

106 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 急診醫療品質

條號	評定基準	106 年度評分說明及評量方法
1.1	組織架構	
1.1.1	應設有急診室	<p>【重度級、中度級】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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.醫院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。 <p>【評量方法】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 5.急診暴力滋擾事件通報所轄衛生局，係自 102 年 7 月 8 日衛生福利部公告 102 年度醫院緊急醫療能力分級評定基準及評分說明後適用。針對通報事件應有相關檢討會議，並有會議紀錄及預防指導。
1.1.2	應設有急診部門	<p>【重度級】</p> <p>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。</p> <p>【中度級】</p> <p>應設有獨立之急診部門。</p> <p>[註]</p> <p>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)可作非急診部門相關之醫療業務。</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)可作非急診部門相關之醫療業務，包括週一至週日(包含星期六、星期日、例假日及夜診)。 3.專任醫師不能收治住院病人，惟急診加護病房及急診附

條號	評定基準	106 年度評分說明及評量方法
1.1.3	急診應有完備之設施，並確實執行保養管理及清潔 (106 年試評)	<p>屬之觀察病房不在此限。</p> <p>【重度級】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.具備施行急救所需之設備，且經常備妥於確實可用狀態。 2.急診之設施保養、檢查及安全管理，訂有規範，落實執行，有紀錄可查。 3.設置異常管理手冊，以因應儀器設備如發生故障時之作業流程。 4.急救室、兒科診察留觀區與急診處內其他作業單位有明確區隔。 <p>【中度級】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.具備施行急救所需之設備，且經常備妥於確實可用狀態。 2.急診之設施保養、檢查及安全管理，訂有規範，落實執行，有紀錄可查。 3.設置異常管理手冊，以因應儀器設備如發生故障時之作業流程。 <p>【評量方法】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫療儀器、設備清單。 2.醫療儀器、設備負責人名單。 3.醫療儀器、設備保養作業標準及查檢紀錄。 4.醫療儀器、設備故障異常管理之作業流程及維修紀錄。
1.1.4	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	<p>【重度級】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.應有 5 名以上專任醫師，其中一半以上需具有急診醫學科專科醫師或兒童急診醫師資格。如前 3 年急診病人就診人次年平均大於 2 萬人次，則每增加 5 千人次應增加 1 名專任醫師。 2.兒童急診前三年平均服務人數達 1 萬人次以上，應有兒科專科醫師於部分時段提供看診服務(1 萬人次，每個月至少 20% 時段；1 萬 8 千人次，每個月至少 50% 時段)；兒童急診前三年平均服務人數達 3 萬人次以上之醫院或兒童醫院，應有兒科專科醫師提供 24 小時兒童緊急醫療服務，前 3 年急診兒科病人就診人次年平均每 5 千人次應有 1 名兒科專任專科醫師。但醫療資源不足地區之醫院不在此限。(106 年試評) 3.前 3 年每月平均留觀人次每 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)。 4.專任醫師數計算公式： <ol style="list-style-type: none"> (1)(前 3 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。 (2)前 3 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。 (3)專任醫師數=(1)+(2) (4)醫療資源不足地區之醫院，除 5 名專任醫師外，餘可

條號	評定基準	106 年度評分說明及評量方法
		<p>以專科醫師兼任或支援方式為之。</p> <p>5.如同時設有急診加護病房則至少應增加 1 名專任醫師，若登記之急診加護病床超過 10 床，則每 10 床再增加 1 名專任醫師。但醫療資源不足地區之醫院不在此限。</p> <p>6.前 3 年每日平均急診就醫人次每 10 人次應有護理人員 1 名，惟不得低於醫療機構設置標準之規定。如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。</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。</p> <p>2.專任醫師應佔所需專科醫師數的 50% 以上。但醫療資源不足地區之醫院不在此限。</p> <p>3.所需專科醫師數計算公式： 所需專科醫師數=前 3 年之年平均急診人次/5000，以小數點後一位無條件進位方式計算。</p> <p>4.前 3 年每日平均急診就醫人次每 12 人次應有護理人員 1 名，惟不得低於醫療機構設置標準之規定。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。</p> <p>[註]</p> <p>1.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>2.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>3.兒童急診醫師係指兒科專科醫師接受至少 2 年以上急診專業訓練，並領有相關證明。</p> <p>4.參與衛生福利部「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> <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>
1.1.5	具備完善的急診醫事人員(106 年試評)	<p>【重度級、中度級】</p> <p>訂有合宜之急診醫事人員輪班制度：</p> <p>1.有藥師、醫事檢驗師、醫事放射師(士)等醫事人員輪班。</p>
1.1.6	設有急診醫療品質之委員會，負責	<p>【重度級、中度級】</p> <p>1.設有全院性急診醫療品質之委員會，有定期(至少每季一次)開會，有會議紀錄，並針對決議事項進行改善。</p>

