

檔 號：

保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688台北市大安區安和路一段29號9樓

承辦人：林欣儀

電話：(02)2752-7286#124

電子信箱：cindy718@tma.tw

受文者：臺中市大臺中醫師公會

發文日期：中華民國106年5月19日

發文字號：全醫聯字第1060000731號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：(0000731A00_ATTCH1.pdf、0000731A00_ATTCH2.doc)

主旨：轉知衛生福利部檢送地方衛生主管機關督導考核精神科醫院參考項目1份，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部106年5月3日衛部心字第1061760771B號函辦理（如附件）。
- 二、本函訊息刊登本會網站。

正本：各縣市醫師公會

副本：

理事長 邱 泰 源



XC04100731

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 函

地址：11558臺北市南港區忠孝東路6段488
號

傳 真：(02)85907080

聯絡人及電話：蕭玉梅(02)85907449

電子郵件信箱：moyumei@mohw.gov.tw

受文者：中華民國醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國106年5月3日

發文字號：衛部心字第1061760771B號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：地方衛生主管機關督導考核精神科醫院參考項目1份(1061760771B-1.doc)

主旨：檢送地方衛生主管機關督導考核精神科醫院參考項目1份
，請查照。

說明：旨揭項目可供地方衛生主管機關督導考核精神科醫院時參
考使用。

正本：國軍退除役官兵輔導委員會、勞動部、國防部軍醫局、衛生福利部中央健康保險
署、衛生福利部疾病管制署、衛生福利部附屬醫療及社會福利機構管理會、地方
政府衛生局、台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、財團法人醫院評鑑
暨醫療品質策進會、本部全民健康保險會、本部醫事司

副本： 

部長 陳時中



1061760771

地方衛生主管機關督導考核精神科醫院參考項目

| 序號 | 條號(原 105 年度精神科醫院試評基準條號) | 條文 | 評量項目 |
|----|-------------------------|----------------|---|
| 1 | 1.1.6 | 遵守相關法令，並提供教育訓練 | <p>目的： 定期檢視各項政策業務執行，遵守相關法令及檢討改善，且每年提供合宜之教育訓練。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.對於衛生主管機關執行衛生或醫療相關法令時，所開立之違規處分書或建議事項，能即時檢討並積極改善。 2.能配合政府有關醫院設備設施，員工安全福利、勞動檢查及病人權利等相關法令、行政規劃及行政指導之執行；若醫院受相關主管機關檢查結果不合格者，必須於期限內改善。 3.對醫療法及其他衛生、醫療、採購等相關法令，能針對相關工作人員及業務需要，每年實施如專題介紹或宣導課程等教育訓練。 <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.第 3 項相關工作人員及業務需要，由醫院自行界定，提供給評鑑委員參考。 2.第 3 項教育訓練，得以 E-learning 方式辦理。 3.衛生或醫療相關法令、行政規則或行政指導如： <ol style="list-style-type: none"> (1)法律：醫療法、各類醫事人員法、傳染病防治法、緊急醫療救護法、精神衛生法、癌症防治法、人體器官移植條例、人體研究法、安寧緩和醫療條例、管制藥品管理條例、藥害救濟法、人工生殖法、菸害防制法、優生保健法等。 (2)命令：醫療機構設置標準、醫療機構提報癌症防治資料作業辦法、傳染病流行疫情監視及預警系統實施辦法、防疫物資及資源建置實施辦法、嚴重藥物不良反應通報辦法、醫院電腦處理個人資料登記管理辦法、醫院緊急災害應變措施及檢查辦法、醫療廢棄物共同清除處理機構管理辦法、危險性醫療儀器審查評估辦法、特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法、活體肝臟捐贈移植辦法許可辦法等。 |

| 序號 | 條號(原 105 年度精神科醫院試評基準條號) | 條文 | 評量項目 |
|----|-------------------------|--------------------|--|
| | | | <p>(3)藥品優良調劑作業準則、安寧住院療護病房設置參考規範、醫療機構實施電子病歷作業要點、醫療院所辦理轉診作業須知等。</p> <p>4.其他相關法令如：勞動基準法、職業安全衛生教育訓練規則、環境基本法、建築法、消防法、身心障礙者權益保障法、兒童及少年福利與權益保障法、家庭暴力防治法、性別工作平等法、全民防衛動員準備法、性侵害犯罪防治法、性侵害事件醫療作業應行注意事項、食品衛生管理法、職業安全衛生法、職業災害勞工保護法、職業安全衛生設施規則、勞工健康保護規則、職業安全衛生管理辦法、勞工保險條例、游離輻射防護法、放射性廢棄物處理貯存及其設施安全管理規則、輻射工作場所管理與場所外環境輻射監測作業準則、輻射防護管理組織及輻射防護人員設置標準、放射性物質或可發生游離輻射設備操作人員管理辦法、老人福利法、環境教育法，以及建築消防相關法規等。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.對於衛生主管機關執行衛生或醫療相關法令時，所開立之違規處分書或建議事項與改善之資料。 2.配合政府有關醫院設備設施查核結果不合格者之改善資料。 3.對醫療法及其他衛生、醫療相關法令，能針對醫院規模、相關工作人員及業務需要，每年選擇適當議題，實施如專題介紹或宣導課程等教育訓練資料。 |
| 2 | 1.1.7 | 配合國家衛生政策及其他相關政策之情形 | <p>目的： 建立相關衛生醫療政策宣導機制，並定期檢視各項政策之落實執行。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院對國家衛生及其他相關政策、精神醫療或心理健康服務網絡計畫之推動，能透過講座、院刊、網頁、公告欄等作政策宣導。 <p>優良項目：(下述項目須全部達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.善盡社會責任，積極配合國家衛生政策及精神醫療或心理健康服務網絡計畫之推動，在近 4 年內有具體佐證，或獲得政府表揚。 |

