

112 年度精神科醫院評鑑基準及評量項目、評鑑委員評量共識

目錄

凡 例.....	2
附表、112 年度精神科醫院評鑑基準條文分類統計表.....	4
第 1 篇、經營管理 第 1.1 章 醫院經營策略	5
第 1 篇、經營管理 第 1.2 章 人力資源管理與員工支持	9
第 1 篇、經營管理 第 1.3 章 員工教育訓練	24
第 1 篇、經營管理 第 1.4 章 病歷、資訊與溝通管理	28
第 1 篇、經營管理 第 1.5 章 安全的環境與設備	33
第 1 篇、經營管理 第 1.6 章 病人導向之服務與管理	43
第 1 篇、經營管理 第 1.7 章 危機管理與緊急災害應變	47
第 2 篇、醫療照護 第 2.1 章 病人及家屬權責	51
第 2 篇、醫療照護 第 2.2 章 醫療照護品質與安全管理	57
第 2 篇、醫療照護 第 2.3 章 醫療照護之執行與評估	61
第 2 篇、醫療照護 第 2.4 章 特殊照護服務	73
第 2 篇、醫療照護 第 2.5 章 用藥安全.....	93
第 2 篇、醫療照護 第 2.6 章 感染管制.....	99
第 2 篇、醫療照護 第 2.7 章 檢驗、病理與放射作業	102

凡 例

一、本基準內容之編排，區分為篇、章、條、項、款五個層級，計分「經營管理篇」與「醫療照護篇」，每篇各 7 個章節，共計 109 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。

二、本基準之條文，有下列分類方式（參考下頁附表）：

(一)依醫院可否選擇免評該條文，可區分為「不可免評之條文」與「可免評之條文（not applicable）」。「可免評之條文」，除該條文另有規定者外，可略分為兩類：

1. 因醫院未提供該項服務而選擇免評之條文，於條號前以「可」字註記。
2. 僅限精神急性一般病床及精神慢性一般病床加總合計 99 床（含）以下之醫院，可選擇免評之條文者，於條號前以「可*」字註記。

(二)評量方式為「符合、不符合」，評鑑基準評量達「符合」者，該條文始為合格。

(三)「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，共計有 4 條（1.2.7、1.2.10、1.2.11、1.2.12）。若此類條文評量為不合格者，則列為「評鑑不合格」。

(四)「重點條文」，有下列分類方式（參考下頁附表），若此類條文評量為不合格者，則須限期改善並接受複查：

1. 條號前以「重」字註記，共計有 1 條（2.3.5），此類條文規範護病比標準。
2. 條號前以「重*」字註記，共計有 3 條（1.2.13、1.2.14、1.2.15），分別規範職能治療服務、臨床心理及社工三職類人力配置，為精神科教學醫院之重點條文。
3. 條號前以「重**」字註記，共計有 1 條（1.2.16），規範職能治療服務、臨床心理及社工三職類員額人力配置加總後之總額，為精神科醫院之重點條文；若為精神科教學醫院，本條得免評。

4. 如醫院非為精神科教學醫院，其重點條文為 2 條（1.2.16、2.3.5），如醫院為精神科教學醫院，其重點條文為 4 條（1.2.13、1.2.14、1.2.15、2.3.5）。

(五)「試評條文」，於條號前以「試」字註記，共計有 6 條(2.4.22、2.4.23、2.4.24、2.4.25、2.4.26、2.4.27)，惟此類條文評量結果不納入評鑑成績計算。

(六)於符合項目後以「試/可」字註記者，列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算，惟申請「總病床 99 床（含）以下」者可免評；其相對應之評量方法及建議佐證資料將註記「試/可」。

附表、112 年度精神科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		必要條文 之條數	重點條文 之條數			試評 條文之條 數
				可	可*（總床數 99 床以下）		重	重*	重**	
	一、 經營管理	1.1	醫院經營策略	4	0	0	0	0	0	0
	1.2	人力資源管理與員工支持	16	2	0	4	0	3	1	0
	1.3	員工教育訓練	4	1	0	0	0	0	0	0
	1.4	病歷、資訊與溝通管理	3	0	0	0	0	0	0	0
	1.5	安全的環境與設備	7	0	1	0	0	0	0	0
	1.6	病人導向之服務與管理	4	0	0	0	0	0	0	0
	1.7	危機管理與緊急災害應變	2	0	0	0	0	0	0	0
第一篇合計			40	3	1	4	0	3	1	0
二、 醫療照護	2.1	病人及家屬權責	6	2	0	0	0	0	0	0
	2.2	醫療照護品質與安全管理	3	0	0	0	0	0	0	0
	2.3	醫療照護之執行與評估	15	1	0	0	1	0	0	0
	2.4	特殊照護服務	27	14	2	0	0	0	0	6
	2.5	用藥安全	7	0	0	0	0	0	0	0
	2.6	感染管制	3	0	0	0	0	0	0	0
	2.7	檢驗、病理與放射作業	8	5	1	0	0	0	0	0
第二篇合計			69	22	3	0	1	0	0	6
總計			109	25	4	4	1	3	1	6

第 1 篇、經營管理 第 1.1 章 醫院經營策略

條號	條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
1.1	醫院經營策略	【重點說明】 醫院經營管理實務中，經營策略決定醫院的定位及政策，透過每項政策的擘劃、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是社區民眾所需要的。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、出資者或院長，依個別醫院架構可自行定位）負責邀集經營團隊(executive team)（可能包含院長、副院長、資深主管、部科或醫療團隊主管依個別醫院架構可自行定位）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，並由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，型塑追求病人安全及醫療品質之文化，建立內部病安、品質促進及管理機制，提供病人真正需要、適度不浪費的醫療照護。 在此前提下，依循宗旨、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之需求納入，以符合醫院永續發展之需要。另外，經營團隊應具備執行職務所必須之知識、技能及素養，定期收集病人安全、醫療品質與經營管理（業務與流程）相關之全院指標並進行分析，醫院之監督或治理團隊與經營團隊間應定期針對相關資料之分析結果進行討論，以確認需改善之相關議題，如監控高門診人次之品質等問題。其他，如會計、成本管理與財務稽核作業等亦是確保醫院財務健全達成永續經營所不可或缺之經營策略支援系統。為確保醫院之總體經營績效符合醫院之宗旨、國家政策與法令之要求，監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。醫院評鑑之整體規劃，遂依此概念整合本功能相關基準及評分說明。	
1.1.1	明訂宗旨、願景及目標，確認醫院在服務區域的角色及功能，並據以擬定適當之目標與計畫	目的： 訂定宗旨、願景與目標，營造病人安全、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。 符合項目： 1.醫院之監督或治理團隊與經營團隊能共同訂定醫院之宗旨、願景及目標，能營造下列文化：追求病人安全及醫療品質、以病人為中心、尊重病人權利、提供的醫療照護是病人所真正需要。 2.在訂定過程中能將服務區域之需求分析結果納入策略規劃中，依據前述策略分	

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
			析結果明訂醫院在服務區域的角色與功能，由經營團隊擬訂年度目標與計畫，並確認需改善之相關議題(如：就服務病人相關的議題，參考背景說明、重要的品質指標報告等進行檢討)，並獲得共識。 3.醫院之監督或治理團隊審查及核准為達成醫院宗旨、願景與目標所需之策略性相關計畫及所編列之相關預算。(試/可) 4.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。(試/可) [註] 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、出資者、醫院所有權人、院長等，以下簡稱監督團隊。 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。 3.符合項目 3 所指之策略性計畫與預算是指為達成醫院宗旨、願景與策略目標之特定計畫及預算(不包括日常營運所需之計畫與預算)。 4.符合項目 3、4 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算，惟申請「總病床 99 床(含)以下」者可免評。 評量方法及建議佐證資料： 1.可呈現醫院監督或治理團隊及經營團隊之章程、組織圖。 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。 3.服務區域需求之分析結果。 4.醫院在病人安全及醫療品質、以病人為中心、尊重病人權利、提供的醫療照護是病人所真正需要之執行成果。	
1.1.2		明訂組織架構及指揮系統，落實分層負責與分工	目的： 明訂組織架構、指揮系統及管理制度，收集醫療業務管理及內部作業流程等相關指標，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.訂有清楚之醫院組織架構圖。 2.訂有醫院各項管理制度規章，包含各項業務管理制度規章等，各部門並據以訂定作業規範或程序。	

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
			3.設置會計業務單位或專責人員。專責人員應熟悉一般公認會計原則，據以執行會計業務，建立並執行內控機制。 4.定期選擇適當管理工具實施年度性醫院內部作業流程指標分析及檢討。(試/可) [註] 1.符合項目 4 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算，惟申請「總病床 99 床（含）以下」者可免評。 評量方法及建議佐證資料： 1.醫院組織架構圖、組織章程。 2.各單位辦事規則（工作手冊）、作業規範或程序相關檢討之會議紀錄。 3.組織調整規章修正之公告相關資料。 4.會計部門組織與章程與負責主管之資料。 5.醫院之會計制度及各部門之成本分析報表（月、季與年）。 6.醫療業務指標與內部作業指標收集結果。 7.醫療業務指標與內部作業指標之執行成效與改善紀錄。(試/可)	
	1.1.3	應訂有醫療品質及病人安全指標，並如期提報持續性監測系統之量性指標及質性文件	目的： 定期提報醫療品質相關量性指標及質性文件，達到持續性之內部改善及自我管理，並確保醫療品質。 符合項目： 1.應訂定適當的醫療品質及病人安全指標，確實執行及評估。 2.有專責人員或部門負責收集醫療業務管理及內部作業流程相關指標，且每年至少有一次以上之報告。 3.收集醫療業務管理相關指標至少 5 項，並應包含自殺、暴力、跌倒、醫療照護相關感染率（或密度）。 4.收集內部作業指標至少包含：平均住院日、出入院人次、門診等候時間等。 5.監測面向應涵蓋病人就醫流程及醫品管理需求。(試/可) [註] 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)、住院人日、他院轉入病人數、轉出病人數、疾病排名變化、死亡率(粗、淨率)...等。 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，惟申請「總病床 99	【委員共識】 本年度精神科醫院評鑑持續性監測指標為試辦，故不列入評鑑評量項目。 【查證重點提醒】 有關提報醫療品質相關量性指標，查證項目可依符合項目 3 及 4 進行查證。

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
			床（含）以下」者可免評。 評量方法及建議佐證資料： 1.平均每年指標提報完成率。 2.醫療品質及病人安全指標。 3.相關品質指標之統計、分析及檢討報告。	
	1.1.4	擬定並參與社區健康促進活動	目的： 依據社區民眾之需求，訂定健康促進年度工作計畫及明確之目標，落實執行與定期檢討改善，促進民眾健康。 符合項目： 1.應有專責人員或部門負責辦理社區心理健康活動，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；且工作人員應接受相關教育課程或研討會等實務訓練。 2.提供病人輔導、諮商及社區聯繫工作，並協助解決其困難。 3.能參考服務區域民眾之就醫需求分析結果訂有社區健康促進年度工作計畫以及明確之目標，落實執行。(試/可) 4.舉辦以社區民眾為對象的演講、健康教室、研討會、電話諮商等，並透過各項文宣、網頁或公開活動將其告知社區民眾。(試/可) [註] 1.符合項目 3、4 列為試評項目。，評量結果不納入評鑑成績計算，惟申請「總病床 99 床（含）以下」者可免評。 評量方法及建議佐證資料： 1.社區健康促進年度工作計畫與依計畫進行之相關活動，如舉辦以社區民眾為對象的演講、健康教室、研討會、電話諮商等或研討會之紀錄。	【委員共識】 【查證重點提醒】 社區健康促進活動亦包含社區衛教、社區健康教育及協助支援衛生局相關心理衛生宣導。

第 1 篇、經營管理 第 1.2 章 人力資源管理與員工支持

條號	條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
1.2	人力資源管理 與員工支持	【重點說明】 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）、妥適的工作環境與情緒支持等，營造最適醫院定位之工作環境與條件。另希望引導醫院及主管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，並評估員工工作負荷，且依業務量變化適時調整人力，並設計適用的各項資源投入與產出、期待與實際之差異，找出造成差異的原因及確定改善方向。 醫院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、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。	
1.2.1	設置人事管理專責單位，各部門的職掌及職務規範明確，並對醫師的診療品質及工作量，定期作客觀的評估	目的： 建立人事管理制度，明確規範各部門的職掌及職務，並定期評估醫師合理的工作量、專業能力及監測診療品質，確保醫療品質及病人安全，營造最適醫院定位之工作環境與條件。 符合項目： 1.設有專責人事管理部門或人員，訂定權責明確之人事管理規章及各部門業務職掌與工作規範。 2.設有完善之職務代理人制度。 3.醫師工作量之評估應包含：診療的住院病人數、每診看診人數、每週看診診次、每月值班時數、精神治療案數，且診療品質有定期評核機制。 4.對於執行高風險或高技術醫療行為之醫師，有明確界定其可在醫院內執行之項	【委員共識】 1.符合項目 4 所提高風險之醫療行為，如：ECT。 2.符合項目 3 所提「訂定醫師之合理醫療服務量」，其中「每診看診人數」建議可參考衛生福利部中央健康保險署所訂合理醫療門診量之規範，每位醫師每診次平均門診量低於 45 人次。 3.關於員工出勤管理符合勞

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
			目範圍。(試/可) [註] 1.醫院員工包含所有醫事及行政人員(含約聘僱及計畫項下雇用人員)。 2.有關職務代理人制度之查證著重醫師。 3.員工工作規範如上班時間表、排班制度、工作說明書等，且符合相關規定。 4.若本分院(院區)個別獨立評鑑者，分院仍應有適用分院之規章辦法。 5.符合項目 4 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算，惟申請「總病床 99 床(含)以下」者可免評。 評量方法及建議佐證資料： 1.人事管理規章。 2.各部門之職掌及職務規範或業務手冊。 3.醫師門診時間表、病人數、手術件數、檢查判讀報告件數服務量統計資料。 4.高風險或高技術之醫療行為規範及檢討報告資料。	基法工時相關規定，或對於勞工檢查缺失有具體改善，經實地評鑑須給予相關改善意見時，請提供於綜合意見。
	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。 2.依據相關法令訂定適當的薪資制度，並有規範加薪、獎金或晉級等事項。 3.訂定員工晉用及薪資制度能適時修訂，每次修訂均公告周知。 4.訂定各種人事考核辦法，並公告周知。 5.依據考核結果有適度的獎懲。 6.考量員工工作負荷，並依業務量變化適時調整人力，以確保品質。(試/可) 7.人事升遷考核制度訂定過程有基層員工代表參與。(試/可) 8.考量醫院盈餘，適時調增人力或薪資。(試/可) [註] 1.醫院員工包含所有醫事及行政人員。 2.符合項目 6、7、8 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算，惟申請「總病床 99 床（含）以下」者可免評。	

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
			評量方法及建議佐證資料： 1.員工招募的規章制度。 2.員工薪資的規章制度。 3.薪資調整、獎金發放檢討報告等評量方法及建議佐證資料。 4.員工評核的規章制度。 5.人事評核委員會會議紀錄。 6.員工考核結果及檢討資料。	
	1.2.3	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、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.依院內各單位特性，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。 2.建置員工工作安全異常事件通報機制，對醫院安全管理相關異常事件，進行檢討，並視需要改善。 3.針對會影響員工安全的高風險區域有適切之規劃及管理。(試/可) 4.事故後進行原因分析，且能檢討發生原因，有避免重複再犯之對策，並公告周知全體員工。(試/可) [註] 1.符合項目 3、4 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算，惟申請「總病床 99 床（含）以下」者可免評。 評量方法及建議佐證資料： 1.員工意外事故防範辦法或規章。 2.發生異常事件檢討之會議紀錄。 3.院內發生重大違反職業安全衛生之事件及後續之處理機制與結果。(試/可)	【委員共識】 【查證重點提醒】 1.因精神科醫院與綜合醫院特性不同，查證項目除整體環境外，亦可針對逃生門管控、暴力事件防範及電梯管控進行查證。 2.關於職業安全衛生法令之規定，機構設置職業安全衛生專責組織及人員，並定期召開會議。
	1.2.4	致力於建置完善合宜之工作環境，訂有且執行員工健康促進活動與福	目的： 建構安全、適合工作的環境，並重視性別平權及員工健康防護、促進與福利，確保員工身心健康。 符合項目： 1.建立性別平權之工作環境，設計及數量應考量兩性需要（如：廁所、更衣室、	

條號	條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
	利制度	休息室、哺（集）乳室等），並符合法令規定。 2.提供身心障礙員工相關設施設備及環境合宜、適用。 3.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。 4.對健康檢查結果異常之員工提供追蹤機制，並有檢討分析並推展各項健康促進計畫。 5.設立員工意見反應機制，蒐集員工建議並檢討改善工作環境。(試/可) [註] 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 1 所提「哺（集）乳室」之設置應依中華民國 108 年 4 月 24 日總統華總一義字第 10800039351 號令公佈「公共場所母乳哺育條例」之規範施行，若有違反，亦需接受相關罰則。 2.健康促進活動如：減重、戒菸、推廣健康飲食、慢性病防治、預防篩檢、預防注射等活動之落實。 3.福利措施如：政府法令規定的福利事項（保險、薪資、休息及休假、退休、職業傷害、工作時間等），非政府法令規定的福利事項（軟硬體設備輔助、相關資訊諮詢服務、相關補貼、獎金、家庭支持、旅遊、教育訓練等）。 4.有關女性醫師於妊娠期間之值班規定，雖現階段醫師尚未納入勞基法之規範，但為保障孕婦健康，仍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。 5.符合項目 5 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算，惟申請「總病床 99 床（含）以下」者可免評。 評量方法及建議佐證資料： 1.廁所數量、更衣室、休息室、哺（集）乳室等配置及數量資料。 2.身心障礙設施設備資料。 3.健康促進與福利措施資料。 4.員工建議工作環境事項及檢討措施資料。(試/可)	

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
			5.健康檢查結果異常員工追蹤資料。 6.員工健康促進計畫資料。	
	1.2.5	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	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。 符合項目： 1.建立員工關懷、輔導機制，對院內員工提供心理及情緒支持，對涉及醫療事故的員工，設有支援機制。 2.建立員工申訴管道，訂有標準作業程序，公告周知，且有完整之申訴個案紀錄。 3.定期辦理員工滿意度調查，其結果進行統計、分析，且檢討滿意度較低項目之改善措施，並將調查結果及改善情形轉告相關單位，定期分析各類人員常見問題，提出改善預防措施及支持、輔導計畫，確實執行。(試/可) [註] 1.醫院員工包含所有醫事及行政人員。 2.符合項目 3 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算，惟申請「總病床 99 床（含）以下」者可免評。 評量方法及建議佐證資料： 1.員工關懷輔導的規章。 2.員工申訴管道作業程序或規章。 3.員工申訴個案紀錄。 4.員工滿意度調查資料。 5.員工紓壓或情緒支持相關活動計畫及結果報告資料。(試/可) 6.員工滿意度各選項分析檢討改善資料。(試/可) 7.員工意見處理及檢討改善紀錄。(試/可)	
可	1.2.6	對外包業務及人員有適當管理機制	目的： 落實各項外包業務之監督管理及教育訓練，確保醫療服務品質。 符合項目： 1.有指派專責人員或部門負責監督管理醫院各項外包業務，並訂定外包業務管理辦法(應視醫院實際情形，包含衛生福利部公告之「醫療機構業務外包作業指	【委員共識】 【查證重點提醒】 1.外包人員係指常駐醫院人員，如：保全人員、清潔人員。

條號	條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
		引」所規定之相關內容)。 2.明確訂定承包業者合格條件及遴選程序，並要求業者確保外包人員具備工作所須相關專業能力或資格證照，且依「職業安全衛生法」定期接受健康檢查，並備有檢查紀錄。 3.應對承包業者實施業務及設備等訪查評估，作成紀錄，並確實考核承包業者有履行合約，作為日後續約、違約處理之依據。 4.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。 5.應對承包業者要求落實其員工之教育訓練，包含定期接受醫院有關院內感染管制、保密義務及確保病人安全等事項。 [註] 1.未有業務外包者，可自選本條免評。 2.於實地評鑑查證時，如發現醫院實有外包業務，卻自稱「無外包業務」之情形者，則本項評量為「不符合」。 3.外包業務係指依衛生福利部公告之「醫療機構業務外包作業指引」應以診斷、治療、核心護理以外之非醫療核心業務為原則，醫院就不涉及為病人診斷或開立檢查、檢驗、藥物、醫療器材或不涉及施予醫療或輔助性醫療，且與病人服務品質或醫院安全有關之業務，委託非醫事機構管理或辦理技術合作之項目；外包項目係指醫療機構將重覆性非核心醫療之勞務或技術委由外部廠商提供，且定訂有合約之業務項目，如： (1)總務類：如膳食製作、環境清潔、廢棄物處理、救護車、保全、往生室、停車場等。 (2)供應類：如被服清洗。 (3)工務類：如機電、安全、消防、供水、緊急供電、醫用氣體等系統定期檢查及維修設備。 (4)儀器類：如儀器設備租用或執行檢查、測試、保養或校正等。 (5)資訊類：如資訊系統設計、或電腦設備維修與保養作業。 (6)檢驗類：如委託檢驗。 評量方法及建議佐證資料： 1.外包業務管理辦法或規章制度。	2.外包人員亦須符合醫院相關教育訓練，如：清潔人員在病房時是否有注意清潔用品的保管。

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
			2.外包人員健康檢查紀錄。 3.外包業務及設備等訪查評估紀錄。 4.外包違約時業務即時銜接機制。 5.外包人員教育訓練資料。 6.外包業務監督管理規範及查核紀錄。	
必	1.2.7	適當醫師人力配置	目的： 配置適當的醫師人力，確保醫療服務品質，並符合政府相關法令之規定。 符合項目： 1.精神科醫院： (1)精神急性一般病床，每 20 床應有 1 人。 (2)精神慢性一般病床，每 120 床應有 1 人。 (3)精神科日間照護單位，每 150 名服務量應有 1 人。 (4)精神科加護病床，每 10 床應有 1 人。 (5)應有 2 人以上，其中應有精神科專科醫師 1 人。 2.精神科教學醫院： (1)精神急性一般病床，每 16 床應有 1 人。 (2)精神慢性一般病床，每 96 床應有 1 人。 (3)精神科日間照護單位，每 120 名服務量應有 1 人。 (4)精神科加護病床，每 8 床應有 1 人。 (5)其他未規定者，同精神科醫院標準。 [註] 1.本條為必要條文，必須達符合。 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.若設有急性一般病床、慢性一般病床或特殊病床者，應依醫療機構設置標準之附表一另計醫師員額，不得重複列計。 4.人力計算時： (1)人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定。 (2)若評鑑基準高於醫療機構設置標準，病床數得可考量年平均佔床率計算，並以四捨五入取至整數位。 (3)同類別人力之各項計算結果，加總後以四捨五入取至整數位。	

