



財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

Joint Commission of Taiwan

113年度 偏遠地區遠距醫療建置計畫 遠距標竿推廣暨說明會

偏遠地區遠距醫療建置計畫作業說明

本計畫專家諮詢小組 馬惠明召集人

113年5月17日



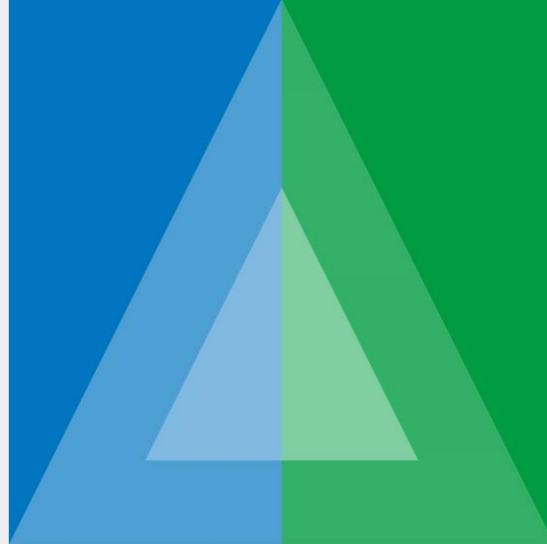
計畫執行重點

資源盤點作業重點說明

實地輔導作業重點說明

指標填報作業說明





計畫執行重點

計畫辦理目的

01

推廣急診照會使用率（各區常見科別），以強化轉診網絡內緊急醫療處理能力。

02

優化偏鄉醫療機構遠距醫療設備，提升即時的醫療服務及在地醫療量能。

03

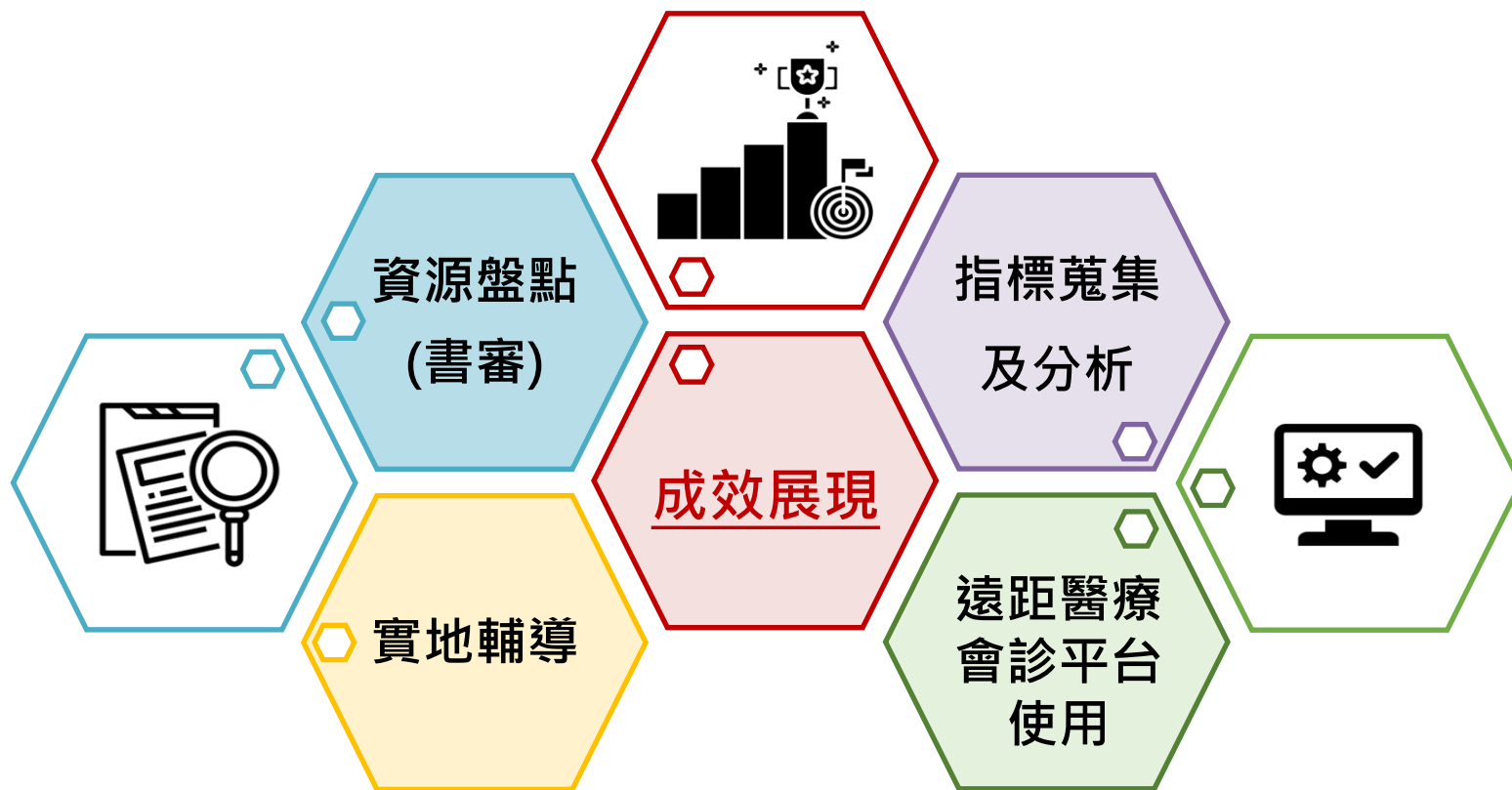
提升偏鄉醫療機構遠距醫療服務滿意度及後送轉診能力。

04

落實遠距醫療資訊系統安全性及互通的會診平台，以共享照護資源及成效展現。



本年度計畫配合事項

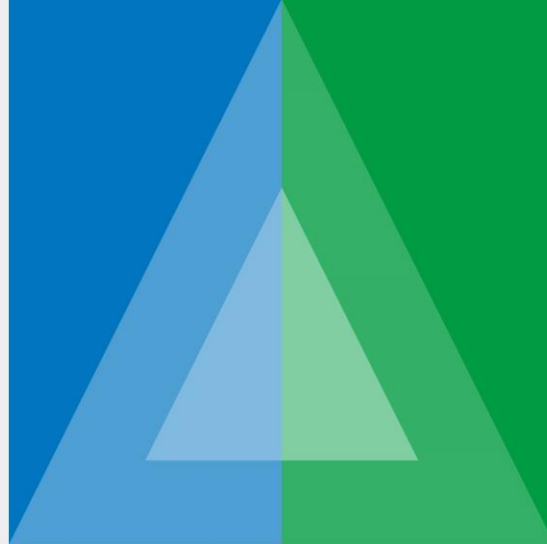


計畫執行四大策略



策略	執行目的
遠距會診	<u>藉由遠距會診服務，降低民眾不必要的轉診</u> 、緩解偏遠地區居民舟車勞頓至大型醫院看診，或延遲就醫等狀況，提高在地醫療服務品質。
綠色通道	為暢通轉診網絡內醫院（含急診醫療站）間的溝通與作業管道， <u>建立「人流」、「行政流」及「資訊流」之運作機制</u> ，以消弭醫院間的隔閡與障礙。
