

108 年度醫院緊急醫療能力分級評定基準及評分說明與評量方法

第一章、急診醫療

條號	評定基準	108 年度評分說明及評量方法
1.1	組織設施 (原 1.1 修)	
1.1.1	設有急診部門 (原 1.1.2 修)	<p>【重度級】 應設有獨立之急診部門，部門主管需為專任且具急診醫學科專科醫師資格，執業執照登記執業場所為該院，執登科別為急診醫學科。(原 1.1.1 註併)</p> <p>【中度級】 應設有獨立之急診部門。</p> <p>[註] 專任係指具部定專科醫師資格，執業執照登記執業場所為該院，每週至多 2 個半天(至多 8 小時)從事非急診部門相關之醫療業務。(原 1.1.2 註 2 修)</p> <p>【評量方法】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.「獨立之急診部門」係指急診部門不能隸屬於其他部定專科醫療單位之下。 2.每週至多 2 個半天(至多 8 小時)從事非急診部門相關之醫療業務，採計週一至週日之門診服務時段(含夜診)、手術及其他醫療處置。(原 1.1.2 方法 2 修) 3.專任醫師不得收治住院病人，但急診加護病房及急診附屬之觀察病房不在此限。(原 1.1.2 方法 3 修)
1.1.2	人力配置，急診部門應配置足夠之醫師及護理人員，24 小時在急診室值班 (原 1.1.4 修)	<p>【重度級】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.應有 5 名以上專任醫師，前三年急診病人就診人次年平均大於 20,000 人次者，每逾 5,000 人次應增加 1 名專任醫師，前三年每月平均留觀人次每逾 600 人次應增加 1 名專任醫師(以健保申報留觀人次為計算基準)；前揭專任醫師中，一半以上需具有急診醫學科專科醫師或兒科專科醫師且受過至少二年兒童急診訓練課程。緊急醫療資源不足地區之醫院，除 5 名專任醫師外，餘可以專科醫師兼任或支援方式為之。(原 1.1.4 重 1 修；原 1.1.4 重 3、4、5、註 3 併) 2.兒童急診人次前三年年平均達 10,000 人次以上，每 5,000 人次應有 1 名兒科專科醫師，但緊急醫療資源不足地區之醫院不在此限： <ol style="list-style-type: none"> (1) 10,000-18,000 人次，每個月至少 20% 時段。 (2) 18,000-30,000 人次，每個月至少 50% 時段。 (3) 30,000 人次以上，24 小時全時段。 <p>(原 1.1.4 重 2 修)</p>

條號	評定基準	108 年度評分說明及評量方法
		<p>3.急診就醫病人應先由急診部門之專科醫師做初步診察排除立即之風險病情後，視需要會診其他專科醫師，一般生產及牙科不在此限。(試免)</p> <p>4.設有急診加護病房者，應增加 1 名專任醫師，登記之急診加護病床數超過 10 床時，每達 10 床應增加 1 名專任醫師。但緊急醫療資源不足地區之醫院不在此限。(原 1.1.4 重 5 修)</p> <p>5.前三年每日平均急診就醫人次每 12 人次應有護理人員 1 名；設有急診觀察床者，每床應增加 1 名。(108 年試評)(原 1.1.4 中 6 修)</p> <p>6.急診留觀病人數超過登記之急診觀察病床數時，應有全院醫護人力調度支援機制，以維持急診運作及照護品質。(原 1.1.4 重 6 修)</p> <p>【中度級】</p> <p>1.24 小時應至少有 1 名專科醫師值班，且不得連續值班逾 12 小時；前三年年平均急診就醫人次每逾 5,000 人次，應增加 1 名專科醫師。(原 1.1.4 中 1、3 併)</p> <p>2.專任醫師應佔前點專科醫師數的 50% 以上。但緊急醫療資源不足地區之醫院不在此限。</p> <p>3.前三年每日平均急診就醫人次每 12 人次應有護理人員 1 名，但不得低於醫療機構設置標準之規定。(原 1.1.4 中 4 修)</p> <p>4.急診留觀病人數超過登記之急診觀察床數時，應有全院醫護人力調度支援機制，以維持急診運作及照護品質。(原 1.1.4 中 4 修)</p> <p>[註]</p> <p>1.專任係指具部定專科醫師資格，執業執照登記執業場所為該院，執業科別為急診醫學科；每週至多 2 個半天(至多 8 小時)從事非急診部門相關之醫療業務。</p> <p>2.急診病人就診人次以醫院申報健保「檢傷分類或急診診察費」代碼統計。</p> <p>3.急診留觀人次以醫院申報健保「急診觀察床病房費」代碼計算人日次。</p> <p>4.兒童急診(係指非外傷病人)看診年齡定義為 0 至 18 歲，係指出生日至年滿 18 歲止。(新增)</p> <p>5.重度級評分說明 3 本年不納入評定，於 109 年列為試評項目。</p> <p>【評量方法】</p> <p>1.專科護理師不列計護理人力。</p> <p>2.觀察室登記之急診觀察病床，依據醫療機構設置標準規定，以每月 1 日於衛生局登記之床數為計算護理人力基準。</p> <p>3.設有兒童醫院或本分院者，兩院人力分開計算。</p> <p>4.重度級醫院專任醫師數計算公式：(原 1.1.4 重 4 修)</p> <p>(1)(前三年之年平均急診人次-20,000)/ 5,000)+5，以小數點後一位無條件進位方式計算。</p>

條號	評定基準	108年度評分說明及評量方法
		<p>(2)前三年每月平均急診留觀人次/600，以小數點後一位無條件進位方式計算。</p> <p>(3)專任醫師數=(1)+(2)</p> <p>5.中度級醫院專科醫師數計算公式：(原 1.1.4 中 3 修) 所需專科醫師數=前三年之年平均急診人次/5,000，以小數點後一位無條件進位方式計算。</p> <p>6.參與衛生福利部「105 至 108 年醫學中心或重度級急救責任醫院支援離島及醫療資源不足地區醫院緊急醫療照護服務獎勵計畫」之支援醫師可納入計算。</p>
1.1.3	具備完善的急診醫事人員 (原 1.1.5)	<p>【重度級】 訂有合宜之急診醫事人員輪班制度： 有藥師、醫事檢驗師、醫事放射師(士)、呼吸治療師(新增)等醫事人員輪班。(108年試評)(原 1.1.5 修)</p> <p>【中度級】 1.訂有合宜之急診醫事人員輪班制度： 有藥師、醫事檢驗師、醫事放射師(士)等醫事人員輪班。(原 1.1.5 修) 2.有呼吸治療師可 24 小時提供服務。(108年試評)(新增)</p> <p>[註] 急診醫事人員輪班制度係指以全院人力調度。</p> <p>【評量方法】 查核排班表，確認急診醫事人員是否確實值班。</p>
1.1.4	具備完善的急診室空間 (原 1.1.1 修)	<p>【重度級、中度級】 1.應於急診室主要出入口設置 24 小時門禁管制、24 小時之保全(警衛)人員並有報案機制，急診診療區與病人候診區之作業空間應明顯區隔。 2.急診室如發生暴力滋擾事件，應立即通報院內管理階層及所轄衛生局，並做成通報紀錄供審查委員備查，針對通報事件應有相關檢討會議，有會議紀錄及預防指導，並落實執行。(原 1.1.1 方法 5 併)</p> <p>【評量方法】 1.「明顯區隔」之查證方式為候診區與診療區分開，有隔牆、隔簾或圍簾作為區隔，於病人候診區看不到急診診療區作業之進行。 2.門禁管制之查證方式為出入口是否有保全或警衛人員進行管理，且不能成為一般通道，並應與非急診病人之家屬分開進出。 3.暴力滋擾事件係指外部人員造成的言語暴力(含侮辱性、恐嚇性、擾亂秩序)、肢體滋擾事件或財物損失事件。 4.醫院宜參考衛生福利部公告「危害醫院急診醫療安全之應變流程指引」訂有處置及通報流程並有蒐證設備。</p>

條號	評定基準	108 年度評分說明及評量方法
1.1.5	急診應有完善之設施設備，並確實執行保養管理及清潔 (原 1.1.3 修)	<p>【重度級】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.具備施行急救所需之設備，且維持於可用狀態。(原 1.1.3 重 1 修) 2.急診之設備保養、檢查及安全管理，訂有規範，落實執行，有紀錄可查。 3.訂有異常管理手冊，且應含儀器設備故障時之作業處置流程。(原 1.1.3 重 3 修) 4.檢傷分類區、候診區、診察治療區、急救區及觀察區，應有明顯區隔且各自獨立空間；兒童診察治療區應與其他作業明顯區隔。(原 1.1.3 重 4 修) <p>【中度級】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.具備施行急救所需之設備，且維持於可用狀態。(原 1.1.3 中 1 修) 2.急診之設備保養、檢查及安全管理，訂有規範，落實執行，有紀錄可查。 3.訂有異常管理手冊，且應含儀器設備故障時之作業處置流程。(原 1.1.3 中 3 修) <p>【評量方法】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.急救所需設備之品項，至少應符合醫療機構設置標準之規定。(新增) 2.醫療儀器、設備之清單、保養作業標準及查檢紀錄。(原 1.1.3 方法 1、2、3 併) 3.醫療儀器、設備故障異常管理之作業流程及維修紀錄。(原 1.1.3 方法 4)
1.2	處置流程 (原 1.2 修)	
1.2.1	有專科醫師緊急會診機制 (原 1.2.1 修)	<p>【重度級】</p> <p>外科、內科、骨科、兒科、麻醉科、神經科、神經外科、婦產科需 24 小時有專科醫師於 30 分鐘內提供緊急照會服務。</p> <p>【中度級】</p> <p>需 24 小時有外科、內科、骨科專科醫師於 60 分鐘內提供緊急照會服務。</p> <p>[註]</p> <p>緊急會診係指本評定各章節相關醫療服務。</p> <p>【評量方法】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.查核排班表及病歷，確認專科醫師是否確實值班。 2.重度級急診部門如有緊急會診個案，70%以上 30 分鐘內可獲得支援。 3.中度級急診部門如有緊急會診個案，70%以上 60 分鐘內可獲得支援。 4.緊急醫療資源不足地區之醫院，得以報備支援或遠距方式執行照會服務。

