



財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

Joint Commission of Taiwan

醫院評鑑及教學醫院 評鑑說明會（草案）

醫學中心適用

第1.4章 病歷、資訊及溝通管理

第1.5章 安全的環境與設備

第1.6章 病人導向之服務與管理

第1.7章 風險管理

第1.8章 建立緊急應變管理機制

簡報人：楊麗珠資深副總執行長顧問

服務機關：長庚醫療體系行政中心

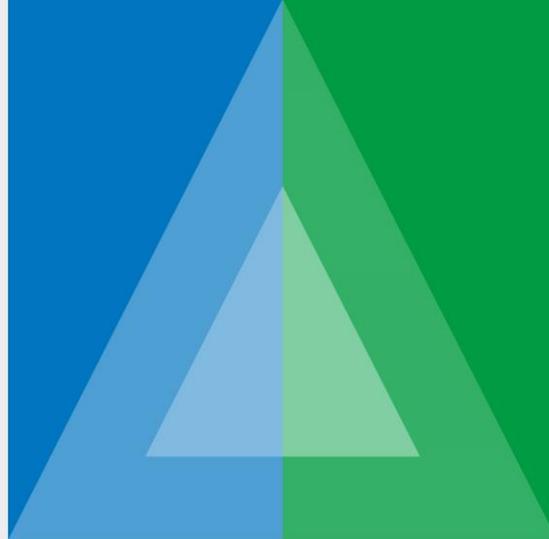
簡報日：113年4月8日

- 基準條文分類統計表
- 第1.4至1.8章評鑑基準
 - 評量項目
 - 近一年度(112年)評鑑委員共識
 - 112年醫院常見未達符合之意見
 - 醫院Q&A
- 實地評鑑重點提醒

基準條文分類統計表



篇	章	條數	可免評 條文數	符合/待改善 條文數	必要 條文數	重點 條文數	試評 條文數
一、 營 管 理	1.1	醫院經營策略	10	0	1	0	0
	1.2	人力資源管理	10	0	0	0	0
	1.3	人力需求管理	24	1	12	9	0
	1.4	病歷、資訊與溝通管理	9	0	0	0	0
	1.5	安全的環境與設備	10	0	2	0	4
	1.6	病人導向之服務與管理	7	0	0	0	0
	1.7	風險管理	3	0	0	0	2
	1.8	建立緊急應變管理機制	4	0	1	0	4
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
	2.2	醫療照護品質與安全管理	6	0	0	0	0
	2.3	醫療照護之執行與評估	21	3	4	0	2
	2.4	特殊照護服務	34	11	0	1	0
	2.5	用藥安全	13	0	4	0	0
	2.6	麻醉與手術	11	0	2	0	0
	2.7	感染管制	14	0	0	0	9
	2.8	檢驗、病理與放射作業	14	0	0	0	0
第二篇合計		118	14	11	1	11	2
總計		195	15	27	10	21	16



第1.4章 病歷、資訊與 溝通管理

條文分類統計表



標篇	章	條數	可免評 條文數	必要 條文數	重點 條文數	試評 條文數	
經營管理	1.4	病歷、資訊與 溝通管理	9	0	0	0	0
	1.5	安全的環境與 設備	10	0	0	4	0
	1.6	病人導向之服 務與管理	7	0	0	0	0
	1.7	風險管理	3	0	0	2	0
	1.8	建立緊急應變 管理機制	4	0	0	4	0



1.4.1健全的病歷資訊管理制度及環境(1/4)



■ 評量項目

● 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。(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)
- 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)



1.4.1健全的病歷資訊管理制度及環境(2/4)



■ 評量項目

● 優良項目：(下述項目(不含試評項目)須全部達成)

- 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)
- 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)
- 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)
- 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)

● 【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。



1.4.1健全的病歷資訊管理制度及環境(3/4)



■ 評量項目

● 【註】

- 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.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。
- 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。

● 評量方法及建議佐證資料

- 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)



1.4.1 健全的病歷資訊管理制度及環境(4/4)

■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

6. 電子病歷存取、增刪、查閱與複製管理辦法。(優良)

■ 112年評鑑委員共識

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，並應揭示於機構內明顯處所，於變更或停止實施時亦同」，故醫院向當地主管機關報備實施電子病歷，評鑑委員需就其實施日期及範圍進行評量，惟於該實施日期及範圍內得免以書面方式製作病歷。



1.4.2 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(1/4)



■ 評量項目

● 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)



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(2/4)



■ 評量項目

● 優良項目：(下述項目(不含試評項目)僅限一項未達成)

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)

(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))

(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)

(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)



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(3/4)



■ 評量項目

● 優良項目：(下述項目(不含試評項目)僅限一項未達成)

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)

● 【註】

1. 醫療機構設置標準：應有專責之病歷管理人員1人以上。
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。
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。
4. 參考衛生福利部國民健康署癌症診療品質認證基準。
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。



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(4/4)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

1. 病歷管理部門組織圖。(符合)
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)
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)



1.4.3病歷應詳實記載，並作量與質的審查(1/6)



■ 評量項目

● 符合項目

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)
 - (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。



1.4.3 病歷應詳實記載，並作量與質的審查(2/6)



■ 評量項目

● 符合項目

(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)

● 優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

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)



1.4.3病歷應詳實記載，並作量與質的審查(3/6)



■ 評量項目

● 優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

- 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3)

● 【註】

- 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



1.4.3 病歷應詳實記載，並作量與質的審查(4/6)