安全轉診	<u>建立安全且有效的病人轉診機制</u> ，如：轉送過程之間 <u>資訊傳遞的正確性、時效性及安全性（含資安）</u> ，並確保接收端之照護能力。
區域聯防	<u>強化轉診網絡內醫院（含急診醫療站）間醫療資源共享、照護能量互補</u> 之急重症照護支援模式，以健全雙向轉診、聯合訪視及資源調度之運作機制。





盤點作業重點說明



- 依急診醫療站屬性及服務樣態，盤點緊急醫療資源並瞭解計畫補助之成效。

屬衛生所或醫院
設立之急診醫療站

盤點重點係緊急醫療救護能力及病人到院後之醫療處置是否合宜

屬觀光地區
設立之急診醫療站

服務型態以緊急後送為主，其盤點重點係瞭解病人自轉送至到院前之第一線救護品質(含救護車轉送過程)



- 瞭解機構執行遠距會診之作法，或使用「衛生福利部遠距醫療會診平臺」之現況及意見回饋。
- 針對病人到院前之前置準備作業及病人資訊傳遞之效率與安全性進行交流。
- 確認112年度審查建議事項執行及改善情形。



補助改善地區概況及醫療人員配置 與就診現況(1/2)



盤點重點

1. 配合在地特性及結合醫療需求，舉辦相關健康促進及推廣活動如：衛教活動等。
2. 針對歷年看診科別及補助時段之對照，回饋及引導醫院後續關切之方向。
3. 參考病人來源、就診科別及轉診機構，給予轉診網絡執行建議盤點四大策略（即遠距醫療、綠色通道、安全轉診、區域聯防運行狀況）。

盤點共識

1. 評估急診醫療站是否有依該地區民眾之醫療服務特性或科別需求，規劃及辦理相關之推廣活動，以提升服務人次及滿意度。
2. 評估機構就近醫療機構分布狀況或緊急醫療照護量能及該機構接受補助之人力與時段，確認機構必要接受補助之需求。



補助改善地區概況及醫療人員配置 與就診現況(2/2)