| 序號 | 條號(原 105 年度精神科醫院試評基準條號) | 條文 | 評量項目 |
|----|-------------------------|-----------------|--|
| | | | <p>[註]</p> <p>1.衛生政策包含酒藥癮、家庭暴力、性侵害、自殺防治、愛滋病防治、強制住院、強制社區治療、兒童保護、基層醫療保健、衛教宣導、醫藥分業、精神醫療或心理健康服務網絡計畫、善盡社會責任等要求，並應依相關規定通報。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.醫院對國家衛生及其他相關政策、精神醫療或心理健康服務網絡計畫之推動，能透過講座、院刊、網頁、公告欄等作政策宣導。(符合)</p> |
| 3 | 1.2.6 | 實施新進員工及在職員工健康檢查 | <p>目的：</p> <p>保障員工，依其健康檢查結果進行追蹤，提供健康管理服務或改善工作條件，避免產生職業病。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.依「勞工健康保護規則」配置符合資格之醫師及護理人力從事勞工健康服務。</p> <p>2.依「勞工健康保護規則」辦理新進員工及在職員工健康檢查，以及特殊作業勞工健康檢查（如：放射線工作人員）。</p> <p>3.設置專責人員，並負責健康檢查結果異常之員工提供追蹤或健康管理之服務。</p> <p>4.針對員工健康檢查發現之問題，有檢討分析並推展各項健康促進計畫。</p> <p>[註]</p> <p>1.勞工健康保護規則第 11 條：「雇主對在職勞工，應依下列規定，定期實施一般健康檢查」：</p> <p>一、年滿六十五歲以上者，每年檢查一次。</p> <p>二、年滿四十歲以上未滿六十五歲者，每三年檢查一次。</p> <p>三、未滿四十歲者，每五年檢查一次。</p> <p>前項一般健康檢查項目及檢查紀錄，應依前條規定辦理。但經檢查為先天性辨色力異常者，得免再實施辨色力檢查。</p> <p>實施第一項健康檢查及前條體格檢查時，雇主得於勞工同意下，一併進行口腔癌、大腸癌、女性子宮頸癌及女性乳癌之篩檢，其檢查結果不列入一般體</p> |

| 序號 | 條號(原 105 年度精神科醫院試評基準條號) | 條文 | 評量項目 | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|-------------------------|--------------------------|---|--------|-----------|---|--------|--------|---|-----------|--------|--------|--------|---------|--------|--------|--------|
| | | | <table border="1" data-bbox="779 204 1594 363"> <tr> <td rowspan="3" style="writing-mode: vertical-rl;">工人數</td> <td>1000-2999</td> <td>專任 2 人</td> <td>專任 2 人</td> <td>專任 2 人</td> <td rowspan="3"> 人以上者，每增加 6000 人，應增加專任護理人員至少 1 人。 三、事業單位設置護理人員數達 3 人以上者，得置護理主管一人。 </td> </tr> <tr> <td>3000-5999</td> <td>專任 3 人</td> <td>專任 3 人</td> <td>專任 4 人</td> </tr> <tr> <td>6000 以上</td> <td>專任 4 人</td> <td>專任 4 人</td> <td>專任 4 人</td> </tr> </table> <p>乙規定事項，依中央衛生主管</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.員工健康檢查的政策或規章制度。 2.員工健康檢查結果及分析評估資料。 3.健康檢查結果異常員工追蹤資料。 4.員工健康促進計畫資料。 5.配置勞工健康服務護理人員資料。 6.員工健康諮詢紀錄。 | 工人數 | 1000-2999 | 專任 2 人 | 專任 2 人 | 專任 2 人 | 人以上者，每增加 6000 人，應增加專任護理人員至少 1 人。 三、事業單位設置護理人員數達 3 人以上者，得置護理主管一人。 | 3000-5999 | 專任 3 人 | 專任 3 人 | 專任 4 人 | 6000 以上 | 專任 4 人 | 專任 4 人 | 專任 4 人 |
| 工人數 | 1000-2999 | 專任 2 人 | 專任 2 人 | | 專任 2 人 | 人以上者，每增加 6000 人，應增加專任護理人員至少 1 人。 三、事業單位設置護理人員數達 3 人以上者，得置護理主管一人。 | | | | | | | | | | | |
| | 3000-5999 | 專任 3 人 | 專任 3 人 | | 專任 4 人 | | | | | | | | | | | | |
| | 6000 以上 | 專任 4 人 | 專任 4 人 | 專任 4 人 | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | 1.6.2 | 院內及連接院外通路應有無障礙設施，並符合法令規定 | <p>目的： 依相關建築法令規定，設置無障礙設施並定期檢查設施之功能正常，確保民眾就醫權利與安全。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院應依相關建築法令規定，設置無障礙設施，如：醫院建築物之室外通路、連接院外通路、避難層坡道及扶手、避難層出入口、室內出入口、室內通路走廊、樓梯、昇降設備、廁所盥洗室、浴室、停車空間等。 2.設置無障礙設施之處所，應有明顯標示。 <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.設有專責人員負責管理院內無障礙設施，依檢查結果確實維護，確保其功能正常與安全。 2.設有親子使用廁所或行動不便廁所兼具親子廁所之功能。 3.營造身心障礙者之親善就醫環境，提供身心障礙者牙科醫療服務之空間與相關設施，有具體事證。 <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.依據醫療機構設置標準規範，於醫療法公佈實施前已設立之醫療機構，其當 | | | | | | | | | | | | | | |

| 序號 | 條號(原 105 年度精神科醫院試評基準條號) | 條文 | 評量項目 |
|----|-------------------------|---------------------------|--|
| | | | <p>時已使用之建築物得免受相關標準規定之限制。</p> <p>2.有關無障礙設施或行動不便者使用之設施之設置規範，可參閱「建築技術規則建築設計施工編」第十章（第 167、170 條）及「建築物無障礙設施設計規範」。另，建築技術規則建築設計施工編第 170 條所定公共建築物且於本規則民國 97 年 7 月 1 日修正施行前取得建造執照而未符合其規定應改善者，即適用 101 年 5 月 25 日發布之「既有公共建築物無障礙設施替代改善計畫作業程序及認定原則」，其改善項目之優先次序，由當地主管建築機關定之。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院無障礙設施清單。(符合) 2.無障礙設施定期維護紀錄。(符合) |
| 5 | 1.6.10 | 適 當 管 理 廢 水 與 廢 棄 物 | <p>目的：</p> <p>依相關法令規定訂定廢水與廢棄物處理規範，定期稽核及廢棄物減量檢討改善，確保醫院照護環境安全。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.依據相關法令，訂有廢水、一般事業廢棄物、有害事業廢棄物（如：生物醫療廢棄物）之處理程序，如：區分生物醫療廢棄物與一般事業廢棄物，放入特定的容器、包裝，並安全運送至最終放置場所等程序。 2.有專責人員負責處理且管理得宜，通過主管機關之檢查（驗）。 3.於生物醫療廢棄物之儲存設備或容器，使用生物醫療廢棄物法定標誌，且保持標誌清楚醒目。 4.廢水、廢棄物之處理及追蹤紀錄詳實，符合處理程序。 <p>優良項目：（下述項目須全部達成）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.能稽核或追蹤廢棄物從最終放置處移交合格業者作最後處理之過程、執行狀況及貨物清單（manifest）的內容。 2.統計醫院生物醫療廢棄物每床人日產量比及每月增減比之差異等資料作為改善參考。 |

