

105 年度醫院緊急醫療能力分級評定基準及評分說明

第一章 急診醫療品質

條號	評定基準	評分說明
1.1	組織架構	
1.1.1	應設有急診室	<p>【重度級、中度級】</p> <p>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。</p> <p>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>
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。</p>
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 小時在急診室值班	<p>【重度級】</p> <p>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，惟兒童急診服務達一定規模，且有兒科專科醫師提供 24 小時兒童緊急醫療服務者，應有兒科專科醫師參與服務，醫院得獨立計算專任醫師數，並得以兒科專科醫師計之。</p> <p>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)。</p> <p>3.專任醫師數計算公式：</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(3)專任醫師數=(1)+(2)</p> <p>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。</p> <p>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。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。(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。)</p> <p>3.所需專科醫師數計算公式：</p>

條號	評定基準	評分說明
		<p>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。</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.兒童急診服務達一定規模係指醫院有提供新生兒醫療服務，且前 3 年之年平均兒童急診人數達 1 萬人次以上。</p> <p>4.參與衛福部 105-108 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」之醫院，其醫院評鑑之醫學中心任務指標配分計算，詳附表一。</p>
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	<p>【重度級、中度級】</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>[註]</p> <p>醫院急診五級檢傷，詳附表二。</p>
1.1.5	病人轉診及建立完善調床機制	<p>【重度級、中度級】</p> <p>符合：抽查轉診病歷之達成率大於 75%。</p> <p>部分符合：抽查轉診病歷之達成率為 60%-75%。</p> <p>[註]</p> <p>1.本項係指轉院病人之轉院流程。</p> <p>2.轉院應包括病人自動出院之流程。</p> <p>3.委員於現場抽查轉診病歷。</p>
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。
1.2.1	會診人力配置(需 24 小時專科醫師提供服務)	<p>【重度級】</p> <p>外、內、骨、兒、麻醉科均需 24 小時有專科醫師提供服務。</p> <p>【中度級】</p> <p>外、內、骨科需 24 小時有專科醫師提供服務。</p> <p>[註]</p> <p>會診人力配置查核，中度級僅需附值班表。</p>
1.2.2	急診部門如有會診個案，能得到適當專科支援	<p>【重度級】</p> <p>符合：急診部門如有會診個案，75%以上 30 分鐘內可獲得支援。</p> <p>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。</p> <p>[註] 以外、內、骨、神外、神內、婦、兒、麻醉科為主。</p> <p>【中度級】</p> <p>符合：急診部門如有會診個案，75%以上 60 分鐘內可獲得支援。</p> <p>部分符合：急診部門如有會診個案，60%-75%以上於 60 分鐘內可</p>

條號	評定基準	評分說明
		獲得支援。 〔註〕以外、內、骨科為主。
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。
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。
1.3.4	應有大量傷患應變計畫	【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)。
1.3.5	應有疾病爆發大規模流行之應變機制	【重度級、中度級】 1.醫院應設有疾病爆發區域或大規模流行之應變機制。 2.醫院應接受衛生主管機關為指定醫院，並配合調度。
1.4	落實急診醫療業務指標管理	【重點】 醫院須訂有品質監控措施，並每月提報品質指標。
1.4.1	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： 1.急診 48 小時置留率： 104 年 \leq 7%、105 年 \leq 4%、106 年以後為 0 或小於同儕平均值。 2.醫院應持續監控及檢討分析，並有改善成果。 部分符合：雖未達年度目標值，但有改進，或醫院需提供留觀或等待住院之照護品質改善方案。
1.4.2	急診病人轉入、轉出及自動出院 (Against Advise Discharge, AAD)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：醫院應就主要轉入、轉出人次及原因進行分析。
1.4.3	緊急醫療管理系統(EMS)填報效能	【重度級、中度級】 符合：醫院透過院內資訊系統(如：HIS)將指標直接導入 EMS，或 EMS 填報完成率達 100%。 部分符合：EMS 填報完成率達 80% 以上。

第二章 急性腦中風病人照護品質

條號	評定基準	評分說明
2.1	完善處置流程	
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。 〔註〕</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.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。 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、會診記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	<p>【重度級、中度級】 醫院均需符合。</p>
2.1.3	應有神經外科專科醫師緊急會診機制	<p>【重度級、中度級】 醫院均需符合。 (105 年中度級試評)</p>
2.2	處置品質	<p>【重點】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。
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	<p>【重度級、中度級】</p> <p>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。</p> <p>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。</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	<p>【重度級、中度級】</p> <p>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，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>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</p>

