



財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

Joint Commission of Taiwan

兒童醫院評鑑及兒童 教學醫院評鑑說明會

兒童醫院評鑑及兒童教學醫院評鑑基準

第2.5章至第2.8章

兒童醫學中心適用版

簡報人：黃璟隆院長

簡報日：112年5月16日



- 基準條文分類統計表
- 基準條文分類及評量等級
- 第2.5至2.8章基準說明
 - 評量項目重要修訂
 - 106年委員共識
- 實地評鑑重點提醒

基準條文分類統計表



篇	章	條數	可免評 條文之 條數	符合/待改 善條文之 條數	必要條 文之條 數	重點條 文之條 數	試評條 文之條 數
二、 醫療 照護	2.1 兒童及家屬權責	5	0	1	0	0	0
	2.2 醫療照護品質與安全管理	5	0	0	0	0	0
	2.3 醫療照護之執行與評估	18	0	5	0	1	0
	2.4 特殊照護服務	20	0	1	0	0	0
	2.5 用藥安全	12	0	4	0	0	0
	2.6 麻醉及手術	11	0	2	0	0	0
	2.7 感染管制	14	0	0	0	9	0
	2.8 檢驗、病理與放射作業	6	0	0	0	0	0
	第二篇合計	91	0	13	0	10	0



重點條文



- 成立感染管制會，有定期開會並有紀錄，且確實執行會議決議事項(2.7.2)
- 院內應有充足且適當之洗手設備，訂有手部衛生作業程序且有管控與稽核機制(2.7.4)
- 對於暴露於血液、體液及尖銳物品傷事件的預防及處置(包含切傷等其他出血)訂有作業流程(2.7.5)
- 訂有醫療照護人員預防接種、體溫監測及胸部X光檢查等保護措施，並據以落實執行(2.7.6)
- 應訂有合適之隔離措施及動線規劃，且訂有大規模感染事件發生之應變計畫，並確實執行(2.7.8)
- 抗生素使用監測管理機制(2.7.10)
- 抗藥性微生物之監測診斷及隔離防治措施(2.7.11)
- 落實環境清潔消毒及管理(2.7.12)
- 確實執行衛材、器械、機器與內視鏡之滅菌及清潔管理(2.7.13)





■ 本基準之條文分類方式如下：

- 「可免評之條文」：醫院可依提供之服務項目而選擇免評之條文，於條號前以「可」字註記
- 「符合/待改善條文」：於條號前以「合」字註記
- 「必要條文」：此類條文規範基本的醫事人員之人力標準，於條號前以「必」字註記
- 「重點條文」：此類條文規範醫院防火安全、護病比及感染管制等標準，於條號前以「重」字註記
- 「試評條文/試評項目」：此類評量結果不納入評鑑成績計算，於條號前或評量項目後，以「試」字註記

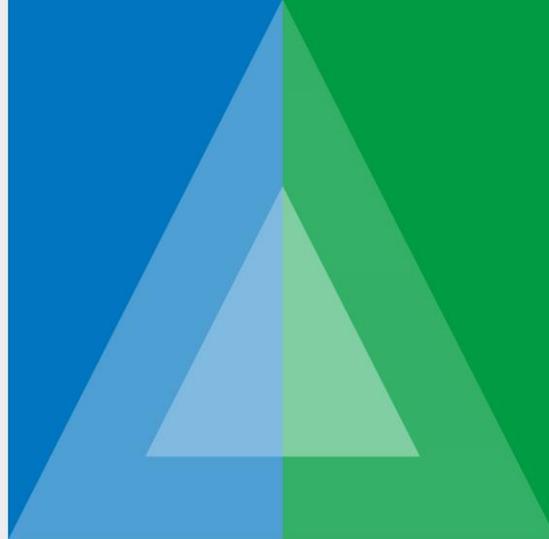
基準條文分類及評量等級(2/2)



■ 本基準依評量等級分為「優良、符合、待改善」，評量等級認定原則如下：

- 優良：同條文中，所有符合及優良評量項目(僅限一項未達成者不在此限)均達成
- 符合：同條文中，所有符合評量項目均達成
- 待改善：同條文中，1項(含)以上符合評量項目未達成





第2.5章 用藥安全

2.5.1 藥劑部門之設備及設施應符合業務所需，並妥善保養及維護(1/2)



■ 符合項目

1. 應有提供**病童**調劑作業空間及設備，以提供藥事作業
2. 工作場所之環境，如空調、採光(照明)及作業動線等皆適當，減少發生調劑錯誤可能性
3. 應有獨立之藥品儲存空間、配以適當的空調及安全設施
4. 藥品冷藏用之冰箱，應隨時維持適當的溫度，備有不斷電裝置或接緊急電源，且有溫度紀錄

■ 優良項目

1. 藥品資訊軟體、硬體設備應符合需求**(試)**
2. 顧及調劑室工作人員安全，視需要設置收塵設備、局部排氣等設備，定期保養及檢查並有紀錄可查**(試)**



2.5.1 藥劑部門之設備及設施應符合業務所需，並妥善保養及維護(2/2)



■ [註]

- 1.符合項目3所提「獨立之藥品儲存空間」係指存放藥品的空間內應只存放藥品，儘量勿再堆放其他雜物
- 2.藥品儲存空間/盒/箱之標示應與所存放之藥品一致
- 3.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算

■ 評量方法及建議佐證資料

- 1.藥品冷藏用冰箱溫度查核紀錄(符合)
- 2.藥品資訊軟體及硬體設備(優良)



合2.5.2藥事委員會運作良好，並有具體成效 (1/4)



■ 符合項目

1. 藥事委員會有適當組織並訂有章程
2. 藥事委員會成員應涵蓋藥劑、醫療及管理部門
3. 藥事委員會定期開會並留有紀錄
4. 應提供**病童**專用藥劑，定期檢討不適用藥品，並維持適當藥品種類
5. 藥事委員會應訂有符合規定之藥品使用、管理標準與規定，包含一般藥品及特殊藥品
6. 藥劑部門分析藥品使用趨勢資訊作為醫院用藥之參考，並有檢討改善措施
7. 醫院應制訂藥物(藥品及醫療器材)不良反應及異常情況之通報(包含程序及時限)、監測、檢討改善及追蹤機制



合2.5.2藥事委員會運作良好，並有具體成效 (2/4)



■ [註]

1. 本條所稱藥品包含一般藥品、管制藥品、高警訊藥品、疫苗、血液製劑、生物製劑等
2. 一般及特殊藥品管理均應依政府相關規定辦理，如：管制藥品管理需符合管制藥品管理條例及施行細則規定；放射性製劑及化療藥品之儲存、運送、配置及廢棄物處理，應符合相關法規並定有規章規範
3. 管制藥品管理條例及施行細則規定：
 - (1) 第一級至第三級管制藥品設有專櫃加鎖儲藏
 - (2) 使用第一級至第三級管制藥品之醫師應領有管制藥品使用執照，並開立管制藥品專用處方箋
 - (3) 使用後之殘餘管制藥品，由管制藥品管理人會同有關人員銷毀，並製作紀錄備查



合2.5.2藥事委員會運作良好，並有具體成效 (3/4)



■ [註]

(4)訂有管制藥品遺失或破損時的處理步驟，予以記錄、呈報，並有紀錄可查

4.本條所稱異常情況包含處方錯誤、調劑錯誤、給藥錯誤

5.藥物不良反應通報內容應包含：藥品、醫療器材不良反應及不良品通報

6.本條所稱藥事委員會得與總院委員會一起運作，但須討論兒童醫院議題，並有紀錄可查



合2.5.2藥事委員會運作良好，並有具體成效 (4/4)



■ 評量方法及建議佐證資料

1. 藥事委員會組織章程
2. 藥事委員會會議紀錄
3. 藥品管理作業規範
4. 藥物不良反應及異常事件通報紀錄



2.5.3 應有藥品識別方法、步驟、及作業程序 (1/3)



■ 符合項目

1. 應明訂藥品識別方法、步驟及作業程序
2. 應定期檢討藥品外觀、包裝、標示或名稱發音相似的藥品清單，並注意其擺設位置及標示，加強人員教育，避免發生錯誤
3. 對於高警訊藥品應訂有管理機制，與其他常備藥品區隔存放並明顯標示，且在處方或藥袋上有特殊標記以供辨識
4. 藥品最小單位包裝應有藥名、單位含量(針劑標示有效期限)
5. 有考量**病童**用藥的安全性，應優先使用兒童專用藥劑



2.5.3 應有藥品識別方法、步驟、及作業程序 (2/3)



■ 優良項目

1. 處方時藥名同時顯示商品名、成分名(複方藥品除外)及單位含量。電腦處方時，醫師能迅速點選顯示藥品外觀，方便向**病童**及家屬說明 **(試)**
2. 藥劑部門內調劑台上之藥品以原瓶、原包裝上架為原則。若需分裝，應在分裝容器上清楚標示藥名、單位含量、保存方式及使用期限 **(試)**
3. 藥袋之標示完整，符合衛生福利部公告規定並加印中文藥名及藥袋上印有藥品外觀之描述，並考量特殊需求族群之用藥安全，提供輔助說明，如：「圖示」或放大字體版之藥袋或衛教單張 **(試)**
4. 「交付」處方簽有加印二維條碼功能 **(試)**



2.5.3 應有藥品識別方法、步驟、及作業程序 (3/3)



■ [註]

1. 高警訊藥品包含抗癌藥劑、降血糖針劑、抗凝血劑、毛地黃、高濃度氯化鉀(KCl)及肌肉鬆弛劑針劑等
2. 病童及照護者為特殊需求族群，如：智能障礙者、視障或聽障者、文盲、外籍看護或新住民等
3. 優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算

■ 評量方法及建議佐證資料

1. 藥品辨識作業規範(符合)
2. 藥品管理作業規範(符合/優良)

■ 106年評鑑委員共識

高警訊藥品建議醫院若存放於一般病房，應有管理機制及固定場所，不一定要上鎖



2.5.4 處方醫令系統或類似機制應設有防止用藥錯誤及不適當之機制(1/2)



■ 符合項目

1. 開立兒童處方的醫囑系統或類似機制，有防止錯誤用藥或不適當之警示機制，如：極量管制、重覆、交互作用、過敏等之警告
2. 建立醫師與藥師溝通合作機制，如：電話溝通、書面照會等，以討論不適當處方

■ 優良項目

1. 有其他強化醫令系統之機制或功能，如：用藥史、藥品過敏史及藥品不良反應史、不當處方之改善成效列為系統自動稽核項目或程序
(試)
2. 對於處方醫令系統警示機制之實施，有定期評估檢討、改善(試)

■ [註]

優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算



2.5.4處方醫令系統或類似機制應設有防止用藥錯誤及不適當之機制(2/2)



■ 評量方法及建議佐證資料

- 1.處方的醫令系統警示機制(符合)
- 2.處方用藥稽核機制及檢討紀錄(符合/優良)



2.5.5 藥品庫存管理訂有辦法，並確實執行 (1/5)



■ 符合項目

1. 對於院內藥品建立存量及效期管制機制，由專人有效管理藥品之採購、驗收、庫存與管理
2. 災害(地震或天災等)發生時，院內緊急治療及處置所需之藥品需列表並保有適當之庫存量
3. 藥品庫存管理應由藥事人員負責
4. 特殊需冷藏藥品需有健全管理
5. 疫苗儲存應獨立放置，不可與其他藥品混雜，且品名與規格有清楚標示
- 6. 醫院應制訂藥品不良品通報機制，並指定專責單位或人員負責，包含退貨與換貨程序(試)**



2.5.5 藥品庫存管理訂有辦法，並確實執行 (2/5)



■ 優良項目

1. 藥庫之藥品庫存量及進出量，應與調劑單位一致，並據以設定適當的訂購量及訂購時間間隔(試)
2. 定期檢查各種藥品之品質及保管，並有紀錄可查(試)
3. 電腦化管理藥品庫存及效期並使用條碼作業系統協助(試)

■ [註]

1. 一般及特殊藥品管理均應依政府相關規定辦理，如：管制藥品管理需符合管制藥品管理條例及施行細則規定；放射性製劑及化療藥品之儲存、運送、配置及廢棄物處理，應符合相關法規並定有規章規範
2. 管制藥品管理條例及施行細則規定：
 - (1) 第一級至第三級管制藥品設有專櫃加鎖儲藏



2.5.5 藥品庫存管理訂有辦法，並確實執行 (3/5)



■ [註]

- (2) 使用第一級至第三級管制藥品之醫師應領有管制藥品使用執照，並開立管制藥品專用處方箋
- (3) 使用後之殘餘管制藥品，由管制藥品管理人會同有關人員銷燬，並製作紀錄備查
- (4) 訂有管制藥品遺失或破損時的處理步驟，予以記錄、呈報，並有紀錄可查

3. 藥品管理包含：

- (1) 能依藥品種類施行存放環境溫度、濕度管理，且應注意環境清潔
- (2) 藥品儲存環境具符合標準之安全措施(如防盜、防火、防蟲等)
- (3) 藥用酒精應存放於通風良好及有消防設備之場所，並須與危險性或易燃性物品隔離，以策安全
- (4) 防腐劑、外用藥、消毒劑等藥品與內服藥、注射劑分區儲存



2.5.5 藥品庫存管理訂有辦法，並確實執行 (4/5)



■ [註]

(5)藥品名稱、外觀或外包裝相似之藥品，應分開放置並作明確標示

4.通報欄位可參考衛生福利部食品藥物管理署官方網站公告之藥品不良品通報表

5.符合項目6及優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算

■ 評量方法及建議佐證資料

- 1.藥品庫存管理辦法(符合/優良)
- 2.環境溫濕度紀錄表(符合)
- 3.冷藏藥品冰箱溫度監測紀錄(符合)



2.5.5 藥品庫存管理訂有辦法，並確實執行 (5/5)



