

# JCI評鑑與病歷紀錄品質

林小娟 周子昌<sup>\*</sup> 許淳森<sup>\*\*</sup> 李隆熙<sup>\*\*\*</sup> 邱濬昇<sup>\*\*\*</sup> 張毓仁<sup>\*\*\*\*</sup>

台北醫學大學萬芳醫院醫療事務室主任、台北醫學大學通識教育中心兼任講師

台北醫學大學萬芳醫院醫療事務室副主任兼病歷組組長<sup>\*</sup>

台北醫學大學萬芳醫院醫療副院長兼病委會主委、台北醫學大學醫學系教授<sup>\*\*</sup>

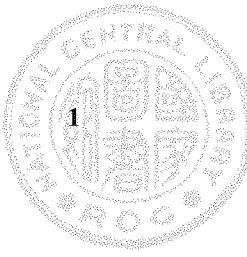
台北醫學大學萬芳醫院醫療事務室病歷組<sup>\*\*\*</sup>

台北醫學大學萬芳醫院醫療事務室掛批組組長<sup>\*\*\*\*</sup>

## 摘要

新制醫院評鑑及教學醫院評鑑，對於病歷書寫的想法有了新的改變，尤其是病程記載部分，於新制醫院評鑑5.1.4「病歷記載內容適當性」，「重點：診療紀錄記載，應依照問題導向病歷紀錄（POMR）方式記述，臨床路徑除外。」。近年來國內有多家醫院開始參加JCI（Joint Commission International）醫院評鑑，利用國際醫院評鑑檢視自己醫院的醫療服務品質，也利用JCI評鑑讓國際看到我國的醫療水平，本院於2006年（第一次參加）、2009年（再次參加）參加JCI評鑑，JCI評鑑對於病歷記載的格式、內容與團隊醫療照護的呈現更具體，藉由病歷記載的軌跡，了解醫院是提供一個以病人為中心的照護團隊。每一個組織都力求藉由獲得、管理及訊息的使用，以提高病患的治療結果，以及個人和整體組織表現成效。（JCI, 2008, 3<sup>rd</sup>）

JCI評鑑中病歷仍然為整個評鑑的核心，因為它是提供醫療服務者高度依賴的一個訊息傳達與溝通的工具。完整的病歷可以將整個醫療服務呈現（Scalise, 2000）。而透過病歷溝通的範圍包括醫師、護理、藥劑、營養、復健病人與家屬等跨團隊的評估、治療與合作紀錄，而關於此部分的病歷紀錄要求，本院在2006年JCI評鑑後被列為建議改善事項共有3項分別為「MCI 13全院統一縮寫。MCI 19.4定期評估病歷內容品質和完整性。MCI 19.1提供足夠的病歷資訊，促進病人健康與治療照護的持續性。」，對於再次JCI參加評鑑的醫院而言，美國JCI總部要求





對於建議改善事項必須提出策略性改善計劃，而此部份也對應於JCI評鑑中的QPS (Quality Improvement and Patient Safety) 章節中的系統性品質改進計QPS 3.9臨床監測包括由領導者選定的病歷可得性內容和使用相關內容 (Clinical monitoring includes those - aspects of availability, content, and use of patient records selected by the leaders.)。因此對於此部份的改善我們擬定了改善計畫，採用了電子與紙本同時改善的方式，藉由不斷與臨床間溝通和討論；建立新流程與改變獎懲辦法等激勵措施，同時採取循序漸進的方式陸續增加質審的項目與內容，藉以達到提昇病歷內容完整性之目標。

### 關鍵詞：JCI國際醫院評鑑、病歷紀錄

## 前言

JCI是1951年從美國醫院評鑑開始發展，從1994年以來，已經超過80個國家的醫療機構、衛生主管部門及全球性組織合作，該組織被廣泛認同是因其具有具體且客觀衡量指標、為國際專業性的評鑑機構，其評鑑的目的在於建構醫院內部一個追求安全與高品質的文化養成，從而持續改善患者的治療過程和效果。因著評鑑產生的價值為(hospital survey process guide, 2008/3<sup>rd</sup> p.6)：

- 一、提高民衆的信任度，讓民衆了解該機構始終關注於患者的安全與醫療品質。
- 二、提供安全、高效率的工作環境，從而提供工作人員滿意度。
- 三、依據醫療質、量數據與保險公司（健保局）討論醫療服務情形。

