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，透過每項政策的規劃、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為社區民眾所需要的。在策略規劃過程中，醫院的監理團隊(Governing body，可包含董事會、出資者或院長，依個別醫院架構自行決定)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決定)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，依據宗旨、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民眾之需求納入，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永續經營所不可或缺。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。

條　號		條文	評量項目	評鑑委員共識
	1.1.1	明訂宗旨、願景及目標，據以擬定適當之目標與計畫，積極主動提升醫療品質、病人安全及經營管理成效	**目的：** 醫院訂定宗旨、願景與目標，確認在服務區域的角色及功能，監理團隊與經營團隊應研擬計畫，提升病人安全、醫療品質與經營管理相關議題，善盡在服務區域之角色與任務。 **符合項目：** 1.醫院之監理團隊與經營團隊能共同訂定醫院之宗旨、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。 2.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，明訂醫院在服務區域的角色與功能，由經營團隊與社區民眾之需求，擬訂年度目標與計畫，並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	1.監督或治理團隊，可包含如：董事會、退輔會、軍醫局、醫學院、衛福部醫管會、公立醫院主管機關等。 2.評鑑委員於實地評鑑時，將了解醫院之監督或治理團隊有無授權機制(醫院自行舉證)。 3.請醫院之監督或治理團隊派員列席實地評鑑，且於「委員與醫院代表面談」時段，應至

條　號		條文	評量項目	評鑑委員共識
			品質指標報告等進行檢討)，並獲得共識。 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。 4.醫院之監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及相關預算。 **[註]** 1.監理團隊(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，以下簡稱監理團隊。 2.經營團隊(executive team)係指依監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.符合項目 4 所稱之策略性計畫與預算是指為達成醫院宗旨、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)。 4.符合項目 3、4 申請「地區醫院評鑑」者可免評。 **評量方法及建議佐證資料：** 1.醫院監理團隊及經營團隊之章程、組織圖。 2.醫院之監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。 3.服務區域需求之分析結果。 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。	少有 1 位代表出席。 4.符合項目 2： (1)主要在瞭解醫院之監督或治理團隊、院長、副院長及部門主管對於相關問題決策的參與情形。 (2)對於醫療品質議題，院長、副院長及部門主管在全院性會議有進行討論；其相關重要事項有機制提供監督或治理團隊知悉。
	1.1.2	明訂組織架構及指揮系統及管理制度	**目的：** 明訂組織架構、指揮系統及管理制度，收集醫療業務管理及內部作業流程等之關鍵指標，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.訂有清楚之醫院組織章程及架構圖。	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			2.訂有醫院各項管理制度規章，包含各項業務管理制度規章等，及各部門並據以訂定作業規範或程序。 3.設置會計業務單位或專責人員。專責人員應熟悉一般公認會計原則，據以執行會計業務，建立並執行內控機制。 4.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。 **[註]** 1.符合項目 4 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)、作業規範或程序及相關檢討會議紀錄。 3.組織調整、規章修正之公告相關資料。 4.醫療業務指標與內部作業指標收集結果。	
	1.1.3	擬定並參與社區健康促進活動	**目的：** 依據社區民眾之需求，訂定社區健康促進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.有專責部門或人員負責辦理社區健康促進活動，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.能參考服務區域民眾之就醫需求分析結果訂有社區健康促進年度工作計畫以及明確之目標，落實執行。 3.對於社區工作計畫的推展有定期檢討改善。(試免) 4.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，並透過各項	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			文宣、網頁或公開活動將其告知社區民眾。 5.提供病人輔導、諮商及社區聯繫工作，並協助解決其困難。 [註] 1.符合項目 3 本年不納入評鑑，於 109 年列為試評項目。 2.符合項目 2、4 申請「地區醫院評鑑」者可免評。 **評量方法及建議佐證資料：** 1.社區健康促進年度工作計畫與依計畫進行之相關活動，如舉辦以社區民眾為對象的演講、健康教室、研討會、電話諮商等或研討會之紀錄。	
	1.1.4	應訂有醫療品質及病人安全指標，並如期提報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.應訂定適當的醫療品質及病人安全指標，確實執行及評估。 2.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。 3.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%。 4.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。 5.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)。 6.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)及門診等候時間等。 7.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	1.符合項目 1 應針對全院品管進行查核，且指標統計後之回饋，可由相關委員會開會之資料呈現進行查核。另，相關臨床業務指標，由醫院自行界定並評估。 2.資料收集期間自 104 年 4 月 1 日起開始填列。 3.符合項目 6 所提「等候住院時間」及「等候檢查時間」之分析檢討，鑑於各醫院之認定標準不一，故由評鑑委員於實地評鑑時，依醫院現況進行認定。 補充說明 1.衛生福利部於 106 年 2

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			高於院內或院外相同專長同儕者，能予以監測並設法改善。(試免) **[註]** 1.量性指標： (1)臨床照護指標：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)醫事人力指標：採每月提報，系統每月提報截止日為當月 10 日，如 3 月指標截止日為 3 月 10 日、4 月指標截止日為 4 月 10 日、5 月指標截止日為 5 月 10 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。 5.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。 6.符合項目 7 本年不納入評鑑，於 109 年列為試評項目。 7.符合項目 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.平均每年指標提報完成率。 2.平均每年質性文件上傳完成率。 3.醫療品質及病人安全指標。	月 17 日修正核備「醫院評鑑持續性監測指標操作型定義手冊」，量性指標依醫院評鑑基準條文、醫院層級、屬性及是否有提供服務列為「必填」。 2.量性指標自 106 年起新增「醫事人力」指標共計 13 項，於 106 年 4 月開放填報，並回溯填報 1 月至 3 月資料。 3.量性指標填報率計算方式如下： (1)104 年 4 月至 106 年 3 月以原有之必填指標(9 項)計算。 (2)106 年 4 月起依醫院有提供之服務項目(含臨床指標及醫事人力)計算。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			4.相關品質指標之統計、分析及檢討報告。	
可	1.1.5	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，提供服務之志工應有安全與服務倫理相關教育訓練，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，有志工服務成效之評核機制。 3.訂有相關教育訓練計畫與課程。 **[註]** 未向衛生局或社會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.志工管理制度規章。 2.志工教育訓練計畫與課程資料。 3.志工排班表。	

第 1 篇、經營管理　第 1.2 章 員工管理與支持制度

【重點說明】

妥善的人力資源管理與員工支持制度，除可讓醫院的經營符合法規及實務的需要外，透過人事管理制度，尚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)、提供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。另希望引導醫院及主管定期評估人員能力、適當配置人員、給予適切工作內容及合理之工作量，藉以確保人員不致承受過多、過重之責任與壓力，確保醫療品質及病人安全。

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，招募符合各單位所需的人力，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，激勵員工持續進步、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。

員工是醫院的重要資產，醫院除應建構安全、適合工作的環境外，在員工支持方面，應重視員工身心健康維護、健康促進與福利。唯有健康、滿意的員工才能有專業、有品質的醫療服務及滿意的病人。另外，應提供員工適當的意見反應管道(如：滿意度調查、主管信箱等)及心理支持及輔導機制，釐清工作同仁所提問題予以適當處理，協助員工調適，定期辦理紓壓或情緒支持相關講座或活動，提升員工心理衛生相關知能，甚至有互助機制，減輕員工面臨困境或醫療糾紛時之壓力。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
	1.2.1	設置人事管理專責單位，各部門的職掌及職務規範明確，並對醫師的診療品質及工作量，定期作客觀的評估	**目的：** 建立人事管理制度，明確規範各部門的職掌及職務，並定期評估醫師合理的工作量、專業能力及監測其診療品質，確保醫療品質及病人安全。 **符合項目：** 1.設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各部門業務職掌與工作規範。 2.員工出勤管理應符合勞基法工時相關規定；如於評鑑效期內遭勞動檢查機構裁罰 5 次以下者，應對於勞動檢查缺失有具體改善。(試) 3.設有職務代理人制度。 4.醫師工作量之評估應包含：診療的病人數、手術件數、檢查判讀報告件數及診	1.符合項目 3 所提「職務代理人制度」係指所有工作應有人員代理。 2.符合項目 5，對於執行高風險或高技術之醫療行為應有執行權限(privilege)之規範及評估。 3.符合項目 2「勞工檢查缺失」因醫院評鑑 4 年合格效期，且 5 次為限，經勞動主管機關處分

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			療品質有定期評核機制。 5.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及範圍並定期評估。 **[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.符合項目 1 所提工作規範，如上班時間表、排班制度、工作說明書等，且符合相關規定。 3.符合項目 2，於公立醫院之聘任(用)人員，依其相關規定辦理。 4.符合項目 3 所提「職務代理人制度」係指所有工作應有人員代理。如醫師負有行政職務者，其醫務及行政職務，均應指定代理人。 5.符合項目 4 所提診療品質，其關鍵指標項目如抗生素使用、感染率、併發症或判讀正確率等。 6.若本分院(院區)個別獨立評鑑者，分院仍應有適用分院之規章辦法。 7.符合項目 2，本年列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 8.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.人事管理規章。 2.勞動檢查機構查核紀錄。 3.各部門之職掌及職務規範或業務手冊。 4.醫師門診時間表、病人數、手術件數、檢查判讀報告件數服務量統計資料。 5.高風險或高技術醫療行為醫師執行權限之規範及檢討評估資料。(可)	有案，限期未改善者依公文件數計算；懲罰訴訟或訴願中者不列計次數。 4.符合項目 2 本年度列為試評項目，於實地評鑑期間，請委員須收集受評醫院該項達成情形。
	1.2.2	訂有明確之員工晉用及薪資	**目的：** 依需要建立員工晉用與薪資等制度，招募及晉用之員工符合各單位用人需求，並有人事評核機制，且能依工作負荷與業務量變化適時調整人力，提升人力資源管	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
		制度且執行合宜	理效能。 **符合項目：** 1.訂定員工招募辦法。 2.依據相關法令訂定適當的薪資制度，並有規範加薪、獎金或晉級等事項。 3.訂定員工晉用及薪資制度能適時修訂，每次修訂均公告周知。 4.各種人事評核辦法，並公告周知。 5.依據考核結果有適度的獎懲。 6.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。 7.人事升遷考核制度訂定及評核過程有員工代表參與。 8.考量醫院盈餘，適時調增人力或薪資。 **[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.符合項目 6、7、8 申請「地區醫院評鑑」者可免評。 **評量方法及建議佐證資料：** 1.員工招募的規章制度。 2.員工薪資的規章制度。 3.薪資調整、獎金發放之檢討報告、評量方法及佐證資料。 4.員工評核的規章制度。	
	1.2.3	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。	

條　號	條文	評量項目	評鑑委員共識
		2.訂有訓練管理制度，且有機制收集各職類醫事人員繼續教育積分，以了解員工出席狀況與學習成效，並適時提醒。 3.明訂員工年度在職教育訓練之課程內容，應包含：病人權利、病人安全、醫療倫理、全人醫療、感染管制、危機處理及醫事法令等重要議題。 4.運用資訊化管理，有效追蹤員工參與教育訓練狀況及成效，並將結果與員工績效考核連結。(試免) **[註]** 1.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。 2.符合項目 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.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、病安教育訓練內容等)及訓練結果報告。 2.全體員工(含外包人員)每年接受病人安全教育訓練紀錄。 3.訓練管理資訊化相關資料。	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
	1.2.4	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.訂有新進員工教育訓練評估考核制度。 3.到職訓練分共同課程及專業課程二部分，應分別明訂其課程內容、時數和時程表。 4.新進員工到職訓練時數至少 16 小時且在 3 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。 [註] 1.「新進員工」係指到職半年內(含試用)之人員。 2.共同課程包括醫院宗旨與願景、醫院及部門介紹、職位及職責說明、人事規章、員工權益、職業安全、消防安全、倫理規範、感染管制等。 3.符合項目 4 申請「地區醫院評鑑」者可免評。 **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。 2.新進員工教育訓練內容或課程表。 3.各職類新進員工參加到職訓練出席率統計表。	
	1.2.5	設立職業安全衛生專責組織、人員，並訂定職業安全	**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：**	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
		衛生管理計畫，及確實執行員工意外事件防範措施	1.依院內各單位特性，訂定員工意外事故防範辦法，周知員工確實遵守，並定期檢討修正。 2.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，進行原因分析，據以檢討改善，有避免重複再犯之對策，並公告周知全體員工。 3.針對會影響員工安全的高風險區域有適切之規劃及管理。 **[註]** 1.符合項目 1 所提「定期檢討」，其週期以至少 2 年 1 次為原則。 2.符合項目 3 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、鍋爐房及水塔等。 3.符合項目 2、3 申請「地區醫院評鑑」者可免評。 **評量方法及建議佐證資料：** 1.員工意外事故防範辦法或規章。 2.發生異常事件檢討之會議紀錄。 3.院內發生重大違反職業安全衛生事件之後續處理及檢討。(可)	
	1.2.6	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維護、健康促進與福利，確保員工身心健康。 **符合項目：** 1.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。 2.提供身心障礙員工相關設施設備及環境合宜、適用。 3.辦理健康促進活動、提升員工士氣之福利措施。 4.對一般(特殊)體格(健康)檢查結果異常之員工提供追蹤機制，並有檢討分析並推	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			展各項健康促進計畫。 5.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。 **[註]** 1.符合項目 1 所提「哺(集)乳室」之設置應依總統 99 年 11 月 24 日令公布「公共場所母乳哺育條例」之規範執行，若有違反，亦需受罰。 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、預防注射及健康體能促進(請參考國民健康署健康體能指引手冊)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、職業災害補償、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，為保障孕婦健康，應比照勞基法第 49 條「雇主不得使妊娠或哺乳期間之女工於午後十時至翌晨六時之間內工作」及第 51 條「女工在妊娠期間，如有較為輕易之工作，得申請改調，雇主不得拒絕，並不得減少其工資」規定辦理。 5.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.廁所數量、更衣室、休息室、哺(集)乳室等配置及數量資料。 2.身心障礙設施設備資料。 3.健康促進與福利措施資料。 4.員工建議工作環境事項及檢討措施資料。(可) 5.一般(特殊)體格(健康)檢查結果異常之統計分析，及異常員工追蹤紀錄資料。 6.員工健康促進計畫資料。	
	1.2.7	有關懷輔導機制對院內員工	**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，	符合項目1,若醫院無醫療事故相關案例，則實

條　號	條文	評量項目	評鑑委員共識
	提供心理及情緒等支持，並有員工申訴管道	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，對涉及醫療事故的員工，設有支援機制。 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.每年至少一次辦理員工滿意度調查，其結果進行統計、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，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。 **[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.符合項目 3 申請「地區醫院評鑑」者可免評。 **評量方法及建議佐證資料：** 1.員工關懷輔導的規章。 2.員工申訴管道作業程序或規章。 3.員工申訴個案紀錄。 4.員工滿意度調查資料。 5.員工紓壓或情緒支持相關活動計畫及結果報告資料。(可) 6.員工滿意度各選項分析檢討改善資料。(可) 7.員工意見處理及檢討改善紀錄。(可)	地評鑑時以評量該院之相關標準作業流程為原則。