| 序號 | 條號(原 105 年度精神科醫院試評基準條號) | 條文 | 評量項目 |
|----|-------------------------|--------------|---|
| | | | <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.未設有廢水處理設施者，本條有關廢水處理之部分免評。 2.符合項目 1 所稱相關法令，如：廢棄物清理法、水污染防治法等。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.一般性及生物醫療廢棄物之處理辦法。(符合) 2.符合處理程序之廢水、廢棄物處理及追蹤紀錄。(符合) 3.定期檢討改善處理程序之資料。(符合) 4.稽核或追蹤廢棄物從最終放置處移交合格業者作最後處理之過程、執行狀況及貨物清單(manifest)之文件資料。(優良) 5.醫院生物醫療廢棄物每床人日產量比及每月增減比之差異等統計資料。(優良) |
| 6 | 1.8.4 | 明訂社區災難應變支援機制 | <p>目的： 社區突發災難可迅速且有一致性的因應。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.明訂社區災難應變支援作業程序，並指定適當之備援人員。 <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.能配合參與地方政府及有關團體共同辦理之大規模災害演練。 2.有建立其他地區發生災害時派遣災難心理衛生小組之緊急醫療支援計畫。 3.能確實掌握各類資源調度，支援機制完善。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.社區災難應變支援作業程序。(符合) 2.大規模災害演練之證明(含照片)(優良)。 3.緊急醫療支援計畫。(優良) |
| 7 | 2.4.1 | 適當之急診人 | <p>目的： 依作業量配置具特定資格及能力之急診醫護人員，並應具備完善的急診醫事人</p> |

| 序號 | 條號(原 105 年度精神科醫院試評基準條號) | 條文 | 評量項目 |
|----|-------------------------|------------------------|--|
| | | 力配置及訓練、醫事人員值班制度與完善儀器管理 | <p>員輪班制度、有完善設施、設備及儀器的管理機制，以維照護品質，提供良好急診醫療服務。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.在急診部門有專責醫師及專任護理人員。 2.急診醫護人員皆具有 BLS 訓練且合格，並定期接受 ALS 訓練，且 50%以上急診醫護人員具有 ACLS 證書。 3.應有適當醫事人員值班或待命，並有緊急支援機制。 4.具施行病人約束、監測、留觀、檢驗之設施，且經常備妥於確實可用狀態。 5.訂有急診相關設施、設備及儀器之定期清潔保養規範。 6.訂有急診暴力防範處置流程並能張貼。 <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.全天候應由專科醫師值班。 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。 3.急診醫事人員：有藥師、醫事檢驗師等醫事人員值班。 4.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。 <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.未設有急診室者，或經中央主管機關同意不設急診室者，可自選本條免評。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.急診主治醫師、住院醫師、護理師值班表。(符合/優良) 2.急診主治醫師、住院醫師、護理師 BLS、ACLS 證明。(符合) 3.醫事人員輪班或支援制度與值班表。(符合/優良) 4.醫療儀器、設備、負責人及保養作業標準及查檢紀錄。(符合) 5.醫療儀器、設備故障異常管理之作業流程及維修紀錄。(符合) 6.警衛或保全人員值班表。(優良) 7.品質改善方案實例佐證資料，如：品管圈、教案教學、得獎紀錄等。(優良) 8.與輪班制度相關之會議討論及檢討紀錄或實例呈現。(優良) |

| 序號 | 條號(原 105 年度精神科醫院試評基準條號) | 條文 | 評量項目 |
|----|-------------------------|----------------------|--|
| | | | 9.急診突發事件處理流程與檢討會議紀錄。(優良) |
| 8 | 2.4.3 | 適當之加護病房及配置、組織力與訓練與評核 | <p>目的： 依加護病房床數配置醫護人員，並設有行政及值班機制，提供適當醫療照護，護理人員應具專業資歷，並接受在職訓練，提供適當護理服務。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 醫師人力： <ol style="list-style-type: none"> (1) 加護病房每 10 床應有專責醫師 1 人。 (2) 應有會診治療的合作體制。 2. 護理人力：每床應有 1 人。 3. 醫護人員皆具有 BLS 訓練且合格，並定期接受 ALS 訓練，且 30% 以上醫護人員具有 ACLS 證書。 4. 至少須具有精神科護理進階 N2 或精神科護理臨床工作 2 年以上資歷：$\geq 50\%$。 5. 依單位特性及護理人員需要，每年應有院內外之精神科重症護理訓練至少 12 小時。 <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 假日及夜間有資深醫師值班。 2. 護理人力為符合項目要求之 1.1 倍。 3. 專責醫師須具備高級心臟救命術 (ACLS) 證書，且醫護人員 50% 以上具有 ACLS 證書。 4. 社工師固定評估每床病人之經濟、心理及社會狀況並有紀錄。 5. 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 $\geq 70\%$。 <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 未設有加護病房者，可自選本條免評。 2. 資深醫師係指取得專科醫師資格 5 年以上且具臨床經驗者。 3. 護理人員應具備加護護理能力，包括：自殺、暴力、譫妄、NMS 等重症護理知能、儀器操作、危急狀況之預防、緊急處置能力、病人問題的評估與處理 |

| 序號 | 條號(原 105 年度精神科醫院試評基準條號) | 條文 | 評量項目 |
|----|-------------------------|-----------------------------------|---|
| | | | <p>等。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.加護病房醫師人力配置及值班表。(符合) 2.加護病房護理人力配置及班表。(符合) 3.加護病房專責主治醫師重症加護相關證書或接受相關訓練證書。(優良) 4.加護病房專責住院醫師高級心臟救命術(ACLS)證書。(優良) |
| 9 | 2.4.4 | 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 | <p>目的：</p> <p>加護病房設置適當之設施、設備及儀器，並有完善管理機制，確保其功能正常，維護病人隱私及照護品質。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.設施、設備符合醫療機構設置標準附表三相關規定。 2.設有供病人照護安全及監控設備、急救及隔離設施。 3.明訂保養、檢查的排程，並有紀錄。 <p>優良項目：(下述項目須全部達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.病人應有適當區隔，避免相互干擾，且可因應感控隔離需要者。 <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.未設有加護病房者，可自選本條免評。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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) |
| 10 | 2.4.30 | 由適當醫療團隊提供透析照護 | <p>目的：</p> <p>依透析床數及作業量，配置符合資格及完成相關訓練之醫護人員，提供適當的照護服務。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 具有內科或 |

