

103 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	評分說明	評量方法
1.1	組織架構		
1.1.1	應設有急診室	【重度級、中度級】 1. 醫院均需依醫療機構設置標準設置急診室，且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）人員並裝設警民連線，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。	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，並應與非急診病患之家屬分開進出。 3. 暴力滋擾事件係指外部人員造成的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。
1.1.2	應設有急診部門	【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。 【中度級】 應設有獨立之急診部門。 〔註〕 專任係指執業登記於該院並具部定專科醫師資格，每週至多 2 個半天可作其他醫療業務，其餘時間皆負責急診業務。	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 個半天可作其他醫療業務」之計算，係指周一至周日（包含星期六、星期日、例假日及夜診），分上午或下午，每次以 4 個小時為區隔。另報備支援其他醫院急診業務不列入「其他醫療業務」之 2 個半天計算。 3. 專任醫師不能收治住院病人，惟急診加護病房不在此限。
1.1.3	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	【重度級】 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資格。如前 3 年	1. 專科護理師不列計護理人力。 2. 查核「評定當月前 12 個月之專任醫師數」及當月專任醫

條號	評定基準	評分說明	評量方法
	診室值班	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.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）。 3.專任醫師數計算公式： (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.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。 5.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，觀察室登記之急診觀察病床每床應有護理人員 0.5 名。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。 【中度級】 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。 2.專任醫師應佔所需專科醫師數的 50%以上。（緊急醫療資源不足地區醫院及指定之地區級急救責任醫院不在此限。） 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）。	師數，並進行現場查證。 3.前 12 個月中有 10 個月以上之專任醫師數符合，且當月專任醫師數亦符合者，評量為「符合」；前述條件若僅一項符合者，得評量為「符合」，惟須列次一年度追蹤輔導訪查對象。 4.觀察室登記之急診觀察病床，請以每月 1 日向衛生局登記之床數為計算護理人力基準

條號	評定基準	評分說明	評量方法
		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，觀察室登記之急診觀察病床每床應有護理人員 0.5 名。 〔註〕 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。 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。	
1.1.4	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	【重度級、中度級】 符合：醫院均應能提出針對急診醫療品質委員會決議改善事項的執行成效。 部分符合：設有急診醫療品質之委員會，有定期開會，並有會議紀錄。	
1.1.5	病人轉院機制	【重度級、中度級】 符合：抽查轉診病歷之達成率大於 75%。 部分符合：抽查轉診病歷之達成率為 60%-75%。 〔註〕 1.本項係指轉院病人之轉院流程。 2.轉院應包括病人自動出院之流程。 3.委員於現場抽查轉診病歷。	查核重點： 1.醫院轉診作業流程是否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、同意書及紀錄轉院風險等。 2.查核醫院緊急傷病患轉診平台使用狀況。 3.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 75%以上符合，始為合格。 4.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。如第一次 10 本病歷之達成率即小於或等於 50%，該項評量為不合格。
1.2	健全的會診機制	各專科需有 24 小時專科醫師提供服務，並於適當時間內完成會診。	

條號	評定基準	評分說明	評量方法
1.2.1	會診人力配置 (需24小時專科醫師提供服務)	【重度級】 外、內、骨、神外、神內、婦、兒、麻醉科均需 24 小時有專科醫師提供服務。 【中度級】 外、內、骨科需 24 小時有專科醫師提供服務。 〔註〕 會診人力配置查核，中度級僅需附值班表。	查核排班表及病歷，確認專科醫師是否確實值班。
1.2.2	急診部門如有會診個案，能得到適當專科支援	【重度級】 符合：急診部門如有會診個案，75%以上 30 分鐘內可獲得支援。 部分符合：急診部門如有會診個案，60%-75%於 30 分鐘內可獲得支援。 〔註〕以外、內、骨、神外、神內、婦、兒、麻醉科為主。 【中度級】 符合：急診部門如有會診個案，75%以上 60 分鐘內可獲得支援。 部分符合：急診部門如有會診個案，60%-75%以上於 60 分鐘內可獲得支援。 〔註〕以外、內、骨科為主。	1.查核排班表及病歷，確認專科醫師是否確實值班。 2.現場查核急性腦中風、急性冠心症及重大外傷會診病歷。
1.3	參與區域內緊急醫療救護體系運作		
1.3.1	應有院內指揮組織架構與人員職掌機制	【重度級、中度級】 符合：醫院應有執行成效檢討分析，並有改善成果。 部分符合：醫院應有完備之院內指揮組織架構與人員職掌機制，並備有資料可查。	如無實際案例，則以演習成效進行檢討分析。
1.3.2	應建立緊急傷病患或大量傷病患事故調度機制	【重度級、中度級】 符合：醫院應有執行成效檢討分析，並有改善成果。 部分符合：醫院應建立緊急傷	如無實際案例，則以演習成效進行檢討分析。

