

112 年度醫院緊急醫療能力分級評定說明會問答集

【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 1】，急診人次計算為前三年(即 109-111 年)，若醫院於 110 年整併，人力計算是由整併後之 110 年開始計算，亦或整併前之開業時間(109 年 2 月)計算？</p> <p>A：於整併後啟算。</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【重度級評分說明 1】，受過至少二年兒童急診訓練課程係指什麼課程？應如何認定？</p> <p>A：兒童急診科非部定專科，如醫師領有兒科專科醫師證書且受過二年以上兒童急診專業訓練之證明即可。</p>
3	<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】，專任兒科專科醫師應執登於急診醫學科或兒科？</p> <p>A：專任兒科專科醫師係指具部定專科醫師資格，執業執照登記執業場所為該院；每週至多 2 個半天(至多 8 小時)從事非急診部門相關之醫療業務。</p>
4	<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】，醫學中心(總院)分離設立兒童醫院，其急診部門專任兒科專科醫師之執業執照登記場所是否需為總院？</p> <p>A：醫學中心分離設立兒童醫院，其急診部門專任兒科專科醫師，每週至多 2 個半天(至多 8 小時)從事非急診部門相關之醫療業務，執業執照登記於總院或兒童醫院均可。</p>
5	<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】，醫院兒童急診人次前三年年平均為 10,005 人次，應有幾名專任兒科專科醫師？</p> <p>A：基準 1.1.2 之【重度級評分說明 2】載明「兒童急診人次前三年年平均達 10,000 人次以上，每 5,000 人次應有 1 名專任兒科專科醫師」，專任兒科專科醫師計算公式為「(前 3 年之兒童年平均急診人次/5,000)」，以小數點後一位無條件進位計算，應有 3 名專任兒科專科醫師。</p>
6	<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】，醫院兒童急診人次前三年年平均未達 10,000 人次以上，且本院急診值班之兒科醫師非專任，是否符合？</p> <p>A：基準 1.1.2 之【重度級評分說明 2】載明「兒童急診人次前三年年平均達 10,000 人次以上，每 5,000 人次應有 1 名專任兒科專科醫師，但緊急醫療資源不足地區之醫院不在此限：(1)10,000-18,000 人次，每個月至少 20%時段。(2)18,000-30,000 人次，每個月至少 50%時段。(3)30,000 人次以上，24 小時全時段。」，醫院兒童急診人次前三年年平均未達 10,000 人次以上者，得不需有專任兒科專科醫師。</p>
7	<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】，醫院屬緊急醫療資源不足地區，如無專任兒科專科</p>

	<p>醫師是否符合急診人力配置？</p> <p>A：基準 1.1.2 之【重度級評分說明 2】載明「兒童急診人次前三年年平均達 10,000 人次以上，每 5,000 人次應有 1 名專任兒科專科醫師，但緊急醫療資源不足地區之醫院不在此限。」，故緊急醫療資源不足地區之醫院不適用此項規定。</p>
8	<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 3】，與現行多數婦產科教學醫院常規不符，目前多為檢傷分類為婦產科後，即由婦產科醫師在急診處理，若一律需由急診醫師介入，對許多已明顯為單純婦產科問題之非危急病人徒增加不便，因需在急診先等急診醫師看診，再等婦產科醫師看診，易導致民怨，且加重急診醫師不必要之負擔，如主訴為性行為導致陰道出血、疼痛且生命徵象正常，實無先經急診醫師先看診之必要性。且許多女性之下腹痛(如：骨盆腔發炎)，婦產科醫師內診及問診即可判斷之疾病，若皆需先經急診醫師診察，常因無法替病人內診，而無法判斷原因為何，進而減少各醫院訓練婦產科醫師第一線處理病人之機會。</p> <p>A：有關基準 1.1.2 之【重度級評分說明 3】載明「急診就醫病人應先由急診部門之專科醫師做初步診察排除立即之風險病情後，視需要會診其他專科醫師，一般生產及牙科不在此限。」，係指急診就醫病人應先由在急診部門執勤之專科醫師做初步診察，並非專指急診醫學科醫師，如於急診第一線值班之婦產科醫師可診視病人，則無須經過急診醫學科醫師先行診療。本評分說明係為避免急診病人未經醫師診察即直接轉送其他部門，於途中病況發生變化而延誤救治時機，故條文並未指定看診醫師之專科別，強調先由急診執勤之醫師診療過後，再轉由其他專科醫師處置。</p>
9	<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 3】，急診就醫由住院醫師初步診察再向主治醫師報告(主治醫師為專科醫師)是否符合規定？</p> <p>A：基準 1.1.2 之【重度級評分說明 3】載明「應由急診部門之專科醫師做初步診察。」。</p>
10	<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 5】，護理長是否屬於護理人力？</p> <p>A：基準 1.1.2 之【評量方法 2】載明「專科護理師不列計護理人力。」。</p>
11	<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 5】，若前三年每日平均急診就醫人次為 100 人，且急診觀察床設有 27 床，護理人力是否應為 36 名？</p> <p>A：基準 1.1.2 之【重度級評分說明 5】載明「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；設有急診觀察床者，每床應增加 1 名。」，護理人員計算公式為「(前三年每日平均急診就醫人次/12)」，以小數點後一位無條件進位計算，加上月平均觀察室登記之急診觀察病床*1，應有 36 名護理人員。</p>
12	<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 1】專科醫師有科別限制嗎？</p> <p>A：專科醫師係指衛生福利部部定之專科醫師。</p>
13	<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】，護理人員數之計算方式係分開計算或合併計算？</p> <p>A：基準 1.1.2 之【中度級評分說明 3】載明「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。」，其計算方式係依「每日</p>

