

醫院評鑑及教學醫院評鑑 試評作業說明會

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

北區/南區：

宋維村顧問/天主教若瑟醫療財團法人若瑟醫院

醫院評鑑基準條文分類統計表

章		條數	可免 評文 條數	符合/ 不符 條文 之數	必要 條文 之數	重點 條文 之數
2.1	病人及家屬權責	6	1	1	0	0
2.3	醫療照護之執行與 評估	21	5	5	0	1
2.4	特殊照護服務	36	26	1	0	0
合計		63	32	7	0	1

各章節研修重點(1/5)

第2.1章 病人及家屬權責

1. 原本章中「建立全院性病人安全制度」之條文，其意涵偏向於病人安全範疇，故與第2.2章提及「應有委員會或組織等協調、訂定及推動全院品管及病人安全計畫，確實執行並定期檢討改善」相關條文整併。
2. 整合屬於醫療法執行病人知情同意作業之相關範疇。
3. 整合病人隱私(包含身體、檢體及個人資料等)之範疇相關醫療作業之規範。
4. 整併有關精神科職能收益管理與從事之勞務作業應符合治療目的之相關條文。

各章節研修重點(2/5)

第2.3章醫療照護之執行與評估

1. 整併有關病人轉出單位與醫療照護團隊交接班範疇條文。
2. 護理時數合理條文，待本年度三班護病比試評條文修正。
3. 原基準「2.3.6因應病人病情，提供適當的照護及持續觀察、評估病人病情，適時修正照護之提供」與「2.3.8護理過程執行完整」均為涉及提供病人護理照護之內容，故予以整併。
4. 為強化各院所早期療育品質，且重視其服務，納入醫院評鑑。

各章節研修重點(3/5)

第2.3章醫療照護之執行與評估

1. 原基準2.3.18及2.5.12之急救車相關條文，同屬突發危急病人處理之範疇，故予以整合。
2. 整合「轉診(介)」及「與後續照護單位建立聯繫及合作關係」條文。
3. 將出院病人相關指導及提供門診追蹤資訊，納入病人出院照護計畫條文。
4. 原第2.9章「出院準備及持續性照護服務」之7項基準，整併後移至本章，以完整呈現病人照護過程。
5. 納入安寧療護條文，提供適切的醫療照護或持續性安寧療護服務。

各章節研修重點(4/5)

第2.4章 特殊照護服務

1. 將急診暴力因應(如：警衛值班)之相關內容納入本章條文。
2. 相關醫療團隊於符合項目人力標準均等同設置標準。
3. 原基準「2.4.19建置安全的透析照護服務環境」與「2.4.20透析照護服務之感染管制作業」均為涉及透析照護服務之範疇，故予以整併。
4. 納入牙科及中醫評鑑條文，相關條文之檢討(如：牙科治療台及中醫人力)，將視試評結果檢討。

各章節研修重點(5/5)

第2.4章 特殊照護服務

1. 納入台灣安寧緩和醫學學會、台灣安寧緩和護理學會建議之「應有良好的安寧緩和醫療團隊溝通合作、成員支持與跨專業團隊整合性照護計畫」所規範之評量項目，將整併至基準「2.3.17適當執行居家照護服務，並有評估、檢討，以利品質提升」、基準「2.3.18有適當安寧緩和醫療團隊提供安寧照護服務」、基準「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」。

2.1.1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(1/3)

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，並納入住院須知，以利向病人或家屬說明。
2. 員工瞭解病人的權利內容，並在工作中落實尊重。(新增)
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。
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。

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(2/3)

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。
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。
3. 能列舉出經研討後應用到醫療照護的實例。
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。(原評量項目2.1.3—註)

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(3/3)

建議佐證資料：

1. 醫院病人權利政策或規範。(符合)
2. 醫院住院須知。(符合)
3. 員工教育訓練活動紀錄。(符合)
4. 政策、規範落實度的稽核紀錄及改善實例。(優良)
5. 修訂病人權利政策或規範的歷史紀錄。(優良)
6. 討論會紀錄與應用實例。(優良)
7. 曾因倫理相關事項之裁罰紀錄。(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(1/5)

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(2/5)

符合項目：

2. 說明時應注意下列事項：

- 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) 依身心障礙者的需求，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。

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(3/5)

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。
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。
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。)

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(4/5)

優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

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

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(5/5)

建議佐證資料：

1. 侵入性檢查或治療之說明者與簽具同意書者的流程或規範。(符合)
2. 侵入性檢查或治療之作業規範、書面說明書與同意書。(符合)
3. 輔助說明的相關教具。(符合)
4. 病歷紀錄。(優良)
5. 修訂規範及步驟的歷史紀錄。(優良)
6. 特色具成效的作為實例。(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(1/3)

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。
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。
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。
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。

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(2/3)

優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

1. 醫療照護團隊能依規範落實執行，並協助病人獲得充分瞭解。
2. 有查核機制，並有紀錄及檢討。
3. 發展病人或家屬參與醫療照護過程及決策的方式，有具體成效。(新增)

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(3/3)

建議佐證資料：

1. 病歷紀錄。(符合)
2. 工作人員的教育紀錄。(符合)
3. 病人或家屬的訪談結果。(優良)
4. 查核機制及結果。(優良)
5. 具特色、成效的作為實例。(優良)

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(1/3)

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。
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2.1.8-B2修)
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。

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(2/3)

優良項目：(下述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，以維護病人醫療自主權利。
2. 能依病人或家屬生命末期醫療的意願，並遵循院內規範或標準作業程序，落實執行並有紀錄。
3. 對病人或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。(新增)

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(3/3)

建議佐證資料：

1. 宣導的事證。(符合)
2. 相關人員參加教育訓練的紀錄。(符合)
3. 工作人員正確讀取IC卡註記資料。(符合)
4. 相關規範或標準作業程序及執行紀錄。(優良)
5. 諮詢服務紀錄。(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(1/3)

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。
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。
3. 於診間呼喚病人時，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，儘量不呈現全名為原則。若為教學醫院其教學門診應有明顯標示，對實(見)習學生在旁學習，應事先充分告知病人。

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(2/3)

符合項目：

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。
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。
6. 病人檢體(尿液、糞便等)之採集和運送，有考量病人之隱私。

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(3/3)

建議佐證資料：

1. 實地檢視診間、檢查室與病房環境的隱私維護作為。(符合)
2. 探病及陪病之規範。(符合)
3. 徵詢公開標示病人姓名的作業機制。(符合)
4. 實地檢視檢體之採集和運送過程。(符合)

可2.1.6精神病人從事之勞務作業應符合治療目的，且應明確訂定精神科病人職能收益管理方針，並作適當的執行管理(1/3)

符合項目：

1. 依個別復健治療目的安排病人從事勞務作業，有完整的醫囑轉介、經詳細告知復健治療計畫、目的、工作內容與報酬後，簽署同意書。
2. 對於復健治療計畫有疑義或不滿時有申訴管道。
3. 訂定復健收益(基金)管理辦法，以管理病人職能(產業)治療收益，應專款專用。
4. 成立管理委員會或小組，定期開會，紀錄完整，且有從事勞務作業之病友或家屬團體代表參加。(原2.1.13-C2、B1併)

可2.1.6精神病人從事之勞務作業應符合治療目的，且應明確訂定精神科病人職能收益管理方針，並作適當的執行管理(2/3)

