



財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

Joint Commission of Taiwan

醫院評鑑及教學醫院 評鑑說明會

醫院評鑑基準(醫學中心適用)

第2.1章 病人及家屬權責

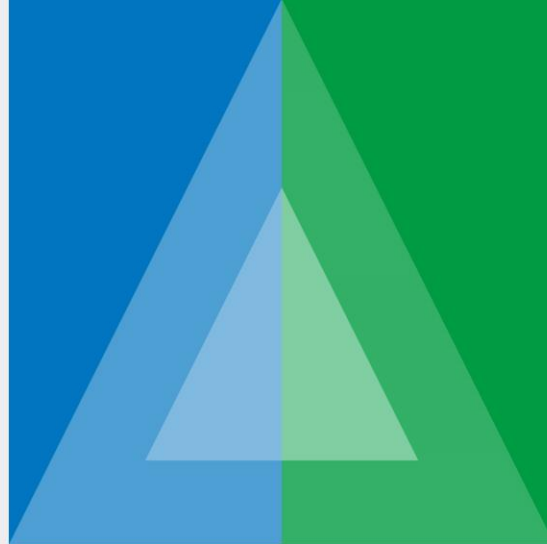
第2.3章 醫療照護之執行與評估

第2.4章 特殊照護服務

簡報人：高靖秋副院長

服務機關：台北市立萬芳醫院-委託財團法人臺北醫學大學辦理

簡報日：112年4月27日



第2.1章 病人及家屬權責

條文分類統計表



篇	章	條數	可免評 條文數	符合/待 改善 條文數	必要 條文 數	重點 條文 數	試評 條文 數
醫療 照護	2.1 病人及家屬 權責	5	0	1	0	0	0
	2.3 醫療照護之 執行與評估	21	3	4	0	2	1
	2.4 特殊照護 服務	34	11	0	1	0	1



2.1.1明訂維護病人權利的政策或規範，並讓病人、家屬及員工瞭解、尊重其權利(1/6)



■ 評量項目

● 符合項目

- 1.醫院秉持「病人為醫療的主體」的理念，為維護病人及家屬權利，訂有相關政策或規範，並公告週知，包括：具體列明就醫病人的權利內容，對住院病人應參考衛生福利部公告之「醫院住院須知參考範例」制訂住院病人的權利及義務，並納入住院須知，以利向病人或家屬說明(原2.1.1-符合1)
- 2.員工瞭解病人的權利內容，並在工作中落實尊重(原2.1.1-符合2)



2.1.1明訂維護病人權利的政策或規範，並讓病人、家屬及員工瞭解、尊重其權利(2/6)



■ 評量項目

● 符合項目

- 3.若設有精神科住院病房(不含日間病房)之醫院，對強制住院與強制鑑定之病人的處置，需符合精神衛生法之規定(原2.1.1-符合3)
- 4.醫院有舉辦或外派員工出席病人權利、醫療倫理與醫事法規等教育訓練活動(原2.1.1-符合4)
- 5.有對民眾與醫療人員宣導病人自主權利法，以推廣尊重病人醫療自主、保障病人善終權益和促進醫病關係和諧(試)



2.1.1明訂維護病人權利的政策或規範，並讓病人、家屬及員工瞭解、尊重其權利(3/6)



■ 評量項目

● 優良項目：(下述項目 **僅限一項** 未達成)

- 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，並有納入病人或家屬代表的意見(原2.1.1-優良1)
- 2.能針對病人權利、醫療倫理與醫事法令等臨床案例，進行主題或個案討論會(原2.1.1-優良2)
- 3.能列舉出經研討後應用到醫療照護的實例(原2.1.1-優良3)
- 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(原2.1.1-優良4)



2.1.1明訂維護病人權利的政策或規範，並讓病人、家屬及員工瞭解、尊重其權利(4/6)



■ 評量項目

● [註]

1.住院病人的權利內容的制訂，可參考衛生福利部「醫院住院須知參考範例」中之肆、病人權利，最少應包含：1.依照醫事法規，病人於住院期間應享有之權利；2.醫院於醫療前、醫療中對病人或其家屬之說明義務及事項；3.病人之同意權、自我決定權、拒絕權及隱私權之保障事項

2.符合項目5列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算



2.1.1明訂維護病人權利的政策或規範，並讓病人、家屬及員工瞭解、尊重其權利(5/6)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

1. 檢視醫院病人權利政策或規範(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. 「病人自主權利法」推廣活動紀錄(符合)

5. 查閱政策、規範的檢討紀錄及落實度的稽核結果(優良)

6. 查閱臨床案例討論會紀錄與訪談主管應用實例(優良)

7. 檢視評鑑資料有無因倫理相關事項接受裁罰的紀錄(優良)



2.1.1明訂維護病人權利的政策或規範，並讓病人、家屬及員工瞭解、尊重其權利(6/6)



■106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.查核重點應在醫院對於有關保護病人權利的落實程度
- 3.查核重點應在醫院對於「善盡保密義務」是否落實執行



2.1.2應與病人溝通、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(1/8)



■ 評量項目

● 符合項目

1.說明內容應視情形包括下列事項：(原2.1.2-符合1)

(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人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



2.1.2應與病人溝通、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(2/8)



■ 評量項目

● 符合項目

2.說明時應注意下列事項：(原2.1.2-符合2)

(1)用詞及場所須顧及病人立場、感受及隱私

(2)儘量使用病人易於理解的用詞，避免使用過多專業術語

(3)輔以適當圖片或書面資料，使病人易於理解

(4)依特殊需求者的需求，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(原2.1.2-符合2-(4)修)



2.1.2應與病人溝通、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(3/8)



■ 評量項目

● 符合項目

- 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(原2.1.2-符合3)
- 4.對於病人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(原2.1.2-符合4)
- 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及簽具同意書之作業規範，並提供書面說明，若遇未成年或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(此項不適用於無侵入性檢查或治療之醫院)(原2.1.2-符合5)



2.1.2應與病人溝通、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(4/8)



■ 評量項目

● 優良項目：(下述項目 **僅限一項** 未達成)

1. 醫療照護團隊 **依據規範，分工合作參與醫病溝通** 依規範落實執行，相關紀錄正確、完整(原2.1.2-優良1修)
2. 定期檢討修訂相關規範及步驟，確實改善(原2.1.2-優良2)
3. 發展適合多元病人需求的溝通與說明方式，具特色、成效(原2.1.2-優良3)



2.1.2應與病人溝通、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(5/8)



■ 評量項目

● [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

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」



2.1.2應與病人溝通、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(6/8)



■ 評量項目

● [註]

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」

4. 有特殊需求的族群，如高齡長者、身心障礙者及新住民等。可依病人需求提供適切的溝通服務，如：病人慣用語言或外語之翻譯，聽障者手語翻譯、唇語、筆談、同步聽打、寫字板、溝通板，視障者點字資料、18號字體以上之資料



2.1.2應與病人溝通、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(7/8)



■ 評量項目

● 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應與病人溝通、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(8/8)



■ 106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、病人(家屬)為主
- 2.使用病人可了解的語言及方式使病人理解
- 3.會談空間不一定需是獨立之專用空間，有可維護病人隱私的空間即可(如單人房)
- 4.向病人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 向住院病人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(1/5)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 應向住院病人說明住院理由、病情及診療計畫，並於病歷中記載(原2.1.3-符合1)
2. 對接觸病人之工作人員，應教導有關提供病人診療資訊的意義、重要性、態度、方法及相關措施(原2.1.3-符合2)
3. 應於適當時機協助病人、家屬取得治療資訊及參與醫療決策討論(原2.1.3-符合3)
4. 當病人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(原2.1.3-符合4)
- 5.** 推動病人、家屬積極參與醫病共享決策(Shared Decision Making, SDM)，並建立醫病共識(原2.1.3-優良1修)



2.1.3向住院病人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(2/5)



■ 評量項目

- 優良項目：(下述項目(不含試評項目)須全部達成)

- 1.醫院應制定有政策指引，推動病人家屬與醫療人員討論適切的醫療選項，選擇有實證而且真正需要的治療，不要求重覆的檢查，以避免無效醫療、減少醫療傷害與節制醫療浪費，如美國Choosing Wisely運動的建議(試)
- 2.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(原2.1.3-優良2)
- 3.對於病人、家屬參與醫療照護過程及決策，有具體成效(原2.1.3-優良3)
- 4.落實推動醫病共享決策(SDM)且有成效(試)



2.1.3 向住院病人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(3/5)



■ 評量項目

● [註]

1. 優良項目4之執行可以參考衛生福利部醫病共享決策平台 (<https://www.patientsafety.mohw.gov.tw/>)
2. 優良項目1、4列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算



2.1.3 向住院病人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(4/5)



■ 評量項目

● 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. 訪談病人或家屬(優良)
4. 訪談主管查核機制及檢視紀錄(優良)
5. 訪談主管具特色、成效的家屬參與方式實例(優良)
6. 病人、家屬積極參與醫療之政策及指引(優良)
- 7. 醫病共享決策(SDM)推動的成效及實例(優良)**



2.1.3 向住院病人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(5/5)



■ 106年評鑑委員共識

1. 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 醫院能對病人、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(1/5)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 為尊重及維護病人的醫療自主權，針對生命末期的醫療抉擇，醫院有對病人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、醫療委任代理人等(原2.1.4-符合1)
2. 醫院針對醫師、護理及社工人員等，有舉辦或外派有關生命末期醫療抉擇的教育訓練(原2.1.4-符合2)
3. 工作人員會讀取病人IC卡內有關器官捐贈意願及安寧緩和醫療意願之註記資料(原2.1.4-符合3)



2.1.4 醫院能對病人、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(2/5)



■ 評量項目

● 優良項目：(下述項目 (不含試評項目) 僅限一項未達成)

1. 為尊重並執行病人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、預立醫療委任代理人、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，以維護病人醫療自主權利(原2.1.4-優良1)
2. 對病人、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，並能協助後續於健保IC卡註記(原2.1.4-優良2)



2.1.4 醫院能對病人、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(3/5)



■ 評量項目

- 優良項目：(下述項目 不含試評項目) 僅限一項未達成)

3. 推動安寧緩和醫療於非癌症末期病人，卓有成效(試)

4. 推動預立醫療照護諮商(Advance Care Planning)，醫療團隊與接受諮商的意願人、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(原2.1.4-優良3修)



2.1.4 醫院能對病人、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(4/5)



■ 評量項目

● [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」、**「病人自主權利法」**辦理
2. 優良項目3列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算



2.1.4 醫院能對病人、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(5/5)



■ 評量項目

- 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. 查閱相關人員教育訓練的紀錄(符合)
3. 工作人員實地操作讀取IC卡註記資料(符合)
- 4. 檢視相關規範或標準作業程序及執行紀錄(優良)**
- 5. 查閱諮詢服務紀錄(優良)**
- 6. 安寧緩和和家庭會議紀錄(優良)**
- 7. 推動安寧緩和醫療的成效及實例(優良)**
- 8. 推動預立醫療照護的實例(優良)**



合2.1.5病人於門診及住院時之檢查、處置與檢體採集和運送，皆應保障其隱私及權利(1/5)



■ 評量項目

● 符合項目

- 1.與病人進行溝通、病情說明、執行觸診診療行為及徵詢病人同意時，均應考量到環境及個人隱私之保護(原2.1.5-符合1)
- 2.病人就診、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，應徵得病人同意，避免過度暴露，並依需要安排合適之醫事人員陪同，協助觀察病人、注意隱私之維護(原2.1.5-符合2)



合2.1.5病人於門診及住院時之檢查、處置與檢體採集和運送，皆應保障其隱私及權利(2/5)



■ 評量項目

● 符合項目

- 3.於診療過程中呼喚病人時，宜顧慮其權利及尊嚴；候診區就診名單之公布，應尊重病人之意願，以不呈現全名為原則。對實(見)習學生在旁學習，應事先充分告知病人，若為教學醫院其教學門診應有明顯標示(原2.1.5-符合3)
- 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人性別與隱私；在公開標示病人姓名前，亦有尊重病人或家屬意願的機制，並確實執行(原2.1.5-符合4)



合2.1.5病人於門診及住院時之檢查、處置與檢體採集和運送，皆應保障其隱私及權利(3/5)



■ 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，應事先告知病人(原2.1.5-符合5)

6.病人檢體(尿液、糞便等)之採集和運送，有考量病人之隱私(原2.1.5-符合6)

● [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」



合2.1.5病人於門診及住院時之檢查、處置與檢體採集和運送，皆應保障其隱私及權利(4/5)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

1. 實地檢視診間、檢查室與病房的環境及維護隱私的作法
(符合)
2. 查閱探病及陪病的規範(符合)
3. 檢視公開病人姓名是否與病人意願一致(符合)
4. 實地檢視檢體之採集和運送過程(符合)



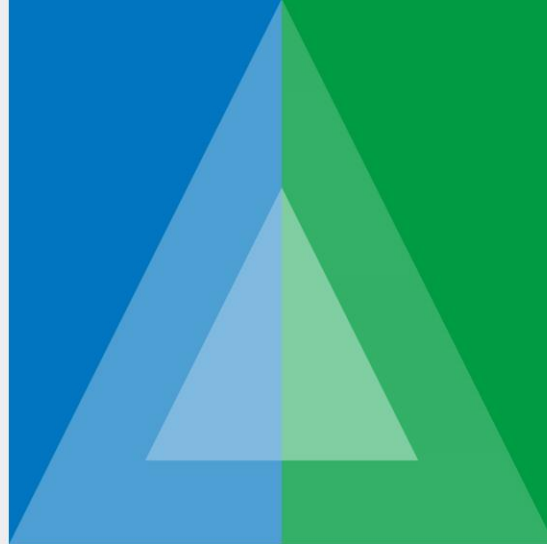
合2.1.5病人於門診及住院時之檢查、處置與檢體採集和運送，皆應保障其隱私及權利(5/5)



■106年評鑑委員共識

- 1.徵詢「同意」方式不限形式，有可確認病人或家屬「同意」之機制即符合
- 2.評鑑委員於實地評鑑時，可詢問病人或家屬確認其知悉
- 3.符合項目3，若有實(見)習學生在旁學習的門診應有公告，讓病人及家屬知悉即可
- 4.查核重點應在醫院對於保護病人隱私機制是否落實執行





第2.3章 醫療照護之執行與評估

條文分類統計表



篇	章	條數	可免評 條文數	符合/待 改善 條文數	必要 條文 數	重點 條文 數	試評 條文 數
醫療 照護	2.1 病人及家屬 權責	5	0	1	0	0	0
	2.3 醫療照護之 執行與評估	21	3	4	0	2	1
	2.4 特殊照護 服務	34	11	0	1	0	1



重2.3.1住院病人應由主治醫師負責照護，住院病人之照護應朝向整合醫學照護制度發展(1/6)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 住院病人應由主治醫師負責照護並讓病人知悉其主治醫師(原2.3.1-符合1)
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(原2.3.1-符合2)
3. 如果病人接受二位以上主治醫師之聯合(混合)照護，應讓病人知悉照護主治醫師群，並了解其分工(試)



重2.3.1住院病人應由主治醫師負責照護，住院病人之照護應朝向整合醫學照護制度發展(2/6)



■ 評量項目

● 優良項目：

- 1.建立整合醫學照護制度，培養不分科診療的專科醫師，能專責提供住院病人整合醫療照護(試)
- 2.有規劃整合醫學照護專責病房或區域，由急診收治住院或多重共病需跨多科別照護之病人，尤其是多重慢性病、經常性住院或末期病人(試)
- 3.能協助收治或處理急診病情複雜需跨多科別照護病人，以及時治療該類病人，減少病人不必要的急診候床(試)



重2.3.1住院病人應由主治醫師負責照護，住院病人之照護應朝向整合醫學照護制度發展(3/6)



■ 評量項目

● 優良項目：

- 4.整合醫學照護病房應有跨領域照護團隊之團隊查房或會議，每週至少1次，除醫師與護理師之外，臨床藥師、呼吸治療師、復健治療人員、社工師、營養師、臨床心理師等每次至少有2種職類人員參與，且成效良好(試)
- 5.推動與跨層級醫療院所或社區健康照護網絡的垂直醫療整合(試)



重2.3.1住院病人應由主治醫師負責照護，住院病人之照護應朝向整合醫學照護制度發展(4/6)



■ 評量項目

● [註]

- 1.整合醫學照護單位之「專責主治醫師」需專職於專屬病房工作，主要負責照護住院病人；每週門診、檢查及手術不得超過3節(惟於專屬病房進行之約診、手術不在此限，且不含假日、夜間緊急手術與緊急照會)
- 2.符合項目3及優良項目1、2、3、4、5列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算



重2.3.1住院病人應由主治醫師負責照護，住院病人之照護應朝向整合醫學照護制度發展(5/6)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

1. 醫師職務說明書(符合)
2. 職務代理辦法(符合)
3. 醫師值班表(符合)

4. 主治醫師聯合照護規範(優良)