第 1 篇、經營管理　第 1.3 章 人力資源管理

【重點說明】

1.「實地評鑑前之年平均人力」(期間自 104 年 4 月至實地評鑑前，或自開業日期起至實地評鑑前；以每月第 1 日之人力數計算年平均人力)及「實地評鑑當日人力」。

2.若評鑑基準等同醫療機構設置標準時，參考地方衛生主管機關認定結果。若評鑑基準高於醫療機構設置標準時，不適用前項原則，委員仍應依評鑑基準內容進行查證。

3.醫療替代役男於醫療院所係協助醫療輔助性勤務，受該管正式醫事人員指導下執行該當之輔助性助手工作，無獨任或決定之權限，故應非正式醫事人力，不應列入醫事人力計算考量，以符兵役權責（依據內政部役政署 103 年 11 月 13 日役署甄字第 1030024057 號函、101 年 4 月 26 日役署管字第 1015005374 號函及衛生福利部 96 年 5 月 8 日衛署醫字第 0960014705 號函辦理）。

4.有關必要條文(人力配置)之評量方式及合格要件，須符合下列情形之一：

(1)「實地評鑑前之年平均人力」及「實地評鑑當日人力」均達符合以上者，該必要條文為合格。

(2)「實地評鑑前之年平均人力」未達符合(但計算期間所包含之月份，已有 90%以上月份之人力達符合以上)，惟「實地評鑑當日人力」達符合以上者，則仍視為該必要條文合格。

(3)「實地評鑑前之年平均人力」已達符合以上，雖「實地評鑑當日人力」未能達符合者，則仍視為該必要條文合格。

(4)條號 1.3.8、1.3.10 及 2.4.10 為試評條文，評量結果不納入評鑑成績計算，惟未達符合者得列為次一年度不定時追蹤輔導訪查對象。

5.評量項目所提「年平均佔床率」共有下列二種認計原則，由醫院擇一採計，並提供予評鑑委員參考，惟各職類人力計算應採同一認計原則：(1)近三年之年平均佔床率。(2)實地評鑑前之月平均佔床率：期間自 104 年 4 月 1 日(或開業日)起至實地評鑑前。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
必	1.3.1	適當醫師人力配置	**目的：** 配置適當的醫師人力，確保醫療服務品質，並符合政府相關法令之規定。 **符合項目：** 1.每 10 床應有醫師 1 人(含)以上。 2.各診療科均有專科醫師 1 人(含)以上。 **[註]** 1.本條為必要條文，必須達符合。 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	評量項目[註]2 之病床數包含：急性一般病床、精神急性一般病床、慢性一般病床、精神慢性一般病床、加護病床、精神科加護病床、燒傷加護病床、燒傷病床、亞急性呼吸照護病床、慢性呼吸照護病床(呼吸病床)、隔離病床、骨髓

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			侵害犯罪加害人強制治療病床)，並依登記開放病床數計。 3.依醫療機構設置標準第二十條規定事先報准之時數，每週達 44 小時者，得折算醫師人力 1 人。 4.嬰兒床以三分之一折算。 5.血液透析床，以 15 床折算。 6.亞急性呼吸照護病床，以 15 床折算；慢性呼吸照護病床，以 20 床折算。 7.醫師人力係指西醫師。 **評量方法及建議佐證資料：** 1.專任醫師及醫師執業登記名冊。 2.醫師門診時間表。	移植病床、安寧病床、嬰兒病床、嬰兒床、血液透析床、腹膜透析床、急性後期加護病床、整合醫學病床。
必可	1.3.2	適當醫事放射人力配置	**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.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 100 床以上 249 床以下醫院：每 45 床應有 1 人以上。 ④急性一般病床 99 床以下醫院：每 50 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)設加護病房者，每 20 床應有 1 人以上。	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			2.有提供二十四小時緊急放射診斷作業者：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。 **[註]** 1.本條為必要條文，必須達符合。 2.急性一般病床 99 床以下醫院未設有放射線設施者，可自選本條免評。 3.醫事放射人員包括醫事放射師及醫事放射士，並應辦理執業登記。 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.醫事放射專任醫師、醫事放射人員及執業登記名冊。 2.放射線作業人員訓練計畫及訓練結果資料。	
必可	1.3.3	適當醫事檢驗人力配置	**目的：** 配置適當的醫事檢驗人員及合理工作量或簽訂合約委託檢驗,確保醫事檢驗時效及服務品質，並符合政府相關法令之規定要求。 **符合項目：** 1.醫事檢驗人員： (1)申請地區醫院評鑑者： ①急性一般病床 100 床以上醫院：每 50 床應有醫事檢驗人員 2 人以上。應有專任醫事檢驗師 2 人以上。 ②急性一般病床 99 床以下醫院：每 50 床應有醫事檢驗人員 1 人以上。	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			(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)有提供二十四小時緊急檢驗作業者：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。 (4)設有血液透析床者，每 50 床應有醫事檢驗人員 1 人以上。 (5)設有血庫者，應有專人管理。 2.委託檢驗需訂有合約，明訂時效及品質規範。 **[註]** 1.本條為必要條文，必須達符合。 2.急性一般病床 49 床(含)以下且未設有檢驗設備者，可自選本條免評。 3.醫事檢驗人員包括醫事檢驗師及醫事檢驗生，並應辦理執業登記。 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.醫事檢驗服務之相關作業規定。 2.醫事檢驗人員執業登記名冊。 3.委託檢驗機構合約及相關監測時效及品質資料。	
必	1.3.4	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.護產人力係依評量項目內容逐項計算(同一類別病床數得合併計算)，且計算結果均取至小數點以下第一位，再將計算結果逐項進行

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			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。 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。	加總，加總後以四捨五入取至整數位。 2.申請區域醫院評鑑者，其手術室護產人力之班台數計算，係以「當月每日各班實際開台數加總÷當月手術室實際工作日」計算之；凡醫院於當日執行手術，則依據手術執行日數(半日或全日)列計實際工作日。另，若醫師待班(on call)執行手術，醫院可自行認列待班(on call)的實際工作日。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			⑨精神科日間照護單位，每 16 名服務量應有 1 人以上。 3.精神急性一般病房：每 3 床應有 1 人以上。 4.精神慢性一般病房：每 12 床應有 1 人以上。 **[註]** 1.本條為必要條文，必須達符合。 2.護產人員包括護理師、護士、助產師及助產士，並應辦理執業登記；護佐、照顧服務員、書記等不列計。 3.各類病床數以登記開放數計，並依實際設置情形計算人力。 4.開業後之門診護產人員，依診療室之實際使用率計。其計算方式如下：實際使用率＝每星期之開診數/(診間數×每天以二時段計數×每星期開診天數)×100％。 5.人力計算時： (1)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。 2.各部門護產人員配置統計。	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
必	1.3.5	適當藥事人力配置	**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 1 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。	1.符合項目需依門診處方張數換算藥事人力，目前並未特別區分「門診處方」之類別，處方箋數參考醫院向健保署申報之數量。 2.評量項目[註]2，執業登記於該院的藥師及藥劑生，不論其編製單位/部門，均列計藥事人力。 3.評量項目[註]4 所稱實際門診日數，如醫院於週六、週日或例假日僅上半天班者，以 0.5 日計算。 4.藥事人力係依評量項目內容逐項計算，再進行加總。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			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。 **[註]** 1.本條為必要條文，必須達符合。 2.藥事人員包括藥師及符合藥事法第 37 條第 3 項規定之藥劑生，並應辦理執業登記。 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.符合項目 2-(4)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。 2.具藥師資格統計資料。	
必 可	1.3.6	適當營養人力配置	**目的：** 配置適當的營養師，確保膳食服務品質，並符合政府相關法令之規定。	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			符合項目： 1.依醫院類型及規模設置人員或部門負責醫院膳食服務。 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。 **[註]** 1.本條為必要條文，必須達符合。 2.急性一般病床 49 床(含)以下且未設加護病房、燒傷加護病房、亞急性呼吸照護病房(RCC)、慢性呼吸照護病房(RCW)、燒傷病房者，可自選本條免評。 3.若設有營養部門者，其主管建議由營養師擔任為宜。 4.各類病床數以登記開放數計，並依實際設置情形計算人力。 5.人力計算時： (1)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。	

必可	1.3.7	適當復健人力配置	**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。 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。 **[註]** 1.本條為必要條文，必須達符合。	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			2.未提供復健相關服務且未設有復健相關人員者，可自選本條免評。 3.各類病床數以登記開放數計，並依實際設置情形計算人力。 4.人力計算時： (1)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。	
試 必	1.3.8	適當的社工人力配置	**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： ①99 床以下應有指定專人負責社會工作服務。 ②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分之一以上；但偏遠地區醫院不在此限。 2.提供病人輔導、社區聯繫工作，並協助解決其困難，如經濟或家暴等問題，並有相關工作紀錄。	1. 除急性一般病床 99 床以下者外，社會工作人力係指社會工作人員。 2. 社會工作人員，依醫療機構設置標準係指大專以上社會工作系、所、組畢業，並具有社會工作師考試資格者。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			[註] 1.本條為試評條文，評量結果不納入評鑑成績計算。 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.社會工作人員及執業登記名冊等資料。 2.提供病人輔導、社區聯繫工作等協助解決其困難之相關工作紀錄。	
可	1.3.9	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，並確實考核承包業者有履行合約，作為日後續約、違約處理之依據。 4.應於外包契約中明訂，執行外包業務致生事故或醫療爭議之責任歸屬及其賠償機制，並載明外包業者違約不能履行時之業務即時銜接機制等，以保	1.外包業務之醫事人力需執登於該院。 2.外包人員係指廠商常駐於醫院之外包人員，該業務之人員每週至少來一次(含以上)，且以從事例行性業務範圍者為主。 3.評鑑委員於實地評鑑時，可查核醫院相關外包合約。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			障病人權益與安全。 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。 **[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。 (7)照顧服務員。 4.符合項目 3 申請「地區醫院評鑑」者可免評。 **評量方法及建議佐證資料：**	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			1.外包業務管理辦法或規章制度。 2.外包人員健康檢查紀錄。 3.外包業務及設備等訪查評估紀錄。 4.外包違約時業務即時銜接機制。 5.外包人員教育訓練資料。 6.外包業務監督管理規範及查核紀錄。	
試必可	1.3.10	適當的呼吸治療照護人力配置	**目的：** 配置適當之呼吸治療師，確保呼吸治療照護品質，並符合政府相關法令之規定。 **符合項目：** 1.依醫院類型及規模設置人員或部門負責呼吸治療服務。 2.呼吸治療師人力： (1)亞急性呼吸照護病房：每 10 床應有 1 人以上。 (2)慢性呼吸照護病房：每 30 床應有 1 人以上。 (3)加護病房：每 15 床應有 1 人以上。 3.收治使用呼吸器之病人，應有呼吸治療師提供 24 小時服務。 **[註]** 1.本條為試評條文，評量結果不納入評鑑成績計算。 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，併以四捨五入取至整位數。 (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。 3.未設亞急性呼吸照護病房、慢性呼吸照護病房、加護病房者，可自選本條免評。	1.符合項目 3 所提「可提供 24 小時服務」，可依衛生福利部(原行政院衛生署)102 年 3 月 21 日衛署醫字第 1020200292 號函之函釋內容辦理： (1)若醫院聘有之呼吸治療師人數不足以在院輪值三班時，為提供 24 小時呼吸治療服務，得審酌病人情況，在院外 30 分鐘可達處所 on call。 (2)若醫院自聘之呼吸治療師人數足夠時，則 24 小時提供服務係指在醫院內值勤。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			評量方法及建議佐證資料： 1.呼吸治療師人員之執業登記名冊。 2.呼吸治療師 24 小時服務紀錄。 3.加護病房專責呼吸治療師排班表。(可)	

第 1 篇、經營管理　第 1.4 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，本章將評估病歷妥善管理、應用之體制是否完善適當，包括：

1.病人的病歷應妥善整理(編號、登記、歸類)，以利專業診療參考。

2.應明確掌握病歷完整性及行蹤，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.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。

7.定期利用病歷製作、提供及檢討臨床、效率及業務評估指標或資料。

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

條　號		條文	評量項目	評鑑委員共識
	1.4.1	健全的病歷資訊管理制度及環境，且病歷部門人力品質和作業功能良好	**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和設備的保存環境，以利合法完整調閱應用。 **符合項目：** 1.病歷明訂記載規則及標準作業流程，檔案排列整齊易於調閱，病歷調出與歸檔有作出入庫管理；嚴防病歷遭竄改、損毀及不當取得或使用。 2.電子病歷或健保署醫療資訊雲端查詢系統的讀取或下載，應依循完備的資訊安全管理機制，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。 3.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。 4.應設有專責病歷管理單位或人員，負責病歷管理。管理人員應接受病歷管理或疾病分類等相關專業訓練。病歷管理委員會有資訊人員擔任委員，或	1.符合項目 1，醫院可採定期抽查、加蓋騎縫章等方式，來防止病歷被撕毀、竄改。 2.符合項目 3 所提「防火設施設備」，目前相關法令及評鑑基準並未規定防火設備類型，醫院可依其現況及安全性進行配置。 3.[註]1 係依據「醫療機構電子病歷製作及管理辦法」之第 7 條規定「醫療機構實施電子病歷，應將開始實施之日期及範圍報請直轄市、縣(市)主管機關備查，並應揭

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			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。 **[註]** 1.全面或部分實施電子病歷之醫院，應符合「醫療法」及「醫療機構電子病歷製作及管理辦法」之規定。 2.未向當地主管機關宣告實施電子病歷者，本條有關電子病歷之部分免評。 3.符合項目 4 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.病歷製作與管理辦法。 2.病歷書寫規範。 3.病歷審查作業辦法。 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)。 5.病歷管理部門組織圖。 6.病歷管理和疾病分類人員，相關學協會專業訓練或認證資料。	示於機構內明顯處所，於變更或停止實施時亦同」，故醫院向當地主管機關報備實施電子病歷，評鑑委員需就其實施日期及範圍進行評量，惟於該實施日期及範圍內得免以書面方式製作病歷。
	1.4.2	病歷應詳實記載，並作量與質的審查，並作系統性歸檔以維護完整性	**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.醫師和各類醫事人員病歷紀錄應符合相關法規及醫院要求，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。 2.訂定病歷調閱規範。紙本病歷首頁、紙本診療紀錄或電子病歷明顯處應有該病人「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)、器官捐贈或安寧緩和，則應比照「藥物過敏」之註記。	1.符合項目 1，病人進行手術、麻醉、侵入性檢查或治療等相關同意書，皆須納入病歷中；同意書之格式、簽署份數等原則均需符合相關法規規定。另，目前尚未明確規範自費項目之同意書須納入病歷，醫院可自行規範是否納入病歷管理範圍。 2.符合項目 3 所提「特殊病歷

