫院則是採簡單隨機抽樣。 2. 但填答問卷的樣本卻未說明取樣方法，無法判斷是否為隨機抽樣，若非則可能有偏差。 3. 各類別(主管類、藥師類、醫師類、護理類、一般類)樣本數足夠。
4. 測量方法		1. 測量工具(問卷)未提供任何信、效度問卷。 2. 無任何統計工具及分析的說明。
五、研究結果		
該科技計畫結果描述正確性		結果呈現為問卷資料的描述性分析。 各項計畫結果說明正確。
六、討 論		
1. 針對統計中意義性與非意義性結果進行正確的討論		無推論性統計
2. 根據研究結果提出具體可行之建議		有依據結果提出具體建議
3. 指出該研究所存在的限制		無
4. 研究結果時效性		無
5. 針對研究結果進行應用性描述		針對急診藥師人力及服務進行建議

表 22、「89 全靜脈營養輸注液(TPN)調劑作業規範之建立」之研究評核

評核計畫名稱：89 全靜脈營養輸注液(TPN)調劑作業規範之建立	
評核項目	評核結果
一、整體特質	摘要性、實證性與敘事性研究
二、緒 論	
1. 描述此研究的原因	有
2. 清楚說明研究問題(與假說)	無
3. 研究主題符合研究必要性及時代需求性	是
三、理論依據	
適切的理論引導該研究之整體論述與分析	無文獻
四、研究方法	
1. 整體研究設計可行性	可行
2. 研究設計	收集國外文獻、問卷及電話訪查
3. 研究對象	<ol style="list-style-type: none"> 「收集國內醫療機構使用靜脈營養輸注液之現況」是以問卷及電話訪查方式，全面調查目前台灣地區區域級以上醫院。 無抽樣，但寄發的 64 家醫院中有 14 家醫院未回覆，可能影響母群體的代表性。 有效問卷共 50 份，樣本數應足夠。
測量方法	<ol style="list-style-type: none"> 未提供測量工具(問卷)的信、效度證據。 單純欲了解國內使用現況，無自、依變項的定義，統計工具也僅止於描述性統計分析。
五、研究結果	
該科技計畫結果描述正確性	<ol style="list-style-type: none"> 有歸納及討論出「靜脈營養輸注液調劑作業規範」。 國內醫療機構使用靜脈營養輸注液現況的結果僅有描述性統計，且結果正確。
六、討 論	
1. 針對統計中意義性與非意義性結果進行正確的討論	無推論性統計 描述性統計結果正確。
2. 根據研究結果提出具體可行之建議	無建議
3. 指出該研究所存在的限制	無
4. 研究結果時效性	是
5. 針對研究結果進行應用性描述	針對靜脈營養輸注調劑作業提出建言

表 23、「89 醫藥分業對藥品流通、藥師功能及西藥販賣業影響之實證研究」之研究評核

評核計畫名稱: 89 醫藥分業對藥品流通、藥師功能及西藥販賣業影響之實證研究	
評核項目	評核結果
一、整體特質	實證性研究
二、結 論	
1. 描述此研究的原因	有說明作此研究的原因
2. 清楚說明研究問題(與假說)	無
3. 研究主題符合研究必要性及時代需求性	是
三、理論依據	
適切的理論引導該研究之整體論述與分析	是
四、研究方法	
1. 整體研究設計可行性	是
2. 研究設計	以郵寄問卷方式進行資料之收集,未控制回收率過低的問題。
3. 研究對象	醫院藥局部份以 88 年醫院評鑑及教學醫院合格之各層級醫院全面調查,社區藥局則從 3278 家健保特約藥局中隨機選取 1000 家作為研究樣本,後者因未詳述樣本抽樣方法,故無法判斷抽樣法是否有偏差及樣本代表性問題。 研究樣本夠大而足以進行測量。
4. 測量方法	1. 未提供該研究測量工具(問卷)之信、效度資料。 2. 描述性統計及推論性統計之使用正確。
五、研究結果	
該科技計畫結果描述正確性	1. 結果描述正確。 2. 統計意義性評析正確。 3. 社區藥局問卷回收率雖低,但結果無誇大或類推為其他社區藥局表現之陳述。
六、討 論	
1. 針對統計中意義性與非意義性結果進行正確的討論	「用藥指導障礙」(推論性統計部分)未於「討論」一節有詳細的討論。
2. 根據研究結果提出具體可行之建議	是,包括政府應持續推動醫藥分業制度、建立一個健全的醫藥分業環境等等
3. 指出該研究所存在的限制	1. 有描述問卷回收率偏低,因此僅能就回覆之資料呈現,無法外推。 2. 回覆問卷在藥品消耗及分類上,僅區域級以上醫院填答較清楚,故以問卷回收資料及健保用藥申請金額分析。
4. 研究結果時效性	是
5. 針對研究結果進行應用性描述	針對藥師專業之提昇及工作滿意度,以及未來社區健保藥局職業現況及經營型態等提出建議。

緊急醫療品質相關研究包括兩篇研究。90 年度「台灣地區緊急醫療網責任醫院對重大災難臨時收治場所規劃研究」之目的在於瞭解臺灣地區各縣市緊急醫療網之責任醫院,對重大災難時如何規劃臨時收治場所,以收容來自院內及院外的大量傷病患。該計劃施行初期為專家會商,由衛生署、消防署、營建署及醫

院醫師等擬定臨時收治場所必備條件，如建築物、建材形態，與醫院的距離，交通、水、電、氣體及通訊管路的設備等收集現有國內外有資料，定一套比較合乎國情的標準，並製作一份對臨時收治場所規劃設置的細節及實務困難之問卷。計劃中程由研究小組成員會同各縣市當地緊急醫療網執行單位到各責任醫院進行實地的訪查。計劃的後段為實地訪查問卷及資料分析，並製作成報告供地方及中央規劃機構參考。而同一年度的「全國性大規模災難醫學訓練計畫」研究係藉由急診醫學會曾舉行大規模訓練課程之經驗，請國內外專業學者編修本國課程，並協助及訓練醫學人才、民間(非醫療)人員、其他學會或救護人才、全國各縣市衛生局或消防局。並將將訓練標準化，列入各醫學中心或區域醫院構成急救責任醫院評鑑標準化，以期全國有標準化，且共同救災醫療之語言及全國通用之災難救護教材；並建立國內已有訓練災難救護人才檔案。

兩篇研究皆屬於敘事性研究，較傾向為實務性研究。因此結果呈現較為直接且只為敘述性的描述。該類研究的研究評核主要針對研究結果的應用性來評述(第三章)。相關研究評核內容請見表 24-25。

表 24、「90 台灣地區緊急醫療網責任醫院對重大災難臨時收治場所規劃研究」之研究評核

評核計畫名稱: 90 台灣地區緊急醫療網責任醫院對重大災難臨時收治場所規劃研究	
評核項目	評核結果
一、整體特質	敘事性
二、緒 論	
1. 描述此研究的原因	是
2. 清楚說明研究問題(與假說)	無
3. 研究主題符合研究必要性及時代需求性	是
三、理論依據	
適切的理論引導該研究之整體論述與分析	無文獻
四、研究方法	
1. 整體研究設計可行性	可行
2. 研究設計	在整個醫院實地訪視的評估過程由二名研究人員會同當地衛生局人員代表,盡量減少因評估者不同而造成結果的差異
3. 研究對象	1. 以評鑑合格的區域醫院及醫學中心為訪視對象全面訪查,無抽樣。 2. 樣本數足夠。
4. 測量方法	1. 評估表的製作雖集合各領域專家,修改醫院評鑑急診評鑑表而成,但過程中未提供該工具(評估表)任何信、效度的證據。 2. 在整個醫院實地訪視的評估過程,雖控制由二名研究人員會同當地衛生局人員代表,盡量減少因評估者不同而造成結果的差異;但報告中未提及評核人員間的評核一致性的信度證據。 3. 資料的分析僅有描述性統計資料。
五、研究結果	
該科技計畫結果描述正確性	結果僅有描述性的資料分析,結果描述正確。
六、討 論	
1. 針對統計中意義性與非意義性結果進行正確的討論	無推論性統計
2. 根據研究結果提出具體可行之建議	有根據研究結果提出具體建議
3. 指出該研究所存在的限制	無
4. 研究結果時效性	無
5. 針對研究結果進行應用性描述	針對我國的緊急醫療網推行屆滿十年之際提出建言

表 25、「90 全國性大規模災難醫學訓練計畫」之研究評核

評核計畫名稱：90 全國性大規模災難醫學訓練計畫	
評核項目	評核結果
一、整體特質	敘事性研究
二、緒論	
1. 描述此研究的原因	是
2. 清楚說明研究問題（與假說）	無
3. 研究主題符合研究必要性及時代需求性	是
三、理論依據	
適切的理論引導該研究之整體論述與分析	無文獻
四、研究方法	
1. 整體研究設計可行性	辦理災難醫學訓練
2. 研究設計	<ol style="list-style-type: none"> 較接近實務面的成果報告 進行三階段漸進式推廣訓練 整個報告較像研究計畫書或教師授課手冊(內容為概略課程計畫、作業流程圖、授課技巧、實務演練技巧等，與該訓練計畫無關)，完全沒有實際訓練成果。 整個計畫似乎只有上課，且不知道上課後成效(無課後評估)，及對未來遭遇大規模災難的應變能力。
3. 研究對象	有描述參加訓練之學員
4. 測量方法	無任何測量方法
五、研究結果	
該科技計畫結果描述正確性	結果段較像是計畫準備(計畫實施方法)的描述及教學技巧說明，無實際結果呈現。
六、討論	
1. 針對統計中意義性與非意義性結果進行正確的討論	該計畫僅說明進行三階段漸進式推廣訓練，無實際結果呈現，故亦無任何統計意義性的討論。
2. 根據研究結果提出具體可行之建議	流於政策性之結論而無具體可行之建議。
3. 指出該研究所存在的限制	無任何研究限制的討論
4. 研究結果時效性	無
5. 針對研究結果進行應用性描述	針對目前推展全國性大規模災難醫學訓練計畫，提出未來執行時程

其他相關醫療品質相關研究敘述如下。81 年度的「中部地區住院三十天以上患者長期住院因素之分析研究」係欲探討急性綜合醫院其住院超過三十天患者之長期照護需求，並分析探討現階段台灣地區長期照護設施的供需狀況，以期研擬我國推展長期照護系統之可行方案。該研究之研究架構及抽樣過程大致正確，但因選擇中部地區進行抽樣，後續外推至全台灣可能代表性會不足。另外，在研究結果的呈現上，該研究雖有提及進行 ANOVA 及卡方等統計分析，然在結果與建議部分，僅列出與醫療需要得分與照顧需要得分有關與無關的變項，並無更進一步針對卡方或 ANOVA 結果作討論。其他研究評核請見表 26。

表 26、「81 中部地區住院三十天以上患者長期住院因素之分析研究」之研究評核

評核計畫名稱: 81 中部地區住院三十天以上患者長期住院因素之分析研究	
評核項目	評核結果
一、整體特質	實證性研究
二、結 論	
1. 描述此研究的原因	有說明作此研究之原因。
2. 清楚說明研究問題(與假說)	無
3. 研究主題符合研究必要性及時代需求性	是
三、理論依據	
適切的理論引導該研究之整體論述與分析	有引述、整理相關文獻報告。
四、研究方法	
1. 整體研究設計可行性	是
2. 研究設計	研究架構及抽樣過程大致正確,但因選擇中部地區進行抽樣,後續外推至全台灣可能代表性會不足。
3. 研究對象	<ol style="list-style-type: none"> 以全台 49 床以上醫院,住院超過三十天的病人為母群體,因研究人力、時間限制,只選擇中部地區進行抽樣,對研究結果的外推性可能有影響。 抽樣方法與資料收集皆有清楚說明,抽樣屬於隨機抽樣,同時利用「系統取樣」及「比率機率抽樣」,所以每組成分子被抽中的機率是相等的。 抽樣結果只提供各分組(各縣市)醫院抽樣數,未進一步提供不同層級醫院(醫學中心、區域醫院、地區醫院)的抽樣情形。
4. 測量方法	<ol style="list-style-type: none"> 測量工具(量表)參考國內外文獻建構而成,有提供證據顯示具有足夠的信度(interscorer-reliability)、效度(專家效度)。 各項統計工具的使用說明正確(卡方檢定、變異數分析、複迴歸)。 因需醫療、照顧需要之評估,有考慮到訪員的專業性,由研究者、醫師、資深護理人員擔任。
五、研究結果	
該科技計畫結果描述正確性	<ol style="list-style-type: none"> 描述性結果呈現正確; 但 ANOVA 檢定有顯著者,再進行 Scheffe's 事後檢定,其結果呈現怪怪的(應是呈現哪兩兩間有差異,而非 $A>B>C>D$.....此種形式)。 卡方檢定無文字上的評析;變異數分析的結果說明有誤(例: $P<0.05$ 應是「在醫療得分上,不同疾病別間具有差異」,而非醫療得分與疾病別有關)。
六、討 論	
1. 針對統計中意義性與非意義性結果進行正確的討論	在結果與建議中,僅列出醫療需要得分與照顧需要得分的有關與無關變項,無更進一步針對卡方或 ANOVA 結果作討論。
2. 根據研究結果提出具體可行之建議	是
3. 指出該研究所存在的限制	有說明限於時間與人力,整個研究著重「閉鎖式」(住院超過 30 天患者)進入長期照護之需求量及所需照護層級探討。
4. 研究結果時效性	是
5. 針對研究結果進行應用性描述	政策上建議以醫療保險機制推展長期照護服務

81 年度的「短期心理治療對精神科門診病人之療效」研究係欲了解短期心理治療對精神科門診精神官能症病人的治療結果，並提升精神科門診的醫療品質。在研究期間內由精神科專科醫師，於台北市立陽明醫院精神科門診中篩選以焦慮或憂鬱情緒為主要問題之適當病人以進行對照研究。篩選過程為研究者在經過數次門診追蹤並對病人精神動力學有初步了解後，與病人討論及說明本研究計畫，並取得病人的書面同意；再轉介給心理技師進行心理測驗之評估。參與研究之病人由研究者以控制人口學變數的方式，將病人分為研究組及對照組，並分別接受不同程度之心理治療。計有 38 位病人進入本研究，其中有 12 位男性、26 位女性，平均年齡為 32.3 ± 7.4 歲，平均受教育年數 13.9 ± 2.4 年，且大多來自中等社會階層。其中有 28 位完成預定的短期個別心理治療，完成率為 73.7%。該研究在整體研究設計的嚴謹度稍顯不足，舉例來說，該研究之研究對象係以台北市立陽明醫院精神科門診中篩選以焦慮或憂鬱情緒為主要問題之適當病人，但是所選取的對象係為立意取樣，且樣本數偏少(研究組與對照組各 19 人)。研究者以「控制人口統計學變數」的方式，將病人分配至研究組與對照組，在研究組與對照組方面的病患其性別、婚姻狀態、就業情形、社經階層未達統計學上差異，但年齡卻達統計上差異(對照組>研究組)，但是文獻又指出性別與年齡的差異是非短期心理治療成功與否的預測變數。再者，進行研究組與對照組間的比較時，雖然各項統計分析正確，但因樣本數少，使用有母數分析方法可能誇大了研究的結果(部分達顯著差異的，以無母數分析可能會較保守而呈現無差異)。因此，整篇研究在結果推估上會有相當程度的誤差。其他研究評核內容請見表 27。

表 27、「81 短期心理治療對精神科門診病人之療效」之研究評核

評核項目		評核結果
一、整體特質		實證性研究
二、緒 論		
1. 描述此研究的原因		前言沒有說明做此研究的原因
2. 清楚說明研究問題(與假說)		無
3. 研究主題符合研究必要性及時代需求性		是
三、理論依據		
適切的理論引導該研究之整體論述與分析		前言沒有提及相關文獻
四、研究方法		
1. 整體研究設計可行性		是
2. 研究設計		屬準實驗性研究設計(Case-Control Study)。
3. 研究對象		<ol style="list-style-type: none"> 1. 研究對象以台北市立陽明醫院精神科門診中篩選以焦慮或憂鬱情緒為主要問題之適當病人。 2. 研究對象的選取非隨機抽樣，且樣本數偏少(研究組與對照組各 19 人)。 3. 所有參與研究的病人皆有取得其書面同意，由研究者以「控制人口統計學變數」的方式，將病人分配至研究組與對照組，因非隨機分配，故可能造成人為上的偏差。 4. 研究組與對照組在性別、婚姻狀態、就業情形、社經階層未達統計學上差異，但年齡卻達統計上差異(對照組>研究組)，但文獻指出性別與年齡的差異非短期心理治療成功與否的預測變數。
4. 測量方法		<ol style="list-style-type: none"> 1. 研究組進行動力學導向的支持性心理治療，對照組進行一般門診支持性心理治療。 2. 心理評估採用「台大症狀量表」、「性格量表」、「心理技師評估」、「整體病情評量」，但皆未提供各測量工具的信、效度資料。 3. 部分評估為治療師或心理技師評估，研究中未說明評估者是否同一人或提供評估者間信度證據。 4. 統計工具原則上正確，但因樣本數較少(且有人中途離開研究)，建議應採無母數分析較恰當。
五、研究結果		
該科技計畫結果描述正確性		<ol style="list-style-type: none"> 1. 研究結果描述及各項統計意義性評析正確。 2. 整體看來，無論經過哪種心理治療，所有研究對象均得到療效，研究組與對照組間幾乎並無明顯差異。
六、討 論		
1. 針對統計中意義性與非意義性結果進行正確的討論		研究組與對照組間的比較，各項統計分析正確，但因樣本數少，使用有母數分析方法可能誇大了研究的結果(部分達顯著差異的，以無母數分析可能會較保守而呈現無差異)。
2. 根據研究結果提出具體可行之建議		無
3. 指出該研究所存在的限制		無
4. 研究結果時效性		是
5. 針對研究結果進行應用性描述		針對精神臨床醫療處置提出建議

82 年度的「醫療保險對高科技高價位醫療服務影響之研究：以電腦斷層攝影掃描儀與磁共振影像儀為例」係欲了解各類保險病人，於不同醫療機構中對電腦斷層攝影掃描儀之使用情形，並且探討相同特性醫療機構中，不同保險病人對電腦斷層攝影掃描儀之使用情形，以及了解保險病人與自費病人，於不同醫療機構中對磁共振影像儀使用情形。除此之外，本研究亦探討相同特性醫療機構中，保險病人與自費病人對磁共振影像儀使用情形，以及了解各類保險病人於地區醫院中對電腦斷層掃描儀之使用情形。電腦斷層攝影掃描儀研究對象抽選之 6 家醫學中心、6 家區域醫院及 22 家地區醫院，並收集該院之全年度電腦斷層申請單及報告單與全院病人基本資料。磁共振影像儀研究之研究對象則有 6 家。

該研究的設計嚴謹，符合一般實證性研究的要求，唯在樣本抽樣方面係採立意取樣。另外，雖然該研究結果描述繁雜，但描述說明正確高，並提出針對議題提出宏觀的建議。其他研究評核內容請見表 28。

表 28、「82 醫療保險對高科技高價位醫療服務影響之研究：以電腦斷層攝影掃描儀與磁共振影像儀為例」之研究評核

評核計畫名稱：82 醫療保險對高科技高價位醫療服務影響之研究：以電腦斷層攝影掃描儀與磁共振影像儀為例	
評核項目	評核結果
一、整體特質	實證性研究
二、結 論	
1. 描述此研究的原因	是
2. 清楚說明研究問題（與假說）	是
3. 研究主題符合研究必要性及時代需求性	是
三、理論依據	
適切的理論引導該研究之整體論述與分析	在第一章緒論部分有引用部分文獻。
四、研究方法	
1. 整體研究設計可行性	是
2. 研究設計	非實驗性研究設計
3. 研究對象	<ol style="list-style-type: none"> 1. 有描述研究對象的收集與抽樣方法，限於時間、人力、經費，採立意取樣的方式調查(以電話聯絡該醫院負責主管，探詢其配合意願及了解研究工作進行的可能性，再決定是否列為抽樣醫院)。 2. 因非隨機取樣故可能產生偏差。 3. 樣本數少(CT 醫學中心 6 家、區域醫院 6 家、地區醫院 22 家；MRI 醫學中心 3 家、區域醫院 3 家)，在結果推論上可能會有問題。
4. 測量方法	<ol style="list-style-type: none"> 1. 電腦斷層攝影掃描儀研究對象抽選之 6 家醫學中心、6 家區域醫院及 22 家地區醫院，並收集該院之全年度電腦斷層申請單及報告單與全院病人基本資料。磁共振影像儀研究之研究對象則有 6 家。資料的取得由研究者親自處理，並進行抽查比對，使資料之遺誤降至最低，以求研究資料品質之效度。 2. 研究變項的操作型定義清楚。 3. 統計工具及分析說明正確。
五、研究結果	
該科技計畫結果描述正確性	計畫結果繁雜，但描述說明正確。
六、討 論	
1. 針對統計中意義性與非意義性結果進行正確的討論	各項有意義的統計結果皆有正確的討論。
2. 根據研究結果提出具體可行之建議	有依據研究結果提出具體建議。
3. 指出該研究所存在的限制	是
4. 研究結果時效性	是
5. 針對研究結果進行應用性描述	針對高科技高價位醫療服務使用提出建議。

83 年度的「台灣地區聽力檢查設施之調查與評估」係欲了解及評估台灣地區聽力檢查之軟、硬體設施情形，以及評估台灣地區聽力檢查品質情形；並且依據檢測及評估結果來討論聽力檢查室之基本需求條件，以及提供衛生主管機關實施品質管制及輔導改善之參考。本研究以開辦勞工健康檢查業務之 117 家醫療院所為研究對象，以其中 109 家有提供聽力損失測定項目之醫院進行訪視及測定。為了避免醫院預作佈置，採不預先通知方式，直接由檢測人員逕自前往各查訪對

象醫院，會同該院人員實施檢測並詢問相關資料作成記錄。

該研究屬於非實驗性研究，而為避免不同訪查人員間造成的誤差，該計畫由同一人進行檢測。實際訪查率高(即實際查訪 97 家，實際查訪率 89.0%)，但是沒有說明未被訪查的醫院是否具有獨特的特質，舉例來說，某一地區的醫院皆無被訪查。再者，研究呈現中未說明測量儀器的信、效度證據，以及如何訪查的經過。其他研究評核內容請見表 29。

表 29、「83 台灣地區聽力檢查設施之調查與評估」之研究評核

評核計畫名稱：83 台灣地區聽力檢查設施之調查與評估	
評核項目	評核結果
一、整體特質	實證性研究
二、緒 論	
1. 描述此研究的原因	有描述作此研究之原因。
2. 清楚說明研究問題(與假說)	無
3. 研究主題符合研究必要性及時代需求性	是
三、理論依據	
適切的理論引導該研究之整體論述與分析	無專章引述文獻，但第一章敘論有提及部分聽力檢查設施事宜。
四、研究方法	
1. 整體研究設計可行性	是
2. 研究設計	1. 屬於非實驗性研究。 2. 為避免不同訪查人員間造成的誤差，該計畫由同一人進行檢測。
研究對象	1. 以有關勞工健康檢查業務且有提供聽力損失測定項目之醫院為研究對象，共計 109 家，但因計畫執行時間之限制，實際查訪 97 家，實際查訪率 89.0%。 2. 實際訪查率高，但是沒有說明未被訪查的醫院是否具有獨特的特質，舉例來說，某一地區的醫院皆無被訪查。
測量方法	1. 未說明測量儀器的測量信、效度證據。 2. 避免醫院預作佈置，採不預先通知方式。 3. 為避免不同訪查人員間造成的誤差，該計畫由同一人進行檢測。 4. 未說明統計工具及分析方法。
五、研究結果	
該科技計畫結果描述正確性	呈現描述性分析結果，結果說明正確。
六、討 論	
1. 針對統計中意義性與非意義性結果進行正確的討論	無推論性統計
2. 根據研究結果提出具體可行之建議	是
3. 指出該研究所存在的限制	無
4. 研究結果時效性	是
5. 針對研究結果進行應用性描述	針對臨床及衛生主管機關提出建議

82 年度的「台灣地區物理治療人員執業倦怠情形及其相關因素探討」研究係欲建立現階段台灣地區物理治療人員職業倦怠發生的型態，並比較不同年齡層的物理治療人員職業倦怠現象之差異，以及比較不同行為組型的物理治療人員職業倦怠現象之差異。此研究係依據廖華芳副教授所完成之國科會研究計畫「台灣地區未來十年物理治療人力之供給與要求研究」所建立之「台灣地區物理治療人員檔案」中，選擇民國 80 年年底前在台灣地區從事物理治療工作，且 81 年全年皆有工作的 829 名物理治療人員進行研究。採用結構式問卷「台灣地區各級醫院物理治療人員職業感受調查問卷」，內容包括：(1)物理治療人員基本資料與工作現況調查；(2)馬氏職業倦怠量表；(3)中國人 A 型量表，並郵寄問卷給給每位調查對象。該研究的整體學術嚴謹度相當足夠，唯無說明為何該研究使用「馬氏職業倦怠量表」及「中國人 A 型量表」做為調查工具的適切性。其他研究評核請見表 30。

表 30、「82 台灣地區物理治療人員執業倦怠情形及其相關因素探討」之研究評核

評核計畫名稱: 82 台灣地區物理治療人員執業倦怠情形及其相關因素探討	
評核項目	評核結果
一、整體特質	實證性研究
二、結 論	
1. 描述此研究的原因	是
2. 清楚說明研究問題(與假說)	隱合於結論中, 無清楚說明
3. 研究主題符合研究必要性及時代需求性	是
三、理論依據	
適切的理論引導該研究之整體論述與分析	是, 但無說明為何使用「馬氏職業倦怠量表」及「中國人 A 型量表」做為該研究之調查工具。
四、研究方法	
1. 整體研究設計可行性	是
2. 研究設計	屬非實驗性研究設計(問卷調查)
3. 研究對象	<ol style="list-style-type: none"> 依據廖華芳副教授所完成之國科會研究計畫「台灣地區未來十年物理治療人力之供給與要求研究」所建立之「台灣地區物理治療人員檔案」中, 選擇民國 80 年年底前在台灣地區從事物理治療工作, 且 81 年全年皆有工作的 829 名物理治療人員進行研究以郵寄結構式問卷來進行資料收集。 研究對象的特徵描述清楚。 回收樣本在年齡分層上與母群體近似。
4. 測量方法	<ol style="list-style-type: none"> 測量工具(「馬氏職業倦怠量表」及「中國人 A 型量表」)有提供信、效度上的證據文獻。 統計工具及方法使用正確。
五、研究結果	
該科技計畫結果描述正確性	<ol style="list-style-type: none"> 結果描述正確且完整。 統計工具及方法使用正確。
六、討 論	
1. 針對統計中意義性與非意義性結果進行正確的討論	各項結果的統計意義均有正確的解釋, 同時亦以適當的統計方法排除干擾因子, 而作出正確的推論。
2. 根據研究結果提出具體可行之建議	是
3. 指出該研究所存在的限制	是
4. 研究結果時效性	是
5. 針對研究結果進行應用性描述	針對目前台灣地區物理治療人員職業倦怠現象提出建議

81 年度的「復健病患居家照顧的調查研究」研究係以提昇復健醫療服務品質為宗旨, 深入探討國內復健病患居家照顧的情況和需求, 同時徵詢患者和配偶對於復健居家照顧的意見。綜合所得再以國外現行復健居家照顧制度作為借鏡, 規畫一套較完整且具效益之復健居家照顧制度。本研究以 80 年曾住過復健病房的患者為主要對象, 經學會去函惠予提供病患之基本資料, 獲得 22 家醫院支持, 共取得個案數為 3,900 人。採用郵寄和家訪兩種方式, 全部個案皆列入郵寄問卷

的對象，回收後再以台北北區患者為母群體，分成兩組，A 組為有回函者，B 組為沒有回函者，以隨機取樣方式分別篩選出 A 組 20 位、B 組 34 位作為家訪對象。該研究的設計較為特別，後續抽樣家訪則是為了彌補樣本回收率較低所作，一來可以了解有回收(A 組)與未回收(B 組)樣本是否有差異，二來可以了解有回收(A 組)樣本填答的真實性。該研究較明顯的缺點包括無文獻探討，以及在測量工具(問卷)上並無明確說明專家效度，亦無明確提供信度證據。其他研究評核內容請見表 31。

89 年度的「慢性疾病營養諮詢之需求評估—以痛風為先驅研究主題」研究係欲了解台灣現階段痛風防治現況，並探討營養諮詢在痛風防治所扮演的角色。除此之外，病患和醫護人員及營養師隊營養諮詢之需求及效能評估亦在本研究進行評估。所得研究結果希望作為現今營養諮詢之方式之檢討與改進的方向。該研究觀察大台北地區兩所公立醫院及兩所私立醫院營養諮詢門診的實際操作情形。紀錄病患與營養師所有的對話及該診的活動情形，全程錄音並以逐字稿分析四位營養師與十一位由醫師轉介的病人，以及四位自行進入診間病患的諮詢內容及互動情形。另外，我們舉辦三次焦點團體訪談，包括營養師，痛風患者以及大學營養科目教學人員，經由嚴謹的訪談設計，對痛風營養諮詢門診的需求及相關問題作深入評估。量性研究則包括針對營養師(n=54)、痛風病患(n=124)以及內科系的醫護人員(n=127 施行問卷調查)，分析對營養師工作項目、影響營養諮詢服務品質因素及收費方式的意見。該研究並無呈現相關的文獻佐證。另外研究樣本主要集中於特定醫院，且樣本數少，因此在結果外推性方面可以略顯不足。再者，該研究各選擇兩家公立及私立醫院進行參與觀察法，但卻未說明選擇該些院區的原因及代表性。在該研究結果呈現方面，量性研究的測量工具(問卷)並無提供信、效度資料，而所預期使用在量性研究分析的統計方法，在其結果的呈現上卻無統計分析的結果。其他研究評核請見表 32。

表 31、「81 復健病患居家照顧的調查研究」之研究評核

評核計畫名稱：81 復健病患居家照顧的調查研究	
評核項目	評核結果
一、整體特質究 (review)、抑或敘事性研究 (tutorial)?	實證性研究
二、緒 論	
1. 描述此研究的原因	有概略提及
2. 清楚說明研究問題 (與假說)	無
3. 研究主題符合研究必要性及時代需求性	是
三、理論依據	
適切的理論引導該研究之整體論述與分析	無文獻探討
四、研究方法	
1. 整體研究設計可行性	是
2. 研究設計	該研究首先以郵寄問卷進行調查，再依台北北區患者問卷有無回收分組(A 組為有回函者，B 組為沒有回函者)，兩組隨機抽取樣本進行家訪。
3. 研究對象	<ol style="list-style-type: none"> 以 80 年曾住過復健病房的患者為主要對象，經學會去函提供病患之基本資料，獲得 22 家醫院支持，共取得個案數為 3900 人，全部郵寄問卷。 問卷回收後再依台北北區患者問卷有無回收分組(A 組為有回函者，B 組為沒有回函者)，兩組隨機抽取樣本進行家訪。 後續抽樣家訪則是為了彌補樣本回收率較低所作，一來可以了解有回收(A 組)與未回收(B 組)樣本是否有差異，二來可以了解有回收(A 組)樣本填答的真實性。 郵寄問卷回收率不高，只有 14.89%。
5. 測量方法	<ol style="list-style-type: none"> 測量工具為問卷，採用專家效度(但無明確說明)，無提供該測量工具之信度證據。 有說明使用 Chi-Square、T-test、ANOVA、Intraclass Correlation Coefficient 等統計工具分析，但卡方檢定表格呈現有問題(表 43、44)；Intraclass Correlation Coefficient 用於連續變項，表 38、39、45 為相依樣本的類別變項，應使用 McNemar's test；未見任何 ANOVA 的使用。
五、研究結果	
該科技計畫結果描述正確性	<ol style="list-style-type: none"> 整體來說研究結果的描述性分析正確； 但卡方檢定的表格呈現有問題(表 43、44)；Intraclass Correlation Coefficient 用於連續變項，表 38、39、45 為相依樣本的類別變項，應使用 McNemar's test。
六、討 論	
1. 針對統計中意義性與非意義性結果進行正確的討論	無針對研究結果中推論統計結果提出評析。
2. 根據研究結果提出具體可行之建議	無明確說明具體建議，但針對幾個議題有概略提及。
3. 指出該研究所存在的限制	無
4. 研究結果時效性	是
5. 針對研究結果進行應用性描述	對人員需求方面提供未來規劃復健居家照顧機構的人力規劃。

表 32、「89 慢性疾病營養諮詢之需求評估—以痛風為先驅研究主題」之研究評核

評核項目	評核結果
一、整體特質	實證性研究
二、結 論	
1. 描述此研究的原因	是
2. 清楚說明研究問題(與假說)	無
3. 研究主題符合研究必要性及時代需求性	是
三、理論依據	
適切的理論引導該研究之整體論述與分析	無
四、研究方法	
1. 整體研究設計可行性	是
2. 研究設計	<ol style="list-style-type: none"> 1. 屬非實驗性研究設計(包括質性研究及量化研究) 2. 實際參與觀察法先選定四家醫院(非隨機),再隨機選取診次觀察。 3. 量化研究設計非隨機取樣。
3. 研究對象	<ol style="list-style-type: none"> 1. 質性研究 <ol style="list-style-type: none"> (1) 實際參與觀察法:公立及私立醫院各選擇二家,未說明選擇該院之原因。 (2) 焦點團體訪談:包括痛風患者、公私立醫療院所營養師、大學營養科目教學人員三類,有說明樣本選擇方式。 2. 量化研究 <ol style="list-style-type: none"> (1) 以痛風初診及複診病患、醫護人員、及營養師為研究對象。 (2) 採立意取樣,非隨機抽樣可能會出現偏差。 (3) 痛風病患取樣自台北市和平醫院、宏恩醫院及國泰醫院,僅能反映這三家醫院的情形。醫護人員及營養師亦是。
4. 測量方法	<ol style="list-style-type: none"> 1. 量化研究的測量工具(問卷)無提供信、效度資料。 2. 其他部分的資料取得亦無信、效度方面的證據。 3. 質性研究將觀察及訪談內容歸納整理;而量化研究有說明將使用的分析方法,但在結果呈現上卻無所預期的統計分析的結果呈現,僅有簡單描述性統計。
五、研究結果	
該科技計畫結果描述正確性	<ol style="list-style-type: none"> 1. 研究結果大致正確。 2. 質性研究將觀察及訪談內容歸納整理;量化研究有說明將使用的分析方法,但在結果呈現上卻全無上述統計分析,僅將問卷結果呈現簡單描述性統計。
六、討 論	
1. 針對統計中意義性與非意義性結果進行正確的討論	無推論性統計,描述性統計結果正確。
2. 根據研究結果提出具體可行之建議	有針對衛生政策提出具體建議。
3. 指出該研究所存在的限制	未討論該研究各項可能存在的限制。
4. 研究結果時效性	是
5. 針對研究結果進行應用性描述	針對醫療衛生政策的具體建議,包括國內營養推廣與慢性病防治的相關政策、落實各級醫療公衛機構聘用足夠營養師、提高營養服務於醫院評鑑之比重、訂定各級醫院營養諮詢門診收費及給付標準以及提升營養專業人員於行為改變及溝通諮詢理論之素養。

90 年度的「台灣急性醫院護理品質監測指標系統化之建立」研究之目的在於建立並統一我國醫院護理品質之監測指標，並期望藉由統一國內各醫院護理品質監測指標名稱、定義、計算公式與資料收集工具，建立護理品質評價上的共通語言並具可比較性，以為未來我國護理品質認證之參考。以全國經衛生署醫院評鑑合格之急性醫院之臨床單位與住院單位病患，全體目標群體之自由參與。針對醫院與病患特性，自由選用適當的指標進行為期兩個月的品質監測。參與醫院之護理品質檢測指標現況調查表(自行設計)、跌倒病人事件記錄表及非計畫性氣管內管滑落記錄表(醫院使用)，經護理品質委員會委員及公衛統計學者作專家鑑別。本研究採描述性研究設計，針對我國醫院護理品質監測先驅現況評估調查結果，並參考美國馬利蘭醫院協會(Maryland Hospital Association)所發展之醫療品質指標計畫(Quality Indicator Project)及我國療護體系之特性，以專家鑑別(Jury opinion)模式檢討並歸納重要護理品質指標、名稱、標準定義、工具、計算公式等，以建立系統化之品質評價模式。研究將分兩階段實施：第一階段專家鑑別模式之指標建立。第二階段則是指標於臨床測試與比較。

該研究的護理品質監測指標在該研究最後結果僅呈現兩項指標：「跌倒發生率」及「非計畫性氣管內管拔除率」，而此兩項指標似乎無法完全反映護理品質的全貌。另外，該研究設計提及以兩階段實施品管指標建立，但後該研究只呈現第一階段的結果，而因經費限制並未實施第二階段的臨床指標測試。再者，該研究的卡方檢定中，有很多細格小於 0 (違反假設)，故 p 值的解釋有誤(或應保守說明，不應直接說無統計上之差異)。其他關於該計畫的評核內容請見表 33。

表 33、「90 台灣急性醫院護理品質監測指標系統化之建立」之研究評核

評核計畫名稱: 90 台灣急性醫院護理品質監測指標系統化之建立	
評核項目	評核結果
一、整體特質	實證性研究
二、結 論	
1. 描述此研究的原因	是
2. 清楚說明研究問題 (與假說)	無
3. 研究主題符合研究必要性及時代需求性	是
三、理論依據	
適切的理論引導該研究之整體論述與分析	有引述文獻理論
四、研究方法	
1. 整體研究設計可行性	是
2. 研究設計	<ol style="list-style-type: none"> 1. 屬非實驗性研究設計。 2. 護理品質監測指標僅由四、五位護理人員及公衛人員進行鑑別, 似乎有失偏頗。 3. 最後資料收集的指標僅制「跌倒發生率」及「非計畫性氣管內管拔除率」, 無法反映護理品質的全貌。 4. 研究設計上說明分兩階段實施, 但卻只見第一階段的結果, 因經費限制而未實施第二階段。
3. 研究對象	<ol style="list-style-type: none"> 1. 以全國經衛生署醫院評鑑合格之急性醫院為目標群體, 但可自由參與, 自由選用適當的指標進行品質監測。 2. 屬普查方式, 但非強制要求參與, 故未參與之醫院可能造成研究偏差。
4. 測量方法	<ol style="list-style-type: none"> 1. 測量工具(問卷)未提供信、效度資料, 僅說明有護理品質委員會委員及公衛統計學者作專家鑑別。 2. 資料分析以描述性統計為主, 此外還有卡方檢定。
五、研究結果	
該科技計畫結果描述正確性	<ol style="list-style-type: none"> 1. 描述性統計結果正確。 2. 推論性統計結果須進一步精簡細格後再做分析(詳見六、討論 第 1 題評核)。
六、討 論	
1. 針對統計中意義性與非意義性結果進行正確的討論	該項卡方檢定中有很多細格小於 0 (違反假設), 故 P 值的解釋有誤(或應保守說明, 不應直接說無統計上之差異), 最好應將「傷害程度二、三級、死亡及其他」合併後再執行一次檢定, 以了解發生時間不同是否有差異。
2. 根據研究結果提出具體可行之建議	無
3. 指出該研究所存在的限制	有說明因時間及經費之限制僅能就照顧之安全面發展兩項指標, 但卻未指出研究中其他可能影響結果的限制。
4. 研究結果時效性	無
5. 針對研究結果進行應用性描述	本研究以專家鑑別(jury opinion)模式檢討並歸納統一安全照護層面之護理品質監測指標, 由各院目前使用之指標經文獻查證與兩次護理品質委員會及四次專家諮詢會議, 統一護理品質監測指標安全層面之住院病人跌倒發生率及非計畫性氣管內管滑脫率之名稱、定義、計算公式、資料收集工具, 及使用指引手冊等, 並經初步試用。此計算公式可排除因病人病情嚴重度所造成之偏差, 而能真正顯示護理照護之品質, 此公式未來可以提供衛生主管機關發展品質監測指標之參考。

90 年度的「高雄市各層級醫療院所推行母嬰親善醫院之調查及其成效之探討」研究係欲了解目前高雄市各層級醫院推行母嬰親善之現況，並了解各級醫院之醫療人員對哺餵母乳之態度，同時探討醫院之措施對產婦哺乳方式之影響。研究對象包括高雄市 13 家地區級以上醫院有參與推動該院母嬰親善業務之產、兒科主任以上之醫師主管、產兒科督導、產科及嬰兒室護理長等，共計 50 位人員樣本，以自填式的結構性問卷進行調查，研究期間共發出問卷 50 份，回收有效問卷為 50 份，回收率為 100%。研究調查也同時自衛生局出生通報中，篩選出參與本研究之醫院生產之產婦，以進行產婦哺乳方式及影響因素之探討，研究期間共寄出問卷 331 份，回收有效問卷為 209 份，回收率為 63.14%。該研究設計嚴謹，整體架構清楚，唯進行醫療院所負責推動母嬰親善業務之相關人員的問卷調查時，因樣本之選取非隨機取樣，因此可能會有代表性的問題。其他評核內容請見表 34。