機構常見問題

1. 評估支援地區醫療資源運用之調整空間，如：人力、科別、遠距醫療等，並配合在地特性及結合醫療需求。
2. 視人力狀況、配合在地特性及結合醫療需求，舉辦相關健康促進、推廣活動及相關紀錄。
3. 加強補助地區醫師緊急處理能力訓練。
4. 補助地區由多家醫院提供醫療服務，宜整合並評估整體量能，以有效分配資源。
5. 整理連續性計畫之歷年成果及相關統計數據，如：滿意度，以了解計畫之趨勢與成效。



四大策略盤點重點—遠距會診(1/2)



盤點重點

1. 確認遠距醫療/會診服務運作合理性（含合作醫院、科別、人力、時段）、執行模式及設備（啟動機制、作業流程、設備等）、使用之資訊系統（含備援系統）及提供相關建議。
2. 確認遠距醫療教育訓練辦理情形。
3. 確認遠距醫療/會診之病人滿意度及其回饋建議之改善作為。

盤點共識

1. 於實地輔導期間，實際測試基地醫院與急診醫療站即時會診使用情形。
2. 資訊系統使用應儘量以衛生福利部指定系統為原則，如未使用系統則應以衛生福利部指定系統作為備援。
3. 支援醫院配置不同專科醫師於急診醫療站輪流看診，屬短期且非固定之模式，考量病人照護之連續性及完整性，建議機構宜建立相關討論機制，進行該地區病人就醫疾病分析與後續照護評估等，並作為支援醫院人力配置及會診科別安排建議，以確實回應當地民眾照護需求。



四大策略盤點重點—遠距會診(2/2)



機構常見問題

1. 宜統計分析就醫病人及當地民眾對遠距醫療就醫之滿意度，以作為醫療品質提升之依據，及分析實務作業所面臨之問題
2. 如尚未建置完成遠距會診相關設備，建議可先建立相關標準作業流程及辦理相關教育訓練
3. 有適當的遠距會診，並給予妥善的指導及轉診注意事項，加強資訊系統的可近性及方便性
4. 支援補助地區之遠距醫療人員宜有急救相關訓練（如：重大外傷、OHCA、CAMI及EVA等）及紀錄



四大策略盤點重點—綠色通道(1/2)



盤點重點

1. 合作機構、救護車數量及抵達/轉送時間、轉送過程；確認啟動後送之疾病統計與處置品質，相關照護團隊與照護環境之因應與整備作業（含資訊傳遞），快速通關模式縮短病人等候與治療之時間綠色通道運作現況，如：救護車數量、合作機構、轉送時間等。
2. 確認綠色通道運作現況，如：合作機構、救護車數量及抵達/轉送時間、轉送過程等。
3. 確認綠色通道啟動後送之疾病統計與處置品質。
4. 啟動綠色通道之人員、行政作業（如：聯繫窗口、書面資料）資訊傳遞之準備與建議。



四大策略盤點重點—綠色通道(2/2)



盤點共識

1. 急診醫療站主要與其補助醫院簽訂綠色通道合約，建議未來宜多與其他合作醫療機構合作及建立綠色通道之機制。
2. 病人轉送到院前，得運用資訊系統傳遞病人狀況，以利相關照護團隊與照護環境之因應與整備作業，以快速通關模式縮短病人等候與治療之時間。

機構常見問題

1. 宜追蹤急診轉出病人之各項指標時效，如：救護車啟動及到達時間、病人進入急診到轉出時間、病人進入接收醫院後的各種處置時效，預後追蹤與紀錄等
2. 綠色通道之統計分析宜再深入病人改善狀況，人員、行政作業及數據統計與資訊傳遞等，宜有完善的規劃和準備及紀錄
3. 宜配合合作機構使用綠色通道之機制，以利傷病患的轉診
4. 現行手機及紙本執行方式，宜建立影像及圖檔傳輸之會診機制
5. 轉診過程中之生命跡象維持和急救器材宜有其訓練及紀錄



四大策略盤點重點—安全轉診(1/2)



盤點重點

1. 確認轉診紀錄之完整性（含文字、聲音、圖片及影像）、傳遞之正確性、時效性及完整性。
2. 確認資料傳輸安全性之規範與機制，如：加密措施、電子資料傳輸網路與固定電腦設備（排除行動裝置）資訊安全與病人隱私。
3. 瞭解緊急傷病患在有品質及安全的環境下接受轉診服務之措施及機制。

盤點共識

1. 考量合作醫院多為不同體系，建議宜有資訊系統相容性與安全性之評估及確認機制。
2. 運用資訊系統進行會診單之拋轉、介接、儲存功能等，機構雙方皆須肩負資訊安全維護之責任。
3. 病人轉診過程中，除針對資訊流傳遞之隱私及準確外，應注意病人流轉送過程之照護服務及安全性。



四大策略盤點重點—安全轉診(2/2)



