

108 年度醫院緊急醫療能力分級評定說明會問答集

【作業程序】

序號	問題
1	Q：基準所提「緊急醫療資源不足地區之醫院」係以地區區分或有公布相關醫院之名單？ A：依衛生福利部公告之「108 年度醫院緊急醫療能力分級評定及追蹤輔導作業程序」，緊急醫療資源不足地區係以醫療區域(含次區域)劃分，其範圍請參閱作業程序附件「緊急醫療資源不足地區一覽表」。
2	Q：有關緊急醫療資源不足之地區或醫院是否有相關資訊可供查詢或了解？ A：請參閱衛生福利部公告之「108 年度醫院緊急醫療能力分級評定及追蹤輔導作業程序」之附件「緊急醫療資源不足地區一覽表」。

【自評資料表】

序號	問題
1	Q：院內若有成人加護病房及新生兒加護病房且位於不同樓層，於填寫自評表時是否分開填寫？ A：是，各加護病房應分開填寫。
2	Q：有關自評資料表基準 4.3.4「設有緊急外傷病例討論會，並有具體改善方案」之【評分說明 2】載明「外傷品質討論會應分析登錄外傷嚴重度(ISS)病人的住院人數、住院天數、手術人數、死亡率及死亡原因等。」之「緊急外傷病人之預後分析」自評表格中，「併發症人數及比率」、「併發症分類」統計欄位是否需填寫？ A：本年度基準 4.3.4「設有緊急外傷病例討論會，並有具體改善方案」之【評分說明 2】載明「外傷品質討論會應分析登錄外傷嚴重度(ISS)病人的住院人數、住院天數、手術人數、死亡率及死亡原因等。」，考量前述內容已刪除「併發症」項目，故醫院於自評資料表可不填報「併發症人數及比率」及「併發症分類」統計欄位，亦不作為評定委員實地訪查時參考；另，明年度自評資料表之「4.3.4 緊急外傷病人之預後分析自評表格」，將依評定基準內容刪除相對應之欄位。

【第一章、急診醫療】

序號	問題
1	<p>Q：有關基準 1.1.2「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」之【重度級評分說明 2】，若兒童急診人次前三年年平均未達 10,000 人次，是否需有兒科專科醫師？</p> <p>A：故兒童急診人次前三年年平均未達 10,000 人次者，得不需有兒科專科醫師於急診輪班。</p>
2	<p>Q：有關基準 1.1.2「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」之【中度級評分說明 3、4】，所提護理人員數係之計算方式係分開計算或合併計算？</p> <p>A：【中度級評分說明 3】為「前三年每日平均急診就醫人次每 12 人次應有護理人員 1 名，但不得低於醫療機構設置標準之規定。」。</p>
3	<p>Q：有關基準 1.1.3「具備完善的急診醫事人員」之【中度級評分說明 2】，所提呼吸治療師可 24 小時提供服務，係指在院值班或 on call？</p> <p>A：基準 1.1.3 之【註】載明「急診醫事人員輪班制度係指以全院人力調度。」；呼吸治療師可 24 小時提供服務，係指當必要時，呼吸治療師可以支援與提供相關服務。另，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：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。
4	<p>Q：有關基準 1.1.3「具備完善的急診醫事人員」之【中度級評分說明 2】，所提呼吸治療師可 24 小時提供服務是需要有紀錄？考量小型醫院多以 on call 方式值班，不一定會書寫呼吸治療單，如不須記錄應如何呈現相關資料？</p> <p>A：1.醫院可呈現呼吸治療師可 24 小時提供服務之排班表或有 24 小時提供服務之紀錄。 2.依「呼吸治療師法」第 7 條之規定「呼吸治療師執行業務時，應製作紀錄，並於紀錄上簽名或蓋章，並載明下列事項：一、病人之姓名、性別、出生年月日及地址。二、執行呼吸治療之方法及時間。三、醫師指示之內容。前項業務紀錄應由呼吸治療師之執業機構保管，並至少保存七年。但個案當事人為未成年人，應保存至其成年後至少七年。」，故呼吸治療師如依醫師指示執行相關業務，依法應製作相關紀錄。</p>
5	<p>Q：有關基準 1.2.1「有專科醫師緊急會診機制」之【重度級評分說明】，所提會診時效之科別定義為何？外科的所屬科別是由院內組織架構定義？</p> <p>A：基準 1.2.1 之【重度級評分說明】為「外科、內科、骨科、兒科、麻醉科、神經科、神經外科、婦產科需 24 小時有專科醫師於 30 分鐘內提供緊急照會服務。」，所提科別係指部定專科。</p>
6	<p>Q：請問是否可由五大科(內科、外科、婦產科、兒科、急診醫學科)之住院醫師值急診一線班(同時值病房)，由主治醫師值二線班？</p> <p>A：基準 1.2.1 之【重度級評分說明】載明「外科、內科、骨科、兒科、麻醉科、神經科、神經外科、婦產科需 24 小時有專科醫師於 30 分鐘內提供緊急照會服務。」、【中度級</p>