■ 106年評鑑委員共識

- 1.符合項目3所指「藥事人員」，依藥事法第15條規定，藥師業務包含藥品販賣或管理、藥品儲備、供應及分裝之監督等，故藥品庫存管理應由藥事人員負責(包含藥師及藥劑生；惟管制藥品應由藥師負責管理)，另得在藥事人員監督下，由輔助人力協助庫存管理
- 2.評量項目[註]3-(3)所提藥用酒精之存放環境，雖未特別規定須使用防爆箱，惟建議應注意通風良好，並宜有固定裝置(防傾倒設計)，且與危險性或易燃性物品隔離



合2.5.6依「藥品優良調劑作業準則」訂定兒童調劑作業程序，並確實執行(1/4)



■ 符合項目

1.符合「藥品優良調劑作業準則」條文，符合下述條件且有調劑品質監測：

門急診調劑：

- (1)處方箋上印載之項目完整
- (2)接受處方後，評估及確認處方之適當性
- (3)發現問題處方即刻知會醫師處理，且留有紀錄，並做統計分析及有改進措施
- (4)調劑作業雙重覆核
- (5)應有直接取得處方箋之設計
- (6)實施兒童及家屬用藥指導
- (7)藥袋之標示完整，符合衛生福利部公告規定



合2.5.6依「藥品優良調劑作業準則」訂定兒童調劑作業程序，並確實執行(2/4)



■ 符合項目

(8)調劑後藥事人員於處方箋上簽名或蓋章

住院調劑：

- (1)住院處方箋記載完整或單一劑量(UDD)所給予之藥品均有標示兒童姓名、藥品名稱、含量、數量
- (2)接受處方或藥囑後，須有兒童完整藥歷核對，以評估處方之適當性
- (3)發現問題處方即刻知會醫師處理，且留有紀錄，並做統計分析及有改進措施
- (4)能對兒童及家屬實施用藥指導服務
- (5)有自動停止給藥之設計
- (6)調劑作業雙重覆核



合2.5.6依「藥品優良調劑作業準則」訂定兒童調劑作業程序，並確實執行(3/4)



■ 符合項目

(7)若實施單一劑量作業，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.訂定兒童藥品調劑作業程序

■ [註]

- 1.調劑品質監測、管制措施包含調劑疏失之控管，包含實施調劑疏失預防措施、調劑疏失之紀錄與統計分析、即時通知相關單位補正調劑疏失及相關改善成效評估與宣導
- 2.處方內容應包括**病童**基本資料、疾病診斷、就診科別、及藥品名稱、劑型、劑量、用法、使用天數等資訊，並應有醫師之簽章



合2.5.6依「藥品優良調劑作業準則」訂定兒童調劑作業程序，並確實執行(4/4)



■ [註]

- 3.藥袋標示應符合(衛生福利部(原：行政院衛生署)99年10月5日衛署醫字第0990211898號函)醫療法第66條規定，醫院、診所對於診治之病人交付藥劑時，應於容器或包裝上載明**病童**姓名，性別，藥品(包含學名及商品名)、劑量、數量、用法、作用或適應症、警語或副作用、醫療機構名稱與地點、調劑者姓名及調劑年、月、日

■ 評量方法及建議佐證資料

- 1.兒童藥品調劑作業程序
- 2.門診調劑：處方箋及藥袋
- 3.住院調劑：處方醫囑及藥歷

■ 106年評鑑委員共識

評量項目內所提「**雙重覆核**」係指有雙重檢查機制即可



2.5.7 訂定兒童特殊混合注射藥品之調劑及給藥作業程序(1/3)



■ 符合項目

1. 兒童特殊混合藥品(化學治療藥品、全靜脈注射營養(Total Parenteral Nutrition, TPN)、自控式止痛(Patient-Controlled Analgesia, PCA))之調劑業務應由藥師執行，且應有無菌調劑足夠設備及有效之防護措施
2. 執行藥師需具備藥品管理、用藥禁忌及調配步驟操作等知識，並有危機處理流程與訓練
3. 藥師應評估化學治療藥囑之適當性，並應訂有調劑作業手冊，例行作業也有紀錄可查
4. 化學治療藥品給藥前須再確認兒童藥歷，並評估兒童生理狀況之合適性，如：肝腎功能等
5. 化學治療藥品及其他特殊藥品之給藥途徑、方法及注意事項，應預先提供資訊予醫療照護團隊參考



2.5.7 訂定兒童特殊混合注射藥品之調劑及給藥作業程序(2/3)



■ 優良項目

1. 無菌製劑調製應有標準作業流程，符合相關規定並定期查核(試)
2. 藥師應與醫療照護團隊討論，並有紀錄可查(試)
3. 化療針劑或輸液調配完成後，應符合密閉系統概念，得以保護相關工作同仁，例如：使用密閉裝置配製給藥(試)
4. 醫院應提供化學治療藥品調配及給藥之醫事人員健康維護措施，包括定期健康檢查(試)

■ [註]

1. 自控式止痛法(PCA)使用成癮性麻醉藥品指引暨管理注意事項(衛生福利部食品藥物管理署107年12月4日FDA管字第1071800821號公告)
2. 優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算



2.5.7 訂定兒童特殊混合注射藥品之調劑及給藥作業程序(3/3)



■ 評量方法及建議佐證資料

1. 兒童藥品調劑作業規範(含兒童特殊混合藥品調劑作業規範)(符合/優良)

■ 106年評鑑委員共識

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



合2.5.8訂定兒童正確用藥標準作業程序並落實正確給藥(1/2)



■ 符合項目

- 1.訂定**病童**正確給藥標準作業程序、執行策略及內容
- 2.應對**病童**所接受的治療與之前的處方用藥進行連貫性審視，且有紀錄
- 3.能正確依醫囑給藥，給藥時確認**病童**姓名、藥品名稱、劑量、用法、途徑、時間，並有紀錄
- 4.門診交付藥品時應訂定確認領藥人之標準作業流程及機制
- 5.住院**病童**之內服、注射藥等，應由醫療人員遵照相關標準作業規定，依給藥紀錄核對藥品名稱，並確認給藥量、單位含量、劑型、給藥方法、**病童**姓名、途徑、時間正確，才能給藥
- 6.明訂退藥或藥品更改機制
- 7.住院**病童**若有自備藥物時，醫院應有自備藥品使用規範
- 8.要監測**病童**用藥療效及副作用



合2.5.8訂定兒童正確用藥標準作業程序並落實正確給藥(2/2)



■ 符合項目

9.多劑量包裝的注射劑型藥品在開封後應標註開封日期，並應依廠商說明使用，超過開封後可使用期限應立即丟棄；若廠商說明書未載明開封後可使用期限，應依藥典規範或根據操作環境、流程及藥品特性，審慎訂定使用期限，則最長不可超過28天(試)

■ [註]

1.可查看給藥紀錄(完成每位**病童**每次給藥後，立即逐筆簽名或蓋章)、治療紀錄，並可詢問醫療人員執行情形，必要時可詢**病童**及家屬

2.符合項目9列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算

■ 評量方法及建議佐證資料

- 1.**病童**正確給藥標準作業程序
- 2.自備藥品使用規範



2.5.9 提供適當之臨床藥學服務，且提供適當藥品資訊(1/4)



■ 符合項目

1. 設有藥物不良反應工作小組或類似組織，執行藥物不良反應通報及宣導(Adverse Drug Reaction, ADR)
2. 有藥品交互作用評估機制
3. 應執行藥品使用評估(Medication Use Evaluation, MUE)
4. 提供醫療人員即時、正確的藥品諮詢服務，並有紀錄
5. 編有醫院處方集並適時更新
6. 提供**病童**用藥劑量與資訊，常用藥品注意事項，配伍禁忌等藥品資訊



2.5.9 提供適當之臨床藥學服務，且提供適當藥品資訊(2/4)



■ 優良項目

1. 應執行藥物不良反應監測、分析與預防，並對發生不良反應之個案進行後續追蹤(試)
2. 提供**病童**個別化之藥品治療評估
3. 具備療劑監測(Therapeutic Drug Monitoring, TDM)機制(試)
4. 對於提供臨床藥學服務有定期評估、檢討與改善(試)
5. 能適時更新藥品資訊系統，以供醫療人員、**病童**及家屬即時參考(試)



2.5.9 提供適當之臨床藥學服務，且提供適當藥品資訊(3/4)



■ [註]

1. 藥品交互作用評估包含：

- (1) 有紀錄
- (2) 有通知
- (3) 有檢討改進
- (4) 有預防措施

2. 提供**病童**個別化之藥品治療評估包含：

- (1) 時效性良好
- (2) 用藥劑量之計算正確
- (3) 服藥間隔之調整適當
- (4) 對建議事項接受度之檢討
- (5) 對藥品療效做後續追蹤評估



2.5.9 提供適當之臨床藥學服務，且提供適當藥品資訊(4/4)



■ [註]

3.療劑監測(TDM)包含藥品血中濃度監測：

- (1)抽血時間正確
- (2)監測建議報告時效性良好
- (3)提供劑量與頻次調整建議
- (4)對TDM建議事項之醫師接受度檢討
- (5)對藥品療效做後續追蹤評估

4.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算

■ 評量方法及建議佐證資料

- 1.臨床藥學服務手冊(符合/優良)
- 2.處方集(含電子處方集)(符合)



2.5.10 病房及各部門的藥品供應，訂有妥善配送制度，並有緊急用藥之因應措施(1/4)



■ 符合項目

1. 提供病房及各部門的藥品，應有妥善配送制度及監督管理機制，病房給藥實施單一劑量配送制度，採用物流系統時，應與各部門協調議訂配送計畫，並依計畫配送
2. 有24小時之藥事作業服務(含急診、住院)
3. 具有常備藥品管理制度
4. 定期由藥師查核病房及各部門的藥品保存狀況，並有紀錄
5. 設有兒童急救車及急救藥品劑量速算表



2.5.10 病房及各部門的藥品供應，訂有妥善配送制度，並有緊急用藥之因應措施(2/4)



■ 優良項目

1. 應有緊急藥品調撥的處理機制(試)
2. 緊急藥品供應機制暢通(試)
3. 緊急時，藥師能即時提供藥事服務(試)
4. 定期進行單一劑量或物流供應流程滿意度調查，並確實提出改進措施，具體提升各單位滿意度(試)



2.5.10 病房及各部門的藥品供應，訂有妥善配送制度，並有緊急用藥之因應措施(3/4)



■ [註]

常備藥品管理制度一般包含：

1. 要求各單位應將一般藥品與高警訊藥品分開放置，並按程序管理與使用，以保障兒童給藥安全
2. 原則上儘量減少品項及數量，專科病房以不超過10項為原則(不含急救車上藥品、大量點滴及1-3級管制藥品)，並應定期檢討
3. 常備藥均能標示有效日期
4. 由藥師定期查核各單位常備藥品使用及保存情形，並有紀錄
5. 優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算



2.5.10 病房及各部門的藥品供應，訂有妥善配送制度，並有緊急用藥之因應措施(4/4)



■ 評量方法及建議佐證資料

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

■ 106年評鑑委員共識

1. 評量項目[註]2：
 - (1) NPH 及 RI 可以不需分開列計
 - (2) 可不列計消毒液、軟膏或耗材藥品
2. 若病房設有冰箱存放藥品(含血液製劑)，如需同時放置檢體或冰寶等，應至少分層分開置放，並明確區隔及標示，勿混合交錯放置，且嚴禁置放食物與飲料



2.5.11 確實執行病童用藥教育(1/2)



■ 符合項目

1. 建立慢性病童長期用藥監測機制，防止重複用藥或藥品交互作用，並提供病童適當的用藥指導，必要時提供病童用藥紀錄
2. 設有多元化病童及家屬用藥諮詢管道，如藥品諮詢、病童藥品衛教活動、藥品諮詢網站、用藥諮詢專線、電子郵件等，提供病童及家屬藥品使用資訊，或反映藥品使用問題，以加強病童及家屬對所用藥品的認識並提高病童對醫囑的遵從性
3. 藥師應提供病童及家屬用藥指導，且視病童情況修正不當用藥行為，並留下紀錄



2.5.11 確實執行病童用藥教育(2/2)



■ 優良項目

1. 交付藥品給病童及家屬前應主動提供用藥指導，並確認病童及家屬已瞭解，說明內容包含藥品名稱、劑型、用藥方式、服用時間、藥品作用及副作用(試)
2. 實施病童用藥教育指導，必要時應做後續追蹤評估，統計分析及檢討改進措施，並有紀錄(試)
3. 有評估檢討病童及家屬用藥教育成效，並進行改善(試)

■ [註]

優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算

■ 評量方法及建議佐證資料

1. 病童用藥指導紀錄(符合/優良)



合2.5.12 醫療人員應正確且迅速處理**病童**對藥品使用的反應及病情變化



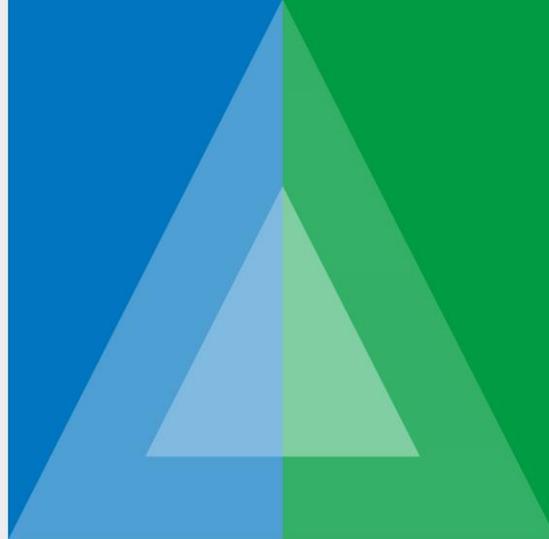
■ 符合項目

1. 高警訊藥品等需要注意給藥速度、給藥量等，並在給藥中及給藥後觀察**病童**的狀況，出現異常時，須通知醫師並記錄
2. 應觀察**病童**使用藥品後的反應，若發生不良反應時，應適當處理及記錄，並予以通報
3. 應適當提供**病童**與家屬有關藥品使用之副作用、應注意事項等之諮詢，且能確認**病童**及家屬對藥品作用清楚並了解
4. 要注意**病童**個別特異性，在給藥前給予用藥指導；給藥後，應觀察**病童**反應，如有異常反應，應與醫師確認且有紀錄
5. 對異常反應有詳實記錄並檢討改善

