

106年度精神科醫院評鑑及精神科教學醫院評鑑說明會

基準及評量項目說明

- 2.1 病人及家屬權責
- 2.2 醫療照護品質與安全管理
- 2.3 醫療照護之執行與評估
- 2.6 感染管制

講師：蘇淑芳主任

服務機關：高雄市衛生局社區心理衛生中心

簡報大綱

- 醫院評鑑基準說明
 - 評量項目
 - 105年試評委員共識
- 實地評鑑重點提醒

2.1 病人及家屬權責

2.1.1 明訂維護病人權利的政策或規範，並讓病人、家屬及員工瞭解、尊重其權利

符合項目

1. 醫院秉持「病人為醫療的主體」的理念，為維護病人及家屬權利，訂有相關政策或規範，並公告週知
2. 醫院有舉辦或外派員工出席病人權利、醫療倫理與醫事法令等教育訓練活動

[註]

1. 制定住院病人的權利內容應參考衛生福利部「醫院住院須知參考範例」中之肆、病人權利，且應包含：1.依照醫事法規、精神衛生法，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
2. 病人權利內容應依精神衛生法相關規定辦理

2.1.1 明訂維護病人權利的政策或規範，並讓病人、家屬及員工瞭解、尊重其權利

105年試評委員共識：

1. 醫院應有相關規範，評鑑委員應尊重醫院的做法。
2. 查核重點應在醫院對於有關保護病人權利的落實程度。
3. 查核重點應在醫院對於「善盡保密義務」是否落實執行。
4. 符合項目3，評鑑委員可針對院內員工以訪談之方式來進行了解。

2.1.2 在診斷治療病人的過程，應適當說明病情、處置及治療方式，並依規定取得病人同意-1

符合項目

1. 醫院應依醫療法第64條規定，訂定院內侵入性檢查或治療項目及簽具同意書之作業規範，並提供書面說明，若遇未成年或無法親自簽具同意書者，應明訂確認或選擇簽具同意書者之流程
2. 依精神衛生法36條，精神醫療機構診治病人或於病人住院時，應向本人及其保護人說明病情、治療方針、預後情形、住院理由及其應享有之權利等有關事項，並於病歷中記載
3. 應於適當時機請病人、家屬參與醫療決策討論
4. 當病人或家屬表明欲徵詢第二意見時，應能主動提供會診或轉介，並能迅速提供適當的病歷資料，供被徵詢者參考
5. 對病人實施電痙攣治療等侵入性治療時，應符合精神衛生法規定
6. 制訂政策及指引，推動病人、家屬積極參與醫療決策之過程 (Shared Decision Making)，並建立醫病共識[試/可]

2.1.2 在診斷治療病人的過程，應適當說明病情、處置及治療方式，並依規定取得病人同意-2

[註]

1. 醫療法第64條：「醫療機構實施中央主管機關規定之侵入性檢查或治療，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人說明，並經其同意，簽具同意書後，始得為之但情況緊急者，不在此限
2. 前項同意書之簽具，病人為未成年人或無法親自簽具者，得由其法定代理人、配偶、親屬或關係人簽具」
3. 未提供侵入性檢查或治療，符合項目5得免評
4. 符合項目6列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算，惟申請「總病床數99床(含)以下」者可免評

2.1.2 在診斷治療病人的過程，應適當說明病情、處置及治療方式，並依規定取得病人同意-3

105年試評委員共識：

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，亦得以多元的方式進行有效的溝通
5. 符合項目所提「第二種參考意見」，應為另一醫師之意見，另照會或轉介等亦認計
6. ECT(電休克治療)屬侵入性治療，須符合本基準評量項目內容

