

醫院評鑑及教學醫院評鑑說明會

講師：林宏榮首席醫療副院長

服務機關：奇美醫療財團法人奇美醫院

區域醫院、地區醫院適用版

第 2.1 章 病人及家屬權責

第 2.3 章 醫療照護之執行與評估

第 2.4 章 特殊照護服務

大綱

- 108年度醫院評鑑基準(草案)研修重點
- 醫院評鑑基準(草案)說明
 - 評量項目
 - 107年委員共識
 - 常見改善意見
 - 歷年常見Q&A
- 實地評鑑重點提醒

108年度醫院評鑑基準 (草案)條文分類統計表

篇	章		條數	可免評 條文數	必要 條文數	重點 條文數	試評 條文數	試免 條文數
一、 經營管理	1.1	醫院經營策略	5	1	0	0	0	0
	1.2	員工管理與支持制度	7	0	0	0	0	0
	1.3	人力資源管理	10	6	9	0	2	0
	1.4	病歷、資訊與溝通管理	4	1	0	0	0	0
	1.5	安全的環境與設備	7	1	0	0	0	0
	1.6	病人導向之服務與管理	5	0	0	0	0	1
	1.7	風險與危機管理	5	1	0	1	1	0
第一篇合計			43	10	9	1	3	1
二、 醫療照護	2.1	病人及家屬權責	4	0	0	0	0	0
	2.2	醫療照護品質與安全管理	3	0	0	0	0	0
	2.3	醫療照護之執行與評估	16	3	0	1	0	0
	2.4	特殊照護服務	24	24	1	0	1	0
	2.5	用藥安全	9	1	0	0	0	0
	2.6	麻醉及手術	9	9	0	0	0	0
	2.7	感染管制	3	0	0	3	0	0
	2.8	檢驗、病理與放射作業	14	12	0	0	0	0
第二篇合計			82	49	1	4	1	0
總計			125	59	10	5	4	1

108年度醫院評鑑基準(草案)研修重點

- 本年度研修重點以酌修文字內容為主，試評項目均轉為正式評量項目，惟原屬優良項目者於地區醫院得免評
- 本年不納入評鑑，於109年列為試評之條文或評量項目者，於條號前或評量項目後，以「試免」字註記
- 適當之精神照護人力配置列為108年之試評必要條文 (詳見基準2.4.10)
- 牙科與中醫相關試評條文轉為正式條文

108年度醫院評鑑基準說明

- 本次說明就108年未修正、107年委員無特殊共識、亦無改善意見、醫院Q&A之條文，不再另行說明。(如：基準2.3.12、2.3.16、2.4.12、2.4.13、2.4.16、2.4.22-2.4.24)

2.1.1 明訂維護病人權利的政策或規範，並讓病人、家屬及員工瞭解、尊重其權利(1/2)

■ 評量項目

□ 符合項目

1. 醫院秉持「病人為醫療的主體」的理念，為維護病人權利，訂有相關政策或規範，並公告週知
2. 若設有精神科住院病房(不含日間病房)之醫院，對強制住院與強制鑑定之病人的處置，需符合精神衛生法之規定
3. 醫院有舉辦或外派員工出席病人權利、醫療倫理與醫事法規等教育訓練活動

□ 評量方法及建議佐證資料

1. 醫院病人權利政策或規範
2. 醫院住院須知
3. 工作人員之教育訓練紀錄

2.1.1 明訂維護病人權利的政策或規範，並讓病人、家屬及員工瞭解、尊重其權利(2/2)

■ 107年評鑑委員共識

1. 醫院應有相關規範，評鑑委員應尊重醫院的做法
2. 查核重點應在醫院對於有關保護病人權利的落實程度，「善盡保密義務」是否落實執行

2.1.2 病人於門診及住院時之檢查、處置與檢體採集和運送，皆應保障其隱私及權利(1/4)

■ 評量項目

□ 符合項目

1. 與病人進行溝通、病情說明、執行觸診診療行為及徵詢病人同意時，均應考量到環境及個人隱私之保護
2. 病人就診、檢查及處置時，應排除不相關者在場，並於場所中備有布簾、被單、治療巾等，對於較私密部位之檢查，應徵得病人同意，避免過度暴露，並依需要安排合適之醫事人員陪同，協助觀察病人、注意隱私之維護
3. 於診療過程中呼喚病人時，宜顧慮其權利及尊嚴；候診區就診名單之公布，應尊重病人之意願，以不呈現全名為原則。對實(見)習學生在旁學習，應事先充分告知病人，若為教學醫院其教學門診應有明顯標示

2.1.2 病人於門診及住院時之檢查、處置與檢體採集和運送，皆應保障其隱私及權利(2/4)

■ 評量項目

□ 符合項目

- 4.住院訂有探病及陪病之規範，床位配置及病室空間有顧及病人性別與隱私；在公開標示病人姓名前，亦有尊重病人或家屬意願的機制，並確實執行
- 5.教學醫院之教學迴診，若有受訓學員在旁學習，應事先告知病人
- 6.病人檢體之採集和運送，有考量病人之隱私

□ [註]

- 1.可參考衛生福利部104年1月30日衛部醫字第1041660364號公告修正之「醫療機構醫療隱私維護規範」

2.1.2 病人於門診及住院時之檢查、處置與檢體採集和運送，皆應保障其隱私及權利(3/4)

■ 評量項目

□ 評量方法及建議佐證資料

1. 診間、檢查室與病房的环境及維護隱私作法
2. 探病及陪病的規範
3. 檢視公開病人姓名是否與病人意願一致
4. 檢體之採集和運送過程

■ 107年評鑑委員共識

1. 徵詢「同意」方式不限形式，有可確認病人或家屬「同意」之機制即符合
2. 評鑑委員於實地評鑑時，可詢問病人或家屬確認其知悉

2.1.2 病人於門診及住院時之檢查、處置與檢體採集和運送，皆應保障其隱私及權利(4/4)

■ 107年評鑑委員共識

3. 符合項目3，若有實習學生在旁學習的門診應有公告，事先充分告知病人，讓病人知悉
4. 查核重點應在醫院對於保護病人隱私機制是否落實執行

■ 常見改善意見

- 病人檢體之採集與傳送應保護個人隱私並加以適當遮蔽

2.1.3 在診斷治療病人的過程，應適當說明病情、處置、治療方式，並依規定取得病人同意(1/6)

■ 評量項目

□ 符合項目

1. 在診斷治療病人的過程，應適當說明病情、處置、治療方式
2. 應向住院病人說明住院理由、病情及診療計畫，並於病歷中記載
3. 應於適當時機請病人、家屬參與醫療決策討論
4. 當病人表明欲徵詢第二意見時，應提供適當的病歷資料，供被徵詢者參考
5. 訂有侵入性檢查或治療項目及簽具同意書之作業規範，並提供書面說明，若遇未成年或無法親自簽具同意書者，應明訂確認或選擇簽具同意書者之流程

2.1.3 在診斷治療病人的過程，應適當說明病情、處置、治療方式，並依規定取得病人同意(2/6)

■ 評量項目

□ 符合項目

6. 手術前應說明手術方式及其優缺點、手術或非手術等之其他替代治療方法，並說明手術、麻醉的必要性及不做時之利害、得失，且具體說明危險性及合併症、萬一發生時之處置方法
7. 說明後，並經病人同意，簽具手術同意書，同意書之簽具，病人為未成年人或無法親自簽具者，得由其法定代理人、配偶、親屬或關係人簽具
8. 應有政策推動病人、家屬參與醫病共享決策(Shared Decision Making, SDM)之過程
9. 針對特殊需求者，能提供促進溝通之協助(試免)

符合項目8，107年原為試評項目，本年度轉為正式項目

2.1.3 在診斷治療病人的過程，應適當說明病情、處置、治療方式，並依規定取得病人同意(3/6)

■ 評量項目

□ [註]

1. 醫療法第64條：「醫療機構實施中央主管機關規定之侵入性檢查或治療，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人說明，並經其同意，簽具同意書後，始得為之。但情況緊急者，不在此限。前項同意書之簽具，病人為未成年人或無法親自簽具者，得由其法定代理人、配偶、親屬或關係人簽具」
2. 有特殊需求的族群，如高齡長者、身心障礙者及新住民等。可依病人需求提供適切的溝通服務，如：病人慣用語言或外語之翻譯，聽障者手語翻譯、唇語、筆談、同步聽打、寫字板、溝通板，視障者點字資料、18號字體以上之資料

2.1.3 在診斷治療病人的過程，應適當說明病情、處置、治療方式，並依規定取得病人同意(4/6)

■ 評量項目

□ [註]

3.若無侵入性檢查或治療之醫院，符合項目5不納入評量範圍

4.符合項目8之執行可以參考衛生福利部醫病共享決策平台
(<https://sdm.patientsafety.mohw.gov.tw/>)