機構常見問題

1. 利用安全資訊系統進行即時會診及會診單拋轉、介接及儲存與回顧查看等功能，以落實病人安全轉診及肩負資訊安全維護之責任。
2. 醫院系統宜完成建立各類流程機制及使用說明，並確認電子病歷轉換傳遞之完整性。
3. 聯繫作業之管道(維持24小時運作)，須考量值班醫師執行落實度之品質差異。
4. 宜有資訊系統相容性與安全性之評估及確認機制，以利非同體系機構間綠色通道機制之建立與運作，建議整合支援之急診醫療站相關系統。
5. 因轉診車程時間較長，如器材、通訊及車況緊急事故，宜有小組會議討論改進策略，並記錄且拍照存檔。
6. 醫院及補助地區宜加強後送人員之轉診訓練及緊急處理能力避免醫療糾紛。



四大策略盤點重點—區域聯防(1/2)



盤點重點

1. 確認相關區域聯防合作急救責任醫院、服務科別及運作機制或計畫、轉診人次及診療科別、跨區域轉診人次及診療科別，並提供相關建議。
2. 參考該急診醫療站區域聯防轉診執行經驗給予建議。

盤點共識

1. 強化與合作醫療機構間雙向轉診模式（平轉、上轉與下轉之運作）及資源調度之運作機制。
2. 加強對個案之轉診時機與預後進行追蹤，並規劃運用資訊系統進行病歷分享及傳輸。



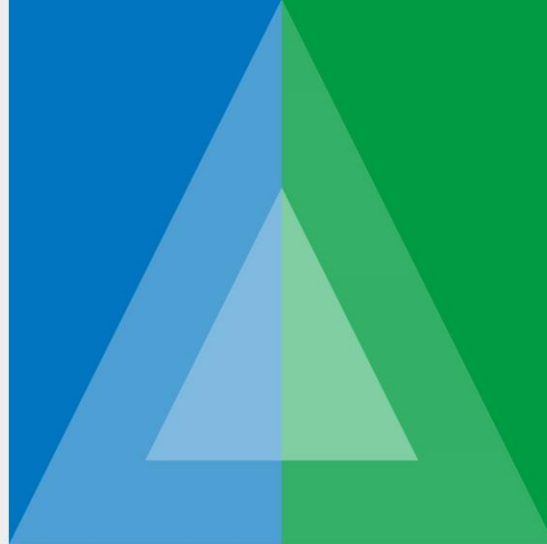
四大策略盤點重點—區域聯防(2/2)



機構常見問題

1. 宜統計分析轉診個案之原因及其預後追蹤之情況，如：轉診時效及急診各項指標。
2. 建立與急診醫療站之區域聯防機制，宜加強協調資源分配及共享，並對網絡提供之急診服務品質，進行監測及評估病人滿意度。
3. 加強深化區域聯防轉診機制之具體策略說明，落實網絡基地醫院之運作。
4. 宜有妥善的大量傷病規劃及演習，並記錄及拍照存檔，亦可邀請衛生局督導。
5. 規劃區域聯防之合作醫院相互分享其特殊病例之分析及討論，如：醫療爭議及糾紛之病例。





實地輔導作業重點說明



合作機制及 資訊互通

- 跨單位層級及跨機構間之工作小組運作，增列支援醫院者，應有分工合作機制
- 使用同一遠距會診平臺，且有備援方案，確保病人資訊多元互通

遠距會診

- 四大重症之緊急醫療或急診照會常見科別(如：五官科)之遠距會診服務運作情形
- 網絡內四大策略之分工合作機制

指標收集 分析

- 以評估具體執行成效，如遠距醫療服務人次、就醫滿意度...等



輔導期間，實際測試基地醫院與急診醫療站即時會診使用情形

四大策略輔導重點-遠距會診^(1/8)



輔導重點

1. 應組成跨領域、跨機構、跨單位層級之工作小組，並定期召開相關討論會議；增列支援醫院者，應建立兩院間之分工合作機制，並有明確策略（如：依專長科別或區域分工），以確保「偏遠地區遠距醫療建置計畫」之執行效益。
2. 確認供給端與需求端之遠距會診設備及遠距會診流程以病人為中心串連其醫療照護前、中、後期之資訊，包含照護服務整備與相關作業流程，並展示實際執行案例。
3. 供給端及需求端針對遠距會診案例宜有定期檢討機制，並提供優化遠距會診流程之紀錄。
4. 供給端及需求端應瞭解彼此遠距會診之支援及照護模式，並確保各自流程與運作模式之連結，以確保病人照護服務的延續性。



四大策略輔導重點-遠距會診(2/8)