可 2.1.3 嚴重病人緊急安置或強制住院作業應符合精神衛生法規定，並提供必要之治療及保護-1

符合項目

1. 明訂強制住院案件之申請作業程序，並有專責人員負責相關作業
2. 緊急安置或強制住院作業均符合精神衛生法之規定，包括：於適當場所執行；於規定期限內申請；強制住院病人均經「精神疾病強制鑑定、強制社區治療審查會」審查通過等，且有紀錄可查
3. 提供緊急安置及強制住院病人必要之保護及治療，且定期評估（包括藥物治療及每日執行自傷、自殺或傷人之危險性評估），並有紀錄
4. 指派緊急安置與強制住院業務相關人員（含指定專科醫師與承辦人員）參與教育訓練
5. 實強制住院病人出院照護服務，並登錄於精神照護資訊管理系統
6. 病歷應詳實記載病史、病情評估、住院意願、自傷或傷人之危險性評估、診療計畫及對於治療之反應等，且有督核機制

可 2.1.3 嚴重病人緊急安置或強制住院作業應符合精神衛生法規定，並提供必要之治療及保護-2

[註]

非直轄市、縣（市）衛生局所指定強制住院之精神醫療機構者，可自選本條免評

可 2.1.3 嚴重病人緊急安置或強制住院作業應符合精神衛生法規定，並提供必要之治療及保護-3

105年試評委員共識：

1. 符合項目1所提「專責人員」可包含行政人員
2. 醫院為指定精神醫療機構，但上次評鑑合格效期內未執行強制社區治療服務者，可自選本條免評，惟實地評鑑時，委員應積極鼓勵醫院執行此項業務

可 2.1.4 提供強制社區治療服務，並符合精神衛生法規定

符合項目

1. 明訂強制社區治療案件之申請作業程序，並有專責人員負責相關作業
2. 強制社區治療作業均符合精神衛生法之規定，包括：於規定期限內申請；強制社區治療病人均經「精神疾病強制鑑定、強制社區治療審查會」審查通過，且有紀錄可查
3. 有專責人員負責強制社區治療病人之個案管理及社區追蹤，並可合宜連結社區服務資源
4. 強制社區治療作業程序完整詳實，且確實執行，並有紀錄
5. 落實執行及上網填寫個案治療紀錄表，且每月提報機構執行狀況及指標資料至衛生局

[註]

非直轄市、縣（市）衛生局所指定強制社區治療之精神醫療機構者，可自選本條免評

2.1.5 病人於門診及住院時之檢查、處置與檢體採集和運送，皆應保障其隱私及權利-1

符合項目

1. 與病人進行溝通、病情說明、執行觸診診療行為及徵詢病人同意時，均應考量到環境及個人隱私之保護
2. 病人就診、檢查及處置時，應排除不相關者在場，並於場所中備有布簾、被單、治療巾等，對於較私密部位之檢查，應徵得病人同意，避免過度暴露，並依需要安排合適之醫事人員陪同，協助觀察病人及注意隱私之維護
3. 於診療過程中呼喚病人時，宜顧慮其權利及尊嚴；候診區就診名單之公布，應尊重病人之意願，以不呈現全名為原則
4. 住院訂有探病及陪病之規範；在公開標示病人姓名前，亦有尊重病人或家屬意願的機制，並確實執行
5. 多人病房之病床間有合適的空間或隔簾隔開，病床配置及病房空間應考量到確保隱私，同室應安排同性別病人
6. 若為教學醫院其病房教學門診應有明顯標示，於教學門診及教學迴診過程，若有實（見）習學生在旁學習，應事先充分告知病人
7. 病人檢體（尿液、糞便等）之採集和運送，有考量病人之隱私

13

2.1.5 病人於門診及住院時之檢查、處置與檢體採集和運送，皆應保障其隱私及權利-2

[註]

參考衛生福利部104年1月30日衛部醫字第1041660364號公告修正之「醫療機構醫療隱私維護規範」

14

2.1.6 精神病人從事之勞務作業應符合治療目的，且應明確訂定精神科病人職能收益管理方針，並作適當的執行管理

符合項目

1. 依個別復健治療目的安排病人從事勞務作業，有醫囑轉介、經詳細告知復健治療計畫、目的、工作內容與報酬後，簽署同意書，病人有權利拒絕參與非治療目的之勞務作業
2. 對於復健治療計畫有疑義或不滿時有申訴管道
3. 成立管理委員會或小組，定期開會，紀錄完整，且有從事勞務作業之病友或家屬團體代表參加
4. 復健收益（基金）之收入扣除必要直接成本後，至少八成以上費用發給病人作為工作獎勵，餘則用於提升該等病人復健助益之活動，備有收支帳目、領據簽單、月報表及年報表