| 序號 | 條號(原 105 年度精神科醫院試評基準條號) | 條文 | 評量項目 |
|----|-------------------------|------------|---|
| | | 服務 | <p>兒科專科醫師資格，並經完整腎臟醫學訓練與血液透析治療訓練，其餘醫師亦應經血液透析治療訓練，並領有證明文件。</p> <p>2.每位血液透析護理人員照顧 4 位門診血液透析病人。每位腹膜透析護理人員最多照顧 35 位腹膜透析病人。</p> <p>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。</p> <p>[註]</p> <p>1.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）。</p> <p>2.血液透析護理人力計算方式：需求數＝當月透析總人次÷當月透析護理人員實際工作日（22 天）÷4 人次。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.透析人員(醫師、護理師)證照及教育訓練資料。(符合)</p> |
| 11 | 2.4.32 | 建置安透護理服務環境 | <p>目的： 追蹤透析室員工及病人的肝炎檢查變化，落實感染預防措施，維護病人安全。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.透析室之所有員工有 B、C 型肝炎之檢查紀錄。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>4.B 型肝炎透析病人需分區及分床(透析機)，C 型肝炎透析病人需有分床之安排，且班與班之間機器必須徹底消毒；以及每日最後一班結束後之消毒。</p> <p>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。</p> <p>6.門診透析病人一年內 B 肝及 C 肝轉陽性率：血液透析 ≤5%，腹膜透析 ≤3%。</p> |

| 序號 | 條號(原 105 年度精神科醫院試評基準條號) | 條文 | 評量項目 |
|----|-------------------------|----------|---|
| | | | <p>7.重複使用透析器之醫院必須符合下列所有標準：</p> <ol style="list-style-type: none"> (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。 (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。 <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.符合下列全部條件者，可自選本條免評： <ol style="list-style-type: none"> (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）。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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.如有重複使用透析器者，須另外提供： <ol style="list-style-type: none"> (1)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) (2)透析室物質安全資料表。(符合) (3)重複使用透析器之消毒液殘餘量檢測資料。(符合) (4)total cell volume 檢測紀錄。(符合) |
| 12 | 2.4.34 | 慢性呼吸照護病房 | <p>目的：</p> <p>依慢性呼吸照護病房床數配置符合資歷之照護團隊成員，提供適當的照護服務。</p> |

| 序號 | 條號(原 105 年度精神科醫院試評基準條號) | 條文 | 評量項目 |
|----|-------------------------|--------------------------------|--|
| | | (RCW) 應由適當醫療照護團隊提供呼吸照護服務 | <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.符合以下全部條件者，可自選本條免評： <ol style="list-style-type: none"> (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。 2.若醫院雖未有登記慢性呼吸照護病房但有收治呼吸器依賴病人時，其人力計算原則以病人目前所入住之病房類別認定其護理人力配置需求。 3.人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.本病房各職類人事資料、班表。(符合) |
| 13 | 2.4.35 | 慢性呼吸照護病房(RCW) 應建立呼吸照護設施設備管理 | <p>目的：</p> <p>慢性呼吸照護病房配置適當之設施及設備，並有完善管理機制，確保其功能正常，維護照護品質。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.具下列功能呼吸器比例適當(≥10%)： <ol style="list-style-type: none"> (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≥床數 1/6。 3.呼吸照護設施設備有定期維修保養紀錄。 |

| 序號 | 條號(原 105 年度精神科醫院試評基準條號) | 條文 | 評量項目 |
|----|-------------------------|-------------------|---|
| | | 機制，確實執行 | <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 符合以下全部條件者，可自選本條免評： <ol style="list-style-type: none"> 未登記設有慢性呼吸照護病房(RCW)。 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。 病床數係以登記開放數計。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 呼吸器及監視設備功能型號清單。(符合) 設施設備保養紀錄。(符合) |
| 14 | 2.4.38 | 適當之人配置，且有專科或專業之牙科 | <p>目的： 配置足夠且適當的牙科照護人力，確保照護品質。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 設有全科（一般）牙科或家庭牙醫科。 牙醫師：至少應有 1 名為專任且具負責醫師資格。 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。 <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 符合下列全部條件者，可自選本條免評： <ol style="list-style-type: none"> 未設置牙科、口腔顎面外科、口腔病理科、齒顎矯正科。 未提供牙科相關服務。 本條為試評條文，評量結果不納入評鑑成績計算。 病床數以急性病床數計：指急性一般病床及精神急性一般病床，並依登記開放病床數計。 診療科係指：(1)全科（一般）牙科、(2)家庭牙醫科、(3)牙體復形科、(4)牙髓病科、(5)牙周病科、(6)補綴（膺復）牙科、(7)兒童牙科、(8)齒顎矯正科、(9)口腔顎面外科、(10)口腔病理科/口腔診斷、(11)身心障礙者牙科。 牙科專科係指「專科醫師分科及甄審辦法」所訂之牙醫師專科：(1)齒顎矯正 |

| 序號 | 條號(原 105 年度精神科醫院試評基準條號) | 條文 | 評量項目 |
|----|-------------------------|--------------|--|
| | | | <p>科、(2)口腔顎面外科、(3)口腔病理科。</p> <p>6.符合項目 2-(1)所提「具負責醫師資格」，係指牙醫師受滿兩年以上醫師訓練，且能獨立執業者即可認定。</p> <p>7.「牙科輔助人員」僅以門診牙科治療台數計算所需之人力；其人員不一定須具備護理人員執照，惟應經過相關訓練或為相關科系畢業（如：口腔衛生學系等）者，由醫院提供相關證明或紀錄即可。前述牙科輔助人員應有實際執行作業（如：門診櫃檯作業、治療前口腔清潔、清洗器械、傳遞器械等）始可認列人力。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.檢視牙科人力配置表及相關證書、證明。(符合)</p> |
| 15 | 2.4.42 | 適當之中醫人力配置及訓練 | <p>目的：</p> <p>依中醫服務科別及服務量，配置符合資格之中醫師、護理人員及中藥調劑人員，從事醫療業務。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.中醫師：</p> <p>(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。</p> <p>(2)若有設置中醫病床則每十床應有中醫師 1 人以上。</p> <p>2.中藥調劑人員：應符合醫院設置標準，濃縮中藥調劑作業，每月處方箋總數平均每日 60 張，應有 1 名以上藥事人員。</p> <p>3.護理人員：每診療室應有 1 人以上。</p> <p>[註]</p> <p>1.中醫部門未達 4 名中醫師者，本條免評。</p> <p>2.本條為試評條文，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>3.專任中醫師係指執業登記於本院之醫師，且開診數多於其他醫療機構之支援業務。</p> <p>4.診療科別指內科、外科、眼科、兒科、婦科、傷科、針灸科、痔科。</p> |