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
			評量方法及建議佐證資料： 1.專任醫師及醫師執業登記名冊。	
可	1.2.8	適當醫事放射人力配置	目的： 配置適當的醫事放射人員及合理工作量，確保放射診療檢查服務品質，並符合政府相關法令之規定。 符合項目： 1.醫事放射技術人員至少 1 名，且人員配置、相關訓練、指導等須符合醫療機構設置標準及相關法規之規定。 [註] 1.醫院若未設有放射部門，可自選本條免評，惟聘有醫事放射人員且設有 X 光等設備並提供放射之服務，本項基準則須受評。 2.醫事放射人員包括醫事放射師及醫事放射士，並應辦理執業登記；若為兼任（特約）之專業人員應依法完成支援報備程序。 評量方法及建議佐證資料： 1.醫事放射人員及執業登記名冊。 2.放射線作業人員訓練計畫及訓練結果資料。	
	1.2.9	適當醫事檢驗人力配置	目的： 有適當資歷之檢驗人員，有能力與臨床醫師討論或解釋結果，且配置適當的醫事檢驗人員及合理工作量或簽訂合約委託檢驗，確保醫事檢驗時效及服務品質，並符合政府相關法令之規定要求。 符合項目： 1.有兼任檢驗人員或外包送檢及外包派任院內執行業務者。 [註] 1.若為外包者，應檢具外包相關資料供評鑑委員評分。 2.醫事檢驗人員包括醫事檢驗師及醫事檢驗生，若為專任應辦理執業登記，兼任（特約）之專業人員應依法完成支援報備程序。 評量方法及建議佐證資料： 1.檢具外包相關資料。 2.醫事檢驗人員執業登記名冊。	

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
必	1.2.10	依據病房特性配置適當護理人力	目的： 配置適當的護理人力，確保照護品質及病人安全，並符合政府相關法令之規定。 符合項目： 1.精神科醫院： (1)精神急性一般病床，每 3.5 床應有 1 人。 (2)精神慢性一般病床，每 15 床應有 1 人。 (3)精神科日間照護單位，每 20 名服務量應有 1 人。 (4)若設有精神科加護病床者，每 2 床應有 1 人。 (5)應有 5 人以上，且其中應有護理師 1 人。 2.精神科教學醫院： (1)精神急性一般病床，每 2.8 床應有 1 人。 (2)精神慢性一般病床，每 12 床應有 1 人。 (3)精神科日間照護單位，每 16 名服務量應有 1 人。 (4)若設有精神科加護病床者，每 1.6 床應有 1 人。 (5)其他未規定者，同精神科醫院標準。 3.急性病房每病房每班要有 1 位輔助人員。 [註] 1.本條為必要條文，必須達符合。 2.護理人員包括護理師及護士，並應辦理執業登記；護理人員若未從事護理業務，則不計入護理人力。 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.若設有急性一般病床、慢性一般病床或特殊病床者，應依醫療機構設置標準之附表一另計護理人員員額，不得重複列計。 5.人力計算時： (1)人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定。 (2)若評鑑基準高於醫療機構設置標準，病床數得可考量年平均佔床率計算，並以四捨五入取至整數位。 (3)同類別人力之各項計算結果，加總後以四捨五入取至整數位。 6.輔助人員之對象，如：照顧服務員、佐理員、駐衛警、保全人員、病房服務員。	【委員共識】 【查證重點提醒】 依醫療機構設置標準第 15 條（醫院病床分為一般病床及特殊病床，且一般病床包括急性一般病床、精神急性一般病床、慢性一般病床、精神慢性一般病床）；另衛生福利部 108 年 2 月 1 日衛部醫字第 1081660629 號修正「醫療機構設置標準第 12 條之 1、第 23 條之護病比係指急性一般病床全日平均配置比例；並非納入「精神急性一般病床」計算。

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
			評量方法及建議佐證資料： 1.護理人員執業登記名冊。 2.護理人員年資統計資料。 3.各部門護理人員配置統計。	
必	1.2.11	適當藥事人力配置	目的： 配置適當的藥事人員及合宜調劑工作量，確保藥事服務品質，並符合政府相關法令之規定。 符合項目： 1.精神科醫院： (1)精神急性一般病床及精神科加護病床合計，每 50 床（含）應有 1 人；如採單一劑量，每 40 床應有藥師 1 人。 (2)精神慢性一般病床，每 200 床（含）應有 1 人。 (3)精神科日間照護單位，每 200 名（含）服務量應有 1 人。 (4)應有藥師 1 人。 (5)開業一年以後，依前一年服務量計算人力： 門診、急診作業：日處方箋每滿 100 張處方箋，應增聘 1 名藥師。 2.精神科教學醫院： (1)精神急性一般病床及精神科加護病床合計，每 40 床（含）應有 1 人。 (2)精神慢性一般病床，每 160 床（含）應有 1 人。 (3)精神科日間照護單位，每 160 名（含）服務量應有 1 人。 (4)其他未規定者，同精神科醫院標準。 (5)開業一年以後，依前一年服務量計算人力： 門診、急診作業：日處方箋每滿 80 張處方箋，應增聘 1 名藥師。 [註] 1.本條為必要條文，必須達符合。 2.藥事人員係指領有藥師、藥劑生執照，並辦理<u>執業登記</u>，且服務於藥劑部門者。 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.若設有急性一般病床、慢性一般病床者，應依醫療機構設置標準之附表一另計藥事人員員額，不得重複列計。 5.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。 6.人力計算時：	【委員共識】 有關人力計算，因本評鑑條文高於設置標準，宜考慮年平均佔床率計算，加上門急診處方數之人力，並以四捨五入取至整數加總後之人力為該院之人力標準，惟人力計算不得低於醫療機構設置標準。

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
			(1)人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定。 (2)若評鑑基準高於醫療機構設置標準，病床數得可考量年平均佔床率計算，並以四捨五入取至整數位。 (3)同類別人力之各項計算結果，加總後以四捨五入取至整數位。 評量方法及建議佐證資料： 1.藥事人員及執業登記名冊。 2.具藥師資格統計資料。	
必	1.2.12	適當營養人力配置	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.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。 2.營養師人力：100 床（含）以上之醫院應有 1 名營養師，負責病人飲食及營養。 [註] 1.本條為必要條文，必須達符合。 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： (1)人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定。 (2)若評鑑基準高於醫療機構設置標準，病床數得可考量年平均佔床率計算，並以四捨五入取至整數位。 (3)同類別人力之各項計算結果，加總後以四捨五入取至整數位。 評量方法及建議佐證資料： 1.營養師人員及執業登記名冊。	【委員共識】 符合項目 1 所指「專責人員」係專門負責該業務，其負責人員係指大專以上畢業且曾修習營養學分者。
重*	1.2.13	適當之職能治療服務組織與人力配置	目的： 配置適當職能治療人力及合宜工作量，確保復健照護品質，並符合政府相關法令之規定。 符合項目：	【委員共識】 符合項目中有關職能治療師人力之計算不得列計非執行精神醫療業務之職能治療

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
			1.精神科醫院： (1)精神急性一般病床、精神慢性一般病床及精神科加護病床合計，每 70 床應有精神醫療職能治療人員 1 人。 (2)精神科日間照護單位，每 70 名服務量應有精神醫療職能治療人員 1 人。 (3)專任精神醫療職能治療師應有 1 人。 2.精神科教學醫院： (1)精神急性一般病床、精神慢性一般病床及精神科加護病床合計，每 60 床應有精神醫療職能治療人員 1 人。 (2)精神科日間照護單位，每 60 名服務量應有精神醫療職能治療人員 1 人。 (3)其他未規定者，同精神科醫院標準。 3.依據醫院住院及門診病人組成，確保適宜的工作人員以資提供恰當的服務。 [註] 1.本條為精神科教學醫院之重點條文。 2.可透過病歷、工作分配表、科部室會議紀錄等進行人力安排之評量。 3.本條文所指「精神醫療職能治療人員」，指領有職能治療師、職能治療生執照，並辦理執業登記，且實質參與業務者。 4.各類病床數以登記開放數計，並依實際設置情形計算人力。 5.人力計算時： (1)人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定。 (2)若評鑑基準高於醫療機構設置標準，病床數得可考量年平均佔床率計算，並以四捨五入取至整數位。 (3)同類別人力之各項計算結果，加總後以四捨五入取至整數位。 評量方法及建議佐證資料： 1.職能治療人員執業登記名冊、年資統計資料、人力配置表。	師。
重*	1.2.14	適當之臨床心理人力配置	目的： 配置適當的臨床心理人員及合宜工作量，確保心理治療及衡鑑服務品質，並符合政府相關法令之規定。 符合項目： 1.精神科醫院：	【委員共識】 【查證重點提醒】 計算適當之臨床心理人力配置時，僅列計臨床心理師，如：諮商心理師不列入計算。

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
			(1)精神急性一般病床、精神慢性一般病床及精神科加護病床合計，每 90 床應有臨床心理師 1 人。 (2)精神科日間照護單位，每 115 名服務量應有臨床心理師 1 人以上。 (3)專任臨床心理師應有 1 人。 2.精神科教學醫院： (1)精神急性一般病床、精神慢性一般病床及精神科加護病床合計，每 75 床應有臨床心理師 1 人。 (2)精神科日間照護單位，每 100 名服務量應有臨床心理師 1 人。 (3)其他未規定者，同精神科醫院標準。 3.依據醫院住院及門診病人組成，確保適當的工作人員數量，以提供適宜的服務。 [註] 1.本條為精神科教學醫院之重點條文。 2.各類病床數以登記開放數計，並依實際設置情形計算人力。 3.人力計算時： (1)人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定。 (2)若評鑑基準高於醫療機構設置標準，病床數得可考量年平均佔床率計算，並以四捨五入取至整數位。 (3)同類別人力之各項計算結果，加總後以四捨五入取至整數位。 評量方法及建議佐證資料： 1. 臨床心理師執業登記名冊、年資統計資料、人力配置表。	
重*	1.2.15	應有適當社工人力以確保精神醫療社工服務品質	目的： 配置適當的精神醫療社工人員及合宜工作量，確保精神醫療社工服務品質，並符合政府相關法令之規定。 符合項目： 1.精神科醫院： (1)精神急性一般病床、精神慢性一般病床及精神科加護病床合計，每 90 床應有精神醫療社會工作人員 1 人。 (2)精神科日間照護單位，每 75 名服務量應有精神醫療社會工作人員 1 人。 (3)專任精神醫療社會工作人員應有 1 人。	【委員共識】 「精神醫療社工人員」係指大專以上社會工作相關科系畢業或曾修習 45 社工學分，具社會工作師考試資格，專職於精神科服務者。

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
			2.精神科教學醫院： (1)精神急性一般病床、精神慢性一般病床及精神科加護病床合計，每 75 床應有精神醫療社會工作人員 1 人。 (2)精神科日間照護單位，每 60 名服務量應有精神醫療社會工作人員 1 人。 (3)社會工作師比例應達 1/3（含）以上。 (4)其他未規定者，同精神科醫院標準。 (5)社工主管應為大學社會工作相關科系畢業，具社工師資格，並應具精神科教學醫院 5 年以上臨床經驗，或精神科醫院（含綜合醫院精神科）10 年以上臨床經驗。 3.依據醫院住院及門診病人組成，確保適宜的工作人員數量以提供恰當的服務。 [註] 1.本條為精神科教學醫院之重點條文。 2.各類病床數以登記開放數計，並依實際設置情形計算人力。 3.人力計算時： (1)人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定。 (2)若評鑑基準高於醫療機構設置標準，病床數得可考量年平均佔床率計算，並以四捨五入取至整數位。 (3)同類別人力之各項計算結果，加總後以四捨五入取至整數位。 評量方法及建議佐證資料： 1.社會工作人員執業登記名冊、年資統計資料、人力配置表。	
重**	1.2.16	適當之職能治療服務、臨床心理及社工人力配置	目的： 配置適當的專業人員使醫院能因應實際業務及符合政府相關法令規定進行彈性應用。 符合項目： 1.職能治療服務、臨床心理及社工之人力總額$\geq$(1)+(2)+(3) (1) 職能治療服務人力： ①精神急性一般病床、精神慢性一般病床及精神科加護病床合計，每 70 床應有精神醫療職能治療人員 1 人。 ②精神科日間照護單位，每 70 名服務量應有精神醫療職能治療人員 1 人。	

條號	條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
		③專任精神醫療職能治療師應有 1 人。 (2) 臨床心理人力： ①精神急性一般病床、精神慢性一般病床及精神科加護病床合計，每 90 床應有臨床心理師 1 人。 ②精神科日間照護單位，每 115 名服務量應有臨床心理師 1 人以上。 ③專任臨床心理師應有 1 人。 (3) 社工人力： ①精神急性一般病床、精神慢性一般病床及精神科加護病床合計，每 90 床應有精神醫療社會工作人員 1 人。 ②精神科日間照護單位，每 75 名服務量應有精神醫療社會工作人員 1 人。 ③專任精神醫療社會工作人員應有 1 人。 [註] 1.本條為精神科醫院之重點條文。 2.若為精神科教學醫院，本條得免評。 3.各類病床數以登記開放數計，並依實際設置情形計算人力。 4.人力計算時： (1)人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定。 (2)若評鑑基準高於醫療機構設置標準，病床數得可考量年平均佔床率計算，並以四捨五入取至整數位。 (3)同職類人力之各項計算結果，加總後以四捨五入取至整數位，為該職類之員額。 (4)三職類員額加總後之總額，為本條文符合項目應達成之人力標準。 評量方法及建議佐證資料： 1. 職能治療人員執業登記名冊、人力配置表。 2. 臨床心理師執業登記名冊、人力配置表。 3. 社會工作人員執業登記名冊、人力配置表。	

第 1 篇、經營管理 第 1.3 章 員工教育訓練

條號	條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
1.3	員工教育訓練	【重點說明】 醫院應設置員工教育訓練之專責人員、委員會或部門負責院內員工教育及進修，諸如病人權利、病人安全、醫學/醫事/護理倫理、全人醫療、感染管制、院內突發危急病人急救措施及危機處理等重要議題應列為必要教育及進修課程。	
1.3.1	設置員工教育訓練專責人員、委員會或部門，負責院內員工教育及進修	目的： 統籌管理及推動全院員工教育訓練，訂定各職類人員教育訓練課程，確保教育訓練課程符合醫院與員工需求。 符合項目： 1.有設置全院性教育訓練專責人員、委員會或部門，負責員工年度在職教育及進修計畫之擬訂及追蹤。 2.訂有訓練管理制度，且有機制收集各職類醫事人員繼續教育積分，以了解員工出席狀況與學習成效並適時提醒。 3.員工在職教育訓練課程對於病人權利、病人安全、醫療倫理、全人醫療及危機處理等重要議題列為必要教育訓練課程內容。 4.依據員工參與教育訓練狀況，納入員工考核範圍，且記錄詳實。(試/可) 【註】 1.員工年度在職教育訓練及進修計畫應包括教育訓練目的、知識或技術課程內容、評價方法、教育資源（含師資及教材等軟、硬體設施）及預算等。 2.符合項目 4 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算，惟申請「總病床 99 床（含）以下」者可免評。 評量方法及建議佐證資料： 1.教育訓練及進修計畫書（含配合主管機關政策調整之法規、品質、病安教育訓練內容等）及訓練結果報告。 2.全體員工（含外包人員）每年接受病人安全教育訓練紀錄。 3.訓練管理制度。	【委員共識】 於實地查核時，建議醫院得參考衛生福利部 108 年 3 月 8 日衛部醫字第 1081661110 號函之「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」規劃員工教育訓練課程。
1.3.2	對於新進員工辦理到職訓練，並有評估	目的： 訂定新進員工到職訓練計畫與落實執行，使新進員工充份瞭解醫院宗旨、願景與所屬部門的作業特性、職責與能力需求，確保新進員工具備職務所需的資格及能	【委員共識】 【查證重點提醒】 有關新進人員到職訓練自我

條號	條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
	考核	力。 符合項目： 1.訂有新進員工到職訓練計畫，且每位新進員工均需參加到職訓練。 2.訂有新進員工教育訓練評估考核制度。 3.明訂在職教育及職前教育訓練時數和時程表。 4.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。(試/可) [註] 1.符合項目 4 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算，惟申請「總病床 99 床（含）以下」者可免評。 評量方法及建議佐證資料： 1.新進員工教育訓練評估考核制度。 2.新進員工教育訓練內容或課程表。 3.近三年各職類新進員工參加到職訓練出席率統計表。	防衛相關之能力，如：暴力防治課程、緊急鈴使用。
1.3.3	應定期對員工實施突發危急病人急救措施之教育訓練	目的： 提升員工對緊急事件或突發危急病人急救能力與知識，並確保員工急救訓練在合格有效期限，維護病人安全。 符合項目： 1.定期辦理全院性緊急事件因應措施之進修、教育或訓練。 2.緊急時的心肺復甦術有基本生命復甦術（Basic Life Support, BLS）或高級生命復甦術（Advanced Life Support, ALS），急重症單位（獨立急診、加護病房）之醫護人員應定期接受 ALS 訓練，其餘員工應定期接受 BLS 訓練。 3.有緊急事件及其對應的訓練，且有訓練紀錄。 4.BLS 訓練有包含 AED (Automated External Defibrillator) 相關訓練。 5.若設有急診，急診醫護人員皆具有 BLS 訓練且合格，且 50% 以上急診醫護人員具有 ACLS 等之證書。 6.針對定期/不定期演練發現之問題或缺失，確實檢討改進。(試/可) [註] 1.本條文所稱「其餘員工應定期接受 BLS 訓練」，係指醫師以外之員工，應視工作需要接受醫事人員版或民眾版之 BLS 訓練，但身心障礙員工及志工除外。	【委員共識】 1.「ALS 訓練」，只要符合辦理 ALS 訓練及認證資格之機構或醫院，其辦理之課程或考試均可認列。 2.符合項目 2 所提「急重症單位(包括急診、加護病房)之醫護人員應定期接受 ALS 訓練，其餘員工應定期接受 BLS 訓練」，實地評鑑前 3 個月內到職之新進醫護人員，暫不列入本項查核之對象，醫院可將其列入後續定期訓練名單中即可。 3.符合項目 3 所提「緊急事件」係指有突發之危急病

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
			2.ALS 訓練需包括 BLS、進階氣道處理及電擊器操作。 3.醫護人員視不同性質之單位所接受之 ACLS、NRP、ANLS、ATLS、APLS 及 PALS 等訓練，可等同已接受 ALS 訓練。 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，惟申請「總病床 99 床（含）以下」者可免評。 評量方法及建議佐證資料： 1.全院性緊急事件訓練記錄資料。 2.全院各職類急救訓練項目、完成率資料。 3.急診主治醫師、住院醫師、護理師 BLS、ACLS 證明。	人。 4.符合項目 2 及 5 所提之醫護人員急救訓練資格，急診醫護人員皆具有 BLS 訓練且合格，急重症單位（包括急診、加護病房）之醫護人員應定期接受 ALS 訓練。 5.有關外包人員之教育訓練，係規範於基準「1.2.6 對外包業務及人員有適當管理機制」，醫院應依外包人員之業務需要，規範其所需要之教育訓練，並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。其餘員工未包含外包人員，惟外包人員須符合其合約內所規範之教育訓練事項。
可	1.3.4	醫院有志工之設置，並有明確之管理辦法及教育訓練	目的： 設置志工減少病人就醫障礙，提供志工應具備安全與服務之教育訓練，確保服務品質。 符合項目： 1.設有志工，應有專人督導。 2.訂有明確的志工管理辦法。 3.訂有相關教育訓練計畫與課程。 [註] 1.未向社會局或衛生局申請設置有志工者，可自選本條免評。	

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
			評量方法及建議佐證資料： 1. 志工管理規章制度。 2. 志工教育訓練計畫與課程資料。	

第 1 篇、經營管理 第 1.4 章 病歷、資訊與溝通管理

條號	條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
1.4	資訊與溝通管理	【重點說明】 病歷之妥善管理，對醫院提供的醫療品質有很大的影響，此功能將評估病歷妥善管理、應用之體制是否完善適當，包括： 1.病人的病歷應統一合併管理，妥善整理（編號、登記、歸類），以利其他專業診療參考，避免發生重複診療之缺失。 2.應明確掌握病歷行蹤及品質，訂有防止遺失的管理機制及質與量的審查等品質確保機制。 3.使用統一之病歷號，避免同名、同姓病人發生弄錯的缺失。 4.能快速檢索符合特定條件的病歷。 5.門診病歷送到診間等之即時性評估。 6.應對病歷內容有完善之保密措施。 7.電子病歷相關管理、執行確依民國 98 年 8 月 11 日公告修正之醫療機構電子病歷製作及管理辦法辦理。 8.定期利用病歷製作、提供及檢討臨床、效率及業務評估指標或資料。 在資訊與溝通管理方面，醫院應明訂資訊管理及安全相關政策與作業規範，確保資訊具有「保密性」、「安全性」、「可用性」與「完整性」等必備條件，防止病人資料遺失、誤用，明確訂定病人資訊保密相關措施。	
1.4.1	健全的病歷資訊管理制度及環境，且病歷部門人力品質和作業功能良好	目的： 規範病歷記載的方式及格式、檔案增刪與存取查核的管理機制和設備的保存環境，以利合法完整調閱應用。 符合項目： 1.病歷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。紙本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；嚴防病歷遭竄改、損毀及不當取得或使用。 2.電子病歷置有備份防止滅失，應有確保系統故障回復及緊急應變之機制。於法定保存年限內應可完整呈現病歷紀錄。 3.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。 4.應有專責人員或設有病歷管理單位，負責病歷管理。管理人員應有病歷管理或	

