



6-1-1997

A Study of Quality Oriented Model for Hospital Accreditation in Department of Rehabilitation

Mu-Jung Kao

Mei-Wun Tsai

I-Nan Lien

Kai-Yuan Tang

Yen-Ho Wang

Follow this and additional works at: <https://rps.researchcommons.org/journal>

 Part of the [Rehabilitation and Therapy Commons](#)

Recommended Citation

Kao, Mu-Jung; Tsai, Mei-Wun; Lien, I-Nan; Tang, Kai-Yuan; and Wang, Yen-Ho (1997) "A Study of Quality Oriented Model for Hospital Accreditation in Department of Rehabilitation," *Rehabilitation Practice and Science*: Vol. 25: Iss. 1, Article 2.

DOI: <https://doi.org/10.6315/3005-3846.2016>

Available at: <https://rps.researchcommons.org/journal/vol25/iss1/2>

This Original Article is brought to you for free and open access by Rehabilitation Practice and Science. It has been accepted for inclusion in Rehabilitation Practice and Science by an authorized editor of Rehabilitation Practice and Science. For more information, please contact twpmrscore@gmail.com.

醫院復健部門醫療品質導向評鑑模式之研究

高木榮* 蔡美文¹ 連倚南² 譚開元³ 王顏和²

*省立新竹醫院復健科 ¹ 國立陽明大學物理治療學系

² 國立台灣大學醫學院復健科 ³ 國防醫學院

國內醫療機構復健部門評鑑偏重硬體的條件，以醫療的結構面為重，對醫療過程與結果並未列入評估標準。本研究的目的是希望由醫療的結構、過程、結果三個層面訂出評估指標，建立評量表，以作為醫療院所復健部門評鑑及醫療品質評估的標準。

研究方法係以 Donabedian 品質的架構，依醫療結構、過程及結果三類指標架構設計成醫院復健部門評鑑及醫療品質評估指標專家效度問卷調查表，經專家效度修訂成醫院復健部門評鑑及醫療品質評量表。

研究建議如下：

(一)聯合各學會排除本位主義，慎重討論適合國內復健醫學界評鑑之指標。

(二)應更進一步邀集專科學會的專家座談，以取得指標項目及分級配分的共識。

(三)復健醫療及教學評鑑應獨立評鑑，除了結構性的規範外，應漸漸將過程及結果納入評鑑。

(四)進一步依本研究模式，以醫院復健部門評鑑及醫療品質評量表，作全國醫院復健部門的評鑑。

(五)應另設計適合基層院所，復健診所的評鑑指標。

(六)評鑑應同時重視醫療品質，依評鑑分級並配合健保給予不同給付，才能實質提昇復健醫療品質。(中華復健醫誌 1997; 25(1): 13-25)

關鍵字：醫院評鑑(hospital accreditation)，品質保證(quality assurance)，復健(rehabilitation)

前言

國內醫療機構復健部門評鑑偏重教學機構硬體的設施，並未將醫療品質列入評鑑。民國80年及81年衛生署對全國復健部門的評鑑表，以醫療的結構面為重，對於醫療過程與醫療結果並無評估標準^[1-3]。本研究是希望由醫療的結構、過程、結果三個層面訂出評估指標，以建立醫院復健部門醫療品質導向的評鑑模式^[4-6]。

材料與方法

壹、研究架構

本研究的架構參考 Donabedian 提出的醫療品質評估模式，依據復健醫療部門的特性，將與醫療結構(structure)，醫療過程(process)及醫療結果(outcome)三個層面有關的各項因素列入探討，以擬訂評估指標，作為醫院復健部門評鑑及醫療品質評估的標準^[7,8]（表一）。

貳、研究工具

一、醫院復健部門評鑑及醫療品質評估指標專家效度問卷調查表：依美國 JCAHO (the Joint Commission on Accreditation of Health Organization)開發之醫療品質評估指標，及參考國內外文獻^[9-13]，以民國八十年及八十一年復健醫療評鑑內容為藍本，依醫療結

投稿日期：85 年 9 月 18 日 覆審日期：85 年 12 月 14 日 接受日期：86 年 1 月 6 日

抽印本索取地址：高木榮，省立新竹醫院復健科，新竹市經國路一段 442 巷 25 號

電話：(03) 532-6151 轉 3500

表一、醫療品質研究架構

醫 療 品 質		
醫療結構	醫療過程	醫療結果
一、復健醫療人力配置及人員資格	一、綜合性醫療品質指標	一、滿意度調查
二、復健醫療設備及業務內容	1. 復健部門醫療品質保證活動	1. 病人滿意度之測量
三、團隊復健醫療能力	2. 病歷紀錄、治療紀錄	2. 內部同仁滿意度之測量
四、環境空間	3. 工作手冊	二、疾病別治療結果功能指標評估
1. 醫院無障礙設施	4. 主治醫師迴診情形	1. 全院腦中風出院病人能行走率
2. 復健部門門診及治療區一般設施	5. 病例討論會	2. 復健科中風出院病人能行走率
3. 病房設施品質	二、等候時間	3. 全院脊髓損傷出院病人不需留滯導尿管比率
	1. 檢查報告完成時間	4. 復健科脊髓損傷出院病人不需留滯導尿管比率
	2. 治療排程等候時間	
	3. 完成會診時間	
	三、復健處方適當性	
	1. 健保復健費用平均核扣比率	
	2. 門診物理治療處方複雜程度比例	
	四、工作量	
	五、教學訓練、進修及發展	
	六、早期復健介入（床邊治療）	
	七、特定疾病他科轉介（照會率、轉床率）	

