



財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

Joint Commission of Taiwan

兒童醫院評鑑及兒童 教學醫院評鑑說明會

第2.1章 兒童及家屬權責

第2.2章 醫療照護品質與安全管理

第2.3章 醫療照護之執行與評估

第2.4章 特殊照護服務

簡報人：楊瑞成教授

服務機關：高雄醫學大學

簡報日：113年5月8日



- 基準條文分類統計表
- 第2.1至2.4章評鑑基準
 - 評量項目
 - 近一年度（112年）評鑑委員共識
 - 醫院Q&A
- 實地評鑑重點提醒

基準條文統計表



篇	章	條數	可免評 條文之 條數	符合/待 改善條文 之條數	必要條 文之條 數	重點條 文之條 數	試評條 文之條 數
二 、 醫 療 照 護	2.1 兒童及家屬權責	5	0	1	0	0	0
	2.2 醫療照護品質與安全管理	5	0	0	0	0	0
	2.3 醫療照護之執行與評估	18	0	5	0	1	0
	2.4 特殊照護服務	20	0	1	0	0	0
	2.5 用藥安全	12	0	4	0	0	0
	2.6 麻醉及手術	11	0	2	0	0	0
	2.7 感染管制	14	0	0	0	9	0
	2.8 檢驗、病理與放射作業	6	0	0	0	0	0
	第二篇合計	91	0	13	0	10	0



條文、項目分類說明-1



■ 本基準之條文分類方式如下：

- 「可免評之條文」：醫院可依提供之服務項目而選擇免評之條文，於條號前以「可」字註記
- 「符合/待改善條文」：於條號前以「合」字註記
- 「必要條文」：此類條文規範基本的醫事人員之人力標準，於條號前以「必」字註記
- 「重點條文」：此類條文規範醫院防火安全、護病比及感染管制等標準，於條號前以「重」字註記
- 「試評條文/試評項目」：此類評量結果不納入評鑑成績計算，於條號前或評量項目後，以「試」字註記

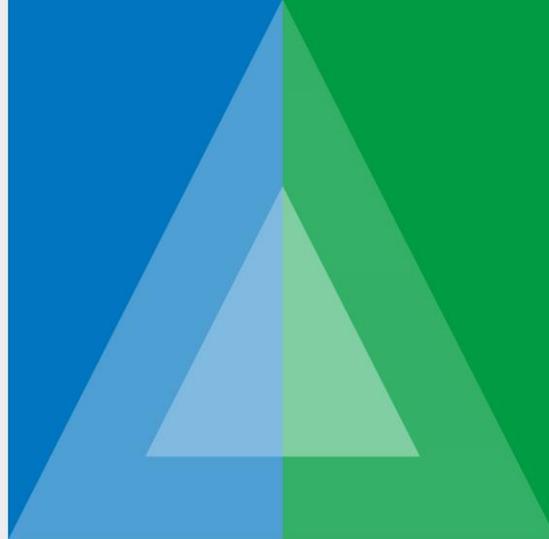


條文、項目分類說明-2



- 本基準依評量等級分為「優良、符合、待改善」，評量等級認定原則如下：
 - 優良：同條文中，所有符合及優良評量項目（僅限一項未達成者不在此限）均達成
 - 符合：同條文中，所有符合評量項目均達成
 - 待改善：同條文中，1項（含）以上符合評量項目未達成





第2.1章 兒童及家屬權責

條文分類統計表



篇	章	條數	可免評 條文之 條數	符合/ 待改善 條文之 條數	必要條 文之條 數	重點條 文之條 數	試評條 文之條 數
二、 醫療 照護	2.1 兒童及家屬權責	5	0	1	0	0	0
	2.2 醫療照護品質與安全管理	5	0	0	0	0	0
	2.3 醫療照護之執行與評估	18	0	5	0	1	0
	2.4 特殊照護服務	20	0	1	0	0	0



2.1.1明訂維護病童人權及權利的政策或規範，並讓病童、家屬及員工瞭解、尊重其人權及權利(1/4)



■ 評量項目

● 符合項目

- 1.醫院秉持「病童為醫療的主體」之理念，為維護病童及家屬人權及權利，訂有相關政策或規範，並公告週知，包括：具體明列就醫病童的人權及權利內容，對住院病童應參考衛生福利部公告之「醫院住院須知參考範例」制訂住院病童的人權、權利及義務等注意事項，並納入住院須知，以利向病童或家屬說明。
- 2.員工瞭解病童人權及權利內容，並在工作中落實尊重。
- 3.對強制住院與強制鑑定之病童的處置，需符合精神衛生法之規定。
- 4.醫院有舉辦或員工參加病童人權及權利、醫療倫理與醫事法規等教育訓練活動。



2.1.1明訂維護病童人權及權利的政策或規範，並讓病童、家屬及員工瞭解、尊重其人權及權利(2/4)



■ 評量項目

● 優良項目

- 1.定期稽核各項政策、規範的落實程度，並據以檢討、修訂、改善，並納入病童或家屬代表的意見。(試)
- 2.能針對病童人權及權利、醫療倫理與醫事法令等臨床案例，進行主題或個案討論會。(試)
- 3.能列舉出經研討後應用到醫療照護的實例。(試)
- 4.評鑑效期內沒有衛生福利部醫事管理系統登錄之裁罰紀錄。(試)

● 【註】

- 1.住院病童之人權及權利內容的制訂，最少應包含：(1)住院期間應享有之人權及權利；(2)醫院於醫療前、醫療中對病童或家屬之說明義務及事項；(3)病童之同意權、拒絕權及隱私權之保障事項。



2.1.1明訂維護病童人權及權利的政策或規範，並讓病童、家屬及員工瞭解、尊重其人權及權利(3/4)



■ 評量項目

● 【註】

2.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。

● 評量方法及建議佐證資料

1.檢視醫院病童人權及權利政策或規範。(符合)

2.檢視醫院住院須知。(符合)

3.查閱員工教育訓練活動紀錄。(符合)

4.查閱政策、規範的檢討紀錄及落實度的稽核結果。(優良)

5.查閱臨床案例討論會紀錄與訪談主管應用實例。(優良)

6.檢視評鑑資料有無因倫理相關事項接受裁罰的紀錄。(優良)

■ 112年評鑑委員共識

1.醫院應有相關規範，評鑑委員應尊重醫院的做法。



2.1.1明訂維護病童人權及權利的政策或規範，並讓病童、家屬及員工瞭解、尊重其人權及權利(4/4)



■ 112年評鑑委員共識

2. 查核重點應在醫院對於有關保護兒童及家屬人權及權利及「善盡保密義務」的落實程度。
3. 符合項目2，評鑑委員可針對院內員工以訪談之方式來進行了解。



2.1.2 應與病童及家屬溝通、適當說明病情、處置及治療方式，特別是實施侵入性檢查或治療時，應明訂作業規範並簽署同意書(1/6)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 說明內容應視情形包括下列事項：

- (1) 醫療法第81條規定之事項。
- (2) 檢查或治療計畫的概要、預期效果及危險性。
- (3) 可能的替代方案或病童及家屬可另外徵詢第二種參考意見。
- (4) 侵入性檢查或治療之書面說明應包括：說明適應症、實施步驟、檢查或治療前、中、後注意事項及可能併發症等。

2. 說明時應注意下列事項：

- (1) 用詞及場所須顧及病童及家屬立場、感受及隱私。
- (2) 儘量使用病童易於理解的用詞，避免使用過多專業術語。
- (3) 輔以適當影片、圖片或書面資料，使病童及家屬易於理解。



2.1.2 應與病童及家屬溝通、適當說明病情、處置及治療方式，特別是實施侵入性檢查或治療時，應明訂作業規範並簽署同意書(2/6)



■ 評量項目

● 符合項目

- (4) 依特殊病童的需求，採用輔助說明方法，如筆談、寫字板、溝通板、人員陪同、聽障者手語翻譯、唇語服務等。
3. 對於重要醫療照護事項的說明，除依法律特別規定者(如醫療法第63條及第64條)外，醫院應明訂負責說明者及其紀錄方式。如需對說明過程錄音或錄影，應先徵得醫病雙方之同意。
4. 對於病童不能辨識或理解醫療法第81條規定之告知者，醫院應明訂確認或選擇接受告知者之流程。
5. 醫院應依醫療法第64條規定，訂定院內侵入性檢查或治療項目之清單及簽具同意書之作業規範，並提供書面說明，若遇法定代理人或家屬無法親自簽具同意書者，應明訂確認或選擇簽具同意書者之流程。



2.1.2應與病童及家屬溝通、適當說明病情、處置及治療方式，特別是實施侵入性檢查或治療時，應明訂作業規範並簽署同意書(3/6)



■ 評量項目

● 優良項目

- 1.醫療照護團隊能依規範落實執行，相關紀錄正確、完整。(試)
- 2.定期檢討修訂相關規範及步驟，確實改善。(試)
- 3.發展適齡兒童需求的溝通與說明方式，具特色、成效。(試)

● 【註】

- 1.醫療法第81條：「醫療機構診治病人時，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人告知其病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應。」
- 2.醫療法第63條：「醫療機構實施手術，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人說明手術原因、手術成功率或可能發生之併發症及危險，並經其同意，簽具手術同意書及麻醉同意書，始得為之。但情況緊急者，不在此限。」



2.1.2 應與病童及家屬溝通、適當說明病情、處置及治療方式，特別是實施侵入性檢查或治療時，應明訂作業規範並簽署同意書(4/6)



■ 評量項目

● 【註】

前項同意書之簽具，病人為未成年人或無法親自簽具者，得由其法定代理人、配偶、親屬或關係人簽具。

第一項手術同意書及麻醉同意書格式，由中央主管機關定之。」

3. 醫療法第64條：「醫療機構實施中央主管機關規定之侵入性檢查或治療，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人說明，並經其同意，簽具同意書後，始得為之。但情況緊急者，不在此限。

前項同意書之簽具，病人為未成年人或無法親自簽具者，得由其法定代理人、配偶、親屬或關係人簽具。」



2.1.2應與病童及家屬溝通、適當說明病情、處置及治療方式，特別是實施侵入性檢查或治療時，應明訂作業規範並簽署同意書(5/6)



■ 評量項目

● 【註】

- 4.有特殊需求的族群，如身心障礙者或新住民等，可依病童及家屬需求提供適切的溝通服務，如：病童及家屬慣用語言或外語之翻譯，聽障者手語翻譯、筆談、同步聽打、手寫板、18號字體以上之資料等。
- 5.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。

● 評量方法及建議佐證資料

- 1.檢視執行侵入性檢查或治療之清單、作業規範、書面說明書與同意書。(符合)
- 2.輔助說明的特殊人員與相關教具清單。(符合)
- 3.查閱及監測病歷紀錄。(優良)
- 4.查閱規範及步驟修訂的紀錄。(優良)
- 5.訪談主管有特色具成效的解說方式實例。(優良)



2.1.2 應與病童及家屬溝通、適當說明病情、處置及治療方式，特別是實施侵入性檢查或治療時，應明訂作業規範並簽署同意書(6/6)



■ 112年評鑑委員共識

1. 評鑑委員於實地評鑑時，詢問對象宜以照護團隊、兒童(家屬)為主。
2. 使用兒童及家屬可了解的語言及方式使兒童及家屬理解。
3. 會談空間不一定需是獨立之專用空間，有可維護兒童隱私的空間即可(如單人房)。
4. 向兒童及家屬說明病情及治療方式、特殊治療及處置之說明內容不一定要製作成說明書，亦得以多元的方式進行有效的溝通。
5. 符合項目1-(3)所提「第二種參考意見」，應為另一醫師之意見，另照會或轉介等亦認計。
6. 符合項目2-(4)，可檢視醫院是否訂有相關標準作業流程。



2.1.3 向住院病童或家屬說明住院之必要性及診療計畫，並有措施協助及鼓勵其參與醫療照護之過程及決策(1/3)



■ 評量項目

● 符合項目

- 1.應向住院病童及家屬說明住院理由、病情及診療計畫，並於病歷中記載。
- 2.對接觸病童之工作人員，應教導有關提供病童診療資訊的意義、重要性、態度、方法及相關措施。
- 3.應於適當時機協助病童及家屬取得治療資訊及參與醫療決策討論，推動病童及家屬積極參與醫病共享決策(Shared Decision Making, SDM)，並建立醫病共識。
- 4.當病童及家屬表明欲徵詢第二意見時，應能主動提供會診或轉介，並能迅速提供適當的病歷資料，供被徵詢者參考。

● 優良項目

- 1.醫療照護團隊能依規範落實執行，有查核機制，並有紀錄及檢討。(試)



2.1.3向住院病童或家屬說明住院之必要性及診療計畫，並有措施協助及鼓勵其參與醫療照護之過程及決策(2/3)



■ 評量項目

● 優良項目

- 2.對於病童及家屬參與醫療照護過程及決策，有具體成效。(試)
- 3.落實推動醫病共享決策(Shared Decision Making, SDM)且有成效。(試)