四、傾聽病人其及家人意見，尊重他們權利，視他們為合作夥伴、參與醫療服務過程。

五、打造開放性文化，以利於傾聽負面情況和安全問題的即時報告。

六、創造合作性領導關係，使醫療質量和患者安全成為首要考慮因素，且持續追蹤管理。

目前為止全球有250家以上通過認證(2010/06)，台灣有10家醫院通過認證(2006年敏盛、萬芳，2007年和信，2008年彰基、童綜合、義大，2009年北醫附醫、雙和，2010年台大、中國)，其中萬芳與敏盛於2009年再次取得認證。

台灣越來越多的大型醫院認同與參與JCI評鑑，其評鑑標準約3-5年左右會依據此期間執行的結果，進行評鑑基準的再審閱與校正。本文將介紹關於JCI





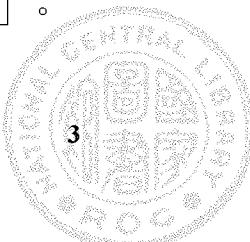
(2008年3rd) 評鑑的方式，總共分為14章（chapter）、329個基準（standard）、1214評量要素（measurement element; ME）。第一章為六大國際病人安全目標，第二～八章為以病人為中心的醫療照護，第九～十四章為醫療組織之管理。其評分方式分為符合（10分）、部分符合（5分）、不符合（0分），評分標準每個要素不得低於5分，每個基準平均不得低於7分，每個章節平均不得低於8.5分。

關於病歷部分的專責條文是在MCI (management of communication and information) 章節，共有28個基準104個評量要素，除此之外，透過病歷紀錄來看個醫療團隊照護品質的含括病人權利PFR (patient and family rights)、病人及家屬教育PFE (patient and family education)、麻醉手術照護ASC (anesthesia and surgical care)、病人評估AOP (assessment of patient)、藥物管理及使用MMU (medication management and use)、可近性及連續照護ACC (access to care and continuity of care)、病人照護COP (care of patient) 等以病人為中心的照護重點。病歷在JCI評鑑中它是扮演橫向溝通串聯的重要角色，與國內醫院評鑑一樣，將整個醫療照護的過程與品質具體呈現。

## 病歷紀錄重要性

病歷紀錄對於醫療品質提昇、與其他團隊人員的溝通扮演重要角色（Kettenbach, 1995），病歷紀錄可以將整個服務內容以及治療成效呈現出來（Scalise, 2000; Norris, 1995）（JCAHO 2000）。

首先先從病歷的法源依據看起，依據我國醫療法第67條的規定：「醫療機構應建立清晰、詳實、完整之病歷。前項所稱病歷應包括下列各款之資料：一、醫師依醫師法執行業務所製作之病歷。二、各項檢查、檢驗報告資料。三、其他各類醫事人員執行業務所製作之紀錄等」。醫療法第68條的規定：「醫療機構應督導其所屬醫事人員於執行業務時，親自記載病歷或製作紀錄，並簽名或蓋章及加註執行年月日等」。醫療法施行細則第52條及73條第2項及第74條所定轉診病歷摘要、病歷摘要，對於病歷摘要有明確規範應紀錄內容。醫師醫師法對於病歷亦有所規範，醫師法第12條：「醫師執行業務時，應製作病歷，並簽名或蓋章及加註執行年月日。前項病歷，除應於首頁載明病人姓名、出生年月日、性別及住址等基本資料，內容至少應載明下列事項：一、就診日期。二、主訴。三、檢查項目及結果。四、診斷或病名。五、治療、處置或用藥等情形。六、其他應記載事項。……等」。





病歷它記載個人所有的病程和治療經過，同時儲存個人健康照護資料與資訊的文件，其內容是由醫療照護人員共同完成。所以病歷的用途如下（范碧玉，2005）：

- 一、病歷是病人照護的指引：正確詳實的病人訊息，以及醫師評估與診治的意見。
- 二、病歷是診療上溝通的工具：臨床病歷包括足夠資訊以用在病人辨識、幫助診斷、判斷治療、紀錄治療歷程及結果、促進在健康照顧提供者之間的持續性照顧。
- 三、病歷是業務文書且具法律效力：在醫療法、醫療法施行細則、醫師法等相關法律，對於證據力有清楚記載。
- 四、病歷是教學研究的重要材料：病歷記錄著病人發病與診斷過程的詳細資料，也記錄著醫療照護人員診療、診斷、判斷與治療決策的寶貴經驗。
- 五、病歷是保險給付的主要依據：保險單位為瞭解醫療服務項目、數量、適當性及品質，會要求檢附病歷及相關資料，並據以核付費用。
- 六、病歷可作為臨床與醫政決策的參考：病歷中紀錄病人的臨床資料與背景資料，經統計分析後可作為醫院及衛生主管機關臨床與醫政參考。