條號	評定基準	106 年度評分說明及評量方法
	急診醫療品質管制和跨部門協調等事項	<p>2.訂有急診醫療品質相關指標，定期收集分析，製成報告。</p> <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委。</p>
1.1.7	病人轉診及建立完善調床機制	<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，則應能提供 24 小時急診精神醫療服務，同時應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：(106 年試評) <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。(106 年試評) <p>[註] 應有轉院(包括自動出院)病人之轉院流程。</p> <p>【評量方法】 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	健全的會診機制	
1.2.1	緊急會診人力配置(需 24 小時專科醫師提供服務)	<p>【重度級】 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】 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] 緊急會診係指本評定各章節相關醫療服務。</p>

條號	評定基準	106 年度評分說明及評量方法
		<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.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。
1.3	參與區域內緊急醫療救護體系運作	
1.3.1	應建立緊急傷病患或大量傷病患事故調度機制	<p>【重度級、中度級】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.大量傷患發生時的應變啟動機制、指揮體系、院內外聯絡網及到院前病人處理接軌等步驟已規範完備。 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.指揮體系健全，並能配合醫院服務區域之需要，與地方政府或相關團體共同辦理大量傷患處理之訓練。 <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.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。 2.能與地方政府或相關團體共同辦理大量傷患處理之訓練紀錄。 3.大量傷患緊急應變組織與各項應變職務。
1.3.2	應建立假日及夜間時段之應變措施	<p>【重度級、中度級】</p> <p>醫院應建立假日及夜間時段之應變措施，並備有資料可查。</p> <p>【評量方法】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.夜間時段係指每日下午 5 時至次日上午 8 時。 2.如無實際案例，則以演習成效進行檢討分析。 3.應有長假(連續假期 4 天(含)以上)之應變措施，包括開設假日門診條件、後線內外科系醫護人力支援急診機制等。
1.3.3	應有大量傷患應變計畫	<p>【重度級、中度級】</p> <p>醫院應備有完善應變計畫，並提供評定前 1 年度至評定日</p>

條號	評定基準	106 年度評分說明及評量方法
		<p>辦理演習清單(含時間與參與人數)，並有改善成果。</p> <p>【評量方法】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.如無實際案例，則以演習成效進行檢討分析。 2.申請重度級、中度級之醫院，應有協助提供救護技術員 (EMT) 緊急醫療諮詢之機制，或提供區域內救護技術員訓練實習及必要之醫療指導。 3.申請重度級之醫院，應設有災難醫療救護隊(Disaster Medical Assistance Team, DMAT)，或與 DMAT 合作之訓練計畫。

第二章 急性腦中風病人照護品質

條號	評定基準	106 年度評分說明及評量方法
2.1	完善處置流程	急性腦中風病人照護應以團隊運作方式進行，主要以流程面查核為主。醫院應制定清楚可行之急診急性腦中風病人診療療程，依團隊成員之專業能力與人力，由急診醫師與被照會之神經科、神經外科、放射科專科醫師，加上其他醫事人員共同組成急性腦中風團隊，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、及最小合併症的治療。為了在最佳治療時效內安全治療病人，醫院應有啟動急性腦中風團隊成員的標準作業程序，並應鼓勵急性腦中風團隊成員主動互相支援。
2.1.1	應訂有急性腦中風病人處置流程(含住院、手術、轉院標準)	<p>【重度級、中度級】 醫院均需訂有急性腦中風病人處置流程，並有資料可查。</p> <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 2.急診室醫師針對急性腦中風病人施打 rt-PA 需進行神內/外醫師會診及治療之團隊合作照護，得以經報備衛生福利部核准實施「遠距/視訊照會」的機制進行，包含遠距醫療影像查閱、檢驗檢查查閱、會診紀錄及透過視訊設備進行病人評估病情與治療解釋等流程。 <p>【評量方法】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.請醫院提供急診之急性腦中風病人病歷清單及委員所勾選之病歷以供查核。 2.實地查核內容及對象： <ol style="list-style-type: none"> (1)病人抵急診方式(EMS 或非 EMS 轉送情況)。 (2)檢傷分類作業(檢傷人員)。 (3)急診初步處置(急診醫師)。 (4)電腦斷層檢查(放射線技術師)。 (5)抽血傳送及資料獲得(臨床病理檢驗師)。 (6)神經科、神經外科醫師會診。 (7)rt-PA 藥物處方及取藥(急診藥師)。 (8)藥物注射後續觀察。 (9)住院後之處置或轉院之標準。 (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。 3.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。 4.如醫院提供之病歷低於 10 本，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