● 【註】

優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。

● 評量方法及建議佐證資料

- 1.查閱病歷紀錄。(符合)
- 2.查閱工作人員的教育紀錄。(符合)
- 3.訪談病童或家屬。(優良)
- 4.訪談主管查核機制及檢視紀錄。(優良)
- 5.具特色、成效的家屬參與方式實例。(優良)



2.1.3向住院病童或家屬說明住院之必要性及診療計畫，並有措施協助及鼓勵其參與醫療照護之過程及決策(3/3)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

6.病童及家屬積極參與醫療之政策及指引。(優良)

■ 112年評鑑委員共識

符合項目4 所提「第二意見」，應為另一醫師之意見，另照會或轉介等亦認計。



2.1.4 醫院能對病童及家屬提供有關生命末期醫療抉擇的相關資訊並予以尊重，以維護其權益 (1/4)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 為尊重及維護病童接受醫療照護的自主權，針對生命末期的醫療抉擇，醫院有對病童及家屬提供相關的資訊並宣導，如：安寧緩和醫療、不施行心肺復甦術、維生醫療抉擇、器官捐贈等。
2. 醫院針對醫師、護理及社工人員等，有舉辦或外派參與有關生命末期醫療抉擇的教育訓練。

● 優良項目

1. 為尊重並執行病童生命末期醫療的意願，醫院訂有相關規範或標準作業程序，如：接受安寧緩和醫療、不施行心肺復甦術、不施行維生醫療、器官捐贈、撤回預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇等，落實執行並有紀錄，以維護病童醫療照護權利。

(試)



2.1.4 醫院能對病童及家屬提供有關生命末期醫療抉擇的相關資訊並予以尊重，以維護其權益 (2/4)



■ 評量項目

● 優良項目

- 2.對病童及家屬在面對生命醫療自主抉擇時，醫院有提供相關的諮詢服務，且有紀錄(試)
- 3.推動預立醫療照護諮商(Advanced Care Planning)，醫療團隊與病童及家屬召開家庭或團隊會議，充分討論與決定生命末期的醫療照護方式(試)

● 【註】

- 1.參考「安寧緩和醫療條例」、「人體器官移植條例」及「生命末期病人臨終照護意願徵詢作業指引」辦理
- 2.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算

● 評量方法及建議佐證資料

- 1.訪談工作人員宣導的方式(符合)



2.1.4 醫院能對病童及家屬提供有關生命末期醫療抉擇的相關資訊並予以尊重，以維護其權益 (3/4)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

- 2.查閱相關人員教育訓練的紀錄。(符合)
- 3.檢視相關規範或標準作業程序及執行紀錄。(優良)
- 4.查閱諮詢服務紀錄。(優良)

■ 醫院Q&A

Q：有關「預立醫療照護諮商」(Advance Care Planning, ACP)，法律規定意願人為有意識之成年人，請問兒童醫院應如何執行本條文【優良項目3】「推動預立醫療照護諮商(Advance Care Planning)，醫療團隊與病童及家屬召開家庭或團隊會議，充分討論與決定生命末期的醫療照護方式。(試)」？



2.1.4 醫院能對病童及家屬提供有關生命末期醫療抉擇的相關資訊並予以尊重，以維護其權益 (4/4)



■ 醫院Q&A

A：本條基準精神著重於期望透過醫療團隊與病童及家屬召開家庭或團隊會議，以共識決定出對於生命末期之病童最佳的醫療照護方式。



合2.1.5病童於門診及住院時之檢查、處置與檢 體採集和運送，皆應保障其隱私及人權及權利 (1/3)



■ 評量項目

● 符合項目

- 1.與病童及家屬進行溝通、病情說明、執行觸診診療行為及徵詢病童及家屬同意時，均應考量到環境及個人隱私之保護。
- 2.病童就診、檢查及處置時，應排除不相關者在場，並於場所中備有布簾、被單、治療巾等，對於較私密部位之檢查，應徵得病童及家屬同意，避免過度暴露，並依需要安排合適之醫事人員陪同，協助觀察病童及注意隱私之維護。
- 3.於診療過程中呼喚病童時，宜顧慮其人權、權利及尊嚴；候診區就診名單之公布，應尊重病童及家屬之意願，以不呈現全名為原則。對實(見)習學生在旁學習，應事先充分告知病童及家屬，若為教學醫院其教學門診應有明顯標示。
- 4.住院訂有探病及陪病之規範，床位配置及病室空間有顧及病童性別與隱私；在公開標示病童姓名前，亦有尊重病童或家屬意願的機制，並確實執行。



合2.1.5病童於門診及住院時之檢查、處置與檢體採集和運送，皆應保障其隱私及人權及權利 (2/3)



■ 評量項目

● 符合項目

- 5.教學醫院之教學迴診，若有受訓學員在旁學習，應事先告知病童及家屬。
- 6.病童檢體(尿液、糞便等)之採集和運送，有考量病童之隱私。

● 【註】

參考衛生福利部104年1月30日衛部醫字第1041660364號公告修正之「醫療機構醫療隱私維護規範」。

● 評量方法及建議佐證資料

- 1.實地檢視診間、檢查室與病房的环境及維護隱私的作法。
- 2.查閱探病及陪病的規範。
- 3.檢視公開病童姓名是否與病童及家屬意願一致。
- 4.實地檢視檢體之採集和運送過程。



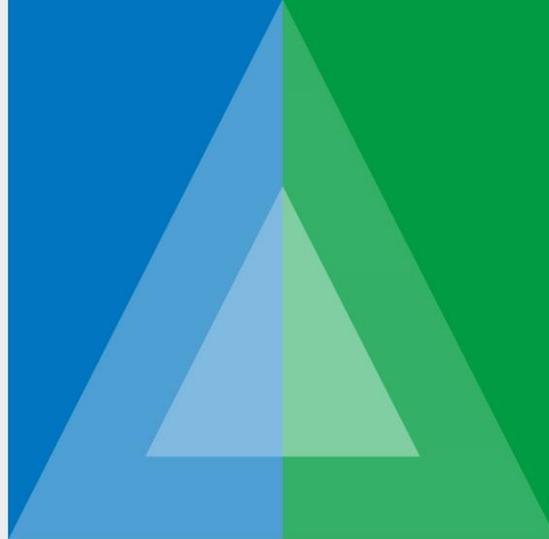
合2.1.5病童於門診及住院時之檢查、處置與檢體採集和運送，皆應保障其隱私及人權及權利 (3/3)



■ 112年評鑑委員共識

1. 徵詢「同意」方式不限形式，有可確認兒童或家屬「同意」之機制即符合(如於實地評鑑時，藉由詢問兒童或家屬確認是否知悉)。
2. 查核重點應在醫院對於保護兒童隱私機制是否落實執行。





第2.2章

醫療照護品質與安全管理

條文分類統計表



篇	章	條數	可免評 條文之 條數	符合/ 待改善 條文之 條數	必要條 文之條 數	重點條 文之條 數	試評條 文之條 數
二、 醫療 照護	2.1 兒童及家屬權責	5	0	1	0	0	0
	2.2 醫療照護品質與安全管理	5	0	0	0	0	0
	2.3 醫療照護之執行與評估	18	0	5	0	1	0
	2.4 特殊照護服務	20	0	1	0	0	0



2.2.1 醫院應訂定及推動全院醫療品質及病童安全計畫，並定期檢討改善(1/4)



■ 評量項目

● 符合項目

- 1.醫院應建立全院性病童安全制度，並擬定病童安全目標、任務及執行方針。
- 2.醫院應設有委員會或相關組織，明確規定負責之組織架構、單位及人員的任務、責任及權限；對醫療異常或錯誤事件，有系統地收集與分析，並研擬系統性對策。
- 3.有專責人員依醫院監督或治理團隊、經營團隊擬定之關鍵議題與優先順序，協調、推動及執行全院醫療品質及病童安全計畫，並倡導友善文化，持續運作並定期檢討改善，且有紀錄。
- 4.醫院應建置不以懲罰為原則的內部通報系統，鼓勵同仁自願通報，以提升醫療照護及作業環境之安全性。



2.2.1 醫院應訂定及推動全院醫療品質及病童安全計畫，並定期檢討改善(2/4)



■ 評量項目

● 優良項目

- 1.至少有1名醫管、醫品或病安等專業訓練者負責品管業務。(試)
- 2.依各類人員於醫品及病安之需求，提供教育訓練計畫與方案，並建立評估成效機制，確實執行及檢討改善。(試)
- 3.參與衛生福利部所委託建置之台灣病人安全通報系統(Taiwan Patient-safety Reporting System)，進行外部通報。(試)
- 4.上述作業規範與執行方針皆確實執行，且能依據實際執行狀況、病童安全相關規定、異常事件分析結果等，召開跨部門品管及病安討論會議，進行檢討改善。(試)
- 5.全體員工(行政與醫療部門之主管及醫師)積極參與醫療品質及病童安全持續改善活動。(試)
- 6.積極倡導友善文化並分析影響病童安全的要因，擬訂改善對策，確實執行及評核成效。(試)



2.2.1 醫院應訂定及推動全院醫療品質及病童安全計畫，並定期檢討改善(3/4)



■ 評量項目

● 【註】

- 1.如為自總院分離另設立之兒童醫院，得與總院委員會一起運作，惟須討論兒童醫院議題，並有紀錄可查。
- 2.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。

● 評量方法及建議佐證資料

- 1.委員會章程。(符合)
- 2.委員會委員名單。(符合)
- 3.委員會會議紀錄。(符合)
- 4.醫療品質、病童安全計畫評估及成效。(優良)
- 5.病童安全追蹤系統、作業規範。(優良)
- 6.相關醫療品質、病童安全改善報告。(優良)



2.2.1 醫院應訂定及推動全院醫療品質及病童安全計畫，並定期檢討改善(4/4)



■ 112年評鑑委員共識

1. 查核重點應在醫院對於有關兒童病人安全的積極性作法之落實程度。
2. 品管業務係指全院品管(包含兒童病人安全)業務。



2.2.2 醫療照護團隊定期舉行照護品質相關會議，檢討改善實務運作，以提升醫療品質與病童安全(1/3)



■ 評量項目

● 符合項目

- 1.應定期舉辦醫療照護及品質、病安相關會議，如病例討論會、併發症及死亡病例討論會、跨科聯合討論會、委員會等。有會議紀錄並確實執行相關決議，相關決議或結論需追蹤落實。
- 2.訂有醫療照護團隊溝通機制，定期溝通，討論實務運作中可提升病童安全、醫療品質議題，凝聚共識。

● 優良項目

- 1.每次溝通能追蹤上次決議執行情形及改善成效，提出具體提升病童安全、醫療品質措施、方案，必要時提交醫院監督或治理團隊與經營團隊溝通會議，凝聚全院共識及執行策略，確實運用於臨床照護。(試)
- 2.依醫療照護團隊共識檢視及修正醫療照護指引、常規或技術手冊，使內容符合醫療品質、病童安全及醫療照護團隊需求，落實執行。(試)



2.2.2 醫療照護團隊定期舉行照護品質相關會議，檢討改善實務運作，以提升醫療品質與病童安全(2/3)



■ 評量項目

● 優良項目

3.有實際改善醫療品質及病童安全之具體成效。(試)

● 【註】

1.醫院可將相關議題之會議合併進行，或藉由全院性之會議討論；而研討會可藉由院際合作舉行。

2.會議紀錄的形式由醫院決定，但內容應有所區分。

3.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。

● 評量方法及建議佐證資料

1.醫療照護及品質、病安相關會議，如病例討論會、併發症及死亡病例討論會、跨科聯合討論會、委員會等會議紀錄。(符合)

2.決議執行情形及改善成效。(符合)

3.具體提升病童安全、醫療品質措施、方案、成效。(優良)



2.2.2 醫療照護團隊定期舉行照護品質相關會議，檢討改善實務運作，以提升醫療品質與病童安全(3/3)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

4. 醫療照護指引、常規或技術手冊修訂紀錄。(優良)

■ 112年評鑑委員共識

「定期」會議係指至少三個月開會一次。



2.2.3 建立機制以檢討醫療倫理與法律相關之病例與主題，其運作良好(1/3)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 醫學倫理委員會或相關組織會議，應有討論醫療倫理或法律相關之病例與主題。
2. 醫院應制定委員資格要求及訓練機制。 (試)
3. 定期舉行會議並有會議紀錄可查。

● 優良項目

1. 醫學倫理委員會會議內容，包括檢討院內實際臨床案例或人體試驗案件之討論等。 (試)
2. 檢討院內實際案例，並訂出醫療照護人員依循之倫理準則。 (試)
3. 對於院內病人照護產生的醫學倫理議題有諮詢功能。 (試)



2.2.3 建立機制以檢討醫療倫理與法律相關之病例與主題，其運作良好(2/3)