條號	條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
		疾病分類等相關專業訓練。管理委員會有資訊人員擔任委員，或設有電子病歷跨單位發展組織；定期召開會議推動病歷發展事宜。 [註] 1.全面或部分實施電子病歷之醫院，應符合「醫療法」及「醫療機構電子病歷製作及管理辦法」之規定。 2.未向當地主管機關宣告實施電子病歷者，本條有關電子病歷之部分免評。 3.符合項目 4 所指「病歷管理或疾病分類等相關專業訓練」，得由相關學、協會認證辦理。 評量方法及建議佐證資料： 1.病歷製作與管理辦法。 2.病歷書寫規範。 3.病歷審查作業辦法。 4.病歷存放檔區和電子病歷主機所在處消防設備和門禁安全管理規範（含火災應變計畫與演習紀錄）。 5.個人資料安全保護管理辦法。 6.病歷管理部門組織圖。 7.病歷管理和疾病分類人員，相關學協會專業訓練認證。	
1.4.2	病歷應詳實記載，有作量與質的審查，並作系統性歸檔以維護完整性	目的： 依相關法令規定訂定病歷記載之規範及查核改善。 符合項目： 1.醫師和各類醫事人員病歷紀錄要求應符合相關法規及醫院要求，相關紀錄應適當描述重點且將同意書及各類相關紀錄納入病歷。 2.訂定病歷調閱規範。紙本病歷首頁、紙本診療紀錄或電子病歷明顯處應有該病人「藥物過敏」之紀錄。處方醫令系統應有病人「藥物過敏」之提示。若病人簽具不施行心肺復甦術(DNR, Do Not Resuscitate)、器官捐贈或安寧緩和，則應比照「藥物過敏」之註記。 3.門診、住院病歷分開放置時，門診病歷需含出院病歷摘要，透析病歷如分開放置時，應將病人透析治療之重要資訊，整理摘要後存入病歷，特殊病歷資料應制訂辦法妥善管理，視法律規定予以獨立儲存及設有合適保護機制，並製作摘要置入病歷中或建立相關索引機制。	【委員共識】 1.符合項目 3 所提「<u>特殊病歷</u>」係指如：<u>性侵害、家庭暴力、兒童虐待、深度個別心理治療、司法鑑定及其他法規規定應特別保密之病歷資料。</u> 2.符合項目 3 所提「<u>特殊病歷</u>」請務必上鎖保存，且勿放置於透明櫃中，以保護病人隱私；若為電子病歷或資料存於資訊系統內，需確保資訊安全及調閱權限管理。

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
			4.應規定出院作業流程及出院摘要之記載內容，包括住院原因及截至出院的診療經過。訂有提供病歷複製本或摘要之流程，資料的釋出須依一定的申請程序辦理。 5.訂定病歷紀錄品質審查作業規定或辦法，確實對病歷紀錄之量與質執行評核並檢討改善。(試/可) [註] 1.本條文符合項目 1 至少應符合下列規範： (1)首頁載明病人姓名、出生年、月、日、性別及住址等基本資料。 (2)就診日期。 (3)病人主訴及現在病史。 (4)身體檢查(Physical Examination)、檢查項目及結果。 (5)診斷或病名。 (6)治療、處置或用藥(處方，包括藥名、劑量、天數及服用方式)等情形。 (7)所有醫事人員對病歷之紀錄均有簽名或蓋章及簽註日期(已實施電子病歷之醫院應以電子簽章方式為之)；另，初診及入院紀錄(Admission Note)亦需符合過去病史、家族史、藥物過敏史、職業、旅遊史及資料提供者之規範。 2.符合項目 5 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算，惟申請「總病床 99 床（含）以下」者可免評。 評量方法及建議佐證資料： 1.病歷書寫規範。 2.病歷品質管理辦法（含質、量、時效）。 3.個人資料安全保護管理辦法。 4.出院作業流程與出院病歷管理辦法。 5.病歷複製作業辦法。 6.病歷複製作業時效稽核統計表。(試/可) 7.病歷紀錄之質量審查之紀錄與分析檢討結果。(試/可)	3.考量精神科醫院較少有心肺復甦、器官捐贈及安寧緩和項目，故前開項目可不須比照『藥物過敏』之註記；若有此項目應註記於紙本病歷首頁、紙本診療紀錄或電子病歷明顯處。
	1.4.3	資訊部門配合臨床及行政部門建立完善作	目的： 運用資訊科技管理，整合建立支援病人照護、教育訓練、研究及決策系統，確保病人安全及提升品質。建立資訊安全管理機制，系統當機緊急應變標準和風險管	【委員共識】 符合項目 5 所提「異地備份」方式甚多，以不存放於同一

條號	條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
	業系統，且院內各系統連線作業及院外聯繫系統功能良好，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	理計畫，確保病人隱私和資訊安全。 符合項目： 1.依醫院規模，設置資訊管理專責人員或部門，且院內各系統連線作業功能運作適當。 2.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，以確實保障病人個人隱私。 3.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)。(試/可) 4.訂有資訊管理計畫且定期召開跨部門之資訊管理會議，能針對臨床與行政決策系統進行討論，以確保病人安全及提升醫療品質。(試/可) 5.資訊設備機房應訂有門禁管制及防火設施，如實施電子病歷之醫院應有病人資料異地備份之功能。 6.設有資料正確性之檢查機制，並檢討改善資料之正確性。 7.訂有資訊系統故障（當機）緊急應變標準作業規範，且針對資訊系統故障緊急應變計畫進行演練，並有故障原因和處理記錄檢討改善。(試/可) 8.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。(試/可) [註] 1.應依「資訊安全管理法」之規定執行資訊安全管理業務。 2.符合項目 6「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。 3.符合項目 3、4、7、8 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算，惟申請「總病床 99 床（含）以下」者可免評。 評量方法及建議佐證資料： 1.訂有資訊管理相關作業規範。 2.使用權限申請單與各職級權限一覽表。 3.資訊設備機房門禁管制與消防設備規範及進出記錄。 4.醫院資訊系統緊急應變程序。 5.電腦系統故障演練紀錄與資訊安全事故報告單。(試/可) 6.備份設施與病人資料異地備份規範。(試/可)	建築物為原則，至於保存方式與地點，需考量資料的安全性及機密性。

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
			7.醫院電腦系統風險管理計畫，和風險分析與監測管理。(試/可) 8.資訊部門組織章程。 9.醫療資訊系統架構圖。(試/可) 10.資訊管理委員會組織章程與會議紀錄。(試/可) 11.資訊需求單處理流程與管控規範。(試/可) 12.資訊管理滿意度調查。(試/可) 13.資訊管理年度計畫。(試/可)	

第 1 篇、經營管理 第 1.5 章 安全的環境與設備

條號	條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
1.5	安全的環境與設備	【重點說明】 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」，因此醫院之經營者在規劃醫院之建築與相關之硬體設施時即應將員工工作環境與病人就醫環境之安全納入考量，並審視是否符合相關法規之要求，如建築法、公共安全、防火安全、勞工安全、感染管制、身心障礙相關設施規定等，若發現有違相關法令之規定，應立即改善以確保員工與就醫病人及其家屬之安全。 為提升病人就醫之方便性與可近性，以達成「以病人為中心」之目標，醫院應提供病人或民眾來院之交通、候車與停車規劃、用餐、購物等資訊。此外，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。 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、清潔及安靜之醫院與病房環境（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、防止電梯墜落、用電安全管理等）。 為避免病人在接受診療過程中因醫療儀器之使用與教育訓練不足、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、	

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
			檢查、測試、保養或校正作業。另，為避免員工在工作中受到暴力之攻擊，醫院應採必要措施，以確保醫事人員執行醫療業務時之安全。 考量住院病人在住院期間之需求，醫院應依病人之特性設置病床，並應保持病房之清潔與安全性，包括定期檢查床欄之安全性、床墊與所使用之床單應定期清潔與消毒，以防止如疥瘡之群聚感染。另為確保醫院之飲食安全，醫院之廚房與供餐作業應符合膳食安全衛生管理作業之規範，如危害分析與重要管制點(Hazard Analysis Critical Control Point, HACCP)之認證規定或地方衛生主管機關的「中央廚房衛生自主管理認證」或食品良好衛生規範(Good Hygienic Practice, GHP)。	
	1.5.1	提供安全、清潔及安靜之醫院與病房環境，各部門落實整潔維護，確實施行院內清潔工作，並定期消毒除蟲	目的： 訂定醫院環境、病房、病人寢具清潔消毒工作管理規範與工作計畫及相關安全措施與設施，並落實執行，以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)。 2.醫院應經常保持整潔，且對醫療環境的採光、設備的材質、色彩及景觀能妥為規劃設計。 3.病房內之浴廁具有下列之安全措施： (1)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。 (2)浴室內門、窗、蓮蓬頭及窗簾需考量安全設計，以防範病人破壞或自殺。 4.病房內之環境能符合下列規範： (1)通風良好，或空調可適當換氣，並維持適宜之溫度。 (2)視需要裝設防止跌落的床欄，且經常檢查床欄之安全性。 (3)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。 (4)電話(含公用電話)、床旁桌椅、窗簾、隔簾、百葉窗、空調口等，應定期清潔或消毒。 5.清潔工作計畫詳實，並備有查核表，實施定期或不定期查核；視需要調查病人對病室清潔之建議，依據調查結果進行檢討改善。(試/可) [註] 1.符合項目 5 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算，惟申請「總病床	【委員共識】 符合項目 3 所提「急救鈴或緊急呼叫系統」建議設置高度以病人若發生跌倒坐在地上仍可以觸及到急救鈴的高度為宜，以方便病人需要之使用，惟設置高度列為建議事項。

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
			99 床（含）以下」者可免評。 評量方法及建議佐證資料： 1.醫院清潔（含消毒除蟲）工作計畫與稽核是否落實執行之紀錄（清潔工作如為外包時，應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）。 2.維護病室清潔之管理辦法。 3.使用清潔工作計畫查核表，實施定期或不定期查核且成效良好之記錄。 4.調查病人對病室清潔之滿意度或建議之資料。(試/可) 5.依查核或稽核結果，進行檢討改善之資料。(試/可)	
	1.5.2	訂定安全管理作業規範，提供病人及員工安全的環境	目的： 藉由安全管理作業規範之訂定與落實執行，確保員工與病人安全。 符合項目： 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。 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、巡邏或其他安全設施，以保障人身與財物安全。 3.對工作場所之安全設施，如：標準防護設備、電梯與電扶梯防夾傷（無電扶梯者，可免評）、防止電梯意外墜落設備、受困電梯內之求救設施等，有定期檢查，以確保正常運作。 4.實施用電安全管理，如：對使用延長線、耗電用品、電流負荷等予以規範。 5.重要機電、氣體、維生設備和存放易燃物品空間，應有合宜門禁管理。 6.針對加護病房消防安全： (1)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)。 (2)應加強用電負載量管理並有相關之量測紀錄(如：可使用紅外線熱顯像儀之電器檢查紀錄)。 [註] 1.第 1 項醫院安全管理作業規範，包含探病或陪病規範、夜間出入口、門禁時間及出入相關規範。 2.易燃物品應妥善儲存，其儲存建議可參考職業安全衛生法、勞動部化學品全球調和制度 GHS 介紹網站 website，安全資料表(Safety Data Sheet, SDS)第七欄:安全處置與儲存方法(safe treatment and storage)。	【委員共識】 於實地查核時，建議醫院得參考衛生福利部 108 年 3 月 8 日衛部醫字第 1081661110 號函之「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」納入醫院安全管理作業規範。

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
			3.醫院若未設「加護病房」，符合項目第 6 項可免評。 評量方法及建議佐證資料： 1.醫院安全管理作業規範（含探病或陪病規範、夜間出入口、門禁時間及出入相關規範、用電安全管理規範）。 2.依據安全管理作業規範所進行之查核（如用電安全、消防安全等）、保養與維修紀錄易燃物品清單與管理辦法。 3.地方衛生、消防與建管機關對於建築物公共與消防安全之聯合督考結果建議改善資料。	
	1.5.3	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.制定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。 2.依據辨識結果訂定防止員工受到暴力事件傷害之安全管理作業規範。 3.針對可能發生暴力事件之高風險場所（如急診），加強門禁管制措施、裝設監視器、警民連線或其他安全設施，並確保員工在遭受暴力攻擊時能以無線或有線之方式通知警衛或保全以提供人身安全之防護。 4.對於受到傷害（包括實際受傷和目擊受傷）之員工，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。(試/可) 5.每年針對高風險之醫院暴力發生場所進行演練。(試/可) [註] 1.依據中華民國 106 年 5 月 10 日總統華總一義字第 10600056441 號令修正公布醫療法第 24 及 106 條條文。 (1)第 24 條：醫療機構應保持環境整潔、秩序安寧，不得妨礙公共衛生及安全。為保障就醫安全，任何人不得以強暴、脅迫、恐嚇、公然侮辱或其他非法之方法，妨礙醫療業務之執行。醫療機構應採必要措施，以確保醫事人員執行醫療業務時之安全。違反第二項規定者，警察機關應排除或制止之；如涉及刑事責任者，應移送司法機關偵辦。 (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	

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
			場所內關於保護生命之設備，致生危險於他人之生命、身體或健康者，處三年以下有期徒刑、拘役或新臺幣三十萬元以下罰金。對於醫事人員執行醫療業務時，施強暴、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。犯前項之罪，因而致醫事人員於死者，處無期徒刑或七年以上有期徒刑；致重傷者，處三年以上十年以下有期徒刑。 2.可參考勞動部公告之「執行職務遭受不法侵害預防指引」。 3.符合項目 4、5 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算，惟申請「總病床 99 床（含）以下」者可免評。 評量方法及建議佐證資料： 1.可能發生暴力事件之風險評估結果。 2.訂有防止員工受到暴力事件傷害之安全管理作業規範。 3.防止暴力之員工之教育訓練資料。 4.警衛或保全人員人力排班表。 5.對於受到傷害（包括實際受傷和目擊受傷）員工之心理支持、輔導與提供相關之法律求償或其他協助之辦法（若有案例發生應提供實際執行結果）。(試/可) 6.每年針對高風險之醫院暴力發生場所進行演練紀錄。(試/可)	
	1.5.4	藥品與醫療器材採購及管理能符合醫療照護業務之需要，並確保品質	目的： 訂定藥品與醫療器材採購及管理辦法（包括採購時效、驗收、品質管理、庫存管理等）並落實執行，確保醫療品質及病人安全。 符合項目： 1.設有專責單位(或委員會)及專責人員負責物料採購及管理，並定期開會，備有會議紀錄。 2.訂有藥品與醫療器材之採購、驗收及庫存管理辦法，以符合醫療照護業務之需要，並確保品質。 3.疫苗儲存不可與其他藥品混雜，要有明確清楚標示。 4.醫院應制訂藥品與醫療器材不良反應及異常情況之通報(包含退貨與換貨程序及時限)、監測、檢討改善及追蹤機制。 [註] 1.本條所稱藥品包含一般藥品、管制藥品、高警訊藥品、疫苗、血液製劑、生物	【委員共識】 【查證重點提醒】 因精神科醫院較少有醫療器材採購，故可著重於藥物的採購及管理，如：藥物 ADR 通報執行、藥害救濟流程。

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
			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：管制藥品之管理需符合管制藥品管理條例及施行細則規定；放射性製劑及化療藥品之儲存、運送、配置及廢棄物處理，應符合相關法規並定有規章規範。 3.藥品管理包含： (1)能依藥品種類施行存放環境溫度、濕度管理，且應注意環境清潔。 (2)藥品儲存環境有適當門禁及符合標準之安全措施(如防盜、防火、防蟲等)。 (3)藥用酒精應存放於通風良好及有消防設備之場所，並須與危險性或易燃性物品隔離，以策安全。 (4)防腐劑、外用藥、消毒劑等藥品與內服藥、注射劑分區儲存。 (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。 (6)定期檢討不適用藥品，並維持適當藥品種類（如：同成分、同含量且同劑型的藥品不宜太多，應定期檢討）。 (7)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。 4.管制藥品管理條例及施行細則規定： (1)第一級至第三級管制藥品設有專櫃加鎖儲藏。 (2)使用第一級至第三級管制藥品之醫師應領有管制藥品使用執照，並開立管制藥品專用處方箋。 (3)管制藥品使用後如有殘餘量，由管制藥品管理人員會同有關人員銷毀，並製作紀錄備查。 (4)訂有管制藥品遺失或破損時的處理步驟，並有紀錄可查。 5.本條所稱異常情況包含處方錯誤、調劑錯誤、給藥錯誤。 6.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。 7.定期檢討不適用藥品，並維持適當藥品種類（如：同成分、同含量且同劑型的藥品不宜太多，應定期檢討）。 8.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。 評量方法及建議佐證資料： 1.負責藥品與醫療器材採購及管理之專責人員資歷證明文件。 2.藥品與醫療器材管理相關委員會之組織與會議紀錄。 3.藥品與醫療器材採購及管理辦法。	

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
			4.冷藏藥品冰箱溫度監測紀錄。 5.採購部門對於使用部門反應藥品與醫療器材不良品之處理結果。 6.藥品與醫療器材不良反應及異常事件通報紀錄。	
	1.5.5	定期執行醫院設施、設備、醫療儀器、醫用氣體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	目的： 依相關法令規定訂定醫院設施、設備、醫療器材、醫用氣體等維護管理規範，定期檢測及檢討改善，確保醫療品質與病人安全。 符合項目： 1.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、醫用氣體等，能符合「醫療機構設置標準」、「醫療機構醫用氣體管理原則及應注意事項」等相關法令規定，及業務需求。 2.訂有維護規章、操作訓練規範、及定期檢查、保養或校正計畫，特別是與病人安全相關之重要設施、設備、急救用醫療器材等。 3.確實執行檢查、測試、保養或校正等，並製作紀錄（含執行日期）；並能依據使用效能、維修、保養及校正狀況，訂定監控或評估機制，以適時更新汰換。 4.操作人員皆有教育訓練。 5.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。（試/可） 6.對醫用氣體高壓鋼瓶之常見危害事件及其他可能發生之醫用氣體意外事件之預防與因應，納入員工教育訓練（試/可）。 [註] 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、供電等。 2.依據衛生福利部 102 年 5 月 8 日修訂之藥事法第 13 條所稱醫療器材，係用於診斷、治療、減輕、直接預防人類疾病、調節生育，或足以影響人類身體結構及機能，且非以藥理、免疫或代謝方法作用於人體，以達成其主要功能之儀器、器械、用具、物質、軟體、體外試劑及其相關物品。 3.符合項目 2 所指之「與病人安全相關之重要設施、設備、急救用醫療器材」之範疇可參考[註]2 之規範；另根據衛生福利部公告之「醫療器材管理辦法」，國產或輸入醫療器材依照其風險特性，區分為第一等級（低風險性）、第二等級（中風險性）、第三等級（高風險性）以及新醫療器材（無類似品經衛生福	【委員共識】 符合項目 1 所提「專責人員」並未規範其資格，惟醫用氣體之管理包含：採購、管路維護、使用管理等，於醫院內所涉及單位包含採購、醫療、藥劑、工務及勞工安全室等單位，建議可依醫院特性安排妥適人員專責負責，以維護醫用氣體使用之安全。 【查證重點提醒】 1.醫用氣體大多係指氧氣瓶管理。 2.有關急救器材察看重點包含急救車、電擊器及自動體外心臟電擊去顫器（AED）訓練等。

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
			利部核准者)。 4.醫院可依據實際使用醫療器材之風險等級建立庫存清單與訂定相關之預防性保養、維修計畫與使用人員之教育訓練計畫以確保病人之安全。 5.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，惟申請「總病床 99 床(含)以下」者可免評。 評量方法及建議佐證資料： 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。 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。 3.設施、設備、儀器、器材之監控或評估機制。 4.操作人員皆有適當教育訓練資料。 5.訂有故障時之因應規範(如：故障排除步驟及至少夜間、休假日時故障的維修聯絡方式)。(試/可) 6.對醫用氣體高壓鋼瓶之常見危害事件及其他可能發生之醫用氣體意外事件之預防與因應辦法。(試/可)	
	1.5.6	定期檢查及維修機電、安全、消防、供水、緊急供電等設備或系統，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.訂有定期檢查及維修計畫，據以執行(如為外包時，應依外包管理相關基準規定辦理)。 2.確實執行檢查、測試、保養等，能注意管制潛在之感染源，並製作紀錄(含執行日期)；並能依據使用效能、維修、保養狀況，適時更新汰換。 3.專責人員有參加相關教育訓練。 4.訂有設備故障、系統損壞或遭污染時之因應規範，含緊急應變程序、桌上演練與實際演練，以保護院內人員並儘速修復。(試/可) [註] 1.實地評鑑時，如現場選定測試之設備(如：緊急供電發電機等)，無法立即啟動或故障，則現場給予十分鐘之修復時間。 2.符合項目 4 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算，惟申請「總病床	【委員共識】 符合項目 4 以桌上演練為主，於不影響醫院正常作業前提下，得視需要實施實際演練。

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
			99 床（含）以下」者可免評。 評量方法及建議佐證資料： 1.定期檢查及維修與保養計畫與落實執行之紀錄（含執行日期）；如為外包時，應附外包管理相關基準規定。 2.負責定期檢查及維修設備（機電、安全、消防、供水、緊急供電等）或系統專責人員之資格與教育訓練資料。 3.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。 4.能注意管制潛在之感染源，有相關維護紀錄（如：儲水槽之檢驗清淨實施紀錄，空調設備之維護、保養與檢修之紀錄等）。 5.醫院基礎設施（機電、安全、消防、供水、緊急供電等）故障時之緊急應變程序與演習紀錄。（試/可）	
可*	1.5.7	膳食安全衛生管理良好	目的： 依相關法令規定訂定膳食處理作業規範及廚房環境整潔、門禁、防火措施等，確保醫院食品衛生及膳食安全。 符合項目： 1.醫院設有廚房者，應符合下列項目： (1)訂定處理食品（包括準備、處理、儲存及運送）之作業標準或作業程序。 (2)有關食材儲存及廚房（調理室）內食材搬入、暫存、調理、飯菜盛入等運送路線，均有妥善規劃，以確保安全衛生。 (3)廚房環境整潔，通風良好，有適當門禁及防火措施（含火災預防與應變之教育訓練）。 (4)廚房之餐具儲存、食品供應、準備和清洗等區域分開設置合乎衛生。 (5)生鮮材料或調理過之食品未過期者，應予冷凍或冷藏保存。 (6)烹調之食品樣品應冷藏保存 48 小時，以備查驗。 2.膳食外包者，醫院應： (1)確認供應商（食品業者）符合食品衛生相關法令規定，如危害分析與重要管制點(Hazard Analysis Critical Control Point, HACCP)或食品良好衛生規範(Good Hygienic Practice, GHP)等。 (2)確認供應商及醫院內食品分送場所及其設施適當、安全衛生。 3.菜單有變化，能依病人健康狀況協助選擇合適飲食。	【委員共識】 符合項目 1 第 6 項所提「食品樣品」是指烹煮過的食物，如為外包廠商提供的便當，應整份便當留存；如為醫院廚房所烹煮(包括外包)，則每樣菜色應保留 100 公克的食物檢體留樣。