條號	評定基準	106 年度評分說明及評量方法
		抽查。 5.實地演練急診透過「遠距/視訊照會機制」會診神內/外達到 rt-PA 治療之合作模式，包含報備衛生福利部核准實施的遠距醫療影像查閱、檢驗檢查查閱、會診紀錄及透過視訊設備進行病人評估病情與治療解釋等流程。
2.1.2	應有神經科專科醫師緊急會診機制	【重度級】 醫院應能提供全年(含假日)、24 小時(含夜間)之緊急會診。 【中度級】 醫院應能提供一般上班時間上午 8 時至下午 5 時之緊急會診。 【評量方法】 1.醫院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。 2.醫院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。 3.醫療資源不足地區之醫院得以遠距方式為之。
2.1.3	應有神經外科專科醫師緊急會診機制	【重度級】 醫院應能提供全年(含假日)、24 小時(含夜間)之緊急會診。 【中度級】 醫院應能提供一般上班時間上午 8 時至下午 5 時之緊急會診。 【評量方法】 1.醫院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。 2.醫院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。 3.醫療資源不足地區之醫院得以遠距方式提供會診服務。
2.2	處置品質	【重點】 1.中、重度級均需符合。 2.統計接受靜脈血栓溶解劑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劑治療時間，及其發生症狀性腦出血之比例。 【評量方法】 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，中度級以抽查一般上班時間上午 8 時至下午 5 時病歷為主。 2.抽查評定前 1 年度至評定日，發作至到達急診時間為 2 小

條號	評定基準	106 年度評分說明及評量方法
		<p>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。</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.急性腦中風個案係指出院主診斷碼為 ICD-9CM430~437，排除 435.8、435.9、437.7； 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> <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-9-CM：433~437，排除 435.8、435.9、437.7；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.醫院需提供評定基準 2.2.1、2.2.2、2.2.3 之病歷清單。</p>
2.2.1	接受靜脈血栓溶解劑或動脈血栓移除術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	<p>【重度級、中度級】 醫院應符合每年平均每 100 名獲得腦中風重大傷病認定之急性腦中風病人，至少有 1 位以上接受 rt-PA 或動脈血栓移除術治療之常態比例。</p> <p>【評量方法】 醫院於準備之資料期間若無接受靜脈血栓溶解劑治療之急性缺血性腦中風病人個案，得往前追溯至前次評定效期或 4 年內有接受 rt-PA 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 2.2.1~2.2.3。</p>
2.2.2	接受靜脈血栓溶解劑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	<p>【重度級、中度級】 接受靜脈血栓溶解劑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%(含)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。</p> <p>【評量方法】 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)。 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>
2.2.3	急性缺血性腦中風病人接受靜脈血	<p>【重度級、中度級】 於 60 分鐘內接受靜脈血栓溶解劑治療之急性缺血性腦中風病人佔所有接受靜脈血栓溶解劑治療之急性缺血性腦中風</p>

條號	評定基準	106 年度評分說明及評量方法
	栓溶解劑治療時間 <60 分鐘之比例	<p>病人比例達 30%(含)以上。</p> <p>〔註〕</p> <p>1.治療時間係指病人抵達急診之時間與護理紀錄開始施打靜脈血栓溶解劑時間之差。</p> <p>【評量方法】</p> <p>1.實地訪查時，請醫院提供急診急性缺血性中風病人中接受靜脈血栓溶解劑(rt-PA)治療時間小於 60 分鐘之病人人次及比例。</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劑治療之急性缺血性腦中風病人，排除院內中風之病人。</p>
2.3	即時處置能力	<p>【重點】</p> <p>醫院需具備即時(於假日及夜間)處置病人之能力。</p> <p>【評量方法】</p> <p>夜間係指下午 5 時至次日上午 8 時。</p>
2.3.1	可於假日及夜間處置急性腦中風病人	<p>【重度級】</p> <p>僅重度級需符合。</p> <p>〔註〕</p> <p>處置係指靜脈血栓溶解劑治療。</p> <p>【評量方法】</p> <p>1.於實地訪查時，請醫院提供神經內科醫師 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。</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.醫院在假日及夜間會診後，應有進一步處置執行能力。</p>
2.3.2	可於大夜班進行急性腦中風病人之手術	<p>【重度級】</p> <p>僅重度級需符合。</p> <p>【評量方法】</p> <p>1.醫院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 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>

條號	評定基準	106年度評分說明及評量方法
		<p>(4)注射 rt-PA 藥發生症狀性腦出血需緊急開刀移除血腫者。</p> <p>2.於實地訪查時，請醫院提供神經外科醫師於大夜班進行手術之病人名單，若無，亦應提供24小時值班表備查。</p>