重2.3.1住院病人應由主治醫師負責照護，住院病人之照護應朝向整合醫學照護制度發展(6/6)



■106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(1/6)



■ 評量項目

● 符合項目

- 1.入院紀錄應完整詳實，且包含病人主訴、病史、身體檢查、實驗室檢查、臆斷與診療計畫(plan to do)等(原2.3.2-符合1)
- 2.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(原2.3.2-符合2)
- 3.病程紀錄能適當的反應病況變化(原2.3.2-符合3)
- 4.**有定期的診療摘要紀錄或交班摘要(原2.3.2-優良2)



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(2/6)



■ 評量項目

● 優良項目：(下述項目 不含試評項目) 須全部達成)

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(原2.3.2-優良1)

2. 個案討論結果應記錄於病人診療紀錄內；當病人需要轉科或轉院時，應將討論結果妥善轉予相關科別或醫院(原2.3.2-優良3)

3. 為了完成連續性照護，病歷記載應適度整合病人過去病史、用藥紀錄與健康資訊，尤其是參考健保雲端資料(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(3/6)



■ 評量項目

- 優良項目：(下述項目(不含試評項目)須全部達成)

4. 醫院應制定相關流程，規範電子病歷紀錄時，複製與貼上的功能應正確使用與修改，並有稽核機制(試)

5. 醫療團隊與病人家屬溝通之家庭會議或是溝通紀錄，應制定格式規範，並整合入病歷具體呈現，如參與醫療人員、病人家屬成員之姓名、職稱或關係，主要議題，結論或共識(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(4/6)



■ 評量項目

● [註]

1. 診療計畫(plan to do)不需為獨立單張，亦未規定須由病人或家屬簽名
2. 優良項目3、4、5列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算



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(5/6)



■ 評量項目

● 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)
3. 病歷紀錄品質檢討的相關資料(優良)
4. 電子病歷複製與貼上使用規範(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(6/6)



■ 106年評鑑委員共識

1. 查核重點應為：病人每日診視診治後之相關紀錄
2. 符合項目2所提「診療計畫」，需呈現於病歷紀錄中，可不需另行新增病歷單張



合2.3.3每日應有醫師迴診，並適當回應病人病情之陳述，紀錄詳實(1/3)



■ 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(原2.3.3-符合1)
- 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(原2.3.3-符合2)
- 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、簽名應符合電子簽章規範(原2.3.3-符合3修)
- 4.如病人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，紀錄詳實(原2.3.3-符合4)



合2.3.3每日應有醫師迴診，並適當回應病人病情之陳述，紀錄詳實(2/3)



■ 評量項目

- 評量方法及建議佐證資料
 1. 醫師假日迴診之規範(符合)
 2. 紙本或電子病歷(符合)
 3. 電子病歷歷史修改紀錄(符合)



合2.3.3每日應有醫師迴診，並適當回應病人病情之陳述，紀錄詳實(3/3)



■106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上之紀錄及訪談病人醫師查房情形為主
- 3.評鑑委員於實地評鑑時，可詢問病人或家屬，確認醫師是否每日來診



合2.3.4醫療照護團隊成員應了解病人問題，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(1/3)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 醫療照護團隊訂有交接班作業流程(原2.3.4-符合1)
2. 醫療照護團隊成員能瞭解病人問題所在，且能交班清楚，使接班者亦能瞭解病人問題(原2.3.4-符合2修)
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照護(原2.3.4-符合3修)



合2.3.4醫療照護團隊成員應了解病人問題，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(2/3)



■ 評量項目

- 評量方法及建議佐證資料
 1. 交接班作業流程(符合)
 2. 交接班紀錄(符合)
 3. 單位間轉床作業流程(符合)
 4. 病人轉運作業規範(符合)



合2.3.4醫療照護團隊成員應了解病人問題，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(3/3)



■106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 因應病人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(1/5)



■ 評量項目

● 符合項目

- 1.能依病人狀況，提供適切的護理照護計畫(原2.3.5-符合1)
- 2.在護理過程中至少可看出評估、計畫及措施，並有紀錄(原2.3.5-符合2修)



2.3.5 因應病人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(2/5)



■ 評量項目

● 優良項目：(下述項目 (不含試評項目) 僅限一項未達成)

1. 護理照護計畫有依病人狀況與需求，適時調整，具有個別性(原2.3.5-優良1)
2. 護理過程完整，有評估、計畫、措施及評值，且紀錄完整(原2.3.5-優良2)
3. 護理紀錄品質有檢討改善，並有減輕護理人員不必要文書作業的作為(原2.3.5-優良3修)
4. 有資訊智慧輔助設備，簡化人員作業流程，減輕工作負荷(試)



2.3.5 因應病人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(3/5)



■ 評量項目

● [註]

1. 可聽取事例作評估或實地訪視病人
2. 可訪談護理人員，並由病人處印證實際執行成效
3. 護理作業智能化，例如生命徵象監測數值自動上傳、條碼運用、醫療團隊資料共享、支援決策輔助系統等
4. 優良項目4列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算



2.3.5 因應病人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(4/5)



■ 評量項目

- 評量方法及建議佐證資料

1. 護理紀錄(符合/優良)

2. 護理紀錄書寫規範(符合/優良)

3. 護理紀錄品質的檢討改善結果(優良)

4. 有智能化運用作業資料(如生命徵象監測數值自動上傳、條碼讀取等)(優良)



2.3.5 因應病人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(5/5)



■106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



■ 評量項目

● 符合項目

1. 申請地區醫院評鑑、區域醫院評鑑者：應符合醫療機構設置標準(原2.3.6-符合1-(1)、1-(2)修)
2. 申請醫學中心評鑑者：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(原2.3.6-符合1-(3)修)



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(1/6)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 明訂醫囑的具體步驟，及醫療照護團隊針對醫囑溝通之機制(原2.3.7-符合1修)
2. 醫療照護團隊成員落實執行醫囑確認的步驟。醫囑變更或修正時，有評估及確認步驟。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，以維護病人安全(原2.3.7-符合2修)
3. 醫院應訂定接受口頭(含電話)醫囑的確認機制，且應於24小時內完成醫囑記述(原2.3.7-符合3修)



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(2/6)



■ 評量項目

● 符合項目

4. 醫囑應適時重整及更新(原2.3.7-符合4)

5. 依照「專科護理師於醫師監督下執行醫療業務辦法」，制定專科護理師預立醫療流程。專師及訓練專師如執行預立特定醫療流程後，監督醫師應於二十四小時內完成核簽；如執行其他監督下之醫療業務，監督醫師則應於二十四小時內完成書面醫囑紀錄(試)



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(3/6)



■ 評量項目

● 優良項目：(下述項目 **僅限一項** 未達成)

1. 明訂口頭(含電話)醫囑的範圍及處理方式，於當班完成醫囑記述，病歷 **應** 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(原2.3.7-優良1修)
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(原2.3.7-優良2)
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(原2.3.7-優良3修)



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(4/6)



■ 評量項目

● [註]

符合項目5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. 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)



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(5/6)



■ 評量項目

- 評量方法及建議佐證資料

5. 專科護理師預立醫療流程(符合)

6. 處方醫令系統自動稽核防錯機制範例(優良)

7. 高警訊藥物防錯範例(優良)

8. 醫囑異常事件通報、檢討及改善報告(優良)



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(6/6)



■106年評鑑委員共識

- 1.符合項目1所提「醫囑」係由醫師複核並蓋醫師章(或簽名)為準
- 2.優良項目1所提「口頭(含電話)醫囑的範圍及處理方式」係應依醫院實際狀況制定明確規範，內容包括口頭醫囑適用範疇及處理方式



2.3.8依病情之需要，適切照會相關之醫療 照護團隊(1/4)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 明訂會診作業規範(原2.3.8-符合1)
2. 會診具有時效性，可於作業規範時間內完成(原2.3.8-符合2、優良1併)



2.3.8依病情之需要，適切照會相關之醫療 照護團隊(2/4)



■ 評量項目

● 優良項目：(下述項目 **僅限一項** 未達成)

- 1.** 會診結果能適切解決病人的問題(原2.3.8-優良2)
- 2.** 會診結果及品質有檢討機制，並據以改善(原2.3.8-優良3修)
- 3.** 病情複雜、無法獲得正確診斷或病情快速惡化時，適時召開醫療團隊整合照護會議，並向病人家屬溝通說明，鼓勵病人或家屬參與決策過程(原2.3.8-優良4修)



2.3.8 依病情之需要，適切照會相關之醫療 照護團隊(3/4)



■ 評量項目

● [註]

會診具有時效性係指：

1. 緊急會診須於2小時內病人訪視
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



2.3.8依病情之需要，適切照會相關之醫療 照護團隊(4/4)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

- 1.住院病人醫療會診作業規範(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)



2.3.9 依據病情評估結果訂定復健計畫，給予適切之復健治療及訓練(1/6)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 訂有復健科復健治療作業規範(原2.3.9-符合1)
2. **有**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、心理治療或職前鑑定人員，並向病人說明(原2.3.9-符合2修)
3. **有**依計畫類別提供適當輔具(原2.3.9-符合3修)



2.3.9依據病情評估結果訂定復健計畫，給予適切之復健治療及訓練(2/6)



■ 評量項目

● 優良項目：(下述項目不含試評項目)僅限一項未達成)

- 1.復健團隊應對不同疾病、復健種類的病人，執行功能評估，並設定個別化訓練計畫及目標，再依功能恢復情形及訓練進度，適時再評估，復健記錄應具體呈現病人復健進展(原2.3.9-優良1修)
- 2.相關治療師能主動配合床邊復健計畫，實施病人之床邊復健(原2.3.9-優良2修)
- 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(原2.3.9-優良3)



2.3.9 依據病情評估結果訂定復健計畫，給予適切之復健治療及訓練(3/6)



■ 評量項目

● 優良項目：(下述項目 (不含試評項目) 僅限一項未達成)

4. 對早期療育服務能訂定評估及治療計畫，並組織相關團隊人員提供團隊照護(原2.3.9-優良4修)

5. 對於有運動治療需求病人，如：心肺功能不全、肌少症及衰弱老人等，復健團隊提供運動處方與運動治療(試)



2.3.9 依據病情評估結果訂定復健計畫，給予適切之復健治療及訓練(4/6)



■ 評量項目

● [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5列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算**



2.3.9 依據病情評估結果訂定復健計畫，給予適切之復健治療及訓練(5/6)



■ 評量項目

- 評量方法及建議佐證資料

1. 復健治療作業規範(符合)

2. 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)

4. 復健個案(腦中風、早期療育等)討論或整合照護會議紀錄(優良)

5. 運動處方與運動治療個案之紀錄(優良)



2.3.9 依據病情評估結果訂定復健計畫，給予適切之復健治療及訓練(6/6)



■ 106年評鑑委員共識

復健計畫需呈現於團隊照護之紀錄



試2.3.10醫院為多重疾病或身心失能高齡病人提供跨領域整合照護，結合醫療作業與周全性評估建立整合照護計畫及評估結果(1/3)



■ 評量項目

● 符合項目

- 1.針對住院特定病房區域或特定條件之高齡且具有多重疾病或身心失能病人進行周全性評估
- 2.周全性評估須與醫護作業整合，做為治療計畫依據，相關評估結果與照護計畫也需提供後續轉介單位
- 3.設有專責高齡醫學團隊，由老年醫學專科醫師提供複雜高齡病人之照會，並配合畢業後不分科醫師與其他醫事人員教學訓練需求
- 4.建立急性後期照護服務連結，結合周全性評估，針對出院功能退化病人適時轉介



試2.3.10醫院為多重疾病或身心失能高齡病人提供跨領域整合照護，結合醫療作業與周全性評估建立整合照護計畫及評估結果(2/3)



■ 評量項目

● 優良項目

- 1.高齡醫學團隊以專責老年醫學專科醫師為主，建立跨領域照護模式，每週至少開會一次並留有紀錄
- 2.設有高齡醫學病房以配合臨床照護及教學訓練需求
- 3.高齡醫學病房就近設有復健設施以減少病人住院期間之功能退化並預防失能
- 4.醫院設有由老年醫學專科醫師主責之高齡醫學整合門診，並建立病人周全性評估與後續追蹤機制且具成效
- 5.醫院須系統性建立各類型病人急性後期照護需求評估，積極且妥善安排下轉事宜，定期檢討並具成效



試2.3.10醫院為多重疾病或身心失能高齡病人提供跨領域整合照護，結合醫療作業與周全性評估建立整合照護計畫及評估結果(3/3)



■ 評量項目

- [註]

本條為試評條文，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. 周全性評估及跨領域整合照護計畫(符合)

2. 醫院專責高齡醫學團隊(符合)

3. 高齡醫學整合門診照護成效(優良)

4. 高齡醫學病房照護成效(優良)



2.3.11 對病人提供身體、心理、社會及靈性的照護及支持措施(1/4)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 對於自我照顧困難之病人能得到基本的身體清潔護理(原2.3.10-符合1修)
2. 對病人提供適當的心理、社會及靈性的支持措施(原2.3.10-符合2)
3. 對於癌末、臨終的病人，應有評估及心理及靈性支持措施，並尊重病人自主決定(原2.3.10-符合3修)



2.3.11 對病人提供身體、心理、社會及靈性的照護及支持措施(2/4)



■ 評量項目

● 優良項目：(下述項目 **僅限一項** 未達成)

1. 對自我照顧困難之病人，照護人員能指導或協助家屬執行基本的身體護理，且能顧及病人的舒適及尊嚴(原2.3.10-優良1修)
2. 設有固定服務之社工**人員**、志工或宗教師，可提供主動訪視、支持或諮詢服務(原2.3.10-優良2修)
3. 能對病人家屬提供心理、社會及靈性的支持措施(原2.3.10-優良3)



2.3.11 對病人提供身體、心理、社會及靈性的照護及支持措施(3/4)



■ 評量項目

● [註]

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



2.3.11 對病人提供身體、心理、社會及靈性的照護及支持措施(4/4)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

1. 對病人提供身體、心理、社會及靈性的照護相關作業規範(符合)
2. 抽查相關病歷紀錄(符合)
- 3.** 身心靈需要評估、照顧紀錄或輔導計畫單(優良)
- 4.** 社工**人員**、志工或宗教師訪視紀錄(優良)
5. 個案討論會議紀錄(優良)



2.3.12 訂有行動限制(隔離、約束)之作業常規並執行適當(1/4)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 應訂定實施行動限制的作業標準(原2.3.11-符合1修)
2. 住院時或執行前，應以書面告知住院中於醫療上有必要時可能會限制行動；執行時，再次向病人或家屬解說清楚，並有紀錄(原2.3.11-符合2修)
3. 醫療照護團隊應依行動限制作業標準執行約束，並有醫囑及紀錄(原2.3.11-符合3修)



2.3.12 訂有行動限制(隔離、約束)之作業常規並執行適當(2/4)



■ 評量項目

● 優良項目：(下述項目 **僅限一項** 未達成)

1. 執行時確認病人或家屬充分了解行動限制的必要性，使其感受 **到** 尊重，且有詳實完整之紀錄(原2.3.11-優良1修)
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 **有** 定期檢討(原2.3.11-優良2修)
3. 行動限制的作業 **品質有定期檢討改善**，且有具體成效(原2.3.11-優良3修)



2.3.12 訂有行動限制(隔離、約束)之作業常規並執行適當(3/4)



■ 評量項目

● [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：不影響病人的安全下，依照病人病情，定時探視行動限制中的病人(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)，並能提供病人生理需求、注意呼吸及肢體循環並防範意外事件發生；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
3. 緊急狀況時，得先執行行動限制，並儘速向家屬解說清楚取得同意書



2.3.12 訂有行動限制(隔離、約束)之作業常規並執行適當(4/4)



■ 評量項目

- 評量方法及建議佐證資料

1. 病人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)



2.3.13 評估病人營養狀態，適切給予營養及飲食指導(1/4)



■ 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(原2.3.12-符合1)
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，且有紀錄(原2.3.12-符合2)
3. 營養照會紀錄完整，並適時回饋主要照護之醫療人員討論，據以擬定共同照護計畫(原2.3.12-優良1修)



2.3.13 評估病人營養狀態，適切給予營養及飲食指導(2/4)



■ 評量項目

● 優良項目：(下述項目 **僅限一項** 未達成)

- 1.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)(原2.3.12-優良2)
- 2.對於提供之營養服務應有評估機制及統計(原2.3.12-優良3)
- 3.對於接受治療餐者，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(原2.3.12-優良4)



2.3.13 評估病人營養狀態，適切給予營養及飲食指導(3/4)



■ 評量項目

● [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人、特殊飲食(如：糖尿病、三高、體重過重)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
3. 營養衛教及飲食指導對象可涵蓋病人及其主要照顧者；指導吞嚥、功能障礙病人進食，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



2.3.13 評估病人營養狀態，適切給予營養及飲食指導(4/4)



■ 評量項目

● 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)



