

凡例

- 一、有鑑於臺灣兒童醫療面臨少子化，為使兒科病例集中化，提升兒童醫療品質，衛生福利部自 101 年起，著手進行兒童醫院設立之申請資格審議並辦理兒童醫院評核作業。為確保兒童醫院之功能及品質，爰針對兒童醫院之特色打造此基準。
- 二、本基準適用原醫學中心另行單獨設立專供診治兒童之綜合醫院。本文所稱「本院」係指兒童醫院，「總院」係指原醫學中心。
- 三、本基準內容之編排，區分為篇、章、條、項、款、目六個層級，共計有 3 篇、20 章、182 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。
- 四、本基準之條文，有下列五種分類方式（參考下頁附表）：
 1. 可免評之條文：醫院可依提供之服務項目而選擇免評之條文，於條號前以「可」字註記。
 2. 符合/待改善條文：於條號前以「合」字註記。
 3. 必要條文：此類條文規範基本的醫事人員之人力標準，於條號前以「必」字註記。
 4. 重點條文：此類條文規範醫院防火安全、護病比及感染管制等標準，於條號前以「重」字註記。
 5. 試評條文：於條號前以「試」字註記。
- 五、本基準依評量等級分為「優良、符合、待改善」，評量等級認定原則如下：
 1. 優良：同條文中，所有符合及優良評量項目（僅限一項未達成者不在此限）均達成。
 2. 符合：同條文中，所有符合評量項目均達成。
 3. 待改善：同條文中，1 項（含）以上符合評量項目未達成。
- 六、有關兒童醫院評鑑及兒童教學醫院評鑑成績之核算方式，請參照 113 年度兒童醫院評鑑及兒童教學醫院評鑑作業程序「附件四、兒童醫院評鑑及兒童教學醫院評鑑合格基準及成績核算方式」。

附表、兒童醫院評鑑及兒童教學醫院評鑑基準條文分類統計表

篇	章	條文數	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、 經營 管理	1.1	醫院經營策略	8	1	1	0	0
	1.2	人力資源管理與員工支持	18	1	1	8	0
	1.3	員工教育訓練	5	1	0	0	0
	1.4	病歷、資訊與溝通管理	9	0	1	0	0
	1.5	安全的環境與設備	10	1	2	0	4
	1.6	兒童導向之服務與管理	7	0	0	0	0
	1.7	危機管理—風險分析與緊急災害應變	5	0	1	0	3
第 1 篇合計		62	4	6	8	7	1
二、 醫療 照護	2.1	兒童及家屬權責	5	0	1	0	0
	2.2	醫療照護品質與安全管理	5	0	0	0	0
	2.3	醫療照護之執行與評估	18	0	5	0	1
	2.4	特殊照護服務	20	0	1	0	0
	2.5	用藥安全	12	0	4	0	0
	2.6	麻醉及手術	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	6	0	0	0	0
第 2 篇合計		91	0	13	0	10	0
三、 教學 與研 究	3.1	教學研究管理與政策	4	0	3	1	0
	3.2	教學研究資源	6	0	1	0	0
	3.3	師資與培訓	3	0	1	0	0
	3.4	教學訓練	10	0	1	0	0
	3.5	教學研究成果	6	0	0	0	0
第 3 篇合計		29	0	6	1	0	0
總計		182	4	25	9	17	1

第 1 篇、經營管理 第 1.1 章 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，透過每項政策的規劃、實質的領導，建構符合醫院定位的文化，發展以兒童與家庭為中心的醫療，確保所提供之醫療服務為民眾所需。在策略規劃過程中，醫院的監督或治理團隊(Governing body)(可包含董事會、主管機關等，依個別醫院自行決定)負責邀集經營團隊(Executive team)(可能包含院長、資深主管、部科或醫療團隊主管，個別醫院可自行定位)共同設定醫院宗旨、願景及目標，明訂組織架構及指揮系統，落實分層負責與分工，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，追求兒童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，提供兒童真正需要、適度且不浪費的醫療照護。

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。經營團隊成員應具備執行職務所必須之知識、技能及素養，定期收集兒童病人安全、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。會計、成本與財務管理作業等，亦是確保醫院永續經營所不可或缺之經營策略支援系統。為確保醫院經營績效符合醫院之宗旨及目標，監督或治理團隊與經營團隊應定期溝通與檢討，由經營團隊提出解決方案並進行改善。

兒童醫院之行政服務資源如：人事、會計、工務、資訊等部門、人員及管理，可與總院共同使用，但須要獨立呈現兒童醫院相關報表。

條號	條文	評量項目	委員共識
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	<p>目的：</p> <p>訂定宗旨、願景與目標，營造兒童友善文化、醫療品質，尊重兒童權益的文化，確實履行在服務區域之角色與任務。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院之監督或治理團隊與經營團隊能共同訂定醫院之宗旨、願景及目標。 2.所訂定之宗旨、願景及目標，能營造下列文化：追求兒童友善文化及醫療品質、以兒童為中心、尊重兒童人權及權利、提供的醫療照護是兒童所真正需要。 3.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。 	<ol style="list-style-type: none"> 1.監督或治理團隊，可包含如：董事會、退輔會、軍醫局、醫學院、衛福部醫管會、公立醫院主管機關等。 2.評鑑委員於實地評鑑時，將了解醫院之監督或治理團隊有無授權機制(醫院自行舉證)。 3.請醫院之監督或治理團隊派員列席實地評鑑，且於「委員與醫院代表面談」時段，應至少有 1 位代表出席。

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.監督或治理團隊必須有員工代表及社會公正人士的參與機制。(試) 2.依據醫院員工之多元特性建立具有特色之溝通機制，適當向員工宣導醫院之角色、功能、目標與計畫，使其瞭解。(試) 3.經營團隊能依據宗旨與願景訂定短、中、長期目標與計畫。(試) 4.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並視需要編列相關預算。(試) 5.監督或治理團隊定期檢討醫院之宗旨、願景與目標是否符合國家政策、法令與社區民眾之需求。(試) 6.對目標與計畫之執行，有妥善規劃進度追蹤及評量之機制，以利檢討調整。(試) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.本條用詞定義如下： <ol style="list-style-type: none"> (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，監督團隊得與總院隸屬同一董事會。 (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)優良項目 4 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)。 2.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.可呈現醫院監督或治理團隊及經營團隊之章程、組織圖。(符合) 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 	

條號	條文	評量項目	委員共識
		資料。(符合) 3.服務區域需求之分析結果。(符合) 4.醫院在兒童病人安全及醫療品質、以兒童為中心、尊重兒童人權及權利、提供的醫療照護是兒童所真正需要之執行成果。(符合) 5.適當向員工宣導醫院之角色、功能、目標與計畫之書面資料。(優良) 6.對目標與計畫執行成效之追蹤與改善資料。(優良)	
1.1.2	醫院之監督或治理團隊與經營團隊應積極主動提升醫療品質、兒童病人安全及經營管理成效，並營造重視醫療品質及兒童病人安全之文化	目的： 監督或治理團隊與經營團隊定期針對兒童病人安全、醫療品質與經營管理相關議題進行討論，並責成經營團隊依其專業研擬改善方案，定期追蹤改善成效，提升醫療品質、兒童病人安全及經營管理成效。 符合項目： 1.經營團隊具備執行職務所必須之知識、技能及素養，定期收集兒童病人安全、醫療品質與經營管理相關之全院資料並進行分析。 2.醫院之監督或治理團隊與經營團隊間定期針對兒童友善文化、醫療品質與經營管理相關之全院資料分析結果進行討論，以確認需改善之相關議題(如：就服務病童相關的議題，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.經營團隊根據分析結果研擬之解決方案，定期呈送監督或治理團隊同意。 優良項目： 1.經營團隊與監督或治理團隊能建立機制定期討論如何妥善運用外部機構提供之醫療品質與兒童病人安全資料，訂定提升醫療品質與兒童病人安全之目標。(試) 2.經營團隊定期檢討與改善醫療品質、兒童友善文化、經營管理與營造重視醫療品質及兒童友善文化之執行成效且有追蹤機制，並將執行結果呈送監督或治理團隊核備。(試)	符合項目 2： (1)主要在瞭解醫院之監督或治理團隊、院長、副院長及部門主管對於相關問題決策的參與情形。 (2)對於醫療品質議題，院長、副院長及部門主管在全院性會議有進行討論；其相關重要事項有機制提供監督或治理團隊知悉(若會議與總院一起召開須有兒童醫院代表參與會議，並討論兒童醫院相關事宜)。

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>3.經營團隊建立有效機制以促進院內同仁對醫療品質、兒童病人安全之改善共識，且該共識能傳達給同仁周知。(試)</p> <p>[註]</p> <p>1.優良項目 1 之「外部機構提供之醫療品質與兒童病人安全資料」係如： 健保品質指標、TCPI、THIS、TCHA 或外部認證等。</p> <p>2.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.經營團隊定期收集兒童病人安全、醫療品質與經營管理相關之全院資料與分析結果。(符合)</p> <p>2.監督或治理團隊與經營團隊溝通之內容與相關之會議紀錄。(符合)</p> <p>3.運用外部機構提供之醫療品質與兒童病人安全資料，訂定提升醫療品質與兒童病人安全之目標之會議紀錄。(優良)</p> <p>4.列舉醫院在醫療品質、兒童友善文化與經營與營造重視醫療品質及兒童友善文化成效之檢討與改善紀錄。(優良)</p>	
合	1.1.3 明訂組織架構及指揮系統，落實分層負責與分工	<p>目的： 明訂組織架構、指揮系統及管理制度，各部門據以推動各項業務及資料管理。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.訂有醫院組織架構圖(直接隸屬監督或治理團隊之醫院組織架構)。</p> <p>2.訂有組織章程、工作手冊等，各部門並據以訂定作業規範或程序。</p> <p>3.組織架構圖及各類規範，依其性質公告周知或傳達院內相關同仁，確保容易取得且具實用性，並能落實分工及分層負責。</p> <p>4.組織架構圖及各類規範能適時檢討、修正更新且與現況相符。</p> <p>5.全院文件資料有管理機制(包含紀錄保存、發行及更新)，並據以執行。</p> <p>[註]</p>	符合項目 5，文件管理機制不限定於 ISO。

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>1.依醫療機構設置標準第三條附表「醫院設置基準表」第四點「醫療服務設施」下第 17 項「其他部門」之第 12 款「醫務行政」所定，專供診治病童之綜合醫院使用既有綜合醫院之醫務行政設施提供醫務行政服務者，得免自行設置。</p> <p>2.兒童醫院之非醫療單位與總院共用者，得共用組織章程以外之各類規章管理辦法及相關文件。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.醫院組織架構圖、組織章程。</p> <p>2.各單位辦事細則(工作手冊)、作業規範或程序相關檢討之會議紀錄。</p> <p>3.組織調整規章修正之公告相關資料。</p>	
1.1.4	訂定醫療業務指標、內部作業指標，定期分析及檢討改善	<p>目的：</p> <p>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。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.有專責人員或部門負責收集醫療業務管理及內部作業流程相關指標，且每年至少有一次以上之報告。</p> <p>2.收集醫療業務管理相關指標至少 5 項，並應包含佔床率、死亡率、醫療照護相關感染率(或密度)。</p> <p>3.收集內部作業指標至少包含：平均住院日、等候住院時間(含急診及一般病童等候住院時間)、等候檢查時間(醫院可自行選定核心檢查項目)、門診等候時間等。</p> <p>優良項目：</p> <p>1.定期分析及檢討，並視情形改善醫療業務指標之執行成效。(試)</p> <p>2.設有品質內控(或異常管理)機制，如：因門診人次過高，以致每一病童之平均診療時間極短者，能監測並改善其診療品質；或如：實施較高風險</p>	<p>1.符合項目 3 所提「等候住院時間」及「等候檢查時間」之分析檢討，鑑於各醫院之認定標準不一，故由評鑑委員於實地評鑑時，依醫院現況進行認定。</p> <p>2.優良項目 2：</p> <p>(1)醫院自行訂定各科醫師合理門診量，並有檢討及追蹤機制。</p> <p>(2)高風險檢查及治療設有監控機制。</p> <p>3.優良項目 3，醫院內部作業流程指標應有過去 1 年資料，並有比較資料(與院內單位/科部別或同儕醫院)。</p>

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>之侵入性或放射性檢查(或治療)，但診斷結果為陰性之比率，遠高於院內或院外相同專長同儕者，能予以監測並設法改善。(試)</p> <p>3.定期選擇適當管理工具實施年度性醫院內部作業流程指標分析及檢討，並視情形改善，成效良好。(試)</p> <p>[註]</p> <p>1.醫療業務管理相關指標，如：門診人次、初診人次、急診人次、佔床率(急性病床、慢性病床)、住院人日、他院轉入病童數、轉出病童數、門診手術人次、住院手術人次、疾病與手術排名變化、死亡率(粗、淨率)、核心檢查項目等候時間、先天特殊或罕見疾病等。</p> <p>2.較高風險之侵入性或放射性檢查(或治療)，醫院可自行選定監測之檢查(或治療)項目，如：內視鏡檢查、心導管檢查、電腦斷層掃描等。</p> <p>3.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.醫療業務指標與內部作業指標收集結果。(符合)</p> <p>2.醫療業務指標與內部作業指標之執行成效與改善紀錄。(優良)</p> <p>3.高門診人次之醫療品質與較高風險之侵入性或放射性檢查(或治療)之品質監測指標與相關檢討之會議紀錄。(優良)</p>	
1.1.5	如期提報醫院評鑑持續性監測系統之量性指標及質性文件	<p>目的：</p> <p>定期提報醫療品質相關量性指標及質性文件，達到持續性之內部改善及自我管理，並確保醫療品質。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.需定期於「醫院評鑑持續性監測系統」中提報量性指標及質性文件。</p> <p>2.量性指標中必填指標平均每年提報完成率需大於等於 90%，且質性文件平均每年上傳完成率需大於等於 80%。</p> <p>優良項目：</p>	<p>1.質性文件應至少包含醫品病安年度目標計畫。</p> <p>2.112 年兒童醫院提報完成率參考總院提報「持續性監測指標」之比率，無須與總院分別計算。針對兒童醫院兒科個別指標，請委員著重查證醫院有定期分析、檢討及改善。</p>

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>1.量性指標中必填指標平均每年提報完成率達 100%，及質性文件平均每年上傳完成率達 100%且品質良好。(試)</p> <p>[註]</p> <p>1.量性指標：</p> <p>(1)臨床照護指標：採每月提報，系統每月提報截止日為當月結束後 1 個月，如 3 月指標截止日為 4 月 30 日、4 月指標截止日為 5 月 31 日、5 月指標截止日為 6 月 30 日，以此類推。</p> <p>(2)醫事人力指標：採每月提報，系統每月提報截止日為當月結束後 10 日，如 3 月指標截止日為 4 月 10 日、4 月指標截止日為 5 月 10 日、5 月指標截止日為 6 月 10 日，以此類推。</p> <p>2.量性指標提報完成率計算：分母為每年必填指標項數×應完成月份，分子為每年實際完成提報之總指標項數。</p> <p>3.質性文件：採每年提報。</p> <p>4.質性文件上傳完成率計算：分母為每年需繳交之質性文件數，分子為每年實際完成上傳之文件數。</p> <p>5.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.平均每年指標提報完成率。(符合/優良)</p> <p>2.平均每年質性文件上傳完成率。(符合/優良)</p>	
1.1.6	健全之會計組織及制度，並有財務內控及外部查核機制	<p>目的：</p> <p>建立健全會計制度與相關財務內控及外部查核機制，定期檢討改善，提升財務管理成效及確保醫院財務健全。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.醫院需有單獨呈現損益表(收支餘絀表)。</p> <p>2.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</p>	<p>1.優良項目 1 所提「即時提供」，係指年度結(決)算後半年內需提供。</p> <p>2.優良項目 3，考量私立醫院較少實行會計師簽證，故本項得以「年度財務報表會計師查核報</p>