輔導重點

5. 參考參考衛生福利部111年8月18日函發之「遠距照會作業注意事項」及「遠距照會紀錄注意事項」透過以下面向，協助瞭解及輔導供給端於遠距醫療執行之品質：
 - (1)執行者及資格、執行對象、執行機構與醫療歸則。
 - (2)疾病類別。
 - (3)啟動時機。
 - (4)執行步驟。
 - (5)基本儀器設備與安全。
6. 遠距醫療設備及資料介接狀況，各醫療機構間具備相同資訊作業認知，以確認遠距會診病人資訊傳遞情形。
7. 瞭解供給端與需求端之遠距會診備援系統，以利供給端因應需求端請求緊急醫療遠距會診時，能立即性提供遠距會診服務或啟動後續相關照護機制。



四大策略輔導重點-遠距會診(3/8)



1. 於實地輔導期間，實際測試基地醫院與急診醫療站即時會診使用情形。
2. 請執行團隊啟動遠距會診模擬演練，建議採tracer方式確認需求端啟動遠距會診後之資訊拋轉、影像檢查至診斷病人等流程
3. 瞭解供給端及需求端現行遠距會診備援系統，及其與衛生福利部遠距醫療會診平台之介接情形。
4. 以遠距中風會診(Telestroke)作為遠距醫療的典範轉移，協助宣導供給端透過遠距會診給予需求端急性腦中風病判定、影像判讀第二意見。

四大策略輔導重點-遠距會診(4/8)



4. 協助確認計畫執行成效指標、監測指標達成情形：

(1) 成效指標：

- A. 遠距急診會診服務人次增加率。
- B. 偏遠地區就醫民眾及醫護人員滿意度70%以上(滿意度問卷依發放對象可分為「供給端」或「需求端」，題項應包含：「遠距會診之科別」、「遠距會診流程」及「遠距醫療會診平台之使用」等)。
- C. 經遠距會診建議採在地醫療之病人24小時內重返急診比率(由申請醫院自訂閾值)。
- D. 經遠距會診建議轉診之病人於急診處置停留時間(由申請醫院自訂閾值)。

(2) 監測指標：「急診」、「急性腦中風」、「緊急外傷」及「心肌梗塞」等遠距會診及跨區轉診比率。



5. 依據衛生福利部中央健康保險署112年1月18日公告修訂「全民健康保險遠距醫療給付計畫」以下項目：
- (1) 施行地區：衛生福利部試辦遠距醫療相關計畫之施行地區(僅限衛生福利部核定之醫療院所得申請執行本計畫)，惟限110年以前(含)已核定之計畫。
 - (2) 實施場域：醫療院所、衛生所(室)或衛生福利部核定計畫之急診醫療站。

四大策略輔導重點-遠距會診(6/8)



問答集

Q1：依據近期更新之急性缺血性腦中風治療指引，是否會有無法完整評估病人病況，如：執行電腦斷層血管攝影（Computed tomography angiography, CTA）外再執行電腦斷層血流灌注成像（Computed tomography perfusion, CTP），致病人轉診數上升之情形，該如何解決？

A1：遠距會診之重點係促進最佳化的在地醫療，可與基地醫院討論合適之區域聯防分工或處置的替代方案，以提供病人最佳之醫療照護品質。

Q2：請問如何有效提升遠距照會之使用率？

A2：遠距會診建立初期較為困難，建議可將遠距會診列為正式照會並有紀錄，除鼓勵醫師使用外，宜宣導遠距會診執行之目的旨在提升當地醫療機構之緊急醫療救護量能與病人安全，除對病人有正向意義外，也應思考醫學中心層級醫院需肩負之責任與任務。



四大策略輔導重點-遠距會診(7/8)



1. 介接衛福部醫療會診平台，以達各網絡與醫療機構間之共通性及互通性。
2. 持續關注系統建置後之反饋，以進行滾動式修正與優化，並監測其使用效率，如：連線時間之順暢及操作方便性。
3. 落實民眾及醫事人員滿意度調查及分析，未有個案宜進行模擬及進行討論。
4. 強化後端資料處理能力，如：會診單多久入病歷，或使用HIS資料連結。
5. 遠距會診之教育訓練宜包含急診科外之後線會診科別以及時共同支援。



6. 確認會診中上傳之CT影像之解析度是否受影響，及避免視訊畫面與資料畫面相互干擾。
7. 修訂遠距會診相關事宜，除資訊及行政人員，宜邀請醫護人員，以確實了解臨床端之需求介面及執行方式。
8. 規劃急診醫師實際執行遠距照會之人力，並考量其人力備援機制。

四大策略輔導重點-綠色通道(1/2)