條號	評定基準	評分說明	評量方法
		病患或大量傷病患事故之人力、設備或設施調度原則之機制，並備有資料可查。	
1.3.3	應建立假日及夜間時段之應變措施	【重度級、中度級】 符合：醫院應有執行成效檢討分析，並有改善成果。 部分符合：醫院應建立假日及夜間時段之應變措施，並備有資料可查。	1.夜間時段係指 5pm~8am。 2.如無實際案例，則以演習成效進行檢討分析。
1.3.4	應有大量傷病患應變計畫	【重度級、中度級】 符合：醫院應有執行成效檢討分析，並有改善成果。 部分符合：醫院應備有完善應變計畫，並提供評定前過去1年至評定日前辦理演習清單（含時間與參與人數）。	如無實際案例，則以演習成效進行檢討分析。
1.3.5	應提供救護技術員之醫院實習及醫療指導	【重度級、中度級】 1.醫院應提供區域內救護技術員訓練實習及必要之醫療指導。 2.中、重度級醫院均需符合，並提供相關訓練（實習）證明。 [註] 如救護技術員若無醫院實習及醫療指導等需求，則只要提出醫院有提供實習及醫療指導之證明或執行流程即可。另醫院亦可由消防局提供聘任該院醫師擔任醫療指導醫師之證明。	醫療指導醫師資格請依據「醫療指導醫師實施辦法」規定辦理。
1.4	落實急診醫療業務指標管理	【重、中度級】 訂有品質監控措施，並每月提報品質指標。	
1.4.1	急診病人數及檢傷級數分布及比例	【重度級、中度級】 符合：應有持續監控機制，並對異動值分析。 部分符合：分外傷、非外傷、兒科及其他科統計，其中外傷、非	

條號	評定基準	評分說明	評量方法
		外傷、兒科並依檢傷級數統計。 〔註〕 1.本條之統計依醫院內部之管理及分類（科）情形統計。 2.其他科是指產科及牙科。	
1.4.2	急診病人收治住院比例（含收治於加護病房及一般病房之比例）	【重度級、中度級】 符合：醫院應持續監控及檢討分析，並有改善成果。 部分符合：醫院需提供急診病人收治住院比例資料。	
1.4.3	急診住院佔全院住院比例	【重度級、中度級】 符合：醫院應持續監控及檢討分析，並有改善成果。 部分符合：醫院需提供急診住院佔全院住院比例資料。	
1.4.4	急診留觀或等待住院超過 24 及 48 小時以上比例	【重度級、中度級】 符合：醫院應持續監控及檢討分析，並有改善成果。 部分符合：醫院需提供留觀或等待住院超過 24 及 48 小時以上比例資料。	
1.4.5	72 小時內重返急診比例	【重度級】 符合：醫院應持續監控及檢討分析，並有改善成果。 部分符合：醫院需提供 72 小時內重返急診比例資料。 【中度級】 醫院需提供 72 小時內重返急診比例資料（103 年試評）。	
1.4.6	急診會診超過 30 分鐘之人次及所佔比例	【重度級】 符合：醫院應持續監控及檢討分析，並有改善成果。 部分符合：醫院需提供急診會診超過 30 分鐘之人次及所佔比例資料。 【中度級】 醫院需提供急診會診超過 30 分鐘之人次及所佔比例資料（103 年試評）。	

條號	評定基準	評分說明	評量方法
1.4.7	病人平均接受處置時間（掛號至第一次開立醫囑時間）	【重度級、中度級】 符合：醫院應持續監控及檢討分析，並有改善成果。 部分符合：醫院需提供候診時間資料。 〔註〕 依檢傷分類病人級數提供病人之平均接受處置時間（分級候診時間）。	1. 檢傷分類等級係以病人入急診時之檢傷分類級數做計算，以了解病人到達急診室時，醫院對不同檢傷等級病人之處置時效。 2. 檢傷一級為急救，不列入計算。
1.4.8	檢傷一、二級病人處理時效（掛號至離開急診或完成急診處置時間）	【重度級、中度級】 符合：醫院應持續監控及檢討分析，並有改善成果。 部分符合：醫院提供資料。	本評定基準係為了解病人到達急診室時，醫院對不同檢傷等級病人之處置時效，故以病人入急診時之檢傷分類級數計算。
1.4.9	急診病人轉出、轉入統計及原因分析	【重度級、中度級】 符合：醫院應持續監控，並有改善成果。 部分符合：醫院應就主要轉出、轉入人次及原因進行分析。	

第二章急性腦中風病人照護品質

條號	評定基準	評分說明	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方式進行，不須計算神經科、神經外科醫師人數，主要以流程面查核為主。
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）	【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。 〔註〕 視醫院實際作業情況，如果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。	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： (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)神經科會診。 (7)rt-PA 藥物處方及取藥（急診藥師）。 (8)藥物注射流程。 (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等於 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）為主進行病歷抽查。

