

醫院評鑑及教學醫院評鑑說明會

第 2.2章 醫療照護品質與安全管理

第 2.5章 用藥安全

第 2.6章 麻醉及手術

第 2.7章 感染管制

第 2.8章 檢驗、病理與放射作業

區域醫院、地區醫院適用版

講師：張澤芸理事長

服務機關：社團法人台北市護理師護士公會

大綱

- 醫院評鑑基準條文分類統計表
- 108年度醫院評鑑基準(草案)研修重點
- 醫院評鑑基準(草案)說明
 - 評量項目
 - 107年委員共識
 - 常見改善意見
 - 醫院Q&A
- 實地評鑑重點提醒



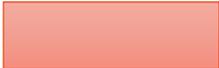
108年度醫院評鑑基準(草案)條文分類統計表

篇	章	條數	可免評 條文數	必要 條文數	重點 條文數	試評 條文數	試免 條文數
一、 經營 管理	1.1 醫院經營策略	5	1	0	0	0	0
	1.2 員工管理與支持制度	7	0	0	0	0	0
	1.3 人力資源管理	10	6	9	0	2	0
	1.4 病歷、資訊與溝通管理	4	1	0	0	0	0
	1.5 安全的環境與設備	7	1	0	0	0	0
	1.6 病人導向之服務與管理	5	0	0	0	1	1
	1.7 風險與危機管理	5	1	0	1	1	0
第一篇合計		43	10	9	1	4	1
二、 醫療 照護	2.1 病人及家屬權責	4	0	0	0	0	0
	2.2 醫療照護品質與安全管理	3	0	0	0	0	0
	2.3 醫療照護之執行與評估	16	3	0	1	0	0
	2.4 特殊照護服務	24	24	1	0	1	0
	2.5 用藥安全	9	1	0	0	0	0
	2.6 麻醉與手術	9	9	0	0	0	0
	2.7 感染管制	3	0	0	3	0	0
	2.8 檢驗、病理與放射作業	14	12	0	0	0	0
第二篇合計		82	49	1	4	1	0
總計		125	59	10	5	5	1

108年度醫院評鑑基準(草案)研修重點

- 本年度研修重點以酌修文字內容為主，試評項目均轉為正式評量項目，惟原屬優良項目者(部分)於地區醫院得免評
- 於109年列為試評之條文或評量項目者，今年不納入
(詳見基準2.5.2、2.6.5、2.6.6)
- 新增管制藥品相關作業規範條文(詳見基準2.5.2)
- 新增麻醉品質相關指標以確保醫療品質(詳見基準2.6.2)
- 感染管制相關條文列為重點條文(詳見基準2.7.1~2.7.3)

各種標示意義說明

- 紅字 (紅字底線)：為修改、新增之條文與評量項目
- (試免)：今年不納入評鑑範圍，於109年列為試評
-  紅色方塊：原試評轉為正式評量項目，原屬優良項目者，申請地區醫院評鑑可免評
-  藍色方塊：提醒醫院可參考與基準相關之手冊
- 藍字：為107年原評量基準或項目之條次或項次
- 本次說明將省略報告108年未修正、107年委員無特殊共識、亦無改善意見、歷年Q&A之條文 (如：基準2.5.5、2.6.7、2.8.6)

2.2.1 醫院應訂定及推動全院品管及病人安全計畫，並定期檢討改善(1/4)

■ 評量項目

□ 符合項目

1. 醫院應建立全院性品管及病人安全制度，並擬定病人安全目標、任務及執行方針
2. 醫院應設有委員會或相關組織，依醫院特性擬訂關鍵議題與優先順序，協調、推動及執行全院品管及病人安全計畫
3. 有專責人員對醫療異常或錯誤事件，有系統地收集與分析，並研擬系統性對策
4. 醫院應建置不以懲罰為原則的通報系統，鼓勵同仁自願通報，以提升醫療照護及作業環境之安全性

2.2.1 醫院應訂定及推動全院品管及病人安全計畫，並定期檢討改善(2/4)

■ 評量項目

□ 符合項目

5. 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
6. 召開跨部門品管及病安討論會議，分析影響病人安全的要因，擬訂改善對策，並確實執行及評核成效

符合項目5、6，107年原為試評項目，**本年度轉為正式評量項目**，惟申請「地區醫院評鑑」者可免評。

□ [註]

1. 符合項目5、6申請「地區醫院評鑑」者可免評

2.2.1 醫院應訂定及推動全院品管及病人安全計畫，並定期檢討改善(3/4)

■ 評量項目

□ 評量方法及建議佐證資料

1. 醫品病安委員會章程
2. 醫品病安委員會委員名單
3. 醫品病安委員會會議紀錄
4. 醫品病安計畫評估及成效(可)
5. 病安追蹤系統、作業規範(可)
6. 相關醫品病安改善報告(可)

■ 107年評鑑委員共識

1. 查核重點應在醫院對於有關病人安全的積極性作法之落實程度
2. 品管業務係指全院品管(包含病安)業務

2.2.1 醫院應訂定及推動全院品管及病人安全計畫，並定期檢討改善(4/4)

■ 常見改善意見

1. 依機構需求建立醫品病安組織架構，以推動病人安全及醫療品質，如：感管監測、不良事件通報之分析、用藥安全等
2. 針對醫療異常或錯誤事件，應由專人作有系統地收集與分析，並研擬系統性對策
3. 應落實病安通報機制並具系統性的收集資訊，以利進行原因分析、檢討與改善
4. 醫院病安通報數過少，應訂有獎勵措施予以鼓勵同仁自願通報

2.2.2 對於發生之醫療不良事件，能進行根本原因分析，訂定預防措施及改善(1/2)

■ 評量項目

□ 符合項目

1. 訂有醫療不良事件之通報與處理機制
2. 醫院應訂定預防各種可能發生醫療不良事件之措施及建立因應對策
3. 醫院對醫療不良事件，有適當關懷病人之機制
4. 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
5. 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

符合項目4、5，107年原為試評項目，**本年度轉為正式評量項目**，惟申請「地區醫院評鑑」者可免評。

2.2.2 對於發生之醫療不良事件，能進行根本原因分析，訂定預防措施及改善(2/2)

■ 評量項目

□ [註]

1. 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
2. 符合項目4、5申請「地區醫院評鑑」者可免評

□ 評量方法及建議佐證資料

1. 醫療不良事件處理辦法
2. 病人安全通報標準作業流程
3. 重大異常事件分析檢討改善成果(可)

2.2.3 定期舉行照護品質相關會議，應用實證醫學佐證，檢討改善實務運作(1/3)

■ 評量項目

□ 符合項目

1. 醫院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、醫療品質議題等凝聚共識會議
2. 至少每季舉行醫療照護品質及病安相關議題之會議，依實證醫學文獻及醫療照護團隊共識，修正醫療照護指引、常規或技術手冊，提供醫療照護團隊執行參考
3. 每次醫療照護品質會議能追蹤上次決議執行情形及改善成效，提出具體提升病人安全、醫療品質措施、方案，運用於臨床照護

符合項目3，107年原為試評項目，**本年度轉為正式評量項目**，惟申請「地區醫院評鑑」者可免評。

2.2.3 定期舉行照護品質相關會議，應用實證醫學佐證， 檢討改善實務運作(2/3)

■ 評量項目

□ [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
3. 醫療照護及品質、病安相關會議，如：病例討論會、併發症及死亡病例討論會、委員會等
4. 符合項目3申請「地區醫院評鑑」者可免評

2.2.3 定期舉行照護品質相關會議，應用實證醫學佐證，檢討改善實務運作(3/3)

