

## 100 年度中醫醫院暨醫院附設中醫部門評鑑基準評分說明

## 第五章 中醫醫療作業

項次	評鑑基準	項目屬性		評分說明
		中醫醫院	中醫部門	
5.1	醫療責任制度與病歷紀錄完整性			
5.1.1	確立主治醫師、會診醫師、住院醫師之醫療責任			<p>[重點]</p> <p>1. 確立診療之責任體制對建構醫病關係極為重要。「主治醫師」是負病人診療權責之醫師，「會診醫師」是受主治醫師委託實行對照診察之醫師，「住院醫師」為在主治醫師指導、指示之下從事病人診療之醫師。</p> <p>2. 須明確規定主治醫師資格：  (1) 須向病人及其家屬明示其「主治醫師」。  (2) 明訂「主治醫師」、「會診醫師」、「住院醫師」、「實習醫師」在病人診療上之責任及參與程度。</p>
可 必 5.1.1.1	住院病人應由適當之主治醫師負責照護，並讓病人知悉其主治醫師	可必	可必	<p>C：</p> <p>1. 若有住院病人，應明訂「主治醫師」、「會診醫師」在病人診療上之資格、責任及參與程度。  2. 須向每位病人及家屬告知「主治醫師」。  B：符合 C 項，且明定「主治醫師資格」，並讓病人知悉其主治醫師。  A：符合 B 項，且主治醫師確實做到每日帶領「住院醫師」或「實習醫學生」診視病人，並有病歷紀錄可考。</p>
5.1.1.2	依病症之需要會診時，應照會適切之會診醫師	可	可	<p>C：明訂中醫會診治療模式，建置適當會診流程等會診相關規定並予落實，且有紀錄可查。  B 或 A：符合 C 項，且會診結果具時效性及持續性。</p>
5.1.1.3	訂定及落實主治醫師、會診醫師、住院醫師之聯絡方式	基	基	<p>C：</p> <p>1. 應確認與主治醫師、會診醫師、住院醫師之聯絡方式，並確認萬一聯絡不上時之因應方法。  2. 若「主治醫師」不在時，有明確規定代理制度表。  B 或 A：  病房相關人員均知悉上述相關規範，且運作良好，有紀錄可查。  [說明]  明示主治醫師、會診醫師、住院醫師聯絡方式、無法連絡上時之因應、代理人或小組體制之運用。</p>

註：基：基本項目，可：可選項目，必：必要項目，可必：可選/必要項目，免：得予免評項目

項次	評鑑基準	項目屬性		評分說明
		中醫醫院	中醫部門	
5.1.1.4	院長或科主任應對醫師之診療狀況加以掌握，並就其問題重點加以改善與指導	基	基	C： 1. 各診療部科主任要掌握每個醫師之診療狀況，並確認當診療內容有問題時，是否就其問題重點加以改善與指導。 2. 小型醫院（若一科別僅有一名醫師），院長應掌握每位醫師之診療狀況。 B 或 A：符合 C，且院長致力確保部屬之診療內容正確無誤及對問題改善及指導。
5.1.2	實施定期迴診與適切之臨床作業審查			[重點] 主治醫師或住院醫師每天應定期迴診施行對住院病人之診療，但醫院必須依其任務及業務需求以書面方式明訂迴診規則及指標，例如：頻率、注意事項、其紀錄要如何記述等，並確認讓各醫師徹底知悉此內容之機制。
5.1.2.1	主治醫師、住院醫師應每日迴診並有紀錄，會診醫師應於規定時間內迴診並有紀錄	可	可	C： 1. 主治醫師應每日親自迴診。 2. 住院醫師或護理師之病程紀錄應有主治醫師複簽，且修改皆須有日期及簽名。 B 或 A： 符合 C，且對於病況不穩或因醫療需要施行約束之病人，應確實每天多次診察以掌握病況，診療結果能確實儘速適時記載於診療紀錄中。 <b>【備註】</b> <u>一、C1.及C2.係針對有中醫住院病人時之情形。無中醫住院病人時不適用。</u> <u>二、無中醫住院病人，有西醫住院、中醫會診病人時，會診醫師應於規定時間內迴診並有紀錄。符合者評為C。</u>
5.1.2.2	對病人之陳訴病情及要求能予反應、充分說明，並有紀錄	可	可	C：實行迴診時，應將病況及相關病人申訴及要求詳實、完整地記錄。重點是由診療紀錄之記載客觀評估與病人之溝通是否良好。 B 或 A： 符合 C 項，且對於病況的病情變化及相關病情陳訴及要求有積極並即時回應。
5.1.2.3	必要時實施適切之會診或轉診	可	可	C： 1. 應制定會診或轉診之作業流程。 2. 會診或轉診應有診療紀錄，評估其件數和內容適當與否。 B 或 A：符合 C 項，且 1. 應有完整的轉診（轉出、轉入）紀錄，內容應包含時效、原因、統計等。 2. 對於轉入的病人應有適當的回復紀錄。 3. 對於轉出的病人應有適當的追蹤紀錄。

