

新制精神科醫院評鑑基準及評分說明

目錄

新制精神科醫院評鑑基準使用說明.....	II
第一章 醫院經營策略及社區功能.....	1
第二章 合理的醫院經營管理	8
第三章 病人權利及病人安全	20
第四章 完備的醫療體制及運作	37
第五章 適當的醫療作業	65
第六章 適切的護理照護	77
第七章 舒適的醫療環境及照護	94
第八章 人力素質及品質促進	109

新制精神科醫院評鑑基準使用說明

一、本基準適用於符合醫療機構設置標準規定之醫院。

二、評鑑基準應考量個別醫院之下列情形，選出合適項目予以評量：

- (一) 醫療機構設置標準之規定（床數、醫院或綜合醫院或專科醫院）。
- (二) 醫院功能（衛生局登記之設置科別、及提供實質服務內容）。
- (三) 醫院之理念（一般醫療服務或特殊醫療服務）。

三、評量項目說明：

- (一) 基本項目：係指該項目適用任何規模之醫院。
- (二) 可選項目（可）：係指該項非屬基本項目，可因醫療機構設置標準、或依該院之功能或服務理念，於實地評鑑時依受評醫院實際狀況評量，即可為不適用（Not Applicable，簡稱 NA）之項目。
- (三) 必要項目（☒必）：為維持醫療服務品質與病人之安全，在整體考量下若未達到合格基準可能有影響病人醫療安全或病人權益之虞的評量項目，該項目之實地評鑑結果若未達 C（一般水準）以上，則該章節成績即不合格，或須於事後補正。
- (四) 可選暨必要項目（可☒必）：若本項目須評量，則該項目同時亦為必要項目，反之若本項目為不適用（NA），則該項目不須評量且不為必要項目。
- (五) 各章節細項統計：

章節	總項次	必要項目 ☒ 必	可選項目 可
第一章	17	-	-
第二章	34	2	3
第三章	41	7	1
第四章	74	2	23
第五章	29	4	3
第六章	59	4	5
第七章	55	-	2
第八章	62	-	10
合計	371	19	47
可選暨必要項目（可 ☒ 必）計 1 項：5.2.3.1。			

四、評量機制：

評量結構依五項式評量(A-E 代表達成度)，若不適用，則以 NA(Not Applicable) 表示：

A—完全達成

B—一般水準以上

C—一般水準

D—一般水準以下

E—不適當

五、評量通則：評量原則為達 B（一般水準以上）者，須先符合 C（一般水準）之要求，達 A（完全達成）者，須先符合 B 之要求。

第一章 醫院經營策略及社區功能

		評鑑基準	評分說明
	1.1	醫院之宗旨、目標及策略	
	1.1.1	確立醫院宗旨、願景、策略及目標並有效傳達	[重點] 『宗旨』係指醫院存在的理由（創設的使命）、核心價值（經營理念），醫院為了進行適切的醫療活動，應賦予醫院工作同仁精神上之支柱，進而塑造醫院醫療文化；其敘述應簡潔、明確及易記。 『願景』係醫院未來追求的境界，共同努力方向。 『策略』是為了實現或達成『宗旨』及『願景』之具體作法或指導原則。 『目標』即為醫院發展過程中所欲達到的程度，依時間可區分為短、中、長程目標，逕以研擬計畫。 - 確認醫院如何將『宗旨』及『願景』適當地向外傳達，並反應在醫院許多措施上。 『策略』是據以建立階段性整體發展目標、工作計畫、部門計畫、預算等一連串計畫性經營管理之依據，其間應有某一程度的整合性與連續性。主要相關領導幹部應了解醫院經營策略，並在科部之短中長期計畫中具體呈現並配合落實。
	1.1.1.1	醫院應明訂宗旨、願景、策略及目標	C：醫院應明訂宗旨、願景、策略及目標。 B：符合 C 項，且 - 宗旨應包含下列幾項： - 醫院創設的主旨或存在理由（使命）。 - 醫院追求（經營）的理念或核心價值。 - 醫院願景及核心價值應能表明尊重病人權利及重視病人尊嚴之宣示。 - 策略應有某一程度的整合性與連續性。 A：符合 B 項，且醫院宗旨、願景、策略、目標、符合社區之期待、公共利益及醫學倫理。
	1.1.1.2	醫院宗旨及願景能有效地傳達給院內員工、社區以及病人	C：醫院能利用多元媒體（如：公告、院刊登載、院內網頁等）致力於醫院宗旨、願景的傳達，且具有明顯事例。 B：符合 C 項，且領導幹部或員工能舉例說明其單位依據願景理念之具體作法。 A：符合 B 項，且定期運用醫院使命、核心價值檢討其經營服務措施。 [註] 可以透過詢問方式或觀察病人治療活動、服務措施及管理規範

		評鑑基準	評分說明
			等瞭解執行情形進行評估。
	1.2	確立醫院在服務區域之角色、任務及功能	
	1.2.1	明確瞭解在服務區域所扮演之角色、任務與功能	[重點] 1.應蒐集分析醫院所在服務區域的醫療、福利事業等資訊，並能瞭解該服務區域對醫院的期待。 2.由此等服務區域資訊之蒐集分析及整理，可檢討醫院未能在服務區域充分發揮其角色、任務及功能的原因，進而有所修正。
	1.2.1.1	定期蒐集服務區域醫療、福利資源及法規、政策等相關資訊，並據以修訂經營策略及計畫	C：明確指定專人或部門負責相關資料（如：服務區域內醫院、診所、社區復健機構等設施分布、福利資源及法規、政策等相關資訊）之蒐集分析作業，並陳述該院在服務區域的角色與功能。 B：符合 C 項，內容完整，妥善分類，且定期更新及報告詳實。 A：符合 B 項，且能依據資訊和報告調整或修正醫院經營策略，並具成效。
	1.2.2	依據醫院宗旨及服務區域需求，訂定醫院經營目標及計畫	[重點] 醫院對於服務區域要求其所扮演之角色及功能，要以有形的方式實踐，並以成為符合所在服務區域期待及需求的醫院為努力目標。應具體評估： 1.醫院是否訂有經營目標，並作為醫院全體員工努力之方向。 2.經營目標及計畫是否符合醫院宗旨及服務區域需求。
	1.2.2.1	醫院及部門年度計畫能反映醫院整體策略及目標之關聯性	C：訂定醫院階段性整體經營發展目標、階段性（期限可以 2 至 5 年由醫院自定）及年度工作計畫。 B：符合 C 項，且醫院整體經營發展目標及計畫能反映服務區域需求及宗旨。 A：符合 B 項，且各部門能依據醫院整體經營發展計畫，訂定部門別發展計畫，且有效傳達員工周知。
	1.2.2.2	有經營管理相關會議或委員會，並定期開會列管追蹤計畫之執行	C：定期召開經營管理會議或委員會，有具體佐證。 B：符合 C 項，且會議有對年度計畫相關議題作充分討論，部門間有效溝通之例證。 A：符合 B 項，且對會議裁示（決議）事項能列管追蹤計畫之執行，定期檢討目標之達成情形。
	1.3	上級管理決策階層的功能及領導能力	
	1.3.1	上級管理機構及醫	[重點]

		評鑑基準	評分說明
		院高層主管在擬訂醫院經營策略、目標及提升醫療品質等方面時，能發揮領導能力	1.為尋求醫院醫療品質之提升，俾能確實適應新時代環境，醫院管理者及幹部之領導力極為重要。醫院於策訂或修訂『宗旨』、『願景』、『策略』及『目標』時，上級管理機構負責人或董事會、院長及副院長或部門主管如能發揮適切之領導功能，則有助於醫院之發展與永續經營。 2.醫院管理者及幹部的責任是維持醫院的穩定經營及提供優質的醫療服務。為了實現理想之醫院經營管理，認識現狀、解決問題，提升醫療品質及提高業務效率等方面及至具體方案之研擬均需領導幹部發揮其領導力。 3.管理者及幹部須評估各種方案執行成效、檢討分析，研擬更有效的方案或執行方式。
	1.3.1.1	醫院上級管理機構或董事會能有效督導及協助醫院之經營及發展	C：醫院上級管理機構或董事會有定期瞭解醫院經營狀況，對醫院發展計畫提供可行建議及支持，有具體佐證。 B：符合 C 項，且明訂醫院院長（或負責人）、董事會權責，彼此有良好之溝通。 A：符合 B 項，且充分授權醫院院長（或負責人）執行既定政策及醫院內部管理（含人事及財務）。
	1.3.1.2	院長與副院長在擬訂經營策略時，能適度地發揮領導能力	C： 1.院長、副院長是否基於醫院宗旨及階段性整體發展目標，領導參與年度計畫之修訂。 2.在擬訂問題的解決對策時，能發揮領導能力。 B：符合 C 項，且能促進組織團結、和諧與加強員工向心力。 A：符合 B 項，且致力於醫院醫療服務品質及效率的提升和經營狀況改善，加強組織效能。 [註] 本項以訪問醫院同仁及查閱上級（或相關單位）資料作查核。
	1.4	醫院的組織及經營管理	
	1.4.1	明訂醫院組織章程及作業規範	[重點] 為評估醫院是否提供優質的團隊醫療服務及妥善經營管理，應評估下列各點： 1.應妥善建置團隊醫療所需的組織架構及訂定經營管理規章，並適時修正。 2.應依規章確實執行醫院之策略及培養員工之認同感。 3.應明訂醫院各部門的責任分配、各委員會的任務、功能及權責範圍，並確實傳達院內各部門及相關人員。
	1.4.1.1	訂定明確之組織架	C：

		評鑑基準	評分說明
		構圖，清楚表示組織之結構以及指揮系統	1.須以組織圖表示各單位及診療設施之組織體制，並明確規範權限、責任及與指揮系統等之關係。 2.將主要委員會明訂於組織圖，如感染管制委員會、病人安全相關的委員會、藥事委員會等。 3.組織圖必須整合組織現況；若組織體制有所改變，應迅速對應修正組織圖。 4.各委員會應定期召開會議，以使組織確實發揮功能。 B：符合 C 項，且醫院組織能定時檢討以符合策略之執行。 A：符合 B 項，且確實依相關程序審核。
	1.4.1.2	制訂醫院內部組織章程及管理規章	C： 1.已制訂組織章程等相關管理規章、權責規定及相關工作手冊等。 2.各部門作業規範及程序齊備。 3.各類規範印製成冊或在院內網頁能方便查閱，員工熟悉如何查閱。 4.須整合組織現況，制定醫師及各部門之職掌及職務規範。 5.新職位設置時，須對應重整相關職掌及職務規範。 B：符合 C 項，且 1.訂定職務說明書。 2.依內部規章辦理公文、案件之審核。 3.各部門成員各司其職且實質運作品質優良。 A：符合 B 項，且 1.能定期檢討及修正，並確保最新版本之取得。 2.跨部門運作協調良好。
	1.4.2	院內之溝通聯繫與訊息傳達	[重點] 順暢而有效的溝通交流與團隊醫療之優質表現關係密切。為了實現優質的團隊醫療，必須有全體共通的資訊，醫院應有可將重要資訊傳達工作人員周知之機制。另外，亦需評估工作人員係以何種方法可以確實得知重要資訊。
	1.4.2.1	部門間及部門內有適當的訊息傳達及協調溝通	C：部門間及部門內溝通管道通暢互動良好，應定期召開會議，並備有具體佐證。 B：符合 C 項，且醫院重要決策信息能由多重管道有效傳達工作同仁。部門主管能整合員工意見，並適時向上級反應，雙向有效溝通。 A：符合 B 項，且部門間溝通順暢，相互合作支援，團隊運作情形良好。
	1.4.2.2	增進員工溝通與互	C：建立員工意見反應之多元管道，及每年至少辦理 1 次員工

		評鑑基準	評分說明
		動	滿意度調查。 B：符合 C 項，且對員工之意見有回應，並做適當處理。 A：符合 B 項，且員工樂於表達意見，並對溝通管道有安全感，且有具體佐證。
	1.5	遵守相關法規	
	1.5.1	醫院應遵守相關法規	[重點] 醫院應遵守衛生主管機關及政府其他相關法令及相關法規，尤其是醫療法、精神衛生法、全民健康保險法....等，並配合國家衛生政策及其他相關政策的推動
	1.5.1.1	醫院符合醫療機構設置標準及遵守其他相關法規	C： 1.衛生局查證結果，醫院符合醫療機構設置標準。 2.醫院對於衛生主管機關在醫療法、精神衛生法及全民健康保險法執行上發現之偏差、違規或建議事項，能即時檢討並積極改善，並有具體成效例證。 B：符合 C 項，且醫院對醫療法、精神衛生法及全民健康保險法均能每年實施專題介紹或宣導課程，與該法令相關之工作人員參加人數達 60% 以上。 A：符合 B 項，且醫院對醫療法、精神衛生法及全民健康保險法執行認真，有具體佐證，或在近 3 年內曾獲得政府相關單位評選表揚者。 [註] 1.與該法令相關之工作人員定義與人數由受評醫院提供給評鑑委員參考。 2.依照行政院衛生署、中央健康保險局及當地衛生主管機關提供之資料作實地查證。
	1.5.1.2	配合國家衛生政策及其他相關政策之情形	C：醫院對國家衛生及其他相關政策、精神醫療網計畫之推動，能透過講座、院刊、網頁、公告欄等作政策宣導。 B：符合 C 項，且醫院配合國家政策及精神醫療網計畫之推動，在近 3 年內有具體佐證。 A：符合 B 項，且善盡社會責任，積極配合國家衛生政策及精神醫療網計畫之推動有具體佐證，或近 3 年因此獲得政府表揚。 [註] 1.可詢問衛生局稽核人員該院之配合情形。 2.衛生政策包含酒藥癮、家暴、性侵害、自殺防治、兒童保護、基層醫療保健、衛教宣導、醫藥分業、精神醫療網計畫、善盡社會責任等要求，並應依相關規定通報。

		評鑑基準	評分說明
	1.6	結合服務區域健康相關資源，推動社區健康照護工作	
	1.6.1	與服務區域醫療衛生單位及相關團體維持適當合作關係	[重點] 1.醫院在服務區域中的角色定位及責任因醫院性質、類別、規模及服務區域狀況之差異而各有其不同。 2.應加強與服務區域中其他醫療機構或長期照護機構、縣市心理衛生相關業務之組織、縣市公共衛生體系、精神復健機構、社會福利機構、學校輔導單位等彼此間之合作，發揮醫院功能。 3.醫院與社區發展結合及與社區保持關係的活動狀況，如在社區辦理增進健康的活動、健康相關工作的推展及社區的健康營造活動等。
	1.6.1.1	與服務區域基層心理衛生、醫療及社會服務相關單位聯繫適當	C：參與服務區域基層心理衛生及醫療相關單位活動。 B：符合 C 項，且協辦相關活動，並有資料佐證。 A：符合 B 項，且對服務區域基層心理衛生及醫療相關單位提供相關支援或資助，並舉出積極作為的具體佐證。 [註] 心理衛生及醫療相關單位包含其他醫療機構或長期照護機構、縣市心理衛生相關業務之組織、縣市公共衛生體系、精神復健機構、社會福利機構、學校輔導單位、身心障礙福利機構等。
	1.6.1.2	接受服務區域相關照護及社福單位轉介	C：醫院參加服務區域中轉介網絡，並建立服務區域照護及社福單位轉介單一窗口。 B：符合 C 項，且詳實記錄轉介次數、處理情形。 A：符合 B 項，且能定期檢討，有改善績效者。
	1.6.1.3	提供社區民眾健康諮詢與衛生教育，配合或協助社區健康營造	C：醫院參加社區相關心理衛生促進活動或社區健康營造工作。 B：符合 C 項，且有舉辦以社區民眾為對象的演講會、健康教室、研討會、健康諮商等。 A：符合 B 項，且積極經常性協助或配合社區健康營造相關活動，有具體佐證。
	1.6.2	轉診、轉檢或轉介之適當性	[重點] 1.基於服務區域醫療的觀點，病人所需的醫療，儘可能在該服務區域完成。因此，非僅接受由其他機構轉介的病人，亦應依醫院的角色、任務及功能將病人轉介至其他適當機構。 2.應有轉介至較高層級醫院、單（專）科醫院、專業照護機構或長期照護機構的事例，每一事例，均需依照病人症狀檢討

		評鑑基準	評分說明
			轉介至合適機構，且其轉診、轉介及轉檢資料必須在院際間交流。 3.應具備相關之工作人員（醫師、護理師、職能治療、臨床心理、精神醫療社會工作人員等相關人員）共同檢討個案，介紹至適當的機構之制度。 4.轉檢工作之推展，可提升基層醫療服務品質，並與社區醫院建立共同照護病人之機制。
	1.6.2.1	應有專人或專責單位推動雙向轉診、轉介及轉檢之聯繫協調工作，並提供快速便利之回復機制	C： 1.應設有專責人員或單位負責雙向轉診、轉介及轉檢業務。 2.具雙向轉診、轉介及轉檢相關規範。 B：符合 C 項，且有完整運作功能，可提供回復機制。 A：符合 B 項，且醫院內相關人員瞭解雙向轉診、轉介及轉檢之流程及程序，能定期評估並改善者。

第二章 合理的醫院經營管理

		評鑑基準	評分說明
	2.1	會計作業及財務管理	
	2.1.1	健全的會計作業和財務管理	[重點] 1.為了醫院的永續經營，醫院應掌握其財務狀況，妥善之會計作業更形重要，以獲得有品質有效率的醫療服務，達到降低成本及合理之財務績效。 2.依照醫院規模配置專人或專責單位，根據明確的會計作業原則，負責醫院財務規劃及監控。
	2.1.1.1	會計作業健全	C： 1.依醫院規模及類型設置相關單位或負責人執行醫院會計作業，作業流程健全。 2.依相關規定登錄，並依醫院類型製作相關之財務報表資訊（如：資產負債表、損益表、現金流量表...等）供決策者參考。 B：符合 C 項，且 1.醫院明定會計作業流程，並確實執行。 2.定期分析醫院財務收支狀況及變動之情形（依季或年度）。 A：符合 B 項，且能將醫院財務狀況透明化，並定期對外公布。
	2.1.1.2	適當之會計審查制度，有效內控及外部查核	C：訂有內控外部查核機制，並依審查結果修正相關制度與作業。 B：符合 C 項，且能每年進行 1 次外部會計師簽證（公立醫院經上級或審計單位審查）。 A：符合 B 項，且能依照簽證紀錄，修正醫院會計作業或內容。
	2.1.1.3	確實掌握應收未收帳款之金額及發生原因	C：掌握應收未收帳款數額、發生理由。 B：符合 C 項，且檢討催收方法，訂定目標，並採取行動。 A：符合 B 項，且處理績效良好，超越自訂目標。
	2.1.1.4	編定年度預算並落實執行	C：依據醫院工作計畫編列年度預算。 B：符合 C 項，且 1.應有相關部門參與研討機制。 2.預算編列詳實，與醫院整體發展計畫具聯貫性。 A：符合 B 項，且 1.預算能充分支應年度工作計畫。 2.定期評估與檢討工作計畫與預算、追蹤執行情形，執行率良好。
	2.1.1.5	訂定醫院經營管理指標並妥善運用	C：針對醫院經營管理需要，指定專人或專責單位建構醫院經營管理指標（如：門、急診人次，初診人次佔總門診人次比率，住院人日，佔床率，每月門、急、住診營收成長率，每

		評鑑基準	評分說明
			月自費營收成長率，健保申報金額，健保核刪率，人事支出佔總收入比率，藥品支出佔總收入比率，水電支出佔總收入比率，員工生產率，流動比率，負債比率....等等）。 B：符合 C 項，且檢視各項指標收集情形，並作變化分析，與其他類型醫院作比較並定期進行檢討及追蹤改善。 A：符合 B 項，且將檢討改善事項應用於醫院經營管理制度面之修正，並有具體成效者。
	2.2	病歷管理	
	2.2.1	設有完備之病歷管理部門	
	2.2.1.1	設立病歷管理部門或有專人負責，人力、空間配置適當	C： 1.設有病歷管理部門或有專人負責。 2.病歷儲存空間、設置位置及門禁適當，且電器與消防設施管理良好。 B：符合 C 項，且 1.人力配置應符合醫院規模及業務量，並考量床數及業務量做調整。 2.病歷管理人力分工適宜，專業能力良好。 A：符合 B 項，且設有病歷管理委員會或小組，並由資深醫師擔任主委，按時召開會議，紀錄詳實。
	2.2.1.2	病歷管理與疾病分類等人員均經專業訓練	C：病歷管理人員應有病歷管理、疾病分類等專業訓練。 B：符合 C 項，且所有人員每年接受繼續教育。 A：符合 B 項，且所有疾病分類人員皆通過相關資格甄審考試，並取得證照。
	2.2.2	病歷應妥善管理	[重點] 對病歷的妥善管理應以下列觀點評估： 1. 完善病歷管理規章制度。 2. 病人的病歷應統一合併管理，以利專業診療參考，避免發生紀錄分散不全的缺失。 3. 病歷行蹤處應明確掌握，訂有防止遺失的管理機制。 4. 使用統一之病歷號避免同名、同姓病人發生弄錯的缺失。 5. 門診病歷送到診間之即時性評估。 6. 病歷安全性與機密性的維護。
	2.2.2.1	病歷管理作業健全	C： 1.病歷管理各項作業訂定標準作業規範。 2.病歷格式設計完善，內容適當並按內容類別依序編排，各種檢驗報告黏貼牢靠，且易於查閱。

		評鑑基準	評分說明
			3.門診及住院病歷區分清楚，依序裝訂。 4.病歷使用完善的歸檔方式，易於存取，且排列整齊。 5.病歷調出與歸檔應作出入庫管理與遞送時效的管控。 6.定期實施非活動性病歷的整理。 B：符合 C 項，且建立完善的病歷管理資訊系統，協助作業品質的提升。 A：符合 B 項，且病歷管理與疾病分類相關作業訂有品管監控指標，並確實執行。
	2.2.2.2	病歷資料完整	C： 1.每位病人在醫院只有 1 個病歷號碼。 2.每份病歷應有病歷首頁，記載病人相關基本資料外，且應有該病人之「藥物過敏」紀錄。 3.門診、住院病歷分開放置時，門診病歷需有出院病歷摘要。 4.門診病歷含主訴、檢查異常、發現、臆測及處方等要項。 5.住院病歷應包括入院紀錄、醫囑、病程紀錄、出院摘要、護理紀錄、給藥紀錄、各類檢查（檢驗）報告（含臨床判讀）、TPR Sheet 及復健醫療、職能治療、臨床心理或社會工作紀錄（或摘要）及各類同意書等，並統一歸檔。 B：符合 C 項，且 1.病歷紀錄完整，醫務人員各項紀錄或報告均有簽章及簽註日期。 2.各相關專業原始評估、測驗問卷或文件應妥善保管。 A：符合 B 項，且 1.訂定病歷書寫規範，對新進醫務人員確實實施病歷書寫指導。 2.對於臨床檢驗或檢查結果應有臨床判讀。
	2.2.2.3	維護病歷資料的安全性及機密性	C： 1.對病人資料的機密性、安全性訂有管理規章。 2.病人資料的釋出依一定的申請程序辦理。 3.依法定年限妥善保存病人相關資料及資訊，並嚴防遺失、損毀、篡改及不當取得或使用。 B：符合 C 項，且對特殊病歷資料（如：性侵、家暴、兒童虐待、深度個別心理治療、司法鑑定及其他法規規定應特別保密之病歷資料）應特別妥善有系統保存。 A：符合 B 項，且對病歷內容（包括實體及電子病歷）的保密措施（如：保密原則、規範、人員教育訓練等）嚴格要求並有具體稽查機制，有具體事證。

		評鑑基準	評分說明
	2.2.3	建立病歷紀錄審查制度	
	2.2.3.1	對病歷紀錄有作量與質的審查	C： 1.訂定病歷量的審查作業，且確實執行。 2.審查結果作妥善處理，且有相關獎懲及改善機制。 B：符合 C 項，且 1.訂有病歷紀錄品質的審查作業規定，並確實執行。 2.審查結果整體性缺失進行統計分析。 A：符合 B 項，且病歷量與質的審查結果有實質追蹤改善措施且成效良好，有具體事證。
	2.2.3.2	對出院病歷建立追蹤管理系統，且定期統計呈報改善成效	C： 1.出院病歷應儘速完成，尤其病人出院病歷摘要應在限期一週內完成，並回歸病歷室，以利病人回診。 2.對逾期未歸回病歷室之病歷，應訂有處理流程。 3.定期統計呈報追蹤管理成效。 B：符合 C 項，且出院病歷有 90%於 7 日（日曆日）內完成量的審查，並歸回病歷室歸檔上架者。 A：符合 B 項，且出院病歷有 90%於 3 日（日曆日）內完成量的審查，並歸回病歷室歸檔上架者。
	2.2.3.3	依病人的請求，依法提供病歷影本或摘要	C： 1.訂定提供病人病歷影本或病歷摘要之處理程序或步驟。 2.依醫療法相關規定於期限內提供病歷影本或病歷摘要。 B：符合 C 項，且能視病人請求所需儘速提供病人需求資料。 A：符合 B 項，且能定期檢討相關規定和作業流程，獲得病人（或家屬）讚許及肯定，並有佐證資料。
	2.2.4	病歷資訊管理適當並靈活運用	[重點] 病歷之管理及活用應以下列觀點做評估： 1.建立完整的病例資訊相關資料庫。 2.符合特定條件的病歷檢索系統。 3.病歷資料的提供。 4.是否定期製作及檢討臨床評估指標。
	2.2.4.1	建立疾病檢索系統	C：就出院病人之病歷以性別、年齡、診斷、住/出院日期、出院時的疾病結果等作為資料庫登記內容。 B：符合 C 項，且診斷名應使用 ICD-9-CM 等標準體系建立疾病檢索系統。 A：符合 B 項，且疾病檢索系統查閱省時、快速及便捷。
	2.2.4.2	定期編製疾病相關	C：

		評鑑基準	評分說明
		統計資料及報告	1.定期製作疾病統計資料。 2.編印疾病統計年報。 B：符合 C 項，且 1.能對疾病進行年度（或季）變化比較、分析。 2.醫院疾病統計年報能與其他醫院交流者。 A：符合 B 項，且 1.充分運用分析統計資料，改進醫院醫療及管理相關事項，並具成效者。 2.能與同級醫院對相同疾病進行相關之比較與分析。
	2.3	資訊管理	
	2.3.1	有完善之資訊管理機能	[重點] 本項係對醫院全面資訊管理機能整備狀況予以評估： 1.醫院應明訂資訊管理及安全相關政策與作業規範，旨在確保資訊系統具有「穩定性」、「可用性」、「機密性」與「完整性」等必備條件，以防止病人資料遺失、誤用。 2.明確訂定病人資訊保密措施。 3.資訊部門能配合其他單位提供必要之資料及資訊。
	2.3.1.1	設置資訊管理之專責人員或資訊管理部門	C：設置資訊管理之專責人員或資訊管理部門，以綜合策劃管理各部門之資訊作業。 B：符合 C 項，且 1.資訊管理部門專責人員與醫療（事）部門人員聯繫適當。 2.設置資訊管理委員會（或相關組織），定期檢討及修正資訊作業或相關問題，並有佐證資料。 A：符合 B 項，且資訊部門能配合其他單位需求從資料庫提供資料及分析性資訊。
	2.3.1.2	具備資訊安全管理機制	C： 1.醫院有電腦使用權限設定及防止資料外洩之資訊管理相關作業規範，並具備資訊安全管理機制（如：資訊需求申請程序書、資訊系統密碼管理辦法、程式撰寫文件管理辦法、資訊系統備份作業程序書、資訊安全稽核作業程序書、網路頻寬使用管理辦法、網際網路使用規範、網路信箱管理辦法...等）。 2.系統應具有適當之使用者權限設定，以確實保障病人個人隱私。 3.資訊設備機房應訂有門禁管制。 B：符合 C 項，且依據作業規範與安全管理機制落實執行。 A：符合 B 項，且

		評鑑基準	評分說明
			1.有定期進行稽核作業，並檢討、分析，有具體改善之成果。 2.已部分或全面實施電子病歷之醫院需通過第三者認證。
	2.3.1.3	電腦系統發生故障時，應有緊急應變處理機制	C： 1.訂有緊急應變標準作業規範，公告周知。 2.具有備份設施與病人資料異地備份之功能，並有每日追蹤處理。 B：符合 C 項，且 1.有電腦系統故障（當機）原因及處理紀錄。 2.每年實施一次電腦系統故障緊急應變演練。 A：符合 B 項，且醫院依據演練檢討結果，能進一步提出具體之改善計畫、持續改善。
	2.4	設施設備管理	
	2.4.1	明確之各項設施、設備及儀器管理制度	[重點] 1.專責人員或單位負責醫院設施、設備及儀器之管理。 2.維持良好安全工作環境及裝備正常運作。 3.確實施行各項設施、設備及儀器之保修計畫。 4.良好的工作人員教育訓練。
	2.4.1.1	設有各項設施、設備及儀器之保養維修及管理制度之人員	C： 1.由相關專業人員或部門負責醫院設施、設備及儀器管理工作。 2.主要的設施、設備（如：電機、鍋爐、空調、消防、供水及儀器等）應訂定維修相關規定，並製作年度保養計畫日程表。 3.重要醫療儀器及設施設備（如：維生設備、消毒設備、電機、鍋爐、空調、消防、供水、緊急發電設備及廢水處理設備...等），具相關說明書、操作手冊及相關工作人員操作訓練。 4.各項設施、設備及儀器的定期保養、維修及管理紀錄完備可查證。 B：符合 C 項，且各項設施、設備及儀器保養計畫有考量全院性整合的排程表，並可呈現季節性或專案性的檢查或保養成果。 A：符合 B 項，且 1.維護人員具有專業證照。 2.依據設施、設備及儀器之使用效能、維修保養狀況，訂有適時汰舊換新計畫，並確實執行，備有紀錄可查。
必	2.4.1.2	配合主管機關規	C：

		評鑑基準	評分說明
		定，定期檢查相關設施及設備，並限時修正	1.配合主管機關實施相關設施及設備檢查，並備有相關紀錄。 2.防範設施及設備（如：儲水槽、空調設備、消毒鍋...等）具感染性之潛在危險因素，備有檢驗清淨實施紀錄。 B：符合 C 項，且定期詳實記錄及檢討，研訂改進措施。 A：符合 B 項，且對改善措施有效改善，其執行成效顯著。 [註] 本項為必要項目。
可	2.4.1.3	對輻射物質之裝置、使用、棄置應經有關機構定期檢查合格	C： 1.對輻射設備及物質之裝置、使用、棄置應經有關機構定期檢查合格。 2.儲存或操作場所有明顯的標示與警語。 3.接觸輻射物質相關工作人員隨身皆配有檢測器，並依規定解讀分析檢測值及報告。 B：符合 C 項，且醫院訂有自行定期檢查計畫，並有紀錄可查。 A：符合 B 項，且有即時改善措施。 [註] 本項為未設有輻射物質等裝置設備醫院適用之可選項目。若過去 3 年曾有相關醫療業務、設備、人員者不得為 NA。
	2.4.2	廢水、廢棄物處理	
	2.4.2.1	訂有適當的廢水廢棄物處理作業規定	C： 1.置有專人負責一般性、生物醫療廢棄物及廢水之處理。 2.訂有適當的廢水、生物醫療廢棄物處理相關規定及程序。 3.醫院內廢棄物之分類，應明確劃分為一般性廢棄物（可燃性、不可燃性）、生物醫療廢棄物等，放入特定的容器、包裝，並安全運送至最終放置場所。 4.生物醫療廢棄物的儲存設備或容器應有明確清楚之標示。 5.應由相關負責人追蹤廢棄物最終處置，並依規定通報。 B：符合 C 項，且 1.主管機關的檢查缺失，能在短期內有效改善。 2.實施廢棄物減量活動，成效良好。 A：符合 B 項，且持續追蹤改進措施或改進處理作業程序，有具體事證。
	2.5	醫院安全管理	
	2.5.1	具備適當的醫院安全維護體系	[重點] 1.因醫院出入人員複雜，可能發生放置於門診、病房等之物品遭竊等事件，應確立醫院安全維護體系，並加強守衛，以防止此等事件之發生。

