

## 住院指標（IP）

指標項目	評估面	名 稱	版本	指標代碼
住院指標	結構面	醫師病床比	96.08.E	IPS001

### IPS001醫師病床比

1.選用理由：醫師人力的充裕程度，對醫療品質有直接的影響，並做為醫院經營管理指標。

2.計算公式：

醫師病床比=

全院醫師總數

總病床數（人床比專用）

× 100

3.定義：

3.1 全院醫師總數：監測期間內專任於本院之醫師總數（不含未登錄於衛生局之醫師）。

3.2 總病床數（人床比專用）：監測期間內向地方衛生主管機關申請開放使用之登記病床規模或服務量，含一般病床及特殊病床，惟嬰兒床以1/3折算，詳細定義請見附錄一。

4.相關問題討論：

Q1：醫師病床比是否只算有執照之醫師？

A1：醫師總數計算登記在本院且有執照之醫師人數。

Q2：監測期內人員離職應如何計算？

A2：院內應在監測期間內設統一搜集資料時點，人員數以此時點之人員數為準。

## 住院指標 (IP)

指標項目	評估面	名 稱	版本	指標代碼
住院指標	結構面	住院醫師病床比	96.08.E	IPS002

IPS002 住院醫師病床比

- 1.選用理由：住院醫師人力的充裕程度，影響病患服務品質。
- 2.計算公式：

$$\text{住院醫師病床比} = \frac{\text{住院醫師總人數}}{\text{總病床數（人床比專用）}} \times 100$$

- 3.定義：
- 3.1住院醫師總人數：監測期間內專任於本院之住院醫師總人數（不含未登錄於衛生局之住院醫師）。
- 3.2總病床數（人床比專用）：監測期間內向地方衛生主管機關申請開放使用之登記病床規模或服務量，含一般病床及特殊病床，惟嬰兒床以1/3折算，詳細定義請見附錄一。

## 住院指標（IP）

指標項目	評估面	名 稱	版本	指標代碼
住院指標	結構面	主治醫師病床比	96.08.E	IPS003

### IPS003主治醫師病床比

1.選用理由：主治醫師人力的充裕程度，影響病患服務品質。

2.計算公式：

主治醫師病床比=

主治醫師總人數

總病床數（人床比專用）

× 100

3.定義：

3.1主治醫師總人數：監測期間內專任於本院之主治醫師總人數。

3.2總病床數（人床比專用）：監測期間內向地方衛生主管機關申請開放使用之登記病床規模或服務量，含一般病床及特殊病床，惟嬰兒床以1/3折算，詳細定義請見附錄一。

4.相關問題討論：

Q：如何界定主治醫師？若領有專科醫師執照，但是因無職缺等問題尚未有晉升為主治醫師之醫師是否可列入計算？

A：主治醫師之界定以醫師於院內正式職位為認定標準，唯有正式職稱位為主治醫師之醫師（含以上之職位，如：院長）才列入計算，其他職位之醫師則不列入計算。

## 住院指標（IP）

指標項目	評估面	名 稱	版本	指標代碼
住院指標	結構面	護理人員病床比	96.08.E	IPS004

### IPS004 護理人員病床比

1.選用理由：護理人力的充裕程度，影響病患服務品質。

2.計算公式：

護理人員病床比=

護理人員總人數

總病床數（人床比專用）

× 100

3.定義：

3.1護理人員總人數：監測期間內專任於本院之護理人員總人數（證照登入於本院者，半職半薪者以1/2計）。

3.2總病床數（人床比專用）：監測期間內向地方衛生主管機關申請開放使用之登記病床規模或服務量，含一般病床及特殊病床，惟嬰兒床以1/3折算，詳細定義請見附錄一。

4.相關問題討論：

Q1：護理人員轉任醫事技術人員或行政人員是否應排除？

A1：護理人員的計算以執照登入為準，相關轉任為醫事技術員或行政人員之護理人員不予排除。原因為此類人員不易排除，且佔全體護理人員比例低。

Q2：護理人員人力採兼職方式，應如何收案？

A2：護理兼職人員人數計算以當月職業登錄於本院之兼職人員工作總時數除以168小時（每月應工作時數）。

例：本院一月有6位兼職護理人員，兼職人員總工作時數為600小時，人數計算應為 $600 \div 168 = 3.57$ 人

## 住院指標（IP）

指標項目	評估面	名 稱	版本	指標代碼
住院指標	結構面	其他醫事人員病床比	96.08.E	IPS005

## IPS005 其他醫事人員病床比

1.選用理由：醫療技術人力的充裕程度，影響病患服務品質。

2.計算公式：

其他醫事人員病床比=

其他醫事人員總人數

總病床數（人床比專用）

× 100

3.定義：

3.1 其他醫事人員總人數：監測期間內專任於本院非醫師與護理人員之醫事人員總人數（半職半薪者，以1/2計）。

3.2總病床數（人床比專用）：監測期間內向地方衛生主管機關申請開放使用之登記病床規模或服務量，含一般病床及特殊病床，惟嬰兒床以1/3折算，詳細定義請見附錄一。

4.相關問題討論：

Q1：如何界定醫事人員？

A1：醫事人員之定義根據醫療法第九條係指領有中央衛生主管機關核發之醫師、藥師、醫事檢驗師、護理師、藥劑生、醫事檢驗生、護士、助產士及其他醫事專門職業證書之人員。

Q2：兼任員工與外包警衛、人力應如何計算？

A2：依據醫院評鑑標準，兼任員工與外包人力每月累計170小時者折算為一專任員工，不足者依實際工作時數比例計算之。

## 住院指標（IP）

指標項目	評估面	名 稱	版本	指標代碼
住院指標	結構面	行政人員病床比	96.08.E	IPS006

### IPS006 行政人員病床比

1.選用理由：行政人員人力的充裕程度，影響病患服務與就醫速率品質。

2.計算公式：

行政人員病床比=

行政人員總人數

總病床數（人床比專用）

× 100

3.定義：

3.1 行政人員總人數：監測期間內專任於本院之行政人員及輔助人員（如傳送人員、清潔人員、護佐人員）之總人數（半職半薪者，以1/2計）。

3.2 總病床數（人床比專用）：監測期間內向地方衛生主管機關申請開放使用之登記病床規模或服務量，含一般病床及特殊病床，惟嬰兒床以1/3折算，詳細定義請見附錄一。

4.相關問題討論：

Q1：如何定義行政人員？

A1：行政人員係指醫院內除醫事人員之外的其他所有工作人員。醫事人員之定義根據醫療法第九條係指領有中央衛生主管機關核發之醫師、藥師、醫事檢驗師、護理師、藥劑生、醫事檢驗生、護士、助產士及其他醫事專門職業證書之人員。