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
			4.每餐間隔時間、食物溫度適當，若因故延遲用餐時，可以提供熱食。 5.餐具洗淨機之洗淨溫度應設定為 80℃，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。(試/可) 6.廚餘處理合乎衛生及環保原則。(試/可) 7.有專責單位稽核檢查，並有紀錄。(試/可) 8.醫院有良好的供膳作業及環境，並通過危害分析與重要管制點(Hazard Analysis Critical Control Point, HACCP)之認證或已取得地方衛生主管機關的「中央廚房衛生自主管理認證」或食品良好衛生規範(Good Hygienic Practice, GHP)認證者。(試/可) [註] 1.符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)未提供膳食服務者。 (2)申請「總病床 99 床（含）以下」者。 2.以外包方式提供膳食服務之醫院亦屬有提供膳食服務。 3.符合項目 5、6、7、8 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算，惟申請「總病床 99 床（含）以下」者可免評。 評量方法及建議佐證資料： 1.處理食品（包括準備、處理、儲存及運送）之標準作業程序。 2.廚房門禁之管制辦法。 3.與防火措施之檢查與教育訓練紀錄。 4.有專責人員或部門稽核檢查之紀錄。(試/可) 5.通過 HACCP 或 GHP 認證之證明文件。(試/可)	

第 1 篇、經營管理 第 1.6 章 病人導向之服務與管理

條號	條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
1.6	病人導向之服務與管理	【重點說明】 醫院應提供親切合宜，以病人為導向的醫療服務，包括醫院應注意諮詢服務場所的提供、服務人員及引導人員之配置、言辭及儀態；工作人員應配戴名牌。 另外如與病人及家屬認識，建立互信關係及明確醫療服務的責任歸屬；提供及評估合宜的掛號、住出院、候診、候檢、領藥及批價等服務，並建立機制收集分析、檢討改善各項流程；提供院內相關同仁接待教育並確認其成效等，都為醫院確保醫療服務符合以病人為中心的各種可能作法。 病床的有效利用，不僅是善用社會資源，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，亦應評估住院病人在醫院內是否感覺不方便，醫院應依其功能、環境、及社區特性作考量，且不依醫院單方面的方便為優先，而是以不妨礙住院病人的方便及治療為原則，提供合宜的醫療環境。 透過使用者評估醫院各項作為是最直接的資訊來源。醫院可設有方便病人及家屬提供意見的管道，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。 各種來自於病人及其家屬、院內同仁改善建議之改善，均為醫院持續性品質改善活動努力的呈現。為了讓改善活動更符合醫用者、醫院及同仁需要，應依據醫院的目標與策略方針設定醫療品質改善之主題及目標；評估是否確實持續執行業務檢討、服務改善活動；採取 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、申訴應有專責處理模式與流程以盡快處理，對於病人或家屬訪客用餐、購物環境或相關資訊亦應適當提供，使醫用者及其家屬訪客方便取得所需服務。	
1.6.1	第一線工作人員服務態度親切，能提供整合、流暢之病人就醫流程、一般諮詢、引導、推送病人	目的： 為避免被污名化，更促進民眾就醫心理可近性，提供溫馨便捷安適的環境。 符合項目： 1.醫院各級工作人員應配戴名牌或職員證，其中醫事人員應配戴執業執照或其彩色影本，使其服務態度親切，能注意病人或家屬感受。 2.提供病人或訪客引導服務，於醫院重要出入口(如：大廳、電梯出入口等)有建築配置圖、樓層平面圖，清楚易於瞭解(如：設置場所、大小、配色等)，並有	【委員共識】 【查證重點提醒】 走動服務人員包括志工。

條號	條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
	等服務	明顯、清楚之各科室與治療診間之指標標示；能適合不同文化與性別。 3.設有提供諮詢服務之單位，並有明顯之標示，且在住院須知、相關手冊或網站上登載諮詢服務之單位所在位置、聯絡電話及服務項目。(試/可) 4.有走動服務人員提供服務，並有排班制度。供病人借用之輪椅，並建立完善之管理制度者。(試/可) [註] 1.符合項目 3、4 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算，惟申請「總病床 99 床（含）以下」者可免評。 評量方法及建議佐證資料： 1.實地審查。 2.顧客服務相關的會議紀錄、稽核紀錄、人員訓練活動紀錄。 3.科室和診間標示的樓層配置圖。 4.諮詢部門組織章程。(試/可) 5.住院須知。(試/可) 6.醫院健康通訊和衛教網站。(試/可) 7.走動服務人員排班表。(試/可) 8.輪椅維修管理辦法和借用登記表。(試/可)	
1.6.2	提供病人與民眾衛教與醫院服務資訊，並提供病人完整的就醫資訊及醫療諮詢	目的： 提供多元管道的就醫資訊及醫療諮詢服務，維護病人就醫的權益。 符合項目： 1.對民眾提供衛教宣導及相關內容，如：診療科別、病床資訊、門診時間、醫師姓名及其專長或經歷簡介、醫院規模、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.診間外與病床應標示醫師姓名。 3.設有專責人員提供醫療諮詢服務。 [註] 1.本條醫療諮詢服務係指提供民眾專業諮詢服務。 評量方法及建議佐證資料： 1.醫院門診表。	

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
			2.醫療費用收費標準。 3.科室和診間標示的樓層配置圖。 4.諮詢部門組織章程。	
	1.6.3	提供病人就醫之掛號、批價收費及辦理入出院作業等便利服務	目的： 提供完整的就醫作業流程和合理的收費，並公告周知及適當說明。 符合項目： - 設有辦理之專責人員或部門，並具備方便病人就醫之作業流程，如：掛號、就診、批價、住/出院手續等。在掛號及繳費尖峰時段，能彈性增設櫃檯因應。 - 掛號費收費符合衛生福利部公告之「醫療機構收取掛號費參考範圍」。對出院病人提供收費明細，符合醫療法相關規定。向病人收取之費用，如：病房差額負擔、膳食費等自費服務項目，有適當說明或公告周知。 - 有協調性(彈性)程序和特殊需求服務，如合宜的醫師代診制度、假日辦理出院服務。 - 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：(試/可) (1)病人單純持慢性連續處方箋領藥，且無需調閱病歷者。 (2)因病人無法於就診當日完成檢查，須安排於他日檢查，於檢查日免收「掛號費」或「病歷調閱費」。 (3)病人僅為取得檢查（驗）結果，並未看診者。 [註] - 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。」 - 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。」 - 符合項目 4 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算，惟申請「總病床 99 床（含）以下」者可免評。 評量方法及建議佐證資料：	

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
			1.掛號、批價收費和住出院辦理單位組織章程與管理辦法。 2.掛號、批價收費和住出院作業流程。 3.醫療費用一覽表和收費規定。 4.醫師停代診及請假管理辦法。	
	1.6.4	對於病人或家屬的意見、抱怨、申訴設有專責單位或人員處理，並明訂處理流程	目的： 建立多元的病人和家屬意見收集管道，由專人妥善追蹤處理。 符合項目： 1.設有專責單位或人員處理病人或家屬的意見、抱怨及申訴案件。 2.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。 3.專責單位或人員具有篩選案件之處理流程，且回應時效與內容合宜。(試/可) 4.員工接受相關處理技巧之教育訓練和研修課程。能面對意見、申訴、抱怨處理，並有視需要報備相關單位之監控機制。(試/可) [註] 1.設立 1 種以上能完整蒐集門、急診及住院病人意見的管道，如：意見箱、專線電話、問卷調查或上網建議等。其收集意見的管道適當，如：意見箱設置於明顯處並定期收取；專線電話有管道讓民眾得知；若為問卷方式其內容應具體適當。 2.符合項目 3、4 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算，惟申請「總病床 99 床（含）以下」者可免評。 評量方法及建議佐證資料： 1.病人或家屬意見、抱怨、申訴處理單位組織章程和教育訓練紀錄。 2.病人或家屬意見、抱怨、申訴處理流程與作業分析檢討紀錄。	

第 1 篇、經營管理 第 1.7 章 危機管理與緊急災害應變

條號	條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
1.7	危機管理與緊急災害應變	【重點說明】 為確保員工與就醫病人及其家屬之安全，醫院應建立危機管理機制，且依據危機管理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。醫院在建立危機管理機制時應成立專責組織（如危機管理委員會）或指定專責人員統籌醫院危機管理事宜，包括運用風險分析工具（如災害脆弱度分析）評估醫院可能發生之危機或緊急事件，並依據危害分析結果研擬危機管理計畫，包括減災預防、準備、應變與復原。 為提升醫院面對危機事件發生時之緊急應變能力以減少災害之衝擊，對突發危機事件應建立健全之應變指揮體系與依災害等級制定應變組織之啟動規模（如需動員之應變職務與應變團隊人數）。對於火災、風災、水災、地震等緊急災害，應訂有符合醫院與災害特性之緊急災害應變計畫與作業程序，並落實演練。此外，為防止災難發生時衍生之大量傷患救護需求，醫院應設置大量傷患緊急應變處理小組與健全指揮系統，每年定期與地方政府或相關團體共同辦理大量傷患處理之訓練，以滿足所在社區發生災害時之救護需求。 醫院面對可能或已發生之醫事爭議事件時，應以誠實的態度，指定專責人員或單位妥善因應，對外回應醫事爭議事件。為防範事件再發生，醫院應釐清事故發生原因及真相，正確掌握事件發展，並應有檢討紀錄及防範事件再發生之措施，作為改善之參考依據。另外，對於相關受影響之醫院同仁亦應提供支援互助機制，共同從經驗中學習。	
1.7.1	建立醫事爭議事件處理機制，且對涉及醫事爭議員工有支持及關懷辦法	目的： 建立醫事爭議事件處理機制，涉及醫事爭議員工之支持及關懷辦法與教育訓練等，確保醫病間之信賴與和諧關係。 符合項目： 1.應設置醫事爭議事件處理專責人員或團隊，能主動與醫事爭議病人或家屬進行溝通化解爭議，提供支持與關懷服務，並能迅速處理爭議。 2.建立醫事爭議事件處理作業程序，包括如何掌握事件發展、分析爭議發生原因等。 3.於員工到職訓練及定期在職訓練中，納入醫事爭議之預防措施。 4.能針對醫事爭議事件進行檢討，並製成教材提供員工教育訓練。	【委員共識】 【查證重點提醒】 常見爭議事件，如：哽塞事件及自殺事件。

條號	條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
		5.對於醫事爭議賠償、補償、和解或慰問金等，訂有適當之補助或互助辦法。 評量方法及建議佐證資料： 1.醫事爭議事件處理團隊名冊（含職務）。 2.醫事爭議事件處理作業程序。 3.員工到職及定期在職訓練中關於醫事爭議預防措施之教材與相關教育訓練資料。 4.發生之醫事爭議事件檢討之會議紀錄。 5.醫事爭議事件適當之補助或互助辦法。 6.對於醫事爭議員工之支持與關懷服務紀錄。	
1.7.2	建立醫院危機管理機制及緊急災害應變計畫	目的： 建立醫院風險/危機管理機制，擬定危機管理計畫與落實執行危機減災預防與準備之相關措施，落實演練與持續之檢討改善，並確保緊急災害應變計畫與作業程序符合醫院之災害特性(如火災、風災、水災、地震等)，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.醫院設有危機管理專責單位（委員會）及專責人員，應用風險分析方法，評估醫院可能發生的危機或緊急事件，訂定風險/危機管理計畫，包括減災預防、準備、應變、復原等。 2.依據醫院危機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、地震等緊急災害，訂有符合醫院特性與危機管理的緊急災害應變措施計畫及作業程序，包括明定各單位病人疏散運送之順序與方法。 3.對突發危機事件有完備之緊急聯絡網及災害應變啟動機制，並有適當的人力調度及緊急召回機制。 4.風險/危機管理計畫中應包括藥品、醫療器材、緊急通訊器材及其他資源之後勤補給，能確實掌握資源調度，並能確保3天以上之安全存量。 5.實施危機減災預防與準備之相關措施，包括各項宣導與員工訓練、緊急疏散圖示應明顯適當。 6.訂定醫院接受媒體採訪或與媒體溝通之規範，指定醫院對外發言人，維護病人、員工隱私及權益。 7.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，且全	【委員共識】 1.符合項目4所提「緊急通訊器材」係指供醫院內部緊急通訊使用之設備。 2.本條文並無特別限制「其他資源」種類，可包含民生用品、食物、水等，建議醫院可依所在之地理位置及特性等，說明可取得之資源量，並依照醫院需求訂定至少3天以上之合理存量。 3.每年實施緊急災害應變演練需包含醫院火災應變計畫演習。 4.有關符合項目1所提『...，訂定風險/危機管理計畫，包括減災預防、準備、應變、復原等』醫院可依規模及特性不同，訂定不同之風險分析及危機管理計畫。 5.符合項目7所指「緊急災害

條號	條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
		體員工至少參加演練一次，並有演練之過程及檢討紀錄（含照片）。 8.針對發生之危機事件能進行原因分析，並研擬改善措施，確實檢討改善，成效良好。(試/可) 9.依據演練之檢討結果，至少每年一次修正緊急災害應變計畫與作業程序，以符合實際需要。(試/可) 10.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。(試/可) 【註】 1.風險/危機管理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，以確保各項減災預防、準備與緊急應變與復原之措施符合風險/危機管理之需求。 2.風險分析方法至少應包括下列兩項參數，災害發生機率(frequency)與衝擊程度(Impact)，常用之風險分析方法如：災害脆弱度分析(Hazard Vulnerability Analysis, HVA)、醫療失效模式與效應分析 HFMEA(Healthcare Failure Mode and Effect Analysis, HFMEA)與營運衝擊分析(Business Impact Analysis, BIA)等。因 HVA 之評估需增加醫院減災與持續運作能力(準備就緒度, preparedness)之分析，可適用於所有災害，因此廣泛被相關風險/危機管理與醫療品質評鑑機構如美國聯邦救災總署(Federal Emergency Management Agency, FEMA)與評鑑聯合會 TJC (The Joint Commission)所建議採用。 3.「危機管理計畫(Emergency Management Program, EMP)」等同於「醫院緊急災害應變措施及檢查辦法」第三條所指之「緊急災害應變措施計畫」。其內容應包括因應災害之預防、準備、應變與復原各階段之應變體系、應變組織與工作職責。 4.符合項目 8、9、10 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算，惟申請「總病床 99 床（含）以下」者可免評。 評量方法及建議佐證資料： 1.醫院危機管理委員會之組織與會議紀錄。 2.危害分析相關資料，包括參與人員、危害分析相關表單(如災害脆弱度分析評分表)與結果。	應變演練」其中消防演練每年至少應實際演練一次及桌上演練一次，其餘災害視醫院需求辦理。 【查證重點提醒】 1.有關符合項目 7「每年實施緊急災害應變演練 2 次...」，其中緊急災害應變較少有夜間演練，會由地方消防局要求實施。 2.大量傷患並非此條文評量重點。

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
			3.風險/危機管理計畫。 4.風險/危機管理計畫中關於藥品、醫療器材、緊急通訊器材及其他資源之後勤補給清單與安全存量之資料。 5.與其他醫療機構或供應商間訂有相互支援藥品、醫療器材及其他資源的協定。 6.危機減災預防與準備之相關宣導與員工訓練之資料。 7.接受媒體採訪或溝通之標準作業程序。 8.針對發生之危機事件能進行原因分析，確實檢討改善之紀錄。(試/可)	

第 2 篇、醫療照護 第 2.1 章 病人及家屬權責

條號		條文	112 年精神科醫院評鑑基準	112 年度評鑑委員評量共識
	2.1	病人及家屬權責	【重點說明】 每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，醫院應尊重病人的觀點，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，提供保護病人尊嚴且周到的醫療服務。病人權利，最少應包含：1.依照醫事法規，病人於住院期間應享有之權利；2.醫院於醫療前、醫療中對病人或其家屬之說明義務及事項；3.病人之同意權、自我決定權、拒絕權及隱私權之保障事項。讓醫院、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。 因此本章的重點有下列幾項： 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，並取得病人完整簽署的同意書。 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.精神病人為特殊族群，其自主、隱私、通訊等權利容易受到傷害，故於精神衛生法特別加以保障。對於強制住院及強制社區治療之精神嚴重病人應經依法鑑定及申請審查通過始能執行強制住院及強制社區治療。	
	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	目的： 藉由明確的病人權利政策之制定與告知，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。 符合項目：	

條號		條文	112 年精神科醫院評鑑基準	112 年度評鑑委員評量共識
		工瞭解、尊重其權利	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，並公告周知。 2.醫院有舉辦或外派員工出席病人權利、醫療倫理與醫事法令等教育訓練活動。 [註] 1.制定住院病人的權利內容應參考衛生福利部「醫院住院須知參考範例」中之肆、病人權利，且應包含：1.依照醫事法規、精神衛生法，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。 2.病人權利內容應依精神衛生法相關規定辦理。 評量方法及建議佐證資料： 1.檢視醫院病人權利政策或規範。 2.檢視醫院住院須知。 3.查閱員工教育訓練活動紀錄。	
	2.1.2	在診斷治療病人的過程，應適當說明病情、處置及治療方式，並依規定取得病人同意	目的： 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，期望病人能瞭解其病情、處置及治療方式，協助其表達意願行使醫療同意權。 符合項目： 1.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。 2.依精神衛生法 36 條，精神醫療機構診治病人或於病人住院時，應向本人及其保護人說明病情、治療方針、預後情形、住院理由及其應享有之權利等有關事項，並於病歷中記載。 3.應於適當時機請病人、家屬參與醫療決策討論。 4.當病人或家屬表明欲徵詢第二意見時，應能主動提供會診或轉介，並能迅速提供適當的病歷資料，供被徵詢者參考。 5.對病人實施電痙攣治療等侵入性治療時，應符合精神衛生法規定。 6.制訂政策及指引，推動病人、家屬積極參與醫療決策之過程(Shared Decision Making)，並建立醫病共識。(試/可)	1. 符合項目 4 所提「第二種參考意見」，係指徵詢另一醫師之意見。照會、科部共同討論會等亦符合。 2. ECT（電痙攣）屬侵入性治療，須符合本基準評量項目內容。

條號		條文	112 年精神科醫院評鑑基準	112 年度評鑑委員評量共識
			[註] 1.醫療法第 64 條：「醫療機構實施中央主管機關規定之侵入性檢查或治療，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人說明，並經其同意，簽具同意書後，始得為之。但情況緊急者，不在此限。 前項同意書之簽具，病人為未成年人或無法親自簽具者，得由其法定代理人、配偶、親屬或關係人簽具。」 2.未提供侵入性檢查或治療，符合項目 5 得免評。 3.符合項目 6 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算，惟申請「總病床數 99 床（含）以下」者可免評。 評量方法及建議佐證資料： 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。 2.輔助說明的特殊人員與相關教具清單。	
可	2.1.3	嚴重病人緊急安置或強制住院作業應符合精神衛生法規定，並提供必要之治療及保護	目的： 促使醫院落實精神衛生法有關嚴重病人之緊急安置、強制住院之規定，並提供必要之治療和保護。 符合項目： 1.明訂強制住院案件之申請作業程序，並有專責人員負責相關作業。 2.緊急安置或強制住院作業均符合精神衛生法之規定，包括：於適當場所執行；於規定期限內申請；強制住院病人均經「精神疾病強制鑑定、強制社區治療審查會」審查通過等，且有紀錄可查。 3.提供緊急安置及強制住院病人必要之保護及治療，且定期評估（包括藥物治療及每日執行自傷、自殺或傷人之危險性評估），並有紀錄。 4.指派緊急安置與強制住院業務相關人員（含指定專科醫師與承辦人員）參與教育訓練。 5.落實強制住院病人出院照護服務，並登錄於精神照護資訊管理系統。 6.病歷應詳實記載病史、病情評估、住院意願、自傷或傷人之危險性評估、診療計畫及對於治療之反應等，且有督核機制。 [註] 1.非直轄市、縣（市）衛生局所指定強制住院之精神醫療機構者，可自選本條免評。	

條號		條文	112 年精神科醫院評鑑基準	112 年度評鑑委員評量共識
			評量方法及建議佐證資料： 1.強制住院案件之申請作業程序及其執行狀況之統計分析和改善措施。 2.相關人員教育訓練紀錄。 3.查閱病歷。 4.訪談相關人員。 5.若情境允許，訪談病人及/或家屬。	
可	2.1.4	提供強制社區治療服務，並符合精神衛生法規定	目的： 促使醫院落實精神衛生法有關嚴重病人強制社區治療之規定，並提供必要之治療和保護。 符合項目： 1.明訂強制社區治療案件之申請作業程序，並有專責人員負責相關作業。 2.強制社區治療作業均符合精神衛生法之規定，包括：於規定期限內申請；強制社區治療病人均經「精神疾病強制鑑定、強制社區治療審查會」審查通過，且有紀錄可查。 3.有專責人員負責強制社區治療病人之個案管理及社區追蹤，並可合宜連結社區服務資源。 4.強制社區治療作業程序完整詳實，且確實執行，並有紀錄。 5.落實執行及上網填寫個案治療紀錄表，且每月提報機構執行狀況及指標資料至衛生局。 [註] 1.非直轄市、縣（市）衛生局所指定強制社區治療之精神醫療機構者，可自選本條免評。 評量方法及建議佐證資料： 1.強制社區治療案件之申請作業程序及其執行狀況之統計分析和改善措施。 2.相關人員教育訓練紀錄。 3.查閱病歷。 4.訪談相關人員。 5.若情境允許，訪談病人及/或家屬。	1. 評量項目 1 所提「專責人員」可包含行政人員；評量項目 3 所提「專責人員」係指個案管理人員。 2. 醫院為指定強制社區治療精神醫療機構，於上次評鑑合格效期內未執行強制社區治療服務者，仍應查核「強制社區治療程序」，惟符合項目 5 可不計分，並請委員積極鼓勵醫院執行此項業務。 3. 評鑑時如委員發現有符合轉介之病人而醫院未執行轉介，委員得給予建議意見。

條號		條文	112 年精神科醫院評鑑基準	112 年度評鑑委員評量共識
	2.1.5	病人於門診及住院時之檢查、處置與檢體採集和運送，皆應保障其隱私及權利	目的： 醫療團隊人員在治療與照護過程中，確保病人隱私。 符合項目： 1.與病人進行溝通、病情說明、執行觸診診療行為及徵詢病人同意時，均應考量到環境及個人隱私之保護。 2.病人就診、檢查及處置時，應排除不相關者在場，並於場所中備有布簾、被單、治療巾等，對於較私密部位之檢查，應徵得病人同意，避免過度暴露，並依需要安排合適之醫事人員陪同，協助觀察病人及注意隱私之維護。 3.於診療過程中呼喚病人時，宜顧慮其權利及尊嚴；候診區就診名單之公布，應尊重病人之意願，以不呈現全名為原則。 4.住院訂有探病及陪病之規範；在公開標示病人姓名前，亦有尊重病人或家屬意願的機制，並確實執行。 5.多人病房之病床間有合適的空間或隔簾隔開，病床配置及病房空間應考量到確保隱私，同室應安排同性別病人。 6.若為教學醫院其病房教學門診應有明顯標示，於教學門診及教學迴診過程，若有實（見）習學生在旁學習，應事先充分告知病人。 7.病人檢體（尿液、糞便等）之採集和運送，有考量病人之隱私。 [註] 1.參考衛生福利部 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」。 評量方法及建議佐證資料： 1.實地檢視診間、檢查室與病房的环境及維護隱私的作法。 2.查閱探病及陪病的規範。 3.檢視公開病人姓名是否與病人意願一致。 4.實地檢視檢體之採集和運送過程。	1. 評量項目 5 係指病床間有合適的空間或隔簾隔開，達到保障病人隱私即可。 2. 診療、處置過程中，應有合適空間，使用隔簾或屏風，達到維護病人隱私之目的。 3. 委員可建議醫院病房男女廁所應按性別分開不可混用，浴室若共用需分開使用的時間，此項列為建議事項，不列入評分。 4. 病室內如未有衛浴空間，可藉由詢問工作人員或病人對於隱私保護之措施。
	2.1.6	精神病人從事之勞務作業應符合治療目的，且應明確	目的： 確保精神病人其權利，在從事勞務作業前，應經團隊審慎評估，及向病人說明。 符合項目： 1.依個別復健治療目的安排病人從事勞務作業，有醫囑轉介、經詳細告知復健治	