表 34、「90 高雄市各層級醫療院所推行母嬰親善醫院之調查及其成效之探討」之研究評核

評核計畫名稱：90 高雄市各層級醫療院所推行母嬰親善醫院之調查及其成效之探討	
評核項目	評核結果
一、整體特質	實證性研究
二、緒 論	
1. 描述此研究的原因	是
2. 清楚說明研究問題(與假說)	是
3. 研究主題符合研究必要性及時代需求性	是
三、理論依據	
適切的理論引導該研究之整體論述與分析	前言部分有引述相關文獻
四、研究方法	
1. 整體研究設計可行性	是
2. 研究設計	屬非實驗性研究設計(問卷調查)
3. 研究對象	<ol style="list-style-type: none"> 1. 醫療院所負責推動母嬰親善業務之相關人員選自高雄市地區醫院以上之醫療院所，共計 50 人，但該樣本之選取非隨機取樣，故可能有代表性的問題。 2. 產婦部分以隨機方式每家醫院抽取 20 位，但未詳細說明抽樣方式，無法評估是否產生偏差。 3. 產婦部分有徵求其同意後才郵寄問卷給產婦填寫，故無違反研究倫理的問題。 4. 產婦樣本共寄出 331 份問卷，回收有效為 209 份，回收率 63.14%。
4. 測量方法	<ol style="list-style-type: none"> 1. 使用兩種研究工具：母嬰親善醫療機構母乳哺育問卷(包含四量表)、產婦母乳哺育問卷(包含六量表)，各量表不管是自擬或是翻譯國外量表，皆有提供詳細的內容說明。 2. 兩項測量工具皆提供完整的信度(內部一致性)及效度(專家內容效度、因素分析)證據。 3. 研究中描述性及推論性統計方法的使用正確。
五、研究結果	
該科技計畫結果描述正確性	<ol style="list-style-type: none"> 1. 結果描述正確。 2. 各項統計意義性的評析正確。
六、討 論	
1. 針對統計中意義性與非意義性結果進行正確的討論	該計畫中對有意義的統計結果有正確的討論。
2. 根據研究結果提出具體可行之建議	是
3. 指出該研究所存在的限制	無
4. 研究結果時效性	是
5. 針對研究結果進行應用性描述	針對產科醫療機構人員及一般民眾提出建議

90 年度的「醫院應用網際網路現況與因應策略研究」係欲了解國內醫院應用網際網路的現況，以及國內醫院因應網路趨勢的策略選擇；並同時探討醫院內外部環境、醫院特性對醫院應用網路現況與因應策略的影響。本研究為一橫斷式調查研究，以 473 家地區級以上醫院為母群體，以郵寄問卷進行應用現況與影

響因素的普查，回收醫院數為 174 家，有效回收率達 37%。根據回覆問卷的醫院收集各醫院的醫院特性資料、以內容分析法分析醫院網站內容，嘗試以「神秘顧客法」測量醫院處理民眾電子郵件的情形，並以深度訪談方式探討醫院應用網際網路策略的選擇。

該研究同時使用採用量性與質性研究工具進行資料收集，資料分析時又加上衛生署與健保局的次級資料，以確保整體研究的完整性。但為使不同來源的變項資料能依循概念性架構完整分析，故選擇以有回覆郵寄問卷之樣本為主。但在進行適合度檢定執行研究對象的代表性分析(表 3-2)時發現，研究樣本在評鑑等級、權屬別上呈現差異，因此結果可能無法完全反映母群體的狀況。其他研究評核內容請見表 35。

表 35、「90 醫院應用網際網路現況與因應策略研究」之研究評核

評核項目	評核結果
一、整體特質	實證性研究
二、結 論	
1. 描述此研究的原因	有說明作此研究原因及預期貢獻
2. 清楚說明研究問題(與假說)	無
3. 研究主題符合研究必要性及時代需求性	是
三、理論依據	
適切的理論引導該研究之整體論述與分析	前言設有整理國內外網際網路相關文獻
四、研究方法	
1. 整體研究設計可行性	是
2. 研究設計	<ol style="list-style-type: none"> 1. 屬非實驗性研究設計 2. 同時使用量性與質性研究工具進行資料收集, 資料分析時又加上衛生署與健保局的次級資料, 以確保整體研究的完整性。 3. 但為使不同來源的變項資料能依循概念性架構完整分析, 故選擇以有回覆郵寄問卷之樣本為主。
3. 研究對象	<ol style="list-style-type: none"> 1. 有描述研究對象的選取原則。 2. 「醫院應用網際網路現況、影響因素與資源投入調查」, 所有醫院全面普查。 3. 深度訪談部分, 以立意取樣選取六家醫院。 4. 另以適合度檢定執行研究對象的代表性分析(表 3-2), 發現在評鑑等級、權屬別上呈現差異, 因此結果可能無法完全反映母群體的狀況。 5. 郵寄問卷回收率 36.7%(174/473)。
4. 測量方法	<ol style="list-style-type: none"> 1. 研究變項(自、依變項)定義清楚明確。 2. 「醫院應用網際網路現況調查問卷」有經過醫管、資管領域學者或實務界人士進行專家效度檢驗, 無測量信度證據。 3. 「醫院網站內容記錄表」參考國內外資料整理歸納而成, 無提供信、效度方面的資料。 4. 以「神秘顧客法」調查醫院電子郵件回覆情形, 有考慮到為免網路傳遞造成醫院收信延誤, 統一於凌晨 1-4 點寄發完畢, 透過自行架設之郵件伺服器, 確保在時間點前寄達指定醫院。 5. 整個資料處理與分析方法說明詳細, 同時考慮到違反統計假設時的替代統計方法。
五、研究結果	
該科技計畫結果描述正確性	<ol style="list-style-type: none"> 1. 結果的描述正確、詳細。 2. 各項研究結果的統計意義性評析正確。
六、討 論	
1. 針對統計中意義性與非意義性結果進行正確的討論	各項研究結果的統計意義性評析正確。
2. 根據研究結果提出具體可行之建議	有針對衛生主管機關及醫院管理者提供建議。
3. 指出該研究所存在的限制	無
4. 研究結果時效性	無
5. 針對研究結果進行應用性描述	針對衛生主管機關與醫院管理者提出建議

第二節 評核與「醫學教育與臨床教學品質」主題相關計畫

之研究正確性分析

80 年度至 92 年度的科技計畫研究中，共計有 16 篇研究與醫學教育及臨床教學品質主題相關。以 16 篇研究計畫整體觀之，其研究主題重點可概略包括基層醫療教育與制度、本土醫學資料庫建立與應用、以病症為主的治療研究與訓練、醫院教學成本支付研究，以及籌設國家兒童醫院規劃研究案等五類。

1. 基層醫療教育與制度

基層醫療教育主題在早期(80 年代初期)即為主要的探討重點，主要相關的計畫包括 81 年度的「台灣基層執業醫師擔任家庭醫學導師可行性之研究」、81 年度的「基層醫療指數與醫學生、實習醫師、住院醫師未來執業方式及其影響因素之調查」，以及 82 年度的「台灣地區醫學生對家庭醫學態度及從事基層醫療意願之探討」等等。此三大研究主軸主要可分為三部分，一為了解美加地區實施家庭醫學制度與導師教育制度的歷程與成效；二為預設台灣在發展家庭醫師制度與導師教育制度時，現行醫學生以及診所醫師的態度與意向調查；其三為利用實證模型工具來了解台灣基層醫師人力之需求。

81 年度的「台灣基層職業醫師擔任家庭醫學導師可行性之研究」，其目的在於 1) 發掘美、加實施家庭醫學導師教育的原由、歷程及成效，2) 探索台灣推行家庭醫學導師教育的可能障礙，以及 3) 調查台灣家庭醫學界與醫學生對美國家庭醫學導師教育認同程度及對台灣實施家庭醫學教育可行性之見解。本研究同時利用文獻回顧來了解美、加家庭醫師導師制度的歷程與成效，同時提出台灣發展家庭醫學導師教育的可能面臨的障礙，並以問卷調查方式了解醫學生與醫師對該制度可行性之意見調查。結果發現美國家庭醫學導師教育現代化後水準很高，而擇才而教，師資充裕為其醫學生教育的特色；而這是台灣在家庭醫學教育方面較為

薄弱之處，因此仍存在多方面的檢討與醒思的空間，包括招生政策與醫學教育制度極待改進，學生意願、師資質量、訓練場所水準需提升。另外，高達九成以上的受訪醫學生與醫師皆認同美國家庭醫學導師教育制度，並且也願意擔任家庭醫學導師；然這樣的制度在執行上仍有預期的困難，包括經濟上障礙、法令的限制，以及課程安排上的困難。因此該研究建議台灣實施家庭醫學導師教育須預行準備，並且建議家庭醫學會設置醫學生教育專門委員會。除此之外，如何爭取擇才而教的理想、遴選優良家庭醫師儲備師資人才以及充實群醫中心，備作實施導師教育場所等等，皆是未來提升家庭醫學教育的重要方案。

本篇研究的重點研究評核方面，整體來說屬於非實驗性、問卷調查實證性研究，在引述完整的家庭醫學導師文獻引導下，了解醫學生與醫師的想法與意見。就學術研究角度觀之，本研究最大的研究設計限制在於醫學生的樣本代表性不足，僅以中部某一醫學院五年級醫學生為調查對象。大致上整體研究概念並無明顯抵觸。其他相關的研究評核請見表 36。

表 36、「81 台灣基層職業醫師擔任家庭醫學導師可行性」之研究評核

評核計畫名稱: 81 台灣基層職業醫師擔任家庭醫學導師可行性之研究	
評核項目	評核結果
一、整體特質	實證性研究
二、結 論	
1. 描述此研究的原因	是
2. 清楚說明研究問題(與假說)	是
3. 研究主題符合當時的研究必要性及時代需求性	是
三、理論依據	
適切的理來引導該研究之整體論述與分析	是
四、研究方法	
1. 整體研究設計可行性	是
2. 研究設計	非實驗性研究設計(為文獻回顧、現況探討、問卷調查)
3. 研究對象	醫學生代表性不足
4. 測量方法	1. 測量變項符合研究假設。 2. 未提供測量問卷之信、效度證據。但醫師部分的問卷中有一題因用字不當,導致不認同偏高(討論段有說明此一問題),故該測量工具的信、效度可能有問題。
5. 研究分析	統計工具的使用與分析正確。
五、研究結果	
該科技計畫結果描述正確性	1. 問卷調查部份的結果描述大致正確 2. 部份變項的比較(卡方檢定)因細格期望次數小於 1,宜合併變項後再分析。
六、討 論	
1. 針對統計中意義性與非意義性結果進行正確的討論	問卷調查中除部份變項的卡方檢定有細格期望次數小於 1 的問題之外,其他有進行正確的統計結果討論。描述性統計結果描述正確。
2. 根據研究結果提出具體可行之建議	是
3. 指出該研究所存在的限制	無
4. 研究結果時效性	是
5. 針對研究結果進行應用性描述	針對醫學教育政策方面進行建議,包括 1) 台灣實施家庭醫學導師教育須預行準備。2) 建議家庭醫學會設置醫學生教育專門委員會,包括爭取擇才而教理想的實現;遴選優良家庭醫師儲備師資人才;以及充實群醫中心,備作實施導師教育場所。

81 年度的「基層醫療指數與醫學生、實習醫師、住院醫師未來執業方式及其影響因素之調查」研究目的在於 1) 由現階段基層醫療保健供需面之調查推估 1995 年、2000 年之基層醫師人力之供需;以及 2) 經由對醫學生、實習醫師、住院醫師未來執業科別與型態之意向及影響因素之調查評估,以建議有關單位因應未來基層醫師人力的需要採取必要措施,引導醫學生、實習醫師、住院醫師投入家庭醫師行列。利用以 1990 年衛生署登記在案之內、外、婦、兒科 5,404 家無床(一般)診所及 20 床以下有床診所及小型醫院共 2084 家為母群體,以

proportional to population size 抽出一般診所 200 家，有床診所佔 45 家，再以立意取樣 10 位病人及負責醫師或代表為接受問卷調查，接著用問卷採結構式，調查受訪病人，求出實際基層醫療保健指數(EPCI)；並以 Weiner 和 Starfield 所設計的標準基層醫療保健指數(NPCI)為工具，請負責醫師或代表回答，以定義基層醫療保健與進行基層醫師人力供需的評估。另外，以全國各醫學院(軍方系統除外)之醫學系學生(包括公費及自費生)及各教學醫院之內、外、婦產、兒、家醫科之住院醫師為研究對象，來了解醫學生未來執業動向。

該研究的重點研究評核方面，整體來說屬於非實驗性、實證性研究，就學術研究角度觀之，本研究的研究設計限制包括立意取樣的樣本代表性問題、實習醫師樣本數太少等等，另外，該研究計畫具有明顯的時效性，尤其在民國 84 年建全民健保實之後，民眾就醫行為以及供給面的改變，在基層醫師人力推估上可能有所限制。大致上整體研究概念並無明顯抵觸。其他相關的研究評核請見表 37。

表 37、「81 基層醫療指數與醫學生、實習醫師、住院醫師未來執業方式及其影響因素之調查」之研究評核

評核計畫名稱：81 基層醫療指數與醫學生、實習醫師、住院醫師未來執業方式及其影響因素之調查	
評核項目	評核結果
一、整體特質	實證性研究
二、結 論	
1. 描述此研究的原因	是
2. 清楚說明研究問題（與假說）	無
3. 研究主題符合當時的研究必要性及時代需求性	是
三、理論依據	
適切的理論引導該研究之整體論述與分析	是
四、研究方法	
1. 整體研究設計可行性	是
2. 研究設計	<ol style="list-style-type: none"> 屬非實驗性研究設計(問卷調查)。 該計畫分兩部分:(1) 基層醫療保健的定義與基層醫師人力供需評估;(2) 醫學生、實習醫師及住院醫師未來執業科別與型態之意向及其影響因素之調查。
研究對象	<ol style="list-style-type: none"> 「基層醫療保健的定義與基層醫師人力供需評估」有描述研究診所及小型醫院的抽樣方法，且病人資料原本預估採隨機抽樣，限於人力、時間不足，實際進行時改採隨到隨訪方式調查。病人部分因非隨機抽樣故可能有偏差。 診所及小型醫院的抽樣為系統分層隨機抽樣，負責醫師部分代表性應足夠，樣本數也夠。 「醫學生、實習醫師及住院醫師未來執業科別與型態之意向及其影響因素之調查」以全國醫學院一、四、七年級醫學系學生全面調查；住院醫師亦以各教學醫院內、外、婦、兒、家醫科第一年及第三年醫師全面調查。故樣本代表性足夠，樣本數也夠。
測量方法	<ol style="list-style-type: none"> 兩種基層醫療保健指數(EPCI、NPCI)及「醫學生、實習醫師及住院醫師未來執業科別與型態之意向及其影響因素之調查」問卷分別有請公衛、家醫科專家就問卷進行專家效度及信度測驗。 無詳細之統計工具及分析說明。
五、研究結果	
該科技計畫結果描述正確性	兩部分的研究結果描述正確。
六、討 論	
1. 針對統計中意義性與非意義性結果進行正確的討論	兩部分的推論性統計結果皆有正確的討論。
2. 根據研究結果提出具體可行之建議	是
3. 指出該研究所存在的限制	明確提及研究取樣(隨機取樣改成立意取樣)、實習醫師樣本數太少等限制，同時在估計基層醫師人力上可能因健保實施而低估。
4. 研究結果時效性	該研究計畫具有時效性，尤其在民國 84 年建全民健保之後，民眾就醫行為以及供給面的改變，在基層醫師人力推估上可能有所限制。
5. 針對研究結果進行應用性描述	針對醫療政策與醫學教育政策方面進行建議

82 年度的「台灣地區醫學生對家庭醫學態度及從事基層醫療意願之探討」研究，其目的在於 1) 了解醫學生對家庭醫學之態度及其影響因素，2) 了解醫學生從事基層醫療之意願及其理由，以及 3) 根據研究結果作為實施家庭醫學教育及推展基層醫療政策參考。依台灣地區醫學院校性質之不同，將其分為公立、私立及軍方三種類型，每種類型抽出 1-2 所學校，以其五年級之醫科學生為研究樣本。經 Edwards 等人同意，以其設計之家庭醫學態度量表(The Family Medicine Attitude Scale, FMAS)為主體，依國情及相關文獻，採用專家效度修正問卷。協調各樣本學校，請行政管理人員、任課老師或班級代表，利用上課之空堂、班會或晚自習等時間實施調查，採統一發出問卷、集中填答、立即回收之方式。

該研究的研究評核整體來說屬於非實驗性、實證性研究，就學術研究角度觀之，其研究限制包括立意取樣的樣本代表性問題、實習醫師樣本數太少等等。另外，在估計基層醫師人力上可能因之後健保實施狀況而會有所改變。大致上整體研究概念並無明顯抵觸。其他相關的研究評核請見表 38。

表 38、「82 台灣地區醫學生對家庭醫學態度及從事基層醫療意願之探討」之研究評核

評核計畫名稱：82 台灣地區醫學生對家庭醫學態度及從事基層醫療意願之探討	
評核項目	評核結果
一、整體特質	
該科技計畫係為論述性研究(theoretical)、實證性研究(empirical)、摘要性研究(review)、抑或敘事性研究(tutorial)?	實證性研究
二、緒 論	
1. 描述此研究的原因	是
2. 清楚說明研究問題(與假說)	是
3. 研究主題符合當時的研究必要性及時代需求性	是
三、理論依據	
適切的理論引導該研究之整體論述與分析	是
四、研究方法	
1. 整體研究設計可行性	是
2. 研究設計	非實驗性研究設計(問卷調查)。
3. 研究對象	1. 有描述以醫科五年級學生為研究對象，但無說明學校的抽樣方法，無法判斷是否為隨機抽樣。若非隨機抽樣，則樣本的代表性就有問題。 2. 有足夠的樣本特徵描述，樣本數 494 份，應夠大而足以測量。
4. 測量方法	1. 採用問卷調查方式進行，測量工具(問卷)係翻譯、修正 Edwards 等人設計之家庭醫學態度量表，有提供國外的信度證據，國內則無；效度方面國內則採用專家效度。 2. 無明確的自、依變項定義。 3. 統計分析及工具的使用說明正確。
五、研究結果	
該科技計畫結果描述正確性	1. 描述性結果描述正確。 2. 各項推論性統計結果說明正確。
六、討 論	
1. 針對統計中意義性與非意義性結果進行正確的討論	1. 有將該研究的樣本資料與其他相關研究作比較，發現受訪者部分基本特性有雷同。 2. 對各統計中意義性的結果有進行正確的討論。
2. 根據研究結果提出具體可行之建議	是
3. 指出該研究所存在的限制	是
4. 研究結果時效性	是
5. 針對研究結果進行應用性描述	針對醫療政策與家庭醫學教育政策方面進行建議

2. 本土醫學資料庫建立與應用

80 年代初期共有三篇研究針對台灣地區十大死因疾病進行本土醫學資料庫建立，包括 81 年度以高血壓、腦血管疾病以及冠狀動脈疾病等三種心臟血管疾病，82 年度以口腔癌、乳癌、胃癌、大腸直腸癌等四種癌症，以及 83 年度以卵巢癌、輸卵管癌、絨毛癌、前列腺癌及膀胱癌等生殖及泌尿系統癌症為對象，藉

文獻整理、回顧的方式，整理以國人為對象所作的臨床及基礎研究文獻，建立本土重要疾病的資料檔，定名為「本土醫學資料庫」。資料庫內容包含各疾病的流行病學、病因學、生態生理學、臨床表徵、診斷方法、治療方式、治療結果、預後及預防方法，並將整理的結果以電腦建檔及分析整理，並由中華民國台灣醫學聘請專家組成「本土醫學研究諮詢委員會」，就研究內容與初步結果向衛生署提出政策上的建議。

因為此三篇研究為延續性研究，且基本主題研究方法皆同，只是不同年度針對不同病症進行探討，因此將此三篇研究綜合論述。大體來說，該三篇研究屬於摘要性(review)研究，係利用文獻整理、回顧的方式來完成。因此僅以摘要性研究的基本要求進行評估，而與前些實證研究的評比不同。對於該三篇研究的本質來說，因為內容主體係針對文獻回顧，因此在選擇正確性的文獻，即兼顧適切性與實用性的文獻便成為主要的訴求，然該三類研究最大的限制在於沒有具體指出文獻考查、選取的標準，因此無法判斷是否研究者所回顧的文獻足夠性與完整性。其他相關的研究評核請見表 39。

表 39、「81、82、83 本土醫學資料庫之建立及衛生政策上之應用」之研究評核

評核計畫名稱：81、82、83 本土醫學資料庫之建立及衛生政策上之應用	
評核項目	評核結果
一、整體特質	摘要性研究(review)
二、緒論	
1. 描述此研究的原因	是
2. 研究主題符合當時的研究必要性及時代需求性	是
三、理論依據	
適切的理論引導該研究之整體論述與分析	並無提及文獻的考查、選取標準
四、研究方法	
1. 整體研究設計可行性	是
2. 研究設計	1. 為三年期計畫 2. 該研究係藉文獻整理、回顧的方式，整理以國人為對象所作的臨床及基礎研究文獻，建立本土重要疾病的資料庫，名稱定為「本土醫學資料庫」。再將整理的結果以電腦建構，分析整理，並聘請專家組成「本土醫學研究諮詢委員會」，就研究內容與初步結果向衛生署提出政策上的建議。
3. 測量方法	並無提及文獻的考查、選取標準
五、研究結果	
該科技計畫結果描述正確性	是
六、討論	
1. 根據研究結果提出具體可行之建議	無明顯建議，只為描述性論述
2. 指出該研究所存在的限制	無
3. 研究結果時效性	無或程度上有
4. 針對研究結果進行應用性描述	針對臨床及醫學教育及衛生政策制度，建議針對台灣地區自民國 36 年起的重大疾病，根據文獻報告來整理其流行病學、病因學、病態生理學、臨床表徵、診斷方法、治療方式、治療結果、預後及預防方法，建立檔案系統，以作為衛生政策制定及醫學研究教學之基礎。

本土醫學資料建立相關主題研究在 88 年度亦有類似的計畫，即「臨床診療作業指引系統建構之前驅研究」，該計畫藉由方法學角度切入，嘗試搜集各國臨床診療作業指引系統之參考書籍與文獻資料，並希望了解影響我國醫師進行臨床診療決策之因素及其對臨床診療作業指引的看法，並建構一套臨床診療作業指引作為臨床醫師決策及醫學教育者的參考。該研究的目的之一，即建立我國臨床診療作業系統模式的本質與 80 年代早期研究者的目的相同，皆是希望由建立臨床醫學資料庫，來落實實證醫學的理念。而其目的之二，係利用問卷調查來了解影響本國醫師臨床決策之因素。

該研究本質具備兩大目的，包括摘要性(review)及實證性(empirical)。因此在該研究的評核方面即針對此兩大特質分別評述。在摘要性的研究特質方面，因為內容主體係針對文獻回顧，因此同樣地如何選擇正確性的文獻進行回顧即為主要的重點，即該類研究必須要兼顧適切性與實用性的文獻回溯。而在實證性的研究特質方面，一部份研究對象採等距抽樣，另一部分則以立意取樣的方式為之，混合式的抽樣方式在最終合併分析與結果解讀時可能有統計上的偏誤及解讀的限制。其他有關該篇研究的評核論述請見表 40。

表 40、「88 臨床診療作業指引系統模式建構之前驅研究」之研究評核

評核計畫名稱：88 臨床診療作業指引系統模式建構之前驅研究		
評核項目	評核結果	
一、整體特質	摘要性研究	實證性研究
二、結 論		
1. 描述此研究的原因	是	是
2. 清楚說明研究問題（與假說）	-	無
3. 研究主題符合當時的研究必要性及時代需求性	是	是
三、理論依據		
適切的理論引導該研究之整體論述與分析	該計畫中相關文獻的蒐集與彙整為整個研究設計的方法之一。	
四、研究方法		
1. 整體研究設計可行性	是	
2. 研究設計	屬非實驗性研究設計：(1)蒐集與彙整國外相關臨床診療作業指引發展的緣起與方法(文獻收集)，(2)建構本土化臨床作業指引(以全髖關節置換術為例)。	屬非實驗性研究設計：影響醫師臨床決策的因素(橫斷性問卷調查)。
3. 研究對象	-	1. 問卷調查部份有描述研究對象一部份採等距抽樣，另一部分則以立意取樣的方式，前者屬隨機抽樣，後者則否。 2. 等距抽樣樣本回收率(10.67%)偏低，而三家醫院立意取樣部分回收率較高。因立意取樣樣本占有效樣本的 63.11%，兩者合併分析將使研究結果的外推性產生問題。
4. 測量方法	文獻資料的選定包括 1)期刊雜誌文章書籍，2) 論文，3) 研究報告等三類來源。	1. 問卷調查部份：測量工具(問卷)有邀請五位專家學者進行專家效度的修訂，但未提供信度方面的證據。 2. 各個變項皆有明確的操作型定義，統計分析及工具的使用正確。
五、研究結果		
該科技計畫結果描述正確性	1. 國外臨床診療作業指引文獻彙整有完整的描述。 2. 發展全髖關節置換術的本土化臨床診療作業指引。	影響醫師臨床決策因素其描述性及推論性統計分析描述正確。
六、討 論		
1. 針對統計中意義性與非意義性結果進行正確的討論	-	是
2. 根據研究結果提出具體可行之建議	是	
3. 指出該研究所存在的限制	未提及研究限制	
4. 研究結果時效性	無(或程度上有)	
5. 針對研究結果進行應用性描述	針對臨床醫學方面進行建議：建構本土化臨床作業指引	針對醫療政策與醫學教育制度方面進行建議

藥學資訊方面的資料庫建立僅有 81 年度的「設立藥物暨胎兒致畸性諮詢服務之探討」之研究。該研究目的在建立藥物諮詢和藥物致畸性諮詢服務。藥物致畸性諮詢小組組織成員有：婦產科專科醫師、小兒遺傳專科醫師、放射診斷科醫師、職業病專科醫師以及三位藥師。整個計畫自 1991 年 10 月至 1992 年 6 月共服務 35 個案例。大部分的個案是在不知懷孕的情形下服用藥物，亦即受孕後 1-2 週期間。7 個案例因慢性疾病而服用藥品。因疑慮職業環境可能構成傷害者三例。以藥理分類來區分這些暴露因子，則為呼吸系統用藥(14 例)、解熱消炎劑(12 例)、腸胃道製劑(8 例)、抗生素(7 例)、類固醇藥物(6 例)以及它類。35 個案例中，並無一例建議終止懷孕。本計畫的藥物資訊來源除了傳統書籍與學術雜誌之外尚包括 Micromedex CD-ROM 及 MedLARS System(CD-ROM 和 On-line Service)。並藉由訓練兩位藥師熟悉光碟資料庫、文獻檢索以及數據分析。藥物諮詢服務對象包括所有台南區醫療網的醫師、護士和藥師。藥物致畸性諮詢服務則與該區之婦產科專科醫師合作為主。所以藥物諮詢服務之諮詢案例皆予文字記錄，內容涵蓋詢問者身分、問題、回答及參考資料；致畸性諮詢服務則包括孕婦基本資料、暴露之藥物或化學物質(含暴露時間與總量)、文獻分析評估、參考資料以及醫師之回應(醫師對於個案之建議與處置方式)。本計畫總計收載 1072 例藥物諮詢案件。依據問題型態區分成十類別：(A)產品確認、(B)可用產品之提供、(C)安定性/配伍性、(D)藥物不良反應、(E)藥物交互作用、(F)一般藥理作用、(G)文獻檢索代檢服務、(H)藥物臨床試用、(I)兒科劑量、以及(J)其他。在所有諮詢案例中，368 例來自護士，236 例來自藥師，餘者計 120 例。

就該研究本質來說為一敘事性研究，藉由個案來了解台南區胎兒致畸性藥物諮詢。雖然此研究先以台南區域胎兒致畸性藥物諮詢作為研究起始點，但是其案例多元性，其所建立的案例資料庫，應可以外推至其他縣市醫療人員在面對胎兒致畸性藥物諮詢時的參考依據。然該研究仍有些許實務上的限制，包括在「一般藥物諮詢服務」僅統計藥品諮詢記錄及呈現主動性藥物資訊傳遞型態(發行刊

物、演講或報告、文宣海報及民眾衛教)，無更深入的成果效益呈現。另外，「藥物致畸性諮詢服務」僅統計藥物暨胎兒致畸性諮詢服務案例，同樣沒有較深入的成果效益呈現。其他研究評核內容請見表 41。

表 41、「81 設立藥物暨胎兒致畸性諮詢服務之探討」之研究評核

評核計畫名稱：81 設立藥物暨胎兒致畸性諮詢服務之探討	
評核項目	評核結果
一、整體特質	敘事性研究
二、結 論	
1. 描述此研究的原因	是
2. 清楚說明研究問題(與假說)	無
3. 研究主題符合當時的研究必要性及時代需求性	是
三、理論依據	
適切的理論引導該研究之整體論述與分析	無
四、研究方法	
1. 整體研究設計可行性	是
2. 研究設計	設立「一般藥物諮詢服務」及「藥物致畸性諮詢服務」模式
3. 研究對象	藥物諮詢服務對象包括所有台南區醫療網的醫師、護士和藥師。
4. 測量方法	藥物致畸性諮詢服務則與該區之婦產科專科醫師合作為主。所以藥物諮詢服務之諮詢案例皆予文字記錄，內容涵蓋詢問者身分、問題、回答及參考資料；致畸性諮詢服務則包括孕婦基本資料、暴露之藥物或化學物質(含暴露時間與總量)、文獻分析評估、參考資料以及醫師之回應(醫師對於個案之建議與處置方式)。
五、研究結果	
該科技計畫結果描述正確性	1. 「一般藥物諮詢服務」僅統計藥品諮詢記錄及呈現主動性藥物資訊傳遞型態(發行刊物、演講或報告、文宣海報及民眾衛教)，無更深入的成果效益呈現。 2. 「藥物致畸性諮詢服務」僅統計藥物暨胎兒致畸性諮詢服務案例，同樣沒有較深入的成果效益呈現。
六、討 論	
1. 針對統計中意義性與非意義性結果進行正確的討論	無使用任何統計分析
2. 根據研究結果提出具體可行之建議	1. 「一般藥物諮詢服務」的建議流於含糊、較不具體。 2. 「藥物致畸性諮詢服務」的建議較明確可行。
3. 指出該研究所存在的限制	無
4. 研究結果時效性	無或程度上有
5. 針對研究結果進行應用性描述	針對藥事政策提出建議

3. 以病症為主的治療研究與訓練

在以病症為主的治療研究與訓練議題上，可再細分為三個子主題，包括以癌症治療、訓練及研究，病患壓艙防治處理模式，以及針對職業病所建立的防治中

心之教育訓練等等。

1) 癌症主題研究

癌症主題研究包括 80 年度的「癌症臨床訓練及研究」對於引進國家癌症臨床研究的重要觀念，以及針對門診化療病患、愛滋病患以及癌症疼痛治療等臨床相關計畫，如「81 門診化學治療癌症病人護理需求分類系統之研究」、「82 愛滋病患治療計畫及病毒之研究」以及「85 病患及醫師有關的癌症疼痛治療障礙」。

80 年度的「癌症臨床訓練及研究」計畫係針對當時國內尚未建立一個先進的院際癌症臨床試驗研究發展體系，加上各醫學中心間研究合作情形欠佳，因此期成立一個超然中立的專責研究機構負責籌劃協調，並加強國內各醫學院及醫院間的癌症臨床研究合作，希望能結合臨床與基礎研究之力量，以快速提升國內的癌症臨床醫學研究水準。該研究為敘事性研究，因此在評核的重點方面將以主題與當時時代的關聯性以及該研究的具體建議為重要考核指標，而不以學術實證研究標準評核之，請見表 42。另外，對於該研究所提建議在日後是否落實則亦為重要的評核指標，請見下一章節探討。

表 42、「80 癌症臨床訓練及研究」之研究評核

評核計畫名稱：80 癌症臨床訓練及研究	
評核項目	評核結果
一、整體特質	敘事性研究
二、緒 論	
1. 描述此研究的原因	是
2. 清楚說明研究問題（與假說）	--
3. 研究主題符合當時的研究必要性及時代需求性	是
三、理論依據	
適切的理論引導該研究之整體論述與分析	引進國家癌症臨床研究之觀念，強調從事新藥與新的治療方法的臨床試驗研究，並由基礎實驗室在因抗癌藥物的偵測、作用機轉與臨床藥理學來支援癌症臨床研究。
四、研究方法	
1. 整體研究設計可行性	是
2. 研究設計	1. 該計畫為數個癌症臨床相關研究的大計畫，主要是統合國內癌症臨床研究。 2. 另外辦理研討會等活動以提升國內專科醫師、臨床試驗資料處理員、電腦程式設計師、研究護理人員、統計研究助理以及其他相關人員的臨床癌症試驗的知識及經驗。
五、研究結果	
該科技計畫結果描述正確性	該計畫研究結果僅說明成立的組織、目前進行中的臨床試驗計畫、及舉行臨床研究護士訓練。
六、討 論	
1. 根據研究結果提出具體可行之建議	是
2. 研究結果時效性	無
3. 針對研究結果進行應用性描述	建議發展台灣癌症臨床研究合作組織並支援國家臨床試驗研究計畫

上述的「癌症臨床訓練及研究」計畫係針對基礎臨床醫學整合提出建構雛型與具體方針，而「門診化學治療癌症病人護理需求分類系統之研究」、「愛滋病患治療計畫及病毒之研究」以及「病患及醫師有關的癌症疼痛治療障礙」等等則係從臨床的角度來了解癌症病患的需求。

81 年度的「門診化學治療癌症病人護理需求分類系統之研究」係欲制定門診接受化學治療之癌症病人護理需求的分類系統。藉由工作樣本研究法，自民國 81 年 4 月 17 日起，由觀察員每日自上午 8 時至下班為止，每 10 分鐘觀察一次三位護理人員當時的活動，以瞬間快照(snapshot)觀察法，將當時觀察到的護理活動記錄下來；同時觀察員根據實際觀察或由病歷上得知每一位病人的情況，並於病人離去前填妥記錄表內各項資料，當每一位病人離開後，觀察員將記錄表交

給當時照顧該位病人的護理人員，請其圈出該病人的分類等級，觀察員根據下列標準決定每位病人之等級，並了解癌症病患的護理需求。該研究藉由了解病患停留時間的長短與護理需求等級之關係，將有助於精確地預估癌症病患所需要消耗的護理人力成本與資源。該研究屬於實證性研究，在文獻論述上稍顯不足，另外，在研究設計與研究對象的描繪上亦不清楚，在研究結果與討論、建議方面所提供的資料較為缺乏。其他評述請見表 43。

表 43、「81 門診化學治療癌症病人護理需求分類系統之研究」之研究評核

評核計畫名稱：81 門診化學治療癌症病人護理需求分類系統之研究	
評核項目	評核結果
一、整體特質	實證性研究
二、結 論	
1. 描述此研究的原因	是
2. 清楚說明研究問題（與假說）	是
3. 研究主題符合當時的研究必要性及時代需求性	是
三、理論依據	
適切的理論引導該研究之整體論述與分析	無
四、研究方法	
1. 整體研究設計可行性	是
2. 研究設計	<ol style="list-style-type: none"> 1. 非實驗性研究設計。 2. 有關樣本部分(病患及護理人員)皆無詳細的說明。 3. 該計畫病人護理需求分類屬觀察研究，有請不同觀察者作判定，提供該研究信度。 4. 護理活動同樣為觀察研究，但採工作樣本法，每 10 分鐘觀察一次，可能產生霍桑效應的限制。
3. 研究對象	<ol style="list-style-type: none"> 1. 未詳述研究對象的收集與抽樣方法，無法判定是隨機抽樣或某一段期間內該院門診化學治療癌症病人全部調查；護理活動的部分雖自民國 81 年 4 月 17 日起開始觀察，但未說明截止日期，也未詳述觀察之護理人員對象。 2. 無研究對象的特徵描述。 3. 該研究為觀察研究，但未說明觀察員身分。
4. 測量方法	<ol style="list-style-type: none"> 1. 測量工具(ARIC 系統問卷)採用「表面效度」及「內容效度」，護理工作人員對此工具的接受度很高，同時請腫瘤護理專家及腫瘤科醫師作內容效度測試。 2. 對資料取得方面，採用測試者間信度，達 90%。 3. 無統計工具及分析的說明。
五、研究結果	
該科技計畫結果描述正確性	結果說明正確，但僅有簡單描述性統計。
六、討 論	
1. 針對統計中意義性與非意義性結果進行正確的討論	無推論性統計，僅描述性統計。
2. 根據研究結果提出具體可行之建議	無
3. 指出該研究所存在的限制	無
4. 研究結果時效性	程度上有
5. 針對研究結果進行應用性描述	無具體描述，僅說明期望，即本研究「藉由了解病患停留時間的長短與護理需求等級之關係，將有助於精確地預估癌症病患所需要消耗的護理人力成本與資源。」

82 年度的「愛滋病患治療計畫及病毒之研究」中，係針對研究人員之服務機構的過去一年內，對於後天免疫不全帶原者或愛滋病患因故欲至該機構住院治療，從急診處暫留到出院期間有關醫療護理及社會問題的探討，期望 1) 解決愛滋病患住院問題，2) 提供較佳之治療品質，3) 了解醫護人員對愛滋病之恐懼心理，以及 4) 照顧愛滋病患，以免無處容身的病人造成社會問題。本研究針對下列問題探討目前該研究醫院住院之病患遭受之困難，包括醫療方面的問題、病房之床位問題、檢驗問題、中途之家問題以及愛滋病專屬病房之設立問題：硬體與軟體設備之探討。

該研究為敘事性研究，針對個案醫院面對愛滋病患治療上所面臨的問題進行探討。然整體研究未詳述研究對象或事件經歷，不知道該研究係由調查愛滋病患或是其醫護人員等來對愛滋病患需求。再者，本研究命名為「愛滋病患治療計畫及病毒之研究」，但對於所謂「病毒之研究」的定義為何。該研究研究流程欠缺說明，降低讀者的解讀性。其他評述請見表 44。

表 44、「82 愛滋病患治療計畫及病毒之研究」之研究評核

評核項目	評核結果
一、整體特質	敘事性研究
二、緒 論	
1. 描述此研究的原因	有說明作此研究之原因。
2. 清楚說明研究問題（與假說）	是
3. 研究主題符合當時的研究必要性及時代需求性	是
三、理論依據	
適切的理論引導該研究之整體論述與分析	無
四、研究方法	
1. 整體研究設計可行性	本文未明述，難以判斷
2. 研究設計	1. 整體研究未詳述研究對象及測量方法，不知道其結果從何而來。 2. 題目為「愛滋病患治療計畫及病毒之研究」，但卻看不出「病毒」研究在哪？
3. 研究對象	未詳述研究對象或事件經歷，不知道該研究係由調查愛滋病患或是其醫護人員等來了解愛滋病患需求。
4. 測量方法	只有說明要探討的問題，並未說明解決問題的研究工具(方法)。
五、研究結果	
該科技計畫結果描述正確性	該研究結果僅描述愛滋病患在醫院中遭遇的各項問題。
六、討 論	
1. 針對統計中意義性與非意義性結果進行正確的討論	僅描述，並無使用任何統計分析。
2. 根據研究結果提出具體可行之建議	是
3. 指出該研究所存在的限制	無
4. 研究結果時效性	無
5. 針對研究結果進行應用性描述	針對醫護人員、醫療機構及衛生政策制定者建議

85 年度的「病患及醫師有關的癌症疼痛治療障礙」研究，係針對三軍總醫院的 69%沒有接受到適當疼痛治療的癌症疼痛病患，探究其治療不善的原因。利用 PhBT（台灣醫師癌症疼痛治療障礙問卷）評估醫師對癌症疼痛治療，癌症疼痛評估，止痛藥使用，嚴重持續性疼痛時類鴉片類止痛藥 (opioids) 使用及 opioids 副作用的觀念知識及態度，並確立醫師在治療癌症疼痛中的障礙因素。同時針對癌症病患進行 PaBT（台灣病患對癌症疼痛治療障礙問卷）測試以了解病患的障礙。該研究本質為實證性研究，主要針對個案醫院的癌症病患以及照護癌症病患的醫師為研究對象，了解彼此間的在疼痛治療上的認知與障礙。整體研究上的主要限制來自於該研究對象僅能反應三軍總醫院的情形，而研究者亦無針對研究對