第三章 急性冠心症病人照護品質

條號	評定基準	106 年度評分說明及評量方法
3.1	完善處置流程	本章節僅針對 STEMI 病人查核。
3.1.1	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)	<p>【重度級、中度級】 醫院均需訂有急性冠心症病人處置流程及合理之醫事人員排班，並有資料可查。</p> <p>【評量方法】 1.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。 2.有關評分說明之「合理之醫事人員排班」，實地訪查時，請醫院提供「排班」相關資料(如：排班表等)備查。</p>
3.1.2	應有心臟內科緊急會診機制	<p>【重度級】 1.心臟內科醫師係指內科專科醫師接受至少 2 年以上心臟醫學專業訓練，並領有相關認證。 2.至少需有 2 位心臟內科醫師輪替並有完善會診機制。</p> <p>【中度級】 1.心臟內科醫師係指內科專科醫師接受至少 2 年以上心臟醫學專業訓練，並領有相關認證。 2.至少需有 1 位心臟內科醫師輪替並有完善會診機制。 3.查核重點為上班時間上午 8 時至下午 5 時。</p> <p>【評量方法】 1.此處所指心臟內科醫師之認定規範如下： (1)應執業登記於該醫院方可採認。 (2)若為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證明或相關支援報備證明，並領有有效期限之相關認證。 3 醫院提供值班表、照會紀錄等資料備查。 4.針對病情不穩定病人，宜先經必要處置，再考慮轉院。 5.醫療資源不足地區之醫院得以遠距方式提供會診服務。</p>
3.1.3	應有心臟外科緊急會診機制	<p>【重度級】 心臟外科醫師係指外科專科醫師接受至少 2 年以上心臟外科專業訓練，並領有相關認證。</p> <p>【評量方法】 1.此處所指心臟外科醫師之認定規範如下： (1)應執業登記於該醫院方可採認。 (2)若為醫療資源不足地區之醫院，可以報備支援醫師認列。 2.應查核心臟外科醫師之執業登記證明或相關支援報備證明，並領有有效期限之相關認證。</p>

條號	評定基準	106 年度評分說明及評量方法
3.2	良好的處置品質	<p>3.醫院提供值班表、照會紀錄等資料備查。 4.醫療資源不足地區得以遠距方式提供會診服務。</p> <p>【重點】</p> <p>1.中、重度級醫院均需符合。 2.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。 3.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> <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。 2.抽查評定前 1 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。 3.STEMI 個案係指出院主診斷碼為 ICD-9-CM(410.0X~410.6X、410.8X)、或 ICD-10-CM(I21.01、I21.02、I21.09、I21.11、I21.19、I21.21、I21.29、I22.0、I22.0、I22.1、I22.8)為主。 4.第一次 10 本病歷之達成率大於 50%，但尚未達到 70% 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。 5.如醫院提供之病歷低於 10 本，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。 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.醫院需提供評定基準 3.2.1、3.2.2、3.2.3 之病歷清單。</p>
3.2.1	作第一張 EKG 時間小於 10 分鐘 (106 年試評)	<p>【重度級】 達成率需符合 80%(含)以上。 【中度級】 達成率需符合 70%(含)以上。</p> <p>[註]</p> <p>1.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】</p> <p>1.實地訪查時，請醫院提供「季報表」資料備查。 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.實地訪查時，醫院若無法提供足夠之病歷資料(包含電子病歷)，則本項視為不符合。</p>
3.2.2	STEMI 病人於	【重度級】

條號	評定基準	106 年度評分說明及評量方法
	急診適合給予 ASA 及 Clopidogrel(或 Ticagrelor) 等之比例	<p>達成率需符合 80%(含)以上。</p> <p>【中度級】 達成率需符合 70%(含)以上。</p> <p>【評量方法】 1.實地訪查時，請醫院提供「季報表」資料備查。 2.若病人抵達急診室前已服用 Clopidogrel(或 Ticagrelor) 及 ASA 者、或病歷載明對上開藥物過敏者，予以排除。</p>
3.2.3	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 balloon time 小於 90 min	<p>【重度級】 1.達成率需符合 75%(含)以上。 2.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。 3.如係同一醫療體系之分院及院區間轉診，病人到達第 2 家醫院後，第 2 家醫院之 Door to balloon time 應小於 60 分鐘，達成率需符合 70%(含)以上。</p> <p>【中度級】 有心導管診療項目者，於一般上班時間上午 8 時至下午 5 時需符合 60%(含)以上。</p> <p>【評量方法】 1.實地訪查時，請醫院提供「季報表」資料備查。 2.申請重度級之醫院，病歷抽查以假日或夜間為主。 3.申請中度級之醫院，設有導管室者，於一般上班(8am~5pm)時間皆應執行緊急冠狀動脈介入術(Primary PCI)。 4.如無設置心導管室，則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)。 5.Primary PCI 之計算時間應比照國際 Door to balloon time 之標準：病人抵達急診至導管氣球(balloon)打開的時間進行計算。 6.有關 STEMI 病人接受 Door to balloon 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。 7.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 balloon time 時排除。</p>