2.3.14提供病人適當之衛教指導與資料 (1/4)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 醫療照護團隊依病人及照顧者需要，提供衛教單張及資料
(原2.3.13-符合1修)
2. 視病人及照顧者需要，提供個別或團體衛教(原2.3.13-符合2修)
3. 適時更新衛教指導內容(原2.3.13-符合3修)



2.3.14提供病人適當之衛教指導與資料 (2/4)



■ 評量項目

● 優良項目

- 1.善用醫院內外電子衛教資訊(如數位、網路及雲端等衛教資訊)(試)
- 2.衛教指導成果(含病人及家屬滿意度)應有評估機制，定期檢討且具成效(試)



2.3.14 提供病人適當之衛教 指導與 資料 (3/4)



■ 評量項目

● [註]

1. 衛教資料可包括：健康促進、疾病照護、自我照護、三高、酗酒、戒菸、檳榔等議題，如：有吸菸、嚼檳榔者給予戒菸、戒檳榔之建議、衛教資料及提供治療

2. 優良項目1、2列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算



2.3.14提供病人適當之衛教指導與資料 (4/4)



■ 評量項目

● 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)(符合)

2.衛教活動紀錄(符合)

3.電子衛教資料(優良)

4.衛教指導成效(優良)



2.3.15 明訂院內突發危急病人急救措施，且應落實執行(1/8)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 明訂院內突發危急病人急救措施之標準作業程序，定期辦理全院性教育訓練，周知全院工作人員緊急事件的代號，及其因應處理步驟(原2.3.14-符合1、2併)
2. 急救設備及藥品應有明確管理規範，確保設備功能及藥品衛材效期，並能正確操作(原2.3.14-符合3修)
3. 照顧病人之高風險單位，每年至少舉辦一次以上醫療團隊之急救演練，且有紀錄(原2.3.14-符合4修)
4. 對非預期突發之急救事件進行分析，並定期檢討改善院內急救事件之成效(原2.3.14-優良2修)



2.3.15 明訂院內突發危急病人急救措施，且應落實執行(2/8)



■ 評量項目

● 符合項目

5. 全院員工(含外包人員)至少應接受基本生命復甦術(Basic Life Support, BLS)、包含 AED(Automated External Defibrillator)訓練，或有接受進階生命支持術(Advanced Life Support, ALS)訓練。急重症單位(包括急診、加護病房及麻醉部門)之醫護人員應定期接受高級心臟復甦術訓練(ACLS)，或因應不同性質單位之NRP、ATLS、ANLS、APLS、PALS等皆可(原1.4.4-符合2、4併)



2.3.15 明訂院內突發危急病人急救措施，且應落實執行(3/8)



■ 評量項目

● 優良項目：(下述項目(不含試評項目)僅限一項未達成)

1. 醫療團隊之急救處置正確熟練，針對演練或急救事件發現之缺失，確實檢討改進(原2.3.14-優良1、2併)
2. 依據非預期突發之急救事件之分析，設置病情惡化警示系統或快速反應團隊(Rapid Response Team)，以建立預防非預期性急救發生之機制(試)
3. 除急重症單位之醫師外，其餘醫師接受ALS訓練之訓練完成率達70%(原1.4.4-優良1)
4. 藥師定期檢查及更新急救車藥品，並有紀錄(原2.3.14-優良3修)



2.3.15 明訂院內突發危急病人急救措施，且應落實執行(4/8)



■ 評量項目

● [註]

1. 若急救車上鎖或貼封條則毋須每班點班，但需有定期核對急救用品有效期限之機制
2. 本條文所稱「全院員工至少應接受基本生命復甦術(Basic Life Support, BLS)、包含 AED(Automated External Defibrillator)訓練，或有接受進階生命支持術(Advanced Life Support, ALS)訓練」，身心障礙員工及志工除外



2.3.15 明訂院內突發危急病人急救措施， 且應落實執行(5/8)



■ 評量項目

● [註]

3. ALS訓練需包括BLS、進階氣道處理及電擊器操作

4. 醫護人員視不同性質之單位所接受之ACLS、ANLS、ATLS、ETTC、NRP、APLS及PALS等訓練，可等同接受ALS訓練

5. 優良項目2列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算



2.3.15明訂院內突發危急病人急救措施， 且應落實執行(6/8)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

- 1.院內突發危急病人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人急救措施，且應落實執行(7/8)



■ 評量項目

- 評量方法及建議佐證資料

5. 全院各職類急救訓練項目、完成率資料(符合)

6. 急救事件檢討改善會議紀錄(優良)

7. 全院員工(含外包人員)BLS或ACLS證明(符合/優良)

8. 教育訓練出席率統計資料(優良)

9. 藥師查核急救車藥品紀錄(優良)



2.3.15 明訂院內突發危急病人急救措施， 且應落實執行(8/8)



■106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(1/5)



■ 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(原2.3.15-符合1)
2. 院內有專責人員或單位負責該項工作(原2.3.15-符合2)
3. 轉診(介)紀錄完整(原2.3.15-符合3)
- 4. 針對轉診(介)之時效、適當性、異常或特殊狀況，有定期統計分析檢討與改善(原2.3.15-優良2、3併)**
- 5. 有使用衛生福利部中央健康保險署的轉診資訊交換系統回覆紀錄(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(2/5)



■ 評量項目

- 優良項目：(下述項目不含試評項目)須全部達成)
 1. 對轉診(介)病人有提供原轉診醫師瞭解病人相關病況之機制(原2.3.15-優良1、5併)
 2. 與院外機構之合作關係，有促進機制，並定期檢討，執行成效良好(原2.3.15-優良4修)
 3. 針對特定疾病照護，提供轉介急性後期照護(PAC)之規劃，定期開會檢討改善，執行成效良好(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(3/5)



■ 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. 符合項目5及優良項目3列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算



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(4/5)



■ 評量項目

- 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(符合)

- 4.原轉診醫師瞭解病況之機制(優良)

5. 與院外合作機構溝通的檢討紀錄(優良)

- 6.轉診(介)異常或特殊狀況分析、檢討與改善報告(優良)



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(5/5)



■106年評鑑委員共識

醫院應以分級醫療概念協助急診或住院病人轉介



2.3.17 醫療照護團隊應依病人需求，提供適切、完整的出院照護計畫與指導，並有紀錄(1/7)



■ 評量項目

● 符合項目

- 1.**設有出院照護計畫委員會(小組)，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(原2.3.16-優良1修)
- 2.訂**有**出院照護計畫流程，依病人需求，由醫療照護團隊共同擬訂出院照護計畫，並有紀錄(原2.3.16-符合1修)
- 3.**出院照護計畫至少應包括：與疾病相關之計畫及指導**資訊**(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)，並**提供**書面資料給病人(原2.3.16-符合2修)



2.3.17 醫療照護團隊應依病人需求，提供適切、完整的出院照護計畫與指導，並有紀錄(2/7)



■ 評量項目

● 符合項目

4.依病人需求，協助提供社會相關資源、轉介服務、銜接急性後期照護(PAC)或長照服務。如為長照服務需求個案，應進行長照服務需求評估，或轉介個案居住地縣市照顧管理中心進行長照需求評估(原2.3.16-符合3修)

5.有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(原2.3.16-符合4)



2.3.17 醫療照護團隊應依病人需求，提供適切、完整的出院照護計畫與指導，並有紀錄(3/7)



■ 評量項目

● 優良項目：(下述項目(不含試評項目)僅限一項未達成)

1. 對於多重用藥或複雜用藥病人，有經過適當用藥整合，以方便後續照護(試)
2. 每月至少召開1次跨領域團隊個案討論會，參加討論成員應有業務相關之醫療專業人員，如：個案主責照護之醫師/專科護理師、護理人員、社工師、復健相關治療人員、藥師、營養師等；會中能針對特殊需求個案之照護計畫，適時檢討修訂，並有紀錄(原2.3.16-優良2修)



2.3.17 醫療照護團隊應依病人需求，提供適切、完整的出院照護計畫與指導，並有紀錄(4/7)



■ 評量項目

- 優良項目：(下述項目 不含試評項目 僅限一項未達成)
 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(原2.3.16-優良3修)
 4. 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(原2.3.16-優良4修)



2.3.17 醫療照護團隊應依病人需求，提供適切、完整的出院照護計畫與指導，並有紀錄(5/7)



■ 評量項目

● [註]

1. 出院照護計畫係指能評估病人長期性問題的出院準備服務計畫
2. 若病人為身心障礙者時，應依據身心障礙者權益保障法第23條之規定，為住院之身心障礙者提供出院準備計畫。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
 - (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」



2.3.17 醫療照護團隊應依病人需求，提供適切、完整的出院照護計畫與指導，並有紀錄(6/7)



■ 評量項目

● [註]

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1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人需求，提供適切、完整的出院照護計畫與指導，並有紀錄(7/7)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

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



可2.3.18有適當安寧緩和醫療團隊提供安寧照護服務(1/7)



■ 評量項目

● 符合項目

1-a.安寧病房：(原2.3.18-符合1-a)

(1)應有受過安寧緩和醫學訓練之專責主治醫師1名，負責安寧緩和醫療團隊相關業務(原2.3.18-符合1-a-(1)修)

(2)每床應有護理人員1名以上(原2.3.18-符合1-a-(2)修)

1-b.安寧居家療護：(原2.3.18-符合1-b)

(1)應有專責主治醫師1名以上

(2)應有專責護理人員至少1名，且每月每45訪視人次應有專任安寧居家療護護理人員1名以上(原2.3.18-符合1-b-(2)修)

(3)應提供安寧療護護理專業人員24小時電話諮詢服務

(4)訂有居家訪視醫療人員的安全保障措施，並有專責之醫護主管負責管理相關事務(原2.3.18-符合1-b-(4)修)



可2.3.18有適當安寧緩和醫療團隊提供安寧照護服務(2/7)



■ 評量項目

● 符合項目

1-c.安寧共同照護：(原2.3.18-符合1-c)

(1)應有專責主治醫師1名以上

(2)應有專責護理人員至少1名，且每月每30新收案人數應有專任安寧共同照護護理人員1名以上(原2.3.18-符合1-c(2)修)

2.應有1名專責社工人員(原2.3.18-符合2)

3.安寧居家療護及安寧共同照護護理人員，需具備至少2年之內外科(或安寧病房)相關臨床經驗(原2.3.18-符合3修)

4.上述人員均需受過安寧療護教育訓練80小時以上(原2.3.18-符合4)

5.安寧緩和醫療團隊組織架構明確，定期召開跨領域專業團隊會議，整合團隊共識，並擬定跨專業的處置計畫(原2.3.18-符合5修)



可2.3.18有適當安寧緩和醫療團隊提供安寧照護服務(3/7)



■ 評量項目

- 優良項目：(下述項目1(1-a至1-c)依提供之服務，為可選項目，且1至4項**僅限一項**未達成)

1-a. 安寧病房：(原2.3.18-優良1-a)

(1) 50%以上護理人員具1年以上臨床安寧療護護理經驗

(2) 夜間及假日能有主治醫師待命，且其需受過安寧療護教育訓練80小時以上

1-b. 安寧居家療護：專任安寧居家護理**人員**休假時，有明確職務代理制度提供出勤服務(原2.3.18-優良1-b修)

1-c. 安寧共同照護：每月每25新收案人數應有專任安寧共同照護護理**人員1名**以上(原2.3.18-優良1-c修)



可2.3.18有適當安寧緩和醫療團隊提供安寧照護服務(4/7)



■ 評量項目

- 優良項目：(下述項目1(1-a至1-c)依提供之服務，為可選項目，且1至4項僅限一項未達成)
 2. 安寧緩和醫療團隊之醫師、護理人員及社工人員，每3年應接受至少60小時安寧療護相關繼續教育，並有紀錄(原2.3.18-優良2修)
 3. 有受過安寧療護教育訓練專責心理師、志工或靈性關懷人員提供服務，並有紀錄(原2.3.18-優良3修)
 4. 有為各新進專業醫療團隊成員，提供完整標準作業手冊、自學教材(書面或視聽)、輔導計畫及輔導機制(原2.3.18-優良4修)



可2.3.18有適當安寧緩和醫療團隊提供安寧照護服務(5/7)



■ 評量項目

● [註]

1. 未登記設有安寧病房(床)或未向健保署申報甲類安寧居家療護/安寧共同照護給付者，可自選本條全部或部分免評
2. 護理人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定
3. 「內外科相關臨床經驗」：現職醫院及院外其他醫院之工作年資得合併計算
4. 「臨床安寧療護護理經驗」：包含安寧病房、安寧居家療護及安寧共同照護之工作年資，現職醫院及院外其他醫院之安寧療護工作年資得合併計算





■ 評量項目

● [註]

5. 「靈性關懷人員」之角色任務可包含：

- (1) 心靈陪伴：探訪、關懷病人和家屬藉著聆聽、溝通、協談以了解病人和家屬的需求，提供病人和家屬在心靈上的支持、疏導和鼓勵
- (2) 轉介團隊其他人員給予個案安慰與支持
- (3) 關懷臨終者及家屬的哀傷，協助提供喪葬事宜的資訊
- (4) 參與病房之個案討論會議，提出困難個案的看法



可2.3.18有適當安寧緩和醫療團隊提供安寧照護服務(7/7)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

1. 安寧療護工作手冊(符合)
2. 安寧緩和醫療團隊組織圖(符合)
3. 居家訪視醫療人員安全保障措施(符合)
4. 安寧緩和醫療團隊成員證照或受訓、服務紀錄(符合/優良)
5. 安寧緩和醫療團隊人員排班表(符合/優良)



可2.3.19安寧病房應有適當之設施、設備、儀器管理機制，並確實執行保養管理(1/7)



■ 評量項目

● 符合項目

- 1.安寧病房設施、設備、儀器應符合醫療機構設置標準之規定(原2.3.19-符合1)
- 2.有恆溫控制及方便搬運病人進出之臥浴浴缸(如：洗澡機)，並有使用紀錄(原2.3.19-符合2修)
- 3.有明確制訂各項儀器設備維護的管理保養制度，並確實執行(原2.3.19-符合3修)
- 4.專業人員能正確操作各項儀器設備，瞭解故障排除處理流程，並熟悉相關表格記錄方式(原2.3.19-符合4)



可2.3.19安寧病房應有適當之設施、設備、儀器管理機制，並確實執行保養管理(2/7)



■ 評量項目

● 優良項目：(下述項目 **僅限一項** 未達成)

1. 病房公共區域及病室注重人性化環境之營造，例如：於日常活動空間有可供病人會客的處所與餐桌椅設置，及供家屬準備膳食的場所(原2.3.19-優良1修)
2. 能提供音樂、藝術、芳香治療或志工工作室等任一種以上服務設施(原2.3.18-優良2修)
3. 具特色創新服務，具有成效(原2.3.19-優良3)



可2.3.19安寧病房應有適當之設施、設備、儀器管理機制，並確實執行保養管理(3/7)



■ 評量項目

● [註]

1. 未登記設有安寧病房(床)者，可自選本條免評
2. 病房設施：
 - (1) 應為可區隔之區域
 - (2) 應有供病人坐浴或臥浴之浴廁設備；病室內可提供者，則免設
 - (3) 可供面談及供家屬與瀕死病人最後相聚或默禱助念，及家屬度過急性哀傷之獨立空間
 - (4) 視需要設置活動治療室
 - (5) 應有污物污衣室



可2.3.19安寧病房應有適當之設施、設備、儀器管理機制，並確實執行保養管理(4/7)



■ 評量項目

● [註]

3. 應設病室並符合下列規定：

(1) 應有浴廁設備，並有扶手及緊急呼叫系統

(2) 每一病室至多設4床；每床最小面積(不含浴廁)應有7.5平方公尺；如設單床病室者，每床最小面積(不含浴廁)應有9.3平方公尺

(3) 床尾與牆壁間之距離至少1.2公尺

(4) 床邊與鄰床之距離至少1公尺



可2.3.19安寧病房應有適當之設施、設備、儀器管理機制，並確實執行保養管理(5/7)



■ 評量項目

● [註]

3.應設病室並符合下列規定：

(5)床邊與牆壁距離至少0.8公尺

(6)床與床之間，應備有隔離視線之屏障物

(7)每床應具有床頭櫃及與護理站之呼叫器

(8)病床應有床欄並可調整高低

(9)每床應有醫用氣體及抽吸設備



可2.3.19安寧病房應有適當之設施、設備、儀器管理機制，並確實執行保養管理(6/7)



■ 評量項目

● [註]

4. 可提供下列儀器設備：輸液幫浦、病人人自控式止痛裝置、床旁便盆器、翻身/擺位器材及各式枕頭與床墊、超音波噴霧器、搬運推床及床旁洗頭器具等
5. 可提供病人日常活動場所，按病床數計，平均每床應有4.5平方公尺以上(同一平面有戶外活動場所者，得免設)



可2.3.19安寧病房應有適當之設施、設備、儀器管理機制，並確實執行保養管理(7/7)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