符合項目：

5. 復健收益(基金)之收入扣除必要直接成本後，至少八成以上費用發給病人作為工作獎勵，餘則用於提升該等病人復健助益之活動，備有收支帳目、領據簽單、月報表及年報表。

優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

1. 定期研討職能(產業)治療之成效，並適當修正。
2. 各項勞務作業之安排、流程有檢討改善。
3. 定期監測檢討基金管理辦法及使用用途，並依需要修訂。

[註]

未設有精神慢性一般病房及精神科日間照護單位者，可自選本條免評。

可2.1.6精神病人從事之勞務作業應符合治療目的，且應明確訂定精神科病人職能收益管理方針，並作適當的執行管理(3/3)

建議佐證資料：

1. 復健治療同意書。(符合)
2. 病友申訴管道。(符合)
3. 復健收益(基金)管理辦法及修訂的歷史紀錄。(符合/優良)
4. 復健收益收支帳目、領據簽單、月報表及年報表。(符合)
5. 管理委員會(小組)會議紀錄。(符合)
6. 病人職能治療的紀錄。(優良)
7. 勞務作業的檢討改善實例。(優良)

合2.3.1住院病人應由主治醫師負責照護，並讓病人知悉

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。
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. 明訂與醫療照護團隊之聯絡方式，及無法聯絡上時的因應方法。

建議佐證資料：

1. 醫師職務說明書。(符合)
2. 醫師職務代理人名單。(符合)
3. 通訊錄。(符合)
4. 醫師值班表。(符合)

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)

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。
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。
3. 病程紀錄能適當的反應病況變化。(原2.3.2-B1)

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)

優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

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。
2. 有定期的診療摘要紀錄或交班摘要。
3. 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。
4. 病歷紀錄品質有檢討改善，並有具體成效。

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)

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. 病歷管理委員會會議資料。(優良)

合2.3.3每日應有醫師迴診並適當回應病人之病情陳述，紀錄詳實(1/2)

符合項目：

1. 每日均有醫師迴診。
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。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。
3. 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，詳實記錄。

合2.3.3每日應有醫師迴診並適當回應病人之病情陳述，紀錄詳實(2/2)

建議佐證資料：

1. 醫師值班表。(符合)
2. 醫師職務代理人名單及通訊錄。(符合)
3. 紙本或電子病歷。(符合)
4. 電子病歷歷史修改紀錄。(符合)

合2.3.4醫療照護團隊人員應了解病人問題，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(1/2)

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人問題所在，且能交班清楚，使接班醫療照護團隊人員亦能瞭解病人問題。
3. 訂有轉換單位之作業流程，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人照護。

合2.3.4醫療照護團隊人員應了解病人問題，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(2/2)

建議佐證資料：

1. 交接班作業流程。(符合)
2. 單位內交班單/護理交班單。(符合)
3. 單位間轉床作業流程。(符合)
4. 轉病房通知單。(符合)
5. 單位間轉床交班單/護理交班單。(符合)

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(1/2)

符合項目：

1. 能依病人狀況，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：(下述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。
2. 護理過程完整，有評估、計畫、措施及評值，且紀錄完整。
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。(新增)

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(2/2)

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)

重2.3.6護理時數合理(1/3)

符合項目：

1. 護理人力安排：

- 1) 申請地區醫院評鑑者：白班每位護理人員照顧病人數 ≤ 11 人(不含護理長)。
- 2) 申請區域醫院評鑑者：白班每位護理人員照顧病人數 ≤ 10 人(不含護理長)。
- 3) 申請醫學中心評鑑者：白班每位護理人員照顧病人數(不含護理長)：
 - ① 復健科、眼科、耳鼻喉科、皮膚科等病房之白班每位護理人員照顧病人數 ≤ 9 人。
 - ② 神經外科、一般外科、一般內科、兒科、婦產科、神經內科、泌尿科、心臟外科、腦中風(CVA)、安寧病房、血液腫瘤等病房之白班每位護理人員照顧病人數 ≤ 8 人。

2. 依病房特性及病人需求安排適合的護理照護時數。

重2.3.6護理時數合理(2/3)

優良項目：**(下述項目須完全達成)**

1. 護理人力安排：

- 1) 申請地區醫院評鑑者：護理人力安排達符合項1-(1)之1.10倍。
- 2) 申請區域醫院評鑑者：護理人力安排達符合項1-(2)之1.10倍。
- 3) 申請醫學中心評鑑者：護理人力安排達符合項1-(3)，且心臟外科、腦中風(CVA)、安寧病房、血液腫瘤等病房之白班每位護理人員照顧病人數 ≤ 7 人(不含護理長)。

2. 依護理人員能力及病房特性安排適合的護理照護時數且運用適當。

重2.3.6護理時數合理(3/3)

建議佐證資料：

1. 護理單位排班表。(符合)
2. 護理科各病房佔床率。(符合)
3. 護理時數統計表。(符合)
4. 護理人員相關證照及受訓紀錄。(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(1/3)

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，以維護病人安全。
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。

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)

符合項目：

4. 醫囑應適時重整及更新，執行前應向病人解說並取得同意。
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。已實施或部分實施電子病歷之醫院應有電子簽章。

優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

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，由主治醫師簽名或蓋章(已實施或部分實施電子病歷之醫院則以電子簽章方式為之)以示負責。
2. 對於容易發生錯誤之醫囑，應訂有預防措施。

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)

優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

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。

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)
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)

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。(新增)

優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

1. 會診具時效性。
2. 會診結果能適切解決病人的問題。(新增)
3. 會診結果及品質有檢討機制並據以改善。
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，並鼓勵病人或家屬參與決策過程。(新增)

2.3.8依病情之需要，適切照會相關之醫療照護團隊 (2/2)

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)

可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(1/3)

符合項目：

1. 訂有復健科復健治療作業規範。(新增)
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、心理治療或職前鑑定人員，並向病人說明。
3. 應依計畫類別提供適當輔具，並統計復健計畫實施狀況，掌握病人人數等資訊。

可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(2/3)

優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

1. 復健團隊應對病人施行功能評估(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，具體呈現病人復健進展。
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。
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。
4. 對早期療育服務能訂定評估及治療計畫，並組成相關團隊人員提供團隊照護。

可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(3/3)

【註】

未提供復健相關服務且未設有復健相關人員者，可自選本條免評。

建議佐證資料：

1. 復健治療作業規範。(符合)
2. 住院復健治療會診流程。(符合)
3. 復健治療會診單及紀錄單。(符合)
4. 復健病患排程表及業務統計。(符合)
5. 疾病別復健治療評估及輔具評估表單。(符合/優良)
6. 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)

2.3.10 對病人提供身體、心理、社會及靈性的照護及支持措施(1/2)

符合項目：

1. 對於自我照顧困難之病人能得到基本的身體護理(如：無異味等)。
2. 對病人提供適當的心理、社會及靈性的支持措施。
3. 醫院內有癌末、臨終的病人，應評估對此等病人之心理及靈性支持措施，並尊重病人自主決定。

優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

1. 照護人員能指導或協助家屬對自我照顧困難之病人執行基本的身體護理，且能顧及病人的舒適及尊嚴。
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。
3. 能對病人家屬提供心理、社會及靈性的支持措施。(新增)

2.3.10 對病人提供身體、心理、社會及靈性的照護及支持措施(2/2)

建議佐證資料：

1. 病人照顧相關作業規範(含護理、心理、社工、志工或照服員等)。(符合)
2. 護理紀錄。(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訂有行動限制(隔離、約束)之作業常規並執行適當(1/3)