■ 評量項目

● 【註】

1. 評量重點：應討論院內病例，而非僅安排專家演講、上課。
2. 如為自總院分離另設立之兒童醫院，得與總院委員會一起運作，惟須討論兒童醫院議題，並有紀錄可查。
3. 優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。

● 評量方法及建議佐證資料

1. 醫學倫理委員會或相關組織會議紀錄。(符合)
2. 醫學倫理委員會委員資格與訓練機制。(符合)
3. 醫療照護人員倫理準則。(優良)
4. 醫學倫理委員會諮詢紀錄。(優良)



2.2.3 建立機制以檢討醫療倫理與法律相關之病例與主題，其運作良好(3/3)



■ 112年評鑑委員共識

1. 「定期」會議係指至少三個月開會一次。
2. 「醫學倫理委員會」之名稱係由醫院自行訂定。



2.2.4 應訂有醫療品質監測指標及病例資料年報、與醫療成果資料，並有統計、分析及檢討 (1/3)



■ 評量項目

● 符合項目

- 1.以住院病童之出院摘要為基礎，進行主要項目編碼及輸入電腦。應確保施行編碼(Coding)正確，建立完整病例資料庫做為統計病童基本資料、手術件數、死亡數、疾病別、住院日數等年報統計表。
- 2.應訂定適當的醫療品質及病童安全指標，確實執行及評估。

● 優良項目

- 1.各次專科對其疾病別作追蹤並有紀錄，如：手術併發症、30天內手術死亡率及存活率。[\(試\)](#)
- 2.各科超期住院、再入院報表紀錄完整並有分析檢討。[\(試\)](#)
- 3.有正確的統計分析圖表：依診治結果製成分析圖表，包含死亡率、佔床率、平均住院天數、感染率(或密度)及疾病分類等年報表。[\(試\)](#)



2.2.4 應訂有醫療品質監測指標及病例資料年報、與醫療成果資料，並有統計、分析及檢討 (2/3)



■ 評量項目

● 優良項目

4. 有討論會討論各分析報告，並搭配管理及相關臨床業務指標分析，檢討施行成效並做成改善措施，確實執行及評估改善措施成效，醫療品質改善成果做全院性推展，並內化為醫院經常性措施。(試)
5. 監測面向完整涵蓋病童就醫流程及醫品管理需求。監測數據有進行內外部比較，定期或適時分析成有用資訊，提供不同需求之主管、同仁擬訂決策、方案時參酌。(試)

● 【註】

優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。

● 評量方法及建議佐證資料

1. 病例資料統計。(符合)
2. 醫療品質及病童安全指標。(符合)



2.2.4 應訂有醫療品質監測指標及病例資料年報、與醫療成果資料，並有統計、分析及檢討 (3/3)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

3. 超期住院、再入院報表。(優良)
4. 評估改善措施成效紀錄。(優良)
5. 醫療品質改善成果發表紀錄。(優良)

■ 112年評鑑委員共識

1. 本條文針對全院品管進行查核。
2. 指標統計後之回饋，可由相關委員會開會之資料呈現進行查核。
3. 相關臨床業務指標，由醫院自行界定並評估。



2.2.5對於各種可能發生醫療不良事件之情境，訂定預防措施，並建立預警偵測的通報處理機制(1/3)



■ 評量項目

● 符合項目

- 1.須訂定預防各種可能發生醫療不良事件之措施及建立因應對策，並確實執行。
- 2.建立符合院內的病童安全通報標準作業模式。
- 3.加強病童安全觀念的宣導，並對不同單位層級給予不同內容的繼續教育，以鼓勵異常事件通報。
- 4.訂有醫療不良事件之通報與處理機制，並有向上呈報的步驟。規範何時、何人說明醫療不良事件之處理、事故紀錄的內容及方式。
- 5.明訂夜間、假日等主治醫師不在現場時的處理方式。
- 6.醫院對醫療不良事件，有關懷病童及家屬之適當機制(含啟動時機與夜間、假日處理方式)



2.2.5對於各種可能發生醫療不良事件之情境，訂定預防措施，並建立預警偵測的通報處理機制(2/3)



■ 評量項目

● 優良項目

- 1.對於嚴重度或發生率較高的醫療不良事件進行分析檢討，根據分析結果提出可行之改善措施。(試)
- 2.運用通報資料分析結果，提出改善的行動計畫，採取適當的預防及改善措施。(試)
- 3.醫療不良事件具有教育價值者，能適當傳達予員工並據以修正相關流程及規範。(試)
- 4.醫療不良事件檢討有具體病童安全促進或醫療品質提升價值，並能適時發表成果，以利參循。(試)
- 5.重大醫療事故之根本原因分析結果，應與院內病人安全通報系統之資料進行比對檢討，用以強化院內病人安全之預警偵測機制。(試)



2.2.5對於各種可能發生醫療不良事件之情境，訂定預防措施，並建立預警偵測的通報處理機制(3/3)



■ 評量項目

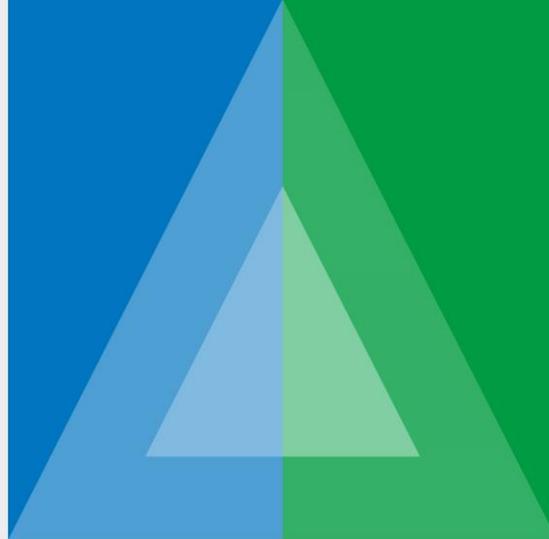
● 【註】

- 1.異常事件嚴重程度評估(Severity Assessment Code, SAC)：依據事件嚴重度及事件再發頻率為軸呈現之風險矩陣，以作為風險分級之用，共分成4級，可協助規範面臨事件發生後之事件處理的優先順序。
- 2.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。

■ 評量方法及建議佐證資料

- 1.醫療不良事件處理辦法。(符合)
- 2.病童安全通報標準作業流程。(符合)
- 3.重大異常事件分析檢討改善成果。(優良)
- 4.異常事件員工教育及成果發表紀錄。(優良)
- 5.關懷病童及家屬之適當機制。(符合)





第2.3章 醫療照護品質與 安全管理

條文分類統計表



篇	章	條數	可免評 條文之 條數	符合/ 待改善 條文之 條數	必要條 文之條 數	重點條 文之條 數	試評條 文之條 數
二、 醫療 照護	2.1 兒童及家屬權責	5	0	1	0	0	0
	2.2 醫療照護品質與安全管理	5	0	0	0	0	0
	2.3 醫療照護之執行與評估	18	0	5	0	1	0
	2.4 特殊照護服務	20	0	1	0	0	0



合2.3.1住院病童應由主治醫師負責照護，並讓病童及家屬知悉(1/2)



■ 評量項目

● 符合項目

- 1.住院病童應由主治醫師負責照護並讓病童及家屬知悉其主治醫師。
- 2.若主治醫師不在時，有明確規定代理機制及排定代理人員名單。
- 3.明訂醫療照護團隊與主治醫師之聯絡方式，及無法聯絡上時的因應方法。

● 評量方法及建議佐證資料

- 1.醫師職務說明書。
- 2.職務代理辦法。
- 3.病歷紀錄。
- 4.醫師值班表。



合2.3.1住院病童應由主治醫師負責照護，並讓病童及家屬知悉(2/2)



■ 112年評鑑委員共識

符合項目2 所提「主治醫師不在時」係指任何時候不在院之情況，非單指請假。



2.3.2 住院、急診病歷應詳實記載病況變化、治療方式及其治療依據說明等，以供事後檢討 (1/3)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 入院紀錄應完整詳實，且包含主訴、病史、身體診察、實驗室檢查、臆斷與診療計畫(plan to do)等。
2. 入院紀錄應包含病童之家族史、出生史、生長發展史、疫苗接種及過去病史等。
3. 主治醫師需親自診察評估病情，視病情修訂診療計畫，並有紀錄。
4. 病程紀錄能適當的反應病況變化。

● 優良項目

1. 病歷記載能顯示達成診斷及實施處置之合理思考邏輯，且應適時、適當呈現特殊檢查、檢查方法、檢驗、處置之理由及影像診斷報告的臨床評估。(試)



2.3.2 住院、急診病歷應詳實記載病況變化、治療方式及其治療依據說明等，以供事後檢討 (2/3)



■ 評量項目

● 優良項目

2. 有定期的診療摘要紀錄或交班摘要。 [\(試\)](#)
3. 個案討論結果應記錄於病童診療紀錄內；當病童需要轉科或轉院時，應將討論結果妥善轉予相關科別或醫院。 [\(試\)](#)
4. 病歷紀錄品質有檢討改善，並有具體成效。 [\(試\)](#)

● (註)

1. 診療計畫(plan to do)不需為獨立單張，亦未規定須由兒童及家屬簽名。
2. 優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。

● 評量方法及建議佐證資料

1. 病歷寫作規範。(符合)
2. 紙本或電子病歷。(符合/優良)



2.3.2 住院、急診病歷應詳實記載病況變化、治療方式及其治療依據說明等，以供事後檢討 (3/3)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

3. 病歷紀錄品質改善檢討的相關資料。(優良)



合2.3.3每日應有醫師迴診並適當回應病童之病情陳述，紀錄詳實(1/2)



■ 評量項目

● 符合項目

- 1.每日均有醫師迴診，並訂有假日查房迴診辦法。
- 2.每日病程紀錄應有主治醫師簽章，如有增刪，應於增刪處簽名或蓋章及註明年、月、日。
- 3.全面或部分實施電子病歷之醫院，相關主治醫師複簽、修改紀錄、簽名應能確認其不可否認性。
- 4.如病童病況有變化或提出相關反應，應予充分陳述及說明並適時調整診療計畫，詳實記錄。

● 評量方法及建議佐證資料

- 1.醫師假日迴診之規定。
- 2.紙本或電子病歷。
- 3.電子病歷歷史修改紀錄。



合2.3.3每日應有醫師迴診並適當回應病童之病情陳述，紀錄詳實(2/2)



■ 112年評鑑委員共識

1. 符合項目1 所提「醫師」非單指「主治醫師」
2. 本條文以progress note 上之記錄及訪談兒童或家屬醫師查房情形為



合2.3.4醫療照護團隊人員應了解病童問題，並讓接班人員知悉；如有轉出至其他單位時，應製作照護摘要或交班紀錄，以達持續性照護(1/2)



■ 評量項目

● 符合項目

- 1.醫療照護團隊訂有交接班作業流程。
- 2.醫療照護團隊人員能瞭解病童問題所在，且能清楚交班，使接班醫療照護團隊人員亦能瞭解病童問題。
- 3.訂有轉換單位之作業流程，轉換科別或照護團隊時，轉出單位醫療照護團隊應製作照護摘要或交班紀錄，以供後續照護單位提供持續性病童照護。

● 評量方法及建議佐證資料

- 1.交接班作業流程。
- 2.交接班紀錄。
- 3.單位間轉床作業流程。
- 4.病童轉運作業規範。



合2.3.4醫療照護團隊人員應了解病童問題，並讓接班人員知悉；如有轉出至其他單位時，應製作照護摘要或交班紀錄，以達持續性照護(2/2)



■ 112年評鑑委員共識

1. 「交班」至少包括「醫師對醫師」、「護理人員對護理人員」之交班，惟二者交班內容不可相互矛盾。
2. 符合項目3 係查核醫院對於轉換單位之作業流程的落實程度。



2.3.5 因應病童狀況提供適切可行的護理照護計畫，過程完整，並有適時修正(1/2)



■ 評量項目

● 符合項目

- 1.能依病童狀況，提供適切的護理照護計畫。
- 2.在護理過程中至少可看出評估、計畫及措施的提供，並有紀錄。

● 優良項目

- 1.護理照護計畫有依病童狀況與需求，適時調整，具有個別性。
(試)
- 2.護理過程完整，有評估、計畫、措施及評值，且紀錄完整。
(試)
- 3.護理紀錄品質有檢討改善，並能減輕護理人員不必要之文書作業。
(試)



2.3.5 因應病童狀況提供適切可行的護理照護計畫，過程完整，並有適時修正(2/2)



■ 評量項目

● 【註】

- 1.可聽取事例評估或實地訪視病童及家屬。
- 2.可訪談護理人員，並由病童及家屬處印證實際執行成效。
- 3.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。

● 評量方法及建議佐證資料

- 1.護理紀錄。(符合/優良)
- 2.護理紀錄品質的檢討改善結果。(優良)
- 3.護理紀錄書寫規範。(符合/優良)

