

106 年度醫院評鑑基準 及評量項目 (醫學中心適用)

目 錄

凡例	III
附表、醫院評鑑基準條文分類統計表	IV
第 1 篇、經營管理 第 1.1 章 醫院經營策略.....	5
第 1 篇、經營管理 第 1.2 章 員工管理與支持制度.....	15
第 1 篇、經營管理 第 1.3 章 人力資源管理.....	22
第 1 篇、經營管理 第 1.4 章 員工教育訓練.....	36
第 1 篇、經營管理 第 1.5 章 病歷、資訊與溝通管理.....	40
第 1 篇、經營管理 第 1.6 章 安全的環境與設備.....	48
第 1 篇、經營管理 第 1.7 章 病人導向之服務與管理.....	60
第 1 篇、經營管理 第 1.8 章 風險與危機管理—風險分析與緊急災害應變	66
第 2 篇、醫療照護 第 2.1 章 病人及家屬權責	72
第 2 篇、醫療照護 第 2.2 章 醫療照護品質與安全管理.....	78
第 2 篇、醫療照護 第 2.3 章 醫療照護之執行與評估.....	83
第 2 篇、醫療照護 第 2.4 章 特殊照護服務	99
第 2 篇、醫療照護 第 2.5 章 用藥安全	129
第 2 篇、醫療照護 第 2.6 章 麻醉與手術.....	139
第 2 篇、醫療照護 第 2.7 章 感染管制.....	146
第 2 篇、醫療照護 第 2.8 章 檢驗、病理與放射作業	161

凡例

- 一、本基準內容之編排，區分為篇、章、條、項、款、目六個層級，共計有 2 篇、16 章、188 條。其中章號使用二碼數字，條號使用三碼數字。引用條文規定時，可略去篇名與章名。
- 二、本基準之條文，有下列五種分類方式(參考下頁附表)：
 - 1.依醫院可否選擇免評該條文，可區分為「不可免評之條文」與「可免評之條文(not applicable)」。「可免評之條文」，醫院可依提供之服務項目而選擇免評之條文，於條號前以「可」字註記。
 - 2.醫院評鑑基準依評量方式不同，分為以「優良、符合、不符合」評量及以「符合、不符合」評量二類，前者共計有 164 條，後者於條號前以「合」字註記，共計有 24 條。評鑑基準評量達「符合」以上者，該條文始為合格。
 - 3.「必要條文」，此類條文規範基本的醫事人員之人力標準，於條號前以「必」字註記，共計有 7 條(1.3.1、1.3.3、1.3.5、1.3.6、1.3.8、1.3.9、1.3.10)，此類條文評量為不合格者，則列為「評鑑不合格」。
 - 4.「重點條文」，於條號前以「重」字註記，共計有 9 條(1.6.4、1.6.5、1.6.7、1.6.8、1.8.1、1.8.2、1.8.3、2.3.6、2.7.5)，此類條文評量為不合格者，則須限期改善並接受「複查」。
 - 5.「試評條文」，於條號前以「試」字註記，共計有 9 條(2.4.28、2.4.29、2.4.30、2.4.31、2.4.32、2.4.33、2.4.34、2.4.35、2.4.36)，其中有 5 條(2.4.32、2.4.33、2.4.34、2.4.35、2.4.36)亦屬「可免評之條文」；惟此類條文評量結果不納入評鑑成績計算。
- 三、本基準之條文 2.7.2、2.7.3、2.7.4、2.7.13 及 2.7.14 中提及「牙醫」、「牙科」、「中醫」者，屬試評範圍，惟不納入該條文之評量成績。

附表、醫院評鑑基準條文分類統計表

篇	章		條數	可免評 條文之 條數	符合/不 符合條 文之條 數	必要 條文之 條數	重點 條文之 條數	試評 條文之 條文數
一、 經營管理	1.1	醫院經營策略	11	1	2	0	0	0
	1.2	員工管理與支持制度	7	0	1	0	0	0
	1.3	人力資源管理	12	1	0	7	0	0
	1.4	員工教育訓練	5	1	0	0	0	0
	1.5	病歷、資訊與溝通管理	9	0	1	0	0	0
	1.6	安全的環境與設備	11	0	4	0	4	0
	1.7	病人導向之服務與管理	7	0	0	0	0	0
	1.8	風險與危機管理—風險 分析與緊急災害應變	5	0	2	0	3	0
第一篇合計			67	3	10	7	7	0
二、 醫療照護	2.1	病人及家屬權責	6	1	1	0	0	0
	2.2	醫療照護品質與安全管理	5	0	0	0	0	0
	2.3	醫療照護之執行與評估	21	4	6	0	1	0
	2.4	特殊照護服務	36	13	1	0	0	9
	2.5	用藥安全	12	0	4	0	0	0
	2.6	麻醉及手術	11	1	2	0	0	0
	2.7	感染管制	15	0	0	0	1	0
	2.8	檢驗、病理與放射作業	15	0	0	0	0	0
第二篇合計			121	19	14	0	2	9
總計			188	22	24	7	9	9

第 1 篇、經營管理 第 1.1 章 醫院經營策略

【重點說明】

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

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

條 號	條 文	評量項目(草案)
1.1.1	明訂宗旨、願景及目標，確認醫院在服務區域的角色及功能，並據以擬定適當之目標與計畫	目的： 訂定宗旨、願景與目標，營造病人安全、醫療品質，尊重病人權益的文化，確實履行在服務區域之角色與任務。 符合項目： 1.醫院之監督或治理團隊與經營團隊能共同訂定醫院之宗旨、願景及目標。 2.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。 3.在訂定過程中能將服務區域之需求分析結果納入策略規劃中，依據前述策略分析結果明訂醫院在服務區域的角色與功能，由經營團隊擬訂年度目標與計畫。 優良項目：(下述項目(不含試評項目)僅限一項未達成) 1.監督或治理團隊必須有員工代表及社會公正人士的董事或參與機制。(試評) 2.依據醫院員工之多元特性建立具有特色之溝通機制，適當向員工宣導醫院之角色、功能、目標與計畫，使其瞭解。 3.經營團隊能依據宗旨與願景訂定短、中、長期目標與計畫。 4.醫院之監督或治理團隊審查及核准為達成醫院宗旨、願景與目標所需之策略性相關計畫並視需要編列相關預算。

條	號	條文	評量項目(草案)
			5.監督或治理團隊定期檢討醫院之宗旨、願景與目標是否符合國家政策、法令與社區民眾之需求。 6.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。 [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(executive team)係指依監督或治理團隊之決議或指示，實際負責醫院營運者，可包含如院長、副院長、資深主管、部科或醫療團隊主管等。 3.優良項目 4 所指之策略性計畫與預算是為達成醫院宗旨、願景與策略目標之特定計畫及預算(不包括日常營運所需之計畫與預算)。 評量方法及建議佐證資料： 1.可呈現醫院監督或治理團隊及經營團隊之章程、組織圖。(符合) 2.醫院之監督或治理團隊及經營團隊皆參與訂定宗旨、願景及目標之相關資料。(符合) 3.服務區域需求之分析結果。(符合) 4.醫院在病人安全及醫療品質、以病人為中心、尊重病人權利、提供的醫療照護是病人所真正需要之執行成果。(符合) 5.適當向員工宣導醫院之角色、功能、目標與計畫之書面資料。(優良) 6.對目標與計畫執行成效之追蹤與改善資料。(優良) 7.地區醫院可視需求制訂中長期計畫。(優良)
	1.1.2	醫院之監督或治理團隊與經營團隊應積極主動提升醫療品質、病人安全及經營管理成效，並營造重視醫療品質及病人安全之文化	目的： 監督或治理團隊與經營團隊定期針對病人安全、醫療品質與經營管理相關議題進行討論，並責成經營團隊依其專業研擬改善方案，定期追蹤改善成效，提升醫療品質、病人安全及經營管理成效。 符合項目： 1.經營團隊具備執行職務所必須之知識、技能及素養，定期收集病人安全、醫療品質與經營管理相關之全院資料並進行分析。 2.醫院之監督或治理團隊與經營團隊間定期針對病人安全、醫療品質與經營管理相關之全院資料分析結果進行討論，以確認需改善之相關議題(如：就服務病人相關的議題，參考背景說明、重要的品質指標報告等進行檢討)，並獲得共識。 3.經營團隊根據分析結果研擬之解決方案，定期呈送監督或治理團隊同意。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

條	號	條文	評量項目(草案)
			1.經營團隊與監督或治理團隊能建立機制定期討論如何妥善運用外部機構提供之醫療品質與病人安全資料，訂定提升醫療品質與病人安全之目標。 2.定期檢討與改善醫療品質、病人安全、經營管理與營造重視醫療品質及病人安全文化之執行成效且有追蹤機制，並將執行結果呈送監督或治理團隊核備。 3.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。 [註] 優良項目 1 之「外部機構提供之醫療品質與病人安全資料」係如：健保品質指標、TCPI、THIS、TCHA 或外部認證等。 評量方法及建議佐證資料： 1.經營團隊中負責醫療品質與病人安全之主管學經歷文件。(符合) 2.經營團隊定期收集病人安全、醫療品質與經營管理相關之全院資料與分析結果。(符合) 3.監督或治理團隊與經營團隊溝通之內容與相關之會議紀錄。(符合) 4.運用外部機構提供之醫療品質與病人安全資料，訂定提升醫療品質與病人安全之目標之會議紀錄。(優良) 5.列舉醫院在醫療品質、病人安全與經營與營造重視醫療品質及病人安全文化成效之檢討與改善紀錄。(優良)
合	1.1.3	明訂組織架構及指揮系統，落實分層負責與分工	目的： 明訂組織架構、指揮系統及管理制度，各部門據以推動各項業務及資料管理。 符合項目： 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、企劃、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。 3.組織架構圖及各類規範，依其性質公告周知或傳達院內相關同仁，確保容易取得且具實用性，並能落實分工及分層負責。 4.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。 5.全院文件資料有管理機制(包含紀錄保存、發行及更新)，並據以執行。 評量方法及建議佐證資料： 1.醫院組織架構圖、組織章程。 2.各單位辦事細則(工作手冊)、作業規範或程序相關檢討之會議紀錄。

條 號	條 文	評量項目(草案)
		3.組織調整規章修正之公告相關資料。
1.1.4	訂定醫療業務指標、內部作業指標，定期分析及檢討改善	目的： 收集醫療業務管理及內部作業流程等相關指標，並建立定期檢討與改善機制，提升醫院經營管理績效。 符合項目： 1.有專責人員或部門負責收集醫療業務管理及內部作業流程相關指標，且每年至少有一次以上之報告。 2.收集醫療業務管理相關指標至少 5 項，並應包含佔床率、死亡率、醫療照護相關感染率(或密度)。 3.收集內部作業指標至少包含：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)、門診等候時間等。 優良項目：(下述項目須全部達成) 1.定期分析及檢討，並視情形改善醫療業務指標之執行成效。 2.設有品質內控(或異常管理)機制，如：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；或如：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。 3.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，成效良好。 [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)、核心檢查項目等候時間等。 2.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。 評量方法及建議佐證資料： 1.醫療業務指標與內部作業指標收集結果。(符合) 2.醫療業務指標與內部作業指標之執行成效與改善紀錄。(優良) 3.高門診人次之醫療品質與較高風險之侵入性或放射性檢查(或治療)之品質監測指標與相關檢討之會議紀錄。(優良)
1.1.5	健全之會計組織及制度，並有財務內控及外部查核機制	目的： 建立健全會計制度與相關財務內控及外部查核機制，定期檢討改善，提升財務管理成效及確保醫院財務健全。 符合項目： 1.設置會計業務單位或專責人員。專責人員應熟悉一般

條	號	條文	評量項目(草案)
			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。 3.建立並執行內控機制。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 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。 2.編製年度預算書與結(決)算書，應符合醫院年度工作計畫。 3.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，並依照外部會計師財務報表簽證報告(或審查結果)修正相關機制與作業。 4.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。有進行成本分析，並針對重大變動分析差異原因。 5.執行內控機制後，依內控結果修正相關機制與作業。 評量方法及建議佐證資料： 1.會計部門組織與章程與負責主管之資料。(符合) 2.醫院之會計制度及各部門之成本分析報表(月、季與年)。(符合) 3.年度工作計畫及年度預算。(優良) 4.內部稽核制度與稽核結果之書面資料會計師簽證報告與依據簽證報告進行之改善結果。(優良) 5.運用各種相關財務報表，應包含損益表(收支餘絀表)、資產負債表、現金流量表等，協助醫院決策，成效良好足以成為其他醫院楷模之事證。(優良)
合	1.1.6	遵守相關法令，並提供合宜教育訓練	目的： 定期檢視各項政策業務執行，遵守相關法令及檢討改善，且每年提供合宜之教育訓練。 符合項目： 1.對於衛生主管機關執行衛生或醫療相關法令時，所開立之違規處分書或建議事項，能即時檢討並積極改善。 2.能配合政府有關醫院設備設施，員工安全福利、勞動檢查及病人權利等相關法令、行政規劃及行政指導之執行；若醫院受相關主管機關檢查結果不合格者，必需於期限內改善。 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。 [註] 1.第3項相關工作人員及業務需要，由醫院自行界定，提供給評鑑委員參考。

條	號	條文	評量項目(草案)
			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、人體研究法、安寧緩和醫療條例、管制藥品管理條例、藥害救濟法、人工生殖法、菸害防制法、優生保健法等。 (2)命令：醫療機構設置標準、醫療機構提報癌症防治資料作業辦法、傳染病流行疫情監視及預警系統實施辦法、防疫物資及資源建置實施辦法、嚴重藥物不良反應通報辦法、醫院電腦處理個人資料登記管理辦法、醫院緊急災害應變措施及檢查辦法、醫療廢棄物共同清除處理機構管理辦法、危險性醫療儀器審查評估辦法、特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法、活體肝臟捐贈移植許可辦法等。 (3)藥品優良調劑作業準則、安寧住院療護病房設置參考規範、醫療機構實施電子病歷作業要點、醫療院所辦理轉診作業須知等。 4.其他相關法令如：勞動基準法、職業安全衛生教育訓練規則、環境基本法、建築法、消防法、身心障礙者權益保障法、家庭暴力防治法、兒童及少年福利與權益保障法、性別工作平等法、全民防衛動員準備法、性侵害犯罪防治法、食品安全衛生管理法、家庭暴力防治法、職業安全衛生法、職業災害勞工保護法、職業安全衛生設施規則、勞工健康保護規則、職業安全衛生管理辦法、勞工保險條例、游離輻射防護法、放射性廢棄物處理貯存及其設施安全管理規則、性侵害事件醫療作業應行注意事項、輻射工作場所管理與場所外環境輻射監測作業準則、輻射防護管理組織及輻射防護人員設置標準、放射性物質或可發生游離輻射設備操作人員管理辦法，以及建築消防相關法規、老人福利法、環境教育法等。 評量方法及建議佐證資料： 1.對於衛生主管機關執行衛生或醫療相關法令時，所開立之違規處分書或建議事項與改善之資料。 2.配合政府有關醫院設備設施查核結果不合格者之改善資料。 3.對醫療法及其他衛生、醫療相關法令，能針對醫院規模、相關工作人員及業務需要，每年選擇適當議題，實施如專題介紹或宣導課程等教育訓練資料。
	1.1.7	配合國家衛生政策及其他相關政策之情形	目的： 建立相關衛生醫療政策宣導機制，並定期檢視各項政策之落實執行。

條	號	條文	評量項目(草案)
			符合項目： 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(可參考衛生福利部公告之「醫院住院須知參考範例」)。 4.專責人員負責結核病個案管理工作。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.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，建立監測機制，並定期檢討改進。 2.訂有器官捐贈勸募及安寧緩和醫療推廣之執行計畫，包括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且有具體成效。 3.設立女性整合性門診，提供婦女較隱私且整合性之就醫環境。 [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、愛滋病防治政策、鼓勵採購生技新藥產業發展條例審議通過之新興藥品及醫療器材，完成研發並已核發許可證者(以不違反我國締結之條約或協定為前提)、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。 3.女性整合性門診可就相關醫療專業領域(診療科別)、就醫空間及流程進行整合(如：女性癌症篩檢與診療整合到女性單一門診中、設立常見婦女健康問題的整合門診、設置更年期問題特別門診等)；醫學中心於 101 年前設立完成，公立醫院於 105 年前設立完成，其他醫院應於 110 年設立完成。 評量方法及建議佐證資料： 1.對國家衛生政策及其他相關政策，舉辦講座或透過院刊、公告欄、電視、醫院網站等媒體，協助宣導播放之資料。(符合) 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。(符合) 3.將器官捐贈及安寧療護照護等相關資訊納入住院須

條	號	條文	評量項目(草案)
			知。(符合) 4.負責結核病個案管理及衛教工作之人員學經歷與結核病個案管理及衛教相關資料。(符合) 5.主動提醒民眾做癌症篩檢，成效良好，足以成為其他同級醫院之楷模之事證。(優良) 6.器官捐贈勸募及安寧緩和醫療推廣之執行計畫。(優良) 7.針對篩檢服務促進措施，建立監測機制，並定期分析檢討改善資料。(優良)
	1.1.8	積極參與社區健康營造	目的： 依據社區民眾之需求，訂定健康營造年度工作計畫及明確之目標，落實執行與定期檢討改善，促進民眾健康。 符合項目： 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.訂有社區健康營造年度工作計畫以及明確之目標，落實執行。 3.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。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.能將服務區域民眾之就醫需求分析結果納入社區健康營造年度工作計畫中。 2.能定期透過各項文宣、網頁或公開活動將醫院之社區營造執行活動告知社區民眾。 3.對於社區工作計畫的推展有定期檢討改善。 評量方法及建議佐證資料： 1.社區健康營造年度工作計畫與依計畫進行之相關活動，如舉辦以社區民眾為對象的演講、健康教室、研討會、電話諮商等或研討會之紀錄。(符合) 2.對於社區工作計畫的推展有定期檢討改善紀錄。(優良)
可	1.1.9	對上次醫院評鑑之建議改善事項，能具體檢討改善	目的： 針對改善事項進行檢討，提出改善措施並落實執行，提升病人安全與經營管理成效。 符合項目： 1.對上次醫院評鑑之改善事項，進行檢討並能依醫院情形提出改善措施。有關病人安全之改善事項均完成改善，並有具體事證。 2.對未完成改善之事項有改善計畫或方案，若有實際困難無法完成，能確實提供說明，符合事實。 優良項目： 1.所有建議改善事項皆完成改善。 [註] 上次醫院評鑑未有建議改善事項者，可自選本條免評。

條	號	條文	評量項目(草案)
			評量方法及建議佐證資料： 1.針對上次醫院評鑑之建議改善事項之改善措施。(符合) 2.有關病人安全之建議改善事項均完成改善之具體事證。(符合) 3.對未完成改善之事項之改善計畫或方案。(符合) 4.所有建議改善事項皆完成改善之具體事證。(優良)
	1.1.10	評鑑資料填寫及實地評鑑簡報品質良好	目的： 及時提供正確資料與精簡扼要之簡報內容，協助評鑑委員了解醫院實際經營管理狀況與特色。 符合項目： 1.評鑑資料之填寫正確詳實(不得造假)。 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。 4.實地訪查時針對委員詢問之事項，均能確實回答。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.有時效且正確提供委員訪查所需之評量方法及建議佐證資料。 2.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。 3.實地評鑑簡報內容確實呈現醫院特色及經營管理狀況。
	1.1.11	如期提報醫院評鑑持續性監測系統之量性指標及質性文件	目的： 定期提報醫療品質相關量性指標及質性文件，達到持續性之內部改善及自我管理，並確保醫療品質。 符合項目： 1.需定期於「醫院評鑑持續性監測系統」中提報量性指標及質性文件。 2.量性指標中必填指標平均每年提報完成率需大於等於90%，且質性文件平均每年上傳完成率需大於等於80%。 優良項目： 1.量性指標中必填指標平均每年提報完成率達100%，及質性文件平均每年上傳完成率達100%且品質良好。 [註] 1.量性指標：採每月提報，系統每月提報截止日為當月結束後1個月，如3月指標截止日為4月30日、4月指標截止日為5月31日、5月指標截止日為6月30日，以此類推。 2.量性指標提報完成率計算：分母為每年必填指標項數×應完成月份，分子為每年實際完成提報之總指標項數。 3.質性文件：採每年提報。 4.質性文件上傳完成率計算：分母為每年需繳交之質性文件數，分子為每年實際完成上傳之文件數。

條	號	條文	評量項目(草案)
			評量方法及建議佐證資料： 1.平均每年指標提報完成率。(符合/優良) 2.平均每年質性文件上傳完成率。(符合/優良)

第 1 篇、經營管理 第 1.2 章 員工管理與支持制度

【重點說明】

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

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

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

條 號	條 文	評量項目(草案)
1.2.1	設置人事管理專責單位，各部門的職掌及職務規範明確，人事制度健全	目的： 建立人事管理制度，明確規範各部門的職掌及職務，配置適當人員，營造最適醫院定位之工作環境與條件。 符合項目： 1.應有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.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。 3.應有完善之職務代理人制度。 4.員工檔案完整且全院一致性，人員異動與人事資料隨時更新，每年定期查驗與記載專業執照異動狀況。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.人事管理規章所列各項管理辦法或工作規範，內容完整，並能定期修正或審閱。 2.相關員工工作規範之修正有基層員工代表參與，且修正內容公告周知，方便員工隨時查閱。 3.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。 4.專責人事部門，組織健全，定期檢討員工出勤、請假、離職、薪資等，改善成效良好。 【註】 1.醫院員工包含所有醫事及行政人員(含約聘僱及計畫項下雇用人員)。 2.有關職務代理人制度之查證著重醫師。

條	號	條文	評量項目(草案)
			3.員工工作規範如上班時間表、排班制度、工作說明書等，且符合相關規定。 4.由總院派員協助分院評鑑時，仍應以適用分院之規章辦法接受評量。 評量方法及建議佐證資料： 1.人事管理規章、員工工作規範(如工作守則、辦事細則)。(符合) 2.各部門之職掌及職務規範或業務手冊。(符合) 3.各類人員員工檔案。(符合) 4.人事管理規章、員工工作規範、職務規範檢討之會議紀錄。(優良) 5.董事會或院務會議之會議紀錄，及相關規章制度修訂及公告文件。(優良) 6.假勤、特別休假統計及檢討資料。(優良)
	1.2.2	訂有明確之員工晉用及薪資制度且執行合宜	目的： 依需要建立員工晉用與薪資等制度，以利招募符合各單位用人需求，並依工作負荷與業務量變化適時調整人力，提升人力資源管理效能。 符合項目： 1.訂定員工招募辦法。 2.訂定醫事人員任用資格條件辦法。 3.依據相關法令訂定適當的薪資制度，並有規範加薪、獎金或晉級等事項。 4.訂有醫師合理晉升、薪資管理、貢獻與獎懲之管理辦法。 5.訂定員工晉用及薪資制度能適時修訂，每次修訂均公告周知。 優良項目：(下述項目(不含試評項目)僅限一項未達成) 1.參考各部門業務量所必要的職類、人員及離職率，並編制人力配置計畫書及相關薪資配套，確實執行。 2.醫師薪資設計除醫師臨床貢獻度外，應包括公共事務與醫院活動參與度為依據，能定期檢討及改善。 3.考量員工工作負荷，並依業務量變化適時調整人力，以確保品質。 4.薪資制度之設計有助於醫療品質提升。 5.考量醫院盈餘，適時調增人力或薪資。(試評) [註] 1.醫院員工包含所有醫事及行政人員。 2.任用資格條件係指各職類醫事人員應具備之學歷、科系、證照、訓練等條件。 3.人力配置計畫書包含因應業務人力需求評估、各職類人員編制與員額設定標準、預定任用職類人員數及資格要求、升遷制度等。

條	號	條文	評量項目(草案)
			評量方法及建議佐證資料： 1.員工招募的規章制度。(符合) 2.各職類員工任用資格條件規章制度。(符合) 3.員工薪資的規章制度。(符合) 4.薪資調整、獎金發放檢討報告等評量方法及建議佐證資料。(符合) 5.近3年全院或部門人力配置計畫書及人力編制增編檢討核准報告等資料。(優良) 6.人員離職原因分析及檢討改善相關資料。(優良)
	1.2.3	建立合理的人事考核及升遷制度	目的： 訂定適用及公開透明的評核與升遷制度，提升員工工作熱誠與降低離職率。 符合項目： 1.設有人事評核委員會或類似功能之組織，運作正常且備有紀錄可查。 2.訂定各種人事評核辦法，並公告周知。 3.依據考核結果有適度的獎懲。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.人事升遷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。 3.雙向回饋之標準作業程序及輔導制度，有定期檢討且備有紀錄。 [註] 1.醫院員工包含所有醫事及行政人員。 2.「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。 評量方法及建議佐證資料： 1.人事評核委員會的規章制度。(符合) 2.員工評核的規章制度。(符合) 3.人事評核委員會會議紀錄。(符合) 4.員工考核結果及檢討資料。(優良) 5.雙向回饋作業制度及雙向回饋紀錄。(優良)
	1.2.4	設立職業安全衛生專責組織、人員，並訂定職業安全衛生管理計畫，及確實執行員工意外事件防範措施	目的： 重視職業安全，設置相關組織和人員，落實執行職業安全衛生管理計畫並定期檢討，以避免員工發生意外事件，並符合政府相關法令之規定要求。 符合項目： 1.依據職業安全衛生法令之規定，視醫院員工人數，設置職業安全衛生組織、人員。如屬依法需設置職業安全衛生委員會之醫院，其委員會應每三個月至少開會一次。 2.訂定醫院職業安全衛生管理計畫，並有執行紀錄可查。 3.職業安全衛生管理計畫，每年定期檢討或修正。

條	號	條文	評量項目(草案)
			4.明訂各項工作完成之期限，並確實追蹤辦理情形。 5.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，並對所訂辦法定期檢討修正。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.針對會影響員工安全的高風險區域有適切之規劃及管理。 2.聯絡機制及程序明確，並依據所規範之聯絡機制及程序執行，備有紀錄可查。 3.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。 [註] 1.「職業安全衛生管理辦法」第 10 條規定，醫院勞工人數在 300(含)人以上者，應設置職業安全衛生委員會。另依據醫院員工人數，應設置之職業安全衛生人員類別及人數，請參照同辦法「附表二、各類事業之事業單位應設置職業安全衛生人員表」；至於應設置之職業安全衛生管理單位，請參照同辦法第 2-1 條。 2.優良項目 1 所提之「高風險區域」如急診室、隔離病室、放射線區域、實驗室、病歷室、感染性垃圾儲存區域、施工區域、油槽或液氧槽區域、管道間、機房、鍋爐房、水塔等。 評量方法及建議佐證資料： 1.醫院職業安全衛生組織章程。(符合) 2.醫院職業安全衛生管理計畫。(符合) 3.職業安全衛生委員會會議紀錄。(符合) 4.員工意外事故防範辦法或規章。(符合) 5.院內發生重大違反職業安全衛生之事件及後續之處理機制與結果。(優良)
	1.2.5	致力於建置完善合宜之工作環境，訂有且執行員工健康促進活動與福利制度	目的： 建構安全、適合工作的環境，並重視性別平權及員工健康防護、健康促進與福利，確保員工身心健康。 符合項目： 1.提供員工整潔明亮且空間、設施充足之工作環境。 2.建立性別平權之工作環境，設計及數量應考量兩性需要(如：廁所、更衣室、休息室、哺(集)乳室等)，並符合法令規定。 3.提供身心障礙員工相關設施設備及環境合宜、適用。 4.訂有健康促進與福利措施並周知員工。 5.確實實施健康促進活動、有效提升員工士氣之福利措施並有紀錄可查。 優良項目：(下述項目(不含試評項目)須全部達成) 1.具備適當用餐、休閒、健康促進、運動、托嬰服務等設施。 2.醫院應重視員工健康促進與福利措施，訂有年度計

條	號	條文	評量項目(草案)
			畫、編列適當經費並確實執行，定期檢討修正，且均有基層員工代表參與。 3.設立員工意見反應機制，蒐集員工建議並檢討改善工作環境。 4.明定醫院盈餘之百分比用於員工健康促進與福利措施。<u>(試評)</u> [註] 1.為維護婦女於公共場所哺育母乳之權利，並提供有意願哺育母乳之婦女無障礙哺乳環境，符合項目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號令公布「公共場所母乳哺育條例」之規範施行，若有違反，亦需接受相關罰則。 2.健康促進活動如：減重、戒菸、推廣健康飲食、慢性病防治、預防篩檢、預防注射等活動之落實。 3.福利措施如：政府法令規定的福利事項(保險、薪資、休息及休假、退休、職業傷害、工作時間等)，非政府法令規定的福利事項(軟硬體設備輔助、相關資訊諮詢服務、相關補貼、獎金、家庭支持、旅遊、教育訓練等)。 4.有關女性醫師於妊娠期間之值班規定，雖現階段醫師尚未納入勞基法之規範，但為保障孕婦健康，仍應比照勞動基準法第49條「雇主不得使女工於午後十時至翌晨六時之間內工作」及第51條「女工在妊娠期間，如有較為輕易之工作，得申請改調，雇主不得拒絕，並不得減少其工資」規定辦理。 評量方法及建議佐證資料： 1.廁所數量、更衣室、休息室、哺(集)乳室等配置及數量資料。(符合) 2.身心障礙設施設備資料。(符合) 3.健康促進與福利措施資料。(符合) 4.用餐、休閒、運動等設施資料。(優良) 5.健康促進活動年度計畫、經費及執行結果紀錄。(優良) 6.員工建議工作環境事項及檢討措施資料。(優良)
合	1.2.6	實施新進員工及在職員工健康檢查	目的： 保障員工，依其健康檢查結果進行追蹤，提供健康管理服務或改善工作條件，避免產生職業病。 符合項目： 1.配置符合資格之醫師及護理人力從事勞工健康服務。 2.依「勞工健康保護規則」辦理新進員工及在職員工健康檢查，以及特殊作業勞工健康檢查(如：放射線工作人員、調配化學治療藥品之藥師)。 3.設置專責人員，並負責健康檢查結果異常之員工提供追蹤或健康管理之服務。

條	號	條文	評量項目(草案)
			4.針對員工健康檢查發現之問題，有檢討分析並推展各項健康促進計畫。 [註] 勞工健康保護規則： (1)第 11 條：「雇主對在職勞工，應依下列規定，定期實施一般健康檢查： 一、年滿六十五歲以上者，每年檢查一次。 二、年滿四十歲以上未滿六十五歲者，每三年檢查一次。 三、未滿四十歲者，每五年檢查一次。 前項一般健康檢查項目及檢查紀錄，應依前條及附表八規定辦理。但經檢查為先天性辨色力異常者，得免再實施辨色力檢查。」 (2)第 21 條：「依癌症防治法規定，對於符合癌症篩檢條件之勞工，於事業單位實施勞工健康檢查時，得經勞工同意，一併進行口腔癌、大腸癌、女性子宮頸癌及女性乳癌之篩檢。 前項之檢查結果不列入健康檢查紀錄表。 前二項篩檢之對象、時程、資料申報、經費及其他規定事項，依中央衛生主管機關之規定辦理。」 評量方法及建議佐證資料： 1.員工健康檢查的政策或規章制度。 2.員工健康檢查結果及分析評估資料。 3.健康檢查結果異常員工追蹤資料。 4.員工健康促進計畫資料。 5.配置勞工健康服務護理人員資料。 6.員工健康諮詢紀錄。
	1.2.7	有關關懷輔導機制對院內員工提供心理及情緒等支持，並有員工申訴管道	目的： 提供員工適當的意見反應管道、心理支持與輔導機制及提升心理衛生相關知能，減輕員工面臨困境時之壓力。 符合項目： 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。 4.辦理員工紓壓或情緒支持相關講座或活動。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 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.對於員工滿意度調查結果進行統計、分析，且檢討滿意度較低項目之改善措施，並將調查結果及改善情形轉告相關單位。 3.各級主管有接受員工關懷之教育訓練。

條	號	條文	評量項目(草案)
			4.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] 醫院員工包含所有醫事及行政人員。 評量方法及建議佐證資料： 1.員工關懷輔導的規章。(符合) 2.員工申訴管道作業程序或規章。(符合) 3.員工申訴個案紀錄。(符合) 4.員工滿意度調查資料。(符合) 5.員工紓壓或情緒支持相關活動計畫及結果報告資料。(優良) 6.員工滿意度各選項分析檢討改善資料。(優良) 7.員工意見處理及檢討改善紀錄。(優良)

第 1 篇、經營管理 第 1.3 章 人力資源管理

【重點說明】

在人力資源制度之管理與執行方面，希望引導醫院及主管瞭解院內應定期評估人員能力、適當配置人員、給予適切工作內容及合理之工作量，由此確保人員不致承受過多、過重之責任、壓力與業務範圍，確保醫療品質及提升病人安全。醫院應評估醫師及各類醫事人員之專業能力及監測醫療品質；另外，醫院應確保主管之適任性(包括臨床及行政經驗之評估等)。目前醫院有許多支援系統係採外包方式委託專業組織或人員提供服務，醫院應負監督管理責任，對外包業務及人員有適當管理機制，以茲確保外包人員確實具備工作相關專業證照或資格條件及人力素質適當，對於外包業務內容及範圍亦應適當委託，以不影響醫療品質並納入統一管理為原則。

條 號	條 文	評量項目(草案)
必 1.3.1	適當醫師人力配置	目的： 配置適當的醫師人力，確保醫療服務品質，並符合政府相關法令之規定。 符合項目： 1.每 10 床應有醫師 1 人(含)以上。 2.各診療科均有專科醫師 1 人(含)以上。 優良項目：(依申請醫院層級，需達成下述項目) 1.申請地區醫院或區域醫院評鑑者：專任主治醫師(包括主任在內)，每 9 床應有 1 人。 2.申請醫學中心評鑑者：專任主治醫師(包括主任在內)，每 8 床應有 1 人。 [註] 1.本條為必要條文，必須達符合項目(含)以上。 2.病床數以一般病床與特殊病床合計(不包含手術恢復床、急診觀察床及性侵害犯罪加害人強制治療病床)，並依登記開放病床數計。 3.依醫療機構設置標準第 20 條規定事先報准之時數，每週達 44 小時者，得折算醫師人力 1 人。 4.嬰兒床以三分之一折算。 5.血液透析床，以 15 床折算。 6.亞急性呼吸照護病床，以 15 床折算；慢性呼吸照護病床，以 20 床折算。 7.醫師人力係指西醫師。 8.優良項目中專任主治醫師之計算，以執業登記且實質參與診療業務。 評量方法及建議佐證資料： 1.專任醫師及醫師執業登記名冊。(符合)
1.3.2	對醫師的診療品質及工作量，定期作客觀的評估	目的： 定期評估醫師合理的工作量、專業能力及監測診療品質，確保醫療品質及病人安全。 符合項目： 1.工作量之評估應包含：診療的病人數、手術件數、檢

條	號	條文	評量項目(草案)
			查判讀報告件數等。 2.針對醫師之診療品質有定期評核機制。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 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.對於執行高風險或高技術醫療行為之醫師，有明確界定其可在醫院內執行之項目範圍。 3.對於醫師之診療品質，訂有評核機制，定期檢討改善。 評量方法及建議佐證資料： 1.醫師門診時間表、病人數、手術件數、檢查判讀報告件數等服務量統計資料。(符合) 2.醫師合理醫療服務量規範及檢討報告資料。(優良) 3.高風險或高技術之醫療行為規範及檢討報告資料。(優良) 4.醫師診療品質關鍵指標項目(KPI 如抗生素使用、感染率、併發症、判讀正確率...等)結果及相關檢討紀錄資料。(優良)
必	1.3.3	應有適當的醫師、醫事放射人力配置，並由適當訓練及經驗人員執行診療檢查及了解其臨床意義	目的： 配置適當的醫事放射人員及合理工作量，確保放射診療檢查服務品質，並符合政府相關法令之規定。 符合項目： 1.放射線作業人員相關訓練、指導(包含輻射安全、病人安全等)等須符合相關法規之規定。 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急性一般病床 500 床以上醫院：每 35 床應有 1 人以上。 ②急性一般病床 250 床以上 499 床以下醫院：每 40 床應有 1 人以上。 ③急性一般病床 249 床以下醫院：每 45 床應有 1 人以上。 (2)申請區域醫院評鑑者： ①急性一般病床 500 床以上醫院：每 35 床應有 1 人以上。 ②急性一般病床 499 床以下醫院：每 40 床應有 1 人以上。 (3)申請醫學中心評鑑者： ①急性一般病床每 30 床應有 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。

條	號	條文	評量項目(草案)
			(4)設加護病房者，每 20 床應有 1 人以上。 (5)有提供二十四小時緊急放射診斷作業：每八小時一班，全天二十四小時均有醫事放射人員提供服務。 優良項目：(依申請醫院層級，需達成下述項目) 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符合項目 3-(1)項之 1.10 倍。 (2)申請區域醫院評鑑者：醫事放射人員人力達符合項目 3-(2)項之 1.10 倍。 (3)申請醫學中心評鑑者：醫事放射人員人力達符合項目 3-(3)-①項之 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.人員服務年資、訓練資歷充足，服務品質優良，且落實訓練計畫，成效良好，並有評量方法及建議佐證資料。 6.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。 [註] 1.本條為必要條文，必須達符合項目(含)以上。 2.醫事放射人員包括醫事放射師及醫事放射士。 3.各類病床數以登記開放數計，並依實際設置情形計算人力。 4.人力計算時： (1)人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定。 (2)若評鑑基準高於醫療機構設置標準，病床數得可考量年平均佔床率計算，並以四捨五入取至整數位。 (3)同類別人力之各項計算結果，加總後以四捨五入取至整數位。 評量方法及建議佐證資料： 1.醫事放射專任醫師、醫事放射人員及執業登記名冊。(符合) 2.放射線作業人員訓練計畫及訓練結果資料。(符合) 3.立即通報機制及時效統計檢討資料。(優良)
	1.3.4	提供之解剖病理服務應能滿足病人醫療需求，且符合法令規定	目的： 配置適當的解剖病理科醫師或醫事檢驗人員，或簽訂合約委託檢驗，確保病理檢驗時效及服務品質，並符合政府相關法令之規定。 符合項目： 1.人員配置及服務內容須符合醫療機構設置標準及相關法規之規定。 2.委託病理檢查需訂有合約，明訂時效及品質規範。