2.2 醫療照護品質與安全管理



2.2.1 醫院應訂定及推動全院品管及病人安全計畫，並定期檢討改善-1

符合項目

1. 醫院應建立全院性品管及病人安全制度，並擬定病人安全目標、任務及執行方針
2. 醫院應設有委員會或相關組織，依醫院特性擬訂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
3. 專責人員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
4. 醫院應建置不以懲罰為原則的通報系統，鼓勵同仁自願通報，以提升醫療照護及作業環境之安全性
5. 醫院應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
6. 依各類人員於醫品及病安之需求，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[試/可]
7. 召開跨部門品管及病安討論會議，分析影響病人安全的要因，擬訂改善對策，並確實執行及評核成效[試/可]

2.2.1 醫院應訂定及推動全院品管及病人安全計畫，並定期檢討改善-2

[註]

符合項目6、7列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算，惟申請「總病床數99床(含)以下」者可免評

105年試評委員共識：

1. 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
2. 品管業務係指全院品管(包含病安)業務

2.2.2 對於發生之醫療不良事件，能進行根本原因分析，訂定預防措施及改善

符合項目

1. 訂有醫療不良事件之通報與處理機制
2. 醫院對醫療不良事件，有適當關懷病人之機制
3. 對於嚴重度或發生率較高的醫療不良事件進行分析檢討，根據分析結果提出可行之改善措施[試/可]
4. 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[試/可]

[註]

符合項目3、4列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算，惟申請「總病床數99床(含)以下」者可免評

2.2.3 定期舉行照護品質相關會議，應用實證醫學佐證，檢討改善實務運作，並建立機制以檢討醫療倫理與法律相關之病例與主題-1

符合項目

1. 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
2. 醫療照護品質及病安相關議題，依實證醫學文獻及醫療照護團隊共識，修正醫療照護指引、常規或技術手冊，提供醫療照護團隊執行參考
3. 每次會議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，運用於臨床照護[試/可]
4. 檢討院內實際醫學倫理與法律相關案例，並訂出醫療照護人員依循之倫理準則[試/可]
5. 對於醫學倫理議題有諮詢功能[試/可]

2.2.3 定期舉行照護品質相關會議，應用實證醫學佐證，檢討改善實務運作，並建立機制以檢討醫療倫理與法律相關之病例與主題-1

[註]

1. 小型醫院（總病床數99床（含）以下）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
3. 醫療照護及品質、病安相關會議，如：病例討論會、併發症及死亡病例討論會、醫療不良事件討論會、醫學倫理討論會、委員會等
4. 符合項目3、4、5列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算，惟申請「總病床數99床（含）以下」者可免評

105年試評委員共識：

「定期」會議係指至少三個月開會一次

2.3 醫療照護之執行與評估

2.3.1 住院病人應由主治醫師負責照護，並讓病人知悉-1

符合項目

1. 住院病人應由主治醫師負責照護並讓病人知悉其主治醫師
2. 上班日急性病房應每日施行迴診且有紀錄可查；慢性病房及日間照護病房，得視病情減少迴診頻率，但至少每2週應迴診1次且有紀錄可查
3. 病程紀錄應有主治醫師簽章，全面或部分實施電子病歷之醫院，相關主治醫師複簽、修改紀錄簽名應符合電子簽章規範
4. 若主治醫師不在時，有明確規定代理制度
5. 明訂醫療照護團隊與主治醫師之聯絡方式，及無法聯絡上時的因應方法

2.3.1 住院病人應由主治醫師負責照護，並讓病人知悉-2

105年試評委員共識：

符合項目所提「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 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-1

