



財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

Joint Commission of Taiwan

醫院緊急醫療能力分級評定及追蹤輔導說明會

第三章、急性冠心症醫療

簡報人：王志鴻副院長

服務機關：佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院

簡報日：113年4月24日



- 評定基準條文分布
- 實地評定所需病歷清單
- 第三章評定基準
 - 評分說明
 - 評量方法
 - 醫院Q&A
- 實地評定重點提醒



評定基準條文分布



各章基準條數 章	申請等級	
	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	9	7
第六章、加護病房照護	10	10
總條文數	63	56



評定基準條文統計表



第三章、急性冠心症醫療

評定等級 基準條數	重度級	中度級
	3.1、基準設施	2 (試-3.1.2)
3.2、處置流程	3	2
3.3、品質管理	3	3
3.4、區域合作	1(試)	1(試)
總條文數	9	8



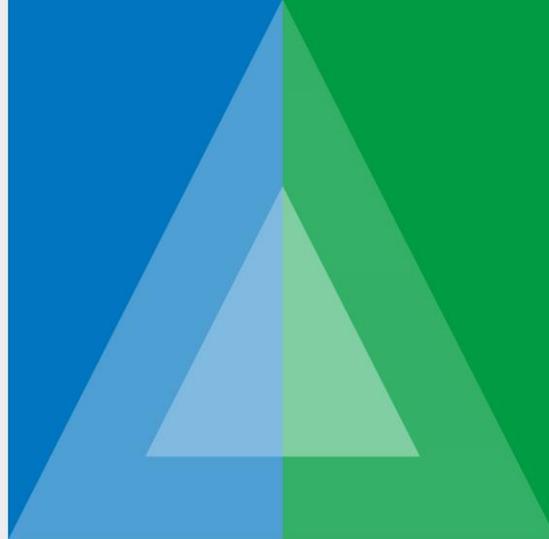
實地評定所需病歷清單



條號	病歷清單		
3.3	【重度級、中度級】		
3.3.1	1. 出院主診斷為急性冠心症STEMI之病歷清單，以ICD-10-CMI 21.01、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
請檢附「出院主診斷為急性冠心症STEMI病人」之病歷清單，並將清單彙整成一份完整資料，以利委員參考 清單欄位應包含如下所列： <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AMA)、出院 		10本	—

【提醒】檢附之病歷清單，請避免呈現各種指標結果





3.1 組織設施

3.1.1心臟內科醫師資格及排班制度 (1/2)



評分說明

【重度級】

- 1.至少需有2位心臟內科醫師。(原3.1.1重1)
- 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。(試)(原3.1.1重2)
- 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。(試)(原3.1.1重3)

【中度級】

- 1.少需有1位心臟內科醫師。(原3.1.1中1)
- 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。(試)(原3.1.1中2)
- 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。(試)(原3.1.1中3)

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。
- 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。(試)



3.1.1 心臟內科醫師資格及排班制度 (2/2)



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。
3. 提供值班表等資料備查。

問答

Q1：【重度級評分說明2】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？

A1：【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。

Q2：【重度級評分說明2】及【中度級評分說明2】所提值班係指在院值班或on call

A2：心臟內科醫師值班制度係指on call。

Q3：【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？

A3：【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。



試3.1.2組成跨領域之急性冠心症照 護團隊(1/2)



評分說明	<p>【重度級、中度級】 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。(原3.1.2重、中)</p>
註	<ol style="list-style-type: none">1.本條為試評基準，評量結果不納入評定成績計算。2.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。
評量方法	<ol style="list-style-type: none">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。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。



試3.1.2組成跨領域之急性冠心症照 護團隊(2/2)



問 答

Q1：【評量方法1】排班表應如何呈現？是否可以照會紀錄佐證？

A1：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。

Q2：【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？

A2：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。

Q3：【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？

A3：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。

Q4：【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

A4：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。





3.2 處置流程

針對STEMI病人查核。(原3.2)

[註] STEMI病人係指出院主診斷碼為ICD-10-CM I21.01、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、違反醫囑自動出院的病人(Against Medical Advice, AMA)、經特殊維生設備處置之病人。

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)



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3.2.1重、中)

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



評分說明	<p>【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3.2.2重)</p> <p>【中度級】 應訂有完善心臟內科醫師緊急會診機制。(原3.2.2中)</p>
評量方法	<ol style="list-style-type: none">1.提供照會紀錄等資料備查。2.針對病情不穩定病人，宜先經必要處置，再考慮轉院。3.適用靜脈血栓溶解治療適應症個案：<u>(試)</u><ol style="list-style-type: none">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。
問答	<p>Q1：【重度級評分說明】所提緊急會診是否需開立會診單，或於急診病歷記載即可？</p> <p>A1：於急診病歷記載即可。</p>