輔導重點

1. 瞭解供給端與需求端間綠色通道相關機制，如啟動時機或針對「緊急」及「非緊急」之整備作業規範。
2. 突破轉診後送接收病人之醫院其單位點對點的資訊傳遞模式，且能即時瞭解病人生命徵象並進行相關團隊會診狀況之整備。
3. 打通與轉診後送醫院的治療流程，即病人轉送到院前，後送醫院能完成相關照護團隊與照護環境之整備作業，以快速通關模式縮短病人等後與治療之時間，並提供病人即時且正確之診斷且定期檢討相關標準作業流程。
4. 評估急診醫療站之地理位置及緊急後送院所，協助其與網絡內醫院建置多元之綠色通道機構與管道。



四大策略輔導重點-綠色通道(2/2)



輔導共識

供給端及需求端應熟悉綠色通道運作模式，病人轉送到院前，透過綠色通道合作機制，完成相關照護團隊與照護環境之整備作業
以快速通關模式縮短病人等候與治療之時間，並提供病人即時且正確之診斷。

機構常見問題

1. 轉診過程可同步交流各項相關數據。
2. 宜定期檢討及監測，確認遠距會診後，綠色通道完成執行之標準作業程序及流程內容。
3. 規劃遠距後轉診網絡間之病人接收優先順序，如：檢查、手術及住院等方面。
4. 有備援機制（如：人力），以確保會診順利且完整進行。
5. 針對綠色通道達成治療加速之原因做進一步分析，以利持續拓展。
6. 評估簡化掛號，且建議採用轉出醫院提供之報告。



四大策略輔導重點-安全轉診(1/3)



輔導重點

1. 供給端應協助確認資訊系統轉診過程之運作情形及相關資訊傳遞內容之正確性、時效性及完整性。
2. 資訊系統應具備會診單之資料交換、上傳下載、介接、儲存功能等，並負責資訊安全維護責任。又，資料分享應有檔案管理方式與規範，並具有資料備份與備援機制。
3. 病歷紀錄內容及歸檔原則得參考衛生福利部111年8月18日函發之「遠距照會作業注意事項」及「遠距照會紀錄注意事項」。
4. 瞭解機構確保緊急傷病患在有品質及安全的環境下接受轉診服務之措施及機制。



四大策略輔導重點-安全轉診(2/3)



輔導共識

1. 供給端與需求端雙方應妥為保存會診紀錄，且參考「全民健康保險遠距醫療給付計畫」：有關看(會)診紀錄，除併同病歷保存，應註明以視訊方式進行看(會)診。
2. 病人轉診過程中，除針對資訊流傳遞之隱私及準確外，應注意病人流轉送過程之照護服務及安全性。
3. 醫療機構得與民間救護車合作，協助其瞭解或輔導其提升救護資訊化程度，輔導建置必要資訊設備，並發展符合內政部消防署「緊急醫療救護智能平臺—救急救難一站通」規範之資料轉換格式，進行病人就醫資訊之拋轉。



四大策略輔導重點-安全轉診(3/3)



1. 考量病歷或影像資料之正確性及安全性，宜確保資料保存與傳輸安全性(TLS, Transport Layer Security)之傳輸加密機制。
2. 系統資料備份、備援機制，應有詳細規劃，如：保存期間及備份環境等。
3. 宜逐步增加經其他路徑進行資料交換之功能，如：衛福部遠距醫療會診平台。
4. 可將轉診過程納入會診平台，以完整監控、指導並紀錄。
5. 整合合作機構配合之救護車外包商，與實際負責轉診之救護車合作公司，協調運送過程之流程與紀錄。
6. 增加資料介接模式，串接院內HIS、PACS系統之各類資料，如：文字、影像、照片等，以提供後線科別醫師追蹤。
7. 協助合作機構提出或事前溝通轉診規劃事宜，如：尋找其區域的醫院。

四大策略輔導重點-區域聯防(1/2)



輔導重點

1. 參考「區域內之急救責任醫院區域聯防及轉診網絡計畫書」及「轉診作業流程」，瞭解區域聯防實際運作情形。
2. 強化與合作機構間雙向轉診模式(平轉、上轉與下轉之運作)及資源調度之運作機制，並如何應用資訊設備與系統來提升區域聯防及轉診相關作業之品質與效率。
3. 瞭解大量傷患及災難應變演習情形(含與消防局、警察局及衛生局之合作狀況)，及發生大量傷患事件時，其配合收治重症傷病患之能力及收治運作模式。



四大策略輔導重點-區域聯防(2/3)



1. 得請供給端說明其應用資訊設備與系統來提升區域聯防及轉診相關作業之運作經驗。
2. 委員得參考機構「區域聯防及轉診網絡計畫書」，確認其相關作業流程，如若有跨縣市或跨網絡之聯合治理之機制或策略，得請機構說明其必要原因。
3. 有關大量傷患及災難應變演習內容，建議未來得導入遠距醫療或會診模式之運用。
4. 參考「緊急醫療救護法施行細則」第2條第三點、大量傷病患指單一事故、災害發生之傷病人數達十五人以上，或預判可能達十五人以上者。