■ 評量項目

● 【註】

- 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。」

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。」



1.4.3 病歷應詳實記載，並作量與質的審查(5/6)



■ 評量項目

● 【註】

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。

● 評量方法及建議佐證資料

1. 病歷書寫規範。(符合)
2. 病歷品質管理辦法(含質、量、時效)。(符合/優良)
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)



1.4.3 病歷應詳實記載，並作量與質的審查(6/6)



■ 112年委員共識

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。



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(1/4)



■ 評量項目

● 符合項目

- 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)



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(2/4)



■ 評量項目

● 符合項目

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)

● 優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

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)

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)



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(3/4)



■ 評量項目

● 【註】

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。**
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。
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。
4. 特殊病歷由醫院自行定義。



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(4/4)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

- 1.病歷書寫規範。(符合/優良)
- 2.病歷保存與借閱規範。(符合/優良)
- 3.出院病歷彙整標準。(符合)
- 4.個人資料安全保護管理辦法。(符合)
- 5.病歷品質監測指標和審查統計表。(優良)

■ 112年委員共識

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年委員提供之相關意見

- 1.加強實體病歷與電子病歷註記內容與項目之一致性。
- 2.加強病歷資訊化作業，以提升病歷內容之完整性。



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(1/3)



■ 評量項目

● 符合項目

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)
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)
3. 能依病人需求，提供中文出院病歷摘要。(原1.5.5-符合3)
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)

● 優良項目：(下述項目(不含試評項目)須全部達成)

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)



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(2/3)



■ 評量項目

● 優良項目：(下述項目(不含試評項目)須全部達成)

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)
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)
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)

● 【註】

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」。



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(3/3)



■ 評量項目

● 【註】

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」。
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。

● 評量方法及建議佐證資料

1. 病歷複製作業辦法。(符合)
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)

■ 112年委員共識

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。



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(1/3)



■ 評量項目

● 符合項目

- 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)

● 優良項目

- 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)



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(2/3)



■ 評量項目

● 【註】

- 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。

● 評量方法及建議佐證資料

- 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)



1.4.6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(3/3)



■ 醫院Q&A

Q：評量方法及建議佐證資料3提及「個案管理與管理式照護表單和全人照護流程。」，請問佐證資料應如何呈現？

A：醫療照護資源耗用多者、多元疾病需跨專科檢查處置者、具醫療急迫性或爭議者，應訂有相關診療流程表單，針對診療過程（含檢驗、檢查、處置），做完整記錄並進行資源耗用管理，達成跨專科全人整合照護之目的。



1.4.7 建立疾病與手術檢索系統及相關統計分析 (1/3)



■ 評量項目

● 符合項目

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)

● 優良項目：(下述項目(不含試評項目)須全部達成)

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)



1.4.7 建立疾病與手術檢索系統及相關統計分析 (2/3)



■ 評量項目

● 優良項目：(下述項目(不含試評項目)須全部達成)

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)

● 【註】

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。

● 評量方法及建議佐證資料

1.醫院疾病統計年報(含疾病與手術分類索引)。(符合)



1.4.7 建立疾病與手術檢索系統及相關統計分析 (3/3)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

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)

■ 112年委員共識

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。



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(1/4)



■ 評量項目

● 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。(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)

● 優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

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)



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(2/4)



■ 評量項目

● 優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

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，落實資訊安全以確保病人安全及提升醫療品質。
(原1.5.8-優良4修)

● 評量方法及建議佐證資料

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)



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(3/4)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

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)

■ 112年委員提供之相關意見

1. 資安列管設備（含醫療儀器及其他支援設施）之管理，建議宜先盤點全院列管設備，再依個別列管設備之風險特性，進行分級管理。
2. 資訊管理滿意度調查，宜依不同職類分別調查，以符合實際需求。



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(4/4)



■ 醫院Q&A

Q：優良項目4提及「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，落實資訊安全以確保病人安全及提升醫療品質。」，請問：

1. 有關「資訊安全管理計畫」是否為資通安全法規範之資通安全維護計畫？
2. 本條文所提「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」係針對「資安」進行討論嗎？

A：1. 有關「資訊安全管理計畫」得由醫院自行訂定，亦可參考資通安全法規範之資通安全維護計畫訂定。

2. 是的，討論範圍包括資安列管之醫療儀器及其他支援設施、臨床與行政決策系統等資安議題。



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(1/5)



■ 評量項目

● 符合項目

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)



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(2/5)



■ 評量項目

● 符合項目

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)
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)

● 優良項目：(下述項目(不含試評項目)僅限一項未達成)

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)
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)



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(3/5)



■ 評量項目

● 優良項目：(下述項目(不含試評項目)僅限一項未達成)

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)
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)

● 【註】

本條用詞定義如下：

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。
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。



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(4/5)



■ 評量項目

● 【註】

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。
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計算。

● 評量方法及建議佐證資料

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)



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(5/5)