序號	問題
	<p>【評分說明】載明「需 24 小時有外科、內科、骨科專科醫師於 60 分鐘內提供緊急照會服務。」，故急診會診之值班醫師應為專科醫師；另，應視情況調整各單位值班醫師人力，不宜讓醫師太勞累。</p>
7	<p>Q：有關基準 1.2.1「有專科醫師緊急會診機制」之【註】，所提「緊急會診係指本評定各章節相關醫療服務」之定義為何？係就急性腦中風病人提供緊急會診或相關神經內科之會診情形皆是？中度級急救責任醫院提供內科之緊急會診係以急性腦中風與急性冠心症之病人為主嗎？</p> <p>A：基準 1.2.1 之【重度級評分說明】載明「緊急會診係指本評定各章節相關醫療服務之定義。」，即急性腦中風病人、急性冠心症病人、緊急外傷病人、高危險妊娠孕產婦、新生兒(含早產兒)與加護病房病人之緊急會診服務。</p>
8	<p>Q：有關基準 1.4.3「參與區域聯防及轉診網絡系統」，請問是否配合地方政府即可？</p> <p>A：基準 1.4.3 之【重度級、中度級評分說明 1】載明「配合地方政府規劃，與區域內之急救責任醫院合作，建立區域聯防及轉診網絡機制。」，即醫院配合地方政府之規劃，與區域內之急救責任醫院合作建立相關機制即可。</p>

【第二章、急性腦中風醫療】

序號	問題
1	<p>Q：有關基準 2.1.1「神經科專科醫師值班制度」，所提值班制度係指在院值班或 on call？</p> <p>A：神經科專科醫師值班制度係指 on call，醫院應提供值班表等資料供委員查閱。</p>
2	<p>Q：有關基準 2.1.2「組成跨領域之急性腦中風照護團隊」之【評量方法 1】，所提排班表應如何呈現？是否需有照護團隊之獨立班表？</p> <p>A：排班表係以呈現神經內科為主，並應呈現照護團隊各成員(含檢傷人員、醫師、醫事放射人員、醫事檢驗人員、藥事人員等)之輪值情形。</p>
3	<p>Q：有關基準 2.1.2「組成跨領域之急性腦中風照護團隊」，所提腦中風個案管理師是否需為專責人員？</p> <p>A：基準 2.1.2 之【重度級評分說明 2】載明「應有專責腦中風個案管理師，並具醫護、公衛、醫管或相關訓練。」，故應有專人負責急性腦中風個案管理之業務；另，基準 2.1.2 之【中度級評分說明 2】載明「應有腦中風個案管理師，並具醫護、公衛、醫管或相關訓練。」，即需有具醫護、公衛、醫管或相關訓練之腦中風個案管理師即可。</p>
4	<p>Q：有關基準 2.1.2「組成跨領域之急性腦中風照護團隊」，本院腦中風個案管理師原為護理師兼任，請問現在是否需為專任？</p> <p>A：否，應有專人負責急性腦中風個案管理之業務即可。</p>
5	<p>Q：請問個案管理師是否可以兼任？所有章節之個案管理師是否可為同一人？</p> <p>A：基準 2.1.2 之【重度級評分說明 2】載明「應有專責腦中風個案管理師，並具醫護、公衛、醫管或相關訓練。」、基準 4.1.1 之【重度級評分說明 5】載明「應有專責外傷個案管理師，並具備醫護、公衛、醫管或相關訓練。」，故應有專人負責急性腦中風個案管理之業務；另，如具醫護、公衛、醫管或相關訓練皆可作為個案管理師，但應視情況安排各單位之個案管理師人力，不宜讓個案管理師太勞累。</p>
6	<p>Q：有關基準 2.2.1「訂有急性腦中風病人處置流程(含住院、手術、轉院標準)」與基準 2.3「品質管理」之【評量方法 3】，所提病歷清單之查核內容差異為何？</p> <p>A：基準 2.2.1 之【評量方法 3】為「應提供假日及夜間急性腦中風(中風發作於 24 小時內)病人，急診轉入及轉出之名單。」，係藉由查核病歷內容以了解醫院是否依所訂定之急性腦中風病人處置流程進行處置；基準 2.3 之【評量方法 3】為「本節查核發作至到達急診時間為 2 小時內所有發作之病人(包括出血)」，係藉由查核病歷內容以了解醫院執行靜脈血栓溶解或動脈血栓移除治療之情形。</p>
7	<p>Q：有關基準 2.2.1「訂有急性腦中風病人處置流程(含住院、手術、轉院標準)」之【註 2】，所提「遠距會診」之執行方式為何？是否可以行動裝置之通訊軟體傳送會診資訊，如不行應如何實施？</p> <p>A：依衛生福利部公告之「108 年度醫院緊急醫療能力分級評定及追蹤輔導作業程序」第 6 點第 2 款之規定，如施行跨院際之「遠距會診」，應符合以下規定：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 事先約定遠距會診實施科別及方式。 2. 實施地點以國內醫院為限，應於加密之電子資料傳輸網路與固定電腦設備(排除行動裝置)進行，且應注意資訊安全與病人隱私。 3. 應製作會診紀錄，併同病歷保存。 4. 符合醫療法、醫師法及相關法令規定。