■ 評量方法及建議佐證資料

1. 臨床藥學服務手冊
2. ADR通報規範及相關表單





第2.6章 麻醉與手術

合2.6.1適當之兒童手術、麻醉部門體制及人力配置(1/2)



■ 符合項目

1.應明訂手術、麻醉部門之體制及專責人員

(1)至少有1名接受兒童手術相關訓練之專任專科醫師

(2)至少有1名接受兒童麻醉訓練之專任麻醉專科醫師

(3)有負責醫師及護理長

(4)麻醉專科醫師執行之之重度鎮靜麻醉業務，病例年平均每4,500人次應有1名專任麻醉專科醫師(試)

(5)訂有機制監測麻醉診療品質，以確保病童安全，如手術室總數與專任麻醉專科醫師總數比例不超過2(試)

2.若手術醫師或麻醉醫師為兼任者，須有合宜的訓練與考核，其職務行使權應比照專任專科醫師(試)

3.工作人員排班表適當且確實執行



合2.6.1適當之兒童手術、麻醉部門體制及人力配置(2/2)



■ 符合項目

4.麻醉護理人員人力配備：具有一年(含)以上之麻醉專業訓練並領有訓練合格證書者(試)

■ [註]

符合項目1-(4)、1-(5)、2及4列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算

■ 評量方法及建議佐證資料

- 1.組織架構
- 2.醫師訓練證明
- 3.班表
- 4.手術業務統計
- 5.麻醉業務統計



2.6.2 備齊兒童手術相關設施、設備及儀器，並應定期保養、維護與清潔，並有紀錄可查 (1/5)



■ 符合項目

1. 手術室相關設施、設備及儀器應符合醫療機構設置標準、滿足兒童手術量及診療科別需求，且手術儀器設備等資源能整合運用。同時手術器械數量足夠，並有準備適合嬰幼兒與早產兒使用之器械與管路
2. 手術室、器材準備室、更衣室、討論室及休息室有足夠使用的空間
- 3.** 有適合**病童**使用之全身麻醉機，可自動監控測定血壓計、心電圖、呼吸數、氧氣飽和度或二氧化碳濃度等數據。手術室應至少有一台可使用於兒童的電擊去顫器，並設置麻醉氣體排放系統，功能良好
- 4.** 有專責人員負責手術室設施、設備及儀器之保養、檢查的排程與執行，且有計畫性的汰舊換新
- 5.** 由專業人員定期施行氧氣、笑氣等配管及空調的安全檢查
- 6.** 設置異常管理手冊，以因應儀器設備如發生故障時之作業流程



2.6.2 備齊兒童手術相關設施、設備及儀器，並應定期保養、維護與清潔，並有紀錄可查 (2/5)



■ 符合項目

7.有明確手術房間分區作業管理辦法、標示及整潔規則

8.手術室及恢復室有符合感染管制原則的清潔管理，並有紀錄可查，如：

(1) 定期水質監測

(2) 空調系統及除塵設備，定期維護

(3) 污物處理設備，功能良好且定期維護

9.手術室管理單位應訂有政策，檢討手術煙霧之減量與排除，視需要提供工作人員呼吸防護具，如：N95等級以上口罩(試)



2.6.2 備齊兒童手術相關設施、設備及儀器，並應定期保養、維護與清潔，並有紀錄可查 (3/5)



■ 優良項目

1. 有高效率空氣微粒子過濾網(High-Efficiency Particulate Air, HEPA)、高規格之手術室，且手術室內保持正壓(室內壓力高於室外)，至少一年確認正壓一次(試)
2. 每一手術房間應有適合**病童**之吐氣末二氧化碳(End-tidal CO₂)監測、體溫測量、麻醉氣體監測和脈搏血氧飽和分析儀(pulse oximeter)(試)
3. 應有適量**病童**適用之專用氣管鏡，及其他困難插管之相關設備與麻醉深度監測儀(試)
4. 執行手術室清潔查核，有感染管制的環境監測機制，並依據查核結果檢討改善(試)
5. 手術室動線規劃良好，工作人員進入手術室更換手術室服裝，手術室內外服裝未混合穿著，且落實執行(試)
6. 設有獨立兒童手術房間(試)



2.6.2 備齊兒童手術相關設施、設備及儀器，並應定期保養、維護與清潔，並有紀錄可查 (4/5)



■ [註]

1. 手術器械數量足夠與否，可用快消使用頻率來監測

2. 符合項目9及優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算

■ 評量方法及建議佐證資料

1. 常備 病童 特殊器械、管路大小型號清單(符合/優良)
2. 異常管理手冊(符合)
3. 清潔管理查核紀錄及檢討會議改善紀錄(優良)
4. 儀器設備的保養排程(符合/優良)
5. 手術房間環境動線(符合)
6. 水質監測報告(符合)
7. 空調、除塵及汙物處理設備維護紀錄(符合)



2.6.2 備齊兒童手術相關設施、設備及儀器，並應定期保養、維護與清潔，並有紀錄可查 (5/5)



■ 106年評鑑委員共識

1. 符合項目8-(1)所提「定期水質監測」，其監測時間及監測規範請由醫院自行定義
2. 優良項目3，fibrobronchoscopy可視醫院狀況進行設置，以能因應緊急使用為原則



2.6.3 具手術工作手冊及手術日誌且定期召開兒童手術管理委員會，並有會議紀錄檢討兒童手術相關品質(1/4)



■ 符合項目

1. 具有工作手冊並定期更新。手術日誌應記錄完整，且有統計分析。手術日誌的內容應提報至手術管理會議定期檢討兒童手術之相關業務
2. 需成立手術管理委員會，成員應包括兒童手術、麻醉部門負責醫師、手術室負責護理人員、執行手術的診療科別及行政管理單位代表
3. 至少每3個月召開一次手術管理委員會並有紀錄檢討病童手術之相關品質可查
4. 會議紀錄內容應包含手術排程表的調整、手術室日誌內容、手術室之安全管理、清潔管理、儀器之購置保養、檢查，及維修情形
5. 定期召開手術全期(perio-operative)跨領域團隊會議(試)



2.6.3 具手術工作手冊及手術日誌且定期召開兒童手術管理委員會，並有會議紀錄檢討兒童手術相關品質(2/4)



■ 優良項目

1. 針對會議結果有檢討、追蹤及執行改善紀錄(試)
2. 應有手術及麻醉品質及**病童**安全監測指標，並有定期改善計畫及紀錄；持續進行品質提升及**病童**安全活動，例如：手術**病童**辨識、手術部位註記、手術及麻醉同意書之填寫(試)
3. 手術管理委員會有具體管理成效(試)
4. 針對麻醉、手術、恢復有提供適齡化相關的**病童**友善醫療流程及輔助措施(試)



2.6.3 具手術工作手冊及手術日誌且定期召開 兒童手術管理委員會，並有會議紀錄檢討兒 童手術相關品質(3/4)



■ [註]

1. 手術品質指標：手術死亡率(術後48小時內死亡率)、手術感染率、同次住院期間非計畫相關重返手術室比率、病童體溫過低比率
2. 本條文所稱手術管理委員會得與總院一同運作，惟須討論兒童醫院議題，並有紀錄可查
3. 符合項目5及優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算



2.6.3 具手術工作手冊及手術日誌且定期召開 兒童手術管理委員會，並有會議紀錄檢討兒 童手術相關品質(4/4)



■ 評量方法及建議佐證資料

1. 手術日誌(符合)
2. 手術管理委員會會議紀錄檢討病童手術之相關品質(符合)
3. 指標監測紀錄(優良)
4. 改善成效(優良)
5. 手術排程作業規範(符合)
6. 病童友善醫療流程與輔助的措施資料(優良)



2.6.4 手術排程管理適當，對於緊急手術有適當的因應措施(1/3)



■ 符合項目

1. 有負責手術排程作業之專責人員，不因手術室的排程計畫不當，以致為等候手術而延長住院日
2. 在工作時間外及休假日亦可依病情需要適時施行緊急手術
3. 遇大量傷患時，應有應變措施方案或應變計畫。每位麻醉、手術及護理人員對應變計畫均瞭解並能執行

■ 優良項目

1. 常規手術可在預定時間內執行；臨時非常規手術定期於兒童手術管理委員會檢討(試)
2. 急診手術有資深醫師執行或在場指導(試)
3. 訂有危急兒童急診手術的明確定義及其合理等候時間。急診手術等候時間合理，且有定期檢討改善(試)
4. 手術排程管理有具體改善成效(試)



2.6.4 手術排程管理適當，對於緊急手術有適當的因應措施(2/3)



■ 優良項目

1. 常規手術可在預定時間內執行；臨時非常規手術定期於兒童手術管理委員會檢討(試)
2. 急診手術有資深醫師執行或在場指導(試)
3. 訂有危急兒童急診手術的明確定義及其合理等候時間。急診手術等候時間合理，且有定期檢討改善(試)
4. 手術排程管理有具體改善成效(試)

■ [註]

優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算



2.6.4 手術排程管理適當，對於緊急手術有適當的因應措施(3/3)



■ 評量方法及建議佐證資料

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

■ 106年評鑑委員共識

1. 符合項目2所提「緊急手術」係包含急診與住院
2. 優良項目1，由醫院自行訂定臨時排常規手術之管控機制，並有檢討紀錄
3. 優良項目2所提「資深醫師」，由醫院自行訂定
4. 優良項目3所提「急診手術等候時間合理」，由醫院自訂合理時間



2.6.5 具應於手術前向病童及家屬充分說明，取得同意，並簽署同意書(1/2)



■ 符合項目

1. 手術前應說明手術方式及其優缺點、手術或非手術等之其他替代治療方法
2. 說明手術、麻醉、處置的必要性及不做時之利害、得失，且具體說明危險性及合併症，並說明萬一發生時之處置方法
3. 上列各項，以淺顯易懂的言辭向家屬說明，並鼓勵其發問
4. 說明後，並經家屬同意，簽具手術同意書

■ 優良項目

1. 利用圖及影像或其他輔具，以淺顯易懂的方式向家屬說明手術方法，並提供書面資料(試)
2. 針對術前訪視有家屬滿意度調查，定期檢討改善，且具有成效(試)
3. 提供適齡化的麻醉、手術、恢復相關解說的繪本、故事書、影片或其他輔助說明(試)



2.6.5 具應於手術前向**病童**及家屬充分說明，取得同意，並簽署同意書(2/2)



■ [註]

1. 應使用 106年11月2日 衛部醫字第 1061665692號 公告之 手術、麻醉同意書 為原則
2. 家屬泛指家長、法定監護人、配偶、親屬及關係人
3. 優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算

■ 評量方法及建議佐證資料

1. 簽署同意書標準作業規範(符合)
2. 抽查病歷紀錄之手術及麻醉同意書(符合)
3. 相關**病童**輔助說明資料(優良)



2.6.6 麻醉醫師於術前探視病童並確立麻醉計畫(1/3)



■ 符合項目

1. 麻醉醫師實行手術前探視病童，評估麻醉風險與建議麻醉方式
2. 由接受過兒童麻醉相關訓練之麻醉科專科醫師負責執行麻醉作業，應以淺顯易懂的方式向病童及家屬說明麻醉方式、可能副作用、相關注意事項等，並鼓勵其發問。依上列結果檢討選擇最適當的麻醉方法
3. 說明後，並經病童及家屬同意，簽具麻醉同意書。前項同意書之簽具，病童若為未成年人或無法親自簽具者，得由其家長、法定監護人、配偶、親屬或關係人簽具



2.6.6 麻醉醫師於術前探視病童並確立麻醉計畫(2/3)



■ 優良項目

1. 訂立麻醉計畫，並可由診療紀錄查閱，且麻醉計畫內容紀錄詳實且執行品質精進(試)
2. 術前及術後訪視確實執行並有紀錄及檢討。有進行滿意度調查，定期檢討改善，成效良好(試)
3. 應針對高危險病童進行術前預防措施，定期檢討改善，成效良好(試)

■ [註]

1. 應使用 106年11月2日衛部醫字第1061665692號公告之手術、麻醉同意書為原則
2. 優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算



2.6.6 麻醉醫師於術前探視病童並確立麻醉計畫(3/3)



■ 評量方法及建議佐證資料

1. 標準作業規範(符合)
2. 查核紀錄(優良)
3. 改善成效(優良)
4. 抽查病歷紀錄之麻醉說明書及同意書(符合/優良)



2.6.7 確實落實手術**病童**辨識程序，確保**病童**身分、手術項目與手術部位正確無誤(1/2)



■ 符合項目

1. 應明確訂定手術室進出標準，並落實執行
2. 交接**病童**時，採取下列具體對策確認其身分：
 - (1) 依據醫院規定採用兩種以上辨識方式
 - (2) 如**病童**能表達，應讓**病童**自行說出；如無法表達時，應有其他辨識兒童的機制
 - (3) 帶識別帶、手環或腳環
3. 有確認手術部位之機制，落實手術部位標記
4. 於所有手術後應執行sign-out，如棉球、紗布、尖銳物品、器械等數量正確，組織檢體內容物及數量、標籤正確(試)



2.6.7 確實落實手術**病童**辨識程序，確保**病童**身分、手術項目與手術部位正確無誤(2/2)



■ 優良項目

- 1.於所有手術及處置前應執行「作業靜止期」(Time out)，由手術室所有成員共同再次確認(包含兒童身分、手術方式及手術部位)(試)
- 2.手術**病童**辨識有持續性稽核及檢討改善，以確保**病童**安全(試)

■ [註]