■ 112年評鑑委員共識

- 1.優良項目2 所提「評值」，針對措施或目標皆可。
- 2.優良項目3，醫院提出該期間內護理人員紀錄簡化之作為，且將相關佐證予評鑑委員參考。



重、合2.3.6適當的護病比(1/2)



■ 評量項目

● 符合項目

1.應符合醫療機構設置標準，且白班平均護病比不得高於7人。

■ 112年評鑑委員共識

1.有關本項基準查證方式包含：

(1)醫院填報醫院評鑑補充資料表數據。

(2)實地評鑑當日抽查之急性一般病房全日護病比。

2.有關於醫院填報之補充資料表「三、全院全日三班護病比」：

(1)表一「111 年全院急性一般病床各月份全日護病比」，委員將以「平均值」進行判定是否符合。

(2)表二「112 年實地評鑑前急性一般病房各單位全日護病比」，委員將依上述標準，以本表之「總計值」進行判定是否符合。



重、合2.3.6適當的護病比(2/2)



■ 112年評鑑委員共識

3. 有關「實地評鑑當日各急性一般病房全日護病比」抽查方式，至少抽查全院30%以上的急性一般病房。抽查結果採所有病房之平均數判定是否符合。
4. 上述之表一、表二及實地評鑑抽查之結果均符合，即視為符合。



2.3.7 醫囑之記載與確認應有標準作業，以確保醫囑安全執行(1/3)



■ 評量項目

● 符合項目

- 1.應明確訂定醫師確認醫囑的具體步驟及醫療照護團隊針對醫囑溝通之機制。
- 2.醫療照護團隊人員應落實執行醫囑確認步驟。醫囑變更或修正時有因應及確認步驟並有評估。對醫囑有疑慮時，除與醫師溝通外，必要時有由醫療照護團隊及主管共同確認之機制，以維護病童安全。
- 3.緊急時(含急救、緊急給藥)接受口頭(含電話)醫囑，應有確認機制，如接受醫囑時要複誦並記錄確認，且應於24小時內完成醫囑記述。
- 4.醫囑應適時重整及更新。
- 5.醫囑應有醫師簽章，依醫囑執行之各項醫療活動需有醫事人員簽章。



2.3.7 醫囑之記載與確認應有標準作業，以確保醫囑安全執行(2/3)



■ 評量項目

● 優良項目

- 1.應明確訂定口頭(含電話)醫囑的範圍及處理方式，於當班完成醫囑記述，並於病歷詳實記載溝通內容及執行情形，由醫師簽名或蓋章以示負責。(試)
- 2.對於容易發生錯誤之醫囑，應訂有預防措施，包括醫療名詞縮寫規範。(試)
- 3.定期檢討作業程序，確實檢討改進醫囑異常事件並有效處置不良反應。(試)

● 【註】

優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。

● 評量方法及建議佐證資料

- 1.病歷(醫囑)書寫規範。(符合)



2.3.7 醫囑之記載與確認應有標準作業，以確保醫囑安全執行(3/3)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

- 2.護理給藥標準作業流程。(符合)
- 3.口頭醫囑作業流程。(符合/優良)
- 4.紙本或電子病歷。(符合/優良)
- 5.處方醫令系統自動稽核防錯機制範例。(優良)
- 6.高警訊藥物防錯範例。(優良)
- 7.醫囑異常事件通報、檢討及改善報告。(優良)



2.3.8 依病情之需要，適切照會相關之醫療照護團隊(1/2)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 明訂會診作業規範。
2. 於作業規範時間內完成會診。

● 優良項目

1. 會診具時效性。(試)
2. 會診結果能適切解決病童的問題。(試)
3. 會診結果及品質有檢討機制並據以改善。(試)
4. 病情複雜或不明確時，適時召開團隊會診或整合照護會議，並鼓勵病童及家屬參與決策過程。(試)

● 【註】

1. 會診具時效性係指：
 - (1) 緊急會診須於2小時內訪視病童。



2.3.8 依病情之需要，適切照會相關之醫療照護團隊(2/2)



■ 評量項目

● 【註】

(2)一般會診須於1個工作日內完成。

(3)營養師會診須於2個工作日內完成。

2.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。

● 評量方法及建議佐證資料

1.住院病童醫療會診作業規範。(符合)

2.會診通知單及回覆單。(符合)

3.逾期會診率。(優良)

4.會診品質檢討改善會議紀錄。(優良)

5.治療小組或整合照護會議紀錄。(優良)

■ 112年評鑑委員共識

係指一般病房會診。



2.3.9 依據病童病情評估結果訂定復健計畫，給予適切之復健治療及訓練(1/3)



■ 評量項目

● 符合項目

- 1.訂有復健科病童復健治療作業規範。
- 2.依規範執行會診、評估、制訂復健治療計畫，適切轉介相關專業，如：物理治療、職能治療、語言治療、心理治療，並向病童及家屬說明。
- 3.應依計畫類別提供適當輔具。

● 優良項目

- 1.復健團隊應對病童施行功能評估(包含不同疾病、種類的復健計畫)，據以設定個別化訓練目標及計畫，再依功能恢復情形及訓練進度，適時執行評估，並記錄於病歷中，具體呈現病童復健進展。(試)
- 2.相關治療師能主動配合床邊復健計畫實施病童之床邊復健。(試)



2.3.9 依據病童病情評估結果訂定復健計畫，給予適切之復健治療及訓練(2/3)



■ 評量項目

● 優良項目

3.個案復健治療團隊與醫療照護團隊定期討論，視需要設定具體方案及改善方向。(試)

● 【註】

1.復健治療團隊包含醫師及復健治療相關人員。

2.應將復健診療紀錄、訓練紀錄與定期/不定期評估一併管理，但定期將必要的資料加入診療紀錄亦可。

3.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。

● 評量方法及建議佐證資料

1.病童復健治療作業規範。(符合)

2.病童復健治療會診單及紀錄單。(符合)

3.疾病別復健治療評估及輔具評估表單。(符合/優良)



2.3.9 依據病童病情評估結果訂定復健計畫，給予適切之復健治療及訓練(3/3)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

4.復健個案討論或整合照護會議紀錄。(優良)

■ 112年評鑑委員共識

復健計畫需呈現於團隊照護之紀錄。



2.3.10對病童及家屬提供身體、心理、社會及靈性的照護及支持措施(1/2)



■ 評量項目

● 符合項目

- 1.對於病童能提供基本的身體護理(如：無異味等)。
- 2.對病童及家屬能提供適當的心理、社會及靈性的支持措施。
- 3.醫院內有癌末、臨終的病童，應評估對此等病童之心理支持措施，並尊重病童及家屬自主決定。

● 優良項目

- 1.照護人員能指導或協助家屬對自我照顧困難之病童執行基本的身體護理，且能顧及病童的舒適及尊嚴。(試)
- 2.設有固定服務之社工、志工或宗教師，可提供主動訪視、支持或諮詢服務。(試)
- 3.對癌症、重症、疑難及罕見疾病等病童有專責人員負責規劃、執行病童友善醫療之作為及設施，並有具體成果。(試)



2.3.10對病童及家屬提供身體、心理、社會及靈性的照護及支持措施(2/2)



■ 評量項目

● 【註】

- 1.身體護理係指身體的清潔、排泄照護、舒適護理、協助進食、睡眠的適切照顧。
- 2.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。

● 評量方法及建議佐證資料

- 1.對病童提供身體、心理、社會、靈性及友善醫療的照護相關作業規範。(符合)
- 2.抽查相關病歷紀錄。(符合)
- 3.社工師、志工或宗教師訪視紀錄。(優良)
- 4.身心靈需要評估、照顧紀錄或輔導計畫單。(優良)
- 5.個案討論會議紀錄。(優良)



2.3.11訂有病童行動限制(隔離、約束)之作業常規並執行適當(1/3)



■ 評量項目

● 符合項目

- 1.應依年齡不同訂定實施病童行動限制的作業常規及應用標準，並於醫療上有必要時，經醫療團隊討論行動限制，並有醫囑及紀錄。
- 2.住院時或執行前，應以書面告知住院中可能會限制行動，並取得家屬的同意書；執行時，再次向病童及家屬解說清楚，並有紀錄。
- 3.醫療照護團隊應依病童行動限制作業常規執行約束並適時檢討，視情況解除行動限制。

● 優良項目

- 1.執行時確認病童及家屬充分了解行動限制的必要性，使其感受獲得尊重，且有詳實完整之紀錄。(試)



2.3.11訂有病童行動限制(隔離、約束)之作業常規並執行適當(2/3)



■ 評量項目

● 優良項目

- 2.醫囑及執行紀錄中應明確記述限制行動的必要性、形式、持續時間、注意事項等，行動限制方式應安全、適當，並定期檢討。(試)
- 3.定期檢討改善行動限制的作業常規及應用標準，且有具體成效。(試)

● 【註】

- 1.行動限制包含隔離、約束；惟不含「感染管制之隔離」。
- 2.行動限制的作業常規須包括：不影響病童的安全下，依照病童病情，定時探視行動限制中的病童(一般病房有人陪伴者至少1小時探視1次，無人在旁陪伴者至少每30分鐘探視1次)，並能提供病童生理需求、注意呼吸及肢體循環並防範意外事件發生，有紀錄可查；每班至少有一次行動限制相關紀錄，有異常狀況時須隨時記錄。



2.3.11訂有病童行動限制(隔離、約束)之作業常規並執行適當(3/3)



■ 評量項目

● 【註】

- 3.緊急狀況時，得先執行並儘速向家屬解說清楚取得同意書。
- 4.家屬泛指家長、法定監護人、配偶、親屬及關係人。
- 5.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。

● 評量方法及建議佐證資料

- 1.病童行動限制相關作業規範。(符合)
- 2.約束說明書、約束同意書、隔離說明書、隔離同意書。(符合)
- 3.醫囑及執行、檢討紀錄。(符合/優良)
- 4.行動限制品質討論會議紀錄。(優良)

■ 112年評鑑委員共識

符合項目1所提作業常規及應用標準」係由醫院依據兒童的年齡與特性自行規範。



2.3.12 評估病童營養狀態，適切給予營養及飲食指導(1/3)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 訂定營養篩檢、飲食指導等照會流程與機制。
2. 營養師依據營養評估之結果，予以個案營養診斷後，施予適切之營養支持、營養教育、飲食指導等，且有具體紀錄。

● 優良項目

1. 營養照護紀錄完整，並可與醫療團隊其他成員參考討論，據以共同擬定照護計畫。(試)
2. 設有營養諮詢門診者，應有適當場所、必要之教具(如：食物模型或圖鑑、各類量匙量杯等容器)及設備(如：體重計、體組成分析儀等)。(試)
3. 依特殊病童(如罕見疾病、兒童糖尿病等)需求提供營養建議及飲食指導。(試)



2.3.12 評估病童營養狀態，適切給予營養及飲食指導(2/3)



■ 評量項目

● 優良項目

- 4.對於提供之營養服務應有評估機制及統計。(試)
- 5.對於接受治療餐之病童，能檢討其遵從用膳情形或指導其正確自備膳食，並有提升營養照護品質策略。(試)
- 6.住院病童體重小於第三百分位者或大於第九十七百分位者，且合併有進食問題者，皆有營養師會診。(試)

● 【註】

- 1.照會流程及機制指由醫護人員初步營養篩選，對無法進食或體重下降等營養不良高風險病童、特殊飲食需飲食指導或營養介入者，轉介營養師進行營養評估。
- 2.營養照會應於2個工作日內完成，確保時效。



2.3.12 評估病童營養狀態，適切給予營養及飲食指導(3/3)



■ 評量項目

● 【註】

3. 營養衛教及飲食指導對象涵蓋病童及家屬；指導吞嚥、功能障礙病童進食，可視需要與治療師(如：語言治療師或職能治療師等)共同協助進食操作及器具處理指導。

4. 優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。

● 評量方法及建議佐證資料

1. 營養照護相關作業規範。(符合)

2. 營養照會單及病歷紀錄。(符合)

3. 營養相關團隊整合照護或個案討論會議紀錄。(優良)

4. 諮詢門診設備/門診營養指導紀錄/營養服務評估及統計報表。(優良)

5. 營養照護相關品質改善會議紀錄。(優良)



2.3.13 醫院有提供適當之新生兒及嬰兒哺育服務 (1/2)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 新生兒及嬰兒應優先鼓勵哺育母乳，且新生兒及嬰兒單位內有顧及哺乳親餵的需求，並兼顧母親隱私。
2. 哺餵母乳的新生兒有醫療需求須添加水分及母乳代用品者，須以非奶瓶、奶嘴方式(如杯餵、滴管、空針或湯匙等)餵食。
3. 使用嬰兒配方餵食者，應依照下列規範：
 - (1) 有調奶標準作業流程。
 - (2) 有特定調奶檯面，並符合感染管制要求。
 - (3) 調奶後，奶瓶有標示嬰兒身分辨識資料與泡製日期時間。若沒有立即餵食，有適當存放地點與方式。
 - (4) 奶瓶使用後有適當清潔消毒。