符合項目：

1. 應訂定實施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，再次向病人或家屬解說清楚，並有紀錄。
3. 醫療照護團隊應依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。

2.3.11訂有行動限制(隔離、約束)之作業常規並執行適當(2/3)

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，使其感受獲得尊重，且有詳實完整之紀錄。
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。
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。

2.3.11訂有行動限制(隔離、約束)之作業常規並執行適當(3/3)

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)

2.3.12 評估病人營養狀態，適切給予營養及飲食指導 (1/2)

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：(下述項目僅限一項未達成)

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。
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)。

2.3.12 評估病人營養狀態，適切給予營養及飲食指導 (2/2)

優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

3. 對於提供之營養服務應有評估機制及統計。
4. 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。

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)

合2.3.13提供病人適當之衛教資料與指導

符合項目：

1. 醫療照護團隊依病人需要提供衛教單張及資料。
2. 視病人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。

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)

2.3.14明訂院內突發危急病人急救措施，且應落實執行(1/2)

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。
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。
(原2.3.18-B2)

2.3.14明訂院內突發危急病人急救措施，且應落實執行(2/2)

優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

1. 醫療團隊之急救處理正確熟練。
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。
3. 藥師定期檢查及更新急救車藥品並有紀錄。

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)
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)

2.3.15 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)

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：(下述項目僅限一項未達成)

1. 對轉診(介)病人應適當追蹤其病況或回覆紀錄。
2. 針對轉診(介)之時效、適當性，有定期進行統計分析。
3. 對轉診(介)之異常或特殊狀況，有進行分析、檢討與改善。

2.3.15 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)

優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

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。
5. 有提供原轉診醫師瞭解病人相關病況之機制。

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)

2.3.16 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(1/3)

符合項目：

1. 醫院應明訂出院照護計畫流程，並依病人需求，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人。
3. 依病人需求，協助提供社區相關資源或轉介服務。
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。

2.3.16 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(2/3)

優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

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。
2. 定期召開跨領域團隊個案討論會，檢討特殊需求病人之出院照護計畫，並有紀錄。(新增)
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。
4. 設有病人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。

2.3.16 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(3/3)

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。(優良)
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2.3.17適當執行居家照護服務，並有評估、檢討，以利品質提升(1/3)

符合項目：

1. 有接受長期照護相關訓練之專責護理人員，執行居家護理業務。(原2.9.6-C1、B1併)
2. 機構訂有各項居家照護服務作業標準、步驟。
3. 對個案訂有合適的照護計畫，紀錄完整。
4. 能提供居家照護服務量的統計分析資料。
5. 依個案需求，協助提供社區相關資源或轉介服務，並有紀錄。(新增)

可2.3.17適當執行居家照護服務，並有評估、檢討，以利品質提升(2/3)

優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

1. 針對各項居家照護服務作業標準、步驟，有定期檢討修訂，並有紀錄。
2. 每月召開1次跨領域團隊個案討論會，參加對象應包括：醫師、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。
3. 訂有品管指標並定期監測、檢討與改善，並有紀錄。
(新增)
4. 能提出持續品質促進的成果。

[註]

未向健保署申報居家照護給付醫院可自選本條免評。

可2.3.17適當執行居家照護服務，並有評估、檢討，以利品質提升(3/3)

建議佐證資料：

1. 長期照護相關訓練證書或證明。(符合)
2. 居家照護服務作業標準與步驟及修訂歷史紀錄。(符合/優良)
3. 個案照護計畫紀錄。(符合/優良)
4. 服務量統計分析資料。(符合)
5. 跨領域團隊個案討論會議紀錄。(優良)
6. 品管資料。(優良)
7. 持續品質促進的實例。(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 [新增](1/5)

符合項目：

1-a.安寧病房：

- 1) 應有受過安寧緩和醫學訓練之專責主治醫師1人負責安寧緩和醫療團隊相關業務。
- 2) 每床應有護理人員1人以上。

1-b.安寧居家療護：

- 1) 應有專責主治醫師1名以上。
- 2) 應有專任護理師至少1人，且每月每45訪視人次應有專任安寧居家療護護理師1人以上。
- 3) 應提供安寧療護護理專業人員24小時電話諮詢服務。
- 4) 有專責之醫護主管負責管理相關事務，並訂有居家訪視醫療人員的安全保障措施。

可2.3.18有適當安寧緩和醫療團隊提供安寧照護服務 [新增](2/5)

符合項目：

1-c.安寧共同照護：

- 1) 應有專責主治醫師1名以上。
- 2) 應有專責護理師至少1人，且每月每30新收案人數應有專任安寧共同照護護理師1人以上。
2. 應有1名專責社工人員。
3. 安寧居家療護及安寧共同照護護理師需具備至少2年之內外科(或安寧病房)相關臨床經驗。
4. 上述人員均需受過安寧療護教育訓練80小時以上。
5. 安寧緩和醫療團隊組織架構明確，定期召開跨專業團隊會議，整合團隊共識，並擬定跨專業的處置計畫。
(新增)

可2.3.18有適當安寧緩和醫療團隊提供安寧照護服務 [新增](3/5)

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：

- 1) 50%以上護理人員具1年以上臨床安寧療護護理經驗。
(原安寧病房A1)
- 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。(原安寧病房B4)

1-b.安寧居家療護：

- 1) 專任安寧居家護理師休假時，有明確職務代理制度提供出勤服務。(原安寧居家B1)
- 2) 假日或夜間必要時能提供安寧居家療護服務。(原安寧居家A1)

可2.3.18有適當安寧緩和醫療團隊提供安寧照護服務 [新增](4/5)

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-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師1人以上。

2. 安寧緩和醫療團隊之醫師、護理人員及社工人員每3年應接受安寧相關繼續教育訓練至少60小時並有紀錄。
3. 有專責心理師、志工或靈性關懷人員提供服務，且需受過安寧療護教育訓練並有紀錄。
4. 有為各專業新進醫療團隊人員設計完整標準作業手冊、自學教材(書面或視聽)、輔導計畫及輔導機制。

可2.3.18有適當安寧緩和醫療團隊提供安寧照護服務 [新增](5/5)

[註]

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。

建議佐證資料：

1. 安寧療護工作手冊。(符合)
2. 安寧療護小組組織圖。(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[新增](1/3)

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。
2. 有恆溫控制及方便搬運病人進出之臥浴浴缸(如：洗澡機)，每週並有使用紀錄。(原安寧試評A3)
3. 有明確制訂各項儀器設備維護相關管理保養制度，並確實執行。
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。

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[新增](2/3)

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區域注重人性化環境之營造，例如：於日常活動空間設置有可供病人會客的處所與餐桌椅、設置供家屬準備膳食的場所。
2. 能提供音樂治療、藝術治療、芳香治療或志工工作室等任一種以上服務設施。
3. 具特色創新服務，具有成效。(新增)

[註]

未登記設有安寧病房(床)者，可自選本條免評。

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[新增](3/3)

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[新增](1/5)

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。
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。
3. 病人/家屬之照護過程：
 - 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。

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[新增](2/5)

符合項目：

- 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[新增](3/5)

優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

1. 至少每3個月召開一次行政會議，有完整會議紀錄及工作追蹤。
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，病歷有定期審閱機制並定期檢討。
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。
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。(新增)

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[新增](4/5)

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系統計畫，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。

[註]

未登記設有安寧病房(床)或未向健保署申報安寧居家療護、安寧共同照護給付者，可自選本條全部或部分免評。

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[新增](5/5)