象作基本資料描述，再者，報告內容未詳述資料取得的過程，無從判斷資料是否可靠且符合倫理，另外，該研究亦未說明統計工具的使用及分析方法。其他評述請見表 45。

表 45、「85 病患及醫師有關的癌症疼痛治療障礙」之研究評核

評核計畫名稱: 85 病患及醫師有關的癌症疼痛治療障礙	
評核項目	評核結果
一、整體特質	實證性研究
二、結 論	
1. 描述此研究的原因	有粗略提及
2. 清楚說明研究問題(與假說)	無
3. 研究主題符合當時的研究必要性及時代需求性	是
三、理論依據	
適切的理論引導該研究之整體論述與分析	無
四、研究方法	
1. 整體研究設計可行性	是
2. 研究設計	屬非實驗性研究設計(問卷調查)。
3. 研究對象	<ol style="list-style-type: none"> 1. 有描述研究對象(以三軍總醫院 97 位曾負責照顧癌症病人的醫師及 136 位有癌症疼痛的病人)，醫師未提及更詳細的取樣方式，病人則以 10-80 歲且有癌症疼痛但一個月內無任何手術者為對象，在獲得病人同意後參與研究。 2. 其選取的研究對象僅能反應三軍總醫院的情形。 3. 研究對象無詳盡的特徵描述。
4. 測量方法	<ol style="list-style-type: none"> 1. 測量工具採用問卷調查，PhBT 有提及採專家校度及內在一致性信度(internal consistency)，PaBT 中的 PaB 是由國外問卷修正而來，但無提供在國內使用的效度如何，信度則同樣採內在一致性信度。 2. 報告內容未詳述資料取得的過程，無從判斷資料是否可靠。 3. 未說明統計工具的使用及分析。
五、研究結果	
該科技計畫結果描述正確性	研究結果只僅描述性分析。
六、討 論	
1. 針對統計中意義性與非意義性結果進行正確的討論	無推論性統計分析。
2. 根據研究結果提出具體可行之建議	是
3. 指出該研究所存在的限制	概略提及未來應使用開放式問卷及精密的內容分析，以彌補本研究仍無法涵蓋的可能障礙因素。
4. 研究結果時效性	是
5. 針對研究結果進行應用性描述	針對基礎醫學教育、專科醫師教育、健保制度及病患家屬

2) 其他病症主題研究

81 年度的「建立某教學醫院壓瘡防治護理品管模式之研究」係探討某教學醫院住院病人發生壓瘡之情況，並了解壓瘡防治護理措施之執行情況。同時分析壓瘡危險因子與壓瘡發生之相關性，以建立壓瘡防治之護理品管模式。本研究以某教學醫院 80 年 7 月 15 日至 19 日全部住院病人(包括急診留院觀察病人)為對象，先以壓瘡高危險群病人類別進行初步篩選，再就壓瘡高危險群病人進行調查。該研究屬於實證性研究，係利用個案教學醫院的壓瘡高危險群病患進行壓瘡危險因子與壓瘡發生之相關性研究，以建立壓瘡防治之護理品管模式。整體研究設計清楚，雖只是進行個案醫院的病患研究，但是因為本研究涵括的病患多元，且壓瘡高危險病患並不會有區域性或機構性問題，所以研究結果的外推性應該不成問題。其他相關評述請見表 46。

表 46、「81 建立某教學醫院壓瘡防治護理品管模式之研究」之研究評核

評核計畫名稱：81 建立某教學醫院壓瘡防治護理品管模式之研究	
評核項目	評核結果
一、整體特質	實證性研究
二、結 論	
1. 描述此研究的原因	是
2. 清楚說明研究問題（與假說）	是
3. 研究主題符合當時的研究必要性及時代需求性	是
三、理論依據	
適切的理論引導該研究之整體論述與分析	無文獻探討。
四、研究方法	
1. 整體研究設計可行性	是
2. 研究設計	屬非實驗性研究設計。
3. 研究對象	<ol style="list-style-type: none"> 以某教學醫院 80 年 7 月 15 日至 19 日全部住院病人(包括急診留院觀察病人)為對象。 研究樣本非隨機抽樣,而是針對一段期間的住院病人全部調查,可反映該教學醫院的情況。 該調查係由護理人員進行評估,可能未獲得研究對象同意。
4. 測量方法	<ol style="list-style-type: none"> 測量工具(問卷)採用專家效度,並在臨床作過兩次試用調查,信度採用 Cronbach's alpha 達 0.688。 調查人員為該院護理品質保證小組成員共 10 人,共同參加九次表格設計及修正會議,取得評估判斷的一致性。(調查者間信度) 未說明統計工具的使用與分析。
五、研究結果	
該科技計畫結果描述正確性	<ol style="list-style-type: none"> 各項結果的描述性統計正確。 其他推論性統計(chi-square 及 correlation coefficient)結果說明正確。
六、討 論	
1. 針對統計中意義性與非意義性結果進行正確的討論	該計畫中有統計意義性的結果皆有正確的描述。
2. 根據研究結果提出具體可行之建議	是
3. 指出該研究所存在的限制	是
4. 研究結果時效性	無
5. 針對研究結果進行應用性描述	針對臨床護理照護工作提供建議

「台北榮民總醫院職業病防治中心」研究為一三年期研究計畫,係在衛生署的支持下,成立「台北榮總職業病防治中心」,並藉由此份報告說明三年間的工作重點,包括(1)開設職業病門診,(2)提供職業病病患住院醫療,(3)試行建立職業病患通報與職業危害監視系統,(4)進行工廠危害調查與推廣諮詢服務,(5)協助推動醫療保健服務業之安全衛生管理等項。在職業醫學的教育訓練上,「台北榮總職業病防治中心」也積極的(1)辦理有關職業醫院之講習,(2)受邀對外演講,(3)提供職業醫學之臨床教育,及(4)於醫學院及公共衛生研究所開有關職業

醫學的課程等等，並且在職業病醫療、職業病防治諮詢、職業醫學次專科醫師訓練、推廣職業醫學教育、配合有關單位之需求、與研究發展等六大項工作項目有所突破。本研究性質屬於敘事性研究純，粹業為務報告性質。因此該研究評核將著重以下一章節的實務性應用落實面探討。因較不具實證研究類型，因此不作學術研究方面的評核。

4. 醫院教學成本支付研究

醫院教學成本支付研究係欲探討國內現有教學醫院其醫療成本是否真的受到醫學教學的影響，並期望了解影響教學醫院成本中，與教學有關的因素。另外，在了解上述二點後，考慮支付教學醫院教學成本的必要性與支付量的判定。以所有參與中華民國醫院行政協會於79年10月對台灣地區醫院調查之教學醫院，其中不包括地區科教學醫院，共計97家為研究母群體。在考慮樣本來源的可靠性及準確性後，本研究之抽樣方式係採系統抽樣，以每三家抽取二家的方式，期望能抽取代表國內教學醫院數的67%為樣本，其中醫學中心9家，區域醫院29家，地區醫院29家。在以教學醫院座落處、病例組合、醫院現有病床數、教學層級、所有權、教學服務種類數、住院及實習醫師之科別總數、教學醫院中實習醫師及住院醫師總數與病床總數的比例以及每病床非醫師人員配置比例等等，以複回歸求出影響教學醫院之每住院人次平均成本的因素，結果發現，只有教學醫院開設醫學教學種類數(SERVICE)對每住院人次平均成本有顯著的影響力。該研究整體兼具學術嚴謹性與實務必要性，其他研究評核請見表47。

表 47、「81 醫院教學成本支付之研究」之研究評核

評核計畫名稱：81 醫院教學成本支付之研究	
評核項目	評核結果
一、整體特質	實證性研究
二、緒論	
1. 描述此研究的原因	是
2. 清楚說明研究問題（與假說）	是
3. 研究主題符合當時的研究必要性及時代需求性	是
三、理論依據	
適切的理論引導該研究之整體論述與分析	是
四、研究方法	
1. 整體研究設計可行性	是
2. 研究設計	屬非實驗性研究設計(問卷調查和次級資料收集)。
3. 研究對象	<ol style="list-style-type: none"> 1. 有描述研究對象的取樣與抽樣方法。 2. 抽樣採系統抽樣(每三家醫院抽取二家)，因此樣本代表性應該足夠。 3. 樣本回收率為 53.73%，實際可用樣本為 36 份，樣本數偏少。 4. 在結果段有樣本的基本特徵描述及統計。
4. 測量方法	<ol style="list-style-type: none"> 1. 測量工具(問卷)未提供信、效度證據。 2. 有詳細說明該研究的分析模式，但無說明統計分析方法。
五、研究結果	
該科技計畫結果描述正確性	<ol style="list-style-type: none"> 1. 描述性統計結果描述正確。 2. Pearson 相關分析及迴歸分析之結果描述正確。
六、討論	
1. 針對統計中意義性與非意義性結果進行正確的討論	是
2. 根據研究結果提出具體可行之建議	是
3. 指出該研究所存在的限制	是
4. 研究結果時效性	是
5. 針對研究結果進行應用性描述	<ol style="list-style-type: none"> 1. 針對醫療保險單位的支付教學成本提出建議：由醫療保險單位支付教學活動費用，並依據以下原則，1) 不需區分醫院屬於都會區或非都會區 2) 以教學類別為支付基準，而不以教學醫院與否或是實習醫師人數作為基準。 2. 針對教學醫院評鑑單位提出建議：建議教學醫院應該先送審計畫，以先了解其所開設的教學科目是否完善，或可以吸引到住院或教學醫師。

5. 籌設國家兒童醫院規劃研究案

本研究係屬於業務報告，有鑑我國醫療資源充足，獨缺兒童醫學中心，未能發展兒童內外科及其他應有而未有之兒童次專科，無法妥善照顧重病兒童，因此成立國立台灣大學醫學院附設國家兒童醫院(簡稱國家兒童醫院)，此乃依據兒童福利法第 21 條與第 22 條規定，總統府、行政院衛生署、經建會及立法院決議，

國家建設六年計畫、行政院衛生署國家兒童醫院籌建會議以及立法院籌建國家兒童醫院協調會決議而規劃。經國兩年餘的規劃與協調，決定國家兒童醫院隸屬於國立台灣大學醫學院，設於台大醫學科學校校區西址，建築面積 945 坪，樓地板面積 12221 坪，包括醫療區 8000 坪、研究區 4221 坪、醫護宿舍 2500 坪及停車場 8000 坪。籌設經費總計新台幣 37 億元，包括建築、水電及裝修等工程 27 億元及醫療設備等 10 億元。預定進度為基本規劃研究二年，空間需求規劃六個月，基本設計及細部設計十個月，施工圖說及招標十個月，建築工程二年十個月，運作整備三個月，於民國八十七年四月落成。該計畫並非屬於學術研究論述，因此在本章節不予討論，而在下一章節中針對該規劃案的執行成效進行評估。

小結

在本章節中共評核了 50 篇科技計畫的研究正確性，主題涵括了醫院評鑑、醫療品質、醫學教育及臨床醫療品質相關等等。整體來說，受評核的 50 篇科技計畫的性質可以分為三大類，包括實證性研究(empirical)、摘要性研究(review)，或是敘事性研究(tutorial)；針對不同計畫本質在審核方向則有些許的差異，舉例來說，實證性研究強調利用適切的理論來引導研究之整體論述與分析，並且需要較嚴謹的研究方法設計來提出研究結果並進行推論，因此在評核方面也較趨於謹慎。摘要性研究強調參考文獻搜尋的深度及廣度，而敘事性研究通常較屬於實務專案類型的計畫，因此該兩類型研究主要係針對其未來的應用性作為評核研究的價值。

整體來說，所評核的 50 篇科技計畫屬於實證性及敘事性的研究居多。在實證性研究計畫方面，多數研究缺乏適切的理論來引導研究之整體論述與分析，再者，研究樣本選取範圍也侷限於單一機構、少數機構或某一地理區域，造成結果

外推性可能不足；另外，多數研究在結果的表達上並無適當地指出其研究限制。在敘事性研究計畫方面，因為較傾向為實務、個案或事件，因此無法完全以學術角度評之，而將較著重於下一章節(第三章)的應用層面探討其研究的價值。

在研究結果的時效性方面，因為全民健康保險於 84 年實施、其後的支付變革、消費者意識抬頭，以及特殊事件衝擊(如 921 大地震、SARS)，造成整個醫療體系的利益關係人，包括衛生主管機關、健康暨醫療服務提供者、民間團體以及民眾(病患)等等的需求與互動都產生了相當大地改變，甚至對於醫療專業人員的學校教育基本養成及持續制度也成了改革的重點。因此所評核的 50 篇研究計畫中，多數研究結果在應用方面具有時效性，即不適用或已經改革。

第三章 評核計畫之政策落實性分析

根據 80-92 年科技計畫成果所提出的國家政策性建言，了解其後續國家衛生主管機關所採取的行動，以了解過往有關教學醫院評鑑及臨床醫學教育品質改革主題所進行之科技研究計畫於國內衛生政策上的應用深度及廣度。該部分將藉由國家官方網站、學會、網路資訊(包括醫療業界利益關係人，即病患、醫師、醫院業者等的公共報導訊息)，以及醫學/管理研究論文來獲得資訊。

第一節 評核與「醫院評鑑與醫療品質」主題相關計之

政策落實性分析

80 年度至 92 年度的科技計畫研究中，共計約有 34 篇研究與醫院評鑑及醫療品質主題相關。本小節繼續延續第二章節中，所針對的受評核研究的評核主題分類情形，來進行本章節的研究結果之政策落實性評核分析。

1. 建立醫療品質保證計畫模式研究

我國醫療品質保證計畫模式建構研究首見針對醫院組織類型於 80-82 年度的「建立我國醫院醫療品質保證計畫模式之研究」、87 年度的「醫療品質管理專家系統」以及 89 年度的以建立指標為主的「全民健康保險整體醫療品質之研究」。

在 80-82 年度的「建立我國醫院醫療品質保證計畫模式之研究」三篇研究計畫主要針對政策、教育兩大方向來擬訂。在衛生政策方面，建議 1) 建立一套醫院醫療品質保證評估標準及資訊收集方法，2) 培訓醫院醫療品質保證專業人員，並且獎勵醫事人員和團體參與醫療品質保證工作，3) 促進跨院間的醫院醫療品質保證合作計畫，以及 4) 提撥部份比例的衛生經費來進行醫院醫療品質保證研究、教育及推廣工作。而在教育方面，研究者建議各醫事院校學生養成教育

時，開設醫療品質相關課程。

整體來說，醫策會、醫務管理學會、健保局等機構已經在醫療品質保證作業領域中持續地提出相關措施，包括在醫療院所推動品管圈、醫療品質計畫、醫療品質學習型組織以及發展台灣醫療品質指標計畫(TQIP)。另外，醫務管理學會近年來亦積極推動高階醫管師暨醫管師甄審考試來培育醫管人才。再者，健保局推動總額之際推動品質保證保留款實施方案，以及提供民眾醫療品質資訊分享。然在教育方面，各醫事院校學生開設醫療品質相關課程的養成教育仍稍有不足。各研究計畫建議方案之實際落實成效詳見表 X48-50。

表 48、「80 建立我國醫院醫療品質保證計畫模式之研究」之應用

研究結果應用建議	實際落實概況
<p>計畫名稱：80 建立我國醫院醫療品質保證計畫模式之研究</p> <p>針對衛生主管機關、醫院業者以及醫事相關教育規劃者提出建議： 衛生主管機構應釐定全國性的醫院醫療品質保證政策，包括</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 建立一套醫院醫療品質保證評估標準及資訊收集方法。 2. 培訓醫院醫療品質保證專業人員，並且獎勵醫事人員和團體參與醫療品質保證工作。 3. 促進跨院間的醫院醫療品質保證合作計畫。 4. 提撥部份比例的衛生經費來進行醫院醫療品質保證研究、教育及推廣工作。 5. 各醫事院校學生養成教育時，開設醫療品質相關課程。(與教育部) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 3. 醫策會於民國 88 年 4 月 12 日醫策會開始運作，並(不)定期舉辦品質教育活動。另外，在醫策會網站上設有「醫療品質指標計畫」、「品管圈」、「醫療品質學習型組織」等專區，提供教育活動訊息、國際醫療品質資訊更新，以及講義資料下載等等。除此之外，醫策會自 2003 年開始於國內舉辦第一屆台灣醫療品質年會，希望建築一個能讓醫界、學界發表論文，進而彼此學習交流的舞台，今年已舉辦第三屆。 2. 醫務管理學會每年三月舉行高階醫管師暨醫管師甄審考試，培訓醫管人才。 4. 健保局於 94 年度落實「全民健康保險門診透析服務品質保證保留款實施方案」以及 92、93、94 年度西醫基層醫療、牙醫門診醫療、中醫門診總額制度品質保證保留款實施方案 5. 目前台灣醫學生的課程教育中尚未規劃醫療品質相關的必、選修課，但在其他如醫管系等則有相關醫療品質課程，因此醫學系師長可建議醫學生從旁系選擇有關醫療品質相關課程。①

① 為左述題項落實度不足

表 49、「81 建立我國醫院醫療品質保證計畫模式之研究」之研究評核

研究結果應用建議	實際落實概況
<p>本研究提出有待解決的議題：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 需要建立全國性醫療品質保證政策 2. 醫院醫療品質保證計畫待大力推展 3. 醫院醫療品質管理專業人才嚴重缺乏 4. 醫療品質之臨床指標評估工具的信、效度過低，有待深入研究 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 醫策會於民國 88 年 4 月 12 日醫策會開始運作，並(不)定期舉辦品質教育活動。另外，在醫策會網站上設有「醫療品質指標計畫」、「品質圈」、「醫療品質學習型組織」等專區，提供教育活動訊息、國際醫療品質資訊更新，以及講義資料下載等等。除此之外，醫策會自 2003 年開始於國內舉辦第一屆台灣醫療品質年會，希望建築一個能讓醫界、學界發表論文，進而彼此學習交流的舞台，今年已舉辦第三屆。 3. 醫務管理學會每年三月舉行高階醫管師暨醫管師甄審考試，培訓醫管人才。 4. 健保局 93 年度起針對醫院、基層醫、中醫以及牙醫進行專業醫療服務品質指標監測。 4. 88 年 9 月 8 日於醫策會下成立台灣醫療品質指標計畫 (TQIP) 專案小組 (Task Force)，由台北市立萬芳醫院楊哲銘副院長任召集人，並召開第一次 TQIP 專案小組會議，開始將台灣與國際醫療品質接軌。

表 50、「82 建立我國醫院醫療品質保證計畫模式之研究」之研究評核

研究結果應用建議	實際落實概況
<p>針對醫療品質項目與執行提出建議：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 臨床醫療品質指標中的高血壓性疾病門診醫療品質、靜脈注射尿道攝影醫療品質、藥事服務品質、與護理給藥技術品質等，可作為初步評估醫療品質之參考。 2. 醫療藝術品質中，病患對醫學中心的住院滿意程度高於區域醫院。病患滿意程度調查，可作為了解與初步評估醫院醫療服務品質管理的參考工具之一。 3. 醫療環境品質指標僅可供先驅研究，與未來規劃環境品質保證管理工作時參考之用。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 現階段健保局揭露有關全民健保醫療品質資訊分享，共可分為兩大主軸，一為針對全國醫院醫療品質，另一為個別醫院的醫療品質。其中全國性指標係針對特約西醫醫院進行醫療專業指標選定，並定期蒐集資料與公告結果，指標包括門診重複就診率、門診用藥日數重複率、門診開立慢性病連續處方箋百分比、門診注射劑使用率、門診抗生素使用率、門診同一處方劑重複使用率、住院案出院後十四日內再住院率、住院案件出院後三日內急診率、三十日以上超長期住院率、剖腹產率、使用 ESWL 人口平均利用人次，以及符合倫病例計酬基本診療項目比率。而個別醫院的醫療品質係為醫院業者自行選擇適公開其醫療品質內容，主要為病患醫療就醫滿意度資料。 2. 病患滿意度調查已經廣為醫療院所及政府衛生主管機關所使用，包括衛生署、健保局網站以及各醫院定期進行院內的滿意度調查。現已經成為醫院醫療服務指標管理之參考工具之一。舉例來說，健保局針對全國不分區進行醫院病患就醫滿意度，包括包含：就醫診所整體醫療品質滿意度、對交通方便性滿意度、就醫診所環境衛生及舒適性滿意度、對醫療設備滿意度、對醫師診斷治療及醫術滿意度、對醫師說明及疾病指導滿意度、對其他醫護人員說明及疾病指導滿意度、醫師對病人尊重及回應問題滿意度、醫師看病或治療仔細程度、醫護人員服務態度滿意度、對就醫診所治療效果滿意度、對自行負擔費用高低滿意度、對醫師花費診療時間滿意度、等候診療時間接受程度、就診交通時間接受度、願意推薦該家診所比率、到診所的早程時間(分)、等候診療時間(分)、每位病人平均看診時間(分)、醫師平均每日門診時間(小時)、每次自付費用(元)等。另外，網站亦公告 92 年醫療服務品質調查結果，結果公佈於健保局高屏分局的網頁，有高雄市、高雄縣、屏東縣和澎湖縣的健保特約醫院和基層診所的資料，這些醫療院所都同意公開其醫療服務品質調查的結果。另外，醫院自我提供的醫療品質內容包含：三軍總醫院 92 年度提升服務品質績效摘要、三軍總醫院病患滿意度調查、台中大里仁愛綜合醫院病患權責、台北市立仁愛醫院溫馨迴響、台北榮總 89 年度落實品質研發績效、台南市立醫院病人安全、成大醫院九十二年度全面提升服務品質報告、和信治癌中心醫院病人與大眾、高雄榮總好人好事民眾感謝函、國立台中總醫院杏林溫情、彰化基督教醫院醫療品質管理、臺大醫院九十二年度提升服務品質績效報告、臺大醫院病人滿意度調查、臺安醫院 A+醫療品質、臺安醫院病人安全專區、嶺新醫院品質的嶺新、嶺新醫院病人權利與責任等等。 3. 目前新制醫院評鑑制度已將醫療環境及醫療服務的舒適性列入評鑑指標，即 7.7 項之提供舒適的病人就醫環境，包括 1) 塑造溫馨的安全就醫氣氛，如病房、門診、候診室等等的採光、色彩、安靜、美化、無煙等等；2) 保持病房之舒適性，如照明、採光、溫度、溼度、家具及衣櫃、窗簾、空調、擁擠度；3) 飲食之舒適度，如用餐時間、餐飲選擇、溫度管理；4) 病床、床墊之舒適度，如安全性、清潔性、調節性；5) 適當之衛浴環境及設施，如身心障礙者專用、安全措施等等(醫策會，新制醫院評鑑基準說明，第七章)。

87 年度「醫療品質管理專家系統」係以發展電腦資訊科技來評估與管理醫療品質。整個計畫分兩階段進行，第一階段著重於醫療品質管理評估知識的結構表示法與評估知識庫方面之研究，第二階段則致力於醫療品質管理系統之推理機的設計與機型測試系統的建立；該研究的建議層面包括一般產業趨勢、醫院業者、醫院評鑑以及研究等等方面。整體來說，資訊科技與網際網路的發展使得台灣醫療與管理更具實證性與便利性。舉例來說，醫療業之資訊科技利用已經廣泛利用於保險業者、醫療業者以及專業醫師執業、研究與教育上(陳恆順，2002)，包括衛生資料報告作業、保險媒體申報作業、電腦化病歷、文獻檢索、診斷輔助系統、治療輔助系統、衛生教育系統、醫學繼續教育系統、醫學網路資源、遠距醫學系統以及主管資源決策系統等等。另外，新制醫院評鑑項目已將「醫院經營管理的合理性」列入考核，其中在資訊管理方面強調醫院內部 1)有完善的資訊管理機能，2)蒐集並有效運用醫院經營相關的必要資訊，3)醫療資訊適當地公開並提供應用，以及 4)建構能提供臨床照護、醫院管理及院內外相關單位所需的資訊系統(醫策會，新制醫院評鑑，第二章)。在學術研究方面，近年來已有學者應用模糊理論於醫療品質研究，如「應用模糊理論於醫院服務品質滿意度之研究」(杜壯、邱垂昱、黃俊儒，2000)，以及「模糊、灰色理論應用於醫療服務品質評估之研究」(曾倫崇等，2002)。該研究之政策落實性狀況請見表 51。

表 51、「87 醫療品質管理專家系統」之研究評核

評核計畫名稱：87 醫療品質管理專家系統	
研究結果應用建議	實際落實概況
<p>1. 運用電腦技術來協助儲存、傳輸與管理醫療相關事務，是必然的時代趨勢，衛生主管單位應加強宣導與推廣，醫療事業單位則應以不排斥之心態多多嘗試與運用。(一般產業趨勢)</p> <p>2. 隨著醫院評鑑制度之經驗與檢討，為使醫院評鑑制度能更加完善，評鑑結果更加使醫療院所、民眾信賴，建議可從以下兩方面進行：一方面繼續加強評估醫院評鑑之準則，使之更加明確有效，另一方面在評鑑實施時，評鑑委員著重在醫院實際資料之確認，將繁雜之成績推導與計算，交由電腦執行，以避免人為因素干擾。(醫院評鑑)</p> <p>3. 醫療品質管理項目與種類繁多複雜，並且存在很多不確定因素，以致於難以量化與標準化，建議後續研究可以嘗試利用模糊理論與技術(Fuzzy theory)來加以克服。(研究者)</p> <p>4. 在醫院資訊系統規劃與建立之關鍵時刻，建議醫院必須考慮到預備備後醫務管理與運用所需之資訊，因為醫務管理系統所需之很多資訊，係由醫院資訊系統之資料庫推導而得。(醫院業者)</p>	<p>1. 4. 醫療業之資訊科技利用已經廣泛利用於保險業者、醫療業者以及專業醫師執業、研究與教育上(陳恆順, 2002)，包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 衛生資料報告作業 ● 保險媒體申報作業 ● 電腦化病歷 1) 門診醫療管理系統、2) 處理臨床資料之系統，以及 3) 醫療機構為基礎的病歷記錄系統。 ● 文獻檢索 1) 醫學文獻檢索的種類(線上及光碟檢索)、2) Medline 醫學文獻檢索策略，以及 3) 文獻索引資料庫管理。 ● 診斷輔助系統 ● 治療輔助系統 ● 衛生教育系統 ● 醫學繼續教育系統 ● 醫學網路資源 (Email list, Telnet, 虛擬醫院等等) ● 遠距醫學系統 ● 主管支援決策系統 <p>2. 新制醫院評鑑項目已將「醫院經營管理的合理性」列入考核，其中在資訊管理方面強調醫院內部 1) 有完善的資訊管理機能，2) 蒐集並有效運用醫院經營相關的必要資訊，3) 醫療資訊適當地公開並提供應用，以及 4) 建構能提供臨床照護、醫院管理及院內外相關單位所需的資訊系統(醫策會，新制醫院評鑑，第二章)。</p> <p>3. 近年來已有學者應用模糊理論於醫療品質研究，如「應用模糊理論於醫院服務品質滿意度之研究」(杜壯、邱垂昱、黃復儒, 2000)，以及「模糊、灰色理論應用於醫療服務品質評估之研究」(曾倫崇等, 2002)。</p>

在架構醫院醫療品質模式研究中，最後為 89 年度的「全民健康保險整體醫療品質之研究—以建立指標之基本資料為主」。該研究主要目的包括瞭解醫界、學界及健保局或衛生署對醫療品質指標的不同看法、由小樣本的測試，建立品質指標的基礎值、比較品質指標在不同評鑑等級之醫院間的適用情形、由不同資料來源，輔助收集品質指標的基礎值、瞭解民眾對所選出之健保品質指標的了解情形與重視程度、與探討品質指標在實務上的應用。

現階段醫策會現已規劃一套多元的指標的新制醫院評鑑，其目的在於打破過

往病床規模、科別設置之醫療品質分級的迷思，並以民眾的健康需求為導向，重新透過了解病患的照護過程為宗旨來達到醫療品質及醫療服務的成效為評核的標的（醫策會，新制醫院評鑑精神及改善重點說明）。而在評鑑過程將由審查過程作一改善，如夜間不預警審查。另外，雖然健保局目前尚未委託第三公正者進行指標資訊公佈，近來已發布相關的醫療品質指標資訊供業界與民眾參考，包括醫院總額、中醫總額、牙醫基層總額以及西醫基層總額專業醫療服務品質等之資料。另外，亦針對特定疾病，即糖尿病專業醫療服務品質資料進行公佈。目前目前台灣依據台灣民眾在常見的健康與疾病議題進行相關法則規定，包括「癌症診療品質保證措施準則」（94年3月10日公布）、「罕見婦幼及優生保健」（於89年8月9日衛署保字第○八九○○九九二一號令訂定發布施行）、「外籍婦幼及優生保健」（內政部於民國94年3月8日台內戶字第0940060552號令訂定民國94年3月1日生效政府為照顧外籍配偶，由跨部會及民間團體代表，成立外籍照顧輔導基金管理委員會）、「罕見疾病及藥物審議委員會設置要點」（於民國89年7月31日簽奉署長核定，89年8月9日正式施行）、「罕見疾病防治及藥物法」（於民國89年2月9日總統令公布，並於民國94年1月19日總統令公布刪除第12條、第37條條文；並修正第1條、第3條、第5條、第7條至第11條、第13條、第15條、第19條、第25條、第32條、第34條及36條條文）、「口腔健康法」（民國92年4月29日立法院第五屆第三會期第九次會議通過，民國92年5月21日公布），以及「菸害防制法」（民國86年3月19日華總(一)義字第八六○○○六五三九○號令公布，89年1月19日華總(一)義字第八九○○○一一九四○號令修正）等等。而醫策會也於1999年8月將QIP引進國內，推動「台灣醫療品質指標計劃，簡稱「TQIP」。醫務管理學會於1999年1月參考美國QIP的精神與經驗，著手研擬建立一套適合國內的醫療品質監測工具，稱為THIS (Taiwan Healthcare Indicator Series)。目前已完成門診、急診、住診以及加護指標系統。並以電腦程式系統進行醫療品質指標分類、建立醫院評量參數，以及分析各項指標計算方法。其它研究評核請見表52。

表 52、「89 全民健康保險整體醫療品質之研究—以建立指標之基本資料為主」之研究評核

評核計畫名稱：89 全民健康保險整體醫療品質之研究—以建立指標之基本資料為主	
研究結果應用建議	實際落實概況
<p>針對衛生署、健保局、醫療院所及後續研究者提出具體可行的建議：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 衛生署應考慮改變醫院評鑑的方式與標準，同時與醫策會分工合作，提倡與鼓勵多元化指標系統之建立 2. 健保局應將對於醫療品質的重視化為具體行動，鼓勵醫療機構填報資料給一個公正的第三者，且不宜直接運用任何指標結果，作為公佈、比較同層級或不同層級間醫院表現或是醫療給付、費用控管或核減的依據 3. 醫療業者應多重視品質資料的收集，不要只是在規定的指標上努力或大作文章，而是利用指標以進一步改善照護品質 4. 建議未來研究以德菲法，或是以紮根理論來建立品質指標的概念架構與理論、建立各指標的合理範圍與閾值，發展有效的機制回饋給各樣本醫院、發展本土化主要疾病別的特定監測指標 5. 參考 JCAHO 核心測量指標的方向，以指標的建構與整合發展摘要指標、建立病例組合與疾病嚴重度調整本土化的實證資料，以及逐步發展基層醫療與特殊照護的監測指標。 	<ol style="list-style-type: none"> 1.3. 醫策會現已規劃一套多元的指標的新制醫院評鑑，其目的在於打破過往病床規模、科別設置之醫療品質分級的迷思，並以民眾的健康需求為導向，重新透過了解病患的照護過程為宗旨來達到醫療品質及醫療服務的成效為評核的標的（醫策會，新制醫院評鑑精神及改善重點說明）。而在評鑑過程將由審查過程作一改善，如夜間不預警審查。 2.4.5. 雖然健保局目前尚未委託第三公正者進行指標資訊公佈，近來已發布相關的醫療品質指標資訊供業界與民眾參考，包括醫院總額、中醫總額、牙醫基層總額以及西醫基層總額專業醫療服務品質等之資料。另外，亦針對特定疾病，即糖尿病專業醫療服務品質資料進行公佈。 5. 目前目前台灣依據台灣民眾在常見的健康與疾病議題進行相關法則規定，包括「癌症診療品質保證措施準則」、「罕見婦幼及優生保健」、「外籍婦幼及優生保健」、「罕見疾病及藥物審議委員會設置要點」、「罕見疾病防治及藥物法」、「口腔健康法」，以及「菸害防制法」等等。另外，醫策會於 1999 年 8 月將 QIP 引進國內，推動「台灣醫療品質指標計劃，簡稱「TQIP」。醫務管理學會於 1999 年 1 月參考美國 QIP 的精神與經驗，著手研擬建立一套適合國內的醫療品質監測工具，稱為 THIS (Taiwan Healthcare Indicator Series)。目前已完成門診、急診、住診以及加護指標系統。並以電腦程式系統進行醫療品質指標分類、建立醫院評量參數，以及分析各項指標計算方法。此舉動係希望藉由業者及民眾端來共同提昇台灣醫療體系的健康成效。

2. 醫院評鑑暨教學醫院評鑑制度研究

有關台灣醫院評鑑制度的研究自 80 年度起即包括 81 及 82 年度的醫院評鑑暨教學醫院評鑑制度之研究，83 年度的台灣地區醫院評鑑分析，81 年度的精神醫療院所評鑑作業之評估，86 年度中醫醫院評鑑標準之前導研究，以及 90 年度有關醫學中心暨教學醫院評鑑制度及標準之評估與改革方案之研究。

在醫院評鑑制度方面，醫策會從民國 92 年起開始修正、新制定、試行新的醫院評鑑制度，包括一般醫院及精神科專科醫院。醫策會現已規劃一套多元的指

標的新制醫院評鑑，其目的在於打破過往病床規模、科別設置之醫療品質分級的迷思，並以民眾的健康需求為導向，重新透過了解病患的照護過程為宗旨來達到醫療品質及醫療服務的成效為評核的標的（醫策會，新制醫院評鑑精神及改善重點說明）。新制醫院評鑑之核心價值為病患、社區及貢獻(Customer；Community；Contribution)，強調建立安全、有效、以病人為中心、適時、效率、公正優質的評鑑機制，並透過各職類的人員團隊醫療之運作，來提供符合社區民眾健康需求的醫療服務。另外，新制醫院評鑑鼓勵醫院發展自身的特色及專長。新制醫院評鑑制度強調「過程」與「結果」面，因此可彌補過去較強調「結構」面的數據資料限制，確實瞭解醫院的醫療作業、品質及服務，亦能避免醫院評鑑資料申報不實的情況(醫策會，新制醫院評鑑)。

新制醫院評鑑內容共分為八大章，包括第一章醫院經營策略與領導統御及在社區上的角色，第二章醫院經營管理之合理性，第三章病人權利及病人安全，第四章提供完備之診療體制及各部門之管理，第五章適當的醫療作業（病房醫療作業評估），第六章提供適切之護理照護（含病房護理作業評估），第七章舒適的醫療照護環境及醫療服務，以及第八章人力素質提升及品質促進，預期在民國96年全面實施新制。新、舊制醫院評鑑的內容差異請見表53。

而有關醫院評鑑研究在各部門細項評鑑內容及評分方式請見表54-56中的細項對照說明。

表 53、新、舊制醫院評鑑內容差異

94年新制 醫院評鑑	舊制	新制
第一章醫院經營策略與領導統御及在社區上的角色	無	1. 醫院之宗旨 2. 醫院院長、副院長之領導 3. 與社區之互動
第二章醫院經營管理之合理性	原醫院管理	1. 重視醫院財務結構 2. 新增外包業務管理 3. 重視醫療糾紛處理
第三章病人權利與病人安全	包含原感染管制作業品質及病人用藥安全之項目	1. 尊重病人權利及建立良好醫病關係 2. 確保病人安全之體制及環境 3. 醫療不良事件之處理
第四章提供完備之診療體制及部門管理 第五章適當的醫療作業(病房醫療作業評估)	原外科系、內科系、放射、檢驗、藥事、急診、精神醫療品質作業	1. 強調醫療作業之整合及團隊醫療之運作 2. 實施有效的身心復健 3. 重視病人生活品質與安寧緩和醫療
第六章提供適切之護理照護(含病房護理作業評估)	原護理作業品質	1. 對行動限制(隔離、約束)之照護 2. 營養管理及飲食指導 3. 實施適當的復健服務 4. 病人死亡之處理
第七章舒適的醫療照護環境及醫療服務	部分項目散見於醫院管理組	1. 強調病人意見處理與隱私權之保障 2. 提供醫療諮詢服務 3. 尊重病人或家屬意見
第八章人力素質提升及品質促進	原項目散見於各組	1. 重視人力素質提升 2. 重視醫療品質之促進

資料來源：新制醫院評鑑暨教學醫院評鑑說明會，醫策會，民 94。

表 54、「81 八十一年度醫院評鑑暨教學醫院評鑑制度之研究」之研究評核

研究結果應用建議	實際落實概況
<p>針對未來醫院評鑑內容進行建議，包括</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 中大型醫院已有多次評鑑經驗，小型醫院評鑑壓力較大，部分醫院找顧問公司偽造資料，衛生署應加強輔導改進。 2. 評鑑結果依據醫院整體綜合成績評定，對於不同功能醫院，即使有某些應具備而未具備的情形，只要其總成績達到某一水準，仍可獲評鑑合格。 3. 病歷管理：加強(1)病理審查制度；(2)疾病手術分類；(3)病歷管理人才培育。 4. 藥事管理：(1)藥事人員不足；(2)藥局空間擁擠；(3)提供適當藥品資訊。 5. 目前醫院評鑑方式優點很多，但最為人詬病的就是太「形式化」。 6. 針對評鑑表做統計學分析，選取「具有區別能力的項目」，刪除「無區別能力的項目」，但被刪除者未必不重要或無存在價值。 7. 好的評量表包括：(1)醫院應具備的基本項目；(2)具有區別醫院差異能力的項目。應分析這兩部分的差異性與相關性，以便訂出最適當的評量表。 8. 最好各級醫院用同一評量表且每一項目也同分(100分)，等評完後再依訴求重點不同將各項加權計分。 9. 其他建議包括(1)醫院負責人與評鑑委員對「應否使評鑑事宜成為常態工作」、「向申請評鑑的醫院收取費用」、「應否採取分科評鑑」有不同的意見。(2)大型醫院實際、合理受評平均時間均較小型醫院長；地區非教學和私人醫院認為實際受評時間過長，其他類別、屬性醫院認為應該稍延長；委員認為各類均應予以延長。(3)醫學中心、區域醫院及地區非教學醫院其急診醫療品質項目相對其他七個項目而言為較差的一項，尤其地區級醫院急診醫療品質差異大，應加強輔導。以及(4)精神科醫療仍是各級醫院及醫療較弱的一環，應加強各級醫院處理之能力。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 新制醫院評鑑制度強調「過程」與「結果」面，因此可彌補過去較強調「結構」面的數據資料限制。 3. 新制醫院評鑑中第五章「適當的醫療作業」中，強調病歷記錄之完整性，包括病歷記載內容適當、包括住、急、門診病歷記載急檢討、同意書、檢查結果、檢驗報告及手術記錄等必須要納入病歷，病歷格式統一記載及管理，出院摘要儘速完成等等。 4. 新制醫院評鑑第四章「提供完備之醫療體制及各部門之管理」中針對藥劑部門體制進行要求，包括評估藥師人數、必要的設備、設施狀況，及以藥劑部門及醫療部門為主體的藥事委員會等之設置狀況及其機能。共為5中項、18細項：1)藥劑部門體制完備，包括人力計算、空間等工作環境、藥品資訊軟體及硬體的定期更新，與醫療部門共同設立藥事委員會等；2)藥品採購、庫存及貯存管理制度確實，包括一般藥品、管制藥品、抗生素、血液製劑、疫苗、高危險藥品、放射性製劑及化學藥品；3)提供病人藥事照顧之正確性、適當性及成效，包括優良藥品調劑作業規範及監測，提供適當的臨床藥學服務，並且定期檢討藥品使用之適用性；4)適當的藥品輸送系統；以及5)提供適當的藥品資訊。 5. 實地評鑑將簡化為醫療、護理、管理三大類來負責八大領域之評鑑，打破過去分組過細，過份強調專業之色彩，而以病人就醫之流程，以病人為中心的思維進入醫院各部門作評核。另外，在新制醫院評鑑強調醫院自評來表達醫院的現況及優缺點，之後委員再依醫院自評結果來查核，可給予醫院適當之肯定與改善建議。 <p>2. 6. 7. 8. 新制醫院評鑑評量機制之改善</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 評量結構依五項式評量(A-E所代表的是達成度)，若不適用，則以N.A (Not Applicable)表示。 <ul style="list-style-type: none"> - A.完全達成/非常積極達成 - B.一般水準以上/積極達成 - C.一般水準 - D.一般水準以下/略欠適當 - E.不適當 2) 新制評鑑項目分為必要項目及可選項目，該評量項目非常重要，如涉及病人安全等，在整體考量下若未達到合格標準C(一般水準)以上，有影響病人醫療安全、病人權益及醫療品質之虞的評分項目，則設定為必要項目，新制醫院評鑑基準中必要項目總共22項。若必要項目未達(即一般水準)，則該章成績視為不合格。可選項目係指新制醫院評鑑基準可考量個別醫院之下列情形，選出項目予以適用。新制醫院評鑑基準中可選項目總共69項。 <p>9. 已於新制評鑑制度作修正。</p>