Q2：國防部所屬醫院中，義務役軍人協助院內工作，是否列入行政人員？

A2：列入行政人員計算。

## 住院指標（IP）

指標項目	評估面	名 稱	版本	指標代碼
住院指標	過程面	院內感染率	96.08.E	IPP001

## IPP001院內感染率

1.選用理由：院內感染率為照護品質及院內感染控制成效之重要指標。

2.計算公式：

院內感染率=

院內感染總人次

× 1000

總住院人日

3.定義：

3.1 院內感染總人次：監測期間內住院後才得到感染人次之累計。（不包括入院時就有感染之人次）。

3.2 總住院人日：監測期間內每日住院人數之累計。

4.相關問題討論：

Q：精神科病患鮮少有侵入性醫療處置, 分母是否包含精神科病房列入總住院人日計算？

A：由於目前總住院病床數包含精神病床，故此指標也包含精神病床。

院內感染：指住院期間得到的感染但不包括入院時即有的或已潛伏之感染。

## 住院指標（IP）

指標項目	評估面	名 稱	版本	指標代碼
住院指標	過程面	住院病人轉入加護病房率	96.08.E	IPP002

### IPP002 住院病人轉入加護病房率

1.選用理由：可監測病人病情之穩定度及嚴重度，並可作為人力分配之調整依據。

2.計算公式：

$$\text{住院病人轉入加護病房率} = \frac{\text{住院病人轉入加護病房人次}}{\text{總住院人次}} \times 100$$

3.定義：

3.1 住院病人轉入加護病房人次：監測期間內病人由一般病房轉入加護病房之人次。

3.2 總住院人次：監測期間內每日辦理住院手續之人次累計。

4.相關問題討論：

Q1：若同一病人轉入ICU後曾轉出到一般病房，之後再轉入ICU時，應如何計算？

A1：此種情雖為同一病人，但是二次從一般病房轉進加護病房，所以二人次計算之。

Q2：住院病人轉入加護病房率，分母總住院人次包含加護病房之病患，但是已住加護病房之病患不會轉入加護病房，分母是否應排除已住入加護病房之病患？

A2：為了統計上收案方便，故維持原狀，不予排除。



## 住院指標（IP）

指標項目	評估面	名 稱	版本	指標代碼
住院指標	過程面	住院手術取消率	96.08.E	IPP003

### IPP003 住院手術取消率

1.選用理由：可供檢討住院手術之必要性。

2.計算公式：

住院手術取消率=

住院排程手術取消人次

$$\frac{\text{住院排程手術取消人次}}{\text{住院排程手術總人次}} \times 100$$

3.定義：

3.1 住院排程手術取消人次：監測期間內已排程之住院手術，非預期取消之人次累計。

3.2 住院排程手術總人次：監測期間內已排程住院手術總次數（以手術室登記簿為準，含剖腹產）。

4.相關問題討論：

Q：病患未尚完成住院手續，即取消手術者是否應列入收案？

A：未完成住院手續而取消之排程住院手術，亦應列入收案。住院手術之認定，以健保費用申報之方式來辨別，會以住院費用申報之手術，即認定為住院手術。

## 住院指標（IP）

指標項目	評估面	名 稱	版本	指標代碼
住院指標	過程面	剖腹產手術傷口感染率	96.08.E	IPP004

### IPP004剖腹產手術傷口感染率

1.選用理由：傷口感染會影響到醫療的品質及成本。

2.計算公式：

$$\text{剖腹產手術傷口感染率} = \frac{\text{剖腹產手術傷口感染人次}}{\text{剖腹產手術人次}} \times 100$$

3.定義：

3.1 剖腹產手術傷口感染人次：監測期間內住院病患剖腹產手術後發生傷口感染之人次。

3.2 剖腹產手術人次：監測期間內住院病人剖腹產手術人次累計。

3.3剖腹產手術：依健保局公告為論病例計酬項目，其DRG參考碼為0371A、0371B與論病例計酬外核實申報個案。此外，可參考ICD-9-cm處置碼74.0、74.1、74.2與74.4，診斷碼674.1及674.3，健保手術醫令碼810044C。

4.相關問題討論：

Q1：目前以健保Case payment方式支付住院日較短，傷口感染不易在住院期間發現，可能在門診返診時才發現，應如何計算？

A1：根據衛生署對傷口感染之定義，未有植入物之手術在術後30天內發生之傷口感染個案，皆列入傷口感染率收案對象。所以，術後30天內發生感染，不論發現時機為住院期間或是門診返診時皆列入當月收案。故有傷口感染情形病患返診時，醫師需確定病患感染發生時間，以便計算之。

Q2：若發現感染與執行手術日期於不同月份，收案應以發現感染的月份，或是手術執行月份？

A2：因感染資料收集時回推手術月份較為困難，並且配合疾病管制局之收案原則，故分子以發現感染月份收案即可不用回推，分母則以收案當月之手術人次。

## 住院指標（IP）

指標項目	評估面	名 稱	版本	指標代碼
住院指標	過程面	子宮肌瘤切除手術傷口感染率	96.08.E	IPP005

### IPP005 子宮肌瘤切除手術傷口感染率

1.選用理由：傷口感染會影響到醫療的品質及成本。

2.計算公式：

$$\text{子宮肌瘤切除手術傷口感染率} = \frac{\text{子宮肌瘤切除手術傷口感染人次}}{\text{子宮肌瘤切除手術人次}} \times 100$$

3.定義：

3.1 子宮肌瘤切除手術傷口感染人次：監測期間內住院病患子宮肌瘤切除手術後發生傷口感染之人次。

3.2 子宮肌瘤切除手術人次：監測期間內住院病人子宮肌瘤切除手術人次累計。

3.3子宮肌瘤切除手術：依健保局公告為論病例計酬項目，其DRG參考碼為0359A及論病例計酬外核實申報個案。

4.相關問題討論：

Q：因子宮肌瘤而全部切除子宮是否列入收案？

A：為求術式及嚴重度接近方便比較仍只限於0309A 為收案基準，0359B不計入。

## 住院指標（IP）

指標項目	評估面	名 稱	版本	指標代碼
住院指標	過程面	闌尾切除手術傷口感染率	96.08.E	IPP006

### IPP006 闌尾切除手術傷口感染率

1.選用理由：傷口感染會影響到醫療的品質及成本。

2.計算公式：

闌尾切除手術傷口感染率=

闌尾切除手術傷口感染人次

————— × 100

闌尾切除手術人次

3.定義：

3.1 闌尾切除手術傷口感染人次：監測期間內住院病患闌尾切除手術後發生傷口感染之人次。

3.2 闌尾切除手術人次：監測期間內住院病人闌尾切除手術人次累計。

3.3闌尾切除手術：依健保局公告為論病例計酬項目，其DRG參考碼為0167A及論病例計酬外核實申報個案。

4.相關問題討論：

Q：因別的診斷而開刀，但因其他部位（例如闌尾）有問題順道切除，是否列入收案？

A：只限於申報0767A列入申報。

## 住院指標（IP）

指標項目	評估面	名 稱	版本	指標代碼
住院指標	過程面	股及腹股溝疝氣手術（單側） 傷口感染率	96.08.E	IPP007

### IPP007股及腹股溝疝氣手術（單測）傷口感染率

1.選用理由：傷口感染會影響到醫療的品質及成本。

2.計算公式：

$$\text{股及腹股溝疝氣手術（單側）傷口感染率} = \frac{\text{股及腹股溝疝氣手術（單側）傷口感染人次}}{\text{股及腹股溝疝氣手術（單側）人次}} \times 100$$