## JCI評鑑病歷審查方法與結果

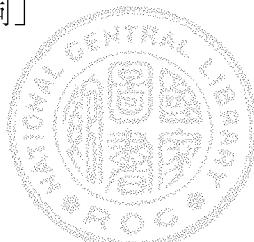
### 一、JCI病歷審查方法

在JACHO的醫院評鑑是採用「Tracer Methodology」的方法，對於病歷認知，是從病歷上可以瞭解病人住院之後接受的治療方式、整各病程的變化、以及醫療團隊提供照護服務的品質。任何的工作人員均可以藉由病歷記載中，清楚得知目前病人所接受照護情形，團隊工作人員應該提供病人什麼樣的照護，且可以知道提供照顧者的思考邏輯。查核人員至病房欲瞭解病人所接受的醫療照護服務情形，會將病歷製作成「追蹤地圖Tracer MAP」，依據病人接受治療照護的地圖，深入瞭解病人於住院期間，實際所接受的醫療過程及照護服務，同時深入瞭解其他週邊定點的照護情形；例如病人去放射科照X-ray，委員就會至放射科了解放射科的照射過程與防護過程是否符合，是否有明確進行病人辨識，從病人角度去瞭解醫院整體對於病人照護流程的組織性，是否符合以病人為中心，對於病人照顧的思考邏輯的合理性。

### 二、JCI審查結果

本院依據2006年JCI評鑑的建議改善事項：

1. 「MCI 13 Numerous abbreviations used in open and closed records were not the organization's approved list. 病歷上許多縮寫並非醫院核准表上的專有名詞」





2. 「MCI 19.4 Medical record reviews are conducted by nurses and physicians, but these reviews did not include others authorized to document in medical records, including dieticians, social workers, rehab therapists, etc. 病歷審核由護理人員及醫師負責，但審查委員缺少其他病歷書寫人員參與，如營養師、社工師、復健師等。」
3. 「MCI 19.1 The clinical record contains sufficient information to identify the patient, support the diagnosis, justify the treatment, document the course and results of treatment, and promote continuity of care among health care providers 臨床病歷包括足夠資訊以用在病人辨識、幫助診斷、判斷治療，紀錄治療歷程及結果、促進在健康照顧提供者之間的持續性照顧。但是從部分病歷中卻無法看出。」

### 三、病歷紀錄品質改善計畫

依據上述3點擬定策略性改善計畫，同時配合衛生署推動電子病歷，改善方式為手寫流程與資訊化流程同步進行。最重要的是依據上述3點進行原因分析，利用2008年質、量審結果依據科別進行統計分析，並將結果回饋給各科與病歷管理委員會，於2008年10月院長指示成立跨單位專案小組，任命本人為專案負責人。期間針對病歷組進行原因比對與分析後，歸納為以下

幾各主要問題：

- (一) 病歷書寫人員對於書寫內容看法不一致。
- (二) 住院醫師對於已出院病歷，必須至未完成病歷區完成；缺少便利性與時效性。
- (三) 病歷質審委員的審查標準不一致與審查委員人數不足。
- (四) 各科對於質審的結果未清楚了解。
- (五) 無足夠誘因成為各科的團隊動力。

分析原因之後發現教育訓練是最重要的，因此與教研部、醫務部合作辦理多場次的教育訓練，教育訓練場次從2006年的30場增加到2008年60場以及2009年1-6月的30場，以提昇病歷寫作之品質，以達到臨床病歷包括足夠資訊以用在病人辨識、幫助診斷、判斷治療、紀錄治療歷程及結果、促進在健康照顧提供者之間的持續性照顧。

提供方便且容易書寫的環境也是非常重要的，與資訊室、醫務部共同討論合作開發病摘平台，將住院病摘與出院病摘平台全部規劃於醫令系統中，對於已經由其他醫師或其他專業人員輸入判斷部分採取匯入方式，包括住院前用藥、過敏史、身體評估，以及一些檢驗檢查報告或影像報告等。減少不必要的重複寫作動作，也減少因病人遺忘其他慢性病用藥導致重複或未開立的情況，確保病人的安全且增加病