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>以執行會計業務。</p> <p>3.會計制度完備，如：有符合一般公認會計原則或醫療法人財務報告編製準則之會計報告格式、會計科目、簿籍、憑證、會計事務處理程序、內控機制等。</p> <p>4.建立並執行內控機制。</p> <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.定期編製符合一般公認會計原則之各種相關財務報表，應包含損益表(收支餘絀表)、資產負債表、現金流量表等，即時提供醫院決策參考。(試) 2.編製年度預算書與結(決)算書，應符合醫院年度工作計畫。(試) 3.委請外部會計師財務報表簽證(或經政府審計單位審查)，至少一年1次，並依照外部會計師財務報表簽證報告(或審查結果)修正相關機制與作業。(試) 4.建立成本會計制度，掌握部門別(科別、單位別)收入及費用，並有相關報表。有進行成本分析，並針對重大變動分析差異原因。(試) 5.執行內控機制後，依內控結果修正相關機制與作業。(試) <p>[註]</p> <p>優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.會計部門組織與章程與負責主管之資料。(符合) 2.醫院之會計制度及各部門之成本分析報表(月、季與年)。(符合) 3.年度工作計畫及年度預算。(優良) 4.內部稽核制度與稽核結果之書面資料會計師簽證報告與依據簽證報告進行之改善結果。(優良) 5.運用各種相關財務報表，應包含損益表(收支餘絀表)、現金流量表等，協助醫院決策，成效良好足以成為其他醫院楷模之事證。(符合) 	<p>告書」之文件代替。</p> <p>3.優良項目 4 所提「重大變動分析」，係指與「去年同期」、「前期」或「跨單位」之比較；「重大變動」之界定(比率%)由醫院自行訂定。</p>

條號	條文	評量項目	委員共識
1.1.7	配合國家兒童衛生政策及其他相關政策之情形	<p>目的： 建立相關兒童衛生醫療政策宣導機制，並定期檢視各項政策之落實執行。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.對國家兒童衛生政策及其他相關政策，能舉辦講座或透過院刊、公告欄、電視、醫院網站等媒體，協助宣導播放。 2.提供生長發展評估、預防接種及兒童預防保健。 3.提供兒童發展早期療育。 4.推廣母嬰親善相關措施。 5.建立防治兒虐之處理機制。 <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.提供先天、特殊或罕見疾病的照護。(試) 2.提供早產兒居家及追蹤照護服務。(試) 3.收治各層級重症轉診病童。(試) 4.建立防治兒虐之兒少保護小組或醫療示範中心。(試) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.未向健保署申報居家照護給付醫院，優良項目 2 可自選免評。 2.國家衛生政策及其他相關政策，如：分級醫療、長期照護政策、健保政策、安寧緩和醫療、器官捐贈宣導、基層醫療保健、衛教宣導、醫藥分業、醫療網計畫、營造雙語環境、推動母嬰親善、電子病歷及自殺防治、癌症防治政策、愛滋病防治政策、C 型肝炎消除政策、鼓勵採購生技新藥產業發展條例審議通過之新興藥品及醫療器材，完成研發並已核發許可證者(以不違反我國締結之條約或協定為前提)、節能減碳政策等。 3.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 <p>評量方法及建議佐證資料： 對國家衛生政策及其他相關政策，舉辦講座或透過院刊、公告欄、電視、醫院網站等媒體，協助宣導播放之資料。(符合)</p>	

條號	條文	評量項目	委員共識
可	1.1.8 對上次醫院評鑑之建議改善事項，能具體檢討改善	<p>目的： 針對改善事項進行檢討，提出改善措施並落實執行，提升兒童病人安全與經營管理成效。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.對上次醫院評鑑之改善事項，進行檢討並能依醫院情形提出改善措施，並有具體事證。 2.對未完成改善之事項有改善計畫或方案，若有實際困難無法完成，能確實提供說明，符合事實。 <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.所有建議改善事項皆完成改善。(試) <p>[註] 新申請評鑑或上次醫院評鑑無改善事項者，本條文不適用。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.針對上次醫院評鑑之建議改善事項之改善措施。(符合) 2.對未完成改善之事項之改善計畫或方案。(符合) 3.所有建議改善事項皆完成改善之具體事證。(優良) 	本條文所指「上次評鑑之建議改善事項」係包含兒童醫院評鑑結果意見表中之「改善事項」及「建議事項」，醫院應有相關改善作為(如檢討、擬定措施等)，並依規劃時程進行改善。

第 1 篇、經營管理 第 1.2 章 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。

醫院首先需建立人力資源管理制度，依醫院規模、屬性配置適當人員或成立相關單位，依法及醫院實務需要設計招募、徵選、薪資規定等辦法，招募符合各單位需求、職掌的合適人力，考量員工工作負荷，且依業務量變化適時調整人力，並設計適用的評核與升遷制度，提供員工持續進步、發揮所長之動機，並評估各項資源投入與產出、期待與實際之差異，找出造成差異的原因及確定改善方向。

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。

條號	條文	評量項目	委員共識
1.2.1	設置人事管理專責單位，各部門的職掌及職務規範明確，人事制度健全	<p>目的： 建立人事管理制度，明確規範各部門的職掌及職務，配置適當人員，營造最適醫院定位之工作環境與條件。</p> <p>符合項目： 1.應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員工工作規範。 2.訂有醫師、護理、醫事、行政各部門之職掌及業務規範或業務手冊，包括各級主管、人員之管轄業務內容、權責範圍及授權等相關事項。 3.應有完善之職務代理人制度。 4.員工檔案完整且全院一致性，人員異動與人事資料隨時更新，每年定期查驗與記載專業執照異動狀況。 5.對勞動檢查單位檢查之缺失有具體改善。(試)</p> <p>優良項目： 1.人事管理規章所列各項管理辦法或工作規範，內容完整，並能定期修正</p>	<p>1.符合項目 3 所提「職務代理人制度」係指所有工作應有人員代理。</p> <p>2.符合項目 1 所提「專責人事管理部門或人員」可與總院共用。</p>

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>或審閱。(試)</p> <p>2.相關員工工作規範之修正有基層員工代表參與，且修正內容公告周知，方便員工隨時查閱。(試)</p> <p>3.各部門、層級成員清楚其業務內容、權責範圍及授權等相關事項，並落實執行。(試)</p> <p>4.專責人事部門，組織健全，定期檢討員工出勤、請假、離職、薪資等，改善成效良好。(試)</p> <p>[註]</p> <p>1.醫院員工包含所有醫事及行政人員(含約聘僱及計畫項下雇用人員)。</p> <p>2.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。</p> <p>3.於公立醫院之聘任(用)人員，依其相關規定辦理。</p> <p>4.符合項目 5 及優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.人事管理規章、員工工作規範。(符合)</p> <p>2.各部門之職掌及職務規範或業務手冊。(符合)</p> <p>3.各類人員員工檔案。(符合)</p> <p>4.勞動檢查機構結果改善紀錄。(符合)</p> <p>5.人事管理規章、員工工作規範、職務規範檢討之會議紀錄。(優良)</p> <p>6.董事會或院務會議(本院獨立設置運作)之會議紀錄，及相關規章制度修訂及公告文件。(優良)</p> <p>7.假勤、特別休假統計及檢討資料。(優良)</p>	
1.2.2	訂有明確之員工晉用及薪資制度且執行合宜	<p>目的：</p> <p>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。</p>	優良項目 4「薪資制度之設計有助於醫療品質提升」，指有鼓勵員工提升醫療品質或參與活動，列

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.訂定員工招募辦法。 2.訂定醫事人員任用資格條件辦法。 3.依據相關法令訂定適當的薪資制度，並有規範加薪、獎金或晉級等事項。 4.訂有醫師合理晉升、薪資管理、貢獻與獎懲之管理辦法。 5.訂定員工晉用及薪資制度能適時修訂，每次修訂均公告周知。 <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.參考各部門業務量所必要的職類、人員及離職率，並編制人力配置計畫書及相關薪資配套，確實執行。(試) 2.醫師薪資設計除醫師臨床貢獻度外，應包括公共事務與醫院活動參與度為依據，能定期檢討及改善。(試) 3.考量員工工作負荷，並依業務量變化適時調整人力，以確保品質。(試) 4.薪資制度之設計有助於醫療品質提升。(試) 5.考量醫院盈餘，適時調增人力或薪資。(試) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院員工包含所有醫事及行政人員。 2.任用資格條件係指各職類醫事人員應具備之學歷、科系、證照、訓練等條件。 3.人力配置計畫書包含因應業務人力需求評估、各職類人員編制與員額設定標準、預定任用職類人員數及資格要求、升遷制度等。 4.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.員工招募的規章制度。(符合) 2.各職類員工任用資格條件規章制度。(符合) 3.員工薪資的規章制度。(符合) 	<p>入員工薪資、獎金、加給等福利，並能具體呈現醫療品質改善成果。</p>

條號	條文	評量項目	委員共識
		4.薪資調整、獎金發放檢討報告等評量方法及建議佐證資料。(符合) 5.近3年人力配置計畫書及人力編制增編檢討核准報告等資料。(優良) 6.人員離職原因分析及檢討改善相關資料。(優良)	
1.2.3	建立合理的人事考核及升遷制度	<p>目的：</p> <p>訂定適用及公開透明的評核與升遷制度，提升員工工作熱誠與降低離職率。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.設有人事評核委員會或類似功能之組織，運作正常且備有紀錄可查。 2.訂定各種人事評核辦法，並公告周知。 3.依據考核結果有適度的獎懲。 <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.人事升遷考核制度訂定過程有基層員工代表參與。(試) 2.執行過程公開透明且有雙向回饋機制。(試) 3.雙向回饋之標準作業程序及輔導制度，有定期檢討且備有紀錄。(試) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院員工包含所有醫事及行政人員。 2.「雙向回饋」係指主管能就人事評核結果向員工(受評核者)說明，並聽取其對評核結果之意見。 3.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.人事評核委員會的規章制度。(符合) 2.員工評核的規章制度。(符合) 3.人事評核委員會會議紀錄。(符合) 4.員工考核結果及檢討資料。(優良) 5.雙向回饋作業制度及雙向回饋紀錄。(優良) 	

條號	條文	評量項目	委員共識
1.2.4	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	<p>目的：</p> <p>重視職業安全，設置相關組織和人員，落實執行職業安全衛生管理計畫並定期檢討，以避免員工發生意外事件，並符合政府相關法令之規定要求。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.依據職業安全衛生法令之規定，視醫院員工人數，設置職業安全衛生組織、人員。如屬依法需設置職業安全衛生委員會之醫院，其委員會應每三個月至少開會一次。 2.訂定職業安全衛生管理計畫，並有執行紀錄可查。 3.職業安全衛生管理計畫，每年定期檢討或修正。 4.明訂各項工作完成之期限，並確實追蹤辦理情形。 5.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。 <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.針對會影響員工安全的高風險區域有適切之規劃及管理。(試) 2.聯絡機制及程序明確，並依據所規範之聯絡機制及程序執行，備有紀錄可查。(試) 3.事後進行原因分析，且能檢討事故發生原因，有避免重複再犯之對策，並公告周知全體員工。(試) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.「職業安全衛生管理辦法」第 10 條規定，醫院勞工人數在 300(含)人以上者，應設置職業安全衛生委員會。另依據醫院員工人數，應設置之職業安全衛生人員類別及人數，請參照同辦法「附表二、各類事業之事業單位應設置職業安全衛生人員表」；至於應設置之職業安全衛生管理單位，請參照同辦法第 2-1 條。 2.優良項目 1 所提之「高風險區域」如急診室、隔離病室、放射線區域、實驗室、病歷室、感染性垃圾儲存區域、施工區域、油槽或液氧槽區域、 	符合項目 5 所提「定期檢討」之週期，以至少 2 年 1 次為原則。

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>管道間、機房、鍋爐房、水塔等，得與總院共用。</p> <p>3.本條文所稱之職業安全衛生委員會係由本院獨立設置。</p> <p>4.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院職業安全衛生組織章程。(符合) 2.醫院職業安全衛生管理計畫。(符合) 3.職業安全衛生委員會會議紀錄。(符合) 4.員工意外事故防範辦法或規章。(符合) 5.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。(優良) 	
1.2.5	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利制度	<p>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。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.提供員工整潔明亮且空間、設施充足之工作環境。 2.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、休息室、哺(集)乳室等)，並符合法令規定。 3.提供身心障礙員工相關設施設備及環境合宜、適用。 4.訂有健康促進與福利措施並周知員工。 5.確實實施健康促進活動、有效提升員工士氣之福利措施並有紀錄可查。 6.醫院訂有職業災害補償機制，並能積極協助遭受職業災害之員工復工。 <p>(試)</p> <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.具備適當用餐、休閒、健康促進、運動、托嬰服務等設施。(試) 2.醫院訂有員工健康促進與福利措施年度計畫，且均有員工代表參與。(試) 	<ol style="list-style-type: none"> 1.優良項目 1 所提「托嬰服務」，可委託鄰近適當機構辦理，並有合約佐證；惟放置於院內嬰兒室等照護單位，不得認列為具備該項服務。 2.[註 4]所提有關女性醫師於妊娠期間之值班規定，參考 112 年度醫學中心之醫院評鑑基準 1.2.8 之[註 4]「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

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>3.有編列適當經費確實執行醫院員工健康促進與福利措施，定期檢討調整。</p> <p>4.設立員工意見反應機制，蒐集員工建議並檢討改善工作環境。</p> <p>5.健康促進活動成效良好。(試)</p> <p>[註]</p> <p>1.為維護婦女於公共場所哺育母乳之權利，並提供有意願哺育母乳之婦女無障礙哺乳環境，符合項目 2「哺(集)乳室」之設置應依 108 年 4 月 24 日總統華總一義字第 10800039351 號令公布「公共場所母乳哺育條例」之規範施行，若有違反，亦需接受相關罰則。</p> <p>2.健康促進活動，如：減重、戒菸、推廣健康飲食、C 型肝炎篩檢防治、慢性病防治、預防篩檢、預防注射及健康體能促進(請參考國民健康署全民身體活動指引)等活動之落實。</p> <p>3.福利措施如：政府法令規定的福利事項(保險、薪資、休息及休假、退休、職業災害補償、工作時間等)，非政府法令規定的福利事項(軟硬體設備輔助、相關資訊諮詢服務、相關補貼、獎金、家庭支持、旅遊、教育訓練等)。</p> <p>4.有關女性醫師於妊娠期間之值班規定，依勞動基準法及相關法規辦理。</p> <p>5.符合項目 6 及優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.廁所數量、更衣室、休息室、哺(集)乳室等配置及數量資料。(符合)</p> <p>2.特殊需求設施設備資料。(符合)</p> <p>3.健康促進與福利措施資料。(符合)</p> <p>4.用餐、休閒、運動等設施資料。(優良)</p> <p>5.健康促進活動年度計畫、經費及執行結果紀錄。(優良)</p> <p>6.員工建議工作環境事項及檢討措施資料。(優良)</p>	<p>健康危害之虞之工作，採取危害評估、控制及分級管理措施；對於妊娠中或分娩後未滿一年之女性勞工，應依醫師適性評估建議，採取工作調整或更換等健康保護措施，並留存紀錄』規定辦理。」</p>

條號	條文	評量項目	委員共識
合	1.2.6 實施新進員工及在職員工健康檢查	<p>目的： 保障員工，依其健康檢查結果進行追蹤，提供健康管理服務或改善工作條件，避免產生職業病。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.配置符合資格之醫師及護理人力從事勞工健康服務。 2.依「勞工健康保護規則」辦理新進員工及在職員工一般(特殊)體格(健康)檢查，以及特殊作業勞工一般(特殊)體格(健康)檢查(如：放射線工作人員、調配化學治療藥品之藥師)。 3.設置專責人員負責健康檢查結果異常之員工提供追蹤或健康管理之服務。 4.針對員工健康檢查發現之問題，有檢討分析並推展各項健康促進計畫。 <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.職業安全衛生法第 20 條： 雇主於僱用勞工時，應施行體格檢查；對在職勞工應施行下列健康檢查： I.一般健康檢查。 II.從事特別危害健康作業之特殊健康檢查。 III.經中央主管機關指定為特定對象及特定項目之健康檢查。 前項檢查應由中央主管機關會商中央衛生主管機關認可之醫療機構之醫師為之；檢查紀錄雇主應予保存，並負擔健康檢查費用；實施特殊健康檢查時，雇主應提供勞工作業內容及暴露情形等作業經歷資料予醫療機構。 前二項檢查之對象及其作業經歷、項目、期間、健康管理分級、檢查紀錄與保存期限及其他應遵行事項之規則，由中央主管機關定之。 醫療機構對於健康檢查之結果，應通報中央主管機關備查，以作為工作相關疾病預防之必要應用。但一般健康檢查結果之通報，以指定項目發現異常者為限。 	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>第二項醫療機構之認可條件、管理、檢查醫師資格與前項檢查結果之通報內容、方式、期限及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。 勞工對於第一項之檢查，有接受之義務。</p> <p>2.勞工健康保護規則：</p> <p>(1)第 17 條：「雇主對在職勞工，應依下列規定，定期實施一般健康檢查： 一、年滿六十五歲以上者，每年檢查一次。 二、四十歲以上未滿六十五歲者，每三年檢查一次。 三、未滿四十歲者，每五年檢查一次。 前項所定一般健康檢查之項目與檢查紀錄，應依前條附表九及附表十一規定辦理。但經檢查為先天性辨色力異常者，得免再實施辨色力檢查。」</p> <p>(2)第 27 條：「依癌症防治法規定，對於符合癌症篩檢條件之勞工，於事業單位實施勞工健康檢查時，得經勞工同意，一併進行口腔癌、大腸癌、女性子宮頸癌及女性乳癌之篩檢。 前項之檢查結果不列入健康檢查紀錄表。 前二項所定篩檢之對象、時程、資料申報、經費及其他規定事項，依中央衛生福利主管機關規定辦理。」</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.員工一般(特殊)體格(健康)檢查的政策或規章制度。 2.員工一般(特殊)體格(健康)檢查結果及分析評估資料。 3.一般(特殊)體格(健康)檢查結果異常員工追蹤資料。 4.員工健康促進計畫資料。 5.配置勞工健康服務之醫師及護理人員資料。 6.員工健康諮詢紀錄。 	