		評鑑基準	評分說明
			2.安全維護體系問題極多，尤其是警衛業務外包時，應確認人員換班時能確實交接相關業務及資訊，且夜間醫院行政值班人員應與外包安全維護體系密切聯繫。
	2.5.1.1	訂定明確適當的安全管理業務內容及範圍	C： 1.應有專責人員或部門負責醫院安全管理業務，並訂有醫院安全作業規範。 2.應確認安全維護人員換班時能確實交接相關業務及資訊。 3.夜間安全維護人員應與醫院行政輪值人員密切聯繫。 B：符合 C 項，且 1.落實 24 小時人員院內巡邏與查檢。 2.充足的監視錄影設施。 3.應特別注意安全維護人員之教育及訓練，以確實具備因應緊急事件之能力及能尊重病人隱私，藉由其業務日誌確認其安全管理的執行狀況。 4.建立警民連線類似機制，確保醫院安全。 A：符合 B 項，且定期研訂改進措施並有具體事證。
	2.5.1.2	制定醫院相關部門之門禁管制規定	C： 1.醫院應訂定探病、陪病規範。 2.應有明確之夜間出入口、門禁時間及出入相關規範。 3.上述 2 項應公告周知。 4.管制單位（如：病房、電腦機房、動力中心、病歷室、廚房、庫房...等）應限制非必要人員進出之管制措施。 B：符合 C 項，且確實執行相關規範，並有相關出入管理紀錄，另定期針對異常事件進行統計、分析與檢討。 A：符合 B 項，且研訂缺失改進措施並有具體事證。
	2.6	醫療物料管理	
	2.6.1	衛材、物料之採購、供應及庫存管理適當	[重點] 1.謀求醫院的衛材、物料運用之合理性、經濟性，並有標準化衛材、物料採購、補給之作業流程。為控制醫院成本及促進醫院經營管理效率之重要措施。 2.適度訂定單位日常診療所需衛材、物料之合理庫存量，並應定期實施單位衛材、物料盤點制度，除一般庫房外，應特別注意各病房和藥局，避免有超量庫存或過期庫存的情況發生。 3.庫存管理的基本原則係先調查適當之庫存量及效期。定期盤點應不限於 1 年 1 次。 4.如將庫存管理全面委託院外業者執行，應評估醫院參與庫存管理之方式及補充物料之計價方法，零庫存不一定對醫院有利。

		評鑑基準	評分說明
	2.6.1.1	訂定衛材及物料採購、補給、庫存等相關作業規定	C： 1.應有專人負責衛材及物料採購、供應及庫存之管理，並訂有領料辦法。 2.驗收時應確認衛材及物料之品質。 B：符合 C 項，且 1.選擇合格商品，且供應商名稱應能於衛生署藥政處網站可查證。 2.落實規格標準化制度，以利統一採購衛材及物料，並提高管理效率及醫療品質，如：明訂申購→採購計畫→訂購→採購→驗收→入庫→保管→出庫→補給→使用耗費→申購之相關作業流程。 3.實施有效率的電腦資訊庫存管理。 A：符合 B 項，且有足夠的存量管理與緊急調撥機制。
	2.6.1.2	實施定期盤點	C：必須確實掌握各項衛材及物料之使用狀況，適當地調整庫存量。因此，1 年應實施數次之各相關部門衛材或物料盤點，並確實核對衛材或物料清單，以妥善估算管理衛材或物料需求。 B：符合 C 項，且各部門應各自訂定適當而正確的庫存量，以一定的程序合理補充，其衛材及物料補充之實際執行狀況良好。 A：符合 B 項，且定期檢討與修訂相關作業程序成效良好。
	2.7	外包業務管理	
	2.7.1	外包業務管理	[重點] 1.外包業務係指委外合作之醫療及非醫療相關業務、人力及設備者。 2.醫院執行業務外包時，必須以適當的需求及標準選定外包業者訂定合約，並確實遵守合約內容。 3.醫院與外包業者之合約內容應有兼顧雙方權益及退場機制之明確規範。 4.應選擇符合相關品質規範之合格承包業者，以確保病人及醫院工作人員之安全及服務品質。 5.醫院必須有能力確保外包業務的妥善執行（如：定期召開品質管理委員會，並與承包業者溝通協商等）。 6.應對承包業者實施業務及設備等訪查評估作成紀錄，作為日後訂約、違約處理之依據。
可	2.7.1.1	訂定外包業務管理辦法	C： 1.明確規定委託外包業務相關意外事故發生時之賠償責任歸

		評鑑基準	評分說明
			屬，確認承包業者違約時，醫院應有即時銜接相關業務的機制，保障病人權利。 2.應明確訂定並確實遵守承包業者遴選程序，並應選擇合格的業者。 B：符合 C 項，且制訂外包業務監督管理作業流程，確實執行並備有報告可查，以確保醫院業務進行與病人服務的品質。 A：符合 B 項，且有定期檢討、能適時修改外包契約之機制並有具體事證。 [註] 本項為未有外包業務醫院適用之可選項目。若過去 3 年曾有相關醫療業務、設備、人員者不得為 NA。
可	2.7.1.2	外包業務管理作業適當	C： 1.外包業務的內容與範圍適當，合約內容應有兼顧雙方權益，不影響醫院醫療品質且納入醫院統一管理，由醫院承擔一切責任。 2.外包人員素質適當，應具備工作相關專業證照或資格條件。 3.醫院及承包業者應落實外包人員之教育訓練，內容除一般業務所需外，亦需包含保密義務及確保病人安全等相關課程。 4.外包人員定期接受健康檢查，且備有檢查紀錄。 B：符合 C 項，且醫院與外包業務承包業者具備良好的溝通管道及協調機制，能隨時檢討外包業務品質即時改善或修正。 A：符合 B 項，且醫院的委外業務對醫院的營運有正面影響，且有具體事證。 [註] 本項為未有外包業務醫院適用之可選項目。若過去 3 年曾有相關醫療業務、設備、人員者不得為 NA。
	2.8	危機管理	
	2.8.1	危機管理機制	[重點] 1.為降低危機事件對醫院造成的危害，醫院平時應建立有效機制，辦理危機事件之偵測、預防、明確分工與演練，以預防事件的發生。 2.當事件發生時，能立即妥善處理事件，讓傷害降至最低。 3.事故發生後，醫院能快速恢復正常運作，並徹底檢討根本原因，且有效防止事件的再發生。
	2.8.1.1	建立醫院危機預防及處理程序	C： 1.醫院設有危機管理專責單位（委員會）或專責人員，訂定並定期檢討醫院危機管理計畫，危機管理計畫須包括預防、

		評鑑基準	評分說明
			應變（處理）、復原等。 2.定義危機偵測項目與建立通報系統。 B：符合 C 項，且 1.針對危機管理機制有對全體員工舉辦教育訓練。 2.對可能發生之危機事件訂有相關處理作業程序。 A：符合 B 項，且 1.於事件發生後，有儘快復原之措施，使醫院能正常運作。 2.針對監測之警訊事件能研擬改善對策，預防危機發生。
	2.8.2	應設立機制妥善處理醫院內之緊急災難或事故	[重點] 1.醫院可能發生的災害，包括火災、風災、地震、暴力等，遭遇災害時醫院動員準備及平時訓練等情況可評估醫院對危機管理的基本態度和能力。 2.不同狀況之災害，應有因應之指導手冊和作業程序；其中指揮系統、後勤支援、病人安全為重要關鍵。 3.應明訂不同等級災難緊急應變之啟動機制。
必	2.8.2.1	訂定符合醫院需要之緊急災難應變計畫	C： 1.備有符合醫院特性的緊急災難應變計畫或防災手冊及作業程序（包含火災、風災、地震、暴力等之緊急應變計畫）。 2.完備之日夜間及假日緊急救援連絡網及啟動和指揮系統。 3.緊急災難的啟動機制及因應步驟應讓全體工作人員知悉。 4.依災難類別定期排定緊急備援人員名冊。 5.訂定各單位病人疏散輸運之順序與方法。 6.醫院緊急疏散圖示明顯適當。 7.設有專人定期稽查逃生路線之暢通及救災設備之完整，並有紀錄可查。 B：符合 C 項，且計畫書及作業程序符合醫院實際情況設定，假日夜間待命召回具體可行，並定期檢討，備有紀錄查核。 A：符合 B 項，且依據演練成果切實檢討修正、更新相關計畫及作業程序者。 [註] 本項為必要項目。
	2.8.2.2	依緊急災難應變計畫，每年至少實際演習乙次，俾使同仁熟悉應變措施，並據以修正內容，以符合實際需要	C： 1.每年至少實施 1 次以上的防災訓練或演習，並有定期演練之紀錄或相片佐證。 2.全體工作人員均有參加防災及 CPR 訓練，熟悉應變措施及使用逃生設備。 B：符合 C 項，且依據相關訓練或演習結果修正內容，以符合實

		評鑑基準	評分說明
			際需要。 A：符合 B 項，且於實地訪查時，現場測試能符合醫院緊急災難應變計畫的要求。 [註] 消防法要求每年實施 1 次以上的災難避難訓練。
	2.8.2.3	明訂社區災難應變支援機制	C：明訂社區災難應變支援作業程序，並指定適當之備援人員。 B：符合 C 項，且有建立其他地區發生災害時派遣災難心理衛生小組之緊急醫療支援計畫。 A：符合 B 項，且 1.應實施與地方政府及有關團體共同的大規模災害演練。 2.能確實掌握各類資源調度，支援機制完善。
	2.8.3	妥善因應醫療糾紛	[重點] 應以誠實的態度，妥善因應醫療糾紛事件。以利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之措施，作為改善之參考依據。
	2.8.3.1	建立醫療糾紛處理機制	C： 1.應成立醫療糾紛處理專責人員或團隊，應能迅速處理醫療糾紛事件。 2.建立醫療糾紛處理作業程序 3.建立發言人制度，由專責人員或單位對外統一回應相關事宜。 4.應有顧問律師提供法律相關支援處理。 5.正確掌握事件發展，釐清事故發生原因及真相。 B：符合 C 項，且 1.定期對醫療糾紛處理作業程序實施檢討或修正。 2.對員工實施關於認識醫療糾紛的教育訓練。 A：符合 B 項，且對於醫療糾紛事件之發生、處理及預防，醫院訂有具體的措施。
	2.8.3.2	對涉及醫療糾紛的員工提供支援	C： 1.對涉及醫療糾紛的員工提供心理支援或支助。 2.醫院訂有適當之員工涉及醫療賠償之補助或互助辦法。 B：符合 C 項，且定期檢討員工醫療糾紛賠償補助或互助辦法。 A：符合 B 項，且持續研訂員工醫療糾紛賠償補助或互助辦法改進措施，成效良好並有具體事證。

第三章 病人權利及病人安全

		評鑑基準	評分說明
	3.1	尊重病人權利及建立良好的醫病關係	
	3.1.1	確立病人權利及醫學倫理相關政策	[重點] 1.醫療提供者及醫療機構有責任認識及尊重病人權利，而尊重病人權利就是加深對醫療需求的理解及對應，增加病人照護之貢獻。 2.醫療提供者及醫療機構有義務遵守職業倫理，在相互關係為基礎的醫療上，必須讓病人理解其自身在醫療上之責任及義務。 3.醫療提供者與病人間應有良好之互動關係。應以團隊醫療方式提供醫療照顧，醫療機構對病人亦負有責任及義務，並明確理解病人的權利，建立尊重病人權利的體制。
必	3.1.1.1	明訂病人權利的政策或規定，並讓病人及家屬瞭解其權利	C： 1.醫院應訂定規範以維護病人及家屬的權利。 2.應讓病人及家屬瞭解病人權利之相關規定，措施如下： (1)給病人及家屬的就醫注意事項中，應明示病人權利之具體內容。 (2)於住院說明時，向病人及家屬解說病人權利之相關規定。 (3)病人的權利包括下列項目，應予說明： ①不分疾病、性別、種族、地理位置及社經地位，每位病人皆能平等的接受適當的醫療服務。 ②確保病人安全，避免病人由於照護而造成傷害。 ③接受健康教育，獲得病情資訊。 ④提供病人相關福利資訊。 ⑤提供尊重及對個別病人特性、需要，及有價值的服務，並能確保病人的價值將引導醫療提供者之決策。 ⑥個人隱私及尊嚴受到保障。 ⑦對於醫療服務有任何不滿，可提出申訴。 ⑧能繼續接受一貫性的醫療服務。 B：符合 C 項，且由病歷、生活座談會或家屬座談會等活動或措施有具體實例之紀錄，可看出相關規定之落實與執行狀況。 A：符合 B 項，且訂定有主動內部稽核與檢討改善之機制。 [註] 本項為必要項目。
必	3.1.1.2	依法拘束病人身體（隔離、約束）或限制其活動範圍，並於	C: 1.約束病人身體或限制其活動範圍應有醫囑。 2.非為合理之醫療目的或為防範緊急暴力意外、自殺或自傷之

		評鑑基準	評分說明
		診療紀錄中記載	事件，不得拘束病人身體或限制其行動自由於特定之保護設施內。 3.不得以戒具或其他不正當方式拘束病人身體或限制其行動自由。 B：符合 C 項，且拘束病人身體或限制其行動應有之醫囑包括拘束的形式、持續時間、地點及注意事項等詳細內容，相關人員依醫囑確實執行，不得逾必要之時間，並記錄於病歷中。 A：符合 B 項，且醫療團隊對於受到身體拘束或限制行動的病人有定期檢討下列事項，並有改善紀錄： 1.拘束病人身體或限制行動之次數及其持續時間是否合理、適當。 2.用拘束病人身體或限制行動所達成之醫療或保護目的，是否有其他較少損害病人權益的方法可以達成，以使病人權益的損害減至最低。 3.拘束病人身體或限制行動所造成的損害是否與欲達成之目的利益顯失均衡。 [註] 本項為必要項目。
	3.1.1.3	員工均應清楚瞭解病人的權利及醫學倫理	C： 1.病人的權利、醫療倫理與法律應書面化，並定期實施教育訓練活動，讓全體員工周知。 2.視需要訂定教育訓練活動計畫，並確實執行。 B：符合 C 項，且對病人個別醫療有關的倫理問題（如：不得向病人推銷相關藥品及器材、不得洩漏病人病情、臨終醫療、宗教問題等）應有檢討，執行成果良好。 A：符合 B 項，且有施行人體試驗審查，並遵守行政院衛生署訂定人體試驗委員會相關規定。
	3.1.2	設立機制促進病人之參與性，加強病人與醫療人員間的合作關係，以提供高品質的醫療服務及確保病人安全	[重點] 確保優質醫療及病人安全，不只是醫療提供者的責任，病人能積極參與將使整體醫療照護機制更健全。
	3.1.2.1	為確保高品質之醫療服務及病人安全，應有措施協助病人及家屬獲取治療	C： 1.應有協助病人、家屬取得治療資訊及參與醫療決策討論之相關書面說明。 2.應於適當時機向病人及其照顧者（或照顧的家屬）說明。

		評鑑基準	評分說明
		資訊，鼓勵他們參與醫療照護之過程及決策	3.各工作人員應了解相關措施，並協助病人取得資訊。 B：符合C項，且有相關執行紀錄備查。 A：符合B項，且病人安全照護卓有成效。
	3.1.3	復健收益（基金）之管理適當	[重點] 1.醫院應訂定復健收益（基金）管理辦法並確實執行。 2.該管理辦法應有陳核報備的步驟。 3.醫院應指定監督單位有效監控。
	3.1.3.1	明確訂定病人職能（產業）收益管理方針	C： 1.訂定復健收益（基金）管理辦法，以管理病人職能（產業）治療收益。 2.備有收支帳目、領據簽單、月報表。 B：符合C項，且定期開會檢討成效。 A：符合B項，且定期修訂管理辦法，並有書面資料佐證。
	3.1.3.2	適當執行病人職能（產業）治療，且管理其收益	C： 1.職能（產業）治療收益之流向及儲存，確實依管理辦法，管理適當。 2.備有收支帳目、領據簽單、月報表。 B：符合C項，且統計分析，評估其成效，並公告周知。 A：符合B項，且定期檢討收益（基金）收支運用是否符合職能（產業）治療方針，並備有紀錄。
	3.1.3.3	不得讓病人從事非治療目的之勞務作業	C： 1.安排病人從事勞務作業需有個別復健治療目的，且有醫囑轉介。 2.應詳細告知病人所安排之復健治療計畫、目的、工作內容與報酬。 3.病人有權利拒絕參與非治療目的之勞務作業。 B：符合C項，且病人對於復健治療計畫有疑義或不滿時有申訴管道。 A：符合B項，且定期研討職能（產業）治療之成效，並適當修正。
	3.1.3.4	病人復健治療所衍生之相關收入應全數屬於病人	C： 1.日間照護或職能治療相關收入應依照復健收益（基金）管理辦法，執行定期結算公告。 2.復健收益（基金）之收入扣除必要直接成本後，至少八成以上費用發給病人作為工作獎勵，餘則用於對復健收益（基金）有貢獻的該等病人，提升士氣之活動上。 3.醫院不得使用復健收益（基金）。

		評鑑基準	評分說明
			B：符合 C 項，且統計分析其成效。 A：符合 B 項，且定期檢討，並有書面資料佐證。
	3.1.4	病人財物及零用金管理適當	
	3.1.4.1	受託代管病人財物之管理適當	C： 1.參照政府相關單位規範訂定病人財物及零用金管理辦法。 2.醫院指定監督單位定期查核、帳目清楚。 B：符合 C 項，且定期檢討。 A：符合 B 項，且提供病人金錢管理訓練。 [註] 署立醫院應依據中華民國 91 年 1 月 1 日公告之『行政院衛生署所屬醫院代管病人財務作業要點』實施。
	3.2	照護之溝通及獲得病人及/或家屬同意	
	3.2.1	告知病人及/或家屬其醫療照護有關資訊，並於醫療照護之過程中能獲得他們的同意	[重點] 1.病人對自己的健康及醫療，有權利聽取說明，並於理解後接受、選擇或拒絕檢查、治療或其他醫療行為。又病人接受診療時，與醫療人員之溝通是提升醫療效果及病人滿意的關鍵。 2.醫療提供者之治療說明應完整無疏漏： (1)為了確實傳達應說明的內容給病人，對該內容宜有書面指引。 (2)為了保證說明過程良好，進行重要的說明時，事先必須明確預定應說明的內容、由誰說明、由誰會同、如何記錄等步驟。又病人不能表明意見時或未成年者，應由代理人代行「說明及同意」的手續，確立此一機制亦為重要。 3.病症易造成病人極度不安，此種緊張反應對狀況判斷及瞭解造成影響。故應致力減輕病人心理的不安，並理解其在診斷及說明階段的反應，在「說明及同意」過程中亦需細心照料。
必	3.2.1.1	應向病人及/或家屬適當說明病情、治療方式、特殊治療及處置，說明內容應有紀錄	C： 1.醫師應個別向病人進行重要說明，且有明確訂定負責說明者及其紀錄方式。 2.說明時應充分顧及病人立場，使用病人能聽懂的語言，且充分說明使病人得以理解。 3.說明之內容應包括下列各項： (1)病人身心健康狀況、症狀。 (2)治療計畫的概要、代替性治療法。 (3)預測效果及危險性。

		評鑑基準	評分說明
			4.關於醫療提供者說明的內容，病人同意的紀錄等明確。 5.確立需要代理人（如：病人無能力表明意見者或未成年者）時之說明及同意的手續步驟。 6.向病人進行重要說明時，有明確步驟訂定由誰說明、由誰會同、如何記錄。 B：符合 C 項，且主治醫師能確實依規範步驟執行，紀錄詳實完整。 A：符合 B 項，且定期檢討修訂相關規範及步驟，確實改善。 [註] 1.本項為必要項目。 2.特殊治療含電痙攣治療。
	3.2.1.2	在「與病人溝通說明及獲取同意」過程中，應考量到環境及個人隱私的保護	C： 1.有適當處所進行說明。 2.有保障個人隱私的環境。 3.對病人錄音、錄影應依精神衛生法規定。 B：符合 C 項，且會談空間寬敞舒適，能確實隔離其他不相關人員在場。 A：符合 B 項，且有具體確保病人隱私之軟硬體設施。
可	3.2.1.3	從事臨床研究、調查或人體試驗，應告知病人及/或家屬如何參與	C： 1.提供病人及/或家屬有關研究準則及審查程序的資訊。 2.提供病人及/或家屬有關潛在不適或風險的資訊及退出研究計畫程序的資訊。 3.提供參與之病人可預期獲得何種利益之資訊；並向病人保證，拒絕或退出試驗不會影響他們接受醫院照護的品質。 4.醫院應取得告知後同意書，並有紀錄，且標明日期，病歷中應記載提供資訊及取得同意之人員。 5.有政策及規定規範提供資訊及決策過程。 B：符合 C 項，且紀錄適當有書面資料佐證，並定期開會檢討。 A：符合 B 項，且有稽核機制。 [註] 本項為未實施人體試驗或臨床研究醫院適用之可選項目。
	3.3	確保病人安全的體制	
	3.3.1	建立確保病人安全之相關機制或委員會	[重點] 1.為了確保病人安全，除了每個醫療人員的努力外，應設有病人安全之相關機制或委員會，熱心努力推動。 2.相關機制或委員會之領導階層負有重大責任，包括建立體制及

		評鑑基準	評分說明
			調度必要的資源、確立指導方針及步驟、收集情報及其活用、改進及教育訓練等。 3.應在組織內建構有關病人安全的報告，其目的非追究個人責任，而是營造組織系統改進的態度及所謂「安全文化」。在各職類中，尤其醫師是否積極努力是其關鍵。
必	3.3.1.1	訂定全院性病人安全作業與管理規範	C： 1.明文規定對確保病人安全的負責人之任務、責任及權限。 2.系統性地討論錯誤事件，建立組織性對策會報；且委員會的任務、責任、權限有明確規定。 3.有設立跨部門檢討的機制。 4.醫院應具備安全工作程序與作業準則；另應檢討醫療錯誤及事件之發生，建置不以懲罰為原則的內部通報系統，以提供安全的醫療作業環境，並提升病人診療照護的安全性。 5.建置標準的作業程序。 B：符合 C 項，且 1.上述作業規範與執行方針皆有實際運作，並能依據實際運作狀況、病人安全相關規定及資訊進行討論更新。 2.鼓勵同仁進行自願性通報。 A：符合 B 項，且醫療異常事件能確實通報至行政院衛生署所委託建置之台灣病人安全通報系統（TPR）。 [註] 本項為必要項目。
	3.3.1.2	確實執行病人安全作業程序及活動	C： 1.院長及各部科的主管努力推動與病人安全相關的委員會（如：病人安全委員會或病人安全推動小組）等活動。 2.促進跨部門的溝通及活動。 3.關於病人安全方面所需的人力及物力資源，視必要供給。 4.有關醫院防止醫療事故的方針及對策應告知全體工作人員。 5.事件及錯誤報告之用途應在於每人、每部門為了改進醫院體制所須，並將此一觀念傳達給全體員工瞭解，絕非用於追究個人責任（安全文化的確立，其關鍵在於領導人的推動）。 B：符合 C 項，且定期檢討修訂作業程序與管理規範。 A：符合 B 項，且執行績效卓著。
	3.3.1.3	院內各部門及員工應分析檢討病人安全之相關機制，並擬定改善對策	C：院內各部門及員工應積極參與醫院方針、作業規範的訂定及遵守，並確實執行事件及錯誤報告的提報。 B：符合 C 項，且醫院能對事件及錯誤報告的提報，進行定期分析與檢討。

		評鑑基準	評分說明
			A：符合 B 項，且針對分析檢討結果，擬定對策進行改善，並有完整過程與成效紀錄。
	3.4	建置病人安全的醫療環境	
	3.4.1	有關病人安全之作業程序應於院內各相關文件中有明確規定	[重點] 1.為落實病人安全的處理過程，應在醫院內訂定有關策略，並將相關步驟登載於醫院簡介、工作手冊、步驟書等，讓工作人員徹底知悉，並視需要予以更新。 2.依醫院之功能、規模及其他特性來訂定病人安全相關步驟及內容，且須與確保安全的照護過程互為對應。
必	3.4.1.1	確立病人身分、檢體、藥品、衛材、影像紀錄等之識別方法及步驟	C： 1.確立識別病人身分之步驟，如：為病人繫識別證時應告知病人，且與病人及家屬確認病人身分。 2.訂定確保識別檢體之規範及步驟。 3.應訂有藥品外型或藥名類似之危險性藥品的取用管理，如：取用類似藥品時以照片檔案或卡片喚起注意。 4.於進行侵入性檢查治療之前，應叫病人全名，以確認為本人。 5.明訂步驟，須由主治醫師、護理人員確認病人的姓名、診斷病名、部位等（侵入性檢查治療）。 6.影像紀錄（如：X 光片、CT、MRI）應明示左右側。 B：符合 C 項，且各項均確實執行，並定期檢討修訂相關規範及步驟。 A：符合 B 項，且有執行程度及評估分析報告。 [註] 本項為必要項目。
	3.4.1.2	開立病人醫囑，應有防止醫令傳達錯誤的步驟或方法	C： 1.醫囑之開立應有正確執行之查核機制。 2.緊急處置時口頭醫囑執行者，應予複誦，並經醫師確認。 3.如須變更處置時，有訂定確認的方法及步驟。 B：符合 C 項，且有確實執行。 A：符合 B 項，且醫令傳達錯誤率有明顯改善。
	3.4.1.3	對於各種可能發生醫療不良事件之情境，訂定預防措施及建立因應對策	C：須訂定預防各種可能發生醫療不良事件之措施及建立因應對策。如： 1.關於預防跌倒、摔落，明訂有病人住院時的高危險群篩選規範，內容包括意識狀態、疾病程度、跌倒或摔落紀錄、日常生活活動能力（Activities of Daily Living）、理解力降低、動作緩慢的程度及心理狀態。

		評鑑基準	評分說明
			2.疲勞、緊張、環境（照明、噪音、空間大小）為導致失誤的危機，應考慮人員調度問題，建立對策。 3.病房內需注意安全設計，如窗戶及病房大門設計安全，不易被病人開啟或破壞，電風扇裝置高度需注意。 4.病房內設有緊急支援系統。 5.應確認藥師施行調製藥劑作業。 6.藥櫃內安培(Ampoule)藥劑的放置有防止取錯藥劑之設計。 7.氯化鉀(KCl)、肌肉鬆弛劑不得保管於一般病房，必要時由藥劑部門單一供給。 B：符合C項，且各種預防措施及對策執行成效良好。 A：符合B項，且有執行成果分析報告，品質優良。
	3.4.1.4	病人對治療的反應及病情變化，醫院應正確且迅速處置	C： 1.應正確且迅速處理病人對治療（含精神科使用的所有生物、心理及社會治療）之反應及病情變化，並有紀錄可查。 2.向病人說明治療的副作用，並讓醫療團隊知悉。 3.為掌握給藥中（特定藥劑，如：Clozapine）病人狀況，應製訂檢核表。 4.對於病人之病情，應記錄於病歷中。 B：符合C項，且對所有相關病人均能正確，迅速處置。 A：符合B項，且有分析檢討及提出對策。
	3.5	蒐集並分析病人安全相關資訊，並加以檢討改進	
	3.5.1	瞭解影響病人安全的要因，並設立機制尋求改進對策	[重點] 1.為了確保病人安全，應有收集醫療異常事件資訊的機制，此為改善醫院安全重要的一步。 2.蒐集的各類報告應究明根本原因，制訂對策，建立環境條件，在發生事故時控制傷害至最低程度。 3.實行改善對策後，應確認其效果。
必	3.5.1.1	建置機制收集院內醫療異常事件	C： 1.依據醫院之特性訂定醫療異常事件之通報項目。 2.設置報告格式，以備全體員工使用。 3.教導全體員工如何書寫此類報告及提出的流程。 4.負責部門能充分蒐集醫療異常事件報告，如：病人逃跑、暴力攻擊及自殺防治事件。 5.針對醫療異常事件報告之提出者，訂有鼓勵、免責、減責或減處分之相關規定。

		評鑑基準	評分說明
			B：符合 C 項，且能配合政策或衛生機關要求，鼓勵同仁針對醫療異常事件自願通報。 A：符合 B 項，且能確實通報至行政院衛生署所委託建置之台灣病人安全通報系統（TPR）。 [註] 本項為必要項目。
	3.5.1.2	充分瞭解並分析影響病人安全的要因，擬訂改善對策	C： 1. 對醫療異常事件進行分析及檢討。 2. 擬訂對策並提具相關改善計畫。 B：符合 C 項，且對嚴重事件有進行根本原因分析（RCA）。 A：符合 B 項，且有評核成效分析報告。
	3.5.2	設立機制與外部合作以確保病人安全	[重點] 1. 醫療須與其他單位合作，並採用外部機構提供的各種製品及服務方能達成。因此，確保病人安全的制度，不僅止於院內，亦要與院外相關機構合作，如與其他醫療機構及單位、醫藥品、血液製劑、醫療材料及其他製品等機構或業者合作。 2. 透過資訊交換及協助來整備緊急時之因應對策及日常工作流程之改善。
	3.5.2.1	與相關機構及往來的業者共同建置安全的結構性體制，以提供病人完備的安全環境	C：隨時收集維護病人安全相關之資訊及方法。 B：符合 C 項，且能即時向相關機構、業者或研究機構反應有安全維護之缺失，以共同建置完備之病人安全環境或措施。 A：符合 B 項，且與往來業者或相關機構互動良好，並有改善成效分析。 [註] 「往來業者」可包括藥品、衛材、儀器設備等之廠商與外包廠商。
	3.6	醫療不良事件之處理	
	3.6.1	醫療不良事件發生時，事件之處理步驟明確並讓工作人員徹底瞭解	[重點] 1. 事故發生時，為使其傷害降於最低程度，且保持與病人及其家屬之互信關係，必須有迅速而妥善的對應。 2. 醫療不良事件發生時，對病人及家屬的對應、說明，及在醫院內的報告、紀錄等有關步驟應有明文規定，始能迅速、妥善對應。尤其是夜間、假日或主治醫師不在現場時，其對應步驟要特別注意，此種步驟要讓各級工作人員周知，實際活用。
	3.6.1.1	關於醫療不良事件發生時的處理、說	C： 1. 訂定規範規定何時、何人應說明何事。

		評鑑基準	評分說明
		明、報告、紀錄等的步驟可依據書面資料、規範，並讓員工徹底瞭解	2.院內訂有向負責人報告的步驟。 3.規範有關事故紀錄的內容及方式。 4.明訂夜間、假日等主治醫師不在現場時的對應方式。 B：符合 C 項，且上述各項均確實執行。 A：符合 B 項，且有其他更積極有效之處理對策。
	3.6.1.2	發生醫療不良事件時，應建立對外發布訊息的步驟規範	C：機構應事先明文規定下列事項的負責人及處理步驟： 1.可發表的事故種類。 2.應向病人及家屬說明，獲得同意始公開發表。 3.應顧及病人個人隱私。 4.擔任發言的工作人員。 5.發表的時間及方式。 B：符合 C 項，且醫療不良事件具有教育價值者，能適當傳達予員工。 A：符合 B 項，且醫療不良事件檢討有具體學術或學會發表之成果。
	3.7	感染管制作業	
	3.7.1	實行組織性的感染管制管理	[重點] 1.感染管制的目的在降低病人及家屬、工作人員及其他出入醫院的人們感染，或防制其帶入病原體並在發生感染時迅速察知，予以應對。 2.感染管制非僅第一線醫療人員之責任，必須醫院全體共同努力。其範圍不僅只對病人的直接臨床行為，連供餐、給水及醫院設備都包括在內，在廣義的院內環境設備方面，均須以感染管制的觀點處理大規模的活動及其過程管理。感染管制所要求的組織及活動是因醫院規模及功能而異。
	3.7.1.1	應設立感染管制相關單位，由感染科專科醫師或由參加醫院感染管制學會認可講習達足夠學分數以上之醫師負責業務推行	C： 1.設立感染管制相關單位，如：委員會等，由參加醫院感染管制學會認可講習達足夠學分數以上之醫師負責業務推行。 2.委員會主席為醫院主管（院長或副院長，且為醫師）。 3.委員會有 1 位曾接受流行病學訓練。 4.負責感染管制作業之醫師之醫院感染管制學會學分需符合規定。 B：符合 C 項，且每年度均有約聘之兼任感染專科醫師執行會診、防疫及督導感控業務。 A：符合 B 項，且有 1 名以上專任之感染專科醫師專作會診、執行防疫、督導感控業務及協助社區防疫。
	3.7.1.2	感染管制單位有定	C：

		評鑑基準	評分說明
		期對院內感染的發生及其動向開會檢討分析，並訂定改善方案	1.至少每3個月召開會議並有紀錄，會議內容應包含結核病、疥瘡、食物中毒、痢疾、發燒等議題，且下列項目均應符合： (1)有制定標準作業流程。 (2)有事件處理報告。 2.若遇群聚感染院方無法處理時，有尋求協助之應變機制。 3.確實執行會議之決議，決議事項均照會相關單位協助執行。 B：符合C項，且各項確實執行並定期檢討修訂相關機制、對應措施、感染指標種類等者。 A：符合B項，並依醫院規模或院內發生突發感染事件適當增加開會之頻率，且成效良好。
	3.7.1.3	應有合格且足夠之感染管制醫護人員進行感染管制作業	C： 1.總病床數在300床以下有1名兼任感染管制並合格之護理人員。 2.總病床數在300床以上，每300床有1名專責並合格之感染管制護理人員。 B：符合C項，且實際執行感染管制業務之感管醫護人員數高於C標準。 A：符合B項，且 1.相關作業有檢討改善及另定標準作業及執行。 2.感染管制作業相關人員配合良好，執行PDCA且執行良好。
	3.7.1.4	當大規模感染事件發生時，應有應變計畫支援感染管制工作	C：有詳細計畫、規定，視感染事件規模之大小，可增派曾受過訓練合格之人員協助作業者。 B：符合C項，且依計畫之詳細程度，擬定支援人員之等級及人數。 A：符合B項，且儲備有受訓合格之人員，足夠應付大規模之感染事件。
	3.7.1.5	制訂感染管制手冊，確實執行並定期更新	C： 1.制訂感染管制手冊並定期修訂（包括修訂之年月日）；並發給相關部門確實執行。 2.手冊內除了記載組織體制之外，應記述具體的感染管制對策及相關人員的感染處理對策。 3.手冊內應記載標準預防措施（Standard Precaution）、不同感染途徑預防措施（包括空氣感染預防措施、飛沫感染預防措施、接觸感染預防措施等）。 4.工作人員清楚知道可從何處獲得感染管制相關資訊。 5.若設有商店街，應依據行政院衛生署疾病管制局規範之醫療