構、過程及結果三類指標架構設計醫院復健部門評鑑及醫療品質評估指標專家效度問卷調查表，徵詢專家意見作為修定之參考。

指標分類及大項內容如下：

◎結構包括：(一)人力配置與人員資格

(二)復健設備與業務

(三)團隊復健醫療能力

(四)環境空間

◎過程包括：(一)綜合性醫療品質指標

(二)等候時間

(三)復健處方適切性

(四)工作量

(五)教學訓練與發展

(六)早期復健介入

(七)特定疾病他科轉介

◎結果包括：(一)滿意度調查

(二)疾病別治療結果功能指標

二、醫院復健部門評鑑及醫療品質評量表：依上述調查資料，參考專家之意見，依以下原則制訂評量表。

(一)評量表項目訂定方式

依專家效度選定，分醫療結構、醫療過程及醫療結果三類，每類下分幾個大項，每大項分幾個細

項。

(二)評量表配分方式

1. 先將專家認為不適合的項目剔除。

2. 分類配分：依結構、過程、結果三分類得分比例配分，總分 100 分。

3. 大項配分：每一個分類下之大項依得分比例換算成大項配分。

4. 細項配分：每一大項下分細項，以相對權值(0-4 分)來配分。

(三)評量細項分級訂定方式

專家效度修訂，分成優、良、可、差、劣五級相對分數為 1、0.75、0.5、0.25、0 分。

參、統計與分析

一、資料蒐集：

醫院復健部門評鑑及醫療品質評估指標專家效度問卷調查表，委由國內有評鑑實務經驗之復健醫療專家學者共 10 名填寫，並由作者以面晤或電話方式說明調查內容，問卷於一個月內回收整理。

二、信度與效度：

本研究之醫院復健部門評鑑及醫療品質評量表，其指標項目的訂定是依回顧文獻所述及透過專家效度

方式修訂。

三、統計方法：

以 SPSS/PC 套裝軟體進行分析。

肆、名詞解釋

一、醫療結構

指醫療機構內部的硬體設備(physical facilities)、行政組織(administrative organization)和人員資格(personnel qualification)。

(一)人力配置與人員資格

1. 人力配置:復健科醫療團隊各種人員的編制情形,包括病床數與住院醫師數比例及住院醫師與主治醫師比例等。
2. 人員資格:復健醫療團隊成員各專業人員的教育程度及專業証照。

(二)復健設備與業務

指復健科醫療設施、設備及能力(rehabilitation instruments, facility, capacity)包括復健門診數、物理治療、職能治療、聽力語言治療、義肢裝置、心理治療、社會工作的設備及業務內容,研究能力及各項特殊檢查及訓練能力,復健病房的設施品質等。

(三)團隊復健醫療能力

腦中風、脊髓損傷及截肢病人屬重大殘障(major disability),復健必須投入大量醫療資源,故該等病患住院人數可以反應其整體復健能力。

二、醫療過程

指醫師及其他專業人員在處理病人時的各種活動。

(一)醫療品質保證活動(quality assurance program; QAP)

是一種系統性、計劃性在醫院內相關醫療的活動,其活動內容包涵:醫療結構、醫療過程與醫療結果三個階段;又可區分為醫療技術與醫療藝術二個層面,其目的在保證患者產生最大之醫療效益,及避免產生不當之醫療。

(二)等候時間

各種檢查、治療排程及會診報告完成時間。一般而言,等候時間愈長,病患滿意度會降低。

(三)復健處方適切性

1. 健保復健費用平均核扣比率:健保申報費用經過行政審查及專業審查,其核扣比率過高可反應復健處置浮濫。
2. 門診物理治療處方複雜項目比例:現行健保復健費用申報要求提報比例,複雜項目比例和病患疾病種類及醫療院所層級有關,不合理的高比例,可能間接反應濫用復健資源。

(四)工作量

1. 平均門診量 = 當月總門診人次/當月總診次
2. 平均物理治療 = 當月物理治療總人次/物理治療人員總數 · 日
3. 平均職能治療 = 當月職能治療總人次/職能治療人員總數 · 日
4. 平均語言治療 = 當月語言治療總人次/語言治療人員總數 · 日

(五)早期復健介入

早期床邊物理治療及床邊職能治療服務的功能。

(六)特定疾病他科轉介(ICD-9 相關碼)