符合項目

1. 主治醫師需親自診察評估病情，視病情修訂診療計畫，病程紀錄能適當的反應病況變化
2. 病歷紀錄應完整詳實，且包含病人主訴、病史、身體檢查、精神狀態檢查、實驗室檢查、臆斷與診療計畫等，並能顯示達成診斷及實施處置之合理思考邏輯，且應適時、適當呈現心理衡鑑、職能評鑑、社工評估、檢查、檢驗、處置之理由，及影像診斷報告的臨床評估
3. 有定期的診療摘要紀錄或交班摘要[試/可]
4. 個案討論結果應記錄於病人診療紀錄內；當病人需要轉科或轉院時，應將討論結果妥善轉予相關科別或醫院[試/可]

[註]

1. 診療計畫不需為獨立單張，亦未規定須由病人或家屬簽名
2. 符合項目3、4列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算，惟申請「總病床數99床(含)以下」者可免評

2.3.2 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-2

105年試評委員共識：

1. 查核重點應為：病人每日診視診治後之相關紀錄
2. 符合項目所提「診療計畫」，需呈現於病歷紀錄中，可不需另行新增病歷單張

2.3.3 醫療照護團隊人員應了解病人問題，並讓接班人員知悉；如有轉出至其他單位及科別時，應製作照護摘要或交班紀錄，以達持續性照護-1

符合項目

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能瞭解病人問題
3. 訂有轉換單位之作業流程，轉換單位、科別或照護團隊時，轉出之醫療照護團隊應製作照護摘要或交班紀錄，以供後續照護單位提供持續性病人照護

2.3.3 醫療照護團隊人員應了解病人問題，並讓接班人員知悉；如有轉出至其他單位及科別時，應製作照護摘要或交班紀錄，以達持續性照護-2

105年試評委員共識：

1. 「交班」至少包括「醫師對醫師」、「護理人員對護理人員」之交班，惟二者交班內容不可相互矛盾
2. 符合項目3係查核醫院對於轉換單位之作業流程的落實程度

2.3.4 護理過程完整，能因應病人狀況提供適切可行的護理照護計畫-1

符合項目

1. 能依病人狀況，提供適切的身、心護理照護計畫
2. 護理過程紀錄應包括評估、計畫、措施及評值
3. 護理照護計畫具有個別性，有依病人狀況與需求，適時調整
4. 對於自我照顧困難之病人，能指導協助家屬（或輔助人力）讓病人得到基本的身體護理，並促進其達到自我照顧的能力

2.3.4 護理過程完整，能因應病人狀況提供適切可行的護理照護計畫-2

105年試評委員共識：

本項基準則請委員可透過實地至病房觀察或訪談護理人員、病人等，以了解護理照護是否滿足病人各項需求（如：生理需求、心理衛生需求、暴力防護需求等），以綜合判斷護理人員之護理照護時數是否合理

重 2.3.5 適當的護病比-1

符合項目

1. 護理人力須符合醫療機構設置標準，並能符合排班基本要求
2. 各類型醫院精神急性一般病床之全日平均護病比為：
 - 1) 精神科醫院： ≤ 15 人
 - 2) 精神科教學醫院： ≤ 12 人
3. 各類型醫院精神慢性一般病床之全日平均護病比為：**[試]**
 - 1) 精神科醫院： ≤ 45 人
 - 2) 精神科教學醫院： ≤ 37 人

[註]

