100 年度醫院評鑑基準及評量項目-評鑑委員共識

1.1 醫院經營策略

條號	條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
1.1	**醫院經營策略**		
1.1.1	明訂宗旨、願景及目標	C：醫院之監督或治理團隊與經營團隊應共同訂定醫院之宗旨、願景及目標。 B：符合 C 項，且所訂定之宗旨、願景及目標，能營造下列文化：追求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、適度而不浪費。 A：符合 B 項，且醫院監督或治理團隊應就如何支持經營團隊達成目標，建立明確之資源提供及分配機制（如：人力、物資、資金、資訊等），並適時檢討與調整，且成效良好。 [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、醫院所有權人、院長等，以下簡稱監督團隊。 2.經營團隊（structured leadership）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。	1.監督或治理團隊，可包含如：董事會、退輔會、軍醫局、醫學院、衛生署醫管會、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。 4.因「監督或治理團隊與經營團隊」之相關評量要求為本年度新增之內容，故其佐證資料可自 100 年 2 月 1 日起認列。
1.1.2	明訂醫院在服務區域的角色及功能，並據以擬定適當之目標與計畫	C： 1.依據服務區域需求分析結果，設定醫院在服務區域的角色與功能，並由監督或治理團隊與經營團隊據以擬定適當之目標與計畫(或階段性計畫）。 2.指定專責人員或部門，依明訂之作業機制，定期蒐集服務區域之醫療及相關社會資源等資料，並分析需求。 B：符合 C 項，且適當向員工宣導醫院之角色、功能、目標與計畫，使其瞭解。	1.評鑑委員於實地評鑑時，可訪談員工（正式職員）以評估其是否瞭解醫院之角色、功能、目標與計畫。訪談原則如下： (1)訪談不同職類之員工。 (2)急性病床 99 床以下醫院，訪談 2~3 人。 (3)急性病床 100 床以上醫院，訪談 3~5 人。

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			A：符合 B 項，且對目標與計畫之執行，有妥善規劃進度追蹤及評量之機制，以利檢討調整。	2.評量項目 C-1 所提「階段性計畫」，係指醫院 3 年以上之發展計畫。 3.因「監督或治理團隊與經營團隊」之相關評量要求為本年度新增之內容，故其佐證資料可自 100 年 2 月 1 日起認列。
可**	1.1.3	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	C：醫院之監督或治理團隊與經營團隊，應具備執行職務所必須之知識、技能及素養；並據以由經營團隊規劃醫療品質、病人安全及經營管理相關之活動。 B：符合 C 項，且醫院之監督或治理團隊與經營團隊，對醫療品質、病人安全及經營管理成效，進行評估，必要時提出具體改善方案。 A：符合 B 項，且成效良好，如：對各項醫療品質、病人安全及經營管理相關之活動，有完整的規劃及評估，確實執行及視情形改善。 [註]符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)急性病床 49 床（含）以下。 (2)申請「地區醫院評鑑」者。	1.評量項目 B，醫院之監督或治理團隊需對於醫療品質、病人安全及經營管理有實質參與及意見表達，並有佐證資料。 2.因「監督或治理團隊與經營團隊」之相關評量要求為本年度新增之內容，故其佐證資料可自 100 年 2 月 1 日起認列。
可**	1.1.4	醫院之監督或治理團隊與經營團隊能營造重視醫療品質及病人安全之文化	C：醫院之監督或治理團隊與經營團隊間，設有溝通機制，定期討論有關提升醫療品質及病人安全相關之議題（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），並尋求解決方案。 B：符合 C 項，且 1.討論之決議應有追蹤機制。 2.建立有效機制以促進院內同仁對醫療品質、病人安全之改善共識，且該共識能傳達給同仁周知。 A：符合 B 項，且有效營造提升醫療品質與病人安全之組織文化，如：視情形採用持續性流程改善、組織再造或調整、獎懲制度等措施，且有具體成效。	1.評量項目 C： (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。 2.評鑑委員於實地評鑑時，可訪談員工（正式職員）。訪談原則如下： (1)急性病床 99 床以下醫院，訪談 2~3 人。

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			[註]符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)急性病床 49 床（含）以下。 (2)申請「地區醫院評鑑」者。	(2)急性病床 100 床以上醫院，訪談 3~5 人。 3.因「監督或治理團隊與經營團隊」之相關評量要求為本年度新增之內容，故其佐證資料可自 100 年 2 月 1 日起認列。
	1.1.5	明訂組織架構及指揮系統，落實分層負責與分工	C： 1.訂有清楚之醫院組織架構圖。 2.訂有組織章程（包含各單位於醫院經營管理、企畫、醫療照護及一般業務推動之權責）、辦事細則（工作手冊）、內部管理規章、分層負責明細等，各部門並據以訂定作業規範或程序。 B：符合 C 項，且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，確保容易取得且具實用性，並能落實分工及分層負責（如：表單之設計可呈現分工及分層負責者）。 A：符合 B 項，且組織架構圖及各類規範能適時檢討、修正更新且與現況相符。	評量項目 B，評鑑委員於實地評鑑時，可測試員工（正式職員）是否了解取得醫院相關規範之管道，測試原則如下： (1)急性病床 99 床以下醫院，抽問 2~3 人。 (2)急性病床 100 床以上醫院，抽問 3~5 人。
	1.1.6	訂定醫療業務指標，定期分析、檢討、改進	C： 1.有專責人員或部門負責收集醫療業務管理相關指標，且每年至少有 1 次以上的報告。 2.至少收集 5 項醫療業務管理相關指標，並應包含佔床率、死亡率、院內感染率等。 B：符合 C 項，且 1.定期分析及檢討，並視情形改善。 2.設有品質內控（或異常管理）機制，對於因門診人次過高，以致每一病人之平均診療時間極短者，能監測並改善其診療品質；對於實施較高風險之侵入性或放射性檢查（或治療），但診斷結果為陰性之比率，遠高於院內或院外相同專長同儕者，能予以監測並設法改善。 A：符合 B 項，且成效良好，如：分析、檢討結果應用於制度面之修正	評量項目 B-2： 1.醫院訂有各科合理門診量，並有檢討及追蹤機制。 2.高風險檢查及治療設有監控機制。

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			與改善，並有具體事證。 [註] 1.醫療業務管理相關指標，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）等。 2.B-2 項所稱較高風險之侵入性或放射性檢查（或治療），醫院可自行選定監測之檢查（或治療）項目，如：上消化道內視鏡檢查、心導管檢查、電腦斷層掃描等。	
	1.1.7	訂定內部作業管理指標，定期分析、檢討、改進	C： 1.有專責人員或部門負責收集內部作業流程相關指標，且每年至少有 1 次以上的報告。 2.收集之指標至少包含：平均住院日、等候住院時間（含急診病人及一般病人等候住院時間）、等候檢查時間（醫院可自行選定核心檢查項目）、異常事件發生件數等。 B：符合 C 項，且定期選擇適當管理工具實施年度性醫院內部作業流程指標分析及檢討，並視情形改善。 A：符合 B 項，且成效良好，如：分析、檢討結果應用於制度面之修正與改善，並有具體事證。	1.評量項目 C-2 有關「等候住院時間」及「等候檢查時間」之分析檢討，鑑於各醫院之認定標準不一，故由評鑑委員於實地評鑑時，依醫院現況進行認定。 2.評量項目 B，醫院內部作業流程指標應有過去 3 年資料，以及與其他醫院(或院內單位/科部別)比較資料。
	1.1.8	會計組織及制度健全	C： 1.設置會計業務單位或專責人員。專責人員應熟悉一般公認會計原則，據以執行會計業務。 2.會計制度完備，如：有符合一般公認會計原則或醫療法人財務報告編製準則之會計報告格式、會計科目、簿籍、憑證、會計事務處理程序、內控機制等。 B：符合 C 項，且 1.定期編製符合一般公認會計原則之各種相關財務報表，應包含損益表（收支餘絀表）、資產負債表、現金流量表等，即時提供醫院決策參考。	1.評量項目 B-1 項所提「即時提供」，係指年度結（決）算後半年內需提供。 2.評量項目 A，財務資訊須公開於外部網站或其他管道。

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			2.編製年度預算書與結（決）算書，應符合醫院年度工作計畫。 A：符合 B 項，且財務資訊能適度對外公開。	
可*	1.1.9	適當的成本會計制度	C：建立成本會計制度，掌握部門別（科別、單位別）收入及費用，並有相關報表。 B：符合 C 項，且進行成本分析，並針對重大變動分析差異原因。 A：符合 B 項，且能定期檢討或修正，符合醫院整體發展規劃。 [註]符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)急性病床 99 床（含）以下。 (2)申請「地區醫院評鑑」者。	評量項目 B： 1.「重大變動分析」係指與「去年同期」、「前期」、「跨單位」比較。 2.「重大變動」之界定（比率%）由醫院自行訂定。
可*	1.1.10	建立有效之財務內控及外部查核機制	C：建立並執行內控機制，並依內控結果修正相關機制與作業。 B：符合 C 項，且 1.委請外部會計師財務報表簽證（或經政府審計單位審查），至少一年 1 次。 2.依照簽證報告（或審查結果）修正相關機制與作業。 A：符合 B 項，且成效良好，如：財務健全或外部查核結果無重大缺失。 [註]符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)急性病床 99 床（含）以下。 (2)申請「地區醫院評鑑」者。	評量項目 B-1，考量私立醫院較少實行會計師簽證，故本項得以「年度財務報表會計師查核報告書」之文件代替。
合	1.1.11	遵守相關法令，並提供合宜教育訓練	1.對於衛生主管機關執行衛生或醫療相關法令時，所發現之偏差、違規或建議事項，能即時檢討並積極改善。 2.能配合政府有關醫院設備設施、員工安全福利及病人權利等相關法令、行政規則或行政指導之執行。 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。 □符合 □不符合 [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	1.評量項目 1，請醫院提供自上次評鑑至本次評鑑期間，對於評量項目所列舉法規之違反事項（如：消防、建管、勞基、環保等）及所採取之積極改善措施。 2.評量項目 2，請醫院說明執行醫院設備設施、員工安全福利及病人權利等相關法令之具體配合事蹟。 3.評量項目 3，請醫院提供員工參與相關法令專題介紹或宣導課程等教育訓練資料。針對評量項目[註]3、4 所列舉

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			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： (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、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、勞工安全衛生教育訓練規則、環境保護法、建築法、消防法、身心障礙者權益保障法、家庭暴力防治法、兒童保護法、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、勞工安全衛生法、職業災害勞工保護法、勞工安全衛生設施規則、勞工健康保護規則、勞工安全衛生組織管理及自動檢查辦法、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處理準則、輻射工作場所管理與場所外環境輻射監測作業準則、輻射防護管理組織及輻射防護人員設置標準、放射性物質或可發生游離輻射設備操作人員管理辦法，以及建築消防相關法規等。	之法令、行政規則或行政指導，醫院僅需辦理部分法令之專題介紹或宣導課程即可，非指全部法令均需辦理。 4.評鑑委員於實地評鑑時，可訪談員工（正式職員）。訪談原則如下： (1)急性病床 99 床以下醫院，訪談 2~3 人。 (2)急性病床 100 床以上醫院，訪談 3~5 人。
	1.1.12	配合國家衛生政	C：	

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
		策及其他相關政策之情形	1.對國家衛生政策及其他相關政策，能舉辦講座或透過院刊、公告欄、電視、醫院網站等媒體，協助宣導播放。 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.將器官捐贈及安寧療護照護等相關資訊納入住院須知（可參考衛生署公告之「醫院住院須知參考範例」）。 B：符合 C 項，且 1.協助宣導推行國家政策，於近 4 年內有具體事證。 2.訂有年度計畫，對民眾及員工辦理有關器官捐贈及安寧緩和醫療之宣導活動，並提供同意捐贈之簽署管道。 3.醫院已建置全院性癌症篩檢門診電腦提示系統，主動提醒民眾做癌症篩檢。 4.參加癌症診療品質認證。 A：符合 B 項，且 1.協助宣導推行國家政策，於近 4 年內曾獲得政府或具公信力第三人之表揚。 2.通過癌症診療品質認證。。 3.訂有器官捐贈勸募及安寧緩和醫療推廣之執行計畫，且有具體成效 4.針對 B-3 項提示和篩檢服務促進措施，建立監測機制，並定期分析檢討問題所在，予以改進。 [註] 1.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、節能減碳政策…等。 2.器官捐贈宣導及勸募之執行及改善成效，可以依醫院歷年器官捐贈勸募案例數、勸募成功案例數及器捐意願 IC 卡註記人數之成長情形做評估。	
可**	1.1.13	積極參與社區健	C：	

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
		康營造	1.應有專責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。 2.舉辦以社區民眾為對象的演講、健康教室、研討會、電話諮商等。 B：符合 C 項，且訂有社區健康營造年度工作計畫以及明確之目標，且相關課程或研討會有完整紀錄，落實執行。 A:符合 B 項,且對於社區工作計畫的推展有定期檢討改進且成效良好。 [註]符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)急性病床 49 床（含）以下。 (2)申請「地區醫院評鑑」者。	
可	1.1.14	對上次評鑑之建議改善事項，能具體檢討改善	C：對上次評鑑之建議改善事項，進行檢討並能依醫院情形提出改善措施。有關病人安全之建議改善事項均完成改善，並有具體事證。 B：符合 C 項，且對未完成改善之事項能確實提供說明，符合事實，並有改善計畫或方案。 A：符合 B 項，且所有建議改善事項皆完成改善。 [註]新申請評鑑或上次評鑑未有建議事項者，可自選本條免評。	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。
	1.1.15	評鑑資料填寫及實地評鑑簡報品質良好	C： 1.評鑑資料之填寫正確詳實。 2.實地評鑑時，呈現 1 個月前之相關資料。 3.評鑑簡報內容精簡扼要，掌握時間與重點。 B：符合 C 項，且 1.實地訪查時針對委員訪談之事項，均能確實回答。 2.有時效且正確提供委員訪查所需之佐證資料。 A：符合 B 項，且 1.評鑑資料依規定填寫完整，詳實反應醫院實際經營管理狀況。 2.實地評鑑簡報內容確實呈現醫院特色及經營管理狀況。	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。

1.2 員工管理與支持制度

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
	1.2	**員工管理與支持制度**		
可**	1.2.1	設置人事管理專責單位，人事制度健全	C： 1.應有專責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。 2.員工檔案完整，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。 3.應有完善之職務代理人制度。 B：符合 C 項，且 1.人事管理規章所列各項管理辦法或工作規範，內容完整，並能定期檢討修正。 2.相關員工工作規範之修正邀請基層員工代表參與，且修正內容公告周知，方便員工隨時查閱。 A：符合 B 項，且人事部門整體組織健全，功能良好，並持續提升員工之作業品質，最近 3 年有具體事證。 [註] 1.醫院員工包含所有醫事及行政人員。 2.有關職務代理人制度之查證著重醫師。 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.符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)急性病床 49 床（含）以下。 (2)申請「地區醫院評鑑」者。	
	1.2.2	訂有明確之員工晉用及薪資制度且執行合宜	C： 1.訂定員工招募辦法。 2.依據相關法令訂定適當的薪資制度，並有規範晉級、加薪、獎金等事項，且能並適時修訂，每次修訂均公告周知。	評量項目 A，有鼓勵員工提升醫療品質或參與活動，列入員工薪資、獎金、加給等福利，並能具體呈現醫療品質改善成果。

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			B：符合 C 項，且參考各部門業務量所必要的職類、人員及離職率，並編制人才晉用計畫及相關薪資配套，確實執行。 A：符合 B 項，且 1.依醫院業務量變化適時調整，並有利品質提升。 2.建立各類人才資料庫，供需才單位參考。 3.薪資制度之設計有助於醫療品質提升。 【急性病床 99 床（含）以下醫院得適用】 C：訂定適當的薪資制度，並適時修訂。 B：符合 C 項，且 1.每次修訂時均有公告周知。 2.晉級、加薪、獎金均有明確規範。 A：符合 B 項，且薪資制度之設計有助於醫療品質提升。	
	1.2.3	醫療照護、醫事、行政各部門的職掌及職務規範明確	C： 1.訂有醫師、護理、醫事、行政各部門之職掌及業務規範或業務手冊，包括各級主管、人員之管轄業務內容、權責範圍及授權等相關事項。 2.新職位或部門設置時，須對應重整相關職掌及職務規範。 B：符合 C 項，且各部門、層級成員清楚其業務內容、權責範圍及授權等相關事項，並落實執行，品質優良。 A：符合 B 項，且內容完整、定期檢討（或定期審閱），跨部門運作協調良好。	評量項目 A 所提「定期檢討（或定期審閱）」之期程，得依醫院規定辦理，但至少每 2 年需審閱一次。
	1.2.4	訂定醫師晉用辦法及合理基本薪資制度	C： 1.訂有明確之醫師晉用辦法。 2.設有醫師合理之基本薪資。 B：符合 C 項，且 1.有專責單位或委員會負責醫師晉用作業且過程公開、透明、公正。 2.薪資結構由基本薪資、個人/科臨床所得、教學研究津貼組成，且訂有合理薪資上限與組成比率。 A：符合 B 項，且	1.評量項目 C-2「設有醫師合理之基本薪資」，係指醫師未執行臨床業務期間，仍可領得基本薪資之規範。 2.評量項目 A：評鑑委員於實地評鑑時，可訪談主治醫師，評估其對於醫師晉用、基本/固定薪資、主治醫師資格、執行權限(privilege)等規範及查詢管道之瞭解程度。訪談原則如下：

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			1.訂有主治醫師資格規範。 2.對於醫師晉用辦法及合理薪資制度能定期檢討及改善，且成效良好。 [註]醫師合理之基本薪資可參考公立醫院之醫師基本薪俸。	(1)急性病床 99 床以下醫院，訪談 2~3 人。 (2)急性病床 100 床以上醫院，訪談 3~5 人。
	1.2.5	建立合理的人事考核及升遷制度	C： 1.設有人事評核委員會或類似功能之組織，運作正常且備有紀錄可查。 2.訂定各種人事評核及升遷考核辦法，並公告周知。 3.依據考核結果有適度的獎懲。 B：符合 C 項，且 1.人事考核制度訂定過程有基層員工代表參與。 2.執行過程公開透明且有雙向回饋機制。 A：符合 B 項，且對於雙向回饋之標準作業程序及制度，有定期檢討機制且備有紀錄，成效良好。 [註]「雙向回饋」係指：主管能就人事評核結果向員工（受評核者）說明，並聽取其對評核結果之意見。	
	1.2.6	設立勞工安全衛生專責組織、人員，並訂定自動檢查計畫	C： 1.依據勞工安全衛生法令之規定，視醫院員工人數，設置勞工安全衛生組織、人員。如屬依法需設置勞工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 2.訂定醫院安全衛生自動檢查計畫，並有執行紀錄可查。 B：符合 C 項，且 1.自動檢查計畫，內容適當，且定期檢討修正。 2.明訂各項工作完成之期限，並確實追蹤辦理情形。 A：符合 B 項，且確實實施，成效良好。 [註]「勞工安全衛生組織管理及自動檢查辦法」第 10 條規定，醫院勞工人數在 300（含）人以上者，應設置勞工安全衛生委員會。另依據醫院員工人數，應設置之勞工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設置勞工安全衛生人員表」；	

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			至於應設置之勞工安全衛生管理單位，請參照同辦法第 2-1 條。	
	1.2.7	訂定並確實執行員工意外事件防範措施	C： 1.依院內各單位特性，訂定員工意外事故防範辦法，且周知員工確實遵守。 2.對所訂辦法定期檢討修正。 B：符合 C 項，且 1.聯絡機制及程序明確，工作人員對事故之對應恰當，事故報告迅速，備有紀錄可查。 2.事後進行原因分析，且能檢討事故發生原因，有避免重複再犯之對策，並公告周知全體員工。 A：符合 B 項，且確實實施，成效良好。	
	1.2.8	致力於建置完善合宜之工作環境	C： 1.提供員工整潔明亮且空間、設施充足之工作環境。 2.建立兩性平權之工作環境，廁所數量、更衣室、休息室、哺（集）乳室等之設計及數量應考量兩性需要，並符合法令規定。 3.確保身心障礙員工相關設施設備及環境合宜、適用。 B：符合 C 項，且具備適當用餐、休閒、健康促進、運動、托嬰服務等設施。 A：符合 B 項，且具備其他優於 B 項之工作環境或能提升員工工作滿意度之相關措施，且執行成效良好。 [註]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。	評量項目 B 所提「托嬰服務」，可委託鄰近適當機構辦理，並有合約佐證。
	1.2.9	實施新進員工及在職員工健康檢查	C： 1.依「勞工健康保護規則」辦理新進員工及在職員工健康檢查。 2.依「勞工健康保護規則」辦理特殊作業勞工健康檢查（如：放射線工作人員）。 B：符合 C 項，且	

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			1.對於健康檢查結果異常之員工提供追蹤或健康管理之服務。 2.分析整體員工之健康問題，適時推展各項健康促進計畫。 A：符合 B 項，且確實實施，成效良好。 [註]勞工健康保護規則第 11 條：「雇主對在職勞工，應就下列規定期限，定期實施一般健康檢查： 一、年滿 65 歲以上者，每年檢查 1 次。 二、年滿 40 歲以上未滿 65 歲者，每 3 年檢查 1 次。 三、未滿 40 歲者，每 5 年檢查 1 次。 前項一般健康檢查項目依前條規定辦理。 第一項健康檢查紀錄應參照格式三為之，並至少保存 10 年。 第一項之檢查期限，中央主管機關認有必要時，得調整之。」	
	1.2.10	確實執行員工健康促進活動與福利制度	C： 1.訂有健康促進與福利措施並周知員工。 2.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。 3.員工健康促進與福利措施，訂有年度計畫及編列專案經費，確實執行，備有紀錄。 B：符合 C 項，且前項計畫之擬訂、執行均能定期檢討修正，且均有基層員工代表參與。 A：符合 B 項，且執行成效良好。 [註] 1.健康促進活動如：減重、戒菸、慢性病防治、預防篩檢、預防注射等活動之落實。 2.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）。	
可**	1.2.11	有關懷輔導機制	C：	1.評量項目 C-3「定期辦理員工之滿意度

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
		對院內員工提供心理及情緒等支持，並有員工申訴管道	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。 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。 3.定期辦理員工滿意度調查。 B：符合 C 項，且 1.設有專責人員推動提供員工心理及情緒支持之措施或管道；並對涉及醫療事故的員工，設有支援機制。 2.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。 3.對於員工滿意度調查結果進行分析，報告資料完整，且公告周知。 4.對於員工意見、不滿意事項立即處理及回應，或追蹤改善情形適時回應，備有紀錄。 A：符合 B 項，且確實實施，定期分析各類人員常見問題，提出改善預防措施及支持、輔導計畫，確實執行，執行成效良好。 [註] 1.醫院員工包含所有醫事及行政人員。 2.符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)急性病床 49 床（含）以下。 (2)申請「地區醫院評鑑」者。	調查」，係指每年至少實施乙次。 2.評量項目 B-1，若醫院無醫療事故相關案例，則實地評鑑時以評量該院之相關標準作業流程為原則。

1.3 人力資源管理

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
	1.3	**人力資源管理**		
必	1.3.1	適當醫師人力配置	C： 1.每 10 床應有醫師 1 人以上。 2.各診療科均有專科醫師 1 人以上。 B：符合 C 項，且專任主治醫師（包括主任在內），每 9 床應有 1 人。 A：符合 B 項，且 1.專任主治醫師（包括主任在內），每 8 床應有 1 人。 2.執業登記之人力實質參與運作。 [註] 1.本條為必要條文，必須達 C（含）以上。 2.病床數以總病床數計：指一般病床與特殊病床，並依實際登記病床數計。	1.有關醫師人力之規範，請參照醫療機構設置標準（95 年 4 月修正版本）「附表一、綜合醫院、醫院、專科醫院設置標準表」醫師人力規定。 2.評量項目 C-1，依醫療機構設置標準第 26 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。 3.評量項目 A-2 所提「實質參與運作」，係指實際參與臨床醫療、行政或教學相關業務。 4.醫師人數可採認自 100 年 2 月 1 日起至實地評鑑前，或實地評鑑當日之數量。
可**	1.3.2	對醫師的診療能力及工作量，定期作客觀的評估	C： 1.訂定各科醫師之合理醫療服務量（如：每診看診人數、每週看診診次、每週手術量、每月值班時數等），對於超量者，須評估其醫療品質、病人安全風險與工作量之合理性。 2.工作量之評估應包含：診療的病人數、手術件數、檢查件數等。 B：符合 C 項，且對醫師之診療品質（如：知識、技術、經驗、態度、醫學文獻收集能力、是否罹患精神疾病或身心狀況違常，不能執行業務等）訂有評估方式或評估指標；對於高風險或高技術之醫療行為，依評估結果，界定其可在醫院內執行之項目範圍。 A：符合 B 項，且有定期檢討改善，並成效良好。 [註]符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)急性病床 49 床（含）以下。 (2)申請「地區醫院評鑑」者。	1.評量項目 C-1，由醫院自行訂定各科醫師之合理醫療服務量並進行評估。 2.評量項目 B，對於執行高風險或高技術之醫療行為應有執行權限(privilege)之規範及評估。 3.評量項目 A： (1)對於超服務量醫師，有確實檢討改善。 (2)對於執行高風險或高技術醫療行為之醫師，經定期評估後始允以執行。。

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
可**	1.3.3	制訂合理醫師考核機制及評估	C：訂有醫師合理晉升、薪資管理及貢獻與獎懲之管理辦法。 B：符合 C 項，且設定醫師臨床貢獻度及醫院活動參與度為調整薪資依據。 A：符合 B 項，且 1.醫師在醫院之臨床教學、研究及行政之參與度為調整薪資依據。 2.定期檢討其合理性及輔導方案。 [註]符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)急性病床 49 床（含）以下。 (2)申請「地區醫院評鑑」者。	
必 可**	1.3.4	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	C： 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。 2.由醫師、醫事放射人員執行放射診療檢查業務。 3.醫事放射人員： (1)申請地區醫院評鑑者： ①每 50 床應有醫事放射人員 1 人以上。 ②49 床以下未設放射線診斷設備者，不受前項限制。但設有放射線診斷設備者，至少應有 1 人依法領有執業執照。 (2)申請區域醫院評鑑者：每 40 床應有醫事放射人員 1 人以上。 (3)申請醫學中心評鑑者： ①每 30 床應有專任醫事放射人員 1 人以上（專任醫事放射人員人數之計算不包含心導管、牙科、泌尿科碎石機、及腸胃科）。 ②應有專任放射腫瘤之醫學物理人員 1 人以上。 B：符合 C 項，且 1.醫事放射人員： (1)申請地區醫院評鑑者：醫事放射人員人力達 C 項 3-(1)之 1.05 倍。 (2)申請區域醫院評鑑者：醫事放射人員人力達 C 項 3-(2)之 1.05 倍。 (3)申請醫學中心評鑑者：醫事放射人員人力達 C 項 3-(3)之 1.05 倍。 2.每 200 床應有 1 名專任放射診斷專科醫師參與執行放射診療工作。	1.請參照醫療機構設置標準（95 年 4 月修正版本）。 2.「年平均佔床率」共有下列三種認計原則，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)評鑑當年度月平均佔床率（期間自 100 年 2 月 1 日起至實地評鑑前，或自開業日期起至實地評鑑前）。 (3)實地評鑑當日佔床率。 3.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	100 年度評鑑委員共識
			3.人員服務年資、訓練資歷充足，且服務品質優良。 A：符合 B 項，且 1.醫事放射人員： (1)申請地區醫院評鑑者:醫事放射人員人力達 C 項 3-(1)之 1.10 倍。 (2)申請區域醫院評鑑者:醫事放射人員人力達 C 項 3-(2)之 1.10 倍。 (3)申請醫學中心評鑑者:醫事放射人員人力達 C 項 3-(3)之 1.10 倍。 2.至少 5 名專任放射診斷專科醫師參與執行放射診療工作（每 150 床至少 1 人）。 3.專任放射腫瘤專科醫師至少 2 人（每 500 床至少 1 人）。 4.核子醫學專科醫師至少 2 人（每 650 床至少 1 人）。 5.各種立即通報機制且效果良好，對臨床醫師診療確實有實際功效，並有佐證資料。 6.落實訓練計畫，且成效良好，並有佐證資料。 [註] 1.本條為必要條文，必須達 C（含）以上。 2.符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)急性病床 49 床（含）以下。 (2)申請「地區醫院評鑑」者。 3.醫事放射人員包括醫事放射師及醫事放射士。 4.病床數以急性病床數計：指急性一般病床及急性精神病床，並依實際登記病床數計。 5.人力計算時應考量年平均佔床率，且四捨五入取至整位數，但不得低於醫療機構設置標準之規定。	
可**	1.3.5	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	C： 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。 2.能確保代檢機構之時效及品質。 B：符合 C 項，且 1.病理科醫師 2 人以上，及具醫事檢驗師證照技術人員 2 人以上。 2.人員充足且服務內容優良者。	評量項目 B-2，「服務內容」評核標準： (1)參與外部實驗室能力測試。 (2)工作負荷適當。 (3)發報告時間適當。 （其中工作負荷、發報告時間由醫院自行訂定即可）

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			A：符合 B 項，且 1.解剖病理專科醫師 5 人以上，及具醫事檢驗師證照技術人員 6 人以上。 2.例假日亦能提供立即診斷服務。 [註] 1.符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)急性病床 49 床（含）以下。 (2)申請「地區醫院評鑑」者。 2.醫療機構設置標準：各診療科均應有專科醫師 1 人以上。 3.若醫院設有解剖病理科，則需依評分說明內容評量解剖病理專科醫師人力。 4.病理科醫師包括臨床病理及解剖病理專科醫師。	
必 可**	1.3.6	適當之醫事檢驗服務或臨床病理服務組織與人力配置	C： 1.醫事檢驗服務或臨床病理服務，訂有相關作業規定。 2.醫事檢驗人員： (1)申請地區醫院評鑑者： ①每 50 床應有專任醫事檢驗人員 1 人以上。 ②100 床以上之醫院應有專任醫事檢驗師 2 人以上。 ③49 床以下未設檢驗設備者，不受①、②項限制，但設有檢驗設備者，至少應有專任醫事檢驗師 1 人。 (2)申請區域醫院評鑑者：每 25 床應有專任醫事檢驗師 1 人。 (3)申請醫學中心評鑑者：每 20 床應有專任醫事檢驗師 1 人。 3.執行臨床病理、病理診斷由院內其他科別醫師兼任，或委託院外單位執行。 B：符合 C 項，且 1.醫事檢驗人員： (1)申請地區醫院評鑑者:醫事檢驗人員人力達 C 項 2-(1)之 1.05 倍。 (2)申請區域醫院評鑑者:醫事檢驗人員人力達 C 項 2-(2)之 1.05 倍。 (3)申請醫學中心評鑑者:醫事檢驗人員人力達 C 項 2-(3)之 1.05 倍。	1.評量項目 C-3 所提「執行臨床病理、病理診斷」，係指：執行需由醫師判斷或簽發的檢驗報告，如輸血反應分析報告、血液抹片異常報告（如具 blast）、HIV western blot confrimatory 報告、Protein electrophoresis 報告、Flow cytometry 報告、酵素分型報告(如 CK, alkaline phosphatase, LD 等)、白血球 Marker 分型等業務。 2.請參照醫療機構設置標準（95 年 4 月修正版本）。 3.「年平均佔床率」共有下列三種認計原則，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)評鑑當年度月平均佔床率（期間自 100 年 2 月 1 日起至實地評鑑前，