照會率 = 照會復健科總數/全院總床數(6 個月平均)
轉床率 = 轉復健科新病例數/全院新病例數(特定疾病)

三、醫療結果

(一)病患滿意度調查

病人接受醫療服務後,對院內各項醫療、行政服務人員及設施之整體滿意度,可藉由追蹤調查詢問病人之情形得知。

(二)同仁工作滿意度調查

包含復健科團隊各專業人員工作的滿意度。

(三)疾病別治療結果功能指標

1. 復健科腦中風出院病人能行走率 = 出院時能行走 CVA 新病例/所有 CVA 新病例(以 3 個月計算)
2. 全院腦中風出院病人能行走率 = 出院時能行走 CVA 新病例/所有 CVA 新病例(以 3 個月計算)
3. 復健科脊髓損傷出院病人不需留滯導尿管比率 = 出院時無留滯導尿管之 SCI 新病例/全院所 SCI 新病例(以 6 個月計算)
4. 全院脊髓損傷出院病人不需留滯導尿管比率 = 出院時無留滯導尿管之 SCI 新病例/全院所 SCI 新病例(以 6 個月計算)

結 果

一、專家效度問卷調查表發出 10 份,100%回收。

二、評量表的指標訂定及配分方式依據下列原則：

(一)評鑑指標項目分類:針對評鑑指標細項,依專家意見效度分析表(表二)將指標項目分為三組,而建議增列項目為第四組。

第一組:評鑑評量項目:此即本研究採用的醫院復健部門評鑑及醫療品質評量表(表五)。

第二組:進階評量指標:本研究不採用,但作為往後列入評鑑之參考(表二)。

第三組:刪除項目:專家認為不適用之指標項目(表

二)。

第四組：建議增列項目：專家建議加入之項目列入進階項目(表三)。

(二)評鑑指標項目配分：

1.將刪除項目剔除後，依評鑑指標專家效度分類及大項配分分析，得到分類配分：結構、過程、結果為60、32、8；各大項依得分比例換算成大項配分，本研究依細項分項稍作調整配分(表四)。

2.評鑑指標細項配分依其相對權值配分,本文並未詳列。

(三)評鑑指標細項分級依專家意見略作修正,本文並未詳列。

(四)綜合上述結果設計出醫院復健部門評鑑及醫療品質評量表(表五)。

討 論

一、評鑑指標專家意見效度分析表(表二)

專家效度問卷調查的復健醫療專家只有10位，調查過程彼此並沒機會充分的溝通是本研究的限制，因此其相關不贊成項目的統計百分比僅提供參考，但專家詳述理由中由作者主觀判斷其說服性及評鑑實務上的可行性而作出項目保留、刪除或列入進階的選擇，但仍然保留未來更多討論及修改的空間。此表所列之項目是以專家不贊成的項目為主，其不贊成的理由列於表二，至於專家贊成且未附反對理由的項目本研究列為評量表評鑑指標項目(表五)，於表二則不列入。

(一)針對專家不贊成的指標項目仍保留的理由

- 1.「主任為復健科專科醫師」：醫療科主任除了是行政主管外，對醫療品質的提昇應負領導責任，由完整訓練的專科醫師領導，對醫療品質保證的規劃和執行具有促進的作用。
- 2.「團隊復健能力」項下的(1)腦傷新病例復健(2)脊髓損傷新病例復健(3)截肢新病例復健，雖有不贊成的意見，但因此三項指標資料取得容易，也可以表現復健團隊之實力，因此保留這些指標。
- 3.「等候時間」項目下的「他科會診能在24小時內完成比率」，雖有專家建議時間縮短至2小時，但實際上不易達到，故維持原案。
- 4.「教學訓練進修與發展」項下「是否為復健科專科醫師訓練醫院」，雖有專家不贊成，但基本上有教學功能的醫療，能帶動醫療品質的提昇，經評鑑為訓練機構，具備較佳條件，因此保留此項目。
- 5.「滿意度調查」：有些專家認為流於形式，但在醫

療品質的架構理論，認為病患滿意度是對醫療服務的最終感受，也是品質的指標，因此保留，但在指標內容加入有無改善的計畫，光作現況分析，而不實際改善是沒有用的。

(二)列入進階項目(表二)，是因為目前資料取得不易或爭議仍大，應有更多的討論再列入指標，以提昇品質。

(三)列入刪除項目的指標(表二)，多因爭議大，客觀性不夠，或與品質無關而刪除。

- 1.「專任義肢裝具人員」：雖然專任或兼任皆可，但專任仍比兼任為佳，列入進階項目。
- 2.「每位住院醫師分配病床數」：因專家對適當的病床比意見分歧，太多太少均會影響醫療品質，而且急性或慢性復健病床屬性會影響此種比率，因此列入進階項目，俟更多的討論達成共識再列入。
- 3.「治療在處方後3日能開始比率」：爭議大，因等候時間和病人多寡及治療人員多寡有關，好的醫院病人多，自然就要等候，但理論上等候時間太長，會影響病人滿意度，因此列入進階項目。
- 4.「腦中風出院病人能行走率」、「脊髓損傷出院病人不需留滯導尿管比率」：數據不易取得，但行走率及膀胱訓練成功是復健後功能重要指標，故列入進階指標。其他專家提出的結果指標，如：日常生活執行能力(ADL)，Barthel Index，FIM score，目標達成率及進步率等均為結果指標。復健醫療結果是評估醫療品質的重要內涵，但因不易評估，故目前只停留在研究階段，無法列入評鑑。