■ 評量項目

□ 評量方法及建議佐證資料

1. 醫療照護及品質、病安相關會議會議紀錄
2. 醫療照護指引、常規或技術手冊修訂紀錄
3. 具體提升病人安全、醫療品質措施、方案、成效(可)

■ 常見改善意見

- 應定期舉辦醫療品質討論會，加強醫療照護團隊間溝通，以提升病人照護成效

2.5.1 藥劑部門之設備及設施應符合作業所需，並妥善保養及維護(1/4)

■ 評量項目

□ 符合項目

1. 應有足夠之空間、設備以提供藥事作業
2. 工作場所之環境安全合宜，如空調、採光(照明)及作業動線等，以避免發生調劑錯誤的可能性
3. 應有獨立之藥品儲存空間，及適當的空調及安全設施
4. 依「藥品優良調劑作業準則」訂定調劑作業程序，並確實執行其內容
5. 藥品冷藏用之冰箱，應備有不斷電裝置或接緊急電源，且有溫度紀錄

2.5.1 藥劑部門之設備及設施應符合作業所需，並妥善保養及維護(2/4)

■ 評量項目

□ 符合項目

6. 藥品資訊軟體、硬體設備，符合作業需求

7. 調劑室視需要設置收塵設備、局部排氣等設施，並有定期保養紀錄，以維護工作人員安全

符合項目6、7，107年原為試評項目，**本年度轉為正式評量項目**，惟申請「地區醫院評鑑」者可免評。

□ [註]

1. 「獨立之藥品儲存空間」係指存放藥品的空間內應只存放藥品，勿再堆放其他雜物

2.5.1 藥劑部門之設備及設施應符合作業所需，並妥善保養及維護(3/4)

■ 評量項目

□ [註]

2. 藥品儲存空間/盒/箱之標示，應與所存放之藥品一致
3. 符合項目6、7惟申請「地區醫院評鑑」者可免評

□ 評量方法及建議佐證資料

1. 藥品冷藏用冰箱溫度查核紀錄
2. 藥品資訊軟體及硬體設備(可)
3. 環境溫溼度監測記錄(可)

2.5.1 藥劑部門之設備及設施應符合作業所需，並妥善保養及維護(4/4)

■ 107年評鑑委員共識

- 有關符合項目4 「藥品冷藏用之冰箱」若護理單位有設置藥品冷藏用之冰箱，亦應備有不斷電裝置或接緊急電源

(108年移至符合項目5)

■ 常見改善意見

- 藥品儲存空間非獨立空間，與不應再堆放其他雜物的原則有所違背

2.5.2 管制藥品相關作業規範適當，並有具體成效(1/3)

■ 目的

- 醫院之管制藥品使用應符合法規及病人臨床需要

■ 評量項目

- 符合項目

1. 訂有符合法規之管制藥品使用管理機制

2. 應制訂管制藥品異常情況之通報(包含程序及時限)、監測、檢討改善及追蹤機制

3. 落實非癌症慢性頑固性疼痛病人長期使用成癮性麻醉藥品之定期臨床評估(試免)

4. 對有長期使用管制藥品有成癮疑慮之個案，醫院之處方醫令系統或類似機制，應有效限制個案取得相關藥品(試免)

可參考衛生福利部食品藥物管理署-管制藥品管理使用手冊中
管制藥品使用管理相關規定

2.5.2 管制藥品相關作業規範適當，並有具體成效(2/3)

■ 評量項目

□ [註]

1. 管制藥品管理需符合管制藥品管理條例及施行細則規定
2. 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) 調劑、使用後之殘餘管制藥品，由管制藥品管理人會同有關人員銷燬，並製作紀錄備查
 - 4) 訂有管制藥品遺失、失竊或破損時的處理作業程序，予以記錄、呈報，並有紀錄可查

2.5.2 管制藥品相關作業規範適當，並有具體成效(3/3)

■ 評量項目

□ [註]

3. 本條所稱異常情況包含違反法規、不符合管制藥品使用指引及注意事項、不當處方等

4. 符合項目3、4申請「地區醫院評鑑」者可免評

5. 符合項目3、4本年不納入評鑑，於109年列為試評項目

□ 評量方法及建議佐證資料

1. 管制藥品管理相關作業規範

2. 管制藥品異常情況之通報、監測、檢討改善及追蹤之紀錄

3. 非癌症慢性頑固性疼痛病人管制藥品使用之定期臨床評估紀錄

2.5.3 應有藥品識別或類似機制，防止用藥錯誤及不當(1/4)

■ 評量項目

□ 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，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，存放位置有明顯標示，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；開封藥品、針劑應標示有效期限；當藥品從離開原包裝或以不同的型式或容器調配，且不會立即給予病人時，藥品應加上標示

2.5.3 應有藥品識別或類似機制，防止用藥錯誤及不當(2/4)

■ 評量項目

□ 符合項目

5. 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
6. 醫令系統能查詢用藥史(medication history)，並具藥品過敏史及藥品不良反應史之提醒機制或警示功能

符合項目6，107年原為試評項目，本年度轉為正式評量項目，惟申請「地區醫院評鑑」者可免評。

2.5.3 應有藥品識別或類似機制，防止用藥錯誤及不當(3/4)

■ 評量項目

□ [註]

1. 高警訊藥品如：抗癌藥劑、降血糖製劑、抗凝血劑、毛地黃針劑、高濃度氯化鉀(KCl)、肌肉鬆弛劑針劑及過去經常發生錯誤的藥品等

2. 符合項目6申請「地區醫院評鑑」者可免評

□ 評量方法及建議佐證資料

1. 藥品辨識作業規範
2. 藥品管理作業規範
3. 處方的醫令系統警示機制

2.5.3 應有藥品識別或類似機制，防止用藥錯誤及不當(4/4)

■ 107年評鑑委員共識

- 高警訊藥品(如：KCL)需與常備藥品分開存放，並有明顯標示，建議醫院若存放於一般病房，應有管理機制及固定場所，不一定要上鎖(107年基準2.5.2)

■ 常見改善意見

1. 高警訊藥品應與其他常備藥品區隔存放，且全院應統一之明顯標示，以利醫療人員瞭解執行
2. 應統一藥架之高警訊藥品標示，以避免誤取
3. 開封之藥品及分裝藥品應標示有效期限
4. 處方醫令系統應設有防止用藥錯誤（如：極量管制）及不適當之機制

可2.5.4 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(1/4)

■ 評量項目

□ 符合項目

- 1.應訂有調劑作業手冊，執行藥師需具備藥品管理、用藥禁忌及調配操作步驟等知識，並有危機處理流程與訓練
- 2.特殊混合注射藥品如化學治療藥品、全靜脈注射營養(Total Parenteral Nutrition, TPN)、病人自控式止痛(Patient-Controlled Analgesia, PCA)之調劑業務應由藥師執行，且應有足夠無菌調劑設備及有效之防護措施
- 3.化學治療藥品給藥前須再確認病人藥歷及診斷，並評估病人生理功能狀況之合適性

可2.5.4 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(2/4)

■ 評量項目

□ 符合項目

4. 無菌製劑調配應有標準作業流程，符合相關規定，並定期查核
5. 化療針劑或輸液調配完成後，應符合密閉系統要求，以保護相關工作同仁，例如使用密閉裝置調配給藥
6. 醫院應提供化學治療藥品調配，及給藥之醫事人員必要之健康維護措施，包括定期健康檢查

符合項目4、5、6，107年原為試評項目，**本年度轉為正式評量項目**，惟申請「地區醫院評鑑」者可免評。

可2.5.4 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(3/4)

■ 評量項目

□ [註]

