

104年06月24日修訂

106年02月17日修訂

107年05月03日修訂

108年07月05日修訂

109年05月01日修訂

# 醫院評鑑持續性監測指標 操作型定義手冊



衛生福利部

Ministry of Health and Welfare



財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

Joint Commission of Taiwan

# 目錄

目錄.....	I
醫院評鑑持續性監測指標說明.....	IV
醫院評鑑持續性監測指標清單.....	V
HA01 整體綜合急性照護指標.....	8
HA01-01 住院死亡率.....	8
HA01-02 出院 14 天內因相同或相關病情非計畫性再住院率.....	9
HA01-03 急性病床住院案件住院日數超過三十日比率.....	10
HA02 加護病房照護指標.....	11
HA02-01 48 小時（含）內加護病房重返率.....	11
HA02-02 加護病房死亡率.....	12
HA02-11 加護病房呼吸器相關肺炎.....	13
HA02-12 加護病房留置導尿管相關尿路感染.....	14
HA02-13 加護病房中心導管相關血流感染率.....	16
HA03 手術照護指標.....	19
HA03-01 手術後 48 小時內死亡率（含病危自動出院）.....	19
HA03-02 所有手術病人住院期間非計畫相關重返手術室.....	21
HA03-03 所有住院病人手術部位感染.....	23
HA03-04 預防性抗生素在手術劃刀前 1 小時給予比率.....	26
HA04 產科照護指標.....	28
HA04-01 總剖腹產率.....	28
HA04-02 初次剖腹產率.....	29
HA05 急診照護指標.....	30
HA05-01 急診轉住院比率.....	30
HA05-02 急診會診超過 30 分鐘比率.....	31
HA05-03 緊急重大外傷手術於 30 分鐘內進入開刀房比率.....	32
HA06 重點照護指標.....	33
HA06-01 全院腹膜透析病人比率.....	33
HA06-11 急性心肌梗塞-STEMI 到急診 90 分鐘內施予經皮冠狀動脈介入術比率..	34
HA06-13 急性心肌梗塞住院中死亡率（含病危自動出院）.....	36
HA06-21 急性缺血性中風接受靜脈血栓溶解劑（IV-tPA）治療比率.....	37

HA06-23	急性缺血性中風抵達急診 60 分鐘 (含) 內接受靜脈血栓溶解劑 (IV-tPA) 治療比率 .....	38
HA06-24	急性缺血性中風接受靜脈血栓溶解劑 (IV-tPA) 治療, 發生症狀性腦出血比率 .....	39
HA06-25	急性缺血性中風發作 2 小時 (含) 內抵達急診, 且在發作 3 小時 (含) 內施打靜脈血栓溶解劑 (IV-tPA) .....	41
HA06-31	接受安寧共同照護個案數 .....	43
HA06-32	急性心肌梗塞出院時給予乙型阻斷劑比率 .....	44
HA07	感染管制 .....	45
HA07-01	醫療照護相關感染 .....	45
HA08	用藥安全 .....	47
HA08-01	藥物不良反應通報件數 .....	47
HA09	呼吸照護 .....	48
HA09-01	亞急性呼吸照護病房中心導管相關血流感染 .....	48
HA09-02	亞急性呼吸照護病房呼吸器相關肺炎 .....	52
HA09-03	亞急性呼吸照護病房留置導尿管相關尿路感染 .....	54
HA09-04	亞急性呼吸照護病房呼吸器脫離成功率 .....	56
HA09-05	亞急性呼吸照護病房氣切比率 .....	57
HA09-11	慢性呼吸照護病房中心導管相關血流感染 .....	58
HA09-12	慢性呼吸照護病房呼吸器相關肺炎 .....	62
HA09-13	慢性呼吸照護病房留置導尿管相關尿路感染 .....	64
HA09-14	慢性呼吸照護病房呼吸器脫離成功率 .....	66
HA10	經營管理 .....	67
HA10-01	異常事件通報數 .....	67
HA10-02	醫院員工遭受暴力事件數 .....	68
HA10-03	醫院員工發生職業災害件數 .....	69
HA10-04	急性一般病床開放率 .....	70
HA10-09	急性一般病床全日平均護病比 (不包含護理長、專科護理師、實習護士) .....	71
	醫院評鑑基準人力監測 .....	72
	醫事人力 01-醫師人力 .....	72
	醫事人力 02-醫事放射人力 .....	73

醫事人力 03-醫事檢驗人力 .....	74
醫事人力 04-護產人力.....	75
醫事人力 05-藥事人力.....	78
醫事人力 06-營養與膳食單位人力 .....	80
醫事人力 07-物理治療人力 .....	81
醫事人力 08-職能治療人力 .....	82
醫事人力 09-語言治療人力 .....	83
醫事人力 10-聽力師人力 .....	84
醫事人力 11-社會工作人力 .....	85
醫事人力 12-精神臨床心理人力 .....	86
醫事人力 13-呼吸照護人力 .....	87
附錄.....	88
醫院評鑑持續性監測指標及提報代碼清單.....	88

## 醫院評鑑持續性監測指標說明

- 一、持續性監測指標依其特性分為 10 個面向。
- 二、監測指標依醫院評鑑基準條文、醫院層級、屬性及是否有提供服務列為「必填」。
- 三、醫院評鑑持續性監測指標及人力指標項目如下：

代碼	指標面向清單	指標總數
HA01	整體綜合急性照護指標	3
HA02	加護病房照護指標-加護病房整體照護	2
	加護病房照護指標-加護病房感染	3
HA03	手術照護指標	4
HA04	產科照護指標	2
HA05	急診照護指標	3
HA06	重點照護指標-透析照護	1
	重點照護指標-急性心肌梗塞照護	3
	重點照護指標-急性中風照護	4
	重點照護指標-安寧照護	1
HA07	感染管制	1
HA08	用藥安全	1
HA09	呼吸照護指標－亞急性呼吸照護病房	5
	呼吸照護指標－慢性呼吸照護病房	4
HA10	經營管理	5
醫事人力	醫院評鑑基準人力監測	13
總計		55

## 醫院評鑑持續性監測指標清單

序號	代碼	指標名稱
<b>整體綜合急性照護</b>		
1	HA01-01	住院死亡率
2	HA01-02	出院 14 天內因相同或相關病情非計畫性再住院率
3	HA01-03	急性病床住院案件住院日數超過三十日比率
<b>加護病房指標</b>		
4	HA02-01	48 小時（含）內加護病房重返率
5	HA02-02	加護病房死亡率
6	HA02-11	加護病房呼吸器相關肺炎
7	HA02-12	加護病房留置導尿管相關尿路感染
8	HA02-13	加護病房中心導管相關血流感染率
<b>手術照護指標</b>		
9	HA03-01	手術後 48 小時內死亡率
10	HA03-02	所有手術病人住院期間非計畫相關重返手術室
11	HA03-03	所有住院病人手術部位感染
12	HA03-04	預防性抗生素在劃刀前 1 小時內給予比率
<b>產科照護指標</b>		
13	HA04-01	總剖腹產率
14	HA04-02	初次剖腹產率
<b>急診照護指標</b>		
15	HA05-01	急診轉住院比率
16	HA05-02	急診會診超過 30 分鐘比率
17	HA05-03	緊急重大外傷手術於 30 分鐘內進入開刀房比率
<b>重點照護指標</b>		
18	HA06-01	全院腹膜透析病人比率
19	HA06-11	急性心肌梗塞-STEMI 到急診 90 分鐘內施予直接經皮冠狀介入術比率
20	HA06-13	急性心肌梗塞住院中死亡率（含病危自動出院）

序號	代碼	指標名稱
21	HA06-21	急性缺血性中風接受靜脈血栓溶解劑（IV-tPA）治療
22	HA06-23	急性缺血性中風抵達急診 60 分鐘（含）內接受靜脈血栓溶解劑（IV-tPA）治療
23	HA06-24	急性缺血性腦中風病人接受靜脈血栓溶解劑（IV-tPA）治療，發生症狀性腦出血比率
24	HA06-25	急性缺血性中風發作 2 小時（含）內抵達急診，且在發作 3 小時（含）內施打靜脈血栓溶解劑（IV-tPA）
25	HA06-31	接受安寧共同照護個案數
26	HA06-32	急性心肌梗塞出院時給予乙型阻斷劑比率
<b>感染管制</b>		
27	HA07-01	醫療照護相關感染
<b>用藥安全</b>		
28	HA08-01	藥物不良反應通報件數
<b>呼吸照護</b>		
29	HA09-01	亞急性呼吸照護病房中心導管相關血流感染
30	HA09-02	亞急性呼吸照護病房呼吸器相關肺炎
31	HA09-03	亞急性呼吸照護病房留置導尿管相關尿路感染
32	HA09-04	亞急性呼吸照護病房呼吸器脫離成功率
33	HA09-05	亞急性呼吸照護病房氣切比率
34	HA09-11	慢性呼吸照護病房中心導管相關血流感染
35	HA09-12	慢性呼吸照護病房呼吸器相關肺炎
36	HA09-13	慢性呼吸照護病房留置導尿管相關尿路感染
37	HA09-14	慢性呼吸照護病房呼吸器脫離成功率
<b>經營管理</b>		
38	HA10-01	異常事件通報件數
39	HA10-02	醫院員工遭受暴力事件數
40	HA10-03	醫院員工發生職業災害件數
41	HA10-04	急性一般病床開放率

序號	代碼	指標名稱
42	HA10-09	急性一般病床全日平均護病比（不含護理長、專科護理師、實習護士）
<b>醫院評鑑基準人力監測</b>		
43	醫事人力 01	醫師人力
44	醫事人力 02	醫事放射人力
45	醫事人力 03	醫事檢驗人力
46	醫事人力 04	護產人力
47	醫事人力 05	藥事人力
48	醫事人力 06	營養與膳食單位人力
49	醫事人力 07	物理治療人力
50	醫事人力 08	職能治療人力
51	醫事人力 09	語言治療人力
52	醫事人力 10	聽力師人力
53	醫事人力 11	社會工作人力
54	醫事人力 12	精神臨床心理人力
55	醫事人力 13	呼吸治療人力

# HA01 整體綜合急性照護指標

## HA01-01 住院死亡率

### 一、收案方式：

(一)以事件發生的月份為收案月份。

(二)本指標監測「全院病人」的範圍包含：

1. 急性一般病床。

2. 特殊病床：加護病床、燒傷加護病床、燒傷病床、隔離病床、嬰兒病床、嬰兒床、亞急性呼吸照護病床（RCC）及骨髓移植病床。

(三)分母為前述所有病床於監測月份出院（含轉院）之病人次，每一病人都應以下列其中一種狀態進行歸類：

1. 死亡出院。

2. 病危自動出院：經醫師判定為病危瀕臨死亡，由病人家屬要求辦理自動出院。

3. 違反醫囑辦理出院（Against Advise Discharge, AAD）。

4. 直接出院（May Be Discharged, MBD）。

(四)本指標排除由嬰兒室直接出院之正常新生兒。

### 二、運算方式：

$$\frac{\text{死亡人數（含病危自動出院）}}{\text{出院總人次}} \times 100 \%$$

## HA01-02 出院 14 天內因相同或相關病情非計畫性再住院率

### 一、收案方式：

- (一) 以事件發生的月份為收案月份。
- (二) 本指標監測「全院病人」的範圍包含：
  1. 急性一般病床。
  2. 特殊病床：加護病床、燒傷加護病床、燒傷病床、隔離病床、嬰兒病床、嬰兒床、亞急性呼吸照護病床（RCC）及骨髓移植病床。
- (三) 本指標監測非計畫性再住院事件指的是「病人因與上次出院有相同的或相關病情，而再回到同一醫療機構住院，此次再住院並非上次出院時就已計畫安排」。
- (四) 本指標之分母為所有於前述單位監測月份出院（含轉院）之病人次，包括以下情況：
  1. 違反醫囑辦理出院（Against Advise Discharge, AAD）。
  2. 直接出院（May Be Discharged, MBD）。
- (五) 出院當天以第零天計算。
- (六) 本指標排除由嬰兒室直接出院之正常新生兒。
- (七) 新生兒，因黃疸或高膽紅素血症入院，應列入「因相同或相關病情非計畫性再入院」的分子計算。
- (八) 分子排除：
  1. 返回醫院分娩生產人數。
  2. 計畫性的再住院。
  3. 因不相關病情再住院。
  4. 嬰兒室出院時正常之新生兒。
- (九) 分母排除：
  1. 死亡人數。
  2. 病危自動出院人數。

### 二、運算方式：

$$\frac{\text{出院 14 天內因相同或相關病情非計畫性再住院的事件數}}{\text{出院人次}} \times 100 \%$$

## HA01-03 急性病床住院案件住院日數超過三十日比率

### 一、收案方式：

(一) 本指標為季指標。

(二) 分子：分母案件中住院超過 30 日的案件數。

(三) 分母：出院案件數（僅急性床案件，不含急慢性床混合案件）。

(四) 分子/分母排除：

1. 排除呼吸照護個案、精神病個案、乳癌試辦計劃個案、早產兒個案、安寧照護。

### 二、運算方式：

$$\frac{\text{分母案件中住院超過 30 日的案件數}}{\text{出院案件數（僅急性床案件，不含急慢性床混合案件）}} \times 100 \%$$

三、資料來源：中央健康保險署—保險醫事服務機構醫療服務點數申報資料。

## HA02 加護病房照護指標

### HA02-01 48 小時（含）內加護病房重返率

#### 一、收案方式：

- (一) 以事件發生的月份為收案月份。
- (二) 加護病房係指機構於衛生局申請登記開放之加護病床。
- (三) 本項指標為病人同次住院期間非計畫性的重返加護病房事件，曾住過加護病房的病人再重返加護病房的個案才有可能算在分子。
- (四) 本指標監測對象為由加護病房轉出之事件，轉出可能是轉至一般內/外科病房、產科或小兒科病房。直接從加護病房轉院或出院（含病危自動出院者）不列入計算。
- (五) 本指標的資料包含院內所有加護病房的非計畫重返事件，不論是否重返至相同的加護病房。
- (六) 同次住院期間，非計畫性由本院非加護病房重返加護病房事件，且事件發生在病人轉出加護病房 48 小時以內。
- (七) 非計畫性重返加護病房的計算應以事件為計算單位，而非病人數，因為病人可能會經歷一次以上的重返事件。
- (八) 分子排除：
  1. 加護病房之間因互轉而產生的重返。
  2. 計畫性重返。
- (九) 分母排除：
  1. 轉出至本院其他加護病房。

#### 二、運算方式：

$$\frac{\text{48 小時（含）內非計畫性重返加護病房人次}}{\text{加護病房轉出人次}} \times 100 \%$$

## HA02-02 加護病房死亡率

### 一、收案方式：

- (一) 以事件發生的月份為收案月份。
- (二) 加護病房係指機構於衛生局申請登記開放之加護病床。
- (三) 分母為所有於監測月份由加護病房轉出及出院(含轉院)之病人次，包括以下情況：
  1. 於加護病房死亡。
  2. 病危自動出院。
  3. 加護病房違反醫囑自動出院 (Against Advise Discharge, AAD)。
  4. 直接出院 (May Be Discharged, MBD)。
  5. 轉出至本院非加護病房。