條號	條文	評量項目	委員共識
1.2.7	設有關懷輔導機制對院內員工提供心理及情緒等支持，並有員工申訴管道	<p>目的：</p> <p>提供員工適當的意見反應管道、心理支持與輔導機制及提升心理衛生相關知能，減輕員工面臨困境時之壓力。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.員工心理及持續支持之措施或管道，有專人負責並能提供相關專業服務。 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。 4.辦理員工紓壓或情緒支持相關講座或活動。 <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.設有專責人員推動提供員工心理及情緒支持之措施或管道；並對涉及醫療事故的員工，設有支援機制。(試) 2.對於員工滿意度調查結果進行統計、分析，且檢討滿意度較低項目之改善措施，並將調查結果及改善情形轉告相關單位。(試) 3.各級主管有接受員工關懷之教育訓練。(試) 4.確實實施，定期分析各類人員常見問題，提出改善預防措施及支持、輔導計畫，確實執行，執行成效良好。(試) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院員工包含所有醫事及行政人員。 2.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.員工關懷輔導的規章。(符合) 2.員工申訴管道作業程序或規章。(符合) 3.員工申訴個案紀錄。(符合) 	<ol style="list-style-type: none"> 1.符合項目 3「定期辦理員工滿意度調查」，係指每年至少實施乙次。 2.優良項目 1，若醫院無醫療事故相關案例，則實地評鑑時以評量該院之相關標準作業流程為原則。

條號	條文	評量項目	委員共識
		4.員工滿意度調查資料。(符合) 5.員工紓壓或情緒支持相關活動計畫及結果報告資料。(優良) 6.員工滿意度各選項分析檢討改善資料。(優良) 7.員工意見處理及檢討改善紀錄。(優良)	
必	1.2.8 適當醫師人力配置及科別	<p>目的： 配置適當的醫師人力，確保醫療服務品質，並符合政府相關法令之規定。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 每 10 床應有醫師 1 人(含)以上。 各診療科均有專科醫師 1 人(含)以上。 應能提供「新生兒科、兒童腎臟科、兒童神經內科、兒童心臟內科、兒童胸腔內科、兒童遺傳代謝科、兒童內分泌科、兒童血液腫瘤科、兒童胃腸肝膽科、兒童感染科、兒童過敏免疫科、兒童重症科、兒童急診科、兒童心智/精神科、兒童皮膚科、兒童一般外科、兒童牙科、兒童骨科、兒童神經外科、兒童心臟外科、兒童整形外科、兒童泌尿科、兒童耳鼻喉科、兒童眼科、兒童放射科、兒童麻醉科、兒童復健科」等至少七成以上之臨床照護。 <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 專任主治醫師(包括主任在內)，每 8 床應有 1 人。(試) 提供符合項目 3 所提之臨床照護，至少八成以上。(試) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 本條為必要條文，必須達符合項目(含)以上。 病床數以一般病床與特殊病床合計(不包含手術恢復床、急診觀察床及性侵害犯罪加害人強制治療病床)，並依登記開放病床數計。 依醫療機構設置標準第 20 條規定事先報准之時數，每週達 44 小時者，得折算醫師人力 1 人。 嬰兒床以三分之一折算。 	<p>[註]2 之病床數包含：急性一般病床、精神急性一般病床、慢性一般病床、精神慢性一般病床、加護病床、精神科加護病床、燒傷加護病床、燒傷病床、亞急性呼吸照護病床、慢性呼吸照護病床(呼吸病床)、隔離病床、骨髓移植病床、安寧病床、嬰兒病床、嬰兒床、血液透析床、腹膜透析床，委員將依實際登記床位數進行查核。</p>

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>5.醫師人力係指西醫師。</p> <p>6.優良項目之專任主治醫師之計算，係指執業登記且實質參與診療業務之專任主治醫師。</p> <p>7.診療科別及專科醫師：</p> <p>(1)診療科別係指醫院組織架構圖或門診時間表之科別。</p> <p>(2)新生兒科、兒童腎臟科、兒童神經內科、兒童心臟內科、兒童胸腔內科、兒童遺傳代謝科、兒童內分泌科、兒童血液腫瘤科、兒童胃腸肝膽科、兒童感染科、兒童過敏免疫科、兒童重症科、兒童急診科等屬臺灣兒科相關醫學會之次專科者，需具兒童專科醫師及相關醫學會之次專科醫師資格。</p> <p>(3)兒童心智/精神科、兒童皮膚科、兒童一般外科、兒童牙科、兒童骨科、兒童神經外科、兒童心臟外科、兒童整形外科、兒童泌尿科、兒童耳鼻喉科、兒童眼科、兒童放射科、兒童麻醉科、兒童復健科等需具相關專科醫師資格。</p> <p>8.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.專任醫師及醫師執業登記名冊。(符合)</p> <p>2.醫院組織架構圖或門診時間表。(符合/優良)</p> <p>3.專科醫師及次專科醫師名冊。(符合/優良)</p>	
1.2.9	對醫師的診療品質及工作量，定期作客觀的評估	<p>目的：</p> <p>定期評估醫師合理的工作量、專業能力及監測診療品質，確保醫療品質及兒童病人安全。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.工作量之評估應包含：診療人數、手術件數、檢查判讀報告件數等。</p> <p>2.針對醫師之診療品質有定期評核機制。</p>	<p>1.優良項目 1，因各醫院之規模、特色不一，故由醫院自行訂定「合理」的範圍。對超量者，醫院應有進行檢討並改善措施。</p> <p>2.優良項目 2，對於執行高風險或高技術之醫療行為應有執行權</p>

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.訂定各科醫師之合理醫療服務量(如：每診看診人數、每週看診診次、每週手術量、每月值班時數等)，對於超量者，須評估其醫療品質、兒童病人安全風險與工作量之合理性。(試) 2.對於執行高風險或高技術醫療行為之醫師，有明確界定其可在醫院內執行之項目範圍。(試) 3.對於醫師之診療品質，訂有評核機制，定期檢討改善。(試) <p>[註]</p> <p>優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫師門診時間表、診療人數、手術件數、檢查判讀報告件數等服務量統計資料。(符合) 2.醫師合理醫療服務量規範及檢討報告資料。(優良) 3.高風險或高技術之醫療行為規範及檢討報告資料。(優良) 4.醫師診療品質關鍵指標項目(KPI 如抗生素使用、感染率、併發症、判讀正確率等)結果及相關檢討紀錄資料。(優良) 	限(privilege)之規範及評估。
必	1.2.10	<p>放射診療檢查作業應有適當的醫師、醫事放射人力配置，並由適當訓練及經驗人員執行診療檢查及了解其臨床意義</p> <p>目的：</p> <p>配置適當的醫事放射人員及合理工作量，確保放射診療檢查服務品質，並符合政府相關法令之規定。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫事放射人員： <ol style="list-style-type: none"> (1)急性一般病床每 30 床應有 1 人以上(醫事放射人員人數之計算不包含心導管、牙科、泌尿科碎石機、及腸胃科)。 (2)設加護病房者，每 20 床應有 1 人以上。 (3)有提供 24 小時緊急放射診斷作業：每 8 小時一班，全天 24 小時均有 	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>醫事放射人員提供服務。</p> <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫事放射人員人力達符合項目 1-(1)項之 1.10 倍。(試) 2.至少 2 名專任放射診斷專科醫師參與執行放射診療工作。(試) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.本條為必要條文，必須達符合項目(含)以上。 2.醫事放射人員包括醫事放射師及醫事放射士。 3.各類病床數以登記開放數計，並依實際設置情形計算人力。 4.人力計算時： <ol style="list-style-type: none"> (1)人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定。 (2)依醫療機構設置標準之規定，未自行設置而使用總院設施提供放射診療檢查服務者，人力得與總院合併計算。 (3)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。 (4)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。 5.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫事放射專任醫師、醫事放射人員及執業登記名冊。(符合/優良) 2.立即通報機制及時效統計檢討資料。(優良) 	
1.2.11	提供之解剖病理服務應能滿足兒童醫療需求，且符合法令規定	<p>目的：</p> <p>配置適當的解剖病理科醫師或醫事檢驗人員，或簽訂合約委託檢驗，確保病理檢驗時效及服務品質，並符合政府相關法令之規定。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.人員配置及服務內容須符合醫療機構設置標準及相關法規之規定。 2.本院未設置解剖病理設施者，得使用總院之解剖病理設施服務。 	

條號		條文	評量項目	委員共識
			<p>3.委託總院以外機構執行病理檢查需訂有合約，明訂時效及品質規範。</p> <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.例假日能提供立即診斷服務。(試) 2.應有病童病理服務量之統計分析。(試) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.依醫療機構設置標準之規定，急性一般病床 500 床以上者，應設解剖病理設施。急性一般病床未滿 500 床者，得視需要設解剖病理設施。 2.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.委託總院以外機構之檢查合約及相關監測時效品質資料。(符合) 2.病理檢查病童服務量統計資料。(優良) 	
必	1.2.12	適當之醫事檢驗服務(或臨床病理)服務組織與人力配置	<p>目的：</p> <p>配置適當的醫事檢驗人員及合理工作量，確保醫事檢驗時效及服務品質，並符合政府相關法令之規定。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫事檢驗人員： <ol style="list-style-type: none"> (1)急性一般病床每 20 床應有醫事檢驗師 1 人。 (2)有提供 24 小時緊急檢驗作業：每 8 小時一班，全天 24 小時均有醫事檢驗人員提供服務。 (3)設有血庫者，應有專人管理。 2.委託檢驗需訂有合約，明訂時效及品質規範。 <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫事檢驗人員人力達符合項目 1-(1)項之 1.10 倍。(試) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.本條為必要條文，必須達符合項目(含)以上。 	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>2.「有資格者」即「有執照之人員」，醫事檢驗人力及資格均應符合醫療機構設置標準，而「負責管理」則是責任與職務的分派。</p> <p>3.醫事檢驗人員包括醫事檢驗師及醫事檢驗生。</p> <p>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。</p> <p>5.人力計算時：</p> <p>(1)人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定。</p> <p>(2)若評鑑基準高於醫療機構設置標準，病床數得可考量年平均佔床率計算，並以四捨五入取至整數位。</p> <p>(3)同類別人力之各項計算結果，加總後以四捨五入取至整數位。</p> <p>6.使用總院提供檢驗設備服務者，得免自行設置，惟總院人力應加計本院之規模合併計算。</p> <p>7.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.醫事檢驗人員執業登記名冊。(符合)</p> <p>2.委託檢驗機構合約及相關監測時效及品質資料。(符合)</p>	委員共識
必	1.2.13 依據病房特性配置適當護產人力	<p>目的：</p> <p>配置適當的護產人員，確保照護品質及兒童病人安全，並符合政府相關法令之規定。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.急性一般病床每 2 床應有 1 人以上。</p> <p>2.設下列部門者，其人員並依其規定計算：</p> <p>(1)手術室：每班每床 2.5 人以上。</p> <p>(2)加護病房：每床應有 2.5 人以上。</p> <p>(3)骨髓移植病床：每床應有 2.5 人以上。</p> <p>(4)燒傷病房：每床應有 1.5 人以上。</p>	<p>1.護產人力係依評量項目內容逐項計算(同一類別病床數得合併計算)，且計算結果均取至小數點以下第一位，再將計算結果逐項進行加總，並以「加總數」無條件進位取至整數位計。</p> <p>2.手術室護產人力之班台數計算，係以「當月每日各班實際開台數加總÷當月手術室實際工作日」計算之；凡醫院於當日執行</p>

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>(5)手術恢復室：每班每床 0.5 人以上。</p> <p>(6)急診觀察室、嬰兒病床：每床應有 1 人以上。</p> <p>(7)門診：每診療室應有 1 人以上。</p> <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.護產人力達符合項目 1 項之 1.10 倍。(試) 2.能依業務特性及需求作彈性調配。(試) 3.除符合上述護產人力標準外，並有輔助人力協助護理人員執行非專業護理工作。(試) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.本條為必要條文，必須達符合項目(含)以上。 2.護產人員包括護理師、護士、助產師及助產士，並應辦理執業登記；護佐、照顧服務員、書記等不列計。 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.開業後之門診護產人員，依診療室之實際使用率計。其計算方式如下： $\text{實際使用率} = \frac{\text{每星期之開診數}}{(\text{診間數} \times \text{每天以二時段計數} \times \text{每星期開診天數})} \times 100\%$ 5.人力計算時： <ol style="list-style-type: none"> (1)人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定。 (2)若評鑑基準高於醫療機構設置標準，病床數得可考量年平均佔床率計算，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。 (4)燒傷病房及嬰兒病房等單位由醫院依實際需要調整人力，並提供適當訓練，以維護照護品質。 6.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p>	<p>手術，則依據手術執行日數(半日或全日)列計實際工作日。</p> <p>另，若醫師待班(on call)執行手術，醫院可自行認列待班(on call)的實際工作日。</p>

條號	條文	評量項目	委員共識
		1.護產人員執業登記名冊。(符合) 2.護產人員年資統計資料。(符合) 3.各部門護產人員配置統計。(符合) 4.相關配合業務需求彈性調度人力之資料。(優良)	
必	1.2.14 藥劑部門組織分工完善、人力配置適當，足以完成對兒童之藥事照護	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.藥事人力： (1)一般病床：每 40 床應有藥師 1 人以上。 (2)設有下列部門者，其人員並依其規定計算： ①加護病房：每 20 床應有藥師 1 人。 ②門診作業：如提供調劑服務者，應有藥師 1 人。 ③急診作業：每 8 小時一班，全天 24 小時均應有藥師提供服務。 (3)開業一年以後，依前一年服務量計算人力： ①門診作業：日處方箋每滿 70 張處方箋，應增聘 1 名藥師。 ②急診作業：日處方箋每滿 70 張處方箋，應增聘 1 名藥師。 (4)特殊製劑調劑作業：特殊藥品處方每 15 張至少 1 人。 2.24 小時作業的醫院，必須配置有 24 小時作業的藥事人力。 優良項目： 1.藥事人力達符合項目 1 項之 1.10 倍。(試) [註] 1.本條為必要條文，必須達符合項目(含)以上。 2.藥事人員係指領有藥師、藥劑生執照，並辦理總院或兒童醫院之登錄，且服務於藥劑部門者。 3.一般病床包含：急性一般病床、精神急性一般病床及慢性一般病床。各	1.[註]2，執業登記於該院的藥師及藥劑生，不論其編製單位/部門，均列計藥事人力。 2.[註]4，醫院於週六、週日或例假日僅上半天班者，以 0.5 日計算。 3.藥事人力係依評量項目內容逐項計算，再進行加總。 4.處方箋數參考醫院向健保署申報之數量。