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			3.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，整理摘要後存入病歷，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。 4.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。訂有提供病歷複製本或摘要之流程，資料的釋出須依一定的申請程序辦理。 5.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檢討改善。 **[註]** 1.本條文符合項目 1 至少應符合下列規範： (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)身體檢查(Physical Examination)、檢查項目及結果。 (5)診斷或病名。 (6)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。 (7)所有醫事人員對病歷之紀錄均有簽名或蓋章及簽註日期(醫院已宣告實施電子病歷項目之表單應以電子簽章方式為之)；另，初診及入院紀錄(Admission Note)亦需符合過去病史、家族史、藥物過敏史、職業、旅遊史及資料提供者之規範。 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.病歷書寫規範。	資料」，其摘要置入病歷之頻率，醫院應自行規定並據以辦理，但需向評鑑委員說明規定之原由。 3.符合項目 3，紙本透析紀錄至少每 3 個月整理一次摘要併入病人病歷保存。 4.符合項目 4，針對提供病歷複製本或摘要，醫院應有便利病人的申請流程(如：在服務台接受申請)，不宜規定須先行掛號。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			2.病歷品質管理辦法(含質、量、時效)。 3.個人資料安全保護管理辦法。 4.病歷複製作業時效稽核統計表。(可) 5.病歷紀錄之質量審查之紀錄與分析檢討結果。(可)	
可	1.4.3	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.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)。 3.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。 **[註]** 1.未有設置資訊部門及資訊系統全部委外者，可自選本條免評。 2.符合項目 2、3 申請「地區醫院評鑑」者可免評。 **評量方法及建議佐證資料：** 1.資訊部門組織章程。 2.醫療資訊系統架構圖。 3.資訊管理委員會組織章程與會議紀錄。 4.資訊需求單處理流程與管控規範。 5.資訊管理滿意度調查。 6.資訊管理年度計畫。(可)	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
	1.4.4	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.依「資訊安全管理法」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：使用者權限界定、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)，以確實保障病人個人隱私。 2.設有資料正確性之檢查機制，並檢討改善資料之正確性。 3.資訊設備機房應訂有門禁管制及防火設施。如實施電子病歷之醫院應有病人資料異地或雲端備份之功能。 4.訂有資訊系統故障(當機)緊急應變標準作業規範。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。 5.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。 6.有加入醫療領域資安資訊分享與分析中心(H-ISAC)會員，並適時進行情資分享，提升其資通安全維護能量，調整資通安全應變機制，預防相關資通安全威脅之發生。(試免) **[註]** 1.符合項目 2「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。 2.符合項目 6 本年不納入評鑑，於 109 年列為試評項目。 3.符合項目 5 申請「地區醫院評鑑」者可免評。	

條　號		條文	評量項目	評鑑委員共識
			評量方法及建議佐證資料： 1.資訊管理相關作業規範。 2.使用權限申請單與各職級權限一覽表。 3.資訊設備機房門禁管制與消防設備規範及進出紀錄。 4.醫院資訊系統緊急應變程序。 5.電腦系統故障演練紀錄與資訊安全事故報告單。(可) 6.備份設施與病人資料異地備份規範。(可) 7.醫院電腦系統風險管理計畫，和風險分析與監測管理。(可)	

第 1 篇、經營管理　第 1.5 章 安全的環境與設備

【重點說明】

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，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、浴廁等；為確保病人安全與權益，應考量設施之可用性，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或新生兒病人)、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，並應保持病房之安全與清潔；包括定期檢查床欄之安全性、床墊與所使用之床單應定期清潔與消毒，以防止如：疥瘡之群聚感染。另為確保醫院之飲食安全，醫院之廚房與供餐作業應符合膳食安全衛生管理作業之規範，如：危害分析與重要管制點(Hazard Analysis Critical Control Point, HACCP)之認證規定或地方衛生主管機關的「中央廚房衛生自主管理認證」或食品良好衛生規範(Good Hygienic Practice, GHP)。

條　號		條文	評量項目	評鑑委員共識
	1.5.1	訂定安全管理作業規範，提供	**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。	1.符合項目 2 所提「工作場所」，評鑑委員於實

條　號		條文	評量項目	評鑑委員共識
		病人及員工安全的環境	**符合項目：** 1.設有專責單位或人員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.對公共場所之安全設施，如：公共區域廁所應設緊急求救鈴、蹲式廁所應設有扶手、標準防護設備、電梯與電扶梯防夾傷(無電扶梯者，可免評)、防止電梯意外墜落設備、受困電梯內之求救設施等，有定期檢查，以確保正常運作。 4.實施用電安全管理，如：對使用延長線、耗電用品、電流負荷等予以規範。 5.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。 **[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。 **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.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。	地查證時，設有急診室者至少應查核急診室之工作人員安全。 2.評量項目[註]1： (1)若醫院已將陪病、探病規則列於住院須知中則不需再另訂。 (2)「門禁」係指醫院出入口之管制，特殊單位(如 ICU 等)可另訂開放之規則。 3.評鑑委員於實地評鑑時，如欲了解醫院急診單位「警民連線」之設置，以訪談急診單位工作人員之方式進行；請勿啟動警民連線(測試)，以免打擾警察局之實際勤務作業。
	1.5.2	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。	1.目的所提「通報機制」，係指整起事件通報，從第一時間應變到事件後之處理皆須通報院方。 2.評鑑委員於實地評鑑時，如欲了解醫院急診

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			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.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，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。 4.對於受到傷害(包括實際受傷和目擊受傷)之員工，依通報機制進行通報，並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。 5.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 106 年 5 月 10 日總統華總一義字第 10600056441 號令修正之醫療法。 (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。為保障就醫安全，任何人不得以強暴、脅迫、恐嚇、公然侮辱或其他非法之方法，妨礙醫療業務之執行。 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，警察機關應排除或制止之；如涉及刑事責任者，應移送司法機關偵辦。 中央主管機關應建立通報機制，定期公告醫療機構受有第二項情事之內容及最終結果。」 (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。 對於醫事人員或緊急醫療救護人員以強暴、脅迫、恐嚇或其他非法之方法，妨害其執行醫療或救護業務者，處三年以下有期徒刑，得併科新臺幣三十萬元以下罰金。	單位「警民連線」之設置，以訪談急診單位工作人員之方式進行；請勿啟動警民連線(測試)，以免打擾警察局之實際勤務作業。 3.評量方法及建議佐證資料項目 1 所指「風險評估結果」，醫院可依醫療服務項目及硬體環境應用進行風險評估。佐證資料請提供風險評估工具、過程及結果報告。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			犯前項之罪，因而致醫事人員或緊急醫療救護人員於死者，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」。 3.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.可能發生暴力事件之風險評估結果。 2.訂有防止員工受到暴力事件傷害之安全管理作業規範。 3.防止暴力之員工之教育訓練資料。 4.警衛或保全人員人力排班表。 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(若有案例發生應提供實際執行結果)。(可) 6.每年針對高風險之醫院暴力發生場所進行演練紀錄。(可)	
	1.5.3	藥品與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：** 訂定藥品與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.設有專責單位(或委員會)或人員負責藥品與醫療器材採購及管理，並定期開會，備有會議紀錄。 2.訂有藥品與醫療器材之採購、驗收及庫存管理辦法，以符合醫療照護業務之需要，並確保品質。 3.疫苗不可與其他藥品混雜儲存，標示要明確清楚。 4.醫院應制訂藥品與醫療器材不良反應及異常情況之通報(包含退貨與換貨程序	評量項目[註]2-(3)所提藥用酒精之存放環境，雖未特別規定須使用防爆箱，惟建議應注意通風良好，並宜有固定裝置(防傾倒設計)，且與危險性或易燃性物品隔離。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			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.藥品管理包含： (1)能依藥品種類施行存放環境溫度、濕度管理，且應注意環境清潔。 (2)藥品儲存環境具符合標準之安全措施(如防盜、防火、防蟲等)。 (3)藥用酒精之存放應注意通風良好、防傾倒之固定裝置及具消防設備之場所，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。 3.本條所稱異常情況包含處方錯誤、調劑錯誤、給藥錯誤。 4.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.負責藥品與醫療器材採購及管理之專責人員資歷證明文件。 2.藥品與醫療器材管理相關委員會之組織與會議紀錄。 3.藥品與醫療器材採購及管理辦法。 4.冷藏藥品冰箱溫度監測紀錄。 5.採購部門對於使用部門反應藥品與醫療器材不良品之處理結果。 6.藥品與醫療器材不良反應及異常事件通報紀錄。	
	1.5.4	定期執行醫院設施、設備、醫療儀器或相關器材等之維護、	**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.如果醫療儀器或設備(如：X 光、骨密、超音波、電梯、電腦等)是委外由儀器廠商維護者，並無設置醫工人員，則

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
		檢查、測試、保養或校正作業，並有紀錄可查	1.設有專責單位或人員負責相關設施、設備、醫療儀器、醫療器材等之管理。 2.訂有維護規章、操作訓練規範，以及定期檢查、保養或校正計畫，特別是與病人安全相關之重要設施、設備、急救用醫療器材等(如為外包時，應依外包管理相關基準規定辦理)。 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.操作人員皆須接受教育訓練。 5.訂有故障時之因應規範，如：故障排除步驟及夜間、休假日時故障的維修聯絡方式。 6.如設有移動式透析儀器者，應設有相關防錯機制。(試免) **[註]** 1.本條所稱「設施、設備、醫療儀器、醫療器材」，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 102 年 5 月 8 日修訂之藥事法第 13 條所稱醫療器材，係用於診斷、治療、減輕、直接預防人類疾病、調節生育，或足以影響人類身體結構及機能，且非以藥理、免疫或代謝方法作用於人體，以達成其主要功能之儀器、器械、用具、物質、軟體、體外試劑及其相關物品。 3.符合項目 2 所指之「與病人安全相關之重要設施、設備、急救用醫療器材」之範疇可參考評量項目[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。	評鑑委員於實地評鑑時，係依廠商合約及檢查紀錄內容進行評核。 2.符合項目 1 所提「專責單位」，係指管理單位，非指使用單位。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			5.符合項目 6 本年不納入評鑑，於 109 年列為試評條文。 6.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.「設施、設備、醫療儀器、醫療器材」之維護規章、操作訓練規範、及定期檢查、保養或校正計畫。如醫院未設置醫工人員，而委外由儀器廠商維護者，應提供廠商合約及檢查紀錄。 2.與病人安全相關之高風險設施、設備、急救用醫療器材清單。 3.設施、設備、醫療儀器、醫療器材之監控或評估機制。 4.操作人員皆適當教育訓練資料。 5.訂有故障時之因應規範(如：故障排除步驟及夜間、休假日時故障的維修聯絡方式)。(可)	
	1.5.5	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.設有專責單位或人員負責訂定機電、安全、消防、供水、緊急供電等設施之維護管理規範或計畫，並據以執行(如為外包時，應依外包管理相關基準規定辦理)。 2.確實執行檢查、測試、保養等，能注意管制潛在之感染源，並製作紀錄(含執行日期)；並能依據使用效能、維修、保養狀況，適時更新汰換。 3.專責人員皆須接受相關教育訓練。 4.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。 5.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	1.如果機電、安全、消防、供水、緊急供電、醫用氣體等設備或系統，是委外由廠商維護者，並無設置專業工程人員，則評鑑委員於實地評鑑時，係依廠商合約及檢查紀錄內容進行評核。 2.評量項目[註 1]所提緊急供電發電機測試，評鑑委員以查核測試紀錄為主，若醫院無法提供測試紀錄，則進行現場實際啟動。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			預防與因應，納入員工教育訓練。 **[註]** 1.實地評鑑時，如現場選定測試之設備(如：緊急供電發電機等)，無法立即啟動或故障，則現場給予十分鐘之修復時間。 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.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)；若醫院未設置專業工程人員，應提供廠商合約及檢查紀錄。 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。 3.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)。 4.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。 5.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。(可) 6.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。(可)	3.考量醫院設立年代，以及醫療機構設置標準、建築消防相關法規之「不溯既往的原則」，故評鑑委員實地評鑑時，硬體設施應以參閱相關主管機關年度檢查結果為主，實地查核重點則著重於軟體內容(如：人員訓練、疏散、演練等)。
	1.5.6	各部門落實整潔維護，確實施行院內清潔工作，並定期消毒除蟲	**目的：** 訂定醫院環境、病人寢具清潔消毒工作管理規範與工作計畫並落實執行，確保照護環境舒適與安全。 **符合項目：** 1.有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。	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			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；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。床墊應視需要清潔、消毒或汰換。 5.清潔工作計畫詳實，並備有查核表，實施定期或不定期查核；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。 **[註]** 1.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.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，應提供廠商合約及檢查紀錄)。 2.維護病室清潔之管理辦法。 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。 4.調查病人對病室清潔之滿意度或建議之資料。(可) 5.依查核或稽核結果，進行檢討改善之資料。(可)	
可	1.5.7	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	1.若醫院未設置廚房且未外包，僅提供牛奶及管灌，本條文不得免評，本條文參照符合項目 1 之(2)進行評量，若醫院採膳食外包評鑑委員可依符合項目 2 進行評量。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			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。 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。 (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。 3.餐具洗淨機之洗淨溫度應設定為 80℃，並確認可達衛生機關規定之洗淨度。洗淨後的餐具要烘乾，並確保儲存環境的清潔。另器具及容器需存放於距地面適當高度處，以防止地面上的污水濺濕。 4.監督廚餘處理合乎衛生及環保原則。 5.有專責單位稽核檢查，並有紀錄。 6.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]** 1.符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)未提供膳食服務者。 (2)申請「地區醫院評鑑」者。 2.以外包方式提供膳食服務之醫院亦屬有提供膳食服務。 3.符合項目 3、4、5、6 申請「地區醫院評鑑」者可免評。	2.符合項目 2 所提「供應商」不包含美食街之廠商。 3.符合項目 4，實地查證時，查證範圍至醫院做到管理之責即可。 4.符合項目 6，若醫院通過 ISO22000 之認證，可等同於通過 HACCP 認證。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			評量方法及建議佐證資料： 1.處理食品(包括準備、處理、儲存及運送)之標準作業程序。 2.廚房門禁之管制辦法。 3.防火措施之檢查與教育訓練紀錄。 4.有專責單位稽核檢查之紀錄。(可) 5.通過 HACCP、GHP、或 ISO22000 認證之證明文件。(可)	

第 1 篇、經營管理　第 1.6 章 病人導向之服務與管理

【重點說明】

醫院應提供以病人為中心的醫療服務，且與病人及家屬認識，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，也是醫院穩定經營的重要指標。另外，醫院應依其功能、環境、及社區特性作考量以不妨礙住院病人的治療、照護為原則，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。