條號	評定基準	評分說明	評量方法
2.1.2	應有神經科專科醫師緊急會診機制	【重度級、中度級】 醫院均需符合。	1.請醫院說明全年(含假日)、24小時(含夜間)之會診作業方式。 2.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。 3.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。
2.1.3	應有神經外科專科醫師緊急會診機制	【重度級】 僅重度級需符合。	1.請醫院說明全年(含假日)、24小時(含夜間)之會診作業方式。 2.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。 3.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。
2.2	處置品質	【重點】 1.中、重度級均需符合。 2.抽查評定前1年度至評定日前,發作至到達急診時間為3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。 3.重度級以抽查假日及夜間(5pm~8am)病歷為主。 4.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	1.注射血栓溶解劑之病人數及比例,由醫院自行舉報呈現,委員得參考中央健康保險署提供之資料為對照。 2.本項查核發作至到達急診時間為3小時內所有發作之病人。 3.急性腦中風個案係指出院主診斷碼為ICD-9CM430~437診斷碼之個案,並符合急性腦中風重大傷病之病人。 4.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

條號	評定基準	評分說明	評量方法
		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。	行認定屬於急性腦中風（ICD-9-CM：433~437）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）。
2.2.1	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	【重度級、中度級】 符合：醫院應符合每年平均每100個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治療之常態比例。 部分符合：雖未達每年平均每100個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治療之標準，然醫院能列表舉證至該院全部病人皆不符合施打條件，或拒絕接受治療。	
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	【重度級、中度級】 符合：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%以上。 部分符合：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30%-50%。 〔註〕醫院應備相關資料供查證。	1.符合溶栓適應症急性缺血性腦中風病人，係指中風發作3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。
2.2.3	急性缺血性腦中風病人接受靜脈血栓溶解劑治療時間 <60分鐘之比例	【重度級、中度級】 符合：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	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。 2.實地評定時，請醫院提供急診急性缺血性中風病人中接

條號	評定基準	評分說明	評量方法
		溶解劑治療之急性缺血性腦中風病人比例達 30% 以上。 部分符合：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病人比例達 20%- 30%。 〔註〕 1.治療時間係計算病人抵達急診至接受靜脈血栓溶解劑治療之時間差。 2.醫院應備相關資料供查證。	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。 3.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。
2.2.4	急性缺血性腦中風病人接受靜脈血栓溶解劑治療，發生症狀性腦出血之比例	【重度級、中度級】 資料呈現。	症狀性出血定義指 36 小時之內電腦斷層檢查發現腦出血且病人之 NIHSS 的增加大於 2 分 (含)。
2.3	即時處置能力	【重點】 醫院需具備即時 (於假日及夜間) 處置病人之能力。	夜間係指 5pm~8am。
2.3.1	可於假日及夜間處置急性腦中風病人	【重度級、中度級】 醫院均需符合。 〔註〕 處置係指靜脈血栓溶解劑治療。	1.醫院於實地訪查時提供神經內科醫師 24 小時值班表、會診及轉診紀錄及急性缺血性腦中風發作 3 小時內抵達醫院之病人之 NIHSS 評分表，以供佐證。 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貴院之處理能力，供委員作為評量參考。 3.醫院在假日及夜間會診後，應有進一步處置執行能力。
2.3.2	可於大夜班進行急性腦中風病人之手術	【重度級】 僅重度級需符合。	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)： (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。 (2)急性中風造成急性水

條號	評定基準	評分說明	評量方法
			腦，需緊急腦脊髓液引流者。 (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。 (4)注射 rt-PA 藥發生症狀性腦出血需緊急開刀移除血腫者。 2.請醫院於實地訪查時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。

第三章 急性冠心症病人照護品質

條號	評定基準	評分說明	評量方法
3.1	完善處置流程		
3.1.1	訂有急性冠心症病人處置流程（含住加護病房、手術、轉院標準）	【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，並備有資料可查。 〔註〕 請備處置流程圖（含住加護病房、手術、轉院標準）及提供資料查核。	1.急性冠心症病人處置流程應含(1)住加護病房流程、(2)手術流程、(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」，請醫院於委員實地訪查時，提供「排班」相關資料（如：排班原則、排班規範、排班表...等）備查。
3.1.2	應有心臟內科緊急會診機制	【重度級、中度級】 醫院均需符合。 〔註〕 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。	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)若為緊急醫療資源不足地區醫院及指定之地區級急救責任醫院者，可以報備支援醫師認列，惟報備支援，以一處為限。 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。 3 醫院提供值班表、照會紀錄等資料備查。其照會紀錄，須有心臟內科醫師之照會事實及紀錄。 4.心臟內科緊急照會，以為 EKG 之判讀。
3.1.3	應有心臟外科緊急會診機制	【重度級】僅重度級需符合。 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。	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)若為緊急醫療資源不足地區醫院及指定之地區級急救責任醫院者，可以報備支援醫師認列，惟報備支援，以一處為限。 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。 3.醫院提供值班表、照會紀錄

