

104 年醫院評鑑基準及 評量項目、委員共識 急性一般病床 99 床以下醫院適用

目 錄

凡例	III
附表、醫院評鑑基準條文分類統計表	IV
第 1 篇、經營管理 第 1.1 章 醫院經營策略.....	- 1 -
第 1 篇、經營管理 第 1.2 章 員工管理與支持制度.....	- 10 -
第 1 篇、經營管理 第 1.3 章 人力資源管理.....	- 17 -
第 1 篇、經營管理 第 1.4 章 員工教育訓練.....	- 31 -
第 1 篇、經營管理 第 1.5 章 病歷、資訊與溝通管理.....	- 35 -
第 1 篇、經營管理 第 1.6 章 安全的環境與設備.....	- 43 -
第 1 篇、經營管理 第 1.7 章 病人導向之服務與管理.....	- 56 -
第 1 篇、經營管理 第 1.8 章 危機管理—風險分析與緊急災害應變.....	- 60 -
第 2 篇、醫療照護 第 2.1 章 病人及家屬權責	- 67 -
第 2 篇、醫療照護 第 2.2 章 醫療照護品質與安全管理.....	- 75 -
第 2 篇、醫療照護 第 2.3 章 醫療照護之執行與評估.....	- 79 -
第 2 篇、醫療照護 第 2.4 章 特殊照護服務.....	- 96 -
第 2 篇、醫療照護 第 2.5 章 用藥安全	- 127 -
第 2 篇、醫療照護 第 2.6 章 麻醉與手術.....	- 139 -
第 2 篇、醫療照護 第 2.7 章 感染管制.....	- 147 -
第 2 篇、醫療照護 第 2.8 章 檢驗、病理與放射作業.....	- 164 -

凡例

- 一、本基準內容之編排，區分為篇、章、條、項、款、目六個層級，共計有 2 篇、16 章、185 條。其中章號使用二碼數字，條號使用三碼數字。引用條文規定時，可略去篇名與章名。
- 二、本基準之條文，有下列三種分類方式（參考下頁附表）：
 1. 依醫院可否選擇免評該條文，可區分為「不可免評之條文」與「可免評之條文（not applicable）」。「可免評之條文」，醫院可依提供之服務項目而選擇免評之條文，於條號前以「可」字註記。
 2. 醫院評鑑基準以「符合、不符合」進行評量者，評鑑基準評量達「符合」者，該條文始為合格。
 3. 「必要條文」，此類條文規範基本的醫事人員之人力標準，於條號前以「必」字註記，共計有 7 條（1.3.1、1.3.3、1.3.5、1.3.6、1.3.8、1.3.9、1.3.10），其中有 4 條（1.3.3、1.3.5、1.3.9、1.3.10）亦屬「可選擇免評之條文」；若此類條文評量為不合格者，則列為「評鑑不合格」。
 4. 「重點條文」，於條號前以「重」字註記，共計有 9 條（1.6.4、1.6.5、1.6.7、1.6.8、1.8.1、1.8.2、1.8.3、2.3.6、2.7.5），其中有 1 條（1.8.3）亦屬「可選擇免評之條文」；若此類條文評量為不合格者，則須限期改善並接受「重點複查」。
 5. 「試評條文」，於條號前以「試」字註記，共計有 10 條（1.1.11、2.4.28、2.4.29、2.4.30、2.4.31、2.4.32、2.4.33、2.4.34、2.4.35、2.4.36），其中有 9 條（2.4.28、2.4.29、2.4.30、2.4.31、2.4.32、2.4.33、2.4.34、2.4.35、2.4.36）亦屬「可選擇免評之條文」；惟此類條文評量結果不納入評鑑成績計算。
- 三、本基準之條文 2.7.3 及 2.7.14 中提及「牙醫」、「中醫」者，屬試評範圍，惟不納入該條文之評量成績。

附表、醫院評鑑基準條文分類統計表

篇	章		條數	可免評 條文之 條數	必要 條文之 條數	重點 條文之 條數	試評 條文之 條文數
一、 經營管理	1.1	醫院經營策略	11	1	0	0	1
	1.2	員工管理與支持制度	7	0	0	0	0
	1.3	人力資源管理	12	6	7	0	0
	1.4	員工教育訓練	5	1	0	0	0
	1.5	病歷、資訊與溝通管理	8	1	0	0	0
	1.6	安全的環境與設備	11	1	0	4	0
	1.7	病人導向之服務與管理	5	0	0	0	0
	1.8	危機管理—風險分析與緊急災害應變	5	1	0	3	0
第一篇合計			64	11	7	7	1
二、 醫療照護	2.1	病人及家屬權責	6	1	0	0	0
	2.2	醫療照護品質與安全管理	5	0	0	0	0
	2.3	醫療照護之執行與評估	21	6	0	1	0
	2.4	特殊照護服務	36	36	0	0	9
	2.5	用藥安全	12	1	0	0	0
	2.6	麻醉及手術	11	11	0	0	0
	2.7	感染管制	15	2	0	1	0
	2.8	檢驗、病理與放射作業	15	12	0	0	0
第二篇合計			121	69	0	2	9
總計			185	80	7	9	10

第 1 篇、經營管理 第 1.1 章 醫院經營策略

【重點說明】

醫院經營管理實務中，經營策略決定醫院的定位及政策，透過每項政策的擘劃、實質的領導，建構符合醫院定位的文化，發展以病人為中心的醫療，確保所提供之醫療服務是社區民眾所需要的。在策略規劃過程中，醫院的監督或治理團隊（Governing body，可包含董事會、出資者或院長，依個別醫院架構可自行定位）負責邀集經營團隊(executive team)（可能包含院長、副院長、資深主管、部科或醫療團隊主管依個別醫院架構可自行定位）共同設定醫院宗旨、願景及目標，明訂組織架構及指揮系統，落實分層負責與分工，並由監督或治理團隊尋求必要資源，經營團隊遵循宗旨、願景及目標，擬訂計畫與策略，型塑追求病人安全及醫療品質之文化，建立內部病安、品質促進及管理機制，提供病人真正需要、適度不浪費的醫療照護。

在此前提下，依循宗旨、願景及目標所訂定之短中長期計畫，應以團隊概念共同建構，在策略規劃過程中應將服務區域之需求納入，以符合醫院永續發展之需要。另外，經營團隊應具備執行職務所必須之知識、技能及素養，定期收集病人安全、醫療品質與經營管理（業務與流程）相關之全院指標並進行分析，醫院之監督或治理團隊與經營團隊間應定期針對相關資料之分析結果進行討論，以確認需改善之相關議題，如監控高門診人次之品質與侵入性檢查之陰性率偏高等問題。其他，如會計、成本管理與財務稽核作業等亦是確保醫院財務健全達成永續經營所不可或缺之經營策略支援系統。為確保醫院之總體經營績效符合醫院之宗旨、國家政策與法令之要求，監督或治理團隊與經營團隊應定期溝通與檢討，由經營團隊提出解決方案並進行改善。醫院評鑑之整體規劃，遂依此概念整合本功能相關基準及評分說明。

條 號	條 文	評 量 項 目	評 鑑 委 員 共 識
1.1.1	明訂宗旨、願景及目標，確認醫院在服務區域的角色及功能，並據以擬定適當之目標與工作計畫	目的： 訂定宗旨、願景與目標，營造病人安全與醫療品質文化，確實履行在服務區域之角色與任務。 符合項目： 1. 醫院之監督或治理團隊與經營團隊能共同訂定醫院之宗旨、願景及目標。(原 1.1.1-符合 1) 2. 所訂定之宗旨、願景及目標，能營造以病人為中心之病人安全文化。(原 1.1.1-符合 2) 3. 訂定醫院在服務區域的角色與功能，由經營團隊擬訂年度目標與工作計畫。(原 1.1.2-C 修) [註]本條用詞定義如下： 1. 監督或治理團隊(governing body)係指監督醫院營運或治理醫院之最高層級組織或個人，可包含如董事會、出資者、	1. 監督或治理團隊，可包含如：董事會、退輔會、軍醫局、醫學院、衛福部醫管會、公立醫院主管機關等。 2. 評鑑委員於實地評鑑時，將了解醫院之監督或治理團隊有無授權機制(醫院自行舉證)。 3. 請醫院之監督或治理團隊派員列席實地評鑑，且於「委員與醫院代表面談」時段，應至少有 1 位代表出席。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			醫院所有權人、院長等，以下簡稱監督團隊。 2.經營團隊(executive team)係指依監督或治理團隊之決議或指示，實際負責醫院營運者，可包含如院長、副院長、資深主管、部科或醫療團隊主管等。 評量方法及建議佐證資料： 1.可呈現醫院監督或治理團隊及經營團隊之章程、組織圖。 2.醫院之監督或治理團隊及經營團隊皆參與訂定宗旨、願景及目標。 3.醫院在病人安全及醫療品質、以病人為中心、尊重病人權利、提供的醫療照護是病人所真正需要之執行成果。	
	1.1.2	醫院之監督或治理團隊與經營團隊應積極主動提升醫療品質、病人安全及經營管理成效，並營造重視醫療品質及病人安全之文化	目的： 醫院之監督或治理團隊與經營團隊定期檢討醫院病人安全、醫療品質與經營管理成效，確保醫療品質及提升病人安全。 符合項目： 1.經營團隊具備執行職務所必須之知識、技能及素養，定期收集病人安全、醫療品質與經營管理相關之全院資料並進行檢討。(原 1.1.3-C 修) 2.醫院之監督或治理團隊與經營團隊間定期針對病人安全、醫療品質與經營管理相關之全院資料檢討結果進行討論，以確認需改善之相關議題(如：就服務病人相關的議題，參考背景說明、重要的品質指標報告等進行檢討)，並獲得共識。(原 1.1.4-C 修) 評量方法及建議佐證資料： 1.經營團隊中負責醫療品質與病人安全之主管學經歷文件。 2.經營團隊定期收集病人安全、醫療品質與經營管理相關之全院資料與檢討結果。	符合項目 2： (1)主要在瞭解醫院之監督或治理團隊、院長、副院長及部門主管對於相關問題決策的參與情形。 (2)對於醫療品質議題，院長、副院長及部門主管在全院性會議有進行討論；其相關重要事項有機制提供監督或治理團隊知悉。
	1.1.3	明訂組織架構及指	目的：	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
		揮系統，落實分層負責與分工	建立組織架構及管理制度，各部門能落實推動各項業務。 符合項目： 1.訂有清楚之醫院組織架構圖，並能適時檢討、修正更新且與現況相符。(原 1.1.5-符合 1,4 修) 2.訂有相關管理規章，各部門據以訂定相關規範。(原 1.1.5-符合 2 修) 3.組織架構圖及各類規範，依其性質公告周知或傳達院內相關同仁。(原 1.1.5-符合 3 修) 評量方法及建議佐證資料： 1.醫院組織架構圖、組織章程。 2.組織調整規章修正之公告相關資料。	
	1.1.4	訂定相關業務指標，定期分析及檢討改善	目的： 定期收集及檢討病人相關業務指標，確保經營績效。 符合項目： 1.有人員或部門負責收集相關業務指標，且每年至少有一次以上之報告。(原 1.1.6-C1、1.1.7-C1 併) 2.收集相關業務管理相關指標，至少應包含佔床率、死亡率、院內感染率(或密度)、平均住院日等。(原 1.1.6-C2、1.1.7-C1 併) [註] 相關業務指標，如：門診人次、初診人次變化、急診人次、佔床率(急性病床、慢性病床)、住院人日、他院轉入病人數、轉出病人數、門診手術人次、住院手術人次、疾病與手術排名變化、死亡率(粗、淨率)、核心檢查項目等候時間等。 評量方法及建議佐證資料： 1.相關業務指標收集結果。	

條 號	條 文	評 量 項 目	評 鑑 委 員 共 識
1.1.5	健全之會計組織及制度	目的： 建立醫院各種相關財務報表，確保醫院財務健全。 符合項目： 1.設置會計業務單位或人員。人員應了解一般公認會計原則，據以執行會計業務。如未設置會計業務單位或人員，醫院得委託合法之專業會計人員執行會計業務。(原 1.1.8-C 修) 評量方法及建議佐證資料： 1.會計部門組織與章程與負責主管之資料。	
1.1.6	遵守相關法令，並提供合宜教育訓練	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。 符合項目： 1.對於衛生主管機關執行衛生或醫療相關法令時，所開立違規處分書或建議事項，能即時檢討並積極改善。(原 1.1.11-符合 1) 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，必需於期限內改善。(原 1.1.11-符合 2) 3.對醫療法及其他衛生、醫療相關法令，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。(原 1.1.11-符合 3) [註] 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：	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			(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、防疫資源管理系統實施辦法、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、醫療機構購置及使用昂貴或具有危險性醫療儀器審查及評估辦法、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。 (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。 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、家庭暴力防治法、兒童及少年福利與權益保障法、性別工作平等法、全民防衛動員準備法、性侵害犯罪防治法、食品衛生管理法、家庭暴力防治法、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、性侵害事件醫療作業應行注意事項、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，以及建築消防相關法規、老人	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			福利法、環境教育法等。 評量方法及建議佐證資料： 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。	
	1.1.7	配合國家衛生政策及其他相關政策之情形	目的： 建立相關衛生醫療政策宣導機制並落實執行。 符合項目： 1.對國家衛生政策及其他相關政策，能公告或協助宣導。(原 1.1.12-C1 修) 2.醫院之健保 IC 卡讀卡機，可讀取器官捐贈意願及安寧緩和醫療意願註記之資料。(原 1.1.12-C2) 3.將器官捐贈及安寧療護照護等相關資訊納入住院須知的內容(可參考衛生福利部公告之「醫院住院須知參考範例」)。(原 1.1.12-C3 修) [註] 國家衛生政策及其他相關政策如：健保政策、安寧緩和醫療、器官捐贈宣導、基層醫療保健、衛教宣導、醫藥分業、醫療網計畫、營造雙語環境、推動母嬰親善、電子病歷及自殺防治、癌症防治政策、愛滋病防治政策、鼓勵採購國產新興藥品及醫療器材、節能減碳政策...等。 評量方法及建議佐證資料： 1.對國家衛生政策及其他相關政策，有公告或協助宣導之資	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			料。 2.醫院之健保 IC 卡讀卡機，可讀取器官捐贈意願及安寧緩和醫療意願註記之資料。 3.有將器官捐贈及安寧療護照護等相關資訊納入住院須知的內容。	
	1.1.8	積極參與社區健康促進	目的： 依據社區民眾之需求，訂定健康營造年度工作計畫及明確之目標，落實執行，促進民眾健康。 符合項目： 1.應有人員或部門負責辦理社區健康活動，指導社區民眾正確的健康觀念及知識，提供健康諮詢與衛生教育；且工作人員應接受相關教育課程或研討會等實務訓練。(原 1.1.13-C1 修) 2.舉辦以社區民眾為對象的演講、衛教、健康教室、電話諮商等。(原 1.1.13-C2 修) 評量方法及建議佐證資料： 1.社區健康促進年度工作計畫與依計畫進行之相關活動，如舉辦以社區民眾為對象的演講、衛教、健康教室、電話諮商等紀錄。	
可	1.1.9	對上次醫院評鑑之建議改善事項，能具體檢討改善	目的： 針對改善事項進行檢討改善，落實執行，提升病人安全與經營管理成效。 符合項目： 對上次醫院評鑑之改善事項，進行檢討並能依醫院情形提出改善措施。有關病人安全之改善事項均完成改善，並有具體事證。(原 1.1.14-C) [註] 新申請評鑑或上次醫院評鑑未有建議改善事項者，可自選本	1.上次評鑑為本、分院(或院區)合併評鑑之醫院，若於本次評鑑時，其分院(或院區)裁撤或未申請合併評鑑，則上次評鑑改善事項可不呈現該分院(或院區)資料。 2.本條文所指「上次評鑑之建議改善事項」係包含醫院評鑑結果意見表中之「改善事項」及「建議事項」，醫院應有相關改善作為(如檢討、擬定措

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			條免評。 評量方法及建議佐證資料： 1.針對上次醫院評鑑之建議改善事項之改善措施。 2.有關病人安全之建議改善事項均完成改善之具體事證。 3.對未完成改善之事項的改善計畫或方案。	施等)，並依規劃時程進行改善。
	1.1.10	評鑑資料填寫及實地評鑑簡報品質良好	目的： 及時提供正確資料與精簡扼要之簡報內容，協助評鑑委員了解醫院實際經營管理狀況與特色。 符合項目： 1.評鑑資料之填寫正確詳實(不得造假)。(原 1.1.15-C1) 2.實地評鑑時，呈現 1 個月前之相關資料。(原 1.1.15-C2) 3.評鑑簡報內容精簡扼要，掌握時間與重點。(原 1.1.15-C3)	實地評鑑時，以備有相關佐證資料且能於現場提供為原則，可以書面或電子資料呈現。
試	1.1.11	如期提報醫院評鑑持續性監測系統之量性指標及質性文件	目的： 定期提報醫療品質相關量性指標及質性文件，達到持續性之內部改善及自我管理，並確保醫療品質。 符合項目： 1.需定期於「醫院評鑑持續性監測系統」中提報量性指標及質性文件。(新增) 2.量性指標中必填指標平均每年提報完成率需大於等於 90%，且質性文件平均每年上傳完成率需大於等於 80%。(新增) [註] 1.本條為試評條文，評量結果不納入評鑑成績計算。 2.量性指標：採每月提報，系統每月提報截止日為當月結束後 1 個月，如 3 月指標截止日為 4 月 30 日、4 月指標截止日為 5 月 31 日、5 月指標截止日為 6 月 30 日，以此類推。 3.量性指標提報完成率計算：分母為每年必填指標項數×應完	資料收集期間自 104 年 4 月 1 日起開始填列。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			成月份，分子為每年實際完成提報之總指標項數。 4.質性文件：採每年提報。 5.質性文件上傳完成率計算：分母為每年需繳交之質性文件數，分子為每年實際完成上傳之文件數。 評量方法及建議佐證資料： 1.平均每年指標提報完成率。 2.平均每年質性文件上傳完成率。	

第 1 篇、經營管理 第 1.2 章 員工管理與支持制度

【重點說明】

妥善的員工管理與支持制度除可讓醫院的經營符合法規及實務的需要，透過人事管理制度，可確保醫院人員的專業資格（適當的學經歷及專業執照）、人力的妥善運用（專責、專職、專任、兼任、外包之搭配運用）、妥適的工作環境與情緒支持等，營造最適醫院定位之工作環境與條件。

醫院首先需建立人事管理制度，依醫院規模、屬性配置適當人員或成立相關單位，依法及醫院實務需要設計招募、徵選、薪資規定…等辦法，招募符合各單位需求、職掌的合適人力，考量員工工作負荷，且依業務量變化適時調整人力，並設計適用的評核與升遷制度，提供員工持續進步、發揮所長之動機，並評估各項資源投入與產出、期待與實際之差異，找出造成差異的原因及確定改善方向。

醫院是一高度壓力工作場所，醫院除建構安全、適合工作的環境外，在員工支持方面，應重視工作人員健康防護、促進與福利，有健康、滿意的工作人員才有專業、有品質的醫療服務。另外，應提供工作人員適當的意見反應管道（如：滿意度調查、主管信箱等）及心理支持及輔導機制，釐清工作同仁所提問題予以適當處理，協助員工調適，定期辦理紓壓或情緒支持相關講座或活動，提升員工心理衛生相關知能，甚至有互助機制，減輕員工面臨困境或醫療糾紛時之壓力。

條 號	條 文	評 量 項 目	評 鑑 委 員 共 識
1.2.1	設置人事管理專責單位，各部門的職掌及職務規範明確，人事制度健全	目的： 建立人事管理制度，明確規範各部門的職掌及職務，配置適當人員，營造最適醫院定位之工作環境與條件。 符合項目： 1.應有人事管理部門或人員，訂定權責明確之人事管理規章及員工工作規範。(原 1.2.1-C1) 2.訂有各部門之職掌及業務規範。(原 1.2.3-C1 修) 3.訂有合理的職務代理人制度。(原 1.2.1-C3 修) 4.員工檔案完整且全院一致性，人員異動與人事資料隨時更新，每年定期查驗與記載專業執照異動狀況。(原 1.2.1-C2 修) 【註】 1.醫院員工包含所有醫事及行政人員(含約聘僱及計畫項下雇用人員)。 2.有關職務代理人制度之查證著重醫師。	符合項目 3 所提「職務代理人制度」係指所有工作應有人員代理。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			3.員工工作規範如上班時間表、排班制度、工作說明書等，且符合相關規定。 4.由總院派員協助分院評鑑時，仍應以適用分院之規章辦法接受評量。 評量方法及建議佐證資料： 1.人事管理規章、員工工作規範(如工作守則、辦事細則)。 2.各部門之職掌及職務規範或業務手冊。 3.各類人員員工檔案。	
	1.2.2	訂有明確之員工晉用及薪資制度且執行合宜	目的： 依需要建立員工晉用與薪資等制度，以利招募符合各單位需求之人力與素質，提升人力資源管理效能。 符合項目： 1.訂定員工招募及任用資格辦法。(原 1.2.2-C1) 2.依據相關法令訂定適當的薪資制度，並有規範加薪、獎金或晉級等事項。(原 1.2.2-C2) 3.訂定員工晉用及薪資制度能適時修訂，每次修訂均公告周知。(原 1.2.2-C2) [註] 1.醫院員工包含所有醫事及行政人員。 2.任用資格條件係指各職類醫事人員應具備之學歷、科系、證照、訓練等條件。 評量方法及建議佐證資料： 1.員工招募的規章制度。 2.各職類員工任用資格辦法。 3.員工薪資的規章制度。 4.薪資調整、獎金發放檢討報告等評量方法及建議佐證資料。	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
	1.2.3	建立合理的人事考核制度	目的： 訂定適用及公開透明的評核與升遷制度，提升員工工作熱誠與降低離職率。 符合項目： 1.設有人事評核委員會或類似功能之機制，訂定各種人事評核辦法，並公告周知。(原 1.2.5-C1,2 併) 2.依據考核結果有適度的獎懲。(原 1.2.5-C3) 【註】 醫院員工包含所有醫事及行政人員。 評量方法及建議佐證資料： 1.人事評核委員會的規章制度。 2.員工評核的規章制度。	
	1.2.4	設立職業安全衛生專責組織、人員，並訂定職業安全衛生管理計畫，及確實執行員工意外事件防範措施	目的： 重視職業安全，設置相關組織和人員，落實執行職業安全衛生管理計畫並定期檢討，以避免員工發生意外事件，並符合政府相關法令之規定要求。 符合項目： 1.依據職業安全衛生法令之規定，視醫院員工人數，設置職業安全衛生組織、人員。如屬依法需設置職業安全衛生委員會之醫院，其委員會應每三個月至少開會一次。(原 1.2.6-符合 1 修) 2.訂定醫院職業安全衛生管理計畫，並有執行紀錄可查。(原 1.2.6-符合 2) 3.職業安全衛生管理計畫，每年定期檢討或修正。(原 1.2.6-符合 3) 4.明訂各項工作完成之期限，並確實追蹤辦理情形。(原 1.2.6-符合 4) 5.依院內各單位特性，訂定員工意外事故防範辦法，且周知	符合項目 5 所提「定期檢討」之週期，以至少 2 年 1 次為原則。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			員工確實遵守，並對所訂辦法定期檢討修正。(原 1.2.7-C1,2 併) 【註】 「職業安全衛生管理辦法」第 10 條規定，醫院勞工人數在 300(含)人以上者，應設置職業安全衛生委員會。另依據醫院員工人數，應設置之職業安全衛生人員類別及人數，請參照同辦法「附表二、各類事業之事業單位應設置職業安全衛生人員表」；至於應設置之職業安全衛生管理單位，請參照同辦法第 2-1 條。 評量方法及建議佐證資料： 1.醫院職業安全衛生組織章程。 2.醫院職業安全衛生管理計畫。 3.職業安全衛生委員會會議紀錄。 4.員工意外事故防範辦法或規章。	
	1.2.5	致力於建置完善合宜之工作環境，訂有且執行員工健康促進活動與福利制度	目的： 建構安全、適合工作的環境，並重視性別平權及員工健康防護、促進與福利，確保員工身心健康。 符合項目： 1.提供員工整潔明亮且空間、設施充足之工作環境。(原 1.2.8-C1) 2.建立性別平權之工作環境，設計及數量應考量兩性需要(如：廁所、更衣室、休息室、哺(集)乳室等)，並符合法令規定。(原 1.2.8-C2 修) 3.提供身心障礙員工相關設施設備及環境合宜、適用。(原 1.2.8-C3) 4.訂有健康促進與福利措施並周知員工。(原 1.2.10-C1) 5.確實實施健康促進活動、有效提升員工士氣之福利措施並有紀錄可查。(原 1.2.10-C2) 【註】	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			1.為維護婦女於公共場所哺育母乳之權利，並提供有意願哺育母乳之婦女無障礙哺乳環境，C-2「哺(集)乳室」之設置應依中華民國 99 年 11 月 24 日總統華總一義字第 09900317131 號令公佈「公共場所母乳哺育條例」之規範施行，若有違反，亦需接受相關罰則。 2.健康促進活動如：減重、戒菸、推廣健康飲食、慢性病防治、預防篩檢、預防注射等活動之落實。 3.福利措施如：政府法令規定的福利事項(保險、薪資、休息及休假、退休、職業傷害、工作時間等)，非政府法令規定的福利事項(軟硬體設備輔助、相關資訊諮詢服務、相關補貼、獎金、家庭支持、旅遊、教育訓練等)。 4.有關女性醫師於妊娠期間之值班規定，雖現階段醫師尚未納入勞基法之規範，但為保障孕婦健康，仍應比照勞基法第 49 條「雇主不得使妊娠或哺乳期間之女工於午後十時至翌晨六時之間內工作」及第 51 條「女工在妊娠期間，如有較為輕易之工作，得申請改調，雇主不得拒絕，並不得減少其工資」規定辦理。 評量方法及建議佐證資料： 1.廁所數量、更衣室、休息室、哺(集)乳室等配置及數量資料。 2.身心障礙設施設備資料。 3.健康促進與福利措施資料。	
	1.2.6	實施新進員工及在職員工健康檢查	目的： 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。 符合項目： 1.配置符合資格之醫師及護理人力從事勞工健康服務。(新增) 2.依「勞工健康保護規則」辦理新進員工及在職員工健康檢	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			查，以及特殊作業勞工健康檢查(如：放射線工作人員、調配化學治療藥品之藥師)。(原 1.2.9-符合 1) 3.設置專責人員，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。並推展各項健康促進計畫。(原 1.2.9-符合 2,3 修) [註] 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： 一、年滿六十五歲以上者，每年檢查一次。 二、年滿四十歲以上未滿六十五歲者，每三年檢查一次。 三、未滿四十歲者，每五年檢查一次。 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。 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格(健康)檢查紀錄表。 前項篩檢之對象、時程、資料申報、經費及其他規定事項，依中央衛生主管機關之規定辦理。」 評量方法及建議佐證資料： 1.員工健康檢查的政策或規章制度。 2.員工健康檢查結果。 3.健康檢查結果異常員工追蹤資料。 4.配置勞工健康服務護理人員資料。 5.員工健康諮詢紀錄。	
	1.2.7	有關懷輔導機制對院內員工提供心理及情緒等支持，並有員工申訴管道	目的： 提供員工適當的意見反應管道及心理支持與輔導機制，提升心理衛生相關知能，減輕員工面臨困境時之壓力。 符合項目：	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			1.建立員工關懷、輔導機制，對院內員工提供心理及情緒支持，並公告周知。(原 1.2.11-C1) 2.建立員工申訴管道，訂有標準作業程序，公告周知，且有完整之申訴個案紀錄。(原 1.2.11-C2) 【註】 醫院員工包含所有醫事及行政人員。 評量方法及建議佐證資料： 1.員工關懷輔導的規章。 2.員工申訴管道作業程序或規章。 3.員工申訴個案紀錄。	

第 1 篇、經營管理 第 1.3 章 人力資源管理

【重點說明】

在人力資源制度之管理與執行方面，希望引導醫院及主管瞭解院內應定期評估人員能力、適當配置人員、給予適切工作內容及合理之工作量，由此確保人員不致承受過多、過重之責任、壓力與業務範圍，確保醫療品質及提升病人安全。醫院應評估醫師及各類醫事人員之專業能力及監測醫療品質；另外，醫院應確保主管之適任性（包括臨床及行政經驗之評估等）。

目前醫院有許多支援系統係採外包方式委託專業組織或人員提供服務，醫院應負監督管理責任，對外包業務及人員有適當管理機制，以茲確保外包人員確實具備工作相關專業證照或資格條件及人力素質適當，對於外包業務內容及範圍亦應適當委託，以不影響醫療品質並納入統一管理為原則。

【必要條文評量共識】

1. 「實地評鑑前之年平均人力」(期間自 103 年 1 月至實地評鑑前，或自開業日期起至實地評鑑前；以每月第 1 日之人力數計算年平均人力) 及「實地評鑑當日人力」。
2. 若評鑑基準等同醫療機構設置標準時，參考地方衛生主管機關認定結果。
3. 若評鑑基準高於醫療機構設置標準時，不適用前項原則，委員仍應依評鑑基準內容進行查證。
4. 「實地評鑑前之年平均人力」：103 年 1 月至 104 年 3 月，依照 103 年之醫院評鑑基準之評量項目所訂範圍作查證；104 年 4 月起則以本年度醫院評鑑基準之評量項目所訂範圍作查證。
5. 有關必要條文(人力配置)之評量方式及合格要件，須符合下列情形之一：
 - (1) 「實地評鑑前之年平均人力」及「實地評鑑當日人力」均達符合以上者，該必要條文為合格。
 - (2) 「實地評鑑前之年平均人力」未達符合(但計算期間所包含之月份，已有 90%以上月份之人力達符合以上)，惟「實地評鑑當日人力」達符合以上者，則仍視為該必要條文合格。
 - (3) 「實地評鑑前之年平均人力」已達符合以上，雖「實地評鑑當日人力」未能達符合者，則仍視為該必要條文合格。
6. 評量項目所提「年平均佔床率」共有下列二種認計原則，由醫院擇一採計，並提供予評鑑委員參考：
 - (1) 近三年之年平均佔床率。
 - (2) 實地評鑑前之月平均佔床率：期間自 103 年 1 月 1 日(或開業日)起至實地評鑑前。
7. 各職類人力計算，其人員數與「年平均佔床率」應採同一時段計算。

條 號	條 文	評 量 項 目	評 鑑 委 員 共 識
必	1.3.1	適當醫師人力配置 目的： 配置適當的醫師人力，確保醫療服務品質，並符合政府相關法令之規定。 符合項目： 1.每 10 床應有醫師 1 人(含)以上。(原 1.3.1-C1) 2.各診療科均有專科醫師 1 人(含)以上。(原 1.3.1-C2) 【註】 1.本條為必要條文，必須達符合項目（含）以上。 2.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。 3.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。 4.嬰兒床以三分之一折算。 5.血液透析床，以 15 床折算。 6.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。 7.醫師人力係指西醫師。 評量方法及建議佐證資料： 1.專任醫師及醫師執業登記名冊。 2.醫師門診時間表。	評量項目[註]2 之病床數包含：急性一般病床、精神急性一般病床、慢性一般病床、精神慢性一般病床、加護病床、精神科加護病床、燒傷加護病床、燒傷病床、亞急性呼吸照護病床、慢性呼吸照護病床(呼吸病床)、隔離病床、骨髓移植病床、安寧病床、嬰兒病床、嬰兒床、血液透析床、腹膜透析床。
	1.3.2	對醫師的診療品質及工作量，定期作客觀的評估 目的： 定期評估醫師合理的工作量、專業能力及監測診療品質，確保醫療品質及病人安全。 符合項目： 1.工作量之評估應包含：診療的病人數、手術件數、檢查判讀報告件數等。(原 1.3.2-C 修) 2.針對醫師之診療品質有定期評核機制。(新增)	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			【註】 定期評核機制至少每年辦理一次(可合併於病歷審查時進行)。 評量方法及建議佐證資料： 1.醫師門診時間表、病人數、手術件數、檢查判讀報告件數等服務量統計資料。	
必 可	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	目的： 配置適當的醫事放射人員及合理工作量，確保放射診療檢查服務品質，並符合政府相關法令之規定。 符合項目： 1.放射線作業人員相關訓練、指導(包含輻射安全、病人安全等)等須符合相關法規之規定。(原 1.3.4-C1) 2.由醫師、醫事放射人員執行放射診療檢查業務。(原 1.3.4-C2) 3.醫事放射人員：急性一般病床每 50 床應有 1 人以上。(新增, 綜合醫院設標) 4.設加護病房者，每 20 床應有 1 人以上。(新增,綜合醫院設標) 5.有提供二十四小時緊急放射診斷作業：每八小時一班，全天二十四小時均有醫事放射人員提供服務。(新增,綜合醫院設標) 【註】 1.本條為必要條文，必須達符合項目（含）以上。 2.未設有放射線設施者，可自選本條免評。 3.醫事放射人員包括醫事放射師及醫事放射士。 4.各類病床數以登記開放數計，並依實際設置情形計算人力。 5.人力計算時： (1)病床數得考量年平均佔床率，且四捨五入取至整數位。 (2)人力計算結果以整數計。 (3)人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定。	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			評量方法及建議佐證資料： 1.醫事放射專任醫師、醫事放射人員及執業登記名冊。 2.放射線作業人員訓練計畫及訓練結果資料。	
可	1.3.4	提供之解剖病理服務應能滿足病人醫療需求，且符合法令規定	目的： 配置適當的解剖病理科醫師或醫事檢驗人員，或簽訂合約委託檢驗，確保病理檢驗時效及服務品質，並符合政府相關法令之規定要求。 符合項目： 1.人員配置及服務內容須符合醫療機構設置標準及相關法規之規定。(原 1.3.5-C1) 2.委託病理檢查需訂有合約，明訂時效及品質規範。(原 1.3.5-C2 修) [註] 1.未提供病理診斷服務者，可自選本條免評。 2.以委外檢驗方式之醫院亦屬有提供病理診斷服務。 3.醫療機構設置標準：各診療科均應有專科醫師 1 人以上。 評量方法及建議佐證資料： 1.病理科專任醫師、醫事檢驗師人員及執業登記名冊。	醫院未提供解剖病理服務者，則符合項目 1 不列入評核。
必 可	1.3.5	適當之醫事檢驗服務與人力配置	目的： 配置適當的醫事檢驗人員及合理工作量或簽訂合約委託檢驗，確保醫事檢驗時效及服務品質，並符合政府相關法令之規定要求。 符合項目： 1.醫事檢驗服務，訂有相關作業規定。(原 1.3.6-C1 修) 2.醫事檢驗人員： (1)急性一般病床每 50 床應有醫事檢驗人員 1 人以上。(新增,綜合醫院設標)	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			(2)有提供二十四小時緊急檢驗作業：每八小時一班，全天二十四小時均有醫事檢驗人員提供服務。(新增,綜合醫院設標) (3)設有血液透析床者，每 50 床應有醫事檢驗人員 1 人以上。(新增,綜合醫院設標) (4)設有血庫者，應有專人管理。(新增,綜合醫院設標) 3.委託檢驗需訂有合約，明訂時效及品質規範。(新增) 【註】 1.本條為必要條文，必須達符合項目（含）以上。 2.急性一般病床 49 床(含)以下且未設有檢驗設備者，可自選本條免評。 3.醫事檢驗人員包括醫事檢驗師及醫事檢驗生。 4.各類病床數以登記開放數計，並依實際設置情形計算人力。 5.人力計算時： (1)病床數得考量年平均佔床率，且四捨五入取至整數位。 (2)人力計算結果以整數計。 (3)人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定。 評量方法及建議佐證資料： 1.醫事檢驗服務之相關作業規定。 2.醫事檢驗人員執業登記名冊。 3.委託檢驗機構合約及相關監測時效及品質資料。	
必	1.3.6	依據病房特性配置適當護產人力	目的： 配置適當的護產人員，確保照護品質及病人安全，並符合政府相關法令之規定。 符合項目： 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。(原 1.3.7-C1-(1)、綜合醫院設標)	護產人力係依評量項目內容逐項計算(同一類別病床數得合併計算)，且計算結果均取至小數點以下第一位，再將計算結果逐項進行加總，並以「加總數」無條件進位取至整數位計。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			2.設下列部門者，其人員並依其規定計算：(原 1.3.7-C1-(2)、綜合醫院設標) (1)手術室：每床應有 2 人以上。 (2)加護病房：每床應有 1.5 人以上。 (3)產房：每產台應有 2 人以上。 (4)燒傷病房、亞急性呼吸照護病房：每床應有 1.5 人以上。 (5)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。 (6)門診：每診療室應有 1 人以上。 (7)嬰兒室：每床應有 0.4 人以上。 (8)血液透析室、慢性呼吸照護病房：每 4 床應有 1 人以上。 3.精神急性一般病房：每 3 床應有 1 人以上。(新增,綜合醫院設標) 4.精神慢性一般病房：每 12 床應有 1 人以上。(新增,綜合醫院設標) 【註】 1.本條為必要條文，必須達符合項目（含）以上。 2.護產人員包括護理師、護士、助產師及助產士，並應辦理執業登記；護佐、照顧服務員、書記等不列計。 3.各類病床數以登記開放數計，並依實際設置情形計算人力。 4.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)×100％。 5.人力計算時： (1)病床數得考量年平均佔床率，且四捨五入取至整數位。 (2)人力計算結果以整數計。 (3)人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定。	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			(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。 6.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。 評量方法及建議佐證資料： 1.護產人員執業登記名冊。 2.各部門護產人員配置統計。	
	1.3.7	護理人員資格比例適當，及護理主管資格恰當能負責部門管理及行政業務	目的： 適當比例的護理人員具臨床經驗及專業能力，確保照護品質。 符合項目： 1.護理人員中具護理師資格者占 40%(含)以上。(原 1.3.8-C 修) 2.護理主管應具有護理人員資格及 2 年以上臨床經驗，並有適當行政經驗。(原 1.3.9-C1) 3.各單位均設有護理主管，兩位護理主管以上應設護理主任。(原 1.3.9-C2) 4.護理部門有負責護理行政及教育訓練的人力。(原 1.3.9-C3 修) 5.派有合適之護理人員，負責督導夜間及假日之護理業務。(原 1.3.9-C3 修) [註] 1.新設立的醫院可附加計算院外同等級以上醫院之臨床年資，新設立單位亦同。 2.護理主管係指護理長、副護理長及代理護理長。 評量方法及建議佐證資料： 1.護理人員年資、具護理師資格統計資料。	符合項目 4 所提「專責護理行政及教育訓練人力」，不含居家護理人員及感管護理人員。
必	1.3.8	藥劑部門組織分工	目的：	1.符合項目需依門診處方張數換算藥事