第四章 緊急外傷病人照護品質

條號	評定基準	106 年度評分說明及評量方法
4.1	完善組織及處置流程	
4.1.1	應有外傷小組，並訂有緊急外傷病人啟動及處置流程(含住院、手術、轉院標準)	<p>【重度級】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院均需訂有緊急外傷病人啟動流程，且有執行紀錄，並有資料可查。 2.有外傷小組、緊急外傷病人啟動標準流程。 <p>【中度級】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院均需訂有緊急外傷病人處置流程，且有執行紀錄，並有資料可查。 2.有外傷小組、緊急外傷病人處置流程。 <p>[註]</p> <p>緊急外傷應至少包含下列之一：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.因外傷事件導致傷患生命跡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。 <p>【評量方法】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.申請中度級醫院，請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。 2.申請重度級醫院，請提供外傷小組啟動標準及名單。 3.「轉院」係指病人由急診轉至他院。 4.緊急外傷病人主要以查核因緊急外傷至急診掛號之病人。 5.申請重度級、中度級之醫院，外傷小組當日需有外科系專責醫師。 6.外傷小組成員可參照本基準 4.1.3 評分說明，對所規範之專科醫師科別組成外傷小組。
4.1.2	應有外傷嚴重度(ISS)之評估紀錄	<p>【重度級、中度級】</p> <p>醫院均需有評估紀錄，並置於病歷內，其完成率達 80%(含)以上。</p> <p>[註]</p> <p>外傷嚴重度(ISS)之評估對象係指：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.因外傷主因之住院病人。 2.啟動外傷小組之病人。 3.排除到院前或在急診死亡之病人。 <p>【評量方法】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.外傷嚴重度(ISS)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。

條號	評定基準	106 年度評分說明及評量方法
		2.病歷調閱方式比照 4.2 病歷抽查方式。 3.ISS 評估紀錄需以總分數及各部位(AIS)分數呈現。
4.1.3	應備有外傷相關各專科醫師緊急會診機制	【重度級】 應具有心臟外科、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。 【中度級】 應具有骨科、一般外科、麻醉科等專科醫師之緊急會診機制。 【評量方法】 1.依評分說明所列之內容，查閱照會排班表。 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。 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。
4.1.4	應有專責處理緊急外傷病人之負責單位(外傷小組或外傷科、部)，且其全部成員均領有外傷高級救命術(ATLS)證書	【重度級】 1.設有獨立之外傷部(科、中心)，且有 3 名專責醫師以上之編制。(醫療資源不足地區之醫院得以外傷小組設之。) 2.外傷小組或外傷科、部之負責人及全部醫師應領有效期內的高級外傷救命術(ATLS)證書。 3.應有專責外傷計畫個案管理師，並具備醫護背景。 4.應定期舉行外傷死亡及併發症病例討論會。 5.應有 80%(含)以上外傷醫護人員每年需具備 8 小時外傷繼續教育時數。 [註] 外傷醫護人員係指外傷小組及外(創)傷科、部(中心)所有主治醫師，外傷病房、外傷加護病房之醫護人員(任職滿一年以上者)。 【評量方法】 1.繼續教育時數，由中央主管機關認可之外傷團體辦理審查認定。 2.專責外傷計畫個案管理師得由護理人員執行。 3.外傷醫護人力應依實際外傷病人進行配置。 4.請醫院提供完整的資料，如：病房及加護病房緊急外傷個案比率、醫護人力配置等。 5.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。(醫療資源不足地區之醫院不在此限。)
4.2	良好的處置品質	【重點】 重度級需定期舉行跨科部之外傷品質討論會。

條號	評定基準	106 年度評分說明及評量方法
		<p>【評量方法】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 1 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. 如醫院提供之病歷低於 10 本，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 4.2.1、4.2.3 之病歷清單。
4.2.1	外傷小組啟動時間應符合規定	<p>【重度級】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 外傷小組啟動後至到達時間小於 10 分鐘之達成率達 80%(含)以上(排除單純頭部外傷)。 2. 每次啟動都有病人評估紀錄。 <p>【中度級】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 外傷小組啟動後至到達時間小於 30 分鐘之達成率達 80%(含)以上(排除單純頭部外傷)。 2. 每次啟動都有病人評估紀錄。 <p>【評量方法】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 申請重度級、中度級之醫院，於評定前 1 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。 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。
4.2.2	緊急外傷病人轉出統計及原因分析	<p>【重度級】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 統計分析所有緊急外傷轉出病人。 <p>【評量方法】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 委員實地訪查時，請醫院提供每月之統計資料及原因分析。 2. 緊急外傷病人轉出，是指從本院急診轉出至外院之緊急外傷病人。
4.2.3	緊急外傷手術於 30 分鐘內進入開刀房比率	<p>【重度級】</p> <p>達成率需符合 80%(含)以上。</p> <p>【中度級】</p> <p>達成率需符合 60%(含)以上。</p>

