

112 年度醫院評鑑基準及評量項目、評量共識(醫學中心適用)

凡例

- 一、衛生福利部依據醫療法第 28 條規定辦理醫院評鑑，並訂定「醫院評鑑及教學醫院評鑑作業程序（以下稱作業程序）」及「醫院評鑑基準及評量項目（醫學中心適用）」（以下稱本基準）；本基準供申請醫學中心評鑑之醫院參考及使用。
- 二、本基準內容之編排，區分為篇、章、條、項、款、目六個層級，共計有 2 篇、16 章、195 條。其中章號使用二碼數字，條號使用三碼數字。引用條文規定時，可略去篇名與章名。
- 三、本基準之條文，分類方式如下：
 1. 「可免評之條文」：醫院可依提供之服務項目而選擇免評之條文，於條號前以「可」字註記。
 2. 「符合/待改善條文」：於條號前以「合」字註記。
 3. 「必要條文」：此類條文規範基本的醫事人員之人力標準，於條號前以「必」字註記。
 4. 「重點條文」：此類條文規範醫院環境與設備安全、風險管理、防火安全、緊急應變管理、護病比及感染管制等標準，於條號前以「重」字註記。
 5. 「試評條文」：於條號前以「試」字註記。
- 四、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：
 1. 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。
 2. 符合：同條文中，所有符合評量項目均達成。
 3. 待改善：同條文中，1 項（含）以上符合評量項目未達成。
- 五、有關醫院評鑑成績之核算，請參照作業程序「附件五、醫院評鑑及教學醫院評鑑合格基準及成績核算方式」之規定。

附表、醫院評鑑基準條文分類統計表

篇	章		條數	可免評條文之 條數	符合/不符合條 文之條數	必要條文 之條數	重點條文 之條數	試評條文 之條數
一 、 經營管 理	1.1	醫院經營策略	10	0	1	0	0	0
	1.2	人力資源管理	10	0	0	0	0	0
	1.3	人力需求管理	24	1	12	9	0	14
	1.4	病歷、資訊與溝通管理	9	0	0	0	0	0
	1.5	安全的環境與設備	10	0	2	0	4	0
	1.6	病人導向之服務與管理	7	0	0	0	0	0
	1.7	風險管理	3	0	0	0	2	0
	1.8	建立緊急應變管理機制	4	0	1	0	4	0
第一篇合計			77	1	16	9	10	14
二 、 醫療照 護	2.1	病人及家屬權責	5	0	1	0	0	0
	2.2	醫療照護品質與安全管理	6	0	0	0	0	0
	2.3	醫療照護之執行與評估	21	3	4	0	2	1
	2.4	特殊照護服務	34	11	0	1	0	1
	2.5	用藥安全	13	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	14	0	0	0	0	0
第二篇合計			118	14	11	1	11	2
總計			195	15	27	10	21	16

條號	條文	評量項目	委員共識
第 1 篇、經營管理 第 1.1 章 醫院經營策略 【重點說明】	<p>醫院經營管理實務中，經營策略決定醫院的定位及政策，透過每項政策的規劃、實質的領導，建構符合醫院定位的文化，發展以病人為中心的醫療，確保所提供之醫療服務為民眾所需要的。在策略規劃過程中，醫院的監督或治理團隊(Governing body，可包含董事會、主管機關等，依個別醫院架構可自行決定)負責邀集經營團隊(executive team)(可包含院長、副院長、資深主管、部科或醫療團隊主管，個別醫院可自行定位)共同設定醫院宗旨、願景及目標，明訂組織架構及指揮系統，落實分層負責與分工。監督或治理團隊尋求必要資源，經營團隊遵循宗旨、願景及目標，擬訂計畫與策略，型塑病人安全及醫療品質之文化，建立內部病安、品質促進及管理機制，提供病人真正需要、適度且不浪費的醫療照護。依宗旨、願景及目標所訂定之短中長期計畫，應以團隊概念共同建構，在策略規劃過程中應將服務區域民眾之需求納入，以符合醫院永續發展之需要。另外，經營團隊成員應具備執行職務所必須之知識、技能及素養，定期收集病人安全、醫療品質與經營管理相關之全院指標並進行分析，醫院之監督或治理團隊與經營團隊間應定期共同針對相關資料之分析結果進行討論，以確認需改善之相關議題。會計、成本管理與財務管理作業等亦是確保醫院永續經營所不可或缺之經營策略支援系統。為確保醫院經營績效符合醫院之宗旨及目標，監督或治理團隊與經營團隊應定期溝通與檢討，由經營團隊提出解決方案並進行改善。</p>		
1.1.1	訂定適當之策略與計畫，經執行結果達到醫院宗旨、願景及目標	<p>目的： 醫院應依據宗旨、願景與目標，訂定適當的執行計畫，以提升病人安全、醫療品質，尊重病人權益的文化，確實履行在服務區域之角色與任務。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院之監督或治理團隊與經營團隊共同訂定醫院之宗旨、願景及目標，並適當向員工宣導使其瞭解。(原 1.1.1-符合 1、優良 2 併) 2.所訂定之宗旨、願景及目標，能營造以病人為中心的文化：追求病人安全及醫療品質、尊重病人權利、提供的醫療照護是病人所真正需要的。(原 1.1.1-符合 2 修) 3.依據醫院之宗旨、願景、目標及服務區域民眾需求分析結果，由經營團隊擬訂策略與短、中、長期計畫。(原 1.1.1-符合 3、優良 3 併) <p>優良項目：(下述項目(不含試評項目)僅限一項未達成)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.監督或治理團隊，可包含如：董事會、退輔會、軍醫局、醫學院、衛福部醫管會、公立醫院主管機關等。 2.評鑑委員於實地評鑑時，將了解醫院之監督或治理團隊有無授權機制(醫院自行舉證)。 3.請醫院之監督或治理團隊派員列席實地評鑑，且於「委員與醫院代表面談」時段，應至少有 1 位代表出席。

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>1.醫院之監督或治理團隊審查及核准為達成醫院宗旨、願景與目標所需之相關計畫及預算。(原 1.1.1-優良 4 修)</p> <p>2.監督或治理團隊會議必須有員工代表及社會公正人士的參與機制。(原 1.1.1-優良 1 修)</p> <p>3.監督或治理團隊定期檢討醫院之宗旨、願景與目標，俾符合國家政策、法令與社區民眾之需求。(原 1.1.1-優良 5 修)</p> <p>4.各部門主管有設定部門目標及擬訂發展計畫，且皆能符合醫院之總目標，以利於達成醫院之願景。(試)</p> <p>5.對目標與計畫之執行成效，有妥善追蹤及評量之機制，並定期檢討調整。(原 1.1.1-優良 6 修)</p> <p>[註]</p> <p>本條用詞定義如下：</p> <p>1.監督或治理團隊(governing body)係指監督醫院營運或治理醫院之最高層級組織或個人，可包含如董事會、主管機關等，以下簡稱監督團隊。</p> <p>2.經營團隊(executive team)係指依監督或治理團隊之決議或指示，實際負責醫院營運者，可包含如院長、副院長、資深主管、部科或醫療團隊主管等。</p> <p>3.優良項目 3 所提「國家政策」，宜包含分級醫療、長期照護及生醫產業。</p> <p>4.優良項目 4 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.可呈現醫院監督或治理團隊及經營團隊之章程、組織圖。(符合)</p> <p>2.醫院之監督或治理團隊及經營團隊皆參與訂定宗旨、願景及目標之相關資料。(符合)</p>	

條號	條文	評量項目	委員共識
		3.醫院在病人安全及醫療品質、以病人為中心、尊重病人權利、提供的醫療照護是病人所真正需要之執行成果。(符合) 4.服務區域需求之分析結果。(符合) 5.醫院之角色、功能、目標與計畫之書面資料。(符合) 6.部門的目標及計畫。(優良) 7.對目標與計畫執行成效之追蹤與改善資料。(優良)	
1.1.2	醫院之監督或治理團隊與經營團隊應積極主動提升醫療品質、病人安全及經營管理成效，並營造重視醫療品質及病人安全之文化	目的： 監督或治理團隊與經營團隊定期針對病人安全、醫療品質與經營管理相關議題進行討論，並責成經營團隊依其專業研擬改善方案，定期追蹤改善成效，提升醫療品質、病人安全及經營管理成效。 符合項目： 1.經營團隊執行病人安全、醫療品質與經營管理之相關成員，應具備職務所必須之知識、技能及素養。(原 1.1.2-符合 1 修) 2.經營團隊定期收集病人安全、醫療品質與經營管理相關之全院資料並進行分析。(原 1.1.2-符合 2 修) 3.經營團隊能建立有效機制以促進院內同仁對醫療品質、病人安全之改善共識，且該共識能傳達給同仁周知。(原 1.1.2-優良 3 修) 4.經營團隊定期針對全院病人安全、醫療品質與經營管理相關之年度計畫目標呈送監督或治理團隊報備，並獲得共識。(原 1.1.2-符合 2 修) 5.經營團隊對於病人安全、醫療品質與經營管理之解決方案，應定期呈送監督或治理團隊進行討論及指示調整。(原 1.1.2-符合 3 修) 優良項目：(下述項目(不含試評項目)須全部達成) 1.經營團隊與監督或治理團隊能建立機制定期討論如何妥善運用外部機構提供之醫療品質與病人安全資料，訂定關鍵績效指標，確實執	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>行並有效達成目標。(原 1.1.2-優良 1 修)</p> <p>2.定期檢討與改善醫療品質、病人安全與經營管理之執行成效並有追蹤及改善機制。(原 1.1.2-優良 2 修)</p> <p>3.能運用智能化設計方式提升醫療品質、病人安全及經營管理成果，足為標竿。(試)</p> <p>[註]</p> <p>1.優良項目 1 之「外部機構提供之醫療品質與病人安全資料」係如： 健保品質指標、TCPI、THIS、TCHA 或外部認證等。</p> <p>2.優良項目 3 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.經營團隊中負責醫療品質與病人安全之主管學經歷文件。(符合)</p> <p>2.監督或治理團隊與經營團隊溝通之內容與相關之會議紀錄。(符合)</p> <p>3.經營團隊定期收集病人安全、醫療品質與經營管理相關之關鍵績效指標，及全院資料與分析結果。(符合/優良)</p> <p>4.運用外部機構提供之醫療品質與病人安全資料，訂定提升醫療品質與病人安全之目標之會議紀錄。(優良)</p> <p>5.列舉醫院在醫療品質、病人安全與經營與營造重視醫療品質及病人安全文化成效之檢討與改善紀錄。(優良)</p> <p>6.列舉醫院運用智能化設計提升醫療品質、病人安全及經營管理成果。(優良)</p>	
1.1.3	明訂組織架構及指揮系統，落實分層負責與分工	<p>目的：</p> <p>明訂組織架構、指揮系統及管理制度，各部門及跨部門整合團隊據以推動各項業務及資料管理。</p> <p>符合項目：</p>	符合項目 5，文件管理機制不限定於 ISO。

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>1.訂有清楚之醫院組織架構圖及各類規範能適時檢討、修正更新，並公告周知或傳達院內相關同仁。(原 1.1.3-符合 1、3、4 併)</p> <p>2.訂有組織章程(包含各單位於醫院經營管理、醫療照護及一般業務推動之權責)、辦事細則(工作手冊)、內部管理規章、分層負責明細等，各部門並據以訂定作業規範或程序。(原 1.1.3-符合 2 修)</p> <p>3.依組織架構圖各部門單位能落實分工及分層負責。(原 1.1.3-符合 3 修)</p> <p>4.醫院應有適當的單位負責病人安全、倫理、法律之管理，確保病人之權益。(試)</p> <p>5.全院文件資料有管理機制(包含紀錄保存、發行及更新)，並據以執行。(原 1.1.3-符合 5)</p> <p>優良項目：</p> <p>1.醫院組織結構，有利於人員溝通，訂定計畫及服務品質的監測。(試)</p> <p>2.設有跨部門整合團隊之指揮、分工、協調與整合成效良好。(試)</p> <p>3.各部門有獨立人事編制，作為各部門執行依據，及各部門定期召開業務會議。(試)</p> <p>[註]</p> <p>1.落實分工及分層負責(如：表單之設計可呈現分工及分層負責者)，各部門、層級成員清楚其業務內容、權責範圍及授權等相關事項。</p> <p>2.跨部門整合團隊從各部門徵調常設性的成員，針對解決各種不同的協調問題而設立，如：癌症中心、腦中風中心、心血管中心等。(不含委員會或臨時性專案團隊)。</p> <p>3.符合項目 4 及優良項目 1、2、3 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p>	

條號	條文	評量項目	委員共識
		1.醫院組織架構圖、組織章程。(符合) 2.各單位辦事細則(工作手冊)、作業規範或程序相關檢討之會議紀錄。(符合) 3.組織調整規章修正之公告相關資料。(符合) 4.各部門及跨部門整合團隊任務及業務會議紀錄。(優良)	
1.1.4	訂定醫療業務指標、內部作業指標，定期分析及檢討改善	目的： 收集醫療業務管理及內部作業流程等相關指標，並建立定期檢討與改善機制，提升醫院經營管理績效。 符合項目： 1.有專責人員或部門負責收集醫療業務管理及內部作業流程相關指標，定期收集資料並分析，且至少每季有一次報告及檢討。(原 1.1.4-符合 1 修) 2.收集醫療業務管理相關指標至少 5 項，並應包含佔床率、他院轉入病人數、轉出病人數及住院手術人次等。(原 1.1.4-符合 2 修) 3.收集內部作業指標至少包含：平均住院日、等候住院時間(含急診病人及一般病人等候住院時間)、等候檢查時間(醫院可自行選定核心檢查項目)、門診等候時間、領藥等候時間等。(原 1.1.4-符合 3 修) 優良項目：(下述項目須全部達成) 1.依指標資料之分析及檢討結果，進行改善且成效良好。(原 1.1.4-優良 1 修) 2.設有品質內控(或異常管理)機制，如：因門診人次過高，以致每一病人之平均診療時間極短者，能監測並改善其診療品質；或如：實施較高風險之侵入性檢查(或治療)，但診斷結果為陰性之比率，有異常者能予以監測並設法改善。(原 1.1.4-優良 2 修) 3.定期選擇適當管理工具實施年度性醫院內部作業流程指標分析及檢討，並視情形改善，成效良好。(原 1.1.4-優良 3)	1.符合項目 3 所提「等候住院時間」及「等候檢查時間」之分析檢討，鑑於各醫院之認定標準不一，故由評鑑委員於實地評鑑時，依醫院現況進行認定。 2.優良項目 2： (1)醫院自行訂定各科醫師合理門診量，並有檢討及追蹤機制。 (2)高風險檢查及治療設有監控機制。 3.優良項目 3，醫院內部作業流程指標應有過去 3 年資料，並有比較資料(與院內單位/科部別或同儕醫院)。

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫療業務管理相關指標，如：門診人次、初診人次變化、急診人次、佔床率(急性病床、慢性病床分開計算)、住院人日、他院轉入病人數、轉出病人數、門診手術人次、住院手術人次、疾病與手術排名變化、死亡率(粗、淨率)等。 2.較高風險之侵入性或放射性等檢查(或治療)，醫院可自行選定監測之檢查(或治療)項目，如：上消化道內視鏡檢查、心導管檢查、電腦斷層掃描等。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫療業務指標與內部作業指標收集結果。(符合) 2.醫療業務指標與內部作業指標之執行成效與改善紀錄。(優良) 3.高門診人次之醫療品質與較高風險之侵入性或放射性檢查(或治療)之品質監測指標與相關檢討之會議紀錄。(優良) 	
1.1.5	如期提報醫院評鑑持續性監測系統之量性指標及質性文件	<p>目的：</p> <p>定期提報醫療品質相關量性指標及質性文件，達到持續性之內部改善及自我管理，並確保醫療品質。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.需定期於「醫院評鑑持續性監測系統」中提報量性指標及質性文件。(原 1.1.11-符合 1) 2.量性指標中必填指標平均每年提報完成率需大於等於 90%，且質性文件平均每年上傳完成率需大於等於 80%。(原 1.1.11-符合 2) <p>優良項目：(下述項目(不含試評項目)須全部達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.量性指標中必填指標平均每年提報完成率达 100%，及質性文件平均每年上傳完成率达 100%且品質良好。(原 1.1.11-優良 1) 2.品質管理專責單位積極培訓各部門品管人員有關指標訓練課程(指標收集、分析與檢討)，並定期舉辦指標管理之標竿學習研討會。(試) 	<p>106 年委員共識</p> <p>資料收集期間自 104 年 4 月 1 日起開始填列。</p> <p>補充說明</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.衛生福利部於 106 年 2 月 17 日修正核備「醫院評鑑持續性監測指標操作型定義手冊」，量性指標依醫院評鑑基準條文、醫院層級、屬性及是否有提供服務列為「必填」。 2.量性指標自 106 年起新增「醫事人力」指標共計 13 項，於 106 年 4 月開放填報，並回溯填報 1 月至 3 月資料。 3.量性指標填報率計算方式如下：

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.量性指標： <ol style="list-style-type: none"> (1)臨床照護指標：採每月提報，系統每月提報截止日為當月結束後1個月，如3月指標截止日為4月30日、4月指標截止日為5月31日、5月指標截止日為6月30日，以此類推。 (2)醫事人力指標：採每月提報，系統每月提報截止日為當月結束後10日，如3月指標截止日為4月10日、4月指標截止日為5月10日、5月指標截止日為6月10日，以此類推。 2.量性指標提報完成率計算：分母為每年必填指標項數×應完成月份，分子為每年實際完成提報之總指標項數。 3.質性文件：採每年提報。 4.質性文件上傳完成率計算：分母為每年需繳交之質性文件數，分子為每年實際完成上傳之文件數。 5.優良項目2列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.平均每年指標提報完成率。(符合/優良) 2.平均每年質性文件上傳完成率。(符合/優良) 3.指標訓練紀錄、學習研討會紀錄。(優良) 	<ol style="list-style-type: none"> (1) 104年4月至106年3月以原有之必填指標(9項)計算。 (2) 106年4月起依醫院有提供之服務項目(含臨床指標及醫事人力)計算。
1.1.6	健全之會計組織及制度，並有財務內控及外部查核機制	<p>目的：</p> <p>建立健全會計制度與相關財務內控及外部查核機制，定期檢討改善，提升財務管理成效及確保醫院財務健全，並有適當的成本會計制度。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.設置會計業務單位或專責人員。專責人員應熟悉一般公認會計原則，據以執行會計業務。(原1.1.5-符合1) 2.會計制度完備，如：有符合一般公認會計原則或醫療法人財務報告 	<p>106年委員共識</p> <p>優良項目3，考量私立醫院較少實行會計師簽證，故本項得以「年度財務報表會計師查核報告書」之文件代替。</p>

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>編製準則之會計報告格式、會計科目、簿籍、憑證、會計事務處理程序、內控機制等。(原 1.1.5-符合 2)</p> <p>3.建立並執行內控機制，並依內控結果修正相關機制與作業。(原 1.1.5-符合 3、優良 5 併)</p> <p>4.建立成本會計制度，掌握部門別(科別、單位別)收入及費用，並有相關報表。(原 1.1.5-優良 4 修)</p> <p>5.有進行分析，訂定關鍵項目與「去年同期」、「前期」或「單位間」作比較，並分析差異原因。(試)</p> <p>優良項目：(下述項目(不含試評項目)僅限一項未達成)</p> <p>1.定期編製符合一般公認會計原則之各種相關財務報表，應包含損益表(收支餘絀表)、資產負債表、現金流量表等，於年度結(決)算後適時提供醫院決策參考。(原 1.1.5-優良 1 修)</p> <p>2.編製年度預算書與結(決)算書，應符合醫院年度工作計畫。(原 1.1.5-優良 2)</p> <p>3.委請外部會計師財務報表簽證(或經政府審計單位審查)，至少一年 1 次，並依照外部會計師財務報表簽證報告(或審查結果)修正相關機制與作業。(原 1.1.5-優良 3)</p> <p>4.運用分析結果，定期與部門別(科別、單位別)檢討重大差異原因及改善策略，且改善成效良好。(原 1.1.5-優良 4 修)</p> <p>5.建立有效的財務風險管理制度，以防止發生財務風險。(試)</p> <p>[註]</p> <p>符合項目 5 及優良項目 5 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.會計部門組織與章程與負責主管之資料。(符合)</p>	

條號	條文	評量項目	委員共識
		2.醫院之會計制度及各部門之成本分析報表(月、季與年)。(符合) 3.成本會計相關報表。關鍵項目與「去年同期」、「前期」或「單位間」比較表。(符合) 4.運用各種相關財務報表，應包含損益表(收支餘絀表)、資產負債表、現金流量表等，協助醫院決策，成效良好足以成為其他醫院楷模之事證。(優良) 5.年度工作計畫及年度預算。(優良) 6.內部稽核制度與稽核結果之書面資料會計師簽證報告與依據簽證報告進行之改善結果。(優良) 7.財務風險管理制度。(優良)	
1.1.7	配合國家衛生政策及其他相關政策之情形	目的： 建立相關衛生醫療政策宣導機制，並定期檢視各項政策之落實執行。 符合項目： 1.對國家衛生政策及其他相關政策，能舉辦講座或透過院刊、公告欄、電視、醫院網站等媒體，協助宣導播放。(原 1.1.7-符合 1) 2.醫院之健保 IC 卡讀卡機，可讀取器官捐贈意願及安寧緩和醫療意願註記之資料。(原 1.1.7-符合 2) 3.將器官捐贈及安寧療護照護等相關資訊納入住院須知(可參考衛生福利部公告之「醫院住院須知參考範例」)。(原 1.1.7-符合 3) 4.有專責人員負責結核病個案管理工作。(原 1.1.7-符合 4) 5.訂定院內罕見疾病個案通報標準作業流程，並指定專責人員落實執行。(試) 6.配合國家消除 C 肝政策綱領，辦理有關篩檢、診斷與治療追蹤之具體措施，且有具體成效。(試) 優良項目：(下述項目(不含試評項目)僅限一項未達成) 1.醫院已建置全院性癌症篩檢門診電腦提示系統，主動提醒民眾做癌	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>症篩檢，建立監測機制，並定期檢討改進。(原 1.1.7-優良 1)</p> <p>2.訂有器官捐贈勸募及安寧緩和醫療推廣之執行計畫，包括對民眾及員工辦理有關器官捐贈及安寧緩和醫療之宣導活動，並提供同意捐贈之簽署管道且有具體成效。(原 1.1.7-優良 2)</p> <p>3.有設立女性整合性門診，提供婦女較隱私且整合性之就醫環境。(原 1.1.7-優良 3)</p> <p>4.對分級醫療有採取具體執行措施，並有成效。(試)</p> <p>5.協助推動長期照護政策，並有成效。(試)</p> <p>[註]</p> <p>1.國家衛生政策及其他相關政策如：分級醫療、長期照護政策、健保政策、安寧緩和醫療、器官捐贈宣導、基層醫療保健、衛教宣導、醫藥分業、醫療網計畫、營造雙語環境、推動母嬰親善、電子病歷及自殺防治、癌症防治政策、愛滋病防治政策、C 型肝炎消除政策、鼓勵採購生技新藥產業發展條例審議通過之新興藥品及醫療器材，完成研發並已核發許可證者(以不違反我國締結之條約或協定為前提)、節能減碳政策等。</p> <p>2.器官捐贈宣導及勸募之執行及改善成效，可以依醫院歷年器官捐贈勸募案例數、勸募成功案例數及器捐意願 IC 卡註記人數之成長情形做評估。</p> <p>3.女性整合性門診可就相關醫療專業領域(診療科別)、就醫空間及流程進行整合(如：女性癌症篩檢與診療整合到女性單一門診中、設立常見婦女健康問題的整合門診、設置更年期問題特別門診等)。</p> <p>4.長期照護係指出院準備銜接長照服務、其他參與長照服務，如失智共同照護中心、居家醫療整合計畫等。</p> <p>5.符合項目 5、6 及優良項目 4、5 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p>	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.對國家衛生政策及其他相關政策，舉辦講座或透過院刊、公告欄、電視、醫院網站等媒體，協助宣導播放之資料。(符合) 2.醫院之健保 IC 卡讀卡機，可讀取器官捐贈意願及安寧緩和醫療意願註記之資料。(符合) 3.將器官捐贈及安寧療護照護等相關資訊納入住院須知。(符合) 4.負責結核病個案管理及衛教工作之人員學經歷與結核病個案管理及衛教相關資料。(符合) 5.罕見疾病個案通報作業規範。(符合) 6.C 肝篩檢、診斷與治療追蹤之具體措施，有具體成效之資料。(符合) 7.針對篩檢服務促進措施，建立監測機制，並定期分析檢討改善資料。(優良) 8.主動提醒民眾做癌症篩檢，成效良好，足以成為其他同級醫院之楷模之事證。(優良) 9.器官捐贈勸募及安寧緩和醫療推廣之執行計畫。(優良) 10.分級醫療及協助推動長期照護政策之具體措施及配合轉診制度、門診減量計畫。(優良) 	
1.1.8	積極參與社區健康促進	<p>目的：</p> <p>依據社區民眾之需求，訂定健康促進年度工作計畫及明確之目標，落實執行與定期檢討改善，促進民眾健康。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.設置有專責部門及人員負責辦理社區健康活動，指導社區民眾正確的健康觀念及知識，提供健康諮詢與衛生教育。(原 1.1.8-符合 1 修) 2.訂有社區健康促進年度工作計畫、年度預算以及明確之目標，落實執行。(原 1.1.8-符合 2 修) 	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>3.舉辦以社區民眾為對象的多元化活動。(原 1.1.8-符合 3 修)</p> <p>4.能定期透過各項文宣、網頁或公開活動將醫院之社區健康促進活動告知社區民眾。(原 1.1.8-優良 2 修)</p> <p>優良項目：(下述項目(不含試評項目)須全部達成)</p> <p>1.能依服務區域民眾之就醫及健康需求分析結果納入社區健康促進年度工作計畫中。(原 1.1.8-優良 1 修)</p> <p>2.落實執行醫院之社區健康促進計畫，對民眾健康改善有具體成效。(試)</p> <p>3.對於社區工作計畫的推展有定期檢討改善，並依民眾滿意度適當調整，成效良好。(原 1.1.8-優良 3 修)</p> <p>4.推動健康照護機構參與健康促進工作計畫獲有認證。(試)</p> <p>[註]</p> <p>優良項目 2、4 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.社區健康促進年度工作計畫、年度預算與依計畫進行之相關活動，如舉辦以社區民眾為對象的演講、健康教室、研討會、電話諮商等或研討會之紀錄。(符合)</p> <p>2.社區健康促進計畫經執行對民眾健康的具體成效資料。(優良)</p> <p>3.對於社區工作計畫的推展有定期檢討改善紀錄。(優良)</p>	
1.1.9	醫院有志工之設置，並有明確之管理辦法及教育訓練	<p>目的：</p> <p>設置志工減少病人就醫障礙，提供志工應具備安全與服務之教育訓練，確保服務品質。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.設有志工，應有專人督導、管理及訓練。(原 1.4.5-符合 1 修)</p> <p>2.訂有明確的志工管理辦法。(原 1.4.5-符合 2)</p>	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>3.訂有相關教育訓練計畫與課程。(原 1.4.5-符合 3)</p> <p>優良項目：(下述項目(不含試評項目)僅限一項未達成)</p> <p>1.志工教育訓練落實執行，並有具體紀錄。(原 1.4.5-優良 1 修)</p> <p>2.持續定期評估及追蹤志工服務品質，並作為改善參考。(原 1.4.5-優良 2)</p> <p>3.定期辦理志工活動，對熱心服務病人或特殊傑出表現志工予以獎勵。(原 1.4.5-優良 3)</p> <p>4.志工創新服務，成效良好。(試)</p> <p>[註]</p> <p>優良項目 4 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.志工管理規章制度。(符合)</p> <p>2.志工管理相關資料。(符合)</p> <p>3.志工教育訓練計畫與課程資料。(符合)</p> <p>4.志工參加教育訓練出席率統計資料。(優良)</p> <p>5.志工評估考核及輔導紀錄資料。(優良)</p> <p>6.志工創新服務事項。(優良)</p>	
合	1.1.10	<p>對上次醫院評鑑之建議改善事項，能具體檢討改善</p> <p>目的：</p> <p>針對改善事項進行檢討，提出改善措施並落實執行，提升病人安全與經營管理成效。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.對上次醫院評鑑之改善事項，應逐項進行檢討並能依醫院情形提出改善措施。(原 1.1.9-符合 1 修)</p> <p>2.對未完成改善之事項有改善計畫或方案。(原 1.1.9-符合 2 修)</p> <p>3.所有改善事項皆完成改善，並有具體事證。(原 1.1.9-優良 1 修)</p>	<p>1.上次評鑑為本、分院(或院區)合併評鑑之醫院，若於本次評鑑時，其分院(或院區)裁撤或未申請合併評鑑，則上次評鑑改善事項可不呈現該分院(或院區)資料。</p> <p>2.本條文所指「上次評鑑之建議改善事項」係包含醫院評鑑結果意見表中之「改善事項」及「建議事項」，醫院應有相關改善作為</p>

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>[註] 上次醫院評鑑無改善事項者，本條為符合。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 針對上次醫院評鑑之建議改善事項之改善措施。(符合) 2. 對未完成改善之事項之改善計畫或方案。(符合) 3. 所有建議改善事項皆完成改善之具體事證。(符合) 	(如檢討、擬定措施等)，並依規劃時程進行改善。

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
<p>第 1 篇、經營管理 第 1.2 章 人力資源管理</p> <p>【重點說明】</p> <p>人力資源管理工作範疇，包括：工作分析、招募甄選、訓練發展、績效評估、薪資福利及員工關係管理等六大部分。</p> <p>妥善的員工管理與支持制度除可讓醫院的經營符合法規及實務的需要，透過人事管理制度，可確保醫院人員的專業資格(適當的學經歷及專業執照)、人力的妥善運用(專責、專職、專任、兼任、外包之搭配運用)、完整的教育訓練、妥適的工作環境與情緒支持等，營造最適醫院定位之工作環境與條件。</p> <p>醫院首先需建立人事管理制度，依醫院規模、屬性配置適當人員或成立相關單位，依法及醫院實務需要設計招募、徵選、薪資規定等辦法，招募符合各單位需求、職掌的合適人力，考量員工工作負荷，且依業務量變化適時調整人力，給予多元化且因應業務發展及個人職涯所需之教育訓練，並設計適用的評核與升遷制度，提供員工持續進步、發揮所長之動機，並評估各項資源投入與產出、期待與實際之差異，找出造成差異的原因及確定改善方向。</p> <p>醫院是一高度壓力工作場所，醫院除建構安全、適合工作的環境外，在員工支持方面，應重視工作人員健康防護、健康促進與福利，有健康、滿意的工作人員才有專業、有品質的醫療服務。另外，應提供工作人員適當的意見反應管道(如：滿意度調查、主管信箱等)及心理支持及輔導機制，釐清工作同仁所提問題予以適當處理，協助員工調適，定期辦理紓壓或情緒支持相關講座或活動，提升員工心理衛生相關知能，甚至有互助機制，減輕員工面臨困境或醫療糾紛時之壓力。</p>			
1.2.1	設置人事管理專責單位，各部門的職掌及職務規範明確，人事制度健全	<p>目的：</p> <p>建立人事管理制度，明確規範各部門的職掌及職務，配置適當人員，營造最適醫院定位之工作環境與條件。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.應有專責人事管理部門，訂定權責明確之人事管理規章及員工工作規範。(原 1.2.1-符合 1 修) 2.各醫事職類應視需要設有各管理階層職缺，並訂有醫師、護理、醫事、行政各部門之職掌及業務規範或業務手冊，包括各級主管、人員之管轄業務內容、權責範圍及授權等相關事項。(原 1.2.1-符合 2 修) 3.應有完善之職務代理人制度。(原 1.2.1-符合 3) 	符合項目 3 所提「職務代理人制度」係指所有工作應有人員代理。

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>4.員工檔案完整且全院一致性，人員異動與人事資料隨時更新，每年定期查驗與記載專業執照異動狀況。(原 1.2.1-符合 4)</p> <p>5.對勞動檢查單位檢查之缺失有具體改善。(試)</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1.人事管理規章所列各項管理辦法或工作規範，內容完整，並能定期修正或審閱。(原 1.2.1-優良 1)</p> <p>2.相關員工工作規則之修正有基層員工代表參與，且修正內容公告周知，方便員工隨時查閱。(原 1.2.1-優良 2 修)</p> <p>3.各部門、層級成員清楚其業務內容、權責範圍及授權等相關事項，並落實執行。(原 1.2.1-優良 3)</p> <p>4.專責人事部門，組織健全，定期檢視員工離職因素、薪資結構及實際休假情形等，改善成效良好。(原 1.2.1-優良 4 修)</p> <p>[註]</p> <p>1.醫院員工包含所有醫事及行政人員(含約聘僱及計畫項下雇用人員)。</p> <p>2.有關職務代理人制度之查證著重醫師。</p> <p>3.員工工作規則如上班時間表、排班制度、工作說明書等，且符合相關規定。</p> <p>4.同一醫療體系受評時，仍應以符合該分院之規章辦法接受評量。</p> <p>5.於公立醫院之聘任(用)人員，依其相關規定辦理。</p> <p>6.符合項目 5 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.人事管理規章、員工工作規範。(符合)</p> <p>2.各部門之職掌及職務規範或業務手冊。(符合)</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		3.各類人員員工檔案。(符合) 4.勞動檢查機構結果改善紀錄。(符合) 5.人事管理規章、員工工作規則、職務規範檢討之會議紀錄。(優良) 6.董事會或院務會議之會議紀錄，及相關規章制度修訂及公告文件。(優良) 7.員工離職因素、薪資結構及實際休假情形等，檢討及改善資料。(優良)	
1.2.2	訂有明確之員工晉用及薪資制度且執行合宜	目的： 依需要建立員工晉用與薪資等制度，以利招募符合各單位用人需求，並依工作負荷與業務量變化適時調整人力，提升人力資源管理效能。 符合項目： 1.訂定員工招募辦法。(原 1.2.2-符合 1) 2.訂定員工任用資格條件辦法。(原 1.2.2-符合 2 修) 3.依據相關法令訂定適當的薪資制度，並有規範加薪、獎金或晉級等事項。(原 1.2.2-符合 3) 4.訂有醫師合理晉升、薪資管理、貢獻與獎懲之管理辦法。(原 1.2.2-符合 4) 5.訂定員工晉用及薪資制度能適時修訂，每次修訂均公告周知。(原 1.2.2-符合 5) 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.參考各部門業務量所必要的職類、人員及離職率，並編制人力配置計畫書及相關薪資配套，確實執行。(原 1.2.2-優良 1) 2.醫師薪資設計除醫師臨床貢獻度外，應包括公共事務與醫院活動參與度為依據，能定期檢討及改善。(原 1.2.2-優良 2) 3.考量員工工作負荷，並依業務量變化適時調整人力，以確保品質。(原	106 年委員共識 優良項目 4「薪資制度之設計有助於醫療品質提升」，指有鼓勵員工提升醫療品質或參與活動，列入員工薪資、獎金、加給等福利，並能具體呈現醫療品質改善成果。

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>1.2.2-優良 3)</p> <p>4.薪資制度之設計有助於醫療品質提升。(原 1.2.2-優良 4)</p> <p>5.考量醫院盈餘，適時調增人力或薪資。(原 1.2.2-優良 5)</p> <p>[註]</p> <p>1.醫院員工包含所有醫事及行政人員(含約聘僱人員)。</p> <p>2.任用資格條件係指各職類醫事人員應具備之學歷、科系、證照、訓練等條件。</p> <p>3.人力配置計畫書包含因應業務人力需求評估、各職類人員編制與員額設定標準、預定任用職類人員數及資格要求、升遷制度等。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.員工招募的規章制度。(符合)</p> <p>2.各職類員工任用資格條件規章制度。(符合)</p> <p>3.員工薪資的規章制度。(符合)</p> <p>4.薪資調整、獎金發放檢討報告等評量方法及建議佐證資料。(符合)</p> <p>5.近 3 年全院或部門人力配置計畫書及人力編制增編檢討核准報告等資料。(優良)</p> <p>6.有助於醫療品質、病人安全提升之相關薪資制度及執行紀錄。(優良)</p>	
1.2.3	設置員工教育訓練專責部門，負責院內員工教育及進修	<p>目的：</p> <p>統籌管理及推動全院員工教育訓練，訂定各職類人員教育訓練課程，確保教育訓練課程符合醫院與員工需求。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.有設置全院性教育訓練專責部門，負責員工年度在職教育及進修計畫之擬訂及追蹤。(原 1.4.1-符合 1 修)</p> <p>2.訂有訓練管理制度，且有機制了解員工出席狀況與學習成效。(原</p>	<p>符合項目 5：</p> <p>1.評鑑委員可參考受評醫院近期之感染管制查核結果。</p> <p>2.教育訓練時數可認計線上數位學習時數，惟實體課程至少 1 小時。</p>

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>1.4.1-符合 2)</p> <p>3.訂有機制收集各職類醫事人員繼續教育積分，並適時提醒。(原 1.4.1-符合 3)</p> <p>4.明訂員工年度在職教育訓練時數和時程表，課程內容應包括病人權利、病人安全、醫療倫理、全人醫療、感染管制、危機處理及衛生醫療法令等重要議題。(原 1.4.1-符合 4 修)</p> <p>5.醫院全體員工(含外包人員)依其特性每人每年至少應有 3 小時感染管制及傳染病教育訓練，且符合標準的比率$\geq 90\%$。(原 1.4.1-符合 5 修)</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1.員工年度在職教育訓練、進修計畫完整及編列年度費用，並確實執行且成效良好。(原 1.4.1-優良 1 修)</p> <p>2.訂有機制(含運用資訊化管理)，定期收集分析員工參加教育訓練之情形、反應與學習心得建議，定期評估檢討，並據以修正教育訓練及進修計畫。(原 1.4.1-優良 2 修)</p> <p>3.依據員工參與教育訓練狀況，納入員工考核範圍，且紀錄詳實。(原 1.4.1-優良 3)</p> <p>4.訂有鼓勵員工進修、參加國內、外醫學相關會議(含繼續教育課程、研討會等)制度，並確實執行。(原 1.4.1-優良 4 修)</p> <p>5.參加院外的教育訓練、進修者，安排於院內報告、或以其他形式(如：院內刊物刊載、院內知識庫)，以利與其他員工交流或學習。(原 1.4.1-優良 5)</p> <p>[註]</p> <p>1.員工年度在職教育訓練及進修計畫應包括教育訓練目的、知識或技術課程內容、評價方法、教育資源(含師資及教材等軟、硬體設施)</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>及預算等。</p> <p>2.符合項目 5 所提「傳染病教育訓練」係因應國內外疫情訂有新興與再浮現傳染病之防治教育訓練計畫，每年針對如新型 A 型流感、伊波拉病毒感染及中東呼吸症候群冠狀病毒感染症等新興傳染病辦理教育訓練課程時數至少達 1 小時。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.近三年教育訓練及進修計畫書(含配合主管機關政策調整之法規、品質、病安、感染管制及傳染病教育訓練內容等)及訓練結果報告。(符合) 2.訓練管理制度。(符合) 3.員工年度在職教育訓練時數和時程表。(符合) 4.全體員工(含外包人員)每年接受感染管制及傳染病與病人安全教育訓練紀錄。(符合) 5.近三年參加院外的教育訓練、進修人數及經費統計資料。(優良) 6.各職類員工教育訓練有定期評估檢討報告。(優良) 7.參加醫學相關會議或在職進修獎勵制度。(優良) 	
1.2.4	對於新進員工辦理到職訓練，並有評估考核	<p>目的：</p> <p>訂定新進員工到職訓練計畫與落實執行，使新進員工充份瞭解醫院宗旨、願景與所屬部門的作業特性、職責與能力需求，確保新進員工具備職務所需的資格及能力。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.訂有新進員工到職訓練計畫，且每位新進員工均需參加到職訓練。(原 1.4.2-符合 1) 2.新進員工到職訓練內容應包括醫院宗旨與願景、醫院及部門介紹、 	<ol style="list-style-type: none"> 1.「新進員工」係指到職半年內(含試用)之人員。 2.符合項目 4：評鑑委員可參考受評醫院近期之感染管制查核結果。

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>職位及職責說明、人事規章、員工權益、職業安全、消防安全、倫理規範、感染管制等。(原 1.4.2-符合 2 修)</p> <p>3.訂有新進員工教育訓練評估考核制度。(原 1.4.2-符合 3)</p> <p>4.明訂到職教育訓練時數和時程表，新進員工半年內應完成 6 小時之感染管制及傳染病(含 TB 防治等)教育訓練。(原 1.4.2-符合 4 修)</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1.新進員工到職訓練時數至少 16 小時且在三個月內完成訓練，訓練內容詳實，並有評估考核學習效果之機制。(原 1.4.2-優良 1)</p> <p>2.新進人員任用後進行職前訓練考核，對於未符合標準者，有安排加強訓練之輔導。(原 1.4.2-優良 2)</p> <p>3.訓練內容置於院內知識庫，提供網路學習管道。(原 1.4.2-優良 3)</p> <p>4.定期檢討評估教學訓練成果，並有適時修訂改善成效良好。(原 1.4.2-優良 4 修)</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.新進員工教育訓練內容或課程表。(符合)</p> <p>2.新進員工教育訓練評估考核制度。(符合)</p> <p>3.近三年各職類新進員工參加到職訓練出席率統計表。(符合)</p> <p>4.新進員工完成 6 小時感染管制及傳染病(含 TB 防治等)教育訓練紀錄。(符合)</p> <p>5.新進員工評估考核及輔導紀錄資料。(優良)</p> <p>6.院內知識庫網路學習資訊畫面及操作說明；年度有彙整分析。(優良)</p>	
1.2.5	訂定各職類人員之教育訓練與進修計畫，並能協助	<p>目的：</p> <p>建立各職類人員專業能力訓練機制，具備職務所需的資格及能力並協助員工職涯發展。</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
	人員職涯發展輔導	<p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.依照醫院整體發展目標及各職類人員的需求，訂定教育訓練及進修計畫，包含到職/在職訓練、鼓勵/支持措施、學習效果評估。(原 1.4.3-符合 1 修) 2.有專人負責各項培訓活動之審核、推動、協調及評估，確實執行並適時修正。(原 1.4.3-符合 2 修) <p>優良項目：(下述項目(不含試評項目)僅限一項未達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.各職類人員教育訓練與進修計畫之內容周全，能配合醫院發展目標及醫學發展趨勢。(原 1.4.3-優良 1 修) 2.評估內容完整，如：評估項目包括，參加人員的學習效果及滿意度，課程內容等，必要時應修訂及改進，以用於提升各職類專業能力及病人照護品質。(原 1.4.3-優良 3 修) 3.能依據評估結果檢討、修訂或改進教育訓練及進修制度，有效運用於各階層各職類人員，且能與薪資、升遷結合。(原 1.4.3-優良 4 修) 4.能依各職類人員專業需求，建立職涯發展計畫，並提供規劃與輔導，有具體成效。(試) <p>[註]</p> <p>優良項目 4 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.各職類人員教育訓練及進修計畫資料。(符合) 2.各職類人員教育訓練及評估結果資料。(優良) 3.評估結果檢討改善相關資料。(優良) 4.各職類人員職涯發展計畫，及其規劃與輔導成效。(優良) 	
1.2.6	建立合理的人事	目的：	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
	考核及升遷制度	<p>訂定適用及公開透明的人事評核與升遷制度，提升員工工作熱誠與降低離職率。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.設有人事評核委員會或類似功能之組織，運作正常且備有紀錄可查。(原 1.2.3-符合 1) 2.訂定各種人事評核辦法，並公告周知。(原 1.2.3-符合 2) 3.依據考核結果有適度的獎懲。(原 1.2.3-符合 3) 4.訂定各職類或各單位人事升遷制度。(試) <p>優良項目：(下述項目(不含試評項目)僅限一項未達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.人事升遷考核制度訂定過程及人事評核委員會議有基層員工代表參與。(原 1.2.3-優良 1 修) 2.人事考核與獎懲執行過程公開透明且有雙向回饋機制。(原 1.2.3-優良 2 修) 3.雙向回饋之標準作業程序及輔導制度，有定期檢討且備有紀錄。(原 1.2.3-優良 3) 4.升遷制度有助於服務品質提升或激勵員工潛能發展與士氣。(試) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院員工包含所有醫事及行政人員(含約聘僱人員)。 2.«雙向回饋»係指：主管能就人事評核結果向員工(受評核者)說明，並聽取其對評核結果之意見。 3.符合項目 4 及優良項目 4 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.人事評核委員會的規章制度。(符合) 	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		2.員工評核的規章制度。(符合) 3.人事評核委員會會議紀錄。(符合) 4.員工考核結果及檢討資料。(優良) 5.雙向回饋作業制度及雙向回饋紀錄。(優良) 6.升遷制度及執行成效。(符合/優良)	
1.2.7	設立職業安全衛生專責組織、人員，並訂定職業安全衛生管理計畫，及確實執行員工意外事件防範措施	目的： 重視職業安全，設置相關組織和人員，落實執行職業安全衛生管理計畫並定期檢討，以避免員工發生意外事件，並符合政府相關法令之規定要求。 符合項目： 1.依據職業安全衛生法令之規定設置職業安全衛生組織及人員；職業安全衛生委員會應每3個月至少開會一次。(原 1.2.4-符合 1 修) 2.訂定醫院職業安全衛生管理計畫，並有執行紀錄可查。(原 1.2.4-符合 2) 3.職業安全衛生管理計畫，每年定期檢討或修正。(原 1.2.4-符合 3) 4.明訂各項工作完成之期限，並確實追蹤辦理情形。(原 1.2.4-符合 4) 5.訂定員工意外事故防範辦法，且周知員工確實遵守，並對所訂辦法定期檢討修正。(原 1.2.4-符合 5 修) 優良項目：(下述項目(不含試評項目)僅限一項未達成) 1.針對會影響員工安全的高風險區域有適切之規劃及管理。(原 1.2.4-優良 1) 2.聯絡機制及程序明確，並依據所規範之聯絡機制及程序執行，備有紀錄可查。(原 1.2.4-優良 2) 3.職業安全衛生管理計畫落實執行成效良好。(試) 4.能主動進行高風險區域職安事件之預防措施。(試)	符合項目 5 所提「定期檢討」之週期，以至少 2 年 1 次為原則。

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>5.事後進行原因分析，且能檢討事故發生原因，有避免重複再犯之對策，並公告周知全體員工。(原 1.2.4-優良 3)</p> <p>[註]</p> <p>1.「職業安全衛生管理辦法」第 10 條規定，醫院勞工人數在 300(含)人以上者，應設置職業安全衛生委員會。另依據醫院員工人數，應設置之職業安全衛生人員類別及人數，請參照同辦法「附表二、各類事業之事業單位應設置職業安全衛生人員表」；至於應設置之職業安全衛生管理單位，請參照同辦法第 2-1 條。</p> <p>2.優良項目 1 所提之「高風險區域」如急診室、隔離病室、放射線區域、實驗室、病歷室、感染性垃圾儲存區域、施工區域、油槽或液氧槽區域、管道間、機房、鍋爐房、水塔等。</p> <p>3.優良項目 3、4 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.醫院職業安全衛生組織章程。(符合)</p> <p>2.醫院職業安全衛生管理計畫。(符合)</p> <p>3.職業安全衛生委員會會議紀錄。(符合)</p> <p>4.員工意外事故防範辦法或規章。(符合)</p> <p>5.醫院高風險區域評估紀錄及相關管理規章。(優良)</p> <p>6.院內發生職業安全衛生之事件及後續之處理機制與結果或相關預防措施。(優良)</p>	
1.2.8	致力於建置完善合宜之工作環境，訂有且執行員工健康促進活動	<p>目的：</p> <p>建構安全、適合工作的環境，並重視性別平權及員工健康防護、健康促進與福利，確保員工身心健康。</p> <p>符合項目：</p>	優良項目 1 所提「托嬰服務」，可委託鄰近適當機構辦理，並有合約佐證；惟放置於院內嬰兒室等照護單位，不得認列為具備該項服務。

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
	與福利制度	<p>1.提供員工整潔明亮且空間、設施充足之工作環境。(原 1.2.5-符合 1)</p> <p>2.建立性別平權及友善之工作環境，設計及數量應考量實際兩性需要(如：廁所、更衣室、休息室、哺(集)乳室等)，並符合法令規定。(原 1.2.5-符合 2 修)</p> <p>3.提供身心障礙員工相關設施設備及環境合宜、適用。(原 1.2.5-符合 3)</p> <p>4.訂有健康促進與福利措施並周知員工。(原 1.2.5-符合 4)</p> <p>5.確實實施健康促進活動、有效提升員工士氣之福利措施並有紀錄可查。(原 1.2.5-符合 5)</p> <p>6.醫院訂有職業災害補償機制，並能積極協助遭受職業災害之員工復工。(試)</p> <p>優良項目：(下述項目(不含試評項目)須全部達成)</p> <p>1.具備適當用餐、休閒、健康促進、運動、托嬰服務等設施。(原 1.2.5-優良 1)</p> <p>2.醫院訂有員工健康促進與福利措施年度計畫，且均有員工代表參與。(原 1.2.5-優良 2 修)</p> <p>3.有編列適當經費確實執行醫院員工健康促進與福利措施，定期檢討調整。(原 1.2.5-優良 2 修)</p> <p>4.設立員工意見反應機制，蒐集員工建議並檢討改善工作環境。(原 1.2.5-優良 3)</p> <p>5.健康促進活動成效良好，並可作為學習標竿。(試)</p> <p>[註]</p> <p>1.為維護婦女於公共場所哺育母乳之權利，並提供有意願哺育母乳之婦女無障礙哺乳環境，符合項目 2「哺(集)乳室」之設置應依 108 年 4 月 24 日總統華總一義字第 10800039351 號令公布「公共場所母乳</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>哺育條例」之規範施行，若有違反，亦需接受相關罰則。</p> <p>2.健康促進活動如：減重、戒菸、推廣健康飲食、C 型肝炎篩檢防治、慢性病防治、預防篩檢、預防注射及健康體能促進(請參考國民健康署健康體能指引手冊)等活動之落實。</p> <p>3.福利措施如：政府法令規定的福利事項(保險、薪資、休息及休假、退休、職業災害補償、工作時間等)，非政府法令規定的福利事項(軟硬體設備輔助、相關資訊諮詢服務、相關補貼、獎金、家庭支持、旅遊、教育訓練等)。</p> <p>4.有關女性醫師於妊娠期間之值班規定，為保障孕婦健康，應比照勞動基準法第 51 條「女工在妊娠期間，如有較為輕易之工作，得申請改調，雇主不得拒絕，並不得減少其工資」，及職業安全衛生法第 31 條第 1 項「中央主管機關指定之事業，雇主應對有母性健康危害之虞之工作，採取危害評估、控制及分級管理措施；對於妊娠中或分娩後未滿一年之女性勞工，應依醫師適性評估建議，採取工作調整或更換等健康保護措施，並留存紀錄」規定辦理。</p> <p>5.符合項目 6 及優良項目 5 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.廁所數量、更衣室、休息室、哺(集)乳室等配置及數量資料。(符合)</p> <p>2.身心障礙設施設備資料。(符合)</p> <p>3.健康促進與福利措施資料。(符合)</p> <p>4.用餐、休閒、運動等設施資料。(優良)</p> <p>5.健康促進活動年度計畫、經費及執行結果紀錄。(優良)</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		6.員工建議工作環境事項及檢討措施資料。(優良)	
1.2.9	實施新進員工及在職員工健康管理	<p>目的： 保障員工，依其健康檢查結果進行追蹤，提供健康管理服務或改善工作條件，避免產生職業病。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.配置符合資格之醫師及護理人力從事勞工健康服務。(原 1.2.6-符合 1) 2.依「勞工健康保護規則」及「食品良好衛生管理準則」辦理新進員工及在職員工一般(特殊)體格(健康)檢查，以及特殊作業勞工一般(特殊)體格(健康)檢查(如：放射線工作人員、調配化學治療藥品之藥師、膳食服務人員等)。(原 1.2.6-符合 2 修) 3.設置專責人員，並負責健康檢查結果異常之員工提供追蹤或健康管理之服務。(原 1.2.6-符合 3) 4.針對員工健康檢查發現之問題，有檢討分析並推展各項健康促進計畫。(原 1.2.6-符合 4) <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院定期實施員工一般(特殊)體格(健康)檢查，且能落實執行。(試) 2.一般(特殊)體格(健康)檢查項目除法令規定外，能依醫院政策及實際需求提供特殊檢查。(試) 3.依一般(特殊)體格(健康)檢查結果提供健康管理，且有具體成效。(試) 4.員工身心健康保護如：母性健康管理、重複性作業人員健康管理、疲勞管理等，成效良好。(試) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.勞工健康保護規則： (1)第 15 條：「雇主對在職勞工，應依下列規定，定期實施一般健 	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>康檢查：</p> <p>一、年滿六十五歲以上者，每年檢查一次。</p> <p>二、年滿四十歲以上未滿六十五歲者，每三年檢查一次。</p> <p>三、未滿四十歲者，每五年檢查一次。</p> <p>前項所定一般健康檢查項目與檢查紀錄，應依附表八及附表十規定辦理。但經檢查為先天性辨色力異常者，得免再實施辨色力檢查。」</p> <p>(2)第 25 條：「依癌症防治法規定，對於符合癌症篩檢條件之勞工，於事業單位實施勞工健康檢查時，得經勞工同意，一併進行口腔癌、大腸癌、女性子宮頸癌及女性乳癌之篩檢。</p> <p>前項之檢查結果不列入健康檢查紀錄表。</p> <p>前二項所定篩檢之對象、時程、資料申報、經費及其他規定事項，依中央衛生福利主管機關之規定辦理。」</p> <p>2.優良項目 4 所提「母性健康管理」，可參考勞動部職業安全衛生法第 30 條、第 31 條及該法授權訂定之「妊娠與分娩後女性及未滿十八歲勞工禁止從事危險性或有害性工作認定標準」、「女性勞工母性健康保護實施辦法」。</p> <p>3.優良項目 1、2、3、4 列為試評項目，評量結果不列為評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.員工健康促進計畫資料。(符合)</p> <p>2.配置勞工健康服務護理人員資料。(符合)</p> <p>3.一般(特殊)體格(健康)檢查結果異常員工追蹤資料。(符合)</p> <p>4.員工健康諮詢紀錄。(符合)</p> <p>5.員工一般(特殊)體格(健康)檢查的政策或規章制度。(符合/優良)</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		6.員工一般(特殊)體格(健康)檢查結果及分析評估資料。(符合/優良)	
1.2.10	有關懷輔導機制對院內員工提供心理及情緒等支持,並有員工申訴管道	<p>目的： 提供員工適當的意見反應管道、心理支持與輔導機制及提升心理衛生相關知能，減輕員工面臨困境時之壓力。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.建立員工關懷、輔導機制，對院內員工提供心理及情緒支持，如：提升韌性(Resilience)，並公告周知。(原 1.2.7-符合 1 修) 2.建立員工申訴管道，訂有標準作業程序，公告周知，且有完整之申訴個案紀錄。(原 1.2.7-符合 2) 3.定期辦理員工滿意度調查。(原 1.2.7-符合 3) 4.辦理員工紓壓或情緒支持相關講座或活動。(原 1.2.7-符合 4) <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.員工心理及持續支持之措施或管道，有專人負責並能提供相關專業服務。(原 1.2.7-優良 1 修) 2.對於員工滿意度調查結果進行統計、分析，且檢討滿意度較低項目之改善措施，並將調查結果及改善情形轉告相關單位。(原 1.2.7-優良 2) 3.各級主管有接受員工關懷之教育訓練。(原 1.2.7-優良 3) 4.確實實施，定期分析各類人員常見問題，提出改善預防措施及支持、輔導計畫，確實執行，執行成效良好。(原 1.2.7-優良 4) <p>[註] 醫院員工包含所有醫事及行政人員(含約聘僱及計畫項下雇用人員)。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.員工關懷輔導的規章。(符合) 	符合項目 3「定期辦理員工滿意度調查」，係指每年至少實施乙次

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		2.員工申訴管道作業程序或規章。(符合) 3.員工申訴個案紀錄。(符合) 4.員工滿意度調查資料。(符合) 5.員工紓壓或情緒支持相關活動計畫及結果報告資料。(優良) 6.員工滿意度各選項分析檢討改善資料。(優良) 7.員工意見處理及檢討改善紀錄。(優良)	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)				
條號	條文	評量項目	委員共識	
第 1 篇、經營管理 第 1.3 章 人力需求管理				
【重點說明】				
<p>在人力資源制度之管理與執行方面，希望引導醫院及主管瞭解院內應定期評估人員能力、適當配置人員、給予適切工作內容及合理之工作量，由此確保人員不致承受過多、過重之責任、壓力與業務範圍，確保醫療品質及提升病人安全。醫院應評估醫師及各類醫事人員之專業能力及監測醫療品質；另外，醫院應確保主管之適任性(包括臨床及行政經驗之評估等)。</p> <p>目前醫院有許多支援系統係採外包方式委託專業組織或人員提供服務，醫院應負監督管理責任，對外包業務及人員有適當管理機制，以茲確保外包人員確實具備工作相關專業證照或資格條件及人力素質適當，對於外包業務內容及範圍亦應適當委託，以不影響醫療品質並納入統一管理為原則。</p> <p>1.若評鑑基準等同醫療機構設置標準時，參考地方衛生主管機關認定結果。</p> <p>2.若評鑑基準高於醫療機構設置標準時，不適用前項原則，委員仍應依評鑑基準內容進行查證。</p> <p>3.有關必要條文(人力配置)之評量方式及合格要件，須符合醫院評鑑及教學醫院評鑑作業程序「附件五、醫院評鑑合格基準及成績核算方式」之規定。</p> <p>4.評量項目所提「年平均佔床率」共有下列二種認計原則，由醫院擇一採計，並提供予評鑑委員參考，惟各職類人力計算應採同一認計原則：</p> <p>(1)近三年之年平均佔床率。</p> <p>(2)實地評鑑前之月平均佔床率：期間自 108 年 1 月至實地評鑑前，或自開業日期起至實地評鑑前。</p>				
必	1.3.1	適當醫師人力配置	<p>目的： 配置適當的醫師人力，確保醫療服務品質，並符合政府相關法令之規定。</p> <p>符合項目： 1.每 10 床應有醫師 1 人(含)以上。(原 1.3.1-符合 1) 2.各診療科均有專科醫師 1 人(含)以上。(原 1.3.1-符合 2)</p> <p>優良項目：(下述項目須全部達成) 1.專任主治醫師(包括主任在內)，每 8 床應有 1 人。(原 1.3.1-優良 2)</p> <p>[註] 1.本條為必要條文，必須達符合項目(含)以上。</p>	<p>1.評量項目[註]2 之病床數包含：急性一般病床、精神急性一般病床、慢性一般病床、精神慢性一般病床、加護病床、精神科加護病床、燒傷加護病床、燒傷病床、亞急性呼吸照護病床、慢性呼吸照護病床(呼吸病床)、隔離病床、骨髓移植病床、安寧病床、嬰兒病床、嬰兒床、血液透析床、腹膜透析床、急性後期照護病床、整合醫學病床。</p> <p>2.醫院如同時申請醫學中心評鑑及</p>