1.符合下列全部條件者，可自選本條免評：

- 1) 未實施癌症病人化學治療、全靜脈營養輸注調配(TPN)及病人自控式止痛(PCA)者
- 2) 申請「地區醫院評鑑」者

2.病人自控式止痛法(PCA)使用成癮性麻醉藥品指引暨管理注意事項(衛生福利部食品藥物管理署107年12月4日FDA管字第1071800821號公告)

3.符合項目4、5、6申請「地區醫院評鑑」者可免評

可2.5.4 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(4/4)

■ 評量項目

□ 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)

■ 107年評鑑委員共識

- 評量項目[註]2之公告中規定：應注意調劑環境清潔，避免微生物或塵粒等之污染並在層流氣罩(Laminar Flow Hood)下調劑配製，以維護病人安全

2.5.6 提供適當之藥品資訊及臨床藥學服務(1/5)

■ 評量項目

□ 符合項目

1. 設有藥物不良反應工作小組或類似組織，**接受**藥物不良反應 (Adverse Drug Reaction, ADR) 通報、**進行評估**，並對發生不良反應之個案進行後續追蹤
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. 能適時更新藥品資訊系統，並提供醫療專業人員即時、正確的藥品諮詢服務
5. 編有醫院處方集，並適時更新

2.5.6 提供適當之藥品資訊及臨床藥學服務(2/5)

■ 評量項目

□ 符合項目

6. 提供相關的藥物諮詢參考書、期刊或網路資源等，且存放於方便藥師取用之執業場所

7. 具備療劑監測(Therapeutic Drug Monitoring, TDM)機制

符合項目7，107年原為試評項目，**本年度轉為正式評量項目**，惟申請「地區醫院評鑑」者可免評。

□ [註]

1. 藥品交互作用評估包含：

- 1) 有紀錄
- 2) 有通知

2.5.6 提供適當之藥品資訊及臨床藥學服務(3/5)

■ 評量項目

□ [註]

1. 藥品交互作用評估包含：

- 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

2.5.6 提供適當之藥品資訊及臨床藥學服務(4/5)

■ 評量項目

□ [註]

3.療劑監測(Therapeutic Drug Monitoring, TDM)包含藥品血中濃度監測：

- 1) 抽血/採樣時間正確
- 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) 進行藥品療效之後續追蹤評估

4.符合項目7申請「地區醫院評鑑」者可免評

2.5.6 提供適當之藥品資訊及臨床藥學服務(5/5)

■ 評量項目

□ 評量方法及建議佐證資料

1. 臨床藥學服務手冊
2. 處方集(含電子處方集)
3. 臨床藥學相關期刊、雜誌、電子資料庫及參考書

2.5.7 藥品供應有緊急用藥之因應措施(1/5)

■ 評量項目

□ 符合項目

1. 病房及各部門的藥品供應，有妥善配送及監督管理機制
2. 提供24小時藥事作業服務
3. 具有常備藥品管理制度
4. 藥師至少每季查核病房及各部門的藥品存量、效期及保存狀況並有紀錄
5. 訂定緊急調撥藥品的處理機制

符合項目5，107年原為試評項目，**本年度轉為正式評量項目**，惟申請「地區醫院評鑑」者可免評。

2.5.7 藥品供應有緊急用藥之因應措施(2/5)

■ 評量項目

□ [註]

常備藥品管理制度一般包含：

1. 要求各單位應將一般藥品與高警訊藥品分開放置，並按程序管理與使用，以保障病人給藥安全
2. 原則上儘量減少品項及數量，專科病房以不超過10項為原則(不含急救車上藥品、大量點滴及1-3級管制藥品、置於自動調配藥櫃(automated dispensing cabinets)的藥品、非單一病人計價藥品，如消毒液、軟膏或耗材藥品)，並應定期檢討

2.5.7 藥品供應有緊急用藥之因應措施(3/5)

■ 評量項目

□ [註]

常備藥品管理制度一般包含：

3. 常備藥均能標示有效日期。

4. 由藥師至少每季查核各單位常備藥品(急救藥品、管制藥品)使用及保存情形並有紀錄。

5. 符合項目5申請「地區醫院評鑑」者可免評

2.5.7 藥品供應有緊急用藥之因應措施(4/5)

■ 評量項目

□ 評量方法及建議佐證資料

1. 常備藥品管理規範
2. 緊急調撥藥品處理機制
3. 藥師查核病房及各部門藥品的紀錄

■ 107年評鑑委員共識

1. 評量項目[註]1，高警訊藥品應區隔放置，並明顯標示(可避免誤取)
2. 評量項目[註]2：
 - 1) NPH及RI可以不需分開列計
 - 2) 可不列計消毒液、軟膏或耗材藥品

2.5.7 藥品供應有緊急用藥之因應措施(5/5)

■ 107年評鑑委員共識

3.若病房有設有冰箱存放藥品(含血液製劑)，如需同時放置檢體或冰寶等，應至少分層分開置放，並明確區隔及標示，勿混合交錯放置，且嚴禁置放食物與飲料

■ 常見改善意見

□ 應提供24小時藥事作業服務

2.5.8 提供病人用藥教育

■ 評量項目

□ 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，必要時提供病人用藥紀錄
2. 提供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，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. 藥師應評核病人用藥指導需求，並據以提供病人或家屬用藥教育指導，且視病人情況修正病人不當用藥行為，且留下紀錄

□ 評量方法及建議佐證資料

1. 病人用藥衛教評核及指導紀錄

2.5.9 病人對藥品使用的反應及病情變化，醫療人員應正確且迅速處理

■ 評量項目

□ 符合項目

1. 藥劑部門應提供高警訊藥品等需要注意的資訊，如：給藥速度、給藥量、極量及相容性等
2. 對於病人使用藥品後應觀察反應，若有疑似不良反應發生時，應通知醫師適當處理，並予以通報及記錄
3. 應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. 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
2. ADR通報規範及相關表單

可2.6.1 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(1/8)

■ 評量項目

□ 符合項目

1. 手術室相關設施、設備及儀器應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
4. 手術室管理單位應訂有政策，檢討手術煙霧之減量與排除，視需要提供工作人員呼吸防護具，如：N95等級以上口罩。(試免)
5. 功能完善之麻醉機，並設置功能良好之麻醉氣體排放系統；有麻醉氣體濃度監測儀器可監測病人使用麻醉氣體之濃度，且有二氧化碳濃度監測儀器

可2.6.1 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(2/8)

■ 評量項目

□ 符合項目

6. 有病人生理監視器可自動監控測定血壓、心電圖、呼吸數、動脈血氧飽和度(手術室應至少有一台去震顫器defibrillator)
7. 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
8. 由專業人員定期施行氧氣、笑氣等配管及空調的安全檢查
9. 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
10. 有明確手術室分區作業管理辦法、標示及整潔規則

可2.6.1 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(3/8)

■ 評量項目

□ 符合項目

11.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

4) 麻醉呼吸管路與病人端之過濾器訂有使用規範，依規定定期更換，落實執行，並有紀錄(試免)

12.應備有困難插管之相關設備，例如支氣管纖維鏡、視訊影像喉頭鏡等

可2.6.1 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(4/8)

■ 評量項目

□ 符合項目

13.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

符合項目12、13，107年原為試評項目，本年度轉為正式評量項目，惟申請「地區醫院評鑑」者可免評。

可2.6.1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(5/8)

■ 評量項目

□ [註]

1. 手術器械數量足夠與否，可用快消使用頻率來監測
2. 可參考勞動部職業安全衛生署於106年8月11日公告之「醫療院所手術煙霧危害預防及呼吸防護參考指引」
3. 未設有手術室者，可自選本條免評
4. 符合項目4、11-(4)本年不納入評鑑，於109年列為試評項目
5. 符合項目12、13申請「地區醫院評鑑」者可免評