條號	評定基準	106 年度評分說明及評量方法
		<p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 緊急外傷手術係指胸腹部重大外傷(ISS\geq16)致休克。 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。 <p>【評量方法】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 委員實地訪查時，請醫院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. 若醫院於評定前 1 年度至評定日皆未收治緊急外傷病人而無法執行緊急外傷手術，以呈現實際狀況供委員評量。 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。
4.2.4	緊急外傷病人之預後分析	<p>【重度級】</p> <p>計算登錄外傷嚴重度(ISS)病人的住院人數、住院天數、手術人數、死亡率與併發症等。</p> <p>【評量方法】</p> <p>依評分說明填寫自評表表格。</p>
4.3	具備即時處置能力	
4.3.1	應能全天候處置緊急外傷病人(包括執行緊急外傷手術)	<p>【重度級】</p> <p>提供夜間及假日執行手術或血管攝影栓塞之病歷紀錄統計表，作為評分依據。</p> <p>【評量方法】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 請醫院提供執行手術及血管攝影栓塞之全年、夜間、假日個案數統計及名單。 2. 假日包含星期六、星期日及例假日。 3. 夜間係指每日下午 5 時至次日上午 8 時。

第五章 高危險妊娠孕產婦及新生兒(含早產兒)照護品質

條號	評定基準	106 年度評分說明及評量方法
5.1	完善處置流程	1.醫院應針對各項基準準備自評定前 1 年度至評定日之相關佐證資料，如高危險妊娠孕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。 2.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： (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。
5.1.1	應訂有高危險妊娠孕產婦處置流程(含住院、手術、轉院機制、緊急會診機制等)	【重度級、中度級】 醫院需訂有不同高危險妊娠孕產婦照護之處置流程，且確實執行。 【評量方法】 1.醫院須有 2 年以上產科經驗之婦產科專科醫師，惟參與衛生福利部「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。 2.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孕產婦之完善處置。 3.申請重度級之醫院，需 24 小時有婦產科專科醫師提供診療服務。 4.轉院機制應包含轉入及轉出機制(如：醫院間之轉診合作計畫)。
5.1.2	應訂有新生兒(含早產兒)處置流程(含轉院機制、緊急會診機制等)	【重度級】 1.醫院需訂有新生兒(含早產兒)處置流程，定期更新，確實執行，並備有資料可查。 2.醫院應能提供：(106 年試評) (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。 【中度級】 醫院需訂有新生兒(含早產兒)處置流程，定期更新，確實執行，並備有資料可查。 【評量方法】 1.本基準之流程由院方自行訂定，如：於生產過程中發生何

條號	評定基準	106 年度評分說明及評量方法
		<p>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。</p> <p>2.醫院如有新生兒(含早產兒)外接個案，請呈現外接流程且備有資料可查。至外接醫師層級與外接時間長短並未特別限制，惟無論外接時間長短，仍應有醫師處理此期間之病人醫療照護需求。</p> <p>3.轉院機制應包含轉入及轉出機制(如：醫院間之轉診合作計畫)。</p>
5.1.3	婦產科專科醫師應能於緊急高危險妊娠孕產婦入院後儘速處置	<p>【重度級、中度級】 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%(含)以上。</p> <p>[註] 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>【評量方法】 1.實地訪查時，請醫院提供每月之統計資料。 2.嚴重型高血壓係指收縮壓≥ 160 mmHg 或舒張壓≥ 110 mmHg。 3.緊急高危險妊娠人數≥ 10 時，由委員抽查 10 本病歷；若緊急高危險妊娠人數< 10 時，則全數抽查。</p>
5.2	健全的照護組織	
5.2.1	應有受過高危險妊娠照護訓練之護理人員	<p>【重度級】 產房及照護安胎孕產婦之護理人員受過高危險妊娠照護訓練之比率應達 80%(含)以上。</p> <p>【中度級】 產房及照護安胎孕產婦之護理人員受過高危險妊娠照護訓練之比率應達 60%(含)以上。</p> <p>[註] 高危險妊娠照護訓練： 1.由中央主管機關認可之高危險妊娠照護團體辦理審查認定，其教育訓練學分時數 2 年內應有 4 學分。 2.教學醫院具備高危險妊娠醫師授予之教育訓練課程每年 2 學分。</p> <p>【評量方法】 1.實地訪查時，請醫院提供 2 年內之教育訓練證明。 2.«受過高危險妊娠照護訓練之護理人員»包含專科護理師(NSP)。 3.查閱評定前 1 年度至評定日產房及照護安胎孕產婦之護</p>