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. 安寧療護病歷寫作規範。(符合)
6. 病歷或電子病歷。(符合/優良)
7. 家屬支持團體活動紀錄。(優良)
8. 安寧照護相關會議紀錄。(優良)

合2.3.21訂定病人臨終前、後之處理流程

符合項目：

1. 明訂病人臨終前、後之處理規範，應尊重臨終病人意願，並提供家屬協助，包含善終(死亡)準備及遺體護理等。
2. 相關醫療照護團隊人員應接受哀傷輔導的教育訓練。
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。

建議佐證資料：

1. 病人臨終前、後之處理規範或死亡作業規範。(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、社工或往生室人員哀傷輔導紀錄。(符合)

2.4.1適當之急診人力配置及訓練(1/2)

符合項目：

1. 專任專科醫師數佔所需專科醫師數的30%(所需專科醫師數=全年總急診病人次／5,000人)，且每天24小時應有1名專科醫師或資深住院醫師值班。
2. 診療室每日每12人次應有護理人員1人。
3. 急診醫護人員皆具有BLS訓練且合格，且50%以上急診醫護人員具有ACLS等之證書。

優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

1. 每天24小時應有1名專科醫師值班。
2. 每天24小時婦產、眼、耳鼻喉科應有1名專科醫師或資深住院醫師待班。

2.4.1 適當之急診人力配置及訓練(2/2)

優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

3. 75%以上急診醫護人員具有ACLS等之證書。
4. 專任專科醫師數佔所需專科醫師數的70%，且有30%為急診醫學科專科醫師。

建議佐證資料：

1. 急診專任主治醫師清冊。(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. 急診主治醫師、住院醫師、護理師ACLS證明。(符合/優良)

2.4.2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(1/3)

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。
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-C2、B1併)
3. 明訂保養、檢查的排程，並有紀錄。
4. 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 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(2/3)

優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

1. 急救室、兒科診察留觀區與急診處內其他作業單位有明確區隔。
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。
3. 訂有改善方案，且改善成效良好。

2.4.2 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(3/3)

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)
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)

2.4.3 依醫院的角色任務，提供急救病人處置能力(1/3)

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。
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。
3. 設有精神科住院病房(不含日間照護)之醫院，同時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：
 - 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(2/3)

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。
5. 轉出時應提供轉診病歷摘要。

優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

1. 需急救病人訂有緊急處置流程，及定期檢討評估機制。
2. 可完成檢查及報告、住院、手術等相關緊急處置作業。
3. 對特殊病人訂有處理流程，並提供社工諮商和轉介服務。
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。
5. 定期檢討評估，訂有改善方案，且改善成效良好。

2.4.3依醫院的角色任務，提供急救病人處置能力(3/3)

建議佐證資料：

1. 急診病人就醫準則與流程。
2. 急診精神科病人醫療作業處理準則與流程。
3. 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。
4. 急診病人轉診或轉出作業流程或規範。
5. 病人轉送之評估紀錄。
6. 急診委員會或全院性急診品質審查會議相關會議紀錄。
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)
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)

2.4.4建置適當的急診診療科支援機制(1/2)

符合項目：

1. 應依醫院之角色任務，建置適當的診療科支援機制。
2. 急診得視醫療業務需要提供適當專科支援，如有會診個案，75%以上可於1小時內支援。

優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

1. 急診能提供內、外、婦、兒及其他次專科的服務，如有會診個案，75%以上可於30分鐘內支援。
2. 支援機制：(以下達成其中一項以上即可)
 - 1) 重大外傷(ISS>16)之會診個案，75%以上可於10分鐘內支援。
 - 2) 急性缺血性腦中風個案，0.5%以上給予血栓溶解治療。

2.4.4建置適當的急診診療科支援機制(2/2)

優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

3) 急性ST上升心肌梗塞個案，75%以上可於90分鐘內執行氣球擴張術(door to balloon<90min)。

3. 定期檢討評估，訂有改善方案，成效良好。(新增)

建議佐證資料：

1. 急診服務科別清單。(符合)
2. 急診支援(含會診)規範。(符合)
3. 急診支援(含會診)個案統計表及時效分析等。(符合/優良)
4. 相關委員會或管理會議紀錄及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)

2.4.5 具備完善的急診醫事人員與警衛輪班制度(1/2)

符合項目：

1. 應有適當醫事人員輪班或支援制度。
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。(新增)

優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

1. 急診醫事人員：
 - 1) 有藥師、醫事檢驗師、醫事放射師(士)等醫事人員值班。
 - 2) 若設立有精神科住院病房(不含日間照護)之醫院，則應能提供24小時急診精神醫療服務。
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。

2.4.5 具備完善的急診醫事人員與警衛輪班制度(2/2)

建議佐證資料：

1. 醫事人員輪班或支援制度。(符合)
2. 警衛或保全人員值班表。(符合)
3. 醫事人員值班表。(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. 急診暴力、急診危機或病安管理的規章與實例呈現。
(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(1/3)

符合項目：

1. 設有急診委員會或相關組織，確保急診管理與品質促進。
2. 訂有急診醫療品質相關指標，包含：
 - 1) 病人滯留急診24及48小時以上之比率。
 - 2) 72小時內回診病人比率。
 - 3) 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。

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(2/3)

優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

1. 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。
2. 對急診病人醫療處理之適當性有做檢討與分析。
3. 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。

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(3/3)

建議佐證資料：

1. 急診委員會或相關組織設置辦法。(符合)
2. 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. 急診品質審查會議紀錄。(優良)
4. 急診相關病例討論會議紀錄或實例呈現。(優良)
5. 急診品質改善活動佐證資料，如：品管圈、教案教學、得獎紀錄等。(優良)

2.4.7適當之加護病房組織及人力配置(1/3)

符合項目：

醫師人力：

1. 全院加護病房病床數與專責主治醫師比應為10：1。
2. 配置負責加護病房業務之主治醫師及值班醫師。
3. 應有加護病房主任，負責行政相關業務。
4. 有會診治療的合作機制。

護理人力：

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(2/3)

優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

1. 有專責主治醫師，且有重症加護相關證書或接受相關訓練。
2. 專責住院醫師須具備高級心臟救命術(ACLS)證書。
3. 假日及夜間需有醫師值班(不含PGY醫師)。
4. 護理人力為各該申請類別對應符合項目要求之1.05倍。
5. 每15床應有專責呼吸治療師1名，24小時均有呼吸治療師服務。

2.4.7適當之加護病房組織及人力配置(3/3)

建議佐證資料：

1. 加護病房醫師人力配置及值班表。(符合)
2. 相關管理或委員會會議紀錄。(符合)
3. 加護病房會診規範。(符合)
4. 加護病房護理人力配置及值班表。(符合)
5. 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)
6. 加護病房專責住院醫師高級心臟救命術(ACLS)證書。(優良)
7. 社工師評估加護病房病人相關資料。(優良)
8. 加護病房專責呼吸治療師排班表。(優良)
9. 危機或病安管理的規章與實例呈現。(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(1/2)

符合項目：

1. 病床間隔適當，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. 每床均有洗手設備(含乾洗手)。
6. 每2床，均有1個濕洗手設備。

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(2/2)

優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

1. 每床應有獨立空間。
2. 設有隔離室。
3. 每床放置乾洗手液。
4. 具有Portable X-ray、超音波、血液透析的設備。

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)