條號		條文	評量項目	委員共識
			<p>類病床數以登記開放數計，並依實際設置情形計算人力。</p> <p>4.門、急診處方數指每日平均處方數，門診以實際門診日數計算，急診以一年 365 天計算。</p> <p>5.特殊藥品係指全靜脈營養輸注液、化學治療藥品、含放射性物質藥品癌症化學治療針劑、PCA 等，每日平均特殊藥品處方以一年 270 天計算。</p> <p>6.人力計算時：</p> <p>(1)人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定。</p> <p>(2)依醫療機構設置標準之規定，未自行設置而使用總院設施提供調劑設施服務者，人力得與總院合併計算。</p> <p>(3)若評鑑基準高於醫療機構設置標準，病床數得可考量年平均佔床率計算，並以四捨五入取至整數位。</p> <p>(4)同類別人力之各項計算結果，加總後以四捨五入取至整數位。</p> <p>7.本條文不包含中藥調劑業務；醫院設有中醫部門者，中藥調劑人員另計。</p> <p>8.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.藥事人員及執業登記名冊。(符合)</p> <p>2.具藥師資格統計資料。(符合)</p> <p>3.藥事人員年資統計資料。(優良)</p> <p>4.藥事人員班表、人力配置表。(優良)</p>	
必	1.2.15	適當之營養與膳食單位及人力配置，足以完成對兒童之營養與膳食服務	<p>目的：</p> <p>設置膳食專責部門及配置適當的營養師，確保膳食服務品質，並符合政府相關法令之規定。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.急性一般病床：每 100 床至少有 1 名營養師。</p> <p>2.加護病房、燒傷加護病房：每 30 床應有 1 人以上。</p>	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.營養師人力達符合項目之 1.10 倍。(試) 2.門診應設有專責營養師 1 名，負責營養諮詢指導。(試) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.本條為必要條文，必須達符合項目(含)以上。 2.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： <ol style="list-style-type: none"> (1)人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定。 (2)依醫療機構設置標準之規定，未自行設置而使用總院設施提供營養與膳食服務者，人力得與總院合併計算。 (3)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。 (4)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。 4.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.營養師人員及執業登記名冊。(符合) 2.營養師人員年資、人力配置、班表等資料。(優良) 3.配置膳食服務人力健康檢查紀錄。(優良) 	
必	1.2.16 適當之兒童復健服務人力配置	<p>目的：</p> <p>配置適當的兒童復健人員及合宜工作量，確保復健照護品質，並符合政府相關法令之規定。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.應配置合適之專業人員以配合兒童病狀實施功能恢復訓練。 2.依據醫院住院及門診病人組成，確保適宜的工作人員以提供恰當的服務。 	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>3.應確認職能治療、物理治療、聽力、語言治療等各專業人員數量及具體業務內容：</p> <p>(1)提供物理治療服務者，應符合下列規定：</p> <p>①應有物理治療人員 1 人以上。</p> <p>②兒童復健(含早期療育服務)：每日兒童物理治療每滿 20 治療人次，應增聘 1 名物理治療人員。</p> <p>③至少應有 1 名物理治療師具有二年執行業務之經驗。</p> <p>(2)提供職能治療服務者，應符合下列規定：</p> <p>①應有職能治療人員 1 人以上。</p> <p>②急性一般病床：每 100 床應有 1 人以上。</p> <p>③兒童復健(含早期療育服務)：每日職能治療服務每滿 20 治療人次，應增聘 1 名職能治療人員。</p> <p>④至少應有 1 名職能治療師具有二年執行業務之經驗。</p> <p>(3)提供語言治療業務者，應符合下列規定：</p> <p>①應有語言治療師 1 人以上。</p> <p>②一般病床每 100 床應增聘 1 人。</p> <p>③兒童復健(含早期療育服務)：每日語言治療服務每滿 30 治療人次，應增聘 1 名語言治療人員。</p> <p>④兒童復健(含早期療育服務)：每日語言治療服務每滿 20 治療人次，應增聘 1 名語言治療人員(試)。</p> <p>(4)提供聽力檢查業務者，應有聽力師 1 人(含)以上。</p> <p>優良項目：</p> <p>1.職能治療、物理治療、聽力、語言治療等各專業人力達符合項目 3 項之 1.10 倍。(試)</p> <p>[註]</p> <p>1.本條為必要條文，必須達符合項目(含)以上。</p>	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>2.各類病床數以登記開放數計，並依實際設置情形計算人力。</p> <p>3.人力計算時：</p> <p>(1)人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定。</p> <p>(2)依醫療機構設置標準之規定，未自行設置而使用總院設施提供復健服務者，人力得與總院合併計算。</p> <p>(3)若評鑑基準高於醫療機構設置標準，病床數得可考量年平均佔床率計算，並以四捨五入取至整數位。</p> <p>(4)同類別人力之各項計算結果，加總後以四捨五入取至整數位。</p> <p>4.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.職能治療、物理治療、語言治療、聽力等人員及執業登記名冊、年資統計資料、人力配置表。(符合)</p>	
試必	1.2.17 應有社工人員提供病童輔導、諮商及社區聯繫工作	<p>目的：</p> <p>配置社工人員協助解決病童就醫、資源轉介與諮詢服務，增進病童疾病適應與就醫品質。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.社會工作人力：</p> <p>(1)應至少有 1 名社會工作人員，且急性一般病床每 100 床應增聘 1 人。</p> <p>(2)急性一般病床達 100 床以上醫院之社會工作人員，其社會工作師人數應達三分之一以上。</p> <p>2.提供兒童及家庭輔導、諮商工作，並協助解決其困難，如經濟或兒少虐待等問題，並建立相關業務處理規範及具有相關工作紀錄。</p> <p>優良項目：</p> <p>1.社會工作人力達符合項目 1 之 1.10 倍，且 1/3(含)以上人力具社會工作師資格。(試)</p>	社會工作人員，依醫療機構設置標準係指大專以上社會工作系、所、組畢業，並具有社會工作師考試資格者。

條號		條文	評量項目	委員共識
			<p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.本條為試評條文，評量結果不納入評鑑成績計算。 2.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： <ol style="list-style-type: none"> (1)人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定。 (2)依醫療機構設置標準之規定，未自行設置而使用總院資源提供社會工作服務者，人力得與總院合併計算。 (3)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。 (4)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。 4.社會工作人力資格為依醫療機構設置標準規範之社會工作人員及社會工作師。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.社會工作人員及執業登記名冊、年資等資料。(符合) 2.社會工作人員業務工作規範。(符合) 3.年度工作計畫、活動執行紀錄及服務量統計等資料。(符合) 4.社會工作民眾滿意及業務檢討改善資料。(優良) 	
可	1.2.18	對外包業務及人員有適當管理機制	<p>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。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有指派專責人員或部門負責監督管理醫院各項外包業務，並訂定外包業務管理辦法(應視醫院實際情形，包含衛生福利部公告之「醫療機構業務外包作業指引」所規定之相關內容)。 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 	<ol style="list-style-type: none"> 1.醫療照護專業人力不可外包予非醫療機構之醫療業務項目包括：急診、洗腎、呼吸治療、放射診斷、放射治療、復健、碎石、心導管、檢驗等。 2.外包業務之醫療照護專業人力需執登於該院。 3.外包人員係指廠商常駐於醫院

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>健康檢查，並備有檢查紀錄。</p> <p>3.應對承包業者實施業務及設備等訪查評估，作成紀錄，作為日後續約、違約處理之依據。</p> <p>4.視情形需要，明確規定外包業務相關意外事故發生時之賠償責任歸屬，以及外包業者違約時之業務即時銜接機制，以保障兒童權益與安全。</p> <p>5.應對承包業者要求落實其員工之教育訓練，包含定期接受醫院有關院內感染管制、保密義務及確保兒童病人安全等事項。</p> <p>優良項目：</p> <p>1.落實外包業務監督管理規範，並確實考核承包業者履行合約，備有紀錄可查。(試)</p> <p>2.對於外包人員訂有定期針對專業能力、資格與教育訓練自主查核機制，並落實執行。(試)</p> <p>3.至少每半年1次評估檢討相關承包業者對合約的執行及實際工作狀況和時效性，並與承包業者溝通協商，能定期檢討改善，並有具體事證。(試)</p> <p>[註]</p> <p>1.未有業務外包者，可自選本條免評。</p> <p>2.於實地評鑑查證時，如發現醫院實有外包業務，卻自稱「無外包業務」之情形者，則本項評量為「待改善」。</p> <p>3.外包業務係指依衛生福利部公告之「醫療機構業務外包作業指引」應以診斷、治療、核心護理以外之非醫療核心業務為原則，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：</p> <p>(1)總務類：如膳食製作、環境清潔、廢棄物處理、救護車、保全、往生室、停車場等。</p>	<p>之外包人員，該業務之人員每週至少來一次(含以上)，且以從事例行性業務範圍者為主。</p> <p>4.評鑑委員於實地評鑑時，可查核醫院相關外包合約。</p>

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>(2)供應類：如被服清洗。</p> <p>(3)工務類：如機電、安全、消防、供水、緊急供電、醫用氣體等系統定期檢查及維修設備。</p> <p>(4)儀器類：如儀器設備租用或執行檢查、測試、保養或校正等。</p> <p>(5)資訊類：如資訊系統設計、或電腦設備維修與保養作業。</p> <p>(6)檢驗類：如委託檢驗。</p> <p>4.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.外包業務管理辦法或規章制度。(符合)</p> <p>2.外包人員健康檢查紀錄。(符合)</p> <p>3.外包業務及設備等訪查評估紀錄。(符合)</p> <p>4.外包違約時業務即時銜接機制。(符合)</p> <p>5.外包人員教育訓練資料。(符合)</p> <p>6.外包業務監督管理規範及查核紀錄。(符合)</p> <p>7.外包人員專業能力、資格與教育訓練自主查核機制及紀錄。(優良)</p> <p>8.與外包業者溝通協商紀錄及檢討改善資料。(優良)</p>	

第 1 篇、經營管理 第 1.3 章 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，諸如兒童人權及權利、兒童病人安全、醫學/醫事/護理倫理、全人醫療、感染管制、院內突發危急兒童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。

兒童醫院相關教育訓練得與總院合辦，但須獨立呈現兒童醫院相關報表。

條號	條文	評量項目	委員共識
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	<p>目的：</p> <p>統籌管理及推動全院員工教育訓練，訂定各職類人員教育訓練課程，確保教育訓練課程符合病童照護與員工需求，以期能提升整體病童照護品質。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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，並定期討論相關教育訓練課程事宜。 2.訂有訓練管理制度，且有機制了解員工出席狀況與學習成效。 3.訂有機制收集各職類醫事人員繼續教育積分，並適時提醒。 4.員工在職教育訓練課程對於以家庭為中心之照護，兒童權利與安全(含人權、病人安全、隱私、兒童保護、人身安全、環境安全與意外預防)、醫療倫理、感染管制及危機處理等重要議題列為必要教育訓練課程內容。 5.醫院全體員工(含外包人員)依其特性每人每年至少應有 3 小時感染管制及傳染病教育訓練，且符合標準的比率$\geq 90\%$。 <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.員工年度在職教育訓練、進修計畫完整及編列年度費用，並確實執行。(試) 2.訂有機制，定期收集分析員工參加教育訓練之反應與學習心得建議，定期評估檢討，並據以修正教育訓練及進修計畫。(試) 3.依據員工參與教育訓練狀況，納入員工考核範圍，且紀錄詳實。(試) 4.訂有鼓勵員工進修、參加國內、外醫學會議(含繼續教育課程、研討會等) 	<p>符合項目 5：</p> <ol style="list-style-type: none"> (1)評鑑委員可參考受評醫院近期之感染管制查核結果(3.1 項次)。 (2)教育訓練時數可認計線上數位學習時數，惟實體課程至少 1 小時。

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>制度，並確實執行。(試)</p> <p>5.參加院外的教育訓練、進修者，安排於院內報告、或以其他形式(如：院內刊物刊載、院內知識庫)，以利與其他員工交流或學習。(試)</p> <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 所提之「人身安全」依兒童及少年福利與權益保障法規範辦理。 3.符合項目 5 所指「傳染病教育訓練」係因應國內外疫情訂有新興與再浮現傳染病之防治教育訓練計畫，每年針對如新型 A 型流感、伊波拉病毒感染及中東呼吸症候群冠狀病毒感染症等新興傳染病辦理教育訓練課程時數至少達 1 小時。 4.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.近三年教育訓練及進修計畫書(兒童權利與安全、醫療倫理、感染管制及危機處理等)及訓練結果報告。(符合) 2.全體員工(含外包人員)每年接受感染管制及傳染病與兒童病人安全教育訓練紀錄。(符合) 3.訓練管理制度。(符合) 4.參加醫學會議或在職進修獎勵制度。(優良) 5.近三年參加院外的教育訓練、進修人數及經費統計資料。(優良) 6.各職類員工教育訓練有定期評估檢討報告。(優良) 	
1.3.2	對於新進員工辦理到職訓練，並有評估考核	<p>目的：</p> <p>訂定新進員工到職訓練計畫與落實執行，使新進員工充份瞭解醫院宗旨、願景與所屬部門的作業特性、職責與能力需求，確保新進員工具備職務所</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.「新進員工」係指到職半年內(含試用)之人員。 2.符合項目 4：

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>需的資格及能力。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.訂有新進員工到職訓練計畫，且每位新進員工均需參加到職訓練。 2.新進員工到職訓練內容應包括醫院宗旨與願景、醫院及部門介紹、職位及職責說明、人事規章、員工權益、職業安全、消防安全、兒童權利與安全(含人權、病人安全、隱私、兒童保護、人身安全、環境安全與意外預防)倫理規範等。 3.訂有新進員工教育訓練評估考核制度。 4.明訂在職教育及職前教育訓練時數和時程表，新進員工半年內應完成 6 小時之感染管制及傳染病(含結核病防治等)教育訓練。 <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.新進員工到職訓練時數至少 16 小時且在三個月內完成訓練，訓練內容詳實，並有評估考核學習效果之機制。(試) 2.新進人員任用後進行職前訓練考核，對於未符合標準者，有安排加強訓練之輔導。(試) 3.訓練內容置於院內知識庫，提供網路學習管道。(試) 4.定期檢討評估教學訓練成果，並有適時修訂改善。(試) <p>[註]</p> <p>優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.新進員工教育訓練評估考核制度。(符合) 2.新進員工教育訓練內容或課程表。(符合) 3.近三年各職類新進員工參加到職訓練出席率統計表。(符合) 4.新進員工完成 6 小時感染管制及傳染病(含結核病防治等)教育訓練紀錄。(符合) 	<p>(1)評鑑委員可參考受評醫院近期之感染管制查核結果(3.1 項次)。</p> <p>(2)教育訓練時數可認計線上數位學習時數。</p>

條號	條文	評量項目	委員共識
		5.新進員工評估考核及輔導紀錄資料。(優良) 6.院內知識庫網路學習資訊畫面及操作說明；年度有彙整分析。(優良)	
1.3.3	訂定護理人員之教育訓練與進修計畫、推展及落實其能力進階制度，並定期檢討改善	<p>目的：</p> <p>建立護理人員專業能力進階制度及跨領域支援訓練，具備職務所需的資格及能力。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.依照醫院整體發展目標及護理人員的需求，訂定護理人員教育訓練及進修計畫，包含到職/在職訓練、鼓勵/支持措施、學習效果評估。 2.有專人負責各項教學活動之審核、推動、協調及評估，確實執行並適時修正。 3.不同領域的護理照護人員有互相支援或訓練等。 4.設有護理人員專業能力進階制度。 5.照護所需的參考文獻、資料可方便取用。 <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.護理人員教育訓練與進修計畫之內容周全，能配合醫院發展目標。(試) 2.有計畫性的進行跨領域護理照護之支援與訓練，訓練時間至少 1 週以上。(試) 3.評估內容完整，如：評估項目包括，參加人員的學習效果及滿意度、課程內容等，必要時應修訂及改進，以用於提升護理能力及病童照護品質。(試) 4.能依據評估結果檢討、修訂或改進教育訓練及進修制度，有效運用於各階層護理人員，且能與薪資、升遷結合。(試) <p>[註]</p> <p>優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p>	

條號	條文	評量項目	委員共識
		1.護理人員教育訓練及進修計畫資料。(符合) 2.護理人員專業能力進階制度。(符合) 3.院內參考文獻、資料資訊畫面及操作說明。(符合) 4.護理人員教育訓練、能力進階制度檢討資料。(符合) 5.護理人員教育訓練及評估結果資料。(優良) 6.評估結果檢討改善相關資料。(優良)	
1.3.4	應定期對員工實施突發危急兒童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兒童急救能力與知識，並確保員工急救訓練在合格有效期限，維護兒童病人安全。 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.急重症單位(包括急診、加護病房、手術及麻醉部門)之醫護人員應定期接受兒童相關的高級生命復甦術(Advanced Life Support, ALS)訓練，證書在效期內之比率，須達90%以上。其餘員工應定期接受兒童相關的基本生命復甦術(Basic Life Support, 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相關訓練。 優良項目： 1.除急重症單位之醫師外，其餘醫師接受ALS訓練之訓練完成率達70%。(試) 2.針對定期/不定期演練發現之問題或缺失，確實檢討改進。(試) 3.醫護人員於調任至急重症部門三個月內，應依單位需求完成相關急救訓練，如：兒童高級救命術(Pediatric Advanced Life Support, PALS)、高級兒童救命術(Advanced Pediatric Life Support, APLS)或新生兒高級救命術(Neonatal Resuscitation Program, NRP)。(試) [註]	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、手術及麻醉部門)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人。