可2.6.1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(6/8)

■ 評量項目

□ 評量方法及建議佐證資料

1. 異常管理手冊
2. 清潔管理查核紀錄及檢討會議改善紀錄(可)
3. 儀器設備的保養排程
4. 手術室環境動線
5. 水質監測報告
6. 麻醉機、空調、除塵及汙物處理設備維護紀錄

可2.6.1 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(7/8)

■ 107年評鑑委員共識

- 1.符合項目3所提「空調設備」視醫院實際執行手術狀況而訂定並需參考醫院手術室感染管制及感染率相關資料
- 2.符合項目9-(1)所提「定期水質監測」，其監測時間及監測規範請由醫院自行定義(108年移至符合項目10-(1))

■ 常見改善意見

- 1.儀器設備應由專業人員定期施行維護、保養、安全檢查並留有紀錄，請改貴院應加強管理手術室相關設備、儀器之汰舊以維護病人安全環境
- 2.工作人員宜落實遵守手術室之分區管制動線規劃，以避免同區域動線交叉
- 3.手術室之水質監測、空調系統及除塵設備，應有定期維護及監測與執行結果，並留下維護紀錄可供查證

可2.6.1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(8/8)

■ 醫院Q&A

Q2：符合項目9「手術室及恢復室有符合感染管制原則的清潔管理且有紀錄可查，如：(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」，手術恢復室無刷手，為何需做應做水質監測？(108年移置符合項目10)

A2：本基準之符合項目9係舉例相關項目供醫院參考，仍請醫院依實際作業，提供手術室及恢復室所執行之符合感染管制原則的清潔管理措施及相關紀錄

可2.6.2 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(1/4)

■ 評量項目

□ 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
2. 需成立手術室管理委員會，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

可2.6.2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(2/4)

■ 評量項目

□ 符合項目

5. 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

符合項目5，107年原為試評項目，**本年度轉為正式評量項目**，惟申請「地區醫院評鑑」者可免評。

可2.6.2 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 (3/4)

■ 評量項目

□ [註]

1. 手術品質指標：如手術死亡率、手術感染率、剖腹產率、術後48小時內非預期重返手術室比率或術後72小時內死亡病例
2. 麻醉品質指標：如麻醉前評估、麻醉中併發症或恢復室不良事件
3. 部分小規模醫院雖未必設立專責委員會，但仍須於醫院手術室管理會議上作檢討並有相關紀錄
4. 未設有手術室；或僅執行局部麻醉者，可自選本條免評
5. 符合項目5申請「地區醫院評鑑」者可免評

可2.6.2 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(4/4)

■ 評量項目

□ 評量方法及建議佐證資料

1. 手術室日誌
2. 手術室管理委員會會議紀錄
3. 指標監測紀錄(可)
4. 手術排程作業規範(可)

可2.6.3 手術排程管理適當，對於緊急手術有適當的因應措施(1/2)

■ 評量項目

□ 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
4. 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
5. 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

符合項目4、5，107年原為試評項目，**本年度轉為正式評量項目**，惟申請「地區醫院評鑑」者可免評。

可2.6.3 手術排程管理適當，對於緊急手術有適當的因應措施(2/2)

■ 評量項目

□ [註]

1. 未設有手術室者，可自選本條免評
2. 符合項目4、5申請「地區醫院評鑑」者可免評

□ 評量方法及建議佐證資料

1. 手術排程作業規範
2. 臨時緊急手術的因應機制
3. 排程管理改善實例(可)

■ 107年評鑑委員共識

1. 符合項目2所提「緊急手術」對象涵蓋急診與住院的危急病人
2. 符合項目5所提「急診手術等候時間合理」，由醫院自訂合理時間

可2.6.4 麻醉醫師於術前評估病人並確立麻醉計畫(1/2)

■ 評量項目

□ 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
3. 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
4. 術前及術後麻醉前評估及麻醉後訪視確實執行並有紀錄及檢討

符合項目3、4，107年原為試評項目，**本年度轉為正式評量項目**，惟申請「地區醫院評鑑」者可免評。

可2.6.4 麻醉醫師於術前評估病人並確立麻醉計畫(2/2)

■ 評量項目

□ [註]

1. 常規排程手術之麻醉前評估麻醉風險解釋，應避免當日於手術室等候區進行

2. 未設有手術室；或僅執行局部麻醉者，可自選本條免評

3. 符合項目3、4惟申請「地區醫院評鑑」者可免評

□ 評量方法及建議佐證資料

1. 標準作業規範

2. 查核紀錄(可)

3. 抽查病歷紀錄之麻醉說明書及同意書

可2.6.5 確實落實手術安全查核，包含作業靜止、作業結束病人辨識程序，確保病人身分、手術項目與手術部位正確無誤(1/2)

■ 評量項目

□ 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，應依醫院規範執行病人身分辨識(含清醒及意識不清病人)
3. 有確認手術部位之機制，落實於進入手術室前完成手術部位標記
4. 於所有手術及處置前應執行作業靜止(Time out)，由手術室內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)
5. 於所有手術後應執行sign-out，如棉球、紗布、尖銳物品、器械等數量正確，組織檢體內容物及數量、標籤正確(試免)

符合項目4，107年原為試評項目，本年度轉為正式評量項目，惟申請「地區醫院評鑑」者可免評。

可2.6.5 確實落實手術安全查核，包含作業靜止、作業結束病人辨識程序，確保病人身分、手術項目與手術部位正確無誤(2/2)

■ 評量項目

□ [註]

1. 符合項目2所提「醫院病人辨識規範」須符合衛生福利部醫療品質及病人安全工作目標（提升手術安全）之參考作法
2. 未設有手術室者，可自選本條免評
3. 符合項目4申請「地區醫院評鑑」者可免評
4. 符合項目5本年不納入評鑑，於109年列為試評項目

□ 評量方法及建議佐證資料

1. 標準作業規範
2. 病歷紀錄之相關表單

可2.6.6 手術室以外之麻醉與鎮靜作業應適當執行(1/3)

■ 評量項目

□ 符合項目

- 1.於手術室以外地點執行全身麻醉或重度鎮靜，應由麻醉專科醫師執行(試免)
- 2.於手術室以外地點執行中度、輕度鎮靜者之醫師，應受有鎮靜相關訓練(試免)
- 3.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

可2.6.6 手術室以外之麻醉與鎮靜作業應適當執行(2/3)

■ 評量項目

□ [註]

1. 在中度、輕度鎮靜下進行複雜或長時間之手術(檢查)，如果鎮靜風險提高，執行中度、輕度鎮靜的醫師及協助執行之護理人員應與手術(檢查)醫師及協助手術(檢查)之護理人員應分開不同人執行
2. 未於手術室外其他地點執行鎮靜麻醉者(局部麻醉除外)，可自選本條免評
3. 符合項目1、2本年不納入評鑑，於109年列為試評項目

可2.6.6 手術室以外之麻醉與鎮靜作業應適當執行(3/3)

■ 評量項目

□ 評量方法及建議佐證資料

1. 手術室外麻醉作業之相關規範

■ 107年評鑑委員共識

1. 醫院應實際作業情形，自行訂定監測範圍及內容

2. 醫院若有在手術室以外執行全身麻醉或深(重)度鎮靜作業，本條不得免評

■ 常見改善意見

□ 應建立手術室外其他地點執行檢查或介入治療，由非麻醉科醫師執行需深度鎮定個案之標準作業程序(108年修正為符合項目1-3)

可2.6.8 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(1/2)

■ 評量項目

□ 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
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