	平均急診就醫人次」、「登記之急診觀察病床數」分別計算所需之護理人員數，並以數值較大者作為應配置之護理人員數。
14	<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【註 1】，專任定義是否比照基準 1.1.1「設有急診部門」之【註】，係指具部定專科醫師資格，執業執照登記執業場所為該院，每週至多 2 個半天(至多 8 小時)從事非急診部門相關之醫療業務。</p> <p>A：基準 1.1.2 之【註 1】載明，專任係指具部定專科醫師資格，執業執照登記執業場所為該院，執業科別為急診醫學科；每週至多 2 個半天(至多 8 小時)從事非急診部門相關之醫療業務。</p>
15	<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【註 1】，如急診醫師支援加護病房，每次值班為 12-15 小時，每月支援時數為 24-30 小時，是否符合「專任」之規定？</p> <p>A：基準 1.1.2 之【註 1】載明「專任醫師每週至多 2 個半天(至多 8 小時)從事非急診部門相關之醫療業務。」。</p>
16	<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【註 4】，多數醫院 14 歲以上皆由急診醫師看診，請問兒童急診人次可以 0-14 歲計算嗎？</p> <p>A：基準 1.1.2 之【註 4】載明「兒童急診(係指非外傷病人)看診年齡定義為 0 至 18 歲，係指出生日至年滿 18 歲止。」，故兒童急診人次應以 0 至 18 歲計算。</p>
17	<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【評量方法 3】，急診觀察病床是否可考量佔床率？</p> <p>A：基準 1.1.2 之【評量方法 3】載明「觀察室登記之急診觀察病床，依據醫療機構設置標準規定，以每月 1 日於衛生局登記之床數為計算護理人力基準。」，故不得考量佔床率。</p>
18	<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」之值班制度係指在院值班或 on call？</p> <p>A：急診醫師值班制度係指在院值班。</p>
19	<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】，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。」，故【中度級評分說明 2】係指必要時有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。
20	<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】，呼吸治療師可 24 小時提供服務是否需有紀錄？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：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；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</p>

	<p>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>
21	<p>Q：有關基準 1.1.5「急診應有完善之設施設備，並確實執行保養管理及清潔」之【重度級評分說明 4】，兒童診察治療區應與其他作業明顯區隔，如何定義明顯區隔？</p> <p>A：應有明顯之空間區隔，且設有隔離視線之屏障物，以保護兒童病人隱私。</p>
22	<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】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「專科醫師分科及甄審辦法」第 3 條所訂之專科；另，前揭專科於院內組織架構所屬之科別由醫院自行定義。</p>
23	<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】，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)、主治醫師值二線班？</p> <p>A：基準 1.2.1【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。」，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>
24	<p>Q：有關基準 1.2.1「有專科醫師緊急會診機制」之【註】「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及急性冠心病之病人為主嗎？</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、急性冠心病病人、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>
25	<p>Q：有關基準 1.2.2「訂有病人轉診及完善床位調度機制」之【重度級評分說明 5】，若醫院為縣市衛生局轄內指定設置兒少保護小組之急救責任醫院，是否可不用準備資料，即視為符合？</p> <p>A：醫院仍應呈現基準 1.2.2 之【重度級評分說明 5】載明「兒少保護小組」需辦理事項(即訂有院內兒虐標準處理流程(含通報機制)、確保兒虐處置之正確及完整性、建立醫院溝通聯繫窗口與強化防治網絡功能、召開兒少虐待會議與教育訓練)之資料。</p>
26	<p>Q：有關基準 1.2.2「訂有病人轉診及完善床位調度機制」之【中度級評分說明 1】，必要之調床機制係指院內或院外，應如何呈現？</p> <p>A：係指轉診至院外，且醫院轉診作業流程應符合緊急傷病患轉診實施辦法之規定，包含轉診單填寫完整度、病歷記載轉診原因、轉診同意書、轉院風險告知及必要之調床機制等。</p>
27	<p>Q：有關基準 1.4.1「建立緊急傷病患或大量傷病患事故應變機制」之【重度級、中度級評分說明 4】，所提積極配合地方政府為何？</p> <p>A：基準 1.4.1 之【評量方法 4】載明「配合地方政府，與區域內網絡醫院或相關團體，共</p>

	同辦理大量傷患演習及訓練紀錄。」，即醫院配合地方政府辦理相關演習及訓練。
28	<p>Q：有關基準 1.4.3「參與區域聯防及轉診網絡系統」之【重度級、中度級評分說明 1】，是否配合地方政府規劃即可？</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建立合作相關機制。</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」之【重度級評分說明】，值班係指在院值班或 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【重度級評分說明 2】，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，【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>
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」之【重度級評分說明 2】，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及專責外傷個案管理之業務；另，如具醫護、公衛、醫管或相關訓練皆可作為個案管理師，惟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>
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」之【重度級評分說明 2】，醫院腦中風個案管理師原為護理師兼任，請問依基準要求是否需為專任？</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：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】，急性腦中風照護團隊之排班表應如何呈現？是否需有照護團隊個別之獨立班表？</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>
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)」之【註 2】「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：依據衛生福利部於 112 年 4 月 21 日公告之「112 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。
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)與基準 2.3「品質管理」之【評量方法 3】，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】載明「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</p>

