



107年度醫院緊急醫療能力分級評定作業說明會

第六章加護病房照護品質

講師：鄭高珍 內科部部長

服務機關：奇美醫療財團法人奇美醫院

日期：107年5月4日

大綱

- 評定基準條文分布
- 病歷清單
- 評定基準
 1. 評分說明
 2. 評量方法
 3. 醫院Q&A

評定基準條文分布表

	重度級	中度級
第一章、急診醫療品質	11	11
第二章、急性腦中風病人照護品質	8	6
第三章、急性冠心症病人照護品質	6	5
第四章、緊急外傷病人照護品質	9	5
第五章、高危險妊娠孕產婦及新生兒(含早產兒)照護品質	9	7
第六章、加護病房照護品質	8	7
總條數	51	41

實地評定所需病歷清單

條號	病歷清單		
6.2.1	【重度級】 假日及夜間(5pm-8am)由急診轉出至加護病房之病歷清單。		
檢附病歷清單說明		委員抽查 病歷本數	醫院準備 病歷本數
請檢附假日及夜間急診轉出之病歷清單，欄位資訊包含以下欄位。 (1)病歷後5碼。 (2)診斷。 (3)轉出前之處理機制。 (4)轉出原因。		10本	-
註：請於實地查核當天備妥供查核委員實地評定時參考， <u>應儘量採電子檔案方式呈現。</u>			

基準研修重點(1/3)

106年條文		107年條文		研修說明
6.1.1 【試評】	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	6.1.1 【試評】	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	持續試評。
6.1.4 【試評】	加護病房護理人員須依其特性及護理人員需要，安排在职教育訓練，並評核其能力	6.1.4 【試評】	加護病房護理人員須依其特性及護理人員需要，安排在职教育訓練，並評核其能力	持續試評。
6.3.1	<p>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【重度級】及【中度級】</p> <ul style="list-style-type: none"> 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。 加護病房醫師每日應查房並有交班紀錄。 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。 定期舉行病例討論會、非預期死亡病例及意外事件檢討。 <p>【評量方法】</p> <ol style="list-style-type: none"> 加護病房轉入轉出及運用原則。 加護病房醫師交班紀錄。 加護病房抽查個案或定期收治病人適當性統計資料。 呼吸器使用之相關治療個案紀錄或討論會紀錄。 加護病房相關病例討論會議紀錄。 <p>【試評項目】</p>	6.3.1 【維持】	<p>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【重度級】及【中度級】</p> <ul style="list-style-type: none"> 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。 加護病房醫師每日應查房並有交班紀錄。 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。 定期舉行病例討論會、非預期死亡病例及意外事件檢討。 <p>【評量方法】</p> <ol style="list-style-type: none"> 加護病房轉入轉出及運用原則。 加護病房醫師交班紀錄。 加護病房抽查個案或定期收治病人適當性統計資料。 呼吸器使用之相關治療個案紀錄或討論會紀錄。 加護病房相關病例討論會議紀錄。 <p>【試評項目】</p>	持續試評。

基準研修重點(2/3)

	106年條文		107年條文	研修說明
6.1.2	<p>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> <p>【重度級】及【中度級】</p> <p>2. <u>專責專科醫師須具內科、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，並領有進階生命支持術(ALS)證書，或因應不同性質之加護病房ACLS、NRP、ATLS、ANLS、APLS、PALS等皆可，及接受重症加護相關訓練。</u></p> <p>【評量方法】</p> <p>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<u>中央主管機關認可「臺灣兒科醫學會」或「台灣新生兒醫學會」</u>辦理之新生兒訓練課程，以維護新生兒之照護品質。</p>	6.1.2 【修正】 【新增】	<p>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> <p>【重度級】及【中度級】</p> <p>2. 專責專科醫師須具內科、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，並領有進階生命支持術(ALS)證書，或因應不同性質之加護病房ACLS、NRP、ATLS、ANLS、APLS、PALS等皆可，及接受重症加護相關訓練。</p> <p>【評量方法】</p> <p>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「臺灣兒科醫學會」或「台灣新生兒醫學會」辦理之新生兒訓練課程，以維護新生兒之照護品質。</p>	<p>修正【重度級】及【中度級】評分說明並刪除〔註〕第4至6點；</p> <p>新增【評量方法】第8點中央主管機關為「臺灣兒科醫學會」或「台灣新生兒醫學會」。</p>

基準研修重點(3/3)

106年條文		107年條文		研修說明
6.1.3	<p>24小時均應有醫師於加護病房值班</p> <p>【重度級】及【中度級】</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>值班醫師須領有進階生命支持術(ALS)證書，或因應不同性質之加護病房ACLS、NRP、ATLS、ANLS、APLS、PALS等皆可。</u> <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 值班醫師須領有高級心臟救命術(ACLS)證書。 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。 	6.1.3 【修正】	<p>24小時均應有醫師於加護病房值班</p> <p>【重度級】及【中度級】</p> <ul style="list-style-type: none"> • 值班醫師須領有進階生命支持術(ALS)證書，或因應不同性質之加護病房ACLS、NRP、ATLS、ANLS、APLS、PALS等皆可。 	修正【重度級】及【中度級】評分說明並刪除〔註〕第1至2點。
6.3.1	<p>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> <p>【重度級】及【中度級】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 <p>【評量方法】</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. <u>加護病房醫療品質指標PDCA管理</u>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。 	6.3.1 【刪除】 【修正】	<p>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> <p>【重度級】及【中度級】</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. 進入加護病房24小時內，使用評估工具評估疾病嚴重程度。 <p>【評量方法】</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. 加護病房醫療品質指標管理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。 	刪除【重度級】及【中度級】第2點出入加護病房24小時內進行評估；修正【評量方法】第5點PDCA為「管理」。