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；採取品質改善手法，並確認其成效。尤其對於病人或家屬的意見、抱怨、申訴應有專責處理模式與流程以盡快處理，對於病人或家屬訪客用餐、購物環境或相關資訊亦應適當提供，使醫用者及其家屬訪客方便取得所需服務。

條　號		條文	評量項目	評鑑委員共識
	1.6.1	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公開資訊，如：診療科別、服務範圍、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標示。 3.設有提供諮詢服務之單位，並有明顯之標示，且在住院須知、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。 4.有走動服務人員提供服務，並有排班制度。有供病人借用之輪椅，並建立完善之管理制度。	目的所提「醫療諮詢服務」係指病人有社服、心理、醫療之需求時，知道何處詢問即可。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			5.針對服務區域提供衛教宣導及社區活動訊息。 **[註]** 1.可依病人需求提供適切的溝通服務，如：病人慣用語言或外語之翻譯，聽障者手語翻譯、唇語、筆談、同步聽打、寫字板、溝通板，視障者點字資料、18 號字體以上之資料。 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.醫院門診表。 2.醫療費用收費標準。 3.科室和診間標示的樓層配置圖。 4.輪椅維修管理辦法和借用登記表。 5.走動服務人員排班表。(可) 6.諮詢部門組織章程。(可) 7.醫院健康通訊和衛教網站。(可) 8.住院須知。(可)	
	1.6.2	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。在掛號及繳費尖峰時段，能有彈性運作模式。 2.掛號費收費符合衛生福利部公告之「醫療機構收取掛號費參考範圍」。對出院病人提供收費明細，符合醫療法相關規定。向病人收取之費用，如：病房差額負擔、膳食費等自費服務項目，有適當說明或公告周知。 3.有協調性(彈性)程序和特殊需求服務，如合宜的醫師代診制度或休診制度、假	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			日辦理出院服務。 4.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。 5.針對老人及身心障礙者，提供符合其需求之就醫協助。(試免) **[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。」 3.符合項目 5 本年不納入評鑑，於 109 年列為試評條文。 4.符合項目 4 申請「地區醫院評鑑」者可免評。 **評量方法及建議佐證資料：** 1.掛號、批價收費和住出院辦理單位組織章程與管理辦法。 2.掛號、批價收費和住出院作業流程。 3.醫療費用一覽表和收費規定。 4.醫師停代診及請假管理辦法。	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
	1.6.3	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知。 2.醫院應掌握全院各科別的等候住院病人情況，落實病人住院天數控制。 3.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。 4.訂有病人出入院管理辦法或合適機制，並有服務的使用狀況與統計。 **[註]** 1.符合項目 4 所稱「出入院管理辦法或合適機制」，係指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。 2.符合項目 3、4 申請「地區醫院評鑑」者可免評。 **評量方法及建議佐證資料：** 1.住院病床利用規範。 2.病人等候住院病床須知。 3.病人流量管理規範。(可) 4.各科別住院與候床狀況管控表。(可) 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)。(可) 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。(可)	
	1.6.4	對於病人或家屬的意見、抱怨、申訴設有專責單位或人員	**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協調病人或家屬的意見、抱怨及申訴案件。	符合項目 4 所提「回應時效」係由醫院自行訂定。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
		處理，並明訂處理流程	2.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。員工對於病人或家屬的意見、抱怨、申訴有完整的搜集管道和明確的處理流程(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。 3.員工接受相關處理技巧之教育訓練和研修課程。能面對意見、申訴、抱怨妥善處理，並有視需要報備相關單位之監控機制。 4.專責單位或人員具有篩選案件之處理流程，且回應時效與內容合宜。 **[註]** 1.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。 2.符合項目 3、4 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。 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。	
試免	1.6.5	醫院應有政策發展「住院友善照顧共聘」，並訂有相關訊息告知、教育訓練與意見回饋制度	**目的：** 為減輕家屬對住院病人照顧及經濟負擔與護理人員工作負荷，提供適當住院友善照護醫療服務。 **符合項目：** 1.設有專責部門或委員會，定期檢視住院病人友善照護政策與相關申請、實施規定，且每半年至少召開一次會議，評估推動情形並有紀錄。 2.訂有照顧共聘實施模式(含受理服務流程作業、推動病房科別、病床數、照顧	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			服務員人力配比、收費方式等。) 3.訂定照顧服務員臨床照顧之管理制度與工作規範，且有專責人員負責其排班、調度、訓練、留用、品質制度等管理作業。 4.訂定照顧服務員的教育訓練制度，每年至少完成 8 小時教育訓練。 5.定期收集病人、家屬及員工意見以作為改善參考。 6.訂有「住院友善照顧共聘」推廣宣傳機制。 **[註]** 1.本條為試評條文，本年不納入評鑑，於 109 年列為試評條文。 2.申請「地區醫院評鑑」者，可自選本條免評。 3.醫院如欲提供住院友善照顧共聘模式，可參考「住院友善照護醫院指引手冊」，路徑為：衛生福利部護理及健康照護司→住院友善照護專區下載。 4.醫院如已開辦住院友善照顧共聘模式(或修改)，請逕至上述專區填報「醫院推動住院友善照顧共聘調查表」，以利資訊公開。 **評量方法及建議佐證資料：** 1.部門架構圖或委員會章程、相關流程與會議紀錄。 2.推動友善照顧說明介紹公告或單張，如：受理服務標準作業流程、照顧服務員費用一覽表和收費等規定。 3.照顧服務員工作規範與排班表。 4.教育訓練完訓證明(含課程內容及時數)。 5.病人、家屬及員工意見收集紀錄。 6.於衛生福利部護理及健康照護司住院友善照護專區，依表確實填報相關辦理情形，並經護理及健康照護司確認無誤。	

第 1 篇、經營管理　第 1.7 章 風險與危機管理

【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，且依據危機事件發生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，並依據風險分析結果研擬風險/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療爭議事件時，應以誠實的態度，指定專責人員或單位妥善因應，對外回應醫療爭議事件。為防範事件再發生，醫院應釐清事故發生原因及真相，正確掌握事件發展，並應有檢討紀錄及防範事件再發生之措施，作為改善之參考依據。另外，對於相關受影響之醫院同仁亦應提供支援互助機制，共同從經驗中學習。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
	1.7.1	建立醫院風險管理機制，且依據危機事件發生需要儲備或即時取得所需之醫療用品、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)或專責人員，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。 2.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。 3.醫院對風險/危機之預防及減災之相關準備措施，包括各項宣導與員工訓練。 4.訂定醫院接受媒體採訪或與媒體溝通之規範，指定醫院對外發言人，維護病人、員工隱私及權益。	1.符合項目 2： (1)藥品、衛材、器材的項目，係由醫院依主管機關規定或依據醫院緊急災難應變計畫之需要自行認定。 (2)「其他資源」係指醫院孤立時所必要的生活及醫療用品，如：飲用水、發電機柴油等。其中醫院應考量消防安全，合宜的規劃發電機柴油之備載量、存放方式，且針

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			5.針對發生之危機事件能進行原因分析，並研擬改善措施，確實檢討改善及追蹤。 **[註]** 1.風險/危機管理委員會之成員應包括執行緊急應變計畫六大功能(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。 2.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。 3.「危機管理計畫(Emergency Management Program, EMP)」等同於「醫院緊急災害應變措施及檢查辦法」第三條所指之「緊急災害應變措施計畫」。其內容應包括因應災害之預防、準備、應變與復原各階段之應變體系、應變組織與工作職責。 4.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.醫院風險/危機管理委員會之組織與會議紀錄。 2.風險分析相關資料，包括參與人員、風險分析相關表單(如災害脆弱度分析評分表)與結果。 3.風險/危機管理計畫。 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	對柴油備載耗盡前，設有支援機制或方式(如：鄰近加油站、工廠、交通運輸站等)，以因應發生緊急災難時能即時取得燃油，維持院內電力供給。另，儲水應確保安全供應量，可參考衛生福利部公布之「醫院之旱災、停水、水短缺緊急應變指引」，建議醫院緊急狀況供水量為 72 小時，每日每床 300 公升來計算；醫院應確認資源被耗用的速度，以估床率評估資源需求量，並依各床特性提供資源，前述規範可由醫院自行訂定。 2.評量方法及建議佐證資料 5 所提「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」泛指有合約即可。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			補給清單與安全存量之資料。 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。 6.風險/危機之預防及減災準備之相關宣導與員工訓練資料。 7.接受媒體採訪或溝通之標準作業程序。 8.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。(可)	
	1.7.2	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.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，包括明訂各單位病人疏散運送之順序與方法。 2.完備之緊急聯絡網及災害應變啟動機制，並有適當的人力調度及緊急召回機制。 3.醫院緊急疏散圖示應明顯適當。 4.醫院應每年實施緊急災害應變演練 2 次，包括實兵演習 1 次及桌上模擬演練 1 次，並有演練之過程及檢討紀錄(含照片)。全體員工每年至少參加 1 次演練，明瞭應變措施、疏散方向及逃生設備使用。 5.依據演練之檢討結果，至少每年一次修正緊急災害應變計畫與作業程序，以符合實際需要。 6.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.針對手術室、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	1.輻傷急救責任醫院應有核災相關危機管理計畫。 2.評鑑委員於實地評鑑時，可查閱醫院演習紀錄及地方消防主管機關之查核紀錄。 3.考量目前國際醫院評鑑趨勢傾向不採用「實地演練」，實地查證時，應以「口頭抽問」或「桌上模擬演練」(desktop exercise)為原則，以避免打擾醫院臨床業務。 4.符合項目 1，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。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			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。 4.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.緊急災害應變計畫及作業程序。 2.緊急聯絡網之名單與電話。 3.具有適當的人力調度及緊急召回之演練紀錄。 4.各單位病人疏散運送之順序與方法。 5.緊急災害應變演練之過程及檢討紀錄(含照片)。(可) 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。(可)	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
可	1.7.3	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：** 1.醫院應設置大量傷患緊急應變組織，負責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。 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。 4.指揮體系健全，並能配合醫院服務區域(包含緊急醫療網之責任區域)之需要，與地方政府或相關團體共同辦理大量傷患處理之訓練。 **[註]** 1.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。」 2.若通過「醫院緊急醫療能力分級評定」中度級以上並於合格效期內者，本條視為符合。 3.非「急救責任醫院」者，可自選本條免評。 4.符合項目 3、4 申請「地區醫院評鑑」者可免評。 **評量方法及建議佐證資料：** 1.大量傷患緊急應變計畫。 2.辦理大量傷患緊急應變演練之證明(含照片)。 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。(可) 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。(可)	考量目前國際醫院評鑑趨勢傾向不採用「實地演練」，實地查證時，以「口頭抽問」或「桌上模擬演練」(desktop exercise)為原則，以避免打擾醫院臨床業務。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			5.大量傷患緊急應變組織與各項應變職務。(可)	
試重	1.7.4	醫院應指定專責人員研擬火災之減災、預防與準備措施	**目的：** 建立醫院之火災發生前之預應式管理機制，加強火災之減災、預防與準備措施以確保醫院之防火安全。 **符合項目：** 1.醫院設有防火管理人。 2.能依據火災發生風險之分析結果與醫院之特性(如建築物之耐震、防火、樓層高度、房門寬度、防火區劃大小、煙控、各單位收治病人行動力特性及搭配之避難策略等)研擬火災之減災、預防與準備措施。 3.醫院對於住院病人或家屬自帶電器或危害物品應訂有管理辦法，並將應遵循之用電安全事項列入住院須知中，於病人入院時充分告知病人與其家屬。 4.對於易燃物品之儲存與標示，應符合消防與職業安全衛生相關法令規範。 5.落實執行火災之日常減災、預防與準備相關措施，包括各項宣導與員工面臨火災發生時之教育訓練，且參與成員應含醫院同址之不同機構員工與部分業務外包人員。 6.能依診療環境、建築、病人及第一線應變人員特性，規劃符合所需之減災、預防與準備措施。 7.病人不易疏散且宜採取就地避難之診療部門(如手術室、加護病房、呼吸照護病房等)具有完整獨立之防火區劃、可獨立供應電力、供水、醫療氣體、空調等。 8.每年定期檢討火災災害之減災、預防與準備措施之執行結果，針對所發現之缺失有具體之改善成效。 9.針對曾發生火災之事件能進行原因分析，並研擬減災、預防與準備措施，以降低火災再發生之機率。 **[註]**	1.符合項目 2、7 查證方式可參考消防主管機關年度報告之建議，另醫院相關硬體建物難以即時改善，建議以醫院實地演練方式補強不足處。 2.符合項目 5 所提「教育訓練」，需檢視醫院同址不同機構之員工與部分業務外包人員參與教育訓練之紀錄。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			1.本條為試評條文，評量結果不納入評鑑成績計算。 2.火災之減災、預防與準備措施須包括下列項目：防止起火、火與煙之早期偵測、消防警報即時發佈功能、自動滅火設施功能、消防安全設施所需電力由緊急供電系統供應、防止火、煙與有毒氣體之擴散設施、緊急逃生動線規劃、防火安全門在火災發生時能自動關閉、緊急出入口警示、用電安全管理、醫療氣體安全管理、易燃物安全管理、防止縱火等。 3.可參考衛生福利部於 108 年 3 月 8 日公告之「醫院住院病人使用自帶電器管理指引」及「醫療機構電器設備儀器管理指引」。 4.員工對於火災發生時之教育訓練課程，包括火災發生時之初期應變作為(如 RACE)、起火部門之火災救災演練與院層級之火災救災演練等。RACE 之內容如下： (1) R (Rescue/Remove)：救護/將病人移出危險區域。 (2) A (Alert/Alarm)：警示/啟動警報(通知)。 (3) C (Confine/Close)：局限火與煙之擴散/關閉起火房間之房門。 (4) E (Extinguish/Evacuate)：滅火/與疏散病人。 5.若近三年內未發生火災者，符合項目 9 可免評。 6.符合項目 6、7、8、9 申請「地區醫院評鑑」者可免評。 **評量方法及建議佐證資料：** 1.醫院火災災害之減災、預防與準備措施。 2.火災之減災、預防與準備措施之教育訓練相關資料。 3.醫院對於住院病人或家屬自帶電器或危害物品之管理辦法。 4.易燃物品之標示與儲存管理辦法。 5.每年定期檢討火災災害之減災、預防與準備措施之執行成效。 6.針對曾發生火災之事件進行原因分析，並研擬減災、預防與準備措施之資料	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			(註：若未發生火災本項不需提供)。 7.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)。 8.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)。	
	1.7.5	建立醫療爭議事件處理機制，且對涉及醫療爭議員工有支持及關懷辦法	**目的：** 建立醫療爭議事件處理機制，涉及醫療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.應設置醫療爭議事件處理專責人員或團隊，能主動與醫療爭議病人或家屬進行溝通，提供支持與關懷服務，並能迅速處理爭議。 2.建立醫療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.針對醫療爭議事件進行檢討，並製成教材作為員工到職訓練及定期在職訓練之教材。 4.對於醫療爭議賠償、補償、和解或慰問金等，訂有適當之補助或互助辦法。 **評量方法及建議佐證資料：** 1.醫療爭議事件處理團隊名冊(含職務)。 2.醫療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療爭議預防措施之教材與相關教育訓練資料。 4.發生之醫療爭議事件檢討之會議紀錄。 5.醫療爭議事件適當之補助或互助辦法。 6.關懷服務執行紀錄(註明事故種類)。	符合項目 3 所提「教材」，泛指本院或他院的案例均可。