項次	評鑑基準	項目屬性		評分說明
		中醫醫院	中醫部門	
5.1.3	確實傳達醫囑並付諸實施			<p>[重點]</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>查詢評估醫囑之傳達方式及過程，確認溝通無誤。</li> <li>除特別情況外，僅以口頭方式傳達並實施醫囑及由護理人員轉載醫囑內容等應予避免；且需在事後由醫師確認醫囑。</li> </ol>
5.1.3.1	醫囑之記載與確認應訂定作業常規，以確保醫囑被安全執行	基	基	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>應有紀錄及確認醫囑之具體步驟、查詢過去之醫囑紀錄評估是否慎重而易懂。</li> <li>評估護理人員是否力行醫囑確認步驟，並需確認醫囑內容有疑問時之因應步驟。</li> </ol> <p>B或A：符合C項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>應明確訂定口頭醫囑的範圍及處理方式。</li> <li>對於容易發生錯誤之醫囑，應訂有預防措施。</li> </ol>
5.1.3.2	當醫囑變更或修正時，執行者應與醫師確認，並溝通順暢	基	基	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>應有明確訂定溝通之機制。</li> <li>醫囑需變更或修正時，應與醫師確認醫囑內容。</li> </ol> <p>B或A：符合C項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>溝通之內容及執行情形應確實記載在病歷上，並有主治醫師簽名以示負責。</li> <li>對於異常事件報告，應有適當檢討改進。</li> </ol>
5.1.4	適當記載病歷內容			<p>[重點]</p> <p>施行診療時應將病人所說之主要症狀、過去病史、家族病史、現況、及中醫四診之結果以清楚易懂之字體詳實記載。並隨療程將各種檢查結果及評估載入，特別要強調醫師之字體需清楚易懂不雜亂，以利工作人員間之溝通。診療紀錄與護理紀錄可合為一冊，並以醫療人員合作共同製成病人紀錄之觀點實施。診療紀錄應在每次記載時由記載人簽名。</p>
必5.1.4.1	門診、會診及住院病歷應詳實記載病況變化、治療方式及其治療依據說明等，以供事後檢討	必	必	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>病歷紀錄應完整詳實，且病人主訴、病史（含家庭、職業等）、理學檢查及四診結果。</li> <li>主治醫師需親自診察評估病情，視病情及治療情形檢視病況變化、診斷之變化及對於治療反應之處置。</li> <li>門診、會診或住院紀錄：包括病史、身體檢查（包括四診）、臆斷與診療計畫等。</li> </ol> <p>B或A：符合C，且</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>一般檢驗及檢查適當，使病人得到安全及正確之病情評估及診斷。</li> <li>病程紀錄品質，含TPR表上特殊檢查及治療之紀錄完整。</li> <li>各項檢討會要點之紀錄。</li> </ol>