條號	評定基準	評分說明	評量方法
			等資料備查。
3.2	良好的處置品質	【重點】 1.重、中度級醫院均需符合。 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.重度級以抽查假日及夜間(5pm~8am)病歷為主。 4.需至少每季舉行跨科部(如：急診、心臟內科、心臟外科或加護病房等)之急性冠心症病人照護品質討論會及資料分析。 5.調閱轉診病歷以評估處置及轉診之適當性。	1.評分說明之「跨科部討論會」，凡與討論個案有關之科別或病房(係指加護病房或CCU)皆須參加。中度級醫院有ACS與急診科相關的跨科部討論會。 2.委員實地訪查時抽查病歷時間範圍為102年1月1日至評定日。 3.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。如第一次10本病歷之達成率即小於或等於50%，該項評量為不合格。 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.轉診病歷需具體檢附接受ACS轉診醫院之處置回覆單。另醫院需提供急診ACS轉出名單。
3.2.1	作第一張EKG時間小於10分鐘	【重度級】 下列項目全部符合者。 1.均應有70%達成。 2.醫院提供急診之急性冠心症病人名冊，委員抽查10名進行查核。 【中度級】 符合：下列項目全部符合者。 1.均應有70%達成。 2.醫院提供急診之急性冠心症病人名冊，委員抽查10名進行查核。 部分符合：下列項目全部符合者。 1.均應有60%-70%達	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。 2.ACS限定STEMI及NSTEMI。ACS之診斷係以出院病歷診斷為主。 3.委員實地訪查抽查之病歷以ICD-9-CM(410.XX)為主。 4.委員實地訪查時，醫院提供「季報表」資料備查。 5.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，請於計算時排除。

條號	評定基準	評分說明	評量方法
		成。 2.醫院提供急診之急性冠心症病人名冊，委員抽查 10 名進行查核。	
3.2.2	第一次心肌酶緊急檢驗報告時間小於 120 分鐘佔所有心肌酶緊急檢驗件數之比例	【重度級、中度級】 醫院均應有 70%達成。 〔註〕 1.所有心肌酶緊急檢驗件數係指於急診之急性冠心症病人醫囑開立之心肌酶緊急檢驗件數。 2.報告時間係指處方開立至結果報告產出之時間。 3.資料查核以電腦彙出之資料為主。	1.委員實地訪查時，醫院提供「季報表」資料備查。 2.心肌酶之範圍包含 Cardiac Troponin T、Cardiac Troponin I 等。
3.2.3	所有急性冠心症病人於急診適合給予 ASA 及 Clopidogrel 等之比例需大於 70% (含)	【重度級】 符合：醫院均應有 70%達成。 【中度級】 符合：所有急性冠心症病人於急診適合給予 ASA 及 Clopidogrel 等之比例需大於 70% (含)。 部分符合：所有急性冠心症病人於急診適合給予 ASA 或 Clopidogrel 之比例需大於 70% (含)。 〔註〕應有統計資料可供查核。	1.委員實地訪查時，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、病歷明載對上開藥物過敏者，予以排除。 3.委員實地訪查抽查之病歷以 ICD-9-CM (410.XX) 為主。
3.2.4	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	【重度級】 1.醫院應有 75%達成。 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。 【中度級】 符合：有心導管診療項目者，於一般上班 (8am~5pm) 時間應有 70%達成。 部分符合：有心導管診療項目者，於一般上班 (8am~5pm) 時間應有 60%-70% 達	1.委員實地訪查時，醫院提供「季報表」資料備查。 2.申請中度級急救責任醫院評定，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)；如無設置心導管室，本條可評量為「不適用」。 3.本條基準可依醫院現行收案標準列計。 4.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

條號	評定基準	評分說明	評量方法
		成。 〔註〕 1.ST 段上升之急性心肌梗塞病人，醫院於收治病後發現有轉院之必要，應儘速於 30 分鐘內穩定病人狀況進行必要之處置辦理轉院，並事先通知及提供相關病歷資料。 2.轉院醫院之路程選擇，時間以 30 分鐘為主，惟病人或家屬另有要求，不在此限。 3.如係本分院及院區間轉診，病人到達第 2 家醫院後，第 2 家醫院之 Door to balloon time 應小於 60 min。 4.應有統計資料可供查核。	時間進行計算。 5.有關 STEMI 病人接受 Door to balloon time 大於 90 min，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。 6.醫院於收治病後若有轉院之必要，此項 30 分鐘是以病人抵達急診完成心電圖並判定為 STEMI 病人開始計算。 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。 8.本項今年度僅規範偏遠地區及同體系醫院，外島地區不在此限。
3.2.5	ST 段上升之急性心肌梗塞病人接受靜脈血栓溶解劑小於 30 min 之比例應大於 70% (含)	【重度級】 符合：醫院均應符合。 1.接受靜脈血栓溶解劑的 ST 段上升之急性心肌梗塞病人人次，其抵達急診至給藥時間 (Door to needle time) 小於 30 min 之達成率應大於 70% (含)。 2.應有統計資料可供查核。 【中度級】 評定條件：中度級醫院接受靜脈血栓溶解劑病例數 < 5 時，本項不適用。 符合： 1.接受靜脈血栓溶解劑的 ST 段上升之急性心肌梗塞病人人次，其抵達急診至給藥時間 (Door to needle time) 小於 30 min 之達成率應大於 70% (含)。	1.委員實地訪查時，醫院提供「季報表」資料備查。 2.如所有案例僅執行 Primary PCI，本條可評量為「不適用」。