		評鑑基準	評分說明
			院所商店街管理措施指引執行。 B：符合 C 項，且即時參考有科學根據之建議事項，視必要而訂定或修訂感染管制手冊，並能確實執行者。 A：符合 B 項，且實際抽查臨床工作人員能依感染管制手冊施行感染管制措施。 [註] 科學根據定義如：CDC guidelines、MMWR、行政院衛生署疾病管制局等。
	3.7.2	為降低感染的危險，應採取具體的感染管制措施	[重點] 為降低感染的危險，應採取具體且適當的感染管制措施，尤其應引進有科學根據的措施。採行新步驟時，組織全體及各部門主管必須發揮其領導力，使員工遵循。
	3.7.2.1	院內應有充足且適當之洗手設備，工作人員應有良好之洗手習慣及正確的洗手方法	C： 1.洗手設備之位置及數量合乎實際需要。 2.設置非手控式水龍頭，如：肘動式、踏板式或感應式水龍頭等。 3.備有液態皂、手部消毒劑（如：Hibiscrub）或酒精性乾性洗手液，數量足夠且方便可及。 4.備有擦手紙。 5.醫師與護理等工作人員在接觸病人之前、執行無菌操作技術之前、有曝觸病人體液風險之後、接觸病人之後及接觸病人週遭環境之後（參考 WHO 5 大洗手時機），應確實洗手（洗手可包括乾洗手）。 B：符合 C 項，且 1.醫護人員的洗手方法均正確。 2.對於醫護人員之洗手習慣及洗手方法有定時考核制度。 A：符合 B 項，且 1.臨床單位曾以品管手法如：品管圈、標竿學習等方式提升單位洗手率且成效持續進步。 2.有追蹤、改善及評值成效之措施，且有紀錄。
	3.7.2.2	若有觸及病人血液、體液的可能性時，醫護人員應戴手套；血液、體液有飛散可能性時，應使用防護具或隔離衣	C： 1.進行採血或靜脈穿刺，或處理血液、體液等檢體時，應遵循標準防護措施採取感染管制對策（使用手套、洗手等）。 2.實地評鑑現場確認手套使用方法與時機。 B：符合 C 項，且 1.工作人員有可能接觸，或被病人的血液、體液或分泌物飛濺之風險時，工作人員應依其風險穿戴防護用具，如：面罩、

		評鑑基準	評分說明
			眼罩（Eye-Shield）或護眼鏡（goggle）、隔離衣（必要時要有防水）等。 2.接觸污染物的時候，如：中央供應中心（室）工作人員應戴手套及防護用具。 A：符合 B 項，且防護具及隔離衣的使用方法及步驟正確。
	3.7.2.3	對罹患傳染性 or 新興傳染疾病等病人應有合適之隔離措施及動線規劃，並確實執行	C： 1.當有疑似感染結核病（空氣感染）或流感（飛沫感染）的病人時，應有明確處理步驟。 2.具傳染性的病人就診時，應於門診及早確定，並與其他病人執行隔離措施。 3.對於疑似罹患結核病（空氣感染）之病人，訂有因應措施，且進入隔離疑似結核病人的房間時，宜應提供適當口罩。 4.對於可能曝露於有結核菌環境的醫師、護理師、醫檢師等人應定期給予 CXR（Chest-X-Ray）檢查，隨時掌握其健康狀態。 5.如有新興傳染病疫情發生時，應依照衛生主管單位的最新規定，執行防疫措施及動線規劃。 B：符合 C 項，且設有隔離病房，醫護人員均能正確說明使用隔離病房的適應症及使用規定。 A：符合 B 項，且隔離措施及動線規劃有定期檢討改善。
	3.7.2.4	對於針扎事件的預防及處置（包含切傷等其他出血）訂有作業流程	C： 1.各病房及護理站應具有能安全處理感染性棄物及針類廢棄物的容器。 2.工作人員應明確知悉採血後的針頭及注射器之處理步驟。 3.應明確訂定暴露於 HIV 危險環境時之相關處理流程，儘速於 24 小時內可以服用抗 HIV 藥。 4.對有可能接觸到血液、體液的工作人員，若 B 型肝炎表面抗原及表面抗體為陰性者，施行 B 型肝炎疫苗接種。 B：符合 C 項，且有實行事件發生後追蹤的機制，並嚴格執行者。 A：符合 B 項，且有效執行針扎之預防，案件比例下降者。
	3.7.2.5	對員工實施每年定期體檢，提供疫苗注射，並在不同疫病流行時期，依情況對員工每天察看健康狀況的機制	C： 1.每年定期實施員工體檢與預防注射。 2.對於因暴露於傳染病人而遭受感染之員工，醫院應立即為該員工進行緊急處理，給予必要預防感染藥物，並列管追蹤。 3.適時執行體溫監測，並有異常追蹤及處理。 B：符合 C 項，且體檢與疫苗注射落實，對列管追蹤之個案健

		評鑑基準	評分說明
			康監視（測）能定時分析並檢討。 A：符合 B 項，且檢討員工被感染之原因，使類似事件之發生減少。 [註] 1.員工體檢項目應至少要有胸部 X 光檢查（外包人員需有檢查報告存於院內）。 2.預防疫苗注射至少應有流行感冒疫苗。
	3.7.3	建立機制促進抗生素的適當使用	
	3.7.3.1	應有抗生素使用管制措施及執行情形記錄表	C： 1.醫院訂有抗生素使用管制措施。 2.醫師可隨時查閱如何適當使用抗生素之資料。 B：符合 C 項，且 1.對所有管制類抗生素使用均有審查。 2.有完整審查機制，並皆有分析檢討並提出改善。 A：符合 B 項，且 1.針對不符合抗生素使用管制之現況進行分析並提出改善措施。 2.不適宜的抗生素使用率下降。
	3.7.4	配合衛生主管機關政策，對傳染病進行監測、通報及防治	
	3.7.4.1	有專人負責傳染病之報告並主動與當地衛生機關聯繫，並依規定將相關之傳染病或新興傳染疾病之統計資料呈報衛生主管機關	C： 1.有專職人員負責傳染病之通報，並主動與當地衛生機關聯繫。 2.發現傳染病時，應把握向當地衛生機關通報之時效（依傳染病防治法第 39 條：於 24 小時內或一週內應報告之疾病項目）。 3.確實通報並留有副本。 4.依規定應送檢體之傳染病，其檢體採檢率及其他未強制送檢傳染病之檢驗結果報告率（依新修正之傳染病防治法第 46 條第一項）。 B：符合 C 項，且病例數均有統計並建檔。 A：符合 B 項，且對行政院衛生署疾病管制局之症候群監測及通報者，並有統計分析及檢討。
	3.8	確保病人用藥安全	
	3.8.1	確保病人用藥安全	[重點]

		評鑑基準	評分說明
		之體制	1.為了確保病人的用藥安全，除了每個醫療人員的努力外，應設有病人用藥安全之相關機制或委員會，熱心努力推動。 2.相關機制或委員會之領導階層在建立體制及調度必要的資源、確立指導方針及步驟、收集情報及其活用、改進與教育訓練等方面任務重大。 3.應構築在組織內有關用藥安全的報告，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」。
	3.8.1.1	建立病人用藥安全之相關機制或委員會	應有藥師參與院內病人安全相關之委員會或小組，如： 1.病人安全委員會。 2.藥事委員會。 3.醫療品質審議委員會。 4.藥物不良反應小組。 院內依據上述項目成立委員會或小組，並有活動紀錄，則： C：參與 3 項委員會或小組。 B：參與 4 項委員會或小組。 A：符合 B 項並運用 PDCA 相關品管手法，且有病人安全、用藥相關檢討之活動紀錄，並落實執行。
	3.8.2	病人用藥安全之作業程序應於院內各相關文件中有明確規定	[重點] 病人用藥安全相關步驟及內容可能因醫院之功能、規模及其他特性而異。欲使病人用藥安全的處理過程落實，應在醫院內訂定相關策略，就各步驟登載於醫院簡介、工作手冊、步驟書等，並讓工作人員徹底知悉，並視需要予以更新。
	3.8.2.1	應有藥品識別方法、步驟及作業程序	C：符合下列 1-5 項者。 B：符合 C 項，且藥袋上有加印中文藥名，並再符合下述 6-7 項中 1 項者。 A：符合 B 項，且藥袋上印有藥品外觀之描述，並再符合 7 項全部者。 1.應訂有藥品外型或藥名類似之藥品的採用管理，例如：採用類似藥品時以照片檔案或卡片喚起注意。 2.對於高危險性藥品，如抗癌藥劑、降血糖針劑、抗凝血劑、毛地黃等，在處方或藥袋上有特殊標記以供辨識。 3.藥袋列印應符合行政院衛生署規定。 4.藥品最小單位包裝應有藥名、單位含量（針劑標示有效期限）。 5.高警訊藥品，如：氯化鉀（KCl）及肌肉鬆弛劑針劑等，應訂有管理規則，與其他常備藥品區隔存放並明顯標示。 6.原則上藥架能原瓶上架，避免分裝上架。 7.處方時藥名同時顯示商品名、學名及劑量。電腦處方時，醫師

		評鑑基準	評分說明
			能迅速點選顯示藥品外觀，方便向病人說明。
	3.8.2.2	建立處方用藥稽核機制	C： 1.確認處方合理性。 2.在處方的醫令系統（Order Entry System）上有避免錯誤用藥或輸入之機制，如：警告畫面（重覆、交互作用、過敏等）。 3.建立規範或步驟以避免禁忌藥品之給予，如：重複給予藥品、交互作用、過敏等；電腦開方系統應有藥品極量限制。 B：符合 C 項，且 1.建立醫師與藥師溝通合作機制（如：電話溝通、書面照會等），以討論不適當處方，並留有相關紀錄。 2.檢討該警示機制實施之效能，採取改善措施以達應有功能。 A：符合 B 項，且對於不適當處方能定期提出討論，並有改善計畫。
必	3.8.2.3	病人對藥物使用的反應及病情變化，醫療人員應正確且迅速處理	C：下列 5 項皆須符合： 1.醫師、藥師等醫療人員對藥物的使用與副作用應有充分的知識。 2.對於病人使用藥物後的反應，應有紀錄；若有不良反應發生時，應有適當處理，並作通報。 3.執行藥物評估（DUR；DUE）應隨時掌握病人病情變化，及時調整藥物處方。 4.應適當提供病人有關藥品使用之副作用、應注意事項等諮詢。 5.對於需療效劑量監測（Therapeutic Drug Monitoring, TDM）的藥品，醫師應適時提出需求，藥師應該參與監測及提出適當劑量調整建議，並留有紀錄。 B：符合 C 項，並有報告且執行品質優良。 A：符合 B 項，且運用 PDCA 相關品管手法。 [註] 本項為必要項目。
	3.8.3	用藥安全之監測	[重點] 建立用藥疏失之監測機制及確實執行藥物不良反應之通報，以確保用藥安全。
	3.8.3.1	有關藥物錯誤、藥物不良反應（ADR）通報體系應建立完善之因應機制	C： 1.有專人負責藥品、醫療器材不良反應及不良品之通報。 2.訂有藥品、醫療器材不良反應及不良品之通報流程，執行個案之追蹤分析。 3.訂有藥物錯誤之通報流程，確實執行藥物錯誤之預防措施，

		評鑑基準	評分說明
			並有相關之紀錄及統計分析。 B：符合 C 項，且能定期檢討，並改善藥物錯誤、藥物不良反應機制者。 A：符合 B 項，且有具體學術發表成果者。

第四章 完備的醫療體制及運作

		評鑑基準	評分說明
	4.1	醫療部門及運作機制	
	4.1.1	適當之醫療部門組織	[重點] 1.確認是否有適當的醫師與各醫療部門之組織機制及體制，醫院必須充份確保醫師及各醫療部門人力充足，俾能充份發揮診療功能。 2.醫療部門之組織必須明定診療責任，並具備與其他部門合作及協調之機制。另亦須因應業務需要組成必要的委員會。 [註] 對於兼任醫療人力，應掌握實際狀況以利評估。
	4.1.1.1	適當之醫師人力配置及素質良好	C：醫師人力符合下列各項： 1.精神科醫院： (1)急性精神病床，每20床應有1人以上。 (2)慢性精神病床，每120床應有1人以上。 (3)精神科日間病房，每150名服務量應有1人以上。 (4)精神科加護病床，每10床應有1人以上。 (5)應有2人以上，其中應有精神科專科醫師1人以上。 2.精神科教學醫院： (1)急性精神病床，每 16 床應有 1 人以上。 (2)慢性精神病床，每 96 床應有 1 人以上。 (3)精神科日間病房，每 120 名服務量應有 1 人以上。 (4)精神科加護病床，每 8 床應有 1 人以上。 (5)其他未規定者，同精神科醫院標準。 B：符合 C 項，且專任之精神科專科醫師應有 2 人以上。 A：符合 B 項，且 1.專任之精神科專科醫師應有 5 人以上。 2.急性精神病床每 10 床應有 1 人以上。 3.慢性精神病床或精神科日間病房，每 50 床應有 1 人以上。 [註] 專任醫師人數，包括住院醫師、主治醫師及具醫師資格之行政人員。
	4.1.2	醫療部門運作適當	[重點] 1.醫療部門之策略與目標應與醫院之宗旨及目標相符合。 2.評估醫師及各部門是否順利執行業務並妥善發揮功能。 3.應定期舉行院務會議或醫療相關討論會議以提升醫療業務並決定方針，據以促進診療科別間及部門間的協調。 4.對各個病例之檢討是保證優質診療之基本。自診療開始時的病

		評鑑基準	評分說明
			狀掌握、評估、診療計畫、實施診療及其過程、診療成果之評估、重新檢討醫療計畫等一連串的診療流程，醫師及專業人員以各自的立場提出意見，以期提供更恰當的醫療。同儕互相評估（Peer Review）在提高醫療品質方面是不可或缺的。 5.病例討論會基本上要由各專業定期舉行。同儕少而難以有效檢討時，應與其他專業別聯合召開檢討會。與其他專業對照診察或與其他醫院的專科醫師個別交換意見，亦為重要的病例討論。 6.精神醫療團隊應有共同開會（如團隊會議），分享各專業的資訊，隨時掌握病人的病情變化，提供身體、心理、社會的整合服務的機制。精神醫療團隊的主要成員為精神科醫師及護理、臨床心理、精神醫療社工、及職能治療等專業人員，藥師及其他專業人員的參與也是很重要的。
	4.1.2.1	定期舉行各醫療相關討論會、會議等，並有紀錄	C： 1.應定期舉辦各醫療相關討論會、研討會等會議。 2.各項醫療相關討論會等應作成會議紀錄，並確實執行相關決議。 B：符合 C 項，且舉行聯合科際之會議及全院性醫療相關等聯合會議，且有會議結論。 A：符合 B 項，且 1.應用實證醫學佐證。 2.能提供討論會及研討會內容在院內外網站查閱。 3.確實執行且質、量均優良。 [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。
	4.1.2.2	舉行院內研討會	C：研討會有專責人員負責年度計畫及預算，並有紀錄可查。 B：符合 C 項，且單科、科際及全院之研討會質、量及紀錄均佳。 A：符合 B 項，且 1.訂定各項研討會流程。 2.執行以上所編列預算及執行狀況紀錄完整。 3.定期檢討研討會品質及改善措施。 [註] 院內研討會的性質可有很多種，如：單一科的、多數科合辦的、多職類的、診療部門全體的、全院性的、外聘講師的，或由院

		評鑑基準	評分說明
			內講師講解的亦有。
必	4.1.2.3	定期舉行病例討論會，並有紀錄可查	C： 1.應每月舉行病例討論會。 2.開會時要記錄病例概要及檢討結果等基本事項。 B：符合 C 項，且每 2 週舉行病例討論會，並於醫院內與其他專業舉行聯合檢討會或與他院的專科醫師討論相關病例。 A：符合 B 項，且每週舉行病例討論會，並於醫院內與其他專業舉行聯合檢討會或與他院的專科醫師討論相關病例。 [註] 1.本項為必要項目。 2.應以診療紀錄及檢討會紀錄確認是否有實施病例檢討。
	4.1.2.4	應舉行意外事件、嚴重併發症及死亡病例討論會，並有紀錄可查	C：有意外事件、嚴重併發症及死亡病例討論會。 B：符合 C 項，且有完整討論紀錄。 A：符合 B 項，且有檢討改善及預防措施。
	4.1.3	醫學倫理之加強與教育	[重點] 醫療提供者除了應提供病人適當之醫療照護，亦須有醫學倫理之涵養。 1.應充分顧及病人權利，提供病情充分的說明並確認應經病人同意後始進行相關醫療等。 2.強制治療、司法鑑定、心理治療、電療等須就病人自主權與醫病關係倫理之觀點慎重檢討，訂定規範，並實施醫學倫理相關教育。 3.強調病人隱私之確保，攝影錄音及新聞採訪處理等有明確保護規範。 4.臨床研究及人體試驗的倫理議題亦已成為重要課題，應對受試者提供充份的說明，在獲得明確的同意後實施，並具備明確之程序書及執行規章。對採集檢體及病人 DNA 之管理處置有明確規範及保護。 [註] 醫師對醫學倫理應有的態度，應充分理解世界醫師會之「日內瓦宣言」、臨床研究之「赫爾辛基宣言」、病人權利之「里斯本宣言」等有關醫學倫理相關之宗旨及摘要。
	4.1.3.1	建立機制以檢討醫學倫理相關之病例與主題，其運作良好	C： 1.設置有檢討醫學倫理與法律相關之病例與主題的醫學倫理委員會或相關組織。 2.視必要舉行會議，並有會議紀錄。

		評鑑基準	評分說明
			3.會議內容包括檢討案例或人體試驗之討論等。 B：符合 C 項，且醫學倫理委員會會議內容包括檢討院內實際案例或人體試驗之討論等。 A：符合 B 項，且 1.檢討院內實際案例並訂出醫療人員依循之準則。 2.有諮詢功能。 [註] 應討論院內病例，而非僅安排專家演講、上課。
	4.1.3.2	對院內醫師及醫療工作人員施行醫學倫理與法律相關之教育訓練	C：定期實施醫師及醫事人員參與醫學倫理與法律相關之教育訓練活動。 B：符合 C 項，且訂定教育訓練活動計畫，確實執行且成果優良。 A：符合 B 項，且有人體試驗審查及遵守行政院衛生署訂定之人體試驗委員會規定且運作良好。 [註] 如有施行人體試驗，應有人體試驗審查及遵守人體試驗相關規範。
	4.2	圖書及文獻查閱機制	
	4.2.1	設立圖書、文獻資料查閱機制	[重點] 為因應醫學的進步，維持及提升優質醫療，應編列適當預算購置必要的圖書及期刊雜誌。圖書及文獻資料應有妥善保存與管理，並公告新購入圖書相關之資訊，以用於全體工作人員之繼續教育。 [註] 以訪視相關部門、面談教育訓練及圖書管理人員之方式審查。
	4.2.1.1	圖書之管理良好	C： 1.圖書須以一定的方式分類、整理，並能迅速取出。 2.若醫院未設置圖書室，則圖書可由各部門自行保管，但醫院必須掌握其保管處所及管理狀況。若醫院設有圖書室，原則上應由圖書室統一管理圖書及雜誌，並需有圖書卡片或圖書登記簿；必要的圖書可由各部門自行保管，但圖書室必須確認其保管處所及管理狀況。 3.應有人員負責管理圖書，並訂有明確之權責。 B：符合 C 項，且能有專任人員負責圖書（室）管理。 A：符合 B 項，且有接受專門教育之圖書管理員。
	4.2.1.2	購置必需的圖書及	C：

		評鑑基準	評分說明
		文獻，包括醫學倫理、法律等書籍，並定期提供各部門最新的圖書資訊	1.應編列預算購置必需（院內各科領域符合醫療需要）的圖書及期刊（紙本或電子期刊），包括醫學倫理與法律、醫療品質、醫病溝通、實證醫學、病歷寫作等書籍。 2.對新購圖書及期刊應製作新購清單，並定期送達院內各單位。 B：符合 C 項，且圖書管理人員充分了解圖書使用情形。 A：符合 B 項，且執行狀況良好並定期評估。
	4.2.2	適當的圖書利用率及方便性	[重點] 為促進醫院內的工作人員對書籍及雜誌閱讀、借出及檢索文獻方面之方便性，醫院應提供影印機、光碟或與院外資料庫資訊中心連線存取的電腦文獻檢索系統，並提供容易獲取相關文獻之方式。 [註] 醫院應有病人健康教育及健保、醫療、福利相關圖書，供院內病人及家屬或民眾參考利用，以評估醫院對社區健康教育活動之參與。但應注意醫院對購入此類圖書之管理與規劃。
	4.2.2.1	適當的圖書利用及方便性	C： 1.圖書管理人員應充分了解圖書、期刊（含電子圖書、期刊與資料庫等）使用情形。 2.醫院應有病人健康教育及健保、醫療、福利相關圖書。 B：符合 C 項，且 1.應有使用率之統計資料。 2.執行狀況良好並定期評估。 A：符合 B 項，且 1.提供社區醫療人員使用。 2.提供上班時間外之利用機制。
	4.3	臨床醫事檢驗作業	
	4.3.1	臨床醫事檢驗部門體制完備	[重點] 1.臨床醫事檢驗部門是為符合醫院診療服務功能之臨床檢驗為目的而設置，對疾病之診斷及治療具有重大的任務，應 24 小時提供。 2.該部門依業務委託及執行方式之不同，應配置不同但充足之工作人員、設施、設備及機器。 3.臨床醫事檢驗部門需要精密的記錄或分析儀器，必須經常執行設施、設備及機器之保養、檢查。 4.應建立對感染性廢棄物、毒物或腐蝕性物質的妥善管理機制，確立防災對策，不可成為醫院內的污染源。

		評鑑基準	評分說明
	4.3.1.1	應由有適當訓練的人員執行檢驗工作並解釋結果	有適當資歷之檢驗人員，有能力與臨床醫師討論或解釋結果，檢討品質。 C：為兼任檢驗人員或外包送檢及外包派任院內執行業務者。 B：符合 C 項，且為專任檢驗人員。 A：符合 B 項，且檢驗科組織架構明確，危險異常值有立即通報給醫師之機制並確實執行。 [註] 若為外包者，應檢具外包相關資料供評鑑委員評分。
	4.3.1.2	定期檢查、維修、校正所有檢驗儀器，並有紀錄	C：應具備設施、設備、儀器的檢查、保養手冊，並確實遵守相關檢查、保養規定。 B：符合 C 項，且 1.檢查、保養紀錄應妥善保存並可查閱。 2.應記錄機器故障或失靈原因並妥善保存，有助日後之保養、檢查。 A：符合 B 項，並有定期檢討分析改進措施且成效優良。 [註] 若為外包者，應檢具外包相關資料供評鑑委員評分。
	4.3.2	臨床醫事檢驗部門運作良好	[重點] 1.臨床醫事檢驗部門對醫院診療品質的意義非常重大。但專任檢驗醫師的必要性及診斷體制須考慮醫院的規模、生化檢驗數、病人性質等條件而評估。 2.若醫院本身並無設有臨床醫事檢驗部門時，應評估如何有效利用外部資源建立檢驗體制。
	4.3.2.1	應遵循程序進行檢體採集、標示、處理、安全運輸及棄置的工作	C：應訂定相關作業之標準作業程序並確實執行。 B：符合 C 項，且執行狀況良好並定期評估。 A：符合 B 項，且能分析評估結果並回饋到臨床作業，改進工作流程及增進工作安全，且成效良好。
	4.3.2.2	實施妥善的精確度管理，並訂定程序以測試臨床醫事檢驗的精確度	C： 1.設有醫事檢驗精確度管理手冊，妥善實施內部精確度管理。 2.應使用 2 種不同指標濃度之檢體，進行精確度管理。 3.依據目的整理精確度管理之結果加註意見，並妥善保管。 4.發生故障時，精確度管理用的檢查成績，有附記故障原因及對策，並予妥善保管。 5.委外代檢者，應定期要求委託代檢單位提供精確度管理相關結果。 6.須以獨立之精確度管理檢體，並對委託代檢單位實施精確度管理。

		評鑑基準	評分說明
			B：符合 C 項，且參加相關團體辦理的院外精確度管理，以利客觀評估，並改進精確度管理。 A：符合 B 項，且應建立稽核制度，考核拿錯檢體機率。 [註] 若為外包者，應檢具外包相關資料供評鑑委員評分。
	4.3.2.3	應進行內部品質稽核活動，並應定期接受外部評核	C： 1.確實定期接受院外評核。 2.委外代檢者，應定期要求委託代檢單位提供院外評估之相關結果。 B：符合 C 項，且若每年 1 次執行內部品質稽核暨外部評核達到此標準時。 A：符合 B 項，且視內部品質稽核暨外部評核成績評估。
	4.4	放射線作業	
	4.4.1	放射線部門體制完備	
可	4.4.1.1	應由有適當訓練、指導、技巧及經驗的人員執行檢查並解釋結果	C：醫事放射技術人員至少 1 名，且人員配置、相關訓練、指導等須符合醫療機構設置標準及相關法規之規定。 B：符合 C，且醫事放射技術人力為 1.5 倍。 A：各種立即通報機制且效果良好，對臨床醫師診療確有功效，並有佐證資料。 [註] 本項為未設有放射線部門醫院適用之可選項目。
可	4.4.1.2	放射診斷儀器適當且齊全，且定期檢查、維修、校正所有儀器，並保有紀錄	C： 1.依醫院規模、功能及其他一般條件設置適當的儀器。 2.除攝影室外，亦須具備閱片室、更衣室及檔案室等處置室。 3.有關設備及儀器之保養，應與廠商訂定設備及儀器之維修保養合約，並應製成檢查操作手冊。 B：符合 C 項，且 1.儀器設備定期更新，適當汰舊換新。 2.除應與廠商訂定保養合約外，負責機器操作人員需負責初級保養工作，並制定標準作業流程。 A：符合 B 項，且檢查室、治療室內外之規劃設計能以病人為考量，且提供安全、舒適的環境。 [註] 本項為未設有放射線部門醫院適用之可選項目。
	4.4.2	放射線部門運作良好	[重點] 1.所有影像診斷之意見均須載明於診療紀錄內，並儘早製成報

		評鑑基準	評分說明
			告，且報告字體清晰易讀。 2.新的影像必須由放射線科保管以供影像診斷比較，影像診斷部門應有足夠保管空間，但若採 PACS 則不在此限。上列事項必須制訂手冊，以求體制能順利經營管理。
可	4.4.2.1	放射診療品質適當、檢查過程安全且紀錄完整	C： 1.診療報告品質適當： (1)診療報告應由放射專科醫師判讀，如由住院醫師判讀需由主治醫師指導、複簽。 (2)一般門診及住院放射診療報告應儘速完成。 (3)特殊診療報告須適當詳實。 2.放射線相關影像檔案管理適當。 B：符合 C 項，且 1.各種放射診斷報告皆能適當且迅速完成。 2.報告內容完整且能協助臨床診療，影像品質訂有品管流程。 3.有適當影像會診機制，協助診療需求。 A：符合 B 項，且 1.各類影像皆能立即調閱。 2.重要的異常報告能迅速傳達給主治醫師。 3.檢查過程注意各項安全措施、急救設備完善、制定完整安全與應變標準作業程序，且演練純熟。 [註] 本項為未設有放射線部門醫院適用之可選項目。
可	4.4.2.2	訂定並執行放射線檢查安全計畫及游離輻射防護作業程序	C： 1.應訂定放射線檢查安全計畫，以防止放射線輻射危險，並應有檢查紀錄。 2.應有游離輻射防護措施及測試工作紀錄。 3.應有廢片處理規範。 B：符合 C 項，且符合下列內容 2 項者。 A：符合 B 項，且符合下列全部項目者。 1.輻射防護人力充足，並能確實執行輻射防護業務，且紀錄詳實。 2.配有各項輻射防護偵測設備及假體，並落實各項工作，且訂有標準作業流程，有紀錄可查。 3.污染廢棄物之處理符合國家規定，且執行成效優良。 4.定期召開輻射防護管理委員會會議，並發揮委員會功能。 [註] 1.依照國家相關法規之規範，醫院在符合相關規定的前提下，可

		評鑑基準	評分說明
			依實際需求自行評估與規劃。 2.游離輻射防護法第 7 條第 3 項規定符合『輻射防護管理組織及輻射防護人員設置標準』中第 2 條輻射防護管理組織，係指輻射防護業務單位及輻射防護管理委員會。另，第 12 條規定輻射管理委員會應至少每 6 個月開 1 次會。 3.本項為未設有放射線部門醫院適用之可選項目。
	4.5	藥劑作業	
	4.5.1	藥劑部門體制完備	[重點] 1.本項是評估藥師人數、必要的設備、設施狀況，及以藥劑部門及醫療部門為主體的藥事委員會等之設置狀況及其機能。 2.藥劑部門除了要提供正確的藥品調劑服務，另要擔任藥品使用的資訊提供者，其人數不僅需符合法規要求，且應配合醫院機能及業務量變化，建立適當的人力調整體制。 3.設備、設施除了調劑相關機器設備外，亦須確保藥品品質、藥品保存管理、調劑安全之設備、資訊管理系統及相關之設備等，並進行綜合評估。 4.大部份的醫院均有設置藥事委員會，其會議舉行頻率及機能，因醫院的規模及方針如何而有參差不一。 5.藥事委員會的機能不是僅為採用新進藥品作討論，亦須具有檢討既用藥品、制訂採用藥品之臨床使用及選擇標準、正確傳達藥品副作用資訊給醫療人員，並作檢討等各項綜合性機能。應由委員會之組成及會議舉行頻率、會議內容，判斷是否符合醫院的機能。
	4.5.1.1	藥劑部門組織分工完善、人力配置適當，足以完成對病人之藥事照護，且藥事人員皆有執業登錄	C：藥劑部門人力須符合下列各項： 1.精神科醫院： (1)急性精神病床及精神科加護病床合計，每50床（含）應有1人以上。 (2)慢性精神病床，每200床（含）應有1人以上。 (3)精神科日間病房，每200名（含）服務量應有1人以上。 (4)應有藥師1人以上。 2.精神科教學醫院： (1)急性精神病床及精神科加護病床合計，每 40 床（含）應有 1 人以上。 (2)慢性精神病床，每 160 床（含）應有 1 人以上。 (3)精神科日間病房，每 160 名（含）服務量應有 1 人以上。 (4)其他未規定者，同精神科醫院標準。 B：符合 C 項，且

		評鑑基準	評分說明
			1.每日每 100 張門診處方應有 1 名。 2.藥事人員總數至少 1/3（含）為藥師。 A：符合 B 項，且 1.每日每 60 張門診處方應有 1 名。 2 藥事人員總數至少有 3/4（含）以上為藥師。 [註] 藥事人員包括藥師及藥劑生，但藥劑生執業，應符合藥事法規定。
	4.5.1.2	藥劑部門設備應妥善保養及維護	C： 1.應有足夠之空間、設備以提供藥事作業所需。 2.工作場所之環境，如空調、採光及作業動線等皆適當。 3.應有獨立之藥品儲存空間，配以適當的空調及安全設施。 4.藥品冷藏用之冰箱，應隨時維持適當的溫度。 B：符合 C 項，且藥品資訊軟體、硬體設備定期更新。 A：符合 B 項，且視需要設置收塵設備、局部排氣等顧及調劑室工作人員安全的設備及相關機器，定期保養及檢查，並有紀錄可查。
	4.5.1.3	與醫療部門共同設立藥事委員會，討論院內藥品使用管理事宜，並訂有議事規則且運作良好	C：藥事委員會應有健全之組織、完整之功能及具體成效： 1.藥事委員會有適當組織，並訂有章程。 2.藥劑部門主管為當然委員。 3.藥事委員會定期開會，並留有紀錄。 4.定期檢討不適用藥品，並將藥品種類降低至合理範圍。 B：符合 C 項，且符合下列 2 項之 1 者。 A：符合 C 項，且符合下列 2 項者。 1.藥劑部門分析藥品資訊作為醫院用藥之參考。 2.制訂藥品之使用標準，不良反應資訊檢討與訂定控管政策且執行狀況良好。
	4.5.2	藥品採購、庫存、及貯存管理制度確實	[重點] 1.應依據醫療的需要採用合適藥品，訂有藥品採用原則之標準化作業程序，減少採用藥品類別以減低業務量。因此，應明確新進藥品申請程序（步驟），在藥事委員會對同種同等藥品作比較及檢討副作用的資訊，決定藥品採用與否。應有公開的藥品採購步驟，掌握適當的庫存量，得以有效率的執行採購業務及驗收作業。 2.施行有效期限管理時，需確認藥品保管室及調劑室、病房之保管能確保藥品品質及保全。建立良好藥品供應，適時提供病人正確的藥品。至於庫存量，特別對大災害時必要的緊急