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			2.有專職醫事檢驗師或臨床病理專科醫師擔任主管。 3.能迅速提供必要的檢驗結果以符合一般或急診需求。 4.對重要且有時效之檢驗結果及危險異常值能迅速傳遞給醫療照護團隊者。 5.檢驗生物參考區間（reference range）修訂應有醫師參與檢討會議。 A：符合 B 項，且 1.醫事檢驗人員： (1)申請地區醫院評鑑者:醫事檢驗人員人力達 C 項 2-(1)之 1.10 倍。 (2)申請區域醫院評鑑者:醫事檢驗人員人力達 C 項 2-(2)之 1.10 倍。 (3)申請醫學中心評鑑者:醫事檢驗人員人力達 C 項 2-(3)之 1.10 倍。 2.若有執行臨床病理服務，則有臨床病理專科醫師至少 1 人以上。 3.具部定講師以上資格之資深醫事檢驗師或有專職資深臨床病理專科醫師擔任主管。 4.有專任資深醫事檢驗師指導醫事檢驗業務，或臨床病理專科醫師指導病理作業。 5.統計分析對過去案例進行事後檢討及其執行成效良好。 [註] 1.本條為必要條文，必須達 C（含）以上。 2.符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)急性病床 49 床（含）以下。 (2)申請「地區醫院評鑑」者。 3.「有資格者」即「有執照之人員」，醫事檢驗人力及資格均應符合醫療機構設置標準，而「負責管理」則是責任與職務的分派。 4.醫事檢驗人員包括醫事檢驗師及醫事檢驗生。 5.病床數以急性病床數計：指急性一般病床及急性精神病床，並依實際登記病床數計。 6.人力計算時應考量年平均佔床率，且四捨五入取至整位數，但不得低於醫療機構設置標準之規定。	或自開業日期起至實地評鑑前）。 (3)實地評鑑當日佔床率。 4.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。
必	1.3.7	依據病房特性配	C：護產人力：	1.請參照醫療機構設置標準（95 年 4 月

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
		置適當護產人力	1.申請地區醫院評鑑者： (1)應有專任護產人員每 4 床至少 1 名。 (2)設下列部門者，其人員應依其規定計數： ①手術室：手術台應有 2 人以上。 ②手術恢復室、觀察室：每床應有 1 人以上。 ③產房：每產台應有 2 人以上。 ④嬰兒室：每床應有 0.4 人以上。 ⑤門診：每診療室應有 0.5 人以上。 ⑥血液透析室：每床應有 0.25 人以上。 ⑦燒傷病房及嬰兒病房：每床應有 1.5 人以上。 ⑧精神科日間照護單位，每 20 名服務量應有 1 人以上。 2.申請區域醫院評鑑者： (1)應有專任護產人員每 2.5 床至少 1 名。 (2)下列單位人員：(依單位實際使用數計) ①手術室：每班每台 2 名。 ②手術恢復室、觀察室：每班每床 0.5 名。 ③產房及待產室：每床 1.2 名。 ④嬰兒室：每床 0.4 名。 ⑤門診：每班每診療室 0.5 名。 ⑥血液透析室：每 4 人次 1 名。 ⑦燒傷病房及嬰兒病房：每床應有 1.5 人以上。 ⑧精神科日間照護單位，每 16 名服務量應有 1 人以上。 3.申請醫學中心評鑑者： (1)應有專任護產人員每 2 床至少 1 名。 (2)下列單位人員：(依單位實際使用數計) ①手術室：每班每台 2.5 名。 ②手術恢復室、觀察室：每班每床 0.5 名。 ③產房及待產室：每床 2 名。 ④嬰兒室：每床 0.4 名。	修正版本)。 2.「年平均佔床率」共有下列三種認計原則，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)評鑑當年度月平均佔床率（期間自 100 年 2 月 1 日起至實地評鑑前，或自開業日期起至實地評鑑前)。 (3)實地評鑑當日佔床率。 3.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。 4.一般病床、嬰兒室、燒傷病房及嬰兒病房、精神科日間照護單位可考量年平均佔床率。 5.護產人力係依評量項目 C 內容逐項計算（同一類別病床數得合併計算)，再進行加總。

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			⑤門診：每班每診療室 0.5 名。 ⑥血液透析室：每 4 人次 1 名。 ⑦燒傷病房及嬰兒病房：每床應有 1.5 人以上。 ⑧精神科日間照護單位，每 15 名服務量應有 1 人以上。 B：符合 C 項，且 1.護產人力： (1)申請地區醫院評鑑者：護產人力達 C 項 1 之 1.05 倍。 (2)申請區域醫院評鑑者：護產人力達 C 項 2 之 1.05 倍。 (3)申請醫學中心評鑑者：護產人力達 C 項 3 之 1.05 倍。 2.能依業務特性及需求作彈性之調配。 A：符合 B 項，且 1.護產人力： (1)申請地區醫院評鑑者：護產人力達 C 項 1 之 1.10 倍。 (2)申請區域醫院評鑑者：護產人力達 C 項 2 之 1.10 倍。 (3)申請醫學中心評鑑者：護產人力達 C 項 3 之 1.10 倍。 2.能依據護理人員專業能力配置，執行成效良好。 [註] 1.本條為必要條文，必須達 C（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.病床數以急性病床數計：指急性一般病床及急性精神病床，並依實際登記病床數計。 4.人力計算時應考量年平均佔床率，且四捨五入取至整位數，但不得低於醫療機構設置標準之規定。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。	
	1.3.8	護理人員資格比例適當	C：在該院 2 年以上之護理人員占 30%以上；且其中具護理師資格者占 41%－75%。。 B：在該院 2 年以上之護理人員占 31-50%；在該院 1 年以下占 20%以下；且全院具護理師資格者占 76%－90%。	

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			A：在該院 2 年以上之護理人員占 51%以上；在該院 1 年以下占 20%以下；且全院具護理師資格者占 91%以上。 【急性病床 49 床（含）以下醫院得適用】 C：在該院 2 年以上之護理人員占 10%以上，在該院 1 年以上占 30%以上；且其中有具護理師資格者。 B：在該院 2 年以上之護理人員占 31-50%；在該院 1 年以下占 20%以下；且全院具護理師資格者占 76%－90%。 A：在該院 2 年以上之護理人員占 51%以上；在該院 1 年以下占 20%以下；且全院具護理師資格者占 91%以上。 [註]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。	
	1.3.9	護理主管資格恰當能負責部門管理及行政業務	C： 1.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。 2.各單位均設有護理長，兩位護理長以上應設護理主任。 3.護理部門專責護理行政及教育訓練人力適當；且應派合適之護理人員，負責督導夜間及假日之護理業務。 B：符合 C 項，且 1.能有效運用護理人員。 2.由副護理長（含）以上主管負責小夜上班、大夜值班，並有追蹤機制。 3.護理主任符合下列條件之一者： (1)具大學學歷以上及護理師資格，並有教學醫院 10 年以上臨床經驗。 (2)具部定講師以上教職或碩士以上學歷，並有教學醫院 8 年以上臨床經驗。 A：符合 B 項，且 1.有固定之副護理長（含）以上主管負責，能落實工作職掌，且成效良好。	1.評量項目 C 所稱「專責護理行政及教育訓練人力」，係指專職（或全職）負責護理行政工作之主管及專責教學人員，不含居家護理人員及感管護理人員。 2.評量項目 B-1「能有效運用護理人員」之評量重點：護理主管於人力運用調配之情形。 3.「專責單位」或「專責人員」係指有專門負責單位或負責人，統籌、執行、協調與溝通該相關業務，單位或人員可兼作其他業務。 4.【急性病床 49 床（含）以下醫院得適用】評量項目 C-3，值班人員可採待命（on call）方式處理，但於接獲通知後，應在 20 分鐘以內抵達醫院。

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			2.護理主任有部定講師以上教職或碩士以上學歷，並有教學醫院 15 年以上臨床經驗，行政管理成效良好。 【急性病床 49 床（含）以下醫院得適用】 C： 1.設有護理主管，負責全院護理行政工作。 2.護理部門專責護理行政及教育訓練人力適當。 3.應派合適之護理人員，負責督導夜間及假日之護理業務。 B：符合 C 項，且能有效運用護理人員。 A：符合 B 項，且能有效發揮功能。 [註] 1.行政人力：指護理部門（專責）行政之主管。 2.教育訓練人力：指負責在職教育及新進人員職前訓練之人員。 3.護理行政及教育訓練人力： (1)申請醫學中心評鑑者：護理行政及教育訓練人力應佔總人數 6%。 (2)申請區域醫院評鑑者：護理行政及教育訓練人力應佔總人數 4%。 (3)申請地區醫院評鑑者：護理行政及教育訓練人力應佔總人數 3%。	
必	1.3.10	藥劑部門組織分工完善、人力配置適當，足以完成對病人之藥事照護，且藥事人員皆有執業登錄	C： 1.藥事人力： (1)申請地區醫院評鑑者： ①每 50 床應有藥事人員 1 人。(如採單一劑量每 40 床至少 1 名，不及 40 床者以 40 床計) ②門診處方每滿 100 張至少應增聘 1 名藥事人員。 ③應有藥師 1 人以上。 (2)申請區域醫院評鑑者： ①每 50 床應有藥事人員 1 人。(如採單一劑量每 40 床至少 1 名，不及 40 床者以 40 床計)	1.請參照醫療機構設置標準（95 年 4 月修正版本）。 2.「年平均佔床率」共有下列三種認計原則，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)評鑑當年度月平均佔床率（期間自 100 年 2 月 1 日起至實地評鑑前，或自開業日期起至實地評鑑前）。 (3)實地評鑑當日佔床率。

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			②門診處方每滿 80 張至少應增聘 1 名藥事人員。 ③特殊藥品處方每 15 張至少 1 名藥事人員。 ④應有藥師 1 人以上。 (3)申請醫學中心評鑑者： ①每 40 床應有藥事人員 1 人。 ②門、急診處方每滿 70 張至少應增聘 1 名藥事人員。 ③特殊藥品處方每 15 張至少 1 名藥事人員。 2. 24 小時作業的醫院，必須配置有 24 小時作業的藥事人力。 B：符合 C 項，且 1.藥事人力： (1)申請地區醫院評鑑者：藥事人力達 C 項 1-(1)之 1.05 倍。 (2)申請區域醫院評鑑者：藥事人力達 C 項 1-(2)之 1.05 倍。 (3)申請醫學中心評鑑者：藥事人力達 C 項 1-(3)之 1.05 倍。 2.藥事人員總數至少 75%（含）以上為藥師。 A：符合 B 項，且 1.藥事人力： (1)申請地區醫院評鑑者：藥事人力達 C 項 1-(1)之 1.10 倍。 (2)申請區域醫院評鑑者：藥事人力達 C 項 1-(2)之 1.10 倍。 (3)申請醫學中心評鑑者：藥事人力達 C 項 1-(3)之 1.10 倍。 2.年資滿 2 年以上之藥事人員佔 80%以上（佔現有人力之比）。 3.白天及夜間藥事人力充足且配置合理。 [註] 1.本條為必要條文，必須達 C（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.病床數以急性病床數計：指急性一般病床及急性精神病床，並依實際登記病床數計。 4.門、急診處方數指每日平均處方數，門診以實際門診日數計算，急診以一年 365 天計算。	3.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。 4.評量項目 C-1-(1)及 C-1-(2)，地區醫院及區域醫院不列計急診處方量。 5.藥事人力係依評量項目 C 內容逐項計算，再進行加總。 6.[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。 7.[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。

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			5.特殊藥品係指全靜脈營養輸注液、化學治療藥品、含放射性物質藥品癌症化學治療針劑、PCA 等，每日平均特殊藥品處方以一年 270 天計算。 6.人力計算時應考量年平均佔床率，且四捨五入取至整位數，但不得低於醫療機構設置標準之規定。	
必 可*	1.3.11	適當之營養與膳食單位或部門組織與人力配置	C： 1.依醫院類型及規模設置專責人員或部門負責醫院膳食服務。 2.營養師人力：(考量年平均佔床率) (1)申請地區醫院評鑑者：100 床以上者，應有 1 名營養師，超過 100 床部分，每 200 床應增置 1 名營養師。 (2)申請區域醫院評鑑者：每 100 床應有 1 名營養師。 (3)申請醫學中心評鑑者：每 100 床至少有 1 名營養師，另至少有 3 名營養人員負責膳食供應。 3.工作人員持證照比率符合相關法令規定。 B：符合 C 項，且 1.所有配置膳食服務人力皆於錄用前有健康檢查紀錄，及每年定期健康檢查追蹤報告合格者。 2.營養師人力：(不考量年平均佔床率) (1)申請地區醫院評鑑者：營養師人力達 C 項 2-(1)之 1.05 倍。 (2)申請區域醫院評鑑者：營養師人力達 C 項 2-(2)之 1.05 倍。 (3)申請醫學中心評鑑者：營養師人力達 C 項 2-(3)之 1.05 倍，另至少有 3 名營養人員負責膳食供應。 A：符合 B 項，且營養師人力：(不考量年平均佔床率) (1)申請地區醫院評鑑者：營養師人力達 C 項 2-(1)之 1.10 倍。 (2)申請區域醫院評鑑者：營養師人力達 C 項 2-(2)之 1.10 倍。 (3)申請醫學中心評鑑者：營養師人力達 C 項 2-(3)之 1.10 倍，另至少有 3 名營養人員負責膳食供應。 [註] 1.本條為必要條文，必須達 C（含）以上。	1.請參照醫療機構設置標準（95 年 4 月修正版本）。 2.「年平均佔床率」共有下列三種認計原則，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)評鑑當年度月平均佔床率（期間自 100 年 2 月 1 日起至實地評鑑前，或自開業日期起至實地評鑑前）。 (3)實地評鑑當日佔床率。 3.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。 4.評量項目 C-1-(3)規定申請醫學中心評鑑者「另至少有 3 名營養人員負責膳食供應」，此處之營養人員係指大專以上營養、食品、家政等相關學科畢業未考取營養師證照者。

<table>
<tr><th colspan="2">條號</th><th>條文</th><th>評量項目</th><th>100 年度評鑑委員共識</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>2.符合下列全部條件者，可自選本條免評：
(1)急性病床 99 床（含）以下。
(2)申請「地區醫院評鑑」者。
3.若設有營養部門者，其主管建議由營養師擔任為宜。
4.病床數以急性病床數計：指急性一般病床及急性精神病床，並依實際登記病床數計。
5.人力計算時採四捨五入取至整位數，但不得低於醫療機構設置標準之規定。另 C 項標準之營養師人力計算應考量年平均佔床率。
6.營養師人力評量說明表：
<table>
<tr><td></td><td>C</td><td>B</td><td>A</td></tr>
<tr><td>地區醫院評鑑者</td><td>100 床以上 1 人，每 200 床增置 1 人</td><td>人力達 C 項 1.05 倍</td><td>人力達 C 項 1.10 倍</td></tr>
<tr><td>區域醫院評鑑</td><td>100 床：1 人</td><td>100 床：1.05 人</td><td>100 床：1.10 人</td></tr>
<tr><td>醫學中心評鑑</td><td>100 床：1 人，另至少有 3 名營養人員負責膳食供應</td><td>100 床：1.05 人，另至少有 3 名營養人員負責膳食供應</td><td>100 床：1.10 人，另至少有 3 名營養人員負責膳食供應</td></tr>
</table></td><td></td></tr>
<tr><td>必
可</td><td>1.3.12</td><td>適當之復健服務組織與人力配置</td><td>C：
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。
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。
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：
(1)申請地區醫院評鑑者：
①每 200 床應有物理治療人員 1 人；未滿 200 床者至少 1 人。
②如提供職能治療服務則至少應有職能治療人員 1 人。
③如提供聽力語言治療服務則至少應有聽力語言治療人員 1 人。</td><td>1.「年平均佔床率」共有下列三種認計原則，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)評鑑當年度月平均佔床率（期間自 100 年 2 月 1 日起至實地評鑑前，或自開業日期起至實地評鑑前）。
(3)實地評鑑當日佔床率。
2.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。</td></tr>
</table>

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			(2)申請區域醫院評鑑者： ①每 100 床應有物理治療人員 1 人。 ②每 300 床應有職能治療人員 1 人。 ③如提供聽力語言治療服務則至少應有聽力語言治療人員 1 人。 (3)申請醫學中心評鑑者： ①每 100 床應有物理治療人員 1 人。 ②每 300 床應有職能治療人員 1 人。 ③每 500 床應有聽力語言治療人員 1 人。 B：符合 C 項，且職能治療、物理治療、聽力語言治療等各專業人員數量充足： 1.申請地區醫院評鑑者：職能治療、物理治療、聽力語言治療等各專業人員數量達 C 項 3-(1)之 1.05 倍。 2.申請區域醫院評鑑者：職能治療、物理治療、聽力語言治療等各專業人員數量達 C 項 3-(2)之 1.05 倍。 3.申請醫學中心評鑑者：職能治療、物理治療、聽力語言治療等各專業人員數量達 C 項 3-(3)之 1.05 倍。 A：符合 B 項，且 1.職能治療、物理治療、聽力語言治療等各專業人員數量： (1)申請地區醫院評鑑者：職能治療、物理治療、聽力語言治療等各專業人員數量達 C 項 3-(1)之 1.10 倍。 (2)申請區域醫院評鑑者：職能治療、物理治療、聽力語言治療等各專業人員數量達 C 項 3-(2)之 1.10 倍。 (3)申請醫學中心評鑑者：職能治療、物理治療、聽力語言治療等各專業人員數量達 C 項 3-(3)之 1.10 倍。 2.各專業人員對其相關服務內容品質良好。 [註] 1.本條為必要條文，必須達 C（含）以上。 2.符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)未提供復健相關服務或設有復健相關人員者。	

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			(2)申請「地區醫院評鑑」或「區域醫院評鑑」者。 3.病床數以急性病床數計：指急性一般病床及急性精神病床，並依實際登記病床數計。 4.人力計算時應考量年平均佔床率，且四捨五入取至整位數，但不得低於醫療機構設置標準之規定。	
可*	1.3.13	應有社工人員提供病人輔導、諮商及社區聯繫工作，並協助解決其困難或家暴等問題	C： 1.社會服務人力：（不考量年平均佔床率） (1)申請地區醫院評鑑者：100 床以上者，應設社會服務單位，並有專業人員負責。 (2)申請區域醫院評鑑者：每 100 床應有 1 名社工人員。 (3)申請醫學中心評鑑者：每 100 床應有 1 名社工人員。 2.提供病人輔導、諮商及社區聯繫工作，並協助解決其困難或家暴等問題，並建立相關業務處理規範及具有相關工作紀錄。 B：符合 C 項，且 1.社會服務人力：(不考量年平均佔床率) (1)申請地區醫院評鑑者：社會服務人力優於 C 項 1-(1)。 (2)申請區域醫院評鑑者：社會服務人力達 C 項 1-(2)之 1.05 倍。 (3)申請醫學中心評鑑者：社會服務人力達 C 項 1-(3)之 1.05 倍。 2.設有志工組織者，應設置專人管理。 3.可完善整合院內、外資源提供服務。 A：符合 B 項，且 1.社會服務人力：(不考量年平均佔床率) (1)申請地區醫院評鑑者：社會服務人力優於 C 項 1-(1)，且 1/3(含)以上人力具社會工作師資格。 (2)申請區域醫院評鑑者：社會服務人力達 C 項 1-(2)之 1.10 倍，且 1/3（含）以上人力具社會工作師資格。 (3)申請醫學中心評鑑者：社會服務人力達 C 項 1-(3)之 1.10 倍，且 1/3（含）以上人力具社會工作師資格。 2.設有獨立之社會工作部門，且由具有社工專業背景或實務經驗滿 5	請參照醫療機構設置標準（95 年 4 月修正版本）。

<table>
<tr><th colspan="2">條號</th><th>條文</th><th>評量項目</th><th>100 年度評鑑委員共識</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>年之社工人員負責。
3.依各項參考資料(如：服務量、民眾滿意等)作為改善服務的參考，定期追蹤及檢討，改善服務品質。
[註]
1.符合下列全部條件者，可自選本條免評：
(1)急性病床 99 床（含）以下。
(2)申請「地區醫院評鑑」者。
2.病床數以急性病床數計：指急性一般病床及急性精神病床，並依實際登記病床數計。
3.人力計算採四捨五入取至整位數，但不得低於醫療機構設置標準之規定。
4.社會服務人力評量說明表：
<table>
<tr><th></th><th>C</th><th>B</th><th>A</th></tr>
<tr><td>地區醫院評鑑</td><td>100 床以上設有專人</td><td>優於 C</td><td>優於 C，且 1/3 社工師</td></tr>
<tr><td>區域醫院評鑑</td><td>100 床：1 人</td><td>100 床：1.05 人</td><td>100 床：1.10 人，且 1/3 社工師</td></tr>
<tr><td>醫學中心評鑑</td><td>100 床：1 人</td><td>100 床：1.05 人</td><td>100 床：1.10 人，且 1/3 社工師</td></tr>
</table></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>1.3.14</td><td>單位主管派班合理，人員與能力合宜</td><td>C：派班合理，人員與能力合宜。
B：符合 C 項，且依實際狀況適當調整人力。
A：符合 B 項，且人力充足，醫療照護人員之能力能配合需要（有相關之專業訓練）。
[註]C 項所稱派班合理，係指對於適用勞動基準法之人員，派班不得違反該法規定。如：若小夜班後接續上大夜班、或大夜班後接續上白班、或連續值班，其工作時間合計超過十二小時者，即可能違反勞動基準法第 32 條 2 項:「雇主延長勞工之工作時間連同正常工作時間，一日不得超過十二小時」之規定。</td><td></td></tr>
<tr><td>可</td><td>1.3.15</td><td>對外包業務有適</td><td>C：</td><td>1.醫療照護專業人力不可外包予非醫療</td></tr>
</table>

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
		當管理	1.有指派專責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，包含衛生署公告之「醫療機構業務外包作業指引」所規定之相關內容）。 2.明確訂定承包業者合格條件及遴選程序，並確實遵守。 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。 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，以保障病人權益與安全。 5.應對承包業者要求落實其員工之教育訓練，內容除一般業務所需者外，亦需包含保密義務及確保病人安全等事項。 B：符合 C 項，且落實外包業務監督管理規範，並確實考核承包業者履行合約，備有紀錄可查。 A：符合 B 項，且至少每半年 1 次評估檢討相關承包業者對合約的執行及實際工作狀況和時效性，並與承包業者溝通協商，能適時（適當）修改外包合約的內容，有改善實例者。 [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「D」。	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.評鑑委員於實地評鑑時，可查核醫院相關外包合約。
可	1.3.16	外包人員應具備工作相關專業能力或資格證照，且有管理機制	C： 1.應要求承包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。 2.應要求承包業者確保外包人員應依「勞工安全衛生法」定期接受健康檢查，並備有檢查紀錄。 3.應要求承包業者確保外包人員定期接受醫院有關院內感染控制、病人隱私與安全的教育訓練。 B：符合 C 項，且對於外包人員訂有定期自主查核機制，並落實執行。 A：符合 B 項，且有定期檢討改善，執行成效良好，並有具體事證。	外包人員係指廠商常駐於醫院之外包人員，且以從事例行性業務範圍者為主。

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			[註]未有業務外包者，可自選本條免評。	

1.4 員工教育訓練

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
	1.4	**員工教育訓練**		
可**	1.4.1	設置員工教育訓練專責人員、委員會或部門，負責院內員工教育及進修	C： 1.應設置全院性教育訓練專責人員、委員會或部門，負責院內員工年度教育及進修計畫之擬訂。 2.設有機制掌握院內員工出席教育訓練。 3.訂有機制掌握院內醫事人員繼續教育積分管理，並適時提醒。 B：符合 C 項，且 1.編列年度教育訓練及進修所需之預算且確實執行， 2.應收集分析參加教育訓練及進修者之意見或心得報告，並將其結果反映於後續之教育訓練及進修計畫內。 3.訂有機制，定期收集分析員工接受教育訓練之反應與相關心得建議，並據以修正教育訓練計畫。 4.依據員工參與教育訓練狀況，納入員工考核範圍。 A：符合 B 項，且對於員工教育訓練有定期評估檢討，且成效良好。 [註] 1.課程內應記載教育目標、行動目標、學習方案、教育資源（含師資及教材等軟、硬體設施）、評價方法等。 2.符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)急性病床 49 床（含）以下。 (2)申請「地區醫院評鑑」者。	評量項目 B-2 所提「意見」，要經過審核是否合理。
	1.4.2	對於新進員工辦理到職訓練，並有評估考核	C：每一新進員工均需參加到職訓練，訓練內容應包括醫院宗旨與願景、人事規章、員工權益、勞工安全及倫理規範等。 B：符合 C 項，且 1.訓練內容詳實、安排適當，並有評估考核學習效果之機制。	「新進人員」係指到職半年內（含試用）之人員。

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			2.訓練內容置於院內知識庫，提供網路學習管道。 A：符合 B 項，且定期檢討評估教學訓練成果，並有視情形改善且成效良好。	
	1.4.3	對於病人權利、病人安全、醫療倫理、全人醫療、感染控制及危機處理等重要議題列為必要教育訓練及進修課程內容	C： 1.員工在職教育訓練、進修之課程中，應包括病人權利、病人安全、醫學/醫事/護理倫理、全人醫療、生命末期照護、感染控制及危機處理等重要課題。 2.若院內無法自行提供課程時，應有機制安排參與院外舉辦之相關訓練課程。 B：符合 C 項，且 1.訂有機制鼓勵員工出席教育訓練課程，並有考核制度，且落實執行。 2.針對訓練課程內容可置於院內知識庫，提供網路學習管道，並有評估學習效果之機制。 A：符合 B 項，且定期評估教學成果，並有視情形改善且成效良好。	
可**	1.4.4	對院內員工有計畫地實施病人安全相關之教育訓練	C：有計畫地對院內員工進行病人安全事件及案例分析之教育（如：根本原因分析）。 B：符合 C 項，且 1.可引用實際個案或院內有效分析結果，作為員工訓練之教材。 2.針對教育訓練之結果進行評估，且落實執行。 3.訓練課程內容可置於院內知識庫，提供網路學習管道，並有評估學習效果之機制。 A：符合 B 項，且定期評估教學成果，並有改善且成效良好。 [註]符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)急性病床 49 床（含）以下。 (2)申請「地區醫院評鑑」者。	
	1.4.5	適當鼓勵員工參與院外各職類學會、院外主辦之繼續教育、研討會等	C： 1.對員工參與院外各職類學會、院外主辦之繼續教育、研討會等活動，訂有鼓勵及評估措施。 2.編列適當之教育訓練及進修預算，並落實執行。	

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
		活動	B：符合 C 項，且 1.參加院外的教育訓練、進修者，視其教育進修內容之重要性，安排於院內報告會中報告、於院內刊物刊載、或以其他形式，以利與其他員工交流。 2.進修心得報告內容置於院內知識庫，提供網路學習管道。 3.員工參與院外活動情況，納入員工獎勵制度。 A：符合 B 項，且定期評估檢討，且成效良好。	
	1.4.6	訂定護理人員之教育訓練與進修計畫，並定期修正	C： 1.依照醫院整體發展目標及護理人員的需求，訂定護理人員教育訓練及進修計畫，包含到職/在職訓練、鼓勵/支持措施及學習效果評估等，確實執行並適時修正。 2.有專人負責各項教學活動之審核、推動、協調及評估。 B：符合 C 項，且 1.護理人員教育訓練與進修計畫之內容周全，能配合醫院發展目標與護理工作趨勢。 2.評估內容完整，如：評估項目包括，參加人員的學習效果及滿意度，課程內容等，必要時應修訂及改進。 A：符合 B 項，且能依據評估結果檢討、修訂或改進教育訓練及進修制度。 【急性病床 49 床（含）以下醫院得適用】 C： 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。 2.有人員負責各項教學活動之推動、協調。 B：符合 C 項，且 1.護理人員之教育訓練與進修計畫之內容周全，能配合醫院發展重點方向跟護理工作趨勢。 2.應對護理人員各項教學活動進行評值，評值內容完整，評值項目應包括，參加人員的學習效果及滿意度，教育內容等，必要時應修訂	

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			及改進。 A：符合 B 項，且能依據評值結果檢討、修訂或改進教育訓練及進修制度。 [註] 1.到職講習課程有關全院性內容（如：消防安全等），可用數位學習（e-learning）方式進行，建議包含 1-3 個月之臨床實務訓練。 2.各項鼓勵、支持措施包含鼓勵參與院外學術與專業團體活動之措施、相關資源（經費、圖書、工具書、場地、必要設備及教具等）支持，以能減輕護理人員經濟負擔及工作負荷（如：提供公假或公費）為原則，以兼顧臨床照護人力資源與專業發展，並宜適時更新。 3.教育訓練內容應依據醫院之功能及病人照護需要，安排護理人員學習專業知識及新知，且所安排之方式多元，如：專題演講、書籍與期刊（電子期刊）閱讀報告、研討會、參加院內外及國外論文發表等，能達成學習專業知識及新知的目的。	
可*	1.4.7	推展護理人員專業能力進階制度及落實定期檢討改善	C：訂定護理人員專業能力進階制度，並有專人指導及定期檢討改善機制。 B：符合 C 項，且 1.由專人推動進階制度，並能落實執行。 2.評估結果用於提升護理的「質」。 A：符合 B 項，且進階制度及檢討改善機制完善、內容詳實，合適而有效運用於各階層護理人員，且能與薪資、升遷結合。 [註]符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)急性病床 99 床（含）以下。 (2)申請「地區醫院評鑑」者。	
	1.4.8	各種不同領域之護理照護應互相支援、合作與訓練	C： 1.不同領域的護理照護人員有互相支援或訓練，並有紀錄。 2.照護所需的參考文獻、資料可方便取用。 B：符合 C 項，且有計畫性的進行跨領域護理照護之支援與訓練，訓練時間至少 1 週以上，並有成效評估。	