符合項目4及優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算

■ 評量方法及建議佐證資料

- 1.標準作業規範(符合)
- 2.查核紀錄(優良)
- 3.改善成果(優良)
- 4.病歷紀錄之相關表單(符合/優良)



合2.6.8手術室以外之鎮靜麻醉作業應適當執行



■ 符合項目

1. 麻醉作業應於手術室執行，如於手術室外其他地點執行鎮靜麻醉作業，醫院應訂有管理政策與標準作業流程，並有**病童**安全之相關監測機制，確實執行

■ 評量方法及建議佐證資料

1. 手術室外鎮靜麻醉作業之相關規範

■ 106年評鑑委員共識

醫院應以實際作業情形，自行訂定監測範圍及內容



2.6.9 詳實記載手術及麻醉紀錄(1/2)



■ 符合項目

1. 手術、麻醉紀錄應於術後24小時完成，並有日期時間及記錄者簽名
2. 手術內容應根據事實詳實紀錄，必要時佐以圖畫及清楚易懂的說明
3. 手術護理紀錄應包含器械清點及紗布、刀片及縫針數量，核計結果之記載無誤
4. 手術檢體應正確標示**病童**身份辨識資料，部位及數量等

■ 優良項目

1. 手術、麻醉紀錄完整，並有統計分析及檢討(試)
2. 能藉統計分析，改善品質，且具有成效(試)

■ [註]

優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算



2.6.9 詳實記載手術及麻醉紀錄(2/2)



■ 評量方法及建議佐證資料

1. 手術、麻醉紀錄(符合)
2. 檢體處理紀錄(符合)
3. 相關統計報表(優良)
4. 改善成效(優良)



2.6.10 訂定及確實執行手術前、後護理照護規範及處置步驟，並製成護理紀錄及適時修正(1/2)



■ 符合項目

1. 明訂且確實遵行手術前、後的護理照護規範及處置步驟，並有護理紀錄

■ 優良項目

1. 護理照護紀錄內容詳實，有檢討改善(試)
2. 護理人員有依病童特性(高危險、重大手術等)在術前對病童及家屬施行訪談，並紀錄詳實(試)

■ [註]

優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算



2.6.10 訂定及確實執行手術前、後護理照護規範及處置步驟，並製成護理紀錄及適時修正(2/2)



■ 評量方法及建議佐證資料

1. 手術護理照護規範(符合)
2. 查核的紀錄(優良)
3. 抽查病歷中之手術護理紀錄(符合/優良)



2.6.11 應明訂術後恢復室之使用基準及步驟，且適切管理術後病童恢復過程(1/2)



■ 符合項目

- 1.設有術後病童麻醉後恢復之照護場所，且具備所需之監測儀器設備
- 2.設有專人負責術後病童麻醉恢復之照護
- 3.訂有具體評估標準以資判斷術後恢復過程(意識狀態、血壓、呼吸狀況等)
- 4.訂定恢復室中病童的照護標準和步驟(含病童交接程序)，並落實執行

■ 優良項目

- 1.應有麻醉或手術恢復室病童的照護紀錄及檢討(試)
- 2.有恢復室發生併發症之紀錄及檢討(試)

■ [註]

優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算



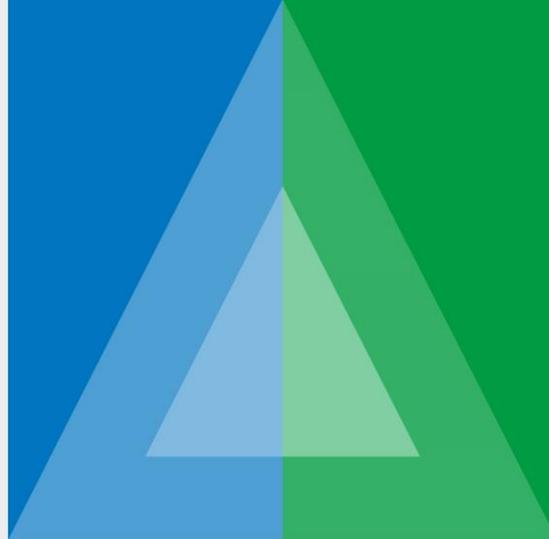
2.6.11 應明訂術後恢復室之使用基準及步驟，且適切管理術後病童恢復過程(2/2)



■ 評量方法及建議佐證資料

- 1.標準作業規範(符合)
- 2.恢復室病童的照護紀錄(符合/優良)
- 3.併發症檢討紀錄(優良)





第2.7章 感染管制

2.7.1 應設立感染管制單位，聘有合格且足夠之感染管制人力負責業務推行(1/3)



■ 符合項目

1. 設有感染管制部門，應明訂工作職責及組織圖之定位，並對感染管制部門的業務執行，在經費、人力、空間及資訊需求都能有實質的支援
2. 至少聘有2名專任兒童醫師，並取得感染症醫學會之專科醫師證書，且前一年參加專業學會認可之感染管制訓練需達20學分以上
3. 至少聘有1名專任感染管制護理人員，且前一年參加專業學會認可之感染管制訓練需達20學分以上

■ 優良項目

1. 感染管制部門為直接隸屬於院本部(院長室)下的獨立單位(試)
2. 至少聘有3名專任兒童醫師，並取得感染症醫學會之專科醫師證書(試)



2.7.1 應設立感染管制單位，聘有合格且足夠之感染管制人力負責業務推行(2/3)



■ [註]

1. 名詞定義：

- (1)** 接受感染症醫學訓練之專任專科醫師：係指執業登記於本院之醫師，經疾病管制署認可之專業學會甄審感染管制訓練合格，負責推行並執行感染管制相關業務
- (2)** 接受感染症醫學訓練之兼任專科醫師：係指聘請他院經疾病管制署認可之專業學會甄審感染管制訓練合格的醫師，協助推行感**染**管**制**相關業務；且須有正式聘書及衛生單位之支援報備相關證明
- (3)** 專任感染管制護理人員：係指執業登記於本院，經疾病管制署認可之專業學會甄審感染管制訓練合格的護理師或護士，全職負責執行感染管制相關業務

2. 兒童醫院感染管制部門得與總院感染管制單位一起運作，惟須討論兒童醫院議題，並有紀錄可查



2.7.1 應設立感染管制單位，聘有合格且足夠之感染管制人力負責業務推行(3/3)



■ [註]

3.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算

■ 評量方法及建議佐證資料

1. 感染管制部門工作職責及組織圖之定位(符合)

2.醫院對於感染管制所執行的實質支援紀錄(符合)

3.感染症專科醫師證書、學分證明及執業登記相關資料(符合/優良)

4.感染管制師(護理師、醫檢師)證書、及學分證明及執業登記相關資料
(符合/優良)

■ 106年評鑑委員共識

評鑑委員可參考受評醫院上次之感染管制查核結果(1.2項次)



重2.7.2成立感染管制會，有定期開會並有紀錄，且確實執行會議決議事項(1/3)



■ 符合項目

- 1.設有感染管制委員會(以下簡稱感管會)，具有組織章程及成員資料備查。委員會主席為醫院院長或副院長；成員至少應包含兒童內科、兒童外科、急診部門、行政部門、職安部門、護理部門、醫檢部門等代表，如有設置牙醫部門亦須納入
- 2.感管會負責醫院內感染管制政策擬定及督導事宜，至少每3個月召開一次會議並有會議紀錄備查，會議紀錄均由院長批示，且決議事項均照會相關單位執行
- 3.醫院需訂有感染管制年度工作計畫(program)及執行情形，包括前次查核不符合事項改善情形及建議事項參採情形與相關因應策略，應提交感管會報告，監督執行情形(試)



重2.7.2成立感染管制會，有定期開會並有紀錄，且確實執行會議決議事項(2/3)



■ 優良項目

1. 委員會成員中有1位曾接受流行病學訓練(試)
2. 依醫院規模、特殊疫情或院內發生突發感染事件等，適當增加開會之頻率(試)

■ [註]

1. 本條所稱感染管制委員會得與總院委員會一起運作，惟須討論兒童醫院議題，並有紀錄可查
2. 符合項目3及優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算



重2.7.2成立感染管制會，有定期開會並有紀錄，且確實執行會議決議事項(3/3)



■ 評量方法及建議佐證資料

1. 感染管制委員會組織章程及成員資料(符合)
2. 感染管制委員會會議紀錄(符合/優良)
3. 感染管制年度工作計畫(program)及執行情形(符合)
4. 前次查核不符合事項改善情形及建議事項參採情形(符合)
5. 流行病學訓練相關證明(優良)
6. 增加臨時加開之開會會議紀錄(優良)

■ 106年評鑑委員共識

評鑑委員可參考受評醫院上次之感染管制查核結果(1.1項次)



2.7.3 制訂及更新病童感染管制手冊，並辦理教育訓練使員工落實執行；定期收集國內外國際疫情使員工知悉(1/4)



■ 符合項目

1. 制訂病童感染管制手冊(設有牙醫部門者須納入)並定期修訂；手冊應記述具體感染管制對策及相關人員的感染處理對策，針對醫院服務特性，訂定如：侵入性醫療處置組合式照護、陪病及探病、院內用餐、購物環境或商店街、兒童遊戲區域等感染管制措施；並提供給相關部門，且依部門及工作人員特性提供相關教育訓練，使全院員工(含外包人員)清楚各項感染管制措施且落實執行
2. 建立全院病房陪病人員管理機制(如：運用資訊化管理或採實名制登錄等)(試)
3. 手冊記載標準防護措施(standard precaution)，含不同感染途徑之防護措施，如：空氣傳染、飛沫傳染、接觸傳染等
4. 感染管制部門人員能定期利用文獻檢索或網際網路，取得最新疫情資訊，並傳達醫院各單位；工作人員清楚知道可從何處獲得最新感染管制相關資訊



2.7.3 制訂及更新病童感染管制手冊，並辦理教育訓練使員工落實執行；定期收集國內外國際疫情使員工知悉(2/4)



■ 優良項目

1. 有專人定期蒐集國內外感染管制的相關規定，參考有科學根據之建議事項，並依據醫療院所特性，適時訂定或修訂病童感染管制手冊(試)
2. 規劃網路資訊平台定期更新傳染病與感染管制相關資訊。針對感染管制措施執行情形有定期評核及改善作為(試)

■ [註]

1. 若設置牙醫部門，病童感染管制手冊應納入
2. 科學根據定義參考如：衛生福利部疾病管制署公布之指引與工作手冊、其他國際組織(如：WHO)、國家衛生部門或國內外專業學會等公布之相關指引與建議、相關文獻(如：MMWR)等



2.7.3 制訂及更新病童感染管制手冊，並辦理教育訓練使員工落實執行；定期收集國內外國際疫情使員工知悉(3/4)



■ [註]

- 3.符合項目2所提「實名制登錄」，可使用衛生福利部「護產人員暨機構管理資訊系統」登錄各病房陪病人員實名制資料，或使用醫院自行建置之系統登錄後上傳至護產系統
- 4.符合項目2及優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算

■ 評量方法及建議佐證資料

- 1.感染管制查核督導紀錄(含組合式照護等感染管制措施的遵從性稽核評估、相關改善方案的執行紀錄及成果等)(符合)
- 2.病童侵入性醫療感染管制標準作業程序(符合)
- 3.年度員工在職及新進人員感染管制教育訓練(包含新興與再浮現傳染病防治教育訓練)(符合)
- 4.病童感染管制手冊(含牙醫感染管制作業程序)(符合/優良)
- 5.最新疫情資訊或感染管制相關網路資訊平台(符合/優良)



2.7.3 制訂及更新病童感染管制手冊，並辦理教育訓練使員工落實執行；定期收集國內外國際疫情使員工知悉(4/4)



■ 106年評鑑委員共識

評鑑委員可參考受評醫院上次之感染管制查核結果(1.3項次)



重2.7.4院內應有充足且適當之洗手設備，訂有手部衛生作業程序且有管控與稽核機制(1/3)



■ 符合項目

1. 濕洗手設備之位置及數量合乎實際需要且功能良好，並於濕洗手設備旁有正確洗手步驟之標示
2. 醫療照護相關單位濕洗手設備應設置非手控式水龍頭，如：肘動式、踏板式或感應式水龍頭等，並備有液態皂、手部消毒劑及擦手紙，或備有具去污作用之手部消毒劑及擦手紙
3. 備有方便可及、數量足夠且功能良好之酒精性乾性洗手液(得採固定裝置或隨身瓶)，如：公共區域(醫院民眾出入口、電梯等候區、掛號櫃檯)、急診、門診及重要節點等
4. 醫療照護人員在：(1)接觸病人之前、(2)執行清潔/無菌操作技術之前、(3)有暴露病人體液風險之後、(4)接觸病人之後、(5)接觸病人週遭環境之後，應確實洗手(洗手可包括乾洗手)



重2.7.4院內應有充足且適當之洗手設備，訂有手部衛生作業程序且有管控與稽核機制(2/3)



■ 符合項目

5.訂有手部衛生稽核機制，定期稽核手部衛生遵從性及正確性等指標，手部衛生遵從性應達80%、正確性應達70%，稽核結果回饋受稽核單位，並留有紀錄備查

■ 優良項目

- 1.由副院長級以上主管推動全院手部衛生運動或臨床單位曾以品管手法，如：品管圈、標竿學習、專案改善等方式推動手部衛生(試)
- 2.提報手部衛生正確率與遵從率，並進行分析檢討改進(試)
- 3.使用資訊系統或輔助機制提升手部衛生成效(試)

■ [註]

- 1.乾性洗手液之設置宜考量病童高度，避免使用時噴濺到病童眼睛
- 2.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算



重2.7.4院內應有充足且適當之洗手設備，訂有手部衛生作業程序且有管控與稽核機制(3/3)



■ 評量方法及建議佐證資料

- 1.擦手紙、手部消毒劑及酒精性乾洗手液的採購量和使用量的統計資料(符合)
- 2.手部衛生遵從性及正確性、洗手設備完整性及功能性等稽核紀錄(符合)**
- 3.以品管手法推動者應有完整的執行方案與成果報告等資料(優良)**
- 4.院務層級會議紀錄或全院發表資料(優良)
- 5.資訊系統或輔助機制提升手部衛生成效相關資料(優良)