3.定義：

3.1 股及腹股溝疝氣手術（單側）傷口感染人次：監測期間內住院病患股及腹股溝疝氣手術（單側）後發生傷口感染之人次。

3.3 股及腹股溝疝氣手術（單側）人次：監測期間內住院病患股及腹股溝疝氣手術（單側）人次累計。

3.3股及腹股溝疝氣手術（單側）：依健保局公告為論病例計酬項目，其DRG參考碼為0163A及論病例計酬外核實申報個案。

## 住院指標（IP）

指標項目	評估面	名 稱	版本	指標代碼
住院指標	過程面	前列腺切除手術術後相關感染率	96.08.E	IPP008

### IPP008 前列腺切除手術術後相關感染率

1.選用理由：術後相關感染會影響到醫療的品質及成本。

2.計算公式：

$$\text{前列腺切除手術術後相關感染率} = \frac{\text{前列腺切除手術術後相關感染人次}}{\text{前列腺切除手術人次}} \times 100$$

3.定義：

3.1 前列腺切除手術術後相關感染人次：監測期間內住院病患前列腺切除手術後發生相關感染之人次。

3.2 前列腺切除手術人次：監測期間內住院病患前列腺切除手術人次累計。

3.3 前列腺切除手術：依健保局公告為論病例計酬項目，其DRG參考碼為0337A及論病例計酬外核實申報個案。

## 住院指標（IP）

指標項目	評估面	名 稱	版本	指標代碼
住院指標	過程面	心導管檢查傷口感染率	96.08.E	IPP009

### IPP009 心導管檢查傷口感染率

1.選用理由：傷口感染會影響到醫療的品質及成本。

2.計算公式：

心導管檢查傷口感染率=

心導管檢查傷口感染人次

————— × 100

心導管檢查人次

3定義：

3.1 心導管檢查傷口感染人次：監測期間內住院病患心導管檢查後發生傷口感染之人次。

3.2 心導管檢查人次：監測期間內住院病患接受心導管檢查之人次累計。

3.3心導管檢查：依健保局公告為論病例計酬項目，其DRG參考碼為0124A、0125A及論病例計酬外核實申報個案。

4.相關問題討論：

Q：心肌炎與皮膚感染是否皆列入收案?

A：根據衛生署對傷口感染之定義此兩種情形皆列入收案。

## 住院指標（IP）

指標項目	評估面	名 稱	版本	指標代碼
住院指標	過程面	手術前2小時抗生素使用率	96.08.E	IPP010

### IPP010 手術前2小時抗生素使用率

1.選用理由：觀察手術前使用抗生素情形，可監測抗生素使用品質。

2.計算公式：

$$\text{手術前2小時抗生素使用率} = \frac{\text{手術前2小時抗生素使用人次}}{\text{手術總人次}} \times 100$$

3.定義：

3.1手術前2小時抗生素使用人次：監測期間內住院手術病患，於每次手術前2小時內使用抗生素之人次累計（含口服及注射抗生素）。

3.2手術總人次：監測期間內住院病人手術之人次累計。

4.相關問題討論：

Q1：抗生素收案種類為何？

A1：不限定抗生素種類，皆列入收案。

Q2：本指標定義可否排除剖腹產之個案，術前皆不該使用抗生素？

A2：為使醫院收案統計資料便利，暫不排除剖腹產個案，以利收案。



## 住院指標（IP）

指標項目	評估面	名 稱	版本	指標代碼
住院指標	過程面	手術後3天內抗生素使用率	96.08.E	IPP011

### IPP011 手術後3天內抗生素使用率

1.選用理由：觀察手術後使用抗生素情形，可監測抗生素使用品質。

2.計算公式：

$$\text{手術後3天內抗生素使用率} = \frac{\text{手術後3天內抗生素使用人次}}{\text{手術總人次}} \times 100$$

3.定義：

3.1 手術後3天內抗生素使用人次：監測期間內住院手術病患，於每次手術後3天內使用抗生素之人次累計（含口服及注射抗生素）。

3.2 手術總人次：監測期間內住院病人手術之人次累計。

4.相關問題討論：

Q1：抗生素連續使用的起算日是為何，是否包含手術執行當天？

A1：此指標之收案期間，起算日是手術日，故收案範圍包含手術後第一天（即手術日）、手術後第二天與手術後第三天。

Q2：若發現抗生素使用的第二天與執行手術日期於不同月份，收案應以抗生素使用第二天的月份，或是手術執行月份？

A2：因為抗生素使用之起算日為手術日，並且回推手術日難度不高，故應以執行手術的日期為收案月份。此外，「手術後4-7日連續使用抗生素率」、「手術後>7日連續使用抗生素率」按需回推手術日月份。