條號	評定基準	評分說明	評量方法
		2.應有統計資料可供查核。 部分符合： 1.接受靜脈血栓溶解劑的 ST 段上升之急性心肌梗塞病人人次，其抵達急診至給藥時間（Door to needle time）小於 30 min 之達成率應達 50%-70%。 2.有導管室者應以 Primary PCI 為優先，但造成少數適應症不符，或無意選 PCI 患者在接受血栓溶解劑時延誤，如紀錄說明清楚可列符合，但限血栓溶解患者佔率 < 10%。 3.應有統計資料可供查核。 〔註〕 ST 段上升之急性心肌梗塞病人係指 ST 段上升之急性心肌梗塞病人到急診之人次。	
3.2.6	ST 段上升之急性心肌梗塞病人適合接受靜脈血栓溶解劑或緊急冠狀動脈介入術（Primary PCI）治療已接受之比例	【重度級、中度級】 醫院應提供下列資料： 1. ST 段上升之急性心肌梗塞病人到急診之人次。 2.ST 段上升之急性心肌梗塞病人到急診接受靜脈血栓溶解劑治療病人人次或緊急冠狀動脈介入術（Primary PCI）病人人次之加總。 〔註〕 適合接受靜脈血栓溶解劑或緊急冠狀動脈介入術（Primary PCI）治療係指分別計算 ST 段上升之急性心肌梗塞病人到急診接受靜脈血栓溶解劑治療病人人次或緊急冠狀動脈介入術（Primary PCI）病人人次之加總。	委員實地訪查時，醫院提供「季報表」資料備查。

第四章 重大外傷病人照護品質

條號	評定基準	評分說明	評量方法
4.1	完善組織及處置流程		
4.1.1	應有外傷處置小組，並訂有重大外傷病人啟動及處置流程（含住院、手術、轉院標準）	【重度級、中度級】 醫院均需訂有重大外傷病人啟動及處置流程，且有執行紀錄，並備有資料佐證。 〔註〕 重大外傷應至少包含下列之一： 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.醫院自行定義之重大外傷。	1.醫院所訂之重大外傷病患處置流程需可行，並有後續檢討。 2.請醫院提供重大外傷病患處置流程（含住院、手術、轉院標準）、外傷處置小組啟動標準及名單。 3.「轉院」係指病人由急診轉至他院。 4.重大外傷病人主要以查核因緊急外傷至急診掛號之病人。 5.外傷處置小組當日負責醫師不得同時擔任急診第一線值班醫師。 6.外傷處置小組成員可參照本基準 4.1.3 評分說明，對中、重度級所規範之專科醫師科別組成外傷處置小組。
4.1.2	應有外傷嚴重度（ISS）之評估紀錄	【重度級、中度級】 符合：醫院均需有評估紀錄，並置於病歷內，其完成率達 80%以上。 部分符合：醫院均需有評估紀錄，並置於病歷內，其完成率達 60%-80%。 〔註〕 外傷嚴重度（ISS）之評估對象係指： 1.因外傷主因之住院病人。 2.啟動外傷處置小組之病人。 3.排除到院前或在急診死亡之病人。	1.外傷嚴重度（ISS）之評估紀錄應呈現於病歷中，並以於出院病歷呈現為佳。另考量外院之評估紀錄可能未完整，ISS 評估對象仍請依本條註解外傷嚴重度（ISS）之評估對象辦理。 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.不論紙本或電子病歷，只要在病歷中呈現 ISS 評估紀錄即可。
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、泌尿外科、一般外科（含小兒外科、直腸肛門外科）、眼科、耳鼻喉科、婦產科、放射科、麻醉科等專科醫師之緊急會	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進

條號	評定基準	評分說明	評量方法
		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。	行，不論科別均可啟動外傷相關各專科醫師緊急會診機制。
4.1.4	應有專責處理重大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】 僅重度級需符合。符合： 1. 外傷小組或外傷科、部之負責人及全部醫師應領有高級外傷救命術（ATLS）證書。 2. 應有專責外傷計畫個案管理師，並具備醫護背景。 3. 應定期舉行外傷死亡及併發症病例討論會。 4. 80% 以上外傷醫護人員[含外傷小組及外（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）]每年需具備 8 小時外傷繼續教育時數。 部分符合： 1. 外傷小組或外傷科、部之負責人及全部醫師應領有高級外傷救命術（ATLS）證書。 2. 應有專責外傷計畫個案管理師，並具備醫護背景。 3. 應定期舉行外傷死亡及併發症病例討論會。 4. 60%-80% 外傷醫護人員[含外傷小組及外（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）]每年需具備 8 小時外傷繼續教育時數。 [註] 外傷醫護人員定義係指專任於外傷病房（含外傷加護病房）及照護重	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：病房及加護病房重大外傷個案比率、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。