5.符合項目9本年不納入評鑑，於109年列為試評項目

□ 評量方法及建議佐證資料

1.侵入性檢查或治療之作業規範、書面說明書與同意書

2.病歷紀錄

3.工作人員的教育紀錄

4.標準作業規範

5.抽查病歷紀錄之手術及麻醉同意書

2.1.3 在診斷治療病人的過程，應適當說明病情、處置、治療方式，並依規定取得病人同意(5/6)

■ 107年評鑑委員共識

1. 評鑑委員於實地評鑑時，詢問對象宜以照護團隊、病人(家屬)為主
2. 使用病人可了解的語言及方式使病人理解
3. 說明及會談空間不一定需是獨立之專用空間，有可維護病人隱私的空間即可(如：單人房)
3. 向病人說明病情及治療方式、特殊治療及處置之說明內容不一定要製作成說明書，亦得以多元的方式進行有效的溝通
4. 符合項目4所提「第二意見」，應為另一醫師之意見，另照會或轉介等亦認計

2.1.3 在診斷治療病人的過程，應適當說明病情、處置、治療方式，並依規定取得病人同意(6/6)

■ 常見改善意見

1. 手術同意書說明內容宜針對不同疾病、手術方式有各別版本，並依病人特性之需求擬定、說明
2. 醫師及病人或家屬簽具手術同意書時，應落實載明日期及時間

醫院能對病人、家屬提供有關生命末期醫療抉擇的相關資訊並予以尊重，以維護其權益，並建立機制以檢討醫療倫理與法律相關之病例與主題(1/3)

■ 評量項目

□ 符合項目

1. 為尊重及維護病人的醫療自主權，針對生命末期的醫療抉擇，醫院有對病人及家屬提供相關的資訊並宣導，如：安寧緩和醫療、不施行心肺復甦術、維生醫療抉擇、器官捐贈、醫療委任代理人等
2. 醫院針對醫師、護理及社工人員等，有舉辦或外派有關生命末期醫療抉擇的教育訓練
3. 工作人員會讀取病人IC卡內有關器官捐贈意願及安寧緩和醫療意願之註記資料
4. 為尊重並執行病人生命末期醫療的意願，醫院訂有相關規範或標準作業程序，落實執行並有紀錄，以維護病人醫療自主權利

醫院能對病人、家屬提供有關生命末期醫療抉擇 2.1.4 的相關資訊並予以尊重，以維護其權益，並建立 機制以檢討醫療倫理與法律相關之病例與主題(2/3)

■ 評量項目

□ 符合項目

5. 檢討院內實際案例或他院之教案案例，並訂出醫療照護人員依循之倫理準則

符合項目4、5，107年原為試評項目，**本年度轉為正式項目**，惟申請「地區醫院評鑑」者可免評

□ [註]

1. 參考「安寧緩和醫療條例」、「人體器官移植條例」、「生命末期病人臨終照護意願徵詢作業指引」及「病人自主權利法」辦理
2. 符合項目4、5申請「地區醫院評鑑」者可免評

醫院能對病人、家屬提供有關生命末期醫療抉擇 2.1.4 的相關資訊並予以尊重，以維護其權益，並建立 機制以檢討醫療倫理與法律相關之病例與主題(3/3)

■ 評量項目

□ 評量方法及建議佐證資料

1. 訪談工作人員宣導的方式
2. 相關工作人員教育訓練的紀錄
3. 工作人員實地操作讀取IC卡註記資料
4. 相關規範或標準作業程序及執行紀錄(可)
5. 醫學倫理委員會諮詢紀錄(可)

2.3.1 住院病人應由主治醫師負責照護，每日應有醫師迴診(1/2)

■ 評量項目

□ 符合項目

1. 住院病人應由主治醫師負責照護，並讓病人知悉其主治醫師
2. 若主治醫師不在時，有明確規定代理機制及排定代理人員名單
3. 每日應有醫師迴診，了解病人病況之變化，以調整診療計畫
4. 每日病程紀錄應有主治醫師簽章，全面或部分實施電子病歷之醫院，相關主治醫師複簽、修改紀錄、簽名應符合電子簽章規範

□ 評量方法及建議佐證資料

1. 醫師職務說明書
2. 職務代理辦法

2.3.1 住院病人應由主治醫師負責照護，每日應有醫師迴診(2/2)

■ 評量項目

□ 評量方法及建議佐證資料

3. 醫師值班表
4. 醫師假日迴診之規範
5. 紙本或電子病歷修改紀錄
6. 電子病歷歷史修改紀錄

■ 107年評鑑委員共識

1. 符合項目2所提「主治醫師不在時」係指任何時候不在院之情況，非單指請假
2. 符合項目3所提「醫師」非單指「主治醫師」
3. 本條文以progress note上之紀錄及訪談病人醫師查房情形為主
4. 評鑑委員於實地評鑑時，可詢問病人或家屬，確認醫師是否每日來診

2.3.2 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(1/3)

■ 評量項目

□ 符合項目

1. 主治醫師需親自診察評估病情，視病情修訂診療計畫，病程紀錄能適當的反應病況變化
2. 病歷記載能顯示達成診斷及實施處置之合理思考邏輯，且應適時、適當呈現特殊檢查、檢查方法、檢驗、處置之理由，及影像診斷報告的臨床評估
3. 有定期的診療摘要紀錄或交班摘要
4. 個案 會診及 討論結果應記錄於病人診療紀錄內；當病人需要轉科或轉院時，應將 診療紀錄 妥善轉予相關科別或醫院

符合項目2、3、4，107年原為試評項目，**本年度轉為正式項目**，惟申請「地區醫院評鑑」者可免評

2.3.2 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(2/3)

■ 評量項目

□ [註]

1. 診療計畫(plan to do)不需為獨立單張，亦未規定須由病人或家屬簽名
2. 符合項目2、3、4申請「地區醫院評鑑」者可免評

□ 評量方法及建議佐證資料

1. 病歷寫作規範
2. 紙本或電子病歷
3. 病歷紀錄品質檢討的相關資料(可)

2.3.2 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(3/3)

■ 107年評鑑委員共識

1. 查核重點應為：病人每日診視診治後之相關紀錄
2. 符合項目1所提「診療計畫」，需呈現於病歷紀錄中，可不需另行新增病歷單張

■ 常見改善意見

- 病歷記載應依病情之變化作記錄，且符合思考邏輯，不應前後倒置

2.3.3 醫療照護團隊人員應了解病人問題，並讓接班人員知悉；如有轉單位時，應製作照護摘要或交班紀錄，以達持續性照護(1/2)

■ 評量項目

□ 符合項目

1. 醫院訂有 醫療照護團隊人員 交接班作業流程
2. 醫療照護團隊人員能瞭解病人問題所在，且能交班清楚，使接班醫療照護團隊人員能瞭解病人問題
3. 轉換單位或照護團隊時，轉出單位醫療照護成員應製作照護摘要或交班紀錄，讓後續照護單位能提供持續性病人照護

□ 評量方法及建議佐證資料

1. 交接班作業流程
2. 交接班紀錄
3. 單位間轉床作業流程
4. 病人轉運作業規範

2.3.3 醫療照護團隊人員應了解病人問題，並讓接班人員知悉；如有轉單位時，應製作照護摘要或交班紀錄，以達持續性照護(2/2)

■ 107年評鑑委員共識

1. 「交班」至少包括「醫師對醫師」、「護理人員對護理人員」之交班，惟二者交班內容不可相互矛盾
2. 符合項目3係查核醫院對於轉換單位之作業流程的落實程度
3. 若醫院有「病人轉送安全檢核表」，可依院內訂定之保存年限規範保存即可，建議可將運送等級記錄在護理紀錄或醫囑，以利病人紀錄完整性

2.3.4 護理過程完整，能因應病人狀況提供適切可行的護理照護計畫

■ 評量項目

□ 符合項目

1. 能依病人狀況，提供適切的護理照護計畫
2. 護理過程紀錄應包括評估、計畫、措施及評值
3. 護理照護計畫具有個別性，有依病人狀況與需求，適時調整

符合項目3，107年原為試評項目，**本年度轉為正式項目**，惟申請「地區醫院評鑑」者可免評

□ [註]

1. 符合項目3申請「地區醫院評鑑」者可免評

□ 評量方法及建議佐證資料

1. 護理紀錄
2. 護理紀錄書寫規範

重2.3.5 適當的護病比

■ 評量項目

□ 符合項目

1. 應符合醫療機構設置標準

2.3.6 醫囑之記載與確認應有標準作業，以確保醫囑安全執行(1/3)

■ 評量項目

□ 符合項目

1. 醫院應明訂醫囑確認具體步驟及疑慮醫囑溝通機制，並確實執行
2. 明確訂定口頭(含電話)醫囑的範圍及處理方式，並有確認機制，且應於24小時內完成醫囑紀錄

2.3.6 醫囑之記載與確認應有標準作業，以確保醫囑安全執行(2/3)