### 二、運算方式：

$$\frac{\text{加護病房內死亡人數 (含病危自動出院)}}{\text{加護病房轉出及出院總人次}} \times 100 \%$$

## HA02-11 加護病房呼吸器相關肺炎

### 一、收案方式：

- (一) 以事件發生的月份為收案月份。
- (二) 加護病房係指機構於衛生局申請登記開放之加護病床。
- (三) 呼吸器相關肺炎 (Ventilator-Associated Pneumonia, VAP)：
  1. 以開始使用呼吸器當日算第 1 天，在肺炎的感染日期 (DOE) 當日，病人已使用呼吸器超過 2 個日曆天，且在肺炎的感染日期 (DOE) 當日或前 1 日，病人仍有使用呼吸器。
  2. 呼吸器 (Ventilator)：經由氣切套管或氣管插管幫助或控制呼吸的一種裝置，包括脫離階段。註：肺部擴張裝置，例如間歇正壓呼吸 (IPPB)、經鼻吐氣後正壓 (PEEP)、經鼻持續正壓呼吸器 (CPAP, hypoCPAP) 都不是呼吸器，除非上述裝置是經由氣切套管或氣管插管 (例如：ET-CPAP、ET-BIPAP)。
  3. 肺炎定義必須符合衛生福利部疾病管制署 (2018) 醫療照護相關感染監測定義所定義肺炎 (Pneumonia)。
- (四) 呼吸器使用天數的計算方式是在計算當時有使用該裝置就算，醫院可自行決定計算時間，但是應固定在每天的同一時間進行。
- (五) 在 14 天重複感染期 (RIT) 內，同一位病人不應再通報相同部位的感染。感染日期 (DOE) 是 14 天重複感染期 (RIT) 的第 1 天，在這 14 天的期間內，如果病人再次符合相同感染部位的判定標準時，不可通報為新的感染事件；若有新發現的病原體，則增列至原來的感染事件中，感染日期 (DOE) 維持與原感染事件相同，侵入性導管相關感染的判定亦維持與原感染事件相同。
- (六) 重複感染期 (RIT) 僅適用於病人當次入院，並依據轉床規則 (Transfer Rule)，包括出院當日和次日。再次住院的病人不再適用前次住院所設定的重複感染期 (RIT)，即使是再入住同一機構。
- (七) 感染病房的判定必須符合衛生福利部疾病管制署 (2018) 醫療照護相關感染監測的感染病房定義。

### 二、運算方式：

$$\frac{\text{加護病房呼吸器相關肺炎感染件數}}{\text{加護病房呼吸器使用人日數}} \times 1000 \text{ ‰}$$

## HA02-12 加護病房留置導尿管相關尿路感染

### 一、收案方式：

(一)以事件發生的月份為收案月份。

(二)加護病房係指機構於衛生局申請登記開放之加護病床。

(三)留置導尿管相關泌尿道感染 (Catheter-Associated Urinary Tract Infection, CAUTI)：

1. 以留置導尿管放置日為導尿管使用第 1 天，在泌尿道感染日期 (DOE) 當日，病人已使用留置導尿管超過 2 個日曆天，且在泌尿道感染日期 (DOE) 當日或前 1 天，病人仍有使用留置導尿管。

2. 移除並重新置入的留置導尿管：

(1) 如果在留置導尿管移除後，病人維持無導尿管留置至少 1 個完整的日曆天 (不是以 24 小時計算)，則於再次置入導尿管後，導尿管使用天數將重新從 1 開始計算；反之，若在移除後若沒有經過 1 個完整的日曆天就重新置入新的留置導尿管，則導尿管使用天數將接續計算。

理由：感染監測之目的並不是針對某一特定之導尿管是否發生感染進行監測，而是就留置導尿管此一措施導致病人發生泌尿道感染之風險進行監測。

(2) 承上，若病人的泌尿道感染日期 (DOE) 是在置入導尿管的第 2 天，則因為在感染日期 (DOE) 當日，導尿管留置沒有超過 2 個日曆天，不能收案為導尿管相關泌尿道感染 (CAUTI)；但仍可根據入院日期，判斷病人是否符合醫療照護相關的泌尿道感染 (UTI) 個案。

3. 留置導尿管 (Indwelling catheter) 係經尿道插入膀胱並留置的引流管，且管路末端應連接至引流袋 (包括腿袋)；這樣的裝置也稱為導尿管 (Foley catheter)。因此不包括尿套式導尿管 (Condom catheter)、單次導尿 (Straight in-and-out catheter)、腎造口管、迴腸導管 (Ileoconduitis) 或恥骨上導管，除非同時有導尿管留存。用於間歇或連續灌洗用 (Irrigation) 的留置尿道導管也包含在導尿管相關泌尿道感染監測中。

4. 泌尿道感染定義必須符合衛生福利部疾病管制署 (2018) 醫療照護相關感染監測定義所定義有症狀的泌尿道感染。

(四)在 14 天重複感染期 (RIT) 內，同一位病人不應再通報相同部位的感染。感

染日期 (DOE) 是 14 天重複感染期 (RIT) 的第 1 天，在這 14 天的期間內，如果病人再次符合相同感染部位的判定標準時，不可通報為新的感染事件；若有新發現的病原體，則增列至原來的感染事件中，感染日期 (DOE) 維持與原感染事件相同，侵入性導管相關感染的判定亦維持與原感染事件相同。

(五) 重複感染期 (RIT) 僅適用於病人當次入院，並依據轉床規則 (Transfer Rule)，包括出院當日和次日。再次住院的病人不再適用前次住院所設定的重複感染期 (RIT)，即使是再入住同一機構。

(六) 感染病房的判定必須符合衛生福利部疾病管制署 (2018) 醫療照護相關感染監測的感染病房定義。

## 二、運算方式：

$$\frac{\text{加護病房留置導尿管相關尿路感染次數}}{\text{加護病房留置導尿管使用人日數}} \times 1000 \text{ ‰}$$

## HA02-13 加護病房中心導管相關血流感染率

### 一、收案方式：

- (一)以事件發生的月份為收案月份。
- (二)加護病房係指機構於衛生局申請登記開放之加護病床。
- (三)中心導管相關血流感染 (Central Line-Associated Bloodstream Infection, CLABSI)：

1. 以中心導管置入當日為第 1 天，病人在檢驗證實之血流感染 (LCBI) 的感染日期 (DOE) 當日，已使用中心導管或臍導管超過 2 個日曆天，且在感染日期 (DOE) 當日或前 1 日，病人仍有留置中心導管或臍導管。
2. 若病人住院時或轉入院時已有放置植入式中心導管 (輸液座, port)，並且沒有使用其他的中心導管，則住院後初次「使用 (access)」該導管之日視為第 1 天。「使用」的定義為放置導管、針頭穿刺入輸液座、或從導管進行輸液或抽血等。這些導管一旦開始使用，病人就持續符合中心導管相關血流感染 (CLABSI) 的監測對象，直到不再使用導管 (例如：將植入式導管從病人體內移除) 或病人出院 (參見轉床規則)。須注意：若單純只是未使用輸液座 (例如：拔除注射針但輸液座仍保留在病人體內)，病人仍持續符合 CLABSI 監測對象，中心導管使用天數也要持續計算。
3. 中心導管移除和再置入：中心導管移除後，病人維持無中心導管留置使用至少 1 個完整的日曆天 (不是 24 小時)，則於再次置入中心導管後，病人的中心導管留置使用天數必須重新從 1 開始計算。相反的，若在中心導管移除後沒有間隔 1 個完整的日曆天，就重新置入新的中心導管，則病人的中心導管留置使用天數必須持續計算。中心導管係指使用於注入輸液 (Infusion)、抽血或監測血液動力學 (Hemodynamic monitoring) 之具有導管內腔 (Lumened) 的血管內導管 (Intravascular catheter)，其管路末端須位於或接近心臟或在主要血管 (great vessel) 內。

本監測定義中所指的主要血管，包括：

- 主動脈 (Aorta)
- 肺動脈 (Pulmonary artery)
- 上腔靜脈 (Superior vena cava)
- 下腔靜脈 (Inferior vena cava)

- 頭臂靜脈 (Brachiocephalic veins)
- 內頸靜脈 (Internal jugular veins)
- 鎖骨下靜脈 (Subclavian veins)
- 外髖靜脈 (External iliac veins)
- 髖總靜脈 (Common iliac veins)
- 股靜脈 (Femoral veins)
- 新生兒的臍動脈/臍靜脈 (Umbilical artery/vein)

備註：

1. 僅由導管種類與置入部位不能判斷是否為中心導管；依據定義該裝置管路末端必須位於或接近心臟或在主要血管內，且使用目的符合上述3項之一，始可列為中心導管。
2. 中心導管置入後，導管末段雖可能因為發生位移而離開大血管位置，但監測定義並不要求須持續確認導管末端所在位置；因此在收案時，只要導管在置放時確認符合中心導管定義，則此導管直到移除時都視為中心導管，使用天數納入中心導管使用人日數計算。
3. 血管裝置之導引器 (Introducer) 視為血管內導管，可依據其導管末端位置及其使用目的，判斷是否為中心導管。
4. 心律調節器導線 (Pacemaker wires) 及其他無內腔裝置 (Non-lumened) 者不屬於中心導管，因為這些裝置無法經由導管內腔注入輸液或抽血。
5. 下列裝置不屬於中心導管：
  - 動脈導管 (Arterial catheters)
  - 動靜脈瘻管 (Arteriovenous fistula)
  - 動靜脈移植 (Arteriovenous graft)
  - 葉克膜氧合器 (Extracorporeal membrane oxygenation, ECMO)
  - Hemodialysis reliable outflow (HERO) 透析導管 (Dialysis catheters)
  - 主動脈內氣球幫浦 (Intra-aortic balloon pump **【IABP】** devices)
  - 當次住院期間未曾使用的中心導管 (Non-accessed central line) (未使用也未放置)
  - 周邊靜脈導管 (Peripheral IV or Midlines)
  - 心室輔助裝置 (Ventricular Assist Device, VAD)

6. 輸液 (Infusion) :

經由導管內腔將液體注入血管中；這可能是連續輸入的方式，例如注入營養液或藥品，也可能是採間歇性輸入的方式，例如沖洗 (Flush)、注射抗生素、輸血或血液透析。

7. 臍導管 (Umbilical catheter) :

通過新生兒臍動脈或靜脈置入的中心導管。

8. 暫時性中心導管 (Temporary central line) :

非隧道性導管 (Non-tunneled catheter)、非植入性導管 (Non-implanted)。

9. 永久性中心導管 (Permanent central line) ，包括：

- 隧道性導管 (Tunneled catheters) ，包括某些血液透析導管
- 植入性導管 (Implanted catheters) ，包含輸液座 (Port)

(四) 血流感染定義必須符合衛生福利部疾病管制署 (2018) 醫療照護相關感染監測定義所定義血流感染 (BSI)。

二、運算方式：

$$\frac{\text{加護病房中心導管相關血流感染件數}}{\text{加護病房中心導管使用人日數}} \times 1000 \text{ ‰}$$

## HA03 手術照護指標

### HA03-01 手術後 48 小時內死亡率（含病危自動出院）

#### 一、收案條件：

（一）以事件發生的月份為收案月份。

（二）住院病人手術係指住院後手術與手術後住院，並以手術登記簿或電腦手術系統之人次列計。

（三）「住院病人手術」是指符合以下三項條件的手術：

1. 住院病人在手術室內執行下列 ICD-10-PCS（ICD-9-CMcode00.30-86.99）內之一或多項手術：

（1）第一碼（Section）：0、1

（2）第三碼（Root operation）：0、1、3~9、A~D、F~H、J~N、P~Y 範圍內之一或多項手術

2. 手術經 ASA 麻醉風險分類系統分類。

3. 由麻醉人員進行麻醉。

（四）分子包含：

1. 病人在住院期間曾接受麻醉，並在病歷上記錄的麻醉開始時間後 48 小時內於同一家醫院死亡者。只要符合定義及執行細則之規範，均應算入分子計算。

2. 住院病人於手術室接受手術，自麻醉時間後 48 小時內於同一家醫院經醫師判定為病危瀕臨死亡，由病人或病人家屬要求自動辦理出院返家往生人數。

（五）在手術室執行的住院手術次數列計，若病人同時執行多項手術，應以主要手術式計算為一次。

（六）住院病人需經皮膚、粘膜劃下至少 1 個切口（包括腹腔鏡【laparoscopic approach】或顱骨鑽孔術【cranial Burr holes】），或經由之前開刀留下的放手術切口；且必須是在手術室執行。

（七）手術定義不包括切口的縫合方式，所以個案手術傷口不論有無進行縫合，只要接受任 1 項手術，都可納入監測對象。

（八）手術室的定義，不論新蓋或翻修的都必須符合衛生福利部「醫療機構設置標準」之手術室設施規定及相關設備規範，方屬之；這可包括手術室、剖腹產室、

介入放射學室或心導管室。

(九)分子分母同時排除：腦死接受器官摘除手術數。

二、運算方式：

$$\frac{\text{手術後 48 小時內死亡人數 (含病危自動出院)}}{\text{住院病人手術數}} \times 100 \%$$

## HA03-02 所有手術病人住院期間非計畫相關重返手術室

### 一、收案條件：

- (一)以重返事件發生的月份為收案月份。
- (二)住院病人手術係指住院後手術與手術後住院，並以手術登記簿或電腦手術系統之人次列計。
- (三)「住院病人手術」是指符合以下三項條件的手術：
  1. 住院病人在手術室內執行下列 ICD-10-PCS (ICD-9-CMcode00.30-86.99) 內之一或多項手術：
    - (1) 第一碼 (Section)：0、1
    - (2) 第三碼 (Root operation)：0、1、3~9、A~D、F~H、J~N、P~Y 範圍內之一或多項手術
  2. 手術經 ASA 麻醉風險分類系統分類。
  3. 由麻醉人員進行麻醉。
- (四)本指標監測所有重返手術室的手術。
- (五)預期或是需分階段的手術，在術前就應該已經知道而且有紀錄，這樣的重返手術室事件稱為計畫性重返，不列入非計畫性重返手術室事件收案。
- (六)非計畫性重返可能是起因於先前於手術室執行的手術所導致的併發症或是其他不良的結果。
- (七)病人同時進行多項術式時，依主要術式應僅算一次。
- (八)分子著重於計算病人非計畫性重返手術室之次數，而非病人數，因為同一病人可能於同一次住院期間重返手術室數次。
- (九)符合定義及執行細則規範之新生兒與產婦，均應納入本指標分子及分母的收案範圍。
- (十)住院病人需經皮膚、粘膜劃下至少 1 個切口(包括腹腔鏡【laparoscopic approach】或顱骨鑽孔術【cranial Burr holes】)，或經由之前開刀留下的放手術切口；且必須是在手術室執行。
- (十一)手術定義不包括切口的縫合方式，所以個案手術傷口不論有無進行縫合，只要接受任 1 項手術，都可納入監測對象。
- (十二)手術室的定義，不論新蓋或翻修的都必須符合衛生福利部「醫療機構設置標準」之手術室設施規定及相關設備規範，方屬之；這可包括手術室、剖腹產