條	號	條文	評量項目(草案)
			優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.申請地區醫院評鑑或區域醫院評鑑者：解剖病理科醫師 2 人(含)以上，及具醫事檢驗師證照技術人員 2 人(含)以上。 2.申請醫學中心評鑑者：解剖病理專科醫師 5 人(含)以上及具醫事檢驗師證照人員 6 人(含)以上。 3.例假日亦能提供立即診斷服務。 [註] 1.醫療機構設置標準：各診療科均應有專科醫師 1 人以上。 2.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。 評量方法及建議佐證資料： 1.病理科專任醫師、醫事檢驗師人員及執業登記名冊。(符合) 2.委託檢驗合約及相關監測時效品質資料。(優良) 3.病理科服務量統計資料。(優良)
必	1.3.5	適當之醫事檢驗服務(或臨床病理)服務組織與人力配置	目的： 配置適當的醫事檢驗人員及合理工作量，確保醫事檢驗時效及服務品質，並符合政府相關法令之規定。 符合項目： 1.醫事檢驗服務(或臨床病理服務)，訂有相關作業規定。 2.若有執行臨床病理，由院內具有臨床病理專科醫師執行，或委託院外單位執行。 3.醫事檢驗人員： (1)申請地區醫院評鑑者：急性一般病床每 50 床應有醫事檢驗人員 2 人以上。100 床以上之醫院應有專任醫事檢驗師 2 人以上。 (2)申請區域醫院評鑑者：急性一般病床每 25 床應有專任醫事檢驗師 1 人。 (3)申請醫學中心評鑑者：急性一般病床每 20 床應有專任醫事檢驗師 1 人。 (4)有提供二十四小時緊急檢驗作業：每八小時一班，全天二十四小時均有醫事檢驗人員提供服務。 (5)設有血液透析床者，每 50 床應有醫事檢驗人員 1 人以上。 (6)設有血庫者，應有專人管理。 4.委託檢驗需訂有合約，明訂時效及品質規範。 優良項目：(依申請醫院層級，需達成下述項目) 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符合項目 3-(1)項之 1.10 倍。 (2)申請區域醫院評鑑者：醫事檢驗人員人力達符合項目 3-(2)項之 1.10 倍。

條	號	條文	評量項目(草案)
			(3)申請醫學中心評鑑者：醫事檢驗人員人力達符合項目 3-(3)項之 1.10 倍。 2.有專職醫事檢驗師或臨床病理專科醫師擔任主管。 [註] 1.本條為必要條文，必須達符合項目(含)以上。 2.「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。 3.醫事檢驗人員包括醫事檢驗師及醫事檢驗生。 4.各類病床數以登記開放數計，並依實際設置情形計算人力。 5.人力計算時： (1)人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定。 (2)若評鑑基準高於醫療機構設置標準，病床數得可考量年平均佔床率計算，並以四捨五入取至整數位。 (3)同類別人力之各項計算結果，加總後以四捨五入取至整數位。 評量方法及建議佐證資料： 1.醫事檢驗人員執業登記名冊。(符合) 2.委託檢驗機構合約及相關監測時效及品質資料。(符合)
必	1.3.6	依據病房特性配置適當護產人力	目的： 配置適當的護產人員，確保照護品質及病人安全，並符合政府相關法令之規定。 符合項目： 1.申請地區醫院評鑑者： (1)急性一般病床，49 床以下者，每 4 床應有 1 人以上；50 床以上者，每 3 床應有 1 人以上。 (2)設下列部門者，其人員並依其規定計算： ①手術室：每床應有 2 人以上。 ②加護病房：每床應有 1.5 人以上。 ③產房：每產台應有 2 人以上。 ④燒傷病房、亞急性呼吸照護病房：每床應有 1.5 人以上。 ⑤手術恢復室、急診觀察室、嬰兒病床、安寧病房：每床應有 1 人以上。 ⑥門診：每診療室應有 1 人以上。 ⑦嬰兒室：每床應有 0.4 人以上。 ⑧血液透析室、慢性呼吸照護病房：每 4 床應有 1 人以上。 2.申請區域醫院評鑑者： (1)急性一般病床每 2.5 床應有 1 人以上。 (2)設下列部門者，其人員並依其規定計算： ①手術室：每班每床 2 人以上。 ②加護病房：每床應有 2 人以上。

條	號	條文	評量項目(草案)
			③產房：每產台應有 2 人以上。 ④燒傷病房、亞急性呼吸照護病房：每床應有 1.5 人以上。 ⑤手術恢復室：每班每床 0.5 人以上。急診觀察室、嬰兒病床、安寧病房：每床應有 1 人以上。 ⑥門診：每診療室應有 1 人以上。 ⑦嬰兒室：每床應有 0.4 人以上。 ⑧血液透析室：每 4 人次 1 人以上。慢性呼吸照護病房：每 4 床應有 1 人以上。 ⑨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)急性一般病床每 2 床應有 1 人以上。 (2)設下列部門者，其人員並依其規定計算： ①手術室：每班每床 2.5 人以上。 ②加護病房：每床應有 2.5 人以上。 ③產房：每產台應有 2 人以上。 ④燒傷病房、亞急性呼吸照護病房：每床應有 1.5 人以上。 ⑤手術恢復室：每班每床 0.5 人以上。急診觀察室、嬰兒病床、安寧病房：每床應有 1 人以上。 ⑥門診：每診療室應有 1 人以上。 ⑦嬰兒室：每床應有 0.4 人以上。 ⑧血液透析室：每 4 人次 1 人以上。慢性呼吸照護病房：每 4 床應有 1 人以上。 ⑨精神科日間照護單位，每 15 名服務量應有 1 人以上。 4.精神急性一般病房：每 3 床應有 1 人以上。 5.精神慢性一般病房：每 12 床應有 1 人以上。 優良項目：(依申請醫院層級，需達成下述項目) 1.護產人力： (1)申請地區醫院評鑑者：護理人力達符合項目 1 項之 1.10 倍。 (2)申請區域醫院評鑑者：護理人力達符合項目 2 項之 1.10 倍。 (3)申請醫學中心評鑑者：護理人力達符合項目 3 項之 1.10 倍。 2.能依業務特性及需求作彈性調配。 3.除符合上述護產人力標準外，並有輔助人力協助護理人員執行非專業護理工作。 [註] 1.本條為必要條文，必須達符合項目(含)以上。 2.護產人員包括護理師、護士、助產師及助產士，並應辦理執業登記；護佐、照顧服務員、書記等不列計。 3.各類病床數以登記開放數計，並依實際設置情形計算

條	號	條文	評量項目(草案)
			人力。 4.開業後之門診護產人員，依診療室之實際使用率計。其計算方式如下：實際使用率＝每星期之開診數/(診間數×每天以二時段計數×每星期開診天數)×100%。 5.人力計算時： (1)人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定。 (2)若評鑑基準高於醫療機構設置標準，病床數得可考量年平均佔床率計算，並以四捨五入取至整數位。 (3)同類別人力之各項計算結果，加總後以四捨五入取至整數位。 (4)嬰兒室、燒傷病房及嬰兒病房等單位由醫院依實際需要調整人力，並提供適當訓練，以維照護品質。 6.醫院設有產房者，得有助產師(士)編制至少一人以上；其人員同時具有護理人員及助產人員資格者，應優先以助產人員資格辦理執業登記。 評量方法及建議佐證資料： 1.護產人員執業登記名冊。(符合) 2.護產人員年資統計資料。(符合) 3.各部門護產人員配置統計。(符合) 4.相關配合業務需求彈性調度人力之資料。(優良)
	1.3.7	護理人員資格比例適當，及護理主管資格恰當能負責部門管理及行政業務	目的： 適當比例的護理人員具臨床經驗及專業能力，確保照護品質。 符合項目： 1.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%。 2.護理主管應具有護理人員資格及 2 年以上臨床經驗，並有適當行政經驗。 3.各單位均設有護理主管，兩位護理主管以上應設護理主任。 4.護理部門有專責護理行政及教育訓練人力。 5.派有合適之護理人員，負責督導夜間及假日之護理業務。 優良項目：(下述項目須全部達成) 1.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%。 2.由副護理長(含)以上主管負責小夜班、大夜班，並針對處理之問題有追蹤機制。 [註] 1.新設立的醫院可附加計算院外同等級以上醫院之臨床年資，新設立單位亦同。 2.護理主管係指護理長、副護理長及代理護理長。 評量方法及建議佐證資料：

條	號	條文	評量項目(草案)
			1.護理人員年資、具護理師資格統計資料。(符合) 2.護理主管名冊、相關年資、經歷彙總資料。(優良) 3.專責護理行政及教育訓練人員名冊。(優良) 4.小夜班、大夜班護理主管名冊。(優良) 5.值班作業規範、問題處理追蹤機制及值班紀錄。(優良)
必	1.3.8	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	目的： 配置適當的藥事人員及合宜調劑工作量，確保藥事服務品質，並符合政府相關法令之規定。 符合項目： 1.申請地區醫院評鑑者： (1)一般病床：每 50 床應有藥師 1 人以上；如採單一劑量，每 40 床至少藥師 1 人。 (2)設有下列部門者，其人員並依其規定計算： ①加護病房：每 20 床應有藥師 1 人。 ②門診作業：如提供調劑服務者，應有藥師 1 人。 ③急診作業：每八小時一班，全天二十四小時均應有藥師提供服務。 (3)開業一年以後，依前一年服務量計算人力： ①門診作業：日處方箋每滿 100 張處方箋，應增聘 1 名藥師。 ②急診作業：日處方箋每滿 100 張處方箋，應增聘 1 名藥師。 (4)特殊製劑調劑作業：全靜脈營養劑、化學治療劑、PCA、IVadmixture 至少一人。 2.申請區域醫院評鑑者： (1)一般病床：每 50 床應有藥師 1 人以上；如採單一劑量，每 40 床至少藥師 1 人。 (2)設有下列部門者，其人員並依其規定計算： ①加護病房：每 20 床應有藥師 1 人。 ②門診作業：如提供調劑服務者，應有藥師 1 人。 ③急診作業：每八小時一班，全天二十四小時均應有藥師提供服務。 (3)開業一年以後，依前一年服務量計算人力： ①門診作業：日處方箋每滿 80 張處方箋，應增聘 1 名藥師。 ②急診作業：日處方箋每滿 100 張處方箋，應增聘 1 名藥師。 (4)特殊製劑調劑作業：特殊藥品處方每 15 張至少 1 人。 3.申請醫學中心評鑑者： (1)一般病床：每 40 床應有藥師 1 人以上。 (2)設有下列部門者，其人員並依其規定計算： ①加護病房：每 20 床應有藥師 1 人。 ②門診作業：如提供調劑服務者，應有藥師 1 人。 ③急診作業：每八小時一班，全天二十四小時均應有藥師提供服務。

條	號	條文	評量項目(草案)
			(3)開業一年以後，依前一年服務量計算人力： ①門診作業：日處方箋每滿 70 張處方箋，應增聘 1 名藥師。 ②急診作業：日處方箋每滿 70 張處方箋，應增聘 1 名藥師。 (4)特殊製劑調劑作業：特殊藥品處方每 15 張至少 1 人。 4.24 小時作業的醫院，必須配置有 24 小時作業的藥事人力。 優良項目：(依申請醫院層級，需達成下述項目) 1.藥事人力： (1)申請地區醫院評鑑者：藥事人力達符合項目 1 項之 1.10 倍。 (2)申請區域醫院評鑑者：藥事人力達符合項目 2 項之 1.10 倍。 (3)申請醫學中心評鑑者：藥事人力達符合項目 3 項之 1.10 倍。 2.藥事人員總數至少 75%(含)以上為藥師。 [註] 1.本條為必要條文，必須達符合項目(含)以上。 2.藥事人員係指領有藥師、藥劑生執照，並辦理登錄，且服務於藥劑部門者。 3.一般病床包含：急性一般病床、精神急性一般病床及慢性一般病床。各類病床數以登記開放數計，並依實際設置情形計算人力。 4.門、急診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。 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： (1)人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定。 (2)若評鑑基準高於醫療機構設置標準，病床數得可考量年平均佔床率計算，並以四捨五入取至整數位。 (3)同類別人力之各項計算結果，加總後以四捨五入取至整數位。 7.本條文不包含中藥調劑業務；醫院設有中醫部門者，中藥調劑人員另計。 評量方法及建議佐證資料： 1.藥事人員及執業登記名冊。(符合) 2.具藥師資格統計資料。(符合) 3.藥事人員年資統計資料。(優良) 4.藥事人員班表、人力配置表。(優良)
必	1.3.9	適當之營養與膳食單位或部門組織與	目的： 設置膳食專責部門及配置適當的營養師，確保膳食服務

條	號	條文	評量項目(草案)
		人力配置	品質，並符合政府相關法令之規定。 符合項目： 1.依醫院類型及規模設置專責人員或部門負責醫院膳食服務。 2.營養師人力： (1)急性一般病床：每 100 床應有 1 人以上。 (2)加護病房、燒傷加護病房：每 30 床應有 1 人以上。 (3)亞急性呼吸照護病房、慢性呼吸照護病房、燒傷病房：每 100 床應有 1 人以上。 (4)提供住院病人膳食者，應有專責營養師負責。 (5)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。 優良項目：(依申請醫院層級，需達成下述項目) 1.申請地區醫院、區域醫院或醫學中心評鑑者：營養師人力達符合項目 2 之 1.10 倍。 2.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。 [註] 1.本條為必要條文，必須達符合項目(含)以上。 2.若設有營養部門者，其主管建議由營養師擔任為宜。 3.各類病床數以登記開放數計，並依實際設置情形計算人力。 4.人力計算時： (1)人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定。 (2)若評鑑基準高於醫療機構設置標準，病床數得可考量年平均佔床率計算，並以四捨五入取至整數位。 (3)同類別人力之各項計算結果，加總後以四捨五入取至整數位。 評量方法及建議佐證資料： 1.營養師人員及執業登記名冊。(符合) 2.營養師人員年資、人力配置、班表等資料。(優良) 3.配置膳食服務人力健康檢查紀錄。(優良)
必	1.3.10	適當之復健服務組織與人力配置	目的： 配置適當的復健人員及合宜工作量，確保復建照護品質，並符合政府相關法令之規定。 符合項目： 1.應配置合適之專業人員以配合病人病狀實施功能恢復訓練。 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)提供物理治療服務者，應符合下列規定： ①應有物理治療人員 1 人以上。

條	號	條文	評量項目(草案)
			②急性一般病床：每 100 床應有 1 人以上；未滿 100 床者，至少 1 人。 ③至少應有 1 名物理治療師具有二年執行業務之經驗。 (2)提供職能治療服務者，應符合下列規定： ①應有職能治療人員 1 人以上。 ②急性一般病床：每 300 床應有 1 人以上。 ③精神急性一般病床、精神慢性一般病床、精神科加護病房、精神科日間照護單位：合計每 35 床(服務量)應有 1 人以上。 ④至少應有 1 名職能治療師具有二年執行業務之經驗。 (3)提供語言治療業務者，應符合下列規定： ①應有語言治療師 1 人以上。 ②一般病床每 500 床應增聘 1 人。 (4)提供聽力師業務者，應符合下列規定： ①應有聽力師 1 人以上。 ②一般病床每 500 床應增聘 1 人。 優良項目： 1.職能治療、物理治療、聽力、語言治療等各專業人力達符合項目 3 項之 1.10 倍。 [註] 1.本條為必要條文，必須達符合項目(含)以上。 2.各類病床數以登記開放數計，並依實際設置情形計算人力。 3.人力計算時： (1)人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定。 (2)若評鑑基準高於醫療機構設置標準，病床數得可考量年平均佔床率計算，並以四捨五入取至整數位。 (3)同類別人力之各項計算結果，加總後以四捨五入取至整數位。 評量方法及建議佐證資料： 1.職能治療、物理治療、聽力、語言治療等人員及執業登記名冊、年資統計資料、人力配置表。(符合)
	1.3.11	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	目的： 配置社工人員協助解決病人就醫、資源轉介與諮詢服務，增進病人疾病適應與提升生活品質。 符合項目： 1.社會工作人力： (1)急性一般病床：每 100 床應有 1 人以上。 (2)精神急性一般病床、精神慢性一般病床、精神科日間照護單位：合計每 100 床(服務量)應有 1 人以上。 (3)急性一般病床、精神急性一般病床合計達 300 床以上醫院之社會工作人員，其社會工作師人數應達三

條	號	條文	評量項目(草案)
			分之一以上；但偏遠地區醫院不在此限。 2.提供病人輔導、諮商及社區聯繫工作，並協助解決其困難，如經濟或家暴等問題，並建立相關業務處理規範及具有相關工作紀錄。 優良項目：(依申請醫院層級，需達成下述項目) 1.申請地區醫院評鑑者：社會工作人力優於符合項目 1。 2.申請區域醫院或醫學中心評鑑者：社會工作人力達符合項目 1 之 1.10 倍，且 1/3(含)以上人力具社會工作師資格。 3.可完善整合院內、外資源提供服務。 4.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 年之社工人員負責，且能參考各項資料(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.各類病床數以登記開放數計，並依實際設置情形計算人力。 2.人力計算時： (1)人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定。 (2)若評鑑基準高於醫療機構設置標準，病床數得可考量年平均佔床率計算，並以四捨五入取至整數位。 (3)同類別人力之各項計算結果，加總後以四捨五入取至整數位。 評量方法及建議佐證資料： 1.社會工作人員及執業登記名冊、年資等資料。(符合) 2.社會工作人員業務工作規範。(符合) 3.年度工作計畫、活動執行紀錄及服務量統計等資料。(符合) 4.志工管理相關資料。(優良) 5.社會工作民眾滿意及業務檢討改善資料。(優良)
可	1.3.12	對外包業務及人員有適當管理機制	目的： 落實各項外包業務之監督管理及教育訓練，確保醫療服務品質。 符合項目： 1.有指派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，包含衛生福利部公告之「醫療機構業務外包作業指引」所規定之相關內容)。 2.明確訂定承包業者合格條件及遴選程序，並要求業者確保外包人員具備工作所須相關專業能力或資格證照，且依「職業安全衛生法」定期接受健康檢查，並備有檢查紀錄。 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。

條	號	條文	評量項目(草案)
			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，包含定期接受醫院有關院內感染管制、保密義務及確保病人安全等事項。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.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。 2.對於外包人員訂有定期針對專業能力、資格與教育訓練自主查核機制，並落實執行。 3.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，能定期檢討改善，並有具體事證。 [註] 1.未有業務外包者，可自選本條免評。 2.於實地評鑑查證時，如發現醫院實有外包業務，卻自稱「無外包業務」之情形者，則本項評量為「不符合」。 3.外包業務係指依衛生福利部公告之「醫療機構業務外包作業指引」應以診斷、治療、核心護理以外之非醫療核心業務為原則，醫院就不涉及為病人診斷或開立檢查、檢驗、藥物、醫療器材或不涉及施予醫療或輔助性醫療，且與病人服務品質或醫院安全有關之業務，委託非醫事機構管理或辦理技術合作之項目；外包項目係指醫療機構將重覆性非核心醫療之勞務或技術委由外部廠商提供，且定訂有合約之業務項目，如： (1)總務類：如膳食製作、環境清潔、廢棄物處理、救護車、保全、往生室、停車場等。 (2)供應類：如被服清洗。 (3)工務類：如機電、安全、消防、供水、緊急供電、醫用氣體等系統定期檢查及維修設備。 (4)儀器類：如儀器設備租用或執行檢查、測試、保養或校正等。 (5)資訊類：如資訊系統設計、或電腦設備維修與保養作業。 (6)檢驗類：如委託檢驗。 評量方法及建議佐證資料： 1.外包業務管理辦法或規章制度。(符合) 2.外包人員健康檢查紀錄。(符合) 3.外包業務及設備等訪查評估紀錄。(符合) 4.外包違約時業務即時銜接機制。(符合) 5.外包人員教育訓練資料。(符合) 6.外包業務監督管理規範及查核紀錄。(符合) 7.外包人員專業能力、資格與教育訓練自主查核機制及

條 號		條 文	評量項目(草案)
			紀錄。(優良) 8.與外包業者溝通協商紀錄及檢討改善資料。(優良)

第 1 篇、經營管理 第 1.4 章 員工教育訓練

【重點說明】

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

條 號	條 文	評量項目(草案)
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	目的： 統籌管理及推動全院員工教育訓練，訂定各職類人員教育訓練課程，確保教育訓練課程符合醫院與員工需求。 符合項目： 1.有設置全院性教育訓練專責人員、委員會或部門，負責員工年度在職教育及進修計畫之擬訂及追蹤。 2.訂有訓練管理制度，且有機制了解員工出席狀況與學習成效。 3.訂有機制收集各職類醫事人員繼續教育積分，並適時提醒。 4.員工在職教育訓練課程對於病人權利、病人安全、醫療倫理、全人醫療、感染管制及危機處理等重要議題列為必要教育訓練課程內容。 5.醫院全體員工(含外包人員)每人每年至少應有 3 小時感染管制教育訓練(含 TB 防治)且符合標準的比率 ≥80%。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.員工年度在職教育訓練、進修計畫完整及編列年度費用，並確實執行。 2.訂有機制，定期收集分析員工參加教育訓練之反應與學習心得建議，定期評估檢討，並據以修正教育訓練及進修計畫。 3.依據員工參與教育訓練狀況，納入員工考核範圍，且紀錄詳實。 4.訂有鼓勵員工進修、參加國內、外醫學會議(含繼續教育課程、研討會等)制度，並確實執行。 5.參加院外的教育訓練、進修者，安排於院內報告、或以其他形式(如：院內刊物刊載、院內知識庫)，以利與其他員工交流或學習。 [註] 員工年度在職教育訓練及進修計畫應包括教育訓練目的、知識或技術課程內容、評價方法、教育資源(含師資及教材等軟、硬體設施)及預算等。 評量方法及建議佐證資料： 1.近三年教育訓練及進修計畫書(含配合主管機關政策調整之法規、品質、病安、感染管制及傳染病教育訓練內容等)及訓練結果報告。(符合) 2.全體員工(含外包人員)每年接受感染管制(含 TB 防治)

條	號	條文	評量項目(草案)
			及病人安全教育訓練紀錄。(符合) 3.訓練管理制度。(符合) 4.參加醫學會議或在職進修獎勵制度。(優良) 5.近三年參加院外的教育訓練、進修人數及經費統計資料。(優良) 6.各職類員工教育訓練有定期評估檢討報告。(優良)
	1.4.2	對於新進員工辦理到職訓練，並有評估考核	目的： 訂定新進員工到職訓練計畫與落實執行，使新進員工充份瞭解醫院宗旨、願景與所屬部門的作業特性、職責與能力需求，確保新進員工具備職務所需的資格及能力。 符合項目： 1.訂有新進員工到職訓練計畫，且每位新進員工均需參加到職訓練。 2.新進員工到職訓練內容應包括醫院宗旨與願景、醫院及部門介紹、職位及職責說明、人事規章、員工權益、勞工安全、消防安全、倫理規範等。 3.訂有新進員工教育訓練評估考核制度。 4.明訂在職教育及職前教育訓練時數和時程表，新進員工半年內應完成 6 小時之感染管制及傳染病(含 TB 防治等)教育訓練。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.新進員工到職訓練時數至少 16 小時且在三個月內完成訓練，訓練內容詳實，並有評估考核學習效果之機制。 2.新進人員任用後進行職前訓練考核，對於未符合標準者，有安排加強訓練之輔導。 3.訓練內容置於院內知識庫，提供網路學習管道。 4.定期檢討評估教學訓練成果，並有適時修訂改善。 評量方法及建議佐證資料： 1.新進員工教育訓練評估考核制度。(符合) 2.新進員工教育訓練內容或課程表。(符合) 3.近三年各職類新進員工參加到職訓練出席率統計表。(符合) 4.新進員工完成 6 小時感染管制及傳染病(含 TB 防治等)教育訓練紀錄。(符合) 5.新進員工評估考核及輔導紀錄資料。(優良) 6.院內知識庫網路學習資訊畫面及操作說明；年度有彙整分析。(優良)
	1.4.3	訂定護理人員之教育訓練與進修計畫、推展及落實其能力進階制度，並定期檢討改善	目的： 建立護理人員專業能力進階制度及跨領域支援訓練，具備職務所需的資格及能力。 符合項目： 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、學習效果評估。

條	號	條文	評量項目(草案)
			2.有專人負責各項教學活動之審核、推動、協調及評估，確實執行並適時修正。 3.不同領域的護理照護人員有互相支援或訓練等。 4.設有護理人員專業能力進階制度。 5.照護所需的參考文獻、資料可方便取用。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 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。 2.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。 3.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，以用於提升護理能力及病人照護品質。 4.能依據評估結果檢討、修訂或改進教育訓練及進修制度，有效運用於各階層護理人員，且能與薪資、升遷結合。 評量方法及建議佐證資料： 1.護理人員教育訓練及進修計畫資料。(符合) 2.護理人員專業能力進階制度。(符合) 3.院內參考文獻、資料資訊畫面及操作說明。(符合) 4.護理人員教育訓練、能力進階制度檢討資料。(符合) 5.護理人員教育訓練及評估結果資料。(優良) 6.評估結果檢討改善相關資料。(優良)
	1.4.4	應定期對員工實施突發危急病人急救措施之教育訓練	目的： 提升員工對緊急事件或突發危急病人急救能力與知識，並確保員工急救訓練在合格有效期限，維護病人安全。 符合項目： 1.定期辦理全院性緊急事件因應措施之進修、教育或訓練。 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。 4.BLS 訓練有包含 AED (Automated External Defibrillator)相關訓練。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.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%。 2.針對定期/不定期演練發現之問題或缺失，確實檢討改進。 3.醫護人員於調任至急重症部門三個月內，應依單位需求完成相關訓練，如：ACLS、NRP、ANLS、ATLS、

條	號	條文	評量項目(草案)
			APLS 及 PALS。 [註] 1.本條文所稱「其餘員工應定期接受 BLS 訓練」，係指醫師及急重症單位之護理人員以外之員工，應視工作需要接受醫事人員版或民眾版之 BLS 訓練，但身心障礙員工及志工除外。 2.ALS 訓練需包括 BLS、進階氣道處理及電擊器操作。 3.醫護人員視不同性質之單位所接受之 ACLS、ANLS、ATLS、ETTC、NRP、APLS 及 PALS 等訓練，可等同接受 ALS 訓練。 評量方法及建議佐證資料： 1.全院性緊急事件訓練紀錄資料。(符合) 2.全院各職類急救訓練項目、完成率資料。(符合) 3.教育訓練出席率統計資料。(優良) 4.緊急事件演練及檢討紀錄資料。(優良) 5.急重症單位(包括急診、加護病房、手術及麻醉部門)之醫護人員應定期接受 ALS 訓練在效期內之比率須達 90%以上。
可	1.4.5	醫院有志工之設置，並有明確之管理辦法及教育訓練	目的： 設置志工減少病人就醫障礙，提供志工應具備安全與服務之教育訓練，確保服務品質。 符合項目： 1.設有志工，應有專人督導。 2.訂有明確的志工管理辦法。 3.訂有相關教育訓練計畫與課程。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.落實執行，並有具體紀錄。 2.持續定期評估及追蹤志工服務品質，並作為改善參考。 3.定期辦理志工活動，對熱心服務病人或特殊傑出表現志工予以獎勵。 [註] 未向社會局或衛生局申請設置有志工者，可自選本條免評。 評量方法及建議佐證資料： 1.志工管理規章制度。(符合) 2.志工教育訓練計畫與課程資料。(符合) 3.志工參加教育訓練出席率統計資料。(優良) 4.志工評估考核及輔導紀錄資料。(優良)

第 1 篇、經營管理 第 1.5 章 病歷、資訊與溝通管理

【重點說明】

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

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

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

條 號	條 文	評量項目(草案)
1.5.1	健全的病歷資訊管理制度及環境	目的： 規範病歷記載的方式及格式、檔案增刪與存取查核的管理機制及設備的保存環境，以利合法完整調閱應用。 符合項目： 1.病歷格式一致且設計完善，易於查閱。明訂記載規則及標準作業規定。 2.紙本病歷應按內容類別編排有序、裝訂牢靠。檔案排列整齊易於調閱；病歷調出與歸檔有作出入庫管理與遞送時效管控。有切實追蹤查核制度，防止遺失。 3.病歷經刪改，其刪改部分(含執行人員、時間及內容)應予保留，不得刪除；嚴防病歷遭竄改、損毀及不當取得或使用。 4.電子病歷置有備份防止滅失，應有確保系統故障回復及緊急應變之機制。於法定保存年限內應可完整呈現病歷紀錄，並可隨時列印或取出提供查驗。 5.紙本病歷檔案空間和電子病歷儲存主機所在處應有適當門禁、防火、確保妥善運作之相關設施設備，並有定期防火演練。 6.對病歷內容的保密措施(如：保密原則、規範、人員教育訓練等)嚴格要求並有具體稽查機制。 優良項目：(下述項目須全部達成) 1.已施行電子病歷跨院互通，且成效良好。 2.對於病歷調閱、釋出目的及行為應有統計分析。 [註] 1.全面或部分實施電子病歷之醫院，應符合「醫療法」

條	號	條文	評量項目(草案)
			及「醫療機構電子病歷製作及管理辦法」之規定。 2.未向當地主管機關宣告實施電子病歷者，本條有關電子病歷之部分免評。 3.電子病歷跨院互通成效良好，係指醫院可依規定調閱他院電子病歷，且上傳電子病歷索引數(如：出院病歷摘要、門診病歷單、血液檢驗報告、醫療影像及報告、門診用藥紀錄)，佔該院健保申報數達到 70%以上。 4.病歷室和電子病歷儲存主機所在處應維持整齊清潔，不可堆放非屬病歷室之雜物。 評量方法及建議佐證資料： 1.病歷製作與管理辦法。(符合) 2.病歷書寫規範。(符合) 3.病歷審查作業辦法。(符合) 4.病歷存放檔區和電子病歷主機所在處消防設備和門禁安全管理規範(含火災應變計畫與演習紀錄)。(符合) 5.個人資料安全保護管理辦法。(符合/優良) 6.電子病歷存取、增刪、查閱與複製管理辦法。(優良)
	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	目的： 訂有專責單位和專業人員負責病歷管理，提供良好的病歷管理相關作業功能。 符合項目： 1.應有專責人員或設有病歷管理單位，負責病歷管理。 2.病歷管理人員應有病歷管理或疾病分類等相關專業訓練。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.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)。 2.病歷管理委員會有資訊人員擔任委員，或設有電子病歷跨單位發展組織；定期召開會議推動病歷發展事宜。 3.所有疾病分類人員通過相關資格甄審考試，並取得證照。 4.若醫院每年新診斷癌症個案數達 50 案以上者(以衛生福利部最新公告之個案數為基準，由國民健康署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 1,000 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 1,000 案之醫院，至少有 1 人曾接受國民健康署委託辦理之癌症登記課程達 20 小時以上。 5.由資深醫師擔任病歷管理委員會主委，會議決議事項有追蹤考核，改善成效良好。 [註] 1.醫療機構設置標準：應有專責之病歷管理人員 1 人以

條	號	條文	評量項目(草案)
			上。 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.符合項目 2 所指「病歷管理或疾病分類等相關專業訓練」，得由相關學、協會認證辦理。 評量方法及建議佐證資料： 1.病歷管理部門組織圖。(符合) 2.病歷管理和疾病分類人員，相關學協會專業訓練認證。(符合/優良) 3.病歷管理委員會組織章程和會議紀錄(含決議與追蹤事項)。(優良)
	1.5.3	病歷應詳實記載，並作量與質的審查	目的： 依相關法令規定訂定病歷記載之規範及查核改善。 符合項目： 1.主治醫師需親自診察且病歷記載應符合「醫師法」及「醫療法」要求。 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(Physical Examination)、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。 (9)所有醫事人員對病歷之紀錄均有簽名或蓋章及簽註日期(已實施電子病歷之醫院應以電子簽章方式為之)。 (10)治療效果。 (11)其他依醫院實際所需訂定之各類紀錄方式及內容。 3.訂定病歷量的審查作業規定，且確實執行。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.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。 2.訂定病歷紀錄品質審查作業規定或辦法，確實對病歷紀錄之量與質執行評核 並有獎懲制度。 3.相關紀錄品質監測結果，確實檢討改善，成效良好。 [註] 1.醫師法第 12 條：「醫師執行業務時，應製作病歷，並簽名或蓋章及加註執行年、月、日。」

條	號	條文	評量項目(草案)
			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： 一、就診日期。 二、主訴。 三、檢查項目及結果。 四、診斷或病名。 五、治療、處置或用藥等情形。 六、其他應記載事項。 病歷由醫師執業之醫療機構依醫療法規定保存。」 2.醫療法第 67 條：「醫療機構應建立清晰、詳實、完整之病歷。 前項所稱病歷，應包括下列各款之資料： 一、醫師依醫師法執行業務所製作之病歷。 二、各項檢查、檢驗報告資料。 三、其他各類醫事人員執行業務所製作之紀錄。 醫院對於病歷，應製作各項索引及統計分析，以利研究及查考。」 3.本條文符合項目 2 至少應符合(1)、(2)、(3)、(5)、(6)、(7)、(9)為之規範；另，初診及入院紀錄(Admission Note)亦需符合(4)之規範。 評量方法及建議佐證資料： 1.病歷書寫規範。(符合) 2.病歷品質管理辦法(含質、量、時效)。(符合/優良) 3.抽查病歷至少 10 本。(符合) 4.病歷紀錄之質量審查之紀錄與分析檢討結果。(優良)
	1.5.4	病歷應有系統歸檔，且每位病人只有一份病歷，以維護資料的完整性	目的： 系統性保存門診和住診病歷，且重要紀錄應有註記、特殊病歷應獨立保存並有合適保護機制。 符合項目： 1.每位病人只有一份病歷(即每位病人在醫院僅有 1 個病歷號)。病歷應依法定年限妥善保存，且病歷號有系統的歸檔，易於調閱；病歷調離檔案後，應有紙本或資訊系統之追蹤紀錄，以利病歷追蹤。紙本病歷首頁、紙本診療紀錄或電子病歷應有該病人「藥物過敏」之紀錄。處方醫令系統應有病人「藥物過敏」之提示。若病人簽具不施行心肺復甦術(DNR, Do Not Resuscitate)，則應比照「藥物過敏」之註記。 2.門診、住院病歷分開放置時，門診病歷需含出院病歷摘要，透析病歷如分開放置時，應將病人透析治療之重要資訊，整理摘要後至少每 3 個月一次併入病人病歷，其內容須包括：首頁(含基本資料及診斷)，透析紀錄單，藥物醫囑單，檢查數據單，護理衛教單，血管追蹤紀錄單，住出院紀錄單等重點摘要。

條	號	條文	評量項目(草案)
			3.特殊病歷資料應制訂辦法妥善管理，視法律規定予以獨立儲存及設有合適保護機制，並製作摘要置入病歷中或建立相關索引機制。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.具教學研究價值之病歷相關資料有特別妥善保存。 2.訂定病歷紀錄及調閱規範，並落實執行，定期檢討改善成效良好。 3.改善病歷資料完整性之管理、提升病歷品質。 [註] 1.符合項目 1 所提「若病人簽具不施行心肺復甦術(DNR)，則應註記」： (1)其註記方式不侷限於紙本病歷，註記位置以可讓相關人員查閱即可。 (2)DNR 註記之查閱以 100 年 2 月以後之資料為主。 2.未向當地主管機關宣告實施電子病歷者，本條有關電子病歷之部分免評。 評量方法及建議佐證資料： 1.病歷書寫規範。(符合/優良) 2.病歷保存與借閱規範。(符合/優良) 3.出院病歷彙整標準。(符合) 4.個人資料安全保護管理辦法。(符合) 5.病歷品質監測指標和審查統計表。(優良)
	1.5.5	依據病人的請求，依法提供病歷複製本或摘要	目的： 為協助病人跨院醫療需求或專業諮詢，依法適時提供病歷複製本或摘要。 符合項目： 1.明訂提供病歷複製本或摘要之流程，對於病人之申請，不得違反醫療法第 71 條規定，無故拖延或拒絕。 2.病人資料的釋出須依一定的申請程序辦理。 3.能依病人需求，提供中文出院病歷摘要。 優良項目：(下述項目須全部達成) 1.設有稽核及改善機制，落實執行成效良好。 2.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)。 [註] 1.醫療法第 71 條規定：「醫療機構應依其診治之病人要求，提供病歷複製本，必要時提供中文病歷摘要，不得無故拖延或拒絕；其所需費用，由病人負擔」。 2.醫療法施行細則第 49-1 條規定：「本法第 71 條所稱必要時提供中文病歷摘要，指病人要求提供病歷摘要時，除另有表示者外，應提供中文病歷摘要」。 評量方法及建議佐證資料：

條 號		條 文	評量項目(草案)
			1.病歷複製作業辦法。(符合) 2.病歷複製作業時效稽核統計表。(優良)
合	1.5.6	對出院摘要及病歷建立追蹤管理系統,且定期統計呈報改善	目的： 為便利病人回診，出院病歷應重點彙整診斷與診療過程，完成出院摘要歸回病歷室。 符合項目： 1.應規定出院作業流程及出院摘要之記載內容，包括住院原因及截至出院的診療經過，均予精簡記述。 2.出院病歷應儘速歸回病歷室並完成病歷寫作，以利病人回診，並有管理機制與統計。 3.出院摘要有 90%於出院日翌日起算 7 日(日曆日)內完成，紙本病歷並歸回病歷室。 [註] 1.符合項目 2 所提「完成病歷寫作」係指完成所有病歷內容(量之審查內容)並上架歸檔。 2.中文病歷摘要可參考衛生福利部公告之範本。 評量方法及建議佐證資料： 1.出院作業流程與出院病歷管理辦法。 2.出院摘要複本 7 日(日曆日)內提供達成率。
	1.5.7	建立疾病與手術檢索系統及相關統計分析	目的： 對出院病人病歷重點資料作成資料庫，採通用標準分類，以利疾病統計分析、成效評估指標蒐集和營運改善應用。 符合項目： 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-10-CM/PCS)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。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 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.能配合醫院需求製作成效評估指標，依據評估指標蒐集相關之資料，進行統計分析，運用於營運改善，並有檢討機制。 [註] 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(或密度)、併發症發生率、48 或 72 小時再入院率、平均住院日等指標。 評量方法及建議佐證資料： 1.醫院疾病統計年報(含疾病與手術分類索引)。(符合)