第 2 篇、醫療照護　第 2.1 章 病人及家屬權責

【重點說明】

每一位及家屬病人都具有獨特性，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。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。讓醫療團隊、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(含精神科)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。

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。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
	2.1.1	明訂維護病人權利的政策或規範，並讓病人、家屬及員工瞭解、尊重其權利	**目的：** 明確的病人權利政策之制訂與告知，讓病人、家屬與醫院醫療團隊互相尊重，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，為維護病人權利，訂有相關政策或規範，並公告週知。 2.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。	1.醫院應有相關規範，評鑑委員應尊重醫院的做法。 2.查核重點應在醫院對於有關保護病人權利的落實程度。 3.查核重點應在醫院對於「善盡保密義務」是否落實執行。 4.佐證資料 3 係指與病人、家屬相關之醫療團

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			3.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。 **評量方法及建議佐證資料：** 1.醫院病人權利政策或規範。 2.醫院住院須知。 3.工作人員之教育訓練紀錄。	隊或相關人員，如教育訓練應能涵括全院員工。
	2.1.2	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，保護病人隱私。 **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.病人檢體之採集和運送，有考量病人之隱私。 **[註]** 可參考衛生福利部 104 年 1 月 30 日衛部醫字第 1041660364 號公告修正之「醫療	1.徵詢「同意」方式不限形式，有可確認病人或家屬「同意」之機制即符合。 2.評鑑委員於實地評鑑時，可詢問病人或家屬確認其知悉。 3.符合項目 3，若有實習學生在旁學習的門診應有公告，事先充分告知病人，讓病人知悉。 4.查核重點應在醫院對於保護病人隱私機制是否落實執行。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			機構醫療隱私維護規範」。 **評量方法及建議佐證資料：** 1.診間、檢查室與病房的環境及維護隱私作法。 2.探病及陪病的規範。 3.檢視公開病人姓名是否與病人意願一致。 4.檢體之採集和運送過程。	
	2.1.3	在診斷治療病人的過程，應適當說明病情、處置、治療方式，並依規定取得病人同意	**目的：** 尊重病人知的權利，醫療團隊應提供相關治療資訊並說明，並讓其參與醫療決策討論，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.在診斷治療病人的過程，應適當說明病情、處置、治療方式。 2.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。 3.應於適當時機請病人、家屬參與醫療決策討論。 4.當病人表明欲徵詢第二意見時，應提供適當的病歷資料，供被徵詢者參考。 5.訂有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。 6.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，並說明手術、麻醉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、萬一發生時之處置方法。 7.說明後，並經病人同意，簽具手術同意書，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。 8.應有政策推動病人、家屬參與醫病共享決策(Shared Decision Making, SDM)之過	1.評鑑委員於實地評鑑時，詢問對象宜以照護團隊、病人(家屬)為主。 2.使用病人可了解的語言及方式使病人理解。 3.說明及會談空間不一定需是獨立之專用空間，有可維護病人隱私的空間即可(如：單人房)。 4.向病人說明病情及治療方式、特殊治療及處置之說明內容不一定要製作成說明書，亦得以多元的方式進行有效的溝通。 5.符合項目 4 所提「第二意見」，應為另一醫師之意見，另照會或轉介等亦認計。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			程。 9.針對特殊需求者，能提供促進溝通之協助。(試免) **[註]** 1.醫療法第 64 條：「醫療機構實施中央主管機關規定之侵入性檢查或治療，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人說明，並經其同意，簽具同意書後，始得為之。但情況緊急者，不在此限。 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。」 2.有特殊需求的族群，如高齡長者、身心障礙者及新住民等。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。 3.若無侵入性檢查或治療之醫院，符合項目 5 不納入評量範圍。 4.符合項目 8 之執行可以參考衛生福利部醫病共享決策平台(https://sdm.patientsafety.mohw.gov.tw/)。 5.符合項目 9 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.侵入性檢查或治療之作業規範、書面說明書與同意書。 2.病歷紀錄。 3.工作人員的教育紀錄。 4.標準作業規範。 5.抽查病歷紀錄之手術及麻醉同意書。	
	2.1.4	醫院能對病人、家屬提	**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，	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
		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，並建立機制以檢討醫療倫理與法律相關之病例與主題	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。 4.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，落實執行並有紀錄，以維護病人醫療自主權利。 5.檢討院內實際案例或他院之教案案例，並訂出醫療照護人員依循之倫理準則。 **[註]** 1.參考「安寧緩和醫療條例」、「人體器官移植條例」、「生命末期病人臨終照護意願徵詢作業指引」及「病人自主權利法」辦理。 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.訪談工作人員宣導的方式。 2.相關工作人員教育訓練的紀錄。 3.工作人員實地操作讀取 IC 卡註記資料。 4.相關規範或標準作業程序及執行紀錄。(可) 5.醫學倫理委員會諮詢紀錄。(可)	

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料，針對危急、高風險、易出錯等方面，建立適當之醫療品質指標，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組織文化；透過醫療照護團隊的溝通，將醫療品質改善成果加入醫療照護常規或技術手冊中，確保改善成果用於提升照護品質。

4.對醫療不良事件之事前預防及事後分析檢討：醫院對於各種可能發生醫療不良事件之高危險情境，宜訂定預防措施以維護病人安全，對於發生之醫療不良事件，應明訂發生時的處理方式，並鼓勵通報；醫療不良事件發生後，應作根本原因分析，以避免相似事件之再發生。

5.分析各類品質資料和其他醫院分享成果，共同提升醫療照護品質：醫療照護團隊間藉由全院性研究會及報告會等，互相理解院內各部門診療活動；利用品管資料，經由分析研究，於討論會提出報告或發表於雜誌刊物中，以提供臨床醫學或醫院管理上之實證，與醫界分享成果，共同提升醫療照護品質。

條　號		條文	評量項目	評鑑委員共識
	2.2.1	醫院應訂定及推動全院品管及病人安全計畫，	**目的：** 藉由系統性的作為，建構全院品管與病人安全管理機制。 **符合項目：**	1.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。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
		並定期檢討改善	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。 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。 **[註]** 1.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.醫品病安委員會章程。 2.醫品病安委員會委員名單。 2.醫品病安委員會會議紀錄。 3.醫品病安計畫評估及成效。(可) 4.病安追蹤系統、作業規範。(可) 5.相關醫品病安改善報告。(可)	
	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	**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：**	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
		防措施及改善	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。 **[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	**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.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、	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			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。 **[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。 **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)	

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是提供病人所希望且最適切的醫療照護，這需要醫療機構內各領域的員工有良好的協調及溝通。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，並視需要隨時修正計畫。醫院對於病人所提供之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.明訂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醫療照護計畫，詳細記載於病歷中，並確實傳遞病人照護相關資訊。

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.應依病人需要協助轉診，轉診之安排應考量病人安全，注意轉診過程中必要的醫療照護安排。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，包含出院病人用藥指導、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單位，建立連繫及合作關係，確保病人獲得適切之後續照護。

8.醫院應適當提供居家照護服務，透過機制掌握服務執行情形，在病例檢討會評估、檢討及改善居家照護服務模式或內容。

條　號		條文	評量項目	評鑑委員共識
	2.3.1	住院病人應由主治醫師負責照護，每日應有醫師迴診	**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。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.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.每日應有醫師迴診，了解病人病況之變化，以調整診療計畫。	1.符合項目 2 所提「主治醫師不在時」係指任何時候不在院之情況，非單指請假。 2.符合項目 3 所提「醫師」非單指「主治醫師」。 3.本條文以 progress note 上之紀錄及訪談病人醫師查房情形為主。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			4.每日病程紀錄應有主治醫師簽章，全面或部分實施電子病歷之醫院，相關主治醫師複簽、修改紀錄、簽名應符合電子簽章規範。 **評量方法及建議佐證資料：** 1.醫師職務說明書。 2.職務代理辦法。 3.醫師值班表。 4.醫師假日迴診之規範。 5.紙本或電子病歷修改紀錄。 6.電子病歷歷史修改紀錄。	4.評鑑委員於實地評鑑時，可詢問病人或家屬，確認醫師是否每日來診。
	2.3.2	病歷應詳實記載病況變化、治療方式及其治療依據說明等，以供事後檢討	**目的：** 醫療照護團隊成員應詳實記載病歷，並確保病人照護相關資訊能正確傳遞。 **符合項目：** 1.主治醫師需親自診察評估病情，視病情修訂診療計畫，病程紀錄能適當的反應病況變化。 2.病歷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。 3.有定期的診療摘要紀錄或交班摘要。 4.個案會診及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，應將診療紀錄妥善轉予相關科別或醫院。 **[註]** 1.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。 2.符合項目 2、3、4 申請「地區醫院評鑑」者可免評。	1.查核重點應為：病人每日診視診治後之相關紀錄。 2.符合項目 1 所提「診療計畫」，需呈現於病歷紀錄中，可不需另行新增病歷單張。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			評量方法及建議佐證資料： 1.病歷寫作規範。 2.紙本或電子病歷。 3.病歷紀錄品質檢討的相關資料。(可)	
	2.3.3	醫療照護團隊人員應了解病人問題，並讓接班人員知悉；如有轉單位時，應製作照護摘要或交班紀錄，以達持續性照護	**目的：** 病人主要醫療照護人員應確實交接班，以提供持續性之照護。 **符合項目：** 1.醫院訂有醫療照護團隊人員交接班作業流程。 2.醫療照護團隊人員能瞭解病人問題所在，且能交班清楚，使接班醫療照護團隊人員能瞭解病人問題。 3.轉換單位或照護團隊時，轉出單位醫療照護成員應製作照護摘要或交班紀錄，讓後續照護單位能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。 2.交接班紀錄。 3.單位間轉床作業流程。 4.病人轉運作業規範。	1.「交班」至少包括「醫師對醫師」、「護理人員對護理人員」之交班，惟二者交班內容不可相互矛盾。 2.符合項目 3 係查核醫院對於轉換單位之作業流程的落實程度。 3.若醫院有「病人轉送安全檢核表」，可依院內訂定之保存年限規範保存即可，建議可將運送等級記錄在護理紀錄或醫囑，以利病人紀錄完整性。
	2.3.4	護理過程完整，能因應病人狀況提供適切可行的護理照護	**目的：** 護理人員能應用護理過程，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.護理過程紀錄應包括評估、計畫、措施及評值。	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
		計畫	3.護理照護計畫具有個別性，有依病人狀況與需求，適時調整。 **[註]** 1.符合項目 3 申請「地區醫院評鑑」者可免評。 **評量方法及建議佐證資料：** 1.護理紀錄。 2.護理紀錄書寫規範。	
重	2.3.5	適當的護病比	**目的：** 合理的護理人員照護負荷，以維護照護品質。 **符合項目：** 應符合醫療機構設置標準。	1.本項基準查證方式包含： (1)醫院填報醫院評鑑補充資料表數據。 (2)實地評鑑當日抽查之急性一般病房全日護病比。 2.醫院填報之補充資料表第二篇「三、全院全日三班護病比」：表二「108 年實地評鑑前急性一般病房各單位全日護病比」，委員將依區域醫院≦12 人、地區醫院≦15 之標準予以判定本表之「總計值」是否符合。 3.有關「實地評鑑當日各急性一般病房全日護病比」抽查方式，至少抽

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
				查全院 30%以上的急性一般病房。抽查結果採所有抽查病房之總計值判定是否符合。 4.上述表二及實地評鑑抽查之結果，均須符合。 5.納入護病比計算之人力，不含護理長、實習護士及專科護理師。
	2.3.6	醫囑之記載與確認應有標準作業，以確保醫囑安全執行	**目的：** 醫囑開立至被執行之過程，需兼顧正確、安全及時效性。 **符合項目：** 1.醫院應明訂醫囑確認具體步驟及疑慮醫囑溝通機制，並確實執行。 2.明確訂定口頭(含電話)醫囑的範圍及處理方式，並有確認機制，且應於 24 小時內完成醫囑紀錄。 3.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。 4.應有檢討醫囑異常事件機制。 **[註]** 1.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.病歷(醫囑)書寫規範。 2.口頭醫囑作業流程。 3.紙本或電子病歷。	1.符合項目 1 所提「醫囑」係由醫師複核並蓋醫師章(或簽名)為準。 2.符合項目 2 所提「口頭(含電話)醫囑的範圍及處理方式」係應依醫院實際狀況制定明確規範，內容包括口頭醫囑適用範疇及處理方式。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			4.醫囑異常事件通報、檢討及改善報告。(可)	
	2.3.7	依病情需要，提供醫療照護團隊照會服務	**目的：** 透過會診機制，以整合各專業領域人員醫療專業服務。 **符合項目：** 1.醫院應明訂會診作業規範，包括會診完成時間。 2.會診時效性、結果及品質，有檢討機制。 3.病情複雜或不明確時，能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。 **[註]** 1.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。 2.符合項目 2、3 申請「地區醫院評鑑」者可免評。 **評量方法及建議佐證資料：** 1.會診作業規範。 2.會診通知單及回覆單。 3.會診品質檢討改善會議紀錄。(可) 4.治療小組或整合照護會議紀錄。(可)	1.本基準主要針對一般病房之會診，並非急診緊急會診。 2.本基準僅規範緊急會診及一般會診之時效，特定科別之會診時效，醫院可自行規範。
可	2.3.8	依據病情評估結果，提供適切之復健治療計畫	**目的：** 提供適切之復健治療服務，協助病人恢復身體及社會功能。 **符合項目：**	1.復健計畫需呈現於團隊照護之紀錄。 2.復健診療紀錄不限於病程記錄（Progress Note），但應於病歷或診療紀錄