| 序號 | 條號(原 105 年度精神科醫院試評基準條號) | 條文 | 評量項目 |
|----|-------------------------|-----------------------------|--|
| | | | <p>5.中藥調劑人員包括中醫師、修習中藥課程達適當標準之藥師及藥事法第一百零三條第一項所定人員等三類。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.中醫師、中藥調劑人員及護理人員人力配置。(符合) 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) |
| 16 | 2.5.6 | 依「藥品優良調劑作業準則」訂定調劑作業程序，並確實執行 | <p>目的： 落實「藥品優良調劑作業準則」，防止調劑疏失，保障用藥安全。</p> <p>符合項目： 符合「藥品優良調劑作業準則」(Good Dispensary Practice, GDP)條文，符合下述條件且有調劑品質監測：</p> <p>門急診調劑：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.處方箋上印載之項目完整。 2.接受處方後，評估及確認處方之適當性。 3.發現問題處方即刻知會醫師處理，且留有紀錄，並做統計分析及有改進措施。 4.調劑作業雙重覆核。 5.應有門診病人直接取得處方箋之設計。 6.實施病人用藥指導。 7.藥袋之標示完整，符合衛生福利部公告規定。 8.調劑後藥事人員於處方箋上簽名或蓋章。 <p>住院調劑：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.住院處方箋記載完整或單一劑量所給予之藥品均有標示病人姓名、藥品名稱、含量、數量。 2.接受處方或藥囑後，須與病人之前的用藥處方(完整的藥歷)進行連貫性審視，以評估處方之適當性且有紀錄。 3.發現問題處方即刻知會醫師處理，且留有紀錄，並做統計分析及有改進措施。 |

| 序號 | 條號(原 105 年度精神科醫院試評基準條號) | 條文 | 評量項目 |
|----|-------------------------|--------------------|---|
| | | | <p>4.能對病人實施用藥指導服務。 5.調劑作業雙重覆核。 6.若實施單一劑量(UDD)作業，藥師接受醫師直接的醫囑，依完整的藥歷調劑以確保用藥適當性及正確性。</p> <p>[註]</p> <p>1.調劑品質監測、管制措施包含調劑疏失之控管，包含實施調劑疏失預防措施、調劑疏失之記錄與統計分析、即時通知相關單位補正調劑疏失及相關改善成效評估與宣導。 2.處方內容應包括病人基本資料、疾病診斷、就診科別、及藥品名稱、劑型、劑量、用法、使用天數等資訊，並應有醫師之簽章。 3.藥袋標示應符合（衛生福利部（原：行政院衛生署）99年10月5日衛署醫字第0990211898號函）醫療法第66條規定，醫院、診所對於診治之病人交付藥劑時，應於容器或包裝上載明病人姓名，性別，藥品（包含學名及商品名）、劑量、數量、用法、作用或適應症、警語或副作用、醫療機構名稱與地點、調劑者姓名及調劑年、月、日；中藥藥袋標示應包括「原方劑名」、「商品名」。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.藥品優良調劑作業準則。 2.門診調劑：處方箋及藥袋。 3.住院調劑：處方醫囑及藥歷。</p> |
| 17 | 2.6.1 | 應設立感染管制單位，聘有合格且足夠之 | <p>目的： 建置完備的感染管制組織和感染管制人員，推動院內感染管制業務。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.設有感染管制專責單位，並明訂工作職責及組織圖之定位 2.聘有接受感染症醫學訓練之專科醫師： (1)總病床數 500 床以上醫院：</p> |

| 序號 | 條號(原 105 年度精神科醫院試評基準條號) | 條文 | 評量項目 |
|----|-------------------------|--------------|---|
| | | 感染管制人力負責業務推行 | <p>至少有 1 名接受感染症醫學訓練之兼任專科醫師及由前一年參加專業學會認可之感染管制訓練達 20 學分以上之醫師負責感管業務推行。</p> <p>(2)總病床數未滿 500 床之醫院： 可由前一年參加專業學會認可之感染管制訓練達 20 學分以上之醫師負責感管業務推行。</p> <p>3.聘有感染管制人員： (1)總病床數 300 床以上醫院： 每 300 床聘有 1 名專任感染管制護理人員，且一年內接受感染管制訓練，累計學分達 20 學分以上。 (2)總病床數未滿 300 床之醫院： 須由前一年參加專業學會認可之感染管制訓練達 20 學分以上之護理人員負責感管業務推行。</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1.感染管制專責單位為直接隸屬於院本部（院長室）下的獨立單位。</p> <p>2.增加配置接受感染症醫學訓練之專科醫師： (1)總病床數 500 床以上精神科醫院： 聘有 1 名接受感染症醫學訓練之專任專科醫師，負責感染管制業務推行。 (2)總病床數未滿 500 床之醫院：聘有 1 名接受感染症醫學訓練之兼任專科醫師。</p> <p>3.增加配置感染管制人員： (1)總病床數 300 床以上醫院，每 250 床聘有 1 名專任感染管制護理人員。且聘有前一年參加專業學會認可之感染管制訓練達 20 學分以上之醫檢人員協助感管業務推行。 (2)總病床數未滿 300 床醫院，聘有專任感染管制護理人員。</p> <p>[註]</p> <p>1.病床數之計算係指醫事管理系統登錄開放之總病床數；若受評機構為合併評鑑之醫院，此處感管人員數之計算係採本院與合併院區或分院於醫事管理系</p> |

| 序號 | 條號(原 105 年度精神科醫院試評基準條號) | 條文 | 評量項目 |
|----|-------------------------|----------------------------|--|
| | | | <p>統登錄開放之總病床數加總列計</p> <p>2. 感染管制受訓學分認定，含括衛生福利部委託辦理醫師繼續教育課程積分審查認定及積分採認之醫學團體，其所認定之感染管制課程積分或由感管相關學會及其他醫學相關單位辦理，且內容為感管相關議題，經學分認定後，均可認計。</p> <p>3. 本項基準所提「接受感染症醫學訓練之專科醫師」以持有台灣感染症醫學會授予之「感染症專科醫師證書」認定；「感染管制護理人員」及「感染管制醫檢人員」以持有台灣感染管制學會授予之「感染管制師證書」認定。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 感染管制部門工作職責及組織圖之定位。(符合) 2. 感染症專科醫師證書及學分證明。(符合/優良) 3. 感染管制師（護理師、醫檢師）證書及學分證明。(符合/優良) 4. 兼任感染症專科醫師聘書及衛生單位之支援報備相關證明。(符合/優良) |
| 18 | 2.6.2 | <p>成立感染管制委員會，定期並錄實會議事項</p> | <p>目的： 在感染管制委員會的運作下，落實執行會議決議事項。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 設有感染管制委員會，具有組織章程及成員資料備查。委員會主席為醫院主管（院長或副院長，且為醫師）；成員至少應包含醫師、行政、勞安、護理、醫檢等部門代表，如有設置中醫、牙科部門亦需納入。 2. 感染管制會議內容應包含：結核病、疥瘡、食物中毒、腹瀉、發燒、抗生素管制、傳染病疫情因應等議題。 3. 至少每 3 個月召開一次會議且有會議紀錄備查，會議紀錄均由院長批示，並有前次會議決議執行報告。 4. 確實執行會議決議，且決議事項均照會相關單位協助執行。 <p>優良項目：（下述項目僅限一項未達成）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 委員會成員中有 1 位曾接受流行病訓練者。 |