條號	評定基準	108 年度評分說明及評量方法
1.2.2	訂有病人轉診及完善床位調度機制 (原 1.1.7 修)	<p>【重度級、中度級】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院轉診作業流程應符合緊急傷病患轉診實施辦法之規定，包含轉診單填寫完整度、病歷記載轉診原因、轉診同意書、轉院風險告知及必要之調床機制等。 2.依醫院定位訂有急診病人的就醫準則與流程，提供緊急檢查、診斷、住院、手術等急救的醫療處置能力。 3.在醫院無法接受病人時，應先給予適當之急救，並依相關機制聯絡，及運送病人至其他醫療機構。 4.對於急診就醫個案，知其有疑似遭家庭暴力(含兒童與少年虐待及疏忽)或性侵害犯罪情事者，應訂有處理作業準則，並依法通報。 5.設有精神科住院病房(不含日間照護)之醫院，應能提供 24 小時急診精神醫療服務，且訂定有急診精神科病人之醫療作業處理準則與流程，及病人轉介系統，包含：(原 1.1.7 重、中 5 修) <ol style="list-style-type: none"> (1)遵守精神衛生相關法規，並依適當程序陳報或進行相關醫療事宜。 (2)急診病人安排住院或轉介他院之流程。 6.轉出時應提供轉診病歷摘要。 <p>[註]</p> <p>醫院應有轉院(包括自動出院)病人之轉院流程。(原 1.1.7 註)</p> <p>【評量方法】</p> <p>醫院自行準備 5 本轉診病歷，委員抽查 5 本轉診病歷，共查核 10 本病歷，其中 70% 以上符合，始為符合。</p>
1.2.3	建立急診壅塞及突發事件之應變措施 (原 1.3.2 修)	<p>【重度級、中度級】</p> <p>應建立急診壅塞及突發事件之應變措施(包括長天期連續假日或疫情流行期間)，並備有資料可查。(原 1.3.2 重、中修)</p> <p>【評量方法】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.應有長假(連續假期 4 天以上)及疫情流行期間之應變措施，如開設假日或特殊門診條件、後線各科系醫護人力支援急診、病床調度機制等。(原 1.3.2 方法 3 修) 2.依過往實際案例查證，或以演習成果進行評量。(原 1.3.2 方法 2 修)
1.3	品質管理 (新增)	
1.3.1	設有急診醫療品質之委員會，負責急診醫療品質管制和跨部門協調等事項(原 1.1.6)	<p>【重度級、中度級】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.設有全院性急診醫療品質之委員會，定期(至少每季一次)開會且有會議紀錄，並針對決議事項進行改善追蹤。(原 1.1.6 重中 2 修) 2.訂有急診醫療品質相關指標，定期收集、分析，並有改善成果。(108 年試評)(原 1.1.6 重中 2 修)

條號	評定基準	108 年度評分說明及評量方法
		<p>【評量方法】 急診醫療品質委員會應由副院長等級以上之人員擔任主席或召集人。</p>
1.4	區域合作 (原 1.3 修)	
1.4.1	建立緊急傷病患或大量傷病患事故應變機制 (原 1.3.1 修)	<p>【重度級、中度級】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.應建立大量傷患緊急應變計畫，包含發生時的啟動機制、指揮體系、院內外聯絡網及到院前病人處理接軌等。(原 1.3.1 重、中 1 修) 2.定期辦理大量傷患緊急應變之演練。 3.依據大量傷患緊急應變演練之檢討結果，修正醫院大量傷患緊急應變計畫。 4.能依據所在區域之資源及災源特性，積極配合地方政府，結合區域內網絡醫院及相關團體，辦理大量傷患演習及訓練。(原 1.3.1 重、中 4 修) <p>[註]</p> <p>醫院緊急災害應變措施及檢查辦法第 11 條規定：「醫院每年至少應舉行緊急災害應變措施演習及桌上模擬演練各一次，並製作成演習紀錄、演習自評表及檢討改善計畫，送直轄市、縣(市)主管機關備查。前項演習及桌上模擬演練之主題、時間與相關內容，應於醫院緊急災害應變措施計畫中載明。」</p> <p>【評量方法】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.大量傷患緊急應變計畫，含組織與各項應變職務。(原 1.3.1 方法 3 修) 2.依據大量傷患緊急應變演練之檢討結果，修正醫院大量傷患緊急應變計畫。 3.醫院應提供評定前一年度至評定日辦理演習清單(含時間與參與人數)，並有改善成果。(原 1.3.3 重、中修) 4.配合地方政府，與區域內網絡醫院或相關團體，共同辦理大量傷患演習及訓練紀錄。(原 1.3.1 方法 2 修) 5.申請重度級之醫院，應有參與災難應變演練或災難救援之資料可查。(原 1.3.3 方法 3 修)
試 1.4.2	參與區域內緊急醫療救護體系運作 (原 1.3.3 修)	<p>【重度級、中度級】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.依照評定等級確實提供緊急醫療處置。(新增) 2.能提供救護技術員(EMT)訓練實習或緊急醫療救護諮詢。(原 1.3.3 方法 2 修) <p>【評量方法】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.提供緊急救護醫療諮詢委員、醫療顧問或醫療指導醫師之相關文件備查。(新增) 2.提供救護技術員訓練計畫、醫療指導紀錄等相關文件資料。(原 1.3.3 方法 2 修)

條號	評定基準	108 年度評分說明及評量方法
試免 1.4.3	參與區域聯防及轉診網絡系統 (新增)	<p>【重度級、中度級】(新增)</p> <p>1.配合地方政府規劃，與區域內之急救責任醫院合作，建立區域聯防及轉診網絡機制。</p> <p>2.依報備合作醫院之轉診網絡進行跨院緊急會診或轉診，並留有紀錄。</p> <p>[註]</p> <p>本條為試評基準，本年不納入評定，於 109 年列為試評基準。</p> <p>【評量方法】(新增)</p> <p>1.病人轉診應使用「緊急傷病患轉診電子作業平台」落實完成轉診單開立、回覆與登錄轉診相關資料、緊急傷病患轉診同意書及每季參與區域內跨醫院轉診會議。</p> <p>2.應提供具體佐證資料，落實區域互助聯防的有效運作。</p> <p>3.查核「區域內之急救責任醫院區域聯防及轉診網絡計畫書」、「轉診作業流程」及平轉、上轉與下轉之「統計報表」，統計報表有分析及改善對策。</p> <p>4.應達成轉診品質相關衡量指標。</p>

第二章、急性腦中風醫療

條號	評定基準	108 年度評分說明及評量方法
2.1	組織設施 (原 2.1 修)	以團隊合作方式執行急性腦中風治療，使病人能獲得立即、有效及最少併發症的治療。(原 2.1 說明修)
2.1.1	神經科專科醫師值班制度 (原 2.1.2 修)	<p>【重度級】 全年(含假日)、24 小時(含夜間)有神經科專科醫師值班。(原 2.1.2 重修)</p> <p>【中度級】 平日上班時間(上午 8 時至下午 5 時)有神經科專科醫師值班。(原 2.1.2 中修)</p> <p>【評量方法】 1.提供值班表等資料備查。(新增) 2.於緊急醫療資源不足地區之醫院，申請重度級者，其假日及夜間得以緊急會診取代值班。(新增)</p>
2.1.2	組成跨領域之急性腦中風照護團隊 (原 2.1 修)	<p>【重度級】 1.應組成跨領域之急性腦中風照護團隊，成員至少包含急診科、神經科、神經外科、放射科專科醫師。(原 2.1 說明修) 2.應有專責腦中風個案管理師，並具醫護、公衛、醫管或相關訓練。(108 年試評)(新增)</p> <p>【中度級】 1.應組成跨領域之急性腦中風照護團隊，成員至少包含急診科、神經科、神經外科、放射科專科醫師。(原 2.1 說明修) 2.應有腦中風個案管理師，並具醫護、公衛、醫管或相關訓練。(108 年試評)(新增)</p> <p>【評量方法】 1.提供急性腦中風照護團隊(含檢傷人員、醫師、醫事放射人員、醫事檢驗人員、藥事人員等)之作業方式及排班表。(新增) 2.緊急醫療資源不足地區、中度級醫院，其神經外科醫師，得以報備支援方式為之。(新增)</p>
2.2	處置流程 (原 2.1 修)	<p>應制定清楚可行之急診急性腦中風病人診療流程，有啟動急性腦中風團隊成員的標準作業程序，並鼓勵急性腦中風團隊成員主動互相支援。(原 2.1 說明修)</p> <p>[註] 急性腦中風病人係指出院主診斷碼為 ICD-10-CM I60-I61、I63、I67.89、I67.9 診斷碼之個案，並符合急性腦中風重大傷病之病人。</p>
2.2.1	訂有急性腦中風病人處置流程(含住院、手	<p>【重度級、中度級】 1.訂有急性腦中風病人處置流程，並有資料可查。(原 2.1.1 重修) 2.應有假日及夜間處置急性腦中風病人轉院作業流程內容及實例。(原</p>

條號	評定基準	108 年度評分說明及評量方法
	術、轉院標準) (原 2.1.1 修)	<p>2.1.1 中 2 併)</p> <p>[註]</p> <p>1.視醫院實際作業情況，若急性腦中風病人處置流程中轉院標準與急診轉院機制流程相同，亦可。</p> <p>2.急診醫師對於急性腦中風病人接受靜脈血栓溶解(IV thrombolysis)或動脈血栓移除(endovascular thrombectomy)之神內/外醫師會診，得以遠距會診方式進行。(原 2.1.1 註 2 修)</p> <p>【評量方法】</p> <p>1.應提供急診之急性腦中風病人病歷清單及實地查核時所勾選之病歷，以供查核。</p> <p>2.實地查核內容：(原 2.1.1 方法 2 修)</p> <p>(1)病人抵急診方式(EMS 或非 EMS 轉送情況)。</p> <p>(2)檢傷分類作業。</p> <p>(3)急診初步處置。</p> <p>(4)電腦斷層檢查。</p> <p>(5)抽血傳送及資料獲得。</p> <p>(6)神經科、神經外科醫師會診機制。</p> <p>(7) rt-PA 藥物處方及取藥。</p> <p>(8)藥物注射後續觀察。</p> <p>(9)住院後之處置或轉院之標準。</p> <p>(10)轉院標準作業內容應符合該院急重症處置能力相關規定。</p> <p>3.應提供假日及夜間急性腦中風(中風發作於 24 小時內)病人，急診轉入及轉出之名單。(新增)</p> <p>4.查證急性腦中風病人抵急診後之評估及治療處置流程，第一次 10 本病歷無明顯錯誤之比例大於 60% 即算通過。若未達到 60% 時，得由委員加抽 10 本，以全數 20 本平均計算，作為該項達成率評分依據。</p> <p>5.提供之病歷低於 10 本者，以全數病歷做為評分依據。如實地訪查委員對醫院提供之個案病歷數有疑義，以中央健康保險署提供之個案數(誤差範圍為 1 成)為主進行病歷抽查。(原 2.1.1 方法 4 修)</p> <p>6.實地演練查證急診執行遠距會診之情形，並有資料可查。(原 2.1.1 方法 5 修)</p>
2.2.2	有神經科專科醫師緊急會診機制 (原 2.1.2 修)	<p>【重度級】</p> <p>應有全年(含假日)、24 小時(含夜間)之神經科專科醫師緊急會診機制。(原 2.1.2 重修)</p> <p>【中度級】</p> <p>應有平日上班時間(上午 8 時至下午 5 時)之神經科專科醫師緊急會診機制。(原 2.1.2 中修)</p>