室、介入放射學室或心導管室。

(十三)分子排除：

1. 計畫性重返手術室。
2. 與前次手術不相關的重返。

(十四)分母排除：

1. 手術過程中病人死亡之手術。
2. 腦死病人為了摘取器官而執行的手術。

二、運算方式：

$$\frac{\text{住院病人非計畫性重返手術室的次數}}{\text{住院病人手術數}} \times 100 \%$$

## HA03-03 所有住院病人手術部位感染

### 一、收案條件：

- (一)本指標收案對象為離開手術室前，手術切口已做初步縫合的住院手術病人；亦即開放式的傷口需排除。結腸造口術或開放/封閉式引流應算為初步傷口縫合的病人。
- (二)病人同時進行多項術式時，依主要術式應僅算一次。
- (三)「住院病人手術」是指符合以下三項條件的手術：
  - 1.住院病人在手術室內執行下列 ICD-10-PCS (ICD-9-CMcode00.30-86.99) 內之一或多項手術：
    - (1) 第一碼 (Section )：0、1
    - (2) 第三碼 (Root operation)：0、1、3~9、A~D、F~H、J~N、P~Y 範圍內之一或多項手術
  - 2.手術經 ASA 麻醉風險分類系統分類。
  - 3.由麻醉人員進行麻醉。
- (四)以事件發生的月份為收案月份。
- (五)住院病人需經皮膚、粘膜劃下至少 1 個切口(包括腹腔鏡【laparoscopic approach】或顱骨鑽孔術【cranial Burr holes】)，或經由之前開刀留下的放手術切口；且必須是在手術室執行。
- (六)手術定義不包括切口的縫合方式，所以個案手術傷口不論有無進行縫合，只要接受任 1 項手術，都可納入監測對象。
- (七)手術室的定義，不論新蓋或翻修的都必須符合衛生福利部「醫療機構設置標準」之手術室設施規定及相關設備規範，方屬之；這可包括手術室、剖腹產室、介入放射學室或心導管室。
- (八)在手術部位感染監測期間，第一次出現符合判定標準條件的日期為感染日期 (DOE)。感染日期 (DOE) 必須落在手術部位感染監測期間內，才符合監測定義。
- (九)手術部位感染的認定必須符合衛生福利部疾病管制署(2018)醫療照護相關感染監測定義。
- (十)手術部位感染可分為表淺切口、深部切口、器官/腔室感染，手術部位感染監測定義的判定標準請參考表 1。

(十一)表淺切口之手術部位感染可分為 2 種：

1. 主要切口的表淺切口感染 (Superficial Incisional Primary, SIP)：病人手術有 1 或多個切口，主要切口部位 (例如：剖腹產的切口或冠狀動脈繞道手術的胸部切口) 的表淺切口感染。
2. 次要切口的表淺切口感染 (Superficial Incisional Secondary, SIS)：病人手術有多個切口，次要切口部位 (例如：冠狀動脈繞道手術的腿部取血管處) 的表淺切口感染。

(十二)深部切口之手術部位感染可分為 2 種：

1. 主要切口的深部切口感染 (Deep Incisional Primary, DIP)：病人手術有 1 或多個切口，主要切口部位 (例如：剖腹產的切口或冠狀動脈繞道手術的胸部切口) 的深部切口感染。
2. 次要切口的深部切口感染 (deep incisional secondary, DIS)：病人手術有多個切口，次要切口部位 (例如：冠狀動脈繞道手術的腿部取血管處) 的深部切口感染。

(十三)以下情形不符合表淺切口之手術部位感染判定標準：

1. 傷口因為紅/腫/熱以蜂窩性組織炎 (Cellulitis) 診斷或治療，並未符合表淺切口之手術部位感染判定標準的條件 (4)。相對的，若切口有引流或經培養或其他非培養的微生物檢驗方法檢出微生物，則不應該視為蜂窩性組織炎。
2. 僅在縫線處有膿瘍 (侷限在縫合點的輕微發炎或排液)。
3. 侷限在穿刺傷口 (Stab wound) 或扎針部位 (Pin ite) 的感染，應視其深度收案為皮膚 (Skin) 或軟組織感染 (ST)；腹腔鏡手術的套管針位置 (Laparoscopic trocar site) 不該被認定為是刺傷。
4. 新生兒包皮環割 (Circumcision) 不屬於表列手術，因此新生兒包皮環割部位的感染應通報為新生兒包皮環割感染 (CIRC) 而非手術部位感染。
5. 感染的燒傷傷口應通報為皮膚或軟組織感染—燒傷感染 (SST-BURN)。

(十四)符合定義及執行細則規範之新生兒與產婦，均應納入本指標分子及分母的收案範圍。

表 1. 手術部位感染收案標準

標準	手術部位感染 Surgical Site Infection (SSI)
表淺切口之手術部位感染 Superficial ncisional SSI	必須符合下列條件： 1. 病人接受任 1 項手術（第一天=手術當日），且感染發生在手術 30 天內；且 2. 感染範圍僅包括切口之皮膚和皮下組織；且 3. 病人至少符合有下述任 1 項： (1) 表淺切口處有膿性引流物； (2) 基於臨床診斷或治療的目的（排除主動監測），以無菌技術由表淺切口或皮下組織取得之檢體，經培養或吉他培養的微生物檢驗方法檢出微生物者； (3) 表淺切口經手術醫師或主治醫師或指定人員蓄意打開，並且未進行培養或其他非培養方式的微生物檢驗，且病人至少有下列任 1 項感染病症或癥候：疼痛或壓痛；局部腫脹；紅或熱。 (4) 由手術醫師或主治醫師或指定人員診斷為表淺切口之手術部位感染者。

(十五) 分母排除：

1. 手術過程中病人死亡之手術。
2. 腦死病人為了摘取器官而執行的手術。

二、運算方式：

$$\frac{\text{手術部位感染數}}{\text{住院病人手術數}} \times 100 \%$$

## HA03-04 預防性抗生素在手術劃刀前 1 小時給予比率

### 一、收案條件：

- (一) 以事件發生的月份為收案月份。
- (二) 接受預防性抗生素之所有手術次數係指手術前、中、後有接受抗生素以作為預防性對抗細菌感染措施的住院病人手術次數。
- (三) 「預防性抗生素」指不知道或未懷疑有感染，而在手術前、中、後有接受抗生素以作為對抗細菌感染預防性措施。
- (四) 「治療性抗生素」指的是為了治療目的而給予的抗生素。
- (五) 需符合以下三項條件的手術：
  1. 住院病人在手術室內執行下列 ICD-10-PCS (ICD-9-CMcode00.30-86.99) 內之一或多項手術：
    - (1) 第一碼 (Section) : 0、1
    - (2) 第三碼 (Root operation) : 0、1、3~9、A~D、F~H、J~N、P~Y 範圍內之一或多項手術
  2. 手術經 ASA 麻醉風險分類系統分類。
  3. 由麻醉人員進行麻醉。
- (六) 在手術室執行的住院手術次數列計，若病人同時執行多項手術，應以主要手術式計算為一次。
- (七) 若在同一次手術期間，執行左右兩側的手術 (例如：人工角膜移植【KPRO】) 在分母部份只計算為一次；劃刀時間計算應以「第一側手術劃刀時間」計算。
- (八) 口服預防性抗生素的使用，應被列入，唯大腸直腸手術術前開始使用之口服抗生素做為腸道清潔準備，不列入大腸直腸手術前第一劑預防性抗生素之計算。
- (九) 病人在劃刀前接受預防性抗生素，但因手術中的發現，而改接受治療性抗生素使用，此個案應該包含在『劃刀前 60 分鐘內使用預防性抗生素』之指標項次的分子及分母中。
- (十) 目前臨床上對於剖腹產給予預防性抗生素的時機有兩種：臍帶關閉前或後，考量於臍帶關閉後 (劃刀後) 給予抗生素之情況，與本指標所監測劃刀前使用抗生素之手術不符，故剖腹產的手術皆不列入本指標「接受預防性抗生素之手術」計算。

(十一)住院病人需經皮膚、粘膜劃下至少 1 個切口（包括腹腔鏡【laparoscopic approach】或顱骨鑽孔術【cranial Burr holes】），或經由之前開刀留下的放手術切口；且必須是在手術室執行。

(十二)手術定義不包括切口的縫合方式，所以個案手術傷口不論有無進行縫合，只要接受任 1 項手術，都可納入監測對象。

(十三)手術室的定義，不論新蓋或翻修的都必須符合衛生福利部「醫療機構設置標準」之手術室設施規定及相關設備規範，方屬之；這可包括手術室、剖腹產室、介入放射學室或心導管室。

(十四)分母及分子同時排除：

1. 手術前即已接受治療性抗生素使用。
2. 以 Vancomycin 及 Fluoroquinolone 作預防性抗生素的手術皆不列入。
3. 剖腹產手術。

## 二、運算方式：

$$\frac{\text{劃刀前 60 分鐘內接受預防性抗生素之手術次數}}{\text{接受預防性抗生素之所有手術次數}} \times 100 \%$$

## HA04 產科照護指標

### HA04-01 總剖腹產率

#### 一、收案條件：

- (一) 以事件發生的月份為收案月份。
- (二) 產科照護指標中為求簡明，將生產方式分為自然產與剖腹產；器械協助（真空吸引、產鉗）之陰道分娩均歸入自然產中。
- (三) 多胞胎在剖腹產管理指標視為單一生產事件。多胞胎兼具自然產與剖腹產者以剖腹產視之。
- (四) 產科照護指標，無論是自然產或剖腹產，均將死產排除在外。死產(Stillborn)係指胎兒在子宮內「自然」死亡；也就是在完全離開母體前，未經人工終止懷孕之死亡胎兒。死亡是指胎兒離開母體後沒有呼吸或其它生命跡象，例如：心跳、臍帶脈動、隨意肌活動；新生兒生命指數(Apgar score)只有零分。但是指數零分不表示死產，因為經急救後有可能復甦而存活。
- (五) 如因先天異常等原因立意終止妊娠，即便為活產但隨即發生新生兒死亡，因與欲評估之產科照護層面不同，亦視同死產予以排除。但為醫療目的提早引產、催生、或剖腹之活產均應列入計算。
- (六) 多胞胎其中之一或部分胎死腹中(死產)，但至少有一名活產者應列入活產計算。

#### 二、運算方式：

$$\frac{\text{總剖腹產數}}{\text{總生產數}} \times 100 \%$$

## HA04-02 初次剖腹產率

### 一、收案條件：

- (一) 以事件發生的月份為收案月份。
- (二) 產科照護指標中為求簡明，將生產方式分為自然產與剖腹產；器械協助（真空吸引、產鉗）之陰道分娩均歸入自然產中。
- (三) 多胞胎在剖腹產管理指標視為單一生產事件。多胞胎兼具自然產與剖腹產者以剖腹產視之。
- (四) 產科照護指標，無論是自然產或剖腹產，均將死產排除在外。死產(Stillborn)係指胎兒在子宮內「自然」死亡；也就是在完全離開母體前，未經人工終止懷孕之死亡胎兒。死亡是指胎兒離開母體後沒有呼吸或其它生命跡象，例如：心跳、臍帶脈動、隨意肌活動；新生兒生命指數(Apgar score)只有零分。但是指數零分不表示死產，因為經急救後有可能復甦而存活。
- (五) 如因先天異常等原因立意終止妊娠，即便為活產但隨即發生新生兒死亡，因與欲評估之產科照護層面不同，亦視同死產予以排除。但為醫療目的提早引產、催生、或剖腹之活產均應列入計算。
- (六) 多胞胎其中之一或部分胎死腹中(死產)，但至少有一名活產者應列入活產計算。

### 二、運算方式：

$$\frac{\text{初次剖腹產數}}{\text{過去未曾接受過剖腹產的產婦}} \times 100 \%$$

## HA05 急診照護指標

### HA05-01 急診轉住院比率

#### 一、收案方式：

- (一) 以事件發生的月份為收案月份。
- (二) 對象為已掛急診並完成就診之人次。
- (三) 就診後辦理住院手續者列入住院人次。
- (四) 含日間與夜間前往醫院急診就診人次。
- (五) 住院之範圍包含：
  - 1. 一般病房：包含急性一般病房、精神急性一般病房、慢性一般病房及精神慢性一般病房。
  - 2. 加護病房。
- (六) 分母排除：
  - 1. 急診死亡病人。
  - 2. 所有假性分娩。

#### 二、運算方式：

$$\frac{\text{由急診就診後直接辦理住院之人次}}{\text{急診總人次}} \times 100 \%$$

## HA05-02 急診會診超過 30 分鐘比率

### 一、收案方式：

(一)以事件發生的月份為收案月份。

(二)分子為監測期間內由急診醫師開立會診醫囑，於完成醫囑至病人接受會診超過 30 分鐘之人次累計。

(三)分母為監測期間內急診病患接受其他科醫師會診之人次累計。

### 二、運算方式：

$$\frac{\text{急診會診超過 30 分鐘之人次}}{\text{急診會診總人次}} \times 100 \%$$

## HA05-03 緊急重大外傷手術於 30 分鐘內進入開刀房比率

### 一、收案方式：

- (一) 以事件發生的月份為收案月份。
- (二) 緊急重大外傷定義：胸、腹腔內大量出血，致生命徵象不穩定需緊急手術者。
- (三) 本項係指手術通知至病人進入開刀房內所需時間之達成比率。
- (四) 「手術通知」係指重大外傷手術由急診通知開刀房之作業，可於急診醫師開立醫囑或是開刀房手術通知單呈現(時間紀錄方式由醫院自行規範)起計算。

### 二、運算方式：

$$\frac{\text{緊急重大外傷手術於 30 分鐘內進入開刀房病人之人次}}{\text{緊急重大外傷手術病人之總人次}} \times 100$$

## HA06 重點照護指標

### HA06-01 全院腹膜透析病人比率

#### 一、收案方式：

- (一) 本指標為月指標。
- (二) 腹膜透析個案需使用腹膜透析>3 個月者始列計。
- (三) 血液透析個案需使用血液透析>3 個月者始列計。
- (四) 腹膜透析個案係指機構於衛生局申請登記開放腹膜透析病床或有收治腹膜透析病人。
- (五) 血液透析個案係指機構於衛生局申請登記開放血液透析病床或有收治血液透析病人。

#### 二、運算方式：

$$\frac{\text{腹膜透析個案數}}{\text{腹膜透析個案數} + \text{血液透析個案數}} \times 100 \%$$

## HA06-11 急性心肌梗塞-STEMI 到急診 90 分鐘內施予經皮冠狀動脈介入術比率

### 一、收案方式：

- (一)以事件發生的月份為收案月份。
- (二)診斷為 ICD-10-CM code I21 (ICD-9-CM code:410.X) 為選取候選個案，僅 ST 段上升之 AMI。
- (三)對象為症狀發生 12 小時 (含) 內到院，ST 段上升 (包含以下型態：超急性 T 波改變或後壁心肌梗塞) 或新發生左側束枝傳導阻斷 (LBBB) 的 STEMI 病人。
- (四)時間以到急診檢傷登錄時間開始計算，直到介入術 (如：氣球擴張術、支架或血栓抽吸導管等) 有梗塞血管血流通過之時間。
- (五)介入術成功但病人術後死亡者，需列入統計。
- (六)分子及分母同時排除：
  1. 小於 18 歲。
  2. 到院前心跳停止病人 (OHCA)。
  3. 被納入為臨床試驗受試者：接受藥物、醫療器材及醫療技術的人體試驗受試者皆列入計算。但試驗內容為僅採取受試者生物檢體，而未進行藥物、器材及技術的試驗不列入排除因子。
  4. 違抗醫囑自動出院的病人 (Left against medical advice)。
  5. 病人未住院即轉至他院治療。
  6. 院內 AMI 轉診病人。
  7. 院外已確診為 AMI 之轉診 (院) 病人。
  8. 病人為 AMI 但有 PCI 禁忌者。
  9. 病人為 AMI 但已使用血栓溶解劑者。
  10. 在冠狀動脈介入術前，已使用任何血栓溶解劑者
  11. 介入術失敗者 (未能氣球擴張或支架置放成功，使血流再恢復者)
  12. 因下列因素導致延遲介入術 > 90 分，需排除計算：
    - (1) 緊急鑑別診斷需要
    - (2) 過長急救過程