	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「查核發作至到達急診時間為 3.5 小時(含)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。
8	Q：有關基準 2.2.2「有神經科專科醫師緊急會診機制」之【中度級評分說明】「緊急會診機制」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？ A：中度級急救責任醫院如採通訊診察方式進行緊急會診，惟病人手術前仍應到場給予處置意見。
9	Q：有關基準 2.2.4「可於假日及夜間處置急性腦中風病人」之【重度級評分說明】，夜間是以病人掛號時間計算嗎？其他時段是以檢傷時間計算嗎？ A：基準 2.2.4 之【註 1、2】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」。
10	Q：有關基準 2.2.4「可於假日及夜間處置急性腦中風病人」之【評量方法 1】，NIHSS 評分表資料可只寫總分嗎？ A：可以。
11	Q：有關基準 2.2.5「可於假日及夜間進行急性腦中風病人之手術」之【重度級評分說明】，如為假日晚上之病人是否於假日及夜間皆採計？ A：僅列計假日之病人。
12	Q：有關基準 2.2.5「可於假日及夜間進行急性腦中風病人之手術」之【重度級評分說明】，若病人原至急診就醫非急性腦中風，但於急診留觀時，突然中風發作(出血/梗塞)且於假日或夜間進行手術，是否納入計算？ A：是。
13	Q：有關基準 2.2.5「可於假日及夜間進行急性腦中風病人之手術」之【重度級評分說明】，若病人為住院中發生腦中風，於假日或夜間進行手術，是否納入計算？ A：基準 2.3.2 之【評量方法 2-(3)】載明應排除「住院期間發生中風的病人」。
14	Q：有關基準 2.2.5「可於假日及夜間進行急性腦中風病人之手術」之【重度級評分說明】，若病人到院至執行手術時間大於 24 小時，是否納入計算？ A：是。
15	Q：有關基準 2.2.5「可於假日及夜間進行急性腦中風病人之手術」之【評量方法 1】，處置時間未設定於發作 4.5 小時(含)內，係指入院 4.5 小時(含)內進行手術？亦或有症狀時進行手術需在 4.5 小時(含)內？ A 基準 2.2.5 之【評量方法 1】載明「符合手術適應症病人之處置時間未設定於發作 4.5 小時(含)內」。
16	Q：有關基準 2.2.5「可於假日及夜間進行急性腦中風病人之手術」之【評量方法 1-(4)】，靜脈血栓溶解或動脈血栓移除後至緊急手術時間之間隔之定義為何？ A：目前尚未規範靜脈血栓溶解或動脈血栓移除後至緊急手術時間之間隔，得視病人病況緊急照會神經外科醫師，且註明相關處置紀錄。
17	Q：有關基準 2.2.5「可於假日及夜間進行急性腦中風病人之手術」之【評量方法 1-(4)】，係指發作 4.5 小時(含)內執行靜脈血栓溶解或動脈血栓移除治療於 36 小時內出血接受手術或為接受靜脈血栓溶解或動脈血栓移除治療後 4.5 小時(含)內出血且執行手術者才納入計算？如超過 4.5 小時出血之個案是否排除？

	A：基準 2.2.4 之【評量方法 1】載明「符合手術適應症病人之處置時間未設定於發作 4.5 小時(含)內」。
18	Q：有關基準 2.3「品質管理」之【重點】，急性缺血性腦中風病人如同時接受靜脈血栓溶解及動脈血栓移除治療致發生症狀性腦出血之病人，是否列為排除對象或僅排除分子計算？ A：不予排除。
19	Q：有關基準 2.3「品質管理」之【評量方法 1】，星期一上午 8 時前之病歷是否屬假日？ A：是
20	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】，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，請問計算方式是否各列計一次？ A：否，僅列計一次。
21	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？ 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。
22	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】，急性缺血性腦中風病人係指急診病人(含急診轉診病人)嗎？ A：是。
23	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】，如病人同時接受靜脈血栓溶解治療及動脈血栓移除治療，計算時僅列計其一治療，應列計於靜脈血栓溶解治療或動脈血栓移除治療？ A：列計於接受動脈血栓移除治療病人之人次數。
24	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】，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？ 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計，依實際狀況呈現即可。
25	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【中度級評分說明】，如申請中度級急救責任醫院評定，於假日及夜間接受靜脈血栓溶解治療之個案是否列入計算？ A：中度級以抽查平日上班時間(上午 8 時至下午 5 時)病歷為主，假日及夜間之個案亦可列入計算。
26	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」及 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 \leq 60 分鐘之比例」之【重度級、中度級評分說明】，目前健保 t-PA 治療處置給付為 3 小時內完成急性缺血性腦中風病人注射 t-PA，惟基準收符合溶栓適應症之