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>2.病床數以一般病床與特殊病床合計(不包含手術恢復床、急診觀察床及性侵害犯罪加害人強制治療病床)，並依登記開放病床數計。</p> <p>3.依醫療機構設置標準第二十條規定事先報准之時數，每週達 44 小時者，得折算醫師人力 1 人。</p> <p>4.嬰兒床以三分之一折算。</p> <p>5.血液透析床，以 15 床折算。</p> <p>6.亞急性呼吸照護病床，以 15 床折算；慢性呼吸照護病床，以 20 床折算。</p> <p>7.醫師人力係指西醫師。</p> <p>8.優良項目中專任主治醫師之計算，以執業登記且實質參與診療業務。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.專任醫師及醫師執業登記名冊。(符合)</p>	<p>兒童醫院評鑑者，本條文須併同兒童醫院條文合併審查。</p>
1.3.2	對醫師的診療品質及工作量，定期作客觀的評估	<p>目的：</p> <p>定期評估醫師合理的工作量、專業能力及監測診療品質，確保醫療品質及病人安全。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.工作量之評估應包含：診療的病人數、手術件數、檢查判讀報告件數等。(原 1.3.2-符合 1)</p> <p>2.針對醫師之診療品質有定期評核機制。(原 1.3.2-符合 2)</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1.訂定各科醫師之合理醫療服務量(如：每診看診人數、每週看診診次、每週手術量、每月值班時數等)，對於超量者，須評估其醫療品質、病人安全風險與工作量之合理性。(原 1.3.2-優良 1)</p> <p>2.對於執行高風險或高技術醫療行為之醫師，有明確界定其可在醫院</p>	<p>1.優良項目 1，因各醫院之規模、特色不一，故由醫院自行訂定「合理」的範圍。對超量者，醫院應有進行檢討並改善措施。</p> <p>2.優良項目 2，對於執行高風險或高技術之醫療行為應有執行權限(privilege)之規範及評估。</p>

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>內執行之項目範圍。(原 1.3.2-優良 2)</p> <p>3.對於醫師之診療品質，訂有評核機制，定期檢討改善。(原 1.3.2-優良 3)</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.醫師門診時間表、病人數、手術件數、檢查判讀報告件數等服務量統計資料。(符合)</p> <p>2.醫師合理醫療服務量規範及檢討報告資料。(優良)</p> <p>3.高風險或高技術之醫療行為規範及檢討報告資料。(優良)</p> <p>4.醫師診療品質關鍵指標項目(KPI 如抗生素使用、感染率、併發症、判讀正確率等)結果及相關檢討紀錄資料。(優良)</p>	
必	1.3.3	<p>應有適當的醫師、醫事放射人力配置，並由適當訓練及經驗人員執行診療檢查及了解其臨床意義</p> <p>目的：</p> <p>配置適當的醫事放射人員及合理工作量，確保放射診療檢查服務品質，並符合政府相關法令之規定。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.放射線作業人員相關訓練、指導(包含輻射安全、病人安全等)等須符合相關法規之規定。(原 1.3.3-符合 1)</p> <p>2.由醫師、醫事放射人員執行放射診療檢查業務。(原 1.3.3-符合 2)</p> <p>3.醫事放射人員：(原 1.3.3-符合 3)</p> <p>(1)申請地區醫院評鑑者：</p> <p>①急性一般病床 500 床以上醫院：每 35 床應有 1 人以上。</p> <p>②急性一般病床 250 床以上 499 床以下醫院：每 40 床應有 1 人以上。</p> <p>③急性一般病床 249 床以下醫院：每 45 床應有 1 人以上。</p> <p>(2)申請區域醫院評鑑者：</p> <p>①急性一般病床 500 床以上醫院：每 35 床應有 1 人以上。</p>	醫院如同時申請醫學中心評鑑及兒童醫院評鑑者，本條文須併同兒童醫院條文合併審查。

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>②急性一般病床 499 床以下醫院：每 40 床應有 1 人以上。</p> <p>(3)申請醫學中心評鑑者：</p> <p>①急性一般病床每 30 床應有 1 人以上(專任醫事放射人員人數之計算不包含心導管、牙科、泌尿科碎石機、及腸胃科)。</p> <p>②應有專任放射腫瘤之醫學物理人員 1 人以上。</p> <p>(4)設加護病房者，每 20 床應有 1 人以上。</p> <p>(5)有提供 24 小時緊急放射診斷作業：每 8 小時一班，全天 24 小時均有醫事放射人員提供服務。</p> <p>優良項目：(下述項目須全部達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫事放射人員人力達符合項目 3-(3)-①項之 1.10 倍。(原 1.3.3-優良 1-(3)) 2.至少 5 名專任放射診斷專科醫師參與執行放射診療工作(每 150 床至少 1 人)。(原 1.3.3-優良 2) 3.專任放射腫瘤專科醫師至少 2 人(每 500 床至少 1 人)。(原 1.3.3-優良 3) 4.核子醫學專科醫師至少 2 人(每 650 床至少 1 人)。(原 1.3.3-優良 4) 5.人員服務年資、訓練資歷充足，服務品質優良，且落實訓練計畫，成效良好，並有評量方法及建議佐證資料。(原 1.3.3-優良 5) 6.各種立即通報機制且效果良好，對臨床醫師診療確實有實際功效。(原 1.3.3-優良 6) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.本條為必要條文，必須達符合項目(含)以上。 2.醫事放射人員包括醫事放射師及醫事放射士。 3.各類病床數以登記開放數計，並依實際設置情形計算人力。 	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>4.人力計算時：</p> <p>(1)人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定。</p> <p>(2)若評鑑基準高於醫療機構設置標準，病床數得可考量年平均佔床率計算，併以四捨五入取至整位數。</p> <p>(3)同類別人力之各項計算結果，加總後以四捨五入取至整數位。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.醫事放射專任醫師、醫事放射人員及執業登記名冊。(符合)</p> <p>2.放射線作業人員訓練計畫及訓練結果資料。(符合)</p> <p>3.立即通報機制及時效統計檢討資料。(優良)</p>	
1.3.4	提供之解剖病理服務應能滿足病人醫療需求，且符合法令規定	<p>目的：</p> <p>配置適當的解剖病理科醫師或醫事檢驗人員，或簽訂合約委託檢驗，確保病理檢驗時效及服務品質，並符合政府相關法令之規定。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.人員配置及服務內容須符合醫療機構設置標準及相關法規之規定。(原 1.3.4-符合 1)</p> <p>2.委託病理檢查需訂有合約，明訂時效及品質規範。(原 1.3.4-符合 2)</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1.解剖病理專科醫師 5 人(含)以上及具醫事檢驗師證照人員 6 人(含)以上。(原 1.3.4-優良 2)</p> <p>2.例假日亦能提供立即診斷服務。(原 1.3.4-優良 3)</p> <p>[註]</p> <p>1.醫療機構設置標準：各診療科均應有專科醫師 1 人以上。</p> <p>2.若醫院設有解剖病理科，則需依評分說明內容評量解剖病理專科醫師人力。</p>	醫院未提供解剖病理服務者，則符合項目 1 不列入評核。

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)				
條號	條文	評量項目	委員共識	
		<p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.病理科專任醫師、醫事檢驗師人員及執業登記名冊。(符合) 2.委託檢驗合約及相關監測時效品質資料。(優良) 3.病理科服務量統計資料。(優良) 		
必	1.3.5	<p>適當之醫事檢驗服務(或臨床病理)服務組織與人力配置</p>	<p>目的：</p> <p>配置適當的醫事檢驗人員及合理工作量，確保醫事檢驗時效及服務品質，並符合政府相關法令之規定。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫事檢驗服務(或臨床病理服務)，訂有相關作業規定。(原 1.3.5-符合 1) 2.若有執行臨床病理，由院內具有臨床病理專科醫師執行，或委託院外單位執行。(原 1.3.5-符合 2) 3.醫事檢驗人員：(原 1.3.5-符合 3) <ol style="list-style-type: none"> (1)申請地區醫院評鑑者：急性一般病床每 50 床應有醫事檢驗人員 2 人以上。100 床以上之醫院應有專任醫事檢驗師 2 人以上。 (2)申請區域醫院評鑑者：急性一般病床每 25 床應有專任醫事檢驗師 1 人。 (3)申請醫學中心評鑑者：急性一般病床每 20 床應有專任醫事檢驗師 1 人。 (4)有提供 24 小時緊急檢驗作業：每 8 小時一班，全天 24 小時均有醫事檢驗人員提供服務。 (5)設有血液透析床者，每 50 床應有醫事檢驗人員 1 人以上。 (6)設有血庫者，應有專人管理。 4.委託檢驗需訂有合約，明訂時效及品質規範。(原 1.3.5-符合 4) 	<p>醫院如同時申請醫學中心評鑑及兒童醫院評鑑者，本條文須併同兒童醫院條文合併審查。</p>

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>優良項目：(下述項目須全部達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫事檢驗人員人力達符合項目 3-(3)項之 1.10 倍。(原 1.3.5-優良 1-(3)) 2.有專職醫事檢驗師或臨床病理專科醫師擔任主管。(原 1.3.5-優良 2) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.本條為必要條文，必須達符合項目(含)以上。 2.「有資格者」即「有執照之人員」，醫事檢驗人力及資格均應符合醫療機構設置標準，而「負責管理」則是責任與職務的分派。 3.醫事檢驗人員包括醫事檢驗師及醫事檢驗生。 4.各類病床數以登記開放數計，並依實際設置情形計算人力。 5.人力計算時： <ol style="list-style-type: none"> (1)人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定。 (2)若評鑑基準高於醫療機構設置標準，病床數得可考量年平均佔床率計算，併以四捨五入取至整位數。 (3)同類別人力之各項計算結果，加總後以四捨五入取至整數位。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫事檢驗人員執業登記名冊。(符合) 2.委託檢驗機構合約及相關監測時效及品質資料。(符合) 	
必	1.3.6	<p>依據病房特性配置適當護產人力</p> <p>目的： 配置適當的護產人員，確保照護品質及病人安全，並符合政府相關法令之規定。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.申請地區醫院評鑑者：(原 1.3.6-符合 1) <ol style="list-style-type: none"> (1)急性一般病床，49 床以下者，每 4 床應有 1 人以上；50 床以上者，每 3 床應有 1 人以上。 	<ol style="list-style-type: none"> 1.護產人力係依評量項目內容逐項計算(同一類別病床數得合併計算)，且計算結果均取至小數點以下第一位，再將計算結果逐項進行加總，並以「加總數」無條件進位取至整數位計。 2.手術室護產人力之班台數計算，係以「當月每日各班實際開台數

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>(2)設下列部門者，其人員並依其規定計算：</p> <p>①手術室：每床應有 2 人以上。</p> <p>②加護病房：每床應有 1.5 人以上。</p> <p>③產房：每產台應有 2 人以上。</p> <p>④燒傷病房、亞急性呼吸照護病房：每床應有 1.5 人以上。</p> <p>⑤手術恢復室、急診觀察室、嬰兒病床、安寧病房：每床應有 1 人以上。</p> <p>⑥門診：每診療室應有 1 人以上。</p> <p>⑦嬰兒室：每床應有 0.4 人以上。</p> <p>⑧血液透析室、慢性呼吸照護病房：每 4 床應有 1 人以上。</p> <p>2.申請區域醫院評鑑者：(原 1.3.6-符合 2)</p> <p>(1)急性一般病床每 2.5 床應有 1 人以上。</p> <p>(2)設下列部門者，其人員並依其規定計算：</p> <p>①手術室：每班每床 2 人以上。</p> <p>②加護病房：每床應有 2 人以上。</p> <p>③產房：每產台應有 2 人以上。</p> <p>④燒傷病房、亞急性呼吸照護病房：每床應有 1.5 人以上。</p> <p>⑤手術恢復室：每班每床 0.5 人以上。急診觀察室、嬰兒病床、安寧病房：每床應有 1 人以上。</p> <p>⑥門診：每診療室應有 1 人以上。</p> <p>⑦嬰兒室：每床應有 0.4 人以上。</p> <p>⑧血液透析室：每 4 人次 1 人以上。慢性呼吸照護病房：每 4 床應有 1 人以上。</p> <p>⑨精神科日間照護單位，每 16 名服務量應有 1 人以上。</p> <p>3.申請醫學中心評鑑者：(原 1.3.6-符合 3)</p>	<p>加總÷當月手術室實際工作日」計算之；凡醫院於當日執行手術，則依據手術執行日數(半日或全日)列計實際工作日。另，若醫師待班(on call)執行手術，醫院可自行認列待班(on call)的實際工作日。</p> <p>3.醫院如同時申請醫學中心評鑑及兒童醫院評鑑者，本條文須併同兒童醫院條文合併審查。</p>

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>(1)急性一般病床每 2 床應有 1 人以上。</p> <p>(2)設下列部門者，其人員並依其規定計算：</p> <p>①手術室：每班每床 2.5 人以上。</p> <p>②加護病房：每床應有 2.5 人以上。</p> <p>③產房：每產台應有 2 人以上。</p> <p>④燒傷病房、亞急性呼吸照護病房：每床應有 1.5 人以上。</p> <p>⑤手術恢復室：每班每床 0.5 人以上。急診觀察室、嬰兒病床、安寧病房：每床應有 1 人以上。</p> <p>⑥門診：每診療室應有 1 人以上。</p> <p>⑦嬰兒室：每床應有 0.4 人以上。</p> <p>⑧血液透析室：每 4 人次 1 人以上。慢性呼吸照護病房：每 4 床應有 1 人以上。</p> <p>⑨精神科日間照護單位，每 15 名服務量應有 1 人以上。</p> <p>4.精神急性一般病房：每 3 床應有 1 人以上。(原 1.3.6-符合 4)</p> <p>5.精神慢性一般病房：每 12 床應有 1 人以上。(原 1.3.6-符合 5)</p> <p>優良項目：(下述項目須全部達成)</p> <p>1.護產人力達符合項目 3 項之 1.10 倍。(原 1.3.6-優良 1-(3)修)</p> <p>2.能依業務特性及需求作彈性調配。(原 1.3.6-優良 2)</p> <p>3.除符合上述護產人力標準外，並有輔助人力協助護理人員執行非專業護理工作。(原 1.3.6-優良 3)</p> <p>[註]</p> <p>1.本條為必要條文，必須達符合項目(含)以上。</p> <p>2.護產人員包括護理師、護士、助產師及助產士，並應辦理執業登記；護佐、照顧服務員、書記等不列計。</p> <p>3.各類病床數以登記開放數計，並依實際設置情形計算人力。</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>4.開業後之門診護產人員，依診療室之實際使用率計。其計算方式如下：實際使用率＝每星期之開診數/(診間數×每天以二時段計數×每星期開診天數)×100%。</p> <p>5.人力計算時：</p> <p>(1)人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定。</p> <p>(2)若評鑑基準高於醫療機構設置標準，病床數得可考量年平均佔床率計算，併以四捨五入取至整位數。</p> <p>(3)同類別人力之各項計算結果，加總後以四捨五入取至整數位。</p> <p>(4)嬰兒室、燒傷病房及嬰兒病房等單位由醫院依實際需要調整人力，並提供適當訓練，以維照護品質。</p> <p>6.醫院設有產房者，得有助產師(士)編制至少一人以上；其人員同時具有護理人員及助產人員資格者，應優先以助產人員資格辦理執業登記。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.護產人員執業登記名冊。(符合)</p> <p>2.護產人員年資統計資料。(符合)</p> <p>3.各部門護產人員配置統計。(符合)</p> <p>4.相關配合業務需求彈性調度人力之資料。(優良)</p>	
必	1.3.7	<p>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</p> <p>目的： 配置適當的藥事人員及合宜調劑工作量，確保藥事服務品質，並符合政府相關法令之規定。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.申請地區醫院評鑑者：(原 1.3.8-符合 1)</p> <p>(1)一般病床：每 50 床應有藥師 1 人以上；如採單一劑量，每 40 床</p>	<p>1.符合項目需依門診處方張數換算藥事人力，目前並未特別區分「門診處方」之類別(自費或健保就醫病人)。</p> <p>2.評量項目[註]2，執業登記於該院的藥師及藥劑生，不論其編製單位/部門，均列計藥事人力。</p>

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>至少藥師 1 人。</p> <p>(2)設有下列部門者，其人員並依其規定計算：</p> <p>①加護病房：每 20 床應有藥師 1 人。</p> <p>②門診作業：如提供調劑服務者，應有藥師 1 人。</p> <p>③急診作業：每 8 小時一班，全天 24 小時均應有藥師提供服務。</p> <p>(3)開業一年以後，依前一年服務量計算人力：</p> <p>①門診作業：日處方箋每滿 100 張處方箋，應增聘 1 名藥師。</p> <p>②急診作業：日處方箋每滿 100 張處方箋，應增聘 1 名藥師。</p> <p>(4)特殊製劑調劑作業：全靜脈營養劑、化學治療劑、PCA、IV admixture 至少一人。</p> <p>2.申請區域醫院評鑑者：(原 1.3.8-符合 2)</p> <p>(1)一般病床：每 50 床應有藥師 1 人以上；如採單一劑量，每 40 床至少藥師 1 人。</p> <p>(2)設有下列部門者，其人員並依其規定計算：</p> <p>①加護病房：每 20 床應有藥師 1 人。</p> <p>②門診作業：如提供調劑服務者，應有藥師 1 人。</p> <p>③急診作業：每 8 小時一班，全天 24 小時均應有藥師提供服務。</p> <p>(3)開業一年以後，依前一年服務量計算人力：</p> <p>①門診作業：日處方箋每滿 80 張處方箋，應增聘 1 名藥師。</p> <p>②急診作業：日處方箋每滿 100 張處方箋，應增聘 1 名藥師。</p> <p>(4)特殊製劑調劑作業：特殊藥品處方每 15 張至少 1 人。</p> <p>3.申請醫學中心評鑑者：(原 1.3.8-符合 3)</p> <p>(1)一般病床：每 40 床應有藥師 1 人以上。</p> <p>(2)設有下列部門者，其人員並依其規定計算：</p> <p>①加護病房：每 20 床應有藥師 1 人。</p>	<p>3.評量項目[註]4，醫院於週六、週日或例假日僅上半天班者，以 0.5 日計算。</p> <p>4.藥事人力係依評量項目內容逐項計算，再進行加總。</p> <p>5.處方箋數參考醫院向健保署申報之數量。</p> <p>6.醫院如同時申請醫學中心評鑑及兒童醫院評鑑者，本條文須併同兒童醫院條文合併審查。</p>

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>②門診作業：如提供調劑服務者，應有藥師 1 人。</p> <p>③急診作業：每 8 小時一班，全天 24 小時均應有藥師提供服務。</p> <p>(3)開業一年以後，依前一年服務量計算人力：</p> <p>①門診作業：日處方箋每滿 70 張處方箋，應增聘 1 名藥師。</p> <p>②急診作業：日處方箋每滿 70 張處方箋，應增聘 1 名藥師。</p> <p>(4)特殊製劑調劑作業：特殊藥品處方每 15 張至少 1 人。</p> <p>4.24 小時作業的醫院，必須配置有 24 小時作業的藥事人力。(原 1.3.8-符合 4)</p> <p>優良項目：(下述項目須全部達成)</p> <p>1.藥事人力達符合項目 3 項之 1.10 倍。(原 1.3.8-優良 1-(3))</p> <p>2.藥事人員總數至少 75%(含)以上為藥師。(原 1.3.8-優良 2)</p> <p>[註]</p> <p>1.本條為必要條文，必須達符合項目(含)以上。</p> <p>2.藥事人員係指領有藥師、藥劑生執照，並辦理登錄，且服務於藥劑部門者。</p> <p>3.一般病床包含：急性一般病床、精神急性一般病床及慢性一般病床。各類病床數以登記開放數計，並依實際設置情形計算人力。</p> <p>4.門、急診處方數指每日平均處方數，門診以實際門診日數計算，急診以一年 365 天計算。</p> <p>5.特殊藥品係指全靜脈營養輸注液、化學治療藥品、含放射性物質藥品癌症化學治療針劑、PCA 等，每日平均特殊藥品處方以一年 270 天計算。</p> <p>6.人力計算時：</p> <p>(1)人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定。</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>(2)若評鑑基準高於醫療機構設置標準，病床數得可考量年平均佔床率計算，併以四捨五入取至整位數。</p> <p>(3)同類別人力之各項計算結果，加總後以四捨五入取至整數位。</p> <p>7.本條文不包含中藥調劑業務；醫院設有中醫部門者，中藥調劑人員另計。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.藥事人員及執業登記名冊。(符合) 2.具藥師資格統計資料。(符合) 3.藥事人員年資統計資料。(優良) 4.藥事人員班表、人力配置表。(優良) 	
必	1.3.8	<p>適當之營養與膳食單位或部門組織與人力配置</p> <p>目的： 設置膳食專責部門及配置適當的營養師，確保膳食服務品質，並符合政府相關法令之規定。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.依醫院類型及規模設置專責人員或部門負責醫院膳食服務。(原 1.3.9-符合 1) 2.營養師人力：(原 1.3.9-符合 2) <ol style="list-style-type: none"> (1)急性一般病床：每 100 床應有 1 人以上。 (2)加護病房、燒傷加護病房：每 30 床應有 1 人以上。 (3)亞急性呼吸照護病房、慢性呼吸照護病房、燒傷病房：每 100 床應有 1 人以上。 (4)提供住院病人膳食者，應有專責營養師負責。 (5)申請醫學中心評鑑者：每 100 床至少有 1 名營養師，另至少有 3 名營養人員負責膳食供應。 	<ol style="list-style-type: none"> 1.符合項目 2-(5)所提「營養人員」，係指大專以上畢業且曾修習營養學分者。 2.醫院如同時申請醫學中心評鑑及兒童醫院評鑑者，本條文須併同兒童醫院條文合併審查。

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)				
條號	條文	評量項目	委員共識	
		<p>優良項目：(下述項目須全部達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.營養師人力達符合項目 2 之 1.10 倍。(原 1.3.9-優良 1 修) 2.所有配置膳食服務人力於錄用前皆有健康檢查紀錄，且每年定期健康檢查追蹤報告合格。(原 1.3.9-優良 2 修) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.本條為必要條文，必須達符合項目(含)以上。 2.若設有營養部門者，其主管建議由營養師擔任為宜。 3.各類病床數以登記開放數計，並依實際設置情形計算人力。 4.人力計算時： <ol style="list-style-type: none"> (1)人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定。 (2)若評鑑基準高於醫療機構設置標準，病床數得可考量年平均佔床率計算，併以四捨五入取至整位數。 (3)同類別人力之各項計算結果，加總後以四捨五入取至整數位。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.營養師人員及執業登記名冊。(符合) 2.營養師人員年資、人力配置、班表等資料。(優良) 3.配置膳食服務人力健康檢查紀錄。(優良) 		
必	1.3.9	適當之復健服務組織與人力配置	<p>目的：</p> <p>配置適當的復健人員及合宜工作量，確保復建照護品質，並符合政府相關法令之規定。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.應配置合適之專業人員以配合病人病狀實施功能恢復訓練。(原 1.3.10-符合 1) 2.依據醫院住院及門診病人組成，確保適宜的工作人員以提供恰當的 	醫院如同時申請醫學中心評鑑及兒童醫院評鑑者，本條文須併同兒童醫院條文合併審查。

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>服務。(原 1.3.10-符合 2)</p> <p>3.應確認職能治療、物理治療、聽力、語言治療等各專業人員數量及具體業務內容：(原 1.3.10-符合 3)</p> <p>(1)提供物理治療服務者，應符合下列規定：</p> <p>①應有物理治療人員 1 人以上。</p> <p>②急性一般病床：每 100 床應有 1 人以上；未滿 100 床者，至少 1 人。</p> <p>③至少應有 1 名物理治療師具有二年執行業務之經驗。</p> <p>(2)提供職能治療服務者，應符合下列規定：</p> <p>①應有職能治療人員 1 人以上。</p> <p>②急性一般病床：每 300 床應有 1 人以上。</p> <p>③精神急性一般病床、精神慢性一般病床、精神科加護病房、精神科日間照護單位：合計每 35 床(服務量)應有 1 人以上。</p> <p>④至少應有 1 名職能治療師具有二年執行業務之經驗。</p> <p>(3)提供語言治療業務者，應符合下列規定：</p> <p>①應有語言治療師 1 人以上。</p> <p>②一般病床每 500 床應增聘 1 人。</p> <p>(4)提供聽力師業務者，應符合下列規定：</p> <p>①應有聽力師 1 人以上。</p> <p>②一般病床每 500 床應增聘 1 人。</p> <p>優良項目：(下述項目須全部達成)</p> <p>1.職能治療、物理治療、聽力、語言治療等各專業人力達符合項目 3 項之 1.10 倍。(原 1.3.10-優良 1)</p> <p>[註]</p> <p>1.本條為必要條文，必須達符合項目(含)以上。</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>2.各類病床數以登記開放數計，並依實際設置情形計算人力。</p> <p>3.人力計算時：</p> <p>(1)人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定。</p> <p>(2)若評鑑基準高於醫療機構設置標準，病床數得可考量年平均佔床率計算，併以四捨五入取至整位數。</p> <p>(3)同類別人力之各項計算結果，加總後以四捨五入取至整數位。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1. 職能治療、物理治療、聽力、語言治療等人員及執業登記名冊、年資統計資料、人力配置表。(符合)</p>	
試必	1.3.10	<p>應有社工人員提供病人輔導、諮商及社區聯繫工作，並協助解決其困難或家暴等問題</p> <p>目的：</p> <p>配置社工人員協助解決病人就醫、資源轉介與諮詢服務，增進病人疾病適應與提升生活品質。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.社會工作人力：(原 1.3.11-符合 1)</p> <p>(1)急性一般病床：每 100 床應有 1 人以上。</p> <p>(2)精神急性一般病床、精神慢性一般病床、精神科日間照護單位：合計每 100 床(服務量)應有 1 人以上。</p> <p>(3)急性一般病床、精神急性一般病床合計達 300 床以上醫院之社會工作人員，其社會工作師人數應達三分之一以上；但偏遠地區醫院不在此限。</p> <p>2.提供病人輔導、諮商及社區聯繫工作，並協助解決其困難，如經濟或家暴等問題，並建立相關業務處理規範及具有相關工作紀錄。(原 1.3.10-符合 2)</p> <p>優良項目：(下述項目須全部達成)</p>	<p>社會工作人員，依醫療機構設置標準係指大專以上社會工作系、所、組畢業，並具有社會工作師考試資格者。</p>

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)				
條號	條文	評量項目	委員共識	
		<p>1.社會工作人力達符合項目 1 之 1.10 倍，且 1/3(含)以上人力具社會工作師資格。(原 1.3.10-優良 2)</p> <p>2.可完善整合院內、外資源提供服務。(原 1.3.10-優良 3)</p> <p>3.設有獨立之社會工作部門，且由具有社工專業背景或實務經驗滿 5 年之社工人員負責，且能參考各項資料(如：服務量、民眾滿意等)作為改善服務的參考，定期追蹤及檢討，改善服務品質。(原 1.3.10-優良 4)</p> <p>[註]</p> <p>1.本條為試評條文，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>2.各類病床數以登記開放數計，並依實際設置情形計算人力。</p> <p>3.人力計算時：</p> <p>(1)人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定。</p> <p>(2)若評鑑基準高於醫療機構設置標準，病床數得可考量年平均佔床率計算，併以四捨五入取至整位數。</p> <p>(3)同類別人力之各項計算結果，加總後以四捨五入取至整數位。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.社會工作人員及執業登記名冊、年資等資料。(符合)</p> <p>2.社會工作人員業務工作規範。(符合)</p> <p>3.年度工作計畫、活動執行紀錄及服務量統計等資料。(符合)</p> <p>5.社會工作民眾滿意及業務檢討改善資料。(優良)</p>		
可	1.3.11	對外包業務及人員有適當管理機制	<p>目的：</p> <p>落實各項外包業務之監督管理及教育訓練，確保醫療服務品質。</p> <p>符合項目：</p>	<p>1.醫療照護專業人力不可外包予非醫療機構之醫療業務項目包括：急診、洗腎、呼吸治療、放射診斷、放射治療、復健、碎石、心導管、檢驗等。</p>

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>1.有指派專責人員或部門負責監督管理醫院各項外包業務，並訂定外包業務管理辦法(應視醫院實際情形，包含衛生福利部公告之「醫療機構業務外包作業指引」所規定之相關內容)。(原 1.3.12-符合 1)</p> <p>2.明確訂定承包業者合格條件及遴選程序，並要求業者確保外包人員具備工作所須相關專業能力或資格證照，且依「職業安全衛生法」定期接受健康檢查，並備有檢查紀錄。(原 1.3.12-符合 2)</p> <p>3.應對承包業者實施業務及設備等訪查評估，作成紀錄，作為日後續約、違約處理之依據。(原 1.3.12-符合 3)</p> <p>4.視情形需要，明確規定外包業務相關意外事故發生時之賠償責任歸屬，以及外包業者違約時之業務即時銜接機制，以保障病人權益與安全。(原 1.3.12-符合 4)</p> <p>5.應對承包業者要求落實其員工之教育訓練，包含定期接受醫院有關院內感染管制、保密義務及確保病人安全等事項。(原 1.3.12-符合 5)</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1.落實外包業務監督管理規範，並確實考核承包業者履行合約，備有紀錄可查。(原 1.3.12-優良 1)</p> <p>2.對於外包人員訂有定期針對專業能力、資格與教育訓練自主查核機制，並落實執行。(原 1.3.12-優良 2)</p> <p>3.至少每半年 1 次評估檢討相關承包業者對合約的執行及實際工作狀況和時效性，並與承包業者溝通協商，能定期檢討改善，並有具體事證。(原 1.3.12-優良 3)</p> <p>[註]</p> <p>1.未有業務外包者，可自選本條免評。</p> <p>2.於實地評鑑查證時，如發現醫院實有外包業務，卻自稱「無外包業</p>	<p>2.外包業務之醫療照護專業人力需執登於該院。</p> <p>3.外包人員係指廠商常駐於醫院之外包人員，該業務之人員每週至少來一次(含以上)，且以從事例行性業務範圍者為主。</p> <p>4.評鑑委員於實地評鑑時，可查核醫院相關外包合約。</p>

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>務」之情形者，則本項評量為「待改善」。</p> <p>3.外包業務係指依衛生福利部公告之「醫療機構業務外包作業指引」應以診斷、治療、核心護理以外之非醫療核心業務為原則，如：</p> <p>(1)總務類：如膳食製作、環境清潔、廢棄物處理、救護車、保全、往生室、停車場等。</p> <p>(2)供應類：如被服清洗。</p> <p>(3)工務類：如機電、安全、消防、供水、緊急供電、醫用氣體等系統定期檢查及維修設備。</p> <p>(4)儀器類：如儀器設備租用或執行檢查、測試、保養或校正等。</p> <p>(5)資訊類：如資訊系統設計、或電腦設備維修與保養作業。</p> <p>(6)檢驗類：如委託檢驗。</p> <p>(7)照顧服務員。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.外包業務管理辦法或規章制度。(符合)</p> <p>2.外包人員健康檢查紀錄。(符合)</p> <p>3.外包業務及設備等訪查評估紀錄。(符合)</p> <p>4.外包違約時業務即時銜接機制。(符合)</p> <p>5.外包人員教育訓練資料。(符合)</p> <p>6.外包業務監督管理規範及查核紀錄。(符合)</p> <p>7.外包人員專業能力、資格與教育訓練自主查核機制及紀錄。(優良)</p> <p>8.與外包業者溝通協商紀錄及檢討改善資料。(優良)</p>	
試必	1.3.12	適當的呼吸治療 照護人力配置	<p>目的：</p> <p>配置適當之呼吸治療師，確保呼吸治療照護品質，並符合政府相關法令之規定。</p>

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.依醫院類型及規模設置人員或部門負責呼吸治療服務。 2.亞急性呼吸照護病房：每 10 床應有 1 人以上。(原 2.4.24-符合 3) 3.慢性呼吸照護病房：每 30 床應有 1 人以上。(原 2.4.21-符合 3) 4.加護病房：每 15 床應有 1 人以上。(原 2.4.7-優良 5) 5.收治使用呼吸器之病人，應有呼吸治療師提供 24 小時服務。 <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.亞急性呼吸照護病房：具 2 年以上呼吸治療師工作經驗至少 50%(含)以上。(原 2.4.24-優良 2 修) 2.慢性呼吸照護病房：每 20 床應有專任呼吸治療師 1 名。(原 2.4.21-優良 2 修) 3.加護病房：每 10 床應有專責呼吸治療師 1 名。(原 2.4.7-優良 5 修) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.本條為試評條文，評量結果不納入評鑑成績計算。 2.人力計算時： <ol style="list-style-type: none"> (1)人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定。 (2)若評鑑基準高於醫療機構設置標準，病床數得可考量年平均佔床率計算，併以四捨五入取至整位數。 (3)同類別人力之各項計算結果，加總後以四捨五入取至整數位。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.呼吸治療師執業登記名冊。(符合/優良) 2.呼吸治療師 24 小時服務紀錄。(符合) 3.加護病房專責呼吸治療師排班表。(優良) 	
試	1.3.13	適當的醫事放射	目的：

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
合	人力配置	<p>配置適當的醫事放射人員及合理工作量，確保放射診療檢查服務品質，並符合政府相關法令之規定。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.急性一般病床每達 20 床應有醫事放射人員 1 人。 2.設加護病床者，每達 20 床應有醫事放射人員 1 人。 3.有提供 24 小時緊急放射診斷作業，全天 24 小時均有醫事放射人員提供服務： <ol style="list-style-type: none"> (1)應有醫事放射人員 4 人以上。 (2)平均每日急診人次達 160 人次者，每達 40 人次應增聘醫事放射人員 1 人。 4.平均每日門診人次每達 800 人次，應有醫事放射人員 1 人。 <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.本條為試評條文，評量結果不納入評鑑成績計算。 2.醫事放射人員包括醫事放射師及醫事放射士。 3.各類病床數以登記開放數計，並依實際設置情形計算人力。 4.人力計算時，同類別人力之各項計算結果，加總後以四捨五入取至整數位。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫事放射人員及執業登記名冊。(符合) 2.放射線作業人員訓練計畫及訓練結果資料。(符合) 	
試合	1.3.14 適當的醫事檢驗人力配置	<p>目的：</p> <p>配置適當的醫事檢驗人員及合理工作量，確保醫事檢驗時效及服務品質，並符合政府相關法令之規定。</p> <p>符合項目：</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>1.急性一般病床每 40 床應有醫事檢驗人員 2 人以上。</p> <p>2.特殊病床每 50 床應有醫事檢驗人員 2 人以上。</p> <p>3.有提供 24 小時緊急檢驗作業：每 8 小時一班，全天 24 小時均有醫事檢驗人員提供服務。</p> <p>4.平均每日門診人次每 400 人次應有醫事檢驗人員 1 人以上。</p> <p>5.平均每日急診人次每 40 人次應有醫事檢驗人員 1 人以上。</p> <p>6.設有血庫者，應有專人管理。</p> <p>[註]</p> <p>1.本條為試評條文，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>2.特殊病床包含：加護病床、燒傷加護病床、燒傷病床、亞急性呼吸照護病床、慢性呼吸照護病床、血液透析床、急性後期照護病床及整合醫學急診後送病床。</p> <p>3.「有資格者」即「有執照之人員」，醫事檢驗人力及資格均應符合醫療機構設置標準，而「負責管理」則是責任與職務的分派。</p> <p>4.醫事檢驗人員包括醫事檢驗師及醫事檢驗生。</p> <p>5.各類病床數以登記開放數計，並依實際設置情形計算人力。</p> <p>6.人力計算時，同類別人力之各項計算結果，加總後以四捨五入取至整數位。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.醫事檢驗人員執業登記名冊。(符合)</p>	
試合	1.3.15	依據病房特性配置適當護產人力	<p>目的：</p> <p>配置適當的護產人員，確保照護品質及病人安全，並符合政府相關法令之規定。</p> <p>符合項目：</p>

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		1.急性一般病床：每 1.8 床應有 1 人以上。 2.特殊病床： (1)加護病房：每床應有 2.5 人以上。 (2)精神科加護病房：每 1.6 床應有 1 人以上。 (3)燒傷加護病房：每床應有 2.5 人以上。 (4)燒傷病房：每床應有 1.5 人以上。 (5)亞急性呼吸照護病房：每床應有 1.5 人以上。 (6)手術恢復室：每班每床 0.5 人以上。 (7)急診觀察室、嬰兒病床、安寧病房：每床應有 1 人以上。 (8)嬰兒室：每床應有 0.4 人以上。 (9)慢性呼吸照護病房：每 4 床應有 1 人以上。 (10)隔離病房：每 1.8 床應有 1 人以上。 (11)整合醫學急診後送病房：每 1.8 床應有 1 人以上。 3.血液透析： (1)照顧門診血液透析病人每 4 人次應有 1 人以上。 (2)照顧住院血液透析病人每 3 人次應有 1 人以上。 4.手術室：每班每床應有 2.5 人以上。 5.門診：每診療室應有 1 人以上。 6.精神病床： (1)精神急性一般病房：每 1.8 床應有 1 人以上。 (2)精神慢性一般病房：每 10 床應有 1 人以上。 (3)精神科日間照護單位：每 15 名服務量應有 1 人以上。 7.產房：每產台應有 2 人以上。 [註]	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)				
條號	條文	評量項目	委員共識	
		<p>1.本條為試評條文，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>2.護產人員包括護理師、護士、助產師及助產士，並應辦理執業登記；護佐、照顧服務員、書記等不列計。</p> <p>3.各類病床數以登記開放數計，並依實際設置情形計算人力。</p> <p>4.開業後之門診護產人員，依診療室之實際使用率計。其計算方式如下：實際使用率=每星期之開診數/(診間數×每天以二時段計數×每星期開診天數)×100%。</p> <p>5.人力計算時，同類別人力之各項計算結果，加總後以四捨五入取至整數位。</p> <p>6.醫院設有產房者，得有助產師(士)編制至少一人以上；其人員同時具有護理人員及助產人員資格者，應優先以助產人員資格辦理執業登記。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.護產人員執業登記名冊。(符合)</p> <p>2.護產人員年資統計資料。(符合)</p> <p>3.各部門護產人員配置統計。(符合)</p>		
試合	1.3.16	適當的藥事人力配置	<p>目的：</p> <p>配置適當的藥事人員及合宜調劑工作量，確保藥事服務品質，並符合政府相關法令之規定。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.一般病床：每 40 床應有藥師 1 人以上。</p> <p>2.設有下列部門者，其人員並依其規定計算：</p> <p>(1)加護病房：每 20 床應有藥師 1 人。</p> <p>(2)門診作業：如提供調劑服務者，應有藥師 1 人。</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>(3)急診作業：每 8 小時一班，全天 24 小時均應有藥師提供服務，至少應有藥師 1 人。</p> <p>3.開業一年以後，依前一年服務量計算人力：</p> <p>(1)門診作業：日處方箋每滿 70 張處方箋，應增聘 1 名藥師。</p> <p>(2)急診作業：日處方箋每滿 70 張處方箋，應增聘 1 名藥師。</p> <p>4.特殊製劑調劑作業：特殊藥品處方每 15 張至少 1 人。</p> <p>5.24 小時作業的醫院，必須配置有 24 小時作業的藥事人力。</p> <p>6.藥事管理：合計最低應有人力之 5%。</p> <p>[註]</p> <p>1.本條為試評條文，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>2.藥事人員係指領有藥師、藥劑生執照，並辦理登錄，且服務於藥劑部門者。</p> <p>3.一般病床包含：急性一般病床、精神急性一般病床及慢性一般病床。各類病床數以登記開放數計，並依實際設置情形計算人力。</p> <p>4.門、急診處方數指每日平均處方數，門診以實際門診日數計算，急診以一年 365 天計算。</p> <p>5.特殊藥品係指全靜脈營養輸注液、化學治療藥品、含放射性物質藥品癌症化學治療針劑、PCA 等，每日平均特殊藥品處方以一年 270 天計算。</p> <p>6.人力計算時，同類別人力之各項計算結果，加總後以四捨五入取至整數位。</p> <p>7.本條文不包含中藥調劑業務；醫院設有中醫部門者，中藥調劑人員另計。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		1.藥事人員及執業登記名冊。(符合) 2.具藥師資格統計資料。(符合)	
試合	1.3.17	適當的營養人力配置 目的： 設置膳食專責部門及配置適當的營養師，確保膳食服務品質，並符合政府相關法令之規定。 符合項目： 1.急性一般病床：每 90 床應有營養師 1 人以上。 2.慢性一般病床：每 200 床應有營養師 1 人以上。 3.精神急性一般病床：每 150 床應有營養師 1 人以上。 4.精神慢性一般病床：每 200 床應有營養師 1 人以上。 5.加護病房、燒傷加護病房合計：每 30 床應有營養師 1 人以上。 6.亞急性呼吸照護病房、慢性呼吸照護病房、燒傷病房合計：每 100 床應有營養師 1 人以上。 7.提供血液透析服務者，應有專責營養師：血液透析床達 50 床者，應增聘 1 名營養師；若血液透析床達 100 床者，應再增聘 1 名營養師。 8.提供住院病人膳食服務者，至少有 3 名營養人員負責供膳業務，其中 1 名為營養師。 [註] 1.本條為試評條文，評量結果不納入評鑑成績計算。 2.若設有營養部門者，其主管建議由營養師擔任為宜。 3.各類病床數以登記開放數計，並依實際設置情形計算人力。 4.人力計算時，同類別人力之各項計算結果，加總後以四捨五入取至整數位。 評量方法及建議佐證資料：	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		1.營養師人員執業登記名冊。(符合)	
試合	1.3.18 適當的物理治療 人力配置	<p>目的： 配置適當的物理治療人員及合宜工作量，確保物理治療服務品質，並符合政府相關法令之規定。</p> <p>符合項目： 1.急性一般病床：每 100 床，應有專任物理治療人員 1 人以上。 2.平均每日門診物理治療服務人次每 25 人次，應有專任物理治療人員 1 人以上。 3.至少應有 1 名物理治療師具有二年執行業務之經驗。</p> <p>[註] 1.本條為試評條文，評量結果不納入評鑑成績計算。 2.各類病床數以登記開放數計，並依實際設置情形計算人力。 3.人力計算時，同類別人力之各項計算結果，加總後以四捨五入取至整數位。</p> <p>評量方法及建議佐證資料： 1.物理治療人員執業登記名冊、年資統計資料、人力配置表。(符合)</p>	
試合	1.3.19 適當的職能治療 人力配置	<p>目的： 配置適當的職能治療人員及合宜工作量，確保職能治療服務品質，並符合政府相關法令之規定。</p> <p>符合項目： 1.應有職能治療人員 1 人以上。 2.急性一般病床、慢性一般病床合計：每達 120 床應有職能治療人員 1 人。 3.精神急性一般病床、精神慢性一般病床、精神科加護病床、精神科</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>日間照護單位合計：至少應有職能治療人員 1 人，每達 30 床應有職能治療人員 1 人。</p> <p>4.至少應有 1 名職能治療師具有二年執行業務之經驗。</p> <p>[註]</p> <p>1.本條為試評條文，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>2.各類病床數以登記開放數計，並依實際設置情形計算人力。</p> <p>3.人力計算時，同類別人力之各項計算結果，加總後以四捨五入取至整數位。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.職能治療人員執業登記名冊、年資統計資料、人力配置表。(符合)</p>	
試合	1.3.20	<p>適當的語言治療人力配置</p> <p>目的：</p> <p>配置適當的語言治療師及合宜工作量，確保語言治療業務品質，並符合政府相關法令之規定。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.應有語言治療師 1 人以上。</p> <p>2.一般病床每達 250 床，應有語言治療師 1 人。</p> <p>3.相關業務人員：</p> <p>(1)設有早療評估和治療應增聘全職語言治療師 1 人。</p> <p>(2)提供出院準備、行動早療、外展服務社區者，應增聘 1 名語言治療師。</p> <p>(3)提供居家醫療服務者，應增聘 0.5 名語言治療師。</p> <p>[註]</p> <p>1.本條為試評條文，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>2.各類病床數以登記開放數計，並依實際設置情形計算人力。</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>3.人力計算時，同類別人力之各項計算結果，加總後以四捨五入取至整數位。</p> <p>評量方法及建議佐證資料： 1.語言治療師執業登記名冊、年資統計資料、人力配置表。(符合)</p>	
試合	1.3.21	<p>適當的聽力人力配置</p> <p>目的： 配置適當的聽力師及合宜工作量，確保聽力業務品質，並符合政府相關法令之規定。</p> <p>符合項目： 1.應有聽力師 1 人以上。 2.一般病床每達 350 床應增聘 1 人。</p> <p>[註] 1.本條為試評條文，評量結果不納入評鑑成績計算。 2.各類病床數以登記開放數計，並依實際設置情形計算人力。 3.人力計算時，同類別人力之各項計算結果，加總後以四捨五入取至整數位。</p> <p>評量方法及建議佐證資料： 1.聽力師執業登記名冊、年資統計資料、人力配置表。(符合)</p>	
試合	1.3.22	<p>適當的社工人力配置</p> <p>目的： 配置社工人員協助解決病人就醫、資源轉介與諮詢服務，增進病人疾病適應與提升生活品質。</p> <p>符合項目： 1.急性一般病床：每達 80 床應有社會工作人員 1 人以上。 2.精神急性一般病床：每達 30 床應有社會工作人員 1 人以上。</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)				
條號	條文	評量項目	委員共識	
		<p>3.精神科日間照護單位(床)：每達 60 床應有社會工作人員 1 人以上。</p> <p>4.平均每日門診人次：</p> <p>(1)達 4,000 人次者，應增聘 1 名社會工作人員。</p> <p>(2)達 10,000 人次者，應再增聘 1 名社會工作人員。</p> <p>[註]</p> <p>1.本條為試評條文，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>2.各類病床數以登記開放數計，並依實際設置情形計算人力。</p> <p>3.人力計算時，同類別人力之各項計算結果，加總後以四捨五入取至整數位。</p> <p>4.自本基準公告日起，新聘之社會工作人員應具社會工作師資格，但偏遠地區醫院不在此限。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.社會工作人員執業登記名冊、年資等資料。(符合)</p> <p>2.社會工作人員業務工作規範。(符合)</p>		
試合	1.3.23	適當的臨床心理 人力配置	<p>目的：</p> <p>配置臨床心理協助解決病人就醫、資源轉介與諮詢服務，增進病人疾病適應與提升生活品質。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.至少應有 2 名專任臨床心理師。</p> <p>2.精神急性一般病床、精神慢性一般病床、精神科日間照護單位合計： 每 30 床應有專任臨床心理師 1 名以上，未滿 30 床者，至少應有專任臨床心理師 1 名。</p> <p>3.平均每月精神科門診人次，每 2,000 人次應增聘 1 名臨床心理師。</p> <p>4.急性一般病床：每 300 床應有專任臨床心理師 1 名以上。</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>5.平均每月門診人次(不含精神科門診)，每 50,000 人次應增聘 1 名臨床心理師。</p> <p>[註]</p> <p>1.本條為試評條文，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>2.各類病床數以登記開放數計，並依實際設置情形計算人力。</p> <p>3.人力計算時，同類別人力之各項計算結果，加總後以四捨五入取至整數位。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.臨床心理師執業登記名冊、年資等資料。(符合)</p>	
試合	1.3.24	<p>適當的呼吸治療 照護人力配置</p> <p>目的： 配置適當之呼吸治療師，確保呼吸治療照護品質，並符合政府相關法令之規定。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.依醫院類型及規模設置人員或部門負責呼吸治療服務。</p> <p>2.急性一般病床：每達 200 床應有呼吸治療師 1 人。</p> <p>3.亞急性呼吸照護病房：每達 5 床應有呼吸治療師 1 人。</p> <p>4.慢性呼吸照護病房：每達 15 床應有呼吸治療師 1 人。</p> <p>5.加護病房：每達 7.5 床應有呼吸治療師 1 人。</p> <p>6.有提供 24 小時急診服務者，至少應有呼吸治療師 4 人。</p> <p>[註]</p> <p>1.本條為試評條文，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>2.各類病床數以登記開放數計，並依實際設置情形計算人力。</p> <p>3.人力計算時，同類別人力之各項計算結果，加總後以四捨五入取至整數位。</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		評量方法及建議佐證資料： 1.呼吸治療師執業登記名冊。(符合) 2.呼吸治療師 24 小時服務紀錄。(符合)	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
<p>第 1 篇、經營管理 第 1.4 章 病歷、資訊與溝通管理</p> <p>【重點說明】</p> <p>病歷之妥善管理，對醫院醫療品質有很大的影響，將評估病歷管理應用之體制是否完善，包括：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.病人的病歷應統一合併，妥善管理(編號、登記、歸類)，以利其他專業診療參考，避免重複診療。 2.應明確掌握病歷行蹤及品質，訂有防止遺失及質與量審查等品質確保機制。 3.使用統一之病歷號，避免同名或同姓病人錯置。 4.能快速檢索符合特定條件的病歷。 5.門診病歷送到診間之即時性評估。 6.應對病歷內容有完善之保密措施。 7.電子病歷相關管理確依 98 年 8 月 11 日公告修正之醫療機構電子病歷製作及管理辦法辦理。 8.定期利用病歷製作、效率及業務評估的指標資料。 <p>在資訊與溝通管理方面，醫院應明訂資訊管理及安全相關政策與作業規範，確保資訊具有「保密性」、「安全性」、「可用性」與「完整性」等必備條件，防止病人資料遺失、誤用，明確訂定病人資訊保密相關措施。</p> <p>隨著網際網路和人工智慧快速進展，如何在兼顧保密和隱私下，逐步發展智能醫院，提升病人服務，行政效能和安全品質照顧，並藉資訊化數據收集與分析，強化疾病管理、診斷技術開發，和實證分析研究，是病歷、資訊與溝通管理的重要趨勢。</p>			
1.4.1	健全的病歷資訊管理制度及環境	<p>目的： 規範病歷記載的方式及格式、檔案增刪與存取查核的管理機制和設備的保存環境，以利合法完整調閱應用。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.病歷格式一致且設計完善，易於查閱。明訂記載規則及標準作業規定。(原 1.5.1-符合 1) 2.病歷應按內容類別編排有序，檔案排列整齊易於調閱；病歷調出與歸檔有作出入庫管理與遞送時效管控。有切實追蹤查核制度，防止遺失。(原 1.5.1-符合 2 修) 3.病歷經刪改，其刪改部分(含執行人員、時間及內容)應予保留，嚴 	<ol style="list-style-type: none"> 1.符合項目 3，醫院可採定期抽查、加蓋騎縫章等方式，來防止病歷被撕毀、竄改。 2.符合項目 4 所提「防火措施」，目前相關法令及評鑑基準並未規定防火設備類型，醫院可依其現況及安全性進行配置。 3.[註]2 係依據「醫療機構電子病歷製作及管理辦法」之第 7 條規定「醫療機構實施電子病歷，應將開始實施之日期及範圍報請直轄市、縣(市)主管機關備查，並應揭

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>防病歷遭竄改、損毀及不當取得或使用，電子病歷置有備份防止滅失，且有確保系統故障回復及緊急應變之機制。於法定保存年限內應可完整呈現病歷紀錄。(原 1.5.1-符合 3、4 併)</p> <p>4.紙本病歷檔案空間和電子病歷儲存主機所在處應有適當門禁、防火、確保妥善運作之相關設施設備，並有定期防火演練。(原 1.5.1-符合 5)</p> <p>優良項目：(下述項目(不含試評項目)須全部達成)</p> <p>1.電子病歷除特殊狀況外，應依規定上傳健保醫療資訊雲端查詢系統。(試)</p> <p>2.診療過程產生的病歷資料，不論紙本、聲音、照片或電子檔案等，應有效管理避免機構內外非相關人員不當閱覽或擷取，以尊重病人隱私權。(試)</p> <p>3.對病歷內容的保密措施(如：保密原則、規範、人員教育訓練等)嚴格要求並有定期稽查之機制。(原 1.5.1-符合 6 修)</p> <p>4.對於病歷調閱、釋出目的及行為應有統計分析。(原 1.5.1-優良 2)</p> <p>[註]</p> <p>1.全面或部分實施電子病歷之醫院，應符合「醫療法」及「醫療機構電子病歷製作及管理辦法」之規定。</p> <p>2.未向當地主管機關宣告實施電子病歷者，本條有關電子病歷之部分免評。</p> <p>3.病歷室和電子病歷儲存主機所在處應維持整齊清潔，不可堆放非屬病歷室之雜物。</p> <p>4.優良項目 1、2 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p>	<p>示於機構內明顯處所，於變更或停止實施時亦同」，故醫院向當地主管機關報備實施電子病歷，評鑑委員需就其實施日期及範圍進行評量，惟於該實施日期及範圍內得免以書面方式製作病歷。</p>

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		1.病歷製作與管理辦法。(符合) 2.病歷書寫規範。(符合) 3.病歷審查作業辦法。(符合) 4.病歷存放檔區和電子病歷主機所在處消防設備和門禁安全管理規範(含火災應變計畫與演習紀錄)。(符合) 5.個人資料安全保護管理辦法。(符合/優良) 6.電子病歷存取、增刪、查閱與複製管理辦法。(優良)	
1.4.2	應有專人負責管理病歷或設立病歷管理部門,人力配置、素質、教育訓練適當,作業功能良好	目的： 訂有專責單位和專業人員負責病歷管理,提供良好的病歷管理相關作業。 符合項目： 1.應有專責人員或設有病歷管理單位,負責病歷管理。(原 1.5.2-符合 1) 2.病歷管理人員應有病歷管理或疾病分類等相關專業訓練。(原 1.5.2-符合 2) 3.人力配置符合醫院規模及業務量,並考量床數及業務量調整;每 100 床有 1 名病歷管理人員(以一般病床計)。(原 1.5.2-優良 1) 4.病歷管理委員會由資深醫師擔任主委,並有資訊人員擔任委員,或設有電子病歷跨單位發展組織。(原 1.5.2-優良 2、5 併) 優良項目：(下述項目(不含試評項目)僅限一項未達成) 1.所有疾病分類人員通過相關資格甄審考試,並取得證照。(原 1.5.2-優良 3) 2.若醫院每年新診斷癌症個案數達 50 案以上者(以衛生福利部最新公告之個案數為基準,由國民健康署提供醫院及其申報個案數資料)則：(原 1.5.2-優良 4)	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>(1)醫院每年新診斷癌症個案數達 50 案以上未達 1000 案之醫院，至少有 1 人曾接受國民健康署委託辦理之癌症登記課程達 20 小時以上。(原 1.5.2-優良 4-(2))</p> <p>(2)醫院每年新診斷癌症個案數達 500 案之醫院，至少有 0.5 名(未滿 1 人以 1 人計)通過認證之專責癌症登記技術員。(原 1.5.2-優良 4-(1)修)</p> <p>(3)醫院每年新診斷癌症個案數達≤ 3000 案之醫院，至少有 1 名癌症登記進階級認證人員；每年新診斷癌症個案數達 3000 案以上則至少有 2 名癌症登記進階級認證人員。(試)</p> <p>3.病歷管理委員會會議決議事項有追蹤考核，改善成效良好。(原 1.5.2-優良 5 修)</p> <p>[註]</p> <p>1.醫療機構設置標準：應有專責之病歷管理人員 1 人以上。</p> <p>2.資深醫師係指取得專科醫師資格 5 年以上且具臨床經驗者。</p> <p>3.符合項目 2 所提「病歷管理或疾病分類等相關專業訓練」，得由相關學、協會認證辦理。</p> <p>4.參考衛生福利部國民健康署癌症診療品質認證基準。</p> <p>5.優良項目 2-(3)列為試評項目，評量結果不列入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.病歷管理部門組織圖。(符合)</p> <p>2.病歷管理和疾病分類人員，相關學協會專業訓練認證。(符合/優良)</p> <p>3.病歷管理委員會組織章程和會議紀錄(含決議與追蹤事項)。(優良)</p>	
1.4.3	病歷應詳實記載，並作量與質的	<p>目的：</p> <p>依相關法令規定訂定病歷記載之規範及查核改善。</p>	優良項目 1，病人進行手術、麻醉、侵入性檢查或治療等相關同意書，皆須納入病歷中；同意書之格

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
	審查	<p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.主治醫師需親自診察且病歷記載應符合「醫師法」及「醫療法」要求。(原 1.5.3-符合 1) 2.各類醫事人員病歷紀錄要求應符合相關法規及醫院要求。記載內容及注意事項建議如下：(原 1.5.3-符合 2) <ol style="list-style-type: none"> (1)首頁載明病人姓名、出生年、月、日、性別及住址等基本資料。 (2)就診日期。 (3)病人主訴及現在病史。 (4)過去病史、家族史、藥物過敏史、職業、旅遊史及資料提供者。 (5)身體檢查(Physical Examination)、檢查項目及結果。 (6)診斷或病名。 (7)治療、處置或用藥(處方，包括藥名、劑量、天數及服用方式)等情形。 (8)治療方式。 (9)所有醫事人員對病歷之紀錄均有簽名或蓋章及簽註日期(已實施電子病歷之醫院應以電子簽章方式為之)。 (10)治療效果。 (11)其他依醫院實際所需訂定之各類紀錄方式及內容。 3.訂定病歷量的審查作業規定，且確實執行。(原 1.5.3-符合 3) <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.相關紀錄應適當描述重點且將同意書及各類相關紀錄納入病歷，詳實記錄及持續品質審查。(原 1.5.3-優良 1) 2.訂定病歷紀錄品質審查作業規定或辦法，確實對病歷紀錄之量與質執行評核並有獎懲制度。(原 1.5.3-優良 2) 3.相關紀錄品質監測結果，確實檢討改善，成效良好。(原 1.5.3-優良 	<p>式、簽署份數等原則均需符合相關法規規定。另，目前尚未明確規範自費項目之同意書須納入病歷，醫院可自行規範是否納入病歷管理範圍。</p>