條號		條文	評量項目	委員共識
			<p>1.本條文所稱「其餘員工應定期接受BLS訓練」，係指醫師及急重症單位之護理人員以外之員工，應視工作需要接受含有兒童急救內容的BLS訓練，但特殊需求員工及志工除外。</p> <p>2.ALS訓練需包括BLS、進階氣道處理及電擊器操作。</p> <p>3.兒童相關的ALS訓練包括PALS、APLS或NRP等。</p> <p>4.「BLS」之定義包含兒童心肺復甦術、基本創傷救命術(止血、固定、包紮、搬運等基本創傷救治)及兒童呼吸道異物哽塞的處理等技術，但依本條文規範應指不使用器具的「心肺復甦術及呼吸道異物哽塞的處理」。</p> <p>5.「ALS」之定義包含兒童心臟監測(cardiac monitoring)、氣管內管插管(endotracheal intubation)、靜脈注射藥品(intravenous therapy)、兒童創傷處置等技術；但依本條文規範，應指對於兒童給予心肺復甦術、呼吸道及呼吸的處置(包含異物排除或抽吸，置入口咽、鼻咽或喉罩呼吸道，袋瓣罩甦醒球人工呼吸)、給予靜脈注射epinephrine。</p> <p>6.「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。</p> <p>7.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.全院性緊急事件訓練紀錄資料。(符合)</p> <p>2.全院各職類急救訓練項目、完成率資料。(符合)</p> <p>3.教育訓練出席率統計資料。(優良)</p> <p>4.緊急事件演練及檢討紀錄資料。(優良)</p>	
可	1.3.5	醫院有志工之設置，並有明確之管理辦法及教育訓練	<p>目的：</p> <p>設置志工減少病童就醫障礙，提供志工應具備安全與服務之教育訓練，確保服務品質。</p> <p>符合項目：</p>	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>1.設有志工，應有專人督導。</p> <p>2.訂有明確的志工管理辦法。</p> <p>3.訂有相關教育訓練計畫與課程，醫院之志工必須接受兒童保護及安全相關教育訓練。</p> <p>優良項目：</p> <p>1.志工教育訓練落實執行，並有具體紀錄。(試)</p> <p>2.持續定期評估及追蹤志工服務品質，並作為改善參考。(試)</p> <p>3.定期辦理志工活動，對熱心服務兒童或特殊傑出表現志工予以獎勵。(試)</p> <p>[註]</p> <p>1.未向社會局或衛生局申請設置有志愿者，可自選本條免評。</p> <p>2.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.志工管理規章制度及管理相關資料。(符合)</p> <p>2.志工教育訓練計畫與課程資料。(符合)</p> <p>3.志工參加教育訓練出席率統計資料。(優良)</p> <p>4.志工評估考核及輔導紀錄資料。(優良)</p>	

第 1 篇、經營管理 第 1.4 章 病歷、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，本章將評估病歷妥善管理、應用之體制是否完善適當，包括：

- 1.病童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，避免發生誤認同名、同姓病童之缺失。
- 4.能快速檢索符合特定條件的病歷。
- 5.應對病歷內容有完善之保密措施。
- 6.電子病歷相關管理、執行確實依 111 年 7 月 18 日公告修正之醫療機構電子病歷製作及管理辦法辦理。
- 7.未向當地主管機關宣告實施電子病歷者，本章有關電子病歷部分不適用。
- 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。
- 9.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，防止病童資料遺失、誤用，明確訂定病童資訊保密相關措施。

兒童醫院之病歷與資訊系統(含部門、空間及人員)得與總院共用，但須獨立呈現兒童醫院相關報表。

條號	條文	評量項目	委員共識
1.4.1	健全的病歷資訊管理制度及環境	<p>目的： 規範病歷記載的方式及格式、檔案增刪與存取查核的管理機制和設備的保存環境，以利合法完整調閱應用。</p> <p>符合項目： 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。 2.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與遞送時效管控。有切實追蹤查核制度，防止遺失。 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。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.符合項目 3，醫院可採定期抽查、加蓋騎縫章等方式，來防止病歷被撕毀、竄改。 2.符合項目 4 所提「防火措施」，目前相關法令及評鑑基準並未規定防火設備類型，醫院可依其現況及安全性進行配置。 3.[註]1 係依據「醫療機構電子病歷製作及管理辦法」之第 9 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

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>4.紙本病歷應專區存放，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。</p> <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。(試) 4.對於病歷調閱、釋出目的及行為應有統計分析。(試) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 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.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。 3.有關病歷管理之相關規範應符合醫療法第 67 條及醫師法第 12 條等相關規定。 4.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.病歷製作與管理辦法。(符合) 2.病歷書寫規範。(符合) 3.病歷審查作業辦法。(符合) 4.病歷存放檔區和電子病歷主機所在處消防設備和門禁安全管理規範(含火災應變計畫與演習紀錄)。(符合) 5.個人資料安全保護管理辦法。(符合/優良) 6.電子病歷存取、增刪、查閱與複製管理辦法。(優良) 	<p>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。</p>

條號	條文	評量項目	委員共識
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	<p>目的：</p> <p>訂有專責單位和專業人員負責病歷管理，提供良好的病歷管理相關作業功能。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.人力配置符合醫院規模及業務量，並考量床數及業務量做調整，其總病床數達 150 床以上者，應有 1 人以上。 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。 <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.病歷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。(試) 2.所有疾病分類人員通過相關資格甄審考試，並取得證照。(試) 3.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) 至少有 1 名通過認證之專責癌症登記技術員。(試) 4.由資深醫師擔任病歷管理委員會主委，會議決議事項有追蹤考核，改善成效良好。(試) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 4.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.病歷管理部門組織圖。(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) 	考量病歷資訊管理需求，總院病歷管理委員會之成員（須有兒童醫院代表）與討論事項如完整涵蓋兒童醫院相關作業需求，則視為符合。

條號	條文	評量項目	委員共識
		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	<p>目的： 依相關法令規定訂定病歷記載之規範及查核改善。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.訂定病歷審查作業辦法，且確實執行。 2.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。 3.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： <ol style="list-style-type: none"> (1)首頁載明病童姓名、出生年、月、日、性別及住址等基本資料。 (2)就診日期。 (3)主訴及現在病史。 (4)過去病史、出生史、家族史、生長發展史、藥物過敏史、預防接種史、旅遊史及資料提供者。 (5)生長發展評估、身體診察、檢查項目及結果。 (6)診斷或病名。 (7)治療、處置或用藥(處方，包括藥名、劑量、天數及服用方式)等情形。 (8)治療方式。 (9)醫護及醫事等製作病歷人員全名簽名或蓋章(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記錄方式及內容。 4.病童進行手術、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。 <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.相關紀錄應適當描述重點且將同意書及各類相關紀錄納入病歷，詳實記錄及持續品質審查。(試) 	符合項目 4 所提之「同意書」，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。

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>2.依病歷審查作業辦法，確實對病歷紀錄之量與質執行評核並有獎懲制度。(試)</p> <p>3.相關紀錄品質監測結果，確實檢討改善，成效良好。(試)</p> <p>[註]</p> <p>1.醫師法第 12 條：醫師執行業務時，應製作病歷，並簽名或蓋章及加註執行年、月、日。 前項病歷，除應於首頁載明病人姓名、出生年、月、日、性別及住址等基本資料外，其內容至少應載明下列事項： 一、就診日期。 二、主訴。 三、檢查項目及結果。 四、診斷或病名。 五、治療、處置或用藥等情形。 六、其他應記載事項。 病歷由醫師執業之醫療機構依醫療法規定保存。</p> <p>2.醫療法第 67 條：醫療機構應建立清晰、詳實、完整之病歷。 前項所稱病歷，應包括下列各款之資料： 一、醫師依醫師法執行業務所製作之病歷。 二、各項檢查、檢驗報告資料。 三、其他各類醫事人員執行業務所製作之紀錄。 醫院對於病歷，應製作各項索引及統計分析，以利研究及查考。</p> <p>3.本條文符合項目 3 至少應符合(1)、(2)、(3)、(5)、(6)、(7)、(9)為之規範； 另，初診及入院紀錄(Admission Note)亦需符合(4)之規範。</p> <p>4.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p>	

條號	條文	評量項目	委員共識
		1.病歷書寫規範。(符合) 2.病歷審查作業辦法(含質、量、時效)。(符合、優良) 3.病歷紀錄之質量審查之紀錄與分析檢討結果。(優良)	
1.4.4	病歷應有系統歸檔，且每位病童只有一份病歷，以維護資料的完整性	目的： 系統性保存門診和住診病歷，且重要紀錄應有註記、特殊病歷應獨立保存並有合適保護機制。 符合項目： 1.每位病童只有一份病歷(即每位病童在醫院僅有 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童「藥物過敏」之紀錄。處方醫令系統應有「藥物過敏」之提示。若簽具不施行心肺復甦術(Do Not Resuscitate, DNR)意願書時，則應依照安寧緩和醫療條例之規定，並註記於病歷。 2.門診、住院病歷分開放置時，門診病歷需含出院病歷摘要。 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。 優良項目： 1.改善病歷資料完整性之管理、提升病歷品質。(試) 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。(試) 3.具教學研究價值之病歷相關資料有特別妥善保存。(試) [註] 1.符合項目 1 所提「若簽具不施行心肺復甦術(DNR)，則應註記」，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.未向當地主管機關宣告實施電子病歷者，本條有關電子病歷部分免評。 3.特殊病歷由醫院自行定義。 4.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。	

條號	條文	評量項目	委員共識
		評量方法及建議佐證資料： 1.病歷保存與借閱規範。(符合/優良) 2.特殊病歷資料管理辦法。(符合)	
1.4.5	依據病童及家屬的請求，依法提供病歷複製本或摘要	目的： 為協助病童跨院醫療需求或專業諮詢，依法適時提供病歷複製本或摘要。 符合項目： 1.明訂提供病歷複製本或摘要之流程，對於病童及家屬之申請，不得違反醫療法第 71 條規定，無故拖延或拒絕。 2.病童資料的釋出須依一定的申請程序辦理。 3.能依病童及家屬需求，提供中文出院病歷摘要。 優良項目： 1.設有稽核及改善機制，落實執行成效良好。(試) 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 2 日(工作天)內提供；病歷摘要應於 5 日(工作天)內提供)。(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」。 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.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 評量方法及建議佐證資料： 1.病歷複製作業辦法。(符合)	符合項目 1，醫院應有便利病童及家屬之申請流程(如：在服務台接受申請)，不宜規定須先行掛號。

條號	條文	評量項目	委員共識
合	1.4.6 對出院摘要及病歷建立追蹤管理系統，且定期統計呈報改善	<p>2.病歷複製作業時效稽核統計表。(優良)</p> <p>目的： 為便利病童回診，出院病歷應重點彙整診斷與診療過程，完成出院摘要歸回病歷室。</p> <p>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。 2.出院病歷應儘速歸回病歷室並完成病歷寫作，以利病童回診，並有管理機制與統計。 3.出院摘要有 90%於出院日翌日起算 7 日(工作天)內完成，紙本病歷並歸回病歷室。</p> <p>[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。</p> <p>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。 2.出院摘要複本 7 日(工作天)內提供達成率。</p>	
	1.4.7 建立疾病與手術檢索系統及相關統計分析	<p>目的： 對出院病歷重點資料作成資料庫，採通用標準分類，以利疾病統計分析、成效評估指標蒐集和營運改善應用。</p> <p>符合項目： 1.就出院病童之病歷以病歷號、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。 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</p>	[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。

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>以分類，並可自行訂定必要的索引項目予以檢索。</p> <p>3.定期製作醫院疾病統計資料。</p> <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有年度疾病統計資料分析年報。(試) 2.疾病分類人員應配合政策，正確使用分類系統和編碼指引，提供完整診斷碼或處置碼，以利醫療技術評估和健康資料分類。(試) 3.能配合醫院需求製作成效評估指標，依據評估指標蒐集相關之資料，進行統計分析，運用於營運或醫療品質改善，並有檢討機制。(試) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.優良項目 3「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.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院疾病統計年報(含疾病與手術分類索引)。(符合) 2.成效評估指標與檢討機制。(優良) 3.跨年度疾病統計資料分析比較與營運或醫療品質改善成效。(優良) 	
1.4.8	<p>資訊部門配合臨床及行政部門建立完善作業系統，且院內各系統連線作業及院外聯繫系統功能良好</p>	<p>目的：</p> <p>運用資訊科技管理，整合建立支援病童照護、教育訓練、研究及決策系統，確保兒童病人安全及提升品質。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.依醫院規模，設置資訊管理專責人員或部門，且院內各系統連線作業功能運作適當，醫療資訊系統設置應符合病童需求。 2.應讓適當的病童照護臨床及管理人員參與選擇、整合及使用資訊科技管 	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>理措施。</p> <p>3.醫院應以即時的資訊支援病童照護、教育訓練及管理。</p> <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.使用部門及資訊管理部門專責人員溝通聯繫適當(如：需求單處理流程、處理時效、需求部門滿意度調查等)。(試) 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。(試) 3.醫院應以資訊支援病童照護相關研究。(試) 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。(試) <p>[註]</p> <p>優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.資訊部門組織章程。(符合) 2.醫療資訊系統架構圖。(符合) 3.資訊管理委員會組織章程與會議紀錄。(符合) 4.資訊需求單處理流程與管控規範。(優良) 5.資訊管理滿意度調查。(優良) 6.決策支援系統。(優良) 7.資訊管理年度計畫。(優良) 	

條號	條文	評量項目	委員共識
1.4.9	具備資訊管理作業規範，以確保資訊安全及維護病童隱私，並訂有緊急應變處理機制	<p>目的：</p> <p>建立資訊安全管理機制，系統當機緊急應變標準和風險管理計畫，確保病童隱私和資訊安全。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.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)。 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，以確實保障病童隱私。 3.資訊設備機房應訂有門禁管制及防火設施。 4.設有資料正確性之檢查機制，並檢討改善資料之正確性。 5.訂有資訊系統故障(當機)緊急應變標準作業規範。 6.訂有資通安全維護計畫並有加入衛生福利部資安資訊分享與分析中心(H-ISAC)會員，並適時進行情資分享，提升其資通安全維護能量，調整資通安全應變機制，預防相關資通安全威脅之發生。(試) <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.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紀錄檢討改善。(試) 2.具有備份設施與資料異地備份之功能，且每日追蹤處理情形。(試) 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。(試) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>2.符合項目 6 及優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.訂有資訊管理相關作業規範。(符合) 2.使用權限申請單與各職級權限一覽表。(符合) 3.資訊設備機房門禁管制與消防設備規範及進出紀錄。(符合) 4.醫院資訊系統緊急應變程序。(符合) 5.資訊系統故障演練紀錄與資訊安全事故報告單。(優良) 6.備份設施與兒童資料異地備份規範。(優良) 7.醫院資訊系統風險管理計畫，和風險分析與監測管理。(優良) 	

第 1 篇、經營管理 第 1.5 章 安全的環境與設備

【重點說明】

為提升兒童病人安全，必須確保照護過程不會發生任何意外或可預防性之傷害，因此醫院經營者在規劃醫院建築與相關之硬體設施時，即應將員工工作環境與病童就醫環境安全納入考量，並審視是否符合相關法規要求，如建築法、公共安全、防火安全、職業安全、感染管制、特殊需求相關設施規定等，若發現有違相關法令規定，應立即改善以確保員工與就醫病童及家屬之安全。

為提升病童就醫之方便性與可近性，以達成「以病童為中心」之目標，醫院應提供病童或民眾來院之交通、候車與停車規劃、用餐、購物等資訊。應重視特殊需求兒童之就醫權利，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、特殊需求專用之浴廁等，且須依照設置科別、病童及家屬需要，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童及家屬之需要外，亦須提供親子適用之設施設備、浴廁等；為確保兒童病人安全與權益，應考量設施設備之可用性(如：輪椅加附點滴架進入浴廁)，並設置緊急求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童、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、縱火等威脅病童、家屬與員工生命財產之安全。為協助醫院建立安全防護體系，本章之評鑑基準亦包括提供安全及安靜的病室環境(如設有機制定期檢查緊急求救鈴或緊急呼叫系統、扶手及防滑設施之功能)、訂定安全管理作業規範，提供病童及員工安全的環境(如設有保全監測設備、警民連線、防止電梯墜落、用電安全管理等)。

為避免病童在接受診療過程中，因醫療儀器之使用與教育訓練不足(如將只適合成人使用之醫療技術或器材誤用於病童或新生兒)、維修保養不當(特別是對於高風險之醫療儀器，如電擊器、生理監視器與輸液幫浦等未建立預防性保養制度)或相關之基礎設施維修保養不當(如電力或醫療氣體)導致侵襲性檢查突然中斷(如心導管檢查)或維持生命之儀器突然停止運作(如呼吸器)而造成病童傷害或死亡，醫院應定期執行醫療儀器或相關器材與基礎設施(包括機電、安全、消防、供水、緊急供電、醫用氣體等)或系統等之維護、檢查、測試、保養或校正作業。為避免員工在工作中受到暴力攻擊，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。

