

108年度醫院緊急醫療能力分級評定作業說明會

第三章、急性冠心症醫療

王志鴻副院長
佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院

大綱

- 評定基準條文分布
- 病歷清單
- 評定基準(草案)
 - 評分說明
 - 評量方法

評定基準條文分布

章節	評定等級	
	重度級	中度級
第一章、急診醫療	12	12
第二章、急性腦中風醫療	11	9
第三章、急性冠心症醫療	9	8
第四章、緊急外傷醫療	12	10
第五章、高危險妊娠及新生兒醫療	8	6
第六章、加護病房照護	10	10
總條文數	62	55

實地評定所需病歷清單

條號	病歷清單
3.3	【重度級、中度級】
3.3.1	1. 出院診斷為急性冠心症STEMI病人清單，以ICD-10-CMI21.01、I21.02、I21.09、I21.11、I21.19、I21.21、I21.29、 I21.3 、I22.0、I22.1、I22.8為主。 2. 重度級以抽查假日及夜間下午5時至次日上午8時病歷為主；中度級以抽查上午8時至下午5時病歷為主
3.3.2	
3.3.3	

檢附病歷清單說明	委員抽查病歷本數	醫院準備病歷本數
<p>請檢附「出院診斷為急性冠心症STEMI病人」病歷清單，並將清單彙整成一份完整之資料，以利委員參考，其清單欄位應包含如下所列：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 病歷號後5碼。 2. 抵達急診年月日時分(24小時計)。 3. 出院臨床結果：死亡(含AAD)、出院。 	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，**應儘量採電子檔案方式呈現。**

基準研修重點

107年基準		108年基準		研修重點
3.1.2	應有心臟內科緊急會診機制	<u>3.1.1</u>	心臟內科 <u>醫師資格及排班制度</u>	<ol style="list-style-type: none"> 修正條文名稱。 新增【重度級、中度級評分說明3】，並列為試評項目。
3.1.1	訂有急性冠心症STEMI病人處置流程（含住加護病房心導管處置流程、轉院標準）	<u>試3.1.2</u>	<u>組成跨領域之急性冠心症照護團隊</u>	<ol style="list-style-type: none"> 修正條文名稱。 新增【重度級、中度級評分說明】，並列為試評項目。 新增【評量方法2】。
		<u>試免3.4.1</u>	<u>參與急性冠心症轉診網絡(新增)</u>	本年不納入評定，於109年列為試評基準。

3.1 組織設施(新增)

3.1.1心臟內科醫師資格及排班制度

(原3.1.2修)

評分說明

【重度級】

1. 至少需有2位心臟內科醫師。(原3.1.2重2修)
2. 全年(含假日)、24小時(含夜間)有心臟內科醫師值班，且至少需有3位心臟內科醫師。於緊急醫療資源不足地區之醫院，其假日及夜間得以緊急會診取代值班。(108年試評)(原3.1.2重2修)
3. 有心導管診療項目者，至少需有2位介入性心臟血管醫師。(108年試評)(新增)

【中度級】

1. 至少需有1位心臟內科醫師。(原3.1.2中2修)
2. 平日上班時間(上午8時至下午5時)有心臟內科醫師值班，且至少需有2位心臟內科醫師。(108年試評)(原3.1.2中2修)
3. 有心導管診療項目者，至少需有1位介入性心臟血管醫師。(108年試評)(新增)

註

1. 心臟內科醫師係指內科專科醫師接受至少2年心臟醫學專業訓練，並領有相關證明。(原3.1.2重、中1)
2. 介入性心臟血管醫師係指通過介入性心臟血管訓練，並領有相關證明。(108年試評)(新增)

評量方法

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之醫院，可以報備支援醫師認列。
2. 查核心臟內科醫師之執業登記或相關支援報備文件。(原3.1.2方法2修)
3. 提供值班表等資料備查。(原3.1.2方法3修)

試3.1.2組成跨領域之急性冠心症照護團隊(原3.1.1修)

<p>評分說明</p>	<p>【重度級、中度級】(新增) <u>應組成跨領域之急性冠心症照護團隊，成員至少包含急診科、心臟內科、心臟外科醫師。</u></p>
<p>註</p>	<p><u>中度級醫院未有心導管診療項目者，急性冠心症照護團隊得不包含心臟外科醫師。</u></p>
<p>評量方法</p>	<ol style="list-style-type: none"> <u>1. 提供急性冠心症照護團隊(含檢傷人員、醫師、醫事放射人員、醫事檢驗人員、藥事人員等)之作業方式及排班表。(原3.1.1方法2修)</u> <u>2. 申請中度級及緊急醫療資源不足地區之醫院，其心臟外科醫師，得以報備支援方式為之。(新增)</u>