四大策略輔導重點-區域聯防(3/3)



機構常見問題

1. 執行遠距會診後，宜針對病人緊急程度，評估轉送附近可協助之醫院，以縮短時間流程及降低病人風險，避免病人過度集中產生雍塞之問題。
2. 研議遇大量傷患時，如何利用遠距醫療做為醫療支援或補強區域聯防機制。
3. 於大規模傷病患診療演習過程中，建議導入遠距會診系統，並進行壓力測試，及強化公私營救護之後送聯防體系順暢度。
4. 與各合作、支援醫院討論，如何增加遠距會診之使用頻率及所遭遇之困難。
5. 宜思考如何讓網絡醫院在同一平台下，仍可會診其他基地醫院之病人。



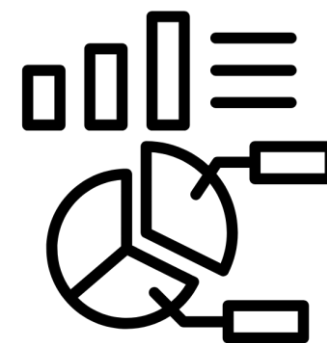


指標填報作業

指標監測目的



- 為達本計畫「降低輕症轉診、優化急重症轉院」之目標，藉由相關指標數據之收集，瞭解供給端投入遠距醫療相關設備建置後，與需求端串連、共享資源之情形。





成效指標(4項)

供給端：2項

需求端：3項

監測指標(16項)

供給端：13項

需求端：3項

指標項目「偏遠地區就醫民眾及醫護人員滿意度70%以上」
為供給端、需求端共同監測項目

成效指標說明



序號	指標
1	遠距急診會診服務人次增加率
2	經遠距會診建議轉診之病人於急診處置停留時間 註：由申請醫院自訂閾值。
3	偏遠地區就醫民眾及醫護人員滿意度70%以上 註：滿意度問卷依發放對象可分為「供給端」或「需求端」，題項應包含：「遠距會診之科別」、「遠距會診流程」及「遠距醫療會診平台之使用」等。
4	經遠距會診建議採在地醫療之病人24小時內重返(需求端)急診比率 註：由申請醫院自訂閾值。



監測指標說明(1/9)



序號	指標	說明
1	【四大重症】病人遠距會診率 (1)急診 (2)心肌梗塞 (3)腦中風 (4)緊急外傷	<ul style="list-style-type: none">■ 可參考院內遠距醫療會診平台。■ 本項計算以需求端全體為單位。
2	急診遠距會診當次轉診（轉出）率	
3	遠距會診時效	<ul style="list-style-type: none">■ 參照「全民健康保險遠距醫療給付計畫之監測指標定義，本項時間計算為供給端之平均。■ 遠距會診時間之<u>四分位距(需求端)醫師啟動遠距會診醫囑至(供給端)醫師開始診治病人的時間</u>，所有病人IQR(含Q1、Q3及中位數)。



監測指標說明(2/9)



序號	指標	說明
4	24小時內完成遠距會診系統紀錄比率	<ul style="list-style-type: none">■ 可參考院內遠距醫療會診平台。■ 24小時內，係指<u>遠距會診結束起計算</u>。
5	ST段上升之急性心肌梗塞病人到（供給端）執行緊急冠狀動脈介入術（Primary PCI）的比率	<ul style="list-style-type: none">■ 參照醫院緊急醫療能力分級評定基準3.3.3定義。■ Primary PCI之計算標準：以<u>病人抵達急診至導絲(wire)通過的時間</u>計算。
6	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比率	



監測指標說明(3/9)



序號	指標	說明
7	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的時間 (自 <u>供給端</u> 起算)	<ul style="list-style-type: none">■ 參照醫院緊急醫療能力分級評定基準3.3.3定義。■ Primary PCI之計算標準：以<u>病人抵達急診至導絲(wire)通過的時間</u>計算。
8	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的時間 (自 <u>需求端</u> 至 <u>供給端</u> 起算)	





- 病人為以下情形者，請於計算Door to wire time時排除：
 - 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
 - 11) 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)
 - 12) 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

監測指標說明(5/9)