序號	問題
8	<p>Q：有關基準 2.3.1「接受靜脈血栓溶解或動脈血栓移除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」，如急性腦中風病人接受靜脈血栓溶解治療後執行動脈血栓移除治療，請問計算方式是否可各列計一次？</p> <p>A：否，急性腦中風病人接受靜脈血栓溶解治療後即進行動脈血栓移除治療，其計算時僅列計一次。</p>
9	<p>Q：有關基準 2.3.1「接受靜脈血栓溶解或動脈血栓移除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」之【重度級、中度級評分說明】，如急性腦中風病人於 A 醫院接受靜脈血栓溶解治療或動脈血栓移除治療後轉診至 B 醫院，則 A 醫院及 B 醫院是否皆可列計？</p> <p>A：以急性腦中風病人接受靜脈血栓溶解治療或動脈血栓移除治療之醫院分別列計。</p>
10	<p>Q：有關基準 2.3.1「接受靜脈血栓溶解或動脈血栓移除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」，如急性腦中風病人於假日或夜間接受靜脈血栓溶解治療或動脈血栓移除治療，此個案是否須列入計算？</p> <p>A：是，急性腦中風病人有接受靜脈血栓溶解治療或動脈血栓移除治療皆須列入統計，依實際狀況呈現即可。</p>
11	<p>Q：有關基準 2.3.2「接受靜脈血栓溶解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」，如急性腦中風病人發病後 3 小時內抵達醫院，並接受靜脈血栓溶解治療，此個案是否須列入計算？</p> <p>A：否，急性腦中風病人發病後 2 小時以上抵達醫院者不列入統計。</p>
12	<p>Q：有關基準 2.3.3「急性缺血性腦中風病人接受靜脈血栓溶解治療時間 < 60 分鐘之比例」，係以「掛號」時間開始計算或是「檢傷分類」時間開始計算？</p> <p>A：以「檢傷分類」開始之時間作計算。</p>
13	<p>Q：有關基準 2.3.3「急性缺血性腦中風病人接受靜脈血栓溶解治療時間 < 60 分鐘之比例」之，如家屬或病人考慮接受靜脈血栓溶解治療之時間過久，以致簽妥同意書後已超過 60 分，此個案是否須列入計算？</p> <p>A：否，家屬或病人考慮接受靜脈血栓溶解治療之時間過久，以致簽妥同意書後已超過 60 分之個案，不須列入統計。</p>
14	<p>Q：有關基準 2.3.3「急性缺血性腦中風病人接受靜脈血栓溶解治療時間 < 60 分鐘之比例」之【評量方法 3】，如病人於急診留觀中發生腦中風而接受靜脈血栓溶解治療，此個案是否須列入計算？</p> <p>A：是，於急診內發生腦中風之病人無須排除，其接受靜脈血栓溶解治療之時間計算方式為「在急診發作至護理紀錄開始施打靜脈血栓溶解劑之時間差」。</p>