條 號	條 文	評 量 項 目	評 鑑 委 員 共 識
	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	配置適當的藥事人員及合宜調劑工作量，確保藥事服務品質，並符合政府相關法令之規定。 符合項目： 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。(原 1.3.10-C1-(1)-①,綜合醫院設標) 2.設有下列部門者，其人員並依其規定計算：(新增,綜合醫院設標) (1)加護病房：每 20 床應有藥師 1 人。 (2)門診作業：如提供調劑服務者，應有藥師 1 人。 (3)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： (1)一般病床、加護病房，依標準 1、2(1)規定計算。(新增,綜合醫院設標) (2)門診作業：日處方箋每滿 100 張處方箋，應增聘 1 名藥師。(原 1.3.10-C1-(1)-②) (3)急診作業：日處方箋每滿 100 張處方箋，應增聘 1 名藥師。(新增,綜合醫院設標) 4.特殊製劑調劑作業：全靜脈營養劑、化學治療劑、PCA、IVadmixture 至少一人。(新增,綜合醫院設標) 【註】 1.本條為必要條文，必須達符合項目（含）以上。 2.藥事人員係指領有藥師、藥劑生執照，並辦理登錄，且服務於藥劑部門者。 3.一般病床包含：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。 4.門、急診日處方箋數指每日平均處方箋數，門診以實際門診日數計算，急診以一年 365 天計算。	人力，目前並未特別區分「門診處方」之類別(自費或健保就醫病人)。 2.評量項目[註]2，執業登記於該院的藥師及藥劑生，不論其編製單位/部門，均列計藥事人力。 3.評量項目[註]4，醫院於週六、週日或例假日僅上半天班者，以 0.5 日計算。 4.藥事人力係依評量項目內容逐項計算，再進行加總。 5.處方箋數參考醫院向健保署申報之數量。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			5.人力計算時： (1)病床數得考量年平均佔床率，且四捨五入取至整數位。 (2)人力計算結果以整數計。 (3)人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定。 6.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。 評量方法及建議佐證資料： 1.藥事人員及執業登記名冊。 2.具藥師資格統計資料。	
必 可	1.3.9	適當之營養與膳食單位或部門組織與人力配置	目的： 配置適當的營養師，確保膳食服務品質，並符合政府相關法令之規定。 符合項目： 1.依醫院類型及規模設置人員或部門負責醫院膳食服務。(原 1.3.11-C1 修) 2.營養師人力： (1)急性一般病床：每 100 床應有 1 人以上。(新增,綜合醫院設標) (2)加護病房、燒傷加護病房：每 30 床應有 1 人以上。(新增,綜合醫院設標) (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。(新增,綜合醫院設標) (4)提供住院病人膳食者，應有專責營養師負責。(新增,綜合醫院設標) [註] 1.本條為必要條文，必須達符合項目（含）以上。 2.急性一般病床 49 床(含)以下且未設加護病房、燒傷加護病房、亞急性呼吸照護病房(RCC)、慢性呼吸照護病房(RCW)、	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			燒傷病房者，可自選本條免評。 3.若設有營養部門者，其主管建議由營養師擔任為宜。 4.各類病床數以登記開放數計，並依實際設置情形計算人力。 5.人力計算時： (1)病床數得考量年平均佔床率，且四捨五入取至整數位。 (2)人力計算結果以整數計。 (3)人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定。 評量方法及建議佐證資料： 1.營養師人員及執業登記名冊。	
必 可	1.3.10	適當之復健服務組織與人力配置	目的： 配置適當的復健人員及合宜工作量，確保復建照護品質，並符合政府相關法令之規定。 符合項目： 1.應配置合適之專業人員以配合病人病狀實施功能恢復訓練。 (原 1.3.12-C1) 2.依據醫院住院及門診病人組成，確保適宜的工作人員以提供恰當的服務。(原 1.3.12-C2) 3.應確認職能治療、物理治療、聽力、語言治療等各專業人員數量及具體業務內容：(原 1.3.12-C3 修) (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。(新增,綜合醫院設標) ②至少應有 1 名物理治療師具有二年執行業務之經驗。(新增,綜合醫院設標) (2)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。(新增,綜合醫院設標)	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			③至少應有 1 名職能治療師具有二年執行業務之經驗。(新增,綜合醫院設標) (3)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。(新增,綜合醫院設標) (4)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。(新增,綜合醫院設標) 【註】 1.本條為必要條文，必須達符合項目（含）以上。 2.未提供復健相關服務且未設有復健相關人員者，可自選本條免評。 3.各類病床數以登記開放數計，並依實際設置情形計算人力。 4.人力計算時： (1)病床數得考量年平均佔床率，且四捨五入取至整數位。 (2)人力計算結果以整數計。 (3)人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定。 評量方法及建議佐證資料： 1.職能治療、物理治療、聽力、語言治療等人員及執業登記名冊、年資統計資料、人力配置表。	
	1.3.11	應有社工人員提供病人輔導、社區聯繫工作，並協助解決其困難或家暴等問題	目的： 配置社工人員協助解決病人就醫、資源轉介與諮詢服務，增進病人疾病適應與提升生活品質。 符合項目： 1.社會工作人力： (1)應有指定專人負責社會工作服務。(新增,綜合醫院設標) (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。(新增,綜合醫院設標)	社會工作人員，依醫療機構設置標準係指大專以上社會工作系、所、組畢業，並具有社會工作師考試資格者。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			2.提供病人輔導、社區聯繫工作，並協助解決其困難，如經濟或家暴等問題，並有相關工作紀錄。(原 1.3.13-C2) 【註】 1.各類病床數以登記開放數計，並依實際設置情形計算人力。 2.人力計算時： (1)病床數得考量年平均佔床率，且四捨五入取至整數位。 (2)人力計算結果以整數計。 (3)人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定。 評量方法及建議佐證資料： 1.社會工作人員及執業登記名冊、年資等資料。 2.提供病人輔導、社區聯繫工作等協助解決其困難之相關工作紀錄。	
可	1.3.12	對外包業務及人員有適當管理機制	目的： 落實各項外包業務之監督管理及教育訓練，確保醫療服務品質。 符合項目： 1.有指派人員或部門負責監督管理醫院各項外包業務，並訂定外包業務管理辦法，(應視醫院實際情形，包含醫療機構設置標準、衛生福利部公告之「醫療機構業務外包作業指引」所規定之相關內容)。(原 1.3.15-C1 修) 2.明確訂定承包業者合格條件，並要求業者確保外包人員具備工作所須相關專業能力或資格證照，且依「職業安全衛生法」定期接受健康檢查，並備有檢查紀錄。(原 1.3.15-C2、1.3.16-C2 併) 3.應對承包業者實施業務及設備等訪查評估，作成紀錄，作為日後續約、違約處理之依據。(原 1.3.15-C3) 4.視情形需要，明確規定外包業務相關意外事故發生時之賠償責任歸屬，以及外包業者違約時之業務即時銜接機制，以保	1.醫療照護專業人力不可外包予非醫療機構之醫療業務項目包括：急診、洗腎、呼吸治療、放射診斷、放射治療、復健、碎石、心導管、檢驗等。 2.外包業務之醫療照護專業人力需執登於該院。 3.外包人員係指廠商常駐於醫院之外包人員，該業務之人員每週至少來一次(含以上)，且以從事例行性業務範圍者為主。 4.評鑑委員於實地評鑑時，可查核醫院相關外包合約。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			障病人權益與安全。(原 1.3.15-C4) 5.應對承包業者要求落實其員工之教育訓練，包含定期接受醫院有關院內感染管制、保密義務及確保病人安全等事項。(原 1.3.15-C5、1.3.16-C3) 【註】 1.未有業務外包者，可自選本條免評。 2.於實地評鑑查證時，如發現醫院實有外包業務，卻自稱「無外包業務」之情形者，則本項評量為「不符合」。 3.外包業務係指依衛生福利部公告之「醫療機構業務外包作業指引」應以診斷、治療、核心護理以外之非醫療核心業務為原則，醫院就不涉及為病人診斷或開立檢查、檢驗、藥物、醫療器材或不涉及施予醫療或輔助性醫療，且與病人服務品質或醫院安全有關之業務，委託非醫事機構管理或辦理技術合作之項目；外包項目係指醫療機構將重覆性非核心醫療之勞務或技術委由外部廠商提供，且定訂有合約之業務項目，如： (1)總務類：如膳食製作、環境清潔、廢棄物處理、救護車、保全、往生室、停車場等。 (2)供應類：如被服清洗。 (3)工務類：如機電、安全、消防、供水、緊急供電、醫用氣體等系統定期檢查及維修設備。 (4)儀器類：如儀器設備租用或執行檢查、測試、保養或校正等。 (5)資訊類：如資訊系統設計、或電腦設備維修與保養作業。 (6)檢驗類：如委託檢驗。 評量方法及建議佐證資料： 1.外包業務管理辦法或規章制度。	

條 號		條 文	評 量 項 目	評 鑑 委 員 共 識
			2.外包人員健康檢查紀錄。 3.外包業務及設備等訪查評估紀錄。 4.外包違約時業務即時銜接機制。 5.外包人員教育訓練資料。	

第 1 篇、經營管理 第 1.4 章 員工教育訓練

【重點說明】

醫院應設置員工教育訓練之專責人員、委員會或部門負責院內員工教育及進修，諸如病人權利、病人安全、醫學/醫事/護理倫理、全人醫療、感染管制、院內突發危急病人急救措施及危機處理等重要議題應列為必要教育及進修課程。

條 號	條 文	評量項目	評鑑委員共識
1.4.1	設置人員或部門，負責院內員工教育及進修	目的： 統籌管理及推動全院員工教育訓練，訂定各職類人員教育訓練課程，確保教育訓練課程符合醫院與員工需求。 符合項目： 1.有設置人員或部門負責員工年度在職教育或進修計畫之擬訂，且適時提醒各職類醫事人員的繼續教育活動訊息。(原 1.4.1-C1,3 修) 2.員工在職教育訓練課程對於病人權利、病人安全、醫療倫理、全人醫療、感染管制及危機處理等重要議題列為必要教育訓練課程內容。(原 1.4.3-C1 修) 3.醫院全體員工(含外包人員)每人每年至少應有 3 小時感染管制教育訓練(含 TB 防治)且符合標準的比率$\geq 80\%$。(原 1.4.10-C3 修) 評量方法及建議佐證資料： 1.近三年員工年度在職教育或進修計畫書(含必要教育訓練課程之內容)。 2.醫院全體員工(含外包人員)每年接受感染管制(含 TB 防治)及病人安全教育訓練紀錄。 3.「適時提醒」係指醫事人員執業執照效期屆滿之提醒，不限任何形式的提醒方式。	符合項目 3： (1)評鑑委員可參考受評醫院近期之感染管制查核結果(8.1 項次)。 (2)教育訓練時數可認計線上數位學習時數，惟實體課程至少 1 小時。
1.4.2	對於新進員工辦理到職訓練	目的： 使新進員工充份瞭解醫院宗旨、願景與所屬部門的作業特性、職責與能力需求，確保新進員工具備職務所需的資格及能力。 符合項目：	1.「新進員工」係指到職半年內(含試用)之人員。 2.符合項目 2： (1)評鑑委員可參考受評醫院近期之感

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			1.每位新進員工均需參加到職訓練。新進員工到職訓練內容應包括醫院宗旨與願景、醫院及部門介紹、職位及職責說明、人事規章、員工權益、職業安全、消防安全、倫理規範等。 (原 1.4.2-C 修) 2.新進員工半年內應完成 6 小時之感染管制及傳染病(含 TB 防治等)教育訓練。(原 1.4.10-C2 修) 評量方法及建議佐證資料： 1.新進員工教育訓練內容或課程表。 2.近三年各職類新進員工參加到職訓練出席率統計表。 3.新進員工完成 6 小時感染管制及傳染病(含 TB 防治等)教育訓練紀錄。	染管制查核結果(8.1 項次)。 (2)教育訓練時數可認計線上數位學習時數，惟實體課程至少 2 小時。
	1.4.3	訂定並推展護理人員之教育訓練	目的： 建立護理人員專業能力及跨領域支援訓練，確保具備職務所需的資格及能力。 符合項目： 1.依照醫院及護理人員的需求，訂定包含到職、在職訓練、相關鼓勵、支持措施及評值之教育訓練計畫。(原 1.4.6-C1 修) 2.有人員負責各項教學活動之推動、協調。(原 1.4.6-C2 修) 3.若有不同領域的護理照護人員互相支援，應有訓練。(原 1.4.8-C1 修) 4.照護所需的參考資料可方便取用。(原 1.4.8-C2 修) 評量方法及建議佐證資料： 1.護理人員教育訓練資料。 2.院內參考資料。	
	1.4.4	應定期對員工實施突發危急病人急救措施之教育訓練	目的： 提升員工對緊急事件或突發危急病人急救能力與知識，並確保員工急救訓練在合格有效期限，維護病人安全。	1.「ALS 訓練」，只要符合辦理 ALS 訓練及認證資格之機構或醫院，其辦理之課程或考試均可認列。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			符合項目： 1.定期辦理全院性緊急事件因應措施之進修、教育訓練，並有演練紀錄。(原 1.4.9-C1 修) 2.緊急時的心肺復甦術有基本生命復甦術(Basic Life Support, BLS)或高級生命復甦術(Advanced Life Support, ALS)，急重症單位(包括急診、加護病房、手術及麻醉部門)之醫護人員應定期接受 ALS 訓練，其餘員工應定期接受 BLS 訓練。(原 1.4.9-C2) 【註】 1.本條文所稱「其餘員工應定期接受 BLS 訓練」，係指醫師及急重症單位之護理人員以外之員工，應視工作需要接受醫事人員版或民眾版之 BLS 訓練，但身心障礙員工及志工除外。 2.ALS 訓練需包括 BLS、進階氣道處理及電擊器操作。 3.醫護人員視不同性質之單位所接受之 ACLS、ANLS、ATLS、ETTC、NRP、APLS 及 PALS 等訓練，可等同接受 ALS 訓練。 4.BLS 訓練需包含 AED 相關訓練。 評量方法及建議佐證資料： 1.全院性緊急事件因應措施之教育訓練資料及演練紀錄。 2.全院各職類急救訓練項目、完成率資料。 3.急重症單位(包括急診、加護病房、手術及麻醉部門)之醫護人員應定期接受 ALS 訓練在效期內之比率須達 90%以上。	2.符合項目 2 所提「急重症單位(包括急診、加護病房、手術及麻醉部門)之醫護人員應定期接受 ALS 訓練，其餘員工應定期接受 BLS 訓練」，實地評鑑前 3 個月內到職之新進醫護人員，暫不列入本項查核之對象，醫院可將其列入後續定期訓練名單中即可。
可	1.4.5	醫院有志工之設置，並有明確之管理辦法及教育訓練	目的： 設置志工減少病人就醫障礙，提供志工應具備安全與服務之教育訓練，確保服務品質。 符合項目： 1.設有志工，應有人員督導。(原 1.4.11-C 修) 2.訂有志工管理辦法及相關教育訓練計畫。(原 1.4.11-C 修)	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			[註] 未向社會局或衛生局申請設置有志工者，可自選本條免評。 評量方法及建議佐證資料： 1.志工管理辦理。 2.志工教育訓練計畫與課程資料。	

第 1 篇、經營管理 第 1.5 章 病歷、資訊與溝通管理

【重點說明】

病歷之妥善管理，對醫院提供的醫療品質有很大的影響，此功能將評估病歷妥善管理、應用之體制是否完善適當，包括：

- 1.病人的病歷應統一合併管理，妥善整理（編號、登記、歸類），以利其他專業診療參考，避免發生重複診療之缺失。
- 2.應明確掌握病歷行蹤及品質，訂有防止遺失的管理機制及質與量的審查等品質確保機制。
- 3.使用統一之病歷號，避免同名、同姓病人發生弄錯的缺失。
- 4.能快速檢索符合特定條件的病歷。
- 5.門診病歷送到診間等之即時性評估。
- 6.應對病歷內容有完善之保密措施。
- 7.電子病歷相關管理、執行確依民國 98 年 8 月 11 日公告修正之醫療機構電子病歷製作及管理辦法辦理。
- 8.定期利用病歷製作、提供及檢討臨床、效率及業務評估指標或資料。

在資訊與溝通管理方面，醫院應明訂資訊管理及安全相關政策與作業規範，確保資訊具有「保密性」、「安全性」、「可用性」與「完整性」等必備條件，防止病人資料遺失、誤用，明確訂定病人資訊保密相關措施。

條 號	條 文	評 量 項 目	評 鑑 委 員 共 識
1.5.1	健全的病歷資訊管理制度及環境	目的： 規範病歷記載的方式及格式、檔案增刪存取查核的管理機制和設備的保存環境，以利合法完整調閱應用。 符合項目： 1.病歷格式一致且設計完善，易於查閱。明訂記載規則及標準作業規定。且對病歷內容的保密措施(如：保密原則、規範、人員教育訓練等)嚴格要求並有具體稽查機制。(原 1.5.1-符合 1、1.5.5-C3，1.5.6-C7 併) 2.紙本病歷應按內容類別編排有序、裝訂牢靠。檔案排列整齊易於調閱；病歷調出與歸檔有作出入庫管理與遞送時效管控。有切實追蹤查核制度，防止遺失。(原 1.5.1-符合 1,2,3 併) 3.病歷經刪改，其刪改部分(含執行人員、時間及內容)應予保留，不得刪除；嚴防病歷遭竄改、損毀及不當取得或使用。	1.符合項目 3，醫院可採定期抽查、加蓋騎縫章等方式，來防止病歷被撕毀、竄改。 2.符合項目 5 所提「防火措施」，目前相關法令及評鑑基準並未規定防火設備類型，醫院可依其現況及安全性進行配置。 3.[註]2 係依據「醫療機構電子病歷製作及管理辦法」之第 7 條規定「醫療機構實施電子病歷，應將開始實施之日期及範圍報請直轄市、縣(市)主管機關備查，並應揭示於機構內明顯處所，於變更或停止實施時亦同」，故醫院向當地主管機關報備實施電子病

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			(原 1.5.1-符合 4、1.5.6-C2,併) 4.電子病歷置有備份防止滅失，應有確保系統故障回復及緊急應變之機制。於法定保存年限內應可完整呈現病歷紀錄，並可隨時列印或取出提供查驗。(原 1.5.6- C5,8，1.5.13-C3 併) 5.紙本病歷檔案空間和電子病歷儲存主機所在處應有適當門禁、防火、確保妥善運作之相關設施設備，並有定期防火演練。(原 1.5.1-符合 5，1.5.6-C6,併) 【註】 1.全面或部分實施電子病歷之醫院，應符合「醫療法」及「醫療機構電子病歷製作及管理辦法」之規定。 2.未向當地主管機關宣告實施電子病歷者，本條有關電子病歷之部分免評。 3.病歷室和電子病歷儲存主機所在處應維持整齊清潔，不可堆放非屬病歷室之雜物。 評量方法及建議佐證資料： 1.病歷管理辦法。 2.電子病歷製作管理辦法。 3.病歷書寫規範。 4.病歷審查作業辦法。 5.病歷存放檔區和電子病歷主機所在處消防設備和門禁安全管理規範(含火災應變計畫與演習紀錄)。 6.個人資料安全保護管理辦法。	歷，評鑑委員需就其實施日期及範圍進行評量，惟於該實施日期及範圍內得免以書面方式製作病歷。
	1.5.2	應有專人負責管理病歷或設立病歷管理部門，人力配置適當	目的： 訂有專責單位和專業人員負責病歷管理，提供良好的病歷管理相關作業功能。 符合項目： 1.應有專責人員或設有病歷管理單位，負責病歷管理。(原 1.5.2-C1)	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			2.病歷管理人員應有病歷管理或疾病分類等相關專業訓練。 (原 1.5.2-C2) [註] 1.醫療機構設置標準：應有專責之病歷管理人員 1 人以上。病歷管理人員，指醫務管理、公共衛生、醫事相關科系畢業，並經病歷管理訓練者。 2.符合項目 2 所指「病歷管理或疾病分類等相關專業訓練」，得由相關學、協會認證辦理。 評量方法及建議佐證資料： 1.病歷管理和疾病分類人員，相關學協會專業訓練認證。	
	1.5.3	病歷應詳實記載，並作量與質的審查	目的： 依相關法令規定訂定病歷記載之規範及查核改善。 符合項目： 1.主治醫師需親自診察且病歷記載應符合「醫師法」及「醫療法」要求。(原 1.5.3-C1 修) 2.各類醫事人員病歷紀錄要求應符合相關法規及醫院要求。記載內容及注意事項建議如下：(原 1.5.3-C2、1.5.4-C4,併) (1)首頁載明病人姓名、出生年、月、日、性別及住址等基本資料。 (2)就診日期 (3)病人主訴及現在病史。 (4)過去病史、家族史、藥物過敏史、職業、旅遊史及資料提供者。 (5)身體檢查、檢查項目及結果。 (6)診斷或病名。 (7)治療、處置或用藥(處方，包括藥名、劑量、天數及服用方式)等情形。 (8)治療方式。	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			(9)所有醫事人員對病歷之紀錄均有簽名或蓋章及簽註日期(已實施電子病歷之醫院應以電子簽章方式為之)。 (10)治療效果。 (11)其他依醫院實際所需訂定之各類紀錄方式及內容。 3.訂定病歷量的審查作業規定，且確實執行。(原 1.5.8-C) 【註】 1.醫師法第 12 條：醫師執行業務時，應製作病歷，並簽名或蓋章及加註執行年、月、日。前項病歷，除應於首頁載明病人姓名、出生年、月、日、性別及住址等基本資料外，其內容至少應載明下列事項：就診日期、主訴、檢查項目及結果、診斷或病名、治療、處置或用藥等情形、其他應記載事項。病歷由醫師執業之醫療機構依醫療法規定保存。 2.醫療法第 67 條：醫療機構應建立清晰、詳實、完整之病歷。前項所稱病歷，應包括下列各款之資料： 一、醫師依醫師法執行業務所製作之病歷。 二、各項檢查、檢驗報告資料。 三、其他各類醫事人員執行業務所製作之紀錄。 醫院對於病歷，應製作各項索引及統計分析，以利研究及查考。 3.本條文符合項目 2 至少應符合(1)、(2)、(3)、(5)、(6)、(7)、(9)為之規範；另，初診及入院記錄(Admission Note)亦需符合(4)之規範。 評量方法及建議佐證資料： 1.病歷書寫規範。 2.病歷品質管理辦法(含質、量、時效)。 3.抽查病歷至少 5 本。	
	1.5.4	病歷應有系統歸檔，且每位病人只	目的： 系統性保存門診和住診病歷，且重要記錄應有註記、特殊病歷	符合項目 3 所提「特殊病歷資料」，其摘要置入病歷之頻率，醫院應自行規定

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
		有一份病歷，以維護資料的完整性	應獨立保存及合適保護機制。 符合項目： 1.每位病人只有一份病歷(即每位病人在醫院僅有 1 個病歷號)。病歷應依法定年限妥善保存，且病歷號有系統的歸檔，易於調閱；病歷調離檔案後，應有紙本或資訊系統之追蹤紀錄，以利病歷追蹤。紙本病歷首頁、紙本診療紀錄或電子病歷應有該病人「藥物過敏」之紀錄。處方醫令系統應有病人「藥物過敏」之提示。若病人簽具不施行心肺復甦術(DNR, Do Not Resuscitate)，則應比照「藥物過敏」之註記。(原 1.5.4-C1, 1.5.5-C1,2 併) 2.門診、住院病歷分開放置時，門診病歷需含出院病歷摘要，透析病歷如分開放置時，應將病人透析治療之重要資訊，整理摘要後至少每 3 個月一次併入病人病歷，其內容須包括：首頁(含基本資料及診斷)，透析記錄單，藥物醫囑單，檢查數據單，護理衛教單，血管追蹤記錄單，住出院記錄單等重點摘要。(原 1.5.4-C2,6、註 3 併) 3.若有特殊病歷資料應制訂辦法妥善管理，視法律規定予以獨立儲存及設有合適保護機制，並製作摘要置入病歷中或建立相關索引機制。(原 1.5.4-C5 修) [註] 1.符合項目 1 所提「若病人簽具不施行心肺復甦術(DNR)，則應註記」： (1)其註記方式不侷限於紙本病歷，註記位置以可讓相關人員查閱即可。 (2)DNR 註記之查閱以 100 年 2 月以後之資料為主。 2.未向當地主管機關宣告實施電子病歷者，本條有關電子病歷之部分免評。 評量方法及建議佐證資料：	並據以辦理，但需向評鑑委員說明規定之原由。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			1.病歷書寫規範。 2.病歷保存與借閱規範。 3.出院病歷彙整標準。 4.個人資料安全保護管理辦法。	
	1.5.5	依據病人的請求，依法提供病歷複製本或摘要	目的： 為協助病人跨院醫療需求或專業諮詢，依法適時提供病歷複製本或摘要。 符合項目： 1.明訂提供病歷複製本或摘要之流程，對於病人之申請，不得違反醫療法第 71 條規定，無故拖延或拒絕。(原 1.5.7-C1) 2.病人資料的釋出須依一定的申請程序辦理。(原 1.5.7-C2) 3.能依病人需求，提供中文出院病歷摘要。(原 2.9.4-C3) [註] 1.醫療法第 71 條規定：「醫療機構應依其診治之病人要求，提供病歷複製本，必要時提供中文病歷摘要，不得無故拖延或拒絕；其所需費用，由病人負擔」。 2.醫療法施行細則第 49-1 條規定：「本法第 71 條所稱必要時提供中文病歷摘要，指病人要求提供病歷摘要時，除另有表示者外，應提供中文病歷摘要」。 評量方法及建議佐證資料： 1.病歷複製作業辦法。	符合項目 1，醫院應有便利病人的申請流程(如：在服務台接受申請)，不宜規定須先行掛號。
	1.5.6	對出院摘要及病歷建立追蹤管理系統，且定期統計呈報改善	目的： 為便利病人回診，出院病歷應重點彙整診斷與診療過程，完成出院摘要歸回病歷室。 符合項目： 1.應規定出院作業流程及出院摘要之記載內容，包括住院原因及截至出院的診療經過，均予精簡記述。(原 2.9.4-C1) 2.出院病歷應儘速歸回病歷室並完成病歷寫作，以利病人回	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			診，並有管理機制與統計。(原 1.5.9-1) 3.出院摘要有 90%於出院日翌日起算 7 日(日曆日)內完成，紙本病歷並歸回病歷室。(原 1.5.9-2、2.9.4-C2 併) [註] 1.符合項目 2 所提「完成病歷寫作」係指完成所有病歷內容(量之審查內容)並上架歸檔。 2.中文病歷摘要可參考衛生福利部公告之範本。 評量方法及建議佐證資料： 1.出院作業流程與出院病歷管理辦法。 2.出院摘要複本 7 日(日曆日)內提供達成率。	
可	1.5.7	資訊部門配合臨床及行政部門建立完善作業系統，且院內各系統連線作業及院外聯繫系統功能良好	目的： 運用資訊科技管理，整合建立支援病人照護及教育訓練，確保病人安全及提升品質。 符合項目： 1.依醫院規模，設置資訊管理人員或部門，且院內各系統連線作業功能運作適當。(原 1.5.11-C1 修) 2.應讓適當的臨床及管理人員參與選擇、整合及使用資訊科技管理措施。(原 1.5.11-C2) 3.醫院應以即時的資訊支援病人照護、教育訓練及管理。(原 1.5.11-C3) [註] 未有設置資訊部門及資訊系統全部委外者，可自選本條免評。 評量方法及建議佐證資料： 1.資訊室組織章程。 2.醫療資訊系統架構圖。	
	1.5.8	具備資訊管理作業規範，以確保資訊	目的： 建立資訊安全管理機制，系統當機緊急應變標準和風險管理	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
		安全及維護病人隱私，並訂有緊急應變處理機制	計畫，確保病人隱私和資訊安全。 符合項目： 1.應有資訊系統使用權限設定及防止資料外洩之資訊管理相關作業規範，並具備資訊安全管理機制(如：資訊需求申請程序書、資訊系統密碼管理辦法、程式撰寫文件管理辦法、資訊系統備份作業程序書、資訊安全稽核作業程序書、網路頻寬使用管理辦法、網際網路使用規範、網路信箱管理辦法...等)。(原 1.5.12-C1) 2.系統應界定使用者權限，並能禁止非相關人員進入系統存取資料，以確實保障病人個人隱私。(原 1.5.12-C2) 3.訂有資訊系統故障(當機)緊急應變標準作業規範。(原 1.5.13-C2 修) 評量方法及建議佐證資料： 1.訂有資訊管理相關作業規範。 2.使用權限申請單與各職級權限一覽表。 3.醫院資訊系統故障(當機)之緊急應變程序。	

第 1 篇、經營管理 第 1.6 章 安全的環境與設備

【重點說明】

依據美國健康照護研究與品質管理局(Agency for Health care Research and Quality, AHRQ)之建議「要提升病人安全必須確保醫療照護過程不會發生任何意外或可預防性之傷害」，因此醫院之經營者在規畫醫院之建築與相關之硬體設施時即應將員工工作環境與病人就醫環境之安全納入考量，並審視是否符合相關法規之要求，如建築法、公共安全、防火安全、勞工安全、感染管制、身心障礙相關設施規定等，若發現有違相關法令之規定，應立即改善以確保員工與就醫病人及其家屬之安全。

為提升病人就醫之方便性與可近性，以達成「以病人為中心」之目標，醫院應提供病人或民眾來院之交通、候車與停車規劃、用餐、購物等資訊。此外，應重視身心障礙病人或其家屬之就醫權利，醫院應確保符合法規之無障礙環境與相關設施，如扶手、斜坡道、輪椅、身心障礙專用之浴廁等，且須依照設置科別、病人及其家屬需要，建置適當規格之廁所（如坐式、蹲式、輪椅用等種類）、其數量除應符合一般病人及家屬之需要外，亦須提供親子適用之設施設備、浴廁等；為確保病人安全與權益，應考量設施設備之可用性（如：輪椅加附點滴架進入浴廁），並設置急救鈴與建立相關之維護與保養機制。對於就診空間與病房應設定音量管制、維持適當之溫度與濕度以提供合宜舒適之就醫環境。

醫院之照護環境安全主要涉及下列兩個層面，包括（一）安全(Safety)：應避免建築與相關硬體設施因設計與維修不當或人為疏忽造成病人、訪客與員工之傷害；（二）保全(Security)：避免人為蓄意破壞、偷竊、暴力攻擊、縱火等威脅病人、家屬與員工生命財產之安全。為協助醫院建立安全防護體系，本章之評鑑基準亦包括提供安全及安靜的病室環境（如設有機制定期檢查急救鈴或緊急呼救系統、扶手及防滑設施之功能）、訂定安全管理作業規範，提供病人及員工安全的環境（如設有保全監測設備、警民連線、防止電梯墜落、用電安全管理等）。

為避免病人在接受診療過程中因醫療儀器之使用與教育訓練不足（如將只適合成人使用之醫療技術或器材誤用於小兒科與新生兒病人）、維修保養不當（特別是對於高風險之醫療儀器，如電擊器、生理監視器與輸液幫浦等未建立預防性保養制度）或相關之基礎設施維修保養不當（如電力或醫療氣體）導致侵襲性檢查突然中斷（如心導管檢查）或維持生命之儀器突然停止運作（如呼吸器）而造成病人傷害或死亡，醫院應定期執行醫療儀器或相關器材與基礎設施（包括機電、安全、消防、供水、緊急供電、醫用氣體等）或系統等之維護、檢查、測試、保養或校正作業。另，為避免員工在工作中受到暴力之攻擊，醫院應採必要措施，以確保醫事人員執行醫療業務時之安全。