條 號		條 文	評量項目(草案)
			2.成效評估指標與檢討機制。(優良) 3.跨年度疾病統計資料分析比較與營運成效。(優良)
	1.5.8	資訊部門配合臨床及行政部門建立完善作業系統,且院內各系統連線作業及院外聯繫系統功能良好	目的： 運用資訊科技管理，整合建立支援病人照護、教育訓練、研究及決策系統，確保病人安全及提升品質。 符合項目： 1.依醫院規模，設置資訊管理專責人員或部門，且院內各系統連線作業功能運作適當。 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、教育訓練及管理。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 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.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。 3.醫院應以資訊支援研究。 4.訂有資訊管理計畫且定期召開跨部門之資訊管理會議，能針對臨床與行政決策系統進行討論，以確保病人安全及提升醫療品質。 評量方法及建議佐證資料： 1.資訊部門組織章程。(符合) 2.醫療資訊系統架構圖。(符合) 3.資訊管理委員會組織章程與會議紀錄。(符合) 4.資訊需求單處理流程與管控規範。(優良) 5.資訊管理滿意度調查。(優良) 6.決策支援系統。(優良) 7.資訊管理年度計畫。(優良)
	1.5.9	具備資訊管理作業規範,以確保資訊安全及維護病人隱私,並訂有緊急應變處理機制	目的： 建立資訊安全管理機制，系統當機緊急應變標準和風險管理計畫，確保病人隱私和資訊安全。 符合項目： 1.應有資訊系統使用權限設定及防止資料外洩之資訊管理相關作業規範，並具備資訊安全管理機制(如：資訊需求申請程序書、資訊系統密碼管理辦法、程式撰寫文件管理辦法、資訊系統備份作業程序書、資訊安全稽核作業程序書、網路頻寬使用管理辦法、網際網路使用規範、網路信箱管理辦法...等)。 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。 3.資訊設備機房應訂有門禁管制及防火設施。 4.設有資料正確性之檢查機制，並檢討改善資料之正確性。

條	號	條文	評量項目(草案)
			5.訂有資訊系統故障(當機)緊急應變標準作業規範。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.針對資訊系統故障緊急應變計畫進行演練，並有故障原因和處理紀錄檢討改善。 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.訂有資訊系統風險管理計畫，且主動積極進行風險分析、監測及管理，並落實執行，可被廣泛應用。 [註] 符合項目 4「檢查機制」係指資訊部門運用電腦輔助程式並與使用部門共同查核方式，以驗證資料之正確性。 評量方法及建議佐證資料： 1.訂有資訊管理相關作業規範。(符合) 2.使用權限申請單與各職級權限一覽表。(符合) 3.資訊設備機房門禁管制與消防設備規範及進出紀錄。(符合) 4.醫院資訊系統緊急應變程序。(符合) 5.電腦系統故障演練紀錄與資訊安全事故報告單。(優良) 6.備份設施與病人資料異地備份規範。(優良) 7.醫院電腦系統風險管理計畫，和風險分析與監測管理。(優良)

第 1 篇、經營管理 第 1.6 章 安全的環境與設備

【重點說明】

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

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

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

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

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

條 號	條文	評量項目(草案)
合 1.6.1	提供醫院交通資訊，並有安全的交通規劃	目的： 病人就診時能提供交通及停車等相關服務資訊，方便病人到達醫院。

條	號	條文	評量項目(草案)
			符合項目： 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。 3.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。 4.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。 [註] 1.「提供醫院周邊交通資訊」係指公告於網站或佈告欄，包括：無障礙大眾運輸交通資訊。 2.「提供叫車資訊及適宜之候車場所」係指設有行動不便者臨停接送區域。 評量方法及建議佐證資料： 1.醫院周邊交通資訊相關資料。 2.病人在未到院前與到院後可取得之汽車、機車之停車相關資訊。
	1.6.2	醫院應設置無障礙設施，並符合法令規定	目的： 依相關建築法令規定，設置無障礙設施並定期檢查設施之功能，確保民眾就醫權利與安全。 符合項目： 1.醫院應依相關建築法令規定，設置無障礙設施，如：醫院建築物之室外通路、連接院外通路、避難層坡道及扶手、避難層出入口、室內出入口、室內通路走廊、樓梯、昇降設備、廁所盥洗室、浴室、停車空間等。 2.設置無障礙設施之處所，應有明顯標示。 3.定期檢查院內無障礙設施之功能。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.設有專責人員負責管理院內無障礙設施，依檢查結果確實維護，確保其功能正常與安全。 2.門診應提供身心障礙者友善就醫環境。營造身心障礙者之親善就醫環境，提供身心障礙者醫療服務之空間與相關設施，有具體事證且可做為其他醫院之楷模。 3.訂有親子使用廁所或行動不便廁所兼具親子廁所之功能。 [註] 1.依據醫療機構設置標準規範，於醫療法公布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101年5月25

條	號	條文	評量項目(草案)
			日發布之「既有公共建築物無障礙設施替代改善計畫作業程序及認定原則」，其改善項目之優先次序，由當地主管建築機關定之。 評量方法及建議佐證資料： 1.醫院無障礙設施清單。(符合) 2.無障礙設施定期維護紀錄。(符合)
合	1.6.3	提供安全及安靜的病室環境	目的： 提供病房內之相關安全措施與設施，並定期檢查各項功能，確保病人安全。 符合項目： 1.病房內之浴廁具有下列之安全措施 (1)病房浴廁有設置急救鈴或緊急呼救系統、防滑設施，並在適當位置裝設扶手。 (2)病房設有供輪椅者使用之浴廁。 (3)若有小兒科病房廁所則應提供嬰兒安全座椅。 (4)若有蹲式廁所應設有扶手，以利病人起身。 2.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。 3.視需要裝設防止跌落的床欄，且經常檢查床欄之安全性。 4.對醫院廣播之內容、音量及時間，訂有限制規範，且能有效管理病房區噪音發生源，如：收音機或電視等音響設備、病室內或走廊大聲談話、夜班護理站之工作人員談話音量。 [註] 符合項目 3，「經常」檢查床欄之安全性，是指新病人住院時由護理部門檢查與定期由工務維修部門進行檢查。 評量方法及建議佐證資料： 1.維護病室安全之管理辦法。 2.與病室安全相關設施(如急救鈴、扶手、床欄、防滑設施等)之定期檢查與維修保養紀錄。 3.醫院廣播之內容、音量及時間之限制規範。
重合	1.6.4	訂定安全管理作業規範，提供病人及員工安全的環境	目的： 藉由安全管理作業規範之訂定與落實執行，確保員工與病人安全。 符合項目： 1.有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

條	號	條文	評量項目(草案)
			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。 5.建置員工工作安全異常事件通報機制，對醫院安全管理相關異常事件，進行檢討，並視需要改善。 6.重要機電、氣體、維生設備和存放易燃物品空間，應有合宜門禁管理。 7.針對開刀房、加護病房消防安全： (1)應有防火區劃完整性等相關資料(參考地方衛生、消防與建管機關對於建築物公共與消防安全之聯合督考資料)。 (2)應加強用電負載量管理並有相關之量測紀錄(如：可使用紅外線熱顯像儀之電器檢查紀錄)。 [註] 1.第 1 項醫院安全管理作業規範，包含探病或陪病規範、夜間出入口、門禁時間及出入相關規範。 2.易燃物品應妥善儲存，其儲存建議可參考職業安全衛生法、勞動部化學品全球調和制度 GHS 介紹網站 website，安全資料表(Safety Data Sheet, SDS)第七欄：安全處置與儲存方法(safe treatment and storage)。 評量方法及建議佐證資料： 1.醫院安全管理作業規範(含探病或陪病規範、夜間出入口、門禁時間及出入相關規範、用電安全管理規範)。 2.依據安全管理作業規範所進行之查核(如用電安全、消防安全等)、保養與維修紀錄易燃物品清單與管理辦法。 3.發生異常事件檢討之會議紀錄。 4.地方衛生、消防與建管機關對於建築物公共與消防安全之聯合督考結果建議改善資料。
重	1.6.5	醫療機構應採必要措施，以確保醫事人員執行醫療業務時之安全	目的： 訂定防止暴力事件管理作業規範、防範設施、通報機制與人身安全之防護教育訓練，確保執行醫療業務時安全。 符合項目： 1.制訂準則辨識可能發生醫院暴力之高風險場所及具有暴力傾向之病人或家屬。 2.依據辨識結果訂定防止員工受到暴力事件傷害之安全管理作業規範。 3.建置醫院暴力事件之通報機制。 4.針對可能發生暴力事件之高風險場所(如急診)，加強門禁管制措施、裝設監視器、警民連線或其他安全設施。 5.聘用充足警衛或保全人員人力，並確保員工在遭受暴力攻擊時能以無線或有線之方式通知警衛或保全以提供人身安全之防護。

條	號	條文	評量項目(草案)
			優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.對於受到傷害(包括實際受傷和目擊受傷)之員工，給予妥善的心理支持、輔導與提供相關之法律求償或其他協助。 2.定期收集院內或院外之醫院暴力事件，使用適當分析方法，將分析結果進行檢討、納入員工之教育訓練(如提高員工之警覺性)，以防止發生醫院之暴力事件。 3.落實執行安全管理作業規範。 4.每年針對高風險之醫院暴力發生場所進行演練。 [註] 1.依據中華民國 103 年 1 月 29 日總統華總一義字第 10300013681 號令修正公布醫療法第 24 及 106 條條文。 (1)第 24 條：「醫療機構應保持環境整潔、秩序安寧，不得妨礙公共衛生及安全。 為保障病人就醫安全，任何人不得以強暴、脅迫、恐嚇或其他非法之方法，妨礙醫療業務之執行，致生危害醫療安全或其設施。 醫療機構應採必要措施，以確保醫事人員執行醫療業務時之安全。 違反第二項規定者，警察機關應協助排除或制止之；如涉及刑事責任者，應移送該管檢察官偵辦。」 (2)第 106 條：「違反第二十四條第二項規定者，處新臺幣三萬元以上五萬元以下罰鍰。如觸犯刑事責任者，應移送司法機關辦理。 毀損醫療機構或其他相類場所內關於保護生命之設備，致生危險於他人之生命、身體或健康者，處三年以下有期徒刑、拘役或新臺幣三十萬元以下罰金。 對於醫事人員執行醫療業務時，施強暴、脅迫，足以妨害醫事人員執行醫療業務者，處三年以下有期徒刑、拘役或新臺幣三十萬元以下罰金。 犯前項之罪，因而致醫事人員於死者，處無期徒刑或七年以上有期徒刑；致重傷者，處三年以上十年以下有期徒刑。」 2.可參考勞動部公告之「執行職務遭受不法侵害預防指引」。 評量方法及建議佐證資料： 1.可能發生暴力事件之風險評估結果。(符合) 2.訂有防止員工受到暴力事件傷害之安全管理作業規範。(符合) 3.防止暴力之員工之教育訓練資料。(符合) 4.警衛或保全人員人力排班表。(符合) 5.對於受到傷害(包括實際受傷和目擊受傷)員工之心理支持、輔導與提供相關之法律求償或其他協助之辦法

條	號	條文	評量項目(草案)
			(若有案例發生應提供實際執行結果)。(優良) 6.建置醫院暴力事件之通報程序。(符合) 7.落實執行安全管理作業規範之相關資料。(優良) 8.每年針對高風險之醫院暴力發生場所進行演練紀錄。(優良)
	1.6.6	醫療器材採購及管理能符合醫療照護業務之需要，並確保品質	目的： 訂定醫療器材採購及管理辦法(包括採購時效、驗收、品質管理、庫存管理等)並落實執行，確保醫療品質及病人安全。 符合項目： 1.設有專責人員負責醫療器材採購及管理。 2.訂有醫療器材採購及管理辦法，以符合醫療照護業務之需要，並確保品質。 優良項目：(下述項目僅限二項未達成) 1.視情形選擇經 QSD (Quality System Documentation)、GMP/cGMP(Good Manufacturing Practice, Current Good Manufacturing Practice)或 PIC/S GMP 認可或評鑑的製造商。 2.使用適當的庫存管理系統，其管理模式有效提升庫存週轉率與降低庫存成本。 3.醫療器材採購及管理辦法包括醫材不良品之通報、退貨與換貨程序，且負責採購與使用單位之員工皆知悉相關作業程序。 4.有鼓勵採購生技新藥產業發展條例審議通過之新興藥品及醫療器材，完成研發並已核發許可證者之機制(以不違反我國締結之條約或協定為前提)。 評量方法及建議佐證資料： 1.負責醫療器材採購及管理之專責人員資歷證明文件。(符合) 2.醫療器材採購及管理辦法。(符合) 3.庫存之管理成效證明資料。(優良) 4.採購部門對於使用部門反應醫材不良品之處理結果。(優良)
重	1.6.7	定期執行醫院設施、設備、醫療儀器或相關器材等之維護、檢查、測試、保養或校正作業，並有紀錄可查	目的： 依相關法令規定訂定醫院設施、設備、醫療器材等維護管理規範，定期檢測及檢討改善，確保醫療品質與病人安全。 符合項目： 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，以及定期檢查、保養或校正計畫，特別是與病人安全相關之重要設施、設備、急救用醫療器材等(如為外包時，應依外包管理相

條	號	條文	評量項目(草案)
			關基準規定辦理)。 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。 5.操作人員皆有完善教育訓練。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 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.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。 3.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。 4.專責人員具有相關專業訓練或證照。 [註] 1.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。 2.依據衛生福利部 104 年 12 月 2 日修訂之藥事法第 13 條所稱醫療器材，係用於診斷、治療、減輕、直接預防人類疾病、調節生育，或足以影響人類身體結構及機能，且非以藥理、免疫或代謝方法作用於人體，以達成其主要功能之儀器、器械、用具、物質、軟體、體外試劑及其相關物品。 3.符合項目 2 所指之「與病人安全相關之重要設施、設備、急救用醫療器材」之範疇可參考評量項目[註] 2 之規範；另根據衛生福利部公告之「醫療器材管理辦法」，國產或輸入醫療器材依照其風險特性，區分為第一等級(低風險性)、第二等級(中風險性)、第三等級(高風險性)以及新醫療器材(無類似品經衛生福利部核准者)。 4.醫院可依據實際使用醫療器材之風險等級建立庫存清單與訂定相關之預防性保養、維修計畫與使用人員之教育訓練計畫以確保病人之安全。 評量方法及建議佐證資料： 1.「設施、設備、儀器、器材」之維護規章、操作訓練規範、及定期檢查、保養或校正計畫。(符合) 2.與病人安全相關之重要高風險設施、設備、急救用醫療器材清單。(符合) 3.設施、設備、儀器、器材之監控或評估機制。(符合)

條	號	條文	評量項目(草案)
			4.設施、設備、儀器、器材之使用說明書或操作手冊。(符合) 5.操作人員皆有適當教育訓練資料。(符合) 6.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)。(優良) 7.故障或失靈等缺失原因之紀錄與能在期限內完成之資料。(優良) 8.各項計畫、保養、維修、更新汰換、訓練等確實執行與定期檢討成效之紀錄。(優良) 9.每年編列保養、維修、更新汰換、訓練之經費資料與實際執行之結果。(優良) 10.專責人員具有相關之專業訓練或證照之證明文件。(優良)
重	1.6.8	定期檢查及維修設備(機電、安全、消防、供水、緊急供電、醫用氣體等)或系統，並有紀錄可查	目的： 訂定基礎設施與設備之維護管理規範，定期檢測及檢討改善並落實執行，確保照護環境安全。 符合項目： 1.對於機電、安全、消防、供水、緊急供電等設施訂有定期檢查及維修計畫，據以執行(如為外包時，應依外包管理相關基準規定辦理)。 2.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」，且專責人員有參加相關教育訓練。 3.確實執行檢查、測試、保養等，並製作紀錄(含執行日期)；並能依據使用效能、維修、保養狀況，訂定監控或評估機制，以適時更新汰換。 4.專責人員有參加相關教育訓練。 5.依「職業安全衛生管理辦法」，視醫院員工人數依法應設置之職業安全衛生委員會，應討論醫用氣體之安全管理相關事項，並有會議紀錄。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.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)。 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、桌上演練與實際演練，以保護院內人員並儘速修復。 3.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。 4.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 10 分鐘之修

條	號	條文	評量項目(草案)
			復時間。 評量方法及建議佐證資料： 1.定期檢查及維修與保養計畫與落實執行之紀錄(含執行日期)；如為外包時，應附外包管理相關基準規定。(符合) 2.負責定期檢查及維修設備(機電、安全、消防、供水、緊急供電、醫用氣體等)或系統專責人員之資格與教育訓練資料。(符合) 3.依據「醫療機構醫用氣體管理原則及應注意事項」執行定期檢查及保養計畫之紀錄。(符合) 4.醫療氣體安全管理規則。(符合) 5.依據使用效能、維修、保養狀況之監控與評估機制適時執行更新汰換之資料。(符合) 6.職業安全衛生管理委員會(勞工人數未達 300 人以上之機構可以相關委員會取代)討論醫用氣體之安全管理相關事項之會議紀錄。(符合) 7.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)。(優良) 8.醫院基礎設施(機電、安全、消防、供水、緊急供電、醫用氣體等)故障時之緊急應變程序與演習紀錄。(優良) 9.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辦法。(優良) 10.定期檢討醫院基礎設施(機電、安全、消防、供水、緊急供電、醫用氣體等)之性能與視情形採取改善措施，有具體成效之資料。(優良)
	1.6.9	各部門落實整潔維護，確實執行院內清潔工作，並定期消毒除蟲	目的： 訂定醫院環境、病人寢具清潔消毒工作管理規範與工作計畫並落實執行，確保照護環境舒適與安全。 符合項目： 1.有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。 3.各病室或病房護理站之空調設備，可以控制並維持適宜之溫度，且空調可 24 小時運作，並適當換氣；空調口應定期清潔。 4.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。 5.病室電話(含公用電話)、床旁桌椅、窗簾、隔簾、百葉

條	號	條文	評量項目(草案)
			窗等，應定期清潔或消毒。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 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。 3.定期檢查病室清潔，視需要調查病人對病室清潔之滿意度或建議，依據調查結果進行檢討改善，成效良好。 [註] 優良項目 3「定期」檢查病室清潔，是指每月進行檢查。 評量方法及建議佐證資料： 1.醫院清潔(含消毒除蟲)工作計畫與稽核是否落實執行之紀錄(清潔工作如為外包時，應附依外包管理相關基準規定執行是否落實合約規範之查核紀錄)。(符合) 2.維護病室清潔之管理辦法。(符合) 3.使用清潔工作計畫查核表，實施定期或不定期查核且成效良好之紀錄。(優良) 4.不定期舉辦清潔競賽或相關活動之成果資料。(優良) 5.調查病人對病室清潔之滿意度或建議之資料。(優良) 6.依查核或稽核結果，進行檢討改善之資料。(優良)
	1.6.10	膳食安全衛生管理良好	目的： 依相關法令規定訂定膳食處理作業規範及廚房環境整潔、門禁、防火措施等，確保醫院食品衛生及膳食安全。 符合項目： 1.醫院設有廚房者，應符合下列項目： (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(含火災預防與應變之教育訓練)。 (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)病人用膳完畢之餐具能於 2 小時內回收。 (8)工作人員持證照比率符合相關法令規定。 2.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，如危害分析與重要管制點(Hazard Analysis Critical Control Point, HACCP)或食品良好衛生規範(Good Hygienic Practice, GHP)等。

條	號	條文	評量項目(草案)
			(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。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 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.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。 3.廚餘處理合乎衛生及環保原則。 4.有專責人員或部門稽核檢查，並有紀錄。 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」或食品良好衛生規範(Good Hygienic Practice, GHP)認證者。 [註]「食品良好衛生規範準則」第 25 條：經營中式餐飲之餐飲業於本準則發布之日起一年內，其烹調從業人員之中餐烹調技術士證持證比率規定如下： 一、觀光旅館之餐廳：百分之八十。 二、承攬學校餐飲之餐飲業：百分之七十。 三、供應學校餐盒之餐盒業：百分之七十。 四、承攬筵席之餐廳：百分之七十。 五、外燴飲食業：百分之七十。 六、中央廚房式之餐飲業：百分之六十。 七、伙食包作業：百分之六十。 八、自助餐飲業：百分之五十。 評量方法及建議佐證資料： 1.處理食品(包括準備、處理、儲存及運送)之標準作業程序。(符合) 2.廚房門禁之管制辦法。(符合) 3.防火措施之檢查與教育訓練紀錄。(符合) 4.有專責人員或部門稽核檢查之紀錄。(優良) 5.通過 HACCP 或 GHP 認證之證明文件。(優良)
合	1.6.11	適當管理廢水與廢棄物	目的： 依相關法令規定訂定廢水與廢棄物處理規範，定期稽核及廢棄物減量檢討改善，確保醫院照護環境安全。 符合項目： 1.依據相關法令，訂有廢水、一般事業廢棄物、有害事業廢棄物(如：生物醫療廢棄物)之處理程序，如：區分生物醫療廢棄物與一般事業廢棄物，放入特定的容器、包裝，並安全運送至最終放置場所等程序。 2.有專責人員負責處理且管理得宜，通過主管機關之檢

條	號	條文	評量項目(草案)
			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。 5.廢水、廢棄物之處理及追蹤紀錄詳實，符合處理程序。 6.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。 [註] 1.未設有廢水處理設施者，本條有關廢水處理之部分免評。 2.符合項目 1 所稱相關法令，如：廢棄物清理法、水污染防治法、放射性廢棄物管理辦法等。 評量方法及建議佐證資料： 1.一般性及生物醫療廢棄物之處理辦法。 2.稽核或追蹤廢棄物從最終放置處移交合格業者作最後處理之過程、執行狀況及貨物清單(manifest)之文件資料。 3.符合處理程序之廢水、廢棄物處理及追蹤紀錄。 4.醫院生物醫療廢棄物每床人日產量比及每月增減比之差異等統計資料。 5.定期檢討改善處理程序之資料。

第 1 篇、經營管理 第 1.7 章 病人導向之服務與管理

【重點說明】

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

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

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

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

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

條 號	條 文	評量項目(草案)
1.7.1	提供病人及家屬衛教與醫院服務資訊，並提供病人完整的就醫資訊及一般諮詢	目的： 提供多元管道的就醫資訊及醫療諮詢服務，維護病人就醫的權益。 符合項目： 1.對民眾提供就醫相關資訊，如：診療科別、病床資訊、門診時間、主治醫師姓名及其專長或經歷簡介、相關政令宣導、掛號費、膳食費、病房費及各項醫療費用收費標準等資料。 2.提供病人或訪客引導服務，於醫院重要出入口(如：大廳、電梯出入口等)有建築配置圖、樓層平面圖，清楚易於瞭解(如：設置場所、大小、配色等)，並有明顯、清楚之各科室與治療診間之指標標示。 3.提供病床推送或輪椅借用之服務。 4.診間外與病床應標示主治醫師姓名。 5.設有專責人員提供一般諮詢服務。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.每季針對服務區域發行健康通訊；設有網站，提供衛教宣導及社區活動訊息。 2.設有提供諮詢服務之單位，並有明顯之標示，醫療諮詢服務專責人員具相關背景及專長。且在住院須知、

條	號	條文	評量項目(草案)
			相關手冊或網站上登載諮詢服務之單位所在位置、聯絡電話及服務項目。 3.有走動服務人員提供服務，並有排班制度。 4.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。 [註] 1.「一般諮詢服務」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。 2.可依病人需求提供適切的溝通服務，如：病人慣用語言或外語之翻譯，聽障者手語翻譯、唇語、筆談、同步聽打、寫字板、溝通板，視障者點字資料、18 號字體以上之資料。 評量方法及建議佐證資料： 1.醫院門診表。(符合) 2.醫療費用收費標準。(符合) 3.科室和診間標示的樓層配置圖。(符合) 4.輪椅維修管理辦法和借用登記表。(符合/優良) 5.走動服務人員排班表。(優良) 6.諮詢部門組織章程。(優良) 7.醫院健康通訊和衛教網站。(優良) 8.住院須知。(優良)
	1.7.2	提供病人就醫之掛號、批價收費及辦理入出院作業等便利服務	目的： 提供完整的就醫作業流程和合理的收費，並公告周知及適當說明。 符合項目： 1.設有辦理之專責人員或部門，並具備方便病人就醫之作業流程，如：掛號、就診、批價、住/出院手續等。 2.在掛號及繳費尖峰時段，能彈性增設櫃檯因應。 3.掛號費收費符合衛生福利部公告之「醫療機構收取掛號費參考範圍」。 4.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。 5.對出院病人提供收費明細，符合醫療法相關規定。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.能定期檢討或視需要修正作業流程。 2.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。 3.有提供假日辦理出院服務。 4.作業流程檢討或修正後，便利病人就醫，有具體事證。

條	號	條文	評量項目(草案)
			[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，申報全民健康保險及自費項目之明細；非屬醫療費用之收費，並應一併載明之。前項申報全民健康保險項目，應區分自行負擔數及全民健康保險申請數。 本法第二十二條第二項所稱擅立收費項目收費，指收取未經依本法第二十一條規定核定之費用。」 評量方法及建議佐證資料： 1.掛號、批價收費和住出院辦理單位組織章程與管理辦法。(符合) 2.掛號、批價收費和住出院作業流程。(符合/優良) 3.醫療費用一覽表和收費規定。(符合/優良)
	1.7.3	應準時開診，開診醫師請假或請他人代診時，應及早周知	目的： 醫師按門診表準時開診，請假應及早通知，且有合宜的代診制度，維護病人權益。 符合項目： 1.醫師應按照門診排班表準時開診。 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。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 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，有具體改善措施，並落實執行。 3.設有機制供病人查詢看診進度。 評量方法及建議佐證資料： 1.醫師延遲開診作業規範。(符合) 2.醫師停代診及請假管理辦法。(符合) 3.門診開診狀況稽核和紀錄。(優良) 4.預約掛號單提示看診時間與網路即時門診進度查詢。(優良)
	1.7.4	有效率地運用病床	目的： 訂有合適的病床利用規範和檢討機制，善用醫療資源。 符合項目： 1.醫院訂有住院病床利用規範及病人等候住院病床須

條	號	條文	評量項目(草案)
			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。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.落實病人住院天數控制。 2.訂有病人流量管理規範，對於急診轉住院病人待床時間過長有處理機制。 3.訂有病人出入院管理辦法或合適機制，鼓勵住院病人於上午出院，非緊急之新入院病人於下午小夜班前住院，以減輕小夜班醫護人力之照護負荷，並有統計分析。 [註] 優良項目 3 所稱「出入院管理辦法或合適機制」，係指如「今辦明出」提前讓病人知道上午出院時間，或出院病人無法上午離院時(如：等待家屬接送)，有安排等候空間等因應辦法。 評量方法及建議佐證資料： 1.住院病床利用規範。(符合) 2.病人等候住院病床須知。(符合) 3.病人流量管理規範。(優良) 4.各科別住院與候床狀況管控表。(優良) 5.病床利用及出院準備服務委員會會議紀錄(含急診住院比率與檢討)。(優良) 6.急診登記觀察床數與實際觀察床數之使用狀況(如急診每班留觀病人數)。 7.病人出入院管理辦法。(優良)
	1.7.5	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	目的： 建立多元的病人和家屬意見收集管道，由專人妥善追蹤處理。 符合項目： 1.設有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)，必要時得由關懷小組協助病人與家屬，確實執行。 4.員工(含與病人直接接觸之外包人員)及病人知道意見反應管道，員工並知道處理流程。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

條	號	條文	評量項目(草案)
			1.專責單位或人員具有篩選案件之處理流程，且有回應時效與內容合宜之監控機制。 2.員工能面對意見、申訴、抱怨處理，並視需要報備相關單位及接受相關處理技巧之教育訓練。 3.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。 評量方法及建議佐證資料： 1.病人或家屬意見、抱怨、申訴處理單位組織章程和教育訓練紀錄。(符合/優良) 2.病人或家屬意見、抱怨、申訴處理流程與作業分析檢討紀錄。(符合/優良)
	1.7.6	有效管理院內用餐、購物環境	目的： 符合衛生法規，對病人、家屬和訪客購物區等訂定管控措施。 符合項目： 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署「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、購物區之緊急災害應變計畫，並有演練。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.院內用餐或購物區工作人員接受在職及勤前感管教育訓練。 2.參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。 3.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。 評量方法及建議佐證資料： 1.符合項目 1~4，有執行及查核紀錄。(符合) 2.醫院病人、家屬或訪客用餐或購物作業管理辦法(含內部感染管制規範)。(符合/優良) 3.用餐與購物區緊急災害應變計畫與演習紀錄。(符合) 4.用餐與購物顧客滿意度調查與定期檢討評估紀錄。(優良)

條 號	條 文	評量項目(草案)
1.7.7	定期實行病人滿意度調查	目的： 定期實施滿意度調查並檢討改善，提升服務品質。 符合項目： 1.每年至少實施 1 次包括急診、門診、住院病人或家屬的滿意度調查。 2.調查的結果整理分析，並提供管理者與相關部門參考。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.問卷內容、調查數量及抽樣方法合宜，且具代表性。 2.調查結果有進行檢討與改善。 3.使用具實證基礎之方法進行病人就醫經驗調查。 [註] 優良項目 3，具實證基礎之病人就醫經驗調查方法，可參考：衛生福利部醫療品質政策辦公室之「病人住院經驗調查」問卷使用手冊或國外相關問卷(如：美國聯邦醫療保險和聯邦醫療補助服務中心(Center for medicare and medicaid service, CMS)所要求之 HCAHPS (Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Services)、英國國家衛生廳健康服務中心(National Health Service, NHS)所採用之 Picker institute 的問卷等)。 評量方法及建議佐證資料： 1.門診、急診、住院滿意度問卷調查作業流程。(符合) 2.病人滿意度調查報告書與持續檢討改善紀錄。(符合/優良) 3.病人就醫經驗調查結果。(優良)

第 1 篇、經營管理 第 1.8 章 風險與危機管理—風險分析與緊急災害應變

【重點說明】

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

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

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

條 號	條 文	評量項目(草案)
重 1.8.1	建立醫院風險管理機制，且依據危機應變需要儲備或即時取得災害所需之醫療用品、通訊器材及其他資源，並有檢討改善機制	目的： 建立醫院風險管理機制，擬定風險/危機管理計畫與落實執行危機減災預防與準備之相關措施，確保醫院安全。 符合項目： 1.醫院設有風險/危機管理專責單位(委員會)及專責人員，並能指派專責人員於危機事件發生時，收集與記錄危機事件發生之過程並保存相關文件，以利檢討。 2.訂有風險/危機管理計畫，包括減災預防、準備、應變、復原等。 3.對突發危機事件有健全之應變指揮體系與相關應變組織之規劃。 4.風險/危機管理計畫中應包括藥品、醫療器材、緊急通訊器材及其他資源之後勤補給，能確實掌握資源調度，並能確保 3 天以上之安全存量。 5.實施危機減災預防與準備之相關措施，包括各項宣導與員工訓練。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.每年定期檢討醫院風險/危機管理計畫之執行成效。 2.應用風險分析方法，評估醫院可能發生的危機或緊急事件，訂定醫院之風險/危機管理計畫，包括減災預防、準備、應變、復原等。 3.依據緊急應變演練結果或已發生之危機事件應變結果定期檢討與修正風險/危機管理計畫內容。

條	號	條文	評量項目(草案)
			4.針對發生之危機事件能進行原因分析，並研擬改善措施，確實檢討改善，成效良好。 5.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。 [註] 1.依醫療法第 25 條第 2 項規定訂定之「醫院緊急災害應變措施及檢查辦法」之第 3 條與第 4 條規定： (1)第 3 條：「醫院應訂定緊急災害應變措施計畫。其內容應包括因應災害之預防、準備、應變與復原各階段之應變體系、應變組織與工作職責。前項緊急災害應變措施計畫，醫院應於每一年度開始前送直轄市、縣(市)主管機關備查。」 (2)第 4 條：「為因應緊急災害事件，醫院應設置緊急災害應變組織與指揮架構，並依實際需要分設各組，執行下列事項： 一、指揮中心：整體緊急災害應變工作之決策、各應變組織部門之協調、考核與訊息之發布等。 二、參謀分析：擬定緊急災害應變策略與方案、災害狀況分析研判、人力調度與資料蒐集等。 三、醫療作業：對於病人持續提供醫療照護及災害傷患之急救等。 四、財務及行政：採購、出納、人事管理及財務分析等。 五、後勤及災害控制：物資之募集與調度、器材之搬運與供應及設施與環境維護等。」 2.符合項目所提「危機管理計畫(Emergency Management Program, EMP)」等同於「醫院緊急災害應變措施及檢查辦法」第 3 條所指之「緊急災害應變措施計畫」。其內容應包括因應災害之預防、準備、應變與復原各階段之應變體系、應變組織與工作職責。 3.風險/危機管理委員會之成員能包括與緊急應變計畫需執行之六大功能(溝通、資源與資產之取得與管理、安全與保全、員工任務指派、基礎設施營運與維護、臨床服務與相關支援功能)有關之部門代表，以確保各項減災預防、準備與緊急應變與復原之措施符合風險/危機管理之需求。 4.優良項目 2 所指之風險分析方法至少應包括下列兩項參數，災害發生機率(frequency)與衝擊程度(Impact)，常用之風險分析方法如：災害脆弱度分析(Hazard Vulnerability Analysis, HVA)、醫療失效模式與效應分析 HFMEA(Healthcare Failure Mode and Effect Analysis, HFMEA)與營運衝擊分析(Business Impact Analysis, BIA)等。因 HVA 之評估需增加醫院減災與持續運作能力(準備就緒度, preparedness)之分析，可適用於所有災害，因此廣泛被相關風險/危機管理與醫療品

條	號	條文	評量項目(草案)
			質評鑑機構如美國聯邦救災總署(Federal Emergency Management Agency, FEMA)與評鑑聯合會 TJC (The Joint Comission)所建議採用。 評量方法及建議佐證資料： 1.醫院風險/危機管理委員會之組織與會議紀錄。(符合) 2.風險/危機管理計畫。(符合) 3.醫院之緊急災害應變組織與各項緊急應變職務之任務說明。(符合) 4.風險/危機管理計畫中關於藥品、醫療器材、緊急通訊器材及其他資源之後勤補給清單與安全存量之資料。(符合) 5.危機減災預防與準備之相關宣導與員工訓練之資料。(符合) 6.每年定期在風險/危機管理委員會檢討醫院風險/危機管理計畫之執行成效紀錄。(優良) 7.危害分析相關資料，包括參與人員、危害分析相關表單(如災害脆弱度分析評分表)與結果。(優良) 8.依據緊急災害應變結果或已發生之危機事件應變結果定期檢討與修正風險/危機管理計畫內容。(優良) 9.針對發生之危機事件能進行原因分析，確實檢討改善之紀錄。(優良) 10.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。(優良)
重	1.8.2	訂定符合醫院風險/危機管理需要之緊急災害應變計畫及作業程序，並落實演練	目的： 確保緊急災害應變計畫與作業程序符合醫院之災害特性(如火災、風災、水災、地震等)，落實演練與持續之檢討改善，降低災害對醫院在生命、財產與持續營運等衝擊。 符合項目： 1.依據風險/危機管理計畫及醫院緊急災害應變措施及檢查辦法，對於火災、風災、水災、地震等緊急災害，訂有符合醫院與災害特性之緊急災害應變計畫與作業程序。 2.完備之緊急聯絡網及災害應變啟動機制。 3.具有適當的人力調度及緊急召回機制。 4.醫院緊急疏散圖示應明顯適當。 5.明確訂定各單位病人疏散運送之順序與方法。 6.全體員工能知悉緊急災害應變計畫，每年至少參加一次演練，明瞭應變措施、疏散方向及逃生設備使用。 7.醫院應每年實施緊急災害應變演練2次，包括實兵演習一次及桌上模擬演練一次，並有演練之過程及檢討紀錄(含照片)。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.定期修正相關計畫及作業程序，至少每年一次。

條	號	條文	評量項目(草案)
			2.依據演練之檢討結果，修正緊急災害應變計畫與作業程序，以符合實際需要。 3.於實地訪查時，緊急應變相關措施與員工之認知，確實符合醫院緊急災害應變計畫的規定。 [註] 1.針對開刀房、加護病房消防安全，可參考下列查核項目： (1)滅火器之設置應考量是否容易取得，兩具滅火器之距離不得低於法規之規定(步行距離每 20 公尺設置一具)，且有具體措施加強該單位內全體同仁操作滅火器與室內消防之熟練度，以及滅火失敗時需將起火地點門關閉之觀念。 (2)醫院緊急災害應變措施及檢查辦法第 11 條規定：「醫院每年至少應舉行緊急災害應變措施演習及桌上模擬演練各一次，並製作成演習紀錄、演習自評表及檢討改善計畫，送直轄市、縣(市)主管機關備查。前項演習及桌上模擬演練之主題、時間與相關內容，應於醫院緊急災害應變措施計畫中載明。」 (3)消防法施行細則第 15 條第 1 項第 5 款規定：「滅火、通報及避難訓練之實施；每半年至少應舉辦一次，每次不得少於四小時，並應事先通報當地消防機關。」 2.符合項目 1 所提「緊急災害應變計畫」(Emergency Operation Plan, EOP)，係針對災害發生時之應變與復原階段初期之應變作為。 3.緊急災害應變計畫應整合緊急應變指揮系統(如 HICS)，並依據災害衝擊大小與應變期間(Operation Period)長短決定緊急事故應變團隊(Incident Management Team, IMT)之動員規模、任務與目標。緊急災害應變計畫須包含事故存續週期(Life Cycle Stages of an Incident)各階段(災害確認、通知/啟動、動員、應變、歸建與復原)之緊急應變作業程序。 評量方法及建議佐證資料： 1.緊急災害應變計畫及作業程序。(符合) 2.緊急聯絡網之名單與電話。(符合) 3.具有適當的人力調度及緊急召回之演練紀錄。(符合) 4.各單位病人疏散運送之順序與方法。(符合) 5.緊急災害應變演練之過程及檢討紀錄(含照片)。(優良) 6.依據演練之檢討結果，定期修訂急災害應變措施計畫之相關文件紀錄。(優良)
重	1.8.3	設置大量傷患緊急應變組織與健全指揮系統	目的： 訂定大量傷患緊急應變計畫，定期落實演練與後續之檢討改善，確保傷患安全。 符合項目：