	之比例	<p>達 30%-50%，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>[註] 醫院應備相關資料供查證。</p>
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	<p>【重度級、中度級】</p> <p>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 30% 以上。</p> <p>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%。</p> <p>[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。</p>
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	<p>【重度級、中度級】</p> <p>資料呈現。</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>
2.3.1	可於假日及夜間處置急性腦中風病人	<p>【重度級、中度級】</p> <p>醫院均需符合。</p> <p>[註] 處置係指靜脈血栓溶解劑治療。</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】 僅重度級需符合。</p>

第三章 急性冠心症病人照護品質

條號	評定基準	評分說明
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)	<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。</p>
3.1.2	應有心臟內科緊急會診機制	<p>【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。</p>
3.1.3	應有心臟外科緊急會診機制	<p>【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。</p>
3.2	良好的處置品質	<p>【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。</p>
3.2.1	作第一張 EKG 時間小於 10 分鐘	<p>【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。</p>
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	<p>【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。</p>

條號	評定基準	評分說明
		3.資料查核以電腦彙出之資料為主。
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)	<p>【重度級】 符合：醫院均應有 70%達成。</p> <p>【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。</p>
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	<p>【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。</p> <p>【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。</p>
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)	<p>【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。</p> <p>【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)。 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%。</p>

條號	評定基準	評分說明
		<p>2.有導管室者應以 Primary PCI 為優先，但有禁忌症或有病人拒絕 PCI 而延誤血栓溶解劑治療不列計。</p> <p>3.應有統計資料可供查核。</p> <p>[註]</p> <p>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。</p>
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	<p>【重度級、中度級】</p> <p>醫院應提供下列資料：</p> <p>1. ST 段上升之急性心肌梗塞病人到急診之人次。</p> <p>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次或緊急冠狀動脈介入術(Primary PCI)病人次之加總。</p> <p>[註]</p> <p>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次或緊急冠狀動脈介入術(Primary PCI)病人次之加總。</p>

第四章 重大外傷病人照護品質

條號	評定基準	評分說明
4.1	完善組織及處置流程	
4.1.1	應有外傷小組，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)	<p>【重度級、中度級】</p> <p>符合：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.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。 2.有外傷小組、重大外傷病人啟動標準及處置流程。 <p>部分符合：缺少任一佐證。</p> <p>[註]</p> <p>重大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.醫院自行定義之重大外傷。
4.1.2	應有外傷嚴重度(ISS)之評估記錄	<p>【重度級、中度級】</p> <p>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。</p> <p>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%。</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。
4.1.3	應備有外傷相關各專科醫師緊急會診機制	<p>【重度級】</p> <p>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)、婦產科、放射科、麻醉科等專科醫師之緊急會診機制。</p> <p>【中度級】</p> <p>應具有骨科、一般外科、神經外科、放射科、麻醉科等專科醫師之緊急會診機制。(神經外科、放射科為 105 年試評)</p>
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	<p>【重度級】 僅重度級需符合。</p> <p>符合：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.設有獨立之外傷部(科、中心)，且有 3 名專責醫師以上之編置。(105 年試評) 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。 5.80% 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。

條號	評定基準	評分說明
		部分符合： <ol style="list-style-type: none"> 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)及照護重大外傷病人之醫護人員。
4.2	良好的處置品質	【重點】 <ol style="list-style-type: none"> 1.重度級： <ol style="list-style-type: none"> (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。
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： <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%以上。 2.每次啟動都有病人評估紀錄。 部分符合： <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60%-80%。 2.部分啟動有病人評估紀錄。 【中度級】 符合： <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%以上。 2.每次啟動都有病人評估紀錄。 部分符合： <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60%-80%。 2.部分啟動有病人評估紀錄。
4.2.2	外傷小組啟動比率合宜(105年試評)	【重度級、中度級】 符合：重大外傷病人從急診入院中，外傷小組啟動比率達80%以上。 部分符合：重大外傷病人從急診入院中，外傷小組啟動比率達60%-80%。
4.2.3	重大外傷病人轉入與轉出統計及原因分析	【重度級】 <ol style="list-style-type: none"> 1.統計所有重大外傷病人轉出的比率，分上班時段(8am~5pm)與非上班時段(假日及夜間)。 2.重大外傷病人轉出比率佔所有重大外傷病人小於10%。(105年試評)

條號	評定基準	評分說明
		<p>【中度級】</p> <p>1.統計所有重大外傷病人轉出的比率,分上班時段與非上班時段。</p> <p>2.計算骨科及一般外科重大外傷病人中轉出的比率。 (105 年試評)</p> <p>3.重大外傷病人轉出比率佔所有重大外傷病人小於 40%。 (105 年試評)</p>
4.2.4	緊急重大外傷手術於 30 分鐘內進入開刀房比率	<p>【重度級、中度級】</p> <p>符合：達成率均需符合 80% 以上。</p> <p>部分符合：達成率需符合 60%-80%。</p> <p>[註]</p> <p>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>
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	<p>【重度級、中度級】</p> <p>醫院均需符合。</p> <p>[註]</p> <p>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。</p>
4.2.6	外傷病人留觀及等候住院 24 小時以上之人次統計與原因分析	<p>【重度級、中度級】</p> <p>醫院均需符合。</p>
4.2.7	重大外傷傷病人之預後分析 (105 年試評)	<p>【重度級、中度級】</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>
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(包括執行緊急外傷手術)	<p>【重度級】 僅重度級需符合。</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>