		評鑑基準	評分說明
			藥品應設定安全庫存量，並維持緊急藥品的庫存量，且應明訂存量管制機制。評估調劑室、門診及病房之藥品保管管理狀況。 3.除了一般性藥品或管制藥品外，尚有血液製劑及其他需要特別溫度管理貯存的藥品，其保管及管理對象廣而多，應確認是否確實依法或依各藥品特性適當保管、管理藥品，並注意藥品保管處所的安全維護，且應訂定針對藥品名相似或外觀相似藥品之管理機制。
	4.5.2.1	明訂藥品採購作業規範，並確實執行	C：明文規定購入藥品的步驟，訂有適當的採購、驗收步驟，且驗收步驟應由藥事人員執行。 B：符合 C 項，且依庫存量及驗收業務量之考量，設定適當的訂購量及訂購時間間隔。 A：符合 B 項，且藥品招標應符合公開公平機制，並訂有相關辦法。
	4.5.2.2	藥品庫存管理訂有辦法，並確實執行	C： 1.對於院內藥品建立存量及效期管制機制。 2.災害（火災、風災、地震等）發生時，院內緊急治療及處置所需之藥品需列表，並保有適當之庫存量。 3.藥品庫存管理應由藥事人員負責。 B：符合 C 項，且藥庫之藥品庫存量及進出量，提出的數量及調劑室藥品庫存量應符合，以確保帳務正確。 A：符合 B 項，且藥品庫存管理及效期管理為電腦化。 [註] 一般及特殊藥品管理均應依政府相關規定辦理。
必	4.5.2.3	制訂管制藥品使用及管制規定，並妥善管理	C：需符合「管制藥品管理條例及施行細則」規定： 1.第 1 級至第 3 級管制藥品設有專櫃加鎖儲藏。 2.使用第 1 級至第 3 級管制藥品之醫師應領有管制藥品使用執照，並開立管制藥品專用處方箋。 3.使用後之殘餘管制藥品，由管制藥品管理人員會同有關人員銷毀，並製作紀錄備查。 4.訂有管制藥品遺失或破損時的處理步驟，予以記錄、呈報，並有紀錄可查。 B：符合 C 項，且針對異常開立管制藥品應有檢討改進機制。 A：符合 B 項，且檢討改進後有追蹤機制，並確實管制及執行品質優良。 [註] 本項為必要項目。

		評鑑基準	評分說明
	4.5.2.4	高警訊藥品訂有使用及管制規定，且妥善管理	C：應訂有符合規定高警訊藥品等之使用及管理辦法。 B：符合 C 項，且執行品質優良。 A：符合 B 項，且有各項藥劑用量之統計，並有檢討改善及說明。
	4.5.2.5	保持良好藥品品質	C：符合下述各項者： 1.調劑及藥品保管處所之藥品應妥善保存。 2.提供適當有效期間之藥品。 3.應盡量避免藥品分裝；若有進行藥品分裝，則分裝藥品應有適當容器，且外包裝應有藥品名稱、劑量及分裝日期。 4.藥品使用應採先拆先用、先到先用之原則。 5.須冷藏之藥品應區隔放置於專用冰箱中，並維持適當的溫度，留有溫度紀錄。 6.特殊須冷藏藥品應單獨存放於冰箱（至少分層放置），並標示清楚，且有緊急發電供應，並符合藥品管理原則。 7.若病房未設置藥用冰箱，藥局應能配合將冷藏藥品即時送達病房。 B：符合 C 項，且有接受病人抱怨及檢討改進之機制，執行品質優良。 A：符合 B 項，且有專人負責檢查各種藥品之品質及保管，並且執行良好及有紀錄可查。 [註] 特殊需冷藏藥品部分，評鑑時冰箱是否連接緊急發電系統。
	4.5.3	提供病人藥事照顧之正確性、適當性及具成效	[重點] 1.明文規定門診及住院調劑的作業程序。對新進人員的業務指導要明確，並確立指導機制。至於調劑後確認的機制應依處方評估步驟、覆核時發現的調劑錯誤及院內有關部門發現之狀況等，分別取得相關部門之報告並予調查。 2.如果可由紀錄掌握調劑錯誤之狀況及原因分析、檢討提出對策及執行成果等時，則可評估為與院內相關部門合作順利。另需評估病房之注射藥、常備藥管理辦法，就其內容及藥劑部門的參與事項提出討論，訂定政策執行。 [註] 參考 GDP「優良藥品調劑作業規範」。
	4.5.3.1	依「藥品優良調劑作業規範」訂定調劑作業程序，並確實執行	1.門急診調劑： (1)處方箋上印載之項目完整。 (2)接受處方後，評估及確認處方之適當性。 (3)發現問題處方即刻知會醫師處理，且留有紀錄，作統計分

		評鑑基準	評分說明
			析，並有改進措施。 (4)調劑作雙重覆核。 (5)應有門診病人直接取得處方箋之設計。 (6)實施病人用藥指導。 (7)藥袋之標示完整，符合行政院衛生署公告之 13 項規定。 (8)藥事人員值勤時穿戴符合規定之制服及佩戴識別證。 (9)調劑後藥事人員於處方箋上簽名或蓋章。 (10)配合急診應有 24 小時之藥事服務。 2.住院調劑： (1) 實施 UDD 作業，藥師接受醫師直接的醫囑，依完整的藥歷調劑以確保用藥適當性及正確性。 (2) 住院處方箋記載完整及單一劑量所給予之藥品均有標示病人姓名、藥品名稱、含量、數量。 (3) 接受處方後，須有病人完整藥歷核對以評估處方之適當性。 (4) 發現問題處方即刻知會醫師處理，且留有紀錄，並做統計分析及有改進措施。 (5) 對病人實施用藥指導服務。 (6) 有自動停止給藥之設計。 (7) 對不需要使用之藥品定時辦理退藥。 (8) 調劑作雙重覆核。 (9) 須有 24 小時藥事服務。 (10) 要監測病人用藥療效及副作用。 C：符合 GDP 條文，且符合上述門急診調劑 9 項及住院調劑 5 項者。 B：符合上述門急診調劑 9 項及住院調劑 6 項者。 A：符合上述門急診調劑 10 項及住院調劑 7 項者（實施 UDD 作業為必要條件）。
	4.5.3.2	藥品調劑作業適當	C：符合下列任 3 項者。 B：符合下列任 4 項者。 A：符合下列所有項目者。 1.調劑作業應有足夠的空間與照明，以減少發生調劑錯誤的可能性。 2.提供藥品資訊諮詢服務。 3.臨時調配作業有確保其調製藥品之安全性 及有效性之措施。 4.水劑以原包裝交付藥品；若市面未有小包裝之水劑可以適當分裝交付。

		評鑑基準	評分說明
			5.應有品質管制措施。
	4.5.4	適當之藥品運送系統	[重點] 應確認對各單位（包含：門診、急診、病房等）藥品之取出及供應體制，及適時提供病人正確的藥品。
	4.5.4.1	各單位的藥品供應有妥善配送制度及訂有管理辦法	C： 1.提供門診、急診、病房等各單位的藥品應有妥善配送制度及管理。 2.病房的常備藥品項及數量適當，並避免不必要之囤積。 3.定期由藥師查核病房藥品保存狀況，並有紀錄。 B：符合C項，且急性病房給藥實施單一劑量配送制度，並有24小時之藥事作業服務。 A：符合B項，且內部有滿意度調查，各單位均滿意其配送制度。 [註] 常備藥品之品項以10項為限。
	4.5.5	提供適當的藥品資訊	[重點] 提供各項藥品相關資料並確保其可近性，編訂院內採用藥品之處方集，即時增補新進用藥品之相關資訊。
	4.5.5.1	對醫療人員適時提供藥品資訊	C： 1.訂有適當、適量的期刊、雜誌、電子資料庫及參考書等，且存放於方便藥師取用之執業場所，以提供適切的諮詢服務。 2.提供醫療專業人員即時、正確的藥物諮詢服務，並有諮詢紀錄。 3.編有醫院處方集，並定期更新。 B：符合C項，且 1.分析檢討藥物諮詢之質與量。 2.建置藥物資訊電子化。 3.電子化藥物資訊能提供醫療人員方便使用。 A：符合B項，且有新資訊時立即提供相關資訊並建立於醫療資訊系統中，以供醫師即時參考。
	4.5.5.2	確實執行病人用藥教育	C：符合下列任3項者。 B：符合下列任4項者。 A：符合下列所有項目者，且品質良好。 1.門診領藥時，住院期間、出院時皆應提供病人適當的用藥指導。 2.建立病人用藥諮詢管道，如：傳真、電話、e-mail等，以供

		評鑑基準	評分說明
			其詢問藥品問題。 3. 實施病人用藥教育，並做統計分析及改進措施。 4. 對病人用藥諮詢指導項目，必要時應做確實之後續追蹤評估，並有紀錄。 5. 藥師應提供病人用藥指導，且視病人情況修正病人不當用藥行為，並留下紀錄。
	4.6	加護病房	
	4.6.1	完備之加護病房組織	[重點] 醫院要依據需求規劃各類加護治療單位。在本項目下，只要是獨立的單位組織就可為評估的對象。醫院必須符合此種單位有關人員、設備、機器等要求及依感染管制原則確實執行清潔管理，並與其他病房之功能明確區分，充分協調。
可	4.6.1.1	明確之組織及適當之醫師、護理人力配置	C： 1. 醫師及護理人力符合醫療機構設置標準附表三相關規定。 2. 應有會診治療的合作體制。 B：符合 C 項，且有專業知識及技術的專任人員擔任，人數依病人的病情及佔床率而定。 A：符合 B 項，且假日及夜間有專責醫師值班者。 [註] 本項為未設有加護病房醫院適用之可選項目。
可	4.6.1.2	完備之設施、設備	C： 1. 設施、設備符合醫療機構設置標準附表三相關規定。 2. 設有供病人照護安全及監控設備、急救及隔離設施。 B：符合 C 項，且病人應有適當區隔，避免相互干擾。 A：符合 B 項，且可因應感控隔離需要者。 [註] 本項為未設有加護病房醫院適用之可選項目。
	4.6.2	加護病房運作良好	[重點] 加護病房的管理方法，必須得到院內的共識。因此，應設立加護病房管理會議，訂定加護病房管理方針，並依據管理方針決定病人進出加護病房的標準及具體的步驟，記錄進出加護病房期間的經過。
可	4.6.2.1	加護病房收案及作業程序適當	C：應訂定加護病房轉入轉出原則、具體步驟及客觀評估標準並確實執行，且有檢查或處置的根據及記錄其結果。 B：符合 C 項，且 1. 有病人出入院統計並檢討收案適當性。 2. 設有加護病房床位運用規則、轉入優先順序。

		評鑑基準	評分說明
			A：符合 B 項，且定期品質指標監測，並有具體改善方案及實務成效。 [註] 本項為未設有加護病房醫院適用之可選項目。
可	4.6.2.2	良好的加護病房診療品質與紀錄	C： 1.於紀錄中應記載每位病人的進出原因，以評估是否符合進出標準。 2.加護病房病人住院天數適當。 3.具有加護病房使用情形之統計分析。 B：符合 C 項，且持續品質提升活動、品質指標收集及檢討改進。 A：符合 B 項，且 1.定期舉行病例討論會、非預期死亡病例及意外事件檢討，每月至少 1~2 次。 2.根據會議結論持續改進並有追蹤紀錄。 [註] 1.病人進出急重症照護單位的過程及相關處置應有紀錄，及掌握使用狀況。 2.本項為未設有加護病房醫院適用之可選項目。
可	4.6.2.3	設有相關加護病房管理機制且運作良好	C：有加護病房管理會議，定期開會檢討相關事項，並有紀錄可查。 B：符合 C 項，且管理及執行品質優良。 A：符合 B 項，且有定期查核及改善，並有紀錄可查。 [註] 本項為未設有加護病房醫院適用之可選項目。
	4.7	急診	
	4.7.1	依據醫院角色任務設定適當的急診部門組織及功能	[重點] 醫院不拘其規模大小，應依據其角色任務，配合精神醫療急診需求，整備急診部門之組織及功能，並充分發揮。
可	4.7.1.1	應有適當之醫師、護理人員等人力配置及訓練	C：在急診部門有專責醫師及專任護理人員。 B：符合 C 項，且有緊急支援流程，支援人力足夠因應需求。 A：符合 B 項，且有固定專責主治醫師。 [註] 本項為未設有急診部門醫院適用之可選項目。
可	4.7.1.2	具備完善的醫事人員值班制度	C：若無藥師、醫事檢驗師、醫事放射師（士）及其他支援人員等之值班體制，但值班人員不能處理的問題發生時，視必要可以待命呼叫支援者。

		評鑑基準	評分說明
			B：符合 C 項，且有藥師、醫事檢驗師、醫事放射師（士）及其他支援人員等之值班體制。 A：符合 B 項，且具有完整之值班制度，並定期檢討改善且實務成效良好。 [註] 本項為未設有急診部門醫院適用之可選項目。
可	4.7.1.3	建置適當的診療科支援機制	C：應依醫院於社區之角色任務，建置適當的診療科支援或合作轉診內外科之機制。 B：符合C項，且轉診之合作醫院品質良好，迅速便捷，並有定期互動檢討者。 A：符合B項，有支援機制且定期檢討改善。 [註] 本項為未設有急診部門醫院適用之可選項目。
可	4.7.1.4	應有完備之設施、設備及儀器，並確實執行保養管理及清潔管理	C：具施行病人約束、監測、留觀、檢驗之設施，且經常備妥於確實可用狀態。 B：符合C項，且有專人負責相關設施、設備及儀器之定期清潔保養，並有紀錄可查者。 A：符合 B 項，並有檢討改善且成效良好。 [註] 本項為未設有急診部門醫院適用之可選項目。
	4.7.2	急診部門運作良好	[重點] 1.精神醫療急診施行急診醫療。實施急診醫療必須具備接受急診病人就診的制度，因此，評估內容係因醫院角色任務而異，係對『結構』之評估。 2.另一方面，急診部門經營管理是否恰當即針對『過程』做評估，亦即評估接受病人就診的方針及相關步驟之遵從過程。
可	4.7.2.1	受理急診病人之原則及步驟明確，並確實執行	C：受理急診病人之原則及步驟應確實遵守，在醫院無法接受病人時，亦可先予初期治療或復甦術，在運送期間與其他醫療機構聯絡，並設想對策者。 B：符合 C 項，且轉送病人過程皆有評估紀錄，並能於必要時，有醫師指導緊急醫療救護行為。 A：符合 B 項，且定期檢討轉診病人的適當性及改善成效。 [註] 本項為未設有急診部門醫院適用之可選項目。
可	4.7.2.2	依醫院的角色任務，實施緊急檢查、診斷、住院等處理	C：醫院日常業務中有實施急性精神病人的緊急處置，其檢查、診斷、住院等的施行狀況應符合其定位。 B：符合 C 項，且急診醫療人員能力、設備充分，可妥善處理

		評鑑基準	評分說明
			不同類型病人（器質性、功能性、成癮、自殺等）之診斷、鑑別、處置。 A：符合 B 項，且定期檢討緊急救護品質且成效良好。 [註] 本項為未設有急診部門醫院適用之可選項目。
可	4.7.2.3	掌握急診病人的資訊，並檢討分析急診部門運作狀況	C： 1.具備急診病人受理之紀錄與報告。報告中應包括到院方式、診斷名等主要處置紀錄與疾病進程等相關數據之記載。 2.有急診專用病床者，應記錄其平均住院天數、科別使用頻率、診療費等醫事統計，據此掌握相關資源實際運用狀況，並提院內急診相關委員會檢討，供院內修正急診醫療作業所需。 3.對於急診就醫個案，知其有疑似遭家庭暴力（含兒童與少年虐待及疏忽）或性侵害犯罪情事者，應立即向當地直轄市、縣（市）主管機關通報。（依家庭暴力防治法第 41 條、性侵害犯罪防治法第 8 條、兒童及少年福利法第 34 條規定）。 B：符合 C 項，且定期召開全院性急診品質審查會議，有會議紀錄與檢討改進。 A：符合 B 項，且執行品質優良。 [註] 本項為未設有急診部門醫院適用之可選項目。
可	4.7.2.4	急診病人醫療處理之適當性應作檢討與分析	C： 1. 對急診病人病例進行檢討與分析（含到院前死亡之病例）。 2. 應有急診精神科醫療作業療程及病人轉介系統，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。 3.轉出時應提供轉診病歷摘要。 B：符合 C 項，且主治醫師有討論機制，並有紀錄可查。 A：符合 B 項，且對管理品質指標進行監控及改善。 [註] 本項為未設有急診部門醫院適用之可選項目。
	4.8	日間照護	
	4.8.1	多元化的精神科醫療服務	
可	4.8.1.1	日間照護業務應提	C：

		評鑑基準	評分說明
		供因地制宜的目標導向之治療模式	1.日間照護業務應提供因地制宜的「目標導向」之治療模式，醫療團隊應提供包括個別生活訓練、服藥訓練、工作能力訓練、社交技巧訓練、家庭關係強化等復健服務。 2.入出院標準及流程應適當。 B：符合 C 項，且 1.作業環境優良。 2.業務執行能符合個別化之復健治療目標。 A：符合 B 項，且有定期的業務檢討，並具有良好成效。 [註] 本項為未提供日間照護業務醫院適用之可選項目
	4.9	職能治療	
	4.9.1	職能治療之組織完備	[重點] 1.職能治療部門必須依醫院之機能及任務妥為規劃設施、設備及必要人員。 2.為適時、適宜並配合病人情況實施各種功能復健訓練，應確保職能治療專業人力之充足。部分醫院不一定能依病人情況及病期實施全部之功能復健與技巧訓練，應確認其與其他醫院如何分擔任務並評估其合作體制。
	4.9.1.1	明確訂定職能治療的方針、任務、功能	C： 1.依據醫院在社區的角色任務，明確訂定職能治療部門的方針，並按此方針明訂任務與功能。 2.職能治療之目的在於使病人提升病人生活功能，能回歸社區，達成社區與職業復健目標，應明訂並以書面方式說明欲達成何種任務與功能等。 3.訂有職能治療工作手冊。 B：符合 C 項，且職能治療業務應訂有詳細的職能治療工作內容，團體活動企劃書和業務處理流程，均備有紀錄。 A：符合 B 項，且提供社區復健，職業復健和預防慢性化之措施。
	4.9.1.2	適當之人力配置	C： 1.精神科醫院： (1)急性、慢性精神病床及精神科加護病床合計，每 70 床應有精神醫療職能治療人員 1 人以上。 (2)精神科日間病房，每 70 名服務量應有精神醫療職能治療人員 1 人以上。 (3)應有精神醫療職能治療師 1 人以上。但其人力依前 2 項

		評鑑基準	評分說明
			標準合計，小數點後之員額餘數以四捨五入計算後，仍未達 1 人者，得以特約方式辦理。 2.精神科教學醫院： (1)急性、慢性精神病床及精神科加護病床合計，每 60 床應有精神醫療職能治療人員 1 人以上。 (2)精神科日間病房，每 60 名服務量應有精神醫療職能治療人員 1 人以上。 (3)其他未規定者，同精神科醫院標準。 3.明訂職能治療專業人員數量、具體業務內容。 4.依據醫院住院及門診病人組成，確保適宜的工作人員以資提供恰當的服務。 B：符合 C 項，且 1.專任精神醫療職能治療師應有 1 人以上。 2.急性精神病床，每 40 床應有 1 人以上。 3.慢性精神病床及精神科日間病房，每 60 床應有 1 人以上。 4.精神醫療職能治療師（生）比例應達 1/3（含）以上。 A：符合 B 項，且 1.專任精神醫療職能治療師應有 2 人以上。 2.急性精神病床，每 30 床應有 1 人以上。 3.慢性精神病床及精神科日間病房，每 40 床應有 1 人以上。 4.精神醫療職能治療師比例應達 1/2（含）以上。 [註] 1.特約職能治療師工作時數，應能符合病人需要。 2.可透過病歷、工作分配表、科部室會議紀錄等進行人力安排之評量。
	4.9.1.3	適當之設施、設備及儀器，並有器材管理保養及維護	C： 1.應有適當之辦公及會談空間。 2.應配置適當之電腦與治療設備及器材。 3.治療環境應考慮採光及通風設施，各項器材、設備及儀器之保養、檢查、管理之實施狀況應有相關佐證資料，並應充分考量病人安全，且維持各種設備及儀器之效能。 B：符合 C 項，且 1.針對不同性別、年齡、功能或診斷等病人群之需要，提供不同設施、設備者。 2.有分別獨立之辦公及會談空間。 A：符合 B 項，且有足夠之電腦及相關設施分別提供行政與治

		評鑑基準	評分說明
			療使用。
	4.9.2	職能治療相關部門妥善的運作	[重點] 1.為能充分發揮職能治療部門的機能與角色任務，應以科學方法實行病人生活功能評估，據以適當實施功能復健訓練。 2.為建置該機制，應依病人日常生活能力（ADL）、獨立社區生活能力與職業社會功能之評估結果，對個別病人制訂具體合適之復健計畫，有系統地實施功能復健訓練。 3.部門的經營管理，應確保組織參與，以團隊合作方式，促進與院內各種職系人員之密切合作。
	4.9.2.1	依據病人需要制訂復健計畫	C： 1.須對個別病人明訂合適、系統性、連續性之職能治療計畫及執行步驟。上述步驟必須依病人功能復健訓練進度，定期施行生活功能之評估，據以設定訓練目標及具體之訓練計畫，以及後續之再評估及修正，並置入病歷中。 2.應將復健治療紀錄併入病歷管理。 B：符合 C 項，且針對不同性別、年齡、功能、診斷等病人群或次專科之需要，提供多元性且適當治療模式，或有創意善用院內外資源提供多種（5 種以上）復健模式，並衡酌其量及質之情形予以評分。 A：符合 B 項，且職能治療作業應於期限內（急性 3~7 天，慢性 1 個月）對病人有涵蓋生理、心理與社會層面之評估與治療，並將紀錄和報告夾貼病歷內。
	4.9.2.2	依據計畫實施職能治療、訓練且紀錄詳實	C： 1.應有治療、復健與訓練紀錄，及依復健計畫實施系統性的復健。 2.應確立治療、復健與訓練紀錄記載規則。 3.提供合適的職能治療活動及服務時數，且公佈活動時間表並確實執行。 4.應有 50%以上之個案轉介率，且應有病人出席職能治療活動紀錄。 B：符合 C 項，且應有 70%以上之個案轉介率，每位個案每週接受 5 小時以上之職能治療服務，並於病歷之記載次數完整、詳實。 A：符合 B 項，且應有 90%以上之個案轉介率，每位個案每週接受 10 小時以上之職能治療服務。
	4.9.2.3	檢討分析職能治療	C：應依計畫類別統計復健計畫之實施狀況，以掌握治療人數等

		評鑑基準	評分說明
		部門之運作情形	資訊，確立相關機制，以評值及檢討是否提供適當的服務。 B：符合 C 者，且 1.有具體檢討措施。 2.有改善成果及佐證資料。 A：符合 B 項，且資訊內容明顯有助於職能治療業務運作之提升。
	4.10	臨床心理	
	4.10.1	臨床心理之組織完備	[重點] 1.臨床心理部門必須依醫院之功能及任務妥為規劃設施、設備及適當數量之人員。 2.為適時、適宜並配合病人情況或適當數量實施各種臨床心理業務，應確保專業人力之充足。
	4.10.1.1	明確訂定臨床心理的方針、任務、功能	C： 1.依據醫院的角色任務，明確訂定臨床心理業務方針，並按此方針明訂任務與功能。 2.訂有臨床心理工作手冊，含角色、功能、工作項目、工作流程及工作倫理。 B：符合 C 項，且針對病人特性次專科之需要，提供適當且有效的臨床心理處置模式。 A：符合 B 項，且善用院內外資源，提供多種臨床心理處置模式，明顯提升心理服務的品質。
	4.10.1.2	適當之業務規劃與協調機制	C： 1.有適當之業務規劃。 2.定期參與相關之行政會議或科會，以促進溝通協調業務之推展。 B：符合 C 項，且有適當之年度計畫，並對於業務之執行有具體檢討措施。 A：符合 B 項，且執行良善。
	4.10.1.3	適當之人力配置	C： 1.精神科醫院： (1)急性、慢性精神病床及精神科加護病床合計，每 90 床應有臨床心理師 1 人以上。 (2)精神科日間病房，每 115 名服務量應有臨床心理師 1 人以上。 (3)應有臨床心理師 1 人以上，但其人力依前 2 項標準合計，

		評鑑基準	評分說明
			小數點後之員額餘數以四捨五入計算後，仍未達 1 人者，得以特約方式辦理。 2.精神科教學醫院： (1)急性、慢性精神病床及精神科加護病床合計，每 75 床應有臨床心理師 1 人以上。 (2)精神科日間病房，每 100 名服務量應有臨床心理師 1 人以上。 (3)其他未規定者，同精神科醫院標準。 3.明訂臨床心理師之具體業務內容。 4.依據醫院住院及門診病人組成，確保適宜的工作人員數量，以提供恰當的服務。 B：符合 C 項，且 1.專任臨床心理師應有 1 人以上。 2.急性精神病床，每 30 床應有 1 人以上。 3.慢性精神病床及精神科日間病房，每 75 床應有 1 人以上。 A：符合 B 項，且 1.專任臨床心理師應有 2 人以上。 2.急性精神病床，每 30 床應有 1 人以上。 3.慢性精神病床及精神科日間病房，每 60 床應有 1 人以上。 [註] 特約臨床心理師工作時數，應能符合病人需要。
	4.10.1.4	適當之空間設施	C： 1.有獨立、不受干擾、整潔舒適之臨床心理作業空間。 2.心理作業空間符合作業需要與效能。 B：符合 C 項，且數量充足。 A：符合 B 項，且規劃完善，如：有獨立檔案室、看診空間，提供衛教資訊。
	4.10.1.5	適當之儀器與工具	C：心理作業所需之工具、儀器與設備，符合病人需要與特性。 B：符合 C 項，且數量充足。 A：符合 B 項，且即時更新。
	4.10.2	臨床心理相關部門妥善的運作	[重點] 1.為能充分發揮臨床心理部門的功能與角色任務，應以科學方法提供多元性及適當的心理衡鑑及心理治療/復健/諮商。 2.部門的經營管理應確保組織參與，以團隊合作方式，促進與院內各種職系人員之密切合作。
	4.10.2.1	依據病人需要提供	C：依據病人需要與特性，提供適當之心理服務。

		評鑑基準	評分說明
		心理服務	B：符合 C 項，且在門診與病房提供多樣化的心理服務。 A：符合 B 項，且有評值與具體成效。
可	4.10.2.2	提供適當之促進心理健康或公共衛生之服務	C：提供心理衛生教育宣導服務。 B：符合 C 項，且服務多樣化。 A：符合 B 項，且有評估檢討之機制。 [註] 本項為總病床 99 床（含）以下醫院適用之可選項目。
	4.10.2.3	臨床心理衡鑑及心理處置紀錄詳實	C： 1. 執行心理衡鑑及心理處置，且有紀錄。 2. 心理衡鑑及心理處置紀錄，應依法規獨立妥善管理，並將衡鑑報告及處置摘要置入病歷中。 B：符合 C 項，且於病歷之記載完整、詳實。 A：符合 B 項，且能清晰表達心理衡鑑或心理處置的臨床架構。
	4.10.2.4	檢討分析臨床心理部門之運作情形	C：應有系統的分析心理業務之實施狀況。 B：符合 C 項，且有具體檢討措施。 A：符合 B 項，且有改善成果及佐證資料。
	4.11	精神醫療社會工作	
	4.11.1	精神醫療社會工作之組織完備	[重點] 1.精神醫療社會工作部門必須依醫院之功能及任務妥為規劃設施、設備及必要人員。 2.為適時、適宜並配合病人情況實施各種精神醫療社會工作作業，應確保專業人力之充足。
	4.11.1.1	明確訂定精神醫療社會工作的方針、任務、功能	C： 1. 訂有符合醫院角色任務的精神醫療社會工作方針、任務與功能。 2. 所定工作方針、任務與功能符合社會工作倫理及正義。 B：符合 C 項，且有具體的年度工作計畫。 A：符合 B 項，且能定期檢討修訂計畫，並有紀錄。 [註] 精神醫療社會工作之目的在於開發與運用社會資源，協助病人及家屬關係、提供病人及家屬社會心理教育，以增進病人生活及社會適應，並倡導病人及家屬權益。
	4.11.1.2	適當之人力配置	C： 1.精神科醫院： (1)急性、慢性精神一般病床及精神科加護病床合計，每 90 床應有精神醫療社會工作人員 1 人以上。

		評鑑基準	評分說明
			(2)精神科日間病房，每 75 名服務量應有精神醫療社會工作人員 1 人以上。 (3)應有精神醫療社會工作人員 1 人以上。但其人力依前 2 項標準合計，小數點後之員額餘數以四捨五入計算後，仍未達 1 人者，得以特約方式辦理。 2.精神科教學醫院： (1)急性、慢性精神病床及精神科加護病床合計，每 75 床應有精神醫療社會工作人員 1 人以上。 (2)精神科日間病房，每 60 名服務量應有精神醫療社會工作人員 1 人以上。 (3)社會工作師比例應達 1/3（含）以上。 (4)其他未規定者，同精神科醫院標準。 3.明訂精神醫療社會工作專業人員之具體業務內容。 4.依據醫院住院及門診病人組成，確保適宜的工作人員數量以提供恰當的服務。 B：符合 C 項，且 1.專任精神醫療社會工作人員應有 1 人以上。 2.急性精神病床，每 30 床應有 1 人以上。 3.慢性精神病床及精神科日間病房，每 60 床應有 1 人以上。 A：符合 B 項，且 1.專任精神醫療社會工作人員應有 2 人以上。 2.急性精神病床，每 30 床應有 1 人以上。 3.慢性精神病床及精神科日間病房，每 60 床應有 1 人以上。 [註] 特約精神醫療社會工作人員工作時數應能符合病人需要。
	4.11.1.3	適當之設備，並有保養及維護	C： 1.有適當之辦公及會談空間。 2.會談空間充分考量安全、隱私與舒適性。 3.配置有適當之電腦、錄音（教學醫院應有錄影）設備，且維持各種設備之效能。 B：符合 C 項，且數量充足，品質良好。 A：符合 B 項，且針對不同年齡、功能或診斷等病人群之需要提供。 [註] 可訪談工作人員其設備提供是否合乎需要。
	4.11.2	精神醫療社會工作	[重點]

		評鑑基準	評分說明
		相關部門妥善的運作	1 為能充分發揮精神醫療社會工作部門的功能與角色任務，應以科學方法實行評估及訂定適宜之工作計畫，有系統地實行。 2.部門的經營管理應確保組織參與，以團隊合作方式，促進與院內各種職系人員之密切合作。
	4.11.2.1	依據病人需要制訂精神醫療社會工作計畫	C：有社會心理評估，並據以訂有精神醫療社會工作計畫。 B：符合 C 項，且計畫完整。 A：符合 B 項，且計畫有定期評估修正。
	4.11.2.2	依據計畫提供精神醫療社會工作處遇且紀錄詳實	C： 1.對不同性別年齡群族或診斷別等病人群，提供多元且適當之處遇或治療模式，包括： (1)個案工作 (2)家族、夫妻治療 (3)團體治療 (4)社會心理教育（如家屬座談會） (5)社區復健方案 (6)出院準備服務 處遇模式至少 3 項以上。 2.應有處遇紀錄，並置入病歷中。 B：符合 C 項，且提供處遇或治療模式達 4 項以上，且記錄詳實。 A：符合 B 項，且提供處遇或治療模式達 5 項以上，並有成效評值。
	4.11.2.3	檢討分析精神醫療社會工作部門之運作情形	C：應統計分析精神醫療社會工作評估及處遇業務之實施狀況，據以評值及檢討是否提供適當的服務。 B：符合 C 項，且 1.有具體檢討改善措施。 2.有改善成果及佐證資料。 A：符合 B 項，且改善結果明顯有助於精神醫療社會工作業務品質之提升。
	4.11.2.4	有積極針對病人家屬提供家庭支持性服務	C：提供有協助家屬瞭解精神疾病知識、照顧技巧、病人權益及精神衛生法、身心障礙權益保障法等相關服務方案。 B：符合 C 項，且提供有相關社區資源轉介服務。 A：符合 B 項，且方案多元，並有家屬參與規劃。
	4.11.2.5	精神醫療社工人員能與社區連結，協助病人社會參與	C：能運用與結合社區資源，辦理社會復健活動，增加病人社會參與機會。 B：符合 C 項，且能定期與持續辦理。

		評鑑基準	評分說明
			A：符合 B 項，且有成效評估。
	4.11.2.6	對路倒病人、遊民或無家屬病人有妥適之安置計畫	C： 1.須有社工人員代為身分協尋，並與病人討論共同訂定妥善之出院安置計畫。 2.有提供協尋、福利資源之開發運用與連結。 B：符合 C 項，且定期檢討安置計畫。 A：符合 B 項，且安置計畫卓有成效。
	4.12	居家照護	
	4.12.1	居家照護之組織完備	[重點] 1.依據社區需求、期待及醫院功能、角色、任務，明確訂定居家照護方針。基於社區特性、持續醫療照護、社區的功能等觀點，處理社區醫療及持續照護問題。 2.因醫院之功能及任務會影響居家照護方針，如：特定提供急性期醫療的醫院未具備居家照護部門，只要與其他醫院或社服機構合作提供持續性醫療及照護即可。
可	4.12.1.1	明訂該部門的方針、角色定位以及任務	C：提供居家照護者，應明確訂定居家照護部門的方針。 B：符合 C 項，且應訂立病人出院後所需之居家照護內容。 A：符合 B 項，且 1.具備明確轉銜服務機制，實施居家照護協調及改善措施。 2.有提供強制社區治療服務。 [註] 1.本項為未向主管機關申請精神科居家治療業務醫院適用之可選項目。 2.可依照醫院功能、任務及定位評分。
可	4.12.1.2	應有適當之人員負責該項業務	C：針對下列各項，評估及判斷其是否具備符合功能及體制之人員： 1.提供居家照護功能。 2.協調及社區合作功能。 3.緊急狀況之因應機制。 B：符合 C 項，且 1.設有居家照護團隊。 2.基於生活品質的觀點，將團隊討論建議或內容，提供社區照護者。 A：符合 B 項，且 1.編制有專任人員，居家照護服務運作良好。 2.專任護理人員有參與社區精神衛生護理人員能力培訓。