■ 評量項目

□ 符合項目

- 3.對於容易發生錯誤之醫囑，應訂有預防措施，包括醫療名詞縮寫規範
- 4.應有檢討醫囑異常事件機制

符合項目3、4，107年原為試評項目，本年度轉為正式項目，惟申請「地區醫院評鑑」者可免評

□ [註]

- 1.符合項目3、4申請「地區醫院評鑑」者可免評

□ 評量方法及建議佐證資料

- 1.病歷(醫囑)書寫規範
- 2.口頭醫囑作業流程

2.3.6 醫囑之記載與確認應有標準作業，以確保醫囑安全執行(3/3)

■ 評量項目

□ 評量方法及建議佐證資料

3. 紙本或電子病歷

4. 醫囑異常事件通報、檢討及改善報告(可)

■ 107年評鑑委員共識

1. 符合項目1所提「醫囑」係由醫師複核並蓋醫師章(或簽名)為準

2. 符合項目2所提「口頭(含電話)醫囑的範圍及處理方式」係應依醫院實際狀況制定明確規範，內容包括口頭醫囑適用範疇及處理方式

■ 醫院Q&A

Q：若醫師直接從系統開立醫囑給予病人，是否可行？

A：醫院仍應明訂醫囑確認具體步驟及疑慮醫囑溝通機制，並確實執行

2.3.7 依病情需要，提供醫療照護團隊照會服務(1/2)

■ 評量項目

□ 符合項目

1. 醫院應明訂會診作業規範，包括會診完成時間
2. 會診時效性、結果及品質，有檢討機制
3. 病情複雜或不明確時，能適時召開團隊會診或整合照護會議，並鼓勵病人或家屬參與決策

符合項目2、3，107年原為試評項目，**本年度轉為正式項目**，惟申請「地區醫院評鑑」者可免評

□ [註]

1. 會診具時效性係指
 - 1) 緊急會診須於2小時內訪視病人
 - 2) 一般會診須於1個工作日內完成
2. 符合項目2、3申請「地區醫院評鑑」者可免評

2.3.7 依病情需要，提供醫療照護團隊照會服務(2/2)

■ 評量項目

□ 評量方法及建議佐證資料

1. 會診作業規範
2. 會診通知單及回覆單
3. 會診品質檢討改善會議紀錄(可)
4. 治療小組或整合照護會議紀錄(可)

■ 107年評鑑委員共識

1. 本基準主要針對一般病房之會診，並非急診緊急會診
2. 本基準僅規範緊急會診及一般會診之時效，特定科別之會診時效，醫院可自行規範

可2.3.8 依據病情評估結果，提供適切之復健治療計畫 (1/2)

■ 評量項目

□ 符合項目

- 1.訂有復健科復健治療作業規範
- 2.依病情需要透過會診及評估，制訂符合病人需要的復健治療計畫，並依病情需要轉介相關專業
- 3.應依病人之提供適當輔具評估或建議
- 4.復健團隊應對病人施行功能評估(包含不同疾病、種類的復健計畫)，以設定個別化訓練目標及計畫，再依功能恢復情形及訓練進度，適時執行評估，應將復健診療紀錄、訓練紀錄與定期/不定期評估資料併於病歷或診療紀錄中，具體呈現病人復健進展
- 5.相關治療師能主動配合床邊復健計畫，實施病人之床邊復健

符合項目4、5，107年原為試評項目，**本年度轉為正式項目**，惟
【符合項目4】申請「地區醫院評鑑」者可免評

可2.3.8 依據病情評估結果，提供適切之復健治療計畫 (2/2)

■ 評量項目

□ [註]

1. 未提供復健相關服務且未設有復健相關人員者，可自選本條免評
2. 符合項目4申請「地區醫院評鑑」者可免評

□ 評量方法及建議佐證資料

1. 復健治療作業規範
2. 復健治療會診單及紀錄單
3. 疾病別復健治療評估及輔具評估表單

■ 107年評鑑委員共識

□ 復健計畫需呈現於團隊照護之紀錄

2.3.9 提供病人身、心、靈及社會性的照護及支持措施 (1/3)

■ 評量項目

□ 符合項目

1. 對於自我照顧困難之病人，能指導或協助家屬讓病人得到基本的身體護理(如：無異味等)
2. 有對病人提供適當的心理、社會及靈性的支持措施
3. 應評估病人之心理及靈性支持措施，並尊重病人自主決定
4. 對於有需要的病人，醫院能主動提供社工、心理師、志工或宗教師的訪視、支持或諮詢服務
5. 實施預立醫療決定(Advance Decision, AD)，並訂有作業流程及員工相關教育訓練。(試免)

符合項目4，107年原為試評項目，**本年度轉為正式項目**，惟申請「地區醫院評鑑」者可免評

2.3.9 提供病人身、心、靈及社會性的照護及支持措施 (2/3)

■ 評量項目

□ [註]

1. 身體護理係指身體的清潔、排泄照護、舒適護理、協助進食、睡眠的適切照顧

2. 符合項目5本年不納入評鑑，於109年列為試評項目

3. 符合項目4申請「地區醫院評鑑」者可免評

□ 評量方法及建議佐證資料

1. 對病人提供身體、心理、社會及靈性的照護相關作業規範

2. 抽查相關病歷紀錄

3. 社工師、志工或宗教師等訪視紀錄

4. 身心靈需要評估、照顧紀錄或輔導計畫單

5. 個案討論會議紀錄

2.3.9 提供病人身、心、靈及社會性的照護及支持措施 (3/3)

■ 評量項目

□ 評量方法及建議佐證資料

6. 預立醫療自主計畫(Advance Care Planning, ACP)實施有關紀錄
(註：若未實施ACP本項不需提供)

2.3.10 訂有行動限制(隔離、約束)之作業常規(1/3)

■ 評量項目

□ 符合項目

1. 醫院應訂定實施行動限制的作業標準
2. 緊急狀況時得先執行，但應儘速向家屬解說清楚，並取得簽署的同意書

2.3.10 訂有行動限制(隔離、約束)之作業常規(2/3)

■ 評量項目

□ 符合項目

- 3.執行時，應讓病人感受獲得尊重，並能提供病人生理需求、注意呼吸及肢體循環；每班至少有一次行動限制相關紀錄，有異常狀況時須隨時記錄
- 4.於醫療上有必要時，醫囑及執行紀錄中應明確記述限制行動的必要性、形式、持續時間、注意事項等，並有確保行動限制方式安全、適當之機制，如無必要時，應儘速解除行動限制
- 5.執行前應確認病人或家屬充分了解行動限制的必要性，並取得家屬簽署的同意書

符合項目4、5，107年原為試評項目，本年度轉為正式項目，惟申請「地區醫院評鑑」者可免評

2.3.10 訂有行動限制(隔離、約束)之作業常規(3/3)

■ 評量項目

□ [註]

- 1.行動限制包含隔離、約束；惟不含「感染管制之隔離」
- 2.行動限制的作業常規須包括：不影響病人的安全下，依照病人病情，定時探視行動限制中的病人(一般病房有人陪伴者至少1小時探視1次，無人在旁陪伴者至少每30分鐘探視1次)
- 3.符合項目4、5申請「地區醫院評鑑」者可免評

□ 評量方法及建議佐證資料

- 1.病人行動限制相關作業規範
- 2.約束說明書、約束同意書、隔離說明書、隔離同意書
- 3.醫囑及執行、檢討紀錄

可2.3.11 評估病人營養狀態，並給予適切營養及飲食指導 (1/4)

■ 評量項目

□ 符合項目

1. 訂定營養篩檢、飲食指導等照會機制
2. 營養師依據營養評估之結果，給予個案營養診斷後，提供適切之營養支持、營養教育及飲食指導等
3. 營養照護建議可與醫療照護團隊其他成員參考討論後，據以共同擬定照護計畫
4. 對於需接受治療餐者，有提供營養照護品質策略，如：檢討其遵從用膳情形或指導其正確自備膳食等

可2.3.11 評估病人營養狀態，並給予適切營養及飲食指導 (2/4)

■ 評量項目

□ 符合項目

- 5.設有營養諮詢門診者，應有適當場所、必要之教具(如：食物模型或圖鑑、各類量匙量杯等容器)及設備(如：體重計、體組成分析儀等)

符合項目3、4、5，107年原為試評項目，**本年度轉為正式項目**，惟申請「地區醫院評鑑」者可免評

□ [註]

- 1.照會流程及機制指由醫護人員初步營養篩選，對無法進食或體重下降等營養不良高風險病人、特殊飲食(如：吞嚥困難的細軟、細泥飲食、各類流質、管灌飲食、糖尿病飲食、高蛋白高熱量飲食、各類術後飲食等)需飲食指導或營養介入者，轉介營養師進行營養評估