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			A：符合 B 項，且有不同領域間的護理照會制度及紀錄。 [註] 1.護理人員因照顧的病例不同，需有不同的專業知識及技術，必要時照護所需的文獻及資料應可活用及方便取用，並可照會專業護理人員。 2.可評估有無跨領域之互相支援、合作及訓練。	
	1.4.9	應定期對員工實施有關緊急事件或突發危急病人急救措施之教育	C： 1.定期辦理全院性緊急事件因應措施之進修、教育或訓練。 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。 3.有緊急事件及其對應的訓練，且有訓練紀錄。 B：符合 C 項，且除急重症單位之醫師外，其餘醫師接受 ALS 訓練之訓練完成率達 70%。 A：符合 B 項，且針對定期/不定期演練發現之問題或缺失，確實檢討改進，且成效良好。 [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、NRP、ANLS、APLS 及 PALS 等訓練，可等同接受 ALS 訓練。	1.「BLS」之定義為包含有心肺復甦術、基本創傷救命術（止血、固定、包紮、搬運等基本創傷救治）及呼吸道異物哽塞的處理（哈姆立克法）等技術，但依本項基準規範應指不使用器具的「心肺復甦術及呼吸道異物哽塞的處理」。 2.「ALS」之定義為包含有心臟監測（cardiac monitoring）、氣管內管插管（endotracheal intubation）、靜脈注射藥品（intravenous therapy）及選擇性的創傷外科操作（select trauma surgical procedures）等技術；但依本項基準規範，應指對沒有脈搏的病人給予心肺復甦術、呼吸道及呼吸的處置（包括異物排除或抽吸，置入口咽、鼻咽或喉罩呼吸道，袋瓣罩甦醒球人工呼吸）、對 VF/VT 給予去顫（Defibrillate）、給予靜脈注射 epinephrine。 3.評量項目 C-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

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
				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。 4.評量項目 C-3 所提「緊急事件」，係指有突發之危急病人。
	1.4.10	訂有完善的員工感染控制教育訓練計畫	C： 1.訂有完整的員工感染控制及傳染病教育訓練計畫，內容包括對標準防護措施、感染途徑別防護措施、防止職業感染事故、群突發之偵測與處理、院內常見微生物介紹、臨床上抗生素使用原則等，並配合主管機關政策調整訓練內容。 2.明訂在職教育及職前教育訓練時數和時程表，新進員工半年內應接受 8 小時之傳染病教育訓練（內含 TB 防治至少 1 小時）。 3.醫院全體員工（含外包工作人員），參與感染管制教育訓練至少每年 4 小時(內含 TB 防治至少 1 小時)，且感染管制訓練時數未達標準之比率≦20%。 B：符合 C 項，且 1.醫院全體員工（含外包工作人員）感染控制繼續訓練時數均符合規定。 2.全院員工感染控制教育訓練活動內容品質良好，且紀錄詳實。 A：符合 B 項，且有測驗之機制，確認人員之在職訓練成效良好。	1.評量項目 C-1 所提「訂有完整的員工感染管制及傳染病教育訓練計畫」，係依醫院需求及新興傳染病疫情，進行員工教育訓練課程內容之規劃、更新。 2.評量項目 C-2 及 C-3 所提之教育訓練時數可認計線上數位學習（e-learning）時數，惟線上數位學習時數比例不得>75%（即新進員工實體課程至少 2 小時，醫院全體員工實體課程至少 1 小時）。由於評量項目 C-3 所提之「內含 TB 防治至少 1 小時」為本年度新增內容，本年度採從寬認定，此部分課程可採實體或數位學習（如：疾病管制局傳染病防治網之 TB 防治課程），並於實地查核前完成。 3.評量項目 B-1 所提醫院全體員工（含外包工作人員）感控教育繼續訓練時數未達標準之比例可容許≦5%。 4.評量項目 A 所提之「測驗之機制」，不限定其測驗方式。 5.本條對應 100 年度醫院感染控制查核

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
				基準 8.1 項次。
可	1.4.11	醫院有志工之設置，並有明確之管理辦法及教育訓練	C：設有志工，應有專人督導且訂有明確的志工管理辦法及相關教育訓練計畫與課程。 B：符合 C 項，且落實執行，並有具體紀錄。 A：符合 B 項，且持續定期評估及追蹤服務品質，並作為改善參考。 [註]未設置有志工者，可自選本條免評。	

1.5 病歷、資訊與溝通管理

條號	條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
1.5	**病歷、資訊與溝通管理**		
1.5.1	健全的病歷管理制度及環境	C： 1.病歷格式一致且設計完善，明訂記載規則及標準作業規定或規範、管理辦法，按內容類別編排有序、裝訂牢靠、易於查閱。 2.病歷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。 3.病歷有切實追蹤查核制度，防止遺失。 4.嚴防病歷遭竄改、損毀、及不當取得或使用，有追蹤、檢討、改善機制，並有具體事證。 5.病歷檔案空間適當，有門禁及防火措施。 B：符合 C 項，且 1.建立完善的病歷管理資訊系統，協助作業品質的提升。 2.病歷管理與疾病分類相關作業訂有品管監控指標及改善機制，確實執行，持續改善。 A：符合 B 項，且檢討改善，成效良好。 [註] 1.本條適用於紙本病歷。 2.對於部分無紙化之電子病歷，就無紙化之部分免評。	
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、素質、教育訓練適當，作業功能良好	C： 1.應有專人或設有病歷管理單位，負責病歷管理 2.病歷管理人員應有病歷管理、疾病分類等相關專業訓練。 B：符合 C 項，且 1.設有病歷管理委員會，並由資深醫師擔任主委，且定期召開會議，並有紀錄。 2.人力配置符合醫院規模及業務量，並考量床數及業務量做調整；每 100 床有 1 名病歷管理人員（以一般病床計）。	

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			3.病歷管理委員會運作良好、會議決議事項有追蹤考核，執行成效良好。 A：符合 B 項，且 1.所有疾病分類人員通過相關資格甄審考試，並取得證照。 2.若醫院每年新診斷癌症個案數達 50 案以上者（以衛生署最新公告之個案數為基準，由國民健康局提供醫院及其申報個案數資料)則： (1)醫院每年新診斷癌症個案數達 1000 案之醫院，至少有 1 名通過認證之專責癌症登記技術員。 (2)醫院每年新診斷癌症個案數達 50 案以上未達 1000 案之醫院，至少有 1 人曾接受國民健康局委託辦理之癌症登記課程達 20 小時以上。 [註] 1.醫療機構設置標準：應有專人管理病歷。 2.資深醫師係指取得專科醫師資格 5 年以上且具臨床經驗者。 3.C-2 項所指「病歷管理、疾病分類等相關專業訓練」，得由相關學、協會認證辦理。	
	1.5.3	病歷應詳實記載，納入必要紀錄，並向病人說明	C： 1.主治醫師需親自診察且病歷記載應符合「醫師法」要求。 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： (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。	1.評量項目 C-2 所列(1)~(10)項要求，於門診初診病人一定均需具備，但若為複診病人則可視病情需要選擇適合項目書寫即可。 2.有關電子簽章之呈現應由醫院提供委員確認。

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			(9)醫護及醫事等製作病歷人員全名簽名或蓋章（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記錄方式及內容。 B：符合 C 項，且相關紀錄應適當描述重點且將同意書及各類相關紀錄納入病歷，詳實記錄及持續品質審查。 A：符合 B 項，且相關紀錄品質監測結果，確實檢討提出改善措施。 [註]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。	
	1.5.4	每位病人只有一份病歷，並維護資料的完整性	C： 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），且病歷首頁應有該病人「藥物過敏」之紀錄。若病人簽具不施行心肺復甦術（DNR，Do Not Resuscitate），則應註記。 2.門診、住院病歷分開放置時，門診病歷需含出院病歷摘要。 3.實地訪查時，抽查之病歷內容資料均完整，且符合病歷記錄相關規範。 4.所有醫事人員對病歷之紀錄均有簽名或蓋章及簽註日期。 5.特殊之精神、社工、心理治療及職能治療等評估紀錄應獨立妥善管理，並製作摘要置入病歷中或建立相關索引機制。 6.透析病歷如分開放置時，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，住出院記錄單與透析摘要等。 B：符合 C 項，且訂定病歷記錄規範，並落實執行，定期檢討修正。 A：符合 B 項，且改善病歷管理、提升病歷品質之成效顯著有具體事證。 [註]	1.評量項目 C-2 所提「若病人簽具不施行心肺復甦術（DNR），則應註記」，其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。 3.透析病歷摘要至少每 3 個月一次併入病人病歷。

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			1.醫院若未設置精神科，但病人有接受特殊之精神、社工、心理治療及職能治療會診、評估時，其病歷仍應依評分說明 C-5 所提之內容作處理。 2.本條適用於紙本病歷。 3.對於部分無紙化之電子病歷，就無紙化之部分免評。	
	1.5.5	病歷應有系統歸檔，且妥善管理	C： 1.病歷依病歷號有系統的歸檔（如：彩色尾位數或其他方式排列歸檔），且易於調閱；病歷調離檔案後，檔案區內置放調閱通知單，以利病歷追蹤。 2.病人資料的釋出須依一定的申請程序辦理。 3.依法定年限妥善保存病人相關資料及資訊。 4.對病歷內容（包括實體及電子病歷）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。 B：符合 C 項，且 1.具教學研究價值之病歷相關資料有特別妥善保存。 2.調閱病歷資料有妥善管理機制，並定期檢討，落實執行。 A：符合 B 項，且定期檢討改善，成效良好。 [註] 1.本條適用於紙本病歷。 2.對於部分無紙化之電子病歷，就無紙化之部分免評。	
可	1.5.6	健全的電子病歷管理制度	C：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： 1.電子病歷格式一致且設計完善，易於查閱。 2.經刪改之電子病歷或紀錄，其刪改部分（含執行人員、時間及內容）應予保留，不得刪除。 3.使用電子病歷之出院病歷應儘速完成病歷寫作並簽章，以利病人回診。 4.應以電子簽章方式為之。 5.電子病歷置有備份，防止滅失。	

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			6.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及管理機制。 7.對電子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。 8.電子病歷於法定保存年限內應可完整呈現電子病歷紀錄，並可隨時列印或取出提供查驗。 B：符合 C 項，且 1.應有確保電子病歷系統故障回復、異地備援及緊急應變之機制。 2.相關人員應有電子病歷相關專業訓練。 3.嚴防電子病歷遭竄改、損毀及不當取得或使用，有追蹤、檢討、改善機制，並有具體事證。 A：符合 B 項，且 1.設有電子病歷跨單位發展組織，有資訊人員擔任委員，定期召開會議推動電子病歷發展事宜。 2.電子病歷調閱、釋出應有妥善之存取控制，對於調閱、釋出目的及行為應有統計分析。 [註]符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)未向當地主管機關宣告實施電子病歷者，可自選本條免評。 (2)申請「地區醫院評鑑」或「區域醫院評鑑」者。	
	1.5.7	依據病人的請求，依法提供病歷複製本或摘要	C：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。 B：符合 C 項，且設有稽核及改善機制，以促進落實執行。 A：適時檢討修訂相關流程，具體改善服務便利性及作業效率（病歷複製本應於 3 日（日曆日）內提供；病歷摘要應於 7 日（日曆日）內提供）。	
	1.5.8	對病歷紀錄有作量與質的審查	C： 1.訂定病歷量的審查作業規定，且確實執行。 2.訂定病歷紀錄品質審查作業規定或辦法，且確實執行。 B：符合 C 項，且對病歷紀錄之量與質有評核制度，並納入獎懲制度。	

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			A：符合 B 項，且有統計分析與追蹤改善措施，並成效良好。	
	1.5.9	對出院病歷建立追蹤管理系統，且定期統計呈報改善	C：出院病歷應儘速歸回病歷室並完成病歷寫作，以利病人回診，並有管理機制與統計。 B：符合 C 項，且出院病歷有 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。 A：符合 B 項，且出院病歷有 90%於出院日翌日起算 3 日（日曆日）內完成，紙本病歷並歸回病歷室。 [註]病歷完成係指完成所有病歷內容（量之審查內容）並上架歸檔。	
可**	1.5.10	建立疾病與手術檢索系統及相關統計分析	C： 1.就出院病人之病歷以病歷號、性別、年齡、診斷、手術、住/出院日期、出院時的治療結果等作為資料庫登記內容。 2.診斷與手術名應使用當時通用之標準分類系統（如：ICD-9-CM）予以分類，並可自行訂定必要的索引項目予以檢索。 3.定期製作醫院疾病統計資料。 B：符合 C 項，且 1.有年度疾病統計資料分析年報。 2.正確提供業務評估所需的統計資料。 3.定期製作成效評估指標，並有檢討機制。 A：符合 B 項，且有跨年度（近 3 年）疾病統計資料分析比較，運用於營運改善。 [註] 1.B-3 項所指成效評估指標，如：選定某些疾病或手術，統計分析如：死亡率、存活率、感染率、併發症發生率、剖腹產率、48 或 72 小時再入院率、平均住院日等指標。 2.符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)急性病床 49 床（含）以下。 (2)申請「地區醫院評鑑」者。	
可**	1.5.11	資訊部門配合臨床及行政部門建	C： 1.依醫院規模，設置資訊管理專責人員或部門，且院內各系統連線作	

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
		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	業功能運作適當。 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。 3.醫院應以即時的資訊支援病人照護、教育訓練、研究及管理。 4.設有資料正確性之檢查機制，並檢討改善資料之正確性。 B：符合 C 項，且 1.使用部門及資訊管理部門專責人員溝通聯繫適當（如：需求單處理流程、處理時效、需求部門滿意度調查等）。 2.系統設計應包括資料保密（隱私維護）、安全性、完整性、以及資訊維護。 3.與院外其他機構（如：特約醫療機構、藥局、院外醫療站等）聯繫系統功能適當。 A：符合 B 項，且 1.訂有資訊管理計畫且定期召開跨部門之資訊管理會議，檢討相關問題及修正資訊作業，且有紀錄可查。 2.資訊部門應充分支援臨床及行政決策系統的需求。 3.運用資訊系統確保病人安全及提昇醫療品質（如：警訊系統或指標資料收集）。 [註]符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)急性病床 49 床（含）以下。 (2)申請「地區醫院評鑑」者。	
	1.5.12	訂定資訊管理相關作業規範，具備資訊安全管理機制，以確保資訊安全及維護病人就醫之隱私	C： 1.醫院有電腦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）。 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。	

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			3.資訊設備機房應訂有門禁管制。 B：符合 C 項，且依據作業規範與安全管理機制落實執行。 A：符合 B 項，且定期檢討、分析執行結果，並有具體改善成果。	
	1.5.13	當院內電腦系統發生故障時，應有緊急應變處理機制	C： 1.訂有緊急應變標準作業規範，公告周知。 2.具有備份設施與病人資料異地備份之功能，且每日追蹤處理情形。 3.有電腦系統故障（當機）原因及處理紀錄。 B：符合 C 項，且平時有針對電腦系統故障緊急應變計畫進行演練，並有檢討改善。 A：符合 B 項，且訂有電腦系統風險管理計畫，且主動積極進行風險分析、監測及管理，並落實執行，且成效良好。	

1.6 安全的環境與設備

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
	1.6	**安全的環境與設備**		
可**	1.6.1	提供醫院交通資訊，並有安全的交通規劃	C： 1.提供醫院周邊交通資訊。 2.提供汽車、機車之停車相關資訊。 B：符合 C 項，且 1.院內公共空間有安全的交通規劃，含車輛與行人交通路線、停車空間、路面平整等。 2.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。 A：符合 B 項，且依據顧客反應或滿意度調查結果，改善院內交通規劃的安全性與便利。 [註]符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)急性病床 49 床（含）以下。 (2)申請「地區醫院評鑑」者。	
	1.6.2	制訂醫院門禁管制之相關規定	C： 1.醫院應訂定探病、陪病規範。 2.應有明確之夜間出入口、門禁時間及出入相關規範。 3.上述 2 項應公告周知。 B：符合 C 項，且確實執行相關規範，另定期針對異常事件進行統計、分析與檢討。 A：符合 B 項，且視情形採取改善措施，成效良好。	1.評量項目 C-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.評量項目 C-2 所提「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。
	1.6.3	院內及連接院外通路應有無障礙設施，並符合法令規定	C： 1.醫院應依相關建築法令規定，設置無障礙設施，如：醫院建築物之室外通路、連接院外通路、避難層坡道及扶手、避難層出入口、室內出入口、室內通路走廊、樓梯、昇降設備、廁所盥洗室、浴室、停車空間等。 2.設置無障礙設施之處所，應有明顯標示。	評量項目 B-2 所提「親子廁所」，原則上父母會帶兒童出現的區域需要設置親子廁所，以門診及小兒科病房公共區為主。

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			B：符合 C 項，且 1.設有機制定期檢查院內無障礙設施之功能。 2.訂有親子使用廁所或行動不便廁所兼具親子廁所之功能。 A：符合 B 項，且設有專責人員負責管理院內無障礙設施，依檢查結果確實維護，確保其功能正常與安全。 [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 97 年 5 月 9 日發布之「已領得建築執照之公共建築物無障礙設備與設施提具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。	
	1.6.4	浴廁應設有急救鈴、扶手、防滑設施等安全措施	C： 1.全院供病人使用之浴廁，有設置急救鈴或緊急呼救系統。 2.設有防滑設施，並在適當位置裝設扶手。 B：符合 C 項，且 1.病房設有供輪椅者使用之浴廁。 2.小兒科病房廁所有提供嬰兒安全坐椅。 3.蹲式廁所設有扶手，以利病人起身。 4.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。 A：符合 B 項，且依檢查結果確實維護，確保其功能正常與安全。	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.評量項目 C-1，不要求男廁每一個小便斗均需設緊急呼叫系統。 3.如果醫院未設置小兒科病房者，則評量項目 B2 不列入評核。 4.評量項目 B2，目前醫院每一間小兒科病房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。

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
合	1.6.5	保持病房區的安靜	1.對醫院廣播之內容、音量及時間，訂有限制規範。 2.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。 □符合 □不符合	評鑑委員於實地評鑑時，僅須確定有訂定相關規範即可。
	1.6.6	提供安全清潔的病室環境	C： 1.訂有維護病室安全及清潔之管理辦法。 2.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。 3.空調可 24 小時運作，並適當換氣；空調口應定期清潔。 4.視需要裝設防止跌落的床欄，且經常檢查床欄之安全性。 5.病床床單、枕頭套、被套或蓋被等寢具，應定期更換、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。 6.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。 B：符合 C 項，且 1.依病人病情需要，提供氣墊床或不同軟硬度床墊。 2.定期檢查病室安全及清潔，並視需要調查病人對病室安全及清潔之滿意度或建議。 A：符合 B 項，且能參考檢查結果或病人意見，視情形改善，成效良好。	
合 可**	1.6.7	訂定安全管理作業規範，提供員工安全的工作環境	1.有專責人員或單位負責醫院安全管理業務，並訂有醫院安全管理作業規範。 2.於工作場所、宿舍、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。 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。 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。	評鑑委員於實地評鑑時，除查閱有無相關規範外，亦可查閱有定期檢查之紀錄資料。

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			5.對醫院安全管理相關異常事件，進行檢討，並視需要改善。 □符合 □不符合 [註]符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)急性病床 49 床（含）以下。 (2)申請「地區醫院評鑑」者。	
	1.6.8	物料採購及管理能符合醫療照護業務之需要，並確保品質	C：設有專責人員負責物料採購及管理，並訂有物料採購及管理辦法，以符合醫療照護業務之需要，並確保品質。 B：符合 C 項，且 1.視情形選擇經 QSD（Quality System Documentation）或 GMP/cGMP（Good Manufacturing Practice, Current Good Manufacturing Practice）認可或評鑑的製造商。 2.實施有效率的庫存管理。 A：符合 B 項，且能落實採購及管理辦法，並定期檢討改善。	
	1.6.9	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	C：符合下列各項： 1.設有專責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。 2.訂有維護規章、操作訓練規範、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。 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）；並能依據使用效能、維修、保養及校正狀況，訂定監控或評估機制，以適時更新汰換。 4.保存完整之中文或英文使用說明書或操作手冊，且容易查閱，確實可用。 B：符合 C 項，且 1.訂有故障時之因應規範，如：故障排除步驟及至少夜間、休假日時故障的維修聯絡方式。 2.操作人員皆有完善教育訓練。	如果醫療儀器(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。

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			3.記錄故障或失靈等缺失原因，作為日後檢查、保養參考，並設定改善措施及期限。 A：符合 B 項，且 1.各項計畫、保養、維修、更新汰換、訓練等確實執行，且能評估檢討成效，依評估結果改善及編列必要經費搭配。 2.專責人員或部門具有相關工務專業或證照。 3.故障或失靈等缺失之改善措施，能在期限內完成，成效良好。 [註]本條所稱「設施、設備、儀器、器材」，係指非單次使用之耗材，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。	
	1.6.10	定期檢查及維修機電、安全、消防、供水、緊急供電等設備或系統，並有紀錄可查	C： 1.訂有定期檢查及維修計畫，據以執行。 2.訂有設備故障、系統損壞或遭污染時之因應規範，含緊急應變程序，以保護院內人員並儘速修復。 B：符合 C 項，且能注意管制潛在之感染源，有相關維護紀錄（如：儲水槽之檢驗清淨實施紀錄，空調設備之維護、保養與檢修之紀錄等）。 A：符合 B 項，且紀錄詳實及定期檢討，視情形採取改善措施，有具體成效。 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。	如果機電、安全、消防、供水、緊急供電等設備或系統，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核。
	1.6.11	醫用氣體有妥適管理，以確保安全	C： 1.設有專責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」。 2.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，以適時更新汰換。 3.訂有故障、損壞或遭污染時之因應規範，含緊急應變程序，以保護	如果地區醫院是委外由供應商進行維護者，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。

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			院內人員並儘速修復。 4.依「勞工安全衛生組織管理及自動檢查辦法」，視醫院員工人數設置之安全衛生管理相關委員會，應討論醫用氣體之安全管理相關事項，並有會議紀錄。 B：符合 C 項，且 1.專責人員有參加相關教育訓練。 2.對醫用氣體高壓鋼瓶之常見危害事件及其他可能發生之醫用氣體意外事件之預防與因應，納入員工教育訓練，或定期辦理全院及部門單位演習。 A：符合 B 項，且紀錄詳實及定期檢討缺失，視情形採取改善措施，有具體成效。 [註] 1.「醫療機構醫用氣體管理原則及應注意事項」，參閱行政院衛生署民國 99 年 3 月 3 日署授食字第 0991401357 號函。 2.「勞工安全衛生組織管理及自動檢查辦法」第 10 條規定，醫院勞工人數在 300（含）人以上者，應設置勞工安全衛生委員會。 3.B-2 項所稱高壓鋼瓶之常見危害事件，如：因鋼瓶未妥為固定或搬運不當，致傾倒撞壞鋼瓶頭閥調節器，造成高壓氣體噴出，鋼瓶飛竄傷害人或物。	
	1.6.12	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	C： 1.有專責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，應依外包管理相關基準規定辦理）。 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。 B：符合 C 項，且 1.清潔工作計畫詳實，並備有查核表，實施定期或不定期查核，成效良好。 2.不定期舉辦清潔競賽或相關活動，有促進清潔維護之具體成果。	「清潔」係指全院大清掃及打蠟，一個月須執行 1 次；除蟲三個月須執行 1 次。

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			A：符合 B 項，且依查核或稽核結果，進行檢討改善，成效良好。	
可	1.6.13	膳食安全衛生管理良好	C： 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。 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。 3.廚房環境整潔，通風良好，有適當門禁及防火措施。 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。 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。 6.烹調之食品樣品應冷藏保存 48 小時，以備查驗。 7.膳食外包者，醫院應 (1)確認供應商（食品業者）符合食品衛生相關法 令規定，如食品良好衛生規範（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。 B：符合 C 項，且 1.烹調完成之熟食於配送過程中，應妥善保溫，並控制時間。食品需熱藏 （高溫貯存）者，應依食品良好衛生規範，保持溫度在 60℃以上。 2.病人用膳完畢之餐具能迅速回收。 3.餐具洗淨機之洗淨溫度應設定為 80℃，並持續清洗 2 分鐘以上（或可達到相同效果之設定條件）。洗淨後的餐具要烘乾，並確保儲存環境的清潔。另，器具及容器需存放於距地面適當高度處，以防止地面上的污水濺濕。 4.設有營養門診者，應有營養指導（諮詢）場所。 5.膳食外包者，其供應商應通過危害分析與重要管制點（Hazard Analysis Critical Control Point, HACCP）之認證。 A：符合 B 項，且 1.廚餘處理合乎衛生及環保原則。 2.有專責人員或部門稽核檢查，並有紀錄。	

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			3.設有營養門診者，備有教材、教具（如：食物模型）等。 4.對於應接受治療餐者，能檢討其遵從用膳情形或指導其正確自備膳食。 5.醫院有良好的供膳作業及環境，並通過危害分析與重要管制點（Hazard Analysis Critical Control Point, HACCP）之認證或已取得地方衛生主管機關的「中央廚房衛生自主管理認證」者。 [註] 1.符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)未提供膳食服務者。 (2)申請「地區醫院評鑑」者。 2.以外包方式提供膳食服務之醫院亦屬有提供膳食服務。	
	1.6.14	適當管理廢水與廢棄物	C： 1.依據相關法令，訂有廢水、一般事業廢棄物、有害事業廢棄物(如：生物醫療廢棄物）之處理程序，如：區分生物醫療廢棄物與一般事業廢棄物，放入特定的容器、包裝，並安全運送至最終放置場所等程序。 2.有專責人員負責處理且管理得宜，通過主管機關之檢查（驗）。 3.於生物醫療廢棄物之儲存設備或容器，使用生物醫療廢棄物法定標誌，且保持標誌清楚醒目。 4.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。 B：符合 C 項，且 1.廢水、廢棄物之處理及追蹤紀錄詳實，符合處理程序。 2.統計醫院生物醫療廢棄物每床人日產量比及每月增減比之差異等資料作為改善參考。 A：符合 B 項，定期檢討改善處理程序，且成效良好。 [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.C-1 所稱相關法令，如：廢棄物清理法、水污染防治法、放射性廢	針對廢水處理部分，如果設有下水道工程者，則不必設「最終放置場所」。

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			棄物管理辦法等。	

1.7 病人導向之服務與管理

條號	條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
1.7	**病人導向之服務與管理**		
1.7.1	第一線工作人員服務態度親切，能注意病人或家屬感受	C：第一線工作人員均配戴名牌或職員證，使其服務態度親切，能注意病人或家屬感受，且有評核機制。 B：符合 C 項，且 1.訂有名牌或職員證配戴標準規範，並有稽查制度，查核員工配戴名牌之情形。 2.教育訓練課程活潑、實用，課程設計能兼顧同仁需求及業務導向，定期或經常評估訓練成果及改善。 3.第一線工作人員能展現親和力，主動自我介紹，熟悉醫院事務，且對各項問題之處理明快、妥適。 4.每年至少進行 1 次外部顧客滿意度調查，並有資料可查。 A：符合 B 項，且依滿意度調查及評核結果檢討分析，並有具體改善事證。 [註] 1.第一線工作人員係指與病人直接相接觸之醫事及行政人員。 2.醫院各級工作人員應配戴名牌，其中醫事人員應配戴執業執照或其彩色影本。	依據醫療法施行細則第 47 條規定：「醫療機構之醫事人員執業時，應配戴身分識別證明」，故醫師、藥師、護理人員、醫檢師等領有執業執照之相關醫事人員必須配戴執業執照，或同時配戴名牌或職員證。
可**	1.7.2	提供民眾衛教與宣導醫院的業務內容及經營資訊	C：對民眾提供衛教宣導及相關內容，如：診療科別、病床資訊、醫院規模、相關政令宣導、掛號費、膳食費、病房費及各項醫療費用收費標準等資料。 B：符合 C 項，且至少每季針對服務區域發行健康通訊，提供衛教宣導及社區活動訊息。 A：符合 B 項，且設有專屬網站提供衛教宣導及社區活動訊息。 [註]符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)急性病床 49 床（含）以下。 (2)申請「地區醫院評鑑」者。	

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
	1.7.3	提供整合、流暢之病人就醫流程、方便之一般諮詢、引導、推送病人等服務	C： 1.提供病人或訪客引導服務，並備有淺顯易懂之引導說明。 2.就醫動線規劃順暢，並有明顯、清楚之各科室與治療診間之指標標示。 3.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：設置場所、大小、配色等）。 4.提供病床推送或輪椅借用之服務。 B：符合 C 項，且 1.有走動服務人員提供服務，並有清楚之排班表可查。 2.供病人借用之輪椅數量充足、定期維修並建立完善之管理制度者。 A：符合 B 項，且能適時檢討病人需求，據以提供服務（如：病人慣用語言或外語之翻譯、考量年長者或行動不便者之需求等）。 【急性病床 99 床（含）以下醫院得適用】 C： 1.提供病人或訪客引導服務，並備有淺顯易懂之引導說明。 2.提供病床推送或輪椅借用之服務。 B：符合 C 項，且 1.於門診時間，有走動服務人員提供病人或訪客引導服務，並有清楚之排班表可查。 2.供病人借用之輪椅數量充足、定期維修並建立完善之管理制度者。 A：符合 B 項，且能適時檢討病人需求，依病人需要提供妥善服務（如：病人慣用語言或外語之翻譯、考量年長者或行動不便者之需求等）。	
	1.7.4	提供病人就醫資訊服務	C： 1.提供門診時間表登載診療科別、主治醫師姓名及其專長或經歷簡介。 2.診間外應標示主治醫師姓名。 3.病床應標示主治醫師姓名。 B：符合 C 項，且 1.設有提供諮詢服務之單位，並有明顯之標示。且在住院須知及相關	諮詢服務場所，考量小型醫院的空間較為不足，對於急性病床 99 床以下之醫院，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：診間等），但需有明顯之標示；急性病床 100 床以上之醫院則請依評量項目內容

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			手冊登載諮詢服務之單位所在位置、聯絡電話及服務項目。 2.能提供掛號科別之選擇服務。 A：符合 B 項，且能定期調查病人就醫資訊需求，並據以改善，且執行成效良好。	進行評量。
	1.7.5	訂有合宜之掛號及批價收費作業流程並定期檢討	C： 1.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。 2.在掛號及繳費尖峰時段，能彈性增設櫃檯因應。 3.掛號費收費合理。 B：符合 C 項，且 1.能定期檢討及視情形修正作業流程。 2.掛號費收費符合衛生署公告之「醫療機構收取掛號費參考範圍」。 3.醫院所訂定之收費規範，包括下列免收「掛號費」或「病歷調閱費」之情形： (1)病人單純持慢性連續處方箋領藥，且無需調閱病歷者。 (2)因病人無法於就診當日完成檢查，須安排於他日檢查，於檢查日免收「掛號費」或「病歷調閱費」。 (3)病人僅為取得檢查（驗）結果，並未看診者。 A：符合 B 項，且作業流程檢討或修正後，便利病人就醫，有具體事證。 【急性病床 99 床（含）以下醫院得適用】 C：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。 B：符合 C 項，且符合： 1.能作定期檢討及修正作業流程。 2.掛號費收費符合衛生署公告之「醫療機構收取掛號費參考範圍」。 3.醫院所訂定之收費規範，包括下列免收「掛號費」或「病歷調閱費」之情形： (1)病人單純持慢性連續處方箋領藥，且無需調閱病歷者。 (2)因病人無法於就診當日完成檢查，須安排於他日檢查，於檢查	