■ 評量項目

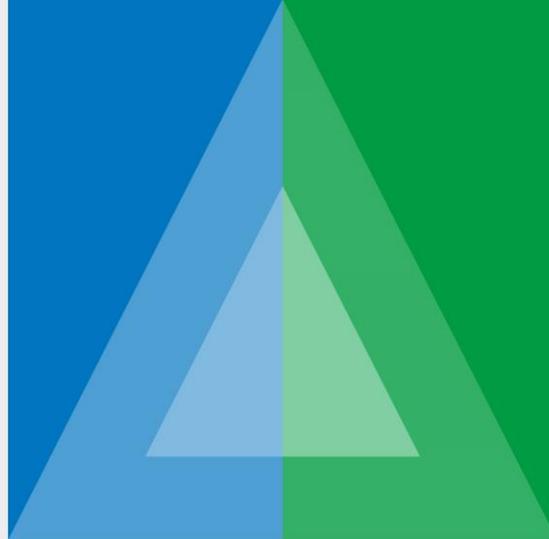
● 評量方法及建議佐證資料

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年委員提供之相關意見

1. 核心資通系統故障之緊急應變計畫宜規劃於平時下載病歷資料於災備電腦，以滿足持續性醫療、無縫提供病歷資訊查詢。





第1.5章 安全的環境與設備

條文分類統計表



標篇	章	條數	可免評 條文數	必要 條文數	重點 條文數	試評 條文數	
經營管理	1.4	病歷、資訊與 溝通管理	9	0	0	0	0
	1.5	安全的環境與 設備	10	0	0	4	0
	1.6	病人導向之服 務與管理	7	0	0	0	0
	1.7	風險管理	3	0	0	2	0
	1.8	建立緊急應變 管理機制	4	0	0	4	0



1.5.1 提供醫院交通資訊，並有安全的交通規劃 (1/2)



■ 評量項目

● 符合項目

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)

● 優良項目

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)



1.5.1 提供醫院交通資訊，並有安全的交通規劃 (2/2)



■ 評量項目

● 【註】

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。

● 評量方法及建議佐證資料

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 (1/5)



■ 評量項目

● 符合項目

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)



1.5.2 醫院應設置無障礙設施，並符合法令規定 (2/5)



■ 評量項目

● 優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

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)



1.5.2 醫院應設置無障礙設施，並符合法令規定 (3/5)



■ 評量項目

● 【註】

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構，其當時已使用之建築物得免受相關標準規定之限制。
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。
3. 「高齡長者」由醫院依據管理需要自行定義。
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。



1.5.2 醫院應設置無障礙設施，並符合法令規定 (4/5)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

1. 醫院無障礙設施清單。(符合)
2. 無障礙設施定期維護紀錄。(符合)
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)

■ 112年委員共識

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。



1.5.2 醫院應設置無障礙設施，並符合法令規定 (5/5)



■ 醫院Q&A

Q：符合項目4提及「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)」，提供以下評估建議：

1. 醫院依相關法規及實際醫療需求於有限空間設置各類病室，其中包括負壓隔離病室（急性一般病床上限6%）。
2. 負壓隔離病室配置床數原已不多，為完全符合無障礙設施標準，隔離病房需暫時關閉，而進行整建工程期間需關閉多間鄰近病房，恐影響收治傳染性疾病應隔離照顧病人之就醫權益。
3. 建請本項目暫緩實施，先收集醫院身心障礙者及高齡長者之實際負壓隔離病室需求數據，再續行評估修改項目標準。

A：本評量項目為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。試評之目的在於收集醫院相關數據，以評估身心障礙病人及高齡長者友善就醫環境及照護需求，並作為後續基準研修之參考。



合1.5.3提供安全及安靜的病室環境(1/3)



■ 評量項目

● 符合項目

- 1.病房內之浴廁具有下列之安全措施：(原1.6.3-符合1)
 - (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。
 - (2)病房設有供輪椅者使用之浴廁。
 - (3)若有小兒科病房廁所則應提供嬰兒安全座椅。
 - (4)若有蹲式廁所應設有扶手，以利病人起身。
- 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)
- 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)



合1.5.3提供安全及安靜的病室環境(2/3)

■ 評量項目

● 符合項目

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)

● 【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。

● 評量方法及建議佐證資料

- 1.維護病室安全之管理辦法。(符合)
- 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)
- 3.醫院廣播之內容、音量及時間之限制規範。(符合)



合1.5.3提供安全及安靜的病室環境(3/3)



■ 112年評鑑委員共識

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。
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。
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座椅尚有困難，惟至少一間以上有提供嬰兒安全座椅即可。
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。
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。



重、合1.5.4訂定安全管理作業規範，提供病人及員工安全的環境(1/4)



■ 評量項目

● 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。(原1.6.4-符合1)
- 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(含兒童)與財物安全。(原1.6.4-符合2修)
- 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)
- 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)



重、合1.5.4訂定安全管理作業規範，提供病人及員工安全的環境(2/4)



■ 評量項目

● 符合項目

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)

● 【註】

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：

- (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。
- (2)配合病房門禁時段，訂有訪客探視(病)時段與人數控管。
- (3)相關陪探病限制與調整原則及管理配套措施。
- (4)夜間出入口、及出入相關規範。



重、合1.5.4訂定安全管理作業規範，提供病人及員工安全的環境(3/4)



■ 評量項目

● 【註】

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。

● 評量方法及建議佐證資料

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)
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。(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、合1.5.4訂定安全管理作業規範，提供病人及員工安全的環境(4/4)



■ 112年評鑑委員共識

- 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。
- 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。

■ 112年委員提供之相關意見

- 1.高風險工作場所，宜落實執行職業安全衛生法規定，以保障勞工安全之執業環境。
- 2.加強延長線及插座之安全管理。



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(1/5)



■ 評量項目

● 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)



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(2/5)



■ 評量項目

● 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)，以防止發生醫院之暴力事件。(原1.6.5-優良2)
3. 落實執行安全管理作業規範。(原1.6.5-優良3)
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)



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(3/5)