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>3)</p> <p>[註]</p> <p>1.醫師法第 12 條：「醫師執行業務時，應製作病歷，並簽名或蓋章及加註執行年、月、日。 前項病歷，除應於首頁載明病人姓名、出生年、月、日、性別及住址等基本資料外，其內容至少應載明下列事項： 一、就診日期。 二、主訴。 三、檢查項目及結果。 四、診斷或病名。 五、治療、處置或用藥等情形。 六、其他應記載事項。 病歷由醫師執業之醫療機構依醫療法規定保存。」</p> <p>2.醫療法第 67 條：「醫療機構應建立清晰、詳實、完整之病歷。 前項所稱病歷，應包括下列各款之資料： 一、醫師依醫師法執行業務所製作之病歷。 二、各項檢查、檢驗報告資料。 三、其他各類醫事人員執行業務所製作之紀錄。 醫院對於病歷，應製作各項索引及統計分析，以利研究及查考。」</p> <p>3.本條文符合項目 2 至少應符合(1)、(2)、(3)、(5)、(6)、(7)、(9)為之規範；另，初診及入院紀錄(Admission Note)亦需符合(4)之規範。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.病歷書寫規範。(符合)</p> <p>2.病歷品質管理辦法(含質、量、時效)。(符合/優良)</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		3.抽查病歷至少 10 本。(符合) 4.病歷紀錄之質量審查之紀錄與分析檢討結果。(優良)	
1.4.4	病歷應有系統歸檔，且每位病人只有一份病歷，以維護資料的完整性	<p>目的： 系統性保存門診和住診病歷，且重要紀錄應有註記、特殊病歷應獨立保存並有合適保護機制。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.每位病人只有一份病歷(即每位病人在醫院僅有 1 個病歷號)。病歷應依法定年限妥善保存，且病歷號有系統的歸檔，易於調閱；病歷調離檔案後，應有紙本或資訊系統之追蹤紀錄，以利病歷追蹤。紙本病歷首頁、紙本診療紀錄或電子病歷應有該病人「藥物過敏」之紀錄。處方醫令系統應有病人「藥物過敏」之提示。若病人簽具不施行心肺復甦術(Do Not Resuscitate, DNR)，則應比照「藥物過敏」之註記。(原 1.5.4-符合 1) 2.門診、住院病歷如分開放置時，門診病歷需含出院病歷摘要，透析病歷如分開放置時，應將病人透析治療之重要資訊，整理摘要後至少每 3 個月一次併入病人病歷，其內容須包括：首頁(含基本資料及診斷)，透析紀錄單，藥物醫囑單，檢查數據單，護理衛教單，血管追蹤紀錄單，住出院紀錄單等重點摘要。(原 1.5.4-符合 2 修) 3.特殊病歷資料應制訂辦法妥善管理，視法律規定予以獨立儲存及設有合適保護機制，並製作摘要置入病歷中或建立相關索引機制。(原 1.5.4-符合 3) <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.具教學研究價值之病歷相關資料有特別妥善保存。(原 1.5.4-優良 1) 2.訂定病歷紀錄及調閱規範，並落實執行，定期檢討改善成效良好。(原 1.5.4-優良 2) 	符合項目 3 所提「特殊病歷資料」，其摘要置入病歷之頻率，醫院應自行規定並據以辦理，但需向評鑑委員說明規定之原由。

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>3.改善病歷資料完整性之管理、提升病歷品質。(原 1.5.4-優良 3)</p> <p>[註]</p> <p>1.符合項目 1 所提「若病人簽具不施行心肺復甦術(DNR),則應註記」: (1)其註記方式不侷限於紙本病歷,註記位置以可讓相關人員查閱即可。 (2)DNR 註記之查閱以 100 年 2 月以後之資料為主。</p> <p>2.血液透析紀錄若全面實施電子病歷,則不必每三個月整理重要資訊摘要。</p> <p>3.未向當地主管機關宣告實施電子病歷者,本條有關電子病歷之部分免評。</p> <p>4.特殊病歷由醫院自行定義。</p> <p>評量方法及建議佐證資料:</p> <p>1.病歷書寫規範。(符合/優良)</p> <p>2.病歷保存與借閱規範。(符合/優良)</p> <p>3.出院病歷彙整標準。(符合)</p> <p>4.個人資料安全保護管理辦法。(符合)</p> <p>5.病歷品質監測指標和審查統計表。(優良)</p>	
1.4.5	依據病人的請求,依法提供病歷複製本或摘要,落實分級醫療,視病人的病情需要,進行轉診病歷製作,並分析檢討	<p>目的:</p> <p>為協助病人跨院醫療需求或專業諮詢,依法適時提供病歷複製本或摘要。</p> <p>符合項目:</p> <p>1.明訂提供病歷複製本或摘要之流程,對於病人之申請,不得違反醫療法第 71 條規定,無故拖延或拒絕。(原 1.5.5-符合 1)</p> <p>2.病人資料的釋出須依一定的申請程序辦理。(原 1.5.5-符合 2)</p>	符合項目 1,醫院應有便利病人的申請流程(如:在服務台接受申請),不宜規定須先行掛號。

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>3.能依病人需求，提供中文出院病歷摘要。(原 1.5.5-符合 3)</p> <p>4.訂有緊急傷病患轉診辦法，及時傳遞轉診病人相關病歷資訊至轉診醫院，並落實轉診過程之風險告知，填具轉診同意書(需符合緊急傷病患轉診實施辦法之規定)。(試)</p> <p>優良項目：(下述項目(不含試評項目)須全部達成)</p> <p>1.設有稽核及改善機制，落實執行成效良好。(原 1.5.5-優良 1)</p> <p>2.適時檢討修訂相關流程，具體改善服務便利性及作業效率(病歷複製本應於 2 日(工作日)內提供;病歷摘要應於 5 日(工作日)內提供)。(原 1.5.5-優良 2 修)</p> <p>3.轉診病人交接資料完整，包括院際間轉診紀錄及轉診異常事件報告。(試)</p> <p>4.針對轉診及接收病人案件紀錄進行統計、並分析檢討，提供病人優質連續照護。(試)</p> <p>[註]</p> <p>1.醫療法第 71 條規定：「醫療機構應依其診治之病人要求，提供病歷複製本，必要時提供中文病歷摘要，不得無故拖延或拒絕；其所需費用，由病人負擔」。</p> <p>2.醫療法施行細則第 49-1 條規定：「本法第 71 條所稱必要時提供中文病歷摘要，指病人要求提供病歷摘要時，除另有表示者外，應提供中文病歷摘要」。</p> <p>3.符合項目 4 及優良項目 3、4 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.病歷復製作業辦法。(符合)</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		2.病歷複製作業時效稽核統計表。(優良) 3.轉診及接收病人案件統計分析檢討。(優良)	
1.4.6	發展連續性、整合性照護之病歷管理，且對出院病歷摘要定期追蹤及檢討改善	<p>目的： 為因應人口結構改變，提升照護效能，鼓勵推展跨科共同照護的病歷記錄模式。出院病歷應重點彙整診斷與診療過程，完成出院摘要歸回病歷室以便利病人回診。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.應規定出院作業流程及出院摘要之記載內容，包括住院原因及截至出院的診療經過，均予精簡記述。(原 1.5.6-符合 1) 2.出院病歷應儘速歸回病歷室並完成病歷寫作，以利病人回診，並有管理機制與統計。(原 1.5.6-符合 2) 3.出院摘要有 90%於出院日翌日起算 7 日(工作日)內完成，紙本病歷並歸回病歷室。(原 1.5.6-符合 3 修) <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.電子病歷表單開發和執行有助推展整合性照護，落實醫病溝通和跨科共同照護，有具體成效。(試) 2.出院前病歷能記載居家或下轉機構的連續性照護建議與服務資源，以落實出院病人準備計畫。(試) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.符合項目 2 所提「完成病歷寫作」係指完成所有病歷內容(量之審查內容)並上架歸檔。 2.中文病歷摘要可參考衛生福利部公告之範本。 3.優良項目 1、2 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		1.出院作業流程與出院病歷管理辦法。(符合) 2.出院摘要複本 7 日(工作日)內提供達成率。(符合) 3.個案管理與管理式照護表單和全人照護流程。(優良)	
1.4.7	建立疾病與手術檢索系統及相關統計分析	<p>目的： 對出院病人病歷重點資料作成資料庫，採通用標準分類，以利疾病統計分析、成效評估指標蒐集和營運改善應用。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.就出院病人之病歷以病歷號、性別、年齡、診斷、手術、住/出院日期、出院時的治療結果等作為資料庫登記內容。(原 1.5.7-符合 1) 2.診斷與手術名應使用當時通用之標準分類系統(如：ICD-10-CM/PCS)予以分類，並可自行訂定必要的索引項目予以檢索。(原 1.5.7-符合 2) 3.定期製作醫院疾病統計資料。(原 1.5.7-符合 3) <p>優良項目：(下述項目(不含試評項目)須全部達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有年度疾病統計資料分析年報。(原 1.5.7-優良 1) 2.疾病分類人員應配合政策，正確使用分類系統和編碼指引，提供完整診斷碼或處置碼，以利醫療技術評估和健康資料分類。(試) 3.能配合醫院需求製作成效評估指標，依據評估指標蒐集相關之資料，進行統計分析，運用於營運醫療品質改善，並有檢討機制。(原 1.5.7-優良 3 修) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.成效評估指標，如：選定某些疾病或手術，統計分析如：死亡率、存活率、感染率(或密度)、併發症發生率、48 或 72 小時再入院率、平均住院日等指標。 2.優良項目 2 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 	評量項目[註] 1 所提「某些疾病或手術」係由醫院依據重要或常見疾病、手術自行訂定指標並評估成效。

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院疾病統計年報(含疾病與手術分類索引)。(符合) 2.成效評估指標與檢討機制。(優良) 3.醫院有建立協助提升疾病診斷、處置編碼正確性之機制。(優良) 4.跨年度疾病統計資料分析比較與營運成效。(優良) 	
1.4.8	資訊部門配合臨床及行政部門建立完善作業系統,且院內各系統連線作業及院外聯繫系統功能良好	<p>目的：</p> <p>運用資訊科技管理，整合建立支援病人照護、教育訓練、研究及決策系統，確保病人安全及提升品質。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.依醫院規模，設置資訊管理專責人員或部門，且院內各系統連線作業功能運作適當。(原 1.5.8-符合 1) 2.應讓適當的臨床及管理人員參與選擇、整合及使用資訊科技管理措施。(原 1.5.8-符合 2) 3.醫院應以即時的資訊支援病人照護、教育訓練及管理。(原 1.5.8-符合 3) <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.使用部門及資訊管理部門專責人員溝通聯繫適當(如：需求單處理流程、處理時效、需求部門滿意度調查等)。(原 1.5.8-優良 1) 2.與院外其他機構(如：特約醫療機構、藥局、院外醫療站等)聯繫系統功能適當。(原 1.5.8-優良 2) 3.醫院應以資訊支援研究。(原 1.5.8-優良 3) 4.設有資訊安全管理委員會或相關組織，負責資訊安全工作推動及追蹤，並由現任副院長以上層級人員擔任資通安全長，訂有資訊安全管理計畫且召開跨部門之管理會議，能針對資安列管設備(含醫療儀器及其他支援設施)、臨床與行政決策系統進行討論，落實資訊安全 	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>以確保病人安全及提升醫療品質。(原 1.5.8-優良 4 修)</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.資訊部門組織章程。(符合) 2.醫療資訊系統架構圖。(符合) 3.資訊安全管理委員會或相關組織之章程與會議紀錄。(符合) 4.資訊需求單處理流程與管控規範。(優良) 5.資訊管理滿意度調查。(優良) 6.決策支援系統。(優良) 7.資訊安全管理年度計畫。(優良) 	
1.4.9	具備資訊管理作業規範，以確保資訊安全及維護病人隱私，並訂有緊急應變處理機制	<p>目的：</p> <p>建立資訊安全管理機制，系統當機緊急應變標準和風險管理計畫，確保病人隱私和資訊安全。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.依「資通安全管理法」，資通系統應有資訊系統使用權限設定及防止資料外洩之資訊管理相關作業規範，並具備資訊安全管理機制(如：資訊需求申請程序書、資訊系統密碼管理辦法、程式撰寫文件管理辦法、資訊系統備份作業程序書、資訊安全稽核作業程序書、網路頻寬使用管理辦法、網際網路使用規範、網路信箱管理辦法等)。(原 1.5.9-符合 1 修) 2.系統應界定使用者權限，並能禁止非相關人員進入系統存取資料，以確實保障病人個人隱私。(原 1.5.9-符合 2) 3.資訊設備機房應訂有門禁管制及防火設施。(原 1.5.9-符合 3) 4.設有資料正確性之檢查機制，並檢討改善資料之正確性。(原 1.5.9-符合 4) 	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>5.訂有資訊系統故障(當機)、資通安全事件及個資事件緊急應變標準作業規範。(原 1.5.9-符合 5 修)</p> <p>6.訂有資通安全維護計畫並有加入衛生福利部資安資訊分享與分析中心(H-ISAC)會員，並適時進行情資分享，提升其資通安全維護能量，調整資通安全應變機制，預防相關資通安全威脅之發生。(試)</p> <p>優良項目：(下述項目(不含試評項目)僅限一項未達成)</p> <p>1.針對核心資通系統故障緊急應變計畫進行演練，並有故障原因和處理紀錄檢討改善。(原 1.5.9-優良 1 修)</p> <p>2.具有備份設施與病人資料異地備份之功能，且每日追蹤處理情形。(原 1.5.9-優良 2)</p> <p>3.訂有資訊系統風險管理計畫，且主動積極進行風險分析、監測及管理，並落實執行，可被廣泛應用。(原 1.5.9-優良 3)</p> <p>4.核心資通系統導入資訊安全管理系統標準(如：ISO27001、CNS27001 或其他具有同等或以上效果之管理系統或標準)及公正第三方檢驗，並持續維持其驗證有效性。(試)</p> <p>[註]</p> <p>本條用詞定義如下：</p> <p>1.符合項目 4「檢查機制」係指資訊部門運用電腦輔助程式並與使用部門共同查核方式，以驗證資料之正確性。</p> <p>2.符合項目 5「資通安全事件」係指系統、服務或網路狀態經鑑別而顯示可能有違反資通安全政策或保護措施失效之狀態發生，影響資通系統機能運作，構成資通安全政策之威脅。</p> <p>3.符合項目 5「個資事件」係指個人資料被竊取、竄改、毀損、滅失、洩漏或其他致個資當事人權益受侵害之事故。</p> <p>4.符合項目 6 及優良項目 4 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.訂有資訊管理相關作業規範。(符合) 2.使用權限申請單與各職級權限一覽表。(符合) 3.資訊設備機房門禁管制與消防設備規範及進出紀錄。(符合) 4.醫院資訊系統故障(當機)、資通安全事件及個資事件緊急應變標準作業規範與程序。(符合) 5.資通安全維護計畫及實施情形文件紀錄。(符合) 6.電腦系統故障演練紀錄與資訊安全事故報告單、資通安全事件通報單與處理紀錄(或演練通報檢討紀錄)。(優良) 7.備份設施與病人資料異地備份規範。(優良) 8.醫院電腦系統風險管理計畫，和風險分析與監測管理。(優良) 9.通過 ISO27001、CNS27001 或其他具有同等或以上效果之管理系統或標準之證明文件。(優良) 	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
第 1 篇、經營管理 第 1.5 章 安全的環境與設備			
【重點說明】			
本章重點旨在引導與檢視醫學中心透過完善醫院經營管理機制達成下列目標：			
1.創造安全友善就醫環境，樹立醫院主客觀口碑與評價。			
2.營造病人與員工安心舒適的醫療與工作環境。			
3.主動預防火災及相關複合性災害危機，建立醫療界標竿學習模式。			
<p>依據美國健康照護研究與品質管理局(Agency for Health care Research and Quality, AHRQ)之建議「要提升病人安全必須確保醫療照護過程不會發生任何意外或可預防性之傷害」，因此醫院經營者在規劃醫院建築與相關硬體設施時即應將員工工作環境與病人就醫環境之安全納入考量，並審視是否符合相關法規之要求，如建築法、公共安全、防火安全、勞工安全、感染管制、身心障礙相關設施規定等，若發現有違相關法令之規定，應立即改善以確保員工與就醫病人及其家屬之安全。</p>			
<p>為提升病人就醫之方便性與可近性，以達成「以病人為中心」之目標，醫院應提供病人或民眾來院之交通、候車與停車規劃、用餐、購物等資訊。此外，應重視身心障礙病人或其家屬之就醫權利，醫院應確保符合法規之無障礙環境與相關設施，如扶手、斜坡道、輪椅、身心障礙專用之浴廁等，且須依照設置科別、病人及其家屬需要，建置適當規格之廁所(如：坐式、蹲式、輪椅用等種類)、其數量除應符合一般病人及家屬之需要外，亦須提供親子適用之設施設備、浴廁等；為確保病人安全與權益，應考量設施設備之可用性(如：輪椅加附點滴架進入浴廁)，並設置急救鈴與建立相關之維護與保養機制。對於就診空間與病房應設定音量管制、維持適當之溫度與濕度以提供合宜舒適之就醫環境。</p>			
<p>醫院之照護環境安全主要涉及下列兩個層面，包括(一)安全(Safety)：應避免建築與相關硬體設施因設計與維修不當或人為疏忽造成病人、訪客與員工之傷害；(二)保全(Security)：避免人為蓄意破壞、偷竊、暴力攻擊、縱火等威脅病人、家屬與員工生命財產之安全。為協助醫院建立安全防護體系，本章之評鑑基準亦包括提供安全及安靜的病室環境(如：設有機制定期檢查急救鈴或緊急呼救系統、扶手及防滑設施之功能)、訂定安全管理作業規範，提供病人及員工安全的環境(如：設有保全監測設備、警民連線、防止電梯墜落、用電安全管理等)。</p>			
<p>為避免病人在接受診療過程中因醫療儀器之使用與教育訓練不足(如：將只適合成人使用之醫療技術或器材誤用於小兒科與新生兒病人)、維修保養不當(特別是對於高風險之醫療儀器，如：電擊器、生理監視器與輸液幫浦等未建立預防性保養制度)或相關之基礎設施維修保養不當(如：電力或醫療氣體)導致侵襲性檢查突然中斷(如：心導管檢查)或維持生命之儀器突然停止運作(如：呼吸器)而造成病人傷害或死亡，醫院應定期執行醫療儀器或相關器材與基礎設施(包括機電、安全、消防、供水、緊急供電、醫用氣體等)或系統等之維護、檢查、測試、保養或校正作業。另為避免員工在工作中受到暴力之攻擊，醫院應採必要措施，以確保醫事人員執行醫療業務時之安全。</p>			
<p>考量住院病人在住院期間之需求，醫院應依病人之特性設置病床，並應保持病房之清潔與安全性，包括定期檢查床欄之安全性、床墊與所</p>			

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
使用之床單應定期清潔與消毒，以防止如：疥瘡之群聚感染。另為確保醫院之飲食安全，醫院之廚房與供餐作業應符合膳食安全衛生管理作業之規範，如：危害分析與重要管制點(Hazard Analysis Critical Control Point, HACCP)之認證規定或 ISO22000 食品安全管理之認證。			
1.5.1	提供醫院交通資訊，並有安全的交通規劃	<p>目的： 病人就診時能提供交通及停車等相關服務資訊，方便病人到達醫院。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.提供醫院周邊交通資訊。(原 1.6.1-符合 1) 2.提供汽車、機車之停車相關資訊。(原 1.6.1-符合 2) 3.院內公共空間有安全的交通規劃，含車輛與行人交通路線、停車空間、路面平整等。(原 1.6.1-符合 3) 4.提供叫車資訊及適宜之候車場所，並視病人需求協助上下車。(原 1.6.1-符合 4) <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.建立安全有效機制，確保病人上下車安全，及避免造成車流壅塞。(試) 2.有提供孕婦及育有六歲以下兒童之專用停車位。(試) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.「提供醫院周邊交通資訊」係指公告於網站或佈告欄，包括：無障礙大眾運輸交通資訊。 2.「提供叫車資訊及適宜之候車場所」係指設有行動不便者臨停接送區域。 3.優良項目 1、2 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院周邊交通資訊相關資料。(符合) 2.病人在未到院前與到院後可取得之汽車、機車之停車相關資訊。(符 	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		合) 3.依「孕婦及育有六歲以下兒童者停車位設置管理辦法」設置專用車位。 (優良)	
1.5.2	醫院應設置無障礙設施，並符合法令規定	<p>目的： 依相關建築法令規定，設置無障礙設施並定期檢查設施之功能，確保就醫民眾及身障失能者就醫權利與安全。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院應依相關建築法令規定，設置無障礙設施，如：醫院建築物之室外通路、連接院外通路、避難層坡道及扶手、避難層出入口、室內出入口、室內通路走廊、樓梯、昇降設備、廁所盥洗室、浴室、停車空間等。(原 1.6.2-符合 1) 2.設置無障礙設施之處所，應有明顯標示。(原 1.6.2-符合 2) 3.定期檢查院內無障礙設施之功能。(原 1.6.2-符合 3) 4.於負壓隔離病室設有無障礙設施，以保障身心障礙者及高齡長者安全(試)。 <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.設有專責人員負責管理院內無障礙設施，依檢查結果確實維護，確保其功能正常與安全。(原 1.6.2-優良 1) 2.門診應提供身心障礙者及高齡長者友善就醫環境。營造上述特殊需求者之親善就醫環境，並提供適當醫療服務之空間與相關設施，有具體事證且可做為其他醫院之楷模。(原 1.6.2-優良 2 修) 3.訂有親子使用廁所或行動不便廁所兼具親子廁所之功能。(原 1.6.2-優良 3) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.依據醫療機構設置標準規範，於醫療法公布實施前已設立之醫療機 	<ol style="list-style-type: none"> 1.優良項目 3 所提「親子廁所」，原則上父母會帶兒童出現的區域需要設置親子廁所。 2.應符合相關法規之規定，如：依性別工作平等法第 23 條第 1 項之規定，僱用受僱者 100 人以上之雇主，應提供哺(集)乳室。醫院設有小兒科者應有親子廁所。其他項目依醫院需求設置。

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)				
條號	條文	評量項目	委員共識	
		<p>構，其當時已使用之建築物得免受相關標準規定之限制。</p> <p>2.有關無障礙設施或行動不便者使用之設施之設置規範，可參閱「建築技術規則建築設計施工編」第十章(第 167、170 條)及「建築物無障礙設施設計規範」。另，建築技術規則建築設計施工編第 170 條所定公共建築物且於本規則 97 年 7 月 1 日修正施行前取得建造執照而未符合其規定應改善者，即適用 101 年 5 月 25 日發布之「既有公共建築物無障礙設施替代改善計畫作業程序及認定原則」，其改善項目之優先次序，由當地主管建築機關定之。</p> <p>3.「高齡長者」由醫院依據管理需要自行定義。</p> <p>4.符合項目 4 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.醫院無障礙設施清單。(符合)</p> <p>2.無障礙設施定期維護紀錄。(符合)</p> <p>3.身心障礙者及高齡長者友善就醫環境之標準作業流程及其具體成效。(優良)</p>		
合	1.5.3	提供安全及安靜的病室環境	<p>目的： 提供病房內之相關安全措施與設施，並定期檢查各項功能，確保病人安全。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.病房內之浴廁具有下列之安全措施：(原 1.6.3-符合 1)</p> <p>(1)病房浴廁有設置急救鈴或緊急呼救系統、防滑設施，並在適當位置裝設扶手。</p> <p>(2)病房設有供輪椅者使用之浴廁。</p> <p>(3)若有小兒科病房廁所則應提供嬰兒安全座椅。</p>	<p>1.相關設施(如：緊急呼叫系統、座式及蹲式廁所設有扶手等)之設置範圍，主要指病人使用之區域，行政區域得不強制設置</p> <p>2.符合項目 1-(1)，不要求男廁每一個小便斗均需設緊急呼叫系統。因目前有按鈴、拉線等不同「急救鈴之設置型式」，故有設置急救鈴即可。</p> <p>3.符合項目 1-(3)，目前醫院每一間小兒科病房廁所均提供嬰兒安全</p>

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>(4)若有蹲式廁所應設有扶手，以利病人起身。</p> <p>2.設有機制定期檢查急救鈴或緊急呼救系統、扶手及防滑設施之功能。(原 1.6.3-符合 2)</p> <p>3.視需要裝設防止跌落的床欄，且經常檢查床欄之安全性。(原 1.6.3-符合 3)</p> <p>4.對醫院廣播之內容、音量及時間，訂有限制規範，且能有效管理病房區噪音發生源，如：收音機或電視等音響設備、病室內或走廊大聲談話、夜班護理站之工作人員談話音量。(原 1.6.3-符合 4)</p> <p>[註] 符合項目 3，「經常」檢查床欄之安全性，是指新病人住院時由護理部門檢查與定期由工務維修部門進行檢查。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.維護病室安全之管理辦法。(符合)</p> <p>2.與病室安全相關設施(如急救鈴、扶手、床欄、防滑設施等)之定期檢查與維修保養紀錄。(符合)</p> <p>3.醫院廣播之內容、音量及時間之限制規範。(符合)</p>	<p>座椅尚有困難，惟至少一間以上有提供嬰兒安全座椅即可。</p> <p>4.如果醫院未設置小兒科病房者，則符合項目 1-(3) 不列入評核。</p> <p>5.符合項目 4，評鑑委員於實地評鑑時，僅須確定有訂定相關規範即可。對於室內噪音的標準國家有訂定相關的規範，醫院可參考作為閾值目標。另，對於全院廣播的內容，可訂有相關內容撥放限制，藉此達到降低噪音干擾。</p>
重合	1.5.4	<p>訂定安全管理作業規範，提供病人及員工安全的環境</p> <p>目的： 藉由安全管理作業規範之訂定與落實執行，以保障人身(含兒童)及財物安全，並確保員工與病人安全。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.有專責人員或單位負責醫院安全管理業務，並訂有醫院安全管理作業規範。(原 1.6.4-符合 1)</p> <p>2.於工作場所、宿舍、值班人員休息場所等處，評估適當位置，設有保全監測設備、巡邏、警民連線或其他安全設施，以保障人身(含兒</p>	<p>1.符合項目 2 所提「工作場所」，評鑑委員於實地查證時，至少應查核急診室之工作人員安全。</p> <p>2.評鑑委員於實地評鑑時，如欲了解醫院急診單位「警民連線」之設置，以訪談急診單位工作人員之方式進行；請勿啟動警民連線(測試)，以免打擾警察局之實際勤務作業。</p>

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>童)與財物安全。(原 1.6.4-符合 2 修)</p> <p>3.對公共場所之安全設施，如：公共區域廁所應設有扶手及緊急求救鈴、標準防護設備、電梯與電扶梯防夾傷(無電扶梯者，可免評)、防止電梯意外墜落設備、受困電梯內之求救設施等，有定期檢查，以確保正常運作。(原 1.6.4-符合 3 修)</p> <p>4.實施用電安全管理，如：對使用延長線、耗電用品、電流負荷等予以規範，並有完整定期檢點檢查紀錄可查。(原 1.6.4-符合 4 修)</p> <p>5.建置員工工作安全異常事件通報機制，對醫院安全管理相關異常事件，進行檢討，並視需要改善。(原 1.6.4-符合 5)</p> <p>[註]</p> <p>1.符合項目 1 所提「醫院安全管理作業規範」，包含陪探病措施及相關標準作業流程，並內化於住院作業如下：</p> <p>(1)訂有病房門禁時段，僅限持陪病證之陪病者於病室照顧病人，且陪病證可採實體或電子化方式，進行發放及管理。</p> <p>(2)配合病房門禁時段，訂有訪客探視(病)時段與人數控管。</p> <p>(3)相關陪探病限制與調整原則及管理配套措施。</p> <p>(4)夜間出入口、及出入相關規範。</p> <p>2.「內化住院作業」係指將醫院住院陪探病措施納入住院須知及醫院公開宣導資料，並於住院中心或病房報到流程，確實向病人或其家屬進行說明。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.醫院安全管理作業規範(含陪探病措施及相關標準作業流程、夜間出入口、門禁時間及出入相關規範、用電安全管理規範)。(符合)</p> <p>2.依據安全管理作業規範所進行之查核(如用電安全、消防安全等)、</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		保養與維修紀錄。(符合) 3.發生異常事件檢討之會議紀錄。(符合) 4.地方衛生、消防與建管機關對於建築物公共與消防安全之聯合督考結果建議改善資料。(符合)	
重	1.5.5	醫療機構應採必要措施，以確保醫事人員執行醫療業務時之安全	目的： 訂定防止暴力事件管理作業規範、防範設施、通報機制與人身安全之防護教育訓練，確保執行醫療業務時安全。 符合項目： 1.制訂準則辨識可能發生醫院暴力之高風險場所及具有暴力傾向之病人或家屬。(原 1.6.5-符合 1) 2.依據辨識結果訂定防止員工受到暴力事件傷害之安全管理作業規範。(原 1.6.5-符合 2) 3.建置醫院暴力事件之通報機制，從第一時間應變到事件後之處理皆完整通報院方。(原 1.6.5-符合 3 修) 4.針對可能發生暴力事件之高風險場所(如急診)，加強門禁管制措施、裝設監視器、警民連線或其他安全設施，並妥適規劃醫事人員因應機制。(原 1.6.5-符合 4 修) 5.聘用充足警衛或保全人員人力，強化該等人員之應變能力，並確保員工在遭受暴力攻擊時能以無線或有線之方式通知警衛或保全以提供人身安全之防護。(原 1.6.5-符合 5 修) 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.對於受到傷害(包括實際受傷和目擊受傷)之員工，給予妥善的心理支持、輔導與提供相關之法律求償或其他協助。(原 1.6.5-優良 1) 2.定期收集院內或院外之醫院暴力事件，使用適當分析方法，將分析結果進行檢討、納入員工之教育訓練(如提高員工之警覺性)，以防

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>止發生醫院之暴力事件。(原 1.6.5-優良 2)</p> <p>3.落實執行安全管理作業規範。(原 1.6.5-優良 3)</p> <p>4.每年針對高風險之醫院暴力發生場所進行演練。(原 1.6.5-優良 4)</p> <p>[註]</p> <p>1.依據 106 年 5 月 10 日總統華總一義字第 10600056441 號令修正公布醫療法第 24 及 106 條條文。</p> <p>(1)第 24 條：「醫療機構應保持環境整潔、秩序安寧，不得妨礙公共衛生及安全。</p> <p>為保障就醫安全，任何人不得以強暴、脅迫、恐嚇、公然侮辱或其他非法之方法，妨礙醫療業務之執行。</p> <p>醫療機構應採必要措施，以確保醫事人員執行醫療業務時之安全。</p> <p>違反第二項規定者，警察機關應排除或制止之；如涉及刑事責任者，應移送司法機關偵辦。</p> <p>中央主管機關應建立通報機制，定期公告醫療機構受有第二項情事之內容及最終結果。」</p> <p>(2)第 106 條：「違反第二十四條第二項規定者，處新臺幣三萬元以上五萬元以下罰鍰。如觸犯刑事責任者，應移送司法機關辦理。毀損醫療機構或其他相類場所內關於保護生命之設備，致生危險於他人之生命、身體或健康者，處三年以下有期徒刑、拘役或新臺幣三十萬元以下罰金。</p> <p>對於醫事人員或緊急醫療救護人員以強暴、脅迫、恐嚇或其他非法之方法，妨害其執行醫療或救護業務者，處三年以下有期徒刑，得併科新臺幣三十萬元以下罰金。</p> <p>犯前項之罪，因而致醫事人員或緊急醫療救護人員於死者，處無</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>期徒刑或七年以上有期徒刑；致重傷者，處三年以上十年以下有期徒刑。」</p> <p>2.可參考勞動部公告之「執行職務遭受不法侵害預防指引」。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院可能發生暴力事件之作業場所風險評估結果。(符合) 2.訂有防止員工受到暴力事件傷害之安全管理作業規範。(符合) 3.防止暴力之員工之教育訓練資料。(符合) 4.建置醫院暴力事件之通報程序。(符合) 5.警衛或保全人員人力排班表。(符合) 6.對於受到傷害(包括實際受傷和目擊受傷)員工之心理支持、輔導與提供相關之法律求償或其他協助之辦法(若有案例發生應提供實際執行結果)。(優良) 7.落實執行安全管理作業規範之相關資料。(優良) 8.每年針對高風險之醫院暴力發生場所進行演練紀錄。(優良) 	
1.5.6	醫療器材採購及管理能符合醫療照護業務之需要，並確保品質	<p>目的：</p> <p>訂定醫療器材採購及管理辦法(包括採購時效、驗收、品質管理等)並落實執行，確保醫療品質及病人安全。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.設有專責單位(或委員會)負責醫療器材採購及管理，並定期開會，備有會議紀錄。(原 1.6.6-符合 1 修) 2.訂有醫療器材之採購、驗收及庫存管理辦法，以符合醫療照護業務之需要，並確保品質。(原 1.6.6-符合 2 修) 3.醫院應制訂醫療器材不良反應及異常情況之通報(包含退貨與換貨程序及時限)、監測、檢討改善及追蹤機制。(試) 	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>優良項目：(下述項目須全部達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.使用適當的庫存管理系統，其管理模式有效提升庫存週轉率與降低庫存成本。(原 1.6.6-優良 2) 2.醫療器材採購及管理辦法包括醫材不良品之通報、退貨與換貨程序，且負責採購與使用單位之員工皆知悉相關作業程序。(原 1.6.6-優良 3) <p>[註]</p> <p>符合項目 3 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.負責醫療器材採購及管理之專責單位及人員之證明文件。(符合) 2.醫療器材管理相關專責單位(或委員會)之組織與會議紀錄。(符合) 3.醫療器材採購、驗收及庫存管理辦法。(符合) 4.醫療器材不良反應及異常事件通報紀錄。(符合) 5.庫存之管理成效證明資料。(優良) 6.採購部門對於使用部門反應醫療器材不良品之處理結果。(優良) 	
重	1.5.7	<p>定期執行醫院設施、設備、醫療儀器或相關器材等之維護、檢查、測試、保養或校正作業，並有紀錄可查</p> <p>目的：</p> <p>依相關法令規定訂定醫院設施、設備、醫療器材等維護管理規範，定期檢測及檢討改善，確保醫療品質與病人安全，並教育訓練院內員工了解自己在提供有效醫療儀器設備及病人醫療設施上的角色與責任。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.設有專責人員或部門負責管理，確認相關設施、設備、儀器、器材等，能符合醫療機構設置標準及相關法令規定，及業務需求。(原 1.6.7-符合 1) 2.訂有維護規章、操作訓練規範，以及定期檢查、保養或校正計畫， 	<ol style="list-style-type: none"> 1.如果醫療儀器或設備是委外由儀器廠商維護者，評鑑委員於實地評鑑時，係依廠商合約及檢查紀錄內容進行評核。 2.符合項目 1 所提「人員或部門」，係指管理單位，非指使用單位

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>特別是與病人安全相關之重要設施、設備、急救用醫療器材等(如為外包時，應依外包管理相關基準規定辦理)。(原 1.6.7-符合 2)</p> <p>3.確實執行檢查、測試、保養或校正等，並製作紀錄(含執行日期)；並能依據使用效能、維修、保養及校正狀況，訂定監控或評估機制，以適時更新汰換。(原 1.6.7-符合 3)</p> <p>4.保存完整之中文或英文使用說明書或操作手冊，且容易查閱，確實可用。(原 1.6.7-符合 4)</p> <p>5.操作人員皆有完善教育訓練。(原 1.6.7-符合 5)</p> <p>優良項目：(下述項目(不含試評項目)僅限一項未達成)</p> <p>1.訂有故障時之因應規範，如：故障排除步驟及至少夜間、休假日時故障的維修聯絡方式。(原 1.6.7-優良 1)</p> <p>2.記錄故障或失靈等缺失原因，作為日後檢查、保養參考，並設定改善措施及期限。(原 1.6.7-優良 2)</p> <p>3.各項計畫、保養、維修、更新汰換、訓練等確實執行，且能評估檢討成效，依評估結果改善及編列必要經費搭配。(原 1.6.7-優良 3)</p> <p>4.專責人員具有相關專業訓練或證照。(原 1.6.7-優良 4)</p> <p>5.對於高風險儀器應設有相關防錯機制。(試)</p> <p>[註]</p> <p>1.本條所稱「設施、設備、儀器、器材」，係指非單次使用之耗材，且需藉由定期檢查、保養或校正，以確保其功能者，包括進行檢查或校正作業所使用之醫療器材或試劑，不包括機電、消防、供水、供電、醫用氣體等。</p> <p>2.依據衛生福利部 109 年 1 月 15 日總統華總一義字第 10900004021 號令公布之醫療器材管理法第 3 條所稱醫療器材，指儀器、器械、用具、物質、軟體、體外診斷試劑及其相關物品，其設計及使用係</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>以藥理、免疫、代謝或化學以外之方法作用於人體，而達成下列主要功能之一者：</p> <p>一、診斷、治療、緩解或直接預防人類疾病。</p> <p>二、調節或改善人體結構及機能。</p> <p>三、調節生育。</p> <p>3.符合項目 2 所提「與病人安全相關之重要設施、設備、急救用醫療器材」之範疇可參考評量項目[註]2 之規範；另根據衛生福利部公布之「醫療器材分類分級管理辦法」，醫療器材，依其風險程度，分級如下：</p> <p>一、第一等級：低風險性。</p> <p>二、第二等級：中風險性。</p> <p>三、第三等級：高風險性。</p> <p>4.醫院可依據實際使用醫療器材之風險等級建立庫存清單與訂定相關之預防性保養、維修計畫與使用人員之教育訓練計畫以確保病人之安全。</p> <p>5.醫院可自行訂定高風險儀器設備清單或參考 ECRI(Emergency Care Research Institute)之「Top 10 Health Technology Hazards Executive Brief」、「Medical Device Safety Reports (MDSR)」。</p> <p>6.優良項目 5 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.「設施、設備、儀器、器材」之維護規章、操作訓練規範、及定期檢查、保養或校正計畫。(符合)</p> <p>2.與病人安全相關之重要高風險設施、設備、急救用醫療器材清單。(符合)</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)				
條號	條文	評量項目	委員共識	
		3.設施、設備、儀器、器材之監控或評估機制。(符合) 4.設施、設備、儀器、器材之使用說明書或操作手冊。(符合) 5.操作人員皆有適當教育訓練資料。(符合) 6.訂有故障時之因應規範(如：故障排除步驟及至少夜間、休假日時故障的維修聯絡方式)。(優良) 7.故障或失靈等缺失原因之紀錄與能在期限內完成之資料。(優良) 8.各項計畫、保養、維修、更新汰換、訓練等確實執行與定期檢討成效之紀錄。(優良) 9.每年編列保養、維修、更新汰換、訓練之經費資料與實際執行之結果。(優良) 10.專責人員具有相關之專業訓練或證照之證明文件。(優良) 11.醫院自行訂定之高風險儀器設備清單。(優良)		
重	1.5.8	定期檢查及維修設備(機電、安全、消防、供水、緊急供電、醫用氣體等)或系統，並有紀錄可查	目的： 訂定基礎設施與設備之維護管理規範，定期檢測及檢討改善並落實執行，確保照護環境安全。 符合項目： 1.對於機電、安全、消防、供水、緊急供電等設施訂有定期檢查、稽核及維修計畫，據以執行(如為外包時，應依外包管理相關基準規定辦理)。(原 1.6.8-符合 1 修) 2.設有專責人員或部門管理醫用氣體，訂有定期檢查及保養計畫，並符合「醫療機構醫用氣體管理原則及應注意事項」，且專責人員有參加相關教育訓練。(原 1.6.8-符合 2) 3.確實執行檢查、測試、保養等，並製作紀錄(含執行日期)；並能依據使用效能、維修、保養狀況，訂定監控或評估機制，以適時更新汰換。(原 1.6.8-符合 3)	1.如果機電、安全、消防、供水、緊急供電、醫用氣體等設備或系統，是委外由廠商維護者，則評鑑委員於實地評鑑時，係依廠商合約及檢查紀錄內容進行評核。 2.評量項目[註]1 所提緊急供電發電機測試，評鑑委員以查核測試紀錄為主，若醫院無法提供測試紀錄，則進行現場實際啟動。 3.基準及評量項目中有關醫院建築與消防安全等內容，考量醫院設立年代，以及醫療機構設置標準、建築消防相關法規之「不溯既往的原則」，故評鑑委員實地評

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>4.專責人員有參加相關教育訓練。(原 1.6.8-符合 4)</p> <p>5.依「職業安全衛生管理辦法」，視醫院員工人數依法應設置之職業安全衛生委員會，應討論醫用氣體之安全管理相關事項，並有會議紀錄。(原 1.6.8-符合 5)</p> <p>優良項目：(下述項目(不含試評項目)僅限一項未達成)</p> <p>1.能注意管制潛在之感染源，有相關維護紀錄(如：儲水槽之檢驗清淨實施紀錄，獨立之空調設備(如：進迴風管、進/排氣處理)之維護、保養與檢修之紀錄等)。(原 1.6.8-優良 1 修)</p> <p>2.訂有設備故障、系統損壞或遭污染時之因應規範，含緊急應變程序、桌上演練與實際演練，以保護院內人員並儘速修復。(原 1.6.8-優良 2)</p> <p>3.對醫用氣體高壓鋼瓶之常見危害事件及其他可能發生之醫用氣體意外事件之預防與因應，納入員工教育訓練，或定期辦理全院及部門單位演習。(原 1.6.8-優良 3)</p> <p>4.紀錄詳實及定期檢討，視情形採取改善措施，有具體成效。(原 1.6.8-優良 4)</p> <p>5.對可能受影響部門應進行整合性基礎設施故障之緊急應變演練。(試)</p> <p>[註]</p> <p>1.實地評鑑時，如現場選定測試之設備(如：緊急供電發電機等)，無法立即啟動或故障，則現場給予 10 分鐘之修復時間。</p> <p>2.整合性緊急應變演練：係在整合性醫院管理的趨勢下，醫院緊急應變演練與準備之文件，應依法令要求，並清查現有緊急應變機制與文件，進行文件整合以及定期演練與檢討修訂。以醫院基礎設施，如：緊急發電機、氣體鋼瓶病人維生設施設備等的潛在風險與緊急</p>	<p>鑑時，硬體設施應以參閱相關主管機關年度檢查結果為主，實地查核重點則著重於軟體內容(如：人員訓練、疏散、演練等)。</p>

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>應變，並不一定是單獨發生的事件，尤其一旦與天然災害，如地震、火災、風災等緊急事件等複合性發生時，醫院應預應式思考，建立事權統一的組織架構，維持適當的演練程序，尤其注意整合性的人員與物資動員、事故現場的指揮聯繫、病人與員工的緊急疏散與集結、醫療照護的持續完整性、與事後的檢討改善。</p> <p>3.優良項目 5 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.定期檢查及維修與保養計畫與落實執行之紀錄(含執行日期)；如為外包時，應附外包管理相關基準規定。(符合) 2.負責定期檢查及維修設備(機電、安全、消防、供水、緊急供電、醫用氣體等)或系統專責人員之資格與教育訓練資料。(符合) 3.依據「醫療機構醫用氣體管理原則及應注意事項」執行定期檢查及保養計畫之紀錄。(符合) 4.醫療氣體安全管理規則。(符合) 5.依據使用效能、維修、保養狀況之監控與評估機制適時執行更新汰換之資料。(符合) 6.職業安全衛生委員會討論醫用氣體之安全管理相關事項之會議紀錄。(符合) 7.能注意管制潛在之感染源，有相關維護紀錄(如：儲水槽之檢驗清淨實施紀錄，獨立之空調設備(如：進迴風管、進/排氣處理)之維護、保養與檢修之紀錄等)。(優良) 8.醫院基礎設施(機電、安全、消防、供水、緊急供電、醫用氣體等)故障時之緊急應變程序與演習紀錄。(優良) 9.對醫用氣體高壓鋼瓶之常見危害事件及其他可能發生之醫用氣體意 	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		外事件之預防與因應辦法。(優良) 10.定期檢討醫院基礎設施(機電、安全、消防、供水、緊急供電、醫用氣體等)之性能與視情形採取改善措施，有具體成效之資料。(優良) 11.整合性基礎設施故障之緊急應變演練紀錄。(優良)	
1.5.9	各部門落實整潔維護，確實執行院內清潔工作，並定期消毒除蟲	目的： 訂定醫院環境、病人寢具清潔消毒工作管理規範與工作計畫並落實執行，確保照護環境舒適與安全。 符合項目： 1.有專責人員或單位負責清潔管理，依據所訂醫院清潔(含消毒除蟲)工作計畫，督導工作人員，確實執行清潔工作。清潔工作如為外包時，應依外包管理相關基準規定辦理。(原 1.6.9-符合 1) 2.醫院應經常保持整潔，如：對各類張貼物或公告應有管制，並定期實施整潔維護稽查工作。(原 1.6.9-符合 2) 3.各病室或病房護理站之空調設備，可以控制並維持適宜之溫度，且空調可 24 小時運作，並適當換氣；空調口應定期清潔。(原 1.6.9-符合 3) 4.病床床單、枕頭套、被套或蓋被等寢具，應定期更換、清洗或消毒；但如有髒汙時，應即時更換。床墊應視需要清潔、消毒或汰換。(原 1.6.9-符合 4) 5.病室電話(含公用電話)、床旁桌椅、窗簾、隔簾、百葉窗等，應定期清潔或消毒。(原 1.6.9-符合 5) 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.清潔工作計畫詳實，並備有查核表，實施定期或不定期查核，成效良好。(原 1.6.9-優良 1)	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>2.不定期舉辦清潔競賽或相關活動，有促進清潔維護之具體成果。(原 1.6.9-優良 2)</p> <p>3.定期檢查病室清潔，視需要調查病人對病室清潔之滿意度或建議，依據調查結果進行檢討改善，成效良好。(原 1.6.9-優良 3)</p> <p>[註] 優良項目 3「定期」檢查病室清潔，是指每月進行檢查。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.醫院清潔(含消毒除蟲)工作計畫與稽核是否落實執行之紀錄(清潔工作如為外包時，應附依外包管理相關基準規定執行是否落實合約規範之查核紀錄)。(符合)</p> <p>2.維護病室清潔之管理辦法。(符合)</p> <p>3.使用清潔工作計畫查核表，實施定期或不定期查核且成效良好之紀錄。(優良)</p> <p>4.不定期舉辦清潔競賽或相關活動之成果資料。(優良)</p> <p>5.調查病人對病室清潔之滿意度或建議之資料。(優良)</p> <p>6.依查核或稽核結果，進行檢討改善之資料。(優良)</p>	
1.5.10	膳食安全衛生管理良好	<p>目的： 依相關法令規定訂定膳食處理作業規範及廚房環境整潔、門禁、防火措施等，確保醫院食品衛生及膳食安全。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.醫院設有廚房者，應符合下列項目：(原 1.6.10-符合 1)</p> <p>(1)訂定處理食品(包括準備、處理、儲存及運送)之作業標準或作業程序。</p> <p>(2)有關食材儲存及廚房(調理室)內食材搬入、暫存、調理、飯菜盛</p>	<p>1.符合項目 1-(7)「病人用膳完畢之餐具能於 2 小時內回收」，為防止食用完畢的膳食及餐具可能引起之蚊蟲或異味，食用完畢之膳食及餐具不應留在病室內，仍應符合醫院環境清潔規範。</p> <p>2.優良項目 3，實地查證時，查證範圍至醫院做到管理之責即可。</p> <p>3.若醫院未設置廚房且未外包，僅</p>

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>入等運送路線，均有妥善規劃，以確保安全衛生。</p> <p>(3)廚房環境整潔，通風良好，有適當門禁及防火措施(含火災預防與應變之教育訓練)。</p> <p>(4)廚房之餐具儲存、食品供應、準備和清洗等區域分開設置合乎衛生。</p> <p>(5)生鮮材料或調理過之食品未過期者，應予冷凍或冷藏保存。</p> <p>(6)烹調之食品樣品應冷藏保存 48 小時，以備查驗。</p> <p>(7)病人用膳完畢之餐具能於 2 小時內回收。</p> <p>(8)工作人員持證照比率符合相關法令規定。</p> <p>2.膳食外包者，醫院應：</p> <p>(1)確認供應商(食品業者)符合食品衛生相關法令規定，如危害分析與重要管制點(Hazard Analysis Critical Control Point, HACCP)。(原 1.6.10-符合 2-(1)修)</p> <p>(2)確認供應商及醫院內食品分送場所及其設施適當、安全衛生。(原 1.6.10-符合 2-(2))</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1.烹調完成之熟食於配送過程中，應妥善保溫，並控制時間。食品需熱藏(高溫貯存)者，應依食品良好衛生規範，保持溫度在 60°C 以上。(原 1.6.10-優良 1)</p> <p>2.餐具洗淨機之洗淨溫度應設定為 80°C，並持續清洗 2 分鐘以上(或可達到相同效果之設定條件)。洗淨後的餐具要烘乾，並確保儲存環境的清潔。另器具及容器需存放於距地面適當高度處，以防止地面上的污水濺濕。(原 1.6.10-優良 2)</p> <p>3.廚餘處理合乎衛生及環保原則。(原 1.6.10-優良 3)</p> <p>4.有專責人員或部門稽核檢查，並有紀錄。(原 1.6.10-優良 4)</p>	<p>提供牛奶及管灌，本條文不得免評，因牛奶及管灌屬提供膳食服務，評鑑委員可依符合項目 2 進行評量，惟僅得評為「符合」。</p>

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>5.醫院有良好的供膳作業及環境，並通過危害分析與重要管制點(Hazard Analysis Critical Control Point, HACCP)或 ISO22000 食品安全管理之認證。(原 1.6.10-優良 5 修)</p> <p>[註]</p> <p>1.符合項目 1-(8)工作人員持證照比率，依「食品良好衛生規範準則」第 25 條：經營中式餐飲之餐飲業於本準則發布之日起一年內，其烹調從業人員之中餐烹調技術士證持證比率規定如下：</p> <p>一、觀光旅館之餐廳：百分之八十。</p> <p>二、承攬學校餐飲之餐飲業：百分之七十。</p> <p>三、供應學校餐盒之餐盒業：百分之七十。</p> <p>四、承攬筵席之餐廳：百分之七十。</p> <p>五、外燴飲食業：百分之七十。</p> <p>六、中央廚房式之餐飲業：百分之六十。</p> <p>七、伙食包作業：百分之六十。</p> <p>八、自助餐業：百分之五十。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.處理食品(包括準備、處理、儲存及運送)之標準作業程序。(符合)</p> <p>2.廚房門禁之管制辦法。(符合)</p> <p>3.防火措施之檢查與教育訓練紀錄。(符合)</p> <p>4.有專責人員或部門稽核檢查之紀錄。(優良)</p> <p>5.通過 HACCP 或 ISO22000 認證之證明文件。(優良)</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
第 1 篇、經營管理 第 1.6 章 病人導向之服務與管理			
【重點說明】			
<p>醫院應提供親切合宜，以病人為導向的醫療服務，包括醫院應安排諮詢場所，方便民眾諮詢。另配置適當之服務人員及引導人員。</p> <p>另外，如與病人及家屬建立互信關係及明確醫病間的責任歸屬；提供及評估合宜的掛號、住出院、候診、候檢、領藥及批價等服務，同時能考量身障病人及高齡長者之特殊需求並提供協助。相關作業流程管理，應建立定期檢討及改善機制，如適時導入智能化設計，方便病人就醫及提升服務品質及效率，都為醫院確保醫療服務符合以病人為中心的各種可能作法。</p> <p>病床的有效利用，不僅是善用社會資源，且自醫院經營穩定的觀點而言，亦為重要的指標，無論是急性或長期療養床，應依各醫院特性，有效的運用病床。另外，醫院應考量依其功能、環境、及社區特性，提供合宜的醫療環境及方便有效的就醫流程。</p> <p>透過使用者之意見回饋，是醫院評估各項作為最直接的資訊來源。醫院可設有方便病人及家屬提供意見的管道，如：設置意見箱(考量方便使用之設置數量及地點)、善用調查工具等，亦可利用住院須知、院內刊物及公告欄等作為病人意見表達之管道。</p> <p>病人、其家屬及院內同仁改善之建議，均為醫院持續性品質改善的重要參據。為了讓改善活動更符合病人、醫院及同仁需要，應依據醫院的目標與策略方針，設定醫療品質改善之主題及目標；評估相關作業是否確實執行及檢討服務成效；採取 Plan-Do-Check-Act (PDCA cycle：計畫—執行—檢核—活動)步驟，並確認 Check 及 Act 部分的成效。尤其對於病人或家屬的意見、抱怨、申訴應建置專責處理模式與流程，以提升案件之處理時效，對於病人或家屬訪客用餐、購物環境或相關資訊，亦應妥善安排，使病人及其家屬、訪客均能方便取得所需之服務。</p>			
1.6.1	提供病人及家屬衛教與醫院服務資訊，並提供病人完整的就醫資訊及一般諮詢	<p>目的： 提供多元管道的就醫資訊及醫療諮詢服務，維護病人就醫的權益。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.對民眾提供就醫資訊，對病人或訪客提供引導服務。身障病人及高齡長者，並有專人提供必要之協助。(原 1.7.1-符合 1 修) 2.醫院重要出入口(如：大廳、電梯出入口等)有建築配置圖、樓層平面圖，清楚易於瞭解，並有明顯、清楚、雙語之指標標示。(原 1.7.1-符合 2 修) 3.診間外與病床應標示主治醫師姓名。(原 1.7.1-符合 4) 4.提供病床推送或輪椅借用之服務，並有完善之管理制度。(原 1.7.1-符合 3、優良 4 併) 	醫療諮詢服務係指病人有社服、心理、醫療之需求時，知道何處詢問即可。

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.利用醫院網站提供服務區域民眾健康相關資訊；包括衛教宣導及社區活動訊息，並能適時更新。(原 1.7.1-優良 1 修) 2.設有諮詢服務之場所，其位置有明顯之標示；服務項目及聯絡電話於住院須知、相關手冊或網站上登載。醫療諮詢並由具相關背景及專長之專責人員提供服務。(原 1.7.1-優良 2 修) 3.有走動式服務人員提供服務，並有排班制度。(原 1.7.1-優良 3 修) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.「就醫資訊」如：診療科別、病床資訊、門診時間、主治醫師姓名及其專長或經歷簡介、相關政令宣導、掛號費、膳食費、病房費及各項醫療費用收費標準等資料。 2.「高齡長者」由醫院依據管理需要自行定義。 3.可依病人需求提供適切的溝通服務，如：病人慣用語言或外語之翻譯，聽障者手語翻譯、唇語、筆談、同步聽打、寫字板、溝通板，視障者點字資料、18 號字體以上之資料。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院門診表。(符合) 2.醫療費用收費標準。(符合) 3.科室和診間標示的樓層配置圖。(符合) 4.輪椅管理辦法，清潔、消毒、維修及保養紀錄、借用登記表。(符合) 5.醫院健康通訊和衛教網站。(優良) 6.住院須知。(優良) 7.走動式服務人員排班表。(優良) 	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
1.6.2	提供病人就醫之掛號、批價收費及辦理入出院作業等便利服務	<p>目的： 提供完整的就醫作業流程和合理的收費，並公告周知及適當說明。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 設有辦理之專責人員或部門，並具備方便病人就醫之作業流程，如：掛號、就診、檢查(驗)、批價、領藥、住/出院手續等。(原 1.7.2-符合 1 修) 對身障病人及高齡長者，設有友善櫃檯優先提供服務，並有專人提供必要之協助。(試) 在掛號及繳費尖峰時段，能彈性增設櫃檯或多元掛號或繳費方式因應。(原 1.7.2-符合 2 修) 掛號費收費符合衛生福利部公告之「醫療機構收取掛號費參考範圍」。(原 1.7.2-符合 3) 向病人收取之費用，提供收費明細；自費服務項目如：病房差額負擔、膳食費等，有適當說明或公告周知。(原 1.7.2-符合 4 修) <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 醫院所訂定之收費規範，包括下列免收「掛號費」或「病歷調閱費」之情形：(原 1.7.2-優良 2) <ol style="list-style-type: none"> 病人單純持慢性連續處方箋領藥，且無需調閱病歷者。 因病人無法於就診當日完成檢查，須安排於他日檢查，於檢查日免收「掛號費」或「病歷調閱費」。 病人僅為取得檢查(驗)結果，並未看診者。 有提供假日辦理出院服務。(原 1.7.2-優良 3) 就醫作業流程管理導入智能化設計，能方便病人就醫及提升服務品質及效率，有具體事證者。(原 1.7.2-優良 4 修) 	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>[註]</p> <p>1.醫療法第 22 條：「醫療機構收取醫療費用，應開給載明收費項目及金額之收據。 醫療機構不得違反收費標準，超額或擅立收費項目收費。」</p> <p>2.醫療法施行細則第 11 條：「本法第二十二條第一項所定醫療費用之收據，應載明全民健康保險醫療費用申報點數清單所列項目中，申報全民健康保險及自費項目之明細；非屬醫療費用之收費，並應一併載明之。 前項申報全民健康保險項目，應區分自行負擔數及全民健康保險申請數。 本法第二十二條第二項所稱擅立收費項目收費，指收取未經依本法第二十一條規定核定之費用。」</p> <p>3.「高齡長者」由醫院依據管理需要自行定義。</p> <p>4.符合項目 2 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.掛號、批價收費和住出院辦理單位組織章程與管理辦法。(符合)</p> <p>2.掛號、批價收費和住出院作業流程。(符合/優良)</p> <p>3.醫療費用一覽表和收費規定。(符合/優良)</p> <p>4.就醫作業流程智能化設計及成效。(優良)</p>	
1.6.3	應準時開診，開診醫師請假或請他人代診時，應及早周知	<p>目的：</p> <p>醫師按門診表準時開診，請假應及早通知，且有合宜的代診制度，維護病人權益。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.醫師應按照門診排班表準時開診。對高齡長者，應協助優先看診、</p>	符合項目 3，評鑑委員於實地評鑑時，可查閱醫院是否有相關通知病人之機制。