2.3.13 醫院有提供適當之新生兒及嬰兒哺育服務 (2/2)



■ 評量項目

● 優良項目

1. 有母乳存放管理機制。 (試)
2. 設有嬰兒配方調奶專屬獨立空間，並有冰箱以及溫度監控紀錄。 (試)
3. 有特定負責調奶人員，且接受過調奶及感染管制相關課程。 (試)
4. 定期進行調奶器具檢測作業。 (試)

● 【註】

優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。

● 評量方法及建議佐證資料

1. 母乳存放管理機制(符合/優良)
2. 調奶準備標準作業流程(符合)
3. 調奶器具檢測資料(優良)





■ 評量項目

● 符合項目

- 1.醫療照護團隊依病童及家屬需要提供衛教單張及資料。
- 2.視病童及家屬需要提供個別或團體衛教。
- 3.適時更新衛教指導內容，且能評估成效。

● 【註】

衛教資料可包括：健康促進、疾病照護、自我照護等議題。

● 評量方法及建議佐證資料

- 1.各單位衛教資料(含衛教教具及單張)。
- 2.衛教活動紀錄。



2.3.15明訂院內突發危急病童急救措施，且應落實執行(1/3)



■ 評量項目

● 符合項目

- 1.明訂院內突發危急病童急救措施之標準作業程序。
- 2.應公告全體工作人員周知緊急事件的代號或暗語，及其因應處理方針及步驟。
- 3.急救設備及藥品應符合不同年齡病童之需求，及備有病童急救藥品劑量換算表，並有明確管理規範，確保功能、供應、效期，並能正確操作。
- 4.每年至少舉辦一次以上醫療團隊之急救演練，且有紀錄及檢討措施。

● 優良項目

- 1.醫療團隊之急救處理正確熟練。(試)
- 2.針對院內急救事件能定期檢討改善並確實執行，改善成效良好。(試)



2.3.15明訂院內突發危急病童急救措施，且應落實執行(2/3)



■ 評量項目

● 優良項目

3.藥師定期檢查及更新急救車藥品並有紀錄。(試)

4.訂有困難呼吸道插管處置流程。(試)

● 【註】

1.急救車藥物應每班別確實點班，若急救車上鎖或貼封條則毋須每班點班，但有定期核對急救用品有效期限之機制。

2.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。

● 評量方法及建議佐證資料

1.院內突發危急病童急救措施之標準作業程序。(符合)

2.急救車管理規範。(符合)

3.急救車點班紀錄。(符合)

4.急救演練紀錄。(符合)



2.3.15明訂院內突發危急病童急救措施，且應落實執行(3/3)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

5.急救事件檢討改善會議紀錄。(優良)

6.藥劑科查核急救車藥品紀錄。(優良)

■ 112年評鑑委員共識

1. 評鑑委員實地訪談內容包含「不預期心跳停止」之因應方式。
2. 若醫院急救車採「上鎖」管理，其「鎖」的使用應是遇緊急狀況時，可立即破壞打開使用為原則，以免延誤急救時效。
3. 院內急救車之藥品及物品擺放位置應一致，以利新進人員及支援同仁儘快熟悉藥品位置。
4. 急救車內之藥品應以急救藥物為原則，勿放置常備藥品。



2.3.16 實施適切之轉診(介)服務，並與院外機構建立良好合作關係(1/2)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 與院外機構建立適切的合作機制，並訂有轉診(介)作業流程。
2. 院內有專責人員或單位負責該項工作。
3. 轉診(介)紀錄完整。

● 優良項目

1. 對轉診(介)病童應適當追蹤其病況或回覆紀錄。(試)
2. 針對轉診(介)之時效、適當性，有定期進行統計分析。(試)
3. 對轉診(介)之異常或特殊狀況，有進行分析、檢討與改善。(試)
4. 與院外機構之合作關係，有檢討機制，並落實執行，成效良好。(試)
5. 有提供原轉診醫師瞭解病童相關病況之機制。(試)



2.3.16 實施適切之轉診(介)服務，並與院外機構 建立良好合作關係(2/2)



■ 評量項目

● 【註】

- 1.轉診作業相關流程須符合醫療法施行細則第50-52條規定。
- 2.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。

● 評量方法及建議佐證資料

- 1.轉診(介)作業流程。(符合)
- 2.轉診(介)紀錄。(符合)
- 3.轉診(介)服務的統計分析結果。(優良)
- 4.轉診(介)異常或特殊狀況分析、檢討與改善報告。(優良)
- 5.與院外合作機構溝通的檢討紀錄。(優良)
- 6.原轉診醫師瞭解病況之機制。(優良)



2.3.17 醫療照護團隊應依病童需求，提供適切、完整的出院照護計畫與指導，並有紀錄(1/5)



■ 評量項目

● 符合項目

- 1.醫院應明訂出院照護計畫流程，並依病童需求，由醫療照護團隊共同參與擬訂出院照護計畫，並有紀錄。
- 2.出院照護計畫至少應包括與疾病相關之計畫及指導(如：營養、復健、用藥、後續門診追蹤、緊急就醫之醫療資源與途徑等資訊)，並能以書面資料提供給病童及家屬。
- 3.依病童需求，協助提供社區相關資源或轉介並有追蹤。
- 4.醫院應針對相關職類人員進行出院照護計畫之教育訓練，並有紀錄。

● 優良項目

- 1.設有出院照護計畫委員會或類似機制，定期開會，檢討、修訂出院照護計畫架構、流程等，並能具體解決問題，且紀錄完整。(試)



2.3.17 醫療照護團隊應依病童需求，提供適切、完整的出院照護計畫與指導，並有紀錄(2/5)



■ 評量項目

● 優良項目

- 2.定期召開跨領域團隊個案討論會，檢討特殊需求病童及家屬之出院照護計畫，並有紀錄。(試)
- 3.提供之出院照護計畫適切、完整，有評估品質及成效且有紀錄。(試)
- 4.設有病童出院後諮詢服務窗口，由適合之專業人員提供服務並有紀錄。(試)

● 【註】

- 1.出院照護計畫係指出院準備計畫或出院準備服務，應能評估病童長期性問題。



2.3.17 醫療照護團隊應依病童需求，提供適切、完整的出院照護計畫與指導，並有紀錄(3/5)



■ 評量項目

● 【註】

2.醫院應對住院病童提供出院準備計畫，若病童為特殊需求兒童及青少年時，應依據身心障礙者權益保障法第23條之規定，為住院之特殊需求兒童及青少年提供出院準備計畫。

身心障礙者權益保障法第23條內容：

「醫院應為身心障礙者設置服務窗口，提供溝通服務或其他有助於就醫之相關服務。

醫院應為住院之身心障礙者提供出院準備計畫；出院準備計畫應包括下列事項：

- (1)居家照護建議。
- (2)復健治療建議。
- (3)社區醫療資源轉介服務。



2.3.17 醫療照護團隊應依病童需求，提供適切、完整的出院照護計畫與指導，並有紀錄(4/5)



■ 評量項目

● 【註】

- (4)居家環境改善建議。
 - (5)輔具評估及使用建議。
 - (6)轉銜服務。
 - (7)生活重建服務建議。
 - (8)心理諮商服務建議。
 - (9)其他出院準備相關事宜。
- 3.醫院應提供相關保險及社會資源相關資訊或告知院內相關專責部門聯繫方式。
 - 4.社區資源係指未來可支援的醫院或居家服務等之連繫合作、照護保險、社會資源的申請手續、諮商業務等。
 - 5.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。



2.3.17 醫療照護團隊應依病童需求，提供適切、完整的出院照護計畫與指導，並有紀錄(5/5)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

1. 出院照護計畫委員會(小組)會議紀錄。(優良)
2. 出院照護計畫流程。(符合)
3. 病童出院照護計畫。(符合)
4. 相關職類人員出席出院照護計畫之教育訓練紀錄。(符合)
5. 跨領域團隊個案討論會會議紀錄。(優良)
6. 出院病童諮詢服務紀錄。(優良)



2.3.18適當的病童安寧緩和醫療照護服務(1/2)



■ 評量項目

● 符合項目

- 1.明訂病童、新生兒在臨終前、後之照護規範，尊重臨終病童及其家屬意願，並主動提供家屬協助，包含善終、死亡準備及遺體護理等。
- 2.有安寧緩和醫療之專業人員可供照會。
- 3.專業人員有參與院內開設或院外舉辦的病童安寧緩和醫療相關繼續教育課程。

● 優良項目

- 1.有病童安寧緩和醫療照護之專責專業人員可供照會。(試)
- 2.有舉辦病童安寧緩和醫療個案討論會。(試)
- 3.院內有開設專門的病童安寧緩和醫療繼續教育課程，每年超過四小時(含)以上。(試)



2.3.18適當的病童安寧緩和醫療照護服務(2/2)



■ 評量項目

● 【註】

- 1.可與總院共用安寧緩和醫療共同照護機制。
- 2.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。

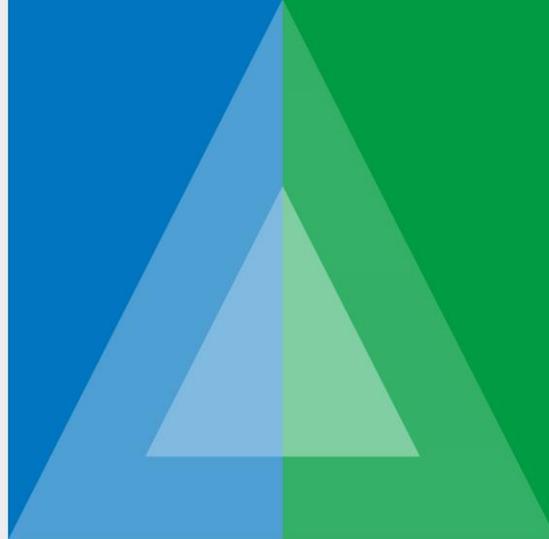
● 評量方法及建議佐證資料

- 1.病童臨終照護規範。(符合)
- 2.新生兒臨終照護規範。(符合)
- 3.安寧緩和醫療專業人員名單。(符合/優良)
- 4.病童安寧緩和醫療繼續教育課程清單。(符合/優良)
- 5.病童安寧緩和醫療個案討論會會議紀錄。(優良)

■ 112年評鑑委員共識

優良項目1「專責專業人員」係指有接受兒童安寧緩和醫療照護相關訓練即可。





第2.4章 特殊照護服務

條文分類統計表



篇	章	條數	可免評 條文之 條數	符合/ 待改善 條文之 條數	必要條 文之條 數	重點條 文之條 數	試評條 文之條 數
二、 醫療 照護	2.1 兒童及家屬權責	5	0	1	0	0	0
	2.2 醫療照護品質與安全管理	5	0	0	0	0	0
	2.3 醫療照護之執行與評估	18	0	5	0	1	0
	2.4 特殊照護服務	20	0	1	0	0	0



2.4.1適當之兒童急診人力配置及訓練(1/4)



■ 評量項目

● 符合項目

- 1.組織設有獨立之兒童急診部門，部門主管為專責且具兒科專科醫師資格。
- 2.兒童急診部門應配置足夠之兒科醫師及護理人員，24小時在急診室值班，且每班至少1名護理人員。
- 3.兒童急診醫師應具有有效期內之APLS、PALS或NRP證書；護理人員皆具有BLS訓練且合格，且50%以上急診醫護人員具有APLS、PALS或NRP證書。

● 優良項目

- 1.兒童急診部門有至少5名兒科專科醫師有執業登記，且75%以上具有接受兒童急診次專科訓練證明，24小時皆有兒科專科醫師在急診室值班。(試)



2.4.1 適當之兒童急診人力配置及訓練(2/4)



■ 評量項目

● 優良項目

2. 每天24小時有1名兒童相關外科專科醫師或資深住院醫師提供照會服務。(試)
3. 兒童急診護理人員應有75%以上具有APLS、PALS或NRP證書。(試)

● 【註】

1. 專責係指執業登記於該院之專科醫師，每週至多3個半天可作其他醫療業務或手術，其餘時間皆負責急診業務。
2. 兒童醫院急診部門之環境、空間、設施與設備得與總院共用。
3. 優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。

● 評量方法及建議佐證資料

1. 兒童急診主治醫師清冊。(符合/優良)



2.4.1適當之兒童急診人力配置及訓練(3/4)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

- 2.兒童急診主治醫師、住院醫師、護理人員值班表、兒童相關外科醫師會診輪值表。(符合/優良)
- 3.兒童急診主治醫師、住院醫師、護理人員之APLS、PALS或NRP有效證明。(符合/優良)

■ 112年評鑑委員共識

- 1.「專科醫師」係指領有部定兒科專科醫師證書者，非僅指具急診專科之醫師。
- 2.「資深住院醫師」係指獨立執行急診業務之住院醫師需R3(含)以上
- 3.優良項目2，「具兒童急診次專科訓練證明」即可。