## 二、運算方式：

$$\frac{\text{STEMI 到急診 90 分鐘內施予緊急經皮冠狀動脈介入術病人次}}{\text{所有 STEMI 到急診施予緊急經皮冠狀動脈介入術病人次}} \times 100 \%$$

## HA06-13 急性心肌梗塞住院中死亡率（含病危自動出院）

### 一、收案方式：

（一）以事件發生的月份為收案月份。

（二）診斷為 ICD-10-CM code I21（ICD-9-CM code:410.X）為選取候選個案，包括 ST 段上升及非 ST 段上升之 AMI。

（三）分子為所有出院 AMI 病人中死亡或病危自動出院病人數。

（四）分母為為出院主診斷為 AMI 之出院人次。

（五）分子及分母同時排除：

1. 小於 18 歲。

2. 被納入為臨床試驗受試者：接受藥物、醫療器材及醫療技術的人體試驗受試者皆列入計算。但試驗內容為僅採取受試者生物檢體，而未進行藥物、器材及技術的試驗不列入排除因子。

3. 違抗醫囑自動出院的病人（left against medical advice）。

4. 院外已確診為 AMI 之轉診（院）病人。

### 二、運算方式：

$$\frac{\text{住院病人主診斷為 AMI 之死亡人數（含病危自動出院）}}{\text{出院主診斷為 AMI 之出院人次}} \times 100 \%$$

## HA06-21 急性缺血性中風接受靜脈血栓溶解劑 (IV-tPA) 治療比率

### 一、收案方式：

- (一)以事件發生的月份為收案月份。
- (二)診斷為 ICD-10-CM code G45~G45.9、G46~G46.8、I63~I63.9、I67.89、I67.9 (ICD-9-CMcode 433-437) 且年齡大於等於 18 歲為選取候選個案。
- (三)急性腦中風定義「症狀發生後 10 天 (含) 內」。
- (四)分子為有接受 IV-tPA 治療之急性缺血性腦中風病人次。
- (五)分母為所有急性缺血性中風到院病人次。
- (六)分子及分母同時排除：
  - 1.小於 18 歲。
  - 2.被納入為臨床試驗受試者。「納入為臨床試驗受試者」：接受藥物、醫療器材及醫療技術的人體試驗受試者皆列入計算。但試驗內容為僅採取受試者生物檢體，而未進行藥物、器材及技術的試驗不列入排除因子。
  - 3.住院期間發生中風的病人。
  - 4.因醫療處置造成中風的病人，如頸動脈治療處置 (Carotid Intervention)、其他的血管處置 (other vascular intervention)。
  - 5.到院前已接受 IV-tPA 治療的病人。
  - 6.到院病人未接受治療即轉院病人。
  - 7.拒絕接受 IV-tPA 治療的病人。

### 二、運算方式：

$$\frac{\text{急性缺血性中風接受 IV-tPA 治療的病人次}}{\text{所有急性缺血性中風到院病人次}} \times 100\%$$

## HA06-23 急性缺血性中風抵達急診 60 分鐘（含）內接受靜脈血栓溶解劑（IV-tPA）治療比率

### 一、收案方式：

- (一)以事件發生的月份為收案月份。
- (二)診斷為 ICD-10-CM code G45~G45.9、G46~G46.8、I63~I63.9、I67.89、I67.9( ICD-9-CMcode 433-437) 且年齡大於等於 18 歲為選取候選個案。
- (三)急性腦中風定義「症狀發生後 10 天（含）內」。
- (四)到急診時間依急診檢傷分類登錄時間起計算。
- (五)治療時間係指由急診檢傷分類登錄時間與護理紀錄開始施打靜脈血栓溶解劑時間之差。
- (六)分子及分母同時排除：
  1. 小於 18 歲。
  2. 被納入為臨床試驗受試者。「納入為臨床試驗受試者」：接受藥物、醫療器材及醫療技術的人體試驗受試者皆列入計算。但試驗內容為僅採取受試者生物檢體，而未進行藥物、器材及技術的試驗不列入排除因子。
  3. 住院期間發生中風的病人。
  4. 因醫療處置造成中風的病人，如頸動脈治療處置（Carotid Intervention）、其他的血管處置（other vascular intervention）。
  5. 到院前已接受 IV-tPA 治療的病人。
- (七)分母排除：
  1. 到院病人未接受治療即轉院病人。
  2. 拒絕接受 IV-tPA 治療的病人。

### 二、運算方式：

$$\frac{\text{抵達急診 60 分鐘(含)內接受 IV-tPA 治療的病人次}}{\text{急性缺血性中風接受 IV-tPA 治療的病人次}} \times 100 \%$$

## HA06-24 急性缺血性中風接受靜脈血栓溶解劑 (IV-tPA) 治療，發生症狀性腦出血比率

### 一、收案方式：

- (一) 以事件發生的月份為收案月份。
- (二) 診斷為 ICD-10-CM code G45~G45.9、G46~G46.8、I63~I63.9、I67.89、I67.9 (ICD-9-CM code 433-437) 且年齡大於等於 18 歲為選取候選個案。
- (三) 急性腦中風定義「症狀發生後 10 天 (含) 內」。
- (四) 症狀性腦出血的定義是指經 IV-tPA 治療後 36 小時 (含) 內，其 NIHSS 增加在 4 分 (含) 以上，並於電腦斷層檢查發現出血。
- (五) 收案對象包含於急診或急診就診後住院。
- (六) 分子為急性缺血性中風病人接受 IV-tPA 治療者，在 36 小時 (含) 內產生症狀性腦出血之病人次。
- (七) 分母為有接受 IV-tPA 治療之急性缺血性腦中風病人次。
- (八) 分子及分母同時排除：
  1. 小於 18 歲。
  2. 被納入為臨床試驗受試者。「納入為臨床試驗受試者」：接受藥物、醫療器材及醫療技術的人體試驗受試者皆列入計算。但試驗內容為僅採取受試者生物檢體，而未進行藥物、器材及技術的試驗不列入排除因子。
  3. 住院期間發生中風的病人。
  4. 因醫療處置造成中風的病人，如頸動脈治療處置 (Carotid Intervention)、其他的血管處置 (other vascular intervention)。
  5. 到院前已接受 IV-tPA 治療的病人。
- (九) 分子排除：
  1. 非 36 小時 (含) 內產生症狀性腦出血之病人次。
- (十) 分母排除：
  1. 拒絕接受 IV-tPA 治療的病人。
  2. 到院病人未接受治療即轉院病人。

## 二、運算方式：

$$\frac{\text{急性缺血性中風病人接受 IV-tPA 治療者，} \\ \text{在 36 小時(含)內產生症狀性腦出血之病人次}}{\text{急性缺血性中風接受 IV-tPA 治療的病人次}} \times 100 \%$$

## HA06-25 急性缺血性中風發作 2 小時 (含) 內抵達急診，且在發作 3 小時 (含) 內施打靜脈血栓溶解劑 (IV-tPA)

### 一、收案方式：

- (一)急性腦中風定義「症狀發生後 10 天 (含) 內」。
- (二)指標範圍含缺血性中風 (Ischemic Stroke) 及暫時性腦缺血 (TIA)。
- (三)指標收案範圍為急性缺血性中風 ICD-10-CM code G45~G45.9、G46~G46.8、I63~I63.9、I67.89、I67.9。
- (四)下列四項目共同排除因子，不列入本指標群組收案：
  1. 小於 18 歲。
  2. 被納入為臨床試驗受試者。「納入為臨床試驗受試者」：接受藥物、醫療器材及醫療技術的人體試驗受試者皆列入計算。但試驗內容為僅採取受試者生物檢體，而未進行藥物、器材及技術的試驗不列入排除因子。
  3. 住院期間發生中風的病人。
  4. 因醫療處置造成中風的病人，如頸動脈治療處置 (Carotid Intervention)、其他的血管處置 (Other vascular intervention)。
- (五)IV-tPA 適應症以台灣腦中風學會「台灣腦中風防治療指引 2008 之靜脈血栓溶解劑治療急性缺血性腦中風指引」為收案標準。
- (六)接受施打 IV-tPA 時間為護理紀錄開始注射 rt-PA 藥物的時間。
- (七)分子排除：
  1. 4 項共同排除因子。
  2. 到院前已接受 IV-tPA 治療的病人。
  3. 到院病人未接受治療即轉院病人。
  4. 符合使用 IV-tPA 之適應症的病人，但病人或家屬拒絕接受此治療。
  5. 未在發作 3 小時內接受施打 IV-tPA 的病人次。
- (八)分母排除：
  1. 4 項共同排除因子。
  2. 到院前已接受 IV-tPA 治療的病人。
  3. 到院病人未接受治療即轉院病人。
  4. 符合使用 IV-tPA 之適應症的病人，但病人或家屬拒絕接受此治療。

## 二、運算方式：

急性缺血性中風發作 2 小時（含）內抵達急診，符合 IV-tPA 適應症，  
且在發作 3 小時（含）內接受施打 IV-tPA 的病人次

---

急性缺血性中風發作 2 小時（含）內抵達急診，符合 IV-tPA 適應症的病人次  $\times 100\%$

## HA06-31 接受安寧共同照護個案數

### 一、收案方式：

- (一) 以接受安寧共同照護的月份為收案月份。
- (二) 收案對象：經原照護團隊成員照會「安寧共同照護小組」後，共同評估符合下列末期病人條件，且病人或家屬同意接受安寧共同照護小組提供之完整性照護之個案。

#### 1. 癌症末期病患：

- (1) 確定病患對各種治癒性治療效果不佳（必要條件）。
- (2) 病人有身心靈症狀亟需安寧共同照護小組介入。

#### 2. 末期運動神經元病患：

- (1) 末期運動神經元病患，主要症狀有直接相關或間接相關症狀者。
  - A. 直接相關症狀：虛弱及萎縮、肌肉痙攣、吞嚥困難、呼吸困難。
  - B. 間接相關症狀：睡眠障礙、便秘、流口水、心理或靈性困擾、分泌物及黏稠物、低效型通氣不足、疼痛。

- (2) 末期運動神經元患者，雖使用呼吸器，但已呈現瀕臨死亡徵象者。

#### 3. 主要診斷為下列疾病，且已進入末期狀態者：

- (1) 老年期及初老期器質性精神病態。
- (2) 其他腦變質。
- (3) 心臟衰竭。
- (4) 慢性氣道阻塞，他處未歸類者。
- (5) 肺部其他疾病。
- (6) 慢性肝病及肝硬化。
- (7) 急性腎衰竭，未明示者。
- (8) 慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者。

### 二、運算方式：

每月有接受安寧共同照護之個案數。

## HA06-32 急性心肌梗塞出院時給予乙型阻斷劑比率

### 一、收案方式：

- (一)以病人出院之月份為收案月份。
- (二)AMI病人在出院時有給予乙型阻斷劑之病人。
- (三)分子及分母同時排除：
  1. 小於 18 歲。
  2. 被納入為臨床試驗受試者：接受藥物、醫療器材及醫療技術的人體試驗受試者皆列入計算。但試驗內容為僅採取受試者生物檢體，而未進行藥物、器材及技術的試驗不列入排除因子。
  3. 違抗醫囑自動出院的病人（left against medical advice）。
  4. 院外已確診為 AMI 之轉診（院）病人。
  5. 死亡或病危自動出院病人。
  6. 病人有乙型阻斷劑之禁忌症。
    - (1) 對乙型阻斷劑過敏。
    - (2) 出院之心搏過緩（心跳每分鐘小於 60 下）。
    - (3) 第二或第三度房室傳導阻斷而未接受節律器治療。
    - (4) 有低血壓疑慮而不適用乙型阻斷劑的個案。
    - (5) 重度慢性阻塞性肺病。
    - (6) 氣喘。
  7. 病歷上記載有特殊原因無法使用乙型阻斷劑治療。
  8. 病人拒絕接受乙型阻斷劑治療。

### 二、運算方式：

$$\frac{\text{出院時接受乙型阻斷劑之 AMI 病人次}}{\text{出院主診斷為 AMI 之出院人次}} \times 100 \%$$

## HA07 感染管制

### HA07-01 醫療照護相關感染

#### 一、收案方式：

- (一)以事件發生的月份為收案月份。
- (二)本指標監測「全院病人」的範圍包含：
  - 1.急性一般病床。
  - 2.特殊病床：加護病床、燒傷加護病床、燒傷病床、隔離病床、嬰兒病床、嬰兒床、亞急性呼吸照護病床（RCC）及骨髓移植病床。
- (三)住院人日（Patient days）的計算方法為醫療機構在每日特定時間點計算在該機構內接受住院照護之病人數，雖然午夜時計算住院人日是最常見的時間點，但是機構可自行選擇合適之時間點執行，唯執行時需注意每日時間點應固定。住院人日的計算為每個月第一天的住院人數，逐日加上當月每天的住院人數。當日進出入院的病人也應算為一個住院人日。
- (四)「醫療照護相關感染」可能導自於內生性（Endogenous）或外生性（Exogenous）的感染原，分述如下：
  - 1.內生性感染原：來自於病人的身體部位，如：皮膚、口、鼻、腸胃道或陰道等，這些部位通常有微生物棲居。
  - 2.外生性感染原：來自於病人以外，例如：照護病人的工作人員、訪客、醫療照護器材與設備、照護環境等。
- (五)其他需要考慮的重點如下：
  - 1.臨床證據可能來自於直接觀察感染部位（如：傷口），或經由檢視病人的病歷或其他臨床紀錄資料所得。
  - 2.對於某些類型的感染，可由醫師或外科醫師經開刀過程的觀察、內視鏡檢查或其他診斷研究及臨床判斷做出感染的診斷，做為醫療照護相關感染的收案判定標準，除非有其他證據提出反證；例如外科部位感染的其中一項收案標準即是外科醫師或其主治醫師的診斷。因此除非是特別註明，否則任何類型的醫療照護相關感染，例如肺炎等，單只有醫師的診斷不足以做為收案標準。
  - 3.嬰兒經產道得到的感染屬於醫療照護相關感染。

(六) 醫療照護相關感染總人次：監測期間內住院後才得到感染人次之累計。

(七) 分子排除：

1. 與入院時已存在之感染的併發症或擴散相關的感染；除非有病原體或症狀改變等情形，強烈證實有新的感染發生。
2. 嬰兒經胎盤得到的感染（如：單純疱疹、弓漿蟲病、德國麻疹、巨細胞病毒、梅毒等），並在出生後 48 小時內表現。
3. 潛伏感染（latent infection）復發，如：帶狀疱疹、單純疱疹、梅毒或結核病等。