■ 106年評鑑委員共識

評鑑委員可參考受評醫院上次之感染管制查核結果(1.4項次)



重2.7.5對於暴露於血液、體液及尖銳物品傷事件的預防及處置(包含切傷等其他出血)訂有作業流程(1/4)



■ 符合項目

1. 除2000公克以下早產兒或臨床上極度困難成功之案例以外，應全面使用安全針具
2. 醫療人員執行肌肉、皮下或皮內注射、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
3. 工作人員有可能接觸，或被病人的血液、體液或分泌物飛濺之風險時，工作人員應依其風險穿戴防護用具，如：面罩、眼罩(eye-shield)或護眼鏡(goggle)、隔離衣(必要時要有防水)等
4. 各醫療單位、病房及護理站有能安全處理感染性廢棄物及針類廢棄物的容器；且工作人員應明確知悉使用後的尖銳物品之處理步驟
5. 應明確訂定暴露於HIV危險環境時之相關處理流程，受針扎者應依醫囑儘速於「愛滋病防治工作手冊」之「職業暴露愛滋病毒處理原則」進行處理並有追蹤紀錄



重2.7.5對於暴露於血液、體液及尖銳物品傷事件的預防及處置(包含切傷等其他出血)訂有作業流程(2/4)



■ 符合項目

6.對尖銳物品扎傷通報進行統計分析，並應有詳盡的列管追蹤紀錄，檢討發生原因與追蹤機制，確實執行

■ 優良項目

1.將尖銳物品扎傷分析結果回饋各單位，並研擬防治對策付諸實行，且有具體改善成效(試)

■ [註]

優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算



重2.7.5對於暴露於血液、體液及尖銳物品傷事件的預防及處置(包含切傷等其他出血)訂有作業流程(3/4)



■ 評量方法及建議佐證資料

1. 醫院針對預防員工發生尖銳物品扎傷及血液體液暴觸事件所採取之措施(符合)
2. 尖銳物品扎傷或與血液/體液接觸處理流程(符合)
3. 員工被血液、體液暴露及尖銳物扎傷事件的調查及處理紀錄(符合)
4. 血液、體液暴露及尖銳物扎傷事件報告統計分析和檢討(優良)



重2.7.5對於暴露於血液、體液及尖銳物品傷事件的預防及處置(包含切傷等其他出血)訂有作業流程(4/4)



■ 106年評鑑委員共識

- 1.評鑑委員可參考受評醫院上次之感染管制查核結果(5.2 項次)
- 2.全面使用安全針具範圍為抽血及靜脈留置針
- 3.符合項目1參考105年度感染管制查核方式：「安全針具使用比率」，以抽查單位當日住院中兒童裝有靜脈留置針的人數中選取4人，查閱當次申請置放之留置針符合安全針具公告品項的人數；以及選取最近3日內有執行肌肉注射者1人，查閱執行肌肉注射時是否申請使用符合安全針具公告品項的醫材，二者合併統計「安全針具使用比率」。若符合條件人數不足時，則全數納入查核對象。若經查均無符合條件之人數，請抽查3名醫護人員模擬操作(即實際打開安全針具進行操作)。惟若院方無法提出105年安全針具採購紀錄，本項仍應視同不符合



重2.7.6訂有醫療照護人員預防接種、體溫監測及胸部X光檢查等保護措施，並據以落實執行(1/3)



■ 符合項目

1. 依據我國相關指引與建議，訂有全院疫苗接種計畫，由領導階層帶領，並執行醫療照護人員預防接種防疫措施，其中應包括：B型肝炎疫苗、流感疫苗、麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合 (Measles、Mumps、Rubella, MMR)疫苗與新興傳染病疫苗接種，如：COVID-19疫苗。若B型肝炎表面抗原及表面抗體為陰性者，則應評估施行B型肝炎疫苗；醫事及非醫事人員流感疫苗接種率應達80%以上；1981年以後出生之高風險單位、全院新進人員須提出麻疹及德國麻疹抗體陽性證明或完成MMR疫苗接種紀錄，應達80%；完成醫事及非醫事人員新興傳染病疫苗接種紀錄，如：COVID-19疫苗
2. 訂有院內全體工作人員(含外包人員)體溫監測計畫，並有體溫異常追蹤及處理機制
3. 每年至少90%與兒童直接接觸之醫療照護人員及其他常駐工作人員(含外包人力)完成胸部X光檢查，並有檢查結果異常的追蹤及處理紀錄



重2.7.6訂有醫療照護人員預防接種、體溫監測及胸部X光檢查等保護措施，並據以落實執行(2/3)



■ 符合項目

4.對於因暴露於傳染**病童**而遭受感染之醫療照護人員，醫院應立即為該員進行緊急處理，給予必要預防感染藥物，並列管追蹤

■ 優良項目

- 1.胸部X光檢查達成率達95%以上(試)
- 2.檢討因暴露於傳染**病童**而遭受感染之醫療照護人員被感染原因，避免或減少類似事件發生(試)
- 3.依據我國相關指引與建議執行疫苗注射等措施，增加預防接種計畫的適用對象或項目，例如：全院醫療照護工作人員MMR疫苗接種、水痘疫苗等(試)**
- 4.針對未完成疫苗接種之工作人員，訂有相關健康監測與管理機制，及提高接種率等強化措施，以提升人員保護(試)**



重2.7.6訂有醫療照護人員預防接種、體溫監測及胸部X光檢查等保護措施，並據以落實執行(3/3)



■ [註]

優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算

■ 評量方法及建議佐證資料

1. 全院疫苗接種計畫及領導階層帶領之會議紀錄或相關紀錄(符合)
2. 體溫異常追蹤及處理紀錄(符合)
3. 員工被感染事件調查及處理紀錄(符合)
4. 胸部X光檢查達成率、胸部X光檢查異常的追蹤及處理紀錄(符合/優良)
5. 醫療照護人員預防接種紀錄(如：B型肝炎、流感疫苗、MMR疫苗與新興傳染病疫苗，如：COVID-19疫苗及水痘疫苗接種紀錄)(符合/優良)



2.7.7 定期對醫療照護相關感染的發生及其動向開會檢討分析，並訂定改善方案(1/3)



■ 符合項目

1. 依醫院之機能及規模，能掌握手術部位感染率、加護病房等處理重症病童部門之血流感染、泌尿道感染、肺炎及侵入性導管相關感染密度等重要感染指標
2. 明確訂定迅速察知病房的菌種變化機制，並且採取因應措施
3. 定期於院內感染管制會報告監測成果，且感染管制指標及感染個案能回饋相關醫護人員，以致力於改善措施，並制訂具體的改善方案且確實實施
4. 訂有院內群聚或群突發感染發生之危機處理標準作業流程，並針對發生之院內群聚或群突發感染事件有調查處理報告
5. 將醫療照護相關感染資料通報至衛生福利部疾病管制署台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統



2.7.7 定期對醫療照護相關感染的發生及其動向開會檢討分析，並訂定改善方案(2/3)



■ 優良項目

1. 確實分析數據及感染個案發生的原因，並定期檢討修訂相關機制、對應措施、感染指標種類等(試)
2. 落實執行修訂之方案或改善計畫(試)

■ [註]

優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算

■ 評量方法及建議佐證資料

1. 醫療照護相關感染的統計報表(符合)
2. 院內群聚或群突發感染發生之處理標準作業流程及調查處理報告(符合)
3. 疾病管制署台灣醫院院內管制與抗藥性監測管理系統的通報統計表(符合)



2.7.7 定期對醫療照護相關感染的發生及其動向開會檢討分析，並訂定改善方案(3/3)



■ 106年評鑑委員共識

評鑑委員可參考受評醫院上次之感染管制查核結(1.6項次)



重2.7.8應訂有合適之隔離措施及動線規劃，且訂有大規模感染事件發生之應變計畫，並確實執行(1/6)



■ 符合項目

1. 急診、門診 就醫病童分流機制及 就診動線規劃適當，且張貼明顯告示，提醒就醫 病童 與陪病者，出入醫療院所應佩戴 口罩，並有協助 未佩戴口罩就診病童佩戴 口罩之措施
2. 對急診檢傷 病童 及發燒或疑似感染之門診 病童 有詢問並記錄旅遊史 (travel history)、職業別 (occupation)、接觸史 (contact history) 及是否群聚 (cluster) 之機制
3. 依 感染風險 訂定 適當的 個人防護裝備 (personal protection equipments, PPE) 使用標準，如：急救插管及不明原因發燒 病童 等不同狀況的個人防護裝備，且第一線工作人員均瞭解；門診、急診、加護病房及負壓隔離病房定期辦理PPE教育訓練(含實際穿脫演練及密合度測試)



重2.7.8應訂有合適之隔離措施及動線規劃，且訂有大規模感染事件發生之應變計畫，並確實執行(2/6)



■ 符合項目

4. 訂有疑似或確定之傳染病個案之分流、隔離措施及接觸者疫調追蹤標準作業程序；收治疑似或確定傳染病病童，其病童運送、人員(包含醫護人員及環境清潔等相關工作人員)穿脫PPE進出及廢棄物清理之動線規劃適當，並有適當的配套處理措施。若有負壓隔離病室，應能明確顯示負壓狀況及負壓值，並有維護保養檢測紀錄
5. 訂定新興傳染病疫情或大規模感染事件之應變計畫，並定期更新，計畫內容應包含收治隔離措施、後送機制、擬定支援單位及人員的原則及序位、疑似個案監測、清潔與消毒、緊急關閉、清空計畫、院內群聚事件作業規範、持續營運計畫，並辦理實地或桌上演練；如有新興傳染病疫情或大規模感染事件發生時，應依照衛生主管單位的最新規定，執行防疫措施及動線規劃



重2.7.8應訂有合適之隔離措施及動線規劃，
且訂有大規模感染事件發生之應變計畫，並
確實執行(3/6)



■ 符合項目

6. 於發生新興傳染病疫情或大規模感染事件(含院內群聚事件)時，針對疑似或確定傳染病之住院病童訂有分流機制，且住院服務落實良好動線規劃
7. 建立因應新興傳染病疫情或院內發生大規模感染事件成立應變團隊機制，並定期更新，由院內跨部門組成團隊，醫院主管(院長)擔任應變團隊召集人(試)
8. 醫院應訂有無家屬可陪病之處理流程，且若無適當病房可收治時，應制訂已入院病童採檢陽性後的轉送或安置流程(含剛出生或外接的新生兒)(試)



重2.7.8應訂有合適之隔離措施及動線規劃，且訂有大規模感染事件發生之應變計畫，並確實執行(4/6)



■ 優良項目

- 1.擬定及執行新興傳染病疫情或大規模感染事件(含院內群聚事件)發生時，支援單位及人員的訓練課程及受訓計畫(試)
- 2.主動協助社區內其他醫療院所及人口密集機構(含照護機構)等單位之感染管制及新興傳染疾病之病童收治，並協助防疫工作(試)
- 3.確實執行並定期檢討修訂相關機制及因應措施(試)

■ [註]

符合項目7、8及優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算



重2.7.8應訂有合適之隔離措施及動線規劃，
且訂有大規模感染事件發生之應變計畫，並
確實執行(5/6)



■ 評量方法及建議佐證資料

1. 因應不同狀況**病童**之個人防護裝備標準及教育訓練紀錄(符合)
2. 急診就診流程和急診檢傷詢問**病童**及家屬TOCC之機制與紀錄(符合)
3. 門診發燒或有疑似感染症狀**病童**的標準處置作業流程與TOCC詢問紀錄(符合)
4. 疑似或確定之傳染病個案隔離措施及接觸者疫調追蹤標準作業(符合)
5. 醫院因應新興傳染病疫情或大規模感染事件之應變計畫會議紀錄及實地或桌上演練紀錄(符合)
6. 疑似或確定傳染病住院病人分流機制及動線規劃作業原則或紀錄(符合)
7. 因應新興傳染病疫情或院內發生大規模感染事件成立應變團隊之機制及更新紀錄(符合)
8. 負壓隔離房檢測/維護紀錄(符合)



重2.7.8應訂有合適之隔離措施及動線規劃，
且訂有大規模感染事件發生之應變計畫，並
確實執行(6/6)



■ 評量方法及建議佐證資料

9. 新興傳染病疫情或大規模感染事件應變計畫支援人力名冊及在職教育紀錄(優良)
10. 社區防疫工作紀錄(優良)
11. 與照護機構訂定之感染管制服務合約(優良)
12. 照護機構感染管制人員實務訓練計畫(優良)

■ 106年評鑑委員共識

1. 評鑑委員可參考受評醫院上次之感染管制查核結果(1.5項次)
2. 符合項目1「動線規劃」，建議應以「減少交叉感染」為優先考量，再依據硬體空間、兒童隱私進行調整
3. 對於高危險群須於門診設有保護性機制；健兒門診及預防接種門診應與一般急性病童門診區隔



2.7.9 抗生素管理計畫之領導與責任(1/3)



■ 符合項目

- 1.醫院應設立跨部門抗生素管理小組或委員會等組織，並由副院長級以上主管擔任主席；小組成員至少應包含醫師、藥師、醫檢師、護理師及資訊人員等，每季至少開會1次(試)
- 2.每半年至少辦理1次以上全院性「適當使用抗生素」之相關講習或線上課程，且臨床醫師、護理人員、藥師每年至少參加1次
- 3.每半年至少辦理1次以上全院性「適當使用抗生素」相關講習，且臨床醫師、護理人員、醫檢師、藥師每年至少參加1次(試)
- 4.醫院應訂有抗生素管理計畫，對於計畫執行所須之經費、人力等資源都能有實質的支援(試)

■ 優良項目

- 1.依據醫院特性及實務需要，定期檢討修訂抗生素管理計畫，並落實執行修訂之計畫內容(試)