考量住院病人在住院期間之需求，醫院應依病人之特性設置病床，並應保持病房之清潔與安全性，包括定期檢查床欄之安全性、床墊與所使用之床單應定期清潔與消毒，以防止如疥瘡之群聚感染。另為確保醫院之飲食安全，醫院之廚房與供餐作業應符合膳食安全衛生管理作業之規範，如危害分析與重要管制點(Hazard Analysis Critical Control Point, HACCP)之認證規定或地方衛生主管機關的「中央廚房衛生自主管理認證」或食品良好衛生規範(Good Hygienic Practice, GHP)。

條 號	條 文	評 量 項 目	評 鑑 委 員 共 識
1.6.1	提供醫院交通，並有安全的交通規劃	目的： 病人就診時能提供交通及停車等相關服務資訊，方便病人到達醫院。 符合項目： 1.提供醫院周邊交通資訊。(原 1.6.1-符合 1) 2.提供汽車、機車之停車相關資訊。(原 1.6.1-符合 2) 3.提供叫車資訊及適宜之候車場所，並視病人需求協助上下車。(原 1.6.1-符合 4) 【註】 1.「提供醫院周邊交通資訊」係指公告於網站或佈告欄，包括：無障礙大眾運輸交通資訊。 2.「提供叫車資訊及適宜之候車場所」係指設有行動不便者臨時接送區域。 評量方法及建議佐證資料： 1.醫院周邊交通資訊相關資料。 2.病人在未到院前與到院後可取得之汽車、機車之停車相關資訊。	
1.6.2	醫院應設置無障礙設施，並符合法令規定	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，確保民眾就醫權利與安全。 符合項目： 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。(原 1.6.3-C1) 2.設置無障礙設施之處所，應有明顯標示。(原 1.6.3-C2) 【註】 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	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			醫療機構，其當時已使用之建築物得免受相關標準規定之限制。 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。 評量方法及建議佐證資料： 1.醫院無障礙設施清單。 2.無障礙設施定期維護紀錄。	
	1.6.3	提供安全及安靜的病室環境	目的： 提供病房內之相關安全措施與設施，並定期檢查各項功能，確保病人安全。 符合項目： 1.病房內之浴廁具有下列之安全措施 (1)病房浴廁有設置急救鈴或緊急呼救系統、防滑設施，並在適當位置裝設扶手。(原 1.6.4-符合 1,2 併) (2)病房設有供輪椅者使用之浴廁。(原 1.6.4-符合 3) (3)若有小兒科病房廁所則應提供嬰兒安全座椅。(原 1.6.4-符合 4) (4)若有蹲式廁所應設有扶手，以利病人起身。(原 1.6.4-符合 5) 2.定期檢查急救鈴或緊急呼救系統、扶手及防滑設施之功能。(原 1.6.4-符合 6 修) 3.視需要裝設防止跌落的床欄，且經常檢查床欄之安全性。(原 1.6.6-C4)	1.相關設施(如：緊急呼叫系統、座式及蹲式廁所設有扶手等)之設置範圍，主要指病人使用之區域，行政區域得不強制設置。 2.符合項目 1-(1)，不要求男廁每一個小便斗均需設緊急呼叫系統。 3.符合項目 1-(3)，目前醫院每一間小兒科病房廁所均提供嬰兒安全座椅尚有困難，惟至少一間以上有提供嬰兒安全座椅即可。 4.如果醫院未設置小兒科病房者，則符合項目 1-(3) 不列入評核。 5.符合項目 4，評鑑委員於實地評鑑時，僅須確定有訂定相關規範即可。對於室內噪音的標準國家有訂定相關

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			4.對醫院廣播之內容、音量及時間，訂有限制規範，且能有效管理病房區噪音發生源，如：收音機或電視等音響設備、病室內或走廊大聲談話、夜班護理站之工作人員談話音量。(原 1.6.5-符合 1,2 併) 【註】 符合項目 3，「經常」檢查床欄之安全性，是指新病人住院時由護理部門檢查與定期由工務維修部門進行檢查。 評量方法及建議佐證資料： 1.維護病室安全之管理辦法。 2.與病室安全相關設施(如急救鈴、扶手、床欄、防滑設施等)之定期檢查與維修保養紀錄。 3.醫院廣播之內容、音量及時間之限制規範。	的規範，醫院可參考作為閾值目標。另，對於全院廣播的內容，可訂有相關內容撥放限制，藉此達到降低噪音干擾。
重	1.6.4	訂定安全管理作業規範，提供病人及員工安全的環境	目的： 藉由安全管理作業規範之訂定與落實執行，確保員工與病人安全。 符合項目： 1.有人員或單位負責醫院安全管理業務，並有醫院安全管理作業規範。(原 1.6.7-符合 1 修) 2.於工作場所、值班人員休息場所等處，評估適當位置，設有保全監測設備、巡邏、警民連線或其他安全設施，以保障人身與財物安全。(原 1.6.7-符合 2 修) 3.對工作場所之安全設施，如：標準防護設備、電梯與電扶梯防夾傷(無電扶梯者，可免評)、防止電梯意外墜落設備、受困電梯內之求救設施等，有定期檢查，以確保正常運作。(原 1.6.7-符合 3) 4.實施用電安全管理，如：對使用延長線、耗電用品、電流負荷等予以規範。(原 1.6.7-符合 4) 5.建置員工工作安全異常事件通報機制，對醫院安全管理相關	1.符合項目 2 所提「工作場所」，評鑑委員於實地查證時，至少應查核急診室之工作人員安全。 2.評量項目[註]1： (1)若醫院已將陪病、探病規則列於住院須知中則不需再另訂。 (2)「門禁」係指醫院出入口之管制，以醫院之整體安全為要；另外，特殊單位(如 ICU 等)可另訂開放之規則。 3.評鑑委員於實地評鑑時，如欲了解醫院急診單位「警民連線」之設置，以訪談急診單位工作人員之方式進行；請勿啟動警民連線(測試)，以免打擾警察局之實際勤務作業。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			異常事件，進行檢討，並視需要改善。(原 1.6.7-符合 5) 6.重要機電、氣體、維生設備和存放易燃物品空間，應有合宜門禁管理。(原 1.6.2-符合 3) 7.設有開刀房、加護病房，應注意消防安全：(原 1.6.7-註,修) (1)應有防火區劃完整性等相關資料(參考地方衛生、消防與建管機關對於建築物公共與消防安全之聯合督考資料)。 (2)應加強用電負載量管理並有相關之量測記錄(如：可使用紅外線熱顯像儀之電器檢查紀錄)。 【註】 1.第 1 項醫院安全管理作業規範，包含探病或陪病規範、夜間出入口、門禁時間及出入相關規範。(原 1.6.2-符合 1,2 併) 2.易燃物品應妥善儲存，其儲存建議可參考職業安全衛生法、勞動部化學品全球調和制度 GHS 介紹網站 website，安全資料表(Safety Data Sheet, SDS)第七欄:安全處置與儲存方法(safe treatment and storage)。 評量方法及建議佐證資料： 1.醫院安全管理作業規範(含探病或陪病規範、夜間出入口、門禁時間及出入相關規範、用電安全管理規範)。 2.依據安全管理作業規範所進行之查核(如用電安全、消防安全等)、保養與維修紀錄易燃物品清單與管理辦法。 3.發生異常事件檢討之會議紀錄。 4.地方衛生、消防與建管機關對於建築物公共與消防安全之聯合督考結果建議改善資料。	
重	1.6.5	醫療機構應採必要措施，以確保醫事人員執行醫療業務時之安全	目的： 訂定防止暴力事件管理作業規範、防範設施、通報機制與人身安全之防護教育訓練，確保執行醫療業務時安全。 符合項目： 1.訂定防止員工受到暴力事件傷害之安全管理作業規範。(新	符合項目 2「建置醫院暴力事件之通報機制」，係指整起事件通報，從第一時間應變到事件後之處理皆須通報院方。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			增) 2.建置醫院暴力事件之通報機制。(新增) 3.針對可能發生暴力事件之高風險場所(如急診)，加強門禁管制措施、裝設監視器、警民連線或其他安全設施。(新增) 4.設有人員確保員工在遭受暴力攻擊時，能以無線或有線之方式聯繫，以提供人身安全之防護。(新增) 【註】 1.依據中華民國 103 年 1 月 29 日總統華總一義字第 10300013681 號令修正公布醫療法第 24 及 106 條條文。 (1)第 24 條：醫療機構應保持環境整潔、秩序安寧，不得妨礙公共衛生及安全。為保障病人就醫安全，任何人不得以強暴、脅迫、恐嚇或其他非法之方法，妨礙醫療業務之執行，致生危害醫療安全或其設施。醫療機構應採必要措施，以確保醫事人員執行醫療業務時之安全。違反第二項規定者，警察機關應協助排除或制止之；如涉及刑事責任者，應移送該管檢察官偵辦。 (2)第 106 條：違反第二十四條第二項規定者，處新臺幣三萬元以上五萬元以下罰鍰。如觸犯刑事責任者，應移送司法機關辦理。毀損醫療機構或其他相類場所內關於保護生命之設備，致生危險於他人之生命、身體或健康者，處三年以下有期徒刑、拘役或新臺幣三十萬元以下罰金。對於醫事人員執行醫療業務時，施強暴、脅迫，足以妨害醫事人員執行醫療業務者，處三年以下有期徒刑、拘役或新臺幣三十萬元以下罰金。犯前項之罪，因而致醫事人員於死者，處無期徒刑或七年以上有期徒刑；致重傷者，處三年以上十年以下有期徒刑。 2.可參考勞動部公告之「執行職務遭受不法侵害預防指引」。 評量方法及建議佐證資料：	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			1.訂有防止員工受到暴力事件傷害之安全管理作業規範。 2.建置醫院暴力事件之通報程序。	
	1.6.6	醫療器材及管理能符合醫療業務之需要，並確保品質	目的： 依醫療業務需求訂定醫療器材管理辦法並落實執行，確保醫療品質。 符合項目： 1.設有人員負責醫療器材及管理。(原 1.6.8-C) 2.訂有醫療器材及管理辦法，以符合醫療業務之需要，並確保品質。(原 1.6.8-C) 評量方法及建議佐證資料： 1.負責醫療器材及管理之人員資歷證明文件。 2.醫療器材及管理辦法。	
重	1.6.7	定期執行醫院設施、設備、醫療儀器或相關器材等之維護、檢查、測試、保養或校正作業，並有紀錄可查	目的： 依相關法令規定訂定醫院設施、設備、醫療器材等維護管理規範，定期檢測並落實執行，確保醫療品質與病人安全。 符合項目： 1.設有人員或部門負責管理，確認相關設施、設備、儀器、器材等，能符合醫療機構設置標準及相關法令規定，及業務需求。(原 1.6.9-C1 修) 2.訂有維護規章、操作訓練規範，以及定期檢查、保養或校正計畫，特別是與病人安全相關之重要設施、設備、急救用醫療器材等(如為外包時，應依外包管理相關基準規定辦理)。(原 1.6.9-C2 修) 3.確實執行檢查、測試、保養或校正等，並製作紀錄(含執行日期)，保存完整之使用說明書或操作手冊，且容易查閱，確實可用。(原 1.6.9-C3,4 修) 【註】 1.本條所稱「設施、設備、儀器、器材」，係指非單次使用之	1.如果醫療儀器或設備(如：X 光、骨密、超音波、電梯、電腦等)是委外由儀器廠商維護者，並無設置醫工人員，則評鑑委員於實地評鑑時，係依廠商合約及檢查紀錄內容進行評核。 2.符合項目 1 所提「人員或部門」，係指管理單位，非指使用單位。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			耗材，且需藉由定期檢查、保養或校正，以確保其功能者，包括進行檢查或校正作業所使用之醫療器材或試劑，不包括機電、消防、供水、供電、醫用氣體等。 2.依據衛生福利部 102 年 5 月 8 日修訂之藥事法第 13 條所稱醫療器材，係用於診斷、治療、減輕、直接預防人類疾病、調節生育，或足以影響人類身體結構及機能，且非以藥理、免疫或代謝方法作用於人體，以達成其主要功能之儀器、器械、用具、物質、軟體、體外試劑及其相關物品。 3.符合項目 2 所指之「與病人安全相關之重要設施、設備、急救用醫療器材」之範疇可參考符合〔註〕2 之規範；另根據衛生福利部公告之「醫療器材管理辦法」，國產或輸入醫療器材依照其風險特性，區分為第一等級(低風險性)、第二等級(中風險性)、第三等級(高風險性)以及新醫療器材(無類似品經衛生福利部核准者)。 4.醫院可依據實際使用醫療器材之風險等級建立庫存清單與訂定相關之預防性保養、維修計畫與使用人員之教育訓練計畫以確保病人之安全。 評量方法及建議佐證資料： 1.「設施、設備、儀器、器材」之維護規章、操作訓練規範、及定期檢查、保養或校正計畫。 2.與病人安全相關之重要高風險設施、設備、急救用醫療器材清單。 3..設施、設備、儀器、器材之使用說明書或操作手冊。	
重	1.6.8	定期檢查及維修設備(機電、安全、消防、供水、緊急供電、醫用氣體等)或系統，並有紀錄	目的： 訂定基礎設施與設備之維護管理規範，定期檢測及檢討改善並落實執行，確保照護環境安全。 符合項目： 1.對於機電、安全、消防、供水、緊急供電等設施訂有定期檢	1.如果機電、安全、消防、供水、緊急供電、醫用氣體等設備或系統，是委外由廠商維護者，並無設置專業工程人員，則評鑑委員於實地評鑑時，係依廠商合約及檢查紀錄內容進行評

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
		可查	查及維修計畫，據以執行(如為外包時，應依「醫療機構外包業務作業指引」相關規定辦理)。(原 1.6.10-C1 修) 2.設有人員或部門管理醫用氣體，訂有定期檢查及保養計畫，並符合「醫療機構醫用氣體管理原則及應注意事項」，且有參加相關教育訓練。(原 1.6.11-C1 修) 3.確實執行檢查、測試、保養等，並製作紀錄(含執行日期)；並能依據使用效能、維修、保養狀況，訂定監控或評估機制。(原 1.6.11-C2 修) 4.依「職業安全衛生管理辦法」，應設職業安全衛生管理委員會(勞工人數未達 300 人以上之機構可以相關會議取代)討論醫用氣體之安全管理相關事項之會議紀錄。(原 1.6.11-C4 修) 【註】 實地評鑑時，如現場選定測試之設備(如：緊急供電發電機等)，無法立即啟動或故障，則現場給予十分鐘之修復時間。 評量方法及建議佐證資料： 1.定期檢查及維修與保養計畫與落實執行之紀錄(含執行日期)。 2.負責定期檢查及維修設備(機電、安全、消防、供水、緊急供電、醫用氣體等)或系統負責人員之資格與教育訓練資料。 3.依據「醫療機構醫用氣體管理原則及應注意事項」執行定期檢查及保養計畫之紀錄。 4.醫療氣體安全管理規則。 5.依據使用效能、維修、保養狀況，訂定之監控與評估機制等相關資料。 6.職業安全衛生管理委員會(勞工人數未達 300 人以上之機構可以相關委員會取代)討論醫用氣體之安全管理相關事項之會議紀錄。	核。 2.評量項目[註]所提緊急供電發電機測試，評鑑委員以查核測試紀錄為主，若醫院無法提供測試紀錄，則進行現場實際啟動。 3.基準及評量項目中有關醫院建築與消防安全等內容，考量醫院設立年代，以及醫療機構設置標準、建築消防相關法規之「不溯既往的原則」，故評鑑委員實地評鑑時，硬體設施應以參閱相關主管機關年度檢查結果為主，實地查核重點則著重於軟體內容(如：人員訓練、疏散、演練等)。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
	1.6.9	各部門落實整潔維護，確實施行院內清潔工作，並定期消毒除蟲	目的： 訂定醫院環境、病人寢具清潔消毒工作管理規範與工作計畫並落實執行，確保照護環境舒適與安全。 符合項目： 1. 有人員或單位負責清潔管理，依據所訂醫院清潔(含消毒除蟲)工作計畫，督導工作人員，確實執行清潔工作。清潔工作如為外包時，應依「醫療機構外包業務作業指引」相關規定辦理。(原 1.6.12-C1 修) 2. 醫院應經常保持整潔，如：對各類張貼物或公告應有管制，並定期實施整潔維護稽查工作。(原 1.6.12-C2) 3. 各病室或病房護理站之空調設備，可以控制並維持適宜之溫度，且空調可 24 小時運作，並適當換氣；空調口應定期清潔。(原 1.6.6-C2,3 併) 4. 病床床單、枕頭套、被套或蓋被等寢具，需定期更換、清洗或消毒；但如有髒汙時，應即時更換。床墊應視需要清潔、消毒或汰換。(原 1.6.6-C5) 5. 病室電話(含公用電話)、床旁桌椅、窗簾、隔簾、百葉窗等，應定期清潔或消毒。(原 1.6.6-C6) 評量方法及建議佐證資料： 1. 醫院清潔(含消毒除蟲)工作計畫與稽核是否落實執行之紀錄(清潔工作如為外包時，應附依「醫療機構外包業務作業指引」相關規定執行是否落實合約規範之查核紀錄)。 2. 維護病室清潔之管理辦法。	「清潔」包含每日例行之清潔及全院大清掃。全院大清掃一個月須執行 1 次；除蟲三個月須執行 1 次。
可	1.6.10	膳食安全衛生管理良好	目的： 依相關法令規定訂定膳食處理作業規範及廚房環境整潔、門禁、防火措施等，確保醫院食品衛生及膳食安全。 符合項目： 1. 醫院設有廚房者，應符合下列項目：	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			(1)訂定處理食品(包括準備、處理、儲存及運送)之作業標準或作業程序。(原 1.6.13-C1) (2)有關食材儲存及廚房(調理室)內食材搬入、暫存、調理、飯菜盛入等運送路線，均有妥善規劃，以確保安全衛生。(原 1.6.13-C2) (3)廚房環境整潔，通風良好，有適當門禁及防火措施(含火災預防與應變之教育訓練)。(原 1.6.13-C3 修) (4)廚房之餐具儲存、食品供應、準備和清洗等區域分開設置合乎衛生。(原 1.6.13-C4) (5)生鮮材料或調理過之食品未過期者，應予冷凍或冷藏保存。(原 1.6.13-C5) (6)烹調之食品樣品應冷藏保存 48 小時，以備查驗。(原 1.6.13-C6) (7)工作人員持證照比率符合相關法令規定。(原 1.3.11-C3) 2.膳食外包者，醫院應：(原 1.6.13-C7) (1)確認供應商(食品業者)符合食品衛生相關法令規定，如危害分析與重要管制點(Hazard Analysis Critical Control Point, HACCP)或食品良好衛生規範(Good Hygienic Practice, GHP)等。 (2)確認供應商及醫院內食品分送場所及其設施適當、安全衛生。 [註] 1.未提供膳食服務者，可自選本條免評。 2.以外包方式提供膳食服務之醫院亦屬有提供膳食服務。 3.「食品良好衛生規範」第二十九條(一)：凡以中式餐飲經營且具供應盤菜性質之觀光旅館之餐廳、承攬學校餐飲之餐飲業、供應學校餐盒之餐盒業、承攬筵席之餐廳、外燴飲食業、中央廚房式之餐飲業、伙食包作業、自助餐飲業等，其雇用之烹調從業人員，自本規範公佈後一年起應具	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			有中餐烹調技術士證，其持證比例如下： (1)觀光旅館之餐廳：百分之八十。 (2)承攬學校餐飲之餐飲業：百分之七十。 (3)供應學校餐盒之餐盒業：百分之七十。 (4)承攬筵席之餐廳：百分之七十。 (5)外燴飲食業：百分之七十。 (6)中央廚房式之餐飲業：百分之六十。 (7)伙食包作業：百分之六十。 (8)自助餐業：百分之五十。 評量方法及建議佐證資料： 1.處理食品(包括準備、處理、儲存及運送)之標準作業程序。 2.廚房門禁之管制辦法。 3.防火措施之檢查與教育訓練紀錄。	
	1.6.11	適當管理廢水與廢棄物	目的： 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。 符合項目： 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。(原 1.6.14-C1) 2.有人員負責處理且管理得宜，通過主管機關之檢查(驗)。(原 1.6.14-C2 修) 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。(原 1.6.14-C3) 4.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。(原 1.6.14-C4)	針對廢水處理部分，如有接管下水道者，需有(前)處理，不必設「最終放置場所」。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			【註】 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、放射性廢棄物管理辦法等。 評量方法及建議佐證資料： 1.廢水、一般事業廢棄物、有害事業廢棄物之處理辦法。 2.廢水與廢棄物通過主管機關檢查(驗)之相關報告或紀錄。 3.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。	

第 1 篇、經營管理 第 1.7 章 病人導向之服務與管理

【重點說明】

醫院應提供親切合宜，以病人為導向的醫療服務，包括醫院應注意諮詢服務場所的提供、服務人員及引導人員之配置、言辭及儀態；工作人員應配戴名牌。

另外如與病人及家屬認識，建立互信關係及明確醫療服務的責任歸屬；提供及評估合宜的掛號、住出院、候診、候檢、領藥及批價等服務，並建立機制收集分析、檢討改善各項流程；提供院內相關同仁接待教育並確認其成效等，都為醫院確保醫療服務符合以病人為中心的各種可能作法。

病床的有效利用，不僅是善用社會資源，且自醫院經營穩定的觀點而言，亦為重要的指標，無論是急性或長期療養床，應依各醫院特性有效的運用病床。另外，亦應評估住院病人在醫院內是否感覺不方便，醫院應依其功能、環境、及社區特性作考量，且不依醫院單方面的方便為優先，而是以不妨礙住院病人的方便及治療為原則，提供合宜的醫療環境。

透過使用者評估醫院各項作為是最直接的資訊來源。醫院可設有方便病人及家屬提供意見的管道，如：設置意見箱（考量方便使用之設置數量及地點）、善用調查工具等，亦可利用住院須知、院內刊物及公告欄等作為病人意見表達之管道。

各種來自於病人及其家屬、院內同仁改善建議之改善，均為醫院持續性品質改善活動努力的呈現。為了讓改善活動更符合醫用者、醫院及同仁需要，應依據醫院的目標與策略方針設定醫療品質改善之主題及目標；評估是否確實持續執行業務檢討、服務改善活動；採取 Plan-Do-Check-Act（PDCA cycle：計畫－執行－檢核－活動）步驟，並確認 Check 及 Act 部分的成效。尤其對於病人或家屬的意見、抱怨、申訴應有專責處理模式與流程以盡快處理，對於病人或家屬訪客用餐、購物環境或相關資訊亦應適當提供，使醫用者及其家屬訪客方便取得所需服務。

條 號	條 文	評量項目	評鑑委員共識
1.7.1	提供病人及家屬衛教與醫院服務資訊，並提供病人完整的就醫資訊	目的： 提供多元管道的就醫資訊及醫療諮詢服務，維護病人就醫的權益。 符合項目： 1.對民眾提供就醫相關資訊，如：診療科別、病床資訊、門診時間、主治醫師姓名及其專長或經歷簡介、相關政令宣導、各項收費標準等資料。(原 1.7.2-C 修) 2.提供病人或訪客引導服務，於醫院重要出入口(如：大廳、電梯出入口等)有建築配置圖、樓層平面圖，清楚易於瞭解(如：	諮詢服務場所，考量小型醫院的空間較為不足，其設置場所以有考量病人隱私之空間即可，不一定需為單獨空間(如：診間)，但需有明顯之標示。

		設置場所、大小、配色等)，並有明顯、清楚之各科室與治療診間之指標標示。(原 1.7.3-C1,2,3 併) 3.提供病床推送或輪椅借用之服務。(原 1.7.3-C4) 4.診間外與病床應標示主治醫師姓名。(原 1.7.4-C2,3 併) [註] 1.可依病人需求提供適切的溝通服務，如：病人慣用語言或外語之翻譯，聽障者手語翻譯、唇語、筆談、同步聽打、寫字板、溝通板，視障者點字資料、18 號字體以上之資料。 評量方法及建議佐證資料： 1.醫院門診表。 2.各項費用收費標準。 3.科室和診間標示的樓層配置圖。 4.輪椅維修管理辦法和借用登記表。	
1.7.2	提供病人就醫之掛號、批價收費及辦理入出院作業等便利服務	目的： 提供完整的就醫作業流程和合理的收費，並公告周知及適當說明。 符合項目： 1.設有辦理之人員或部門，並具備方便病人就醫之作業流程，如：掛號、就診、批價、住/出院手續等。(原 1.7.5-C1、1.7.7-C1 併) 2.掛號費收費符合衛生福利部公告之「醫療機構收取掛號費參考範圍」。(原 1.7.5-C3 修) 3.向病人收取之費用，如：病房差額負擔、膳食費等自費服務項目，有適當說明或公告周知。(原 1.7.7-C2) 4.對出院病人提供收費明細，符合醫療法相關規定。(原 1.7.7-C3) [註] 1.醫療法第 22 條：「醫療機構收取醫療費用，應開給載明收費項目及金額之收據。醫療機構不得違反收費標準，超額或擅自收費項目收費。」	

			2.醫療法施行細則第 11 條：「本法第二十二條第一項所定醫療費用之收據，應載明全民健康保險醫療費用申報點數清單所列項目中，申報全民健康保險及自費項目之明細；非屬醫療費用之收費，並應一併載明之。前項申報全民健康保險項目，應區分自行負擔數及全民健康保險申請數。本法第二十二條第二項所稱擅立收費項目收費，指收取未經依本法第二十一條規定核定之費用。」 評量方法及建議佐證資料： 1.掛號、批價收費和住出院辦理單位組織章程與管理辦法。 2.掛號、批價收費和住出院作業流程。 3.醫療費用一覽表和收費規定。	
	1.7.3	應準時開診，開診醫師請假或請他人代診時，應及早周知	目的： 醫師按門診表準時開診，請假應及早通知，且有合宜的代診制度，維護病人權益。 符合項目： 1.醫師應按照門診排班表準時開診。(原 1.7.6-C1) 2.開診時間遲延時，應向病人說明理由。(原 1.7.6-C2) 3.開診醫師停診或請他人代診時，應及早周知或通知病人。(原 1.7.6-C3) 4.訂有醫師停代診及延遲開診相關處理作業規範。(原 1.7.6-C4) 評量方法及建議佐證資料： 1.醫師延遲開診處理作業規範。 2.醫師停代診及請假管理辦法。	符合項目 3，評鑑委員於實地評鑑時，可查閱醫院是否有相關通知病人之機制。
	1.7.4	對於病人或家屬的意見、抱怨、申訴設有人員或單位處理，並明訂處理流程	目的： 建立多元的病人和家屬意見收集管道，由專人妥善追蹤處理。 符合項目： 1.設有人員或單位處理病人或家屬的意見、抱怨及申訴案件。(原 1.7.10-C1 修)	

			2.設立 1 種以上能完整蒐集門、急診及住院病人意見的管道，如：意見箱、專線電話、問卷調查或上網建議等。其收集意見的管道適當，如：意見箱設置於明顯處並定期收取；專線電話有管道讓民眾得知；若為問卷方式其內容應具體適當。 (原 1.7.10-C2) 3.對於病人或家屬的意見、抱怨、申訴有明確的處理流程(包括意見之收集、分析、檢討、改善等步驟)，必要時得由關懷小組協助病人與家屬，確實執行。(原 1.7.10-C3) 4.員工(含與病人直接接觸之外包人員)及病人知道意見反應管道，員工並知道處理流程。(原 1.7.10-C4) 評量方法及建議佐證資料： 1.病人或家屬意見、抱怨、申訴處理單位組織章程。 2.病人或家屬的意見、抱怨、申訴的處理流程。	
	1.7.5	定期實行病人滿意度調查	目的： 定期實施滿意度調查並檢討改善，提升服務品質。 符合項目： 1.每年至少實施 1 次病人或家屬的滿意度調查。(原 1.7.13-C1 修) 2.調查的結果整理分析，並提供管理者與相關部門參考。(原 1.7.13-C2 修) 評量方法及建議佐證資料： 1.病人或家屬滿意度問卷調查作業流程。 2.病人滿意度調查報告書。	

第 1 篇、經營管理 第 1.8 章 危機管理—風險分析與緊急災害應變

【重點說明】

為確保員工與就醫病人及其家屬之安全，醫院應建立危機管理機制，且依據危機管理需要儲備或即時取得災害所需之醫療用品、通訊器材及其他資源，並有檢討改善機制。醫院在建立危機管理機制時應成立專責組織（如危機管理委員會）或指定專責人員統籌醫院危機管理事宜，包括運用風險分析工具（如災害脆弱度分析）評估醫院可能發生之危機或緊急事件，並依據危害分析結果研擬危機管理計劃，包括減災預防、準備、應變與復原。

為提升醫院面對危機事件發生時之緊急應變能力以減少災害之衝擊，對突發危機事件應建立健全之應變指揮體系與依災害等級制定應變組織之啟動規模（如需動員之應變職務與應變團隊人數）。對於火災、風災、水災、地震等緊急災害，應訂有符合醫院與災害特性之緊急災害應變計畫與作業程序，並落實演練。此外，為防止災難發生時衍生之大量傷患救護需求，醫院應設置大量傷患緊急應變處理小組與健全指揮系統，每年定期與地方政府或相關團體共同辦理大量傷患處理之訓練，以滿足所在社區發生災害時之救護需求。

醫院面對可能或已發生之醫事爭議事件時，應以誠實的態度，指定專責人員或單位妥善因應，對外回應醫事爭議事件。為防範事件再發生，醫院應釐清事故發生原因及真相，正確掌握事件發展，並應有檢討紀錄及防範事件再發生之措施，作為改善之參考依據。另外，對於相關受影響之醫院同仁亦應提供支援互助機制，共同從經驗中學習。

條 號	條 文	評量項目	評鑑委員共識
重 1.8.1	建立醫院風險/危機管理機制，且依據危機管理需要儲備或即時取得災害所需之醫療用品、通訊器材及其他資源，並有檢討改善機制	目的： 建立醫院風險/危機管理機制，擬定危機管理計畫與落實執行危機減災預防與準備之相關措施，確保醫院安全。 符合項目： 1.醫院設有風險/危機管理單位(委員會)及人員，並能指派人員於危機事件發生時，收集與記錄危機事件發生之過程並保存相關文件，以利檢討。(原 1.8.3-C1、1.8.4-C2 併) 2.訂有危機管理計畫，包括減災預防、準備、應變、復原等。且對突發危機事件有健全之應變指揮體系與相關應變組織之規劃。(原 1.8.3-C2 修) 3.危機管理計畫中應包括藥品、醫療器材、緊急通訊器材及其他資源之後勤補給，能確實掌握資源調度，並能確保 3 天以上之安全存量。(原 1.8.7-C1 修) 4.實施危機減災預防與準備之相關措施，包括各項宣導與員工	符合項目 3： (1)藥品、衛材、器材的項目，係由醫院依主管機關規定或依據醫院緊急災難應變計畫之需要自行認定。 (2)「其他資源」係指醫院孤立時所必要的生活及醫療用品，如：飲用水、發電機柴油等。其中醫院應考量消防安全，合宜的規劃發電機柴油之備載量、存放方式，且針對柴油備載耗盡前，設有支援機制或方式(如：鄰近加油站、工廠、交通運輸站等)，以因應發生緊急災難時能即時取得燃油，維持院內電力供給。另，儲水應確保安全供應