1. **本條為重點條文**
2. 納入護病比計算之人力，包括護理長、護理師、護士，並應辦理執業登記；實習護士及專科護理師等不列入計算

重 2.3.5 適當的護病比-2

3. 病床數依登記開放之精神急性一般病床數、精神慢性一般病床數計。
4. 精神急性一般病床全日平均護病比計算公式：醫院該月每一個病房之（精神急性一般病床床位數 \times 佔床率 $\times 3$ ）加總後 \div 每月每日平均上班護理人員數之三班小計加總，人數計算皆四捨五入取至小數點下一位。
5. 精神慢性一般病床全日平均護病比計算公式：醫院該月每一個病房之（精神慢性一般病床床位數 \times 佔床率 $\times 3$ ）加總後 \div 每月每日平均上班護理人員數之三班小計加總，人數計算皆四捨五入取至小數點下一位。
6. 符合項目3列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。
7. 為顧及護理人員流動率，得有實務人力調整空間，於106至109年實地評鑑時之評量方法中，訂定達成上列全日平均護病比之90%即為符合，即精神科醫院急性病房全日平均護病比可調整為 $\leq 16.7(15 \div 0.9 = 16.7)$ ；精神科教學醫院急性病房全日平均護病比可調整為 $\leq 13.3(12 \div 0.9 = 13.3)$ ；精神科醫院慢性病房全日平均護病比可調整為 $\leq 50(45 \div 0.9 = 50)$ ；精神科教學醫院慢性病房全日平均護病比可調整為 $\leq 41.1(37 \div 0.9 = 41.1)$

重 2.3.5 適當的護病比-3

105年試評委員共識：

有關本項基準查證方式包含：

- 1) 醫院填報醫院評鑑補充資料表數據
- 2) 實地評鑑當日抽查之精神急性一般病房全日護病比

2.3.6 醫囑之記載與確認應有標準作業，以確保醫囑安全執行-1

符合項目

1. 醫院應明訂醫囑確認具體步驟及醫療照護團隊針對醫囑溝通之機制
2. 緊急時(含急救、緊急給藥)接受口頭(含電話)醫囑，應有確認機制，如接受醫囑時要複誦並記錄確認，且應於24小時內完成醫囑記述
3. 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

2.3.6 醫囑之記載與確認應有標準作業，以確保醫囑安全執行-2

105年試評委員共識：

1. 符合項目所提「醫囑」係由醫師複核並蓋醫師章(或簽名)為準
2. 符合項目所提「口頭(含電話)醫囑的範圍及處理方式」係應依醫院實際狀況制定明確規範，內容包括口頭醫囑適用範疇及處理方式

2.3.7 依病情需要，提供醫療照護團隊照會轉介服務，並與院外機構建立良好轉診合作關係

符合項目

1. 醫院應明訂會診作業規範
2. 會診時效性、結果及品質，有檢討機制
3. 與合作機構建立轉診機制，協助身體疾病診治需要的病人，安排適切安全之轉診
4. 院內照會具時效性[試/可]
 - 1) 心理：一般會診須於5個工作日內完成
 - 2) 職能：一般會診須於3個工作日內完成
 - 3) 社工：一般會診須於3個工作日內完成
 - 4) 營養師會診須於2個工作日內完成

[註]

符合項目4列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算，惟申請「總病床數99床(含)以下」者可免評

2.3.8 依據病情評估結果，提供適切之復健治療計畫-1

符合項目

1. 經醫療照護團隊評估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方式並轉介各種專業，如：職能治療、心理治療、社會工作或護理人員，且充分向病人說明
2. 依病人復健計畫執行，並將病人復健訓練及改善情形，記錄於診療紀錄中，具體呈現病人復健進展
3. 依計畫提供適當服務，並統計復健計畫實施狀況，掌握病人人數等復健服務資訊
4. 診療、復健紀錄詳實並與醫療照護團隊定期討論，且醫療照護團隊間應確立相關溝通機制
5. 應有跨領域之醫療照護團隊定期協商討論，並備有紀錄

[註]

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

2.3.8 依據病情評估結果，提供適切之復健治療計畫-2

105年試評委員共識：

1. 復健計畫需呈現於團隊照護之紀錄
2. 復健治療團隊包含醫師、護理師(士)、職能治療師(生)、臨床心理師、社會工作師(人員)之復健治療相關人員)
3. 醫療團隊係指復健團隊外，依服務病人之需要，亦包含該院之其他醫師、藥師、營養師等醫療人員
4. 復健團隊及醫療團隊得視醫院規模、運作模式分別設置或同屬一個團隊