條號	評定基準	評分說明	評量方法
		大外傷病人之醫護人員。	
4.2	良好的處置品質	【重點】 1. 重度級： (1) 抽查評定前 1 年度至評定日前之假日及夜間（5 pm ~8 am）重大外傷病人病歷 10 份（由醫院自行準備 5 份、委員抽 5 份），作為評分依據。 (2) 需定期舉行跨科部之外傷品質討論會。 2. 中度級：提供外傷轉診病歷 5 份進行審查。	1. 定期係指至少每季 1 次。 2. 中度級應準備外傷轉診病歷 5 本，若未達 5 本則以在院治療之病歷補足。 3. 重度級評分說明第 2 點以抽查假日及夜間重大外傷病人病歷為主，如病人從白天處置到晚上之病歷應包含在內。 4. 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。如第一次 10 本病歷之達成率即小於或等於 50%，該項評量為不合格。 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. 醫院需提供評定基準 4.2.1、4.2.2 及 4.2.4 等條號之病歷清單。
4.2.1	外傷小組啟動時間應符合規定，且應有啟動及評估紀錄	【重度級】 符合：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。 部分符合：外傷小組啟動後至到達時間小於 10 分鐘之達成率達 60%-80%。 【中度級】 符合：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。 部分符合：外傷小組啟動後至到達時間小於 30 分鐘之達成率達 60%-80%。	1. 本年度申請重、中度級之醫院，於前一年至實地訪查當日期間，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。

條號	評定基準	評分說明	評量方法
4.2.2	昏迷指數 ≤ 8 分於急診接受氣管內插管	【重度級、中度級】 符合：達成率均需符合達 80% 以上。 部分符合：達成率需符合達 60%-80%。 〔註〕 本條係指外傷病人	
4.2.3	重大外傷病人轉入與轉出統計及原因分析	【重度級、中度級】 醫院均需符合。	1. 委員實地訪查時，請醫院提供每月之統計資料。 2. 重大外傷病人轉入轉出，是指從他院轉入本院急診或從本院急診轉出至外院之重大外傷病人。
4.2.4	緊急重大外傷手術於 30 分鐘內進入開刀房比率	【重度級、中度級】 符合：達成率均需符合 80% 以上。 部分符合：達成率需符合 60%-80%。 〔註〕 1. 緊急重大外傷定義：胸、腹腔內大量出血，致生命徵象不穩定需緊急手術者。 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。	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」係指重大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. 若醫院於前一年至實地訪查當日期間，皆未收治緊急重大外傷病人而無法執行緊急重大外傷手術，請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。
4.2.5	單獨肝臟與單獨脾臟外傷手術與非手術之紀錄與分析	【重度級、中度級】 醫院均需符合。 〔註〕 申請中度級且無單獨肝臟、單獨脾臟外傷手術與非手術病人之醫院，本條得免評。	1. 本基準之病人診斷可包含脾臟、肝臟或多重外傷合併肝脾裂傷之手術及非手術個案。 2. 請醫院依據現況據實呈現即可，若無個案，請呈現於自評資料表內。
4.2.6	外傷病人留觀或等候住院 24 小時以上之人次統計與原因分析	【重度級、中度級】 醫院均需符合。	委員實地訪查時，請醫院提供每月之統計資料。
4.3	具備即時處置能力		
4.3.1	應能全天候處置重大外傷病人（包括執行緊急	【重度級】僅重度級需符合。 提供夜間及假日執行手術或血管攝影栓塞之病歷紀錄統	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。

條號	評定基準	評分說明	評量方法
	外傷手術)	計表，作為評分依據。	2.假日包含星期六、星期日及例假日。 3.夜間係指當日 5pm 至隔天 8am。

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	評分說明	評量方法
5.1	完善處置流程	【重點】 對於高危險妊娠孕產婦及新生兒之照護應有完善處置流程與會診機制。	1.實地評定時醫院應針對各項基準準備自評定前一年至評定當日之相關佐證資料，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。 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、子癰前症及子癰症。 (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、手術轉院標準、緊急會診機制等）	【重度級、中度級】 符合：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。 部分符合：醫院需訂有不同高危險妊娠孕產婦照護之處置流程，備有資料可查。	1.醫院須有從事高危險妊娠 2 年以上婦產科專科醫師，並就不同高危險妊娠孕產婦之照護處置訂定流程。 2.所有流程均需呈現就不同高危險妊娠之完善處置。
5.1.2	應訂有新生兒（含早產兒）處置流程（含轉院標準、緊急會診機制等）	【重度級】 醫院均需訂有新生兒（含早產兒）處置流程，確實執行，並備有資料可查。 【中度級】 符合：醫院均需訂有新生兒	1.本條文之流程由院方自行訂定，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

條號	評定基準	評分說明	評量方法
		(含早產兒)處置流程,確實執行,並備有資料可查。 部分符合:醫院均需訂有新生兒(含早產兒)處置流程,雖備有流程但無執行資料可查。	有流程資料可查。 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。 3.申請中度級評定者不局限於是否設有NICU,但至少需有兒科加護病房可照護新生兒(含早產兒)。
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	【重度級、中度級】 符合: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 100%。 部分符合: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比例達 80%-100%。 〔註〕 緊急係指母體生命徵象不穩定(如嚴重型高血壓、休克等)、胎心音不穩或其他可能危害母體、胎兒生命的情況。	1.委員實地訪查時,請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。
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	【重度級】 符合: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 70% (含) 以上。 部分符合: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%-70%。 【中度級】 符合: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	1.高危險妊娠照護訓練,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,委員實地訪查時請提供 2 年內之教育訓練證明。 2.委員實地訪查時,請提供統計資料。 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)。 4.實地訪查時委員將查閱評定前一年至評定當日產房及照護安胎孕產婦之護理人員是