	<p>急性缺血性腦中風病人發作 3.5 小時(含)內接受 IV-tPA 治療之個案，如超過健保給付之 3 小時需自費施打之病人是否要納入計算？</p> <p>A：3 小時內接受 IV-tPA 治療之個案皆可納入計算。</p>
27	<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」之【重度級、中度級評分說明】，急性缺血性腦中風病人發作時間距到院時間超過 3.5 小時，但於 4.5 小時內(含)接受 IV-tPA 治療之個案是否納入計算？</p> <p>A：是。</p>
28	<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\leq60 分鐘之比例」之【重度級、中度級評分說明】，如家屬或病人考慮接受靜脈血栓溶解治療之時間過久，致治療時間延遲，此個案是否排除？</p> <p>A：是，家屬或病人考慮接受靜脈血栓溶解治療之時間過久，致簽妥同意書後已超過 60 分鐘之個案，不列入計算。</p>
29	<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\leq60 分鐘之比例」及 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」之【重度級、中度級評分說明】，適應症發作時間計算方式是否相同？</p> <p>A：是，收案對象皆為發作至到達急診時間為 3.5 小時(含)內所有急性缺血性腦中風發作之病人(包括出血)。</p>
30	<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\leq60 分鐘之比例」之【重度級、中度級評分說明】，病人抵達急診時不符合溶栓適應症之對象，於急診停留一段時間後才符合，其時間應如何計算？</p> <p>A：從符合溶栓適應症時啟算。</p>
31	<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」之【評量方法 2-(7)】，急性缺血性腦中風病人發作 3-4.5 小時(含)內施打靜脈血栓溶解治療無健保給付，家屬若因自費而不施打，是否屬於排除對象之拒絕接受 IV-tPA 治療的病人？</p> <p>A：基準 2.3.2 及 2.3.3 之【評量方法 2-(7)】載明應排除「拒絕接受 IV-tPA 治療的病人」。</p>
32	<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\leq60 分鐘之比例」之【評量方法 2】，醫師考量病人治療之安全，注射 IV-tPA 超過 60 分鐘者(如：確認發作時間、病史或用藥致延遲等)，是否須列入計算？</p> <p>A：否。</p>
33	<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\leq60 分鐘之比例」之【評量方法 3】，於急診留觀發作之急性缺血性腦中風病人是否列入計算？是否屬於排除對象中之住院期間發生中風的病人？</p> <p>A：是，於急診內發生腦中風之病人需列入計算，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>
34	<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\leq60 分鐘之比例」之【註】，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>

【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」之【重度級評分說明 2】，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【重度級評分說明 2】及【中度級評分說明 2】，值班係指在院值班或 on call？</p> <p>A：心臟內科醫師值班制度係指 on call。</p>
3	<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】，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。」，故僅緊急醫療資源不足地區之醫院，可以報備支援醫師認列。</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】，排班表應如何呈現？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>
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】，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>
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】，就護理人員或醫事放射師之排班，是否有相關規範？每人多久輪班一次，如：3 組人員每人每月有 10 班，合適嗎？又，如兩院區往返路程 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>
7	<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】，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>
8	<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)病人？</p> <p>A：是，插管病人屬經特殊維生設備處置之病人。</p>
9	<p>Q：有關基準 3.2.2「有心臟內科醫師緊急會診機制」之【重度級評分說明】，緊急會診是否需開立會診單，或於急診病歷記載即可？</p> <p>A：於急診病歷記載即可。</p>
10	<p>Q：有關基準 3.2.3「有心臟外科醫師緊急會診機制」之【重度級評分說明】，會診是否包</p>

序號	問題
	<p>含外傷病人或急性心肌梗塞病人(AMI)會診心臟外科之紀錄？</p> <p>A：基準 3.2 之【評分說明】載明，本章係針對 STEMI 病人作查核。</p>
11	<p>Q：有關基準 3.3「品質管理」之【評量方法 1】，重度級以抽查假日及夜間病歷為主，是否包含下午 5 時整及次日上午 8 時整之病歷？</p> <p>A：假日包含星期六、星期日及國定假日之病歷；夜間係指平日下午 5 時至次日上午 8 時之病歷。</p>
12	<p>Q：有關基準 3.3.1「作第一張 EKG 時間小於 10 分鐘」及 3.3.2「STEMI 病人於急診適合給予 ASA 及 Clopidogrel(或 Ticagrelor、Prasugrel)等之比例」於計算 Door to wire time 時之排除條件，是否同基準 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 8-(1)至(7)】？</p> <p>A：是，但院外已確診為 ST 段上升 AMI 之轉診(院)病人，係指院外已進行急性心肌梗塞冠狀動脈血管暢通治療之病人。</p>
13	<p>Q：有關基準 3.3.1「作第一張 EKG 時間小於 10 分鐘」之【重度級、中度級評分說明】，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，惟應於病歷上載明原因。</p>
14	<p>Q：有關基準 3.3.1「作第一張 EKG 時間小於 10 分鐘」之【重度級、中度級評分說明】，如病人無胸痛、胸悶等症狀，此個案是否可排除？</p> <p>A：基準 3.3.1 之【重度級、中度級評分說明】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>
15	<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」，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>
16	<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」，執行 Door to wire 時，再灌流(reperfusion)的時間比 wire 早，但 wire 的時間超過 90 分鐘，需以哪個定義為準？</p> <p>A：以導絲(wire)通過的時間為準。</p>
17	<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【重度級評分說明 2】，如同一醫療體系之分院轉診至總院前已服用 ASA 藥物，此個案是否須排除？</p> <p>A：得排除。</p>
18	<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【重度級評分說明 2】，如非同一醫療體系之轉診個案，Door to wire time 是否仍應小於 60 分鐘？</p> <p>A：基準 3.3.3 之【重度級評分說明 2】載明「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」，故非同一醫療體系之分院或院區之轉診者，不列入計算。</p>
19	<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)</p>