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			訓練。(原 1.8.3-C3 修) 【註】 1.依醫療法第二十五條第二項規定訂定之「醫院緊急災害應變措施及檢查辦法」之第三條與第四條規定： 第三條：醫院應訂定緊急災害應變措施計畫。其內容應包括因應災害之預防、準備、應變與復原各階段之應變體系、應變組織與工作職責。 前項緊急災害應變措施計畫，醫院應於每一年度開始前送直轄市、縣（市）主管機關備查。 第四條：為因應緊急災害事件，醫院應設置緊急災害應變組織與指揮架構，並依實際需要分設各組，執行下列事項： 一、指揮中心：整體緊急災害應變工作之決策、各應變組織部門之協調、考核與訊息之發布等。 二、參謀分析：擬定緊急災害應變策略與方案、災害狀況分析研判、人力調度與資料蒐集等。 三、醫療作業：對於病人持續提供醫療照護及災害傷患之急救等。 四、財務及行政：採購、出納、人事管理及財務分析等。 五、後勤及災害控制：物資之募集與調度、器材之搬運與供應及設施與環境維護等。 2.符合項目所提「危機管理計畫(Emergency Management Program, EMP)」等同於「醫院緊急災害應變措施及檢查辦法」第三條所指之「緊急災害應變措施計畫」。其內容應包括因應災害之預防、準備、應變與復原各階段之應變體系、應變組織與工作職責。 3.危機管理委員會之成員能包括與緊急應變計畫需執行之六大功能(溝通、資源與資產之取得與管理、安全與保全、員工	量，可參考衛生福利部公布之「醫院之旱災、停水、水短缺緊急應變指引」，建議醫院緊急狀況供水量為 72 小時，每日每床 300 公升來計算；醫院應確認資源被耗用的速度，以佔床率評估資源需求量，並依各床特性提供資源，前述規範可由醫院自行訂定。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			任務指派、基礎設施營運與維護、臨床服務與相關支援功能)有關之部門代表，以確保各項減災預防、準備與緊急應變與復原之措施符合危機管理之需求。 評量方法及建議佐證資料： 1.醫院危機管理委員會之組織與會議紀錄。 2.危機管理計畫。 3.醫院之緊急災害應變組織與各項緊急應變職務之任務說明。 4.危機管理計畫中關於藥品、醫療器材、緊急通訊器材及其他資源之後勤補給清單與安全存量之資料。 5.危機減災預防與準備之相關宣導與員工訓練之資料。	
重	1.8.2	訂定符合醫院危機管理需要之緊急災害應變計畫及作業程序，並落實演練	目的： 確保緊急災害應變計畫與作業程序符合醫院之災害特性(如火災、風災、水災、地震等)，落實演練與持續之檢討改善，降低災害對醫院在生命、財產與持續營運等衝擊。 符合項目： 1.依據危機管理計畫及醫院緊急災害應變措施及檢查辦法，對於火災、風災、水災、地震等緊急災害，訂有符合醫院與災害特性之緊急災害應變計畫與作業程序。(原 1.8.6-C1) 2.完備之緊急聯絡網及災害應變啟動機制。(原 1.8.6-C3) 3.具有適當的人力調度及緊急召回機制。(原 1.8.6-C4) 4.醫院緊急疏散圖示應明顯適當。(原 1.8.6-C5) 5.明確訂定各單位病人疏散運送之順序與方法。(原 1.8.6-C6) 6.全體員工能知悉緊急災害應變計畫，每年至少參加一次演練，明瞭應變措施、疏散方向及逃生設備使用。(原 1.8.6-C2、1.8.8-B1) 7.醫院應每年實施緊急災害應變演練 2 次，包括實兵演習一次及桌上模擬演練一次，並有演練之過程及檢討紀錄(含照片)。(原 1.8.8-C 修)	1.距離核電廠 30 公里內之醫院(與台電有合約之醫院)或衛生福利部指定核災急救責任醫院，危機管理計畫應包含核災。 2.評量項目[註]1-(1)有關手術室(開刀房)防火設備類型，依據醫療機構設置標準規定：「手術室、產房除設置 ABC 乾粉滅火器外、應備有適量小型手持 CO₂ 滅火器」，醫院可就該規定及現況需求進行配置。 3.評鑑委員於實地評鑑時，可查閱醫院演習紀錄及地方消防主管機關之查核紀錄。 4.考量目前國際醫院評鑑趨勢傾向不採用「實地演練」，今年度「現場測試」，應以「口頭抽問」及「桌上模擬演練」(desktop exercise)為原則，以避免打擾醫院臨床業務。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			[註] 1.針對開刀房、加護病房消防安全，可參考下列查核項目： (1)滅火器之設置應考量是否容易取得，兩具滅火器之距離不得低於法規之規定(步行距離每 20 公尺設置一具)，且有具體措施加強該單位內全體同仁操作滅火器與室內消防之熟練度，以及滅火失敗時需將起火地點門關閉之觀念。 (2)醫院緊急災害應變措施及檢查辦法第 11 條第一及第二項規定：「醫院每年至少應舉行緊急災害應變措施演習及桌上模擬演練各一次，並製作成演習紀錄、演習自評表及檢討改善計畫，送直轄市、縣(市)主管機關備查。前項演習及桌上模擬演練之主題、時間與相關內容，應於醫院緊急災害應變措施計畫中載明。」 (3)消防法施行細則第 15 條第 1 項第 5 款規定：「滅火、通報及避難訓練之實施；每半年至少應舉辦一次，每次不得少於四小時，並應事先通報當地消防機關。」 2.符合項目 1 所提「緊急災害應變計畫」(Emergency Operation Plan, EOP)，係針對災害發生時之應變與復原階段初期之應變作為。 3.緊急災害應變計畫應整合緊急應變指揮系統(如 HICS)，並依據災害衝擊大小與應變期間(Operation Period)長短決定緊急事故應變團隊(Incident Management Team, IMT)之動員規模、任務與目標。緊急災害應變計畫須包含災害事件存續週期(Life Cycle Stages of an Incident)各階段(災害確認、通知、動員、應變、歸建與復原)之緊急應變作業程序。 評量方法及建議佐證資料： 1.緊急災害應變計畫及作業程序。 2.緊急聯絡網之名單與電話。	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			3.具有適當的人力調度及緊急召回之演練紀錄。 4.各單位病人疏散運送之順序與方法。 5.緊急災害應變演練之過程及檢討紀錄(含照片)。	
重 可	1.8.3	設置大量傷患緊急應變組織與健全指揮系統	目的： 訂定大量傷患緊急應變計畫並定期落實演練，確保傷患安全。 符合項目： 1.大量傷患發生時的應變啟動機制、指揮體系、院內外聯絡網及與到院前病人處理接軌等步驟已規範完備。(原 1.8.5-C1) 2.定期辦理大量傷患緊急應變之演練。(原 1.8.5-C2) [註] 非「急救責任醫院」者，可自選本條免評。 評量方法及建議佐證資料： 1.大量傷患緊急應變計畫。 2.辦理大量傷患緊急應變演練之證明(含照片)。	1.依緊急醫療網之責任區域作定義。 2.考量目前國際醫院評鑑趨勢傾向不採用「實地演練」，今年度「現場測試」，應以「口頭抽問」及「桌上模擬演練」(desktop exercise)為原則，以避免打擾醫院臨床業務。
	1.8.4	建立醫事爭議事件處理機制，且對涉及醫事爭議員工有支持及關懷辦法	目的： 建立醫事爭議事件處理機制，涉及醫事爭議員工之支持及關懷辦法與教育訓練等，確保醫病間之信賴與和諧關係。 符合項目： 1.應設置醫事爭議事件處理人員，能迅速處理爭議。(原 1.8.1-符合 1 修) 2.建立醫事爭議事件處理作業程序，包括如何掌握事件發展、分析爭議發生原因等。(原 1.8.1-符合 2) 3.於員工到職訓練及定期在職訓練中，納入醫事爭議之檢討與預防措施。(原 1.8.1-符合 3 修) 4.能主動與醫事爭議病人或家屬進行溝通化解爭議，並提供支持與關懷服務。(原 1.8.1-符合 5) 5.對於醫事爭議賠償、補償、和解或慰問金等，訂有適當之補助或互助辦法，並能提供醫事爭議員工支持與關懷服務，且	符合項目 4 所提「教材」，泛指本院或他院的案例均可。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			落實執行。(原 1.8.2-符合 1,2 併) 評量方法及建議佐證資料： 1.醫事爭議事件處理團隊名冊(含職務)。 2.醫事爭議事件處理作業程序。 3.員工到職及定期在職訓練中關於醫事爭議檢討與預防措施之教材與相關教育訓練資料。 4.醫事爭議事件適當之補助或互助辦法。 5.對於醫事爭議員工之支持與關懷服務紀錄。	
	1.8.5	訂定醫院與媒體溝通之規範並落實執行，以維護病人之隱私與權益	目的： 參照相關法令規定，訂定醫院接受媒體採訪等相關規範並落實執行與稽核，維護病人隱私與權益。 符合項目： 1.依據「醫療機構接受媒體採訪注意事項」及「醫療機構及醫事人員發布醫學新知或研究報告倫理守則」，訂定醫院接受媒體採訪或與媒體溝通之規範，內容可包括如：(原 1.8.9-符合 1) (1)接受採訪或執行溝通之作業流程。 (2)指定醫院對外發言人。 (3)應維護病人隱私及權益，不妨礙其病情與診療，且不得藉機宣傳醫療業務。 (4)如需揭露病人身分或個人資料，應先徵得病人同意。 (5)防止未經授權之員工或未獲得病人同意之院外人士，取得病人之個人資料，或接觸病人或家屬，或擅自對媒體洩露病人的個人資料。 2.醫院如有透過媒體發布醫學新知或研究報告之情形，應依據「醫療機構及醫事人員發布醫學新知或研究報告倫理守則」，訂定相關規範。(原 1.8.9-符合 2) [註]	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			1.醫療機構接受媒體採訪注意事項，可參閱衛生福利部(原：行政院衛生署)民國 90 年 11 月 1 日衛署醫字第 0900071404 號公告(行政院衛生署公報第 31 卷 6 號 34 頁)或衛生福利部網站。 2.醫療機構及醫事人員發布醫學新知或研究報告倫理守則，可參閱衛生福利部(原：行政院衛生署)民國 90 年 11 月 22 日衛署醫字第 0900072518 號公告(行政院衛生署公報第 31 卷 7 號 39-40 頁)或衛生福利部網站。 評量方法及建議佐證資料： 1.接受媒體採訪或溝通之標準作業程序。	

第 2 篇、醫療照護 第 2.1 章 病人及家屬權責

【重點說明】

一位病人都具有獨特性，有著不同的需求、價值觀和信仰。故當病人就醫時，應該受到奠基在醫學倫理基礎下的妥適照護，此為病人基本的權利。為保障病人就醫的權利，醫院應以病人的觀點，明確訂定有關病人權利的相關政策、規範，並公開倡導，讓病人及家屬能充份瞭解其權利並參與醫療決策；同時也要教育員工理解及尊重病人的自主性和價值觀，提供維護病人尊嚴且周到的醫療服務。讓醫院、員工與病人家屬共同營造一個重視病人就醫權利的優質照護環境。

因此本章的重點有下列幾項：

- 1.醫院應明訂維護病人權利的政策或規範，並向病人、家屬及員工宣導、說明相關就醫權利的內容。
- 2.教育院內工作人員在執行醫療照護與服務時，應向病人充份說明、溝通，並隨時留意尊重及保護病人權利。
- 3.病人接受診療時，醫療照護團隊應向病人進行說明，特別是進行侵入性檢查或治療前，應提供書面說明以確保內容正確被瞭解，並取得病人簽署完整的同意書。
- 4.應鼓勵病人及其家屬參與醫療決策，工作人員以病人及家屬能理解之語言，解說病人的健康及醫療相關的資訊，如病人欲尋求其他醫療人員之意見時，醫院應主動協助。
- 5.為維護及尊重病人的醫療自主權，醫院能對病人、家屬提供有關生命末期醫療抉擇的相關資訊，並制定相關規範或標準作業程序，以利工作人員遵循。
- 6.在醫療過程中應隨時注意病人隱私的維護，如：檢查時應避免不必要的身體暴露；在檢體採集及運送有適當的安排；就醫資料不論紙本、聲音、照片或電子等，均應尊重病人的意願予以保密。
- 7.精神病人為特殊族群，常無法有自主權，其權利容易受到傷害。對於強制住院之精神病人應經合法鑑定及住院程序。另應訂定精神科病人職能收益管理方針與提供病人生活訓練指導，要求不得精神病人從事非治療目的之勞務作業。

條 號	條 文	評量項目	評鑑委員共識
2.1.1	明訂維護病人權利的政策或規範，並讓病人、家屬及員工瞭解、尊重其權利	目的： 藉由明確的病人權利政策之制訂與告知，讓病人、家屬與醫院互相尊重，營造一個對等、和諧的醫病關係。 符合項目： 1.醫院秉持「病人為醫療的主體」的理念，為維護病人及家屬權利，訂有相關政策或規範，並公告週知，包括：具體列明就醫病人的權利內容，對住院病人應參考衛生福利部	1.醫院應有相關規範，評鑑委員應尊重醫院的做法。 2.查核重點應在醫院對於有關保護病人權利的落實程度。 3.查核重點應在醫院對於「善盡保密義務」是否落實執行。 4.符合項目 2，評鑑委員可針對院內員

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			公告之「醫院住院須知參考範例」制訂住院病人的權利及義務，並納入住院須知，以利向病人或家屬說明。(原 2.1.1-C1,2 併) 2.員工瞭解病人的權利內容，並在工作中落實尊重。(新增) 3.若設有精神科住院病房(不含日間病房)之醫院，對強制住院與強制鑑定之病人的處置，需符合精神衛生法之規定。(原 2.1.1-C3) 4.醫院有舉辦或外派員工出席病人權利、醫療倫理與醫事法規等教育訓練活動。(原 2.1.3-C) [註] 住院病人的權利內容的制訂，可參考衛生福利部「醫院住院須知參考範例」中之肆、病人權利，最少應包含：1.依照醫事法規，病人於住院期間應享有之權利；2.醫院於醫療前、醫療中對病人或其家屬之說明義務及事項；3.病人之同意權、自我決定權、拒絕權及隱私權之保障事項。 評量方法及建議佐證資料： 1.醫院病人權利政策或規範。 2.醫院住院須知。 3.員工教育訓練活動紀錄。 4.符合項目 2，評鑑委員於查核過程可抽問員工、病人及家屬。	工以訪談之方式來進行了解。
	2.1.2	應與病人溝通、適當說明病情、處置及治療方式，特別是實施侵入性檢查或治療時，應明訂作業規範並簽署同意書	目的： 透過醫療人員清楚完整的說明解釋，期望病人能瞭解其病情、處置及治療方式，在表達其接受的意願後，行使醫療同意權。 符合項目： 1.說明內容應視情形包括下列事項：(原 2.1.4-C2、2.1.5-符合 2 併)	1.評鑑委員於實地評鑑時，詢問對象宜以照護團隊、病人(家屬)為主。 2.使用病人可了解的語言及方式使病人理解。 3.會談空間不一定需是獨立之專用空間，有可維護病人隱私的空間即可(如單人房)。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			(1)醫療法第 81 條規定之事項。 (2)檢查或治療計畫的概要、預期效果及危險性。 (3)可能的替代方案或病人可另外徵詢第二種參考意見。 (4)若有執行侵入性檢查或治療，其書面說明應包括：說明適應症、實施步驟、檢查或治療前、中、後注意事項及可能併發症等。 2.說明時應注意下列事項：(原 2.1.4-C1、註 2 併) (1)用詞及場所須顧及病人立場、感受及隱私。 (2)儘量使用病人易於理解的用詞，避免使用過多專業術語。 (3)輔以適當圖片或書面資料，使病人易於理解。 (4)依身心障礙者的需求，採用輔助說明方法，如筆談、寫字板、溝通板、人員陪同、聽障者手語翻譯、唇語服務等。 3.對於重要醫療照護事項的說明，除依法律特別規定者(如醫療法第 63 條及第 64 條)外，醫院應明訂負責說明者及其紀錄方式。如需對說明過程錄音或錄影，應先徵得醫病雙方之同意。(原 2.1.4-C3) 4.對於病人不能辨識或理解醫療法第 81 條規定之告知者，醫院應明訂確認或選擇接受告知者之流程。(原 2.1.4-C4) 5.若有執行侵入性檢查或治療，醫院應依醫療法第 64 條規定，訂定院內侵入性檢查或治療項目及簽具同意書之作業規範，並提供書面說明，若遇未成年或無法親自簽具同意書者，應明訂確認或選擇簽具同意書者之流程。(原 2.1.5-符合 1、2.1.4-C5 併) 【註】 1.醫療法第 81 條：「醫療機構診治病人時，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人告知其病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應。」	4.向病人說明病情及治療方式、特殊治療及處置之說明內容不一定要製作成說明書，亦得以多元的方式進行有效的溝通 5.符合項目 1-(3)所提「第二種參考意見」，應為另一醫師之意見，另照會或轉介等亦認計。 6.符合項目 2-(4)，可檢視醫院是否訂有相關標準作業流程。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			2.醫療法第 63 條：「醫療機構實施手術，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人說明手術原因、手術成功率或可能發生之併發症及危險，並經其同意，簽具手術同意書及麻醉同意書，始得為之。但情況緊急者，不在此限。前項同意書之簽具，病人為未成年人或無法親自簽具者，得由其法定代理人、配偶、親屬或關係人簽具。第一項手術同意書及麻醉同意書格式，由中央主管機關定之。」 3.醫療法第 64 條：「醫療機構實施中央主管機關規定之侵入性檢查或治療，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人說明，並經其同意，簽具同意書後，始得為之。但情況緊急者，不在此限。前項同意書之簽具，病人為未成年人或無法親自簽具者，得由其法定代理人、配偶、親屬或關係人簽具。」 評量方法及建議佐證資料： 1.侵入性檢查或治療之說明者與簽具同意書者的流程或規範。 2.侵入性檢查或治療之作業規範、書面說明書與同意書。 3.輔助說明的特殊人員與相關教具清單。	
	2.1.3	向住院病人或家屬說明住院之必要性及診療計畫，並有措施協助及鼓勵其參與醫療照護之過程及決策	目的： 尊重住院病人知的權利，醫療團隊應提供並說明相關治療資訊，並讓其參與醫療決策討論，維護其醫療自主權。 符合項目： 1.應向住院病人說明住院理由、病情及診療計畫，並於病歷中記載。(原 2.1.6-C) 2.對接觸病人之工作人員，應教導有關提供病人診療資訊的意義、重要性、態度、方法及相關措施。(原 2.1.7-符合 2) 3.應於適當時機協助病人、家屬取得治療資訊及參與醫療決	符合項目 4 所提「第二意見」，應為另一醫師之意見，另照會或轉介等亦認計。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			策討論。(原 2.1.7-符合 1) 4.當病人表明欲徵詢第二意見時，應能主動提供會診或轉介，並能迅速提供適當的病歷資料，供被徵詢者參考。(原 2.1.7-符合 3) 評量方法及建議佐證資料： 1.病歷紀錄。 2.工作人員的教育紀錄。	
	2.1.4	醫院能對病人、家屬提供有關生命末期醫療抉擇的相關資訊並予以尊重，以維護其權益	目的： 基於尊重個人自主權及醫療倫理規範，讓病人、家屬有機會參與末期醫療決策，達到尊嚴死亡與善終的目的。 符合項目： 1.為尊重及維護病人的醫療自主權，針對生命末期的醫療抉擇，醫院有對病人及家屬提供相關的資訊並宣導，如：安寧緩和醫療、不施行心肺復甦術、維生醫療抉擇、器官捐贈、醫療委任代理人等。(原 2.1.8-C 修) 2.醫院針對醫師、護理或社工人員等，有舉辦或外派有關生命末期醫療抉擇的教育訓練。(原 2.1.8-B2 修) 3.工作人員會讀取病人 IC 卡內有關器官捐贈意願及安寧緩和醫療意願之註記資料。(原 2.1.8-C 修) [註] 參考「安寧緩和醫療條例」、「人體器官移植條例」及「生命末期病人臨終照護意願徵詢作業指引」辦理。 評量方法及建議佐證資料： 1.宣導的事證。 2.相關人員參加教育訓練的紀錄。 3.工作人員正確讀取 IC 卡註記資料。	
	2.1.5	病人於門診及住院	目的：	1.徵詢「同意」方式不限形式，有可確

條 號	條 文	評 量 項 目	評 鑑 委 員 共 識
	時之檢查、處置與檢體採集和運送，皆應保障其隱私及權利	醫療團隊人員在治療與照護過程中，確保病人隱私之保護。 符合項目： 1.與病人進行溝通、病情說明、執行觸診診療行為及徵詢病人同意時，均應考量到環境及個人隱私之保護。(原 2.1.9-符合 1、2.1.11-符合 2 併) 2.病人就診、檢查及處置時，應排除不相關者在場，並於場所中備有布簾、被單、治療巾等，對於較私密部位之檢查，應徵得病人同意，避免過度暴露，並依需要安排合適之醫事人員陪同，協助觀察病人、注意隱私之維護。(原 2.1.9-符合 2,4,5、原 2.1.11-符合 3 併) 3.於診療過程中呼喚病人時，宜顧慮其權利及尊嚴；候診區就診名單之公布，應尊重病人之意願，以不呈現全名為原則。若有實(見)習學生在旁學習，應事先充分告知病人。(原 2.1.9-符合 6,7 併) 4.住院訂有探病及陪病之規範，床位配置及病室空間有顧及病人性別與隱私；在公開標示病人姓名前，亦有尊重病人或家屬意願的機制，並確實執行。(原 2.1.12-符合 1,2、原 2.1.11-符合併) 5.若有教學迴診受訓學員在旁學習，應事先告知病人。(原 2.1.11-符合 4 修) 6.病人檢體(尿液、糞便等)之採集和運送，有考量病人之隱私。(原 2.1.10-符合 1,2 併) 【註】 參考衛生福利部 104 年 1 月 30 日衛部醫字第 1041660364 號公告修正之「醫療機構醫療隱私維護規範」。 評量方法及建議佐證資料： 1.實地檢視診間、檢查室與病房環境的隱私維護作為。 2.探病及陪病之規範。	認病人或家屬「同意」之機制即符合。 2.評鑑委員於實地評鑑時，可詢問病人或家屬確認其知悉。 3.符合項目 3，若有實(見)習學生在旁學習的門診應有公告，讓病人及家屬知悉即可。 4.查核重點應在醫院對於保護病人隱私機制是否落實執行。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			3.徵詢公開標示病人姓名的作業機制。 4.實地檢視檢體之採集和運送過程。	
可	2.1.6	精神病人從事之勞務作業應符合治療目的，且應明確訂定精神科病人職能收益管理方針，並作適當的執行管理	目的： 確保精神病人其權利，在從事勞務作業前，應經團隊審慎評估，及向病人說明。 符合項目： 1.依個別復健治療目的安排病人從事勞務作業，有完整的醫囑轉介、經詳細告知復健治療計畫、目的、工作內容與報酬後，簽署同意書。(原 2.1.14-C1,2 併) 2.對於復健治療計畫有疑義或不滿時有申訴管道。(原 2.1.14-C4) 3.訂定復健收益(基金)管理辦法，以管理病人職能(產業)治療收益，應專款專用。(原 2.1.13-C1) 4.成立管理委員會或小組，定期開會，紀錄完整，且有從事勞務作業之病友或家屬團體代表參加。(原 2.1.13-C2、B1 併) 5.復健收益(基金)之收入扣除必要直接成本後，至少八成以上費用發給病人作為工作獎勵，餘則用於提升該等病人復健助益之活動，備有收支帳目、領據簽單、月報表及年報表。(原 2.1.13-C3) 【註】 未設有精神慢性一般病房及精神科日間照護單位者，可自選本條免評。 評量方法及建議佐證資料： 1.復健治療同意書。 2.病友申訴管道。 3.復健收益(基金)管理辦法及修訂的歷史紀錄。 4.復健收益收支帳目、領據簽單、月報表及年報表。	

條 號		條 文	評 量 項 目	評 鑑 委 員 共 識
			5.管理委員會(小組)會議紀錄。	

第 2 篇、醫療照護 第 2.2 章醫療照護品質與安全管理

【重點說明】

醫療照護品質及病人安全是每日常規醫療照護的根本。此信念必須深植於每位醫療工作人員的心中，從不間斷的醫療照護品質精進，使醫療照護效率提昇、更充分利用資源並減少病人於醫療照護中所承受之風險。主管對品管及病安的重視為成功的首要條件，經由良好之全院醫療照護品質管理計畫，進而建立醫療組織文化中對品質及病人安全的關注。利用各種資料分析及改善計畫，達成醫療品質的持續進步。因此本章規範之目的有下列幾項：

- 1.醫院管理者須規劃醫療照護品質管理計畫：增進醫療照護品質需要許多臨床科部、醫療專業及行政管理之協助，必須有良好之全院管理架構及計畫；醫院管理者應建立品質管理架構、推動品質精進計畫及監督此系統之運作以達成目標，有醫院管理者之重視及支持，才能塑造出醫院之品質及病安之文化。
- 2.訂定出適當之醫療品質控制指標以保障病人安全：醫院應利用收集之資訊，針對危急、高風險、易出錯等方面，建立適當之醫療品質控制指標，藉由指標分析，尋求優先的品質改善項目，以保障病人安全。
- 3.建立品質及病人安全的醫療組織文化：定期將醫療品管及病人安全之資訊傳遞給全體員工，鼓勵及教育員工參與醫療品質持續改善活動，建立品質及病人安全的醫療組織文化；透過醫療照護團隊的溝通，將醫療品質改善成果加入醫療照護常規或技術手冊中，確保改善成果用於提升照護品質。
- 4.對醫療不良事件之事前預防及事後分析檢討：醫院對於各種可能發生醫療不良事件之高危險情境，宜訂定預防措施以維護病人安全，對於發生之醫療不良事件，應明訂發生時的處理方式，並鼓勵通報，醫療不良事件發生後，應作根本原因分析，以避免相似事件之再發生。
- 5.分析各類品質資料和其他醫院分享成果，共同提升醫療照護品質：醫療照護團隊間藉由全院性研究會及報告會等，互相理解院內各部門診療活動；利用品管資料，經由分析研究，於討論會提出報告或發表於雜誌刊物中，以提供臨床醫學或醫院管理上之實證，與醫界分享成果，共同提升醫療照護品質。

條 號	條 文	評量項目	評鑑委員共識
2.2.1	應有相關組織協調、訂定及推動全院品管及病人安全計畫，確實執行並有檢討改善	目的： 醫院藉由結構面、系統性的作為，能促進醫療品質與病人安全。 符合項目： 1.依醫療法第 62 條第 1 項，建立全院性病人安全制度與組織，辦理醫療法施行細則第 45 條規定之事項，並擬定病人	查核重點應在醫院對於有關病人安全的積極性作法之落實程度。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			安全目標、任務及執行方針。(原 2.1.2-C1) 2.對醫療異常或錯誤事件，有人員負責收集與檢討分析，並研擬對策。(原 2.1.2-C2 修) 3.訂有年度全院品管及病人安全計畫，並有檢討改善紀錄。(原 2.2.1-C1 修) 4.醫院應建置不以懲罰為原則的內部通報系統，鼓勵同仁自願通報，以提升醫療照護及作業環境之安全性。(原 2.1.2-C3) [註] 1.醫療法施行細則第 45 條：「醫院建立第四十二條第五款所定病人安全制度，應依下列規定辦理： 一、推動實施病人安全作業指引及標準作業基準。 二、推行病人安全教育訓練。 三、建立院內病人安全通報及學習制度。 四、建立醫院危機管理機制。」 2.醫療法第 62 條第 1 項：「醫院應建立醫療品質管理制度，並檢討評估。」 評量方法及建議佐證資料： 1.醫品病安相關組織章程。 2.醫品病安相關組織委員名單。 3.醫品病安相關組織會議紀錄。	
	2.2.2	醫療照護團隊定期舉行照護品質相關會議，檢討改善實務運作，以提升醫療品質與病人安全	目的： 藉由醫療照護團隊定期溝通討論機制，檢討改善醫療品質與病人安全議題。 符合項目： 1.應定期舉辦醫療照護及品質、病安相關會議，如病例討論會、併發症及死亡病例討論會、委員會等。有會議紀錄並確實執行相關決議。(原 2.2.3-C 修)	「定期」會議係指至少三個月開會一次。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			2.訂有醫療照護團隊溝通機制，定期溝通，討論實務運作中可提升病人安全、醫療品質議題，凝聚共識。(原 2.2.2-C) [註] 1.小型醫院可將相關議題之會議合併進行，或藉由全院性之會議來討論；而研討會可藉由院際合作來舉行。 2.會議紀錄的形式由醫院決定，但內容應有所區分。 評量方法及建議佐證資料： 1.醫療照護及品質、病安相關會議，如病例討論會、併發症及死亡病例討論會、委員會等會議紀錄。	
	2.2.3	建立機制以檢討醫療倫理與法律相關之病例與主題，其運作良好	目的： 透過討論機制，落實醫療倫理與法律。 符合項目： 1.院內會議應有討論醫療倫理或法律相關之病例與主題並有會議紀錄可查。(原 2.2.4-C1、原 2.2.4-C2 併) 評量方法及建議佐證資料： 1.相關組織會議紀錄。	
	2.2.4	應訂有醫療品質控制指標及病例資料年報與醫療成果資料，並有統計、分析及檢討	目的： 利用監測指標之收集、分析改善，早期發現問題，有效進行風險管理。 符合項目： 1.以住院病人之出院摘要格式為基礎，進行主要項目編碼及輸入電腦。應確保施行編碼(Coding)正確，建立完整病例資料庫做為統計病人組成、手術件數、死亡數、疾病別、住院日數、血液透析、腹膜透析、RCC 或 RCW 等年報統計表。(原 2.2.5-C) 2.應訂定適當的醫療品質及病人安全指標，確實執行及評估。(原 2.2.6-C)	1.本條文針對全院品管進行查核。 2.指標統計後之回饋，可由相關委員會開會之資料呈現進行查核。 3.相關臨床業務指標，由醫院自行界定並評估。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			評量方法及建議佐證資料： 1. 病例資料統計。 2. 醫療品質及病人安全指標。	
	2.2.5	對於各種可能發生醫療不良事件之情境，訂定預防措施及建立因應對策，關於醫療不良事件發生時的處理、說明、報告、記錄等步驟有可依據之規範	目的： 落實異常事件的通報與處理，並檢討改善以建立預防措施。 符合項目： 1. 須訂定預防各種可能發生醫療不良事件之措施及建立因應對策，並確實執行。(原 2.2.7-C1) 2. 建立符合院內的病人安全通報標準作業模式。(原 2.2.7-C2) 3. 加強病人安全觀念的宣導，並實施繼續教育，鼓勵異常事件的通報。(原 2.2.7-C3 修) 4. 訂有醫療不良事件之通報與處理機制，並有向上呈報的步驟。規範規定何時、何人說明醫療不良事件之處理、事故紀錄的內容及方式。(原 2.2.8-C1,2 併) 5. 明訂夜間、假日等主治醫師不在現場時的處理方式。(原 2.2.8-C3) 6. 醫院對醫療不良事件，有關懷病人之適當機制(含啟動時機與夜間、假日處理方式)。(新增) 評量方法及建議佐證資料： 1. 醫療不良事件處理辦法。 2. 病人安全通報標準作業流程。	

第 2 篇、醫療照護 第 2.3 章 醫療照護之執行與評估

【重點說明】

醫療機構最重要的目的為提供病人所希望且最適切的醫療照護，需要醫療機構內各種領域的員工有高水準的協調及溝通。在執行醫療照護計畫時，應經常檢討醫療照護之適當性，動態評估病人對照護計畫的反應，如有需要應隨時修正計畫。醫院對於病人所提供之醫療照護為整體醫療照護的一個環節，完成階段性醫療照護後，應考慮病人之病情安排持續性照護服務。如此不僅能有效的使用醫療資源，並能提供病人所需之照護且改善病人之健康狀態。

本章規範之目的有下列幾項：

1. 明定醫療照護團隊人員權責，並有良好的團隊運作以提供病人醫療照護。
2. 醫療照護團隊成員應將病人評估及訂定出之醫療照護計畫，詳細記載於病歷中，以使病人照護相關資訊能確實傳遞。
3. 應明訂作業常規以確保醫囑被安全地執行。
4. 依病情之需要，適切照會相關之醫療照護團隊，各種領域間有良好的協調及溝通，以達高水準之醫療照護。
5. 病人轉出至其他單位時，應提供醫療照護摘要，以達持續性照護之目的。
6. 應協助病人實施適切之轉診，轉診之安排應考量病人安全，留意轉診過程中必要醫療照護之安排。病人轉出或出院至其他單位時，應提供醫療照護摘要，以達持續性照護目標。
7. 醫療照護團隊應提供病人出院準備及後續照護計畫，包含提供出院病人適當之用藥指導、營養指導、復健指導、回診預約與出院摘要等資訊，醫院亦應與後續照護服務之單位建立連繫及合作關係，確保病人獲得適切之後續照護。
8. 醫院應適當提供居家照護服務，透過機制掌握服務執行情形，在病例檢討會評估、檢討及改善居家照護服務模式或內容。