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>檢查(驗)及領藥。(原 1.7.3-符合 1 修)</p> <p>2.開診時間因故遲延時，應隨即向候診病人說明理由。(原 1.7.3-符合 2 修)</p> <p>3.開診醫師停診或請他人代診時，應及早周知或通知病人，備有紀錄。(原 1.7.3-符合 3 修)</p> <p>4.訂有醫師停代診及延遲開診相關處理作業規範。(原 1.7.3-符合 4)</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1.指派專責人員或設有機制稽查各診開診情況，有紀錄可查。(原 1.7.3-優良 1)</p> <p>2.對延遲開診或未依規定辦理停、代診作業者，有具體改善措施，並落實執行。(原 1.7.3-優良 2)</p> <p>3.設有機制供病人查詢看診進度。(原 1.7.3-優良 3)</p> <p>[註]</p> <p>「高齡長者」由醫院依據管理需要自行定義。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.對高齡長者，協助優先看診、檢查(驗)及領藥之具體作法。(符合)</p> <p>2.醫師延遲開診作業規範。(符合)</p> <p>3.醫師停代診及請假管理辦法。(符合)</p> <p>4.門診開診狀況稽核和紀錄。(優良)</p> <p>5.預約掛號單提示看診時間與網路即時門診進度查詢。(優良)</p>	
1.6.4	有效率地運用病床	<p>目的：</p> <p>訂有合適的病床利用規範和檢討機制，善用醫療資源。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.訂有住院病床利用規範及病人等候住院病床須知。(原 1.7.4-符合 1</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>修)</p> <p>2.應掌握全院各科別的等候住院病人情況，且有定期檢討機制。(原 1.7.4-符合 2 修)</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1.落實病人住院天數控制。(原 1.7.4-優良 1)</p> <p>2.訂有病人流量管理規範，急診轉住院病人待床時間過長有處理機制，確能改善急診壅塞情形，有具體績效。(原 1.7.4-優良 2 修)</p> <p>3.訂有病人出入院管理辦法或合適機制，鼓勵住院病人於上午出院，非緊急之新入院病人於下午小夜班前住院，以減輕小夜班醫護人力之照護負荷，並有成效評估。(原 1.7.4-優良 3 修)</p> <p>[註]</p> <p>優良項目 3 所稱「出入院管理辦法或合適機制」，係指如「今辦明出」提前讓病人知道上午出院時間，或出院病人無法上午離院時(如：等待家屬接送)，有安排等候空間等因應措施。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.住院病床利用規範。(符合)</p> <p>2.病人等候住院病床須知。(符合)</p> <p>3.各科別平均住院日檢討紀錄。(優良)</p> <p>4.病人流量管理規範。(優良)</p> <p>5.急診登記觀察床數與實際觀察床數之使用狀況(如急診每班留觀病人數)。(優良)</p> <p>6.病人出入院管理辦法。(優良)</p> <p>7.急診轉住院比率合理性檢討。(優良)</p> <p>8.住院與候床狀況管控表。(優良)</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
1.6.5	對於病人或家屬的意見、抱怨、申訴設有專責單位或人員處理，並明訂處理流程	<p>目的： 建立多元的病人和家屬意見收集管道，由專人妥善追蹤處理。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.設有專責單位或人員處理病人或家屬的意見、抱怨及申訴案件。(原 1.7.5-符合 1) 2.設立 1 種以上能完整蒐集門、急診及住院病人意見的管道，如：意見箱、專線電話、問卷調查或上網建議等。其收集意見的管道適當，如：意見箱設置於明顯處並定期收取；專線電話有管道讓民眾得知；若為問卷方式其內容應具體適當。(原 1.7.5-符合 2) 3.對於病人或家屬的意見、抱怨、申訴有明確的處理流程(包括意見之收集、分析、檢討、改善等步驟)，必要時得由關懷小組協助病人與家屬，確實執行。(原 1.7.5-符合 3) 4.員工(含與病人直接接觸之外包人員)及病人知道意見反應管道，員工並知道處理流程。(原 1.7.5-符合 4) <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.案件處理流程之管理資訊化，回應時效與內容合宜，並定期檢討。(原 1.7.5-優良 1 修) 2.員工對意見、申訴、抱怨案件能妥善處理，並視需要報備相關單位及接受處理技巧相關之教育訓練。(原 1.7.5-優良 2 修) 3.落實執行改善方案，並持續追蹤，成效良好者，能列入標準作業程序。(原 1.7.5-優良 3 修) <p>[註] 優良項目 1 所提「回應時效」，依醫院之規定。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p>	優良項目 1 所提「回應時效」係由醫院自行訂定。

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		1.病人或家屬意見、抱怨、申訴處理單位組織章程和教育訓練紀錄。(符合/優良) 2.病人或家屬意見、抱怨、申訴處理流程與作業流程檢討改善紀錄。(符合/優良)	
1.6.6	有效管理院內用餐、購物環境	目的： 符合衛生法規，對病人、家屬和訪客購物區等訂定管控措施。 符合項目： <ol style="list-style-type: none"> 醫院可視本身主客觀條件，研擬方便病人、家屬或訪客用餐或購物之具體方案，或提供相關資訊。(原 1.7.6-符合 1 修) 院內之用餐或購物區，除應符合衛生等相關法規外，須就下列事項訂有管理規範，並落實執行且有查核紀錄：(原 1.7.6-符合 2 修) <ol style="list-style-type: none"> 醫院員工進入用餐、購物區之管理(如：是否限制穿著隔離衣帽、手術服與手術室拖鞋者之出入等)。 病人進入用餐、購物區之管理(如：是否限制穿著病人服、推點滴架或有其他輸液或導管者之出入等)。 用餐、購物區避免病菌污染與傳播之具體作法。 用餐、購物區符合疾病管制署「醫療(事)機構商店街感染控制措施指引」相關規定，訂定內部感染管制規範，確實執行。(原 1.7.6-符合 3) 訂有用餐、購物區之緊急災害應變計畫，並有演練及檢討。(原 1.7.6-符合 4 修) 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) <ol style="list-style-type: none"> 院內用餐或購物區工作人員接受在職及到職感管教育訓練。(原 1.7.6-優良 1 修) 參考顧客滿意度調查結果，視情形改善用餐、購物區環境或作業規 	<ol style="list-style-type: none"> 評鑑委員可參考受評醫院近期之感染管制查核結果。 醫院未設用餐、購物區者，則符合項目 2~4 不列入評核。 符合項目 2-(1)~(3)事項，若醫院訂有相關管理規範，即符合符合項目 2 標準。

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>範。(原 1.7.6-優良 2)</p> <p>3.定期檢討評估用餐、購物區之管理狀況，並作持續改善；如係外包者則以之作為續約之重要依據。(原 1.7.6-優良 3)</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院針對用餐區、購物區依規定執行查核之紀錄。(符合) 2.請提供醫院近期接受感染管制查核結果報告。(符合) 3.醫院病人、家屬或訪客用餐或購物作業管理辦法(含內部感染管制規範)。(符合/優良) 4.用餐與購物區緊急災害應變計畫與演練紀錄。(符合) 5.用餐與購物顧客滿意度調查與定期檢討評估紀錄。(優良) 	
1.6.7	定期實行病人就醫經驗調查	<p>目的：</p> <p>定期實施病人就醫經驗調查並檢討改善，提升服務品質。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.每年至少實施 1 次包括急診、門診、住院病人或家屬的就醫經驗調查。(原 1.7.7-符合 1 修) 2.調查的結果整理分析，須改善部分，立即由相關部門辦理，並追蹤改善情形，成效良好。(原 1.7.7-符合 2 修) <p>優良項目：(下述項目(不含試評項目)須全部達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.問卷內容、調查數量及抽樣方法合宜，結果具代表性。(原 1.7.7-優良 1 修) 2.改善成果適時公開回應民眾，展現醫院追求品質的決心。(試) 3.使用具實證基礎之方法進行病人就醫經驗調查。(原 1.7.7-優良 3) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.優良項目 3，具實證基礎之病人就醫經驗調查方法，有關住院部分 	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>可參考：衛生福利部醫療品質政策辦公室之「病人住院經驗調查」問卷使用手冊或國外相關問卷(如：美國聯邦醫療保險和聯邦醫療補助服務中心(Center for medicare and medicaid service, CMS)所要求之 HCAHPS (Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Services)、英國國家衛生廳健康服務中心(National Health Service, NHS)所採用之 Picker institute 的問卷等)。其他門診、急診等部分之調查，醫院得參考住院問卷，自行設計運用。</p> <p>2.優良項目 2 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.門診、急診、住院病人就醫經驗問卷調查作業流程。(符合) 2.病人就醫經驗調查報告書與持續檢討改善紀錄。(符合) 3.改善成果回應民眾之事證。(優良) 4.病人就醫經驗調查結果。(優良) 	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
第 1 篇、經營管理 第 1.7 章 風險管理			
【重點說明】			
<p>為確保員工與就醫病人及其家屬之安全，醫院應建立風險管理架構，且應成立專責組織(如：風險或危機管理委員會)或指定專責人員負責醫院之風險管理事宜，包括運用風險分析工具(如：災害脆弱度分析)評估與辨識醫院可能發生之災害，如人為災害(如火災、誘拐幼童、恐怖攻擊等)、技術災害(如輻射意外、化學危害)、天然災害(如地震、風災、水災等)與複合式災難(如地震引起之火災)等，並依據危害分析結果研擬減災、預防與準備措施。</p> <p>醫院面對可能或已發生之醫療爭議時，應以誠實的態度，指定專責人員或單位妥善因應，對外回應醫療爭議。為防範事件再發生，醫院應釐清事故發生原因及真相，正確掌握事件發展，並應有檢討紀錄及防範事件再發生之措施，作為改善之參考依據。另外，對於相關受影響之醫院同仁亦應提供支援互助機制，共同從經驗中學習。</p>			
重	1.7.1	指派專責人員負責建立風險管理架構，且依據風險分析結果訂定減災預防與準備措施以確保照護環境之安全	<p>目的： 依據風險管理架構研擬符合醫院危機管理需要之減災預防與準備措施。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院設有專責人員負責建立風險管理架構。(原 1.8.1-符合 1 修) 2.應用風險分析方法，辨識醫院可能發生的災害類型、發生機率與對醫院之人員生命、財產與持續營運之衝擊。(原 1.8.1-優良 2 修) 3.依據災害發生機率與衝擊程度進行風險排序(由大至小)，以利於決定須優先執行之減災、預防措施與準備及所需資源分配之優先性。(試) 4.針對已辨識之災害指定專責人員(或部門)進行監控與追蹤減災預防措施與準備之落實執行程度。(試) 5.依據減災、預防與準備之執行缺失，辦理相關之教育訓練與宣導。(原 1.8.1-符合 5 修) <p>優良項目：(下述項目(不含試評項目)須全部達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.能依據風險分析結果每年定期檢討減災預防與準備執行之結果，有效降低災害發生機率或衝擊程度，成效良好。(原 1.8.1-優良 1 修)

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>2.員工知悉所屬部門與自己在災害之減災、預防與準備應負之責任與需具備之能力。(試)</p> <p>[註]</p> <p>1.風險管理架構包括下列要素：</p> <p>(1)建立風險管理內涵(Context)</p> <p>(2)風險辨識</p> <p>(3)風險分析</p> <p>(4)風險評價</p> <p>(5)風險處理</p> <p>(6)溝通</p> <p>(7)監督與改善</p> <p>2.風險管理架構之要素可參考下列資料：</p> <p>(1)ISO31000, 2018. Risk management-Guidelines.(https://www.iso.org/obp/ui#iso:std:iso:31000:ed-2:v1:en)</p> <p>(2)美國喬治華盛頓大學風險管理專案(The GWU ICDRM project, 2010, p1-156~176.)</p> <p>(3)ISQua, Guideline and Principles for the Development of Health and Social Care Standards, 5th Edition Version 1.0, September 2018.</p> <p>3.符合項目 2 所提「風險分析方法」，至少應包括下列兩項參數，災害發生機率(frequency)與衝擊程度(Impact)，常用之風險分析方法如：災害脆弱度分析(Hazard Vulnerability Analysis, HVA)、醫療失效模式與效應分析 HFMEA(Healthcare Failure Mode and Effect Analysis, HFMEA)與營運衝擊分析(Business Impact Analysis, BIA)等。因 HVA 之評估需增加醫院減災與持續運作能力(準備措施,</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)				
條號	條文	評量項目	委員共識	
		<p>preparedness)之分析，故可適用於所有災害。</p> <p>4.符合項目 3、4 及優良項目 2 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院風險管理架構之資料。(符合) 2.醫院風險分析之結果。(符合) 3.前 5 項高風險災害之減災、預防與準備措施與執行結果。(符合) 4.減災、預防與準備之相關宣導與員工訓練資料。(符合) 5.減災、預防與準備之執行成效。(優良) 6.針對發生之災害事件能進行原因分析，確實檢討改善之紀錄。(優良) 		
重	1.7.2	<p>醫院應指定專責人員研擬火災之減災、預防與準備措施</p>	<p>目的：</p> <p>建立醫院之火災發生前之預應式管理機制，加強火災之減災、預防與準備措施以確保醫院之防火安全。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院設有防火管理人，定期分析與檢討火災災害之減災、預防與準備措施之執行結果。 2.能依據醫院之特性(如建築物之耐震能力、防火能力、樓層高度、房門寬度、防火區劃大小、煙控能力、各單位收治病人行動力特性及搭配之避難策略等)研擬火災災害之減災、預防與準備措施。 3.醫院對於住院病人或家屬自帶電器應訂有管理辦法，並將應遵循之用电安全事項列入住院須知中，於病人入院時充分告知病人與其家屬。 4.對於易燃物品之儲存與標示，應符合消防與職業安全衛生相關法令規範。 	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>5.落實執行火災之日常減災、預防與準備相關措施，包括各項宣導與員工面臨火災發生時之教育訓練。</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.每年定期檢討火災災害之減災、預防與準備措施之執行結果，針對所發現之缺失有具體之改善成效。 2.針對曾發生火災之事件能進行原因分析，並研擬減災、預防與準備措施，以降低火災再發生之機率(註：若近三年內未發生火災本項免評)。 3.病人不易疏散且宜採取就地避難之診療部門(如手術室、加護病房、呼吸照護病房等)具有適當之防火區劃及病人持續性照護之備援計畫。 4.能依診療環境、建築、病人及第一線應變人員特性，規劃符合所需之減災、預防與準備措施。 <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.火災之減災、預防與準備措施須包括下列項目：防止起火、火與煙之早期偵測、消防警報即時發佈功能、自動滅火設施功能、消防安全設施所需電力由緊急供電系統供應、防止火、煙與有毒氣體之擴散設施、緊急逃生動線規劃、防火安全門在火災發生時能自動關閉、緊急出入口警示、用電安全管理、醫療氣體安全管理、易燃物安全管理、防止縱火等。 2.針對手術室、加護病房消防安全，應有防火區劃完整性等相關資料(參考地方衛生、消防與建管機關對於建築物公共與消防安全之聯合督考資料)。 3.員工對於火災發生時之教育訓練內容須能依符合項目 2(醫院之特性)與優良項目 4(診療環境、建築、病人及第一線應變人員特性)設計相 	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>關之教育訓練課程，包括火災發生時之初期應變作為(如 RACE)、起火部門之火災救災演練與院層級之火災救災演練等。RACE 之內容如下：</p> <p>(1) R (Rescue/Remove)：救護/將病人移出危險區域</p> <p>(2) A (Alert/Alarm)：警示/啟動警報(通知)</p> <p>(3) C (Confine/Close)：侷限火與煙之擴散/關閉起火房間之房門</p> <p>(4) E (Extinguish/Evacuate)：滅火/與疏散病人</p> <p>4.可參考衛生福利部於 108 年 3 月 8 日公告之「醫院住院病人使用自帶電器管理指引」及「醫療機構電器設備儀器管理指引」。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.醫院火災災害之減災、預防與準備措施。(符合)</p> <p>2.醫院對於住院病人或家屬自帶電器之管理辦法。(符合)</p> <p>3.易燃物品之標示與儲存管理辦法。(符合)</p> <p>4.火災之減災、預防與準備措施之教育訓練相關資料。(符合)</p> <p>5.每年定期檢討火災災害之減災、預防與準備措施之執行成效。(優良)</p> <p>6.針對曾發生火災之事件進行原因分析，並研擬減災、預防與準備措施之資料(註：若未發生火災本項不需提供)。(優良)</p>	
1.7.3	建立醫療事故預防及爭議處理機制，確保醫病間之信賴與和諧關係，且對涉及醫療爭議員工有支持及關懷措施	<p>目的：</p> <p>建立醫院之醫療事故預防及爭議處理機制，且對於涉及醫療爭議之員工有支持及關懷措施等。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.醫療機構應設醫療事故關懷小組。(原 1.8.4-符合 1 修)</p> <p>2.建立醫療事故預防及爭議處理機制與相關之處理程序。(原 1.8.4-符合 2 修)</p>	符合項目 4 所提「教材」，泛指本院或他院的案例均可。

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>3.能於醫療事故發生後 5 日(工作日)內與病人方說明或溝通，亦應對於醫療事故有關之所屬醫事人員，提供關懷與協助。(試)</p> <p>4.醫療事故爭議發生時，醫療機構，能應病人方之要求提供病歷等相關資料複製本。(試)</p> <p>5.能針對醫療爭議進行檢討，並製成教材提供員工教育訓練。(原 1.8.4-符合 4 修)</p> <p>優良項目：(下述項目(不含試評項目)須全部達成)</p> <p>1.落實執行醫療爭議處理機制，成效良好。(試)</p> <p>2.醫療機構應建立機構內風險事件管控機制，並就重大醫療事故，分析其根本原因、提出改善方案，成效良好。(試)</p> <p>3.對於醫療爭議賠償、補償、和解或慰問金等，訂有適當之補助或互助辦法，且提供醫療爭議員工支持與關懷服務，執行成效良好。(原 1.8.4-符合 6 修)</p> <p>[註]</p> <p>1.可參考衛生福利部公告之「醫療事故預防及爭議處理法」。</p> <p>2.符合項目 3、4 及優良項目 1、2 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.醫療事故預防及爭議處理團隊名冊(含職務)。(符合)</p> <p>2.醫療事故預防及爭議處理機制與相關之處理程序。(符合)</p> <p>3.醫療爭議發生後與病人、家屬或其代理人之溝通內容。(符合)</p> <p>4.員工到職及定期在職訓練中關於醫療爭議預防措施之教材與相關教育訓練資料。(符合)</p> <p>5.落實執行醫療爭議處理機制之資料。(優良)</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		6.醫療爭議適當之補助或互助辦法。(優良) 7.對於醫療爭議員工之支持與關懷服務紀錄。(優良)	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)				
條號	條文	評量項目	委員共識	
<p>第 1 篇、經營管理 第 1.8 章 建立緊急應變管理機制</p> <p>【重點說明】</p> <p>為確保員工與就醫病人及其家屬在面臨醫院緊急災害時之安全，醫院應建立緊急應變管理機制，且依據緊急應變需要儲備或即時取得災害所需之醫療用品、通訊器材及其他資源，並有檢討改善機制。醫院在建立緊急應變管理機制時應成立專責組織或指定專責人員統籌醫院緊急應變管理事宜，包括依據風險分析結果研擬緊急管理計畫(Emergency Management Program, EMP)，以提升醫院之緊急災害應變能力。</p> <p>為提升醫院面對災害事件發生時之緊急應變能力以減少災害之衝擊，對突發災害事件應建立健全之全災害應變管理系統。</p> <p>緊急災害應變計畫應整合緊急應變指揮系統(如 HICS)，並依據災害事件之衝擊大小與應變期間(Operation Period)長短決定緊急事故應變團隊(Incident Management Team, IMT)之動員規模、任務與目標。緊急災害應變計畫須包含災害事件發生至結束之週期內(Life Cycle Stages of an Incident)各階段(災害確認、通知/啟動、動員、應變、歸建與復原)之緊急應變作業程序。</p> <p>對於火災、風災、水災、地震等緊急災害，應訂有符合醫院與災害特性之緊急災害應變計畫與作業程序，並落實演練。此外，為防止災難發生時衍生之院內與院外(社區)大量傷患救護需求，醫院應設置大量傷患緊急應變處理小組與健全指揮系統，每年定期與地方政府或相關團體共同辦理大量傷患處理之訓練，以滿足所在社區發生災害時之救護需求。</p>				
重	1.8.1	<p>建立醫院緊急應變管理機制，且依據危機應變需要儲備或即時取得災害所需之醫療用品、通訊器材及其他資源，並有檢討改善機制</p>	<p>目的：</p> <p>建立醫院緊急應變管理機制，擬定緊急管理計畫以提升災害發生時之緊急應變能力，確保醫院安全。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院設有緊急應變管理專責單位(委員會)及專責人員，並能指派專責人員於災害事件發生時，收集與記錄災害事件發生之過程並保存相關文件，以利檢討。(原 1.8.1-符合 1 修) 2.訂有緊急管理計畫，包括減災與預防、準備、應變、復原等。(原 1.8.1-符合 2 修) 3.對突發危機事件有健全之全災害緊急應變管理系統與相關應變組織之規劃。(原 1.8.1-符合 3 修) 4.緊急管理計畫中應包括藥品、醫療器材、緊急通訊器材、防護裝備及其他資源之後勤補給，能確實掌握資源調度，並能確保 3 天以上 	<p>1.符合項目 4：</p> <ol style="list-style-type: none"> (1)藥品、衛材、器材的項目，係由醫院依主管機關規定或依據醫院緊急災難應變計畫之需要自行認定。 (2)「其他資源」係指醫院孤立時所必要的生活及醫療用品，如：飲用水、發電機柴油等。其中醫院應考量消防安全，合宜的規劃發電機柴油之備載量、存放方式，且針對柴油備載耗盡前，設有支援機制或方式(如：鄰近加油站、工廠、交

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>之安全存量。(原 1.8.1-符合 4 修)</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.每年定期檢討醫院緊急管理計畫之執行成效。(原 1.8.1-優良 1 修) 2.針對已發生之災害事件能進行原因分析，並研擬改善措施，確實檢討改善，成效良好(註：若近三年未發生災害事件，本項免評)。(原 1.8.1-優良 4 修) 3.與其他醫療機構或供應商間訂有相互支援藥品、醫療器材及其他資源的協定。(原 1.8.1-優良 5) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.依醫療法第 25 條第 2 項規定訂定之「醫院緊急災害應變措施及檢查辦法」之第 3 條與第 4 條規定： <ol style="list-style-type: none"> (1)第 3 條：「醫院應訂定緊急災害應變措施計畫。其內容應包括因應災害之預防、準備、應變與復原各階段之應變體系、應變組織與工作職責。 前項緊急災害應變措施計畫，醫院應於每一年度開始前送直轄市、縣(市)主管機關備查。」 (2)第 4 條：「為因應緊急災害事件，醫院應設置緊急災害應變組織與指揮架構，並依實際需要分設各組，執行下列事項： <ol style="list-style-type: none"> 一、指揮中心：整體緊急災害應變工作之決策、各應變組織部門之協調、考核與訊息之發布等。 二、參謀分析：擬定緊急災害應變策略與方案、災害狀況分析研判、人力調度與資料蒐集等。 三、醫療作業：對於病人持續提供醫療照護及災害傷患之急救等。 四、財務及行政：採購、出納、人事管理及財務分析等。 五、後勤及災害控制：物資之募集與調度、器材之搬運與供應及 	<p>通運輸站等)，以因應發生緊急災難時能即時取得燃油，維持院內電力供給。另，儲水應確保安全供應量，可參考衛生福利部公布之「醫院之旱災、停水、水短缺緊急應變指引」，建議醫院緊急狀況供水量為 72 小時，每日每床 300 公升來計算；醫院應確認資源被耗用的速度，以佔床率評估資源需求量，並依各床特性提供資源，前述規範可由醫院自行訂定。</p> <p>2.優良項目 3「與其他醫療機構或供應商間訂有相互支援藥品、醫療器材及其他資源的協定」泛指有合約即可。</p>

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>設施與環境維護等。」</p> <p>2.符合項目所提「緊急管理計畫(Emergency Management Program, EMP)」等同於「醫院緊急災害應變措施及檢查辦法」第三條所指之「緊急災害應變措施計畫」。其內容應包括因應災害之預防、準備、應變與復原各階段之應變體系、應變組織與工作職責。</p> <p>3.緊急管理相關委員會之成員能包括與緊急應變計畫需執行之六大功能(溝通、資源與資產之取得與管理、安全與保全、員工任務指派、基礎設施營運與維護、臨床服務與相關支援功能)有關之部門代表，以確保各項減災與預防、準備、緊急應變與復原之措施符合緊急應變管理之需求。</p> <p>4.全災害緊急應變管理系統(All-hazard incident management system)是指醫院之緊急災害應變管理系統可依不同災害之應變需求組成符合災害特性之應變團隊(All-Hazards Incident Management Team)與整合救災所需之資源，互相協調合作，達成減災與滅災之目標。</p> <p>5.考量緊急管理計畫中之減災、預防與準備已於條文 1.7.1 之風險管理中納入，故本條文之重點為評核減災與預防、準備、應變、復原等四階段之整合管理與應變執行成效(如評估在準備階段所研擬之緊急應變計畫與演習是否符合災害發生時之緊急應變需求)。</p> <p>6.符合項目 4 所提「防護裝備」，依據衛生福利部 105 年 4 月 1 日修訂「防疫物資及資源建置實施辦法」第 6 條之規定。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.醫院緊急應變管理相關委員會之組織與會議紀錄。(符合)</p> <p>2.緊急管理計畫。(符合)</p> <p>3.醫院之緊急災害應變組織與各項緊急應變職務之任務說明。(符合)</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		4. 緊急管理計畫中關於藥品、醫療器材、緊急通訊器材、防護裝備及其他資源之後勤補給清單與安全存量之資料。(符合) 5. 每年定期檢討醫院緊急管理計畫之執行成效紀錄。(優良) 6. 針對已發生之災害事件能進行原因分析，確實檢討改善之紀錄。(優良) 7. 與其他醫療機構或供應商間訂有相互支援藥品、醫療器材及其他資源的協定。(優良)	
重	1.8.2	訂定符合醫院風險/危機管理需要之緊急災害應變計畫及作業程序，並落實演練 目的： 確保緊急災害應變計畫與作業程序符合醫院之災害特性(如火災、風災、水災、地震、疫災等)，落實演練與持續之檢討改善，降低災害對醫院在生命、財產與持續營運等衝擊。 符合項目： 1. 依據緊急管理計畫及醫院緊急災害應變措施及檢查辦法，對於火災、風災、水災、地震、疫災等緊急災害，訂有符合醫院與災害特性之緊急災害應變計畫與作業程序。(原 1.8.2-符合 1 修) 2. 完備之緊急聯絡網及災害應變啟動機制。(原 1.8.2-符合 2) 3. 具有適當的人力調度及緊急召回機制。(原 1.8.2-符合 3) 4. 醫院緊急疏散圖示應明顯適當，全體員工能知悉緊急災害應變計畫，每年至少參加一次演練，明瞭應變措施、各單位病人疏散運送之順序與方法、及逃生設備使用。(原 1.8.2-符合 4、5、6 併) 5. 醫院應每年實施緊急災害應變演練 2 次，包括實兵演習一次及桌上模擬演練一次，並有演練之過程及檢討紀錄(含照片)。(原 1.8.2-符合 7) 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1. 定期檢討或修正相關計畫及作業程序，至少每年一次。(原 1.8.2-優	1. 距離核電廠 30 公里內之醫院(與台電有合約之醫院)或衛生福利部指定核災急救責任醫院，危機管理計畫應包含核災。 2. 評量項目[註]1-(1)有關手術室(開刀房)防火設備類型，依據醫療機構設置標準規定：「手術室、產房除設置 ABC 乾粉滅火器外，應備有適量小型手持 CO2 滅火器」，醫院可就該規定及現況需求進行配置。 3. 評鑑委員於實地評鑑時，可查閱醫院演習紀錄及地方消防主管機關之查核紀錄。 4. 考量目前國際醫院評鑑趨勢傾向不採用「實地演練」，今年度「現場測試」，應以「口頭抽問」及「桌上模擬演練」(desktop exercise)為

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>良 1 修)</p> <p>2.依據演練之檢討結果，修正緊急災害應變計畫與作業程序，以符合實際需要。(原 1.8.2-優良 2)</p> <p>3.於實地訪查時，緊急應變相關措施與員工之認知，確實符合醫院緊急災害應變計畫的規定。(原 1.8.2-優良 3)</p> <p>[註]</p> <p>1.針對手術室、加護病房消防安全，可參考下列查核項目：</p> <p>(1)滅火器之設置應考量是否容易取得，兩具滅火器之距離不得低於法規之規定(步行距離每 20 公尺設置一具)，且有具體措施加強該單位內全體同仁操作滅火器與室內消防之熟練度，以及滅火失敗時需將起火地點門關閉之觀念。</p> <p>(2)醫院緊急災害應變措施及檢查辦法第 11 條規定：「醫院每年至少應舉行緊急災害應變措施演習及桌上模擬演練各一次，並製作成演習紀錄、演習自評表及檢討改善計畫，送直轄市、縣(市)主管機關備查。</p> <p>前項演習及桌上模擬演練之主題、時間與相關內容，應於醫院緊急災害應變措施計畫中載明。」</p> <p>(3)消防法施行細則第 15 條第 1 項第 5 款規定：「滅火、通報及避難訓練之實施；每半年至少應舉辦一次，每次不得少於四小時，並應事先通報當地消防機關。」</p> <p>2.符合項目 1 所提「緊急災害應變計畫」(Emergency Operation Plan, EOP)，係針對災害發生時之應變與復原階段初期之應變作為。</p> <p>3.緊急災害應變計畫應整合緊急應變指揮系統(如 HICS)，並依據災害衝擊大小與應變期間(Operation Period)長短決定緊急事故應變團隊(Incident Management Team, IMT)之動員規模、任務與目標。緊急災</p>	<p>原則，以避免打擾醫院臨床業務。</p>

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>害應變計畫須包含事故存續週期(Life Cycle Stages of an Incident)各階段(災害確認、通知/啟動、動員、應變、歸建與復原)之緊急應變作業程序。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 緊急災害應變計畫及作業程序。(符合) 2. 緊急聯絡網之名單與電話。(符合) 3. 具有適當的人力調度及緊急召回之演練紀錄。(符合) 4. 各單位病人疏散運送之順序與方法。(符合) 5. 依據演練之檢討結果，定期修訂急災害應變措施計畫之相關文件紀錄。(優良) 6. 緊急災害應變演練之過程及檢討紀錄(含照片)。(符合/優良) 	
重	1.8.3	<p>設置大量傷患緊急應變組織與健全指揮系統</p> <p>目的：</p> <p>訂定大量傷患緊急應變計畫，定期落實演練與後續之檢討改善，確保傷患安全。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 大量傷患發生時的應變啟動機制、指揮體系、院內外聯絡網及到院前病人處理接軌等步驟已規範完備。(原 1.8.3-符合 1) 2. 定期辦理大量傷患緊急應變之演練。(原 1.8.3-符合 2) <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 依據大量傷患緊急應變演練之檢討結果，修正醫院大量傷患緊急應變計畫。(原 1.8.3-優良 1) 2. 能與地方政府或相關團體共同辦理大量傷患處理之訓練。(原 1.8.3- 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 依緊急醫療網之責任區域作定義。 2. 考量目前國際醫院評鑑趨勢傾向不採用「實地演練」，今年度「現場測試」，應以「口頭抽問」及「桌上模擬演練」(desktop exercise)為原則，以避免打擾醫院臨床業務。 3. 優良項目 3 所提醫院服務區域係包含緊急醫療網之責任區域。

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>優良 2)</p> <p>3.指揮體系健全，並能配合醫院服務區域之需要。(原 1.8.3-優良 3)</p> <p>[註]</p> <p>1.醫院緊急災害應變措施及檢查辦法第 11 條規定：「醫院每年至少應舉行緊急災害應變措施演習及桌上模擬演練各一次，並製作成演習紀錄、演習自評表及檢討改善計畫，送直轄市、縣(市)主管機關備查。</p> <p>前項演習及桌上模擬演練之主題、時間與相關內容，應於醫院緊急災害應變措施計畫中載明。」</p> <p>2.符合項目 1 所提「大量傷患」，包括院內發生災害(如火災)與院外發生災害所產生之大量傷患(如車禍、地震)等。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.大量傷患緊急應變計畫。(符合)</p> <p>2.辦理大量傷患緊急應變演練之證明(含照片)。(符合)</p> <p>3.依據大量傷患緊急應變演練之檢討結果，修正醫院大量傷患緊急應變計畫。(優良)</p> <p>4.能與地方政府或相關團體共同辦理大量傷患處理之訓練紀錄。(優良)</p> <p>5.大量傷患緊急應變組織與各項應變職務。(優良)</p>	
重合	1.8.4	<p>訂定醫院與媒體溝通之規範並落實執行，以維護病人之隱私與權益</p> <p>目的：</p> <p>參照相關法令規定，訂定醫院接受媒體採訪等相關規範並落實執行與稽核，維護病人隱私與權益。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.依據「醫療機構接受媒體採訪注意事項」及「醫療機構及醫事人員</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>發布醫學新知或研究報告倫理守則」，訂定醫院接受媒體採訪或與媒體溝通之規範，內容可包括如：(原 1.8.5-符合 1)</p> <ol style="list-style-type: none"> (1)接受採訪或執行溝通之作業流程。 (2)指定醫院對外發言人。 (3)應維護病人隱私及權益，不妨礙其病情與診療，且不得藉機宣傳醫療業務。 (4)如需揭露病人身分或個人資料，應先徵得病人同意。 (5)防止未經授權之員工或未獲得病人同意之院外人士，取得病人之個人資料，或接觸病人或家屬，或擅自對媒體洩露病人的個人資料。 <p>2.醫院如有透過媒體發布醫學新知或研究報告之情形，應依據「醫療機構及醫事人員發布醫學新知或研究報告倫理守則」，訂定相關規範。(原 1.8.5-符合 2)</p> <p>3.應有發言人姓名，如發言人有 1 人以上，請分別說明授權範圍。(原 1.8.5-符合 3)</p> <p>4.醫院訂定之相關規範，有落實執行並有稽核。(原 1.8.5-符合 4)</p> <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫療機構接受媒體採訪注意事項，可參閱衛生福利部(原：行政院衛生署)90 年 11 月 1 日衛署醫字第 0900071404 號公告(行政院衛生署公報第 31 卷 6 號 34 頁)或衛生福利部網站。 2.醫療機構及醫事人員發布醫學新知或研究報告倫理守則，可參閱衛生福利部(原：行政院衛生署)90 年 11 月 22 日衛署醫字第 0900072518 號公告(行政院衛生署公報第 31 卷 7 號 39-40 頁)或衛生福利部網站。 	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.接受媒體採訪或溝通之標準作業程序。(符合) 2.發言人姓名與授權範圍。(符合) 3.醫院訂定之相關規範，有落實執行並有稽核之紀錄。(符合) 	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
第 2 篇、醫療照護 第 2.1 章 病人及家屬權責	第 2.1 章 病人及家屬權責		
【重點說明】	<p>每一位病人都具有獨特性，有著不同的需求、價值觀和信仰。故當病人就醫時，應該受到奠基在醫學倫理基礎下的妥適照護，此為病人基本的權利。為保障病人就醫的權利，醫院應以病人的觀點，明確訂定有關病人權利的相關政策、規範，並公開倡導，讓病人及家屬能充份瞭解其權利並參與醫療決策；同時也要教育員工理解及尊重病人的自主性和價值觀，提供維護病人尊嚴且周到的醫療服務。讓醫院、員工與病人家屬共同營造一個重視病人就醫權利的優質照護環境。</p> <p>因此本章的重點有下列幾項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院應明訂維護病人權利的政策或規範，並向病人、家屬及員工宣導、說明相關就醫權利的內容。 2.教育院內工作人員在執行醫療照護與服務時，應向病人充份說明、溝通，並隨時留意尊重及保護病人權利。 3.病人接受診療時，醫療照護團隊應向病人進行說明，特別是進行侵入性檢查或治療前，應提供書面說明以確保內容正確被瞭解，並取得病人簽署完整的同意書。 4.應鼓勵病人及其家屬參與醫療決策，工作人員以病人及家屬能理解之語言，解說病人的健康及醫療相關的資訊，如病人欲尋求其他醫療人員之意見時，醫院應主動協助。 5.為維護及尊重病人的醫療自主權，醫院能對病人、家屬提供有關生命末期醫療抉擇的相關資訊，並制定相關規範或標準作業程序，以利工作人員遵循。 6.在醫療過程中應隨時注意病人隱私的維護，如：檢查時應避免不必要的身體暴露；在檢體採集及運送有適當的安排；診療過程產生的資料不論紙本、聲音、照片或電子檔案等，均應尊重病人的隱私權予以適當保密。 		
2.1.1	明訂維護病人權利的政策或規範，並讓病人、家屬及員工瞭解、尊重其權利	<p>目的：</p> <p>藉由明確的病人權利政策之制訂與告知，讓病人、家屬與醫院互相尊重，營造一個對等、和諧的醫病關係。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院秉持「病人為醫療的主體」的理念，為維護病人及家屬權利，訂有相關政策或規範，並公告週知，包括：具體列明就醫病人的權利內容，對住院病人應參考衛生福利部公告之「醫院住院須知參考範例」制訂住院病人的權利及義務，並納入住院須知，以利向病人或家屬說明。(原 2.1.1- 	<ol style="list-style-type: none"> 1.醫院應有相關規範，評鑑委員應尊重醫院的做法。 2.查核重點應在醫院對於有關保護病人權利的落實程度。 3.查核重點應在醫院對於「善盡保密義務」是否落實執行。 4.符合項目 2，評鑑委員可針對院內員工以訪談之方式來進行了解。

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>符合 1)</p> <p>2.員工瞭解病人的權利內容，並在工作中落實尊重。(原 2.1.1-符合 2)</p> <p>3.若設有精神科住院病房(不含日間病房)之醫院，對強制住院與強制鑑定之病人的處置，需符合精神衛生法之規定。(原 2.1.1-符合 3)</p> <p>4.醫院有舉辦或外派員工出席病人權利、醫療倫理與醫事法規等教育訓練活動。(原 2.1.1-符合 4)</p> <p>5.有對民眾與醫療人員宣導病人自主權利法，以推廣尊重病人醫療自主、保障病人善終權益和促進醫病關係和諧。(試)</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1.定期稽核各項政策、規範的落實程度，並據以檢討、修訂、改善，並有納入病人或家屬代表的意見。(原 2.1.1-優良 1)</p> <p>2.能針對病人權利、醫療倫理與醫事法令等臨床案例，進行主題或個案討論會。(原 2.1.1-優良 2)</p> <p>3.能列舉出經研討後應用到醫療照護的實例。(原 2.1.1-優良 3)</p> <p>4.評鑑效期內沒有衛生福利部醫事管理系統登錄之裁罰紀錄。(原 2.1.1-優良 4)</p> <p>[註]</p> <p>1.住院病人的權利內容的制訂，可參考衛生福利部「醫院住院須知參考範例」中之肆、病人權利，最少應包含：1.依照醫事法規，病人於住院期間應享有之權利；2.醫院於醫療前、醫療中對病人或其家屬之說明義務及事項；3.病人之同意權、自我決定權、拒絕權及隱私權之保障事項。</p> <p>2.符合項目 5 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.檢視醫院病人權利政策或規範。(符合)</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		2.檢視醫院住院須知。(符合) 3.查閱員工教育訓練活動紀錄。(符合) 4.「病人自主權利法」推廣活動紀錄。(符合) 5.查閱政策、規範的檢討紀錄及落實度的稽核結果。(優良) 6.查閱臨床案例討論會紀錄與訪談主管應用實例。(優良) 7.檢視評鑑資料有無因倫理相關事項接受裁罰的紀錄。(優良)	
2.1.2	應與病人溝通、適當說明病情、處置及治療方式，特別是實施侵入性檢查或治療時，應明訂作業規範並簽署同意書	目的： 透過醫療人員清楚完整的說明解釋，期望病人能瞭解其病情、處置及治療方式，在表達其接受的意願後，行使醫療同意權。 符合項目： 1.說明內容應視情形包括下列事項：(原 2.1.2-符合 1) (1)醫療法第 81 條規定之事項。 (2)檢查或治療計畫的概要、預期效果及危險性。 (3)可能的替代方案或病人可另外徵詢第二種參考意見。 (4)侵入性檢查或治療之書面說明應包括：說明適應症、實施步驟、檢查或治療前、中、後注意事項及可能併發症等。 2.說明時應注意下列事項：(原 2.1.2-符合 2) (1)用詞及場所須顧及病人立場、感受及隱私。 (2)儘量使用病人易於理解的用詞，避免使用過多專業術語。 (3)輔以適當圖片或書面資料，使病人易於理解。 (4)依特殊需求者的需求，採用輔助說明方法，如筆談、寫字板、溝通板、人員陪同、聽障者手語翻譯、唇語服務等。(原 2.1.2-符合 2-(4)修) 3.對於重要醫療照護事項的說明，除依法律特別規定者(如醫療法第 63 條及第 64 條)外，醫院應明訂負責說明者及其紀錄方式。如需對說明過程錄音或錄影，應先徵得醫病雙方之同意。(原 2.1.2-符合 3)	1.評鑑委員於實地評鑑時，詢問對象宜以照護團隊、病人(家屬)為主。 2.使用病人可了解的語言及方式使病人理解。 3.會談空間不一定需是獨立之專用空間，有可維護病人隱私的空間即可(如單人房)。 4.向病人說明病情及治療方式、特殊治療及處置之說明內容不一定要製成說明書，亦得以多元的方式進行有效的溝通。 5.符合項目 1-(3)所提「第二種參考意見」，應為另一醫師之意見，另照會或轉介等亦認計。 6.符合項目 2-(4)，可檢視醫院是否訂有相關標準作業流程。

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>4.對於病人不能辨識或理解醫療法第 81 條規定之告知者，醫院應明訂確認或選擇接受告知者之流程。(原 2.1.2-符合 4)</p> <p>5.醫院應依醫療法第 64 條規定，訂定院內侵入性檢查或治療項目及簽具同意書之作業規範，並提供書面說明，若遇未成年或無法親自簽具同意書者，應明訂確認或選擇簽具同意書者之流程(此項不適用於無侵入性檢查或治療之醫院)。(原 2.1.2-符合 5)</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1.醫療照護團隊依據規範，分工合作參與醫病溝通依規範落實執行，相關紀錄正確、完整。(原 2.1.2-優良 1 修)</p> <p>2.定期檢討修訂相關規範及步驟，確實改善。(原 2.1.2-優良 2)</p> <p>3.發展適合多元病人需求的溝通與說明方式，具特色、成效。(原 2.1.2-優良 3)</p> <p>[註]</p> <p>1.醫療法第 81 條：「醫療機構診治病人時，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人告知其病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應。」</p> <p>2.醫療法第 63 條：「醫療機構實施手術，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人說明手術原因、手術成功率或可能發生之併發症及危險，並經其同意，簽具手術同意書及麻醉同意書，始得為之。但情況緊急者，不在此限。</p> <p>前項同意書之簽具，病人為未成年人或無法親自簽具者，得由其法定代理人、配偶、親屬或關係人簽具。</p> <p>第一項手術同意書及麻醉同意書格式，由中央主管機關定之。」</p> <p>3.醫療法第 64 條：「醫療機構實施中央主管機關規定之侵入性檢查或治療，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人說明，並經其同意，簽</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>具同意書後，始得為之。但情況緊急者，不在此限。</p> <p>前項同意書之簽具，病人為未成年人或無法親自簽具者，得由其法定代理人、配偶、親屬或關係人簽具。」</p> <p>4.有特殊需求的族群，如高齡長者、身心障礙者及新住民等。可依病人需求提供適切的溝通服務，如：病人慣用語言或外語之翻譯，聽障者手語翻譯、唇語、筆談、同步聽打、寫字板、溝通板，視障者點字資料、18號字體以上之資料。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.檢視執行侵入性檢查或治療之作業規範、書面說明書與同意書。(符合) 2.輔助說明的特殊人員與相關教具清單。(符合) 3.查閱及監測病歷紀錄。(優良) 4.查閱規範及步驟修訂的紀錄。(優良) 5.訪談主管有特色具成效的解說方式實例。(優良) 	
2.1.3	向住院病人或家屬說明住院之必要性及診療計畫，並有措施協助及鼓勵其參與醫療照護之過程及決策	<p>目的：</p> <p>尊重住院病人知的權利，醫療團隊應提供並說明相關治療資訊，並讓其參與醫療決策討論，維護其醫療自主權。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.應向住院病人說明住院理由、病情及診療計畫，並於病歷中記載。(原 2.1.3-符合 1) 2.對接觸病人之工作人員，應教導有關提供病人診療資訊的意義、重要性、態度、方法及相關措施。(原 2.1.3-符合 2) 3.應於適當時機協助病人、家屬取得治療資訊及參與醫療決策討論。(原 2.1.3-符合 3) 4.當病人表明欲徵詢第二意見時，應能主動提供會診或轉介，並能迅速提 	符合項目 4 所提「第二意見」，應為另一醫師之意見，另照會或轉介等亦認計。

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>供適當的病歷資料，供被徵詢者參考。(原 2.1.3-符合 4)</p> <p>5.推動病人、家屬積極參與醫病共享決策(Shared Decision Making, SDM)，並建立醫病共識。(原 2.1.3-優良 1 修)</p> <p>優良項目：(下述項目(不含試評項目)須全部達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院應制定有政策指引，推動病人家屬與醫療人員討論適切的醫療選項，選擇有實證而且真正需要的治療，不要求重覆的檢查，以避免無效醫療、減少醫療傷害與節制醫療浪費，如美國 Choosing Wisely 運動的建議。(試) 2.醫療照護團隊能依規範落實執行，有查核機制，並有紀錄及檢討。(原 2.1.3-優良 2) 3.對於病人、家屬參與醫療照護過程及決策，有具體成效。(原 2.1.3-優良 3) 4.落實推動醫病共享決策(SDM)且有成效。(試) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.優良項目 4 之執行可以參考衛生福利部醫病共享決策平台 (https://www.patientsafety.mohw.gov.tw/)。 2.優良項目 1、4 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.查閱病歷紀錄。(符合) 2.查閱工作人員的教育紀錄。(符合) 3.訪談病人或家屬。(優良) 4.訪談主管查核機制及檢視紀錄。(優良) 5.訪談主管具特色、成效的家屬參與方式實例。(優良) 6.病人、家屬積極參與醫療之政策及指引。(優良) 	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		7.醫病共享決策(SDM)推動的成效及實例。(優良)	
2.1.4	醫院能對病人、家屬提供有關生命末期醫療抉擇的相關資訊並予以尊重，以維護其權益	<p>目的： 基於尊重個人自主權及醫療倫理規範，讓病人、家屬有機會參與末期醫療決策，達到尊嚴死亡與善終的目的。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.為尊重及維護病人的醫療自主權，針對生命末期的醫療抉擇，醫院有對病人及家屬提供相關的資訊並宣導，如：安寧緩和醫療、不施行心肺復甦術、維生醫療抉擇、器官捐贈、醫療委任代理人等。(原 2.1.4-符合 1) 2.醫院針對醫師、護理及社工人員等，有舉辦或外派有關生命末期醫療抉擇的教育訓練。(原 2.1.4-符合 2) 3.工作人員會讀取病人 IC 卡內有關器官捐贈意願及安寧緩和醫療意願之註記資料。(原 2.1.4-符合 3) <p>優良項目：(下述項目(不含試評項目)僅限一項未達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.為尊重並執行病人生命末期醫療的意願，醫院訂有相關規範或標準作業程序，如：接受安寧緩和醫療、不施行心肺復甦術、不施行維生醫療、器官捐贈、預立醫療委任代理人、撤回預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇等，落實執行並有紀錄，以維護病人醫療自主權利。(原 2.1.4-優良 1) 2.對病人、家屬在面對生命醫療自主抉擇時，醫院有提供相關的諮詢服務，且有紀錄，並能協助後續於健保 IC 卡註記。(原 2.1.4-優良 2) 3.推動安寧緩和醫療於非癌症末期病人，卓有成效。(試) 4.推動預立醫療照護諮商(Advance Care Planning)，醫療團隊與接受諮商的意願人、家屬召開家庭或團隊會議，充分討論與決定生命末期的醫療照護方式。(原 2.1.4-優良 3 修) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.參考「安寧緩和醫療條例」、「人體器官移植條例」及「生命末期病人 	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>臨終照護意願徵詢作業指引」、「病人自主權利法」辦理。</p> <p>2.優良項目 3 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.訪談工作人員宣導的方式。(符合) 2.查閱相關人員教育訓練的紀錄。(符合) 3.工作人員實地操作讀取 IC 卡註記資料。(符合) 4.檢視相關規範或標準作業程序及執行紀錄。(優良) 5.查閱諮詢服務紀錄。(優良) 6.安寧緩和家庭會議紀錄。(優良) 7.推動安寧緩和醫療的成效及實例。(優良) 8.推動預立醫療照護的實例。(優良) 	
合	2.1.5	<p>病人於門診及住院時之檢查、處置與檢體採集和運送，皆應保障其隱私及權利</p> <p>目的： 醫療團隊人員在治療與照護過程中，確保病人隱私之保護。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.與病人進行溝通、病情說明、執行觸診診療行為及徵詢病人同意時，均應考量到環境及個人隱私之保護。(原 2.1.5-符合 1) 2.病人就診、檢查及處置時，應排除不相關者在場，並於場所中備有布簾、被單、治療巾等，對於較私密部位之檢查，應徵得病人同意，避免過度暴露，並依需要安排合適之醫事人員陪同，協助觀察病人、注意隱私之維護。(原 2.1.5-符合 2) 3.於診療過程中呼喚病人時，宜顧慮其權利及尊嚴；候診區就診名單之公布，應尊重病人之意願，以不呈現全名為原則。對實(見)習學生在旁學習，應事先充分告知病人，若為教學醫院其教學門診應有明顯標示。(原 2.1.5-符合 3) 	<ol style="list-style-type: none"> 1.徵詢「同意」方式不限形式，有可確認病人或家屬「同意」之機制即符合。 2.評鑑委員於實地評鑑時，可詢問病人或家屬確認其知悉。 3.符合項目 3，若有實(見)習學生在旁學習的門診應有公告，讓病人及家屬知悉即可。 4.查核重點應在醫院對於保護病人隱私機制是否落實執行。

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>4.住院訂有探病及陪病之規範，床位配置及病室空間有顧及病人性別與隱私；在公開標示病人姓名前，亦有尊重病人或家屬意願的機制，並確實執行。(原 2.1.5-符合 4)</p> <p>5.教學醫院之教學迴診，若有受訓學員在旁學習，應事先告知病人。(原 2.1.5-符合 5)</p> <p>6.病人檢體(尿液、糞便等)之採集和運送，有考量病人之隱私。(原 2.1.5-符合 6)</p> <p>[註] 參考衛生福利部 104 年 1 月 30 日衛部醫字第 1041660364 號公告修正之「醫療機構醫療隱私維護規範」。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.實地檢視診間、檢查室與病房的环境及維護隱私的作法。(符合) 2.查閱探病及陪病的規範。(符合) 3.檢視公開病人姓名是否與病人意願一致。(符合) 4.實地檢視檢體之採集和運送過程。(符合) 	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
<p>第 2 篇、醫療照護 第 2.2 章 醫療照護品質與安全管理</p> <p>【重點說明】</p> <p>醫療照護品質及病人安全是每日常規醫療照護的根本。此信念必須深植於每位醫療工作人員的心中，從不間斷的醫療照護品質精進，使醫療照護效率提昇、更充分利用資源並減少病人於醫療照護中所承受之風險。主管對品管及病安的重視為成功的首要條件，經由良好之全院醫療照護品質管理計畫，進而建立醫療組織文化中對品質及病人安全的關注。利用各種資料分析及改善計畫，達成醫療品質的持續進步。因此本章規範之目的有下列幾項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院管理者須規劃醫療照護品質管理計畫：醫療照護品質的提升需要醫療專業及行政管理之協助，同時有良好的全院管理架構及計畫；醫院管理者應建立品質管理架構、推動品質精進計畫及監督此系統之運作以達成目標，有醫院管理者之重視及支持，才能塑造出醫院品質及病安文化。 2.訂定出適當之醫療品質指標以保障病人安全：醫院應利用收集之資訊，針對危急、高風險、易出錯等方面，建立適當之醫療品質指標，藉由指標分析，尋求優先的品質改善項目，以保障病人安全。 3.建立品質及病人安全的組織文化：定期將醫療品質及病人安全資訊傳遞給全體員工，鼓勵及教育員工參與醫療品質持續改善活動，建立品質及病人安全的組織文化；透過醫療照護團隊的溝通，將醫療品質改善成果加入醫療照護常規或技術手冊中，確保改善成果用於提升照護品質。 4.對醫療不良事件之事前預防及事後分析檢討：醫院對於各種可能發生醫療不良事件之高危險情境，宜訂定預防措施以維護病人安全，對於發生之醫療不良事件，應明訂發生時的處理方式，並鼓勵通報；醫療不良事件發生後，應作根本原因分析，以避免類似事件再發生。 5.分析各類品質資料和其他醫院分享成果，共同提升醫療照護品質：醫療照護團隊間藉由全院性研究或會議報告等，互相理解院內各部門診療活動；利用品管資料，經由分析研究，於討論會提出報告或發表於雜誌期刊，以提供臨床醫學或醫院管理上之實證，與醫界分享成果，共同提升醫療照護品質。 			
2.2.1	醫院應訂定及推動全院醫療品質及病人安全計畫，並定期檢討改善	<p>目的：</p> <p>藉由系統性的作為，建構全院醫療品質與病人安全管理機制。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院應建立全院性病人安全制度，並擬定病人安全目標、任務及執行方針。(原 2.2.1-符合 1 修) 2.醫院應設有委員會或相關組織，明確規定負責之組織架構、單位及人員的任務、責任及權限；對醫療異常或錯誤事件，有系統地收集與分析，並研擬系統性對策。(原 2.2.1-符合 2 修) 	<ol style="list-style-type: none"> 1.查核重點應在醫院對於有關病人安全的積極性作法之落實程度。 2.品管業務係指全院品管(包含病安)業務。

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>3.有專責人員依醫院監督或治理團隊擬定關鍵議題與優先順序，協調、推動及執行全院醫療品質及病人安全計畫，並定期檢討改善，且有紀錄。(原 2.2.1-符合 3 修)</p> <p>4.醫院應建置不以懲罰為原則的通報系統，鼓勵同仁自願通報，以提升醫療照護及作業環境之安全性，並參與衛生福利部所委託建置之台灣病人安全通報系統(Taiwan Patient-safety Reporting System)，做外部通報。(原 2.2.1-符合 4、優良 3 併)</p> <p>5.醫院建置多元管道，蒐集民眾意見，並鼓勵民眾參與病人安全工作，確實執行並著有成效。(試)</p> <p>優良項目：(下述項目(不含試評項目)僅限一項未達成)</p> <p>1.急性一般病床每 300 床應有 1 名醫管、醫品或病安等專任人員負責品管業務。(原 2.2.1-優良 1 修)</p> <p>2.依各類人員於醫品及病安之需求，提供教育訓練計畫與方案，並建立評估成效機制，確實執行及檢討改善。(原 2.2.1-優良 2)</p> <p>3.上述作業規範與執行方針皆確實執行，且能依據實際執行狀況、病人安全相關規定、異常事件分析結果等，召開跨部門品管及病安討論會議，進行檢討改善。(原 2.2.1-優良 4)</p> <p>4.醫院全體員工包括行政與醫療部門主管及醫師，積極參與醫療品質及病人安全持續改善活動。(原 2.2.1-優良 5 修)</p> <p>5.對於委員會制定之病人安全措施，應建立臨床稽核機制，以確保規範能落實執行。(試)</p> <p>[註]</p> <p>1.符合項目 5 之執行方式可參考「醫院醫療品質及病人安全工作目標手冊」的建議參考作法。</p> <p>2.符合項目 5 及優良項目 5 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫品病安委員會組織章程。(符合) 2.醫品病安委員會會議紀錄。(符合) 3.醫品病安計畫評估及成效。(優良) 4.病安追蹤系統、作業規範。(優良) 5.相關醫品病安改善報告。(優良) 	
2.2.2	應訂有醫療品質指標及病例資料年報與醫療成果資料，並有統計、分析及檢討	<p>目的：</p> <p>利用監測指標之收集、分析改善，早期發現問題，有效進行風險管理。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.訂定適當的全院性醫療品質及病人安全指標，並確實執行及評估。(原 2.2.4-符合 2 修) 2.對於重要疾病之診療品質，依照病人流(patient flow)訂有相關過程面與結果面品質指標，並確實執行及評估改善成效。(試) 3.定期檢視與分析監測指標之數據，並找出問題點，適時介入管理。(試) <p>優良項目：(下述項目(不含試評項目)須全部達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.指標監測有建立自動化收集之資訊系統，並能呈現結構面、過程面與結果面指標，重要之臨床指標能從集成(aggregate)之指標數據，往下分析到病人層級。(試) 2.指標數據有正確的統計分析，數據分析系統能彈性調整參數，可以即時進行分析。(試) 3.有將全院或各部門品管數據，以資訊圖像化(Infographics)整理製成清楚易懂的圖表，例如圖像化品質報告卡或是儀表板，召開會議確實檢討，並將醫療品質卡或儀表板向全院公布，以公告周知並形成共 	<ol style="list-style-type: none"> 1.本條文針對全院品管進行查核。 2.指標統計後之回饋，可由相關委員會開會之資料呈現進行查核。 3.相關臨床業務指標，由醫院自行界定並評估。