可2.3.11 評估病人營養狀態，並給予適切營養及飲食指導 (3/4)

■ 評量項目

□ [註]

2. 營養照會應於2個工作日內完成
3. 營養衛教及飲食指導對象可涵蓋病人及其主要照顧者：指導吞嚥功能障礙進食量與食材質地須依據語言治療師之吞嚥評估報告之建議，指導手功能障礙病人進食，可視需要與職能治療師共同協助器具處理指導
4. 急性一般病床49床以下，且未設加護病房、燒傷加護病房、亞急性呼吸照護病房、慢性呼吸照護病房、燒傷病房者，可自選本條免評
5. 符合項目3、4、5申請「地區醫院評鑑」者可免評

可2.3.11 評估病人營養狀態，並給予適切營養及飲食指導 (4/4)

■ 評量項目

□ 評量方法及建議佐證資料

1. 營養照護相關作業規範
2. 營養照會單及病歷紀錄
3. 營養相關團隊整合照護或個案討論會議紀錄。(可)
4. 營養照護相關品質改善會議紀錄。(可)

2.3.13 確實執行院內突發危急病人急救措施(1/4)

■ 評量項目

□ 符合項目

1. 明訂有院內突發危急病人急救措施標準作業程序，定期辦理全院性教育訓練，周知全體工作人員緊急事件的代號，及其因應處理步驟
2. 急救設備及藥品應有明確管理規範，確保設備功能及藥品衛材效期，並能正確操作
3. 全院員工至少應接受基本生命復甦術(Basic Life Support, BLS)、包含AED (Automated External Defibrillator)訓練，或有接受高級生命復甦術(Advanced Life Support, ALS)訓練，急重症單位(包括急診、加護病房、手術及麻醉部門)之醫護人員應定期接受高級生命復甦術訓練

2.3.13 確實執行院內突發危急病人急救措施(2/4)

■ 評量項目

□ [註]

1. 急救車藥物應每班別確實點班，若急救車上鎖或貼封條則毋須每班點班，至少每季核對急救用品(含管制藥品)有效期限

□ 評量方法及建議佐證資料

1. 院內突發危急病人急救措施之標準作業程序
2. 急救車管理規範
3. 急救車點班紀錄
4. 員工BLS與ALS教育訓練紀錄與證明

2.3.13 確實執行院內突發危急病人急救措施(3/4)

■ 107年評鑑委員共識

1. 評鑑委員實地訪談內容包含「不預期心跳停止」之因應方式
2. 若醫院急救車採「上鎖」管理，其「鎖」的使用應是遇緊急狀況時，可立即破壞打開使用為原則，以免延誤急救時效
3. 院內急救車之藥品及物品擺放位置應一致，以利新進人員及支援同仁儘快熟悉藥品位置
4. 急救車內之藥品應以急救藥物為原則，勿放置常備藥品

2.3.13 確實執行院內突發危急病人急救措施(4/4)

■ 常見改善意見

1. 應讓全體工作人員熟知緊急事件之通報流程及處理步驟
2. 人員對於緊急事件處理步驟不熟悉，應加強訓練及宣導
3. 急救車藥品擺放位置及數量應一致，以確保急救時能正確操作及取用
4. 急救車及電擊器之檢查頻率應一致
5. 急救車改用遇緊急狀況時，應使用可立即破壞打開的簡易鎖頭

2.3.14 依病人需求，提供適切、完整的出院照護計畫與指導(1/3)

■ 評量項目

□ 符合項目

1. 醫院應明訂出院照護計畫作業流程
2. 醫院與院外機構、縣市照顧管理中心建立轉診(介)作業流程
3. 出院照護計畫至少應包括：需求評估與疾病相關之計畫及指導，並能以書面資料提供給病人
4. 依個案需求，協助提供適當居家照護服務
5. 如出院病人為長照服務需求個案：
 - 1) 醫院應進行長照服務需求評估、擬定照顧計畫或直接轉介個案至縣市照管中心進行長照需求評估(試免)
 - 2) 依個案需求，協助提供適當長照服務(試免)

2.3.14 依病人需求，提供適切、完整的出院照護計畫與指導(2/3)

■ 評量項目

□ [註]

1. 出院照護計畫係指出院準備計畫或出院準備服務，應能評估病人長期性問題
2. 若病人為身心障礙者時，應依據身心障礙者權益保障法第23條之規定，為住院之身心障礙者提供出院準備計畫
3. 醫院執行長照復能服務，需成立復能服務團隊，團隊成員應包括物理治療人員、職能治療人員、醫師、護理人員、營養師、語言治療師、呼吸治療師等資格人員至少3種以上
4. 符合項目5本年不納入評鑑，於109年列為試評項目

2.3.14 依病人需求，提供適切、完整的出院照護計畫與指導(3/3)

■ 評量項目

□ 評量方法及建議佐證資料

1. 出院照護計畫流程
2. 轉診(介)作業流程
3. 病人出院照護計畫

■ 107年評鑑委員共識

□ 醫院應以分級醫療概念協助急診或住院病人轉介

可2.3.15 有提供安寧照護服務(1/2)

■ 評量項目

□ 符合項目

1. 醫院訂有提供需要安寧照護服務需求病人的作業流程或標準規範
2. 能依病人個別性之需求，提供社會、心理、靈性需求評估與處置照顧計畫 或提供靈性關懷人員服務，如心理師、志工或宗教師等
3. 必要時，召開家庭會議，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
4. 提供全院醫療人員安寧療護相關諮詢服務
5. 提供安寧療護服務專業人員需受過安寧療護教育訓練

符合項目5，107年原為試評項目，**本年度轉為正式項目**，
惟申請「地區醫院評鑑」者可免評

可2.3.15 有提供安寧照護服務(2/2)

■ 評量項目

□ [註]

1. 符合99床以下條件者，可自選本條免評
2. 符合項目5申請「地區醫院評鑑」者可免評

□ 評量方法及建議佐證資料

1. 安寧緩和醫療團隊成員證照或受訓、服務紀錄
2. 家庭會議紀錄
3. 病歷或電子病歷

第2.4章 特殊照護服務(1/2)

■ 107年評鑑委員共識

- 「若通過『醫院緊急醫療能力分級評定』中度級以上並於合格效期內者，本條視為符合」，係指該等條文之成績將視為「符合」，醫院可不填寫該條文自評說明。惟實地評鑑時，委員仍就PFM選取病例/個案，了解該病人之整體連續性照護，並可依實地查證結果給予建議
- ➔ 2.4.1 「急診應有完備之設施，並確實執行保養管理及清潔」
- ➔ 2.4.2 「依醫院的角色任務，提供急救病人處置能力」
- ➔ 2.4.3 「建置適當的急診診療科支援機制」
- ➔ 2.4.4 「具備完善的急診醫事人員與警衛輪班制度」
- ➔ 2.4.5 「應有急診病人醫療、救護處理之適當性及品質檢討分析與改善」

第2.4章 特殊照護服務(2/2)

■ 107年評鑑委員共識

- 「若通過『醫院緊急醫療能力分級評定』中度級以上並於合格效期內者，本條視為符合」，係指該等條文之成績將視為「符合」，醫院可不填寫該條文自評說明。惟實地評鑑時，委員仍就PFM選取病例/個案，了解該病人之整體連續性照護，並可依實地查證結果給予建議
- ➔ 2.4.6 「適當之加護病房組織及人力配置」
- ➔ 2.4.7 「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」
- ➔ 2.4.8 「良好的加護病房管理、收案評估、診療品質與紀錄」
- ➔ 2.4.9 「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」

可2.4.1 急診應有完備之設施，並確實執行保養管理及清潔 (1/3)

■ 評量項目

□ 符合項目

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. 建置儀器異常管理作業流程，以避免儀器設備發生故障時影響醫療業務
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

符合項目4，107年原為試評項目，**本年度轉為正式項目**，惟申請「地區醫院評鑑」者可免評

可2.4.1 急診應有完備之設施，並確實執行保養管理及清潔 (2/3)

■ 評量項目

□ [註]

1. 若通過「醫院緊急醫療能力分級評定」中度級以上並於合格效期內者，本條視為符合
2. 符合下列全部條件者，可自選本條免評：
 - 1) 未設有急診室；或經中央主管機關同意不設急診室者
 - 2) 非「急救責任醫院」
 - 3) 申請「地區醫院評鑑」者
3. 符合項目4申請「地區醫院評鑑」者可免評

可2.4.1 急診應有完備之設施，並確實執行保養管理及清潔 (3/3)

■ 評量項目

□ 評量方法及建議佐證資料

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

可2.4.2 依醫院的角色任務，提供急救病人處置能力(1/5)

■ 評量項目

□ 符合項目

- 1.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
- 2.在醫院無法照護病人時，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
- 3.設有精神科住院病房(不含日間照護)之醫院，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：
 - 1) 遵守精神衛生相關法規，並依適當程序呈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