		評鑑基準	評分說明
			[註] 本項為未向主管機關申請精神科居家治療業務醫院適用之可選項目。
	4.12.2	居家照護部門妥善運作	[重點] 依據既定方針及角色任務，妥善經營管理居家照護部門。必須規劃並活用相關標準、原則及步驟，俾利發揮相關功能，評估居家護理之實施情形。
可	4.12.2.1	依服務的基準及步驟，制定居家照護服務計畫，並有紀錄	C：具備居家照護服務之計畫，並有執行紀錄。 B：符合 C 項，且居家照護服務符合個案需求。 A：符合 B 項，且居家照護有具體成效。 [註] 本項為未向主管機關申請精神科居家治療業務醫院適用之可選項目。
可	4.12.2.2	掌握服務之執行情形，在病例檢討會予以評估、檢討	C： 1.須掌握居家照護服務之實際執行情形並加以統計。 2.定期召開病例討論會（Case Conference）並有紀錄可查。應至少每月召開 1 次聯合討論會。 3.應有團隊人員參與個案討論會。 B：符合 C 項，且參加討論會之人員應有醫師、護理人員、職能治療師、臨床心理師、精神醫療社會工作人員等。 A：符合 B 項，且促進個案生活品質之提升。 [註] 本項為未向主管機關申請精神科居家治療業務醫院適用之可選項目。

第五章 適當的醫療作業

		評鑑基準	評分說明
	5.1	貫徹醫療責任制度與病歷紀錄之完整性	
	5.1.1	確立主治醫師、會診醫師、住院醫師之醫療責任	[重點] 1.確立診療的責任體制對建構醫病關係是極為重要的。「主治醫師」是負病人診療權責的醫師，「會診醫師」是受主治醫師委託實行對照診察的醫師，「住院醫師」為在主治醫師指導、指示之下從事病人診療的醫師。 2.須明確規定主治醫師資格，並向病人及其家屬明示其「主治醫師」。 3.明訂「主治醫師」、「會診醫師」、「住院醫師」、「實習醫學生」在病人診療上的責任及參與程度。
必	5.1.1.1	住院病人應由適當的主治醫師負責照護，並讓病人知悉	C： 1.要明確決定每個病人的「主治醫師」，如有數位醫師聯合診療時，必須將「主治醫師」與「會診醫師」明確界定。 2.須向每位病人及家屬告知其「主治醫師」。 B：符合 C 項，且院內之主治醫師皆具專科醫師資格並實際執行醫療業務。 A：符合 B 項，且病歷紀錄應記載主治醫師之指示或教學內容，以清晰瞭解診治之依據。 [註] 本項為必要項目。
	5.1.1.2	依病情之需要會診時，應照會適切的會診醫師、臨床心理、職能治療、精神醫療社會工作、營養等醫事相關人員	C：應明訂會診相關規定並予落實，且有紀錄可查。 B：符合 C 項，且會診結果具時效性及持續性。 A：符合 B 項，且會診結果成效良好。
	5.1.1.3	明訂並落實主治醫師、會診醫師、住院醫師之聯絡方式	C： 1.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的因應方法。 2.若「主治醫師」不在時，有明確規定代理制度表。 B：符合 C 項，且病房相關人員均知悉上述相關規範，運作良好。 A：符合 B 項，且明示主治醫師、會診醫師、住院醫師聯絡方式，無法聯絡上時之因應、代理人或小組體制之運用。

		評鑑基準	評分說明
	5.1.2	實施定期迴診與適切之臨床作業審查	[重點] 主治醫師或住院醫師每天應定期迴診施行對住院病人的診療，且醫院必須以書面方式明訂迴診規則及指標。如：頻率、注意事項、其紀錄要如何記述等，並確認讓各醫師徹底知悉此內容之機制。
	5.1.2.1	主治醫師、住院醫師應定期迴診並有病歷紀錄	C：上班日急性病房應每日施行迴診，日間照護病房應每週施行迴診，並有紀錄。慢性病房得視病情減少迴診頻率，但至少每 2 週應迴診 1 次，並有紀錄。 B：符合 C 項，且病況不穩或因醫療需要施行約束的病人，每天多次診療以掌握病況。 A：符合 B 項，且診療結果能確實儘速適時記載於診療紀錄中，且品質優良。
	5.1.2.2	實施適切之會診或轉診	C： 1.制定會診或轉診的作業流程。 2.會診或轉診應有診療紀錄，評估其件數和內容適當與否。 3.小規模醫院、專科醫院或長期療養醫院，應確認是否有具體會診或轉診合作機制，以確保滿足病人會診或轉診的需要。 B：符合 C 項，且轉診應有轉診紀錄，評估其件數和內容之適當性。 A：符合 B 項，且 1.應有完整的轉診（轉出、轉入）紀錄，內容應包含時效、原因、統計等。 2.對於轉入的病人應有適當的回復紀錄。 3.對於轉出的病人應有適當的追蹤紀錄。
	5.1.3	醫囑確實被傳達且付諸實施	[重點] 1.查詢評估醫囑之傳達方式及過程，確認溝通無誤。 2.除特別情況外，僅以口頭方式傳達並實施醫囑及由護理人員轉載醫囑內容等應予避免；且須在事後由醫師確認醫囑。
	5.1.3.1	醫囑之記載與確認，應明訂作業常規以確保醫囑被安全地執行	C： 1.應有記錄及確認醫囑的具體步驟。 2.評估護理人員是否力行醫囑確認步驟，並需確認醫囑內容有疑問時之因應步驟。 3.可自醫囑紀錄摘出幾項醫囑內容，確認對該醫囑安全確實實施的具體方式及步驟。 B：符合 C 項，且應明確訂定口頭醫囑的範圍及處理方式。 A：符合 B 項，且對於容易發生錯誤之醫囑，應訂有預防措施。 [註]

		評鑑基準	評分說明
			可查詢過去的醫囑紀錄評估是否慎重而易懂。
	5.1.3.2	當醫囑變更或修正時，執行者與醫師之確認及交流溝通順暢	C： 1.應有具體的方式及措施確認醫囑內容。 2.當執行醫囑需變更或修正時，應與醫師確認醫囑內容。 3.應確認醫師、護理人員及相關醫事人員溝通時之考慮事項為何。 B：符合 C 項，且溝通之內容及執行情形應確實記載在病歷上，並有主治醫師簽名以示負責。 A：符合 B 項，且有檢討改善機制，成效良好。 [註] 溝通之內容及執行情形應確實記載在病歷上，並有主治醫師簽名以示負責。
	5.1.4	病歷記載內容適當	[重點] 1.施行診療時應將病人所說的主要症狀、過去病史、家族病史、現況、身體及精神狀態檢查等以清楚易懂的字體詳實記載，並隨療程將各種檢查結果及評估載入，特別要強調醫師的字體需清楚易懂不雜亂，以利工作人員間的溝通。 2.應避免自創外文縮寫，且內容應以工作人員能瞭解為要，但若診療紀錄可能向病人本人提示，應以中文詳細記述。診療紀錄記載，建議依照問題導向病歷紀錄（Problem Oriented Medical Record, POMR）方式記述，臨床路徑（Clinical Path）除外。 3.診療紀錄與護理紀錄可合為 1 冊，並以醫療人員合作共同製成病人紀錄的觀點實施。診療紀錄應在每次記載時由記載人簽名。
必	5.1.4.1	住院、門診、急診病歷應詳實記載病況變化及治療方式說明等，以供事後檢討	C：符合下列 1-3 項者。 B：符合 C 項，且再符合 4-7 項中 3 項者。 A：下列 7 項全部符合者。 1. 病歷紀錄應完整詳實，且病人主訴、病史（含家庭、職業等）、身體檢查及實驗室等檢查適當。 2. 主治醫師需親自診察評估病情，視病情及治療情形檢視病況變化、診斷之變化及對於治療反應之處置。 3. 住院紀錄：包括病史、身體檢查、臆斷與診療計畫等。 4. 檢驗及檢查之結果紀錄在病歷時，能適當的反應病情評估及診斷。 5. 病程紀錄（含 TPR 表上特殊檢查、治療及處置之記載）能適當的反應病況變化及評估。 6. 有定期的診療摘要紀錄或交班摘要。

		評鑑基準	評分說明
			7. 病歷記載能顯示達成診斷及實施處置之合理思考邏輯。 [註] 1.本項為必要項目。 2.應抽查各科病歷，確認病人所說的主要症狀、既往病歷、家族病歷、現況病歷、理學檢查、精神狀態檢查、住院診療計畫、診療經過紀錄等記述狀況及記述人是否確實簽名。 3.抽查近期住院病人的診療紀錄或看近期施行檢查的病人紀錄，以確認是否延遲記載。 4.應詳細並有系統的記述上列各項，以利提供事後檢討。
	5.2	住院診療計畫	
	5.2.1	住院政策明確	[重點] 確認醫院明文訂定住院政策，且能確實執行。 1.明確之住院準則。 2.住院診療方針及基準。 (1)實證醫學（EBM）的應用 (2)適當運用診療指引或治療計畫。 3.轉診、住院受理標準。 (1)轉診病人的處理標準及步驟。 (2)住院病人的處理標準及步驟。
	5.2.1.1	應有明確收治住院病人之準則	C： 1.醫院應有適當的住院收治準則。 2.依照住院準則收治病人。 3.依法執行強制住院。 B：符合 C 項，且 1.適當執行急慢性及強制住院的精神醫學評估和說明。 2.確實依據「精神病人照護體系權責劃分表」分類，妥善治療且定期檢討。 A：符合 B 項，且應有住院病人疾病嚴重度之統計分析。
	5.2.1.2	應向病人說明其病症及住院之必要性	C：應將病情及住院理由向病人/家屬或保護人說明並記載在病歷中，確認病人的理解及同意，並符合相關法令規定。 B：符合 C 項，且上述內容應記錄完整及詳實。 A：符合 B 項，且應有病歷紀錄之分析檢討改進資料。
	5.2.2	製作住院診療計畫並適切地檢視	[重點] 隨醫療的專業化及複雜化，臨床診療行為除醫師外，尚要求護理、檢驗、藥劑、臨床心理、職能治療、精神醫療社會工作、營養及行政人員等組成綜合性醫療團隊來完成，而病人及家屬亦成為共有診療目的之成員。在此狀況下，應將住院治療的診

		評鑑基準	評分說明
			療過程，以住院診療計畫明確提示，病人本人及參與醫療的醫療小組成員均能共有資訊的機制是重要的。
	5.2.2.1	製作完整且適當之住院診療計畫，並向病人說明	C： 1.應有符合住院目的之診療計畫，並依規定記錄於住院紀錄（Admission note）。 2.適當、適時地向病人或家屬說明住院診療過程，並記錄於病程紀錄（Progress note）。 B：符合 C 項，且紀錄內容應使醫療團隊或其他執行照護之同仁理解。 A：符合 B 項，並評估臨床路徑的應用狀況。如果沒有臨床路徑的機制，應確認團隊醫療制度化狀況。
	5.2.3	妥適執行嚴重病人的緊急安置或強制住院、強制社區治療	[重點] 1.依精神衛生法第 41、42、45、46 條規定執行。 2.醫院執行「緊急安置或強制住院」應保障嚴重病人之權益。 3.應依法定程序及時執行緊急安置、強制住院及強制社區治療。 4.有「強制社區治療」計畫之執行流程及專責人員辦理本業務。 5.有協同執行「強制社區治療」計畫之其他機構或團體及合作機制（如：合約、定期開會之紀錄）。
必可	5.2.3.1	「緊急安置或強制住院」應於適當場所進行，並獲得必要之治療	C： 1.接受緊急安置、強制住院的病人，均於適當場所（急診或加護病房或急性病房）執行，且離開該場所時均有保護人或精神醫療人員之陪同保護，並有紀錄。 2.所有緊急安置之病人均應於緊急安置起 2 日內，完成強制鑑定，並應依法於規定期限內報送「精神疾病強制鑑定、強制社區治療審查會」審查。 3.所有強制住院之病人，均經「精神疾病強制鑑定、強制社區治療審查會」審查通過，並有紀錄。 B：符合 C 項，且接受緊急安置或強制住院的病人，均進行必要之治療及危險性評估（包括藥物治療及每日接受自傷、自殺或傷人之危險性評估），並有紀錄。 A：符合 B 項，且所有向「精神疾病強制鑑定、強制社區治療審查會」申請強制住院之案件有統計分析（包含住院天數、病情分析及資源銜接）及具體檢討改善事宜。 [註] 1.本項為必要項目。 2.若受評醫院非「精神衛生法」所定之「指定精神醫療機構」，則受評醫院適用可選項目。

		評鑑基準	評分說明
可	5.2.3.2	依法執行嚴重病人的「強制社區治療」，並有治療計畫及治療紀錄	C： 1.已獲得地方主管機關許可辦理「強制社區治療」業務。 2.「強制社區治療」的服務說明書有「個案管理制度」及「作業流程」，且有專責人員辦理個案的「強制社區治療」。 B：符合 C 項，且 1.每位專責人員之服務量同一時間最多不超過 15 位個案。 2.有協同執行「強制社區治療」計畫之其他機構或團體（指定精神醫療機構或評鑑合格之精神復健機構或中央主管機關認可之病人社區照顧、支持或相關權益促進團體），且其合作機制有落實執行，並有具體佐證資料。 A：符合 B 項，且執行「強制社區治療」成效良好，如：個案之門診追蹤率、強制住院次數、急診使用率等較未實施強制社區治療前為佳。 [註] 1.若受評醫院未執行本項業務，則受評醫院適用可選項目。 2.成效良好係指醫院有進行成效評估，如：病人之門診追蹤率、強制住院次數、急診使用率等較未實施強制社區治療前為佳。
	5.3	實施檢查與確定診斷	
	5.3.1	實施適切之臨床檢查、影像診斷	[重點] 1.診察病人的步驟是經聽取病史，身體及精神狀態檢查，然後視需要進行血液、尿液、糞便等檢查，及影像診斷、心電圖、腦波檢查等。為了確保診斷的正確，應依實證醫學（EBM）資料安排檢查及評估檢查結果，根據正確知識作判斷。應避免盲目地實行很多檢查。 2.應具體確認在病房可實施的生化檢查或住院中的病人要施行的生化檢查種類、適用標準及實施的步驟。尤其侵入性的檢查，更須嚴守其適用標準，不可將病人曝露於非必要的危險中，應以合適的方法進行「說明、同意」之要求。
	5.3.1.1	確立檢查步驟，並安全、確實地施行檢查	C： 1.相關檢查符合適用標準次序。 2.執行前應進行病人之評估。 3.對病人或家屬具體說明檢查內容、施行步驟。 B：符合 C 項，且病歷紀錄應適時、適當呈現特殊檢查、檢驗、處置之理由。 A：符合 B 項，且確實依據適應症需要之優先次序給予檢查。
可	5.3.1.2	對於侵入性檢查應	C：

		評鑑基準	評分說明
		向病人充分說明並獲其同意	1.施行侵入性檢查時，應充分詳細說明其適應症、實施步驟、可能併發症等，並確認對病人「告知後同意」是否妥為實行，及確認同意書的格式及記載內容。 2.應詳細記述必要的說明是否完整、是否已獲同意、說明的具體內容、病人的發問及反應等。 B：符合 C 項，且能充分尊重病人的自主權，設計相關文書格式時，檢查結果能適時記錄於病程紀錄中，並據以調整處置。 A：符合B項，且協助病人瞭解流程。 [註] 1.本項所指之侵入性檢查，如：腰椎穿刺（Lumbar puncture）等檢查。 2.本項為未設有外科系任一科別或未執行侵入性檢查醫院適用之可選項目。
	5.3.1.3	對於緊急檢查、非上班時間之檢查需求，有適切的因應措施	C： 1.應評估工作時間內緊急檢查的步驟及提出結果報告的大約時間。 2.應評估工作時間外的相關醫事人員是採取值班制或待命制。待命制時，呼叫的步驟要明確，並同時確認提出結果報告的時間。 3.可查詢待命呼叫的效率，確認是否有效發揮工作時間外的緊急檢查功能。 B：符合 C 項，且待命呼叫的效率應有效發揮工作時間外的緊急檢查功能。 A：符合 B 項，且相關醫事人員皆採值班方式，立即提供各項檢查，並有備援機制。
	5.3.2	能迅速收到檢查結果並予正確診斷	[重點] 1.除了通常的臨床檢查之外，要確立緊急檢查的施行體制。如屬委外施行者應確認提出結果報告所須天數或時間；並須查核檢查結果如何確實傳達予醫師，尤其要確認緊急檢查時的傳達機制。 2.檢查結果及其解釋、鑑別診斷等要記載於診療紀錄中，亦要確認影像診斷結果提出的時間及天數，並確認對診斷意見有疑問時如何解決。
	5.3.2.1	具備確保得到迅速確實之檢查、診斷結果的機制	C： 1.確認檢體檢查、影像檢查等檢查結果之遞送路徑，並查明檢查結果是否確實送達主治醫師。

		評鑑基準	評分說明
			2.對於緊急檢查，要確認檢查結果能確實、迅速傳達醫師的機制存在。 B：符合 C 項，且 1.應建立重要檢查異常值。 2.應建置異常值通報機制，應有詳細紀錄。 3.運用新科技資訊進行即時通報。 A：符合 B 項，且有專人追蹤異常值通報後之病人後續處理結果者。
	5.3.2.2	各項檢查、診斷之判讀結果以及觀察所見，應記載於診療紀錄中	C： 1.診療紀錄中應記載檢查及影像診斷報告的臨床評估。 2.影像診斷報告書應以清晰易懂的方法記述，可以抽查報告書方式確認。 B：符合 C 項，且 1.各項檢驗及影像報告品質優良。 2.各項檢驗及影像報告應即時性。 A：符合 B 項，且主治醫師能夠依照判讀結果，作出診斷或治療計畫，並在病歷中記載。
	5.4	給藥管理	
	5.4.1	處方內容正確、完整	[重點] 1.無論是內服或注射，應妥善於處方上記載藥名、用量、用法、投藥方法、投藥期間，若處方內容不完整，藥劑部門應可適當查詢、修正，並宜有指導或監督機制以防止處方之重複與浪費。因此，應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，並規範特定藥品的使用方針及步驟，並確認是否遵守。 2.應有防止醫師開立錯誤處方之機制，且藥師與醫師應有適當的溝通管道。 3.內服藥或注射藥均宜以處方箋的方式記載、管理。應設計相關辦法檢核重複處方，並應評估醫院對於長期處方、不必要的多劑處方等之改善所做的努力。
	5.4.1.1	處方內容應正確完整，包括病人基本資料、疾病診斷、就診科別、藥品名稱、劑型、劑量、用法及使用天數等資訊，並應有主治醫師之簽章	C：處方箋上記載之項目完整，並符合法令規定。 B：符合 C 項，且內容完整，並有病人藥歷供參考。 A：符合 B 項，且提供完整之用藥紀錄卡給予病人。

		評鑑基準	評分說明
	5.4.2	給藥時之注意事項及相關規範	[重點] 1.本項是對容易發生投藥事故的住院病人評估其投藥步驟適當性及在緊急時或在夜間、工作時間外藥師之參與。為達正確的給藥，應確實作到三讀五對，且給藥前應瞭解藥效、副作用、使用量及病人是否有藥物過敏等情形。 2.投藥步驟及投藥中、投藥後之經過觀察是護理師的業務。投藥上需要特別注意的藥品應由藥劑部門或醫師作藥品資訊提供，包括用藥指導及假日、夜間勤務體制。本項要評估醫師、藥師、護理師合作體制的適當性。 3.對病人的用藥指導並非限於住院病人，對門診病人亦應提供資訊並實施相關指導，有的醫院甚至設置用藥指導室或專用櫃台積極因應。尤其未有醫令系統（Ordering System）的醫院，或可於對病人實行用藥指導時，發現門診處方監查機制漏網的重複處方，加強監查處方內容。
必	5.4.2.1	能正確依醫囑給藥，給藥時確認病人姓名、藥品名稱、劑量、用法、途徑，並有紀錄	C： 1.門診領藥時應確認領藥人姓名。 2.住院病人之內服、注射藥等，應由醫療人員以給藥記錄單對照藥品名稱，並確認投藥量、投藥方法及病人姓名正確，才能給藥。 B：符合C項，且有雙重複核或三重複核（調劑、核對、發放）機制。 A：符合B項，且明訂退藥或藥物更改機制，品質更優良者。 [註] 本項為必要項目。
	5.4.2.2	對於緊急藥品的給予有適當之處理及因應措施	C： 1.急救車藥品的管理應訂有明確辦法，確實執行，並有檢討機制。 2.急救車藥品應由藥師定期清點。 B：符合C項，且 1.緊急藥品供應機制暢通。 2.緊急時，藥師能即時、適時於急診及病房提供藥事服務。 A：符合B項，且藥師定期檢查急診及病房急救車藥物是否完備，並有紀錄可查。
	5.5	院內突發危急病人急救措施	
	5.5.1	對院內突發危急病人之狀況有妥善因	[重點] 1.無論住院、門診病人、家屬、訪客，若有突發緊急事件時，不

		評鑑基準	評分說明
		應措施	管發生時間、處所，均要妥為處理。對緊急事件的迅速因應，明訂方針及步驟，並公告全體工作人員周知，並定期檢討。 2.應事先決定緊急事件處理方法，並召集工作人員實施模擬訓練，以提升妥善因應的能力。
	5.5.1.1	明訂院內突發危急病人急救措施，且應具所需之設備	C：應公告全體工作人員周知緊急事件的代號或暗語，及其因應處理方針及步驟。 B：符合 C 項，有充足之設備，且實際測試反應良好者。 A：符合 B 項，且每次演練有檢討改進者。
	5.5.1.2	有關院內突發危急病人急救措施，應對員工實施教育與定期訓練	C： 1.應評估是否定期以全院性、各部門或職類方式施行緊急事件因應措施之進修、教育或訓練。 2.緊急事件及緊急時的心肺復甦術有不使用器具的基礎生命復甦術（Basic Life Support, BLS）或使用器具及藥品的高級生命復甦術（Advanced Cardiac Life Support, ACLS），醫院全體工作人員應依照各人的工作任務接受 BLS 或 ACLS 等訓練。 3.緊急事件及其對應的訓練，且有紀錄。 B：符合 C 項，有急救措施經實際測試且反應良好。 A：符合 B 項，且訓練成果有檢討改進者。
	5.6	提供病人持續性的醫療照護	
	5.6.1	適切地實施出院持續照護指導及協助	[重點] 為促進病人功能之恢復，預防精神疾病之復發或社會功能的退化，入院後即應考慮醫療照護之持續性，因此提供出院準備服務是必要的。醫療團隊成員與病人、家屬共同評估、討論後續之醫療照護需求，並確實給予指導與協助連結社區中其他醫療、復健、照顧或社會福利等資源。
	5.6.1.1	依病人病情及狀況訂定出院準備計畫	C： 1.以輔導出院為前提，考慮醫療照護之持續性，訂定出院照護方針及計畫。 2.備有轉介至合適的醫療如日間病房、居家治療、強制社區治療、精神復健機構或長期照護機構的指導手冊（內容包括轉介說明書或轉介單）。 3.在其過程上應有醫療團隊人員之參與，且各團隊成員角色分工適當。 B：符合 C 項，且符合個別需求，確實執行，並有具體佐證資料。

		評鑑基準	評分說明
			A：符合 B 項，且 1.設有專責人員負責出院準備服務之推動。 2.定期分析、檢討出院準備服務之制度。
	5.6.1.2	與後續照護服務之單位建立聯繫及合作關係	C：應有專責人員與下列單位或機構聯繫、合作或轉介： 1.日間病房、強制社區治療。 2.精神復健機構。 3.長期照護機構。 4.其他相關後續照護單位。 B：符合 C 項，且有出院準備服務委員會或相關組織並定期開會，且能具體解決問題。 A：符合 B 項，且與後續照護單位有良好的聯繫及合作關係，並有品質監測之機制。
	5.6.1.3	醫院團隊應與病人及家屬討論出院後之治療狀況	C：醫療團隊應與病人及家屬討論出院後之治療狀況。 B：符合 C 項，且醫療團隊與病人及家屬討論於病歷上有相關紀錄可查。 A：符合 B 項，且執行成效良好。
	5.6.1.4	提供出院後治療方式或有關保險、社會福利制度及社會資源之利用的必要指導	C： 1.對出院病人應依其狀況提供必要的出院後治療方式之指導。 2.院內相關職類人員應依病人出院後之照護進行檢討並考量其他制度（如：保險、福利相關制度）的必要性及可能性。 B：符合 C 項，且醫院應提供相關保險及福利制度之相關資訊或告知院內相關專責部門聯繫方式之必要指導。 A：符合 B 項，且依據各病人病況及需求，介紹合適之後續照護措施、代辦手續或其他支援制度並有實施紀錄可查。
	5.6.1.5	出院時適切提供回診預約與照護摘要等資訊	C：應評估病人出院時是否適切提供回診預約資訊，並能以書面資料提供病人充份的資訊，包含照護摘要及發病緊急就醫時之醫療資源及途徑。 B：符合 C 項，且 1.訂定明確之資訊提供機制。 2.將病人資訊轉回至原轉診醫師或醫院者。 A：符合 B 項，且提供原轉診醫師上網查詢其診療紀錄之機制。
	5.7	病人死亡之處理	
	5.7.1	適當之病人死亡處置	[重點] 病人死亡時的照護，是為協助家屬接受病人死亡的事實。具體

		評鑑基準	評分說明
			的作法是提供完善的照護探視環境（如：往生室），應明訂處理的流程及各單位的職責，且讓工作人員知悉。
	5.7.1.1	訂定病人死亡及死亡後之相關處理流程	C： 1.有明文訂定病人死亡時之處理規範，應尊重死者及重視家屬對流程的意見。 2.提供家屬妥善的哀傷輔導，醫療團隊應有哀傷輔導相關之在職訓練。 B：符合 C 項，且工作人員均熟悉相關處理流程且定期修訂相關流程。 A：符合 B 項，且執行成效良好並有相關紀錄。

第六章 適切的護理照護

		評鑑基準	評分說明
	6.1	確立護理管理之組織架構	
	6.1.1	護理管理制度確能反映醫院理念，並能依護理部門目標管理之執行	[重點] 護理的理念應呈現整體且連續性及人性化，護理管理制度應符合醫院組織營運的基本方針及價值觀。理念是內部人員的行動規範，為了維持護理的功能，並促進其發展，應將理念反映於一切活動。 而在工作人員均瞭解部門目標後，為達成目標應提高人員積極參與度。護理部門亦應施行目標管理，以期達成目標。
	6.1.1.1	護理部門之宗旨應與醫院宗旨相符，且應讓護理人員瞭解	C： 1.應明訂護理服務的宗旨，且與醫院的理念相符。 2.護理人員都知道護理部門的宗旨。 B：符合 C 項，且 1.護理部門的宗旨與醫院理念整合，並與護理價值觀不相矛盾。 2.護理人員瞭解並能清楚說明護理部門的宗旨。 A：符合 B 項，且護理部門積極推展宗旨，護理人員能說明落實宗旨的具體措施，有良好具體的成效。 [註] 1.為了讓工作人員瞭解，可將宗旨公布於各單位、刊載於小冊子或在各種會議及研習會作說明。 2.可由面談工作人員方式確認。
	6.1.1.2	依護理部門之目標，訂定護理年度工作及活動計畫，且明確可行	C： 1.每年度應訂定符合醫院宗旨及部門目標之工作計畫。 2.護理單位需訂定與部門目標相符的活動計畫。 B：符合 C 項，且內容明確可行，並有進度表。 A：符合 B 項，且確實執行，能發揮護理部門的功能，並有評值及具體成效。
	6.1.2	健全護理部門之組織與管理	[重點] 1.護理部門是醫院管理上的主要支柱，為了有效提供護理服務，應妥善運用人力、委員會之運作及參與醫院決策會議等，並有佐證資料。 2.為了適當而有效運用護理部門組織，應有護理部門之業務規章，明示各角色任務之職務分擔、各類職位的工作內容、管轄系統及權責。

		評鑑基準	評分說明
			3.另外基於護理倫理達成病人代言者的任務。護理人員對治療與提供照護感覺疑慮或陷入進退維谷及左右為難時，能顧及病人的權益而向主管或同事表明。在提供醫療照護活動時，應尊重病人的生命及人格尊嚴等，保守病人的醫療秘密，並給予病人知的權利；當病人的醫療處理有危害情形時，應作病人的代言人，積極採取行動以保護病人，並能辦理倫理議題在職教育（含個案研討）。
	6.1.2.1	備有護理行政業務手冊，明訂各級人員（含護理主管、護理人員及護理輔助人員）之職掌與業務規章	C：備有護理行政業務手冊，訂有明確之職掌與業務規章，包含下列各項： 1.明確的護理部門宗旨。 2.有清楚的組織架構。 3.明訂各級主管之管轄業務內容、權責範圍及授權等相關事項。 4.明訂護理人員的職掌與作業範圍及責任。 5.訂有輔助人員的作業規章。 6.護理倫理準則。 B：符合C項，且護理行政業務手冊內容完整，並確實執行。 A：符合B項，且適時修訂或定期審閱，有具體成效評值。
必	6.1.2.2	依據病房特性配置適當護理人力	C：護理人力符合下列各項，並依病房特性配置人力： 1.精神科醫院： (1)急性精神病床，每3.5床應有1人以上。 (2)慢性精神病床，每15床應有1人以上。 (3)精神科日間病房，每20名服務量應有1人以上。 (4)應有5人以上，且其中應有護理師1人以上。 2.精神科教學醫院： (1)急性精神病床，每2.8床應有1人以上。 (2)慢性精神病床，每12床應有1人以上。 (3)精神科日間病房，每16名服務量應有1人以上。 (4)其他未規定者，同精神科醫院標準。 3.急性病房每病房每班要有1位輔助人員。 B：符合C項，且 1.門診專任護理人員應有1人以上。 2.急性精神病床每2.8床應有1人以上。 3.慢性精神病床每10床應有1人以上，每病房應至少6人以上。 4.精神科日間病房每16名服務量應有1人以上。

		評鑑基準	評分說明
			A：符合B項，且 1.門診專任護理人員應有 2 人以上。 2.急性精神病床每 2.5 床應有 1 人以上。 3.精神科日間病房每 15 名服務量應有 1 人以上。 [註] 1.本項為必要項目。 2.護理人員包括護理師及護士。 3.護理人員若未從事護理業務，則不計入護理人力。 4.輔助人力之對象，如：照顧服務員、佐理員、駐衛警、保全人員、病房服務員及國台語能溝通良好的外籍勞工。
	6.1.2.3	負責護理行政及教學人員之人數適當，並有負責教學的人員	C：行政及教學人力適當。2 個護理長以上應設護理主任。 B：符合 C 項，且能有效運用護理人員。 A：符合 B 項，且能有效發揮功能。 [註] 1.行政人力：指主任、督導、護理長等護理部門主管。 2.教學人力：指負責在職教育及新進人員職前訓練之人員。
	6.1.2.4	夜間應派合適之護理行政人員負責	C：有護理行政人員或資深護理人員上大小夜班或值班，工作職掌明確。 B：夜間有副護理長或組長（含）以上主管上班，工作職掌明確，並有追蹤機制。 A：夜間有資深且固定之護理長（含）以上主管上班，且落實工作職掌，並有追蹤機制。 [註] 急性病床數 250 床以上醫院應有護理長（含）以上人員上小夜班、值大夜班。
	6.1.2.5	護理時數合理	C：依病房特性及病人需求安排適合的護理照護時數。 B：符合 C 項，且白班急性病房每位護理人員照顧的病人數約 9-10 人，並依病房特性及病人需求安排適合的護理照護時數。 A：符合 B 項，且白班急性病房每位護理人員照顧的病人數約 7-8 人，並依護理人員能力及病房特性安排適合的護理照護時數且運用適當。 [註] 適合的護理照護時數可透過實地病房觀察或訪談，了解是否滿足病人各項需求，如：生理需求、心理衛生需求、暴力防護需求等，綜合判斷之。