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>識。(試)</p> <p>4.監測數據有進行內外部比較，定期或適時分析成圖表或圖像化的資訊，提供同仁、主管或全院擬訂策略時參酌。(原 2.2.4-優良 5 修)</p> <p>[註]</p> <p>符合項目 2、3 及優良項目 1、2、3 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫療品質及病人安全指標。(符合) 2.評估改善措施成效紀錄。(符合/優良) 3.品質指標收集與分析之資訊系統。(優良) 4.醫療品質改善成果發表紀錄。(優良) 	
2.2.3	建立醫療倫理與法律相關委員會且運作良好	<p>目的：</p> <p>透過委員會機制，落實醫療倫理與法律病例與議題討論。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫學倫理委員會或相關組織會議，應有討論醫療倫理或法律相關之病例與主題。(原 2.2.3-符合 1) 2.醫院應制定委員資格要求及訓練機制。(試) 3.定期舉行會議，並有會議紀錄可查。(原 2.2.3-符合 2 修) <p>優良項目：(下述項目(不含試評項目)僅限一項未達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫學倫理委員會會議內容，包括檢討院內實際臨床案例或人體試驗案件討論等。(原 2.2.3-優良 1 修) 2.檢討院內實際臨床案例或人體試驗案件，並訂出醫療照護人員依循之倫理準則。(原 2.2.3-優良 2 修) 3.對於院內病人照護產生的醫學倫理議題有提供諮詢功能。(原 2.2.3- 	<ol style="list-style-type: none"> 1.「醫學倫理委員會」之名稱係由醫院自行訂定。 2.「定期」會議係指至少三個月開會一次。

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>優良 3 修)</p> <p>4.醫學倫理委員會有推廣醫學倫理或擴大參與的機制，例如建立各科代表或顧問群，以利在全院各單位落實推動。(試)</p> <p>[註]</p> <p>1.評量重點：應討論院內病例，而非僅安排專家演講、上課。</p> <p>2.符合項目 2 及優良項目 4 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.醫學倫理委員會或相關組織會議紀錄。(符合)</p> <p>2.醫學倫理委員會資格與訓練機制。(符合)</p> <p>3.醫療照護人員倫理準則。(優良)</p> <p>4.醫學倫理委員會諮詢紀錄。(優良)</p> <p>5.醫學倫理委員會推廣醫學倫理或擴大參與的機制。(優良)</p>	
2.2.4	定期舉行醫療照護品質相關會議，應用實證醫學佐證，檢討改善實務運作，以提升醫療品質與病人安全	<p>目的：</p> <p>藉由醫療照護團隊定期溝通討論機制，應用實證醫學佐證，檢討改善醫療品質與病人安全議題。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.應定期舉辦醫療照護及品質、病安相關會議，如病例討論會、併發症及死亡病例討論會、委員會等。相關決議或結論需追蹤執行情形，並有會議紀錄。(原 2.2.2-符合 1 修)</p> <p>2.訂有醫療照護團隊溝通機制，包括醫師跨專科聯合討論會，以及醫師與醫事人員跨領域會議，定期溝通，討論實務運作中可提升病人安全、醫療品質議題，以凝聚共識。(原 2.2.2-符合 2 修)</p> <p>3.訂有政策與指引，檢視與檢討重要關鍵之臨床服務，要求相關部門</p>	「定期」會議係指至少三個月開會一次。

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>定期召開醫療照護品質會議，例如癌症診療、手術麻醉、急診多重共病照護、多重外傷或加護病房重症病人之聯合照護。(試)</p> <p>優良項目：(下述項目(不含試評項目)僅限一項未達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.每次溝通會議能追蹤上次決議執行情形及改善成效，並提出具體提升病人安全、醫療品質措施、方案，確實運用於臨床照護。(原 2.2.2-優良 1 修) 2.醫療照護依實證醫學文獻及醫療照護團隊共識，檢視及修正醫療照護指引、常規或技術手冊，以符合醫療品質、病人安全及醫療照護團隊需求，並落實執行。(原 2.2.2-優良 2 修) 3.根據品質指標與病人安全通報資料，對於重要之病人安全風險或傷害事件，要求醫療照護團隊召開會議，檢討並制定改善策略。(試) 4.有實際改善醫療品質及病人安全之具體成效，並能對外發表與分享。(原 2.2.2-優良 3 修) <p>[註]</p> <p>符合項目 3 及優良項目 3 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫療照護及品質、病安相關會議，如病例討論會、併發症及死亡病例討論會、委員會等會議紀錄。(符合) 2.決議執行情形及改善成效。(符合) 3.具體提升病人安全、醫療品質措施、方案、成效。(優良) 4.醫療照護指引、常規或技術手冊修訂紀錄。(優良) 	
2.2.5	對於各種可能發生醫療不良事件	<p>目的：</p> <p>落實醫療不良事件的通報與處理，並檢討改善以建立預防措施與預警</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
	<p>之情境,訂定預防措施,並建立預警偵測的通報處理機制</p>	<p>偵測的處理機制。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院應訂定預防各種可能發生醫療不良事件之措施,並確實執行。(原 2.2.5-符合 1 修) 2.建立醫療不良事件之通報與處理機制,並有向上呈報的步驟,包括夜間、假日等主治醫師不在現場時的處理方式。(原 2.2.5-符合 4、5 併) 3.重大醫療事故應依法通報,且進行根本原因分析、提出改善方案,以推動系統除錯提升品質。(試) 4.加強病人安全觀念的宣導,並針對不同單位、層級提供不同內容的繼續教育,來鼓勵異常事件的通報。(原 2.2.5-符合 3 修) <p>優良項目：(下述項目(不含試評項目)須全部達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.對於嚴重度或發生率較高的醫療不良事件,有進行分析檢討,並根據分析結果提出適當的預防及改善措施。(原 2.2.5-優良 1、2 併) 2.可能發生或是進行中的醫療不良事件,醫院有建立預警偵測的通報處理與早期介入的臨床支持機制。(試) 3.鼓勵病人及其家屬對其所接受的治療與處置有重大疑慮時能適時提出,並教育醫療人員以開放的態度受理意見,以及時解決問題,必要時院方應建立支援機制。(試) 4.醫療不良事件具有教育價值者,能製成教學案例適當傳達予員工,並據以修正相關流程及規範。(原 2.2.5-優良 3 修) 5.重大醫療事故之根本原因分析結果,應與院內病人安全通報系統之資料進行比對檢討,用以強化院內病人安全之預警偵測機制。(試) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.異常事件嚴重程度評估(Severity Assessment Code, SAC):依據事件嚴 	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>重度及事件再發頻率為軸呈現之風險矩陣，以作為風險分級之用，共分成 4 級，可協助規範面臨事件發生後之事件處理的優先順序。</p> <p>2.醫療事故：指病人接受醫療機構之醫事服務，發生重大傷害或死亡之結果。</p> <p>3.優良項目 3 之執行方式可參考「醫院醫療品質及病人安全工作目標手冊」的建議參考作法。</p> <p>4.符合項目 3 及優良項目 2、3、5 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫療不良事件處理辦法。(符合) 2.病人安全通報標準作業流程。(符合) 3.重大異常事件分析檢討改善成果。(優良) 4.異常事件員工教育及成果發表紀錄。(優良) 	
2.2.6	各項檢驗、檢查異常結果報告有完整傳送與接收機制	<p>目的：</p> <p>建立與執行各項檢驗、檢查結果報告之完整傳送與接收機制，以維護病人安全。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.各項檢驗、檢查應訂有異常值通報標準程序，並定期檢討、修正或更新。(原 2.8.15-符合 1、優良 1 併) 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。(原 2.8.15-符合 2) 3.對於須於短時間處理重要危急值(如：檢驗之嚴重低血糖、高血鉀等；放射檢查報告之新發現主動脈剝離、氣胸等)，應有機制可確認已被 	<ol style="list-style-type: none"> 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。

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>完整的收到，以利能迅速運用於病人後續的醫療處置。(原 2.8.15-優良 3 修)</p> <p>4.應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。(原 2.8.15-符合 3)</p> <p>優良項目：(下述項目(不含試評項目)須全部達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.重要危急值應能及時傳達至醫療照護團隊之主要人員，並有交班之機制。(試) 2.檢驗或檢查報告如果有修改，產生危急值或取消危急值，應建立再通知的機制並落實執行。(試) 3.對於重要危急值，如果接獲報告時病人已經轉院或離院，應建立通知現在照護團隊或病人家屬的機制。(原 2.8.15-優良 3 修) <p>[註]</p> <p>優良項目 1、2 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 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) 2. 異常結果通報與回覆統計、追蹤檢討相關紀錄。(優良) 	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
第 2 篇、醫療照護 第 2.3 章 醫療照護之執行與評估			
【重點說明】			
<p>醫療機構最重要的目的是為提供病人所希望且最適切之醫療照護，這需要醫療機構內各領域的員工有良好的協調及溝通。在執行醫療照護計畫時，宜以實證醫學為基礎，檢討醫療照護之適當性，動態評估病人對照護計畫的反應，並視需要隨時修正計畫。醫院對於病人所提供之照護為整體醫療照護的一個環節，完成階段性醫療照護後，應考慮病人之病情安排持續性照護服務。如此不僅能有效的使用醫療資源，並能提供病人所需之照護且改善病人之健康狀態。</p>			
<p>本章規範之目的有下列幾項：</p>			
<ol style="list-style-type: none"> 1. 明定醫療照護團隊人員權責，並有良好的團隊運作以提供病人醫療照護。 2. 醫療照護團隊成員應將病人評估及醫療照護計畫，詳細記載於病歷中，並確實傳遞病人照護相關資訊。 3. 以實證醫學為基礎研訂作業常規，以利醫囑之執行。 4. 依病情之需要，適切照會相關之醫療照護團隊，各種領域間有良好的協調及溝通，以達高水準之醫療照護。 5. 病人轉出至其他單位時，應提供醫療照護摘要，以達持續性照護之目的。 6. 應依病人需要協助轉診，轉診之安排應考量病人安全，注意轉診過程中必要的醫療照護安排。病人轉出或出院至其他單位時，應提供醫療照護摘要，以達持續性照護目標。 7. 醫療照護團隊應提供病人出院準備及後續照護計畫，包含出院病人用藥指導、營養指導、復健指導、回診預約與出院摘要等資訊，醫院亦應與後續照護服務之單位建立連繫及合作關係，確保病人獲得適切之後續照護。 8. 住院病人之照護應朝向整合醫學照護制度發展。 			
重	2.3.1	<p>住院病人應由主治醫師負責照護，住院病人之照護應朝向整合醫學照護制度發展</p>	<p>目的： 主治醫師主導住院病人醫療照護計畫，病人病情有變化時，能即時獲得適當處置。醫院應建立整合醫學照護制度，從全人醫療的角度提供完善住院診療，協助處理急診病情複雜而難以分科的病人，並推動與社區醫療的垂直整合。</p> <p>符合項目： 1. 住院病人應由主治醫師負責照護並讓病人知悉其主治醫師。(原 2.3.1-符合 1)</p>
			<p>符合項目 2 所提「主治醫師不在時」係指任何時候不在院之情況，非單指請假。</p>

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>2.若主治醫師不在時，有明確規定代理機制及排定代理人員名單。(原 2.3.1-符合 2)</p> <p>3.如果病人接受二位以上主治醫師之聯合(混合)照護，應讓病人知悉照護主治醫師群，並了解其分工。(試)</p> <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.建立整合醫學照護制度，培養不分科診療的專科醫師，能專責提供住院病人整合醫療照護。(試) 2.有規劃整合醫學照護專責病房或區域，由急診收治住院或多重共病需跨多科別照護之病人，尤其是多重慢性病、經常性住院或末期病人。(試) 3.能協助收治或處理急診病情複雜需跨多科別照護病人，以及時治療該類病人，減少病人不必要的急診候床。(試) 4.整合醫學照護病房應有跨領域照護團隊之團隊查房或會議，每週至少 1 次，除醫師與護理師之外，臨床藥師、呼吸治療師、復健治療人員、社工師、營養師、臨床心理師等每次至少有 2 種職類人員參與，且成效良好。(試) 5.推動與跨層級醫療院所或社區健康照護網絡的垂直醫療整合。(試) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.整合醫學照護單位之「專責主治醫師」需專職於專屬病房工作，主要負責照護住院病人；每週門診、檢查及手術不得超過 3 節(惟於專屬病房進行之約診、手術不在此限，且不含假日、夜間緊急手術與緊急照會)。 2.符合項目 3 及優良項目 1、2、3、4、5 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		1.醫師職務說明書。(符合) 2.職務代理辦法。(符合) 3.醫師值班表。(符合) 4.主治醫師聯合照護規範。(優良)	
2.3.2	住院、急診病歷應詳實記載病況變化、治療方式及其治療依據說明等，以供事後檢討	目的： 醫療照護團隊成員詳實記載之病歷，使病人照護相關資訊能正確傳遞。 符合項目： <ol style="list-style-type: none"> 1.入院紀錄應完整詳實，且包含病人主訴、病史、身體檢查、實驗室檢查、臆斷與診療計畫(plan to do)等。(原 2.3.2-符合 1) 2.主治醫師需親自診察評估病情，視病情修訂診療計畫，並有紀錄。(原 2.3.2-符合 2) 3.病程紀錄能適當的反應病況變化。(原 2.3.2-符合 3) 4.有定期的診療摘要紀錄或交班摘要。(原 2.3.2-優良 2) 優良項目：(下述項目(不含試評項目)須全部達成) <ol style="list-style-type: none"> 1.病歷記載能顯示達成診斷及實施處置之合理思考邏輯，且應適時、適當呈現特殊檢查、檢查方法、檢驗、處置之理由及影像診斷報告的臨床評估。(原 2.3.2-優良 1) 2.個案討論結果應記錄於病人診療紀錄內；當病人需要轉科或轉院時，應將討論結果妥善轉予相關科別或醫院。(原 2.3.2-優良 3) 3.為了完成連續性照護，病歷記載應適度整合病人過去病史、用藥紀錄與健康資訊，尤其是參考健保雲端資料。(試) 4.醫院應制定相關流程，規範電子病歷紀錄時，複製與貼上的功能應正確使用與修改，並有稽核機制。(試) 5.醫療團隊與病人家屬溝通之家庭會議或是溝通紀錄，應制定格式規範，並整合入病歷具體呈現，如參與醫療人員、病人家屬成員之姓 	<ol style="list-style-type: none"> 1.查核重點應為：病人每日診視診治後之相關紀錄。 2.符合項目 2 所提「診療計畫」，需呈現於病歷紀錄中，可不需另行新增病歷單張。

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>名、職稱或關係，主要議題，結論或共識。(試)</p> <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 診療計畫(plan to do)不需為獨立單張，亦未規定須由病人或家屬簽名。 2. 優良項目 3、4、5 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 病歷寫作規範。(符合) 2. 紙本或電子病歷。(符合/優良) 3. 病歷紀錄品質檢討的相關資料。(優良) 4. 電子病歷複製與貼上使用規範。(優良) 	
合	2.3.3 每日應有醫師迴診，並適當回應病人病情之陳述，紀錄詳實	<p>目的：</p> <p>藉由醫師每日之迴診及紀錄，了解病人病況之變化以調整診療計畫。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 每日均有醫師迴診，並訂有假日查房迴診辦法。(原 2.3.3-符合 1) 2. 每日病程紀錄應有主治醫師簽章，如有增刪，應於增刪處簽名或蓋章及註明年、月、日。(原 2.3.3-符合 2) 3. 全面或部分實施電子病歷之醫院，相關主治醫師複簽、修改紀錄、簽名應符合電子簽章規範。(原 2.3.3-符合 3 修) 4. 如病人病況有變化或提出相關反應，應予充分陳述及說明並適時調整診療計畫，記錄詳實。(原 2.3.3-符合 4) <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 醫師假日迴診之規範。(符合) 2. 紙本或電子病歷。(符合) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 符合項目 1 所提「醫師」非單指「主治醫師」。 2. 本條文以 progress note 上之紀錄及訪談病人醫師查房情形為主。 3. 評鑑委員於實地評鑑時，可詢問病人或家屬，確認醫師是否每日來診。

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		3.電子病歷歷史修改紀錄。(符合)	
合	2.3.4	<p>醫療照護團隊成員應了解病人問題,並讓接班人員知悉;如有轉出至其他單位時,應製作照護摘要或交班紀錄,以達持續性照護</p> <p>目的: 病人主要醫療照護成員確實交接班,達到持續性之照護。</p> <p>符合項目:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫療照護團隊訂有交接班作業流程。(原 2.3.4-符合 1) 2.醫療照護團隊成員能瞭解病人問題所在,且能交班清楚,使接班者亦能瞭解病人問題。(原 2.3.4-符合 2 修) 3.訂有轉換單位之作業流程,轉換科別或照護團隊時,轉出單位醫療照護團隊應製作照護摘要或交班紀錄,以供後續照護單位提供持續性照護。(原 2.3.4-符合 3 修) <p>評量方法及建議佐證資料:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.交接班作業流程。(符合) 2.交接班紀錄。(符合) 3.單位間轉床作業流程。(符合) 4.病人轉運作業規範。(符合) 	<ol style="list-style-type: none"> 1.«交班»至少包括«醫師對醫師»、「護理人員對護理人員»之交班,惟二者交班內容不可相互矛盾。 2.符合項目 3 係查核醫院對於轉換單位之作業流程的落實程度。
	2.3.5	<p>因應病人狀況提供適切可行的護理照護計畫,過程完整,並有適時修正</p> <p>目的: 護理紀錄能呈現應用護理過程,改善病人健康問題。</p> <p>符合項目:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.能依病人狀況,提供適切的護理照護計畫。(原 2.3.5-符合 1) 2.在護理過程中至少可看出評估、計畫及措施,並有紀錄。(原 2.3.5-符合 2 修) <p>優良項目:(下述項目(不含試評項目)僅限一項未達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.護理照護計畫有依病人狀況與需求,適時調整,具有個別性。(原 2.3.5-優良 1) 	<ol style="list-style-type: none"> 1.優良項目 2 所提«評值»,針對措施或目標皆可。 2.優良項目 3,醫院提出該期間內護理人員紀錄簡化之作為,且將相關佐證予評鑑委員參考。

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)				
條號	條文	評量項目	委員共識	
		<p>2.護理過程完整，有評估、計畫、措施及評值，且紀錄完整。(原 2.3.5-優良 2)</p> <p>3.護理紀錄品質有檢討改善，並有減輕護理人員不必要文書作業的作為。(原 2.3.5-優良 3 修)</p> <p>4.有資訊智慧輔助設備，簡化人員作業流程，減輕工作負荷。(試)</p> <p>[註]</p> <p>1.可聽取事例作評估或實地訪視病人。</p> <p>2.可訪談護理人員，並由病人處印證實際執行成效。</p> <p>3.護理作業智能化，例如生命徵象監測數值自動上傳、條碼運用、醫療團隊資料共享、支援決策輔助系統等。</p> <p>4.優良項目 4 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.護理紀錄。(符合/優良)</p> <p>2.護理紀錄書寫規範。(符合/優良)</p> <p>3.護理紀錄品質的檢討改善結果。(優良)</p> <p>4.有智能化運用作業資料(如生命徵象監測數值自動上傳、條碼讀取等)。(優良)</p>		
重合	2.3.6	適當的護病比	<p>目的： 規範護理人員的照護負荷，維護照護品質。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.申請地區醫院評鑑、區域醫院評鑑者：應符合醫療機構設置標準。(原 2.3.6-符合 1-(1)、1-(2)修)</p> <p>2.申請醫學中心評鑑者：應符合醫療機構設置標準，且白班平均護病比不得高於 7 人。(原 2.3.6-符合 1-(3)修)</p>	<p>1.有關本項基準查證方式包含：</p> <p>(1)醫院填報之醫院評鑑補充資料表數據。</p> <p>(2)實地評鑑當日抽查之急性一般病房全日護病比。</p> <p>2.有關醫院填報之補充資料表第 2 篇「四、全院全日三班護病比」：</p>

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
			<p>(1)表一「111 年全院急性一般病床各月份全日護病比」，將依醫療機構設置標準(醫學中心≤ 9)，以本表之「平均值」進行判定是否符合。</p> <p>(2)表二「112 年實地評鑑前急性一般病房各單位全日護病比」，將依上述標準，以本表之「總計值」進行判定是否符合。</p> <p>3.有關「實地評鑑當日各急性一般病房全日護病比」抽查方式，至少抽查全院 30%以上的急性一般病房。抽查結果採所有病房之平均數判定是否符合。</p> <p>4.上述之表一、表二及實地評鑑抽查之結果，兩者皆符合，即視為符合；至於醫學中心白班護病比的判定原則亦同。</p>
2.3.7	醫囑之記載與確認應有標準作業，以確保醫囑安全執行	<p>目的： 醫囑開立至被執行之流程，能兼顧正確、安全及時效性。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.明訂醫囑的具體步驟，及醫療照護團隊針對醫囑溝通之機制。(原 2.3.7-符合 1 修) 2.醫療照護團隊成員落實執行醫囑確認的步驟。醫囑變更或修正時，有評估及確認步驟。對醫囑有疑慮時，除與醫師溝通外，必要時有 	<ol style="list-style-type: none"> 1.符合項目 1 所提「醫囑」係由醫師複核並蓋醫師章(或簽名)為準。 2.優良項目 1 所提「口頭(含電話)醫囑的範圍及處理方式」係應依醫院實際狀況制定明確規範，內容包括口頭醫囑適用範疇及處理方式。

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>由醫療照護團隊及主管共同確認之機制，以維護病人安全。(原 2.3.7-符合 2 修)</p> <p>3.醫院應訂定接受口頭(含電話)醫囑的確認機制，且應於 24 小時內完成醫囑記述。(原 2.3.7-符合 3 修)</p> <p>4.醫囑應適時重整及更新。(原 2.3.7-符合 4)</p> <p>5.依照「專科護理師於醫師監督下執行醫療業務辦法」，制定專科護理師預立醫療流程。專師及訓練專師如執行預立特定醫療流程後，監督醫師應於二十四小時內完成核簽；如執行其他監督下之醫療業務，監督醫師則應於二十四小時內完成書面醫囑紀錄。(試)</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1.明訂口頭(含電話)醫囑的範圍及處理方式，於當班完成醫囑記述，病歷應詳實記載溝通內容及執行情形，由醫師簽名或蓋章以示負責。(原 2.3.7-優良 1 修)</p> <p>2.對於容易發生錯誤之醫囑，應訂有預防措施，包括醫療名詞縮寫規範。(原 2.3.7-優良 2)</p> <p>3.定期檢討作業程序，確實檢討改進醫囑異常事件，並有效處置不良反應。(原 2.3.7-優良 3 修)</p> <p>[註]</p> <p>符合項目 5 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.病歷(醫囑)書寫規範。(符合)</p> <p>2.護理給藥標準作業流程。(符合)</p> <p>3.口頭醫囑作業流程。(符合/優良)</p> <p>4.紙本或電子病歷。(符合/優良)</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		5.專科護理師預立醫療流程。(符合) 6.處方醫令系統自動稽核防錯機制範例。(優良) 7.高警訊藥物防錯範例。(優良) 8.醫囑異常事件通報、檢討及改善報告。(優良)	
2.3.8	依病情之需要，適切照會相關之醫療照護團隊	目的： 有良好之會診，以整合各專業領域人員服務。 符合項目： 1.明訂會診作業規範。(原 2.3.8-符合 1) 2.會診具有時效性，可於作業規範時間內完成。(原 2.3.8-符合 2、優良 1 併) 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.會診結果能適切解決病人的問題。(原 2.3.8-優良 2) 2.會診結果及品質有檢討機制，並據以改善。(原 2.3.8-優良 3 修) 3.病情複雜、無法獲得正確診斷或病情快速惡化時，適時召開醫療團隊整合照護會議，並向病人家屬溝通說明，鼓勵病人或家屬參與決策過程。(原 2.3.8-優良 4 修) [註] 會診具有時效性係指： 1.緊急會診須於2小時內病人訪視。 2.一般會診須於1個工作日內完成。 3.營養師會診須於2個工作日內完成。 評量方法及建議佐證資料： 1.住院病人醫療會診作業規範。(符合) 2.會診通知單及回覆單。(符合)	1.本基準主要針對一般病房之會診，並非急診緊急會診。 2.本基準僅規範緊急會診及一般會診之時效，特定科別之會診時效，醫院可自行規範。

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		3.逾期會診率。(優良) 4.會診品質檢討改善會議紀錄。(優良) 5.治療小組或整合照護會議紀錄。(優良)	
2.3.9	依據病情評估結果訂定復健計畫,給予適切之復健治療及訓練	<p>目的： 提供多元整合之復健治療服務，協助病人恢復身體及社會功能。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 訂有復健科復健治療作業規範。(原 2.3.9-符合 1) 有依規範執行會診、評估、制訂復健治療計畫，適切轉介相關專業，如：物理治療、職能治療、語言治療、心理治療或職前鑑定人員，並向病人說明。(原 2.3.9-符合 2 修) 有依計畫類別提供適當輔具。(原 2.3.9-符合 3 修) <p>優良項目：(下述項目(不含試評項目)僅限一項未達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 復健團隊應對不同疾病、復健種類的病人，執行功能評估，並設定個別化訓練計畫及目標，再依功能恢復情形及訓練進度，適時再評估，復健記錄應具體呈現病人復健進展。(原 2.3.9-優良 1 修) 相關治療師能主動配合床邊復健計畫，實施病人之床邊復健。(原 2.3.9-優良 2 修) 個案復健治療團隊與醫療照護團隊定期討論，視需要設定具體方案及改善方向。(原 2.3.9-優良 3) 對早期療育服務能訂定評估及治療計畫，並組織相關團隊人員提供團隊照護。(原 2.3.9-優良 4 修) 對於有運動治療需求病人，如：心肺功能不全、肌少症及衰弱老人等，復健團隊提供運動處方與運動治療。(試) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 復健治療團隊包含醫師及復健治療相關人員。 	復健計畫需呈現於團隊照護之紀錄。

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>2.應將復健診療紀錄、訓練紀錄與定期/不定期評估一併管理，但定期將必要的資料加入診療紀錄亦可。</p> <p>3.優良項目 5 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.復健治療作業規範。(符合)</p> <p>2.復健治療會診單及紀錄單。(符合)</p> <p>3.疾病別復健治療評估及輔具評估表單。(符合/優良)</p> <p>4.復健個案(腦中風、早期療育等)討論或整合照護會議紀錄。(優良)</p> <p>5.運動處方與運動治療個案之紀錄。(優良)</p>	
試	2.3.10 醫院為多重疾病或身心失能高齡病人提供跨領域整合照護，結合醫療作業與周全性評估建立整合照護計畫及評估結果	<p>目的：</p> <p>醫院應針對具多重疾病或身心失能之高齡病人推動照護計畫整合，結合周全性評估及跨領域合作來改善病人疾病與身心功能，提升照護品質與改善就醫流程。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.針對住院特定病房區域或特定條件之高齡且具有多重疾病或身心失能病人進行周全性評估。</p> <p>2.周全性評估須與醫護作業整合，做為治療計畫依據，相關評估結果與照護計畫也需提供後續轉介單位。</p> <p>3.設有專責高齡醫學團隊，由老年醫學專科醫師提供複雜高齡病人之照會，並配合畢業後不分科醫師與其他醫事人員教學訓練需求。</p> <p>4.建立急性後期照護服務連結，結合周全性評估，針對出院功能退化病人適時轉介。</p> <p>優良項目：</p> <p>1.高齡醫學團隊以專責老年醫學專科醫師為主，建立跨領域照護模</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>式，每週至少開會一次並留有紀錄。</p> <p>2.設有高齡醫學病房以配合臨床照護及教學訓練需求。</p> <p>3.高齡醫學病房就近設有復健設施以減少病人住院期間之功能退化並預防失能。</p> <p>4.醫院設有由老年醫學專科醫師主責之高齡醫學整合門診，並建立病人周全性評估與後續追蹤機制且具成效。</p> <p>5.醫院須系統性建立各類型病人急性後期照護需求評估，積極且妥善安排下轉事宜，定期檢討並具成效。</p> <p>[註] 本條為試評條文，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.周全性評估及跨領域整合照護計畫。(符合)</p> <p>2.醫院專責高齡醫學團隊。(符合)</p> <p>3.高齡醫學整合門診照護成效。(優良)</p> <p>4.高齡醫學病房照護成效。(優良)</p>	
2.3.11	對病人提供身體、心理、社會及靈性的照護及支持措施	<p>目的： 評估病人身、心、社會及靈性之需求，提供適切的照護及支持措施。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.對於自我照顧困難之病人能得到基本的身體清潔護理。(原 2.3.10-符合 1 修)</p> <p>2.對病人提供適當的心理、社會及靈性的支持措施。(原 2.3.10-符合 2)</p> <p>3.對於癌末、臨終的病人，應有評估及心理及靈性支持措施，並尊重病人自主決定。(原 2.3.10-符合 3 修)</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>1.對自我照顧困難之病人，照護人員能指導或協助家屬執行基本的身體護理，且能顧及病人的舒適及尊嚴。(原 2.3.10-優良 1 修)</p> <p>2.設有固定服務之社工人員、志工或宗教師，可提供主動訪視、支持或諮詢服務。(原 2.3.10-優良 2 修)</p> <p>3.能對病人家屬提供心理、社會及靈性的支持措施。(原 2.3.10-優良 3)</p> <p>[註] 身體護理係指身體的清潔、排泄照護、舒適護理、協助進食、睡眠的適切照顧。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.對病人提供身體、心理、社會及靈性的照護相關作業規範。(符合)</p> <p>2.抽查相關病歷紀錄。(符合)</p> <p>3.身心靈需要評估、照顧紀錄或輔導計畫單。(優良)</p> <p>4.社工人員、志工或宗教師訪視紀錄。(優良)</p> <p>5.個案討論會議紀錄。(優良)</p>	
2.3.12	訂有行動限制(隔離、約束)之作業常規並執行適當	<p>目的： 執行適當的隔離、約束，並確保安全。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.應訂定實施行動限制的作業標準。(原 2.3.11-符合 1 修)</p> <p>2.住院時或執行前，應以書面告知住院中於醫療上有必要時可能會限制行動；執行時，再次向病人或家屬解說清楚，並有紀錄。(原 2.3.11-符合 2 修)</p> <p>3.醫療照護團隊應依行動限制作業標準執行約束，並有醫囑及紀錄。(原 2.3.11-符合 3 修)</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p>	執行約束時應開立醫囑，其有效天數則依醫院常規制定。

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>1.執行時確認病人或家屬充分了解行動限制的必要性，使其感受到尊重，且有詳實完整之紀錄。(原 2.3.11-優良 1 修)</p> <p>2.醫囑及執行紀錄中應明確記述限制行動的必要性、形式、持續時間、注意事項等，行動限制方式應安全、適當，並有定期檢討。(原 2.3.11-優良 2 修)</p> <p>3.行動限制的作業品質有定期檢討改善，且有具體成效。(原 2.3.11-優良 3 修)</p> <p>[註]</p> <p>1.行動限制包含隔離、約束；惟不含「感染管制之隔離」。</p> <p>2.行動限制的作業常規須包括：不影響病人的安全下，依照病人病情，定時探視行動限制中的病人(一般病房有人陪伴者至少 1 小時探視 1 次，無人在旁陪伴者至少每 30 分鐘探視 1 次)，並能提供病人生理需求、注意呼吸及肢體循環並防範意外事件發生；每班至少有一次行動限制相關紀錄，有異常狀況時須隨時記錄。</p> <p>3.緊急狀況時，得先執行行動限制，並儘速向家屬解說清楚取得同意書。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.病人行動限制相關作業規範。(符合)</p> <p>2.約束說明書、約束同意書、隔離說明書、隔離同意書。(符合)</p> <p>3.醫囑及執行、檢討紀錄。(符合/優良)</p> <p>4.行動限制品質討論會議紀錄。(優良)</p>	
2.3.13	評估病人營養狀態，適切給予營養及飲食指導	<p>目的： 評估病人營養狀態，給予營養及飲食指導。</p> <p>符合項目：</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>1.訂定營養篩檢、飲食指導等照會流程與機制。(原 2.3.12-符合 1)</p> <p>2.營養師依據營養評估之結果，予以個案營養診斷後，施予適切之營養支持、營養教育、飲食指導等，且有紀錄。(原 2.3.12-符合 2)</p> <p>3.營養照會紀錄完整，並適時回饋主要照護之醫療人員討論，據以擬定共同照護計畫。(原 2.3.12-優良 1 修)</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1.設有營養諮詢門診者，應有適當場所、必要之教具(如：食物模型或圖鑑、各類量匙量杯等容器)及設備(如：體重計、體組成分析儀等)。(原 2.3.12-優良 2)</p> <p>2.對於提供之營養服務應有評估機制及統計。(原 2.3.12-優良 3)</p> <p>3.對於接受治療餐者，能檢討其遵從用膳情形或指導其正確自備膳食，並有提升營養照護品質策略。(原 2.3.12-優良 4)</p> <p>[註]</p> <p>1.照會流程及機制指由醫護人員初步營養篩選，對無法進食或體重下降等營養不良高風險病人、特殊飲食(如：糖尿病、三高、體重過重)需飲食指導或營養介入者，轉介營養師進行營養評估。</p> <p>2.營養照會應於 2 個工作日內完成。</p> <p>3.營養衛教及飲食指導對象可涵蓋病人及其主要照顧者；指導吞嚥、功能障礙病人進食，可視需要與治療師(如：語言治療師或職能治療師等)共同協助進食操作及器具處理指導。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.營養照護相關作業規範。(符合)</p> <p>2.營養照會單及病歷紀錄。(符合)</p> <p>3.營養相關團隊整合照護或個案討論會議紀錄。(優良)</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		4.諮詢門診設備/門診營養指導紀錄/營養服務評估及統計報表。(優良) 5.營養照護相關品質改善會議紀錄。(優良)	
2.3.14	提供病人適當之衛教指導與資料	<p>目的： 提供適當衛教，提高病人及照顧者之照護能力。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫療照護團隊依病人及照顧者需要，提供衛教單張及資料。(原 2.3.13-符合 1 修) 2.視病人及照顧者需要，提供個別或團體衛教。(原 2.3.13-符合 2 修) 3.適時更新衛教指導內容。(原 2.3.13-符合 3 修) <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.善用醫院內外電子衛教資訊(如數位、網路及雲端等衛教資訊)。(試) 2.衛教指導成果(含病人及家屬滿意度)應有評估機制，定期檢討且具成效。(試) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.衛教資料可包括：健康促進、疾病照護、自我照護、三高、酗酒、戒菸、檳榔等議題，如：有吸菸、嚼檳榔者給予戒菸、戒檳榔之建議、衛教資料及提供治療。 2.優良項目 1、2 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.各單位衛教資料(含衛教教具及單張)。(符合) 2.衛教活動紀錄。(符合) 3.電子衛教資料。(優良) 4.衛教指導成效。(優良) 	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
2.3.15	明訂院內突發危急病人急救措施,且應落實執行	<p>目的： 提升員工對突發危急病人急救能力與知識，確保院內所有區域有突發危急病人時，皆能及時接受適切處置，以維護病人安全。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.明訂院內突發危急病人急救措施之標準作業程序，定期辦理全院性教育訓練，周知全院工作人員緊急事件的代號，及其因應處理步驟。(原2.3.14-符合1、2併) 2.急救設備及藥品應有明確管理規範，確保設備功能及藥品衛材效期，並能正確操作。(原2.3.14-符合3修) 3.照顧病人之高風險單位，每年至少舉辦一次以上醫療團隊之急救演練，且有紀錄。(原2.3.14-符合4修) 4.對非預期突發之急救事件進行分析，並定期檢討改善院內急救事件之成效。(原2.3.14-優良2修) 5.全院員工(含外包人員)至少應接受基本生命復甦術(Basic Life Support, BLS)、包含 AED(Automated External Defibrillator)訓練，或有接受進階生命支持術(Advanced Life Support, ALS)訓練。急重症單位(包括急診、加護病房及麻醉部門)之醫護人員應定期接受高級心臟復甦術訓練(ACLS)，或因應不同性質單位之 NRP、ATLS、ANLS、APLS、PALS 等皆可。(原 1.4.4-符合 2、4 併) <p>優良項目：(下述項目(不含試評項目)僅限一項未達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫療團隊之急救處置正確熟練，針對演練或急救事件發現之缺失，確實檢討改進。(原2.3.14-優良1、2併) 2.依據非預期突發之急救事件之分析，設置病情惡化警示系統或快速反應團隊(Rapid Response Team)，以建立預防非預期性急救發生之機制。(試) 	<ol style="list-style-type: none"> 1.評鑑委員實地訪談內容包含「不預期心跳停止」之因應方式。 2.若醫院急救車採「上鎖」管理，其「鎖」的使用應是遇緊急狀況時，可立即破壞打開使用為原則，以免延誤急救時效。 3.院內急救車之藥品及物品擺放位置應一致，以利新進人員及支援同仁儘快熟悉藥品位置。 4.急救車內之藥品應以急救藥物為原則，勿放置常備藥品。 5.實地評鑑前 6 個月內到職之全院員工(含外包人員)，暫不列入本項查核之對象，惟醫院須有後續人員接受訓練之期程規劃。

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>3.除急重症單位之醫師外，其餘醫師接受 ALS 訓練之訓練完成率達 70%。(原 1.4.4-優良 1)</p> <p>4.藥師定期檢查及更新急救車藥品，並有紀錄。(原 2.3.14-優良 3 修)</p> <p>[註]</p> <p>1.若急救車上鎖或貼封條則毋須每班點班，但需有定期核對急救用品有效期限之機制。</p> <p>2.本條文所稱「全院員工至少應接受基本生命復甦術(Basic Life Support, BLS)、包含 AED(Automated External Defibrillator)訓練，或有接受進階生命支持術(Advanced Life Support, ALS)訓練」，身心障礙員工及志工除外。</p> <p>3.ALS 訓練需包括 BLS、進階氣道處理及電擊器操作。</p> <p>4.醫護人員視不同性質之單位所接受之 ACLS、ANLS、ATLS、ETTC、NRP、APLS 及 PALS 等訓練，可等同接受 ALS 訓練。</p> <p>5.優良項目 2 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.院內突發危急病人急救措施之標準作業程序。(符合)</p> <p>2.急救車管理規範。(符合)</p> <p>3.急救車點班紀錄。(符合)</p> <p>4.急救演練紀錄。(符合)</p> <p>5.全院各職類急救訓練項目、完成率資料。(符合)</p> <p>6.急救事件檢討改善會議紀錄。(優良)</p> <p>7.全院員工(含外包人員)BLS 或 ACLS 證明。(符合/優良)</p> <p>8.教育訓練出席率統計資料。(優良)</p> <p>9.藥師查核急救車藥品紀錄。(優良)</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
2.3.16	實施適切之轉診(介)服務，並與院外機構建立良好合作關係	<p>目的： 協助病人適切安全之轉診，達到持續性照護目標。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.與院外機構建立適切的合作機制，並訂有轉診(介)作業流程。(原2.3.15-符合1) 2.院內有專責人員或單位負責該項工作。(原2.3.15-符合2) 3.轉診(介)紀錄完整。(原2.3.15-符合3) 4.針對轉診(介)之時效、適當性、異常或特殊狀況，有定期統計分析檢討與改善。(原2.3.15-優良2、3併) 5.有使用衛生福利部中央健康保險署的轉診資訊交換系統回覆紀錄。(試) <p>優良項目：(下述項目(不含試評項目)須全部達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.對轉診(介)病人有提供原轉診醫師瞭解病人相關病況之機制。(原2.3.15-優良1、5併) 2.與院外機構之合作關係，有促進機制，並定期檢討，執行成效良好。(原2.3.15-優良4修) 3.針對特定疾病照護，提供轉介急性後期照護(PAC)之規劃，定期開會檢討改善，執行成效良好。(試) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.轉診作業相關流程須符合醫療法施行細則第50-52條規定。 2.符合項目5及優良項目3列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.轉診(介)作業流程。(符合) 	醫院應以分級醫療概念協助急診或住院病人轉介。

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		2.轉診(介)紀錄。(符合) 3.轉診(介)服務的統計分析結果。(符合) 4.原轉診醫師瞭解病況之機制。(優良) 5.與院外合作機構溝通的檢討紀錄。(優良) 6.轉診(介)異常或特殊狀況分析、檢討與改善報告。(優良)	
2.3.17	醫療照護團隊應依病人需求,提供適切、完整的出院照護計畫與指導,並有紀錄	目的： 醫療照護團隊共同擬訂與執行病人出院計畫，確保病人順利轉院或返家。 符合項目： 1.設有出院照護計畫委員會(小組)，定期開會檢討、修訂出院照護計畫架構、流程等，並能具體解決問題，且紀錄完整。(原 2.3.16-優良 1 修) 2.訂有出院照護計畫流程，依病人需求，由醫療照護團隊共同擬訂出院照護計畫，並有紀錄。(原 2.3.16-符合 1 修) 3.出院照護計畫至少應包括：與疾病相關之計畫及指導資訊(如：營養、復健、用藥、後續門診追蹤、緊急就醫之醫療資源與途徑等)，並提供書面資料給病人。(原 2.3.16-符合 2 修) 4.依病人需求，協助提供社會相關資源、轉介服務、銜接急性後期照護(PAC)或長照服務。如為長照服務需求個案，應進行長照服務需求評估，或轉介個案居住地縣市照顧管理中心進行長照需求評估。(原 2.3.16-符合 3 修) 5.有針對相關職類人員進行出院照護計畫之教育訓練，並有紀錄。(原 2.3.16-符合 4) 優良項目：(下述項目(不含試評項目)僅限一項未達成) 1.對於多重用藥或複雜用藥病人，有經過適當用藥整合，以方便後續	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>照護。(試)</p> <p>2.每月至少召開 1 次跨領域團隊個案討論會，參加討論成員應有業務相關之醫療專業人員，如：個案主責照護之醫師/專科護理師、護理人員、社工師、復健相關治療人員、藥師、營養師等；會中能針對特殊需求個案之照護計畫，適時檢討修訂，並有紀錄。(原 2.3.16-優良 2 修)</p> <p>3.提供之出院照護計畫適切、完整，有評估品質及成效，且有紀錄。(原 2.3.16-優良 3 修)</p> <p>4.醫院應為身心障礙者設置服務窗口，提供溝通服務或其他有助於就醫之相關服務。(原 2.3.16-優良 4 修)</p> <p>[註]</p> <p>1.出院照護計畫係指能評估病人長期性問題的出院準備服務計畫。</p> <p>2.若病人為身心障礙者時，應依據身心障礙者權益保障法第 23 條之規定，為住院之身心障礙者提供出院準備計畫。</p> <p>身心障礙者權益保障法第 23 條內容： 「醫院應為住院之身心障礙者提供出院準備計畫；出院準備計畫應包括下列事項：</p> <p>(1)居家照護建議。</p> <p>(2)復健治療建議。</p> <p>(3)社區醫療資源轉介服務。</p> <p>(4)居家環境改善建議。</p> <p>(5)輔具評估及使用建議。</p> <p>(6)轉銜服務。</p> <p>(7)生活重建服務建議。</p> <p>(8)心理諮商服務建議。</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>(9)其他出院準備相關事宜。」</p> <p>3.醫院應提供相關保險及社會資源相關資訊或告知院內相關專責部門聯繫方式。</p> <p>4.社區資源係指未來可支援的醫院或居家服務等之連繫合作、照護保險、社會資源的申請手續、諮商業務等。</p> <p>5.優良項目 1 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.出院照護計畫流程。(符合)</p> <p>2.病人出院照護計畫。(符合)</p> <p>3.相關職類人員出席出院照護計畫之教育訓練紀錄。(符合)</p> <p>4.出院照護計畫委員會(小組)會議紀錄。(符合)</p> <p>5.跨領域團隊個案討論會會議紀錄。(優良)</p> <p>6.出院病人諮詢服務紀錄。(優良)</p>	
可	2.3.18	<p>有適當安寧緩和醫療團隊提供安寧照護服務</p> <p>目的： 安寧緩和醫療有適當之專業團隊，提供多元化、高品質的安寧照護服務。</p> <p>符合項目：</p> <p>1-a.安寧病房：(原 2.3.18-符合 1-a)</p> <p>(1)應有受過安寧緩和醫學訓練之專責主治醫師 1 名，負責安寧緩和醫療團隊相關業務。(原 2.3.18-符合 1-a-(1)修)</p> <p>(2)每床應有護理人員 1 名以上。(原 2.3.18-符合 1-a-(2)修)</p> <p>1-b.安寧居家療護：(原 2.3.18-符合 1-b)</p> <p>(1)應有專責主治醫師 1 名以上。</p> <p>(2)應有專責護理人員至少 1 名，且每月每 45 訪視人次應有專任安寧</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>居家療護護理人員 1 名以上。(原 2.3.18-符合 1-b-(2)修)</p> <p>(3)應提供安寧療護護理專業人員 24 小時電話諮詢服務。</p> <p>(4)訂有居家訪視醫療人員的安全保障措施，並有專責之醫護主管負責管理相關事務。(原 2.3.18-符合 1-b-(4)修)</p> <p>1-c.安寧共同照護：(原 2.3.18-符合 1-c)</p> <p>(1)應有專責主治醫師 1 名以上。</p> <p>(2)應有專責護理人員至少 1 名，且每月每 30 新收案人數應有專任安寧共同照護護理人員 1 名以上。(原 2.3.18-符合 1-c(2)修)</p> <p>2.應有 1 名專責社工人員。(原 2.3.18-符合 2)</p> <p>3.安寧居家療護及安寧共同照護護理人員，需具備至少 2 年之內外科(或安寧病房)相關臨床經驗。(原 2.3.18-符合 3 修)</p> <p>4.上述人員均需受過安寧療護教育訓練 80 小時以上。(原 2.3.18-符合 4)</p> <p>5.安寧緩和醫療團隊組織架構明確，定期召開跨領域專業團隊會議，整合團隊共識，並擬定跨專業的處置計畫。(原 2.3.18-符合 5 修)</p> <p>優良項目：(下述項目 1(1-a 至 1-c)依提供之服務，為可選項目，且 1 至 4 項僅限一項未達成)</p> <p>1-a.安寧病房：(原 2.3.18-優良 1-a)</p> <p>(1)50%以上護理人員具 1 年以上臨床安寧療護護理經驗。</p> <p>(2)夜間及假日能有主治醫師待命，且其需受過安寧療護教育訓練 80 小時以上。</p> <p>1-b.安寧居家療護：專任安寧居家護理人員休假時，有明確職務代理制度提供出勤服務。(原 2.3.18-優良 1-b 修)</p> <p>1-c.安寧共同照護：每月每 25 新收案人數應有專任安寧共同照護護理人員 1 名以上。(原 2.3.18-優良 1-c 修)</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>2.安寧緩和醫療團隊之醫師、護理人員及社工人員，每 3 年應接受至少 60 小時安寧療護相關繼續教育，並有紀錄。(原 2.3.18-優良 2 修)</p> <p>3.有受過安寧療護教育訓練專責心理師、志工或靈性關懷人員提供服務，並有紀錄。(原 2.3.18-優良 3 修)</p> <p>4.有為各新進專業醫療團隊成員，提供完整標準作業手冊、自學教材(書面或視聽)、輔導計畫及輔導機制。(原 2.3.18-優良 4 修)</p> <p>[註]</p> <p>1.未登記設有安寧病房(床)或未向健保署申報甲類安寧居家療護/安寧共同照護給付者，可自選本條全部或部分免評。</p> <p>2.護理人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定。</p> <p>3.「內外科相關臨床經驗」：現職醫院及院外其他醫院之工作年資得合併計算。</p> <p>4.「臨床安寧療護護理經驗」：包含安寧病房、安寧居家療護及安寧共同照護之工作年資，現職醫院及院外其他醫院之安寧療護工作年資得合併計算。</p> <p>5.「靈性關懷人員」之角色任務可包含：</p> <p>(1)心靈陪伴：探訪、關懷病人和家屬藉著聆聽、溝通、協談以了解病人和家屬的需求，提供病人和家屬在心靈上的支持、疏導和鼓勵。</p> <p>(2)轉介團隊其他人員給予個案安慰與支持。</p> <p>(3)關懷臨終者及家屬的哀傷，協助提供喪葬事宜的資訊。</p> <p>(4)參與病房之個案討論會議，提出困難個案的看法。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.安寧療護工作手冊。(符合)</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		2.安寧緩和醫療團隊組織圖。(符合) 3.居家訪視醫療人員安全保障措施。(符合) 4.安寧緩和醫療團隊成員證照或受訓、服務紀錄。(符合/優良) 5.安寧緩和醫療團隊人員排班表。(符合/優良)	
可	2.3.19	安寧病房應有適當之設施、設備、儀器管理機制,並確實執行保養管理 目的： 安寧病房有適當及功能良好的設施、設備，滿足末期病人需求。 符合項目： 1.安寧病房設施、設備、儀器應符合醫療機構設置標準之規定。(原 2.3.19-符合 1) 2.有恆溫控制及方便搬運病人進出之臥浴浴缸(如：洗澡機)，並有使用紀錄。(原 2.3.19-符合 2 修) 3.有明確制訂各項儀器設備維護的管理保養制度，並確實執行。(原 2.3.19-符合 3 修) 4.專業人員能正確操作各項儀器設備，瞭解故障排除處理流程，並熟悉相關表格記錄方式。(原 2.3.19-符合 4) 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.病房公共區域及病室注重人性化環境之營造，例如：於日常活動空間有可供病人會客的處所與餐桌椅設置，及供家屬準備膳食的場所。(原 2.3.19-優良 1 修) 2.能提供音樂、藝術、芳香治療或志工工作室等任一種以上服務設施。(原 2.3.18-優良 2 修) 3.具特色創新服務，具有成效。(原 2.3.19-優良 3) [註] 1.未登記設有安寧病房(床)者，可自選本條免評。 2.病房設施：	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>(1)應為可區隔之區域。</p> <p>(2)應有供病人坐浴或臥浴之浴廁設備；病室內可提供者，則免設。</p> <p>(3)可供面談及供家屬與瀕死病人最後相聚或默禱助念，及家屬度過急性哀傷之獨立空間。</p> <p>(4)視需要設置活動治療室。</p> <p>(5)應有污物污衣室。</p> <p>3.應設病室並符合下列規定：</p> <p>(1)應有浴廁設備，並有扶手及緊急呼叫系統。</p> <p>(2)每一病室至多設 4 床；每床最小面積(不含浴廁)應有 7.5 平方公尺；如設單床病室者，每床最小面積(不含浴廁)應有 9.3 平方公尺。</p> <p>(3)床尾與牆壁間之距離至少 1.2 公尺。</p> <p>(4)床邊與鄰床之距離至少 1 公尺。</p> <p>(5)床邊與牆壁距離至少 0.8 公尺。</p> <p>(6)床與床之間，應備有隔離視線之屏障物。</p> <p>(7)每床應具有床頭櫃及與護理站之呼叫器。</p> <p>(8)病床應有床欄並可調整高低。</p> <p>(9)每床應有醫用氣體及抽吸設備。</p> <p>4.可提供下列儀器設備：輸液幫浦、病人自控式止痛裝置、床旁便盆器、翻身/擺位器材及各式枕頭與床墊、超音波噴霧器、搬運推床及床旁洗頭器具等。</p> <p>5.可提供病人日常活動場所，按病床數計，平均每床應有 4.5 平方公尺以上(同一平面有戶外活動場所者，得免設)。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.安寧病房設施、設備、儀器一覽表、操作手冊及維修保養規範。(符</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		合) 2.安寧病房設施、設備、儀器維修保養紀錄。(符合) 3.安寧病房設施、設備、儀器使用紀錄。(優良) 4.安寧病房環境改善範例。(優良)	
可	2.3.20	適當的安寧照護服務管理、收案評估、照護品質、團隊合作與紀錄	目的： 安寧緩和照護組織與團隊運作良好，有效管理相關流程。 符合項目： 1.設有行政相關組織，訂定年度目標，並定期召開行政會議檢討安寧照護服務之管理，且作成紀錄。(原 2.3.20-符合 1) 2.有明確的收案流程；安寧居家療護收案病人有再入院評估標準。病人收案前，能提供安寧照顧服務理念的書面介紹，及病人/家屬之權利義務說明書。(原 2.3.20-符合 2) 3.病人/家屬之照護過程：(原 2.3.20-符合 3) (1)有標準流程以提供舒適護理、疼痛及其他常見症狀臨床評估處置計畫。 (2)能依病人個別性之需求，提供社會心理靈性需求評估與處置照顧計畫。 (3)病歷紀錄表格內容，能與病人實際臨床照護連結。 (4)如設有安寧病房者：有家庭會議召開之標準流程；有出院病人準備計畫(含病危自願返家病人家屬衛教)標準流程。 (5)如設有安寧居家療護者：有因應病人所需檢驗、治療、及藥物取得之簡化流程，並能為病人代採檢體、代領藥；有完整的安寧居家訪視包攜帶物品清單及管理。 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.每 3 個月至少召開一次行政會議，有完整會議紀錄及工作追蹤。(原

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>2.3.20-優良 1 修)</p> <p>2.病歷紀錄內容能呈現包括身、心、社會、靈性層面的評估與處置，病歷有定期審閱檢討機制。(原 2.3.20-優良 2 修)</p> <p>3.定期舉辦家屬支持團體，可包含成長性、治療性、教育性或社會社交性質的活動，並提供高危險喪親家屬篩選及哀傷輔導之服務或轉介。(原2.3.20-優良3)</p> <p>4.對合作醫療機構有雙向的溝通與訓練交流，並提供為末期病人醫療團隊人員教育訓練場所。(原 2.3.20-優良 4)</p> <p>5.訂有全院安寧療護整合照護計畫，及服務品質檢討改善機制，定期針對品質指標及年度目標進行檢討改善。(原 2.3.20-優良 5)</p> <p>[註]</p> <p>1.未登記設有安寧病房(床)或未向健保署申報甲類安寧居家療護、安寧共同照護給付者，可自選本條全部或部分免評。</p> <p>2.安寧病房、安寧居家療護及安寧共同照護相關議題之會議得合併進行，會議紀錄形式由醫院決定，但內容應有所區分。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.安寧療護工作手冊及組織圖。(符合)</p> <p>2.安寧療護小組年度工作目標。(符合)</p> <p>3.安寧療護簡介單張。(符合)</p> <p>4.病人/家屬權利義務說明書。(符合)</p> <p>5.紙本或電子病歷。(符合/優良)</p> <p>6.家屬支持團體活動紀錄。(優良)</p> <p>7.安寧照護相關會議紀錄。(優良)</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
合	2.3.21 訂有病人臨終前、後之處理流程	<p>目的： 醫療照護團隊尊重臨終病人意願，協助家屬善終處置，並提供哀傷輔導。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.明訂病人臨終前、後之處理規範，尊重臨終病人意願，並提供家屬協助，包含善終(死亡)準備及遺體護理等。(原 2.3.21-符合 1 修) 2.相關醫療照護團隊成員應接受哀傷輔導的教育訓練。(原 2.3.21-符合 2 修) 3.協助家屬面對病人臨終的事實，並能依家屬需要，提供探視的環境、哀傷輔導及關懷服務。(原 2.3.21-符合 3) <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.病人臨終前、後之處理規範。(符合) 2.臨終關懷及哀傷輔導相關教育訓練紀錄。(符合) 3.醫護或社工人員哀傷輔導紀錄。(符合) 	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
第 2 篇、醫療照護 第 2.4 章 特殊照護服務			
【重點說明】			
<p>在醫療照護中，面對處於高危險情境(如急診、加護病房)的病人，醫療照護的執行與評估十分重要，因此醫院必須特別對此訂定適宜之標準流程及規定，以提供適宜的照護品質。另外，特殊的醫療照護亦應有特殊之規範，如精神醫療、呼吸器使用、透析照護、中醫及牙科照護，以提供完整、一致、安全的醫療照護。本章規範之目的有下列幾項：</p>			
<ol style="list-style-type: none"> 1.急診及加護病房之病人，均為危急之病情，病人之醫療照護執行與評估均應有特殊之要求。醫院對執行醫療照護的設備器材及人員之人力、資格、訓練均應符合規定。 2.照護精神科病人之醫療照護人員之人力、資格、訓練均應符合規定，並能提供適宜的精神照護內容。 3.透析照護與呼吸照護應由適當的醫療照護團隊提供，制定並落實設施設備維護的管理，以建置安全的照護環境。 4.提供牙科與中醫照護時，應配置適當且訓練完備的照護人力，並落實設施設備維護的管理與病人安全措施。 5.針對上述病人照護應有合宜的醫療品質管理，亦應設定相關之醫療及病人照護品質指標，定期檢討、分析及改善，以提升照護的品質。 6.精神病人為特殊族群，常無法有自主權，其權利容易受到傷害。對於強制住院之精神病人應經合法鑑定及住院程序。 			
2.4.1	適當之急診人力配置及訓練	<p>目的： 依作業量配置具特定資格及能力之急診醫護人員，提供急診醫療服務。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.應有 5 名以上專任醫師，前三年急診病人就診人次年平均大於 20,000 人次者，每逾 5,000 人次應增加 1 名專任醫師，前三年每月平均留觀人次每逾 600 人次應增加 1 名專任醫師(以健保申報留觀人次為計算基準)；前揭專任醫師中，一半以上需具有急診醫學科專科醫師或兒科專科醫師且受過至少二年兒童急診訓練課程。緊急醫療資源不足地區之醫院，除 5 名專任醫師外，餘可以專科醫師兼任或支援方式為之。(原 2.4.1-符合 1 修) 2.兒童急診人次前三年年平均達 10,000 人次以上，每 5,000 人次應有 1 名兒科專科醫師，但緊急醫療資源不足地區之醫院不在此限： (1)10,000-18,000 人次，每個月至少 20%時段。 	「專科醫師」係指領有部定專科醫師證書者，非僅指具急診專科之醫師。