考量病童在住院期間之需求，醫院應依病童之特性設置病床，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 and Critical Control Point, HACCP)之認證規定。

兒童醫院設施、設備之採購及維護管理得與總院併同辦理，但須獨立呈現兒童醫院相關報表。

條號	條文	評量項目	委員共識
1.5.1	提供醫院交通資訊，並有安全的交通規劃	目的： 就診時能提供交通及停車等相關服務資訊，方便病童及家屬到達醫院。 符合項目：	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>1.提供醫院周邊交通資訊公告於網站或佈告欄等方式，其中要包括無障礙大眾運輸交通資訊。</p> <p>2.提供汽車、機車之停車相關資訊。</p> <p>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。</p> <p>4.提供叫車資訊及適宜之候車場所，要設有行動不便者臨停接送區域，並視兒童需求協助上下車。</p> <p>優良項目：</p> <p>1.建立安全有效機制，確保兒童上下車安全，避免造成車流壅塞。(試)</p> <p>2.有提供孕婦及育有六歲以下兒童之專用停車位(試)</p> <p>[註]</p> <p>優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.醫院周邊交通資訊相關資料。</p> <p>2.網站或佈告欄等有公告交通與停車相關資訊。</p>	
1.5.2	醫院應設置無障礙設施，並符合法令規	<p>目的：</p> <p>依相關建築法令規定，設置無障礙設施並定期檢查設施之功能，確保病童、家屬與身障失能者就醫權利與安全。</p> <p>符合項目：</p> <p>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。</p> <p>2.設置無障礙設施之處所，應有明顯標示。</p> <p>3.定期檢查院內無障礙設施之功能。</p> <p>4.於負壓隔離病室設有無障礙設施，以保障身心障礙者安全。(試)</p>	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.設有專責人員負責管理院內無障礙設施，依檢查結果確實維護，確保其功能正常與安全。(試) 2.提供特殊需求病童所需之友善與安全就醫環境、醫療服務空間與相關設施，有具體事證。(試) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.依據醫療機構設置標準規範，於醫療法公布實施前已設立之醫療機構，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該規則 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.符合項目 4 及優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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) 	
合	1.5.3	<p>提供適合兒童之安全及安靜的就醫環境</p> <p>目的：</p> <p>提供兒童有出入之環境相關安全措施與設施，並定期檢查各項功能，確保兒童安全。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.應重視兒童環境安全，如：兒童常出現的區域插座有保護蓋、家具邊緣無尖銳處、危險區域有管制措施等。 	<ol style="list-style-type: none"> 1.符合項目 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。建議參考內政部 106.12.15 台內營字第 1060818995 號令訂定公告「公共場所親子廁所盥洗室設置辦

條號		條文	評量項目	委員共識
			<p>2.病房內具有下列之安全措施：</p> <p>(1)病房浴廁有設置緊急求救鈴或緊急呼叫系統、防滑設施，並在適當位置裝設扶手。</p> <p>(2)病房設有供輪椅者使用之浴廁。</p> <p>(3)病房廁所應提供兒童安全座位。</p> <p>(4)視需要裝設防止跌落的床欄，且定期檢查床欄之安全性，並有幼兒專用安全病床。</p> <p>3.設有親子廁所，擁有方便兒童使用之設施，可讓親子共同使用。無障礙廁所可兼具親子廁所之功能。</p> <p>4.若有蹲式廁所，應設有扶手，以利起身。</p> <p>5.設有機制定期檢查緊急求救鈴或緊急呼叫系統、扶手及防滑設施等之功能。</p> <p>6.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。</p> <p>[註]</p> <p>相關設施(如：緊急呼叫系統、座式及蹲式廁所設有扶手等)之設置範圍，主要指病人使用之區域，行政區域得不強制設置。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.維護病室安全之管理辦法。</p> <p>2.與病室安全相關設施(如緊急求救鈴、扶手、床欄、防滑設施等)之定期檢查與維修保養紀錄。</p> <p>3.醫院廣播之內容、音量及時間之限制規範。</p>	<p>法」。</p> <p>2.符合項目 6，評鑑委員於實地評鑑時，僅須確定有訂定相關規範即可。對於室內噪音的標準國家有訂定相關的規範，醫院可參考作為閾值目標。另，對於全院廣播的內容，可訂有相關內容撥放限制，藉此達到降低噪音干擾。</p> <p>3.符合項目 1 所提「兒童常出現區域」查證範圍優先以兒童病房及兒童遊樂區域為主。</p>
重 合	1.5.4	訂定安全管理作業規範，提供病	目的： 藉由安全管理作業規範之訂定與落實執行，確保病童、家屬與員工之安全。	1.符合項目 2 所提「工作場所」，評鑑委員於實地查證時，至少

條號	條文	評量項目	委員共識
	<p>童、家屬及員工安全的环境</p>	<p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有專責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、警民連線或其他安全設施，以保障人身(含兒童)與財物安全。 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、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。並有完整定期檢查紀錄，如：使用紅外線熱顯像儀之電器檢查紀錄，並據以改善。 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.易燃物品應妥善管理與存放。 7.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。 8.應有妥善機制，以防範嬰兒遺失及病童走失。 <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 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： <ol style="list-style-type: none"> (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。 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 	<p>應查核急診室之工作人員安全。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 3.[註]1： <ol style="list-style-type: none"> (1)若醫院已將陪病、探病規則列於住院須知中則不需再另訂。 (2)「門禁」係指醫院出入口之管制，以醫院之整體安全為要；另外，特殊單位(如 ICU 等)可另訂開放之規則。

條號		條文	評量項目	委員共識
			<p>明。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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、用電安全管理等內容)。 2.易燃物品清單與管理辦法。 3.依據安全管理作業規範所進行之查核、保養與維修紀錄。 4.發生異常事件檢討之會議紀錄。 5.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。 	
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	<p>目的：</p> <p>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之安全。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.訂定醫院防止暴力事件管理作業規範，辨識可能發生醫院暴力之高風險場所及具有暴力傾向之家屬。 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.建置醫院暴力事件之通報機制。 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。 5.聘用充足警衛或保全人力，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。 <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。(試) 	符合項目 3「建置醫院暴力事件之通報機制」，係指整起事件通報，從第一時間應變到事件後之處理皆須通報院方。

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>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。(試)</p> <p>3.落實執行安全管理作業規範。(試)</p> <p>4.每年針對高風險之醫院暴力發生場所進行演練。(試)</p> <p>[註]</p> <p>1.依據 106 年 5 月 10 日總統華總一義字第 10600056441 號令修正公布醫療法第 24 及 106 條條文。</p> <p>(1)第 24 條：「醫療機構應保持環境整潔、秩序安寧，不得妨礙公共衛生及安全。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。」</p> <p>(2)第 106 條：「違反第二十四條第二項規定者，處新臺幣三萬元以上五萬元以下罰鍰。如觸犯刑事責任者，應移送司法機關辦理。毀損醫療機構或其他相類場所內關於保護生命之設備，致生危險於他人之生命、身體或健康者，處三年以下有期徒刑、拘役或新臺幣三十萬元以下罰金。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。」</p> <p>2.可參考勞動部公告之「執行職務遭受不法侵害預防指引」。</p> <p>3.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p>	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.可能發生暴力事件之風險評估結果。(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.警衛或保全人員人力排班表。(符合) 5.對於受到傷害(包括實際受傷和目擊受傷)員工的心理支持、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) 6.建置醫院暴力事件之通報程序。(符合) 7.落實執行安全管理作業規範之相關資料。(優良) 8.每年針對高風險之醫院暴力發生場所進行演練紀錄。(優良) 	
1.5.6	醫療器材採購及管理能符合醫療照護業務之需要，並確保品質	<p>目的：</p> <p>訂定醫療器材採購及管理辦法(包括採購時效、驗收、品質管理、庫存管理等)並落實執行，確保醫療品質及兒童病人安全。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.設有專責人員負責醫療器材採購及管理。 2.訂有醫療器材採購及管理辦法，以符合兒童醫療照護業務之需要，並確保品質。 <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.使用適當的庫存管理系統，其管理模式有效提升庫存週轉率與降低庫存成本。(試) 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。(試) 3.使用「兒童困難取得之臨床必要藥物調度資訊系統」。(試) <p>[註]</p>	優良項目 3「兒童困難取得之臨床必要藥物調度資訊系統」為衛生福利部建置系統。

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.負責醫療器材採購及管理之專責人員名冊。(符合) 2.醫療器材採購及管理辦法。(符合) 3.庫存之管理成效證明資料。(優良) 4.採購部門對於使用部門反應醫材不良品之處理結果。(優良) 5.醫療器材不良反應及異常事件通報紀錄。(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	<p>目的：</p> <p>依相關法令規定訂定醫院設施、設備、醫療器材等維護管理規範，定期檢測及檢討改善，確保兒童醫療品質與兒童病人安全。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.設有專責人員或部門負責管理，確認相關設施、設備、儀器、器材等，能符合醫療機構設置標準及相關法令規定，及業務需求。 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，特別是與兒童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)。 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。如果醫療儀器或設備是委外由儀器廠商維護者，則應依外包管理相關基準規定辦理，與廠商訂定合約及有相關維修保養校正紀錄。 4.保存完整之使用說明書或操作手冊，且容易查閱，確實可用。 5.操作人員皆有完善教育訓練。 <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。(試) 	符合項目 1 所提「設有專責人員或部門」，係指管理單位，非指使用單位。

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>2.記錄故障或失靈等缺失原因，作為日後檢查、保養參考，並設定改善措施及期限。(試)</p> <p>3.各項計畫、保養、維修、更新汰換、訓練等確實執行，且能評估檢討成效，依評估結果改善及編列必要經費搭配。(試)</p> <p>4.專責人員具有相關專業訓練或證照。(試)</p> <p>5.訂有防止遠端系統存取醫療儀器設備資料造成破壞或中斷醫療照護作業之機制。(試)</p> <p>[註]</p> <p>1.本條所稱「設施、設備、儀器、器材」，係指非單次使用之耗材，且需藉由定期檢查、保養或校正，以確保其功能者，包括進行檢查或校正作業所使用之醫療器材或試劑，不包括機電、消防、供水、供電、醫用氣體等。</p> <p>2.依據 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：</p> <p>(1)診斷、治療、緩解或直接預防人類疾病。</p> <p>(2)調節或改善人體結構及機能。</p> <p>(3)調節生育。</p> <p>3.符合項目 2 所提「與兒童病人安全相關之重要設施、設備、急救用醫療器材」之範疇可參考符合[註]2 之規範；另根據衛生福利部公布之「醫療器材分類分級管理辦法」，醫療器材依其風險程度，分級如下：</p> <p>(1)第一等級：低風險性。</p> <p>(2)第二等級：中風險性。</p> <p>(3)第三等級：高風險性。</p> <p>4.醫院可依據實際使用醫療器材之風險等級建立庫存清單與訂定相關之</p>	

條號		條文	評量項目	委員共識
			<p>預防性保養、維修計畫與使用人員之教育訓練計畫以確保兒童病人安全。</p> <p>5.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.「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.與兒童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) 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，尤其是重要醫療器材(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.專責人員相關專業訓練或證照證明文件。(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	<p>目的：</p> <p>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。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.對於機電、安全、消防、供水、緊急供電等設施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)。 	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，並無設置專業工程人員，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

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>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。</p> <p>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。</p> <p>4.專責人員有參加相關教育訓練。</p> <p>5.依「職業安全衛生管理辦法」，視醫院員工人數依法應設置之職業安全衛生委員會，應討論醫用氣體之安全管理相關事項，並有會議紀錄。</p> <p>優良項目：</p> <p>1.能注意管制潛在之感染源，有相關維護紀錄(如：儲水槽之檢驗清淨實施紀錄，獨立之空調設備(如：進迴風管、進/排氣處理)之維護、保養與檢修之紀錄等)。(試)</p> <p>2.訂有設備故障、系統損壞或遭污染時之因應規範，含緊急應變程序、桌上演練與實際演練，以保護院內人員並儘速修復。(試)</p> <p>3.對醫用氣體高壓鋼瓶之常見危害事件及其他可能發生之醫用氣體意外事件之預防與因應，納入員工教育訓練，或定期辦理全院及部門單位演習。(試)</p> <p>4.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，視情形採取改善措施，有具體成效。(試)</p> <p>[註]</p> <p>1.實地評鑑時，如現場選定測試之設備(如：緊急供電發電機等)，無法立即啟動或故障，則現場給予 10 分鐘之修復時間。</p> <p>2.依據職業安全衛生管理辦法，勞工人數達 300 人以上之機構須設置職業安全衛生管理委員會。若勞工人數未達 300 人，可以相關委員會取代。</p> <p>3.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p>	<p>核。</p> <p>2. [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。</p> <p>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)。</p>

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.定期檢查、維修與保養計畫，以及落實執行之紀錄(含執行日期)。如果是委外由儀器廠商維護者，應附外包管理相關基準規定之合約及紀錄。(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)或系統專責人員之相關教育訓練資料。(符合) 3.依據「醫療機構醫用氣體管理原則及應注意事項」執行定期檢查及保養計畫之紀錄。(符合) 4.醫療氣體安全管理規則。(符合) 5.依據使用效能、維修、保養狀況之監控與評估機制適時執行更新汰換之資料。(符合) 6.職業安全衛生管理委員會(勞工人數未達 300 人以上之機構可以相關委員會取代)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.醫用氣體意外事件預防與因應辦法之教育訓練或演練資料。(優良) 10.定期檢討醫院基礎設施之性能與視情形採取改善措施，有紀錄與具體成效之資料。(優良) 	
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	<p>目的：</p> <p>訂定醫院環境、兒童寢具清潔消毒工作管理規範與工作計畫並落實執行，確保照護環境舒適與安全。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>優良項目：</p> <p>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。(試)</p> <p>2.不定期舉辦清潔競賽或相關活動，有促進清潔維護之具體成果。(試)</p> <p>3.每月定期檢查病室清潔，視需要調查家屬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。(試)</p> <p>[註]</p> <p>優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.醫院清潔(含消毒除蟲)工作計畫與查核紀錄。(清潔工作如為外包時，應附依外包管理相關基準規定執行是否落實合約規範之查核紀錄)。(符合)</p> <p>2.維護病室清潔之管理辦法。(符合)</p> <p>3.使用清潔工作計畫查核表，實施定期或不定期查核且成效良好之紀錄。(優良)</p> <p>4.不定期舉辦清潔競賽或相關活動之成果資料。(優良)</p>	

條號	條文	評量項目	委員共識
		5.調查家屬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)	
可	1.5.10 膳食安全衛生管理良好	<p>目的： 依相關法令規定訂定膳食處理作業規範及廚房環境整潔、門禁、防火措施等，確保醫院食品衛生及膳食安全。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.醫院設有廚房者，應符合下列項目：</p> <p>(1)訂定處理食品(包括準備、處理、儲存及運送)之作業標準或作業程序。 (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。 (7)病童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。</p> <p>2.膳食外包者，醫院應：</p> <p>(1)確認供應商(食品業者)符合食品衛生相關法令規定，如危害分析與重要管制點(Hazard Analysis and Critical Control Point, HACCP)。 (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。</p> <p>優良項目：</p> <p>1.烹調完成之熟食於配送過程中，應妥善保溫，並控制時間。食品需熱藏(高溫貯存)者，應依食品良好衛生規範，保持溫度在 60°C 以上。(試) 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。</p>	<p>1.符合項目 1-(7)「病童用膳完畢之餐具能於 2 小時內回收」，為防止食用完畢的膳食及餐具可能引起之蚊蟲或異味，食用完畢之膳食及餐具不應留在病室內，仍應符合醫院環境清潔規範。</p> <p>2.優良項目 3，實地查證時，查證範圍至醫院做到管理之責即可。</p>

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>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)</p> <p>3.廚餘處理合乎衛生及環保原則。(試)</p> <p>4.有專責人員或部門稽核檢查，並有紀錄。(試)</p> <p>5.醫院有良好的供膳作業及環境，並通過危害分析與重要管制點(Hazard Analysis and 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 ISO22000 食品安全管理之認證。(試)</p> <p>[註]</p> <p>1.未提供膳食服務者，本條文不適用。</p> <p>2.以外包方式提供膳食服務之醫院，視作有提供膳食服務。</p> <p>3.若由總院提供膳食服務者，應訂有合作機制或合約。</p> <p>4.「食品良好衛生規範準則」第 25 條：經營中式餐飲之餐飲業於本準則發布之日起一年內，其烹調從業人員之中餐烹調技術士證持證比率規定如下：</p> <p>(1)觀光旅館之餐廳：百分之八十。</p> <p>(2)承攬學校餐飲之餐飲業：百分之七十。</p> <p>(3)供應學校餐盒之餐盒業：百分之七十。</p> <p>(4)承攬筵席之餐廳：百分之七十。</p> <p>(5)外燴飲食業：百分之七十。</p> <p>(6)中央廚房式之餐飲業：百分之六十。</p> <p>(7)伙食包作業：百分之六十。</p> <p>(8)自助餐業：百分之五十。</p> <p>5.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p>	