1. 安寧病房設施、設備、儀器一覽表、操作手冊及維修保養規範(符合)
2. 安寧病房設施、設備、儀器維修保養紀錄(符合)
3. 安寧病房設施、設備、儀器使用紀錄(優良)
4. 安寧病房環境改善範例(優良)



可2.3.20適當的安寧照護服務管理、收案評估、照護品質、團隊合作與紀錄(1/7)



■ 評量項目

● 符合項目

- 1.設有行政相關組織，訂定年度目標，並定期召開行政會議檢討安寧照護服務之管理，且作成紀錄(原2.3.20-符合1)
- 2.有明確的收案流程；安寧居家療護收案病人有再入院評估標準。病人收案前，能提供安寧照顧服務理念的書面介紹，及病人/家屬之權利義務說明書(原2.3.20-符合2)



可2.3.20適當的安寧照護服務管理、收案評估、照護品質、團隊合作與紀錄(2/7)



■ 評量項目

● 符合項目

3. 病人/家屬之照護過程：(原2.3.20-符合3)

- (1) 有標準流程以提供舒適護理、疼痛及其他常見症狀臨床評估處置計畫
- (2) 能依病人個別性之需求，提供社會心理靈性需求評估與處置照顧計畫
- (3) 病歷紀錄表格內容，能與病人實際臨床照護連結





■ 評量項目

● 符合項目

3. 病人/家屬之照護過程：(原2.3.20-符合3)

(4)如設有安寧病房者：有家庭會議召開之標準流程；有
出院病人準備計畫(含病危自願返家病人家屬衛教)標
準流程

(5)如設有安寧居家療護者：有因應病人所需檢驗、治療、
及藥物取得之簡化流程，並能為病人代採檢體、代領
藥；有完整的安寧居家訪視包攜帶物品清單及管理



可2.3.20適當的安寧照護服務管理、收案評估、照護品質、團隊合作與紀錄(4/7)



■ 評量項目

● 優良項目：(下述項目 **僅限一項** 未達成)

1. 每3個月 **至少** 召開一次行政會議，有完整會議紀錄及工作追蹤(原2.3.20-優良1修)
2. 病歷紀錄內容能呈現包括身、心、社會、靈性層面的評估與處置，病歷有定期審閱檢討機制(原2.3.20-優良2修)
3. 定期舉辦家屬支持團體，可包含成長性、治療性、教育性或社會社交性質的活動，並提供高危險喪親家屬篩選及哀傷輔導之服務或轉介(原2.3.20-優良3)
4. 對合作醫療機構有雙向的溝通與訓練交流，並提供為末期病人醫療團隊人員教育訓練場所(原2.3.20-優良4)



可2.3.20適當的安寧照護服務管理、收案 評估、照護品質、團隊合作與紀錄(5/7)



■ 評量項目

- 優良項目：(下述項目 **僅限一項** 未達成)

5.訂有全院安寧療護整合照護計畫，及服務品質檢討改善機制，定期針對品質指標及年度目標進行檢討改善(原2.3.20-優良5)



可2.3.20適當的安寧照護服務管理、收案 評估、照護品質、團隊合作與紀錄(6/7)



■ 評量項目

● [註]

1. 未登記設有安寧病房(床)或未向健保署申報甲類安寧居家療護、安寧共同照護給付者，可自選本條全部或部分免評
2. 安寧病房、安寧居家療護及安寧共同照護相關議題之會議得合併進行，會議紀錄形式由醫院決定，但內容應有所區分



可2.3.20適當的安寧照護服務管理、收案評估、照護品質、團隊合作與紀錄(7/7)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

1. 安寧療護工作手冊及組織圖(符合)
2. 安寧療護小組年度工作目標(符合)
3. 安寧療護簡介單張(符合)
4. 病人/家屬權利義務說明書(符合)
5. 紙本或電子病歷(符合/優良)
6. 家屬支持團體活動紀錄(優良)
7. 安寧照護相關會議紀錄(優良)



合2.3.21訂有病人臨終前、後之處理流程 (1/2)



■ 評量項目

● 符合項目

- 1.明訂病人臨終前、後之處理規範，尊重臨終病人意願，並提供家屬協助，包含善終(死亡)準備及遺體護理等(原2.3.21-符合1修)
- 2.相關醫療照護團隊成員應接受哀傷輔導的教育訓練(原2.3.21-符合2修)
- 3.協助家屬面對病人臨終的事實，並能依家屬需要，提供探視的環境、哀傷輔導及關懷服務(原2.3.21-符合3)



合2.3.21訂有病人臨終前、後之處理流程 (2/2)



■ 評量項目

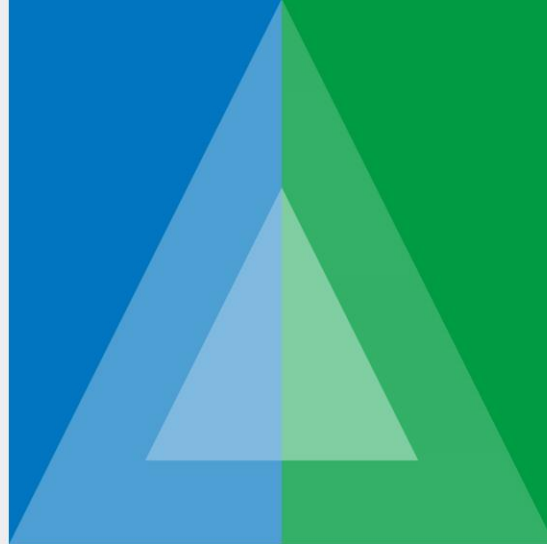
- 評量方法及建議佐證資料

1. 病人臨終前、後之處理規範(符合)

2. 臨終關懷及哀傷輔導相關教育訓練紀錄(符合)

3. 醫護或社工人員哀傷輔導紀錄(符合)





第2.4章 特殊照護服務

條文分類統計表



篇	章	條數	可免評 條文數	符合/待 改善 條文數	必要 條文 數	重點 條文 數	試評 條文 數
醫療 照護	2.1 病人及家屬 權責	5	0	1	0	0	0
	2.3 醫療照護之 執行與評估	21	3	4	0	2	1
	2.4 特殊照護 服務	34	11	0	1	0	1



2.4.1 適當之急診人力配置及訓練(1/8)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 應有5名以上專任醫師，前三年急診病人就診人次年平均大於20,000人次者，每逾5,000人次應增加1名專任醫師，前三年每月平均留觀人次每逾600人次應增加1名專任醫師(以健保申報留觀人次為計算基準)；前揭專任醫師中，一半以上需具有急診醫學科專科醫師或兒科專科醫師且受過至少二年兒童急診訓練課程。緊急醫療資源不足地區之醫院，除5名專任醫師外，餘可以專科醫師兼任或支援方式為之(原2.4.1-符合1修)



2.4.1 適當之急診人力配置及訓練(2/8)



■ 評量項目

● 符合項目

2. 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



2.4.1 適當之急診人力配置及訓練(3/8)



■ 評量項目

● 符合項目

- 3.設有急診加護病房者，應增加1名專任醫師，登記之急診加護病床數超過10床時，每達10床應增加1名專任醫師。但緊急醫療資源不足地區之醫院不在此限
- 4.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
(原2.4.1-符合2修)
- 5.設有急診觀察床者，每床應增加護理人員1名(試)
- 6.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(試)



2.4.1 適當之急診人力配置及訓練(4/8)



■ 評量項目

- 優良項目(下述項目須全部達成)

1. 專任醫師數，其中75%以上需具有急診醫學科專科醫師或兒童急診醫師資格(原2.4.1-優良4修)

- 註

1. 「專任」係指具部定專科醫師資格，且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

2. 人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定

3. 專科護理師不列計護理人力



2.4.1 適當之急診人力配置及訓練(5/8)



■ 評量項目

● 註

4.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

5.設有兒童醫院或本分院者，兩院人力分開計算

6.專任醫師數計算公式：

(1)(前3年之年平均急診人次-20,000) / 5,000) + 5，以小數點後一位無條件進位方式計算

(2)前3年每月平均急診留觀人次/600，以小數點後一位無條件進位方式計算。

(3)專任專科醫師數= (1) + (2)



2.4.1 適當之急診人力配置及訓練(6/8)



■ 評量項目

● 註

7. 參與衛生福利部「醫學中心或重度級急救責任醫院支援離島及醫療資源不足地區醫院緊急醫療照護服務獎勵計畫」之支援醫師可納入人力計算

8. 符合項目5、6列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算



2.4.1 適當之急診人力配置及訓練(7/8)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

1. 急診醫師清冊(符合/優良)

2. 急診主治醫師、住院醫師、護理師值班表(符合/優良)

3. 急診病人就診人次以醫院申報健保「檢傷分類或急診診察費」代碼統計(符合/優良)

4. 急診留觀人次以醫院申報健保「急診觀察床病房費」代碼計算人日次(符合/優良)



2.4.1 適當之急診人力配置及訓練(8/8)



■106年評鑑委員共識

1. 「專科醫師」係指領有部定專科醫師證書者，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



2.4.2 急診應有適當之設施及完備之設備、儀器、機器，並確實執行保養管理及清潔管理(1/4)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 具備施行心肺復甦術或相當處置所需之設備、儀器(確保氣管、人工呼吸器、輸液、輸血及給藥之準備、去顫器(defibrillator)等)，且經常備妥於確實可用狀態(原2.4.2-符合1)
2. 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(原2.4.2-符合2)



2.4.2 急診應有適當之設施及完備之設備、儀器、機器，並確實執行保養管理及清潔管理(2/4)



■ 評量項目

● 符合項目

3. 明訂保養、檢查的排程，並有紀錄(原2.4.2-符合3)

4. 訂有異常之管理機制，以因應儀器設備如發生故障時之作業流程(原2.4.2-符合4修)

5.急救室、留觀區與急診處內其他作業單位有明確區隔(原2.4.2-優良1修)



2.4.2 急診應有適當之設施及完備之設備、儀器、機器，並確實執行保養管理及清潔管理(3/4)



■ 評量項目

- 優良項目(下述項目(不含試評項目)須全部達成)
 1. 對於有特殊需求之病人，如小兒、高齡、身障病人，能提供友善就醫之環境設施與設備(試)
 2. 對疑似家暴性侵害犯罪情事者，有適當區隔空間，以維護病人隱私(原2.4.2-優良2)
 3. 針對上述兩項訂有改善方案，且具成效(原2.4.2-優良3)



2.4.2 急診應有適當之設施及完備之設備、儀器、機器，並確實執行保養管理及清潔管理(4/4)



■ 評量項目

● 註

優良項目1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 依醫院的角色任務，提供急救病人處置能力(1/6)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 依醫院定位訂有急診病人的就醫準則與流程，提供緊急檢查、診斷、住院、手術等急救的醫療處置能力(原2.4.3-符合1)
2. 在醫院無法接受病人時，應先給予適當之急救，並依相關機制聯絡，及運送病人至其他醫療機構(原2.4.3-符合2)
3. 應訂定有急診精神科病人之醫療作業處理準則與流程，及病人轉介系統，包含：(原2.4.3-符合3修)
 - (1) 遵守精神衛生相關法規，並依適當程序呈報或進行相關醫療事宜
 - (2) 急診病人安排住院或轉介他院之流程



2.4.3 依醫院的角色任務，提供急救病人處置能力(2/6)



■ 評量項目

● 符合項目

4. 對於急診就醫個案，知其有疑似遭家庭暴力(含兒童與少年虐待及疏忽)或性侵害犯罪情事者，應訂有處理作業準則，並依法通報(原2.4.3-符合4)
5. 轉出時應提供轉診病歷摘要(原2.4.3-符合5)

● 優良項目(下述項目**僅限一項**未達成)

1. 對需急救病人訂有緊急處置流程，及定期檢討評估機制(原2.4.3-優良1)
2. 可完成檢查及報告、住院、手術等相關緊急處置作業(原2.4.3-優良2)



2.4.3 依醫院的角色任務，提供急救病人處置能力(3/6)



■ 評量項目

- 優良項目(下述項目 **僅限一項** 未達成)
 3. 對特殊病人(**如家暴、性侵受害人**)訂有處理流程，**且**提供社工諮商和轉介服務(原2.4.3-優良3修)
 4. 轉送病人過程皆有評估紀錄，必要時有醫師指導救護人員，執行緊急醫療救護行為(原2.4.3-優良4)
 5. 定期檢討評估，訂有改善方案，且具成效(原2.4.3-優良5)



2.4.3 依醫院的角色任務，提供急救病人處置能力(4/6)



■ 評量項目

● 註

1. 救護人員包括醫師、護理人員、救護技術員
2. 醫療法第60條第1項：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
3. 醫療法第73條：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 依醫院的角色任務，提供急救病人處置能力(5/6)



■ 評量項目

● 註

4. 應依家庭暴力防治法第50條、性侵害犯罪防治法第8條、兒童及少年福利與權益保障法第53條(舊法規第34條)規定辦理

● 評量方法及建議佐證資料

1. 急診病人就醫準則與流程(符合)

2. 急診病人轉診或轉出作業流程或規範(符合)

3. 急診精神科病人醫療作業處理準則與流程(符合)



2.4.3 依醫院的角色任務，提供急救病人處置能力(6/6)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

4. 急診疑似遭家庭暴力(含兒童與少年虐待及疏忽)或性侵害犯罪情事處理作業準則(符合)
5. 病人轉送之評估紀錄(符合/優良)
6. 急診委員會或全院性急診品質審查會議相關會議紀錄(符合)
7. 急救病人緊急處置流程(優良)
8. 特殊病人急診處理準則及流程(優良)



2.4.4建置適當的急診診療科支援機制(1/7)



■ 評量項目

● 符合項目

- 1.應依醫院之角色任務，建置適當的會診機制(原2.4.4-符合1修)
- 2.急診得視醫療業務需要提供適當專科會診，如有會診重大傷病(如急性缺血性腦中風、ST段上升之急性心肌梗塞、緊急外傷)，70%以上應於30分鐘到場(原2.4.4-符合2修)



2.4.4 建置適當的急診診療科支援機制(2/7)



■ 評量項目

● 優良項目(下述項目須全部達成)

1. 會診機制：(以下須達成至少兩項)(原2.4.4-優良1、2併)

(1) 急性缺血性腦中風病人接受靜脈血栓溶解治療時間 < 60分鐘之比例達30%以上

(2) 急性缺血性腦中風個案，醫院可常規執行動脈內取栓治療

(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之達成率需符合75%以上；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

(4) 緊急外傷手術於30分鐘內進入手術室比率，達成率需符合80%以上



2.4.4 建置適當的急診診療科支援機制(3/7)



■ 評量項目

- 優良項目(下述項目須全部達成)

2.針對上述兩項有定期檢討評估並訂有改善方案，且具成效
(原2.4.4-優良3)

- 註

1.急性缺血性腦中風病人接受靜脈血栓溶解劑治療時間，係指病人抵達急診之時間與護理紀錄開始施打靜脈血栓溶解劑時間之差

2.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



2.4.4 建置適當的急診診療科支援機制(4/7)



■ 評量項目

● 註

3. 緊急外傷手術係指重大胸腹部外傷，致生命徵象不穩定需緊急手術者。本項係指手術通知至病人進入手術室內所需時間之達成比率

4. 「手術通知」係指緊急外傷手術由急診通知手術室之作業，可於急診醫師開立醫囑或是手術室手術通知單呈現(時間紀錄方式由醫院自行規範)起計算

5. 以上急診會診計算係以診療區之急性病人，觀察區不列入計算



2.4.4 建置適當的急診診療科支援機制(5/7)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

1. 急診會診規範(符合)

2. 急診照會科別之值班清單(符合)

3. 急診會診個案統計表及時效分析等(符合/優良)

4. 提供急性缺血性中風病人處置流程，及急性缺血性腦中風發作2小時內抵達醫院之病人之NIHSS評分表(符合)

5. 提供急性冠心症病人處置流程，應含：(1)急診處置流程、(2)心導管室處置流程、(3)住加護病房流程等(符合)



2.4.4 建置適當的急診診療科支援機制(6/7)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

6.提供急診病人中接受靜脈血栓溶解劑(rt-PA)治療之病人人次及比例(優良)

7.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)之案例數及比例(優良)

8.提供醫院每月之手術與緊急外傷手術統計資料(符合/優良)



2.4.4 建置適當的急診診療科支援機制(7/7)



■ 106年評鑑委員共識

本條文及評量項目所提「支援」係指以現場支援為主



2.4.5 具備完善的急診醫事人員與警衛輪班制度(1/3)



■ 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(原2.4.5-符合1、優良1-(1)併)
2. 應有24小時警衛或保全人員，且設有警民連線或報案機制(原2.4.5-符合2)



2.4.5 具備完善的急診醫事人員與警衛輪班制度(2/3)



■ 評量項目

- 優良項目(下述項目(不含試評項目)須全部達成)