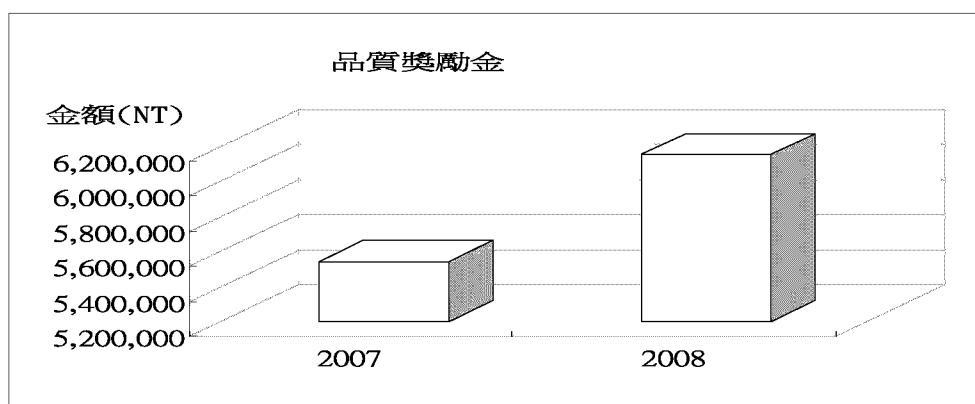
歷書寫完整性與提昇效率。第一版住院病摘平台於2009年5月完成，上線後仍有諸多改善空間，2009年7月再次修正版本後重新上線，病歷在病房完成的時間縮短且完整性增加。

教育訓練、提供便利的工作工具，還需要有足夠的團隊誘因、賞罰分明，才能彼此督促、有更大的動力來完成工作，因此在各科基金中的績效獎金，將病歷品質的佔率提高為40%。對於寫作品質不佳的科別除了獎勵金少之外，低於平均且是全院最差的科別必須至病歷管理委員會報告，並且提出改善計劃報告。此期間獎勵金發放比率增加10.9%。（如圖一）

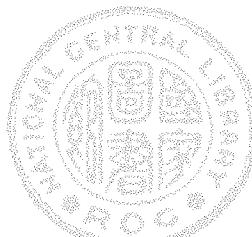
除了辦理寫作人員教訓練之外，將所有各科的審查結果回饋給各科。並且增加其他專業審查人員共同參與，除了原來的醫師、護理之外，再增加牙醫、復健、藥劑、營養與社工，於2009年2月辦理審查委

員共識營，審查團隊對於審查表的內容看法儘量一致，審查項目由原來24項（2008年）增加為36項（2009年2月），對於審查的內容也因應2006年建議改善做調整（附表），為便於各種不同專業審查人員，可以清楚了解每一個單元需特別注意的內容，於新版的審查表上分別清楚標示，每一個部分的審查重點與對應條文內容。病歷內容完整性由2008年第一季82%提升為2009年第四季90.5%（如圖二），因此於2009年2月開始增加審查內容由24項增加為36項，2009年第一季86%；2009年第二季為89.5%（如圖三），在病歷內容完整性部分有明顯提昇。

本院藉由各種不同方式提出改善，進而達到改善目標，因此本院從新修訂病歷品質獎懲規範，將品質獎懲辦法修訂更明確，修訂病歷紀錄作業規範，將審查的內容與範圍擴大，修訂主治醫師績效獎金管