表 55、「82 醫院評鑑暨教學醫院評鑑研究」之研究評核

評核計畫名稱：82 醫院評鑑暨教學醫院評鑑研究																																																									
研究結果應用建議	實際落實概況																																																								
<p>針對該階段醫院評鑑制度提出建議：</p> <p>1. 評鑑標準之訂定 衛生署於評鑑之初訂定醫院評鑑暨教學評鑑及格分數表，然而評鑑的七個分項中地區醫院實際通過評鑑之最低分皆低於先前所訂之標準，此標準應考慮醫療品質外也應顧及實際狀況，否則便失去訂此標準之意義。</p> <p>2. 信度方面 除醫學中心外，多數醫院之十大分項均分別指派一位評鑑委員，且有委員不理會各項支配分而只在整個大分項上主觀地給予一個總的「印象」分數。 另外，目前評量表所用之指標多為結構性指標，醫院容易為了應付評鑑而增加設備及人員，應加強不定期考核，以掌握醫院之「常態」。</p> <p>3. 各年度評鑑結果之比較 與 79 年度之評鑑合格率比較，整體合格率是提高，地區非教學醫院之合格率亦提高，但區域醫院及地區教學醫院之合格率都降低。 再者，不論從所有十大分項及總分之通過率來看，地區教學醫院均是四個層級中最低者，次為區域醫院，可見地區級醫院要成為教學醫院是必須面臨相對最嚴苛之評鑑要求。</p>	<p>針對上述建議，再新制醫院評鑑內容有程度上的修正，包括：</p> <p>1) 評鑑委員培訓</p> <p>2) 評量結構依五項式評量(A-E所代表的是達成度)，若不適用，則以N.A (Not Applicable)表示。 - A.完全達成/非常積極達成 - B.一般水準以上/積極達成 - C.一般水準 - D.一般水準以下/略欠適當 - E. 不適當</p> <p>3) 新制評鑑項目分為必要項目及可選項目，該評量項目非常重要，如涉及病人安全等，在整體考量下若未達到合格標準 C (一般水準) 以上，有影響病人醫療安全、病人權益及醫療品質之虞的評分項目，則設定為必要項目，新制醫院評鑑基準中必要項目總共 22 項。若必要項目未達 C(即一般水準)，則該章成績視為不合格。可選項目係指新制醫院評鑑基準可考量個別醫院之下列情形，選出項目予以適用。新制醫院評鑑基準中可選項目總共 69 項。</p> <p>4) 實地評鑑之改善</p> <table border="1" data-bbox="751 967 1325 1083"> <thead> <tr> <th rowspan="2">規模層級 (急性病床數)</th> <th colspan="5">委員人數</th> </tr> <tr> <th>醫療</th> <th>護理</th> <th>管理</th> <th>總計</th> <th>評鑑天數</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>99床以下(含急一般病床 ；急診科急症科)</td> <td>2名</td> <td>2名</td> <td>2名</td> <td>6名</td> <td>1天</td> </tr> <tr> <td>100-149床</td> <td>2名</td> <td>2名</td> <td>2名</td> <td>6名</td> <td>1.5天</td> </tr> <tr> <td>250床以上</td> <td>2名</td> <td>2名</td> <td>2名</td> <td>6名</td> <td>6天</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="751 1109 1325 1240"> <thead> <tr> <th rowspan="2">類別</th> <th colspan="3">教學醫院</th> </tr> <tr> <th>非教學醫院</th> <th>甲類教學</th> <th>乙類教學</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>管理組</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>醫療組</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>護理組</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>教學組</td> <td>-</td> <td>3</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>6</td> <td>9</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>	規模層級 (急性病床數)	委員人數					醫療	護理	管理	總計	評鑑天數	99床以下(含急一般病床 ；急診科急症科)	2名	2名	2名	6名	1天	100-149床	2名	2名	2名	6名	1.5天	250床以上	2名	2名	2名	6名	6天	類別	教學醫院			非教學醫院	甲類教學	乙類教學	管理組	2	2	2	醫療組	2	2	2	護理組	2	2	2	教學組	-	3	2	合計	6	9	8
規模層級 (急性病床數)	委員人數																																																								
	醫療	護理	管理	總計	評鑑天數																																																				
99床以下(含急一般病床 ；急診科急症科)	2名	2名	2名	6名	1天																																																				
100-149床	2名	2名	2名	6名	1.5天																																																				
250床以上	2名	2名	2名	6名	6天																																																				
類別	教學醫院																																																								
	非教學醫院	甲類教學	乙類教學																																																						
管理組	2	2	2																																																						
醫療組	2	2	2																																																						
護理組	2	2	2																																																						
教學組	-	3	2																																																						
合計	6	9	8																																																						

表 56、「83 台灣地區醫院評鑑之分析」之研究評核

研究結果應用建議	實際落實概況																																
<p>針對醫院評鑑主管機關建議：</p> <p>1. 評鑑資料處理作業電腦化的困難 (1)資料無法量化 (2)代號代碼不全 (3)量表格式混亂 (4)加權配分複雜</p> <p>2. 分析評鑑資料的困難 (1) 兩套醫院評鑑量表及複雜的加權配分，造成評鑑結果解釋與比較困難。 (2) 醫院評鑑量表與大項加權皆隨等級而有所差異，無法直接進行不同等級醫院評鑑成績的比較。 (3) 少數被降級醫院並未用評定等級使用的量表再重新評鑑，因此無評定等級資料。 (4) 醫院等級別與教學別不同，其總成績與各大中小項成績的合格最低標準各不同。 (5) 未來修訂醫院評鑑量表時，應檢定量表的建構效度以提高解釋能力。</p> <p>3. 重要發現的政策啟示 未來追求醫療品質保證，不能只看評鑑總成績。加強重視醫療品質脆弱面的管理： a. 相對於醫學中心與區域醫院，地區醫院的醫療品質極待提升。 b. 相對於一般評鑑，區域等級以下醫院教學評鑑部分的醫療品質較為偏低。 c. 相對於醫院的結構，醫療照護過程的品質更須加強。 d. 相對於以醫師為主之部門，其他支持部門的醫療品質相當不佳。</p>	<p>1.2. 新制醫院評鑑制度目前在修訂階段，日後再行了解是否否在評鑑資料的分析與處理方面有改進之處。●</p> <table border="1" data-bbox="766 463 1293 615"> <thead> <tr> <th>評鑑等級 (現制)</th> <th>90年</th> <th>91年</th> <th>92年</th> <th>93年</th> <th>94年</th> <th>95年</th> <th>96年</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>醫學中心</td> <td>內容修訂</td> <td>試評</td> <td>暫緩 SARS</td> <td>正式施行</td> <td>新制修訂</td> <td>新制試評</td> <td>新制全面施行</td> </tr> <tr> <td>區域醫院</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>新制修訂</td> <td>新制試評</td> <td>新制施行</td> <td>新制施行</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>地區醫院</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table> <p>3. 醫策會現已規劃一套多元的指標的新制醫院評鑑，其目的在於打破過往病床規模、科別設置之醫療品質分級的迷思，並以民眾的健康需求為導向，重新透過了解病患的照護過程為宗旨來達到醫療品質及醫療服務的成效為評核的標的（醫策會，新制醫院評鑑精神及改善重點說明）。新制醫院評鑑之核心價值為病患、社區及貢獻(Customer; Community; Contribution)，強調建立安全、有效、以病人為中心、適時、效率、公正優質的評鑑機制，並透過各職類的人員團隊醫療之運作，來提供符合社區民眾健康需求的醫療服務。另外，新制醫院評鑑鼓勵醫院發展自身的特色及專長。</p>	評鑑等級 (現制)	90年	91年	92年	93年	94年	95年	96年	醫學中心	內容修訂	試評	暫緩 SARS	正式施行	新制修訂	新制試評	新制全面施行	區域醫院	-	-	新制修訂	新制試評	新制施行	新制施行	-	地區醫院	-	-	-	-	-	-	-
評鑑等級 (現制)	90年	91年	92年	93年	94年	95年	96年																										
醫學中心	內容修訂	試評	暫緩 SARS	正式施行	新制修訂	新制試評	新制全面施行																										
區域醫院	-	-	新制修訂	新制試評	新制施行	新制施行	-																										
地區醫院	-	-	-	-	-	-	-																										

●為左述題項落實度不足

在精神醫療評鑑方面，衛生署、教育部於94年1月24日公告精神科醫院評鑑新制基準試評作業要點，並於94年1月28日以衛署醫字第0940200105號函徵詢參與試評意願。精神科醫院評鑑新制之建構係延續綜合醫院評鑑新制之改善方向，以強調醫療品質、醫院功能為原則，透過瞭解病人整體照護過程以及醫院的宗旨來作評鑑基準。為瞭解精神科醫院評鑑新制基準之適用性，以及了解精神科醫院之意見，並作為新制基準公布前修正之參考，故經由衛生署行文通知九十五年及九十六年預定受評之精神科醫院，徵詢其參與試評意願，並由醫院函覆。若醫院規模二百五十床以上、一百床以上至二百四十九床或九十九床以下參與試評醫院

家數超過二家時，衛生署得以抽籤方式決定之。在試評程序方面：1) 九十四年二月十四日至二月二十五日受理醫院申請試評。2) 九十四年三月四日前決定試評醫院，並寄評鑑資料表。3) 九十四年四月四日前試評醫院繳交評鑑資料表。4) 九十四年五月至六月實地試評作業。5) 九十四年八月召開試評結果檢討會議。新制評鑑係以過程面與結果面之評核為導向，注重病人權益與以病人為中心的精神，並且加強團隊醫療之概念。醫療機構設置標準刻正重新規範醫院設立之基本結構，評鑑標準將減少結構面之要求，以疾病的醫療處置過程來作評鑑，確實瞭解醫院的醫療作業、品質及服務，亦能避免醫院評鑑資料申報不實的情況。新制精神科醫院參與研修對象包括1) 於精神醫療臨床工作之專業委員，2) 參與綜合醫院新制修訂之委員，3) 衛生署醫事處，以及4) 衛生署疾病管制局。

另外，實地評鑑將簡化為三類進行評鑑，由醫療，護理，醫管負責八大領域之評鑑，打破過去分組過細，過份強調專業之色彩，而以病人就醫之流程，以病人為中心的思維進入醫院各部門作評核。並且強調醫院自評來表達醫院的現況及優缺點，委員依醫院自評結果來查核，可給予醫院適當之肯定與改善建議。精神科醫院評鑑新制評量機制依五項式評量(A-E所代表的是達成度)，若不適用，則以N.A (Not Applicable)表示，其中A.完全達成/非常積極達成，B.一般水準以上/積極達成，C.一般水準，D.一般水準以下/略欠適當，E.不合格/不適當。精神科教學醫院暫定每一領域合格細項比例答85%，而精神科教學醫院暫定每章合格細項比例答70%。然精神科醫院評鑑內容仍然沒有如所建議地將病患或家屬對於醫院的評估方面列入評鑑制度中。(見表57)

表 57、「81 台灣地區精神醫療院所評鑑作業之評估」之研究評核

研究結果應用建議	實際落實概況
<p>針對醫院業者與評鑑委員提出建言：</p> <p><u>受評醫院部分：</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 大部份(91.18%)對設置標準及評鑑標準事先均知曉。所有醫院均在評鑑前接獲評量表，且 88.24%的醫院有先自我評量。 核心醫院可能原本之資源、設備、人力較充足，所以全部均認為 2 個月即可；專科醫院準備時間差異較大；綜合醫院以 3-6 個月佔多數。 在評鑑評量表各大項中以人員和教學訓練及品質管理為最難達到的前三名。 對評鑑委員其資格、態度及公正性 90%左右表正向意見。且對評鑑結果公正與否並不因醫院型態而有差異。 <p><u>評鑑委員部份：</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 所有委員均認為精神科醫院評鑑之施行確有實施的必要；並認為評鑑的目的主要為「提升服務品質」，符合衛生署舉辦評鑑之目的。 在接觸受評醫院人員及合作態度上均算不錯；而受評醫院的配合方式以「只展現優點」及「展現優點並坦承缺點」佔多數。 多數委員(78.26%)認為院方所提供的資料「大部份詳實」，可能多數醫院平時疏於資料整理。 對評鑑舉辦的理想時間，38.13%認為 2 年一次，34.78%認為 3 年一次。而複評期間多數委員認為宜隔半年舉行。 接近 95%的委員認為評鑑前講習有關評鑑理論及方法很重要，但多數委員(70%)卻認為評鑑前講習不足。 70.45%的委員認為評鑑項目適當，無須增刪某些項目。至於是否應包含病患或家屬對醫院的評估方面，30.43%認為「絕對需要」，58.70%「需要」。 	<ol style="list-style-type: none"> 1-8. 左述項目在新制的精神科醫院評鑑內容已有做修正，包括講習、評分方法及內容等等。 9. 目前新制精神科醫院評鑑仍然沒有將病患或家屬對於醫院的評估方面列入評鑑制度中。①

①為左述題項落實度不足

中醫醫院設置標準之訂定距今已久，而近年來醫療環境變遷快速、全民健康保險的實施、中醫的住院需求增加，中醫醫院的設置標準時有修正之必要。然截至目前為止，新制的中醫醫院評鑑制度似乎仍在規劃中，包括謝慶良(民 92)的「中醫醫院評鑑制度建立之研究(含)教學訓練計畫」¹藉由中醫醫院的中醫師、藥劑師以及護理師對中醫評鑑的可行性看法；以及王人澍(民 92 年)的「中醫醫院評鑑制度建立之研究」²藉由訪談中醫、中藥、中護的專家討論及擬訂中醫醫院評鑑制度草案。而受評核研究中所提的 1) 將中醫綜合醫院設置之診療科別「外科」

¹ 計畫編號：CCMP92-RD-013

² 計畫編號：CCMP92-RD-013

改為「針灸科」，而中醫醫院可設置科別中之「外科」改為「皮膚科」；2) 將中藥調劑人員的規定比照西醫綜合醫院設置標準修正；以及3) 將中醫醫院評鑑的中醫醫院分為中醫區域醫院、中醫地區醫院等等細項仍未獲得接受與執行(參考中醫藥委員會網站資訊)(見表 58)。

表 58、「86 中醫醫院評鑑標準之前導研究」之研究評核

評核計畫名稱：86 中醫醫院評鑑標準之前導研究	
研究結果應用建議	實際落實概況
<p>針對中醫醫院設置標準提出建議：</p> <p>1. 中醫醫院設置標準之討論及修正建議</p> <p>(1) 中醫醫院設置標準之訂定距今已久，而近年來醫療環境變遷快速，全民健康保險的實施、中醫的住院需求增加，中醫醫院的設置標準時有修正之必要。</p> <p>(2) 現今中醫醫療中的外科乃指治療身體體表疾病的科別名稱，建議將中醫綜合醫院設置之診療科別「外科」改為「針灸科」，而中醫醫院可設置科別中之「外科」改為「皮膚科」。</p> <p>(3) 中藥調劑人員的規定相較於西醫醫院的標準是過於嚴格的，建議比照西醫綜合醫院設置標準修正。</p> <p>2. 中醫醫院評鑑的標準</p> <p>(1) 建議將中醫醫院分為：中醫區域醫院、中醫地區醫院。</p> <p>(2) 參酌西醫醫院評鑑標準，並經專家學者座談及訪視中醫醫院，而規範出「中醫醫院之評鑑標準」。</p>	<p>1. (1) 近年已有學者研究中，包括謝慶良(民 92)的「中醫醫院評鑑制度建立之研究(含)教學訓練計畫」，藉由中醫醫院的中醫師、藥劑師以及護理師對中醫評鑑的可行性看法；以及王人澍(民 92 年)的「中醫醫院評鑑制度建立之研究」中，藉由訪談中醫、中藥、中護的專家討論及擬訂中醫醫院評鑑制度草案。</p> <p>1. (2)(3) & 2. 還未獲得修訂 ❶</p>

❶ 為左述題項落實度不足

醫學中心評鑑亦屬於新制醫院評鑑實施範疇，受評核的研究計畫中所提及的延長實地評鑑的時間、減少評鑑委員數、建立遴選與培訓制度、修正評鑑項目、內容及計分方式等等皆已獲得改良(請見表 59)。

表 59、「90 醫學中心暨教學醫院評鑑制度及標準之評估與改革方案之研究」之研究評核

研究結果應用建議		實際落實概況																																																																													
<p>針對醫學中心評鑑方式與內容提出建言：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 實地評鑑的時間由現行的 6 小時延長為 2 全天。 2. 實地評鑑委員除內、外、護理及醫管組仍為 2 位委員，教學組仍為 4 位委員，其他 6 個分組均減為 1 位委員，總共由 26 位減為 18 位委員。 3. 評鑑委員將建立遴選與培訓制度。 4. 11 個分組的配分予以調整，並增列綜合評鑑項目 5 分，由 11 個分組委員共同評分。 5. 醫院評鑑與教學評鑑兩者總分均須達 85 分才算及格。除此之外，評量的 10 個分組成績中，若內、外科兩組成績不及格，或有任 3 組別成績不及格，則算整體成績不及格。 6. 以上各項新標準及相關建議均將於 91 年挑選 4 家醫學中心予以試評。新標準及新評量表將依試評結果再作修訂後定稿，經衛生署公告後，於 92 年起正式實施。 		<p>新制醫院評鑑已開始上路。上路時間表：</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>評鑑等次 (類別)</th> <th>90 年</th> <th>91 年</th> <th>92 年</th> <th>93 年</th> <th>94 年</th> <th>95 年</th> <th>96 年</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>醫學中心</td> <td>內容修訂</td> <td>試評</td> <td>暫緩 SARS</td> <td>正式施行</td> <td>新制修訂</td> <td>新制試評</td> <td>新制全面施行</td> </tr> </tbody> </table> <p>實地評鑑時間與類別：</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">規模與類別 (急性病床數)</th> <th colspan="5">委員人數</th> <th rowspan="2">評鑑天數</th> </tr> <tr> <th>醫療</th> <th>護理</th> <th>管理</th> <th>總計</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>99 床以下 (急性一般病床 1 條性急性病床)</td> <td>2 名</td> <td>2 名</td> <td>2 名</td> <td>6 名</td> <td></td> <td>1 天</td> </tr> <tr> <td>100-149 床</td> <td>2 名</td> <td>2 名</td> <td>2 名</td> <td>6 名</td> <td></td> <td>1.5 天</td> </tr> <tr> <td>250 床以上</td> <td>2 名</td> <td>2 名</td> <td>2 名</td> <td>6 名</td> <td></td> <td>6 天</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">類別</th> <th colspan="3">教學醫院</th> </tr> <tr> <th>非教學醫院</th> <th>甲類教學</th> <th>乙類教學</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>管理組</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>醫療組</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>護理組</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>教學組</td> <td>-</td> <td>3</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>6</td> <td>9</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		評鑑等次 (類別)	90 年	91 年	92 年	93 年	94 年	95 年	96 年	醫學中心	內容修訂	試評	暫緩 SARS	正式施行	新制修訂	新制試評	新制全面施行	規模與類別 (急性病床數)	委員人數					評鑑天數	醫療	護理	管理	總計		99 床以下 (急性一般病床 1 條性急性病床)	2 名	2 名	2 名	6 名		1 天	100-149 床	2 名	2 名	2 名	6 名		1.5 天	250 床以上	2 名	2 名	2 名	6 名		6 天	類別	教學醫院			非教學醫院	甲類教學	乙類教學	管理組	2	2	2	醫療組	2	2	2	護理組	2	2	2	教學組	-	3	2	合計	6	9	8
評鑑等次 (類別)	90 年	91 年	92 年	93 年	94 年	95 年	96 年																																																																								
醫學中心	內容修訂	試評	暫緩 SARS	正式施行	新制修訂	新制試評	新制全面施行																																																																								
規模與類別 (急性病床數)	委員人數					評鑑天數																																																																									
	醫療	護理	管理	總計																																																																											
99 床以下 (急性一般病床 1 條性急性病床)	2 名	2 名	2 名	6 名		1 天																																																																									
100-149 床	2 名	2 名	2 名	6 名		1.5 天																																																																									
250 床以上	2 名	2 名	2 名	6 名		6 天																																																																									
類別	教學醫院																																																																														
	非教學醫院	甲類教學	乙類教學																																																																												
管理組	2	2	2																																																																												
醫療組	2	2	2																																																																												
護理組	2	2	2																																																																												
教學組	-	3	2																																																																												
合計	6	9	8																																																																												

2. 與醫療服務品質相關研究

與醫療服務品質相關的研究包括臨床檢驗品質、感控品質、藥局藥事品質、緊急醫療品質，以及其他相關醫療品質等等之研究。

臨床檢驗品質相關研究包括 81 年度的「臨床生化品管調查、諮詢及輔導計畫」、「血液檢驗品質推廣及諮詢計畫」，82 年度的「血庫人員在職訓練與血庫作業精確度調查」，83 年度的「血庫作業精確度調查暨醫院成分血使用之適當性研究」，以及 89 年度的「臨床檢驗品質保證研究計畫」等等。該四篇研究大多利用研討會方式先推動臨床檢驗品質概念與說明，再利用醫院檢驗室樣本調查來了解其合格率並提出具體建議，因此該類研究多兼具敘事性與實證性質。

醫療檢驗品質工作在近年來已有相當地成長與進步，因此四篇受評核的研究（年代較為久遠）所提的建議在現今已經完全被落實，且品管控制名稱亦已改變。舉例來說，檢驗室應建立內部品管系統及外部室間品質比對以確認符合臨床品管需求，稱之室間品質比對，以往常稱為精確度調查，但在國際實驗室認證規

範中，則多以能力試驗（Proficiency Testing）為共同採用名稱。

中華民國醫事檢驗學會自 1994 年 7 月起接受衛生署委託執行「臨床檢驗品質保證研究計畫」，即辦理生化、血液、鏡檢、細菌、血庫及血清免疫等六大類免費外部品管測試，至 2002 年 6 月補助計畫截止，多年來其結果已成為醫院評鑑時檢驗部門之評核，及辦理健保特約檢驗所訪查等作業中，品質評估的重要參考。自 2003 年起，該學會為因應實驗室認證的未來趨向及醫學實驗室對能力試驗的實際需求，特別設置「檢驗室能力試驗委員會」。該委員會將重新審視以往品管委員會所辦理之經驗及成效，遵循國際趨勢對能力試驗執行機構應有之特定規範，並依照相關管理及技術要求進行調整，以期被國際相互承認之認證機構登錄為被選擇與使用之能力試驗，使該委員會所進行的試驗之評估結果能更具各專業領域之檢驗能力比對性與公信度(參考自中華民國醫事檢驗學會 檢驗室能力試驗委員會，2005，檢驗室能力試驗說明)。

另外，檢驗人員的訓練方面，醫檢師的教育訓練在各學會單位持續進行，包括中華民國輸血學會針對醫檢師繼續教育研習會、中華民國醫事檢驗學會定期辦理醫檢師繼續教育活動。另外，在 90 年度，醫政處更藉由專題研究計畫，如新世紀醫療網-改善醫療機構醫事檢驗暨輸血品質服務計畫，鄭如茜)來辦理教育訓練，辦理醫事檢驗機構訪查輔導活動，來瞭解醫檢人員需求，並協助受輔單位，建立品質管理制度，以及設置醫檢專業網站，提供醫檢新知與諮詢協助。中華民國輸血學會成立於 1987 年的元月，除了進行有關輸血的研究及資訊交流外，並參與及推動衛生署在 1984 年所制定的國家血液政策。中華民國輸血學會成立以來，持續承辦了衛生署的全國醫院血庫的評鑑及捐血機構的評鑑，另外，中華民國輸血學會自成立以來持續進行血庫工作人員及負責醫師的在職訓練，血庫的精確度調查及血庫作業的標準化 (manual Polybrene 法) (林媽利，2003，中華民國輸血學會網站)。

感控品質相關研究計畫包括三篇：「82 醫院感染控制計畫」、「82 建立台灣

地區醫院院內感染監視與管制計畫並調查各醫院院內感染發生率及群突發兼住院病人抗生素之使用情形」，以及「84 院內感染疫情監測系統電腦軟體發展計畫」。

疾病管制局於民國八十九年接辦院內感染控制計劃後，瞭解協助醫院建置一套統一定義與格式的院內感染監視通報系統軟體，不僅協助醫院掌握院內感染的情形，更能藉由院際間的同儕比較，提升院內感染控制品質。醫院申請使用疾病管制局建置的院內感染監視通報系統軟體，可進行醫院院內感染個案管理，定期製作報表分析，以警覺異常的院內感染事件，並且透過院內感染資料的交流，早期發現異常的警訊，迅速處理群突發事件，維護就醫民眾及醫護人員健康。院內感染監視通報資料內容包括一、醫院全院或加護病房院內感染總密度；二、醫院全院或加護病房科部別院內感染總密度；三、醫院全院或加護病房部位別院內感染總密度；四、醫院院內感染種類的年齡及性別分析；五、醫院院內感染菌種趨勢分析；六、醫院院內感染菌種部位別及科部病房別菌種趨勢分析。在民國九十年十月疾病管制局開放醫學中心加護中心使用院內感染監視通報系統軟體，民國九十一年三月起，署屬綜合醫院開始使用院內感染監視通報系統軟體，民國九十一年七月起，開放所有區域醫院申請使用院內感染監視通報系統軟體。各級醫院均可獲得同級醫院整體之院內感染情形資料，作為其檢討改進的參考，疾病管制局並定期將統計季報表刊登於網站，供查詢參考。

(<http://www.cdc.gov.tw/index1024.htm>)

再者，民國92年的SARS 疫情，對全國醫療體系造成極大之衝擊，為避免再度發生類似情形並強化國內感染症醫療體系，同時提昇我國面對SARS 及新興傳染病整體應變能力，疾病管制局擬訂「後SARS重建防疫體系計畫」，規劃「感染症防治醫療網」方案，並於九十二年七月至九十三年十二月分二階段辦理。為使感染症分級醫療之觀念持續落實及具長遠性和前瞻性，本局另規劃第三期「感染症防治醫療網」方案，並將其納入「建構生物防護及SARS 等新興傳染病防治

網計畫」，執行期間為九十四年一月至九十七年十二月。「感染症防治醫療網」第一、二期計畫重點在於建構感染症醫療之架構，補助各級感染症防治醫院配置適當之呼吸道隔離病房及相關儀器設備，各縣市政府衛生局及各級醫療院所對此架構之認識亦日漸清楚，惟擁有適當之硬體仍須有完善之醫事人力才能使「感染症防治醫療網」完整運作，第三期之重點即放在培訓感染症醫事人力，使各級感染症防治醫院發揮其應有之功能，達到感染症專責醫療照護之最終目標。主要制定流程包括「感染症防治醫療網」之感染症防治醫院啟動流程、「行政院衛生署感染症防治醫療網」區域聯防指揮體系運作、感染症防治醫療網啟動原則、「感染症防治醫療網」病患就醫/轉介流程、醫院感染症病例轉送至跨縣市感染症防治醫院流程、「感染症防治醫療網」病患個案後送相關單位聯絡表、各感染症防治醫院業務承辦人一覽表、「感染症防治醫療網」離島地區感染症病例後送本島就醫作業流程等等。(疾病管制局感染控制組，93年，

<http://www.cdc.gov.tw/index1024.htm>)

新制醫院評鑑中的第三章「病患安全」內容亦將感染管制作業重點納入，包括6個中項及22個細項，即1) 實行組織性的感染管制管理，包括設置感染管制相關單位，並定期開會及記錄，有足夠感控醫護人員進行感控作業，因應大規模感染事件，制定並定期更新感染管制手冊，2) 降低感染危險，包括充足及適當洗手，帶手套、防護具或隔離衣，隔離措施及適當動線，針扎事件預防與處置，定期體檢及疫苗注射，3) 抗生素適當使用，包括管制措施及記錄，菌種抗生素感受性報告，正確使用預防性抗生素，門診抗生素合理使用，非管制性與管制性抗生素合理使用，4) 有計畫且持續感染管制監測與改善，包括掌握菌種種類及各病房菌種，定期檢討院內感染發生與動向，5) 適當之感染管制教育訓練，包括新進與在職人員接受感染管制與訓練，收集全院性院內感染管制資訊來提供相關部門參考，以及6) 配合衛生主管機關政策，對傳染病進行監測、通報及防治。而在學會方面，台灣醫院感染管制學會於民國85年辦理本學會感染管制師甄審，目的

為培養優秀之醫院感染管制專業人員，使之資格化，期能預防醫院院內感染，並研究和發展有關醫院感染管制及監測之知識和技術，以提升醫療服務品質。認可之感染管制師，包含護理師、護士、醫檢師。

關於三篇受評核之醫院感染控制研究之落實狀況請見表 60-62。

表 60、「82 醫院感染控制計畫」之應用

評核計畫名稱：82 醫院感染控制計畫	
研究結果應用建議	實際落實概況
<p>針對提供醫院業者關於院內感染控制提出建言：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 院內感染控制小組策略：強化組織功能及調整作業方式，及委託台北榮民總醫院感染管制委員會拍攝「醫療機構工作人員預防感染守則」全面性防護錄影帶。 2. 將各醫院辦理院內感染管制工作納入醫院評鑑項目，督導醫院成立院內感染控制委員會，監視全院院內感染情形，及落實感染管制觀念，並應正式編制人力，改善技術、落實院內流行偵測，並配合法定及報告傳染病的通報。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 台北榮總感染控制小組並無「醫療機構工作人員預防感染守則」全面性防護錄影帶。但有預防針扎、注射等的預防感染錄影帶。① 2. 在新制醫院評鑑中的第三章「病患安全」內容納入感染管制作業重點，包括 6 個中項及 22 個細項，即 1) 實行組織性的感染管制管理，2) 降低感染危險，3) 抗生素適當使用，4) 有計畫且持續感染管制監測與改善，5) 適當之感染管制教育訓練，以及 6) 配合衛生主管機關政策，對傳染病進行監測、通報及防治。

①為左述題項落實度不足

表 61-「82 建立台灣地區醫院院內感染監視與管制計畫並調查各醫院院內感染發生率及群突發兼住院病人抗生素之使用情形」之應用

評核計畫名稱：82 建立台灣地區醫院院內感染監視與管制計畫並調查各醫院院內感染發生率及群突發兼住院病人抗生素之使用情形	
研究結果應用建議	實際落實概況
<p>針對研究結果進行應用性描述：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 台灣醫院院內感染定義及相關統計報表確實有必要予以統一。至於各分級醫院是否要有不同版本或層次之定義和報表格式，則建議由行政院衛生署諮詢委員會和全體醫院感控人員參與討論之。 2. 三總住院病患之抗生素使用有高達 60.1% 為濫用，本院已擇成各科部加強抗生素之正確使用的在職教育，希望將來能將抗生素濫用的幅度降低。 3. 嘗試透過醫學中心之感控會，機動協助各醫院調查院內群突發，如果各醫院配合意願相當高，一旦發生大部份均致電本院，由本院感控會出面邀請最靠近該院之醫學中心派員支援。 4. 感控護士在整個院內感染控制工作上扮演的角色非常重要，應透過立法程序納入醫院正式編制內，並將之隸屬於感控會，以全心投入感控工作。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 3. 疾病管制局已經落實醫院申請使用疾病管制局建置的院內感染監視通報系統軟體，可進行醫院院內感染個案管理，定期製作報表分析，以警覺異常的院內感染事件，並且透過院內感染資料的交流，早期發現異常的警訊，迅速處理群突發事件，維護就醫民眾及醫護人員健康。民國九十年十月疾病管制局開放醫學中心加護中心使用院內感染監視通報系統軟體，民國九十一年三月起，署屬綜合醫院開始使用院內感染監視通報系統軟體，民國九十一年七月起，開放所有區域醫院申請使用院內感染監視通報系統軟體。各級醫院均可獲得同級醫院整體之院內感染情形資料，作為其檢討改進的參考，疾病管制局並定期將統計季報表刊登於網站，供查詢參考。 (http://www.cdc.gov.tw/index1024.htm) 3. 疾病管制局擬訂「後SARS重建防疫體系計畫」，規劃「感染症防治醫療網」方案，並於九十二年七月至九十三年十二月分二階段辦理。為使感染症分級醫療之觀念持續落實及具長遠性和前瞻性，另規劃第三期「感染症防治醫療網」方案，並將其納入「建構生物防護及SARS 等新興傳染病防治網計畫」，執行期間為九十四年一月至九十七年十二月(疾病管制局感染控制組，93年，http://www.cdc.gov.tw/index1024.htm)。 4. 台灣醫院感染管制學會於民國 85 年辦理本學會感染管制師甄審。認可的感染管制師，包含護理師、護士、醫檢師等職別(http://www.nics.org.tw/)。

表 62、「84 院內感染疫情監測系統電腦軟體發展計畫」之應用

研究結果應用建議	實際落實概況
<p>針對研究結果進行應用性描述：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 經 5 家醫院進行軟體測試，可進行(1)輸入各醫院之院內感染個案資料；(2)輸入加護中心監測系統侵入性裝置使用資料；(3)個案資料及侵入性裝置使用資料管理功能；(4)計算侵入性裝置使用率及各種院內感染率；(5)各醫院之院內感染月報表列印功能；(6)將各醫院之資料拷貝至衛生署的資料轉拷功能；(7)將各醫院資料彙整之功能；(8)列印出各醫療院所之院內感染分布圖形。測試結果建議增加菌株代碼及菌種代碼依革蘭氏陽性、陰性菌排序。於院內感染記錄單中增加「暴露於危險因子的天數」欄位(使用侵入性導管的天數)。 2. 此套軟體完成後，要真正有助於各醫院院內感染管制工作的推展，除了要舉辦軟體操作研習會，使相關工作同仁熟悉此軟體之操作方法以外，還要依各醫院的使用情形，進行軟體的修訂。此外，尚需繼續增加新的功能，如感染菌株相關資料的處理，及院內感染群突發之偵測功能等。相信各醫院在此套軟體的協助之下，執行院內感染管制業務將會更加順暢。 	<p>民國九十年十月疾病管制局開放醫學中心加護中心使用院內感染監視通報系統軟體，民國九十一年三月起，署屬綜合醫院開始使用院內感染監視通報系統軟體，民國九十一年七月起，開放所有區域醫院申請使用院內感染監視通報系統軟體。各級醫院均可獲得同級醫院整體之院內感染情形資料，作為其檢討改進的參考，疾病管制局並定期將統計季報表刊登於網站，供查詢參考 (http://www.cdc.gov.tw/index1024.htm)。另外，各醫院院內感染監控資訊系統的通報網站為 http://203.65.72.42/iimhp/iimhp0000.asp。</p>

與藥局藥事品質相關研究共有三篇。80 年度的「醫院急診藥局臨床藥學服務之實驗模式」研究目的在於評估實施急診臨床藥學服務之必要性和可行性，期能提出完整的醫院急診藥局作業規範，以提升急診醫療服務品質。該研究除了分析現行作業之缺失，評估實施急診藥學臨床作業之可行性，並制定急診藥局及臨床服務實驗模式，包括硬體設備和人力設備。

在新制醫院評鑑中，對於藥事人力資格與人力規劃並無特定的約定與管理。而急診部門方面的人力配置重點係以醫師及護理人力為主，關於藥事人力並無明白地討論。但在人員的值班制度上規定「若無藥師、醫事檢驗師、醫事放射師及其他支援人員等之值班體制，但值班人員不能處理的問題發生時，視必要可以待命呼叫支援者，則可以 C(一般水準)來接受(醫策會，新制醫院評鑑，第四章，提供完備之醫療體制及各部門之管理)。另外，在新制醫院評鑑內容中的第八章「力素質提升及品質促進」，並無針對藥事人員的教育訓練與進行提出特別的規範，而藥事人員人力素質提升與品質促進原則與全院的員工教育及進修原則辦理。但

在藥事組教學評鑑重點，則針對教學師資，教學設備，藥事作業，藥事照護可近性、完整性及持續性，訓練活動，出版要是相關刊物亦即研究論文發表等等來進行評核(醫策會，新制醫院評鑑，甲、乙類教學評量重點)。而關於急診調劑作業規範在新制醫院評鑑制度的「第四章，提供完備之醫療體制及各部門之管理」列載。關於該研究之建議的落實狀況請見表 63。

表 63、「80 醫院急診藥局臨床藥學服務之實驗模式」之應用

研究結果應用建議	實際落實概況
<p>針對急診藥師人力及服務進行建議：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 重新評估藥師人力及工作量；工作量的評估應同時考量服務的質與量之問題。 2. 提高藥師待遇以激發服務熱忱和工作士氣。 3. 加強臨床藥學服務的宣導工作，使醫院主管及其他醫護人員明瞭藥師的工作性質而給予應有的重視。 4. 建議藥物諮詢服務、病患用藥指導及配方雙重校對列為急診臨床藥學最基本服務項目。 5. 建議教學醫院及各地方藥師公會多多舉辦學術研習觀摩會彼此相互學習成長。 6. 提供足夠之經費與人才，妥善規劃建立全面電腦化的作業。 7. 建議處方電腦化，規定由醫師直接(第一手)鍵入可避免與原始處方有出入。 8. 急診藥局工作為二十四小時開放工作，建議藥師採用三班制的上班方式。 9. 建議在急診服務的藥師選派較資深的藥師擔任。 10. 急診病患人數太少成立專屬「藥局」未必合算，建議於藥局設置專屬的窗口，由專責藥師處理急診的用藥。 	<p>1. 2. 3. 5. 8. 9.</p> <p>在新制醫院評鑑中，對於藥事人力資格與人力規劃並無特定的約定與管理。在新制醫院評鑑內容中的第八章「力素質提升及品質促進」，並無針對藥事人員的教育訓練與進行提出特別的規範，而藥事人員人力素質提升與品質促進原則與全院的員工教育及進修原則辦理(醫策會，新制醫院評鑑)。</p> <p>4. 新制醫院評鑑制度中明定急門診調劑作業規範(醫策會，新制醫院評鑑，第四章，提供完備之醫療體制及各部門之管理)。</p> <p>6. 7. 目前中、大型醫院以將處方電腦化，由醫師直接鍵入處方資料，並有藥物交互作用、重複用藥等警訊提示。</p> <p>9. 10. 新制醫院評鑑載急診部門方面的人力配置重點係以醫師及護理人力為主，關於藥事人力並無明白地討論。但在人員的值班制度上規定「若無藥師、醫事檢驗師、醫事放射師及其他支援人員等之值班體制，但值班人員不能處理的問題發生時，視必要可以待命呼叫支援者，則可以 C(一般水準)來接受(醫策會，新制醫院評鑑，第四章，提供完備之醫療體制及各部門之管理)。」^①</p>

①為左述題項落實度不足

89 年度的「全靜脈營養輸注液(TPN)調劑作業規範之建立」研究係參考國外靜脈營養輸注液調劑作業規範，分析目前台灣地區靜脈營養輸注液之調劑現況，擬定靜脈營養輸注液調劑作業規範；以及綜合資料提供衛生主管機關作為規範醫療院所靜脈營養輸注液調劑作業的參考，亦可提供醫院評鑑標準相關項目之設定的參考。然目前尚無相關 PN 調劑作業規範於新制評鑑醫院中(見表 64)。

表 64、「89 全靜脈營養輸注液(TPN)調劑作業規範之建立」之應用

研究結果應用建議	實際落實概況
針對未來靜脈營養輸注調劑作業提出建言： 「靜脈營養輸注液(PN)調劑作業規範」建議內容，將提供衛生主管機關作為規範醫療院所靜脈營養輸注液調劑作業，及醫院評鑑相關作業標準設定的參考。	目前尚無相關 PN 調劑作業規範於新創評鑑醫院中。❶

❶為左述題項落實度不足

89 年度的「醫藥分業對藥品流通、藥師功能及西藥販賣業影響之實證研究」研究係針對醫藥分業實施(86 年 3 月 1 日)後二年半至三年半，對藥品流通、藥師功能、西藥販賣業的實際情形及影響，以提供有關單位之參考。該研究對象為 88 年度醫院評鑑及教學醫院合格名單之各層級醫院，包括 17 家醫學中心、61 家區域醫院及 505 家地區醫院，另外亦從 3,278 家健保特約藥局中隨機選取 1,000 家藥局作為本研究之社區藥局樣本，利用結構式與開放式之綜合問卷，郵寄給醫院藥局及社區藥局藥師。