		評鑑基準	評分說明
	6.1.2.6	護理人員應由護理部門統一管理	C：護理人員皆屬護理部門編制及管理。 B：符合 C 項，且有明確的管理制度，並能落實。 A：符合 B 項，且制度完善並能定期檢討改善。
	6.1.2.7	護理部門應定期實施業務會議，檢討工作執行進度及執行成果	C：護理部門的組織及委員會能定期開會，檢討工作執行進度及執行成果。 B：符合 C 項，且能檢討、分析，並有改善措施之決議。 A：符合 B 項，且決議事項能落實實施及追蹤成效。
	6.1.2.8	護理部門主管應為醫院決策會議之成員	C：護理部門主管有參加醫院決策會議。 B：符合 C 項，且除參加決策會議外亦有表達意見。 A：符合 B 項，且參加決策會議所表達之意見，受到醫院的尊重。 [註] 1.以組織圖、會議紀錄及面談等作綜合判斷，以確認護理部門主管對醫院的決策是否有表達意見及被尊重的事實。 2.決策會議泛指全院性之重要會議，由各科室主管參與院務會議及討論醫院業務、行政及醫療等相關議題之會議。
	6.1.2.9	各種不同特性之護理照護應互相支援、或輪調	C：有不同特性的護理照護之支援及訓練至少 1 週以上，並有相關紀錄。 B：符合 C 項，且有成效評值。 A：符合 B 項，且有護理照會紀錄單。 [註] 護理人員因照顧的病例不同（如：急性、慢性病房等），須有不同的專業知識及技能，必要時照護所需的文獻及資料應可活用及方便取用。
	6.1.3	護理人員素質要求適當	[重點] 各層級護理人員均有恰當學識及經驗，以利有合適之知能執行職責及任務。
	6.1.3.1	護理主管（如：主任、副主任、督導、護理長）具護理師資格，並有適當的臨床及行政經驗	C：護理主管應具護理師資格，主任須有精神科教學醫院（含綜合教學醫院精神科）5 年以上臨床經驗，或精神科醫院（含綜合醫院精神科）10 年以上臨床經驗。 B：符合 C 項，且護理主任有部定講師（含）以上教職或碩士以上學歷，並有教學醫院 10 年以上臨床經驗。 A：符合 B 項，且有教學醫院 15 年以上臨床經驗。 [註] 若有適當學經歷可折抵臨床經驗。 1.護理主管擁有碩士學位可折抵精神科教學醫院 1 年之臨床經

		評鑑基準	評分說明
			驗，或精神科醫院 2 年之臨床經驗。擁有博士學位可折抵精神科教學醫院 2 年之臨床經驗，或精神科醫院 4 年之臨床經驗。 2.精神科護理教師擁有精神科臨床教學經驗者，2 年臨床教學經驗（含精神科醫院及綜合醫院精神科）折抵 1 年精神科教學醫院之臨床經驗，或精神科醫院 2 年之臨床經驗。
	6.1.3.2	具護理師資格者在該院所占之比例適當	C：具護理師資格者占總護理人力 41%~50%。 B：具護理師資格者占總護理人力 51%~84%。 A：具護理師資格者占總護理人力 85%以上。
可	6.1.3.3	護理人員在該院兩年以上者所占之比例適當	C：在該院 2 年以上之護理人員占 30%以上。 B：符合 C 項，且在精神科護理領域 2 年以上之護理人員占 30%以上；在該院 1 年以下占 20%以下。 A：符合 B 項，且在精神科護理領域 2 年以上之護理人員占 50%以上；在該院 1 年以下占 20%以下。 [註] 本項為新設立 2 年以下醫院適用之可選項目。
	6.2	護理部門運作重點	
	6.2.1	激勵護理人員，使組織得以運作	[重點] 為了因應迅速變化的醫療政策及醫療需求，組織須有彈性始能靈活運作，護理部門應支持護理人員參與、表達意見並反映於組織運用，使每位工作人員的能力及意願發揮至最高。
	6.2.1.1	訂有激勵措施，鼓勵護理人員積極參與護理部門之各項活動	C：護理部門訂有激勵措施，鼓勵護理人員有參與教學、品管專案等活動。 B：符合 C 項，且能落實激勵措施。 A：符合 B 項，且有成效。
	6.2.1.2	適時給予護理人員適切的支持與輔導	C：有給予護理人員適時適切的支持與輔導。 B：符合 C 項，且有給予護理人員支持與心理輔導的計畫與執行紀錄，並能舉出具體實例。 A：符合 B 項，且能定期分析護理人員常見問題，提出改善預防措施。 [註] 可面談護理人員，詢問主管及其他工作同仁，是否有給予適時適切的支持與輔導。
	6.2.2	完善且安全之護理工作環境	[重點] 團隊醫療應發揮其各自之專業服務，評值各專業間的職責及合作是否適當合理，及是否提供高效率的醫療服務，並應提供完

		評鑑基準	評分說明
			善且安全之工作環境。
必	6.2.2.1	提供良好且安全的工作環境	C：工作場所有 24 小時保全監測設備或巡邏、標準感染防護設備、洗手設備、安全門、緊急呼救系統、適當值班人員休息場所。 B：符合 C 項，且醫院設有隱蔽更衣室、安全與妥善設備之宿舍、顧及上下夜班安全之措施。 A：符合 B 項，且醫院對工作場所之各項安全設施有定期檢查，且均能正常運作。 [註] 本項為必要項目。
	6.2.2.2	院內其他部門工作同仁應能與護理人員互相配合及支援	C：有其他部門負責其他醫務相關工作。 B：符合 C 項，且相關部門訂有工作章程。 A：符合 B 項，且定期檢討。 [註] 1. 與其他部門及各專業人員應分擔及合作，並定期檢討。其他醫務相關工作應由其他人員來配合（如：緊急外送轉院處置之協助、病人住院看護系統資源建立、SARS 防範與處理、重大災難處理、急救、意外事件處理、沒有家屬之病人院外會診及機器保養等）。 2. 可詢問護理人員或由相關紀錄得知。
	6.2.3	醫療護理用品管理制度健全	[重點] 有完備之醫療用品及標準操作流程與點班作業。
	6.2.3.1	維持急救、醫療護理用品功能及供應正常	C： 1. 急救護理用品功能及供應正常，並三班確實點班或上鎖。 2. 醫療護理用品供應正常。 B：符合 C 項，且 1. 能定期查核及保養維修急救護理用品。 2. 由供應單位主動配送各項醫療護理物品，備有紀錄。 A：符合 B 項，且定期汰換儀器及急救護理用品，並有紀錄。 [註] 1. 制定急救車之裝備用品放置標準及保養之品管查核作業。 2. 儀器及急救、醫療護理用品之功能正常且有紀錄，各項醫療護理物品供應充足，且配合需要，並訂有基準量。
	6.3	具備護理照護責任制度	

		評鑑基準	評分說明
	6.3.1	訂定適當之護理常規及護理技術手冊	[重點] 為提供同一水準的護理照護，須應依個別醫院狀況編訂護理常規及技術標準；為配合實際醫療內容之變化，須經常檢討及修正為宜。
	6.3.1.1	訂定護理常規及護理技術手冊，並定期修訂	C：訂有護理常規與技術手冊，且能定期檢討、修訂。 B：符合 C 項，且 1.護理常規與技術手冊之內容應充實且能確保護理的品質。 2.設置護理常規與技術標準檢討委員會及相關會議，並定期開會且有紀錄。 A：符合 B 項，且 1.實際活用。 2.相關委員會能適時檢討修訂內容確保照護品質，並監測護理人員能確實執行。
	6.3.2	規劃護理照護結構	[重點] 護理部門按需要訂定護理之方式，且明確規範各職位的任務及功能。
	6.3.2.1	護理照護模式應明確	C：提供明確的照護模式(如：全責護理、成組護理或功能護理)，明訂各職級之角色與責任。 B：符合 C 項，且落實各職級角色及責任。 A：符合 B 項，且提供全責護理模式，並有成效。
	6.3.2.2	每位病人有其負責之護理人員，並讓病人及/或家屬知悉	C：負責照護者須明確，且告知病人及/或家屬，負責照護者若為夜班或休假，應有其代理人，並有清楚標示照護病人之護理人員。 B：符合 C 項，且負責照護者若夜班或休假，能明確告知病人代理護理人員姓名，以提供持續照護。 A：符合 B 項，且照護病人的主要護理人員不隨意更換。 [註] 若病人因疾病導致認知受損，無法接受評價者，不在此限。
	6.3.2.3	護理人員應瞭解病人問題，並讓接班人員知悉	C：護理人員能瞭解病人問題所在，且能交班清楚，使接班護理人員亦能瞭解病人問題。 B：符合 C 項，且病人問題能清楚交班，並於交班時能適當安排人力防範意外事件。 A：符合 B 項，且備有交班之標準作業流程。
	6.3.2.4	明訂輪班表及各班工作人員之職責，且	C： 1.訂有輪班表，各班均有業務分配表，且負責人明確。

		評鑑基準	評分說明
		單位主管派班合理、人員與能力合宜	2.派班合理。 B：符合 C 項，且 1.排班清楚及適當。 2.按病情輕重，分配合宜之護理人員。 A：符合 B 項，且人力充足，護理人員之能力能配合需要，並訂有合理的排班原則或規範，並能彈性運用。
	6.3.3	依醫囑執行醫療輔助行為並觀察病人反應	[重點] 依醫囑正確執行醫療輔助行為，並觀察病人反應且有紀錄。
	6.3.3.1	護理人員能依醫囑執行醫療輔助行為及追蹤病人對治療的反應，並有紀錄	C：依醫囑正確安全的執行醫療輔助行為，且執行前能向病人解說，並有紀錄與簽名。 B：符合 C 項，且瞭解並掌握病人對治療、檢查、處置等之經過及效果，並有紀錄。 A：符合 B 項，且對不良反應能有效處置，並記錄之。
	6.3.3.2	對醫囑有疑慮時，應主動與醫師溝通或報告主管	C：在協助醫療行為時，有不明確之處或有疑問時，應主動向醫師溝通或向主管報告。 B：符合 C 項，且溝通具成效，疑慮獲釋，使病人及時得到應有之治療，並有紀錄。 A：符合 B 項，且醫護溝通管道通暢、融洽，成效良好。 [註] 可於面談時，請護理人員舉證。
	6.4	應有完整之護理照護活動及紀錄	
	6.4.1	依病人個別需要，制訂護理照護活動或治療	[重點] 為確保服務的品質，應依據病人個別的護理需求，訂定護理計畫，病人及家屬有知悉及陳述願望與意見的權利。執行護理過程應具安全性、正確性及適當性，並有成效。
	6.4.1.1	執行護理評估並有紀錄	C：能確實執行護理評估，並有完整之紀錄。 B：符合 C 項，且有符合病人特性之護理評估，能充分運用，紀錄完整詳實。 A：符合 B 項，且應評估病人之問題行為（包含自殺、攻擊性及跌倒等），並能評估前述行為之潛在因子。
	6.4.1.2	依病人需要訂定護理計畫	C：能依病人需求訂定護理計畫。 B：符合 C 項，且能依符合病人個別實際需求訂定護理計畫。 A：符合 B 項，且計畫內容應包含病人生理、心理及社會等層面。

		評鑑基準	評分說明
	6.4.1.3	與病人及/或家屬溝通護理計畫內容	C：護理計畫內容涵蓋病人及/或家屬或主要照顧者。 B：符合 C 項，且能與病人及/或家屬溝通病人問題及計畫內容，適時予以修訂。 A：符合 B 項，且護理計畫內容能依病人需求及期望評估修訂。 [註] 若病人因疾病導致認知受損，無法表達瞭解、意見及期望者，可抽詢病人家屬。
	6.4.1.4	能區分病人健康問題之緩急並協助病人疾病過程之適應	C：護理人員能辨別病人健康問題之緩急，依病情程度給予先後之照護，並協助病人在疾病過程中身心之適應。 B：符合 C 項，且予以適時評估及修訂。 A：符合 B 項，且實地訪查，護理人員之判斷，切合病人需要。
	6.4.1.5	必要時應與院內其他醫療團隊成員討論護理照護計畫內容	C：必要時，為使病人能適時得到服務，能與其他醫療團隊人員（如：職能治療人員、臨床心理師、精神醫療社會工作人員、藥師、營養師等）聯繫及溝通。 B：符合 C 項，且護理人員積極聯繫各其他醫療團隊人員，團隊能適切的服务病人。 A：符合 B 項，且其他醫療團隊人員良善回應，並有紀錄。
	6.4.1.6	能確實執行護理措施	C：能依護理計畫確實執行護理措施。 B：符合 C 項，且能依評值修正護理措施。 A：符合 B 項，且依計畫執行之措施符合病人身、心、社會之需求，提供完整之護理措施。
	6.4.1.7	具體評值病人情況及護理措施之成效	C：護理措施 60%有評值。 B：護理措施 80%有評值。 A：護理措施 90%有具體評值。
必	6.4.1.8	護理過程之完整執行	C：上述 6.4.1.1、6.4.1.2、6.4.1.6 與 6.4.1.7 至少 2 項符合 C 標準。 B：上述 4 項皆符合 C 標準。 A：符合 B 項，且上述 4 項皆符合 B 標準以上。 [註] 1.本項為必要項目。 2.可訪談護理人員，並由病人處印證實際執行成效。
	6.4.2	應有完整詳實之護理紀錄並妥善管理	[重點] 護理照護服務依護理紀錄使其責任更為明確，尤其對護理過程的評估、計畫、措施及評值等之紀錄為護理人員依據科學根據所思考的專業判斷。
	6.4.2.1	依醫院實際所需，訂	C：明訂護理紀錄方式及內容，護理過程之紀錄須正確，並簽名。

		評鑑基準	評分說明
		定護理紀錄方式及內容，且護理紀錄詳細記載	B：符合 C 項，且護理紀錄內容簡明扼要，簽名完整（如：附上護理人員級階）。 A：符合 B 項，且護理紀錄有品質審查，並有改善措施。 [註] 修正字或句子之處，應有護理人員簽名或蓋章。
	6.4.2.2	病人轉出或出院至其他單位時，應提供護理照護摘要，以達持續性護理	C：訂有轉換單位（轉出或出院）之流程及護理照護摘要以供後續單位參考。護理摘要應依： 1.院內轉床應在護理紀錄呈現護理照護摘要。 2.出院或轉院應有護理照護摘要單張。 B：符合 C 項，且摘要清楚詳實，能提供後續照顧的方向。 A：符合 B 項，且定期檢討，能依後續照護單位之需求適時修訂單張內容。
	6.4.3	依病人需要提供適切之護理	[重點] 提供護理服務時，須考量病人的基本需求，協助病人能早日恢復健康，對病人病情之變化及可能發生的問題能適時適當的對應。
	6.4.3.1	提供病人基本的身體護理	C：病人能得到基本的身體護理。 B：符合 C 項，且有具體的病人自我照顧改善計畫。 A：符合 B 項，且病人儀表整齊、清潔、修飾適當。 [註] 1.所謂身體護理，是指身體的清潔、排泄照護、協助進食、舒適及睡眠的細膩照顧而言，且有實施紀錄。 2.可由與護理人員面談或觀察病人身體照護實施情形。
	6.4.3.2	因應病人病情，提供照護或治療	C：有因應病人病情提供多元之照護或治療。 B：符合 C 項，且提供的照護具有獨特性（個別性）。 A：符合 B 項，且提供的照護詳盡、完整，且有成效。 [註] 1.依病情狀況給予身體、心理及社會等各方面適當的照護或治療（如：團體治療、行為治療或家庭護理等），如因身體形象改變或因後遺症而致的功能障礙，須給予個別性的照護及心理支持。 2.是否適宜施行，可聽取事例作評估或實地訪視病人。
	6.4.3.3	持續觀察病人病情，給予正確判斷並有因應	C：能持續觀察病人之病情並給予正確判斷與因應。 B：符合 C 項，且能持續觀察病人的病情，並能給予判斷及作適當之處理。

		評鑑基準	評分說明
			A：符合 B 項，並能評值因應成效。 [註] 1.在持續的觀察下，能察知問題，並精確判斷而作適當處理。 2.可訪談病人及/或家屬與查閱護理紀錄。
	6.4.4	應有合宜的護理指導（衛教）	[重點] 給予病人及/或家屬個別及團體適當的護理指導（衛教）。
	6.4.4.1	各單位應提供病人適當的護理指導（衛教）資料	C：各單位備有相關的護理指導（衛教）單張及資料。 B：符合 C 項，且能自行發展內容適當之護理指導（衛教）資料。 A：符合 B 項，且有定期更新及修訂。
	6.4.4.2	依病人個別情況，提供護理指導（衛教），並有紀錄	C：能依病人及/或家屬需要給予個別性之護理指導（衛教）。 B：符合 C 項，且充分利用衛教單張(或衛教相關教具)給予病人護理指導，並有紀錄詳實。 A：符合 B 項，且給予病人護理指導後，能評值成效，並有完整之護理紀錄。 [註] 可查閱病歷紀錄或詢問病人是否與護理紀錄一致。
	6.5	給藥之相關規範	
	6.5.1	給藥之正確性	[重點] 為達正確的給藥，應確實作到三讀五對，且給藥前應瞭解藥效、副作用、使用量及病人是否有藥物過敏等情形，方可使用。
必	6.5.1.1	能正確依醫囑給藥（核對病人、藥物、劑量、時間、途徑），並有紀錄	C：確認醫囑，遵行技術標準手冊之規範，並有紀錄。 B：符合 C 項，且能及時正確記錄，並有監測機制。 A：符合 B 項，且能立即正確記錄，並有檢討改善措施。 [註] 1.本項為必要項目。 2.護理人員應主動核對病人姓名。 3.至少查看 5 本給藥紀錄（完成每位病人每次給藥後，立即逐筆簽名或蓋章）及治療紀錄，並可詢問護理人員執行情形，必要時可詢問病人。
	6.5.1.2	護理人員指導病人或家屬追蹤用藥後的反應，並有紀錄	C：要注意病人個別特異性，在給新藥或副作用強的藥品時，要給予適當的指導及觀察反應，適時協助及報告醫師處理，且應有紀錄。 B：符合 C 項，且藥物變更時，能主動說明，紀錄中可明確呈現追蹤觀察用藥反應。 A：符合 B 項，且確認病人或家屬對藥物反應之瞭解。

		評鑑基準	評分說明
	6.5.1.3	緊急給藥時，應特別注意須有雙重檢核之步驟	C：緊急時，對接受口頭電話醫囑，應有確認機制，如接受醫囑時要複誦或雙重檢核（2 人接受、記下並核對），且應於 24 小時內完成書面醫囑。 B：符合 C 項，且能當班完成書面醫囑。 A：符合 B 項，且處置後，醫師能即時完成開立書面醫囑。 [註] 可詢問醫師或護理人員如何處理緊急口頭電話醫囑。
	6.6	加護病房之護理	
	6.6.1	加護病房護理作業	
可	6.6.1.1	依病人病情配置合宜之人力	C：人床比 ≥ 1 （即照護 1 床之護理人員數大於等於 1 人）。 B：人床比 ≥ 1.5 （即照護 1 床之護理人員數大於等於 1.5 人）。 A：人床比 ≥ 2 （即照護 1 床之護理人員數大於等於 2 人）。 [註] 本項為未設有加護病房醫院適用之可選項目。
可	6.6.1.2	護理人員應接受適當之精神科護理訓練及有相當年資	C：至少需具有精神科護理進階 N2 或精神科護理臨床工作 2 年以上之素質： $\geq 50\%$ 。 B：至少需具有精神科護理進階 N2 或精神科護理臨床工作 2 年以上之素質： $\geq 60\%$ 。 A：至少需具有精神科護理進階 N2 或精神科護理臨床工作 2 年以上之素質： $\geq 70\%$ 。 [註] 本項為未設有加護病房醫院適用之可選項目。
可	6.6.1.3	護理人員應具備精神科護理能力，包括：重症護理知能、危急狀況之預測、緊急處置能力、病人問題的評估與處理等	C：依單位特性及護理人員需要，每年應有院內外之精神科重症護理訓練至少 12 小時。 B：符合 C 項，且院內外之精神科重症護理在職教育訓練時數超過 12 小時。 A：符合 B 項，且有成效評值。 [註] 1.本項為未設有加護病房醫院適用之可選項目。 2.抽查或面談護理人員，及查看護理紀錄。 3.重症護理知能指嚴重精神病護理知能及辨認內外科疾病造成生命危急處置之護理知能。
可	6.6.1.4	加護病房訂有具特性之品質監測指標，並正確監測，及	C：有 4 項品質監測指標，並能正確且完整監測，且有具體改善措施及評值。 B：有 5 項品質監測指標，能正確、完整且持續監測，並有具體

		評鑑基準	評分說明
		有具體完整之改善措施及評值	完整改善措施及評值。 A：有 6 項（含）以上品質監測指標，能正確、完整且持續監測，並有具體完整改善措施及評值。 [註] 本項為未設有加護病房醫院適用之可選項目。
	6.7	衛材、器械之消毒設備及管理	
	6.7.1	衛材、器械之消毒設備及管理運作良好	[重點] 衛材、器械消毒設備及操作人員對滅菌消毒、清潔管理、搬運配送等步驟及方法應適當，且執行情況良好。
	6.7.1.1	設有完備的消毒設備，配置適當人力及專責人員	C：應符合下列項目之一者： 1.(1)確保必要人力之充足，並有專責人員負責衛材、器械之消毒業務。 (2)專責人員應出席感染管制委員會。 (3)設有必要的滅菌設備。 (4)定期保養相關設備。 (5)衛材、器械消毒相關設備故障時，可迅速處理。 2.若因適當理由，將部分衛材、器械滅菌業務外包消毒或由物流公司配送時，應妥善監控品質。 B：符合 C 項，且 1.有定期保養相關設備。 2.外包業務品質能加以追蹤改善。 3.專責人員應具有符合法規之證照。 A：符合 B 項，且能探討設備故障原因，並研擬對策之機制。
	6.7.1.2	確實執行衛材、器械、機器之滅菌及清潔管理	C：應符合下列項目之一者： 1.(1)處理物品時，工作人員需穿戴合適之工作衣、口罩及手套防護用具。 (2)各類物品之包裝、消毒及有效期間均訂有標準。 (3)以高壓蒸汽滅菌時，生物性指示劑至少每週施行 1 次，真空滅菌器殘餘空氣測試應每天施行，並有紀錄可查。 (4)自行消毒之衛材包、器械包的內側及外側均應有化學性指示器（如：高壓消毒色帶、化學指示條）及標示有效日期，並讓使用者知悉。 (5)消毒物品能依物品名稱及消毒先後置放。 (6)以氧化乙烯（EthyleneOxidegas）滅菌時，每次均使用生物性指示器（如：快速判讀生物培養苗）及設置場所應

		評鑑基準	評分說明
			有 EO 濃度監測儀或警示儀 (detector)，以防止 EO 外洩並能及時處理。 (7)滅菌過程發生異常，應有相關處理規範。 2.若因適當理由，將部分衛材、器械滅菌業務外包消毒或由物流公司配送時，應妥善監控品質。 B：符合 C 項，且 1.工作人員清楚各項指標意義及處理異常情況。 2.各項監測有持續性紀錄。 A：符合 B 項，且針對滅菌過程之異常，定期探討、分析並改善。
	6.7.1.3	衛材及器械搬運時，清潔區及污染區應做區隔	C： 1.於空調較佳處，滅菌過的物品應保管於架子上或有門扇之櫥櫃內。 2.滅菌過的物品需使用清潔並加蓋之手推車搬運及配送。 3.搬入受污染的物品及運出滅菌過的物品之動線應妥善規劃，不可交叉或碰撞。 B：符合 C 項，且落實執行及定期監測。 A：符合 B 項，且針對異常並定期探討、改善，成效良好。
	6.7.1.4	執行及監測護理用品（含導管及敷料等）消毒滅菌之正確與安全	C： 1.應訂定護理用品消毒滅菌之規範及監測。 2.應確認滅菌用品之有效期限，並確實執行。 B：符合 C 項，且有明確監測及稽核之紀錄。 A：符合 B 項，且對監測結果能實施定期檢討、改善及持續追蹤。 [註] 1.護理站內盤包應每日清點及查看有效期限並簽名。 2.護理用品有效期限能定期查看並記錄。 3.送供應中心消毒物品應正確包裝及張貼消毒指示標籤。 4.若有適當理由，可將部分衛材、器械滅菌業務外包，並妥善監控其品質。
	6.8	營養管理及飲食指導	
	6.8.1	提供病人適當之飲食及指導	[重點] 病人攝取合適的飲食營養，是醫療人員的責任範圍，協助病人獲得適合的各種營養素，並增進飲食控制意願，以輔助治療。
	6.8.1.1	評估病人營養狀態，提供病人符合治	C： 1.營養師定期實施病房巡視，評估病人的營養狀況，與護理人員或醫師有良好之溝通或討論，並提供適合之治療飲食。

		評鑑基準	評分說明
		療之飲食指導、衛教	2.應有實施營養指導的資料，並以書面資料提供住院病人飲食衛教。 3.飲食衛教書面資料完整（包括內容及種類）。 B：符合 C 項，且 1.醫療人員能追蹤病人進食情形，視需要會診營養師，召開討論，並有紀錄。 2.營養師實施營養指導的恰當性： (1)營養指導的流程。 (2)製作完整易懂的指導手冊，含確立飲食指示及變更等事項之流程。 3.提供全院醫療人員共享之資訊。 A：符合 B 項，且 1.能確實追蹤進食情形，及時修正營養計畫。 2.設有門診營養照會及必要之設備。 3.有創設醫院特色的治療飲食方案，並有執行成果報告。
	6.8.1.2	應配合病人病情狀況，協助其進食，並視需要提供飲食指導	C：對吞嚥障礙、拒絕飲食及功能障礙的病人能運用護理處置協助其進食，而對須攝食治療飲食之病人有飲食指導，並有紀錄。 B：符合 C 項，且對吞嚥障礙或功能障礙的病人，有營養師給予飲食指導，並有紀錄。 A：符合 B 項，且追蹤飲食指導成效，並有紀錄。 [註] 可詢問營養師。
	6.9	對行動限制（隔離、約束）之照護	
	6.9.1	適切地實施行動限制（隔離、約束）	[重點] 1.醫療過程中，基本上不可限制病人的行動（隔離、約束）。醫療上不得已要施行行動限制時，亦要以最低限度為宜。在隔離、約束期間要充分觀察，時常注意安全。儘可能避免限制行動，並明確規定不得不實施時之方針及步驟。施行限制行動時，需檢討是否繼續之必要性及避免的方案。一旦適應症消除時，應迅速解除相關措施。 2.若要避免限制行動（隔離、約束）則需要充分的照護、觀察及更多工作人員，應努力追求以病人為中心的醫療。住院時，應以書面告知住院中有時可能會限制行動並取得家屬的同意書，但不能據此隨意實行隔離或約束。如果不得不實施限制

		評鑑基準	評分說明
			行動時，除緊急情況外須充份說明，獲得瞭解之後再予實施。
	6.9.1.1	關於行動限制（隔離、約束）之作業常規與適用範圍應明確訂定，以確保其權益	C： 1.應書面規定作業常規及適用標準。 2.本項作業宜由相關會議定期檢討。 B：符合 C 項，且執行準則內容完整。 A：符合 B 項，且依作業常規與適用標準落實執行，定期檢討，並有紀錄。 [註] 原則上應儘量避免行動限制，若不得不施行時，應充分溝通並尊重病人的感覺，並設法及早解除，以確保其權益。
	6.9.1.2	對病人實行約束前，應向病人或家屬說明並有紀錄	C： 1.住院時，應以書面告知住院中有時可能會限制行動並取得家屬的同意書，但不能據此隨意實行隔離或約束。 2.各單位依據流程及準則，於執行前以尊重與溫和的態度向病人或家屬解說清楚，並詳細記錄。 B：符合 C 項，且執行時，再次向病人或家屬解說清楚，並有紀錄。 A：符合 B 項，且執行後確認病人或家屬充分了解約束的必要性，使其感受獲得尊重，並有詳實完整之紀錄。 [註] 可詢問護理人員約束時的表達方式。
	6.9.1.3	對約束行為應適時與醫師討論或視實際情況予以解除	C：有執行準則，依醫囑執行、並適時與醫師討論及病情穩定後依醫囑解除約束，並有紀錄。 B：符合 C 項，且能落實約束時間於 2 小時以內解除者。 A：符合 B 項，且約束解除後，有與病人會談，並有紀錄。
	6.9.1.4	對約束病人應有維護其安全的機制	C：對約束中的病人照護，至少每 15 分鐘探視 1 次且能提供病人生理需求、注意呼吸及肢體循環並防範意外事件發生，且須有紀錄。 B：符合 C 項，且 1.對約束中病人之安全維護機制完善、確實執行，且能落實監測，並有紀錄。 2.約束及求救安全設備能定期檢視更新。 A：符合 B 項，且 1.相關委員會定期檢討安全維護機制，並有紀錄可查。 2.針對監測結果能有具體改善措施。
	6.10	護理照護之連續性	

		評鑑基準	評分說明
	6.10.1	門診的護理照護	[重點] 對病人給予診療上及療養生活上的諮詢，護理指導是門診護理的重要責任。
	6.10.1.1	依病人情況，提供病人或家屬照護指導，並有紀錄	C： 1.依病人需要給予護理指導，且利用衛教單張給予病人或家屬護理指導，並有紀錄。 2.對有暴力、自殺及躁動不安病人，能獲得立即照護。 B：符合 C 項，且能定期舉辦護理團體指導（衛教）。 A：符合 B 項，且有追蹤輔導機制，並確實執行。 [註] 可詢問病人或查核紀錄、照片等相關資料。

第七章 舒適的醫療環境及照護

		評鑑基準	評分說明
	7.1	病人接待（導引服務）	
	7.1.1	病人之接待、導引及服務態度	[重點] 1.醫院應注意服務人員及引導人員之配置、言辭及儀態，亦應瞭解工作人員接待教育的重要性。 2.實地評鑑應調查醫院是否主動實行病人接待教育，評估其教育、訓練之計畫內容的適當性、落實程度以及持續性。
	7.1.1.1	提供便捷之病人就醫流程、方便之一般諮詢、指標、推送病人等服務	C： 1.提供病人或訪客引導服務。 2.就醫動線規劃順暢，並有明顯、清楚之各科室與治療診間之指標標示。 3.視病人需要，提供病床推送或輪椅借用之服務。 B：符合C項，且有走動服務人員提供服務，並有清楚之排班表可查。 A：符合B項，且能依病人需要（如：多語化環境等）提供妥善服務，獲致好評，有具體事證者。
	7.1.1.2	櫃檯及接待人員言語親切及儀態端莊，並有不定期考核	C：針對櫃檯及接待人員定期實行教育訓練與客服訓練。 B：符合C項，並對訓練成果經常進行評估及改善。 A：符合B項，且評估及改善有顯著成效，並有具體事證。
	7.1.1.3	訂有合宜之掛號、批價、收費及入出院作業流程並定期檢討	C：具備方便病人就醫之設施及作業，如：掛號、就診、批價、收費、住/出院手續及特殊時段彈性運作等。 B：符合C項，且能定期檢討及修正作業流程者。 A：符合B項，且作業流程修正後，對病人就醫更為便捷成效顯著，有具體事證。
可	7.1.1.4	醫院有志工之設置，並有明確之管理辦法及教育訓練	C：醫院有訂定明確之志工管理辦法及相關教育訓練計畫與課程，並確實執行。 B：符合C項，且提供服務內容多元。 A：符合B項，且績效良好（如：志工滿意度高、志工人數持續成長、病人對志工服務反應良好），有具體事證者。 [註] 1.本項為未有設置志工並提供相關服務醫院適用之可選項目。 2.志工不得涉及醫療工作或執行醫療行為。
	7.2	服務資訊之完備	
	7.2.1	醫院工作人員辨識標誌醒目	[重點] 1.為了讓醫療服務的責任歸屬明確，工作人員應配戴名牌或職員證。

		評鑑基準	評分說明
			2.工作人員配戴名牌，且與病人及家屬認識，為建立互信關係的第一步。
	7.2.1.1	工作人員均配戴名牌或職員證	C：員工識別證均應顯示服務部門、職稱（位）及姓名。 B：符合 C 項，且醫事人員皆配戴職業執照、名牌標示詳實。 A：符合 B 項，且顧及高齡年長者之需要，字體大小適當，並易於辨識。
	7.2.1.2	應有系統介紹主治醫師姓名及其專長經歷	C：診間有標示主治醫師姓名。 B：符合 C 項，且門診時間表或醫院相關刊物等有主治醫師姓名及其專長經歷。 A：符合 B 項，且住院須知與醫師巡房時介紹主治醫師姓名，並確實執行者（可實地詢問病人及家屬）。
	7.2.2	適當醫院路線指標及適當資訊公布	[重點] 1.為方便病人與訪客之進出，醫院之引導說明或指標應置於明顯處所，尤其應有更顯眼、易於瞭解的路線指示。 2.公告欄應評估其所提供的資訊是否有妥善管理，病人所需之資訊是否完全，且是否以不遺漏且容易理解的形式提供，並能方便對高齡者及殘障者參閱。
	7.2.2.1	在必經的場所應設置易於瞭解之樓層配置圖或樓層平面圖	C：路線引導或樓層平面圖清楚易於瞭解（如：設置場所、大小、配色等）。 B：符合 C 項，且於醫院重要出入口（如：大廳、電梯出入口等）有建築配置圖及更顯眼、易於瞭解的路線指引。 A：符合 B 項，且於服務台有專人提供帶領服務。
	7.2.2.2	有效公告醫院訊息、醫療新知或規定	C： 1.設有管理公告的部門或負責人。 2.在適當處所設置公告欄，公告欄之張貼方法、大小等與環境調和，並保持整齊。 3.公告欄之內容經常更新。 B：符合 C 項，且有相關作業及管理辦法，處理相關資訊之公告。 A：符合 B 項，且能提供相關政令宣導、衛教及醫院資訊等服務。
	7.3	提供醫療諮詢服務	
	7.3.1	設置病人或家屬的醫療諮詢服務櫃檯或場所	[重點] 1.當病人及其家屬面臨醫療、經濟等問題時，醫院應提供適當之醫療諮詢及資源。 2.醫療諮詢會談場所應考量病人及家屬隱私。
	7.3.1.1	於醫療諮詢服務場所提供病人說明或指引	C：有提供醫療諮詢服務之場所，並有明顯之標示。 B：符合 C 項，且能舉證以病人為中心之積極作為。 A：符合 B 項，且諮詢場所空間舒適，設置位置適當，並考量病