項次	評鑑基準	項目屬性		評分說明
		中醫醫院	中醫部門	
				<p>[說明]</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>應抽查各科病歷，確認病人所說之主要症狀、既往病史、家族病史、現況病史、旅遊史、理學檢查、住院診療計畫、診療經過紀錄等記述狀況及記述人是否確實簽名。</li> <li>應詳細並有系統之記述上列各項，以利提供事後檢討。</li> </ol>
5.1.4.2	同意書、檢查結果及檢驗報告等必要紀錄應納入病歷	基	基	<p>C：應將同意書、檢查結果、檢驗報告、護理紀錄等紀錄納入病歷。</p> <p>B 或 A： 符合 C 項，且上述相關紀錄應詳實並適當描述重點。</p>
5.1.4.3	病歷格式應統一記載及管理，以有效提供必要資訊	基	基	<p>C：應明訂統一格式、記載規則及管理辦法，並有效提供相關診療資訊。</p> <p>B 或 A：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>應有病歷管理委員會。</li> <li>訂有病歷改善之機制並持續改善。</li> </ol>
5.1.4.4	出院摘要應儘速完成	可	可	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>應規定出院作業要點及出院摘要完成期限，通常以一週內完成為目標。</li> <li>應確認出院摘要之記載內容，包括住院原因及截至出院之診療經過均予精簡記述。</li> <li>有些出院摘要與護理摘要合併，但若醫師記述內容過份簡略時應評估為 D 或 E。</li> <li>大學附設醫院及教學醫院對於出院摘要完成之期限要求應更嚴格，住院或實習醫師所寫之摘要內容需經主治醫師確認複簽，並回饋修正結果。</li> </ol> <p>B 或 A： 符合 C 項，且出院病人病歷在 3 日內完成。</p>
5.2	中醫住院診療計畫			
5.2.1	建立明確住院政策			<p>[重點]</p> <p>確認醫院明文訂定各項政策，且能確實執行。決定住院診療方針及基準，可利用：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>實證醫學(Evidence-based medicine, EBM)之應用。</li> <li>靈活運用診療指引或治療計畫。</li> </ol>
5.2.1.1	依住院準則適當收治病人	可	可	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>住院目的明確，並有記載於病歷紀錄。</li> <li>有傳達訊息給相關部門之機制，訊息可反映於護理計畫等，並由各部門依據任務活用。</li> <li>應有合理的住院病人疾病之嚴重度及適當性。</li> </ol> <p>B 或 A：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>上述 3 項確實執行且成效優良。</li> <li>若設立有中醫部(科)住院病房之醫院，應評估是否適當執行中醫住院評估和說明。</li> </ol>

項次	評鑑基準	項目屬性		評分說明
		中醫醫院	中醫部門	
5.2.1.2	評估並記載病人住院時之身體上、心理上及社會上之狀態	可	可	C：病人住院時，要有系統而客觀收集病人相關資訊，並完整而系統之記錄；內容包括病人主訴、現在症狀、病歷、特別事項、身體檢查情況、營養狀況、身體機能、需要護理及照護程度、精神、心理及社經狀況等。 B 或 A： 符合 C 項，且上述內容應紀錄完整且詳實。
5.2.1.3	應向病人說明其病症及住院之必要性	可	可	C：應將病情及住院理由向病人說明，並記載在病歷中，確認病人同意或由病人簽署同意書，且符合相關法令規定。 B 或 A： 符合 C 項，且病人能充分瞭解病情、住院及治療之必要性。
5.2.2	製作住院診療計畫並適切檢視			[重點] 隨醫療之專業化及複雜化，臨床診療行為除醫師外，尚要求護理、檢驗、藥劑、復健、醫療社工人員（Medical Social Worker，MSW）及行政人員等組成綜合性醫療團隊來完成，而病人及家屬亦為共有診療目的成員。在此狀況下，應將住院治療之診療過程以住院診療計畫明確提示，最重要的是，病人本人及參與醫療之醫療小組成員均能共有資訊之機制。
5.2.2.1	製作完整且適當之住院診療計畫	可	可	C： 1. 明訂符合住院目的之檢查計畫、治療計畫，並依規定記錄。 2. 計畫內容包括住院目的、病名、治療經過、檢查計畫、治療計畫、護理計畫，以及記錄說明計畫之時間及過程。 B 或 A：符合 C，且紀錄內容應使醫療團隊或其他執行照護之同仁理解。
5.2.2.2	適當、適時地向病人說明住院診療計畫	可	可	C：依據住院診療計畫適時向病人或家屬說明。 B 或 A：符合 C 項，且訂定診療計畫應重視醫療小組成員意見及獲得病人和家屬同意，並確認團隊醫療制度化狀況。
5.2.2.3	檢討病人之出院計畫	可	可	C： 1. 以輔導出院為前提，考慮醫療照護之持續性，訂定出院照護方針及計畫。 2. 在其過程上應與各工作人員（如：社工人員、護理人員、藥事人員）連繫，進行諮商、調整、合作。 B 或 A：符合 C 項，且應確認出院時之指導者、未來可支援的醫院或居家服務等之連繫合作、照護保險的申請手續、諮商業務等，並有紀錄。

