

急診制度超級比一比



談各大醫院不同的急診制度

近年來，因為急診醫療受到重視，各大醫院都紛紛成立了急診專科，這次我們走訪了台大、榮總、長庚、新光 and 萬芳的急診部，發現每個醫院發展急診專科都有其不一樣的背景和過程，所以其各自的急診制度也有許多不同，以下讓我們來做個比較。

急診醫學科是民國 86 年才新成立的專科，因為每個醫院生態各異以及急診部門領導者的見解不同，再加上急診必須考量的特殊性，國內各大醫院的急診制度的規劃是有或多或少的差異存在。所謂制度上的差異，我們大致由以下幾方面來考量：整體規劃、醫師訓練、排班方式、醫療糾紛、健保制度。

整體規劃



長庚急診量為全國之冠

急診與其他各科制度的差異處有：(1) 急診人才的訓練為通材教育；(2) 急診是半獨立部門，必須倚賴其他各科的協助才能充分發揮急診功能；(3) 急診業務的執行除正確外，必須要求迅速；(4) 急診工作人員的工作時數要有限制，對病患的服務為時間制而非責任制；(5) 急診病患的來源，地域性高；(6) 急診對病患處置的目標與其他專科不同。這些為探討急診制度時所須考量的前提。

就整體規劃來看，因為急診醫學已成立專科，各大醫院都有專屬的急診部門，獨立招收急診科駐院醫師，所以對此專科有一良好的規劃，是國內各大醫院所競相比評的。制度的規劃上，各醫院多半仿效美加的體系，而其中長庚醫院更強調其急診制度是擷取歐美急診不分科制度適合台灣國情者，建構在一全面而完整的作業規範之下，因而在台灣急診



急救醫學

界獨樹一幟。急診對病患的處理首要安定生命跡象，之後須作好檢傷分類，令病人出院或轉入其他科，因此急診除急診加護病房外，一般不設置病房，僅設觀察室以監控病人病情。由於急診扮演處理危急病情第一線角色，在講求迅速又不以治癒疾病為目標的前提下，一般民眾對急診的滿意度一向很低，但是對它又有著難以替代的迫切需要，因此必須要有充足的專業急診醫師、迅速的檢查診斷和處置（如暢通的住院管道、急診觀察醫學等），才能提升急診的服務品質。

至於急診室的動線規劃，也是提升急診效率不可或缺的一環，國內各醫院多是以舊有的規模加以擴充，也就是以急診尚未受重視的年代時急診室的架構加以改良、擴建，目前僅台南奇美醫院在一開始興建時便對急診室有較進步而完整的動線規劃。

以各醫院的每日急診量來看，以長庚每天 350~400 位新進病患，加上 100 多位留觀病患，居全台之冠，也足以傲視全球；榮總每天急診病患數約

200 多人；新光每日也有 200 名左右；台大也差不多是同樣的數字。

專科醫師訓練

急診醫師需要的是通才訓練，尤其是各科急重症的診斷與處置。綜合各急診已具規模的醫院現行的急診專科醫師訓



台大急診室外觀

練過程來看，此訓練約分兩階段：第一階段訓練不一定是在急診，主要著眼在內、外科的基礎或是急診以外其他專科領域的通才訓練；第二階段則是在急診接受專家的急診專業指導，並直接參與急診醫療。完成此二階段後再經各階段的測驗及甄試及格後，才能成為一位急診學專科醫師。雖然皆有這樣的共識，國內各大醫院仍



有些許不同，大致上台大、榮總走的路線較相似，新光、長

庚次專科訓練而從此改走內科；同時內科的專科醫師也可



榮總急診室繁忙的一景

庚則走另外一路線。

台大、榮總體系與新光、長庚體系的不同點主要在於第一階段。台大、榮總在招入新的一批駐院醫師後，先分為急診內科及急診外科，分別送至內、外科接受三年內科或外科的訓練，以急診內科為例，前三年的訓練內容與內科所招入的住院醫師完全相同，三年後參加內科專科考試而取得內科專科醫師執照；之後回到急診科接受二到三年的急診訓練，在這期間同時學習急診領域外科部分的知識和技術，兩年後考取急診專科醫師執照。值得一提的是，前三年內科訓練完並取得內專之後，可選擇不回急診而直接留在內科，接受內