序號	問題
	<p>時，Door to wire time 小於 90 min」之【中度級評分說明 2】，醫院有導管室且心臟科醫師於下班時間在院值班，Door to wire time 時間小於 90 分鐘，此個案是否列計？</p> <p>A：基準 3.3.3 之【中度級評分說明 1】載明「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。」，故僅需列計平日上班時間之個案，但仍需於自評資料表相關統計資料內呈現醫院全時段之實際處置情形。</p>
20	<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 7】，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【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>
21	<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 8-(2)】，計算 Door to wire time 時需排除 OHCA 病人，請問 IHCA 病人也需排除嗎？另，Door to EKG 或 DAPT 之計算，皆需排除 OHCA 與 IHCA 病人嗎？</p> <p>A：皆需排除。</p>
22	<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 8-(3)】，試驗內容僅採取受試者生物檢體，但未進行藥物、器材及技術的試驗不列入排除因子，請問列入計算與不列入排除因子是一樣的嗎？</p> <p>A：是。</p>
23	<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 8-(6)】，住院期間發生 AMI 的病人，其定義為何？</p> <p>A：僅列計急診(排除一般病房、加護病房)發生 AMI 之病人。</p>
24	<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 8-(7)】，同一醫療體系之分院或院區屬於院外嗎？</p> <p>A：否，基準 3.3.3 之【重度級評分說明 2】載明「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」，故同一醫療體系之分院或院區屬收案對象，不需排除。</p>
25	<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 8-(7)】，院外確診的定義，係指在醫療院所確診，亦或救護車上確定為 ST 段上升之急性心肌梗塞病人即排除？</p> <p>A：院外已確診為 ST 段上升 AMI 之轉診(院)病人，係指院外已進行急性心肌梗塞冠狀動脈血管暢通治療之病人。</p>
26	<p>Q：有關基準 3.4.1「參與急性冠心症轉診網絡」之【重度級評分說明 1】，急性冠心症快速通道的使用及執行是由急診完成，是否應於「第一章、急診醫療領域」進行評量？</p>

序號	問題
	A：否，應屬「第三章、急性冠心病醫療領域」之評量範疇。

【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】，設有獨立之外傷部門可於急診部門下嗎？</p> <p>A：可以，外傷部門直屬於醫院或某一科部皆可，惟需為獨立之部門，且有實際運作資料可查，如外傷部門組織架構、業務範圍、外傷小組輪值表、外傷主管相關證書、高級外傷救命術(ATLS)證書等。</p>
2	<p>Q：有關基準 4.1.1「外傷科醫師資格及排班制度」之【重度級評分說明 3】，外科系醫師是否有規範科別？總醫師是否可以？</p> <p>A：外科系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>
3	<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】及【中度級評分說明 3】，值班制度係指在院值班或 on call？</p> <p>A：外傷科醫師值班制度係指在院值班。</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】及【中度級評分說明 2】，醫師同時間可否值外傷小組及外科值班？</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；如醫師同時間值其他科的班，仍需以外傷班為第一優先，若醫師因值外科手術致啟動外傷小組時未能於 10 分鐘內抵達急診，醫院須提供合理之備援機制，以確保外傷小組啟動之品質。</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】及【中度級評分說明 3】，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【中度級評分說明 4】，外傷個案管理師需有外傷登錄師之資格嗎？</p> <p>A：基準 4.1.1 之【中度級評分說明 4】載明「應有外傷個案管理師，具醫護、公衛或醫管相關訓練背景。」</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 1】，外傷科醫師之業務範圍是否包括門診？</p> <p>A：是。</p>
8	<p>Q：有關基準 4.1.1「外傷科醫師資格及排班制度」之【註 2】，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>
9	<p>Q：有關基準 4.1.1「外傷科醫師資格及排班制度」之【註 2】，如為緊急醫療資源不足地區醫院，其外傷小組之值班醫師仍需提供至少二年以上外傷專業訓練證明嗎？</p> <p>A：基準 4.1.1 之【重度級評分說明 2】載明「外傷部門之主管應為專責外傷科醫師。於緊急醫療資源不足地區醫院之外傷小組召集人，得由具 ATLS 證書之外科專科醫師擔任。」。</p>
10	<p>Q：有關基準 4.1.1「外傷科醫師資格及排班制度」之【註 2】，外傷科醫師係指外科系專</p>