項次	評鑑基準	項目屬性		評分說明
		中醫醫院	中醫部門	
5.3	實施檢查與確定診斷			
5.3.1	運用中醫醫療儀器實施適切之輔助診斷、確定診斷情形			<p>[重點]</p> <p>一、診察病人之步驟是經聽取病史，四診及理學檢查，然後得視需要進行脈象、血液、尿液、糞便等檢查，如脈診儀、舌診儀、聞診儀、影像診斷、心電圖檢查等。為了確保診斷之正確，除了依醫師之臨床經驗及症狀觀察外，應依精確度、頻率之實證醫學（EBM）資料評估檢查結果，根據正確知識作判斷。應避免盲目地實行很多檢查。</p> <p>二、應具體訂定在病房可實施之生化檢查或住院中之病人要施行之生化檢查種類、適用標準及實施之步驟。尤其侵入性之檢查，更須嚴守其適用標準，不可將病人曝露於非必要之危險中。應以合適之方法進行「說明、同意」之要求。</p> <p>【備註】</p> <p>一、本中項之重點不限定在中醫住院病人之檢查，門診病人若有相關檢查亦可適用。</p> <p>二、有中醫住院病人者，適用重點二。</p>
5.3.1.1	確立檢查步驟，並安全、確實施行檢查	可	可	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 相關檢查符合適用標準次序。</li> <li>2. 執行前應進行病人評估。</li> <li>3. 對病人或家屬具體說明檢查內容、施行步驟。</li> </ol> <p>B 或 A：符合 C，且病歷紀錄適時、適當呈現特殊檢查、檢驗、處置之理由。</p>
5.3.1.2	對於侵入性檢查，應向病人充分說明並獲其同意	可	可	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 施行侵入性檢查時，應充分詳細說明其適應症、實施步驟、可能併發症等，並確認對病人「告知後同意」是否妥為實行，及確認同意書之格式及記載內容。</li> <li>2. 應詳細記述必要之說明是否完整、是否已獲同意、說明之具體內容、病人之發問及反應等。</li> </ol> <p>B 或 A：符合 C，且能充分尊重病人之自主權，並設計相關文書格式。</p>

項次	評鑑基準	項目屬性		評分說明
		中醫醫院	中醫部門	
5.3.1.3	對於緊急檢查、非上班時間之檢查需求，有適切之因應措施	<u>可</u>	<u>可</u>	C： 1. 制定緊急檢查作業規範，且提供各項檢查結果報告之正常作業時間及緊急作業時間。 2. 應評估工作時間外之相關醫事人員是採取值班制或待命制。待命制時，呼叫之步驟要明確，並同時確認提出結果報告之時間。 B 或 A：符合 C，且待命呼叫之效率，有效發揮工作時間外之緊急檢查功能。
5.3.2	能迅速收到檢查結果並正確診斷			[重點] 除了通常之臨床檢查之外，要確立緊急檢查之施行體制。檢查結果及其解釋、鑑別診斷等要記載於診療紀錄中。
5.3.2.1	具備確保得到迅速確實之檢查、診斷結果之機制	<u>可</u>	<u>可</u>	C： 1. 確認檢體檢查、影像檢查、病理診斷等檢查結果之遞送路徑，並查明檢查結果是否確實送達主治醫師。 2. 對於緊急檢查，要確認檢查結果能確實、迅速傳達醫師之機制存在。 B 或 A：符合 C 項，且 1. 應建立重要檢查異常值。 2. 應建置異常值通報機制，且應有詳細紀錄。 3. 運用新科技資訊進行即時通報。
5.3.2.2	各項檢查、診斷之判讀結果及觀察所見，應記載於診療紀錄中	<u>可</u>	<u>可</u>	C： 1. 診療紀錄中應記載檢查及影像診斷報告之臨床評估。 2. 影像診斷報告書應以清晰易懂之方法記述。 B 或 A：符合 C 項，且 1. 影像報告品質更優良。 2. 影像報告應即時性。
5.4	給藥管理			
5.4.1	處方內容正確、完整			[重點] 1. 無論是內服或外用，應於處方上記載藥名、用量、用法、投藥方法、投藥期間。若處方內容不完整，藥劑部門應適當加以修正、查詢，並宜有指導或監視機制以防止處方之重複與浪費。因此，應建立相關系統以供醫師在開立處方時能隨時檢索必要之藥品資訊，並規範特定藥品之使用方針及步驟，並確認是否遵守。 2. 應有防止醫師開立錯誤處方之機制，且藥師與醫師應有適當之溝通管道。