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			日免收「掛號費」或「病歷調閱費」。 (3)病人僅為取得檢查（驗）結果，並未看診者。 A：符合 B 項，且作業流程檢討或修正後，便利病人就醫，有具體事證。	
	1.7.6	應準時開診，開診醫師請假或請他人代診時，應及早周知	C： 1.醫師應按照門診排班表準時開診。 2.開診時間遲延時，應向病人說明理由。 3.開診醫師停診或請他人代診時，應及早周知或通知病人。 4.訂有醫師停代診及延遲開診相關處理作業規範。 B：符合 C 項，且 1.指派專責人員或設有機制稽查各診開診情況，有紀錄可查。 2.對延遲開診或未依規定辦理停代診作業者，有具體改善措施，並落實執行。 A：符合 B 項，且妥善規範醫師看診進度，設有機制供病人查詢看診進度，且能告知病人預計排到看診之時間。	評量項目 C-3「開診醫師停診或請他人代診時，應及早周知或通知病人」，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。
	1.7.7	設有專責人員或部門辦理病人入出院作業	C： 1.設有辦理住院及出院之專責人員或部門，且有病人清楚易懂之入出院手續規定。 2.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。 3.對出院病人提供收費明細，符合醫療法相關規定。 B：符合 C 項，且有提供假日辦理出院服務。 A：符合 B 項，且定期檢討病人入出院程序，提出具體改善計畫，且成效良好。 [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，超額或擅立收費項目收費。」 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	

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			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。」	
可*	1.7.8	有效率地運用病床	C： 1.醫院訂有住院病床利用規範及病人等候住院病床須知。 2.醫院應掌握全院各科別的等候住院病人情況，且無違反住院病床利用規範使病人長期等候住院病床之情形。 B：符合 C 項，且 1.落實病人住院天數控制。 2.訂有住院病人由急診轉入比率之檢討機制。 A：符合 B 項，且應定期檢討佔床率，以作為病床調整之參考，並訂有改善措施，確實執行且成效良好。 [註]符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)急性病床 99 床（含）以下。 (2)申請「地區醫院評鑑」者。	
可*	1.7.9	提供醫療諮詢服務	C： 1.設有專責人員提供醫療諮詢服務。 2.如醫院業務需求增加，能增聘專任（或兼任）諮詢工作人員。 B：符合 C 項，且 1.工作人員具相關背景及專長，並持續接受繼續教育訓練，有紀錄可查。 2.依標準作業程序提供服務，且定期檢討改善。 A：符合 B 項，且能定期調查並依據病人需求，提供適當醫療諮詢，調整醫療服務項目。 [註] 1.符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)急性病床 99 床（含）以下。 (2)申請「地區醫院評鑑」者。	醫療諮詢服務係指病人有社、心、醫之需求時，知道何處詢問即可。

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			2.本條醫療諮詢服務係指提供醫療、經濟困難等問題之專業諮詢服務，不包含一般櫃檯服務。	
	1.7.10	對於病人或家屬的意見、抱怨、申訴設有專責單位或人員處理，並明訂處理流程	C： 1.設有專責單位或人員處理病人或家屬的意見、抱怨及申訴案件。 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。 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），確實執行。 4.員工（含外包人員）及病人知道意見反映管道，員工並知道處理流程。 B：符合 C 項，且 1.員工能主動面對意見、申訴、抱怨處理，並視需要報備相關單位及持續接受相關處理技巧之教育訓練。 2.具有回應時效與內容合宜性監控機制。 A：符合 B 項，且落實執行改善方案，並持續追蹤成效。改善措施效果良好者，能列入標準作業程序。	評量項目 B 所提「回應時效」，係由醫院自行訂定。
可**	1.7.11	對各項診療作業的病人等候時間，進行調查分析與檢討改善	C： 1.現場掛號、候診、檢查、批價（繳費）、領藥等之等候時間，每年至少調查 1 次。 2.應有分析並檢討調查結果之機制。 B：符合 C 項，且對放射線檢查、特殊檢查排程等候時間，每年至少調查 1 次，並有分析檢討及視情形採取改善措施。 A：符合 B 項，且各項等候時間之調查分析每年辦理 2 次以上，落實改善措施且成效良好。 [註]符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)急性病床 49 床（含）以下。 (2)申請「地區醫院評鑑」者。	

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
可*	1.7.12	有效管理院內用餐、購物環境	C： 1.醫院應衡量本身規模及能力研擬方便病人、家屬或訪客用餐或購物之具體方案，或提供相關資訊。 2.院內之用餐或購物區，除應符合衛生等相關法規外，並須就下列事項訂有管理規範： (1)醫院員工進入用餐、購物區之管理（如：是否限制穿著隔離衣帽、手術服與手術室拖鞋者之出入...等）。 (2)病人進入用餐、購物區之管理（如：是否限制穿著病人服、推點滴架或有其他輸液或導管者之出入...等）。 (3)用餐、購物區避免病菌污染與傳播之具體作法。 3.用餐、購物區符合疾病管制局「醫療（事）機構商店街感染控制措施指引」相關規定，訂定內部感染管制規範，確實執行。 4.訂有用餐、購物區之災難應變計畫，並有演練。 5.上述 4 項作業應有執行及查核紀錄。 B：符合 C 項，且院內用餐或購物區工作人員接受在職及勤前感控教育訓練。 A：符合 B 項，且 1.參考顧客滿意度調查結果，視情形改善用餐、購物區環境或作業規範。 2.定期檢討評估用餐、購物區之管理狀況，並作持續改善；如係外包者則以之作為續約之重要依據。 [註]符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)急性病床 99 床（含）以下。 (2)申請「地區醫院評鑑」者。	1.評量項目 C-2 所列(1)~(3)事項，若醫院訂有相關管理規範，即符合 C-2 標準。 2.評量項目 C-5 所提「查核紀錄」，可由醫院提出院內針對用餐、購物區之管理部門進行查核之紀錄；未設用餐、購物區者，C-5 項得免評。 3.本條對應 100 年度醫院感染控制查核基準 3.4 項次。
可**	1.7.13	定期實行病人滿意度調查	C： 1.每年至少實施 1 次包括急診、門診、住院病人或家屬的滿意度調查。 2.調查的結果應整理分析，並提供管理者參考。 B：符合 C 項，且 1.問卷內容、調查數量及抽樣方法合宜，且具代表性。	

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			2.調查結果能提供相關部門進行檢討與改善。 A：符合 B 項，且能作持續性的追蹤改善，並有成效。 [註]符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)急性病床 49 床（含）以下。 (2)申請「地區醫院評鑑」者。	

1.8 危機管理與緊急災害應變

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
	1.8	**危機管理與緊急災害應變**		
	1.8.1	建立醫事爭議事件處理機制	C： 1.應成立醫事爭議事件處理專責人員或團隊，並能迅速處理爭議。 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。 3.於員工到職訓練及定期在職訓練中，納入醫事爭議之預防措施。 B：符合 C 項，且 1.能針對醫事爭議事件進行檢討，並製成教材提供員工教育訓練。 2.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。 A：符合 B 項，且訂有具體措施，以預防醫事爭議事件之發生。	評量項目 B-1 所提「教材」，泛指該院或他院的案例均可。
可**	1.8.2	訂有對涉及醫事爭議員工之支持及關懷辦法	C： 1.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。 2.能提供醫事爭議員工支持與關懷服務，並落實執行。 B：符合 C 項，且定期檢討相關辦法與服務之合理性，並視情形改善。 A：符合 B 項，且成效良好，有具體事證。 [註]符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)急性病床 49 床（含）以下。 (2)申請「地區醫院評鑑」者。	
	1.8.3	建立醫院危機管理機制	C： 1.醫院設有危機管理專責單位（委員會）及專責人員。 2.對突發危機事件有相關應變組織的規劃。 3.訂定、審核並定期檢討醫院危機管理計畫，包括減災預防、準備、應變、復原等。 4.實施危機減災預防之相關宣導與員工訓練。	

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			5.危機管理計畫中有納入新聞媒體危機事件。 B：符合C項，且根據危機管理計畫定期舉辦演練並檢討。 A：符合B項，且每年至少有一項進行中的預應式計畫（Proactive Plan），用來辨認病人安全的風險以及減少醫療錯誤。 [註]「預應式計畫」（Proactive Plan），係指醫院在問題發生之前應及早發掘潛在問題（風險）並迅速回應風險，並有系統化之改善措施，以降低風險發生的機率或降低風險發生的損失。	
可**	1.8.4	對發生之危機事件能確實檢討改善	C： 1.對可能發生之危機事件建立監測（Surveillance）及通報機制。 2.對發生之危機事件能適當反應，並能指派專人於危機事件發生時，蒐集與記錄危機事件發生之過程並保存相關文件，以利檢討。 B：符合C項，且針對發生之危機事件能進行原因分析，並確實檢討改善。 A：符合B項，針對發生之危機事件建立具體改善措施且成效良好。 [註]符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)急性病床 49 床（含）以下。 (2)申請「地區醫院評鑑」者。	
可*	1.8.5	設置大量傷患緊急應變處理小組與健全指揮系統	C： 1.大量傷患發生時的應變啟動機制、指揮體系、院內外連絡網及與到院前病人處理接軌等步驟已規範完備。 2.定期辦理大量傷患緊急應變之演練。 B：符合C項，且能與地方政府或相關團體共同辦理大量傷患處理之訓練。 A：符合B項，且指揮體系健全，並能配合醫院服務區域之需要。 [註] 1.符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)急性病床 99 床（含）以下，且非屬急救責任醫院者。 (2)申請「地區醫院評鑑」者。	1.依緊急醫療網之責任區域作定義。 2.大量傷患的發布，由經營管理及醫療照護領域評鑑委員共同確認發布，確認應到人員是否出現；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。 ※如經評鑑委員討論決議，有下列情形者，得實施「實地演練」，並以下列方法為之：

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			2.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。」	(1)受評醫院自評成績為 A，經實施「口頭抽問」及「桌上模擬演練」，評鑑委員仍無法判斷該院成績是否符合 A 之規定。 (2)實施「實地演練」應確保不影響病人安全，且不得要求病人或家屬參與，演練地點避免選擇高風險之醫療單位，如：開刀房或加護病房。 (3)「實地演練」演練情境之選擇，應參考受評醫院意見、緊急災難（火災）應變計畫之內容及醫院之客觀環境條件，選擇發生機率較高之情境，進行測試。
	1.8.6	訂定符合醫院危機管理需要之緊急災害應變措施計畫及作業程序	C： 1.依據醫院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，訂有符合醫院特性與危機管理的緊急災害應變措施計畫及作業程序。 2.全體員工能知悉應變措施計畫。 3.完備之緊急連絡網及災害應變啟動機制。 4.具有適當的人力調度及緊急召回機制。 5.明確訂定各單位病人疏散運送之順序與方法。 6.醫院緊急疏散圖示應明顯適當。 B：符合C項，且計畫及作業程序符合醫院實際情況而設定，具體可行。 A：符合B項，且定期修正相關計畫及作業程序。	距離核電廠 30 公里內之醫院（與台電有合約之醫院）或衛生署指定核災急救責任醫院，危機管理計畫得包含核災。
可**	1.8.7	醫院應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	C： 1.必要之藥品、醫療器材及其他資源，應有 3 天以上之安全存量。 2.應備有緊急通訊器材。 B：符合C項，且與其他醫療機構或供應商間訂有相互支援藥品、醫療器材及其他資源的協定。	1.「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。 2.評量項目 B「與其他醫療機構或供應商間訂有相互支援藥品、醫療器材及其

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			A：符合B項，且緊急災難應變計畫中包括藥品、醫療器材及其他資源之後勤補給，能確實掌握資源調度。 [註]符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)急性病床 49 床（含）以下。 (2)申請「地區醫院評鑑」者。	他資源的協定」泛指有合約即可。
	1.8.8	依緊急災害應變措施計畫，落實演練	C：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）。 B：符合C項，且 1.全體員工每年至少參加一次演練，明瞭應變措施及逃生設備使用。 2.依據演練之檢討結果，修正緊急災害應變措施計畫，以符合實際需要。 A：符合B項，且於實地訪查時，相關措施或員工之認知確實符合醫院緊急災害應變措施計畫的規定。 [註]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。」	有關火災應變演練，建議邀請消防局相關專業人員與會討論。
	1.8.9	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	C： 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： (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。	

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			(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。 B：符合 C 項，且醫院訂定之相關規範，有落實執行並有稽核。 A：符合 B 項，且能視執行或稽核情形，檢討改善，成效良好。 [註] 1.醫療機構接受媒體採訪注意事項，可參閱行政院衛生署民國 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）或衛生署網站。 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）或衛生署網站。	

2.1 病人及家屬權責

條號	條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
2.1	**病人及家屬權責**		
2.1.1	明訂保護病人權利的政策或規定，並讓病人及家屬充分瞭解其權利	C： 1.醫院秉持「病人為醫療的主體」的理念，就病人及家屬權利的保護，訂有規範，並依一定流程公告，必要時，主動向病人說明。 2.上述規範應包括下列事項： (1)在提供給病人及家屬的就醫注意事項中，應明示病人權利之具體內容。 (2)對住院病人或家屬解說住院注意事項時，應至少包括衛生署公告之「醫院住院須知參考範例」有關病人權利之內容。 (3)病人的權利包括下列項目，例示如下： ①病人不會因其疾病、性別、種族、地理位置及社經地位，受到歧視，皆能平等地接受醫療照護。 ②病人之自主權（經告知解說後，決定同意、拒絕或選擇接受某項醫療之權利）、隱私權及尊嚴受到適當的保障。 ③病人安全能受到適當的保障，避免因醫療照護之錯誤而受到傷害。 ④在住院期間，醫師於診治時，應向病人或陪病家屬解說病情、檢驗、檢查相關資訊、治療方針及預後情形。 ⑤對於醫療服務有任何不滿可提出申訴。 ⑥病人可持續接受一貫性的醫療照護或追蹤，至一段療程結束，不會中途無故被中止繼續醫療。 3.若設立有精神科住院病房（不含日間病房）之醫院，應注意對強制住院與強制鑑定之病人之處置，均符合依據精神衛生法之規定。 B：符合 C 項，並定期稽核各項政策、規範、流程等之執行成效，據以檢討修訂改善。 A：符合 B 項，且各項政策、規範、流程之檢討修訂改善，有代表病人或家屬觀點者參與。	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。

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			[註]行政院衛生署「醫院住院須知參考範例」節錄： 「肆、病人權利 （此部分最少應包含：1.依照醫療法規，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。範例如下） 1.本院對所有住院病人之權利均一視同仁，不因您的種族、年齡等給予不同之待遇。 2.本院醫事人員均佩戴有名牌或識別證。若未佩戴名牌或識別證者，您可以拒絕其所提供之醫療服務。 3.秉持「病人為醫療主體」的概念，在您住院期間，本院醫師於診治時，應向您或您的陪病家屬解釋病情、檢驗、檢查相關資訊、治療方針及預後情形。 4.若您對本院醫事人員所提供之醫療服務有任何不清楚之處，本院非常鼓勵您向醫師或其他醫事人員發問、要求說明。 5.若您需要接受手術治療，本院依規定，會先請您或您的配偶、親屬或關係人簽具手術及麻醉同意書，在簽具之前，醫師會先說明手術的原因、手術成功率或可能發生之併發症及危險，只有在取得您或您的配偶、親屬或關係人同意下，才會為您手術及麻醉。但若情況緊急，為搶救病人性命，依醫療法規定，得先為病人手術。 6.本院於您就醫過程中所知悉之病情、健康等一切秘密，均依法善盡保密義務。如果您不願意讓訪客查知您住院的訊息，請告知本院。 7.本院應您的親屬、陪病家屬之要求，得適時向其解說您的病情，若您不願特定家屬知悉您的病情，請事先以書面通知護理站、或您的主治醫師，以利本院處理。」	
	2.1.2	建立全院性病人安全制度	C： 1.依醫療法第 62 條第 1 項，建立全院性病人安全制度，辦理醫療法施行細則第 45 條規定之事項，並擬定病人安全目標、任務及執行方針。	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病人安全的積極性作法之落實程度。

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			2.明確規定負責之組織架構、單位及人員的任務、責任及權限；對醫療異常或錯誤事件，有系統地收集與分析，並研擬系統性對策。 3.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。 4.設有跨部門之檢討機制。 5.上述作業規範與執行方針皆確實執行，且能依據實際執行狀況、病人安全相關規定與資訊、異常或錯誤事件分析結果等，討論更新。 B：符合 C 項，且參與衛生署所委託建置之台灣病人安全通報系統（Taiwan Patient-safety Reporting System），做外部通報。 A：符合 B 項，且分析影響病人安全的要因，擬訂改善對策，確實執行及評核其成效；各項措施成效良好，於同儕間表現卓越。 [註] 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。」	3.評量項目 C-4「設有跨部門之檢討機制」，係指應有相關討論會議檢討。
	2.1.3	使員工瞭解病人的權利及醫療倫理與醫事法令	C：訂定教育訓練計畫，實施病人的權利、醫療倫理與醫事法令相關教育訓練活動，視需要定期實施。可探討的倫理問題，如：不得利用病人的不利處境，向其推銷藥品及器材；不得洩露病人病情；健康資訊及臨終醫療等。 B：符合 C 項，且對病人個別醫療有關的倫理問題應有檢討改善。 A：符合 B 項，且教育訓練成果確實應用於醫療照護。 【急性病床 49 床（含）以下醫院得適用】 C：建立機制，鼓勵員工定期接受病人的權利、醫療倫理與醫事法令相	評鑑委員於實地評鑑時，詢問對象宜以第一線人員為主。

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			關教育訓練活動，可自行開課或院外上課。 B：符合 C 項，且對病人個別醫療有關的倫理問題應有檢討改善。 A：符合 B 項，且教育訓練成果確實應用於醫療照護。 [註] 1.C 所稱「臨終醫療」，其教育訓練之內容，例如：對所有住院病人提供「預立選擇安寧緩和醫療意願書」、「不施行心肺復甦術（Do Not Resuscitate）同意書」、「器官捐贈同意書」；並視需要提供「醫療委任代理人委任書」及「預立選擇安寧緩和醫療意願撤回聲明書」等；以維護病人自主權，讓家屬預先瞭解病人之意願；亦可使醫療照護團隊充分尊重病人之意願，對於不可治癒之末期病情，提供減輕或免除其痛苦之緩解性或支持性照護措施，而不施予治癒性之治療或急救；另外，並可作為決定器官捐贈之依循。 2.於上次實地評鑑後至本次實地評鑑時，曾因倫理相關事項，受地方或中央衛生主管機關，對醫院處以罰鍰以上之處罰確定者，本條不得評量為 A。（本條資料來源為行政院衛生署醫事管理系統所登錄之裁罰紀錄）	
	2.1.4	應與病人溝通、適當說明病情及處置、治療方式，並取得同意	C： 1.說明時注意下列事項： (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，避免運用過多專業術語。 (3)可輔以圖片或書面資料，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。 2.說明之內容視情形包括下列事項： (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。 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（或指示臨床單位明訂）負責說	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）。 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，亦得直接記載於病歷上，並由病人於病歷上簽章。 5.評量項目 C-1-(4)「依身心障礙者的需

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			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。 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。 5.對於醫療法第 63 條及第 64 條規定之未成年或無法親自簽具同意書者，醫院應明訂確認或選擇簽具同意書者之流程。（C-5 項不適用於不實施手術及「侵入性檢查或治療」之醫院。） B：符合 C 項，且醫療照護團隊能依規範落實執行，並製作前 C-3 項規定之紀錄。 A：符合 B 項，且定期檢討修訂相關規範及步驟，確實改善。 [註]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。」	求，採用輔助說明方法」，可檢視醫院是否訂有相關標準作業流程。 6.評量項目 C-2-(3)所提「第二種參考意見」，應為另一醫師之意見，另照會、科部共同討論會等亦算。
可	2.1.5	實施侵入性檢查或治療應向病人充分說明並獲其同意	C： 1.對於醫療法第 64 條規定之侵入性檢查或治療項目，明訂簽具同意書之作業規範。 2.醫療照護團隊應於病人簽具同意書前，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，並提供書面說明，以利病人瞭解。 B：符合 C 項，且醫療照護團隊能依規範落實執行，並有紀錄。 A：符合 B 項，且協助病人充分瞭解，依病人特性提供易懂、有效之衛教資料，執行成效良好。 [註]符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)未執行侵入性檢查或治療項目。 (2)申請「地區醫院評鑑」者。	1.侵入性檢查之檢查或治療項目，由醫院自行訂定，但需依醫療法第 64 條第一項之規定。 2.中華民國 99 年 9 月 24 日衛署醫字第 0990262608 號預告「醫療法第六十四條第一項，中央主管機關規定之侵入性檢查或治療」，並自公告日起六個月後生效。 依據：行政程序法第一百五十四條第一項。 公告事項： 一、公告機關：行政院衛生署。 二、公告依據：醫療法第六十四條第一項。

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
				三、公告內容：「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，始得施行之侵入性檢查或治療，為以醫療器材植入、插入人體之方式，施行之檢查或治療。但不包括一般之靜脈、肌肉或皮下注射及抽血。」
	2.1.6	應記錄並向住院病人說明住院之必要性、病情及診療計畫	C：應向住院病人說明住院理由、病情（含病人健康問題與需要）及由醫療照護團隊擬訂之診療計畫（含護理計畫及相關醫事人員之照護計畫）等，並將理由、病情及計畫記載於病歷中。 B：符合 C 項，且醫療照護團隊能依規範落實執行，並協助病人獲得充分瞭解。 A：符合 B 項，且有查核機制，並確實執行查核，成效良好。	
可**	2.1.7	應有措施協助病人及家屬獲得診療資訊，鼓勵其參與醫療照護之過程及決策	C： 1.應於適當時機協助病人、家屬取得治療資訊及參與醫療決策討論。 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。 B：符合 C 項，且 1.於工作人員教育內容中，包括：若提供有可能困擾病人心理的診療資訊時，應注意方法和態度。 2.當病人表明欲徵詢第二意見時，應能主動提供諮詢方式或被徵詢者名單，並能迅速提供適當的病歷資料，供被徵詢者參考。 A：符合 B 項，且醫院有門診、住診之衛教小組及空間，提供病人相關照護、醫療決策討論服務並對相關措施及服務，統計分析及檢討改善。 [註]符合下列全部條件者，可自選本條免評：	1.評量項目 B-2 所提「第二意見」，應為另一醫師之意見，另照會、科部共同討論會等亦算。 2.評量項目 A 所提「醫院有門診、住診之衛教小組及空間」，非指各小組一定需各設一處獨立之專用空間，共用之空間亦可。

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			(1)急性病床 49 床（含）以下。 (2)申請「地區醫院評鑑」者。	
	2.1.8	協助病人、家屬取得器官捐贈之資訊	C：能宣導並提供器官捐贈之相關訊息給病人及家屬，且能適時讀取 IC 卡註記之器官捐贈意願資料。 B：符合 C 項，且 1.應有明確之政策及訂有標準作業程序，辦理器官之勸募。 2.醫院相關人員包括醫師、護理及社工人員等，應接受教育訓練。 A：符合 B 項，且器官勸募成效良好： 1.對生命末期病人，能依行政院衛生署函頒之「生命末期病人臨終照護意願徵詢作業指引」規定，對病人、家屬進行善終意願之徵詢及簽署，備有紀錄。 2.有器官勸募及簽署器官捐贈同意書成功之案例，備有統計資料。	
合	2.1.9	病人就診、檢查及處置行為時應保障其隱私及權利	1.與病人作病情說明及溝通，或於執行觸診診療行為及徵詢病人同意之過程中，均應考量到環境及個人隱私之保護。 2.病人就診時，應確實隔離其他不相關人員在場；於診療過程，如需錄音或錄影，應先徵得醫病雙方之同意。 3.門診診間及諮詢會談場所應為單診間，且有適當之隔音；診間入口並應有門隔開，且對於診間之設計，應有具體確保病人隱私之設施。 4.進行檢查及處置之場所，應至少有布簾隔開，(且視檢查及處置之種類，以有個人房間較為理想)，檢查台亦應備有被單、治療巾等，對於較私密部位之檢查，並應有避免過度暴露之措施。 5.診療過程中，對於特殊檢查及處置，應依病人及處置需要，安排適當人員陪同，且有合適之醫事人員在場，並於檢查及處置過程中隨時觀察、注意隱私之維護。 6.於診間呼喚病人時，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，儘量不呈現全名為原則。 7.若為教學醫院其教學門診應有明顯標示，對實(見)習學生在旁，應事先充分告知病人；為考量病人隱私，對於較私密部位之檢查，應徵得	1.「同意」方式不限形式，有可確認病人或家屬「同意」之機制。 2.評量項目 7，若為教學醫院其教學門診應有公告即可，讓病人及家屬知悉。 3.評鑑委員於實地評鑑時，可詢問病人或家屬確認其知悉。

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			病人之同意。 [註]參考行政院衛生署 98 年 9 月 10 日衛署醫字第 0980262348 號函公告之「門診醫療隱私維護規範」。 □符合 □不符合	
	2.1.10	病人檢體之採集及運送應考量病人隱私	C： 1.病人檢體（尿液、糞便等）之採集地點，有考量病人之隱私。 2.檢體的運送有考量病人之隱私。 3.如為研究用人體檢體之採集與使用，應符合行政院衛生署 95 年 8 月 18 日公告之「研究用人體檢體採集與使用注意事項」。 B：符合 C 項，且有確實執行前項相關教育訓練。 A：符合 B 項，且建立機制定期評核、檢討及改善。	
合	2.1.11	住院病人之照護應保護病人的隱私	1.多人病房之病床間有合宜的隔簾隔開，病床配置及病房空間應考量到確保隱私，除非病人同意，同室應安排同性別病人。 2.與病人作病情說明及溝通，或於執行觸診診療行為及徵詢病人同意之過程中，均應考量到環境及個人隱私之保護。 3.診療過程，對於特殊檢查及處置，應依病人及處置之需要，安排適當人員陪同，且有合適之醫事人員在場，並於檢查及處置過程中隨時觀察、注意隱私之維護。病人接受治療及處置時除有隔簾遮蔽外，於簾外還有標示及提醒的機制，以維護病人隱私。 4.若為教學醫院其教學迴診應有明顯標示，對實（見）習學生在旁，應事先充分告知病人；為考量病人隱私，對於較私密部位之檢查，應徵得病人之同意。	1.「同意」方式不限形式，有可確認病人或家屬「同意」之機制。 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.評量項目 1 所提「除非病人同意，同室應安排同性別病人」，評鑑委員於實地評鑑時，可詢問醫院是否有相關抱怨或申訴等，若有，則查核醫院改善情形。 4.評量項目 4 所提「明顯標示」，教學迴診有告知病人或家屬，讓病人及家屬知悉。

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			□符合 □不符合	
	2.1.12	探訪病人應考量病人隱私與醫療作業需求	C： 1.訂有探病及陪病之規範，以兼顧病人隱私與醫療作業需求。 2.在公開標示病人姓名前，如：護理站、病室、手術室、住院處、急診單位及服務台等區域，有尊重病人及其家屬意願的機制。 B：符合 C 項，且機制及流程明確並落實執行。 A：符合 B 項，且定期監測、檢討、改善。	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病人隱私機制是否落實執行。 3.查核地點以住院為主。
可	2.1.13	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	C： 1.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。 2.成立管理委員會或小組，應有從事勞務作業之病友或家屬團體代表參加。 3.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。 B：符合 C 項，且 1.每 3 個月召開管理委員會或小組會議 1 次，且紀錄完整。 2.定期監測檢討該基金管理辦法及使用用途，並依需要修訂。 A：符合 B 項，且各項活動辦理有檢討改善，成效良好。 [註]符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)未有精神科慢性病房或日間照護病房。 (2)申請「地區醫院評鑑」或「區域醫院評鑑」者。	
可	2.1.14	精神病人從事之勞務作業應符合治療目的	C： 1.安排病人從事勞務作業需有個別復健治療目的，且有醫囑轉介。 2.應詳細告知病人所安排之復健治療計畫、目的、工作內容與報酬。	

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			3.病人有權利拒絕參與非治療目的之勞務作業。 4.病人對於復健治療計畫有疑義或不滿時有申訴管道。 B：符合 C 項，且定期研討職能（產業）治療之成效，並適當修正。 A：符合 B 項，且各項勞務作業之安排、流程有檢討改善，成效良好。 [註]符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)未有精神科慢性病房或日間照護病房。 (2)申請「地區醫院評鑑」或「區域醫院評鑑」者。	

2.2 醫療照護品質管理

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
	2.2	**醫療照護品質管理**		
可**	2.2.1	應有委員會或組織等協調、訂定及推動全院品管及病人安全計畫，確實執行並定期檢討改善	C： 1.有專責人員依醫院監督或治理團隊、經營團隊擬定之關鍵議題與優先順序，協調、推動及執行全院品管及病人安全計畫，持續運作並定期檢討改善，且有紀錄。 2.委員會或組織等，架構明確，權責分明。 B：符合 C 項，且 1.有醫管、醫品或病安等專業訓練者負責。 2.每 300 床應有 1 名專任人員負責品管業務(未滿 500 床，亦即 301-499 床之醫院，應有專任 1 名；以急性一般病床計）。 3.依不同人員於醫品及病安之需求，訂定及提供教育訓練計畫與方案，並建立評估成效機制，確實執行及檢討改善。 A：符合 B 項，且 1.有足夠人力負責協調、推動及執行全院品管及病安計畫，有定期報表、改善結果。 2.全體員工（含主管及醫師）積極參與醫療品質及病人安全持續改善活動，醫療服務改善成效良好。 [註]符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)急性病床 49 床（含）以下。 (2)申請「地區醫院評鑑」者。	1.相關人員定義如下： (1)專任：該員工之工作內容均為該項業務。 (2)專責：該員工之工作內容除該項業務外，另有其他業務。 (3)兼任：該員工之工作內容，不是職責範圍內，但為可兼做的業務（例：主管兼感控護理師）。 2.品管業務係指全院品管（包含病安）業務。
	2.2.2	醫療照護團隊定期溝通，檢討改善實務運作，以提升醫療品質與病人	C：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。 B：每次溝通能追蹤上次決議執行情形及改善成效，提出具體提升病人安全、醫療品質措施、方案，必要時提交醫院監督或治理團隊與經	