■ 評量項目

● 【註】

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。

(1) 第24條：「醫療機構應保持環境整潔、秩序安寧，不得妨礙公共衛生及安全。

為保障就醫安全，任何人不得以強暴、脅迫、恐嚇、公然侮辱或其他非法之方法，妨礙醫療業務之執行。醫療機構應採必要措施，以確保醫事人員執行醫療業務時之安全。

違反第二項規定者，警察機關應排除或制止之；如涉及刑事責任者，應移送司法機關偵辦。中央主管機關應建立通報機制，定期公告醫療機構受有第二項情事之內容及最終結果。」



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(4/5)

■ 評量項目

● 【註】

(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，應移送法機關辦理。

毀損醫療機構或其他相類場所內關於保護生命之設備，致生危險於他人之生命、身體或健康者，處三年以下有期徒刑、拘役或新臺幣三十萬元以下罰金。

對於醫事人員或緊急醫療救護人員以強暴、脅迫、恐嚇或其他非法之方法，妨害其執行醫療或救護業務者，處三年以下有期徒刑，得併科新臺幣三十萬元以下罰金。

犯前項之罪，因而致醫事人員或緊急醫療救護人員於死者，處無期徒刑或七年以上有期徒刑；致重傷者，處三年以上十年以下有期徒刑。」

2.可參考勞動部公告之「執行職務遭受不法侵害預防指引」。



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(5/5)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

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(1/2)



■ 評量項目

● 符合項目

- 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)

● 優良項目：(下述項目須全部達成)

- 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)



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(2/2)



■ 評量項目

● 【註】

符合項目3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.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(1/7)



■ 評量項目

● 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，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)
- 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)
- 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)



重1.5.7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(2/7)



■ 評量項目

● 符合項目

5.操作人員皆有完善教育訓練。(原1.6.7-符合5)

● 優良項目：(下述項目(不含試評項目)僅限一項未達成)

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)

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)

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)

4.專責人員具有相關專業訓練或證照。(原1.6.7-優良4)

5.對於高風險儀器應設有相關防錯機制。(試)



重1.5.7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(3/7)



■ 評量項目

● 【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、醫用氣體等。
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：
 - (1) 診斷、治療、緩解或直接預防人類疾病。
 - (2) 調節或改善人體結構及機能。
 - (3) 調節生育。



重1.5.7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(4/7)



■ 評量項目

● 【註】

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，
 - (1) 第一等級：低風險性。
 - (2) 第二等級：中風險性。
 - (3) 第三等級：高風險性。
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。



重 1.5.7 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(5/7)



■ 評量項目

● 【註】

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)」。
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。

● 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。(符合)
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)
3. 設施、設備、儀器、器材之監控或評估機制。(符合)



重1.5.7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(6/7)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

- 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1.5.7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(7/7)



■ 112年評鑑委員共識

- 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年委員提供之相關意見

- 1.落實醫療儀器分級檢查與保養機制。



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(1/7)



■ 評量項目

● 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)
- 4.專責人員有參加相關教育訓練。(原1.6.8-符合4)
- 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)



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(2/7)

評量項目

● 優良項目：(下述項目(不含試評項目)僅限一項未達成)

- 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)
- 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)
- 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)
- 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)
- 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)



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(3/7)



■ 評量項目

● 【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10分鐘之修復時間。
- 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。



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(4/7)



■ 評量項目

● 【註】

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。

● 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。(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)



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(5/7)

■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

- 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)



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(6/7)

■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

11.整合性基礎設施故障之緊急應變演練紀錄。(優良)

■ 112年委員共識

- 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)。



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(7/7)

■ 112年委員提供之相關意見

1. 加強工務檢查表單之填寫與管理。
2. 加強各單位配電箱之內容標示與管理。
3. 加強動力中心場域安全之防護。
4. 加強中控與工務影像監控之防呆機制。
5. 加強電源管理與防火措施。



1.5.9 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(1/3)



■ 評量項目

● 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)



1.5.9 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(2/3)



■ 評量項目

● 符合項目

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)

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)

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)

● 【註】

優良項目3「定期」檢查病室清潔，是指每月進行檢查。



1.5.9 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(3/3)



■ 評量項目

● 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)。(符合)
2. 維護病室清潔之管理辦法。(符合)
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)
4. 不定期舉辦清潔競賽或相關活動之成果資料。(優良)
5. 調查病人對病室清潔之滿意度或建議之資料。(優良)
6. 依查核或稽核結果，進行檢討改善之資料。(優良)



1.5.10 膳食安全衛生管理良好(1/5)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 醫院設有廚房者，應符合下列項目：(原1.6.10-符合1)
 - (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。



1.5.10 膳食安全衛生管理良好(2/5)



■ 評量項目

● 符合項目

(7)病人用膳完畢之餐具能於2小時內回收。

(8)工作人員持證照比率符合相關法令規定。

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 and Critical Control Point, HACCP)(原1.6.10-符合2-(1)修)

(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))

● 優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

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)



1.5.10 膳食安全衛生管理良好(3/5)



■ 評量項目

● 優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

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)
3. 廚餘處理合乎衛生及環保原則。(原1.6.10-優良3)
4. 有專責人員或部門稽核檢查，並有紀錄。(原1.6.10-優良4)
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 and Critical Control Point, HACCP) 或ISO22000 食品安全管理之認證。(原1.6.10-優良5修)



1.5.10 膳食安全衛生管理良好(4/5)

評量項目

● 【註】

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：

- 一、觀光旅館之餐廳：百分之八十。
- 二、承攬學校餐飲之餐飲業：百分之七十。
- 三、供應學校餐盒之餐盒業：百分之七十。
- 四、承攬筵席之餐廳：百分之七十。
- 五、外燴飲食業：百分之七十。
- 六、中央廚房式之餐飲業：百分之六十。
- 七、伙食包作業：百分之六十。
- 八、自助餐飲業：百分之五十。