1. 對於重大緊急傷病的緊急治療，如緊急心導管或介入性動脈栓塞治療，應安排適當醫事人員支援，成效良好(試)

2. 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(原2.4.5-優良2)

- 註

優良項目1列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算



2.4.5 具備完善的急診醫事人員與警衛輪班制度(3/3)



■ 評量項目

- 評量方法及建議佐證資料

1. 醫事人員班表(符合)

2. 醫事人員輪班或支援制度(符合)

3. 警衛或保全人員班表(符合)

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 應有急診病人醫療、救護處理之適當性及品質檢討分析與改善(1/5)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 設有急診委員會或相關組織，每季舉行全院性急診品質審查會議，並有會議紀錄與檢討改進，確保急診管理與品質促進(原2.4.6-符合1、優良1併)
2. 訂有急診醫療品質相關指標，包含：(原2.4.6-符合2)
 - (1) 病人置留急診24及48小時以上之比率
 - (2) 72小時內回診病人比率
 - (3) 急診等候入住加護病房 超過6小時 以上之比率(原2.4.6-符合2-(3)修)
 - (4) 等候手術時間超過60分鐘的人數及比率



2.4.6應有急診病人醫療、救護處理之適當性及品質檢討分析與改善(2/5)



■ 評量項目

- 符合項目

3.上述指標應定期收集分析，製成報告(原2.4.6-符合3)

- 優良項目(下述項目**須全部**達成)

1.對急診病人醫療處理之適當性有做檢討與分析(原2.4.6-優良2)

2.有具體急診醫療處置、緊急救護品質及轉診病人適當性之改善方案或措施(原2.4.6-優良3)



2.4.6 應有急診病人醫療、救護處理之適當性及品質檢討分析與改善(3/5)



■ 評量項目

● 註

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病人，其等候時間以開立醫囑或是手術室手術通知單呈現(時間紀錄方式由醫院自行規範)之時間起算

● 評量方法及建議佐證資料

1. 急診委員會或相關組織的會議紀錄(符合)

2. 急診品質審查會議紀錄(符合)

3. 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)



2.4.6 應有急診病人醫療、救護處理之適當性及品質檢討分析與改善(4/5)



■ 評量項目

- 評量方法及建議佐證資料

- 4. 急診相關病例討論會議紀錄或實例呈現(優良)

- 5. 急診品質改善方案佐證資料，如：品管圈、教案教學、得獎紀錄等(優良)



2.4.6 應有急診病人醫療、救護處理之適當性及品質檢討分析與改善(5/5)



■ 106年評鑑委員共識

有關急診醫療品質相關指標可依醫院自行定義



2.4.7適當之加護病房組織及人力配置(1/7)



■ 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名專責專科主治醫師以上
(原2.4.7-符合1修)
- (2) 設置一個以上加護病房時，每一加護病房至少應有1名
專責專科醫師之配置
- (3) 專責專科醫師應有重症加護相關訓練或接受相關訓練
(試)
- (4) 應設有加護病房主任，負責行政相關業務(原2.4.7-符合
3修)



2.4.7適當之加護病房組織及人力配置(2/7)



■ 評量項目

● 符合項目

(5)24小時有醫師(不含第一年畢業後一般醫學訓練醫師)於加護病房值班，醫師於加護病房值班不得兼值其他病房、一般會診及手術(緊急會診不在此限)

2.護理人力：(原2.4.7-符合2)

(1)申請地區醫院評鑑者：每床應有1.5人

(2)申請區域醫院評鑑者：每床應有2人

(3)申請醫學中心評鑑者：每床應有2.5人



2.4.7適當之加護病房組織及人力配置(3/7)



■ 評量項目

● 優良項目(下述項目 **僅限一項** 未達成)

- 1. 專責住院醫師 或值班醫師須領有 高級心臟復甦術(ACLS) 證書， 或因應不同性質之加護病房NRP、ATLS、ANLS、APLS、PALS等皆可(原2.4.7-優良2修)**
- 2. 假日、夜間為專科訓練第 二 年以下住院醫師值班者， 應有較資深醫師二線值班(須有二線排班表佐證)(原2.4.7-優良3修)**
- 3. 護理人力應符合項目要求之1.10倍(原2.4.7-優良4修)**



2.4.7 適當之加護病房組織及人力配置(4/7)



■ 評量項目

● 註

1. 專責係指執業登記於該院之專科醫師，每週(週一至週五)至多3個半天可從事其他醫療業務或手術，其餘時間皆負責加護病房業務。但新生兒科加護病床少於10床者，不在此限
2. 專責專科醫師須接受重症加護相關訓練：
 - (1) 須具內科、兒科、外科、神經外科、神經科、麻醉科、急診醫學科或職業醫學科專科醫師資格
 - (2) 應接受一年以上重症加護專業訓練，並領有證明
 - (3) 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



2.4.7 適當之加護病房組織及人力配置(5/7)



■ 評量項目

● 註

3. 人力計算基準：

- (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，病床數得考量年平均佔床率計算，並以四捨五入取至整數位
- (3) 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。(專責專科醫師數取整數，以小數點第一位無條件進位)



2.4.7 適當之加護病房組織及人力配置(6/7)



■ 評量項目

● 註

4.符合項目1-(3)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.加護病房專責住院醫師與值班醫師高級心臟復甦術(ACLS)證書(優良)

4.加護病房專責主治醫師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(7/7)



■106年評鑑委員共識

1. 醫師人力2所指應依據醫療機構設置標準，每一加護病房應有受過高階心肺復甦術訓練之專責相關專科醫師1人以上，且全院加護病床每10床應有1名專責主治醫師以上
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



2.4.8加護病房備齊相關設施、設備及儀器，並應定期保養、維護，且有紀錄可查(1/4)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 病床床距間隔適當，且有隔離視線之隔簾或隔間，以保障隱私(原2.4.8-符合1修)
2. 應有部門負責加護病房之設施、設備、儀器之保養、檢查及安全管理，訂有規範與排程，且有紀錄可查(原2.4.8-符合2、3併)
3. 設置儀器異常管理機制，以因應故障時之作業流程(原2.4.8-符合4)
4. 每床均有洗手設備(含乾洗手)，每2床有1個濕洗手設備(原2.4.8-符合5、6併)



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，且有紀錄可查(2/4)



■ 評量項目

● 符合項目

5. 具有 移動式數位X光機、超音波、血液透析的設備(原2.4.8-優良4修)

● 優良項目(下述項目須全部達成)

1. 設有隔離室(原2.4.8-優良2)

2. 對於設施設備的安全操作，需有防錯機制，如：血液透析、超音波、呼吸器的使用等(試)

3. 運用智能化相關設備，增進病人安全與照護品質(試)



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，且有紀錄可查(3/4)



■ 評量項目

● 註

優良項目2、3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)

3. 參考衛生局督導考核查證結果(符合/優良)



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，且有紀錄可查(4/4)



■106年評鑑委員共識

- 1.符合項目4所提「濕洗手設備」之數量，院內達七成以上的加護病房合格即可
- 2.以上所稱「濕洗手設備」，以訪查成人加護病房為主，新生兒及兒科加護病房除外



2.4.9 良好的加護病房管理(1/4)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 設有加護病房管理委員會，定期開會檢討加護病房管理與品質指標監測機制(原2.4.9-符合1修)
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(原2.4.9-符合2)



2.4.9 良好的加護病房管理(2/4)



■ 評量項目

● 符合項目

3. 出入加護病房時及進入加護病房24小時內，使用評估工具評估疾病嚴重程度，並應監測下列各項醫療品質指標、定期分析檢討：(原2.4.9-符合4、優良1併)

(1) 收案適當性與嚴重度

(2) 急診等候入加護病房超過6小時以上比率

(3) 48小時重返加護病房比率

(4) 住院超過14天人次

(5) 加護病房死亡原因

(6) 加護病房感染率(或密度)

(7) 轉院及自動出院



2.4.9 良好的加護病房管理(3/4)



■ 評量項目

● 優良項目

1. 能針對加護病房品質指標的監測結果，檢討改善並具有成效(試)

2. 應推動各項組合式感染管制措施(bundle intervention)，如：BSI、VAP、UTI、SSI、ASP等，且持續檢討改善(試)

● 註

優良項目1、2列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算



2.4.9 良好的加護病房管理(4/4)



■ 評量項目

● 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)
- 3.** 加護病房抽查個案或定期收治病人適當性統計資料(符合)
- 4.** 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(符合/優良)
- 5.** 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 良好的加護病房醫療團隊照護(1/4)



■ 評量項目

● 符合項目

- 1.加護病房醫師每日應查房至少2次，並有紀錄(原2.4.9-優良3-(1)修)
- 2.加護病房醫師對病人轉出入，及每日交接班應有交班並有紀錄(原2.4.9-符合3修)
- 3.呼吸器的使用有治療參數與連續照顧之紀錄(原2.4.9-符合5修)
- 4.應有跨領域照護團隊溝通與合作機制(醫師、護理師、臨床藥師、呼吸治療師、復健治療人員、社工師、營養師等)，如團隊查房、團隊會議等，並有紀錄(試)



2.4.10 良好的加護病房醫療團隊照護(2/4)



■ 評量項目

● 符合項目

5.召開病人家庭會議，參與醫病共享決策(SDM)，決定重大醫療計畫或協助病人出院準備計畫，並有紀錄(試)

6.定期舉行病例討論會、死亡病例及異常事件檢討(原2.4.9-優良4-(1)修)

● 優良項目(下述項目(不含試評項目)須全部達成)

1.具備呼吸治療品質監測指標，且有具體改善成效(原2.4.9-優良2修)

2.跨領域照護團隊之團隊查房，每週至少3次，除醫師與護理師之外，臨床藥師、呼吸治療師、復健治療人員、社工師、營養師等每次至少有2種職類人員參與，且成效良好(試)



2.4.10 良好的加護病房醫療團隊照護(3/4)



■ 評量項目

- 優良項目(下述項目(不含試評項目)須全部達成)

3.如有跨科別醫師共同照護，應有溝通合作機制，且成效良好(試)

4.運用實證醫學與醫病共享決策(SDM)，實施成效良好(試)

5.推動重症安寧療護，落實病人自主(試)

- 註

符合項目4、5及優良項目2、3、4、5列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算



2.4.10 良好的加護病房醫療團隊照護(4/4)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

- 1.加護病房跨領域照護團隊照護計畫(符合/優良)
- 2.加護病房跨領域照護團隊清冊、病歷紀錄與團隊會議紀錄(符合/優良)
- 3.加護病房跨科別醫師共同照護計畫與紀錄。(符合/優良)
- 4.跨領域照護團隊實際照護計畫、病歷紀錄、團隊會議紀錄(優良)
- 5.生命末期出院病人準備計畫、病歷紀錄、家庭會議紀錄(優良)



2.4.11 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(1/4)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 依單位特性及護理人員需要，每年應有院內外之重症照護相關訓練至少12小時(原2.4.10-符合1、優良1併)
2. 加護病房工作2年以上且領有加護訓練證書及ACLS證書，或因應不同性質之加護病房NRP、ATLS、ANLS、APLS、PALS等皆可，佔加護病房護理人員數之比例 \geq 50%(原2.4.10-符合2修)



2.4.11 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(2/4)



■ 評量項目

- 優良項目(下述項目須全部達成)

1. 加護病房工作2年以上且領有加護訓練證書及ACLS證書，或因應不同性質之加護病房NRP、ATLS、ANLS、APLS、PALS等皆可，佔加護病房護理人員數之比例 $\geq 60\%$ (原2.4.10-優良2修)
2. 定期 進行能力評估之檢討改善(原2.4.10-優良3修)



2.4.11 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(3/4)



■ 評量項目

● 註

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

● 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)
2. 加護病房護理人員加護訓練證書及ACLS證書(符合)



2.4.11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(4/4)



■106年評鑑委員共識

- 1.若加護病房的新進護理人員於當年度所接受的加護訓練，若其課程內容與該加護病房特性之課程相關，即可列計
- 2.若為多個加護病房，其護理人員之重症照護相關訓練、年資及證書比例應分開列計
- 3.新設立的加護病房，護理人員可附加計算院外同等級以上醫院之加護病房臨床年資及訓練





■ 評量項目

● 符合項目

1. 精神醫療人力：(原2.4.11-符合1)

(1) 申請地區醫院評鑑者：

- ① 精神醫療職能治療人員：有專責精神醫療職能治療人員；
且精神醫療職能治療人員數：精神急性一般病床、精神慢性一般病床、精神科加護病床及精神科日間照護單位合計，每35床應有1名(35床以下可以特約人員兼任，惟每週需工作8小時以上)





■ 評量項目

● 符合項目

- ② 精神醫療社會工作人員：有專責精神醫療社會工作人員；且精神醫療社會工作人員數：精神急性一般病床每30床應有1名、精神慢性一般病床及精神科日間照護單位每75床應有1名
- ③ 臨床心理人員：有專責臨床心理人員；且臨床心理人員數：精神急性一般病床、精神慢性一般病床、精神科加護病床及精神科日間照護單位合計，每75床應有1名(75床以下可以特約人員兼任，惟每週需工作8小時以上)



■ 評量項目

● 符合項目

(2) 申請區域醫院評鑑者：

- ① 精神醫療職能治療人員：有專任精神醫療職能治療人員；且精神醫療職能治療人員數：精神急性一般病床、精神慢性一般病床、精神科加護病床及精神科日間照護單位合計，每35床應有1名，其中職能治療師比例應達1/2





■ 評量項目

● 符合項目

- ② 精神醫療社會工作人員：有專任精神醫療社會工作人員；且精神醫療社會工作人員數：精神急性一般病床每30床應有1名、精神慢性一般病床及精神科日間照護單位每60床應有1名
- ③ 臨床心理人員：有專責臨床心理人員；且臨床心理人員數：精神急性一般病床、精神慢性一般病床、精神科加護病床及精神科日間照護單位合計，每50床應有1名



■ 評量項目

● 符合項目

(3) 申請醫學中心評鑑者：

- ① 精神醫療職能治療人員：專任精神醫療職能治療人員至少應有2名；且精神醫療職能治療人員數：精神急性一般病床、精神慢性一般病床、精神科加護病床及精神科日間照護單位合計，每30床應有1名、精神科門診每月平均5,000人次以上需增1名





■ 評量項目

● 符合項目

- ② 精神醫療社會工作人員：專任精神醫療社會工作人員至少有2名；且精神醫療社會工作人員數：精神急性一般病床每30床應有1名、精神科日間照護單位每60床應有1名、精神科門診每月平均3,000人次以上需增1名
- ③ 臨床心理人員：專任臨床心理人員至少有2名；且臨床心理人員數：精神急性一般病床、精神慢性一般病床、精神科加護病床及精神科日間照護單位合計，每30床應有1名、精神科門診每月平均3,000人次以上需增1名，其中經臨床心理師考試及格並依心理師法領有臨床心理師證書者、或具臨床心理學碩士學位以上者合計佔75%以上



■ 評量項目

● 符合項目

2.依據醫院住院及門診病人組成，確保備有適宜的工作人員以提供恰當的服務(原2.4.11-符合2)

● 優良項目(下述項目**僅限一項**未達成)

1.精神醫療人力達符合項1-(3)之1.10倍以上(含)(原2.4.11-優良1修)

2.依精神衛生法及醫療法之規定，訂定病人權利與病人安全相關作業及流程，且工作人員均知悉(原2.4.11-優良2)





■ 評量項目

- 優良項目(下述項目**僅限一項**未達成)

3.工作人員確實遵行優良項目2所述之相關作業及流程，定期業務檢討改善，改善成效良好(原2.4.11-優良3)

- 註

1.本條為試評條文，評量結果不納入評鑑成績計算

2.各類病床數以登記開放數計，並依實際設置情形計算人力





■ 評量項目

● 註

3. 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) 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





■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

- 1.依申請評鑑類別之門診、住院、精神科加護病房、日間病房等服務資料，提供其精神醫療人力(近四年逐年統計)(符合/優良)
- 2.病人權利與病人安全之相關作業內容，實施流程、定期檢討改善，並有成效之事證(優良)





■ 評量項目

● 符合項目

1. 醫療團隊提供個別生活訓練、服藥訓練、工作能力訓練、社交技巧訓練、家庭關係強化等復健服務(原2.4.12-符合1)
2. 於從事勞務作業前，應經團隊審慎評估，及向病人說明(原2.1.6-目的修)
3. 訂有入出院標準及流程(原2.4.12-符合2)
4. 日間照護環境需要注重病人安全相關措施(如防自殺、防跌等)(原2.4.12-符合3修)

可2.4.13精神科日間照護業務應提供以病人為中心之治療模式(2/3)



■ 評量項目

- 優良項目(下述項目**僅限一項**未達成)

1. 作業環境優良(原2.4.12-優良1)
2. 業務執行能符合個別化之復健治療目標(原2.4.12-優良2)
3. 有定期的業務檢討改善或創新服務模式(原2.4.12-優良3修)