2.4.1適當之兒童急診人力配置及訓練(4/4)



■ 醫院Q&A

Q：有關【優良項目1】，請問是否75%兒科專科醫師具兒童急診次專科訓練證明即可，不一定需具有兒童急診次專科執照嗎？

A：是，「具兒童急診次專科訓練證明」即可。



2.4.2 兒童急診應有完備之設施、設備、儀器、機器，並確實執行保養管理及清潔管理(1/2)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 兒童急診診療應有獨立空間，並有獨立的病童檢傷地點與標示。
2. 具備符合不同年齡層施行心肺復甦術或相當處置所需之設備、儀器(氣管內管、甦醒球、輸液、輸血及給藥之準備、兒童電擊去顫器、骨內穿刺針、靜脈注射輔助儀器(如蛇燈)等)，且經常備妥於確實可用狀態。
3. 應有部門或單位負責急診之設施、設備、儀器、機器之保養、檢查及安全管理，並訂有規範，落實執行，有紀錄可查。
4. 明訂保養、檢查的排程，並有紀錄。
5. 設置異常管理手冊，以因應儀器設備如發生故障時之作業流程。



2.4.2 兒童急診應有完備之設施、設備、儀器、機器，並確實執行保養管理及清潔管理(2/2)



■ 評量項目

● 優良項目

1. 對兒少保護醫療對象(已知或疑似有兒少虐待性侵情事者)可提供適當空間，以維護病童隱私。(試)

● 【註】

優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。

● 評量方法及建議佐證資料

1. 醫療儀器、設備清單。(符合)

2. 醫療儀器、設備、機器負責人名單。(符合)

3. 醫療儀器、設備保養作業標準及查檢紀錄。(符合)

4. 醫療儀器、設備故障異常管理之作業流程及維修紀錄。(符合)



2.4.3提供兒童急診醫療與急救處置能力(1/4)



■ 評量項目

● 符合項目

- 1.依醫院定位訂有兒童急診就醫準則與緊急處置流程，提供緊急檢查、診斷、住院、手術等急救的醫療處置能力。
- 2.訂有轉診作業流程或規範，主動提供兒童急診轉診聯繫管道。
- 3.對於急診就醫個案，知其有疑似兒童與少年虐待及疏忽、性侵害犯罪情事者，應依訂定之處理作業準則處理，並依法通報。
- 4.轉出時應提供轉診病歷摘要。

● 優良項目

- 1.針對緊急處置流程應定期檢討評估機制。(試)
- 2.可完成病童緊急檢查及報告、住院、手術等相關緊急處置作業。(試)
- 3.對特殊病童訂有處理流程，並提供社工諮商和轉介服務。(試)



2.4.3提供兒童急診醫療與急救處置能力(2/4)



■ 評量項目

● 優良項目

- 4.轉送病童過程皆有評估紀錄，必要時有醫師指導救護人員，執行緊急醫療救護行為。(試)
- 5.定期檢討評估，訂有改善方案，且具成效。(試)

● 【註】

- 1.醫療法第60條相關內容摘錄：醫院、診所遇有危急病人，應先予適當之急救，並即依其人員及設備能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延。
- 2.醫療法第73條相關內容摘錄：醫院、診所因限於人員、設備及專長能力，無法確定病人之病因或提供完整治療時，應建議病人轉診。但危急病人應依第六十條第一項規定，先予適當之急救，始可轉診。

前項轉診，應填具轉診病歷摘要交予病人，不得無故拖延或拒絕。



2.4.3提供兒童急診醫療與急救處置能力(3/4)



■ 評量項目

● 【註】

- 3.應依兒童及少年福利與權益保障法第53條、性侵害犯罪防治法第8條、家庭暴力防治法第50條規定辦理。
- 4.兒童急診相關會議得與總院一起運作，但須討論兒童醫院議題，並有紀錄可查。
- 5.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。

● 評量方法及建議佐證資料

- 1.兒童急診病人就醫準則與流程。(符合)
- 2.兒童急診疑似兒童與少年虐待及疏忽、性侵害犯罪情事處理作業準則。(符合)
- 3.兒童急診轉診或轉出作業流程或規範。(符合)
- 4.病童轉送之評估紀錄。(符合/優良)



2.4.3提供兒童急診醫療與急救處置能力(4/4)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

- 5.兒童急診品質委員會或急診品質審查會議相關會議紀錄。(符合)
- 6.病童急救緊急處置流程。(優良)
- 7.特殊病童急診處理準則及流程。(優良)
- 8.品質改善方案實例佐證資料。(優良)

■ 112年評鑑委員共識

實地訪查將參考瀕臨死亡案例之作業流程及結果分析。



2.4.4 建置適當的急診診療科支援機制(1/2)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 建置適當的病童相關診療會診支援機制。
2. 兒童急診能提供兒童外科等支援服務，如有會診個案，75%以上可於1小時內支援。

● 優良項目

1. 兒童急診能提供兒童外科等次專科的支援服務，如有會診個案，75%以上可於30分鐘內支援。(試)
2. 針對會診時效有定期檢討評估，並有執行改善方案。(試)

● 【註】

1. 兒童急診相關會議得與總院一起運作，但須討論兒童醫院議題，並有紀錄可查。
2. 優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。



2.4.4 建置適當的急診診療科支援機制(2/2)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

1. 兒童急診診療支援會診規範。(符合)
2. 兒童急診診療支援會診個案統計表及時效分析等。(符合/優良)
3. 相關委員會或管理會議紀錄及品質改善活動佐證資料。(優良)

■ 112年評鑑委員共識

1. 本條文及評量項目所提「支援」係指以現場支援為主。
2. 實地訪查將參考重大外傷之支援時效相關統計資料。



2.4.5 具備完善的兒童急診醫事人員與警衛輪班制度(1/2)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 應有適當醫事人員輪班或支援制度，有藥師、醫事檢驗師、醫事放射師、呼吸治療師等醫事人員輪班或支援制度。
2. 應有24小時之保全(警衛)人員並有報案機制。

● 優良項目

1. 具有完整之輪班制度及對突發事件有危機管理機制，並定期檢討改善。(試)

● 【註】

優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。

● 評量方法及建議佐證資料

1. 醫事人員輪班或支援制度。(符合)
2. 警衛或保全人員班表。(符合)



2.4.5 具備完善的兒童急診醫事人員與警衛輪班制度(2/2)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

3. 醫事人員班表。(優良)

4. 與輪班制度相關之會議討論及檢討紀錄或實例呈現。(優良)

5. 急診突發事件處理流程與檢討會議。(優良)



2.4.6 應有兒童急診醫療、救護處理之適當性及品質檢討分析與改善(1/3)



■ 評量項目

● 符合項目

- 1.設有兒童急診委員會或相關組織，確保兒童急診管理與品質促進。
- 2.訂有兒童急診醫療品質相關指標，包含：
 - (1)兒童置留急診24及48小時以上之比率。
 - (2)72小時內回診兒童比率。
 - (3)應住加護病房而未能於6小時內住進加護病房的人數及比率。
 - (4)等候手術時間超過60分鐘的人數及比率。
- 3.上述指標應定期收集分析，製成報告。

● 優良項目

- 1.每季舉行全院性兒童急診委員會，並有會議紀錄與檢討改進。

(試)



2.4.6 應有兒童急診醫療、救護處理之適當性及品質檢討分析與改善(2/3)



■ 評量項目

● 優良項目

- 2.對兒童急診醫療處理之適當性有做檢討與分析。(試)
- 3.有具體急診醫療處置、緊急救護品質及轉診病童適當性之改善方案或措施。(試)

● 【註】

- 1.急診等候手術時間之收案對象，係指醫囑開立為緊急手術之急診兒童，其等候時間以醫囑開立時間起算。
- 2.本條文所稱之兒童急診委員會，如為自總院分離另設立之兒童醫院得與總院委員會一起運作，惟須討論兒童醫院議題，並有紀錄可查。
- 3.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。



2.4.6 應有兒童急診醫療、救護處理之適當性及品質檢討分析與改善(3/3)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

1. 兒童急診委員會或相關組織的會議紀錄。(符合)
2. 兒童急診相關醫療品質指標監測紀錄、統計資料及會議討論紀錄。(符合)
3. 兒童急診品質審查會議紀錄。(優良)
4. 兒童急診相關病例討論會議紀錄或實例呈現。(優良)
5. 兒童急診品質改善方案佐證資料。(優良)



2.4.7適當之加護病房組織及人力配置(1/6)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 醫師人力：

- (1) 全院加護病床每10床應有1名專科主治醫師以上。
- (2) 配置負責加護病房業務之主治醫師及值班醫師。
- (3) 應設有加護病房主任，負責行政相關業務。
- (4) 必要時，應有共同照護的合作機制。

2. 護理人力：每床應有2.5人。

● 優良項目

1. 有專責主治醫師，且有兒童重症相關證書或新生兒科訓練，並有相關認證。(試)
2. 醫師須具備NRP證書，及APLS或PALS證書。(試)
3. 假日及夜間需有R2(含)以上醫師值班。(試)



2.4.7適當之加護病房組織及人力配置(2/6)



■ 評量項目

● 優良項目

4.護理人力大於或等於符合項目要求之1.1倍。(試)

5.每加護病房至少有1名專責兒童呼吸治療師。(試)

● 【註】

1.專責主治醫師係指該醫師除每週至多3個半天門診或手術等，其餘時間皆待有加護病房執行業務者。

2.因應照顧兒童或新生兒(或兩者均具)不同性質之加護病房，各具NRP及APLS或PALS證書(或三者皆須具)。

3.「重症相關訓練」指具兒童重症醫學、新生兒科學、兒童心臟科學、兒童急診醫學、兒童胸腔醫學等相關訓練。

4.人力計算時：

(1)人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定。



2.4.7適當之加護病房組織及人力配置(3/6)



■ 評量項目

● 【註】

- (1)人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定。
- (2)若評鑑基準高於醫療機構設置標準，病床數得可考量年平均佔床率計算，並以四捨五入取至整數位。
- (3)同類別人力之各項計算結果，加總後以四捨五入取至整數位。

5.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。

● 評量方法及建議佐證資料

- 1.加護病房醫師人力配置及值班表。(符合)
- 2.加護病房護理人力配置及班表。(符合)
- 3.加護病房專責主治醫師之兒童重症加護相關證書或接受相關訓練證書。(優良)



2.4.7適當之加護病房組織及人力配置(4/6)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

- 4.加護病房專責住院醫師之高級兒童救命術(PALS)證書、新生兒高級復甦術(NRP)。(優良)
- 5.加護病房專責呼吸治療師排班表。(優良)

■ 112年評鑑委員共識

1. 評量項目[註]1「專責主治醫師係指該醫師除每週至多3 個半天門診或手術等，其餘時間皆待有加護病房執行業務者」，其中星期六、日、例假日及夜診不在計算範圍內。
2. 護理人力計算，共有下列二種認計原則，醫院可擇一列計：
 - (1)醫院各兒童加護病房需分開評量，且至少有七成之加護病房符合相關要求。
 - (2)以各兒童加護病房之床數加總後合併計算人力，需符合相關要求。



2.4.7適當之加護病房組織及人力配置(5/6)



■ 112年評鑑委員共識

3.本條文[註2]「因應照顧兒童或新生兒(或兩者均具)不同性質之加護病房，各具NRP及APLS或PALS證書(或三者皆須具)。」，係指醫院依據各加護病房執行之診療內容，醫師須具備NRP及APLS證書或NRP及PALS證書；若該加護病房非以照護早產兒或新生兒為主要醫療，則無須具備NRP證書。

■ 醫院Q&A

Q：有關【優良項目1】以及【優良項目2】，是否依據各加護病房照顧病人之特質，來決定專責主治醫師所需具備之證書？若沒有照顧新生兒，是否不用具備NRP證書？或是指專責主治醫師需同時具有「NRP證書及APLS證書」或「NRP證書及PALS證書」2種證書嗎？



2.4.7適當之加護病房組織及人力配置(6/6)



■ 醫院Q&A

A：本條文[註2]「因應照顧兒童或新生兒(或兩者均具)不同性質之加護病房，各具NRP及APLS或PALS證書(或三者皆須具)。」，係指醫院依據各加護病房執行之診療內容，醫師須具備NRP及APLS證書或NRP及PALS證書；若該加護病房非以照護早產兒或新生兒為主要醫療，則無須具備NRP證書。



2.4.8加護病房備齊相關設施、設備及儀器，並應定期保養、維護，並有紀錄可查(1/2)



■ 評量項目

● 符合項目

- 1.病床床距間隔適當，且至少有隔離視線之隔簾，以保障隱私。
- 2.應有部門或單位負責加護病房之設施、設備、儀器之保養、檢查及安全管理。
- 3.明訂保養、檢查的排程，並有紀錄。
- 4.設置儀器異常管理機制，以因應故障時之作業流程。
- 5.每床放置乾洗手液，病房內應設有適當數量濕洗手設備。