可2.4.2 依醫院的角色任務，提供急救病人處置能力(2/5)

■ 評量項目

□ 符合項目

- 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.轉出時應提供轉診病歷摘要
- 6.對特殊病人訂有處理流程，並提供社工諮商和轉介服務
- 7.轉送病人過程皆有評估紀錄，必要時有醫師指導救護人員，執行緊急醫療救護行為

符合項目6、7，107年原為試評項目，**本年度轉為正式項目**，惟申請「地區醫院評鑑」者可免評

可2.4.2 依醫院的角色任務，提供急救病人處置能力(3/5)

■ 評量項目

□ [註]

- 1.若通過「醫院緊急醫療能力分級評定」中度級以上並於合格效期內者，本條視為符合
- 2.符合下列全部條件者，可自選本條免評：
 - 1) 未設有急診室；或經中央主管機關同意不設急診室者
 - 2) 非「急救責任醫院」
 - 3) 申請「地區醫院評鑑」者
- 3.救護人員包括醫師、護理人員、救護技術員

可2.4.2 依醫院的角色任務，提供急救病人處置能力(4/5)

■ 評量項目

□ [註]

4. 醫療法第73條：醫院、診所因限於人員、設備及專長能力，無法確定病人之病因或提供完整治療時，應建議病人轉診。但危急病人應依第60條第1項規定，先予適當之急救，始可轉診。前項轉診，應填具轉診病歷摘要交予病人，不得無故拖延或拒絕
5. 應依家庭暴力防治法第50條、性侵害犯罪防治法第8條、兒童及少年福利與權益保障法第53條(舊法規第34條)規定辦理
6. 符合項目6、7惟申請「地區醫院評鑑」者可免評

可2.4.2 依醫院的角色任務，提供急救病人處置能力(5/5)

■ 評量項目

□ 評量方法及建議佐證資料

1. 急診病人就醫準則與流程
2. 急診精神科病人醫療作業處理準則與流程
3. 急診疑似遭家庭暴力(含兒童與少年虐待及疏忽)或性侵害犯罪情事處理作業準則
4. 急診病人轉診或轉出作業流程或規範
5. 病人轉送之評估紀錄
6. 急救病人緊急處置流程。(可)
7. 特殊病人急診處理準則及流程。(可)

可2.4.3 建置適當的急診診療科支援機制(1/2)

■ 評量項目

□ 符合項目

1. 急診得視醫療業務需要提供適當專科支援，訂定會診規範

□ [註]

1. 若通過「醫院緊急醫療能力分級評定」中度級以上並於合格效期內者，本條視為符合

2. 符合下列全部條件者，可自選本條免評：

- 1) 未設有急診室；或經中央主管機關同意不設急診室者
- 2) 非「急救責任醫院」
- 3) 申請「地區醫院評鑑」者

可2.4.3 建置適當的急診診療科支援機制(2/2)

■ 評量項目

□ 評量方法及建議佐證資料

1. 急診服務科別清單
2. 急診支援(含會診)規範

■ 107年評鑑委員共識

- 本條文及評量項目所提「支援」係指以現場支援為主

可2.4.4 具備完善的急診醫事人員與警衛輪班制度(1/3)

■ 評量項目

□ 符合項目

1. 應有24小時警衛或保全人員，且設有警民連線或報案機制
2. 急診醫事人員：
 - 1) 有藥師、醫事檢驗師、醫事放射師(士)等醫事人員輪班
 - 2) 若設立有精神科住院病房(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
3. 對突發事件有危機管理機制

符合項目2、3，107年原為試評項目，**本年度轉為正式項目**，惟申請「地區醫院評鑑」者可免評

可2.4.4 具備完善的急診醫事人員與警衛輪班制度(2/3)

■ 評量項目

□ [註]

1. 若通過「醫院緊急醫療能力分級評定」中度級以上並於合格效期內者，本條視為符合
2. 符合下列全部條件者，可自選本條免評：
 - 1) 未設有急診室；或經中央主管機關同意不設急診室者
 - 2) 非「急救責任醫院」
 - 3) 申請「地區醫院評鑑」者
3. 符合項目2、3申請「地區醫院評鑑」者可免評

可2.4.4 具備完善的急診醫事人員與警衛輪班制度(3/3)

■ 評量項目

□ 評量方法及建議佐證資料

1. 醫事人員輪班或支援制度與班表
2. 警衛或保全人員班表
3. 與輪班制度相關之會議討論及檢討紀錄或實例呈現。(可)
4. 急診突發事件處理流程與檢討會議。(可)

可2.4.5 應有急診病人醫療、救護處理之適當性及品質檢討 分析與改善(1/3)

■ 評量項目

□ 符合項目

- 1.設有急診委員會或相關組織，確保急診管理與品質促進
- 2.訂有急診醫療品質相關指標，定期收集資料並分析，製成報告
- 3.每季舉行全院性急診品質審查會議，並有會議紀錄與檢討報告

符合項目3，107原為試評項目，**本年度轉為正式項目**，
惟申請「地區醫院評鑑」者可免評

□ [註]

- 1.若通過「醫院緊急醫療能力分級評定」中度級以上並於合格效期內者，本條視為符合

可2.4.5 應有急診病人醫療、救護處理之適當性及品質檢討 分析與改善(2/3)

■ 評量項目

□ [註]

2.符合下列全部條件者，可自選本條免評：

- 1) 未設有急診室；或經中央主管機關同意不設急診室者
- 2) 非「急救責任醫院」
- 3) 申請「地區醫院評鑑」者

3.符合項目3申請「地區醫院評鑑」者可免評

□ 評量方法及建議佐證資料

- 1.急診委員會或相關組織的會議紀錄
- 2.急診相關醫療品質指標監測紀錄、統計資料及會議討論紀錄
- 3.急診品質審查會議紀錄及檢討報告(可)

可2.4.5 應有急診病人醫療、救護處理之適當性及品質檢討 分析與改善(3/3)

■ 107年評鑑委員共識

- 有關急診醫療品質相關指標可依醫院自行定義

可2.4.6 適當之加護病房組織及人力配置(1/4)

■ 評量項目

- 符合項目

1. 醫師人力：

- 1) 全院加護病床每10床應有1名專責主治醫師以上
- 2) 配置負責加護病房業務之主治醫師及值班醫師
- 3) 必要時，應有共同照護的合作機制

可2.4.6 適當之加護病房組織及人力配置(2/4)

■ 評量項目

□ 符合項目

2.護理人力：

1) 申請地區醫院評鑑者：每床應有1.5人

2) 申請區域醫院評鑑者：每床應有2人

□ [註]

- 1.若通過「醫院緊急醫療能力分級評定」中度級以上並於合格效期內者，本條視為符合
- 2.專責主治醫師係指該醫師除每週至多3個半天門診或手術等，其餘時間皆待在加護病房執行業務者
- 3.因應不同性質之加護病房，具ANLS、ATLS、NRP、APLS及PALS等證書，皆可等同ACLS證書

可2.4.6 適當之加護病房組織及人力配置(3/4)

■ 評量項目

□ [註]

4.人力計算時：

- 1) 人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定
- 2) 若評鑑基準高於醫療機構設置標準，病床數得可考量年平均佔床率計算，並以四捨五入取至整數位
- 3) 同類別人力之各項計算結果，加總後以四捨五入取至整數位

5.未設有加護病房者，可自選本條免評

□ 評量方法及建議佐證資料

- 1.加護病房醫師人力配置及值班表
- 2.加護病房護理人力配置及班表

可2.4.6 適當之加護病房組織及人力配置(4/4)

■ 107年評鑑委員共識

1. 評量項目[註]3「專責主治醫師係指該醫師除每週至多3個半天門診或手術等，其餘時間皆待在加護病房執行業務者」，其中星期六、日、例假日及夜診不在計算範圍內
2. 醫師人力(2)所指應依據醫療機構設置標準，每一加護病房應有受過高階心肺復甦術訓練之專責相關專科醫師1人以上，且全院加護病床每10床應有1名專責主治醫師以上
3. 護理人力計算，共有下列二種認計原則，醫院可擇一列計：
 - 1) 醫院各加護病房需分開評量，且至少有七成之加護病房符合相關要求
 - 2) 以各加護病房之床數加總後合併計算人力，需符合相關要求

可2.4.7 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(1/2)

■ 評量項目

□ 符合項目

- 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

□ [註]

- 1.若通過「醫院緊急醫療能力分級評定」中度級以上並於合格效期內者，本條視為符合
- 2.未設有加護病房者，可自選本條免評

可2.4.7 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(2/2)

■ 評量項目

□ 評量方法及建議佐證資料

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

■ 107年評鑑委員共識

1. 符合項目1所提「獨立空間」係指有硬式隔間即可列計
2. 符合項目4所提「濕洗手設備」之數量，院內達七成以上的加護病房合格即可
3. 以上所稱「獨立空間」及「濕洗手設備」，以訪查成人加護病房為主，新生兒及兒科加護病房除外