二、評鑑指標專家效度建議增列項目分析表(表三)

(一)團隊復健醫療項目：

- 1.增列腦性麻痺，小兒復健等以運動治療為主的項目。腦性麻痺可一併列入腦傷病例。
- 2.增列背痛教室：背痛病人多，但不完全由團隊來處理，故未列入。

(二)門診病患診斷類別：以重大殘障的病人比例分級，在數據的收集有實際的困難，尤其無法顯示疾病嚴重度的情形下，更易扭曲個案比例的意義。

(三)醫療結果：

- 1.專家對醫療結果的建議很多，也很寶貴，在復健醫學領域中，有關功能的評估非常重要。例如：常見的日常生活功能指標有：PULSES(1957) Katz Index, Barthel Index(1965)、Kenny Self-care evaluation(1965)、Klein-Bell ADL scale(1982)、FIM(1987)等，為很有名的評估

表二、評鑑指標專家意見效度分析表*

評鑑指標項目	很不贊成 及不贊成	沒意見	很贊成及 贊成	不贊成理由	指標處理方式
醫療結構					
一、人力配置與人員資格					
主任為復健專科醫師	11%	0	89%	主任與醫院行政較相關,和品質無關	保留
專任義肢裝具人員	22%	22%	56%	未必要專任	列入進階項目
每位住院醫師分配病床數	22%	11%	67%	對適當病床數意見分歧 (1)太多太少均影響品質 (2)應分急性或慢性復健病床	列入進階項目
二、復健設備與業務					
研究室、實驗室	11%	33%	56%	非醫療項目	刪除
提供義肢裝具服務	22%	11%	67%	(1)需視醫院之病人種類,復健部門未必有此服務 (2)由其人力配置可推測工作內容	刪除
提供心理治療服務	11%	11%	78%	由其人力配置可推測工作內容	刪除
提供社會工作服務	11%	11%	78%	由其人力配置可推測工作內容	刪除
三、團隊復健醫療能力					
腦中風新病例住院復健	11%	11%	78%	有些專門的復健中心只做某些種類病人	保留
脊髓損傷新病例住院復健	11%	11%	78%	有些專門的復健中心只做某些種類病人	保留
截肢新病例復健	11%	22%	67%	有些專門的復健中心只做某些種類病人	保留
醫療過程					
一、等候時間					
1.物理治療在處方後 3 日內能開始比率	20%	0%	80%	(1)將等候時間改為處方後 1 日能完成 (2)病人多寡和治療師多寡會影響個案等候治療排程時間	列入進階項目
2.職能治療在處方後 3 日內能開始比率	20%	0%	80%	(1)將等候時間改為處方後 1 日能完成 (2)病人多寡和治療師多寡會影響個案等候治療排程時間	列入進階項目
3.語言治療在處方後 3 日內能開始比	20%	0%	80%	(1)將等候時間改為處方後 1 日能完成 (2)病人多寡和治療師多寡會影響個案等候治療排程時間	列入進階項目
4.肌電圖報告在 3 日內完成比率	10%	0%	90%		保留
5.他科會診能在 24 小時內完成比率	10%	0%	90%	他科會診 2 小時內能完成(不易執行)	保留
二、復健處方適切性					
1.健復健費用平均核扣比率	22%	22%	56%	(1)非客觀可以控制,相當有爭議 (2)與申報有關,和品質無關	列入進階項目
2.門診物理治療處方複雜程度比例	33%	11%	56%	與治療對象及申報有關,與品質無關	列入進階項目