【第三章、急性冠心症醫療】

序號	問題
1	<p>Q：有關基準 3.1.1「心臟內科醫師資格及排班制度」，所提 3 位心臟內科醫師係指配置有 3 位心臟內科醫師或是值班時需有 3 位心臟內科醫師？</p> <p>A：基準 3.1.1 之【重度級評分說明 2】載明「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」，係指醫院有配置 3 位心臟內科醫師即可。</p>
2	<p>Q：有關基準 3.1.1「心臟內科醫師資格及排班制度」之【中度級評分說明 2】，所提至少需有 2 位心臟內科醫師是否可以支援報備方式為之？</p> <p>A：基準 3.1.1 之【評量方法 1】載明「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。」，故緊急醫療資源不足地區之醫院可以報備支援醫師認列。</p>
3	<p>Q：有關基準 3.1.2「組成跨領域之急性冠心症照護團隊」之【評量方法 1】，所提班表應如何呈現？是否可以照會紀錄佐證？</p> <p>A：排班表應呈現照護團隊各成員(含檢傷人員、醫師、醫事放射人員、醫事檢驗人員、藥事人員等)之輪值情形，且至少需有 2 個以上之照護團隊；另，宜召開跨領域團隊會議，以針對個案病歷討論並留有紀錄。</p>
4	<p>Q：有關基準 3.1.2「組成跨領域之急性冠心症照護團隊」之【評量方法 1】，所提團隊各成員未包含護理人員，是否需有相關配置？</p> <p>A：照護團隊之成員組成可由醫院自行設置，但如於夜間執行注射行為，依醫療法規定應由護理人員執行。</p>
5	<p>Q：有關基準 3.1.2「組成跨領域之急性冠心症照護團隊」之【評量方法 1】，就護理人員或醫事放射師之排班，是否有相關規範？例如：每人多久輪班一次，如 3 組人員每人每月有 10 班合適嗎？如兩院區往返路程係 30 分鐘內可到達，兩院區之人力是否可合併排班？</p> <p>A：醫院應視情況自行安排照護團隊各成員之班表，不宜讓成員太勞累。</p>
6	<p>Q：有關基準 3.1.2「組成跨領域之急性冠心症照護團隊」之【評量方法 1】，所提照護團隊之作業方式及排班表，是否需有照護團隊之獨立班表？</p> <p>A：排班表係以呈現心臟內科為主，並應呈現照護團隊各成員(含檢傷人員、醫師、醫事放射人員、醫事檢驗人員、藥事人員等)之輪值情形。</p>
7	<p>Q：有關基準 3.2「處置流程」之【註】，STEMI 病人之排除條件是否包含插管(On Endo)之病人？</p> <p>A：是，插管之病人屬經特殊維生設備處置之病人。</p>
8	<p>Q：有關基準 3.2.3「有心臟外科醫師緊急會診機制」，會診是否包含外傷病人或急性心肌梗塞病人(AMI)會診心臟外科之會診記錄？</p> <p>A：否，基準 3.2「處置流程」之【評分說明】載明，本章係針對 STEMI 病人作查核。</p>
9	<p>Q：有關基準 3.3.1「作第一張 EKG 時間小於 10 分鐘」，如病人於第 2 張或第 3 章心電圖才發現有 STEMI 之情形，是否需列入計算？</p> <p>A：否，應於病歷上載明原因。</p>
10	<p>Q：基準 3.3.1「作第一張 EKG 時間小於 10 分鐘」，如病人無胸痛、胸悶等症狀，此個案是否可排除？</p>

序號	問題
	<p>A：基準 3.3.1 評分說明達成比率訂定時，已將非典型症狀等因素納入考量，故前述個案不得排除；另，當作第一張 EKG 時間已超過 10 分鐘時，應於病歷上載明原因(如：病人主訴不明顯等)。</p>
11	<p>Q：有關基準 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」，於 107 年之評定基準係計算 Door to balloon time，107 年之資料是否需重新計算？</p> <p>A：考量 Door to wire time 一定早於 Door to balloon time，故 107 年之資料無須重新計算，但應說明開始計算 Door to wire time 之時間點即可。</p>
12	<p>Q：有關基準 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」之【評量方法 6】，請問導絲(wire)通過的時間係指通過病灶或影像上可看到導絲即可？</p> <p>A：導絲通過的時間係指影像上可看到導絲。</p>
13	<p>Q：有關急性心肌梗塞(AMI)病人執行緊急冠狀動脈介入術(Primary PCI)，如家屬考慮接受緊急冠狀動脈介入術之時間過久，此個案是否可排除？</p> <p>A：基準 3.3.3 之【評量方法 7】載明「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。」，如有排除之病人應記錄原因並有合理之說明，且於實地評定時提供予委員參考。</p>
14	<p>Q：病人至急診就醫時之主訴為跌倒，然做 EKG 時發現為急性心肌梗塞(AMI)，於計算 Door to balloon time 時，此個案是否可排除？</p> <p>A：基準 3.3.3 之【評量方法 7】載明「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。」，如有排除之病人應記錄原因並有合理之說明，且於實地評定時提供予委員參考。</p>