條號	評定基準	108 年度評分說明及評量方法
		<p>【評量方法】</p> <p>1.應具體呈現神經科專科醫師緊急會診之作業方式，包含如何通知會診醫師之流程、病歷內應有進行緊急會診之醫囑、會診評估內容及會診後建議處置方式等。</p> <p>2.應以團隊方式進行治療，本項查核重點為呈現院內有神經科緊急照會機制，並有紀錄，並將由查證病歷得知。</p>
2.2.3	<p>有神經外科專科醫師緊急會診機制 (原 2.1.3 修)</p>	<p>【重度級】 應有全年(含假日)、24 小時(含夜間)之神經外科專科醫師緊急會診機制。(原 2.1.3 重修)</p> <p>【中度級】 應有平日上班時間(上午 8 時至下午 5 時)之神經外科專科醫師緊急會診機制。(原 2.1.3 中修)</p> <p>【評量方法】</p> <p>1.應具體呈現神經外科專科醫師緊急會診之作業方式，包含如何通知會診醫師之流程、病歷內應有進行緊急會診之醫囑、會診評估內容及會診後建議處置方式等。</p> <p>2.應以團隊方式進行治療，本項查核重點為呈現院內有神經外科緊急照會機制，並有紀錄，並將由查證病歷得知。</p>
2.2.4	<p>可於假日及夜間處置急性腦中風病人 (原 2.3.1)</p>	<p>【重度級】 可於假日及夜間提供靜脈血栓溶解或動脈血栓移除治療。(原 2.3.1 重修)</p> <p>[註]</p> <p>1.假日包含星期六、星期日及國定假日。(新增)</p> <p>2.夜間係指下午 5 時至次日上午 8 時，以病人掛號時間為主。(原 2.3 方法修)</p> <p>【評量方法】</p> <p>1.應提供神經內科醫師 24 小時值班表、會診及轉診紀錄及急性缺血性腦中風發作 2 小時內抵達醫院之病人之 NIHSS 評分表，以供佐證。(原 2.3.1 方法 1 修)</p> <p>2.若住院病人於假日及夜間有急性腦中風發作病人亦可於實地評定時呈現醫院之處理能力，供委員作為評量參考。</p> <p>3.在假日及夜間會診後，應有進一步處置執行能力。</p>
2.2.5	<p>可於假日及夜間進行急性腦中風病人之手術 (原 2.3.2 修)</p>	<p>【重度級】 可於假日及夜間進行急性腦中風病人之手術。(原 2.3.2 重修)</p> <p>【評量方法】</p> <p>1.應呈現符合以下手術適應症病人之處置資料(處置時間未設定於發作</p>

條號	評定基準	108 年度評分說明及評量方法
		<p>3 小時)：</p> <p>(1)急性出血性腦中風造成腫塊效應或功能性損傷，需緊急清除血塊。</p> <p>(2)急性中風造成急性水腦，需緊急腦脊髓液引流者。</p> <p>(3)急性缺血性中風造成大片腦梗塞，需緊急做顱骨切除減壓手術者。</p> <p>(4)接受靜脈血栓溶解或動脈血栓移除需緊急開刀移除血腫者。(原 2.3.2 方法 1(4)修)</p> <p>2.應提供神經外科醫師於假日及夜間進行手術之病人名單，若於評定前二年至評定日手術數為 0 者，本條評量為不符合。(108 年試評)(原 2.3.2 方法 2 修)</p>
2.3	品質管理 (原 2.2 修)	<p>【重點】</p> <p>統計接受靜脈血栓溶解或動脈血栓移除治療之急性缺血性腦中風病人佔所有急性缺血性腦中風病人之比例，及其佔所有符合溶栓適應症急性缺血性腦中風病人之比例、急性缺血性腦中風病人接受靜脈血栓溶解治療時間，及其發生症狀性腦出血之比例。(原 2.2 重點 2 修)</p> <p>【評量方法】</p> <p>1.重度級以抽查假日及夜間下午 5 時至次日上午 8 時病歷為主，中度級以抽查平日上班時間(上午 8 時至下午 5 時)病歷為主。(原 2.2 方法 1 修)</p> <p>2.抽查評定前一年度至評定日，發作至到達急診時間為 2 小時內之病歷 10 份(由醫院自行準備 5 份、委員抽查 5 份)，作為評估依據。(原 2.2 方法 2 修)</p> <p>3.本節查核發作至到達急診時間為 2 小時內所有發作之病人(包括出血)。</p> <p>4.急性腦中風病人係指出院主診斷碼為 ICD-10-CM I60-I61、I63、I67.89、I67.9 診斷碼之個案，並符合急性腦中風重大傷病之病人。(原 2.2 方法 4 修)</p> <p>5.急性缺血性腦中風住院病人係依據全民健康保險重大傷病範圍之定義，即急性發作後一個月內由醫師逕行認定屬於急性腦中風(ICD-10-CM I63、I67.89、I67.9)免申請證明(衛生福利部 101 年 10 月 30 日衛署健保字第 1012660255 號令訂定修正)。</p> <p>6.注射血栓溶解劑之病人數及比例，由醫院自行提供呈現，委員得參考中央健康保險署提供之資料為對照。</p> <p>7.需提供評定基準 2.3.1-2.3.3 之病歷清單。(原 2.2 方法 7 修)</p>
2.3.1	接受靜脈血栓溶解或動脈血栓移除治療之急性缺血性腦中風病人佔所有急性缺血性	<p>【重度級】</p> <p>應符合每年平均每 100 名符合腦中風重大傷病認定之急性缺血性腦中風病人，至少有 2 位以上接受靜脈血栓溶解或動脈血栓移除治療之常態比例。(108 年試評)(原 2.2.1 重、中修)</p> <p>【中度級】</p> <p>應符合每年平均每 100 名符合腦中風重大傷病認定之急性缺血性腦中</p>

條號	評定基準	108 年度評分說明及評量方法
	腦中風病人之比例 (原 2.2.1 修)	<p>風病人，至少有 1 位以上接受接受靜脈血栓溶解或動脈血栓移除治療之常態比例。(原 2.2.1 重、中修)</p> <p>【評量方法】</p> <p>1.於準備之資料期間若無接受靜脈血栓溶解或動脈血栓移除治療之急性缺血性腦中風病人，得往前追溯至二年內有接受靜脈血栓溶解或動脈血栓移除治療之個案為止，且列表舉證該期間至該院全部病人皆不符合施打條件，或拒絕接受治療，並據以評定基準 2.3.1-2.3.3。(原 2.2.1 方法修)</p> <p>2.於評定前二年至評定日個案數為 0 者，本條評量為不符合。(108 年試評)(新增)</p>
2.3.2	接受靜脈血栓溶解治療之急性缺血性腦中風病人佔所有符合溶栓適應症急性缺血性腦中風病人之比例 (原 2.2.2 修)	<p>【重度級、中度級】</p> <p>接受靜脈血栓溶解治療之急性缺血性腦中風病人佔所有符合溶栓適應症急性缺血性腦中風病人之比例達 50% 以上，且醫院能列表舉證病人未施打原因符合治療規範，或病人拒絕接受治療。(原 2.2.2 重、中修)</p> <p>【評量方法】</p> <p>1.符合溶栓適應症急性缺血性腦中風病人，係指中風發作 2 小時內之病人(醫院應對符合適應症但未執行溶栓治療之病人列表並說明原因)。</p> <p>2.有關溶栓適應症之條件應依據衛生福利部食品藥物管理署 rt-PA 仿單之規範，不符合仿單規範之病例，於統計時應予排除。</p>
2.3.3	急性缺血性腦中風病人接受靜脈血栓溶解治療時間 < 60 分鐘之比例 (原 2.2.3 修)	<p>【重度級、中度級】</p> <p>於 60 分鐘內接受靜脈血栓溶解治療之急性缺血性腦中風病人佔所有接受靜脈血栓溶解治療之急性缺血性腦中風病人比例達 30% 以上。(原 2.2.3 重、中修)</p> <p>[註]</p> <p>治療時間係指病人抵達急診之時間與護理紀錄開始施行靜脈溶栓時間之差。</p> <p>【評量方法】</p> <p>1.應提供急診急性缺血性中風病人中接受靜脈血栓溶解治療時間小於 60 分鐘之病人人次及比例。(原 2.2.3 方法 1 修)</p> <p>2.因病人治療之安全考量，需特殊處置(如血壓太高之急性缺血性腦中風病人需先控制血壓達安全範圍，再進行 rt-PA 者)可不列入計算。</p> <p>3.計算 60 分鐘內接受靜脈血栓溶解治療之急性缺血性腦中風病人，排除院內中風之病人。</p>
試免 2.4	區域合作 (新增)	

條號	評定基準	108年度評分說明及評量方法
試免 2.4.1	參與急性腦中風區域聯防及轉診網絡系統 (新增)	<p>【重度級、中度級】(新增)</p> <p>1.應與區域內之急救責任醫院合作，建立區域聯防及轉診網絡機制。 2.依報備合作醫院之轉診網絡進行跨院緊急會診或轉診，並留有紀錄。</p> <p>[註]</p> <p>本條為試評基準，本年不納入評定，於109年列為試評基準。</p> <p>【評量方法】(新增)</p> <p>查核合作流程及相關運作機制。</p>