序號	指標	說明
9	重大創傷ISS 16分病人進（供給端）手術室（包含緊急手術或栓塞治療）的時間	<ul style="list-style-type: none">■ 參照醫院緊急醫療能力分級評定基準4.3.2定義。■ 緊急外傷手術係指重大胸腹部外傷<u>致生命徵象不穩定需緊急手術者</u>。
10	重大創傷ISS 16分病人，在30分鐘內接受介入性治療（包含緊急手術或栓塞治療）進（供給端）手術室比率	<ul style="list-style-type: none">■ 「手術通知」係指緊急外傷手術<u>由急診通知開刀房之作業</u>，可於急診醫師開立醫囑或是開刀房手術通知單呈現<u>(時間紀錄方式由醫院自行規範)</u>起計算。
11	急性缺血性腦中風CVA到（供給端）接受靜脈血栓溶解劑（IV-tPA）比率	<ul style="list-style-type: none">■ 參照醫院緊急醫療能力分級評定基準2.3.1定義。



監測指標說明(6/9)



序號	指標	說明
12	急性缺血性腦中風CVA到（供給端）接受靜脈血栓溶解劑（IV-tPA）時間（自抵達急診時間起算）	<ul style="list-style-type: none">■ 參照醫院緊急醫療能力分級評定基準2.3.3定義。■ 因病人治療之安全考量，需特殊處置(如血壓太高之急性缺血性腦中風病人需先控制血壓達安全範圍，再進行rt-PA者)可不列入計算。
13	急性缺血性腦中風CVA到（供給端）接受動脈血栓移除治療(endovascular thrombectomy)比率	<ul style="list-style-type: none">■ 參照醫院緊急醫療能力分級評定基準2.3.1定義。
14	急性缺血性腦中風CVA到（供給端）接受動脈血栓移除治療（endovascular thrombectomy）時間（自抵達急診時間起算）	



監測指標說明(7/9)



序號	指標	說明
15	使用遠距會診後，急性缺血性腦中風CVA發作至接受靜脈血栓溶解劑(IV-tPA)的平均時間	■ 參照醫院緊急醫療能力分級評定基準2.3.3定義。





- 病人為以下情形者，請於計算接受靜脈血栓溶解治療之急性缺血性腦中風病人時排除：
 - 1) 小於18歲
 - 2) 被納入為臨床試驗受試者。「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
 - 3) 住院期間發生中風的病人
 - 4) 因醫療處置造成中風的病人，如頸動脈治療處置(Carotid Intervention)、其他的血管處置(other vascular intervention)
 - 5) 到院前已接受IV-tPA治療的病人
 - 6) 到院病人未接受治療即轉院病人
 - 7) 拒絕接受IV-tPA治療的病人

監測指標說明(9/9)



序號	指標	說明
16	【四大重症】跨區轉診比率 (1)急診 (2)心肌梗塞 (3)腦中風 (4)緊急外傷	<ul style="list-style-type: none">■ 資料查看位置：緊急傷病患轉診資料庫。■ 本項計算以需求端全體為單位。



112年度指標Q & A_(1/2)



Q1

如無法取得需求端（急診醫療站）之病人重返急診之相關指標數據，是否可不列計？

A1

1. 「供給端」係指區域遠距醫療中心（含支援醫院），「需求端」係指合作醫院及所轄轉診網絡內緊急醫療資源不足地區急救責任醫院偏鄉醫療機構、具備24小時緊急醫療需求之衛生室、衛生所或急診醫療站。
2. 承上，供給端應強化與需求端之聯繫及合作機制，並依需求端類型收集相關指標數據內容，以作為未來計畫修訂之依據。

Q2

若合作之急診醫療站為跨網絡者，致無法收集相關指標數據，是否可不列計？

A2

供給端應強化與需求端之聯繫及合作機制，定期收集急診醫療站提報之相關指標數據，以利供給端瞭解計畫挹注之成效並適時調整遠距會診運作方式。



112年度指標Q & A(2/2)



Q3

請問合作之急診醫療站非屬同縣市，部分指標數據收集較不易，是否可不列計？

A3

供給端應強化與需求端之聯繫及合作機制，定期收集急診醫療站提報之相關指標數據，以利供給端瞭解計畫挹注之成效並適時調整遠距會診運作方式。

Q4

請問急診醫療站與基地醫院遠距會診後，將病人轉診至其他鄰近醫院，致基地醫院無法取得成效指標中之「經遠距會診建議轉診之病人於急診處置停留時間」之急診停留數據，是否可不列計？

A4

本年度指標項目均由供給端（即「區域遠距醫療中心（含支援醫院）」進行數據收集並填復，收案對象僅限需求端（急診醫療站）使用遠距會診之病人，如該鄰近醫院為同網絡內之醫院，仍請供給端定期收集該院相關指標數據，反之，若非同網絡內之醫院，需求端將病人轉診至鄰近醫院，供給端仍應確認其轉診原因並進行統計分析。





Q & A





財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會
Joint Commission of Taiwan

感謝聆聽

醫策會 偏遠地區遠距醫療建置工作小組

Email : telemed@jct.org.tw

電話 : 02-89643000