【第四章、緊急外傷醫療】

序號	問題
1	<p>Q：有關基準 4.1.1「外傷科醫師資格及排班制度」之【重度級評分說明 1】，請問緊急醫療醫源不足地區之醫院，外傷小組醫師得由外科系專科醫師兼任時，是否可不設 3 名以上之專責醫師編制？</p> <p>A：基準 4.1.1 之【重度級評分說明 1】為「設有獨立之外傷部門或外傷小組，且有 3 名以上之專責醫師編制，於緊急醫療資源不足地區之醫院，得由外科系專科醫師兼任」，如緊急醫療資源不足地區之醫院申請重度級急救責任醫院評定時，其 3 名以上之專責醫師編制得由外科系專科醫師兼任。</p>
2	<p>Q：有關基準 4.1.1「外傷科醫師資格及排班制度」之【重度級、中度級評分說明 1】，所提外傷小組需為獨立設置或可設置於急診科、其他臨床科部之下？</p> <p>A：外傷小組應為獨立設置。</p>
3	<p>Q：有關基準 4.1.1「外傷科醫師資格及排班制度」之【中度級評分說明 2】，所提每日於外傷小組值班之外科系醫師，同時間是否可值其他科的班？</p> <p>A：外傷小組當日負責醫師同時間不可值急診一線及加護病房。</p>
4	<p>Q：有關基準 4.1.1「外傷科醫師資格及排班制度」之【重度級評分說明 3】，請問外科系專科醫師是否有規範科別？總醫師是否可行？</p> <p>A：外科系專科醫師係指領有部定專科醫師證書之醫師，包含：外科、整型外科、骨科、泌尿科及神經外科，如總醫師領有外科系專科醫師證書亦可。</p>
5	<p>Q：有關基準 4.1.1「外傷科醫師資格及排班制度」之【重度級評分說明 4】與【中度級評分說明 3】，所提高級外傷救命術(ATLS)證書是否可以高級神經救命術(ANLS)證書認列？</p> <p>A：否，高級神經救命術(ANLS)證書不得認列。</p>
6	<p>Q：有關基準 4.1.1「外傷科醫師資格及排班制度」之【註 1】，請問夜診是否屬其他部門業務？</p> <p>A：基準 4.1.1 之【註 1】載明「重度級醫院之外傷部門或外傷小組專責醫師係指執業登記於該院之專科醫師，每週(週一至週五)至多 3 個半天可作其他部門醫療業務，其餘時間皆負責外傷部門或外傷小組業務，外傷部門或外傷小組業務由醫院自行規範。」，所提每週(週一至週五)至多 3 個半天可作其他部門醫療業務，係指週一至週五之上午、下午共 10 個時段。</p>
7	<p>Q：有關基準 4.1.1「外傷科醫師資格及排班制度」之【註 2】，所提外傷科醫師係指外科系專科醫師接受至少二年以上外傷專業訓練並領有相關證明，應如何呈現？</p> <p>A：外傷科非部定專科，如醫師領有外傷專科醫師證書或受過二年以上外傷專業訓練之證明即可。</p>
8	<p>Q：有關基準 4.1.2「具備完善的緊急外傷照護團隊」之【評量方法 1】，所提「中華民國急重症護理學會」辦理之外傷繼續教育時數審查認定，係自 108 年起開始計算？</p> <p>A：是，自基準公告日起算。</p>
9	<p>Q：有關基準 4.1.2「具備完善的緊急外傷照護團隊」之【評量方法 1】，請問「台灣外科醫學會」審查認定之課程時數是否皆可認定為外傷繼續教育時數？如果不是，其認定之機制或條件為何？</p>