項次	評鑑基準	項目屬性		評分說明
		中醫醫院	中醫部門	
				[特定事項] 內服藥或外用藥均宜以處方箋之方式記載、管理。應設計相關辦法檢核重複處方。並應評估醫院對於長期處方、不必要之重複處方等加以改善所做之努力。
5.4.1.1	藥品資訊取得容易，提供充分參考書籍及工具書，供執業使用	基	基	C： 1. 在診間及病房應常備院內處方集及藥品資訊。 2. 必要時，向藥劑部門洽詢取得藥品資訊。 B 或 A：符合 C 項，且開立處方時，能於系統上隨時檢索藥品資訊，供醫師參考。
5.4.1.2	處方內容應正確完整，包括病人基本資料、疾病診斷、就診科別及藥品名稱、劑型、劑量、用法、使用天數等資訊，並應有主治醫師之簽章	基	基	C：處方箋上記載之項目完整並符合法令規定。 B 或 A：符合 C 項，且上述內容完整並有病患藥歷供參考者。
5.4.1.3	毒劇類中藥調配前需核對病人處方，給藥前須再次確認病人藥歷	基	基	C： 1. 毒劇類中藥及其他特殊藥品之給藥途徑及方法，應預先提供資訊。 2. 因應特殊需求新進藥品，應以電子或書面方式提供資訊。 B 或 A：符合 C 項，且內容品質優良者。 【備註】C1. 若無毒劇類中藥，僅評量「其他特殊藥品」。
5.4.1.4	處方錯誤、調劑錯誤及給藥錯誤應有適當之檢討及改善措施，並有紀錄	基	基	C：訂定全院性藥物錯誤（包含處方錯誤、調劑錯誤、給藥錯誤）之通報機制，並進行檢討，留有紀錄。 B：符合 C 項，且有檢討改進措施者。 A：符合 B 項，且確實執行改進措施，成效優異者。
5.4.2	妥善管理病房藥品，並訂有管理辦法			[重點] 應評估各部門之藥品供應、庫存管理、保管及調劑之妥善性。藥品之供應及調劑，主要以病房部門為中心。庫存管理及保管狀況是包括門診、病房部門等所有診療部門為對象。
可5.4.2.1	適切供應病房藥品	可	可	C： 1. 有 24 小時之藥事作業服務。 2. 如有採用配送運輸時，對各部門之配送計畫需經協議制訂，依據計畫實施配送。 3. 藥劑部門應有監督管理機制，並確實執行。 B 或 A：符合 C 項，且品質優良者。



項次	評鑑基準	項目屬性		評分說明
		中醫醫院	中醫部門	
可5.4.2.2	訂定病房（護理站）藥品管理辦法，並確實施行	可	可	C： 1. 門診、病房之庫存藥品需妥善保存，有關中藥毒、劇藥等之標示須明確。 2. 藥劑部門應適時查核交付病房之藥品品項及保存情形。 3. 冰箱放置之藥品或檢體應明確區隔標示。 B或A：符合C項，且品質優良者。
5.4.3	給藥時之注意事項及相關規範			[重點] 本項是對容易發生投藥事故之住院病人評估其投藥步驟適當性及在緊急時或在夜間、工作時間外藥師之參與。為達正確之給藥，應確實作到三讀五對，且給藥前應瞭解藥效、副作用、使用量及病人是否有藥物過敏等情形。投藥步驟及投藥中、投藥後之經過觀察是護理師之業務。投藥上需要特別注意之藥品應由藥劑部門或醫師作藥品資訊提供，包括用藥指導及假日、夜間勤務體制。本項要評估醫師、藥師、護理師合作體制之適當性。 [注意事項] 對病人之用藥指導並非限於住院病人，對門診病人亦應提供資訊並實施相關指導，有之醫院甚至設置用藥指導室或專用櫃台積極因應。尤其未有醫令系統（Ordering System）之醫院，或可於對病人實行用藥指導時發現門診處方監查機制漏網之重複處方，加強監查處方內容。
必5.4.3.1	能正確依醫囑給藥，給藥時確認病人姓名、藥品名稱、劑量、用法及途徑，並有紀錄	必	必	C： 1. 門診領藥時應確認領藥人姓名。 2. 有住院病人時，住院病人之內服、外用藥等，應由醫療人員以給藥記錄單核對藥品名稱，並確認投藥劑量、投藥方法、病人姓名正確，才能給藥。 3. 藥局交付住院病人藥劑時，應登記交付時間，並作完整之確認，且應由病房給藥人員在病歷給藥紀錄上簽名或蓋章。 B或A：符合C項，且品質優良者。 【備註】C2. 所稱「住院病人」，係指中醫住院病人。
5.4.3.2	視需要，觀察病人在給藥過程、給藥後之表徵（反應），必要時並進行用藥追蹤，留有紀錄	可	可	C：毒劇類中藥藥品等需要注意投藥途徑、投藥劑量等之藥品，應在投藥中及投藥後，觀察病人之狀況並作記錄。 B或A：符合C項，且對異常反應應有詳實紀錄並檢討改善。 【備註】C所稱「病人」，係指中醫住院病人。「觀察病人之狀況」時，係配合醫師執行。