| 序號 | 條號(原 105 年度精神科醫院試評基準條號) | 條文 | 評量項目 |
|----|-------------------------|--|--|
| | | | <p>2.依醫院規模、特殊疫情或院內發生突發感染事件等，適當增加開會之頻率。</p> <p>3.定期檢討修訂相關機制、對應措施、感染指標種類等。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.感染管制委員會組織組織章程及成員資料。(符合) 2.感染管制委員會會議紀錄。(符合/優良) 3.流行病學訓練相關證明。(優良) 4.增加臨時加開之開會會議紀錄。(優良) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.本條文中提及「牙科」及「中醫」者，屬試評範圍，不納入本條文之評量成績。 |
| 19 | 2.6.3 | <p>制訂及更新感染管制手冊，定期收集院內感染管制及國際最新傳染病疫情，並確實傳達及執行</p> | <p>目的：</p> <p>提供感染管制手冊與最新的疫情資訊，執行院內感染管制照護工作。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.制訂感染管制手冊（設有牙醫及中醫部門者須納入）並定期修訂（包括修訂之年月日）；手冊內除記載組織體制之外，應記述具體感染管制對策及相關人員的感染處理對策且提供給相關部門確實執行。 2.手冊記載標準預防措施（standard precaution），含不同感染途徑預防措施，如：空氣感染預防措施、飛沫感染預防措施、接觸感染預防措施等。 3.針對醫院服務特性，訂定其他執行各項醫療行為之感染管制標準作業程序，如：侵入性醫療感染管制標準作業程序。 4.感染管制部門人員能定期利用文獻檢索或網際網路，取得最新疫情資訊，並傳達醫院各單位；工作人員清楚知道可從何處獲得最新感染管制相關資訊。 <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有專人定期蒐集國內外感染管制的相關規定，參考有科學根據之建議事項，並依據醫療院所特性，適時訂定或修訂感染管制手冊。 2.醫院每年訂有感染管制年度工作計畫（program），對於感染管制負責單位所執行的資訊需求及教育活動，在經費、人力及空間都能有實質的支援。 |

| 序號 | 條號(原 105 年度精神科醫院試評基準條號) | 條文 | 評量項目 |
|----|-------------------------|----------------------------|---|
| | | | <p>3. 規劃網路資訊平台定期更新傳染病與感染管制相關資訊。</p> <p>4. 實際抽查臨床工作人員能知悉感染管制手冊中相關感染管制措施。</p> <p>5. 工作人員清楚各項感染管制措施且落實執行，並有定期評核及改善作為。</p> <p>[註]</p> <p>1. 若設置牙醫及中醫部門，感染管制手冊應納入。</p> <p>2. 本條文中提及「牙醫」及「中醫」者，屬試評範圍，不納入本條文之評量成績。</p> <p>3. 科學根據定義如：疾病管制署指引(CDC guidelines)、罹病率和死亡率之週報(the morbidity and mortality weekly report, MMWR)、疾病管制署等。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1. 感染管制查核督導紀錄。(符合)</p> <p>2. 侵入性醫療感染管制標準作業程序。(符合)</p> <p>3. 感染管制手冊(含牙醫及中醫感管作業程序)。(符合/優良)</p> <p>4. 最新疫情資訊或感染管制相關網路資訊平台。(符合/優良)</p> |
| 20 | 2.6.4 | 院內應有且充足之洗手設備，訂有衛生程序且有與稽核機制 | <p>目的：</p> <p>適當的洗手設備和手部衛生教育與稽核，降低感染發生。</p> <p>符合項目：</p> <p>1. 濕洗手設備之位置及數量合乎實際需要且功能良好，並於濕洗手設備旁有正確洗手步驟之標示。</p> <p>2. 醫療照護相關單位濕洗手設備應設置非手控式水龍頭，如：肘動式、踏板式或感應式水龍頭等，並備有液態皂、手部消毒劑、擦手紙及酒精性乾性洗手液，或備有具去污作用之手部消毒劑及擦手紙。</p> <p>3. 醫療照護人員在：(1)接觸病人之前、(2)執行清潔/無菌操作技術之前、(3)有暴露病人體液風險之後、(4)接觸病人之後、(5)接觸病人週遭環境之後，應確實洗手(洗手可包括乾洗手)。</p> <p>4. 設有牙科部門者，牙科醫師於病人轉換期間，應落實洗手更換手套及器械以</p> |

| 序號 | 條號(原 105 年度精神科醫院試評基準條號) | 條文 | 評量項目 |
|----|-------------------------|-----------------------|---|
| | | | <p>避免交互感染。</p> <p>5.訂有手部衛生稽核機制，定期稽核手部衛生遵從性及正確性等指標，並留有紀錄備查。</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.由副院長級(含)以上主管推動全院手部衛生運動或臨床單位曾以品管手法，如：品管圈、標竿學習、專案改善等方式推動手部衛生。 2.提報手部衛生正確率與遵從率，並進行分析檢討改進。 3.使用資訊系統或輔助機制提升手部衛生成效。 <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.優良項目 3 所提「資訊系統或輔導機制」係指醫院以電子看板跑馬燈、設立螢幕保護程式提醒、加護病房開放家屬探視前以廣播提醒、新進人員以螢光劑測試等作為皆可，惟洗手步驟圖示非為輔導機制。 2.本條文中提及「牙科」者，屬試評範圍，不納入本條文之評量成績。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.擦手紙、手部消毒劑及酒精性乾洗手液的採購量和使用量的統計資料。(符合) 2.以品管手法推動者應有完整的執行方案與成果報告等資料。(優良) 3.手部衛生遵從性及正確性等稽核紀錄。(符合) 4.院務層級會議紀錄或全院發表資料。(優良) 5.資訊系統或輔助機制提升手部衛生成效相關資料。(優良) |
| 21 | 2.6.5 | 對於暴露於病人血液、體液及尖銳物品扎傷事件 | <p>目的： 制定完善標準的防護措施與處理步驟並配合安全針具的推廣使用，降低尖銳物品扎傷事件。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.執行直接接觸病人體液或血液之醫療處置時，應全面使用安全針具。 2.進行採血或靜脈穿刺，或處理血液、體液等檢體時，應遵循標準防護措施採取感染管制對策(使用手套、洗手等)。 |