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>(2)18,000-30,000 人次，每個月至少 50%時段。</p> <p>(3)30,000 人次以上，24 小時全時段。</p> <p>3.設有急診加護病房者，應增加 1 名專任醫師，登記之急診加護病床數超過 10 床時，每達 10 床應增加 1 名專任醫師。但緊急醫療資源不足地區之醫院不在此限。</p> <p>4.前三年每日平均急診就醫人次每 12 人次應有護理人員 1 名。(原 2.4.1-符合 2 修)</p> <p>5.設有急診觀察床者，每床應增加護理人員 1 名。(試)</p> <p>6.急診就醫病人應先由急診部門之專科醫師做初步診察排除立即之風險病情後，視需要會診其他專科醫師，一般生產及牙科不在此限。(試)</p> <p>優良項目：(下述項目須全部達成)</p> <p>1.專任醫師數，其中 75%以上需具有急診醫學科專科醫師或兒童急診醫師資格。(原 2.4.1-優良 4 修)</p> <p>[註]</p> <p>1.「專任」係指具部定專科醫師資格，且執業執照登記執業場所為該院，執業科別為急診醫學科；每週至多 2 個半天(至多 8 小時)從事非急診部門相關之醫療業務。</p> <p>2.人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定。</p> <p>3.專科護理師不列計護理人力。</p> <p>4.觀察室登記之急診觀察病床，依據醫療機構設置標準規定，以每月 1 日於衛生局登記之床數為計算護理人力基準。</p> <p>5.設有兒童醫院或本分院者，兩院人力分開計算。</p> <p>6.專任醫師數計算公式：</p> <p>(1)(前 3 年之年平均急診人次-20,000) / 5,000) + 5，以小數點後一位無條件進位方式計算。</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>(2)前 3 年每月平均急診留觀人次/600，以小數點後一位無條件進位方式計算。</p> <p>(3)專任專科醫師數=(1)+(2)</p> <p>7.參與衛生福利部「醫學中心或重度級急救責任醫院支援離島及醫療資源不足地區醫院緊急醫療照護服務獎勵計畫」之支援醫師可納入人力計算。</p> <p>8.符合項目 5、6 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.急診醫師清冊。(符合/優良)</p> <p>2.急診主治醫師、住院醫師、護理師值班表。(符合/優良)</p> <p>3.急診病人就診人次以醫院申報健保「檢傷分類或急診診察費」代碼統計。(符合/優良)</p> <p>4.急診留觀人次以醫院申報健保「急診觀察床病房費」代碼計算人日次。(符合/優良)</p>	
2.4.2	急診應有適當之設施及完備之設備、儀器、機器，並確實執行保養管理及清潔管理	<p>目的：</p> <p>急診配置適當之設施、設備及儀器，並有完善管理機制，確保其功能正常，維護照護品質。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.具備施行心肺復甦術或相當處置所需之設備、儀器(確保氣管、人工呼吸器、輸液、輸血及給藥之準備、去顫器(defibrillator)等)，且經常備妥於確實可用狀態。(原 2.4.2-符合 1)</p> <p>2.應有部門或單位負責急診之設施、設備、儀器、機器之保養、檢查及安全管理，並訂有規範，落實執行，有紀錄可查。(原 2.4.2-符合 2)</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>3.明訂保養、檢查的排程，並有紀錄。(原 2.4.2-符合 3)</p> <p>4.訂有異常之管理機制，以因應儀器設備如發生故障時之作業流程。(原 2.4.2-符合 4 修)</p> <p>5.急救室、留觀區與急診處內其他作業單位有明確區隔。(原 2.4.2-優良 1 修)</p> <p>優良項目：(下述項目(不含試評項目)須全部達成)</p> <p>1.對於有特殊需求之病人，如小兒、高齡、身障病人，能提供友善就醫之環境設施與設備。(試)</p> <p>2.對疑似家暴性侵害犯罪情事者，有適當區隔空間，以維護病人隱私。(原 2.4.2-優良 2)</p> <p>3.針對上述兩項訂有改善方案，且具成效。(原 2.4.2-優良 3)</p> <p>[註]</p> <p>優良項目 1 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.醫療儀器、設備清單。(符合)</p> <p>2.醫療儀器、設備、機器負責人名單。(符合)</p> <p>3.醫療儀器、設備保養作業標準及查檢紀錄。(符合)</p> <p>4.醫療儀器、設備故障異常管理之作業流程及維修紀錄。(符合)</p>	
2.4.3	依醫院的角色任務，提供急救病人處置能力	<p>目的：</p> <p>訂有符合急診病人醫療需求及轉診之各項處置流程，並依法處理有特殊需求之病人，提供特殊服務。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.依醫院定位訂有急診病人的就醫準則與流程，提供緊急檢查、診斷、住院、手術等急救的醫療處置能力。(原 2.4.3-符合 1)</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>2.在醫院無法接受病人時，應先給予適當之急救，並依相關機制聯絡，及運送病人至其他醫療機構。(原 2.4.3-符合 2)</p> <p>3.應訂定有急診精神科病人之醫療作業處理準則與流程，及病人轉介系統，包含：(原 2.4.3-符合 3 修)</p> <p>(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。</p> <p>(2)急診病人安排住院或轉介他院之流程。</p> <p>4.對於急診就醫個案，知其有疑似遭家庭暴力(含兒童與少年虐待及疏忽)或性侵害犯罪情事者，應訂有處理作業準則，並依法通報。(原 2.4.3-符合 4)</p> <p>5.轉出時應提供轉診病歷摘要。(原 2.4.3-符合 5)</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1.對需急救病人訂有緊急處置流程，及定期檢討評估機制。(原 2.4.3-優良 1)</p> <p>2.可完成檢查及報告、住院、手術等相關緊急處置作業。(原 2.4.3-優良 2)</p> <p>3.對特殊病人(如家暴、性侵受害人)訂有處理流程，且提供社工諮商和轉介服務。(原 2.4.3-優良 3 修)</p> <p>4.轉送病人過程皆有評估紀錄，必要時有醫師指導救護人員，執行緊急醫療救護行為。(原 2.4.3-優良 4)</p> <p>5.定期檢討評估，訂有改善方案，且具成效。(原 2.4.3-優良 5)</p> <p>[註]</p> <p>1.救護人員包括醫師、護理人員、救護技術員。</p> <p>2.醫療法第 60 條第 1 項：醫院、診所遇有危急病人，應先予適當之急救，並即依其人員及設備能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延。</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>3.醫療法第 73 條：醫院、診所因限於人員、設備及專長能力，無法確定病人之病因或提供完整治療時，應建議病人轉診。但危急病人應依第六十條第一項規定，先予適當之急救，始可轉診。</p> <p>前項轉診，應填具轉診病歷摘要交予病人，不得無故拖延或拒絕。</p> <p>4.應依家庭暴力防治法第 50 條、性侵害犯罪防治法第 8 條、兒童及少年福利與權益保障法第 53 條(舊法規第 34 條)規定辦理。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.急診病人就醫準則與流程。(符合) 2.急診病人轉診或轉出作業流程或規範。(符合) 3.急診精神科病人醫療作業處理準則與流程。(符合) 4.急診疑似遭家庭暴力(含兒童與少年虐待及疏忽)或性侵害犯罪情事處理作業準則。(符合) 5.病人轉送之評估紀錄。(符合/優良) 6.急診委員會或全院性急診品質審查會議相關會議紀錄。(符合) 7.急救病人緊急處置流程。(優良) 8.特殊病人急診處理準則及流程。(優良) 	
2.4.4	建置適當的急診診療科支援機制	<p>目的：</p> <p>依任務提供適當之急診會診，以因應就診病人完整醫療需求。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.應依醫院之角色任務，建置適當的會診機制。(原 2.4.4-符合 1 修) 2.急診得視醫療業務需要提供適當專科會診，如有會診重大傷病(如急性缺血性腦中風、ST 段上升之急性心肌梗塞、緊急外傷)，70%以上應於 30 分鐘到場。(原 2.4.4-符合 2 修) <p>優良項目：(下述項目須全部達成)</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>1.會診機制：(以下須達成至少兩項)(原 2.4.4-優良 1、2 併)</p> <p>(1)急性缺血性腦中風病人接受靜脈血栓溶解治療時間<60 分鐘之比例達 30%以上。</p> <p>(2)急性缺血性腦中風個案，醫院可常規執行動脈內取栓治療。</p> <p>(3)ST 段上升之急性心肌梗塞病人執行緊急冠狀動脈介入術(Primary PCI)時，Door to wire time 小於 90 min 之達成率需符合 75%以上；接收同一醫療體系之分院或院區之轉診者，其 Door to wire time 應小於 60 分鐘，達成率需符合 70%以上。</p> <p>(4)緊急外傷手術於 30 分鐘內進入手術室比率，達成率需符合 80%以上。</p> <p>2.針對上述兩項有定期檢討評估並訂有改善方案，且具成效。(原 2.4.4-優良 3)</p> <p>[註]</p> <p>1.急性缺血性腦中風病人接受靜脈血栓溶解劑治療時間，係指病人抵達急診之時間與護理紀錄開始施打靜脈血栓溶解劑時間之差。</p> <p>2. Primary PCI 之計算標準：以病人抵達急診至導絲(wire)通過的時間計算。</p> <p>3.緊急外傷手術係指重大胸腹部外傷，致生命徵象不穩定需緊急手術者。本項係指手術通知至病人進入手術室內所需時間之達成比率。</p> <p>4.「手術通知」係指緊急外傷手術由急診通知手術室之作業，可於急診醫師開立醫囑或是手術室手術通知單呈現(時間紀錄方式由醫院自行規範)起計算。</p> <p>5.以上急診會診計算係以診療區之急性病人，觀察區不列入計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		1.急診會診規範。(符合) 2.急診照會科別之值班清單。(符合) 3.急診會診個案統計表及時效分析等。(符合/優良) 4.提供急性缺血性中風病人處置流程，及急性缺血性腦中風發作 2 小時內抵達醫院之病人之 NIHSS 評分表。(符合) 5.提供急性冠心症病人處置流程，應含：(1)急診處置流程、(2)心導管室處置流程、(3)住加護病房流程等。(符合) 6.提供急診病人中接受靜脈血栓溶解劑(rt-PA)治療之病人人次及比例。(優良) 7.提供全年全院冠狀動脈介入術(PCI)及緊急冠狀動脈介入術(Primary PCI)之案例數及比例。(優良) 8.提供醫院每月之手術與緊急外傷手術統計資料。(符合/優良)	
2.4.5	具備完善的急診醫事人員與警衛輪班制度	目的： 訂有合宜之急診醫事人員輪班制度，及預防危機之管理機制，維護病人服務品質及工作人員安全。 符合項目： 1.應有適當醫事人員輪班或支援制度，有藥師、醫事檢驗師、醫事放射師、呼吸治療師等醫事人員輪班或支援制度。(原 2.4.5-符合 1、優良 1-(1)併) 2.應有 24 小時警衛或保全人員，且設有警民連線或報案機制。(原 2.4.5-符合 2) 優良項目：(下述項目(不含試評項目)須全部達成) 1.對於重大緊急傷病的緊急治療，如緊急心導管或介入性動脈栓塞治療，應安排適當醫事人員支援，成效良好。(試) 2.具有完整之輪班制度及對突發事件有危機管理機制，並定期檢討改	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>善。(原 2.4.5-優良 2)</p> <p>[註] 優良項目 1 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫事人員班表。(符合) 2.醫事人員輪班或支援制度。(符合) 3.警衛或保全人員班表。(符合) 4.與輪班制度相關之會議討論及檢討紀錄或實例呈現。(優良) 5.急診突發事件處理流程與檢討會議。(優良) 	
2.4.6	應有急診病人醫療、救護處理之適當性及品質檢討分析與改善	<p>目的： 針對急診各項醫療服務品質，有適當之管理機制，確保照護品質。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.設有急診委員會或相關組織，每季舉行全院性急診品質審查會議，並有會議紀錄與檢討改進，確保急診管理與品質促進。(原 2.4.6-符合 1、優良 1 併) 2.訂有急診醫療品質相關指標，包含：(原 2.4.6-符合 2) <ol style="list-style-type: none"> (1)病人置留急診 24 及 48 小時以上之比率。 (2)72 小時內回診病人比率。 (3)急診等候入住加護病房超過 6 小時以上之比率。(原 2.4.6-符合 2-(3) 修) (4)等候手術時間超過 60 分鐘的人數及比率。 3.上述指標應定期收集分析，製成報告。(原 2.4.6-符合 3) <p>優良項目：(下述項目須全部達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.對急診病人醫療處理之適當性有做檢討與分析。(原 2.4.6-優良 2) 	有關急診醫療品質相關指標可依醫院自行定義。

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>2.有具體急診醫療處置、緊急救護品質及轉診病人適當性之改善方案或措施。(原 2.4.6-優良 3)</p> <p>[註] 急診等候手術時間之收案對象，係指醫囑開立為緊急手術之急診病人，其等候時間以開立醫囑或是手術室手術通知單呈現(時間紀錄方式由醫院自行規範)之時間起算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.急診委員會或相關組織的會議紀錄。(符合) 2.急診品質審查會議紀錄。(符合) 3.急診相關醫療品質指標監測紀錄、統計資料及會議討論紀錄。(符合) 4.急診相關病例討論會議紀錄或實例呈現。(優良) 5.急診品質改善方案佐證資料，如：品管圈、教案教學、得獎紀錄等。(優良) 	
2.4.7	適當之加護病房組織及人力配置	<p>目的： 依加護病房床數配置醫護人員，並設有行政及值班機制，提供適當醫療照護。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫師人力： <ol style="list-style-type: none"> (1)全院加護病床每 10 床應有 1 名專責專科主治醫師以上。(原 2.4.7-符合 1 修) (2)設置一個以上加護病房時，每一加護病房至少應有 1 名專責專科醫師之配置。 (3)專責專科醫師應有重症加護相關訓練或接受相關訓練。(試) (4)應設有加護病房主任，負責行政相關業務。(原 2.4.7-符合 3 修) 	<ol style="list-style-type: none"> 1.護理人力計算，共有下列二種認計原則，醫院可擇一列計： <ol style="list-style-type: none"> (1)醫院各加護病房需分開評量，且至少有七成之加護病房符合相關要求。 (2)以各加護病房之床數加總後合併計算人力，需符合相關要求。 2.有關本項基準查證方式包含： <ol style="list-style-type: none"> (1)醫院填報之醫院評鑑補充資料表數據。 (2)實地評鑑當日抽查之加護病房

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>(5)24 小時有醫師(不含第一年畢業後一般醫學訓練醫師)於加護病房值班，醫師於加護病房值班不得兼值其他病房、一般會診及手術(緊急會診不在此限)。</p> <p>2.護理人力：(原 2.4.7-符合 2)</p> <p>(1)申請地區醫院評鑑者：每床應有 1.5 人。</p> <p>(2)申請區域醫院評鑑者：每床應有 2 人。</p> <p>(3)申請醫學中心評鑑者：每床應有 2.5 人。</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1.專責住院醫師或值班醫師須領有高級心臟復甦術(ACLS)證書，或因應不同性質之加護病房 NRP、ATLS、ANLS、APLS、PALS 等皆可。(原 2.4.7-優良 2 修)</p> <p>2.假日、夜間為專科訓練第二年以下住院醫師值班者，應有較資深醫師二線值班(須有二線排班表佐證)。(原 2.4.7-優良 3 修)</p> <p>3.護理人力應符合項目要求之 1.10 倍。(原 2.4.7-優良 4 修)</p> <p>[註]</p> <p>1.專責係指執業登記於該院之專科醫師，每週(週一至週五)至多 3 個半天可從事其他醫療業務或手術，其餘時間皆負責加護病房業務。但新生兒科加護病床少於 10 床者，不在此限。</p> <p>2.專責專科醫師須接受重症加護相關訓練：</p> <p>(1)須具內科、兒科、外科、神經外科、神經科、麻醉科、急診醫學科或職業醫學科專科醫師資格。</p> <p>(2)應接受一年以上重症加護專業訓練，並領有證明。</p> <p>(3)領有進階生命支持術(ALS)證書，或因應不同性質之加護病房 ACLS、NRP、ATLS、ANLS、APLS、PALS 等皆可。</p> <p>3.人力計算基準：</p>	<p>護理人力。</p> <p>3.可參考醫院填報之補充資料表第 2 篇「八、加護病房 3.加護病房護理人力及素質資料表」，及當日加護病房實際護理人力數據判定是否符合。</p> <p>4.上述之補充資料表數據、及實地評鑑當日抽查之結果，兩者皆符合，即視為符合。</p>

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>(1)人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定。</p> <p>(2)若評鑑基準高於醫療機構設置標準，病床數得考量年平均佔床率計算，並以四捨五入取至整數位。</p> <p>(3)加護病房每 10 床應有專責專科醫師 1 人以上之計算方式：全院加護病床數/10。(專責專科醫師數取整數，以小數點第一位無條件進位)。</p> <p>4.符合項目 1-(3)列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.加護病房醫師人力配置及值班表。(符合)</p> <p>2.加護病房護理人力配置及班表。(符合)</p> <p>3.加護病房專責住院醫師與值班醫師高級心臟復甦術(ACLS)證書。(優良)</p> <p>4.加護病房專責主治醫師重症加護相關證書或接受相關訓練證書。(優良)</p>	
2.4.8	加護病房備齊相關設施、設備及儀器，並應定期保養、維護，且有紀錄可查	<p>目的：</p> <p>加護病房設置適當之設施、設備及儀器，並有完善管理機制，確保其功能正常，維護病人隱私及照護品質。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.病床床距間隔適當，且有隔離視線之隔簾或隔間，以保障隱私。(原 2.4.8-符合 1 修)</p> <p>2.應有部門負責加護病房之設施、設備、儀器之保養、檢查及安全管理，訂有規範與排程，且有紀錄可查。(原 2.4.8-符合 2、3 併)</p> <p>3.設置儀器異常管理機制，以因應故障時之作業流程。(原 2.4.8-符合 4)</p>	所稱「濕洗手設備」以訪查成人加護病房為主，新生兒及兒科加護病房除外。

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>4.每床均有洗手設備(含乾洗手)，每 2 床有 1 個濕洗手設備。(原 2.4.8-符合 5、6 併)</p> <p>5.具有移動式數位 X 光機、超音波、血液透析的設備。(原 2.4.8-優良 4 修)</p> <p>優良項目：(下述項目須全部達成)</p> <p>1.設有隔離室。(原 2.4.8-優良 2)</p> <p>2.對於設施設備的安全操作，需有防錯機制，如：血液透析、超音波、呼吸器的使用等。(試)</p> <p>3.運用智能化相關設備，增進病人安全與照護品質。(試)</p> <p>[註]</p> <p>優良項目 2、3 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.醫療儀器、設備保養作業標準及查檢紀錄。(符合)</p> <p>2.醫療儀器、設備故障異常管理之作業流程及維修紀錄。(符合)</p> <p>3.參考衛生局督導考核查證結果。(符合/優良)</p>	
2.4.9	良好的加護病房管理	<p>目的：</p> <p>訂有加護病房之各項作業規範、品質指標，及定期會議檢討執行成效，確保服務品質。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.設有加護病房管理委員會，定期開會檢討加護病房管理與品質指標監測機制。(原 2.4.9-符合 1 修)</p> <p>2.訂定加護病房轉入轉出及運用原則(含轉入優先順序)、具體步驟及客觀評估標準並確實執行且有紀錄。(原 2.4.9-符合 2)</p> <p>3.出入加護病房時及進入加護病房 24 小時內，使用評估工具評估疾病</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>嚴重程度，並應監測下列各項醫療品質指標、定期分析檢討：(原 2.4.9-符合 4、優良 1 併)</p> <p>(1)收案適當性與嚴重度。</p> <p>(2)急診等候入加護病房超過 6 小時以上比率。</p> <p>(3)48 小時重返加護病房比率。</p> <p>(4)住院超過 14 天人次。</p> <p>(5)加護病房死亡原因。</p> <p>(6)加護病房感染率(或密度)。</p> <p>(7)轉院及自動出院。</p> <p>優良項目：</p> <p>1.能針對加護病房品質指標的監測結果，檢討改善並具有成效。(試)</p> <p>2.應推動各項組合式感染管制措施(bundle intervention)，如：BSI、VAP、UTI、SSI、ASP 等，且持續檢討改善。(試)</p> <p>[註]</p> <p>優良項目 1、2 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.加護病房管理委員會或相關組織設置辦法及會議紀錄。(符合)</p> <p>2.加護病房轉入轉出及運用原則。(符合)</p> <p>3.加護病房抽查個案或定期收治病人適當性統計資料。(符合)</p> <p>4.加護病房相關醫療品質指標監測紀錄及統計資料及會議討論紀錄。(符合/優良)</p> <p>5.品質改善活動佐證資料，如：品管圈、教案教學、得獎紀錄等。(優良)</p>	
2.4.10	良好的加護病房	目的：	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
	醫療團隊照護	<p>透過加護病房團隊照護，提供重症病人跨領域與跨科別之醫療需求。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.加護病房醫師每日應查房至少 2 次，並有紀錄。(原 2.4.9-優良 3-(1) 修) 2.加護病房醫師對病人轉出入，及每日交接班應有交班並有紀錄。(原 2.4.9-符合 3 修) 3.呼吸器的使用有治療參數與連續照顧之紀錄。(原 2.4.9-符合 5 修) 4.應有跨領域照護團隊溝通與合作機制(醫師、護理師、臨床藥師、呼吸治療師、復健治療人員、社工師、營養師等)，如團隊查房、團隊會議等，並有紀錄。(試) 5.召開病人家庭會議，參與醫病共享決策(SDM)，決定重大醫療計畫或協助病人出院準備計畫，並有紀錄。(試) 6.定期舉行病例討論會、死亡病例及異常事件檢討。(原 2.4.9-優良 4-(1) 修) <p>優良項目：(下述項目(不含試評項目)須全部達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.具備呼吸治療品質監測指標，且有具體改善成效。(原 2.4.9-優良 2 修) 2.跨領域照護團隊之團隊查房，每週至少 3 次，除醫師與護理師之外，臨床藥師、呼吸治療師、復健治療人員、社工師、營養師等每次至少有 2 種職類人員參與，且成效良好。(試) 3.如有跨科別醫師共同照護，應有溝通合作機制，且成效良好。(試) 4.運用實證醫學與醫病共享決策(SDM)，實施成效良好。(試) 5.推動重症安寧療護，落實病人自主。(試) <p>[註]</p> <p>符合項目 4、5 及優良項目 2、3、4、5 列為試評項目，評量結果不納</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.加護病房跨領域照護團隊照護計畫。(符合/優良) 2.加護病房跨領域照護團隊清冊、病歷紀錄與團隊會議紀錄。(符合/優良) 3.加護病房跨科別醫師共同照護計畫與紀錄。(符合/優良) 4.跨領域照護團隊實際照護計畫、病歷紀錄、團隊會議紀錄。(優良) 5.生命末期出院病人準備計畫、病歷紀錄、家庭會議紀錄。(優良) 	
2.4.11	加護病房護理人員須依其特性及護理人員需要,安排在職教育訓練,並評核其能力	<p>目的：</p> <p>加護病房護理人員應具一定資歷，並接受在職訓練，提供適當護理服務。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.依單位特性及護理人員需要，每年應有院內外之重症照護相關訓練至少 12 小時。(原 2.4.10-符合 1、優良 1 併) 2.加護病房工作 2 年以上且領有加護訓練證書及 ACLS 證書，或因應不同性質之加護病房 NRP、ATLS、ANLS、APLS、PALS 等皆可，佔加護病房護理人員數之比例$\geq 50\%$。(原 2.4.10-符合 2 修) <p>優良項目：(下述項目須全部達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.加護病房工作 2 年以上且領有加護訓練證書及 ACLS 證書，或因應不同性質之加護病房 NRP、ATLS、ANLS、APLS、PALS 等皆可，佔加護病房護理人員數之比例$\geq 60\%$。(原 2.4.10-優良 2 修) 2.定期進行能力評估之檢討改善。(原 2.4.10-優良 3 修) <p>[註]</p> <p>護理人員應具備加護護理能力，包括：重症護理知能、儀器操作、危</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.若加護病房的新進護理人員於當年度所接受的加護訓練，若其課程內容與該加護病房特性之課程相關，即可列計。 2.若為多個加護病房，其護理人員之重症照護相關訓練、年資及證書比例應分開列計。 3.新設立的加護病房，護理人員可附加計算院外同等級或以上醫院之加護病房臨床年資及訓練。

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>急狀況之預測、緊急處置能力、病人問題的評估與處理等。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.加護病房護理人員重症照護相關訓練紀錄。(符合)</p> <p>2.加護病房護理人員加護訓練證書及 ACLS 證書。(符合)</p>	
試必	2.4.12	<p>適當之精神照護人力配置</p> <p>目的：</p> <p>依醫院層級及精神醫療服務量，配置適當專業人力，確保照護品質。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.精神醫療人力：(原 2.4.11-符合 1)</p> <p>(1)申請地區醫院評鑑者：</p> <p>①精神醫療職能治療人員：有專責精神醫療職能治療人員；且精神醫療職能治療人員數：精神急性一般病床、精神慢性一般病床、精神科加護病床及精神科日間照護單位合計，每 35 床應有 1 名。(35 床以下可以特約人員兼任，惟每週需工作 8 小時以上。)</p> <p>②精神醫療社會工作人員：有專責精神醫療社會工作人員；且精神醫療社會工作人員數：精神急性一般病床每 30 床應有 1 名、精神慢性一般病床及精神科日間照護單位每 75 床應有 1 名。</p> <p>③臨床心理人員：有專責臨床心理人員；且臨床心理人員數：精神急性一般病床、精神慢性一般病床、精神科加護病床及精神科日間照護單位合計，每 75 床應有 1 名。(75 床以下可以特約人員兼任，惟每週需工作 8 小時以上。)</p> <p>(2)申請區域醫院評鑑者：</p> <p>①精神醫療職能治療人員：有專任精神醫療職能治療人員；且精神醫療職能治療人員數：精神急性一般病床、精神慢性一般病床、精神科加護病床及精神科日間照護單位合計，每 35 床應有</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>1 名，其中職能治療師比例應達 1/2。</p> <p>②精神醫療社會工作人員：有專任精神醫療社會工作人員；且精神醫療社會工作人員數：精神急性一般病床每 30 床應有 1 名、精神慢性一般病床及精神科日間照護單位每 60 床應有 1 名。</p> <p>③臨床心理人員：有專責臨床心理人員；且臨床心理人員數：精神急性一般病床、精神慢性一般病床、精神科加護病床及精神科日間照護單位合計，每 50 床應有 1 名。</p> <p>(3)申請醫學中心評鑑者：</p> <p>①精神醫療職能治療人員：專任精神醫療職能治療人員至少應有 2 名；且精神醫療職能治療人員數：精神急性一般病床、精神慢性一般病床、精神科加護病床及精神科日間照護單位合計，每 30 床應有 1 名、精神科門診每月平均 5,000 人次以上需增 1 名。</p> <p>②精神醫療社會工作人員：專任精神醫療社會工作人員至少有 2 名；且精神醫療社會工作人員數：精神急性一般病床每 30 床應有 1 名、精神科日間照護單位每 60 床應有 1 名、精神科門診每月平均 3,000 人次以上需增 1 名。</p> <p>③臨床心理人員：專任臨床心理人員至少有 2 名；且臨床心理人員數：精神急性一般病床、精神慢性一般病床、精神科加護病床及精神科日間照護單位合計，每 30 床應有 1 名、精神科門診每月平均 3,000 人次以上需增 1 名，其中經臨床心理師考試及格並依心理師法領有臨床心理師證書者、或具臨床心理學碩士學位以上者合計佔 75%以上。</p> <p>2.依據醫院住院及門診病人組成，確保備有適宜的工作人員以提供恰當的服務。(原 2.4.11-符合 2)</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>1.精神醫療人力達符合項 1-(3)之 1.10 倍以上(含)。(原 2.4.11-優良 1 修)</p> <p>2.依精神衛生法及醫療法之規定，訂定病人權利與病人安全相關作業及流程，且工作人員均知悉。(原 2.4.11-優良 2)</p> <p>3.工作人員確實遵行優良項目 2 所述之相關作業及流程，定期業務檢討改善，改善成效良好。(原 2.4.11-優良 3)</p> <p>[註]</p> <p>1.本條為試評條文，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>2.各類病床數以登記開放數計，並依實際設置情形計算人力。</p> <p>3.人力計算時：</p> <p>(1)人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定。</p> <p>(2)若評鑑基準高於醫療機構設置標準，病床數得可考量年平均佔床率計算，並以四捨五入取至整數位。</p> <p>(3)同類別人力之各項計算結果，加總後以四捨五入取至整數位。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1. 依申請評鑑類別之門診、住院、精神科加護病房、日間病房等服務資料，提供其精神醫療人力(近四年逐年統計)。(符合/優良)</p> <p>2. 病人權利與病人安全之相關作業內容，實施流程、定期檢討改善，並有成效之事證。(優良)</p>	
可	2.4.13	精神科日間照護業務應提供以病人為中心之治療模式	<p>目的：</p> <p>提供以病人為中心的精神科日間照護，確保病人安全。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.醫療團隊提供個別生活訓練、服藥訓練、工作能力訓練、社交技巧訓練、家庭關係強化等復健服務。(原 2.4.12-符合 1)</p> <p>2.於從事勞務作業前，應經團隊審慎評估，及向病人說明。(原 2.1.6-</p>

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>目的修)</p> <p>3.訂有入出院標準及流程。(原 2.4.12-符合 2)</p> <p>4.日間照護環境需要注重病人安全相關措施(如防自殺、防跌等)。(原 2.4.12-符合 3 修)</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1.作業環境優良。(原 2.4.12-優良 1)</p> <p>2.業務執行能符合個別化之復健治療目標。(原 2.4.12-優良 2)</p> <p>3.有定期的業務檢討改善或創新服務模式。(原 2.4.12-優良 3 修)</p> <p>[註]</p> <p>未設有精神科日間照護單位者，可自選本條免評。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.日間照護治療服務簡介。(符合)</p> <p>2.入出院標準及流程。(符合)</p> <p>3.符合病人安全環境的相關措施資料及現場查證。(符合)</p> <p>4.建立及保持環境優良的相關資料及現場查證。(優良)</p> <p>5.個別化之復健治療評估和服務計畫，及實際查證時可抽查病歷。(優良)</p> <p>6.業務檢討改善之紀錄和成效分析，或創新服務之具體服務內容和成效分析。(優良)</p>	
2.4.14	精神科能提供特殊病例治療業務	<p>目的：</p> <p>配合政策，提供家暴、性侵害、酒藥癮、自殺防治等治療業務。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.提供家暴(含兒少保護)或性侵害被害人之身心治療。(原 2.4.13-符合 1)</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>2.提供酒藥癮或自殺防治等特殊治療業務。(原 2.4.13-符合 2)</p> <p>優良項目：(下述項目(不含試評項目)僅限一項未達成)</p> <p>1.能提供家暴(含兒少保護)、性侵害加害人之身心治療或輔導教育業務。(原 2.4.13-優良 1)</p> <p>2.成立藥癮、酒癮及自殺防治中心，提供 24 小時對外諮商服務，並有相關業務成果。(原 2.4.13-優良 2)</p> <p>3.定期業務檢討改善，成效良好。(原 2.4.13-優良 3 修)</p> <p>4.積極參與藥癮、酒癮及自殺防治預防治療之相關研究。(試)</p> <p>[註]</p> <p>優良項目 4 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.家暴(含兒少保護)或性侵害被害人之心身治療服務方案內容，及服務統計資料。(符合)</p> <p>2.酒藥癮或自殺防治服務方案內容，及服務統計資料。(符合)</p> <p>3.家暴(含兒少保護)、性侵害加害人之身心治療或輔導教育之方案內容，及服務統計資料。(優良)</p> <p>4.成立酒癮、藥癮及自殺防治中心之事實資料，及提供相關業務成果之資料。(優良)</p> <p>5.業務檢討改善之紀錄及成效分析。(優良)</p> <p>6.提供藥癮、酒癮及自殺防治預防治療之相關研究佐證。(優良)</p>	
2.4.15	依病人需求提供適宜的精神科職能治療服務	<p>目的：</p> <p>精神科職能治療服務訂有作業流程並落實執行。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.職能治療業務應訂有詳細的職能治療工作手冊，內含各類業務標準</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>化作業流程、活動/團體企劃書、評估、治療和檢討等。(原 2.4.14-符合 1)</p> <p>2.提供合適的職能治療活動及服務時數，並公布活動時間表，且確實執行。(原 2.4.14-符合 2 修)</p> <p>3.應有病人出席職能治療活動之紀錄，並將紀錄和報告夾貼病歷或記入電子病歷內。(原 2.4.14-符合 3)</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1.職能治療作業應於期限內(急性 3-7 天，慢性 1-3 月)對病人有涵蓋生理、心理、社會層面之評估與治療。(原 2.4.14-優良 1)</p> <p>2.提供或轉介社區復健、職業復健和有預防慢性化之措施。(原 2.4.14-優良 2 修)</p> <p>3.有評估及改善上項措施成效之機制，成效良好。(原 2.4.14-優良 3)</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.職能治療工作手冊(含詳細內容)。(符合)</p> <p>2.職能治療活動及服務時數之執行資料。(符合)</p> <p>3.評鑑時依委員指示提供病歷佐證病人參加職能治療活動及內容。(符合)</p> <p>4.病人住院後接受職能治療之生理、心理、社會評估與治療內容。(優良)</p> <p>5.社區復健、職業復健和有預防慢性化之措施之方案內容。(優良)</p> <p>6.社區復健、職業復健和有預防慢性化之評估和改善機制，及分析成效。(優良)</p>	
2.4.16	依病人需求提供適宜的精神科社	<p>目的：</p> <p>精神科社會工作服務訂有作業流程並落實執行，符合病人要求。</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
	會工作服務與服務品質	<p>符合項目：</p> <p>基本服務事項完備，包含：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.訂有精神社工作業手冊(內含專業倫理守則)，且落實執行。(原 2.4.15-符合 1) 2.提供個別、夫妻、家族治療或團體治療服務。(原 2.4.15-符合 2) 3.主動協助病人及家屬獲得社會資源及提供病人社區轉介服務。(原 2.4.15-符合 3) 4.應訂有出院準備服務計畫之流程，並依病人需求提供服務。(原 2.4.15-符合 4) 5.社工作業應備有接案評估、處遇過程及結案紀錄。(原 2.4.15-符合 5) <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.紀錄完備，並有定期追蹤檢討。(原 2.4.15-優良 1) 2.針對服務檢討改善，改善成效良好。(原 2.4.15-優良 2) 3.有創新服務措施，成效卓著。(原 2.4.15-優良 3 修) <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.精神科社工作業手冊，含完整之服務內容，服務流程及報告內容。(符合) 2.社工服務紀錄。(符合/優良) 3.業務檢討改善及成效分析之資料。(優良) 4.創新服務之具體服務內容及成效分析。(優良) 	
2.4.17	依病人需求提供適宜的精神科臨床心理服務與服務品質	<p>目的：</p> <p>精神科臨床心理服務訂有作業流程 並落實執行，符合病人要求。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.訂有臨床心理作業手冊(內含專業倫理守則)，且落實執行。(原 2.4.16- 	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>符合 1)</p> <p>2.醫院應依病人特性,發展適當之心理衡鑑與心理治療作業。(原 2.4.16-符合 2)</p> <p>3.心理衡鑑與心理治療服務種類各有四種以上。(原 2.4.16-符合 3)</p> <p>4.針對病人特性提供包含預防性、治療性或復健性之心理衡鑑與心理治療業務。(原 2.4.16-符合 4)</p> <p>5.心理衡鑑及心理處置紀錄,應依法規獨立妥善管理,並將衡鑑報告及處置摘要置入病歷中。(原 2.4.16-符合 5)</p> <p>優良項目:(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1.病歷之記載完整、詳實,並有定期追蹤檢討。(原 2.4.16-優良 1)</p> <p>2.依病人需要正確執行心理衡鑑,並於報告單上記錄處置內容、具體結論與建議,以提供醫療團隊參考。(原 2.4.16-優良 2)</p> <p>3.有創新服務措施,成效卓著。(原 2.4.16-優良 3 修)</p> <p>評量方法及建議佐證資料:</p> <p>1.臨床心理作業手冊(含完整之服務內容、服務流程及報告內容)。(符合)</p> <p>2.臨床心理服務報告/紀錄。(符合/優良)</p> <p>3.創新服務之具體服務內容及成效分析。(優良)</p>	
2.4.18	由適當醫療照護團隊提供透析照護服務	<p>目的:</p> <p>依透析床數及業務量,配置符合資格及完成相關訓練之醫護人員,提供適當的照護服務。</p> <p>符合項目:</p> <p>1.每 15 張血液透析治療床應有專科醫師 1 名以上,且其中應有 1/2 具有內科或兒科專科醫師資格,並經完整腎臟醫學訓練與血液透析治</p>	<p>1.符合項目 2 所提「每位血液透析護理人員照顧 4 位血液透析病人」,以「護病比」進行查核。</p> <p>2.符合項目 3:</p> <p>(1)有關 16 小時血液透析基礎訓練課程只要上過一次課即可,惟請</p>

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>療訓練，其餘醫師亦應經血液透析治療訓練，並領有證明文件。(原 2.4.17-符合 1)</p> <p>2.每位血液透析護理人員照顧 4 位門診血液透析病人。每位腹膜透析護理人員至多照顧 35 位腹膜透析病人。(原 2.4.17-符合 2)</p> <p>3.每位護理人員(含血液透析及腹膜透析)應於到職一年內完成至少 16 小時血液透析基礎訓練課程，三年內完成 24 小時進階訓練課程，之後每年至少接受 4 小時之在職專業教育。(原 2.4.17-符合 3 修)</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1.每 15 張血液透析治療床應有內科專科醫師 1 名以上，且全部接受過完整腎臟醫學訓練。(原 2.4.17-優良 1 修)</p> <p>2.每位護理人員照顧至多 3 位住院血液透析病人(包含急重症及加護病房)，且每位腹膜透析護理人員至多照顧 30 位腹膜透析病人。(原 2.4.17-優良 2 修)</p> <p>3.前項符合條文中之護理人員，60%(含)以上具備臨床透析護理工作三年以上經驗。(原 2.4.17-優良 3 修)</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.透析人員(醫師、護理師)證照及教育訓練資料。(符合)</p> <p>2.透析床數、服務量。(優良)</p> <p>3.醫護排班表。(符合/優良)</p>	<p>於到職一年內完成。</p> <p>(2)24 小時進階訓練課程可參考繼續教育訓練的時數或積分。</p> <p>(3)教育訓練時數之認定，均以「小時」計；若採學分制之教育訓練，則請醫院以該學分所對應之課程表時數進行統計。</p> <p>(4)訓練方式可包括如院內訓練、院外訓練或實務訓練(on site training)...等；另，課程內容可參考腎臟相關學會(如：臺灣腎臟護理學會及台灣腎臟醫學會)之認證。</p>
2.4.19	建立透析照護服務設施、設備、儀器管理機制，確實執行	<p>目的：</p> <p>配置適當之透析照護設施、設備及儀器，並有完善管理機制，確保其功能正常，維護照護品質。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.各項儀器設備皆備有相關說明書及操作手冊，並制訂有明確的各項</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>儀器設備維護相關規章管理制度及確實執行。(原 2.4.18-符合 1 修)</p> <p>2.應有合格之醫技人員(醫工)或合約廠商，負責定期執行透析機之檢查、日常保養及維修，並有故障排除處理流程與紀錄。(原 2.4.18-符合 2)</p> <p>3.應有合格之醫技人員(醫工)或合約廠商，負責每月定期檢查及實施管路保養、消毒，且備有管路有效消毒濃度與殘留檢測之規範文件及紀錄，耗材應依規定定期更換，並有紀錄。(原 2.4.18-符合 3)</p> <p>4.水處理室環境合宜，系統設備與管路固定良好，單位有專責人員負責 RO 水處理系統，日常檢視餘氯檢驗、食鹽添加之抄表紀錄並有異常故障排除處理流程，且耗材應依規定定期更換，並有紀錄。(原 2.4.18-符合 4 修)</p> <p>5.針對血液透析單位，至少每週檢測一次水中殘餘物質，包括硬度、導電度、餘氯等，每年檢測一次水中重金屬含量，結果並至少符合 AAMI (Association for the Advancement of Medical Instrumentation)之標準，備有完整紀錄供評估。(原 2.4.18-符合 5 修)</p> <p>6.全院可施行血液透析的單位，各種管路接頭應標示清楚，且有防呆設計，避免誤接；透析機使用之各種溶液空桶應定期回收，避免改盛其他液體。(試)</p> <p>優良項目：</p> <p>1.透析照護之各項設施、設備、儀器管理落實，成效良好。(試)</p> <p>2.為因應設施設備發生重大事故，有建立備援計畫或機制，並有演練紀錄。(試)</p> <p>[註]</p> <p>符合項目 6 及優良項目 1、2 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.各項儀器設備相關說明書及操作手冊。(符合) 2.各項儀器設備維護管理相關規章辦法。(符合) 3.各項儀器設備專責醫工(技術)人員或合作廠商名單或清單。(符合) 4.各項儀器設備檢查、保養及維修紀錄。(符合) 5.水質檢測相關紀錄。(符合) 6.管理成效良好事證。(優良) 7.備援計畫及演練紀錄。(優良) 	
2.4.20	透析照護服務之醫療照護品質適當	<p>目的： 訂有透析照護之各項品質指標，並定期監測檢討，確保照護品質。</p> <p>符合項目： 對 90%以上門診透析病人有監測下列指標：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.90%以上血液透析病人 $Kt/V \geq 1.2$ 及 $URR \geq 0.65$；65%以上腹膜透析病人每週 $Kt/V \geq 1.7$。(原 2.4.20-符合 1 修) 2.70%以上血液透析病人，65%以上腹膜透析病人，達到血清白蛋白 (Albumin)之標準。(原 2.4.20-符合 2) 3.55 歲以下病人移植登錄率 $\geq 5\%$。(原 2.4.20-符合 4) 4.腹膜透析比血液透析病人數 $\geq 15\%$。(原 2.4.20-優良 5) <p>優良項目：(下述項目(不含試評項目)僅限一項未達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.95%以上血液透析病人 $Kt/V \geq 1.2$ 及 $URR \geq 0.65$；70%以上腹膜透析病人每週 $Kt/V \geq 1.7$。(原 2.4.20-優良 1 修) 2.75%以上血液透析病人，70%以上腹膜透析病人，達到血清白蛋白 (Albumin)之標準；65%以上透析病人 $Hb \geq 10g/dL$。(原 2.4.20-優良 2 修) 	符合項目 4 係指腹膜透析人數佔所有透析人數(腹膜透析及血液透析)之比率，公式如下：腹膜透析比率=腹膜透析人數/(腹膜透析人數+血液透析人數)。

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>3.55 歲以下病人移植登錄率$\geq 10\%$。(原 2.4.20-優良 4)</p> <p>4.有提升透析照護品質或病人安全的具體方案，並有成效。(試)</p> <p>[註]</p> <p>1.血清白蛋白(Albumin)標準：以 BCG 法為$\geq 3.5\text{g/dl}$，以 BCP 法為$\geq 3.0\text{g/dl}$。</p> <p>2.優良項目 4 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.透析照護規範與作業程序。(符合)</p> <p>2.透析單位訂有品質與指標管理的規章，並定期開會，有開會資料備查。(符合)</p> <p>3.指標監測紀錄或專案改善會議紀錄。(符合)</p> <p>4.透析病人移植登錄資料。(符合)</p> <p>5.每月腹膜透析病人的佔率。(優良)</p> <p>6.團隊討論會紀錄。(優良)</p> <p>7.品質改善方案佐證資料，如：品管圈、專案、得獎紀錄等。(優良)</p>	
可	2.4.21 慢性呼吸照護病房(RCW)應由適當醫療照護團隊提供呼吸照護服務	<p>目的：</p> <p>依慢性呼吸照護病房床數配置符合資歷之照護團隊成員，提供適當的照護服務。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.每 40 床應有專責內科專科醫師 1 名負責每日病房迴診，接受胸腔醫學訓練之內科專科醫師每週迴診三次。(原 2.4.21-符合 1)</p> <p>2.有內科住院醫師或內科專科醫師負責夜間及假日值班。(原 2.4.21-符合 2)</p> <p>3.每 4 床應有 1 人以上且 50%以上護理人員有 2 年以上臨床護理經驗。</p>	<p>1.符合項目 1 所提「專責醫師」，不規範其於單位內執行業務時間，惟須符合評量項目所規定之作業事項。</p> <p>2.符合項目 1 及優良項目 1 所提「接受胸腔醫學訓練之內科專科醫師」係指取得內科專科醫師後，取得胸腔暨重症專科醫師證書者。</p>

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>(原 2.4.21-符合 3)</p> <p>4.個案管理師可由呼吸治療師、護理師、或社工師兼任。(原 2.4.21-符合 4)</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1.每 30 床有接受胸腔醫學訓練之內科專科醫師一名負責每日病房迴診。(原 2.4.21-優良 1)</p> <p>2.每 3 床應有 1 人以上且 50%以上護理人員有 2 年以上臨床護理經驗。(原 2.4.21-優良 3)</p> <p>3.個案管理師由呼吸治療師或護理師擔任，有完整之個案管理紀錄。且有定期會議檢討全院個案管理品質。(原 2.4.21-優良 4)</p> <p>[註]</p> <p>1.未登記設有慢性呼吸照護病房(RCW)，可自選本條免評。</p> <p>2.人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1. 本病房各職類人事資料、班表。(符合/優良)</p> <p>2. 個案管理紀錄。(優良)</p>	
可	2.4.22	慢性呼吸照護病房(RCW)應建立呼吸照護服務設施設備管理机制，確實執行	<p>目的：</p> <p>慢性呼吸照護病房配置適當之設施及設備，並有完善管理機制，確保其功能正常，維護照護品質。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.具下列功能呼吸器比例適當($\geq 10\%$)：(原 2.4.22-符合 1)</p> <p>(1)同時具備 A/CMV、SIMV、PS 等呼吸型態設定模式。</p> <p>(2)可以監測吐氣潮氣量。</p> <p>2.具備血壓、心跳或血氧濃度之生理監視器數量\geq床數 1/6。(原 2.4.22-</p>

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>符合 2)</p> <p>3.呼吸照護設施設備有定期維修保養紀錄。(原 2.4.22-符合 3)</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1.具下列功能呼吸器比例適當(≥50%)：(原 2.4.22-優良 1)</p> <p>(1)同時具備 A/CMV、SIMV、PS 等呼吸型態設定模式。</p> <p>(2)可以監測吐氣潮氣量。</p> <p>2.具備血壓、心跳或血氧濃度之生理監視器數量≥床數 1/3。(原 2.4.22-優良 2)</p> <p>3.呼吸照護設備之保養實施分級管理，成效良好。(原 2.4.22-優良 3)</p> <p>[註]</p> <p>1.未登記設有慢性呼吸照護病房(RCW)，可自選本條免評。</p> <p>2.病床數係以登記開放數計。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.呼吸器及監視設備功能型號清單。(符合/優良)</p> <p>2.設施設備保養紀錄。(符合/優良)</p>	
可	2.4.23	慢性呼吸照護病房(RCW)之醫療照護品質適當	<p>目的：</p> <p>定期執行呼吸器病人營養狀態及呼吸器脫離再評估等措施，確保照護品質。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.呼吸器病人營養品質：每月有營養師定期訪視；每兩週有定期評估病人體重及營養狀況，含營養診斷、營養介入、評估與監測；每三個月有檢測病人白蛋白及基本電解質狀況。(原 2.4.23-符合 1)</p> <p>2.呼吸器病人治療計畫妥適：病人每兩週有進行呼吸器脫離之再評估，提供適當之復健訓練，對末期病人可提供適當之安寧照護。(原</p>

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>2.4.23-符合 2)</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.呼吸器病人營養品質：每兩週有定期評估病人體重及營養狀況，並能提供適當之營養補充及追蹤調整後成效。依據病人評估狀況照會營養師提供專業之飲食調整。(原 2.4.23-優良 1) 2.呼吸器病人治療計畫妥適(包含呼吸器脫離訓練)，呈現呼吸器脫離訓練成效。(原 2.4.23-優良 2) 3.評估病情穩定無法脫離呼吸器病人，下轉居家照護具有成效。(原 2.4.23-優良 3) 4.對拒絕氣切病人及家屬有進行積極之溝通及衛教說明。(原 2.4.23-優良 4) 5.對末期病人及其家屬提供完整之安寧照護服務。(原 2.4.23-優良 5) <p>[註]</p> <p>未登記設有慢性呼吸照護病房(RCW)，可自選本條免評。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.營養師定期訪視紀錄。(符合/優良) 2.呼吸器脫離評估紀錄。(符合/優良) 3.拒絕氣切病人衛教紀錄。(優良) 4.下轉居家照護紀錄。(優良) 5.安寧照護服務紀錄。(優良) 	
可	2.4.24	<p>亞急性呼吸照護病房(RCC)應由適當醫療照護團隊提供呼吸照護</p> <p>目的：</p> <p>依亞急性呼吸照護病房床數配置符合資歷之照護團隊成員，提供適當的照護服務。</p> <p>符合項目：</p>	1.符合項目 2 所提「具二年以上執業經驗之醫師」，係指須取得醫師執照，具有兩年以上執業經驗之醫師即可(可包含 PGY 年資)。

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
	服務	<p>1.每 24 床有接受胸腔醫學訓練之內科專科醫師 1 名負責診療業務。(原 2.4.24-符合 1)</p> <p>2.24 小時均有受過高級心臟復甦術訓練，並具二年以上執業經驗之醫師值班。(原 2.4.24-符合 2)</p> <p>3.每床應有 1.5 名護理人員且 60%以上具 2 年以上臨床護理經驗。(原 2.4.24-符合 4)</p> <p>4.個案管理師可由呼吸治療師、護理師或社工師兼任，且訂有個案管理之作業流程與規範。(原 2.4.24-符合 5)</p> <p>優良項目：(下述項目須全部達成)</p> <p>1.每 16 床有接受胸腔醫學訓練之內科專責專科醫師 1 名，提供品質優良之呼吸照護。(原 2.4.24-優良 1)</p> <p>2.呼吸治療師或護理師擔任，且有完善之個案管理紀錄，並定期會議檢討全院呼吸照護品質。(原 2.4.24-優良 3)</p> <p>[註]</p> <p>1.未登記設有亞急性呼吸照護病房(RCC)，可自選本條免評。</p> <p>2.人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.本病床各職類人事資料、班表。(符合/優良)</p> <p>2.ACLS 證照。(符合)</p> <p>3.個案管理紀錄。(優良)</p> <p>4.會議紀錄。(優良)</p> <p>5.個案管理作業流程及規範。(符合/優良)</p>	<p>2.優良項目 1 所提「專責醫師」，不規範其於單位內執行業務時間，惟須符合評量項目所規定之作業事項。</p> <p>3.符合項目 1 及優良項目 1 所提『有接受胸腔醫學訓練之內科專科醫師』係指取得內科專科醫師後，取得胸腔暨重症專科醫師證書者。</p>
可	2.4.25	亞急性呼吸照護病房(RCC)應建	<p>目的：</p> <p>亞急性呼吸照護病房配置適當之設施及設備，並有完善管理機制，確</p>

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)				
條號	條文	評量項目	委員共識	
	立呼吸照護服務設施設備管理機制，確實執行	<p>保其功能正常，維護照護品質。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.呼吸器數量(含備機)適當，且都具有容積型及壓力型的呼吸模式。(原 2.4.25-符合 1 修) 2.每床皆具備血壓、心跳與血氧濃度之生理監視器。(原 2.4.25-符合 2 修) 3.呼吸照護設施設備有定期維修保養紀錄。(原 2.4.25-符合 3) <p>優良項目：(下述項目(不含試評項目)須全部達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.呼吸照護設備之保養實施分級管理，成效良好。(原 2.4.25-優良 3) 2.為因應設施設備發生重大事故，有建立備援計畫或機制，並有演練紀錄。(試) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.未登記設有亞急性呼吸照護病房(RCC)，可自選本條免評。 2.病床數係以登記開放數計。 3.優良項目 2 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.呼吸器及監視設備功能型號清單。(符合) 2.設施設備保養紀錄。(符合/優良) 3.備援計畫及演練紀錄。(優良) 		
可	2.4.26	亞急性呼吸照護病房(RCC)之醫療照護品質適當	<p>目的：</p> <p>定期執行呼吸器病人營養狀態評估及呼吸器脫離等措施，確保照護品質。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.呼吸器病人營養品質：每兩週有營養師定期訪視；評估病人體重及 	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>營養狀況，含營養診斷、營養介入、評估與監測並檢測病人白蛋白及基本電解質狀況。(原 2.4.26-符合 1)</p> <p>2.脫離呼吸器評估計畫及確實執行脫離計畫適當：有訂定單位內呼吸器脫離指引，規範呼吸器脫離訓練流程，且單位內醫師、呼吸治療師、護理師皆能熟悉了解病人之呼吸器脫離方式並能確實執行。(原 2.4.26-優良 1)</p> <p>3.定期檢討院內呼吸器脫離率：呼吸器脫離率平均$\geq 40\%$。(原 2.4.26-符合 3)</p> <p>4.病情穩定病人能適時即早下轉，降低醫療資源耗損；平均 RCC 住院日數≤ 35 日。(原 2.4.26-符合 4)</p> <p>優良項目：(下述項目(不含試評項目)僅限一項未達成)</p> <p>1.定期檢討院內呼吸器脫離率：呼吸器脫離率平均$\geq 50\%$，且有定期會議檢討單位呼吸器脫離率。(原 2.4.26-優良 2)</p> <p>2.對於可能需要氣切病人及家屬，有運用醫病共享決策(SDM)模式積極之溝通及衛教說明。(原 2.4.26-優良 3 修)</p> <p>3.對於可能需要長期依賴呼吸器病人及家屬，有提供安寧緩和醫療的諮詢服務，必要時召開家庭會議。(試)</p> <p>4.有專責人員提供病人相關資源，並協助下轉至後續照護機構。平均 RCC 住院日數≤ 28 日。(原 2.4.26-優良 4 修)</p> <p>[註]</p> <p>1.未登記設有亞急性呼吸照護病房(RCC)，可自選本條免評。</p> <p>2.呼吸器脫離成功率之計算方式可參考醫院評鑑持續性監測指標之「HA09-04 亞急性呼吸照護病房呼吸器脫離成功率」。</p> <p>3.優良項目 3 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.營養師定期訪視紀錄。(符合) 2.呼吸器脫離評估紀錄。(優良) 3.拒絕氣切病人衛教紀錄。(優良) 4.轉介紀錄。(符合/優良) 	
2.4.27	適當之牙科人力配置,且設有牙科專科或各專業學會認定之診療科	<p>目的： 配置足夠且適當的牙科照護人力，確保照護品質。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.至少應有 6 名牙醫師，其中至少 50%為專任醫師且至少 2 名具負責醫師資格。(原 2.4.28-符合 2 修) 2.設有診療科 3 科以上，且各診療科應有該科訓練 2 年以上之專任牙醫師 1 名(含)以上，其中需包含「牙醫專科醫師分科及甄審辦法」，所訂之口腔顎面外科。(原 2.4.28-優良 1 修) 3.每 3 台牙科治療台至少應有 1 名經相關訓練之牙科輔助人員。(原 2.4.28-符合 3 修) <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.設有診療科 5 科以上，且各診療科應有該科訓練 2 年以上之專任牙醫師 1 名(含)以上。其中需包含「牙醫專科醫師分科及甄審辦法」所訂之口腔顎面外科。(原 2.4.28-優良 1 修) 2.每 2 台牙科治療台應有牙科輔助人員 1 名以上，其中每 8 台牙科治療台之輔助人員應包含有 1 名護理人員。(原 2.4.28-優良 2 修) 3.牙科治療台數 20 台(含)以上者，應設有牙體技術室，並有牙體技術師 1 名(含)以上。(原 2.4.28-優良 3) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.診療科係指：(1)全科(一般)牙科、(2)家庭牙醫科、(3)牙體復形科、 	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>(4)牙髓病科、(5)牙周病科、(6)補綴(膺復)牙科、(7)兒童牙科、(8)齒顎矯正科、(9)口腔顎面外科、(10)口腔病理科/口腔診斷、(11)身心障礙者牙科。</p> <p>2.牙科專科係指衛生福利部 107 年 10 月 5 日公告修訂牙醫專科醫師分科及甄審辦法第 6 條，牙醫師之專科分科如下：(1)口腔顎面外科、(2)口腔病理科、(3)齒顎矯正科、(4)牙周病科、(5)兒童牙科、(6)牙髓病科、(7)膺復補綴牙科、(8)牙體復形科、(9)家庭牙醫科、(10)特殊需求者口腔醫學科、(11)其他經中央主管機關認定之牙醫專科。</p> <p>3.符合項目 1 所提「具負責醫師資格」，係指牙醫師受滿兩年以上醫師訓練，且能獨立執業者即可認定。</p> <p>4.「牙科輔助人員」僅以門診牙科治療台數計算所需之人力；其人員不一定須具備護理人員執照，惟應經過相關訓練或為相關科系畢業(如：口腔衛生學系等)者，由醫院提供相關證明或紀錄即可。前述牙科輔助人員應有實際執行作業(如：門診櫃檯作業、治療前口腔清潔、清洗器械、傳遞器械等)始可認列人力。</p> <p>5.「各診療科應有該科訓練 2 年以上之專任牙醫師 1 名(含)以上」，係指牙醫師應於該診療科有 2 年以上之訓練或服務，醫院能提出證明即可。</p> <p>6.優良項目 3 所提「牙體技術室」，依據醫療機構設置標準，應具下列設施：</p> <p>(1)有明顯區隔之獨立作業場所。</p> <p>(2)明顯劃分成品區，並設有清洗設備、污物處理設備、吸塵設備及金屬、石膏研磨機。</p> <p>(3)有通風設備、防塵及採光照明設備。</p> <p>(4)其他足以執行牙體技術業務之設備及保存執行業務紀錄之設施。</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.檢視牙科人力配置表及相關證書、證明。(符合/優良)</p>	
2.4.28	牙醫部門應有完備之設施、設備、儀器，並確實執行保養管理及清潔管理	<p>目的：</p> <p>配置足夠數量的牙科照護設施、設備及儀器，並有妥善管理機制，確保其功能正常，維護照護品質。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.至少應設有牙科治療台 6 台以上，且牙科治療台附近設有濕洗手設備。(原 2.4.29-符合 1 修)</p> <p>2.設有治療區、候診區、掛號(報到)櫃檯、器械整備區；診療區內應有適宜之空間區隔。(原 2.4.29-符合 2)</p> <p>3.依診療科別備有適當且足夠並符合感染控制要求之醫療設備。(原 2.4.29-符合 3 修)</p> <p>4.儀器設備應有清潔、感染控制、檢查、保養及維修，且有紀錄可查。(原 2.4.29-符合 4 修)</p> <p>5.放射線之儀器設備應符合游離輻射防護法之規定，且對於牙科門診之放射作業訂有安全作業指引且符合資訊安全要求，包含照射人員資格及操作規範、設備之定期安全檢測、牙科病人照射應注意事項等。(原 2.4.29-符合 5 修)</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1.病歷、影像及醫材管理制度完備，能有效提供醫療照護業務之需要，且有紀錄可查且符合資訊安全要求。(原 2.4.29-優良 1 修)</p> <p>2.建立合適與有效的備援機制及處理流程，以利因應突發狀況。(原 2.4.29-優良 3)</p> <p>3.完成影像數位化系統，並定期檢討系統之缺失、維修與資訊安全措</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>施，且有完備紀錄可查。(原 2.4.29-優良 4)</p> <p>[註]</p> <p>符合項目 5 所提「照射人員資格」係指取得(1)放射性物質可發生游離輻射設備操作執照、(2)輻安證書、(3) 18 小時輻射防護訓練結業證書等其一證書之牙醫師、放射師及實習牙醫學生；惟實習牙醫學生若取得該其一證書，仍須經由取得證書之醫師或放射師在旁指導。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.觀察診療環境的空間與規劃。(符合) 2.檢視相關設備與儀器及清潔、保養紀錄。(符合) 3.查閱放射安全作業指引。(符合) 4.查閱病歷及醫材管理紀錄。(優良) 5.訪談主管備援機制及處理流程。(優良) 6.檢視影像數位化系統定期檢討、維修紀錄。(優良) 7.照射人員資格相關資料。(優良) 	
2.4.29	牙醫部門具有完備之品質管理政策及病人安全措施	<p>目的：</p> <p>制訂完備的牙科照護品管政策及病安措施，確保其醫療品質與病人安全。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.依照牙科照護特性，訂有適用的品質管理政策與程序。(原 2.4.31-符合 1) 2.應針對各牙科診療科之不同治療屬性，訂定病人安全作業指引，以保障病人安全及治療品質。(原 2.4.31-符合 2) 3.在「防止意外吞入之安全作業指引」，載明防止意外吞入事件及其醫療處置之標準作業流程。(原 2.4.31-符合 3) 	符合項目 5 所提牙科治療區內之「急救設備」醫院可自行規範。