符合項目2，107年原為試評項目，**本年度轉為正式評量項目**，惟申請「地區醫院評鑑」者可免評。

□ [註]

1. 未設有手術室者，可自選本條免評
2. 符合項目2申請「地區醫院評鑑」者可免評

可2.6.8 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(2/2)

■ 評量項目

□ 評量方法及建議佐證資料

1. 護理照護常規
2. 查核紀錄(可)
3. 抽查病歷中之手術護理紀錄

可2.6.9 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(1/2)

■ 評量項目

□ 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
3. 訂有具體評估標準以茲判斷術後恢復過程(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
5. 應有麻醉或手術恢復室病人的照護及發生併發症之紀錄及檢討

符合項目5，107年原為試評項目，**本年度轉為正式評量項目**，惟申請「地區醫院評鑑」者可免評。

可2.6.9 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(2/2)

■ 評量項目

□ [註]

1. 未設有手術室者，可自選本條免評
2. 符合項目5申請「地區醫院評鑑」者可免評

□ 評量方法及建議佐證資料

1. 標準作業規範
2. 恢復室病人的照護紀錄
3. 併發症檢討紀錄(可)

重2.7.1 落實執行感染管制措施(1/3)

■ 評量項目

□ 符合項目

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

重 2.7.1 落實執行感染管制措施(2/3)

■ 評量項目

□ 評量方法及建議佐證資料

1. 感染管制委員會組織章程、成員資料與會議紀錄(包含感染管制年度工作計畫及相關紀錄)
2. 了解臨床工作人員是否知悉感染管制手冊中相關感染管制措施
3. 醫療照護相關感染監測統計分析報表、手部衛生或組合式照護等感染管制措施的遵從性稽核評估、相關改善方案的執行紀錄及成果等
4. 新興傳染病及院內群聚或群突發感染發生之應變計畫、處理標準作業流程及調查處理報告等
5. 對於暴露於病人血液、體液及尖銳物品扎傷事件的作業流程和處理紀錄

重2.7.1 落實執行感染管制措施(3/3)

■ 107年評鑑委員共識

1. 評鑑委員可參考受評醫院上次之感染管制查核結果及意見(1.1、1.3、1.5、1.6項次)

重2.7.2 確實執行衛材、器械、機器與內視鏡之清潔、消毒、滅菌及環境清消(1/3)

■ 評量項目

□ 符合項目

1. 維持供應室環境整潔，清潔區及污染區應有適當的區隔，並落實執行及定期監測供應室溫度及濕度，且有紀錄備查
2. 執行衛材、器械、機器與內視鏡之清潔、消毒、滅菌，應依照說明書建議或相關指引，訂有標準作業流程，由專人負責且確實執行，並留有監測紀錄備查，且工作人員清楚各項指標意義及處理異常情況
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. 對於醫療環境清潔工作訂有標準作業程序並設有查檢表，且有相關機制教育環境清潔人員熟悉內容並落實執行
5. 醫院之衛材與器械未集中於供應室消毒、滅菌者，應依供應室之作業指引及流程辦理之

重 2.7.2 確實執行衛材、器械、機器與內視鏡之清潔、消毒、滅菌及環境清消(2/3)

■ 評量項目

□ 評量方法及建議佐證資料

1. 實際訪查供應室及內視鏡室環境，並了解工作人員是否知悉標準作業程序、各項指標意義及處理異常情況
2. 供應室溫度及濕度紀錄
3. 滅菌監測之標準作業流程、儲藏室溫濕度監測紀錄、過期物品登記表、滅菌失敗原因檢討與改善、各類消毒滅菌監測結果(含生物監測、化學監測、抽真空監測、內視鏡或器械消毒劑有效濃度監測紀錄等)與審核紀錄；以及滅菌設備之每日作業檢點表、保養維修紀錄、監測分析報告、故障處理機制等
4. 衛材、器械之清潔、滅菌、消毒外包業務(含租賃手術器械)管理辦法及品質監控稽查與紀錄
5. 環境清潔工作標準作業程序、查檢表、教育訓練紀錄、查核抽檢結果與改善措施紀錄等

重2.7.2 確實執行衛材、器械、機器與內視鏡之清潔、消毒、滅菌及環境清消(3/3)

■ 107年評鑑委員共識

1. 實地查證時，委員將加強有關軟式內視鏡(包括腸胃鏡、氣管鏡等)相關器械、設備清洗消毒之查核，以落實醫療儀器設備之清潔、消毒、滅菌作業。其中有關軟式內視鏡(包括腸胃鏡、氣管鏡等)，每次使用後需完成高層次消毒程序
2. 符合項目4所提醫療環境清潔消毒係指全院環境

■ 常見改善意見

1. 供應室清潔區與污染區之動線應避免交叉
2. 內視鏡檢查室及供應室之清潔區及污染區應有適當區隔(動線不交叉)

重2.7.3 落實抗生素抗藥性管理(1/2)

■ 評量項目

□ 符合項目

1. 醫院應訂定抗生素管理計畫，並提供足夠資源，落實抗生素管理
2. 醫院應設立跨部門抗生素管理小組，每年至少開會一次，並由院長或副院長擔任主席；強化醫師、藥師、醫檢師、護理師及資訊人員等團隊合作
3. 抗生素之使用應有適當的監測機制，對抗生素不合理使用之狀況，提出改善措施，並確實執行
4. 加強抗生素抗藥性監測及實驗室診斷能力，針對多重抗藥性微生物感染或移生(colonization)的病人進行適當的隔離，並落實防治措施

重2.7.3 落實抗生素抗藥性管理(2/2)

■ 評量項目

□ 評量方法及建議佐證資料

1. 抗生素管理計畫書(含執行方式、人力、資源、成效評估等)
2. 抗生素管理小組成員名單、出席紀錄表及會議紀錄
3. 抗生素使用量(如:defined daily dose)及抗生素抗藥性圖譜統計報告與改善回饋紀錄，且有實驗室品管紀錄
4. 院內多重抗藥性微生物隔離管理政策及相關作業流程

■ 醫院Q&A

Q：請問若醫院感管委員會主席為副院長，但感染管制小組並不是由院長或副院長擔任，這樣符合條文嗎？

A：本基準之符合項目2係指「跨部門抗生素管理小組」應由院長或副院長擔任主席

第2.8章 檢驗、病理與放射作業

■ 107年評鑑委員共識

- 醫院實驗室若通過國際第三方認證機構如財團法人全國認證基金會(TAF)或美國病理學會國際認證(CAP)等，且於合格效期內者，可不填寫條文自評說明
- 可2.8.1「具備合宜的醫事檢驗設備，並能確保其正常運作與環境安全」
- 2.8.2「具備符合標準之醫事檢驗作業程序，並確實執行」
- 2.8.3「醫事檢驗作業具有完備的品質保證措施」
- 2.8.6「具備合宜的病理診斷設備，並能確保其正常運作與環境安全」
- 2.8.7「具備符合標準之病理診斷作業程序，並確實執行」
- 2.8.8「病理診斷作業具有完備的品質保證措施」

可2.8.1 具備合宜的醫事檢驗設備，並能確保其正常運作 與環境安全(1/3)

■ 評量項目

□ 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
4. 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，並可提供符合時效的結果報告，以因應緊急醫療的需求

可2.8.1 具備合宜的醫事檢驗設備，並能確保其正常運作 與環境安全(2/3)

■ 評量項目

□ 符合項目

5. 緊急檢驗之設施、設備因發生重大事故，無法因應緊急醫療服務的需求時，有建立合適與有效的備援計畫或機制

符合項目4、5，107原為試評項目，本年度轉為正式評量項目，惟地區醫院、未提供24小時急診服務者可免評

□ [註]