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。(原2.4.9-B5)
4. 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。(原2.4.9-B2)
5. 呼吸器的使用有治療參數與後續照顧之紀錄。

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)

優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

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

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)

優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

2. 具備呼吸治療品質監測計畫。
3. 醫療例行作業：
 - 1) 主治醫師至少每日查房2次。
 - 2) 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。
4. 醫療檢討與改善：
 - 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。

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)

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及相關紀錄。(符合)
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病人適當性統計資料。(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)

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。
2. 加護病房工作2年以上且領有加護訓練證書及ACLS證書，佔加護病房護理人員數之比例 $\geq 40\%$ 。

優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

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

2.4.10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)

建議佐證資料：

1. 加護病房護理人員重症照護相關訓練證書。(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適當之精神照護人力配置(1/6)

符合項目：

1. 精神醫療人力：

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：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。)
- 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：急性治療床每30床應有1名、慢性治療床或日間病房每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：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。)

2.4.11適當之精神照護人力配置(2/6)

符合項目：

1. 精神醫療人力：

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：每35床應有1名，其中職能治療師比例應達1/2。
- 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：急性治療床每30床應有1名、慢性治療床或日間病房每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：每50床應有1名。

2.4.11適當之精神照護人力配置(3/6)

符合項目：

1. 精神醫療人力：

1) 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：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。
- 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：急性治療床每30床應有1名、日間病房每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：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。

2.4.11適當之精神照護人力配置(4/6)

符合項目：

2. 應配置合適之專業人員以配合病人病狀實施照護。
3. 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。

2.4.11適當之精神照護人力配置(5/6)

優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

1. 精神醫療人力：

- 1) 申請地區醫院評鑑者，精神醫療人力達符合項1-(1)之1.10倍以上(含)。
- 2) 申請區域醫院評鑑者，精神醫療人力達符合項1-(2)之1.10倍以上(含)。
- 3) 申請醫學中心評鑑者，精神醫療人力達符合項1-(3)之1.10倍以上(含)。

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。
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。

2.4.11適當之精神照護人力配置(6/6)

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)

可2.4.12精神科日間照護業務應提供以病人為中心之治療模式(1/2)

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。
2. 訂有入出院標準及流程。
3. 日間照護環境有注重病人安全相關措施(如防自殺、防跌等)。(新增)

優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

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

可2.4.12精神科日間照護業務應提供以病人為中心之治療模式(2/2)

【註】

未有精神科日間照護業務者，可自選本條免評。

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)

可2.4.13精神科能提供特殊病例治療業務(1/2)

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. 提供酒藥癮或自殺防治等特殊治療業務。

優良項目：(下述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。
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。
3. 定期業務檢討改善，改善成效良好。(新增)

【註】

未有精神科(門診、住院、日間照護)業務者，可自選本條免評。

可2.4.13精神科能提供特殊病例治療業務(2/2)

建議佐證資料：

1. 家暴(含兒少保護)或性侵害被害人之心身治療服務方案內容，及服務統計資料。(符合)
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)

可2.4.14依病人需求提供適宜的精神科職能治療服務 (1/3)

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。
2. 提供合適的職能治療活動及服務時數和公佈活動時間表並確實執行。
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。

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。
2. 提供社區復健、職業復健和有預防慢性化之措施。
3. 有評估及改善上項措施成效之機制，成效良好。

可2.4.14依病人需求提供適宜的精神科職能治療服務 (2/3)

【註】

未有精神科住院及精神科日間照護業務者，可自選本條免評。

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，及完成評估開始執行治療之期限之資料(分急慢性病房統計其全距、平均值、標準差)。(優良)

可2.4.14依病人需求提供適宜的精神科職能治療服務 (3/3)

建議佐證資料：

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)

可2.4.15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)

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。
2. 提供個別、夫妻、家族治療或團體治療服務。
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。
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。
5. 社工作業應備有接案評估、處遇過程及結案紀錄。

可2.4.15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)

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。
2. 針對服務檢討改善，改善成效良好。
3. 有創新服務措施，著有成效。

【註】

未有精神科住院及精神科日間照護業務者，可自選本條免評。

可2.4.15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)

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. 實際查證時可抽查至少10本各類社工服務紀錄。(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)

可2.4.16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)

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。
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。
3. 心理衡鑑與心理治療服務種類各有四種以上。
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。
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。

可2.4.16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)

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。
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。
3. 有創新服務措施，著有成效。(新增)

【註】

未有精神科住院及精神科日間照護業務者，可自選本條免評。

可2.4.16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)

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. 實際查證時可抽查至少10本各類臨床心理服務報告／紀錄。(符合/優良)
3. 業務追蹤檢討紀錄。(優良)
4. 創新服務之具體服務內容及成效分析。(優良)

可2.4.17由適當醫療照護團隊提供透析照護服務(1/3)

符合項目：

1. 每15張血液透析治療床應有專科醫師1人以上，且其中應有1/2以上接受腎臟醫學訓練。
2. 每位血液透析護理人員照顧4位血液透析病人。每位腹膜透析護理人員最多照顧35位腹膜透析病人。
3. 每位血液透析護理人員應完成至少16小時血液透析基礎訓練課程及24小時進階訓練課程。照顧腹膜透析護理人員應接受腹膜透析訓練課程。

可2.4.17由適當醫療照護團隊提供透析照護服務(2/3)

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人以上，且全部接受過腎臟醫學訓練。
2. 血液透析護理人力達符合項目第2點之1.10倍。
3. 前項符合條文中之護理人員，50%(含)以上具備臨床透析護理工作三年以上經驗。
4. 每位血液透析護理人員照顧3位血液透析病人，且每位腹膜透析護理人員最多照顧30位腹膜透析病人。(新增)

可2.4.17由適當醫療照護團隊提供透析照護服務(3/3)

[註]

符合下列全部條件者，可自選本條免評：

- 1) 未登記設有血液透析床及腹膜透析床。
- 2) 未提供透析照護服務(腹膜透析或血液透析)

建議佐證資料：

1. 透析人員(醫師、護理師)基本資料。(符合)
2. 透析人員(醫師、護理師)繼續教育紀錄。(符合)
3. 透析床數、服務量。(優良)
4. 危機或病安管理的規章與實例呈現。(優良)

合可2.4.18建立透析照護服務設施、設備、儀器管理機制，確實執行(1/3)

符合項目：

1. 制訂有明確的各項儀器設備維護相關規章管理制度並確實執行，且符合規定。
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。
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。

合可2.4.18建立透析照護服務設施、設備、儀器管理機制，確實執行(2/3)

符合項目：

4. 單位有人員負責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。
5. 至少每2個月檢測一次水中殘餘物質檢查包括硬度、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。

[註]

符合下列全部條件者，可自選本條免評：

- 1) 未登記設有血液透析床及腹膜透析床。
- 2) 未提供透析照護服務(腹膜透析或血液透析)。

合可2.4.18建立透析照護服務設施、設備、儀器管理機制，確實執行(3/3)

建議佐證資料：

1. 各項儀器設備維護管理相關規章辦法。(符合)
2. 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)
3. 各項儀器設備檢查、保養及維修紀錄。(符合)
4. 各項儀器設備相關說明書及操作手冊。(符合)
5. 水質檢測相關紀錄。(符合)
6. 緊急供電系統設備檢測之相關文件及紀錄。(符合)
7. 污水排放處理處理流程及相關維護、保養紀錄。(符合)
8. 廢棄物分類之文件及安全裝置。(符合)