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
		安全	營團隊溝通會議凝聚全院共識及執行策略，確實運用於臨床照護。 A：依醫療照護團隊共識檢視及修正醫療照護指引、常規或技術手冊，使內容符合醫療品質、病人安全及醫療照護團隊需求，落實執行，醫療品質與病人安全提升成效良好。	
	2.2.3	定期舉行醫療照護品質相關會議	C：應定期舉辦醫療照護及品質、病安相關會議，包括病例討論會、併發症及死亡病例討論會、委員會等，做成會議紀錄並確實執行相關決議，相關決議或結論需追蹤落實。 B：符合 C 項，且醫療照護及品質、病安相關討論會、研討會、委員會等會議內容、舉行頻率合理及會議紀錄品質優良，應用實證醫學佐證，並定期檢討改善。 A：符合 B 項，且 1.有實際改善以提高醫療品質及病人安全之具體成效。 2.有與輔導／被輔導（聯盟醫院）他院或社區醫療群定期舉行聯合討論會，協助合作醫院提升醫療品質與病安發展。 【急性病床 49 床（含）以下醫院得適用】 C：應定期舉辦醫療照護相關討論會或委員會等會議。 B：符合 C 項，且應定期舉辦品質相關討論會或委員會，做成會議紀錄並確實執行相關決議。 A：符合 B 項，且 1.應用實證醫學佐證。 2.能提供討論會、委員會及研討會內容在院內外網站查閱。 3.有實際改善以提高醫療品質之具體成效。 4.能將成果發表於各種形式之研討會或文章之中。 [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。	評量項目所提「定期」會議係指至少三個月開會一次。

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
可**	2.2.4	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	C： 1.醫學倫理委員會或相關組織會議應有檢討醫療倫理與法律相關之病例與主題。 2.定期舉行會議並有會議紀錄可查。 B：符合 C 項，且醫療倫理委員會會議內容包括檢討院內實際案例或人體試驗之討論等。 A：符合 B 項，且 1.檢討院內實際案例並訂出醫療照護人員依循之倫理準則。 2.有諮詢功能。 【急性病床 49 床（含）以下醫院得適用】 C：醫學倫理委員會或相關組織會議應有檢討醫學倫理與法律相關之病例與主題。 B：符合 C 項，且醫學倫理委員會會議內容包括檢討院內實際案例討論等。 A：符合 B 項，且 1.檢討院內實際案例並訂出醫護、醫事人員依循之準則。 2.有諮詢功能。 [註] 1.符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)急性病床 49 床（含）以下。 (2)申請「地區醫院評鑑」者。 2.評量重點：應討論院內病例，而非僅安排專家演講、上課。	1.評量項目所提「定期」會議係指至少三個月開會一次。 2.評量項目所提之醫學倫理委員會之名稱係由醫院自行訂定。
	2.2.5	應有病例資料年報及醫療成果資料，並有統計、分析及檢討	C：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。 B：符合 C 項，且	

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			1.各科應對其疾病別作追蹤並有紀錄，如：手術併發症、30 天內手術死亡率及存活率。 2.各科超期住院報表紀錄完整並有檢討。 3.病人再入院報表記錄完整 並有分析檢討。 4.有正確的統計分析圖表：依診治結果製成分析圖表，包含死亡率、佔床率、平均住院天數、感染率、剖腹產率及疾病分類、血液透析、腹膜透析、RCC 或 RCW 等年報表。 5.有討論會討論各分析報告，檢討施行成效並做成改善措施，確實執行及評估改善措施成效，適時調整。 6.醫療品質改善成果做全院性推展，並內化為醫院經常性措施。 A：符合 B 項，且定期舉行醫療品質改善成果發表會，並將成果與其他醫療機構分享，成效良好。 【急性病床 49 床（含）以下醫院得適用】 C：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。 B 或 A：符合 C 項，且 1.各科應對其手術作追蹤並有紀錄，如：手術併發症、30 天內手術死亡率及存活率。 2.各科超期住院報表紀錄完整並有檢討。 3.病人再入院報表紀錄完整並有檢討。 4.有正確的統計分析圖表：依診治結果製成分析圖表，包含死亡率、佔床率、平均住院天數、感染率、剖腹產率及疾病分類、血液透析、腹膜透析、RCC 或 RCW。	
	2.2.6	訂有醫療品質控制指標並確實執行及評估	C：應訂定適當的醫療品質及病人安全提升指標，確實執行及評估。 B：符合 C 項，且 1.依據病例資料之分析（2.2.5），訂定疾病別、手術別院內死亡率、	1.本條文針對全院品管進行查核。 2.指標統計後之回饋，可由相關委員會中之資料呈現進行查核。

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			手術合併症、疾病再發生率、血液透析、腹膜透析、RCC 或 RCW 等臨床指標（Clinical Indicator），搭配管理及相關臨床業務指標分析，檢討改進醫療品質及提升病人安全。 2.監測數據進行內外部比較，應定期或適時分析成有用資訊，提供不同需求之主管、同仁擬訂決策、方案時參酌。 A：符合 B 項，且 1.監測面向完整涵蓋病人就醫流程及醫品管理需求，醫療品質及病安改善成效良好。 2.有連續性指標檢討及改善措施，提升指標品質及反應醫療品質與病安能力且成效良好。	
	2.2.7	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	C： 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。 2.建立符合院內的病人安全通報標準作業模式。 3.加強病人安全觀念的宣導，並對不同單位層級給予不同內容的繼續教育，來鼓勵異常事件的通報。 B：符合 C 項，且 1.對於重大異常事件進行根本原因分析，根據分析結果提出可行之改善措施。 2.運用通報資料分析結果，提出改善的行動計畫，採取適當的預防及改善措施。 A：符合 B 項，且積極參與全國性病人安全通報，主動與其他醫療機構分享經驗，達到共同學習的目的。	1.本條文係指「異常事件」(通常指因為人為錯誤或設備失靈造成作業系統中某些部分的偶然性失誤，而不論此失誤是否導致整個系統運作中斷；一般來說，常見的醫療異常事件主要分為三大部分：醫療錯誤、醫療不良事件及警訊事件)。 2.評鑑委員於資料查證時，可依下列內容進行： (1)異常事件處理辦法 (2)呈現通報流程以及說明有專人進行分析、追蹤及呈報 (3)重要層面的分析、檢討、改善和資料分享之紀錄（如：會議、PDCA、FMEA、RCA 改善紀錄） (4)異常事件管理，通報作業流程及管理機制 (5)檢討改善及成效分析

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
				(6)病人安全教育訓練成果 (7)重大事件檢討改善紀錄 (8)病人安全作業手冊（P&P）
	2.2.8	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	C： 1.訂定規範規定何時、何人說明醫療不良事件之處理、事故紀錄的內容及方式。 2.訂有院內向負責人報告的步驟。 3.明訂夜間、假日等主治醫師不在現場時的對應方式。 B：符合 C 項，且醫療不良事件具有教育價值者，能適當傳達予員工並據以修正相關流程及規範。 A：符合 B 項，且醫療不良事件檢討有具體病人安全促進或醫療品質提升價值，並能適時發表成果，以利參循。	1.本條文係指「醫療不良事件」(傷害事件並非導因於原有的疾病本身，而是由於醫療行為造成病人身體受到傷害、住院時間延長，或在離院時仍帶有某種程度的失能、甚至死亡)。 2.評鑑委員於資料查證時，可依下列內容進行： (1)醫療不良事件處理辦法 (2)呈現通報流程以及說明有專人進行分析、追蹤及呈報 (3)重要層面的分析、檢討、改善和資料分享之紀錄（如：會議、PDCA、RCA 改善紀錄） (4)醫療不良事件管理，通報作業流程及管理機制 (5)檢討改善及成效分析 (6)病人安全教育訓練成果 (7)重大事件檢討改善紀錄 (8)病人安全作業手冊（P&P）

2.3 醫療照護之執行與評估

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
	2.3	**醫療照護之執行與評估**		
合	2.3.1	住院病人應由主治醫師負責照護，並讓病人知悉； 訂有主治醫師資格審查機制。	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;明訂主治醫師資格審查機制。 2. 若主治醫師不在時，有明確規定代理制度表。 3. 明訂與醫療照護團隊之聯絡方式，及無法聯絡上時的因應方法。 □符合 □不符合	1.評量項目 1 所提「主治醫師資格審查機制」，係指醫院對醫師的考核晉用過程之資格審查，及持續性考核的機制。 2.評量項目 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。
	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	C： 1.病歷紀錄應完整詳實，且病人主訴、病史、身體檢查、實驗室檢查、臆斷與診療計畫等。 2.主治醫師需親自診察評估病情，視病情擬訂住院計畫。 B：符合 C 項，且 1.病程紀錄（含 TPR 表上特殊檢查、治療及處置之記載）能適當的反應病況變化及評估。 2.有定期的診療摘要紀錄或交班摘要。 3.病歷記載能顯示達成診斷及實施處置之合理思考邏輯。 A：符合 B 項，且病歷紀錄品質有檢討改善且成效良好。	1.病人每日診視診治後之相關紀錄。 2.評量項目 C-2 所提之「住院計畫」需呈現於病歷紀錄中，不需另行新增病歷單張。
合	2.3.3	每日應有醫師迴診並適當回應病人之病情陳訴，紀錄詳實	1.每日均有醫師迴診。 2.每日病程紀錄應有主治醫師簽章，且修改皆須有日期及簽名。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。 3.如病人病況有變化或提出相關反應，應予充分陳訴及說明並適時調整診療計畫，詳實記錄。	1.評量項目 1 所指「醫師」，非單指「主治醫師」。 2.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	100 年度評鑑委員共識
			□符合 □不符合	
	2.3.4	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	C：訂有轉換單位之作業流程，轉出單位醫療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。 B：符合 C 項，且定期檢討，能依後續照護單位之需求適時修訂照護摘要或交班紀錄內容，並有品質審查。 A：符合 B 項，且全院病人轉換單位之作業能定期檢討，且成效良好。	「照護摘要或交班紀錄」病人轉換病房後，雖為相同主治醫師，仍需留有相關紀錄。
	2.3.5	提供病人基本的身體護理	C：有自我照顧困難之病人能得到基本的身體護理（無異味）。 B：符合 C 項，且能指導家屬對自我照顧困難之病人執行基本的身體護理，並有紀錄。 A：符合 B 項，且照護人員能親自或協助家屬執行病人基本的身體護理，並有紀錄。 [註]所謂身體護理，是指身體的清潔、排泄照護、舒適護理、協助進食、安靜、睡眠的適切照顧。	觀察病人外觀及床單被服的清潔及是否有異味之狀況，並參考家屬意見。
	2.3.6	因應病人病情，提供適當的照護及持續觀察、評估病人病情，適時修正照護之提供	C：能因應病人病情，擬定護理計畫，提供適當的護理照護且紀錄詳實。 B：符合 C 項，且在適當處理後，能持續觀察處理成效，依病人需求與病情適時修正。 A：符合 B 項，且提供獨特性（個別性）的照護。 [註]可聽取事例作評估或實地訪視病人。	護理計畫之擬定並無固定形式，惟需針對病人照護方式及計畫進行說明。
	2.3.7	護理時數合理	C： 1.護理人力安排： (1)申請地區醫院評鑑者：白班每位護理人員照顧病人數≦11 人（不含護理長）。 (2)申請區域醫院評鑑者：白班每位護理人員照顧病人數≦10 人（不含護理長）。	1.醫院資料呈現除病房別外，需另增加科別。 2.本項之護理人力係由評鑑委員現場查核時之情形為準。

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			(3)申請醫學中心評鑑者：白班每位護理人員照顧病人數（不含護理長）： ①復健科、眼科、耳鼻喉科、皮膚科等病房之白班每位護理人員照顧病人數≦9 人。 ②神經外科、一般外科、一般內科、兒科、婦產科、神經內科、泌尿科、心臟外科、腦中風（CVA）、安寧病房、血液腫瘤等病房之白班每位護理人員照顧病人數≦8 人。 2.依病房特性及病人需求安排適合的護理照護時數。 B：符合 C 項，且 1.護理人力安排： (1)申請地區醫院評鑑者：護理人力安排達 C 項 1-(1)之 1.05 倍。 (2)申請區域醫院評鑑者：護理人力安排達 C 項 1-(2)之 1.05 倍。 (3)申請醫學中心評鑑者：護理人力安排達 C 項 1-(3)，且心臟外科、腦中風（CVA）、安寧病房、血液腫瘤等病房之白班每位護理人員照顧病人數≦7 人（不含護理長）。 2.護產人力運用適當。 A： 1.護理人力安排： (1)申請地區醫院評鑑者：護理人力安排達 C 項 1-(1)之 1.10 倍。 (2)申請區域醫院評鑑者：護理人力安排達 C 項 1-(2)之 1.10 倍。 (3)申請醫學中心評鑑者：護理人力安排達 B 項 1-(3)，且心臟外科、腦中風（CVA）、安寧病房、血液腫瘤等病房之白班每位護理人員照顧病人數≦6 人（不含護理長）。 2.依護理人員能力及病房特性安排適合的護理照護時數且運用適當。 [註] 1.護理人員包括護理師、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。 2.病床數以急性病床數計：指急性一般病床及急性精神病床，並依實	

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			際登記病床數計。 3.人力計算時應考量年平均佔床率，且四捨五入取至整位數，但不得低於醫療機構設置標準之規定。	
	2.3.8	護理過程執行完整	護理過程執行完整之評估、計畫、措施及評值 4 項。 C：上述四項中，達成前 3 項（評估、計畫及措施）者。 B：上述四項中，達成 4 項者。 A：上述四項中，達成 4 項，且有 PDCA，成效良好。 [註]可訪談護理人員，並由病人處印證實際執行成效。	「評值」針對措施或目標皆可。
	2.3.9	醫囑之記載與確認應有標準作業，以確保醫囑安全執行	C： 1.應明確訂定醫療照護團隊針對醫囑溝通之機制及主治醫師確認醫囑的具體步驟。急救時，口頭醫囑應有複誦確認機制。 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。 3.緊急時（含緊急給藥）接受口頭電話醫囑，應有確認機制，如接受醫囑時要複誦或雙重檢核（兩人接受、記下並核對），且應於 24 小時內完成醫囑記述。 4.醫囑應適時重整及更新。 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。已實施或部分實施電子病歷之醫院應有電子簽章。 6.執行醫囑前應向病人解說並取得同意。 B：符合 C 項，且 1.應明確訂定口頭醫囑的範圍及處理方式，於當班完成醫囑記述，並於病歷詳實記載溝通內容及執行情形，由主治醫師簽名或蓋章（已實施或部分實施電子病歷之醫院則以電子簽章方式為之）以示負責。 2.瞭解並掌握病人對治療、檢查、處置等之經過及效果，確實記載於	1.評量項目 C-1 所稱「醫囑」係由醫師複核並蓋醫師章(或簽名)為準。 2.評量項目 C-6，評鑑委員查證以「應向病人解說、讓其瞭解執行醫囑」為主。

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			病歷。 3.對於容易發生錯誤之醫囑，應訂有預防措施。 A：符合 B 項，且確實檢討改進醫囑異常事件及有效處置不良反應，定期檢討作業程序。	
	2.3.10	醫療照護團隊人員應瞭解病人問題，並讓接班人員知悉	C： 1.醫療照護團隊訂有交接班作業流程。 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。 B：符合 C 項，且交班方式清楚明確，能共同查核病人疾病及照護問題。 A：符合 B 項，且交班時，能尊重病人及家屬的感覺。	
	2.3.11	依病情之需要，適切照會相關之醫療照護團隊	C：明訂會診相關規定並予落實。 B：符合 C 項，且會診結果具時效性及持續性。 A：符合 B 項，且會診結果及品質有檢討機制並據以改善，成效良好。 [註]會診結果具時效性係指： 1.緊急會診須於 2 小時內訪視病人。 2.一般會診須於 1 個工作日內完成。 3.營養師會診須於 2 個工作日內完成。	會診結果的品質係以會診之「時效性」為主且「會診結果」有團隊之溝通。
可	2.3.12	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	C： 1.經復健治療團隊評估，評估後與醫療團隊確認個別病人復健需求，依個別病人病況及日常生活功能訓練目標明訂合適、系統性、連續性之復健計畫及執行步驟並轉介各種專業，如：物理治療、職能治療、語言治療、心理治療或職前鑑定人員，且充分向病人說明。 2.相關復健治療師能主動配合依床邊復健計畫實施病人之床邊復健。 3.應依計畫類別提供適當輔具並統計復健計畫實施狀況，掌握病人人數等資訊。 B：符合 C 項，且 1.上述步驟必須依病人功能恢復訓練進度，依復健、訓練紀錄之記載	復健計畫需呈現於團隊照護之紀錄。

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			規則，記錄於診療紀錄，具體呈現病人復健進展。 2.診療、復健紀錄詳實並與醫療照護團隊定期討論，復健治療團隊應確立相關機制，如：聯合討論會，以定期評估病人復健訓練效果及檢討紀錄內容及提供服務之適當性。 A：符合 B 項，且 1.個案復健治療團隊與醫療照護團隊定期聯合溝通協調討論及施行運動機能之評估（包含不同疾病、種類復健計畫），據以設定訓練目標及具體之訓練計畫，再據以實施及重新評估等。 2.復健治療團隊定期/不定期評估各項復健、訓練作業機制，視需要設定具體改善方向及方案。 [註] 1.符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)未提供復健相關服務或未設有復健相關人員。 (2)申請「地區醫院評鑑」或「區域醫院評鑑」者。 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、訓練與診療紀錄一併管理，但定期將必要的資料加入診療紀錄亦可。	
	2.3.13	建立安寧緩和醫療適用作業常規與實施程序	C： 1.訂有符合「安寧緩和醫療條例」及適用院內施行之作業常規與實施程序且醫療團隊人員應有相關訓練。 2.對於符合安寧緩和醫療之病人，應告知病人或家屬如何選擇安寧緩和醫療，並依其需要視情況給予安寧緩和醫療或轉介服務。 3.有配合宣導安寧緩和醫療之訊息、單張或手冊，提供給需要的病人或家屬。 4.能於住院須知中宣導病人有不接受心肺復甦術(Do Not Resuscitate，DNR）之權利，適時指導病人簽署拒絕心肺復甦術（或不予急救醫囑）。 5.安寧住院及居家病歷紀錄應以行政院衛生署標準作業指引為參考	1.有安寧需求之病人，皆為本項查核範圍，非單指安寧病房。 2.病人有需求時，醫院可提供協助將 DNR 等觀念推廣至社區，使民眾瞭解。

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			依據。 B：符合C項，且 1.有合格安寧緩和醫療訓練之醫療團隊照護人員，提供完善之安寧緩和醫療服務。 2.安寧緩和醫療團隊依照作業常規與實施程序，對個別病例選定最適合的疼痛緩和醫療計畫，以顧及病人生活品質及相關疼痛緩和計畫之效果，並將內容記載於診療紀錄。 3.紙本或電子病歷能迅速閱讀或呈現健保 IC 卡不施行心肺復甦術（Do Not Resuscitate，DNR）註記之資訊。 4.對於實施安寧緩和醫療服務訂有評估機制並有統計資料。 A：符合 B 項，且 1.協助病人或社區民眾簽署「預立選擇安寧緩和醫療意願書」並協助查詢健保 IC 卡註記。 2.安寧緩和醫療團隊服務品質良好，並有統計資料及定期分析檢討改善。	
	2.3.14	實施並檢討對病人及家屬的心理及靈性支持措施	C： 1.檢討對病人提供的心理支持措施，以儘量提升病人生活品質。 2.醫院內有癌末、臨終的病人，應評估對此等病人之照護措施，尊重病人自主決定。 B：符合 C 項，且設有固定服務之社工、志工或宗教師，可不定期提供主動訪視、支持或諮詢服務，並有紀錄可查。 A：符合 B 項，且設有固定服務之社工、志工或宗教師，可每日提供主動訪視、支持或諮詢服務，並有紀錄可查。	
	2.3.15	訂有行動限制（隔離、約束）之作業常規並執行適當	C： 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。 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。	1.約束有呈現於醫囑即可。 2.本項[註]2 所提「探視」，係由委員口頭詢問護理人員是否對約束病人進行探視。 3.本項[註]2 所提之「紀錄」，至少每班

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			3.醫療照護團隊應適時討論，或視情況解除行動限制，並有紀錄。 B：符合 C 項，且 1.執行時確認病人或家屬充分了解行動限制的必要性，使其感受獲得尊重，且有詳實完整之紀錄。 2.定期檢討行動限制之安全、適當性。 3.紀錄中應明確記述限制行動的必要性、形式、持續時間、注意事項等，行動限制方式應安全、適當。 A：符合 B 項，且依作業常規與適用標準落實執行，並定期檢討。 [註] 1.行動限制包含隔離、約束。 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。	應有紀錄，如有異常時要即時處理及記錄。
可**	2.3.16	評估住院病人營養狀態，適切給予營養及飲食指導	C： 1.確立營養篩檢、飲食指導等照會流程與機制。 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。 B：符合 C 項，且 1.營養照護紀錄完整，並可與醫療團隊其他成員參考討論，據以共同擬定照護計畫。 2.設有營養諮詢門診及必要之教具（如：食物模型或圖鑑、各類量匙量杯等容器）及設備（如：體重計、體組成分析儀等）。 3.對於提供之營養服務應有評估機制及統計。 A：符合 B 項，且有治療飲食及營養之分析與提升品質策略，執行成效良好。 [註]	

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			1.符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)急性病床 49 床（含）以下。 (2)未提供治療飲食。 (3)申請「地區醫院評鑑」者。 2.營養衛教及飲食指導可涵蓋病人及其主要照顧者，吞嚥功能障礙等特殊病人可視需要與復健師共同協助進食操作及器具處理指導。 3.應協助吞嚥、功能障礙等特殊病人進食。 4.營養不良高危險群病人之評估應於 48 小時內完成，確保時效。 5.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）需飲食指導或營養介入者，轉介營養師進行營養評估。	
	2.3.17	提供病人適當之衛教資料與指導	C：醫療照護團隊依病人需要提供衛教單張及資料，且必要時給予個別性之指導、衛教或團體衛教。 B：符合 C 項，且依醫療照護需求適時更新，確保指導、衛教資料正確、適用。 A：符合 B 項，且給予病人指導、衛教後，能評估成效，檢討改善。 [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。	
	2.3.18	明訂院內突發危急病人急救措施，且應落實執行	C： 1.明訂院內突發危急病人急救措施之標準作業程序。 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。 3.備有急救設備及藥品，功能及供應正常，並能正確操作，且各班別確實點班。 B：符合 C 項，且 1.醫療團隊之急救處理熟練。	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「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。

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			2.每年至少舉辦一次以上醫療團隊之急救演練且有紀錄。 A：符合 B 項，且針對院內急救事件能定期檢討改善，執行成效良好。 [註]若急救車上鎖則毋須每班點班，但有定期核對急救用品有效期限之機制。	
	2.3.19	訂定病人臨終前、後之處理流程	C： 1.明訂病人臨終前、後之處理規範，應尊重臨終病人提供家屬意見反應之管道。 2.醫療照護團隊人員應有哀傷輔導相關之在職訓練。 3.協助家屬接受病人臨終的事實，並能依家屬需要，提供哀傷輔導。 B：符合 C 項，且提供病人親友陪伴及探視的環境。 A：符合 B 項，且 1.處理規範能定期修訂。 2.能提供家屬後續關懷服務且執行成效良好。	

2.4 特殊照護服務

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
	2.4	**特殊照護服務**		
可	2.4.1	適當之急診人力配置及訓練	C： 1.每天 24 小時至少有 1 名專科醫師或資深住院醫師值班。 2.觀察室每床應有護理人員 0.5 人，且診療室每日每 12 人次應有護理人員 1 人。 3.急診醫護人員皆具有 BLS 訓練且合格。 4.急診醫護人員大於 50%以上具有 ACLS 證書，參與急診外傷及毒物相關課程。 5.專任專科醫師數佔所需專科醫師數的 30%（所需專科醫師數=全年總急診病人數／5000 人） B：符合 C 項，且 1.每天 24 小時至少有 1 名專科醫師值班。 2.每天 24 小時婦產、眼、耳鼻喉科至少有 1 名專科醫師或資深住院醫師待班。 3.急診醫護人員大於 75%具有 ACLS 證書，參與急診外傷及毒物相關課程。 4.專任專科醫師數佔所需專科醫師數的 50%。 A：符合 B 項，且 1.全天候應由專科醫師值班。 2.依醫院重點服務科別安排各該科別專科醫師或資深住院醫師值班。 3.急診醫護人員全數具有 ACLS 證書，參與急診外傷及毒物相關課程。 4.專任專科醫師數佔所需專科醫師數的 70%，且其專任專科醫師有 50%為急診醫學科專科醫師。	1.「專科醫師」係指領有署定專科醫師證書者，非僅指具急診專科之醫師。 2.「資深住院醫師」指 R3（含）以上。 3.評量項目 C-4「急診醫護人員大於 50%以上具有 ACLS 證書，參與急診外傷及毒物相關課程」，APLS 及 PALS 等證書可等同 ACLS 證書。 4.評量項目 C-5，若有兒科專科醫師看診，則可視為專任主治醫師。 5.評量項目 C-5 所提「所需專科醫師數=全年總急診病人數／5000 人」，算式中之「5000 人」係以人次計。 6.評量項目 B-2 所提「待班」，係指 on call，即醫師不在醫院待班。

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			【急性病床 49 床（含）以下醫院得適用】 C： 1.醫師、護理人力應符合醫療機構設置標準。 2.皆具有 BLS 訓練且合格。 3.急診部門醫師及護理人員至少各有 1/2 以上具有 ACLS 訓練且合格。 B：符合 C 項，且 1.全院醫護人員有 1/2 以上具有 ACLS 訓練且合格者。 2.具足夠的專責醫師及護理人員在急診部門因應需求。 3.專任專科醫師數佔所需專科醫師數的 50%。 4.護理人員足夠因應急救處置所需。 A：符合 B 項，且 1.全天候應由專科醫師值班。 2.急診醫護人員全數具有 ACLS 證書，參與急診外傷及毒物相關課程。 3.專任專科醫師數佔所需專科醫師數的 70% 。 [註]符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)一般病床（急性一般與慢性一般病床合計）99 床（含）以下且未設有急診部門之醫院。 (2)非「急救責任醫院」。 (3)申請「地區醫院評鑑」者。	
可	2.4.2	急診應有完備之設施、設備、儀器，並確實執行保養管理及清潔管理	C： 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。 2.應有部門或單位負責急診之設施、設備、儀器之保養、檢查及安全管理。 3.明訂保養、檢查的排程，並有紀錄。	

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			4.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。 B：符合 C 項，且 1.急救室、兒科診察留觀區與急診處內其他作業單位有明確區隔，且有專人負責相關設備、機器之定期清潔保養，並有紀錄可查。 2.對疑似家暴性侵害犯罪情事者，有適當區隔空間以維護病人隱私。 A：符合 B 項，並有檢討改善且成效良好。 [註]符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)一般病床（急性一般與慢性一般病床合計）99 床（含）以下且未設有急診部門之醫院。 (2)非「急救責任醫院」。 (3)申請「地區醫院評鑑」者。	
可	2.4.3	依醫院的角色任務，提供急救病人處置能力	C： 1.訂有急診病人的就醫準則與流程，依醫院定位提供緊急檢查、診斷、住院、手術等急救病人的處置能力。 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。 3.轉出時應提供轉診病歷摘要。 4.若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病人之處理準則及急診精神科醫療作業流程及病人轉介系統，包含： (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。 5.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，應訂有作業準則並依法通報。 B：符合 C 項，且 1.對需急救病人訂有緊急處置流程及定期檢討評估機制。	

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			2.訂有特殊病人處理流程及定期檢討評估機制，並提供社工諮商和轉介服務。 3.可處置完成檢查及報告、住院、手術等相關緊急作業。 4.轉送病人過程皆有評估紀錄，並能於必要時，有醫師指導救護人員執行緊急醫療救護行為。 A：符合 B 項，且定期檢討改善，成效良好。 [註] 1.符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)一般病床（急性一般與慢性一般病床合計）99 床（含）以下且未設有急診部門之醫院。 (2)非「急救責任醫院」。 (3)申請「地區醫院評鑑」者。 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（民國 98 年 05 月 20 日修正）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（民國 98 年 05 月 20 日修正）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 41 條、性侵害犯罪防治法第 8 條、兒童及少年福利法第 34 條規定辦理。	
可	2.4.4	建置適當的急診診療科支援機制	C： 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。 2.急診得視醫療業務需要提供適當專科支援，如有會診個案，75%以上可於 1 小時內支援。 B：符合 C 項，且	1.30 分鐘內之電話支援（或遠距醫療）不列入本項所提之支援機制，以現場支援為主。 2.評量項目 A，可參考醫院緊急醫療能力分級評定訪查結果（中、重度級急

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			1.急診能提供內、外、婦、兒及其次專科的服務，如有會診個案，75% 以上可於 30 分鐘內支援。 2.支援機制有定期檢討改善。 A：符合B項，且 1.重大外傷（ISS > 16）之會診個案，75% 以上可於 10 分鐘內支援。 2.急性缺血性腦中風個案，0.5% 以上給予血栓溶解治療。 3.急性 ST 上升心肌梗塞個案，75% 以上可於 90 分鐘內執行氣球擴張術（door to balloon < 90 min）。 【急性病床 49 床（含）以下醫院得適用】 C：應依醫院於社區之角色任務，建置適當的診療科支援機制。 B：符合 C 項，得視醫療業務需要提供適當專科支援，如有會診個案，75% 以上可於 1 小時內支援。 A：符合 B 項，且具有外傷、腦中風或心臟疾病等團隊，如有會診個案，75% 以上可於 10 分鐘內支援。 [註]符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)一般病床（急性一般與慢性一般病床合計）99 床（含）以下且未設有急診部門之醫院。 (2)非「急救責任醫院」。 (3)申請「地區醫院評鑑」者。	救責任醫院）。
可	2.4.5	具備完善的急診醫事人員值班制度	C：應有適當醫事人員值班或待命支援制度。 B：符合 C 項，且 1.有藥師、醫事檢驗師、醫事放射師（士）等醫事人員值班。 2.若設立有精神科住院病房（不含日間照護）之醫院，則應能提供 24 小時急診精神醫療服務。 A：符合 B 項，且具有完整之值班制度，並定期檢討改善且實務成效良好。	

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			[註]符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)一般病床（急性一般與慢性一般病床合計）99 床（含）以下且未設有急診部門之醫院。 (2)非「急救責任醫院」。 (3)申請「地區醫院評鑑」者。	
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	C： 1.設有急診委員會或相關組織，確保急診管理與品質促進。 2.訂有急診醫療品質相關指標，並定期收集分析，製成報告。 B：符合 C 項，且 1.每季舉行全院性急診品質審查會議，並有會議紀錄與檢討改進。 2.能對急診病人醫療處理之適當性做檢討與分析。 A：符合 B 項，且應執行具體急診醫療處理、緊急救護品質、轉診病人的適當性改善方案或措施，成效良好。 [註] 1.符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)一般病床（急性一般與慢性一般病床合計）99 床（含） 以下且未設有急診部門之醫院。 (2)非「急救責任醫院」。 (3)申請「地區醫院評鑑」者。 2.急診品質指標包含病人滯留急診 24 及 48 小時以上之比率、72 小時內回診病人比率、應住加護病房而未能 1 小時住進加護病房的人數及比率、應住普通病房而未能即時住進普通病房的人數及比率、等手術時間超過 60 分鐘的人數及比率等。	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。
可	2.4.7	適當之加護病房組織及人力配置	C： 醫師人力： 1.加護病房每 10 床應有專責主治醫師 1 人以上。 2.配置負責加護病房業務之主治醫師及值班醫師。	1.評量項目[註]3「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」，其中六、日、例假日及夜診