條號		條文	112 年精神科醫院評鑑基準	112 年度評鑑委員評量共識
		訂定精神科病人職能收益管理方針，並作適當的執行管理	療計畫、目的、工作內容與報酬後，簽署同意書，病人有權利拒絕參與非治療目的之勞務作業。 2.對於復健治療計畫有疑義或不滿時有申訴管道。 3.成立管理委員會或小組，定期開會，紀錄完整，且有從事勞務作業之病友或家屬團體代表參加。 4.復健收益（基金）之收入扣除必要直接成本後，至少八成以上費用發給病人作為工作獎勵，餘則用於提升該等病人復健助益之活動，備有收支帳目、領據簽單、月報表及年報表。 評量方法及建議佐證資料： 1.查閱勞務作業的醫囑、同意書。 2.訪談病友瞭解申訴管道。 3.查閱復健收益（基金）管理辦法及修訂紀錄。 4.查閱管理委員會（小組）會議紀錄。 5.檢視復健收益收支帳目、領據簽單、月報表及年報表。 6.查閱病人的職能（產業）治療或成效評估紀錄。 7.訪談工作人員勞務作業檢討改善的實例。	

第 2 篇、醫療照護 第 2.2 章 醫療照護品質與安全管理

條號	條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
2.2	醫療照護品質與安全管理	【重點說明】 醫療照護品質及病人安全是每日常規醫療照護的根本。此信念必須深植於每位醫療工作人員的心中，從不間斷的醫療照護品質精進，使醫療照護效率提升，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，建立醫療組織文化中對品質及病人安全的關注，進而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： 1.醫院管理者須規劃醫療照護品質管理計畫：增進醫療照護品質需要許多臨床科部、醫療專業及行政管理之合作，必須有良好之全院管理架構及計畫；醫院管理者應建立品質管理架構、推動品質精進計畫及監督此系統之運作以達成目標。有醫院管理者之重視及支持，才能塑造出醫院之品質及病安之文化。 2.訂定適當之醫療品質控制指標以保障病人安全：醫院應利用收集之資訊，針對危急、高風險、易出錯等方面，建立適當之醫療品質控制指標，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醫療組織文化：定期將醫療品管及病人安全之資訊傳遞給全體員工，鼓勵及教育員工參與醫療品質持續改善活動，建立品質及病人安全的醫療組織文化；透過醫療照護團隊的溝通，將醫療品質改善成果加入醫療照護常規或技術手冊中，確保改善成果用於提升照護品質。 4.對醫療不良事件之事前預防及事後分析檢討：醫院對於各種可能發生醫療不良事件之高危險情境，宜訂定預防措施以維護病人安全，對於發生之醫療不良事件，應明訂發生時的處理方式，並鼓勵通報，醫療不良事件發生後，應作根本原因分析，以避免相似事件之再發生。 5.分析各類品質資料和其他醫院分享成果，共同提升醫療照護品質醫療照護團隊間，藉由全院性研究會及報告會等，互相理解院內各部門診療活動；利用品管資料，經由分析研究，於討論會提出報告或發表於雜誌刊物中，以提供臨床醫學或醫院管理上之實證，與醫界分享成果，共同提升醫療照護品質。	
2.2.1	醫院應訂定及推動全院品管及病人安全計	目的： 藉由系統性的作為，建構全院品管與病人安全管理機制。 符合項目：	

條號	條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
	畫，並定期檢討改善	1.醫院應建立全院性品管及病人安全制度，並擬定病人安全目標、任務及執行方針。 2.醫院應設有委員會或相關組織，依醫院特性擬訂關鍵議題與優先順序，協調、推動及執行全院品管及病人安全計畫。 3.有專責人員對醫療異常或錯誤事件，有系統地收集與分析，並研擬系統性對策。 4.醫院應建置不以懲罰為原則的通報系統，鼓勵同仁自願通報，以提升醫療照護及作業環境之安全性。 5.醫院應訂定預防各種可能發生醫療不良事件之措施及建立因應對策，並確實執行。 6.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。(試/可) 7.召開跨部門品管及病安討論會議，分析影響病人安全的要因，擬訂改善對策，並確實執行及評核成效。(試/可) [註] 1.符合項目 6、7 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算，惟申請「總病床數 99 床（含）以下」者 可免評。 評量方法及建議佐證資料： 1.醫品病安委員會章程。 2.醫品病安委員會委員名單。 3.醫品病安委員會會議紀錄。 4.醫品病安計畫評估及成效。(試/可) 5.病安追蹤系統、作業規範。(試/可) 6.相關醫品病安改善報告。(試/可)	
2.2.2	對於發生之醫療不良事件，能進行根本原因分析，訂定預防措施及改善	目的： 落實異常事件的通報與處理，並檢討改善以建立預防措施。 符合項目： 1.訂有醫療不良事件之通報與處理機制。 2.醫院對醫療不良事件，有適當關懷病人之機制。 3.對於嚴重度或發生率較高的醫療不良事件進行分析檢討，根據分析結果提出可行之改善措施。(試/可)	

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
			4.醫療不良事件具有教育價值者，能適當傳達予員工並據以修正相關流程及規範。(試/可) [註] 1.符合項目 3、4 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算，惟申請「總病床數 99 床（含）以下」者 可免評。 評量方法及建議佐證資料： 1.醫療不良事件處理辦法。 2.病人安全通報標準作業流程。 3.重大異常事件分析檢討改善成果。(試/可)	
	2.2.3	定期舉行照護品質相關會議，應用實證醫學佐證，檢討改善實務運作，並建立機制以檢討醫療倫理與法律相關之病例與主題	目的： 藉由醫療照護團隊定期溝通討論機制，應用實證醫學佐證，檢討改善醫療品質與病人安全等議題。 符合項目： 1.訂有醫療照護團隊溝通機制，定期溝通，討論實務運作中可提升病人安全、醫療品質議題，凝聚共識。 2.醫療照護品質及病安相關議題，依實證醫學文獻及醫療照護團隊共識，修正醫療照護指引、常規或技術手冊，提供醫療照護團隊執行參考。 3.每次會議能追蹤上次決議執行情形及改善成效，提出具體提升病人安全、醫療品質措施、方案，運用於臨床照護。(試/可) 4.檢討院內實際醫學倫理與法律相關案例，並訂出醫療照護人員依循之倫理準則。(試/可) 5.對於醫學倫理議題有諮詢功能。(試/可) [註] 1.小型醫院（總病床數 99 床（含）以下）可將相關議題之會議合併進行，或藉由全院性之會議來討論；而研討會可藉由院際合作來舉行。 2.會議紀錄的形式由醫院決定，但內容應有所區分。 3.醫療照護及品質、病安相關會議，如：病例討論會、併發症及死亡病例討論會、醫療不良事件討論會、醫學倫理討論會、委員會等。 4.符合項目 3、4、5 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算，惟申請「總病床數 99 床（含）以下」者可免評。	

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
			評量方法及建議佐證資料： 1.醫療照護及品質、病安相關會議會議紀錄。 2.醫療照護指引、常規或技術手冊修訂紀錄。 3.具體提升病人安全、醫療品質措施、方案、成效。(試/可)	

第 2 篇、醫療照護 第 2.3 章 醫療照護之執行與評估

條號	條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
2.3	醫療照護之執行與評估	【重點說明】 醫療機構最重要的目的為提供病人所希望且最適切的醫療照護，需要醫療機構內各種領域的員工有高水準的協調及溝通。在執行醫療照護計畫時，應經常檢討醫療照護之適當性，動態評估病人對照護計畫的反應，如有需要應隨時修正計畫。精神科醫療照護團隊由醫師、護理、藥劑、社會工作、心理、職能治療、營養及相關專業人員組成。醫院對於病人所提供之醫療照護為整體醫療照護的一個環節，並於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。如此不僅能有效使用醫療資源，並能提供病人所需照護且改善病人之健康狀態。 本章規範之目的有下列幾項： 1.明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訂定出之醫療照護計畫，詳細記載於病歷中，以使病人照護相關資訊能確實傳遞。 3.應明訂作業常規以確保醫囑被安全地執行。 4.依病情需要，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，以達合適之醫療照護。 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.應協助病人實施適切之轉診，轉診之安排應考量病人安全，留意轉診過程中必要醫療照護之安排。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復健計畫，包含提供出院病人適當之用藥指導、營養指導、生活指導、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.醫院提供適當居家照護服務，應透過機制掌握服務執行情形，並於案例討論會評估、檢討及改善居家照護服務模式或內容。	
2.3.1	住院病人應由主治醫師負責照護，並讓病人知悉	目的： 主治醫師主導住院病人醫療照護計畫，病人病情有變化時，能即時獲得適當處置。藉由醫師每日之迴診及紀錄，了解病人病況之變化以調整診療計畫。 符合項目：	

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
			1.住院病人應由主治醫師負責照護並讓病人知悉其主治醫師。 2.上班日急性病房應每日施行迴診且有紀錄可查；慢性病房及日間照護病房，得視病情減少迴診頻率，但至少每 2 週應迴診 1 次且有紀錄可查。 3.病程紀錄應有主治醫師簽章，全面或部分實施電子病歷之醫院，相關主治醫師複簽、修改紀錄簽名應符合電子簽章規範。 4.若主治醫師不在時，有明確規定代理制度。 5.明訂醫療照護團隊與主治醫師之聯絡方式，及無法聯絡上時的因應方法。 評量方法及建議佐證資料： 1.醫師職務說明書。 2.職務代理辦法。 3.醫師值班表。 4.醫師假日迴診之規範。 5.紙本或電子病歷修改紀錄。 6.電子病歷歷史修改紀錄。	
	2.3.2	病歷應詳實記載病況變化、治療方式及其治療依據說明等，以供事後檢討	目的： 醫療照護團隊成員詳實記載之病歷，使病人照護相關資訊能正確傳遞。 符合項目： 1.主治醫師需親自診察評估病情，視病情修訂診療計畫，病程紀錄能適當的反應病況變化。 2.病歷紀錄應完整詳實，且包含病人主訴、病史、身體檢查、精神狀態檢查、實驗室檢查、臆斷與診療計畫等，並能顯示達成診斷及實施處置之合理思考邏輯，且應適時、適當呈現心理衡鑑、職能評鑑、社工評估、檢查、檢驗、處置之理由，及影像診斷報告的臨床評估。 3.有定期的診療摘要紀錄或交班摘要。(試/可) 4.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。(試/可) [註] 1.診療計畫不需為獨立單張，亦未規定須由病人或家屬簽名。 2.符合項目 3、4 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算，惟申請「總病床數 99 床（含）以下」者可免評。	有關醫院宣告電子病歷範圍查核原則，以醫院向當地主管機關報備實施電子病歷，評鑑委員就其實施日期及範圍進行評量，惟於該實地日期及範圍內得免以書面方式製作病歷。

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
			評量方法及建議佐證資料： 1.病歷寫作規範。 2.紙本或電子病歷。 3.病歷紀錄品質檢討的相關資料。(試/可)	
	2.3.3	醫療照護團隊人員應了解病人問題，並讓接班人員知悉；如有轉出至其他單位及科別時，應製作照護摘要或交班紀錄，以達持續性照護	目的： 病人主要醫療照護人員能確實交接班，達到持續性之照護。 符合項目： 1.醫療照護團隊訂有交接班作業流程。 2.醫療照護團隊人員能瞭解病人問題所在，且能交班清楚，使接班醫療照護團隊人員能瞭解病人問題。 3.訂有轉換單位之作業流程，轉換單位、科別或照護團隊時，轉出之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病人照護。 評量方法及建議佐證資料： 1.交接班作業流程。 2.交接班紀錄。 3.單位間轉床作業流程。 4.病人轉運作業規範。	
	2.3.4	護理過程完整，能因應病人狀況提供適切可行的護理照護計畫	目的： 護理人員能應用護理過程，改善病人健康問題。 符合項目： 1.能依病人狀況，提供適切的身、心護理照護計畫。 2.護理過程紀錄應包括評估、計畫、措施及評值。 3.護理照護計畫具有個別性，有依病人狀況與需求，適時調整。 4.對於自我照顧困難之病人，能指導協助家屬（或輔助人力）讓病人得到基本的身體護理，並促進其達到自我照顧的能力。 評量方法及建議佐證資料： 1.護理記錄。 2.護理紀錄書寫規範。	本項基準委員可透過實地至病房觀察或訪談護理人員、病人等，以了解護理照護是否滿足病人各項需求（如：生理需求、心理衛生需求、暴力防護需求等），以綜合判斷護理人員之護理照護是否合理。
重	2.3.5	適當的護病比	目的：	符合項目 2「各類型醫院精神

條號	條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
		合理的護理人員照護負荷，以維護照護品質。 符合項目： 1.護理人力須符合醫療機構設置標準，並能符合排班基本要求。 2.各類型醫院精神急性一般病床之全日平均護病比為： (1)精神科醫院：≤ 15 人。 (2)精神科教學醫院：≤ 12 人。 3.各類型醫院精神慢性一般病床之全日平均護病比為： (1)精神科醫院：≤ 45 人。 (2)精神科教學醫院：≤ 37 人。 [註] 1. 本條為重點條文。 2. 納入護病比計算之人力，包括護理師、護士，並應辦理執業登記；護理長、實習護士及專科護理師等不列入計算。 3. 病床數依登記開放之精神急性一般病床數、精神慢性一般病床數計。 4. 精神急性一般病床全日平均護病比計算公式：醫院該月每一個病房之(精神急性一般病床床位數$\times$佔床率$\times 3$)加總後$\div$每月每日平均上班護理人員數之三班小計加總，人數計算皆四捨五入取至小數點下一位。 5. 精神慢性一般病床全日平均護病比計算公式：醫院該月每一個病房之(精神慢性一般病床床位數$\times$佔床率$\times 3$)加總後$\div$每月每日平均上班護理人員數之三班小計加總，人數計算皆四捨五入取至小數點下一位。 6. 符合項目 3 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 7. 為顧及護理人員流動率，得有實務人力調整空間，於 106 至 112 年實地評鑑時之評量方法中，訂定達成上列全日平均護病比之 90%即為符合，即精神科醫院急性病房全日平均護病比可調整為$\leq 16.7(15 \div 0.9 = 16.7)$；精神科教學醫院急性病房全日平均護病比可調整為$\leq 13.3(12 \div 0.9 = 13.3)$；精神科醫院慢性病房全日平均護病比可調整為$\leq 50(45 \div 0.9 = 50)$；精神科教學醫院慢性病房全日平均護病比可調整為$\leq 41.1(37 \div 0.9 = 41.1)$。 評量方法及建議佐證資料： 1.病房護理人員排班表。 2.病房佔床率。	急性一般病床之全日平均護病比」及符合項目 3「各類型醫院精神慢性一般病床之全日平均護病比」： 1. 醫院填報「精神科醫院評鑑補充資料表-第 2 篇、醫療照護」中，「五、全院全日三班護病比」的填報數據： (1) 表二「<u>112 年實地評鑑前急性一般病房各單位全日護病比</u>」，請委員依精神科醫院評鑑基準 2.3.5 符合項目[註]7 所訂定之調整後的標準(精神科醫院：≤ 16.7 人、精神科教學醫院：≤ 13.3 人)，以本表之「總計值」進行判定是否符合。 (2) 表四「<u>112 年實地評鑑前【慢性一般病房】各單位全日護病比</u>」，請委員依精神科醫院評鑑基準 2.3.5 符合項目[註]7 所訂定之調整後的標準(精神科醫院：≤ 50 人、精神科教學醫院：≤ 41.1 人)，以本表之「總計值」進行判定是否符合；惟本年度符合項目 3 為試評項目，

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
			3.病房護病比月報表。	不納入計分。 (3) 考量此條文「2.3.5 適當的護病比」與過去條文「2.3.7 護理時數合理」其規範內容及資料表填報方式有異，表一「<u>111</u> 年全院【急性一般病床】各月份全日護病比」及「表三 <u>111</u> 年全院【慢性一般病床】各月份全日護病比」之「平均值」，請委員做為評量參考。 2. 有關「實地評鑑當日各精神急性一般病房及精神慢性一般病房全日護病比」抽查方式，至少抽查全院 30% 以上的精神急性一般病房，抽查結果採所有病房之平均數判定是否符合。 3. 本項基準符合要件：「實地評鑑當日查證結果」或「醫院填報之資料（表二）」，其一符合基準要求則視為符合。 4. 依醫療機構設置標準第 15 條（醫院病床分為一般病床及特殊病床，且一般病床包括急性一般病床、精神急性一般病床、慢性一般病床、精神慢性一般病床）；另衛生福利部 108 年

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
				2 月 1 日衛部醫字第 1081660629 號修正「醫療機構設置標準第 12 條之 1、第 23 條之護病比係指急性一般病床全日平均配置比例；並非納入「精神急性一般病床」計算。
	2.3.6	醫囑之記載與確認應有標準作業，以確保醫囑安全執行	目的： 醫囑開立至被執行之流程，能兼顧正確、安全及時效性。 符合項目： 1.醫院應明訂醫囑確認具體步驟及醫療照護團隊針對醫囑溝通之機制。 2.緊急時（含急救、緊急給藥）接受口頭（含電話）醫囑，應有確認機制，如接受醫囑時要複誦並記錄確認，且應於 24 小時內完成醫囑記述。 3.醫囑應有醫師簽章，依醫囑執行之各項醫療活動需有醫事人員簽章。 評量方法及建議佐證資料： 1.病歷（醫囑）書寫規範。 2.口頭醫囑作業流程。 3.紙本或電子病歷。	
	2.3.7	依病情需要，提供醫療照護團隊照會轉介服務，並與院外機構建立良好轉診合作關係	目的： 透過會診機制，以整合各專業領域人員醫療專業服務，並協助病人適切安全之轉診，達到持續性照護目標。 符合項目： 1.醫院應明訂會診作業規範。 2.會診時效性、結果及品質，有檢討機制。 3.與合作機構建立轉診機制，協助身體疾病診治需要的病人，安排適切安全之轉診。 4.院內照會具時效性。(試/可) (1)心理：一般會診須於 5 個工作日內完成。 (2)職能：一般會診須於 3 個工作日內完成。 (3)社工：一般會診須於 3 個工作日內完成。	符合項目 4 所指之院內照會具時效性，各職類定義如下： 心理： 於照會轉介日起 5 個工作天內完成初步評估或會談並留有摘要紀錄。 職能： 會診須於時效內執行係指以接到醫師轉介單後，病人接案服務。 社工： 會診須於時效內執行係指初

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
			(4)營養師會診須於 2 個工作日內完成。 [註] 1.符合項目 4 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算，惟申請「總病床數 99 床（含）以下」者可免評。 評量方法及建議佐證資料： 1.會診作業規範。 2.會診通知單及回復單。 3.轉診或院內照會結果及品質檢討改善紀錄。	步評估、服務計畫或服務提供。
	2.3.8	依據病情評估結果，提供適切之復健治療計畫	目的： 提供適切之復健治療服務，協助病人恢復身體及社會功能。 符合項目： 1.經醫療照護團隊評估確認個別病人復健需求，依個別病人病況及日常生活功能訓練目標明訂合適、系統性、連續性之復健計畫及執行方式並轉介各種專業，如：職能治療、心理治療、社會工作或護理人員，且充分向病人說明。 2.依病人復健計畫執行，並將病人復健訓練及改善情形，記錄於診療紀錄中，具體呈現病人復健進展。 3.依計畫提供適當服務，並統計復健計畫實施狀況，掌握病人人數等復健服務資訊。 4.診療、復健紀錄詳實並與醫療照護團隊定期討論，且醫療照護團隊間應確立相關溝通機制。 5.應有跨領域之醫療照護團隊定期協商討論，並備有紀錄。 [註] 1.應將復健、訓練與診療紀錄一併管理，但定期將必要的資料加入診療紀錄亦可。 評量方法及建議佐證資料： 1.團隊會議記錄。 2.病歷記載之病人執行紀錄。	精神科醫療照護團隊由醫師、護理、藥劑、社會工作、心理、職能治療、營養及相關專業人員組成。
	2.3.9	訂有行動限制（隔離、約束）之作業常規	目的： 提供因治療需要的隔離、約束措施，應有確保病人安全機制。 符合項目：	符合項目 7 之規範，為尊重病人權益及知情同意，仍請醫院依規定向病人告知約束

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
			1.保護室符合醫療機構設置標準。 2.應訂定實施行動限制的作業常規。 3.約束病人身體或限制其活動範圍應有醫囑。 4.非為合理之醫療目的或為防範緊急暴力意外、自殺或自傷之事件，不得拘束病人身體或限制其行動自由於特定之保護設施內。 5.不得以戒具或其他不正當方式拘束病人身體或限制其行動自由。 6.對約束中的病人照護，至少每 15 分鐘探視 1 次且能提供病人生理需求、注意呼吸及肢體循環並防範意外事件發生，且須有紀錄。 7.執行前應確認病人或家屬充分瞭解限制行動之必要性，並取得病人或家屬同意書。 [註] 1.依醫療機構設置標準「附表(三)精神科醫院設置標準表」規定，「保護室最小面積應有十平方公尺，並有適宜的空調及燈光，牆面與地板應有防焰軟墊，另應設有監視器、對講機、門具有觀察窗及門鎖；各項設備宜裝置於高處。」。 評量方法及建議佐證資料： 1.病人行動限制相關作業規範。 2.醫囑及執行紀錄。	治療之說明，並取得相關文件證明。
	2.3.10	評估住院病人營養狀態，適切給予營養及飲食指導	目的： 評估住院病人營養狀態，適切給予營養及飲食指導。 符合項目： 1.訂定營養篩檢、飲食指導等照會流程與機制。 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，且有具體紀錄。 3.營養照護建議可與醫療照護團隊其他成員討論，據以共同擬定照護計畫。 [註] 1.總病床 99 床（含）以下醫院若未設有營養師，醫護人員亦應評估病人的營養狀況及提供飲食指導。 評量方法及建議佐證資料： 1.營養照護相關作業規範。	