條號	條文	評量項目	委員共識
		1.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 等認證之證明文件。(優良)	

第 1 篇、經營管理 第 1.6 章 兒童導向之服務與管理

【重點說明】

醫院應提供親切合宜，以兒童為導向的醫療服務，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。

如何與病童及家屬認識，建立互信關係及明確醫療服務的角色與責任歸屬；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童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。應評估住院病童及其家屬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，而不是依醫院單方面的方便為優先，在不妨礙病童的醫療與安全的前提下，提供合宜的醫療環境。

透過使用者之意見回饋，是醫院評估各項作為最直接的資訊來源。醫院可設有方便病童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童及家屬意見表達之管道。對於病童或家屬的意見、抱怨、申訴應有專責處理模式與流程以儘快處理。

病童及家屬及院內同仁的改善建議，均為醫院持續性品質改善的重要參據。為了讓改善活動更符合病童、家屬、醫院及同仁需要，應依據醫院的目標與策略方針，設定醫療品質改善之主題及目標；評估相關作業是否確實執行及檢討服務成效；可應用如：PDCA 循環(Plan-Do-Check-Act cycle：計畫－執行－檢核－行動)等專案改善工具，讓醫療與服務品質更形精進。

條號	條文	評量項目	委員共識
1.6.1	提供病童及家屬衛教與醫院服務資訊，並提供病童及家屬完整的就醫資訊及一般諮詢	目的： 提供多元管道的就醫資訊及醫療諮詢服務，維護病童就醫的權益。 符合項目： 1.對民眾提供就醫資訊。 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。 3.診間外與病床應標示主治醫師姓名。 4.提供病床推送或輪椅借用之服務。 優良項目： 1.利用醫院網站提供服務區域民眾相關資訊；包括衛教宣導及活動訊息。	醫療諮詢服務係指兒童及家屬有社服、心理、醫療之需求時，知道何處詢問即可。

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>(試)</p> <p>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。醫療諮詢服務由具相關背景及專長之專責人員提供。(試)</p> <p>3.有走動式服務人員提供服務，並有排班制度。(試)</p> <p>4.供病童及家屬借用之輪椅數量充足、定期維修並建立完善之管理制度者。(試)</p> <p>5.有設置促進兒童友善醫療設施，並有具體實證。(試)</p> <p>[註]</p> <p>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。</p> <p>2.可依病童及家屬需求提供適切的溝通服務，如：病童及家屬慣用語言或外語翻譯，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 號字體以上之資料等。</p> <p>3.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.醫院門診表。(符合)</p> <p>2.醫療費用收費標準。(符合)</p> <p>3.科室和診間標示的樓層配置圖。(符合)</p> <p>4.輪椅與嬰兒車維修管理辦法和借用登記表。(符合/優良)</p> <p>5.醫院健康衛教網站。(優良)</p> <p>6.住院須知。(優良)</p> <p>7.走動式服務人員排班表。(優良)</p>	
1.6.2	提供病童及家屬就	目的：	

條號	條文	評量項目	委員共識
	醫之掛號、批價收費及辦理入出院作業等便利服務	<p>提供完整的就醫作業流程和合理的收費，並公告周知及適當說明。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.設有專屬辦理櫃檯，並具備方便病童就醫之作業流程，如：掛號、就診、檢查(驗)、批價、領藥、住/出院手續等。 2.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。 3.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」。 4.所收取之費用應提供收費明細；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。 <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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(試)： <ol style="list-style-type: none"> (1)單純持慢性連續處方箋領藥，且無需調閱病歷者。 (2)因兒童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)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。(試) 3.就醫作業流程檢討改善後，能便利病童與家屬就醫及提升服務品質及效率，有具體事證者。(試) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>核定之費用。」</p> <p>3.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.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) 	
1.6.3	<p>應準時開診，開診醫師請假或請他人代診時，應及早周知</p>	<p>目的：</p> <p>醫師按門診表準時開診，請假應及早通知，且有合宜的代診制度，維護兒童權益。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫師應按照門診排班表準時開診。 2.開診時間因故延遲時，應向候診之兒童或家屬說明理由。 3.開診醫師停診或請他人代診時，應及早周知或通知家屬。 4.訂有醫師停代診及延遲開診相關處理作業規範。 <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.設有機制稽查各診開診情況，有紀錄可查。(試) 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。(試) 3.設有機制供家屬查詢看診進度。(試) <p>[註]</p> <p>優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫師延遲開診作業規範。(符合) 2.醫師停代診及請假管理辦法。(符合) 	<p>符合項目 3，評鑑委員於實地評鑑時，可查閱醫院是否有相關通知兒童及家屬之機制。</p>

條號	條文	評量項目	委員共識
		3.門診開診狀況稽核和紀錄。(優良) 4.預約掛號單提示看診時間與網路即時門診進度查詢。(優良)	
1.6.4	有效運用住院病床	目的： 訂有合適的住院病床管理規範和檢討機制，善用醫療資源。 符合項目： 1.醫院訂有住院病床利用規範及兒童等候住院病床須知。 2.醫院應掌握全院各科別的等候住院病童情況，且無因違反住院病床管理規範，而使兒童長期候床之情形。 優良項目： 1.落實病童住院天數控制。(試) 2.訂有流量管理規範，對於急診轉住院病童待床時間有管理機制。(試) 3.訂有病童出入院管理辦法或合適機制，鼓勵上午出院，非緊急之新入院者於下午小夜班前住院，以減輕小夜班醫護人力之照護負荷，並有統計分析。(試) [註] 1.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」提前讓家屬知道上午出院時間，或出院病童無法上午離院時(如：等待家屬接送)，有安排等候空間等因應辦法。 2.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 評量方法及建議佐證資料： 1.住院病床利用規範。(符合) 2.病童等候住院病床須知。(符合) 3.流量管理規範。(優良) 4.各科別住院與候床狀況管控表。(優良) 5.病童急診轉住院流程檢討會議紀錄。(優良)	

條號	條文	評量項目	委員共識
		6.急診登記觀察床數與實際觀察床數之使用狀況(如急診每班留觀病童人數)。 7.病童出入院管理辦法。(優良)	
1.6.5	對於病童或家屬的意見、抱怨、申訴設有專責單位或人員處理，並明訂處理流程	目的： 建立多元的病童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家屬的意見、抱怨及申訴案件。 2.設立1種以上能完整蒐集門、急診及住院家屬意見的管道，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。 3.對於家屬的意見、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童與家屬，確實執行。 4.員工(含與病童直接接觸之外包人員)與家屬知道意見反應管道，員工並知道處理流程。 優良項目： 1.專責單位或人員具有篩選案件處理流程之管理，且有回應時效與內容合宜之監控機制。(試) 2.員工能面對意見、申訴、抱怨處理，並視需要報備相關單位及接受相關處理技巧之教育訓練。(試) 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。(試) [註] 優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 評量方法及建議佐證資料： 1.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)	優良項目1所提「回應時效」係由醫院自行訂定。

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>2.家屬意見、抱怨、申訴處理流程與作業分析檢討紀錄。(符合/優良)</p>	
1.6.6	有效管理院內用餐、遊戲區及購物環境	<p>目的： 符合衛生法規，對病童、家屬和訪客購物區等訂定管控措施。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院可視本身主客觀條件，研擬方便病童、家屬或訪客用餐或購物之具體方案，或提供相關資訊。 2.院內用餐或購物區，除應符合衛生等相關法規外，並須就下列事項訂有管理規範： <ol style="list-style-type: none"> (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)病童及家屬進入用餐、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。 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。 4.訂有用餐、購物區之緊急災害應變計畫，並有演練。 <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.院內用餐或購物區工作人員接受在職及勤前感染管制教育訓練。(試) 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。(試) 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。(試) 4.如有設病童遊戲區或遊戲室，針對相關開放時間與使用管理制定辦法，並注意乾洗手措施、清潔、消毒、感染控制，與環境安全。遊戲區域如遇特殊情況需要關閉，應予以公告。(試) <p>[註]</p> <p>優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.評鑑委員可參考受評醫院近期之感染管制查核結果(1.3 項次)。 2.醫院未設用餐、購物區或與總院共設者，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。 4.評量方法及建議佐證資料 1 所提「查核紀錄」，可由醫院提出院內針對用餐、購物區者之管理部門進行查核之紀錄。

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.符合項目 1~4，有執行及查核紀錄。(符合) 2.病童、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) 3.用餐與購物區緊急災害應變計畫與演習紀錄。(符合) 4.用餐與購物顧客滿意度調查與定期檢討評估紀錄。(優良) 5.兒童遊戲區域清單，開放時間與使用管理辦法，清潔、消毒、感染作法。(優良) 	
1.6.7	定期實施就醫經驗調查	<p>目的： 定期實施就醫經驗調查並檢討改善，提升服務品質。</p> <p>符合項目： <ol style="list-style-type: none"> 1.每年至少實施 1 次包括急診、門診、住院家屬的就醫經驗調查。 2.調查的結果整理分析，並提供管理者與相關部門參考。 </p> <p>優良項目： <ol style="list-style-type: none"> 1.問卷內容、調查數量及抽樣方法合宜，且具代表性。(試) 2.調查結果有進行檢討與改善。(試) 3.使用具實證基礎之方法進行就醫經驗調查。(試) </p> <p>[註] <ol style="list-style-type: none"> 1.優良項目 3 所指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， </p>	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>自行設計運用。</p> <p>2.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.門診、急診、住院就醫經驗問卷調查作業流程。(符合)</p> <p>2.就醫經驗調查報告書與持續檢討改善紀錄。(符合/優良)</p> <p>3.就醫經驗調查結果。(優良)</p>	

第 1 篇、經營管理 第 1.7 章 危機管理—風險分析與緊急災害應變

【重點說明】

為確保員工與就醫病童及家屬之安全，醫院應建立危機管理機制，且依據危機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訂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療爭議事件時，應以誠實的態度，指定專責人員或單位妥善因應，對外回應醫療爭議事件。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。

本章節相關教育訓練得與總院合辦、共用資源與管理制度，惟若有數據部分須有兒童醫院相關報表。

條號	條文	評量項目	委員共識
重 1.7.1	建立醫院風險/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	<p>目的：</p> <p>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，確保醫院安全。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院設有風險/危機管理專責單位(委員會)及專責人員，並能指派專責人員於危機事件發生時，收集與記錄危機事件發生之過程並保存相關文件，以利檢討。 2.應用風險分析方法，辨識醫院營運與病人照護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。 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.訂有危機管理計畫，計畫內容須考量兒童安全需求之特殊性，包括減災預 	<p>1.符合項目 6：</p> <p>(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。</p> <p>(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</p>

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>防、準備、應變、復原等。</p> <p>5.對突發兒童安全危機事件有健全之應變指揮體系與相關應變組織之規劃。</p> <p>6.危機管理計畫中應包括兒童藥品(或劑量對照)、適合病童使用規格之醫療器材、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。</p> <p>7.實施兒童安全及其它相關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。</p> <p>優良項目：</p> <p>1.每年定期檢討醫院危機管理計畫之執行成效。(試)</p> <p>2.應用風險分析方法，辨識兒童安全可能之危害因素，並訂定醫院危機管理計畫以控制風險，計畫內容包括減災預防、準備、應變、復原等，且考量兒童安全需求之特殊性，如嬰兒遺失或兒童走失事件。(試)</p> <p>3.依據緊急應變演練結果或已發生之危機事件應變結果定期檢討與修正危機管理計畫內容。(試)</p> <p>4.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)</p> <p>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。(試)</p> <p>[註]</p> <p>1.風險管理架構包括下列要素：</p> <p>(1)建立風險管理內涵(Context)</p> <p>(2)風險辨識</p> <p>(3)風險分析</p> <p>(4)風險評價</p> <p>(5)風險處理</p> <p>(6)溝通</p>	<p>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，或與總院共同制定。</p> <p>2.優良項目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」泛指有合約即可。</p>

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>(7)監督與改善</p> <p>2.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：</p> <p>(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。</p> <p>(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：</p> <p>I.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。</p> <p>II.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。</p> <p>III.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。</p> <p>IV.財務及行政：採購、出納、人事管理及財務分析等。</p> <p>V.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。</p> <p>3.符合項目 4 所提「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 3 條所指之「緊急災害應變措施計畫」。其內容應包括因應災害之預防、準備、應變與復原各階段之應變體系、應變組織與工作職責。</p> <p>4.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危機管理之需求。</p> <p>5.優良項目 2 所指之風險分析方法至少應包括下列兩項參數，災害發生機率</p>	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>(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,可適用於所有災害,因此廣泛被相關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 Comission)所建議採用。</p> <p>6.符合項目 3 及優良項目列為試評項目,評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院危機管理委員會之組織與會議紀錄。(符合) 2.危機管理計畫,得與總院共用。(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) 4.危機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.危機減災預防與準備之相關宣導與員工訓練之資料。(符合) 6.每年定期在危機管理委員會檢討醫院危機管理計畫之執行成效紀錄。(優良) 7.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。(優良) 8.依據緊急災害應變結果或已發生之危機事件應變結果定期檢討與修正危機管理計畫內容。(優良) 9.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。(優良) 10.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) 	

條號	條文	評量項目	委員共識
重	1.7.2 訂定符合醫院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	<p>11.風險管理計畫，得與總院共用。(符合)</p> <p>目的： 確保緊急災害應變計畫與作業程序符合醫院之災害特性(如火災、風災、水災、地震、疫災等)，落實演練與持續之檢討改善，降低災害對醫院在生命、財產與持續營運等衝擊。</p> <p>符合項目： 1.依據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、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，內容應考量兒童安全需求之特殊性。 2.完備之緊急聯絡網及災害應變啟動機制。 3.具有適當的人力調度及緊急召回機制。 4.醫院緊急疏散圖示應明顯適當以供閱讀，且易於瞭解圖示內容。 5.明確訂定各單位兒童疏散運送之順序與方法，且考慮兒童安全需求之特殊性。 6.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、疏散方向及逃生設備使用。 7.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)。</p> <p>優良項目： 1.定期修正相關計畫及作業程序，至少每年一次。(試) 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。(試) 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。(試)</p> <p>[註] 1.針對開刀房、加護病房消防安全，可參考下列查核項目：</p>	<p>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或與總院共同制定。</p> <p>2. [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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>(1)滅火器之設置應考量是否容易取得，兩具滅火器之距離不得低於法規之規定(步行距離每 20 公尺設置一具)，且有具體措施加強該單位內全體同仁操作滅火器與室內消防之熟練度，以及滅火失敗時需將起火地點門關閉之觀念。</p> <p>(2)醫院緊急災害應變措施及檢查辦法第 11 條規定：「醫院每年至少應舉行緊急災害應變措施演習及桌上模擬演練各一次，並製作成演習紀錄、演習自評表及檢討改善計畫，送直轄市、縣(市)主管機關備查。前項演習及桌上模擬演練之主題、時間與相關內容，應於醫院緊急災害應變措施計畫中載明。」</p> <p>(3)消防法施行細則第 15 條第 1 項第 5 款規定：「滅火、通報及避難訓練之實施；每半年至少應舉辦一次，每次不得少於四小時，並應事先通報當地消防機關。」</p> <p>2.符合項目 6 所提「緊急災害應變計畫」(Emergency Operation Plan, EOP)，係針對災害發生時之應變與復原階段初期之應變作為。</p> <p>3.緊急災害應變計畫應整合緊急應變指揮系統(如 HICS)，並依據災害衝擊大小與應變期間(Operation Period)長短決定緊急事故應變團隊(Incident Management Team, IMT)之動員規模、任務與目標。緊急災害應變計畫須包含事故存續週期(Life Cycle Stages of an Incident)各階段(災害確認、通知/啟動、動員、應變、歸建與復原)之緊急應變作業程序。</p> <p>4.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.緊急災害應變計畫及作業程序。(符合)</p> <p>2.緊急聯絡網之名單與電話。(符合)</p> <p>3.具有適當的人力調度及緊急召回之演練紀錄。(符合)</p> <p>4.各單位疏散運送之順序與方法。(符合)</p>	