該研究係從藥局經營角度來論台灣藥局現況與發展，而業者的經營策略係屬於自由市場下的產物，在此不針對業者的經營策略多做討論；然在政策的建議方面，近年來藥事政策係以病患為中心的用藥安全為主要重點，包括建置國人用藥安全管理機制，推動用藥除錯防錯計畫，鼓勵社區醫藥合作，截至目前為止，已有 10 個縣市有成功之案例，並持續推動小眾化之社區醫療及健康照護，輔導台北市、高雄市、桃園縣、台中市、台南縣、台南市、南投縣、台東縣實施 8 個「小眾化社區藥事照護網實驗計畫」，並於 93 年度認養 20 個社區，94 年度將再發掘 40 個新社區，認養及推動前項之藥事服務，進而聯成健康網絡。再者，建立藥袋標示資料庫，即將健保特約地區醫院、診所及藥局等 3 單位，申報處方頻次各前 3,000 項之聯集藥品品項，以及患者務必知道用藥資訊之藥品品項，合計約 4,400 項，成立藥袋標示資料庫，內容包括警語、主要適應症、主要副作用、其他用藥指示及外觀描述，94 年計畫將前項之資料庫，推廣至基層之診所及藥局

使用³。至於醫藥分業的政策議題，自八十六年三月實施醫藥分業以來，即開始歷經醫藥兩界的抗爭、民眾的質疑、實施方式的修改等。白璐(2000)針對醫藥分業實施後，對民眾認知與滿意度、民眾看病拿藥及獲得用藥資訊經驗、對醫師釋出處方箋行為與慢性病連續處方箋行為、對藥師工作與社區藥局經營，以及對整體藥費申報用藥種類及費用成長等等之影響，結果發現 1) 醫藥分業實施後，三成以上民眾覺得在用藥保障與藥師服務方面有改善，但民眾對於取藥方便性方面則不甚滿意；2) 醫藥分業的實施初期對增加處方箋釋出有效，但對社區藥局的服務量和營業額並無助益；但對藥師來說最重要的是其專業形象的提升；3) 藥費部份負擔對處方箋釋出的影響不大。(見表 65)

表 65、「89 醫藥分業對藥品流通、藥師功能及西藥販賣業影響之實證研究」之應用

- 樣本計畫名稱：89 醫藥分業對藥品流通、藥師功能及西藥販賣業影響之實證研究 -	
研究結果應用建議	實際落實概況
<p>針對提升藥師的工作專業及工作滿意度提出建議：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 藥局藥師持續接受繼續教育課程訓練，以提高其專業素質。 2. 藥師一面樂見醫藥分業的實施，另一方面卻不看好醫藥分業的推行。 3. 醫院藥局的藥師對工作滿意度略高於社區藥局的藥師；醫院藥局藥師普遍認為工作量過多，社區藥局藥師則對醫藥分業未能達到釋出處方箋感到失望。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 健保局針對藥局藥事人員的專業要求包括每年持續教育 48 小時(健保局 91.12.30 修正)。而現行的藥師持續教育的課程相當多元，除了專業的藥事教育外，亦包括醫療政策、健保制度、經營管理、醫療品質、溝通技巧、藥事倫理及醫療糾紛等議題來多元地培養藥師的專業及人文素養。 2. 3. 白璐(2000)針對醫藥分業實施後的成效評估指出，建議在推動醫藥分業政策上要設法減少醫界藥界的對立，加強取藥方便性的配藥設計，取消簡表申報和訂定藥價基準。

緊急醫療品質相關研究包括兩篇研究。90 年度的「台灣地區緊急醫療網責任醫院對重大災難臨時收治場所規劃研究」其目的在於瞭解臺灣地區各縣市緊急醫療網之責任醫院，對重大災難時如何規劃臨時收治場所，以收容來自院內及院外的大量傷病患。目前在新制醫院評鑑在其第二章「醫院經營管理之合理性」中，已經訂定院內、外緊急災難的應變要求，包括設立機制妥善處理醫院之緊急災

³ 衛生署長於立法院第 6 屆第 1 會期衛生環境及社會福利委員會委員會議之演講稿，2005.04

難，妥善因應重大災難機制，以及建立危機管理機制；但是在新制醫院評鑑制度上，仍未納入臨時收治場所的要求，指載明當醫院發生或面臨重大災難的因應能力上，強調「醫院業者在週邊地區遭遇大規模災難時，應有收容大量傷患的計畫，或能即時派遣救護小組支援」(醫策會，新制醫院評鑑，第二章，2.9.2)。(見表66)

表 66、「90 台灣地區緊急醫療網責任醫院對重大災難臨時收治場所規劃研究」之應用

評核計畫名稱：90 台灣地區緊急醫療網責任醫院對重大災難臨時收治場所規劃研究	
研究結果應用建議	實際落實概況
<p>針對在我国的緊急醫療網推行屆滿十年之際提出建言：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 各地區責任醫院針對大量傷患處置之計劃與能力，已經具有相當的準備與加強。不過，對於醫院本身遭受受害的影響，導致無法運作之撤離，而必須建立臨時收治場所的規劃普遍不夠完備。在實際取得的資料發現，只有半數(40家)的醫院有書面的場地設置計劃。依評分發現，區域醫院得最高分的原因是全體動員與靈活性最高，不過最低分也位在此組，此與醫院人力較缺乏、以及經營者的重視程度有關。 2. 場地的設置地點應該兼顧方便性、實用性、安全性及靈活性。而場地的功能區可事先預設如指揮中心、檢傷區、診療區、手術區、檢驗區、術材存放與供應區、家屬休息區、浴廁區、以及供食區等，尤其是動線更需要完善的規劃。為求發揮臨時收治場所的功能，我們建議取得週遭可利用的資源，彼此預作充分的溝通與協調。醫院的各項評鑑會直接影響醫院經營者的策略與努力方向，而目前醫院的評鑑並未納入臨時收治場所，我們建議將之明定為醫院評鑑的評分項目之一，以提高各家醫院去規劃臨時收治場所的意願與重視的程度。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 新制醫院評鑑在其第二章「醫院經營管理之合理性」中，訂定院內、外緊急災難的應變要求，包括設立機制妥善處理醫院之緊急災難，妥善因應重大災難機制，以及建立危機管理機制。 2. 新制醫院評鑑制度仍未納入臨時收治場所的要求，但在醫院發生或面臨重大災難的因應能力上，強調「醫院業者在週邊地區遭遇大規模災難時，應有收容大量傷患的計畫，或能即時派遣救護小組支援」(醫策會，新制醫院評鑑，第二章，2.9.2)。①

①為左述題項落實度不足

90 年度的「全國性大規模災難醫學訓練計畫」係藉由急診醫學會曾舉行大規模訓練課程之經驗，請國內外專業學者編修本國課程，並協助及訓練醫學人才、民間(非醫療)人員、其他學會或救護人才、全國各縣市衛生局或消防局，並期望將訓練標準化，及列入各醫學中心或區域醫院構成急救責任醫院評鑑標準化，以期全國有標準化，且共同救災醫療之語言及全國通用之災難救護教材；並建立國內已有訓練災難救護人才檔案。

在 921 地震及新航空難的發生，使得國內各界了解到緊急災難發生時的現場醫療救護之重要性。雖然災難發生後，各界的救護人員及各醫院的醫護人員均前往支援，但是常常因為現場人員並未接受過相關的災難救護訓練，並且醫療應變指揮系統的混亂，以致無法有效運用及調配人力。有鑑於此，政府已在國內南、北二地成立兩隊國家級災難醫療救護隊。國家級災難救護隊的功能主要是用於全國性災難且當地醫療資源無法處理時，由衛生署指派來協助災區的大型的急難醫療，如 921 地震的災難。但是地方性的災難或大量傷患事件發生的機率，遠高於全國性的災難，例如新航事件，雖並未達到國家級災難救護隊出動的標準。在災難發生後的 6 小時內為緊急病患最多的時候，此時若要等待國家級災難救護隊的援助，實緩不濟急(陳日昌，長庚災難醫療救護隊網站)。因此，在各地區成立規模較小，機動性較大的災難救護隊以因應地方的需要，實有必要。目前已有地區性的災難救護醫療團隊有嘉縣災難醫療救護隊、花蓮災難醫療救護隊、長庚災難醫療救護隊、宜蘭縣地區災難醫療救護隊、中部災難醫療民間救護隊等等(見表 67)。

中華民國災難醫學會自民國 89 年 12 月 16 日成立之後，每年舉行會員暨學術研討會，並且進行災區醫療實務教育訓練以及模擬演練研討會，且於民國 93 年 02 月 12 日訂案災難醫學專科醫師甄審辦法，來提昇國內對災難醫學的專業性，此法係參照衛生署所公佈之「專科醫師分科及甄審辦法」，辦理災難醫學專科醫師(第二專科)甄審。

表 67、「90 全國性大規模災難醫學訓練計畫」之應用

研究結果應用建議	實際落實概況
<p>針對目前推展全國性大規模災難醫學訓練計畫，提出未來執行時程：</p> <ol style="list-style-type: none"> 擬將全國性大規模災難醫學訓練計畫在二年期內國際化 目前已經完成國際災難醫學會之教材綱要中文文化，下一步為其內容完成中文文化，以利教學推展至民眾。 推展十支災難醫療救護隊，目前僅台北市成立二支災難醫療救護隊，下一年度要在加速推廣至東部和離島成立災難醫療救護隊。 	<ol style="list-style-type: none"> 所成軍的北、南兩大國家級災難醫療救護隊成立之後，目前僅餘 93 年 12 月到印尼救護海嘯災民。 無 ① 政府已在國內南、北二地成立兩隊國家級災難醫療救護隊。國家級災難救護隊的功能主要是用於全國性災難且當地醫療資源無法處理時，由衛生署指派來協助災區的大型急難醫療。其他區域亦有成立地區性災難救護隊。

①為左述題項落實度不足

其他相關醫療品質相關研究敘述如下。81 年度的「中部地區住院三十天以上患者長期住院因素之分析研究」在於探討在急性綜合醫院住院超過三十天患者的長期照護需求，並分析探討現階段台灣地區長期照護設施的供需狀況，以期研擬我國推展長期照護系統之可行方案。「81 復健病患居家照顧的調查研究」以提升復健醫療服務品質為宗旨，深入探討國內復健病患居家照顧的情況和需求，同時徵詢患者和配偶對於復健居家照顧的意見。綜合所得再以國外現行復健居家照顧制度作為借鏡，規畫一套較完整且具效益之復健居家照顧制度。此兩篇研究係以建議推動台灣長期照護服務，來因應國民對長期照護的需求。近十年來，不管在在社會福利、衛生醫療以及長期照護學會等領域方面，台灣的長期照護領域有相當大地成長，見附錄一。而該兩篇研究在所提政策建議在實務的軟硬體方面都已獲得相當程度地落實；但目前學界並無相關的長期照護醫療服務的經濟評估研究(見表 68-69)。

表 68、「81 中部地區住院三十天以上患者長期住院因素之分析研究」之應用

評核計畫名稱：81 中部地區住院三十天以上患者長期住院因素之分析研究	
研究結果應用建議	實際落實概況
<p>針對政策上建議以醫療保險機制推展長期照護服務，包括：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 本研究發現調查總急性床數 4938 床中，有 4.17% 可以長期照護設施取代或出院。 2. 宜盡速檢討或評估其試辦之經濟效益(居家照護、長期療養機構療養、日間住院)，為有將其列於「給付範圍」，才能大力推展這些長期照護設施。 3. 住院超過三十天患者中有 84.4% 係保險患者，住院費用由保險機構支付，患者本身較少財物壓力，易造成不必要之住院。 4. 若能過度利用公勞保的財務機轉促成適合接受「長期照護設施」的患者離開設備及人員成本高的急性病床，有助於長期照護的發展，節省醫療資源。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 3. 4. 請見近十年的長期照護發展史。 2. 缺乏有關長期照護經濟效益的評估研究。❶

❶ 為左述題項落實度不足

表 69、「81 復健病患居家照顧的調查研究」之應用

評核計畫名稱：81 復健病患居家照顧的調查研究	
研究結果應用建議	實際落實概況
<p>針對人員需求方面，來為未來規劃復健居家照顧機構的人力規劃參考：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 由研究結果顯示對復健居家照顧的需求相當高，探究其原因為：(1)醫院成本會計之經濟壓力；(2)人口結構之改變；(3)降低醫療照顧費用。 2. 復健患者居家照顧之問題：(1)多數患者遭遇環境上的障礙(如住家有樓梯、無防滑設備等)，建議應推展無障礙環境設施。(2)患者主要經濟來源包括自己、父母、子女，但患者與配偶收入多在 5000 元以下，但社會福利機構之資助屬少數。(3)在家施行居家治療大部分靠家人及自己，患者與配偶多以患者能獨立生活為目標，因此應積極推展復健居家照顧。 3. 根據該研究結果規劃復健病患居家照顧實施方案，擬訂組織與運作方式，期盼在與社區醫療相結合，能建立良好的復健居家照顧制度。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 3. 中華民國長期照護協會在 81 年居家護理區域計畫中，在各分區及全國性之討論會中，不論是居家護理學員或輔導員均一致贊同組成一個專業團體，以繫彼此之向心力，藉由 45 位發起成立該協會，共同為促進台灣長期照護體系之健全發展。該協會網頁相當完備，適合醫療專業人員、民眾以及學術工作者在了解及需求台灣長期照護服務資訊者來使用，網站上訊息包括會務消息、研習訊息、長期照護專業發展、長期照護專業法規、強照護機構查詢、求職看板、協會出版等等(中華民國長期照護協會，http://www.ltcpa.org.tw/index.htm)。 <p>● 請見近十年的長期照護發展史</p>

81 年度的「短期心理治療對精神科門診病人之療效」研究係為了解短期個別心理治療對精神科門診精神官能症病人的治療結果，並提升精神科門診的醫療品質。該研究係為臨床方面的應用，並無政策方面的應用。

82 年度的「醫療保險對高科技高價位醫療服務影響之研究：以電腦斷層攝影掃描儀與磁共振影像儀為例」研究係欲了解各類保險病人，於不同醫療機構中

對電腦斷層攝影掃描儀之使用情形，並且探討相同特性醫療機構中，不同保險病人對電腦斷層攝影掃描儀之使用情形，以及了解保險病人與自費病人，於不同醫療機構中對磁共振影像儀使用情形。目前健保局對於健保局針對特殊診療、藥品及特材有進行事前審查作業，需要事前審查項目則需填寫申請表格，然電腦斷層攝影掃描儀與磁共振影像儀目前在健保支付方式中是屬於即時線上申報類型，不需要事先審核。另外，對於藥物、診療、特材等經濟效益評估以及行為學方面的研究，目前在台灣學界、實務界仍屬於萌芽階段，需要政府及相關主管機關大力推廣(見表 70)。

表 70、「82 醫療保險對高科技高價位醫療服務影響之研究：以電腦斷層攝影掃描儀與磁共振影像儀為例」之應用

評核計畫名稱：82 醫療保險對高科技高價位醫療服務影響之研究：以電腦斷層攝影掃描儀與磁共振影像儀為例	
研究結果應用建議	實際落實概況
<ol style="list-style-type: none"> 1. 朝高科技高價位醫療服務使用的原始檢查病因及不同疾病嚴重度與各保險別使用率的關係去探討。 2. 建議可以從經濟、心理、社會、法律、文化、倫理等層面來討論醫療供給者的行為。 3. 對於電腦斷層掃描儀和磁共振造影儀在同一病人身上重覆檢查使用，以及浪費醫療資源的現象，應儘快著手研究調查清楚。並可收集調查在那些疾病之病例組合或病情狀況下，電腦斷層的檢查效果不好，須要用磁共振造影來檢查，以提供給保險單位未來開放磁共振造影儀檢查給付時，決定「適應症」範圍的參考依據。 4. 建議往衛生署在做醫院評鑑工作時，可將醫院在病人基本資料的登錄建檔管理上，予以標準化規定。同時並建立高科技高價位醫療服務使用率的呈報制度，以便在醫療制度規劃及醫療品質監測上有更完整正確的參考指標。 5. 門診及住院部份的電腦斷層掃描儀使用率和醫院的服務能量如平均住院日、占床率等關係值得未來進一步研究。另外，醫院的資源投入產出和醫院的經營管理策略對電腦斷層掃描儀使用率的影響，也是未來研究的重點之一。 6. 對高科技高價位的醫療服務採取指導性或誘因性管理措施，建立全國統一管理單位，並進行諸如成本效益分析(CEA & CBA)的醫療科技評估審查工作。 7. 建議政府有關當局應建立一個有效管制機制來篩選需要病人，如訂定高科技高價位醫療服務的使用基準(Criteria)或使用時機(Timing)，並要求擁有此類尖端醫療科技儀器的醫院來確實做好病人的相關基本資料，包括申請單、報告單及病歷記錄建檔工作，以利定期評估其效益。 	<ol style="list-style-type: none"> 1.7. 健保局針對特殊診療、藥品及特材有進行事前審查作業，需要事前審查項目則需填寫申請表格 http://www.nhi.gov.tw/07information/bbs/data/0890036465-20.doc ** 目前電腦斷層攝影掃描儀與磁共振影像儀等醫療處置並不需要事前審查，係為線上即時申報即可。此兩項處置現在非屬於高價位處置。 2.-6. 對於藥物、診療、特材等經濟效益評估以及行為學方面的研究，目前在台灣學界、實務界仍屬於萌芽階段，需要政府及相關主管機關大力推廣。●

●為左述題項落實度不足

83 年度的「台灣地區聽力檢查設施之調查與評估」研究係欲了解及評估台灣地區聽力檢查之軟、硬體設施情形，以及評估台灣地區聽力檢查品質情形，並且依據檢測及評估結果討論聽力檢查室之基本需求條件，以及評估及訪視之結果提供衛生主管機關實施品質管制及輔導改善之參考。

目前「聽力師及語言治療師法」已經推動近四年(從 91 年起)，但其行政院版草案目前尚在衛生署法規會，其後必須要再經過行政院會，因此公告公告期時間可能將延後。目前中華民國聽力語言學會理事長及立法委員會全體目前正努力到國會辦公室拜訪立法委員，希望盡快取得聽語師法立法連署，即由立法委員提法案，並且至少必須要超過 30 名立委連署方能成案(中華民國聽力語言學會，<http://www.slh.org.tw/>)。

聽力檢查是一項用來量測因噪音所造成聽力傷害之有利工具，然而準確而成功的聽力檢查必須仰賴良好的檢查環境，特別是聽力檢查室背景音量的大小是影響聽力檢查品質最重要的因素之一。張淑如、陳秋蓉、陳兩興、陳興(2000)針對全國 92 家勞工健康檢查指定醫療院所之聽力檢查室來進行背景音量測定及其頻譜分析，藉以了解現今國內醫療院所聽力檢查室的實際狀況。結果發現，針對 92 家健檢指定醫療院所 119 間聽力檢查室各分頻背景音量測量結果發現，各分頻背景音量最好與最差的差距平均值為 65.3dB，顯示該些醫療院所的聽力檢查室優劣差距甚大；而再以各分頻個別檢視，則發現各檢測醫院的分頻背景音量隨著頻率的降低而增高，顯示聽力檢查室較無法阻隔低頻的音量。若與美國 OSHA 1983 標準值比較，發現有 93.3%的聽力檢查室合於標準；而若與較嚴格的美國 ANSI 1991 標準做比較時，則各分頻完全符合標準的聽力檢查室只剩 37.0%。另外，健檢巡迴車內聽力檢查室其各分頻的背景音量值幾乎都高於其他醫院內聽力檢查室的平均音量值；若與美國 OSHA 1983 或 ANSI 1991 等標準比較時，均有半數以上的頻率超出標準，顯示健檢巡迴車可能無法取代一般醫院內的聽力檢查室進行聽力檢測的工作。國內迄今尚無聽力檢查室的設置規範與標準(見表 71)。

表 71、「83 台灣地區聽力檢查設施之調查與評估」之應用

研究結果應用建議	實際落實概況
<p>針對臨床及衛生主管機關提出建言：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 確定聽力檢查技術人員定位，訂定聽力檢查技術人員之技師或技能檢定辦法。 2. 聽力檢查儀校正標準應比照時下辦理之儀器校正規定，以建立準確性及公信力。 3. 聽力檢查室規格標準應予以規範，以人耳正常所能忍受之輕微干擾音壓階而言，聽力檢查室內部之噪音量全頻音壓階值應以 45 分貝以下為原則。 4. 計畫查訪對象為衛生署及勞工委員會共同核准辦理勞工健康檢查之指定醫院，但卻仍有近三成之健檢醫院缺乏聽力檢查設施及訓練合宜人員以實施聽力損失項目之檢測，建議應對該等醫院予以輔導改善。 5. 台灣地區勞工保險局已於日前公佈對噪音作業勞工將實施由勞保給付費用之健康檢查，建議勞保局針對開辦有聽力損失檢查業務之勞保特約醫院實施清查。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 「聽力師及語言治療師法」已經推動近四年(從 91 年起)，目前行政院版草案目前尚在衛生署法規會，其後必須要再經過行政院會，因此公告公告期時間可能將延後。目前中華民國聽力語言學會理事長及立法委員會全體目前正努力到國會辦公室拜訪立法委員，希望盡快取得聽語師法立法連署，即由立法委員提法案，並且至少必須要超過 30 名立委連署方能成案(中華民國聽力語言學會，http://www.slh.org.tw/)。❶ 2. 3. 聽力檢查是一項用來量測因噪音所造成聽力傷害之有利工具，然而準確而成功的聽力檢查必須仰賴良好的檢查環境，特別是聽力檢查室背景音量的大小是影響聽力檢查品質最重要的因素之一。張淑如、陳秋蓉、陳兩興、陳興(2000)研究指出醫療院所的聽力檢查室優劣差距甚大。健檢巡迴車可能無法取代一般醫院內的聽力檢查室進行聽力檢測的工作。國內迄今尚無聽力檢查室的設置規範與標準。❶ 4. 並無相關單位進行此項工作。❶ 5. 勞委會勞工安全衛生處配合台灣醫院評鑑制定，規定必須要地區教學級以上醫院才可進行勞工聽力鑑查。

❶ 為左述題項落實度不足

82 年度的「台灣地區物理治療人員執業倦怠情形及其相關因素探討」研究係欲建立現階段台灣地區物理治療人員職業倦怠發生的型態，並比較不同年齡層的物理治療人員職業倦怠現象之差異，以及比較不同行為組型的物理治療人員職業倦怠現象之差異，該研究主要訴求提升及重視物理治療人員的角色。而物理治療師法已於民國 84 年 2 月 3 日公佈，並於民國 91 年 6 月 12 日進行修正(見表 72)。

表 72、「82 台灣地區物理治療人員執業倦怠情形及其相關因素探討」之應用

研究計畫名稱：台灣地區物理治療人員執業倦怠情形及其相關因素探討	
研究結果應用建議	實際落實概況
<p>針對目前台灣地區物理治療人員職業倦怠現象，提出建議：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 台灣地區物理治療人員職業倦怠現象，除自我成就感較差外，感情耗竭與漠視人性的情形並不明顯。由於職業倦怠現象會造成專業人才的流失，而物理治療人員一直處於高流失率的情形，因此不得不重視職業倦怠現象及其相關因素。 2. 本研究作者認為影響職業倦怠的因素與證照制度的不健全有極大的關係，應早日制訂物理治療師法，以保障物理治療專業人員的地位與權利，並改善物理治療人員的工作環境與建立良好的醫療制度，則可降低職業倦怠現象，而可解決部份流失率的問題。 	<p>物理治療師法已於民國 84 年 2 月 3 日公佈，並於民國 91 年 6 月 12 日進行修正。</p>

89 年度的「慢性疾病營養諮詢之需求評估—以痛風為先驅研究主題」研究係欲了解台灣現階段痛風防治現況，並探討營養諮詢在痛風防治所扮演的角色。除此之外，病患和醫護人員及營養師隊營養諮詢之需求及效能評估亦在本研究進行評估。所得研究結果希望作為現今營養諮詢之方式之檢討與改進的方向。

對於國民疾病營養諮詢的介入，近年來在政府與民間業者皆有相當地落實，包括家庭醫師整合性試辦計畫、國健局之近年兩項國民健康訪問調查(民國九十年國民健康訪問調查以及民國九十一年國民健康促進知識、態度與行為調查)、國民健康業務、社區健康營造等等，另外，醫療院所業者也開始發展營養諮詢門診、講座及網站，以及健康管理顧問公司與健診業者的投入，使得國內對於民眾健康促進與慢性病防治邁向更新的里程碑。

在過去醫院評鑑並未有營養師參與，而在新制醫院評鑑中列入相當的角色與作業，將提升營養師在病患健康保健及醫療的角色。新制醫院評鑑制度中，針對第五章「適當的醫療作業」的病歷記錄的完整性大項，將病症之需要會診時，應照會適切的會診醫師、營養師等醫事相關人員，並且有記錄可查之要點列入審查。另外，新制醫院評鑑中在第五章「適當的醫療作業」中新增『個別病人營養管理及飲食指導』項目，包括評估特殊病人的營養狀況，確認飲食指示及變更，

表 73、「89 慢性疾病營養諮詢之需求評估—以痛風為先驅研究主題」之應用

研究結果應用建議	實際落實概況
<p>針對醫療衛生政策的具體建議：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 加強國內營養推廣與慢性病防治的相關政策。 2. 落實各級醫療公衛機構聘用足夠營養師。 3. 制定「衛教病歷」及落實慢性病患疾病控制之追蹤服務。 4. 訂定各疾病營養諮詢之標準治療流程。 5. 提高營養服務於醫院評鑑之比重 6. 由具公信力之專業團體及健保局訂定各級醫院營養諮詢門診收費及給付標準。 7. 提升營養專業人員於行為改變及溝通諮詢理論之素養。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 相關國民健康保健的政策或活動，包括家庭醫師整合性試辦計畫、國健局之近年兩項國民健康訪問調查、國民健康業務、社區健康營造等等，另外，醫療院所業者也開始發展營養諮詢門診、講座及網站，以及健康管理顧問公司與健診業者的投入，使得國內對於民眾健康促進與慢性病防治邁向更新的里程碑。 2. 在過去醫院評鑑並未有營養師參與，而在新制醫院評鑑中列入相當的角色與作業，將提升營養師在病患健康保健及醫療的角色。我國醫事人力規劃政策建言書(90年6月)指出，目前營養師人數之供應遠超過就業市場需求；然目前在醫療公衛機構並未明訂營養師的所需人力。 3. 新制醫院評鑑制度中，針對第五章「適當的醫療作業」的病歷記錄的完整性大項，將病症之需要會診時，應照會適切的會診醫師、營養師等醫事相關人員，並且有記錄可查之要點列入審查。 4. 5. 已於新制醫院評鑑中在第五章「適當的醫療作業」中新增「個別病人營養管理及飲食指導」項目，包括評估特殊病人的營養狀況，確認飲食指示及變更，對病患實施營養指導，制定符合病況的營養指導內容及手冊，實施營養記錄，以及共享資訊等等。另外，在第六章「提供適切之護理照護」裡，強調病患的營養管理及飲食指導(醫策會，新制醫院評鑑)。 6. 目前醫療院所的營養諮詢門診仍屬於自費項目。① 7. 中華民國營養師公會全聯會係依營養師法設立，以聯合全國之營養師公會，增進營養專業知能共謀營養專業發展，促進國民營養，維護營養師權益及提昇營養師地位為宗旨。全聯會下有三個會員，即台北市營養師公會、台灣省營養師公會、高雄市營養師公會。台灣省營養師公會下有台北縣營養師公會等 12 個地方公會。全聯會與各地方公會負責事宜不僅相同，目前全聯會負責的事務性業務有會訊編輯、繼續教育學分申請與登錄等，各地方公會負責的是與各地方公會會員間的連繫，包括各會員的任何異動(包含執業、停業、歇業、復業、變更執業或遷移事務所地址變更)，以確保營養專業人員的專業素質。但目前各大專院所營養系所及持續教育訓練並無針對營養專業人員的溝通及行為改變的課程進行設計。目前僅中山醫學大學營養系臨床組規劃一門「臨床衛教」課程。②

①為左述題項落實度不足

對病患實施營養指導，制定符合病況的營養指導內容及手冊，實施營養記錄，以及共享資訊等等。另外，在第六章「提供適切之護理照護」裡，強調病患的營養管理及飲食指導(醫策會，新制醫院評鑑)。其它有關該研究之政策落實狀況請見表 73。

90 年度的「台灣急性醫院護理品質監測指標系統化之建立」研究目的在建立並統一我國醫院護理品質之監測指標。期望藉統一國內各醫院護理品質監測指標名稱、定義、計算公式與資料收集工具，建立護理品質評價上的共通語言並具可比較性，以為未來我國護理品質認證之參考。但目前正式的學會或衛生主管機關在收錄「住院病人跌倒發生率」及「非計畫性氣管內管滑脫率」的指標內容，只有 TQIP 有收載跌倒指標(見表 74)。

表 74、「90 台灣急性醫院護理品質監測指標系統化之建立」之應用

評核計畫名稱：90 台灣急性醫院護理品質監測指標系統化之建立	
研究結果應用建議	實際落實概況
<p>針對研究結果進行應用性描述： 本研究係採描述性研究設計，以專家鑑別(jury opinion)模式檢討並歸納統一安全照護層面之護理品質監測指標，由各院目前使用之指標經文獻查證與兩次護理品質委員會及四次專家諮詢會議，統一護理品質監測指標安全層面之住院病人跌倒發生率及非計畫性氣管內管滑脫率之名稱、定義、計算公式、資料收集工具，及使用指引手冊等，並經初步試用。此計算公式可排除因病人病情嚴重度所造成之偏差，而能真正顯示護理照護之品質，此公式未來可以提供衛生主管機關發展品質監測指標之參考。</p>	<p>目前正式的學會或衛生主管機關在收錄「住院病人跌倒發生率」及「非計畫性氣管內管滑脫率」的指標內容，只有 TQIP 有收載跌倒指標。①</p>

① 為左述題項落實度不足

90 年度的「高雄市各層級醫療院所推行母嬰親善醫院之調查及其成效之探討」研究係欲了解目前高雄市各層級醫院推行母嬰親善之現況，並了解各級醫院之醫療人員對哺餵母乳之態度，同時探討醫院之措施對產婦哺乳方式之影響。

行政院衛生署自民國 87 年起委託台中市衛生局試辦母嬰親善醫院推廣計劃後，完成第一階段初步推動母嬰親善醫院之標記，之後由台北市政府衛生局先行

試辦，完成初步推動母嬰親善醫院認證制度。民國 88 年於台北市衛生局試辦期經數次會議及 89 年於台北市 17 家醫院試辦認證評鑑後，修訂而成本土化的母嬰親善醫療機構認證標準。開始全國評鑑後，根據每年的評鑑結果做修正，最終目標在達到國際「愛嬰醫院 (Baby Friendly Hospital Initiate)」之全球標準。民國 90 年起委託台灣婦產科醫學會辦理母嬰親善醫療院所認證評鑑方式，每年四至五月受理申請，七月至十月期間進行實地評鑑，實地評鑑分產、官、學三部份，至各醫療院所針對醫療機構行政政策制定、院內工作人員知識及技術、孕產婦實際接受母嬰同室及哺育知識及技巧等進行評鑑。在母嬰親善醫院認證工作成果表現中，90 年有 38 家醫療院所通過母嬰親善醫療院所認證評鑑，參與認證醫院之產婦產後一個月哺乳率純母乳哺育率為 24.03%、混合哺育率為 41.86%、總哺餵率為 65.89%；91 年有 58 家醫療院所通過母嬰親善醫療院所認證評鑑，參與認證醫院之產婦產後一個月純母乳哺育率為 26.68%、混合哺育率為 41.84%，以及總哺餵率為 68.52%。在衛生署中程施政計畫重點內容亦指出，推動整體優生保健服務，提升人口素質，其中一項重要施政指標即全面營造親善的哺乳環境，提升母乳哺育率，輔導醫療院所營造母嬰親善環境，及辦理母嬰親善醫療院所評估作業。獎勵於公共場所及職場設置哺(集)乳室，營造良好的哺乳環境。並且培訓母乳哺育諮詢人員、社區志工，及普設母乳哺育諮詢專線，以及協調嬰兒奶粉廠商自我約束其促銷及廣告活動。(參考國民健康局網站資料)(見表 75)

表 75、「90 高雄市各層級醫療院所推行母嬰親善醫院之調查及其成效之探討」之應用

評核計畫名稱：90 高雄市各層級醫療院所推行母嬰親善醫院之調查及其成效之探討	
研究結果應用建議	實際落實概況
<p>針對產科醫療機構人員及一般民眾提出建議：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 加強哺餵母乳相關知識。特別是在「母親感冒時不能哺餵母乳」、「B 型肝炎帶原者的母親可以放心地哺餵母乳」、「餵母乳應在嬰兒要吃奶時就餵乳，不一定要固定間隔」、「餵母乳將導致新生兒生理性黃疸情形更加嚴重」、「放置在冷凍庫的母乳可以儲存 3 個月之久」、「產後每次餵母乳前均需先做乳房護理」等主題部份。 2. 目前國內有關於專門指導醫護人員如何支持產婦成功哺餵母乳之教科書尚付之闕如，未來如果結合學界臨床實務工作者能將最新的哺餵母乳相關知識整合並出版以供專業人於參考，則對於產科機構人員在推行哺餵母乳時將有莫大的幫助。 3. 有計畫地參與母嬰親善醫院的評鑑將可使得該產科機構在母嬰親善環境的建構中成為更符合支持產婦成功哺餵母乳的理想環境，因此在推行母嬰親善醫院評鑑時應考量各機構可能遭遇到之困難並予以協助，以鼓勵更多的產科機構建構母嬰親善的環境。 4. 未來母乳哺餵推廣策略上除了重視促使讓母親開始哺餵母乳以外，也應研擬策略以支持母親成功的延長哺餵母乳的時間。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 行政院衛生署國民健康局參的世界衛生組織及聯合國兒童基金會的「成功哺餵母乳的十大步驟」，進行國內母嬰親善醫院的推動，目的在在創造一個讓母乳哺育成為常規的醫療照顧環境，給予每個嬰兒生命最好的開始。 ● 國健局優生保健組設置「母乳哺育」資訊網站，包括哺乳資訊、國際母乳哺育週、母嬰親善醫院、衛教資料、專業園地、相關政策、哺集乳室、母乳庫、相關法規以及國內諮詢網路等八大單元，如母乳衛教單張、幫助母親哺餵母乳藍皮書、如何開始哺餵母乳、自學教材、母乳哺育-哺乳問題解答、產前的準備、母乳哺育-宣導短片、母乳哺育問答手冊、成功哺餵母乳的十大步驟、哺乳禁忌等等。這些資料可以提供醫療人員以及民眾對於母乳哺餵的知識與教育。

90 年度的「醫院應用網際網路現況與因應策略研究」係欲了解國內醫院應用網際網路的現況，以及國內醫院因應網路趨勢的策略選擇；並同時探討醫院內外部環境、醫院特性對醫院應用網路現況與因應策略的影響。該研究所建議的包括醫療網站的管理規範、協助民眾獲得正確且有品質的醫療資訊與諮詢服務、考慮將醫院應用網站程度納入醫院評鑑標準，以及誘導醫院投入資源於網站應用，如網路預約掛號等等，在近年網際網路及電子資訊科技普及的情況下接得到相當的迴響。舉例來說，目前健保局網站已有針對民眾所提供醫療品質資料揭密，提供的資料包括區域級以上之各醫院的總床數及每日佔床率現況，另外，為了便利被保險人了解各醫院醫療資源利用情形，自 94 年起，將各醫院 IC 卡上傳及費用申報資料上網公開，初期以 IC 卡上傳件數及費用申報點數作統計，呈現每週件數及每月申報點數資料，已呈現各醫院提供之門診、急診、住院之服務量，並了

解各醫院之營運狀況。在健保局網站亦設有病患與消費者的醫療品質分享專區 (<http://www.hcquality.helthe.net/>)。該網頁於健保實施 10 週年之際，分為兩階段來完成網頁建構，包括第一階段（93 年 10 月 15 日至 94 年 3 月 1 日）針對 1) 全民健保醫療品質指標：將已公佈的全民健保醫療品質指標，解釋說明成一般民眾可了解的內容，包括有健保總額西醫醫院和健保總額西醫診所的醫療品質指標。2) 個別醫院的醫療品質資訊：提供有醫療品質專區的醫院網頁的連結。3) 機構搜尋：提供搜尋醫院、診所、藥局等健保特約醫事機構，和長期照護機構的網頁的連結。4) 病人安全：有國內外相關網頁的連結。以及 5) 使用者意見的回饋：留言版、電子信箱，和線上問卷。第二階段（94 年 3 月 1 日至 94 年 7 月 31 日）係新增 1) 全民健保醫療品質指標：增加健保總額牙醫門診和健保總額中醫的醫療品質指標。2) 機構搜尋：增加搜尋病友團體的功能。3) 使用者意見的回饋：回饋意見的處理和統計。以及 4) 充實並改進第一階段的內容。至 94 年 7 月 31 日止將全部建構完成。此些資訊的揭露係以民眾可以了解的文字和內容，來方便民眾使用的訊息，提供對民眾有用的醫療品質資訊。讓醫療品質資訊，成為民眾就醫的重要參考，有助於健保醫療品質的提升(<http://www.hcquality.helthe.net/>)。另外，在新制醫院評鑑內容第二章「醫院經營管理之合理性」中亦強調醫院的資訊管理功能，包括設立資訊管理專責人員或部門，確保資訊的機密性、可用性與完整性，禁止非相關人員進入或存取資料來防止病患資訊外洩，蒐集院內醫療活動或診療績效等統計資料及財務資料，監控醫療品質相關指標，以適當提供院外及院外需求，同時必須建立電腦緊急危機處理機制。

至於該計畫所提出的醫院提供網路掛號功能建議，目前全台灣約有 159 醫院⁴可以藉由網路奇摩網站進行搜尋而進入醫院網頁預約掛號(見表 76)。

⁴ 由本研究人員進行網路搜尋計算可以由網路預約掛號的醫院數。

表 76、「90 醫院應用網際網路現況與因應策略研究」之應用

研究結果應用建議	實際落實概況
<p>針對衛生主管機關與醫院管理者提出建議：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 考慮建立醫療相關網站的管理規範和評鑑制度，協助民眾獲得正確且有品質的醫療資訊與諮詢服務； 2. 考慮將醫院應用網站程度納入醫院評鑑標準，誘導醫院投入資源於網站應用。 3. 對於醫院管理者，建議提供網路預約掛號的功能，並建立與民眾互動的服務機制，並針對網站功能進行評估，有效運用醫院網站行銷功能。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 目前健保局網站已有針對民眾所提供醫療品質資料揭密，提供的資料包括區域級以上之各醫院的總床數及每日佔床率現況，另外，為了便利被保險人了解各醫院醫療資源利用情形，自 94 年起，將各醫院 IC 卡上傳及費用申報資料上網公開，初期以 IC 卡上傳件數及費用申報點數作統計，呈現每週件數及每月申報點數資料，已呈現各醫院提供之門診、急診、住院之服務量，並了解各醫院之營運狀況。在健保局網站亦設有病患與消費者的醫療品質分享專區 (http://www.hcquality.helthe.net/)。 2. 新制醫院評鑑內容第二章「醫院經營管理之合理性」中強調醫院的資訊管理，包括設立資訊管理專責人員或部門，確保資訊的機密性、可用性與完整性，禁止非相關人員進入或存取資料來防止病患資訊外洩，蒐集院內醫療活動或診療績效等統計資料及財務資料，監控醫療品質相關指標，以適當提供院外及院外需求，同時必須建立電腦緊急危機處理機制。 3. 目前網路上可查獲的網路掛號系統醫院為三軍總醫院、大千綜合醫院、中山醫院、中國醫藥學院附設醫院、五倫綜合醫院、天主教修女聖保祿醫院、天主教耕莘醫院、天主教聖保祿醫院、天主教聖馬爾定醫院、北醫附設醫院、台中榮總、台北市立中興醫院、台北市立中醫醫院、台北市立陽明醫院、台北市立療養院、台北市立聯合醫院、台北市立聯合醫院松德院區、台北市立關渡醫院、台北秀傳、台北長庚、台北慢性病防治院、台北榮總、台北縣立醫院、台北醫院城區分院、台安醫院、台東馬偕分院、台東基督教醫院、光田綜合醫院、成大醫院、竹山秀傳、沙鹿童綜合醫院、阮綜合醫院、亞東紀念醫院和信醫院、奇美醫院、岡山秀傳、東元綜合醫院、東元綜合醫院、林口長庚、林新醫院、花蓮慈濟醫院、金門縣立醫院、門諾醫院、南門綜合醫院、南門綜合醫院、南門醫院、屏東基都教醫院、屏東基督教醫院、屏東基督教醫院、省立基隆醫院、英醫院、員山榮民醫院、埔里基都教醫院、埔里榮民醫院、思主公醫院、桃園榮民醫院、桃園榮民醫院、桃園醫院新屋分院、耕莘醫院永和分院、財團法人仁愛醫院大里院區及台中院區、財團法人天主教若瑟醫院、財團法人天主教聖功醫院、財團法人振興復健醫學中心、財團法人康寧醫院、馬偕醫院淡水、台北院區及新竹院區、台東分院、高雄小港醫院、高雄小港醫院、高雄市立婦幼醫院、高雄市立聯合醫院、高雄長庚、高雄長庚、高雄榮總、高雄縣立岡山秀傳醫院、高雄縣岡山醫院、高雄醫學大學附設中和紀念醫院、國軍斗六醫院、國軍台中總醫院、國軍左營醫院、國軍左營醫院、國軍岡山醫院、國軍金門醫院、國軍桃園醫院、國軍高雄醫院、國泰綜合醫院及新竹院區、內湖分院、基隆市立醫院、基隆長庚、基隆長庚醫院、敬盛醫院（經國院區、三民院區）、連江縣立醫院、連江縣立醫院、郭綜合醫院、博仁綜合醫院、華濟醫院、慈惠醫院、慈惠綜合醫院、慈濟大林醫院、慈濟醫院、新光醫院、新店慈濟醫院、新樓醫院、楊梅新天成醫院、萬芳醫院、署立八里療養院、署立中興醫院、署立台中醫院、署立台北醫院、署立台北醫院、署立台東醫院、署立台南醫院、署立台南醫院、署立台南醫院、署立五里醫院、署立五里醫院、署立朴子醫院、署立竹東醫院、署立竹東醫院、署立宜蘭醫院、署立宜蘭醫院、署立花蓮醫院、署立花蓮醫院、署立花蓮醫院、署立南投醫院、署立屏東醫院、署立屏東醫院、署立屏東醫院恆春分院、署立苗栗醫院、署立桃園療養院、署立桃園療養院、署立桃園醫院、署立桃園醫院、署立胸腔病院、署立草屯療養院、署立基隆醫院、署立基隆醫院、署立雲林醫院、署立新竹醫院、署立新竹醫院、署立嘉南療養院、署立嘉義醫院、署立彰化醫院、署立旗山醫院、署立樂生療養院、署立澎湖醫院、署立澎湖醫院、署立豐原醫院、義大醫院、嘉南療養院、嘉義長庚、嘉義基督教醫院、彰化基督教醫院、臺大醫院、臺安醫院、鳳林榮民醫院、墾新醫院、羅東博愛醫院、羅東聖母醫院、蘇澳榮民醫院等 159 家醫院。