	<p>科醫師接受至少二年以上外傷專業訓練，請問外科系專科醫師是否泛指外科系各專科醫師？</p> <p>A：是，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、泌尿科及神經外科等；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>
11	<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】，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>
12	<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】，如醫師於 109 年取得 16 學分後，110 年轉換醫院，該醫師任職滿一年後之 16 學分是否列計？</p> <p>A：任職滿一年以上之外傷醫護人員取得 16 小時外傷繼續教育訓練時數者，皆可列計。</p>
13	<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】，醫院內外科加護病房共同收治多重外傷病人，其 60%以上之外傷醫護人員應如何認列？</p> <p>A：外傷護理人員數之計算公式為「該加護病房照顧外傷或多重外傷病人之護理人員總數 × 60%」。</p>
14	<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】，「台灣外科醫學會」審查認定之課程時數是否皆可認列為外傷繼續教育時數？若否，其認列機制或條件為何？</p> <p>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」，故經前述學會辦理審查認定之外傷繼續教育時數皆可認列。</p>
15	<p>Q：有關基準 4.2.1「訂有緊急外傷病人啟動及處置流程(含住院、手術、轉院標準)」之【重度級、中度級評分說明 1】，緊急外傷手術病人手術時間與入院時間可間隔多久，如：間隔 6 小時或 2 天？</p> <p>A：應呈現具體可行之緊急外傷病人處置流程(含住院、手術、轉院標準)為主。</p>
16	<p>Q：有關基準 4.2.2「訂有緊急外傷病人啟動及處置流程(含住院、手術、轉院標準)」之【重度級、中度級 2】，外傷嚴重度評估是否有規範需使用之版本？簡易外傷分數(AIS)是否亦可？</p> <p>A：醫院有評估病人之 ISS 即可，不限版本。</p>
17	<p>Q：有關基準 4.2.2「訂有緊急外傷病人啟動及處置流程(含住院、手術、轉院標準)」之【評量方法 1】，手術欄位之資料應包含哪些？</p> <p>A：外傷登錄之手術欄位應包含手術次數、日期及手術代碼等資料。</p>
18	<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【重度級評分說明 1】載明「...緊急醫療資源不足地區之醫院，心臟外</p>

	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。
19	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】，外傷相關之專科醫師排班制度是否有規範，如：不可連續值班？ A：醫院應視情況自行安排外傷相關之專科醫師排班表，不宜讓醫師太勞累。
20	Q：有關基準 4.2.4「可於假日及夜間處置緊急外傷病人」之【重度級評分說明】，緊急外傷手術之定義是否與 4.3.2「緊急外傷手術於 30 分鐘內進入開刀房比率」之【註 1】相同？ A：不限於基準 4.3.2 之【註 1】所載「重大胸腹部外傷，致生命徵象不穩定需緊急手術者。」。
21	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 1】，假日之定義是否以病人掛號時間為主？ A：基準 4.2.4 之【註 1、2】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。」。
22	Q：有關基準 4.3「品質管理」之【評量方法 1】，如病人自白天處置到晚上應如何界定時間？ A：以病人掛號時間為主。
23	Q：有關基準 4.3.1「外傷小組啟動時間符合規定」之【註 2】，AIS 3 分以上是否含 3 分？ A：是， $AIS \geq 3$ 分者皆需納入。
24	Q：有關基準 4.3.2「緊急外傷手術於 30 分鐘內進入開刀房比率」之【評量方法 3】，重度級醫院如個案數為 0 者，資料應如何呈現？ A：如個案數為 0 者，醫院應提供緊急手術處置流程及個案情形，及醫院是否有提供有效地替代治療，如：動脈血管栓塞治療術(transcatheter arterial embolization, TAE)。
25	Q：有關基準 4.4「區域合作」之相關基準，是否可以衛生福利部轉診網絡相關計畫佐證？ A：可以。
26	Q：有關基準 4.4.1「建立大量緊急外傷事故應變機制」之【重度級評分說明】，辦理演練是否可採桌上演練？ 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，或大量緊急外傷事故演練紀錄，以及應變計畫修訂結果。
27	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】，大量緊急外傷事故演練是否可與急診部門合併演練？ 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。
28	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】，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嗎？是否須簽約佐證？ 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(如：重度級及中度級)，並有相關紀錄或計畫書佐證。

【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 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？</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 5.1.2「具重症新生兒照護能力之兒科專科醫師及護理人員」之【重度級評分說明 1】及【重度級評分說明 2】是擇一準備嗎？</p> <p>A：基準 5.1.2 之【重度級評分說明 2】為試評項目，不列入成績計算，醫院可優先準備【重度級評分說明 1】之資料。</p>
3	<p>Q：有關基準 5.2.1「訂有高危險妊娠孕產婦處置流程(含住院、手術、轉院機制、緊急會診機制等)」之【重度級、中度級評分說明 2】，產後大出血之處置流程與【註 4】之差異為何？</p> <p>A：考量產後大出血為目前高危險孕產婦死亡之主因，故醫院應強化產後大出血之相關處置流程及緊急處置能力。</p>
4	<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】，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。</p>
5	<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>
6	<p>Q：有關基準 5.3「品質管理」之【評量方法】，達成率應如何認定？</p> <p>A：係指抽查符合相關處置流程、品質管理指標之病歷數佔總抽查病歷本數之比率。</p>
7	<p>Q：有關基準 5.3.1「能於緊急高危險妊娠孕產婦入院後儘速處置」之【重度級、中度級評分說明】，到院後 60 分鐘內，由婦產科專科醫師診治，其時間應如何認定？</p> <p>A：係以「檢傷分類」時間啟算。</p>
8	<p>Q：有關基準 5.3.1「能於緊急高危險妊娠孕產婦入院後儘速處置」之【重度級、中度級評分說明】，如高危險妊娠孕產婦到院時非屬緊急高危險妊娠孕產婦，但留院一段時間後，轉為緊急高危險妊娠孕產婦者，是否列入計算？</p> <p>A：以發生「緊急」高危險妊娠之時間點啟算。</p>