● 優良項目

- 1.全院加護病房至少設置1間負壓隔離室。[\(試\)](#)
- 2.具有移動式X光儀Portable X-ray、超音波、透析設備。[\(試\)](#)

● 【註】

優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。



2.4.8加護病房備齊相關設施、設備及儀器，並應定期保養、維護，並有紀錄可查(2/2)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

- 1.醫療儀器、設備保養作業標準及查檢紀錄。(符合)
- 2.醫療儀器、設備故障異常管理之作業流程及維修紀錄。(符合)



2.4.9良好的加護病房管理、收案評估、診療品質與紀錄(1/4)



■ 評量項目

● 符合項目

- 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.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。
- 3.加護病房醫師每日應有交班紀錄。
- 4.主治醫師至少每日查房2次。
- 5.進入加護病房24小時內，使用評估工具評估疾病嚴重程度。
- 6.呼吸器的使用有治療參數與後續照顧之紀錄。

● 優良項目

- 1.訂有加護病房品質指標收集及檢討改善機制(試)：
(1)病童出入院統計。



2.4.9良好的加護病房管理、收案評估、診療品質與紀錄(2/4)



■ 評量項目

● 優良項目

- (2)收案適當性檢討。
- (3)死亡率。
- (4)48小時重返率。
- (5)加護病房感染率(或密度)。
- (6)平均住院日。
- (7)住院超過14天之分析及討論。
- (8)轉院及自動出院。
- (9)收治疾病分布。
- (10)早產兒相關存活率與罹病率分析。

2.具備呼吸治療品質監測計畫。(試)



2.4.9良好的加護病房管理、收案評估、診療品質與紀錄(3/4)



■ 評量項目

● 優良項目

3.有臨床藥師、營養師固定評估每床用藥及營養狀況，並有紀錄。(試)

4.醫療檢討與改善(試)：

(1)定期舉行病例討論會、非預期死亡病例及意外事件檢討，每月至少一次。

(2)持續提升加護病房照護品質及能力，並有檢討改善。

● 【註】

優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。

● 評量方法及建議佐證資料

1.加護病房管理委員會或相關組織設置辦法及會議紀錄。(符合)

2.加護病房轉入轉出及運用原則。(符合)



2.4.9良好的加護病房管理、收案評估、診療品質與紀錄(4/4)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

- 3.加護病房醫師交班紀錄。(符合)
- 4.加護病房抽查個案或定期收治兒童適當性統計資料。(符合)
- 5.呼吸器使用之相關治療個案紀錄或討論會紀錄。(符合)
- 6.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。(優良)
- 7.加護病房藥師及營養師評估紀錄。(優良)
- 8.加護病房相關病例討論會議紀錄。(優良)
- 9.品質改善活動佐證資料，如：品管圈、教案教學、得獎紀錄等。(優良)



2.4.10 提供重、難症醫療服務，並具持續性品質改善成效(1/5)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 重、難症病童服務之佔率適當。

(1) 住診服務之重、難症病童佔率適當。

(2) 門診服務內容比例適當，住院點數佔率適當。

2. 訂有緊急調度床位以妥適收治重症病童之機制。

● 優良項目

1. 具有持續性品質改善計畫之推動執行且成效良好。(試)

● 【註】

1. 評量方法及建議佐證資料2、4、5、6(1)及6(3)由健保署提供評鑑前4年之資料。

2. 優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。



2.4.10提供重、難症醫療服務，並具持續性品質改善成效(2/5)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

- 1.醫院自陳過去4年住診病童之嚴重度，並以治療介入系統指標(Therapeutic Intervention Scoring System, TISS)或兒童死亡危險度評估表(Pediatric Risk of Mortality Score, PRISM III Score)、新生兒加護病房得採用新生兒治療介入系統指標(Neonatal Therapeutic Intervention Scoring System, NTISS)為病人疾病嚴重度之評估系統，進行統計。新生兒NTISS：15分以上、兒童：TISS：20分以上。(符合)
- 2.審查醫院過去4年健保申報資料，依Tw-DRG(3.4版)(包含所有住院案件，惟排除代辦及不完整資料、精神病患、入住慢性呼吸照護病房及一般病房的呼吸器依賴患者之住院案件)進行統計分析之CMI指數。(符合)
- 3.查閱醫院緊急調度床位以妥適收治重症病童之機制及相關資料。



2.4.10 提供重、難症醫療服務，並具持續性品質改善成效(3/5)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

4. 門診服務量與比重：

- (1) 審查過去4年健保給付之門、住診比率，如：健保門診與住診點數之比率。
- (2) 參考健保署提供過去4年各院「申報健保門診醫療服務」及「申報健保住診醫療服務」人次及點數之統計資料。
- (3) 參考健保署提供過去4年各院申報健保門診服務中，「重症及特殊醫療服務」之人次、申報健保點數及占率。

5. 重、難症醫療服務：包括重大傷病(含癌症、罕病、先天性心臟病、低體重早產兒等)、愛滋病。(優良)

6. 急診重、難症病童之佔率：

- (1) 依據急診5級檢傷分類定義統計重、難症病童服務量與床數之佔率。



2.4.10 提供重、難症醫療服務，並具持續性品質改善成效(4/5)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

(2) 醫院自陳過去4年經急診或直入住院入住加護病房人數或比例。

(3) 參考健保署提供過去4年各院急診檢傷分類資料。

7. 審查過去4年醫院重、難症持續性品質改善計畫及推動執行績效，包括：

(1) 持續性品質改善計畫，內容包括醫院設定之目標、評量指標、實際推動過程(組織與流程及方法等)、結果及改善情形。

(2) 目前執行中或已完成之持續性品質改善計畫。

(3) 計畫執行成果紀錄；及未來持續性品質改善計畫。



2.4.10 提供重、難症醫療服務，並具持續性品質改善成效(5/5)



■ 醫院Q&A

Q：有關【評量方法及建議佐證資料1】所述標準於臺灣兒科醫學會重症委員會及台灣兒童胸腔暨重症醫學會相關專家討論並無國內共識，也未查到國際共識，請問是否由醫院自行訂定相關標準？

A：針對病人疾病嚴重度之評估系統可採用TISS，兒科加護病房可採用PRISM III Score、新生兒加護病房可採用NTISS，或醫院可依該病房疾病嚴重度評估系統分別統計。



2.4.11 醫院有發展特色之特定醫療服務(1/2)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 提供具有特色之特定醫療服務。

● 優良項目

1. 提供具有特色之特定醫療服務，並足堪作為該區域或全國醫療服務之後送醫院。(試)

● 【註】

1. 區域係依現行六大醫療區域之劃分。

2. 具特色之特定醫療服務，包括：

(1) 高水準之醫療技術。

(2) 參與疾病別認證具有良好成效。

(3) 防疫措施相關之貢獻(如：病毒肝炎、疫苗研究、成為人類免疫缺乏指定醫事機構等)。



2.4.11 醫院有發展特色之特定醫療服務(2/2)



■ 評量項目

● 【註】

(4) 特定兒童健康照護，如：

- ① 疑似家暴兒虐個案之照護整合中心
- ② 身心障礙兒童照護(如：口腔、聽力及視力等)
- ③ 發展遲緩兒童早期療育
- ④ 早產兒評估與追蹤

(5) 其他卓越醫療特色。

3. 優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。

● 評量方法及建議佐證資料

1. 審閱醫院對於特色醫療發展提供之資源及相關機制。
2. 參考醫院自陳提供之醫療服務內容，如：低體重早產兒照護、兒童疾病治療創新作為、早期療育、兒少保護等。



2.4.12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(1/2)



■ 評量項目

● 符合項目

- 1.依單位特性及護理人員需要，每年應有院內外之兒童重症照護相關訓練。
- 2.加護病房工作2年以上且領有加護訓練證書及PALS或NRP證書者，佔加護病房護理人員數之比例 $\geq 40\%$ 。

● 優良項目

- 1.於加護病房工作之護理人員，每年應有院內外之兒童重症照護相關訓練至少12小時。(試)
- 2.加護病房工作2年以上且領有加護訓練證書及PALS或NRP證書者，佔加護病房護理人員數之比例 $\geq 50\%$ 。(試)
- 3.進行能力評估之檢討改善。(試)



2.4.12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(2/2)



■ 評量項目

● 【註】

- 1.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、病童問題的評估與處理等。
- 2.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。

● 評量方法及建議佐證資料

- 1.加護病房護理人員重症照護相關訓練紀錄。(符合/優良)
- 2.加護病房護理人員加護訓練證書及PALS或NRP證書。(符合/優良)



2.4.13 兒童青少年心理衛生照護品質適當(1/3)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 至少有2名專任兒童青少年精神科專科醫師，執行診斷治療及其他專業服務。
2. 至少有2名專任兒童心理師，訂有心理作業手冊(內含專業倫理守則)，且落實執行。
3. 至少有1名專責兒童精神醫療社會工作人員，提供病童及家庭社會工作服務。
4. 團隊成員專業完整，能依各類兒童青少年問題提供適切診斷、照會(他科、社區機構、學校、政府相關委員會等)的藥物治療、個別心理行為治療、親職諮商、團體治療、家族/家庭治療等。

● 優良項目

1. 相關紀錄完整、詳實。 (試)



2.4.13 兒童青少年心理衛生照護品質適當(2/3)



■ 評量項目

● 優良項目

- 2.訂有品質指標，定期檢討改善。(試)
- 3.推展學校心理衛生，且成效良好。(試)
- 4.提供創新服務，且著有成效。(試)

● 【註】

優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。

● 評量方法及建議佐證資料

- 1.心理作業手冊(含完整之服務內容、服務流程及報告內容)。(符合)
- 2.社會工作服務規劃及執行情形。(符合)
- 3.各類治療的服務報告/紀錄。(符合/優良)
- 4.推展學校心理之計畫，執行情形及成效統計。(優良)



2.4.13 兒童青少年心理衛生照護品質適當(3/3)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

5. 創新服務之具體服務內容及成效分析。(優良)

■ 112年評鑑委員共識

符合項目1「專任兒童青少年精神科專科醫師」係以執登列計。



2.4.14兒童青少年精神科能提供特殊病例防治業務(1/2)



■ 評量項目

● 符合項目

- 1.提供家暴(含兒少保護)或性侵害被害人之心身治療。
- 2.提供網路成癮、物質成癮或自殺防治等特殊治療業務。

● 優良項目

- 1.能提供家暴(含兒少保護)、性侵害加害人之身心治療、轉介或輔導教育業務。(試)
- 2.針對網路成癮提供防治服務。(試)
- 3.定期業務檢討改善，改善成效良好。(試)

● 【註】

- 1.本條文所規範之服務內容，得與總院合併辦理。
- 2.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。



2.4.14 兒童青少年精神科能提供特殊病例防治業務(2/2)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

1. 家暴(含兒少保護)或性侵害被害人之身心治療服務方案內容，及服務統計資料。(符合)
2. 網路成癮、物質成癮或自殺防治服務方案內容，及服務統計資料。(符合)
3. 家暴(含兒少保護)、性侵害加害人之身心治療或輔導教育之方案內容，及服務統計資料。(優良)
4. 網路成癮相關業務成效之資料。(優良)
5. 業務檢討改善之紀錄及成效分析。(優良)



2.4.15 對早期療育服務能訂定評估及治療計畫，並提供合宜的團隊服務(1/2)



■ 評量項目

● 符合項目

- 1.醫院具有兒童發展聯合評估中心資格。
- 2.有完整的團隊進行多元化評估。
- 3.由團隊提供完整的療育計畫，落實執行並有紀錄。

● 優良項目

- 1.提供以病童及家庭為中心的個別化完整療育計畫並落實執行。
(試)
- 2.個案照護紀錄完備，並有定期追蹤檢討療育的成效。(試)
- 3.定期檢討、改善業務，團隊運作成效良好。(試)
- 4.服務具特色與創新。(試)

● 【註】

優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。



2.4.15 對早期療育服務能訂定評估及治療計畫，並提供合宜的團隊服務(2/2)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

1. 兒童發展聯合評估中心之資格證明。(符合)
2. 個案療育計畫及紀錄。(符合/優良)
3. 業務檢討改善之紀錄及成效分析。(優良)
4. 特色創新服務之具體服務內容及成效分析。(優良)



2.4.16 透析照護服務之醫療品質適當(1/3)



■ 評量項目

● 符合項目

- 1.應至少有一位具有腎臟專科醫師資格之專責兒童腎臟科醫師，並能提供緊急透析治療。
- 2.應至少有一位以上接受完整血液及腹膜透析訓練課程之護理人員，且具有照護兒童醫療作業一年以上。
- 3.定期監測RO水處理系統與管路消毒及檢測水質及儀器維修與消毒，並備有完整紀錄。
- 4.訂有透析照護品質計畫，確保照護品質及兒童病人安全。