表二、評鑑指標專家意見效度分析表(續)*

評鑑指標項目	很不贊成 及不贊成	沒意見	很贊成及 贊成	不贊成理由	指標處理方式
三.工作量					
1.平均門診量	11%	11%	78%	和看診時間長短有關，初複診不同，個人因素大，未能反應品質	刪除
2.平均物理治療	11%	0%	89%	設備與人員如何平衡，團體治療如何算，病人差異大	刪除
3.平均職能治療	11%	11%	78%	設備與人員如何平衡，團體治療如何算，病人差異大	刪除
4.平均語言治療	11%	11%	78%	設備與人員如何平衡，團體治療如何算，病人差異大	刪除
四.教學訓練進修與發展					
1.是否為復健科專科醫師 訓練醫院	22%	0%	78%	未說明理由	保留
五.特定疾病他科轉介(ICD-9 相關碼)					
1.中風照會率	33%	0%	67%	(1)會診單上無 ICD-9 code,資料收集不易 (2)不易量化區分等級 (3)和他科照會意願有關	刪除
2.中風轉床率	33%	0%	67%		刪除
3.脊髓損傷照會率	33%	0%	67%	(1)會診單上無 ICD-9 code,資料收集不易 (2)不易量化區分等級 (3)和他科照會意願有關	刪除
4.脊髓損傷轉床率	33%	0%	67%		刪除
5.截肢照會率	33%	0%	67%	(1)會診單上無 ICD-9 code,資料收集不易 (2)不易量化區分等級 (3)和他科照會意願有關	刪除
6.截肢轉床率	33%	0%	67%		刪除
醫療結果					
一.滿意度調查					
1.同仁工作滿意度調查	11%	11%	78%	常流於形式	保留
二.疾病別治療結果功能指標					
1.全院腦中風出院病人能 行走率	33%	22%	45%	數據不易取得	列入進階項目
2.復健科腦中風出院病人 能行走率	33%	22%	45%	數據不易取得	列入進階項目
3.全院脊髓損傷出院病人 不需留滯導尿管比率	33%	22%	45%	數據不易取得	列入進階項目
4.復健科脊髓損傷出院病 人不需留滯導尿管比率	33%	22%	45%	數據不易取得	列入進階項目

*此表所列之項目是以專家不贊成的項目為主，至於專家贊成且未附反對理由的項目列為評量表評鑑指標項目(表五)，本表不列入

表三、評鑑指標專家效度建議增列項目

評 鑑 指 標 項 目		
壹.醫療結構	貳.醫療過程	參.醫療結果
一.復健設備與業務	一.綜合性醫療品質指標	一.疾病別治療結果功能指標
1.門診病患診斷類別	1.業務檢討會	1.日常生活執行能力
(1)中樞神經系統復健	二.專科考試及格率	2.功能進步率
(2)小兒復健		3.物理治療目標達成率
(3)骨科復健		4.職能治療目標達成率
二.團隊復健醫療能力		5.語言治療目標達成率
1.腦性麻痺復健		二.跌倒率
2.背痛教室		

表四、評鑑指標專家效度分類及大項配分分析

評鑑分類大項	得分	分類小計	分類配分(總分 100 分)	大項配分(總分 100 分)	本研究建議配分
✿ 結構:					
(一)人力配置與人員資格	116			19	20
(二)復健設備與業務	117			19	20
(三)團隊復健醫療能力	70	364	$364/606*100=60$	12	12
(四)環境空間	61			10	8
(五)其他(建議增列項目名稱)	(刪除)			—	—
✿ 過程:					
(一)綜合性醫療品質指標	63			10	10
(二)等候時間	50			8	8
(三)復健處方適切性	(刪除)			—	—
(四)工作量	(刪除)	191	$191/606*100=32$	—	—
(五)教學訓練與發展	51			9	9
(六)早期復健介入	27			5	5
(七)特定疾病他科轉介	(刪除)			—	—
(八)其它(建議增列項目名稱)	(刪除)			—	—
✿ 結果:					
(一)滿意度調查	51	51	$51/606*100=8$	8	8
(二)疾病別治療結果功能指標	(刪除)			—	—
(三)其它(建議增列項目名稱)	(刪除)			—	—
合 計	606	606	100	100	100

表五、醫院復健部門評鑑及醫療品質評量表

評鑑指標項目	建議配分	優 (100%) (1 分)	良 (75%) (0.75)	可 (50%) (0.50)	差 (25%) (0.25)	劣 (0%) (0 分)	備 註	給分
醫療結構	(60 分)							
一、人力配置與人員資格	(20 分)							
1.專任復健專科醫師	2	專任3人以 上且每300 床至少1人	專任2人以 上且每500 床至少1人	專任1人以 上	兼任	無	床數指一般病床(3兼 任=1專任)	
2.主任為復健專科醫師	2	是	—	—	—	非		
3.專任物理治療人員	2	專任3人以 上且每100 床至少1人	專任1人以 上且每200 床至少1人	專任1人以 上	兼任	無	物理或職能治療人員 指大專及高職以上復 健醫學或物理治療相 關科系組畢業者,或 高中、職以上學歷經 適當訓練者。	
4.物理治療人員資格	2	專業治療師 ≥1/2	專業治療師 ≥1/3	專業治療師 ≥1人	兼任	無	物理或職能治療專業 治療師指大專以上物 理治療相關科系組畢 業者。	
5.專任職能治療人員	2	專任2人以 上且每200 床至少1人	專任1人以 上且每300 床至少1人	專任1人以 上	兼任	無	精神科部門職能治療 人員不列計名額。	
6.職能治療人員資格	2	專業治療師 ≥1/2	專業治療師 ≥1/3	專業治療師 ≥1人	兼任	無		
7.專任語言治療人員	2	專任2人以 上且每300 床至少1人	專任1人 且每500床 至少1人	專任1人以 上	兼任	無	語言治療專業人員指 大專相關科系(包括 護理系、心理系、衛 生教育學系、特殊教 育學系、復健系。)畢 業,並經醫學中心聽 力語言治療部門在 職訓練半年以上。	
8.語言治療人員資格	2	全為專業人 員	—	部分專業人 員	—	非	耳鼻喉科之聽力語言 治療人員不列計名 額。	
9.專任心理治療人員	1	復健科編制 至少1人	全院專任1 人以上且有 復健個案	兼任 且有復健 個案	—	無		
10.專任社會工作人員	1	復健科編制 至少1人	全院專任1 人以上且有 復健個案	兼任 且有復健 個案	—	無		
11.住院醫師／主治醫 師比例	2	≤2	≤3	<5	5	>5		
二、復健設備與業務	(20 分)							
1.復健門診數(每週)	1	≥11 診	≥6 診	≥3 診	>2 診	0 診		
2.提供肌電圖診斷	2	設備及報告 完整且個案 每年50例 以上	—	設備及報告 簡單	—	無	指醫院有設備且復健 科醫師能執行業務	
3.提供膀胱功能檢查	1	設備及報告 完整且個案 每年10例 以上	—	設備及報告 簡單	—	無	指醫院有設備且復健 科醫師能執行業務	