條 號		條 文	評量項目(草案)
			1.大量傷患發生時的應變啟動機制、指揮體系、院內外聯絡網及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。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.依據大量傷患緊急應變演練之檢討結果，修正醫院大量傷患緊急應變計畫。 2.能與地方政府或相關團體共同辦理大量傷患處理之訓練。 3.指揮體系健全，並能配合醫院服務區域之需要。 [註] 醫院緊急災害應變措施及檢查辦法第 11 條規定：「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。」 評量方法及建議佐證資料： 1.大量傷患緊急應變計畫。(符合) 2.辦理大量傷患緊急應變演練之證明(含照片)。(符合) 3.依據大量傷患緊急應變演練之檢討結果，修正醫院大量傷患緊急應變計畫。(優良) 4.能與地方政府或相關團體共同辦理大量傷患處理之訓練紀錄。(優良) 5.大量傷患緊急應變組織與各項應變職務。(優良)
合	1.8.4	建立醫事爭議事件處理機制，且對涉及醫事爭議員工有支持及關懷辦法	目的： 建立醫事爭議事件處理機制，涉及醫事爭議員工之支持及關懷辦法與教育訓練等，確保醫病間之信賴與和諧關係。 符合項目： 1.應設置醫事爭議事件處理專責人員或團隊，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。 4.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。 5.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。 6.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，提供醫事爭議員工支持與關懷服務，並落實執行。 評量方法及建議佐證資料：

條	號	條文	評量項目(草案)
			1.醫事爭議事件處理團隊名冊(含職務)。 2.醫事爭議事件處理作業程序。 3.員工到職及定期在職訓練中關於醫事爭議預防措施之教材與相關教育訓練資料。 4.發生之醫事爭議事件檢討之會議紀錄。 5.醫事爭議事件適當之補助或互助辦法。 6.對於醫事爭議員工之支持與關懷服務紀錄。
合	1.8.5	訂定醫院與媒體溝通之規範並落實執行，以維護病人之隱私與權益	目的： 參照相關法令規定，訂定醫院接受媒體採訪等相關規範並落實執行與稽核，維護病人隱私與權益。 符合項目： - 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。 (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。 - 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。 - 應有發言人姓名，如發言人有 1 人以上，請分別說明授權範圍。 - 醫院訂定之相關規範，有落實執行並有稽核。 [註] - 醫療機構接受媒體採訪注意事項，可參閱衛生福利部(原：行政院衛生署)民國 90 年 11 月 1 日衛署醫字第 0900071404 號公告(行政院衛生署公報第 31 卷 6 號 34 頁)或衛生福利部網站。 - 醫療機構及醫事人員發布醫學新知或研究報告倫理守則，可參閱衛生福利部(原：行政院衛生署)民國 90 年 11 月 22 日衛署醫字第 0900072518 號公告(行政院衛生署公報第 31 卷 7 號 39-40 頁)或衛生福利部網站。 評量方法及建議佐證資料： - 接受媒體採訪或溝通之標準作業程序。 - 發言人姓名與授權範圍。 - 醫院訂定之相關規範，有落實執行並有稽核之紀錄。

第 2 篇、醫療照護 第 2.1 章 病人及家屬權責

【重點說明】

每一位病人都具有獨特性，有著不同的需求、價值觀和信仰。故當病人就醫時，應該受到奠基在醫學倫理基礎下的妥適照護，此為病人基本的權利。為保障病人就醫的權利，醫院應以病人的觀點，明確訂定有關病人權利的相關政策、規範，並公開倡導，讓病人及家屬能充份瞭解其權利並參與醫療決策；同時也要教育員工理解及尊重病人的自主性和價值觀，提供維護病人尊嚴且周到的醫療服務。讓醫院、員工與病人家屬共同營造一個重視病人就醫權利的優質照護環境。

因此本章的重點有下列幾項：

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

條 號	條 文	評量項目(草案)
2.1.1	明訂維護病人權利的政策或規範，並讓病人、家屬及員工瞭解、尊重其權利	目的： 藉由明確的病人權利政策之制訂與告知，讓病人、家屬與醫院互相尊重，營造一個對等、和諧的醫病關係。 符合項目： 1.醫院秉持「病人為醫療的主體」的理念，為維護病人及家屬權利，訂有相關政策或規範，並公告週知，包括：具體列明就醫病人的權利內容，對住院病人應參考衛生福利部公告之「醫院住院須知參考範例」制訂住院病人的權利及義務，並納入住院須知，以利向病人或家屬說明。 2.員工瞭解病人的權利內容，並在工作中落實尊重。 3.若設有精神科住院病房(不含日間病房)之醫院，對強制住院與強制鑑定之病人的處置，需符合精神衛生法之規定。 4.醫院有舉辦或外派員工出席病人權利、醫療倫理與醫事法規等教育訓練活動。

條	號	條文	評量項目(草案)
			優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.定期稽核各項政策、規範的落實程度，並據以檢討、修訂、改善，並有納入病人或家屬代表的意見。 2.能針對病人權利、醫療倫理與醫事法令等臨床案例，進行主題或個案討論會。 3.能列舉出經研討後應用到醫療照護的實例。 4.評鑑效期內沒有衛生福利部醫事管理系統登錄之裁罰紀錄。 [註] 住院病人的權利內容的制訂，可參考衛生福利部「醫院住院須知參考範例」中之肆、病人權利，最少應包含： 1.依照醫事法規，病人於住院期間應享有之權利； 2.醫院於醫療前、醫療中對病人或其家屬之說明義務及事項； 3.病人之同意權、自我決定權、拒絕權及隱私權之保障事項。 評量方法及建議佐證資料： 1.檢視醫院病人權利政策或規範。(符合) 2.檢視醫院住院須知。(符合) 3.查閱員工教育訓練活動紀錄。(符合) 4.查閱政策、規範的檢討紀錄及落實度的稽核結果。(優良) 5.查閱臨床案例討論會紀錄與訪談主管應用實例。(優良) 6.檢視評鑑資料有無因倫理相關事項接受裁罰的紀錄。(優良)
	2.1.2	應與病人溝通、適當說明病情、處置及治療方式，特別是實施侵入性檢查或治療時，應明訂作業規範並簽署同意書	目的： 透過醫療人員清楚完整的說明解釋，期望病人能瞭解其病情、處置及治療方式，在表達其接受的意願後，行使醫療同意權。 符合項目： 1.說明內容應視情形包括下列事項： (1)醫療法第 81 條規定之事項。 (2)檢查或治療計畫的概要、預期效果及危險性。 (3)可能的替代方案或病人可另外徵詢第二種參考意見。 (4)侵入性檢查或治療之書面說明應包括：說明適應症、實施步驟、檢查或治療前、中、後注意事項及可能併發症等。 2.說明時應注意下列事項： (1)用詞及場所須顧及病人立場、感受及隱私。 (2)儘量使用病人易於理解的用詞，避免使用過多專業術語。 (3)輔以適當圖片或書面資料，使病人易於理解。 (4)依身心障礙者的需求，採用輔助說明方法，如筆談、寫字板、溝通板、人員陪同、聽障者手語翻譯、唇

條	號	條文	評量項目(草案)
			語服務等。 3.對於重要醫療照護事項的說明，除依法律特別規定者(如醫療法第 63 條及第 64 條)外，醫院應明訂負責說明者及其紀錄方式。如需對說明過程錄音或錄影，應先徵得醫病雙方之同意。 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.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(此項不適用於無侵入性檢查或治療之醫院)。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.醫療照護團隊能依規範落實執行，相關紀錄正確、完整。 2.定期檢討修訂相關規範及步驟，確實改善。 3.發展適合多元病人需求的溝通與說明方式，具特色、成效。 [註] 1.醫療法第 81 條：「醫療機構診治病人時，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人告知其病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應。」 2.醫療法第 63 條：「醫療機構實施手術，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人說明手術原因、手術成功率或可能發生之併發症及危險，並經其同意，簽具手術同意書及麻醉同意書，始得為之。但情況緊急者，不在此限。 前項同意書之簽具，病人為未成年人或無法親自簽具者，得由其法定代理人、配偶、親屬或關係人簽具。第一項手術同意書及麻醉同意書格式，由中央主管機關定之。」 3.醫療法第 64 條：「醫療機構實施中央主管機關規定之侵入性檢查或治療，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人說明，並經其同意，簽具同意書後，始得為之。但情況緊急者，不在此限。 前項同意書之簽具，病人為未成年人或無法親自簽具者，得由其法定代理人、配偶、親屬或關係人簽具。」 評量方法及建議佐證資料： 1.檢視執行侵入性檢查或治療之作業規範、書面說明書與同意書。(符合) 2.輔助說明的特殊人員與相關教具清單。(符合) 3.查閱及監測病歷紀錄。(優良) 4.查閱規範及步驟修訂的紀錄。(優良) 5.訪談主管有特色具成效的解說方式實例。(優良)

條 號	條 文	評量項目(草案)
2.1.3	向住院病人或家屬說明住院之必要性及診療計畫，並有措施協助及鼓勵其參與醫療照護之過程及決策	目的： 尊重住院病人知的權利，醫療團隊應提供並說明相關治療資訊，並讓其參與醫療決策討論，維護其醫療自主權。 符合項目： 1.應向住院病人說明住院理由、病情及診療計畫，並於病歷中記載。 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。 3.應於適當時機協助病人、家屬取得治療資訊及參與醫療決策討論。 4.當病人表明欲徵詢第二意見時，應能主動提供會診或轉介，並能迅速提供適當的病歷資料，供被徵詢者參考。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.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。 2.醫療照護團隊能依規範落實執行，有查核機制，並有紀錄及檢討。 3.對於病人、家屬參與醫療照護過程及決策，有具體成效。 評量方法及建議佐證資料： 1.查閱病歷紀錄。(符合) 2.查閱工作人員的教育紀錄。(符合) 3.訪談病人或家屬。(優良) 4.訪談主管查核機制及檢視紀錄。(優良) 5.訪談主管具特色、成效的家屬參與方式實例。(優良) 6.病人、家屬積極參與醫療之政策及指引。(優良)
2.1.4	醫院能對病人、家屬提供有關生命末期醫療抉擇的相關資訊並予以尊重，以維護其權益	目的： 基於尊重個人自主權及醫療倫理規範，讓病人、家屬有機會參與末期醫療決策，達到尊嚴死亡與善終的目的。 符合項目： 1.為尊重及維護病人的醫療自主權，針對生命末期的醫療抉擇，醫院有對病人及家屬提供相關的資訊並宣導，如：安寧緩和醫療、不施行心肺復甦術、維生醫療抉擇、器官捐贈、醫療委任代理人等。 2.醫院針對醫師、護理及社工人員等，有舉辦或外派有關生命末期醫療抉擇的教育訓練。 3.工作人員會讀取病人IC卡內有關器官捐贈意願及安寧緩和醫療意願之註記資料。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.為尊重並執行病人生命末期醫療的意願，醫院訂有相關規範或標準作業程序，如：接受安寧緩和醫療、不施行心肺復甦術、不施行維生醫療、器官捐贈、預立醫療委任代理人、撤回預立安寧緩和醫療暨維生醫療

條	號	條文	評量項目(草案)
			抉擇等，落實執行並有紀錄，以維護病人醫療自主權利。 2.對病人、家屬在面對生命醫療自主抉擇時，醫院有提供相關的諮詢服務，且有紀錄，並能協助後續於健保 IC 卡註記。 3.推動預立醫療照護諮商(Advanced Care Planning)，醫療團隊與病人、家屬召開家庭或團隊會議，充分討論與決定生命末期的醫療照護方式。 [註] 參考「安寧緩和醫療條例」、「人體器官移植條例」及「生命末期病人臨終照護意願徵詢作業指引」辦理。 評量方法及建議佐證資料： 1.訪談工作人員宣導的方式。(符合) 2.查閱相關人員教育訓練的紀錄。(符合) 3.工作人員實地操作讀取 IC 卡註記資料。(符合) 4.檢視相關規範或標準作業程序及執行紀錄。(優良) 5.查閱諮詢服務紀錄。(優良)
合	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	目的： 醫療團隊人員在治療與照護過程中，確保病人隱私之保護。 符合項目： 1.與病人進行溝通、病情說明、執行觸診診療行為及徵詢病人同意時，均應考量到環境及個人隱私之保護。 2.病人就診、檢查及處置時，應排除不相關者在場，並於場所中備有布簾、被單、治療巾等，對於較私密部位之檢查，應徵得病人同意，避免過度暴露，並依需要安排合適之醫事人員陪同，協助觀察病人、注意隱私之維護。 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。對實(見)習學生在旁學習，應事先充分告知病人，若為教學醫院其教學門診應有明顯標示。 4.住院訂有探病及陪病之規範，床位配置及病室空間有顧及病人性別與隱私；在公開標示病人姓名前，亦有尊重病人或家屬意願的機制，並確實執行。 5.教學醫院之教學迴診，若有受訓學員在旁學習，應事先告知病人。 6.病人檢體(尿液、糞便等)之採集和運送，有考量病人之隱私。 [註] 參考衛生福利部 104 年 1 月 30 日衛部醫字第 1041660364 號公告修正之「醫療機構醫療隱私維護規範」。 評量方法及建議佐證資料：

條	號	條文	評量項目(草案)
			1.實地檢視診間、檢查室與病房的环境及維護隱私的作法。(符合) 2.查閱探病及陪病的規範。(符合) 3.檢視公開病人姓名是否與病人意願一致(符合) 4.實地檢視檢體之採集和運送過程。(符合)
可	2.1.6	精神病人從事之勞務作業應符合治療目的,且應明確訂定精神科病人職能收益管理方針,並作適當的執行管理	目的： 確保精神病人其權利，在從事勞務作業前，應經團隊審慎評估，及向病人說明。 符合項目： 1.依個別復健治療目的安排病人從事勞務作業，有完整的醫囑轉介、經詳細告知復健治療計畫、目的、工作內容與報酬後，簽署同意書。 2.對於復健治療計畫有疑義或不滿時有申訴管道。 3.訂定復健收益(基金)管理辦法，以管理病人職能(產業)治療收益，應專款專用。 4.成立管理委員會或小組，定期開會，紀錄完整，且有從事勞務作業之病友或家屬團體代表參加。 5.復健收益(基金)之收入扣除必要直接成本後，至少八成以上費用發給病人作為工作獎勵，餘則用於提升該等病人復健助益之活動，備有收支帳目、領據簽單、月報表及年報表。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.定期研討職能(產業)治療之成效，並適當修正。 2.各項勞務作業之安排、流程有檢討改善。 3.定期監測檢討基金管理辦法及使用用途，並依需要修訂。 [註] 未設有精神慢性一般病房及精神科日間照護單位者，可自選本條免評。 評量方法及建議佐證資料： 1.查閱勞務作業的醫囑、同意書。(符合) 2.訪談病友瞭解申訴管道。(符合) 3.查閱復健收益(基金)管理辦法及修訂紀錄。(符合/優良) 4.查閱管理委員會(小組)會議紀錄。(符合) 5.檢視復健收益收支帳目、領據簽單、月報表及年報表。(符合) 6.查閱病人的職能(產業)治療或成效評估紀錄。(優良) 7.訪談工作人員勞務作業檢討改善的實例。(優良)

第 2 篇、醫療照護 第 2.2 章 醫療照護品質與安全管理

【重點說明】

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

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

條 號	條 文	評量項目(草案)
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	目的： 藉由結構面、系統性的作為，建構全院品管與病人安全管理機制。 符合項目： 1. 依醫療法第 62 條第 1 項，建立全院性病人安全制度，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。 2. 委員會或組織等應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. 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。 4. 醫院應建置不以懲罰為原則的內部通報系統，鼓勵同仁自願通報，以提升醫療照護及作業環境之安全性。

條	號	條文	評量項目(草案)
			優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.有醫管、醫品或病安等專業訓練者負責(急性一般病床每 300 床應有 1 名專任人員負責品管業務)。 2.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。 3.參與衛生福利部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。 4.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、異常事件分析結果等，召開跨部門品管及病安討論會議，進行檢討改善。 5.全體員工(行政與醫療部門之主管及醫師)積極參與醫療品質及病人安全持續改善活動。 6.分析影響病人安全的要因，擬訂改善對策，確實執行及評核成效。 [註] 1.醫療法施行細則第 45 條：「醫院建立第四十二條第五款所定病人安全制度，應依下列規定辦理： 一、推動實施病人安全作業指引及標準作業基準。 二、推行病人安全教育訓練。 三、建立院內病人安全通報及學習制度。 四、建立醫院危機管理機制。」 2.醫療法第 62 條第 1 項：「醫院應建立醫療品質管理制度，並檢討評估。」 評量方法及建議佐證資料： 1.醫品病安委員會章程。(符合) 2.醫品病安委員會委員名單。(符合) 3.醫品病安委員會會議紀錄。(符合) 4.醫品病安計畫評估及成效。(優良) 5.病安追蹤系統、作業規範。(優良) 6.相關醫品病安改善報告。(優良)
	2.2.2	醫療照護團隊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，以提升醫療品質與病人安全	目的： 藉由醫療照護團隊定期溝通討論機制，應用實證醫學佐證，檢討改善醫療品質與病人安全議題。 符合項目： 1.應定期舉辦醫療照護及品質、病安相關會議，如病例討論會、併發症及死亡病例討論會、委員會等。有會議紀錄並確實執行相關決議，相關決議或結論需追蹤落實。 2.訂有醫療照護團隊溝通機制，定期溝通，討論實務運作中可提升病人安全、醫療品質議題，凝聚共識。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.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營團隊溝通會議凝聚全院

條 號		條 文	評量項目(草案)
			共識及執行策略，確實運用於臨床照護。 2.依實證醫學文獻及醫療照護團隊共識，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。 3.有實際改善醫療品質及病人安全之具體成效。 [註] 1.小型醫院可將相關議題之會議合併進行，或藉由全院性之會議來討論；而研討會可藉由院際合作來舉行。 2.會議紀錄的形式由醫院決定，但內容應有所區分。 評量方法及建議佐證資料： 1.醫療照護及品質、病安相關會議，如病例討論會、併發症及死亡病例討論會、委員會等會議紀錄。(符合) 2.決議執行情形及改善成效。(符合) 3.具體提升病人安全、醫療品質措施、方案、成效。(優良) 4.醫療照護指引、常規或技術手冊修訂紀錄。(優良)
	2.2.3	建立機制以檢討醫療倫理與法律相關之病例與主題，其運作良好	目的： 透過討論機制，落實醫療倫理與法律。 符合項目： 1.醫學倫理委員會或相關組織會議，應有討論醫療倫理或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。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.醫學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。 2.檢討院內實際案例，並訂出醫療照護人員依循之倫理準則。 3.對於醫學倫理議題有諮詢功能。 [註] 評量重點：應討論院內病例，而非僅安排專家演講、上課。 評量方法及建議佐證資料： 1.醫學倫理委員會或相關組織會議紀錄。(符合) 2.醫療照護人員倫理準則。(優良) 3.醫學倫理委員會諮詢紀錄。(優良)
	2.2.4	應訂有醫療品質控制指標及病例資料年報與醫療成果資料，並有統計、分析及檢討	目的： 利用監測指標之收集、分析改善，早期發現問題，有效進行風險管理。 符合項目： 1.以住院病人之出院摘要格式為基礎，進行主要項目編碼及輸入電腦。應確保施行編碼(Coding)正確，建立完整病例資料庫做為統計病人組成、手術件數、死亡數、疾病別、住院日數、血液透析、腹膜透析、RCC 或 RCW

條	號	條文	評量項目(草案)
			等年報統計表。 2.應訂定適當的醫療品質及病人安全指標，確實執行及評估。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 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、再入院報表紀錄完整並有分析檢討。 3.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(或密度)、剖腹產率及疾病分類、血液透析、腹膜透析、RCC 或 RCW 等年報表。 4.有討論會討論各分析報告，並搭配管理及相關臨床業務指標分析，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，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。 5.監測面向完整涵蓋病人就醫流程及醫品管理需求。監測數據有進行內外部比較，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。 評量方法及建議佐證資料： 1.病例資料統計。(符合) 2.醫療品質及病人安全指標。(符合) 3.超期住院、再入院報表。(優良) 4.評估改善措施成效紀錄。(優良) 5.醫療品質改善成果發表紀錄。(優良)
	2.2.5	對於各種可能發生醫療不良事件之情境，訂定預防措施及建立因應對策，關於醫療不良事件發生時的處理、說明、報告、記錄等步驟有可依據之規範	目的： 落實異常事件的通報與處理，並檢討改善以建立預防措施。 符合項目： 1.須訂定預防各種可能發生醫療不良事件之措施及建立因應對策，並確實執行。 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。 4.訂有醫療不良事件之通報與處理機制，並有向上呈報的步驟。規範規定何時、何人說明醫療不良事件之處理、事故紀錄的內容及方式。 5.明訂夜間、假日等主治醫師不在現場時的處理方式。 6.醫院對醫療不良事件，有關懷病人之適當機制(含啟動時機與夜間、假日處理方式)。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.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。 2.運用通報資料分析結果，提出改善的行動計畫，採取

條	號	條文	評量項目(草案)
			適當的預防及改善措施。 3.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。 4.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。 【註】 異常事件嚴重程度評估(Severity Assessment Code, SAC)：依據事件嚴重度及事件再發頻率為軸呈現之風險矩陣，以作為風險分級之用，共分成 4 級，可協助規範面臨事件發生後之事件處理的優先順序。 評量方法及建議佐證資料： 1.醫療不良事件處理辦法。(符合) 2.病人安全通報標準作業流程。(符合) 3.重大異常事件分析檢討改善成果。(優良) 4.異常事件員工教育及成果發表紀錄。(優良)

第 2 篇、醫療照護 第 2.3 章 醫療照護之執行與評估

【重點說明】

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

本章規範之目的有下列幾項：

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

條 號	條 文	評量項目(草案)
合 2.3.1	住院病人應由主治醫師負責照護，並讓病人知悉	目的： 主治醫師主導住院病人醫療照護計畫，病人病情有變化時，能即時獲得適當處置。 符合項目： 1. 住院病人應由主治醫師負責照護並讓病人知悉其主治醫師。 2. 若主治醫師不在時，有明確規定代理機制及排定代理人員名單。 3. 明訂醫療照護團隊與主治醫師之聯絡方式，及無法聯絡上時的因應方法。 評量方法及建議佐證資料： 1. 醫師職務說明書。(符合) 2. 職務代理辦法。(符合) 3. 醫師值班表。(符合)
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	目的： 醫療照護團隊成員詳實記載之病歷，使病人照護相關資訊能正確傳遞。

條 號	條 文	評量項目(草案)
	據說明等，以供事後檢討	符合項目： 1.入院紀錄應完整詳實，且包含病人主訴、病史、身體檢查、實驗室檢查、臆斷與診療計畫(plan to do)等。 2.主治醫師需親自診察評估病情，視病情修訂診療計畫，並有紀錄。 3.病程紀錄能適當的反應病況變化。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.病歷記載能顯示達成診斷及實施處置之合理思考邏輯，且應適時、適當呈現特殊檢查、檢查方法、檢驗、處置之理由及影像診斷報告的臨床評估。 2.有定期的診療摘要紀錄或交班摘要。 3.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。 4.病歷紀錄品質有檢討改善，並有具體成效。 [註] 診療計畫(plan to do)不需為獨立單張，亦未規定須由病人或家屬簽名。 評量方法及建議佐證資料： 1.病歷寫作規範。(符合) 2.紙本或電子病歷。(符合/優良) 3.病歷紀錄品質檢討的相關資料。(優良)
合	2.3.3 每日應有醫師迴診並適當回應病人之病情陳述，紀錄詳實	目的： 藉由醫師每日之迴診及紀錄，了解病人病況之變化以調整診療計畫。 符合項目： 1.每日均有醫師迴診，並訂有假日查房迴診辦法。 2.每日病程紀錄應有主治醫師簽章，如有增刪，應於增刪處簽名或蓋章及註明年、月、日。 3.全面或部分實施電子病歷之醫院，相關主治醫師複簽、修改紀錄、簽名應能確認其不可否認性。 4.如病人病況有變化或提出相關反應，應予充分陳述及說明並適時調整診療計畫，詳實記錄。 評量方法及建議佐證資料： 1.醫師假日迴診之規範。(符合) 2.紙本或電子病歷。(符合) 3.電子病歷歷史修改紀錄。(符合)
合	2.3.4 醫療照護團隊人員應了解病人問題，並讓接班人員知悉；如有轉出至其他單位時，應製作照護摘要或交班紀錄，以達持	目的： 病人主要醫療照護人員確實交接班，達到持續性之照護。 符合項目： 1.醫療照護團隊訂有交接班作業流程。 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。

條 號		條 文	評量項目(草案)
		續性照護	3.訂有轉換單位之作業流程，轉換科別或照護團隊時，轉出單位醫療照護團隊應製作照護摘要或交班紀錄，以供後續照護單位提供持續性病人照護。 評量方法及建議佐證資料： 1.交接班作業流程。(符合) 2.交接班紀錄。(符合) 3.單位間轉床作業流程。(符合) 4.病人轉運作業規範(符合)
	2.3.5	因應病人狀況提供適切可行的護理照護計畫，過程完整，並有適時修正	目的： 護理人員能呈現應用護理過程，改善病人健康問題。 符合項目： 1.能依病人狀況，提供適切的護理照護計畫。 2.在護理過程中至少可看出評估、計畫及措施的提供，並有紀錄。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.護理照護計畫有依病人狀況與需求，適時調整，具有個別性。 2.護理過程完整，有評估、計畫、措施及評值，且紀錄完整。 3.護理紀錄品質有檢討改善，並能減輕護理人員不必要之文書作業。 [註] 1.可聽取事例作評估或實地訪視病人。 2.可訪談護理人員，並由病人處印證實際執行成效。 評量方法及建議佐證資料： 1.護理紀錄。(符合/優良) 2.護理紀錄品質的檢討改善結果。(優良) 3.護理紀錄書寫規範。(符合/優良)
重 合	2.3.6	適當的護病比	目的： 規範護理人員的照護負荷，維護照護品質。 符合項目： 1.各層級醫院急性一般病床之全日平均護病比為： (1)申請地區醫院評鑑者：≤ 15 人。 (2)申請區域醫院評鑑者：≤ 12 人。 (3)申請醫學中心評鑑者：≤ 9 人，且白班平均護病比須≤ 7 人。 [註] 1.納入護病比計算之人力，包括護理長、護理師、護士，並應辦理執業登記；實習護士及專科護理師等不列入計算。 2.全日平均護病比計算公式：醫院該月每一個病房之(急性一般病床床位數$\times$佔床率$\times 3$)加總後$\div$每月每日平均上班護理人員數之三班小計加總。

條	號	條文	評量項目(草案)
			3.病床數依登記開放之急性一般病床數計。 4.為顧及護理人員流動率，得有實務人力調整空間，於 104 至 107 年實地評鑑時之評量方法中，訂定醫學中心及區域醫院達成上列全日平均護病比之 90%即為符合，即醫學中心白班平均護病比可調整為≤ 7.8 ($7 \div 0.9 = 7.8$)；醫學中心全日平均護病比可調整為≤ 10 ($9 \div 0.9 = 10$)；區域醫院全日平均護病比可調整為≤ 13.3 ($12 \div 0.9 = 13.3$)，以上計算皆四捨五入取至小數點下一位。 評量方法及建議佐證資料： 1.病房護理人員排班表。(符合) 2.病房佔床率。(符合) 3.病房護病比月報表。(符合)
	2.3.7	醫囑之記載與確認應有標準作業，以確保醫囑安全執行	目的： 醫囑開立至被執行之流程，能兼顧正確、安全及時效性。 符合項目： 1.應明確訂定醫師確認醫囑的具體步驟及醫療照護團隊針對醫囑溝通之機制。 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。 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。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.應明確訂定口頭(含電話)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，由醫師簽名或蓋章以示負責。 2.對於容易發生錯誤之醫囑，應訂有預防措施，包括醫療名詞縮寫規範。 3.定期檢討作業程序，確實檢討改進醫囑異常事件並有效處置不良反應。 評量方法及建議佐證資料： 1.病歷(醫囑)書寫規範。(符合) 2.護理給藥標準作業流程。(符合) 3.口頭醫囑作業流程。(符合/優良) 4.紙本或電子病歷。(符合/優良) 5.處方醫令系統自動稽核防錯機制範例。(優良) 6.高警訊藥物防錯範例。(優良)

條 號	條 文	評量項目(草案)
		7.醫囑異常事件通報、檢討及改善報告。(優良)
2.3.8	依病情之需要，適切照會相關之醫療照護團隊	目的： 有良好之會診，以整合各專業領域人員服務。 符合項目： 1.明訂會診作業規範。 2.於作業規範時間內完成會診。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.會診具時效性。 2.會診結果能適切解決病人的問題。 3.會診結果及品質有檢討機制並據以改善。 4.病情複雜或不明確時，適時召開團隊會診或整合照護會議，並鼓勵病人或家屬參與決策過程。 [註] 會診具時效性係指： 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。 評量方法及建議佐證資料： 1.住院病人醫療會診作業規範。(符合) 2.會診通知單及回覆單。(符合) 3.逾期會診率。(優良) 4.會診品質檢討改善會議紀錄。(優良) 5.治療小組或整合照護會議紀錄。(優良)
2.3.9	依據病情評估結果訂定復健計畫，給予適切之復健治療及訓練	目的： 提供多元整合之復健治療服務，協助病人恢復身體及社會功能。 符合項目： 1.訂有復健科復健治療作業規範。 2.依規範執行會診、評估、制訂復健治療計畫，適切轉介相關專業，如：物理治療、職能治療、語言治療、心理治療或職前鑑定人員，並向病人說明。 3.應依計畫類別提供適當輔具。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.復健團隊應對病人施行功能評估(包含不同疾病、種類的復健計畫)，據以設定個別化訓練目標及計畫，再依功能恢復情形及訓練進度，適時執行評估，並記錄於病歷中，具體呈現病人復健進展。 2.相關治療師能主動配合床邊復健計畫實施病人之床邊復健。 3.個案復健治療團隊與醫療照護團隊定期討論，視需要設定具體方案及改善方向。 4.對早期療育服務能訂定評估及治療計畫，並組成相關團隊人員提供團隊照護。 [註]

條 號		條 文	評量項目(草案)
			1.復健治療團隊包含醫師及復健治療相關人員。 2.應將復健診療紀錄、訓練紀錄與定期/不定期評估一併管理，但定期將必要的資料加入診療紀錄亦可。 評量方法及建議佐證資料： 1.復健治療作業規範。(符合) 2.復健治療會診單及紀錄單。(符合) 3.疾病別復健治療評估及輔具評估表單。(符合/優良) 4.復健個案(腦中風、早期療育等)討論或整合照護會議紀錄。(優良)
	2.3.10	對病人提供身體、心理、社會及靈性的照護及支持措施	目的： 評估病人身、心、社會及靈性之需求，提供適切的照護及支持措施。 符合項目： 1.對於自我照顧困難之病人能得到基本的身體護理(如：無異味等)。 2.對病人提供適當的心理、社會及靈性的支持措施。 3.醫院內有癌末、臨終的病人，應評估對此等病人之心理及靈性支持措施，並尊重病人自主決定。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.照護人員能指導或協助家屬對自我照顧困難之病人執行基本的身體護理，且能顧及病人的舒適及尊嚴。 2.設有固定服務之社工、志工或宗教師，可提供主動訪視、支持或諮詢服務。 3.能對病人家屬提供心理、社會及靈性的支持措施。 [註] 身體護理係指身體的清潔、排泄照護、舒適護理、協助進食、睡眠的適切照顧。 評量方法及建議佐證資料： 1.對病人提供身體、心理、社會及靈性的照護相關作業規範。(符合) 2.抽查相關病歷紀錄。(符合) 3.社工師、志工或宗教師訪視紀錄。(優良) 4.身心靈需要評估、照顧紀錄或輔導計畫單。(優良) 5.個案討論會議紀錄。(優良)
	2.3.11	訂有行動限制(隔離、約束)之作業常規並執行適當	目的： 施行適當的隔離、約束，並確保安全。 符合項目： 1.應訂定實施行動限制的作業常規及應用標準，並於醫療上有必要時，經醫療團隊討論行動限制，並有醫囑及紀錄。 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。

條	號	條文	評量項目(草案)
			3.醫療照護團隊應依行動限制作業常規執行約束並適時檢討，視情況解除行動限制。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 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.醫囑及執行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，並定期檢討。 3.定期檢討改善行動限制的作業常規及應用標準，且有具體成效。 [註] 1.行動限制包含隔離、約束；惟不含「感染管制之隔離」。 2.行動限制的作業常規須包括：不影響病人的安全下，依照病人病情，定時探視行動限制中的病人(一般病房有人陪伴者至少 1 小時探視 1 次，無人在旁陪伴者至少每 30 分鐘探視 1 次)，並能提供病人生理需求、注意呼吸及肢體循環並防範意外事件發生，有紀錄可查；每班至少有一次行動限制相關紀錄，有異常狀況時須隨時記錄。 3.緊急狀況時，得先執行並儘速向家屬解說清楚取得同意書。 評量方法及建議佐證資料： 1.病人行動限制相關作業規範。(符合) 2.約束說明書、約束同意書、隔離說明書、隔離同意書。(符合) 3.醫囑及執行、檢討紀錄。(符合/優良) 4.行動限制品質討論會議紀錄。(優良)
	2.3.12	評估病人營養狀態，適切給予營養及飲食指導	目的： 評估病人營養狀態，適切給予營養及飲食指導。 符合項目： 1.訂定營養篩檢、飲食指導等照會流程與機制。 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。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 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.設有營養諮詢門診者，應有適當場所、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。 4.對於接受治療餐者，能檢討其遵從用膳情形或指導其正確自備膳食，並有提升營養照護品質策略。 [註]

條	號	條文	評量項目(草案)
			1.照會流程及機制指由醫護人員初步營養篩選，對無法進食或體重下降等營養不良高風險病人、特殊飲食(如：糖尿病、三高、體重過重)需飲食指導或營養介入者，轉介營養師進行營養評估。 2.營養照會應於2個工作日內完成，確保時效。 3.營養衛教及飲食指導對象可涵蓋病人及其主要照顧者；指導吞嚥、功能障礙病人進食，可視需要與治療師(如：語言治療師或職能治療師等)共同協助進食操作及器具處理指導。 評量方法及建議佐證資料： 1.營養照護相關作業規範。(符合) 2.營養照會單及病歷紀錄。(符合) 3.營養相關團隊整合照護或個案討論會議紀錄。(優良) 4.諮詢門診設備/門診營養指導紀錄/營養服務評估及統計報表。(優良) 5.營養照護相關品質改善會議紀錄。(優良)
合	2.3.13	提供病人適當之衛教資料與指導	目的： 提供適當衛教，提高病人及照顧者之照護能力。 符合項目： 1.醫療照護團隊依病人及照顧者需要提供衛教單張及資料。 2.視病人及照顧者需要提供個別或團體衛教。 3.適時更新衛教指導內容，且能評估成效。 [註] 衛教資料可包括：健康促進、疾病照護、自我照護、三高、酗酒、戒菸、檳榔等議題，如：有吸菸、嚼檳榔者給予戒菸、戒檳榔之建議、衛教資料及提供治療。 評量方法及建議佐證資料： 1.各單位衛教資料(含衛教教具及單張)。(符合) 2.衛教活動紀錄。(符合)
	2.3.14	明訂院內突發危急病人急救措施，且應落實執行	目的： 確保院內所有區域有突發危急病人時，皆能及時接受適切處置。 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.急救設備及藥品應有明確管理規範，確保功能、供應、效期，並能正確操作。 4.每年至少舉辦一次以上醫療團隊之急救演練且有紀錄。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.醫療團隊之急救處理正確熟練。

條	號	條文	評量項目(草案)
			2.針對院內急救事件能定期檢討改善並確實執行，改善成效良好。 3.藥師定期檢查及更新急救車藥品並有紀錄。 [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。 評量方法及建議佐證資料： 1.院內突發危急病人急救措施之標準作業程序。(符合) 2.急救車管理規範。(符合) 3.急救車點班紀錄。(符合) 4.急救演練紀錄。(符合) 5.急救事件檢討改善會議紀錄。(優良) 6.藥劑科查核急救車藥品紀錄。(優良)
	2.3.15	實施適切之轉診(介)服務，並與院外機構建立良好合作關係	目的： 協助病人適切安全之轉診，達到持續性照護目標。 符合項目： 1.與院外機構建立適切的合作機制，並訂有轉診(介)作業流程。 2.院內有專責人員或單位負責該項工作。 3.轉診(介)紀錄完整。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.對轉診(介)病人應適當追蹤其病況或回覆紀錄。 2.針對轉診(介)之時效、適當性，有定期進行統計分析。 3.對轉診(介)之異常或特殊狀況，有進行分析、檢討與改善。 4.與院外機構之合作關係，有檢討機制，並落實執行，成效良好。 5.有提供原轉診醫師瞭解病人相關病況之機制。 [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。 評量方法及建議佐證資料： 1.轉診(介)作業流程。(符合) 2.轉診(介)紀錄。(符合) 3.轉診(介)服務的統計分析結果。(優良) 4.轉診(介)異常或特殊狀況分析、檢討與改善報告。(優良) 5.與院外合作機構溝通的檢討紀錄。(優良) 6.原轉診醫師瞭解病況之機制。(優良)
	2.3.16	醫療照護團隊應依病人需求，提供適切、完整的出院照護計畫與指導，並有紀	目的： 醫療照護團隊共同擬訂與執行病人出院計畫，確保病人順利轉院或返家。 符合項目：