條號	條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
		2.營養照會單及病歷紀錄。	
2.3.11	提供病人適當之衛教資料與指導	目的： 提供適當衛教指導，以提升病人及照顧者之照護能力。 符合項目： 1.醫療照護團隊依病人及照顧者需要提供衛教單張及資料，且應依需要提供個別或團體衛教，並適時更新衛教指導內容。 2.至少每半年辦理 1 次家屬團體衛教活動，衛教前應先評估病人或照顧者接受衛教的準備度，包括病人的病情、語言、教育程度等。 [註] 1.衛教資料可包括：健康促進、疾病照護、身心壓力調適及自我照護、學校/工作適應、代謝症候群、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、各類精神疾病症狀、治療及復健、相關資源、家人照護、精神衛生法規及政策等。 評量方法及建議佐證資料： 1.衛教資料(含衛教教具及單張)。 2.衛教內容與活動紀錄。	
2.3.12	明訂院內突發危急病人急救措施，且應落實執行	目的： 確保院內所有區域有突發危急病人時，皆能及時接受適切處置。 符合項目： 1.明訂院內突發危急病人急救措施之標準作業程序。 2.應公告全體工作人員周知緊急事件的代號或暗語，及其因應處理方針及步驟。 3.急救設備功能及藥品供應正常，並能正確操作，且確實點班。 4.藥師定期檢查及更新急救車藥品並有紀錄。 5.至少舉辦一次以上醫療照護團隊之急救演練且有紀錄。 [註] 1.急救車藥物應每班別確實點班，若急救車上鎖或貼封條則毋須每班點班，但有定期核對急救用品有效期限之機制。 評量方法及建議佐證資料： 1.院內突發危急病人急救措施之標準作業程序。	

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
			2.急救車管理規範。 3.急救車點班紀錄。 4.急救演練紀錄。	
	2.3.13	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： 醫療照護團隊能依病人需求共同擬訂與執行病人出院計畫，進行衛教指導與紀錄，確保病人順利轉銜或返家。 符合項目： 1.醫院應明訂出院照護流程。 2.依病人需求訂定出院照護計畫，計畫擬定過程，各醫療照護團隊應能評估病人長期性問題，與家屬或/及保護人進行諮商、調整及合作，並於出院前提供一般衛教指導、用藥清單及依出院病人狀況執行衛教指導(含：用藥注意事項、藥品副作用之預防與處理)，且記錄於出院病摘中並能將出院照護計畫資料上傳至精神照護資訊管理系統。 3.醫院應以輔導出院為前提，進行持續性照護，訂定出院照護計畫，且應提供所有社區醫療、復健資源，包括門診追蹤資訊、緊急就醫、居家治療、精神復健機構、護理之家、強制社區治療等轉介服務、生活、學業及職業重建服務建議、心理諮商服務建議、其他出院照護相關事宜等事項，並以書面資料提供病人充分的資訊，及提供院內相關專責部門聯繫方式，落實辦理出院轉銜工作。 4.應有出院照護計畫及轉診（介）紀錄。 [註] 1.出院照護計畫之擬訂應依「身心障礙者權益保障法」第 23 條、「精神衛生法」第 38 條第 2 項及其授權訂定子法規之規定辦理。 2.符合項目 2 所提出院照護計畫資料上傳情形，參閱近期衛生局督考紀錄。 評量方法及建議佐證資料： 1.出院照護策略、架構及流程。 2.病人出院照護計畫。 3.醫療照護團隊之出院照護計畫教育訓練紀錄。 4.出院照護計畫委員會（小組）或類似機制之會議紀錄。 5.跨領域團隊個案討論會會議紀錄。 6.出院病人諮詢服務紀錄。	

條號	條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
		7.出院病人轉銜成果分析。	
可	2.3.14 適當執行居家治療服務，並有評估、檢討，以利品質提升	目的： 提供適當的居家治療服務，提升病人照護及生活品質。 符合項目： 1.有接受居家治療相關訓練之專責護理人員，執行居家治療業務。 2.訂有各項居家治療服務計畫、作業標準步驟。 3.對個案訂有合適的照護計畫，紀錄完整。 4.依個案需求，協助提供社區相關資源或轉介服務，並有紀錄。 5.至少每月召開 1 次跨領域團隊個案討論會，參加討論會之人員應為業務相關之醫療照護團隊；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。 [註] 1.未向衛生福利部中央健康保險署申報居家治療給付醫院可自選本條免評。 評量方法及建議佐證資料： 1.居家治療相關訓練，包括精神衛生護理評估、精神疾病藥物治療與症狀管理、自我管理及資源連結。 2.居家治療服務作業標準。 3.個案照護計畫紀錄。 4.服務量統計分析資料。 5.跨領域團隊個案討論會議紀錄。 6.品管指標檢討改善的資料。 7.照護及生活品質提升之成效評值資料。	
	2.3.15 訂定病人非預期重病、重傷或死亡之處理流程	目的： 醫療照護團隊因應病人非預期重病、重傷或死亡有適當處理規範，並提供哀傷輔導。 符合項目： 1.明訂病人非預期重病、重傷或死亡之處理規範。 2.主責醫療照護團隊人員應即時通知家屬，並向其說明事情發生之經過及可能原因。 3.依家屬需要協助探視轉院治療之病人或面對病人非預期死亡的事實，提供哀傷	

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
			輔導及關懷服務。 4.相關醫療照護團隊人員應有哀傷輔導在職訓練。 5.對於有需要的病人或家屬，醫院能主動提供社工、心理師、志工的訪視、支持或諮詢服務。 評量方法及建議佐證資料： 1.病人非預期重病、重傷或死亡之處理規範。 2.哀傷輔導相關教育訓練紀錄。 3.哀傷輔導紀錄。	

第 2 篇、醫療照護 第 2.4 章 特殊照護服務

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
	2.4	特殊照護服務	【重點說明】 在醫療中有許多特殊照護，如：家庭暴力、兒童虐待、性侵害、酒精藥物成癮等，病人之醫療照護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。 本章規範之目的有下列幾項： 1. 照護精神科病人應提供適宜的精神照護內容，並配合執行家庭暴力、兒童虐待、性侵害、酒藥癮治療及自殺防治等政府政策。 2. 提供符合醫院角色功能的精神科職能治療、社會工作、和臨床心理服務，並有合宜的品質管理。 3. 若有透析照護、呼吸照護、牙醫、中醫等應由合格醫療照護團隊提供，應有合格設施設備，建立維護管理機制並確實執行，以建置安全的照護環境。 4. 特殊病人照護應有合宜的醫療品質管理，除建立及確實執行感染管制作業外，亦應設定醫療及病人照護品質指標或目標，確保病人權益。	
可	2.4.1	依醫院的角色任務，提供急診病人處置能力	目的： 訂有符合急診病人醫療需求及轉診之各項處置流程，並依法處理有特殊需求之病人，提供特殊服務。 符合項目： 1. 依醫院定位訂有急診病人的就醫準則與流程，提供訂有緊急處置流程，緊急檢查、診斷、住院等急救的醫療處置能力。 2. 具備急診病人受理之紀錄與報告。報告中應包括到院方式、診斷名等主要處置紀錄與疾病進程等相關數據之記載。 3. 對於急診就醫個案，知其有疑似遭家庭暴力（含兒童與少年虐待及疏忽）或性侵害犯罪情事者，應訂有處理作業準則，依法通報，並提供社工諮商和轉介服務。 4. 應有急診精神科醫療作業療程及病人轉介系統，包含： (1) 遵守精神衛生相關法規，並依適當程序呈報或進行相關醫療事宜。 (2) 急診病人安排住院或轉介他院之流程，轉出時應提供轉診病歷摘要。 5. 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。	

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
			【註】 1.未設有急診室者，或經中央主管機關同意不設急診室者，可自選本條免評 2.救護人員包括醫師、護理人員、救護技術員。 3.醫療法第 60 條（民國 98 年 05 月 20 日修正）相關內容摘錄：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。 4.醫療法第 73 條（民國 98 年 05 月 20 日修正）相關內容摘錄：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。前項轉診，應填具轉診病歷摘要交予病人，不得無故拖延或拒絕。 5.應依家庭暴力防治法第 50 條、性侵害犯罪防治法第 8 條、兒童及少年福利與權益保障法第 53 條規定辦理。 評量方法及建議佐證資料： 1.急診病人就醫準則與流程。 2.急診須其他診療科別支援或合作轉診內外科之機制 3.急診精神科病人醫療作業處理準則與流程。 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。 5.急診病人轉診或轉出作業流程或規範。 6..病人轉送之評估紀錄。 7.急診委員會或全院性急診品質審查會議相關會議紀錄。 8.急救病人緊急處置流程。	
可	2.4.2	良好的加護病房管理、收案評估、診療品質與紀錄	目的： 訂有加護病房之各項作業規範、品質指標，及定期會議檢討執行成效，確保服務品質。 符合項目： 1.設有加護病房管理委員會或相關組織，定期開會檢討加護病房管理與品質指標監測機制。 2.訂定加護病房轉入轉出原則、具體步驟及客觀評估標準並確實執行，且有檢查或處置的根據及記錄其結果。	

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
			3.於紀錄中應記載每位病人的進出原因，以評估是否符合進出標準。 4.加護病房病人住院天數適當。 5.設有加護病房床位運用規則、轉入優先順序，具有加護病房使用情形之統計分析。 6.有加護病房管理會議，定期開會檢討相關事項，並有紀錄可查，加護病房管理會議管理及執行品質優良。 7.持續品質提升活動、品質指標收集及檢討改進，有 4 項品質監測指標，並能正確且完整監測，且有具體改善措施及評值。(試/可) 【註】 1.未設有加護病房者，可自選本條免評。 2.符合項目 7 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算，惟申請「總病床 99 床（含）以下者」者可免評。 評量方法及建議佐證資料： 1.加護病房管理委員會或相關組織設置辦法及會議紀錄。 2.加護病房轉入轉出及運用原則。 3.加護病房醫師交班紀錄。 4.加護病房抽查個案或定期收治病人適當性統計資料。 5.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。 6.加護病房相關病例討論會議紀錄。 7.品質改善活動佐證資料。(試/可)	
可	2.4.3	精神科慢性病房照護業務應提供以病人為中心之治療模式	目的： 提供以病人為中心的精神科慢性病房照護，確保病人安全及權益。 符合項目： 1.訂有入住及出院標準及醫療照護團隊照護手冊。 2.醫療照護團隊提供個別生活訓練、服藥訓練、工作能力訓練、體適能訓練、社交技巧訓練、家庭關係強化等復健服務。 3.慢性病房照護環境有注重病人安全相關措施（如防自殺、防跌等）。 4.有定期的業務檢討改善機制。 5.依病人需求擬定出院照護計畫，並落實執行。 【註】	

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
			1.未設有精神科慢性一般病房者，可自選本條免評。 評量方法及建議佐證資料： 1.入住及出院標準及醫療照護團隊（醫護、職心社）工作手冊。 2.符合病人安全環境的相關措施資料及現場查證。 3.建立及保持環境優良的相關資料及現場查證。 4.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。	
可	2.4.4	精神科日間照護業務應提供以病人為中心之治療模式	目的： 提供以病人為中心的精神科日間照護，確保病人安全及權利。 符合項目： 1.訂有入出院標準及流程。 2.醫療照護團隊應進行個人化的復健治療評估，並提供個別生活訓練、服藥訓練、情緒調適、工作能力訓練、社交技巧訓練、家庭關係強化等復健服務。 3.計畫擬定過程各醫療照護團隊工作人員應能共同評估病人出院後之照護及生活適應問題，並與家屬或/及保護人討論，協助提供出院後照護之相關資源或轉介服務，且有紀錄。 4.當病人症狀惡化時，有危機處理機制。 5.日間照護環境有注重病人安全相關措施（如防自殺、防跌等）。 6.訂定並提供上班時間外緊急聯繫系統之機制及服務。 7.有定期的業務檢討改善機制。 [註] 1.未設有精神科日間照護單位者，可自選本條免評。 評量方法及建議佐證資料： 1.日間照護治療服務簡介。 2.入出院標準及流程。 3.符合病人安全環境的相關措施資料及現場查證。 4.建立及保持環境優良的相關資料及現場查證。 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。 6.業務檢討改善紀錄。	
可*	2.4.5	提供兒童及少	目的：	符合項目 3 所提「每年應接

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
		年保護、家庭暴力防治相關處遇業務	配合國家政策，積極執行兒童及少年保護、家庭暴力處遇業務。 符合項目： 1.確實依據兒童及少年福利與權益、家庭暴力防治法規執行通報業務，並訂定通報流程。 2.有符合本部公告具執行家庭暴力加害人處遇計畫項目之一資格條件之專業人員。 3.若有執行家庭暴力加害人處遇計畫中認知、親職教育輔導之專業人員，每年應接受本部公告訓練課程基準訓練時數達 6 小時以上。 4.辨識就診病人是否合併有高風險家庭或兒少保護議題，針對家中有 6 歲以下子女，問診過程中納入詢問是否面臨照顧困難或壓力等，落實責任通報。 【註】 1.總病床 99 床（含）以下者，可自選本條免評。 2.非縣市政府或矯正機關委託執行家庭暴力加害人處遇計畫之機構，符合項目 3 可免評。 評量方法及建議佐證資料： 1.通報流程。 2.服務紀錄。 3.訓練時數證明。	受本部公告訓練課程基準訓練時數達 6 小時以上」請參考 105 年 5 月 9 日衛部心字第 1051760668 號公告「家庭暴力加害人處遇計畫規範」。
可*	2.4.6	提供性侵害防治相關處遇業務	目的： 配合國家政策，積極提供性侵害處遇業務。 符合項目： 1.確實依據性侵害犯罪防治法規執行通報業務，並訂定通報流程。 2.有符合本部公告執行性侵害加害人處遇業務資格條件之專業人員。 3.執行性侵害加害人處遇之專業人員，每年應接受本部公告訓練課程基準訓練時數達 6 小時以上。 【註】 1.總病床 99 床（含）以下者，可自選本條免評。 2.非縣市政府或矯正機關委託執行性侵害加害人處遇之機構，符合項目 3 可免評。	

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
			評量方法及建議佐證資料： 1.通報流程。 2.服務紀錄。 3.訓練時數證明。	
可	2.4.7	設有成癮治療專業人力提供酒精、藥物成癮者治療服務並掌握執行情形、品質檢討及改善分析	目的： 配合國家政策，提供酒精藥物成癮者治療服務。 符合項目： 1.能提供酒精、藥物成癮者治療服務，如門診、心理治療或住院等。 2.個案收案及治療紀錄完整。 3.應由相關醫事人員組成醫療照護團隊，團隊成員每年接受過至少 8 小時成癮治療訓練。 4.同時屬衛生福利部指定之替代治療執行機構者，應將治療相關資料建置於中央衛生主管機關所定之替代治療作業系統。 [註] 1.非衛生福利部指定藥癮戒治機構者，可自選本條免評。 2.非衛生福利部指定之替代治療執行機構者，符合項目 4 可免評。 3.個案收案及治療紀錄，如病史、身心狀況、意願、動機、各項檢查（檢驗）報告、配合度、相關治療評估及轉介照會等事項。 4.酒癮、藥癮治療醫療照護團隊，包括精神科專科醫師、藥師、護理人員、臨床心理師、職能治療人員及社會工作人員等至少各 1 名。 評量方法及建議佐證資料： 1.服務紀錄。 2.訓練時數證明。	
	2.4.8	落實自殺防治工作	目的： 配合國家政策，提供自殺危險評估、相關兒童青少年或家庭暴力受人員保護性通報、自殺個案治療服務及提升其家庭或社會支持系統。 符合項目： 1.發現自殺未遂個案，於衛生福利部自殺防治通報系統，上網填報自殺防治通報關懷單。 2.如發現通報案件已涉兒童及少年保護案件或家庭暴力事件時，應依據「兒童及	

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
			少年福利與權益保障法」及「家庭暴力防治法」等規定，於 24 小時內向直轄市、縣（市）主管機關通報。 3.定期執行醫療機構環境安全措施查核。 4.針對不符強制住院或無住院意願者，向家屬、親友等人說明自殺風險、協助辨識自殺危險警訊以及提供救援機制與轉介資源等，以做好離院準備。 5.成立整合性服務團隊（自殺防治小組），訂定標準化照護流程。 評量方法及建議佐證資料 1.通報流程。 2.服務紀錄。	
	2.4.9	明確訂定職能治療的方針、任務、功能	目的： 明確訂定職能治療的方針、任務、功能，以確保服務品質。 符合項目： 1.依據醫院在社區的角色任務，明確訂定職能治療部門的方針，並按此方針明訂任務與功能。 2.職能治療業務應訂有詳細的職能治療工作內容，團體活動企劃書和各項業務之標準作業流程等，且備有紀錄。 3.職能治療之目的在於提升病人生活功能，能回歸社區，達成社區與職業復健目標，應明訂欲達成何種任務與功能等。 4.建立職能治療各項模式之作業規範。 5.提供社區心理衛生教育宣導、社區復健、職業復健和預防慢性化之措施。 6.針對不同性別、年齡、功能或診斷等病人之需要，提供不同設施及設備。 7.配合臨床病歷與活動所需，工作人員應有足夠之電腦設備可供使用。 評量方法及建議佐證資料： 1.職能治療工作手冊。 2.職能治療活動企劃書及各項作業標準流程等相關資料。 3.社區復健、職業復健和有預防慢性化之措施之方案資料。 4.工作人員有足夠之電腦設備且方便使用。	
	2.4.10	依病人需要提供合宜職能治	目的： 依病人需要提供合宜職能治療評估、計畫與多元服務以強化角色功能及生活能	

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
		療評估、計畫與多元服務	力。 符合項目： 1.須對個別病人明訂個別化、系統性、連續性之職能治療計畫及執行步驟，並依病人功能訂定復健訓練進度，定期施行生活功能之評估，據以設定訓練目標及具體之訓練計畫，以及後續之再評估及修正，並置入病歷中。 2.應將復健治療紀錄併入病歷管理。 3.針對不同性別、年齡、功能、診斷等病人或次專科之需要，提供多元且適當之治療模式，並定期評估其成效。 4.善用院內外資源且提供創新復健模式，並評估其成效。 評量方法及建議佐證資料： 1.職能治療工作手冊。 2.現場查核及查閱病歷。 3.多元模式及創新復健方案之執行內容/檢討改善及成效等相關資料。	
	2.4.11	掌握復健資訊，並檢討分析職能治療部門之運作情形	目的： 掌握復健資訊，定期檢討分析，以提供優質服務。 符合項目： 1.職能治療部門之人員工作分配適當，並能依據醫院發展及病房屬性安排適當之治療人員。 2.應有 60%以上之病人轉介率且提供合適的職能治療活動及服務時數，並公佈活動時間表確實執行。 3.職能治療作業應於期限內（急性 7 天，慢性 1 個月）對病人有涵蓋生理、心理與社會層面之評估與治療，並有紀錄。 4.應依計畫類別統計復健計畫之實施狀況，以掌握治療時數、人數等資訊，確立相關機制，以評值及檢討是否提供適當服務。 5.訂有年度職能治療部門計畫，能定期檢討並提出具體改善措施，且有助於品質之提升。 評量方法及建議佐證資料： 1.職能治療工作手冊(含詳細內容)。 2.職能治療活動及服務時數之執行資料。	

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
			3.復健資訊管理機制之相關資料。 4.年度職能治療部門計畫/檢討改善及成效等之相關資料。	
	2.4.12	明確訂定精神醫療社會工作的方針、任務、功能，並積極提升服務品質	目的： 明訂精神醫療社會工作在整體精神醫療照護服務中之方針、任務與功能，並有服務品質促進機制。 符合項目： 1.依據醫院的使命、願景與任務，明確訂定精神醫療社會工作部門的方針，並據以明訂任務與功能。 2.所訂精神醫療社會工作方針、任務與功能符合社會工作倫理與正義，且據以訂定具體年度工作計畫。 3.訂有精神醫療社會工作手冊，內容包括各項業務處理流程與紀錄表單，並定期檢討更新，且落實執行。 4.訂定各項精神醫療社工服務品質指標，定期收集指標資料，據以統計分析及檢討改善。 5.運用品質管理工具（如：品管圈、平衡計分卡等）增進精神醫療社會工作品質。 評量方法及建議佐證資料： 1.精神醫療社會工作手冊(含詳細內容)。 2.年度工作計畫。 3.品質管理計畫及執行紀錄。 4.服務執行紀錄及統計分析資料。	符合項目 4 所提「精神醫療社工服務品質指標」可由社工服務統計或工作考核資料中呈現，包括服務量、服務時效、紀錄品質、服務滿意度等。
	2.4.13	評估病人社會心理需求，據以制訂精神醫療社會工作計畫，並提供多元服務	目的： 完整評估病人社會心理需求，據以制定適當之精神醫療社會工作計畫，並依據工作計畫確實提供符合病人需求的多元服務。 符合項目： 1.適當之社會心理評估，且訂有具體可行之精神醫療社會工作計畫。 2.社會心理評估內容應包括病人生活史、工作史、疾病治療史、家庭背景及家庭互動關係、家庭生態資源等，並據以說明影響疾病與治療之問題及相關服務需求。 3.提供新入院病人、門診有需要之初診病人及急診轉介之病人社會心理評估。慢	

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
			性住院及日間住院病人應每半年重新評估。 4.急性病房及精神科日間照護單位有 50%以上病人訂有精神醫療社會工作計畫，慢性病房則有 30%以上病人訂有精神醫療社會工作計畫，並落實執行。 5.落實門、急診及急性、慢性、日間病房之社會工作服務，確實依據病人或照顧者需求提供多元且適當的處遇或治療模式，包括：個案工作、家族治療、團體治療、社會心理教育方案等，並備有紀錄。 評量方法及建議佐證資料： 1.抽查門診、急性病房、慢性病房及精神科日間照護單位病歷記錄。 2.服務執行紀錄及統計。	
	2.4.14	評估病人之家庭功能，並據以提供適當的家族治療或家庭支持服務	目的： 評估病人之家庭支持系統，改善家庭關係，並強化家庭照顧病人之角色功能，以積極協助病人接受適當之醫療及復健。 符合項目： 1.社工人員應提供完整的家庭功能及家庭生態環境評估。 2.評估家庭照顧病人之壓力負擔，據以提供支持性服務，包括：心理支持、認知教育、資源轉介等。 3.家族治療目標明確且紀錄完整。 4.醫院應提供社工人員接受家庭評估及家族治療繼續教育。 評量方法及建議佐證資料： 1.服務記錄。 2.服務統計分析資料。 3.工作檢討會議資料。	
	2.4.15	依病人需求提供適宜的臨床心理服務	目的： 明確訂定臨床心理之方針、任務、功能及作業流程且落實執行。 符合項目： 1.配合政府政策和社區需求，並依據醫院之使命、願景、特色及規模，訂定臨床心理工作方針、任務與功能。 2.訂有臨床心理作業手冊，包含服務項目、作業流程及各項紀錄表單，須符合病人需求且落實執行。	