條 號	條 文	評 量 項 目	評 鑑 委 員 共 識
2.3.1	住院病人應由主治醫師負責照護，並讓病人知悉	目的： 主治醫師主導住院病人醫療照護計畫，病人病情有變化時，能即時獲得適當處置。 符合項目： 1. 住院病人應由主治醫師負責照護並讓病人知悉其主治醫師。(原 2.3.1-符合 1) 2. 若主治醫師不在時，有明確規定代理機制及排定代理人員名單。(原 2.3.1-符合 2) 3. 明訂醫療照護團隊與主治醫師之聯絡方式，及無法聯絡上	符合項目 2 所提「主治醫師不在時」係指任何時候不在院之情況，非單指請假。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			時的因應方法。(原 2.3.1-符合 3) 評量方法及建議佐證資料： 1.醫師職務說明書。 2.職務代理辦法。 3.醫師值班表。	
	2.3.2	住院、急診病歷應詳實記載病況變化、治療方式及其治療依據說明等，以供事後檢討	目的： 醫療照護團隊成員詳實記載之病歷，使病人照護相關資訊能正確傳遞。 符合項目： 1.入院紀錄應完整詳實，且包含病人主訴、病史、身體檢查、實驗室檢查、臆斷與診療計畫(plan to do)等。(原 2.3.2-C1 修) 2.主治醫師需親自診察評估病情，視病情修訂診療計畫，並有紀錄。(原 2.3.2-C2 修) 3.病程紀錄能適當的反應病況變化。(原 2.3.2-B1) [註] 診療計畫(plan to do)不需為獨立單張，亦未規定須由病人或家屬簽名。 評量方法及建議佐證資料： 1.病歷寫作規範。 2.紙本或電子病歷。	1.查核重點應為：病人每日診視診治後之相關紀錄。 2.符合項目 2 所提「診療計畫」，需呈現於病歷紀錄中，可不需另行新增病歷單張。
	2.3.3	每日應有醫師迴診並適當回應病人之病情陳述，紀錄詳實	目的： 藉由醫師每日之迴診及紀錄，了解病人病況之變化以調整診療計畫。 符合項目： 1.每日均有醫師迴診，並訂有假日查房迴診辦法。(原 2.3.3-符合 1 修)	1.符合項目 1 所提「醫師」非單指「主治醫師」。 2.本條文以 progress note 上之記錄及訪談病人醫師查房情形為主。 3.評鑑委員於實地評鑑時，可詢問病人或家屬，確認醫師是否每日來診。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			2.每日病程紀錄應有主治醫師簽章，如有增刪，應於增刪處簽名或蓋章及註明年、月、日。(原 2.3.3-符合 2) 3.全面或部分實施電子病歷之醫院，相關主治醫師複簽、修改紀錄、簽名應能確認其不可否認性。(原 2.3.3-符合 2) 4.如病人病況有變化或提出相關反應，應予充分陳述及說明並適時調整診療計畫，詳實記錄。(原 2.3.3-符合 3) 評量方法及建議佐證資料： 1.醫師假日迴診之規範。 2.紙本或電子病歷。 3.電子病歷歷史修改紀錄。	
	2.3.4	醫療照護團隊人員應了解病人問題，並讓接班人員知悉；如有轉出至其他單位時，應製作照護摘要或交班紀錄，以達持續性照護	目的： 病人主要醫療照護人員確實交接班，達到持續性之照護。 符合項目： 1.醫療照護團隊訂有交接班作業流程。(原 2.3.10-符合 1) 2.醫療照護團隊人員能瞭解病人問題所在，且能交班清楚，使接班醫療照護團隊人員亦能瞭解病人問題。(原 2.3.10-符合 2) 3.訂有轉換單位之作業流程，轉換科別或照護團隊時，轉出單位醫療照護團隊應製作照護摘要或交班紀錄，以供後續照護單位提供持續性病人照護。(原 2.3.4-符合) 評量方法及建議佐證資料： 1.交接班作業流程。 2.交接班紀錄。 3.單位間轉床作業流程。 4.病人轉運作業規範。	1.「交班」至少包括「醫師對醫師」、「護理人員對護理人員」之交班，惟二者交班內容不可相互矛盾。 2.符合項目 3 係查核醫院對於轉換單位之作業流程的落實程度。
	2.3.5	因應病人狀況提供適切可行的護理照	目的： 護理人員能呈現應用護理過程，改善病人健康問題。	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
		護計畫，過程完整，並有適時修正	符合項目： 1.能依病人狀況，提供適切的護理照護計畫。(原 2.3.6-C 修) 2.在護理過程中至少可看出評估、計畫及措施的提供，並有紀錄。(原 2.3.8-C 修) 【註】 1.可聽取事例作評估或實地訪視病人。 2.可訪談護理人員，並由病人處印證實際執行成效。 評量方法及建議佐證資料： 1.護理紀錄。 2.護理紀錄書寫規範。	
重	2.3.6	適當的護病比	目的： 規範護理人員的照護負荷，維護照護品質。 符合項目： 1.急性一般病床之全日平均護病比為≤ 15人。(新增) 【註】 1.納入護病比計算之人力，包括護理長、護理師、護士，並應辦理執業登記；實習護士及專科護理師等不列入計算。 2.全日平均護病比計算公式：醫院該月每一個病房之(急性一般病床床位數$\times$佔床率$\times 3$)加總後$\div$每月每日平均上班護理人員數之三班小計加總。 3.病床數依登記開放之急性一般病床數計。 評量方法及建議佐證資料： 1.病房護理人員排班表。 2.病房佔床率。 3.病房護病比月報表。	1.有關本項基準查證方式包含： (1)醫院填報醫院評鑑補充資料表數據。 (2)實地評鑑當日抽查之急性一般病房全日護病比。 2.有關於醫院填報之補充資料表，表一「103 年全院急性一般病床各月份全日護病比」，委員將參考本表中「白班護理人員數」折算為白班護病比，以了解受評醫院在 103 年醫院評鑑基準(白班護病比)符合的情形。表三「104 年實地評鑑前兩個月急性一般病房各單位全日護病比」，委員將依 104 年醫院評鑑基準 2.3.6[註]4 訂定之醫學中心及區域醫院調整後的標準(區域醫院≤ 13.3、醫學中心≤ 10)，以本表之「總計值」進行判定是否符合。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
				3.有關「實地評鑑當日各急性一般病房全日護病比」抽查方式，至少抽查全院 30%以上的急性一般病房。抽查結果採所有病房之平均數判定是否符合。 4.本項基準符合要件為上述兩種查證結果，任一項符合即可。
	2.3.7	醫囑之記載與確認應有標準作業，以確保醫囑安全執行	目的： 醫囑開立至被執行之流程，能兼顧正確、安全及時效性。 符合項目： 1.應明確訂定醫師確認醫囑的具體步驟及醫療照護團隊針對醫囑溝通之機制。(原 2.3.9-C1 修) 2.醫療照護團隊人員應落實執行醫囑確認步驟。醫囑變更或修正時有因應及確認步驟並有評估。對醫囑有疑慮時，除與醫師溝通外，必要時有由醫療照護團隊及主管共同確認之機制，以維護病人安全。(原 2.3.9-C2) 3.緊急時(含急救、緊急給藥)接受口頭(含電話)醫囑，應有確認機制，如接受醫囑時要複誦並記錄確認，且應於 24 小時內完成醫囑記述。(原 2.3.9-C3 修) 4.醫囑應適時重整及更新。(原 2.3.9-C4,6 併) 5.醫囑應有醫師簽章，依醫囑執行之各項醫療活動需有醫事人員簽章。(原 2.3.9-C5) 評量方法及建議佐證資料： 1.病歷(醫囑)書寫規範。 2.護理給藥標準作業流程。 3.口頭醫囑作業流程。 4.紙本或電子病歷。	符合項目 1 所提「醫囑」係由醫師複核並蓋醫師章(或簽名)為準。
	2.3.8	依病情之需要，適	目的：	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
		切照會相關之醫療照護團隊	有良好之會診，以整合各專業領域人員服務。 符合項目： 1.明訂會診作業規範。(原 2.3.11-C 修) 2.若有會診，能於作業規範時間內完成。(新增) 評量方法及建議佐證資料： 1.住院病人醫療會診作業規範。 2.會診通知單及回覆單。	
可	2.3.9	依據病情評估結果訂定復健計畫，給予適切之復健治療及訓練	目的： 提供多元整合之復健治療服務，協助病人恢復身體及社會功能。 符合項目： 1.訂有復健科復健治療作業規範。(新增) 2.依規範執行會診、評估、制訂復健治療計畫，適切轉介相關專業，如：物理治療、職能治療、語言治療、心理治療或職前鑑定人員，並向病人說明。(原 2.3.12-C1 修) 3.應依計畫類別提供適當輔具。(原 2.3.12-C2) [註] 1.未提供復健相關服務且未設有復健相關人員者，可自選本條免評。 2.復健治療團隊包含醫師及復健治療相關人員。 3.應將復健診療紀錄、訓練紀錄與定期/不定期評估一併管理，但定期將必要的資料加入診療紀錄亦可。 評量方法及建議佐證資料： 1.復健治療作業規範。 2.復健治療會診單及紀錄單。 3.疾病別復健治療評估及輔具評估表單。	復健計畫需呈現於團隊照護之紀錄。
	2.3.10	對病人提供身體、	目的：	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
		心理、社會或靈性的照護及支持措施	評估病人身、心、社會及靈性之需求，提供適切的照護及支持措施。 符合項目： 1.對於自我照顧困難之病人能得到基本的身體護理(如：無異味等)。(原 2.3.5-C) 2.對病人提供適當的心理、社會或靈性的支持措施。(原 2.3.14-C1 修) 3.醫院內有癌末、臨終的病人，應評估對此等病人之心理或靈性支持措施，並尊重病人自主決定。(原 2.3.14-C2 修) [註] 身體護理係指身體的清潔、排泄照護、舒適護理、協助進食、睡眠的適切照顧。 評量方法及建議佐證資料： 1.對病人提供身體、心理、社會或靈性的照護相關作業規範。 2.抽查相關病歷紀錄。	
2.3.11		訂有行動限制（隔離、約束）之作業常規並執行適當	目的： 施行適當的隔離、約束，並確保隔離、約束之安全性。 符合項目： 1.應訂定實施行動限制的作業常規及應用標準，並於醫療上有必要時，經醫療團隊討論行動限制，並有醫囑及紀錄。(原 2.3.15-C1) 2.住院時或執行前，應以書面告知住院中可能會限制行動，並取得家屬的同意書；執行時，再次向病人或家屬解說清楚，並有紀錄。(原 2.3.15-C2) 3.醫療照護團隊應依行動限制作業常規執行約束並適時檢討，視情況解除行動限制。(原 2.3.15-C3) [註]	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			1.行動限制包含隔離、約束；惟不含「感染管制之隔離」。 2.行動限制的作業常規須包括：不影響病人的安全下，依照病人病情，定時探視行動限制中的病人(一般病房有人陪伴者至少 1 小時探視 1 次，無人在旁陪伴者至少每 30 分鐘探視 1 次)，並能提供病人生理需求、注意呼吸及肢體循環並防範意外事件發生，有紀錄可查；每班至少有一次行動限制相關紀錄，有異常狀況時須隨時記錄。 3.緊急狀況時，得先執行並儘速向家屬解說清楚取得同意書。 評量方法及建議佐證資料： 1.病人行動限制相關作業規範。 2.約束說明書、約束同意書、隔離說明書、隔離同意書。 3.醫囑及執行、檢討紀錄。	
可	2.3.12	評估病人營養狀態，適切給予營養及飲食指導	目的： 評估病人營養狀態，適切給予營養及飲食指導。 符合項目： 1.訂定營養篩檢、飲食指導等照會流程與機制。(原 2.3.16-C1) 2.營養師依據營養評估之結果，予以個案營養診斷後，施予適切之營養支持、營養教育、飲食指導等，且有具體紀錄。(原 2.3.16-C2) [註] 1.急性一般病床 49 床以下，且未設加護病房、燒傷加護病房、亞急性呼吸照護病房、慢性呼吸照護病房、燒傷病房者，可自選本條免評。 2.照會流程及機制指由醫護人員初步營養篩選，對無法進食或體重下降等營養不良高風險病人、特殊飲食(如：糖尿病、三高、體重過重)需飲食指導或營養介入者，轉介營養	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			師進行營養評估。 3.營養照會應於 2 個工作日內完成，確保時效。 4.營養衛教及飲食指導對象可涵蓋病人及其主要照顧者；指導吞嚥、功能障礙病人進食，可視需要與治療師(如：語言治療師或職能治療師等)共同協助進食操作及器具處理指導。 評量方法及建議佐證資料： 1.營養照護相關作業規範。 2.營養照會單及病歷紀錄。	
	2.3.13	提供病人適當之衛教資料與指導	目的： 提供適當衛教，提高病人及照顧者之照護能力。 符合項目： 1.醫療照護團隊依病人及照顧者需要提供衛教單張及資料。 (原 2.3.17-符合 1 修) 2.視病人及照顧者需要提供個別或團體衛教。(原 2.3.17-符合 1 修) 3.適時更新衛教指導內容，且能評估成效。(原 2.3.17-符合 2) [註] 衛教資料可包括：健康促進、疾病照護、自我照護、三高、酗酒、戒菸、檳榔等議題，如：有吸菸、嚼檳榔者給予戒菸、戒檳榔之建議、衛教資料及提供治療。 評量方法及建議佐證資料： 1.各單位衛教資料(含衛教教具及單張)。 2.衛教活動紀錄。	
	2.3.14	明訂院內突發危急病人急救措施，且應落實執行	目的： 確保院內所有區域有突發危急病人時，皆能及時接受適切處置。	1.評鑑委員實地訪談內容包含「不預期心跳停止」之因應方式。 2.若醫院急救車採「上鎖」管理，其

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			符合項目： 1.明訂院內突發危急病人急救措施之標準作業程序。(原 2.3.18-C1) 2.應公告全體工作人員周知緊急事件的代號或暗語，及其因應處理方針及步驟。(原 2.3.18-C2) 3.急救設備及藥品應有明確管理規範，確保功能、供應、效期，並能正確操作。(原 2.5.12-C 修) 4.每年至少舉辦一次以上醫療團隊之急救演練且有紀錄。(原 2.3.18-B2) 【註】 急救車藥物應每班別確實點班，若急救車上鎖或貼封條則毋須每班點班，但有定期核對急救用品有效期限之機制。 評量方法及建議佐證資料： 1.院內突發危急病人急救措施之標準作業程序。 2.急救車管理規範。 3.急救車點班紀錄。 4.急救演練紀錄。	「鎖」的使用應是遇緊急狀況時，可立即破壞打開使用為原則，以免延誤急救時效。 3.院內急救車之藥品及物品擺放位置應一致，以利新進人員及支援同仁儘快熟悉藥品位置。 4.急救車內之藥品應以急救藥物為原則，勿放置常備藥品。
	2.3.15	實施適切之轉診（介）服務，並與院外機構建立良好合作關係	目的： 協助病人適切安全之轉診，達到持續性照護目標。 符合項目： 1.與院外機構建立適切的合作機制，並訂有轉診(介)作業流程。(原 2.9.1-C1,2、2.9.5-C1 併) 2.院內有人員或單位負責該項工作。(原 2.9.5-C2) 3.轉診(介)紀錄完整。(原 2.9.1-C3) 【註】 轉診作業相關流程須符合醫療法施行細則第 50-52 條規定。 評量方法及建議佐證資料： 1.轉診(介)作業流程。	醫院應以分級醫療概念協助急診或住院病人轉介。

條 號	條 文	評 量 項 目	評 鑑 委 員 共 識
		2.轉診(介)紀錄。	
2.3.16	醫療照護團隊應依病人需求，提供適切、完整的出院照護計畫與指導，並有紀錄	目的： 醫療照護團隊共同擬訂與執行病人出院計畫，確保病人順利轉院或返家。 符合項目： 1.醫院應明訂出院照護計畫流程，並依病人需求，由醫療照護團隊共同參與擬訂出院照護計畫，並有紀錄。(原 2.9.2-符合 2,3 併) 2.出院照護計畫至少應包括：與疾病相關之計畫及指導(如營養、復健、用藥、後續門診追蹤、緊急就醫之醫療資源與途徑等資訊)，並能以書面資料提供給病人。(原 2.9.2-符合 4,5、2.9.3-C2 併) 3.依病人需求，協助提供社區相關資源或轉介服務。(原 2.9.2-符合 6) 4.醫院應針對相關職類人員進行出院照護計畫之教育訓練，並有紀錄。(原 2.9.3-C1 修) [註] 1.出院照護計畫係指出院準備計畫或出院準備服務，應能評估病人長期性問題。 2.醫院應對住院病人提供出院準備計畫，若病人為身心障礙者時，應依據身心障礙者權益保障法第 23 條之規定，為住院之身心障礙者提供出院準備計畫。 身心障礙者權益保障法第 23 條內容： 「醫院應為無法自行表達需求或有其他特殊需求之身心障礙者設置服務窗口，提供溝通服務或其他有助於就醫之相關服務。 醫院應為住院之身心障礙者提供出院準備計畫；出院準備計畫應包括下列事項： (1)居家照護建議。	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			(2)復健治療建議。 (3)社區醫療資源轉介服務。 (4)居家環境改善建議。 (5)輔具評估及使用建議。 (6)轉銜服務。 (7)生活重建服務建議。 (8)心理諮商服務建議。 (9)其他出院準備相關事宜。」 3.醫院應提供相關保險及社會資源相關資訊或告知院內相關專責部門聯繫方式。 4.社區資源係指未來可支援的醫院或居家服務等之連繫合作、照護保險、社會資源的申請手續、諮商業務等。 評量方法及建議佐證資料： 1.出院照護計畫流程。 2.病人出院照護計畫。 3.相關職類人員出席出院照護計畫之教育訓練紀錄。	
可	2.3.17	適當執行居家照護服務，並有評估、檢討，以利品質提升	目的： 提供適當的居家照護服務，提升病人照護及生活品質。 符合項目： 1.有接受長期照護相關訓練之專責護理人員，執行居家護理業務。(原 2.9.6-C1、B1 併) 2.機構訂有各項居家照護服務作業標準、步驟。(原 2.9.6-C2 修) 3.對個案訂有合適的照護計畫，紀錄完整。(原 2.9.6-C2 修) 4.能提供居家照護服務量的統計分析資料。(原 2.9.7-C1 修) 5.依個案需求，協助提供社區相關資源或轉介服務，並有紀錄。(新增) [註]	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			未向健保署申報居家照護給付醫院可自選本條免評。 評量方法及建議佐證資料： 1.長期照護相關訓練證書或證明。 2.居家照護服務作業標準與步驟及修訂歷史紀錄。 3.個案照護計畫紀錄。 4.服務量統計分析資料。	
可	2.3.18	有適當安寧緩和醫療團隊提供安寧照護服務	目的： 安寧緩和醫療有適當之團隊，提供多元化、高品質的安寧照護服務。 符合項目： 1-a.安寧病房：(新增) (1)應有受過安寧緩和醫學訓練之專責主治醫師 1 人負責安寧緩和醫療團隊相關業務。 (2)每床應有護理人員 1 人以上。 1-b.安寧居家療護：(新增) (1)應有專責主治醫師 1 名以上。 (2)應有專責護理師至少 1 人，且每月每 45 訪視人次應有專任安寧居家療護護理師 1 人以上。 (3)應提供安寧療護護理專業人員 24 小時電話諮詢服務。 (4)有專責之醫護主管負責管理相關事務，並訂有居家訪視醫療人員的安全保障措施。 1-c.安寧共同照護：(新增) (1)應有專責主治醫師 1 名以上。 (2)應有專責護理師至少 1 人，且每月每 30 新收案人數應有專任安寧共同照護護理師 1 人以上。 2.應有 1 名專責社工人員。(新增) 3.安寧居家療護及安寧共同照護護理師需具備至少 2 年之內外科(或安寧病房)相關臨床經驗。(新增)	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			4.上述人員均需受過安寧療護教育訓練 80 小時以上。(新增) 5.安寧緩和醫療團隊組織架構明確，定期召開跨專業團隊會議，整合團隊共識，並擬定跨專業的處置計畫。(新增) [註] 1.未登記設有安寧病房（床）或未向健保署申報甲類安寧居家療護/安寧共同照護給付者，可自選本條全部或部分免評。 2.護理人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定。 3.「內外科相關臨床經驗」：現職醫院及院外其他醫院之工作年資得合併計算。 4.「臨床安寧療護護理經驗」：包含安寧病房、安寧居家療護及安寧共同照護之工作年資，現職醫院及院外其他醫院之安寧療護工作年資得合併計算。 評量方法及建議佐證資料： 1.安寧療護工作手冊。 2.安寧緩和醫療團隊組織圖。 3.居家訪視醫療人員安全保障措施。 4.安寧緩和醫療團隊成員證照或受訓、服務紀錄。 5.安寧緩和醫療團隊人員排班表。	
可	2.3.19	安寧病房應有適當之設施、設備、儀器管理機制，並確實執行保養管理	目的： 安寧病房有適當及功能良好的設施、設備，滿足末期病人/需求。 符合項目： 1.安寧病房設施、設備、儀器應符合醫療機構設置標準之規定。(新增) 2.有恆溫控制及方便搬運病人進出之臥浴浴缸(如：洗澡機)，每週並有使用紀錄。(新增) 3.有明確制訂各項儀器設備維護相關管理保養制度，並確實	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			執行。(新增) 4.專業人員能正確操作各項儀器設備，瞭解故障排除處理流程，並熟悉相關表格記錄方式。(新增) 【註】 1.未登記設有安寧病房（床）者，可自選本條免評。 2.病房設施： (1)應為可區隔之區域。 (2)應有供病人坐浴或臥浴之浴廁設備；病室內可提供者，則免設。 (3)可供面談及供家屬與瀕死病人最後相聚或默禱助念及家屬度過急性哀傷之獨立空間。 (4)視需要設置活動治療室。 (5)應有污物污衣室。 3.應設病室並符合下列規定： (1)應有浴廁設備，並有扶手及緊急呼叫系統。 (2)每一病室至多設 4 床；每床最小面積(不含浴廁)應有 7.5 平方公尺；如設單床病室者，每床最小面積(不含浴廁)應有 9.3 平方公尺。 (3)床尾與牆壁間之距離至少 1.2 公尺。 (4)床邊與鄰床之距離至少 1 公尺。 (5)床邊與牆壁距離至少 0.8 公尺。 (6)床與床之間，應備有隔離視線之屏障物。 (7)每床應具有床頭櫃及與護理站之呼叫器。 (8)病床應有床欄並可調整高低。 (9)每床應有醫用氣體及抽吸設備。 4.可提供下列儀器設備：輸液幫浦、病患自控式止痛裝置、床旁便盆器、翻身/擺位器材及各式枕頭與床墊、超音波噴霧器、搬運推床及床旁洗頭器具等。 5.可提供病人日常活動場所，按病床數計，平均每床應有 4.5	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			平方公尺以上(同一平面有戶外活動場所者，得免設)。 評量方法及建議佐證資料： 1.安寧病房設施、設備、儀器一覽表、操作手冊及維修保養規範。 2.安寧病房設施、設備、儀器維修保養紀錄。	
可	2.3.20	適當的安寧照護服務管理、收案評估、照護品質、團隊合作與紀錄	目的： 安寧緩和照護組織與團隊運作良好，有效管理相關流程。 符合項目： 1.設有行政相關組織，訂定年度目標，並定期召開行政會議檢討安寧照護服務之管理，且作成紀錄。(新增) 2.有明確的收案流程；安寧居家療護收案病人有再入院評估標準。病人收案前，能提供安寧照顧服務理念的書面介紹，及病人/家屬之權利義務說明書。(新增) 3.病人/家屬之照護過程：(新增) (1)有標準流程以提供舒適護理、疼痛及其他常見症狀臨床評估處置計畫。 (2)能依病人個別性之需求，提供社會心理靈性需求評估與處置照顧計畫。 (3)病歷紀錄表格內容，能與病人實際臨床照護連結。 (4)如設有安寧病房者：有家庭會議召開之標準流程；有出院病人準備計畫(含病危自願返家病人家屬衛教)標準流程。 (5)如設有安寧居家療護者：有因應病人所需檢驗、治療、及藥物取得之簡化流程，並能為病人代採檢體、代領藥；有完整的安寧居家訪視包攜帶物品清單及管理。 【註】 1.未登記設有安寧病房（床）或未向健保署申報甲類安寧居家療護、安寧共同照護給付者，可自選本條全部或部分免	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			評。 2.安寧病房、安寧居家療護及安寧共同照護相關議題之會議得合併進行，會議紀錄形式由醫院決定，但內容應有所區分。 評量方法及建議佐證資料： 1.安寧療護工作手冊及組織圖。 2.安寧療護小組年度工作目標。 3.安寧療護簡介單張。 4.病人/家屬權利義務說明書。 5.病歷或電子病歷。	
	2.3.21	訂定病人臨終前、後之處理流程	目的： 醫療照護團隊尊重臨終病人意願，協助家屬善終處置並提供哀傷輔導。 符合項目： 1.明訂病人臨終前、後之處理規範，應尊重臨終病人意願，並提供家屬協助，包含善終(死亡)準備及遺體護理等。(原 2.3.19-符合 1 修) 2.相關醫療照護團隊人員應接受哀傷輔導的教育訓練。(原 2.3.19-符合 2) 3.協助家屬面對病人臨終的事實，並能依家屬需要，提供探視的環境、哀傷輔導及關懷服務。(原 2.3.19-符合 3) 評量方法及建議佐證資料： 1.病人臨終前、後之處理規範。 2.臨終關懷及哀傷輔導相關教育訓練紀錄。 3.醫護、社工或往生室人員哀傷輔導紀錄。	

第 2 篇、醫療照護 第 2.4 章 特殊照護服務

【重點說明】

在醫療中有許多高危險情境（如急診、加護病房中），病人之醫療照護執行與評估十分重要，因此醫院必須特別對此訂定適宜之標準流程及規定，以提供適宜的照護品質。另有許多高風險病人，如精神科病人、呼吸衰竭使用呼吸器病人、腎衰竭接受透析照護病人。醫院對此類高危險病人之照護應有特殊之規範，以提供完整、一致、安全的醫療照護。本章規範之目的有下列幾項：

1. 急診及加護病房之病人，均為危急之病情，病人之醫療照護執行與評估均應有特殊之要求。醫院對設備器材及醫療照護執行人員之人力、資格、訓練均應符合規定。
2. 照護精神科病人之醫療照護人員之人力、資格、訓練均應符合規定，並能提供適宜的精神照護內容。
3. 透析照護與呼吸照護應由合格醫療照護團隊提供。
4. 透析照護與呼吸照護應有合格設施設備，建立維護管理機制並確實執行，以建置安全的照護環境。
5. 特殊病人照護應有合宜的醫療品質管理，除建立及確實執行感染管制作業外，亦應設定醫療及病人照護品質指標或目標，確保病人權益。

【呼吸照護條文評量共識】

為維護呼吸器依賴之病人照護品質，若醫院未登記設有慢性呼吸照護病房(RCW)及亞急性呼吸照護病房(RCC)，但有收治呼吸器依賴病人者：

1. 若於急性病房收治使用呼吸器超過 63 天之病人者，需評量 RCW(2.4.21、2.4.22、2.4.23、2.4.27)相關條文。
2. 若於急性病房收治使用呼吸器超過 21 天(63 天以下)之病人者，需評量 RCC(2.4.24、2.4.25、2.4.26、2.4.27)相關條文。
3. 若於急性病房同時收治兩者(使用呼吸器超過 63 天之病人及使用呼吸器超過 21 天(63 天以下)之病人者)，則以 RCC(2.4.24、2.4.25、2.4.26、2.4.27)相關條文評量。

條 號	條 文	評量項目	評鑑委員共識
可 2.4.1	適當之急診人力配置及訓練	目的： 依作業量配置具特定資格及能力之急診醫護人員，提供急診醫療服務。 符合項目： 1. 急診室 24 小時至少均應有一位執業二年以上之醫師值班。 (新增,綜合醫院設標)	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			2.診療室每日每 12 人次應有護理人員 1 人。(原 2.4.1-C2) 3.急診醫護人員皆具有 BLS 訓練且合格，且 50%以上急診醫護人員具有 ACLS 等之證書。(原 2.4.1-C3,4 併) 【註】 1.符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)未設有急診室；或經中央主管機關同意，不設急診室。 (2)非「急救責任醫院」。 2.醫護人員具 ANLS、ATLS、ETTC、NRP、APLS 及 PALS 等證書，皆可等同 ACLS 證書。 3.人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定。 評量方法及建議佐證資料： 1.急診醫師清冊。 2.急診主治醫師、住院醫師、護理師值班表。 3.急診主治醫師、住院醫師、護理師 BLS、ACLS 證明。	
可	2.4.2	急診應有完備之設施、設備、儀器、機器，並確實執行保養管理及清潔管理	目的： 急診配置適當之設施、設備及儀器，並有完善管理機制，確保其功能正常，維護照護品質。 符合項目： 1.具備施行心肺復甦術或相當處置所需之設備、儀器(確保氣管、人工呼吸器、輸液、輸血及給藥之準備、去顫器(defibrillator)等)，且經常備妥於確實可用狀態。(原 2.4.2-C1) 2.應有人員負責急診之設施、設備、儀器、機器之保養、檢查及安全管理，並訂有規範，落實執行，有紀錄可查。(原 2.4.2-C2 修) 3.設置異常管理手冊，以因應儀器設備如發生故障時之作業流程。(原 2.4.2-C4) 【註】	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)未設有急診室；或經中央主管機關同意，不設急診室。 (2)非「急救責任醫院」。 評量方法及建議佐證資料： 1.醫療儀器、設備清單。 2.醫療儀器、設備、機器負責人名單。 3.醫療儀器、設備保養作業標準及查檢紀錄。 4.醫療儀器、設備故障異常管理之作業流程及維修紀錄。	
可	2.4.3	依醫院的角色任務，提供急救病人處置能力	目的： 訂有符合急診病人醫療需求及轉診之各項處置流程，並依法處理有特殊需求之病人，提供特殊服務。 符合項目： 1.依醫院定位訂有急診病人的就醫準則與流程，提供緊急檢查、診斷、住院、手術等急救的醫療處置能力。(原 2.4.3-C1) 2.在醫院無法接受病人時，應先給予適當之急救，並依相關機制聯絡，及運送病人至其他醫療機構。(原 2.4.3-C2) 3.設有精神科住院病房(不含日間照護)之醫院，同時應訂定有急診精神科病人之醫療作業處理準則與流程，及病人轉介系統，包含：(原 2.4.3-C4) (1)遵守精神衛生相關法規，並依適當程序呈報或進行相關醫療事宜。 (2)急診病人安排住院或轉介他院之流程。 4.對於急診就醫個案，知其有疑似遭家庭暴力(含兒童與少年虐待及疏忽)或性侵害犯罪情事者，應訂有處理作業準則，並依法通報。(原 2.4.3-C5) 5.轉出時應提供轉診病歷摘要。(原 2.4.3-C3) [註]	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			1.符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)未設有急診室；或經中央主管機關同意，不設急診室。 (2)非「急救責任醫院」。 2.救護人員包括醫師、護理人員、救護技術員。 3.醫療法第 60 條相關內容摘錄：醫院、診所遇有危急病人，應先予適當之急救，並即依其人員及設備能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延。 4.醫療法第 73 條相關內容摘錄：醫院、診所因限於人員、設備及專長能力，無法確定病人之病因或提供完整治療時，應建議病人轉診。但危急病人應依第六十條第一項規定，先予適當之急救，始可轉診。 前項轉診，應填具轉診病歷摘要交予病人，不得無故拖延或拒絕。 5.應依家庭暴力防治法第 50 條、性侵害犯罪防治法第 8 條、兒童及少年福利與權益保障法第 53 條(舊法規第 34 條)規定辦理。 評量方法及建議佐證資料： 1.急診病人就醫準則與流程。 2.急診精神科病人醫療作業處理準則與流程。 3.急診疑似遭家庭暴力(含兒童與少年虐待及疏忽)或性侵害犯罪情事處理作業準則。 4.急診病人轉診或轉出作業流程或規範。 5.病人轉送之評估紀錄。 6.急診委員會或全院性急診品質審查會議相關會議紀錄。	
可	2.4.4	建置適當的急診診療科支援機制	目的： 依任務提供適當之急診診療科別服務，以因應就診病人不同醫療需求。 符合項目：	本條文及評量項目所提「支援」係指以現場支援為主。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			1.應依醫院於社區之角色任務，建置適當的診療科支援機制。(原 2.4.4-C1) 【註】 符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)未設有急診室；或經中央主管機關同意，不設急診室。 (2)非「急救責任醫院」。 評量方法及建議佐證資料： 1.急診服務科別清單。 2.急診支援(含會診)規範。	
可	2.4.5	具備完善的急診醫事人員與警衛輪班制度	目的： 訂有合宜之急診醫事人員輪班制度，及預防危機之管理機制，維護病人服務品質及工作人員安全。 符合項目： 1.應有適當醫事人員輪班或支援制度。(原 2.4.5-C 修) 2.應有 24 小時警衛或保全人員，且設有警民連線或報案機制。(新增,綜合醫院設標) 【註】 符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)未設有急診室；或經中央主管機關同意，不設急診室。 (2)非「急救責任醫院」。 評量方法及建議佐證資料： 1.醫事人員輪班或支援制度。 2.警衛或保全人員班表。	
可	2.4.6	應有急診病人醫療、救護處理之適當性及品質檢討分析與改善	目的： 針對急診各項醫療服務品質，有適當之管理機制，確保照護品質。 符合項目：	有關急診醫療品質相關指標可依醫院自行定義。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			1.定期召開急診品質相關審查會議，確保急診管理與品質促進。(原 2.4.6-C1 修) 2.訂有急診醫療品質相關指標，包含：(原 2.4.6-C2、註 2 併修) (1)病人滯留急診 24 及 48 小時以上之比率。 (2)72 小時內回診病人比率。 (3)病人轉出原因分析。 [註] 1.符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)未設有急診室；或經中央主管機關同意，不設急診室。 (2)非「急救責任醫院」。 2.急診等候手術時間之收案對象，係指醫囑開立為緊急手術之急診病人，其等候時間以醫囑開立時間起算。 評量方法及建議佐證資料： 1.急診委員會或相關組織的會議紀錄。 2.急診相關醫療品質指標監測紀錄、統計資料及會議討論紀錄。	
可	2.4.7	適當之加護病房組織及人力配置	目的： 依加護病房床數配置醫護人員，並設有值班機制，提供適當醫療照護。 符合項目： 醫師人力：(原 2.4.7-C 修) 1.全院加護病床每 10 床應有 1 名專責主治醫師以上。 2.配置負責加護病房業務之主治醫師及值班醫師。 3.必要時，應有共同照護的合作機制。 護理人力：每床應有 1.5 人以上。(原 2.4.7-C) [註] 1.未設有加護病房者，可自選本條免評。	1.評量項目[註]2「專責主治醫師係指該醫師除每週至多 3 個半天門診或手術等，其餘時間皆待在加護病房執行業務者」，其中星期六、日、例假日及夜診不在計算範圍內。 2.醫師人力 2 所指應依據醫療機構設置標準，每醫加護病房應有受過高階心肺復甦術訓練之專責相關專科醫師 1 人以上，且全院加護病床每 10 床應有 1 名專責主治醫師以上。 3.護理人力計算，共有下列二種認計原

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			2.專責主治醫師係指該醫師除每週至多 3 個半天門診或手術等，其餘時間皆待在加護病房執行業務者。 3.因應不同性質之加護病房，具 ANLS、ATLS、NRP、APLS 及 PALS 等證書，皆可等同 ACLS 證書。 4.人力計算時： (1)病床數得考量年平均佔床率，且四捨五入取至整位。 (2)人力計算結果以整數計。 (3)人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定。 評量方法及建議佐證資料： 1.加護病房醫師人力配置及值班表。 2.加護病房護理人力配置及班表。	則，醫院可擇一列計： (1)醫院各加護病房需分開評量，且至少有七成之加護病房符合相關要求。 (2)以各加護病房之床數加總後合併計算人力，需符合相關要求。
可	2.4.8	加護病房備齊相關設施、設備及儀器，並應定期保養、維護，且有紀錄可查	目的： 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。 符合項目： 1.病床床距間隔適當，且至少有隔離視線之隔簾，以保障隱私。(原 2.4.8-C1) 2.應有人員負責加護病房之設施、設備、儀器之保養、檢查及安全管理。(原 2.4.8-C2 修) 3.明訂保養、檢查的排程，並有紀錄。(原 2.4.8-C3) 4.設置儀器異常管理機制，以因應故障時之作業流程。(原 2.4.8-C4) 5.每床均有洗手設備(含乾洗手)。(原 2.4.8-C5) 6.每 2 床，均有 1 個濕洗手設備。(原 2.4.8-C6) [註] 未設有加護病房者，可自選本條免評。 評量方法及建議佐證資料： 1.醫療儀器、設備保養作業標準及查檢紀錄。	1.符合項目 6 所提「濕洗手設備」之數量，院內達七成以上的加護病房合格即可。 2.以上所稱「濕洗手設備」，以訪查成人加護病房為主，新生兒及兒科加護病房除外。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			2.醫療儀器、設備故障異常管理之作業流程及維修紀錄。	
可	2.4.9	良好的加護病房管理、收案評估、診療品質與紀錄	目的： 訂有加護病房之各項作業規範、品質指標，及定期會議檢討執行成效，確保服務品質。 符合項目： 1.定期召開加護病房相關管理會議，檢討加護病房管理與品質指標。(原 2.4.9-C1 修) 2.訂定加護病房轉入轉出及運用原則(含轉入優先順序)、具體步驟及客觀評估標準並確實執行且有紀錄。(原 2.4.9-C2) 3.呼吸器的使用有治療參數與後續照顧之紀錄。(原 2.4.9-C3) 【註】 未設有加護病房者，可自選本條免評。 評量方法及建議佐證資料： 1.加護病房相關管理會議設置辦法及會議紀錄。 2.加護病房轉入轉出及運用原則。 3.加護病房醫師交班紀錄。 4.加護病房抽查個案或定期收治病人適當性統計資料。 5.呼吸器使用之相關治療個案紀錄或討論會紀錄。	
可	2.4.10	加護病房護理人員須依其特性及護理人員需要，安排在職教育訓練，並評核其能力	目的： 加護病房護理人員應具一定資歷，並接受在職訓練，提供適當護理服務。 符合項目： 1.依單位特性及護理人員需要，每年應有院內外之重症照護相關訓練。(原 2.4.10-C1) 2.加護病房工作 2 年以上且領有加護訓練證書及 ACLS 證書，佔加護病房護理人員數之比例$\geq 30\%$。(原 2.4.10-C2 修) 【註】	1.若加護病房的新進護理人員於當年度所接受的加護訓練，若其課程內容與該加護病房特性之課程相關，即可列計。 2.若為多個加護病房，其護理人員之重症照護相關訓練、年資及證書比例應分開列計。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			1.未設有加護病房者，可自選本條免評。 2.護理人員應具備加護護理能力，包括：重症護理知能、儀器操作、危急狀況之預測、緊急處置能力、病人問題的評估與處理等。 評量方法及建議佐證資料： 1.加護病房護理人員重症照護相關訓練紀錄。 2.加護病房護理人員加護訓練證書及 ACLS 證書。	
可	2.4.11	適當之精神照護人力配置	目的： 依醫院精神醫療服務量，配置適當專業人力，確保照護品質。 符合項目： 1.精神醫療人力：(原 2.4.11-C1) (1)精神醫療職能治療人員：有專責精神醫療職能治療人員；且精神醫療職能治療人員數：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 35 床應有 1 名。(35 床以下可以特約人員兼任，惟每週需工作 8 小時以上。) (2)精神醫療社會工作人員：有專責精神醫療社會工作人員；且精神醫療社會工作人員數：精神急性一般病床每 30 床應有 1 名、精神慢性一般病床及精神科日間照護單位每 75 床應有 1 名。 (3)臨床心理人員：有專責臨床心理人員；且臨床心理人員數：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.依據醫院住院及門診病人組成，確保備有適宜的工作人員以提供恰當的服務。(原 2.4.11-C3)	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			【註】 1. 未有精神科住院及精神科日間照護單位者，可自選本條免評。 2. 各類病床數以登記開放數計，並依實際設置情形計算人力。 3. 人力計算時： (1) 病床數得考量年平均佔床率，且四捨五入取至整位。 (2) 人力計算結果以整數計。 (3) 人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定。 評量方法及建議佐證資料： 1. 依申請評鑑類別之門診、住院、精神科加護病房、精神科日間照護單位等服務資料，提供其精神醫療人力(近四年逐年統計)。	
可	2.4.12	精神科日間照護業務應提供以病人為中心之治療模式	目的： 提供以病人為中心的精神科日間照護，確保病人安全。 符合項目： 1. 醫療團隊提供個別生活訓練、服藥訓練、工作能力訓練、社交技巧訓練、家庭關係強化等復健服務。(原 2.4.12-C1) 2. 訂有入出院標準及流程。(原 2.4.12-C2) 3. 日間照護環境有注重病人安全相關措施(如防自殺、防跌等)。(新增) 【註】 未設有精神科日間照護單位者，可自選本條免評。 評量方法及建議佐證資料： 1. 日間照護治療服務簡介。 2. 入出院標準及流程。 3. 符合病人安全環境的相關措施資料及現場查證。	
可	2.4.13	精神科能提供特殊	目的：	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
		病例治療業務	配合政策，提供家暴、性侵害、或酒藥癮、或自殺防治等治療業務。 符合項目： 1.提供家暴(含兒少保護)、性侵害被害人身心治療或酒藥癮或自殺防治等特殊治療業務。(原 2.4.13-C 修) [註] 未有精神科（門診、住院、日間照護）業務者，可自選本條免評。 評量方法及建議佐證資料： 1.家暴(含兒少保護)或性侵害被害人身心治療服務方案內容，及服務統計資料。 2.酒藥癮或自殺防治服務方案內容，及服務統計資料。	
可	2.4.14	依病人需求提供適宜的精神科職能治療服務	目的： 精神科職能治療服務訂有作業流程並落實執行，符合病人要求。 符合項目： 1.職能治療業務應訂有詳細的職能治療工作手冊，內含各類業務標準化作業流程、活動／團體企劃書、評估、治療和檢討等。(原 2.4.14-C1) 2.提供合適的職能治療活動及服務時數和公佈活動時間表並確實執行。(原 2.4.14-C2) 3.應有病人出席職能治療活動之紀錄，並將紀錄和報告夾貼病歷或記入電子病歷內。(原 2.4.14-C3) [註] 未有精神科住院及精神科日間照護業務者，可自選本條免評。 評量方法及建議佐證資料：	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			1.職能治療工作手冊(含詳細內容)。 2.職能治療活動及服務時數之執行資料。 3.評鑑時依委員指示提供病歷佐證病人參加職能治療活動及內容。	
可	2.4.15	依病人需求提供適宜的精神科社會工作服務與服務品質	目的： 精神科社會工作服務訂有作業流程並落實執行，符合病人要求。 符合項目： 基本服務事項完備，包含：(原 2.4.15-C 修) 1.訂有精神社工作業手冊(內含專業倫理守則)，且落實執行。 2.主動協助病人及家屬獲得社會資源及提供病人社區轉介服務。 3.應訂有出院準備服務計畫之流程，並依病人需求提供服務。 4.社工作業應備有接案評估、處遇過程及結案紀錄。 [註] 未有精神科住院及精神科日間照護業務者，可自選本條免評。 評量方法及建議佐證資料： 1.精神科社工作業手冊，含完整之服務內容，服務流程及報告內容。 2.社工服務紀錄。	
可	2.4.16	依病人需求提供適宜的精神科臨床心理服務與服務品質	目的： 精神科臨床心理服務訂有作業流程並落實執行，符合病人要求。 符合項目： 1.訂有臨床心理作業手冊(內含專業倫理守則)，且落實執行。 (原 2.4.16-C1)	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			2.醫院應依病人特性，發展適當之心理衡鑑與心理治療作業。(原 2.4.16-C2) 3.針對病人特性提供包含預防性、治療性或復健性之心理衡鑑與心理治療業務。(原 2.4.16-C4) 4.心理衡鑑及心理處置紀錄，應依法規獨立妥善管理，並將衡鑑報告及處置摘要置入病歷中。(原 2.4.16-C5) [註] 未有精神科住院及精神科日間照護業務者，可自選本條免評。 評量方法及建議佐證資料： 1.臨床心理作業手冊(含完整之服務內容、服務流程及報告內容)。 2.臨床心理服務報告／紀錄。	
可	2.4.17	由適當醫療照護團隊提供透析照護服務	目的： 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。 符合項目： 1.每 15 張血液透析治療床應有專科醫師 1 人以上，且其中應有 1/2 具有內科或兒科專科醫師資格，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。(原 2.4.17-C1,綜合醫院設標併) 2.每位血液透析護理人員照顧 4 位血液透析病人。每位腹膜透析護理人員最多照顧 35 位腹膜透析病人。(原 2.4.17-C2) 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。(原 2.4.17-C3) [註] 符合下列全部條件者，可自選本條免評：	1.符合項目 2 所提「每位血液透析護理人員照顧 4 位血液透析病人」，以「護病比」進行查核。 2.符合項目 3： (1)16 小時血液透析基礎訓練課程只要上過一次課即可，24 小時進階訓練課程可參考繼續教育訓練的時數或積分。(2)教育訓練時數之認定，均以「小時」計；若採學分制之教育訓練，則請醫院以該學分所對應之課程表時數進行統計。 (3)訓練方式可包括如院內訓練、院外訓練或實務訓練(on site training)...等；另，課程內容可參考腎臟相關學會(如：臺灣腎臟護理學會及台