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			3.設立加護病房主任，負責行政相關業務。 4.應有會診治療的合作體制。 護理人力： 1.申請地區醫院評鑑者：每床應有 1.5 人以上。 2.申請區域醫院評鑑者：每床 2 人。 3.申請醫學中心評鑑者：每床 2.5 人。 B：符合 C 項，且 1.有專責主治醫師，且有重症加護相關證書或接受相關訓練。 2.專責住院醫師須具備高級心臟救命術（ACLS）證書。 3.假日及夜間有專責之 R3 以上資深醫師值班者。 4.護理人力為各該申請類別對應 C 項要求之 1.05 倍。 A：符合 B 項，且 1.有全職專任主治醫師。 2.社工師固定評估每床病人之經濟、心理及社會狀況並有紀錄。有專責呼吸治療師負責加護病房，24 小時均有呼吸治療師服務。 3.護理人力為各該申請類別對應 C 項要求之 1.10 倍。 [註] 1.符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)一般病床（急性一般與慢性一般病床合計）99 床（含）以下且未設有加護病房之醫院。 (2)申請「地區醫院評鑑」者。 2.專任主治醫師係指全職待在加護病房執行醫療業務，無兼門診者。 3.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。 4.因應不同性質之加護病房，NRP、ATLS、ANLS、APLS 及 PALS 等證書皆可等同「高級心臟救命術（ACLS）證書」。 5.「重症加護相關訓練」指具內科、兒科、外科、神經外科、神經	不在計算範圍內。 2.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規範，但若有 1 個加護病房完全未設有主治醫師者，則評為不合格。

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			科、麻醉科、急診醫學科、職業醫學科專科醫師均屬之（專科醫師訓練課程包含急、重症訓練計畫者）。 6.人力計算時應考量年平均佔床率，且四捨五入取至整位數。	
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	C： 1.病床間隔適當，且至少有隔離視線之隔簾。 2.應有部門或單位負責加護病房之設施、設備、儀器之保養、檢查及安全管理。 3.明訂保養、檢查的排程，並有紀錄。 4.設置異常管理機制，以因應儀器設備如發生故障時之作業流程。 5.每床均有洗手設備（含乾洗手）。 6.每 2 床均有 1 個濕洗手設備。 B：符合 C 項，且 1.每床應有獨立空間。 2.每床放置 1 瓶乾洗手液。 3.設有隔離室。 4.具有 Portable X-ray、超音波、血液透析的設備。 A：符合 B 項，並有檢討改善且成效良好。 [註]符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)一般病床（急性一般與慢性一般病床合計）99 床（含）以下且未設有加護病房之醫院。 (2)申請「地區醫院評鑑」者。	1.評量項目 C-6 所提「濕洗手設備」之數量達 7 成的加護病房以上合格即可。 2.評量項目 B-1 所稱「獨立空間」，係指有硬式隔間即可列計。 3.以上所稱「獨立空間」及「濕洗手設備」，以訪查成人病房為主，新生兒及兒科加護病房除外。
可	2.4.9	良好的加護病房管理、收案評估、診療品質與紀錄	C： 1.設有加護病房管理委員會或相關組織，定期開會檢討加護病房管理與品質提升、監測機制及指標相關事項。 2.應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。 3.呼吸器的使用有治療參數與後續照顧之紀錄。	

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			B：符合 C 項，且 1.訂有加護病房品質指標收集及檢討改善機制，至少有如：病人出入院統計、收案適當性檢討、死亡率、48 小時重返率、加護病房感染率、平均住院日、住院超過 14 天之分析及討論、轉院及自動出院、收治疾病分布之指標監測與檢討改善。 2.出入加護病房（ICU）時及進入加護病房 24 小時內使用評估工具評估疾病嚴重程度。 3.具備呼吸治療品質監測計畫並有檢討改善。 4.主治醫師至少每日查房 2 次。 5.每日應有加護病房醫師交班紀錄。 6.有臨床藥師、營養師固定評估每床用藥及營養狀況並有紀錄。 A：符合 B 項，且 1.定期舉行病例討論會、非預期死亡病例及意外事件檢討，每月至少 1~2 次。 2.持續提升加護病房照護品質及能力，且成效良好。 [註]符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)一般病床（急性一般與慢性一般病床合計）99 床（含）以下且未設有加護病房之醫院。 (2)申請「地區醫院評鑑」者。	
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	C： 1.依單位特性及護理人員需要，每年應有院內外之重症專科訓練至少 12 小時。 2.在該院加護病房工作 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=40-49%。 B：符合 C 項，且 1.於加護病房工作之護理人員，每年應有院內外之重症照護相關訓練超過 12 小時。 2.在該院加護病房工作 2 年以上且領有加護訓練證書及 ACLS 證書	

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			佔加護病房護理人員數之比例=50-59%。 A：符合 B 項，且進行能力評估之檢討改善且成效良好。 [註] 1.符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)一般病床（急性一般與慢性一般病床合計）99 床（含）以下且未設有加護病房。 (2)申請「地區醫院評鑑」者。 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。 3.該院加護病房工作年資：在現職醫院之加護病房工作年資。若為新設立的醫院可附加計算院外同等級以上醫院之加護病房年資，新設立單位亦同，並於加護病房名稱處加註說明，如：外科加護病房（新設立）。	
可	2.4.11	適當之精神照護人力配置	C： 1.精神醫療人力： (1)申請地區醫院評鑑者： 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：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：急性治療床每 30 床應有 1 名、慢性治療床或日間病房每 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：每 75 床應有 1 名。（75 床以下可以特約人員兼任，惟每週需工作 8 小時以上。） (2)申請區域醫院評鑑者： ①精神醫療職能治療人員：有專任精神醫療職能治 療人員；且精神醫療職能治療人員數：每 35 床應有 1 名，其中職能	

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			治療師比例應達 1/2。 ②精神醫療社會工作人員：有專任精神醫療社會工作人員；且精神醫療社會工作人員數：急性治療床每 30 床應有 1 名、慢性治療床或日間病房每 60 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：每 50 床應有 1 名。 (3)申請醫學中心評鑑者： ①精神醫療職能治療人員：專任精神醫療職能治療人員至少應有 2 名；且精神醫療職能治療人員數：每 30 床應有 1 名、精神科門診每月平均 5,000 人次以上需增 1 名。 ②精神醫療社會工作人員：專任精神醫療社會工作人員至少有 2 名；且精神醫療社會工作人員數：急性治療床每 30 床應有 1 名、日間病房每 60 床應有 1 名、精神科門診每月平均 3,000 人次以上需增 1 名。 ②臨床心理人員：專任臨床心理人員至少有 2 名；且臨床心理人員數：每 30 床應有 1 名、精神科門診每月平均 3,000 人次以上需增 1 名，其中經臨床心理師考試及格並依心理師法領有臨床心理師證書者、或具臨床心理學碩士學位以上者合計佔 75%以上。 2.應配置合適之專業人員以配合病人病狀實施照護。 3.依據醫院住院及門診病人組成，確保適宜的工作人員以資提供恰當的服務。 B：符合 C 項，且 1.精神醫療人力： (1)申請地區醫院評鑑者，精神醫療人力達 C 項 1-(1)之 1.05 倍。 (2)申請區域醫院評鑑者，精神醫療人力達 C 項 1-(2)之 1.05 倍。 (3)申請醫學中心評鑑者，精神醫療人力達 C 項 1-(3)之 1.05 倍。 2.工作人員均應熟悉病人權利與病人安全相關作業及流程。	

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			A：符合 B 項，且 1.精神醫療人力： (1)申請地區醫院評鑑者，精神醫療人力達 C 項 1-(1)之 1.10 倍。 (2)申請區域醫院評鑑者，精神醫療人力達 C 項 1-(2)之 1.10 倍。 (3)申請醫學中心評鑑者，精神醫療人力達 C 項 1-(3)之 1.10 倍。 2.工作人員確實遵照實施病人權利與病人安全相關作業及流程，並有紀錄。 [註] 1.符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)未有精神科住院或日間照護病房。 (2)申請「地區醫院評鑑」或「區域醫院評鑑」者。 2.病床數以所有精神病床數計：指急性精神病床、慢性精神病床、日間病床等，並依實際登記病床數計。 3.人力計算時應考量年平均佔床率，且四捨五入取至整位數，但不得低於醫療機構設置標準之規定。	
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	C： 1.醫療團隊應提供包括個別生活訓練、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。 2.入出院標準及流程應適當。 B：符合 C 項，且 1.作業環境優良。 2.業務執行能符合個別化之復健治療目標。 A：符合 B 項，且有定期的業務檢討改善，並具有良好成效。 [註]符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)未有精神科日間照護業務醫院。 (2)申請「地區醫院評鑑」或「區域醫院評鑑」者。	

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
可	2.4.13	能提供特殊病例治療業務	C：能提供家暴（含兒少保護）、性侵害被害人身心治療及酒藥癮、自殺防治等特殊治療業務。 B：符合 C 項，且能提供家暴（含兒少保護）、性侵害加害人身心治療或輔導教育業務。 A：符合 B 項，且成立藥癮、酒癮及自殺防治中心，提供 24 小時對外諮商服務，並提出相關研究報告或著作。 [註]符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)未有精神科（門診、住院、日間照護）業務。 (2)申請「地區醫院評鑑」或「區域醫院評鑑」者。	
可	2.4.14	依病人需求提供適宜的精神科職能治療服務與服務品質	C： 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。 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。 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。 B：符合 C 項，且職能治療作業應於期限內（急性 3~7 天，慢性 1~3 月）對病人有涵蓋生理、心理、社會層面之評估與治療。 A：符合 B 項，且 1.提供社區復健、職業復健和有預防慢性化之措施。 2.有評估上項措施成效之機制。 [註]符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)未有精神科日間照護及住院業務。 (2)申請「地區醫院評鑑」或「區域醫院評鑑」者。	
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	C：基本服務事項完備，包含： 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.提供個別、夫妻或家族治療，或團體治療服務。	

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			3.提供病人社區轉介服務。 4.主動協助病人及家屬獲得社會資源。 5.應訂有出院準備服務計畫之流程，並依病人需求提供服務。 6.社工作業應備有接案評估、處遇過程及結案之紀錄。 B：符合 C 項，且紀錄完備，並有定期追蹤檢討。 A：符合 B 項，且針對服務之檢討改善有創新措施，成效良好。 [註]符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)未有精神科日間照護及住院業務。 (2)申請「地區醫院評鑑」或「區域醫院評鑑」者。	
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	C： 1.訂有臨床心理作業手冊（內含專業倫理守則），且落實執行。 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。 3.心理衡鑑與心理治療服務種類各有四種以上。 4.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。 5.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。 B：符合 C 項，且於病歷之記載完整、詳實。 A：符合 B 項，且依病人需要正確執行心理衡鑑，並於報告單上記錄處置內容、具體結論與建議，以提供醫療團隊參考。 [註]符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)未有精神科日間照護及住院業務。 (2)申請「地區醫院評鑑」或「區域醫院評鑑」者。	
可	2.4.17	由適當醫療照護團隊提供透析照護服務	C： 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 以上接受腎臟醫學訓練。 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	1.評量項目 C-3，16 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。

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			理人員最多照顧 35 位腹膜透析病人。 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。 B：符合 C 項，且 1.每 15 張血液透析治療床應有內科專科醫師 1 人以上，且全部接受過腎臟醫學訓練。 2.血液透析護理人力達 C 項之 1.05 倍。 3.50%以上護理人員具備臨床透析護理工作三年以上經驗。 A：符合 B 項，且 1.血液透析護理人力達 C 項之 1.10 倍。 2.60%以上護理人員具備臨床透析護理工作三年以上經驗。 [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或腹膜透析病床。 (2)未提供透析照護服務（腹膜透析或血液透析）。 (3)申請「地區醫院評鑑」者。	2.評量項目 A-2 及 B-3，若為新設立之洗腎室可採計院外之年資，惟需提出專業服務證明。
合可	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	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。 2.單位有專責之醫工（技術）人員或有合格之簽約廠商負責儀器之維修及日常保養事項。 3.應有合格之醫技人員或合約廠商，負責每月定期執行透析機之檢查、保養及維修，並有日常故障排除處理流程與紀錄。 4.應有合格之醫技人員或合約廠商，負責每年定期執行電擊器、血壓計、再生處理設備等相關醫療儀器設備之檢查、保養及維修，並有紀錄。 5.備有各項儀器設備相關說明書及操作手冊。 6.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	

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			及紀錄，耗材應依規定定期更換，並有紀錄。 7.單位有專責人員負責 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。 8.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。 9.充足且有效的緊急供電系統設備裝置與管理，至少每 2 個月檢測一次緊急供電系統並做紀錄供評估。 10.設有污水排放處理，並定期維護。 11.單位能正確執行廢棄物分類，備有廢棄物分類之文件、符合法規之廢棄物存放場所與裝置、各類廢棄物分類容器與針頭等尖銳、感染性廢棄物之安全裝置供使用。 □符合 □不符合 [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或腹膜透析病床。 (2)未提供透析照護服務（腹膜透析或血液透析）。 (3)申請「地區醫院評鑑」者。	
合 可	2.4.19	建置安全的透析照護服務環境	重複使用透析器之醫院必須符合下列所有標準： 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	評量項目[註](2)所提「透析器」係指人工腎臟。

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			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.人工腎臟之消毒須有消毒液殘餘量檢測資料備查。 6.人工腎臟之效用需測 total cell volume 且有記錄備查。 □符合 □不符合（任一項不符合） [註]符合下列任一條件者，可自選本條免評： (1)未登記設有血液透析床或腹膜透析病床且未提供透析照護服務（腹膜透析或血液透析）。 (2)完全不重複使用透析器之醫院。	
可	2.4.20	透析照護服務之感染控制作業	C： 1.透析室之所有員工有 B、C 型肝炎之檢查紀錄。 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。 3.每月至少一次監測透析用水之菌落數，必須少於 200 cfu/ml。每季至少一次所有機台的透析液菌落數，必須少於 200 cfu/ml。。 4.B 及 C 型肝炎透析病人有機器隔離或床位隔區，且兩班之間機器有徹底消毒，以及每日最後一班結束後之消毒。 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。 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%。 B：符合 C 項，且 1.對未感染員工有 B、C 型肝炎之定期追蹤檢查記錄。 2.透析室每 15 張透析床至少有一個腳踏式或感應式洗手設備。 3.定有透析用水之菌落數監測計畫，對每次培養菌落數之結果有標準處理流程。	1.本條對應 100 年度醫院感染控制查核基準 10.1 項次。 2.評量項目 C-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.評量項目 C-4 所提之隔離措施，依據台灣腎臟醫學會「血液透析及腹膜透析評量作業說明」之定義為： (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。

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			A：符合 B 項，且 1.門診透析病人一年內 B 肝及 C 肝轉陽率均為<1%。 2.各項記錄完整，定期檢討改進且成效良好。 [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或腹膜透析病床。 (2)未提供透析照護服務（腹膜透析或血液透析）。 (3)申請「地區醫院評鑑」者。	4.評量項目 C-5 及 B-1 所提「定期」，均以每年計之。
可	2.4.21	透析照護服務之醫療照護品質適當	對 90%以上門診透析病人有監測下列指標： C： 1.90%以上血液透析病人每次 Kt/V 大於 1.2（含），65%以上腹膜透析病人每週 Kt/V 大於 1.7（含）。 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。 3.85%以上透析病人 Hct 大於 26%（含）。 4.55 歲以下病人移植登錄率大於 5%（含）。 5.腹膜透析比血液透析病人數大於 9%。 B：符合 C 項，且 1.95%以上血液透析病人每次 Kt/V 大於 1.2（含），70%以上腹膜透析病人每週 Kt/V 大於 1.7（含）。 2.75%以上血液透析病人，70%以上腹膜透析病人，達到血清白蛋白（Albumin）之標準。 3.90%以上透析病人 Hct 大於 26%（含）。 4.55 歲以下病人移植登錄率大於 10%（含）。 5.腹膜透析比血液透析病人數大於 20%。 A：符合 B 項，且對品質指標未達標準之病人訂有改善方案。 [註] 1.符合下列全部條件者，可自選本條免評：	1.評量項目 C-5 係指腹膜透析人數佔所有透析人數（腹膜透析及血液透析）之比率，公式如下：腹膜透析比率=腹膜透析人數／(腹膜透析人數+血液透析人數)。 2.地區醫院若有進行移植登錄及腹膜透析推廣，即可認定符合 C-4 項、C-5 項。

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			(1)未登記設有血液透析床或腹膜透析病床。 (2)未提供透析照護服務（腹膜透析或血液透析）。 (3)申請「地區醫院評鑑」者。 2.血清白蛋白(Albumin) 標準：以 BCG 法為大於 3.5 g/dl （含），以 BCP 法為大於 3.0 g/dl（含）。	
可	2.4.22	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	C： 1.每 30 床應有專責內科專科醫師 1 名負責每日病房迴診，接受胸腔醫學訓練之內科專科醫師每週迴診三次。 2.有內科住院醫師或內科專科醫師負責夜間及假日值班。 3.每 30 床應有呼吸治療師至少 1 名。 4.人床比>1：6 且 1/2 以上護理人員有 2 年以上臨床護理經驗。 5.兼任個案管理師可由呼吸治療師、護理師、或社工師擔任。 B：符合 C，且 1.每 30 床有接受胸腔醫學訓練之內科專科醫師一名負責每日病房迴診。 2.有單位專責內科住院醫師或內科專科醫師負責夜間及假日值班。 3.每 20 床應有專任呼吸治療師 1 名。 4.人床比>1：5 且 1/2 以上護理人員有 2 年以上臨床護理經驗。 5.個案管理師由呼吸治療師或護理師擔任，且有完整之個案管理紀錄。 A：符合 B 項，且 1.每 20 床有接受胸腔醫學訓練之內科專責專科醫師一名負責每日病房迴診。 2.符合 B-2 項，且夜間及假日值班亦能提供等同於正常上班日之良好醫療照護。 3.每 15 床有專責呼吸治療師一名，且能提供病人良好品質之呼吸照護。 4.人床比>1：4 且 1/2 以上護理人員有 2 年以上呼吸器患者臨床護	

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			理經驗。 5.且有定期會議檢討全院個案管理品質。 [註]未登記設有呼吸照護病床且未收治呼吸器依賴患者，可自選本條免評。	
可	2.4.23	呼吸照護病房應建立呼吸照護服務設施設備管理機制，確實執行	C： 1.具下列功能呼吸器比例適當(＞10%)： (1)同時具備 A/CMV、SIMV、PS 等呼吸型態。 (2)可以監測吐氣潮氣量。 2.具備血壓、心跳或血氧濃度之生理監視器數量>床數 1/6。 B：符合 C 項，且 1.具下列功能呼吸器比例適當(>30%)： (1)同時具備 A/CMV、SIMV、PS 等呼吸型態。 (2)可以監測吐氣潮氣量。 2.具備血壓、心跳或血氧濃度之生理監視器數量>床數 1/3。 A：符合 B 項，且 1.具下列功能呼吸器比例適當(>50%)： (1)同時具備 A/CMV、SIMV、PS 等呼吸型態。 (2)可以監測吐氣潮氣量。 2.具備血壓、心跳或血氧濃度之生理監視器數量>床數 1/2。 [註]未登記設有呼吸照護病床且未收治呼吸器依賴患者，可自選本條免評。	
可	2.4.24	呼吸照護病房之醫療照護品質適當	C： 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。 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。	

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			B：符合 C，且 1.呼吸器病人營養品質：每兩週有定期評估病人體重及營養狀況，並能提供適當之營養補充及追蹤調整後成效。 2.呼吸器病人治療計畫妥適，且對於病情穩定無法脫離呼吸器患者提供居家照護之評估，對末期病人及其家屬提供完整之安寧照護服務。 3.對拒絕氣切患者及家屬有進行積極之溝通及衛教說明。 A：符合 B，且： 1.呼吸器病人營養品質：能依據病人評估狀況照會營養師提供專業之飲食調整，成效良好。 2.呼吸器病人治療計畫妥適，且呼吸器脫離訓練及下轉居家照護之成效卓著。 3.單位有製作氣切相關完整衛教資料並安排進行家屬會談，成效良好。 [註]未登記設有呼吸照護病床且未收治呼吸器依賴患者，可自選本條免評。	
可	2.4.25	呼吸照護中心（RCC）應由適當醫療照護團隊提供呼吸照護服務	C： 1.每 24 床有接受胸腔醫學訓練之內科專科醫師 1 名，每日迴診。 2.每 24 床有住院醫師日夜班各一名。 3.每 10 床有專任呼吸治療師 1 名。 4.人床比>1：1 且 60%以上護理人員有 2 年以上臨床護理經驗。 5.兼任個案管理師可由呼吸治療師、護理師或社工師擔任。 B：符合 C 項，且 1.每 24 床有接受胸腔醫學訓練之內科專責專科醫師 1 名，每日迴診。 2.每 24 床有專責住院醫師日夜班各一名。 3.每 10 床應有專任呼吸治療師 1 名，可提供 24 小時服務。 4.人床比>1.2：1 且 60%以上護理人員有 2 年以上臨床護理經驗。	

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			5.呼吸治療師或護理師擔任且有完善之個案管理紀錄。 A：符合 B 項，且 1.每 16 床有接受胸腔醫學訓練之內科專責專科醫師 1 名，提供品質優良之呼吸照護。 2.每 16 床有專責資深住院醫師（第二年住院醫師以上）日夜班各一名。 3.呼吸治療師 1/2 有 2 年以上臨床經驗。 4.人床比>1.5：1 且 60%以上護理人員有 2 年以上照顧呼吸器患者臨床護理經驗。 5.有定期會議檢討全院呼吸照護品質。 [註]未登記設有呼吸照護中心且未收治呼吸器依賴患者，可自選本條免評。	
可	2.4.26	呼吸照護中心應建立呼吸照護服務設施設備管理機制，確實執行	C： 1.具下列功能呼吸器比例適當(>40%)： (1)同時具備 A/CMV、SIMV、PS 等呼吸型態。 (2)可以監測吐氣潮氣量。 2.具備血壓、心跳或血氧濃度之生理監視器數量>床數 1/2。 B：符合 C 項，且 1.具下列功能呼吸器比例適當(>60%)： (1)同時具備 A/CMV、SIMV、PS 等呼吸型態。 (2)可以監測吐氣潮氣量。 2.具備血壓、心跳或血氧濃度之生理監視器數量>床數 2/3。 A：符合 B 項，且 1.具下列功能呼吸器比例適當(>80%)： (1)同時具備 A/CMV、SIMV、PS 等呼吸型態。 (2)可以監測吐氣潮氣量。 2.具備血壓、心跳或血氧濃度之生理監視器數量且每床都有。 [註]未登記設有呼吸照護中心且未收治呼吸器依賴患者，可自選本條	

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			免評。	
可	2.4.27	呼吸照護中心之醫療照護品質適當	C： 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、評估與監測並檢測病人白蛋白及基本電解質狀況。 2.脫離呼吸器評估計畫及確實執行脫離計獲適當：能適當評估病人並為其進行呼吸器脫離訓練。 3.定期檢討院內呼吸器脫離率：呼吸器脫離率平均>40%。 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。 B：符合 C 項，且 1.呼吸器病人營養品質：病人營養狀態不佳時能照會營養師提供適當之飲食調整。 2.脫離呼吸器評估計畫及確實執行脫離計畫適當：有訂定單位內呼吸器脫離指引，規範呼吸器脫離訓練流程。 3.定期檢討院內呼吸器脫離率：呼吸器脫離率平均>40%，且有定期會議檢討單位呼吸器脫離率。 4.對拒絕氣切患者及家屬有進行積極之溝通及衛教說明。 5.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：<28 日，且能提供充足下轉資訊給予病人及家屬。 A：符合 B 項，且 1.呼吸器病人營養品質：能持續追蹤評估調整後之營養狀態，照護品質良好。 2.脫離呼吸器評估計畫及確實執行脫離計畫適當：單位內醫師、呼吸治療師、護理師皆能熟悉了解病人之呼吸器脫離方式並能確實執行，成效良好。 3.定期檢討院內呼吸器脫離率：呼吸器脫離率平均>50%，且每季有會議檢討呼吸器脫離率，並對異常值提出分析及改善方案，成	

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			效卓著。 4.氣切比率合理（扣除死亡及拔管成功病例）：符合 B 項，且單位有製作氣切相關完整的衛教資料並安排進行家屬會談。 5.病情穩定病人能適時即早下轉，降低醫療資源耗損。有專責出院規劃人員提供下轉患者相關社福資源並協助解決家屬經濟及後續照護困難。 [註]未登記設有呼吸照護中心且未收治呼吸器依賴患者，可自選本條免評。	
可	2.4.28	呼吸照護服務感染控制作業	C： 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，並包裝完整，保持密閉性及外層的清潔，避免被灰塵沾污。 2.呼吸治療所使用之蒸餾水，一律採用無菌之蒸餾水。 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。 4.一般氧氣治療使用之鼻管（nasal cannula）或氣切及插管之接管採“單一病人使用之用後即丟器材”。 5.病房每一床病人應單獨使用一個甦醒袋（Ambu bag），以避免交互感染。 B：符合 C 項，且 1.病人使用之噴霧瓶、潮濕瓶的配備，連接人工氣道者每週更換 2 次，未直接連接人工氣道者每週更換 1 次，由呼吸治療人員統一收集，至少經高層次（如巴斯德消毒法）消毒後方可再使用 2.呼吸器無法拆除的部份之終期消毒，病人使用之呼吸器，以 500ppm（0.05％；1：100）的漂白水擦拭、晾置。 3.單位內需具有隔離病室。 4.有定期會議檢討單位內感控措施。	1.本條對應 100 年度醫院感染控制查核基準 10.2 項次。 2.評量項目 B-1，為病人使用之呼吸氣管路（ventilator circuit）與潮溼瓶（humidifier）應單一病人使用，若有髒污或功能失常時應立即進行更換。如非選用單次使用的拋棄式呼吸器管路與潮溼瓶，應每週定期更換，且在重複使用之前，至少經高層次（如巴斯德消毒法）消毒後，方可再使用；如選用單次使用的拋棄式呼吸管路與潮溼瓶，則應遵守單一病人使用不回收，並訂有更換期限。氧氣治療用的噴霧瓶（large volume nebulizer）應單一病人使用並至少每週更換。 3.評量項目 B-2 所提消毒方式「以 500PPM 的漂白水擦拭」或「以 75%酒精擦拭」及「廠商建議之消毒劑」均認計。 4.評量項目 A-2「單位內具有負壓隔離

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			A：符合 B 項，且 1.呼吸器要裝置吐氣隔離系統。 2.單位內具有負壓隔離病室。 3.適當規範清洗及消毒之空間及作業流程。 4.處理後之呼吸治療裝置，有定期抽檢及評估消毒的效果。 [註]未登記設有呼吸照護病床或呼吸照護中心且未收治呼吸器依賴患者，可自選本條免評。	病室」係指有呼吸照護中心（RCC），或加護病房之醫院，則至少有一個呼吸照護中心或加護病房內需設有負壓隔離病室，始可認定；若醫院未設有呼吸照護中心或加護病房，醫院內設有負壓隔離病室即可。

2.5 用藥安全

條號	條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
2.5	**用藥安全**		
2.5.1	藥劑部門之設備及設施應符合業務所需，並妥善保養及維護	C： 1.應有足夠之空間、設備以提供藥事作業。 2.工作場所之環境，如空調、採光（照明）及作業動線等皆適當，減少發生調劑錯誤可能性。 3.應有獨立之藥品儲存空間、配以適當的空調及安全設施。 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。 B：符合 C 項，且藥品資訊軟體、硬體設備應符合需求。 A：符合 B 項，且 1.視需要設置收塵設備、局部排氣等顧及調劑室工作人員安全的設備及相關機器，定期保養及檢查並有紀錄可查。 2.全靜脈營養劑及化學治療藥品之調配，要有符合規定之標準調劑處所及設備，並訂定安全作業規範確實執行。 [註]評分說明 C-3 項之「獨立」意為冰箱放置之藥品及檢體應分開放置，且明確區隔標示。	
合 可 **	2.5.2	藥事委員會運作良好，並有具體成效	1.藥事委員會有適當組織並訂有章程。 2.藥事委員會成員應涵蓋藥劑、醫療及管理部門。 3.藥事委員會定期開會並留有紀錄。 4.定期檢討不適用藥品，維持適當藥品種類。 5.藥事委員會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。 6.藥劑部門分析藥品使用趨勢資訊作為醫院用藥之參考，並有檢討改善措施。 7.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	

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			含程序及時限）、監測、檢討改善及追蹤機制。 □符合 □不符合 [註] 1.符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)急性病床 49 床（含）以下。 (2)申請「地區醫院評鑑」者。 2.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。 3.一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。 4.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。 5.本條所稱異常情況包含處方錯誤、調劑錯誤、給藥錯誤。 6.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。	
	2.5.3	應有藥品識別方法、步驟、及作業程序	C： 1.應明訂藥品識別方法、步驟及作業程序。 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，	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

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			並注意其擺設位置及標示，加強人員教育，避免發生錯誤。 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。 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）。 B：符合 C 項，且 1.處方時藥名同時顯示商品名、成分名（複方藥品除外）及單位含量。電腦處方時，醫師能迅速點選顯示藥品外觀，方便向病人說明。 2.藥劑部門內調劑台上之藥品以原瓶、原包裝上架為原則。若需分裝，應清楚標示藥名、單位含量、保存方式及使用期限。 3.藥袋之標示完整，符合衛生署公告規定並加印中文藥名 A：符合 B 項，且 1.藥袋上印有藥品外觀之描述。 2.有考量兒童用藥的安全性，製備兒童用藥的安全製劑。 [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。	所，不一定要上鎖。
	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	C： 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。 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。 B：符合 C 項，且 1.能檢討該警示機制實施之效能，採取改善措施以達應有功能。 2.有其他強化醫令系統之機制或功能，如：用藥史（medication history）、藥品過敏史及藥品不良反應史、不當處方之改善成效列為系統自動稽核項目或程序。 A：符合 B 項，且對於處方用藥稽核機制有定期評估檢討，且成效	

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			良好。	
	2.5.5	藥品庫存管理訂有辦法，並確實執行	C： 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。 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品需列表並保有適當之庫存量。 3.藥品庫存管理應由藥事人員負責。 4.特殊需冷藏藥品需有健全管理。 5.疫苗儲存不可與其他藥品混雜，要有明確清楚標示。 B：符合 C 項，且 1.藥庫之藥品庫存量及進出量，應與調劑單位藥品庫存量一致，並據以設定適當的訂購量及訂購時間間隔。 2.定期檢查各種藥品之品質及保管，並有紀錄可查。 A：符合 B 項，且 1.電腦化管理藥品庫存及效期。 2.使用條碼作業系統管理庫存藥品。 [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。 2.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、防爆、防蟲等）。 (3)防腐劑、外用藥、消毒劑等藥品與內服藥、注射劑分區儲存。 (4)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。	
合	2.5.6	依「藥品優良調劑	符合「藥品優良調劑作業準則」（Good Dispensary Practice, GDP）	「雙重覆核」指有雙重檢查機制即可。