選擇接受急診訓練而自此轉任急診科。急診外科的情形亦相仿，只是人數較急診內科稍微少。

長庚和新光的急診科駐院醫師在第一階段則必須輪流接受包括內科、外科、兒科、婦科、神經科、麻醉科、眼科、耳鼻喉科、精神科、加護病房等各科訓練，三年後回到急診接受急診專科訓練，第四年可參加考試取得急診專科醫師執照。但長庚和新光仍有以下的不同點：長庚的各科輪流訓練，是把急診科駐院醫師送到各科去，在符合該科的最低要求下，由急診主導來安排訓練的課程表，如果該科不能配合的話，也有可能送至其他能夠配合整



急救醫學

個訓練課程的地區中小型的醫院如壠新、敏聖等去訓練，不一定要在長庚院內；新光也是由急診來安排課程，不同處在於請其他各科的師資來急診訓練急診住院醫師，或由急診的資深醫師直接來訓練住院醫師。新光與長庚的差異，分別是因應其醫院生態及其他各科能否配合等情形而產生的。

至於台大、榮總體系與新光、長庚體系的不同，前者強調內科為醫學之母，要有完整的內科學基礎接觸急診才較容易；後者則追隨目前歐美「不分科」通才訓練的觀念，強調急診的觀點，對疾病的思考和處置方式未必與內科相同。

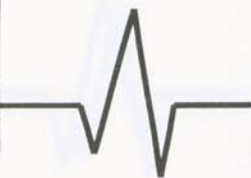
制度。所謂「雙專長」指的是急診醫師在成為急診專科醫師之前先去取得其他科的專科執照，如內科、外科、家醫科、小兒科、、、等，再取得急診專科執照。「單專長」指急診醫師僅專注於急診專科。會有「雙專長」制度的產生，主要是基於急診醫師出路上之考量，並不是急診不需太多醫師，而是急診工作壓力及體力的負荷大，急診醫師上了年紀後若不想再從事急診，有雙專長較方便改為開業。但相對來講，訓練的時間也會加長（單專長一般3~4年，雙專長一般4~5年）。不過也有另一方不鼓勵雙專長的說法，認為急診既然是主專



新光張珩主任與採訪同學合影

在以上對急診訓練的不同見解下，又衍生出所謂「雙專長」與「單專長」的專科醫師

科，也沒有急診不能開業的規定，在工作時數合理下，並不



必急著為急診找退路，況且雙專長所能做的事也不見得會比急診來得多多少。

急診醫師的排班

急診醫師的排班方式與急診醫療的品質有很大的相關，各大醫院現多傾向以較有經驗的醫師作為急診的第一線醫師，因此以往只有實習醫師待在急診室的情形可說已不復見。以長庚和榮總為例，長庚目前完全以主治醫師作第一線；榮總以具有內專的住院醫師或總住院醫師作第一線，主治醫師為第二線，如遇到較緊急的急重症，主治醫師仍會當第一線。至於主任級或資深的主治醫師則在固定的時間至急診室巡視並作 double checking；資淺的住院醫師或實習醫師也會在輕症區觀察和處理病患，這一點在各大醫院幾乎都差不多。要以那一個等級的醫師作為急診的第一線，牽涉到醫院的人力資源、住院醫

師臨床訓練，以及醫療品質的問題。

急診醫師的值班方式也和其他科有很大的不同，由於急診工作壓力大，如果要像別科一樣上班和值班，對醫師負荷和醫療品質來講都不是一項福音。因此仿效歐美，縮減急診醫師的工作時數和給予輪值的彈性空間，這一點原則在國內各大醫院是一致認為合理的。也就是說，每月工作時數比別科少，上班時全力以赴，下班後就沒有責任。榮總每週 36 小時，每天最多不得超過 12 小時；新光每月 15 班，每班 12 小時；長庚每月 20 班，每班 12 小時（主治醫師其中只 8 小時為第一線，另外 4 小時在第二、三線）。