序號	問題
	A：基準 4.1.2 之【評量方法 1】載明「中央主管機關認可之外傷繼續教育時數係指「台灣外科醫學會」、「台灣外傷醫學會」、「台灣急診醫學會」或「中華民國急重症護理學會」辦理審查認定。」，經前述學會辦理審查認定之外傷繼續教育時數皆可認列。
10	<p>Q：有關基準 4.1.2「具備完善的緊急外傷照護團隊」之【中度級評分說明】，所提 60%以上外傷醫護人員三年需具備 16 小時以上中央主管機關認可之外傷繼續教育時數，其計算方式為何？</p> <p>A：任職未滿一年之外傷醫護人員，不列入統計；任職滿一年未滿二年之外傷醫護人員，需具備 6 小時外傷繼續教育訓練時數；任職滿二年未滿三年之外傷醫護人員，需具備 12 小時外傷繼續教育訓練時數；任職滿三年以上之外傷醫護人員，需具備 16 小時外傷繼續教育訓練時數。</p>
11	<p>Q：有關基準 4.2.2「有外傷登錄及外傷嚴重度(ISS)之評估紀錄」之【評量方法 1】，所提手術欄位之資料應包含哪些？</p> <p>A：外傷登錄於手術欄位應包含手術次數、日期及手術代碼等資料。</p>
12	<p>Q：有關基準 4.2.3「有外傷相關專科醫師緊急會診機制」之【評量方法 1、2】，請問外傷相關之專科醫師排班制度是否有規範？例如：不可連續值班？</p> <p>A：醫院應視情況自行安排外傷相關之專科醫師之班表，不宜讓醫師太勞累。</p>
13	<p>Q：有關基準 4.2.3「有外傷相關專科醫師緊急會診機制」，如一線值班人員為胸腔外科醫師，於急診照會時發現病人屬心臟外科之個案，即聯絡該專科醫師出勤（開刀），是否不算合併值班？</p> <p>A：基準 4.2.3 之【註 1】載明「…緊急醫療資源不足地區之醫院，心臟外科、胸腔外科得合併值班，骨科、整形外科得合併值班。」，故緊急醫療資源不足地區醫院之「心臟外科與胸腔外科」、「骨科與整形外科」始得以合併值班方式提供照會服務。</p>
14	<p>Q：有關基準 4.2.4「可於假日及夜間處置緊急外傷病人」，所提緊急外傷為何？</p> <p>A：基準 4.2.1 之【註 1】載明「緊急外傷應至少包含下列之一：(1)因外傷事件導致傷患生命徵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)醫院自行定義之緊急外傷」。</p>
15	<p>Q：有關基準 4.2.4「可於假日及夜間處置緊急外傷病人」之【註 2】，所提假日之定義是否以病人掛號時間為主？</p> <p>A：基準 4.2.4 之【註】載明「1.假日包含星期六、星期日及國定假日。2.夜間係指下午 5 時至次日上午 8 時，以病人掛號時間為主」。</p>
16	<p>Q：有關基準 4.3.1「外傷小組啟動時間符合規定」之【註 2】，請問 AIS 3 分以上是否含 3 分？</p> <p>A：是，AIS\geq3 分者皆需納入。</p>
17	<p>Q：有關基準 4.4.1「建立大量緊急外傷事故應變機制」之【評量方法 1】，所提大量緊急外傷事故是否可與急診部門合併演練？</p> <p>A：緊急外傷事故、大量傷患可與急診部門合併演練，但需有外傷小組參與。</p>
18	<p>Q：基準 4.4.1「建立大量緊急外傷事故應變機制」，評分說明「應訂定緊急外傷事故大量傷患計畫，應包括：區域內相關醫院院際合作計畫、轉院程序及人員、床位、手術室調度機制，並辦理演練。」，請問「辦理演練」是否可桌上演練？</p> <p>A：可以，醫院應提供於評定效期內處理大量緊急外傷事件檢討紀錄，或大量緊急外傷事</p>

序號	問題
	故演練紀錄，以及應變計畫修訂結果。
19	<p>Q：有關基準 4.4.2「執行區域聯防」之【重度級、中度級評分說明 1】，所提與區域內之急救責任醫院合作，係指與另一家急救責任醫院合作？是否須簽約佐證？</p> <p>A：與區域內之急救責任醫院合作，係指至少與 1 家急救責任醫院合作建立區域聯防及轉診網絡機制，且合作對象宜為不同評定等級(例如：重度級與中度級)，並有相關紀錄或計畫書佐證。</p>