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>4.執行口腔手術前，醫師應詳盡說明，且由病人簽具同意書；並訂有病人辨識及部位確認機制。(原 2.4.31-符合 4)</p> <p>5.牙科治療區內備有足夠之氧氣及急救設備，其功能及供應正常，且人員能正確操作。(原 2.4.31-符合 5)</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1.訂有牙科品質監測機制，定期檢討、改善，成效良好。(原 2.4.31-優良 1)</p> <p>2.針對牙科品質管理政策與程序以及病人安全作業指引，定期評估、檢討及修訂，並傳達給同仁周知且落實執行。(原 2.4.31-優良 2)</p> <p>3.在執行口腔手術前，應有「作業靜止期」(time-out)之程序，並紀錄完整。(原 2.4.31-優良 3)</p> <p>[註]</p> <p>1.符合項目 1 所提「訂有適用的品管政策與程序」，係指醫院針對目前牙科照護現況所需，訂定及規劃相關之品管政策與程序，如：(1)一般通則、病歷管理及牙科業務諮詢窗口、(2)牙科感染管制安全作業指引、(3)牙周病統合照護計畫、(4)牙科醫療機構重大事件緊急應變作業指引、(5)防止意外吞入之安全作業指引、(6)隱私維護等。</p> <p>2.醫療法第 64 條第 1 項規定：「醫療機構實施中央主管機關規定之侵入性檢查或治療，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人說明，並經其同意，簽具同意書後，始得為之。但情況緊急者，不在此限。」</p> <p>3.符合項目 4 所提「執行口腔手術」，係包含：人工牙根植入術、單純齒切除術、複雜齒切除術，另，口腔顎面外科手術及牙周病手術亦須比照辦理。</p> <p>4.優良項目 3 所提「執行口腔手術」，應有「作業靜止期」(time-out)</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>之程序，包括：</p> <ol style="list-style-type: none"> (1)先由操作者或助手相互核對病人身分(如病人姓名及出生年月日)。 (2)病人身分確認無誤後，核對病歷上記載之手術部位及術式、X 光片上之部位。 (3)確認手術文件(如手術同意書、手術說明書或局部麻醉同意書等)簽署之完整性。 (4)確認手術器械之完備性。 (5)確認預防性抗生素施打之必要性；如需施打，則需確認完成施打之時間。 (6)上述步驟完成後，應由參與人員簽名，然後進行手術作業。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.檢視品管政策與程序。(符合) 2.查閱牙科病人安全作業指引。(符合) 3.查閱防止意外吞入之標準作業流程。(符合) 4.急救設備的點班、檢測紀錄及操作示範。(符合) 5.病歷紀錄與口腔手術的同意書及紀錄。(符合/優良) 6.檢視品管政策、程序及病安作業指引修訂紀錄。(優良) 7.查閱品質監測之紀錄。(優良) 	
2.4.30	設置特殊需求者牙科門診，並提供適切之服務	<p>目的：</p> <p>為維護特殊需求者之牙科就醫權益，依個別需求提供適切的醫療設備及服務。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.應設置獨立之特殊需求者牙科門診，每週達 2 診次以上，並設有特 	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>殊需求者服務窗口，有適當之人員，提供引導、溝通、協助就醫等服務。(原 2.4.32-符合 1 修)</p> <p>2.特殊需求者牙科門診應提供臨櫃、語音及網路掛號服務。(原 2.4.32-符合 2 修)</p> <p>3.特殊需求者牙科門診應有適合輪椅乘坐者使用之櫃台，及方便輪椅、推床進出之適當空間；櫃台及進出動線應有明顯之引導標示。(原 2.4.32-符合 3 修)</p> <p>4.訂有特殊需求者牙科門診跨醫療科別之會診流程。(原 2.4.32-符合 4 修)</p> <p>5.對治療後的病人提供適當之衛教指導。(原 2.4.32-符合 5)</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1.具備特殊需求者牙科完整訓練資格之專任牙醫師至少 1 名或兼任牙醫師至少 2 名，且至少 1 人具有 ALS 證書資格。(原 2.4.32-優良 1 修)</p> <p>2.特殊需求者牙科門診得視照護需要，由科內各診療科依其專長提供醫療支援。(原 2.4.32-優良 2 修)</p> <p>3.醫院應設置鎮靜/全身麻醉室，可供特殊需求者進行鎮靜/全身麻醉下之牙科醫療，並由麻醉專科醫師提供全身麻醉服務。(原 2.4.32-優良 3 修)</p> <p>4.設有特殊需求者牙醫醫療轉診流程。(原 2.4.32-優良 4 修)</p> <p>5.設有發展遲緩者牙醫醫療轉診流程，與院內小兒科、院內外聯合評估中心或發展遲緩療育單位有合作機制。(原 2.4.32-優良 5)</p> <p>[註]</p> <p>1.「獨立之特殊需求者牙科門診」係指門診時刻表上揭示之診療科別，於該診療時段、空間、地點僅提供予特殊需求者使用，且負責特殊</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)				
條號	條文	評量項目	委員共識	
		<p>需求者牙科診次的牙醫師不得於同時段並掛診兩科。</p> <p>2.「具備特殊需求者牙科完整訓練資格」係指牙醫師須接受相關專業學會或醫院自行舉辦之訓練，且取得證書或訓練學分者(如醫院自行舉辦課程，須經相關專業學會認定之)。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.查閱牙科門診表。(符合)</p> <p>2.觀察特殊需求者牙科門診環境、空間、動線與標示。(符合)</p> <p>3.檢視跨醫療科別的會診流程與衛教指導單張。(符合)</p> <p>4.檢視牙醫師訓練證明及 ALS 證書。(優良)</p> <p>5.檢視鎮靜/全身麻醉室及麻醉執行的狀況。(優良)</p> <p>6.檢視特殊需求者牙醫轉診流程。(優良)</p> <p>7.檢視發展遲緩者牙醫醫療轉診流程與相關單位合作機制。(優良)</p>		
可	2.4.31	適當之中醫人力配置及訓練	<p>目的：</p> <p>依中醫服務科別及服務量，配置符合資格之中醫師、護理人員及中藥調劑人員，從事醫療業務。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.至少具有 2 個診療科。(試)</p> <p>2.中醫師：(原 2.4.33-符合 1 修)</p> <p>(1)經 2 年以上訓練之專任中醫師 4 人(含)以上。</p> <p>(2)若有設置中醫病床則每 10 床應有中醫師 1 名以上。</p> <p>3.中藥調劑人員：濃縮中藥調劑作業，每月處方箋總數平均每日 60 張，應有 1 名以上藥事人員。(原 2.4.33-符合 2 修)</p> <p>4.護理人員：每診療室應有 1 名以上。(原 2.4.33-符合 3)</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>1.中醫師須符合：(原 2.4.33-優良 1 修)</p> <p>(1)具有 4 個診療科以上。</p> <p>(2)有執行一年以上傷科專職業務之專任中醫師 1 名以上。</p> <p>2.中藥調劑人員：(原 2.4.33-優良 2 修)</p> <p>(1)人力需符合以下 4 項條件：(原 2.4.33-優良 2 修)</p> <p>①濃縮中藥調劑作業，每月處方箋總數平均每日 50 張，應有 1 名以上藥師。</p> <p>②飲片中藥調劑作業，每月處方箋總數平均每日 20 張，應有 1 名藥師。</p> <p>③有中醫會診或住院作業，濃縮中藥每月處方箋總數平均每日 30 張，飲片煎劑每月處方箋總數平均每日 10 張，應有 1 名藥師。</p> <p>④藥品管理及藥物諮詢，至少需 1 名藥師。</p> <p>(2)需有飲片中藥調劑人員。</p> <p>3.中醫護理人員至少應有 75%以上完成中醫基本護理訓練(七科九學分)合格認證。(原 2.4.33-優良 3 修)</p> <p>4.訂有在職進修辦法，能有計畫派員參與院外教育訓練活動，成果顯著。(原 2.4.33-優良 4)</p> <p>[註]</p> <p>1.中醫部門未達 4 名中醫師者，本條免評。</p> <p>2.專任中醫師係指執業登記於本院之醫師，且開診數多於其他醫療機構之支援業務。</p> <p>3.診療科別指內科、外科、眼科、兒科、婦科、傷科、針灸科、痔科。</p> <p>4.中藥調劑人員包括中醫師、修習中藥課程達適當標準之藥師及藥事法第一百零三條第一項所定人員等三類。</p> <p>5.中醫護理人員完成七科九學分人數比例=中醫護理部門完成七科九</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>學分護理人員人數÷中醫護理部門護理人員總人數×100%。</p> <p>6.符合項目 1 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.中醫師、中藥調劑人員及護理人員人力配置。(符合/優良) 2.中藥調劑人員修習中藥課程及護理人員修習中醫基本護理訓練(七科九學分)合格認證證明。(符合/優良) 3.在職進修辦法及成效。(優良) 	
可	2.4.32 應由適當中醫醫療團隊提供中醫及跨團隊醫療照護	<p>目的：</p> <p>建置明確的中西醫會診、中醫轉診及中醫住院病人之照護流程，維護治療品質。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.明訂中西醫會診治療模式，建置適當會診流程等相關規定。(原 2.4.34-符合 1) 2.明訂中醫轉診治療模式，建置適當轉診流程等相關規定。(原 2.4.34-符合 2) <p>優良項目：(下述項目(不含試評項目)須全部達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.落實會診(轉診)流程等相關規定，且會診(轉診)結果具時效性及持續性。(原 2.4.34-優良 1) 2.建置適當中西醫共同照護流程等相關規定並予落實，且結果具時效性及持續性。(原 2.4.34-優良 2 修) 3.中西醫跨領域團隊照護合作良好，有具體成效。(試) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.中醫部門未達 4 名中醫師者，本條免評。 2.會診係指西醫與中醫間會診治療模式；轉診係指中醫與中醫跨科之 	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>轉診治療模式。</p> <p>3.優良項目 3 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.中西醫會診流程及規範。(符合) 2.中醫轉診流程及規範。(符合) 3.中西醫共同照護流程。(符合/優良) 4.病歷紀錄。(符合/優良) 5.中西醫跨領域團隊照護具體成效之事證。(優良) 	
可	2.4.33	<p>中醫部門應有完備之設施、設備、儀器，並確實執行保養管理及清潔管理</p> <p>目的：</p> <p>配置完備之中醫醫療設施、設備及儀器，並有妥善管理機制，確保其功能正常，維護病人隱私及照護品質。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.應有獨立診療室及候診場所，並有適當維護隱私之設施。(原 2.4.35-符合 1) 2.儀器、設備適當、足夠，並有清潔、檢查、保養、校正及維修管理，且有紀錄可查。(原 2.4.35-符合 2 修) 3.訂有故障時之因應規範，如：故障排除步驟及夜間、假日時故障的維修聯絡方式。(試) <p>優良項目：(下述項目須全部達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.設備及機器運作良好，並針對設施、設備、儀器所致之病人安全事件進行檢討及改善。(原 2.4.35-優良 1 修) 2.針對環境安全及空氣清潔方面，有明確處理措施及辦法，以提供舒適之診療環境。(原 2.4.35-優良 2 修) <p>[註]</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>1.中醫部門未達4名中醫師者，本條免評。</p> <p>2.中醫部門各種設備及機器，係如：針傷處置使用之電針機、遠紅外線機、薰洗機、雷射針灸機及中醫輔助診斷醫療儀器(脈診儀、舌診儀、聞診儀)等。</p> <p>3.符合項目3列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.中醫部門各種設備及機器保養規範。(符合)</p> <p>2.故障時之因應規範。(符合)</p> <p>3.中醫部門病人安全事件檢討分析報告。(優良)</p> <p>4.診區環境空氣檢測報告。(優良)</p>	
可	2.4.34	<p>中醫部門具有完備的病人安全措施</p> <p>目的： 制訂中醫醫療安全作業規範，以利工作人員遵循，確保病人安全。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.依「中醫醫療院所安全作業參考指引」擬訂單位的照護安全作業規範，供人員查詢、執行。(原 2.4.36-符合 1)</p> <p>2.對於針刺及特殊療法事件之預防及處置訂有作業流程及規範。(原 2.4.36-符合 2)</p> <p>3.對異常事件有進行通報，並有進行原因分析及檢討。(原 2.4.36-優良 3 修)</p> <p>4.治療區內備有足夠之氧氣及急救設備，其功能及供應正常，且人員能正確操作。(原 2.4.36-符合 3)</p> <p>優良項目：(下述項目(不含試評項目)須全部達成)</p> <p>1.上述作業規範步驟定期檢討修訂，並有代表參與全院醫品病安相關會議。(原 2.4.36-優良 1 修)</p>	符合項目4所提治療區內之「急救設備」醫院可自行規範。

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>2.對於異常事件之發生有改善措施且落實執行，成效良好。(原 2.4.36-優良 2 修)</p> <p>3.對中醫常見之醫療不良事件，有具體有效之防範措施，並落實執行。(試)</p> <p>[註]</p> <p>1.中醫部門未達 4 名中醫師者，本條免評。</p> <p>2.中醫醫療不良事件係指遺針、斷針、針刺後血腫、氣胸等情形。</p> <p>3.「特殊療法」係指穴位埋線、皮內針、小針刀及放血等處置。</p> <p>4.優良項目 3 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.中醫安全作業參考指引。(符合)</p> <p>2.中醫醫療異常事件(不良事件)通報紀錄。(符合)</p> <p>3.急救設備的點班、檢測紀錄及操作示範。(符合)</p> <p>4.中醫醫療異常事件(不良事件)檢討會議紀錄。(優良)</p> <p>5.防範不良事件的具體事證。(優良)</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
第 2 篇、醫療照護 第 2.5 章 用藥安全 【重點說明】 藥品對疾病之預防、治療及症狀緩解均占有十分重要的角色。藥品管理是醫院對藥品使用過程中整體流程之監測，需要醫療機構內各種領域員工的協調配合。醫院對藥品選擇、採購、儲存、處方、調劑、配送、給藥、記錄及效用追蹤等，均應訂定標準流程並持續品質監測改善，以提高用藥安全。本章規範之目的有下列幾項： <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院應確保藥品品質，藥品必須有良好保存管理，藥品存放之必要的硬體設備及設施，必須維持正常狀況。 2.在藥品的庫存管理上，應依據醫療的需要採用合適藥品。醫院應訂有藥品採用原則之標準化作業程序，以實際需要及病人用藥安全管理為考量決定採購藥品類別及掌握適當的庫存量，並確保使用之藥品均於有效期限中。 3.處方上應妥善記載藥名、含量、劑型、用量、用法、給藥方法、給藥期間。若處方內容不完整，藥事部門應可適當查詢建議修正，並宜有藥師指導或監視機制以防止處方之重複與浪費。建議建立相關資訊系統以供醫師在開立處方時能隨時檢索必要的藥品資訊，規範特定藥品的使用方針及步驟及設定防止醫師開立錯誤處方之機制。 4.在藥品調劑流程及環境、設備，建議可參考「藥品優良調劑作業準則」等相關規範，訂有明確的門診及住院調劑作業程序。對於高警訊藥品、特殊混合注射藥品應有特殊的保存、調劑流程，以保障用藥安全。 5.為達正確的給藥，應確實執行標準作業程序，且給藥前應瞭解藥效、副作用、使用量及病人是否有藥品過敏等情形。於給藥中、給藥後應注意病人反應，如有需要須正確且迅速處理。 6.組織內有如藥事委員會或病人用藥安全相關機制等之設置狀況及其機能，以確保病人的用藥安全。在機制之執行上，用藥安全的報告，應構築在非追究個人責任而是組織系統改進的態度及所謂「安全文化」之營造。各項病人用藥安全調查結果應回饋於系統流程之改善，透過在職及新進人員訓練，以改善用藥安全。 7.醫療照護團隊應提供病人用藥指導，並對民眾提供各項藥品相關資料。 			
2.5.1	藥劑部門之設備及設施應符合業務所需，並妥善保養及維護	目的： 藥劑部門應有安全合宜的環境及完備的設施設備，保障藥事作業品質。 符合項目： 1.應有足夠之空間、設備以提供藥事作業。(原 2.5.1-符合 1) 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。(原 2.5.1-符合 2)	如醫院有提供藥品磨粉服務，皆應注意藥物調劑環境之清潔，避免微生物或塵粒等之污染，以維護病人安全。

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>3.應有獨立之藥品儲存空間、配以適當的空調及安全設施。(原 2.5.1-符合 3)</p> <p>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。(原 2.5.1-符合 4)</p> <p>5.藥事作業使用之資訊軟體、硬體設備應符合需求。(原 2.5.1-優良 1 修)</p> <p>優良項目：(下述項目(不含試評項目)須全部達成)</p> <p>1.調劑室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。(原 2.5.1-優良 2 修)</p> <p>2.導入自動化與資訊化系統以提升藥事作業效率與減少調劑錯誤，成效良好。(試)</p> <p>[註]</p> <p>1.「獨立之藥品儲存空間」係指存放藥品的空間內應只存放藥品，儘量勿再堆放其他雜物。</p> <p>2.藥品儲存空間/盒/箱之標示應與所存放之藥品一致。</p> <p>3.優良項目 2 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.藥品冷藏用冰箱溫度查核紀錄。(符合)</p> <p>2.藥品資訊軟體及硬體設備。(符合)</p> <p>3.調劑室收塵設備、局部排氣設備等之定期保養及檢查紀錄。(優良)</p>	
2.5.2	管制藥品相關作業規範適當，並有具體成效	<p>目的：</p> <p>醫院之管制藥品使用應符合法規及病人臨床需要。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.訂有符合法規之管制藥品使用管理機制。</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>2.應制訂管制藥品異常情況之通報(包含程序及時限)、監測、檢討改善及追蹤機制。</p> <p>3.落實非癌症慢性頑固性疼痛病人長期使用成癮性麻醉藥品之定期臨床評估。</p> <p>優良項目：(下述項目須全部達成)</p> <p>1.對有長期使用管制藥品有成癮疑慮之個案，醫院之處方醫令系統或類似機制，應有效限制個案取得相關藥品。</p> <p>2.對容易濫用或成癮之管制藥品，醫院訂有政策與使用指引，以避免濫用管制藥品。</p> <p>[註]</p> <p>1.管制藥品管理需符合管制藥品管理條例及施行細則規定。</p> <p>2.管制藥品管理條例及施行細則規定：(原 2.5.2-註 3)</p> <p>(1)第一級至第三級管制藥品設有專櫃加鎖儲藏。</p> <p>(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。</p> <p>(3)調劑、使用後之殘餘管制藥品，由管制藥品管理人會同有關人員銷燬，並製作紀錄備查。</p> <p>(4)訂有管制藥品遺失、失竊或破損時的處理作業程序，予以記錄、呈報，並有紀錄可查。</p> <p>3.本條所稱異常情況包含違反法規、不符合管制藥品使用指引及注意事項、不當處方等。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.管制藥品管理相關作業規範。(符合)</p> <p>2.管制藥品異常情況之通報、監測、檢討改善及追蹤之紀錄。(符合)</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		3.非癌症慢性頑固性疼痛病人管制藥品使用之定期臨床評估紀錄。(符合) 4.醫院之處方醫令系統或類似機制，可以有效限制長期使用管制藥品有成癮疑慮個案取得相關藥品之紀錄。(優良) 5.醫院避免管制藥品濫用之政策與使用指引。(優良)	
合	2.5.3 藥事委員會運作良好，並有具體成效	目的： 藥事委員會功能運作良好，落實監督管理藥事作業。 符合項目： 1.藥事委員會有適當組織並訂有章程。(原 2.5.2-符合 1) 2.藥事委員會成員應涵蓋藥劑、醫療及管理部門。(原 2.5.2-符合 2) 3.藥事委員會定期開會並留有紀錄。(原 2.5.2-符合 3) 4.定期檢討不適用藥品，並維持適當藥品種類。(原 2.5.2-符合 4 修) 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。(原 2.5.2-符合 5) 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。(原 2.5.2-符合 6) 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。(原 2.5.2-符合 7) [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。	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>3.本條所稱異常情況包含處方錯誤、調劑錯誤、給藥錯誤。</p> <p>4.藥物不良反應通報內容應包含：藥品、醫療器材不良反應及不良品通報。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.藥事委員會組織章程。(符合) 2.藥事委員會會議紀錄。(符合) 3.藥品管理作業規範。(符合) 4.藥物不良反應及異常事件通報紀錄。(符合) 	
2.5.4	應有藥品識別方法、步驟、及作業程序	<p>目的： 藥劑部門應定期檢討藥品辨識及防誤機制，減低調劑異常。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.應明訂藥品識別方法、步驟及作業程序。(原 2.5.3-符合 1) 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。(原 2.5.3-符合 2) 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。(原 2.5.3-符合 3) 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)。(原 2.5.3-符合 4) <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.處方時藥名同時顯示商品名、成分名(複方藥品除外)及單位含量。電腦處方時，醫師能迅速點選顯示藥品外觀，方便向病人說明。(原 2.5.3-優良 1) 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， 	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>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。(原 2.5.3-優良 2)</p> <p>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。(原 2.5.3-優良 3)</p> <p>4.有考量兒童用藥的安全性，提供兒童專用藥。(原 2.5.3-優良 4)</p> <p>5.「交付」處方箋有加印二維條碼功能。(原 2.5.3-優良 5)</p> <p>[註]</p> <p>1.高警訊藥品如抗癌藥劑、降血糖針劑、抗凝血劑、毛地黃針劑、高濃度氯化鉀(KCl)及肌肉鬆弛劑針劑等。</p> <p>2.特殊需求族群，如：智能障礙者、文盲、外籍看護或移工(外籍勞工)等。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1. 藥品辨識作業規範。(符合)</p> <p>2. 藥品管理作業規範。(符合/優良)</p>	
2.5.5	處方醫令系統或類似機制應設有防止用藥錯誤及不適當之機制	<p>目的：</p> <p>藥品處方前後能利用各種警示及稽核機制，防止用藥錯誤。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.在處方的醫令系統(physician order entry system)或類似機制上有防止錯誤用藥或不適當之警示機制，如：極量管制、重覆、交互作用、過敏等之警告。(原 2.5.4-符合 1)</p> <p>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。(原 2.5.4-符合 2)</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>優良項目：(下述項目(不含試評項目)僅限一項未達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.對於特殊需求者(如孕婦、老人或兒童等)醫令系統能有處方防誤機制。(原 2.5.4-優良 1) 2.有其他強化醫令系統之機制或功能，如：用藥史(medication history)、藥品過敏史及藥品不良反應史、不當處方之改善成效列為系統自動稽核項目或程序。(原 2.5.4-優良 2) 3.對於處方醫令系統警示機制之實施，有定期評估檢討、改善。(原 2.5.4-優良 3) 4.針對門診病人設置多重用藥之監管系統，如是老人與小兒等敏感族群，適時回饋資訊給醫師與藥師，並建立用藥整合機制，以減少藥物副作用與管控藥物浪費。(試) 5.醫師處方系統，導入智慧化檢核資訊及時整合病人相關數據，提供醫療決策之參考。(試) <p>[註] 優良項目 4、5 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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) 	
2.5.6	藥品庫存管理訂有辦法，並確實執行	<p>目的： 醫院應有完善的藥品管理制度，確保藥品品質、效期及數量，提供醫院臨床用藥需求。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.藥品庫存管理應由藥事人員負責，對於院內藥品建立庫存存量及效期管制機制，確保醫院用藥品質。(原 2.5.5-符合 1、3 併) 	1.符合項目 1 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)

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>2.訂有藥品採購、驗收辦法，並有專責人員負責之。(原 2.5.5-符合 1 修)</p> <p>3.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。(原 2.5.5-符合 2)</p> <p>4.特殊需冷藏藥品需有健全管理。(原 2.5.5-符合 4)</p> <p>5.疫苗儲存不可與其他藥品混雜，要有明確清楚標示。(原 2.5.5-符合 5)</p> <p>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)</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>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。(原 2.5.5-優良 1)</p> <p>2.定期檢查各種藥品之品質及保管，並有紀錄可查。(原 2.5.5-優良 2)</p> <p>3.電腦化管理藥品庫存及效期，使用適當的庫存管理系統，維持適當庫存週轉率。(原 2.5.5-優良 3 修)</p> <p>4.使用條碼輔助藥庫作業系統。(原 2.5.5-優良 3 修)</p> <p>[註]</p> <p>1.一般及特殊藥品管理均應依政府相關規定辦理，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。</p> <p>2.藥品管理包含：</p> <p>(1)能依藥品種類存放，並應注意環境溫度、濕度管理，且應注意環境清潔。</p> <p>(2)藥品儲存環境具符合標準之安全措施(如防盜、防火、防爆、防蟲等)。</p>	<p>管理)，另得在藥事人員監督下，由輔助人力協助庫存管理。</p> <p>2.評量項目[註]2-(3)所提藥用酒精之存放環境，雖未特別規定須使用防爆箱，惟建議應注意通風良好，並宜有固定裝置(防傾倒設計)，且與危險性或易燃性物品隔離。</p>

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>(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。</p> <p>(4)防腐劑、外用藥、消毒劑等藥品與內服藥、注射劑分區儲存。</p> <p>(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。</p> <p>3.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。</p> <p>4.符合項目 6 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.藥品庫存管理辦法。(符合/優良)</p> <p>2.藥品採購、驗收相關辦法。(符合)</p> <p>3.環境溫濕度紀錄表。(符合)</p> <p>4.冷藏藥品冰箱溫度監測紀錄。(符合)</p> <p>5.藥品不良品通報紀錄。(符合)</p> <p>6.藥品品質及保管相關之定期檢查紀錄。(優良)</p>	
合	2.5.7 依「藥品優良調劑作業準則」訂定調劑作業程序，並確實執行	<p>目的： 落實「藥品優良調劑作業準則」，防止調劑疏失，保障用藥安全。</p> <p>符合項目： 符合「藥品優良調劑作業準則」(Good Dispensary Practice, GDP)條文，符合下述條件且有調劑品質監測：(原 2.5.6-符合)</p> <p>門急診調劑：</p> <p>1.處方箋上印載之項目完整。</p> <p>2.接受處方後，評估及確認處方之適當性。</p> <p>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。</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>4.調劑作業雙重覆核。</p> <p>5.應有門診病人直接取得處方箋之設計。</p> <p>6.實施病人用藥指導。</p> <p>7.藥袋之標示完整，符合衛生福利部公告規定。</p> <p>8.調劑後藥事人員於處方箋上簽名或蓋章。</p> <p>住院調劑：</p> <p>1.住院與急診暫留之紙本或電子醫囑記載完整或單一劑量所給予之藥品均標示藥品名稱、含量等。(原 2.5.6 住院調劑-符合 1 修)</p> <p>2.接受處方或藥囑後，須有病人完整藥歷核對以評估處方之適當性。</p> <p>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。</p> <p>4.能對病人實施用藥指導服務。</p> <p>5.有自動停止給藥之設計。</p> <p>6.調劑作業雙重覆核。</p> <p>7.若實施單一劑量(UDD)作業，藥師接受醫師直接的醫囑，依完整的藥歷調劑以確保用藥適當性及正確性。</p> <p>[註]</p> <p>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。</p> <p>2.處方內容應包括病人基本資料、疾病診斷、就診科別、及藥品名稱、劑型、劑量、用法、使用天數等資訊，並應有醫師之簽章。</p> <p>3.藥袋標示應符合醫療法第 66 條規定及衛生福利部(原：行政院衛生署)99 年 10 月 5 日衛署醫字第 0990211898 號函示，醫院、診所對於診治之病人交付藥劑時，應於容器或包裝上載明病人姓名，性別，</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>藥品(包含學名及商品名)、劑量、數量、用法、作用或適應症、警語或副作用、醫療機構名稱與地點、調劑者姓名及調劑年、月、日；中藥藥袋標示應包括「原方劑名」「商品名」。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.藥品優良調劑作業準則。(符合) 2.門診調劑：處方箋及藥袋。(符合) 3.住院調劑：處方醫囑及藥歷。(符合) 	
2.5.8	訂定化學治療藥品及特殊混合注射藥品之調劑及給藥作業程序	<p>目的：</p> <p>訂定特殊混合注射藥品之作業規範，保障病人及醫療照護團隊的用藥安全。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.特殊混合注射藥品(化學治療藥品、全靜脈注射營養(Total Parenteral Nutrition, TPN)、病人自控式止痛(Patient-Controlled Analgesia, PCA))之調劑業務應由藥師執行，且應有無菌調劑足夠設備及有效之防護措施。(原 2.5.7-符合 1) 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。(原 2.5.7-符合 2) 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。(原 2.5.7-符合 3) 4.化學治療藥品給藥前須再確認病人藥歷，並評估病人生理狀況之合適性，如：肝腎功能等。(原 2.5.7-符合 4) 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。(原 2.5.7-符合 5) <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>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。(原 2.5.7-優良 1)</p> <p>2.藥師應與醫療照護團隊討論且有紀錄可查。(原 2.5.7-優良 2)</p> <p>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。(原 2.5.7-優良 3)</p> <p>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。(原 2.5.7-優良 4)</p> <p>[註]</p> <p>病患自控式止痛法(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)。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.藥品優良調劑作業準則(含特殊混合注射藥品調劑作業規範)。(符合/優良)</p>	
合	2.5.9 訂定正確用藥標準作業程序並落實正確給藥	<p>目的：</p> <p>醫療人員給藥前應檢核病人藥歷，協助病人彙整用藥，落實正確給藥。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.訂定正確給藥標準作業程序、執行策略及內容。(原 2.5.8-符合 1)</p> <p>2.應對病人所接受的治療與之前的處方用藥進行連貫性審視，且有紀錄。(原 2.5.8-符合 2)</p> <p>3.能正確依醫囑給藥，給藥時確認病人姓名、藥品名稱、劑量、用法、途徑、時間，並有紀錄。(原 2.5.8-符合 3)</p> <p>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。(原 2.5.8-符合 4)</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>5.住院病人之內服、注射藥等，應由醫療人員遵照相關標準作業規定，依給藥紀錄核對藥品名稱，並確認給藥量、單位含量、劑型、給藥方法、病人姓名、途徑、時間正確，才能給藥。(原 2.5.8-符合 5)</p> <p>6.明訂退藥或藥品更改機制。(原 2.5.8-符合 6)</p> <p>7.住院病人若有自備藥品時，醫院應有自備藥品使用規範。(原 2.5.8-符合 7 修)</p> <p>8.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)</p> <p>[註]</p> <p>1.可查看給藥紀錄(完成每位病人每次給藥後，立即逐筆簽名或蓋章)、治療紀錄，並可詢問醫療人員執行情形，必要時可詢問病人。</p> <p>2.符合項目 8 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.正確用藥標準作業程序。(符合)</p> <p>2.自備藥品使用規範。(符合)</p>	
2.5.10	提供適當之臨床藥學服務且提供適當藥品資訊	<p>目的：</p> <p>藥劑部門應提供醫療人員藥品諮詢及臨床藥學服務，提升藥事作業品質。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.提供療劑監測(Therapeutic Drug Monitoring, TDM)服務。(原 2.5.9-優良 3 修)</p> <p>2.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</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>宣導(Adverse Drug Reaction, ADR)。(原 2.5.9-符合 1)</p> <p>3.有藥品交互作用評估機制。(原 2.5.9-符合 2)</p> <p>4.應執行藥品使用評估(Medication Use Evaluation, MUE)。(原 2.5.9-符合 3)</p> <p>5.對於提供臨床藥學服務有定期評估、檢討與改善。(原 2.5.9-優良 4)</p> <p>6.提供醫療專業人員即時、正確的藥品諮詢服務，並有紀錄。(原 2.5.9-符合 4)</p> <p>7.編有醫院處方集並適時更新。(原 2.5.9-符合 5)</p> <p>8.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。(原 2.5.9-符合 6)</p> <p>優良項目：(下述項目(不含試評項目)僅限一項未達成)</p> <p>1.專責藥師負責藥物不良反應(Adverse Drug Reaction, ADR)通報及分析檢討。(試)</p> <p>2.提供病人個別化之藥品治療評估。(原 2.5.9-優良 2)</p> <p>3.提供之療劑監測(Therapeutic Drug Monitoring, TDM)服務，有藥品療效之後續追蹤評估，提出建議獲醫師接受。(原 2.5.9-優良 3 修)</p> <p>4.能適時更新藥品資訊系統，以供醫療人員、病人及民眾即時參考。(原 2.5.9-優良 5)</p> <p>5.制定政策與指引，藥師適時提供用藥連貫性 (medication reconciliation) 服務，如新入院、轉入/轉出加護病房或出院準備之複雜用藥病人。(試)</p> <p>6.加護病房配置持續固定參與醫療團隊，提供臨床藥事照護之專責藥師。(試)</p> <p>7.提供藥師門診服務。(試)</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.藥品交互作用評估包含： <ol style="list-style-type: none"> (1)有紀錄。 (2)有通知。 (3)有檢討改進。 (4)有預防措施。 2.提供病人個別化之藥品治療評估包含： <ol style="list-style-type: none"> (1)時效性良好。 (2)用藥劑量之計算正確。 (3)服藥間隔之調整適當。 (4)對建議事項接受度之檢討。 (5)對藥品療效作後續追蹤評估。 3.療劑監測(Therapeutic Drug Monitoring, TDM)包含藥品血中濃度監測： <ol style="list-style-type: none"> (1)抽血時間正確。 (2)監測建議報告時效性良好。 (3)提供劑量與頻次調整建議。 (4)對 TDM 建議事項之醫師接受度檢討。 (5)作藥品療效之後續追蹤評估。 4.提供用藥連貫性(medication reconciliation)服務包含： <ol style="list-style-type: none"> (1)在病人轉換照護單位時，了解病人目前所有用藥，必要時協助辨識藥品。 (2)評估用藥的適當性。 (3)偵測並處理藥品治療問題。 (4)確保應使用的藥品持續使用。 	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>(5)調整或停用造成問題的藥品，確保應停用的藥品不再使用。</p> <p>(6)將資訊傳達到下一個照護單位。</p> <p>5.藥師門診係指於醫院設立藥師專責之特別門診，門診病人經專科醫師轉介或病人自行掛號，由藥師提供使用特定藥品/疾病病人門診臨床藥事服務，此藥療照護管理模式需有具體成效並有藥事服務紀錄併同病歷保存。</p> <p>6.優良項目 1、5、6、7 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.臨床藥學服務手冊。(符合/優良)</p> <p>2.處方集(含電子處方集)。(符合)</p> <p>3.臨床藥學相關期刊、雜誌、電子資料庫及參考書。(符合)</p>	
2.5.11	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	<p>目的：</p> <p>藥劑部門能適切提供院內各部門藥品需求並掌握存量。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.提供病房及各部門的藥品應有妥善配送制度及監督管理機制，病房給藥實施單一劑量配送制度，採用物流系統時，應與各部門協調議訂配送計畫，依計畫配送。(原 2.5.10-符合 1)</p> <p>2.有 24 小時之藥事作業服務(含急診、住院)。(原 2.5.10-符合 2)</p> <p>3.具有常備藥品管理制度。(原 2.5.10-符合 3)</p> <p>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。(原 2.5.10-符合 4)</p> <p>5.應有緊急調撥藥品的處理機制。(原 2.5.10-優良 1)</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1.緊急藥品供應機制暢通。(原 2.5.10-優良 2)</p>	<p>1.評量項目[註]1，高警訊藥品應區隔放置，並明顯標示(可避免誤取)。</p> <p>2.評量項目[註]2：</p> <p>(1)各類胰島素相關製劑 NPH 及 RI 可以不需分開列計。</p> <p>(2)可不列計消毒液、軟膏或耗材藥品。</p> <p>3.若病房有設有冰箱存放藥品(含血液製劑)，如需同時放置檢體或冰寶等，應至少分層分開置放，並明確區隔及標示，勿混合交錯放置，且嚴禁置放食物與飲料。</p>

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>2.緊急時，藥師能即時提供藥事服務。(原 2.5.10-優良 3)</p> <p>3.內部有滿意度調查，定期檢討單一劑量或物流供應流程，提出改進措施並確實執行，具體提升各單位對配送制度滿意。(原 2.5.10-優良 4)</p> <p>[註]</p> <p>常備藥品管理制度一般包含：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.要求各單位應將一般藥品與高警訊藥品分開放置，並按程序管理與使用，以保障病人給藥安全。 2.原則上儘量減少品項及數量，專科病房以不超過 10 項為原則(不含急救車上藥品、大量點滴及 1-3 級管制藥品、置於自動調配藥櫃(automated dispensing cabinets)的藥品、非單一病人計價藥品，如消毒液、軟膏或耗材藥品)，並應定期檢討。 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。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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) 	
2.5.12	確實執行病人用藥教育	<p>目的：</p> <p>落實病人用藥教育，協助病人正確用藥，保障用藥安全。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.建立慢性病人長期用藥監測機制，防止重複用藥或藥品交互作用，應提供病人適當的用藥指導，必要時提供病人用藥紀錄。(原 2.5.11-符合 1) 	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>2.設有多元化病人用藥諮詢管道，如藥品諮詢、專題衛教、藥品諮詢查詢網站、電話專線、e-mail 等，提供病人藥品使用資訊，或反映藥品使用問題，以加強病人對所用藥品的認識並提高病人對醫囑的遵從性。(原 2.5.11-符合 2)</p> <p>3.藥師應提供病人用藥指導，且視病人情況修正病人不當用藥行為，並留下紀錄。(原 2.5.11-符合 3)</p> <p>優良項目：(下述項目(不含試評項目)僅限一項未達成)</p> <p>1.交付藥品給病人前應主動提供用藥指導並確認病人已瞭解，說明內容包含藥品名稱、劑型、用藥方式、服用時間、藥品作用及副作用。(原 2.5.11-優良 1)</p> <p>2.實施病人用藥教育指導，必要時應做後續追蹤評估，統計分析及檢討改進措施，並有紀錄。(原 2.5.11-優良 2)</p> <p>3.有評估檢討病人用藥教育成效，進行改善。(原 2.5.11-優良 3)</p> <p>4.實施病人用藥教育指導時，若病人有多重用藥情形，應加強與病人之溝通，提供正確用藥教育。(試)</p> <p>[註] 優良項目 4 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.病人用藥指導紀錄。(符合/優良)</p>	
合	2.5.13 病人對藥品使用的反應及病情變化，醫療人員應正確且迅速處理	<p>目的： 醫療人員應告知用藥之副作用及不良反應，監測病人用藥療效及副作用，並能立即處理及通報，減少傷害。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.高警訊藥品等需要注意給藥速度、給藥量等，應在給藥中及給藥後</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>觀察病人之狀況，出現異常時，須通知醫師並記錄。(原 2.5.12-符合 1)</p> <p>2.對於病人使用藥品後應觀察反應，若有不良反應發生時，應適當處理並予以通報及記錄。(原 2.5.12-符合 2)</p> <p>3.應適當提供病人與家屬有關藥品使用之副作用、應注意事項等之諮詢，且能確認病人或家屬對藥品作用清楚並了解。(原 2.5.12-符合 3)</p> <p>4.要注意病人個別特異性，給藥前，給予用藥指導；在給藥後，應觀察病人反應，如有異常反應，應與醫師確認且有紀錄。(原 2.5.12-符合 4)</p> <p>5.對異常反應有詳實記錄並檢討改善。(原 2.5.12-符合 5)</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.臨床藥學服務手冊。(符合)</p> <p>2.ADR 通報規範及相關表單。(符合)</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
第 2 篇、醫療照護 第 2.6 章 麻醉與手術			
【重點說明】			
<p>麻醉及手術在醫院是非常複雜且重要的醫療處置。麻醉及手術需要有完整的病人評估、整合性的照顧、持續病人監測及安全的轉送，才能對病人提供安全及合宜的醫療照護。醫院應有系統性的組織管理相關軟硬體，以符合法令規範及病人需求。本章規範之目的有下列幾項：</p>			
<ol style="list-style-type: none"> 1. 醫院應確保適當之手術、麻醉部門體制及人力配置，手術、麻醉相關設施應由具有專業知識及技巧之人員負責保養管理，並有適當的手術排程管理。醫院應收集手術麻醉、鎮靜與手術後疼痛控制等相關之資訊，加以分析、統計、管理，以保障病人安全及提昇醫療品質。 2. 手術前應完整評估病人，向病人解釋麻醉及手術方式，與病人討論後選擇最適當的麻醉及手術方式。 3. 確實遵照適當的病人辨識程序，確保病人身分、手術項目與手術部位之正確無誤。 4. 詳實且即時記載麻醉紀錄及手術紀錄。 5. 訂定手術前、中、後之護理照護常規及處置步驟，確實遵行並詳實紀錄。 			
合	2.6.1	適當之手術、麻醉部門體制及人力配置	<p>目的： 配置適當的手術、麻醉照護人力，確保病人獲得專業的醫療服務。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 應明訂手術、麻醉部門之體制及專責人員。(原 2.6.1-符合 1) <ol style="list-style-type: none"> (1) 有負責的醫師。 (2) 有負責的護理長。 (3) 麻醉病例年平均 1,500 次以上應有 1 名專任麻醉專科醫師。 (4) 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，以確保病人安全，如手術室總數與專任麻醉專科醫師總數比例不超過 2。(試) (6) 麻醉專科醫師需具備一般醫學(general medicine)與手術全期照護之專業能力，能處理重症照護的病人，並有適當之專業分工，如：疼痛或心臟胸腔麻醉分科。(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

符合項目 1-(3)係指麻醉病例年平均每 1,500 人次要 1 名麻醉專科醫師，惟麻醉病例列計範圍係由麻醉專科醫師所執行之向健保局申報麻醉給付案例計算。

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>行使權應比照專任專科醫師。(試)</p> <p>3.工作人員排班表適當且確實執行。(原 2.6.1-符合 3)</p> <p>4.麻醉護理人員人力配備應具有一年(含)以上之麻醉專業訓練並領有訓練合格證書者。(試)</p> <p>[註] 符合項目 1-(4)、1-(5)、1-(6)、2、4 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.組織架構。(符合)</p> <p>2.班表。(符合)</p> <p>3.手術業務統計。(符合)</p> <p>4.麻醉業務統計。(符合)</p> <p>5.重度鎮靜與麻醉統計表。(符合)</p> <p>6.麻醉護理人員麻醉專業訓練合格證書。(符合)</p>	
2.6.2	備齊手術相關設施、設備及儀器，並應定期保養、維護與清潔，且有紀錄可查	<p>目的： 定期保養、檢查手術相關設施、設備及儀器，維持其功能正常，確保手術作業的清潔及安全。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.手術室相關設施、設備及儀器應符合醫療機構設置標準、滿足手術量及診療科別需求，且手術儀器設備等資源能整合運用。(原 2.6.2-符合 1)</p> <p>2.手術室、器材準備室、更衣室、討論室、休息室有足夠使用的空間。(原 2.6.2-符合 2)</p> <p>3.有全身麻醉機可自動監控測定血壓計、心電圖、呼吸數、氧氣飽和</p>	<p>1.符合項目 7：</p> <p>(1)所提「大規模醫院」係指急性病床 500 床以上醫院。</p> <p>(2)所提「專任醫工人員」非指手術室使用人員，而為醫院配置專責醫工人員。</p> <p>2.符合項目 9-(1)所提「定期水質監測」，其監測時間及監測規範請由醫院自行定義。</p> <p>3.優良項目 3，fibrobronchoscopy 可</p>

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>度或二氧化碳濃度等數據(手術室應至少有一台去震顫器 defibrillator)，並設置麻醉氣體排放系統，功能良好。(原 2.6.2-符合 4)</p> <p>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。(原 2.6.2-符合 5)</p> <p>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。(原 2.6.2-符合 6)</p> <p>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。(原 2.6.2-符合 7)</p> <p>7.在大規模醫院應配置專任的醫工人員。(原 2.6.2-符合 8)</p> <p>8.有明確手術室分區作業管理辦法、標示及整潔規則。(原 2.6.2-符合 9)</p> <p>9.手術室及恢復室有符合感染管制原則的清潔管理且有紀錄可查，如：(原 2.6.2-符合 10)</p> <p>(1)定期水質監測。</p> <p>(2)空調系統及除塵設備，定期維護。</p> <p>(3)污物處理設備，功能良好且定期維護。</p> <p>10.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)</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1.有 HEPA 過濾、高規格之手術室，且手術室內保持正壓(室內壓力高於室外)，至少一年確認正壓一次。(原 2.6.2-優良 1)</p> <p>2.每一手術房間應可監測 End-tidal CO₂，且應有體溫測量及麻醉氣體和脈搏血氧飽和分析儀(pulse oximeter)。(原 2.6.2-優良 2)</p> <p>3.應有適量專用 fibrobronchoscopy 及其他困難插管之相關設備與 TEE</p>	<p>視醫院狀況進行設置，以能因應緊急使用為原則。</p>

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>和麻醉深度監測儀。(原 2.6.2-優良 3)</p> <p>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。(原 2.6.2-優良 4)</p> <p>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。(原 2.6.2-優良 5)</p> <p>[註]</p> <p>1.手術器械數量足夠與否，可用快消使用頻率來監測。</p> <p>2.符合項目 10 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.異常管理手冊。(符合)</p> <p>2.儀器設備的保養排程。(符合/優良)</p> <p>3.手術室環境動線。(符合)</p> <p>4.水質監測報告。(符合)</p> <p>5.空調、除塵及汙物處理設備維護紀錄。(符合)</p> <p>6.清潔管理查核紀錄及檢討會議改善紀錄。(優良)</p>	
2.6.3	具手術室工作手冊及手術室日誌且定期召開手術室管理委員會，並有會議紀錄檢討手術及麻醉相關品質	<p>目的：</p> <p>藉由手術室管理委員會議，有效管理手術室作業，提升手術醫療品質。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.具有工作手冊並定期更新。手術室日誌應記錄完整，且有統計分析。手術室日誌的內容應提報至手術室管理會議定期檢討。(原 2.6.3-符合 1)</p> <p>2.需成立管理委員會，成員應包括手術、麻醉部門負責醫師、手術室負責護理人員、執行手術的診療科別及行政管理單位代表。(原 2.6.3-符合 2)</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>3.至少每 3 個月召開一次手術室管理委員會並有紀錄可查。(原 2.6.3-符合 3)</p> <p>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。(原 2.6.3-符合 4)</p> <p>5.定期召開手術全期(peri-operative)跨領域團隊會議：(試)</p> <p>(1)對於高風險病例，外科系與麻醉科部應於術前召開會議或有相互溝通的機制，討論治療策略與共識。(試)</p> <p>(2)外科系與麻醉科部定期舉行手術全期併發症術後檢討會議，應提出改善機制。(試)</p> <p>(3)必要時應與他科(如：急診、加護重症照護單位、感染科、營養、藥劑等部門)共同檢討提升手術全期照護品質。(試)</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1.針對會議結果有檢討、追蹤及執行改善紀錄。(原 2.6.3-優良 1)</p> <p>2.針對手術全期(peri-operative)跨領域團隊會議結果，術前會議結論能被有效執行，並預防意外事件的發生；術後會議有確實檢討、決議有追蹤及執行改善。(原 2.6.3-優良 1 修)</p> <p>3.應有手術及麻醉品質及病人安全監測指標，並有定期改善計畫及紀錄；持續進行品質提升及病人安全活動，例如：手術病人辨識、手術部位註記、手術及麻醉同意書之填寫。(原 2.6.3-優良 2)</p> <p>4.手術室管理委員會有具體管理成效。(原 2.6.3-優良 3)</p> <p>[註]</p> <p>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、剖腹產率及同次住院期間非計畫相關重返手術室。</p> <p>2.麻醉品質指標：</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>(1)科部具有對於麻醉前評估、麻醉中併發症、恢復室不良事件之麻醉品質有定期監測之機制與成果。</p> <p>(2)針對上述監測定期(每月)召開全科部檢討會議並提出改善方案。</p> <p>(3)定期討論並修正上述品質內容與標準閾值。</p> <p>3.符合項目 5 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.手術室日誌。(符合)</p> <p>2.手術室管理委員會會議紀錄。(符合/優良)</p> <p>3.手術排程作業規範。(符合)</p> <p>4.指標監測紀錄。(優良)</p> <p>5.改善成效。(優良)</p>	
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	<p>目的：</p> <p>藉由適當的手術排程，確保病人於合理時間獲得適切手術治療。</p> <p>符合項目：</p> <p>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。(原 2.6.4-符合 1)</p> <p>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。(原 2.6.4-符合 2)</p> <p>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。(原 2.6.4-符合 3)</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1.第 1 台手術可準時開始，且常規手術(elective surgery)可在預定時間內執行；臨時非常規手術(elective surgery)定期於手術管理委員會定期檢討。(原 2.6.4-優良 1)</p>	<p>1.符合項目 2 所提「緊急手術」對象涵蓋急診與住院的危急病人。</p> <p>2.優良項目 1，由醫院自行訂定臨時排非常規手術之管控機制，並有檢討紀錄。</p> <p>3.優良項目 2 所提「資深醫師」，由醫院自行訂定。</p> <p>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。</p>

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>2.緊急手術有資深醫師執行或在場指導。(原 2.6.4-優良 2 修)</p> <p>3.訂有危急病人緊急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。(原 2.6.4-優良 3 修)</p> <p>4.手術排程管理有具體改善成效。(原 2.6.4-優良 4)</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.手術排程作業規範。(符合)</p> <p>2.臨時緊急手術的因應機制。(符合)</p> <p>3.排程管理改善實例。(優良)</p>	
2.6.5	應於手術前向病人充分說明,取得同意,並簽署同意書	<p>目的：</p> <p>取得手術同意書前應向病人、家屬溝通及詳盡說明。</p> <p>符合項目：</p> <p>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。(原 2.6.5-符合 1)</p> <p>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。(原 2.6.5-符合 2)</p> <p>3.對於服用可能影響手術麻醉安全之藥品的病人，如抗凝血劑與抗血小板製劑，醫師應與原診療醫師或相關專科醫師討論停藥之合宜性與時機，並向病人家屬充分說明，取得其同意。(試)</p> <p>4.上列各項，以淺顯易懂的言辭向病人及家屬說明，並鼓勵其發問。(原 2.6.5-符合 3)</p> <p>5.說明後，並經病人同意，簽具手術同意書，前項同意書之簽具，病人為未成年人或無法親自簽具者，得由其法定代理人、配偶、親屬或關係人簽具。(原 2.6.5-符合 4)</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>優良項目：(下述項目(不含試評項目)須全部達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.利用圖及影像或其他輔具，以淺顯易懂的方式說明手術方法，並提供書面資料。特定高風險之手術或麻醉，應以醫病共享決策模式進行說明，以達成醫病共識。(原 2.6.5-優良 1 修) 2.能以資訊系統協助搜尋病人是否服用可能影響手術麻醉安全之藥品，如抗凝血劑與抗血小板製劑，以提示醫師停藥。(試) 3.針對術前訪視有病人滿意度調查，定期檢討改善，且具有成效。(原 2.6.5-優良 2) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.應使用衛生福利部 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.符合項目 3 及優良項目 2 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.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.改善成效。(優良) 	
2.6.6	麻醉醫師於術前探視病人並確立麻醉計畫	<p>目的：</p> <p>麻醉醫師執行麻醉前評估，瞭解病情及評估風險，確立安全合適的麻醉計畫。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.麻醉醫師麻醉前應執行麻醉前評估，評估麻醉風險與解釋風險並建議可能之麻醉方式。(原 2.6.6-符合 1 修) 2.由麻醉科專科醫師負責執行麻醉作業，應以淺顯易懂的方式向病人 	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>或其家屬說明麻醉方式、可能副作用、相關注意事項等，並鼓勵其發問及取得麻醉同意書。依上列結果檢討選擇最適當的麻醉方法。 (原 2.6.6-符合 2)</p> <p>優良項目：(下述項目(不含試評項目)僅限一項未達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.訂立麻醉計畫，並可由診療紀錄查閱，且麻醉計畫內容紀錄詳實且執行品質優良。(原 2.6.6-優良 1) 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。(原 2.6.6-優良 2) 3.應針對高危險病人進行術前預防措施，定期檢討改善，成效良好。(原 2.6.6-優良 3) 4.手術前，因外科或麻醉風險而延遲或取消手術應有統計及檢討。(試) 5.常規排程手術之麻醉前評估，應事先完成溝通解釋，避免於當日手術室等候區或入口進行。(試) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.應使用 106 年 11 月 2 日衛生福利部公告之新版麻醉同意書為原則。 2.優良項目 4、5 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.標準作業規範。(符合) 2.查核紀錄。(優良) 3.改善成效。(優良) 4.抽查病歷紀錄之麻醉說明書及同意書。(符合/優良) 	
2.6.7	確實落實手術病人辨識程序，確保病人身分、手術項	<p>目的：</p> <p>訂定並落實執行手術病人的辨識作業程序，確保病人及手術部位之正確性。</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
	目與手術部位正確無誤	<p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.應明確訂定手術室進出標準，並落實執行。(原 2.6.7-符合 1) 2.交接病人時，採取下列具體對策確認病人身分：(原 2.6.7-符合 2) <ol style="list-style-type: none"> (1)如病人能表達，應讓病人說出自己的姓名。 (2)帶識別帶、手環。 (3)如病人意識不清時，應有其他辨識病人機制。 3.有確認手術部位之機制，落實於進入手術室前完成手術部位標記。(原 2.6.7-符合 3 修) 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) <p>優良項目：(下述項目須全部達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.於所有手術及處置前應執行作業靜止(Time out)，由手術室所有成員共同再次確認(包含病人身分、手術方式及手術部位)。(原 2.6.7-優良 1) 2.手術病人辨識有持續性稽核及檢討改善，以確保病人安全。(原 2.6.7-優良 2) <p>[註]</p> <p>符合項目 4 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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) 	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
合	2.6.8 手術室以外之麻醉與鎮靜作業應適當執行	<p>目的： 落實手術室外執行麻醉與鎮靜標準作業程序，維護病人安全。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 麻醉作業應於手術室執行，如於手術室外其他地點執行麻醉或中度以上鎮靜作業，醫院應訂有管理政策與標準作業流程，並有病人安全之相關監測機制，確實執行。(原 2.6.8-符合 1 修) 2. 手術室以外之麻醉或重度鎮靜，必須由麻醉專科醫師執行，且應遵從與手術室相當之相關作業要求，含術前評估、術中監測及術後照顧。(試) 3. 訂定鎮靜作業之政策與標準作業程序，並規範執行輕度、中度鎮靜作業時，醫師與護理人員的資格與訓練要求。(試) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 在中度、輕度鎮靜下進行複雜或長時間之手術(檢查)，如果鎮靜風險提高，執行中度、輕度鎮靜的醫師及協助執行之護理人員應與手術(檢查)醫師及協助手術(檢查)之護理人員應分開不同人執行。 2. 符合項目 2、3 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 手術室外麻醉作業之相關規範。(符合) 2. 監測儀器設備與急救設備。(符合) 3. 麻醉(鎮靜)前評估、麻醉(鎮靜)中監測及麻醉(鎮靜)後恢復準則。(符合) 4. 鎮靜作業之規範或標準作業程序。(符合) 5. 執行鎮靜作業之手術室以外地點總表。(符合) 6. 手術室以外執行之鎮靜作業，應提供品質監測、異常事件與檢討改 	醫院應實際作業情形，自行訂定監測範圍及內容，且基於病人安全考量，於手術室以外地點執行中度、輕度鎮靜之醫師，應有麻醉鎮靜相關訓練，其相關時數則由醫院自行認定；另，目前並未規定須定期更新相關訓練證照。