1. 安全管理計畫對象包括感染性物質、危險及有害物質的處理
2. 未設有檢驗設備者，可自選本條免評
3. 實驗室若通過國際第三方認證機構如財團法人全國認證基金會(TAF)或美國病理學會國際認證(CAP)等，且於合格效期內者，本條視為符合

可2.8.1 具備合宜的醫事檢驗設備，並能確保其正常運作 與環境安全(3/3)

■ 評量項目

□ [註]

4. 符合項目4、5惟申請「地區醫院評鑑」、未提供24小時急診服務者可免評

□ 評量方法及建議佐證資料

1. 醫療儀器、設備查驗、保養、維修或校正作業標準及查檢紀錄
2. 生物及化學危害物質相關安全規範及管理資料
3. 快速檢驗作業流程(可)
4. 重要醫療儀器、設備故障時之備援計畫或機制(可)

2.8.2 具備符合標準之醫事檢驗作業程序，並確實執行 (1/3)

■ 評量項目

□ 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的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，且定期檢討評估改善
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
5. 應建立緊急且重要之異常值即時通報機制，相關人員對於緊急且重要之異常結果應立即通報給主治醫師

2.8.2 具備符合標準之醫事檢驗作業程序，並確實執行 (2/3)

■ 評量項目

□ 符合項目

6. 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)，應有機制可確認已被完整的收到

符合項目6，107原為試評項目，**本年度轉為正式評量項目**

□ [註]

1. 如為外包作業，請外包廠商提供符合項目3之資料
2. 實驗室若通過國際第三方認證機構如財團法人全國認證基金會(TAF)或美國病理學會國際認證(CAP)等，且於合格效期內者，本條視為符合

2.8.2 具備符合標準之醫事檢驗作業程序，並確實執行 (3/3)

■ 評量項目

□ 評量方法及建議佐證資料

1. 檢驗檢體辨識、登錄、傳送、檢測、報告等作業規範或作業程序及紀錄
2. 檢驗後之檢體管理辦法(含儲存、棄置時之作業規範等)
3. 醫事檢驗之品質管理政策與程序及相關會議紀錄
4. 委外檢驗之評估、履約管理、品質管理等作業程序及相關會議紀錄
5. 異常結果(如：危急項目、危急值、異常值等)通報標準作業流程

2.8.3 醫事檢驗作業具有完備的品質保證措施(1/4)

■ 評量項目

□ 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

2.8.3 醫事檢驗作業具有完備的品質保證措施(2/4)

■ 評量項目

□ 符合項目

5. 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
6. 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
7. 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

符合項目6、7，107年原為試評項目，**本年度轉為正式評量項目**，**惟符合項目6、7地區醫院可免評**

2.8.3 醫事檢驗作業具有完備的品質保證措施(3/4)

■ 評量項目

□ [註]

1. 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
2. 實驗室若通過國際第三方認證機構如財團法人全國認證基金會(TAF)或美國病理學會國際認證(CAP)等，且於合格效期內者，本條視為符合
3. 符合項目6、7申請「地區醫院評鑑」者可免評

□ 評量方法及建議佐證資料

1. 檢驗結果與報告作業規範
2. 醫事檢驗之品質管理政策與程序
3. 主要檢驗項目有定期執行品質校正紀錄

2.8.3 醫事檢驗作業具有完備的品質保證措施(4/4)

■ 評量項目

□ 評量方法及建議佐證資料

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
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(可)
6. 檢驗相關品質指標會議討論紀錄(可)
7. 與臨床照護單位召開服務流程品質檢討會議紀錄(可)

■ 107年評鑑委員共識

- 「安全調查」係指：發現有危害病人生命安全之不良事件時，應有主動提出「調查分析」之作為，以及研議「避免再發生之預防措施」的檢討說明

可2.8.4 設有合宜之血品供應單位及供輸血作業程序，並能確實執行(1/4)

■ 評量項目

□ 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

可2.8.4 設有合宜之血品供應單位及供輸血作業程序，並能確實執行(2/4)

■ 評量項目

□ 符合項目

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

可2.8.4 設有合宜之血品供應單位及供輸血作業程序，並能確實執行(3/4)

■ 評量項目

□ 符合項目

9. 血品供應單位應就供應緊急輸血相關之設施、設備發生重大事故而無法因應急診醫療服務的需求時，建立備援計畫或機制

□ [註]

1. 未設有血品供應單位(含血庫)且未執行輸血作業者，可自選本條免評

□ 評量方法及建議佐證資料

1. 血品儲存設備之溫度監控系統紀錄(含校正程序及紀錄)

2. 血品相關設備查驗、保養、維修或校正作業標準及查檢紀錄。

3. 血品相關辨識、登錄、檢測、報告、血品傳送等作業規範或作業程序及相關紀錄

可2.8.4 設有合宜之血品供應單位及供輸血作業程序，並能確實執行(4/4)

■ 評量項目

□ 評量方法及建議佐證資料

4. 檢驗後之檢體管理辦法(含儲存、棄置時之作業規範等)
5. 緊急輸血及夜間、休假日的血品對外訂購及院內申請使用作業程序
6. 血品暫存保管作業規範或流程及相關時效規定
7. 血品退回之標準作業流程
8. 委外檢驗之評估、履約管理、品質管理等作業程序及相關會議紀錄
9. 重要醫療儀器、設備故障時之備援計畫或機制(可)

可2.8.5 血品供應作業具有品質保證措施(1/3)

■ 評量項目

□ 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
- 4.應設有輸血委員會或相關品質會議，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

可2.8.5 血品供應作業具有品質保證措施(2/3)

■ 評量項目

□ 符合項目

5. 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

符合項目4、5，107年原為試評項目，**本年度轉為正式評量項目**，惟**符合項目5**地區醫院可免評

□ [註]

1. 未設有血品供應單位(含血庫)且未執行輸血作業者，可自選本條免評
2. 符合項目5申請「地區醫院評鑑」者可免評

可2.8.5 血品供應作業具有品質保證措施(3/3)

■ 評量項目

□ 評量方法及建議佐證資料

1. 血品供應(含退還)之標準作業流程及相關紀錄
2. 血品使用前之品管政策與程序
3. 輸血委員會會議設置辦法及會議紀錄(可)
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(可)

■ 107年評鑑委員共識

1. 所提會議召開著重於機制即可
2. 符合項目5所提「安全調查」係指：發現有危害病人生命安全之不良事件時，應有主動提出「調查分析」之作為，以及研議「避免再發生之預防措施」的檢討說明
3. 實地評鑑時，委員將加強查核醫院對於輸血不良反應通報的機制，以及相關發生案例之檢討

可2.8.7 具備符合標準之病理診斷作業程序，並確實執行 (1/6)

■ 評量項目

□ 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
- 5.應建立緊急且重要之異常報告說明及即時通報機制，相關人員對於緊急且重要之異常結果應立即通報給主治醫師

可2.8.7 具備符合標準之病理診斷作業程序，並確實執行 (2/6)

■ 評量項目

□ [註]

1. 實驗室若通過財團法人全國認證基金會(TAF)或美國病理學會國際認證(CAP)，且於合格效期內者，本條視為符合
2. 符合下列全部條件者，可自選本條免評：
 - 1) 未提供病理診斷服務者
 - 2) 申請「地區醫院評鑑」者
3. 以委外檢驗方式之醫院亦屬有提供病理診斷服務

可2.8.7 具備符合標準之病理診斷作業程序，並確實執行 (3/6)

■ 評量項目

□ [註]