可2.4.19建置安全的透析照護服務環境(1/5)

符合項目：

1. 透析室之所有員工有B、C型肝炎之檢查紀錄。
2. 透析室每30張透析床至少有一個腳踏式或感應式洗手設備且每張透析床都有乾洗手設備。透析室或每一樓層有緊急沖洗設備。
3. 每月至少一次監測透析用水之菌落數，必須少於200cfu/ml。每季至少一次所有機台的透析液菌落數，必須少於200cfu/ml。
4. B及C型肝炎透析病人有機器隔離或床位隔區，且兩班之間機器有徹底消毒，以及每日最後一班結束後之消毒。

可2.4.19建置安全的透析照護服務環境(2/5)

符合項目：

5. 門診透析病人均定期監測，並有建立肝炎監測，異常者有追蹤處置。
6. 門診透析病人一年內B肝及C肝轉陽性率：血液透析 $\leq 5\%$ ，腹膜透析 $\leq 3\%$ 。
7. 重複使用透析器之醫院必須符合下列所有標準：
 - 1) 透析器之消毒設備(手動或自動)必須維持系統功能之完整性。
 - 2) 透析器之消毒設備須有操作規範及緊急應變處理規範。

可2.4.19建置安全的透析照護服務環境(3/5)

符合項目：

- 3) 透析器之消毒場所必須明顯標示區分危害物品，設立物質安全資料表供查詢。
- 4) 透析器消毒作業場所設置明顯的警告標誌和緊急沖洗設施。有適當的保護裝備，如：防護衣、護目鏡、防護罩、耐酸鹼手套。有良好的污水排水系統及適當的排風量(每小時換氣至少12次以上)。合適的滅菌劑儲存設備。
- 5) 透析器之消毒須有消毒液殘餘量檢測資料備查。
- 6) 透析器之效用需測total cell volume且有紀錄備查。

可2.4.19建置安全的透析照護服務環境(4/5)

優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

1. 對未感染員工有B、C型肝炎之定期追蹤檢查紀錄。
2. 透析室每15張透析床至少有一個腳踏式或感應式洗手設備。
3. 訂有透析用水之菌落數監測計畫，對每次培養菌落數之結果有標準處理流程。
4. 各項紀錄完整，定期檢討改進。

【註】

符合下列全部條件者，可自選本條免評：

- 1) 未登記設有血液透析床及腹膜透析床。
- 2) 未提供透析照護服務(腹膜透析或血液透析)。

可2.4.19建置安全的透析照護服務環境(5/5)

建議佐證資料：

1. 透析室醫護人員B、C肝炎檢查紀錄。(符合)
2. 透析用水之監測紀錄。(符合)
3. 門診透析病人肝炎相關監測紀錄。(符合)
4. 重複使用透析器之消毒設備操作規範及緊急應變處理規範。(符合)
5. 透析室物質安全資料表。(符合)
6. 重複使用透析器之消毒液殘餘量檢測資料。(符合)
7. total cell volume檢測紀錄。(符合)

可2.4.20透析照護服務之醫療照護品質適當(1/3)

符合項目：

對90%以上門診透析病人有監測下列指標：

1. 90%以上血液透析病人每次 $Kt/V \geq 1.2$ ，65%以上腹膜透析病人每週 $Kt/V \geq 1.7$ 。(原2.4.21-C1)
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2.4.21-C2)
3. 85%以上透析病人 $Hct \geq 26\%$ 。(原2.4.21-C3)
4. 55歲以下病人移植登錄率 $\geq 5\%$ 。(原2.4.21-C4)
5. 有進行腹膜透析推廣。

優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

1. 95%以上血液透析病人每次 $Kt/V \geq 1.2$ ，70%以上腹膜透析病人每週 $Kt/V \geq 1.7$ 。

可2.4.20透析照護服務之醫療照護品質適當(2/3)

優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

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。
3. 90%以上透析病人Hct $\geq$ 26%。
4. 55歲以下病人移植登錄率 $\geq$ 10%。
5. 腹膜透析比血液透析病人數 $\geq$ 15%。
6. 對品質指標未達標準之病人訂有改善方案。

[註]

符合下列全部條件者，可自選本條免評：

- 1) 未登記設有血液透析床及腹膜透析床。
- 2) 未提供透析照護服務(腹膜透析或血液透析)。

可2.4.20透析照護服務之醫療照護品質適當(3/3)

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)
4. 透析病人移植登錄資料。(符合)
5. 每月血液透析與腹膜透析病人數。(符合)
6. 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)

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(1/3)

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。
2. 有內科住院醫師或內科專科醫師負責夜間及假日值班。
3. 每30床應有呼吸治療師至少1名。
4. 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。
5. 個案管理師可由呼吸治療師、護理師、或社工師兼任。

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(2/3)

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。
2. 每20床應有專任呼吸治療師1名，且全天24小時均有呼吸治療師提供服務。
3. 人床比 $\geq 1:3$ 且50%以上護理人員有2年以上臨床護理經驗。
4. 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。

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(3/3)

【註】

符合以下全部條件者，可自選本條免評：

- 1) 未登記設有慢性呼吸照護病房(RCW)。
- 2) 於急性病房未收治使用呼吸器超過63天之病人；或於急性病房有收治使用呼吸器超過21天(63天以下)之病人。

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)
3. 會議紀錄。(優良)

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)

符合項目：

1. 具下列功能呼吸器比例適當($\geq 10\%$)：
 - 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。
3. 呼吸照護設施設備有定期維修保養紀錄。(新增)

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)

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($\geq 50\%$)：
 - 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。
3. 呼吸照護設備之保養實施分級管理，成效良好。(新增)

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)

【註】

符合以下全部條件者，可自選本條免評：

- 1) 未登記設有慢性呼吸照護病房(RCW)。
- 2) 於急性病房未收治使用呼吸器超過63天之病人；或於急性病房有收治使用呼吸器超過21天(63天以下)之病人。

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(1/3)

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。
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。

可2.4.23慢性呼吸照護病房(RCW)之醫療照護品質適當(2/3)

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。
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。
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。
4. 對拒絕氣切病人及家屬有進行積極之溝通及衛教說明。
5. 對末期病人及其家屬提供完整之安寧照護服務。

可2.4.23慢性呼吸照護病房(RCW)之醫療照護品質適當(3/3)

【註】

符合以下全部條件者，可自選本條免評：

- 1) 未登記設有慢性呼吸照護病房(RCW)。
- 2) 於急性病房未收治使用呼吸器超過63天之病人；或於急性病房有收治使用呼吸器超過21天(63天以下)之病人。

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(1/3)

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。
2. 24小時均有受過高階心肺復甦術訓練，並具二年以上執業經驗之醫師值班。(新增,設標)
3. 每10 床有專任呼吸治療師1 名，全天24小時均有呼吸治療師在院提供服務。
4. 每床應有1.5人且60%以上護理人員有2年以上臨床護理經驗。
5. 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。

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(2/3)

優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

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。
2. 呼吸治療師1/2有2年以上臨床經驗。
3. 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。

【註】

符合以下全部條件者，可自選本條免評：

- 1) 未登記設有亞急性呼吸照護病房(RCC)。
- 2) 於急性病房未收治使用呼吸器超過21天(含)以上之病人。

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(3/3)

建議佐證資料：

1. 本病床各職類人事資料、班表。(符合/優良)
2. 個案管理紀錄。(優良)
3. 會議紀錄。(優良)

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(1/2)