3.2.3有心臟外科醫師緊急會診機制



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3.2.3重)

評量方法

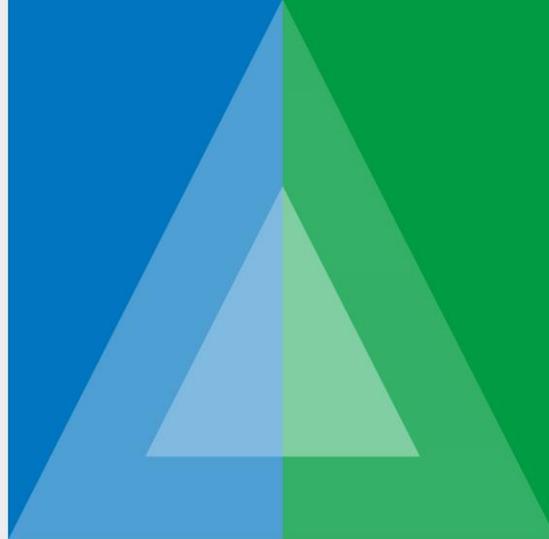
- 1.提供照會紀錄等資料備查。
- 2.針對病情不穩定病人，宜先經必要處置，再考慮轉院。
- 3.適用靜脈血栓溶解治療適應症個案：(試)
 - 1) 診斷後轉送至具有執行冠狀動脈介入術(PCI)能力醫院之時間大於60分鐘始列入適用對象。
 - 2) 醫院有符合施打rt-PA之醫師，應依藥物使用規範執行之。
 - 3) 醫院若無符合施打rt-PA之醫師者，經報備衛生福利部核准實施後，得以遠距方式為之。
- 4.實地評定若遇個案數為0時，應提供轉診名單及病歷以供查證。
- 5.若為緊急醫療資源不足地區之醫院，心臟外科醫師可以報備支援認列。

問答

Q1：會診是否包含外傷病人或急性心肌梗塞病人(AMI)會診心臟外科之紀錄？

A1：基準3.2之【評分說明】載明，本章係針對STEMI病人作查核。





3.3品質管理

3.3品質管理(1/2)



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。(原3.3重點1)
- 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。(原3.3重點2)

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。
- 3.STEMI病人係指出院主診斷碼為ICD-10-CM I21.01、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、違反醫囑自動出院的病人(Against Medical Advice, AMA)、經特殊維生設備處置之病人。(原3.3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。
- 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。
- 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。



3.3 品質管理(2/2)



問 答

Q1：【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？

A1：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。



3.3.1作第一張EKG時間小於10分鐘 (1/2)



評分說明	<p>【重度級】 達成率需符合80%以上。(原3.3.1重)</p> <p>【中度級】 達成率需符合70%以上。(原3.3.1中)</p>
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。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。



3.3.1作第一張EKG時間小於10分鐘 (2/2)



問答

Q1：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)】？

A1：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。

Q2：【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？

A2：否，惟應於病歷上載明原因

Q3：【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

A3：【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)。



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



評分說明

【重度級】

達成率需符合80%以上。(原3.3.2重)

【中度級】

達成率需符合70%以上。(原3.3.2中)

評量方法

- 1.應提供「季報表」資料備查。
- 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。



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(1/6)

評分說明

【重度級】

- 1.達成率需符合75%以上。(原3.3.3重1)
- 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3.3.3重2)

【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3.3.3中1)
- 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。**(試)**(原3.3.3中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。
- 2.應提供「季報表」資料備查。
- 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)。
- 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)



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(2/6)

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。
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。
8. 病人為以下情形者，請於計算Door to wire time時排除：(原3.3.3方法8修)
 - 1) 小於18歲。
 - 2) 到院前心跳停止病人(OHCA)
 - 3) 被納入為臨床試驗受試者：接受藥物、醫療器材及醫療技術的人體試驗受試者皆列入計算。但試驗內容為僅採取受試者生物檢體，而未進行藥物、器材及技術的試驗不列入排除因子。
 - 4) 違反醫囑自動出院的病人(Against Medical Advice, AMA)
 - 5) 病人未住院即轉至他院治療。
 - 6) 住院期間發生AMI的病人。
 - 7) 院外已確診為AMI之轉診(院)病人。
 - 8) 病人為AMI但有PCI禁忌者。
 - 9) 病人為AMI但已使用血栓溶解劑者。
 - 10) 在冠狀動脈介入術前，已使用任何血栓溶解劑者。

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(3/6)