3.2處置流程(原3.1修)

針對STEMI病人查核。(原3.1)

[註]

STEMI病人係指出院主診斷碼為ICD-10-CMI21.01、I21.02、I21.09、I21.11、I21.19、I21.21、I21.29、**I21.3**、I22.0、I22.1、I22.8為主，**排除院外心跳停止病人(OHCA)、院內心跳停止病人(IHCA)、病人未住院即轉至他院治療、違抗醫囑自動出院的病人(left against medical advice)、經特殊維生設備處置之病人。**(原

3.2方法3修)

QUALITY, WE TOGETHER!

3.2.1 訂有急性冠心症STEMI病人處置 流程(含住加護病房、心導管處置流程、 轉院標準)(原3.1.1)

評
分
說
明

【重度級、中度級】

訂有急性冠心症病人處置流程，並有資料可查。(原3.1.1重、中修)

評
量
方
法

急性冠心症病人處置流程應含：(1)住加護病房流程、(2)心導管處置流程、(3)轉院標準及流程等。

3.2.2 有心臟內科醫師緊急會診機制 (原3.1.2修)

評分說明

【重度級】

應有全年(含假日)、24小時(含夜間)心臟內科醫師緊急會診機制。(原3.1.2重2修)

【中度級】

應訂有完善心臟內科醫師緊急會診機制。(原3.1.2中2修)

評量方法

1. 提供照會紀錄等資料備查。(原3.1.2方法3修)

2. 針對病情不穩定病人，宜先經必要處置，再考慮轉院。(原3.1.2方法4)

3. 適用靜脈血栓溶解治療適應症個案：(108年試評)(新增)

(1) 診斷後轉送至具有執行冠狀動脈介入術(PCI)能力醫院之時間大於60分鐘始列入適用對象。

(2) 該院有符合施打rt-PA之醫師，應依藥物使用規範執行之。

(3) 該院若無符合施打rt-PA之醫師，經報備衛生福利部核准實施後，得以遠距方式為之。

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。(新增)

3.2.3有心臟外科專科醫師緊急會診機制 (原2.1.3修)

評分說明

【重度級】

應有全年(含假日)、24小時(含夜間)心臟外科醫師緊急會診機制。(原3.1.3修)

評量方法

1. 提供照會紀錄等資料備查。(原3.1.3方法3修)
2. 針對病情不穩定病人，宜先經必要處置，再考慮轉院。(原3.1.2方法4)
3. 適用靜脈血栓溶解治療適應症個案：(108年試評)(新增)
 - (1) 診斷後轉送至具有執行冠狀動脈介入術(PCI)能力醫院之時間大於60分鐘始列入適用對象。
 - (2) 醫院有符合施打rt-PA之醫師，應依藥物使用規範執行之。
 - (3) 醫院若無符合施打rt-PA之醫師者，經報備衛生福利部核准實施後，得以遠距方式為之。
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。
5. 若為緊急醫療資源不足地區之醫院，心臟外科醫師可以報備支援認列。

3.3 品質管理(原3.2修)

【重點】

1. 需至少每季舉行跨科部之急性冠心症病人照護品質討論會及資料分析。
2. 中度級醫院查核重點為轉診品質，包含評估、處置及轉診之適當性。

【評量方法】

1. 重度級以抽查假日及夜間下午5時至次日上午8時病歷為主，中度級以抽查上午8時至下午5時病歷為主。
2. 抽查評定前一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。(原3.2方法2修)
3. STEMI 病人係指出院主診斷碼為ICD-10-CMI21.01、I21.02、I21.09、I21.11、I21.19、I21.21、I21.29、**I21.3**、I22.0、I22.1、I22.8)為主，排除院外心跳停止病人(OHCA)、院內心跳停止病人(IHCA)、病人未住院即轉至他院治療、違抗醫囑自動出院的病人(left against medical advice)、經特殊維生設備處置之病人。(原3.2方法3修)
4. 第一次10本病歷之達成率大於50%，但未符合評核標準者，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。(原3.2方法4修)
5. 提供之病歷低於10本者，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。(原3.2方法5修)
6. 中度級醫院需提供急診STEMI、AMI轉出名單，抽查至少5份轉出病歷，查核重點為轉診流程之適當性。
7. 需提供評定基準**3.3.1-3.3.3**之病歷清單。(原3.2方法7修)