另外，長庚急診人力是以北部基隆、台北、林口院區統合來作調派，醫師不完全在同一個地方輪值，而高雄院區基於地域考量，並沒有納入其中。

健保制度與急診

健保制度對急診的影響方面，一般來說急診看病的部分負擔比率較高，掛號費也高，主要是因為急診耗費的醫療成本和醫護人員編制非常龐大，此外也為了防止民眾因小病又不願掛號排隊看門診而濫用急診，使真正緊急的病患卻得不



長庚廖訓禎主任（右）與其助手



急救醫學

到急診的救護。

雖然如此，一般醫院單就急診部門的經營上多半是呈現虧損的狀態；然而急診又是醫院中病患的一大來源，在整體醫院經營的考量下，如果一個醫院的急診做得好，它為醫院所帶來後續的利益也是具有相當潛力的。因此

急診要生存，醫院方面的重視與否的確比健保給付的多寡來得重要。自急診成立專科之後，健保對急診的給付已稍調高，目前健保對急診較特殊的規定是，對到院病人要嚴格作好檢傷分類，依嚴重度區分為一級、二級、三級，一級給付調高 80%，二級調高 60%，三級調高 20%，若未與分類，則只調高 20%。即便如此，一如之前所說，急診仍然處於虧損狀態。

另外，急診的方向是 problem oriented，常要多方檢查才能確定診斷，而目前健保常僅以最終診斷來評估該檢查的必要性，而大刪急診所報的健保開銷。因此，盼將來健保

在急診預算的審斂方面應多由急診醫師協助，從急診觀點出發。

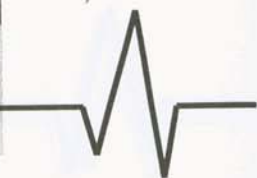
醫療糾紛

在一般人的刻板印象中，總以為急診科醫療糾紛的比率很高，其實不然，民眾對急診



檢傷分類是急診作業
流程中非常重要的一環

的抱怨雖然很多，但是醫療糾紛的發生卻是相當少的。一般醫療糾紛的引發，常是在於原本預期不會死亡的個案，經某些醫療行為後卻引起死亡，而急診多半是嚴重、被預期會死亡的病患，醫生若抱持著盡量拼一拼看能不能救起來的心態，即使病人不幸死亡，也很少引起醫療糾紛。不過要避免醫療糾紛，最重要仍在於醫師要有良好的訓練，以有經驗的



主治醫師來作第一線處理急診病患，才能減少醫療糾紛的發生。

較特殊的是，長庚急診另有一套科內的保障制度，若醫療糾紛不幸發生，有主治醫師經手過則只賠十萬元，所賠償的金額由科內所有的醫師共同分擔，若醫療過失是因醫師值班時睡著對病患未予注意而發生，則賠償金額不予分擔、、、等等，目標在創造零風險。

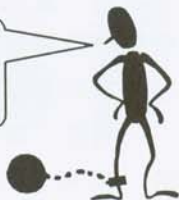
急診與各科間的關係

急診與各科間的關係，無論在教學訓練、病患處置、經營管理等諸多方面都有密切的關連。



你有罪，因為你的誤診害死了病人！！

大人！冤枉啊！人不是我殺的！



教學上，急診必須與其他科合作，才能提供完整的通才教育課程，其中的關鍵在於各科是否能夠理解急診的理念並提供切合急診所需的相關課程，而不是將急診醫師當作大intern一樣來教。

病患的處置上，急診的目標是放在穩定生命徵象、診斷、建立監視系統以觀察病情；如果病情輕微，簡單的治療後病人便可出院，或者使病人安定後要求病人至各科門診追蹤；如病況嚴重，使病人狀況穩定後就轉至各科病房。原則上急診的目標不是在治療病患，後續的治療應是在轉入各科後才去執行，但是在住院管道不暢通時，病人在等待病床時往往要長時間留置在急診（即使所有急診該做的都已做完），假如這段期間病情突然惡化，急診不去處理，不但病人會不滿，醫療糾紛的訴訟上，法官不會認為急診醫師沒有責任，衛生署也不會為急診醫師辯護。如此一來便產生了急診對病患處置上的矛盾，二來又與其他各科的業務範圍產生重疊，易引起各科反彈，排斥急診，認為市場被急診搶去。因此，發展出急診觀察醫學，並與各科分工清楚，釐清責任歸屬，才是避免矛盾的出路。