【第五章、高危險妊娠孕及新生兒醫療】

序號	問題
1	<p>Q：有關基準 5.1.2「具重症新生兒照護能力之兒科專科醫師及護理人員」之【註 2】，所提 NRP 訓練是否可列計新生兒照護相關訓練？有無規定或認定之課程嗎？</p> <p>A：基準 5.1.2 之【註 2】載明「中央主管機關認可之新生兒訓練課程係指『臺灣兒科醫學會』或『台灣新生兒科醫學會』辦理之每二年 12 小時新生兒照護相關訓練。」；另，NRP 為基準規範之必要訓練課程，非屬前述新生兒照護相關訓練。</p>
2	<p>Q：有關基準 5.2.2「訂有新生兒(含早產兒)處置流程(含轉院機制、緊急會診機制等)」之【重度級評分說明 1】，所提備有資料可查係指？</p> <p>A：基準 5.2.2 之【評量方法 1】載明「本基準之流程由醫院自行訂定，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，備有流程資料可查。」、【評量方法 2】載明「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，外接時新生兒加護病房內仍應有醫師處理此期間之病人醫療照護需求。」；其中，處置包括整體流程、措施及實證，並能於病歷中呈現即可。</p>
3	<p>Q：有關基準 5.2.2「訂有新生兒(含早產兒)處置流程(含轉院機制、緊急會診機制等)」之【重度級評分說明 2】，請問治療儀器需常備在新生兒加護病房(NICU)或可由合作廠商配送？</p> <p>A：無規範需常備於單位，但應有相關機制，如：儀器編號、執行方式等相關作業流程，並有資料佐證。</p>
4	<p>Q：基準 5.3.2「能於夜間執行高危險妊娠孕產婦緊急分娩及剖腹產手術」病歷清冊提供是以「假日、夜間」入院的病人，或是「假日、夜間」有執行處置的病人為主？</p> <p>A：提供假日及夜間有執行處置之病歷清冊為主，且應提供高危險妊娠孕產婦轉出之病歷清單。</p>
5	<p>Q：基準 5.3.3【重度級】評分說明「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，達成率需符合 80%以上。」，所提手術或介入性治療係指那些項目？</p> <p>A：基準 5.3.3 之【註】載明「僅投予 NO(一氧化氮)、注射抗生素治療者，不屬於介入性治療。」；另，介入性治療包含：心導管介入性治療、氣管內管置入、胸管置入、臍動脈靜脈管置入等。</p>
6	<p>Q：基準 5.3.3「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」病歷清冊提供是以「假日、夜間」入院的病人，或是「假日、夜間」有執行處置的病人為主？</p> <p>A：提供假日及夜間執行急重症新生兒(含早產兒)手術或介入性治療之病歷清冊為主。</p>

【第六章、加護病房照護】

序號	問題
1	<p>Q：有關基準 6.1.1「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」之【重度級、中度級評分說明 2-(2)】，所提一年以上重症加護專業訓練是否有相關訓練證明即可？</p> <p>A：是，相關訓練證明可由醫院自行舉證。</p>
2	<p>Q：有關基準 6.1.1「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」之【註 3】，所提是緊急醫療資源不足地區之醫院人力配置，係指加護病房(ICU)之專責醫師可以專科醫師兼任？</p> <p>A：是，但每一加護病房應有 1 名專責專科醫師。</p>
3	<p>Q：有關基準 6.1.1「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」，若本院僅 2 個加護病房(分別為 12 床、8 床)，是否設置 2 人即可？若加護病房在不同樓層，就需有一位醫師跨樓層查訪，此情況同層是否可行？不同層是否可行？</p> <p>A：基準 6.1.1 之【註 5】載明「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)」，但計算結果仍需符合醫療機構設置標準之規範；申請重度級急救責任醫院評定時，各加護病房應獨立分開計算。</p>
4	<p>Q：有關基準 6.1.2「24 小時均有醫師於加護病房值班」之【重度級評分說明 1】，如為第二年畢業後一般醫學訓練醫師(PGY2)是否可值班？</p> <p>A：基準 6.1.2 之【重度級評分說明 1】為「24 小時有醫師(不含第一年畢業後一般醫學訓練醫師)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)」，僅規範第一年畢業後一般醫學訓練醫師(PGY1)不得於加護病房值班，後續錄案列入 109 年評定基準研修會議討論。</p>
5	<p>Q：有關基準 6.1.2「24 小時均有醫師於加護病房值班」之【重度級評分說明 3】，所提醫師夜間、假日值班床數以 20 床為限，如為主治醫師是否適用？</p> <p>A：基準未規範主治醫師之值班床數，醫院應視情況自行安排，不宜讓醫師太勞累。</p>
6	<p>Q：有關基準 6.1.2「24 小時均有醫師於加護病房值班」之【重度級評分說明 5】，請問每日平均住院人數如何計算？</p> <p>A：基準 6.1.2 之【註】載明「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>
7	<p>Q：有關基準 6.1.2「24 小時均有醫師於加護病房值班」之【中度級評分說明 1】，請問兼值會診是否可行？</p> <p>A：基準未規範中度級急救責任醫院之加護病房值班醫師不得兼值會診，醫院應視情況自行安排，不宜讓醫師太勞累。</p>
8	<p>Q：有關基準 6.1.3「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」之【評分說明 2】，所提護理人員 ALS 證書與 ACLS 證書之差異為何？</p> <p>A：護理人員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 等皆可認列。</p>