第二節 評核與「醫學教育與臨床教學品質」主題相關計之

政策落實性分析

80 年至 92 年度的科技計畫研究中，共計約有 16 篇研究與醫學教育及臨床教學品質主題相關。本小節繼續延續第二章節中，所針對的受評核研究的評核主題分類情形，來進行本章節的研究結果之政策落實性評核分析。

1. 基層醫療教育與制度

基層醫療教育主題在早期(80 年代初期)即為主要的探討重點，主要相關的計畫包括 81 年度的「台灣基層執業醫師擔任家庭醫學導師可行性之研究」、81 年度的「基層醫療指數與醫學生、實習醫師、住院醫師未來執業方式及其影響因素之調查」，以及 82 年度的「台灣地區醫學生對家庭醫學態度及從事基層醫療意願之探討」等等，該些研究主要欲促成政策方面對於醫學生在基層醫療方面的人文與醫學知識的培養，包括家庭醫學方面的導師教育制度、專門委員會的設立以及知識、態度的建立等等。

在醫學教育課程方面，根據衛生主管相關機構、正式學會以及各醫學院校的学校教育課程的資訊揭露，發現在基層醫療方面的養成與訓練已規劃相關基層醫療的正規課程訓練與人文素養課程培養，請見表 77。而有關於基層醫療政策改革的議題主要為衛生署在 92 年 3 月 1 日公告實施家庭醫師整合性試辦計畫，希望藉由成立社區醫療群來提供民眾整體性的初級醫療與預防保健服務；並藉由基層醫師團隊中的各位醫師負責擔任家庭醫師，以及與合作醫院形成社區照護網絡來共同組成「計畫執行中心」，建立以社區為範疇、以民眾為對象的「社區照護網絡」，期以 1) 建立家庭醫師制度，提供全人醫療照護，提升醫療品質；2) 建立基層醫療院所與醫院之合作關係，提供民眾周全性、協調性與持續性的服務；3) 促進分級醫療及雙向轉診；以及 4) 減少醫療浪費，合理控制醫療支出。另外，

為建立本土化之轉診模式，衛生署規劃在全民健保家庭醫師整合性照護制度試辦計畫的基礎上，推動以社區醫療為導向、以社區病人為中心，進行健康管理，並提倡依各社區醫療之特色，利用基層醫師與合作醫院間雙向轉診資訊，強化整合社區中慢性病患管理資源，充實病人自我健康管理的能力。門診基本部分負擔於94年7月15日以「逕赴就醫」或「轉診」二類方式分別計收，包括（一）未經轉診逕赴各層級就醫時，醫學中心計收360元、區域醫院計收240元、地區醫院計收80元、基層院所計收50元；如經轉診時，醫學中心計收210元、區域醫院計收140元、地區醫院計收50元、基層院所計收50元。（二）依法或依規定免收或減收情形：符合全民健康保險法第三十六條各款情形之一者，如重大傷病、分娩、預防保健、至山地離島地區院所就醫者；榮民、低收入戶及三歲以下兒童等已由相關單位支付者；身心障礙人士一律以基層院所基本部分負擔50元計收（健康保險局，094.06.17公告）。（請見表78-80）

表 77、台灣各醫學院醫學生選讀之社會人文相關課程

學校	科名	學分	必/選	修課年級
台大醫學院	門診醫學及急診醫學	6	必	五
	家庭、社會與醫療	6	必	五
	家庭醫學臨床實習	4	選	七
國防醫學院	普通社會學	2	通識	二
	公共衛生學(一)(二)	4	基礎	三
	家庭醫學	1	臨床	五
	家庭醫學	1	臨床	五
台北醫學大學	醫學心理學	1	必	四
	家醫科臨床教學	1	必	六
	全民健保學	2	選	二
	醫學資訊學	2	選	二
	性別與心理健康	2	通識	
	網際網路與人際互動	2	通識	
	家庭關係與溝通	2	通識	
	醫學建築藝術	2	通識	
	社會政策與社會立法	2	通識	
	醫療保險制度	2	通識	
	人際關係與溝通	2	通識	
	醫學心理學	2	通識	
	醫療社會學	2	通識	
	社會學概論	2	通識	
	醫病溝通	2	通識	
	音樂治療概論	2	通識	
長庚醫學院	人文及社會醫學導論	2	必	一
	志工服務預備課程	4	必	一、二
	醫師/病人/社會	2	必	二
	志工服務	2	必	二、三
	社區醫學	2	必	四
	臨床技巧與醫療相關照護	1	必	四
	醫病關係	1	必	六
中國醫藥大學	醫學生涯	2	必	二
	生命價值	2	必	二
	家庭醫學	2	必	五
	與病人為友	2	選	一
	協商理論與技術	2	選	一
	生命意義學	2	選	一
	音樂鑑賞	2	選	一
	人生病的由來	2	選	一
	兩性關係	2	選	一
	醫學電影欣賞與討論	2	選	一
	醫師與社會	2	選	二
	醫學心理學	2	選	二
中山醫學大學	醫學藝術與人文	2	必	二
	醫師與社會	2	選	二
	家庭暨社區健康(一)(二)	4	必	四
成大醫學院	健康與疾病的社會學	2	選	四
	醫院管理	2	選	四
高雄醫學大學	生命倫理	2	必	一
	人際溝通	2	必	二
	家庭醫學見習	2	必	六
慈濟醫學院	慈濟人文暨服務教育	1	必	一
	醫學與生涯	1	必	二
	醫療溝通	1	必	二
	預防醫學導論	2	必	三

學校	科名	學分	必/選	修課年級
慈濟醫學院	家庭醫學科臨床實習	4	必	七

表 78、「81 台灣基層職業醫師擔任家庭醫學導師可行性」之應用

評核計畫名稱：81「台灣基層職業醫師擔任家庭醫學導師可行性」之研究	
研究結果應用建議	實際落實概況
針對醫學教育政策方面進行建議： 1. 台灣實施家庭醫學導師教育須預行準備。 2. 建議家庭醫學會設置醫學生教育專門委員會，包括爭取擇才而教理想的實現；遴選優良家庭醫師儲備師資人才；以及充實群醫中心，備作實施導師教育場所。	1. 目前尚無家庭醫學導師制度 ① 2. 無 ①

①為左述題項落實度不足

表 79、「81 基層醫療指數與醫學生、實習醫師、住院醫師未來執業方式及其影響因素之調查」之應用

評核計畫名稱：81 基層醫療指數與醫學生、實習醫師、住院醫師未來執業方式及其影響因素之調查	
研究結果應用建議	實際落實概況
針對醫療政策與醫學教育政策方面進行建議： 1. 基層醫療保健的定義與基層醫師人力供需評估方面： 1) 基層醫療之定義為家醫科、一般科、內科、兒科較為比較適合。 2) 推估未來十年內醫師人力在供給上沒有太大短缺，主要問題應是多增加基層醫師人力，與改善分佈上的不均，含提升基層醫療品質。 2. 醫學生、實習醫師及住院醫師未來執業科別與型態之意向及其影響因素之調查方面： 1) 對基層醫療認識越好者未來從事基層醫療的意願越高，所以求學時宜加強訓練。 2) 有足夠的收入才會提高投入基層醫療的動力。 3) 醫學生所關心的未來所提供的病人照顧模式，也是決定是否選擇基層醫療的關鍵。	1. 與健保局所實施的家庭醫師整合性試辦計畫於2005年7月15日公告修正指出，每一醫療群需「以同一地區特約西醫診所5至10家為單位組成，其中一半以上醫師需具有內科、外科、婦產科、小兒科或家庭醫學科專科醫師資格」。此定義與左述建議定義略有所不同。① 3. 目前台灣醫學院醫學生已有相關基層醫療的正規課程訓練與人文素養課程培養。

①為左述題項落實度不足

表 80、「82 台灣地區醫學生對家庭醫學態度及從事基層醫療意願之探討」之應用

研究計畫名稱：82 台灣地區醫學生對家庭醫學態度及從事基層醫療意願之探討	
研究結果應用建議	實際落實概況
<p>針對醫療政策與醫學教育政策方面進行建議。</p> <p>1. 在衛生行政方面，1) 要吸引人的專業需具有學術地位、並具有發展潛能，而經濟上因素也不可忽視。另外，如何均衡醫師人力的問題仍是努力的方向。2) 家庭醫學要健全發展，應強調家庭醫師才能的顯現並思考如何提升家庭醫師的地位。3) 在各種設施及制度配合下，積極發展基層醫療，以吸取醫科菁英投入保健工作之行列。</p> <p>2. 家庭醫學教學方面，1) 教師可加強專業素養及教學技能，以提升醫學生對家庭醫學課程之滿意度，2) 重視家庭醫學課程，並提升相關課程之教學品質且熱心予以支持基層醫療保健工作。</p>	<p>1. 衛生署在 92 年 3 月 1 日公告實施家庭醫師整合性試辦計畫，為建立本土化之轉診模式，健保局在門診基本部分負擔於 94 年 7 月 15 日以「遠赴就醫」或「轉診」二類方式分別計收 (健康保險局，094.06.17 公告)。</p> <p>2. 目前台灣醫學院醫學生已規劃相關基層醫療的正規課程訓練與人文素養課程培養。</p>

2. 本土醫學資料庫建立與應用

80 年代初期共有三篇研究針對台灣地區十大死因疾病進行本土醫學資料庫建立，包括 81 年度以高血壓、腦血管疾病以及冠狀動脈疾病等三種心臟血管疾病，82 年度以口腔癌、乳癌、胃癌、大腸直腸癌等四種癌症，以及 83 年度以卵巢癌、輸卵管癌、絨毛癌、前列腺癌及膀胱癌等生殖及泌尿系統癌症為對象，藉文獻整理、回顧的方式，整理以國人為對象所作的臨床及基礎研究文獻，建立本土重要疾病的資料檔，定名為「本土醫學資料庫」。資料庫內容包含各疾病的流行病學、病因學、生態生理學、臨床表徵、診斷方法、治療方式、治療結果、預後及預防方法，並將整理的結果以電腦建檔及分析整理，並由中華民國台灣醫學聘請專家組成「本土醫學研究諮詢委員會」，就研究內容與初步結果向衛生署提出政策上的建議。因為此三篇研究為延續性研究，且基本主題研究方法皆同，但是目前仍無發現該些資料庫建置後的應用範疇(見表 81)。

表 81、「81、82、83 本土醫學資料庫之建立及衛生政策上之應用」之應用

評核計畫名稱：81、82、83 本土醫學資料庫之建立及衛生政策上之應用	
研究結果應用建議	實際落實概況
<p>針對臨床及醫學教育及衛生政策制度，建議： 針對台灣地區自民國 36 年起的重大疾病，根據文獻報告來整理其流行病學、病因學、病態生理學、臨床表徵、診斷方法、治療方式、治療結果、預後及預防方法，建立檔案系統，以作為衛生政策制定及醫學研究教學之基礎。</p>	<p>目前該些研究本文只刊在在「台灣醫學會」網站中的本土醫學頁面中。無其他證據顯示該些資料庫已廣被使用或參考。 ①</p>

① 為左述題項落實度不足

在 88 年度的「診療作業指引系統建構之前驅研究」以實證性的研究特質評核，來強調了解影響台灣醫師臨床決策因素的問卷調查研究，其目的在於針對臨床醫學、醫療政策與醫學教育制度方面進行建議。目前官方網站提供醫療臨床作業及醫療決策相關的資訊包括衛生署網站所提供的藥物資訊網，包含網站源起、出版品推薦、藥物辨識查詢、用藥安全知識、醫藥新知快訊、用藥諮詢服務；健保局網站所提供的健保用藥品項查詢、臨床診療指引之推動、臨床診療指引、西醫臨床診療指引、中醫臨床診療指引，以及牙醫臨床診療指引；醫策會網站的臨床路徑指引用(CPG)專區；以及其他網站資料提供，如早安台灣(內有藥品諮詢)、國家網路藥典、PDC 藥技諮詢網，以及台灣醫師網(有用藥諮詢)等等(見表 82)。

表 82、「88 臨床診療作業指引系統模式建構之前驅研究」之應用

評核計畫名稱：88 臨床診療作業指引系統模式建構之前驅研究	
研究結果應用建議	實際落實概況
<p>針對臨床醫學方面進行建議：建構本土化臨床作業指引</p>	<p>目前官方網站提供醫療臨床作業及醫療決策相關的資訊包括：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>衛生署網站</u>： 藥物資訊網，包含網站源起、出版品推薦、藥物辨識查詢、用藥安全知識、醫藥新知快訊、用藥諮詢服務 (http://druginfo.tmu.edu.tw) 2. <u>健保局網站</u> <ol style="list-style-type: none"> 1) 健保用藥品項查詢 (http://www.nhi.gov.tw/06inquire/query1.asp) 2) 臨床診療指引之推動，包括臨床診療指引制定手冊、實證基礎臨床診療指引教育訓練教材、臨床診療指引，以及臨床診療指引&實證醫學資訊入口網站連結 (http://www.nhi.gov.tw/15treat/treat_01.htm) 3) 臨床診療指引 4) 西醫臨床診療指引，包括高血壓臨床診療指引、糖尿病臨床診療指引、肺癌臨床診療指引、乳癌臨床診療指引、婦癌（子宮頸癌篩檢、子宮頸癌、子宮頸內膜癌、上皮性卵巢癌）臨床診療指引，以及氣喘臨床診療指引等等。 5) 中醫臨床診療指引，包括針灸臨床診療作業指引、傷科臨床診療作業指引、婦科臨床診療作業指引、內科臨床診療作業指引、中醫針灸臨床處方之適應症與適當性規範、中醫骨傷臨床處方之適應症與適當性規範等等。 6) 牙醫臨床診療指引，包括全民健保牙醫門診總額臨床診療指引 (http://www.nhi.gov.tw/15treat/treat_01_3.htm) 3. <u>醫策會網站</u> 設有臨床路徑指引用(CPG)專區，包含計畫簡介、活動專區、學員專區、資源下載、知識庫、相關連結等 (http://www.tjcha.org.tw/cpg/cpg.asp) 4. <u>其他網站資料提供</u> <ol style="list-style-type: none"> 1) 平安台灣(內有藥品諮詢) (http://www.ohayoo.com.tw/平安台灣網.htm) 2) 國家網路藥典 (http://www.webhospital.org.tw/medicine/) 3) PDC 藥技諮詢網 (http://www.pitdc.org.tw/content/) 4) 台灣醫師網(有用藥諮詢) (http://www.doctor.com.tw/tool/pharm/knowledge.asp)

在藥學資訊方面的資料庫建立僅有 81 年度的「設立藥物暨胎兒致畸性諮詢服務之探討」之研究。該研究主旨在建立藥物諮詢和藥物致畸性諮詢服務，並希望喚起藥事政策對藥物諮詢服務以及藥品資訊的重視。目前台灣用藥資訊針對民眾與醫療人員的揭露已有相當地進步，官方網站提供用藥資訊包括在衛生署網站的藥物資訊網，健保局網站的健保用藥品項查詢，以及其他用藥網站資料提供，如國家網路藥典、PDC 藥技諮詢網以及台灣醫師網(載有用藥諮詢)(見表 83)。

表 83、「81 設立藥物暨胎兒致畸性諮詢服務之探討」之應用

研究結果應用建議	實際落實概況
<p>針對藥事政策提出建議，包括</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 藥物諮詢服務目前是臨床藥學專業服務項目之一，而我國由於藥師專業角色的功能尚未完全獲致肯定，因而藥物資訊的提供也未獲普遍地重視。然而，能夠適切詮釋藥品的複雜性及臨床應用卻唯一「藥師」此一專業人員足堪勝任。 2. 就藥品查閱而言，台灣所有的製藥產品並無完整建檔資料可供參考，這使得藥事人員在藥品查證上增加困難度。因此，從藥政管理的角度視之，應建立系統化之辨識規定，並要求廠商配合辦理，應為當務之急。蓋確認系統的建立對諮詢服務及藥物治療之安全性確有舉足輕重之必要性。建議衛生署將全國藥品之性狀、基本資料與以電腦化建檔。 	<p>目前官方網站提供用藥資訊包括：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 衛生署網站： 載有藥物資訊網，包含出版品推薦、藥物辨識查詢、用藥安全知識、醫藥新知快訊、用藥諮詢服務等服務 (http://druginfo.tmu.edu.tw/) 2. 健保局網站： 健保用藥品項查詢 (http://www.nhi.gov.tw/06inquire/query1.asp) 3. 其他用藥網站資料提供： <ol style="list-style-type: none"> 1) 國家網路藥典 (http://www.webhospital.org.tw/medicine/) 2) PDC 藥技諮詢網 (http://www.pitdc.org.tw/content/) 3) 台灣醫師網(載有用藥諮詢) (http://www.doctor.com.tw/tool/pharm/knowledge.asp)

3. 以病症為主的治療研究與訓練

在以病症為主的治療研究與訓練議題上，可分為三個子主題，包括以癌症治療、訓練及研究，病患壓艙防治處理模式，以及針對職業病所建立的防治中心之教育訓練等等。

1) 癌症主題研究

主要包括 80 年度的「癌症臨床訓練及研究」對於引進國家癌症臨床研

究的重要觀念，以及針對門診化療病患、愛滋病患以及癌症疼痛治療等臨床相關計畫，包括 81 年度的「門診化學治療癌症病人護理需求分類系統之研究」、82 年度的「愛滋病患治療計畫及病毒之研究」以及 85 年度的「病患及醫師有關的癌症疼痛治療障礙」。「癌症臨床訓練及研究」計畫係針對基礎臨床醫學整合提出建構雛型與具體方針，而後三篇研究係從臨床的角度來了解癌症病患的需求。

在台灣癌症醫學的發展方面，已有相當地進展。舉例來說，為推展醫藥衛生研究，已設立全國第一座可進行第一期癌症臨床試驗之研究中心，包括癌症門診及臨床研究合作病房，研發國內常見癌症之新藥及新療法(見表 84)。然在「門診化學治療癌症病人護理需求分類系統之研究」中，研究者係欲制定門診接受化學治療之癌症病人護理需求的分類系統；但因為該研究在文獻論述上稍顯不足，且其研究設計與研究對象的描繪上亦不清楚，因此在研究結果與討論、建議方面所提供的資料較為缺乏，進而限制了該研究爾後在學術、實務或政策上的應用(見表 85)。

表 84、「80 癌症臨床訓練及研究」之應用

評核計畫名稱：80 癌症臨床訓練及研究	
研究結果應用建議	實際落實概況
<p>針對研究結果進行應用性描述：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 台灣癌症臨床研究合作組織已經發展至將臨床研究資源集中於國內少數的癌症上，如：鼻咽癌、子宮頸癌、肝癌與國內常見的癌症。宜採逐步漸進的方式來進行此項臨床試驗計劃。 2. 將此項計劃擴展至長庚紀念醫院、台中榮總、高雄榮總、馬偕醫院及其他省市立醫院。 3. 於八十年增加臨床試驗的數目並提昇臨床試驗研究水準。包括有：在鼻咽癌、子宮頸癌、肝癌及其他國內常見的癌症上新藥與新療法的研究。目前這些新的計劃方案皆處於初期籌備階段。 4. 由於台灣本身沒有生產抗癌藥物，致使癌病臨床試驗缺乏新的抗癌藥物，應該主動自行與國外(NIH, U. S. A)協議提供新的抗癌藥物給與台灣臨床試驗計劃使用。 5. 將此項國家臨床試驗研究計畫與未來國家衛生研究院結合在一起。 6. 以未來癌症臨床醫學研究計劃來支援此項國家臨床試驗研究計畫。 7. 以此項國家臨床試驗研究計畫來支援未來國內藥學工業發展新抗癌藥物必需的臨床試驗。 8. 此項重要的國家癌症臨床研究計畫成功與否，衛生署持續不斷的支持將是一個重要關鍵。 	<p>為推展醫藥衛生研究，已設立全國第一座可進行第一期癌症臨床試驗之研究中心，包括癌症門診及臨床研究合作病房，研發國內常見癌症之新藥及新療法(衛生署侯署長於 94 年第 6 屆立法委員第 1 會期(2005.04)的衛生環境及社會福利委員會召開全體委員會議)。</p>

表 85、「81 門診化學治療癌症病人護理需求分類系統之研究」之應用

評核計畫名稱：81 門診化學治療癌症病人護理需求分類系統之研究	
研究結果應用建議	實際落實概況
<p>針對研究結果進行應用性描述： 無具體描述，僅說明期望，即本研究「藉由了解病患停留時間的長短與護理需求等級之關係，將有助於精確地預估癌症病患所需要消耗的護理人力成本與資源。」</p>	無

82 年度的「愛滋病患治療計畫及病毒之研究」係針對研究人員之服務機構的過去一年內，對於後天免疫不全帶原者或愛滋病患因故欲至該機構住院治療，從急診處暫留到出院期間有關醫療護理及社會問題的探討，期望 1) 解決愛滋病患住院問題，2) 提供較佳之治療品質，3) 了解醫護人員對愛滋病之恐懼心理，以及 4) 照顧愛滋病患，以免無處容身的病人造成社會問題。

目前針對愛滋病患就醫的權利與需求，官方、社團以及醫療業者皆有相當地投入，包括行政院衛生署愛滋病指定醫院的服務設置、台灣愛滋病學會、疾管局、誼光愛滋防治協會、社團法人中華民國愛滋感染者權益促進會、財團法人護理人員愛滋病防治基金會等等(見表 86)。

表 86、「82 愛滋病患治療計畫及病毒之研究」之應用

研究結果應用建議	實際落實概況
<p>針對醫護人員、醫療機構及衛生政策制定者的建議：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. AIDS 現已突破五百大關，以目前較多病患住院的榮總及台大之容納量，恐怕不勝負荷，故增加指定醫院於將來可能為不可避免者，而本院醫護人員與初次接觸愛滋病患之多種反應，可作為將來之參考用。 2. 大多數無法逃避之醫護人員仍會勉為其難的負起責任，但大部分之醫療決策趨於保守，種種檢查程序及醫療項目均可能打折扣。病房問題則因各醫院資源有限，不可能毫無限制的擴充單一疾病之病房，多數私人醫院不願接受愛滋病患，衛生署指定之醫院亦將病房限定數目與地點，至於建立愛滋病專屬病床則面臨醫護人員招募困難及特殊設備的不足。中途之家的構想可紓解部分問題，然而地點的選擇，醫護人員的參與均是尚待解決的問題。 	<p>目前針對愛滋病患就醫的權利與需求，官方、社團以及醫療業者皆有相當地投入，包括：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <u>行政院衛生署愛滋病指定醫院的服務設置：</u> <ul style="list-style-type: none"> ● 台北：臺灣大學醫學院附設醫院、臺北榮民總醫院、三軍總醫院、台北市立聯合醫院之仁愛、忠孝、和平、中興以及陽明院區、台北市立性病防治所、馬偕紀念醫院等。 ● 桃園：署立桃園醫院、林口長庚紀念醫院等。 ● 台中：中國醫藥大學附設醫院、臺中榮民總醫院、中山醫學大學附設孫中山紀念醫院、彰化基督教醫院等。 ● 台南：成功大學醫學院附設醫院、台南市立醫院等。 ● 高雄：高雄醫學大學附設醫院、高雄榮民總醫院、高雄性病防治所、高雄長庚紀念醫院等。 ● 花蓮：佛教慈濟綜合醫院、門諾醫院等。 ● 澎湖：署立澎湖醫院 2) <u>台灣愛滋病學會</u> (http://www.aids-care.org.tw/DB/default.asp) 3) <u>疾管局</u> 載有愛滋資訊，包含愛滋相關活動、相關諮詢電話、行政院愛滋病防治委員會、愛滋病統計資料、愛滋衛生教育宣導資料、愛滋病相關法規、愛滋檢驗正確性合格單位、性病定點醫師篩檢計畫相關資料 (http://www.cdc.gov.tw/index1024.htm) 4) <u>炫光愛滋防治協會</u> 載有炫光簡介、快樂防愛滋、疾管局愛滋病組新聞稿、特定族群、生活資訊 (http://www.lofaa.org.tw/) 5) <u>社團法人中華民國愛滋感染者權益促進會</u> (http://praatw.org/main.html) 6) <u>財團法人護理人員愛滋病防治基金會</u> 載有基金會簡介、業務服務、義賣、通訊報導等 (http://www.napf.org.tw/)

85 年度的「病患及醫師有關的癌症疼痛治療障礙」研究係針對三軍總醫院的 69%沒有接受到適當疼痛治療的癌症疼痛病患，探究其治療不善的原因。該研究本質為實證性研究，主要針對個案醫院的癌症病患以及照護癌症病患的醫師為研究對象，其研究結果針對基礎醫學教育與專科醫師教育提出建議，包括癌症疼

痛的教育必須落實在基礎醫學教育及臨床住院醫師及專科醫師的訓練上。另外，正確的評估癌症疼痛、有效的治療，以及 opioids 副作用的處理乃是對所有臨床上會面臨到癌症疼痛病人的醫師們在教育上的三大重點。此屬於臨床上醫學教育內容知識傳授之建言，較不屬於政策方面的應用，因此在此不進行評判。另外，本研究建議健保單位及病人的家庭成員均需參與癌症疼痛的治療計畫中，因為其認知及態度均會影響病人的配合度及治療行為，並了解病患教育後的效果仍需審慎的評估；而此方面的建議係欲喚起支付單位與病患家屬對於病患在療癒上的協助與了解。目前台灣針對癌症病患教育、就醫權利與需求，官方、社團以及醫療業者皆有相當地投入，包括財團法人台灣癌症基金會的癌症導覽、治癌新訊、防癌篩檢(台灣 16 大癌症、篩檢指南、防癌守則)、訊息看板(最新活動訊息、活動花絮、防癌列車服務、全國巡迴演講、防癌系列講座)、健康防癌、志工的家、悅讀小舖、諮詢與分享(癌症的形成與遺傳、癌症的篩檢、癌症的治療、癌症的分類、另類療法)、抗癌資訊以及服務信箱等等；以及台灣抗癌聯盟，如陶聲洋防癌基金會、德桃癌症關懷文教基金會、中華民國防癌協會、以及咱 e 厝 全國癌症病友服務中心等等的並有服務(見表 87)。

表 87、「85 病患及醫師有關的癌症疼痛治療障礙」之應用

研究結果應用建議	實際落實概況
<p>1. 針對基礎醫學教育與專科醫師教育提出建議：癌症疼痛的教育，必須落實在基礎醫學教育及臨床住院醫師及專科醫師的訓練上。正確的評估癌症疼痛、有效的治療及 opioids 副作用的處理乃是對所有臨床上會面臨到癌症疼痛病人的醫師們，在教育上的三大重點。</p> <p>2. 針對健保制度及病患家屬建議：幾乎所有的病人在最近的一週內均有疼痛，平均分數從 2.55 到 7.40 分，日常生活中，工作是最會被癌症疼痛所影響。基於此，適當的教育以增進病人對癌症疼痛治療的認識是必需作的。健保單位及病人的家庭成員均需參與癌症疼痛的治療計畫中，因為他們的認知及態度均會影響病人的配合度及治療行為。教育後的效果仍需審慎的評估。</p>	<p>1. 在學校醫學教育課程方面並無將癌症醫學課程單獨教授。</p> <p>2. 目前針對癌症病患教育、就醫權利與需求，官方、社團以及醫療業者皆有相當地投入，包括：</p> <p>1) <u>財團法人台灣癌症基金會</u>，包含癌症導覽、治癌新訊、防癌篩檢(台灣 16 大癌症、篩檢指南、防癌守則)、訊息看板(最新活動訊息、活動花絮、防癌列車服務、全國巡迴演講、防癌系列講座)、健康防癌、志工的家、悅讀小舖、諮詢與分享(癌症的形成與遺傳、癌症的篩檢、癌症的治療、癌症的分類、另類療法)、抗癌資訊以及服務信箱等等。 http://www.canceraway.org.tw/index.asp?lang=1</p> <p>2) <u>台灣抗癌聯盟</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● 陶聲洋防癌基金會，服務項目包括防癌系列講座、社區防癌演講、防癌諮詢座談會、防癌列車服務、防癌書刊免費查閱及外借、贈閱防癌書刊、雜誌及手冊、出借防癌教具、掛圖及錄影帶、錄音 ● 德桃癌症關懷文教基金會，服務項目包含癌症概論、藥師說藥、營養樹窗、另類療法、癌症護理、心理照護、安寧療護、臨床檢驗、醫療倫理、抗癌陣線聯盟。 (http://www.cancer.org.tw/Library/content1.asp) ● 中華民國防癌協會，包含中華民國防癌篩檢中心、防癌新知、認識癌症、諮詢服務、志工服務網等。(http://www.ccst.org.tw/all.htm) ● 咱 e 厝 全國癌症病友服務中心，服務項目包括癌病資訊網站、圖書借閱、健康諮詢、心理諮詢、轉介諮詢、病友團體活動、志工關懷、居家訪視、病友個案管理、康復用品服務、衛教宣導活動、衛教刊物索取 (http://www2.cch.org.tw/ourhome/)

2) 其他病症主題研究

81 年度的「建立某教學醫院壓瘡防治護理品管模式之研究」係探討某教學醫院住院病人發生壓瘡之情況，並了解壓瘡防治護理措施之執行情況。目前醫策會之台灣醫療品質指標計畫已將壓瘡防治訂為評核指標(見表 88)，於急性照護指標執行手冊中，包括急性照護單位的壓瘡點盛行率、急性照護的第一級壓瘡點盛行率、急性照護的第二級壓瘡點盛行率、急性照護的第三級壓瘡點盛行率、急性

照護的第四級壓瘡點盛行率、入住急性照護單位有壓瘡之病人、入住急性照護單位有第一級壓瘡之病人、入住急性照護單位有第二級壓瘡之病人、入住急性照護單位有第三級壓瘡之病人、入住急性照護單位有第四級壓瘡之病人、由住家入住急性照護單位且有壓瘡之病人、由長期照護機構入住急性照護單位且有壓瘡之病人、由其他醫院入住急性照護單位且有壓瘡之病人、由其他來源入住急性照護單位且有壓瘡之病人、急性照護單位壓瘡總發生率、薦骨處壓瘡發生率、坐骨處壓瘡發生率、股骨粗隆處壓瘡發生率、跟骨處壓瘡發生率、足踝處壓瘡發生率、肩胛骨處壓瘡發生率、枕骨處壓瘡發生率、其他部位之壓瘡發生率、急性照護單位多處壓瘡發生率等等(醫策會網站)。另外，醫療院所亦有設計預防壓瘡評值表。

表 88、「81 建立某教學醫院壓瘡防治護理品管模式之研究」之應用

評核計畫名稱：81 建立某教學醫院壓瘡防治護理品管模式之研究	
研究結果應用建議	實際落實概況
<p>針對臨床護理照護工作提供建議，包括：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 先了解病人是否處於壓瘡高危險群，此時早期的護理評估是第一步，且非常重要。建立壓瘡高危險群病人之評估系統，可讓護理人員利用疾病診斷及初步評估來篩選壓瘡高危險群病人，讓護理人員容易察覺病人皮膚照顧之需要。 2. 有關壓瘡病人之各項護理活動並未積極進行，針對病人各種不同之壓瘡誘導因素，應給予不同的護理措施及可用的輔助器；對於壓瘡防治之護理計畫及翻身、皮膚、壓瘡之觀察記錄，宜進一步定立標準使護理措施更落實。 3. 需發展壓瘡防治之護理品管制度，建立壓瘡高危險群之評估系統；經由在職教育及護理政策之推動，強化護理角色；並確立壓瘡品管評值之報告模式，以作為長期監測及推展護理業務之用 	<ul style="list-style-type: none"> ● 醫策會之台灣醫療品質指標計畫已將壓瘡防治訂為評核指標，訂於急性照護指標執行手冊中 (http://www.tjcha.org.tw/quality/quality_b03_01.asp)。 ● 醫療院所亦有設計預防壓瘡評值表(如龍泉榮民醫院，http://www.vhlc.gov.tw/department/nusdep/%C0%A3%BDH%AA%BA%B9w%A8%BE%B5%FB%AD%C8%AA%ED.htm)以及壓瘡監測系統(如台中榮總，http://www.vghc.gov.tw/portal/oldweb/inner.htm)

「台北榮民總醫院職業病防治中心」研究為一三年期研究計畫，係在衛生署的支持下，成立「台北榮總職業病防治中心」，並藉由此份報告說明三年間的工作重點，包括(1)開設職業病門診，(2)提供職業病病患住院醫療，(3)試行建立職業病患通報與職業危害監視系統，(4)進行工廠危害調查與推廣諮詢服務，(5)

協助推動醫療保健服務業之安全衛生管理等項。在職業醫學的教育訓練上，「台北榮總職業病防治中心」也積極的(1)辦理有關職業醫院之講習，(2)受邀對外演講，(3)提供職業醫學之臨床教育，及(4)於醫學院及公共衛生研究所開有關職業醫學的課程等等，並且在職業病醫療、職業病防治諮詢、職業醫學次專科醫師訓練、推廣職業醫學教育、配合有關單位之需求、與研究發展等六大項工作項目有所突破。而在該計畫完結之後，目前台北榮總已經將該職業病防治中心的業務融入其一般醫院的業務中，相關的教育訓練課程也持續進行中。但是該中心並非常置部門⁵。

4. 醫院教學成本支付研究

醫院教學成本支付研究係欲探討國內現有教學醫院其醫療成本是否真的受到醫學教學的影響，並期望了解影響教學醫院成本中，與教學有關的因素。該計畫當時希望針對醫療保險單位的支付教學成本提出建議，包括由醫療保險單位支付教學活動費用，但是不需區分醫院屬於都會區或非都會區，並且以教學類別為支付基準，而不以教學醫院與否或是實習醫師人數作為基準。該精神與健保局之後的支付教學成本費用計算公式不相抵觸(見表 89)。而 95 年度開始，醫療院所的教學成本將由衛生署來支付。

⁵ 臺北榮總毒物科資料提供。

表 89、「81 醫院教學成本支付之研究」之應用

評核計畫名稱：81 醫院教學成本支付之研究	
研究結果應用建議	實際落實概況
<p>1. 針對醫療保險單位的支付教學成本提出建議：由醫療保險單位支付教學活動費用，並依據以下原則</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 不需區分醫院屬於都會區或非都會區 2) 以教學類別為支付基準，而不以教學醫院與否或是實習醫師人數作為基準。 <p>2. 針對教學醫院評鑑單位提出建議：建議教學醫院應該先送審計畫，以先了解其所開設的教學科目是否完善，或可以吸引到住院或教學醫師。</p>	<p>1. 目前由健保局支付，明年開始將由衛生署支付所有依醫療院所的教學成本。現階段的健保支付狀況為：</p> <p>門診教學成本=(總核付金額+部分負擔)*教學成本計算比率*教學成本比率</p> <p>其中，教學成本計算比率=(門診手術案件之(醫療費用-藥品費用-特材費用)+C1之(申請點數+部分負擔))/醫療費用合計，教學成本比率=0.03</p> <p>住院教學成本=(核付金額+部分負擔-精神住院核定金額)*[(實際醫療費用點數-17項藥品-17項特材)/實際醫療費用點數]*教學成本率(5%)</p> <p>2. 目前新制醫院評鑑並無採納此法進行。①</p>

①為左述題項落實度不足

5. 籌設國家兒童醫院規劃研究案

該研究係屬於業務報告，有鑑我國醫療資源充足，獨缺兒童醫學中心，未能發展兒童內外科及其他應有而未有之兒童次專科，無法妥善照顧重病兒童，因此成立國立台灣大學醫學院附設國家兒童醫院(簡稱國家兒童醫院)。

台大醫院之公共事務室之對外發表文表示：

「在民國八十三年至八十六年，在籌備處行政組織架構建立之後，確定兒童醫院建院地點(本院西址中山南路及青島西路口)及面積，進行兒童醫院空間計劃及基本設計等重要成果。八十六年之後，籌備處向衛生署提出申請兒童醫院設立，要求台灣省慢性病防治局歸還本校，以興建兒童醫院機電中心，醫學院區西址之建蔽率檢討及法定分割等，其中最重要的就是將兒童醫院計畫書修訂案送審並於八十七年三月五日通過行政院經建會之審議。惟因政府財政狀況逐漸困難，以至興建相關經費之申請困難重重，終至行政院於八十七年九月十七日函示「為期加速落實政府對兒童醫療之照護，似宜由國立台灣大學附設醫院朝擴充現有小兒部門規模之方式再加檢討，並循行政程序辦理。」因此臺大醫院即依此指示與其醫學院及籌備處進行各項協調規劃，並於八十八年二月二十六日院務會議，決議將兒童醫院之籌設過程分二階段進行，即第一階段由臺大醫院主導，將目前的兒童醫療及相關行政部門，加以擴大及整合，配合兒童檢驗、病理、藥劑、及研究部門，成為國家級兒童醫院之基本軟硬體。第二階段則視營運狀況，適時讓兒童醫院獨立營運。上述檢討意見後

於八十八年四月九日由台灣大學函覆教育部，而教育部於八十八年六月一日函覆，說明兒童醫院第一階段擬以擴大小兒部門相關醫療部科方式推動，似屬可行，並請台大醫院提供較詳盡的人員編制、經費分析並補充有關事項等。該檢討案討論期間，為使台大醫院對兒童醫院籌建事宜能順利推動，於八十八年九月十八日本院院務會議中通過設置院區整建規劃委員會，其下設有兒童醫院籌建小組以負責兒童醫院籌建工作之推動。台大醫院後於八十八年十二月七日回覆教育部所提意見，教育部亦於八十八年十二月十七日函覆，明確說明兒童醫院案應重新檢討縮小原列計畫規模。經本院兒童醫院籌建小組之討論研究後，已於八十九年四月十日函覆教育部，說明兒童醫院原列計畫規模不宜縮小，但考量配合政府財政之困難，擬將兒童醫院之籌建區分為兩階段興建等，目前該案尚在教育部審議中。兒童醫院興建案包含兒童醫院主體建築及機電中心。兒童醫院規劃為地上二十層、地下四層之建築物，地面以上高度約為 100 公尺，主體建築物面積約 820.7 坪，基地開挖面積約 1,500 坪，主體建築總樓地板面積約計 22,070 坪。而機電中心設於慢性病防治局原址，為地上三層，地下四層，高度為 15.2 公尺之建物，總樓地板面積約計 3,000 坪，機電中心完工後將負責提供台大醫院西址所有建物之動力及污水處理等。因機電中心已於八十八年十二月十八日動土開工，目前各項工程進度均十分順利，如上述兒童醫院規模檢討案順利完成，兒童醫院將緊接於機電中心完工而於九十年底動工，施工期間約需三年半，即兒童醫院預計將可能於九十四年中左右開幕營運。」