Q3：手術總人次是否扣除未使用抗生素者？

A3：不予扣除。

## 住院指標（IP）

指標項目	評估面	名 稱	版本	指標代碼
住院指標	過程面	手術後4-7日連續使用抗生素率	96.08.E	IPP012

## IPP012 手術後4-7日連續使用抗生素率

1.選用理由：觀察手術後使用抗生素情形，可監測抗生素使用品質。

2.計算公式：

手術後4-7日連續使用抗生素率=

手術後4-7日連續使用抗生素人次

$$\frac{\text{手術後4-7日連續使用抗生素人次}}{\text{手術總人次}} \times 100$$

3.定義：

3.1手術後3-7日連續使用抗生素人次：監測期間內住院手術病患，於每次手術後4-7天內連續使用抗生素之人次累計（含口服及注射抗生素）。

3.2手術總人次：監測期間內住院病人手術之人次累計。

4.相關問題討論：

Q：抗生素連續使用至手術後第七天者，是否應列入此指標收案？

A：此指標收但包含手術後第四天到手術後第七天，故抗生素連續使用至手術後第七天者應屬於此指標

## 住院指標（IP）

指標項目	評估面	名 稱	版本	指標代碼
住院指標	過程面	手術後＞7日連續使用抗生素率	96.08.E	IPP013

## IPP013手術後＞7日連續使用抗生素率

1.選用理由：觀察手術後使用抗生素情形，可監測抗生素使用品質。

2.計算公式：

手術後＞7日連續使用抗生素率=

手術後＞7日連續使用抗生素人次

$$\frac{\text{手術後＞7日連續使用抗生素人次}}{\text{手術總人次}} \times 100$$

3.定義：

3.1手術後連續使用抗生素＞7日人次：監測期間內住院手術病患，於每次手術後連續使用抗生素＞7天之人次累計（含口服及注射抗生素）。

3.2手術總人次：監測期間內住院病人手術之人次累計。

4.相關問題討論：

Q：其中住院病人是否包括ICU病人？

A：住院病人是包括ICU病人，並未排除。

## 住院指標（IP）

指標項目	評估面	名 稱	版本	指標代碼
住院指標	過程面	住院會診率	96.08.E	IPP014

### IPP014住院會診率

1.選用理由：監測病患疾病變化種類及嚴重度；監測病患疾病科別之不同及醫療診斷之合理性

2.計算公式：

$$\text{住院會診率} = \frac{\text{住院病患會診總人次}}{\text{總住院人次}} \times 100$$

3.定義：

3.1 住院病患會診總人次：監測期間內住院病患每日接受其他科醫師會診之人次累計。

3.2 總住院人次：監測期間內每日辦理住院手續之人次累計。

4. 相關問題討論：

Q1：會診之人次應如何計算？例如：同一位病患會診了兩科，應如何計算之？

A1：會診之人次是病患總共會診科別數之累計，所以同一位病患會診了兩科，應計算為2人次。

Q2：住院患者需會診，剛好醫師當天有門診，若至門診看診是否列入收案？

A2：若有開立會診單，醫師不便至病房，而是由住院患者至門診看診，也應列入收案。

## 住院指標（IP）

指標項目	評估面	名 稱	版本	指標代碼
住院指標	過程面	住院會診逾時率	96.08.E	IPP015

### IPP015住院會診逾時率

1.選用理由：監測病患疾病變化及嚴重度，並瞭解醫療診斷照護之效率及服務品質

2.計算公式：

住院會診逾時率=

住院會診逾時之人次

× 100

住院病患會診總人次

3.定義：

3.1 住院會診逾時之人次：監測期間內住院期間醫師開立會診醫囑，於完成醫囑至病人接受會診時間，一般會診超過24小時或急會診超過4小時之人次累計。

3.2 住院病患會診總人次：監測期間內住院病患每日接受其他科醫師會診之人次累計。

4.相關問題討論

Q1：如遇下班或休假日，如何計算逾時率？

A1：醫療機構應是24小時運作所以只要送單位後超過24小時均以逾時論。

Q2：各家醫院所訂之一般會診及急會診時間不同，是否一定比照定義所列時間？

A2：各家醫院所訂之一般會診及急會診時間不同，爲了要有統一的比較基準所以建議用指標定義中所列時間，即一般會診與急會診時間來進行收案。一般會診及急會診時間訂定是參考多方專家之意見後訂定，其原因爲較緊急之病情超過4小時與一般病情超過24小時後，極可能有重大之變化，所以以此時間點爲收案標準。

## 住院指標（IP）

指標項目	評估面	名 稱	版本	指標代碼
住院指標	過程面	第一級臨床診斷與病理報告診斷之結果相符率	96.08.E	IPP016

## IPP016 第一級臨床診斷與病理報告診斷之結果相符率

1.選用理由：監測醫療診斷正確性之參考。

2.計算公式：

第一級臨床診斷與病理報告診斷之結果相符率=

第一級臨床診斷與病理報告診斷之結果相符數

病理報告數

× 100

3.定義：

3.1臨床診斷與病理報告診斷之結果相符數：監測期間內全院病患於手術或檢查後，醫師臨床診斷與病理報告診斷之結果相符數之件數累計。

3.2 病理報告數：指監控期間內全院病理報告總件數。

3.3手術標準本及一般活體組織切片病理診斷與臨床診斷正確性

依臨床與病理診斷相符性，設立不同等級

第一級：臨床診斷與病理診斷之結果相符。

第二級：臨床診斷結果與病理診斷之結果類似。

第三級：臨床診斷結果與病理診斷之結果不符。

## 住院指標（IP）

指標項目	評估面	名 稱	版本	指標代碼
住院指標	過程面	第二級臨床診斷與病理報告診斷之結果類似率	96.08.E	IPP017

## IPP017 第二級臨床診斷與病理報告診斷之結果類似率

1.選用理由：監測醫療診斷正確性之參考。

2.公式：

第二級臨床診斷與病理報告診斷之結果類似率=

第二級臨床診斷與病理報告診斷之結果類似數

病理報告數

× 100

3.定義：

3.1臨床診斷與病理報告診斷之結果類似數：監測期間內全院病患於手術或檢查後，醫師臨床診斷與病理報告診斷之結果類似數之件數累計。

3.2 病理報告數：指監控期間內全院病理報告總件數。

3.3手術標準本及一般活體組織切片病理診斷與臨床診斷正確性

依臨床與病理診斷相符性，設立不同等級

第一級：臨床診斷與病理診斷之結果相符。

第二級：臨床診斷結果與病理診斷之結果類似。

第三級：臨床診斷結果與病理診斷之結果不符。

## 住院指標（IP）

指標項目	評估面	名 稱	版本	指標代碼
住院指標	過程面	第三級臨床診斷與病理報告診斷之結果不符率	96.08.E	IPP018

## IPP018 第三級臨床診斷與病理報告診斷之結果不符率

1.選用理由：監測醫療診斷正確性之參考。

2.計算公式：

第三級臨床診斷與病理報告診斷之結果不符率=

第三級臨床診斷與病理報告診斷之結果不符數

病理報告數

× 100

3.定義：

3.1臨床診斷與病理報告診斷不符數：監測期間內全院病患於手術或檢查後，醫師臨床診斷與病理報告診斷之結果不符之件數累計。

3.2 病理報告數：指監控期間內全院病理報告總件數。

3.3手術標準本及一般活體組織切片病理診斷與臨床診斷正確性

依臨床與病理診斷相符性，設立不同等級

第一級：臨床診斷與病理診斷之結果相符。

第二級：臨床診斷結果與病理診斷之結果類似。

第三級：臨床診斷結果與病理診斷之結果不符。



## 住院指標（IP）

指標項目	評估面	名 稱	版本	指標代碼
住院指標	過程面	解剖率	96.08.E	IPP019

### IPP019 解剖率

1.選用理由：解剖可幫助病因之探討，對醫療技術進步及醫療品質之提昇有極大之助益。。

2.計算公式：

$$\text{解剖率} = \frac{\text{解剖數}}{\text{死亡數}} \times 100$$

3.定義：

3.1 解剖數：監測期間內全院解剖數（不含院外遺體委託解剖）。

3.2 死亡數：監測期間內全院病人死亡數

## 住院指標（IP）

指標項目	評估面	名 稱	版本	指標代碼
住院指標	結果面	總佔床率	96.08.E	IPU001

### IPU001總佔床率

1.選用理由：佔床率之高低，可看出醫療設備利用率，做為人力運用之參考。

2.計算公式：

總佔床率=

總住院人日

× 100

總病床日

3.定義：

3.1總住院人日：監測期間內每日住院人數之累計。

3.2 總病床日：監測期間內衛生主管機關登記之總病床數×該期間天數。

3.3 總病床數：監測期間內衛生主管機關登記之總病床數，包含急性一般病床、慢性一般病床、急性精神病床、慢性精神病床、結核病床、癩病病床、加護病床、燒燙傷病床、嬰兒病床、嬰兒床、緩和醫療床。不含急診觀察床、洗腎治療床、手術恢復床、精神科日間留院床、呼吸治療床、植物人病床及附設護理機構之病床。