- 註

未設有精神科日間照護單位者，可自選本條免評



可2.4.13精神科日間照護業務應提供以病人為中心之治療模式(3/3)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

- 1.日間照護治療服務簡介(符合)
- 2.入出院標準及流程(符合)
- 3.符合病人安全環境的相關措施資料及現場查證(符合)
- 4.建立及保持環境優良的相關資料及現場查證(優良)
- 5.個別化之復健治療評估和服務計畫，及實際查證時可抽查病歷(優良)
- 6.業務檢討改善之紀錄和成效分析，或創新服務之具體服務內容和成效分析(優良)



2.4.14精神科能提供特殊病例治療業務(1/3)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 提供家暴(含兒少保護)或性侵害被害人之身心治療(原2.4.13-符合1)
2. 提供酒藥癮或自殺防治等特殊治療業務(原2.4.13-符合2)

● 優良項目(下述項目(不含試評項目)僅限一項未達成)

1. 能提供家暴(含兒少保護)、性侵害加害人之身心治療或輔導教育業務(原2.4.13-優良1)
2. 成立藥癮、酒癮及自殺防治中心，提供24小時對外諮商服務，並有相關業務成果(原2.4.13-優良2)



2.4.14 精神科能提供特殊病例治療業務(2/3)



■ 評量項目

- 優良項目(下述項目(不含試評項目)僅限一項未達成)

3. 定期業務檢討改善，成效良好(原2.4.13-優良3修)

4. 積極參與藥癮、酒癮及自殺防治預防治療之相關研究(試)

- 註

優良項目4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. 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)



2.4.14精神科能提供特殊病例治療業務(3/3)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

2. 酒藥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. 成立酒癮、藥癮及自殺防治中心之事實資料，及提供相關業務成果之資料(優良)
5. 業務檢討改善之紀錄及成效分析(優良)
6. 提供藥癮、酒癮及自殺防治預防治療之相關研究佐證(優良)



2.4.15 依病人需求提供適宜的精神科職能治療服務(1/3)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 職能治療業務應訂有詳細的職能治療工作手冊，內含各類業務標準化作業流程、活動/團體企劃書、評估、治療和檢討等(原2.4.14-符合1)
2. 提供合適的職能治療活動及服務時數，並公布活動時間表，且確實執行(原2.4.14-符合2修)
3. 應有病人出席職能治療活動之紀錄，並將紀錄和報告夾貼病歷或記入電子病歷內(原2.4.14-符合3)



2.4.15 依病人需求提供適宜的精神科職能治療服務(2/3)



■ 評量項目

● 優良項目(下述項目 **僅限一項** 未達成)

1. 職能治療作業應於期限內(急性3-7天，慢性1-3月)對病人有涵蓋生理、心理、社會層面之評估與治療(原2.4.14-優良1)
2. 提供 **或轉介** 社區復健、職業復健和有預防慢性化之措施(原2.4.14-優良2修)
3. 有評估及改善上項措施成效之機制，成效良好(原2.4.14-優良3)



2.4.15 依病人需求提供適宜的精神科職能治療服務(3/3)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

1. 職能治療工作手冊(含詳細內容)(符合)
2. 職能治療活動及服務時數之執行資料(符合)
3. 評鑑時依委員指示提供病歷佐證病人參加職能治療活動及內容(符合)
4. 病人住院後接受職能治療之生理、心理、社會評估與治療內容(優良)
5. 社區復健、職業復健和有預防慢性化之措施之方案內容(優良)
6. 社區復健、職業復健和有預防慢性化之評估和改善機制，及分析成效(優良)



2.4.16 依病人需求提供適宜的精神科社會工作服務與服務品質(1/3)



■ 評量項目

● 符合項目

基本服務事項完備，包含：

1. 訂有精神社工作業手冊(內含專業倫理守則)，且落實執行(原2.4.15-符合1)
2. 提供個別、夫妻、家族治療或團體治療服務(原2.4.15-符合2)
3. 主動協助病人及家屬獲得社會資源及提供病人社區轉介服務(原2.4.15-符合3)



2.4.16 依病人需求提供適宜的精神科社會工作服務與服務品質(2/3)



■ 評量項目

● 符合項目

4. 應訂有出院準備服務計畫之流程，並依病人需求提供服務(原2.4.15-符合4)

5. 社工作業應備有接案評估、處遇過程及結案紀錄(原2.4.15-符合5)

● 優良項目(下述項目**僅限一項**未達成)

1. 紀錄完備，並有定期追蹤檢討(原2.4.15-優良1)

2. 針對服務檢討改善，改善成效良好(原2.4.15-優良2)

3. 有創新服務措施，成效卓著(原2.4.15-優良3修)



2.4.16 依病人需求提供適宜的精神科社會工作服務與服務品質(3/3)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

1. 精神科社工作業手冊，含完整之服務內容，服務流程及報告內容(符合)
2. 社工服務紀錄(符合/優良)
3. 業務檢討改善及成效分析之資料(優良)
4. 創新服務之具體服務內容及成效分析(優良)



2.4.17 依病人需求提供適宜的精神科臨床 心理服務與服務品質(1/3)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 訂有臨床心理作業手冊(內含專業倫理守則)，且落實執行(原2.4.16-符合1)
2. 醫院應依病人特性，發展適當之心理衡鑑與心理治療作業(原2.4.16-符合2)
3. 心理衡鑑與心理治療服務種類各有四種以上(原2.4.16-符合3)
4. 針對病人特性提供包含預防性、治療性或復健性之心理衡鑑與心理治療業務(原2.4.16-符合4)



2.4.17 依病人需求提供適宜的精神科臨床心理服務與服務品質(2/3)



■ 評量項目

● 符合項目

5. 心理衡鑑及心理處置紀錄，應依法規獨立妥善管理，並將衡鑑報告及處置摘要置入病歷中(原2.4.16-符合5)

● 優良項目(下述項目 **僅限一項** 未達成)

1. 病歷之記載完整、詳實，並有定期追蹤檢討(原2.4.16-優良1)

2. 依病人需要正確執行心理衡鑑，並於報告單上記錄處置內容、具體結論與建議，以提供醫療團隊參考(原2.4.16-優良2)



2.4.17 依病人需求提供適宜的精神科臨床心理服務與服務品質(3/3)



■ 評量項目

- 優良項目(下述項目 **僅限一項** 未達成)
 - 3.有創新服務措施，成效 **卓著**(原2.4.16-優良3修)
- 評量方法及建議佐證資料
 - 1.臨床心理作業手冊(含完整之服務內容、服務流程及報告內容)(符合)
 - 2.臨床心理服務報告/紀錄(符合/優良)
 - 3.創新服務之具體服務內容及成效分析(優良)



2.4.18 由適當醫療照護團隊提供透析照護服務(1/4)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 每15張血液透析治療床應有專科醫師1名以上，且其中應有1/2具有內科或兒科專科醫師資格，並經完整腎臟醫學訓練與血液透析治療訓練，其餘醫師亦應經血液透析治療訓練，並領有證明文件(原2.4.17-符合1)
2. 每位血液透析護理人員照顧4位門診血液透析病人。每位腹膜透析護理人員至多照顧35位腹膜透析病人(原2.4.17-符合2)



2.4.18 由適當醫療照護團隊提供透析照護服務(2/4)



■ 評量項目

● 符合項目

3. 每位護理人員 (含血液透析及腹膜透析) 應於到職一年內完成至少16小時血液透析基礎訓練課程，三年內完成24小時進階訓練課程，之後每年至少接受4小時之在職專業教育 (原2.4.17-符合3修)

● 優良項目(下述項目 僅限一項 未達成)

1. 每15張血液透析治療床應有內科專科醫師 1名 以上，且全部接受過 完整 腎臟醫學訓練(原2.4.17-優良1修)



2.4.18 由適當醫療照護團隊提供透析照護服務(3/4)



■ 評量項目

- 優良項目(下述項目 **僅限一項** 未達成)
 2. 每位護理人員照顧至多3位住院血液透析病人(包含急重症及加護病房)，且每位腹膜透析護理人員 **至** 多照顧30位腹膜透析病人(原2.4.17-優良2修)
 3. 前項符合條文中之護理人員，**60%**(含)以上具備臨床透析護理工作三年以上經驗(原2.4.17-優良3修)
- 評量方法及建議佐證資料
 1. 透析人員(醫師、護理師)證照及教育訓練資料(符合)
 2. 透析床數、服務量(優良)
 - 3. 醫護排班表(符合/優良)**



2.4.18 由適當醫療照護團隊提供透析照護服務(4/4)



■ 106年評鑑委員共識

- 1.符合項目2所提「每位血液透析護理人員照顧4位血液透析病人」，以「護病比」進行查核
- 2.符合項目3：
 - (1)有關16小時血液透析基礎訓練課程只要上過一次課即可，惟請於到職一年內完成
 - (2)24小時進階訓練課程可參考繼續教育訓練的時數或積分
 - (3)教育訓練時數之認定，均以「小時」計；若採學分制之教育訓練，則請醫院以該學分所對應之課程表時數進行統計
 - (4)訓練方式可包括如院內訓練、院外訓練或實務訓練(on site training)...等；另，課程內容可參考腎臟相關學會(如：臺灣腎臟護理學會及台灣腎臟醫學會)之認證



2.4.19 建立透析照護服務設施、設備、儀器管理機制，確實執行(1/5)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 各項儀器設備皆備有相關說明書及操作手冊，並制訂有明確的各項儀器設備維護相關規章管理制度及確實執行(原2.4.18-符合1修)
2. 應有合格之醫技人員(醫工)或合約廠商，負責定期執行透析機之檢查、日常保養及維修，並有故障排除處理流程與紀錄(原2.4.18-符合2)
3. 應有合格之醫技人員(醫工)或合約廠商，負責每月定期檢查及實施管路保養、消毒，且備有管路有效消毒濃度與殘留檢測之規範文件及紀錄，耗材應依規定定期更換，並有紀錄(原2.4.18-符合3)



2.4.19 建立透析照護服務設施、設備、儀器管理機制，確實執行(2/5)



■ 評量項目

● 符合項目

4. 水處理室環境合宜，系統設備與管路固定良好，單位有專責人員負責RO水處理系統，日常檢視餘氯檢驗、食鹽添加之抄表紀錄並有異常故障排除處理流程，且耗材應依規定定期更換，並有紀錄(原2.4.18-符合4修)
5. 針對血液透析單位，至少每週檢測一次水中殘餘物質，包括硬度、導電度、餘氯等，每年檢測一次水中重金屬含量，結果並至少符合AAMI (Association for the Advancement of Medical Instrumentation)之標準，備有完整紀錄供評估(原2.4.18-符合5修)



2.4.19 建立透析照護服務設施、設備、儀器管理機制，確實執行(3/5)



■ 評量項目

● 符合項目

6. 全院可施行血液透析的單位，各種管路接頭應標示清楚，且有防呆設計，避免誤接；透析機使用之各種溶液空桶應定期回收，避免改盛其他液體(試)

● 優良項目

1. 透析照護之各項設施、設備、儀器管理落實，成效良好(試)

2. 為因應設施設備發生重大事故，有建立備援計畫或機制，並有演練紀錄(試)



2.4.19 建立透析照護服務設施、設備、儀器管理機制，確實執行(4/5)



■ 評量項目

● 註

符合項目6及優良項目1、2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.各項儀器設備相關說明書及操作手冊(符合)
- 2.各項儀器設備維護管理相關規章辦法(符合)
- 3.各項儀器設備專責醫工(技術)人員或合作廠商名單或清單(符合)
- 4.各項儀器設備檢查、保養及維修紀錄(符合)



2.4.19 建立透析照護服務設施、設備、儀器管理機制，確實執行(5/5)



■ 評量項目

- 評量方法及建議佐證資料

5. 水質檢測相關紀錄(符合)

6. 管理成效良好事證(優良)

7. 備援計畫及演練紀錄(優良)



2.4.20 透析照護服務之醫療照護品質適當 (1/4)



■ 評量項目

● 符合項目

對90%以上門診透析病人有監測下列指標：

1. 90%以上血液透析病人 $Kt/V \geq 1.2$ 及 $URR \geq 0.65$ ；65%以上腹膜透析病人每週 $Kt/V \geq 1.7$ (原2.4.20-符合1修)
2. 70%以上血液透析病人，65%以上腹膜透析病人，達到血清白蛋白(Albumin)之標準(原2.4.20-符合2)
3. 55歲以下病人移植登錄率 $\geq 5\%$ (原2.4.20-符合4)
4. 腹膜透析比血液透析病人數 $\geq 15\%$ (原2.4.20-優良5)



2.4.20 透析照護服務之醫療照護品質適當 (2/4)



■ 評量項目

● 優良項目(下述項目(不含試評項目)僅限一項未達成)

1. 95%以上血液透析病人 $Kt/V \geq 1.2$ 及 $URR \geq 0.65$ ；70%以上腹膜透析病人每週 $Kt/V \geq 1.7$ (原2.4.20-優良1修)

2. 75%以上血液透析病人，70%以上腹膜透析病人，達到血清白蛋白 (Albumin) 之標準；65%以上透析病人 $Hb \geq 10g/dL$ (原2.4.20-優良2修)

3. 55歲以下病人移植登錄率 $\geq 10\%$ (原2.4.20-優良4)

4. 有提升透析照護品質或病人安全的具體方案，並有成效 (試)



2.4.20 透析照護服務之醫療照護品質適當 (3/4)



■ 評量項目

● 註

1.血清白蛋白(Albumin)標準：以BCG法為 $\geq 3.5\text{g/dl}$ ，以BCP法為 $\geq 3.0\text{g/dl}$

2.優良項目4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.透析照護規範與作業程序(符合)

2.透析單位訂有品質與指標管理的規章，並定期開會，有開會資料備查(符合)

3.指標監測紀錄或專案改善會議紀錄(符合)



2.4.20 透析照護服務之醫療照護品質適當 (4/4)



■ 評量項目

- 評量方法及建議佐證資料

4. 透析病人移植登錄資料(符合)

5. 每月腹膜透析病人的佔率(優良)

6. 團隊討論會紀錄(優良)

7. 品質改善 方案 佐證資料，如：品管圈、專案、得獎紀錄等 (優良)



可2.4.21慢性呼吸照護病房(RCW)應由適當醫療照護團隊提供呼吸照護服務(1/4)



■ 評量項目

● 符合項目

- 1.每40床應有專責內科專科醫師1名負責每日病房迴診，接受胸腔醫學訓練之內科專科醫師每週迴診三次(原2.4.21-符合1)
- 2.有內科住院醫師或內科專科醫師負責夜間及假日值班(原2.4.21-符合2)
- 3.每4床應有1人以上且50%以上護理人員有2年以上臨床護理經驗(原2.4.21-符合3)
- 4.個案管理師可由呼吸治療師、護理師、或社工師兼任(原2.4.21-符合4)



可2.4.21慢性呼吸照護病房(RCW)應由適當醫療照護團隊提供呼吸照護服務(2/4)



■ 評量項目

● 優良項目(下述項目 **僅限一項** 未達成)

- 1.每30床有接受胸腔醫學訓練之內科專科醫師一名負責每日病房迴診(原2.4.21-優良1)
- 2.每3床應有1人以上且50%以上護理人員有2年以上臨床護理經驗(原2.4.21-優良3)
- 3.個案管理師由呼吸治療師或護理師擔任，有完整之個案管理紀錄。且有定期會議檢討全院個案管理品質(原2.4.21-優良4)



可2.4.21慢性呼吸照護病房(RCW)應由適當醫療照護團隊提供呼吸照護服務(3/4)



■ 評量項目

● 註

1. 未登記設有慢性呼吸照護病房(RCW)，可自選本條免評
- 2.** 人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定

● 評量方法及建議佐證資料

1. 本病房各職類人事資料、班表(符合/優良)
2. 個案管理紀錄(優良)



可2.4.21慢性呼吸照護病房(RCW)應由適當醫療照護團隊提供呼吸照護服務(4/4)



■106年評鑑委員共識

符合項目1所提「專責醫師」，不規範其於單位內執行業務時間，惟須符合評量項目所規定之作業事項



可2.4.22慢性呼吸照護病房(RCW)應建立呼吸照護服務設施設備管理機制，確實執行(1/3)



■ 評量項目

● 符合項目

- 1.具下列功能呼吸器比例適當($\geq 10\%$)：(原2.4.22-符合1)
 - (1)同時具備A/CMV、SIMV、PS等呼吸型態設定模式
 - (2)可以監測吐氣潮氣量
- 2.具備血壓、心跳或血氧濃度之生理監視器數量 \geq 床數1/6(原2.4.22-符合2)
- 3.呼吸照護設施設備有定期維修保養紀錄(原2.4.22-符合3)



可2.4.22慢性呼吸照護病房(RCW)應建立呼吸照護服務設施設備管理機制，確實執行(2/3)



■ 評量項目

● 優良項目(下述項目 **僅限一項** 未達成)