2.7.9 抗生素管理計畫之領導與責任(2/3)



■ [註]

- 1.本條所稱管理小組或委員會，如為自總院分離另設立之兒童醫院，得與總院小組或委員會一起運作，惟須討論兒童醫院議題，並有紀錄可查
- 2.符合項目1、3、4及優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算

■ 評量方法及建議佐證資料

- 1.抗生素管理小組成員名單、出席紀錄表及會議紀錄(符合)
- 2.抗生素教育訓練課程講義及出席紀錄表(符合)
- 3.抗生素管理計畫(含執行方式、人力、資源、成效評估等)(符合)
- 4.醫院對於抗生素管理計畫執行的實質支援紀錄(符合)
- 5.歷次修訂版本之抗生素管理計畫(含修訂之年月日)(優良)
- 6.抗生素管理計畫執行情形及成果(優良)



2.7.9 抗生素管理計畫之領導與責任(3/3)



■ 106年評鑑委員共識

評鑑委員可參考受評醫院上次之感染管制查核結果(3.1項次)



重2.7.10 抗生素使用監測管理機制(1/5)



■ 符合項目

- 1.醫院訂有抗生素使用管制措施，且醫師可隨時查閱如何適當使用抗生素之資料
- 2.對抗生素使用量訂有適當的監測機制，並定期進行統計分析
- 3.定期隨機審查病歷，各項有關病童使用抗生素之情形，應於病歷中詳載，並有評估病童抗生素使用適當性之機制
- 4.醫院設置抗生素檢核資訊系統，於醫師開立抗生素處方時有提醒機制，以提升抗生素開立處方品質
- 5.對抗生素不合理使用之情況能回饋臨床醫師或科部，並提出改善措施確實執行，且有具體改善成效呈現

■ 優良項目

- 1.設置抗生素處方審核與回饋及統計分析資訊系統(試)



重2.7.10 抗生素使用監測管理機制(2/5)



■ [註]

1. 「管制性抗生素」指全民健康保險第一線以外之抗微生物製劑
2. 本條文所規範之內容，得與總院合併辦理
3. 優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算

■ 評量方法及建議佐證資料

1. 抗生素使用管制措施及相關作業流程(符合)
2. 各類別抗生素病歷抽樣審查紀錄(符合)
3. 抗生素使用量(如：defined daily dose)分析報告及改善回饋紀錄(符合)
4. 不適當的抗生素使用量或全院抗生素使用量之改善情形紀錄(符合)
5. 有關病人使用非管制性抗生素之情況，建立機制以防範下列情形發生：
 - (1)重症病人無正當理由仍然使用第一線狹效抗生素



重2.7.10 抗生素使用監測管理機制(3/5)



■ 評量方法及建議佐證資料

- (2) 第一線狹效抗生素使用3天無效，無正當理由仍然繼續使用
 - (3) 未依感染部位選用適當抗生素
 - (4) 社區感染無正當理由仍使用明顯療效不足之藥物
 - (5) 使用的劑量未考慮到病人體重及肝腎功能
6. 有關病童管制性抗生素使用之情形，建立機制以防範下列情形發生：
- (1) 臨床狀況明顯為輕症或無症狀，但使用廣效感染性抗生素，且無正當理由
 - (2) 無正當理由同時使用3種以上抗生素
 - (3) 使用藥物的種類不符合國內外抗生素治療指引
 - (4) 使用的劑量未考慮病人體重及肝腎功能



重2.7.10 抗生素使用監測管理機制(4/5)



■ 評量方法及建議佐證資料

7.有關病童手術預防性抗生素使用之情形，建立下列機制：

- (1)需用手術預防性抗生素時，應在手術劃刀前1小時內，給予第一劑手術預防性抗生素(使用 vancomycin 及 fluoroquinolones 者可於劃刀前2小時內給予手術預防性抗生素；剖腹產則可在臍帶結紮前後立即給予手術預防性抗生素)
- (2)手術預防性抗生素使用時機及選藥時應符合國內外抗生素使用指引
- (3)劑量應與體重相符並有考慮病人肝腎機能
- (4)一般清淨手術後，於術後不再繼續使用抗生素，重大手術抗生素使用符合國內外抗生素使用指引
- (5)手術中視必要(考慮藥品動態學)追加抗生素



重2.7.10 抗生素使用監測管理機制(5/5)



■ 評量方法及建議佐證資料

8.有關兒童門診抗生素使用之情形，建立下列機制：

- (1)有需要才用抗生素；使用抗生素時，病歷上應說明用藥理由
- (2)一般明顯急性感冒不可使用抗生素
- (3)抗生素使用種類及劑量合理，並有考慮病人體重及肝腎機能
- (4)抗生素使用期間合理，如有異常時，應於病歷上說明

■ 106年評鑑委員共識

評鑑委員可參考受評醫院上次之感染管制查核結果(3.2項次)



重2.7.11抗藥性微生物之監測診斷及隔離防治措施(1/3)



■ 符合項目

- 1.訂有微生物實驗室檢驗標準作業程序，並有內、外部品管計畫。針對微生物實驗室內、外部品管監測異常結果，執行問題調查與原因分析，並對須改善之事項，提出具體解決的對策(試)
- 2.每年定期製作全院性臨床分離菌種抗生素抗藥性圖譜(antibiogram)報告(統計期間歸人計算)，並將最新報告提供給臨床醫師開立處方參考或於院內網路公告，醫師可隨時查閱
- 3.每年定期依據檢體種類及病房別且對感染菌種之分離件數、抗生素之感受性等資料製作分析報告，特別是多重抗藥性微生物(如：CRE、CRAB、VRE、MRSA等)，並進行抗藥性趨勢與抗生素用量之相關性分析
- 4.針對分離出多重抗藥性微生物(如：CRE、CRAB、VRE、MRSA等)之個案，應於微生物報告上註記或解釋，並即時通知臨床單位進行適當隔離及標示



重2.7.11抗藥性微生物之監測診斷及隔離防治措施(2/3)



■ 符合項目

5.將實驗室檢出菌株與抗生素抗藥性檢測結果等相關監測資料通報至衛生福利部疾病管制署「台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統」

■ 優良項目

- 1.根據前揭統計分析報告，研擬防治對策並付諸實行，且有具體改善成效(試)
- 2.建置自動化通報機制，持續將實驗室檢出菌株與抗生素抗藥性檢測結果等相關監測資料通報至衛生福利部疾病管制署「台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統」，自開始通報月須持續通報、每月通報之細菌種類需達10項菌屬/種以上且實驗室通報完整率達100%(試)



重2.7.11抗藥性微生物之監測診斷及隔離防治措施(3/3)



■ [註]

- 1.本條文所規範之內容，得與總院合併辦理
- 2.符合項目1及優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算

■ 評量方法及建議佐證資料

- 1.微生物實驗室檢驗標準作業程序文件及品管紀錄(符合)
- 2.抗生素抗藥性圖譜統計報告(符合)
- 3.多重抗藥性微生物感染或移生個案之隔離管理政策及相關作業流程(符合)
- 4.內、外部品管監測異常之改善方案或對策(符合/優良)
- 5.抗藥性趨勢與抗生素用量之相關性分析報告(符合/優良)
- 6.多重抗藥性微生物防治對策及執行成效(優良)

■ 106年評鑑委員共識

評鑑委員可參考受評醫院上次之感染管制查核結果(3.3項次)



重2.7.12落實環境清潔消毒及管理(1/4)



■ 符合項目

1. 對於環境清潔工作消毒訂有標準作業程序並設有查檢表，且有相關機制教育環境清潔人員熟悉內容
2. 若設有有氣管鏡室者，應具負壓或抽風等設備，且有維護保養紀錄。若有牙科診間，其診療環境應保持清潔，器械清洗完善，醫療廢棄物有妥善分類、處理；每天進行牙科治療台清潔、管路保養及消毒，並有紀錄
3. 若有血液透析單位，班與班之間必須完成病童照護區環境(含透析機表面)清潔消毒後，才提供給下一位病童使用
4. 若有加護病房或器官移植及骨髓移植等高風險病童居住的區域，訂有醫院退伍軍人病防治計畫
5. 針對特殊感染事件或群聚事件等異常情形發生時，具有加強環境清潔應變機制，且教育工作人員熟悉相關內容



重2.7.12落實環境清潔消毒及管理(2/4)



■ 優良項目

- 1.肺功能室具負壓或抽風等設備，且有維護保養紀錄(試)
- 2.對監測結果定期檢討，研訂改進措施並確實落實，有紀錄備查(試)
- 3.對於環境清潔執行情形應使用客觀之環境清潔評估工具(如螢光檢測、ATP冷光儀測試或細菌培養等)進行環境清潔成效評估，訂有定期查核抽檢機制，將查檢結果回饋相關單位，並定期提報院內感染管制會，且有檢討流程並進行改善措施(試)
- 4.依據衛生福利部疾病管制署公布之「醫院退伍軍人菌環境檢測及其相關因應指引措施」執行供水系統之監測及採檢並有報告及檢討機制(試)

■ [註]

- 1.器官移植係指心臟、胰臟、腎臟、肝臟、肺臟、小腸移植
- 2.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算



重2.7.12落實環境清潔消毒及管理(3/4)



■ 評量方法及建議佐證資料

- 1.環境清潔工作標準作業程序、查檢表與教育訓練紀錄(符合)
- 2.氣管鏡室與肺功能室空調(抽風負壓)設備維修保養紀錄(符合/優良)
- 3.牙科治療台清潔、管路保養及消毒紀錄(符合)
- 4.醫院退伍軍人病防治計畫(符合)
- 5.環境清潔執行情形之查核抽檢結果與改善措施紀錄(優良)
- 6.退伍軍人菌環境監測及採檢報告及檢討(優良)



重2.7.12落實環境清潔消毒及管理(4/4)



■ 106年評鑑委員共識

- 1.評鑑委員可參考受評醫院上次之感染管制查核結果(2.3項次)
- 2.實地查證時，委員將加強有關軟式內視鏡(包括腸胃鏡、氣管鏡等)相關器械、設備清洗消毒之查核，以落實醫療儀器設備之清潔、消毒、滅菌作業。其中有關軟式內視鏡(包括腸胃鏡、氣管鏡等)，每次使用後需完成高層次消毒程序
- 3.符合項目1所提「環境清潔消毒」係指全院環境



重2.7.13重確實執行衛材、器械、機器與內視鏡之滅菌及清潔管理(1/6)



■ 符合項目

- 1.自行執行衛材、器械、機器與內視鏡之滅菌及清潔者(設有牙醫部門者須納入):
 - (1)各類物品之清洗、包裝、消毒、滅菌及有效期間均訂有標準
 - (2)處理物品時，工作人員需穿戴適當的個人防護裝備
 - (3)自行滅菌之衛材包、器械包，每包內側及外側均應有化學性指示器(如：包外化學指示劑、包內化學指示劑)及標示有效日期，並讓使用者知悉
 - (4)以高壓蒸氣滅菌時，生物指示劑至少每週施行1次，若為抽真空式滅菌器，抽真空測試應每個開鍋日施行，並有紀錄可查
 - (5)環氧乙烷(ethylene oxide gas, EO)滅菌時，每鍋次均使用生物指示劑(如：快速判讀生物培養苗)，設置場所應有EO濃度監測儀或警示儀(detector)，以防止EO外洩並能及時處理



重2.7.13重確實執行衛材、器械、機器與內視鏡之滅菌及清潔管理(2/6)



■ 符合項目

- (6)電漿鍋依滅菌監測感染控制措施指引進行監測，並有相關紀錄
 - (7)滅菌過程發生異常，應有相關處理規範(含回收機制)
 - (8)消毒/滅菌相關設備應制訂維護保養規範並定期保養，若發生故障時，可迅速處理；且留存保養及維修紀錄備查
 - (9)軟式內視鏡(包括腸胃鏡、氣管鏡等)相關器械、設備之清洗消毒或滅菌及儲存訂有標準作業流程，並由專人負責且確實執行
 - (10)依照說明書建議監測軟式內視鏡等相關器械、設備之清洗消毒液有效濃度，並有紀錄
2. 消毒/滅菌過的物品應保管於清潔且空調較佳處之架子上或有門扇之櫥櫃內；並依物品名稱及消毒先後適當置放；消毒/滅菌過的物品需使用清潔並加蓋之推車搬運及配送(消毒/滅菌物品和回收物品之置放車要區分)



重2.7.13重確實執行衛材、器械、機器與內視鏡之滅菌及清潔管理(3/6)



■ 符合項目

- 3.衛材、器械之滅菌業務外包，或租賃手術器械，應妥善監控品質、設有管理辦法及進行例行性稽查，並有紀錄備查
- 4.各項監測有持續性紀錄；且工作人員清楚各項指標意義及處理異常情況

■ 優良項目

- 1.訂有立即使用器械的管理機制(如：高壓蒸氣滅菌鍋)且執行成效良好；包括：確保僅限於器械緊急需要時使用，醫材於滅菌完成後立即使用且紀錄詳實(含：器械使用狀況、手術日期、病人資料、追蹤狀況等)(試)
- 2.定期檢討探討及分析消毒/滅菌過程(含內視鏡清洗消毒作業)或外包業務(含租賃手術器械)，如有異常情況應進行檢討及改善(試)



重2.7.13重確實執行衛材、器械、機器與內視鏡之滅菌及清潔管理(4/6)



■ [註]

- 1.本條文所規範之內容，得與總院合併辦理
- 2.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算

■ 評量方法及建議佐證資料

- 1.供應室以外之消毒/滅菌物品(含採購之無菌醫耗材)集中貯存區溫濕度監測紀錄(符合)
- 2.過期物品登記表(符合)
- 3.滅菌監測標準作業手冊、滅菌失敗物品處理機制流程、及各類滅菌監測結果(含生物監測、化學監測、抽真空監測等)與審核紀錄(含臨床單位寄消品)(符合)
- 4.環氧乙烷每日作業檢點表、監測分析報告及洩漏之緊急處理(符合)
- 5.高壓蒸氣滅菌鍋每日作業檢點表(符合)