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			1.訂有復健科復健治療作業規範。 2.依病情需要透過會診及評估，制訂符合病人需要的復健治療計畫，並依病情需要轉介相關專業。 3.應依病人之提供適當輔具評估或建議。 4.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)，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，應將復健診療紀錄、訓練紀錄與定期/不定期評估資料併於病歷或診療紀錄中，具體呈現病人復健進展。 5.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。 **[註]** 1.未提供復健相關服務且未設有復健相關人員者，可自選本條免評。 2.符合項目 4 申請「地區醫院評鑑」者可免評。 **評量方法及建議佐證資料：** 1.復健治療作業規範。 2.復健治療會診單及紀錄單。 3.疾病別復健治療評估及輔具評估表單。	供相關團隊即時查閱。
	2.3.9	提供病人身、心、靈及社會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，能指導或協助家屬讓病人得到基本的身體護理(如：無異味等)。 2.有對病人提供適當的心理、社會及靈性的支持措施。	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			3.應評估病人之心理及靈性支持措施，並尊重病人自主決定。 4.對於有需要的病人，醫院能主動提供社工、心理師、志工或宗教師的訪視、支持或諮詢服務。 5.實施預立醫療決定(Advance Decision, AD)，並訂有作業流程及員工相關教育訓練。(試免) **[註]** 1.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。 2.符合項目 5 本年不納入評鑑，於 109 年列為試評項目。 3.符合項目 4 申請「地區醫院評鑑」者可免評。 **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。 2.抽查相關病歷紀錄。 3.社工師、志工或宗教師等訪視紀錄。 4.身心靈需要評估、照顧紀錄或輔導計畫單。 5.個案討論會議紀錄。 6.預立醫療自主計畫(Advance Care Planning, ACP)實施有關紀錄。(註：若未實施 ACP 本項不需提供)	
	2.3.10	訂有行動限制(隔離、約束)之作業常規	**目的：** 因治療需要的隔離、約束措施，應有確保病人安全機制。 **符合項目：** 1.醫院應訂定實施行動限制的作業標準。 2.緊急狀況時得先執行，但應儘速向家屬解說清楚，並取得簽署的同意書。	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			3.執行時，應讓病人感受獲得尊重，並能提供病人生理需求、注意呼吸及肢體循環；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。 4.於醫療上有必要時，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，並有確保行動限制方式安全、適當之機制，如無必要時，應儘速解除行動限制。 5.執行前應確認病人或家屬充分了解行動限制的必要性，並取得家屬簽署的同意書。 **[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)。 3.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.病人行動限制相關作業規範。 2.約束說明書、約束同意書、隔離說明書、隔離同意書。 3.醫囑及執行、檢討紀錄。	
可	2.3.11	評估病人營養狀態，並給予適切營養及飲食指導	**目的：** 透過營養評估病人營養狀態及問題，並提供病人適切營養介入及飲食指導。 **符合項目：** 1.訂定營養篩檢、飲食指導等照會機制。 2.營養師依據營養評估之結果，給予個案營養診斷後，提供適切之營養支持、	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			營養教育及飲食指導等。 3.營養照護建議可與醫療照護團隊其他成員參考討論後，據以共同擬定照護計畫。 4.對於需接受治療餐者，有提供營養照護品質策略，如：檢討其遵從用膳情形或指導其正確自備膳食等。 5.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)。 **[註]** 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：吞嚥困難的細軟、細泥飲食、各類流質、管灌飲食、糖尿病飲食、高蛋白高熱量飲食、各類術後飲食等)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。 3.營養衛教及飲食指導對象可涵蓋病人及其主要照顧者：指導吞嚥功能障礙進食量與食材質地須依據語言治療師之吞嚥評估報告之建議，指導手功能障礙病人進食，可視需要與職能治療師共同協助器具處理指導。 4.急性一般病床 49 床以下，且未設加護病房、燒傷加護病房、亞急性呼吸照護病房、慢性呼吸照護病房、燒傷病房者，可自選本條免評。 5.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.營養照護相關作業規範。 2.營養照會單及病歷紀錄。 3.營養相關團隊整合照護或個案討論會議紀錄。(可)	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			4.營養照護相關品質改善會議紀錄。(可)	
	2.3.12	提供病人衛教資料與指導	**目的：** 經由適當衛教指導，以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，提供個別或團體衛教。 2.衛教前應先評估病人或照顧者接受衛教的準備度，包括病人的病情、語言、教育程度等。 3.提供的衛教單張及資料，內容應適時更新。 **[註]** 衛教資料可包括：健康促進、疾病照護、自我照護、三高、酗酒、戒菸、檳榔等議題，如：有吸菸、嚼檳榔者給予戒菸、戒檳榔之建議、衛教資料及提供治療。 **評量方法及建議佐證資料：** 1.各單位衛教資料(含衛教教具及單張)。 2.衛教活動紀錄。	
	2.3.13	確實執行院內突發危急病人急救措施	**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標準作業程序，定期辦理全院性教育訓練，周知全體工作人員緊急事件的代號，及其因應處理步驟。 2.急救設備及藥品應有明確管理規範，確保設備功能及藥品衛材效期，並能正	1.評鑑委員實地訪談內容包含「不預期心跳停止」之因應方式。 2.若醫院急救車採「上鎖」管理，其「鎖」的使用應是遇緊急狀況時，可立即破壞打開使用為原則，以免延誤急救時效。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			確操作。 3.全院員工至少應接受基本生命復甦術(Basic Life Support, BLS) 、包含 AED (Automated External Defibrillator)訓練，或有接受高級生命復甦術(Advanced Life Support, ALS)訓練，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高級生命復甦術訓練。 **[註]** 1.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，至少每季核對急救用品(含管制藥品)有效期限。 **評量方法及建議佐證資料：** 1.院內突發危急病人急救措施之標準作業程序。 2.急救車管理規範。 3.急救車點班紀錄。 4.員工 BLS 與 ALS 教育訓練紀錄與證明。	3.院內急救車之藥品及物品擺放位置應一致，以利新進人員及支援同仁儘快熟悉藥品位置。 4.急救車內之藥品應以急救藥物為原則，勿放置常備藥品。 5.「ALS 訓練」，只要符合辦理 ALS 訓練及認證資格之機構或醫院，其辦理之課程或考試均可認列。 6.符合項目 3 所提「急重症單位(包括急診、加護病房、手術及麻醉部門)之醫護人員應定期接受 ALS 訓練，其餘員工應定期接受 BLS 訓練」，實地評鑑前 3 個月內到職之新進醫護人員，暫不列入本項查核之對象，醫院可將其列入後續定期訓練名單中即可。 7.符合項目 3 所提之醫護人員急救訓練資格，全院員工皆具有 BLS 訓練且合格，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。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
				8.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，等同接受 ALS 訓練。
	2.3.14	依病人需求，提供適切、完整的出院照護計畫與指導	**目的：** 醫療照護團隊依病人需要，共同擬訂與執行病人出院計畫，提供病人後續照護需求，達到持續性照護目標。 **符合項目：** 1.醫院應明訂出院照護計畫作業流程。 2.醫院與院外機構、縣市照顧管理中心建立轉診(介)作業流程。 3.出院照護計畫至少應包括：需求評估與疾病相關之計畫及指導，並能以書面資料提供給病人。 4.依個案需求，協助提供適當居家照護服務。 5.如出院病人為長照服務需求個案： (1)醫院應進行長照服務需求評估、擬定照顧計畫或直接轉介個案至縣市照管中心進行長照需求評估。(試免) (2)依個案需求，協助提供適當長照服務。(試免) **[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.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。	醫院應以分級醫療概念協助急診或住院病人轉介。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			3.醫院執行長照復能服務，需成立復能服務團隊，團隊成員應包括物理治療人員、職能治療人員、醫師、護理人員、營養師、語言治療師、呼吸治療師等資格人員至少 3 種以上。 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.出院照護計畫流程。 2.轉診(介)作業流程。 3.病人出院照護計畫。	
可	2.3.15	有提供安寧照護服務	**目的：** 對有安寧緩和醫療需要的病人，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.醫院訂有提供需要安寧照護服務需求病人的作業流程或標準規範。 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或提供靈性關懷人員服務，如心理師、志工或宗教師等。 3.必要時，召開家庭會議，協助提供出院病人準備計畫，如：病危自願返家病人家屬衛教。 4.提供全院醫療人員安寧療護相關諮詢服務。 5.提供安寧療護服務專業人員需受過安寧療護教育訓練。 **[註]** 1.符合 99 床以下條件者，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。	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			評量方法及建議佐證資料： 1.安寧緩和醫療團隊成員證照或受訓、服務紀錄。 2.家庭會議紀錄。 3.病歷或電子病歷。	
	2.3.16	提供病人臨終前、後之處置	**目的：** 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、後之作業程序。 2.相關的作業程序，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。 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。 **評量方法及建議佐證資料：** 1.病人臨終前、後之處理規範。 2.醫護或社工人員哀傷輔導紀錄。	

第 2 篇、醫療照護　第 2.4 章 特殊照護服務

【重點說明】

醫院有許多高危險情境單位(如急診、加護病房)，病人之醫療照護執行與評估十分重要，醫院必須特別對此訂定適宜之標準作業規範及流程，依此規範提供適宜的服務並提升照護品質。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，醫院對此類高風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。本章規範之重點有下列幾項：

1.急診及加護病房之病人，均為危急之病情，病人醫療評估與照護執行與評估均應有特殊之要求。醫院對相關之設施、設備、儀器器材及醫療照護執行之人力、資格、訓練均應符合規定。

2.照護精神科病人之醫療照護人力、資格、訓練均應符合規定，並能提供適宜的精神科照護內容。

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	評鑑委員共識
可	2.4.1	急診應有完備之設施，並確實執行保養管理及清潔	**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.具備施行急救所需之設備，且經常備妥於確實可用狀態。 2.急診之設施保養、檢查及安全管理，訂有規範，落實執行，有紀錄可查。 3.建置儀器異常管理作業流程，以避免儀器設備發生故障時影響醫療業務。 4.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。 **[註]** 1.若通過「醫院緊急醫療能力分級評定」中度級以上並於合格效期內者，本條視為符合。	評量項目[註]1「若通過『醫院緊急醫療能力分級評定』中度級以上並於合格效期內者，本條視為符合」，係指該等條文之成績將視為「符合」，醫院可不填寫該條文自評說明。惟實地評鑑時，委員仍就 PFM 選取病例/個案，了解該病人之整體連續性照護，並可依實地查證結果給予建議。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			2.符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)未設有急診室；或經中央主管機關同意不設急診室者。 (2)非「急救責任醫院」。 (3)申請「地區醫院評鑑」者。 3.符合項目 4 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、設備清單。 2.醫療儀器、設備負責人名單。 3.醫療儀器、設備保養作業標準及查檢紀錄。 4.醫療儀器、設備故障異常管理之作業流程及維修紀錄。	
可	2.4.2	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，提供特殊處置。 **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.在醫院無法照護病人時，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	1.評量項目[註]1「若通過『醫院緊急醫療能力分級評定』中度級以上並於合格效期內者，本條視為符合」，係指該等條文之成績將視為「符合」，醫院可不填寫該條文自評說明。惟實地評鑑時，委員仍就 PFM 選取病例/個案，了解該病人之整體連續性照護，並可依實地查證結果給予建議。 2.符合項目 7 該評估紀錄係指救護紀錄，係依緊急醫療救護法第 34 條「救護人員施行救護，應填具救

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			侵害犯罪情事者，應訂有處理作業準則，並依法通報。 5.轉出時應提供轉診病歷摘要。 6.對特殊病人訂有處理流程，並提供社工諮商和轉介服務。 7.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。 **[註]** 1.若通過「醫院緊急醫療能力分級評定」並於合格效期內者，本條視為符合。 2.符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)未設有急診室；或經中央主管機關同意不設急診室者。 (2)非「急救責任醫院」。 (3)申請「地區醫院評鑑」者。 3.救護人員包括醫師、護理人員、救護技術員。 4.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 60 條第 1 項規定，先予適當之急救，始可轉診。 前項轉診，應填具轉診病歷摘要交予病人，不得無故拖延或拒絕。 5.應依家庭暴力防治法第 50 條、性侵害犯罪防治法第 8 條、兒童及少年福利與權益保障法第 53 條(舊法規第 34 條)規定辦理。 6.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.急診病人就醫準則與流程。 2.急診精神科病人醫療作業處理準則與流程。 3.急診疑似遭家庭暴力(含兒童與少年虐待及疏忽)或性侵害犯罪情事處理作業	護紀錄表，分別交由該救護車設置機關（構）之應診之醫療機構保存至少七年。」之規範制定。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			準則。 4.急診病人轉診或轉出作業流程或規範。 5.病人轉送之評估紀錄。 6.急救病人緊急處置流程。(可) 7.特殊病人急診處理準則及流程。(可)	
可	2.4.3	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：** 急診得視醫療業務需要提供適當專科支援，訂定會診規範。 **[註]** 1.若通過「醫院緊急醫療能力分級評定」中度級以上並於合格效期內者，本條視為符合。 2.符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)未設有急診室；或經中央主管機關同意不設急診室者。 (2)非「急救責任醫院」。 (3)申請「地區醫院評鑑」者。 **評量方法及建議佐證資料：** 1.急診服務科別清單。 2.急診支援(含會診)規範。	1.本條文及評量項目所提「支援」係指以現場支援為主。 2.評量項目[註]1「若通過『醫院緊急醫療能力分級評定』中度級以上並於合格效期內者，本條視為符合」，係指該等條文之成績將視為「符合」，醫院可不填寫該條文自評說明。惟實地評鑑時，委員仍就 PFM 選取病例/個案，了解該病人之整體連續性照護，並可依實地查證結果給予建議。
可	2.4.4	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，維護病人醫療品	評量項目[註]1「若通過『醫院緊急醫療能力分級評定』中度級以上並於合格效期內者，本條視為符合」，係

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			質及工作人員安全。 **符合項目：** 1.應有 24 小時警衛或保全人員，且設有警民連線或報案機制。 2.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。 3.對突發事件有危機管理機制。 **[註]** 1.若通過「醫院緊急醫療能力分級評定」中度級以上並於合格效期內者，本條視為符合。 2.符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)未設有急診室；或經中央主管機關同意不設急診室者。 (2)非「急救責任醫院」。 (3)申請「地區醫院評鑑」者。 3.符合項目 2、3 申請「地區醫院評鑑」者可免評。 **評量方法及建議佐證資料：** 1.醫事人員輪班或支援制度與班表。 2.警衛或保全人員班表。 3.與輪班制度相關之會議討論及檢討紀錄或實例呈現。(可) 4.急診突發事件處理流程與檢討會議。(可)	指該等條文之成績將視為「符合」，醫院可不填寫該條文自評說明。惟實地評鑑時，委員仍就 PFM 選取病例/個案，了解該病人之整體連續性照護，並可依實地查證結果給予建議。
可	2.4.5	應有急診病	**目的：**	1.有關「急診醫療品質相關