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
			3.針對臨床心理服務項目定期分析檢討改善，且成效良好。 【註】 1.符合項目 1 所提「政府政策」，包含酒藥癮防治、家暴性侵害防治、自殺防治、災難心理服務等。 2.符合項目 1 所提「社區需求」，包含提供社區民眾心理健康推廣或友善活動。 評量方法及建議佐證資料： 1.臨床心理作業手冊。 2.檢討及評估改善紀錄。	
2.4.16		依病人需求提供適宜的臨床心理衡鑑與品質	目的： 有適當之專業服務所需之心理衡鑑工具、儀器及設施，能提供適當之心理衡鑑服務與品質，並符合病人需求。 符合項目： 1.配置適當之衡鑑工具，可以提供病人包含智力、發展、情緒、適應、人格、認知功能、臨床症狀及治療效果等評估，以符合病人心理衡鑑之需求。 2.依病人特性發展適當之四種（含）以上心理衡鑑服務及作業流程。 3.心理衡鑑報告可回應轉介問題及提供建議，以銜接病人後續之需求服務。 4.衡鑑資料依法妥善管理保存且心理衡鑑報告置入病歷(或電子病歷)中。 5.心理衡鑑服務有定期分析檢討，並有改善措施，且成效良好。 【註】 1.符合項目 2 所提「心理衡鑑服務種類」，包含針對兒童、青少年、成人、老人所提供的以個別、團體或家庭為對象進行的各種心理衡鑑服務。例如一般心理功能衡鑑、智能衡鑑、心智發展衡鑑、人格衡鑑、行為衡鑑、情緒衡鑑、認知功能衡鑑、身心壓力衡鑑、失智症篩檢、神經心理衡鑑、臨床症狀評估和鑑別診斷等。 評量方法及建議佐證資料： 1.臨床心理作業手冊。 2.病歷之心理衡鑑報告或紀錄。 3.心理衡鑑檢討改善紀錄。	
2.4.17		依病人需求提	目的：	

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
		供適宜的臨床心理治療與品質	有適當之專業服務所需之心理治療工具、儀器及設施，能提供病人適當之心理治療服務與品質，並符合病人需求。 符合項目： 1.依病人特性提供治療性或復健性之個別及團體心理治療服務。 2.心理治療服務種類有四種(含)以上。 3.治療工具或儀器有適當維護、補充、更新，且所需空間設施足供使用。 4.心理治療處置有病歷紀錄。 5.各項心理治療有效果評估機制。 6.定期收集心理治療服務品質資料，並有分析檢討改善，且成效良好。 【註】 1.符合項目 2 所提「心理治療服務種類」，包含針對兒童、青少年、成人、老人所提供的以個別、團體或家庭為對象進行的各種心理治療服務。例如一般心理諮詢、行為治療、認知治療、認知行為治療、人際關係治療、心理動力治療、內觀治療、藝術治療、遊戲治療、沙遊治療、生理回饋治療、神經心理治療、懷舊治療等。 評量方法及建議佐證資料： 1.臨床心理作業手冊。 2.病歷之心理治療之報告或紀錄。 3.心理治療業務分析檢討或改善紀錄。	
2.4.18		依據病人需求積極開發及連結相關社會資源，協助病人社區安置	目的： 連結社會資源協助病人回歸社區生活。 符合項目： 1.應積極開發社會資源，增進病人回歸社區生活所需之支持與協助，且提供相關社區資源轉介服務。 2.建立相關社會資源檔案，且每年至少更新一次。 3.對路倒病人、遊民或無家屬病人有妥適之安置計畫。 4.定期業務檢討及個案研討，以提升服務成效。 評量方法及建議佐證資料： 1.服務紀錄。	

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
			2.社會資源檔案。 3.病人安置計畫。 4.團隊會議及個案討論會紀錄。	
可	2.4.19	建立透析照護服務設施、設備、儀器管理机制，確實執行	目的： 配置適當之透析照護設施、設備及儀器，並有完善管理機制，確保其功能正常，維護照護品質。 符合項目： 1.制訂有明確的各項儀器設備維護相關規章管理制度並確實執行，且符合規定。 2.應有合格之醫技人員(醫工)或合約廠商，負責定期執行透析機之檢查、日常保養及維修，並有故障排除處理流程與紀錄。 3.應有合格之醫技人員(醫工)或合約廠商負責每月定期檢查及實施管路保養、消毒，且備有管路有效消毒濃度與殘留檢測之規範文件及紀錄，耗材應依規定定期更換，並有紀錄。 4.單位有人員負責 RO 水處理系統，日常檢視餘氯檢驗、食鹽添加之抄表紀錄並有異常故障排除處理流程，且耗材應依規定定期更換，並有紀錄。 5.至少每 2 個月檢測一次水中殘餘物質檢查包括硬度、導電度、餘氯等，每年檢測一次水中重金屬含量結果並至少符合 AAMI (Association for the Advancement of Medical Instrumentation)之標準，備有完整紀錄供評估。 [註] 1.符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)未登記設有血液透析床及腹膜透析床。 (2)未提供透析照護服務（腹膜透析或血液透析）。 評量方法及建議佐證資料： 1.各項儀器設備維護管理相關規章辦法。 2.各項儀器設備專責醫工(技術)人員或合作廠商名單或清單。 3.各項儀器設備檢查、保養及維修紀錄。 4.各項儀器設備相關說明書及操作手冊。 5.水質檢測相關紀錄。	
可	2.4.20	透析照護服務之醫療照護品	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。	

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
		質適當	符合項目： 對 90%以上門診透析病人有監測下列指標： 1.90%以上血液透析病人每次 Kt/V$\geq$1.2, 65%以上腹膜透析病人每週 Kt/V$\geq$1.7。 2.70%以上血液透析病人，65%以上腹膜透析病人，達到血清白蛋白(Albumin)之標準。 3.85%以上透析病人 Hct$\geq$26%。 4.55 歲以下病人移植登錄率$\geq$5%。 5.有進行腹膜透析推廣。 [註] 1.符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)未登記設有血液透析床及腹膜透析床。 (2)未提供透析照護服務（腹膜透析或血液透析）。 2.血清白蛋白(Albumin)標準：以 BCG 法為$\geq$3.5g/dl，以 BCP 法為$\geq$3.0g/dl。 評量方法及建議佐證資料： 1.透析照護規範與作業程序。 2.透析單位訂有品質與指標管理的規章，並定期開會，有開會資料備查。 3.指標監測紀錄或專案改善會議紀錄。 4.透析病人移植登錄資料。 5.每月血液透析與腹膜透析病人數及腹膜透析推廣活動紀錄。	
可	2.4.21	慢性呼吸照護病房(RCW)之醫療照護品質適當	目的： 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。 符合項目： 1.個案管理師可由呼吸治療師、護理師、或社工師兼任。 2.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。 3.呼吸器病人治療計畫妥適：病人每兩週有進行呼吸器脫離之再評估，提供適當之復健訓練，對末期病人可提供適當之安寧照護。 [註] 符合以下全部條件者，可自選本條免評：	

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
			(1)未登記設有慢性呼吸照護病房(RCW)。 (2)於急性病房未收治使用呼吸器超過 63 天之病人；或於急性病房有收治使用呼吸器超過 21 天（63 天以下）之病人。 評量方法及建議佐證資料： 1.營養師定期訪視紀錄。 2.呼吸器脫離評估紀錄。 3.定期單位內呼吸器脫離率改善會議紀錄。 4.呼吸器及監視設備功能型號清單。	
可試	2.4.22	牙醫部門應有完備之設施、設備、儀器，並確實執行保養管理及清潔管理	目的： 配置足夠數量的牙科照護設施、設備及儀器，並有妥善管理機制，確保其功能正常，維護照護品質。 符合項目： 1.應依醫院規模設置牙科治療台，且牙科治療台附近設有濕洗手設備。 2.設有治療區、候診區、掛號(報到)櫃檯、器械整備區；診療區內應有適宜之空間區隔。 3.針對所提供之診療科別具備適當且足夠之設備，如：全口 X 光機、牙根尖 X 光機、鹵素光機、超音波洗牙機及高、慢速磨牙機等相關設備。 4.儀器設備應有清潔、檢查、保養及維修，且有紀錄可查。 5.放射線之儀器設備應符合游離輻射防護法之規定，且對於牙科門診之放射作業訂有安全作業指引，包含照射人員資格及操作規範、設備之定期安全檢測、牙科病人照射應注意事項等。 6.病歷及醫材管理制度完備，能有效提供醫療照護業務之需要，且有紀錄可查。 7.建立合適與有效的備援機制及處理流程，以利因應突發狀況。 【註】 1.符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)未設置牙科、口腔顎面外科、口腔病理科、齒顎矯正科。 (2)未提供牙科相關服務。 2.本條為試評條文，評量結果不納入評鑑成績計算。 3.病床數以急性病床數計：指急性一般病床及精神急性一般病床，並依登記開放病床數計。	可免評條件屬於「第一類：醫院於衛生局登記之科別與依醫療機構設置標準規定應具備之設施設備及服務項目」，因此於實地評鑑時，請依衛生局查證結果進行評量。

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
			4.牙科醫療服務設施應符合醫療機構設置標準規定。 5.符合項目 5 所提「照射人員資格」係指取得(1)醫用游離輻射防護講習班結業證書、(2)放射性物質可發生游離輻射設備操作執照、(3)輻安證書、(4) 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。 評量方法及建議佐證資料： 1.觀察診療環境的空間與規劃。 2.檢視相關設備與儀器及清潔、保養紀錄。 3.查閱放射安全作業指引。 4.查閱病歷及醫材管理紀錄。(試/可) 5.訪談主管備援機制及處理流程。(試/可)	
可試	2.4.23	具備符合標準之牙科照護作業程序，並確實執行	目的： 落實執行各項牙科照護標準作業程序，確保病人的權利與照護品質。 符合項目： 1.針對各牙科診療科之不同治療屬性，訂有牙科照護作業程序，提供牙科各項治療之標準流程，其內容完整且能確實執行。 2.應與病人溝通、適當說明病情及處置、治療方式、治療前後須知、注意事項、替代方案、風險、預後等，並取得同意。 3.病歷紀錄應完整、詳實，必要時畫圖表示。 4.可對住院病人提供牙科照會服務。 5.對治療後的病人提供適當之衛教指導。 6.定期召開病例討論會，且有紀錄可查。 【註】 1.符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)未設置牙科、口腔顎面外科、口腔病理科、齒顎矯正科。 (2)未提供牙科相關服務。 2.本條為試評條文，評量結果不納入評鑑成績計算。 評量方法及建議佐證資料： 1.檢視牙科照護作業程序及檢討、修訂紀錄。	可免評條件屬於「第一類：醫院於衛生局登記之科別與依醫療機構設置標準規定應具備之設施設備及服務項目」，因此於實地評鑑時，請依衛生局查證結果進行評量。

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
			2.查閱病歷紀錄。 3.訪談病人衛教指導的內容。 4.訪談工作人員牙科會診與住院服務的情形。 5.檢視病例討論會紀錄。(試/可)	
可 試	2.4.24	牙醫部門具有完備之品質管理政策及病人安全措施	目的： 制訂完備的牙科照護品管政策及病安措施，確保其醫療品質與病人安全。 符合項目： 1.依照牙科照護特性，訂有適用的品質管理政策與程序。 2.應針對各牙科診療科之不同治療屬性，訂定病人安全作業指引，以保障病人安全及治療品質。 3.在「防止意外吞入之安全作業指引」，載明防止意外吞入事件及其醫療處置之標準作業流程。 4.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。 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。 【註】 1.符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)未設置牙科、口腔顎面外科、口腔病理科、齒顎矯正科。 (2)未提供牙科相關服務。 2.本條為試評條文，評量結果不納入評鑑成績計算。 3.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。 4.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。」 5.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。	可免評條件屬於「第一類：醫院於衛生局登記之科別與依醫療機構設置標準規定應具備之設施設備及服務項目」，因此於實地評鑑時，請依衛生局查證結果進行評量。

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
			6.符合項目 4 所提「執行口腔手術」，應有「作業靜止期」(time-out)之程序，包括： (1)先由操作者或助手相互核對病人身分(如病人姓名及出生年月日)。 (2)病人身分確認無誤後，核對病歷上記載之手術部位及術式、X 光片上之部位。 (3)確認手術文件(如手術同意書、手術說明書或局部麻醉同意書等)簽署之完整性。 (4)確認手術器械之完備性。 (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。 評量方法及建議佐證資料： 1.檢視品管政策與程序。 2.查閱牙科病人安全作業指引。 3.查閱防止意外吞入之標準作業流程。 4.病歷紀錄與口腔手術的同意書及紀錄。 5.急救設備的點班及操作示範。	
可試	2.4.25	應由適當中醫醫療團隊提供中醫及跨團隊醫療照護	目的： 建置明確的中西醫會診、中醫轉診及中醫住院病人之照護流程，維護治療品質。 符合項目： 1.明訂中西醫會診治療模式，建置適當會診流程等相關規定。 2.明訂中醫轉診治療模式，建置適當轉診流程等相關規定。 3.若有中醫住院病人應確認與主治醫師、會診醫師、住院醫師之聯絡方式，並確認萬一聯絡不上時之因應方法，且若「主治醫師」不在時，有明確規定代理制度表。 【註】 1.中醫部門未達 4 名中醫師者，本條免評。 2.本條為試評條文，評量結果不納入評鑑成績計算。 3.會診係指西醫與中醫間會診治療模式；轉診係指中醫與中醫跨科之轉診治療模式。	

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
			評量方法及建議佐證資料： 1.中西醫會診流程及規範。 2.中醫轉診流程及規範。 3.中西醫共同照護流程。 4.中醫住院診療計畫病歷記載，病程紀錄及會診紀錄。	
可試	2.4.26	中醫部門應有完備之設施、設備、儀器，並確實執行保養管理及清潔管理	目的： 配置完備之中醫醫療設施、設備及儀器，並有妥善管理機制，確保其功能正常，維護病人隱私及照護品質。 符合項目： 1.應有獨立診療室及候診場所，並有適當維護隱私之設施。 2.儀器、設備適當、足夠，並有清潔、檢查、保養及維修管理，且有紀錄可查。 [註] 1.中醫部門未達 4 名中醫師者，本條免評。 2.本條為試評條文，評量結果不納入評鑑成績計算。 3.中醫部門各種設備及機器，係如：針傷處置使用之電針機、遠紅外線機、薰洗機、雷射針灸機及中醫輔助診斷醫療儀器(脈診儀、舌診儀、聞診儀)等。 評量方法及建議佐證資料： 1.中醫部門各種設備及機器保養規範。 2.中醫部門衛材、器械消毒規範。 3.中醫部門病人安全事件檢討分析報告。	
可試	2.4.27	中醫部門具有完備的病人安全措施	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。 符合項目： 1.依「中醫醫療院所安全作業參考指引」擬訂單位的照護安全作業規範，供人員查詢、執行。 2.對於針刺及特殊療法事件之預防及處置訂有作業流程及規範。 3.治療區內備有足夠之氧氣及急救設備，其功能及供應正常，且人員能正確操作。 [註] 1.中醫部門未達 4 名中醫師者，本條免評。 2.本條為試評條文，評量結果不納入評鑑成績計算。	

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
			3.中醫醫療不良事件係指遺針、斷針、針刺後血腫、氣胸等情形。 4.「特殊療法」係指穴位埋線、皮內針、小針刀及放血等處置。 評量方法及建議佐證資料： 1.中醫安全作業參考指引。 2.中醫醫療異常事件(不良事件)通報紀錄。 3.急救設備的點班及操作示範。	

第 2 篇、醫療照護 第 2.5 章 用藥安全

條號	條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
2.5	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的員工的協調配合。醫院對藥品選擇、採購、儲存、處方、調劑、配送、給藥、記錄及追蹤效用等，均應訂定標準流程並持續品質監測改善，以提升用藥安全。本章規範之目的有下列幾項： 1.醫院應確保合法、適當的藥事人員人力；為確保藥品品質，藥品必須有良好保存管理，藥品存放之必要的硬體設備及設施，必須維持正常狀況。 2.在藥品的庫存管理上，應依據醫療的需要採用合適藥品。醫院應訂有藥品採用原則之標準化作業程序，以實際需要及病人用藥安全管理為考量決定採購藥品類別及掌握適當的庫存量，並確保使用之藥品均於有效期限中。 3.處方上應妥善記載藥名、用量、用法、給藥方法、給藥期間。若處方內容不完整，藥事部門應可適當查詢建議修正，並宜有藥師指導或監視機制以防止處方之重複與浪費。建議建立相關系統以供醫師在開立處方時能隨時檢索必要的藥品資訊，規範特定藥品的使用方針及步驟及設定防止醫師開立錯誤處方之機制。 4.在藥品調劑上，建議可參考「藥品優良調劑作業準則」(GDP)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，	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：	

條號	條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
	並妥善保養及維護	1.應有足夠之空間、設備以提供藥事作業。 2.工作場所之環境，如空調、採光（照明）及作業動線等皆適當，減少發生調劑錯誤可能性。 3.應有獨立之藥品儲存空間、配以適當的空調及安全設施。 4.藥品冷藏用之冰箱，應隨時維持適當的溫度，備有不斷電裝置或接緊急電源，且有溫度紀錄。 5.藥品資訊軟體、硬體設備應符合需求。(試/可) 6.調劑室視需要設置收塵設備、局部排氣等設施，並有定期保養紀錄，以維護工作人員安全。(試/可) [註] 1.「獨立之藥品儲存空間」係指存放藥品的空間內應只存放藥品，儘量勿再堆放其他雜物。 2.藥品儲存空間/盒/箱之標示應與所存放之藥品一致。 3.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，惟申請「總病床數 99 床（含）以下」者可免評。 評量方法及建議佐證資料： 1.藥品冷藏用冰箱溫度查核紀錄。 2.藥品資訊軟體及硬體設備。(試/可)	
2.5.2	應有藥品識別或類似機制，防止用藥錯誤及不適當	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。 符合項目： 1.應明訂藥品識別方法、步驟及作業程序。 2.應定期檢討藥品外觀、包裝、標示或名稱發音相似的藥品清單，並注意其擺設位置及標示，加強人員教育，避免發生錯誤。 3.對於高警訊藥品應訂有管理機制，與其他常備藥品區隔存放並明顯標示，且在處方或藥袋上有特殊標記以供辨識。 4.藥品最小單位包裝應有藥名、單位含量（針劑標示有效期限）。 5.處方的醫令系統（physician order entry system）或類似機制有防止用藥錯誤及不適當之警示機制。 6.醫令系統有用藥史(medication history)、藥品過敏史及藥品不良反應史之提醒機	

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
			制或功能。(試/可) [註] 1.高警訊藥品包含抗癌藥劑、降血糖針劑、抗凝血劑、毛地黃、氯化鉀(KCl)及肌肉鬆弛劑針劑等。 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。 3.符合項目 6 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算，惟申請「總病床數 99 床（含）以下」者可免評。 評量方法及建議佐證資料： 1.藥品辨識作業規範。 2.藥品管理作業規範。 3.處方的醫令系統警示機制。	
2.5.3		訂定正確用藥標準作業程序	目的： 醫療人員給藥前應檢核病人藥歷，協助病人彙整用藥，落實正確給藥。 符合項目： 1.訂定正確給藥標準作業程序、執行策略及內容。 2.應對病人所接受的治療與之前的處方用藥進行連貫性審視。 3.能正確依醫囑給藥，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。 4.門診交付藥品時應訂定確認領藥人之標準作業流程及機制。 5.住院病人之內服、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。 6.明訂退藥或藥品更改機制。 7.住院病人若有自備藥物時，醫院應有自備藥品使用規範。 8.應有監測病人用藥療效及副作用的機制。 評量方法及建議佐證資料： 1.正確用藥標準作業程序。 2.自備藥品使用規範。	1.符合項目 6「明訂退藥或藥品更改機制」，如病房退藥為裸錠，回收至藥庫後不得再提供予病人使用。 2.醫院應設有自備藥品使用規範，委員於實地查證時，請確認「自備藥物使用規範」內容包含藥品名稱、劑量、醫囑及列入保管之相關規定。
2.5.4		提供適當之藥	目的：	

條號	條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
	品資訊及臨床藥學服務	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。 符合項目： 1.設有藥物不良反應工作小組或類似組織，執行藥物不良反應通報及宣導 (Adverse Drug Reaction, ADR)，並對發生不良反應之個案進行後續追蹤。 2.有藥品交互作用評估機制。 3.應執行藥品使用評估 (Medication Use Evaluation, MUE)。 4.能適時更新藥品資訊系統，提供醫療專業人員即時、正確的藥品諮詢服務。 5.編有醫院處方集並適時更新。 6.提供相關的藥物諮詢參考書，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。 7.具備療劑監測(Therapeutic Drug Monitoring, TDM)機制。(試/可) [註] 1.藥品交互作用評估包含： (1)有紀錄。 (2)有通知。 (3)有檢討改進。 (4)有預防措施。 2.提供病人個別化之藥品治療評估包含： (1)時效性良好。 (2)用藥劑量之計算正確。 (3)服藥間隔之調整適當。 (4)對建議事項接受度之檢討。 (5)對藥品療效作後續追蹤評估。 3.療劑監測 (Therapeutic Drug Monitoring, TDM) 包含藥品血中濃度監測： (1)抽血時間正確。 (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.符合項目 7 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算，惟申請「總病床數 99 床（含）以下」者可免評。	

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
			評量方法及建議佐證資料： 1.臨床藥學服務手冊。 2.處方集（含電子處方集）。 3.臨床藥學相關期刊、雜誌、電子資料庫及參考書。	
	2.5.5	藥品供應有緊急用藥之因應措施	目的： 對於院內各部門藥品需求，藥劑部門應能掌握存量，並有緊急用藥之因應措施。 符合項目： 1.病房及各部門的藥品應有妥善配送制度及監督管理機制，急性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。 2.有 24 小時之藥事作業服務（含急診、住院）。 3.具有常備藥品管理制度。 4.藥師定期查核病房及各部門的藥品保存狀況。 5.應有緊急調撥藥品的處理機制。(試/可) [註]常備藥品管理制度一般包含： 1.要求各單位應將一般藥品與高警訊藥品分开放置，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），並應定期檢討。 3.常備藥均能標示有效日期。 4.由藥師定期查核各單位常備藥品使用及保存情形並有紀錄。 5.符合項目 5 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算，惟申請「總病床數 99 床（含）以下」者可免評。 評量方法及建議佐證資料： 1.常備藥品管理規範。 2.緊急調撥藥品處理機制。 3.藥師查核病房及各部門藥品的紀錄。	1. 關於醫院位於偏遠地區且未設有 24 小時急診服務者，其藥事作業服務可採 on call 待命方式，並符合實際臨床需求。 2. 建議醫院可與鄰近醫院建立藥物調度機制。
	2.5.6	提供病人用藥教育	目的： 落實病人用藥教育，協助病人正確用藥，保障用藥安全。	