表五、醫院復健部門評鑑及醫療品質評量表(續)

評鑑指標項目	建議配分	優 (100%) (1 分)	良 (75%) (0.75)	可 (50%) (0.50)	差 (25%) (0.25)	劣 (0%) (0 分)	備 註	給分
4.提供等速肌力評估及訓練	1	設備及報告完整且個案每年 20 例以上	設備及報告完整且個案每年 10 例以上	設備及報告完整且個案每年 5 例以上	設備及報告完整且個案每年 4 例以上	無		
5.提供心肺復健評估及訓練	1	設備及報告完整且個案每年 20 例以上	設備及報告完整且個案每年 10 例以上	設備及報告完整且個案每年 5 例以上	設備及報告完整且個案每年 4 例以上	無		
6.物理治療設備	2	完整電療室 水療室 運動治療室 兒童治療室	完整電療室 水療室 運動治療室	具前述二種治療室且設備完整	只有電療室	無		
7.物理治療業務	2	應能從事常規之評估與治療加上心肺兒童、灼傷及床邊治療、物理治療	常規及部份前述業務	常規物理治療	簡單物理治療	無	常規治療執行:骨骼肌肉系統之物理治療與評估及神經系統之物理治療與評估	
8.職能治療設備	2	完整功能訓練室 兒童治療室 日常生活訓練室	完整功能訓練室 日常生活訓練室	完整功能訓練室	不完整設備但有獨立之空間	無		
9.職能治療業務	2	完整且能從事副木及輔具製作、上肢義肢訓練灼傷及兒童職能治療、床邊治療	常規職能治療及部份前述治療	常規職能治療	簡單	無	常規治療執行:骨骼肌肉系統之職能治療與評估及神經系統之職能治療與評估	
10.語言治療設備	2	設備完整且具有獨立空間	少一項且具有獨立空間	少二項且具有獨立空間	少三項且具有獨立空間	無	評估及治療儀、記錄及教具	
11.語言治療業務	2	除常規聽力語言評估與訓練且有兒童語言治療及吞嚥訓練	除常規聽力語言治療及部份前述治療	除常規聽力語言治療及部份前述治療	執行部份常規語言治療	無	常規應執行:失語症、語言發展遲緩、吮吃及構音異常之治療與評估	
12.住院復健	2	復健科專屬病房及護士	固定復健床	不固定病床	僅病房照會及治療	無		
三.團隊復健醫療能力	(12 分)							
1.腦病新病例住院復健(指全院病例)	4	每年 20 例以上	每年 10 例以上	每年 6 例以上	每年 2 例以上	無	含腦中風、腦外傷及腦性麻痺	
2.脊髓損傷新病例住院復健(指全院病例)	4	每年 10 例以上	每年 5 例以上	每年 3 例以上	每年 1 例以上	無		
3.截肢新病例復健(指全院病例含門診及住院)	4	每年 10 例以上	每年 5 例以上	每年 3 例以上	每年 1 例以上	無	義肢訓練及義婚論會	
四.環境空間	(8 分)							
1.無障礙設施(醫院)	3	完整品質佳實用	少一項品質及實用均可	少二項	少三項以上	無	欄杆、斜坡、走道、電話、路標、衛浴、電梯語音、殘障專用車位.....	