序號	問題
9	<p>Q：有關基準 5.3.1「能於緊急高危險妊娠孕產婦入院後儘速處置」，第一線是由住院醫師或總醫師而非專科醫師處置，是否符合？</p> <p>A：基準 5.3.1 之【重度級、中度級評分說明】載明「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。」</p>
10	<p>Q：有關基準 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」之【評量方法 1】，病歷清單提供是以「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單為主，且應提供高危險妊娠孕產婦轉出之病歷清單。</p>
11	<p>Q：有關基準 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」，分母與分子的定義為何？如高危險妊娠孕產婦為夜間到院，但白天才執行手術是否列入計算？</p> <p>A：達成率係指抽查符合相關處置流程、品質管理指標之病歷數佔總抽查病歷本數之比率</p>
12	<p>Q：有關基準 5.3.3「應能適切處置急重症新生兒(含早產兒)」之【重度級、中度級評分說明】之分子分母定義為何？與基準 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)」之差異？</p> <p>A：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.達成率係指抽查符合相關處置流程、品質管理指標之病歷數佔總抽查病歷本數之比率。 2.基準 5.2.2 之查證重點係確認醫院訂有合適之新生兒(含早產兒)處置流程(含轉院機制、緊急會診機制等)；基準 5.3.3 為抽查病歷以查證醫院是否依訂定之流程處置急重症新生兒。
13	<p>Q：有關基準 5.3.4「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」之【重度級評分說明】，手術或介入性治療係指哪些項目？</p> <p>A：基準 5.3.4 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>
14	<p>Q：有關基準 5.3.4「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」之【重度級、中度級評分說明】，分子分母定義為何？與基準 5.2.2 之差異？</p> <p>A：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.達成率係指抽查符合相關處置流程、品質管理指標之病歷數佔總抽查病歷本數之比率。 2.基準 5.2.2 之查證重點係確認醫院訂有合適之新生兒(含早產兒)處置流程(含轉院機制、緊急會診機制等)；基準 5.3.4 為抽查病歷以查證醫院是否依訂定之流程執行急重症新生兒(含早產兒)手術或介入性治療。
16	<p>Q：有關基準 5.4.1「參與區域聯防及轉診網絡系統」之【重度級評分說明】，轉診網絡的佐證資料為何？可以轉診單呈現嗎？</p> <p>A：基準 5.4.1 之【評量方法 1】載明「應查核合作流程及相關運作機制」，相關資料可由醫院自行舉證。</p>

序號	問題
17	<p>Q：有關基準 5.4.1「參與區域聯防及轉診網絡系統」之【註 2】，衛生行政機關推動或認定之緊急傷病患救治或轉診計畫，包含哪些計畫？</p> <p>A：如：周產期照護網絡計畫、區域聯防與轉診網絡之相關計畫。</p>
18	<p>Q：有關基準 5.4.1「參與區域聯防及轉診網絡系統」之【評量方法 2】，轉入轉出病歷清單，係指他院急診轉入及本院急診轉出之病歷清單嗎？</p> <p>A：係指與區域內之急救責任醫院合作轉入、轉出之病歷清單。</p>
19	<p>Q：有關基準 5.4.1「參與區域聯防及轉診網絡系統」之【評量方法 2】，一般病房、加護病房或門診之轉入轉出有列計嗎？</p> <p>A：係指與區域內之急救責任醫院合作轉入、轉出之病歷清單。</p>

【第六章、加護病房照護】

序號	問題
1	<p>Q：有關基準 6.1「組織設施」，燒傷加護病房是否屬本章查核範圍？</p> <p>A：否，燒傷加護病房不屬本章查核範圍。</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【重度級評分說明 1】，如醫院成人加護病房 14 床，新生兒加護病房 2 床，專責專科醫師人數是否可合併計算？</p> <p>A：基準 6.1.1 之【評量方法 4】載明「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)。」，且【註 5】亦載明「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)」</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」之【重度級評分說明 1】，若醫院僅 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【評量方法 4】載明「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)。」，且【註 5】亦載明「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)」。</p>
4	<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【中度級評分說明 1】，醫院小兒加護病房 2 床，但佔床率極低，可與成人加護病房合併計算亦或分開計算？</p> <p>A：基準 6.1.1 之【中度級評分說明 1】載明「加護病房之醫師床位比，得以全院加護病床加總計算。」，且【註 5】亦載明「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)」。</p>
5	<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】，緊急醫療資源不足地區之醫院人力配置，係指加護病房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>
6	<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 5】所，加護病床數是以向衛生局登記開放之床位數計算，或以佔床率計算專責專科醫師？</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)」。</p>
7	<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【評量方法 4】，為全院加護病床數/10，亦或每一加護</p>

序號	問題
	<p>病房皆需符合(即若加護病房 11 床，需有 2 位專責專科醫師配置)？</p> <p>A：基準 6.1.1 之【評量方法 4】載明「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)。」，且【註 5】亦載明「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)」。</p>
8	<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【評量方法 7】，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，請問少於 5 床是否包含 5 床？</p> <p>A：是，第五章新生兒中重度病房或加護病房≤5 床者不在此限。</p>
9	<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】及【中度級評分說明 1】，值班係指在院值班或 on call？</p> <p>A：係指在院值班。</p>
10	<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】，24 小時有醫師於加護病房值班，請問緊急手術是否不在此限？</p> <p>A：基準 6.1.2 之【重度級評分說明 1】載明「24 小時有醫師(不含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)」。</p>
11	<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】，加護病房值班醫師可否兼看會診？</p> <p>A：基準 6.1.2 之【重度級評分說明 5】載明「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>
12	<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 2】，第二年以下住院醫師(含 R2)值班者，需有較資深醫師二線值班？</p> <p>A：是。</p>
13	<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】，住院醫師夜間、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>
14	<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】，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>
15	<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】，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>
16	<p>Q：有關基準 6.1.2「24 小時均有醫師於加護病房值班」之【評量方法 2】，若醫院有三間加護病房，是每間都需有 1 位醫師值班嗎？亦或 1 位醫師可值三間加護病房？</p> <p>A：基準 6.1.2 之【重度級評分說明 5】載明「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。」；另，雖無針對值班有床數及時間之限制，但仍請考</p>