2.3.9 訂有行動限制（隔離、約束）之作業常規-1

符合項目

1. 保護室符合醫療機構設置標準
2. 應訂定實施行動限制的作業常規
3. 約束病人身體或限制其活動範圍應有醫囑
4. 非為合理之醫療目的或為防範緊急暴力意外、自殺或自傷之事件，不得拘束病人身體或限制其行動自由於特定之保護設施內
5. 不得以戒具或其他不正當方式拘束病人身體或限制其行動自由
6. 對約束中的病人照護，至少每15分鐘探視1次且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，且須有紀錄
7. 執行前應確認病人或家屬充分瞭解限制行動之必要性，並取得病人或家屬同意書

[註]

依醫療機構設置標準「附表(三)精神科醫院設置標準表」規定，「保護室最小面積應有十平方公尺，並有適宜的空調及燈光，牆面與地板應有防焰軟墊，另應設有監視器、對講機、門具有觀察窗及門鎖；各項設備宜裝置於高處」

2.3.9 訂有行動限制（隔離、約束）之作業常規-2

105年試評委員共識：

符合項目1，認定原則新增「設置標準以衛生局查證為主」

2.3.10 評估住院病人營養狀態，適切給予營養及飲食指導

符合項目

1. 訂定營養篩檢、飲食指導等照會流程與機制
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
3. 營養照護建議可與醫療照護團隊其他成員討論，據以共同擬定照護計畫

[註]

總病床99床(含)以下醫院若未設有營養師，醫護人員亦應評估病人的營養狀況及提供飲食指導

2.3.11 提供病人適當之衛教資料與指導

符合項目

1. 醫療照護團隊依病人及照顧者需要提供衛教單張及資料，且應依需要提供個別或團體衛教，並適時更新衛教指導內容
2. 至少每半年辦理1次家屬團體衛教活動，衛教前應先評估病人或照顧者接受衛教的準備度，包括病人的病情、語言、教育程度等

[註]

衛教資料可包括：健康促進、疾病照護、身心壓力調適及自我照護、學校/工作適應、代謝症候群、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、各類精神疾病症狀、治療及復健、相關資源、家人照護、精神衛生法規及政策等

2.3.12 明訂院內突發危急病人急救措施，且應落實執行-1

符合項目

1. 明訂院內突發危急病人急救措施之標準作業程序
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. 急救設備功能及藥品供應正常，並能正確操作，且確實點班
4. 藥師定期檢查及更新急救車藥品並有紀錄
5. 至少舉辦一次以上醫療照護團隊之急救演練且有紀錄

[註]

急救車藥物應每班別確實點班，若急救車上鎖或貼封條則毋須每班點班，但有定期核對急救用品有效期限之機制

2.3.12 明訂院內突發危急病人急救措施，且應落實執行-2

105年試評委員共識：

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
3. 院內急救車之藥品及物品擺放位置應一致，以利新進人員及支援同仁儘快熟悉藥品位置
4. 急救車內之藥品應以急救藥物為原則，勿放置常備藥品

2.3.13 醫療照護團隊應依病人需求，提供適切、完整的出院照護計畫與指導，並有紀錄-1

符合項目

1. 醫院應明訂出院照護流程
2. 依病人需求訂定出院照護計畫，計畫擬定過程，各醫療照護團隊應能評估病人長期性問題，與家屬或/及保護人進行諮商、調整及合作，並於出院前提供一般衛教指導、用藥清單及依出院病人狀況執行衛教指導(含：用藥注意事項、藥品副作用之預防與處理)，且記錄於出院病摘中並能將出院照護計畫資料上傳至精神照護資訊管理系統
3. 醫院應以輔導出院為前提，進行持續性照護，訂定出院照護計畫，且應提供所有社區醫療、復健資源，包括門診追蹤資訊、緊急就醫、居家治療、精神復健機構、護理之家、強制社區治療等轉介服務、生活、學業及職業重建服務建議、心理諮商服務建議、其他出院照護相關事宜等事項，並以書面資料提供病人充分的資訊，及提供院內相關專責部門聯繫方式，落實辦理出院轉銜工作
4. 應有出院照護計畫及轉診(介)紀錄