條號	評定基準	評分說明	評量方法
		達 60% (含) 以上。 部分符合：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 50%-60%。	否有符合評分說明之人數曾接受過相關訓練。
5.2.2	應有新生兒科醫師，並具效期內新生兒高級救命術 (NRP) 證書	【重度級】 符合：下列項目全部符合者。 1.至少需有 2 名新生兒科醫師，能全責照護重症新生兒(含早產兒)。 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% 以上。 部分符合：下列項目全部符合者。 1.至少需有 2 名新生兒科醫師，能全責照護重症新生兒 (含早產兒)。 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 70%-90%。 【中度級】 符合：下列項目全部符合者。 1.至少需有 1 名新生兒科醫師，能全責照護重症新生兒(含早產兒)。 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% 以上。 部分符合：下列項目全部符合者。	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)。

條號	評定基準	評分說明	評量方法
		1.無新生兒科醫師，但兒科專科醫師受過新生兒專業訓練。 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 50%-70%。 [註] 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，並領有相關認證。	
5.2.3	應有社工師提供 24 小時會診	【重度級】僅重度級需符合。	1.請醫院提供社工師排班表。 2.社工師提供 24 小時會診係指 24 小時待班（on call）非值班（on duty）。
5.3	具備即時處置能力	【重點】 1.重度級：抽查評定前 1 年度至評定日前之假日及夜間（5pm ~8 am）之緊急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），作為評分依據。 2.中度級：自行準備之緊急高危險妊娠孕產婦與新生兒（含早產兒）病歷各 5 份。	1.申請中度級急救責任醫院評定之病歷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。 2.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。如第一次 10 本病歷之達成率即小於或等於 50%，該項評量為不合格。 3.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。
5.3.1	應能於假日及夜間處置高危險妊娠孕產婦	【重度級】 符合：病歷抽查結果達 80% 以上。 部分符合：病歷抽查結果達 70%-80%。 【中度級】	1.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。如第一次 10 本病歷之達成率即小

條號	評定基準	評分說明	評量方法
		符合：病歷審查結果達 80% 以上。 部分符合：病歷審查結果達 60%-80%。	於或等於 50%，該項評量為不合格。 2.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。
5.3.2	應能於夜班執行高危險妊娠孕產婦緊急分娩及剖腹產手術	【重度級】 符合：病歷抽查結果達 80% 以上。 部分符合：病歷抽查結果達 70%-80%。	1.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。如第一次 10 本病歷之達成率即小於或等於 50%，該項評量為不合格。 2.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。
5.3.3	應能於假日及夜間處置急重症新生兒（含早產兒）	【重度級】 符合：病歷抽查結果達 80% 以上。 部分符合：病歷抽查結果達 70%-80%。 【中度級】 符合：病歷審查結果達 80% 以上。 部分符合：病歷抽查結果達 60%-80%。	1.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。 2 申請重度級急救責任醫院抽查評定前 1 年度至評定日前假日及夜間（5 pm~8 am）處置急重症新生兒（含早產兒）之病歷 10 份（由醫院自行準備 5 份、委員抽 5 份）。 3.申請中度級急救責任醫院自行準備假日及夜間（5 pm~8 am）處置急重症新生兒（含早產兒）之病歷 5 份。
5.3.4	應能於假日及夜間執行急重症新生兒（含早產兒）	【重度級】僅重度級需符合。 符合：病歷抽查結果達 80% 以上。	1.抽查評定前 1 年度至評定日前假日及夜間（5 pm~8 am）執行急重症新生兒（含早產

條號	評定基準	評分說明	評量方法
	手術或介入性治療	部分符合：病歷抽查結果達70%-80%。	兒)手術或介入性治療之病歷10份(由醫院自行準備5份、委員抽5份)。 2.如僅投與NO(氧化氮)、注射抗生素治療，不屬於介入性治療。