4.衛生福利部(原：行政院衛生署)於中華民國77年2月4日衛署醫字第715562號函，已明確界定器官之範圍；所稱「器官」係指：

- 1) 消化系統：口腔、唇、舌、咽喉、食道、胃、十二指腸、闌尾、肝臟、膽囊、膽道、胰臟、大腸、小腸、直腸、肛門、腸系膜、腹膜
- 2) 呼吸系統：鼻竇、副鼻竇、鼻咽、聲帶、喉、氣管、支氣管、肺臟、肋膜
- 3) 心臟血管系統：血管(動脈、靜脈)、心臟、心包膜
- 4) 泌尿系統：腎臟、輸尿管、尿道、膀胱、前列腺

可2.8.7 具備符合標準之病理診斷作業程序，並確實執行 (4/6)

■ 評量項目

□ [註]

4.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：

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

可2.8.7 具備符合標準之病理診斷作業程序，並確實執行 (5/6)

■ 評量項目

□ 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
2. 檢驗檢體辨識、登錄、傳送、診斷、報告等作業規範或作業程序
3. 檢驗後之檢體管理辦法(含儲存、棄置時之作業規範等)
4. 委外檢驗之評估、履約管理、品質管理等作業程序
5. 異常結果(如：危急項目、危急值、異常值等)通報標準作業流程

可2.8.7 具備符合標準之病理診斷作業程序，並確實執行 (6/6)

■ 107年委員共識

1. 醫療機構所採取之組織檢體，或取自人體之異物，若與病灶有關，或臨床上有需要，均應送請病理檢查，此處所指之組織檢體由醫院自訂
2. 醫院實驗室若通過國際第三方認證機構如財團法人全國認證基金會(TAF)或美國病理學會國際認證(CAP)等，且於合格效期內者，可不填寫條文自評說明

■ 常見改善意見

- 應訂定委外檢驗作業之安全性、時效性與結果正確性之標準作業程序，以評估與選擇具有能力且合乎品質要求之委託檢驗單位

可2.8.8 病理診斷作業具有完備的品質保證措施(1/4)

■ 評量項目

□ 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
5. 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

可2.8.8 病理診斷作業具有完備的品質保證措施(2/4)

■ 評量項目

□ 符合項目

6. 組織病理委員會定期召開，並有會議紀錄可查

符合項目6，107年原為試評項目，**本年度轉為正式評量項目**，惟申請「地區醫院評鑑」者可免評

□ [註]

1. 實驗室若通過財團法人全國認證基金會(TAF)或美國病理學會國際認證(CAP)，且於合格效期內者，本條視為符合
2. 符合下列全部條件者，可自選本條免評
 - 1) 未提供病理診斷服務者
 - 2) 申請「地區醫院評鑑」者

可2.8.8 病理診斷作業具有完備的品質保證措施(3/4)

■ 評量項目

□ [註]

3. 以委外檢驗方式之醫院亦屬有提供病理診斷服務

4. 符合項目6申請「地區醫院評鑑」者可免評

□ 評量方法及建議佐證資料

1. 病理診斷結果與報告完成作業規範

2. 病理診斷之品管政策與程序

3. 病理診斷報告(含癌症診斷報告等)審查及檢討評估相關資料

4. 組織病理委員會章程及會議紀錄。(可)

可2.8.8 病理診斷作業具有完備的品質保證措施(4/4)

■ 107年委員共識

1. 符合項目3所提「比對機制」，可以病人過去報告來比對
2. 醫院實驗室若通過國際第三方認證機構如財團法人全國認證基金會(TAF)或美國病理學會國際認證(CAP)等，且於合格效期內者，可不填寫條文自評說明

可2.8.9 具備合宜的放射診斷(含核子醫學)設備，並能確保其功能正常運作與環境安全(1/4)

■ 評量項目

□ 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，進行必要的查檢、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

可2.8.9 具備合宜的放射診斷(含核子醫學)設備，並能確保其功能正常運作與環境安全(2/4)

■ 評量項目

□ 符合項目

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。工作環境必須依照法規訂定安全管理計畫，以執行妥善的防護、監測與紀錄；如有廢片或污染廢棄物須處理時，應符合國家法規訂定相關作業規範
4. 檢查過程所需之急救設備完善，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
5. 緊急檢查之設施、設備因發生重大事故，無法因應緊急醫療服務需求時，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

可2.8.9 具備合宜的放射診斷(含核子醫學)設備，並能確保其功能正常運作與環境安全(3/4)

■ 評量項目

□ 符合項目

6. 配有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

符合項目5、6，107年原為試評項目，**本年度轉為正式評量項目**，惟申請「地區醫院評鑑」者可免評

□ [註]

1. 未設有放射診療設施及核子醫學儀器者，可自選本條免評

2. 符合項目5、6申請「地區醫院評鑑」、**未提供24小時急診服務者**可免評

可2.8.9 具備合宜的放射診斷(含核子醫學)設備，並能確保其功能正常運作與環境安全(4/4)

■ 評量項目

□ 評量方法及建議佐證資料

1. 醫療儀器、設備查驗、保養、維修或校正作業標準及查檢紀錄
2. 醫療儀器外包廠商管理辦法及相關合約
3. 符合法規之輻射防護安全管理計畫，及監測紀錄
4. 急救設備平時保養、點班紀錄
5. 重要醫療儀器之備援計畫或機制(可)
6. 輻射偵測設備及假體作業程序及相關紀錄(可)

■ 107年委員共識

1. 符合項目5，實地評鑑時，委員將加強輻射物質意外事件應變計畫

可2.8.10 具備符合標準之放射診斷(含核子醫學)作業程序， 並確實執行(1/3)

■ 評量項目

□ 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

可2.8.10 具備符合標準之放射診斷(含核子醫學)作業程序， 並確實執行(2/3)

■ 評量項目

□ 符合項目

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或聯合討論會，並留有紀錄可查
6. 應建立緊急且重要之異常檢查報告說明及即時通報機制，相關人員對於緊急且重要之異常結果應立即通報給主治醫師
7. 對於須於短時間處理重要危急報告(如：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
8. 配合轉診、轉檢或轉院等需求，提供正確的影像診療報告

符合項目7、8，107原為試評項目，**本年度轉為正式評量項目**

可2.8.10 具備符合標準之放射診斷(含核子醫學)作業程序， 並確實執行(3/3)

■ 評量項目

□ [註]

1. 未設有放射診療設施及核子醫學儀器者，可自選本條免評

□ 評量方法及建議佐證資料

1. 檢查病人辨識、登錄、運送、檢查、報告等作業規範或作業程序及紀錄

2. 放射診斷作業之品管政策與程序

3. 委外檢驗之評估、履約管理、品質管理等作業程序及相關會議紀錄

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

5. 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

6. 轉診、轉檢或轉院時影像診療報告之作業流程

可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(1/2)

■ 評量項目

□ 符合項目

- 1.放射診斷(含核子醫學)報告內容完整，報告時效符合臨床醫療需求，且不同檢查項目的報告完成時間，能夠經由與臨床協議後有明確的訂定，而據以實施
- 2.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
- 3.影像診療報告應有覆核或比對機制
- 4.報告內容完整，且有適當影像會診機制，能協助臨床診療
- 5.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

符合項目3、4、5，107年原為試評項目，本年度轉為正式評量項目，惟申請「地區醫院評鑑」者可免評

可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(2/2)

■ 評量項目

□ [註]