- 1.具下列功能呼吸器比例適當($\geq 50\%$)：(原2.4.22-優良1)
 - (1)同時具備A/CMV、SIMV、PS等呼吸型態設定模式
 - (2)可以監測吐氣潮氣量
- 2.具備血壓、心跳或血氧濃度之生理監視器數量 \geq 床數1/3(原2.4.22-優良2)
- 3.呼吸照護設備之保養實施分級管理，成效良好(原2.4.22-優良3)



可2.4.22慢性呼吸照護病房(RCW)應建立呼吸照護服務設施設備管理機制，確實執行(3/3)



■ 評量項目

● 註

1. 未登記設有慢性呼吸照護病房(RCW)，可自選本條免評
2. 病床數係以登記開放數計

● 評量方法及建議佐證資料

1. 呼吸器及監視設備功能型號清單(符合/優良)
2. 設施設備保養紀錄(符合/優良)



可2.4.23慢性呼吸照護病房(RCW)之醫療 照護品質適當(1/4)



■ 評量項目

● 符合項目

- 1.呼吸器病人營養品質：每月有營養師定期訪視；每兩週有定期評估病人體重及營養狀況，含營養診斷、營養介入、評估與監測；每三個月有檢測病人白蛋白及基本電解質狀況(原2.4.23-符合1)
- 2.呼吸器病人治療計畫妥適：病人每兩週有2.呼吸器病人治療計畫妥適：病人每兩週有進行呼吸器脫離之再評估，提供適當之復健訓練，對末期病人可提供適當之安寧照護(原2.4.23-符合2)



可2.4.23慢性呼吸照護病房(RCW)之醫療 照護品質適當(2/4)



■ 評量項目

● 優良項目(下述項目 **僅限一項** 未達成)

- 1.呼吸器病人營養品質：每兩週有定期評估病人體重及營養狀況，並能提供適當之營養補充及追蹤調整後成效。依據病人評估狀況照會營養師提供專業之飲食調整(原2.4.23-優良1)
- 2.呼吸器病人治療計畫妥適(包含呼吸器脫離訓練)，呈現呼吸器脫離訓練成效(原2.4.23-優良2)
- 3.評估病情穩定無法脫離呼吸器病人，下轉居家照護具有成效(原2.4.23-優良3)



可2.4.23慢性呼吸照護病房(RCW)之醫療 照護品質適當(3/4)



■ 評量項目

- 優良項目(下述項目 **僅限一項** 未達成)

4.對拒絕氣切病人及家屬有進行積極之溝通及衛教說明(原2.4.23-優良4)

5.對末期病人及其家屬提供完整之安寧照護服務(原2.4.23-優良5)

- 註

未登記設有慢性呼吸照護病房(RCW)，可自選本條免評



可2.4.23慢性呼吸照護病房(RCW)之醫療 照護品質適當(4/4)



■ 評量項目

- 評量方法及建議佐證資料
 1. 營養師定期訪視紀錄(符合/優良)
 2. 呼吸器脫離評估紀錄(符合/優良)
 3. 拒絕氣切病人衛教紀錄(優良)
 4. 下轉居家照護紀錄(優良)
 5. 安寧照護服務紀錄(優良)



可2.4.24亞急性呼吸照護病房(RCC)應由適當醫療照護團隊提供呼吸照護服務(1/4)



■ 評量項目

● 符合項目

- 1.每24床有接受胸腔醫學訓練之內科專科醫師1名負責診療業務(原2.4.24-符合1)
- 2.24小時均有受過高級心臟復甦術訓練，並具二年以上執業經驗之醫師值班(原2.4.24-符合2)
- 3.每床應有1.5名護理人員且60%以上具2年以上臨床護理經驗(原2.4.24-符合4)
- 4.個案管理師可由呼吸治療師、護理師或社工師兼任，且訂有個案管理之作業流程與規範(原2.4.24-符合5)



可2.4.24亞急性呼吸照護病房(RCC)應由適當醫療照護團隊提供呼吸照護服務(2/4)



■ 評量項目

● 優良項目(下述項目**須全部**達成)

- 1.每16床有接受胸腔醫學訓練之內科專責專科醫師1名，提供品質優良之呼吸照護(原2.4.24-優良1)
- 2.**呼吸治療師或護理師擔任，且有完善之個案管理紀錄，並定期會議檢討全院呼吸照護品質(原2.4.24-優良3)

● 註

- 1.每16床有接受胸腔醫學訓練之內科專責專科醫師1名，提供品質優良之呼吸照護(原2.4.24-優良1)
- 2.**人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定



可2.4.24亞急性呼吸照護病房(RCC)應由適當醫療照護團隊提供呼吸照護服務(3/4)



■ 評量項目

- 評量方法及建議佐證資料

1. 本病床各職類人事資料、班表(符合/優良)

2. ACLS證照(符合)

3. 個案管理紀錄(優良)

4. 會議紀錄(優良)

5. 個案管理作業流程及規範(符合/優良)



可2.4.24亞急性呼吸照護病房(RCC)應由適當醫療照護團隊提供呼吸照護服務(4/4)



■ 106年評鑑委員共識

- 1.符合項目2所提「具二年以上執業經驗之醫師」，係指須取得醫師執照，具有兩年以上執業經驗之醫師即可(可包含PGY年資)
- 2.優良項目1所提「專責醫師」，不規範其於單位內執行業務時間，惟須符合評量項目所規定之作業事項



可2.4.25亞急性呼吸照護病房(RCC)應建立呼吸 照護服務設施設備管理機制，確實執行(1/3)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 呼吸器 數量(含備機) 適當，且都具有容積型及壓力型的呼吸模式(原2.4.25-符合1修)
2. 每床皆 具備血壓、心跳與血氧濃度之生理監視器(原2.4.25-符合2修)
3. 呼吸照護設施設備有定期維修保養紀錄(原2.4.25-符合3)



可2.4.25亞急性呼吸照護病房(RCC)應建立呼吸 照護服務設施設備管理機制，確實執行(2/3)



■ 評量項目

- 優良項目(下述項目(不含試評項目)須全部達成)

- 1.呼吸照護設備之保養實施分級管理，成效良好(原2.4.25-優良3)
- 2.為因應設施設備發生重大事故，有建立備援計畫或機制，並有演練紀錄(試)

- 註

- 1.未登記設有亞急性呼吸照護病房(RCC)，可自選本條免評
- 2.病床數係以登記開放數計
- 3.優良項目2列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算



可2.4.25亞急性呼吸照護病房(RCC)應建立呼吸 照護服務設施設備管理機制，確實執行(3/3)



■ 評量項目

- 評量方法及建議佐證資料

- 1.呼吸器及監視設備功能型號清單(符合)
- 2.設施設備保養紀錄(符合/優良)

- 3.備援計畫及演練紀錄(優良)



可2.4.26亞急性呼吸照護病房(RCC)之醫療照護品質適當(1/4)



■ 評量項目

● 符合項目

- 1.呼吸器病人營養品質：每兩週有營養師定期訪視；評估病人體重及營養狀況，含營養診斷、營養介入、評估與監測並檢測病人白蛋白及基本電解質狀況(原2.4.26-符合1)
- 2.脫離呼吸器評估計畫及確實執行脫離計畫適當：有訂定單位內呼吸器脫離指引，規範呼吸器脫離訓練流程，且單位內醫師、呼吸治療師、護理師皆能熟悉了解病人之呼吸器脫離方式並能確實執行(原2.4.26-優良1)
- 3.定期檢討院內呼吸器脫離率：呼吸器脫離率平均 $\geq 40\%$ (原2.4.26-符合3)



可2.4.26亞急性呼吸照護病房(RCC)之醫療照護品質適當(2/4)



■ 評量項目

● 符合項目

4.病情穩定病人能適時即早下轉，降低醫療資源耗損；平均RCC住院日數 ≤ 35 日(原2.4.26-符合4)

● 優良項目(下述項目(不含試評項目)僅限一項未達成)

1.定期檢討院內呼吸器脫離率：呼吸器脫離率平均 $\geq 50\%$ ，且有定期會議檢討單位呼吸器脫離率(原2.4.26-優良2)

2.對於可能需要氣切病人及家屬，有運用醫病共享決策(SDM)模式積極之溝通及衛教說明(原2.4.26-優良3修)

3.對於可能需要長期依賴呼吸器病人及家屬，有提供安寧緩和醫療的諮詢服務，必要時召開家庭會議(試)



可2.4.26亞急性呼吸照護病房(RCC)之醫療照護品質適當(3/4)



■ 評量項目

- 優良項目(下述項目(不含試評項目)僅限一項未達成)

4.有專責人員提供病人相關資源，並協助下轉至後續照護機構。平均RCC住院日數 ≤ 28 日(原2.4.26-優良4修)

- 註

1.未登記設有亞急性呼吸照護病房(RCC)，可自選本條免評

2.呼吸器脫離成功率之計算方式可參考醫院評鑑持續性監測指標之「HA09-04亞急性呼吸照護病房呼吸器脫離成功率」

3.優良項目3列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算



可2.4.26亞急性呼吸照護病房(RCC)之醫療照護品質適當(4/4)



■ 評量項目

- 評量方法及建議佐證資料
 1. 營養師定期訪視紀錄(符合)
 2. 呼吸器脫離評估紀錄(優良)
 3. 拒絕氣切病人衛教紀錄(優良)
 4. 轉介紀錄(符合/優良)



2.4.27 適當之牙科人力配置，且設有牙科專科或各專業學會認定之診療科(1/6)



■ 評量項目

● 符合項目

- 1.至少應有6名牙醫師，其中至少50%為專任醫師且至少2名具負責醫師資格(原2.4.28-符合2修)
- 2.設有診療科3科以上，且各診療科應有該科訓練2年以上之專任牙醫師1名(含)以上，其中需包含「牙醫專科醫師分科及甄審辦法」，所訂之口腔顎面外科(原2.4.28-優良1修)
- 3.每3台牙科治療台至少應有1名經相關訓練之牙科輔助人員(原2.4.28-符合3修)



2.4.27 適當之牙科人力配置，且設有牙科專科或各專業學會認定之診療科(2/6)



■ 評量項目

● 優良項目(下述項目 **僅限一項** 未達成)

1. 設有診療科 **5** 科以上，且各診療科應有該科訓練2年以上之專任牙醫師 **1名** (含) 以上。**其中需包含「牙醫專科醫師分科及甄審辦法」所訂之口腔顎面外科**(原2.4.28-優良1修)
2. 每 **2** 台牙科治療台應有牙科輔助人員 **1名** 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(原2.4.28-優良2修)
3. 牙科治療台數20台(含)以上者，應設有牙體技術室，並有牙體技術師 **1名** (含) 以上(原2.4.28-優良3)



2.4.27 適當之牙科人力配置，且設有牙科專科或各專業學會認定之診療科(3/6)



■ 評量項目

● 註

1. 診療科係指：(1)全科(一般)牙科、(2)家庭牙醫科、(3)牙體復形科、(4)牙髓病科、(5)牙周病科、(6)補綴(膺復)牙科、(7)兒童牙科、(8)齒顎矯正科、(9)口腔顎面外科、(10)口腔病理科/口腔診斷、(11)身心障礙者牙科
2. 牙科專科係指衛生福利部107年10月5日公告修訂牙醫專科醫師分科及甄審辦法第6條，牙醫師之專科分科如下：(1)口腔顎面外科、(2)口腔病理科、(3)齒顎矯正科、(4)牙周病科、(5)兒童牙科、(6)牙髓病科、(7)膺復補綴牙科、(8)牙體復形科、(9)家庭牙醫科、(10)特殊需求者口腔醫學科、(11)其他經中央主管機關認定之牙醫專科



2.4.27 適當之牙科人力配置，且設有牙科專科或各專業學會認定之診療科(4/6)



■ 評量項目

● 註

3. 符合項目1所提「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
4. 「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



2.4.27 適當之牙科人力配置，且設有牙科專科或各專業學會認定之診療科(5/6)



■ 評量項目

● 註

5. 「各診療科應有該科訓練2年以上之專任牙醫師1名(含)以上」，係指牙醫師應於該診療科有2年以上之訓練或服務，醫院能提出證明即可
6. 優良項目3所提「牙體技術室」，依據醫療機構設置標準，應具下列設施：
 - (1) 有明顯區隔之獨立作業場所
 - (2) 明顯劃分成品區，並設有清洗設備、污物處理設備、吸塵設備及金屬、石膏研磨機
 - (3) 有通風設備、防塵及採光照明設備
 - (4) 其他足以執行牙體技術業務之設備及保存執行業務紀錄之設施



2.4.27 適當之牙科人力配置，且設有牙科專科或各專業學會認定之診療科(6/6)



■ 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(符合/優良)



2.4.28 牙醫部門應有完備之設施、設備、儀器，並確實執行保養管理及清潔管理(1/4)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 至少應設有牙科治療台6台以上，且牙科治療台附近設有濕洗手設備(原2.4.29-符合1修)
2. 設有治療區、候診區、掛號(報到)櫃檯、器械整備區；診療區內應有適宜之空間區隔(原2.4.29-符合2)
3. 依診療科別備有適當且足夠並符合感染控制要求之醫療設備(原2.4.29-符合3修)
4. 儀器設備應有清潔、感染控制、檢查、保養及維修，且有紀錄可查(原2.4.29-符合4修)



2.4.28 牙醫部門應有完備之設施、設備、儀器， 並確實執行保養管理及清潔管理(2/4)



■ 評量項目

● 符合項目

5. 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 且符合資訊安全要求，包含照射人員資格及操作規範、設備之定期安全檢測、牙科病人照射應注意事項等(原2.4.29-符合5修)

● 優良項目(下述項目 僅限一項 未達成)

1. 病歷、影像及醫材管理制度完備，能有效提供醫療照護業務之需要，且有紀錄可查 且符合資訊安全要求(原2.4.29-優良1修)



2.4.28 牙醫部門應有完備之設施、設備、儀器，並確實執行保養管理及清潔管理(3/4)



■ 評量項目

- 優良項目(下述項目**僅限一項**未達成)

2.建立合適與有效的備援機制及處理流程，以利因應突發狀況(原2.4.29-優良3)

3.完成影像數位化系統，並定期檢討系統之缺失、維修與資訊安全措施，且有完備紀錄可查(原2.4.29-優良4)

- 註

符合項目5所提「照射人員資格」係指取得(1)放射性物質可發生游離輻射設備操作執照、(2)輻安證書、(3) 18小時輻射防護訓練結業證書等其一證書之牙醫師、放射師及實習牙醫學生；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



2.4.28牙醫部門應有完備之設施、設備、儀器， 並確實執行保養管理及清潔管理(4/4)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

- 1.觀察診療環境的空間與規劃(符合)
- 2.檢視相關設備與儀器及清潔、保養紀錄(符合)
- 3.查閱放射安全作業指引(符合)
- 4.查閱病歷及醫材管理紀錄(優良)
- 5.訪談主管備援機制及處理流程(優良)
- 6.檢視影像數位化系統定期檢討、維修紀錄(優良)

7.照射人員資格相關資料(優良)



2.4.29 牙醫部門具有完備之品質管理政策及病人安全措施(1/7)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 依照牙科照護特性，訂有適用的品質管理政策與程序（原2.4.31-符合1)
2. 應針對各牙科診療科之不同治療屬性，訂定病人安全作業指引，以保障病人安全及治療品質(原2.4.31-符合2)
3. 在「防止意外吞入之安全作業指引」，載明防止意外吞入事件及其醫療處置之標準作業流程(原2.4.31-符合3)
4. 執行口腔手術前，醫師應詳盡說明，且由病人簽具同意書；並訂有病人辨識及部位確認機制(原2.4.31-符合4)



2.4.29 牙醫部門具有完備之品質管理政策及病人安全措施(2/7)



■ 評量項目

● 符合項目

5. 牙科治療區內備有足夠之氧氣及急救設備，其功能及供應正常，且人員能正確操作(原2.4.31-符合5)

● 優良項目(下述項目 **僅限一項** 未達成)

1. 訂有牙科品質監測機制，定期檢討、改善，成效良好(原2.4.31-優良1)

2. 針對牙科品質管理政策與程序以及病人安全作業指引，定期評估、檢討及修訂，並傳達給同仁周知且落實執行(原2.4.31-優良2)



2.4.29 牙醫部門具有完備之品質管理政策及病人安全措施(3/7)



■ 評量項目

- 優良項目(下述項目 **僅限一項** 未達成)

3. 在執行口腔手術前，應有「作業靜止期」(time-out)之程序，並紀錄完整(原2.4.31-優良3)

- 註

1. 符合項目1所提「訂有適用的品管政策與程序」，係指醫院針對目前牙科照護現況所需，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)牙科感染管制安全作業指引、(3)牙周病統合照護計畫、(4)牙科醫療機構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



2.4.29 牙醫部門具有完備之品質管理政策及病人安全措施(4/7)