1.5.10 膳食安全衛生管理良好(5/5)



■ 評量項目

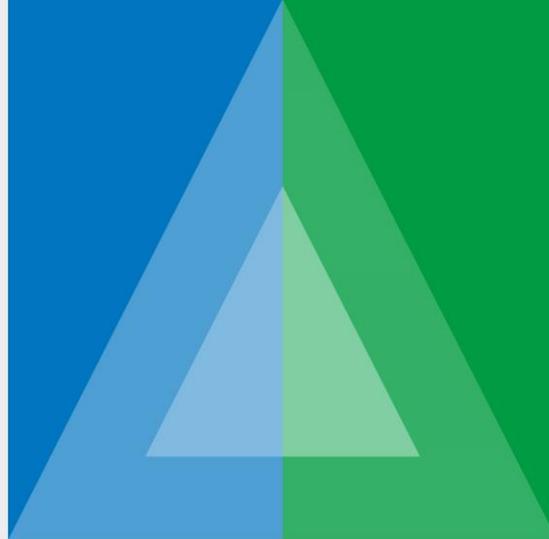
● 評量方法及建議佐證資料

- 1.處理食品(包括準備、處理、儲存及運送)之標準作業程序。(符合)
- 2.廚房門禁之管制辦法。(符合)
- 3.防火措施之檢查與教育訓練紀錄。(符合)
- 4.有專責人員或部門稽核檢查之紀錄。(優良)
- 5.通過HACCP或ISO22000認證之證明文件。(優良)

■ 112年評鑑委員共識

- 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。
- 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。
- 3.若醫院未設置廚房且未外包，僅提供牛奶及管灌，本條文不得免評，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」。





第1.6章 病人導向之服務與 管理

條文分類統計表



標篇	章	條數	可免評 條文數	必要 條文數	重點 條文數	試評 條文數	
經營管理	1.4	病歷、資訊與 溝通管理	9	0	0	0	0
	1.5	安全的環境與 設備	10	0	0	4	0
	1.6	病人導向之服 務與管理	7	0	0	0	0
	1.7	風險管理	3	0	0	2	0
	1.8	建立緊急應變 管理機制	4	0	0	4	0



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(1/3)



■ 評量項目

● 符合項目

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)

● 優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

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)



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(2/3)



■ 評量項目

● 優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

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)

● 【註】

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。



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(3/3)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

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年委員共識

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。



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(1/4)



■ 評量項目

● 符合項目

- 1.設有辦理之專責人員或部門，並具備方便病人就醫之作業流程，如：掛號、就診、檢查(驗)、批價、領藥、住/出院手續等。
(原1.7.2-符合1修)
- 2.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)
- 3.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)
- 4.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)
- 5.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)



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(2/4)



■ 評量項目

● 優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

1. 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)
 - (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。
2. 有提供假日辦理出院服務。(原1.7.2-優良3)
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)



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(3/4)



■ 評量項目

● 【註】

1. 醫療法第22條：「醫療機構收取醫療費用，應開給載明收費項目及金額之收據。

醫療機構不得違反收費標準，超額或擅立收費項目收費。」

2. 醫療法施行細則第11條：「本法第二十二條第一項所定醫療費用之收據，應載明全民健康保險醫療費用申報點數清單所列項目中，申報全民健康保險及自費項目之明細；非屬醫療費用之收費，並應一併載明之。

前項申報全民健康保險項目，應區分自行負擔數及全民健康保險申請數。

本法第二十二條第二項所稱擅立收費項目收費，指收取未經依本法第二十一條規定核定之費用」。



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(4/4)



■ 評量項目

● 【註】

3. 「高齡長者」由醫院依據管理需要自行定義。
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。

● 評量方法及建議佐證資料

1. 掛號、批價收費和住出院辦理單位組織章程與管理辦法。
(符合)
2. 掛號、批價收費和住出院作業流程。(符合/優良)
3. 醫療費用一覽表和收費規定。(符合/優良)
4. 就醫作業流程智能化設計及成效。(優良)



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(1/3)



■ 評量項目

● 符合項目

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、檢查(驗)及領藥。(原1.7.3-符合1修)
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)
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)
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)

● 優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

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)



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(2/3)



■ 評量項目

● 優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

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)
3. 設有機制供病人查詢看診進度。(原1.7.3-優良3)

● 【註】

「高齡長者」由醫院依據管理需要自行定義。

● 評量方法及建議佐證資料

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)
2. 醫師延遲開診作業規範。(符合)
3. 醫師停代診及請假管理辦法。(符合)
4. 門診開診狀況稽核和紀錄。(優良)
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)



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(3/3)



■ 112年委員共識

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年委員提供之相關意見

1. 停診、代診影響病人之程度不同，針對現行須14日前提出申請之規定，宜比照提供預約掛號提早一個月申請，並再依已掛號人數調整為停診或代診，以減少對於服務之衝擊。
2. 預估到診時間及各門診上限，宜定期統計各醫師別之每人每次看診時間為基礎計算。
3. 針對門診遲到之情形，規定明確延遲時間（如：30分鐘）時，宜增加臨時代診之因應措施。
4. 紙本門診表單宜顯示預先請假醫師停診或請他人代診之資料。



1.6.4 有效率地運用病床(1/3)

■ 評量項目

● 符合項目

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修)
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)