可2.4.8 良好的加護病房管理、收案評估、診療品質與紀錄 (1/3)

■ 評量項目

□ 符合項目

1. 設有加護病房管理委員會或相關品質管理組織，定期開會檢討加護病房管理與品質指標監測機制
2. 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
3. 加護病房醫師每日應查房並有交班紀錄
4. 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
5. 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
6. 有臨床藥師、營養師評估每床用藥及營養狀況，並有紀錄

可2.4.8 良好的加護病房管理、收案評估、診療品質與紀錄 (2/3)

■ 評量項目

□ 符合項目

7.執行管路的組合式照護(bundle care)的診療品質紀錄和品質監測(試免)

符合項目6，107年原為試評項目，本年度轉為正式項目，惟申請「地區醫院評鑑」者可免評

□ [註]

- 1.若通過「醫院緊急醫療能力分級評定」中度級以上並於合格效期內者，本條視為符合
- 2.未設有加護病房者，可自選本條免評
- 3.符合項目7本年不納入評鑑，於109年列為試評項目
- 4.符合項目6、7申請「地區醫院評鑑」者可免評

可2.4.8 良好的加護病房管理、收案評估、診療品質與紀錄 (3/3)

■ 評量項目

□ 評量方法及建議佐證資料

- 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.加護病房轉入轉出及運用原則
- 3.加護病房醫師交班紀錄
- 4.加護病房抽查個案或定期收治病人適當性統計資料
- 5.呼吸器使用之相關治療個案紀錄或討論會紀錄
- 6.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
- 7.加護病房藥師、營養師、呼吸治療師評估紀錄(可)

可2.4.9 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(1/2)

■ 評量項目

□ 符合項目

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2年以上且領有加護訓練證書者，佔加護病房護理人員數之比例 $\geq 40\%$

□ [註]

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
2. 若通過「醫院緊急醫療能力分級評定」中度級以上並於合格效期內者，本條視為符合
3. 未設有加護病房者，可自選本條免評

可2.4.9 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(2/2)

■ 評量項目

□ 評量方法及建議佐證資料

- 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

■ 107年評鑑委員共識

- 1.若為多個加護病房，其護理人員之重症照護相關訓練、年資及證書比例應分開列計
- 2.新設立的醫院或加護病房，護理人員可附加計算院外同等級以上醫院之加護病房臨床年資及訓練
- 3.加護病房的新進護理人員於當年度所接受的加護訓練，若其課程內容與該加護病房特性之課程相關，即可列計
(108年刪除ACLS證書)

試必可 2.4.10 適當之精神照護人力配置(1/7)

■ 目的

- 依醫院精神醫療服務量，配置適當專業人力，確保照護品質

■ 評量項目

- 符合項目

1. 精神醫療人力：

1) 申請地區醫院評鑑者：

- ① 精神醫療職能治療人員：有專責精神醫療職能治療人員；
且精神醫療職能治療人員數：精神急性一般病床、精神慢性一般病床、精神科加護病床及精神科日間照護單位合計，每35床應有1名
(35床以下可以特約人員兼任，惟每週需工作8小時以上)

試必可 2.4.10 適當之精神照護人力配置(2/7)

■ 評量項目

□ 符合項目

1. 精神醫療人力：

1) 申請地區醫院評鑑者：

- ② 精神醫療社會工作人員：有專責精神醫療社會工作人員；且精神醫療社會工作人員數：精神急性一般病床每30床應有1名、精神慢性一般病床及精神科日間照護單位每75床應有1名
- ③ 臨床心理人員：有專責臨床心理人員；且臨床心理人員數：精神急性一般病床、精神慢性一般病床、精神科加護病床及精神科日間照護單位合計，每75床應有1名(75床以下可以特約人員兼任，惟每週需工作8小時以上)

試必可 2.4.10 適當之精神照護人力配置(3/7)

■ 評量項目

□ 符合項目

1. 精神醫療人力：

2) 申請區域醫院評鑑者：

- ① 精神醫療職能治療人員：精神醫療職能治療人員：有專任精神醫療職能治療人員；且精神醫療職能治療人員數：精神急性一般病床、精神慢性一般病床、精神科加護病床及精神科日間照護單位合計，每35床應有1名，其中職能治療師比例應達1/2
- ② 精神醫療社會工作人員：有專任精神醫療社會工作人員；且精神醫療社會工作人員數：精神急性一般病床每30床應有1名、精神慢性一般病床及精神科日間照護單位每60床應有1名

試必可2.4.10 適當之精神照護人力配置(4/7)

■ 評量項目

□ 符合項目

1. 精神醫療人力：

2) 申請區域醫院評鑑者：

③ 臨床心理人員：有專責臨床心理人員；且臨床心理人員數：
精神急性一般病床、精神慢性一般病床、精神科加護病床及
精神科日間照護單位合計，每50床應有1名

2. 依據醫院住院及門診病人組成，確保備有適宜的工作人員以提供恰當的服務

□ [註]

1. 本條為試評條文，評量結果不納入評鑑成績計算

2. 未有精神科住院及精神科日間照護單位者，可自選本條免評

試必可 2.4.10 適當之精神照護人力配置(5/7)

■ 評量項目

□ [註]

3. 各類病床數以登記開放數計，並依實際設置情形計算人力

4. 人力計算時：

- 1) 人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定
- 2) 若評鑑基準高於醫療機構設置標準，病床數得可考量年平均佔床率計算，並以四捨五入取至整數位
- 3) 同類別人力之各項計算結果，加總後以四捨五入取至整數位

□ 評量方法及建議佐證資料：

1. 依申請評鑑類別之門診、住院、精神科加護病房、精神科日間照護單位等服務資料，提供其精神醫療人力(近四年逐年統計)

試必可2.4.10 適當之精神照護人力配置(6/7)

■ 107年評鑑委員共識

- 專任精神醫療社會工作人員僅能執行精神照護相關社會工作業務

■ 醫院Q & A

Q1：請問本院為精神病床100床以上之**地區醫院**，**臨床心理人員**之人力是否只需1人？

A1：依據符合項目1-(1)-③有專責臨床心理人員；且臨床心理人員數：精神急性一般病床、精神慢性一般病床、精神科加護病床及精神科日間照護單位合計，每75床應有1名，且依[註]3人力計算時，以同類別人力之各項計算結果，加總後以四捨五入取至整數位

Q2：符合項目1-(2)-①「申請**區域醫院**評鑑者，精神醫療**職能治療人員**：有專任精神醫療職能治療人員...其中職能治療師比例應達1/2」，請問「職能治療人員」包含哪些？

A2：職能治療人員包含職能治療師及職能治療生

試必可2.4.10 適當之精神照護人力配置(7/7)

■ 醫院Q&A

Q3：符合項目1-(2)-②「申請**區域醫院**評鑑者，精神醫療**社會工作人員**：有專任精神醫療社會工作人員；且精神醫療社會工作人員數：精神急性一般病床每30床應有1名、精神慢性一般病床及精神科日間照護單位每60床應有1名」，本院精神科日間照護計20床，配置1名社工人員，想請問該社工人員是否可照會一般病房？

A3：依本基準之符合項目1，申請**地區醫院**評鑑者，應有專責精神醫療社工人員；申請**區域醫院**評鑑者，應有專任精神醫療社工人員。人力配置請依評量項目規範計算，計算結果且不得低於醫療機構設置標準之規定

可2.4.11 精神科日間照護業務應提供以病人為中心之治療模式(1/2)

■ 評量項目

□ 符合項目

1. 依據醫院住院及門診病人組成，確保備有適宜的工作人員以提供恰當的服務
2. 醫療團隊依個案需要提供個別生活訓練、服藥訓練、工作能力訓練、社交技巧訓練、家庭關係強化等復健服務
3. 訂有入出院標準及流程
4. 日間照護環境有注重病人安全相關措施(如防自殺、防跌等)
5. 依精神衛生法及醫療法之規定，訂定病人權利與病人安全相關作業及流程，且工作人員均知悉

符合項目5，107年原為試評項目，**本年度轉為正式項目**，惟申請「地區醫院評鑑」者可免評

可2.4.11 精神科日間照護業務應提供以病人為中心之治療模式(2/2)

■ 評量項目

□ [註]

1. 未設有精神科日間照護單位者，可自選本條免評
2. 符合項目5申請「地區醫院評鑑」者可免評

□ 評量方法及建議佐證資料

1. 日間照護治療服務簡介
2. 入出院標準及流程
3. 符合病人安全環境的相關措施資料及現場查證

可2.4.14 透析照護服務之醫療照護品質適當(1/3)