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
		作業準則」訂定調劑作業程序，並確實執行	條文，且符合下述門急診調劑 8 項及住院調劑 9 項。 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，符合衛生署公告規定。 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及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。 5.有自動停止給藥之設計。 6.對不需要使用之藥品定時辦理退藥。 7.調劑作業雙重覆核。 8.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。 9.要監測病人用藥療效及副作用。 □符合 □不符合 [註]	

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			1.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。 2.藥袋標示應符合（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」。	
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	C： 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-Controlled Analgesia, PCA））之調劑業務應由藥師執行，且應有足夠設備及有效之防護措施。 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。 3.應訂有調劑作業手冊，例行作業也有紀錄可查。 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。 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。 B：符合 C 項，且無菌製劑調製應有標準作業流程，符合相關規定並定期查核。 A：符合 B 項，且藥師應瞭解病人之治療計畫內容，提出意見並與醫療照護團隊討論且有紀錄可查。 [註]符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)未實施癌症病人化學治療或全靜脈營養輸注調配（TPN）。 (2)申請「地區醫院評鑑」者。	

條號	條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
2.5.8	訂定正確用藥標準作業程序	C： 1.訂定正確給藥、調劑品質監測等標準作業程序、執行策略及內容。 2.應對病人所接受的治療與之前的處方或用藥情形有連貫性的審視，且有紀錄。 B：符合 C 項，且相關作業程序執行狀況良好，並有定期監測調劑品質，留有紀錄可供檢討。 A：符合 B 項，且能針對評估結果需要改善要點，進行根本原因分析，並可回饋到臨床作業，修訂工作流程及增進品質與安全。 [註]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。	
2.5.9	提供適當之臨床藥學服務	C： 1.設有藥品不良反應工作小組或類似組織執行藥品不良反應通報及宣導（Adverse Drug Reaction, ADR）。 2.有藥品交互作用評估機制。 3.應執行藥品使用評估（Medication Use Evaluation, MUE）。 B：符合 C 項，且 1.應執行藥品不良反應監測、分析與預防，並對發生不良反應之個案進行後續追蹤。 2.提供病人個別化之藥品治療評估。 3.具備療劑監測（Therapeutic Drug Monitoring, TDM）機制。 A：符合 B 項，且對於提供臨床藥學之機制有定期評估檢討，成效良好。 【急性病床 49 床（含）以下醫院得適用】 C： 1.設有藥品不良反應工作小組或類似組織，執行藥品不良反應通報及宣導（Adverse Drug Reaction, ADR）。 2.有藥品交互作用評估機制。	

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			B：符合 C 項，且 1.應執行藥品使用評估（Medication Use Evaluation, MUE）。 2.提供病人個別化之藥品治療評估。 3.具備療劑監測（Therapeutic Drug Monitoring, TDM）機制。 4.應執行藥品不良反應監測、分析與預防，並對發生不良反應之個案進行後續追蹤。 A：符合 B 項，且對於提供臨床藥學之機制有定期評估檢討，成效良好。 [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。 2.提供病人個別化之藥品治療評估包含： (1)時效性良好。 (2)用藥劑量之計算正確。 (3)服藥間隔之調整適當。 (4)對建議事項接受度之檢討。 (5)對藥品物療效作後續追蹤評估。 3.療劑監測（Therapeutic Drug Monitoring, TDM）包含藥品血中濃度監測： (1)抽血時間正確。 (2)監測建議報告時效性良好。 (3)提供劑量與頻次調整建議。 (4)對 TDM 建議事項之醫師接受度檢討。 (5)作藥品療效之後續追蹤評估。	
	2.5.10	病房及各部門的藥	C：	1.評量項目[註]1，高警訊藥品應區隔放

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
		品供應，有妥善配送制度及訂有管理辦法	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。 2.有 24 小時之藥事作業服務（含急診、住院）。 3.具有常備藥品管理制度。 4.定期由藥師查核病房藥品保存狀況，並有紀錄。 B：符合 C 項，且任何時段應有緊急調撥藥品的處理機制。 A：符合 B 項，且內部有滿意度調查，定期檢討單一劑量或物流供應流程，提出改進措施並確實執行，具體提升各單位對配送制度滿意。 [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開放置，並按程序管理與使用，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（不含急救車上藥品及大量點滴）。 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。	置，並明顯標示（可避免誤取）。 2.評量項目[註]2，NPH 及 RI 可以不需分開列計。
合	2.5.11	落實正確給藥	1.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。 2.門診領藥時應訂定確認領藥人之標準作業流程及機制。 3.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，依給藥記錄單核對藥品名稱，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。 4.明訂退藥或藥品更改機制。 □符合 □不符合	住院病人若有自備藥物時，醫師仍需將病人之藥物逐筆清楚的開立於醫囑中，並註明為自備藥物，且應由護理人員發藥。

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			[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。	
	2.5.12	對於緊急及急救車之藥品的給予有適當之處理及因應措施	C：急救車藥品的管理應訂有明確規範，確實執行。 B：符合 C 項，且 1.緊急藥品供應機制暢通。 2.緊急時，藥師能即時、適時於急診及病房提供藥事服務。 A：符合 B 項，且藥師定期檢查更新急診及病房急救車藥品是否完備，並有紀錄可查。	
	2.5.13	確實執行病人用藥教育	C： 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記錄卡。 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。 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。 B：符合 C 項，且 1.交付藥品給病人前應主動提供用藥指導並確認病人已瞭解，說明內容包含藥品名稱、劑型、用藥方式、服用時間、藥品作用及副作用。 2.實施病人用藥教育指導，必要時應做後續追蹤評估，統計分析及檢討改進措施，並有紀錄。 A：符合 B 項，有評估檢討病人用藥教育成效，進行改善且成效良好。	
	2.5.14	提供適當藥品資訊	C： 1.訂有適當、適量的期刊、雜誌、電子資料庫及參考書等，且存放	

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			於方便藥師取用之執業場所，以提供適切的諮詢服務。 2.提供醫療專業人員即時、正確的藥品諮詢服務，並備有諮詢紀錄。 3.編有醫院處方集並適時更新。 B：符合 C 項，且 1.分析檢討藥品諮詢之質與量，以供醫療人員參考。 2.建置藥品資訊電子化供醫療人員參考、使用，且開立處方時能於系統上隨時檢索藥品資訊，供醫師及病人參考。 A：符合 B 項，且能適時更新資訊系統，以供醫療人員、病人及民眾即時參考。	
	2.5.15	病人對藥品使用的反應及病情變化，醫療人員應正確且迅速處理	C： 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並做紀錄。 2.對於病人使用藥品後的反應，應有紀錄，若有不良反應發生時，應適當處理並予以通報。 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。 B：符合 C 項，且 1.要注意病人個別特異性，給藥前，給予用藥指導；在給藥後，應觀察病人反應，如有副作用，應與醫師確認且有紀錄。 2.對異常反應有詳實記錄並檢討改善。 A：符合 B 項，且有完整紀錄並立即檢討改善。	

2.6 麻醉與手術

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
	2.6	**麻醉與手術**		
合 可	2.6.1	適當之手術、麻醉部門體制及人力配置	1.應明訂手術、麻醉部門之體制及專責人員。 (1)有負責的醫師。 (2)有負責的護理長。 (3)醫師與護理師有合作機制。 2.若麻醉醫師為兼任者，亦須符合下列項目： (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。 □符合 □不符合 [註]符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)一般病床（急性一般與慢性一般病床合計）99 床（含）以下且未設有手術室或僅執行局部麻醉之醫院。 (2)申請「地區醫院評鑑」者。	
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，且有紀錄可查	C： 1.設置符合醫療機構設置標準的手術室及相關設備。 2.設置符合手術量及診療科別的手術室。 3.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。 4.獨立的手術室空調設備。 5.必要時有無菌室可用。 6.有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功能良好的去	1.評量項目 C-4 所指「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控及感染率相關資料。 2.評量項目 C-15 所提「大規模醫院」係指急性病床 500 床以上醫院；「專任醫工人員」非指手術室使用人員，而為醫院配置專責醫工人員。

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			震顫器 defibrillator）。 7.手術器械數量足夠。 8.有配合新手術方法的手術器械及器材。 9.指定專責人員負責手術室設施、設備、機器之保養、檢查及安全管理。 10.明訂保養、檢查的排程，並有紀錄可查。 11.由專業人員定期施行氧氣、笑氣等配管及空調的安全檢查。 12.設置麻醉氣體排放系統。 13.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。 14.儀器設備故障時可迅速修復，或備有可準備代替性器械以利手術順利進行。 15.在大規模醫院應配置專任的醫工人員。 B：符合 C 項，且 1.有 HEPA 過濾、高規格之手術室。 2.設備與機器有計畫性的汰舊換新。 3.有感染管制的環境監測機制。 4.每一手術室應可監測 End tidal CO2,專用 fibrobronchoscopy 及其他困難插管之相關設備，且應有體溫測量及麻醉氣體和動脈血氧氣分析儀。 A：符合 B 項，且 1.有 TEE 和麻醉深度監測儀。 2.應有標準作業手冊並確實執行。 3.每月有開會檢討改善紀錄。 [註] 1.手術器械數量足夠，可用快消使用頻率來制訂。 2.符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)一般病床（急性一般與慢性一般病床合計）99 床（含）以下且未設有手術室之醫院。	

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			(2)申請「地區醫院評鑑」者。	
可	2.6.3	定期召開手術室管理委員會,並有會議紀錄檢討手術相關品質	C： 1.需成立管理委員會，成員應包括手術、麻醉部門負責醫師、手術室負責護理師、執行手術的診療科別及行政管理單位代表。 2.至少每 3 個月召開一次手術室管理委員會並有紀錄可查。 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。 4.部分小規模醫院雖未必設立專責委員會，但仍須於醫院手術室管理會議上作檢討並有相關紀錄。 B：符合 C 項，且 1.針對會議結果有檢討、追蹤及執行改善紀錄。 2.持續品質提升活動。 3.手術室病人安全的促進活動，例如：手術病人辨識、手術部位註記、手術及麻醉同意書之填寫。 A：符合 B 項，且 1.有具體手術室管理成效。 2.手術儀器設備等資源整合運用。 3.應有手術及麻醉品質及病人安全監測指標，每月記錄，並有定期改善計畫及紀錄，成效良好。 [註] 1.符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)一般病床（急性一般與慢性一般病床合計）99 床（含）以下且未設有手術室或僅執行局部麻醉之醫院。 (2)申請「地區醫院評鑑」者。 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。	
可	2.6.4	手術室清潔管理	C：	醫院應制定出入手術室服裝之管理機

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			1.有明示清潔區。 2.訂有手術室整潔規則。 3.手術衣及覆蓋布的原料適當。 4.手術室及手術恢復室應有良好的品質管理且有紀錄可查： (1)手術時之生命監視系統，功能良好且定期維護。 (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。 B：符合 C 項，且 1.執行手術室清潔查核，並有紀錄可查，並依據結果檢討改善。 2.工作人員進入手術室更換手術室服裝，手術室內外服裝未混合穿著，執行成效良好者。 A：符合 B 項，且 1.手術室內保持正壓（室內壓力高於室外），至少一年確認正壓一次，並有紀錄可查。 2.執行品質優良。 [註]符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)一般病床（急性一般與慢性一般病床合計）99 床（含）以下且未設有手術室之醫院。 (2)申請「地區醫院評鑑」者。	制。
可	2.6.5	手術排程管理適當	C： 1.有指定執行及調整手術排程計畫的專責人員，合理設定排程計畫。 2.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。 B：符合 C 項，且 1.排程執行率：常規手術（elective surgery）可在預定時間內執行。 2.第 1 台手術可準時開始。 3.臨時排常規手術（elective surgery）的比率合理。 A：符合 B 項，且具有管理常規手術（elective surgery）於每日常規手術時間（prime time）執行效率之監測，並定期追蹤、檢討與改善。	評量項目 B-3，由醫院自行訂定臨時排常規手術之管控機制，並有檢討記錄。

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			[註]符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)一般病床（急性一般與慢性一般病床合計）99 床（含）以下且未設有手術室之醫院。 (2)申請「地區醫院評鑑」者。	
可	2.6.6	對緊急手術有適當的因應措施	C： 1.在工作時間外及休假日亦可迅速施行緊急手術。 2.可迅速安排醫師及護理師等人員執行上述工作。 3.遇大量傷患時，應有應變措施方案或應變計畫。 B：符合 C 項，且 1.急診手術有資深醫師執行或在場指導。 2.訂有危急病人急診手術之明確定義及其合理等候時間，並定期收集資料。 3.每位麻醉、手術及護理人員對於前述應變措施方案或應變計畫均瞭解並能執行。 A：符合 B 項，且急診手術等候時間合理，且有定期檢討、改善且成效良好。 [註]符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)一般病床（急性一般與慢性一般病床合計）99 床（含）以下且未設有手術室之醫院。 (2)申請「地區醫院評鑑」者。	1.評量項目 B-1 所提「資深醫師」由醫院自行訂定。 2.評量項目 A 所稱「急診手術等候時間合理」，由醫院自訂合理時間。
可	2.6.7	應於手術前向病人充分說明，取得同意，並簽署同意書	C： 1.手術前應說明手術方式及其優缺點、手術或非手術之治療方法。 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。 3.上列各項，以淺顯而容易理解的言辭向病人及家屬說明，並鼓勵其發問。 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，	

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			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。 B：符合 C 項，且利用圖及影像或其他輔具，以淺顯易懂的方式說明手術方法，並提供書面資料。 A：符合 B 項，並有針對術前訪視，做病人滿意度調查，定期檢討且成效良好。 [註] 1.符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)一般病床（急性一般與慢性一般病床合計）99 床（含）以下且未設有手術室。 (2)申請「地區醫院評鑑」者。 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。	
可	2.6.8	麻醉醫師於術前探視病人並確立麻醉計畫	C： 1.麻醉醫師實行手術前探視病人，說明麻醉方式及風險。 2.以淺顯易懂的方式向病人說明麻醉方式，並鼓勵其發問。 3.簽署麻醉同意書。 4.由上列結果檢討選擇最適當的麻醉方法。 B：符合 C 項，且 1.訂立麻醉計畫，並可由診療紀錄查閱。 2.上述各項內容紀錄詳實且執行品質優良。 A：符合 B 項，且應針對高危險病人進行術前預防措施，並提出檢討改善方法。 [註] 1.符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)一般病床（急性一般與慢性一般病床合計）99 床（含）以下且未設有手術室或僅執行局部麻醉之醫院。	

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			(2)申請「地區醫院評鑑」者。 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。	
可	2.6.9	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	C： 1.應明確訂定手術室進出標準，並落實執行。 2.交接病人時，採取下列具體對策確認病人身分： (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（如在腳心記載姓名）。 3.有確認手術部位之機制，落實手術部位標記。 B：符合 C 項，且於劃刀前應執行作業靜止（Time out），由手術室所有成員共同再次確認（包含病人身分、手術方式及手術部位）。 A：符合 B 項，且 1.品質指標以 PDCA 呈現。 2.提出創新方法，以確保執行方式無誤及病人安全，並檢討改善。 [註]符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)一般病床（急性一般與慢性一般病床合計）99 床（含）以下且未設有手術室。 (2)申請「地區醫院評鑑」者。	全部的手術皆需執行作業靜止（Time out）。
可	2.6.10	依規定麻醉作業，應由麻醉科醫師執行	C：由麻醉科專科醫師負責執行麻醉作業，並正確詳實地說明及告知病人或其家屬有關麻醉執行方式、可能副作用、相關注意事項等，並依法取得麻醉同意書。 B：符合 C 項，且 1.年平均麻醉病例數每 1500 次應有 1 名專任麻醉專科醫師以上。 2.術前訪視及術後訪視確實執行並有紀錄及檢討。 A：符合 B 項，術前訪視及術後訪視確實有進行滿意度調查，且定期	

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			檢討，成效良好。 [註] 1.符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)一般病床（急性一般與慢性一般病床合計）99 床（含）以下且未設有手術室或僅執行局部麻醉之醫院。 (2)申請「地區醫院評鑑」者。 2.醫療機構設置標準： (1)綜合醫院、專科醫院應設有麻醉科。 (2)各診療科均應有專科醫師 1 人以上。	
合 可	2.6.11	手術室以外之麻醉作業應適當執行	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，應有病人安全之相關監測機制，確實執行。 □符合 □不符合 [註]符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)一般病床（急性一般與慢性一般病床合計）99 床（含）以下且未設有手術室。 (2)申請「地區醫院評鑑」者。	
可	2.6.12	詳實記載麻醉紀錄及手術紀錄	C： 1.手術紀錄、麻醉紀錄應於當天完成，並註明日期及記錄者簽名。 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較理想。 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。 4.手術檢體應正確標記。 B：符合 C 項，且手術、麻醉紀錄完整，並有統計分析及檢討。 A：符合 B 項，且能藉統計分析，改善品質。	評量項目 C-1 所提「當天完成」，係指「術後 24 小時之內完成」。

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			[註] 1.符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)一般病床（急性一般與慢性一般病床合計）99 床（含）以下且未設有手術室。 (2)申請「地區醫院評鑑」者。 2.手術檢體應標示病人身分、部位及數量等。	
可	2.6.13	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	C：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。 B：符合 C 項，且紀錄內容詳實，有稽核制度。 A：符合 B 項，且可依病人特性（高危險性、較嚴重、老年人、小孩等等）在術前施行病人訪談，並紀錄詳實。 [註]符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)一般病床（急性一般與慢性一般病床合計）99 床（含）以下且未設有手術室。 (2)申請「地區醫院評鑑」者。	
可	2.6.14	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	C： 1.設有獨立空間，提供病人麻醉後意識恢復之照護場所。 2.設有專人負責病人麻醉後恢復之照護。 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）。 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。 B：符合 C 項，且 1.應有恢復室發生併發症之紀錄及檢討改善。 2.麻醉或手術恢復室病人照護之紀錄及檢討。 A：符合 B 項，並有改善方案且成效良好。	評量項目 C-1 所提所稱「獨立空間」，係指有專用恢復室設置（設施及設備）。

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			[註]符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)一般病床（急性一般與慢性一般病床合計）99 床（含）以下且未設有手術室。 (2)申請「地區醫院評鑑」者。	
可	2.6.15	具手術室工作手冊及手術室日誌,並確實執行	C： 1.具有工作手冊。 2.手術室日誌應記錄完整。 3.手術室日誌的內容應提報至手術室管理會議，並進行檢討。 B：符合 C 項，且 1.手術室日誌應有統計分析，並提供管理改善。 2.工作手冊應定期更新。 A：符合 B 項，且具有利用手術室日誌統計分析之結果，提出實際改善手術室工作流程或資源運用效能之案例。 [註]符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)一般病床（急性一般與慢性一般病床合計）99 床（含）以下且未設有手術室之醫院。 (2)申請「地區醫院評鑑」者。	

2.7 感染控制

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
	2.7	**感染控制**		
	2.7.1	應設立感染控制單位，聘有合格且足夠之感控人力負責業務推行	C： 1.設有感染控制部門，應明訂工作職責及組織圖之定位。 2.聘有接受感染症醫學訓練之專科醫師： (1)總病床數 500 床（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，且至少 50%於一年內接受感染控制訓練，累計學分達 20 學分以上。 (2)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控制訓練達 20 學分以上之醫師負責感染控制業務推行。 (3)未滿 300 床醫院，可由前一年參加專業學會認可之感染控制訓練達 20 學分以上之醫師負責感控業務推行。 3.聘有感染控制人員： (1)300 床以上醫院，每 300 床聘有 1 名專任感染控制護理人員，且至少 50%於一年內接受感染控制訓練，累計學分達 20 學分以上。 (2)未滿 300 床醫院，須由前一年參加專業學會認可之感染控制訓練達 20 學分以上之護理人員負責感控業務推行。 B：符合 C 項，且 1.所有接受感染症醫學訓練之專科醫師及感染控制人員於一年內接受感染控制訓練累計學分達 20 學分以上。 2.增加配置接受感染症醫學訓練之專科醫師： (1)300 床以上未滿 500 床之醫院聘有接受感染症醫學訓練之專任專科醫師。	本條對應 100 年度醫院感染控制查核基準 2.1 項次。

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			(2)未滿 300 床醫院，聘有接受感染症醫學訓練之兼任專科醫師。 3.增加配置感染控制人員： (1)300 床以上醫院，聘有 1 名專責感染控制醫檢人員。 (2)未滿 300 床醫院，聘有兼任感染控制護理人員。 A：符合 B 項，且 1.增加配置接受感染症醫學訓練之專科醫師： (1)每 300 床聘有 1 名接受感染症醫學訓練之專任專科醫師。 (2)未滿 300 床醫院，聘有 1 名接受感染症醫學訓練之專任專科醫師。 2.增加配置感染控制人員： (1)300 床以上醫院，聘有專任感染控制醫檢人員及每 250 床聘有 1 名專任感染控制護理人員。 (2)未滿 300 床醫院，聘有專任感染控制護理人員及專責感染控制醫檢人員。 [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，此處感控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專任專科醫師：係指執業登記於本院之醫師，經疾病管制局認可之專業學會甄審感染控制訓練合格，負責推行並執行感染控制相關業務。 (2)接受感染症醫學訓練之兼任專科醫師：係指聘請他院經疾病管制局認可之專業學會甄審感染控制訓練合格的醫師，協助推行感控相關業務；且須有正式聘書及衛生單位之支援報備相關證明。 (3)專任感染控制護理人員：係指執業登記於本院，經疾病管制局	

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			認可之專業學會甄審感染控制訓練合格的護理師或護士，全職負責執行感染控制相關業務。 (4)兼任感染控制護理人員：係指聘請他院經疾病管制局認可之專業學會甄審感染控制訓練合格的護理師或護士，協助推行感控相關業務；且須有正式聘書及衛生單位之支援報備相關證明。 (5)專任感染控制醫檢人員：係指聘請經疾病管制局認可之專業學會甄審感染控制訓練合格的醫檢師（生），全職辦理感控相關業務。 (6)專責感染控制醫檢人員：係指聘請經疾病管制局認可之專業學會甄審感染控制訓練合格的醫檢師（生），平時除本職業務外，協助推行感控相關業務。	
	2.7.2	成立院內感染控制委員會，有定期開會並有紀錄，且確實執行會議決議事項	C： 1.設有院內感染控制委員會，具有組織章程及成員資料備查。 2.委員會主席為醫院主管（院長或副院長，且為醫師）。 3.至少每 3 個月召開一次會議且有會議紀錄備查，會議紀錄均由院長批示，並有前次會議決議執行報告。 4.確實執行會議決議，且決議事項均照會相關單位協助執行。 B：符合 C 項，且 1.委員會有 1 位曾接受流行病學訓練者。 2.委員會成員應包含內外科、急診部門、行政部門、護理部門及醫檢部門代表。 3.感控會議內容包含結核病、抗生素管制及傳染病疫情因應等感控相關議題。 A：符合 B 項，且 1.依醫院規模、特殊疫情或院內發生突發感染事件等，適當增加開會之頻率，且成效良好。 2.落實執行會議相關決議。	本條對應 100 年度醫院感染控制查核基準 2.2 項次。

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			【急性病床 49 床以下醫院適用以下標準】 C：至少每 3 個月召開一次全院性院內感染控制相關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。 B：符合 C 項，且 1.設有院內感染控制委員會，具有組織章程及成員資料備查。 2.委員會主席為醫院主管（院長或副院長，且為醫師）。 3.感控會議內容包含結核病及抗生素管制等議題。 A：符合 B 項，且 1.依醫院規模、特殊疫情或院內發生突發感染事件等，適當增加開會之頻率，且成效良好。 2.落實執行會議相關決議。	
	2.7.3	制訂及更新感染控制手冊，定期收集院內感染控制及國際最新傳染病疫情，並確實傳達及執行	C： 1.制訂感染控制手冊並定期修訂（包括修訂之年月日）；且提供給相關部門確實執行。 2.手冊內除記載組織體制之外，應記述具體感染控制對策及相關人員的感染處理對策。 3.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。 4.針對醫院服務特性，訂定其他執行各項醫療行為之感染控制標準作業程序，如：侵入性醫療感染控制標準作業程序。 5.感染控制部門人員能定期利用文獻檢索或網際網路，取得最新疫情資訊，並傳達醫院各單位；工作人員清楚知道可從何處獲得最新感染控制相關資訊。 6.醫院對於感染控制負責人所執行的資訊提供及教育活動，在經費、人力及場所均能有實質的支援。 B：符合 C 項，且	本條對應 100 年度醫院感染控制查核基準 3.1 項次。

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			1.有專人定期蒐集國內外感染控制的相關規定，參考有科學根據之建議事項，並依據醫療院所特性，適時訂定或修訂感染控制手冊。 2.規劃網路資訊平台定期更新傳染病與感染控制相關資訊。 A：符合 B 項，且實際抽查臨床工作人員能依感染控制手冊施行感染控制措施。 [註]科學根據定義如：疾病管制局指引（CDC guidelines）、罹病率和死亡率之週報（the morbidity and mortality weekly report ，MMWR）、疾病管制局等。	
	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	C： 1.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。 2.醫療照護相關單位濕洗手設備應設置非手控式水龍頭，如：肘動式、踏板式或感應式水龍頭等，並備有液態皂、手部消毒劑及擦手紙，或備有具去污作用之手部消毒劑及擦手紙。 3.備有方便可及且數量足夠之酒精性乾性洗手液。 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）。 B：符合 C 項，且 1.臨床單位曾以品管手法，如：品管圈、標竿學習等方式推動手部衛生。 2.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。 A：符合 B 項，且 1.由副院長級（含）以上領導推動全院手部衛生運動。 2.提報手部衛生正確率與遵從率，並進行分析檢討改進，且執行成效良好。	本條對應 100 年度醫院感染控制查核基準 7.1 項次。

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
	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	C： 1.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控制對策（使用手套、洗手等）。 2.工作人員有可能接觸，或被病人的血液、體液或分泌物飛濺之風險時，工作人員應依其風險穿戴防護用具，如：面罩、眼罩（eye-shield）或護眼鏡（goggle）、隔離衣（必要時要有防水）等。 3.各醫療單位、病房及護理站應具有能安全處理感染性廢棄物及針類廢棄物的容器。 4.工作人員應明確知悉採血後的針頭及注射器之處理步驟。 5.對有可能接觸到血液、體液的工作人員，若 B 型肝炎表面抗原及表面抗體為陰性者，施行 B 型肝炎疫苗接種。 6.應明確訂定暴露於 HIV 危險環境時之相關處理流程，受針扎者應依醫囑儘速於「台灣地區愛滋病防治工作手冊」之尖銳物扎傷處理流程進行處理。 B：符合 C 項，且 1.有尖銳物品扎傷事件發生後之追蹤機制，確實執行。 2.每年辦理前述工作人員個人防護裝備（personal protection equipments, PPE）教育訓練，並完成測試，且留有紀錄。 A：符合 B 項，且 1.對個案有詳盡的列管追蹤紀錄，檢討發生原因，有效執行尖銳物品扎傷之預防。 2.有效執行尖銳物品扎傷之預防，並於急診、急救室、加護病房、手術室、透析照護、愛滋病房、感染科病房及高危險群病人全面使用合於規定之安全針具。	本條對應 100 年度醫院感染控制查核基準 6.2 項次。
	2.7.6	訂有醫療照護人員預	C：	本條對應 100 年度醫院感染控制查核基

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
		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	1.訂有醫療照護人員預防接種防疫措施。 2.對於因暴露於傳染病人而遭受感染之醫療照護人員，醫院應立即為該員進行緊急處理，給予必要預防感染藥物，並列管追蹤。 3.訂有院內全體醫療照護人員體溫監測計畫，並有異常追蹤及處理機制。 4.每年至少 90%與病人直接接觸之醫療照護人員及其他常駐工作人員（含外包人力）完成胸部 X 光檢查，並有檢查結果追蹤及異常處理紀錄。 5.提供醫護人員符合規定的口罩與手套。 B：符合 C 項，且 1.落實預防接種防疫措施。 2.胸部 X 光檢查達成率達 95%以上。 A：符合 B 項，且檢討醫療照護人員被感染原因，避免或減少類似事件發生。 [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、檢驗技術人員、緊急救護醫療人員、醫療輔助技術人員、看護人員等，整學期固定在地區級以上教學醫院執勤之醫事實習學生及政策預防接種推廣計畫醫院涵蓋之對象。 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住達 3 個月以上之人員。	準 6.1 項次。
	2.7.7	定期對院內感染的發生及其動向開會檢討分析，並訂定改善方案	C： 1.依醫院之機能及規模，能掌握手術部位感染率及件數，或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等重要感染指標。 2.明確訂定迅速察知病房的菌種變化，並且採取因應措施。 3.感染控制指標能回饋相關醫護人員，以致力於改善措施，並制訂	本條對應 100 年度醫院感染控制查核基準 3.2 項次。

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			具體的改善方案且確實實施。 4.訂有院內群聚感染發生之危機處理標準作業流程，並針對發生之院內群聚感染事件有調查處理報告。 B：符合 C 項，且 1.確實分析數據並定期檢討修訂相關機制、對應措施、感染指標種類等。 2.針對中央靜脈導管、存留導尿管、呼吸器等侵入性醫療裝置的使用人日數與相關感染密度進行監測，並導入多重介入感染控制措施（bundle intervention）。 3.針對院內發生之感染群突發事件提出改善計畫。 4.將院內感染個案資料通報至疾病管制局台灣院內感染監視資訊系統。 A：符合 B 項，且落實執行修訂之方案或改善計畫，著有成效。	
	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	C： 1.病人就診動線規劃適當；急診、門診依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。 2.訂有急診、門診發燒篩檢及不明原因發燒病人處理標準作業程序，且第一線工作人員均瞭解。 3.急診、門診有提示醫師詢問旅遊史（travel history）、職業別（occupation）、接觸史（contact history）及是否群聚（cluster）之機制。 4.收治疑似或確定傳染病病人，其人員穿脫 PPE 及廢棄物清理之動線規劃適當，並有適當的配套處理措施。 5.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。 6.若有負壓隔離病室，應能明確顯示負壓狀況（負壓：內部壓力低	本條對應 100 年度醫院感染控制查核基準 5.1 項次。

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			於外面壓力）及負壓值，並有維護保養檢測紀錄；負壓隔離病房區域應具有良好動線管制。 7.如有新興傳染病疫情發生時，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。 8.訂有大規模感染事件發生之應變計畫，擬定支援單位的原則及序位，以及支援人數的合理推估。 B：符合 C 項，且 1.防護裝備的使用方法及步驟正確，依不同情況著適當防護裝備，可抽問醫護同仁急救插管時及遇到不明原因發燒病人時該有的自我防護裝備。 2.定期辦理 PPE 教育訓練及動線之實地或桌上演習訓練。 3.擬定大規模感染事件發生時，支援單位及人員之訓練課程及受訓計畫。 A：符合 B 項，且 1.確實執行並定期檢討修訂相關機制及因應措施。 2.主動協助社區醫院之感染控制及新興傳染疾病之病人收治，並協助防疫工作。 3.儲備足夠應付大規模感染事件之受訓合格人員。	
	2.7.9	應有抗生素使用管制措施及執行情形記錄表	C： 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。 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。 3.對所有類別抗生素之使用情形均有適當監測機制。 4.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。 (1)有多種器官嚴重疾病或感染可能之危急病人、在其他醫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	本條對應 100 年度醫院感染控制查核基準 9.1 項次。