● 優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

1. 落實病人住院天數控制。(原1.7.4-優良1)
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)
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)



1.6.4 有效率地運用病床(2/3)

■ 評量項目

● 【註】

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。

● 評量方法及建議佐證資料

1. 住院病床利用規範。(符合)
2. 病人等候住院病床須知。(符合)
3. 各科別平均住院日檢討紀錄。(優良)
4. 病人流量管理規範。(優良)
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)
6. 病人出入院管理辦法。(優良)



1.6.4 有效率地運用病床(3/3)

■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

7. 急診轉住院比率合理性檢討。(優良)
8. 住院與候床狀況管控表。(優良)



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(1/3)



■ 評量項目

● 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。
(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)



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(2/3)



■ 評量項目

● 優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

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)

● 【註】

優良項目1所提「回應時效」，依醫院之規定。

● 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。(符合/優良)



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(3/3)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

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)

■ 112年委員共識

優良項目1所提「回應時效」係由醫院自行訂定。



1.6.6有效管理院內用餐、購物環境(1/3)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 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)
2. 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)
 - (1) 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)。
 - (2) 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)。
 - (3) 用餐、購物區避免病菌污染與傳播之具體作法。



1.6.6有效管理院內用餐、購物環境(2/3)



■ 評量項目

● 符合項目

3. 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)
4. 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)

1. 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)
2. 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範。(原1.7.6-優良2)
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)



1.6.6有效管理院內用餐、購物環境(3/3)

■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

- 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)

■ 112年委員共識

- 1.評鑑委員可參考受評醫院近期之感染管制查核結果。
- 2.醫院未設用餐、購物區者，則符合項目2~4不列入評核。
- 3.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。



1.6.7 定期實行病人就醫經驗調查(1/3)



■ 評量項目

● 符合項目

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)

● 優良項目：(下述項目(不含試評項目)須全部達成)

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)



1.6.7 定期實行病人就醫經驗調查(2/3)



■ 評量項目

● 【註】

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。
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。



1.6.7 定期實行病人就醫經驗調查(3/3)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

- 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)





第1.7章 風險管理

條文分類統計表



標篇	章	條數	可免評 條文數	必要 條文數	重點 條文數	試評 條文數	
經營 管理	1.4	病歷、資訊與溝通管理	9	0	0	0	0
	1.5	安全的環境與設備	10	0	0	4	0
	1.6	病人導向之服務與管理	7	0	0	0	0
	1.7	風險管理	3	0	0	2	0
	1.8	建立緊急應變管理機制	4	0	0	4	0



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(1/5)



■ 評量項目

● 符合項目

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)



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(2/5)



■ 評量項目

● 優良項目：(下述項目(不含試評項目)須全部達成)

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)
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)

● 【註】

1. 風險管理架構包括下列要素：
 - (1) 建立風險管理內涵(Context)
 - (2) 風險辨識
 - (3) 風險分析
 - (4) 風險評價



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(3/5)



■ 評量項目

● 【註】

(5)風險處理

(6)溝通

(7)監督與改善

2.風險管理架構之要素可參考下列資料：

(1)ISO31000, 2018. Risk management-Guidelines.(<https://www.iso.org/obp/ui#iso:std:iso:31000:ed-2:v1:en>)

(2)美國喬治華盛頓大學風險管理專案(The GWU ICDRM project, 2010, p1-156~176.)

(3)ISQua, Guideline and Principles for the Development of Health and Social Care Standards, 5th Edition Version 1.0, September 2018.



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(4/5)



■ 評量項目

● 【註】

- 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(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, preparedness)之分析，故可適用於所有災害。
- 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。



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(5/5)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

- 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醫院應指定專責人員研擬火災之減災、預防與準備措施(1/6)

評量項目

● 符合項目

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
用電安全事項列入住院須知中，於病人入院時充分告知病人與其家屬。
4. 對於易燃物品之儲存與標示，應符合消防與職業安全衛生相關法令規範。
5. 落實執行火災之日常減災、預防與準備相關措施，包括各項宣導與員工面臨火災發生時之教育訓練。



重1.7.2醫院應指定專責人員研擬火災之減災、預防與準備措施(2/6)



■ 評量項目

● 優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

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。



重1.7.2 醫院應指定專責人員研擬火災之減災、預防與準備措施(3/6)



■ 評量項目

● 【註】

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)。



重1.7.2醫院應指定專責人員研擬火災之減災、預防與準備措施(4/6)



■ 評量項目

● 【註】

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：

(1) R (Rescue/Remove)：救護/將病人移出危險區域

(2) A (Alert/Alarm)：警示/啟動警報(通知)

(3) C (Confine/Close)：侷限火與煙之擴散/關閉起火房間之房門

(4) E (Extinguish/Evacuate)：滅火/與疏散病人

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」。



重1.7.2醫院應指定專責人員研擬火災之減災、預防與準備措施(5/6)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

1. 醫院火災災害之減災、預防與準備措施。(符合)
2. 醫院對於住院病人或家屬自帶電器之管理辦法。(符合)
3. 易燃物品之標示與儲存管理辦法。(符合)
4. 火災之減災、預防與準備措施之教育訓練相關資料。(符合)
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)
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)



重1.7.2醫院應指定專責人員研擬火災之減災、 預防與準備措施(6/6)



■ 112年委員提供之相關意見

1. 火災演練時段宜包含大夜班時間，且情境演練安排多重複合式情況進行演練，以符合災害應變的真實狀況。
2. 宜加強滅火器有效期限或下次檢查日期之完整標示。
3. 置頂之空間，宜檢查消防填充之完成度。