■ 評量項目

□ 符合項目

對90%以上門診透析病人有監測下列指標：

1. 90%以上血液透析病人每次 $Kt/V \geq 1.2$ 或 $URR \geq 0.65$ ，65%以上腹膜透析病人每週 $Kt/V \geq 1.7$
2. 70%以上血液透析病人，65%以上腹膜透析病人，達到血清白蛋白(Albumin)之標準
3. 85%以上透析病人 $Hct \geq 26\%$ 或 $Hb \geq 10g/dL$
4. 55歲以下病人移植登錄率 $\geq 5\%$
5. 有進行腹膜透析推廣

可2.4.14 透析照護服務之醫療照護品質適當(2/3)

■ 評量項目

□ [註]

1. 符合下列全部條件者，可自選本條免評：

1) 未登記設有血液透析床及腹膜透析床

2) 未提供透析照護服務(腹膜透析或血液透析)

2. 血清白蛋白(Albumin)標準：以BCG法為 $\geq 3.5\text{g/dl}$ ，以BCP法為 $\geq 3.0\text{g/dl}$

□ 評量方法及建議佐證資料

1. 透析照護規範與作業程序

2. 透析單位訂有品質與指標管理的規章，並定期開會，有開會資料
備查

可2.4.14 透析照護服務之醫療照護品質適當(3/3)

■ 評量項目

□ 評量方法及建議佐證資料

3.指標監測紀錄或專案改善會議紀錄

4.透析病人移植登錄資料

5.每月血液透析與腹膜透析病人數及腹膜透析推廣活動紀錄

■ 107年評鑑委員共識

1.地區醫院若有進行移植登錄，即可認定符合項目4符合

可2.4.15 慢性呼吸照護病房(RCW)應由適當醫療照護 團隊提供呼吸照護服務(1/4)

■ 評量項目

□ 符合項目

- 1.每40床應有專責內科專科醫師1名負責每日病房迴診，接受胸腔醫學訓練之內科專科醫師每週迴診三次
- 2.有內科住院醫師或內科專科醫師負責夜間及假日值班
- 3.每4床應有1人以上且50%以上護理人員有2年以上臨床護理經驗
- 4.個案管理師可由呼吸治療師、護理師、或社工師兼任

□ [註]

- 1.符合以下全部條件者，可自選本條免評：
 - 1) 未登記設有慢性呼吸照護病房(RCW)
 - 2) 於急性病房未收治使用呼吸器超過63天之病人；或於急性病房有收治使用呼吸器超過21天(63天以下)之病人

可2.4.15 慢性呼吸照護病房(RCW)應由適當醫療照護 團隊提供呼吸照護服務(2/4)

■ 評量項目

□ [註]

2.若醫院雖未有登記慢性呼吸照護病房但有收治呼吸器依賴病人時，其人力計算原則以病人目前所入住之病房類別認定其護理人力配置需求

3.人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定

□ 評量方法及建議佐證資料：

1.本病房各職類人事資料、班表

■ 107年評鑑委員共識

□ 符合項目1所提「專責醫師」，不規範其於單位內執行業務時間，惟須符合評量項目所規定之作業事項

可2.4.15 慢性呼吸照護病房(RCW)應由適當醫療照護 團隊提供呼吸照護服務(3/4)

■ 醫院Q&A

Q1、2：醫院若無設有慢性呼吸照護病房(RCW)及亞急性呼吸照護病房(RCC)則慢性呼吸照護病房(RCW)及亞急性呼吸照護病房(RCC)相關條文是否可免評？

A1：依慢性呼吸照護病房(RCW)相關基準(2.4.15、2.4.16)，符合以下全部條件者，可自選本條免評：(1)未登記設有慢性呼吸照護病房(RCW)；(2)於急性病房未收治使用呼吸器超過63天之病人；或於急性病房有收治使用呼吸器超過21天(63天以下)之病人

A2：依亞急性呼吸照護病房(RCC)相關基準(2.4.17、2.4.18)，符合以下全部條件者，可自選本條免評：(1)未登記設有亞急性呼吸照護病房(RCC)；(2)於急性病房未收治使用呼吸器超過21天(含)以上之病人

可2.4.15 慢性呼吸照護病房(RCW)應由適當醫療照護 團隊提供呼吸照護服務(4/4)

■ 醫院Q&A

Q3：符合項目1與基準1.2.7 [註]6「亞急性呼吸照護病床，以15床折算；慢性呼吸照護病床，以20床折算」，請問人力計算時，如何計算慢性呼吸照護病房（RCW）所需之醫師人數？

A3：基準2.4.15係指慢性呼吸照護病房（RCW）每40床應有專責內科專科醫師1名，惟「1.2.7適當醫師人力配置」中，以慢性呼吸照護病床折算醫師人力，作為計算全院所需醫師人力之一項條件，非僅計算慢性呼吸照護病房（RCW）內所需醫師數

可2.4.17 亞急性呼吸照護病房(RCC)應由適當醫療照護團隊提供呼吸照護服務(1/3)

■ 評量項目

□ 符合項目

1. 每24床有接受胸腔醫學訓練之內科專科醫師1名負責診療業務
2. 24小時均有受過高階心肺復甦術訓練，並具二年以上執業經驗之醫師值班
3. 每床應有1.5人且60%以上護理人員有2年以上臨床護理經驗
4. 個案管理師可由呼吸治療師、護理師或社工師兼任，且訂有個案管理之作業流程與規範

可2.4.17 亞急性呼吸照護病房(RCC)應由適當醫療照護團隊提供呼吸照護服務(2/3)

■ 評量項目

□ [註]

1. 符合以下全部條件者，可自選本條免評：

1) 未登記設有亞急性呼吸照護病房(RCC)

2) 於急性病房未收治使用呼吸器超過21天(含)以上之病人

2. 若醫院雖未有登記亞急性呼吸照護病房(RCC)但有收治呼吸器依賴病人時，其人力計算原則以病人目前所入住之病房類別認定其護理人力配置需求

3. 人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定

□ 評量方法及建議佐證資料：

1. 本病床各職類人事資料、班表

2. ACLS證照

可2.4.17 亞急性呼吸照護病房(RCC)應由適當醫療照護團隊提供呼吸照護服務(3/3)

■ 107年評鑑委員共識

1. 符合項目2所提「具二年以上執業經驗之醫師」，係指須取得醫師執照，具有兩年以上執業經驗之醫師即可(可包含PGY年資)
2. 符合項目3所提「可提供24小時服務」：
 - 1) 係指24小時有需要呼吸治療師之服務時，能提供服務即可
 - 2) 其提供照護服務之方式，建議可依衛生福利部(原行政院衛生署)102年3月21日衛署醫字第1020200292號函之函釋內容辦理：
 - ① 若醫院聘有之呼吸治療師人數不足以在院輪值三班時，為提供24小時呼吸治療服務，得審酌病人情況，在院外30分鐘可達處所on call
 - ② 若醫院自聘之呼吸治療師人數足夠時，則24小時提供服務係指在醫院內值勤

可2.4.18 亞急性呼吸照護病房(RCC)之醫療照護品質適當 (1/3)

■ 評量項目

□ 符合項目

1. 呼吸器病人營養品質：每兩週有營養師定期訪視；評估病人體重及營養狀況，含營養診斷、營養介入、評估與監測並檢測病人白蛋白及基本電解質狀況
2. 脫離呼吸器評估計畫及確實執行脫離計畫適當：能適當評估病人並為其進行呼吸器脫離訓練
3. 定期檢討院內呼吸器脫離率：呼吸器脫離率平均 $\geq 40\%$
4. 病情穩定病人能適時即早下轉，降低醫療資源耗損；平均RCC住院日數 ≤ 35 日

可2.4.18 亞急性呼吸照護病房(RCC)之醫療照護品質適當 (2/3)

■ 評量項目

□ [註]

1. 符合以下全部條件者，可自選本條免評：

1) 未登記設有亞急性呼吸照護病房(RCC)

2) 於急性病房未收治使用呼吸器超過21天(含)以上之病人

2. 亞急性呼吸照護病床數低於10床且佔床率低於50%者，符合項目
3可免評

□ 評量方法及建議佐證資料

1. 營養師定期訪視紀錄

2. 呼吸治療師呼吸器脫離評估紀錄

3. 定期單位內呼吸器脫離率改善會議紀錄

4. 呼吸器及監視設備功能型號清單

可2.4.18 亞急性呼吸照護病房(RCC)之醫療照護品質適當 (3/3)

■ 常見改善意見

1. 醫院應定期檢討改善呼吸器脫離率
2. 請加強呼吸器脫離計畫及訓練

可2.4.19 牙醫部門應有完備之設施、設備、儀器，並確實 執行保養管理及清潔管理(1/4)