(八) 下列情形不屬於感染：

1. 移生，意指在皮膚上、黏膜上、開放性傷口上、滲出液或分泌物中存在的微生物，沒有造成任何不良的臨床症狀或徵候。
2. 組織因受傷反應或非感染性原因（如：化學物品）所導致的發炎反應。

二、運算方式：

$$\frac{\text{醫療照護相關感染總人次}}{\text{住院人日}} \times 1000 \text{ ‰}$$

## HA08 用藥安全

### HA08-01 藥物不良反應通報件數

#### 一、收案方式：

(一)以事件通報的月份為收案月份。

(二)「不良反應」係指基於證據、或是可能的因果關係，而判定在任何劑量下，對藥品所產生之有害的、非蓄意的個別反應。

(三)已通報至衛生福利部「全國藥物不良反應通報系統」及「藥物食品化粧品上市後品質管理系統」之件數。

#### 二、運算方式：

藥品不良反應通報件數＋藥品不良品通報件數＋醫療器材不良反應通報件數＋醫療器材不良品通報件數。

## HA09 呼吸照護

### HA09-01 亞急性呼吸照護病房中心導管相關血流感染

#### 一、收案方式：

(一)以事件發生的月份為收案月份。

(二)本指標定義亞急性呼吸照護病房係指機構於衛生局登記的醫療機構設置病床的「亞急性呼吸照護病床」。

(三)中心導管相關血流感染 (CLABSI)：

1. 以中心導管置入當日為第 1 天，病人在檢驗證實之血流感染 (LCBI) 的感染日期 (DOE) 當日，已使用中心導管或臍導管超過 2 個日曆天，且在感染日期 (DOE) 當日或前 1 日，病人仍有留置中心導管或臍導管。
2. 若病人住院時或轉入院時已有放置植入式中心導管 (輸液座, port)，並且沒有使用其他的中心導管，則住院後初次「使用 (access)」該導管之日視為第 1 天。「使用」的定義為放置導管、針頭穿刺入輸液座、或從導管進行輸液或抽血等。這些導管一旦開始使用，病人就持續符合中心導管相關血流感染 (CLABSI) 的監測對象，直到不再使用導管 (例如，將植入式導管從病人體內移除) 或病人出院 (參見轉床規則)。須注意：若單純只是未使用輸液座 (例如，拔除注射針但輸液座仍保留在病人體內)，病人仍持續符合 CLABSI 監測對象，中心導管使用天數也要持續計算。請參考表 1 的說明。
3. 中心導管移除和再置入：中心導管移除後，病人維持無中心導管留置使用至少 1 個完整的日曆天 (不是 24 小時)，則於再次置入中心導管後，病人的中心導管留置使用天數必須重新從 1 開始計算。相反的，若在中心導管移除後沒有間隔 1 個完整的日曆天，就重新置入新的中心導管，則病人的中心導管留置使用天數必須持續計算。

表 1：決定植入式中心導管（輸液座[port]）是否納入分母的中心導管使用人日數計算和中心導管相關血流感染（CLABSI）監測之說明

植入式裝置之情況	說 明
住院期間從未使用植入式中心導管	不納入分母的中心導管使用人日數計算，且病人發生的血流感染不能收案為中心導管相關血流感染（CLABSI）。
住院第3天開始使用植入式中心導管，之後持續使用	住院第3天視為中心導管第1天且中心導管使用人日數持續計算直到導管移除或病人出院當天。中心導管相關血流感染（CLABSI）監測持續到導管移除或病人出院後1日。
住院第3天開始使用植入式中心導管，直到住院第10天停止使用	住院第3天視為中心導管第1天，且中心導管使用人日數持續計算直到導管移除或病人出院當天。中心導管相關血流感染（CLABSI）監測和中心導管使用人日數計算不會在住院第10天就停止；CLABSI 監測持續到導管移除或病人出院後1天。
住院第3天使用植入式中心導管，並在住院第10天移除	住院第3天視為中心導管第1天，且中心導管使用人日數計算直到住院第10天。中心導管相關血流感染（CLABSI）監測持續到住院第11天。

4. 血流感染定義必須符合衛生福利部疾病管制局（2018）醫療照護相關感染監測定義所定義血流感染（Bloodstream Infection, BSI）。

5. 中心導管（central line）：使用於注入輸液（infusion）、抽血或監測血液動力學（hemodynamic monitoring）之具有導管內腔（lumened）的血管內導管（intravascular catheter），其管路末端須位於或接近心臟或在主要血管（great vessel）內。本監測定義中所指的主要血管，包括：

- 主動脈（Aorta）
- 肺動脈（pulmonary artery）
- 上腔靜脈（superior vena cava）
- 下腔靜脈（inferior vena cava）
- 頭臂靜脈（brachiocephalic veins）
- 內頸靜脈（internal jugular veins）
- 鎖骨下靜脈（subclavian veins）
- 外髖靜脈（external iliac veins）
- 髖總靜脈（Common iliac veins）
- 股靜脈（femoral veins）；

- 新生兒的臍動脈/臍靜脈 (umbilical artery/vein)

備註：

1. 僅由導管種類與置入部位不能判斷是否為中心導管；依據定義該裝置管路末端必須位於或接近心臟或在主要血管內，且使用目的符合上述3項之一，始可列為中心導管。
2. 中心導管置入後，x 導管末段雖可能因為發生位移而離開大血管位置，但監測定義並不要求須持續確認導管末端所在位置；因此在收案時，只要導管在置放時確認符合中心導管定義，則此導管直到移除時都視為中心導管，使用天數納入中心導管使用人日數計算。
3. 血管裝置之導引器 (introducer) 視為血管內導管，可依據其導管末端位置及其使用目的，判斷是否為中心導管。
4. 心律調節器導線 (pacemaker wires) 及其他無內腔裝置 (non-lumened) 者不屬於中心導管，因為這些裝置無法經由導管內腔注入輸液或抽血。
5. 下列裝置不屬於中心導管：
  - 動脈導管 (Arterial catheters)
  - 動靜脈瘻管 (Arteriovenous fistula)
  - 動靜脈移植 (Arteriovenous graft)
  - 葉克膜氧合器 (Extracorporeal membrane oxygenation, ECMO)
  - Hemodialysis reliable outflow (HERO) 透析導管 (dialysis catheters)
  - 主動脈內氣球幫浦 (Intra-aortic balloon pump [IABP] devices)
  - 當次住院期間未曾使用的中心導管 (Non-accessed central line)  
(未使用也未放置)
  - 周邊靜脈導管 (Peripheral IV or Midlines)
  - 心室輔助裝置 (Ventricular Assist Device, VAD)

(四) 一個病人身上有多條中心導管時一天只能計算一個人日。

(五) 中心導管使用天數的計算方式是在計算當時有使用該裝置就算，醫院可自行決定計算時間，但是應固定在每天的同一時間進行。

(六) 依照疾管局之收案標準，病人同時符合 (1) 血流感染個案，且 (2) 發生血流感染時或曾於感染前 48 小時內使用中心導管者，即應列入中心導管相關血流感染收案，不需參考 tip culture 的結果。

(七)分子排除：

1. 入亞急性呼吸照護病房 48 小時內確認的中心導管相關血流感染。

二、運算方式：

$$\frac{\text{亞急性呼吸照護病房中心導管相關血流感染次數}}{\text{亞急性呼吸照護病房中心導管使用人日數}} \times 1000 \text{ ‰}$$

## HA09-02 亞急性呼吸照護病房呼吸器相關肺炎

### 一、收案方式：

- (一)以事件發生的月份為收案月份。
- (二)本指標定義亞急性呼吸照護病房係指機構於衛生局登記的醫療機構設置病床的「亞急性呼吸照護病床」。
- (三)呼吸器相關肺炎 (ventilator-associated pneumonia; VAP)：
  1. 以開始使用呼吸器當日算第 1 天，在肺炎的感染日期 (DOE) 當日，病人已使用呼吸器超過 2 個日曆天，且在肺炎的感染日期 (DOE) 當日或前 1 日，病人仍有使用呼吸器。
  2. 呼吸器 (Ventilator): 經由氣切套管或氣管插管幫助或控制呼吸的一種裝置，包括脫離階段。註：肺部擴張裝置，例如間歇正壓呼吸 (IPPB)、經鼻吐氣後正壓 (PEEP)、經鼻持續正壓呼吸器 (CPAP, hypoCPAP) 都不是呼吸器，除非上述裝置是經由氣切套管或氣管插管 (例如 ET-CPAP, ET-BIPAP)。
  3. 肺炎定義必須符合衛生福利部疾病管制署 (2018) 醫療照護相關感染監測定義所定義肺炎 (Pneumonia)。
- (四)呼吸器使用天數的計算方式是在計算當時有使用該裝置就算，醫院可自行決定計算時間，但是應固定在每天的同一時間進行。
- (五)在 14 天重複感染期 (RIT) 內，同一位病人不應再通報相同部位的感染。感染日期 (DOE) 是 14 天重複感染期 (RIT) 的第 1 天，在這 14 天的期間內，如果病人再次符合相同感染部位的判定標準時，不可通報為新的感染事件；若有新發現的病原體，則增列至原來的感染事件中，感染日期 (DOE) 維持與原感染事件相同，侵入性導管相關感染的判定亦維持與原感染事件相同。
- (六)重複感染期 (RIT) 僅適用於病人當次入院，並依據轉床規則 (Transfer Rule)，包括出院當日和次日。再次住院的病人不再適用前次住院所設定的重複感染期 (RIT)，即使是再入住同一機構。
- (七)感染病房的判定必須符合衛生福利部疾病管制署 (2018) 醫療照護相關感染監測的感染病房定義。

二、運算方式：

$$\frac{\text{亞急性呼吸照護病房呼吸器相關肺炎感染件數}}{\text{亞急性呼吸照護病房呼吸器使用人日數}} \times 1000 \text{ ‰}$$

## HA09-03 亞急性呼吸照護病房留置導尿管相關尿路感染

### 一、收案方式：

- (一)以事件發生的月份為收案月份。
- (二)本指標定義亞急性呼吸照護病房係指機構於衛生局登記的醫療機構設置病床的「亞急性呼吸照護病床」。
- (三)留置導尿管相關泌尿道感染 (catheter-associated urinary tract infection; CAUTI)：
  1. 以留置導尿管放置日為導尿管使用第 1 天，在泌尿道感染日期 (DOE) 當日，病人已使用留置導尿管超過 2 個日曆天，且在泌尿道感染日期 (DOE) 當日或前 1 天，病人仍有使用留置導尿管。
  2. 移除並重新置入的留置導尿管：
    - (1) 如果在留置導尿管移除後，病人維持無導尿管留置至少 1 個完整的日曆天 (不是以 24 小時計算)，則於再次置入導尿管後，導尿管使用天數將重新從 1 開始計算；反之，若在移除後若沒有經過 1 個完整的日曆天就重新置入新的留置導尿管，則導尿管使用天數將接續計算。  
理由：感染監測之目的並不是針對某一特定之導尿管是否發生感染進行監測，而是就留置導尿管此一措施導致病人發生泌尿道感染之風險進行監測。
    - (2) 承上，若病人的泌尿道感染日期 (DOE) 是在置入導尿管的第 2 天，則因為在感染日期 (DOE) 當日，導尿管留置沒有超過 2 個日曆天，不能收案為導尿管相關泌尿道感染 (CAUTI)；但仍可根據入院日期，判斷病人是否符合醫療照護相關的泌尿道感染 (UTI) 個案。
  3. 留置導尿管 (Indwelling catheter) 係經尿道插入膀胱並留置的引流管，且管路末端應連接至引流袋 (包括腿袋)；這樣的裝置也稱為導尿管 (foley catheter)。因此不包括尿套式導尿管 (condom catheter)、單次導尿 (straight in-and-out catheter)、腎造口管、迴腸導管 (ileoconduitis) 或恥骨上導管，除非同時有導尿管留存。用於間歇或連續灌洗用 (irrigation) 的留置尿道導管也包含在導尿管相關泌尿道感染監測中。
  4. 泌尿道感染定義必須符合衛生福利部疾病管制署 (2018) 醫療照護相關感染監測定義所定義有症狀的泌尿道感染。
- (四)在 14 天重複感染期 (RIT) 內，同一位病人不應再通報相同部位的感染。感

染日期 (DOE) 是 14 天重複感染期 (RIT) 的第 1 天，在這 14 天的期間內，如果病人再次符合相同感染部位的判定標準時，不可通報為新的感染事件；若有新發現的病原體，則增列至原來的感染事件中，感染日期 (DOE) 維持與原感染事件相同，侵入性導管相關感染的判定亦維持與原感染事件相同。

(五) 重複感染期 (RIT) 僅適用於病人當次入院，並依據轉床規則 (Transfer Rule)，包括出院當日和次日。再次住院的病人不再適用前次住院所設定的重複感染期 (RIT)，即使是再入住同一機構。

(六) 感染病房的判定必須符合衛生福利部疾病管制署 (2018) 醫療照護相關感染監測的感染病房定義。

## 二、運算方式：

$$\frac{\text{亞急性呼吸照護病房留置導尿管相關尿路感染次數}}{\text{亞急性呼吸照護病房留置導尿管使用人日數}} \times 1000 \text{ ‰}$$

## HA09-04 亞急性呼吸照護病房呼吸器脫離成功率

### 一、收案方式：

- (一)以事件發生的月份為收案月份。
- (二)本指標定義亞急性呼吸照護病房係指機構向衛生局登記的醫療機構設置病床的「亞急性呼吸照護病床」。
- (三)呼吸器脫離成功率定義：脫離呼吸器 $\geq 5$ 日，5日中之第1日，若使用呼吸器小於6小時(不含)，則當日可視為未使用呼吸器(得計算為5日之第1日)；惟連續中斷之第2-5日必需是完全沒有使用呼吸器才能視為脫離成功。
- (四)使用呼吸器處置項目為侵襲性呼吸輔助器使用、負壓呼吸輔助器使用、非侵襲性陽壓呼吸治療如 Nasal PAP、CPAP、Bi-PAP。
- (五)離開亞急性呼吸照護病房人次：含病人於監測月份成功脫離呼吸器且轉出(或出院)人次、未成功脫離呼吸器回轉 ICU 人次、未成功脫離呼吸器下轉至慢性呼吸照護病房、一般病房或居家照護的人次、經醫師判定為死亡之病人人數、病情尚未穩定但病人或病人家屬堅持離院的病人人次(含轉他院 ICU 或 RCC)、經醫師判定為病危瀕臨死亡，由病人或病人家屬要求自動辦理出院返家往生人數。

### 二、運算方式：

$$\frac{\text{成功脫離呼吸器且轉出人次}}{\text{離開亞急性呼吸照護病房人次}} \times 100 \%$$

## HA09-05 亞急性呼吸照護病房氣切比率

### 一、收案方式：

- (一)以事件發生的月份為收案月份。
- (二)本指標定義亞急性呼吸照護病房係指機構於衛生局登記的醫療機構設置病床的「亞急性呼吸照護病床」。
- (三)亞急性呼吸照護病房有氣切人次：於監測月份亞急性呼吸照護病房有氣切的病人人次，不論其執行氣切地點是否在亞急性呼吸照護病房。
- (四)亞急性呼吸照護病房病人人次：為監測月份第一天在亞急性呼吸照護病房的人數，加上當月每天住進亞急性呼吸照護病房的人次。