條	號	條文	評量項目(草案)
		錄	1.醫院應明訂出院照護計畫流程，並依病人需求，由醫療照護團隊共同參與擬訂出院照護計畫，並有紀錄。 2.出院照護計畫至少應包括：與疾病相關之計畫及指導(如：營養、復健、用藥、後續門診追蹤、緊急就醫之醫療資源與途徑等資訊)，並能以書面資料提供給病人。 3.依病人需求，協助提供社區相關資源或轉介服務。 4.醫院應針對相關職類人員進行出院照護計畫之教育訓練，並有紀錄。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.設有出院照護計畫委員會或類似機制，定期開會，檢討、修訂出院照護計畫架構、流程等，並能具體解決問題，且紀錄完整。 2.定期召開跨領域團隊個案討論會，檢討特殊需求病人之出院照護計畫，並有紀錄。 3.提供之出院照護計畫適切、完整，有評估品質及成效且有紀錄。 4.設有病人出院後諮詢服務窗口，由適合之專業人員提供服務並有紀錄。 [註] 1.出院照護計畫係指出院準備計畫或出院準備服務，應能評估病人長期性問題。 2.醫院應對住院病人提供出院準備計畫，若病人為身心障礙者時，應依據身心障礙者權益保障法第 23 條之規定，為住院之身心障礙者提供出院準備計畫。 身心障礙者權益保障法第 23 條內容： 「醫院應為身心障礙者設置服務窗口，提供溝通服務或其他有助於就醫之相關服務。 醫院應為住院之身心障礙者提供出院準備計畫；出院準備計畫應包括下列事項： (1)居家照護建議。 (2)復健治療建議。 (3)社區醫療資源轉介服務。 (4)居家環境改善建議。 (5)輔具評估及使用建議。 (6)轉銜服務。 (7)生活重建服務建議。 (8)心理諮商服務建議。 (9)其他出院準備相關事宜。」 3.醫院應提供相關保險及社會資源相關資訊或告知院內相關專責部門聯繫方式。 4.社區資源係指未來可支援的醫院或居家服務等之連繫合作、照護保險、社會資源的申請手續、諮商業務等。 評量方法及建議佐證資料：

條	號	條文	評量項目(草案)
			1.出院照護計畫流程。(符合) 2.病人出院照護計畫。(符合) 3.相關職類人員出席出院照護計畫之教育訓練紀錄。(符合) 4.出院照護計畫委員會(小組)會議紀錄。(優良) 5.跨領域團隊個案討論會會議紀錄。(優良) 6.出院病人諮詢服務紀錄。(優良)
可	2.3.17	適當執行居家照護服務，並有評估、檢討，以利品質提升	目的： 提供適當的居家照護服務，提升病人照護及生活品質。 符合項目： 1.有接受長期照護相關訓練之專責護理人員，執行居家護理業務。 2.機構訂有各項居家照護服務作業標準、步驟。 3.對個案訂有合適的照護計畫，紀錄完整。 4.能提供居家照護服務量的統計分析資料。 5.依個案需求，協助提供社區相關資源或轉介服務，並有紀錄。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.針對各項居家照護服務作業標準、步驟，有定期檢討修訂，並有紀錄。 2.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有業務相關之醫護及醫事等專業人員，如：醫師、護理人員、社工師、復健相關治療人員、藥師、營養師等；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。 3.訂有品管指標並定期監測、檢討與改善，並有紀錄。 4.能提出持續品質促進的成果。 [註] 未向健保署申報居家照護給付醫院可自選本條免評。 評量方法及建議佐證資料： 1.長期照護相關訓練證書或證明。(符合) 2.居家照護服務作業標準與步驟及修訂歷史紀錄。(符合/優良) 3.個案照護計畫紀錄。(符合/優良) 4.服務量統計分析資料。(符合) 5.跨領域團隊個案討論會議紀錄。(優良) 6.品管指標檢討改善的資料。(優良) 7.持續品質促進的實例。(優良)
可	2.3.18	有適當安寧緩和醫療團隊提供安寧照護服務	目的： 安寧緩和醫療有適當之專業團隊，提供多元化、高品質的安寧照護服務。 符合項目： 1-a.安寧病房： (1)應有受過安寧緩和醫學訓練之專責主治醫師 1 人負

條	號	條文	評量項目(草案)
			責安寧緩和醫療團隊相關業務。 (2)每床應有護理人員 1 人以上。 1-b.安寧居家療護： (1)應有專責主治醫師 1 名以上。 (2)應有專責護理師至少 1 人，且每月每 45 訪視人次應有專任安寧居家療護護理師 1 人以上。 (3)應提供安寧療護護理專業人員 24 小時電話諮詢服務。 (4)有專責之醫護主管負責管理相關事務，並訂有居家訪視醫療人員的安全保障措施。 1-c.安寧共同照護： (1)應有專責主治醫師 1 名以上。 (2)應有專責護理師至少 1 人，且每月每 30 新收案人數應有專任安寧共同照護護理師 1 人以上。 2.應有 1 名專責社工人員。 3.安寧居家療護及安寧共同照護護理師需具備至少 2 年之內外科(或安寧病房)相關臨床經驗。 4.上述人員均需受過安寧療護教育訓練 80 小時以上。 5.安寧緩和醫療團隊組織架構明確，定期召開跨專業團隊會議，整合團隊共識，並擬定跨專業的處置計畫。 優良項目：(下述項目 1(1-a 至 1-c)依提供之服務，為可選項目，且 1 至 4 項僅限一項未達成) 1-a.安寧病房： (1)50%以上護理人員具 1 年以上臨床安寧療護護理經驗。 (2)夜間及假日能有主治醫師待命，且其需受過安寧療護教育訓練 80 小時以上。 1-b.安寧居家療護：專任安寧居家護理師休假時，有明確職務代理制度提供出勤服務。 1-c.安寧共同照護：每月每 25 新收案人數應有專任安寧共同照護護理師 1 人以上。 2.安寧緩和醫療團隊之醫師、護理人員及社工人員每 3 年應接受安寧相關繼續教育訓練至少 60 小時並有紀錄。 3.有專責心理師、志工或靈性關懷人員提供服務，且需受過安寧療護教育訓練並有紀錄。 4.有為各專業新進醫療團隊人員設計完整標準作業手冊、自學教材(書面或視聽)、輔導計畫及輔導機制。 [註] 1.未登記設有安寧病房(床)或未向健保署申報甲類安寧居家療護/安寧共同照護給付者，可自選本條全部或部分免評。 2.護理人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定。 3.「內外科相關臨床經驗」：現職醫院及院外其他醫院

條	號	條文	評量項目(草案)
			之工作年資得合併計算。 4.「臨床安寧療護護理經驗」：包含安寧病房、安寧居家療護及安寧共同照護之工作年資，現職醫院及院外其他醫院之安寧療護工作年資得合併計算。 5.「靈性關懷人員」之角色任務可包含： (1)心靈陪伴：探訪、關懷病人和家屬藉著聆聽、溝通、協談以了解病人和家屬的需求，提供病人和家屬在心靈上的支持、疏導和鼓勵。 (2)轉介團隊其他人員給予個案安慰與支持。 (3)關懷臨終者及家屬的哀傷，協助喪葬事宜資訊的提供。 (4)參與病房之個案討論會議，提出困難個案的看法。 評量方法及建議佐證資料： 1.安寧療護工作手冊。(符合) 2.安寧緩和醫療團隊組織圖。(符合) 3.居家訪視醫療人員安全保障措施。(符合) 4.安寧緩和醫療團隊成員證照或受訓、服務紀錄。(符合/優良) 5.安寧緩和醫療團隊人員排班表。(符合/優良)
可	2.3.19	安寧病房應有適當之設施、設備、儀器管理機制，並確實執行保養管理	目的： 安寧病房有適當及功能良好的設施、設備，滿足末期病人需求。 符合項目： 1.安寧病房設施、設備、儀器應符合醫療機構設置標準之規定。 2.有恆溫控制及方便搬運病人進出之臥浴浴缸(如：洗澡機)，每週並有使用紀錄。 3.有明確制訂各項儀器設備維護相關管理保養制度，並確實執行。 4.專業人員能正確操作各項儀器設備，瞭解故障排除處理流程，並熟悉相關表格記錄方式。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.病房公共區域及病室區域注重人性化環境之營造，例如：於日常活動空間設置有可供病人會客的處所與餐桌椅、設置供家屬準備膳食的場所。 2.能提供音樂治療、藝術治療、芳香治療或志工工作室等任一種以上服務設施。 3.具特色創新服務，具有成效。 [註] 1.未登記設有安寧病房(床)者，可自選本條免評。 2.病房設施： (1)應為可區隔之區域。 (2)應有供病人坐浴或臥浴之浴廁設備；病室內可提供者，則免設。

條	號	條文	評量項目(草案)
			(3)可供面談及供家屬與瀕死病人最後相聚或默禱助念及家屬度過急性哀傷之獨立空間。 (4)視需要設置活動治療室。 (5)應有污物污衣室。 3.應設病室並符合下列規定： (1)應有浴廁設備，並有扶手及緊急呼叫系統。 (2)每一病室至多設4床；每床最小面積(不含浴廁)應有7.5平方公尺；如設單床病室者，每床最小面積(不含浴廁)應有9.3平方公尺。 (3)床尾與牆壁間之距離至少1.2公尺。 (4)床邊與鄰床之距離至少1公尺。 (5)床邊與牆壁距離至少0.8公尺。 (6)床與床之間，應備有隔離視線之屏障物。 (7)每床應具有床頭櫃及與護理站之呼叫器。 (8)病床應有床欄並可調整高低。 (9)每床應有醫用氣體及抽吸設備。 4.可提供下列儀器設備：輸液幫浦、病患自控式止痛裝置、床旁便盆器、翻身/擺位器材及各式枕頭與床墊、超音波噴霧器、搬運推床及床旁洗頭器具等。 5.可提供病人日常活動場所，按病床數計，平均每床應有4.5平方公尺以上(同一平面有戶外活動場所者，得免設)。 評量方法及建議佐證資料： 1.安寧病房設施、設備、儀器一覽表、操作手冊及維修保養規範。(符合) 2.安寧病房設施、設備、儀器維修保養紀錄。(符合) 3.安寧病房設施、設備、儀器使用紀錄。(優良) 4.安寧病房環境改善範例。(優良)
可	2.3.20	適當的安寧照護服務管理、收案評估、照護品質、團隊合作與紀錄	目的： 安寧緩和照護組織與團隊運作良好，有效管理相關流程。 符合項目： 1.設有行政相關組織，訂定年度目標，並定期召開行政會議檢討安寧照護服務之管理，且作成紀錄。 2.有明確的收案流程；安寧居家療護收案病人有再入院評估標準。病人收案前，能提供安寧照顧服務理念的書面介紹，及病人/家屬之權利義務說明書。 3.病人/家屬之照護過程： (1)有標準流程以提供舒適護理、疼痛及其他常見症狀臨床評估處置計畫。 (2)能依病人個別性之需求，提供社會心理靈性需求評估與處置照顧計畫。 (3)病歷紀錄表格內容，能與病人實際臨床照護連結。 (4)如設有<u>安寧病房</u>者：有家庭會議召開之標準流程；有出院病人準備計畫(含病危自願返家病人家屬衛

條	號	條文	評量項目(草案)
			教)標準流程。 (5)如設有安寧居家療護者：有因應病人所需檢驗、治療、及藥物取得之簡化流程，並能為病人代採檢體、代領藥；有完整的安寧居家訪視包攜帶物品清單及管理。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.至少每3個月召開一次行政會議，有完整會議紀錄及工作追蹤。 2.病歷紀錄內容能呈現包括身、心、社會、靈性層面的評估與處置，病歷有定期審閱機制並定期檢討。 3.定期舉辦家屬支持團體，可包含成長性、治療性、教育性或社會社交性質的活動，並提供高危險喪親家屬篩選及哀傷輔導之服務或轉介。 4.對合作醫療機構有雙向的溝通與訓練交流，並提供為末期病人醫療團隊人員教育訓練場所。 5.訂有全院安寧療護整合照護系統計畫，及服務品質檢討改善機制，定期針對品質指標及年度目標進行檢討改善。 [註] 1.未登記設有安寧病房(床)或未向健保署申報甲類安寧居家療護、安寧共同照護給付者，可自選本條全部或部分免評。 2.安寧病房、安寧居家療護及安寧共同照護相關議題之會議得合併進行，會議紀錄形式由醫院決定，但內容應有所區分。 評量方法及建議佐證資料： 1.安寧療護工作手冊及組織圖。(符合) 2.安寧療護小組年度工作目標。(符合) 3.安寧療護簡介單張。(符合) 4.病人/家屬權利義務說明書。(符合) 5.病歷或電子病歷。(符合/優良) 6.家屬支持團體活動紀錄。(優良) 7.安寧照護相關會議紀錄。(優良)
合	2.3.21	訂定病人臨終前、後之處理流程	目的： 醫療照護團隊尊重臨終病人意願，協助家屬善終處置並提供哀傷輔導。 符合項目： 1.明訂病人臨終前、後之處理規範，應尊重臨終病人意願，並提供家屬協助，包含善終(死亡)準備及遺體護理等。 2.相關醫療照護團隊人員應接受哀傷輔導的教育訓練。 3.協助家屬面對病人臨終的事實，並能依家屬需要，提供探視的環境、哀傷輔導及關懷服務。

條	號	條文	評量項目(草案)
			評量方法及建議佐證資料： 1.病人臨終前、後之處理規範。(符合) 2.臨終關懷及哀傷輔導相關教育訓練紀錄。(符合) 3.醫護、社工或往生室人員哀傷輔導紀錄。(符合)

第 2 篇、醫療照護 第 2.4 章 特殊照護服務

【重點說明】

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

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

條 號	條 文	評量項目(草案)
2.4.1	適當之急診人力配置及訓練	目的： 依作業量配置具特定資格及能力之急診醫護人員，提供急診醫療服務。 符合項目： 1. 專任專科醫師數佔所需專科醫師數的 30%(所需專科醫師數=全年總急診病人次/5,000 人)，且每天 24 小時應有 1 名專科醫師或資深住院醫師值班。 2. 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，且 50% 以上急診醫護人員具有 ACLS 等之證書。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1. 每天 24 小時應有 1 名專科醫師值班。 2. 每天 24 小時婦產、眼、耳鼻喉科應有 1 名專科醫師或資深住院醫師待班。 3. 75% 以上急診醫護人員具有 ACLS 等之證書。 4. 專任專科醫師數佔所需專科醫師數的 70%，且有 30% 為急診醫學科專科醫師。 [註] 1. 醫護人員具 ANLS、ATLS、ETTC、NRP、APLS 及 PALS 等證書，皆可等同 ACLS 證書。 2. 人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定。 評量方法及建議佐證資料： 1. 急診醫師清冊。(符合/優良) 2. 急診主治醫師、住院醫師、護理師值班表。(符合/優良) 3. 急診主治醫師、住院醫師、護理師 BLS、ACLS 證明。(符合/優良)

條 號	條 文	評量項目(草案)
2.4.2	急診應有完備之設施、設備、儀器、機器，並確實執行保養管理及清潔管理	目的： 急診配置適當之設施、設備及儀器，並有完善管理機制，確保其功能正常，維護照護品質。 符合項目： 1.具備施行心肺復甦術或相當處置所需之設備、儀器(確保氣管、人工呼吸器、輸液、輸血及給藥之準備、去顫器(defibrillator)等)，且經常備妥於確實可用狀態。 2.應有部門或單位負責急診之設施、設備、儀器、機器之保養、檢查及安全管理，並訂有規範，落實執行，有紀錄可查。 3.明訂保養、檢查的排程，並有紀錄。 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。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 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。 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。 3.針對上述兩項訂有改善方案，且具成效。 評量方法及建議佐證資料： 1.醫療儀器、設備清單。(符合) 2.醫療儀器、設備、機器負責人名單。(符合) 3.醫療儀器、設備保養作業標準及查檢紀錄。(符合) 4.醫療儀器、設備故障異常管理之作業流程及維修紀錄。(符合) 5.品質改善方案實例佐證資料，如：品管圈、教案教學、得獎紀錄等。(優良)
2.4.3	依醫院的角色任務，提供急救病人處置能力	目的： 訂有符合急診病人醫療需求及轉診之各項處置流程，並依法處理有特殊需求之病人，提供特殊服務。 符合項目： 1.依醫院定位訂有急診病人的就醫準則與流程，提供緊急檢查、診斷、住院、手術等急救的醫療處置能力。 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.設有精神科住院病房(不含日間照護)之醫院，同時應訂定有急診精神科病人之醫療作業處理準則與流程，及病人轉介系統，包含： (1)遵守精神衛生相關法規，並依適當程序呈報或進行相關醫療事宜。 (2)急診病人安排住院或轉介他院之流程。 4.對於急診就醫個案，知其有疑似遭家庭暴力(含兒童與少年虐待及疏忽)或性侵害犯罪情事者，應訂有處理作業準則，並依法通報。

條	號	條文	評量項目(草案)
			5.轉出時應提供轉診病歷摘要。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.對需急救病人訂有緊急處置流程，及定期檢討評估機制。 2.可完成檢查及報告、住院、手術等相關緊急處置作業。 3.對特殊病人訂有處理流程，並提供社工諮商和轉介服務。 4.轉送病人過程皆有評估紀錄，必要時有醫師指導救護人員，執行緊急醫療救護行為。 5.定期檢討評估，訂有改善方案，且具成效。 [註] 1.救護人員包括醫師、護理人員、救護技術員。 2.醫療法第 60 條第 1 項：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。 3.醫療法第 73 條：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。 4.應依家庭暴力防治法第 50 條、性侵害犯罪防治法第 8 條、兒童及少年福利與權益保障法第 53 條(舊法規第 34 條)規定辦理。 評量方法及建議佐證資料： 1.急診病人就醫準則與流程。(符合) 2.急診精神科病人醫療作業處理準則與流程。(符合) 3.急診疑似遭家庭暴力(含兒童與少年虐待及疏忽)或性侵害犯罪情事處理作業準則。(符合) 4.急診病人轉診或轉出作業流程或規範。(符合) 5.病人轉送之評估紀錄。(符合/優良) 6.急診委員會或全院性急診品質審查會議相關會議紀錄。(符合) 7.急救病人緊急處置流程。(優良) 8.特殊病人急診處理準則及流程。(優良) 9.品質改善方案實例佐證資料，如：品管圈、教案教學、得獎紀錄等。(優良)
	2.4.4	建置適當的急診診療科支援機制	目的： 依任務提供適當之急診診療科別及會診服務，以因應就診病人完整醫療需求。 符合項目： 1.應依醫院之角色任務，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。

條 號		條 文	評量項目(草案)
			優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.急診能提供內、外、婦、兒及其他次專科的服務，如有會診個案，75%以上可於 30 分鐘內支援。 2.支援機制：(以下達成其中一項以上即可) (1)重大外傷之會診個案，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<90min)。 3.針對上述兩項有定期檢討評估並訂有改善方案，且具成效。 評量方法及建議佐證資料： 1.急診服務科別清單。(符合) 2.急診支援(含會診)規範。(符合) 3.急診支援(含會診)個案統計表及時效分析等。(符合/優良) 4.相關委員會或管理會議紀錄及品質改善活動佐證資料，如：品管圈、教案教學、得獎紀錄等。(優良)
	2.4.5	具備完善的急診醫事人員與警衛輪班制度	目的： 訂有合宜之急診醫事人員輪班制度，及預防危機之管理機制，維護病人服務品質及工作人員安全。 符合項目： 1.應有適當醫事人員輪班或支援制度。 2.應有 24 小時警衛或保全人員，且設有警民連線或報案機制。 優良項目：(下述項目須全部達成) 1.急診醫事人員： (1)有藥師、醫事檢驗師、醫事放射師(士)等醫事人員輪班。 (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。 2.具有完整之輪班制度及對突發事件有危機管理機制，並定期檢討改善。 評量方法及建議佐證資料： 1.醫事人員輪班或支援制度。(符合) 2.警衛或保全人員班表。(符合) 3.醫事人員班表。(優良) 4.與輪班制度相關之會議討論及檢討紀錄或實例呈現。(優良) 5.急診突發事件處理流程與檢討會議。(優良)
	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	目的： 針對急診各項醫療服務品質，有適當之管理機制，確保照護品質。

條	號	條文	評量項目(草案)
		與改善	符合項目： 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，包含： (1)病人置留急診 24 及 48 小時以上之比率。 (2)72 小時內回診病人比率。 (3)應住加護病房而未能於 6 小時內住進加護病房的人數及比率。 (4)等候手術時間超過 60 分鐘的人數及比率。 3.上述指標應定期收集分析，製成報告。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 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.對急診病人醫療處理之適當性有做檢討與分析。 3.有具體急診醫療處置、緊急救護品質及轉診病人適當性之改善方案或措施。 [註] 急診等候手術時間之收案對象，係指醫囑開立為緊急手術之急診病人，其等候時間以醫囑開立時間起算。 評量方法及建議佐證資料： 1.急診委員會或相關組織的會議紀錄。(符合) 2.急診相關醫療品質指標監測紀錄、統計資料及會議討論紀錄。(符合) 3.急診品質審查會議紀錄。(優良) 4.急診相關病例討論會議紀錄或實例呈現。(優良) 5.急診品質改善方案佐證資料，如：品管圈、教案教學、得獎紀錄等。(優良)
	2.4.7	適當之加護病房組織及人力配置	目的： 依加護病房床數配置醫護人員，並設有行政及值班機制，提供適當醫療照護。 符合項目： 醫師人力： 1.全院加護病床每 10 床應有 1 名專責主治醫師以上。 2.配置負責加護病房業務之主治醫師及值班醫師。 3.應有加護病房主任，負責行政相關業務。 4.必要時，應有共同照護的合作機制。 護理人力： 1.申請地區醫院評鑑者：每床應有 1.5 人。 2.申請區域醫院評鑑者：每床應有 2 人。 3.申請醫學中心評鑑者：每床應有 2.5 人。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 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。

條	號	條文	評量項目(草案)
			3.假日及夜間需有醫師值班(不含 PGY 醫師)。 4.護理人力為各該申請類別對應符合項目要求之 1.10 倍。 5.每 15 床應有專責呼吸治療師 1 名,24 小時均有呼吸治療師服務。 [註] 1.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。 2.因應不同性質之加護病房,具 ANLS、ATLS、NRP、APLS 及 PALS 等證書,皆可等同 ACLS 證書。 3.「重症加護相關訓練」指具內科、兒科、外科、神經外科、神經科、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)。 4.人力計算時： (1)人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定。 (2)若評鑑基準高於醫療機構設置標準,病床數得可考量年平均佔床率計算,並以四捨五入取至整數位。 (3)同類別人力之各項計算結果,加總後以四捨五入取至整數位。 評量方法及建議佐證資料： 1.加護病房醫師人力配置及值班表。(符合) 2.加護病房護理人力配置及班表。(符合) 3.加護病房專責主治醫師重症加護相關證書或接受相關訓練證書。(優良) 4.加護病房專責住院醫師高級心臟救命術(ACLS)證書。(優良) 5.加護病房專責呼吸治療師排班表。(優良)
	2.4.8	加護病房備齊相關設施、設備及儀器,並應定期保養、維護,且有紀錄可查	目的： 加護病房設置適當之設施、設備及儀器,並有完善管理機制,確保其功能正常,維護病人隱私及照護品質。 符合項目： 1.病床床距間隔適當,且至少有隔離視線之隔簾,以保障隱私。 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.設置儀器異常管理機制,以因應故障時之作業流程。 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。 優良項目:(下述項目僅限一項未達成) 1.每床應有獨立空間。 2.設有隔離室。 3.每床放置乾洗手液。

條	號	條文	評量項目(草案)
			4.具有 Portable X-ray、超音波、血液透析的設備。 評量方法及建議佐證資料： 1.醫療儀器、設備保養作業標準及查檢紀錄。(符合) 2.醫療儀器、設備故障異常管理之作業流程及維修紀錄(符合)
	2.4.9	良好的加護病房管理、收案評估、診療品質與紀錄	目的： 訂有加護病房之各項作業規範、品質指標，及定期會議檢討執行成效，確保服務品質。 符合項目： 1.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指標監測機制。 2.訂定加護病房轉入轉出及運用原則(含轉入優先順序)、具體步驟及客觀評估標準並確實執行且有紀錄。 3.加護病房醫師每日應有交班紀錄。 4.出入加護病房時及進入加護病房 24 小時內，使用評估工具評估疾病嚴重程度。 5.呼吸器的使用有治療參數與後續照顧之紀錄。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.訂有加護病房品質指標收集及檢討改善機制： (1)病人出入院統計。 (2)收案適當性檢討。 (3)死亡率。 (4)48 小時重返率。 (5)加護病房感染率(或密度)。 (6)平均住院日。 (7)住院超過 14 天之分析及討論。 (8)轉院及自動出院。 (9)收治疾病分布。 2.具備呼吸治療品質監測計畫。 3.醫療例行作業： (1)主治醫師至少每日查房 2 次。 (2)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。 4.醫療檢討與改善： (1)定期舉行病例討論會、非預期死亡病例及意外事件檢討，每月至少一次。 (2)持續提升加護病房照護品質及能力，並有檢討改善。 評量方法及建議佐證資料： 1.加護病房管理委員會或相關組織設置辦法及會議紀錄。(符合) 2.加護病房轉入轉出及運用原則。(符合) 3.加護病房醫師交班紀錄。(符合) 4.加護病房抽查個案或定期收治病人適當性統計資料。

條 號		條 文	評量項目(草案)
			(符合) 5.呼吸器使用之相關治療個案紀錄或討論會紀錄。(符合) 6.加護病房相關醫療品質指標監測紀錄及統計資料及會議討論紀錄。(優良) 7.加護病房藥師及營養師評估紀錄。(優良) 8.加護病房相關病例討論會議紀錄。(優良) 9.品質改善活動佐證資料，如：品管圈、教案教學、得獎紀錄等。(優良)
	2.4.10	加護病房護理人員須依其特性及護理人員需要，安排在職教育訓練，並評核其能力	目的： 加護病房護理人員應具一定資歷，並接受在職訓練，提供適當護理服務。 符合項目： 1.依單位特性及護理人員需要，每年應有院內外之重症照護相關訓練。 2.加護病房工作 2 年以上且領有加護訓練證書及 ACLS 證書，佔加護病房護理人員數之比例$\geq 40\%$。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 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至少 12 小時。 2.加護病房工作 2 年以上且領有加護訓練證書及 ACLS 證書，佔加護病房護理人員數之比例$\geq 50\%$。 3.進行能力評估之檢討改善。 [註] 護理人員應具備加護護理能力，包括：重症護理知能、儀器操作、危急狀況之預測、緊急處置能力、病人問題的評估與處理等。 評量方法及建議佐證資料： 1.加護病房護理人員重症照護相關訓練紀錄。(符合) 2.加護病房護理人員加護訓練證書及 ACLS 證書。(符合)
	2.4.11	適當之精神照護人力配置	目的： 依醫院層級及精神醫療服務量，配置適當專業人力，確保照護品質。 符合項目： 1.精神醫療人力： (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：精神急性一般病床、精神慢性一般病床、精神科加護病床及精神科日間照護單位合計，每 35 床應有 1 名。(35 床以下可以特約人員兼任，惟每週需工作 8 小時以上。) ②精神醫療社會工作人員：有專責精神醫療社會工作人員；且精神醫療社會工作人員數：精神急性一般病床每 30 床應有 1 名、精神慢性一般病床及精神科日間照護單位每 75 床應有 1 名。

條	號	條文	評量項目(草案)
			③臨床心理人員：有專責臨床心理人員；且臨床心理人員數：精神急性一般病床、精神慢性一般病床、精神科加護病床及精神科日間照護單位合計，每 75 床應有 1 名。(75 床以下可以特約人員兼任，惟每週需工作 8 小時以上。) (2)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：精神急性一般病床、精神慢性一般病床、精神科加護病床及精神科日間照護單位合計，每 35 床應有 1 名，其中職能治療師比例應達 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：精神急性一般病床每 30 床應有 1 名、精神慢性一般病床及精神科日間照護單位每 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：精神急性一般病床、精神慢性一般病床、精神科加護病床及精神科日間照護單位合計，每 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：精神急性一般病床、精神慢性一般病床、精神科加護病床及精神科日間照護單位合計，每 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：精神急性一般病床每 30 床應有 1 名、精神科日間照護單位每 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。 ③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：精神急性一般病床、精神慢性一般病床、精神科加護病床及精神科日間照護單位合計，每 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.依據醫院住院及門診病人組成，確保備有適宜的工作人員以提供恰當的服務。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.精神醫療人力： (1)申請地區醫院評鑑者，精神醫療人力達符合項 1-(1)之 1.10 倍以上(含)。 (2)申請區域醫院評鑑者，精神醫療人力達符合項 1-(2)之 1.10 倍以上(含)。

條	號	條文	評量項目(草案)
			(3)申請醫學中心評鑑者，精神醫療人力達符合項 1-(3)之 1.10 倍以上(含)。 2.依精神衛生法及醫療法之規定，訂定病人權利與病人安全相關作業及流程，且工作人員均知悉。 3.工作人員確實遵行優良項目 2 所述之相關作業及流程，定期業務檢討改善，改善成效良好。 [註] 1.各類病床數以登記開放數計，並依實際設置情形計算人力。 2.人力計算時： (1)人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定。 (2)若評鑑基準高於醫療機構設置標準，病床數得可考量年平均佔床率計算，並以四捨五入取至整數位。 (3)同類別人力之各項計算結果，加總後以四捨五入取至整數位。 評量方法及建議佐證資料： 1.依申請評鑑類別之門診、住院、精神科加護病房、日間病房等服務資料，提供其精神醫療人力(近四年逐年統計)。(符合/優良) 2.病人權利與病人安全之相關作業內容，實施流程、定期檢討改善，並有成效之事證。(優良)
可	2.4.12	精神科日間照護業務應提供以病人為中心之治療模式	目的： 提供以病人為中心的精神科日間照護，確保病人安全。 符合項目： 1.醫療團隊提供個別生活訓練、服藥訓練、工作能力訓練、社交技巧訓練、家庭關係強化等復健服務。 2.訂有入出院標準及流程。 3.日間照護環境有注重病人安全相關措施(如防自殺、防跌等)。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 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。 3.有定期的業務檢討改善或創新服務模式，成效良好。 [註] 未設有精神科日間照護單位者，可自選本條免評。 評量方法及建議佐證資料： 1.日間照護治療服務簡介。(符合) 2.入出院標準及流程。(符合) 3.符合病人安全環境的相關措施資料及現場查證。(符合) 4.建立及保持環境優良的相關資料及現場查證。(優良) 5.個別化之復健治療評估和服務計畫，及實際查證時可抽查病歷。(優良) 6.業務檢討改善之紀錄和成效分析，或創新服務之具體

條 號		條 文	評量項目(草案)
			服務內容和成效分析。(優良)
	2.4.13	精神科能提供特殊病例治療業務	目的： 配合政策，提供家暴、性侵害、酒藥癮、自殺防治等治療業務。 符合項目： 1.提供家暴(含兒少保護)或性侵害被害人身心治療。 2.提供酒藥癮或自殺防治等特殊治療業務。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.能提供家暴(含兒少保護)、性侵害加害人之身心治療或輔導教育業務。 2.成立藥癮、酒癮及自殺防治中心，提供 24 小時對外諮商服務，並有相關業務成果。 3.定期業務檢討改善，改善成效良好。 評量方法及建議佐證資料： 1.家暴(含兒少保護)或性侵害被害人身心治療服務方案內容，及服務統計資料。(符合) 2.酒藥癮或自殺防治服務方案內容，及服務統計資料。(符合) 3.家暴(含兒少保護)、性侵害加害人之身心治療或輔導教育之方案內容，及服務統計資料。(優良) 4.成立酒癮、藥癮及自殺防治中心之事實資料，及提供相關業務成果之資料。(優良) 5.業務檢討改善之紀錄及成效分析。(優良)
	2.4.14	依病人需求提供適宜的精神科職能治療服務	目的： 精神科職能治療服務訂有作業流程並落實執行，符合病人要求。 符合項目： 1.職能治療業務應訂有詳細的職能治療工作手冊，內含各類業務標準化作業流程、活動/團體企劃書、評估、治療和檢討等。 2.提供合適的職能治療活動及服務時數和公布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。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.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。 2.提供社區復健、職業復健和有預防慢性化之措施。 3.有評估及改善上項措施成效之機制，成效良好。 評量方法及建議佐證資料： 1.職能治療工作手冊(含詳細內容)。(符合) 2.職能治療活動及服務時數之執行資料。(符合) 3.評鑑時依委員指示提供病歷佐證病人參加職能治療活

條	號	條文	評量項目(草案)
			動及內容。(符合) 4.病人住院後接受職能治療之生理、心理、社會評估與治療內容，及完成評估開始執行治療之期限之資料(分急慢性病房統計其全距、平均值、標準差)。(優良) 5.社區復健、職業復健和有預防慢性化之措施之方案內容。(優良) 6.社區復健、職業復健和有預防慢性化之評估和改善機制，及分析成效。(優良)
	2.4.15	依病人需求提供適宜的精神科社會工作服務與服務品質	目的： 精神科社會工作服務訂有作業流程並落實執行，符合病人要求。 符合項目： 基本服務事項完備，包含： 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、家族治療或團體治療服務。 3.主動協助病人及家屬獲得社會資源及提供病人社區轉介服務。 4.應訂有出院準備服務計畫之流程，並依病人需求提供服務。 5.社工作業應備有接案評估、處遇過程及結案紀錄。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.紀錄完備，並有定期追蹤檢討。 2.針對服務檢討改善，改善成效良好。 3.有創新服務措施，著有成效。 評量方法及建議佐證資料： 1.精神科社工作業手冊，含完整之服務內容，服務流程及報告內容。(符合) 2.社工服務紀錄。(符合/優良) 3.業務檢討改善及成效分析之資料。(優良) 4.創新服務之具體服務內容及成效分析。(優良)
	2.4.16	依病人需求提供適宜的精神科臨床心理服務與服務品質	目的： 精神科臨床心理服務訂有作業流程並落實執行，符合病人要求。 符合項目： 1.訂有臨床心理作業手冊(內含專業倫理守則)，且落實執行。 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。

條 號		條 文	評量項目(草案)
			優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.病歷之記載完整、詳實，並有定期追蹤檢討。 2.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。 3.有創新服務措施，著有成效。 評量方法及建議佐證資料： 1.臨床心理作業手冊(含完整之服務內容、服務流程及報告內容)。(符合) 2.臨床心理服務報告/紀錄。(符合/優良) 3.創新服務之具體服務內容及成效分析。(優良)
	2.4.17	由適當醫療照護團隊提供透析照護服務	目的： 依透析床數及作業量，配置符合資格及完成相關訓練之醫護人員，提供適當的照護服務。 符合項目： 1.每 15 張血液透析治療床應有專科醫師 1 人以上，且其中應有 1/2 具有內科或兒科專科醫師資格，並經完整腎臟醫學訓練與血液透析治療訓練，其餘醫師亦應經血液透析治療訓練，並領有證明文件。 2.每位血液透析護理人員照顧 4 位門診血液透析病人。每位腹膜透析護理人員最多照顧 35 位腹膜透析病人。 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。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 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.每位護理人員照顧至多 3 位住院血液透析病人(包含急重症及加護病房)，且每位腹膜透析護理人員最多照顧 30 位腹膜透析病人。 3.前項符合條文中之護理人員，50%(含)以上具備臨床透析護理工作三年以上經驗。 評量方法及建議佐證資料： 1.透析人員(醫師、護理師)證照及教育訓練資料。(符合) 2.透析床數、服務量。(優良)
合	2.4.18	建立透析照護服務設施、設備、儀器管理機制，確實執行	目的： 配置適當之透析照護設施、設備及儀器，並有完善管理機制，確保其功能正常，維護照護品質。 符合項目： 1.制訂有明確的各項儀器設備維護相關規章管理制度並確實執行，且符合規定。 2.應有合格之醫技人員(醫工)或合約廠商，負責定期執行透析機之檢查、日常保養及維修，並有故障排除處理流程與紀錄。

條	號	條文	評量項目(草案)
			3.應有合格之醫技人員(醫工)或合約廠商負責每月定期檢查及實施管路保養、消毒，且備有管路有效消毒濃度與殘留檢測之規範文件及紀錄，耗材應依規定定期更換，並有紀錄。 4.單位有人員負責 RO 水處理系統，日常檢視餘氯檢驗、食鹽添加之抄表紀錄並有異常故障排除處理流程，且耗材應依規定定期更換，並有紀錄。 5.至少每 2 個月檢測一次水中殘餘物質檢查包括硬度、導電度、餘氯等，每年檢測一次水中重金屬含量結果並至少符合 AAMI (Association for the Advancement of Medical Instrumentation)之標準，備有完整紀錄供評估。 評量方法及建議佐證資料： 1.各項儀器設備維護管理相關規章辦法。(符合) 2.各項儀器設備專責醫工(技術)人員或合作廠商名單或清單。(符合) 3.各項儀器設備檢查、保養及維修紀錄。(符合) 4.各項儀器設備相關說明書及操作手冊。(符合) 5.水質檢測相關紀錄。(符合)
	2.4.19	建置安全的透析照護服務環境	目的： 追蹤透析室員工及病人的肝炎檢查變化，落實感染預防措施，維護病人安全。 符合項目： 1.透析室之所有員工有 B、C 型肝炎之檢查紀錄。 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 200cfu/ml。每季至少一次所有機台的透析液菌落數，必須少於 200cfu/ml。 4.B 型肝炎透析病人需分區及分床(透析機)，C 型肝炎透析病人需有分床之安排，且班與班之間機器必須徹底消毒；以及每日最後一班結束後之消毒。 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 $\leq 5\%$，腹膜透析 $\leq 3\%$。 7.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