第六章 加護病房照護品質

條號	評定基準	評分說明	評量方法
6.1.	加護病房之照護人力	【重點】 查核大外科、大內科加護病房及負責急性腦中風、急性冠心症、重大外傷及新生兒照護之加護病房。	1. 燒傷中心、急診加護病房不列入查核範圍，且急診加護病房醫師人力不可與急診共用。 2. 未申請第五章高危險妊娠孕產婦及新生兒(含早產兒)照護品質之評量者，不需進行新生兒加護病房查核。
6.1.1	加護病房每 10 床應有專責主治醫師 1 人以上，負責加護病房醫療業務	【重度級】 設置一個以上加護病房時，人力分別計之，且每一加護病房至少應有 1 名專責主治醫師之配置。 【中度級】 加護病房之醫師床位比，得以全院加護病床加總計算。 [註] 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。 2. 專責主治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。 3. 「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。 4. 重症加護相關訓練係指具內科、兒科、外科、神經外科、神經科、麻醉科、急診醫學科、職業醫學科專科醫師均屬之（專科醫師訓練課程有含急、重症訓練計畫者）。 5. 加護病床數係指醫院向衛生局登記開放之床位數，考量實際年平均佔床率四捨五入後計算。 6. 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	1. 查核重點：可查證病歷、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 床應有專責主治醫師 1 人以上之計算方式：加護病床數/10。（專責主治醫師取整數，以小數點第一位無條件進位） 5. [註] 第 1 點「其餘時間」不包含星期六、星期日、例假日及夜診。 6. 若有任一加護病房醫師人力不符合，則本條即認列不合格。 7. 急性腦中風病人接受 rt-PA 治療後，於加護病房內應有神經科專科醫師負責主治；或與原加護病房專責醫師合併主治。 8. 專責主治醫師只能收治加護病房病人，病人若轉至其他病房時須由其他主治醫師收治病人，第五章新生兒中重度病房不在此限。 9. 重度級醫院若設置一個以上之加護病房時，人力需分別計之，其中加護病房之分類請醫院依收治病人特性及運作情形進行自行訂定。

條號	評定基準	評分說明	評量方法
		一位四捨五入)	10.新生兒科加護病房之專責主治醫師未規定需由新生兒科醫師負責，惟新生兒之照顧則應由新生兒科醫師負責照護為佳，以維護新生兒之照護品質。 11.如醫院加護病房之設置屬綜合加護病房，加護病房專責主治醫師無需分科別。 12.病人於急診施打靜脈血栓溶解劑，進入加護病房內應有神經科負責主治；或與原加護病房專責醫師合併主治。
6.1.2	24 小時均應有醫師於加護病房值班	【重度級】 下列項目全部符合者。 1.需 RI[已完成一年期醫師畢業後一般醫學訓練 (PGY)] 以上住院醫師在加護病房值班。 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。假日、夜間則應有較資深的醫師值班（須有二線排班表佐證），且各加護病房人力分開計算。 3.新生兒（含早產兒）加護病房每日平均住院人數小於 5 人時，可與兒科加護病房合併值班。 4.新生兒（含早產兒）加護病房每日平均住院人數計算公式： $\text{新生兒（含早產兒）加護病房每日平均住院人數} = \frac{\text{新生兒（含早產兒）加護病床每日病人數} + \text{總日數}}{\text{總日數}}$ （取整數，小數點第一位無條件進位） 【中度級】 1.24 小時有醫師於加護病房值班，不得兼值其他病房、一般會診及手術。緊急醫療資源不足地區醫院、指定之地區級急救責任醫院及加護病	1.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。 2.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。 3.請醫院具體陳述如何執行緊急會診之方式，實地訪查時請備會診紀錄以供查閱。 4.加護病房專責主治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，惟請醫院考量其工作負荷，不宜影響醫療品質。

條號	評定基準	評分說明	評量方法
		房每日平均住院人數小於 5 人以下者可兼值其他病房及一般會診。 2.加護病房每日平均住院人數=加護病床每日病人數加總/總日數(取整數，小數點第一位無條件進位) [註] 1.委員得視需要抽查病歷、值班表及門診表。 2.值班醫師須領有高級心臟救命術(ACLS)證書。 3.「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。	
6.2	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	【重度級】 抽查評定前 1 年度至評定日前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，是否有因「加護病房床位」不足因素而轉院之病歷。 【中度級】 應有合理之病床調度機制。	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、醫院製定之機制及執行狀況，以評定其運作是否良好。
6.3	定期監測加護病房照護品質		
6.3.1	應定期進行加護病房品質指標監測，並有具體改善方案	【重度級】 下列項目全部符合者。 1.應至少每季監測加護病房品質指標，並研擬相關具體改善方案。 2.至少應提供下列各項品質指標： (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、病床周轉率。 (3)加護病房病人嚴重度合宜性，包括 APACHE SCORE、兒科 N-TISS、神經科 NIHSS 及 GCS、	1.加護病房品質指標應依醫院病人特性及視其實際科別與運作，提供每季相關嚴重度指標結果供委員查閱；另呈現方式可依醫院討論之方式呈現。 2.「嚴重度合宜性」之量表，應依醫院病人特性及視其實際科別提供相關嚴重度指標結果供委員查閱。 3.加護病床周轉率（加護病房出院之總人次/加護病房總病床數）所指「出院」係指病人出院、轉出及死亡而離開加護病房。 4.神經外科 GCS 評分，若為死亡病例請以書面資料呈現即

條號	評定基準	評分說明	評量方法
		神經外科 GCS、心臟科 TIMI 等。 【中度級】 下列項目全部符合者。 1.應至少每季監測加護病房品質指標，並提供指標資料備查。 2.至少應提供下列各項品質指標： (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、病床周轉率。 (3)加護病房病人嚴重度合宜性，包括 APACHE SCORE、兒科 N-TISS、神經科 NIHSS 及 GCS、神經外科 GCS、心臟科 TIMI 等。	可。