### 二、運算方式：

$$\frac{\text{亞急性呼吸照護病房有氣切人次}}{\text{亞急性呼吸照護病房病人人次}} \times 100 \%$$

## HA09-11 慢性呼吸照護病房中心導管相關血流感染

### 一、收案方式：

(一) 以事件發生的月份為收案月份。

(二) 本指標定義慢性呼吸照護病房係指機構於衛生局登記的醫療機構設置病床的「慢性呼吸照護病床」。

(三) 中心導管相關血流感染 (CLABSI)：

1. 以中心導管置入當日為第 1 天，病人在檢驗證實之血流感染 (LCBI) 的感染日期 (DOE) 當日，已使用中心導管或臍導管超過 2 個日曆天，且在感染日期 (DOE) 當日或前 1 日，病人仍有留置中心導管或臍導管。
2. 若病人住院時或轉入院時已有放置植入式中心導管 (輸液座, port)，並且沒有使用其他的中心導管，則住院後初次「使用 (access)」該導管之日視為第 1 天。「使用」的定義為放置導管、針頭穿刺入輸液座、或從導管進行輸液或抽血等。這些導管一旦開始使用，病人就持續符合中心導管相關血流感染 (CLABSI) 的監測對象，直到不再使用導管 (例如，將植入式導管從病人體內移除) 或病人出院 (參見轉床規則)。須注意：若單純只是未使用輸液座 (例如，拔除注射針但輸液座仍保留在病人體內)，病人仍持續符合 CLABSI 監測對象，中心導管使用天數也要持續計算。請參考表 1 的說明。
3. 中心導管移除和再置入：中心導管移除後，病人維持無中心導管留置使用至少 1 個完整的日曆天 (不是 24 小時)，則於再次置入中心導管後，病人的中心導管留置使用天數必須重新從 1 開始計算。相反的，若在中心導管移除後沒有間隔 1 個完整的日曆天，就重新置入新的中心導管，則病人的中心導管留置使用天數必須持續計算。

表 1：決定植入式中心導管（輸液座[port]）是否納入分母的中心導管使用人日數計算和中心導管相關血流感染（CLABSI）監測之說明

植入式裝置之情況	說 明
住院期間從未使用植入式中心導管	不納入分母的中心導管使用人日數計算，且病人發生的血流感染不能收案為中心導管相關血流感染（CLABSI）。
住院第3天開始使用植入式中心導管，之後持續使用	住院第3天視為中心導管第1天且中心導管使用人日數持續計算直到導管移除或病人出院當天。中心導管相關血流感染（CLABSI）監測持續到導管移除或病人出院後1日。
住院第3天開始使用植入式中心導管，直到住院第10天停止使用	住院第3天視為中心導管第1天，且中心導管使用人日數持續計算直到導管移除或病人出院當天。中心導管相關血流感染（CLABSI）監測和中心導管使用人日數計算不會在住院第10天就停止；CLABSI 監測持續到導管移除或病人出院後1天。
住院第3天使用植入式中心導管，並在住院第10天移除	住院第3天視為中心導管第1天，且中心導管使用人日數計算直到住院第10天。中心導管相關血流感染（CLABSI）監測持續到住院第11天。

4. 血流感染定義必須符合衛生福利部疾病管制局（2018）醫療照護相關感染監測定義所定義血流感染（Bloodstream Infection, BSI）。

5. 中心導管（central line）：使用於注入輸液（infusion）、抽血或監測血液動力學（hemodynamic monitoring）之具有導管內腔（lumened）的血管內導管（intravascular catheter），其管路末端須位於或接近心臟或在主要血管（great vessel）內。本監測定義中所指的主要血管，包括：

- 主動脈（Aorta）
- 肺動脈（pulmonary artery）
- 上腔靜脈（superior vena cava）
- 下腔靜脈（inferior vena cava）
- 頭臂靜脈（brachiocephalic veins）
- 內頸靜脈（internal jugular veins）
- 鎖骨下靜脈（subclavian veins）
- 外髂靜脈（external iliac veins）
- 髂總靜脈（Common iliac veins）

- 股靜脈（femoral veins）；
- 新生兒的臍動脈/臍靜脈（umbilical artery/vein）

備註：

1. 僅由導管種類與置入部位不能判斷是否為中心導管；依據定義該裝置管路末端必須位於或接近心臟或在主要血管內，且使用目的符合上述3項之一，始可列為中心導管。
2. 中心導管置入後，導管末段雖可能因為發生位移而離開大血管位置，但監測定義並不要求須持續確認導管末端所在位置；因此在收案時，只要導管在置放時確認符合中心導管定義，則此導管直到移除時都視為中心導管，使用天數納入中心導管使用人日數計算。
3. 血管裝置之導引器（introducer）視為血管內導管，可依據其導管末端位置及其使用目的，判斷是否為中心導管。
4. 心律調節器導線（pacemaker wires）及其他無內腔裝置（non-lumened）者不屬於中心導管，因為這些裝置無法經由導管內腔注入輸液或抽血。
5. 下列裝置不屬於中心導管：
  - 動脈導管（Arterial catheters）
  - 動靜脈瘻管（Arteriovenous fistula）
  - 動靜脈移植（Arteriovenous graft）
  - 葉克膜氧合器（Extracorporeal membrane oxygenation, ECMO）
  - Hemodialysis reliable outflow（HERO）透析導管（dialysis catheters）
  - 主動脈內氣球幫浦（Intra-aortic balloon pump [IABP] devices）
  - 當次住院期間未曾使用的中心導管（Non-accessed central line）  
（未使用也未放置）
  - 周邊靜脈導管（Peripheral IV or Midlines）
  - 心室輔助裝置（Ventricular Assist Device, VAD）

（四）一個病人身上有多條中心導管時一天只能計算一個人日。

（五）中心導管使用天數的計算方式是在計算當時有使用該裝置就算，醫院可自行決定計算時間，但是應固定在每天的同一時間進行。

（六）依照疾管局之收案標準，病人同時符合（1）血流感染個案，且（2）發生血流

感染時或曾於感染前 48 小時內使用中心導管者，即應列入中心導管相關血流感染收案，不需參考 tip culture 的結果。

(七)分子排除：

1. 入慢性呼吸照護病房 48 小時內確認的中心導管相關血流感染。

二、運算方式：

$$\frac{\text{慢性呼吸照護病房中心導管相關血流感染次數}}{\text{慢性呼吸照護病房中心導管使用人日數}} \times 1000 \text{ ‰}$$

## HA09-12 慢性呼吸照護病房呼吸器相關肺炎

### 一、收案方式：

- (一)以事件發生的月份為收案月份。
- (二)本指標定義慢性呼吸照護病房係指機構於衛生局登記的醫療機構設置病床的「慢性呼吸照護病床」。
- (三)呼吸器相關肺炎 (ventilator-associated pneumonia; VAP)：
  - 1.以開始使用呼吸器當日算第 1 天，在肺炎的感染日期 (DOE) 當日，病人已使用呼吸器超過 2 個日曆天，且在肺炎的感染日期 (DOE) 當日或前 1 日，病人仍有使用呼吸器。
  - 2.呼吸器 (Ventilator):經由氣切套管或氣管插管幫助或控制呼吸的一種裝置，包括脫離階段。註：肺部擴張裝置，例如間歇正壓呼吸 (IPPB)、經鼻吐氣後正壓 (PEEP)、經鼻持續正壓呼吸器 (CPAP,hypoCPAP) 都不是呼吸器，除非上述裝置是經由氣切套管或氣管插管 (例如 ET-CPAP, ET-BIPAP)。
  - 3.肺炎定義必須符合衛生福利部疾病管制署 (2018) 醫療照護相關感染監測定義所定義肺炎 (Pneumonia)。
- (四)呼吸器使用天數的計算方式是在計算當時有使用該裝置就算，醫院可自行決定計算時間，但是應固定在每天的同一時間進行。
- (五)在 14 天重複感染期 (RIT) 內，同一位病人不應再通報相同部位的感染。感染日期 (DOE) 是 14 天重複感染期 (RIT) 的第 1 天，在這 14 天的期間內，如果病人再次符合相同感染部位的判定標準時，不可通報為新的感染事件；若有新發現的病原體，則增列至原來的感染事件中，感染日期 (DOE) 維持與原感染事件相同，侵入性導管相關感染的判定亦維持與原感染事件相同。
- (六)重複感染期 (RIT) 僅適用於病人當次入院，並依據轉床規則 (Transfer Rule)，包括出院當日和次日。再次住院的病人不再適用前次住院所設定的重複感染期 (RIT)，即使是再入住同一機構。
- (七)感染病房的判定必須符合衛生福利部疾病管制署 (2018) 醫療照護相關感染監測的感染病房定義。

## 二、運算方式：

$$\frac{\text{慢性呼吸照護病房呼吸器相關肺炎感染件數}}{\text{慢性呼吸照護病房呼吸器使用人日數}} \times 1000 \text{ ‰}$$

## HA09-13 慢性呼吸照護病房留置導尿管相關尿路感染

### 一、收案方式：

- (一)以事件發生的月份為收案月份。
- (二)本指標定義慢性呼吸照護病房係指機構於衛生局登記的醫療機構設置病床的「慢性呼吸照護病床」。
- (三)留置導尿管相關泌尿道感染 (catheter-associated urinary tract infection; CAUTI)：
  1. 以留置導尿管放置日為導尿管使用第 1 天，在泌尿道感染日期 (DOE) 當日，病人已使用留置導尿管超過 2 個日曆天，且在泌尿道感染日期 (DOE) 當日或前 1 天，病人仍有使用留置導尿管。
  2. 移除並重新置入的留置導尿管：
    - (1) 如果在留置導尿管移除後，病人維持無導尿管留置至少 1 個完整的日曆天 (不是以 24 小時計算)，則於再次置入導尿管後，導尿管使用天數將重新從 1 開始計算；反之，若在移除後若沒有經過 1 個完整的日曆天就重新置入新的留置導尿管，則導尿管使用天數將接續計算。

理由：感染監測之目的並不是針對某一特定之導尿管是否發生感染進行監測，而是就留置導尿管此一措施導致病人發生泌尿道感染之風險進行監測。
    - (2) 承上，若病人的泌尿道感染日期 (DOE) 是在置入導尿管的第 2 天，則因為在感染日期 (DOE) 當日，導尿管留置沒有超過 2 個日曆天，不能收案為導尿管相關泌尿道感染 (CAUTI)；但仍可根據入院日期，判斷病人是否符合醫療照護相關的泌尿道感染 (UTI) 個案。
  3. 留置導尿管 (Indwelling catheter) 係經尿道插入膀胱並留置的引流管，且管路末端應連接至引流袋 (包括腿袋)；這樣的裝置也稱為導尿管 (foley catheter)。因此不包括尿套式導尿管 (condom catheter)、單次導尿 (straight in-and-out catheter)、腎造口管、迴腸導管 (ileoconduitis) 或恥骨上導管，除非同時有導尿管留存。用於間歇或連續灌洗用 (irrigation) 的留置尿道導管也包含在導尿管相關泌尿道感染監測中。
  4. 泌尿道感染定義必須符合衛生福利部疾病管制署 (2018) 醫療照護相關感染監測定義所定義有症狀的泌尿道感染。
- (四)在 14 天重複感染期 (RIT) 內，同一位病人不應再通報相同部位的感染。感

染日期 (DOE) 是 14 天重複感染期 (RIT) 的第 1 天，在這 14 天的期間內，如果病人再次符合相同感染部位的判定標準時，不可通報為新的感染事件；若有新發現的病原體，則增列至原來的感染事件中，感染日期 (DOE) 維持與原感染事件相同，侵入性導管相關感染的判定亦維持與原感染事件相同。

(五) 重複感染期 (RIT) 僅適用於病人當次入院，並依據轉床規則 (Transfer Rule)，包括出院當日和次日。再次住院的病人不再適用前次住院所設定的重複感染期 (RIT)，即使是再入住同一機構。

(六) 感染病房的判定必須符合衛生福利部疾病管制署 (2018) 醫療照護相關感染監測的感染病房定義。

## 二、運算方式：

$$\frac{\text{慢性呼吸照護病房留置導尿管相關尿路感染次數}}{\text{慢性呼吸照護病房留置導尿管使用人日數}} \times 1000 \text{ ‰}$$

## HA09-14 慢性呼吸照護病房呼吸器脫離成功率

### 一、收案方式：

- (一)以事件發生的月份為收案月份。
- (二)本指標定義慢性呼吸照護病房係指機構於衛生局登記的醫療機構設置病床的「慢性呼吸照護病床」。
- (三)呼吸器脫離成功率定義：脫離呼吸器 $\geq 5$ 日，5日中之第1日，若使用呼吸器小於6小時(不含)，則當日可視為未使用呼吸器(得計算為5日之第1日)；惟連續中斷之第2-5日必需是完全沒有使用呼吸器才能視為脫離成功。
- (四)使用呼吸器處置項目為侵襲性呼吸輔助器使用、負壓呼吸輔助器使用、非侵襲性陽壓呼吸治療如 Nasal PAP、CPAP、Bi-PAP。
- (五)離開慢性呼吸照護病房人次：含病人於監測月份成功脫離呼吸器且轉出(或出院)人次、回轉ICU人次、未成功脫離呼吸器下轉居家照護的人次、經醫師判定為死亡之病人人數、病情尚未穩定但病人或病人家屬堅持離院的病人人次(含轉他院ICU或RCW)、經醫師判定為病危瀕臨死亡，由病人或病人家屬要求自動辦理出院返家往生人數。

### 二、運算方式：

$$\frac{\text{成功脫離呼吸器且轉出人次}}{\text{離開慢性呼吸照護病房人次}} \times 100 \%$$

## HA10 經營管理

### HA10-01 異常事件通報數

#### 一、收案方式：

- (一)以事件通報的月份為收案月份。
- (二)異常事件由醫院自行定義，建議可參考台灣病人安全通報系統 (TPR) 分類。
- (三)有參加台灣病人安全通報系統 (TPR) 之醫院，因保密考量，需請醫院自行填報。

#### 二、運算方式：

每月醫院各類異常事件通報之件數。

## HA10-02 醫院員工遭受暴力事件數

### 一、收案方式：

(一)以事件發生的月份為收案月份。

(二)暴力事件依「醫療法」第 24 條第 2 項之認定收案，指醫院員工遭受強暴、脅迫、恐嚇或其他非法之方法，妨礙醫療業務之執行，致生危害醫療安全之事件。

### 二、運算方式：

每月醫院員工遭受暴力之事件數。

## HA10-03 醫院員工發生職業災害件數

### 一、收案方式：

(一) 以事件發生的月份為收案月份。

(二) 職業災害依「職業安全衛生法」第 2 條第 5 項之認定收案，指因勞動場所之建築物、機械、設備、原料、材料、化學品、氣體、蒸氣、粉塵等或作業活動及其他職業上原因引起之工作者疾病、傷害、失能或死亡。