條	號	條文	評量項目(草案)
			洗設施。有適當的保護裝備，如：防護衣、護目鏡、防護罩、耐酸鹼手套。有良好的污水排水系統及適當的排風量(每小時換氣至少 12 次以上)。合適的滅菌劑儲存設備。 (5)透析器之消毒須有消毒液殘餘量檢測資料備查。 (6)透析器之效用需測 total cell volume 且有紀錄備查。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.對未感染員工有 B、C 型肝炎之定期追蹤檢查紀錄。 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.訂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。 4.各項紀錄完整，定期檢討改進。 5.對於有隔離需求的病人，應有合宜規劃。 評量方法及建議佐證資料： 1.透析室醫護人員 B、C 型肝炎檢查紀錄。(符合) 2.透析用水之監測紀錄。(符合) 3.門診透析病人肝炎相關監測紀錄。(符合) 4.如有重複使用透析器者，須另外提供： (1)重複使用透析器之消毒設備操作規範及緊急應變處理規範。(符合) (2)透析室物質安全資料表。(符合) (3)重複使用透析器之消毒液殘餘量檢測資料。(符合) (4)total cell volume 檢測紀錄。(符合) 5.未感染員工 B、C 型肝炎之定期追蹤檢查紀錄。(優良)
	2.4.20	透析照護服務之醫療照護品質適當	目的： 訂有透析照護之各項品質指標，並定期監測檢討，確保照護品質。 符合項目： 對 90%以上門診透析病人有監測下列指標： 1.90%以上血液透析病人每次 $Kt/V \geq 1.2$，65%以上腹膜透析病人每週 $Kt/V \geq 1.7$。 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 $Hct \geq 26\%$。 4.55 歲以下病人移植登錄率 $\geq 5\%$。 5.有進行腹膜透析推廣。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.95%以上血液透析病人每次 $Kt/V \geq 1.2$，70%以上腹膜透析病人每週 $Kt/V \geq 1.7$。 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 $Hct \geq 26\%$。 4.55 歲以下病人移植登錄率 $\geq 10\%$。

條	號	條文	評量項目(草案)
			5.腹膜透析比血液透析病人數$\geq 15\%$。 6.對品質指標未達標準之病人訂有改善方案。 [註] 血清白蛋白(Albumin)標準：以 BCG 法為$\geq 3.5\text{g/dl}$，以 BCP 法為$\geq 3.0\text{g/dl}$。 評量方法及建議佐證資料： 1.透析照護規範與作業程序。(符合) 2.透析單位訂有品質與指標管理的規章，並定期開會，有開會資料備查。(符合) 3.指標監測紀錄或專案改善會議紀錄。(符合) 4.透析病人移植登錄資料。(符合) 5.每月血液透析與腹膜透析病人數及腹膜透析推廣活動紀錄。(符合) 6.品質改善活動佐證資料，如：品管圈、教案教學、得獎紀錄等。(優良)
可	2.4.21	慢性呼吸照護病房(RCW)應由適當醫療照護團隊提供呼吸照護服務	目的： 依慢性呼吸照護病房床數配置符合資歷之照護團隊成員，提供適當的照護服務。 符合項目： 1.每 40 床應有專責內科專科醫師 1 名負責每日病房迴診，接受胸腔醫學訓練之內科專科醫師每週迴診三次。 2.有內科住院醫師或內科專科醫師負責夜間及假日值班。 3.每 30 床應有呼吸治療師至少 1 名。 4.每 4 床應有 1 人以上且 50%以上護理人員有 2 年以上臨床護理經驗。 5.個案管理師可由呼吸治療師、護理師、或社工師兼任。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 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.每 20 床應有專任呼吸治療師 1 名，且全天 24 小時均有呼吸治療師提供服務。 3.每 3 床應有 1 人以上且 50%以上護理人員有 2 年以上臨床護理經驗。 4.個案管理師由呼吸治療師或護理師擔任，有完整之個案管理紀錄。且有定期會議檢討全院個案管理品質。 [註] 1.符合以下全部條件者，可自選本條免評： (1)未登記設有慢性呼吸照護病房(RCW)。 (2)於急性病房未收治使用呼吸器超過 63 天之病人；或於急性病房有收治使用呼吸器超過 21 天(63 天以下)之病人。 2.若醫院雖未有登記慢性呼吸照護病房但有收治呼吸器依賴病人時，其人力計算原則以病人目前所入住之病

條	號	條文	評量項目(草案)
			房類別認定其護理人力配置需求。 3.人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定。 評量方法及建議佐證資料： 1.本病房各職類人事資料、班表。(符合/優良) 2.個案管理紀錄。(優良)
可	2.4.22	慢性呼吸照護病房(RCW)應建立呼吸照護服務設施設備管理機制,確實執行	目的： 慢性呼吸照護病房配置適當之設施及設備，並有完善管理機制，確保其功能正常，維護照護品質。 符合項目： 1.具下列功能呼吸器比例適當($\geq 10\%$)： (1)同時具備 A/CMV、SIMV、PS 等呼吸型態設定模式。 (2)可以監測吐氣潮氣量。 2.具備血壓、心跳或血氧濃度之生理監視器數量$\geq$床數 1/6。 3.呼吸照護設施設備有定期維修保養紀錄。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.具下列功能呼吸器比例適當($\geq 50\%$)： (1)同時具備 A/CMV、SIMV、PS 等呼吸型態設定模式。 (2)可以監測吐氣潮氣量。 2.具備血壓、心跳或血氧濃度之生理監視器數量$\geq$床數 1/3。 3.呼吸照護設備之保養實施分級管理，成效良好。 [註] 1.符合以下全部條件者，可自選本條免評： (1)未登記設有慢性呼吸照護病房(RCW)。 (2)於急性病房未收治使用呼吸器超過 63 天之病人；或於急性病房有收治使用呼吸器超過 21 天(63 天以下)之病人。 2.病床數係以登記開放數計。 評量方法及建議佐證資料： 1.呼吸器及監視設備功能型號清單。(符合/優良) 2.設施設備保養紀錄。(符合/優良)
可	2.4.23	慢性呼吸照護病房(RCW)之醫療照護品質適當	目的： 定期執行呼吸器病人營養狀態及呼吸器脫離再評估等措施，確保照護品質。 符合項目： 1.呼吸器病人營養品質：每月有營養師定期訪視；每兩週有定期評估病人體重及營養狀況，含營養診斷、營養介入、評估與監測；每三個月有檢測病人白蛋白及基本電解質狀況。 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(草案)
			優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 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。依據病人評估狀況照會營養師提供專業之飲食調整。 2.呼吸器病人治療計畫妥適(包含呼吸器脫離訓練)，呈現呼吸器脫離訓練成效。 3.評估病情穩定無法脫離呼吸器病人，下轉居家照護具有成效。 4.對拒絕氣切病人及家屬有進行積極之溝通及衛教說明。 5.對末期病人及其家屬提供完整之安寧照護服務。 [註] 符合以下全部條件者，可自選本條免評： (1)未登記設有慢性呼吸照護病房(RCW)。 (2)於急性病房未收治使用呼吸器超過 63 天之病人；或於急性病房有收治使用呼吸器超過 21 天(63 天以下)之病人。 評量方法及建議佐證資料： 1.營養師定期訪視紀錄。(符合/優良) 2.呼吸器脫離評估紀錄。(符合/優良) 3.拒絕氣切病人衛教紀錄。(優良) 4.下轉居家照護紀錄。(優良) 5.安寧照護服務紀錄。(優良)
可	2.4.24	亞急性呼吸照護病房(RCC)應由適當醫療照護團隊提供呼吸照護服務	目的： 依亞急性呼吸照護病房床數配置符合資歷之照護團隊成員，提供適當的照護服務。 符合項目： 1.每 24 床有接受胸腔醫學訓練之內科專科醫師 1 名負責診療業務。 2.24 小時均有受過高階心肺復甦術訓練，並具二年以上執業經驗之醫師值班。 3.每 10 床有專任呼吸治療師 1 名，全天 24 小時均有呼吸治療師提供服務。 4.每床應有 1.5 人且 60%以上護理人員有 2 年以上臨床護理經驗。 5.個案管理師可由呼吸治療師、護理師或社工師兼任，且訂有個案管理之作業流程與規範。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 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.呼吸治療師 1/2 有 2 年以上臨床經驗。 3.呼吸治療師或護理師擔任且有完善之個案管理紀錄，並定期會議檢討全院呼吸照護品質。

條	號	條文	評量項目(草案)
			[註] 1.符合以下全部條件者，可自選本條免評： (1)未登記設有亞急性呼吸照護病房(RCC)。 (2)於急性病房未收治使用呼吸器超過 21 天(含)以上之病人。 2.若醫院雖未有登記亞急性呼吸照護病房(RCC)但有收治呼吸器依賴病人時，其人力計算原則以病人目前所入住之病房類別認定其護理人力配置需求。 3.人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定。 評量方法及建議佐證資料： 1.本病床各職類人事資料、班表。(符合/優良) 2.個案管理紀錄。(優良) 3.會議紀錄。(優良) 4.ACLS 證照。(符合) 5.個案管理作業流程及規範。(符合/優良)
可	2.4.25	亞急性呼吸照護病房(RCC)應建立呼吸照護服務設施設備管理機制，確實執行	目的： 亞急性呼吸照護病房配置適當之設施及設備，並有完善管理機制，確保其功能正常，維護照護品質。 符合項目： 1.具下列功能呼吸器比例適當($\geq 60\%$)： (1)同時具備 A/CMV、SIMV、PS 等呼吸型態設定模式。 (2)可以監測吐氣潮氣量。 2.具備血壓、心跳與血氧濃度之生理監視器數量$\geq$床數 1/2。 3.呼吸照護設施設備有定期維修保養紀錄。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.具下列功能呼吸器比例適當($\geq 90\%$)： (1)同時具備 A/CMV、SIMV、PS 等呼吸型態設定模式。 (2)可以監測吐氣潮氣量。 2.具備血壓、心跳與血氧濃度之生理監視器數量$\geq$床數 2/3。 3.呼吸照護設備之保養實施分級管理，成效良好。 [註] 1.符合以下全部條件者，可自選本條免評： (1)未登記設有亞急性呼吸照護病房(RCC)。 (2)於急性病房未收治使用呼吸器超過 21 天(含)以上之病人。 2.病床數係以登記開放數計。 評量方法及建議佐證資料： 1.呼吸器及監視設備功能型號清單。(符合/優良) 2.設施設備保養紀錄。(符合/優良)
可	2.4.26	亞急性呼吸照護病房(RCC)之醫療照	目的： 定期執行呼吸器病人營養狀態評估及呼吸器脫離等措

條 號		條 文	評量項目(草案)
		護品質適當	施，確保照護品質。 符合項目： 1.呼吸器病人營養品質：每兩週有營養師定期訪視；評估病人體重及營養狀況，含營養診斷、營養介入、評估與監測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畫適當：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$\geq 40\%$。 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。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.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，且單位內醫師、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。 2.定期檢討院內呼吸器脫離率：呼吸器脫離率平均$\geq 50\%$，且有定期會議檢討單位呼吸器脫離率。 3.氣切比率合理(扣除死亡及拔管成功病例)，對拒絕氣切病人及家屬，單位有提供氣切相關衛教資料；有進行積極之溝通及衛教說明。 4.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病人相關社福資源，並協助解決家屬經濟及後續照護困難。平均 RCC 住院日數≤ 28 日。 [註] 符合以下全部條件者，可自選本條免評： (1)未登記設有亞急性呼吸照護病房(RCC)。 (2)於急性病房未收治使用呼吸器超過 21 天(含)以上之病人。 評量方法及建議佐證資料： 1.營養師定期訪視紀錄。(符合) 2.呼吸器脫離評估紀錄。(優良) 3.拒絕氣切病人衛教紀錄。(優良) 4.下轉居家照護紀錄。(優良)
可	2.4.27	呼吸照護服務感染管制作業	目的： 落實執行呼吸照護相關感染管制措施，提升照護品質。 符合項目： 1.呼吸治療裝置(潮濕瓶、噴霧瓶、軟管之類)貯存時應保持乾燥，包裝完整，使用單一包裝並標示有效日期，保持密閉性及外層的清潔，避免被灰塵沾污。 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、

條	號	條文	評量項目(草案)
			TB、新型流感等)避免使用。 4.使用氧氣治療之鼻導管(nasal cannula)或氣切及插管之接管採「單一病人使用後即丟棄」。 5.每床病人應單獨使用一個甦醒袋(Ambu bag)，以避免交互感染；如非單一病人使用之甦醒袋，每次使用後需完成高層次消毒程序，才能給他人再次使用。 6.病人使用之呼吸器管路(ventilator circuit)與潮濕瓶(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濕瓶，應每週定期更換 1 次，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器管路與潮濕瓶，則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。 7.呼吸器無法拆除的部分之終期消毒，以適當之消毒溶液擦拭、晾置，如 500ppm 的漂白水或呼吸器使用說明建議之消毒劑等。 8.單位內需具有隔離病室。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.病人使用之呼吸器裝置有吐氣隔離系統，且適當規範呼吸治療裝置清洗及消毒之空間及作業流程，處理後之呼吸治療裝置，有定期抽檢及評估消毒效果的機制。 2.單位內需具有負壓隔離病室。 3.定期會議檢討單位內感管措施。 [註] 1.符合以下全部條件者，可自選本條免評： (1)未登記設有慢性呼吸照護病房(RCW)及亞急性呼吸照護病房(RCC)。 (2)於急性病房未收治使用呼吸器超過 21~63 天之病人。 (3)於急性病房未收治使用呼吸器超過 63 天(含)以上之病人。 2.優良項目 2「單位內具有負壓隔離病室」：若醫院設有亞急性呼吸照護病房(RCC)或加護病房，則至少有一個亞急性呼吸照護病房(RCC)或加護病房內需設有負壓隔離病室，始得認定；若醫院未設有亞急性呼吸照護病房(RCC)或加護病房，則院內設有負壓隔離病室即可。 評量方法及建議佐證資料： 1.呼吸器及管路消毒標準作業流程。(符合) 2.RCC 感管措施會議紀錄及改善成效。(優良) 3.定期抽檢處理後之呼吸治療裝置消毒效果的評估紀錄。(優良)
試	2.4.28	適當之牙科人力配	目的：

條	號	條文	評量項目(草案)
		置，且設有牙科專科或各專業學會認定之診療科	配置足夠且適當的牙科照護人力，確保照護品質。 符合項目： 1.設有全科(一般)牙科或家庭牙醫科。 2.牙醫師： (1)250 床(含)以上之醫院，至少應有 3 名牙醫師，其中至少 1 名具負責醫師資格。 (2)未滿 250 床之醫院，至少應有 1 名為專任且具負責醫師資格。 3.牙科輔助人員：需經相關訓練，每 4 台牙科治療台應有 1 人以上。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.設有診療科 2 科以上，且各診療科應有該科訓練 2 年以上之專任牙醫師 1 人(含)以上。 2.每 3 台牙科治療台應有牙科輔助人員 1 人以上，其中每 8 台牙科治療台之輔助人員應包含有 1 名護理人員。 3.牙科治療台數 20 台(含)以上者，應設有牙體技術室，並有牙體技術師 1 人(含)以上。 [註] 1.本條為試評條文，評量結果不納入評鑑成績計算。 2.病床數以急性病床數計：指急性一般病床及精神急性一般病床，並依登記開放病床數計。 3.診療科係指：(1)全科(一般)牙科、(2)家庭牙醫科、(3)牙體復形科、(4)牙髓病科、(5)牙周病科、(6)補綴(膺復)牙科、(7)兒童牙科、(8)齒顎矯正科、(9)口腔顎面外科、(10)口腔病理科/口腔診斷、(11)身心障礙者牙科。 4.牙科專科係指「專科醫師分科及甄審辦法」所訂之牙醫師專科：(1)齒顎矯正科、(2)口腔顎面外科、(3)口腔病理科。 5.符合項目 2-(1)所提「具負責醫師資格」，係指牙醫師受滿兩年以上醫師訓練，且能獨立執業者即可認定。 6.「牙科輔助人員」僅以門診牙科治療台數計算所需之人力；其人員不一定須具備護理人員執照，惟應經過相關訓練或為相關科系畢業(如：口腔衛生學系等)者，由醫院提供相關證明或紀錄即可。前述牙科輔助人員應有實際執行作業(如：門診櫃檯作業、治療前口腔清潔、清洗器械、傳遞器械等)始可認列人力。 7.「各診療科應有該科訓練 2 年以上之專任牙醫師 1 人(含)以上」，係指牙醫師應於該診療科有 2 年以上之訓練或服務，醫院能提出證明即可。 8.優良項目 3 所提「牙體技術室」，依據醫療機構設置標準，應具下列設施： (1)有明顯區隔之獨立作業場所。 (2)明顯劃分成品區，並設有清洗設備、污物處理設備、吸塵設備及金屬、石膏研磨機。 (3)有通風設備、防塵及採光照明設備。

條 號		條 文	評量項目(草案)
			(4)其他足以執行牙體技術業務之設備及保存執行業務紀錄之設施。 評量方法及建議佐證資料： 1.檢視牙科人力配置表及相關證書、證明。(符合/優良)
試	2.4.29	牙醫部門應有完備之設施、設備、儀器，並確實執行保養管理及清潔管理	目的： 配置足夠數量的牙科照護設施、設備及儀器，並有妥善管理機制，確保其功能正常，維護照護品質。 符合項目： 1.應依醫院規模設置牙科治療台，且牙科治療台附近設有濕洗手設備： (1)250 床(含)以上之醫院，應設有牙科治療台 6 台。 (2)未滿 250 床之醫院，至少應設有牙科治療台 2 台。 2.設有治療區、候診區、掛號(報到)櫃檯、器械整備區；診療區內應有適宜之空間區隔。 3.針對所提供之診療科別具備適當且足夠之設備，如：全口 X 光機、牙根尖 X 光機、齒素光機、超音波洗牙機及高、慢速磨牙機等相關設備。 4.儀器設備應有清潔、檢查、保養及維修，且有紀錄可查。 5.放射線之儀器設備應符合游離輻射防護法之規定，且對於牙科門診之放射作業訂有安全作業指引，包含照射人員資格及操作規範、設備之定期安全檢測、牙科病人照射應注意事項等。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.病歷及醫材管理制度完備，能有效提供醫療照護業務之需要，且有紀錄可查。 2.具備牙科顯微治療系統、測顱 X 光機、牙科斷層 X 光機及生理監測系統等相關設備。 3.建立合適與有效的備援機制及處理流程，以利因應突發狀況。 4.完成影像數位化系統，並定期檢討系統之缺失、維修與資訊安全措施，且有完備紀錄可查。 [註] 1.本條為試評條文，評量結果不納入評鑑成績計算。 2.病床數以急性病床數計：指急性一般病床及精神急性一般病床，並依登記開放病床數計。 3.牙科醫療服務設施應符合醫療機構設置標準規定。 4.符合項目 5 所提「照射人員資格」係指取得(1)醫用游離輻射防護講習班結業證書、(2)放射性物質可發生游離輻射設備操作執照、(3)輻安證書、(4) 18 小時輻射防護訓練結業證書等其一證書之牙醫師、放射師及實習牙醫學生；惟實習牙醫學生若取得該其一證書，仍須經由取得證書之醫師或放射師在旁指導。 5.優良項目 2 所提「牙科斷層 X 光機」，若醫院能提供等

條	號	條文	評量項目(草案)
			同牙科斷層之設備，亦可認計。 評量方法及建議佐證資料： 1.觀察診療環境的空間與規劃。(符合) 2.檢視相關設備與儀器及清潔、保養紀錄。(符合) 3.查閱放射安全作業指引。(符合) 4.查閱病歷及醫材管理紀錄。(優良) 5.訪談主管備援機制及處理流程。(優良) 6.檢視影像數位化系統定期檢討、維修紀錄。(優良)
試	2.4.30	具備符合標準之牙科照護作業程序，並確實執行	目的： 落實執行各項牙科照護標準作業程序，確保病人的權利與照護品質。 符合項目： 1.針對各牙科診療科之不同治療屬性，訂有牙科照護作業程序，提供牙科各項治療之標準流程，其內容完整且能確實執行。 2.應與病人溝通、適當說明病情及處置、治療方式、治療前後須知、注意事項、替代方案、風險、預後等，並取得同意。 3.病歷紀錄應完整、詳實，必要時畫圖表示。 4.可對住院病人提供牙科照會服務。 5.對治療後的病人提供適當之衛教指導。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.提供 24 小時牙科急診及會診服務。 2.提供牙科病人住院照護服務。 3.定期召開病例討論會，且有紀錄可查。 4.能針對牙科照護作業程序，定期評估、檢討及修訂，並回饋到臨床作業。 [註] 本條為試評條文，評量結果不納入評鑑成績計算。 評量方法及建議佐證資料： 1.檢視牙科照護作業程序及檢討、修訂紀錄。(符合/優良) 2.查閱病歷紀錄。(符合) 3.訪談病人衛教指導的內容。(符合) 4.訪談工作人員牙科急診及會診與住院服務的情形。(優良) 5.檢視病例討論會紀錄。(優良)
試	2.4.31	牙醫部門具有完備之品質管理政策及病人安全措施	目的： 制訂完備的牙科照護品質政策及病安措施，確保其醫療品質與病人安全。 符合項目： 1.依照牙科照護特性，訂有適用的品質管理政策與程序。 2.應針對各牙科診療科之不同治療屬性，訂定病人安全作業指引，以保障病人安全及治療品質。

條	號	條文	評量項目(草案)
			3.在「防止意外吞入之安全作業指引」，載明防止意外吞入事件及其醫療處置之標準作業流程。 4.執行口腔手術前，醫師應詳盡說明，且由病人簽具同意書；並訂有病人辨識及部位確認機制。 5.牙科治療區內備有足夠之氧氣及急救設備，其功能及供應正常，且人員能正確操作。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.訂有牙科品質監測機制，定期檢討、改善，成效良好。 2.針對牙科品質管理政策與程序以及病人安全作業指引，定期評估、檢討及修訂，並傳達給同仁周知且落實執行。 3.在執行口腔手術前，應有「作業靜止期」(time-out)之程序，並紀錄完整。 [註] 1.本條為試評條文，評量結果不納入評鑑成績計算。 2.符合項目 1 所提「訂有適用的品管政策與程序」，係指醫院針對目前牙科照護現況所需，訂定及規劃相關之品管政策與程序，如：(1)一般通則、病歷管理及牙科業務諮詢窗口、(2)牙科感染管制安全作業指引、(3)牙周病統合照護計畫、(4)牙科醫療機構重大事件緊急應變作業指引、(5)防止意外吞入之安全作業指引、(6)隱私維護等。 3.醫療法第 64 條第 1 項規定：「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。」 4.符合項目 4 所提「執行口腔手術」，係包含：人工牙根植入術、單純齒切除術、複雜齒切除術，另，口腔顎面外科手術及牙周病手術亦須比照辦理。 5.優良項目 3 所提「執行口腔手術」，應有「作業靜止期」(time-out)之程序，包括： (1)先由操作者或助手相互核對病人身分(如病人姓名及出生年月日)。 (2)病人身分確認無誤後，核對病歷上記載之手術部位及術式、X 光片上之部位。 (3)確認手術文件(如手術同意書、手術說明書或局部麻醉同意書等)簽署之完整性。 (4)確認手術器械之完備性。 (5)確認預防性抗生素施打之必要性；如需施打，則需確認完成施打之時間。 (6)上述步驟完成後，應由參與人員簽名，然後進行手術作業。 評量方法及建議佐證資料： 1.檢視品管政策與程序。(符合)

條 號		條 文	評量項目(草案)
			2.查閱牙科病人安全作業指引。(符合) 3.查閱防止意外吞入之標準作業流程。(符合) 4.病歷紀錄與口腔手術的同意書及紀錄。(符合/優良) 5.查閱品質監測之紀錄。(優良) 6.檢視品管政策、程序及病安作業指引修訂紀錄。(優良) 7.急救設備的點班及操作示範。(符合)
可 試	2.4.32	設置身心障礙者牙科門診，並提供適切之服務	目的： 為維護身心障礙者之牙科就醫權益，依個別需求提供適切的醫療設備及服務。 符合項目： 1.應設置獨立之身心障礙者牙科門診，每週達2診次以上，並設有身心障礙服務窗口，有適當之人員，提供引導、溝通、協助就醫等服務。 2.身心障礙者牙科門診應提供臨櫃、語音及網路掛號服務。 3.身心障礙者牙科門診應有適合輪椅乘坐者使用之櫃台，及方便輪椅、推床進出之適當空間；櫃台及進出動線應有明顯之引導標示。 4.訂有身心障礙者牙科門診跨醫療科別之會診流程。 5.對治療後的病人提供適當之衛教指導。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.具備身心障礙者牙科完整訓練資格之專任牙醫師至少1人或兼任牙醫師至少2人，且至少1人具有 ACLS 證書資格。 2.身心障礙者牙科門診得視照護需要，由科內各診療科依其專長提供醫療支援。 3.醫院應設置鎮靜/全身麻醉室，可供身心障礙者進行鎮靜/全身麻醉下之牙科醫療，並由麻醉專科醫師提供全身麻醉服務。 4.設有身心障礙者牙醫醫療轉診流程。 5.設有發展遲緩者牙醫醫療轉診流程，與院內小兒科、院內外聯合評估中心或發展遲緩療育單位有合作機制。 [註] 1.非轄屬縣市衛生局指定「開設身心障礙者牙科特別門診醫院」，且未開設身心障礙者牙科特別門診，可自選本條免評。 2.本條為試評條文，評量結果不納入評鑑成績計算。 3.「獨立之身心障礙者牙科門診」係指門診時刻表上揭示之診療科別，於該診療時段、空間、地點僅提供予身心障礙者使用，且負責身障牙科診次的牙醫師不得於同時段並掛診兩科。 4.「具備身心障礙者牙科完整訓練資格」係指牙醫師須接受身心障礙相關專業學會或醫院自行舉辦之訓練，且取得證書或訓練學分者(如醫院自行舉辦課程，須經

條	號	條文	評量項目(草案)
			身心障礙相關專業學會認定之)。 評量方法及建議佐證資料： 1.查閱牙科門診表。(符合) 2.觀察身心障礙者牙科門診環境、空間、動線與標示。(符合) 3.檢視跨醫療科別的會診流程與衛教指導單張。(符合) 4.檢視牙醫師訓練證明及 ACLS 證書。(優良) 5.檢視鎮靜/全身麻醉室及麻醉執行的狀況。(優良) 6.檢視身心障礙者牙醫轉診流程。(優良) 7.檢視發展遲緩者牙醫醫療轉診流程與相關單位合作機制。(優良)
可試	2.4.33	適當之中醫人力配置及訓練	目的： 依中醫服務科別及服務量，配置符合資格之中醫師、護理人員及中藥調劑人員，從事醫療業務。 符合項目： 1.中醫師： (1)各診療科均應有經 2 年以上醫師訓練之專任中醫師 1 人以上。 (2)若有設置中醫病床則每十床應有中醫師 1 人以上。 2.中藥調劑人員：應符合醫院設置標準，濃縮中藥調劑作業，每月處方箋總數平均每日 60 張，應有 1 名以上藥事人員。 3.護理人員：每診療室應有 1 人以上。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.中醫師，至少符合下列 1 項以上： (1)具有 4 個診療科以上。 (2)有執行一年以上傷科專職業務之專任中醫師 1 人以上。 2.中藥調劑人員： (1)人力需符合以下 3 項條件： ①濃縮中藥調劑作業，每月處方箋總數平均每日 50 張，應有 1 名以上藥事人員。 ②飲片中藥調劑作業，每月處方箋總數平均每日 20 張，應有 1 名藥事人員。 ③有中醫會診或住院作業，濃縮中藥每月處方箋總數平均每日 30 張，飲片煎劑每月處方箋總數平均每日 10 張，應有 1 名藥事人員。 ④藥品管理及藥物諮詢，至少需 1 名藥事人員。 (2)需有飲片中藥調劑人員。 3.護理人員，中醫護理人員至少應有 50%以上完成中醫基本護理訓練(七科九學分)合格認證。 4.訂有在職進修辦法，能有計畫派員參與院外教育訓練活動，成果顯著。 [註]

條	號	條文	評量項目(草案)
			1.中醫部門未達4名中醫師者，本條免評。 2.本條為試評條文，評量結果不納入評鑑成績計算。 3.專任中醫師係指執業登記於本院之醫師，且開診數多於其他醫療機構之支援業務。 4.診療科別指內科、外科、眼科、兒科、婦科、傷科、針灸科、痔科。 5.中藥調劑人員包括中醫師、修習中藥課程達適當標準之藥師及藥事法第一百零三條第一項所定人員等三類。 6.中醫護理人員完成七科九學分人數比例=中醫護理部門完成七科九學分護理人員人數÷中醫護理部門護理人員總人數×100%。 評量方法及建議佐證資料： 1.中醫師、中藥調劑人員及護理人員人力配置。(符合/優良) 2.中藥調劑人員修習中藥課程及護理人員修習中醫基本護理訓練(七科九學分)合格認證證明。(符合/優良) 3.在職進修辦法及成效。(優良)
可試	2.4.34	應由適當中醫醫療團隊提供中醫及跨團隊醫療照護	目的： 建置明確的中西醫會診、中醫轉診及中醫住院病人之照護流程，維護治療品質。 符合項目： 1.明訂中西醫會診治療模式，建置適當會診流程等相關規定。 2.明訂中醫轉診治療模式，建置適當轉診流程等相關規定。 3.若有中醫住院病人應確認與主治醫師、會診醫師、住院醫師之聯絡方式，並確認萬一聯絡不上時之因應方法，且若「主治醫師」不在時，有明確規定代理制度表。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.落實會診(轉診)流程等相關規定，且會診(轉診)結果具時效性及持續性。 2.針對住院病人，明訂住院診療計畫等政策之制訂及實行，建置適當中西醫共同照護流程等相關規定並予落實，且結果具時效性及持續性。 3.主治醫師、住院醫師應每日迴診並有紀錄，會診醫師應於規定時間內迴診並有紀錄。 [註] 1.中醫部門未達4名中醫師者，本條免評。 2.本條為試評條文，評量結果不納入評鑑成績計算。 3.會診係指西醫與中醫間會診治療模式；轉診係指中醫與中醫跨科之轉診治療模式。 4.優良項目2所稱「住院病人」係指中醫部門獨立設置

條 號		條 文	評量項目(草案)
			之病床或中西醫共同照護之病床。 評量方法及建議佐證資料： 1.中西醫會診流程及規範。(符合) 2.中醫轉診流程及規範。(符合) 3.中西醫共同照護流程。(符合/優良) 4.中醫住院診療計畫病歷記載，病程紀錄及會診紀錄。(符合/優良)
可 試	2.4.35	中醫部門應有完備之設施、設備、儀器，並確實執行保養管理及清潔管理	目的： 配置完備之中醫醫療設施、設備及儀器，並有妥善管理机制，確保其功能正常，維護病人隱私及照護品質。 符合項目： 1.應有獨立診療室及候診場所，並有適當維護隱私之設施。 2.儀器、設備適當、足夠，並有清潔、檢查、保養及維修管理，且有紀錄可查。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.設備及機器運作良好，並有病人安全事件檢討分析及改善措施。有專責人員出席感染管制相關會議，且有紀錄可查。 2.確實執行侵入性器械、儀器設備方面之滅菌、安全及清潔管理，並持續創新研發且呈現成果。 3.針對環境及空氣清潔方面，有明確處理措施及辦法，以提供舒適之診療環境。 [註] 1.中醫部門未達4名中醫師者，本條免評。 2.本條為試評條文，評量結果不納入評鑑成績計算。 3.中醫部門各種設備及機器，係如：針傷處置使用之電針機、遠紅外線機、薰洗機、雷射針灸機及中醫輔助診斷醫療儀器(脈診儀、舌診儀、聞診儀)等。 評量方法及建議佐證資料： 1.中醫部門各種設備及機器保養規範。(符合) 2.中醫部門衛材、器械消毒規範。(符合) 3.中醫部門病人安全事件檢討分析報告。(符合/優良)
可 試	2.4.36	中醫部門具有完備的病人安全措施	目的： 制訂中醫醫療安全作業規範，以利工作人員遵循，確保病人安全。 符合項目： 1.依「中醫醫療院所安全作業參考指引」擬訂單位的照護安全作業規範，供人員查詢、執行。 2.對於針刺及特殊療法事件之預防及處置訂有作業流程及規範。 3.治療區內備有足夠之氧氣及急救設備，其功能及供應正常，且人員能正確操作。

條	號	條文	評量項目(草案)
			優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.上述作業規範步驟定期有會議檢討修訂。 2.對於事件及錯誤再發生有預防措施，成效良好並能具體呈現。 3.措施及對策之確實執行、鼓勵異常事件通報、對不良事件進行原因分析及檢討。 4.上述對於病人安全相關的資訊應定期分析及檢討相關作業，並擬訂相關對策且有具體成效。 【註】 1.中醫部門未達4名中醫師者，本條免評。 2.本條為試評條文，評量結果不納入評鑑成績計算。 3.中醫醫療不良事件係指遺針、斷針、針刺後血腫、氣胸等情形。 4.「特殊療法」係指穴位埋線、皮內針、小針刀及放血等處置。 評量方法及建議佐證資料： 1.中醫安全作業參考指引。(符合) 2.中醫醫療異常事件(不良事件)通報紀錄。(符合) 3.中醫醫療異常事件(不良事件)檢討會議紀錄。(優良) 4.急救設備的點班及操作示範。(符合)

第 2 篇、醫療照護 第 2.5 章 用藥安全

【重點說明】

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

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

條 號	條 文	評量項目(草案)
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	目的： 藥劑部門應有安全合宜的環境及完備的設施設備，保障藥事作業品質。 符合項目： 1.應有足夠之空間、設備以提供藥事作業。 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。 優良項目：(下述項目須全部達成) 1.藥品資訊軟體、硬體設備應符合需求。 2.顧及調劑室工作人員安全，視需要設置收塵設備、局部排氣等設備，定期保養及檢查並有紀錄可查。 [註]

條	號	條文	評量項目(草案)
			1.「獨立之藥品儲存空間」係指存放藥品的空間內應只存放藥品，儘量勿再堆放其他雜物。 2.藥品儲存空間/盒/箱之標示應與所存放之藥品一致。 評量方法及建議佐證資料： 1.藥品冷藏用冰箱溫度查核紀錄。(符合) 2.藥品資訊軟體及硬體設備。(優良)
合	2.5.2	藥事委員會運作良好，並有具體成效	目的： 藥事委員會功能運作良好，落實監督管理藥事作業。 符合項目： 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，並維持適當藥品種類(如：同成分、同含量且同劑型的藥品不宜太多，應定期檢討)。 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(包含程序及時限)、監測、檢討改善及追蹤機制。 [註] 1.本條所稱藥品包含一般藥品、管制藥品、高警訊藥品、疫苗、血液製劑、生物製劑等。 2.一般及特殊藥品管理均應依政府相關規定辦理，如：管制藥品管理需符合管制藥品管理條例及施行細則規定；放射性製劑及化療藥品之儲存、運送、配置及廢棄物處理，應符合相關法規並定有規章規範。 3.管制藥品管理條例及施行細則規定： (1)第一級至第三級管制藥品設有專櫃加鎖儲藏。 (2)使用第一級至第三級管制藥品之醫師應領有管制藥品使用執照，並開立管制藥品專用處方箋。 (3)使用後之殘餘管制藥品，由管制藥品管理人員會同有關人員銷毀，並製作紀錄備查。 (4)訂有管制藥品遺失或破損時的處理步驟，予以記錄、呈報，並有紀錄可查。 4.本條所稱異常情況包含處方錯誤、調劑錯誤、給藥錯誤。 5.藥物不良反應通報內容應包含：藥品、醫療器材不良反應及不良品通報。 評量方法及建議佐證資料： 1.藥事委員會組織章程。(符合) 2.藥事委員會會議紀錄。(符合)

條 號		條 文	評量項目(草案)
			3.藥品管理作業規範。(符合) 4.藥物不良反應及異常事件通報紀錄。(符合)
	2.5.3	應有藥品識別方法、步驟、及作業程序	目的： 藥劑部門應定期檢討藥品辨識及防誤機制，減低調劑異常。 符合項目： 1.應明訂藥品識別方法、步驟及作業程序。 2.應定期檢討藥品外觀、包裝、標示或名稱發音相似的藥品清單，並注意其擺設位置及標示，加強人員教育，避免發生錯誤。 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)。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 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，應在分裝容器上清楚標示藥名、單位含量、保存方式及使用期限。 3.藥袋之標示完整，符合衛生福利部公告規定並加印中文藥名及藥袋上印有藥品外觀之描述，並考量特殊需求族群之用藥安全，提供輔助說明，如：「圖示」或放大字體版之藥袋或衛教單張。 4.有考量兒童用藥的安全性，提供兒童專用藥。 5.「交付」處方箋有加印二維條碼功能。 [註] 1.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。 2.特殊需求族群，如：智能障礙者、文盲、外籍看護或移工(外籍勞工)等。 評量方法及建議佐證資料： 1.藥品辨識作業規範。(符合) 2.藥品管理作業規範。(符合/優良)
	2.5.4	處方醫令系統或類似機制應設有防止用藥錯誤及不適當之機制	目的： 藥品處方前後能利用各種警示及稽核機制，防止用藥錯誤。 符合項目： 1.在處方的醫令系統(physician order entry system)或類似機制上有防止錯誤用藥或不適當之警示機制，如：極量管制、重覆、交互作用、過敏等之警告。 2.建立醫師與藥師溝通合作機制，如：電話溝通、書面

條	號	條文	評量項目(草案)
			照會等，以討論不適當處方。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.對於特殊需求者(如孕婦、老人或兒童等)醫令系統能有處方防誤機制。 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。 3.對於處方醫令系統警示機制之實施，有定期評估檢討、改善。 評量方法及建議佐證資料： 1.處方的醫令系統警示機制。(符合) 2.處方用藥稽核機制及檢討紀錄。(符合/優良)
	2.5.5	藥品庫存管理訂有辦法，並確實執行	目的： 藥劑部門應有完善的藥品庫存管理，確保藥品品質、效期及數量。 符合項目： 1.對於院內藥品建立存量及效期管制機制，由專人有效管理藥品之採購、驗收、庫存與管理。 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。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.藥庫之藥品庫存量及進出量，應與調劑單位一致，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。 3.電腦化管理藥品庫存及效期並使用條碼作業系統協助。 [註] 1.一般及特殊藥品管理均應依政府相關規定辦理，如：管制藥品管理需符合管制藥品管理條例及施行細則規定；放射性製劑及化療藥品之儲存、運送、配置及廢棄物處理，應符合相關法規並定有規章規範。 2.管制藥品管理條例及施行細則規定： (1)第一級至第三級管制藥品設有專櫃加鎖儲藏。 (2)使用第一級至第三級管制藥品之醫師應領有管制藥品使用執照，並開立管制藥品專用處方箋。 (3)使用後之殘餘管制藥品，由管制藥品管理人員會同有關人員銷毀，並製作紀錄備查。 (4)訂有管制藥品遺失或破損時的處理步驟，予以記錄、呈報，並有紀錄可查。 3.藥品管理包含： (1)能依藥品種類施行存放環境溫度、濕度管理，且應