4.相關問題討論：

Q：分子分母是否排除待產床者？

A：總床數根據向衛生主管單位登記之床數為主，若該院待產床於法登記時，則應列入計算。

## 住院指標（IP）

指標項目	評估面	名 稱	版本	指標代碼
住院指標	結果面	病床週轉率	96.08.E	IPU002

### IPU002 病床週轉率

1.選用理由：可監測醫療設備利用率，以降低待住院病人數

2.計算公式：

病床週轉率=

總出院人次

總病床數

3.定義：

3.1總出院人次：監測期間內每日辦理出院之人次累計（含自動出院、轉院及死亡人數）。

3.2總病床數：監測期間內衛生主管機關登記之總病床數，包含下列病床：

一般病床：（一）急性病床—1.急性一般病床、2.急性精神科病床  
（二）慢性病床—1.慢性一般病床、2.慢性精神科病床  
3.慢性結核病床、4.癲病病床

特殊病床：（一）加護病床—1.成人加護病床、2.兒童加護病床  
3.新生兒加護病床

（二）燒燙傷病床

（三）嬰兒病床

（四）安寧病床（緩和醫療床）

排除下列病床：（一）洗腎治療床、（二）急診觀察床（三）  
其他觀察床、（四）手術恢復床、（五）呼吸  
照護床（六）附設護理機構之病床

4.相關問題討論：

Q：病床總數是否納入新生兒病床？若新生兒只是剛出生而占用此病床時是否應納入收案條件？

A：包括新生兒病床；應納入收案。

## 住院指標（IP）

指標項目	評估面	名 稱	版本	指標代碼
住院指標	結果面	平均住院日	96.08.E	IPU003

### IPU003 平均住院日

1.選用理由：平均住院日之監測，可了解病人病情之嚴重度，進而提昇醫療品質。

2.計算公式：

$$\text{平均住院日} = \frac{\text{出院病患之住院總人日}}{\text{總出院人次}}$$

3.定義：

3.1出院病患之住院總人日：監測期間內所有出院病患之住院日數之累計。

3.2 總出院人次：指監測期間內每日辦理出院之人次累計（含自動出院、轉院及死亡人數）。

4.相關問題討論：

Q：是否應排除慢性病床之病患？

A：因考量統計上整體資料庫的一致性，故不排除慢性病床。

## 住院指標（IP）

指標項目	評估面	名 稱	版本	指標代碼
住院指標	結果面	14天內再住院率	96.08.E	IPU004

## IPU004 14天內再住院率

1.選用理由：監測病人病情變化及照護品質之指標。

2.計算公式：

14天內再住院率=

14天內再住院人次

總出院人次（不含死亡）

× 100

3.定義：

3.1 14天內再住院人次：監測期間內病人非預期性於出院後14天內再度住入同一家醫院之人次累計。

3.2 總出院人次（不含死亡）：監測期間內每日辦理出院之人次累計（含自動出院、轉院，排除死亡人數）。

4.相關問題討論：

Q1：14天內之如何認定，是否比照健保局？

A1：14天內定義比照健保局的規定，『14天』內為出院次日開始起算，第十四天內（包含第十四天）再入院者。但收案只限於同一疾病之個案，即 I C D-9-cm碼前三碼相同者。

Q2：是否排除化學治療病患？

A2：如病患為常規性回診進行治療，則不列入計算，應排除在外。但若病患為 early Discharge，則可能為醫療不當，應計算在內。

## 住院指標（IP）

指標項目	評估面	名 稱	版本	指標代碼
住院指標	結果面	15-29天內再住院率	96.08.E	IPU005

## IPU005 15-29天內再住院率

1.選用理由：監測病人病情變化及照護品質之指標。

2.計算公式：

15-29天內再住院率=

15-29天內再住院人次

總出院人次（不含死亡）

× 100

3.定義：

3.1 15-29天內再住院人次：監測期間內病人非預期性於出院後15-29天內再度住入同一家醫院之人次累計。

3.2總出院人次（不含死亡）：監測期間內每日辦理出院之人次累計（含自動出院、轉院，排除死亡人數）。

## 住院指標（IP）

指標項目	評估面	名 稱	版本	指標代碼
住院指標	結果面	30天內再住院率	96.08.E	IPU006

## IPU006 30天內再住院率

1.選用理由：監測病人病情變化及照護品質之指標。

2.計算公式：

30天內再住院率=

30天內再住院人次

× 100

總出院人次（不含死亡）

3.定義：

3.1 30天內再住院人次：監測期間內病人非預期性於出院後30天內再度住入同一家醫院之人次累計（含14天內及15-29天內再入院之人次）。

3.2 總出院人次（不含死亡）：監測期間內每日辦理出院之人次累計（含自動出院、轉院，排除死亡人數）。

4.相關問題討論：

Q：如何區別非預期性與預期性再入院與出院30天如何計算？

A：收案時只要非同一療程回院治療則列為非預期性再入院，其他的計算原則則依照健保局對30天再入院的規定。

## 住院指標（IP）

指標項目	評估面	名 稱	版本	指標代碼
住院指標	結果面	住院超過30天率	96.08.E	IPU007

### IPU007 住院超過30天率

1.選用理由：超長住院病人比例高，會影響急性病床運用，進而影響急性醫療照護品質。

2.計算公式：

$$\text{住院超過30天率} = \frac{\text{住院超過30天之出院人次}}{\text{總出院人次}} \times 100$$

3.定義：

3.1住院超過30天之出院人次：監測期間內病人同次住院期間出院超過30天的人數累計。

3.2 總出院人次：監測期間內每日辦理出院手續之人次累計。

4.相關問題討論：

Q1：住院超過30天者，收案月份為何?是住院首日，或是出院月份？

A1：住院超過30天定義比照健保局的規定，『超過30天』，以出院月份計之。

Q2：是否應排除慢性病人（如精神科病患），因為慢性病人本來住院日就很長？跨科別之住院天數是否列入累計？

A2：因為無分科，以院為單位，且考量統計上整體資料庫的一致性，慢性病人（如精神科病患）不排除，跨科別及急慢性病床轉換之住院天數，皆列入計算。



## 住院指標（IP）

指標項目	評估面	名 稱	版本	指標代碼
住院指標	結果面	粗死亡率	96.08.E	IPU008

### IPU008 粗死亡率

1.選用理由：死亡率為照護品質之結果指標。

2.計算公式：

粗死亡率=

住院病人死亡人數

× 100

總出院人次

3.定義：

3.1住院病人死亡人數：監測期間內住院後病人死亡人數。（包括病危（瀕死）自動出院後返回本院開立死亡診斷者）

3.2 總出院人次：指監測期間內每日辦理出院之人數累計（含自動出院、轉院及死亡人數）。

4.相關問題討論：

Q：為何不含自動出院之病患，臨終病患因為家屬要求等原因出院返家之個案是否應列入住院病人死亡人數計算？

A：經過會員醫院、專家及委員反應及討論後，自系列手冊第六版起，本指標分子定義修正如下，住院病人死亡人數：監測期間內住院後病人死亡人數，「包括病危（瀕死）自動出院後返回本院開立死亡診斷者」。

## 住院指標（IP）

指標項目	評估面	名 稱	版本	指標代碼
住院指標	結果面	病患年齡小於44歲之住院死亡率	96.08.E	IPU009

### IPU009 病患年齡小於44歲之住院死亡率

1.選用理由：為國民健康保健宣導之參考。

2.計算公式：

$$\text{病患年齡小於44歲之住院死亡率} = \frac{\text{病患年齡小於44歲之死亡人數}}{\text{病患年齡小於44歲之出院總人次}} \times 100$$

3.定義：

3.1病患年齡小於44歲之死亡人數：監測期間內病患年齡小於、等於44歲之死亡人數之累計（包括病危（瀕死）自動出院後返回本院開立死亡診斷者）。

3.2病患年齡小於44歲之出院總人次：監測期間內病患年齡小於、等於44歲之每日辦理出院之人次累計（含自動出院、轉院及死亡人數）。

4.相關問題討論：

Q：是否含自動出院且於該院開立死亡診斷之人數？

A：經過會員醫院、專家及委員反應及討論後，自系列手冊第六版起，本指標分子定義修正如下，住院病人死亡人數：監測期間內住院後病人死亡人數，「包括病危（瀕死）自動出院後返回本院開立死亡診斷者」。