### 二、運算方式：

每月醫院員工發生職業災害之件數。

## HA10-04 急性一般病床開放率

### 一、收案方式：

(一)分子為每月 1 日機構實際設置可開放使用之急性一般病床數。

(二)分母為每月 1 日機構於衛生局登記之急性一般病床開放床數。

### 二、運算方式：

$$\frac{\text{實際開放之急性一般病床開放床數}}{\text{衛生局登記之急性一般病床開放床數}} \times 100 \%$$

## HA10-09 急性一般病床全日平均護病比（不包含護理長、專科護理師、實習護士）

### 一、收案方式：

- (一) 本指標請依據醫院評鑑基準及評量項目（醫學中心適用）中「2.3.6 適當的護病比」、（區域醫院、地區醫院適用）中「2.3.5 適當的護病比」註 2 之公式計算：醫院該月每一個病房之（急性一般病床床位數×佔床率×3）加總後÷每月每日平均上班護理人員數之三班小計加總。
- (二) 床位數：以機構於衛生局登記開放之急性一般病床數計。
- (三) 佔床率：以當月佔床率為計算基準：
1. 計算公式：每月佔床率=（該類病床該月總住院人日數）÷（該類病床數×該月之日數）×100（%）。四捨五入取至小數點下 1 位。
  2. 住院人日：即以當月內每日有辦理住院手續之住院病人人數累計。計算方式為算進不算出，惟當日住出院者算 1 日住院人日。
- (四) 護理人員數：護理人員（滿 8 小時計 1 人，未滿 4 小時不計，滿 4 小時計 0.5 人），不含護理長、專科護理師、實習護士。

### 二、運算方式：

$$\frac{\text{醫院該月每一個病房之（急性一般病床床位數} \times \text{佔床率} \times 3）\text{加總}}{\text{急性一般病房每月每日平均上班護理人員數之三班小計加總}}$$

## 醫院評鑑基準人力監測

### 醫事人力 01-醫師人力

#### 一、收案方式：

- (一)本指標為月指標且以每月 1 日為收案月份。
- (二)本指標請依據醫院評鑑基準及評量項目（區域醫院、地區醫院適用）之「1.3.1 適當醫師人力配置」或醫院評鑑基準及評量項目（醫學中心適用）之「1.3.1 適當醫師人力配置」規定計算人力標準。
  1. 每10床應有醫師1人（含）以上。
  2. 各診療科均有專科醫師1人（含）以上。
  3. 病床數以一般病床與特殊病床合計（不包含手術恢復床、急診觀察床及性侵害犯罪加害人強制治療病床），並依登記開放病床數計。
    - (1) 嬰兒床以三分之一折算。
    - (2) 血液透析床，以 15 床折算。
    - (3) 亞急性呼吸照護病床，以 15 床折算；慢性呼吸照護病床，以 20 床折算。
  4. 依醫療機構設置標準第二十條規定事先報准之時數，每週達44小時者，得折算醫師人力1人。
- (三)醫師人力係指西醫師。

#### 二、運算方式：

每月執業登記西醫師數。

## 醫事人力 02-醫事放射人力

### 一、收案方式：

- (一)本指標為月指標且以每月 1 日為收案月份。
- (二)本指標請依據醫院評鑑基準及評量項目(區域醫院、地區醫院適用)之「1.3.2 適當醫事放射人力配置」或醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)之「1.3.3 應有適當的醫師、醫事放射人力配置，並由適當訓練及經驗人員執行診療檢查及了解其臨床意義」規定計算人力標準。
  - 1.申請地區醫院評鑑者：
    - (1)急性一般病床 500 床以上醫院：每 35 床應有 1 人以上。
    - (2)急性一般病床 250 床以上 499 床以下醫院：每 40 床應有 1 人以上。
    - (3)急性一般病床 100 床以上 249 床以下醫院：每 45 床應有 1 人以上。
    - (4)急性一般病床 99 床以下醫院：每 50 床應有 1 人以上。
  - 2.申請區域醫院評鑑者：
    - (1)急性一般病床 500 床以上醫院：每 35 床應有 1 人以上。
    - (2)急性一般病床 499 床以下醫院：每 40 床應有 1 人以上。
  - 3.申請醫學中心評鑑者：
    - (1)急性一般病床每 30 床應有 1 人以上(專任醫事放射人員人數之計算不包含心導管、牙科、泌尿科碎石機、及腸胃科)。
    - (2)應有專任放射腫瘤之醫學物理人員 1 人以上。
- (三)設加護病房者，每 20 床應有 1 人以上。
- (四)各類病床數以登記開放數計，並依實際設置情形計算人力。
- (五)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。

### 二、運算方式：

每月執業登記醫事放射師及醫事放射士數。

## 醫事人力 03-醫事檢驗人力

### 一、收案方式：

- (一) 本指標為月指標且以每月 1 日為收案月份，。
- (二) 本指標請依據醫院評鑑基準及評量項目（區域醫院、地區醫院適用）之「1.3.3 適當醫事檢驗人力配置」或醫院評鑑基準及評量項目（醫學中心適用）之「1.3.5 適當之醫事檢驗服務（或臨床病理）服務組織與人力配置」規定計算人力標準。
  1. 申請地區醫院評鑑者：
    - (1) 急性一般病床 100 床以上醫院：每 50 床應有醫事檢驗人員 2 人以上。  
應有專任醫事檢驗師 2 人以上。
    - (2) 急性一般病床 99 床以下醫院：每 50 床應有醫事檢驗人員 1 人以上。
  2. 申請區域醫院評鑑者：急性一般病床每 25 床應有專任醫事檢驗師 1 人。
  3. 申請醫學中心評鑑者：急性一般病床每 20 床應有專任醫事檢驗師 1 人。
- (三) 設有血液透析床者，每 50 床應有醫事檢驗人員 1 人以上。
- (四) 各類病床數以登記開放數計，並依實際設置情形計算人力。
- (五) 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。

### 二、運算方式：

每月執業登記醫事檢驗師及醫事檢驗生數。

## 醫事人力 04-護產人力

### 一、收案方式：

- (一) 本指標為月指標且以每月 1 日為收案月份。
- (二) 本指標請依據醫院評鑑基準及評量項目（區域醫院、地區醫院適用）之「1.3.4 依據病房特性配置適當護產人力」或醫院評鑑基準及評量項目（醫學中心適用）之「1.3.6 依據病房特性配置適當護產人力」規定計算人力標準。

#### 1. 申請地區醫院評鑑者：

- (1) 急性一般病床，49 床以下者，每 4 床應有 1 人以上；50 床以上者，每 3 床應有 1 人以上。
- (2) 設下列部門者，其人員並依其規定計算：
  - A. 手術室：每床應有 2 人以上。
  - B. 加護病房：每床應有 1.5 人以上。
  - C. 產房：每產台應有 2 人以上。
  - D. 燒傷病房、亞急性呼吸照護病房：每床應有 1.5 人以上。
  - E. 手術恢復室、急診觀察室、嬰兒病床、安寧病房：每床應有 1 人以上。
  - F. 門診：每診療室應有 1 人以上。
  - G. 嬰兒室：每床應有 0.4 人以上。
  - H. 血液透析室、慢性呼吸照護病房：每 4 床應有 1 人以上。

#### 2. 申請區域醫院評鑑者：

- (1) 急性一般病床每 2.5 床應有 1 人以上。
- (2) 設下列部門者，其人員並依其規定計算：
  - A. 手術室：每班每床 2 人以上。
  - B. 加護病房：每床應有 2 人以上。
  - C. 產房：每產台應有 2 人以上。
  - D. 燒傷病房、亞急性呼吸照護病房：每床應有 1.5 人以上。
  - E. 手術恢復室：每班每床 0.5 人以上。急診觀察室、嬰兒病床、安寧病房：每床應有 1 人以上。
  - F. 門診：每診療室應有 1 人以上。
  - G. 嬰兒室：每床應有 0.4 人以上。

H. 血液透析室：每 4 人次 1 人以上。慢性呼吸照護病房：每 4 床應有 1 人以上。

I. 精神科日間照護單位，每 16 名服務量應有 1 人以上。

3. 申請醫學中心評鑑者：

(1) 急性一般病床每 2 床應有 1 人以上。

(2) 設下列部門者，其人員並依其規定計算：

A. 手術室：每班每床 2.5 人以上。

B. 加護病房：每床應有 2.5 人以上。

C. 產房：每產台應有 2 人以上。

D. 燒傷病房、亞急性呼吸照護病房：每床應有 1.5 人以上。

E. 手術恢復室：每班每床 0.5 人以上。急診觀察室、嬰兒病床、安寧病房：每床應有 1 人以上。

F. 門診：每診療室應有 1 人以上。

G. 嬰兒室：每床應有 0.4 人以上。

H. 血液透析室：每 4 人次 1 人以上。慢性呼吸照護病房：每 4 床應有 1 人以上。

I. 精神科日間照護單位，每 15 名服務量應有 1 人以上。

(三) 精神急性一般病房：每 3 床應有 1 人以上。

(四) 精神慢性一般病房：每 12 床應有 1 人以上。

(五) 開業後之門診護產人員，依診療室之實際使用率計。其計算方式如下：實際使用率 = 每星期之開診數 / (診間數 × 每天以二時段計數 × 每星期開診天數) × 星期開 %

(六) 醫院設有產房者，得有助產師(士)編制至少一人以上；其人員同時具有護理人員及助產人員資格者，應優先以助產人員資格辦理執業登記。

(七) 各類病床數以登記開放數計，並依實際設置情形計算人力。

(八) 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。

4. 嬰兒室、燒傷病房及嬰兒病房等單位由醫院依實際需要調整人力，並提供適當訓練，以維照護品質。

## 二、運算方式：

每月執業登記護理師、護士、助產師及助產士數。

## 醫事人力 05-藥事人力

### 一、收案方式：

- (一)本指標為月指標且以每月 1 日為收案月份。
- (二)本指標請依據醫院評鑑基準及評量項目（區域醫院、地區醫院適用）之「1.3.5 適當藥事人力配置」或醫院評鑑基準及評量項目（醫學中心適用）之「1.3.8 藥劑部門組織分工完善、人力配置適當，足以完成對病人之藥事照護，且藥事人員皆有執業登錄」規定計算人力標準。

#### 1.申請地區醫院評鑑者：

- (1) 一般病床：每 50 床應有藥師 1 人以上；如採單一劑量，每 40 床至少藥師 1 人。
- (2) 設有下列部門者，其人員並依其規定計算：
  - A. 加護病房：每 20 床應有藥師 1 人。
  - B. 門診作業：如提供調劑服務者，應有藥師 1 人。
  - C. 急診作業：每八小時一班，全天二十四小時均應有藥師提供服務。
- (3) 開業一年以後，依前一年服務量計算人力：
  - A. 門診作業：日處方箋每滿 100 張處方箋，應增聘 1 名藥師。
  - B. 急診作業：日處方箋每滿 100 張處方箋，應增聘 1 名藥師。
- (4) 特殊製劑調劑作業：全靜脈營養劑、化學治療劑、PCA、IVadmixture 至少 1 人。

#### 2.申請區域醫院評鑑者：

- (1) 一般病床：每 50 床應有藥師 1 人以上；如採單一劑量，每 40 床至少藥師 1 人。
- (2) 設有下列部門者，其人員並依其規定計算：
  - A. 加護病房：每 20 床應有藥師 1 人。
  - B. 門診作業：如提供調劑服務者，應有藥師 1 人。
  - C. 急診作業：每八小時一班，全天二十四小時均應有藥師提供服務。
- (3) 開業一年以後，依前一年服務量計算人力：
  - A. 門診作業：日處方箋每滿 80 張處方箋，應增聘 1 名藥師。
  - B. 急診作業：日處方箋每滿 100 張處方箋，應增聘 1 名藥師。
- (4) 特殊製劑調劑作業：特殊藥品處方每 15 張至少 1 人。

### 3.申請醫學中心評鑑者：

- (1) 一般病床：每 40 床應有藥師 1 人以上。
  - (2) 設有下列部門者，其人員並依其規定計算：
    - A. 加護病房：每 20 床應有藥師 1 人。
    - B. 門診作業：如提供調劑服務者，應有藥師 1 人。
    - C. 急診作業：每八小時一班，全天二十四小時均應有藥師提供服務。
  - (3) 開業一年以後，依前一年服務量計算人力：
    - A. 門診作業：日處方箋每滿 70 張處方箋，應增聘 1 名藥師。
    - B. 急診作業：日處方箋每滿 70 張處方箋，應增聘 1 名藥師。
  - (4) 特殊製劑調劑作業：特殊藥品處方每 15 張至少 1 人。
- (三)一般病床包含：急性一般病床、精神急性一般病床及慢性一般病床。各類病床數以登記開放數計，並依實際設置情形計算人力。
- (四)門、急診處方數指每日平均處方數，門診以實際門診日數計算，急診以一年 365 天計算。
- (五)特殊藥品係指全靜脈營養輸注液、化學治療藥品、含放射性物質藥品癌症化學治療針劑、PCA 等，每日平均特殊藥品處方以一年 270 天計算。
- (六)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。
- (七)本條文不包含中藥調劑業務；醫院設有中醫部門者，中藥調劑人員另計。

## 二、運算方式：

每月執業登記藥師及符合藥事法第 37 條第 3 項規定之藥劑生數。

## 醫事人力 06-營養與膳食單位人力

### 一、收案方式：

- (一) 本指標為月指標且以每月 1 日為收案月份。
- (二) 本指標請依據醫院評鑑基準及評量項目（區域醫院、地區醫院適用）之「1.3.6 適當營養人力配置」或醫院評鑑基準及評量項目（醫學中心適用）之「1.3.9 適當之營養與膳食單位或部門組織與人力配置」規定計算人力標準。
  1. 急性一般病床：每 100 床應有 1 人以上。
  2. 加護病房、燒傷加護病房：每 30 床應有 1 人以上。
  3. 亞急性呼吸照護病房、慢性呼吸照護病房、燒傷病房：每 100 床應有 1 人以上。
  4. 申請醫學中心評鑑者：每 100 床至少有 1 名營養師，另至少有 3 名營養人員負責膳食供應。
- (三) 各類病床數以登記開放數計，並依實際設置情形計算人力。
- (四) 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。

### 二、運算方式：

每月執業登記營養師數。

## 醫事人力 07-物理治療人力

### 一、收案方式：

- (一)本指標為月指標且以每月 1 日為收案月份。
- (二)本指標請依據醫院評鑑基準及評量項目（區域醫院、地區醫院適用）之「1.3.7 適當復健人力配置」或醫院評鑑基準及評量項目（醫學中心適用）之「1.3.10 適當之復健服務組織與人力配置」規定計算人力標準。
  1. 提供物理治療服務者，應符合下列規定：
    - (1) 應有物理治療人員 1 人以上。
    - (2) 急性一般病床：每 100 床應有 1 人以上；未滿 100 床者，至少 1 人。
- (三)各類病床數以登記開放數計，並依實際設置情形計算人力。
- (四)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。