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			(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）。 評量方法及建議佐證資料： 1.透析人員(醫師、護理師)證照及教育訓練資料。	灣腎臟醫學會)之認證。
可	2.4.18	建立透析照護服務設施、設備、儀器管理機制，確實執行	目的： 配置適當之透析照護設施、設備及儀器，並有完善管理機制，確保其功能正常，維護照護品質。 符合項目： 1.制訂有明確的各項儀器設備維護相關規章管理制度並確實執行，且符合規定。(原 2.4.18-符合 1) 2.應有合格之醫技人員(醫工)或合約廠商，負責定期執行透析機之檢查、日常保養及維修，並有故障排除處理流程與紀錄。(原 2.4.18-符合 3 修) 3.應有合格之醫技人員(醫工)或合約廠商負責每月定期檢查及實施管路保養、消毒，且備有管路有效消毒濃度與殘留檢測之規範文件及紀錄，耗材應依規定定期更換，並有紀錄。(原 2.4.18-符合 6) 4.單位有人員負責 RO 水處理系統，日常檢視餘氯檢驗、食鹽添加之抄表紀錄並有異常故障排除處理流程，且耗材應依規定定期更換，並有紀錄。(原 2.4.18-符合 7) 5.至少每 2 個月檢測一次水中殘餘物質檢查包括硬度、導電度、餘氯等，每年檢測一次水中重金屬含量結果並至少符合 AAMI (Association for the Advancement of Medical Instrumentation)之標準，備有完整紀錄供評估。(原 2.4.18-符合 8) 【註】 符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)未登記設有血液透析床及腹膜透析床。	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			(2)未提供透析照護服務（腹膜透析或血液透析）。 評量方法及建議佐證資料： 1.各項儀器設備維護管理相關規章辦法。 2.各項儀器設備專責醫工(技術)人員或合作廠商名單或清單。 3.各項儀器設備檢查、保養及維修紀錄。 4.各項儀器設備相關說明書及操作手冊。 5.水質檢測相關紀錄。	
可	2.4.19	建置安全的透析照護服務環境	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。 符合項目： 1.透析室之所有員工有 B、C 型肝炎之檢查紀錄。(原 2.4.20-C1) 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。(原 2.4.20-C2) 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。(原 2.4.20-C3) 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。(原 2.4.20-C4 修) 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。(原 2.4.20-C5) 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%。(原 2.4.20-C6) 7.重複使用透析器之醫院必須符合下列所有標準：(原 2.4.19-符合)	1.評鑑委員可參考受評醫院上次之感染管制查核結果(10.1 項次)。 2.符合項目 2 所提「緊急沖洗設備」，依據台灣腎臟醫學會「血液透析及腹膜透析評量作業說明」之定義係指「每一樓層均有蓮蓬頭或噴灑設備即可」。 3.符合項目 4，依據台灣腎臟醫學會「血液透析及腹膜透析評量作業說明」之定義： (1)C 型肝炎透析病人需有分床(透析機)之安排，班與班之間必須徹底消毒。 (2)B 型肝炎透析病人需分區及分床，班與班之間必須徹底消毒。 (3)負壓隔離病房或加護病房內，如有透析機台，須特別注意是否依規定進行水質監測。 4.符合項目 5 所提「定期」，均以每年計之。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			(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。 【註】 符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)未登記設有血液透析床及腹膜透析床。 (2)未提供透析照護服務（腹膜透析或血液透析）。 評量方法及建議佐證資料： 1.透析室醫護人員 B、C 肝炎檢查紀錄。 2.透析用水之監測紀錄。 3.門診透析病人肝炎相關監測紀錄。 4.如有重複使用透析器者，須另外提供： (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。 (2)透析室物質安全資料表。 (3)重複使用透析器之消毒液殘餘量檢測資料。 (4)total cell volume 檢測紀錄。	
可	2.4.20	透析照護服務之醫療照護品質適當	目的： 訂有透析照護之各項品質指標，並定期監測檢討，確保照護	地區醫院若有進行移植登錄，即可認定符合項目 4 符合。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			品質。 符合項目： 對 90%以上門診透析病人有監測下列指標： 1.90%以上血液透析病人每次 Kt/V$\geq$1.2，65%以上腹膜透析病人每週 Kt/V$\geq$1.7。(原 2.4.21-C1) 2.70%以上血液透析病人，65%以上腹膜透析病人，達到血清白蛋白(Albumin)之標準。(原 2.4.21-C2) 3.85%以上透析病人 Hct$\geq$26%。(原 2.4.21-C3) 4.55 歲以下病人移植登錄率$\geq$5%。(原 2.4.21-C4) 5.有進行腹膜透析推廣。(新增) 【註】 1.符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)未登記設有血液透析床及腹膜透析床。 (2)未提供透析照護服務（腹膜透析或血液透析）。 2.血清白蛋白(Albumin)標準：以 BCG 法為$\geq$3.5g/dl，以 BCP 法為$\geq$3.0g/dl。 評量方法及建議佐證資料： 1.透析照護規範與作業程序。 2.透析單位訂有品質與指標管理的規章，並定期開會，有開會資料備查。 3.指標監測紀錄或專案改善會議紀錄。 4.透析病人移植登錄資料。 5.每月血液透析與腹膜透析病人數，及腹膜透析推廣活動紀錄。	
可	2.4.21	慢性呼吸照護病房(RCW)應由適當醫療照護團隊提供呼吸照護服務	目的： 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。 符合項目：	符合項目 1 所提「專責醫師」，不規範其於單位內執行業務時間，惟須符合評量項目所規定之作業事項。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			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。(原 2.4.22-C1 修) 2.有內科住院醫師或內科專科醫師負責夜間及假日值班。(原 2.4.22-C2) 3.每 30 床應有呼吸治療師至少 1 名。(原 2.4.22-C3) 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。(原 2.4.22-C4 修) 5.個案管理師可由呼吸治療師、護理師、或社工師兼任。(原 2.4.22-C5) 【註】 1.符合以下全部條件者，可自選本條免評： (1)未登記設有慢性呼吸照護病房(RCW)。 (2)於急性病房未收治使用呼吸器超過 63 天之病人；或於急性病房有收治使用呼吸器超過 21 天（63 天以下）之病人。 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。 評量方法及建議佐證資料： 1.本病房各職類人事資料、班表。	
可	2.4.22	慢性呼吸照護病房(RCW)應建立呼吸照護服務設施設備管理機制，確實執行	目的： 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。 符合項目： 1.具下列功能呼吸器比例適當(≥10%)：(原 2.4.23-C1) (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。	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			2.具備血壓、心跳或血氧濃度之生理監視器數量$\geq$床數 1/6。 (原 2.4.23-C2) 3.呼吸照護設施設備有定期維修保養紀錄。(新增) [註] 1.符合以下全部條件者，可自選本條免評： (1)未登記設有慢性呼吸照護病房(RCW)。 (2)於急性病房未收治使用呼吸器超過 63 天之病人；或於急性病房有收治使用呼吸器超過 21 天（63 天以下）之病人。 2.病床數係以登記開放數計。 評量方法及建議佐證資料： 1.呼吸器及監視設備功能型號清單。 2.設施設備保養紀錄。	
可	2.4.23	慢性呼吸照護病房(RCW)之醫療照護品質適當	目的： 定期執行呼吸器病人營養狀態及呼吸器脫離再評估等措施，確保照護品質。 符合項目： 1.呼吸器病人營養品質：每月有營養師定期訪視；每兩週有定期評估病人體重及營養狀況，含營養診斷、營養介入、評估與監測；每三個月有檢測病人白蛋白及基本電解質狀況。(原 2.4.24-C1) 2.呼吸器病人治療計畫妥適：病人每兩週有進行呼吸器脫離之再評估，提供適當之復健訓練，對末期病人可提供適當之安寧照護。(原 2.4.24-C2) [註] 符合以下全部條件者，可自選本條免評： (1)未登記設有慢性呼吸照護病房(RCW)。 (2)於急性病房未收治使用呼吸器超過 63 天之病人；或於急	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			性病房有收治使用呼吸器超過 21 天（63 天以下）之病人。 評量方法及建議佐證資料： 1.營養師定期訪視紀錄。 2.呼吸器脫離評估紀錄。	
可	2.4.24	亞急性呼吸照護病房(RCC)應由適當醫療照護團隊提供呼吸照護服務	目的： 依亞急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。 符合項目： 1.每 24 床有接受胸腔醫學訓練之內科專科醫師 1 名負責診療業務。(原 2.4.25-C1 修) 2.24 小時均有受過高階心肺復甦術訓練，並具二年以上執業經驗之醫師值班。(新增,綜合醫院設標) 3.每 10 床應有呼吸治療師 1 名，全天 24 小時均有呼吸治療師提供照護服務。(原 2.4.25-C3 修) 4.每床應有 1.5 人且 60%以上護理人員有 2 年以上臨床護理經驗。(原 2.4.25-C4 修,綜合醫院設標) 5.個案管理師可由呼吸治療師、護理師或社工師兼任，且訂有個案管理之作業流程與規範。(原 2.4.25-C5) 【註】 1.符合以下全部條件者，可自選本條免評： (1)未登記設有亞急性呼吸照護病房(RCC)。 (2)於急性病房未收治使用呼吸器超過 21 天（含）以上之病人。 2.若醫院雖未有登記亞急性呼吸照護病房(RCC)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。	符合項目 3 所提「可提供 24 小時服務」： 1.係指 24 小時有需要呼吸治療師之服務時，能提供服務即可。 2.其提供照護服務之方式，建議可依衛生福利部(原行政院衛生署)102 年 3 月 21 日衛署醫字第 1020200292 號函之函釋內容辦理： (1)若醫院聘有之呼吸治療師人數不足以在院輪值三班時，為提供 24 小時呼吸治療服務，得審酌病人情況，在院外 30 分鐘可達處所 on call。 (2)若醫院自聘之呼吸治療師人數足夠時，則 24 小時提供服務係指在醫院內值勤。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			評量方法及建議佐證資料： 1. 本病床各職類人事資料、班表。 2. ACLS 證照。	
可	2.4.25	亞急性呼吸照護病房(RCC)應建立呼吸照護服務設施設備管理機制，確實執行	目的： 亞急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。 符合項目： 1.具下列功能呼吸器比例適當($\geq 60\%$)：(原 2.4.26-B1) (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、心跳與血氧濃度之生理監視器數量$\geq$床數 1/2。(原 2.4.26-C2) 3.呼吸照護設施設備有定期維修保養紀錄。(新增) 【註】 符合以下全部條件者，可自選本條免評： (1)未登記設有亞急性呼吸照護病房(RCC)。 (2)於急性病房未收治使用呼吸器超過 21 天（含）以上之病人。 評量方法及建議佐證資料： 1.呼吸器及監視設備功能型號清單。 2.設施設備保養紀錄。	
可	2.4.26	亞急性呼吸照護病房(RCC)之醫療照護品質適當	目的： 定期執行呼吸器病人營養狀態評估及呼吸器脫離等措施，確保照護品質。 符合項目： 1.呼吸器病人營養品質：每兩週有營養師定期訪視；評估病人體重及營養狀況，含營養診斷、營養介入、評估與監測	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			並檢測病人白蛋白及基本電解質狀況。(原 2.4.27-C1 修) 2.脫離呼吸器評估計畫及確實執行脫離計畫適當：能適當評估病人並為其進行呼吸器脫離訓練。(原 2.4.27-C2) 3.定期檢討院內呼吸器脫離率：呼吸器脫離率平均$\geq 40\%$。(原 2.4.27-C3) 4.病情穩定病人能適時即早下轉，降低醫療資源耗損；平均 RCC 住院日數≤ 35 日。(原 2.4.27-C4) 【註】 符合以下全部條件者，可自選本條免評： (1)未登記設有亞急性呼吸照護病房(RCC)。 (2)於急性病房未收治使用呼吸器超過 21 天（含）以上之病人。 評量方法及建議佐證資料： 1.營養師定期訪視紀錄。	
可	2.4.27	呼吸照護服務感染管制作業	目的： 落實執行呼吸照護相關感染管制措施，提升照護品質。 符合項目： 1.呼吸治療裝置(潮濕瓶、噴霧瓶、軟管之類)貯存時應保持乾燥，包裝完整，使用單一包裝並標示有效日期，保持密閉性及外層的清潔，避免被灰塵沾污。(原 2.4.28-C1) 2.呼吸治療所使用之蒸餾水，一律採用無菌之蒸餾水。(原 2.4.28-C2) 3.噴霧治療之使用以緩解支氣管痙攣及呼吸道分泌物過多之病人為主，高感染性呼吸道傳染病者(如 SARS、TB、新型流感等)避免使用。(原 2.4.28-C3) 4.使用氧氣治療之鼻導管(nasal cannula)或氣切及插管之接管採“單一病人使用後即丟棄”。(原 2.4.28-C4) 5.每床病人應單獨使用一個甦醒袋(Ambu bag)，以避免交互	評鑑委員可參考受評醫院上次之感染管制查核結果(10.2 項次)。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			感染；如非單一病人使用之甦醒袋，每次使用後需完成高層次消毒程序，才能給他人再次使用。(原 2.4.28-C5) 【註】 符合以下全部條件者，可自選本條免評： (1)未登記設有慢性呼吸照護病房(RCW)及亞急性呼吸照護病房(RCC)。 (2)於急性病房未收治使用呼吸器超過 21~63 天之病人。 (3)於急性病房未收治使用呼吸器超過 63 天（含）以上之病人。 評量方法及建議佐證資料： 1.呼吸器及管路消毒標準作業流程。	
可 試	2.4.28	適當之牙科人力配置，且設有牙科專科或各專業學會認定之診療科	目的： 配置足夠且適當的牙科照護人力，確保照護品質。 符合項目： 1.設有全科(一般)牙科或家庭牙醫科。(新增) 2.牙醫師：應有經 2 年以上醫師訓練之牙醫師 1 人以上。(新增,綜合醫院設標) 3.牙科輔助人員：需經相關訓練，每 4 台牙科治療台應有 1 人以上。(新增) 【註】 1.符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)未設置牙科、口腔顎面外科、口腔病理科、齒顎矯正科。 (2)未提供牙科相關服務。 2.本條為試評條文，評量結果不納入評鑑成績計算。 3.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。 4.診療科係指：(1)全科(一般)牙科、(2)家庭牙醫科、(3)牙體	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			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。 5.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)齒顎矯正科、(2)口腔顎面外科、(3)口腔病理科。 6.「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。 評量方法及建議佐證資料： 1.牙科人力配置表及相關證書、證明。	
可 試	2.4.29	牙醫單位應有完備之設施、設備、儀器，並確實執行保養管理及清潔管理	目的： 配置足夠數量的牙科照護設施、設備及儀器，並有妥善管理機制，確保其功能正常，維護照護品質。 符合項目： 1.至少設有牙科治療台 1 台以上，且附近設有濕洗手設備。 (新增) 2.應有獨立診療室及候診場所，並有適當維護隱私之設施。 (新增,診所設標) 3.具備適當且足夠之設備，如：全口 X 光機、牙根尖 X 光機、鹵素光機、超音波洗牙機及高、慢速磨牙機等(新增) 4.儀器設備應有清潔、檢查、保養及維修，且有紀錄可查。 (新增) 5.放射線之儀器設備應符合游離輻射防護法之規定，包含照射人員資格、設備定期安全檢測、牙科病人照射應注意事項等。(新增)	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			[註] 1.符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)未設置牙科、口腔顎面外科、口腔病理科、齒顎矯正科。 (2)未提供牙科相關服務。 2.本條為試評條文，評量結果不納入評鑑成績計算。 3.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。 4.牙科醫療服務設施應符合醫療機構設置標準規定。 5.符合項目 5 所提「照射人員資格」係指取得(1)醫用游離輻射防護講習班結業證書、(2)放射性物質可發生游離輻射設備操作執照、(3)輻安證書、(4) 18 小時輻射防護訓練結業證書等其一證書之牙醫師、放射師及實習牙醫學生；惟實習牙醫學生若取得該其一證書，仍須經由取得證書之醫師或放射師在旁指導。 評量方法及建議佐證資料： 1.儀器設備清潔、保養紀錄。 2.放射作業安全作業指引。 3.病歷及醫材管理紀錄。	
可 試	2.4.30	具備符合標準之牙科照護作業程序，並確實執行	目的： 落實執行各項牙科照護標準作業程序，確保病人的權利與照護品質。 符合項目： 1.訂有牙科照護作業程序，提供牙科各項治療之標準流程。 (新增) 2.應與病人溝通、適當說明病情及處置、治療方式、治療前後須知、注意事項、替代方案、風險、預後等，並取得同意。(新增)	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			3.病歷紀錄應完整、詳實，必要時畫圖表示。(新增) 4.可對住院病人提供牙科照會服務。(新增) 5.對治療後的病人提供適當之衛教指導。(新增) 【註】 1.符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)未設置牙科、口腔顎面外科、口腔病理科、齒顎矯正科。 (2)未提供牙科相關服務。 2.本條為試評條文，評量結果不納入評鑑成績計算。 評量方法及建議佐證資料： 1.牙科照護作業程序及修訂歷史紀錄。 2.病歷紀錄。 3.衛教指導單張。	
可 試	2.4.31	牙醫單位具有完備之品質管理及病人安全措施	目的： 制訂完備的牙科照護品管政策及病安措施，確保其醫療品質與病人安全。 符合項目： 1.訂有適當之品質管理與病人安全作業指引，以保障病人安全及治療品質。(新增) 2.在「防止意外吞入之安全作業指引」中，載明防止意外吞入事件及其醫療處置之標準作業流程。(新增) 3.若有執行口腔手術前，醫師應詳盡說明，且由病人簽具同意書；並訂有病人辨識及部位確認機制。(新增) 4.牙科治療區內備有足夠之氧氣及急救設備，其功能及供應正常，且人員能正確操作。(新增) 【註】 1.符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)未設置牙科、口腔顎面外科、口腔病理科、齒顎矯正	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			科。 (2)未提供牙科相關服務。 2.本條為試評條文，評量結果不納入評鑑成績計算。 評量方法及建議佐證資料： 1.品管政策與程序。 2.牙科病人安全作業指引。 3.防止意外吞入之標準作業流程。 4.病歷紀錄與口腔手術的同意書及紀錄。 5.急救設備的點班及操作示範。	
可 試	2.4.32	設置身心障礙者牙科門診，並提供適切之服務	目的： 為維護身心障礙者之牙科就醫權益，依個別需求提供適切的醫療設備及服務。 符合項目： 1.應設置獨立之身心障礙者牙科門診，並設有身心障礙服務窗口，有適當之人員，提供引導、溝通、協助就醫等服務。(新增) 2.身心障礙者牙科門診應提供臨櫃、語音及網路掛號服務。(新增) 3.身心障礙者牙科門診應有適合輪椅乘坐者使用之櫃台，及方便輪椅、推床進出之適當空間；櫃台及進出動線應有明顯之引導標示。(新增) 4.訂有身心障礙者牙科門診跨醫療科別之會診流程。(新增) 5.對治療後的病人提供適當之衛教指導。(新增) 【註】 1.非轄屬縣市衛生局指定「開設身心障礙者牙科特別門診醫院」，且未開設身心障礙者牙科特別門診者，可自選本條免評。 2.本條為試評條文，評量結果不納入評鑑成績計算。	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			3.「獨立之身心障礙者牙科門診」係指門診時刻表上揭示之診療科別，於該診療時段、空間、地點僅提供予身心障礙者使用，且負責身障牙科診次的牙醫師不得於同時段並掛診兩科。 評量方法及建議佐證資料： 1.牙科門診表。 2.檢視跨醫療科別的會診流程與衛教指導單張。 3.身心障礙者牙科門診環境、空間、動線與標示。	
可 試	2.4.33	適當之中醫人力配置及訓練	目的： 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。 符合項目： 1.中醫師：(新增,中醫醫院設標) (1)各診療科均應有經 2 年以上醫師訓練之專任中醫師 1 人以上。 (2)若有設置中醫病床則每十床應有中醫師 1 人以上。 2.中藥調劑人員：應符合醫院設置標準，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。(新增) 3.護理人員：每診療室應有 1 人以上。(新增,綜合醫院設標) 【註】 1.中醫部門未達 4 名中醫師者，本條免評。 2.本條為試評條文，評量結果不納入評鑑成績計算。 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。 4.診療科別指內科、外科、眼科、兒科、婦科、傷科、針灸科、痔科。(中醫醫院設標) 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	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			師及藥事法第一百零三條第一項所定人員等三類。(中醫醫院設標) 評量方法及建議佐證資料： 1.中醫師、中藥調劑人員及護理人員人力配置。 2.中藥調劑人員修習中藥課程。	
可試	2.4.34	應由適當中醫醫療團隊提供中醫及跨團隊醫療照護	目的： 建置明確的中西醫會診及中醫轉診之照護流程，維護治療品質。 符合項目： 1.明訂中西醫會診治療模式，建置適當會診流程等相關規定。(新增) 2.明訂中醫轉診治療模式，建置適當轉診流程等相關規定。(新增) 【註】 1.中醫部門未達 4 名中醫師者，本條免評。 2.本條為試評條文，評量結果不納入評鑑成績計算。 3.會診係指西醫與中醫間會診治療模式；轉診係指中醫與中醫跨科之轉診治療模式。 評量方法及建議佐證資料： 1.中西醫會診流程及規範。 2.中醫轉診流程及規範。	
可試	2.4.35	中醫單位應有完備之設施、設備、儀器，並確實執行保養管理及清潔管理	目的： 配置完備之中醫醫療設施、設備及儀器，並有妥善管理機制，確保其功能正常，維護病人隱私及照護品質。 符合項目： 1.應有獨立診療室及候診場所，並有適當維護隱私之設施。(新增，診所設標)	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			2.儀器、設備適當、足夠，並有清潔、檢查、保養及維修管理，且有紀錄可查。(新增) 【註】 1.中醫部門未達 4 名中醫師者，本條免評。 2.本條為試評條文，評量結果不納入評鑑成績計算。 3.中醫部門各種儀器及設備，係如：針傷處置使用之電針機、遠紅外線機、薰洗機、雷射針灸機及中醫輔助診斷醫療儀器(脈診儀、舌診儀、聞診儀)等。 評量方法及建議佐證資料： 1.中醫部門各種儀器及設備保養規範。 2.中醫部門衛材、器械消毒規範。	
可 試	2.4.36	中醫單位具有完備的病人安全措施	目的： 制訂中醫醫療安全作業規範，以利工作人員遵循，確保病人安全。 符合項目： 1.依「中醫醫療院所安全作業參考指引」擬訂單位的照護安全作業規範，供人員查詢、執行。(新增) 2.對於針刺及特殊療法事件之預防及處置訂有作業流程及規範。(新增) 3.治療區內備有足夠之氧氣及急救設備，其功能及供應正常，且人員能正確操作。(新增) 【註】 1.中醫部門未達 4 名中醫師者，本條免評。 2.本條為試評條文，評量結果不納入評鑑成績計算。 3.中醫醫療不良事件係指遺針、斷針、針刺後血腫、氣胸等情形。 4.「特殊療法」係指穴位埋線、皮內針、小針刀及放血等處置。(原中醫基準 4-註 2)	

條 號		條 文	評 量 項 目	評 鑑 委 員 共 識
			評量方法及建議佐證資料： 1.中醫安全作業參考指引。 2.中醫醫療異常事件(不良事件)通報紀錄。 3.急救設備的點班及操作示範。	

第 2 篇、醫療照護 第 2.5 章 用藥安全

【重點說明】

藥品對疾病之預防、治療及症狀緩解均占有十分重要的角色。藥品管理是醫院對藥品使用過程中整體流程之監測，需要醫療機構內各種領域的員工的協調配合。醫院對藥品選擇、採購、儲存、處方、調劑、配送、給藥、記錄及追蹤效用等，均應訂定標準流程並持續品質監測改善，以提昇用藥安全。本章規範之目的有下列幾項：

- 1.醫院應確保合法、適當的藥事人員人力；為確保藥品品質，藥品必須有良好保存管理，藥品存放之必要的硬體設備及設施，必須維持正常狀況。
- 2.在藥品的庫存管理上，應依據醫療的需要採用合適藥品。醫院應訂有藥品採用原則之標準化作業程序，以實際需要及病人用藥安全管理為考量決定採購藥品類別及掌握適當的庫存量，並確保使用之藥品均於有效期限中。
- 3.處方上應妥善記載藥名、用量、用法、給藥方法、給藥期間。若處方內容不完整，藥事部門應可適當查詢建議修正，並宜有藥師指導或監視機制以防止處方之重複與浪費。建議建立相關系統以供醫師在開立處方時能隨時檢索必要的藥品資訊，規範特定藥品的使用方針及步驟及設定防止醫師開立錯誤處方之機制。
- 4.在藥品調劑上，建議可參考「藥品優良調劑作業準則」(GDP)訂有明確的門診及住院調劑作業程序。對於高警訊藥品、特殊混合注射藥品應有特殊的保存、調劑流程以保障用藥安全。
- 5.為達正確的給藥，應確實執行標準作業程序，且給藥前應瞭解藥效、副作用、使用量及病人是否有藥品過敏等情形。於給藥中、給藥後應注意病人反應，如有需要須正確且迅速處理。
- 6.組織內有如藥事委員會或病人用藥安全相關機制等之設置狀況及其機能，以確保病人的用藥安全。在機制之執行上，用藥安全的報告，應構築在非追究個人責任而是組織系統改進的態度及所謂「安全文化」之營造。各項病人用藥安全調查結果應回饋於系統流程之改善，透過在職及新進人員訓練，以改善用藥安全。
- 7.醫療照護團隊應提供病人用藥指導，並對民眾提供各項藥品相關資料。