■ 評量項目

□ 符合項目

1. 應依醫院規模設置牙科治療台，且牙科治療台附近設有濕洗手設備
2. 設有治療區、候診區、掛號(報到)櫃檯、器械整備區；診療區內應有適宜之空間區隔

可2.4.19 牙醫部門應有完備之設施、設備、儀器，並確實執行保養管理及清潔管理(2/4)

■ 評量項目

□ 符合項目

3. 針對所提供之診療科別具備適當且足夠之設備，如：全口X光機、牙根尖X光機、鹵素光機、超音波洗牙機及高、慢速磨牙機等相關設備
4. 儀器設備應有清潔、檢查、保養及維修，且有紀錄可查
5. 放射線之儀器設備應符合游離輻射防護法之規定，且對於牙科門診之放射作業訂有安全作業指引，包含照射人員資格及操作規範、設備之定期安全檢測、牙科病人照射應注意事項等
6. 病歷及醫材管理制度完備，能有效提供醫療照護業務之需要，且有紀錄可查
7. 建立合適與有效的備援機制及處理流程，以利因應突發狀況

符合項目6、7，107年原為試評項目，**本年度轉為正式項目**，惟申請「地區醫院評鑑」者可免評

可2.4.19 牙醫部門應有完備之設施、設備、儀器，並確實執行保養管理及清潔管理(3/4)

■ 評量項目

□ [註]

1. 符合下列全部條件者，可自選本條免評：

1) 未設置以下科別者：牙科、口腔顎面外科、口腔病理科、齒顎矯正科、牙周病科、兒童牙科、牙髓病科、復補綴牙科、牙體復形科、家庭牙醫科、特殊需求者口腔醫學科、其他經中央主管機關認定之牙醫專科

2) 未提供牙科相關服務

2. 牙科醫療服務設施應符合醫療機構設置標準規定

3. 符合項目5所提「照射人員資格」係指醫事放射師或取得(1)放射性物質可發生游離輻射設備操作執照、(2)輻安證書、(3)18小時或36小時輻射防護訓練結業證書等其一證書之牙醫師及實習牙醫學生；惟實習牙醫學生若取得該其一證書，仍須經由取得證書之醫師或放射師在旁指導

可2.4.19 牙醫部門應有完備之設施、設備、儀器，並確實執行保養管理及清潔管理(4/4)

■ 評量項目

□ [註]

4.符合項目6、7申請「地區醫院評鑑」者可免評

□ 評量方法及建議佐證資料

1.觀察診療環境的空間與規劃

2.檢視相關設備與儀器及清潔、保養紀錄

3.查閱放射安全作業指引

4.照射人員資格相關資料

5.查閱病歷及醫材管理紀錄(可)

6.訪談主管備援機制及處理流程(可)

可2.4.20 具備符合標準之牙科照護作業程序，並確實執行 (1/3)

■ 評量項目

□ 符合項目

1. 針對各牙科診療科之不同治療屬性，訂有牙科照護作業程序，提供牙科各項治療之標準流程，其內容完整且能確實執行
2. 應與病人溝通、適當說明病情及處置、治療方式、治療前後須知、注意事項、替代方案、風險、預後等，並取得同意
3. 病歷紀錄應完整、詳實，必要時畫圖表示
4. 可對住院病人提供牙科照會服務
5. 對治療後的病人提供適當之衛教指導
6. 定期召開病例討論會，且有紀錄可查

符合項目6，107年原為試評項目，**本年度轉為正式項目**，惟申請「地區醫院評鑑」者可免評

可2.4.20 具備符合標準之牙科照護作業程序，並確實執行 (2/3)

■ 評量項目

□ [註]

1. 符合下列全部條件者，可自選本條免評：

1. 未設置以下科別者：口腔顎面外科、口腔病理科、齒顎矯正科、牙周病科、兒童牙科、牙髓病科、復補綴牙科、牙體復形科、家庭牙醫科、特殊需求者口腔醫學科、其他經中央主管機關認定之牙醫專科

2. 未提供牙科相關服務

2. 符合項目6申請「地區醫院評鑑」者可免評

可2.4.20 具備符合標準之牙科照護作業程序，並確實執行 (3/3)

■ 評量項目

□ 評量方法及建議佐證資料

1. 檢視牙科照護作業程序及檢討、修訂紀錄
2. 查閱病歷紀錄
3. 訪談病人衛教指導的內容
4. 訪談工作人員牙科會診與住院服務的情形
5. 檢視病例討論會紀錄

可2.4.21 牙醫部門具有完備之品質管理政策及病人安全措施 (1/6)

■ 評量項目

□ 符合項目

1. 依照牙科照護特性，訂有適用的品質管理政策與程序
2. 應針對各牙科診療科之不同治療屬性，訂定病人安全作業指引，以保障病人安全及治療品質
3. 在「防止意外吞入之安全作業指引」，載明防止意外吞入事件及其醫療處置之標準作業流程
4. 牙科治療區內備有足夠之氧氣及急救設備，其功能及供應正常，且人員能正確操作
5. 執行口腔手術前，醫師應詳盡說明，且由病人簽具同意書；並訂有病人辨識及部位確認與「作業靜止期」(time-out)之程序機制

符合項目5，107年原為試評項目，**本年度轉為正式項目**，惟申請「地區醫院評鑑」者可免評

可2.4.21 牙醫部門具有完備之品質管理政策及病人安全措施 (2/6)

■ 評量項目

□ [註]

1. 符合下列全部條件者，可自選本條免評：

1) 未設置以下科別者：口腔顎面外科、口腔病理科、齒顎矯正科、牙周病科、兒童牙科、牙髓病科、復補綴牙科、牙體復形科、家庭牙醫科、特殊需求者口腔醫學科、其他經中央主管機關認定之牙醫專科

2) 未提供牙科相關服務

2. 符合項目1所提「訂有適用的品管政策與程序」，係指醫院針對目前牙科照護現況所需，訂定及規劃相關之品管政策與程序，如：
(1)一般通則、病歷管理及牙科業務諮詢窗口、
(2)牙科感染管制安全作業指引、
(3)牙周病統合照護計畫、
(4)牙科醫療機構重大事件緊急應變作業指引、
(5)防止意外吞入之安全作業指引、
(6)隱私維護等

可2.4.21 牙醫部門具有完備之品質管理政策及病人安全措施 (3/6)

■ 評量項目

□ [註]

3. 醫療法第64條第1項規定：「醫療機構實施中央主管機關規定之侵入性檢查或治療，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人說明，並經其同意，簽具同意書後，始得為之。但情況緊急者，不在此限。」
4. 符合項目5所提「執行口腔手術」，係包含：人工牙根植入術、單純齒切除術、複雜齒切除術，另，口腔顎面外科手術及牙周病手術亦須比照辦理

可2.4.21 牙醫部門具有完備之品質管理政策及病人安全措施 (4/6)

■ 評量項目

□ [註]

5.符合項目5所提「執行口腔手術」，應有「作業靜止期」(time-out)之程序，包括：

- 1) 先由操作者或助手相互核對病人身分(如病人姓名及出生年月日)
- 2) 病人身分確認無誤後，核對病歷上記載之手術部位及術式、X光片上之部位
- 3) 確認手術文件(如手術同意書、手術說明書或局部麻醉同意書等)簽署之完整性
- 4) 確認手術器械之完備性

可2.4.21 牙醫部門具有完備之品質管理政策及病人安全措施 (5/6)

■ 評量項目

□ [註]

5. 符合項目5所提「執行口腔手術」，應有「作業靜止期」(time-out)之程序，包括：

5) 確認預防性抗生素施打之必要性；如需施打，則需確認完成施打之時間

6) 上述步驟完成後，應由參與人員簽名，然後進行手術作業

6. 符合項目5申請「地區醫院評鑑」者可免評

□ 評量方法及建議佐證資料

1. 檢視品管政策與程序

2. 查閱牙科病人安全作業指引

可2.4.21 牙醫部門具有完備之品質管理政策及病人安全措施 (6/6)

■ 評量項目

□ 評量方法及建議佐證資料

3. 查閱防止意外吞入之標準作業流程

4. 病歷紀錄與口腔手術的同意書及紀錄

5. 急救設備的點班及操作示範

■ 107年評鑑委員共識

- 有關符合項目4所提「急救設備」醫院可自行規範，惟須確保醫療人員準確提供急救藥品及設備，且即時給予病人急救，以保障病人照護安全為主要考量

實地評鑑重點提醒

- 強調病人權益
 - SDM與ACP
 - 病人隱私
 - 特殊需求者
- 出院準備會議銜接長照復能
- 醫療團隊合作
 - 醫療團隊交接
 - 整合照護會議（地區醫院免評）

感謝聆聽 敬請指教

說明會提問將納入本年度委員共識，
再放置本會網站供各界下載。





JCT FB



JCT LINE



JCT 網站



International Forum on
QUALITY & SAFETY
in HEALTHCARE

18-20 September 2019
Taipei



Welcome to International Forum Taipei



QUALITY, WE TOGETHER!