| 序號 | 條號(原 105 年度精神科醫院試評基準條號) | 條文 | 評量項目 |
|----|-------------------------|--------------------------------|---|
| | | <p>的預防及處置(包含切傷等其他出血)訂有作業流程</p> | <p>3.工作人員有可能接觸，或被病人的血液、體液或分泌物飛濺之風險時，工作人員應依其風險穿戴防護用具，如：面罩、眼罩（eye-shield）或護眼鏡（goggle）、隔離衣（必要時要有防水）等。</p> <p>4.各醫療單位、病房及護理站有能安全處理感染性廢棄物及針類廢棄物的容器；且工作人員應明確知悉使用後的尖銳物品之處理步驟。</p> <p>5.有尖銳物品扎傷事件發生後之追蹤機制，並明確訂定暴露於 HIV 危險環境時之相關處理流程，受針扎者應依醫囑儘速於「愛滋病防治工作手冊」之「職業暴露愛滋病毒處理原則」進行處理並有追蹤紀錄。</p> <p>優良項目：(下述項目須全部達成)</p> <p>1.醫院安全針具使用種類及數量，充分滿足臨床需求。</p> <p>2.對所有個案有詳盡的列管追蹤紀錄，檢討發生原因，有效執行尖銳物品扎傷之預防。</p> <p>[註]</p> <p>1.符合項目 1 係依據醫療法第 56 條第 2 項「醫療機構對於所屬醫事人員執行直接接觸病人體液或血液之醫療處置時，應自中華民國一百零一年起，五年內按比例逐步完成全面提供安全針具。」規定辦理。</p> <p>2.所提尖銳物扎傷處理流程中「愛滋病指定醫院」及「非愛滋病指定醫院」處理流程之作業重點如下：</p> <p>(1)愛滋病指定醫院：由感染科醫師先瞭解扎傷之狀況及血液交流情形，評估是否需使用抗愛滋病毒預防性用藥，若指定醫院之醫師仍有疑義，應尋求針扎處理專線協助（可透過 1922 民眾疫情通報及諮詢專線轉針扎處理專線），與針扎處理諮詢醫師共同評估是否需使用抗愛滋病毒預防性用藥，若需進行預防性用藥，需儘快於扎傷後 24 小時內服藥（最晚不應超過 3 日）。</p> <p>(2)非愛滋病指定醫院，感染科或其他科醫師應先瞭解扎傷之狀況及血液交流情形，再撥打針扎處理專線諮詢（可透過 1922 民眾疫情通報及諮詢專線轉針扎處理專線），若評估需進行預防性用藥，需於扎傷後 24 小時內轉介至愛滋病指定醫院。</p> |

| 序號 | 條號(原 105 年度精神科醫院試評基準條號) | 條文 | 評量項目 |
|----|-------------------------|-------------------------------|--|
| | | | <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 尖銳物品扎傷或與血液/體液接觸處理流程。(符合) 2. 醫院安全針具採購及使用紀錄。(符合/優良) 3. 員工被血液、體液暴露及尖銳物扎傷事件的調查及處理紀錄。(符合) 4. 血液、體液暴露及尖銳物扎傷事件報告統計分析和檢討。(優良) 5. 安全針具品項係參考衛生福利部最新公告之安全針具品項清單。(優良) 6. 安全針具查核方式參考醫院感染管制查核方式。(符合/優良) |
| 22 | 2.6.6 | 訂有醫療人員防護、體溫及胸部 X 光等保護措施，並落實執行 | <p>目的： 對醫療照護人員提供健康監測及疫苗接種等保護措施，維護健康與執業安全。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 訂有並執行醫療照護人員預防接種防疫措施，如：B 型肝炎與流感疫苗接種。若 B 型肝炎表面抗原及表面抗體為陰性者，則應施行 B 型肝炎疫苗接種。 2. 對於因暴露於傳染病人而遭受感染之醫療照護人員，醫院應立即為該員進行緊急處理，給予必要預防感染藥物，並列管追蹤。 3. 訂有院內全體醫療照護人員體溫監測計畫，並有體溫異常追蹤及處理機制。 4. 每年至少 90% 與病人直接接觸之醫療照護人員及其他常駐工作人員（含外包人力）完成胸部 X 光檢查，並有檢查結果異常的追蹤及處理紀錄。 5. 提供醫護人員領有醫療器材許可證之合格口罩與手套。 <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 胸部 X 光檢查達成率達 95% 以上。 2. 檢討因暴露於傳染病人而遭受感染之醫療照護人員被感染原因，避免或減少類似事件發生。 3. 依據我國相關指引與建議執行疫苗注射等措施，其中應包括 MMR 預防接種，如：高風險單位、新進人員須優先完成接種。新進人員應提出麻疹及德國麻疹抗體陽性證明或完成 MMR 疫苗接種紀錄。 <p>[註]</p> |

| 序號 | 條號(原 105 年度精神科醫院試評基準條號) | 條文 | 評量項目 |
|----|-------------------------|-------------------|--|
| | | | <p>1.醫療照護人員係指第一線會接觸到病人的醫療照護人員，包括醫師、護理人員、醫事放射人員、檢驗技術人員、藥師、復健治療人員、職能治療人員、緊急救護醫療人員、醫療輔助技術人員、看護人員、放射技術人員等，整學期固定在地區級以上教學醫院執勤之醫事實習學生。</p> <p>2.達成率之計算得扣除經評估不適合接受胸部 X 光檢查之醫療照護人員；常駐人員係指在該院達 3 個月以上之人員。</p> <p>3.高風險單位係指精神科加護病房、兒童/青少年門診及病房、急診，應將 MMR 疫苗納入預防接種計畫項目。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.體溫異常追蹤及處理紀錄。(符合)</p> <p>2.胸部X光檢查達成率、胸部X光檢查異常的追蹤及處理紀錄。(符合/優良)</p> <p>3.醫療照護人員預防接種紀錄（如：B型肝炎與流感疫苗接種、MMR疫苗接種紀錄）。(符合/優良)</p> <p>4.員工被感染事件調查及處理紀錄。(符合)</p> |
| 23 | 2.6.7 | 定期對醫療相關的及向檢分訂改善方案 | <p>目的： 掌握院內重要之感染指標、菌種變化，導入組合式照護措施，並回饋照護團隊檢討改善後，以控制感染。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.應建置感染管制監測機制，依醫院之機能及規模，能掌握結核病、疥瘡、食物中毒、腹瀉、發燒、傳染病疫情等重要感染指標。</p> <p>2.應每個月統計及分析院內感染事件，並留存各種報表及呈核紀錄。</p> <p>3.定期於院內感染管制委員會報告監測成果；感染管制措施指標能回饋相關醫護人員，以致力於改善措施，並制訂具體的改善方案。</p> <p>4.訂有院內群聚或群突發感染發生之危機處理標準作業流程，並針對發生之院內群聚或群突發感染事件有調查處理報告；若遇群聚感染院方無法處理時，有尋求協助之應變機制。</p> |