圖一 病歷書寫品質獎勵金發放比較圖



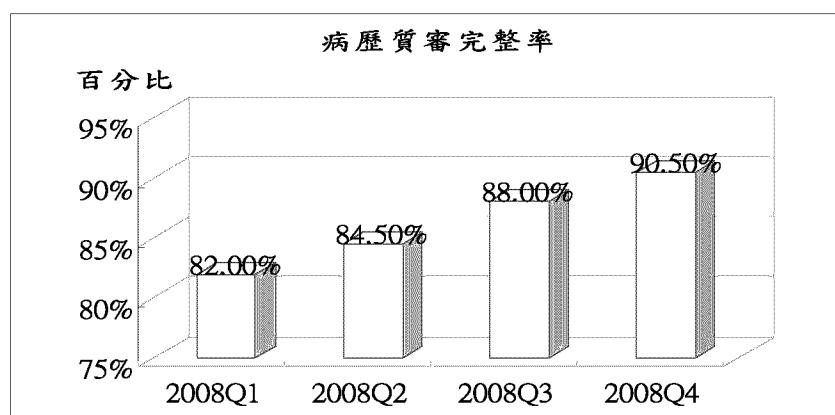


理辦法，提高整體績效獎金的提撥比例，讓各科更能發揮團隊效力。

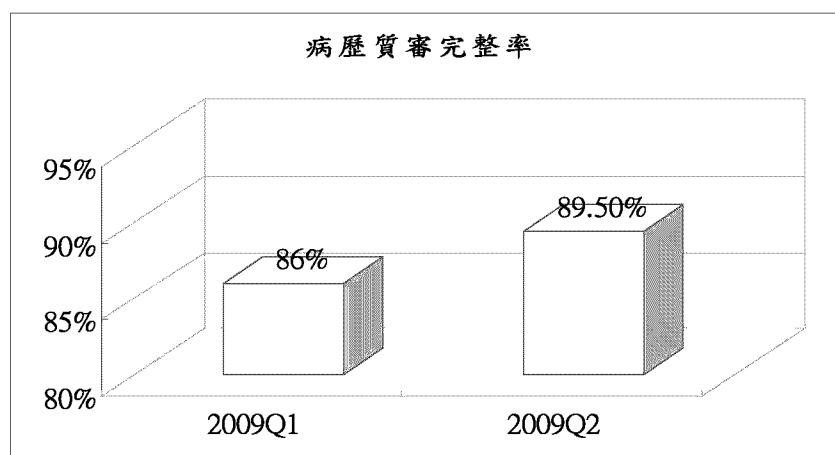
## 結論

藉由國際醫院評鑑重新檢視病歷內容的完整性，並且將不足的部分加入。以往國內、外的病歷紀錄審查主要是以醫師的紀錄內容為主要審查重點，但是在2008年

的JCI評鑑中增加了其他醫事人員包含營養、社工、復健、藥師，且對於必須涵蓋內容均有定義，並且運用病歷紀錄審查工具表（medical record review tool）了解醫療院所實際運作情形。本院於2009年開始運用此方式進行跨團隊審查，確實提昇病歷內容與完整性。為患者提供醫療服務，是一項高度依賴訊息溝通的複雜工作，



圖二 2008年各季病歷完整率比較表



圖三 2009年1-6月病歷完整率比較表





溝通關聯到病人、家屬、社區與其他醫療服務提供者，溝通失敗是導致患者發生異常事件最常見的根本原因之一，每一個醫療機構都應努力獲取管理並使用訊息，以改善患者的治療結果（2008, JCI, 3<sup>rd</sup>, MCI）。

## 參考文獻

- 薛瑞元（2008）：醫療品質雜誌，第2卷第2期。
- 范碧玉、許清曉、黃勝雄（2005）：病歷書寫參考指引，中華民國醫療品質協會出版，合記出版社發行。
- 林哲男（2008）：醫療品質雜誌，第2卷第2期。
- 許清曉（2008）：病歷書寫，萬芳醫院演講稿。
- 醫療法、醫療法施行細則、醫師法，全國法規資料庫<http://law.moj.gov.tw/LawClass/LawContent.aspx?pcodes=>

L0020001

全民健康保險醫院醫療費用審查注意事項

[http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=3&menu\\_id=60&webdata\\_id=2091&WD\\_ID=156](http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=3&menu_id=60&webdata_id=2091&WD_ID=156)

孫茂盛主編、曹龍彥、孫茂盛等合著（2009）：病歷寫作與管理，財團法人彰化基督教醫院出版、合記圖書出版。

Tracer methodology: Tips and strategies for continuous systems improvement, second edition.

Tracer methodology: Frontline strategies to prepare your organization for JCAHO survey.

2008 Joint Commission International Accreditation Standards For Hospitals 3<sup>rd</sup> Edition.

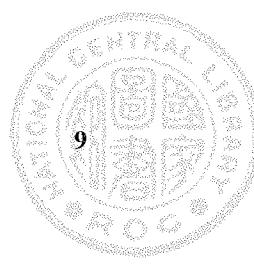
2008 Joint Commission International Accreditation Hospital Survey Process Quide.  
<http://zs.jointcommissioninternational.org>