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(1/3)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 醫療機構應設醫療事故關懷小組。(原1.8.4-符合1修)
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)
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)**
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)**
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)



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(2/3)



■ 評量項目

● 優良項目：(下述項目(不含試評項目)須全部達成)

1. 落實執行醫療爭議處理機制，成效良好。(試)
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)
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)

● 【註】

1. 可參考衛生福利部公告之「醫療事故預防及爭議處理法」。
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。



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(3/3)



■ 評量項目

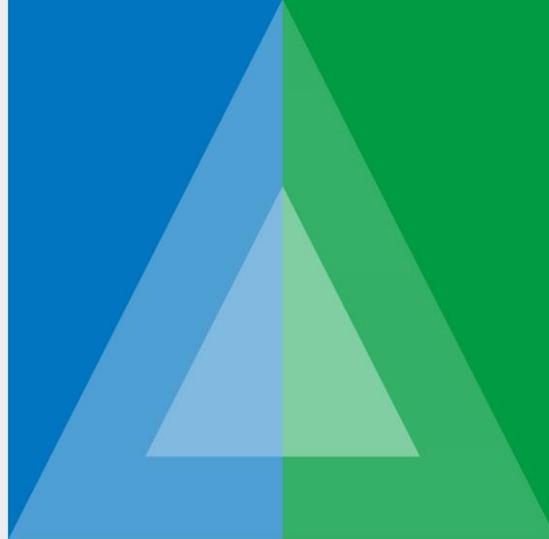
● 評量方法及建議佐證資料

1. 醫療事故預防及爭議處理團隊名冊(含職務)。(符合)
2. 醫療事故預防及爭議處理機制與相關之處理程序。(符合)
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)
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)
5. 落實執行醫療爭議處理機制之資料。(優良)
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年委員共識

符合項目4所提「教材」，泛指本院或他院的案例均可。





第1.8章 建立緊急應變 管理機制

條文分類統計表



標篇	章	條數	可免評 條文數	必要 條文數	重點 條文數	試評 條文數	
經營管理	1.4	病歷、資訊與 溝通管理	9	0	0	0	0
	1.5	安全的環境與 設備	10	0	0	4	0
	1.6	病人導向之服 務與管理	7	0	0	0	0
	1.7	風險管理	3	0	0	2	0
	1.8	建立緊急應變 管理機制	4	0	0	4	0



重1.8.1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(1/8)



■ 評量項目

● 符合項目

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天以上之安全存量。(原1.8.1-符合4修)



重1.8.1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(2/8)



■ 評量項目

● 優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

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)

● 【註】

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：



重1.8.1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(3/8)



■ 評量項目

● 【註】

(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：

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。



重1.8.1 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(4/8)



■ 評量項目

● 【註】

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設施與環境維護等」。

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。



重1.8.1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(5/8)



■ 評量項目

● 【註】

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。
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。



重1.8.1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(6/8)



■ 評量項目

● 【註】

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)。
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。

● 評量方法及建議佐證資料

1. 醫院緊急應變管理相關委員會之組織與會議紀錄。(符合)
2. 緊急管理計畫。(符合)
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)



重1.8.1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(7/8)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

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)

■ 112年評鑑委員共識

1. 符合項目4：

- (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。



重1.8.1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(8/8)



■ 112年評鑑委員共識

(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。

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。



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(1/6)



■ 評量項目

● 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)



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(2/6)



■ 評量項目

● 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-優良1修)
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)
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)

● 【註】

1. 針對手術室、加護病房消防安全，可參考下列查核項目：
 - (1) 滅火器之設置應考量是否容易取得，兩具滅火器之距離不得低於法規之規定(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。



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(3/6)



■ 評量項目

● 【註】

(2)醫院緊急災害應變措施及檢查辦法第11條規定：「醫院每年至少應舉行緊急災害應變措施演習及桌上模擬演練各一次，並製作成演習紀錄、演習自評表及檢討改善計畫，送直轄市、縣(市)主管機關備查。

前項演習及桌上模擬演練之主題、時間與相關內容，應於醫院緊急災害應變措施計畫中載明。」

(3)消防法施行細則第15條第1項第5款規定：「滅火、通報及避難訓練之實施；每半年至少應舉辦一次，每次不得少於四小時，並應事先通報當地消防機關。」

2.符合項目1所提「緊急災害應變計畫」(Emergency Operation Plan, EOP)，係針對災害發生時之應變與復原階段初期之應變作為。



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(4/6)



■ 評量項目

● 【註】

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。

● 評量方法及建議佐證資料

1. 緊急災害應變計畫及作業程序。(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)



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(5/6)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

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)

■ 112年評鑑委員共識

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。



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(6/6)



■ 112年評鑑委員共識

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)為原則，以避免打擾醫院臨床業務。

■ 112年委員提供之相關意見

1. 宜強化混合式災害之認知教育，並優化災害應變演練，以符合災害應變之實際需求。
2. 宜定期檢視逃生窗之開啟功能，以利發生災害時，可爭取逃生時間。



重1.8.3設置大量傷患緊急應變組織與健全指揮系統(1/3)



■ 評量項目

● 符合項目

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)

● 優良項目：(下述項目僅限一項未達成)

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-優良2)
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)



重1.8.3設置大量傷患緊急應變組織與健全指揮系統(2/3)



■ 評量項目

● 【註】

1. 醫院緊急災害應變措施及檢查辦法第11條規定：「醫院每年至少應舉行緊急災害應變措施演習及桌上模擬演練各一次，並製作成演習紀錄、演習自評表及檢討改善計畫，送直轄市、縣(市)主管機關備查。