## 住院指標（IP）

指標項目	評估面	名 稱	版本	指標代碼
住院指標	結果面	病患年齡於45-64歲之住院死亡率	96.08.E	IPU010

### IPU010 病患年齡於45-64歲之住院死亡率

1.選用理由：為國民健康保健宣導之參考。

2.計算公式：

病患年齡於45-64歲之住院死亡率=

病患年齡於45-64歲之死亡人數

病患年齡於45-64歲之出院總人次

× 100

3.定義：

3.1病患年齡於45-64歲之死亡人數：監測期間內病患年齡於45-64歲之死亡人數之累計（包括病危（瀕死）自動出院後返回本院開立死亡診斷者）。

3.2病患年齡於45-64歲之出院總人次：監測期間內病患年齡於45-64歲之每日辦理出院之人次累計（含自動出院、轉院及死亡人數）。

## 住院指標（IP）

指標項目	評估面	名 稱	版本	指標代碼
住院指標	結果面	病患年齡大於65歲之住院死亡率	96.08.E	IPU011

## IPU011 病患年齡大於65歲之住院死亡率

1.選用理由：作為老人保健之參考。

2.計算公式：

病患年齡大於65歲之住院死亡率=

$$\frac{\text{病患年齡大於65歲之死亡人數}}{\text{病患年齡大於65歲之出院總人次}} \times 100$$

3.定義：

3.1病患年齡大於65歲之死亡人數：監測期間內病患年齡大於、等於65歲之死亡人數之累計（包括病危（瀕死）自動出院後返回本院開立死亡診斷者）。

3.2病患年齡大於65歲之出院總人次：監測期間內病患年齡大於、等於65歲之每日辦理出院之人數累計（含自動出院、轉院及死亡人數）。

## 住院指標（IP）

指標項目	評估面	名 稱	版本	指標代碼
住院指標	結果面	自動出院率（違背醫囑）	96.08.E	IPU012

## IPU012 自動出院率（違背醫囑）

1.選用理由：自動出院率之監測，可作為病人對醫療服務滿意度之參考指標。

2.計算公式：

$$\text{自動出院率（違背醫囑）} = \frac{\text{違背醫囑出院人次（排除病危自動出院患者）}}{\text{總出院人次}} \times 100$$

3.定義：

3.1違背醫囑出院人次：監測期間內住院病人違背醫囑出院之人次累計（排除病危自動出院患者）。

3.2 總出院人次：指監測期間內每日辦理出院之人次累計（含自動出院、轉院及死亡人數）。

4.相關問題討論：

Q：自動出院（違背醫囑）是否應包括病危出院人數？

A：自動出院原指病人或家屬因某些因素，主動要求終止於本院治療之病患。此指標為評量非病危之自動出院情形，所以排除病危自動出院之病患。

## 住院指標（IP）

指標項目	評估面	名 稱	版本	指標代碼
住院指標	結果面	住院藥物錯誤率	96.08.E	IPU013

## IPU013 住院藥物錯誤率

1.選用理由：住院給藥錯誤率之監測，直接影響病人照護品質。

2.計算公式：

住院藥物錯誤率=

住院病人藥物錯誤人次

× 100

總住院人日

3.定義：

3.1住院病人藥物錯誤人次：監測期間內住院病人服藥過程中任一步驟產生錯誤之人次（含處方錯誤張數、調劑錯誤、執行錯誤、批價錯誤）。

3.2總住院人日：監測期間內每日住院人數之累計。

4. 相關問題討論

Q1：分母在收案時是否要排除未給藥的住院病患，如健檢病患。

A1：不需要排除未給藥的住院病患，因為排除的標準不易訂定，會加重指標收集困難度，將使各院的比較基準更趨混淆。

Q2：如一開始即調劑錯誤、護理人員又接對錯誤應如何計算？

A2：於實務面上如一開始即調劑錯誤、護理人員又核對錯誤，因整個流程中發生二次錯誤，所以收案件數2件。

Q3：已發出至病患服用，後才發現錯誤且實際發生意外是否收案？

A3：只要是錯誤，不論為near miss或是已經發生錯誤之案例，皆納入收案。

## 住院指標（IP）

指標項目	評估面	名 稱	版本	指標代碼
住院指標	結果面	住院期間內再手術率	96.08.E	IPU014

### IPU014 住院期間內再手術率

1.選用理由：監測手術醫療品質及手術後照護品質之重要指標。

2.計算公式：

住院期間內再手術率=

住院期間內再手術之人次

× 100

住院手術總人次

3.定義：

3.1住院期間內再手術之人次：監測期間內病人當次住院，非計劃接受二度或二度以上手術的總人次。

3.2住院手術總人次：監測期間內住院病人每日手術人次之累計。

4.相關問題討論

Q1：住院期間內再手術之人次是否限定非計劃因同一疾病接受二度或二度以上手術之病患？

A1：以排除同一療程接受再手術之個案為原則來計算住院期間內再手術之人次，不以病患是否因同一疾病接受再手術作認定標準。

Q2：住院手術總人次，是否應排除自然產？因健保將其歸納為手術碼。

A2：不排除自然產，應納入收案。

## 住院指標（IP）

指標項目	評估面	名 稱	版本	指標代碼
住院指標	結果面	手術後24小時內死亡率	96.08.E	IPU015

## IPU015 手術後24小時內死亡率

1.選用理由：手術死亡率是用於監測麻醉或手術治療之醫療品質。

2.計算公式：

手術後24小時內死亡之比率=

手術後24小時內死亡之人數

住院手術總人次

× 100

3.定義：

3.1手術後24小時內死亡之人數：監測期間內手術之住院病人，於麻醉後24小時內死亡總人數（含麻醉過程中死亡人數、病危（瀕死）自動出院後返回本院開立死亡診斷者）。

3.2住院手術總人次：監測期間內住院病人每日手術之人次累計。

4.相關問題討論

Q1：手術認定標準為何，即何種醫療行為認定為手術並列入分母計算，例如：開刀房內進行之處置算不算為手術。

A1：手術之定義以健保申報碼為判斷原則，只有醫療行為之健保申報碼為手術碼者才視為手術並列入計算，其他的醫療行為，如健保申報為處置碼者，則不列入計算。

Q2：手術後24小時之時間起算點為何？

A2：手術後成果之評量應以麻醉為時間起算點。



## 住院指標（IP）

指標項目	評估面	名 稱	版本	指標代碼
住院指標	結果面	手術後48小時內死亡率	96.08.E	IPU016

## IPU016手術後48小時內死亡率

1.選用理由：手術死亡率是用於監測麻醉或手術治療之醫療品質。

2.計算公式：

手術後48小時內死亡率=

手術後48小時內死亡之人數

$$\frac{\text{手術後48小時內死亡之人數}}{\text{住院手術總人次}} \times 100$$

3.定義：

3.1手術後48小時內死亡之人數：監測期間內手術之住院病人，於麻醉後48小時內死亡總人數（含24小時內死亡人數及麻醉過程中死亡人數、病危（瀕死）自動出院後返回本院開立死亡診斷者）。