序號	問題
9	<p>Q：有關基準 6.1.3「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」之【註】，所提加護訓練課程之內容為何？單位是否須每年個別辦理？</p> <p>A：基準 6.1.3 之【註】載明「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。」；另，醫院應安排護理人員之在职教育訓練(含院內辦理或至院外受訓)。</p>
10	<p>Q：有關基準 6.1.3「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」之【評量方法 1】，所提「加護病房護理人員重症照護相關訓練記錄」係呈現個人或整個單位之訓練記錄？</p> <p>A：宜提供護理人員名冊及其相關訓練紀錄，以供委員查證。</p>
11	<p>Q：有關基準 6.1.4「組成跨領域之加護病房照護團隊」之【中度級評分說明 2】，「加護病房呼吸治療師每 15 床 1 人」，所提呼吸治療師可 24 小時提供服務，係指在院值班或 on call？</p> <p>A：呼吸治療師可 24 小時提供服務，係指當必要時，呼吸治療師可以支援與提供相關服務，醫院可呈現呼吸治療師可 24 小時提供服務之排班表或有 24 小時提供服務之紀錄。另，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：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。
12	<p>Q：有關基準 6.2.1「訂有完善床位調度機制」之【重度級、中度級評分說明】，所提調床機制之病歷記錄部分，一般病歷紀錄主要記載病人病情，是否可於病歷中記載因床位調度將較穩定之病人從加護病房調到一般病房，或是記載於護理師之日誌即可？</p> <p>A：醫院如遇滿床且急診有需求之情形應有相關機制因應，並可呈現如何進行調度、由誰控床及讓急診有床提供使用等執行狀況即可。</p>
13	<p>Q：有關基準 6.2.1「訂有完善床位調度機制」之【評量方法 2】，所提調床之病歷為何？</p> <p>A：係查核假日及夜間由急診轉入加護病房與自加護病房轉出之病歷。</p>
14	<p>Q：有關基準 6.2.1「訂有完善床位調度機制」，所提急診轉入加護病房，如為院內轉是否需列入？如由院內加護病房轉出至院外加護病房，是否需列入？</p> <p>A：是，係查核急診病人轉入加護病房時之加護病房調床機制，及因加護病房滿床無法調度而轉出至一般病床或他院的病歷。</p>
15	<p>Q：有關基準 6.3.1「設有加護病房管理委員會或相關組織，並有具體改善方案」之【重度級、中度級評分說明 6】，所提內容應如何呈現？</p> <p>A：基準 6.3.1 之【評量方法 6】載明「呼吸器使用之相關治療個案紀錄或討論會紀錄。」，故每位個案皆需有照護計畫，且針對問題能有討論與紀錄並作檢討。</p>
16	<p>Q：有關基準 6.4.1「有大量傷患緊急應變計畫」之【重度級、中度級評分說明 2】，所提大量傷患演練是否有規範幾人或幾床以上屬大量傷患？</p> <p>A：災害現場發生 15 人以上傷患稱為大量傷患，惟分送各醫院救置，本條文係針對醫院加護病床滿床時如何就傷患到院作應變演練，包含如何調度、轉床或轉院等，應訂有相關應變機制、模擬人員現場調度、醫院藥品及醫材如何供應等，以能運作為基準查核之重點。</p>

序號	問題
17	<p>Q：有關基準 6.4.2「需有區域聯防及轉診網絡系統」，所提區域聯防是否有區域公里數或層級別之規範？</p> <p>A：目前尚未就聯防所指之區域作定義，主要以查核轉診網絡系統內之實際轉診合作紀錄為主。</p>