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
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。
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。
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(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。
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。
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%。
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。

條號	評定基準	評分說明
		<p>部分符合：下列項目全部符合者。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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)，另一名專責醫師應為兒科專科醫師且受過新生兒專業訓練，並具有有效期內之 NRP 證書。 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%。 <p>【中度級】</p> <p>符合：下列項目全部符合者。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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)或有兒科專科醫師且受過新生兒專業訓練，在其訓練過程中有參與新生兒醫療照護，且有證明者。 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。 <p>部分符合：下列項目全部符合者。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.兒科醫師在訓練過程中有新生兒照護之訓練且具有兒科專科醫師資格者。 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%。 <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>
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。
5.3	具備即時處置能力	<p>【重點】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.重度級:抽查評定前 1 年度至評定日前之假日及夜間(5pm~8am)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)，作為評分依據。 2.中度級:自行準備之高危險妊娠孕產婦與新生兒(含早產兒)病歷各 5 份。
5.3.1	應能於假日及夜間處置高危險妊娠孕產婦	<p>【重度級】</p> <p>符合：病歷抽查結果達 80% 以上。</p> <p>部分符合：病歷抽查結果達 70%-80%。</p> <p>【中度級】</p> <p>符合：病歷審查結果達 80% 以上。</p> <p>部分符合：病歷審查結果達 60%-80%。</p> <p>[註]</p> <p>重度級及中度級醫院於實地評定時，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	應能於夜班執行高危險妊娠孕產婦緊急分	<p>【重度級】</p> <p>符合：病歷抽查結果達 80% 以上。</p> <p>部分符合：病歷抽查結果達 70%-80%。</p>

條號	評定基準	評分說明
	娩及剖腹產手術	
5.3.3	應能於假日及夜間處置急重症新生兒(含早產兒)	<p>【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%。</p> <p>【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%。</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】 僅重度級需符合。 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%。</p>

第六章 加護病房照護品質

條號	評定基準	評分說明
6.1.	加護病房之照護人力	<p>【重點】</p> <p>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。</p>
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	<p>【重度級】</p> <p>1.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。</p> <p>【中度級】</p> <p>1.加護病房之醫師床位比，得以全院加護病床加總計算。</p> <p>[註]</p> <p>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。另，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，其執業登記不受此限。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>4.專責主治醫師需具內科、兒科、外科、神經外科、神經科、麻醉科、急診醫學科、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。</p> <p>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。</p> <p>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，以小數點第一位四捨五入)</p>
6.1.2	24小時均應有醫師於加護病房值班	<p>【重度級】</p> <p>下列項目全部符合者。</p> <p>1.需 R1[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。</p> <p>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二線值班(須有二線排班表佐證)，且各加護病房人力分開計算。惟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一般會診。</p> <p>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。</p> <p>4.新生兒(含早產兒)加護病房每日平均住院人數計算公式： 新生兒(含早產兒)加護病房每日平均住院人數=新生兒(含早產兒)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)</p> <p>【中度級】</p> <p>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</p>

		<p>及手術。惟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一般會診。</p> <p>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)</p> <p>[註]</p> <p>1.委員得抽查病歷、值班表及門診表。</p> <p>2.值班醫師須領有高級心臟救命術(ACLS)證書。</p> <p>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。</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】 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。</p> <p>【中度級】 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。</p>
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醫療品質指標監測，並有具體改善方案	<p>【重度級】 下列項目全部符合者。</p> <p>1.應每季監測加護病房醫療品質指標，並研擬相關具體改善方案 PDCA 資料備查。</p> <p>2.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超過 6 小時以上之月平均人數、平均急診停留時間。</p> <p>(2)加護病房感染率、平均住院天數、死亡率。</p> <p>(3)加護病房收容病人疾病嚴重度合宜性，需要成人 APACHE SCORE 評分、兒科 N-TISS 評分。</p> <p>【中度級】 下列項目全部符合者。</p> <p>1.應每季監測加護病房醫療品質指標，並研擬相關具體改善方案 PDCA 資料備查。</p> <p>2.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超過 6 小時以上之月平均人數、平均急診停留時間。</p> <p>(2)加護病房感染率、平均住院天數、死亡率。</p> <p>(3)加護病房病人嚴重度合宜性，成人 APACHE SCORE、兒科 N-TISS。</p>
6.4	燒燙傷照護團隊運作(105 年試評)	<p>【重點】 申請重度級評定者，應設有燒(燙)傷加護病房或燒(燙)傷病房，惟燒(燙)傷病房不列入查核範圍。</p>
6.4.1	燒(燙)傷加護病房每 10 床	<p>【重度級、中度級】 下列項目全部符合者。</p>