■ 評量項目

● 註

2. 醫療法第64條第1項規定：「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。」
3. 符合項目4所提「執行口腔手術」，係包含：人工牙根植入術、單純齒切除術、複雜齒切除術，另，口腔顎面外科手術及牙周病手術亦須比照辦理



2.4.29 牙醫部門具有完備之品質管理政策 及病人安全措施(5/7)



■ 評量項目

● 註

4. 優良項目3所提「執行口腔手術」，應有「作業靜止期」(time-out)之程序，包括：
- (1) 先由操作者或助手相互核對病人身分(如病人姓名及出生年月日)
 - (2) 病人身分確認無誤後，核對病歷上記載之手術部位及術式、X光片上之部位
 - (3) 確認手術文件(如手術同意書、手術說明書或局部麻醉同意書等)簽署之完整性



2.4.29 牙醫部門具有完備之品質管理政策及病人安全措施(6/7)



■ 評量項目

● 註

(4) 確認手術器械之完備性

(5) 確認預防性抗生素施打之必要性；如需施打，則需確認完成施打之時間

(6) 上述步驟完成後，應由參與人員簽名，然後進行手術作業

● 評量方法及建議佐證資料

1. 檢視品管政策與程序(符合)

2. 查閱牙科病人安全作業指引(符合)



2.4.29 牙醫部門具有完備之品質管理政策及病人安全措施(7/7)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

3. 查閱防止意外吞入之標準作業流程(符合)

4. 急救設備的點班、檢測紀錄及操作示範(符合)

5. 病歷紀錄與口腔手術的同意書及紀錄(符合/優良)

6. 檢視品管政策、程序及病安作業指引修訂紀錄(優良)

7. 查閱品質監測之紀錄(優良)



2.4.30 設置特殊需求者牙科門診，並提供適切之服務(1/5)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 應設置獨立之特殊需求者牙科門診，每週達2診次以上，並設有特殊需求者服務窗口，有適當之人員，提供引導、溝通、協助就醫等服務(原2.4.32-符合1修)
2. 特殊需求者牙科門診應提供臨櫃、語音及網路掛號服務(原2.4.32-符合2修)
3. 特殊需求者牙科門診應有適合輪椅乘坐者使用之櫃台，及方便輪椅、推床進出之適當空間；櫃台及進出動線應有明顯之引導標示(原2.4.32-符合3修)



2.4.30 設置特殊需求者牙科門診，並提供適切之服務(2/5)



■ 評量項目

● 符合項目

4. 訂有特殊需求者牙科門診跨醫療科別之會診流程(原2.4.32-符合4修)

5. 對治療後的病人提供適當之衛教指導(原2.4.32-符合5)

● 優良項目(下述項目僅限一項未達成)

1. 具備特殊需求者牙科完整訓練資格之專任牙醫師至少1名或兼任牙醫師至少2名，且至少1人具有ALS證書資格(原2.4.32-優良1修)



2.4.30 設置特殊需求者牙科門診，並提供適切之服務(3/5)



■ 評量項目

● 優良項目(下述項目 **僅限一項** 未達成)

2. **特殊需求**者牙科門診得視照護需要，由科內各診療科依其專長提供醫療支援(原2.4.32-優良2修)
3. 醫院應設置鎮靜/全身麻醉室，可供**特殊需求**者進行鎮靜/全身麻醉下之牙科醫療，並由麻醉專科醫師提供全身麻醉服務(原2.4.32-優良3修)
4. 設有**特殊需求**者牙醫醫療轉診流程。(原2.4.32-優良4修)
5. 設有發展遲緩者牙醫醫療轉診流程，與院內小兒科、院內外聯合評估中心或發展遲緩療育單位有合作機制(原2.4.32-優良5)



2.4.30 設置特殊需求者牙科門診，並提供適切之服務(4/5)



■ 評量項目

● 註

1. 「獨立之特殊需求者牙科門診」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者使用，且負責特殊需求者牙科診次的牙醫師不得於同時段並掛診兩科
2. 「具備特殊需求者牙科完整訓練資格」係指牙醫師須接受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)



2.4.30 設置特殊需求者牙科門診，並提供適切之服務(5/5)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

1. 查閱牙科門診表(符合)
2. 觀察特殊需求者牙科門診環境、空間、動線與標示(符合)
3. 檢視跨醫療科別的會診流程與衛教指導單張(符合)
4. 檢視牙醫師訓練證明及ALS證書(優良)
5. 檢視鎮靜/全身麻醉室及麻醉執行的狀況(優良)
6. 檢視特殊需求者牙醫轉診流程(優良)
7. 檢視發展遲緩者牙醫醫療轉診流程與相關單位合作機制(優良)



可2.4.31適當之中醫人力配置及訓練(1/5)



■ 評量項目

● 符合項目

1.至少具有2個診療科(試)

2.中醫師：(原2.4.33-符合1修)

(1)經2年以上訓練之專任中醫師4人(含)以上

(2)若有設置中醫病床則每10床應有中醫師1名以上

3.中藥調劑人員：濃縮中藥調劑作業，每月處方箋總數平均每日60張，應有1名以上藥事人員(原2.4.33-符合2修)

4.護理人員：每診療室應有1名以上(原2.4.33-符合3)



可2.4.31適當之中醫人力配置及訓練(2/5)



■ 評量項目

● 優良項目(下述項目**僅限一項**未達成)

1. 中醫師**須**符合：(原2.4.33-優良1修)

(1) 具有4個診療科以上

(2) 有執行一年以上傷科專職業務之專任中醫師1**名**以上

2. 中藥調劑人員：(原2.4.33-優良2修)

(1) 人力需符合以下**4**項條件：(原2.4.33-優良2修)

① 濃縮中藥調劑作業，每月處方箋總數平均每日50張，應有1名以上**藥師**

② 飲片中藥調劑作業，每月處方箋總數平均每日20張，應有1名**藥師**





■ 評量項目

● 優良項目(下述項目**僅限一項**未達成)

③ 有中醫會診或住院作業，濃縮中藥每月處方箋總數平均每日30張，飲片煎劑每月處方箋總數平均每日10張，應有1名藥師

④ 藥品管理及藥物諮詢，至少需1名藥師

(2) 需有飲片中藥調劑人員

3. 中醫護理人員至少應有75%以上完成中醫基本護理訓練(七科九學分)合格認證(原2.4.33-優良3修)

4. 訂有在職進修辦法，能有計畫派員參與院外教育訓練活動，成果顯著(原2.4.33-優良4)



可2.4.31適當之中醫人力配置及訓練(4/5)



■ 評量項目

● 註

1. 中醫部門未達4名中醫師者，本條免評
2. 專任中醫師係指執業登記於本院之醫師，且開診數多於其他醫療機構之支援業務
3. 診療科別指內科、外科、眼科、兒科、婦科、傷科、針灸科、痔科
4. 中藥調劑人員包括中醫師、修習中藥課程達適當標準之藥師及藥事法第一百零三條第一項所定人員等三類
5. 中醫護理人員完成七科九學分人數比例=中醫護理部門完成七科九學分護理人員人數÷中醫護理部門護理人員總人數×100%





■ 評量項目

● 註

6.符合項目1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. 中醫師、中藥調劑人員及護理人員人力配置(符合/優良)
2. 中藥調劑人員修習中藥課程及護理人員修習中醫基本護理訓練(七科九學分)合格認證證明(符合/優良)
3. 在職進修辦法及成效(優良)



可2.4.32應由適當中醫醫療團隊提供中醫及跨團隊醫療照護(1/3)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 明訂中西醫會診治療模式，建置適當會診流程等相關規定(原2.4.34-符合1)
2. 明訂中醫轉診治療模式，建置適當轉診流程等相關規定(原2.4.34-符合2)

● 優良項目(下述項目(不含試評項目)須全部達成)

1. 落實會診(轉診)流程等相關規定，且會診(轉診)結果具時效性及持續性(原2.4.34-優良1)
2. 建置適當中西醫共同照護流程等相關規定並予落實，且結果具時效性及持續性(原2.4.34-優良2修)



可2.4.32應由適當中醫醫療團隊提供中醫及跨團隊醫療照護(2/3)



■ 評量項目

- 優良項目(下述項目(不含試評項目)須全部達成)

3.中西醫跨領域團隊照護合作良好，有具體成效(試)

- 註

1.中醫部門未達4名中醫師者，本條免評

2.會診係指西醫與中醫間會診治療模式；轉診係指中醫與中醫跨科之轉診治療模式

3.優良項目3列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算



可2.4.32應由適當中醫醫療團隊提供中醫及跨團隊醫療照護(3/3)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

1. 中西醫會診流程及規範(符合)
2. 中醫轉診流程及規範(符合)
3. 中西醫共同照護流程(符合/優良)
4. 病歷紀錄(符合/優良)

5. 中西醫跨領域團隊照護具體成效之事證(優良)



可2.4.33中醫部門應有完備之設施、設備、儀器，
並確實執行保養管理及清潔管理(1/3)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 應有獨立診療室及候診場所，並有適當維護隱私之設施
(原2.4.35-符合1)
2. 儀器、設備適當、足夠，並有清潔、檢查、保養、校正及
維修管理，且有紀錄可查(原2.4.35-符合2修)
3. 訂有故障時之因應規範，如：故障排除步驟及夜間、假日
時故障的維修聯絡方式(試)



可**2.4.33**中醫部門應有完備之設施、設備、儀器，
並確實執行保養管理及清潔管理(2/3)



■ 評量項目

● 優良項目(下述項目**須全部**達成)

- 1.設備及機器運作良好，並針對設施、設備、儀器所致之病人安全事件進行檢討及改善(原2.4.35-優良1修)
- 2.針對環境**安全**及空氣清潔方面，有明確處理措施及辦法，以提供舒適之診療環境(原2.4.35-優良2修)

● 註

- 1.中醫部門未達4名中醫師者，本條免評
- 2.**中醫部門各種設備及機器，係如：針傷處置使用之電針機、遠紅外線機、薰洗機、雷射針灸機及中醫輔助診斷醫療儀器(脈診儀、舌診儀、聞診儀)等



可**2.4.33**中醫部門應有完備之設施、設備、儀器，
並確實執行保養管理及清潔管理(3/3)



■ 評量項目

● 註

3.符合項目3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.中醫部門各種設備及機器保養規範(符合)

2.故障時之因應規範(符合)

3.中醫部門病人安全事件檢討分析報告(優良)

4.診區環境空氣檢測報告(優良)



可2.4.34 中醫部門具有完備的病人安全措施(1/4)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 依「中醫醫療院所安全作業參考指引」擬訂單位的照護安全作業規範，供人員查詢、執行(原2.4.36-符合1)
2. 對於針刺及特殊療法事件之預防及處置訂有作業流程及規範(原2.4.36-符合2)
3. 對異常事件 有進行通報，並有進行原因分析及檢討(原2.4.36-優良3修)
4. 治療區內備有足夠之氧氣及急救設備，其功能及供應正常，且人員能正確操作(原2.4.36-符合3)



可2.4.34中醫部門具有完備的病人安全措施(2/4)



■ 評量項目

- 優良項目(下述項目(不含試評項目)須全部達成)
 1. 上述作業規範步驟定期檢討修訂，並有代表參與全院醫品病安相關會議(原2.4.36-優良1修)
 2. 對於異常事件之發生有改善措施且落實執行，成效良好(原2.4.36-優良2修)
 3. 對中醫常見之醫療不良事件，有具體有效之防範措施，並落實執行(試)



可2.4.34中醫部門具有完備的病人安全措施(3/4)



■ 評量項目

● 註

1. 中醫部門未達4名中醫師者，本條免評
2. 中醫醫療不良事件係指遺針、斷針、針刺後血腫、氣胸等情形
3. 「特殊療法」係指穴位埋線、皮內針、小針刀及放血等處置
4. 優良項目3列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算



可2.4.34中醫部門具有完備的病人安全措施(4/4)

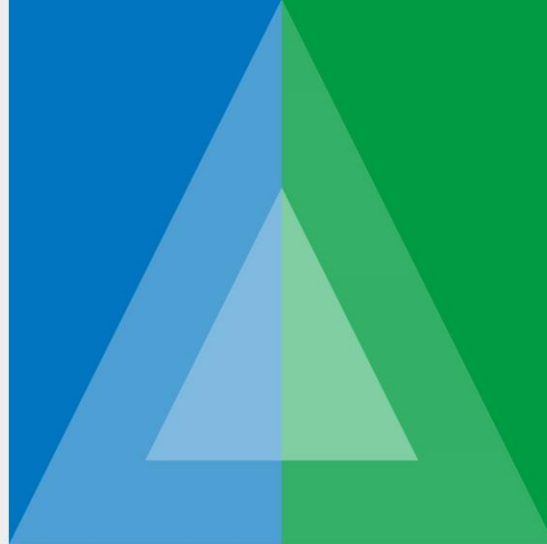


■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

1. 中醫安全作業參考指引(符合)
2. 中醫醫療異常事件(不良事件)通報紀錄(符合)
- 3. 急救設備的點班、檢測紀錄及操作示範(符合)**
- 4. 中醫醫療異常事件(不良事件)檢討會議紀錄(優良)**
- 5. 防範不良事件的具體事證(優良)**





實地評鑑重點提醒



- 每一章節開始的「重點說明」，是了解評鑑條文的精神所在，建議要研讀。(如附圖範例)

第 2 篇、醫療照護 第 2.3 章 醫療照護之執行與評估

【重點說明】

醫療機構最重要的目的是為提供病人所希望且最適切的醫療照護，這需要醫療機構內各領域的員工有良好的協調及溝通。在執行醫療照護計畫時，宜以實證醫學為基礎，檢討醫療照護之適當性，動態評估病人對照護計畫的反應，並視需要隨時修正計畫。醫院對於病人所提供之照護為整體醫療照護的一個環節，完成階段性醫療照護後，應考慮病人之病情安排持續性照護服務。如此不僅能有效的使用醫療資源，並能提供病人所需之照護且改善病人之健康狀態。

本章規範之目的有下列幾項：

1. 明定醫療照護團隊人員權責，並有良好的團隊運作以提供病人醫療照護。
2. 醫療照護團隊成員應將病人評估及醫療照護計畫，詳細記載於病歷中，並確實傳遞病人照護相關資訊。
3. 以實證醫學為基礎研訂作業常規，以利醫囑之執行。
4. 依病情之需要，適切照會相關之醫療照護團隊，各種領域間有良好的協調及溝通，以達高水準之醫療照護。
5. 病人轉出至其他單位時，應提供醫療照護摘要，以達持續性照護之目的。
6. 應依病人需要協助轉診，轉診之安排應考量病人安全，注意轉診過程中必要的醫療照護安排。病人轉出或出院至其他單位時，應提供醫療照護摘要，以達持續性照護目標。
7. 醫療照護團隊應提供病人出院準備及後續照護計畫，包含出院病人用藥指導、營養指導、復健指導、回診預約與出院摘要等資訊，醫院亦應與後續照護服務之單位建立連繫及合作關係，確保病人獲得適切之後續照護。
8. 醫院應適當提供居家照護服務，透過機制掌握服務執行情形，在病例檢討會評估、檢討及改善居家照護服務模式或內容。
9. 住院病人之照護應朝向整合醫學照護制度發展。

- 熟悉自己醫院相關政策，落實說寫作一致。
- 2頁版內容不要都是文字，能用圖表呈現，盡量穿插在自評表間，讓版面豐富化。



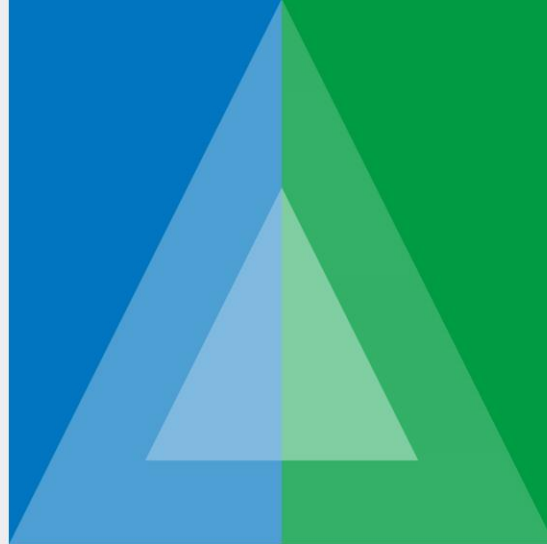
- 2.4章特殊照護服務所列的單位，要清楚自己單位評鑑的條文，當委員到單位時，可以清楚陳述。
- 病房單位主管要知道到訪單位的委員，是負責A組或B組的查核。
- 儀器設備的保養作業，如果已經資訊化，當天實際操作時，確保功能穩定。

問題回答技巧



- 針對委員的問題重點回答，有時只要回答『是』或『不是』，例如：
 - 請問貴院『一般會診』的時效是多久？
 - 請問貴院是否針對『會診』時效進行監測與改善？
 - 貴院什麼情形下可以使用『口頭醫囑』？
 - 貴院『口頭醫囑的作業流程』是什麼？





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@