符合項目：

1. 具下列功能呼吸器比例適當($\geq 40\%$)：
 - 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1/2。
3. 呼吸照護設施設備有定期維修保養紀錄。(新增)

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($\geq 70\%$)：
 - 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。

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(2/2)

優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

2. 備血壓、心跳或血氧濃度之生理監視器數量 $\geq$ 床數2/3。
3. 呼吸照護設備之保養實施分級管理，成效良好。(新增)

[註]

符合以下全部條件者，可自選本條免評：

- 1) 未登記設有亞急性呼吸照護病房(RCC)。
- 2) 於急性病房未收治使用呼吸器超過21天(含)以上之病人。

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2.4.26亞急性呼吸照護病房(RCC)之醫療照護品質適當(1/4)

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、評估與監測並檢測病人白蛋白及基本電解質狀況。
2. 脫離呼吸器評估計畫及確實執行脫離計畫獲適當：能適當評估病人並為其進行呼吸器脫離訓練。
3. 定期檢討院內呼吸器脫離率：呼吸器脫離率平均 $\geq 40\%$ 。
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。

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)

優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

1. 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。
2. 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。
3. 氣切比率合理(扣除死亡及拔管成功病例)，對拒絕氣切病人及家屬，單位有提供氣切相關衛教資料；有進行積極之溝通及衛教說明。

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)

優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

4. 病情穩定病人能適時即早下轉，降低醫療資源耗損；有專責出院規劃人員提供病人相關社福資源，並協助解決家屬經濟及後續照護困難。平均RCC住院日數 ≤ 28 日。

【註】

符合以下全部條件者，可自選本條免評：

- 1) 未登記設有亞急性呼吸照護病房(RCC)。
- 2) 於急性病房未收治使用呼吸器超過21天(含)以上之病人。

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)

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. 下轉居家照護紀錄。(優良)

可2.4.27亞急性呼吸照護病房(RCC)之醫療照護品質適當(1/4)

符合項目：

1. 呼吸治療裝置(潮濕瓶、噴霧瓶、軟管之類)貯存時應保持乾燥，並包裝完整，保持密閉性及外層的清潔，避免被灰塵沾污。
2. 呼吸治療所使用之蒸餾水，一律採用無菌之蒸餾水。
3. 噴霧治療之使用以緩解支氣管痙攣及呼吸道分泌物過多之病人為主，高感染性呼吸道傳染病者(如SARS、TB、新型流感等)避免使用。
4. 使用氧氣治療之鼻導管(nasal cannula)或氣切及插管之接管採“單一病人使用後即丟棄”。
5. 每床病人應單獨使用一個甦醒袋(Ambu-bag)，以避免交互感染；如非單一病人使用之甦醒袋，每次使用後需完成高層次消毒程序，才能給他人再次使用。

可2.4.27亞急性呼吸照護病房(RCC)之醫療照護品質適當(2/4)

優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

1. 病人使用之呼吸器管路(ventilator circuit)與潮濕瓶(humidifier)應單一病人使用，呼吸器要裝置吐氣隔離系統，且適當規範清洗及消毒之空間及作業流程，若有髒污或功能失常時應立即進行更換。如非選用單次使用的拋棄式呼吸器管路與潮濕瓶，應每週定期更換1次，且在重複使用之前，至少經高層次(如巴斯德消毒法)消毒後，方可再使用；處理後之呼吸治療裝置，有定期抽檢及評估消毒的效果；如選用單次使用的拋棄式呼吸器管路與潮濕瓶，則遵守單一病人使用不回收，並訂有更換期限，氧氣治療用的噴霧瓶(large volume nebulizer)應單一病人使用並至少每週更換。

可2.4.27亞急性呼吸照護病房(RCC)之醫療照護品質適當(3/4)

優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

2. 呼吸器無法拆除的部份之終期消毒，以適當之消毒溶液擦拭、晾置，如500ppm的漂白水或呼吸器使用說明建議之消毒劑等。
3. 單位內需具有負壓隔離病室，有定期會議檢討單位內感管措施。

[註]

符合以下全部條件者，可自選本條免評：

- 1) 未登記設有慢性呼吸照護病房(RCW)及亞急性呼吸照護病房(RCC)。
- 2) 於急性病房未收治使用呼吸器超過21~63天之病人。
- 3) 於急性病房未收治使用呼吸器超過63天(含)以上之病人。

可2.4.27亞急性呼吸照護病房(RCC)之醫療照護品質適當(4/4)

建議佐證資料：

1. 呼吸器及管路消毒標準作業流程。(符合/優良)
2. RCC感管措施會議紀錄及改善成效。(優良)

可2.4.28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[新增](1/3)

符合項目：

1. 設有全科(一般)牙科或家庭牙醫科。
2. 牙醫師：
 - 1) 250床(含)以上之醫院，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。
 - 2) 未滿250床之醫院，至少應有2名牙醫師，其中至少1名為專任且具負責醫師資格。
3. 牙科輔助人員：需經相關訓練，每4台牙科治療台應有1人以上。

可2.4.28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[新增](2/3)

優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

1. 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人(含)以上，其中需包含「專科醫師分科及甄審辦法」所訂之口腔顎面外科，以及口腔病理科或齒顎矯正科其中之一。
2. 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。
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人(含)以上。

可2.4.28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[新增](3/3)

[註]

符合下列全部條件者，可自選本條免評：

- 1) 未設置牙科、口腔顎面外科、口腔病理科、齒顎矯正科。
- 2) 未提供牙科相關服務。

建議佐證資料：

牙科人力配置表及相關證書、證明。(符合)

可2.4.29牙科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[新增](1/4)

符合項目：

1. 應依醫院規模設置牙科治療台，且牙科治療台附近設有濕洗手設備：
 - 1) 250床(含)以上之醫院，應設有牙科治療台6台。
 - 2) 未滿250床之醫院，至少應設有牙科治療台2台。
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。
3. 針對所提供之診療科別具備適當且足夠之設備，如：全口X光機、牙根尖X光機、鹵素光機、超音波洗牙機及高、慢速磨牙機等相關設備。

可2.4.29牙科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[新增](2/4)

符合項目：

4. 儀器設備應有清潔、檢查、保養及維修，且有紀錄可查。
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，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。

優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

1. 病歷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。
2. 具備牙科顯微治療系統、測顱X光機、牙科斷層X光機及生理監測系統等相關設備。

可2.4.29牙科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[新增](3/4)

優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

3. 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。(新增)
4. 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。

[註]

符合下列全部條件者，可自選本條免評：

- 1) 未設置牙科、口腔顎面外科、口腔病理科、齒顎矯正科。
- 2) 未提供牙科相關服務。

可2.4.29牙科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[新增](4/4)

建議佐證資料：

1. 儀器設備清潔、保養紀錄。(符合)
2. 放射作業安全作業指引。(符合)
3. 病歷及醫材管理紀錄。(符合)
4. 備援機制及處理流程。(優良新增)
5. 影像數位化系統維修紀錄。(優良)

可2.4.30具備符合標準之牙科照護作業程序，並確實執行[新增](1/3)

符合項目：

1. 針對各牙科診療科之不同治療屬性，訂有牙科照護作業程序，提供牙科各項治療之標準流程，其內容完整且能確實執行。
2. 應與病人溝通、適當說明病情及處置、治療方式、治療前後須知、注意事項、替代方案、風險、預後等，並取得同意。
3. 病歷紀錄應完整、詳實，必要時畫圖表示。
4. 可對住院病人提供牙科照會服務。
5. 對治療後的病人提供適當之衛教指導。