重2.7.13重確實執行衛材、器械、機器與內視鏡之滅菌及清潔管理(5/6)



■ 評量方法及建議佐證資料

6.滅菌設備保養維修紀錄與故障處理機制(符合)

7.滅菌失敗物品回收紀錄(符合)

8.內視鏡安全作業指引(符合)

9.內視鏡或器械消毒劑有效濃度監測紀錄(符合)

10.內視鏡採檢流程(符合)

11.外包業務(含租賃手術器械)管理辦法及品質監控稽查及紀錄(優良)

12.立即使用器械(如：高壓蒸氣滅菌鍋等)管理機制、使用紀錄及檢討(優良)

13.消毒/滅菌(含外包業務)異常原因檢討與改善措施會議紀錄(優良)

14.內視鏡品管監測結果及改善措施與檢討會議紀錄(優良)



重2.7.13重確實執行衛材、器械、機器與內視鏡之滅菌及清潔管理(6/6)



■ 106年評鑑委員共識

- 1.評鑑委員可參考受評醫院上次之感染管制查核結果(2.1項次)
- 2.符合項目1-(1)，評鑑委員需查證相關單位之消毒、滅菌物品是否於有效期限內



2.7.14 供應室應配置適當人力，清潔區及污染區應做區隔且動線規劃合宜(1/3)



■ 符合項目

1. 確保必要人力之充足並有專責人員負責衛材、器械之消毒與管理業務，若設有滅菌設備，應由合格人員操作，並有護理人員監督
2. 主管應出席感染管制委員會，必要時專責人員應共同出席
3. 供應室環境整潔，清潔區及污染區應有適當的區隔；定期監測供應室滅菌物品貯存區滅菌物品溫度及濕度，並有紀錄備查
4. 醫院之衛材與器械未集中於供應室清洗、消毒與滅菌者，應依供應室之作業指引及流程辦理之
5. 針對供應室及執行軟式內視鏡清潔消毒之新進人員與在職工作人員訂有教育訓練課程，並留有紀錄備查(試)



2.7.14 供應室應配置適當人力，清潔區及污染區應做區隔且動線規劃合宜(2/3)



■ 優良項目

1. 供應室有合宜的動線規劃和人員管理辦法(試)
2. 建立機制有監測數據，定期探討及分析，如有異常情況應進行檢討及改善(試)
3. 落實供應室之溫度及濕度控管，空調設置符合感染管制原則，並有佐證資料(試)

■ [註]

1. 中央主管機關指定之具有危險性設備，可參考勞動部公告之「危險性機械及設備安全檢查規則」
2. 本條文所規範之內容，得與總院合併辦理
3. 符合項目5及優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算



2.7.14 供應室應配置適當人力，清潔區及污染區應做區隔且動線規劃合宜(3/3)



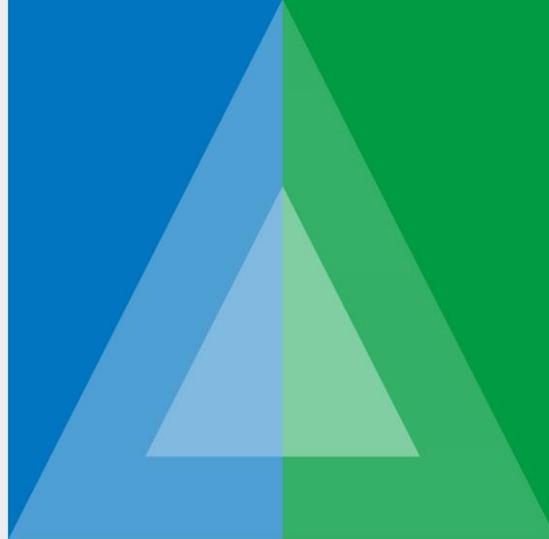
■ 評量方法及建議佐證資料

1. 供應室單位人員排班表(符合)
2. 感染管制會會議紀錄(符合)
3. 設有中央主管機關指定之具有危險性設備者，相關操作人員應具有合格證明文件，如：第一種壓力容器操作人員合格證書等(符合)
4. 供應室工作規範(符合)
5. 供應中心之感染管制措施(符合)
6. 滅菌物品貯存區室溫濕度監測紀錄(符合)
7. 供應室及執行軟式內視鏡清潔消毒之新進人員與工作人員教育訓練計畫書及員工個別教育訓練紀錄文件(符合)
8. 供應室消毒及滅菌監測小組會議紀錄(優良)

■ 106年評鑑委員共識

評鑑委員可參考受評醫院上次之感染管制查核結果(2.2項次)





第2.8章檢驗、病理與放射作業

2.8.1 具備合宜的病童醫事檢驗設備，訂有符合標準之作業流程，確保品質(1/4)



■ 符合項目

1. 應依病童生理特性及整體病童照護條件，設置病童相關醫事檢驗設備，提供正確檢驗結果、及不同年齡層病童檢驗品質指標，符合病童醫療照護的需求
2. 備有快速檢驗設備，其功能可提供必要的檢驗項目及符合時效的結果報告，以因應兒童急診醫療的需求
3. 應訂定符合病童及檢驗檢體辨識、登錄、傳送、檢測、報告等作業的安全性、時效性與結果正確性要求之標準作業程序
4. 實施委外檢驗者，應定期要求受託檢驗單位提供參與精確度評估或接受外部能力評鑑之相關結果或證明
5. 檢驗科室以外之檢驗儀器(如：血糖機、血液氣體分析儀(blood gas analyzer)等)有品質管理機制



2.8.1 具備合宜的病童醫事檢驗設備，訂有符合標準之作業流程，確保品質(2/4)



■ 符合項目

6. 醫事檢驗報告內容正確，報告時效符合臨床醫療需求，且不同類型檢體或檢驗項目的報告完成時間以及檢驗生物參考區間，能夠經由與臨床協議後有明確的訂定，而據以實施

■ 優良項目

1. 醫事檢驗作業之品質管理，有定期檢討評估改善(試)
2. 每一年度均針對病童檢驗品質相關指標(如：報告時效監測，客訴意見處理、檢驗品質與安全調查等)進行分析，並有相關統計報告。發現異常狀況時，能進行相關因應措施，及留有紀錄可供檢討(試)



2.8.1 具備合宜的**病童**醫事檢驗設備，訂有符合標準之作業流程，確保品質(3/4)



■ [註]

1. 委外管理包括本身醫療需求委外檢驗或以醫院名義承攬業務等監督責任
2. 實驗室若通過國際第三方認證機構如財團法人全國認證基金會(TAF)或美國病理學會國際認證(CAP)等，且於合格效期內者，本條基準視為符合符合及優良項目
3. 優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算



2.8.1 具備合宜的病童醫事檢驗設備，訂有符合標準之作業流程，確保品質(4/4)



■ 評量方法及建議佐證資料

1. 委外檢驗之評估、履約管理、品質管理等作業程序及相關會議紀錄(符合)
2. 快速檢驗作業流程(符合)
3. 檢驗科室以外之檢驗儀器品質管理機制(符合)
4. 檢驗檢體辨識、登錄、傳送、檢測、報告等作業規範或作業程序及紀錄(符合/優良)

■ 106年評鑑委員共識

優良項目2所提「安全調查」係指：發現有危害兒童生命安全之不良事件時，應有主動提出「調查分析」之作為，以及研議「避免再發生之預防措施」的檢討說明



2.8.2設有合宜兒童之血品供應之作業程序，並能確保品質(1/4)



■ 符合項目

1. 明確設置血品之保管、供應或訂購的負責人員或部門，並明訂工作職責
2. 應能提供符合**病童**醫療需求之血品，並訂有血品分裝之作業流程，及確保血品的品質
3. 明訂血液及血液製劑供應之作業程序，包括檢體辨識、使用前檢驗(交叉試驗等)、登錄、檢測、報告、血品傳送等，作業時效性與結果正確性要求之標準作業程序
4. 血品供應單位必須評估血品於病房及手術室暫存保管之作業方式的適當性，訂有輸注前可存放的時間，及未輸注可退回的時間與條件等規範，提供相關醫護單位人員遵循
5. 血品供應單位能提供血品使用單位人員，對於血液及血液製劑供應相關諮詢的教育訓練，以共同提升輸血醫療的品質與安全



2.8.2設有合宜兒童之血品供應之作業程序，並能確保品質(2/4)



■ 優良項目

1.每年至少舉行2次輸血委員會會議，針對病童輸血品質相關指標(如：血漿及血小板等適應症、供應時效監測、客訴意見處理、供應品質與安全調查等)，及防止副作用等有關保障病童輸血安全的成效進行分析，並有相關統計報告，且發現異常狀況時，能進行相關因應措施，及留有紀錄可供檢討(試)

2.相關作業程序留有紀錄，執行狀況良好，並有檢討改善，成效良好(試)

■ [註]

1.如為總院分離另設立之兒童醫院得與總院委員會一起運作，惟須討論兒童醫院議題，並有紀錄可查

2.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算



2.8.2設有合宜兒童之血品供應之作業程序，並能確保品質(3/4)



■ 評量方法及建議佐證資料

- 1.血品相關辨識、登錄、檢測、報告、血品傳送等作業規範或作業程序及相關紀錄(符合)
- 2.血品暫存保管作業規範或流程及相關時效規定(符合)
- 3.血品供應(含退還)之標準作業流程及相關紀錄(符合)
- 4.輸血委員會會議設置辦法及會議紀錄(優良)
- 5.血品相關品質指標監測紀錄、統計資料及稽核制度之紀錄(優良)
- 6.血品使用單位人員相關教育訓練資料(符合)



2.8.2設有合宜兒童之血品供應之作業程序，並能確保品質(4/4)



■ 106年評鑑委員共識

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



2.8.3 具備合宜的兒童病理診斷設備，訂有符合標準之作業流程，並確保品質(1/5)



■ 符合項目

1. 應依兒童疾病種類提供符合兒童病理診斷需求及設備，以達正確病理診斷結果，符合兒童醫療照護的需求
2. 應訂定符合兒童病理檢體辨識、登錄、傳送、診斷、報告等作業的安全性、時效性與結果正確性要求之標準作業程序
- 3.** 組織病理委員會定期召開，並有檢討病理診斷品質，備有會議紀錄可查。兒童病理診斷報告應有審查及檢討評估機制(醫療法第65條)。且兒童癌症診斷報告格式符合需求，應有雙重檢核機制
4. 兒童病理診斷服務項目須借助委外檢驗方式完成者，應制訂有效的作業程序，以評估與選擇具有能力，且合乎品質要求的受委託檢驗單位



2.8.3 具備合宜的兒童病理診斷設備，訂有符合標準之作業流程，並確保品質(2/5)



■ 優良項目

- 1.**每年至少2次針對兒童病理診斷品質相關指標(如疾病別、件數等)進行分析，並有相關統計報告(試)
- 2.**兒童病理作業流程設有個案結果比對、報告時效監測，以及客訴意見處理等機制，發現異常狀況時，能進行相關因應措施留有紀錄可供檢討改善，且成效良好(試)

■ [註]

- 1.衛生福利部(原：行政院衛生署)於中華民國77年2月4日衛署醫字第715562號函，已明確界定器官之範圍；所稱「器官」係指：
 - (1)消化系統：口腔、唇、舌、咽喉、食道、胃、十二指腸、闌尾、肝臟、膽囊、膽道、胰臟、大腸、小腸、直腸、肛門、腸系膜、腹膜



2.8.3 具備合宜的兒童病理診斷設備，訂有符合標準之作業流程，並確保品質(3/5)



■ [註]

- (2)呼吸系統：鼻竇、副鼻竇、鼻咽、聲帶、喉、氣管、支氣管、肺臟、肋膜
- (3)心臟血管系統：血管(動脈、靜脈)、心臟、心包膜
- (4)泌尿系統：腎臟、輸尿管、尿道、膀胱、前列腺
- (5)內分泌系統：甲狀腺、副甲狀腺、腎上腺、腦下垂體、胸腺
- (6)造血淋巴系統：骨髓、脾臟
- (7)骨骼與肌肉系統：骨骼截除、肢體截除
- (8)神經系統：腦、脊髓、神經、腦膜
- (9)生殖器官：子宮、卵巢、輸卵管、陰道、乳房、輸精管、睪丸、陰囊、陰莖
- (10)感官器官：眼、中耳、內耳



2.8.3 具備合宜的兒童病理診斷設備，訂有符合標準之作業流程，並確保品質(4/5)



■ [註]

- 2.如為總院分離另設立之兒童醫院得與總院委員會一起運作，惟須討論兒童醫院議題，並有紀錄可查
- 3.病理診斷單位若通過國際第三方認證機構如財團法人全國認證基金會(TAF)或美國病理學會國際認證(CAP)等，且於合格效期內者，本條基準視為符合一般及優良項目
- 4.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算



2.8.3 具備合宜的兒童病理診斷設備，訂有符合標準之作業流程，並確保品質(5/5)



■ 評量方法及建議佐證資料

1. 檢驗檢體辨識、登錄、傳送、診斷、報告等作業規範或作業程序(符合)
2. 相關作業程序檢討紀錄資料(優良)
3. 病理診斷報告(含癌症診斷報告等)審查及檢討評估相關資料(符合/優良)
4. 組織病理委員會章程及會議紀錄(符合)
5. 病理相關品質指標監測紀錄及統計資料(優良)
6. 異常事件報告與紀錄(優良)
7. 品質改善方案實例，如：品管圈、教案教學、得獎紀錄等(優良)



2.8.4 具備合宜的兒童放射診斷(含核子醫學)設備，訂有符合標準之作業流程，並確保品質(1/6)