第三章、急性冠心症醫療

條號	評定基準	108 年度評分說明及評量方法
3.1	組織設施 (新增)	
3.1.1	心臟內科醫師 資格及排班制 度 (原 3.1.2 修)	<p>【重度級】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.至少需有 2 位心臟內科醫師。(原 3.1.2 重 2 修) 2.全年(含假日)、24 小時(含夜間)有心臟內科醫師值班，且至少需有 3 位心臟內科醫師。於緊急醫療資源不足地區之醫院，其假日及夜間得以緊急會診取代值班。(108 年試評)(原 3.1.2 重 2 修) 3.有心導管診療項目者，至少需有 2 位介入性心臟血管醫師。(108 年試評)(新增) <p>【中度級】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.至少需有 1 位心臟內科醫師。(原 3.1.2 中 2 修) 2.平日上班時間(上午 8 時至下午 5 時)有心臟內科醫師值班，且至少需有 2 位心臟內科醫師。(108 年試評)(原 3.1.2 中 2 修) 3.有心導管診療項目者，至少需有 1 位介入性心臟血管醫師。(108 年試評)(新增) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.心臟內科醫師係指內科專科醫師接受至少 2 年心臟醫學專業訓練，並領有相關證明。(原 3.1.2 重、中 1) 2.介入性心臟血管醫師係指通過介入性心臟血管訓練，並領有相關證明。(108 年試評)(新增) <p>【評量方法】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.此處所指心臟內科醫師之認定規範如下： <ol style="list-style-type: none"> (1)應執業登記於該醫院方可採認。 (2)若為緊急醫療資源不足地區之醫院，可以報備支援醫師認列。 2.查核心臟內科醫師之執業登記或相關支援報備文件。(原 3.1.2 方法 2 修) 3.提供值班表等資料備查。(原 3.1.2 方法 3 修)
試評 3.1.2	組成跨領域之 急性冠心症照 護團隊 (原 3.1.1 修)	<p>【重度級、中度級】(新增)</p> <p>應組成跨領域之急性冠心症照護團隊，成員至少包含急診科、心臟內科、心臟外科醫師。</p> <p>[註]</p> <p>中度級醫院未有心導管診療項目者，急性冠心症照護團隊得不包含心臟外科醫師。</p> <p>【評量方法】</p>

條號	評定基準	108 年度評分說明及評量方法
		1.提供急性冠心症照護團隊(含檢傷人員、醫師、醫事放射人員、醫事檢驗人員、藥事人員等)之作業方式及排班表。(原 3.1.1 方法 2 修) 2.申請中度級及緊急醫療資源不足地區之醫院，其心臟外科醫師，得以報備支援方式為之。(新增)
3.2	處置流程 (原 3.1 修)	針對 STEMI 病人查核。(原 3.1) [註] STEMI 病人係指出院主診斷碼為 ICD-10-CMI21.01、I21.02、I21.09、I21.11、I21.19、I21.21、I21.29、I21.3、I22.0、I22.1、I22.8 為主，排除院外心跳停止病人(OHCA)、院內心跳停止病人(IHCA)、病人未住院即轉至他院治療、違抗醫囑自動出院的病人(left against medical advice)、經特殊維生設備處置之病人。(原 3.2 方法 3 修)
3.2.1	訂有急性冠心症 STEMI 病人處置流程(含住加護病房、心導管處置流程、轉院標準) (原 3.1.1)	【重度級、中度級】 訂有急性冠心症病人處置流程，並有資料可查。(原 3.1.1 重、中修) 【評量方法】 急性冠心症病人處置流程應含：(1)住加護病房流程、(2)心導管處置流程、(3)轉院標準及流程等。
3.2.2	有心臟內科醫師緊急會診機制 (原 3.1.2 修)	【重度級】 應有全年(含假日)、24 小時(含夜間)心臟內科醫師緊急會診機制。(原 3.1.2 重 2 修) 【中度級】 應訂有完善心臟內科醫師緊急會診機制。(原 3.1.2 中 2 修) 【評量方法】 1.提供照會紀錄等資料備查。(原 3.1.2 方法 3 修) 2.針對病情不穩定病人，宜先經必要處置，再考慮轉院。(原 3.1.2 方法 4) 3.適用靜脈血栓溶解治療適應症個案：(108 年試評)(新增) (1)診斷後轉送至具有執行冠狀動脈介入術(PCI)能力醫院之時間大於 60 分鐘始列入適用對象。 (2)該院有符合施打 rt-PA 之醫師，應依藥物使用規範執行之。 (3)該院若無符合施打 rt-PA 之醫師，經報備衛生福利部核准實施後，得以遠距方式為之。 4.實地評定若遇個案數為 0 時，應提供轉診名單及病歷以供查證。(新增)
3.2.3	有心臟外科醫師緊急會診機制	【重度級】 應有全年(含假日)、24 小時(含夜間)心臟外科醫師緊急會診機制。(原 3.1.3 修)

條號	評定基準	108 年度評分說明及評量方法
	(原 3.1.3 修)	<p>【評量方法】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.提供照會紀錄等資料備查。(原 3.1.3 方法 3 修) 2.針對病情不穩定病人，宜先經必要處置，再考慮轉院。(原 3.1.2 方法 4) 3.適用靜脈血栓溶解治療適應症個案：(108 年試評)(新增) <ol style="list-style-type: none"> (1)診斷後轉送至具有執行冠狀動脈介入術(PCI)能力醫院之時間大於 60 分鐘始列入適用對象。 (2)醫院有符合施打 rt-PA 之醫師，應依藥物使用規範執行之。 (3)醫院若無符合施打 rt-PA 之醫師者，經報備衛生福利部核准實施後，得以遠距方式為之。 4.實地評定若遇個案數為 0 時，應提供轉診名單及病歷以供查證。 5.若為緊急醫療資源不足地區之醫院，心臟外科醫師可以報備支援認列。
3.3	品質管理 (原 3.2 修)	<p>【重點】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.需至少每季舉行跨科部之急性冠心症病人照護品質討論會及資料分析。 2.中度級醫院查核重點為轉診品質，包含評估、處置及轉診之適當性。 <p>【評量方法】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.重度級以抽查假日及夜間下午 5 時至次日上午 8 時病歷為主，中度級以抽查上午 8 時至下午 5 時病歷為主。 2.抽查評定前一年度至評定日之病歷 10 份，評估處置是否符合標準流程與品質。(原 3.2 方法 2 修) 3.STEMI 病人係指出院主診斷碼為 ICD-10-CMI21.01、I21.02、I21.09、I21.11、I21.19、I21.21、I21.29、I21.3、I22.0、I22.1、I22.8)為主，排除院外心跳停止病人(OHCA)、院內心跳停止病人(IHCA)、病人未住院即轉至他院治療、違抗醫囑自動出院的病人(left against medical advice)、經特殊維生設備處置之病人。(原 3.2 方法 3 修) 4.第一次 10 本病歷之達成率大於 50%，但未符合評核標準者，得由委員加抽 10 本，以全數 20 本平均計算，作為該項達成率評分依據。(原 3.2 方法 4 修) 5.提供之病歷低於 10 本者，以全數病歷做為評分依據。如實地訪查委員對醫院提供之個案病歷數有疑義，以中央健康保險署提供之個案數(誤差範圍為 1 成)為主進行病歷抽查。(原 3.2 方法 5 修) 6.中度級醫院需提供急診 STEMI、AMI 轉出名單，抽查至少 5 份轉出病歷，查核重點為轉診流程之適當性。 7.需提供評定基準 3.3.1-3.3.3 之病歷清單。(原 3.2 方法 7 修)
3.3.1	作第一張 EKG 時間小於 10 分	<p>【重度級】</p> <p>達成率需符合 80%以上。(原 3.2.1 重修)</p>

條號	評定基準	108 年度評分說明及評量方法
	鐘(原 3.2.1)	<p>【中度級】 達成率需符合 70% 以上。(原 3.2.1 中修)</p> <p>[註] 執行第一張 EKG 時間計算，自病人抵達急診室至完成 EKG 的時間。</p> <p>【評量方法】 1.應提供「季報表」資料備查。(原 3.2.1 方法 1 修) 2.若抽查病歷時，發現轉入病人入院後直接進行 primary PCI 而未重新執行 EKG 者，於計算時排除。 3.無法提供足夠之病歷資料(包含電子病歷)者，本項視為不符合。(原 3.2.1 方法 3 修)</p>
3.3.2	STEMI 病人於急診適合給予 ASA 及 Clopidogrel(或 Ticagrelor、Prasugrel) 等之比例(原 3.2.2)	<p>【重度級】 達成率需符合 80% 以上。(原 3.2.2 重修)</p> <p>【中度級】 達成率需符合 70% 以上。(原 3.2.2 中修)</p> <p>【評量方法】 1.應提供「季報表」資料備查。(原 3.2.2 方法 1 修) 2.若病人抵達急診室前已服用 ASA 及 Clopidogrel(或 Ticagrelor、Prasugrel)者、或病歷載明對上開藥物過敏者，予以排除。(原 3.2.2 方法 2 修)</p>
3.3.3	ST 段上升之急性心肌梗塞病人執行緊急冠狀動脈介入術(Primary PCI)時，Door to wire time 小於 90 min(原 3.2.3 修)	<p>【重度級】 1.達成率需符合 75% 以上。(原 3.2.3 重 1 修) 2.接收同一醫療體系之分院或院區之轉診者，其 Door to wire time 應小於 60 分鐘，達成率需符合 70% 以上。(原 3.2.3 重 3 修)</p> <p>【中度級】 1.有心導管診療項目者，於平日上班時間(上午 8 時至下午 5 時)需符合 60% 以上。(原 3.2.3 中 1 修) 2.未有心導管診療項目者，對於診斷後轉送至具有執行 PCI 能力醫院之時間，預期大於 60 分鐘之病人，宜考慮使用靜脈血栓溶解劑治療。(108 年試評)(新增)</p> <p>【評量方法】 1.提供全年全院冠狀動脈介入術(PCI)及緊急冠狀動脈介入術(Primary PCI)之案例數。(原 3.2.3 重 2 併) 2.應提供「季報表」資料備查。(原 3.2.3 方法 2 修) 3.申請重度級之醫院，病歷抽查以假日或夜間為主。 4.申請中度級之醫院，設有導管室者，於平日上班(上午 8 時至下午 5 時)時間皆應執行緊急冠狀動脈介入術(Primary PCI)。(原 3.2.3 方法</p>