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
		人醫療、救護處理之適當性及品質檢討分析與改善	針對急診各項醫療服務品質，有適當之管理機制，確保照護品質。 **符合項目：** 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，定期收集資料並分析，製成報告。 3.每季舉行全院性急診品質審查會議，並有會議紀錄與檢討報告。 **[註]** 1.若通過「醫院緊急醫療能力分級評定」中度級以上並於合格效期內者，本條視為符合。 2.符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)未設有急診室；或經中央主管機關同意不設急診室者。 (2)非「急救責任醫院」。 (3)申請「地區醫院評鑑」者。 3.符合項目 3 申請「地區醫院評鑑」者可免評。 **評量方法及建議佐證資料：** 1.急診委員會或相關組織的會議紀錄。 2.急診相關醫療品質指標監測紀錄、統計資料及會議討論紀錄。 3.急診品質審查會議紀錄及檢討報告。(可)	指標」可依醫院自行定義。 2.評量項目[註]1「若通過『醫院緊急醫療能力分級評定』中度級以上並於合格效期內者，本條視為符合」，係指該等條文之成績將視為「符合」，醫院可不填寫該條文自評說明。惟實地評鑑時，委員仍就 PFM 選取病例/個案，了解該病人之整體連續性照護，並可依實地查證結果給予建議。
可	2.4.6	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：** 1.醫師人力：	1.符合項目 1- (2)所指應依據醫療機構設置標準，每一加護病房應有受過高階心肺復甦術訓練之專責相關專科醫師 1 人以上，且全院加護病床每 10

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			(1)全院加護病床每 10 床應有 1 名專責主治醫師以上。 (2)配置負責加護病房業務之主治醫師及值班醫師。 (3)必要時，應有共同照護的合作機制。 2.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。 **[註]** 1.若通過「醫院緊急醫療能力分級評定」中度級以上並於合格效期內者，本條視為符合。 2.專責主治醫師係指該醫師除每週至多 3 個半天門診或手術等，其餘時間皆待在加護病房執行業務者。 3.因應不同性質之加護病房，具 ANLS、ATLS、NRP、APLS 及 PALS 等證書，皆可等同 ACLS 證書。 4.人力計算時： (1)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。 5.未設有加護病房者，可自選本條免評。 **評量方法及建議佐證資料：** 1.加護病房醫師人力配置及值班表。 2.加護病房護理人力配置及班表。	床應有 1 名專責主治醫師以上。 2.符合項目 2 護理人力計算，共有下列二種認計原則，醫院可擇一列計： (1)醫院各加護病房需分開評量，且至少有七成之加護病房符合相關要求。 (2)以各加護病房之床數加總後合併計算人力，需符合相關要求。 3.評量項目[註]1「若通過『醫院緊急醫療能力分級評定』中度級以上並於合格效期內者，本條視為符合」，係指該等條文之成績將視為「符合」，醫院可不填寫該條文自評說明。惟實地評鑑時，委員仍就 PFM 選取病例/個案，了解該病人之整體連續性照護，並可依實地查證結果給予建議。 4.評量項目[註]2「專責主治醫師係指該醫師除每週至多 3 個半天門診或手術等，其餘時間皆待在加護病房執行業務者」，其中

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
				星期六、日、例假日及夜診不在計算範圍內。
可	2.4.7	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.病床應有隔離視線之隔簾或獨立空間，以保障隱私。 2.加護病房設施、設備、儀器之保養、檢查及安全管理，訂有規範，落實執行，有紀錄可查。 3.設置儀器異常管理機制，以因應故障時之作業流程。 4.每床均有洗手設備或乾洗手，每 2 床，均有 1 個濕洗手設備。 **[註]** 1.若通過「醫院緊急醫療能力分級評定」中度級以上並於合格效期內者，本條視為符合。 2.未設有加護病房者，可自選本條免評。 **評量方法及建議佐證資料：** 1.醫療儀器、設備保養作業標準及查檢紀錄。 2.醫療儀器、設備故障異常管理之作業流程及維修紀錄。	1.符合項目 1 所提「獨立空間」係指有硬式隔間即可列計，且以訪查成人加護病房為主，新生兒及兒科加護病房除外。 2.評量項目[註]1「若通過『醫院緊急醫療能力分級評定』中度級以上並於合格效期內者，本條視為符合」，係指該等條文之成績將視為「符合」，醫院可不填寫該條文自評說明。惟實地評鑑時，委員仍就 PFM 選取病例/個案，了解該病人之整體連續性照護，並可依實地查證結果給予建議。
可	2.4.8	良好的加護病房管理、收案評估、診療品質與	**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。	1.評量項目[註]1「若通過『醫院緊急醫療能力分級評定』中度級以上並於合格效期內者，本條視為

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
		紀錄	**符合項目：** 1.設有加護病房管理委員會或相關品質管理組織，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查房並有交班紀錄。 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，並備品質監測。 6.有臨床藥師、營養師評估每床用藥及營養狀況，並有紀錄。 7.執行管路的組合式照護(bundle care)的診療品質紀錄和品質監測。(試免) **[註]** 1.若通過「醫院緊急醫療能力分級評定」中度級以上並於合格效期內者，本條視為符合。 2.未設有加護病房者，可自選本條免評。 3.符合項目 7 本年不納入評鑑，於 109 年列為試評項目。 4.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.加護病房管理委員會或相關組織設置辦法及會議紀錄。 2.加護病房轉入轉出及運用原則。 3.加護病房醫師交班紀錄。 4.加護病房抽查個案或定期收治病人適當性統計資料。 5.呼吸器使用之相關治療個案紀錄或討論會紀錄。	符合」，係指該等條文之成績將視為「符合」，醫院可不填寫該條文自評說明。惟實地評鑑時，委員仍就 PFM 選取病例/個案，了解該病人之整體連續性照護，並可依實地查證結果給予建議。 2. 管路的組合式照護(bundle care)應至少包含中央靜脈導管(central venous catheter, CVC)。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			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。 7.加護病房藥師、營養師、呼吸治療師評估紀錄。(可)	
可	2.4.9	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，提供適當醫療照護。 **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者，佔加護病房護理人員數之比例≧40%。 **[註]** 1.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。 2.若通過「醫院緊急醫療能力分級評定」中度級以上並於合格效期內者，本條視為符合。 3.未設有加護病房者，可自選本條免評。 **評量方法及建議佐證資料：** 1.加護病房護理人員重症照護相關訓練紀錄。 2.加護病房護理人員加護訓練證書。	1.評量項目[註]2「若通過『醫院緊急醫療能力分級評定』中度級以上並於合格效期內者，本條視為符合」，係指該等條文之成績將視為「符合」，醫院可不填寫該條文自評說明。惟實地評鑑時，委員仍就 PFM 選取病例/個案，了解該病人之整體連續性照護，並可依實地查證結果給予建議。 2.若為多個加護病房，其護理人員之重症照護相關訓練、年資及證書比例應分開列計。 3.新設立的醫院或加護病房，護理人員可附加計算院外同等級以上醫院之加護病房臨床年資及訓練。 4.加護病房的新進護理人員於當年度所接受的加護訓練，若其課程內容與該加護病房特性之課程相關，即可列計。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
試 必 可	2.4.10	適當之精神照護人力配置	**目的：** 依醫院精神醫療服務量，配置適當專業人力，確保照護品質。 **符合項目：** 1.精神醫療人力： (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。 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	專任精神醫療社會工作人員僅能執行精神照護相關社會工作業務。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			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。 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。 **[註]** 1.本條為試評條文，評量結果不納入評鑑成績計算。 2.未有精神科住院及精神科日間照護單位者，可自選本條免評。 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.依申請評鑑類別之門診、住院、精神科加護病房、精神科日間照護單位等服務資料，提供其精神醫療人力(近四年逐年統計)。	
可	2.4.11	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.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	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			務。 2.醫療團隊依個案需要提供個別生活訓練、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。 3.訂有入出院標準及流程。 4.日間照護環境有注重病人安全相關措施(如防自殺、防跌等)。 5.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。 **[註]** 1.未設有精神科日間照護單位者，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.日間照護治療服務簡介。 2.入出院標準及流程。 3.符合病人安全環境的相關措施資料及現場查證。	
可	2.4.12	對精神科住院病人提供合適的治療	**目的：** 對於精神科住院病人提供合適的治療，符合病人要求。 **符合項目：** 依病人需要提供下列治療： 1.職能治療： (1)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、治療和檢討等並落實執行。 (2)對病人提供合適之評估與治療，提供合適的職能治療活動及服務時數和公	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			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。 (4)應依個別復健治療目的安排病人多元職能治療服務，如：職業重建、社區復健、長期照顧等。 2.社會工作者參與治療： (1)訂有精神社工作業手冊(內含專業倫理守則)，且落實執行。 (2)主動協助病人及家屬獲得社會資源及提供病人社區轉介服務。 (3)應訂有出院準備服務計畫之流程，並依病人需求提供服務。 (4)社工作業應備有接案評估、處遇過程及結案紀錄。 3.臨床心理治療： (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。 **[註]** 未有精神科住院及精神科日間照護單位者，可自選本條免評。 **評量方法及建議佐證資料：** 1.職能治療工作手冊(含完整之服務內容、流程)。 2.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)。 3.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)。	
可	2.4.13	建立透析照護服務設施、設備、儀器管理機制，確實執	**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。	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
		行	**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。 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。 **[註]** 符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)未登記設有血液透析床及腹膜透析床。 (2)未提供透析照護服務(腹膜透析或血液透析)。 **評量方法及建議佐證資料：** 1.各項儀器設備維護管理相關規章辦法。 2.各項儀器設備專責醫工(技術)人員或合作廠商名單或清單。 3.各項儀器設備檢查、保養及維修紀錄。 4.各項儀器設備相關說明書及操作手冊。 5.水質檢測相關紀錄。	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
可	2.4.14	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≧1.2 或 URR≧0.65，65%以上腹膜透析病人每週 Kt/V≧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≧26%或 Hb≧10g/dL。 4.55 歲以下病人移植登錄率≧5%。 5.有進行腹膜透析推廣。 **[註]** 1.符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)未登記設有血液透析床及腹膜透析床。 (2)未提供透析照護服務(腹膜透析或血液透析)。 2.血清白蛋白(Albumin)標準：以 BCG 法為≧3.5g/dl，以 BCP 法為≧3.0g/dl。 **評量方法及建議佐證資料：** 1.透析照護規範與作業程序。 2.透析單位訂有品質與指標管理的規章，並定期開會，有開會資料備查。 3.指標監測紀錄或專案改善會議紀錄。 4.透析病人移植登錄資料。 5.每月血液透析與腹膜透析病人數及腹膜透析推廣活動紀錄。	地區醫院若有進行移植登錄，即可認定符合項目 4 符合。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
可	2.4.15	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 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。 4.個案管理師可由呼吸治療師、護理師、或社工師兼任。 **[註]** 1.符合以下全部條件者，可自選本條免評： (1)未登記設有慢性呼吸照護病房(RCW)。 (2)於急性病房未收治使用呼吸器超過 63 天之病人；或於急性病房有收治使用呼吸器超過 21 天(63 天以下)之病人。 2.若醫院雖未有登記慢性呼吸照護病房但有收治呼吸器依賴病人時，其人力計算原則以病人目前所入住之病房類別認定其護理人力配置需求。 3.人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定。 **評量方法及建議佐證資料：** 1.本病房各職類人事資料、班表。	1.符合項目 1 所提「專責醫師」，不規範其於單位內執行業務時間，惟須符合評量項目所規定之作業事項。 2.經衛生局認定未設置 RCW 者，但委員查證確有收治使用呼吸器超過 63 天之病人，本條文不得免評。
可	2.4.16	慢性呼吸照護病房(RCW)之醫	**目的：** 定期執行呼吸器病人營養評估及呼吸器脫離再評估等措施，確保照護品質。	經衛生局認定未設置 RCW 者，但委員查證確有收治使用呼吸器超過 63 天之病人，本條文不得免評。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
		療照護品質適當	**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。 **[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。 2.呼吸治療師呼吸器脫離評估紀錄。 3.定期單位內呼吸器脫離率改善會議紀錄。 4.呼吸器及監視設備功能型號清單。	
可	2.4.17	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。	1.符合項目 1 所提『有接受胸腔醫學訓練之內科專科醫師』係指取得內科專科醫師後，取得胸腔醫學專科證書者。 2.符合項目 2 所提「具二年以上執業經驗之醫師」，係指須取得醫師執照，具

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			3.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。 4.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。 **[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。 2.ACLS 證照。	有兩年以上執業經驗之醫師即可(可包含 PGY 年資)。 3.經衛生局認定未設置 RCC 者，但委員查證確有收治使用呼吸器超過 21 天之病人，本條文不得免評。 4.醫院應依基準 1.3.10 配置適當人力，提供 24 小時呼吸照護服務。
可	2.4.18	亞急性呼吸照護病房(RCC)之醫療照護品質適當	**目的：** 定期執行呼吸器病人營養狀態評估及呼吸器脫離等措施，確保照護品質。 **符合項目：** 1.呼吸器病人營養品質：每兩週有營養師定期訪視；評估病人體重及營養狀況，含營養診斷、營養介入、評估與監測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≧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	1.經衛生局認定未設置 RCC 者，但委員查證確有收治使用呼吸器超過 21 天之病人，本條文不得免評。 2.亞急性呼吸照護病床數低於 10 床係指該病床未達 10 床，佔床率部分同病床數之認定方式（即未達 50%）；另，佔床率可參考基本

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			日。 **[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.亞急性呼吸照護病床數低於 10 床且佔床率低於 50%者，符合項目 3 可免評。 **評量方法及建議佐證資料：** 1.營養師定期訪視紀錄。 2.呼吸治療師呼吸器脫離評估紀錄。 3.定期單位內呼吸器脫離率改善會議紀錄。 4.呼吸器及監視設備功能型號清單。	資料表 2.住院業務 2.4 平均占床率，以評鑑前一年之年平均占床率採計。
可	2.4.19	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。 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、鹵素光機、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	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			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。 6.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。 7.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。 **[註]** 1.符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)未設置以下科別者：牙科、口腔顎面外科、口腔病理科、齒顎矯正科、牙周病科、兒童牙科、牙髓病科、復補綴牙科、牙體復形科、家庭牙醫科、特殊需求者口腔醫學科、其他經中央主管機關認定之牙醫專科。 (2)未提供牙科相關服務。 2.牙科醫療服務設施應符合醫療機構設置標準規定。 3.符合項目 5 所提「照射人員資格」係指醫事放射師或取得(1)放射性物質可發生游離輻射設備操作執照、(2)輻安證書、(3)18 小時或 36 小時輻射防護訓練結業證書等其一證書之牙醫師及實習牙醫學生；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。 4.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.觀察診療環境的空間與規劃。 2.檢視相關設備與儀器及清潔、保養紀錄。 3.查閱放射安全作業指引。 4.照射人員資格相關資料。 5.查閱病歷及醫材管理紀錄。(可) 6.訪談主管備援機制及處理流程。(可)	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
可	2.4.20	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。 6.定期召開病例討論會，且有紀錄可查。 **[註]** 1.符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)未設置以下科別者：口腔顎面外科、口腔病理科、齒顎矯正科、牙周病科、兒童牙科、牙髓病科、復補綴牙科、牙體復形科、家庭牙醫科、特殊需求	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			者口腔醫學科、其他經中央主管機關認定之牙醫專科。 (2)未提供牙科相關服務。 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.檢視牙科照護作業程序及檢討、修訂紀錄。 2.查閱病歷紀錄。 3.訪談病人衛教指導的內容。 4.訪談工作人員牙科會診與住院服務的情形。 5.檢視病例討論會紀錄。	
可	2.4.21	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管政策及病安措施，確保其醫療品質與病人安全。 **符合項目：** 1.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。 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.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。 5.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	有關符合項目 4 所提「急救設備」醫院可自行規範，惟須確保醫療人員準確提供急救藥品及設備(AED)，且即時給予病人急救，以保障病人照護安全為主要考量。