條	號	條文	評量項目(草案)
			注意環境清潔。 (2)藥品儲存環境具符合標準之安全措施(如防盜、防火、防蟲等)。 (3)藥用酒精應存放於通風良好及有消防設備之場所，並須與危險性或易燃性物品隔離，以策安全。 (4)防腐劑、外用藥、消毒劑等藥品與內服藥、注射劑分區儲存。 (5)藥品名稱、外觀或外包裝相似之藥品，應分開放置並作明確標示。 評量方法及建議佐證資料： 1.藥品庫存管理辦法(符合/優良) 2.環境溫濕度紀錄表。(符合) 3.冷藏藥品冰箱溫度監測紀錄。(符合)
合	2.5.6	依「藥品優良調劑作業準則」訂定調劑作業程序，並確實執行	目的： 落實「藥品優良調劑作業準則」，防止調劑疏失，保障用藥安全。 符合項目： 符合「藥品優良調劑作業準則」(Good Dispensary Practice, GDP)條文，符合下述條件且有調劑品質監測： 門急診調劑： 1.處方箋上印載之項目完整。 2.接受處方後，評估及確認處方之適當性。 3.發現問題處方即刻知會醫師處理，且留有紀錄，並做統計分析及有改進措施。 4.調劑作業雙重覆核。 5.應有門診病人直接取得處方箋之設計。 6.實施病人用藥指導。 7.藥袋之標示完整，符合衛生福利部公告規定。 8.調劑後藥事人員於處方箋上簽名或蓋章。 住院調劑： 1.住院處方箋記載完整或單一劑量所給予之藥品均有標示病人姓名、藥品名稱、含量、數量。 2.接受處方或藥囑後，須有病人完整藥歷核對以評估處方之適當性。 3.發現問題處方即刻知會醫師處理，且留有紀錄，並做統計分析及有改進措施。 4.能對病人實施用藥指導服務。 5.有自動停止給藥之設計。 6.調劑作業雙重覆核。 7.若實施單一劑量(UDD)作業，藥師接受醫師直接的醫囑，依完整的藥歷調劑以確保用藥適當性及正確性。 [註] 1.調劑品質監測、管制措施包含調劑疏失之控管，包含實施調劑疏失預防措施、調劑疏失之紀錄與統計分

條	號	條文	評量項目(草案)
			析、即時通知相關單位補正調劑疏失及相關改善成效評估與宣導。 2.處方內容應包括病人基本資料、疾病診斷、就診科別、及藥品名稱、劑型、劑量、用法、使用天數等資訊，並應有醫師之簽章。 3.藥袋標示應符合(衛生福利部(原：行政院衛生署)99 年 10 月 5 日衛署醫字第 0990211898 號函)醫療法第 66 條規定，醫院、診所對於診治之病人交付藥劑時，應於容器或包裝上載明病人姓名，性別，藥品(包含學名及商品名)、劑量、數量、用法、作用或適應症、警語或副作用、醫療機構名稱與地點、調劑者姓名及調劑年、月、日；中藥藥袋標示應包括「原方劑名」、「商品名」。 評量方法及建議佐證資料： 1.藥品優良調劑作業準則。 2.門診調劑：處方箋及藥袋。 3.住院調劑：處方醫囑及藥歷。
	2.5.7	訂定化學治療藥品及特殊混合注射藥品之調劑及給藥作業程序	目的： 訂定特殊混合注射藥品之作業規範，保障病人及醫療照護團隊的用藥安全。 符合項目： 1.特殊混合注射藥品(化學治療藥品、全靜脈注射營養(Total Parenteral Nutrition, TPN)、病人自控式止痛(Patient-Controlled Analgesia, PCA))之調劑業務應由藥師執行，且應有無菌調劑足夠設備及有效之防護措施。 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.藥師應評估化學治療藥囑之適當性，並應訂有調劑作業手冊，例行作業也有紀錄可查。 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。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.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。 2.藥師應與醫療照護團隊討論且有紀錄可查。 3.化療針劑或輸液調配完成後，應符合密閉系統概念，得以保護相關工作同仁，例如使用密閉裝置配製給藥。 4.醫院應提供化學治療藥品調配及給藥之醫事人員健康維護措施，包括定期健康檢查。 [註] 病患自控式止痛法(PCA)使用麻醉藥品注意事項(衛生福利部(原：行政院衛生署)84 年 10 月 16 日衛署麻處字第

條	號	條文	評量項目(草案)
			84065436 號公告)。 評量方法及建議佐證資料： 1.藥品優良調劑作業準則(含特殊混合注射藥品調劑作業規範)。(符合/優良)
合	2.5.8	訂定正確用藥標準作業程序並落實正確給藥	目的： 醫療人員給藥前應檢核病人藥歷，協助病人彙整用藥，落實正確給藥。 符合項目： 1.訂定正確給藥標準作業程序、執行策略及內容。 2.應對病人所接受的治療與之前的處方用藥進行連貫性審視，且有紀錄。 3.能正確依醫囑給藥，給藥時確認病人姓名、藥品名稱、劑量、用法、途徑、時間，並有紀錄。 4.門診交付藥品時應訂定確認領藥人之標準作業流程及機制。 5.住院病人之內服、注射藥等，應由醫療人員遵照相關標準作業規定，依給藥紀錄核對藥品名稱，並確認給藥量、單位含量、劑型、給藥方法、病人姓名、途徑、時間正確，才能給藥。 6.明訂退藥或藥品更改機制。 7.住院病人若有自備藥物時，醫院應有自備藥品使用規範。 8.要監測病人用藥療效及副作用。 [註] 可查看給藥紀錄(完成每位病人每次給藥後，立即逐筆簽名或蓋章)、治療紀錄，並可詢問醫療人員執行情形，必要時可詢問病人。 評量方法及建議佐證資料： 1.正確用藥標準作業程序。(符合) 2.自備藥品使用規範。(符合)
	2.5.9	提供適當之臨床藥學服務且提供適當藥品資訊	目的： 藥劑部門應提供醫療人員藥品諮詢及臨床藥學服務，提升藥事作業品質。 符合項目： 1.設有藥物不良反應工作小組或類似組織，執行藥物不良反應通報及宣導(Adverse Drug Reaction, ADR)。 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)。 4.提供醫療專業人員即時、正確的藥品諮詢服務，並有紀錄。 5.編有醫院處方集並適時更新。 6.訂有適當、適量的期刊、雜誌、電子資料庫及參考書

條	號	條文	評量項目(草案)
			等，且存放於方便藥師取用之執業場所，以提供適切的諮詢服務。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.應執行藥物不良反應監測、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。 4.對於提供臨床藥學服務有定期評估、檢討與改善。 5.能適時更新藥品資訊系統，以供醫療人員、病人及民眾即時參考。 [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。 評量方法及建議佐證資料： 1.臨床藥學服務手冊。(符合/優良) 2.處方集(含電子處方集)。(符合) 3.臨床藥學相關期刊、雜誌、電子資料庫及參考書。(符合)
	2.5.10	病房及各部門的藥品供應，訂有妥善配送制度，並有緊急用藥之因應措施	目的： 藥劑部門能適切提供院內各部門藥品需求並掌握存量。 符合項目： 1.提供病房及各部門的藥品應有妥善配送制度及監督管理機制，病房給藥實施單一劑量配送制度，採用物流系統時，應與各部門協調議訂配送計畫，依計畫配送。 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及各部門的藥品保存狀況，並有

條	號	條文	評量項目(草案)
			紀錄。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1. 應有緊急調撥藥品的處理機制。 2. 緊急藥品供應機制暢通。 3. 緊急時，藥師能即時提供藥事服務。 4. 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开放置，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、大量點滴及 1-3 級管制藥品)，並應定期檢討。 3. 常備藥均能標示有效日期。 4. 由藥師定期查核各單位常備藥品使用及保存情形並有紀錄。 評量方法及建議佐證資料： 1. 常備藥品管理規範。(符合) 2. 緊急調撥藥品處理機制。(符合/優良) 3. 藥師查核病房及各部門藥品的紀錄。(符合)
合	2.5.11	確實執行病人用藥教育	目的： 落實病人用藥教育，協助病人正確用藥，保障用藥安全。 符合項目： 1. 建立慢性病人長期用藥監測機制，防止重複用藥或藥品交互作用，應提供病人適當的用藥指導，必要時提供病人用藥紀錄。 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。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 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。 3. 有評估檢討病人用藥教育成效，進行改善。 評量方法及建議佐證資料： 1. 病人用藥指導紀錄。(符合/優良)
合	2.5.12	病人對藥品使用的	目的：

條	號	條文	評量項目(草案)
		反應及病情變化，醫療人員應正確且迅速處理	醫療人員應告知用藥之副作用及不良反應，並能立即處理及通報，減少傷害。 符合項目： 1.高警訊藥品等需要注意給藥速度、給藥量等，應在給藥中及給藥後觀察病人之狀況，出現異常時，須通知醫師並記錄。 2.對於病人使用藥品後應觀察反應，若有不良反應發生時，應適當處理並予以通報及記錄。 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。 4.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，如有異常反應，應與醫師確認且有紀錄。 5.對異常反應有詳實記錄並檢討改善。 評量方法及建議佐證資料： 1.臨床藥學服務手冊。(符合) 2.ADR 通報規範及相關表單。(符合)

第 2 篇、醫療照護 第 2.6 章 麻醉與手術

【重點說明】

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

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

條 號	條 文	評量項目(草案)
合 2.6.1	適當之手術、麻醉部門體制及人力配置	目的： 配置適當的手術、麻醉照護人力，確保病人獲得專業的服務品質。 符合項目： 1.應明訂手術、麻醉部門之體制及專責人員。 (1)有負責的醫師。 (2)有負責的護理長。 (3)麻醉病例年平均 1,500 次以上應有 1 名專任麻醉專科醫師。 (4)醫師與護理人員有合作機制。 2.若麻醉醫師為兼任者，亦須符合下列項目： (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。 評量方法及建議佐證資料： 1.組織架構。(符合) 2.班表。(符合) 3.手術業務統計。(符合)
2.6.2	備齊手術相關設施、設備及儀器，並應定期保養、維護與清潔，且有紀錄可查	目的： 定期保養、檢查手術相關設施、設備及儀器，維持其功能正常，確保手術作業的清潔及安全。 符合項目： 1.手術室相關設施、設備及儀器應符合醫療機構設置標準、滿足手術量及診療科別需求，且手術儀器設備等資源能整合運用。 2.手術室、器材準備室、更衣室、討論室、休息室有足夠使用的空間。 3.獨立的手術室空調設備，必要時有無菌室可用。

條	號	條文	評量項目(草案)
			4.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去震顫器 defibrillator)，並設置麻醉氣體排放系統，功能良好。 5.有專責人員負責手術室設施、設備及儀器之保養、檢查的排程與執行，且有計畫性的汰舊換新。 6.由專業人員定期施行氧氣、笑氣等配管及空調的安全檢查。 7.設置異常管理手冊，以因應儀器設備如發生故障時之作業流程。 8.在大規模醫院應配置專任的醫工人員。 9.有明確手術室分區作業管理辦法、標示及整潔規則。 10.手術室及恢復室有符合感染管制原則的清潔管理且有紀錄可查，如： (1)定期水質監測。 (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。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.有 HEPA 過濾、高規格之手術室，且手術室內保持正壓(室內壓力高於室外)，至少一年確認正壓一次。 2.每一手術房間應可監測 End-tidal CO₂，且應有體溫測量及麻醉氣體和脈搏血氧飽和分析儀(pulse oximeter)。 3.應有適量專用 fibrobronchoscopy 及其他困難插管之相關設備與 TEE 和麻醉深度監測儀。 4.執行手術室清潔查核，有感染管制的環境監測機制，並依據查核結果檢討改善。 5.手術室動線規劃良好，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，且落實執行。 [註] 手術器械數量足夠與否，可用快消使用頻率來監測。 評量方法及建議佐證資料： 1.異常管理手冊。(符合) 2.清潔管理查核紀錄及檢討會議改善紀錄。(優良) 3.儀器設備的保養排程。(符合/優良) 4.手術室環境動線。(符合) 5.水質監測報告。(符合) 6.空調、除塵及汙物處理設備維護紀錄。(符合)
	2.6.3	具手術室工作手冊及手術室日誌且定期召開手術室管理委員會，並有會議紀錄檢討手術相關品質	目的： 藉由手術室管理委員會，有效管理手術室作業，提升手術醫療品質。 符合項目： 1.具有工作手冊並定期更新。手術室日誌應記錄完整，且有統計分析。手術室日誌的內容應提報至手術室管理會議定期檢討。

條	號	條文	評量項目(草案)
			2.需成立管理委員會，成員應包括手術、麻醉部門負責醫師、手術室負責護理人員、執行手術的診療科別及行政管理單位代表。 3.至少每3個月召開一次手術室管理委員會並有紀錄可查。 4.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。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.針對會議結果有檢討、追蹤及執行改善紀錄。 2.應有手術及麻醉品質及病人安全監測指標，並有定期改善計畫及紀錄；持續進行品質提升及病人安全活動，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。 3.手術室管理委員會有具體管理成效。 [註] 1.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。 2.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。 評量方法及建議佐證資料： 1.手術室日誌。(符合) 2.手術室管理委員會會議紀錄。(符合) 3.指標監測紀錄。(優良) 4.改善成效。(優良) 5.手術排程作業規範。(符合)
	2.6.4	手術排程管理適當，對於緊急手術有適當的因應措施	目的： 藉由適當的手術排程，確保病人於合理時間獲得適切手術治療。 符合項目： 1.有負責手術排程作業之專責人員，不因手術室的排程計畫不當，以致為等候手術而延長住院日。 2.在工作時間外及休假日亦可依病情需要適時施行緊急手術。 3.遇大量傷患時，應有應變措施方案或應變計畫。每位麻醉、手術及護理人員對應變計畫均瞭解並能執行。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.第1台手術可準時開始，且常規手術(elective surgery)可在預定時間內執行；臨時排常規手術(elective surgery)定期於手術管理委員會定期檢討。 2.急診手術有資深醫師執行或在場指導。 3.訂有危急病人急診手術的明確定義及其合理等候時間。急診手術等候時間合理，且有定期檢討改善。 4.手術排程管理有具體改善成效。

條 號		條 文	評量項目(草案)
			評量方法及建議佐證資料： 1.手術排程作業規範。(符合) 2.臨時緊急手術的因應機制。(符合) 3.排程管理改善實例。(優良)
2.6.5		應於手術前向病人充分說明，取得同意，並簽署同意書	目的： 取得手術同意書前應向病人、家屬溝通及詳盡說明。 符合項目： 1.手術前應說明手術方式及其優缺點、手術或非手術等之其他替代治療方法。 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，以淺顯易懂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，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。 優良項目：(下述項目須全部達成) 1.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。 2.針對術前訪視有病人滿意度調查，定期檢討改善，且具有成效。 [註] 應於 94 年 4 月 1 日後使用 93 年 10 月 22 日衛署醫字第 0930218150 號公告新版手術同意書。 評量方法及建議佐證資料： 1.標準作業規範。(符合) 2.改善成效。(優良) 3.抽查病歷紀錄之手術及麻醉同意書。(符合)
2.6.6		麻醉醫師於術前探視病人並確立麻醉計畫	目的： 麻醉醫師麻醉前訪視，瞭解病情及評估風險，確立安全合適的麻醉計畫。 符合項目： 1.麻醉醫師實行手術前探視病人，評估麻醉風險與建議麻醉方式。 2.由麻醉科專科醫師負責執行麻醉作業，應以淺顯易懂的方式向病人或其家屬說明麻醉方式、可能副作用、相關注意事項等，並鼓勵其發問及取得麻醉同意書。依上列結果檢討選擇最適當的麻醉方法。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.訂立麻醉計畫，並可由診療紀錄查閱，且麻醉計畫內容紀錄詳實且執行品質優良。 2.術前及術後訪視確實執行並有紀錄及檢討。有進行滿

條	號	條文	評量項目(草案)
			意度調查，定期檢討改善，成效良好。 3.應針對高危險病人進行術前預防措施，定期檢討改善，成效良好。 [註] 自 94 年 1 月 1 日起，應使用 93 年 5 月 6 日衛署醫字第 0930202654 號公告之新版麻醉同意書。 評量方法及建議佐證資料： 1.標準作業規範。(符合) 2.查核紀錄。(優良) 3.改善成效。(優良) 4.抽查病歷紀錄之麻醉說明書及同意書。(符合/優良)
	2.6.7	確實落實手術病人辨識程序，確保病人身分、手術項目與手術部位正確無誤	目的： 訂定並落實執行手術病人的辨識作業程序，確保病人及手術部位之正確性。 符合項目： 1.應明確訂定手術室進出標準，並落實執行。 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。 3.有確認手術部位之機制，落實手術部位標記。 優良項目：(下述項目須全部達成) 1.於所有手術及處置前應執行作業靜止(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)。 2.手術病人辨識有持續性稽核及檢討改善，以確保病人安全。 評量方法及建議佐證資料： 1.標準作業規範。(符合) 2.查核紀錄。(優良) 3.改善成果。(優良) 4.病歷紀錄之相關表單。(符合/優良)
合 可	2.6.8	手術室以外之麻醉作業應適當執行	目的： 落實手術室外執行麻醉的標準作業程序，維護病人安全。 符合項目： 麻醉作業應於手術室執行，如於手術室外其他地點執行麻醉作業，醫院應訂有管理政策與標準作業流程，並有病人安全之相關監測機制，確實執行。 [註] 未於手術室外其他地點執行麻醉作者(局部麻醉除外)，可自選本條免評。 評量方法及建議佐證資料：

條 號	條 文	評量項目(草案)
		1.手術室外麻醉作業之相關規範。(符合)
2.6.9	詳實記載麻醉紀錄及手術紀錄	目的： 藉由手術及麻醉紀錄的即時性、正確性及完整性，並對紀錄有統計分析、檢討改善，保證照護的醫療品質。 符合項目： 1.手術紀錄、麻醉紀錄應於術後 24 小時完成，並註明日期及記錄者簽名。 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。 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。 優良項目：(下述項目須全部達成) 1.手術、麻醉紀錄完整，並有統計分析及檢討。 2.能藉統計分析，改善品質，且具有成效。 [註] 手術檢體應標示病人身分、部位及數量等。 評量方法及建議佐證資料： 1.手術、麻醉紀錄。(符合) 2.檢體處理紀錄。(符合) 3.相關統計報表。(優良) 4.改善成效。(優良)
2.6.10	訂定手術前後之護理照護常規及處置步驟，確實執行、製成護理紀錄及適時修正	目的： 藉由手術前、後護理作業規範之訂定及落實執行，彰顯護理照護品質。 符合項目： 1.明訂手術前、中及後的護理照護常規及處置步驟，確實遵行，並有護理紀錄。 優良項目：(下述項目須全部達成) 1.護理照護紀錄內容詳實，有檢討改善。 2.護理人員有依病人特性(高危險性、較嚴重、老年人、小孩等)在術前施行病人訪談，並紀錄詳實。 評量方法及建議佐證資料： 1.護理照護常規。(符合) 2.查核紀錄。(優良) 3.抽查病歷中之手術護理紀錄。(符合/優良)
2.6.11	手術後恢復過程應適切管理，且明訂術後恢復室等之使用基準及步驟	目的： 藉由手術恢復室照護標準的訂定，落實術後病人的照護管理。 符合項目： 1.設有供術後病人麻醉後恢復之照護場所，且備有所需之監測儀器設備。 2.設有專人負責病人麻醉後恢復之照護。

條	號	條文	評量項目(草案)
			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。 優良項目：(下述項目須全部達成) 1.應有麻醉或手術恢復室病人的照護紀錄及檢討。 2.有恢復室發生併發症之紀錄及檢討。 評量方法及建議佐證資料： 1.標準作業規範。(符合) 2.恢復室病人的照護紀錄。(符合/優良) 3.併發症檢討紀錄。(優良)

第 2 篇、醫療照護 第 2.7 章 感染管制

【重點說明】

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

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

條 號	條 文	評量項目(草案)
2.7.1	應設立感染管制單位，聘有合格且足夠之感染管制人力負責業務推行	目的： 建置完備的感染管制組織和感染管制人員，推動院內感染管制業務。 符合項目： 1. 設有感染管制部門，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，且一年內接受感染管制訓練，累計學分均達 20 學分以上。 (2) 總病床數 300 床以上未滿 500 床之醫院：應聘有 1 名接受感染症醫學訓練之兼任專科醫師及由前一年參加專業學會認可之感染管制訓練達 20 學分以上之醫師負責感染管制業務推行。 (3) 總病床數未滿 300 床醫院：可由前一年參加專業學會認可之感染管制訓練達 20 學分以上之醫師負責感管業務推行。 3. 聘有感染管制人員： (1) 總病床數 500 床(含)以上醫院：每 300 床聘有 1 名專任感染管制護理人員，且一年內接受感染管制訓練，累計學分均達 20 學分以上。並聘有 1 名專責感染管制醫檢人員，於一年內接受感染管制訓練，累計學分達 20 學分以上。 (2) 總病床數 300 床以上未滿 500 床之醫院：每 300 床聘有 1 名專任感染管制護理人員，且一年內接受感

條	號	條文	評量項目(草案)
			染管制訓練，累計學分達 20 學分以上。 (3)總病床數未滿 300 床醫院：須由前一年參加專業學會認可之感染管制訓練達 20 學分以上之護理人員負責感管業務推行。 優良項目：(下述項目須全部達成) 1.感染管制部門為直接隸屬於副院長以上的獨立單位。 2.增加配置接受感染症醫學訓練之專科醫師： (1)總病床數 500 床(含)以上醫院：每 300 床聘有 1 名接受感染症醫學訓練之專任專科醫師，負責感染管制業務推行。 (2)總病床數 300 床以上未滿 500 床之醫院：每 300 床聘有 1 名接受感染症醫學訓練之專任專科醫師，負責感染管制業務推行。 (3)總病床數未滿 300 床醫院：聘有接受感染症醫學訓練之專任專科醫師，負責感染管制業務推行。 3.增加配置感染管制人員： (1)總病床數 500 床(含)以上之醫院：聘有專任感染管制醫檢人員，且每 250 床聘有 1 名專任感染管制護理人員，負責感染管制業務推行。 (2)總病床數 300 床以上未滿 500 床之醫院：聘有專任感染管制醫檢人員，且每 250 床聘有 1 名專任感染管制護理人員，負責感染管制業務推行。 (3)總病床數未滿 300 床醫院：聘有專任感染管制護理人員及專責感染管制醫檢人員，負責感管業務推行。 [註] 1.病床數之計算係指醫事管理系統登錄開放之總病床數；若受評機構為合併評鑑之醫院，此處感管人員數之計算係採本院與合併院區或分院於醫事管理系統登錄開放之總病床數加總列計。 2.名詞定義： (1)接受感染症醫學訓練之專任專科醫師：係指執業登記於本院之醫師，經疾病管制署認可之專業學會甄審感染管制訓練合格，負責推行並執行感染管制相關業務。 (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署認可之專業學會甄審感染管制訓練合格的醫師，協助推行感管相關業務；且須有正式聘書及衛生單位之支援報備相關證明。 (3)專任感染管制護理人員：係指執業登記於本院，經疾病管制署認可之專業學會甄審感染管制訓練合格的護理師或護士，全職負責執行感染管制相關業務。 (4)兼任感染管制護理人員：係指聘請他院經疾病管制署認可之專業學會甄審感染管制訓練合格的護理師或護士，協助推行感管相關業務；且須有正式聘書及衛生單位之支援報備相關證明。

條	號	條文	評量項目(草案)
			(5)專任感染管制醫檢人員：係指聘請經疾病管制署認可之專業學會甄審感染管制訓練合格的醫檢師(生)，全職辦理感管相關業務。 (6)專責感染管制醫檢人員：係指聘請經疾病管制署認可之專業學會甄審感染管制訓練合格的醫檢師(生)，平時除本職業務外，協助推行感管相關業務。 3.專供診治兒童之綜合醫院之感染管制人員數，得連同既有綜合醫院之規模合併計算，分別登記於各醫院。 評量方法及建議佐證資料： 1.感染管制部門工作職責及組織圖之定位。(符合) 2.感染症專科醫師證書及學分證明。(符合/優良) 3.感染管制師(護理師、醫檢師)證書及學分證明。(符合/優良) 4.兼任感染症專科醫師聘書及衛生單位之支援報備相關證明。(符合)
	2.7.2	成立感染管制委員會，有定期開會並有紀錄，且確實執行會議決議事項	目的： 在感染管制委員會的運作下，落實執行會議決議事項。 符合項目： 1.設有感染管制委員會，具有組織章程及成員資料備查。委員會主席為醫院主管(院長或副院長，且為醫師)；成員至少應包含內科、外科、急診部門、行政部門、勞安部門、護理部門、醫檢部門等代表，如有設置牙醫、中醫部門亦須納入。 2.感染管制會議內容應包含：結核病、抗生素管制、傳染病疫情因應等議題。 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。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.委員會成員中有1位曾接受流行病訓練者。 2.如申請醫學中心評鑑者，感管會議內容應包含：由勞工安全相關單位報告室內空氣品質維護管理成效。 3.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。 [註] 本條文中提及「牙醫」、「中醫」者，屬試評範圍，不納入本條文之評量成績。 評量方法及建議佐證資料： 1.感染管制委員會組織組織章程及成員資料。(符合) 2.感染管制委員會會議紀錄。(符合/優良) 3.流行病學訓練相關證明。(優良) 4.增加臨時加開之開會會議紀錄。(優良)

條 號	條 文	評量項目(草案)
2.7.3	制訂及更新感染管制手冊，定期收集院內感染管制及國際最新傳染病疫情，並確實傳達及執行	目的： 提供感染管制手冊與最新的疫情資訊，執行院內感染管制照護工作。 符合項目： 1.制訂感染管制手冊(設有牙醫及中醫部門者須納入)並定期修訂(包括修訂之年月日)；手冊內除記載組織體制之外，應記述具體感染管制對策及相關人員的感染處理對策且提供給相關部門確實執行。 2.手冊記載標準預防措施(standard precaution)，含不同感染途徑預防措施，如：空氣感染預防措施、飛沫感染預防措施、接觸感染預防措施等。 3.針對醫院服務特性，訂定其他執行各項醫療行為之感染管制標準作業程序，如：侵入性醫療感染管制標準作業程序。 4.感染管制部門人員能定期利用文獻檢索或網際網路，取得最新疫情資訊，並傳達醫院各單位；工作人員清楚知道可從何處獲得最新感染管制相關資訊。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.有專人定期蒐集國內外感染管制的相關規定，參考有科學根據之建議事項，並依據醫療院所特性，適時訂定或修訂感染管制手冊。 2.醫院每年訂有感染管制年度工作計畫(program)，對於感染管制負責單位所執行的資訊需求及教育活動，在經費、人力及空間都能有實質的支援。 3.規劃網路資訊平台定期更新傳染病與感染管制相關資訊。 4.實際抽查臨床工作人員能知悉感染管制手冊中相關感染管制措施。 5.工作人員清楚各項感染管制措施且落實執行，並有定期評核及改善作為。 [註] 1.若設置牙醫及中醫部門，感染管制手冊應納入。 2.科學根據定義如：疾病管制署指引(CDC guidelines)、罹病率和死亡率之週報(the morbidity and mortality weekly report, MMWR)、疾病管制署等。 3.本條文中提及「牙醫」、「中醫」者，屬試評範圍，不納入本條文之評量成績。 評量方法及建議佐證資料： 1.感染管制查核督導紀錄。(符合) 2.侵入性醫療感染管制標準作業程序。(符合) 3.感染管制手冊(含牙醫及中醫感管作業程序)。(符合/優良) 4.最新疫情資訊或感染管制相關網路資訊平台。(符合/優良)

條 號	條 文	評量項目(草案)
		5.醫院對於感染管制所執行的實質支援紀錄。(優良)
2.7.4	院內應有充足且適當之洗手設備，訂有手部衛生作業程序且有管控與稽核機制	目的： 適當的洗手設備和手部衛生教育與稽核，降低感染發生。 符合項目： 1.濕洗手設備之位置及數量合乎實際需要且功能良好，並於濕洗手設備旁有正確洗手步驟之標示。 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)。 5.牙科醫師於病人轉換期間，應落實洗手更換手套及器械以避免交互感染。 6.訂有手部衛生稽核機制，定期稽核手部衛生遵從性及正確性等指標，並留有紀錄備查。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.由副院長級(含)以上主管推動全院手部衛生運動或臨床單位曾以品管手法，如：品管圈、標竿學習、專案改善等方式推動手部衛生。 2.提報手部衛生正確率與遵從率，並進行分析檢討改進。 3.使用資訊系統或輔助機制提升手部衛生成效。 [註] 本條文中提及「牙科」者，屬試評範圍，不納入本條文之評量成績。 評量方法及建議佐證資料： 1.擦手紙、手部消毒劑及酒精性乾洗手液的採購量和使用量的統計資料。(符合) 2.以品管手法推動者應有完整的執行方案與成果報告等資料。(優良) 3.手部衛生遵從性及正確性等稽核紀錄。(符合) 4.院務層級會議紀錄或全院發表資料。(優良) 5.資訊系統或輔助機制提升手部衛生成效相關資料。(優良)
重	2.7.5	對於暴露於病人血液、體液及尖銳物品扎傷事件的預防及處置(包含切傷等其他出血)訂有作業流程 目的： 制訂完善標準的防護措施與處理步驟並配合安全針具的推廣使用，降低尖銳物品扎傷事件。 符合項目： 1.安全針具使用比率應符合衛生福利部公布之目標期程規劃。 2.進行採血或靜脈穿刺，或處理血液、體液等檢體時，

條	號	條文	評量項目(草案)
			應遵循標準防護措施採取感染管制對策(使用手套、洗手等)。 3.工作人員有可能接觸，或被病人的血液、體液或分泌物飛濺之風險時，工作人員應依其風險穿戴防護用具，如：面罩、眼罩(eye-shield)或護眼鏡(goggle)、隔離衣(必要時要有防水)等。 4.各醫療單位、病房及護理站有能安全處理感染性廢棄物及針類廢棄物的容器；且工作人員應明確知悉使用後的尖銳物品之處理步驟。 5.有尖銳物品扎傷事件發生後之追蹤機制，並明確訂定暴露於 HIV 危險環境時之相關處理流程，受針扎者應依醫囑儘速於「愛滋病防治工作手冊」之「職業暴露愛滋病毒處理原則」進行處理並有追蹤紀錄。 優良項目：(下述項目須全部達成) 1.醫院安全針具使用種類及數量，充分滿足臨床需求。 2.對所有個案有詳盡的列管追蹤紀錄，檢討發生原因，有效執行尖銳物品扎傷之預防。 [註] 1.安全針具使用比率依據衛生福利部公布之「103-106 年醫院感染管制查核基準與評分說明有關安全針具使用標期程規劃」。 2.所提尖銳物扎傷處理流程中「愛滋病指定醫院」及「非愛滋病指定醫院」處理流程之作業重點如下： (1)愛滋病指定醫院：由感染科醫師先瞭解扎傷之狀況及血液交流情形，評估是否需使用抗愛滋病毒預防性用藥，若指定醫院之醫師仍有疑義，應尋求針扎處理專線協助(可透過 1922 民眾疫情通報及諮詢專線轉針扎處理專線)，與針扎處理諮詢醫師共同評估是否需使用抗愛滋病毒預防性用藥，若需進行預防性用藥，需儘快於扎傷後 24 小時內服藥(最晚不應超過 3 日)。 (2)非愛滋病指定醫院：感染科或其他科醫師應先瞭解扎傷之狀況及血液交流情形，再撥打針扎處理專線諮詢(可透過 1922 民眾疫情通報及諮詢專線轉針扎處理專線)，若評估需進行預防性用藥，需於扎傷後 24 小時內轉介至愛滋病指定醫院。 評量方法及建議佐證資料： 1.尖銳物品扎傷或與血液/體液接觸處理流程。(符合) 2.醫院安全針具採購及使用紀錄。(符合/優良) 3.員工被血液、體液暴露及尖銳物扎傷事件的調查及處理紀錄。(符合) 4.血液、體液暴露及尖銳物扎傷事件報告統計分析和檢討。(優良) 5.安全針具品項係參考衛生福利部最新公告之安全針具

條 號		條 文	評量項目(草案)
			品項清單。(符合/優良) 6.安全針具查核方式參考醫院感染管制查核方式。(符合/優良)
	2.7.6	訂有醫療照護人員預防接種、體溫監測及胸部 X 光檢查等保護措施，並據以落實執行	目的： 對醫療照護人員提供健康監測及疫苗接種等保護措施，維護健康與執業安全。 符合項目： 1.訂有並執行醫療照護人員預防接種防疫措施，如：B 型肝炎與流感疫苗接種。若 B 型肝炎表面抗原及表面抗體為陰性者，則應施行 B 型肝炎疫苗接種。 2.對於因暴露於傳染病人而遭受感染之醫療照護人員，醫院應立即為該員進行緊急處理，給予必要預防感染藥物，並列管追蹤。 3.訂有院內全體醫療照護人員體溫監測計畫，並有體溫異常追蹤及處理機制。 4.每年至少 90%與病人直接接觸之醫療照護人員及其他常駐工作人員(含外包人力)完成胸部 X 光檢查，並有檢查結果異常的追蹤及處理紀錄。 5.提供醫護人員領有醫療器材許可證之合格口罩與手套。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.胸部 X 光檢查達成率達 95%以上。 2.檢討因暴露於傳染病人而遭受感染之醫療照護人員被感染原因，避免或減少類似事件發生。 3.依據我國相關指引與建議執行疫苗注射等措施，其中應包括 MMR 預防接種，如：高風險單位、新進人員須優先完成接種。新進人員應提出麻疹及德國麻疹抗體陽性證明或完成 MMR 疫苗接種紀錄。 [註] 1.醫療照護人員係指第一線會接觸到病人的醫療照護人員，包括醫師、護理人員、醫事放射人員、檢驗技術人員、藥師、復健治療人員、緊急救護醫療人員、醫療輔助技術人員、看護人員、放射技術人員等，整學期固定在地區級以上教學醫院執勤之醫事實習學生。 2.達成率之計算得扣除經評估不適合接受胸部 X 光檢查之醫療照護人員；常駐人員係指在該院達 3 個月以上之人員。 3.高風險單位係指兒科、婦產科、感染科及急診，應將 MMR 疫苗納入預防接種計畫項目。 評量方法及建議佐證資料： 1.體溫異常追蹤及處理紀錄。(符合) 2.胸部 X 光檢查達成率、胸部 X 光檢查異常的追蹤及處理紀錄。(符合/優良) 3.醫療照護人員預防接種紀錄(如：B 型肝炎與流感疫苗

條 號		條 文	評量項目(草案)
			接種、MMR 疫苗接種紀錄)。(符合/優良) 4.員工被感染事件調查及處理紀錄。(符合)
	2.7.7	定期對醫療照護相關感染的發生及其動向開會檢討分析，並訂定改善方案	目的： 掌握院內重要之感染指標、菌種變化，導入組合式照護措施，並回饋照護團隊檢討改善後，以控制感染。 符合項目： 1.依醫院之機能及規模，能掌握手術部位感染率及件數，或加護病房等處理重症病人部門之血流感染、尿路感染及肺炎感染率(或密度)等重要感染指標。 2.明確訂定迅速察知病房的菌種變化機制，並且採取因應措施。 3.感染管制指標能回饋相關醫護人員，以致力於改善措施，並制訂具體的改善方案且確實實施。 4.訂有院內群聚或群突發感染發生之危機處理標準作業流程，並針對發生之院內群聚或群突發感染事件有調查處理報告。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 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，並導入組合式感染管制措施(bundle intervention)。 3.將醫療照護相關感染資料通報至疾病管制署台灣院內感染監視資訊系統。 4.落實執行修訂之方案或改善計畫。 評量方法及建議佐證資料： 1.醫療照護相關感染的統計報表。(符合) 2.院內群聚或群突發感染發生之處理標準作業流程及調查處理報告。(符合) 3.疾病管制署台灣院內感染監視資訊系統的通報統計表。(優良) 4.組合式照護感染管制介入措施相關執行及成果。(優良)
	2.7.8	應訂有合適之隔離措施及動線規劃，且訂有大規模感染事件發生之應變計畫，並確實執行	目的： 合宜的就診動線規劃與個人防護裝備教育及演練，以因應各種傳染疾病的發生。 符合項目： 1.急診、門診病人就診動線規劃適當，且張貼明顯告示，提醒就醫民眾與陪病者，若有發燒或/和呼吸道症狀請配戴口罩候診，並有協助發燒或呼吸道症狀病人配戴外科口罩之措施。 2.對急診檢傷病人及發燒或疑似感染之門診病人有詢問並記錄旅遊史(travel history)、職業別(occupation)、接觸史(contact history)及是否群聚(cluster)之機制。 3.依病人不同狀況訂定符合實務需求的個人防護裝備

條	號	條文	評量項目(草案)
			(personal protection equipments, PPE)使用標準，如：急救插管及不明原因發燒病人等不同狀況的個人防護裝備，且第一線工作人員均瞭解。 4.訂有疑似或確定之傳染病個案隔離措施及接觸者疫調追蹤標準作業程序；收治疑似或確定傳染病病人，其病人運送、人員(包含醫護人員及環境清潔等相關工作人員)穿脫PPE進出及廢棄物清理之動線規劃適當，並有適當的配套處理措施。若有負壓隔離病室，應能明確顯示負壓狀況(負壓：內部壓力低於外面壓力)及負壓值，並有維護保養檢測紀錄。 5.訂定新興傳染病疫情或大規模感染事件發生之應變計畫，擬定支援單位及人員的原則及序位；如有新興傳染病疫情或大規模感染事件發生時，應依照衛生主管單位的最新規定，執行防疫措施及動線規劃。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.擬定及執行新興傳染病疫情或大規模感染事件發生時，支援單位及人員的訓練課程及受訓計畫，並辦理實地或桌上演練。 2.定期辦理PPE教育訓練(含實際穿脫演練)及動線之實地或桌上演習訓練。 3.主動協助社區醫院之感染管制及新興傳染疾病之病人收治，並協助防疫工作。 4.確實執行並定期檢討修訂相關機制及因應措施。 評量方法及建議佐證資料： 1.因應不同狀況病人之個人防護裝備標準及教育訓練紀錄。(符合) 2.急診就診流程和急診檢傷詢問病人TOCC之機制與紀錄。(符合) 3.門診發燒或有疑似感染症狀病人的標準處置作業流程與TOCC詢問紀錄。(符合) 4.疑似或確定之傳染病個案隔離措施及接觸者疫調追蹤標準作業。(符合) 5.醫院因應新興傳染病疫情或大規模感染事件之應變計畫及會議紀錄。(符合) 6.負壓隔離房檢測/維護紀錄。(符合) 7.新興傳染病疫情或大規模感染事件應變計畫支援人力名冊、在職教育紀錄、及實地或桌上演習紀錄。(優良) 8.社區防疫工作紀錄。(優良)
	2.7.9	應有抗生素使用管制措施及執行情形紀錄表	目的： 建立抗生素管理機制，使抗生素的使用合理。 符合項目： 1.每半年至少辦理1次以上全院性「適當使用抗生素」之講習，且臨床醫師每年至少參加一次。 2.醫院訂有抗生素使用管制措施，且醫師可隨時查閱如