條 號	條 文	評量項目	評鑑委員共識
2.5.1	藥劑單位之設備及設施應符合業務所需，並妥善保養及維護	目的： 藥劑單位應有安全合宜的環境及完備的設施設備，保障藥事作業品質。 符合項目： 1.應有足夠之空間、設備以提供藥事作業。(原 2.5.1-C1) 2.工作場所之環境，如空調、採光(照明)及作業動線等皆適	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			當，減少發生調劑錯誤可能性。(原 2.5.1-C2) 3.應有獨立之藥品儲存空間、配以適當的空調及安全設施。 (原 2.5.1-C3) 4.藥品冷藏用之冰箱，應隨時維持適當的溫度，備有不斷電裝置或接緊急電源，且有溫度紀錄。(原 2.5.1-C4) [註] 1.「獨立之藥品儲存空間」係指存放藥品的空間內應只存放藥品，儘量勿再堆放其他雜物。 2.藥品儲存空間/盒/箱之標示應與所存放之藥品一致。 評量方法及建議佐證資料： 1.藥品冷藏用冰箱溫度查核紀錄。	
	2.5.2	藥事相關會議運作良好，並有具體成效	目的： 藥事相關會議功能運作良好，落實監督管理藥事作業。 符合項目： 1.定期召開藥事相關會議並留有紀錄。(原 2.5.2-符合 3 修) 2.藥事相關會議訂有章程，其成員應涵蓋藥劑、醫療及管理部門。(原 2.5.2-符合 1,2 併) 3.定期檢討不適用藥品，並維持適當藥品種類(如：同成分、同含量且同劑型的藥品不宜太多，應定期檢討)。(原 2.5.2-符合 4 修) 4.應訂有符合規定之藥品使用、管理標準與規定，包含一般藥品及特殊藥品。(原 2.5.2-符合 5) 5.醫院應制訂藥物(藥品及醫療器材)不良反應及異常情況之通報(包含程序及時限)及監測機制。(原 2.5.2-符合 7) [註] 1.本條所稱藥品包含一般藥品、管制藥品、高警訊藥品、疫苗、血液製劑、生物製劑等。 2.一般及特殊藥品管理均應依政府相關規定辦理，如：管制	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			藥品管理需符合管制藥品管理條例及施行細則規定；放射性製劑及化療藥品之儲存、運送、配置及廢棄物處理，應符合相關法規並定有規章規範。 3.管制藥品管理條例及施行細則規定： (1)第一級至第三級管制藥品設有專櫃加鎖儲藏。 (2)使用第一級至第三級管制藥品之醫師應領有管制藥品使用執照，並開立管制藥品專用處方箋。 (3)使用後之殘餘管制藥品，由管制藥品管理人員會同有關人員銷毀，並製作紀錄備查。 (4)訂有管制藥品遺失或破損時的處理步驟，予以記錄、呈報，並有紀錄可查。 4.本條所稱異常情況包含處方錯誤、調劑錯誤、給藥錯誤。 5.藥物不良反應通報內容應包含：藥品、醫療器材不良反應及不良品通報。 評量方法及建議佐證資料： 1.藥事相關會議組織章程。 2.藥事相關會議會議紀錄。 3.藥品管理作業規範。 4.藥物不良反應及異常事件通報紀錄。	
	2.5.3	應有藥品識別方法、步驟、及作業程序	目的： 藥劑單位應定期檢討藥品辨識及防誤機制，減低調劑異常。 符合項目： 1.應明訂藥品識別方法、步驟及作業程序。(原 2.5.3-C1) 2.應定期檢討藥品外觀、包裝、標示或名稱發音相似的藥品清單，並注意其擺設位置及標示，加強人員教育，避免發生錯誤。(原 2.5.3-C2) 3.對於高警訊藥品應訂有管理機制，與其他常備藥品區隔存放並明顯標示，且在處方或藥袋上有特殊標記以供辨識。	高警訊藥品(如：KCL)需與常備藥品分開存放，並有明顯標示，建議醫院若存放於一般病房，應有管理機制及固定場所，不一定要上鎖。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			(原 2.5.3-C3) 4.藥品最小單位包裝應有藥名、單位含量(針劑標示有效期限)。(原 2.5.3-C4) [註] 高警訊藥品包含抗癌藥劑、降血糖針劑、抗凝血劑、毛地黃、氯化鉀(KCl)及肌肉鬆弛劑針劑等。 評量方法及建議佐證資料： 1.藥品辨識作業規範。 2.藥品管理作業規範。	
	2.5.4	處方醫令系統或類似機制應設有防止用藥錯誤及不適當之機制	目的： 藥品處方前後能利用各種警示及稽核機制，防止用藥錯誤。 符合項目： 1.在處方的醫令系統(physician order entry system)或類似機制上有防止錯誤用藥或不適當之警示機制，如：極量管制、重覆、交互作用、過敏等之警告。(原 2.5.4-C1) 2.建立醫師與藥師溝通合作機制，如：電話溝通、書面照會等，以討論不適當處方。(原 2.5.4-C2) 評量方法及建議佐證資料： 1.處方的醫令系統警示機制。 2.處方用藥稽核機制及檢討紀錄。	
	2.5.5	藥品庫存管理訂有辦法，並確實執行	目的： 藥劑單位應有完善的藥品庫存管理，確保藥品品質、效期及數量。 符合項目： 1.對於院內藥品建立存量及效期管制機制，由專人有效管理藥品之採購、驗收、庫存與管理。(原 2.5.5-C1) 2.災害(地震或天災等)發生時院內緊急治療及處置所需之藥	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			品需列表並保有適當之庫存量。(原 2.5.5-C2) 3.藥品庫存管理應由藥事人員負責。(原 2.5.5-C3) 4.特殊需冷藏藥品需有健全管理。(原 2.5.5-C4) 5.疫苗儲存不可與其他藥品混雜，要有明確清楚標示。(原 2.5.5-C5) [註] 1.一般及特殊藥品管理均應依政府相關規定辦理，如：管制藥品管理需符合管制藥品管理條例及施行細則規定；放射性製劑及化療藥品之儲存、運送、配置及廢棄物處理，應符合相關法規並定有規章規範。 2.管制藥品管理條例及施行細則規定： (1)第一級至第三級管制藥品設有專櫃加鎖儲藏。 (2)使用第一級至第三級管制藥品之醫師應領有管制藥品使用執照，並開立管制藥品專用處方箋。 (3)使用後之殘餘管制藥品，由管制藥品管理人員會同有關人員銷毀，並製作紀錄備查。 (4)訂有管制藥品遺失或破損時的處理步驟，予以記錄、呈報，並有紀錄可查。 3.藥品管理包含： (1)能依藥品種類施行存放環境溫度、濕度管理，且應注意環境清潔。 (2)藥品儲存環境具符合標準之安全措施(如防盜、防火、防蟲等)。 (3)藥用酒精應存放於通風良好及有消防設備之場所，並須與危險性或易燃性物品隔離，以策安全。 (4)防腐劑、外用藥、消毒劑等藥品與內服藥、注射劑分區儲存。 (5)藥品名稱、外觀或外包裝相似之藥品，應分開放置並作明確標示。	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			評量方法及建議佐證資料： 1.藥品庫存管理辦法 2.環境溫濕度記錄表。 3.冷藏藥品冰箱溫度監測紀錄。	
	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	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。 符合項目： 符合「藥品優良調劑作業準則」(Good Dispensary Practice, GDP)條文，並符合下述條件且有調劑品質監測：(原 2.5.6 修) 門急診調劑： 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。 住院調劑： 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，須有病人完整藥歷核對以評估處方之適當性。 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.能對病人實施用藥指導服務。	評量項目內所提「雙重覆核」係指有雙重檢查機制即可。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			5.有自動停止給藥之設計。 6.調劑作業雙重覆核。 7.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。 [註] 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」。 評量方法及建議佐證資料： 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。	
可	2.5.7	訂定化學治療藥品及特殊混合注射藥品之調劑及給藥作業程序	目的： 訂定特殊混合注射藥品之作業規範，保障病人及醫療照護團隊的用藥安全。 符合項目： 1.特殊混合注射藥品(化學治療藥品、全靜脈注射營養(Total Parenteral Nutrition, TPN)、病人自控式止痛(Patient-	評量項目[註]2之公告中規定：應注意調劑環境清潔，避免微生物或塵粒等之污染並在層流氣罩(Laminar Flow Hood)下調劑配製，以維護病人安全。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			Controlled Analgesia, PCA))之調劑業務應由藥師執行，且應有無菌調劑足夠設備及有效之防護措施。(原 2.5.7-C1 修) 2.執行藥師需具備藥品管理、用藥禁忌及調配步驟操作等知識，並有危機處理流程與訓練。(原 2.5.7-C2) 3.藥師應評估化學治療藥囑之適當性，並應訂有調劑作業手冊，例行作業也有紀錄可查。(原 2.5.7-C3 修) 4.化學治療藥品給藥前須再確認病人藥歷，並評估病人生理狀況之合適性，如：肝腎功能等。(原 2.5.7-C4) 5.化學治療藥品及其他特殊藥品之給藥途徑、方法及注意事項，應預先提供資訊予醫療照護團隊參考。(原 2.5.7-C5) [註] 1.未實施癌症病人化學治療、全靜脈營養輸注調配(TPN)及病人自控式止痛(PCA)者，可自選本條免評。 2.病患自控式止痛法(PCA)使用麻醉藥品注意事項(衛生福利部(原：行政院衛生署)84 年 10 月 16 日衛署麻處字第 84065436 號公告)。 評量方法及建議佐證資料： 1.藥品優良調劑作業準則(含特殊混合注射藥品調劑作業規範)。	
	2.5.8	訂定正確用藥標準作業程序並落實正確給藥	目的： 醫療人員給藥前應檢核病人藥歷，協助病人彙整用藥，落實正確給藥。 符合項目： 1.訂定正確給藥標準作業程序、執行策略及內容。(原 2.5.8-C1) 2.應對病人所接受的治療與之前的處方用藥進行連貫性審視，且有紀錄。(原 2.5.8-C2)	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			3.能正確依醫囑給藥，給藥時確認病人姓名、藥品名稱、劑量、用法、途徑、時間，並有紀錄。(原 2.5.11-符合 1) 4.門診交付藥品時應訂定確認領藥人之標準作業流程及機制。(原 2.5.11-符合 2 修) 5.住院病人之內服、注射藥等，應由醫療人員遵照相關標準作業規定，依給藥紀錄核對藥品名稱，並確認給藥量、單位含量、劑型、給藥方法、病人姓名、途徑、時間正確，才能給藥。(原 2.5.11-符合 3) 6.明訂退藥或藥品更改機制。(原 2.5.11-符合 4) 7.住院病人若有自備藥物時，醫院應有自備藥品使用規範。(原 2.5.11-符合 5) 8.要監測病人用藥療效及副作用。(原 2.5.6-住院 9) [註] 可查看給藥紀錄(完成每位病人每次給藥後，立即逐筆簽名或蓋章)、治療紀錄，並可詢問醫療人員執行情形，必要時可詢問病人。 評量方法及建議佐證資料： 1.正確用藥標準作業程序。 2.自備藥品使用規範。	
	2.5.9	提供適當之臨床藥學服務且提供適當藥品資訊	目的： 藥劑單位應提供醫療人員藥品諮詢及臨床藥學服務，提升藥事作業品質。 符合項目： 1.設有藥物不良反應工作小組或類似組織，執行藥物不良反應通報及宣導(Adverse Drug Reaction, ADR)。(原 2.5.9-C1) 2.有藥品交互作用評估機制。(原 2.5.9-C2) 3.提供醫療專業人員即時、正確的藥品諮詢服務，並有紀錄。(原 2.5.14-C2)	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			4.編有醫院處方集(含電子處方集)並適時更新。(原 2.5.14-C3) 5.訂有適當、適量的期刊、雜誌、電子資料庫及參考書等，且存放於方便藥師取用之執業場所，以提供適切的諮詢服務。(原 2.5.14-C1) [註] 1.藥品交互作用評估包含： (1)有紀錄。 (2)有通知。 (3)有檢討改進。 (4)有預防措施。 評量方法及建議佐證資料： 1.臨床藥學服務手冊。 2.處方集(含電子處方集)。 3.臨床藥學相關期刊、雜誌、電子資料庫及參考書。	
	2.5.10	病房及各部門的藥品供應，訂有妥善配送制度，並有緊急用藥之因應措施	目的： 藥劑單位能適切提供院內各部門藥品需求並掌握存量。 符合項目： 1.提供病房及各部門的藥品應有妥善配送制度及監督管理機制，病房給藥實施單一劑量配送制度，採用物流系統時，應與各部門協調議訂配送計畫，依計畫配送。(原 2.5.10-C1) 2.若有急診作業，應全天 24 小時均應有藥師提供服務。(原 2.5.10-C2 修) 3.具有常備藥品管理制度。(原 2.5.10-C3) 4.定期由藥師查核病房及各部門的藥品保存狀況，並有紀錄。(原 2.5.10-C4) [註]常備藥品管理制度一般包含： 1.要求各單位應將一般藥品與高警訊藥品分开放置，並按程	1.評量項目[註]1，高警訊藥品應區隔放置，並明顯標示(可避免誤取)。 2.評量項目[註]2： (1)NPH 及 RI 可以不需分開列計。 (2)可不列計消毒液、軟膏或耗材藥品。 3.若病房有設有冰箱存放藥品(含血液製劑)，如需同時放置檢體或冰寶等，應至少分層分開置放，並明確區隔及標示，勿混合交錯放置，且嚴禁置放食物與飲料。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			序管理與使用，以保障病人給藥安全。 2.原則上儘量減少品項及數量，專科病房以不超過 10 項為原則(不含急救車上藥品、大量點滴及 1-3 級管制藥品)，並應定期檢討。 3.常備藥均能標示有效日期。 4.由藥師定期查核各單位常備藥品使用及保存情形並有紀錄。 評量方法及建議佐證資料： 1.常備藥品管理規範。 2.藥師查核病房及各部門的藥品紀錄。	
	2.5.11	確實執行病人用藥教育	目的： 落實病人用藥教育，協助病人正確用藥，保障用藥安全。 符合項目： 1.建立慢性病人長期用藥監測機制，防止重複用藥或藥品交互作用，應提供病人適當的用藥指導，必要時提供病人用藥紀錄。(原 2.5.13-C1) 2.設有多元化病人用藥諮詢管道，如藥品諮詢、專題衛教、藥品諮詢查詢網站、電話專線、e-mail 等，提供病人藥品使用資訊，或反映藥品使用問題，以加強病人對所用藥品的認識並提高病人對醫囑的遵從性。(原 2.5.13-C2) 3.藥師應提供病人用藥指導，且視病人情況修正病人不當用藥行為，並留下紀錄。(原 2.5.13-C3) 評量方法及建議佐證資料： 1.病人用藥指導紀錄。	
	2.5.12	病人對藥品使用的反應及病情變化，醫療人員應正確且	目的： 醫療人員應告知用藥之副作用及不良反應，並能立即處理及通報，減少傷害。	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
		迅速處理	符合項目： 1.高警訊藥品等需要注意給藥速度、給藥量等，應在給藥中及給藥後觀察病人之狀況，出現異常時，須通知醫師並記錄。(原 2.5.15-C1) 2.對於病人使用藥品後應觀察反應，若有不良反應發生時，應適當處理並予以通報及記錄。(原 2.5.15-C2) 3.應適當提供病人與家屬有關藥品使用之副作用、應注意事項等之諮詢，且能確認病人或家屬對藥品作用清楚並了解。(原 2.5.15-C3) 評量方法及建議佐證資料： 1.臨床藥學服務手冊。 2.ADR 通報規範及相關表單。	

第 2 篇、醫療照護 第 2.6 章 麻醉與手術

【重點說明】

麻醉及手術在醫院是非常複雜且重要的醫療處置。麻醉及手術需要有完整的病人評估、整合性的照顧、持續病人監測及安全的轉送，才能對病人提供安全及合宜的醫療照護。醫院應有系統性的組織管理相關軟硬體，以符合法令規範及病人需求。本章規範之目的有下列幾項：

- 1.醫院應確保適當之手術、麻醉部門體制及人力配置，手術、麻醉相關設施應由具有專業知識及技巧之人員負責保養管理，並有適當的手術排程管理。醫院應收集手術麻醉、鎮靜與手術後疼痛控制等相關之資訊，加以分析、統計、管理，以保障病人安全及提昇醫療品質。
- 2.手術前應完整評估病人，向病人解釋麻醉及手術方式，與病人討論後選擇最適當的麻醉及手術方式。
- 3.確實遵照適當的病人辨識程序，確保病人身分、手術項目與手術部位之正確無誤。
- 4.詳實且即時記載麻醉紀錄及手術紀錄。
- 5.訂定手術前、中、後之護理照護常規及處置步驟，確實遵行並詳實紀錄。

條 號	條 文	評量項目	評鑑委員共識
可 2.6.1	適當之手術、麻醉部門體制及人力配置	目的： 配置適當的手術、麻醉照護人力，確保病人獲得專業的服務品質。 符合項目： 1.應明訂手術、麻醉部門之體制及專責人員。(原 2.6.1-符合 1) (1)有負責的醫師。 (2)有負責的護理長。 (3)醫師與護理人員有合作機制。 2.若麻醉醫師為兼任者，亦須符合下列項目：(原 2.6.1-符合 2) (1)有固定醫師負責。 (2)有相關單位主管負責麻醉護理業務。 3.工作人員排班表適當且確實執行。(原 2.6.1-符合 3) 【註】 未設有手術室；或僅執行局部麻醉者，可自選本條免評。	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			評量方法及建議佐證資料： 1.組織架構。 2.班表。 3.手術業務統計。	
可	2.6.2	備齊手術相關設施、設備及儀器，並應定期保養、維護與清潔，且有紀錄可查	目的： 定期保養、檢查手術相關設施、設備及儀器，維持其功能正常，確保手術作業的清潔及安全。 符合項目： 1.手術室相關設施、設備及儀器應符合醫療機構設置標準、滿足手術量及診療科別需求，且手術儀器設備等資源能整合運用。(原 2.6.2-C1,2、2.6.3- A2 併) 2.手術室、器材準備室、更衣室、討論室、休息室有足夠使用的空間。(原 2.6.2-C3) 3.獨立的手術室空調設備。(原 2.6.2- C4) 4.若有執行全身麻醉，其全身麻醉機可自動監控測定血壓計、心電圖、呼吸數、氧氣飽和度或二氧化碳濃度等數據(手術室應至少有一台去震顫器 defibrillator)，並設置麻醉氣體排放系統，功能良好。(原 2.6.2-C6 修) 5.有人員負責手術室設施、設備及儀器之保養、檢查的排程與執行。(原 2.6.2-C8,9) 6.由專業人員定期施行氧氣、笑氣等配管及空調的安全檢查。(原 2.6.2-C10) 7.設置異常管理手冊，以因應儀器設備如發生故障時之作業流程。(原 2.6.2-C11) 8.有明確手術室分區作業管理辦法、標示及整潔規則。(原 2.6.4-C1,2 併) 9.手術室及恢復室有符合感染管制原則的清潔管理且有紀錄可查，如：(原 2.6.4-C4) (1)定期水質監測。	1.符合項目 3 所提「空調設備」視醫院實際執行手術狀況而訂定並需參考醫院手術室感染管制及感染率相關資料。 2.符合項目 9-(1)所提「定期水質監測」，其監測時間及監測規範請由醫院自行定義。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			(2)空調系統及除塵設備，定期維護。 (3)污物處理設備，功能良好且定期維護。 【註】 未設有手術室者，可自選本條免評。 評量方法及建議佐證資料： 1.異常管理手冊。 2.清潔管理查核紀錄及檢討會議改善紀錄。 3.儀器設備的保養排程。 4.手術室環境動線。 5.水質監測報告。 6.空調、除塵及汙物處理設備維護紀錄。	
可	2.6.3	具手術室工作手冊及手術室日誌且定期召開手術室相關管理會議，並有會議紀錄檢討手術相關品質	目的： 藉由手術室管理委員會，有效管理手術室作業，提升手術醫療品質。 符合項目： 1.具有工作手冊並定期更新。手術室日誌應記錄完整。手術室日誌的內容應提報至手術室相關管理會議定期檢討。(原 2.6.15-符合 1,2,3 併) 2.至少每 3 個月召開一次手術室相關管理會議並有紀錄可查。(原 2.6.3-C2) 3.會議紀錄內容應包含手術排程表的調整、手術室日誌內容、手術室之安全管理、清潔管理、儀器之購置保養、檢查，及維修情形。(原 2.6.3-C3) 【註】 1.未設有手術室；或僅執行局部麻醉者，可自選本條免評。 2.手術品質指標：手術死亡率、手術感染率、重返手術室比率、剖腹產率。 3.部分小規模醫院雖未必設立專責委員會，但仍須於醫院手	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			術室管理會議上作檢討並有相關紀錄。 評量方法及建議佐證資料： 1.手術室日誌。 2.手術室相關管理會議紀錄。 3.手術排程作業規範。	
可	2.6.4	手術排程管理適當，對於緊急手術有適當的因應措施	目的： 藉由適當的手術排程，確保病人於合理時間獲得適切手術治療。 符合項目： 1.有負責手術排程作業人員，不因手術室的排程計畫不當，以致為等候手術而延長住院日。(原 2.6.5-C) 2.在工作時間外及休假日亦可依病情需要適時施行緊急手術。(原 2.6.6-C1 修) 【註】 未設有手術室者，可自選本條免評。 評量方法及建議佐證資料： 1.手術排程作業規範。 2.臨時緊急手術的因應機制。	符合項目 2 所提「緊急手術」對象涵蓋急診與住院的危急病人。
可	2.6.5	應於手術前向病人充分說明，取得同意，並簽署同意書	目的： 取得手術同意書前應向病人、家屬溝通及詳盡說明。 符合項目： 1.手術前應說明手術方式及其優缺點、手術或非手術等之其他替代治療方法。(原 2.6.7-C1) 2.說明手術、麻醉、處置的必要性及不做時之利害、得失，且具體說明危險性及合併症，並說明萬一發生時之處置方法。(原 2.6.7-C2) 3.上列各項，以淺顯易懂的言辭向病人及家屬說明，並鼓勵	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			其發問。(原 2.6.7-C3) 4.說明後，並經病人同意，簽具手術同意書，前項同意書之簽具，病人為未成年人或無法親自簽具者，得由其法定代理人、配偶、親屬或關係人簽具。(原 2.6.7-C4) 【註】 1.未設有手術室者，可自選本條免評。 2.應於 94 年 4 月 1 日後使用 93 年 10 月 22 日衛署醫字第 0930218150 號公告新版手術同意書。 評量方法及建議佐證資料： 1. 標準作業規範。 2. 抽查病歷紀錄之手術及麻醉同意書。	
可	2.6.6	麻醉醫師於術前探視病人並確立麻醉計畫	目的： 麻醉醫師麻醉前訪視，瞭解病情及評估風險，確立安全合適的麻醉計畫。 符合項目： 1.麻醉醫師實行手術前探視病人，評估麻醉風險與建議麻醉方式。(原 2.6.8-C1 修) 2.由麻醉科專科醫師負責執行麻醉作業，應以淺顯易懂的方式向病人或其家屬說明麻醉方式、可能副作用、相關注意事項等，並鼓勵其發問及取得麻醉同意書。依上列結果檢討選擇最適當的麻醉方法。(原 2.6.8-C2,3 併) 【註】 1.未設有手術室；或僅執行局部麻醉者，可自選本條免評。 2.應於 94 年 1 月 1 日使用 93 年 5 月 6 日衛署醫字第 0930202654 號公告之新版麻醉同意書。 評量方法及建議佐證資料： 1.標準作業規範。	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			2.抽查病歷紀錄之麻醉說明書及同意書。	
可	2.6.7	確實落實手術病人辨識程序，確保病人身分、手術項目與手術部位正確無誤	目的： 訂定並落實執行手術病人的辨識作業程序，確保病人及手術部位之正確性。 符合項目： 1.應明確訂定手術室進出標準，並落實執行。(原 2.6.9- C1) 2.交接病人時，採取下列具體對策確認病人身分：(原 2.6.9-C2) (1)如病人能表達，應讓病人說出自己的姓名。 (2)帶識別帶、手環。 (3)如病人意識不清時，應有其他辨識病人機制。 3.有確認手術部位之機制，落實手術部位標記。(原 2.6.9-C3) 【註】 未設有手術室者，可自選本條免評。 評量方法及建議佐證資料： 1. 標準作業規範。 2. 病歷紀錄之相關表單。	
可	2.6.8	手術室以外之麻醉作業應適當執行	目的： 落實手術室外執行麻醉的標準作業程序，維護病人安全。 符合項目： 麻醉作業應於手術室執行，如於手術室外其他地點執行麻醉作業，醫院應訂有管理政策與標準作業流程，並有病人安全之相關監測機制，確實執行。(原 2.6.11) 【註】 未於手術室外其他地點執行麻醉作者（部麻醉除外），可自選本條免評。 評量方法及建議佐證資料： 1.手術室外麻醉作業之相關規範。	1.醫院應實際作業情形，自行訂定監測範圍及內容。 2.醫院若有在手術室以外執行全身麻醉或深度鎮靜作業，本條不得免評。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
可	2.6.9	詳實記載麻醉紀錄及手術紀錄	目的： 藉由手術及麻醉紀錄的即時性、正確性及完整性，保證照護的醫療品質。 符合項目： 1.手術紀錄、麻醉紀錄應於術後 24 小時完成，並註明日期及記錄者簽名。(原 2.6.12-C1) 2.手術內容應根據事實詳實紀錄，必要時佐以圖畫及清楚易懂的說明。(原 2.6.12-C2) 3.手術護理紀錄應包含器械清點及紗布、刀片及縫針數量核計結果之記載無誤。(原 2.6.12-C3) 4.手術檢體應正確標記。(原 2.6.12-C4) 【註】 1.未設有手術室者，可自選本條免評。 2.手術檢體應標示病人身分、部位及數量等。 評量方法及建議佐證資料： 1.手術、麻醉紀錄。 2.檢體處理紀錄。	
可	2.6.10	訂定手術前後之護理照護常規及處置步驟，確實執行、製成護理紀錄及適時修正	目的： 藉由手術前、後護理作業規範之訂定及落實執行，彰顯護理照護品質。 符合項目： 1.明訂手術前、中及後的護理照護常規及處置步驟，確實遵行，並有護理紀錄。(原 2.6.13- C) 【註】 未設有手術室者，可自選本條免評。 評量方法及建議佐證資料： 1. 護理照護常規。	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			2. 抽查病歷中之手術護理紀錄。	
可	2.6.11	手術後恢復過程應適切管理，且明訂術後恢復室等之使用基準及步驟	目的： 藉由手術恢復室照護標準的訂定，落實術後病人的照護管理，保障病人手術全程的安全。 符合項目： 1.設有供術後病人麻醉後恢復之照護場所，且備有所需之監測儀器設備。(原 2.6.14-C1) 2.設有專人負責病人麻醉後恢復之照護。(原 2.6.14-C2) 3.訂有具體評估標準以資判斷術後恢復過程(意識狀態、血壓、呼吸狀況等)。(原 2.6.14-C3) 4.訂定恢復室中病人的照護標準和步驟(含病人交接程序)，並落實執行。(原 2.6.14-C4) 【註】 未設有手術室者，可自選本條免評。 評量方法及建議佐證資料： 1.標準作業規範。 2.恢復室病人的照護紀錄。	

第 2 篇、醫療照護 第 2.7 章 感染管制

【重點說明】

感染管制的目的在預防和降低病人、家屬、工作人員及其他出入醫院人員在醫院內得到感染，防止病原體在院內之散佈，並在發生醫療照護相關感染時迅速察知，予以因應。有效之感染管制須有感染管制專家的領導及訓練有素的感染管制人員，利用資料分析，主動察覺感染風險並能及早因應。並應訂定適當計畫整合各部門工作及教育全院員工做好份內的感染管制相關工作。本章規範之目的有下列幾項：

1. 醫院應設立感染管制相關單位，且確實執行各項業務以達感染管制目的。並有計劃且持續進行感染管制監測及改善方案。
2. 應對各種預期可能發生之感染事件有應變計畫，訂有感染管制手冊以提供醫院內各部門執行感染管制之根據。加強員工的感染管制教育，使所有工作人員知悉感染管制對策方法及步驟。
3. 適當且足夠的防護設備及洗手設備。
4. 訂有員工保護措施，並落實執行。
5. 隨時能掌握醫院醫療照護相關感染的最新狀況，採取具體且適當的感染管制措施。
6. 建立抗生素管理機制促進抗生素適當及合理之使用。
7. 衛材、器械之清潔管理、滅菌消毒、儲存、動線、租賃及配送等步驟及管理方法，均應符合感染管制原則。

條 號	條 文	評量項目	評鑑委員共識
2.7.1	應設立感染管制單位，聘有合格且足夠之感染管制人力負責業務推行	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。 符合項目： 1. 設有感染管制部門或單位，應明訂工作職責及組織圖之定位。(原 2.7.1-C1 修) 2. 聘有接受感染症醫學訓練之專科醫師：(原 2.7.1-C2 修) (1) 總病床數 500 床(含)以上醫院：每 500 床聘有 1 名接受感染症醫學訓練之專任專科醫師，且一年內接受感染管制訓練累計學分均達 20 學分以上。 (2) 總病床數 300 床以上未滿 500 床之醫院：應聘有 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染管制業務推行。	評鑑委員可參考受評醫院上次之感染管制查核結果及意見(2.1 項次)。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			(3)總病床數未滿 300 床醫院：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。 3.聘有感染管制人員：(原 2.7.1-C3 修) (1)總病床數 500 床(含)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均達 20 學分以上。並聘有 1 名專責感染管制醫檢人員，於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 300 床以上未滿 500 床之醫院：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。 (3)總病床數未滿 300 床醫院：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。 [註] 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統登錄開放之總病床數加總列計。 2.名詞定義： (1)接受感染症醫學訓練之負責醫師：係指執業登記於本院，負責感管業務推行，且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。 (2)感染管制護理人員：係指執業登記於本院，負責感管業務推行，且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。 評量方法及建議佐證資料：	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			1.感染管制部門工作職責及組織圖之定位。 2.負責感染管制醫師學分證明。 3.負責感染管制護理人員學分證明。 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。	
	2.7.2	成立感染管制委員會，有定期開會並有紀錄，且確實執行會議決議事項	目的： 在感染管制委員會的運作下，落實執行會議決議事項。 符合項目： 1.設有感染管制委員會或小組，具有組織章程及成員資料備查。(原 2.7.2-C1) 2.會議主席為醫院主管(院長或副院長，且為醫師)。(原 2.7.2-C2) 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。(原 2.7.2-C3) 4.感染管制會議內容應包含：結核病、抗生素管制、傳染病疫情因應等議題。(原 2.7.2-B3 修) 5.確實執行會議決議，且決議事項均照會相關單位協助執行。(原 2.7.2-C4) 評量方法及建議佐證資料： 1.感染管制委員會或小組組織組織章程及成員資料。 2.感染管制委員會或小組會議紀錄。	評鑑委員可參考受評醫院上次之感染管制查核結果及意見(2.2 項次)。
	2.7.3	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	目的： 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。 符合項目： 1.制訂感染管制手冊(設有牙醫及中醫單位者須納入)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	評鑑委員可參考受評醫院上次之感染管制查核結果及意見(3.1 項次)。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			給相關部門確實執行。(原 2.7.3-C1,2 併) 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。(原 2.7.3-C3) 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。(原 2.7.3-C4) 4.感染管制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。(原 2.7.3-C5) 【註】 1.若設置牙醫及中醫單位，感染管制手冊應納入。 2.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。 3.本條文中提及「牙醫」、「中醫」者，屬試評範圍，不納入本條文之評量成績。 評量方法及建議佐證資料： 1.感染管制查核督導紀錄。 2.侵入性醫療感染管制標準作業程序。 3.感染管制手冊(含牙醫及中醫感管作業程序)。 4.最新疫情資訊或感染管制相關網路資訊平台。	
	2.7.4	院內應有充足且適當之洗手設備，訂有手部衛生作業程序且有管控與稽核機制	目的： 適當的洗手設備和手部衛生教育與稽核，降低感染發生。 符合項目： 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。(原 2.7.4-C1) 2.醫療照護相關單位濕洗手設備應設置非手控式水龍頭，	評鑑委員可參考受評醫院上次之感染管制查核結果及意見(7.1 項次)。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			如：肘動式、踏板式或感應式水龍頭等，並備有液態皂、手部消毒劑及擦手紙，或備有具去污作用之手部消毒劑及擦手紙。(原 2.7.4-C2) 3.備有方便可及且數量足夠之酒精性乾性洗手液。(原 2.7.4-C3) 4.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)。(原 2.7.4-C4) 5.牙科醫師於病人轉換期間，應落實洗手更換手套及器械以避免交互感染。(新增) 6.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。(原 2.7.4-B2) 評量方法及建議佐證資料： 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。 2.手部衛生遵從性及正確性等稽核紀錄。	
重	2.7.5	對於暴露於病人血液、體液及尖銳物品扎傷事件的預防及處置（包含切傷等其他出血）訂有作業流程	目的： 制訂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。 符合項目： 1.安全針具使用比率應符合衛生福利部公布之目標期程規劃。(原 2.7.5-C1,2 修) 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)。(原 2.7.5-C3) 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	1.評鑑委員可參考受評醫院上次之感染管制查核結果及意見(6.2 項次)。 2.符合項目 1，查核方式參考當年度感染管制查核方式： (1)推廣於具有被感染之高風險醫療行為(如：抽血、注射)使用安全針具」，應由院方出具推動計畫書或院務層級(如感染管制委員會等)會議紀錄，說明推動計畫的工作事項與執行方式等，並有教育訓練或執行情形追蹤，及 103 年安全針具採

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			罩、眼罩(eye-shield)或護眼鏡(goggle)、隔離衣(必要時要有防水)等。(原 2.7.5-C4) 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處理步驟。(原 2.7.5-C5,6 併) 5.有尖銳物品扎傷事件發生後之追蹤機制，且明確訂定暴露於 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。(原 2.7.5-C8、B1 併) [註] 1.安全針具使用比率依據衛生福利部公布之「103-106 年醫院感染管制查核基準與評分說明有關安全針具使用標期程規劃」。 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： (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)。 (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。 評量方法及建議佐證資料：	購紀錄等資料為佐證(若 104 年更換採購廠商則請同時提供 104 年採購紀錄)。 (2)104 年度標準為「於急診、急救室、加護病房、手術室、透析病床、愛滋病房、感染科病房及高危險群病人全面使用安全針具」。 (3)「高危險群病人」係指 B、C 型肝炎或 HIV 等病人，若其住於一般病房中，實地查核時亦可抽查是否使用安全針具。 (4)評分說明符合項目 1 所提「安全針具使用比率」，以抽查單位當日住院中病人①裝有靜脈留置針的人數中選取 4 人，查閱當次申請置放之留置針符合安全針具公告品項的人數；以及②選取最近 3 日內有執行肌肉注射者 1 人，查閱執行肌肉注射時是否申請使用符合安全針具公告品項的醫材，二者合併統計「安全針具使用比率」。若符合條件人數不足時，則全數納入查核對象。若經查均無符合條件之人數，請抽查 3 名醫護人員模擬操作(即實際打開安全針具進行操作)。惟若院方無法提出 103 年安全針具採購紀錄，本項仍應視同不符合。 (5)前述安全針具之使用比率計算，應排除臨床上不適用者，以及由其他

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			1.尖銳物品扎傷或與血液/體液接觸處理流程。 2.醫院安全針具採購及使用紀錄。 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。 4.安全針具品項係參照衛生福利部最新公告之安全針具品項清單。 5.安全針具查核方式參考醫院感染管制查核方式。	尚未推動單位轉入高風險單位且已 on IV 之病人。若抽查到該等病人，則應不列入查核對象，需再增加選取對象，以符合前項規定之抽查人數。 (6)請醫院依查核委員抽查之單位，填寫「安全針具使用情形查檢表」，做為計算「安全針具使用比率」之依據。 (7)查核時建議可優先抽查急診、加護病房、血液透析單位、感染科病房或愛滋病房等單位，可能比較容易抽查到足夠的個案數，急診雖然也是較容易抽查到足夠個案數的單位，但請注意需以不干擾醫療業務執行為首要考量。若醫院沒有設置急診、急救室、加護病房、手術室、透析病床、愛滋病房、感染科病房，且未收治高危險群病人，則評分說明符合項目 1 得免評。
	2.7.6	訂有醫療照護人員預防接種、體溫監測及胸部 X 光檢查等保護措施，並據以落實執行	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。 符合項目： 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。(原 2.7.5-C7、併) 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	1.評鑑委員可參考受評醫院上次之感染管制查核結果及意見(6.1 項次)。 2.評量項目所提之胸部 X 光檢查及 B 型肝炎疫苗接種等防疫措施，醫院針對「醫事實習學生」可認計其一年內之檢查及接種，惟檢查結果及接種情形需符合醫院相關規範或要求。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			列管追蹤。(原 2.7.6-C2) 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。(原 2.7.6-C3) 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。(原 2.7.6-C4) 5.提供醫護人員領有醫療器材許可證之合格口罩與手套。(原 2.7.6-C5) 【註】 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、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。 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。 評量方法及建議佐證資料： 1.體溫異常追蹤及處理紀錄。 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。 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紀錄)。 4.員工被感染事件調查及處理紀錄。	
	2.7.7	定期對醫療照護相關感染的發生及其動向開會檢討分析，並訂定改善方案	目的： 掌握院內重要之感染指標、菌種變化，並回饋照護團隊檢討改善後，以控制感染。 符合項目： 1.依醫院之機能及規模，能掌握手術部位感染率及件數，或	評鑑委員可參考受評醫院上次之感染管制查核結果及意見(3.2 項次)。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			加護病房等處理重症病人部門之血流感染、尿路感染及肺炎感染率(或密度)等重要感染指標。(原 2.7.7-C1) 2.明確訂定迅速察知病房的菌種變化機制，並且採取因應措施。(原 2.7.7-C2) 3.感染管制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且確實實施。(原 2.7.7-C3) 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，若有院內群聚或群突發感染事件，應有調查處理報告。(原 2.7.7-C4 修) 評量方法及建議佐證資料： 1.醫療照護相關感染的統計報表。 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(若有個案)。	
	2.7.8	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	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。 符合項目： 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。(原 2.7.8-C1,2 併) 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。(原 2.7.8-C3 修) 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，且第一線工作人員均瞭解。(原 2.7.8-C1,B1 併)	1.評鑑委員可參考受評醫院上次之感染管制查核結果及意見(5.1 項次)。 2.符合項目 1 所提「病人就診動線規畫適當」，動線規劃建議應以「減少交叉感染」為優先考量，再依據硬體空間、病人隱私進行調整。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			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；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 PPE 進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。(原 2.7.8-C4、C5 併) 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；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。(原 2.7.8-C7、C8 併) 評量方法及建議佐證資料： 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。 2.急診就診流程和急診檢傷詢問病人TOCC之機制與紀錄。 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。 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。 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。	
	2.7.9	應有抗生素使用管制措施及執行情形紀錄表	目的： 建立抗生素管理機制，使抗生素的使用合理。 符合項目： 1.每半年至少辦理 1 次以上全院性「適當使用抗生素」之講習，且臨床醫師每年至少參加一次。(原 2.7.9-C1) 2.醫院訂有抗生素使用管制措施，且醫師可隨時查閱如何適當使用抗生素之資料。(原 2.7.9-C2) 3.非管制性抗生素使用情形合理：隨機審查病歷，各項有關病人使用非管制性抗生素之情況，應於病歷中詳載，是否：(原 2.7.9-C4) (1)有多種器官嚴重疾病或感染可能之危急病人、在其他醫	評鑑委員可參考受評醫院上次之感染管制查核結果及意見(9.1 項次)。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			院治療感染症無效而轉入本院、院內感染肺炎、有免疫不全現象等情況下，無正當理由仍然使用第一線狹效抗生素。 (2)第一線狹效抗生素使用 3 天無效，無正當理由仍然繼續使用。 (3)未依感染部位選用適當抗生素，如腹腔內的厭氧菌。 (4)社區感染無正當理由仍使用明顯療效不足之藥物。 (5)使用的劑量未考慮到病人體重及肝腎功能。 4.管制性抗生素使用情形合理：隨機審查病歷，各項有關病人使用管制性抗生素之情況，應於病歷中詳載，是否：(原 2.7.9-C5) (1)臨床狀況明顯為輕症或無症狀，但使用廣效感染性抗生素，且無正當理由。 (2)無正當理由同時使用 3 種以上抗生素。 (3)使用藥物的種類不符合國內外抗生素治療指引。 (4)使用的劑量未考慮病人體重及肝腎功能。 評量方法及建議佐證資料： 1.抗生素教育訓練課程講義及出席紀錄表。 2.抗生素管制措施及相關作業流程。 3.各類別抗生素抽樣審查紀錄。	
可	2.7.10	正確使用手術預防性抗生素	目的： 規範手術預防性抗生素使用的時機、種類及適當用量，確保其使用合理。 符合項目： 隨機審查病歷，各項有關病人使用預防性抗生素之情況，應於病歷中詳載。 1.需用預防性抗生素時，應在手術劃刀前 1 小時內，給予第一劑預防性抗生素(剖腹產則可在臍帶結紮切除後立即給予	評鑑委員可參考受評醫院上次之感染管制查核結果及意見(9.2 項次)。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			預防性抗生素)。(原 2.7.10-C1) 2.手術預防性抗生素使用時機及選藥時應符合我國抗生素使用指引。(原 2.7.10-C2) 3.劑量應與體重相符並有考慮病人肝腎機能。(原 2.7.10-C3 修) [註] 未設有手術室者，可自選本條免評。 評量方法及建議佐證資料： 1.手術預防性抗生素管理相關作業流程。 2.手術預防性抗生素使用審查紀錄。	
	2.7.11	門診抗生素使用情形合理	目的： 規範門診抗生素的適應症、使用期間及適當劑量，確保其使用合理。 符合項目： 隨機審查病歷。 1.有需要才用抗生素；使用抗生素時，病歷上應說明用藥理由。(原 2.7.11-C1) 2.一般明顯急性感冒不可使用抗生素。(原 2.7.11-C2) 3.抗生素使用種類及劑量合理，並有考慮病人體重及肝腎機能。(原 2.7.11-C3) 評量方法及建議佐證資料： 1.門診抗生素管制流程與檢核資訊系統之提醒機制。 2.門診抗生素查核統計。	評鑑委員可參考受評醫院上次之感染管制查核結果及意見(9.3 項次)。
	2.7.12	對多重抗藥性菌種作有效的管理及通報	目的： 公布相關院內感染菌種資訊及通報，回饋照護團隊分析檢討後，對病人進行適當的隔離。 符合項目：	評鑑委員可參考受評醫院上次之感染管制查核結果及意見(9.4 項次)。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			1.感染管制負責人員可掌握分離出的病菌，特別是多重抗藥性微生物(如：CRE、CRAB、VRE、MRSA 等)，能依據檢體種類及病房別且對感染菌種之分離件數、抗生素之感受性等資料有分析報告。(原 2.7.12-C1 修) 2.每年定期製作全院性臨床分離菌種抗生素感受性報告，並將最新統計報告分發給每位醫師或公告於院內網路，醫師可隨時查閱。(原 2.7.12-C2 修) 3.在注意病人隱私下，標示出帶有特定多重抗藥性微生物感染或移生(colonization)的病人，進行適當的隔離，並確實掌握多重抗藥性微生物感染個案情況。(原 2.7.12-C3) 【註】 1.依據衛生福利部 103 年 1 月 9 日部授疾字第 1020103959 號令修正發布之「醫療機構執行感染控制措施及查核辦法」第 6 條及第 7 條辦理。 2.99 床以下醫院由委外單位所提供之報告亦可參閱。 3.移生(colonization)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。 評量方法及建議佐證資料： 1.院內感染分離菌種抗生素感受性統計報告。 2.醫療照護相關感染暨傳染病通報統計年報表。 3.全院性臨床分離菌種抗生素感受性報告。	
	2.7.13	定期環境監測與醫材管理機制	目的： 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。 符合項目： 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清潔人員熟悉內容。(CDC 新增)	1.評鑑委員可參考受評醫院上次之感染管制查核結果及意見(7.4 項次)。 2.實地查證時，委員將加強有關軟式內視鏡(包括腸胃鏡、氣管鏡等)相關器械、設備清洗消毒之查核，以落實醫療儀器設備之清潔、消毒、滅菌作