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		善措施。(符合)	
2.6.9	詳實記載麻醉紀錄及手術紀錄	<p>目的： 藉由手術及麻醉紀錄的即時性、正確性及完整性，並對紀錄有統計分析、檢討改善，保證照護的醫療品質。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.手術紀錄、麻醉紀錄應於術後 24 小時完成，並註明日期及記錄者簽名。(原 2.6.9-符合 1) 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。(原 2.6.9-符合 2) 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。(原 2.6.9-符合 3) 4.手術檢體應正確標記病人身分、部位及數量等。(原 2.6.9-符合 4 修) <p>優良項目：(下述項目須全部達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.手術、麻醉紀錄完整，並有統計分析及檢討。(原 2.6.9-優良 1) 2.能藉統計分析，改善品質，且具有成效。(原 2.6.9-優良 2) <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.手術、麻醉紀錄。(符合) 2.檢體處理紀錄。(符合) 3.相關統計報表。(優良) 4.改善成效。(優良) 	
2.6.10	訂定手術前後之護理照護常規及處置步驟，確實執行、製成護理紀錄	<p>目的： 藉由手術前、後護理作業規範之訂定及落實執行，彰顯護理照護品質。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.明訂手術前、中及後的護理照護常規及處置步驟，確實遵行，並有 	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
	及適時修正	<p>護理紀錄。(原 2.6.10-符合)</p> <p>優良項目：(下述項目須全部達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.護理照護紀錄內容詳實，有檢討改善。(原 2.6.10-優良 1) 2.護理人員有依病人特性(高危險性、較嚴重、老年人、小孩等)在術前施行病人訪談，並紀錄詳實。(原 2.6.10-優良 2) <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.護理照護常規。(符合) 2.查核紀錄。(優良) 3.抽查病歷中之手術護理紀錄。(符合/優良) 	
2.6.11	手術後恢復過程應適切管理，且明訂術後恢復室等之使用基準及步驟	<p>目的：</p> <p>藉由手術恢復室照護標準的訂定，落實術後病人的照護管理。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.設有供術後病人麻醉後恢復之照護場所，且備有所需之監測儀器設備。(原 2.6.11-符合 1) 2.設有專人負責病人麻醉後恢復之照護。(原 2.6.11-符合 2) 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)。(原 2.6.11-符合 3) 4.訂定恢復室中病人的照護標準和步驟(含病人交接程序)，並落實執行。(原 2.6.11-符合 4) <p>優良項目：(下述項目須全部達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.應有麻醉或手術恢復室病人的照護紀錄及檢討。(原 2.6.11-優良 1) 2.有恢復室發生併發症之紀錄及檢討。(原 2.6.11-優良 2) <p>評量方法及建議佐證資料：</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		1.標準作業規範。(符合) 2.恢復室病人的照護紀錄。(符合/優良) 3.併發症檢討紀錄。(優良)	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
<p>第 2 篇、醫療照護 第 2.7 章 感染管制</p> <p>【重點說明】</p> <p>感染管制的目的在預防和降低病人、家屬、工作人員及其他出入醫院人員在醫院內得到感染，防止病原體在院內之散佈，並在發生醫療照護相關感染時迅速察知，予以因應。有效之感染管制須有感染管制專家的領導及訓練有素的感染管制人員，利用資料分析，主動察覺感染風險並能及早因應。並應訂定適當計畫整合各部門工作及教育全院員工做好份內的感染管制相關工作。本章規範之目的有下列幾項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院應設立感染管制相關單位，且確實執行各項業務以達感染管制目的。並有計畫且持續進行感染管制監測及改善方案。 2.應對各種預期可能發生之感染事件有應變計畫，訂有感染管制手冊以提供醫院內各部門執行感染管制之根據。加強員工的感染管制教育，使所有工作人員知悉感染管制對策方法及步驟。 3.適當且足夠的防護設備及洗手設備。 4.訂有員工保護措施，並落實執行。 5.隨時能掌握醫院醫療照護相關感染的最新狀況，採取具體且適當的感染管制措施。 6.建立抗生素管理機制促進抗生素適當及合理之使用。 7.衛材、器械之清潔管理、滅菌消毒、儲存、動線、租賃及配送等步驟及管理方法，均應符合感染管制原則。 			
重	2.7.1	<p>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</p> <p>目的：</p> <p>醫院應設立感染管制相關單位，並確實執行感染管制各項業務，以達感染管制目的。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.設有感染管制會(以下簡稱感管會)，具有組織章程及成員資料備查。感管會主席為醫院主管(院長或副院長，且為醫師)；成員至少應包含內科、外科、急診部門、行政部門、職安部門、護理部門、醫檢部門等代表，如有設置中醫、牙醫部門亦須納入。(原 2.7.2-符合 1 修) 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。(原 2.7.2- 3 修) 	評鑑委員可參考受評醫院上次之感染管制查核結果及意見。

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>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)</p> <p>優良項目：(下述項目須全部達成)</p> <p>1.感管會成員中有 1 位曾接受流行病訓練者。(原 2.7.2-優良 1)</p> <p>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。(原 2.7.2-優良 3)</p> <p>[註]</p> <p>符合項目 3 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.感管會組織章程及成員資料。(符合)</p> <p>2.感管會會議紀錄。(符合)</p> <p>3.感染管制年度工作計畫(program)及執行情形。(符合)</p> <p>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)</p> <p>5.流行病學訓練相關證明。(優良)</p> <p>6.增加臨時加開之開會會議紀錄。(優良)</p>	
2.7.2	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	<p>目的：</p> <p>醫院應有足夠之感染管制人力負責執行感染管制各項業務，以提升感染管制品質。</p> <p>符合項目：</p> <p>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。(原 2.7.1-符合 1 修)</p> <p>2.依規定置有下列人員，負責感染管制業務推行；總床數 500 床以上：</p>	評鑑委員可參考受評醫院上次之感染管制查核結果及意見。

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>每 500 床應有接受感染症醫學訓練之專任專科醫師 1 人以上；每 300 床應有專任感染管制護理人員 1 人以上；全院專責感染管制醫檢人員 1 人以上。(原 2.7.1-符合 2、3 併)</p> <p>3.上述人員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。(原 2.7.1-符合 2、3 併)</p> <p>優良項目：(下述項目(不含試評項目)須全部達成)</p> <p>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。(原 2.7.1-優良 1 修)</p> <p>2.增加感染管制單位人力配置，負責感染管制業務推行：總床數 500 床以上：</p> <p>(1)每 300 床聘有接受感染症醫學訓練之專任專科醫師 1 人以上；每 250 床聘有專任感染管制護理人員 1 人以上；全院專任感染管制醫檢人員 1 人以上。(原 2.7.1-優良 2、3 併)</p> <p>(2)每 200 床聘有專任感染管制護理人員 1 人以上。(試)</p> <p>[註]</p> <p>1.病床數之計算係指醫事管理系統登錄開放之總病床數；若受評機構為合併評鑑之醫院，此處感染管制人員數之計算係採本院與合併院區或分院於醫事管理系統登錄開放之總病床數加總列計。</p> <p>2.名詞定義：</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>(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。</p> <p>(4)專任感染管制醫檢人員：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醫檢師(生)，全職負責辦理感染管制相關業務。</p> <p>(5)專責感染管制醫檢人員：係指聘請經疾病管制署認可之專業學會甄審感染管制訓練合格的醫檢師(生)，平時除本職業務外，協助推行感染管制相關業務。</p> <p>3.專供診治兒童之綜合醫院之感染管制人員數，得連同既有綜合醫院之規模合併計算，分別登記於各醫院。</p> <p>4.優良項目 2-(2)列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.感染管制部門工作職責及組織圖之定位。(符合)</p> <p>2.醫院對於感染管制所執行的實質支援紀錄。(符合)</p> <p>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)</p> <p>4.感染管制師(護理師、醫檢師)證書、學分證明及執業登記相關資料。(符合/優良)</p>	
2.7.3	制訂及更新感染管制手冊，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傳達員工知悉	<p>目的：</p> <p>制訂感染管制手冊並適時更新，以提供醫院內各部門執行感染管制措施之依據。辦理教育訓練，使全院員工(含外包人員)知悉感染管制對策方法與步驟。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.制訂感染管制手冊(設有牙醫及中醫部門者須納入)並定期修訂；手冊</p>	評鑑委員可參考受評醫院上次之感染管制查核結果及意見。

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>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。(原 2.7.3-符合 1、3 併)</p> <p>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)</p> <p>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。(原 2.7.3-符合 2 修)</p> <p>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。(原 2.7.3-符合 3)</p> <p>優良項目：(下述項目須全部達成)</p> <p>1.有專人定期蒐集國內外感染管制的相關規定，參考有科學根據之建議事項，並依據醫療院所特性，適時訂定或修訂感染管制手冊。(原 2.7.3-優良 1)</p> <p>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。(原 2.7.3-優良 3、5 併)</p> <p>[註]</p> <p>1.科學根據定義如：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。</p> <p>2.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</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>自行建置之系統登錄後上傳至護產系統。</p> <p>3.符合項目 2 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.感染管制手冊(含牙醫及中醫感染管制作業程序)。(符合/優良) 2.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) 3.侵入性醫療感染管制標準作業程序。(符合) 4.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) 5.最新疫情資訊或感染管制相關網路資訊平台。(符合/優良) 	
重	2.7.4	<p>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</p> <p>目的：</p> <p>設置適當且足夠的洗手設備及訂有手部衛生作業程序，俾利醫療照護人員落實手部衛生。利用管控與稽核機制提升手部衛生遵從性與正確性。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。(原 2.7.4-符合 1) 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。(原 2.7.4-符合 2) 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、掛號櫃檯等)、急診、門診及重要節點等。(原 2.7.4-符合 3 修) 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 	評鑑委員可參考受評醫院上次之感染管制查核結果及意見。

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>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)。(原 2.7.4-符合 4)</p> <p>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。(原 2.7.4-符合 6 修)</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。(原 2.7.4-優良 1 修) 2.提報手部衛生正確率與遵從率，並進行分析檢討改進。(原 2.7.4-優良 2) 3.使用資訊系統或輔助機制提升手部衛生成效。(原 2.7.4-優良 3) <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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.院務層級會議紀錄或全院發表資料。(優良) 4.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) 5.資訊系統或輔助機制提升手部衛生成效相關資料。(優良) 	
重	2.7.5	<p>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</p> <p>目的：</p> <p>針對各種預期可能發生的感染事件有應變計畫，且有合適的隔離措施及動線規劃。訂有合宜的個人防護裝備使用標準且定期辦理實際穿脫演練，使第一線工作人員熟悉瞭解。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.評鑑委員可參考受評醫院上次之感染管制查核結果及意見。 2.符合項目 1 所提「病人就診動線規劃適當」，動線規劃建議應以「減

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
	應變計畫,並確實執行	<p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.急診、門診就醫病人分流機制及就診動線規劃適當，且張貼明顯告示，提醒就醫民眾與陪病者，出入醫療院所應佩戴口罩，並有協助未佩戴口罩就診病人佩戴口罩之措施。(原2.7.8-符合1修) 2.對急診檢傷病人及發燒或疑似感染之門診病人有詢問並記錄旅遊史(travel history)、職業別(occupation)、接觸史(contact history)及是否群聚(cluster)之機制。(原2.7.8-符合2) 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人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)。(原2.7.8-符合3、優良2併) 4.訂有疑似或確定傳染病個案之分流、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人，其病人運送、人員(包含醫護人員及環境清潔等相關工作人員)穿脫PPE進出及廢棄物清理之動線規劃適當，並有適當的配套處理措施。若有負壓隔離病室，應能明確顯示負壓狀況及負壓值，並有維護保養檢測紀錄。(原2.7.8-符合4修) 5.訂定新興傳染病疫情或大規模感染事件發生之應變計畫，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、持續營運計畫及人力備援計畫，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。(原2.7.8-符合5修) 	少交叉感染」為優先考量，再依據硬體空間、病人隱私進行調整。

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>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人訂有分流機制，且住院服務落實良好動線規劃。(試)</p> <p>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)</p> <p>優良項目：(下述項目(不含試評項目)須全部達成)</p> <p>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。(原2.7.8-優良1修)</p> <p>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人收治，並協助防疫工作。(試)</p> <p>3.確實執行並定期檢討修訂相關機制及因應措施。(原2.7.8-優良3)</p> <p>[註]</p> <p>符合項目 6、7 及優良項目 2 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.因應不同狀況病人之個人防護裝備標準及教育訓練紀錄。(符合)</p> <p>2.急診就診流程和急診檢傷詢問病人TOCC之機制與紀錄。(符合)</p> <p>3.門診發燒或有疑似感染症狀病人的標準處置作業流程與TOCC詢問紀錄。(符合)</p> <p>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)</p> <p>5.負壓隔離房檢測/維護紀錄。(符合)</p> <p>6.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</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>及實地或桌上演練紀錄。(符合)</p> <p>7.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)</p> <p>8.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)</p> <p>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)</p> <p>10與照護機構訂定之感染管制服務合約、照護機構感染管制人員實務訓練計畫或社區防疫工作紀錄。(優良)</p>	
2.7.6	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	<p>目的：</p> <p>掌握院內重要之感染指標、菌種變化，導入組合式照護措施，並回饋照護團隊檢討改善後，以控制感染。有計畫且持續進行醫療照護相關感染監測及改善方案。隨時能掌握醫院醫療照護相關感染的最新狀況，採取具體且適當的感染管制措施。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.依醫院之機能及規模，能掌握手術部位感染率、加護病房等重症單位之血流感染、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。(原 2.7.7-符合 1 修)</p> <p>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。(原 2.7.7-符合 2)</p> <p>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。(原 2.7.7-符合 3 修)</p> <p>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。(原 2.7.7-符合</p>	評鑑委員可參考受評醫院上次之感染管制查核結果及意見。

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>4)</p> <p>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」。(原 2.7.7-優良 3 修)</p> <p>優良項目：(下述項目須全部達成)</p> <p>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。(原 2.7.7-優良 1 修)</p> <p>2.落實執行修訂之方案或改善計畫。(原 2.7.7-優良 4)</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.醫療照護相關感染的統計報表。(符合)</p> <p>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)</p> <p>3.疾病管制署台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統的通報統計表。(符合)</p>	
重	2.7.7	<p>確實執行衛材、器械、機器與內視鏡之滅菌及清潔管理</p> <p>目的： 建立並落實衛材與器械清潔、消毒、滅菌之標準作業程序，確實監測管理執行情形。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.自行執行衛材、器械、機器與內視鏡之滅菌及清潔者(設有牙醫及中醫部門者須納入)：(原 2.7.14-符合 1 修)</p> <p>(1)各類物品之清洗、包裝、消毒、滅菌及有效期間均訂有標準。(原 2.7.14-符合 1-(1)修)</p> <p>(2)處理物品時，工作人員需穿戴適當的個人防護裝備。</p> <p>(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</p>	<p>1.評鑑委員可參考受評醫院上次之感染管制查核結果及意見。</p> <p>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。</p>

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>使用者知悉。(原 2.7.14-符合 1-(3)修)</p> <p>(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。(原 2.7.14-符合 1-(2)修)</p> <p>(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。(原 2.7.14-符合 1-(4)修)</p> <p>(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。(原 2.7.14-符合 1-(5))</p> <p>(7)滅菌過程發生異常，應有相關處理規範(含回收機制)。(原 2.7.14-符合 1-(6))</p> <p>(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。(原 2.7.14-符合 1-(7)、1-(8)併)</p> <p>(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。(原 2.7.13-符合 2-(1)修)</p> <p>(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。(原 2.7.13-符合 2-(2))</p> <p>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)。(原 2.7.14-符合 2 修)</p> <p>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、</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>設有管理辦法及進行例行性稽查，並有紀錄備查。(原 2.7.14-符合 3)</p> <p>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。(原 2.7.14-符合 4、5 併)</p> <p>優良項目：(下述項目須全部達成)</p> <p>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)。(原 2.7.14-優良 1 修)</p> <p>2.定期檢討及分析消毒/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。(原 2.7.14-優良 2 修)</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>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)</p> <p>2.過期物品登記表。(符合)</p> <p>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)</p> <p>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)</p> <p>5.高壓蒸氣滅菌鍋每日作業檢點表。(符合)</p> <p>6.滅菌設備保養維修紀錄與故障處理機制。(符合)</p> <p>7.滅菌失敗物品回收紀錄。(符合)</p> <p>8.內視鏡安全作業指引。(符合)</p> <p>9.內視鏡或器械消毒劑有效濃度監測紀錄。(符合)</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		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紀錄。(符合) 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)	
2.7.8	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	目的： 確保衛材與器械消毒與管理之作業程序。 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。(原 2.7.15-符合 1、3 併) 2.主管應出席感染管制會，必要時專責人員應共同出席。(原 2.7.15-符合 2 修) 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。(原 2.7.15-符合 6、7 併) 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。(試) 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) 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.供應室有合宜的動線規劃和人員管理辦法。(原 2.7.15-優良 1) 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。(原 2.7.15-優良 2)	評鑑委員可參考受評醫院上次之感染管制查核結果及意見。

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>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。(原 2.7.15-優良 3 修)</p> <p>[註]</p> <p>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」。</p> <p>2.符合項目 4、5 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.供應室單位人員排班表。(符合)</p> <p>2.感染管制會會議紀錄。(符合)</p> <p>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)</p> <p>4.供應室工作規範。(符合)</p> <p>5.供應中心之感染管制措施。(符合)</p> <p>6.滅菌物品貯存區溫濕度監測紀錄。(符合)</p> <p>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)</p> <p>9.供應室消毒及滅菌監測小組會議紀錄。(優良)</p>	
重	2.7.9	<p>落實環境清潔消毒及管理</p> <p>目的： 落實環境清潔工作的標準作業程序，確實管理執行情形。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.對於環境清潔工作訂有標準作業程序並設有查檢表，且有相關機制教育環境清潔人員熟悉內容。(原2.7.13-符合1修)</p> <p>2.若設有氣管鏡室者，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</p>	評鑑委員可參考受評醫院上次之感染管制查核結果及意見。

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>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。(原 2.7.13-符合 2、3 併)</p> <p>3.若有加護病房或器官移植及骨髓移植等高風險病人居住的區域，訂有醫院退伍軍人病防治計畫。(原 2.7.13-符合 4)</p> <p>4.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。(原 2.7.13-優良 5)</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1.肺功能室具負壓或抽風等設備，且有維護保養紀錄。(原 2.7.13-優良 1)</p> <p>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。(原 2.7.13-優良 2)</p> <p>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。(原 2.7.13-優良 4 修)</p> <p>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作業及其相關因應指引措施」執行供水系統之監測及採檢並有報告及檢討機制。(原 2.7.13-優良 3 修)</p> <p>[註]</p> <p>器官移植係指心臟、胰臟、腎臟、肝臟、肺臟、小腸移植。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>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)</p> <p>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)</p> <p>3.牙科治療台清潔、管路保養及消毒紀錄。(符合)</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		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)	
2.7.10	抗生素管理計畫 之領導與責任	<p>目的： 落實跨部門醫療團隊合作，提升抗生素管理成效。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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、藥師每年至少參加一次。(原2.7.9-符合1修) 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) <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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) <p>[註] 符合項目 1、3、4 及優良項目 1 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.抗生素管理小組成員名單、出席紀錄表及會議紀錄。(符合) 	評鑑委員可參考受評醫院上次之感染管制查核結果及意見。

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		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)	
重	2.7.11	抗生素使用監測管理機制 目的： 優化抗生素使用之監測及管理機制，提升抗生素合理使用。 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。(原2.7.9-符合2) 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。(原2.7.9-優良2修) 3. 定期隨機審查病歷，各項有關病人使用抗生素之情形，應於病歷中詳載，並有評估病人抗生素使用適當性之機制。(原2.7.9-符合3修) 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。(原2.7.9-優良3修) 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。(原2.7.9-優良1修) 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) [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. 優良項目1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：	評鑑委員可參考受評醫院上次之感染管制查核結果及意見。

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<ol style="list-style-type: none"> 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/優良) 5. 有關病人非管制性抗生素使用之情形，建立機制以防範下列情形發生： <ol style="list-style-type: none"> (1) 重症病人無正當理由仍然使用第一線狹效抗生素。 (2) 第一線狹效抗生素使用 3 天無效，無正當理由仍然繼續使用。 (3) 未依感染部位選用適當抗生素。 (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. 有關病人管制性抗生素使用之情形，建立機制以防範下列情形發生： <ol style="list-style-type: none"> (1) 臨床狀況明顯為輕症或無症狀，但使用廣效抗生素，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。 7. 有關病人手術預防性抗生素使用之情形，建立下列機制： <ol style="list-style-type: none"> (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)。 	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>(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。</p> <p>(3)劑量應與體重相符並有考慮病人肝腎機能。</p> <p>(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。</p> <p>(5)手術中視必要（考慮藥品動態學）追加抗生素。</p> <p>8.有關病人門診抗生素使用之情形，建立下列機制：</p> <p>(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。</p> <p>(2)一般明顯急性感冒不可使用抗生素。</p> <p>(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。</p> <p>(4)抗生素使用期間合理，如有異常時，應於病歷上說明。</p>	
重	2.7.12	<p>抗藥性微生物之 監測診斷及隔離 防治措施</p> <p>目的： 確保抗藥性微生物檢驗品質，輔助抗生素合理使用，並優化其監測及管理機制，減少抗藥性微生物之發生及傳播。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。(原2.7.12-符合2修) 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。(原2.7.12-符合1、優良3併) 	評鑑委員可參考受評醫院上次之感染管制查核結果及意見。

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>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。(原2.7.12-符合3修)</p> <p>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」。(原2.7.12-符合4修)</p> <p>優良項目：(下述項目(不含試評項目)須全部達成)</p> <p>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。(原2.7.12-優良4修)</p> <p>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)</p> <p>[註]</p> <p>符合項目 1 及優良項目 2 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.微生物實驗室檢驗標準作業程序文件及品管紀錄。(符合)</p> <p>2.內、外部品管監測異常之改善方案或對策。(符合/優良)</p> <p>3.抗生素抗藥性圖譜統計報告。(符合)</p> <p>4.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)</p> <p>5.抗藥性趨勢與抗生素用量之相關性分析報告。(符合/優良)</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		6.多重抗藥性微生物防治對策及執行成效。(優良)	
重	2.7.13	<p>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</p> <p>目的： 有保健措施，並落實執行，以保護醫療照護人員避免遭受感染。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。(原 2.7.6-符合 1 修) 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。(原 2.7.6-符合 3 修) 3.每年至少 90%與病人直接接觸之醫療照護人員及其他常駐工作人員(含外包人力)完成胸部 X 光檢查，並有檢查結果異常的追蹤及處理紀錄。(原 2.7.6-符合 4) 4.對於因暴露於傳染病人而遭受感染之醫療照護人員，醫院應立即為該員進行緊急處理，給予必要預防感染藥物，並列管追蹤。(原 2.7.6-符合 2) <p>優良項目：(下述項目(不含試評項目)僅限一項未達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.胸部 X 光檢查達成率達 95%以上。(原 2.7.6-優良 1) 2.檢討因暴露於傳染病人而遭受感染之醫療照護人員被感染原因，避 	評鑑委員可參考受評醫院上次之感染管制查核結果及意見。

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)			
條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>免或減少類似事件發生。(原 2.7.6-優良 2)</p> <p>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。(原 2.7.6-優良 3 修)</p> <p>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)</p> <p>[註] 優良項目 4 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>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)</p> <p>2.體溫異常追蹤及處理紀錄。(符合)</p> <p>3.員工被感染事件調查及處理紀錄。(符合)</p> <p>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)</p> <p>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接種紀錄，如：COVID-19 疫苗)。(符合)</p>	
重	2.7.14	<p>對於暴露於病人血液、體液及尖銳物品扎傷事件的預防及處置(包含切傷等其他出血)訂有作業流程</p> <p>目的： 訂有員工遭病人血液、體液暴露後及尖銳物品扎傷事件的預防及處置作業流程，並落實執行，以保護工作人員健康。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.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。(原 2.7.5-符合 2 修)</p> <p>2.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</p>	評鑑委員可參考受評醫院上次之感染管制查核結果及意見。

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>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。(原 2.7.5-符合 3)</p> <p>3.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。(原 2.7.5-符合 4)</p> <p>4.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依「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。(原 2.7.5-符合 5)</p> <p>5.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。(原 2.7.5-優良 2 修)</p> <p>優良項目：</p> <p>1.將尖銳物品扎傷統計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)</p> <p>[註]</p> <p>優良項目 1 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>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)</p> <p>2.尖銳物品扎傷或與血液/體液接觸處理流程。(符合)</p> <p>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)</p> <p>4.血液、體液暴露及尖銳物扎傷事件報告統計分析和檢討。(符合/優良)</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
<p>第 2 篇、醫療照護 第 2.8 章 檢驗、病理與放射作業</p> <p>【重點說明】</p> <p>對病人作正確合宜的評估才能作出最適切的醫療照護計畫。病人的評估為一持續性的工作，包括收集資訊、分析各種資料，如：身體、實驗室及影像等各種檢查結果。這些評估需要醫療照護團隊成員共同的參與，整合出最適切的醫療照護計畫。醫院應必須對各種檢驗、檢查訂定適宜之標準流程及規定，以提供適宜的照護品質及確保醫療照護團隊能有效的溝通及整合。本章規範之目的有下列幾項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫事檢驗、解剖病理、血品供應單位及放射影像的各種檢查及治療應訂定運作規範，以確保安全及病人的評估資訊正確。 2.醫事檢驗、解剖病理、血品供應及放射影像等單位，執行檢查及治療之各種儀器設備必須遵照功能維護要求，依照所訂定的程序，進行必要時的查驗、保養、維修或校正等措施，以確保其運作正常。同時對於設備所產生的工作環境安全問題，應有妥善的處理方式與監測機制。 			
2.8.1	具備合宜的醫事檢驗設備，並能確保其正常運作與環境安全	<p>目的：</p> <p>維護醫事檢驗設備與環境的安全管理，確保檢驗品質與執業安全。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.應依醫院規模、機能及整體病人照護條件設置相關醫事檢驗之設備，提供正確檢驗結果，以符合一般醫療的需求。(原 2.8.1-符合 1) 2.具備之設施、設備規模足夠處理院內大部分每日常規檢驗需求，並備有快速檢驗設備，其功能可提供必要的檢驗項目及符合時效的結果報告，以因應急診醫療的需求。(原 2.8.1-優良 1) 3.與檢驗相關之設備(含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))，必須遵照功能維護要求，依照所訂定的程序，進行必要的查驗、保養、維修或校正等措施，以確保其運作正常，且每項設備留有維護紀錄可查。(原 2.8.1-符合 2 修) 4.依照法規訂有安全管理機制，對生物及化學危害物質有妥善的處理、監測，並留有記錄。(原 2.8.1-符合 3 修) <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.緊急檢驗之設施、設備因發生重大事故，無法因應急診醫療服務的 	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>需求時，有建立合適與有效的備援計畫或機制。(原 2.8.1-優良 2)</p> <p>2.詳細記錄與檢驗品質有關之重要設備故障或失靈原因、維護對策，並能連同處理結果妥善保存，以有助於日後設備查驗、保養、維修或校正等措施的穩定。(原 2.8.1-優良 3)</p> <p>3.針對檢驗工作環境的安全管理機制，應訂定完備之安全及應變計畫，並執行實際演練，相關執行紀錄內容完整，並妥善保存。(原 2.8.1-優良 4)</p> <p>[註] 安全計畫對象包括感染性物質、危險及有害物質的處理。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫療儀器、設備查驗、保養、維修或校正作業標準及查檢紀錄。(符合) 2.生物及化學危害物質相關安全規範及管理資料。(符合) 3.快速檢驗作業流程。(符合) 4.重要醫療儀器、設備故障時之備援計畫或機制。(優良) 5.重要醫療儀器、設備等故障之原因分析及改善紀錄。(優良) 6.各相關單位之緊急應變計畫及演練紀錄。(優良) 	
2.8.2	具備符合標準之醫事檢驗作業程序，並確實執行	<p>目的： 制訂與執行各項醫事檢驗作業程序與品管政策，確保檢驗品質。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.應訂定符合病人及檢驗檢體辨識、登錄、傳送、檢測、報告等作業的安全性、時效性與結果正確性要求之標準作業程序。(原 2.8.2-符合 1) 2.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 	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>檢體或檢驗項目的報告完成時間以及檢驗生物參考區間，能夠具有臨床溝通機制，依臨床需求據以實施。(原 2.8.3-符合 1)</p> <p>3.檢驗後的檢體儲存及安全的棄置管理辦法，其內容完整並能確實執行。(原 2.8.2-符合 3)</p> <p>4.檢驗服務項目須借助委外檢驗方式完成者，應制訂作業程序評估與選擇具有能力，且合乎品質要求的受委託檢驗單位。(原 2.8.2-符合 4 修)</p> <p>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)訂有作業程序與品質管理機制。(原 2.8.3-優良 4)</p> <p>優良項目：(下述項目(不含試評項目)須全部達成)</p> <p>1.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。(原 2.8.3-優良 1 修)</p> <p>2.醫院對於門診抽血櫃台於尖峰時間有因應對策，縮短等候時間，成效良好。(試)</p> <p>3.導入自動化與資訊化系統、流程改善或設備改良以提升各項醫事檢驗作業程序效率與品質，成效良好。(試)</p> <p>4.有建置智能化檢驗相關設備，以提升人力運用效能及品質安全。(試)</p> <p>[註]</p> <p>優良項目 2、3、4 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.檢驗檢體辨識、登錄、傳送、檢測、報告等作業規範或作業程序及紀錄。(符合/優良)</p> <p>2.檢驗後之檢體管理辦法(含儲存、棄置時之作業規範等)。(符合)</p> <p>3.委外檢驗之評估、履約管理、品質管理等作業程序及相關會議紀錄。</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		(符合)	
2.8.3	醫事檢驗作業具有完備的品質保證措施	<p>目的： 制訂醫事檢驗作業品質指標，定期稽核管理與檢討。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.依照醫事檢驗品質需求，制訂適用的品管政策與程序，內容包括內部品管、外部品管。內、外部品管監測結果發現異常時，應能執行問題調查與原因分析。(原 2.8.2-符合 3、原 2.8.3-優良 1 併) 2.應至少使用二種不同濃度之品管物質，進行檢驗作業流程之內部品管措施。(原 2.8.3-符合 2) 3.應定期參與能力試驗之外部品管活動，若檢驗項目無能力試驗可供參與時，應建立適當的比對機制，或必要時以實驗室間比對機制替代，可對檢驗之能力與品質，進行客觀性評估與系統性監測，且能力試驗結果回覆報告，有加註檢討說明或審核意見，並能妥善保存。(原 2.8.3-符合 3) 4.實施委外檢驗者，應定期要求受託檢驗單位提供精確度評估或接受外部能力評鑑之相關結果或證明。(原 2.8.3-符合 4) <p>優良項目：(下述項目(不含試評項目)須全部達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.每一年度均針對病人照護與醫事檢驗作業品質相關指標(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。(原 2.8.3-優良 2 修) 2.應建立品質保證執行過程之管理會議或稽核制度，定期與臨床照護單位召開檢驗服務流程與品質檢討會議，並有執行或會議紀錄可供審查。定期檢討評估，訂有改善方案，且改善成效良好。(原 2.8.3-優良 3 修) 	優良項目 1 所提「安全調查」係指：發現有危害病人生命安全之不良事件時，應有主動提出「調查分析」之作為，以及研議「避免再發生之預防措施」的檢討說明。

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>3. 實驗室通過品質認證(如財團法人全國認證基金會(Taiwan Accreditation Foundation, TAF)或美國病理學會(The College of American Pathologists, CAP)等國際認證)。(試)</p> <p>[註]</p> <p>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。</p> <p>2. 優良項目 3 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1. 醫事檢驗之品質管理政策與程序，及相關會議紀錄。(符合)</p> <p>2. 主要檢驗項目有定期執行品質校正紀錄。(符合)</p> <p>3. 委外檢驗之評估、履約管理、品質管理等作業程序及相關會議紀錄。(符合)</p> <p>4. 檢驗相關品質指標監測紀錄、統計資料及稽核制度之紀錄。(優良)</p> <p>5. 檢驗相關品質指標會議討論紀錄。(優良)</p> <p>6. 與臨床照護單位召開檢驗服務流程與品質檢討會議紀錄。(優良)</p> <p>7. 實驗室通過(國際)認證相關文件。(優良)</p> <p>8. 品質改善方案實例佐證資料，如：品管圈、教案教學、得獎紀錄等。(優良)</p>	
2.8.4	設有合宜之血品供應單位及供輸血作業程序，並能確實執行	<p>目的：</p> <p>制訂與執行合宜的血品管理與輸血作業程序，確保病人用血安全。</p> <p>符合項目：</p> <p>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。(原 2.8.4-符合 1 修)</p> <p>2. 血品供應單位(血庫)應以附有連續溫度記錄功能，或可產生溫度異常</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>警訊的冷藏及冷凍設備保管血液及血液製劑，並須定期定時查核相關紀錄。(原 2.8.4-符合 2)</p> <p>3.與血品使用前檢驗及庫存相關之設備(尤其是具有溫控及離心功能者)，須依照所訂定的程序，定期進行查驗、保養、維修或校正等措施，以確保其運作正常，且每項設備留有維護紀錄可查。(原 2.8.4-符合 3)</p> <p>4.明訂血液及血液製劑之供應作業程序及交付領用步驟，包括檢體辨識、使用前檢驗(交叉試驗等)、登錄、檢測、報告、血品傳送等，作業時效性與結果正確性要求之標準作業程序。(原 2.8.4-符合 4)</p> <p>5.檢驗後檢體的儲存及安全棄置，應有管理辦法並符合法規規定，其內容完整並能確實執行。(原 2.8.4-符合 5)</p> <p>6.對於緊急輸血及夜間、休息日的血品供應服務，應明訂有關血品對外訂購及院內申請使用之作業程序，並明確宣導全院醫護單位人員。(原 2.8.4-符合 6)</p> <p>7.血品供應單位必須評估血品於病房及手術室暫存保管之作業方式的適當性，並依照所使用保存設備的功能，訂有包括輸注前可存放的時間，及未輸注可退回的時間與條件等規範，提供相關醫護單位人員遵循。(原 2.8.4-符合 7)</p> <p>8.血品使用前之檢驗須借助委外檢驗方式完成者，應制訂作業程序評估與選擇具有能力，且合乎品質要求的受委託檢驗單位。(原 2.8.4-符合 8 修)</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1.血品使用前之檢驗與庫存相關設施、設備，若發生故障時，修復紀錄除要附註故障原因、維護對策之外，並要有執行品管監測結果紀錄佐證驗收。(原 2.8.4-優良 1)</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>2.與供應緊急輸血相關之設施、設備因發生重大事故，無法因應急診醫療服務的需求時，血品供應單位應建立備援計畫或機制。(原 2.8.4-優良 2)</p> <p>3.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。(原 2.8.4-優良 3 修)</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.血品儲存設備之溫度監控系統紀錄(含校正程序及紀錄)。(符合) 2.血品相關設備查驗、保養、維修或校正作業標準及查檢紀錄。(符合) 3.血品相關辨識、登錄、檢測、報告、血品傳送等作業規範或作業程序及相關紀錄。(符合) 4.檢驗後之檢體管理辦法(含儲存、棄置時之作業規範等)。(符合) 5.緊急輸血及夜間、休假日的血品對外訂購及院內申請使用作業程序。(符合) 6.血品暫存保管作業規範或流程及相關時效規定。(符合) 7.血品退回之標準作業流程。(符合) 8.委外檢驗之評估、履約管理、品質管理等作業程序及相關會議紀錄。(符合) 9.重要醫療儀器、設備等故障之原因分析及改善紀錄。(優良) 10.重要醫療儀器、設備故障時之備援計畫或機制。(優良) 	
2.8.5	血品供應作業具有品質保證措施	<p>目的： 制訂與執行合宜的品管政策與程序，確保血品與用血的品質與安全。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.應依照規則，確實執行血品供應流程相關紀錄，並保存所用血品批號 7 年。(原 2.8.5-符合 1) 	1.優良項目 2 所提「安全調查」係指：發現有危害病人生命安全之不良事件時，應有主動提出「調查分析」之作為，以及研議「避免再發生之預防措施」的檢討說明。

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>2.血品供應時效符合臨床醫療需求，且不同血品的申請領用時間，能夠經由與臨床協議後有明確的訂定，而據以實施。(原 2.8.5-符合 2)</p> <p>3.依照血品使用前檢驗品質需求，制訂適用的品管政策與程序，內容包括內部品管、外部品管。(原 2.8.5-符合 3)</p> <p>4.針對血品供應，訂有內、外部品管監測指標，當結果發現異常時，應執行問題調查與原因分析。(原 2.8.5-優良 1)</p> <p>5.血庫能提供血品使用單位人員，對於血液及血液製劑供應相關諮詢的教育訓練，以共同提升輸血醫療的品質與安全。(原 2.8.5-優良 5)</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1.應設有輸血委員會，定期檢討輸血用血液製劑，尤其是血漿、血小板等之適應症及使用標準。(原 2.8.5-優良 2)</p> <p>2.每一年度定期(至少每年 2 次)舉行輸血委員會議，針對病人照護品質相關指標(如：供應時效監測，客訴意見處理、供應品質與安全調查等)，及防止副作用等有關保障病人輸血安全的成效進行分析，並有相關統計報告，且發現異常狀況時，能進行相關因應措施，及留有紀錄可供檢討。(原 2.8.5-優良 3)</p> <p>3.確實掌握訂購輸血用血液製劑之種類、使用及退還狀況，並致力減少退還情況。(原 2.8.5-優良 4)</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.血品供應(含退還)之標準作業流程及相關紀錄。(符合)</p> <p>2.血品使用前之品管政策與程序。(符合)</p> <p>3.血品使用單位人員相關教育訓練資料。(符合)</p> <p>4.輸血委員會設置辦法及會議紀錄。(優良)</p> <p>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)</p>	<p>2.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。</p>

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
2.8.6	具備合宜的病理診斷設備，並能確保其正常運作與環境安全	<p>目的： 維護病理診斷設備與環境安全管理，確保診斷品質與執業安全。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.應依醫院規模、機能及整體病人照護條件設置相關病理診斷之設備，提供正確病理診斷結果，以符合一般醫療的需求。(原 2.8.6-符合 1) 2.具備之設施、設備規模足夠處理院內大部分病理診斷，備有快速病理診斷之設備，且能提供手術中之快速病理診斷(如：冰凍切片 frozen section)需求。(原 2.8.6-優良 1、2 併) 3.與病理診斷相關之設備，必須遵照功能維護要求，依照所訂定的程序，進行必要的查驗、保養、維修或校正等措施，以確保其運作正常，且每項設備留有維護紀錄可查。(原 2.8.6-符合 2) 4.依照法規訂有安全管理機制，針對生物及化學危害物質(如：揮發性有機物質)有妥善的處理、監測，並留有記錄。(原 2.8.6-符合 3 修) <p>優良項目：(下述項目(不含試評項目)須全部達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.整體之設施、設備規模足夠自行處理院內各類病理診斷需求，並有備援計畫或機制，對於急診手術亦能提供快速病理診斷。(原 2.8.6-優良 3) 2.針對病理工作環境的生物及化學危害物質安全管理機制，應訂定完備之安全及應變計畫，並執行實際演練，相關執行紀錄內容完整，並妥善保存。(試) <p>[註] 優良項目 2 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		1.快速病理診斷之作業流程或數量統計資料。(符合) 2.病理診斷相關儀器與設備之查驗、保養、維修或校正作業標準及查檢紀錄。(符合) 3.生物及化學危害物質相關安全規範及管理資料。(符合) 4.重要醫療儀器、設備之備援計畫或機制。(優良)	
2.8.7	具備符合標準之病理診斷作業程序，並確實執行	<p>目的： 制訂與執行各項標準病理診斷作業程序，確保診斷品質。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院應明訂哪些取自人體之組織檢體或手術切除器官，應送病理檢查。病理檢查紀錄完整，足供臨床醫師診斷及治療用。(原 2.8.7-符合 1 修) 2.應訂定符合病理檢體辨識、登錄、傳送、診斷、報告等作業的安全性、時效性與結果正確性要求之標準作業程序。(原 2.8.7-符合 2) 3.病理檢體之儲存與棄置，應有管理辦法並符合法規規定，其內容完整並能確實執行。(原 2.8.7-符合 3 修) 4.病理診斷服務項目須借助委外檢驗方式完成者，應制訂有效的作業程序，以評估與選擇具有能力，且合乎品質要求的受委託檢驗單位。(原 2.8.7-符合 4) <p>優良項目：(下述項目(不含試評項目)須全部達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.相關作業程序執行狀況良好，留有紀錄可供檢討。(原 2.8.7-優良 1) 2.導入資訊化或智能化系統以提升病理檢體處理與儲存作業程序效率與品質，成效良好。(試) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.衛生福利部(原：行政院衛生署)於 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： 	醫療機構所採取之組織檢體，或取自人體之異物，若與病灶有關，或臨床上有需要，均應送請病理檢查，此處所指之組織檢體由醫院自訂。

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>(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。</p> <p>(2)呼吸系統：鼻竇、副鼻竇、鼻咽、聲帶、喉、氣管、支氣管、肺臟、肋膜。</p> <p>(3)心臟血管系統：血管(動脈、靜脈)、心臟、心包膜。</p> <p>(4)泌尿系統：腎臟、輸尿管、尿道、膀胱、前列腺。</p> <p>(5)內分泌系統：甲狀腺、副甲狀腺、腎上腺、腦下垂體、胸腺。</p> <p>(6)造血淋巴系統：骨髓、脾臟。</p> <p>(7)骨骼與肌肉系統：骨骼截除、肢體截除。</p> <p>(8)神經系統：腦、脊髓、神經、腦膜。</p> <p>(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。</p> <p>(10)感官器官：眼、中耳、內耳。</p> <p>2.優良項目 2 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.醫院自訂哪些取自人體之組織檢體或手術切除器官，應送病理檢查。(符合)</p> <p>2.每月各項病理診斷之服務量統計資料。(符合)</p> <p>3.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)</p> <p>4.檢驗後之檢體管理辦法(含儲存、棄置時之作業規範等)。(符合)</p> <p>5.委外檢驗之評估、履約管理、品質管理等作業程序。(符合)</p> <p>6.相關作業程序檢討紀錄資料。(優良)</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
2.8.8	病理診斷作業具有完備的品質保證措施	<p>目的： 病理診斷作業訂有品管指標，並定期稽核管理及檢討。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 病理診斷報告內容完整，報告時效符合臨床醫療需求，且不同類型檢體的報告完成時間，能夠經由與臨床協議後有明確的訂定，而據以實施。(原 2.8.8-符合 1) 2. 組織病理委員會定期召開，並有會議紀錄可查。病理診斷報告應有審查及檢討評估機制(醫療法第 65 條)。(原 2.8.8-符合 2、優良 1 併) 3. 依照病理診斷品質需求，制訂適用的品管政策與程序，內容包括內部品管、外部品管或建立適當的比對機制。(原 2.8.8-符合 3) 4. 實施委外檢驗者，應定期要求受託檢驗單位提供上述之資料。(原 2.8.8-符合 4) <p>優良項目：(下述項目(不含試評項目)僅限一項未達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 每一年度均針對病理診斷品質相關指標進行分析，並有相關統計報告留有紀錄，有檢討改善。(原 2.8.8-優良 2 修) 2. 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，成效良好。(原 2.8.8-優良 3 修) 3. 與臨床照護單位召開病理服務流程與品質檢討會議，並有執行或會議紀錄可供審查。定期檢討評估，訂有改善方案，且改善成效良好。(原 2.8.8-優良 4 修) 4. 癌症診斷報告格式符合需求，且應有雙重檢核機制(Double check)。(原 2.8.8-優良 5) 5. 針對其他醫院的特殊案例，能提供病理諮詢服務，且有具體佐證。(試) 6. 實驗室通過品質認證(如財團法人全國認證基金會(Taiwan 	符合項目 3 所提「比對機制」，可以病人過去報告來比對。

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>Accreditation Foundation, TAF) 或美國病理學會(The College of American Pathologists, CAP) 等國際認證)。(試)</p> <p>[註] 優良項目 5、6 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.組織病理委員會章程及會議紀錄。(符合) 2.病理診斷結果與報告完成作業規範。(符合) 3.病理診斷之品管政策與程序。(符合) 4.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) 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.與臨床照護單位召開病理服務流程與品質檢討會議紀錄。(優良) 8.品質改善方案實例，如：品管圈、教案教學、得獎紀錄等。(優良) 9.實驗室通過(國際)認證相關文件。(優良) 	
2.8.9	具備合宜的放射診斷(含核子醫學)設備，並能確保其功能正常運作與環境安全	<p>目的： 維護放射診斷(含核子醫學)設備與受檢環境的規劃及管理，以確保放射影像品質與環境安全。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.應依醫院規模、機能及整體病人照護條件設置相關放射診斷(含核子醫學)之設備，且除攝影室外，亦須具備適當的閱片設備、候診空間、更衣室及影像資料檔案室等空間。其功能可提供必要的檢查結果，以符合一般醫療的需求。(原 2.8.9-符合 1) 2.與檢查相關之設備，必須遵照功能維護要求，依照所訂定的程序， 	優良項目 1，實地評鑑時，委員將加強輻射物質意外事件應變計畫。

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>進行必要的查驗、保養、維修或校正等措施，以確保其運作正常，且每項設備留有維護紀錄可查。有關設備及儀器之維護要求，若無法自行完成者，應與廠商訂定維修保養合約，並應訂有檢查標準操作手冊。(原 2.8.9-符合 2)</p> <p>3.放射線診斷及核子醫學檢查室的設計與設備，須符合游離輻射防護法規之規範。工作環境的游離輻射防護，必須依照法規訂定安全管理計畫，以執行妥善的防護、監測與紀錄；如有廢片或污染廢棄物須處理時，應符合國家法規訂定相關作業規範。(原 2.8.9-符合 3)</p> <p>4.設有放射診斷、核子醫學、放射治療之任二項診療業務者，應設置輻射防護管理委員會，每年至少召開二次會議，並發揮委員會功能，且有會議紀錄可查。(原 2.8.9-符合 4)</p> <p>5.檢查過程所需之急救設備完善，且檢查室內外之規劃設計，能以病人隱私為考量，提供安全、舒適的檢查環境。(原 2.8.9-符合 5)</p> <p>6.應具有輻射防護專業之人員；且輻射從業人員每人每年至少應接受 3 小時輻防之繼續教育與健檢。(原 2.8.9-符合 6)</p> <p>優良項目：(下述項目(不含試評項目)僅限一項未達成)</p> <p>1.配有各項輻射防護偵測設備及假體，並訂有標準作業流程。醫院應訂有輻射物質意外事件應變計畫，並落實各項安全查核工作，相關執行紀錄內容完整，及妥善保存。(原 2.8.9-優良 2 修)</p> <p>2.儀器設備依照服務內容及作業品質評估，適當汰舊換新。(原 2.8.9-優良 3)</p> <p>3.全院醫事放射人員，10%以上應領有游離輻射防護人員證書。(原 2.8.9-優良 4 修)</p> <p>4.緊急檢查之設施、設備因發生重大事故，無法因應緊急醫療服務需求時，檢查部門應建立備援計畫或機制，包括數位化影像醫學儀器</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>應有不斷電或緊急發電設備與影像傳送機制。(原 2.8.9-優良 5 修)</p> <p>5.應有專責醫事放射師負責放射影像品質及輻射安全作業。(試)</p> <p>[註]</p> <p>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。</p> <p>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：</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>3.優良項目 5 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.醫療儀器、設備查驗、保養、維修或校正作業標準及查檢紀錄。(符</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>合/優良)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.醫療儀器外包廠商管理辦法及相關合約。(符合) 3.符合法規之輻射防護安全管理計畫。(符合) 4.輻射安全作業，例如儀器、環境及輻防器具等安全檢測。(符合) 5.輻射防護管理委員會設置辦法、會議紀錄。(符合) 6.急救設備平時保養、點班紀錄。(符合) 7.輻射防護師(員)證照，輻射防護人員與從業人員資格資料(含繼續教育訓練及健檢)。(符合) 8.輻射偵測設備及假體作業程序、輻射物質意外事件應變計畫及相關紀錄。(優良) 9.重要醫療儀器之備援計畫或機制。(優良) 	
2.8.10	具備符合標準之放射診斷(含核子醫學)作業程序，並確實執行	<p>目的： 制訂與執行各項完備的放射診斷(含核子醫學)作業程序與品管政策，確保放射診斷品質。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.應訂定符合檢查需求之病人辨識、登錄、運送、檢查、報告等作業時效性與結果正確性要求之標準作業程序，同時須包括全部檢查過程的病人安全防護管理及應變機制，其內容完整且能確實執行。(原 2.8.10-符合 1) 2.依照放射診斷(含核子醫學)作業品質需求，制訂適用影像品質品管政策與程序。(原 2.8.10-符合 2) 3.核子醫學若有執行 RIA，則依照核子醫學檢驗品質需求，制訂適用的品管政策與程序，內容包括內部品管、外部品管(能力試驗)，若檢驗項目無外部品管(能力試驗)活動可供參與準確度評估時，應建立適當的比對機制。(原 2.8.10-符合 3) 	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>4.檢查服務項目須借助委外檢驗方式完成者，應制訂管理作業程序評估與選擇具有能力，且合乎品質要求的受委託檢查單位。(原 2.8.10-符合 4 修)</p> <p>5.應與相關診療科醫師舉行病例檢討，並留有紀錄可查。(原 2.8.10-符合 5)</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1.相關作業程序執行狀況良好，留有紀錄可供審查。(原 2.8.10-優良 1)</p> <p>2.迅速提供正確的影像診療報告，且配合轉診、轉檢或轉院等需求。(原 2.8.10-優良 2)</p> <p>3.配合衛生福利部政策上傳醫療影像及參與交換機制，建立特定檢查資源共享模式。(原 2.8.10-優良 3 修)</p> <p>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。(原 2.8.10-優良 4)</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.檢查病人辨識、登錄、運送、檢查、報告等作業規範或作業程序及紀錄。(符合)</p> <p>2.放射診斷作業之品管政策與程序。(符合)</p> <p>3.委外檢驗之評估、履約管理、品質管理等作業程序及相關會議紀錄。(符合)</p> <p>4.放射診斷作業執行狀況檢討紀錄或相關管理會議紀錄。(優良)</p> <p>5.轉診、轉檢或轉院時影像診療報告之作業流程。(優良)</p> <p>6.聯合討論會(如：與相關診療科醫師舉行病例檢討會)會議紀錄。(優良)</p>	
2.8.11	放射診斷(含核子	目的：	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
	醫學)作業具有完備的品質保證措施	<p>訂定相關品質指標及監測，確保放射診斷(含核子醫學)作業品質。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.放射診斷(含核子醫學)報告內容完整，報告時效符合臨床醫療需求，且不同檢查項目的報告完成時間，能夠經由與臨床協議後有明確的訂定，而據以實施。(原 2.8.11-符合 1) 2.影像診療報告應由放射線(診斷)科專科醫師或核子醫學科專科醫師製作；報告內容需適當詳實。(原 2.8.11-符合 2) 3.放射診斷(含核子醫學)相關影像檔案管理適當。(原 2.8.10-符合 3) <p>優良項目：(下述項目(不含試評項目)僅限一項未達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.品質監測結果發現異常時，應能執行問題調查與原因分析。(原 2.8.11-優良 1) 2.每一年度均針對病人照護品質相關指標(如：報告時效監測、客訴意見處理、檢查品質、報告正確性與病人安全調查等)進行分析，並有相關統計報告，且發現異常狀況時，能進行相關因應措施，及留有紀錄可供審查。(原 2.8.11-優良 2) 3.報告內容完整，且有適當影像會診機制，能協助臨床診療。(原 2.8.11-優良 3) 4.有建置自動化影像設備，以提升人力運用效能及品質者。(試) 5.定期與臨床照護單位召開服務流程品質檢討會議，並建立品質保證執行過程之管理會議或稽核制度。(原 2.8.11-優良 4) <p>[註]</p> <p>優良項目 4 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.放射診斷檢查結果與報告完成作業規範。(符合) 	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		2.放射診斷影像檔案管理機制。(符合) 3.放射診斷相關品質指標監測紀錄、統計資料及稽核制度之紀錄。(優良) 4.排班照會系統或班表。(優良) 5.自動化，例如自動收件機協助分配工作、移動式數位 X 光機即時上傳影像等。運用自動化設備的工作資料。(優良) 6.與臨床照護單位召開服務流程品質檢討會議紀錄。(優良)	
2.8.12	具備合宜的放射治療(含核子醫學)設備，並能確保其正常運作與環境安全	目的： 維護完備的放射治療(含核子醫學)設備與受檢環境的規劃與管理，確保放射治療品質與環境安全。 符合項目： 1.應依醫院規模、機能及整體病人照護條件設置相關放射治療(含核子醫學)設備，且除治療室外，亦須具備適當的觀察設備、更衣室及檔案室等空間。其功能可提供必要的治療結果，以符合一般醫療的需求。(原 2.8.12-符合 1 修) 2.與治療相關之設備，必須遵照功能維護要求，依照所訂定的程序，進行必要的查驗、保養、維修或校正等措施，以確保其運作正常，且每項設備留有維護紀錄可查。有關設備及儀器之維護要求，若無法自行完成者，應與廠商訂定維修保養合約，並應訂有檢查標準操作手冊。(原 2.8.12-符合 2) 3.放射線或核子醫學治療室的設計，須符合游離輻射防護法規之規範。工作環境的游離輻射防護設置與措施，必須依照法規訂有安全管理計畫，以執行妥善的防護、監測與記錄；如有污染性廢棄物須處理時，應符合國家法規訂定相關作業規範。(原 2.8.12-符合 3) 4.設有放射診斷、核子醫學、放射治療之任二項診療業務者，應設置	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>輻射防護管理委員會，每年至少召開二次會議，並發揮委員會功能，且有會議紀錄可查。(原 2.8.12-符合 4 修)</p> <p>5.治療過程所需之急救設備完善，且治療室內外之規劃設計，能以病人隱私為考量，提供安全、舒適的就醫環境。(原 2.8.12-符合 5)</p> <p>6.應具有輻射防護之專業人員；放射治療(腫瘤)部門，需具備領有輻射防護師資格之人員，且輻射從業人員每人每年至少應接受 3 小時輻防之繼續教育與健檢。(原 2.8.12-符合 6)</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1.配有各項輻射防護偵測設備及假體，並訂有標準作業流程，以落實各項安全查核工作，相關執行紀錄內容完整，及妥善保存。(原 2.8.12-優良 2)</p> <p>2.儀器設備依照服務內容及作業品質評估，適當汰舊換新。(原 2.8.12-優良 3)</p> <p>3.全院醫事放射人員，10%以上應領有游離輻射防護人員證書。(原 2.8.12-優良 4)</p> <p>4.治療之設施、設備因發生重大事故，無法因應緊急醫療服務的需求時，治療部門應建立備援計畫或機制，包括治療中因停電停止供電時，可供治療中病人治療床緊急下降移出病人之備援。(原 2.8.12-優良 5 修)</p> <p>[註]</p> <p>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。</p> <p>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：</p>	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫療儀器、設備查驗、保養、維修或校正作業標準及查檢紀錄。(符合/優良) 2.醫療儀器外包廠商管理辦法及相關合約。(符合) 3.符合法規之輻射防護安全管理計畫，及監測紀錄。(符合) 4.輻射安全作業，例如儀器、環境及輻防器具等安全檢測。(符合) 5.輻射防護管理委員會設置辦法及會議紀錄。(符合) 6.急救設備平時保養、點班紀錄。(符合) 7.輻射防護師(員)證照，輻射工作人員資格資料(含繼續教育訓練及健檢)。(符合) 8.輻射偵測設備及假體作業程序及相關紀錄。(優良) 	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		9.重要醫療儀器之備援計畫或機制。(優良)	
2.8.13	具備符合標準之放射治療(含核子醫學)作業程序，並確實執行	<p>目的： 制訂與執行各項完備的放射治療(含核子醫學)作業程序與品管政策，確保放射治療品質。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.應訂定符合治療需求之病人辨識、登錄、運送、治療等作業時效性與結果正確性要求之標準作業程序，同時須包括全部治療過程的病人安全防護管理及應變機制，其內容完整且能確實執行。(原 2.8.13-符合 1) 2.依照放射治療(含核子醫學)品質保證需求，制訂適用放射治療之品管政策與程序。(原 2.8.13-符合 2) 3.放射線治療的計畫、實施及其結果判定，必須由放射腫瘤專科醫師簽核。(原 2.8.13-符合 3 修) 4.放射線治療檢討會須定期舉行，並納入每位病人治療計畫內施行。(原 2.8.13-符合 4) 5.應與相關診療科醫師舉行病例檢討會，並留有紀錄可查。(原 2.8.13-符合 5) <p>優良項目：(下述項目須全部達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.相關作業程序執行狀況良好，留有紀錄可供審查。(原 2.8.13-優良 1) 2.放射線治療檢討會之經過及結果應記錄於病人診療紀錄內；當病人需要轉科或轉院時，應將檢討結果、放射治療計畫及摘要，妥善轉予相關科別或醫院。(原 2.8.13-優良 2、3 併) <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.放射治療病人辨識、登錄、運送、治療等作業規範或作業程序及紀 	

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		錄。(符合) 2.放射治療作業之品管政策與程序。(符合) 3.抽查放射治療診療相關病歷資料(如：治療計畫、病歷摘要等)。(符合)	
2.8.14	放射治療(含核子醫學)作業具有完備的品質保證措施	目的： 相關品質指標的監測與分析，確保放射治療(含核子醫學)作業的品質。 符合項目： 1.診療報告應由放射腫瘤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。(原 2.8.14-符合 1 修) 2.放射治療(含核子醫學)相關影像檔案管理適當。(原 2.8.14-符合 2) 優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.品質監測結果發現異常時，應能執行問題調查與原因分析。(原 2.8.14-優良 1) 2.每一年度均針對病人照護品質相關指標(如：診療時效監測、客訴意見處理、檢查品質、診療時效與安全調查等)進行分析，並有相關統計報告，且發現異常狀況時，能進行相關因應措施，及留有紀錄可供檢討。(原 2.8.14-優良 2) 3.應建立品質保證執行過程之管理會議或稽核制度。(原 2.8.14-優良 3) 4.診療紀錄內容完整，且有適當會診機制，能協助臨床診療。(原 2.8.14-優良 4) 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。(原 2.8.14-優良 5) 評量方法及建議佐證資料： 1.放射治療診療報告完成作業規範。(符合)	優良項目 2 所提「安全調查」係指：發現有危害病人生命安全之不良事件時，應有主動提出「調查分析」之作為，以及研議「避免再發生之預防措施」的檢討說明。

112 年度醫院評鑑基準及評量項目(醫學中心適用)

條號	條文	評量項目	委員共識
		2.放射治療影像檔案管理機制。(符合) 3.放射治療相關品質指標監測紀錄、統計資料及稽核制度之紀錄。(優良) 4.排班照會系統或班表。(優良) 5.與臨床照護單位召開科際聯合檢討會議紀錄。(優良)	