### 二、運算方式：

每月執業登記物理治療師及物理治療生數。

## 醫事人力 08-職能治療人力

### 一、收案方式：

- (一) 本指標為月指標且以每月 1 日為收案月份。
- (二) 本指標請依據醫院評鑑基準及評量項目（區域醫院、地區醫院適用）之「1.3.7 適當復健人力配置」或醫院評鑑基準及評量項目（醫學中心適用）之「1.3.10 適當之復健服務組織與人力配置」規定計算人力標準。
  1. 提供職能治療服務者，應符合下列規定：
    - (1) 應有職能治療人員 1 人以上。
    - (2) 急性一般病床：每 300 床應有 1 人以上。
    - (3) 精神急性一般病床、精神慢性一般病床、精神科加護病房、精神科日間照護單位：合計每 35 床（服務量）應有 1 人以上。
- (三) 各類病床數以登記開放數計，並依實際設置情形計算人力。
- (四) 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。

### 二、運算方式：

每月執業登記職能治療師及職能治療生數。

## 醫事人力 09-語言治療人力

### 一、收案方式：

- (一) 本指標為月指標且以每月 1 日為收案月份。
- (二) 本指標請依據醫院評鑑基準及評量項目（區域醫院、地區醫院適用）之「1.3.7 適當復健人力配置」或醫院評鑑基準及評量項目（醫學中心適用）之「1.3.10 適當之復健服務組織與人力配置」規定計算人力標準。
  1. 提供語言治療業務者，應符合下列規定：
    - (1) 應有語言治療師 1 人以上。
    - (2) 一般病床每 500 床應增聘 1 人。
- (三) 各類病床數以登記開放數計，並依實際設置情形計算人力。
- (四) 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。

### 二、運算方式：

每月執業登記語言治療師數。

## 醫事人力 10-聽力師人力

### 一、收案方式：

- (一)本指標為月指標且以每月 1 日為收案月份。
- (二)本指標請依據醫院評鑑基準及評量項目（區域醫院、地區醫院適用）之「1.3.7 適當復健人力配置」或醫院評鑑基準及評量項目（醫學中心適用）之「1.3.10 適當之復健服務組織與人力配置」規定計算人力標準。
  1. 提供聽力師業務者，應符合下列規定：
    - (1) 應有聽力師 1 人以上。
    - (2) 一般病床每 500 床應增聘 1 人。
- (三)各類病床數以登記開放數計，並依實際設置情形計算人力。
- (四)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。

### 二、運算方式：

每月執業登記聽力師數。

## 醫事人力 11-社會工作人力

### 一、收案方式：

- (一)本指標為月指標且以每月 1 日為收案月份。
- (二)本指標請依據醫院評鑑基準及評量項目(區域醫院、地區醫院適用)之「1.3.8 適當的社工人力配置」或醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)之「1.3.11 應有社工人員提供病人輔導、諮商及社區聯繫工作，並協助解決其困難或家暴等問題」規定計算人力標準。
  1. 急性一般病床：
    - (1) 99 床以下應有指定專人負責社會工作服務。
    - (2) 每 100 床應有 1 人以上。
  2. 精神急性一般病床、精神慢性一般病床、精神科日間照護單位：合計每 100 床(服務量)應有 1 人以上。
  3. 急性一般病床、精神急性一般病床合計達 300 床以上醫院之社會工作人員，其社會工作師人數應達三分之一以上；但偏遠地區醫院不在此限。
- (三)各類病床數以登記開放數計，並依實際設置情形計算人力。
- (四)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。

### 二、運算方式：

每月社會工作人員數及執業登記社會工作師數。

## 醫事人力 12-精神臨床心理人力

### 一、收案方式：

- (一)本指標為月指標且以每月 1 日為收案月份。
- (二)本指標請依據醫院評鑑基準及評量項目(區域醫院、地區醫院適用)之「2.4.10 適當之精神照護人力配置」或醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)之「2.4.11 適當之精神照護人力配置」規定計算人力標準。
  1. 申請地區醫院評鑑者：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。)
  2. 申請區域醫院評鑑者：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。
  3. 申請醫學中心評鑑者：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。
- (三)各類病床數以登記開放數計，並依實際設置情形計算人力。
- (四)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。

### 二、運算方式：

每月臨床心理人員數及執業登記心理師數。

## 醫事人力 13-呼吸照護人力

### 一、收案方式：

- (一)本指標為月指標且以每月 1 日為收案月份。
- (二)本指標請依據醫院評鑑基準及評量項目(區域醫院、地區醫院適用)之「1.3.10 適當的呼吸治療照護人力配置」或醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)之「2.4.7 適當之加護病房組織及人力配置」、「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」、「2.4.24 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」規定計算人力標準：
  1. 加護病房每 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. 慢性呼吸照護病房(RCW)每 30 床應有呼吸治療師至少 1 名。
  3. 亞急性呼吸照護病房(RCC)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提供服務。
- (三)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。

### 二、運算方式：

每月執業登記呼吸治療師數。

## 附錄

醫院評鑑持續性監測指標及提報代碼清單

代碼	指標名稱	分子提報代碼	分子名稱	分母提報代碼	分母名稱
HA01-01	住院死亡率	HA01-01-01	死亡人數(含病危自動出院)	HA01-01-01	死亡人數(含病危自動出院)
				HA01-02-02	出院人次(不含死亡及病危自動出院)
HA01-02	出院 14 天內因相同或相關病情非計畫性再住院率	HA01-02-01	出院 14 天內因相同或相關病情非計畫性再住院的事件數	HA01-02-02	出院人次(不含死亡及病危自動出院)
HA01-03	急性病床住院案件住院日數超過三十日比率	HA01-03-01	分母案件中住院超過 30 日的案件數	HA01-03-02	出院案件數(僅急性床案件,不含急慢性床混合案件)
HA02-01	48 小時(含)內加護病房重返率	HA02-01-01	48 小時(含)內非計畫性重返加護病房人次	HA02-01-02	加護病房轉出人次
HA02-02	加護病房死亡率	HA02-02-01	加護病房內死亡人數(含病危自動出院)	HA02-02-02	加護病房轉出及出院總人次
HA02-11	加護病房呼吸器相關肺炎	HA02-11-01	加護病房呼吸器相關肺炎感染件數	HA02-11-02	加護病房呼吸器使用人日數
HA02-12	加護病房留置導尿管相關尿路感染	HA02-12-01	加護病房留置導尿管相關尿路感染次數	HA02-12-02	加護病房留置導尿管使用人日數
HA02-13	加護病房中心導管相關血流感染率	HA02-13-01	加護病房中心導管相關血流感染件數	HA02-13-02	加護病房中心導管使用人日數
HA03-01	手術後 48 小時內死亡率	HA03-01-01	手術後 48 小時內死亡人數(含病危自動出院)	HA03-01-02	住院病人手術數
HA03-02	所有手術病人住院期間非計畫相關重返手術室	HA03-02-01	住院病人非計畫性重返手術室的次數	HA03-02-02	住院病人手術數
HA03-03	所有住院病人手術部位感染	HA03-03-01	手術部位感染數	HA03-02-02	住院病人手術數
HA03-04	預防性抗生素在劃刀前 1 小時內給予比率	HA03-04-01	劃刀前 60 分鐘內接受預防性抗生素之手術次數	HA03-04-02	接受預防性抗生素之所有手術次數
HA04-01	總剖腹產率	HA04-01-01	總剖腹產數	HA04-01-02	總生產數
HA04-02	初次剖腹產率	HA04-02-01	初次剖腹產數	HA04-02-02	過去未曾接受過剖腹產的產婦
HA05-01	急診轉住院比率	HA05-01-01	由急診就診後直接辦理住院之人次	HA05-01-02	急診總人次
HA05-02	急診會診超過 30 分鐘比率	HA05-02-01	急診會診超過 30 分鐘之人次	HA05-02-02	急診會診總人次
HA05-03	緊急重大外傷手術於 30 分鐘內進入開刀房比率	HA05-03-01	緊急重大外傷手術於 30 分鐘內進入開刀房病人之人次	HA05-03-02	緊急重大外傷手術病人之總人次
HA06-01	全院腹膜透析病人比率	HA06-01-01	腹膜透析個案數	HA06-01-01	腹膜透析個案數
				HA06-01-02	血液透析個案數

代碼	指標名稱	分子提報代碼	分子名稱	分母提報代碼	分母名稱
HA06-11	急性心肌梗塞-STEMI 到急診 90 分鐘內施予直接經皮冠狀介入術比率	HA06-11-01	STEMI 到急診 90 分鐘內施予緊急經皮冠狀動脈介入術病人次	HA06-11-02	所有 STEMI 到急診施予緊急經皮冠狀動脈介入術病人次
HA06-13	急性心肌梗塞住院中死亡率 (含病危自動出院)	HA06-13-01	住院病人主診斷為 AMI 之死亡人數 (含病危自動出院)	HA06-13-02	出院主診斷為 AMI 之出院人次
HA06-21	急性缺血性中風接受靜脈血栓溶解劑 (IV-tPA) 治療	HA06-21-01	急性缺血性中風接受 IV-tPA 治療的病人次	HA06-21-02	所有急性缺血性中風到院病人次
HA06-23	急性缺血性中風抵達急診 60 分鐘 (含) 內接受靜脈血栓溶解劑 (IV-tPA) 治療	HA06-23-01	抵達急診 60 分鐘 (含) 內接受 IV-tPA 治療的病人次	HA06-21-01	急性缺血性中風接受 IV-tPA 治療的病人次
HA06-24	急性缺血性腦中風病人接受靜脈血栓溶解劑 (IV-tPA) 治療, 發生症狀性腦出血比率	HA06-24-01	急性缺血性中風病人接受 IV-tPA 治療者, 在 36 小時 (含) 內產生症狀性腦出血之病人次	HA06-21-01	急性缺血性中風接受 IV-tPA 治療的病人次
HA06-25	急性缺血性中風發作 2 小時 (含) 內抵達急診, 且在發作 3 小時 (含) 內施打靜脈血栓溶解劑 (IV-tPA)	HA06-25-01	急性缺血性中風發作 2 小時 (含) 內抵達急診, 符合 IV-tPA 適應症, 且在發作 3 小時 (含) 內接受施打 IV-tPA 的病人次	HA06-25-02	急性缺血性中風發作 2 小時 (含) 內抵達急診, 符合 IV-tPA 適應症的病人次
HA06-31	安寧緩和共同照護件數	HA06-31-01	接受安寧共同照護個案數之累計		
HA06-32	急性心肌梗塞出院時給予乙型阻斷劑比率	HA06-32-01	出院時接受乙型阻斷劑之 AMI 病人次	HA06-32-02	出院主診斷為 AMI 之出院人次
HA07-01	醫療照護相關感染	HA07-01-01	醫療照護相關感染總人次	HA07-01-02	住院人日
HA08-01	藥物不良反應通報件數	HA08-01-01	藥品不良反應通報件數		
		HA08-01-02	醫療器材不良反應通報件數		
		HA08-01-03	藥品不良品通報件數		
		HA08-01-04	醫療器材不良品通報件數		
HA09-01	亞急性呼吸照護病房中心導管相關血流感染	HA09-01-01	亞急性呼吸照護病房中心導管相關血流感染次數	HA09-01-02	亞急性呼吸照護病房中心導管使用人日數
HA09-02	亞急性呼吸照護病房呼吸器相關肺炎	HA09-02-01	亞急性呼吸照護病房呼吸器相關肺炎感染件數	HA09-02-02	亞急性呼吸照護病房呼吸器使用人日數
HA09-03	亞急性呼吸照護病房留置導尿管相關尿路感染	HA09-03-01	亞急性呼吸照護病房留置導尿管相關尿路感染次數	HA09-03-02	亞急性呼吸照護病房留置導尿管使用人日數
HA09-04	亞急性呼吸照護病房呼吸器脫離成功率	HA09-04-01	成功脫離呼吸器人次	HA09-04-02	離開亞急性呼吸照護病房人次
HA09-05	亞急性呼吸照護病房氣切比率	HA09-05-01	亞急性呼吸照護病房有氣切人次	HA09-05-02	亞急性呼吸照護病房病人人次
HA09-11	慢性呼吸照護病房中心導管相關血流感染	HA09-11-01	慢性呼吸照護病房中心導管相關血流感染次數	HA09-11-02	慢性呼吸照護病房中心導管使用人日數
HA09-12	慢性呼吸照護病房呼吸器相	HA09-	慢性呼吸照護病房呼吸器	HA09-	慢性呼吸照護病房呼

代碼	指標名稱	分子提報代碼	分子名稱	分母提報代碼	分母名稱
	關肺炎	12-01	相關肺炎感染件數	12-02	吸器使用人日數
HA09-13	慢性呼吸照護病房留置導尿管相關尿路感染	HA09-13-01	慢性呼吸照護病房留置導尿管相關尿路感染次數	HA09-13-02	慢性呼吸照護病房留置導尿管使用人日數
HA09-14	慢性呼吸照護病房呼吸器脫離成功率	HA09-14-01	成功脫離呼吸器人次	HA09-14-02	離開慢性呼吸照護病房人次
HA10-01	異常事件通報件數	HA10-01-01	藥物事件通報件數		
		HA10-01-02	跌倒事件通報件數		
		HA10-01-03	手術事件通報件數		
		HA10-01-04	輸血事件通報件數		
		HA10-01-05	醫療照護事件通報件數		
		HA10-01-06	公共意外事件通報件數		
		HA10-01-07	治安事件通報件數		
		HA10-01-08	傷害行為事件通報件數		
		HA10-01-09	管路事件通報件數		
		HA10-01-10	院內不預期心跳停止事件通報件數		
		HA10-01-11	麻醉事件通報件數		
		HA10-01-12	檢查/檢驗/病理切片事件通報件數		
		HA10-01-13	其他事件通報件數		
HA10-02	醫院員工遭受暴力事件數	HA10-02-01	每月醫院員工遭受暴力之事件數。		
HA10-03	醫院員工發生職業災害件數	HA10-03-01	每月醫院員工發生職業災害之件數		
HA10-04	急性一般病床開放率	HA10-04-01	實際開放之急性一般病床開放床數	HA10-04-02	衛生局登記之急性一般病床開放床數
HA10-09	急性一般病床全日平均護病比(不包含護理長、專科護理師、實習護士)	HA10-09-01	醫院該月每一個病房之(急性一般病床床位數×佔床率×率)加總	HA10-09-02	急性一般病房每月每日平均上班護理人員數之三班小計加總(不包含護理長、專科護理師、實習護士)
醫事人力 01	醫師人力		每月執業登記西醫師數		
醫事人力 02	醫事放射人力		每月執業登記醫事放射師及醫事放射士數		
醫事人力 03	醫事檢驗人力		每月執業登記醫事檢驗師及醫事檢驗生數		

代碼	指標名稱	分子提報代碼	分子名稱	分母提報代碼	分母名稱
醫事人力 04	護產人力		每月執業登記護理師、護士、助產師及助產士數		
醫事人力 05	藥事人力		每月執業登記藥師及符合藥事法第37條第3項規定之藥劑生數		
醫事人力 06	營養與膳食單位人力		每月執業登記營養師數		
醫事人力 07	物理治療人力		每月執業登記物理治療師及物理治療生數		
醫事人力 08	職能治療人力		每月執業登記職能治療師及職能治療生數		
醫事人力 09	語言治療人力		每月執業登記語言治療師數		
醫事人力 10	聽力師人力		每月執業登記聽力師數		
醫事人力 11	社會工作人力		每月社會工作人員數及執業登記社會工作師數		
醫事人力 12	精神臨床心理人力		每月臨床心理人員數及執業登記心理師數		
醫事人力 13	呼吸治療人力		每月執業登記呼吸治療師數		