可2.4.30具備符合標準之牙科照護作業程序，並確實執行[新增](2/3)

優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

1. 提供24小時牙科急診及會診服務。
2. 提供牙科病人住院照護服務。
3. 定期召開病例討論會，且有紀錄可查。
4. 能針對牙科照護作業程序，定期評估、檢討及修訂，並回饋到臨床作業。

[註]

符合下列全部條件者，可自選本條免評：

- 1) 未設置牙科、口腔顎面外科、口腔病理科、齒顎矯正科。
- 2) 未提供牙科相關服務。

可2.4.30具備符合標準之牙科照護作業程序，並確實執行[新增](3/3)

建議佐證資料：

1. 牙科照護作業程序及修訂歷史紀錄。(符合/優良)
2. 病歷紀錄。(符合)
3. 衛教指導。(符合)
4. 病例討論會紀錄。(優良)

可2.4.31牙科部門具有完備之品質管理政策及病人安全措施[新增](1/3)

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。
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。
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。
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。(新增)
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。

可2.4.31牙科部門具有完備之品質管理政策及病人安全措施[新增](2/3)

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。
(新增)
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。
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。

[註]

符合下列全部條件者，可自選本條免評：

- 1) 未設置牙科、口腔顎面外科、口腔病理科、齒顎矯正科。
- 2) 未提供牙科相關服務。

可2.4.31牙科部門具有完備之品質管理政策及病人安全措施[新增](3/3)

建議佐證資料：

1. 品管政策與程序。(符合)
2. 牙科病人安全作業指引。(符合)
3. 防止意外吞入之標準作業流程。(符合)
4. 病歷紀錄與口腔手術紀錄。(符合/優良)
5. 品質監測紀錄。(優良)
6. 品管政策、程序及病安作業指引修訂歷史紀錄。(優良)

可2.4.32設置身心障礙者牙科門診，並提供適切之服務[新增](1/3)

符合項目：

1. 應設置獨立之身心障礙者牙科門診，每週達2診次以上，並設有身心障礙服務窗口，有適當之人員，提供引導、溝通、協助就醫等服務。
2. 身心障礙者牙科門診應提供臨櫃、語音及網路掛號服務。
3. 身心障礙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。
4. 訂有身心障礙者牙科門診跨醫療科別之會診流程。
5. 對治療後的病人提供適當之衛教指導。

可2.4.32設置身心障礙者牙科門診，並提供適切之服務[新增](2/3)

優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

1. 具備身心障礙者牙科完整訓練資格之專任牙醫師至少1人或兼任牙醫師至少2人，且至少1人具有ACLS證書資格。
2. 身心障礙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。
3. 醫院應設置鎮靜/全身麻醉室，可供身心障礙者進行鎮靜/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。
4. 設有身心障礙者牙醫醫療轉診流程，與區域內牙醫醫療機構(含診所)有轉診之紀錄可查。

可2.4.32設置身心障礙者牙科門診，並提供適切之服務[新增](3/3)

優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

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之紀錄可查。

[註]

非轄屬縣市衛生局指定「開設身心障礙者牙科特別門診醫院」，且未開設身心障礙者牙科特別門診，可自選本條免評。

建議佐證資料：

1. 牙科門診表。(符合)
2. 身心障礙者牙醫轉診流程與轉診紀錄。(優良)
3. 發展遲緩者牙醫醫療轉診流程與相關單位合作紀錄。(優良)

可2.4.33適當之中醫人力配置及訓練[新增](1/4)

符合項目：

1. 中醫師：

- 1) 各診療科均應有經2年以上醫師訓練之專任中醫師1人以上。
- 2) 若有設置中醫病床則每十床應有中醫師1人以上。

2. 中藥調劑人員：應按中醫師數二分之一以上計算。(新增)

3. 護理人員至少應有50%完成中醫基本護理訓練(七科九學分)合格認證。

可2.4.33適當之中醫人力配置及訓練[新增](2/4)

優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

1. 中醫師，至少符合下列1項以上：
 - 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之專任中醫師1人以上。
2. 中藥調劑人員，至少符合下列2項以上：
 - 1) 藥品管理，至少需1名專責藥事人員。
 - 2) 藥物諮詢，至少需1名專責藥事人員。
 - 3) 藥材炮炙，至少需1名專責藥事人員。

可2.4.33適當之中醫人力配置及訓練[新增](3/4)

優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

3. 護理人員，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。
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。
5. 訂有學術論文發表獎勵辦法，能有鼓勵中醫師、中藥調劑人員、護理人員相關論文發表且成果優良。

[註]

未提供中醫相關服務者，可自選本條免評。

可2.4.33適當之中醫人力配置及訓練[新增](4/4)

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)
4. 學術論文發表獎勵辦法。(優良)
5. 中醫師、中藥調劑人員、護理人員相關論文發表數量。(優良)

可2.4.34應由適當中醫醫療團隊提供中醫及跨團隊醫療照護[新增](1/3)

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。
2. 明訂中醫轉診治療模式，建置適當轉診流程等相關規定。
3. 若有中醫住院病人應確認與主治醫師、會診醫師、住院醫師之聯絡方式，並確認萬一聯絡不上時之因應方法，且若「主治醫師」不在時，有明確規定代理制度表。(原B2,3併)

可2.4.34應由適當中醫醫療團隊提供中醫及跨團隊醫療照護[新增](2/3)

優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

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。
2. 針對住院病人，明訂住院診療計畫等政策之制訂及實行，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。
3. 主治醫師、住院醫師應每日迴診並有紀錄，會診醫師應於規定時間內迴診並有紀錄。

[註]

未提供中醫相關服務者，可自選本條免評。

可2.4.34應由適當中醫醫療團隊提供中醫及跨團隊醫療照護[新增](3/3)

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. 中醫住院診療計畫病歷記載，病程紀錄及會診紀錄。
(符合/優良)

可2.4.35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[新增](1/2)

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。(新增)
2. 儀器、設備適當、足夠，並有清潔、檢查、保養及維修管理，且有紀錄可查。

優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

1. 設備及機器運作良好，並有病人安全事件檢討分析及改善措施。有專責人員出席感染管制相關會議，且有紀錄可查。
2. 確實執行侵入性器械、儀器設備方面之滅菌、安全及清潔管理，並持續創新研發且呈現成果。
3. 針對環境及空氣清潔方面，有明確處理措施及辦法，以提供舒適之診療環境。

可2.4.35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[新增](2/2)

[註]

未提供中醫相關服務者，可自選本條免評。

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. 中醫部門衛材、器械消毒規範。(符合)
3. 中醫部門病人安全事件檢討分析報告。(符合/優良)

可2.4.36中醫部門具有完備的病人安全措施[新增](1/2)

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。
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。
3. 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。

優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

1. 上述作業規範步驟定期有會議檢討修訂。
2. 對於事件及錯誤再發生有預防措施，成效良好並能具體呈現。

可2.4.36中醫部門具有完備的病人安全措施[新增](2/2)

優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

3. 措施及對策之確實執行、鼓勵異常事件通報、對不良事件進行原因分析及檢討。
4. 上述對於病人安全相關的資訊應定期分析及檢討相關作業，並擬訂相關對策且有具體成效。

[註]

未提供中醫相關服務者，可自選本條免評。

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. 中醫醫療異常事件(不良事件)檢討會議紀錄。(優良)

感謝聆聽，敬請指教！