評量方法

- 10) 介入術失敗者(未能氣球擴張或支架置放成功，使血流再恢復者)。
- 11) 因下列因素導致延遲介入術 > 90分，需排除計算：
 - A. 緊急鑑別診斷需要。
 - B. 過長急救過程。

問答

Q1：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？

A1：導絲通過的時間係指影像上可看到導絲。

Q2：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？

A2：以導絲(wire)通過的時間為準。

Q3：【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？

A3：得排除。



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(4/6)

問答

Q4：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？

A4：【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。

Q5：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？

A5：【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。

Q6：【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？

A6：【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。



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(5/6)

問答

Q7：【評量方法8-(2)】所提計算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？

A7：皆需排除。

Q8：【評量方法8-(3)】所提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？

A8：是。

Q9：【評量方法8-(6)】所提住院期間發生AMI的病人，其定義為何？

A9：僅列計急診(排除一般病房、加護病房)發生AMI之病人。

Q10：【評量方法8-(7)】同一醫療體系之分院或院區屬於院外嗎？

A10：否，【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。

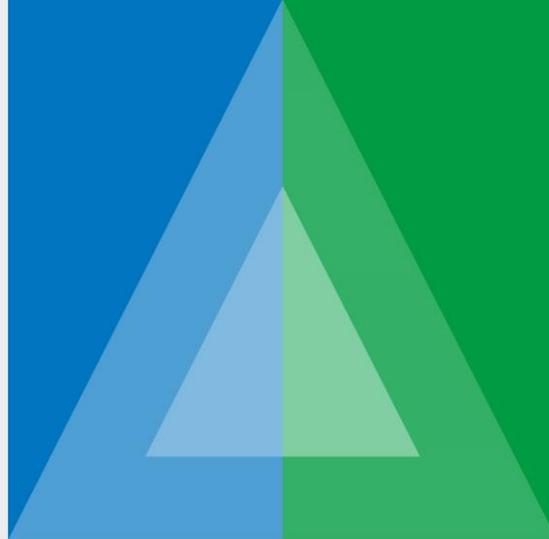


3.3.3 ST段上升之急性心肌梗塞病人執行緊急冠狀動脈介入術(Primary PCI)時，Door to wire time小於90 min(6/6)

Q11：【評量方法8-(7)】所提院外確診的定義，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？

A11：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。





試3.4區域合作

試3.4.1參與急性冠心症轉診網(1/2)



評分說明	<p>【重度級】</p> <ol style="list-style-type: none">1.應負責規劃及運作急性冠心症轉診網絡，並建立STEMI病人快速處置流程。(原3.4.1重1)2.應為急性冠心症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。(原3.4.1重2) <p>【中度級】</p> <ol style="list-style-type: none">1.有無法處置之STEMI病人時，應轉診至事先規劃之急性冠心症轉診網絡醫院。(原3.4.1中1)2.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。(原3.4.1中2)
註	<ol style="list-style-type: none">1.本條為試評基準，評量結果不納入評定成績計算。2.參與區域聯防與轉診網絡，以衛生行政機關推動或認定之緊急傷病患救治或轉診計畫為主。



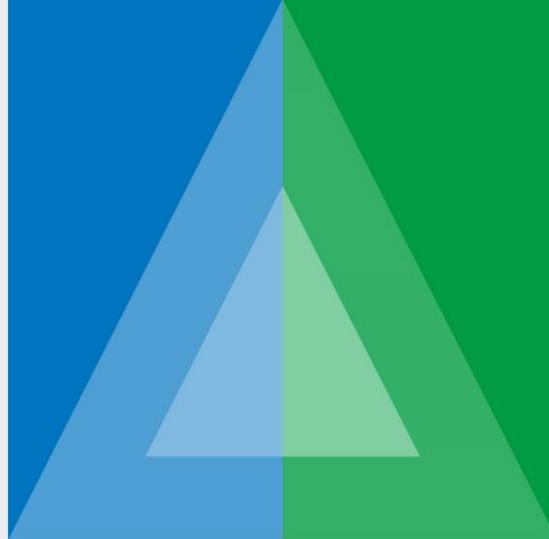
試3.4.1參與急性冠心病轉診網(2/2)



評分方法

- 1.查核急性冠心病轉診網絡中心的設置及運作。
- 2.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。
- 3.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。
- 4.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。





實地評定重點提醒



感謝聆聽 敬請指教

說明會提問將納入本年度委員共識會議討論彙整後，將放置於本會官網供各界下載參閱



邀請您掃描加入
醫策會Line@，
與我們一同關心
國家醫療大小事！



請掃描QR Code加入醫策會Line@