2.3.13 醫療照護團隊應依病人需求，提供適切、完整的出院照護計畫與指導，並有紀錄-2

[註]

1. 出院照護計畫之擬訂應依「身心障礙者權益保障法」第23條、「精神衛生法」第38條第2項及其授權訂定子法規之規定辦理
2. 符合項目2所提出院照護計畫資料上傳情形，參閱近期衛生局督考紀錄

可 2.3.14 適當執行居家治療服務，並有評估、檢討，以利品質提升

符合項目：

1. 有接受居家治療相關訓練之專責護理人員，執行居家治療業務
2. 訂有各項居家治療服務計畫、作業標準步驟
3. 對個案訂有合適的照護計畫，紀錄完整
4. 依個案需求，協助提供社區相關資源或轉介服務，並有紀錄
5. 至少每月召開1次跨領域團隊個案討論會，參加討論會之人員應為業務相關之醫療照護團隊；會中能針對特殊需求個案之照護計畫，適時檢討修訂，並有紀錄

[註]

未向衛生福利部中央健康保險署申報居家治療給付醫院可自選本條免評

2.3.15 訂定病人非預期重病、重傷或死亡之處理流程

符合項目：

1. 明訂病人非預期重病、重傷或死亡之處理規範
2. 主責醫療照護團隊人員應即時通知家屬，並向其說明事情發生之經過及可能原因
3. 依家屬需要協助探視轉院治療之病人或面對病人非預期死亡的事實，提供哀傷輔導及關懷服務
4. 相關醫療照護團隊人員應有哀傷輔導在職訓練
5. 對於有需要的病人或家屬，醫院能主動提供社工、心理師、志工的訪視、支持或諮詢服務

第2.6章 感染管制

2.6.1 落實執行感染管制措施

符合項目

1. 設有感染管制委員會，監督醫院感染管制年度工作計畫執行情形
2. 制訂感染管制手冊並定期修訂；落實執行手部衛生、呼吸道衛生咳嗽禮節、組合式照護等感染管制措施
3. 持續監測醫療照護相關感染發生情形，感染管制指標能回饋相關醫護人員，並制訂具體的改善方案且確實實施
4. 訂有新興傳染病及院內群聚或群突發感染發生之危機處理標準作業流程，並針對發生之事件有調查處理報告；若遇群聚感染院方無法處理時，有尋求協助之應變機制

2.6.2 確實執行衛材之清潔、消毒、滅菌及環境清消-1

符合項目

1. 執行衛材、器械、機器之清潔、消毒、滅菌，應依照說明書建議或相關指引，訂有標準作業流程，由專人負責且確實執行，並留有監測紀錄備查，且工作人員清楚各項指標意義及處理異常情況
2. 衛材、器械之滅菌業務外包，或租賃手術器械，應妥善監控品質、設有管理辦法及進行例行性稽查，並有紀錄備查
3. 醫院之衛材與器械未集中於供應室消毒、滅菌者，應依供應室之作業指引及流程辦理之
4. 消毒滅菌過的物品應保管於清潔且空調較佳處之架子或有門扇之櫥櫃內，並依物品名稱及消毒先後順序適當置放
5. 對於醫療環境清潔工作訂有標準作業程序並設有查檢表，且有相關機制教育環境清潔人員熟悉內容並落實執行

2.6.2 確實執行衛材之清潔、消毒、滅菌及環境清消-2

105年試評委員共識：

1. 評鑑委員需查證相關單位之消毒、滅菌物品是否於有效期限內
2. 符合項目1所提「環境清潔消毒」係指全院環境

2.6.3 落實抗生素抗藥性管理

符合項目

- 1 醫院訂有抗生素管理措施，並有推動抗生素管理之跨部門團隊合作機制，且由院長或副院長帶領執行
- 2 醫院應有抗生素使用量及抗生素抗藥性之監測機制，並定期統計分析，對於多重抗藥性微生物感染或移生 (colonization) 的病人採取適當隔離及防治措施

感謝聆聽
敬請指教