條號	評定基準	106 年度評分說明及評量方法
5.2.2	應具重症新生兒照護能力之兒科專科醫師，並具效期內新生兒高級救命術(NRP)證書	<p>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。</p> <p>【重度級】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.至少需有 2 名兒科醫師，能全責照護重症新生兒(含早產兒)，且具有效期內之 NRP 證書。其中至少 1 名需為新生兒科醫師，另 1 名兒科醫師應受過中央主管機關認可之新生兒訓練課程。 2.產房、新生兒加護單位及嬰兒室任職滿 1 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%(含)以上。 <p>【中度級】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.至少需有 1 名兒科醫師，能全責照護重症新生兒(含早產兒)，且具有效期內之 NRP 證書。該醫師需為新生兒科醫師，或受過中央主管機關認可之新生兒訓練課程。 2.產房、新生兒加護單位及嬰兒室任職滿 1 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%(含)以上。 <p>[註]</p> <p>新生兒科醫師係指兒科專科醫師接受至少 2 年以上新生兒專業訓練，並領有相關證明。</p> <p>【評量方法】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.產房、新生兒加護單位及嬰兒室任職滿 1 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。 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)，惟其他科別醫師，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)。 3.若為醫療資源不足地區之醫院，新生兒科醫師得以報備支援醫師認列。
5.3	具備即時處置能力	<p>【評量方法】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.重度級抽查評定前 1 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。 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。 4.如醫院提供之病歷低於 10 本，以全數病歷做為評分依

條號	評定基準	106 年度評分說明及評量方法
		<p>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.醫院需提供評定基準 5.3.1、5.3.2、5.3.3、5.3.4 之病歷清單。</p>
5.3.1	應能適切處置高危險妊娠孕產婦	<p>【重度級、中度級】 達成率需符合 80%(含)以上。</p> <p>[註] 醫院應提供高危險妊娠孕產婦轉出之病歷清單供委員參考。</p>
5.3.2	應能於夜間執行高危險妊娠孕產婦緊急分娩及剖腹產手術	<p>【重度級】 達成率需符合 80%(含)以上。</p>
5.3.3	應能適切處置急重症新生兒(含早產兒)	<p>【重度級、中度級】 達成率需符合 80%(含)以上。</p> <p>【評量方法】 本項主要係透過病歷查閱來評估該院急重症新生兒(含早產兒)之處置能力，並非指該醫師假日及夜間僅需有 80%的時間負責急重症新生兒(含早產兒)之照護。</p>
5.3.4	應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	<p>【重度級】 達成率需符合 80%(含)以上。</p> <p>【評量方法】 如僅投予 NO(一氧化氮)、注射抗生素治療，不屬於介入性治療。</p>

第六章 加護病房照護品質

條號	評定基準	106 年度評分說明及評量方法
6.1.	加護病房之照護人力	查核醫院內所有加護病房。全院應符合同一等級。 註：加護病房係指健保申報為加護病房給付者。
6.1.1	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(106 年試評)	<p>【重度級、中度級】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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乾洗手，每 2 床均有 1 個濕洗手設備。 <p>【評量方法】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。
6.1.2	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	<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.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。 <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.醫療資源不足地區之醫院，僅需符合每一加護病房應有 1 名專責專科醫師，其餘得以兼任專科醫師計算。 4.專責專科醫師須領有高級心臟救命術(ACLS)證書，並有重症加護相關訓練。 5.「高級心臟救命術(ACLS)證書」因應不同性質之加護病房 NRP、ATLS、ANLS、APLS、PALS 等皆可。 6.專責專科醫師需具內科、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，在其接受訓練過程中曾接受重症加護相關訓練。 7.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資格，包括呼吸治療師、葉克膜技師、相關專科醫師等。

條號	評定基準	106 年度評分說明及評量方法
		<p>8.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：</p> <p>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.委員實地訪查時，請醫院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.〔註〕第 4 點「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 rt-PA 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人。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.單獨設立之新生兒科加護病房之專責專科醫師應由新生兒科醫師或兒科專科醫師且受過中央主管機關認可之新生兒訓練課程，以維護新生兒之照護品質。 9.如醫院加護病房之設置屬綜合加護病房，加護病房專責專科醫師無需分科別。
6.1.3	24 小時均應有醫師於加護病房值班	<p>【重度級】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 24 小時有醫師(不含畢業後一般醫學訓練學員)於加護病房值班。 2.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)。假日、夜間則應有較資深醫師(專科訓練第二年住院醫師以上)二線值班(須有二線排班表佐證)。 3.加護病房每日平均住院人數 5 人(含)以下時，可兼值其他病房及會診。 <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.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。 <p>〔註〕</p>