3.2住院手術總人次：監測期間內每日住院病人手術之人次累計。

## 住院指標（IP）

指標項目	評估面	名 稱	版本	指標代碼
住院指標	結果面	麻醉恢復室再度插管率	96.08.E	IPU017

### IPU017 麻醉恢復室再度插管率

1.選用理由：作為監測麻醉照護品質之重要指標。

2.計算公式：

麻醉恢復室再度插管率=

在麻醉恢復室再度插管之人次

$$\frac{\text{在麻醉恢復室再度插管之人次}}{\text{麻醉插管總人次}} \times 100$$

3.定義：

3.1在麻醉恢復室再度插管之人次：監測期間內住院手術病患，於手術後在恢復室內再度插管之人次累計。

3.2麻醉插管總人次：監測期間內住院病人接受手術麻醉插管總人次。

## 住院指標（IP）

指標項目	評估面	名 稱	版本	指標代碼
住院指標	結果面	產婦死亡率	96.08.E	IPU018

## IPU018產婦死亡率

1.選用理由：作為產科醫療處置品質之監測，及作為婦幼衛生之參考。

2.計算公式：

$$\text{產婦死亡率} = \frac{\text{產婦死亡人數}}{\text{總接生人次（含死產）}} \times 100$$

3.定義：

3.1產婦死亡人數：監測期間內本院生產的產婦死亡的人數。

3.2總接生人次：監測期間內本院接生之產婦總人次（含自然產、剖腹產及死產）。

4.相關問題討論：

Q1：於本院生產期間是指生產過程或整個住院期間？

A1：本次生產住院期間內意指整個生產住院期間，包含生產過程與產前、產後住院期間。因為此期間內皆接受醫院之醫療照護服務，所以都為收案範圍。

Q2：死產定義是否有包含20週以下者D&C（人工引流）？

A2：因D&C（人工引流）屬於其他手術，不算生產，因此本指標排除人工引流。

## 住院指標（IP）

指標項目	評估面	名 稱	版本	指標代碼
住院指標	結果面	剖腹產率	96.08.E	IPU019

### IPU019剖腹產率

1.選用理由：作為產科醫療處置適當性之監測。

2.計算公式：

剖腹產率=

剖腹產人次

× 100

總接生人次

3.定義：

3.1剖腹產人次：監測期間內接受剖腹產之產婦人次（多胞胎以一次計，不含死產）。

3.2總接生人次：監測期間內本院接生之產婦總人次（含自然產及剖腹產，不含死產）。

3.3剖腹產手術：依健保局公告為論病例計酬項目，其DRG參考碼為0371A、0371B與論病例計酬外核實申報個案。此外，可參考ICD-9-cm處置碼74.0、74.1、74.2與74.4，健保手術醫令碼810044C。

4.相關問題討論：

Q：剖腹產個案以何種基礎來收案，以健保申報之DRG碼或是ICD-9cm碼？

A：因考慮收案之可行性與健保政策之因應，所以收案對象為健保申報之DRG碼0371A、加上0373B（自費剖腹產）與核實申報個案。並且，手冊將明列出DRG碼中包含ICD-9-CM碼。

## 住院指標（IP）

指標項目	評估面	名 稱	版本	指標代碼
住院指標	結果面	再次剖腹產率	96.08.E	IPU020

### IPU020 再次剖腹產率

1.選用理由：作為產科醫療處置適當性之監測。

2.計算公式：

$$\text{再次剖腹產率} = \frac{\text{再次剖腹產人次}}{\text{VBAC人次} + \text{再次剖腹產人次}} \times 100$$