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			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。 5.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。 (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。 B：符合 C 項，且 1.對所有管制類抗生素使用均有審查。 2.有審查機制，落實分析檢討及改善。 A：符合 B 項，且 1.醫院設置抗生素檢核資訊系統，於醫師開立抗生素處方時有提醒機制。 2.分析不符合抗生素使用管制之情況，並提出改善措施，確實執行。 3.不適宜的抗生素使用率下降。	
可	2.7.10	正確使用預防性抗生素	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。 C：符合下述第 1-4 項者。 B：符合下列全部者。 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（剖腹產則在臍帶結紮切除後即應立即給予預防性抗生素）。	本條對應 100 年度醫院感染控制查核基準 9.2 項次。

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			2.選藥時應符合我國抗生素使用指引。 3.劑量應與體重相符。 4.手術中視必要（考慮藥物動力學）追加抗生素。 5.一般清淨手術後，於術後不再繼續使用抗生素，重大手術抗生素使用時間不超過 24 小時。 A：訂有預防性抗生素使用監測及改善機制，且執行成效良好。 【急性病床 49 床（含）以下醫院得適用】 隨機審查病歷。 C：符合下述第 1-2 項者。 B：符合下述第 1-3 項者。 A：符合下列全部者。 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(剖腹產則在臍帶結紮切除後即應立即給予預防性抗生素)。 2.選藥時應符合國內外抗生素使用指引。 3.劑量應與體重相符。 4.手術中視必要（考慮藥物動力學）追加抗生素。 5.一般清淨手術後，於術後不再繼續使用抗生素，重大手術抗生素使用時間不超過 24 小時。 [註] 一般病床（急性一般與慢性一般病床合計）99 床（含）以下且未設有手術室可自選本條免評。	
	2.7.11	門診抗生素使用情形合理	隨機審查病歷。 C：符合下列第 1-3 項者。 B：符合下列全部者。 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。 2.一般明顯急性感冒不可使用抗生素。 3.抗生素使用種類及劑量合理，並有考慮病人體重及腎臟機能。	本條對應 100 年度醫院感染控制查核基準 9.3 項次。

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			4.抗生素使用期間合理，如有異常時，應於病歷上說明。 A：訂有門診抗生素使用監測及改善機制，且執行成效良好。	
可**	2.7.12	對多重抗藥性菌種作有效的管理及通報	C： 1.依據檢體種類及病房別，感染控制負責人員可掌握分離出的病菌，特別是抗藥性細菌（包含 CRAB、VRE、MRSA、CRE 等），且針對感染菌種之分離件數、對抗生素之感受性等資料有分析報告。 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。 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。 B：符合 C 項，且 1.至少每半年能有院內感染分離菌種統計報告，並定期分發給每位醫師及其他相關單位或人員或在院內網路上公佈。 2.住院病人菌種分離與分析報告均能提供予醫療照護團隊人員參考。 3.配合政策將多重抗藥性相關資料通報至衛生署疾病管制局。 A：符合 B 項，且 1.訂有相關機制，確認每位醫師了解相關訊息。 2.每半年進行抗藥性趨勢與抗生素用量分析。 3.根據分析報告，研擬對策付諸實行，而有改善，特別是針對 VRE、MRSA、CRAB、CRE 多重抗藥性細菌、腸內細菌之感染個案。 [註] 1.符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)未設有呼吸照護病床。 (2)急性病床 49 床（含）以下。	本條對應 100 年度醫院感染控制查核基準 9.4 項次。

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			2. 49 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。	
可	2.7.13	定期環境監測與醫材管理機制	C： 1.內視鏡、氣管鏡室等相關器械、設備之清洗消毒訂有標準作業流程，並由專人負責且確實執行。 2.定期監測內視鏡、氣管鏡室等相關器械、設備之清洗消毒液有效濃度，並有紀錄。 3.氣管鏡室具負壓或抽風等設備，且有維護保養紀錄。。 B：符合 C 項，且 1.定期檢討，研訂改進措施並確實落實，有紀錄備查。 2.肺功能室具負壓或抽風等設備，且有維護保養紀錄。 3.若有器官移植及骨髓移植等高風險病人居住的區域，訂有院內退伍軍人病防治計畫。 A：符合 B 項，且執行成效良好。 [註] 1.符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)未設置內視鏡室、氣管鏡室及肺功能室；但若有上述任一單位，則不得免評。 (2)申請「地區醫院評鑑」者。 2.器官移植係指心臟、胰臟、腎臟、肝臟、肺臟移植。	本條對應 100 年度醫院感染控制查核基準 7.4 項次。
	2.7.14	確實執行衛材、器械、機器之滅菌及清潔管理	C： 1.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置放。 2.自行執行衛材、器械、機器之滅菌及清潔者： (1)各類物品之包裝、消毒、滅菌及有效期間均訂有標準。	本條對應 100 年度醫院感染控制查核基準 7.2 項次。

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			(2)以高壓蒸汽滅菌時，生物性指示劑至少每週施行 1 次，真空滅菌器殘餘空氣測試應每天施行，並有紀錄可查。 (3)自行消毒之衛材包、器械包，每包內側及外側均應有化學性指示器（如：高壓消毒色帶、化學指示條）及標示有效日期，並讓使用者知悉。 (4)環氧化乙烯（Ethylene Oxide gas）滅菌時，每次均使用生物性指示器（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)滅菌過程發生異常，應有相關處理規範。 (6)消毒相關設備應定期保養，並有紀錄備查。 (7)衛材、器械消毒相關設備故障時，可迅速處理。 3.若使用拋棄式器材，或因適當理由，將部分衛材、器械滅菌業務外包或由物流公司配送時，應妥善監控品質及進行例行性稽查，並有紀錄備查。 B：符合 C 項，且 1.各項監測有持續性紀錄。 2.工作人員清楚各項指標意義及處理異常情況。 A：符合 B 項，且定期探討及分析滅菌過程或外包業務，如有異常情況應進行檢討及改善。	
	2.7.15	供應中心應配置適當人力，清潔區及污染區應做區隔且動線規劃合宜	C： 1.確保必要人力之充足並有專責人員負責衛材、器械之消毒與管理業務，並有護理人員監督。 2.專責人員及其主管應出席感染控制委員會。 3.若設有滅菌設備，應由合格人員操作。 4.處理物品時，工作人員需穿戴合適之防護用具。 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）。 6.供應室環境整潔，清潔區及污染區應有適當的區隔，且有合宜的	本條對應 100 年度醫院感染控制查核基準 7.3 項次。

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			動線規劃。 B：符合 C 項，且落實執行及定期監測供應中心溫度及濕度，並有紀錄備查。 A：符合 B 項，且 1.建立機制定期探討及分析，如有異常情況應進行檢討及改善。 2.供應中心空調設置符合感控原則。	

2.8 檢驗、病理與放射作業

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
	2.8	**檢驗、病理與放射作業**		
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	C： 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，其功能可提供正確檢驗結果，以符合一般醫療的需求。 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。 3.若設有特殊工作環境的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。 B：符合 C 項，且 1.具備之設施、設備規模足夠處理院內大部分每日常規檢驗需求，並備有快速檢驗設備，其功能可提供必要的檢驗項目及符合時效的結果報告，以因應急診醫療的需求。 2.詳細記錄與檢驗品質有關之重要設備故障或失靈原因，並能連同處理結果妥善保存，以有助於日後設備查驗、保養、維修或校正等措施的穩定。 3.針對檢驗工作環境的安全管理機制，應訂定完備之安全及應變計畫，相關執行紀錄內容完整，並能定期檢討及妥善保存。 A：符合 B 項，且 1.緊急檢驗之設施、設備因發生重大事故，無法因應急診醫療服務的需求時，檢驗部門必須建立合適與有效的備援機制。 2.檢驗相關之設施、設備維護紀錄內容完整，且有定期檢討機制。 3.安全及應變計畫能夠執行實際演練，且相關檢討結果可回饋到檢驗作業，以改進工作流程及增進工作安全。	若檢驗全數外送，則本條最高評量成績僅可達 C。

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			[註] 1.符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)急性病床 49 床（含）以下。 (2)未設有醫事檢驗部門。 (3)申請「地區醫院評鑑」者。 2.安全計畫對象包括感染性物質、危險及有害物質的處理。 3.只設有一般生化、血液、血清免疫，及常規鏡檢作業場所 C-3 項不列為特殊要求。	
	2.8.2	具備符合標準之醫事檢驗作業程序，並確實執行	C： 1.應訂定符合檢驗檢體辨識、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，同時須包括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。 2.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，若檢驗項目無外部品管活動可供參與精確度評估時，應建立適當的比對機制。 3.檢驗服務項目須借助委外代檢方式完成者，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。 B：符合 C 項，且相關作業程序執行狀況良好，並有定期評估，留有紀錄可供檢討。 A：符合 B 項，且能針對評估結果需要改善，進行根本原因分析，並可回饋到臨床作業，修訂工作流程及增進品質與安全。 [註]如為外包作業，請外包廠商提供 C-2 項資料。	
	2.8.3	醫事檢驗部門具有完備的品質保證措施	C： 1.醫事檢驗報告內容正確，報告時效符合臨床醫療需求，且不同類型檢體或檢驗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。	

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			2.應至少使用二種不同指標濃度之品管物質，進行檢驗作業流程之內部品管措施。 3.應有定期參與精確度評估之外部品管活動，或必要時以室間比對機制替代，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。 4.實施委外代檢者，應定期要求受託代檢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。 B：符合 C 項，且 1.內、外部品管監測結果發現異常時，應能執行問題調查與原因分析，並能針對須進行改善的事項，提出具體解決的對策。 2.檢驗設備發生故障時，修復紀錄除要附註故障原因、維護對策之外，並要有執行品管監測結果紀錄佐證驗收。 3.每一年度均針對病人照護品質相關指標（如報告時效監測，客訴意見處理、檢驗品質與安全調查等）進行分析，並有相關統計報告，且發現異常狀況時，能進行相關因應措施，及留有紀錄可供檢討。 A：符合 B 項，且 1.應建立品質保證執行過程之稽核制度，並有檢討改進、預防再發生成效查核等措施，及留有執行紀錄可供審查。 2.每年一次執行品質系統之內部稽核與外部評估。 3.定期與臨床照護單位召開服務流程品質檢討會議，並有會議紀錄可查。 [註]C-4 項之委外管理包括本身醫療需求委外代檢或以醫院名意承攬業務等監督責任。	
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	C： 1.明確設置血品之保管、供應或訂購的負責人員或部門，並明訂職責所應執行業務的內容;此部分可視業務量由兼任人員輔助執行。	評量項目 A-1，相關品質改善方法皆可使用，非僅指 RCA。

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
		行	2.醫院血品供應單位基於維護血液及血液製劑使用前檢驗及庫存的品質，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。 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),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。 4.明訂血液及血液製劑之供應作業程序及交付領用步驟，包括使用前檢驗（交叉試驗等)、檢體辨識、登錄、傳送、檢測、報告等，作業時效性與結果正確性要求之標準作業程序，及檢驗前或後處理後的檢體之安全棄置管理，其內容完整並能確實執行。 5.對於緊急輸血及夜間、休假日的血品供應服務，應明訂有關血品對外訂購及院內申請使用之作業程序，並有明確傳達於全院醫護單位人員的宣告。 6.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。 7.血品使用前之檢驗須借助委外代檢方式完成者，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。 B：符合 C 項，且 1.與血品使用前檢驗及庫存相關之設施、設備維護紀錄內容完整，且有定期檢討機制。 2.相關作業程序執行狀況良好,並有定期評估,留有紀錄可供檢討。 A：符合 B 項，且 1.能針對評估結果需要改善要點，進行根本原因分析，並可回饋到臨床作業，修訂工作流程及增進品質與安全。	

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			2.與供應緊急輸血相關之設施、設備因發生重大事故，無法因應急診醫療服務的需求時，血品供應單位必須建立合適與有效的備援機制。 [註]符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)急性病床 49 床（含）以下。 (2)未設有血品供應單位（含血庫）。 (3)申請「地區醫院評鑑」者。	
可**	2.8.5	血品供應單位具有品質保證措施	C： 1.應依照規則，確實執行血品供應流程相關記錄，並保存所用血品批號 7 年。 2.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，若檢驗項目無外部品管活動可供參與精確度評估時，應建立適當的比對機制。 3.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。 B：符合 C 項，且 1.內、外部品管監測結果發現異常時，應能執行問題調查與原因分析，並能針對須進行改善的事項，提出具體解決的對策。 2.與血品使用前檢驗及庫存相關之設備發生故障時，修復紀錄除要附註故障原因、維護對策之外，並要有執行品管監測結果紀錄佐證驗收。 3.定期檢討輸血用血液製劑，尤其是血漿、血小板、白蛋白(albumin)製劑等之適應症及使用標準。 4.每一年度定期（至少每年 2 次）舉行委員會，針對病人照護品質相關指標（如供應時效監測，客訴意見處理、供應品質與安全調查等），及防止副作用等有關保障病人輸血安全的成效進行分析，並有相關統計報告，且發現異常狀況時，能進行相關因應措施，及留有紀錄可供檢討。	會議召開著重於機制即可。

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			A：符合 B 項，且 1.應建立品質保證執行過程之稽核制度，並有檢討改進、預防再發、成效查核等措施，及留有執行紀錄可供審查。 2.每年一次執行品質系統之內部稽核與外部評估。 3.定期與臨床照護單位召開服務流程品質檢討會議，並有會議紀錄可查。 4.確實掌握訂購輸血用血液製劑之種類、使用及退還狀況，並致力減少退還情況。 5.血品供應單位能提供血品使用單位人員，對於血液及血液製劑供應相關諮詢的教育訓練，以共同提升輸血醫療的品質與安全。 [註]符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)急性病床 49 床（含）以下。 (2)未設有血品供應單位（含血庫）。 (3)申請「地區醫院評鑑」者。	
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	C： 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。 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。 3.工作環境的揮發性有機物質，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。 B：符合 C 項，且 1.具備之設施、設備規模足夠處理院內大部分病理診斷（如：冰凍切片 frozen section）需求。 2.備有快速病理診斷之設備，且有實施手術中之快速病理診斷。 A：符合 B 項，且整體之設施、設備規模足夠自行處理院內各類病理診斷需求，並有備援機制，對於急診手術亦能提供快速病理診斷。	

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			[註]符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)未設有提供病理診斷單位或部門。 (2)申請「地區醫院評鑑」者。	
	2.8.7	具備符合標準之病理診斷作業程序，並確實執行	C： 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。 2.應訂定符合病理檢體辨識、登錄、傳送、鑑定、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，且包括檢體棄置管理，其內容完整並能確實執行。 B：符合 C 項，且相關作業程序執行狀況良好，並有定期評估，留有紀錄可供檢討。 A：符合 B 項，且能針對評估結果需要改善要點，進行根本原因分析，並可回饋到臨床作業，修訂工作流程及增進品質與安全。	1.查衛生署 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： a.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。 b.呼吸系統：鼻竇、副鼻竇、鼻咽、聲帶、喉、氣管、支氣管、肺臟、肋膜。 c.心臟血管系統：血管（動脈、靜脈）、心臟、心包膜。 d.泌尿系統：腎臟、輸尿管、尿道、膀胱、前列腺。 e.內分泌系統：甲狀腺、副甲狀腺、腎上腺、腦下垂體、胸腺。 f.造血淋巴系統：骨髓、脾臟。 g.骨骼與肌肉系統：骨骼截除、肢體截除。 h.神經系統：腦、脊髓、神經、腦膜。 i.生殖器官：子宮、卵巢、輸卵管、陰道、乳房、輸精管、睪丸、陰囊、陰莖。 j.感官器官：眼、中耳、內耳。 2.另醫療機構所採取之組織檢體，或取自

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
				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。
可	2.8.8	病理診斷部門具有完備的品質保證措施	C： 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。 2.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。 3.病理診斷報告應有審查及檢討評估機制（醫療法第 65 條）。 B：符合 C 項，且 1.組織病理委員會定期召開，並有會議紀錄可查。。 2.每一年度均針對相關指標（如疾病別、件數等）進行分析，並有相關統計報告。 3.病理作業流程設有個案結果比對、報告時效監測，以及客訴意見處理等機制，並有定期評估，且發現異常狀況時，能進行相關因應措施，及留有紀錄可供檢討。 A：符合 B 項，且 1.定期評估及有異常因應措施，對於持續提供病人合適性與有效性的照護，能有具體成效。 2.針對個案結果比對異常之因應措施，訂有審查政策與程序，且能夠建立自行或委外執行之分子技術鑑別機制。 3.癌症診斷報告格式符合需求，且應有雙重檢核機制（Double check）。 [註] 1.符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)未提供病理診斷服務。 (2)申請「地區醫院評鑑」者。	評量項目 C-2 所提「比對機制」，可以病人過去報告來比對，如仍有疑慮，則考慮以 DNA 來確認為同一病人。

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			2.如為外包作業，請外包廠商提供 C-1 項、C-2 項、C-3 項資料。	
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境安全	C： 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。 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。 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。 4.檢查過程所需之急救設備完善。 5.定期召開輻射防護管理委員會（每年至少兩次），並發揮委員會功能，且有會議紀錄可查。 6.應具備領有輻射防護員資格之人員，且每年舉辦輻射從業人員繼續教育（每人 3 小時以上）與體檢。 B：符合 C 項，且 1.具備之設施、設備規模足夠處理院內大部分每日常規檢查需求，並備有適當的檢查設備，其功能可提供必要的檢查項目及符合時效的結果報告，以因應急診醫療的需求。 2.配有各項輻射防護偵測設備及假體，並訂有標準作業流程，以落實各項安全查核工作，相關執行紀錄內容完整，並能定期檢討及妥善保存。 3.儀器設備依照服務內容及作業品質評估，適當汰舊換新。	評量項目 B-4 所提「應有 10%以上的醫事放射人員」，其分母為醫事放射師。

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			4.醫院內應有 10%以上的醫事放射人員，領有游離輻射防護人員證書。 A：符合 B 項，且 1.緊急檢查之設施、設備因發生重大事故，無法因應急診醫療服務需求時，檢查部門必須建立合適與有效的備援機制，包括數位化影像醫學儀器應有不斷電或緊急發電設備與影像傳送機制。 2.檢查室內外之規劃設計，能以病人隱私為考量，且提供安全、舒適的檢查環境。 3.安全及應變計畫能夠執行，並有實際演練紀錄，且相關檢討結果可回饋到檢查作業，以改進工作流程及增進工作安全。 [註] 1.符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)急性病床 49 床（含）以下。 (2)未有放射診斷或核子醫學儀器。 (3)申請「地區醫院評鑑」者。 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，	

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			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。	
可**	2.8.10	具備符合標準之放射診斷（含核子醫學）作業程序，並確實執行	C： 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。 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。 3.應與相關診療科醫師舉行病例檢討會，並留有紀錄可查。 4.檢查服務項目須借助委外代檢方式完成者，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。 B：符合 C 項，且 1.相關作業程序執行狀況良好，並有定期評估，留有紀錄可供審查。 2.檢討會之經過及結果應記錄於病人診療紀錄內；當病人需要轉科或轉院時，應將檢討結果妥善轉予相關科別或醫院。 3.迅速提供正確的影像診療報告，且配合轉診、轉檢或轉院等需求。 4.使用醫療影像交換機制，建立特定檢查資源共享模式。 A：符合 B 項，且 1.能針對評估結果需要改善要點，進行根本原因分析，並可回饋到臨床作業，修訂工作流程及增進品質與安全。 2.建置迅速且有效的放射會診機制。 3.定期舉行聯合討論會，且紀錄詳實。 [註]符合下列全部條件者，可自選本條免評：	

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			(1)急性病床 49 床（含）以下。 (2)未有放射診斷或核子醫學儀器。 (3)申請「地區醫院評鑑」者。	
可**	2.8.11	放射診斷（含核子醫學）部門具有完備的品質保證措施	C： 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。 2.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；特殊診療報告內容需適當詳實。 3.放射診斷（含核子醫學）相關影像檔案管理適當。 B：符合 C 項，且 1.品質監測結果發現異常時，應能執行問題調查與原因分析，並能針對須進行改善之事項，提出具體解決對策。 2.報告內容完整，且有適當影像會診機制，能協助臨床診療。 3.每一年度均針對病人照護品質相關指標（如報告時效監測、客訴意見處理、檢查品質、報告正確性與病人安全調查等）進行分析，並有相關統計報告，且發現異常狀況時，能進行相關因應措施，及留有紀錄可供審查。 A：符合 B 項，且 1.各類影像皆能立即調閱。 2.應建立品質保證執行過程之稽核制度，並有檢討改進、預防再發及成效查核等措施，且留有執行紀錄可供審查。 3.定期與臨床照護單位召開服務流程品質檢討會議，並有會議紀錄可查。 [註]符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)急性病床 49 床（含）以下。 (2)未有放射診斷或核子醫學儀器。 (3)申請「地區醫院評鑑」者。	

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
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	C： 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。 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。 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；如有廢片或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。 4.治療過程所需之急救設備完善。 5.定期召開輻射防護管理委員會，並發揮委員會功能，且有會議紀錄可查。 6.應具備領有輻射防護員資格之人員；放射治療（腫瘤）部門，則需具備領有輻射防護師資格之人員，且每年舉辦輻射從業人員繼續教育。 B：符合 C 項，且 1.具備之設施、設備規模足夠自行處理院內大部分每日常規治療需求，並備有適當的治療設備，其功能可提供必要的治療項目及符合時效的放射治療計畫，以因應急診醫療的需求。 2.配有各項輻射防護偵測設備及假體，並訂有標準作業流程，以落實各項安全查核工作，相關執行紀錄內容完整，並能定期檢討改善及妥善保存。 3.儀器設備依照服務內容及作業品質評估，適當汰舊換新。	評量項目 B-4 所提「應有 10%以上的醫事放射人員」，其分母為醫事放射師。

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			4.醫院內應有 10%以上的醫事放射人員，領有游離輻射防護人員證書。 A：符合 B 項，且 1.緊急治療之設施、設備因發生重大事故，無法因應急診醫療服務的需求時，治療部門必須建立合適與有效的備援機制，包括放射治療儀器應有不斷電或緊急發電設備。 2.治療室內外之規劃設計，能以病人隱私為考量，且提供安全、舒適的就醫環境。 3.安全及應變計畫能夠執行，並有實際演練紀錄，且相關檢討結果可回饋到治療作業，以改進工作流程及增進工作安全。 [註] 1.符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)未有放射治療或核子醫學儀器。 (2)申請「地區醫院評鑑」或「區域醫院評鑑」者。 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。	

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			(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。	
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	C： 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。 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。 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。 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。 5.應與相關診療科醫師舉行病例檢討會，並留有紀錄可查。 6.治療服務項目須借助他院或委外經營完成者，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治療醫院。 B：符合 C 項，且 1.相關作業程序執行狀況良好，並有定期評估，留有紀錄可供審查。 2.檢討會之經過及結果應記錄於病人診療紀錄內；當病人需要轉科或轉院時，應將檢討結果妥善轉予相關科別或醫院。 3.迅速提供正確的放射治療計畫及摘要，且配合轉診、轉檢或轉院等需求。 A：符合 B 項，且 1.能針對評估結果需要改善要點，進行根本原因分析，並可回饋到臨床作業，修訂工作流程及增進品質與安全。	

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			2.建置迅速且有效的治療會診機制。 3.定期舉行聯合討論會，且紀錄詳實。 [註]符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)未有放射治療儀器或核子醫學儀器。 (2)申請「地區醫院評鑑」或「區域醫院評鑑」者。	
可	2.8.14	放射治療（含核子醫學）部門具有完備的品質保證措施	C： 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。 2.放射治療（含核子醫學）相關影像檔案管理適當。 B：符合 C 項，且 1.品質監測結果發現異常時，應能執行問題調查與原因分析，並能針對須進行改善的事項，提出具體解決的對策。 2.診療紀錄內容完整，且有適當會診機制，能協助臨床診療。 3.每一年度均針對病人照護品質相關指標，如：診療時效監測、客訴意見處理、檢查品質、診療時效與安全調查等進行分析，並有相關統計報告，且發現異常狀況時，能進行相關因應措施，及留有紀錄可供檢討。 A：符合 B 項，且 1.各類放射治療影像或治療摘要皆能立即調閱。 2.應建立品質保證執行過程之稽核制度，並有檢討改進、預防再發生及成效查核等措施，且留有執行紀錄可供審查。 3.定期與臨床照護單位召開科際聯合檢討會議，並有會議紀錄可查，以提升病人照護品質。 [註]符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)未有放射治療儀器或核子醫學儀器。 (2)申請「地區醫院評鑑」或「區域醫院評鑑」者。	電子病歷已宣告，可不用列印簽章，但電子化病歷列印出來之病歷，應有簽名或蓋章。

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
可**	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	C： 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。 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。 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。 B：符合 C 項，且 1.診療紀錄中應記載檢查方法及影像診斷報告的臨床評估。 2.病歷紀錄應適時、適當呈現特殊檢查、檢驗、處置之理由。 3.定期或不定期檢討、修正或更新各項步驟及異常值說明。 4.緊急醫療及夜間、休假日，檢驗、檢查相關醫事人員採取待命制，應能有效發揮緊急檢驗、檢查的功能，且呼叫的步驟明確，並同時能夠確認提出結果報告的時間。 A：符合 B 項，且 1.有機制可確認異常危急值或檢查報告通報後，已被完整的收到，而能迅速運用於病人後續的醫療處置。 2.主治醫師或醫療照護團隊相關人員能夠依照判讀結果，作出診斷或治療計畫，並在病歷中記載。 3.緊急醫療及夜間、休假日，檢驗、檢查相關醫事人員採取值班方式，能夠立即提供各項緊急檢驗、檢查的功能，並有完善的相關備援機制。 [註]符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)急性病床 49 床（含）以下。 (2)未提供檢驗、檢查（醫事檢驗、病理診斷、放射診斷）服務。 (3)申請「地區醫院評鑑」者。	

2.9 出院準備及持續性照護服務

條號	條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
2.9	**出院準備及持續性照護服務**		
2.9.1	實施適切之轉診(介)	C： 1.應訂有轉診（介）的作業流程。 2.醫院應確認是否有具體轉診合作機制,確保滿足病人轉診的需要。 3.應有完整的轉診（介）紀錄。 B：符合 C 項，且應對轉診之時效、原因、適當性進行定期之統計分析。 A：符合 B 項，且 1.應有轉診（介）之異常狀況之檢討改善機制。 2.對轉診（介）病人應有適當的病況追蹤及回覆紀錄。 3.能提供原轉診醫師上網查詢其住院紀錄或相關資料之機制。 [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。	
2.9.2	醫療照護團隊應依病人需求，提供病人出院照護計畫	C： 1.為提供持續性之醫療照護，應能提供出院準備服務。 2.能依病人需求訂定出院照護計畫，並紀錄於出院病摘中。 3.計畫擬定過程各醫療照護團隊工作人員應進行諮商、調整及合作。 4.出院病人應依其狀況提供衛教指導及用藥清單。 5.病人出院時應適切提供後續門診追蹤資訊、緊急就醫之醫療資源與途徑，並能以書面資料提供病人充分的資訊。 B：符合 C 項，且 1.定期評估出院準備服務之品質及成效。 2.依病人需求，確認出院後可提供之社區相關資源或轉介。 A：符合 B 項，且確實執行計畫並有評估，成效良好。	

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			[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。 3.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。	
	2.9.3	提供出院病人適當之營養指導、復健指導、門診追蹤資訊等	C： 1.應於醫院內相關職類人員教育訓練中，檢討病人出院後的照護指導及實施步驟。 2.能依據病人需求狀況提供適當之營養、復健等計畫及指導之紀錄。 B：符合 C 項，且 1.有確實執行營養指導、復健指導等計畫實施紀錄，並評估品質及成效。 2.將病人資訊轉回至原轉診醫師或醫院。 A：符合 B 項，且有提供出院後相關諮詢服務窗口。	
	2.9.4	出院摘要應儘速完成	C： 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。 2.出院摘要有 90%於 7 日（日曆日）內完成。 B：符合 C 項，且： 1.出院摘要有 90%於 5 日（日曆日）內完成。 2.依病人需求，能提供中文出院病歷摘要。 A：符合 B 項，且： 1.出院摘要有 90%於 3 日（日曆日）內完成。 2.對出院病歷摘要之時效與品質有檢討機制，且成效良好。 [註]中文病歷摘要可參考行政院衛生署公告之範本。	

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
	2.9.5	與後續照護服務之單位建立連繫及合作關係	C： 1.與院外相關後續照護單位有連繫與合作，並訂有轉介流程。 2.院內有專責人員或單位負責前項工作。 B：符合 C 項，且有出院準備服務委員會或類似機制，並定期開會，能具體解決問題。 A：符合 B 項，且與後續照護單位有檢討機制，執行成效良好。	
可	2.9.6	適當執行居家照護服務	C： 1.提供居家照護之功能，設有專責護理人員及配合之診療制度。 2.具備各居家照護服務相關標準、步驟，訂有合適的居家照護計畫，並有紀錄。 B：符合 C 項，且 1.有接受居家護理相關訓練的護理人員從事該項業務。 2.有協調及社區合作之功能，並設有下列之一者： (1)個案管理師（Case Manager）。 (2)社工師或類似職務之專責人員。 (3)與社區合作連繫之專責人員。 3.適時修訂居家照護服務相關標準、步驟，並落實執行。 A：符合 B 項，且 1.訂定並提供上班時間外緊急聯繫系統之機制及服務。 2.檢討及訂定持續性品質促進措施。 [註]未向健保局申報居家照護給付醫院可自選本條免評。	
可	2.9.7	掌握服務之執行情形，在病例檢討會予以評估、檢討	C： 1.須掌握居家照護服務之實際執行情形，並有業務統計分析資料。 2.定期召開病例討論會（Case Conference），並有紀錄。至少每月召開 1 次跨領域醫療照護團隊討論會，若是與密切相關部門間之日常檢討，則宜每日召開。 3.參加討論會之人員應有業務相關之醫護及醫事等專業人員，如：	

條號		條文	評量項目	100 年度評鑑委員共識
			醫師、護理人員、社工師、復健相關治療人員、藥師、營養師。 B：符合 C 項，且病例討論會相關人員均能參加，評估、檢討病例照護計畫，適時修正，並記錄完整。 A：符合 B 項，且有提供居家臨終照護（Terminal Care）為病人及家屬做死亡準備，提供遺體護理及協助死亡診斷書之取得，並有紀錄。 [註]未向健保局申報居家照護給付醫院可自選本條免評。	