項次	評鑑基準	項目屬性		評分說明
		中醫醫院	中醫部門	
5.4.3.3	對於緊急藥品之給與，有適當之處理及因應措施	可	可	C： 1. 提供緊急藥品給與之管理應訂有明確規範，確實執行。 2. 應提供 24 小時之藥事作業。 B 或 A：符合 C 項，且緊急藥品供應機制暢通。
5.5	院內突發危急病人急救措施			
5.5.1	對院內突發危急病人之狀況有妥善因應措施			[重點] 1. 無論住院、門診病人、家屬、訪客，若有突發緊急事件時，不管發生時間、處所，均要妥為處理。對緊急事件之迅速因應，需有組織性之檢討，明訂方針及步驟，並公告全體工作人員周知。 2. 應事先決定緊急事件處理方法，並召集工作人員實施模擬訓練，以提升妥善因應之能力。
5.5.1.1	訂定院內突發危急病人急救措施，且應具所需之設備，隨時可用	基	基	C：應公告全體工作人員周知緊急事件之代號或暗語，及其因應處理方針及步驟。 B 或 A：符合 C 項，且實際測試反應良好，每次演練有檢討改進者。
5.5.1.2	有關院內突發危急病人急救措施，應對員工實施教育與定期訓練	基	基	C： 1. 應評估是否定期以全院性、各部門或職類方式施行緊急事件因應措施之進修、教育或訓練。 2. 緊急時之心肺復甦術有不使用器具之基礎生命復甦術（Basic Life Support, BLS）或使用器具及藥品之高級生命復甦術（Advanced Life Support, ALS），醫院全體工作人員應依照各人之水準接受 BLS 或 ALS 等訓練。 3. 緊急事件及其對應之訓練，要以預先決定之院內緊急廣播暗語召集工作人員作模擬演練；但要預先決定召集方法及負責指揮之主管人員。 B 或 A：符合 C 項，且實際測試反應良好，對訓練成果有檢討改進者。

項次	評鑑基準	項目屬性		評分說明
		中醫醫院	中醫部門	
5.6	病人持續性醫療照護			
5.6.1	適切實施出院持續照護指導及協助			<p>[重點]</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 為實行持續性照護，出院時之後續照護指導很重要。本項是評估院內實行後續照護指導體制之完備狀況。</li> <li>2. 應評估檢討內容、檢討結果及據以實施之醫院內外連繫狀況，以確保完善之出院後持續照護。</li> </ol> <p>[特定事項]</p> <p>出院後之持續性照護指導包括來院門診及相關照護等之指導，應評估醫院實施方式。</p>
5.6.1.1	提供出院病人適當之用藥指導、營養指導及復健指導等	可	可	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 應於醫院內相關職類人員參加之會議上，檢討病人出院後之照護指導。</li> <li>2. 對出院病人應依其狀況提供適當之用藥、營養等指導。</li> </ol> <p>B 或 A：符合 C 項，且有確實執行用藥指導、營養指導等實施紀錄，品質成效良好。</p>
5.6.1.2	提供出院後治療方式或相關保險、福利制度利用之必要指導	可	可	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 對出院病人應依其狀況提供必要之出院後治療方式指導。</li> <li>2. 應於醫院內相關職類人員參加會議上，就病人出院後之照護，檢討利用其他制度(如保險、福利相關制度)之必要性及可能性。</li> </ol> <p>B 或 A：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 醫院應提供相關保險及福利制度之相關資訊或告知院內相關專責部門聯繫方式之必要指導。</li> <li>2. 依據各病人病況及需求，介紹合適之後續照護措施、代辦手續或其他支援制度，並有實施紀錄可查。</li> </ol>
5.6.1.3	出院時適切提供回診預約與照護摘要等資訊	可	可	<p>C：病人出院時應適切提供回診預約資訊、緊急就醫之醫療資源與途徑，並能以書面資料提供病人充份資訊。</p> <p>B 或 A：符合 C 項，且訂定明確之資訊提供機制。</p>