表五、醫院復健部門評鑑及醫療品質評量表(續)

評鑑指標項目	建議配分	優 (100%) (1 分)	良 (75%) (0.75)	可 (50%) (0.50)	差 (25%) (0.25)	劣 (0%) (0 分)	備 註	給分
2.一般設施 (復健科治療區、門診)	2	完整	少一項	少二項	少三項以上	無	整潔、舒適、隱私、動線、空間夠、光線、空調、衛浴、空間、安全性及急救設備、光線、隱私、整潔	
3.病房品質	3	完整 品質佳實用	少一項 品質及實用 均可	少二項	少三項以上	無		
醫療過程	(32 分)							
一綜合性醫療品質指標	(10 分)							
1.復健部門醫療品質 保證活動	1	定期舉行	—	不定期	—	無	活動計劃、委員會、開會頻率、會議記錄	
2.病歷紀錄	2	完整定期 詳細	內容精簡 但定期	內容精簡 但不定	不完整 不定期	無		
3.治療紀錄	2	完整定期 詳細	內容精簡 但定期	內容精簡 但不定	不完整 不定期	無		
4.工作手冊	1	完整 詳盡成冊	—	精簡	不完整	無		
5.主治醫師查房頻率	2	每日一次	每週二次	每週一次	不定期	無		
6.病例討論會	2	每週一次	每兩週一次	每週一次	不定期	無		
二等候時間	(8 分)							
1.肌電圖報告在 3 日 內完成比率	4	> = 90%	> = 80%	> = 70%	> = 60%	< 60%		
2.他科會診能在 24 小 時內完成比率	4	> = 90%	> = 80%	> = 70%	> = 60%	< 60%		
三教學訓練進修與發展	(9 分)							
1.是否為復健科專科 醫師訓練醫院	2	是	—	—	—	非		
2.住院醫師訓練計劃	2	完整 且能獨立訓練	少部份 需他院協助	不完整 大部份由他 院協助	完全委託 他院代訓	無		
3.治療人員在職訓練計劃	2	經常有 每月至少 1 次	三個月至少 1 次	半年至少 1 次	一年至少 1 次	無	院內教學、院外訓練、國外進修、學會活動	
4.文獻研讀會	2	每週一次	每二週二次	每月一次	不定期	無		
5.論文發表	1	每年 4 篇以 上	每年 3 篇以 上	每年 2 篇以 上	每年 1 篇	無		
四早期復健介入	(5 分)							
1.床邊物理治療	2.5	例行性 積極(4 個科 以上)	普通 (3 個科以 上)	偶爾 (2 個科以 上)	少	無	加護病房、骨科、整型外科、神經科、小兒、神經外科、內科	
2.床邊職能治療	2.5	例行性 積極(3 個科 以上)	普通 (2 個科以 上)	偶爾 (1 個科以 上)	少	無		
醫療結果	(8 分)							
一滿意度調查								
1.病患滿意度調查	4	完整每年 2 次以上且有 作改善	每年 1 次且 有作改善	每 2 年 1 次	> 每 2 年 1 次	無	由醫院進行調查並 有改善計劃	
2.同仁工作滿意度調查	4	完整每年 2 次以上且有 作改善	每年 1 次且 有作改善	每 2 年 1 次	> 每 2 年 1 次	無		

日常生活功能的工具，但因國內復健醫療水準參差不齊，未必能得到相關的評估數據。如能在評鑑中列為指標，深信可以強迫醫療院所重視功能結果 (outcome)。

2. 專家提出用進步率取代行走率: 進步率 = 出院 FIM - 入院 FIM / 100 - 入院 FIM 是一個很好的指標，但應同時考慮疾病的嚴重性 (severity) 才有意義。一般復健醫療常用的嚴重度指標，例如：中風、腦傷病人的 Brunnstrom stage 評估表，脊髓損傷病人常用的 (ASIA score) 等。
3. 目標達成率：復健醫療常設定醫療短期目標和長期目標，以目標是否達成當品質指標，問題是目標設定是否一致可靠，仍會有爭議。
4. 跌倒率：此與評鑑中的意外事件報告有相同的意義。

三、評鑑指標專家效度細項分級意見分析

專家對人力配置與人員資格歧見最深。

(一) 治療人員資格：對專業治療師的比例以目前專業人員的不足及證照制度剛起步，故要求比例不宜過高，適度降低，以後再逐步提高專業治療師的比例較可行，資深治療師和剛入門的治療師應考慮其不同。

(二) 專任醫師和治療人員：專任人員以病床比例來配置應考慮醫院屬性，急性或慢性病床，綜合醫院和專科醫院應有不同比例。兼任人員是否能折算成部分專任人員，例如：兩個兼任人員等於一個專任人員。

四、評鑑指標專家效度分類及大項配分 (表四)

(一) 本研究結構、過程、結果三者配分為 60 : 32 : 8，過去評鑑以結構為主，配分比重佔絕大多數，但隨著時代進步，對醫療過程及醫療結果的重視，因此結構配分應該減少，但目前過程及結果的指標及權重仍無共識，在醫療院所立即實施有其困難，因此結構配合得到 60 分與研究者預期相當一致，將來應將醫療過程及醫療結果的配分加重，並增加指標項目列入評鑑。