3.3.1作第一張EKG時間小於10分鐘 (原3.2.1)

評分說明	【重度級】 達成率需符合80%以上。(原3.2.1重修)
	【中度級】 達成率需符合70%以上。(原3.2.1中修)
註	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。
評量方法	<ol style="list-style-type: none">1. 應提供「季報表」資料備查。(原3.2.1方法1修)2. 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者於計算時排除。3. 無法提供足夠之病歷資料(包含電子病歷)者，本項視為不符合。(原3.2.1方法3修)

3.3.2 STEMI病人於急診適合給予ASA及Clopidogrel(或Ticagrelor、Prasugrel)等之比例(原3.2.2)

評分說明

【重度級】

達成率需符合80%以上。(原3.2.2重修)

【中度級】

達成率需符合70%以上。(原3.2.2中修)

評量方法

1. **應**提供「季報表」資料備查。(原3.2.2方法1修)
2. 若病人抵達急診室前已服用 **ASA及Clopidogrel(或Ticagrelor、Prasugrel)**者、或病歷載明對上開藥物過敏者，予以排除。(原3.2.2方法2修)

3.3.3 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 wire time小於 90 min (原3.2.3修)(1/2)

評分說明

【重度級】

1. 達成率需符合75%以上。(原3.2.3重1修)
2. **接收**同一醫療體系之分院或院區之轉診**者**，其Door to **wire** time 應小於 60 分鐘
達成率需符合70%以上。(原3.2.3重3修)

【中度級】

1. 有心導管診療項目者，於**平日**上班時間(上午8時至下午5時)需符合60%以上。
(原3.2.3中1修)
2. **未有心導管診療項目者，對於診斷後轉送至具有執行PCI能力醫院之時間，預期大於60分鐘之病人，宜考慮使用靜脈血栓溶解劑治療。(108年試評)(新增)**

3.3.3 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 wire time小於 90 min (原3.2.3修)(2/2)

評量方法

1. 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。(原3.2.3重2併)
2. **應**提供「季報表」資料備查。(原3.2.3方法2修)
3. 申請重度級之醫院，病歷抽查以假日或夜間為主。
4. 申請中度級之醫院，設有導管室者，於平日上班(上午8時至下午5時)時間皆應執行緊急冠狀動脈介入術(Primary PCI)。(原3.2.3方法3修)
5. 申請中度級之醫院，無設置心導管室者，評定其處置及轉診品質(查核重點為轉診流程及心臟內科醫師照會紀錄)。
6. Primary PCI之計算標準：以病人抵達急診至導絲(wire)通過的時間計算。(原3.2.3方法5修)
7. 有關STEMI病人接受Door to wire time大於90分鐘，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。(原3.2.3方法6修)
8. 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 wire time時排除。(原3.2.3方法7修)

試免3.4區域合作(新增)

試免3.4.1參與急性冠心病轉診網絡(新增)

<p>評分說明</p>	<p>【重度級】(新增)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>應負責規劃及運作急性冠心病轉診網絡，並建立STEMI病人快速處置流程。</u> 2. <u>應為急性冠心病轉診網絡之主要後送中心，並得為夜間及假日該直轄市、縣(市)消防主管機關劃分之救護區內之第一線後送中心。</u> <p>【中度級】(新增)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>有無法處置之STEMI病人時，應轉診至事先規劃之急性冠心病轉診網絡醫院。</u> 2. <u>轉診前應經網絡系統提供必要之病歷、影像及實驗室檢驗結果報告。</u>
<p>註</p>	<p><u>本條為試評基準，本年不納入評定，於109年列為試評基準。</u></p>
<p>評量方法</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>查核急性冠心病轉診網絡中心的設置及運作。</u> 2. <u>申請重度級之醫院，以查核夜間及假日經該直轄市、縣(市)消防主管機關劃分之救護區內網絡轉入病歷為主。</u> 3. <u>申請中度級之醫院，以查核夜間及假日之轉出病歷紀錄為主。</u> 4. <u>實地評定若遇個案數為0時，應提供該直轄市、縣(市)消防主管機關劃分之救護區內網絡合作機制以供查證。</u>

~感謝聆聽 敬請指教~

提問內容將納入本年度委員共識會議討論，
再放置本會網站供各界下載。



QUALITY, WE TOGETHER!



JCT FB



JCT LINE



JCT 網站



International Forum on
QUALITY & SAFETY
 in HEALTHCARE

18-20 September 2019
 Taipei



Welcome to International Forum Taipei