## 附表 病歷審查新舊版本比較

病歷審查		舊的審查表單							新的審查表單		M	N	P	S	L										
序號	說明	1	2	3	4	5	6	7	序號	(舊版)	(舊版)	(舊版)	(新)	(新)	(新)										
3	病歷號：姓名：主治醫師：住院日期：								新的審查表單																
4	Admission note/日期	1	2	3	4	5	6	7	新的審查表單																
5									新的審查表單																
6	[1] 病歷內容有病歷摘要，並於修改處簽名並註明時間								新的審查表單																
7	(2) VS comment or VS Note								新的審查表單																
8	Admission note外科病例診斷是否符合邏輯推論								新的審查表單																
9	(1) 末梢Surgical condition								新的審查表單																
10	(2) 退伍手術史(無急性腫脹必須包含TNM stage)								新的審查表單																
11	(3) Physical Examination 有無局部視診(Inspection)、聽診(Auscultation)、觸診(Palpation)、扣診(Friction)記錄								新的審查表單																
12	(4) 特殊Physical Examination如某種癌必須包含腫瘤之特 性位置、大小、形狀等。								新的審查表單																
13	(5) 所有急性腫脹的分期紀錄(TNM stage)								新的審查表單																
14	(6) 鑑別診斷紀錄有無								新的審查表單																
15	(7) 腫瘤有無確診資料(病理切片、細胞、PET)								新的審查表單																
16	Progress note								新的審查表單																
17	(1) 在院治療計畫確實執行及評估								新的審查表單																
18	(2) 有無依循PMPR書寫(P=problem,M=management, A=assessment,P=plan)								新的審查表單																
19	(3) change ward 將transfer note, acceptance note, 及簽收時 on service note, off service note								新的審查表單																
20	(4) 有無weekly summary								新的審查表單																
21	(5) 有無invasive procedure 有無術後indicator, result(如 change CVP, Foley, & drainage note等)								新的審查表單																
22	(6) (隱)隱匿/住院								新的審查表單																





## Joint Commission International Accreditation and Quality of Medical Records

Hsiao-Chuan Lin, Chun-Sen Hsu, Tzu-Chang Chou, Lung-Hsi Li, Chun-Sheng Chiu, Yu-Jen Chang

### Abstract

The new systems of hospital accreditation and teaching hospital evaluation have some novel changes in the idealism of writing up medical records, especially in the part of recording the illness progress. In the new hospital accreditation 5.1.4 or "appropriation of the contents of medical records," it's stated that "the key point: medical records should always be in accordance with the manner of problem-oriented medical records (POMR), except clinical pathways." In recent years, many hospitals in Taiwan started to take part in JCI (Joint Commission International) accreditation, for the purposes of not only examining their medical procedures by international hospital accreditation standards and evaluate the quality of their medical services, but also to let the outside world look in and realize our lofty medical establishments. This hospital participated in JCI accreditation for the very first time in July 2006 and once again in July 2009. In the process, JCL accreditation put great emphasis on the format and content of medical records, as well as on the more concrete presentation of team care, or through the trajectory formed by medical records to comprehend that an ideal hospital is no more than a patient-centered healthcare team. Each organization of the hospital strives to improve the outcome of patient treatments, individual and entire organization performance through information securing, managing, and utilization. (JCI 2008 3<sup>rd</sup>)

The medical record remains to be the core of assessment in JCI accreditation due to the fact that it's a tool of information transference and communication highly relied upon by providers of medical services. A complete and well-written medical record is able to depict the entire course of an appropriate medical care. (Scalise, 2000) The





林小娟 周子昌 許淳森 李隆熙 邱濬昇 張毓仁

far-reaching range of communication through the medical record includes physicians, nurses, pharmacists, dieticians, rehabilitation teams, patients and their families, etc., and the natures of these interdisciplinary discussions include assessments, treatments, and cooperation records. Three improvement recommendations concerning medical records were raised in the 2006 JCI accreditation, and they are “MCI 13 hospital-wide unification of abbreviations,” “MCI 19.4 regular assessment of content quality and integrity of medical records,” and “MCI 19.1 to provide adequate medical information to promote the patient’s health and continuity in medical treatment/care.” As to the second time involvement with JCI accreditation, in which the headquarters of JCI in the States requested us that in respect of improvement planning we had to formulate a strategic proposal and to be presented in the QPS (Quality Improvement and Patient Safety) section. The result was QPS 3.9 clinical monitoring includes those - aspects of availability, content, and use of patient records selected by the leaders. Therefore, we made a strategy of improvement planning accordingly, which did elevate the quality of both electronic and paper medical records simultaneously by constant clinical communications and discussions; we set up new procedures and changes in the department of incentives and punishments; and we increased the quality and content of medical records step by step, all in the name of reaching the goal of enhancing the integrity content of medical records.

**Key Words:** JCI International Hospital Accreditation, Medical Records