	應有負責主治醫師 1 人以上，負責加護病房醫療業務 (105 年試評)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 燒(燙)傷加護病房每 10 床應有燒(燙)傷主治醫師 1 人以上。 2. 負責主治醫師應具備下列條件： <ol style="list-style-type: none"> (1) 具有整形外科專科醫師執照，以及外科重症照護的認證或燒傷暨傷口照護學會的認可。 (2) 過去五年間至少有一年急性燒(燙)傷的照護經驗。 (3) 參加燒(燙)傷治療的繼續醫學教育。 <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 因應燒傷需多次清創等特殊需求，負責主治醫師不受每週(週一至週五)至多 3 個半天可作其他醫療業務或手術之限制。 2. 負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」因應燒(燙)傷加護病房 AEBC 可認列。 4. 重症加護相關訓練係指具內科、兒科、外科、神經外科、整形外科、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. 燒(燙)傷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. 燒(燙)傷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)
6.4.2	復健人員應在第一時間加入照護團隊 (105 年試評)	<p>【重度級、中度級】</p> <p>應在第一時間即加入照護團隊，並定期開會。</p>
6.4.3	社工師對於燒傷個案有輔導機制 (105 年試評)	<p>【重度級、中度級】</p> <p>下列項目全部符合者。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 對於燒傷個案應有輔導機制，如：社工必須提供燒(燙)傷病人進行相關的社會福利諮詢。 2. 社工於燒傷個案住院期間應定期訪視，離院後須轉通知居住區社工。
6.4.4	應有營養師提供評估與諮詢 (105 年試評)	<p>【重度級】</p> <p>依據病人個別需要評估營養狀態與諮詢，並有紀錄。</p> <p>【中度級】</p> <p>依據病人個別需要評估營養狀態與諮詢。</p>
6.4.5	應有呼吸治療師提供評估及處置 (105 年試評)	<p>【重度級】</p> <p>應有呼吸治療師提供 24 小時之相關評估及處置。</p> <p>【中度級】</p> <p>須有呼吸治療師提供相關評估及處置。</p>
6.4.6	精神科醫師提供精神專業評估與支持 (105 年試評)	<p>【重度級】</p> <p>下列項目全部符合者。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 精神科醫師提供燒(燙)傷病人相關的心理精神專業評估與支持；並適時協助燒傷團隊提供處方或建議。 2. 精神科醫師輪替期間不得少於 3 個月。 3. 適時提供燒(燙)傷家屬相關的心理精神專業評估與支持的管道。 4. 提供精神科醫師每年至少一次燒(燙)傷相關的繼續教育機會。

	<p>【中度級】</p> <p>下列項目全部符合者。</p> <ol style="list-style-type: none">1.精神科醫師須提供燒(燙)傷病人相關的心理精神專業評估與支持；並適時協助燒傷團隊提供處方或建議。2.適時提供燒(燙)傷家屬相關的心理精神專業評估與支持的管道。
--	---

附表一

參與衛福部 105-108 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」之醫院，其醫院評鑑之醫學中心任務指標配分計算如下：

項目	配分	105 年計分方式
醫師支援時間與支援人數	3	每名專科醫師支援 1 人年以 0.5 分計；未滿 1 年者，每支援 1 個月以 1/12 人年，惟本分院或同體系支援，則每支援 1 人年以 0.25 分計。
同 1 名醫師長期支援 1 年	2	同 1 名專科醫師長期支援 1 人年以 0.5 分計，但本分院或同體系支援者，不計分。
支援離島	2	支援離島每 1 人年以 0.5 分計，但本分院或同體系支援者，不計分。
協助在地醫院達成各模式當年度之緊急醫療分級評定基準	3	通過各模式要求之認證。

附表二

醫院急診五級檢傷

	第一級	第二級	第三級	第四級	第五級
名稱	復甦急救 (RESUSCITATION)	危急(EMERGENT)	緊急 (URGENT)	次緊急 (LESS URGENT)	非緊急 (NOT URGENT)
等候評估時間	立即	10 分鐘	30 分鐘	60 分鐘	120 分鐘
定義	病況危急，生命或肢體需立即處置	潛在性危急生命、肢體及器官功能狀況，需快速控制與處置	病況可能持續惡化需要急診處置，病人可能伴隨明顯不適的症狀影響日常活動	病況可能是慢性疾病的急性發作，或某些疾病之合併症相關，需要在 1-2 小時做處置，以求恢復避免惡化	病況為非緊急狀況，需做一些鑑別性的診斷或轉介門診以避免後續之惡化