3.定義：

3.1再次剖腹產人次：監測期間內接受第二次或以上剖腹產之產婦人次（不含死產）。

3.2 VBAC人次+再次剖腹產人次：監測期間內曾接受剖腹產之產婦，此次以自然生產的產婦人次，加上接受第二次或以上剖腹產之產婦人次（不含死產）。

註：VBAC：Vaginal Birth after Cesarean，曾剖腹產，但此次為自然產。

## 住院指標（IP）

指標項目	評估面	名 稱	版本	指標代碼
住院指標	結果面	VBAC生產率	96.08.E	IPU021

### IPU021 VBAC生產率

1.選用理由：作為產科醫療處置適當性之監測。

2.計算公式：

VBAC生產率=

$$\frac{\text{VBAC生產人次}}{\text{VBAC人次} + \text{再次剖腹產人次}} \times 100$$

3.定義：

3.1 VBAC生產人次：監測期間內曾接受剖腹產之產婦，此次以自然生產的產婦人次。

3.2 VBAC人次+再次剖腹產人次：監測期間內曾接受剖腹產之產婦，此次以自然生產的產婦人次，加上接受第二次或以上剖腹產之產婦人次（不含死產）。

註：VBAC：Vaginal Birth after Cesarean，曾剖腹產，但此次為自然產。

## 住院指標（IP）

指標項目	評估面	名 稱	版本	指標代碼
住院指標	結果面	新生兒死亡率	96.08.E	IPU022

### IPU022 新生兒死亡率

1.選用理由：作為新生兒照護品質之監測及婦幼衛生之參考。

2.計算公式：

新生兒死亡率=

年齡小於28天之新生兒死亡數

$$\frac{\text{年齡小於28天之新生兒死亡數}}{\text{新生兒住院人次}} \times 100$$

3.定義：

3.1年齡小於28天之新生兒死亡數：監測期間內活產新生兒，未滿28天即死亡總數。

3.2 新生兒住院人次：指監測期間本院所有活產的新生兒及他院轉入的新生兒總人數。

## 住院指標（IP）

指標項目	評估面	名 稱	版本	指標代碼
住院指標	結果面	新生兒轉入率	96.08.E	IPU023

## IPU023 新生兒轉入率

1.選用理由：作為新生兒照護品質之風險校正。

2.計算公式：

新生兒轉入率=

$$\frac{\text{年齡小於28天之新生兒由他院轉入之人次}}{\text{新生兒住院人次}} \times 100$$

3.定義：

3.1年齡小於28天之新生兒由他院轉入之人次：監測期間內活產新生兒，未滿28天由他院轉入之人次。

3.2 新生兒住院人次：監測期間本院所有活產的新生兒及他院轉入的新生兒總人數。

4.相關問題討論：

Q：如病童非自其他醫院轉診至本院，而是從其他機構轉入，是否納入收案？

A：只要病童有轉診單，不論從何轉入皆納入收案計算。



## 住院指標（IP）

指標項目	評估面	名 稱	版本	指標代碼
住院指標	結果面	週產期新生兒死亡率	96.08.E	IPU024

## IPU024 週產期新生兒死亡率

1.選用理由：作為週產期醫療保健之參考。

2.計算公式：

週產期新生兒死亡率=

週產期死亡之新生兒人數

————— × 100

新生兒住院人次

3.定義：

3.1週產期死亡之新生兒人數：監測期間內妊娠28週以上至產後28天以內之新生兒死亡人數之累計。

3.2 新生兒住院人次：指監測期間本院所有活產的新生兒及他院轉入的新生兒總人數。

4.相關問題討論：

Q：本指標是否含DOA病患？

A：本指標類型類似粗死亡率，故採分子分母皆包含DOA。

## 住院指標（IP）

指標項目	評估面	名 稱	版本	指標代碼
住院指標	結果面	新生兒14天再住院率	96.08.E	IPU025

## IPU025新生兒14天再住院率

1.選用理由：作為週產期醫療保健之參考。

2.計算公式：

新生兒14天再住院率=

新生兒14天內再住院人次

$$\frac{\text{新生兒14天內再住院人次}}{\text{新生兒出院人次}} \times 100$$

3.定義：

3.1新生兒14天內再住院人次：監測期間內活產新生兒出院後，非預期於14天內再度住院之人次累計。

3.2新生兒出院人次：監測期間內每日辦理出院之新生兒人次累計（含自動出院、轉院，排除死亡人數）。

4.相關問題討論：

Q：若入院時為＜28天新生兒，但出院時已＞28天，是否應列入收案？

A：列入收案。應以「入院」時做為收案條件基礎。

## 住院指標（IP）

指標項目	評估面	名 稱	版本	指標代碼
住院指標	結果面	住院病患褥瘡發生率	96.08.E	IPU026

### IPU026住院病患褥瘡發生率

1.選用理由：監測醫療照護品質之指標。

2.計算公式：

住院病患褥瘡發生率=

住院病患褥瘡發生人次

————— × 100

總住院人日

3.定義：

3.1住院病患褥瘡發生人次：監測期間內病患於住院期間造成褥瘡之人次累計。

3.2 總住院人日：監測期間內每日住院人數之累計。

4.相關問題討論：

Q1：同一人同一時間，發生多處褥瘡，該如何計數？

A1：同一人同一時間發生多處褥瘡，則以一次計數。

Q2：是否新發生褥瘡與加重情形皆列入計算？

A2：此為發生率之指標所以只有新發生褥瘡之病患才列計算，至於已患褥瘡而病情加重者，則不列入計算。

Q3：褥瘡發生率中是否包含安寧病房？

A3：住院病患均包含計之。

## 住院指標（IP）

指標項目	評估面	名 稱	版本	指標代碼
住院指標	結果面	住院期間護理人員給藥錯誤率	96.08.E	IPU027

## IPU027住院期間護理人員給藥錯誤率

1.選用理由：監測住院病患護理照護品質。

2.計算公式：

住院期間護理人員給藥錯誤率=

住院期間護理人員給藥錯誤總人次

$$\frac{\text{住院期間護理人員給藥錯誤總人次}}{\text{總住院人日}} \times 100$$

3.定義：

3.1住院期間護理人員給藥錯誤總人次：監測期間內病患於住院期間發生護理人員給藥錯誤之人次累計（含執行錯誤及執行給藥醫囑錯誤）。

3.2 總住院人日：監測期間內每日住院人數之累計。

## 4.相關問題討論

Q1：因藥局配藥錯誤與護理人員未確實核對所造成的錯誤是否列入？

A1：以護理人員本身給藥錯誤與能避免而未避免之錯誤才列入計算，若非護理人員能避免之錯誤則不列入計算。

Q2：若因NPO已預先排定檢查後取消排檢時間，期間未按時給藥，是否列入收案？

A2：如護理人員執行NPO醫囑無誤，則不列入收案。

## 住院指標（IP）

指標項目	評估面	名 稱	版本	指標代碼
住院指標	結果面	住院期間跌倒事件發生率	96.08.E	IPU028

### IPU028 住院期間跌倒事件發生率

1.選用理由：監測醫療照護環境安全及病患嚴重度之指標。

2.計算公式：

住院期間跌倒事件發生率=

住院期間發生跌倒事件總人次

$$\frac{\text{住院期間發生跌倒事件總人次}}{\text{總住院人日}} \times 100$$

3.定義：

3.1住院期間發生跌倒事件總人次：監測期間內住院病患於住院期間發生跌倒事件之人次累計。

3.2總住院人日：監測期間內每日住院人數之累計。

4.相關問題討論：

Q1：總住院人日是否應計算嬰兒床之住院人數？

A1：因為總病床是參考衛生署衛生統計年報之定義，其總床數包含嬰兒床，所以總住院人日亦應包含嬰兒床。並且，嬰兒床亦有可能發生跌倒與跌落之意外事件。

Q2：住院期間跌倒事件發生率，是否應包含嬰兒？

A2：列入收案。

Q3：病患跌倒事件，當數值過小時不會顯示?是否增加放大倍數？

A3：為避免加大倍數造成輸入資料錯誤，暫維持原狀。

## 住院指標（IP）

指標項目	評估面	名 稱	版本	指標代碼
住院指標	結果面	住院期間輸血錯誤事件發生率	96.08.E	IPU029

## IPU029 住院期間輸血錯誤事件發生率

1.選用理由：監測醫療照護之指標。

2.計算公式：

$$\text{住院期間輸血錯誤事件發生率} = \frac{\text{住院期間發生輸血錯誤事件總人次}}{\text{住院期間輸血總袋數（次）}} \times 100$$

3.定義：

3.1住院期間發生輸血錯誤事件總人次：監測期間內住院病患於住院期間發生輸錯血事件之人次累計。

3.2 住院期間輸血總袋數（次）：監測期間內每日住院病患輸血袋數之累計。

4.相關問題討論：

Q：一次叫2袋血，2袋血陸續輸完，應計算為1袋次或2袋次？

A：以「總袋數（次）」來計算。總袋數是指在輸入過程中須按血型區分配對者皆計入本指標監測之血液產品。

## 住院指標（IP）

指標項目	評估面	名 稱	版本	指標代碼
住院指標	結果面	全院員工針扎事件發生率	96.08.E	IPU030

## IPU030全院員工針扎事件發生率

1.選用理由：監測員工醫療操作流程之品質。

2.計算公式：

$$\text{全院員工針扎事件發生率} = \frac{\text{全院發生針扎事件總人次}}{\text{全院工作人員總人數}} \times 100$$

3.定義：

3.1 全院發生針扎事件總人次：監測期間內全院所有工作人員發生針扎事件之人次累計（含醫師、護理人員、醫技人員、清潔人員、技工，工友、行政人員）。

3.2 全院工作人員總人數：監測期間內全院所有工作人員總人數。

4.相關問題討論：

Q1：針扎是否包括尖銳物品？

A1：針扎事件收案範圍包括尖銳物品所造成之意外傷害事件。

Q2：院內員工至院外義診時，所發生之針扎是否列入收案？

A2：即使在院外發生針扎，還是會回報至醫院依感染控制流程報備處理，故納入計算。

Q3：其中全院人員是否包括外包人員？志工？實習醫師、護士？

A3：全院工作人員係依醫院評鑑之定義，包含醫師及其他職類員工，外包可依工作時數折算專任人員，但不包含志工、實習醫師、實習護士及學生。

## 住院指標（IP）

指標項目	評估面	名 稱	版本	指標代碼
住院指標	結果面	住院病患滿意度	96.08.E	IPU031

### IPU031 住院病患滿意度

1.選用理由：作為監測醫療照護品質、行政作業流程之效率品質、軟硬設施之品質指標。

2.計算公式：

住院病患滿意度=

住院滿意度各細項平均分數之加總

$$\frac{\text{住院滿意度各細項平均分數之加總}}{\text{住院滿意度調查各細項滿分之加總}} \times 100$$

3.定義：

3.1住院滿意度各細項平均分數之加總：該次住院滿意度調查結果，各細項平均分數之加總。

3.2 住院滿意度調查各細項滿分之加總：該次住院滿意度調查表之各細項滿分之加總。