條號	評定基準	108 年度評分說明及評量方法
		3 修) 5.申請中度級之醫院，無設置心導管室者，評定其處置及轉診品質(查核重點為轉診流程及心臟內科醫師照會紀錄)。 6.Primary PCI 之計算標準：以病人抵達急診至導絲(wire)通過的時間計算。(原 3.2.3 方法 5 修) 7.有關 STEMI 病人接受 Door to wire time 大於 90 分鐘，如有需排除狀況請醫院記錄原因，並於實地評定時提出其排除之合理性說明，供委員參考。(原 3.2.3 方法 6 修) 8.病人為 OHCA 且經急救或經特殊維生設備處置後方施行 Primary PCI 之病人，請於計算 Door to wire time 時排除。(原 3.2.3 方法 7 修)
試免 3.4	區域合作 (新增)	
試免 3.4.1	參與急性冠心 症轉診網絡 (新增)	【重度級】(新增) 1.應負責規劃及運作急性冠心症轉診網絡，並建立 STEMI 病人快速處置流程。 2.應為急性冠心症轉診網絡之主要後送中心，並得為夜間及假日該直轄市、縣(市)消防主管機關劃分之救護區內之第一線後送中心。 【中度級】(新增) 1.有無法處置之 STEMI 病人時，應轉診至事先規劃之急性冠心症轉診網絡醫院。 2.轉診前應經網絡系統提供必要之病歷、影像及實驗室檢驗結果報告。 [註] 本條為試評基準，本年不納入評定，於 109 年列為試評基準。 【評量方法】(新增) 1.查核急性冠心症轉診網絡中心的設置及運作。 2.申請重度級之醫院，以查核夜間及假日經該直轄市、縣(市)消防主管機關劃分之救護區內網絡轉入病歷為主。 3.申請中度級之醫院，以查核夜間及假日之轉出病歷紀錄為主。 4.實地評定若遇個案數為 0 時，應提供該直轄市、縣(市)消防主管機關劃分之救護區內網絡合作機制以供查證。

第四章、緊急外傷醫療

條號	評定基準	108 年度評分說明及評量方法
4.1	組織設施 (原 4.1 修)	
4.1.1	外傷科醫師資格及排班制度 (原 4.1.1、4.1.4 併)	<p>【重度級】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.設有獨立之外傷部門或外傷小組，且有 3 名以上之專責醫師編制。於緊急醫療資源不足地區之醫院，得由外科系專科醫師兼任。(原 4.1.4 重 1 修) 2.外傷部門之主管或外傷小組召集人應為專責外傷科醫師。於緊急醫療資源不足地區之醫院，得為具 ATLS 證書之外科專科醫師。(108 年試評)(新增) 3.外傷小組每日需有外科系醫師專責值班。於緊急醫療資源不足地區之醫院，得由外科系專科醫師兼任。(原 4.1.1 方法 5) 4.外傷部門或外傷小組之主管、召集人、外傷專責醫師及外傷小組每日輪值醫師，應領有效期內的高級外傷救命術(ATLS)證書。(原 4.1.4 重 2 修) 5.應有專責外傷個案管理師，並具備醫護、公衛、醫管或相關訓練。(原 4.1.4 重 4 修) <p>【中度級】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.設有外傷小組。(原 4.1.1 中 2) 2.外傷小組每日需有外科系醫師值班。(原 4.1.1 方法 5) 3.外傷小組之召集人及每日輪值醫師應領有效期內的高級外傷救命術(ATLS)證書，但緊急醫療資源不足地區之醫院，除召集人外不在此限。(108 年試評)(新增) 4.應有外傷個案管理師，並具醫護、公衛、醫管或相關訓練。(108 年試評)(新增) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.重度級醫院之外傷部門或外傷小組專責醫師係指執業登記於該院之專科醫師，每週(週一至週五)至多 3 個半天可作其他部門醫療業務，其餘時間皆負責外傷部門或外傷小組業務，外傷部門或外傷小組業務由醫院自行規範。(原 4.1.4 註 2) 2.外傷科醫師係指外科系專科醫師接受至少二年以上外傷專業訓練，並領有相關證明。(新增) 3.高級外傷救命術(ATLS)證書，含指導員之證書。(新增) <p>【評量方法】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.應提供完整的資料，如：外傷部門組織架構、外傷小組輪值表、外傷主管相關證書、成員高級外傷救命術(ATLS)證書等。(原 4.1.4 方法 4 修)

條號	評定基準	108 年度評分說明及評量方法
4.1.2	具備完善的緊急外傷照護團隊 (原 4.1.4 修)	<p>【重度級】 應有 80% 以上外傷醫護人員，三年需具備 16 小時以上中央主管機關認可之外傷繼續教育時數。(原 4.1.4 重 5)</p> <p>【中度級】 應有 60% 以上外傷醫護人員，三年需具備 16 小時以上中央主管機關認可之外傷繼續教育時數。(108 年試評)(新增)</p> <p>[註] 外傷醫護人員係指以下人員： 1. 外傷部門或外傷小組之主管、召集人、外傷專責醫師及外傷小組每日輪值醫師。 2. 外傷病房及外傷加護病房，任職滿一年以上護理人員。(原 4.1.4 註 1)</p> <p>【評量方法】 1. 中央主管機關認可之外傷繼續教育時數係指「台灣外科醫學會」、「台灣外傷醫學會」、「台灣急診醫學會」或「中華民國急重症護理學會」辦理審查認定。(原 4.1.4 方法 1 修) 2. 外傷病房、外傷加護病房之認定，以至少有 1 個主要收治多重外傷病人之病房及加護病房為查核範圍。(原 4.1.4 方法 5 修) 3. 應提供完整的資料，如：病房及加護病房緊急外傷個案比率、醫護人力配置等。(原 4.1.4 方法 4 修)</p>
4.2	處置流程 (原 4.1 修)	
4.2.1	訂有緊急外傷病人啟動及處置流程(含住院、手術、轉院標準) (原 4.1.1 修)	<p>【重度級、中度級】 1. 應有緊急外傷病人啟動及處置流程，且有執行紀錄，並有資料可查。(原 4.1.1 重 1、中 1 併) 2. 有外傷小組、緊急外傷病人啟動及處置標準流程。(原 4.1.1 重 2、中 2 併)</p> <p>[註] 1. 緊急外傷應至少包含下列之一： (1) 因外傷事件導致傷患生命徵象不穩定或意識障礙。 (2) 外傷事件肇因於危險受傷機轉(如：高處跌落、身體穿刺傷、被汽車撞擊或自車內被拋出等)。 (3) 醫院自行定義之緊急外傷。 2. 轉院係指病人由急診轉至他院。(原 4.1.1 方法 3)</p> <p>【評量方法】 1. 應提供緊急外傷病人處置流程(含住院、手術、轉院標準)，且處置流程應具體可行，並有後續檢討。(原 4.1.1 方法 1 修)</p>

條號	評定基準	108 年度評分說明及評量方法
		2.申請重度級之醫院，應提供外傷小組啟動標準及名單。(原 4.1.1 方法 2 修) 3.緊急外傷病人主要以查核因緊急外傷至急診掛號之病人。(原 4.1.1 方法 4)
4.2.2	有外傷登錄及外傷嚴重度 (ISS) 之評估紀錄 (原 4.1.2 修)	【重度級、中度級】 1.應有外傷登錄作業。(108 年試評)(新增) 2.病人外傷嚴重度之評估紀錄應記載於病歷內，其完成率達 80% 以上。 (原 4.1.2 重、中修) [註] 外傷登錄及外傷嚴重度之評估對象係指： 1.因外傷主因經急診住院之病人。 2.啟動外傷小組之病人。 3.可排除到院前或在急診死亡之病人。 【評量方法】 1.外傷登錄基本欄位，應包含病人之外傷嚴重度、各部位分數計算、住院天數、手術及結果等。(新增) 2.外傷嚴重度之評估紀錄應呈現於病歷(紙本或電子病歷)中，並以於出院病歷呈現為佳。(原 4.1.2 方法 1) 3.病歷記載外傷嚴重度之評估需以總分數及各部位(AIS)分數呈現。(原 4.1.2 方法 3 修) 4.病歷調閱方式比照基準 4.3 之病歷抽查方式。(原 4.1.2 方法 2 修)
4.2.3	有外傷相關專科醫師緊急會診機制 (原 4.1.3 修)	【重度級】 應有心臟外科、胸腔外科、神經外科、骨科、整形外科、泌尿科、一般外科、婦產科、放射科、麻醉科等專科醫師之緊急會診機制。緊急醫療資源不足地區之醫院，心臟外科、胸腔外科得合併值班，骨科、整形外科得合併值班。(原 4.1.3 重修) 【中度級】 應有骨科、一般外科、麻醉科等專科醫師之緊急會診機制。(原 4.1.3 中) 【評量方法】 1.依評分說明所列之內容，查閱照會排班表。(原 4.1.3 方法 1) 2.緊急會診機制之呈現方式以受評醫院之緊急會診流程、排班表及相關紀錄供委員查閱。(原 4.1.3 方法 2) 3.依所收治病人之實際狀況，由急診啟動外傷相關各專科醫師緊急會診機制。(原 4.1.3 方法 3) 4.緊急醫療資源不足地區、中度級醫院得以遠距方式尋求院際會診服務。(108 年試評)(新增)

條號	評定基準	108 年度評分說明及評量方法
4.2.4	可於假日及夜間處置緊急外傷病人 (原 4.3.1 修)	<p>【重度級】 可於假日及夜間提供緊急外傷手術及緊急血管攝影栓塞。(原 4.3.1 重修)</p> <p>[註]</p> <p>1.假日包含星期六、星期日及國定假日。(原 4.3.1 方法 1 修) 2.夜間係指下午 5 時至次日上午 8 時，以病人掛號時間為主。(原 4.3.1 方法 3 修)</p> <p>【評量方法】 應提供執行緊急外傷手術及緊急血管攝影栓塞之全年、夜間、假日個案數統計及名單。(原 4.3.1 方法 1 修)</p>
4.3	品質管理 (原 4.3 修)	<p>【評量方法】</p> <p>1.重度級以抽查假日及夜間緊急外傷病人病歷為主，如病人從白天處置到晚上之病歷應包含在內。 2. 重度級抽查評定前一年度至評定日之假日及夜間下午 5 時至次日上午 8 時緊急外傷病人病歷 10 份(由醫院自行準備 5 份、委員抽 5 份)，中度級由醫院提供外傷病歷 10 份進行審查(含轉診)。 3.第一次 10 本病歷之達成率大於 50%，但尚未達到 75%時，得由委員加抽 10 本，以全數 20 本平均計算，作為該項達成率評分依據。 4.提供之病歷低於 10 本者，以全數病歷做為評分依據。如實地訪查委員對醫院提供之個案病歷數有疑義，以中央健康保險署提供之個案數(誤差範圍為 1 成)為主進行病歷抽查。 5.醫院需提供評定基準 4.3.1、4.3.2 之病歷清單。</p>
4.3.1	外傷小組啟動時間符合規定 (原 4.2.1 修)	<p>【重度級】 1.外傷小組啟動後至到達時間小於 10 分鐘之達成率達 80% 以上。 2.每次啟動都有病人評估紀錄。</p> <p>【中度級】 1.外傷小組啟動後至到達時間小於 30 分鐘之達成率達 80% 以上。 2.每次啟動都有病人評估紀錄。</p> <p>[註]</p> <p>1.外傷小組啟動規範係依基準 4.2.1 醫院自訂之啟動流程，並可排除單純頭部外傷。(原 4.2.1 重 1、中 1 修) 2.單純頭部外傷係指除頭部外，其他部位並無 AIS 3 分以上之外傷。(新增)</p> <p>【評量方法】 1.於評定前一年度至評定日啟動外傷小組次數為 0 者，本條評量為不符合。</p>