條號	評定基準	106 年度評分說明及評量方法
		<p>1. 值班醫師須領有高級心臟救命術(ACLS)證書。</p> <p>2. 「高級心臟救命術(ACLS)證書」因應不同性質之加護病房 NRP、ATLS、ANLS、APLS、PALS 等皆可。</p> <p>3. 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> <p>1. 實地訪查時，委員得抽查病歷、值班表及門診表。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>4. 請醫院具體陳述如何執行緊急會診之方式及支援人力情形，實地訪查時請備會診紀錄以供查閱及確認其合適性。</p> <p>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 6.1.2[註]1 之規定，惟請醫院考量其工作負荷，不宜影響醫療品質。</p>
6.1.4	加護病房護理人員須依其特性及護理人員需要，安排在職教育訓練，並評核其能力(106 年試評)	<p>【重度級、中度級】</p> <p>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。</p> <p>2. 加護病房工作 2 年以上且領有加護訓練證書及 ACLS 證書，佔加護病房護理人員數之比例$\geq 40\%$。</p> <p>[註]</p> <p>1. 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> <p>1. 加護病房護理人員重症照護相關訓練紀錄。</p> <p>2. 加護病房護理人員加護訓練證書及 ACLS 證書。</p>
6.2	加護病房床位調度機制	
6.2.1	應建立完善床位調度機制，且運作良好	<p>【重度級、中度級】</p> <p>1. 抽查評定前 1 年度至評定日之假日及夜間急診轉出之病歷 10 份，評核其加護病房調度情形。</p> <p>2. 前列急診病人加護病房待床時間應小於 24 小時。</p> <p>【評量方法】</p> <p>醫院應有加護病房床位調度機制，可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，以評定其運作是否良好。</p>
6.3	定期監測加	

條號	評定基準	106 年度評分說明及評量方法
	護病房照護品質	
6.3.1	應定期進行加護病房醫療品質指標監測，並有具體改善方案	<p>【重度級】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 出入加護病房時及進入加護病房 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： <ol style="list-style-type: none"> (1) 在急診等候轉入加護病房超過 6 小時以上之月平均人數、平均急診停留時間。 (2) 加護病房感染率、平均住院天數、死亡率。 (3) 加護病房病人疾病嚴重度合宜性。 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。(106 年試評) 5. 加護病房醫師每日應查房並有交班紀錄。(106 年試評) 6. 呼吸器的使用有治療參數與後續照顧之紀錄，並備品質監測。(106 年試評) 7. 定期舉行病例討論會、非預期死亡病例及意外事件檢討。(106 年試評) <p>【中度級】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 出入加護病房時及進入加護病房 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： <ol style="list-style-type: none"> (1) 在急診等候轉入加護病房超過 6 小時以上之月平均人數、平均急診停留時間。 (2) 加護病房感染率、平均住院天數、死亡率。 (3) 加護病房病人疾病嚴重度合宜性。 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。(106 年試評) 5. 加護病房醫師每日應查房並有交班紀錄。(106 年試評) 6. 呼吸器的使用有治療參數與後續照顧之紀錄，並備品質監測。(106 年試評) <p>【評量方法】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 加護病房管理委員會或相關組織設置辦法及會議紀錄。 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。 3. 「疾病嚴重度合宜性」之量表，應依科別提供委員查閱。 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

條號	評定基準	106 年度評分說明及評量方法
		<p>次。</p> <p>5.加護病房醫療品質指標 PDCA 應依醫院病人特性及視其實際科別與運作，每季提供供委員查閱；另呈現方式可依醫院討論之方式呈現。</p> <p>2.加護病房轉入轉出及運用原則。(106 年試評)</p> <p>3.加護病房醫師交班紀錄。(106 年試評)</p> <p>4.加護病房抽查個案或定期收治病人適當性統計資料。(106 年試評)</p> <p>5.呼吸器使用之相關治療個案紀錄或討論會紀錄。(106 年試評)</p> <p>7.加護病房相關病例討論會議紀錄。(106 年試評)</p>
6.3.2	有跨領域照護團隊	<p>【重度級】 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。</p> <p>【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。</p>
6.3.3	有重症緩和醫療	<p>【重度級、中度級】 加護病房對於末期病人有召開家庭會議，並協助提供出院病人準備計畫(如：病危自願返家病人家屬衛教)，並有紀錄可查。</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>