		評鑑基準	評分說明
			人及家屬隱私，有具體事證者。
	7.3.1.2	設置專人提供醫療諮詢服務	C： 1.設置專人提供醫療諮詢服務。 2.提供相關醫療諮詢服務之單位名稱、聯絡方式、所在位置及服務項目說明。 B：符合 C 項，且有醫療諮詢服務資料可查。 A：符合 B 項，且對醫療諮詢問題內容與處理結果之分析並有改善。
	7.3.1.3	醫療諮詢事項與處理結果均應記錄、建檔	C：每位病人的醫療諮詢服務執行情形及結果均應有紀錄。 B：符合 C 項，且定期統計分析。 A：符合 B 項，且有成效評值。
	7.3.1.4	就醫療諮詢內容協調院內相關工作人員共謀解決或尋求協助	C： 1.依標準之作業程序提供服務。 2.就醫療諮詢內容，建立與醫療團隊人員合作之機制，以共同解決問題。 B：符合 C 項，且運用醫院內外各項資源，協助處理。 A：符合 B 項，且定期檢討改進，團隊合作成效良好者。
	7.4	尊重病人或家屬的意見	
	7.4.1	實施服務改善，儘量滿足病人或家屬的意見	[重點] 1.應設有聽取病人及家屬意見的管道。如：設置意見箱，舉辦座談會，並實行問卷調查等。 2.利用住院須知、院內刊物及公告欄等措施宣導病人對於意見表達之管道及方法，意見箱設置數量及地點等則以容易利用為宜。
	7.4.1.1	對於病人或家屬的意見、抱怨、申訴，設有專人或部門處理，並訂有處理流程	C：應有專人或部門處理病人或家屬的意見、抱怨及申訴案件，並明訂處理流程。 B：符合 C 項，且提供多元申訴或表達意見之管道，如：意見箱、問卷調查、電子信箱、家屬座談會、生活討論會、申訴專線電話、宣傳單張等。 A：符合 B 項，且有積極宣導讓病人、家屬、員工均知道申訴方式，便利性高。
	7.4.1.2	對病人或家屬的意見、抱怨、申訴能將處理情形適時回復	C：能將病人或家屬的意見、抱怨、申訴適時回復，且有紀錄可查。 B：符合 C 項，並訂有回復時間及統計分析處理情形。 A：符合 B 項，且有追蹤管理機制。

		評鑑基準	評分說明
	7.4.1.3	就申訴的內容加以檢討，並建立改善的方案	C：申訴的內容有定期統計分析及檢討。 B：符合 C 項，且有具體的改善方案。 A：符合 B 項，且改善措施列入追蹤列管，並有成效。
	7.4.1.4	定期實行病人及/或家屬意見調查	C：每年至少 1 次實行病人及/或家屬意見調查（包括門診、住院），並有統計分析。 B：符合 C 項，且將調查結果公告周知，並提供相關科室檢討改善。 A：符合 B 項，且能持續性的追蹤改善，並有成效。
	7.5	病人就醫之方便性	
	7.5.1	塑造親切且人性化環境	[重點] 1.醫院應塑造親切且人性化之就醫環境，以減少病人就醫之恐懼與不便；惟其環境塑造策略，應顧及病人需求、醫院性質與所處地區環境狀況，作適當規劃。 2.實地評鑑時依現場狀況、聽取相關人員說明，並隨機訪查就診病人或訪客，作綜合性判斷。
	7.5.1.1	適當的醫院周邊交通路線及停車規劃	C： 1.有提供醫院周邊交通資訊，供社區民眾了解。 2.提供汽車、機車之停車空間。 B：符合 C 項，且醫院周邊進出之交通路線規劃適當。 A：符合 B 項，且視情況需求協助上下車或叫車服務資訊，並提供舒適之候車環境。
	7.5.1.2	配合醫院規模設置餐廳及/或商店	C：有方便病人、家屬或訪客用餐或購物之具體方案，或提供相關資訊。 B：符合 C 項，且設置安全、舒適、乾淨且方便的餐廳及/或商店，並顧及病人和家屬的需求與方便性。 A：符合 B 項，且有完善的管理與清潔措施。 [註] 若有設置餐廳或商店，應依行政院衛生署疾病管制局「因應新型流感疫情醫療院所商店街管理措施指引」做妥善之感染控制。
	7.5.1.3	院內應有無障礙措施，並符合法令規定	C：依法令規定，院內設有無障礙措施。 B：符合 C 項，且有完善的無障礙維護措施。 A：符合 B 項，且無障礙設施優於法規，便於使用者。
	7.5.2	合理的等候時間	[重點] 為了確保合理的等候時間，醫院訂有評估合理的候診、候檢、領藥及批價等時間之辦法，並有計畫地檢討，且遵守開診時間。
	7.5.2.1	合理醫院各項診療作業等候時間	C： 1.現場掛號、候診、檢查、批價（繳費）、領藥之等候時間調

		評鑑基準	評分說明
			查每年至少辦理 1 次。 2.訂有醫師標準看診之管理辦法及督導措施。 B：符合 C 項，且有等候時間之分析，並有檢討機制及確實執行管理辦法。 A：符合 B 項，且確實執行成效良好，確保等候時間合理，醫師準時開診率良好並有具體事證。
	7.5.2.2	有效運用病床，並保持適當之佔床率	C： 1.醫院訂有病床利用規範。 2.醫院訂有通知候床病人住院之流程，以利病人或家屬掌握時間處理住院前事宜。 B：符合 C 項，且 1.統一掌握等候住院病人，且無長期待床情形。 2.醫院整體病床利用靈活、佔床率應保持在適當的比率。 A：符合 B 項，且定期檢討病床利用率，並據以作病床調整之參考。
	7.5.2.3	應訂定醫院內部作業流程指標，定期分析、檢討、改進醫院經營管理狀況	C：對醫院內部作業流程指標的分析檢討（如：平均住院日、等候住院時間、等候心理衡鑑時間、等候職能評鑑時間、等候心理治療時間、急診留觀時間、等候領藥時間等）。 B：符合 C 項，且指定專責人員或專責單位檢視各項指標之收集情形，並作變化分析，定期進行檢討並追蹤改善。 A：符合 B 項，且將追蹤改善結果應用於制度修正，並有具體成效者。 [註] 評鑑委員依據醫院之規模、特性評估適當之醫院內部作業流程管理指標項數。
	7.5.3	住院病人的方便性	[重點] 應評估住院病人在醫院內是否感覺不方便，醫院應依其功能、環境及社區特性作考量，且不依醫院單方面的方便為優先，而是以不妨礙住院病人的方便及治療為原則。
	7.5.3.1	住院須知應以病人生活化與人性化為設計原則	C： 1.有向病人說明住院須知。 2.在住院須知內有適當規範病人住院注意事項。 3.會客時間應考慮其方便性，必要時可有家屬陪同。 B：符合 C 項，且以病人立場訂立規則，其規則運用需有彈性。 A：符合 B 項，且住院須知應配合實際運作情形，並定期檢討、適時修訂。 [註]

		評鑑基準	評分說明
			1.以病人立場訂立規則。 2.訪談家屬、工作人員中瞭解其會客時間之方便性。
	7.5.3.2	能提供病人住院期間所需之民生基本設備、服務與資訊	C：院方提供病人住院期間所需之民生基本需求設備與服務。 B：符合 C 項，且能協助病人購買生活用品。 A：符合 B 項，且能使病人容易獲得院外的資訊。 [註] 1.民生基本用品及設備包含盥洗用品、冰箱、飲用及盥洗之冷熱水、電視、食物溫熱設備等，並設有洗衣、乾衣設備。 2.院外資訊包括當期雜誌。
	7.5.3.3	妥善規劃探病及病人外出請假作業流程	C： 1.訂有探病作業規範，並訂有訪客須知。 2.訂有病人外出請假作業規範，並確實執行，且依精神衛生法規定通知保護人或家屬；病人行蹤不明時，即向當地警察機關報告。 B：符合 C 項，且應訂有病人請假外出逾時未歸之相關處理辦法。 A：符合 B 項，且落實病人請假外出相關辦法，並有紀錄。
	7.6	保障病人隱私權	
	7.6.1	門診病人的隱私權應受到保障	[重點] 醫院以尊重病人、保障其隱私為基本態度，觀念應灌輸全體工作人員，從對待門診病人的狀況可作評估。為確保診間醫師與病人談話的隱私，應評估診間之設計及設備是否顧及病人隱私，基於各診療科特性是否能合適使用。符合行政院衛生署公告之門診醫療隱私權維護規範。
	7.6.1.1	於診間或治療室呼喚病人時，應顧慮其權利及尊嚴	C： 1.於診間呼喚病人時，宜顧慮其權利及尊嚴；候診區就診名單之公布，應尊重病人之意願，儘量不呈現全名為原則。 2.應有叫號燈或燈號，且依序安排就診。 3.若使用麥克風時，其播放聲響及範圍宜適當。 B：符合 C 項，且有妥善安排看診次序之機制（如：過號、病人嚴重不適、年長者等）。 A：符合 B 項，若看診燈號改變時，能配合適當聲響提醒就醫病人注意。
	7.6.1.2	病人就診時，應保障其隱私	C： 1.診間及治療室入口有門隔離。 2.診間應有隔音設計並為房間式（診間之對話不會傳到診間外）。 3.病人就診時，非相關人員不得進出診間。

		評鑑基準	評分說明
			4.於診療過程中，如需照相、錄音或錄影，應先徵得醫病雙方同意。 5.實（見）習生應於徵求病人同意後，方能在場。 B：符合C項，且有明定確保病人就診隱私之政策及措施，並落實執行。 A：符合B項，且有檢討改善機制。 [註] 1.設計上難以確保病人隱私時，應確認因應之處理方式。 2.使用室內候診時，應評估是否充分考慮確保個人隱私。
可	7.6.1.3	對於特殊檢查及處置應有護理人員或第三者在場	C： 1.對於特殊檢查及處置應有護理人員或第三者在場。 2.實（見）習生應於徵求病人同意後，方能在場。 B：符合C項，且有明訂確保病人就診隱私之政策及措施，並落實執行。 A：符合B項，且診療台有布簾遮蔽，備有被單、治療巾等，且較私密部位的檢查，有避免過度暴露的措施，以維護病人隱私。 [註] 1.特殊檢查係指涉及身體隱私部位之檢查及處置。 2.本項為未提供特殊檢查服務醫院適用之可選項目。
	7.6.1.4	病人檢體之採集及運送應考量病人隱私	C：病人檢體（尿液、糞便等）之採集時，有考量病人之隱私。 B：符合C項，且有設計合宜的採集地點與運送方法。 A：符合B項，且 1.採集血液檢體時亦能考量病人之隱私。 2.採集及運送檢體作法周到。 [註] 以採尿室之設計及檢體傳送情形作評估。
	7.6.2	住院病人的隱私權應受到保障	[重點] 1.醫院以尊重病人、保障其隱私權為基本態度，此理念應灌輸全體工作人員，可從住院病人的狀況作評估。如：多人病房中，每病床的空間是否恰當。若病人將住院的事實視為隱私，要求保護，則病房的病人姓名表示或以電話查詢確認住院時之因應等更需多方面的顧慮。 2.多人病房意指2床以上之病房。
	7.6.2.1	病房應有確保隱私權的場所，供醫療人員向病人或家屬會	C：有可確保個人隱私的場所（如：會談室設置），以供病人及家屬會談或會客之用。 B：符合C項，且會談室設置寬敞舒適。

		評鑑基準	評分說明
		談或會客之用	A：符合 B 項，且會談室設置溫馨美觀、具便利性。
	7.6.2.2	病房區的規劃應考量病人隱私權的確保	C： 1.病床配置及病房空間應確保隱私。 2.病室需有房門，且注意隱私。 3.衛浴隱私空間不應設監視系統。 4.若設有監視系統處，應向病人說明或張貼告示。 B：符合 C 項，且床間隔簾與床距合適，確實使用拉簾，確保病人隱私。 A：符合 B 項，且作法卓越。
	7.6.2.3	護理站或病房標示病人姓名應尊重病人及家屬的意願	C：在公開標示病人姓名前，有尊重病人本人及其家屬意願的機制，可不標示病人姓名。 B：符合 C 項，且機制及流程明確且落實執行。 A：符合 B 項，且定期監測、檢討、改善，作法卓越。
	7.7	完善之醫療照護環境	
	7.7.1	健全之醫療環境管理及維護制度	[重點] 1.醫院各項設施設備除工務單位部門之定期維護檢測外，各使用單位應依計畫進行常規性管理、維護及保養。 2.實地評鑑時，應評估其負責醫院環境管理之組織在醫院之層級及其作為；並應注意是否確實建立環境管理及維護機制。
	7.7.1.1	依計畫定期檢查、測試並維修治療場所各項設備與設施，記錄結果，隨時維護功能正常	C： 1.依計畫定期檢查、測試並維護病房各項醫療設施與設備。 2.執行情形備有紀錄。 B：符合 C 項，且部門主管及管理負責人，每週巡視 1 次以上，並督導改進事宜。 A：符合 B 項，且缺失均於管控時限內完成改善。 [註] 含外包之業務。
	7.7.2	備齊病人所需各項設備及用品	[重點] 1.病人在醫院需使用的設備及用品，以病人身體機能障礙及疾病特性為考量；必要之設備及用品數量應充足，經常保持清潔安全以供使用。此等設備及用品應以病人立場驗證其方便性，確認實際配置而被使用的設備及用品，應實施定期檢查、整理的責任機制及發生失靈時的處理步驟。 2.設備及用品因醫院或病房病人特性而所要求的東西種類繁多。有些病房應有要求自助用具或照顧病人的用具。
	7.7.2.1	病人使用之各項儀	C：

		評鑑基準	評分說明
		器應定期檢測、維修，並計畫性汰舊換新	1.有指定部門（負責人）定期檢查病人需使用的設備及用品。 2.病人需使用的設備及用品應定期檢測、維修及汰換。 3.有訂定設備及用品故障或失靈時的對應步驟。 B：符合 C 項，且供應量充足、功能正常。 A：符合 B 項，且改善措施具時效性，並有紀錄可查。
	7.7.2.2	備齊高齡病人與身心障礙病人所需之設備及用品	C： 1.輪椅及步行器等設備，有依門診與病房特性及病床數配置。 2.走廊及樓梯均有扶手之設置。 3.洗臉及浴廁等設備，考量輪椅使用者之需要。 B：符合 C 項，且供應充足、功能正常。 A：符合 B 項，且有定期檢討、改善機制。 [註] 應確認此類設備、設施有妥善管理且無故障。
	7.7.3	確實執行醫院清潔管理	[重點] 1.醫院內部地板、牆壁、天花板、玻璃窗等之清潔，應依其易髒程度，分別制訂清潔工作計畫，並確實執行。 2.評估範圍，除診療作業單位外，應包括樓梯間、電梯內、餐廳、廚房、浴廁、配膳間、廢棄物收集場、太平間、地下室及庭院等。 3.院內清潔如為外包者，應併入醫院外包業務，統籌加強管理。
	7.7.3.1	確實施行院內清潔工作，且院內無令人不舒服的異味或臭味	C： 1.有專責部門負責清潔管理（含外包），訂有清潔計畫，確實執行。 2.院內各部門均無異味或臭味。 B：符合 C 項，且主責單位有定期巡視與查核，並有紀錄。 A：符合 B 項，且有定期舉行清潔競賽或相關活動（如：5S 運動）者。 [註] 清潔業務外包時，院方應指定負責部門或人員，並定期督察清潔業務之執行。
	7.7.3.2	定期消毒除蟲，減少疾病與傷害之發生	C：依計畫定期執行消毒除蟲工作，且備有紀錄。 B：符合 C 項，且有辦理效果評估。 A：符合 B 項，且定期檢討改善消毒及蟲害預防方式。
	7.8	提供舒適的病人就醫環境	
	7.8.1	塑造溫馨安全的就醫氣氛	[重點] 1.優質的醫療環境對病人是不可或缺的要素。因此，醫院應就

		評鑑基準	評分說明
			醫療環境之採光、色彩及景觀妥為規劃設計，並擺設適當裝飾品、繪畫等藝術品，且播放輕鬆音樂，以塑造溫馨就醫氣氛，舒緩病人情緒與壓力。 2.在同一醫院，如有新、舊病房並存，應作整體的綜合評判，不可偏於一方。
	7.8.1.1	醫院的採光適宜，色彩應符合明亮溫暖之設計	C： 1.門診、病房、候診室、樓梯、走廊等採光柔和且適宜，色彩明亮溫暖。 2.夜間病房外的照明不會直接射入室內。 3.各病房採光適當，光源不會造成病人不適。 B：符合 C 項，且色彩應依據用途及地點搭配，不單調、明朗及柔和，並有適當燈光投射。 A：符合 B 項，且各部門、處所之照明度有基準，定期檢測。
	7.8.1.2	保持病房區寧靜之作為	C：保持病房環境清靜，包括： 1.播音內容、音量及時間應有規範。 2.工作人員互動時應注意音量，避免吵雜。 3.病房隔音方面有考量（儘量遠離噪音發生源）。 4.工作人員使用無聲材質鞋類。 5.各類推車使用時無噪音。 B：符合 C 項，且訂有病房區護士呼叫系統播音使用管理辦法，不定期稽核。 A：符合 B 項，且定期使用分貝計測量音量。 [註] 各工作人員對病房之寧靜，均有責任保持及維護
	7.8.1.3	院內有適當之美化佈置	C：對醫療環境的採光、設備的材質、色彩及景觀能妥為規劃設計。 B：符合 C 項，且運用音樂、藝術作品或綠化等方式，調和醫院的空間及環境，提升醫院溫馨之氣氛。 A：符合 B 項，且有環境美化活動及持續與創新的措施，足以舒緩病人情緒與壓力。
	7.8.1.4	病房區設有讓病人或家屬放鬆休息場所	C： 1.病房內有供病人放鬆休息的空間。 2.設置電視機或音響等，且方便使用。 B：符合 C 項，且維修適當，保持清潔舒適。 A：符合 B 項，且具家屬放鬆休息的空間。 [註]

		評鑑基準	評分說明
			病房不僅為醫療、護理之用，更是病人日常生活的處所，應確保病人的放鬆休息空間。
	7.8.1.5	確保醫院為無菸害環境	C： 1.依菸害防制法相關規定，張貼禁菸標示及執行禁菸之相關措施，確保醫院為無菸害環境。 2.精神科醫院如為治療上之需要，應依菸害防制相關規定妥為規劃吸菸場所並加強管理，訂有病人安全管理措施及辦法。 B：符合 C 項，且指定專人負責管理，落實執行。 A：符合 B 項，且有訓練病人戒菸措施。
	7.8.2	保持病房之舒適性	[重點] 保持病房內環境舒適是確保優質療養生活的要素。病房的環境須以每一病床法定面積的觀點設置；尊重病人保有環境舒適的權益，應有衣櫃以保管其私有物品；又室內應保持空氣流通。
	7.8.2.1	病房內空間設備配置適當	C： 1.設有櫥櫃或床頭櫃等收納設備。 2.兩床間或與牆壁間有適當空間，以供診察及護理、照顧之用。 B：符合 C 項，且備有床旁桌、輪椅、推床或陪病床，以供使用。 A：符合 B 項，且病人擁有私人鑰匙，可保管私人物品的櫥櫃。
	7.8.2.2	病房內之通風適當，或有空調	C：通風情況良好，或有空調。 B：符合 C 項，且 1.病房內有溫度監控。 2.空調口有定期清潔。 A：符合 B 項，且依季節不同提供冷暖氣。
	7.8.2.3	安全的保護室空間與設備	C：為預防病人之自傷或破壞行為，保護室之設備與材質有安全之考量與設計。 B：符合 C 項，且能符合舒適性及人性化設計。 A：符合 B 項，且能注意溫馨之佈置。
	7.8.3	病床、床墊之舒適性	[重點] 應依病房的特性設置病床及床墊，應保持其安全性與清潔。病人因疾病部位及症狀而須限制姿勢，宜使用具有調節功能的病床或枕頭輔助，以保持其姿勢舒適，且床墊及床單應經常更換。
	7.8.3.1	提供安全及舒適的病床	C： 1.依據病房特性，提供適當之病床。 2.病床需考量堅固、安全的設計。 3.視需要裝防止跌落的床欄，以維持病人安全。 4.經常檢查床欄的安全性。

		評鑑基準	評分說明
			B：符合 C 項，且 1.視需要能調整病床高度。 2.定期檢測病床的調整功能。 A：符合 B 項，並有電動裝置調整病床高度及角度。
	7.8.3.2	應有維護病床安全與清潔之措施	C： 1.床單弄髒時應迅速更換、清潔或消毒。 2.床單定期更換、清洗，破損時要更新。 3.床墊應視需要清理、消毒。 4.依床墊之功能優劣汰舊換新。 B：符合 C 項，且依病人病情需求提供氣墊床或不同軟硬度床墊。 A：符合 B 項，且能定期調查病人對床單清潔度及床墊使用之滿意度。 [註] 應確認床單更換頻率、清洗方法、床墊之消毒情形。
	7.8.4	適當之衛浴環境及設施	[重點] 衛浴設備包括廁所之地點及數量、坐式、蹲式、輪椅用等種類之使用方便、空間大小、出入口無地面高度差、扶手等安全性應有考量。浴室能依病人的狀況，容易沐浴；就使用方便來說，應於門診及病房設有輪椅用衛浴設備，進門應考量輪椅加附點滴架可以進入為宜。
	7.8.4.1	衛浴之數量適當，且符合性別考量，並應有肢體障礙病人專用之衛浴	C： 1.門、急診及病房應分設男女廁，各病房應分設男女衛浴設備，且動線規劃符合隱私，數量適當。 2.門、急診應設有身心障礙病人適用之廁所。 3.各病房衛浴設備應符合該病房特性，並應符合肢體障礙病人使用。 B：符合 C 項，且有提供使用輪椅病人衛浴之設施。 A：符合 B 項，且有提供臥床病人衛浴之設施。 [註]： 評分標準 A 臥床病人衛浴之設施，意指有提供衛浴之設施或空間。
	7.8.4.2	衛浴保持清潔乾淨	C： 1.實行定期清掃。 2.地面經常保持乾淨。 3.無臭味或異味。 B：符合 C 項，且設置有擦手用紙巾或烘乾機。 A：符合 B 項，且裝置感應式水龍頭。

		評鑑基準	評分說明
	7.8.4.3	衛浴應設有緊急呼叫按鈕、扶手、防滑設施及防自殺等安全措施	C： 1.有設置緊急呼叫按鈕。 2.出入口無高低差之門檻，或作斜坡處理。 3.應有防滑設施，並在適當之處裝設扶手等安全措施。 4.浴室內門、窗及蓮蓬頭需考量安全設計，以防範病人破壞或自殺。 B：符合 C 項，且每間衛浴皆有設置緊急呼叫按鈕，並有提供衛浴安全坐椅之設施。 A：符合 B 項，且定期監測緊急呼叫按鈕、扶手防滑設施之功能，測試結果良好。
	7.9	提供病人適當膳食	
	7.9.1	住院病人膳食之提供	[重點] 1.供應膳食部門應有效執行餐飲設備之衛生管理。 2.營養部門除督導廚房提供安全衛生之膳食外，並應檢討膳食品質的提升。 [註] 醫院供膳為外包方式者，以評鑑基準適度評量承包商提供相關之資料而給予評分。
	7.9.1.1	視醫院規模設置營養與膳食供應部門並配置適當人力	C： 1.醫院應有負責病人營養與膳食服務的專人或部門。 2.100 床（含）以上之醫院應有營養師負責病人飲食及營養。 3.依據病床使用率及病人用膳量（業務量）設置必要的營養師、廚師、廚工等工作人員。 B：符合 C 項，且 1.有專任營養師 1 名以上。 2.依據病床使用率及病人用膳量（業務量）設置必要的營養師、廚師、廚工等工作人員，且工作人員持證照比率高於相關法令規定。 A：符合 B 項，且人員健康管理與安全衛生持續教育訓練完整。
	7.9.1.2	依法落實廚房安全衛生管理	C： 1.廚房環境整潔，通風良好。 2.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。 3.廚房工作人員定時實施健康檢查，即時淘汰不合格人員。 4.有防火防焰之設備或設施。 B：符合 C 項，且 1.廚房工作空間適合。 2.廚房工作人員有專用浴廁及更衣設施。

		評鑑基準	評分說明
			3.工作動線安排合理。 A：符合 B 項，且有專責人員或部門稽核查檢，並有紀錄可查。 [註] 廚房外包之醫院，亦應定期實地確認外包廠商之作業環境是否符合規定，並備有訪查紀錄。
	7.9.1.3	膳食供應作業合乎衛生	C： 1.訂定作業標準及作業程序處理食物（包括準備、處理、儲存及運送）。 2.廚房（調理室）內食材搬入、貯存、調理、飯菜盛入等相關食材儲存與運送路線應須妥為整理，並確保安全衛生。 3.伙食外包者應確認供應商及醫院內分送場所的設施和衛生條件之適當性。 4.調理過之食品或材料未過期者應有冷凍或冷藏之保存。 5.烹調之食物樣品保存 48 小時以備查驗。 B：符合 C 項，且 1.廚餘處理合乎經濟衛生及環保原則。 2.配送病人之食物能有保溫之措施，且盛裝後能在 40 分鐘內送達病房。 3.病人用膳完畢之餐具在 40 分鐘回收。 A：符合 B 項，且 1.廚餘處理合乎經濟衛生及環保原則。 2.符合食品相關衛生管制規定（如：食品良好衛生規範（Good Hygienic Practice，GHP）等）。
	7.9.2	膳食供應適當	[重點] 醫院的飲食服務是醫療服務的一環；又對病人身心的健康有益。
	7.9.2.1	用餐時間及溫度管理恰當	C： 1.應於一般人供餐時間提供飲食，且食物溫度適當。 2.每餐間隔適當（間隔 4 小時以上）。 3.晚餐時間為下午 5 至 6 時。 4.因故延遲用餐時，可以提供熱食。 B：符合 C 項，且用餐後餐具能在 30 分鐘內回收離開病房。 A：符合 B 項，且訂有管理辦法，定期監測維護。
	7.9.2.2	提供病人餐飲的選擇	C： 1.菜單有變化。 2.能依病人咀嚼能力協助選擇合適飲食。 B：符合 C 項，且在不違反治療原則下，能依病人個別需求提供飲食。

		評鑑基準	評分說明
			A：符合 B 項，且能公布菜單讓病人查詢或註明熱量等作為。

第八章 人力素質及品質促進

		評鑑基準	評分說明
	8.1	人力資源管理(含醫療部門及運作機制)	
	8.1.1	人力資源運用與管理制度完備	[重點] 1.依醫院的宗旨、願景及策略，檢討必要的職系及人員，並配合業務量適當配置人力。 2.建立適當之人事管理制度，提升醫療品質。 3.確保醫院妥善經營，除增進員工素質及完善環境以提高工作意願外，適當之評核很重要。 4.應建立全院性公平、公正、公開之評核制度。 5.應著重激勵型而非懲罰型的人事評核，藉此促使員工成長、發揮潛能。 6.確認是否有適當的醫師與各醫療部門之組織機制及體制，醫院必須充分確保醫師及各醫療部門人力充足，俾能充分發揮診療功能。 7.醫療部門之組織必須明定診療責任，並具備與其他部門合作及協調之機制。
	8.1.1.1	人事管理制度明確	C： 1.有專責人員或部門，負責人事相關業務管理，且其權責明確。 2.訂定人事管理規章。 3.有完善之職務代理人制度。 B：符合C項，且落實執行職務代理人制度。 A：符合B項，且 1.有組織健全的人事部門。 2.人力資源運用、管理、培訓功能良好，有具體佐證。
	8.1.1.2	勞動工作條件及工作規範與基本薪資制度合理	C： 1.依照相關法規訂定相關作業準則及合理基本薪資制度。(含醫師) 2.訂定合理之員工工作規範，如：上班時間(數)、穿著制服、配帶名牌、值班(勤)制度等。 B：符合C項，且 1.勞動契約明確。 2.公告周知工作規範。 3.設定醫師合理基本薪資及薪資上限制度。 4.設定教學研究津貼應占全薪之比率。 A：符合B項，且 1.能定期檢討薪資結構合理性(由基本薪資、個人/科臨床所

		評鑑基準	評分說明
			得、教學研究津貼組成) 及勞動契約內容。 2.定期修訂相關作業準則，並公告周知。
	8.1.1.3	員工招募辦法明確、公平、合理、聘任合格人員，並制定員工職務說明書	C： 1.員工招募辦法明確。 2.應聘任合格人員提供醫療服務。 3.員工檔案完整，專業執照異動狀況與人事資料隨時更新。 4.制定職務說明書，其內容包括單位、職稱、必備學經歷及訓練、主要工作及職責內容，並依行政程序完成簽核且公告。 B：符合 C 項，且 1.招募辦法公平、公正、公開。 2.與員工充分溝通說明職務說明書。 A：符合 B 項，且 1.定期檢討、修改招募辦法。 2.定期檢討、適時修改職務說明書。
	8.1.1.4	確保必要人力充足	C：依醫院之任務與功能，且依各部門業務量，訂定單位人力配置標準，並落實執行。 B：符合 C 項，且因應醫院的任務及功能變化，人力應作適時修正及調整。 A：符合 B 項，且 1.參考單位出缺人數及離職率適時補充人力。 2.建立留用人才獎勵辦法，降低離職率。
	8.1.1.5	人事評核制度明確合理	C： 1.設有人事評核委員會或類似功能之組織。 2.公告周知各種人事評核及升遷考核基準。 3.依據考核結果有適度的獎懲。 B：符合 C 項，且評核制度公開透明，並能定期檢討與適時修正。 A：符合 B 項，且 1.人事評核會議有基層員工代表參與。 2.建立雙向回饋制度。 [註] 「雙向回饋」係指向受評核者說明人事評核結果，並聽取其意見。
	8.1.2	實施安全衛生管理及執行自動檢查以確保提升院內員工安全衛生環境	[重點] 醫院管理者提供員工理想之工作環境，並督促員工注意健康管理，以確保提升院內員工安全。

		評鑑基準	評分說明
	8.1.2.1	依醫院規模與法令規定實施安全衛生管理並執行自動檢查	C： 1.依勞工安全衛生法，配合醫院工作人員數，選任衛生管理員或成立安全衛生委員會。 2.每季至少召開1次安全衛生委員會。 3.執行安全衛生管理計畫，並據以執行。 4.應有自動檢查紀錄備查。 B：符合C項，且 1.明定各項工作完成之期限，並確實追蹤辦理情形。 2.自動檢查計畫內容適當，且定期檢討、修正。 A：符合B項，且實施成效良好，有具體佐證。
	8.1.2.2	實施員工健康檢查	C： 1.新進員工依規定完成健康檢查，始得報到。 2.依行政院勞委會公告之勞工健康保護規則辦理。 3.對於有可能暴露於危險環境者（如：放射線的工作人員、有受感染危險的工作人員）另依相關規定辦理。 B：符合C項，且 1.健康檢查項目、頻率、適用範圍優於法令規定。 2.分析員工之整體健康問題，適時推展健康促進計畫。 A：符合B項，且追蹤管理檢查結果異常之員工。 [註] 勞工健康保護規則：第11條 雇主對在職勞工，應就下列規定期限，定期實施一般健康檢查： 一、年滿65歲以上者，每年檢查1次。 二、年滿40歲以上未滿65歲者，每3年檢查1次。 三、未滿40歲者，每5年檢查1次。 前項一般健康檢查項目依同法第10條規定辦理。
	8.1.2.3	確實執行員工意外事件防範措施	C： 1.依各單位特性，訂定員工意外事故防範辦法及處理程序，且周知確實遵守。 2.聯絡機制及程序明確，對事故之對應恰當，事故報告迅速。 B：符合C項，且檢討並分析事故發生原因，並有避免重複再犯之對策。 A：符合B項，且對所訂辦法有定期檢討修正，備有紀錄可查。
	8.1.2.4	員工發生意外時提供心理及精神支持機制	C： 1.訂有醫療處置受傷慰問金與公傷假制度。 2.建立員工心理及精神支持機制。 B：符合C項，且