■ 符合項目

1. 應依**病童**生理發展訂定兒童放射診斷(含核子醫學)標準作業程序，提供**病童**進行放射診斷之必要相關設備
2. 放射線診斷及核子醫學檢查環境必須依照游離輻射防護法規，訂定安全管理計畫，以執行妥善的防護、監測與紀錄
3. 應有本院代表參與輻射防護管理委員會，並提出兒童輻射防護相關議題，且有會議紀錄可查
4. 檢查室內備有兒科急救設備，且檢查室內外之規劃設計，提供安全、舒適的檢查環境
5. 應訂定符合檢查需求之**病童**辨識、登錄、運送、檢查、報告時效性與結果正確性之標準作業程序，同時須明訂檢查過程的**病童**及家屬安全防護管理及應變機制，其內容完整且能確實執行



2.8.4 具備合宜的兒童放射診斷(含核子醫學)設備，訂有符合標準之作業流程，並確保品質(2/6)



■ 符合項目

6.放射診斷(含核子醫學)報告內容完整，報告時效符合臨床醫療需求，且不同檢查項目的報告完成時間，能夠經由與臨床協議後有明確的訂定，而據以實施

7.放射診斷(含核子醫學)相關影像檔案管理適當

■ 優良項目

1.至少1名兒童放射診斷醫師或技術人員具有有效期內之PALS或NRP證書
(試)

2.報告內容完整，且有適當影像會診機制，能協助臨床診療(試)

3.影像診療報告應由接受兒童放射診斷訓練之專科醫師製作(試)

4.定期舉行聯合討論會(如：與相關診療科醫師舉行病例檢討會)，且紀錄詳實(試)



2.8.4 具備合宜的兒童放射診斷(含核子醫學)設備，訂有符合標準之作業流程，並確保品質(3/6)



■ 優良項目

5. 每年至少2次針對兒童放射診斷(含核子醫學)品質相關指標(如：報告時效監測、客訴意見處理、檢查品質、報告正確性與病童安全調查等)進行分析，並有相關統計報告，且發現異常狀況時，能進行相關因應措施，及留有紀錄可供審查(試)
6. 定期與臨床照護單位召開放射診斷(含核子醫學)服務流程品質檢討會議，並建立品質保證之管理會議或稽核制度(試)



2.8.4 具備合宜的兒童放射診斷(含核子醫學)設備，訂有符合標準之作業流程，並確保品質(4/6)



■ [註]

1. 依照國家相關法規之規範，醫院在符合相關規定的前提下，可依實際需求自行評估與規劃其設備及所需環境
2. 依游離輻射防護法第七條第三項規定，於民國91年12月11日訂定之「輻射防護管理組織及輻射防護人員設置標準」規定，相關內容摘要如下：
 - (1) 第2條：依游離輻射防護法第七條第一項所稱之輻射防護管理組織，係指輻射防護業務單位及輻射防護管理委員會
 - (2) 第4條：設施經營者具有附表一(醫療院所屬範圍內事業類別，包含「從事放射診斷、核子醫學、放射治療三項診療業務者」或「設有放射診斷、核子醫學、放射治療任二項診療業務者」)所列設備、業務或規模者，應設立輻射防護管理組織，並依表列名額配置輻射防護業務單位之各級輻射防護人員



2.8.4 具備合宜的兒童放射診斷(含核子醫學)設備，訂有符合標準之作業流程，並確保品質(5/6)



■ [註]

- (3) 第5條：設施經營者具有附表二(醫療院所屬範圍內事業類別，包含「僅從事放射治療業務者」或「僅從事核子醫學業務者」或「僅從事放射診斷業務者」)所列設備、業務或規模者，應依表列名額配置各級輻射防護人員
- (4) 第12條規定輻射防護管理委員會委員組成及應至少每6個月開一次會

3.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算



2.8.4 具備合宜的兒童放射診斷(含核子醫學)設備，訂有符合標準之作業流程，並確保品質(6/6)



■ 評量方法及建議佐證資料

1. 輻射防護管理委員會設置辦法、會議紀錄及醫療儀器品質保證與輻射防護作業執行相關工作紀錄(符合)
2. 病童急救設備平時保養、點班紀錄(符合)
3. 檢查病童辨識、登錄、運送、檢查、報告等作業規範或作業程序及紀錄(符合)
4. 聯合討論會(如：與相關診療科醫師舉行病例檢討會)會議紀錄(優良)
5. 放射診斷相關品質指標監測紀錄、統計資料及稽核制度之紀錄(優良)
6. 放射診斷檢查結果與報告完成作業規範(符合)
7. 放射診斷影像檔案管理機制(符合)
8. 兒童放射診斷醫師或技術人員PALS或NRP證書(優良)
9. 排班照會系統或班表(優良)



2.8.5 具備合宜的放射治療(含核子醫學)設備，訂有符合標準之作業流程，並確保品質(1/6)



■ 符合項目

1. 應依**病童**生理發展訂定兒童放射治療(含核子醫學)標準作業程序，提供**病童**進行放射治療之必要相關設備
2. 放射治療(含核子醫學)環境必須依照游離輻射防護法規，訂定安全管理計畫，以執行妥善的防護、監測與紀錄
3. 應有本院代表參與輻射防護管理委員會，每年至少召開二次會議，並提出兒童輻射防護相關議題，且有會議紀錄可查
4. 治療室內備有兒童急救設備，且治療室內外之規劃設計，提供安全舒適的治療環境
5. 應訂定符合治療需求之**病童**辨識、登錄、運送、治療等作業，達到檢查之時效性與結果正確性，包括全部治療過程的**病童**安全防護管理及應變機制，其內容完整且能確實執行



2.8.5 具備合宜的放射治療(含核子醫學)設備，訂有符合標準之作業流程，並確保品質(2/6)



■ 符合項目

- 6.放射線治療的計畫、實施及其結果判定，必須由放射治療專科醫師簽核
- 7.診療報告應由放射治療(腫瘤)科專科醫師或核子醫學科專科醫師製作，且應符合時效，內容詳實
- 8.放射治療(含核子醫學)相關影像檔案管理適當



2.8.5 具備合宜的放射治療(含核子醫學)設備，訂有符合標準之作業流程，並確保品質(3/6)



■ 優良項目

1. 至少1名放射治療醫師或技術人員具有有效期內之PALS或NRP證書(試)
2. 定期舉行聯合討論會(如：與相關診療科醫師舉行病例檢討會)，且紀錄詳實(試)
3. 診療紀錄內容完整，且有適當會診機制，能協助臨床診療(試)
4. 每年至少二次針對病童放射治療品質相關指標(如：治療計畫內容品質、時效監測、客訴意見處理、治療成效與安全等)，進行分析，並有相關統計報告，且發現異常狀況時，能進行相關因應措施，及留有紀錄可供檢討(試)
5. 定期與臨床照護單位召開科際聯合檢討會議，並有會議紀錄可查(試)



2.8.5 具備合宜的放射治療(含核子醫學)設備，訂有符合標準之作業流程，並確保品質(4/6)



■ [註]

1. 依照國家相關法規之規範，醫院在符合相關規定的前提下，可依實際需求自行評估與規劃其設備及所需環境
2. 依游離輻射防護法第七條第三項規定，於91年12月11日訂定之「輻射防護管理組織及輻射防護人員設置標準」規定，相關內容摘要如下：
 - (1) 第2條：依游離輻射防護法第七條第一項所稱之輻射防護管理組織，係指輻射防護業務單位及輻射防護管理委員會
 - (2) 第4條：設施經營者具有附表一(醫療院所屬範圍內事業類別，包含「從事放射診斷、核子醫學、放射治療三項診療業務者」或「設有放射診斷、核子醫學、放射治療任二項診療業務者」)所列設備、業務或規模者，應設立輻射防護管理組織，並依表列名額配置輻射防護業務單位之各級輻射防護人員



2.8.5 具備合宜的放射治療(含核子醫學)設備，訂有符合標準之作業流程，並確保品質(5/6)



■ [註]

- (3) 第5條：設施經營者具有附表二(醫療院所屬範圍內事業類別，包含「僅從事放射治療業務者」或「僅從事核子醫學業務者」或「僅從事放射診斷業務者」)所列設備、業務或規模者，應依表列名額配置各級輻射防護人員
- (4) 第12條規定輻射防護管理委員會委員組成及應至少每6個月開一次會

3.如為自總院分離另設立之兒童醫院，得與總院委員會一起運作，惟須討論兒童醫院議題，並有紀錄可查

4.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算



2.8.5 具備合宜的放射治療(含核子醫學)設備，訂有符合標準之作業流程，並確保品質(6/6)



■ 評量方法及建議佐證資料

1. 輻射防護管理委員會設置辦法及會議紀錄(符合)
2. 兒童急救設備平時保養、點班紀錄(符合)
3. 病童辨識、登錄、運送、報告等作業規範或作業程序及紀錄(符合)
4. 放射治療診療報告完成作業規範(符合)
5. 放射治療影像檔案管理機制(符合)
6. 放射治療作業執行狀況檢討紀錄或相關管理會議紀錄(優良)
7. 排班照會系統或班表(優良)
8. 聯合討論會(如：與相關診療科醫師舉行病例檢討會)會議紀錄(優良)
9. 放射治療相關品質指標監測紀錄、統計資料及稽核制度之紀錄(優良)
10. 放射治療醫師或技術人員PALS或NRP證書(優良)



2.8.6各項檢驗、檢查步驟，能安全、確實的執行，且能提供迅速、正確之服務(1/3)



■ 符合項目

- 1.各項檢驗、檢查應符合適用之標準程序，必要時應於實施前進行病童評估及對病童或家屬具體說明內容及步驟
- 2.明訂檢體檢驗、影像檢查、病理診斷等結果報告之遞送路徑，包含正常、緊急作業時間等，並確實將結果報告送達主治醫師或醫療照護團隊相關人員
- 3.應依病童不同年齡，建立緊急且重要之異常值或檢查報告說明及即時通報機制，相關人員對於緊急且重要之異常結果應立即通報給主治醫師



2.8.6各項檢驗、檢查步驟，能安全、確實的執行，且能提供迅速、正確之服務(2/3)



■ 優良項目

- 1.定期或不定期檢討、修正或更新各項步驟及異常值說明(試)
- 2.緊急醫療及夜間、休假日，檢驗、檢查相關醫事人員採取待命制，應能有效發揮緊急檢驗、檢查的功能，且呼叫的步驟明確，並同時能夠確認提出結果報告的時間(試)
- 3.對於須於短時間處理重要危急值(如：檢驗之嚴重低血糖、高血鉀、高或低血鈣等；放射檢查報告之新發現氣胸、腸阻塞或穿孔等)，應有機制可確認已被完整的收到，而能迅速運用於**病童**後續的醫療處置(試)

■ [註]

優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算



2.8.6各項檢驗、檢查步驟，能安全、確實的執行，且能提供迅速、正確之服務(3/3)



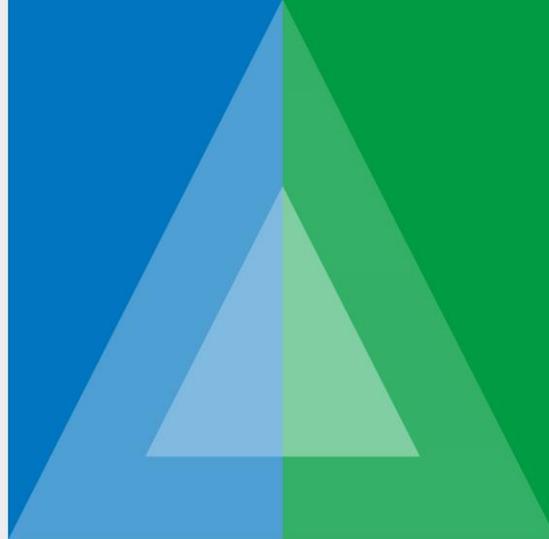
■ 評量方法及建議佐證資料

- 1.各項檢驗、檢查之標準程序(符合)
- 2.檢查、檢驗報告完成規範(符合)
- 3.異常結果(如：危急項目、危急值、異常值等)通報標準作業流程及檢討修正紀錄(符合/優良)
- 4.異常結果通報與回覆統計、追蹤檢討相關紀錄(優良)
- 5.緊急檢驗、檢查之作業規範、相關人力排班及照會紀錄(優良)

■ 106年評鑑委員共識

- 1.醫院可以檢討異常危急值之定義，並界定真正需要通報之內容
- 2.有關異常危急值或檢查報告之通報、接收、運用與後續處置等相關規範，醫院可依狀況自訂之。評鑑委員可請醫院舉證說明





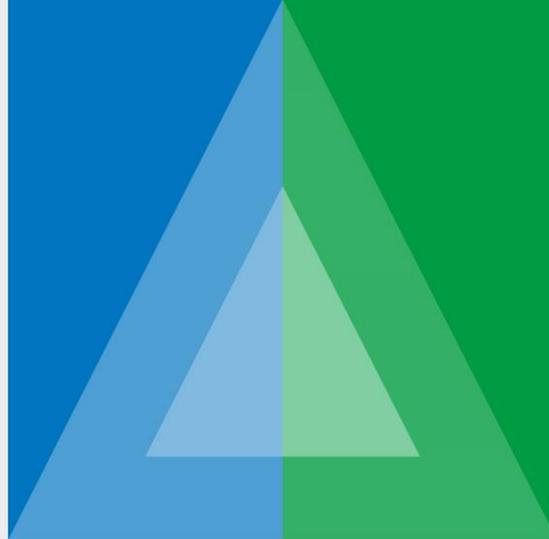
實地評鑑重點提醒

實地評鑑重點提醒



- 請務必參酌評鑑重點及評量方法。
- 相關醫療單位及委員會，請準備好備審資料，包括各項流程管理、品質指標結果及改善方法。
- 請平常落實所有人員訓練及各項團隊會議，並有記錄可循。
- 各項委員會的會議，務必討論兒童議題，並有記錄。





感謝聆聽 敬請指教

說明會提問將納入本年度委員共識，
再放置本會網站供各界下載

邀請您掃描加入
醫策會Line@，
與我們一同關心
國家醫療大小事！



請掃描QR Code加入醫策會Line@