條號	評定基準	108 年度評分說明及評量方法
		2.外傷小組啟動後，應至少有 1 名小組成員醫師抵達。 3.病歷紀錄應有外傷小組啟動及到達時間，並有評估紀錄。 4.照會紀錄不等於病人評估紀錄。
4.3.2	緊急外傷手術於 30 分鐘內進入開刀房比率 (原 4.2.3)	【重度級】 達成率需符合 80% 以上。 【中度級】 達成率需符合 60% 以上。 [註] 1.緊急外傷手術係指重大胸腹部外傷，致生命徵象不穩定需緊急手術者。(原 4.2.3 註 1 修) 2.本項係指手術通知至病人進入開刀房內所需時間之達成比率。 【評量方法】 1.應提供每月之統計資料。 2.「手術通知」係指緊急外傷手術由急診通知開刀房之作業，可於急診醫師開立醫囑或是開刀房手術通知單呈現(時間紀錄方式由醫院自行規範)起計算。 3.若於評定前一年度至評定日未執行緊急外傷手術，應提供轉院及急診死亡名單以供查證。(原 4.2.3 方法 3 修) 4.實地評定若遇個案數為 0 時，應提供轉診名單及病歷以供查證。
4.3.3	緊急外傷病人轉院統計及原因分析 (原 4.2.2)	【重度級、中度級】 應定期統計分析所有緊急外傷病人之轉院原因、時效性及適當性。(原 4.2.2 重修) [註] 轉院係指病人由急診轉至他院。(原 4.2.2 方法 2 修) 【評量方法】 1.應提供每月之統計資料及原因分析。(原 4.2.2 方法 1) 2.中度級列為試評，且評量結果不納入評定成績計算。
4.3.4	設有緊急外傷病例討論會，並有具體改善方案 (原 4.2.4 修)	【重度級、中度級】 1.應定期(至少每季一次)舉行外傷品質討論會。(原 4.1.4 重 4) 2.外傷品質討論會應分析登錄外傷嚴重度(ISS)病人的住院人數、住院天數、手術人數、死亡率及死亡原因等。(原 4.2 重點、4.2.4 重併) 【評量方法】 1.外傷品質討論會應有會議紀錄備查。(新增) 2.中度級之外傷品質討論會，可併同急診相關會議辦理。 3.依評分說明填寫自評表表格。

條號	評定基準	108年度評分說明及評量方法
試免 4.4	區域合作 (新增)	<p>【重點】(新增)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.與區域內之急救責任醫院共同建立區域聯防及轉診網絡機制。 2.須有外傷團隊成員參與「提升急重症及加護病房轉診品質計畫」網絡委員會會議。 3.院際合作得採遠距會診或轉診方式為之。 4.應提供於轉診網絡與區域聯防之緊急外傷轉診病人名單，並於會議中討論及按季分析檢討。 <p>[註](新增)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.「提升急重症及加護病房轉診品質計畫」係依衛生福利部公告相關內容為之。 2.本條為試評基準，本年不納入評定，於109年列為試評基準。
試免 4.4.1	建立大量緊急 外傷事故應變 機制 (新增)	<p>【重度級】(新增)</p> <p>應訂定緊急外傷事故大量傷患計畫，應包括：區域內相關醫院院際合作計畫、轉院程序及人員、床位、手術室調度機制，並辦理演練。</p> <p>[註]</p> <p>本條為試評基準，本年不納入評定，於109年列為試評基準。</p> <p>【評量方法】(新增)</p> <p>應提供於評定效期內處理大量緊急外傷事件檢討紀錄，或大量緊急外傷事故演練紀錄，以及應變計畫修訂結果。</p>
試免 4.4.2	執行區域聯防 (新增)	<p>【重度級、中度級】(新增)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.應與區域內之急救責任醫院合作，建立區域聯防及轉診網絡機制。 2.依報備合作醫院之轉診網絡進行跨院緊急會診或轉診，並留有紀錄。 <p>[註]</p> <p>本條為試評基準，本年不納入評定，於109年列為試評基準。</p> <p>【評量方法】(新增)</p> <p>查核區域內之急救責任醫院區域聯防及轉診網絡計畫書。</p>

第五章、高危險妊娠及新生兒醫療

條號	評定基準	108 年度評分說明及評量方法
5.1	組織設施 (原 5.2 修)	
5.1.1	具高危險妊娠 照護能力之婦 產科專科醫師 及護理人員 (原 5.2.1 修)	<p>【重度級】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.全年(含假日)、24 小時(含夜間)有婦產科專科醫師提供高危險妊娠照護服務。(原 5.1.1 方法 3 修) 2.受過中央主管機關認可之高危險妊娠教育訓練時數二年 4 學分以上之產房及照護安胎孕產婦護理人員之比率應達 80% 以上。(原 5.2.1 重修) <p>【中度級】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.平日上班時間(上午 8 時至下午 5 時)有婦產科專科醫師提供高危險妊娠照護服務。(原 5.1.1 方法 3 修) 2.受過中央主管機關認可之高危險妊娠教育訓練時數二年 4 學分以上之產房及照護安胎孕產婦護理人員之比率應達 60% 以上。(原 5.2.1 中修) <p>[註]</p> <p>中央主管機關認可之高危險妊娠照護訓練係指：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.由「台灣婦產科醫學會」、「台灣周產期醫學會」或「台灣母胎醫學會」辦理審查認定，其教育訓練學分時數二年內應有 4 學分。(原 5.2.1 註 1 修) 2.教學醫院經「台灣婦產科醫學會」、「台灣周產期醫學會」或「台灣母胎醫學會」辦理審查認定後，授予之教育訓練課程每年 2 學分。(原 5.2.1 註 2 修) 3.由「社團法人台灣護理學會」主辦，但須經「台灣婦產科醫學會」、「台灣周產期醫學會」或「台灣母胎醫學會」審查認定後，舉辦教育訓練每年 2 學分。(新增) <p>【評量方法】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有二年以上產科經驗之婦產科專科醫師。(原 5.1.1 方法 1 修) 2.醫院應提供二年內之教育訓練證明。(原 5.2.1 方法 1 修) 3.«受過高危險妊娠照護訓練之護理人員»包含專科護理師(NSP)。(原 5.2.1 方法 2) 4.查閱評定前一年度至評定日產房及照護安胎孕產婦之護理人員(任職滿一年以上者)是否有符合評分說明之人數曾接受過相關訓練。(原 5.2.1 方法 3) 5.參與衛生福利部「105 至 108 年醫學中心或重度級急救責任醫院支援離島及醫療資源不足地區醫院緊急醫療照護服務獎勵計畫」之支援醫師可納入計算。(原 5.1.1 方法 1 修)

條號	評定基準	108 年度評分說明及評量方法
5.1.2	具重症新生兒照護能力之兒科專科醫師及護理人員 (原 5.2.2)	<p>【重度級】</p> <p>1.至少需有 2 名兒科專科醫師，能全責照護重症新生兒(含早產兒)，且具有有效期內之 NRP 證書。其中至少 1 名須為新生兒科醫師，另 1 名兒科專科醫師應受過中央主管機關認可之新生兒訓練課程。(原 5.2.2 重 1 修)</p> <p>2.產房、新生兒加護單位及嬰兒室任職滿一年以上之護理人員接受過新生兒高級救命術(NRP)之人數比例應達 90% 以上。(原 5.2.2 重 2)</p> <p>【中度級】</p> <p>1.至少需有 2 名兒科專科醫師，能全責照護重症新生兒(含早產兒)，並具有有效期內之 NRP 證書且受過中央主管機關認可之新生兒訓練課程。(原 5.2.2 中 1)(108 年試評)(新增)</p> <p>2.產房、新生兒加護單位及嬰兒室任職滿一年以上之護理人員接受過新生兒高級救命術(NRP)之人數比例達 70% 以上。(原 5.2.2 中 2 修)</p> <p>[註]</p> <p>1.新生兒科醫師係指兒科專科醫師接受至少二年以上新生兒專業訓練，並領有相關證明。(原 5.2.2 註 1)</p> <p>2.中央主管機關認可之新生兒訓練課程係指「臺灣兒科醫學會」或「台灣新生兒科醫學會」辦理之每二年 12 小時新生兒照護相關訓練。(原 5.2.2 重 1、中 1 併)</p> <p>【評量方法】</p> <p>1.產房、新生兒加護單位及嬰兒室任職滿一年以上之護理人員具備新生兒高級救命術(NRP)證書之人數比例，其統計包含專科護理師。(原 5.2.2 方法 1)</p> <p>2.重度級評分說明第 1 點，係指於加護病房內，新生兒科醫師能全責照護重症新生兒(含早產兒)，但其他科別醫師，如：感染科、腸胃科醫師合併照護(combine care)時，應於病歷上呈現有共同照護的事實並共同簽署(cosign)。(原 5.2.2 方法 2)</p> <p>3.緊急資源不足地區之醫院，其新生兒科醫師，得以報備支援方式為之。(原 5.2.2 方法 3)</p>
5.2	處置流程 (原 5.1)	應針對各項基準準備自評定前一年度至評定日之相關佐證資料，如高危險妊娠產婦處置流程等相關資料、新生兒(含早產兒)照護流程等相關資料婦產科與兒科間如何照護、連繫與緊急會診標準作業流程等相關資料。
5.2.1	訂有高危險妊娠產婦處置流程(含住院、手術、轉院機制、緊急會診機	<p>【重度級、中度級】</p> <p>需訂有不同高危險妊娠產婦照護之處置流程，且確實執行。(原 5.1.1 重、中)</p> <p>[註](原 5.1 說明 2)</p>