			及部位確認與「作業靜止期」(time-out)之程序機制。 **[註]** 1.符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)未設置以下科別者：口腔顎面外科、口腔病理科、齒顎矯正科、牙周病科、兒童牙科、牙髓病科、復補綴牙科、牙體復形科、家庭牙醫科、特殊需求者口腔醫學科、其他經中央主管機關認定之牙醫專科。 (2)未提供牙科相關服務。 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 5 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.符合項目 5 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。	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			(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。 6.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.檢視品管政策與程序。 2.查閱牙科病人安全作業指引。 3.查閱防止意外吞入之標準作業流程。 4.病歷紀錄與口腔手術的同意書及紀錄。 5.急救設備的點班及操作示範。	
可	2.4.22	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。 **[註]** 1.中醫部門未達 4 名中醫師者，本條免評。 2.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	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			模式。 **評量方法及建議佐證資料：** 1.中西醫會診流程及規範。 2.中醫轉診流程及規範。 3.中西醫共同照護流程。 4.中醫住院診療計畫病歷記載，病程紀錄及會診紀錄。	
可	2.4.23	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，並有妥善管理機制，確保其功能正常，維護病人隱私及照護品質。 **符合項目：** 1.應有獨立診療室及候診場所，並有適當維護隱私之設施。 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。 **[註]** 1.中醫部門未達 4 名中醫師者，本條免評。 2.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。 2.中醫部門衛材、器械消毒規範。 3.中醫部門病人安全事件檢討分析報告。	
可	2.4.24	中醫部門具	**目的：**	符合項目 3「急救設備」醫

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
		有完備的病人安全措施	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。 **[註]** 1.中醫部門未達 4 名中醫師者，本條免評。 2.中醫醫療不良事件係指遺針、斷針、針刺後血腫、氣胸等情形。。 3.「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。 2.中醫醫療異常事件(不良事件)通報紀錄。 3.急救設備的點班及操作示範。	院可自行規範，惟須確保醫療人員準確提供急救藥品及設備(AED)，且即時給予病人急救，以保障病人照護安全為主要考量。

第 2 篇、醫療照護　第 2.5 章 用藥安全

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」訂有明確的門診及住院調劑作業程序。對於高警訊藥品、特殊混合注射藥品應有特殊的保存、調劑流程以保障用藥安全。

5.為達正確的給藥，應確實執行標準作業程序，且給藥前應瞭解藥效、副作用、使用量及病人是否有藥品過敏等情形。於給藥中、給藥後應注意病人反應，如有需要須正確且迅速處理。

6.組織內有如藥事委員會或病人用藥安全相關機制等之設置狀況及其機能，以確保病人的用藥安全。在機制之執行上，用藥安全的報告，應構築在非追究個人責任而是組織系統改進的態度及所謂「安全文化」之營造。各項病人用藥安全調查結果應回饋於系統流程之改善，透過在職及新進人員訓練，以改善用藥安全。

7.醫療照護團隊應提供病人用藥指導，並對民眾提供各項藥品相關資料。

條　號		條文	評量項目	評鑑委員共識
	2.5.1	藥劑部門之設備及設施應符合作業所需，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，以保障藥事作業品質。 **符合項目：** 1.應有足夠之空間、設備以提供藥事作業。 2.工作場所之環境安全合宜，如空調、採光(照明)及作業動線等，以避免發生調	有關符合項目 5「藥品冷藏用之冰箱」若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。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			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。 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。 **[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.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.環境溫溼度監測紀錄。(可)	
	2.5.2	管制藥品相關作業規範適當，並有具體成效	**目的：** 醫院之管制藥品使用應符合法規及病人臨床需要。 **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。	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			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) [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。 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 本年不納入評鑑，於 109 年列為試評項目。 5.符合項目 3、4 申請「地區醫院評鑑」者可免評。 **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。	
可	2.5.3	應有藥品識	**目的：**	1.高警訊藥品(如：KCL)需

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
		別或類似機制，防止用藥錯誤及不適當	應定期檢討藥品辨識及防誤機制，以降低調劑異常。 **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，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。 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。 **[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。	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。 2.開封後分次使用的針劑藥品如仿單未標記有效期限，則以 28 天為最大期限。
	2.5.4	訂定化學治	**目的：**	評量項目[註]2 之公告中規

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
		療藥品及特殊混合注射藥品之調劑及給藥作業程序	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.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。 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。 **[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。	定：應注意調劑環境清潔，避免微生物或塵粒等之污染並在層流氣罩(Laminar Flow Hood)下調劑配製，以維護病人安全。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			評量方法及建議佐證資料： 1.藥品優良調劑作業準則(含特殊混合注射藥品調劑作業規範)。	
	2.5.5	訂定正確用藥標準作業程序	**目的：** 醫療人員給藥前應檢核病人藥歷及適應症，協助病人彙整用藥，並確實正確給藥。 **符合項目：** 1.訂定正確給藥標準作業程序。 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。 3.能遵照相關標準作業規定依醫囑正確給藥，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.明訂退藥或藥品更改機制。 5.住院病人若有自備藥物時，醫院應有自備藥品使用規範及管理規範。 6.應有監測病人用藥療效及副作用的機制。 **評量方法及建議佐證資料：** 1.正確用藥標準作業程序。 2.自備藥品使用規範。	
	2.5.6	提供適當之藥品資訊及臨床藥學服務	**目的：** 藥劑部門應提供藥品諮詢及臨床藥學服務，以確保藥事照護(Pharmaceutical Care)品質。 **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。	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			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。 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。 **[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/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。	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			(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。 **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	**目的：** 對於院內各部門藥品需求，藥劑部門應能掌握存量，並有緊急用藥之因應措施。 **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。 **[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。	1.符合項目 4 所指查核項目應包含急救車。 2.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)。 3.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。 4.若病房有設有冰箱存放藥品(含血液製劑)，如需同時放置檢體或冰寶等，應至少分層分開置放，並明確區隔及標示，勿混合交錯放置，且嚴禁置放食物與飲料。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			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。 **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。	
	2.5.8	提供病人用藥教育	**目的：** 透過病人用藥教育，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，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	**目的：** 醫療人員獲知藥物副作用或不良反應時能立即處理及通報，採取必要措施，以	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
		及病情變化，醫療人員應正確且迅速處理	減少傷害。 **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。	

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。本章規範之重點有下列幾項：

1.醫院應確保適當之手術、麻醉部門體制及人力配置，有適當的手術排程管理，手術、麻醉相關設施、設備及儀器應由具有專業知識及技術之人員負責保養管理。醫院應收集手術麻醉、鎮靜與手術後疼痛控制等相關之資訊，加以分析、統計、管理，以保障病人安全及提昇醫療品質。

2.手術前應完整評估病人，向病人解釋麻醉及手術方式，與病人討論後選擇最適當的麻醉及手術方式。

3.確實遵照適當的病人辨識程序，確保病人身分、手術項目與手術部位之正確無誤。

4.詳實且即時記載麻醉紀錄及手術紀錄。

5.訂定手術前、中、後之護理照護常規及處置步驟，確實遵行並詳實紀錄。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
可	2.6.1	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。 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。	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.手術室儀器之查核應包含麻醉機」 3.有關符合項目 9 所載「定期水質監測」之評量範圍應為手術室（刷手台）。 4.符合項目 11-(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。 5.本年度須收集醫院手術

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			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。 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。 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。 **[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。 **評量方法及建議佐證資料：**	煙霧之減量與排除相關資料，請委員依據查核情形填寫「108 年度醫院評鑑及教學醫院評鑑資料調查表」，詳見附件 3。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			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	2.6.2	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	**目的：** 藉由手術室管理委員會議，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。 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。 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。 **[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。	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			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。 **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	**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。 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。 **[註]** 1.未設有手術室者，可自選本條免評。	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。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			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)	
可	2.6.4	麻醉醫師於術前評估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	需要麻醉科醫師術前訪視之常規排程手術(涵蓋之範圍包含門診或住院手術)，應避免當日於手術等候區進行。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			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。 **[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。	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
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	**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，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) **[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 5 本年不納入評鑑，於 109 年列為試評項目。 4.符合項目 4 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.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	**目的：** 落實手術室外執行麻醉與鎮靜作業的標準作業程序，維護病人安全。	醫院應實際作業情形，自行訂定監測範圍及內容。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
		當執行	**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。 **[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(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。 **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。	
可	2.6.7	詳實記載麻醉紀錄及手術紀錄	**目的：** 藉由手術及麻醉紀錄的即時性、正確性及完整性，保證照護的醫療品質。 **符合項目：** 1.手術紀錄、麻醉紀錄應於術後 24 小時完成，並註明日期及記錄者簽名。 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病人身分、部位及數量等。 **[註]**	符合項目 1 所提簽名，目前法律文件簽名或蓋章皆可接受。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			1.未設有手術室者，可自選本條免評。 **評量方法及建議佐證資料：** 1.手術、麻醉紀錄。 2.檢體處理紀錄。	
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	**目的：** 藉由手術前、中、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。 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。 **[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。 **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。	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
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	**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。 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。 **[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)	

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	評鑑委員共識
重	2.7.1	落實執行感染管制措施	**目的：** 訂定感染管制工作計畫與感染管制手冊並落實執行，降低醫療照護相關感染及新興傳染病疫情發生的風險。 **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。	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、1.4、1.5、1.6 項次)。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			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。 **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	2.7.2	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	**目的：** 建立並落實衛材、器械、機器與內視鏡之清潔、消毒、滅菌及環境清消之標準作業程序，確實監測管理執行情形，維護病人安全。 **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。	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(2.1、2.2、2.3 項次)。 2.實地查證時，委員將加強有關軟式內視鏡(包括腸胃鏡、氣管鏡等)相關器械、設備清洗消毒之查核，以落實醫療儀器設備之清潔、消毒、滅菌作業。其中有關軟式內視鏡(包括腸胃鏡、氣管鏡等)，每次使用後需完成高層次消毒程序。 3.符合項目 4 所提醫療環

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			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。 **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。	境清潔消毒係指全院環境。
重	2.7.3	落實抗生素抗藥性管理	**目的：** 強化跨部門醫療團隊合作，確保抗生素合理使用，減少細菌抗藥性之發生及散播，維護病人安全。 **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。	評鑑委員可參考受評醫院上次之感染管制查核結果及意見(3.1、3.2、3.3 項次)。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			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。 **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。	

第 2 篇、醫療照護　第 2.8 章 檢驗、病理與放射作業

【重點說明】

對病人做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。因此對各種檢驗、檢查必須特別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、血品供應單位、解剖病理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。

2.醫事檢驗、血品供應單位、解剖病理及放射影像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與品質保證。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
可	2.8.1	具備合宜的醫事檢驗設備，並能確保其正常運作與環境安全	**目的：** 維護醫事檢驗設備與環境的安全管理，確保檢驗品質與執業安全。 **符合項目：** 1.應依醫院規模、機能及整體病人照護條件設置相關醫事檢驗之設備，提供正確檢驗結果，以符合一般醫療的需求。 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。 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。	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。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			[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。 4.符合項目 4、5 惟申請「地區醫院評鑑」且未提供 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	**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	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。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			結果應立即通報給主治醫師。 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。 **[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。 **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	**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，	1.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。 2.符合項目 6 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

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			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。 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。 **[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。 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)	施」的檢討說明。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
可	2.8.4	設有合宜之血品供應單位及供輸血作業程序，並能確實執行	**目的：** 制訂與執行合宜的血品管理與輸血作業程序，確保病人用血安全。 **符合項目：** 1.明確設置血品之保管、供應或訂購的負責人員或部門，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。 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。 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。	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			[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。 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	**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。 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。	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。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			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。 **[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。 **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)	
可	2.8.6	具備合宜的病理診斷設備，並能確保其正常運作與環境安全	**目的：** 維護病理診斷設備與環境安全管理，確保診斷品質與執業安全。 **符合項目：** 1.應依醫院規模、機能及整體病人照護條件設置相關病理診斷之設備，提供正確病理診斷結果，以符合一般醫療的需求。 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。	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。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			4.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 快速病理診斷)需求。 5.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。 **[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)未設有病理診斷單位或部門者。 (2)申請「地區醫院評鑑」者。 3.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.病理診斷相關儀器與設備之查驗、保養、維修或校正作業標準及查檢紀錄。 2.生物及化學危害物質相關安全規範及管理資料。 3.快速病理診斷之作業流程或數量統計資料。(可) 4.重要醫療儀器、設備之備援計畫或機制。(可)	
可	2.8.7	具備符合標準之病理診斷作業程序，並確實執行	**目的：** 制訂與執行各項標準病理診斷作業程序，確保診斷品質。 **符合項目：** 1.採取之組織檢體或手術切除器官，應送病理檢查，且備有紀錄，足供臨床醫師診斷及治療用。 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	1.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。 2.醫療機構所採取之組織

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			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。 **[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。 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。 (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。	檢體，或取自人體之異物，若與病灶有關，或臨床上有需要，均應送請病理檢查，此處所指之組織檢體由醫院自訂。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			(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。 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	2.8.8	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、	1.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。 2.符合項目 3 所提「比對機制」，可以病人過去報告來比對。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			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。 6.組織病理委員會定期召開，並有會議紀錄可查。 **[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。 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	2.8.9	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	符合項目 6，實地評鑑時，委員將加強輻射物質意外事件應變計畫。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			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。 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。 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。 **[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。 **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。	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			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)	
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	**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。	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			[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	**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：** 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)相關影像檔案管理適當。 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「比對機制」，係指病人就診之前及之後的比對。「覆核機制」係指應由不同的醫師進行覆核。又，針對第一次就診病人之影像診療報告，因其無法進行比對，則建議醫院應有覆核機制。另，醫院若僅有一位醫師，為確保影像診療報告的品質，應有兩次覆核，臨床醫師回饋亦可。

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			[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	**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。 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	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
			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。 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。 **[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 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	**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。	

條	號	條文	評量項目	評鑑委員共識
		學)作業程序，並確實執行	**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。 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。 **[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	**目的：**	

條　號		條文	評量項目	評鑑委員共識
		核子醫學)作業具有完備的品質保證措施	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。 **[註]** 1.未提供放射(含核子醫學)治療服務者，可自選本條免評。 **評量方法及建議佐證資料：** 1.放射治療(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。	