| 序號 | 條號(原 105 年度精神科醫院試評基準條號) | 條文 | 評量項目 |
|----|-------------------------|---|---|
| | | | <p>優良項目：(下述項目須全部達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.確實分析數據（含院內菌種變化）並定期檢討修訂相關機制、對應措施、感染指標種類等。 2.針對院內發生之院內群聚及群突發感染事件提出改善計畫。 3.落實執行修訂之方案或改善計畫。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫療照護相關感染的統計報表。(符合) 2.院內群聚或群突發感染發生之處理標準作業流程及調查處理報告。(符合) 3.院內發生之感染群突發事件改善計畫。(優良) |
| 24 | 2.6.8 | 應訂有合適之隔離措施及動線規劃，且訂有大規模感染事件發生之應變計畫，並確實執行 | <p>目的： 合宜的就診動線規劃與個人防護裝備教育及演練，以因應各種傳染疾病的發生。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.急診、門診病人就診動線規劃適當，且張貼明顯告示，提醒就醫民眾與陪病者，若有發燒或/和呼吸道症狀請配戴口罩候診，並有協助發燒或呼吸道症狀病人配戴外科口罩之措施。 2.對急診檢傷病人及發燒或疑似感染之門診病人有詢問並記錄旅遊史（travel history）、職業別（occupation）、接觸史（contact history）及是否群聚（cluster）之機制。 3.依病人不同狀況訂定符合實務需求的個人防護裝備（personal protection equipments, PPE）使用標準，如：急救插管及不明原因發燒病人等不同狀況的個人防護裝備。訂有急診、門診發燒篩檢及不明原因發燒病人處理標準作業程序，且第一線工作人員均瞭解。 4.訂有疑似或確定之傳染病個案隔離措施及接觸者疫調追蹤標準作業程序；收治疑似或確定傳染病病人，其病人運送、人員（包含醫護人員及環境清潔等相關工作人員）穿脫個人防護裝備（personal protection equipments, PPE）進 |

| 序號 | 條號(原 105 年度精神科醫院試評基準條號) | 條文 | 評量項目 |
|----|-------------------------|------------|--|
| | | | <p>出及廢棄物清理之動線規劃適當，並有適當的配套處理措施。若有負壓隔離病室，應能明確顯示負壓狀況（負壓：內部壓力低於外面壓力）及負壓值，並有維護保養檢測紀錄；負壓隔離病房區域應具有良好動線管制。</p> <p>5.訂定新興傳染病疫情或大規模感染事件發生之應變計畫，擬定支援單位及人員的原則及序位，以及支援人數的合理推估；如有新興傳染病疫情或大規模感染事件發生時，應依照衛生主管單位的最新規定，執行防疫措施及動線規劃。</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.擬定及執行新興傳染病疫情或大規模感染事件發生時，支援單位及人員的訓練課程及受訓計畫，並辦理實地或桌上演練。 2.定期辦理 PPE 教育訓練（含實際穿脫演練）及動線之實地或桌上演習訓練。 3.確實執行並定期檢討修訂相關機制及因應措施。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.因應不同狀況病人之個人防護裝備標準及教育訓練紀錄。(符合) 2.急診就診流程和急診檢傷詢問病人TOCC之機制與紀錄。(符合) 3.門診發燒或有疑似感染症狀病人的標準處置作業流程與TOCC詢問紀錄。(符合) 4.疑似或確定之傳染病個案隔離措施及接觸者疫調追蹤標準作業。(符合) 5.醫院因應新興傳染病疫情或大規模感染事件之應變計畫及會議紀錄。(符合) 6.負壓隔離房檢測/維護紀錄。(符合) 7.符合項目3，可抽問醫護同仁急救插管時及遇到不明原因發燒病人時該有的自我防護裝備。(符合) 8.新興傳染病疫情或大規模感染事件應變計畫支援人力名冊、在職教育紀錄、及實地或桌上演習紀錄。(優良) |
| 25 | 2.6.11 | 供應室 應配置 | <p>目的：</p> <p>適當的供應室環境與動線規劃和合格人員配置，確保滅菌品質。</p> |

| 序號 | 條號(原 105 年度精神科醫院試評基準條號) | 條文 | 評量項目 |
|----|-------------------------|-------------------------|--|
| | | 適當人力，清潔區及污染區應做區隔且動線規劃合宜 | <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.確保必要人力之充足並有專責人員負責衛材、器械之消毒與管理業務，有滅菌設備，應由合格人員操作，並有護理人員監督。 2.主管應出席感染管制委員會，必要時專責人員應共同出席。 3.處理物品時，工作人員須穿戴合適之防護用具。 4.滅菌過的物品須使用清潔並加蓋之推車搬運及配送（滅菌物品和回收物品之置放車要區分）。 5.供應室環境整潔，清潔區及污染區應有適當的區隔，並落實執行及定期監測溫度及濕度，且有紀錄備查。 <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.供應室有合宜的動線規劃和人員管理辦法。 2.建立機制有監測數據，定期探討及分析，如有異常情況應進行檢討及改善。 3.供應室空調設置符合感管原則，並有佐證資料。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.供應室單位人員排班表。(符合) 2.感染管制委員會會議紀錄。(符合) 3.第一種壓力容器操作人員合格證書。(符合) 4.供應室工作規範。(符合) 5.供應中心之感染管制措施。(符合) 6.消毒物品貯存室溫濕度監測紀錄。(符合) 7.供應室溫度及濕度紀錄。(符合) 8.供應室消毒及滅菌監測小組會議紀錄。(優良) |
| 26 | 2.6.12 | 定期環境監測與管理 | <p>目的：</p> <p>建立和落實環境與醫材之清潔及消毒標準作業程序，維護病人安全。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.對於環境清潔消毒訂有標準作業程序並設有查檢表，且有相關機制教育環境 |

| 序號 | 條號(原 105 年度精神科醫院試評基準條號) | 條文 | 評量項目 |
|----|-------------------------|----|---|
| | | 制 | <p>清潔人員熟悉內容。</p> <p>2.若有牙科診間，其診療環境應保持清潔，器械清洗完善，醫療廢棄物有妥善分類、處理；每天進行牙科治療台清潔、管路保養及消毒，並有紀錄。</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.對監測結果定期檢討，研訂改進措施並確實落實，有紀錄備查。 2.依據衛生福利部疾病管制署公布之「醫院退伍軍人菌環境監測及採檢作業及其相關因應指引措施」執行供水系統之監測及採檢並有報告及檢討機制。 3.對於環境清潔執行情形有定期查核抽檢機制，將查檢結果回饋相關單位，並定期提報院內感染管制委員會，且有檢討流程並進行改善措施。 4.針對特殊感染事件或群聚事件等異常情形發生時，具有加強環境清潔應變機制，且教育工作人員相關內容。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.環境清潔消毒標準作業程序、查檢表與教育訓練紀錄。(符合) 2.牙科治療台清潔、管路保養及消毒紀錄。(符合) 3.退伍軍人菌環境監測及採檢報告及檢討。(優良) 4.環境清潔執行情形之查核抽檢結果與改善措施紀錄。(優良) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.本條文中提及「牙科」者，屬試評範圍，不納入本條文之評量成績。 |