條號	評定基準	108 年度評分說明及評量方法
	制等) (原 5.1.1 修)	<p>高危險妊娠孕產婦定義係指有下列妊娠合併症之孕產婦由急診、產房及住院之個案：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 妊娠合併高血壓、子癇前症及子癇症。 2. 妊娠合併內科疾病。 3. 妊娠合併婦科或外科疾病。 4. 妊娠合併產前、產中、產後大出血。 5. 妊娠合併羊水栓塞合併症。 6. 妊娠合併早產。 7. 妊娠合併早產早期破水。 8. 妊娠合併先天胎兒異常或子宮內胎兒死亡。 9. 其他可能危及胎兒或母親安全之狀況。 <p>【評量方法】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 依不同高危險妊娠孕產婦之照護處置訂定流程，所有流程均需呈現不同高危險妊娠之完善處置。(原 5.1.1 方法 2) 2. 轉院機制應包含轉入及轉出機制。(原 5.1.1 方法 4)
5.2.2	訂有新生兒(含早產兒)處置流程(含轉院機制、緊急會診機制等) (原 5.1.2)	<p>【重度級】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 應訂有新生兒(含早產兒)處置流程，定期更新，確實執行，並備有資料可查。 2. 應能提供： <ol style="list-style-type: none"> (1) 缺氧缺血性腦病變之新生兒低溫治療之處置。 (2) 給予新生兒正壓換氣之處置。 (3) 使用吸入性一氧化氮之處置。(108 年試評) <p>【中度級】</p> <p>應訂有新生兒(含早產兒)處置流程，定期更新，確實執行，並備有資料可查。</p> <p>【評量方法】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 本基準之流程由醫院自行訂定，如：於生產過程中發生何種狀況需緊急會診之流程、新生兒出現何種症狀時，應會診之機制或入住加護病房之入住流程等，備有流程資料可查。 2. 如有新生兒(含早產兒)外接個案，請呈現外接流程且備有資料可查，外接時新生兒加護病房內仍應有醫師處理此期間之病人醫療照護需求。(原 5.1.2 方法 2 修) 3. 轉院機制應包含轉入及轉出機制。
5.3	品質管理 (原 5.3 修)	<p>【評量方法】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 重度級抽查評定前一年度至評定日之假日及夜間下午 5 時至次日上午 8 時之高危險妊娠孕產婦與新生兒(含早產兒)病歷各 10 份(由醫院自行準備 5 份、委員抽 5 份)。 2. 中度級由醫院自行準備之高危險妊娠孕產婦與新生兒(含早產兒)病

條號	評定基準	108 年度評分說明及評量方法
		<p>歷各 10 份；可準備假日及夜間之病歷，若病歷份數不足亦可提供其他時段之病歷供委員查閱，但所提供之病歷並未規範需將產婦與新生兒作配對。</p> <p>3.第一次 10 本病歷之達成率大於 50%，但尚未達到 80%時，得由委員加抽 10 本，以全數 20 本平均計算，作為該項達成率評分依據。</p> <p>4.提供之病歷低於 10 本者，以全數病歷做為評分依據。如實地訪查委員對醫院提供之個案病歷數有疑義，以中央健康保險署提供之個案數(誤差範圍為 1 成)為主進行病歷抽查。</p> <p>5.需提供評定基準 5.3.1-5.3.3 之病歷清單。</p>
5.3.1	<p>能於緊急高危險妊娠孕產婦入院後儘速處置 (原 5.1.3 修)</p>	<p>【重度級、中度級】</p> <p>於緊急高危險妊娠孕產婦到院後 60 分鐘內，由婦產科專科醫師診治達 90% 以上。</p> <p>[註]</p> <p>1.「緊急」係指母體生命徵象不穩定(如嚴重型高血壓、休克等)、胎兒心跳異常或其他可能危害母體、胎兒生命的情況。</p> <p>2.嚴重型高血壓係指收縮壓≥ 160 mmHg 或舒張壓≥ 110 mmHg。(原 5.1.3 方法 2 併)</p> <p>【評量方法】</p> <p>應提供每月之統計資料。</p>
5.3.2	<p>能於夜間執行高危險妊娠孕產婦緊急分娩及剖腹產手術 (原 5.3.2 修)</p>	<p>【重度級】</p> <p>能於夜間執行高危險妊娠孕產婦緊急分娩及剖腹產手術，達成率需符合 80% 以上。(原 5.3.2 重修)</p> <p>【評量方法】</p> <p>1.應提供夜間執行高危險妊娠孕產婦緊急分娩及剖腹產手術之病歷清單。(新增)</p> <p>2.應提供高危險妊娠孕產婦轉出之病歷清單。(原 5.3.1 註併)</p>
5.3.3	<p>能於假日及夜間執行急重症新生兒(含早產兒)手術或介入性治療 (原 5.3.4)</p>	<p>【重度級】</p> <p>能於假日及夜間執行急重症新生兒(含早產兒)手術或介入性治療，達成率需符合 80% 以上。(原 5.3.4 重修)</p> <p>[註]</p> <p>僅投予 NO(一氧化氮)、注射抗生素治療者，不屬於介入性治療。(原 5.3.4 方法)</p> <p>【評量方法】</p> <p>透過病歷查閱評估醫院於假日及夜間執行急重症新生兒(含早產兒)手術或介入性治療之處置能力。(新增)</p>

條號	評定基準	108 年度評分說明及評量方法
試免 5.4	區域合作 (新增)	
試免 5.4.1	參與區域聯防 及轉診網絡系 統(新增)	<p>【重度級】(新增) 具備高危險妊娠孕產婦及新生兒之轉診網絡規劃及運作，且有完整的區域轉診聯繫方式，並備有資料可查。</p> <p>【中度級】(新增) 具備初步穩定高危險妊娠孕產婦及新生兒之能力且與其他醫院有相互合作，能於產婦或新生兒轉診前給予妥善照護，並備有資料可查。</p> <p>[註] 本條為試評基準，本年不納入評定，於 109 年列為試評基準。</p> <p>【評量方法】(新增) 1.應查核合作流程及相關運作機制。 2.應提供轉診網絡醫院及轉入轉出病歷清單。</p>

第六章、加護病房照護

條號	評定基準	108 年度評分說明及評量方法
6.1.	組織設施 (原 6.1 修)	<p>全院應符合同一等級。</p> <p>[註]</p> <p>加護病房係指健保申報為加護病房給付者。</p> <p>【評量方法】</p> <p>查核醫院內所有加護病房。(原 6.1 說明併)</p>
6.1.1	加護病房每 10 床應有專責專科醫師 1 人以上，負責加護病房醫療業務，並具備相關人員諮詢 (原 6.1.2 修)	<p>【重度級】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.設置一個以上加護病房時，每一加護病房至少應有 1 名專責專科醫師之配置。 2.專責專科醫師： <ol style="list-style-type: none"> (1)須具內科、兒科、外科、神經外科、神經科、麻醉科、急診醫學科或職業醫學科專科醫師資格。 (2)應接受一年以上重症加護專業訓練，並領有證明。(108 年試評) (3)領有進階生命支持術(ALS)證書，或因應不同性質之加護病房 ACLS、NRP、ATLS、ANLS、APLS、PALS 等皆可。 3.能執行各項維生措施，如：呼吸器、透析、葉克膜或循環輔助器等，並有相關專業人員諮詢。 <p>【中度級】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.加護病房之醫師床位比，得以全院加護病床加總計算。 2.專責專科醫師： <ol style="list-style-type: none"> (1)須具內科、兒科、外科、神經外科、神經科、麻醉科、急診醫學科或職業醫學科專科醫師資格。 (2)應接受一年以上重症加護專業訓練，並領有證明。(108 年試評) (3)領有進階生命支持術(ALS)證書，或因應不同性質之加護病房 ACLS、NRP、ATLS、ANLS、APLS、PALS 等皆可。 <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.專責係指執業登記於該院之專科醫師，每週(週一至週五)至多 3 個半天可作其他醫療業務或手術，其餘時間皆負責加護病房業務。但新生兒科加護病床少於 10 床者，不在此限。 2.參與衛生福利部「105 至 108 年醫學中心或重度級急救責任醫院支援離島及醫療資源不足地區醫院緊急醫療照護服務獎勵計畫」之支援醫師可納入計算。 3.緊急醫療資源不足地區之醫院，除每一加護病房應有 1 名專責專科醫師外，餘可以專科醫師兼任為之。(原 6.1.2 註 3 修) 4.執行各項維生措施(如：呼吸器、透析、葉克膜或循環輔助器等)之相關專業人員(包括呼吸治療師、葉克膜技師、相關專科醫師等)需具資

條號	評定基準	108 年度評分說明及評量方法
		<p>格，並領有相關證明。(原 6.1.2 註 4 修)</p> <p>5.加護病床數依醫院向衛生局登記開放之床位數，並按實際年平均佔床率四捨五入後計算。加護病床數計算公式：加護病床數=登記開放之床位數×年平均佔床率。(加護病床數取整數，以小數點第一位四捨五入)</p> <p>【評量方法】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.查核重點：查證病歷、門診表、檢查及手術排程(含心導管)確認主治醫師確實專責於加護病房照護病人。 2.應提供每月之統計資料。 3.夜間加護病房之人力配置依照加護病房值班人力規定查核。 4.加護病房每 10 床應有專責專科醫師 1 人以上之計算方式：全院加護病床數/10。(專責專科醫師取整數，以小數點第一位無條件進位)。 5.專責專科醫師曾接受重症加護相關訓練，由醫院自行舉證。 6.急性腦中風病人接受靜脈血栓溶解或動脈血栓移除治療後，應於神經加護病房內或由神經科專科醫師與加護病房專責醫師合併主治。 7.專責專科醫師僅得收治加護病房病人，病人若轉至其他病房時須由其他主治醫師收治病。但第五章新生兒中重度病房或加護病房少於 5 床者不在此限。 8.加護病房之設置屬綜合加護病房者，加護病房專責專科醫師無需分科別。
6.1.2	24 小時均有醫師於加護病房值班 (原 6.1.3 修)	<p>【重度級】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.24 小時有醫師(不含第一年畢業後一般醫學訓練醫師)於加護病房值班，醫師於加護病房值班不得兼值其他病房、一般會診及手術(緊急會診不在此限)。(原 6.1.2 重 1、重 2 併) 2.假日、夜間為專科訓練第二年以下住院醫師值班者，應有較資深醫師二線值班(須有二線排班表佐證)。(原 6.1.2 重 2 修) 3.住院醫師夜間、假日值班床數成人加護病房及兒童加護病房分開合計，以 20 床為限。(108 年試評)(新增) 4.值班醫師須領有進階生命支持術(ALS)證書，或因應不同性質之加護病房 ACLS、NRP、ATLS、ANLS、APLS、PALS 等皆可。(原 6.1.2 重 3) 5.加護病房每日平均住院人數 5 人以下時，可兼值其他病房及會診。(原 6.1.2 重 4) <p>【中度級】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.24 小時有醫師於加護病房值班，不得兼值其他病房及手術。 2.值班醫師須領有進階生命支持術(ALS)證書，或因應不同性質之加護病房 ACLS、NRP、ATLS、ANLS、APLS、PALS 等皆可。 3.緊急醫療資源不足地區之醫院或加護病房每日平均住院人數小於 5 人以下者可兼值其他病房及會診。