條 號		條 文	評量項目(草案)
			何適當使用抗生素之資料。 3.非管制性抗生素使用情形合理：隨機審查病歷，各項有關病人使用非管制性抗生素之情況，應於病歷中詳載，是否： (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況下，無正當理由仍然使用第一線狹效抗生素。 (2)第一線狹效抗生素使用 3 天無效，無正當理由仍然繼續使用。 (3)未依感染部位選用適當抗生素，如腹腔內的厭氧菌。 (4)社區感染無正當理由仍使用明顯療效不足之藥物。 (5)使用的劑量未考慮到病人體重及肝腎功能。 4.管制性抗生素使用情形合理：隨機審查病歷，各項有關病人使用管制性抗生素之情況，應於病歷中詳載，是否： (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。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.對所有類別抗生素之使用均有適當的監測機制，並分析不符合抗生素使用管制之情況，提出改善措施，確實執行。 2.對所有管制類抗生素使用均有審查機制，落實分析檢討及改善。 3.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。 評量方法及建議佐證資料： 1.抗生素教育訓練課程講義及出席紀錄表。(符合) 2.抗生素管制措施及相關作業流程。(符合) 3.各類別抗生素抽樣審查紀錄。(符合) 4.抗生素 defined daily dose (DDD)分析報告。(優良) 5.抗生素管理委員會會議紀錄或感染管制委員會抗生素管理紀錄。(優良)
	2.7.10	正確使用手術預防性抗生素	目的： 規範手術預防性抗生素使用的時機、種類及適當用量，確保其使用合理。 符合項目： 隨機審查病歷，各項有關病人使用預防性抗生素之情況，應於病歷中詳載。 1.需用預防性抗生素時，應在手術劃刀前1小時內，給予第一劑預防性抗生素(剖腹產則可在臍帶結紮切除後

條	號	條文	評量項目(草案)
			立即給予預防性抗生素)。 2.手術預防性抗生素使用時機及選藥時應符合我國抗生素使用指引。 3.劑量應與體重相符並有考慮病人肝腎機能。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.一般清淨手術後，於術後不再繼續使用抗生素，重大手術抗生素使用符合我國抗生素使用指引，如有異常時，應於病歷上說明。 2.手術中視必要(考慮藥品動態學)需追加抗生素。 3.訂有預防性抗生素使用監測及改善回饋機制，並落實執行。 評量方法及建議佐證資料： 1.手術預防性抗生素管理相關作業流程。(符合) 2.手術預防性抗生素使用審查紀錄。(符合) 3.抗生素管理委員會會議紀錄或感染管制委員手術預防性抗生素管理紀錄。(優良) 4.手術預防性抗生素使用監測與改善回饋紀錄。(優良)
	2.7.11	門診抗生素使用情形合理	目的： 規範門診抗生素的適應症、使用期間及適當劑量，確保其使用合理。 符合項目： 隨機審查病歷。 1.有需要才用抗生素；使用抗生素時，病歷上應說明用藥理由。 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肝腎機能。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.抗生素使用期間合理，如有異常時，應於病歷上說明。 2.訂有門診抗生素使用監測及改善回饋機制，並落實執行。 3.設有門診抗生素管制流程與提醒之資訊系統。 評量方法及建議佐證資料： 1.門診抗生素管制流程與檢核資訊系統之提醒機制。(符合/優良) 2.門診抗生素查核統計。(符合) 3.門診使用抗生素使用監測與改善回饋紀錄。(優良) 4.抗生素管理委員會會議紀錄或感染管制委員會門診抗生素管理紀錄。(優良)
	2.7.12	對多重抗藥性菌種作有效的管理及通報	目的： 公布相關院內感染菌種資訊及通報，回饋照護團隊分析檢討後，研擬對策並有管理。 符合項目：

條	號	條文	評量項目(草案)
			1.感染管制負責人員可掌握分離出的病菌，特別是多重抗藥性微生物(如：CRE、CRAB、VRE、MRSA等)，能依據檢體種類及病房別且對感染菌種之分離件數、抗生素之感受性等資料有分析報告。 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。 4.配合政策將多重抗藥性相關資料通報至衛生福利部疾病管制署，並將此訊息傳達給後續照護單位或機構。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 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布。 2.訂有相關機制，確認每位醫師了解相關訊息。 3.每半年進行抗藥性趨勢與抗生素用量分析。 4.根據分析報告，研擬對策付諸實行，特別是針對 CRE、CRAB、VRE、MRSA 等多重抗藥性微生物之感染個案。 [註] 1.依據衛生福利部 105 年 7 月 19 日部授疾字第 1050100841 號令修正發布之「醫療機構執行感染管制措施及查核辦法」第 6 條及第 7 條辦理。 2.移生(colonization)意指在皮膚上、黏膜上、開放性傷口上、滲出液或分泌物中存在的微生物，沒有造成任何不良的臨床症狀或徵候。 評量方法及建議佐證資料： 1.院內感染分離菌種抗生素感受性統計報告及通報至衛生福利部疾病管制署相關資料報表。(符合) 2.醫療照護相關感染暨傳染病通報統計年報表。(符合) 3.全院性臨床分離菌種抗生素感受性報告。(符合) 4.抗生素defined daily dose(DDD)分析報告。(優良) 5.抗藥性趨勢分析及研擬對策和成果。(優良)
	2.7.13	定期環境監測與醫材管理機制	目的： 建立和落實環境與醫材之清潔及消毒標準作業程序，維護病人安全。 符合項目： 1.對於環境清潔消毒訂有標準作業程序並設有查檢表，且有相關機制教育環境清潔人員熟悉內容。 2.若設置內視鏡室、氣管鏡室及肺功能室者，應符合以下項目： (1)軟式內視鏡(包括腸胃鏡、氣管鏡等)相關器械、設備

條	號	條文	評量項目(草案)
			之清洗消毒訂有標準作業流程以及適當的個人防護裝備，並由專人負責且確實執行。 (2)依照說明書建議監測軟式內視鏡等相關器械、設備之清洗消毒液有效濃度，並有紀錄。 (3)氣管鏡室具負壓或抽風等設備，且有維護保養紀錄。 3.若有牙科診間，其診療環境應保持清潔，器械清洗完善，醫療廢棄物有妥善分類、處理；每天進行牙科治療台清潔、管路保養及消毒，並有紀錄。 4.若有加護病房或器官移植及骨髓移植等高風險病人居住的區域，訂有醫院退伍軍人病防治計畫。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.肺功能室具負壓或抽風等設備，且有維護保養紀錄。 2.對監測結果定期檢討，研訂改進措施並確實落實，有紀錄備查。 3.依據衛生福利部疾病管制署公布之「醫院退伍軍人菌環境監測及採檢作業及其相關因應指引措施」執行供水系統之監測及採檢並有報告及檢討機制。 4.對於環境清潔執行情形有定期查核抽檢機制，將查檢結果回饋相關單位，並定期提報院內感染管制委員會，且有檢討流程並進行改善措施。 5.針對特殊感染事件或群聚事件等異常情形發生時，具有加強環境清潔應變機制，且教育工作人員相關內容。 [註] 1.本條文中提及「牙科」者，屬試評範圍，不納入本條文之評量成績。 2.器官移植係指心臟、胰臟、腎臟、肝臟、肺臟、小腸移植。 評量方法及建議佐證資料： 1.內視鏡安全作業指引。(符合) 2.內視鏡或器械消毒劑有效濃度監測紀錄。(符合) 3.內視鏡採檢流程。(符合) 4.醫院退伍軍人病防治計畫。(符合) 5.肺功能與氣管鏡空調(抽風負壓)設備維修保養紀錄。(符合/優良) 6.內視鏡品管監測檢討會議紀錄(優良)。 7.退伍軍人菌環境監測及採檢報告及檢討。(優良) 8.內視鏡品管監測結果及改善措施。(優良) 9.環境清潔消毒標準作業程序、查檢表與教育訓練紀錄。(符合) 10.環境清潔執行情形之查核抽檢結果與改善措施紀錄。(優良)
	2.7.14	確實執行衛材、器械、機器之滅菌及清潔管理	目的： 建立衛材、器械之清潔及滅菌管理與監測，確保醫材之滅菌品質。

條	號	條文	評量項目(草案)
			符合項目： 1.自行執行衛材、器械、機器之滅菌及清潔者(設有牙醫及中醫部門者須納入)： (1)各類物品之包裝、消毒、滅菌及有效期間均訂有標準。 (2)以高壓蒸汽滅菌時，生物指示劑至少每週施行 1 次，若為抽真空式滅菌器，抽真空測試應每天施行，並有紀錄可查。 (3)自行滅菌之衛材包、器械包，每包內側及外側均應有化學性指示器(如：包外消毒色帶、包內化學指示條)及標示有效日期，並讓使用者知悉。 (4)環氧乙烷(Ethylene Oxide gas)滅菌時，每鍋次均使用生物指示劑(如：快速判讀生物培養苗)，設置場所應有 EO 濃度監測儀或警示儀(detector)，以防止 EO 外洩並能及時處理。 (5)電漿鍋依滅菌監測感染控制措施指引進行監測並有相關紀錄。 (6)滅菌過程發生異常，應有相關處理規範(含回收機制)。 (7)消毒滅菌相關設備應定期保養，並有紀錄備查。 (8)衛材、器械消毒滅菌相關設備故障時，可迅速處理。 2.滅菌過的物品應保管於空調較佳處之架子上或有門扇之櫥櫃內；消毒物品能依物品名稱及消毒先後適當置放。 3.衛材、器械之滅菌業務外包，或租賃手術器械，應妥善監控品質、設有管理辦法及進行例行性稽查，並有紀錄備查。 4.各項監測有持續性紀錄。 5.工作人員清楚各項指標意義及處理異常情況。 優良項目：(下述項目須全部達成) 1.快消式高壓蒸氣滅菌鍋(俗稱快消鍋)不應該做為常規性或器械不足夠理由使用，滅菌過的物品需當次使用。 2.定期探討及分析滅菌過程或外包業務(含租賃手術器械)，如有異常情況應進行檢討及改善。 [註] 本條文中提及「牙醫」、「中醫」者，屬試評範圍，不納入本條文之評量成績。 評量方法及建議佐證資料： 1.儲藏室溫濕度監測紀錄。(符合) 2.過期物品登記表。(符合) 3.供應室工作技術操作標準。(符合) 4.滅菌監測標準作業手冊、滅菌失敗物品處理機制流程、及各類滅菌監測結果(含生物監測、化學監測、抽真空監測等)與審核紀錄(含臨床單位寄消品)。(符合)

條 號		條 文	評量項目(草案)
			5.環氧乙烷每日作業檢點表、監測分析報告及洩漏之緊急處理。(符合) 6.高壓蒸氣滅菌鍋每日作業檢點表。(符合) 7.滅菌設備保養維修紀錄與故障處理機制。(符合) 8.外包業務(含租賃手術器械)管理辦法。(符合) 9.監測器械、包盤滅菌品質之結果紀錄。(優良) 10.滅菌失敗原因檢討與改善。(優良) 11.外包業務(含租賃手術器械)品質監控稽查及紀錄。(優良) 12.快消鍋使用紀錄及檢討。(優良)
	2.7.15	供應室應配置適當人力，清潔區及污染區應做區隔	目的： 適當的供應室環境與動線規劃和合格人員配置，確保滅菌品質。 符合項目： 1.確保必要人力之充足並有專責人員負責衛材、器械之消毒與管理業務，並有護理人員監督。 2.主管應出席感染管制委員會，必要時專責人員應共同出席。 3.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。 7.落實執行及定期監測供應室溫度及濕度，並有紀錄備查。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.供應室有合宜的動線規劃和人員管理辦法。 2.建立機制有監測數據，定期探討及分析，如有異常情況應進行檢討及改善。 3.供應室空調設置符合感管原則，並有佐證資料。 評量方法及建議佐證資料： 1.供應室單位人員排班表。(符合) 2.感染管制委員會會議紀錄。(符合) 3.第一種壓力容器操作人員合格證書。(符合) 4.供應室工作規範。(符合) 5.供應中心之感染管制措施。(符合) 6.消毒物品貯存室溫濕度監測紀錄。(符合) 7.供應室溫度及濕度紀錄。(符合) 8.供應室消毒及滅菌監測小組會議紀錄。(優良)

第 2 篇、醫療照護 第 2.8 章 檢驗、病理與放射作業

【重點說明】

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

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

條 號	條 文	評量項目(草案)
2.8.1	具備合宜的醫事檢驗設備，並能確保其正常運作與環境安全	目的： 維護醫事檢驗設備與環境的安全管理，確保檢驗品質與執業安全。 符合項目： 1.應依醫院規模、機能及整體病人照護條件設置相關醫事檢驗之設備，提供正確檢驗結果，以符合一般醫療的需求。 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.若有生物及化學危害物質，必須依照法規訂有安全管理機制，以執行妥善的處理、監測與記錄。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 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.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，有建立合適與有效的備援計畫或機制。 3.詳細記錄與檢驗品質有關之重要設備故障或失靈原因、維護對策，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。 4.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，並執行實際演練，相關執行紀錄內容完整，並妥善保存。 [註] 安全計畫對象包括感染性物質、危險及有害物質的處理。

條 號		條 文	評量項目(草案)
			評量方法及建議佐證資料： 1.醫療儀器、設備查驗、保養、維修或校正作業標準及查檢紀錄。(符合) 2.生物及化學危害物質相關安全規範及管理資料。(符合) 3.快速檢驗作業流程。(優良) 4.重要醫療儀器、設備故障時之備援計畫或機制。(優良) 5.重要醫療儀器、設備等故障之原因分析及改善紀錄。(優良) 6.各相關單位之緊急應變計畫及演練紀錄。(優良)
	2.8.2	具備符合標準之醫事檢驗作業程序，並確實執行	目的： 制訂與執行各項醫事檢驗作業程序與品管政策，確保檢驗品質。 符合項目： 1.應訂定符合病人及檢驗檢體辨識、登錄、傳送、檢測、報告等作業的安全性、時效性與結果正確性要求之標準作業程序。 2.檢驗後的檢體儲存及安全的棄置管理辦法，其內容完整並能確實執行。 3.依照醫事檢驗品質需求，制訂適用的品管政策與程序，內容包括內部品管、外部品管。 4.檢驗服務項目須借助委外檢驗方式完成者，應制訂有效的作業程序，以評估與選擇具有能力，且合乎品質要求的受委託檢驗單位。 優良項目：(下述項目須全部達成) 1.相關作業程序執行狀況良好，留有紀錄可供檢討。 2.醫事檢驗作業之品質管理，有定期檢討評估改善。 [註] 如為外包作業，請外包廠商提供符合項目 3 之資料。 評量方法及建議佐證資料： 1.檢驗檢體辨識、登錄、傳送、檢測、報告等作業規範或作業程序及紀錄。(符合/優良) 2.檢驗後之檢體管理辦法(含儲存、棄置時之作業規範等)。(符合) 3.醫事檢驗之品質管理政策與程序及相關會議紀錄。(符合) 4.委外檢驗之評估、履約管理、品質管理等作業程序及相關會議紀錄。(符合) 5.品質改善活動實例，如：品管圈、教案教學、得獎紀錄等。(優良)
	2.8.3	醫事檢驗作業具有完備的品質保證措施	目的： 制訂醫事檢驗作業品質指標，定期稽核管理與檢討。 符合項目： 1.醫事檢驗報告內容正確，報告時效符合臨床醫療需求，且不同類型檢體或檢驗項目的報告完成時間以及

條	號	條文	評量項目(草案)
			檢驗生物參考區間，能夠經由與臨床協議後有明確的訂定，而據以實施。 2.應至少使用二種不同濃度之品管物質，進行檢驗作業流程之內部品管措施。 3.應有定期參與能力試驗之外部品管活動，若檢驗項目無能力試驗可供參與時，應建立適當的比對機制，或必要時以實驗室間比對機制替代，可對檢驗之能力與品質，進行客觀性評估與系統性監測，且能力試驗結果回覆報告，有加註檢討說明或審核意見，並能妥善保存。 4.實施委外檢驗者，應定期要求受託檢驗單位提供參與精確度評估或接受外部能力評鑑之相關結果或證明。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 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。 2.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。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。 3.應建立品質保證執行過程之管理會議或稽核制度，定期與臨床照護單位召開服務流程品質檢討會議，並有執行或會議紀錄可供審查。 4.檢驗科室以外之檢驗儀器(如：血糖機、血液氣體分析儀(blood gas analyzer)等)有品質管理機制。 [註] 委外管理包括本身醫療需求委外檢驗或以醫院名義承攬業務等監督責任。 評量方法及建議佐證資料： 1.檢驗結果與報告作業規範。(符合) 2.醫事檢驗之品質管理政策與程序。(符合) 3.主要檢驗項目有定期執行品質校正紀錄。(符合) 4.委外檢驗之評估、履約管理、品質管理等作業程序及相關會議紀錄。(符合) 5.檢驗相關品質指標監測紀錄、統計資料及稽核制度之紀錄。(優良) 6.檢驗相關品質指標會議討論紀錄。(優良) 7.與臨床照護單位召開服務流程品質檢討會議紀錄。(優良)
	2.8.4	設有合宜之血品供應單位及供輸血作業程序，並能確實執行	目的： 制訂與執行合宜的血品管理與輸血作業程序，確保病人用血安全。 符合項目： 1.明確設置血品之保管、供應或訂購的負責人員或部門，並明訂工作職責(可視業務量由兼任人員輔助執

條	號	條文	評量項目(草案)
			行)。 2.血品供應單位(血庫)應以附有連續溫度記錄功能，或可產生溫度異常警訊的冷藏及冷凍設備保管血液及血液製劑，並須定期定時查核相關紀錄。 3.與血品使用前檢驗及庫存相關之設備(尤其是具有溫控及離心功能者)，須依照所訂定的程序，定期進行查驗、保養、維修或校正等措施，以確保其運作正常，且每項設備留有維護紀錄可查。 4.明訂血液及血液製劑之供應作業程序及交付領用步驟，包括檢體辨識、使用前檢驗(交叉試驗等)、登錄、檢測、報告、血品傳送等，作業時效性與結果正確性要求之標準作業程序。 5.檢驗後檢體的儲存及安全棄置，應有管理辦法並符合法規規定，其內容完整並能確實執行。 6.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，並明確宣導全院醫護單位人員。 7.血品供應單位必須評估血品於病房及手術室暫存保管之作業方式的適當性，並依照所使用保存設備的功能，訂有包括輸注前可存放的時間，及未輸注可退回的時間與條件等規範，提供相關醫護單位人員遵循。 8.血品使用前之檢驗須借助委外檢驗方式完成者，應制訂有效的作業程序，以評估與選擇具有能力，且合乎品質要求的受委託檢驗單位。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.血品使用前之檢驗與庫存相關設施、設備，若發生故障時，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。 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，血品供應單位應建立備援計畫或機制。 3.相關作業程序執行狀況良好，留有紀錄可供檢討。 評量方法及建議佐證資料： 1.血品儲存設備之溫度監控系統紀錄(含校正程序及紀錄)。(符合) 2.血品相關設備查驗、保養、維修或校正作業標準及查驗紀錄。(符合) 3.血品相關辨識、登錄、檢測、報告、血品傳送等作業規範或作業程序及相關紀錄。(符合) 4.檢驗後之檢體管理辦法(含儲存、棄置時之作業規範等)。(符合) 5.緊急輸血及夜間、休假日的血品對外訂購及院內申請使用作業程序。(符合) 6.血品暫存保管作業規範或流程及相關時效規定。(符合)

條	號	條文	評量項目(草案)
			7.血品退回之標準作業流程。(符合) 8.委外檢驗之評估、履約管理、品質管理等作業程序及相關會議紀錄。(符合) 9.重要醫療儀器、設備等故障之原因分析及改善紀錄。(優良) 10.重要醫療儀器、設備故障時之備援計畫或機制。(優良)
	2.8.5	血品供應作業具有品質保證措施	目的： 制訂與執行合宜的品管政策與程序，確保血品與用血的品質與安全。 符合項目： 1.應依照規則，確實執行血品供應流程相關紀錄，並保存所用血品批號 7 年。 2.血品供應時效符合臨床醫療需求，且不同血品的申請領用時間，能夠經由與臨床協議後有明確的訂定，而據以實施。 3.依照血品使用前檢驗品質需求，制訂適用的品管政策與程序，內容包括內部品管、外部品管。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.針對血品供應，訂有內、外部品管監測指標，當結果發現異常時，應執行問題調查與原因分析。 2.應設有輸血委員會，定期檢討輸血用血液製劑，尤其是血漿、血小板等之適應症及使用標準。 3.每一年度定期(至少每年 2 次)舉行輸血委員會議，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。 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.血庫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。 評量方法及建議佐證資料： 1.血品供應(含退還)之標準作業流程及相關紀錄。(符合) 2.血品使用前之品管政策與程序。(符合) 3.輸血委員會會議設置辦法及會議紀錄。(優良) 4.血品相關品質指標監測紀錄、統計資料及稽核制度之紀錄。(優良) 5.血品使用單位人員相關教育訓練資料。(優良)
	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	目的： 維護病理診斷設備與環境安全管理，確保診斷品質與執業安全。

條	號	條文	評量項目(草案)
		全	符合項目： 1.應依醫院規模、機能及整體病人照護條件設置相關病理診斷之設備，提供正確病理診斷結果，以符合一般醫療的需求。 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.若有生物及化學危害物質(如：揮發性有機物質)，必須依照法規訂有安全管理機制，以執行妥善的處理、監測與記錄。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 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。 3.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，並有備援計畫或機制，對於急診手術亦能提供快速病理診斷。 評量方法及建議佐證資料： 1.病理診斷相關儀器與設備之查驗、保養、維修或校正作業標準及查檢紀錄。(符合) 2.生物及化學危害物質相關安全規範及管理資料。(符合) 3.快速病理診斷之作業流程或數量統計資料。(優良) 4.重要醫療儀器、設備之備援計畫或機制。(優良)
	2.8.7	具備符合標準之病理診斷作業程序，並確實執行	目的： 制訂與執行各項標準病理診斷作業程序，確保診斷品質。 符合項目： 1.採取之組織檢體或手術切除器官，應送病理檢查，且備有紀錄，足供臨床醫師診斷及治療用。 2.應訂定符合病理檢體辨識、登錄、傳送、診斷、報告等作業的安全性、時效性與結果正確性要求之標準作業程序。 3.檢體之儲存與棄置，應有管理辦法並符合法規規定，其內容完整並能確實執行。 4.病理診斷服務項目須借助委外檢驗方式完成者，應制訂有效的作業程序，以評估與選擇具有能力，且合乎品質要求的受委託檢驗單位。 優良項目： 1.相關作業程序執行狀況良好，留有紀錄可供檢討。 [註]衛生福利部(原：行政院衛生署)於中華民國 77 年 2 月 4 日衛署醫字第 715562 號函，已明確界定器官之範圍；所稱「器官」係指： (1)消化系統：口腔、唇、舌、咽喉、食道、胃、十二

條	號	條文	評量項目(草案)
			指腸、闌尾、肝臟、膽囊、膽道、胰臟、大腸、小腸、直腸、肛門、腸系膜、腹膜。 (2)呼吸系統：鼻竇、副鼻竇、鼻咽、聲帶、喉、氣管、支氣管、肺臟、肋膜。 (3)心臟血管系統：血管(動脈、靜脈)、心臟、心包膜。 (4)泌尿系統：腎臟、輸尿管、尿道、膀胱、前列腺。 (5)內分泌系統：甲狀腺、副甲狀腺、腎上腺、腦下垂體、胸腺。 (6)造血淋巴系統：骨髓、脾臟。 (7)骨骼與肌肉系統：骨骼截除、肢體截除。 (8)神經系統：腦、脊髓、神經、腦膜。 (9)生殖器官：子宮、卵巢、輸卵管、陰道、乳房、輸精管、睪丸、陰囊、陰莖。 (10)感官器官：眼、中耳、內耳。 評量方法及建議佐證資料： 1.每月各項病理診斷之服務量統計資料。(符合) 2.檢驗檢體辨識、登錄、傳送、診斷、報告等作業規範或作業程序。(符合) 3.檢驗後之檢體管理辦法(含儲存、棄置時之作業規範等)。(符合) 4.委外檢驗之評估、履約管理、品質管理等作業程序。(符合) 5.相關作業程序檢討紀錄資料。(優良)
	2.8.8	病理診斷作業具有完備的品質保證措施	目的： 病理診斷作業訂有品管指標，並定期稽核管理及檢討。 符合項目： 1.病理診斷報告內容完整，報告時效符合臨床醫療需求，且不同類型檢體的報告完成時間，能夠經由與臨床協議後有明確的訂定，而據以實施。 2.病理診斷報告應有審查及檢討評估機制(醫療法第 65 條)。 3.依照病理診斷品質需求，制訂適用的品管政策與程序，內容包括內部品管、外部品管或建立適當的比對機制。 4.實施委外檢驗者，應定期要求受託檢驗單位提供上述之資料。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 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，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。 4.定期檢討評估，訂有改善方案，且改善成效良好。

條	號	條文	評量項目(草案)
			5.癌症診斷報告格式符合需求，且應有雙重檢核機制(Double check)。 評量方法及建議佐證資料： 1.病理診斷結果與報告完成作業規範。(符合) 2.病理診斷之品管政策與程序。(符合) 3.病理診斷報告(含癌症診斷報告等)審查及檢討評估相關資料。(符合/優良) 4.組織病理委員會章程及會議紀錄。(優良) 5.病理相關品質指標監測紀錄及統計資料。(優良) 6.異常事件報告與紀錄。(優良) 7.品質改善方案實例，如：品管圈、教案教學、得獎紀錄等。(優良)
	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	目的： 維護放射診斷(含核子醫學)設備與受檢環境的規劃及管理，以確保放射影像品質與環境安全。 符合項目： 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.設有放射診斷、核子醫學、放射治療之任二項診療業務者，應設置輻射防護管理委員會，每年至少召開二次會議，並發揮委員會功能，且有會議紀錄可查。 5.檢查過程所需之急救設備完善，且檢查室內外之規劃設計，能以病人隱私為考量，提供安全、舒適的檢查環境。 6.應具有輻射防護專業之人員；且輻射從業人員每人每年至少應接受3小時輻防之繼續教育與健檢。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 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

條	號	條文	評量項目(草案)
			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，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。 4.醫院內醫事放射人員，10%以上應領有游離輻射防護人員證書。 5.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，檢查部門應建立備援計畫或機制，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。 [註] 1.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。 2.依游離輻射防護法第七條第三項規定，於民國 91 年 12 月 11 日訂定之「輻射防護管理組織及輻射防護人員設置標準」規定，相關內容摘要如下： (1)第 2 條：依游離輻射防護法第七條第一項所稱之輻射防護管理組織，係指輻射防護業務單位及輻射防護管理委員會。 (2)第 4 條：設施經營者具有附表一(醫療院所屬範圍內事業類別，包含「從事放射診斷、核子醫學、放射治療三項診療業務者」或「設有放射診斷、核子醫學、放射治療任二項診療業務者」)所列設備、業務或規模者，應設立輻射防護管理組織，並依表列名額配置輻射防護業務單位之各級輻射防護人員。 (3)第 5 條：設施經營者具有附表二(醫療院所屬範圍內事業類別，包含「僅從事放射治療業務者」或「僅從事核子醫學業務者」或「僅從事放射診斷業務者」)所列設備、業務或規模者，應依表列名額配置各級輻射防護人員。 (4)第 12 條規定輻射防護管理委員會委員組成及應至少每 6 個月開一次會。 評量方法及建議佐證資料： 1.醫療儀器、設備查驗、保養、維修或校正作業標準及查檢紀錄。(符合/優良) 2.醫療儀器外包廠商管理辦法及相關合約。(符合) 3.符合法規之輻射防護安全管理計畫，及監測紀錄。(符合) 4.輻射防護管理委員會議設置辦法及會議紀錄。(符合) 5.急救設備平時保養、點班紀錄。(符合) 6.輻射防護人員與從業人員資格資料(含繼續教育訓練

條 號		條 文	評量項目(草案)
			及健檢)。(符合) 7.輻射偵測設備及假體作業程序及相關紀錄。(優良) 8.重要醫療儀器之備援計畫或機制。(優良)
	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	目的： 制訂與執行各項完備的放射診斷(含核子醫學)作業程序與品管政策，確保放射診斷品質。 符合項目： 1.應訂定符合檢查需求之病人辨識、登錄、運送、檢查、報告等作業時效性與結果正確性要求之標準作業程序，同時須包括全部檢查過程的病人安全防護管理及應變機制，其內容完整且能確實執行。 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.核子醫學若有執行 RIA，則依照核子醫學檢驗品質需求，制訂適用的品管政策與程序，內容包括內部品管、外部品管(能力試驗)，若檢驗項目無外部品管(能力試驗)活動可供參與準確度評估時，應建立適當的比對機制。 4.檢查服務項目須借助委外檢驗方式完成者，應制訂有效的管理作業程序，以評估與選擇具有能力，且合乎品質要求的受委託檢查單位。 5.應與相關診療科醫師舉行病例檢討，並留有紀錄可查。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.相關作業程序執行狀況良好，留有紀錄可供審查。 2.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。 3.使用醫療影像交換機制，建立特定檢查資源共享模式。 4.定期舉行聯合討論會(如：與相關診療科醫師舉行病例檢討會)，且紀錄詳實。 評量方法及建議佐證資料： 1.檢查病人辨識、登錄、運送、檢查、報告等作業規範或作業程序及紀錄。(符合) 2.放射診斷作業之品管政策與程序。(符合) 3.委外檢驗之評估、履約管理、品質管理等作業程序及相關會議紀錄。(符合) 4.放射診斷作業執行狀況檢討紀錄或相關管理會議紀錄。(優良) 5.轉診、轉檢或轉院時影像診療報告之作業流程。(優良) 6.聯合討論會(如：與相關診療科醫師舉行病例檢討會)會議紀錄。(優良)
	2.8.11	放射診斷(含核子醫學)作業具有完備的品質保證措施	目的： 訂定相關品質指標及監測，確保放射診斷(含核子醫學)作業品質。 符合項目：

條	號	條文	評量項目(草案)
			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.影像診療報告應由放射線(診斷)科專科醫師或核子醫學科專科醫師製作；報告內容需適當詳實。 3.放射診斷(含核子醫學)相關影像檔案管理適當。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 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。 2.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。 3.報告內容完整，且有適當影像會診機制，能協助臨床診療。 4.定期與臨床照護單位召開服務流程品質檢討會議，並建立品質保證執行過程之管理會議或稽核制度。 評量方法及建議佐證資料： 1.放射診斷檢查結果與報告完成作業規範。(符合) 2.放射診斷影像檔案管理機制。(符合) 3.放射診斷相關品質指標監測紀錄、統計資料及稽核制度之紀錄。(優良) 4.排班照會系統或班表。(優良) 5.與臨床照護單位召開服務流程品質檢討會議紀錄。(優良) 6.抽查放射線報告。(符合/優良)
	2.8.12	具備合宜的放射治療(含核子醫學)設備，並能確保其正常運作與環境安全	目的： 維護完備的放射治療(含核子醫學)設備與受檢環境的規劃與管理，確保放射治療品質與環境安全。 符合項目： 1.應依醫院規模、機能及整體病人照護條件設置相關放射治療(含核子醫學)設備，且除治療室外，亦須具備適當的觀察設備、更衣室及檔案室等處置空間。其功能可提供必要的治療結果，以符合一般醫療的需求。 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

條 號	條 文	評量項目(草案)
		防護、監測與記錄；如有污染性廢棄物須處理時，應符合國家法規訂定相關作業規範。 4.設有放射診斷、核子醫學、放射治療之任二項診療業務者，應設置輻射防護管理委員會，至少每半年召開一次會議，並發揮委員會功能，且有會議紀錄可查。 5.治療過程所需之急救設備完善，且治療室內外之規劃設計，能以病人隱私為考量，提供安全、舒適的就醫環境。 6.應具有輻射防護之專業人員；放射治療(腫瘤)部門，則需具備領有輻射防護師資格之人員，且輻射從業人員每人每年至少應接受3小時輻防之繼續教育與健檢。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 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，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。 4.醫院內醫事放射人員，10%以上應領有游離輻射防護人員證書。 5.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，治療部門應建立備援計畫或機制，包括治療中因停電停止供電時，可供治療中病人治療床緊急下降移出病人之備援。 [註] 1.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。 2.依游離輻射防護法第七條第三項規定，於民國 91 年 12 月 11 日訂定之「輻射防護管理組織及輻射防護人員設置標準」規定，相關內容摘要如下： (1)第 2 條：依游離輻射防護法第七條第一項所稱之輻射防護管理組織，係指輻射防護業務單位及輻射防護管理委員會。 (2)第 4 條：設施經營者具有附表一(醫療院所屬範圍內事業類別，包含「從事放射診斷、核子醫學、放射治療三項診療業務者」或「設有放射診斷、核子醫學、放射治療任二項診療業務者」)所列設備、業務或規模者，應設立輻射防護管理組織，並依表列名額配置輻射防護業務單位之各級輻射防護人員。 (3)第 5 條：設施經營者具有附表二(醫療院所屬範圍內事業類別，包含「僅從事放射治療業務者」或「僅

條	號	條文	評量項目(草案)
			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條規定輻射防護管理委員會委員組成及應至少每6個月開一次會。 評量方法及建議佐證資料： 1.醫療儀器、設備查驗、保養、維修或校正作業標準及查檢紀錄。(符合/優良) 2.醫療儀器外包廠商管理辦法及相關合約。(符合) 3.符合法規之輻射防護安全管理計畫，及監測紀錄。(符合) 4.輻射防護管理委員會設置辦法及會議紀錄。(符合) 5.急救設備平時保養、點班紀錄。(符合) 6.輻射工作人員資格資料(含繼續教育訓練及健檢)。(符合) 7.輻射偵測設備及假體作業程序及相關紀錄。(優良) 8.重要醫療儀器之備援計畫或機制。(優良)
	2.8.13	具備符合標準之放射治療(含核子醫學)作業程序，並確實執行	目的： 制訂與執行各項完備的放射治療(含核子醫學)作業程序與品管政策，確保放射治療品質。 符合項目： 1.應訂定符合治療需求之病人辨識、登錄、運送、治療等作業時效性與結果正確性要求之標準作業程序，同時須包括全部治療過程的病人安全防護管理及應變機制，其內容完整且能確實執行。 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。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.相關作業程序執行狀況良好，留有紀錄可供審查。 2.放射線治療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。 4.定期舉行聯合討論會(如：與相關診療科醫師舉行病例檢討會)，且紀錄詳實。 評量方法及建議佐證資料：

條 號		條 文	評量項目(草案)
			1.放射治療病人辨識、登錄、運送、治療等作業規範或作業程序及紀錄。(符合) 2.放射治療作業之品管政策與程序。(符合) 3.抽查放射治療診療相關病歷資料(如：治療計畫、病歷摘要等)。(符合) 4.聯合討論會(如：與相關診療科醫師舉行病例檢討會)會議紀錄。(優良)
	2.8.14	放射治療(含核子醫學)作業具有完備的品質保證措施	目的： 相關品質指標的監測與分析，確保放射治療(含核子醫學)作業的品質。 符合項目： 1.診療報告應由放射治療(腫瘤)科專科醫師或核子醫學科專科醫師製作，且應符合時效，內容詳實。 2.放射治療(含核子醫學)相關影像檔案管理適當。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 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。 2.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。 3.應建立品質保證執行過程之管理會議或稽核制度。 4.診療紀錄內容完整，且有適當會診機制，能協助臨床診療。 5.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。 評量方法及建議佐證資料： 1.放射治療診療報告完成作業規範。(符合) 2.放射治療影像檔案管理機制。(符合) 3.放射治療相關品質指標監測紀錄、統計資料及稽核制度之紀錄。(優良) 4.排班照會系統或班表。(優良) 5.與臨床照護單位召開科際聯合檢討會議紀錄。(優良)
	2.8.15	各項檢驗、檢查步驟，能安全、確實的執行，且能提供迅速、正確之服務	目的： 建立與執行各項檢驗、檢查結果報告之完整傳送與接收機制，維護病人安全。 符合項目： 1.各項檢驗、檢查應符合適用之標準程序，必要時應於實施前進行病人評估及對病人或家屬具體說明內容及步驟。 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

條	號	條文	評量項目(草案)
			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。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.定期或不定期檢討、修正或更新各項步驟及異常值說明。 2.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。 3.對於須於短時間處理重要危急值(如：檢驗之嚴重低血糖、高血鉀、高血鈣等；放射檢查報告之新發現主動脈剝離、氣胸等)，應有機制可確認已被完整的收到，而能迅速運用於病人後續的醫療處置。 評量方法及建議佐證資料： 1.各項檢驗、檢查之標準程序。(符合) 2.檢查檢驗及報告完成規範。(符合) 3.異常結果(如：危急項目、危急值、異常值等)通報標準作業流程及檢討修正紀錄。(符合/優良) 4.異常結果通報與回覆統計、追蹤檢討相關紀錄。(優良) 5.緊急檢驗/檢查之作業規範、相關人力排班及照會紀錄。(優良)