1. 未設有放射診療設施及核子醫學儀器者，可自選本條免評
2. 符合項目3、4、5申請「地區醫院評鑑」者可免評

□ 評量方法及建議佐證資料

1. 放射診斷(含核子醫學)檢查結果與報告作業規範
2. 放射診斷影像(含核子醫學)檔案管理機制
3. 放射診斷(含核子醫學)相關品質指標監測紀錄、統計資料及稽核制度之紀錄。(可)
4. 排班照會系統或班表。(可)
5. 與臨床照護單位召開服務流程品質檢討會議紀錄。(可)
6. 抽查放射線(含核子醫學)報告

可2.8.12 具備合宜的放射治療(含核子醫學)設備，並能確保其正常運作與環境安全(1/4)

■ 評量項目

□ 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，進行必要的查檢、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

可2.8.12 具備合宜的放射治療(含核子醫學)設備，並能確保其正常運作與環境安全(2/4)

■ 評量項目

□ 符合項目

3. 放射線或核子醫學治療室的設計，須符合游離輻射防護法規之規範。工作環境的游離輻射防護設置與措施，必須依照法規訂有安全管理計畫，以執行妥善的防護、監測與記錄；如有污染性廢棄物須處理時，應符合國家法規訂定相關作業規範
4. 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
5. 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

可2.8.12 具備合宜的放射治療(含核子醫學)設備，並能確保其正常運作與環境安全(3/4)

■ 評量項目

□ 符合項目

6. 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

符合項目5、6，107年原為試評項目，**本年度轉為正式評量項目**，惟申請「地區醫院評鑑」者可免評

□ [註]

1. 緊急治療之設施、設備因發生重大事故，無法因應急診醫療服務的需求時，治療部門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

可2.8.12 具備合宜的放射治療(含核子醫學)設備，並能確保其正常運作與環境安全(4/4)

■ 評量項目

□ [註]

2.符合項目5、6申請「地區醫院評鑑」者可免評

□ 評量方法及建議佐證資料

- 1.醫療儀器、設備查驗、保養、維修或校正作業標準及查檢紀錄。
- 2.醫療儀器維修廠商管理辦法及相關合約
- 3.符合法規之輻射防護安全管理計畫，及監測紀錄
- 4.急救設備平時保養、點班紀錄
- 5.輻射偵測設備及假體作業程序及相關紀錄(可)
- 6.重要醫療儀器之備援計畫或機制(可)

可2.8.13 具備符合標準之放射治療(含核子醫學)作業程序， 並確實執行(1/3)

■ 評量項目

□ 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(含核子醫學)的計畫、實施及其結果判定，必須由放射治療(含核子醫學)專科醫師簽核
- 4.放射線治療(含核子醫學)檢討會須定期舉行，並納入每位病人治療計畫內施行

可2.8.13 具備符合標準之放射治療(含核子醫學)作業程序， 並確實執行(2/3)

■ 評量項目

□ 符合項目

5. 應與相關診療科醫師舉行病例檢討會，檢討會之經過及結果應記錄於病人診療紀錄內
6. 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

符合項目6，107年原為試評項目，本年度轉為正式評量項目，惟申請「地區醫院評鑑」者可免評

可2.8.13 具備符合標準之放射治療(含核子醫學)作業程序， 並確實執行(3/3)

■ 評量項目

□ [註]

1. 未提供放射(含核子醫學)治療服務者，可自選本條免評
2. 符合項目6申請「地區醫院評鑑」者可免評

□ 評量方法及建議佐證資料

1. 放射治療病人辨識、登錄、運送、治療等作業規範或作業程序及紀錄
2. 放射治療作業之品管政策與程序
3. 抽查放射治療診療相關病歷資料(如：治療計畫、病歷摘要等)
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(可)

可2.8.14 放射治療(含核子醫學)作業具有完備的品質保證措施(1/2)

■ 評量項目

□ 符合項目

1. 診療計畫與紀錄應符合時效，內容詳實
2. 放射治療(含核子醫學)相關影像檔案管理適當
3. 應建立品質保證執行過程之管理會議或稽核制度
4. 有適當會診機制，能協助臨床診療

符合項目3、4，107年原為試評項目，**本年度轉為正式評量項目**，惟申請「地區醫院評鑑」者可免評

□ [註]

1. 未提供放射(含核子醫學)治療服務者，可自選本條免評
2. 符合項目3、4申請「地區醫院評鑑」者可免評

可2.8.14 放射治療(含核子醫學)作業具有完備的品質保證措施(2/2)

■ 評量項目

□ 評量方法及建議佐證資料

- 1.放射治療(含核子醫學)診療計畫與紀錄完成作業規範
- 2.放射治療(含核子醫學)影像檔案管理機制
- 3.放射治療(含核子醫學)相關品質指標監測紀錄、統計資料及稽核制度之紀錄
- 4.排班照會系統或班表

實地評鑑重點提醒(1)

■ 書面資料部分

- 自評表：善用圖表、照片，敘明具體作法、成果；勿一味重述評量項目的要求，送出前請經統整、覆核
- 佐證資料：紙本或E化方式呈現皆可，重點是內容要熟悉，操作能熟練，搭配解說須流暢
- 基資表及補充資料表：請依填表注意事項及備註說明，正確完整填寫，陪評人員與相關單位主管對資料表填報內容清楚

實地評鑑重點提醒(2)

■ 實地查證部分

- 請依基準內容安排分組之陪評人員，必查之熱門單位，建議除主管外，可安排協助人力
- 沒有限定委員查證的單位，各單位皆要有接受查證各項基準的準備
- 陪評人員應能掌握組內基準，並能熟悉院內作業規範與流程
- 委員需要的資料若不在現場，應予以說明理由後儘速取得，勿拖延或不回應
- 找對的人、做熟悉、正確的解說，最好做到一次到位
- 委員的建議請利用空檔修正，並擇適當時機給予回覆

實地評鑑重點提醒(3)

■ 因應PFM查證

- 再也沒有模範病歷，所以每次照護、記錄都要到位
- 在主題/病人查證的原則下，須掌握醫院可能被查證的重點，如：10大住院、10大手術、高風險、跨單位照護、持續性監測指標異常、甚至是近日重要的疫情等
- 不只選取住院中病人，也有可能從出院後的病例了解
- 查證起於找到目標病人，如何快速提供委員病人清冊，是需要練習

實地評鑑重點提醒(4)

■ 因應PFM查證

- 熟讀基準條文是因應PFM的基本功，建議在院內成立查核小組，針對主題/病人查證重點(如：儀器設備管理、病歷管理、照護環境安全、人員教育訓練、以及內、外科系病人照護等)，進行院內預查，除讓人員熟悉PFM查證方法外，更可儘早發現照護流程的脆弱點
- 與病人照護相關之SOP、病歷紀錄、會議記錄等是必看的重點，文件管理要注意定期檢視、修訂
- 最後別忘了展現以病人為中心的跨團隊照護的特色

實地評鑑重點提醒(5)

■ 綜合建議

- 善用基準中之目的及評量方法及建議佐證資料欄
- 加強人員對院內相關SOP的熟悉，特別是醫師的準備與參與
- 落實照護與規範一致；全院各單位間作法一致
- 與委員關係非敵對而是合作，掌握主動向委員說明在基準要求下之實際作法(尤其是查證時間已大幅縮減)
- 針對評鑑持續性品質監測系統所產出之指標數據，請納入院內會議中定期分析檢討與改善(委員手上已有此資料)
- 帶著委員看到醫院照護服務中以病人為中心、團隊合作、病人參予、安全、品質提升的具體作為

感謝聆聽 敬請指教

說明會提問將納入本年度委員共識，
再放置本會網站供各界下載。





QUALITY, WE TOGETHER!



JCT FB



JCT LINE



JCT 網站



International Forum on
QUALITY & SAFETY
in HEALTHCARE

18-20 September 2019
Taipei



Welcome to International Forum Taipei