然截至目前為止，臺大兒童醫院並未開幕營運。

⁶ 台大醫院公共事務部網站

小結

在本章節中共評核了 50 篇科技計畫的研究結果的應用性，主題涵括了醫院評鑑、醫療品質、醫學教育及臨床醫療品質相關應用等等。受評計畫在研究成果應用性方面，因為全民健康保險於 84 年實施、其後的支付變革、消費者意識抬頭，以及特殊事件衝擊(如 921 大地震、SARS)等等，造成整個醫療體系的利益關係人，包括衛生主管機關、健康暨醫療服務提供者、民間團體以及民眾(病患)等的需求與互動都產生了相當大地改變，甚至對於醫療專業人員的學校教育基本養成及持續教育制度也成了改革的重點；因此所評核的 50 篇研究計畫中，多數研究結果在應用方面具有時效性，早已不適用或已經改革；少數研究成果在實際應用方面不甚理想。另外，多數研究屬於敘事性的單一個案、單一事件的實務研究，因此在應用的深度及廣度產生限制。

第四章 計畫評核結論與建議

在健保實施十週年之際，在消費者意識抬頭下，民眾也開始思考為究竟從可以從專業的醫療、先進的醫療科技中獲得什麼；而醫療業界中的每一份子則開始思維著究竟我們可以再為民眾提供一個怎麼樣的醫療王國？

越來越多的醫療糾紛事件，以及不良預後結果的報導使得民眾開始漸漸認為獲得業者特定的某些資訊是重要的。在台灣醫療改革基金會於民國 90 年 10 月 2 日至 10 月 15 日於番薯藤、醫改會、及醫生館等三個國內網站來進行「民眾最想知道的醫療資訊」網路民調。結果顯示，完整的病歷資料；藥品標示與藥品說明書；各種醫療項目的價格；醫護人員識別證應包括照片、科別、與職稱；虛報、濫報健保給付的醫療院所名單；完整的醫療糾紛鑑定報告；醫院評鑑結果及改善事項等等，都顯示了高度的資訊需求 (<http://www.thrf.org.tw/Knowledge/Knowledge-1-2.htm>)。

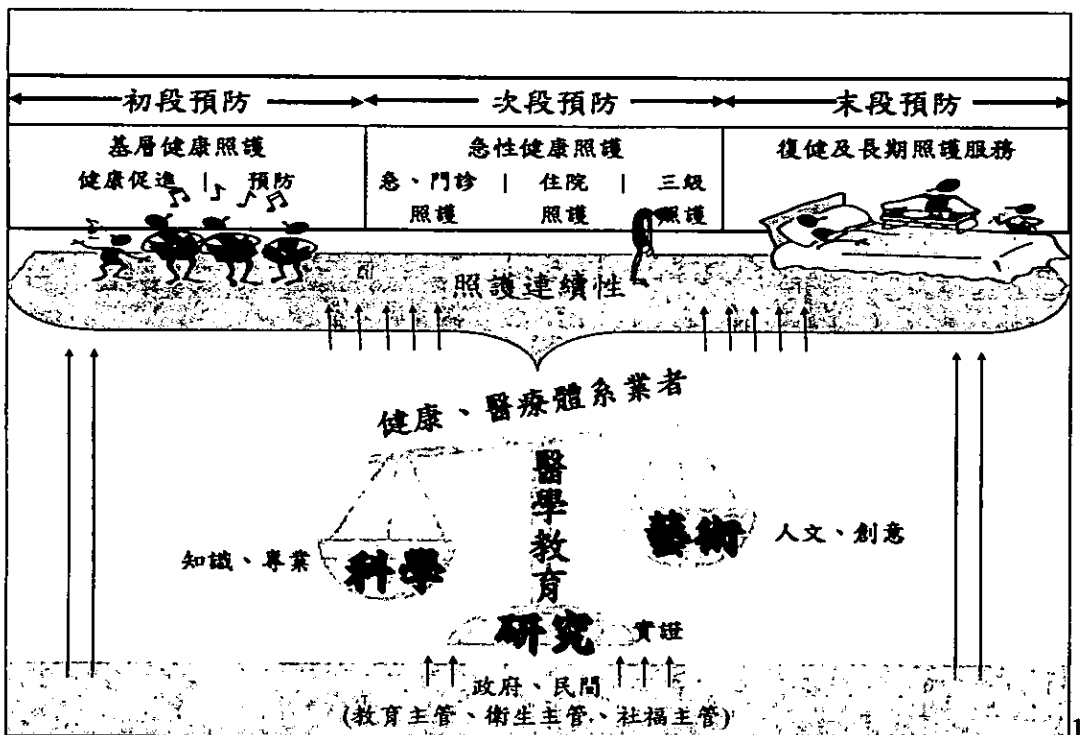
「給消費者們知識，讓他們可以決定想要的，並且燃起他們對於醫療體系以及醫療照護的信任」--這是 Spath, Patrice L. (1999)在他的業者報導卡(Provider Report Cards)一書中所寫的一段話。但是這段話也道出了建構一個「健康台灣—許給全民一個健康安全的人生」⁷的一個重要的根基，也就是全人的照護。全人的照護係從消費者的需求面來談健康照護，包括從人的一生中，在不同階段的照護需求時，來持續地教育及引導消費者，以使消費者獲得終其一生維持其健康所需的各項生理、心理及社會性服務。這就是現今國際上所常談的「整合性照護」、「連續性照護」等等的基本邏輯(Mur-Veeman, Hardy, Steenbergen, & Wistow, 2003)。在本計劃前述章節中揭露，所評核的 50 篇研究計畫中，多數研究結果在應用方面因具有時效性，早已不適用或已經在時代環境改變下完成改

⁷此為衛生署長侯勝茂先生於第六屆立法院第一次衛生環境及社會福利委員會委員會議中所提出的衛生署願景。

革；而少數研究成果在實際應用方面不甚理想。另外，多數研究屬於敘事性的單一個案、單一事件的實務研究，造成在應用的深度及廣度產生限制。因此，當我們重新反向來思維本研究的議題(即「教學醫院評鑑與臨床醫學教育品質制度改革」)建言時，本計劃將跳脫過往計畫的議題框架，從宏觀的角度思維未來台灣應該如何藉由醫學教育及醫院教學方面來建構一個屬於民眾想要的醫療環境。

圖一即為本計劃在落實全人化的健康照護理念下，對於醫療業者、醫療教育者以及政策制定者在未來醫療照護環境中期許的責任。從圖一的圖示中可見，在醫療照護環境中，除了照護的主角「消費者」的全人概念外，與消費者最直接接觸的一環則為健康暨醫療體系業者，以及間接的醫學教育為醫療專人員的專業根基。而對於整體醫療體系來說，政府與民間團體則扮演著一個監督課責的角色，包括針對健康暨醫療業者及消費者的行為。

圖 1、落實全人化健康照護環境之責任關係人：醫療業者、醫療教育者以及政策制定者



1. 醫療業者的角色

「我們能為病患多做些什麼？」--已經是醫療業者在醫療產業中進行良心事業時的重要使命。對於病患所需求的服務，其實是很難以「品質保證」(quality assurance)一詞來一語帶過，這是因為外在的監督與內部的品質控制，是無法完全地將「品質」給予「保證」。一般來說，對於醫療服務提供者的品質監測 (quality monitoring) 活動，可分為三類，包括 1) 由與病患疾病最切身關係的醫療執業人員，可藉由知識及行為來對自身的醫療品質進行直接的改善，即品質改進 (quality improvement)；2) 由醫療行政管理人員來對醫療執業人員的照護品質監督，即品質監督 (quality oversight)；以及 3) 由衛生主管機關、第三方支付者或公正團體來對醫療執業人員進行醫療執業的品質把關，即品質課責 (quality accountability)，如醫院評鑑(Wan & Connell, 2003)。

品質改進 (quality improvement) 是醫療執業者最關心的議題，這也是所有推動品質管理最終極的目標。Enthoven & Vorhaus (1997) 曾指出：「一位醫師的知識、判斷與技術是決定照護品質中最重要決定因素。」而一直以來，醫療業者也相當支持此論點，並定期地實施有關醫護人員的持續教育、發展、績效剖析，以及創造一個專業優質的文化。建立臨床指引 (clinical guideline) 是則近年來國際上醫療產業的新趨勢，包括醫療業者、政府衛生主管機關或醫療服務提供者。以美國來例，從西元 1996 年開始，美國醫學聯盟 (American Medical Association: AMA) 已經發展了 1,800 多個臨床指引，並且定期地更新它們，而目前仍持續發展中。另外，聯邦主管的健康照護政策與研究機構 (AHCPR: Agency for Health Care Policy and Research) 於西元 1989 年創立，以增進醫療照護服務的品質、適當性及效益為宗旨，並以發展臨床指引為職志，提供資訊給政策制定者、醫療服務提供者以及消費者。從西元 1996 年起，AHCPR 建立國家臨床指引交換所 (National Guideline Clearinghouse)，以專責發展臨床指引。目前 AHCPR 更名為健康照護研究及品質機構 (AHRQ: Agency for Healthcare Research and Quality)，

並與美國醫學聯盟 (American Medical Association: AMA)、美國健康保險聯盟 (American Association of Health Plans) 聯合設置網頁，以提供目前所有可用的臨床指引 (www.guideline.gov/bodyhomenf.asp?view=home)。

但是反觀台灣，從 80 年代早期的「本土醫學資料庫的建立」計畫、80 年代末期「臨床診療作業指引系統建構的先驅研究」計劃，而到 90 年代由健保單位、醫策會以及相關學會的片斷臨床指引資訊提供外，台灣醫療領域似乎缺乏一個健全的本土化的醫學知識、判斷與技術的參考基準。當然，發展臨床指引可能存在著一些挑戰需要克服，包括 1) 發展臨床指引的過程是艱辛的，需要詳細的臨床資料來分析及試驗，以找出最好的醫療處置行為，甚至必須要瞭解各個臨床指引的成本效果(cost-effectiveness)；2) 臨床指引必須要不斷地更新，這是為因應醫療科技日新月異的快速發展，換句話說，今日的定論 (dogma) 可能明日便不再適用；3) 臨床指引常被批評無法融入病患的期望；以及 4) 醫療執業人員，如醫師對臨床指引的抗拒(Levine, 2000)。醫師對於臨床指引的抗拒在於幾個原因，包括臨床指引常只是一專業領域中某一權威者所慣用的照護方式，並無相當的證據確定其正確性，換句話說，醫師們常認為其只是將舊信仰進行條文化而已，也就是對臨床指引效度 (validity) 的質疑(Phelps, 1993)。再者，為了避免臨床指引的繁冗，過於簡化的臨床指引常常無法作為特殊案例的處置依據；但是對於臨床醫師來說，特殊案例的指引似乎才是醫師最迫切需要的。這也使得醫師對臨床指引的順從性產生很大的挑戰。Granata & Hillman (1998) 指出，臨床指引雖然可對少數病患 (individual patients) 造成較佳的成本效能，但並不表示對大多數的病患 (larger patient population)，仍是具有成本效能的，因此政策制定者必須要特別注意進行大規模的測試，以真正了解臨床指引的功能。另外，政策制定者也必須要了解在臨床指引推行之餘，其是否可做為醫師發生醫療糾紛訴訟時的依據。

建立醫療照護資料庫，如處方集，或醫療教育模組等等，亦可以協助醫療專業人員來提供病患正確的照護療程，然而這些書面的醫療智庫常常缺乏同儕間一

致的共識及接受度、缺乏醫療實證資料，以及受到政治、支付因素的影響。

品質監督 (quality oversight) 是為健康照護管理者所在乎的，它可以幫助管理者藉由追溯健康照護品質的指標，進而發現照護過程中可能潛在的問題，進而促進系統改進的機會。雖然我們常認為醫師群、相關一線醫護人員以及醫療團隊應該為所有的病患醫療照護結果背負最大的責任，但是系統的問題常常才是造成醫療錯誤、粗略品質的首惡，因此必須藉由建立完善的組織氣候及文化、培養優秀的領導人才、建立完善的工作環境、創造團隊合作的精神、鼓勵員工（專業及非專業）學習與成長等等來維持高的服務品質。當然對於健康照護管理者來說，除了病患臨床照護品質的責任外，亦必須注意一組織的財務健康，換句話說，醫療管理者必須將照護服務品質與照護成本做一連結(林妍如、萬德和，2003)。

標竿 (benchmarking) 包括定義過程、發展資料庫來敘述過程的績效、藉由資料數值來找出不尋常的績效值及特優績效值，並確實在組織中落實這些標準；是目前醫療業者間常進行的品質活動學習重要方式之一。美國榮民品質改善清單專案 (VA Quality Improvement Checklist Program) 便是一個利用標竿資料來進行品質改進的一個例子。在這個專案中，所有美國榮民體系中的醫院必須要每六個月向中央回報 50 個臨床指標的資料；「臨床」指標對臨床人員來說是較具價值的。然而，要訂定行政管理方面的標竿值是困難的。舉例來說，您可以要求服務量多、服務資源使用（成本）低的目標來達到效率，亦可以要求醫療人員的生產力；但是要同時兼顧臨床與行政管理，例如低成本與病患臨床照護結果的相關性、人員效率與照護結果的相關性等等，則是醫療研究者必須要協助解答的議題。實證醫學 (evidence-based medicine) 在上一個世紀末的數十年裡開始受到重視，希望藉由科學的方法來發現更適於人類生命的醫學知識與技術；而在西元 2000 年初，國際間的醫療管理者亦開始思考如何在實務管理的實戰經驗背後，經由理論與研究的知識累積，傳承出一套有系統的管理知識與技巧，也就是所謂的實證管理 (evidence-based management) 概念；實證管理係指管理者在經營管

理上，除了藉由傳統的完全直覺或經驗之外，更必須融入了實證來輔助一機構經營的決策制定(Kovner, Elton, & Billings, 2000; Short, 2000; Walshe, & Rundall, 2001)。

目前關於醫療組織的實證管理研究，結合行政管理活動與醫療臨床結果的相關性實證研究仍然缺乏，大多的研究單一側重於單純談論病患安全議題，以及臨床的治療處置、癒後狀況的臨床效用 (efficacy) 分析 (如醫師臨床病例研究等等)；或仍單一側重於行政管理活動 (如組織文化、溝通、策略等等) 與行政績效指標 (例如醫院傳統的績效指標：成本、服務量、員工生產力與住院天數等等) 之相關性探討。然而這樣側重一方 (行政管理或臨床療效) 的研究，而如此只會造成一醫療組織內兩大群體 (行政 vs. 醫療) 間更大的隔閡與溝通障礙，並無法達到組織經營管理上之經營者 (管理者) 與臨床執業人員間的共識與合作。未來的實證管理應該努力突破傳統單一面研究方式 (行政管理 vs. 臨床)；轉而探討行政管理活動與臨床效益間的相關性議題，例如成本與臨床品質結果 (包括再入院率、出院後狀況、返回職場的時間、長期生活品質等等) 之關聯性，使得行政管理與臨床醫療長久以來的潛在衝突可以得到圓滿的解決(林妍如、萬德和，2003)。再者，衛生主管機關亦必須加強醫療機構內部社會人文管理議題的經費研究補助，鼓勵從醫療組織行為來了解醫療執業者的態度與行為。

另外，一味地分別定義臨床或行政管理標竿值固然有其專業上的考量，但是必須要注意標竿值是否為相關業者所認同並具有實證的探究，使得醫療業者在致力於控制成本及效率的同時，並不會折衷醫療的品質；並可藉由實證研究，更可以幫助第三支付者在契約的價格協商中，更具有說服力及依據(林妍如、萬德和，2003)。

品質課責 (quality accountability) 係指醫療提供者提供第三支付團體、政府及消費者所需要的資料，以作為其評估投資價值的參考。舉例來說，目前台灣醫療業者必須要符合國家衛生主管機關、保險人 (健康保險局)、民間法人團體 (醫

策會)、甚至消費者的需求及監督來確認其是否具備一定醫療品質的照護服務，包括專業人員的職業執照、醫療機構的設置標準、機構評鑑的品質標準需求、甚至是病患病歷審查以核定支付費用等等。

對於政策制度者、第三方支付者或研究者來說，大型行政資料庫 (administrative databases) 是可用來評估病患醫療照護的結果，如健保申報檔案即屬於此種資料庫。在過去這些醫療院所的資料大多以書面的方式來記載，這樣的書面資料記錄方式阻礙了決策者與學術研究者的全盤分析；相反地，在資訊科技的進步下，使得病患醫療資料的傳輸與儲存、大型的醫療院所及病患資料可近性增加，因而監測業者及病患的照護工作變得較容易進行。然而行政資料庫，尤其是費用支付(健保申報)檔案卻存在著相當大的限制，包括資料的完整性、正確性及足夠性問題。以健保申報資料檔為例，提供完整的病患申報資料對業者來說是一項挑戰，尤其在支付誘因下，常常使得業者無法完全清楚地述說其真正使用在病患身上的處置，包括檢查、檢驗、衛材、藥品等等。另外，缺乏病患自費的醫療處置成本及院方自行吸收的醫療成本資料也使得申報檔案資料庫顯得不足。

資料庫的正確性是建構大型資料庫，如健保申報檔，必須要注意的。舉例來說，在西元 1993 年美國榮民醫療體系做了一個實驗，將六名相當資深、有經驗的疾病分類師分成兩組，每組三名，分別來閱讀 98 份從美國 72 家榮民醫學中心隨機選出的急性照護病患病歷，並要求這六位疾病分類師根據 ICD-9 code 來記載這 98 份病歷。該研究的目的是在於了解疾病分類師在使用 ICD-9 code 分類疾病時，其可能產生的變異 (variability)。結果發現，在任一個疾病組別中，其組內的三名疾病分類師，對於病患主診斷 (primary diagnosis) 判別出相同譯碼的程度不及一半；而在每組群中，三名疾病分類師對於病歷主診斷 (primary diagnosis) 及次診斷 (secondary diagnosis) 編譯完全相同者，在 98 份病歷中祇有一份病歷而已 (Danzi, Masencup, Brucker, & Dixon-Lee, 2000)。這可能是因為疾病分類師無意或有意地造成資料輸入變異或錯誤。而除了疾病分類師 (coders)

本身可能造成的輸入變異外，醫療費用支付的財務誘因即使得業者為了獲取高額的給付，有意地更換病患的診斷狀況。再者，病患資料的私有或保密性，在求證這些數據的正確性時便顯得有些困難。資料足夠性係指行政資料庫中是否存在足夠的資料來進行照護品質的監控。舉例來說，官方的統計資料常常顯示一些臨床數值，包括死亡率、手術結果、併發症發生率、病患功能狀態、平均住院天數、服務量等等數值，然而利用這些數值並無法比較不同照護間可能存在的品質差異。Iglehart (1988) 甚至指出：「除了親自查看病患病歷之外，無第二個方法（可獲得足夠分析病患的資料）。我們不要再欺騙自己去相信可以用申報行政檔案資料來計算病患的嚴重度了！」

剖析 (profile) 與標竿的方法類似，係為醫師或機構績效的報告書，其可提供消費者選擇就醫機構或醫師的依據。如果量測指標是具有效度的，則便可以做為跨醫療提供者績效比較的「報導卡」(report card)，而消費者或第三方支付者便可利用此報導卡來比較醫療提供者間的服務結果差異性，並作為就醫選擇或是給付費用的依據。剖析資料有其優點，但要得到正確的剖析資料需要付出相當的代價。除了必須要主動地進行實地資料監測 (on-site data evaluation) 外，紐約州健康諮詢委員指出，要建立一個有效益的剖析系統必須要達到下列的步驟：1) 要有意願與醫師及醫院業者密切溝通；2) 所有量測的治療處置或治療流程要非常清楚明確，換句話說，剖析的項目必須是可以量化於「行為」上，而非執業人員的「認知」(cognition of practice) 層次上；3) 必須成立一個系統來專責負責了解病患的風險因子，並且確認醫師及醫院業者所提供的資料是正確的；4) 聘請足夠的分析師及配置電腦以進行資料分析；以及 5) 確認資料分析過程及結果的正確性，必要時要透過實地的考察來確定。雖然這些是一些看似簡單的步驟，但是紐約州審查委員指出，其實醫師與醫院對這些事情的進行是有些遲疑的，美國境內亦有很多州無法得到這些資源，也沒有意願來執行剖析(Montague, 1996)。因此在無法得到人、事的配合上，剖析方法是難以發揮功效及具說服性的。另外，

剖析的限制之一在於無法真正地測量出一位醫師具備的醫療知識及技術，這是因為醫療照護並不是只是簡單的事件結果；相反地，它是一個連續的過程，因此會受到相當多的因素所影響，如醫師是否有能力利用病患病史來正確判斷病情、選擇適當的處置、有無能力與意願來融入病患的意願進行醫療決策，以及有無能力從實證研究中來吸取所需的知識以幫助其臨床上的處置等等(Parker, 1997)；而剖析的最終呈現資料結果可能無法呈現這些重點，甚至破壞了真正的醫學養成過程及倫理(Hibbard, & Jewett, 1997)。剖析的概念在醫療業漸漸地受到重視，臨床執業者（醫師或機構業者）擔心不公正、不完整以及過於主觀、專斷的剖析資料，將造成其在病患選擇、個人績效、甚至對外的契約取得或給付價格的不良效應，因此在進行剖析的系統建立時，必須要經過一連串的統計資料與實地評估相互比對與試驗，以確定評估系統的正確性，以做為品質改善的依據。

醫院評鑑制度亦是一項針對醫院業者所進行的品質課責方式之一，其結果更是為保險支付者再服務費用支付的依據。早期的醫院評鑑制度較注重於機構的「結構面」，如人力、設備、空間環境、服務量等等數據；而在92年醫策會針對一般醫院及精神專科醫院開始修正、新制定及試行新的醫院評鑑內容。新制的醫院評鑑制度強調醫院在其「過程」與「結果」面的努力。別於以往的醫院評鑑內容⁸，新制醫院評鑑內容議題新增醫院主管的經營策略與領導角色，並且融入現今重要的政策使命，即醫院在社區的角色。除此之外，更注意醫院的財務結構、外包業務品質，以及醫療糾紛的處理等等。新制醫院制度的實施有其必要性及重要性，但是如同前面所提及的，如何將醫院評鑑資料庫電子化，以及將資料庫的資料妥善分析來了解行政管理活動與醫療臨床結果的相關性實證研究，值得未來評鑑主管機關以既存的資料進行分析以作為未來品質改進的重要依據。

2. 醫療教育的角色

過去的醫療管理是一個父權的時代，民眾被動地被告知如何進行疾病療癒。

⁸ 詳細的新、舊制醫院評鑑內容請見表 53。

漸漸地在消費者意識抬頭下，醫療服務供應者又開始流行著「顧客就是老闆」「顧客永遠是對的」等等的口號；等到現在的醫療環境中，我們開始告訴消費者「請您記得要問您的醫護人員.....等等的問題」，最常見的建議詢問的議題包括費用、服務量、佔床率等等。雖然這樣的方式被認為醫療服務供應端很用心地想讓消費者更了解他們的選擇；但是對於消費者究竟想要些什麼卻仍然是相當片面的。衛生署長侯勝茂先生於第六屆立法院第一次衛生環境及社會福利委員會委員會議中指出：「『健康台灣—許給全民一個健康安全的人生』是本署的願景」。

對於醫療思潮的改變也撼動著醫學相關教育的固有方式，包括權威式的教學、專科化的臨床訓練，以及以醫療專業為主的專業人格培養。舉例來說，一直以來，醫療團隊（醫師）便以各種不同的方式來確保臨床的照護品質。最為人熟知的包括醫師見習、實習輪調、主治醫師制度等等，藉由非正式或正式的醫療教授，使得醫療經驗（包括知識與技術）得以傳承，品質得以確保。然而這些看似例行的品質確保工作卻有其嚴重的限制，舉例來說，在管理或臨床工作中，「月份」常被作為員工單位輪調的週期，而週期性的單位輪調可能使得醫護人員對病患個案照護連續性的學習受到阻礙。再者，照護醫師的技術及專長不符或不具經驗，也使得執業醫療結果不盡理想。除此之外，有時候主治醫師也常扮演著一個被動的角色，換句話說，他們常常由住院醫師所描述的結果來做判斷，而忽略了再次確認及相互討論的機會；抑或是只清楚病人的臨床徵兆，但是卻忽略了去真正了解病患對自身疾病的看法與期望。另外，醫護團隊的濃厚階級權威式色彩也常左右醫療知識的討論與精進(林妍如、萬德和，2003；Wan & Connell, 2003)。晨間會議（morning meeting）亦是醫護人員與其同儕進行正式醫療經驗交流的重要時機，其經驗的交流包括特殊、死亡及錯誤病例的探討，以及一般醫療知識的再教育。因此定期的晨間會議可以促進及確保病患照護的醫療品質改進及管理。然而，傳統的晨間會議在運作上有其潛在的限制。舉例來說，醫療機構常見的晨間醫學會議係以不同的專業分別召開，即藥師們舉行藥師晨間會議、醫師們舉行

醫師晨間會議、病房護士進行護理會議報告等等。而這種以專業來劃分的集會方式，不但可能阻礙了以病患為核心的跨領域、醫療團隊的精神與溝通機會之外，亦可能降低了病患照護的品質。再者，由醫療人員所進行的醫學會議討論，往往僅限於臨床問題的討論，而對於病患的正/負面意見及意願、醫院行政（administration）管理流程、法規（regulation）、或倫理（ethics）等議題卻很少納入討論。除此之外，即使醫學晨間會議在執行上具有一定的功能，但是缺乏紀錄亦使得一些臨床討論、前輩的經驗及邏輯思考，或是不同學派的意見溝通等等內容精華無法被完整地傳承下來(林妍如、萬德和，2003；Wan & Connell, 2003)。在醫學養成教育或實習過程中，常常可以發現教授們總是特別針對特殊、極嚴重、或難治案例作為課堂問題解析的範例，以及不斷地追逐於先進的醫療科技知識及技術；然而這些養成可能無法為各式各樣的病患提供最適的照護，甚至是忽略了最基本簡單的照護規則。

高齡化社會、社會與生活環境的改變，慢性疾病已取代傳統的傳染性疾病成為國民最大的健康威脅。但反觀台灣現有的醫療設施與照顧模式仍舊是為了處理民眾急性病症問題來設計，而對於健康維護、慢性疾病療養等問題，特別是關係到病人行為改變、心理諮商與各種專業協同照顧的部分有明顯的不足。再者，嚴重性呼吸道症候群(SARS)的來襲對台灣醫療體系造成重大的衝擊，也讓全國國民、衛生行政人員以及醫療業者的角色與功能有了許多批評及重新思考的契機，包括大型醫院門診就診量偏高，醫院發展偏重門診醫療服務，家庭醫師、預防保健及醫療分級觀念有待加強，以及醫病雙方資訊流通平台有待整合等等。

疾病不只是個人的問題，其與家族及個人過去的病史均有關係，因此由固定一位家庭醫師看診是有其必要性，一旦有了病痛，先找家庭醫師做第一線的處置，如需轉診，再由家庭醫師轉介到適當醫療院所，以接受後續的處理與治療，既可節省到處找醫師所花費的時間和金錢，又能完整掌握自己的病情，安心接受合適醫師的診治。家庭醫師的觀念對於台灣民眾來說是較陌生的，這是因為台灣民眾的就醫相當自由，且民眾常有「廟大(醫院)便是好」的謬誤；自從發生 SARS

疫情後，政府衛生主管機關正視落實醫療分級的迫切性，而民眾也開始意識到了醫院並非是一個安全的就醫場所，而應用此一契機，衛生署在民國 92 年 3 月 1 日公告家庭醫師整合性照護試辦計畫書中明示，希望藉由成立社區醫療群來提供民眾整體性的初級醫療與預防保健服務；並藉由基層醫師團隊中的各位醫師負責擔任家庭醫師，以及與合作醫院形成社區照護網絡來共同組成「計畫執行中心」，建立以社區為範疇、以民眾為對象的「社區照護網絡」，期以 1) 建立家庭醫師制度，提供全人醫療照護，提升醫療品質；2) 建立基層醫療院所與醫院之合作關係，提供民眾周全性、協調性與持續性的服務；3) 促進分級醫療及雙向轉診；以及 4) 減少醫療浪費，合理控制醫療支出。並於民國 93 年 3 月 11 日提出更適切業者運作的修正案⁹。截至民國 93 年 12 月底，全國已經完成 269 個家庭醫師試辦群體之規劃與推動。

後 SARS 時代開始，基層醫療開始受到相當地重視，而 80 年代早期有關基層醫師主題研究計畫也開始慢慢再被人憶起。然健保實施、社會文化以及人類價值觀的變化，已經衝擊著過去父權式的醫學權威，也使得醫師們對其授教、選科以及執業行為產生了相當地影響。新加坡國立大學醫學院院長 Wong, Fel(2005) 在新加坡醫學教育滿 100 週年紀念年度裡，指出新加坡的醫學教育在下一個 100 年裡的議題及挑戰，而這些論點與台灣醫學教育改革不謀而合，包括：

1) 教學的重要性 醫學教學是一個相當耗時的教育，如小群體教學。但是在面對病患臨床照護高品質需求及研究量的足夠性等要求下，究竟具有教學資格的醫學老師們還剩下多少時間可以花費在教導學生方面，則是現今醫學校教育必須要解決的議題。

2) 好的醫學導師制度 要培育好的學生必須要有好的老師，尤其對於醫學生來說。醫學是一門「科學」，更是一門「藝術」，而如何兼顧學生的專業知識與技能，以及學生的情緒管理與人文素養，除了有賴課程的精心規劃外，醫學生需要一個可以作為模範以及學習的楷模。科學知識強調實證論

⁹ 中央健康保險局 93 年 3 月 11 日健保醫字號第 0930059488 號公告修正

理；而藝術涵養強調經歷與智慧。Buchel & Edward (2005)調查住院醫師及其臨床教師來了解其認為一位好的臨床教師應該具備的特質，結果發現，住院醫師與其臨床教師們共同認為臨床能力(clinical competency)、非批評性的(non-judgmental)，以及角色模範(role model)是一位臨床教師應該具有的最重要特質；而最不重要的特質為學者活動(scholarly activity)、組織應對技巧(organizational skill)以及準備充分的(well-prepared)。而如果將住院醫師與其臨床教師認知分別來進行分析，結果發現臨床教師認為最重要的三項特質為臨床能力(clinical competency)、非批評性的(non-judgmental)，以及熱心(enthusiasm)；而最不重要的特質包括學者活動(scholarly activity)、組織應對技巧(organizational skill)以及尊重住院醫師學生的自主權(respects resident autonomy)。住院醫師則認為臨床教師最重要的特質為非批評性的(non-judgmental)、臨床能力(clinical competency)以及熱心(enthusiasm)；而最不重要的特質為學者活動(scholarly activity)、組織應對技巧(organizational skill)以及角色模範(role model)。這個研究結果除了揭露了師生對於良好的醫學教師所應具備的特質期許之外，可以發現另一個相當有趣的結果，也就是在分別針對住院醫師與臨床教師進行分析時發現，住院醫師認為教師的「角色模範」是最不重要的因素之一，而教師們卻將「尊重住院醫師的自主權」列為最不重要的項目之一。這樣的結果可能顯示了在傳統世代與新世代醫師間對於其執業生涯臨床教育與自主權的體認與價值觀有了重大改變，李明濱(1998)指出，醫療專業人員間的溝通問題包括專業角色的壓力、角色負荷過度以及特殊的專業壓力、專業人員彼此間缺乏了解、專業自主性的抗爭以及非專業的個人特質。因此，如何體恤醫療專業人員在整體專業養成教育，包括基礎與臨床教學方面，並在彼此間達成共識，促進學習的良好環境，值得教育學者及臨床工作者共同來努力。

3) 爆炸性的知識年代

今天的醫學知識科技進展與變革的時間間隔越

來越短，醫學講師如何在知識快速更新的時代給予學生最及時的醫學知識亦是一項挑戰。

4) 知識轉譯的困難性 在2003年，McGlynn 等人在新英格蘭醫學雜誌 (NEJM) 的研究引起廣大的注意，其指出在大都會區的美國人民只有半數是獲得「適當的」醫療照護服務。這樣的結果不禁令人唏噓，因為在美國如此醫學進步的國度裡，其人民所得到的醫療照護卻是如此，而這樣的狀況也發生在英國及新加坡。

人類的行為牽涉複雜的過程，包括認知、態度等一系列的內心層次變化，而至最後的行為改變。就如同大多數的人都知道抽菸不好，可能是引起癌症的原因之一，但是民眾的抽菸問題仍然嚴重。我們也很少正式地要求那些菸癮者來接受醫學諮商與輔導。因此當國家正投入大量的經費研究抗癌等基因研究時，似乎醫療提供者應該學習如何將我們的基礎醫學實證發現真正地落實及改變民眾的行為來促進其健康。醫病關係的溝通在改變病患的行為中扮演重要的角色，陳杏佳(1998)指出，傳統上醫療人員是支配者，而病人則是順從者，因為醫療人員展現權威屬於支配者的角色，便引發病患為順從者的角色，因此促成了不平衡的醫病關係。因此如何擅用權力分享來促進醫病關係，增加病患醫囑遵從性，並作行為的改造，則是未來醫護人員在溝通技巧上的重要一環。

5) 醫學教育成本 不管在哪一個國度，醫學教育的成本一直是備受討論的議題。在過去的科技計畫研究中，只有一篇研究計畫係關於教學成本，然健保支付於明年即將停止對於教學成本費用的支出，而轉由衛生署全權處理。而究竟醫學教學成本究竟應該要如何精算以及促進醫學教育的永續發展值得研究學者再進一步探究。

6) 由過去強調的急性照護轉為慢性照護理念 慢性病在高文明社會中

已經慢慢成為困擾民眾日常生活品質的重要因素。衛生署侯勝茂署長於本年度的立法院第 1 會期衛生環境及社會福利委員會召開全體委員會議中指出，未來施政方向將積極推動社區化長期照護服務產業，包括建立地方政府發展社區長期照護網路的基礎行政架構、進行相關服務供需之調查與評估、制定各類社區長期照護服務之作業標準與品質指標、獎勵輔具、資訊、遠距視訊等科技之引進，提升社區長期照護的技術層級，以及訂定全國長期照護相關之人力發展目標與各類人力之教育培訓基準，獎勵各級學校參與建教合作，培訓長期照護所需各類專業與照顧之服務人力等等。另外，積極推動國民健康照護資訊網的建構，包括擴建「長期照護資訊網」，增加連線使用單位，提供民眾完整長期照護，以及辦理年度健康資訊網站評獎，張貼優良網站標章，引導民眾查詢正確健康資訊；並要求醫院及藥局應檢查處方箋之「藥品交互作用」，以保障民眾之用藥安全等等。

美國醫學機構(Institute of Medicine, IOM)於 1999 年及 2001 年發布「犯錯是人性」(To Error is Human)以及「跨越品質的鴻溝」(Crossing the Quality Chasm)兩份報導後，引起國際相當地震撼，也引發了美國醫療業界在評鑑制度內容上的改革，而台灣醫院業界也於這兩年裡進行了新制醫院評鑑新制的試行。在新制醫院評鑑內容中，已經漸漸融入行政管理與資訊等議題，甚至強調跨團隊、多元專業團隊的精神內涵。然在醫學教育的領域範疇中，台灣醫學生似乎仍缺乏了對於醫療領域中的非臨床專業部分應有的知識準備，包括對於支付制度/保險制度、品質管理、成本等知識，以及其他醫療相關專業人員在醫療業界中的角色扮演。為了讓醫學生在進入醫療執業領域前更了解醫療領域中的多元專業關係人，美國醫學教育評鑑委員會(Accreditation Council for Graduate Medical Education, ACGME)於八個醫學院校的三、四年級醫學生，試辦一項新的課程規劃案，稱為 21 世紀醫學教育案(Undergraduate Medical Education for the 21st Century, UME-21

Project)。在新的課程規劃課程主要包括九大核心：1) 介紹醫療體系中的基層醫師、專科醫師、護理人員、藥師、社工師，以及其他的健康照護提供者間的角色及協調性；2)藉由實際參予護理之家、急性復健中心、居家照護、藥局、安寧之家、衛生所、社會服務室、血液透析中心、老人之家及其他機構來了解每一機構的服務提供特質；3) 介紹一有效運作的醫師診所的特質，包括瞭解法規、維護病歷、偵測及改進病患的臨床結果及滿意度、正確地記載疾病碼及提供批價服務、並且與醫療業中的其他醫療服務提供者進行照護的協調與互動；4)與病患討論其需要，並且幫助病患在選擇及接受不同類型的醫療服務提供者；5)介紹各項保險類型的內容及相關活動；6)教導如何將醫學證據、照護成本及病患偏好等價值整合來提供病患有品質極高滿意度的服務；7)教導將實證臨床診療指引應用於預防、急性、慢性照護上，並且同時用來偵測及改進醫師同儕間或醫療體系的績效；8)尊重並了解醫療團隊中的每一份子及其運作，包括基層醫師、專科醫師等等；以及 9)對於在規劃病患照護的過程中，承擔病患照護成本、品質及病患喜好的責任(Rivo, Keller, Teherani, O' Connell, Weiss, & Rubenstein, 2004)。

3. 政策制定的角色

自全民健保辦以來，衛生保險機構的角色則以醫療審核者的角色來存在。醫療審核 (medical auditor) 係指利用事先已確認的指標/標準，來評估醫療專業人員在臨床處置上的適當性。一般來說，一個完善的審核制度能夠幫助醫療從業人員確認其正確的醫療行為，但是其應用性常僅侷限於當治療處置與疾病的關係是單一、唯一且明確的(Lyons, Rawal, Yeh, Leon, & Tracy, 2002)。因為醫療審核常是第三支付者對專業人員給付的依據，因此在財務誘因下，醫療紀錄常有紀錄不實或遭竄改之嫌，使得醫療審核常常喪失其原有的價值；然而，對 UK 來說，醫療審核並不作為照護提供者與第三支付者間醫療價格協商的依據，而是由醫療專業團體所做的醫療改進活動，因此醫療審核活動在 UK 廣受歡迎(Andrews, et al., 1997)。如果醫療專業同儕間是以正向的方式來討論及學習治療病患最適當的方

法並從中改正不當的醫療行為時，則醫療審核工作對醫療品質是有貢獻的；但是相反的，如果審核工作融入太多的政治因素，或是在審查中無法提供足夠的病患訊息以供判別，則當審核結果產生負面或不公現象時，不但無法真正地提昇醫療品質，反而將使醫療審核工作變為一種利益、報復的競技場，而抵觸醫療審核原有的美意(林妍如、萬德和，2003)。

除了醫療專業人員的專業執業要求之外，醫療管理人員在醫療機構中應該適時地扮演協助的角色，包括藉由協助建立健全的制度或流程來支援改進醫療臨床照護服務品質，包括縮短服務等候時間、增加服務提供的可近性等等。這些議題在品質管理手法中已漸漸獲得解決，而主要的功臣常在於電腦資訊科技的應用。舉例來說，電腦化的處方系統幫助醫師降低手寫處方的筆誤、藥師誤讀處方的機率，而藥品交互作用、配伍禁忌資料的適時提供，也使得醫師在開立處方時多了一份參考的依據(Spath, 2000)。另外，電腦教學模組、遠距醫學等亦幫助醫療人員在醫療知識與技術上的提升與交流(Graf, Graf, & Janssens, 2002)；而病患臨床資料的傳送或接收，如影像儲傳系統 (Picture Archiving and Communication System: PACS)，更幫助醫療提供者從多定點、同時查閱及討論病患病情。甚至機器人手術的執行將突破了人為手術在操作上的限制。醫療機構電腦資訊化使得病患資訊可以快速、正確地被獲得，以及降低交易行政成本，而目前國內 IC 卡計畫推行，更顯示了政府邁向建立民眾個人健康資訊的新世紀。當然對於臨床資訊系統的發展上，資訊的安全性及私密性等等議題必須同時考慮。終身的網路健康照護是病歷演化的最終理想，在於突破只重視病患的疾病概念(即基本醫療資訊)，而是以全人的概念來呈現，包括人終其一生所需維持健康的所有資訊，包括飲食習慣、用藥相關性、營養紀錄等健康管理與健康維護之概念。終身網路健康照護的建立除可作為一國家的健康資料庫外，亦可作為民眾終生健康檔案，並提供個人化的健康網路諮詢。

另外，在電腦科技介入後，已經邁向自動化醫療紀錄 (automated medical

records)、電子化醫療紀錄 (computerized medical record system)、電子醫療紀錄 (electronic medical records), 以及至今演化為電子病歷 (electronic patient record system) 的形式。電子病歷強調將病患的醫療紀錄達到無紙的境界, 其內容可包括文字、圖片、影像、數字、聲音等等。電子病歷除了可以提供醫療機構中人員較方便流通及管理, 同時可以跨出個別機構的藩籬, 建立真正以病患為中心的病歷資訊架構(李友專, 1999)。而跨院式的電子病歷網係透過醫療資訊交換中心 (medical information exchange center) 來將病患的資訊做交換, 這些資料的共享不僅只發生在一組織內, 甚至可能涉及跨組織、跨國際等(簡文山等, 1997)。一般來說, 建立跨組織式的電子病歷網對一整合組織來說是具有相當大的實質利益, 這些實質利益包括可能縮短跨成員間的病歷傳送時間、確保跨成員醫師 (醫療人員) 讀取病患資料的完整性, 以降低可能產生的醫療錯判, 並減少病患重覆檢驗、檢查、用藥等所可能造成醫療資源的浪費。另外, 電子病歷亦可作為一完整的醫學研究料庫, 提供學者或臨床者針對某一疾病、地區、年齡病患做一系統性分析, 以創造全人類的醫療環境。此對於未來國家衛政所落實的家庭醫師醫療群、社區長期照護服務體系、建置藥品交互作用資料庫系統等等¹⁰。