(二) 復健醫療講求團隊 (team work)，故專業人員之間權重配分應相等。

(三) 復健業務內容比設備對醫療品質而言更重要，因此配分比重要多。

結論與建議

一、本研究的目的，在建立一套醫院復健部門評鑑及醫療品質指標評量表。

二、評鑑指標項目，因涵蓋設備、人員、團隊復健能力、

教學與訓練，早期復健介入等多方面，因此較適合綜合醫院，尤其是教學醫院復健部門之評鑑，對於專科醫院及診所不太適合，應另設一套標準。

三、目前全民健保的給付依醫院層級給付，但常見復健部門品質和醫院整體的水準不太一致，因此復健部門應獨立評鑑並予分級，同時保險給付應以專科評鑑分級給付始為公平。

四、本研究因各種主、客觀條件及時間、人力的限制，僅以專家效度問卷，對指標項目作探討，應更進一步邀集專科醫學會的專家座談，以取得指標項目及分級配分的共識。

五、應另設計適合基層院所、復健診所的評鑑及醫療品質評估指標。

六、醫院評鑑項目應加入各級醫院復健部門最低設置標準。

七、復健醫療應獨立辦理專科評鑑，除了結構性的規範外，應漸漸將過程及結果納入評鑑。評鑑應同時重視醫療品質，其分級要明確並配合健保不同給付，才能實質提昇復健醫療品質。

誌謝

感謝中華民國復健醫學會提供資料暨各位復健醫療前輩指導及協助。

參考文獻

1. 行政院衛生署: 八十一年度復健醫療服務輔導訪查報告。
2. 行政院衛生署: 八十年度復健醫療服務輔導訪查報告。
3. 行政院衛生署: 醫院復健醫療服務問卷調查表 1991。
4. 國防醫學院: 建立我國醫院醫療品質保證計劃模式之研究。行政院衛生署 1993。
5. 張錦文: 美國醫院評鑑組織之過去現在與未來。醫院 1986; 19(1): 16。
6. 黃評: 醫療品質保證國際發展趨勢。中華民國醫療品質協會醫療品質管理師訓練班 1994。
7. 石曜堂: 醫療品質評估。醫院 1978; 11(2): 106-9。
8. Donabedian A: Defining and measuring the quality of health care. In: Wenzel RP. ed. Assessing Quality Health Care. London: Williams & Wilkins, 1992: 41-63。
9. 吳彬安: 放射線影像診斷部門醫療品質評估指標之

- 研究——以大腸鉭劑灌注及靜脈注射腹部電腦斷層掃描兩次檢查為例。中國醫藥學院醫務管理研究所碩士論文 1995。
10. 莊芝菁、林光華、廖文炫:臺灣地區物理治療服務品質現況調查,初步結果報告。中華物療誌 1992;17(2):104-13。
11. 楊雯媛:醫學中心眼科醫療品質保證評估指標建立之研究——以白內障手術為例。高雄醫學院公共衛生學研究所碩士論文 1992。
12. American Physical Therapy Association: Standards for physical therapy service and physical therapy practitioners. *Phys Ther* 1980;60: 1456-62。
13. Morgenstein S, Simpkins S, Maring J: Development of a quality assurance program as an integral part of the physical therapy system. *Phys Ther* 1982;62: 464-9。
14. 林四海:臺灣地區醫學中心暨區域醫院評鑑之研究 中國醫管所碩士論文 1988。
15. 楊漢□、王美芳:我國醫院評鑑工作之回顧與展望。醫院 1992;25 (1):19。
16. 蔡素玲:醫院評鑑與醫療品質保證。中華民國醫療品質協會。
17. 韓揆:醫療品質管理及門診服務品質定性指標。中華衛誌 1994; 13(1):35-53。
18. 譚開元、張正二:我國教學醫院現況及評鑑。醫院 1986;19 (1): 24。
19. 蘇喜、戴政、蔡素玲:81 年度醫院評鑑暨教學醫院評鑑制度之研究。行政院衛生署 1993:135-8。
20. DeLisa JA, Gans B, Currie D, et al: *Rehabilitation Medicine: Principles and practice*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott, 1993: 178-200。

A Study of Quality Oriented Model for Hospital Accreditation in Department of Rehabilitation

Mu-Jung Kao*, MD, MS, Mei-Wun Tsai¹, PT, MS, I-Nan Lien², MD,

Kai-Yuan Tang³, MD, Yen-Ho Wang², MD

Department of Rehabilitation, Provincial Hsinchu Hospital *

Department of Physical Therapy, National Yang-Ming University¹

Department of Physical Medicine & Rehabilitation,

College of Medicine, National Taiwan University²

National Defense Medical Center³

The present hospital accreditation in Department of Rehabilitation in Taiwan is emphasized in assessing hospital structure instead of total quality consideration.

The purpose of this study is to establish a new quality oriented model for hospital accreditation in department of rehabilitation according to the quality assurance model by Donabedian including structure, process and outcome basis.

In this study, an assessment questionnaire for accreditation was designed by Delphi method. The author suggests that hospital accreditation for Department of Rehabilitation should include process and outcome components in addition to structure, and a wide survey of hospital accreditation in Department of Rehabilitation should be done in order to promote health care quality. (J Rehab Med Assoc ROC 1997; 25(1): 13-25)

Key words: hospital accreditation, quality assurance, rehabilitation