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(107年試評)

<p>評分說明</p>	<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(1/4)

評
分
說
明

【重度級】

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. 專責專科醫師須具內科、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，並領有進階生命支持術(ALS)證書，或因應不同性質之加護病房ACLS、NRP、ATLS、ANLS、APLS、PALS等皆可，及接受重症加護相關訓練。
3. 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。

【中度級】

1. 加護病房之醫師床位比，得以全院加護病床加總計算。
2. 專責專科醫師須具內科、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，並領有進階生命支持術(ALS)證書，或因應不同性質之加護病房ACLS、NRP、ATLS、ANLS、APLS、PALS等皆可，及接受重症加護相關訓練。

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(2/4)

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。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. 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。
5. 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：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)

6.1.2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(3/4)

評量方法

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. 原〔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「臺灣兒科醫學會」或「台灣新生兒醫學會」辦理之新生兒訓練課程，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

6.1.2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(4/4)

問答

Q1：請問同一樓層之加護病房如何認定為是否為同一間？

A1：若同一樓層且使用同一出入口之加護病房，且無門相隔，可視為同一間加護病房。

Q2：請問專責定義中3個半天是否包含夜間門診？

A2：專責醫師可作其他醫療業務或手術之3個半天不包含夜間門診及假日

Q3：請問計算後若所需醫師數低於醫療機構設置標準，則相關醫師數可低於醫療機構設置標準嗎？

A3：若計算結果所需醫師數低於醫療機構設置標準，醫院配置之醫師數仍應符合醫療機構設置標準規範。

Q4：請問若外科醫師於門診收治之病人經手術後進病房，該外科醫師是否可擔任該病人之加護病房專責醫師？

A4：該外科醫師非加護病房之專責醫師，故不得擔任該病人於加護病房之專責醫師，惟可以共同照護方式進行相關照護作業。

6.1.3 24小時均應有醫師於加護病房值班(1/2)

<p>評 分 說 明</p>	<p>【重度級】</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 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)。 值班醫師須領有進階生命支持術(ALS)證書，或因應不同性質之加護病房 ACLS、NRP、ATLS、ANLS、APLS、PALS等皆可。 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"> 24小時有醫師於加護病房值班，不得兼值其他病房及手術。 值班醫師須領有進階生命支持術(ALS)證書，或因應不同性質之加護病房 ACLS、NRP、ATLS、ANLS、APLS、PALS等皆可。 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>	<p>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>

6.1.3 24小時均應有醫師於加護病房值班(2/2)

<p>評量方法</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 實地訪查時，委員得抽查病歷、值班表及門診表。 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。 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。 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。 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>問答</p>	<p>Q1：如醫師值rt-PA on-call班，則是否可同時值夜間加護病房？ A1：如屬緊急會診，醫師於值rt-PA on-call班時，可同時值夜間加護病房。</p> <p>Q2：若醫院加護病房每日平均住院人數為5人以下，且NICU與PICU位於同一樓層，請問是否可合併計算2個ICU由1位專責醫師負責？ A2：加護病房平均每日住院人數小於5人可以兼值病房，原則上係指一般病房。惟，如果兩個加護病房加總，平均每日住院人數為5人以下，可以同意由1位專責醫師負責。</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(107年試評)

評分說明	<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ALS證書，佔加護病房護理人員數之比例$\geq 40\%$。</p>
註	<p>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>
評量方法	<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ALS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

評分說明	<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>
評量方法	<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>
問答	<p>Q：請問本基準所提之加護病房床位調度機制之評估方式為何？</p> <p>A：床位調度機制之評估方式包含：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.院內加護病房管理委員會或院方管理相關組織對於加護病房床位調度機制的明文規定。 2.病歷紀錄。 3.院內對於急診病人加護病房病床待床時間須小於24小時的監測紀錄與檢討改善機制。



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(1/3)

評分說明

【重度級】

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. 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：
 - (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。(107年試評)
5. 加護病房醫師每日應查房並有交班紀錄。(107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。(107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。(107年試評)

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(2/3)

評分說明

【中度級】

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. 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：
 - (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。(107年試評)
5. 加護病房醫師每日應查房並有交班紀錄。(107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。(107年試評)

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(3/3)

評量方法

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次。
5. 加護病房醫療品質指標管理應依醫院病人特性及視其實際科別與運作，每季提供委員查閱；另呈現方式可依醫院討論之方式呈現。
6. 加護病房轉入轉出及運用原則。(107年試評)
7. 加護病房醫師交班紀錄。(107年試評)
8. 加護病房抽查個案或定期收治病人適當性統計資料。(107年試評)
9. 呼吸器使用之相關治療個案紀錄或討論會紀錄。(107年試評)
10. 加護病房相關病例討論會議紀錄。(107年試評)

6.3.2有跨領域照護團隊

<p>評分說明</p>	<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</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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。

6.3.3 有重症緩和醫療

<p>評分說明</p>	<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</p>	<p>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>
<p>問答</p>	<p>Q：請問所提生命末期醫療抉擇教育訓練之辦理是否有相關規範？教育訓練是否時數相關規範？ A：目前尚未訂定生命末期醫療抉擇教育訓練之辦理方式，醫院得自行採實體或線上課程，另由醫院辦理之生命末期醫療抉擇教育訓練，或為相關醫學會所辦理之相關教育訓練皆認定。</p>

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。