條號	評定基準	108 年度評分說明及評量方法
		<p>[註]</p> <p>加護病房每日平均住院人數=加護病床每月住院總人日數/總日數(取整數，小數點第一位無條件進位)。</p> <p>【評量方法】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.委員得抽查病歷、值班表及門診表。 2.夜間加護病房之人力配置，依照加護病房值班人力規定查核。醫院應呈現 24 小時均應有醫師於加護病房值班。 3.雖無針對值班有床數及時間之限制，但仍請考量其工作負荷量，不宜影響加護病房醫療品質。住院醫師值班另依評分說明第三點及相關法規辦理。 4.應具體陳述如何執行緊急會診之方式及支援人力情形，請備會診紀錄以供查閱及確認其合適性。 5.加護病房專責專科醫師於非上班時段可執行其他值班業務，且應符合 6.1.1 [註] 1 之規定，但請醫院考量其工作負荷，不宜影響醫療品質。
6.1.3	<p>加護病房護理人員須依其特性及護理人員需要，安排在教育訓練，並評核其能力 (原 6.1.4)</p>	<p>【重度級、中度級】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.依單位特性及護理人員需要，每年應有院內外之重症照護相關訓練。 2.加護病房工作二年以上且領有加護訓練證書及 ALS 證書，佔加護病房護理人員數之比例$\geq 40\%$。 <p>[註]</p> <p>護理人員應具備加護護理能力，包括：重症護理知能、儀器操作、危急狀況之預測、緊急處置能力、病人問題的評估與處理等。</p> <p>【評量方法】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.加護病房護理人員重症照護相關訓練紀錄。 2.加護病房護理人員加護訓練證書及 ALS 證書。
6.1.4	<p>組成跨領域之加護病房照護團隊 (原 6.3.2 修)</p>	<p>【重度級】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.加護病房病人於入住加護病房期間應有臨床藥師、呼吸治療師、復健人員、社工師、營養師參與照護團隊，並有實際照護紀錄。 2.加護病房每 10 床應有呼吸治療師 1 人。(108 年試評)(新增) 3.加護病房應有呼吸治療師於院內 24 小時提供服務。(108 年試評)(新增) <p>【中度級】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.加護病房每 15 床應有呼吸治療師 1 人。(108 年試評)(新增) 2.加護病房應有呼吸治療師可 24 小時提供服務。(108 年試評)(新增) <p>【評量方法】</p>

條號	評定基準	108 年度評分說明及評量方法
		1.應有實際照護計畫與病歷紀錄，且有團隊會議紀錄。 2.於生命徵象穩定後，復健人員即加入照護團隊協助病人復健，並有紀錄可查。
6.1.5	加護病房備齊相關設施、設備及儀器，並應定期保養、維護，且有紀錄可查 (原 6.1.1 修)	【重度級、中度級】 1.病床應有隔離視線之隔簾或獨立空間，以保障隱私。 2.加護病房設施、設備、儀器之保養、檢查及安全管理，訂有規範，落實執行，有紀錄可查。 3.設置儀器異常管理機制，以因應故障時之作業流程。 4.每床均有洗手設備或酒精性乾洗手液，每 2 床均有 1 個濕洗手設備；新生兒加護病房或兒科加護病房無法達到每 2 床均有 1 個濕洗手設備者，應於每床放置酒精性乾洗手液，並於每一區域設有濕洗手設備。 (原 6.1.1 重、中 4 修) 【評量方法】 1.醫療儀器、設備保養作業標準及查檢紀錄。 2.醫療儀器、設備故障異常管理之作業流程及維修紀錄。 3.本基準得參考衛生局督導考核查證結果。
6.2	處置流程 (原 6.2 修)	
6.2.1	訂有完善床位調度機制(原 6.2.1 修)	【重度級、中度級】 應訂有加護病房床位調度機制，由病歷查閱記載之床位調度歷程、醫院製訂之機制及執行狀況，以及假日或夜間調床轉出及轉入加護病房之案例，以評定其運作是否良好。(原 6.2.1 方法修) [註] 急診病人加護病房待床時間應小於 24 小時。 【評量方法】 1.加護病房床位調度機制應由加護病房管理委員會或相關組織監督，並留有紀錄。(原 6.2.1 方法修) 2.抽查評定前一年度至評定日之假日及夜間調床之病歷 10 份，評核其加護病房調度情形。(原 6.2.1 重、中 1 修)
6.3	品質管理 (原 6.3)	
6.3.1	設有加護病房管理委員會或相關組織，並有具體改善方案 (原 6.3.1 修)	【重度級】 1.設有加護病房管理委員會或相關組織，定期開會檢討加護病房管理與品質指標監測機制。 2.進入加護病房 24 小時內，使用評估工具評估疾病嚴重程度。 3.至少應提供下列各項醫療品質指標： (1)在急診等候轉入加護病房(訂床時開始計算)逾 6 小時之月平均人

條號	評定基準	108 年度評分說明及評量方法
		<p>數、平均急診停留時間。(原 6.3.1 重 3 修)</p> <p>(2)加護病房感染率、平均住院天數、死亡率。</p> <p>(3)加護病房病人疾病嚴重度合宜性。</p> <p>4.訂定加護病房轉入轉出及運用原則(含轉入優先順序)、具體步驟及客觀評估標準並確實執行且有紀錄。</p> <p>5.加護病房醫師每日應查房並有交班紀錄。</p> <p>6.加護病房病人使用呼吸器，應有治療個案參數紀錄及照護計畫(包括呼吸器脫離計畫)。上述照護計劃應落實執行，並有定期檢討改善。(原 6.3.1 重 6 修)</p> <p>7.加護病房應定期舉行病例討論會，包含入院病例、併發症及死亡病例、非預期死亡病例及意外事件檢討。(原 6.3.1 重 7 修)</p> <p>【中度級】</p> <p>1.設有加護病房管理委員會或相關組織，定期開會檢討加護病房管理與品質指標監測機制。</p> <p>2.進入加護病房 24 小時內，使用評估工具評估疾病嚴重程度。</p> <p>3.至少應提供下列各項醫療品質指標：</p> <p>(1)在急診等候轉入加護病房(訂床時開始計算)逾 6 小時之月平均人數、平均急診停留時間。(原 6.3.1 中 3 修)</p> <p>(2)加護病房感染率、平均住院天數、死亡率。</p> <p>(3)加護病房病人疾病嚴重度合宜性。</p> <p>4.訂定加護病房轉入轉出及運用原則(含轉入優先順序)、具體步驟及客觀評估標準並確實執行且有紀錄。</p> <p>5.加護病房醫師每日應查房並有交班紀錄。</p> <p>6.加護病房病人使用呼吸器，應有治療個案參數紀錄及照護計畫(包括呼吸器脫離計畫)。上述照護計劃應落實執行，並有定期檢討改善。(原 6.3.1 中 6 修)</p> <p>【評量方法】</p> <p>1.加護病房管理委員會或相關組織設置辦法及會議紀錄。</p> <p>2.加護病房相關醫療品質指標監測紀錄及統計資料及會議討論紀錄。</p> <p>3.«疾病嚴重度合宜性»之量表，應依科別提供委員查閱。</p> <p>4.加護病房死亡率，分子：加護病房內死亡人數+加護病房病危自動出院人數，分母：加護病房轉出及出院總人次。</p> <p>5.加護病房醫療品質指標管理應依醫院病人特性及視其實際科別與運作，每季提供委員查閱；另呈現方式可依醫院討論之方式呈現。</p> <p>6.加護病房轉入轉出及運用原則。</p> <p>7.加護病房醫師交班紀錄。</p> <p>8.加護病房抽查個案或定期收治病人適當性統計資料。</p> <p>9.呼吸器使用之相關治療個案紀錄或討論會紀錄。</p> <p>10.加護病房相關病例討論會議紀錄。</p>

條號	評定基準	108年度評分說明及評量方法
6.3.2	有重症緩和醫療 (原 6.3.3 修)	<p>【重度級、中度級】 加護病房對於末期病人有召開家庭會議，並訂定病人照護計畫(含出院準備計畫)，且有紀錄可查。(原 6.3.2 重、中修)</p> <p>【評量方法】 1.加護病房醫師、護理師，均有接受生命末期醫療抉擇教育訓練。 2.病歷紀錄、家庭會議紀錄。</p>
試免 6.4	區域合作 (新增)	
試免 6.4.1	有大量傷患緊急應變計畫 (新增)	<p>【重度級、中度級】(新增) 1.醫院之大量傷患之緊急應變計畫應有加護病房配合接收大量傷患之應變作為(含人員召回、藥物、醫材、床位及儀器調度計畫等)。 2.定期舉辦大量傷患緊急應變演練。</p> <p>[註](新增) 1.加護病房每年應配合全院之大量傷患緊急應變計畫進行演練，並有紀錄備查。 2.本條為試評基準，本年不納入評定，於109年列為試評基準。</p> <p>【評量方法】(新增) 1.檢視大量傷患發生時，加護病房需配合之緊急應變計畫(含人員召回、藥物、醫材、床位及儀器調度計畫等)。 2.依據大量傷患之緊急應變演練檢討結果，修正大量傷患緊急應變計畫，並有紀錄備查。</p>
試免 6.4.2	需有區域聯防及轉診網絡系統(新增)	<p>【重度級、中度級】(新增) 1.定期並確實上傳加護病房空床數至緊急醫療管理系統。 2.應與區域內之急救責任醫院合作，建立區域聯防及轉診網絡機制。 3.參與區域內大量傷患及災難應變演習，於發生大量傷患事件時，可配合收治重症傷病患。</p> <p>[註] 本條為試評基準，本年不納入評定，於109年列為試評基準。</p> <p>【評量方法】(新增) 1.查閱緊急醫療管理系統定期上傳之加護病房空床數。 2.檢視區域內之急救責任醫院區域聯防及轉診網絡計畫書。</p>