序號	問題
	量值班醫師工作負荷量，不宜影響加護病房醫療品質。
17	<p>Q：有關基準 6.1.2「24 小時均有醫師於加護病房值班」之【評量方法 2】，緊急醫療資源不足地區醫院之醫師於加護病房夜間值班，是否無論床數多寡，皆可兼值其他病房及會診？</p> <p>A：基準 6.1.2 之【中度級評分說明 3】載明「緊急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。」；另，雖無針對值班有床數及時間之限制，但仍請考量值班醫師工作負荷量，不宜影響加護病房醫療品質。</p>
18	<p>Q：有關基準 6.1.2「24 小時均有醫師於加護病房值班」之【評量方法 2】，緊急醫療資源不足地區之醫院，不同樓層之加護病房夜間值班醫師需分開排班嗎？</p> <p>A：基準 6.1.2 之【評量方法 2】載明「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。」。</p>
19	<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」，所提加護病房護理人員配置，是以醫療機構設置標準計算？或以佔床率計算？</p> <p>A：加護病房護理人員配置，不得低於醫療機構設置標準之規定。</p>
21	<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【重度級、中度級評分說明 1】，本年度資料收集區間自 111 年 1 月 1 日至實地評定前，應如何呈現「每年」均有提供重症照護相關訓練？</p> <p>A：基準 6.1.3 之【評量方法 1】載明係查核「加護病房護理人員重症照護相關訓練紀錄。」。</p>
22	<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【重度級、中度級評分說明 1】，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>
23	<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【重度級、中度級評分說明 1】，是否有相關紀錄呈現即可，亦或需佐證每人每項能力之相關訓練證明？</p> <p>A：基準 6.1.3 之【評量方法 1】載明係查核「加護病房護理人員重症照護相關訓練紀錄。」，訓練內容包括：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>
24	<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【重度級、中度級評分說明 2】，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>
25	<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】，加護病房護理人員重症照護相關訓練紀錄，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>

序號	問題
27	Q：有關基準 6.1.4「組成跨領域之加護病房照護團隊」之【重度級評分說明 1】，社工師是否需逐床評估？ A：否，不需逐床評估。
28	Q：有關基準 6.1.4「組成跨領域之加護病房照護團隊」之【重度級評分說明 2、3】，假日及夜間均為每 10 床應有呼吸治療師 1 人嗎？ A：加護病房每 10 床應有呼吸治療師 1 人。
29	Q：有關基準 6.1.4「組成跨領域之加護病房照護團隊」之【評量方法 1】，團隊照護紀錄與病歷紀錄是否需每天每個病人皆有紀錄？每週次數為何？ A：依病人實際照護計畫執行即可。
30	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】，調床機制之病歷紀錄部分，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，或是記載於護理師日誌即可？ 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。
31	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】，假日或夜間由急診轉出至加護病房之病歷清單，是否包含轉出到他院個案？ A：是，由醫院自行提供加護病房滿床無法調度而轉出至一般病床或他院及院內緊急挪床機制之病歷 10 本。
32	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 3-(1)】，急診等候轉入加護病房逾 6 小時之定義為何？ A：係自訂床時開始計算。
33	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 3-(1)】，急診病人若一開始訂普通病房，後改訂加護病房，等候時間是否由改訂加護病房時間始計算？ A：是。
34	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】，應如何呈現？ A：基準 6.3.1 之【評量方法 9】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。
35	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【重度級評分說明 3-(3)】，加護病房病人疾病嚴重度合宜性之評估工具，有規定需要幾種以上嗎？APACHE II 及 GCS 是否符合？ A：加護病房病人疾病嚴重度合宜性之評估工具可由醫院自行舉證。
36	Q：有關基準 6.3.2「有重症緩和醫療」之【重度級、中度級評分說明】，出院準備計畫為何？ A：病人照護計畫係連續性且包含安寧緩和照護，且住院病人均有出院準備計畫。
37	Q：有關基準 6.3.2「有重症緩和醫療」之【評量方法 1】，生命末期醫療抉擇教育訓練，如醫院辦理之安寧相關課程是否符合？ A：由醫院自行舉證。
38	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】，大量

序號	問題
	<p>傷患緊急應變演練是否有規範幾人或幾床以上屬大量傷患？</p> <p>A：演練係針對醫院滿床時如何就大量傷患到院作應變，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>
39	<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】，定期舉辦大量傷患緊急應變演練，是否可由急診單位辦理，或需由加護病房自行辦理？</p> <p>A：依醫院大量傷患緊急應變計畫之規劃，加護病房可配合辦理。</p>
40	<p>Q：有關基準 6.4.2「需有區域聯防及轉診網絡系統」之區域聯防，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>