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			2.若設有內視鏡室、氣管鏡室及肺功能室者，應符合以下項目： (1)軟式內視鏡(包括腸胃鏡、氣管鏡等)相關器械、設備之清洗消毒訂有標準作業流程以及適當的個人防護裝備，並由專人負責且確實執行。(原 2.7.13-C1) (2)依照說明書建議監測軟式內視鏡等相關器械、設備之清洗消毒液有效濃度，並有紀錄。(原 2.7.13-C2 修) (3)氣管鏡室具負壓或抽風等設備，且有維護保養紀錄。(原 2.7.13-C3) 3.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。(新增) 4.若有加護病房高風險病人居住的區域，應訂有醫院退伍軍人病防治計畫。(原 2.7.13-B2) 評量方法及建議佐證資料： 1.內視鏡安全作業指引。 2.內視鏡或器械消毒劑有效濃度監測紀錄。 3.內視鏡採檢流程。 4.醫院退伍軍人病防治計畫。 5.肺功能與氣管鏡空調(抽風負壓)設備維修保養紀錄。 6.環境清潔消毒標準作業程序、查檢表與教育訓練紀錄。	業。其中有關軟式內視鏡(包括腸胃鏡、氣管鏡等)，每次使用後需完成高層次消毒程序。 3.符合項目 3 亦屬「牙醫」範圍，故本項不納入該條文之評量成績。
	2.7.14	確實執行衛材、器械、機器之滅菌及清潔管理	目的： 建立衛材、器械之清潔及滅菌管理與監測，確保醫材之滅菌品質。 符合項目： 1.自行執行衛材、器械、機器之滅菌及清潔者(設有牙醫及中醫單位者須納入)：(原 2.7.14-C2) (1)各類物品之包裝、消毒、滅菌及有效期間均訂有標準。	1.評鑑委員可參考受評醫院上次之感染管制查核結果及意見(7.2 項次)。 2.符合項目 1-(1)，評鑑委員需查證相關單位之消毒、滅菌物品是否於有效期限內。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			(2)以高壓蒸汽滅菌時，生物指示劑至少每週施行 1 次，若為抽真空式滅菌器，抽真空測試應每天施行，並有紀錄可查。 (3)自行滅菌之衛材包、器械包，每包內側及外側均應有化學性指示器(如：包外消毒色帶、包內化學指示條)及標示有效日期，並讓使用者知悉。 (4)環氧乙烷(Ethylene Oxide gas)滅菌時，每鍋次均使用生物指示劑(如：快速判讀生物培養苗)，設置場所應有 EO 濃度監測儀或警示儀(detector)，以防止 EO 外洩並能及時處理。 (5)電漿鍋依滅菌監測感染控制措施指引進行監測並有相關紀錄。(新增) (6)滅菌過程發生異常，應有相關處理規範(含回收機制)。 (7)消毒滅菌相關設備應定期保養，並有紀錄備查。 (8)衛材、器械消毒滅菌相關設備故障時，可迅速處理。 2.滅菌過的物品應保管於空調較佳處之架子上或有門扇之櫥櫃內；消毒物品能依物品名稱及消毒先後適當置放。(原 2.7.14-C1) 3.衛材、器械之滅菌業務外包，或租賃手術器械，應妥善監控品質、設有管理辦法及進行例行性稽查，並有紀錄備查。(原 2.7.14-C3 修) [註] 本條文中提及「牙醫」、「中醫」者，屬試評範圍，不納入本條文之評量成績。 評量方法及建議佐證資料： 1.過期物品登記表。 2.供應室工作技術操作標準。 3.滅菌監測標準作業手冊、滅菌失敗物品處理機制流程、及各類滅菌監測結果(含生物監測、化學監測、抽真空監測)	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			等)與審核紀錄(含臨床單位寄消品)。 4.環氧乙烷每日作業檢點表與監測分析報告及洩漏之緊急處理。 5.高壓蒸氣滅菌鍋每日作業檢點表。 6.滅菌設備保養維修紀錄與故障處理機制。 7.外包業務(含租賃手術器械)管理辦法。	
可	2.7.15	供應室應配置適當人力，清潔區及污染區應做區隔	目的： 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。 符合項目： 1.確保必要人力之充足並有人員負責衛材、器械之消毒與管理業務，並有護理人員監督。(原 2.7.15-C1) 2.主管應出席感染管制委員會或小組，必要時負責人員應共同出席。(原 2.7.15-C2) 3.若設有滅菌設備，應由合格人員操作。(原 2.7.15-C3) 4.處理物品時，工作人員需穿戴合適之防護用具。(原 2.7.15-C4) 5.滅菌過的物品需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)。(原 2.7.15-C5) 6.供應室環境整潔，清潔區及污染區應有適當的區隔。(原 2.7.15-C6) 【註】 1.未設有供應室者，可自選本條免評。 2.醫療機構設置標準規範，供應室應明顯劃分已消毒區與未消毒區，並具有下列設備： (1)清洗設備。 (2)污物處理設備。 (3)高壓蒸汽消毒器及其他消毒設備。 (4)未消毒物品貯藏設備。	評鑑委員可參考受評醫院上次之感染管制查核結果及意見(7.3 項次)。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			(5)已消毒物品貯藏設備。 評量方法及建議佐證資料： 1.供應室單位人員排班表。 2.感染管制委員會或小組會議紀錄。 3.第一種壓力容器操作人員合格證書。 4.供應室工作規範。 5.供應中心之感染管制措施。	

第 2 篇、醫療照護 第 2.8 章 檢驗、病理與放射作業

【重點說明】

對病人作正確合宜的評估才能作出最適切的醫療照護計畫。病人的評估為一持續性的工作，包括收集資訊、分析各種資料，如：身體、實驗室及影像等各種檢查結果，最後才能得到對病人最有利、最適切的醫療照護計畫。病人的評估需要醫療照護團隊成員共同的參與，結合各領域的專長，整合出最適切的醫療照護計畫。醫院應對各種評估執行及分析訂定適宜之標準，以確保醫療照護團隊能有效的溝通及整合。因此醫院必須特別對各種檢驗、檢查訂定適宜之標準流程及規定，以提供適宜的照護品質。本章規範之目的有下列幾項：

1. 醫事檢驗、解剖病理、血品供應單位及放射影像的各種檢查及治療應訂定運作規範，以確保安全及病人的評估資訊正確。
2. 醫事檢驗、解剖病理、血品供應單位及放射影像檢查及治療之各種儀器設備必須遵照功能維護要求，依照所訂定的程序，進行必要時的查驗、保養、維修或校正等措施，以確保其運作正常。同時對於設備所產生的工作環境安全問題，應有妥善的處理方式與監測機制。

條 號	條 文	評量項目	評鑑委員共識
可 2.8.1	具備合宜的醫事檢驗設備，並能確保其正常運作與環境安全	目的： 維護醫事檢驗設備與環境的安全管理，確保檢驗品質與執業安全。 符合項目： 1. 應依醫院規模、機能及整體病人照護條件設置相關醫事檢驗之設備，提供正確檢驗結果，以符合一般醫療的需求。 (原 2.8.1-C1) 2. 與檢驗相關之設備，必須遵照功能維護要求，依照所訂定的程序，進行必要的查驗、保養、維修或校正等措施，以確保其運作正常，且每項設備留有維護紀錄可查。(原 2.8.1-C2) 3. 若有生物及化學危害物質，必須依照法規訂有安全管理機制，以執行妥善的處理、監測與記錄。(原 2.8.1-C3) 【註】 未設有檢驗設備者，可自選本條免評。 評量方法及建議佐證資料： 1. 醫療儀器、設備查驗、保養、維修或校正作業標準及查檢紀錄。	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			2.生物及化學危害物質相關安全規範及管理資料。	
	2.8.2	具備符合標準之醫事檢驗作業程序，並確實執行	目的： 制訂與執行各項醫事檢驗作業程序與品管政策，確保檢驗品質。 符合項目： 1.應訂定符合病人及檢驗檢體辨識、登錄、傳送、檢測、報告等作業的安全性、時效性與結果正確性要求之標準作業程序。(原 2.8.2-C1) 2.檢驗後的檢體儲存及安全的棄置管理辦法，其內容完整並能確實執行。(原 2.8.2-C1) 3.依照醫事檢驗品質需求，制訂適用的品管政策與程序，內容包括內部品管、外部品管。(原 2.8.2-C2) 4.檢驗服務項目須借助委外檢驗方式完成者，應制訂有效的作業程序，以評估與選擇具有能力，且合乎品質要求的受委託檢驗單位。(原 2.8.2-C2) [註] 如為外包作業，請外包廠商提供符合項目 3 之資料。 評量方法及建議佐證資料： 1.檢驗檢體辨識、登錄、傳送、檢測、報告等作業規範或作業程序及紀錄。 2.檢驗後之檢體管理辦法(含儲存、棄置時之作業規範等)。 3.醫事檢驗之品質管理政策與程序及相關會議紀錄。 4.委外檢驗之評估、履約管理、品質管理等作業程序及相關會議紀錄。	
	2.8.3	醫事檢驗作業具有完備的品質保證措施	目的： 制訂醫事檢驗作業品質指標，定期稽核管理與檢討。 符合項目： 1.醫事檢驗報告內容正確，報告時效符合臨床醫療需求，且	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			不同類型檢體或檢驗項目的報告完成時間以及檢驗生物參考區間，能夠經由與臨床協議後有明確的訂定，而據以實施。(原 2.8.3-C1) 2.應至少使用二種不同濃度之品管物質，進行檢驗作業流程之內部品管措施。(原 2.8.3-C2) 3.應有定期參與能力試驗之外部品管活動，若檢驗項目無能力試驗可供參與時，應建立適當的比對機制，或必要時以實驗室間比對機制替代，可對檢驗之能力與品質，進行客觀性評估與系統性監測，且能力試驗結果回覆報告，有加註檢討說明或審核意見，並能妥善保存。(原 2.8.3-C3 修) 4.實施委外檢驗者，應定期要求受託檢驗單位提供參與精確度評估或接受外部能力評鑑之相關結果或證明。(原 2.8.3-C4) [註] 委外管理包括本身醫療需求委外檢驗或以醫院名意承攬業務等監督責任。 評量方法及建議佐證資料： 1.檢驗結果與報告作業規範。 2.醫事檢驗之品質管理政策與程序。 3.主要檢驗項目有定期執行品質校正紀錄。 4.委外檢驗之評估、履約管理、品質管理等作業程序及相關會議紀錄。	
可	2.8.4	設有合宜之血品供應單位及供輸血作業程序，並能確實執行	目的： 制訂與執行合宜的血品管理與輸血作業程序，確保病人用血安全。 符合項目： 1.明確設置血品之保管、供應或訂購的負責人員或單位，並明訂工作職責(可視業務量由兼任人員輔助執行)。(原 2.8.4-C1)	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			2.血品供應單位(血庫)應以附有連續溫度記錄功能，或可產生溫度異常警訊的冷藏及冷凍設備保管血液及血液製劑，並須定期定時查核相關紀錄。(原 2.8.4-C2 修) 3.與血品使用前檢驗及庫存相關之設備(尤其是具有溫控及離心功能者)，須依照所訂定的程序，定期進行查驗、保養、維修或校正等措施，以確保其運作正常，且每項設備留有維護紀錄可查。(原 2.8.4-C3 修) 4.明訂血液及血液製劑之供應作業程序及交付領用步驟，包括檢體辨識、使用前檢驗(交叉試驗等)、登錄、檢測、報告、血品傳送等，作業時效性與結果正確性要求之標準作業程序。(原 2.8.4-C4 修) 5.檢驗後檢體的儲存及安全棄置，應有管理辦法並符合法規規定，其內容完整並能確實執行。(原 2.8.4-C4 修) 6.對於緊急輸血及夜間、休息日的血品供應服務，應明訂有關血品對外訂購及院內申請使用之作業程序，並明確宣導全院醫護單位人員。(原 2.8.4-C5 修) 7.血品供應單位必須評估血品於病房及手術室暫存保管之作業方式的適當性，並依照所使用保存設備的功能，訂有包括輸注前可存放的時間，及未輸注可退回的時間與條件等規範，提供相關醫護單位人員遵循。(原 2.8.4-C6) 8.血品使用前之檢驗須借助委外檢驗方式完成者，應制訂有效的作業程序，以評估與選擇具有能力，且合乎品質要求的受委託檢驗單位。(原 2.8.4-C7) [註] 未設有血品供應單位(含血庫)且未執行輸血作業者，可自選本條免評。 評量方法及建議佐證資料： 1.血品儲存設備之溫度監控系統紀錄(含校正程序及紀錄)。	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			2.血品相關設備查驗、保養、維修或校正作業標準及查檢紀錄。 3.血品相關辨識、登錄、檢測、報告、血品傳送等作業規範或作業程序及相關紀錄。 4.檢驗後之檢體管理辦法(含儲存、棄置時之作業規範等)。 5.緊急輸血及夜間、休息日的血品對外訂購及院內申請使用作業程序。 6.血品暫存保管作業規範或流程及相關時效規定。 7.血品退回之標準作業流程。 8.委外檢驗之評估、履約管理、品質管理等作業程序及相關會議紀錄。	
可	2.8.5	血品供應作業具有品質保證措施	目的： 制訂與執行合宜的品管政策與程序，確保血品與用血的品質與安全。 符合項目： 1.應依照規則，確實執行血品供應流程相關紀錄，並保存所用血品批號 7 年。(原 2.8.5-C1) 2.血品供應時效符合臨床醫療需求，且不同血品的申請領用時間，能夠經由與臨床協議後有明確的訂定，而據以實施。(原 2.8.5-C3) 3.依照血品使用前檢驗品質需求，制訂適用的品管政策與程序，內容包括內部品管、外部品管。(原 2.8.5-C2) [註] 未設有血品供應單位(含血庫)且未執行輸血作業者，可自選本條免評。 評量方法及建議佐證資料： 1.血品供應(含退還)之標準作業流程及相關紀錄。 2.血品使用前之品管政策與程序。	為提升醫療品質，實地評鑑時，委員將加強查核醫院對於輸血不良反應通報的機制。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
可	2.8.6	具備合宜的病理診斷設備，並能確保其正常運作與環境安全	目的： 維護病理診斷設備與環境安全管理，確保診斷品質與執業安全。 符合項目： 1.應依醫院規模、機能及整體病人照護條件設置相關病理診斷之設備，提供正確病理診斷結果，以符合一般醫療的需求。(原 2.8.6-C1 修) 2.與病理診斷相關之設備，必須遵照功能維護要求，依照所訂定的程序，進行必要的查驗、保養、維修或校正等措施，以確保其運作正常，且每項設備留有維護紀錄可查。(原 2.8.6-C2) 3.若有生物及化學危害物質(如：揮發性有機物質)，必須依照法規訂有安全管理機制，以執行妥善的處理、監測與記錄。(原 2.8.6-C3 修) 【註】 未設有病理診斷單位或部門者，可自選本條免評。 評量方法及建議佐證資料： 1.病理診斷相關儀器與設備之查驗、保養、維修或校正作業標準及查檢紀錄。 2.生物及化學危害物質相關安全規範及管理資料。	
可	2.8.7	具備符合標準之病理診斷作業程序，並確實執行	目的： 制訂與執行各項標準病理診斷作業程序，確保診斷品質。 符合項目： 1.採取之組織檢體或手術切除器官，應送病理檢查，且備有紀錄，足供臨床醫師診斷及治療用。(原 2.8.7-C1) 2.應訂定符合病理檢體辨識、登錄、傳送、診斷、報告等作業的安全性、時效性與結果正確性要求之標準作業程序。(原 2.8.7-C2)	醫療機構所採取之組織檢體，或取自人體之異物，若與病灶有關，或臨床上有需要，均應送請病理檢查，此處所指之組織檢體由醫院自訂。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			3.檢體之儲存與棄置，應有管理辦法並符合法規規定，其內容完整並能確實執行。(原 2.8.7-C2 修) 4.病理診斷服務項目須借助委外檢驗方式完成者，應制訂有效的作業程序，以評估與選擇具有能力，且合乎品質要求的受委託檢驗單位。(新增) 【註】 1.未提供病理診斷服務者，可自選本條免評。 2.以委外檢驗方式之醫院亦屬有提供病理診斷服務。 3.衛生福利部(原：行政院衛生署)於中華民國 77 年 2 月 4 日衛署醫字第 715562 號函，已明確界定器官之範圍；所稱「器官」係指： (1)消化系統：口腔、唇、舌、咽喉、食道、胃、十二指腸、闌尾、肝臟、膽囊、膽道、胰臟、大腸、小腸、直腸、肛門、腸系膜、腹膜。 (2)呼吸系統：鼻竇、副鼻竇、鼻咽、聲帶、喉、氣管、支氣管、肺臟、肋膜。 (3)心臟血管系統：血管(動脈、靜脈)、心臟、心包膜。 (4)泌尿系統：腎臟、輸尿管、尿道、膀胱、前列腺。 (5)內分泌系統：甲狀腺、副甲狀腺、腎上腺、腦下垂體、胸腺。 (6)造血淋巴系統：骨髓、脾臟。 (7)骨骼與肌肉系統：骨骼截除、肢體截除。 (8)神經系統：腦、脊髓、神經、腦膜。 (9)生殖器官：子宮、卵巢、輸卵管、陰道、乳房、輸精管、睪丸、陰囊、陰莖。 (10)感官器官：眼、中耳、內耳。 評量方法及建議佐證資料： 1.每月各項病理診斷之服務量統計資料。	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			2.檢驗檢體辨識、登錄、傳送、診斷、報告等作業規範或作業程序。 3.檢驗後之檢體管理辦法(含儲存、棄置時之作業規範等)。 4.委外檢驗之評估、履約管理、品質管理等作業程序。	
可	2.8.8	病理診斷作業具有完備的品質保證措施	目的： 病理診斷作業訂有品管指標，並定期稽核管理及檢討。 符合項目： 1.病理診斷報告內容完整，報告時效符合臨床醫療需求，且不同類型檢體的報告完成時間，能夠經由與臨床協議後有明確的訂定，而據以實施。(原 2.8.8-C1) 2.病理診斷報告應有審查及檢討評估機制(醫療法第 65 條)。(原 2.8.8-C3) 3.依照病理診斷品質需求，制訂適用的品管政策與程序，內容包括內部品管、外部品管或建立適當的比對機制。(原 2.8.8-C2) 4.實施委外檢驗者，應定期要求受託檢驗單位提供上述之資料。(新增) 【註】 1.未提供病理診斷服務者，可自選本條免評。 2.以委外檢驗方式之醫院亦屬有提供病理診斷服務。 評量方法及建議佐證資料： 1.病理診斷結果與報告完成作業規範。 2.病理診斷之品管政策與程序。 3.病理診斷報告審查及檢討評估相關資料。	符合項目 3 所提「比對機制」，可以病人過去報告來比對。
可	2.8.9	具備合宜的放射診斷（含核子醫學）設備，並能確保其功能正常運作與環	目的： 維護放射診斷(含核子醫學)設備與受檢環境的規劃及管理，以確保放射影像品質與環境安全。 符合項目：	適用「輻射防護管理組織及輻射防護人員設置標準」第 5 條規定： (1)「僅從事放射治療業務者」或「僅從事核子醫學業務者」或「僅從事

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
		境安全	1.應依醫院規模、機能及整體病人照護條件設置相關放射診斷(含核子醫學)之設備，且除攝影室外，亦須具備適當的閱片設備、候診空間、更衣室及影像資料檔案室等處置空間。其功能可提供必要的檢查結果，以符合一般醫療的需求。(原 2.8.9-C1) 2.與檢查相關之設備，必須遵照功能維護要求，依照所訂定的程序，進行必要的查驗、保養、維修或校正等措施，以確保其運作正常，且每項設備留有維護紀錄可查。有關設備及儀器之維護要求，若無法自行完成者，應與廠商訂定維修保養合約，並應訂有檢查標準操作手冊。(原 2.8.9-C2) 3.放射線診斷及核子醫學檢查室的設計與設備，須符合游離輻射防護法規之規範。工作環境的游離輻射防護，必須依照法規訂定安全管理計畫，以執行妥善的防護、監測與紀錄；如有廢片或污染廢棄物須處理時，應符合國家法規訂定相關作業規範。(原 2.8.9-C3) 4.設有放射診斷、核子醫學、放射治療之任二項診療業務者，應設置輻射防護管理委員會，每年至少召開二次會議，並發揮委員會功能，且有會議紀錄可查。(原 2.8.9-C5 修) 5.檢查過程所需之急救設備完善，且檢查室內外之規劃設計，能以病人隱私為考量，提供安全、舒適的檢查環境。(原 2.8.9-C4、A2 併) 6.應具有輻射防護專業之人員；且輻射從業人員每人每年至少應接受 3 小時輻防之繼續教育與健檢。(原 2.8.9-C6 修) [註] 1.未設有放射診療設施及核子醫學儀器者，可自選本條免評。 2.依照國家相關法規之規範，醫院在符合相關規定的前提下，可依實際需求自行評估與規劃其設備及所需環境。	放射診斷業務者」，若未設立輻射防護管理委員會，則符合項目 4 不列入評核。 (2)「僅從事放射診斷業務者」，若 X 光機設置在 9(含)部以下，且未配置輻射防護員，則符合項目 6 之「應具有輻射防護專業之人員」不列入評核。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			3.依游離輻射防護法第七條第三項規定，於民國 91 年 12 月 11 日訂定之「輻射防護管理組織及輻射防護人員設置標準」規定，相關內容摘要如下： (1)第 2 條：依游離輻射防護法第七條第一項所稱之輻射防護管理組織，係指輻射防護業務單位及輻射防護管理委員會。 (2)第 4 條：設施經營者具有附表一(醫療院所屬範圍內事業類別，包含「從事放射診斷、核子醫學、放射治療三項診療業務者」或「設有放射診斷、核子醫學、放射治療任二項診療業務者」)所列設備、業務或規模者，應設立輻射防護管理組織，並依表列名額配置輻射防護業務單位之各級輻射防護人員。 (3)第 5 條：設施經營者具有附表二(醫療院所屬範圍內事業類別，包含「僅從事放射治療業務者」或「僅從事核子醫學業務者」或「僅從事放射診斷業務者」)所列設備、業務或規模者，應依表列名額配置各級輻射防護人員。 (4)第 12 條規定輻射管理委員會委員組成及應至少每 6 個月開一次會。 評量方法及建議佐證資料： 1.醫療儀器、設備查驗、保養、維修或校正作業標準及查檢紀錄。 2.醫療儀器外包廠商管理辦法及相關合約。 3.符合法規之輻射防護安全管理計畫，及監測紀錄。 4.輻射防護管理委員會議設置辦法及會議紀錄。 5.急救設備平時保養、點班紀錄。 6.輻射防護與從業人員資格資料(含繼續教育訓練及健檢)。	
可	2.8.10	具備符合標準之放	目的：	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
		射診斷（含核子醫學）作業程序，並確實執行	制訂與執行各項完備的放射診斷(含核子醫學)作業程序與品管政策，確保放射診斷品質。 符合項目： 1.應訂定符合檢查需求之病人辨識、登錄、運送、檢查、報告等作業時效性與結果正確性要求之標準作業程序，同時須包括全部檢查過程的病人安全防護管理及應變機制，其內容完整且能確實執行。(原 2.8.10-C1) 2.依照放射診斷(含核子醫學)作業品質需求，制訂適用影像品質品管政策與程序。(原 2.8.10-C2) 3.核子醫學若有執行 RIA，則依照核子醫學檢驗品質需求，制訂適用的品管政策與程序，內容包括內部品管、外部品管(能力試驗)，若檢驗項目無外部品管(能力試驗)活動可供參與準確度評估時，應建立適當的比對機制。(新增) 4.檢查服務項目須借助委外檢驗方式完成者，應制訂有效的管理作業程序，以評估與選擇具有能力，且合乎品質要求的受委託檢查單位。(原 2.8.10-C4) 5.應與相關診療科醫師舉行病例檢討，並留有紀錄可查。(原 2.8.10-C3) [註] 未設有放射診療設施及核子醫學儀器者，可自選本條免評。 評量方法及建議佐證資料： 1.檢查病人辨識、登錄、運送、檢查、報告等作業規範或作業程序及紀錄。 2.放射診斷作業之品管政策與程序。 3.委外檢驗之評估、履約管理、品質管理等作業程序及相關會議紀錄。	
可	2.8.11	放射診斷（含核子醫學）作業具有完	目的： 訂定相關品質指標及監測，確保放射診斷(含核子醫學)作業	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
		備的品質保證措施	品質。 符合項目： 1.放射診斷(含核子醫學)報告內容完整，報告時效符合臨床醫療需求，且不同檢查項目的報告完成時間，能夠經由與臨床協議後有明確的訂定，而據以實施。(原 2.8.11-C1) 2.影像診療報告應由放射線(診斷)科專科醫師或核子醫學科專科醫師製作；報告內容需適當詳實。(原 2.8.11-C2 修) 3.放射診斷(含核子醫學)相關影像檔案管理適當。(原 2.8.11-C3) [註] 未設有放射診療設施及核子醫學儀器者，可自選本條免評。 評量方法及建議佐證資料： 1.放射診斷檢查結果與報告完成作業規範。 2.放射診斷影像檔案管理機制。 3.抽查放射線報告。	
可	2.8.12	具備合宜的放射治療（含核子醫學）設備，並能確保其正常運作與環境安全	目的： 維護完備的放射治療(含核子醫學)設備與受檢環境的規劃與管理，確保放射治療品質與環境安全。 符合項目： 1.應依醫院規模、機能及整體病人照護條件設置相關放射治療(含核子醫學)設備，且除治療室外，亦須具備適當的觀察設備、更衣室及檔案室等處置空間。其功能可提供必要的治療結果，以符合一般醫療的需求。(原 2.8.12-C1) 2.與治療相關之設備，必須遵照功能維護要求，依照所訂定的程序，進行必要的查驗、保養、維修或校正等措施，以確保其運作正常，且每項設備留有維護紀錄可查。有關設備及儀器之維護要求，若無法自行完成者，應與廠商訂定維修保養合約，並應訂有檢查標準操作手冊。(原 2.8.12-C2)	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			3.放射線或核子醫學治療室的設計，須符合游離輻射防護法規之規範。工作環境的游離輻射防護設置與措施，必須依照法規訂有安全管理計畫，以執行妥善的防護、監測與記錄；如有污染性廢棄物須處理時，應符合國家法規訂定相關作業規範。(原 2.8.12-C3) 4.設有放射診斷、核子醫學、放射治療之任二項診療業務者，應設置輻射防護管理委員會，至少每半年召開一次會議，並發揮委員會功能，且有會議紀錄可查。(原 2.8.12-C5 修) 5.治療過程所需之急救設備完善，且治療室內外之規劃設計，能以病人隱私為考量，提供安全、舒適的就醫環境。(原 2.8.12-C4、A2 併) 6.應具有輻射防護之專業人員；放射治療(腫瘤)部門，則需具備領有輻射防護師資格之人員，且輻射從業人員每人每年至少應接受 3 小時輻防之繼續教育與健檢。(原 2.8.12-C6 修) 【註】 1.未提供放射（含核子醫學）治療服務者，可自選本條免評。 2.依照國家相關法規之規範，醫院在符合相關規定的前提下，可依實際需求自行評估與規劃其設備及所需環境。 3.依游離輻射防護法第七條第三項規定，於民國 91 年 12 月 11 日訂定之「輻射防護管理組織及輻射防護人員設置標準」規定，相關內容摘要如下： (1)第 2 條：依游離輻射防護法第七條第一項所稱之輻射防護管理組織，係指輻射防護業務單位及輻射防護管理委員會。 (2)第 4 條：設施經營者具有附表一(醫療院所屬範圍內事業類別，包含「從事放射診斷、核子醫學、放射治療三	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			項診療業務者」或「設有放射診斷、核子醫學、放射治療任二項診療業務者」)所列設備、業務或規模者，應設立輻射防護管理組織，並依表列名額配置輻射防護業務單位之各級輻射防護人員。 (3)第 5 條：設施經營者具有附表二(醫療院所屬範圍內事業類別，包含「僅從事放射治療業務者」或「僅從事核子醫學業務者」或「僅從事放射診斷業務者」)所列設備、業務或規模者，應依表列名額配置各級輻射防護人員。 (4)第 12 條規定輻射管理委員會委員組成及應至少每 6 個月開一次會。 評量方法及建議佐證資料： 1.醫療儀器、設備查驗、保養、維修或校正作業標準及查檢紀錄。 2.醫療儀器外包廠商管理辦法及相關合約。 3.符合法規之輻射防護安全管理計畫，及監測紀錄。 4.輻射防護管理委員會議設置辦法及會議紀錄。 5.急救設備平時保養、點班紀錄。 6.輻射工作人員資格資料(含繼續教育訓練及健檢)。	
可	2.8.13	具備符合標準之放射治療（含核子醫學）作業程序，並確實執行	目的： 制訂與執行各項完備的放射治療(含核子醫學)作業程序與品管政策，確保放射治療品質。 符合項目： 1.應訂定符合治療需求之病人辨識、登錄、運送、治療等作業時效性與結果正確性要求之標準作業程序，同時須包括全部治療過程的病人安全防護管理及應變機制，其內容完整且能確實執行。(原 2.8.13-C1)	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			2.依照放射治療(含核子醫學)品質保證需求，制訂適用放射治療之品管政策與程序。(原 2.8.13-C2) 3.放射線治療的計畫、實施及其結果判定，必須由放射治療專科醫師簽核。(原 2.8.13-C3) 4.放射線治療檢討會須定期舉行，並納入每位病人治療計畫內施行。(原 2.8.13-C4) 5.應與相關診療科醫師舉行病例檢討會，並留有紀錄可查。(原 2.8.13-C5) 【註】 未提供放射（含核子醫學）治療服務者，可自選本條免評。 評量方法及建議佐證資料： 1.放射治療病人辨識、登錄、運送、治療等作業規範或作業程序及紀錄。 2.放射治療作業之品管政策與程序。 3.抽查放射治療診療相關病歷資料(如：治療計畫、病歷摘要等)。	
可	2.8.14	放射治療（含核子醫學）作業具有完備的品質保證措施	目的： 相關品質指標的監測與分析，確保放射治療(含核子醫學)作業的品質。 符合項目： 1.診療報告應由放射治療(腫瘤)科專科醫師或核子醫學科專科醫師製作，且應符合時效，內容詳實。(原 2.8.14-C1) 2.放射治療(含核子醫學)相關影像檔案管理適當。(原 2.8.14-C2) 【註】 未提供放射（含核子醫學）治療服務者，可自選本條免評。 評量方法及建議佐證資料：	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			1.放射治療診療報告完成作業規範。 2.放射治療影像檔案管理機制。	
	2.8.15	各項檢驗、檢查步驟，能安全、確實的執行，且能提供迅速、正確之服務	目的： 建立與執行各項檢驗、檢查結果報告之完整傳送與接收機制，維護病人安全。 符合項目： 1.各項檢驗、檢查應符合適用之標準程序，必要時應於實施前進行病人評估及對病人或家屬具體說明內容及步驟。(原 2.8.15-C1) 2.明訂檢體檢驗、影像檢查、病理診斷等結果報告之遞送路徑，包含正常、緊急作業時間等，並確實將結果報告送達主治醫師或醫療照護團隊相關人員。(原 2.8.15-C2) 3.應建立緊急且重要之異常值或檢查報告說明及即時通報機制，相關人員對於緊急且重要之異常結果應立即通報給主治醫師。(原 2.8.15-C3) 評量方法及建議佐證資料： 1.各項檢驗檢查的標準程序。 2.檢查檢驗及報告完成規範。 3.異常結果(如：危急項目、危急值、異常值等)通報標準作業流程。	1.醫院可以檢討異常危急值之定義，並界定真正需要通報之內容。 2.有關異常危急值或檢查報告之通報、接收、運用與後續處置等相關規範，醫院可依狀況自訂之。評鑑委員可請醫院舉證說明。