● 優良項目

- 1.前項符合條文中之護理人員具兒童臨床透析護理工作二年以上經驗。(試)
- 2.透析相關設備之監測檢測紀錄，完整並定期檢討改進。(試)
- 3.兒童腎臟移植登錄率 $\geq 20\%$ 。(試)



2.4.16透析照護服務之醫療品質適當(2/3)



■ 評量項目

● 【註】

優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。

● 評量方法及建議佐證資料

1. 透析人員(醫師、護理師、營養師)證照及教育訓練資料及B、C型肝炎血清檢查。(符合/優良)
2. 各項儀器設備維修與消毒相關規章辦法及保養紀錄，醫工人員之資格、RO水質處理系統與管路消毒相關紀錄、廢水廢棄物處理等。(符合/優良)
3. 透析照護規範與作業程序。(優良)
4. 訂有透析照護品質計畫，並定期開會討論及備有會議紀錄。(符合/優良)



2.4.16 透析照護服務之醫療品質適當(3/3)



■ 112年評鑑委員共識

符合項目2「接受完整血液及腹膜透析訓練課程之護理人員」，係指完成至少16小時以上之血液透析基礎訓練課程。



2.4.17 兒童呼吸治療應有適當醫療照護團隊與設備，提供良好的呼吸照護服務(1/3)



■ 評量項目

● 符合項目

- 1.有接受胸腔、重症、或新生兒科醫學訓練之兒童專科醫師至少2名。
- 2.至少有1名呼吸治療師，並有接受兒童呼吸照護繼續教育。
- 3.備有適當數量與適合不同年齡層兒童使用之呼吸器。
- 4.需長期使用呼吸器的兒童，應提供呼吸照護相關衛教。
- 5.定期舉辦團隊討論會，並檢討兒童呼吸照護醫療品質(如：呼吸器脫離率等品質指標)。

● 優良項目

- 1.使用呼吸器的兒童，有專責呼吸治療師照護，並有每日呼吸照護紀錄。(試)
- 2.全天24小時均有呼吸治療師提供服務。(試)



2.4.17 兒童呼吸治療應有適當醫療照護團隊與設備，提供良好的呼吸照護服務(2/3)



■ 評量項目

● 優良項目

3. 至少有3名以上呼吸治療師，並皆有接受兒童呼吸照護繼續教育。(試)
4. 備有適合兒童使用之非侵入式呼吸器(如：NCPAP、BiPAP等)、高頻呼吸器、一氧化氮吸入治療、咳痰機等。(試)
5. 兒童呼吸照護團隊有定期檢討，並持續改善照護品質，且成效良好。(試)

● 【註】

優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。

● 評量方法及建議佐證資料

1. 接受胸腔、重症、或新生兒科醫學訓練之兒童專科醫師清冊。
(符合)
2. 呼吸治療師清冊。(符合)



2.4.17 兒童呼吸治療應有適當醫療照護團隊與設備，提供良好的呼吸照護服務(3/3)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

- 3.呼吸治療師與兒童相關繼續教育紀錄。(優良)
- 4.呼吸器功能型號清單。(符合/優良)
- 5.呼吸照護衛教資料。(符合)



合2.4.18適當之兒童牙科人力配置，與完備的照護設施及設備(1/4)



■ 評量項目

● 符合項目

- 1.設有兒童牙科。
- 2.至少應有1名專任兒童牙科醫師，且具負責醫師資格。
- 3.至少應有1名牙科輔助人員，且經相關訓練；每3台牙科治療台應有牙科輔助人員1人以上，其中每8台牙科治療台之輔助人員應包含有1名護理人員。
- 4.至少應設有2台兒童牙科治療台(椅)，且牙科治療台附近設有濕洗手設備。
- 5.設有病童專用的診療區及候診區，且應有適宜之空間區隔及病童友善的設施。
- 6.針對所提供之診療項目配置適當且足夠之設備。
- 7.儀器設備應有清潔、檢查、保養及維修，並有紀錄可查。



合2.4.18適當之兒童牙科人力配置，與完備的防護設施及設備(2/4)



■ 評量項目

● 符合項目

8.放射線之儀器設備應符合游離輻射防護法之規定，且對於牙科門診之放射作業訂有安全作業指引，包含照射人員資格及操作規範、設備之定期安全檢測、兒童牙科病人照射應注意事項等。(可使用既有總院設施)。

● 【註】

1.符合項目2所提兒童牙科醫師係指經由兒童專業學會認定，或由服務或訓練醫院能提出證明即可。前述「具負責醫師資格」，係指牙醫師受滿兩年以上醫師訓練，且能獨立執業者即可認定。



合2.4.18適當之兒童牙科人力配置，與完備的照護設施及設備(3/4)



■ 評量項目

● 【註】

2. 「牙科輔助人員」僅以門診牙科治療台數計算所需之人力；其人員不一定須具備護理人員執照，惟應經過相關訓練或為相關科系畢業(如：口腔衛生學系等)者，由醫院提供相關證明或紀錄即可。前述牙科輔助人員應有實際執行作業(如：門診櫃檯作業、治療前口腔清潔、清洗器械、傳遞器械等)始可認列人力。
3. 牙科醫療服務設施應符合醫療機構設置標準規定。
4. 符合項目8所提「照射人員資格」係指取得(1)醫用游離輻射防護講習班結業證書、(2)放射性物質可發生游離輻射設備操作執照、(3)輻安證書、(4) 18小時輻射防護訓練結業證書等其一證書之牙醫師、放射師或實習牙醫學生；惟實習牙醫學生若取得該其一證書，仍須經由取得證書之醫師或放射師在旁指導。
5. 兒童醫院之兒童牙科得與總院共用環境、空間、設施及設備。



合2.4.18適當之兒童牙科人力配置，與完備的照護設施及設備(4/4)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

1. 檢視牙科人力配置表及相關證書、證明。
2. 觀察診療環境的空間與規劃。
3. 檢視相關設備與儀器及清潔、保養紀錄。
4. 查閱放射安全作業指引。



2.4.19 兒童牙科照護品質適當(1/3)



■ 評量項目

● 符合項目

- 1.訂有兒童牙科照護作業程序、品質政策與程序、兒童安全作業指引，定期檢討及修訂，且落實執行。
- 2.能提供符合病童需求之口腔預防保健、齲齒填補與根管治療、早期齒顎生長發育矯正治療等照護服務。
- 3.可對住院病童提供牙科照會服務。
- 4.病歷紀錄應完整、詳實，必要時畫圖表示。
- 5.對治療後的病童及家屬提供適當之衛教指導。

● 優良項目：

- 1.提供24小時兒童牙科急診及會診服務。(可使用既有總院設施與人力)(試)
- 2.提供牙科病童住院照護服務。(可使用既有總院設施與人力)(試)



2.4.19 兒童牙科照護品質適當(2/3)



■ 評量項目

● 優良項目：

- 3.定期召開病例討論會，並有紀錄可查。(試)
- 4.訂有牙科品質管理指標，定期檢討、改善，成效良好。(試)

● 【註】

- 1.符合項目1所提「訂有兒童牙科照護作業程序、品質政策與程序、兒童安全作業指引」，係指醫院針對目前兒童牙科照護現況所需，訂定及規劃相關之品管政策與程序，如：(1)一般通則、病歷管理及牙科業務諮詢窗口、(2)兒童牙科感染管制安全作業指引、(3)執行口腔手術前作業靜止期之程序、(4)牙科重大事件緊急應變作業指引、(5)防止意外吞入之安全作業指引、(6)隱私維護等。
- 2.兒童醫院之兒童牙科得與總院共用環境、空間、設施及設備。
- 3.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。



2.4.19 兒童牙科照護品質適當(3/3)



■ 評量項目

● 【註】

1. 檢視兒童牙科照護作業程序、品管政策與程序、牙科兒童安全作業指引，及檢討、修訂紀錄。(符合)
2. 查閱病歷紀錄。(符合)
3. 訪談病童及家屬衛教指導的內容。(符合)
4. 訪談工作人員牙科急診及會診與住院服務的情形。(優良)
5. 檢視病例討論會紀錄。(優良)
6. 查閱品質指標監測之紀錄。(優良)



2.4.20 設置特殊需求兒童牙科門診，並提供適切之服務(1/4)



■ 評量項目

● 符合項目

- 1.應設置獨立之特殊需求兒童青少年牙科門診，且每週至少2診次。
- 2.訂有特殊需求兒童牙科門診跨醫療科別之會診流程。
- 3.對治療後的兒童及家屬提供適當之衛教指導。

● 優良項目：

- 1.至少1名專任牙醫師接受特殊需求兒童青少年之牙科訓練資格，且至少1人具有PALS證書資格。(試)
- 2.特殊需求兒童青少年牙科門診得視照護需要，由各診療科依其專長提供醫療支援。(試)
- 3.醫院應設置鎮靜/全身麻醉室，可提供特殊需求病童青少年進行鎮靜/全身麻醉下之牙科醫療，並由受過兒童麻醉相關訓練之麻醉專科醫師提供全身麻醉服務。(試)



2.4.20 設置特殊需求兒童牙科門診，並提供適切之服務(2/4)



■ 評量項目

● 優良項目：

4. 設有特殊需求兒童青少年牙醫醫療轉診流。(試)
5. 參與兒童發展聯合評估中心及療育相關單位之服務，並有合作機制。(試)

【註】

1. 符合項目1所提「獨立之特殊需求兒童青少年牙科門診」係指門診時刻表上揭示之診療科別，於該診療時段、空間、地點僅提供予特殊需求兒童青少年使用，且負責特殊需求牙科診次的牙醫師不得於同時段掛診兩科。
2. 優良項目1所提「特殊需求兒童青少年牙科訓練資格」係指牙醫師須接受特殊需求相關專業學會或醫院自行舉辦之訓練，且取得證書或訓練學分者(如醫院自行舉辦課程，須經相關專業學會認定之)。



2.4.20 設置特殊需求兒童牙科門診，並提供適切之服務(3/4)



■ 評量項目

● 【註】

3. 兒童醫院之兒童牙科得與總院共用環境、空間、設施及設備，及可使用既有總院設施與人力。
4. 優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。

● 評量方法及建議佐證資料

1. 查閱牙科門診表。(符合)
2. 檢視跨醫療科別的會診流程與衛教指導單張。(符合)
3. 檢視牙醫師訓練證明及PALS證書。(優良)
4. 檢視鎮靜/全身麻醉室及麻醉執行的狀況。(優良)
5. 檢視特殊需求兒童青少年牙醫轉診流程。(優良)
6. 相關單位合作機制。(優良)



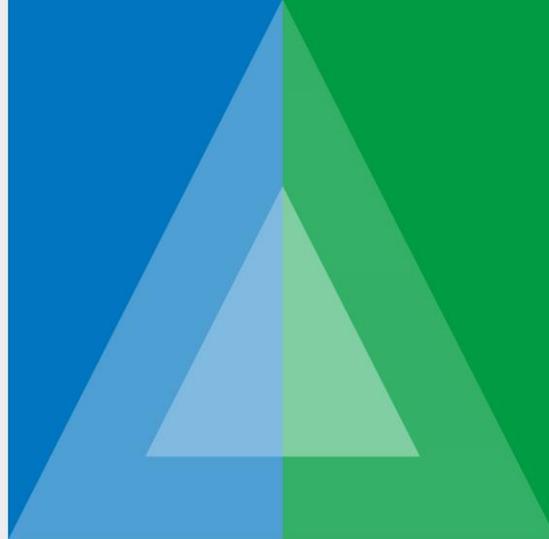
2.4.20 設置特殊需求兒童牙科門診，並提供適切之服務(4/4)



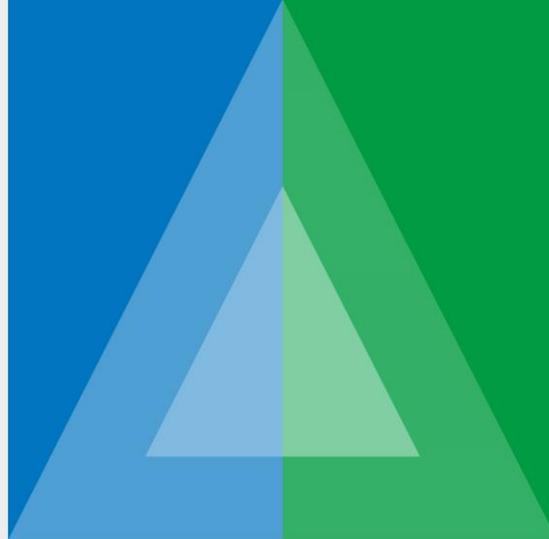
■ 112年評鑑委員共識

優良項目3，應有急救流程及設備（如急救車或AED）。





實地評鑑重點提醒



感謝聆聽 敬請指教

說明會提問將納入本年度委員共識，
再放置本會網站供各界下載



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@



攜手共進 追求品質 *Quality, We Together!*