另外, 發展健康資訊(health informatics)亦是政府發展未來研究實證式的政策依據時的最佳平台。目前國內的病患資料檔中, 以健保資料歸人檔及醫事服務檔最為人所知。健保資料檔能夠提供各種不同的醫療相關訊息, 舉例來說, 資料庫可以幫助了解照護提供者對治療同一類型疾病之住院日數差異、了解資源使用情形 (包括了解病患的醫療照護使用率), 以及醫師用藥習慣等議題之探討, 這些分析將幫助國家剖析醫療提供者的照護品質與成本, 如利用 IC 卡來輔導就醫頻繁的病患, 減少重複之檢驗、檢查與用藥, 並進行藥價監控, 調查藥價差額, 縮小藥價差距; 落實醫療院所違規之查核; 加強民眾正確就醫及安全用藥之宣導等

¹⁰ 衛生署長施政報告內容, 立法院第 6 屆第 1 會期衛生環境及社會福利委員會全體委員會議

¹¹。讀者可由國家圖書館之文獻檢索中找出一些研究者或實務者利用醫療資料庫進行分析的相關研究。資料的公開有助於學術團體及實務者（臨床或行政）評估健康照護使用的有效性及效率，當然資料庫的建立與分享同時也必須要確保病患及機構的隱私性，以免被不肖之人盜取而流於商業用途。資料的可近性可以創造多種醫療活動的評估，但是資料的正確性更是另一項重要的挑戰。舉例來說，如果為了評鑑、申報財務等因素，在資料上做無謂的竄改，則資料的不正確性將對政府在政策及醫療行為決策上產生負面的影響，也將影響醫療品質的發展及進步。

結語

事實上，政策制定者影響著一研究結果要如何地落實在一個國家衛生體制中，包括落實的深度及廣度。將研究結果作為政策制定的依據即是所謂的「實證政策」(evidence-based policy)，而依據實證研究來規劃政策方向是相當有價值的，舉例來說，利用成本效益(cost-benefit)分析方法可以來了解落實一國家落實整合性家庭醫師整合性照護計畫對民眾可以產生的價值感受與利益(林妍如、李卓倫，2004)；然而觀之目前國家衛生主管機關所委託的研究類型中，屬於政策執行後的成效評估類型研究證據稍顯不足。從人民的角度來說，人民有權了解究竟國家衛生主管機關如何將其資源(即經費補助)分配給會對病患及民眾健康產生實質利益的研究上；但是對於審查國家衛生預算的委員或資源分配者來說，可能會以其直接選民(或支持群眾)的利益為前提來進行衛生預算編列及審核的依據，舉例來說，新建構一棟醫院可能只是特別迎合某一類優秀人才；又或是說在缺乏特別的管控機制下，一些私人機構可能也會進行不必要的經費耗用(Haines, Kuruvilla, & Borchert, 2004)。

研究結果可能會直接地被合理化，進而影響後續的政策制定；而研究者與政

¹¹ 衛生署長施政報告內容，立法院第6屆第1會期衛生環境及社會福利委員會全體委員會議

策制定者間也可能存在著交叉效應來彼此影響的研究主題訂定及政策制定的方向。舉例來說，政策制定者可以象徵性地發包一項新的研究來延緩決策的制定，也可以選擇性地利用某一研究結果來做為一政策內容的修正；而一項研究結果也可能慢慢地轉變為一項政策。因為研究本身與政策制定間存在著微妙的交叉互惠關係，因此未來衛生主管機關在設定研究議題與政策制定內容上必須要把握住七個關鍵的步驟(Haines, Kuruvilla, & Borchert, 2004)，包括 1)對於委託的研究計畫主題設定優先順序(priorities)；2)落實研究結果；3)綜合研究證據；4)制定政策議程；5)形成政策內容；6)執行政策；以及 7)評估政策執行後的結果與效應。

參考文獻

1. Andrews, L.B., et al. (1997). An Alternative Strategy for Studying adverse Effects in Medical Care, Lancet, 349, p.309-313
2. Buchel, T.L., & Edward, F.D. (2005). Characteristics of Effective Clinical Teachers. Family Medicine, 37(1), 30-35
3. Cone, J.D., & Foster, S.L. (1993). Dissertations and Theses from Start to Finish. American Psychological Association, Washington, DC.
4. Danzi, J.T., Masencup, B., Brucker, M.A., & Dixon-Lee, C. (2000). Case Study: Clinical Documentation Improvement Program Supports Coding Accuracy. Top. Health Industry Management, 21, p.24-29
5. Enthoven, A.C., & Vorhaus, C.B. (1997). A Vision of Quality in Health Care Delivery. Health Affairs, 16, p.44-57
6. Graf, J., Graf, C., & Janssens, U. (2002). Analysis of Resource Use and Cost-Generating Factors in a German Medical Intensive Care Unit Employing the Therapeutic Intervention Scoring System. Intensive Care Medicine, 28(3), p.324-331
7. Granata, A.V., & Hillman, A.L. (1998). Competing Practice Guidelines: Using Cost-Effectiveness Analysis to Make Optimal Decisions. American College of Physicians, 128, p.56-63
8. Haines, A., Kuruvilla, S., & Borchert, M. (2004). Bridging the Implementation Gap between Knowledge and Action for Health. Bulletin of the World Health Organization, 82(10), 724-731
9. Mur-Veeman, I., Hardy, B., Steenbergen, M., & Wistow, G. (2003). Development of Integrated Care in England and the Netherlands: Managing across Public-Private Boundaries. Health Policy, 65(3), 227-41

10. Hibbard, J.H., & Jewett, J.J. (1997). Will Quality Report Cards Help Consumers? Health Affairs, 16, p.218-228
11. Iglehart, J.K (1988). Competition and the Pursuit of Quality: a Conversation with Walter McGlure. Health Affairs, 7, p.79-90
12. Kovner, A.R., Elton, J.J., & Billings (2000). Evidence-Based Management. Frontiers of Health Services Management, 16(4), p.3-24 ;
13. Levine, S.R. (2000). Consumer-driven Health Care: a Path to achieving Shared Goals. Physician Executives, 26(6), p.10-16
14. Lyons, J.S., Rawal, P., Yeh, I., Leon, S., & Tracy, P. (2002). Use of Measurement Audit in Outcome Measurement. Journal of Behavior Health Services Research, 29(1), p.75-80
15. McBurney, D. H. (2001) Research Methods. 5th ed. Wadsworth, Thomas Learning, Inc.
16. McGlynn, EA, Asch, SM, Adams, J., et al., (2003). The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States. N Engl J Med, 348, 2635-2645
17. Montague, J. (1996). Report Card Daze. Hospitals, 70(1), p.33-36
18. Parker, J.G (1997). Religion, Spirituality can be Allies in Patient Care. Internal Medicine News, 30, p.5
19. Phelps, C.E. (1993). The Methodological Foundation of Studies of Appropriateness of Medical Care. New England Journal of Medicine, 329, p.1241-1245
20. Rivo, M.L., Keller, D.R., Teherani, A., O' Connell, M.T., Weiss, B.A., & Rubenstein, S.A. (2004). Practicing Effectively in Today's Health System: Teaching Systems-Based Care. Family Medicine, 36(Jan Suppl), S63-S67.

21. Short, J.H. (2000). A Counter Proposal on Evidence-Based Management. Frontiers of Health Services Management, 16(4), p.25-34
22. Spath, P.L. (2000). Error Reduction in Health Care: A System Approach to Improving Patient Safety. NY: John Wiley and Sons.
23. Walshe, K., & Rundall, T.G (2001). Evidence-Based Management: from Theory to Practice in Health Care. Milbank Quarterly, 79(3), p.429-457 ;
24. Wan, T.T.H., & Connell, A.M. (2003). Monitoring the Quality of Health Care: Issues and Scientific Approach. Kluwer Academic Publishers
25. Wong, J. (2005). The Future of Medical Education: The Second 100 Years. Ann Acad Med Singapore, 34,166C-171C
26. 白璐，2000，全民健康保險醫藥分業實施成效評估-以台北市為例，DOH88-NH-025，國防醫學院
27. 李友專，1999，電子病歷的內涵和發展趨勢，病歷檔案運用科技媒體儲存暨實務研討講義，病歷管理協會發行
28. 李明濱，1998，醫療專業人員間之溝通。健康體系：溝通理論與技巧，蕭淑貞、李明濱着，第九章。國立台灣大學醫學院
29. 杜壯、邱垂昱、黃俊儒，2000，應用模糊理論於醫院服務品質滿意度之研究，2000 邁向二十一世紀品質管理技術應用研討會
30. 林妍如、李卓倫，家庭醫師整合性照護計畫之成本效益分析：以中區社區醫療群為例，2004，中區醫療網補助計畫。(投稿中)
31. 林妍如、萬德和，2003，健康照護組織之價值創造：整合性照護之基本概念與設計入門，雙葉書廊。
32. 陳杏佳，1998，醫療專業人員間之溝通。健康體系：溝通理論與技巧，蕭淑貞、李明濱着，第六章，國立台灣大學醫學院
33. 陳恆順，2002，醫學資訊學概論，國立台灣大學計算暨繼續資訊網路中心

34. 曾倫崇、何嘉惠、李明興、徐憲宏，2002，模糊、灰色理論應用於醫療服務品質評估之研究，遠東學報，20(1), 36-50
35. 簡文山等，1997，建立台灣醫療資訊交換中心之藍圖，醫療資訊雜誌，12月號，頁 54-66

附錄：台灣長期照護發展一覽表

(資料來源：台灣長期照護協會)

社會大世紀	社會福利	衛生醫療	協會
1992 年以前 (民國 81 年以前)	<p>1980 年 (民國 69 年)</p> <ul style="list-style-type: none"> * 「老人福利法」公佈實施，老人福利機構為：扶養機構、療養機構、休養機構、服務機構 * 「老人福利法實行細則」公佈實施 * 制定「殘障福利法」，公佈實施殘障福利機構 <p>1981 年 (民國 70 年)</p> <ul style="list-style-type: none"> * 內政部成立兒童、老人、殘障福利促進委員會 <p>1987 年</p> <ul style="list-style-type: none"> * 內政部辦理老人日間照護服務 <p>1988 年</p> <ul style="list-style-type: none"> * 省政府訂定「台灣省安老計畫-關懷資深國民福利措施」 	<p>1986 年</p> <ul style="list-style-type: none"> * 「醫療保健計畫-筹建醫療網計畫」明列 「中老年疾病防治計畫」 <p>1987 年</p> <ul style="list-style-type: none"> * 衛生署委託台北市護理師護士公會推展獨立型態「居家護理服務」 <p>1989 年</p> <ul style="list-style-type: none"> * 中信局將居家護理納入公務人員保險給付試辦計畫，奠定居家護理支付標準基礎 	

社會大世紀	社會福利	衛生醫療	協會
	<p>1990 年</p> <ul style="list-style-type: none"> * 彰化老人養護中心開辦為首家公辦養護機構 <p>1991 年</p> <ul style="list-style-type: none"> * 退輔會「榮民就業安置發展五年計畫」提供老榮民安養服務 	<p>1990 年</p> <ul style="list-style-type: none"> * 衛生署「建立醫療網二期計畫」-加強復健醫療及長期照護理服務及「國家保健計畫」推展居家護理及護理之家服務 * 省立豐原醫院開設日間照護理服務 <p>1991 年</p> <ul style="list-style-type: none"> * 衛生署頒布「護理人員法」 * 衛生署推動「國民保健計畫」子計老年病防治及長期照護理服務，將居家照護理列重點工作 	<p>1992 年</p> <ul style="list-style-type: none"> * 5 月全台居家護理師聯合公會討論會中，達成籌組專業團體之共識 * 12 月居家護理區域督導會議中，由督導原擬訂本會相關章程草案初稿，並發出訊息召集發起人
1993 年 (民國 82 年)			
<p>世界：歐洲聯盟成立</p> <p>國內：台灣海基會和中國海協會在新加坡會談，新黨自國民黨分出成立；65 歲以上老年人口達 7%</p>	<p>規劃國民年金</p>	<p>* 衛生署推動「國民保健計畫」，中老年病防治及長期照護理服務為重點，目標為每縣市居家照護理機構及護理之家機構至少各一家，以提供服務</p> <p>* 公佈「護理機構設置標準」等相關法令，使「居家護理」及「護理之家」等長期</p>	<p>* 1 月以「中華民國長期照護理專業協會」名稱及 45 位發起人，由阮玉梅女士擔任召集人向內政部社會司提出社團法人申請</p> <p>* 5 月於台中召開發起人及第一次籌備會議。選出七位籌備委員，決定籌備地</p>

社會大世紀	社會福利	衛生醫療	協會
		<p>照護理機構有法源依據</p> <p>* 於法不合，台北市、高雄市及台灣省護理師公會均停辦居家護理服務</p> <p>* 第一家獨立型態護理之家機構成立</p>	<p>點及入會申請手續，並通過章程草案</p> <p>* 8月28日於台大景福館舉行成立會員大會。接著於台大校友會館舉行第一屆第一次理事會議，阮玉梅女士當選為第一屆理事長</p> <p>* 接受衛生署委託辦理「居家護理區域輔導計畫」，成為居家護理成長團體之前身</p> <p>* 12月長期照護專業協會會訊創刊</p>
<p>1994年(民國83年)</p> <p>世界：黑人曼德拉當選南非總統；千島湖事件</p> <p>國內：華航日本名古屋空難，死亡252人，台灣省長、直轄市長第一次民選，選舉結果為台灣省長宋楚瑜、台北市長陳水扁、高雄市長吳敦義</p>	<p>第一次全國社會福利會議</p>	<p>* 「全民健康保險法」制定公佈</p> <p>* 大台北居家護理所成立，成為第一所獨立型態之居家護理所</p> <p>* 衛生署委託「中華民國胸腔暨重症加護醫學會」辦理「呼吸長期依賴病患照護計畫」，提供呼吸器長期依賴病患居家照護及機構式照護服務</p> <p>* 衛生署試辦「出院計畫」，以建立急性、慢性醫療與長期照護轉介機制</p> <p>* 長期照護機構推展計畫開始補助事宜</p>	<p>* 辦理第一梯次「長期照護護理基礎訓練」，爾後逐年分梯次辦理</p> <p>* 舉辦第一屆第二次會員大會，並以「安寧照護」、「護理之家照護」等主題之學術討論會</p> <p>* 聘任蔡靜枝為協會首位全職人員</p> <p>* 台北市政府委託協會辦理「病房服務員訓練」，開辦本會辦理病患服務員訓練之首例</p>
<p>1995年「民國84年」</p> <p>世界：世界貿易組織成立；大陸提出「江八點」</p>		<p>* 中央健保局成立</p> <p>* 修正「行政院衛生署醫療發展基金會申</p>	<p>* 聘任田攻女士為首任秘書長</p> <p>* 舉辦四次「長期照護相關機構觀摩與座</p>

社會大世紀	社會福利	衛生醫療	協會
<p>國內：二二八紀念碑落成；李登輝對「江八點」提出回應是為「李六條」</p>		<p>請作業要點」將醫院附設護理之家納入獎勵對象</p> <ul style="list-style-type: none"> * 全面實施健康保險，並將「居家護理」服務列入給付範圍 * 健保局公佈「全民健康保險居家照護作業要點」及「全民健康保險慢性疾病範圍」 * 衛生署制定「安寧療護」相關規範，推展以醫院為基礎的安寧療護計畫，提供癌症末期病患後續連續及完整的照護服務 * 衛生署自八十四年五月首次召開安寧療護協商會議，並於十二月成立「安寧療護推動小組」、設「資源分配」、「研究發展」、「服務品質推廣」及「教育訓練」四個分組 	<p>談會」相互交流，建立共識</p> <ul style="list-style-type: none"> * 於台南成大辦理第一期「長期照護人員成長研習營」，爾後逐年分區持續辦理 * 與中華民國社會專業人員協會等十個民間團體合辦「老人失智症學術研討會」確定失智症一詞，喚起對老人失智症重視 * 阮玉玫理事長率團前往挪威參觀長期照護機構，作為我國規劃長期照護之參考 * 辦理第一場「護理機構負責護理人員訓練」，爾後逐年持續辦理 * 衛生署增列本會得辦理「護理機構負責護理人員訓練」 * 編印「台灣地區長期照護機構名冊」首刊，爾後逐年持續出刊 * 辦理第一屆第三次會員大會及「老人的長期照護」與「高齡者安養設施之建築規劃理念」學術討論會 * 參加衛生署召開研商「財團法人長庚紀念醫院復健分院申請設立護理之家及嘉義分院申請設立護理之家」案之需求性及適當性公聽會議，極力推廣長期照

社會大世紀	社會福利	衛生醫療	協會
護社區化之理念			
1996年(民國85年)			
<p>國內：台灣首任總統直接民選，李登輝、連戰當選第九屆總統、副總統；內政部、衛生署、勞委會及財團法人厚生基金會共同舉辦「跨世紀老人醫療、福利政策」學術研討會；建國黨自民進黨分出成立</p>	<p>* 內政部實施「推動社會福利社區化」運用社區資源與整合社會福利服務</p> <p>* 台灣省軍醫團醫院設立於新竹縣湖口鄉，為國內第一所專收失智症患者照護機構</p>	<p>* 衛生署在台大等10家醫院實施「安寧居家療護納入全民健保試辦計畫」</p> <p>* 全民健保將護理之家機構住民接受居家護理機構服務之項目比照居家照護納入給付</p> <p>* 衛生署配合全民健保住院控制計畫，將「出院計畫」更名為「出院準備服務」計畫，並全面推廣</p> <p>* 衛生署委託中華民國安寧照護基金會辦理「安寧療護專業人員研修計畫」，提升安寧療護專業人員之知能</p> <p>* 衛生署委託辦理「末期癌症病患之醫院與居家照護品質之比較及癌症居家護理標準作業程序之建立」計畫</p>	<p>* 舉辦第二屆第一次會員大會，會中並選舉第二屆理事、監事，阮玉梅女士續任第二屆理事長</p> <p>* 與中華民國社會福利協會等25個社會福利團體座談討論「長期照護社區化政策之問題與對策」會議，並結盟成立「社區化長期照護聯盟」說帖送立法院，引導政府政策走向長期照護社區化</p> <p>* 日本老人照護團隊來台參加暨辦理座談會</p> <p>* 與中華民國糖尿病衛教學會等專業團體合辦「糖尿病皮膚照護研習會」開創協會跨專業學會合作之先例</p> <p>* 與中華民國物理治療學會合辦「長期照護與物理治療台灣現狀與展望研習會」，與物理治療專業團體共同開發跨專業長期照護照護模式</p> <p>* 衛生署補助辦理「居家護理造口與傷口護理師資訓練」</p> <p>* 台灣省政府衛生處委辦「山地、離島所公共衛生護士居家護理在職訓練」，協</p>

社會大世紀	社會福利	衛生醫療	協會
<p>1997年(民國86年)</p> <p>世界：中國總理鄧小平去世；中華人民共和國恢復對香港行使主權；亞洲金融風暴開始席捲</p> <p>國內：國民大會決議廢除台灣省；行政院經濟建設委員會將長期照顧納入「跨世紀國家建設計畫」</p>	<p>* 「殘障福利法」修正公布，更名為「身心障礙者保護法」，並將護理機構納入身心障礙福利機構中</p> <p>* 「老人福利法」第一次修正公布，「老人」的法定年齡由70歲降為65歲，將老人福利機構訂為長期照顧機構、養護機構、安養機構、文康機構及服務機構等五類，並加列老人保護專章</p> <p>* 內政部、財團法人天主教康泰醫療教育基金會、台北市政府社會局合辦北區「老人失智症關懷系列電影座談會研討會」</p>	<p>* 衛生署提出「健全醫療網第三期計畫」，加強發展特殊醫療護理體系，將長期照顧納入特殊照顧體系之一</p> <p>* 衛生署發表「衛生白皮書-跨世紀衛生建設」提出長期照顧發展重點，以居家及社區式照顧服務為主(70%)，機構式照顧服務為輔(30%)</p> <p>* 台北市政府衛生局於信疫區衛生所成立台灣首座「台北市長期護理管理示範中心」，進行資源整合，提供長期照顧單一窗口服務</p> <p>* 全民健康保險居家護理給付標準改用「資源耗用群」(RUGs)，將居家照護支付點數調整為四類，民眾仍須負擔10%</p> <p>* 南投縣魚池鄉衛生所開辦日間照顧機構，始創「衛生所」型態日間照顧服務</p> <p>* 推動「發展遲緩兒童聯合鑑定中心」、「殘</p>	<p>* 2月27日本會完成社團法人登記</p> <p>* 長期照顧雜誌創刊，爾後每半年出一期</p> <p>* 田政秘書長轉任企劃主任，聘吳成方先生任第二屆秘書長，聘陳筱蓉女士為本會企劃專員，負責傷口護理訓練</p> <p>* 吳成方秘書長離職，由翟文英幹事代理秘書長</p> <p>* 通過「學術發展獎勵辦法」及「甄審長期照顧護理人員辦法」，鼓勵會員參與研發，及建立專業證照制度</p> <p>* 中華民國福利聯合勸募協會補助辦理「促成照顧者家庭關懷支持團體」服務方案，推動長期照顧病患照顧者支持團體相關活動</p> <p>* 辦理長期照顧居家營養照顧服務研習會，開創與營養專業合作先端</p> <p>* 衛生署委辦第一次「長期照顧觀摩會」</p>
<p>助推動醫療資源缺乏地區之長期照顧服務</p> <p>* 開始規劃居家護理照顧紀錄電腦化之計畫，並調查需求</p>			

社會大世紀	社會福利	衛生醫療	協會
		障補助器材研究發展中心」	舉辦學術演講、機構海報展、相關醫療及用品展，爾後依年度辦理，使產、官、學三方面得以經驗交流 * 衛生署委辦第一梯次「造口護理訓練班」及「傷口護理訓練」，爾後由協會自行辦理，並出版專書，提升造口及傷口護理品質 * 辦理第一次長期照護護理人員甄審，計30名通過，查二屆第二次會員代表大會頒發「長期照護護理人員合格證書」 * 辦理第一屆研究(專案)計畫申請補助，及第一屆獎學金申請，爾後每年補助，激勵長期照護研究發展與人員培育
1998年(民國87年) 世界：中華人民大會 江澤民主席訪日，重新簽訂「中日和平友好條約」 國內：華航大園空難，死亡人數202人；行政院成立社會福利推勳小組；台北市長選舉馬英九當選	* 內政部訂定「安養機構定型化契約」範本 * 內政部舉辦「全國社會福利會議」，研議跨世紀社會福利新方向，會中並促行政院成立「社會福利推勳小組」，研議全國相關社會福利政策 * 內政部推動「加強老人安養服務方案」 * 內政部修正發布「老人福利法施行細則」、「老人福利機構設立標準」、「身心	* 衛生署實施「老人長期照護三年計畫」 * 衛生署擴大辦理醫院「出院準備服務計畫」，建立急性醫療、慢性醫療與長期照護間良好的轉介管道與關係 * 衛生署修訂公佈「護理機構設置標準」與「護理人員施法則」，放寬護理之家機構設立標準 * 衛生署實施65歲以上高危險群老人流行性感冒疫苗接種計畫	* 獲內政部「86年度全國性社會團體工作績效評鑑甲等獎」 * 李孟芬女士任第三任秘書長 * 邀請日本高橋泰先生主講「長期照護量表保險給付上的應用」學術演講，並翻譯出版專書 * 為促進各區會員交流與經驗分享，成立「成長團體」，由原6區增至2004年13區

社會大世紀	社會福利	衛生醫療	協會
	<p>障礙者保護法施行細則」；發布「老人福利機構設立許可辦法」；函頒「安養機構定型化契約」範本等</p> <p>* 內政部提出老人社會福利社區化照護政策，並針對中低收入失能獨居老人提供「緊急救援連線」服務</p> <p>* 內政部與衛生署會銜發布「老人長期照護機構設立標準及許可辦法」</p>	<p>* 內政部及衛生署會銜函頒「老人健康檢查及保健服務項目及方式」，各縣市政府可據以配合健康成人預防保健服務項目辦理老人健康檢查</p> <p>* 衛生署推動長期照護管理示範中心，建立個案管理制度</p> <p>* 衛生署推動山地、離島及鄉村地區衛生所辦理居家護理服務</p> <p>* 衛生署委託辦理「安寧療護疼痛處置指引」計畫</p>	<p>* 與相關專業協會、學會共同辦理「物理治療、職能治療介入長期照護研討會」、「長期照護環境設施研習會」、「臨終關懷於長期照護中之應用」、「營養介入長期照護現況與展望研討會」、及長期照護相關法規研討會等，開拓專業團隊合作及整合之先端</p> <p>* 台灣省政府衛生處委辦「省屬單位護理人員居家護理自學方案」，並編製「成人及高齡者版居家照護基礎自學教材」，增加護理人員加入長期照護領域之另一途徑</p> <p>* 衛生署委辦護理之家區域輔導計畫，邀約 8 大領域 40 餘位專家參與，形成長期照護團隊合作模式之創舉，為診斷及提升護理之家機構與服務品質而共同努力，提升機構照護品質</p> <p>* 衛生署委辦「建立我國長期照護管理示範中心制度與個案管理培育制度」，協助推動長期照護單一窗口制度</p> <p>* 衛生署委辦「需求評估量表在長期照護之應用與展望研討會」期能了解國內長期照護評估量表發展，研議未來對策</p>

社會大世紀	社會福利	衛生醫療	協會
			<ul style="list-style-type: none"> * 與衛生署委辦「研議失智症護理之家建築設計指引」 * 健保局補助研發「標準化、電腦化居家照護服務與品質資料庫」，開發居家照護電子記錄系統
1999年(民國88年)			
<p>世界：歐盟推出歐元，統一歐洲貨幣</p> <p>國內：李登輝發表二國論；台灣省所屬政府機關改制；發生921大地震傷亡嚴重；行政院成立「老人福利推動小組」，組成工作小組，研訂「建構台灣長期照護體系十年計畫」</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 內政部以1999國際老人年為主題舉辦系列活動 * 衛生署與內政部共同召開長期照護跨部署會議，研商長期照護資源整合相關議題，組成工作小組，共同推動長期照護業務 * 台灣省政府社會處改制為內政部中部辦公室 * 內政部成立「老人福利促進委員會」 	<ul style="list-style-type: none"> * 衛生署舉辦「1999國際老人年系列活動」記者會及系列活動，藉以宣達我國加入WHO的決心，為國際老人系列活動開跑 * 衛生署辦理「補助民間機構設置護理之家暨長期照護個案示範中心聯合簽約儀式 * 台灣省政府衛生處改制為行政院衛生署中部辦公室 * 衛生署首次辦理護理之家機構訪查及輔導 * 衛生署與內政部共同召開長期照護跨部會議，研商長期照護資源整合相關議題，組成工作小組，共同推動長期照護業務 * 衛生署全面推動喘息(暫托)服務計畫 * 推動「全民健保山地離島地區醫療給付 	<ul style="list-style-type: none"> * 獲內政部頒發之「87年度全國性社會團體工作績效評鑑甲等獎」 * 阮玉梅理事長及李世代理事，分別榮獲衛生署頒發參等及貳等衛生獎章 * 獲衛生署頒發「績優民間單位」獎牌 * 「長期照護雜誌」完成申請國際標準書號，登陸為ISSN1561-2546 * 本會網站正式上線(網址www.lcpa.org.tw)將長照相關研習、法規、統計、及出版品上網 * 召開第三屆第一次會員代表大會，改選理、監事及理事長，陳惠姿女士出席第三屆理事長 * 本會監事協會協助國立空中大學編製「長期照護」教材及錄影帶，為我國長期照護教材之首例衛生署委辦護理之家機構訪查計畫，藉以提升機構照護

社會大世紀	社會福利	衛生醫療	協會
		效益提升計畫」 * 衛生署委託財團法人老五老基金會建立本土化之「長期照護人力銀行制度」試辦計畫	品質 * 配合衛生署「迎接世界衛生日—1999年國際老人年系列活動」，舉辦專題演講、研討會等系列活动 * 配合 921 災區重建計畫，協助南投縣、台中縣及雲林縣規劃及推動轄區內長期照護服務體系建置及協助培育專業人力 * 衛生署委辦第一場「個案管理初階訓練」及中心協調會，爾後逐年持續辦理，並協助各地區開設長期照護管理示範中心 * 衛生署補助辦理「長期照護口腔照護研習」，開國內長期照護口腔照護之先鋒
2002 年 (民國 89 年)			
世界：美國總統大選布希當選 國內：民進黨陳水扁、呂秀蓮當選 第十屆總統及副總統，政黨輪替；行政院社會福利推動小組成立跨部會長期照護專案小組，推動「建構長期照護體系先導計畫」，規劃我國長期照護藍圖	* 內政部函頒「中低收入老人特別照顧津貼試辦作業要點」，針對長期照顧主照顧者，提供經濟補助 * 內政部辦理「推展居家服務支援中心業務示範觀摩會」，針對居家服務支援中心進行觀摩 * 內政部與衛生署共同辦理長期照護管理示範中心及居家服務支援中心參訪	* 衛生署召開「因應九二一震災導致重傷殘者照護計畫研商會議」，以署公務預算大力推動災後整合性復健及長期照護服務 * 衛生署舉辦「表揚 88 年績優護理之家聯合簽約」典禮 * 衛生署成立「長期照護諮詢委員會」，規劃及研議長期照護相關政策	* 獲內政部頒發之「88 年度全國性社會團體工作績效評鑑甲等獎」 * 參與 921 震災重建計畫有功，獲南投縣政府頒贈感謝狀 * 與台灣神經學學會合辦「失智症醫療照護系列研討會」 * 與英國貿易文化辦事處文化合辦「英國老人健康座談會」，邀請 7 位英國學

社會大世紀	社會福利	衛生醫療	協會
	<p>計畫</p> <ul style="list-style-type: none"> * 內政部委託台灣大學辦理建構長期照護體系先導計畫第一年計畫 	<ul style="list-style-type: none"> * 衛生署委託中華民國護理師護士公會全國聯合會辦理「出院準備服務觀摩會」 * 衛生署研訂「醫療網第四期計畫—新世紀健康照護計畫」將長期照護列為重點工作 * 衛生署公佈「安寧緩和醫療條例」保障不可治癒末期病人權益 * 衛生署於「89年度長期照護觀摩會」中表揚全國績優居家護理機構 * 內政部與衛生署共同辦理長期照護管理示範中心及居家服務支援中心參訪計畫 * 衛生署委託國家衛生研究院成立「全民健康保險體檢小組」，90年2月完成任務提出報告 * 89年推動原住民族部落與離島社區健康營造工作 * 衛生署委託台灣大學公共衛生學院衛生政策與管理研究所辦理「全國長期照護需要評估計畫」並規劃長期照護財務與人力評估 	<p>長及國內多位學者共同分享英國最新護理理念</p> <ul style="list-style-type: none"> * 組團至日本考察高齡者福祉事業 * 辦理「失能者活動設計研習會」與中華民國職能治療學會合作，開辦國內首次針對失能者活動設計課程 * 衛生署委辦「二代醫療資訊網—建立居家照護資訊網」計畫，推動PDA居家照護軟體，並辦理「長期照護資訊系統現狀發展座談會」 * 衛生署委辦長期照護示範管理中心督導訓練，為長期照護個案管理督導培訓之開端，並協助各縣市逐年設置中心 * 衛生署委託辦理「研議護理之家機構分類與設置標準計畫」，研擬機構分類分級制 * 衛生署委託辦理「全國居家護理機構訪查」 * 台北市政府衛生局委託辦理「護理機構督導考核」，提升台北市護理機構品質
<p>2001年(民國90年)</p> <p>世界：美國紐約發生911恐怖驚爆事件死亡近3000人</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 內政部委託台灣大學辦理建構長期照護體系先導計畫第二年計畫 	<ul style="list-style-type: none"> * 衛生署「研評估國內須長期照護人口與外籍監護公之供需相關事宜」會議， 	<ul style="list-style-type: none"> * 獲內政部頒發之「89年度全國性社會團體工作績效評鑑甲等獎」

社會大世紀	社會福利	衛生醫療	協會
<p>國內：逃芝及納莉颱風陸續襲台，造成全台損失近 120 億，台北市幾乎全市淹水；新台幣貶值至 35 元對一美元，創 14 年來新低；兩岸三通起航，立法院正式通過我國加入 WTO 條約案；「建構長期照護體系先導計畫」舉行掛牌儀式；參加行政院福利推動小組一長期照護專案小組召開「新型照護模式－照顧住宅及多層級機構」；行政院經濟建設委員會及內政部、衛生署、原住民族委員會、農業推廣委員會等相關部會共同推動「照顧服務產業發展方案」</p>	<p>* 內政部委託台北縣政府、嘉義市政府辦理建構長期照護體系先導計畫台北縣三鶯實驗社區、嘉義市實驗社區第一年度計畫</p> <p>* 內政部依新修訂政之老人福利法辦理第一次全國「老人福利機構評鑑」</p> <p>* 內政部於第二期「推動老人安養服務方案」中，將居家服務支援中心更名修正為居家服務據點</p> <p>* 內政部召開「研商修訂老人福利專業人員資格要點」及「研訂安養定型契約應記載或不得記載事項」會議及研討會</p> <p>* 農委會召開「研商規劃高齡者參與休閒農業旅遊之相關配套措施事宜」</p> <p>* 經濟部召開「研商照護服務產業發展方案一推動輔具資源流通中心第一次會議」</p> <p>* 勞委會針對委託居家護理團體或鄉鎮市區衛生所協助辦理家庭外籍監護工申請之評估篩選工作可行性等相關事宜召開會議，對巴氏量表之評估計算標準，及居家護理人員擔任評估訪事進行討論；並召開「通盤檢討外籍監護工之</p>	<p>討論巴氏量表之評估標準，將罕見疾病之患者列入專案申請</p> <p>* 衛生署舉辦「日本介護保險制度施行現況及未來展望研討會」</p> <p>* 國家衛生研究院主辦，協會協辦「長期照護評估工具與實務應用國際研討會」，以國際 MDS 量表說明為主</p> <p>* 衛生署召開「研商長期照護相關事務電腦化之成效及未來執行方向事宜」會議</p> <p>* 衛生署「研商 92 年度衛生局護理管理機構業務督導考核等三項計畫相關事宜」，決議 92 年各縣市護理之家督考工作與訪查結合辦理</p> <p>* 衛生署修訂「護理之家設置標準」加列精神護理之家機構設置標準</p> <p>* 國家衛生研究院論壇成立長期照護組</p> <p>* 衛生署邀請日本水口汀保健所所長辦理「日本老人失智症患者照護模式研討會」</p> <p>* 7 月成立「行政院二代健保規劃小組」設有「政策評估綜合組」、「體制財務規劃組」、「醫療分配規劃組」、「健保資料中心」等四組</p>	<p>* 第一屆理事長阮玉梅女士獲頒國立台北護理學院第一張榮譽碩士學位</p> <p>* 第一屆理事長阮玉梅女士公祭，與中華民國護理師護士公會全聯會將阮玉梅女士生平事蹟及思念編輯「阮玉梅女士追思紀念冊」</p> <p>* 內政部委辦「老人長期照護服務模式參訪」</p> <p>* 李孟芬秘書長出國，聘張淑卿女士任代理秘書長</p> <p>* 接受會員建議，增加信用卡轉帳及費用折扣機制</p> <p>* 與英國貿易在台辦事處、衛生署、內政部合辦「英國長期照護面面觀」邀請 10 位英國長照專家分享英國模式</p> <p>* 退輔會委辦「照顧服務員初階訓練」</p> <p>* 農委會委辦「建構農村社區生活支援服務體系計畫一輔導屏東縣崁頂鄉農會開辦養護中心計畫」</p>

社會大世紀	社會福利	衛生醫療	協會
	<p>引進原則」座談會及中部辦公室召開「研議建立照顧服務員技術士技能檢定制度」座談會</p>	<p>* 衛生署 8 月 16 日公告「老人用藥臨床試驗基準」 * 衛生署規劃善設「失智症護理之家」, 選擇三軍總醫院、嘉義聖馬爾定醫院辦理</p>	
<p>2002 年 (民國 91 年)</p> <p>世界：歐元正式啟用 國內：股市跌 4000 點，失業率達 5.35% 創新高；華航澎湖海外海空難 252 人死亡；行政院核定「照顧服務產業發展方案」</p>	<p>* 內政部委託台灣大學辦理建構長期照顧體系先導計畫第三年計畫 * 內政部委託台北縣政府、嘉義市政府辦理建構長期照顧體系先導計畫台北縣三營實驗社區、嘉義市實驗社區第二年度計畫 * 內政部成立推動照顧服務產業輔導團 * 內政部頒發「非中低收入失能老人及身心障礙者輔助使用居家服務試辦計畫」, 將居家服務補助對象, 擴大至一般失能老人及身心障礙者 * 內政部推動照顧服務產業輔導團第一次委員會議, 整合居家服務員、病患服務人員之名稱為照顧服務員 * 內政部補助雲林縣老人福利保護協會辦理九十一年全國老人福利產業服務網絡示範觀摩會 * 台灣失智症協會成立</p>	<p>* 衛生署召開「研商 91 年度推偏遠地區居家護理喘息服務相關事宜」會議 * 衛生署召開「照顧服務產業發展方案」之失能者嚴重度界定標準會議 * 國家衛生研究院辦理「發展社區化長期照護之策略」專家會議 * 衛生署委託台灣大學公共衛生學院衛生政策與管理研究所辦理「迎戰照顧潮：全球經驗 vs. 台灣經驗」國際學術研討會 * 規劃「挑戰二 00 八國家發展重點計畫」, 將社區長期照護列為首要業務 * 衛生署召開「建置失智症照護體系相關事宜會議」 * 衛生署規劃「長期照護資訊網計畫」</p>	<p>* 獲退輔會表揚辦理「照顧服務員訓練」 * 第一屆理事事長吳故阮玉梅女士獲頒醫療奉獻獎 * 陳惠姿理事事長致力推展長期照顧事務, 獲頒「衛生專業獎章」 * 召開第四屆第一次會員代表大會, 杜敏世女士獲選為第四屆理事事長 * 李孟芬秘書長正式離職, 張淑卿任第四屆任秘書長 * 出版「護理之家作業規範」、「台灣地區老人福利機構導覽」套書 * 完成居家護理電腦語音記錄之 PDA 版 * 辦公室內部整修 * 台北市政府委辦老人安養護理機構評鑑 * 內政部委辦「優質老人福利機構護理人員共識營」 * 內政部委辦「優質老人福利機構服務人員共識營」</p>

社會大世紀	社會福利	衛生醫療	協會
	<ul style="list-style-type: none"> * 台灣護理之家協會成立 		<ul style="list-style-type: none"> * 內政部委辦「失能老人機構是照護供需分布狀況調查研究」 * 衛生署疾病管制局補助辦理「愛滋病防治教育訓練計畫」 * 持續辦理相關延續計畫
2003年(民國92年)			
<p>世界：美英聯軍攻打伊拉克、伊大地震死亡人數達萬人、SARS造成世界恐慌</p> <p>國內：SARS風暴；行政院修正照顧服務產業發展方案之名稱為「照顧服務福利及產業發展方案」</p>	<p>內政部及衛生署聯合公布「照顧服務員」...</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 衛生署辦理護理之家全面訪查 * 健保局全面推行健保IC卡 * 內政部及衛生署聯合公告「照顧服務員訓練及相關事項」 	<ul style="list-style-type: none"> * 長期照護雜誌改以季刊出刊 * 起草研擬「長期照護法」草案 * 張淑卿離職 * 翟文英女士任代理秘書長 * 與國防醫學院共同邀請美國南卡羅來納州立大學 Amidon 教授至台演講 * 衛生署委辦「護理之家全面訪查計畫」 * 出版長期照護相關機構SARS感染控制防治手冊及VCD * 辦理長期照護護理人員愛滋病教育訓練及愛滋病照護實地見習 * 與台大圖書館簽約，將以出版之雜誌稿件提供網路資料庫查閱 * 台北縣政府社會局委辦「安養機構評鑑」暨「老人安養護理機構感染措施輔導計畫」 * 國健局委辦「長期照護工作人員安寧案

社會大世紀	社會福利	衛生醫療	協會
			護推廣計畫」 * 內政部委託辦「台閩地區績優老人福利機構日本老人住宅觀摩考察」