前項演習及桌上模擬演練之主題、時間與相關內容，應於醫院緊急災害應變措施計畫中載明。」

2. 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。

● 評量方法及建議佐證資料

1. 大量傷患緊急應變計畫。(符合)
2. 辦理大量傷患緊急應變演練之證明(含照片)。(符合)



重1.8.3設置大量傷患緊急應變組織與健全指揮系統(3/3)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

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)
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)
5. 大量傷患緊急應變組織與各項應變職務。(優良)

■ 112年評鑑委員共識

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。



重、合1.8.4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(1/3)



■ 評量項目

● 符合項目

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)
 - (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。



重、合1.8.4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(2/3)



■ 評量項目

● 符合項目

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)
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)
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)

● 【註】

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。



重、合1.8.4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(3/3)



■ 評量項目

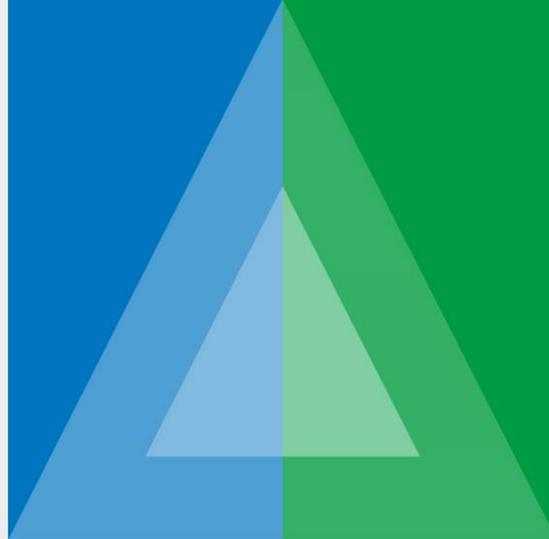
● 【註】

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。

● 評量方法及建議佐證資料

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)



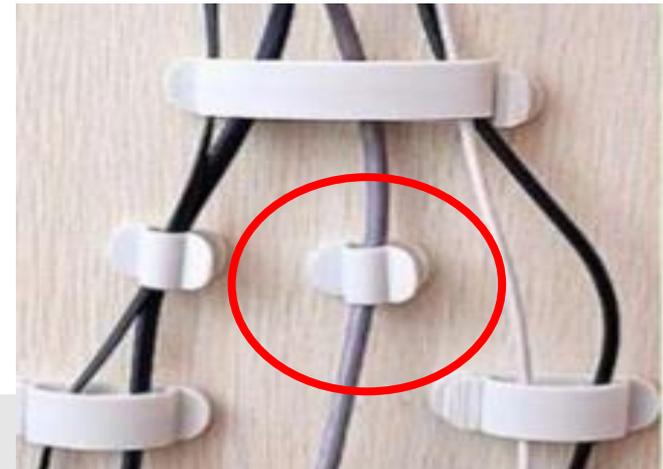


實地評鑑重點提醒

延長線管理注意事項



- 需使用檢驗合格產品，若有破損須及時更換
- 延長線同時使用器具之瓦數勿超過負荷
- 使用時最好採固定，勿懸空或懸吊



火源的管理注意事項



- 易燃物品存放量與存放場所應適宜(防火儲存櫃尤佳)
- 氧氣鋼瓶、酒精玻璃瓶等易燃物品應固定避免滑動或掉落
- 乾洗手液的存放量應適當，防火管理的管控要規劃



逃生動線與通道注意事項



- 請勿擺放任何物品
- 疏散動線可能產生瓶頸區域
- 避難方向指示燈及出口標示燈的位置要明顯且適當



實地評鑑準備經驗分享



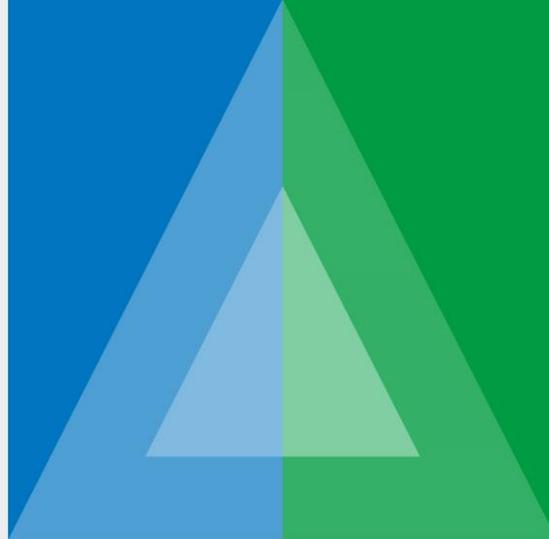
■ 資料準備重點呈現

- 充分了解評鑑基準內容重點及『目的』
- 依據評量項目中之『符合項目』1、2、3--彙整
日常的資料
- 參考『評量方法及建議佐證資料』
- 注意數據資料間之一致性與準確性
- 建議以日常營運已彙整表格分析或圖形(照片)說明

■ PFM查證方式的運用(經驗談...)

- 可以考量依據PFM模式安排評鑑訪查路線及照護團隊
- 陪評人員充分了解當日陳列資料





感謝聆聽 敬請指教

說明會提問將納入本年度委員共識，
再放置本會網站供各界下載



邀請您掃描加入
醫策會Line@，
與我們一同關心
國家醫療大小事！



請掃描QR Code加入醫策會Line@