		評鑑基準	評分說明
			1.公告周知相關措施。 2.提供員工心理衛生相關知能，如：定期辦理相關講座或健康促進活動。 A：符合 B 項，且實施績效優良。
	8.1.3	工作條件適當合宜	[重點] 完整的工作內容應包括完善的勞動條件、相關福利措施及適當的工作環境等。
	8.1.3.1	執行員工健康促進活動與福利制度	C： 1.公告周知健康促進與福利措施。 2.實施晚夜班津貼、退休制度、固定班別、旅遊活動、防治津貼、預防注射等措施。 B：符合 C 項，且 1.訂有醫療處置受傷慰問金與公傷假制度。 2.推動戒菸、減重等計畫。 A：符合 B 項，且 1.有慢性病預防篩檢。 2.有員工健康促進與福利措施，且深獲多數員工肯定。 3.參酌員工意見，定期修正。
	8.1.3.2	建置良好之工作環境	C： 1.提供整潔、明亮、寬敞、設施充足之員工工作環境。 2.每人每週平均工作時數不超過 42 小時。 B：符合 C 項，且 1.具備適當用餐、休閒、運動、托嬰服務、哺乳室等場所。 2.提供值夜班或小夜班深夜回家不方便的相關員工適當住宿場所。 A：符合 B 項，且具備其他優於 B 項之工作環境或能提升員工工作滿意度之相關措施，並有具體事證。
	8.2	員工之教育訓練	
	8.2.1	提供員工教育訓練並鼓勵在職進修	[重點] 1.建立全院教育訓練與在職進修體制，規劃具體措施，並落實執行，且定期檢討改進，以凝聚員工共識，增進事業知能，提升優質醫療服務。 2.有統籌全院教育訓練的單位或委員會。 3.針對全體員工共同所需的教育與進修，就其體制、計畫擬訂、實施結果加以評估。
	8.2.1.1	設置專人、部門及委員會負責員工教育	C：設置專人、部門或教育訓練相關委員會，負責擬訂、執行員工教育及進修計畫。

		評鑑基準	評分說明
		訓練	B：符合 C 項，且定期評估與修訂相關作業或計畫。 A：符合 B 項，且績效優良。
	8.2.1.2	教導工作人員如何提供病人診療資訊	C： 1.教導工作人員如何提供病人資訊及對應態度。 2.為確保一致性，教導內容有文書明示。 B：符合 C 項，且 1.教導內容中應註明，若提供的資訊可能會造成病人心理困擾時，應特別注意表達的方法和態度。 2.當病人表明欲徵詢第二意見時，應能主動提供諮詢人員，並能迅速提供適當的資料，供被徵詢者參考。 A：符合 B 項，且稽核工作人員對提供病人診療資訊的意義及重要性之認知程度及執行績效，並定期檢討改進，有具體佐證。
	8.2.1.3	定期感染管制訓練	C： 1.指定專人推行感染管制教育訓練，內容含對標準預防政策、感染途徑別預防對策、防止職業感染事故等。 2.依各部門之特性，對新進人員進行不同等級之感染管制教育訓練，並持續定期施行相關在職教育。 B：符合 C 項，且全院員工感染管制教育訓練活動內容品質良好。 A：符合 B 項，且定期檢討、修定教育訓練內容與方法。
	8.2.1.4	擬訂員工教育訓練暨進修計畫	C： 1.依年度計畫辦理教育及進修，並公告周知進度綱要、課程等。 2.運用機制掌握工作人員出席狀況。 3.課程內容應包括病人安全、病人權益、感染管制、醫療法規、危機處理、醫學倫理等項目。 B：符合 C 項，且 1.課程內有記載教育目標、行動目標、學習方案、教育資源(含師資及教材等軟、硬體設施)、評價方法等，內容詳實，並確實執行。 2.應有收集分析參加教育及進修者心得之報告及建議事項，並將其結果反映於後續之教育及進修計畫內。 A：符合 B 項，且定期檢討，分析各項指標，並追蹤改善。
	8.2.2	鼓勵各職類員工多參與院外教育活動	[重點] 1.訂定鼓勵各職類員工參加院外教育訓練或進修之制度。 2.以院內報告會或院內刊物刊載等方式，各職類員工將院外研習所習得之知識、技術回饋醫院。 3.掌握每位員工參加教育訓練及進修的狀況，並有紀錄可查。
	8.2.2.1	鼓勵各職類員工參	C：

		評鑑基準	評分說明
		加院外各學會、繼續教育、研討會等教育活動	1.明文鼓勵各職類員工參與院外學會、繼續教育、研討會等。 2.編列各職類員工適當之教育訓練及進修預算，並確實執行。 B：符合 C 項，且 1.編訂預算補助參與國內各職類專業人員學會所需相關經費。 2.鼓勵各職類專業人員參與國內學會論文發表、進修教育。 3.參加院外教育訓練、進修，並將重要內容與心得與同仁分享。 A：符合 B 項，且 1.編訂預算補助各職類專業人員參與國外學會所需相關經費。 2.鼓勵各職類專業人員赴國外學會論文發表及進修。
	8.3	醫師人事管理制度及教育訓練	[重點] 1.因醫院的規模、機能及在社區上的角色任務差異，各醫院均有其合適的理念及策略方針，院方是否理解此等理念及策略方針，並選用對醫院發展及提升醫療品質有實質幫助的人員，誠為重要議題。 2.應主動覓尋可充實醫院功能及貢獻醫院組織發展的醫師。 3.應確認醫師數量是否達到法定員額數。 4.應致力使新進人員明確瞭解醫院的理念及策略方針、社區上的角色任務等。 5.對不符合醫院方針之人員，應予適當處理。
	8.3.1	評估醫師的能力及對醫院的貢獻度	[重點] 1.為提升醫院醫療品質、促進醫院發展，尋求優秀醫師之留任，是醫院管理者的重要課題。因此，必須正確適當評估醫師的能力及其對醫院的貢獻度，據以調整其職位及提供其適當的報酬。 2.醫院組織上的活動含門診及病房的診療，醫師對醫院之貢獻可以參與醫院內外各種委員會之活動、努力提升醫院醫療品質的各種努力、進修及教育訓練參與、參加以社區民眾為對象之健康教育等加以評估。
	8.3.1.1	對醫師的診療能力及工作量，定期作客觀的評估	C： 1.醫院應明訂對醫師診療能力的客觀評估指標，如：知識、技術、態度以及資訊收集等能力之評估。 2.態度評估的方式，應包含多種階層及多種職類工作人員的評估。 3.診療相關的評估應包含：診療的病人數、手術件數、檢查件

		評鑑基準	評分說明
			數等相關診療數據。 B：符合 C 項，且訂有評估指標，進行客觀評估或不定期評估，並制訂考核制度。 A：符合 B 項，且明訂各項客觀評估指標，並定期實施由其上司、同僚、部屬及相關醫事人員的共同評估，且有紀錄。
	8.3.1.2	醫師對院內會議或活動的參與及貢獻度，應有評估	C：訂有醫師相關貢獻與獎懲之管理辦法。 B：符合 C 項，且醫院訂有醫師相關貢獻之管理辦法、評估項目（包含規定能即時完成會議紀錄之記載）及學術成就，並定期評估。 A：符合 B 項，且 1.有醫師評估資料之分析。 2.研擬提升醫師參與院內各項會議及活動辦法。
	8.3.1.3	制定合理之醫師人事考核辦法及升遷制度	C：訂定合理的晉升及薪資管理辦法。 B：符合 C 項，且設定醫師臨床貢獻度及醫院活動參與為調整薪資依據。 A：符合 B 項，且 1.醫院之臨床教學、研究及行政之參與度為調整薪資依據。 2.定期檢討其合理性及輔導方案。
	8.3.2	醫師教育訓練適當	[重點] 1.醫師應持續終身學習。醫院對醫師教育、進修、參加研討會時，應該有經費補助、有薪休假或其他方式鼓勵及支援作為評估。除了參加院外的研究會或學會之外，在院內舉辦各種研討會亦算為終生學習的一環。 2.應評估醫院是否舉行單一診療科、聯合其他診療科或職類或全院舉行研討會、演講及在職教育進修活動。 3.是否設置管理此等教育、進修的部門亦為評估的重點。
	8.3.2.1	鼓勵醫師參與學會、研討會及研究發表	C：編列預算鼓勵參與學會或發表論文者。 B：符合 C 項，且 1.有編訂預算及提供補助國內學會參與所需相關經費。 2.鼓勵醫師國內學會論文發表及進修。 A：符合 B 項，且 1.編訂預算及提供補助國外學會參與所需相關經費。 2.鼓勵醫師國外學會論文發表及進修。 3.統計接受支援件數及其成效。 [註] 應將單純出席與發表演講，依內部規定上予以區分。
	8.3.2.2	醫師參與學會、研討	C：醫師出席學會及發表有專責人員辦理行政工作，並有紀錄可

		評鑑基準	評分說明
		會等之學習成果有提升診療或醫療品質	查。 B：符合 C 項，且定期檢討參與國內外學會或研習，並評估其成效。 A：符合 B 項，且 1.計畫性培訓院內人員參加研習以提升診療或醫療品質。 2.具體詳列品質提升項目及方法措施。 [註] 於院內或部門內針對進修或學會中學到的內容提出報告，且其成果對改進診療、提升品質有助益。
	8.4	護理人員之教育訓練與進修	
	8.4.1	實施護理人員專業能力評值	[重點] 護理人員的能力（知識、技術、態度）就是護理的「質」。因此，醫院擁有能力強的工作人員，是為了提供妥善的護理服務所必需的，而能力需透過教育訓練來提升，為了瞭解每位工作人員的能力發展，應施行能力分級及評值，並有效運用護理人才。
	8.4.1.1	推展護理人員專業能力進階制度	C：訂定護理人員專業能力 N1、N2、N3 及 N4 之能力進階制度，並有推展計畫。 B：符合 C 項，且落實執行，並能與升遷結合。 A：符合 B 項，與薪資結合，且有培育精神衛生護理師之措施。
	8.4.2	完備之護理人員教育訓練與進修	[重點] 護理人員應接受適當的醫療及照護的專業訓練。不僅以院內教育為限，應包括院外研習及進修等，以提升工作人員之能力。
	8.4.2.1	充分提供護理人員教育訓練之經費、設施與資源	C：有提供護理人員教育訓練之經費、設施與資源。 B：符合 C 項，且 1.有編列足夠教育訓練經費。 2.有適當的教學場地，配有必要的教具。 3.圖書館有符合工作所需之書籍與期刊（電子期刊）等。 A：符合 B 項，且各項設施及書籍期刊相關資源之使用率高，並定期更新。 [註] 有完善的教學與圖書設備、場地，及教學、進修與圖書經費，工作單位有護理工具書及相關資源。
可	8.4.2.2	護理實習學生臨床教學之安排與執行應恰當	C：教學計畫安排與執行能配合護理實習學生實習需要，指導老師應有臨床經驗且有大學以上學歷，老師與護理實習學生的比例為 1：10，護理實習學生與床位比不超過 1：3。

		評鑑基準	評分說明
			B：符合 C 項，且臨床教學計畫完善。 A：符合 B 項，且指導老師具該科之豐富臨床經驗。 [註] 1.本項為過去 3 年未曾收訓護理實習學生醫院適用之可選項目。 2.床數係指急性及慢性精神病床總數。
可	8.4.2.3	實施護理實習學生 臨床教學之評值	C：有作實習意見調查、心得報告、實習討論會。 B：符合 C 項，且能分析實習意見調查。 A：符合 B 項，且能依據實習意見改善教學。 [註] 1.本項為過去 3 年未曾收訓護理實習學生醫院適用之可選項目。 2.可由紀錄或面談護理實習學生等得知。
	8.4.3	依專業知識執行護理照護	[重點] 護理照護之執行，應有專業知識作基礎，醫院應積極培養具有專科或次專科知識、技能及良好態度的護理人員。
	8.4.3.1	支持學習專業或相關領域之知識及新知	C：有辦理護理人員學習專業知識或新知之活動。 B：符合 C 項，且所安排之方式多元能達成學習專業知識及新知的目的，如：專題演講、書籍與期刊（電子期刊）閱讀報告、研討會、參加院內外及國外論文發表等。 A：符合 B 項，且有給予公費或公假之措施。 [註] 應照醫院之功能及規模，辦理及鼓勵護理人員學習專業知識或新知，並確認給予公費或公假之措施或規定。
	8.4.3.2	培養及善用各專業領域之護理人才	C：有培養各專業領域之護理人才。 B：符合 C 項，且能善用各專業之護理人才。 A：符合 B 項，且有鼓勵進階專科護理人員發展措施。 [註] 1.所培養之專業護理人才應勝任各專業領域的護理工作。 2.各專業領域包含兒童青少年精神科、老人精神科、社區精神科、性侵害、家暴、兒童虐待或物質濫用等。
	8.5	護理人員、職能治療人員、臨床心理師、精神醫療社工人員及其他醫療團隊人員之教育訓練與進修	[重點] 此部分之其他醫療團隊係指醫師、護理人員、職能治療人員、臨床心理師與精神醫療社工人員外，凡領有中央衛生主管機關核發執照之專業醫事人員稱之，如：營養師、醫檢師。
	8.5.1	提供醫療團隊人員	

		評鑑基準	評分說明
		教育訓練及鼓勵進修	
	8.5.1.1	落實護理人員職前教育訓練	C： 1.能落實執行護理人員職前教育訓練。 2.教育訓練內容切合實際需要。 3.負責訓練之教學者（可為院外人士）需具專業師級證照，且至少 3 年以上工作經驗。 B：符合 C 項，且護理部門及各單位之職前訓練計畫完整、標準化，能完整推動及確實評值。 A：符合 B 項，且有成效評估。
	8.5.1.2	落實護理人員在職教育訓練及進修並能評值改進	C： 1.有護理人員在職教育訓練及進修制度，並能落實，且院內及院外教育訓練每人每年達 30 小時。 2.護理人員之教育訓練內容能配合病人之問題與需要及醫院之發展重點方向。 B：符合 C 項，且 1.定期舉辦院內護理個案討論會或讀書會，每年至少 20 小時。 2.能評值參加人員學習效果及滿意度。 A：符合 B 項，且能依據評值結果修訂或改進教育訓練及進修制度。
	8.5.1.3	執行職能治療新進及在職人員教育訓練	C： 1.執行新進職能治療人員訓練，內容含熟讀工作手冊、訓練溝通技巧等，並評估教育訓練成效。 2.訓練之督導（可為院外人士）至少具 3 年以上工作年資；無督導者應予公假，安排至他院代訓。 3.執行職能治療人員在職訓練。 4.每人每年訓練時數至少 30 小時。 B：符合 C 項，且 1.有檢討、改進機制。 2.訓練之督導（可為院外人士）至少具 5 年以上工作年資。 3.院內職能治療個案討論會或讀書會，每月至少 4 小時。 A：符合 B 項，且 1.執行職能治療人員次專長培訓。 2.依據個別性設計教育訓練內容，訓練內容多元化。
	8.5.1.4	執行臨床心理新進及在職人員之教育	C： 1.執行新進臨床心理師訓練，內容含熟讀工作手冊、訓練溝

		評鑑基準	評分說明
		訓練	通技巧等，並評估教育訓練成效。 2.訓練之督導（可為院外人士）至少具3年以上工作年資； 無督導者應予公假，安排至他院代訓。 3. 執行臨床心理師在職訓練。 4.每人每年訓練時數至少30小時。 B：符合C項，且 1.有檢討、改進機制。 2.訓練之督導（可為院外人士）至少具5年以上工作年資。 3.院內臨床心理個案討論會或讀書會，每月至少4小時。 A：符合B項，且 1.執行臨床心理師次專長培訓。 2.依據個別性設計教育訓練內容，訓練內容多元化。
	8.5.1.5	執行新進精神醫療社會工作新進及在職人員之教育訓練	C： 1.執行新進精神醫療社會工作人員訓練，內容含熟讀工作手冊、訓練溝通技巧等，並評估教育訓練成效。 2.訓練之督導（可為院外人士）至少具3年以上工作年資； 無督導者應予公假，安排至他院代訓。 3.執行精神醫療社會工作人員在職訓練。 4.每人每年訓練時數至少30小時。 B：符合C項，且 1.有檢討、改進機制。 2.訓練之督導（可為院外人士）至少具5年以上工作年資。 3.院內精神醫療社會工作個案討論會或讀書會，每月至少4小時。 A：符合B項，且 1.執行精神醫療社會工作人員次專長培訓。 2.依據個別性設計教育訓練內容，訓練內容多元化。
	8.5.1.6	執行其他醫療團隊新進及在職人員之教育訓練	C： 1.執行新進其他醫療團隊新進人員訓練，內容含熟讀工作手冊、訓練溝通技巧等，並評估教育訓練成效。 2.訓練之督導（可為院外人士）至少具3年以上工作年資； 無督導者應予公假，安排至他院代訓。 3. 執行其他醫療團隊人員在職訓練。 4.每人每年訓練時數至少30小時。 B：符合C項，且 1.落實執行並有評核機制。 2.訓練之督導（可為院外人士）至少具5年以上工作年資。

		評鑑基準	評分說明
			3.院內其他醫療團隊人員個案討論會或讀書會，每月至少 4 小時。 A：符合 B 項，且 1.執行其他醫療團隊人員次專長培訓。 2.依據個別性設計教育訓練內容，訓練內容多元化。
	8.5.1.7	鼓勵其他醫療團隊人員參與各類學術會議及研究發表	C：訂有獎勵其他醫療團隊人員參與相關學術會議與研究發表之辦法。 B：符合 C 項，且提供其他醫療團隊人員公假參與院外學術進修活動。 A：符合 B 項，且充分提供教育訓練經費、設施與資源。
	8.5.1.8	評估其他醫療團隊人員參與各類學術會議，院外教育活動成效	C：確認醫事人員參與外部公學協會、教育、進修活動的狀況。 B：符合 C 項，且有統計評估。 A：符合 B 項，且定期檢討成效。
	8.5.1.9	參與社區精神醫療相關訓練	C： 1.醫院每年辦理至少 6 小時社區精神醫療相關教育訓練（含演講、研討會、讀書會、見實習等）。 2.若有提供社區精神醫療相關服務之醫院，其執行人員須參加相關社區教育訓練至少 6 小時。 B：符合 C 項，且 3 年內至少 1/2 醫療團隊人員曾參加社區精神醫療相關訓練。 A：符合 B 項，且 1.醫院可經常性提供社區精神醫療模式實務訓練課程。 2.3 年內 80%以上醫療團隊人員曾參加社區精神醫療相關教育訓練。 [註] 社區精神醫療相關服務包含社區心理衛生、居家治療及社區復健等。
	8.5.2	實習學生臨床教學訓練及評估	
可	8.5.2.1	執行醫事實習學生臨床教學恰當	C： 1.訂有學生實習辦法，內容適當，落實執行。 2.督導具 1 年以上專業工作經驗。 B：符合 C 項，且 1.學生與督導的討論時間每週至少 1 小時。 2.督導具 3 年以上專業工作經驗。 A：符合 B 項，且

		評鑑基準	評分說明
			1.實習內容能多元化、個別化。 2.督導具5年以上專業工作經驗。 [註] 本項為過去3年未曾收訓醫事實習學生醫院適用之可選項目。
可	8.5.2.2	實施實習學生臨床教學之評值	C：有作心得報告、實習討論會、意見調查。 B：符合C項，且有實習學生與教師（或督導）之雙向評估機制。 A：符合B項，且能針對評估結果，有檢討改善機制，並有具體事證。 [註] 1.本項為過去3年未曾收訓醫事實習學生醫院適用之可選項目。 2.可由紀錄或面談實習學生等得知。
	8.6	與其他醫療院所合作，辦理社區教學活動	
	8.6.1	提供社區內院外醫事人員繼續教育課程	[重點] 社區醫院有責任提供院外醫療人員之繼續教育課程，以增進社區醫療保健之服務水準，並促進社區醫療保健單位間之合作關係。
可	8.6.1.1	辦理社區內院外醫師繼續教育課程	C：提供院外醫師之繼續教育活動。 B：符合C項，且有定期檢討機制。 A：符合B項，且有活動紀錄及成效評估。 [註] 本項為未辦理社區教學活動（含醫事人員）醫院適用之可選項目。
可	8.6.1.2	辦理社區內院外其他醫事人員繼續教育課程	C：提供院外各醫療相關人員之繼續教育活動，並有活動紀錄及成效評估。 B：符合C項，且有定期檢討機制。 A：符合B項，且有活動紀錄及成效評估。 [註] 本項為未辦理社區教學活動（含醫事人員）醫院適用之可選項目。
	8.7	醫療品質之檢討	
	8.7.1	醫療成效指標分析及評估	[重點] 1.可將醫院的診療活動整理成年報，作為各診療科及各部門的診療實績，並向醫院內外公布，有利於評估醫療品質及效率。 2.藉由舉行全院性研究會及報告會，由院內各部門報告其診療活動，加深互相理解者。

		評鑑基準	評分說明
			3.可統整對各個病人提供的醫療服務之診療活動，建構病人的資料庫就可分析各類數據。 4.住院病人出院時的摘要資訊以 ICD-9-CM 編碼輸入，施行疾病別病人數等統計，分析醫院內死亡率及疾病別日數等者。 5.如可配合分析醫療費用、合併症、續發症及異常事件等，以設定醫療品質相關指標，致力有效的品質改進。
	8.7.1.1	應有病例資料年報及醫療成果資料，並有統計、分析及檢討	C： 1.以住院病人之出院摘要格式為基礎，進行主要項目編碼及輸入電腦。 2.應確保施行編碼（Coding）工作人員的人力及素質良好，利用診療資訊管理體制及完整病例資料作為 Data Base，並針對病例資料庫統計病人組成、死亡數、疾病別、住院日數等（因醫院規模及診療科之限制舉行此種病例檢討會有困難時，可就現行的病例檢討方式及改善方式視其狀況予與評估）。 B：符合 C 項，且 1.超期住院報表紀錄完整並有檢討。 2.病人出院 14 天內再入院之報表紀錄完整並有檢討。 A：符合 B 項，且有正確的統計分析圖表：依診治結果製成分析圖表，包括死亡率、佔床率、平均住院天數、48 或 72 小時再入院率、感染率及疾病分類等，上述統計資料活用於院內管理及相關會議上，並加以評估者。
	8.7.1.2	應訂定醫療品質控制指標並確實執行及評估	C：據前項的病例資料之分析，訂定疾病別、續發症發生率等臨床指標（Clinical Indicator）。 B：符合 C 項，且依據此等指標改進醫療品質並有實績者需致力分析院內感染發生狀況、異常事件報告分析等，據以促進病人安全。 A：符合 B 項，且 1.指標品項愈詳細者。 2.連續性指標有經檢討及改善措施提升品質指標並成效良好。
	8.8	醫療品質促進之活動	
	8.8.1	擬訂醫療品質改善主題及目標，並活用品管成果，以提升醫療照護	[重點] 1.本項在於評估醫院持續性品質改善活動的努力。為了實現改善活動，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。 2.應評估是否確實持續執行業務檢討、服務改善活動。

		評鑑基準	評分說明
			3.採取 Plan-Do-Check-Action (PDCA cycle：計畫－執行－檢核－活動) 步驟，並確認 Check 及 Action 部分的成效。 4.醫療照護改進活動是長期的、連續性的，其活動應配合醫院的規模及功能，蒐集事例及資料，予以運用為首要。
	8.8.1.1	應有委員會或組織等協調、訂定及推動全院品管計畫	C： 1.有專人協調、推動及執行全院品管計畫。 2.能提出組織架構圖及職務說明書。 B：符合 C 項，且 1.有醫管或醫品等專業訓練者負責。 2.每 300 床有 1 名專責品管人員（以總病床計）。 A：符合 B 項，且 1.有 1 名專任品管人員。 2.各部門有人負責協調、推動及執行全院品管計畫，並有定期檢討、改善結果。
	8.8.1.2	全體員工（含主管及醫師）積極參與醫療品質持續性改善活動，並獲改善成果	C： 1.實施全面品質改善活動或品質管理工具，引入醫院功能評估項目，並持續作自評。 2.依醫院屬性或規模訂定醫療品質指標。 B：符合 C 項，且 1.院長重視並積極推動醫療品質改善活動。 2.醫療部門積極參與醫療品質改善活動。 3.依據上述各項品質改善原則及活動成果，新設計或修訂現有系統架構、作業程序或標準書。 A：符合 B 項，且近 3 年有具體改善事項達 5 項以上，並有具體佐證。
	8.8.1.3	定期舉行醫療品質改善成果發表會，並將成果與其他醫療機構分享	C：定期院內舉行或與其他醫院共同舉辦全院性醫療品質改善發表會、事例報告會等。 B：符合 C 項，且 1.參與院外或國際醫療品質成果發表會。 2.醫療品質改善成果做全院性推展，並內化為醫院經常性措施。 A：符合 B 項，且近 3 年內醫療品質改善成果參加比賽（院外或國際）獲獎或發表於國內外醫療相關期刊。
	8.8.1.4	具備鼓勵醫療團隊人員對診療照護內容提出見解之制度	C：有具備鼓勵醫療團隊人員對醫療照護內容提出見解之制度。 B：符合 C 項，且醫療團隊於個案討論會中積極提供意見，並參與討論，有紀錄可查。 A：符合 B 項，且有定期檢討機制，成效卓越。

		評鑑基準	評分說明
			[註] 1.醫療團隊人員包含醫師、護理、職能治療、臨床心理、精神醫療社會工作人員。 2.醫療團隊人員透過醫療照護過程，能反映對於醫療照護方面的見解，但要注意其時效性與可行性。
	8.8.1.5	訂定各醫療團隊人員品質監測，擬訂監測指標、閾值、追蹤、改善與評值成效	C：訂定各醫療團隊人員品質監測。 B：符合 C 項，且能呈現持續改善品質監測之相關資料。 A：符合 B 項，且成效良好，並能將其結果應用於實務上。
	8.8.1.6	各醫療團隊人員發表品質相關文章或業務改善之成果，且研究成果或改善方案能落實在實務上	C：各醫療團隊人員在院內發表品質相關或業務改善之成果報告，且研究成果或改善方案能落實在實務上。 B：符合 C 項，且在專業學會或醫策會發表（口頭、海報）品質相關報告或業務改善成果。 A：符合 B 項，且有研究論文發表於有同儕審核的專業期刊。
可	8.8.1.7	推展醫療團隊專業能力進階制度	C：有推動任一醫療團隊人員專業能力進階制度，並有專人指導。 B：符合 C 項，且有 2 個醫療團隊以上。 A：符合 B 項，且進階制度落實並執行良好者，並與獎勵或升遷制度配合。 [註] 本項為未推動醫療團隊專業能力進階制度醫院適用之可選項目。
	8.8.2	上次評鑑建議事項辦理情形、評鑑資料填寫及實地評鑑簡報品質	
可	8.8.2.1	管理領域上次評鑑建議事項辦理情形確實且具成效	C：上次評鑑優先改善事項皆完全改進，且有關病人照顧安全之建議事項均完全改善。 B：符合 C 項，且未改進事項能確實提供說明，符合事實，並有完成計畫或方案。 A：符合 B 項，且上次評鑑所有建議事項皆完全改進，並有具體事證。 [註] 1.本項為初次評鑑醫院適用之可選項目。 2.請依管理領域上次評鑑建議事項進行實地查核。
	8.8.2.2	管理領域評鑑資料填寫及實地評鑑簡報品質良好	C： 1.評鑑資料之填寫正確詳實。 2.實地評鑑時，呈現 1 個月前之相關資料。

		評鑑基準	評分說明
			3.評鑑簡報內容精簡扼要，且掌握時間與重點。 B：符合 C 項，且能即時並正確提供委員訪查所需之佐證之資料。 A：符合 B 項，且實地評鑑簡報內容確實呈現醫院特色及經營管理狀況。
可	8.8.2.3	醫療領域上次評鑑建議事項辦理情形確實且具成效	C：上次評鑑建議事項改進措施確實且具成效，並有相關紀錄呈現。 B：符合 C 項，且所有建議事項皆能改善，未能改善者，應提出合理具體說明。 A：符合 B 項，且所有建議事項皆完全改進並超越標準。 [註] 1.本項為初次評鑑醫院適用之可選項目。 2.請依醫療領域上次評鑑建議事項進行實地查核。
	8.8.2.4	醫療領域評鑑資料填寫及實地評鑑簡報品質良好	C： 1.評鑑資料之填寫正確詳實。 2.實地評鑑時，呈現 1 個月前之相關資料。 3.評鑑簡報內容精簡扼要，掌握時間與重點。 B：符合 C 項，且： 1.評鑑資料依規定填寫完整，詳實反應醫院實際經營管理狀況。 2.實地評鑑簡報內容確實呈現醫院特色及經營管理狀況。 A：符合 B 項，且資料完整並有統計分析，訂定改善方案及確實執行，並成效良好。
可	8.8.2.5	護理及健康照護領域上次評鑑建議事項辦理情形確實且具成效	C：上次評鑑建議事項有具體改進措施，並有相關佐證資料；無法改進事項有確實說明，經查證屬實，且不影響病人之照顧安全。 B：符合 C 項，且改進措施確能改善對病人之照顧成效。 A：符合 B 項，且上次評鑑所有建議事項皆完全改進。 [註] 1.本項為初次評鑑醫院適用之可選項目。 2.請依護理、職能治療、臨床心理、精神醫療社會工作內容上次評鑑建議事項進行實地查核。
	8.8.2.6	護理及健康照護領域評鑑資料填寫及實地評鑑簡報品質良好	C： 1.評鑑資料之填寫正確詳實。 2.實地評鑑時，呈現 1 個月前之相關資料。 3.評鑑簡報內容精簡扼要，掌握時間與重點。 4.評鑑資料之填寫詳實呈現醫院實際經營管理與業務狀況，確

		評鑑基準	評分說明
			保與簡報資料之一致性，且不得蓄意造假。 B：符合 C 項，且評鑑資料依規定填寫完整無缺漏，詳實反應醫院實際經營管理與業務狀況，並與簡報資料有極高之一致性。 A：符合 B 項，且實地評鑑簡報內容確實、精簡扼要，呈現醫院特色及經營管理與業務狀況。
	8.9	護理照護之評值及品質提升	
	8.9.1	護理照護品質之促進	[重點] 經常檢討護理照護方式之適當性，是提高護理照護品質不可或缺的活動，尤其與醫院其他單位交換意見，使護理服務與理念反映於醫療活動，能獲得護理照護的客觀評值是改進護理品質的重要項目。
	8.9.1.1	定期召開護理照護品質之委員會議	C：定期召開各級護理照護品質管制委員會或有定期檢討護理照護品質之會議，每年護理部門及病房各 2 次會議，並有紀錄。 B：符合 C 項，且護理部門及病房每季召開品管會議，會議中能具體討論，提出提升護理照護品質之措施，並有紀錄。 A：符合 B 項，且每月召開，並追蹤上次會議結論之執行成果。
	8.9.1.2	訂定護理品質管理及改善計畫	C：訂定具體護理品質改善計畫，且明確可行。 B：符合 C 項，且能落實護理品質管理及改善計畫，並有具體成效，基層護理人員參與度高。 A：符合 B 項，且持續追蹤品管及改善計畫執行成果，且成效卓著。
	8.9.1.3	定期參與各類醫療相關之品管會，並有紀錄	C：定期參與各類醫療相關之品管會議，並有紀錄。 B：符合 C 項，且參加之護理代表能主動、積極提出改善意見及措施。 A：符合 B 項，且護理代表所提出之改善意見及措施能獲得重視及採用。 [註] 1.醫療團隊的合作是很重要的，護理人員須與各單位共同討論有關病人照護品質的改進，以提升病人的安全。 2.可查証相關品管會議之紀錄。
	8.9.1.4	鼓勵護理人員對病人照護需求提出見解	C： 1.護理人員參與個案討論會，並有紀錄。 2.有容易讓護理人員反映照護病人之需求及意見之溝通管道。

		評鑑基準	評分說明
			B：符合 C 項，且 1.護理人員於個案討論會中參與討論並積極提供意見。 2.護理人員對於所反映的意見能適當處理，並有紀錄。 A：符合 B 項，且 1.具備鼓勵護理人員對診療內容提出見解之制度。 2.有改善病人照護之事實。 [註] 1.護理人員透過護理照護過程，能反映對於診療方面的見解，但要注意其時效性與可行性。 2.可利用病房會議、小組活動或委員會、意見箱及申訴等方式，反映病人照護之需求與意見。
	8.9.2	整理並活用品管之成果，以提升護理照護	[重點] 護理照護改進活動是長期的、連續性的，其活動應配合醫院的規模及功能，蒐集事例及資料，予以運用為首要。
	8.9.2.1	訂定護理品質監測，擬訂監測指標、追蹤、改善與評值成效	C：能定期監測與病人安全相關項目之服務品質。 B：符合 C 項，且能訂定品質監測計畫，並依計畫監測、分析結果、檢討，提出具體改善措施，落實執行。 A：符合 B 項，且提出之具體改善計畫有創意並能持續追蹤、評值成效，確實提升護理照護品質。
	8.9.2.2	具備評值護理服務之制度，有病人意見調查，其結果能運用於提升護理照護之品質	C：有作病人意見調查，對調查結果能針對缺失作檢討改善。 B：符合 C 項，且能訂定品質監測計畫，並依計畫監測、分析結果、檢討，提出具體改善措施，落實執行。 A：符合 B 項，且提出之具體改善計畫有創意，並能持續追蹤、評值成效確實提升護理照護品質。
	8.9.2.3	護理改善方案或研究成果能應用在實務上，且有發表護理相關文章	C：護理改善方案或研究成果能運用於護理照護之服務上。 B：符合 C 項，且自行研究之成果或護理品質改善方案，能實際運用，並公開發表（各學、協會等專業團體）。 A：符合 B 項，且所作之護理研究成果或改善方案刊載於專業雜誌。