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
			符合項目： 1.建立慢性病人長期用藥監測機制，防止重複用藥或藥品交互作用，應提供病人適當的用藥指導，必要時提供病人用藥紀錄。 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。 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。 評量方法及建議佐證資料： 1.病人用藥指導紀錄。	
	2.5.7	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	目的： 醫療人員應告知用藥之副作用及不良反應，並能立即處理及通報，減少傷害。 符合項目： 1.藥劑部門應提供高警訊藥品等需要注意的資訊，如：給藥速度、給藥量等。 2.對於病人使用藥品後應觀察反應，若有不良反應發生時，應通知醫師適當處理，並予以通報及記錄。 3.應提供病人與家屬有關藥品使用之副作用、應注意事項等之諮詢，且能確認病人或家屬對藥品作用清楚並了解。 4.對異常反應有詳實記錄並檢討改善。 評量方法及建議佐證資料： 1.臨床藥學服務手冊。 2.ADR 通報規範及相關表單。	

第 2 篇、醫療照護 第 2.6 章 感染管制

條號	條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
2.6	感染管制	【重點說明】 感染管制的目的在預防和降低病人、家屬、工作人員及其他出入醫院人員在醫院內得到感染，防止病原體在院內之散佈，並在發生醫療照護相關感染時迅速察知，予以因應。有效之感染管制須有感染管制專家的領導及訓練有素的感染管制人員，利用資料分析，主動察覺感染風險並能及早因應，並應訂定適當計畫整合各部門工作及教育全院員工做好份內的感染管制相關工作。 本章規範之目的有下列幾項： 1.醫院應設立感染管制相關單位，且確實執行各項業務以達感染管制目的。並有計畫且持續進行感染管制監測及改善方案。 2.應對各種預期可能發生之感染事件有應變計畫，訂有感染管制手冊以提供醫院內各部門執行感染管制之根據。加強員工的感染管制教育，使所有工作人員知悉感染管制對策方法及步驟。 3.適當且足夠的防護設備及洗手設備。 4.訂有員工保護措施，並落實執行。 5.隨時能掌握醫院醫療照護相關感染的最新狀況，採取具體且適當的感染管制措施。 6.建立抗生素管理機制促進抗生素適當及合理之使用。 7.衛材、器械之清潔管理、滅菌消毒、儲存、動線、租賃及配送等步驟及管理方法，均應符合感染管制原則。	
2.6.1	落實執行感染管制措施	目的： 訂定感染管制工作計畫與感染管制手冊並落實執行，降低醫療照護相關感染及新興傳染病疫情發生的風險。 符合項目： 1.設有感染管制委員會，監督醫院感染管制年度工作計畫執行情形。 2.制訂感染管制手冊並定期修訂；落實執行手部衛生、呼吸道衛生咳嗽禮節、組合式照護等感染管制措施。 3.持續監測醫療照護相關感染發生情形，感染管制指標能回饋相關醫護人員，並制訂具體的改善方案且確實實施。 4.訂有新興傳染病及院內群聚或群突發感染發生之危機處理標準作業流程，並針對發生之事件有調查處理報告；若遇群聚感染院方無法處理時，有尋求協助	評鑑委員可參考受評醫院上次之感染管制查核結果及意見(1.1、1.3、1.5、1.6 項次)。

條號	條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
		之應變機制。 評量方法及建議佐證資料： 1. 感染管制委員會組織章程、成員資料與會議紀錄（包含感染管制年度工作計畫及相關紀錄）。 2. 了解臨床工作人員是否知悉感染管制手冊中相關感染管制措施。 3. 醫療照護相關感染監測統計分析報表、手部衛生或組合式照護等感染管制措施的遵從性稽核評估、相關改善方案的執行紀錄及成果等。 4. 新興傳染病及院內群聚或群突發感染發生之應變計畫、處理標準作業流程及調查處理報告等。	
2.6.2	確實執行衛材之清潔、消毒、滅菌及環境清消	目的： 建立並落實衛材與器械清潔、消毒、滅菌及環境清消之標準作業程序，確實監測管理執行情形，維護病人安全。 符合項目： 1. 執行衛材、器械、機器之清潔、消毒、滅菌，應依照說明書建議或相關指引，訂有標準作業流程，由專人負責且確實執行，並留有監測紀錄備查，且工作人員清楚各項指標意義及處理異常情況。 2. 衛材、器械之滅菌業務外包，或租賃手術器械，應妥善監控品質、設有管理辦法及進行例行性稽查，並有紀錄備查。 3. 醫院之衛材與器械未集中於供應室消毒、滅菌者，應依供應室之作業指引及流程辦理之。 4. 消毒滅菌過的物品應保管於清潔且空調較佳處之架子或有門扇之櫥櫃內，並依物品名稱及消毒先後順序適當置放。 5. 對於醫療環境清潔工作訂有標準作業程序並設有查檢表，且有相關機制教育環境清潔人員熟悉內容並落實執行。 評量方法及建議佐證資料： 1. 滅菌監測之標準作業流程、儲藏室溫濕度監測紀錄、過期物品登記表、滅菌失敗原因檢討與改善、各類消毒滅菌監測結果（含生物監測、化學監測、抽真空監測、內視鏡或器械消毒劑有效濃度監測紀錄等）與審核紀錄；以及滅菌設備之每日作業檢點表、保養維修紀錄、監測分析報告、故障處理機制等。	1. 評鑑委員可參考受評醫院上次之感染管制查核結果及意見(2.1、2.2、2.3 項次)。 2. 實地查證時，委員將加強有關軟式內視鏡(包括腸胃鏡、氣管鏡等)相關器械、設備清洗消毒之查核，以落實醫療儀器設備之清潔、消毒、滅菌作業。其中有關軟式內視鏡(包括腸胃鏡、氣管鏡等)，每次使用後需完成高層次消毒程序。 3. 符合項目 5 所提醫療環境清潔消毒係指全院環境。

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
			2.衛材、器械之清潔、滅菌、消毒外包業務（含租賃手術器械）管理辦法及品質監控稽查與紀錄。 3.實際訪查消毒滅菌物品儲藏環境，並了解工作人員是否知悉標準作業程序、各項指標意義及處理異常情況。 4.環境清潔工作標準作業程序、查檢表、教育訓練紀錄、查核抽檢結果與改善措施紀錄等。	
	2.6.3	落實抗生素抗藥性管理	目的： 強化跨部門醫療團隊合作，確保抗生素合理使用，減少細菌抗藥性之發生及散播，維護病人安全。 符合項目： 1.醫院訂有抗生素管理措施，並有推動抗生素管理之跨部門團隊合作機制，且由院長或副院長帶領執行。 2.醫院應有抗生素使用量及抗生素抗藥性之監測機制，並定期統計分析，對於多重抗藥性微生物感染或移生（colonization）的病人採取適當隔離及防治措施。 評量方法及建議佐證資料： 1. 抗生素管理及多重抗藥性微生物隔離防治措施。 2. 推動抗生素管理之團隊成員名單、出席紀錄表及會議紀錄。 3. 抗生素使用量(如:defined daily dose)及抗生素抗藥性統計分析報告。	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(3.1、3.2、3.3 項次)。 2. 依據衛授疾字第1080500067號公告之「108年醫院感染管制查核作業查核基準及評分說明」，查核基準項次 3.1 及 3.2 為「可選項目」，免評條件為「精神科醫院無抗生素藥物項者，可自選本項免評」。

第 2 篇、醫療照護 第 2.7 章 檢驗、病理與放射作業

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
	2.7	檢驗、病理與放射作業	【重點說明】 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，最後才能得到對病人最有利、最適切的醫療照護計畫。病人的評估需要醫療照護團隊成員共同的參與，結合各領域的專長，整合出最適切的醫療照護計畫。醫院應對各種評估執行及分析訂定適宜之標準，以確保醫療照護團隊能有效的溝通及整合。因此醫院必須特別對各種檢驗、檢查訂定適宜之標準流程及規定，以提供適宜的照護品質。 本章規範之目的有下列幾項： 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、血品供應單位及放射影像檢查及治療之各種儀器設備必須遵照功能維護要求，依照所訂定的程序，進行必要時的查驗、保養、維修或校正等措施，以確保其運作正常。同時對於設備所產生的工作環境安全問題，應有妥善的處理方式與監測機制。	
可*	2.7.1	具備合宜的醫事檢驗設備，並能確保其正常運作與環境安全	目的： 維護醫事檢驗設備與環境的安全管理，確保檢驗品質與執業安全。 符合項目： 1.應依醫院規模、機能及整體病人照護條件設置相關醫事檢驗之設備，提供正確檢驗結果，以符合一般醫療的需求。 2.與檢驗相關之設備，必須遵照功能維護要求，依照所訂定的程序，進行必要的查驗、保養、維修或校正等措施，以確保其運作正常，且每項設備留有維護紀錄可查。 3.若設有特殊工作環境的生物及化學危害物質，必須依照法規訂有安全管理機制，以執行妥善的處理、監測與記錄。 4.具備之設施、設備規模足夠處理院內大部分每日常規檢驗需求，並備有快速檢驗設備，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。 5.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需求時，有	

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
			建立合適與有效的備援計畫或機制。 [註] 1.符合下列全部條件者，可自選本條免評： (1)總病床 99 床（含）以下。 (2)未設有醫事檢驗部門。 2.若為委外代檢者，應檢具相關資料供評鑑委員評量。 3.安全計畫對象包括感染性物質、危險及有害物質的處理。 4.只設有一般生化、血液、血清免疫，及常規鏡檢作業場所符合項目 3 不列為特殊要求。 5.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。 評量方法及建議佐證資料： 1.醫療儀器、設備查驗、保養、維修或校正作業標準及查檢紀錄。 2.生物及化學危害物質相關安全規範及管理資料。 3.快速檢驗作業流程。 4.重要醫療儀器、設備故障時之備援計畫或機制。(試/可)	
	2.7.2	具備符合標準之醫事檢驗作業程序，並確實執行	目的： 制定與執行各項醫事檢驗作業程序與品管政策，確保檢驗品質。 符合項目： 1.應訂定符合病人及檢驗檢體辨識、登錄、傳送、檢測、報告等作業的安全性、時效性與結果正確性要求之標準作業程序。 2.檢驗後的檢體儲存及安全的棄置管理辦法，其內容完整並能確實執行。 3.依照醫事檢驗品質需求，制訂適用的品管政策與程序，內容包括內部品管、外部品管，若檢驗項目無外部品管活動可供參與精確度評估時，應建立適當的比對機制。 4.檢驗服務項目須借助委外代檢方式完成者，應制訂有效的作業程序，以評估與選擇具有能力，且合乎品質要求的受委託檢驗單位。 5.應建立緊急且重要之異常值即時通報機制，相關人員對於緊急且重要之異常結果應立即通報給主治醫師。 6.對於須於短時間處理重要危急值（如檢驗之嚴重低血糖、高血鉀、高血鈣等；放射檢查報告之新發現主動脈剝離、氣胸等），應有機制可確認已被完整的收	

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
			到，而能迅速運用於病人後續的醫療處置。(試/可) [註] 1.如為委外代檢作業，請委託廠商提供符合項目 3 之資料。 2.符合項目 6 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算，惟申請「總病床數 99 床（含）以下」者可免評。 評量方法及建議佐證資料： 1.檢驗檢體辨識、登錄、傳送、檢測、報告等作業規範或作業程序及紀錄。 2.檢驗後之檢體管理辦法（含儲存、棄置時之作業規範等）。 3.醫事檢驗之品質管理政策與程序及相關會議紀錄。 4.委外檢驗之評估、履約管理、品質管理等作業程序及相關會議紀錄。 5.異常結果(如：危急項目、危急值、異常值等)通報標準作業流程。	
	2.7.3	醫事檢驗作業具有完備的品質保證措施	目的： 制定醫事檢驗作業品質指標，定期稽核管理與檢討。 符合項目： 1.醫事檢驗報告內容正確，報告時效符合臨床醫療需求，且不同類型檢體或檢驗項目的報告完成時間以及檢驗生物參考區間，能夠經由與臨床協議後有明確的訂定，而據以實施。 2.應至少使用二種不同濃度之品管物質，進行檢驗作業流程之內部品管措施。 3.應有定期參與能力試驗之外部品管活動，或必要時以實驗室間比對機制替代，可對檢驗之能力與品質，進行客觀性評估與系統性監測，且能力試驗結果回覆報告，有加註檢討說明或審核意見，並能妥善保存。 4.實施委外代檢者，應定期要求受託代檢單位提供參與精確度評估或接受外部能力評鑑之相關結果或證明。 5.每一年度均針對病人照護品質相關指標（如：報告時效監測，客訴意見處理、檢驗品質與安全調查等）進行分析，並有相關統計報告。發現異常狀況時，能進行相關因應措施，及留有紀錄可供檢討。(試/可) 6.應建立品質保證執行過程之管理會議或稽核制度，定期與臨床照護單位召開服務流程品質檢討會議，並有檢討改進、預防再發生成效查核等措施，及留有執行或會議紀錄可供審查。(試/可) 7.檢驗科室以外之檢驗儀器（如：血糖機等）有品質管理機制。(試/可)	

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
			[註] 1.委外管理包括本身醫療需求委外代檢或以醫院名意承攬業務等監督責任。 2.符合項目 5、6、7 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算，惟申請「總病床數 99 床（含）以下」者可免評。 評量方法及建議佐證資料： 1.檢驗結果與報告作業規範。 2.醫事檢驗之品質管理政策與程序。 3.主要檢驗項目有定期執行品質校正紀錄。 4.委外檢驗之評估、履約管理、品質管理等作業程序及相關會議紀錄。 5.檢驗相關品質指標監測紀錄、統計資料及稽核制度之紀錄。(試/可) 6.檢驗相關品質指標會議討論紀錄。(試/可) 7.與臨床照護單位召開服務流程品質檢討會議紀錄。(試/可)	
可	2.7.4	設有合宜之血品供應單位及供輸血作業程序，並能確實執行	目的： 制訂與執行合宜的血品管理與輸血作業程序，確保病人用血安全。 符合項目： 1.明確設置血品之保管、供應或訂購的負責人員或部門，並明訂工作職責(可視業務量由兼任人員輔助執行)。 2.血品供應單位(血庫)應以附有連續溫度記錄功能，或可產生溫度異常警訊的冷藏及冷凍設備保管血液及血液製劑，並須定期定時查核相關紀錄。 3.與血品使用前檢驗及庫存相關之設備(尤其是具有溫控及離心功能者)，須依照所訂定的程序，定期進行查驗、保養、維修或校正等措施，以確保其運作正常，且每項設備留有維護紀錄可查。 4.明訂血液及血液製劑之供應作業程序及交付領用步驟，包括檢體辨識、使用前檢驗(交叉試驗等)、登錄、檢測、報告、血品傳送等，作業時效性與結果正確性要求之標準作業程序。 5.檢驗後檢體的儲存及安全棄置，應有管理辦法並符合法規規定，其內容完整並能確實執行。 6.對於緊急輸血及夜間、休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。 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	

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
			依照所使用保存設備的功能，訂有包括輸注前可存放的時間，及未輸注可退回的時間與條件等規範，提供相關醫護單位人員遵循。 8.血品使用前之檢驗須借助委外檢驗方式完成者，應制訂有效的作業程序，以評估與選擇具有能力，且合乎品質要求的受委託檢驗單位。 9.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。(試/可) [註] 1.未設有血品供應單位(含血庫)且未執行輸血作業者，可自選本條免評。 2.符合項目 9 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算，惟申請「總病床數 99 床（含）以下」者可免評。 評量方法及建議佐證資料： 1.血品儲存設備之溫度監控系統紀錄(含校正程序及紀錄)。 2.血品相關設備查驗、保養、維修或校正作業標準及查檢紀錄。 3.血品相關辨識、登錄、檢測、報告、血品傳送等作業規範或作業程序及相關紀錄。 4.檢驗後之檢體管理辦法(含儲存、棄置時之作業規範等)。 5.緊急輸血及夜間、休息日的血品對外訂購及院內申請使用作業程序。 6.血品暫存保管作業規範或流程及相關時效規定。 7.血品退回之標準作業流程。 8.委外檢驗之評估、履約管理、品質管理等作業程序及相關會議紀錄。 9.重要醫療儀器、設備故障時之備援計畫或機制。(試/可)	
可	2.7.5	血品供應作業具有品質保證措施	目的： 制訂與執行合宜的品管政策與程序，確保血品與用血的品質與安全。 符合項目： 1.應依照規則，確實執行血品供應流程相關紀錄，並保存所用血品批號 7 年。 2.血品供應時效符合臨床醫療需求，且不同血品的申請領用時間，能夠經由與臨床協議後有明確的訂定，而據以實施。 3.依照血品使用前檢驗品質需求，制訂適用的品管政策與程序，內容包括內部品管、外部品管。 4.應設有輸血委員會，定期檢討輸血用血液製劑，尤其是血漿、血小板等之適應	

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
			症及使用標準。(試/可) 5.每一年度定期(至少每年 2 次)舉行輸血委員會會議，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。(試/可) [註] 1.未設有血品供應單位(含血庫)且未執行輸血作業者，可自選本條免評。 2.符合項目 4、5 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算，惟申請「總病床數 99 床（含）以下」者可免評。 評量方法及建議佐證資料： 1.血品供應(含退還)之標準作業流程及相關紀錄。 2.血品使用前之品管政策與程序。 3.輸血委員會設置辦法及會議紀錄。(試/可) 4.血品相關品質指標監測紀錄、統計資料及稽核制度之紀錄。(試/可)	
可	2.7.6	具備合宜的放射診斷（含核子醫學）設備，並能確保其功能正常運作與環境安全	目的： 維護放射診斷（含核子醫學）設備與受檢環境的規劃及管理，以確保放射影像品質與環境安全。 符合項目： 1.應依醫院規模、機能及整體病人照護條件設置相關放射診斷（含核子醫學）之設備，且除攝影室外，亦須具備適當的閱片設備、候診空間、更衣室及影像資料檔案室等處置空間。其功能可提供必要的檢查結果，以符合一般醫療的需求。 2.與檢查相關之設備，必須遵照功能維護要求，依照所訂定的程序，進行必要的查驗、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。 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。 4.檢查過程所需之急救設備完善，且檢查室內外之規劃設計，能以病人隱私為考	

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
			量，提供安全、舒適的檢查環境。 5.配有各項輻射防護偵測設備及假體，並訂有標準作業流程，以落實各項安全查核工作，相關執行紀錄內容完整，及妥善保存。(試/可) 6.緊急檢查之設施、設備因發生重大事故，無法因應急診醫療服務需求時，檢查部門應建立備援計畫或機制，包括數位化影像醫學儀器應有不斷電或緊急發電設備與影像傳送機制。(試/可) [註] 1.未有放射診斷或核子醫學儀器者，可自選本條免評。 2.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，惟申請「總病床數 99 床（含）以下」者可免評。 評量方法及建議佐證資料： 1.醫療儀器、設備查驗、保養、維修或校正作業標準及查檢紀錄。 2.醫療儀器外包廠商管理辦法及相關合約。 3.符合法規之輻射防護安全管理計畫，及監測紀錄。 4.急救設備平時保養、點班紀錄。 5.輻射偵測設備及假體作業程序及相關紀錄。(試/可) 6.重要醫療儀器之備援計畫或機制。(試/可)	
可	2.7.7	具備符合標準之放射診斷（含核子醫學）作業程序，並確實執行	目的： 制定與執行各項完備的放射診斷（含核子醫學）作業程序與品管政策，確保放射診斷品質。 符合項目： 1.應訂定符合檢查需求之病人辨識、登錄、運送、檢查、報告等作業時效性與結果正確性要求之標準作業程序，同時須包括全部檢查過程的病人安全防護管理及應變機制，其內容完整且能確實執行。 2.依照放射診斷（含核子醫學）作業品質需求，制訂適用影像品質品管政策與程序。 3.檢查服務項目須借助委外代檢方式完成者，應制訂有效的管理作業程序，以評估與選擇具有能力，且合乎品質要求的受委託檢查單位。 4.應建立緊急且重要之異常檢查報告說明及即時通報機制，相關人員對於緊急且重要之異常結果應立即通報給主治醫師。	

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
			5.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。(試/可) 6.定期舉行聯合討論會(如：與相關診療科醫師舉行案例討論會)，且紀錄詳實。(試/可) [註] 1.未有放射診斷或核子醫學儀器者，可自選本條免評。 2.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，惟申請「總病床數 99 床(含)以下」者可免評。 評量方法及建議佐證資料： 1.檢查病人辨識、登錄、運送、檢查、報告等作業規範或作業程序及紀錄。 2.放射診斷作業之品管政策與程序。 3.委外檢驗之評估、履約管理、品質管理等作業程序及相關會議紀錄。 4.轉診、轉檢或轉院時影像診療報告之作業流程。(試/可) 5.聯合討論會(如：與相關診療科醫師舉行案例討論會)會議紀錄。(試/可)	
可	2.7.8	放射診斷(含核子醫學)作業具有完備的品質保證措施	目的： 訂定相關品質指標及監測，確保放射診斷(含核子醫學)作業品質。 符合項目： 1.放射診斷(含核子醫學)報告內容完整，報告時效符合臨床醫療需求，且不同檢查項目的報告完成時間，能夠經由與臨床協議後有明確的訂定，而據以實施。 2.影像診療報告應有覆核或比對機制。 3.放射診斷(含核子醫學)相關影像檔案管理適當。 4.報告內容完整，且有適當影像會診機制，能協助臨床診療。(試/可) 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。(試/可) [註] 1.未有放射診斷或核子醫學儀器者，可自選本條免評。 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，惟申請「總病床數 99 床(含)以下」者可免評。 評量方法及建議佐證資料： 1.放射診斷檢查結果與報告完成作業規範。	

條號		條文	評量項目	112 年度評鑑委員評量共識
			2.放射診斷影像檔案管理機制。 3.抽查放射線報告。 4.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。(試/可) 5.排班照會系統或班表。(試/可) 6.與臨床照護單位召開服務流程品質檢討會議紀錄。(試/可)	