條號	條文	評量項目	委員共識
		5.緊急災害應變演練之過程及檢討紀錄(含照片)。(優良) 6.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)	
重	1.7.3 設置大量傷患緊急應變組織與健全指揮系統	<p>目的： 訂定大量傷患緊急應變計畫，定期落實演練與後續之檢討改善，確保傷患安全。</p> <p>符合項目： 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兒童處理接軌等步驟已規範完備，且應建立後續關懷之心理諮商機制。 2.定期辦理大量傷患緊急應變之演練。</p> <p>優良項目： 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。(試) 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。(試) 3.指揮體系健全，並能配合醫院服務區域之需要。(試)</p> <p>[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 所指之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。 3.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p>	1.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。 2.總院之大量傷患緊急應變計畫應包含兒童醫院。

條號	條文	評量項目	委員共識
		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) 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)	
1.7.4	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	目的： 建立醫院之醫療事故預防及爭議事件處理機制，且對於涉及醫療爭議之員工有支持及關懷措施等。 符合項目： 1.醫療機構應設醫療事故關懷小組。 2.建立醫療事故預防及爭議處理機制與相關之處理程序，且考量兒童之特殊性，如：優先通知法定代理人等。 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.能針對醫療爭議事件進行檢討，並製成教材提供員工教育訓練。 優良項目： 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。(試) [註] 1.可參考「醫療事故預防及爭議處理法」。	符合項目5所提「教材」，泛指本院或他院的案例均可。

條號		條文	評量項目	委員共識
			<p>2.符合項目 3、4 及優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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) 	
合	1.7.5	訂定醫院與媒體溝通之規範並落實執行，以維護病童及家屬之隱私與權益	<p>目的：</p> <p>參照相關法令規定，訂定醫院接受媒體採訪等相關規範並落實執行與稽核，維護病童及家屬隱私與權益。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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： <ol style="list-style-type: none"> (1)接受採訪或執行溝通之作業流程。 (2)指定醫院對外發言人。 (3)應維護病童、家屬隱私及權益，不妨礙其病情與診療，且不得藉機宣傳醫療業務。 (4)如需揭露病童、家屬身分或個人資料，應先徵得法定代理人同意。 (5)防止未經授權之員工或未獲得法定代理人同意之院外人士，取得病童或家屬之個人資料，或接觸病童或家屬，或擅自對媒體洩露病童或家屬的個人資料。 	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>2.醫院如有透過媒體發布醫學新知或研究報告之情形，應依據「醫療機構及醫事人員發布醫學新知或研究報告倫理守則」，訂定相關規範。</p> <p>3.應有發言人姓名，如發言人有 1 人以上，請分別說明授權範圍。</p> <p>4.醫院訂定之相關規範，有落實執行並有稽核。</p> <p>[註]</p> <p>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 號公告或衛生福利部網站。</p> <p>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 號公告或衛生福利部網站。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.接受媒體採訪或溝通之標準作業程序。</p> <p>2.發言人姓名與授權範圍。</p> <p>3.醫院訂定之相關規範，有落實執行並有稽核之紀錄。</p>	

第 2 篇、醫療照護 第 2.1 章 兒童及家屬權責

【重點說明】

每一位兒童都具有獨特性，有著不同的需求、價值觀和信仰。故當病童就醫時，應該受到奠基在醫學倫理基礎下的妥適照護，此為病童基本的人權及權利。為保障病童就醫的人權及權利，醫院應以病童的觀點，明確訂定有關病童人權及權利的相關政策、規範，並公開倡導，讓病童及家屬能充份瞭解其人權及權利並參與醫療決策；同時也要教育員工理解及尊重病童的自主性和價值觀，提供維護病童尊嚴且周到的醫療服務。讓醫院、員工與病童及家屬共同營造一個重視病童就醫人權及權利的優質照護環境。本章重點如下：

1. 醫院應明訂維護病童人權及權利的政策或規範，並向病童及家屬及員工宣導、說明相關就醫人權及權利的內容。
2. 教育院內工作人員在執行醫療照護與服務時，應向病童及家屬充份說明、溝通，並隨時留意尊重及保護病童人權及權利。
3. 病童接受診療時，醫療照護團隊應向病童及家屬進行說明，特別是進行侵入性檢查或治療前，應提供書面說明以確保內容正確被瞭解，並取得家屬或法定代理人簽署完整的同意書。
4. 應鼓勵病童及其家屬參與醫療決策，工作人員以病童及家屬能理解之語言，解說病童的健康及醫療相關的資訊，如病童及家屬欲尋求其他醫療人員之意見時，醫院應主動協助。
5. 為維護及尊重病童的醫療照護權利，除了能主動為病童代言，醫院能對病童及家屬提供有關生命末期醫療抉擇的相關資訊，並制訂相關規範或標準作業程序，以利工作人員遵循。
6. 在醫療過程中應隨時注意維持病童隱私，如：檢查時應避免不必要的身體暴露；檢體採集及運送有適當的安排；就醫資料不論紙本、聲音、照片或電子等，均應尊重病童及家屬的意願予以保密。
7. 醫院可依病童及家屬需求提供適切的溝通服務，如：病童及家屬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 號字體以上之資料等」，以符合《身心障礙者權利公約》(CRPD)精神，協助新住民、外籍人士或原住民能夠溝通無障礙。

條號	條文	評量項目	委員共識
2.1.1	明訂維護病童人權及權利的政策或規範，並讓病童、家屬及員工瞭解、尊重其人權及權利	<p>目的：</p> <p>藉由明確的病童人權及權利政策之制訂與告知，讓病童及家屬與醫院互相尊重，營造一個對等、和諧的醫病關係。</p> <p>符合項目：</p> <p>1. 醫院秉持「病童為醫療的主體」之理念，為維護病童及家屬人權及權利，訂有相關政策或規範，並公告週知，包括：具體明列就醫病童的人權及權利內容，對住院病童應參考衛生福利部公告之「醫院住院須知參考範</p>	<p>1. 醫院應有相關規範，評鑑委員應尊重醫院的做法。</p> <p>2. 查核重點應在醫院對於有關保護兒童及家屬人權及權利及「善盡保密義務」的落實程度。</p> <p>3. 符合項目 2，評鑑委員可針對院內員工以訪談之方式來進行了</p>

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>例」制訂住院病童的人權、權利及義務等注意事項，並納入住院須知，以利向病童或家屬說明。</p> <p>2.員工瞭解病童人權及權利內容，並在工作中落實尊重。</p> <p>3.對強制住院與強制鑑定之病童的處置，需符合精神衛生法之規定。</p> <p>4.醫院有舉辦或員工參加病童人權及權利、醫療倫理與醫事法規等教育訓練活動。</p> <p>優良項目：</p> <p>1.定期稽核各項政策、規範的落實程度，並據以檢討、修訂、改善，並納入病童或家屬代表的意見。(試)</p> <p>2.能針對病童人權及權利、醫療倫理與醫事法令等臨床案例，進行主題或個案討論會。(試)</p> <p>3.能列舉出經研討後應用到醫療照護的實例。(試)</p> <p>4.評鑑效期內沒有衛生福利部醫事管理系統登錄之裁罰紀錄。(試)</p> <p>[註]</p> <p>1.住院病童之人權及權利內容的制訂，最少應包含：(1)住院期間應享有之人權及權利；(2)醫院於醫療前、醫療中對病童或家屬之說明義務及事項；(3)病童之同意權、拒絕權及隱私權之保障事項。</p> <p>2.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.檢視醫院病童人權及權利政策或規範。(符合)</p> <p>2.檢視醫院住院須知。(符合)</p> <p>3.查閱員工教育訓練活動紀錄。(符合)</p> <p>4.查閱政策、規範的檢討紀錄及落實度的稽核結果。(優良)</p> <p>5.查閱臨床案例討論會紀錄與訪談主管應用實例。(優良)</p> <p>6.檢視評鑑資料有無因倫理相關事項接受裁罰的紀錄。(優良)</p>	解。
2.1.2	應與病童及家屬	目的：	1.評鑑委員於實地評鑑時，詢問

條號	條文	評量項目	委員共識
	<p>溝通、適當說明病情、處置及治療方式，特別是實施侵入性檢查或治療時，應明訂作業規範並簽署同意書</p>	<p>透過醫療人員清楚完整的說明解釋，期望病童及家屬能瞭解其病情、處置及治療方式，在表達其接受的意願後，行使醫療同意權。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.說明內容應視情形包括下列事項： <ol style="list-style-type: none"> (1)醫療法第 81 條規定之事項。 (2)檢查或治療計畫的概要、預期效果及危險性。 (3)可能的替代方案或病童及家屬可另外徵詢第二種參考意見。 (4)侵入性檢查或治療之書面說明應包括：說明適應症、實施步驟、檢查或治療前、中、後注意事項及可能併發症等。 2.說明時應注意下列事項： <ol style="list-style-type: none"> (1)用詞及場所須顧及病童及家屬立場、感受及隱私。 (2)儘量使用病童易於理解之用詞，避免使用過多專業術語。 (3)輔以適當影片、圖片或書面資料，使病童及家屬易於理解。 (4)依特殊病童的需求，採用輔助說明方法，如筆談、寫字板、溝通板、人員陪同、聽障者手語翻譯、唇語服務等。 3.對於重要醫療照護事項的說明，除依法律特別規定者(如醫療法第 63 條及第 64 條)外，醫院應明訂負責說明者及其紀錄方式。如需對說明過程錄音或錄影，應先徵得醫病雙方之同意。 4.對於病童不能辨識或理解醫療法第 81 條規定之告知者，醫院應明訂確認或選擇接受告知者之流程。 5.醫院應依醫療法第 64 條規定，訂定院內侵入性檢查或治療項目之清單及簽具同意書之作業規範，並提供書面說明，若遇法定代理人或家屬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。 <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫療照護團隊能依規範落實執行，相關紀錄正確、完整。(試) 2.定期檢討修訂相關規範及步驟，確實改善。(試) 3.發展適齡兒童需求的溝通與說明方式，具特色、成效。(試) 	<p>對象宜以照護團隊、兒童(家屬)為主。</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.使用兒童及家屬可了解的語言及方式使兒童及家屬理解。 3.會談空間不一定需是獨立之專用空間，有可維護兒童隱私的空間即可(如單人房)。 4.向兒童及家屬說明病情及治療方式、特殊治療及處置之說明內容不一定要製作成說明書，亦得以多元的方式進行有效的溝通。 5.符合項目 1-(3)所提「第二種參考意見」，應為另一醫師之意見，另照會或轉介等亦認計。 6.符合項目 2-(4)，可檢視醫院是否訂有相關標準作業流程。 7.符合項目 5 所提「侵入性檢查或治療項目」，醫院應依照醫療法及醫院政策據以執行。

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 醫療法第 81 條：「醫療機構診治病人時，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人告知其病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應。」 2. 醫療法第 63 條：「醫療機構實施手術，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人說明手術原因、手術成功率或可能發生之併發症及危險，並經其同意，簽具手術同意書及麻醉同意書，始得為之。但情況緊急者，不在此限。 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。 第一項手術同意書及麻醉同意書格式，由中央主管機關定之。」 3. 醫療法第 64 條：「醫療機構實施中央主管機關規定之侵入性檢查或治療，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人說明，並經其同意，簽具同意書後，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。」 4. 有特殊需求的族群，如身心障礙者或新住民等，可依病童及家屬需求提供適切的溝通服務，如：病童及家屬慣用語言或外語之翻譯，聽障者手語翻譯、筆談、同步聽打、手寫板、18 號字體以上之資料等。 5. 優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 檢視執行侵入性檢查或治療之清單、作業規範、書面說明書與同意書。 (符合) 2. 輔助說明的特殊人員與相關教具清單。(符合) 3. 查閱及監測病歷紀錄。(優良) 4. 查閱規範及步驟修訂的紀錄。(優良) 	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>5.訪談主管有特色具成效的解說方式實例。(優良)</p>	
2.1.3	<p>向住院病童或家屬說明住院之必要性及診療計畫，並有措施協助及鼓勵其參與醫療照護之過程及決策</p>	<p>目的： 尊重住院病童及家屬知的權利，醫療團隊應提供並說明相關治療資訊，並讓其參與醫療決策討論，維護其醫療自主權。</p> <p>符合項目： 1.應向住院病童及家屬說明住院理由、病情及診療計畫，並於病歷中記載。 2.對接觸病童之工作人員，應教導有關提供病童診療資訊的意義、重要性、態度、方法及相關措施。 3.應於適當時機協助病童及家屬取得治療資訊及參與醫療決策討論，推動病童及家屬積極參與醫病共享決策(Shared Decision Making, SDM)，並建立醫病共識。 4.當病童及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。</p> <p>優良項目： 1.醫療照護團隊能依規範落實執行，有查核機制，並有紀錄及檢討。(試) 2.對於病童及家屬參與醫療照護過程及決策，有具體成效。(試) 3.落實推動醫病共享決策(Shared Decision Making, SDM)且有成效。(試)</p> <p>[註] 優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料： 1.查閱病歷紀錄。(符合) 2.查閱工作人員的教育紀錄。(符合) 3.訪談病童或家屬。(優良) 4.訪談主管查核機制及檢視紀錄。(優良) 5.具特色、成效的家屬參與方式實例。(優良) 6.病童及家屬積極參與醫療之政策及指引。(優良)</p>	<p>符合項目 4 所提「第二意見」，應為另一位兒童專科醫師之意見，且於病歷資料若有照會或轉介等亦認計。</p>

條號	條文	評量項目	委員共識
2.1.4	醫院能對病童及家屬提供有關生命末期醫療抉擇的相關資訊並予以尊重，以維護其權益	<p>目的：</p> <p>基於尊重病童接受醫療照護的自主權及醫療倫理規範，讓病童及家屬有機會參與末期醫療決策，達到尊嚴死亡與善終的目的。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.為尊重及維護病童接受醫療照護的自主權，針對生命末期的醫療抉擇，醫院有對病童及家屬提供相關的資訊並宣導，如：安寧緩和醫療、不施行心肺復甦術、維生醫療抉擇、器官捐贈等。 2.醫院針對醫師、護理及社工人員等，有舉辦或外派參與有關生命末期醫療抉擇的教育訓練。 <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.為尊重並執行病童生命末期醫療的意願，醫院訂有相關規範或標準作業程序，如：接受安寧緩和醫療、不施行心肺復甦術、不施行維生醫療、器官捐贈、撤回預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇等，落實執行並有紀錄，以維護病童醫療照護權利。(試) 2.對病童及家屬在面對生命醫療自主抉擇時，醫院有提供相關的諮詢服務，且有紀錄。(試) 3.推動預立醫療照護諮商(Advanced Care Planning)，醫療團隊與病童及家屬召開家庭或團隊會議，充分討論與決定生命末期的醫療照護方式。(試) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.參考「安寧緩和醫療條例」、「人體器官移植條例」及「生命末期病人臨終照護意願徵詢作業指引」辦理。 2.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.訪談工作人員宣導的方式。(符合) 2.查閱相關人員教育訓練的紀錄。(符合) 3.檢視相關規範或標準作業程序及執行紀錄。(優良) 	

條號	條文	評量項目	委員共識
		4.查閱諮詢服務紀錄。(優良)	
合	2.1.5 病童於門診及住院時之檢查、處置與檢體採集和運送，皆應保障其隱私及人權及權利	<p>目的： 醫療團隊人員在治療與照護過程中，能確保病童隱私。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.與病童及家屬進行溝通、病情說明、執行觸診診療行為及徵詢病童及家屬同意時，均應考量到環境及個人隱私之保護。 2.病童就診、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，應徵得病童及家屬同意，避免過度暴露，並依需要安排合適之醫事人員陪同，協助觀察病童及注意隱私之維護。 3.於診療過程中呼喚病童時，宜顧慮其人權、權利及尊嚴；候診區就診名單之公布，應尊重病童及家屬之意願，以不呈現全名為原則。對實(見)習學生在旁學習，應事先充分告知病童及家屬，若為教學醫院其教學門診應有明顯標示。 4.住院訂有探病及陪病之規範，床位配置及病室空間有顧及病童性別與隱私；在公開標示病童姓名前，亦有尊重病童或家屬意願的機制，並確實執行。 5.教學醫院之教學迴診，若有受訓學員在旁學習，應事先告知病童及家屬。 6.病童檢體(尿液、糞便等)之採集和運送，有考量病童之隱私。 <p>[註] 參考衛生福利部 104 年 1 月 30 日衛部醫字第 1041660364 號公告修正之「醫療機構醫療隱私維護規範」。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.實地檢視診間、檢查室與病房的环境及維護隱私的作法。 2.查閱探病及陪病的規範。 3.檢視公開病童姓名是否與病童及家屬意願一致。 	<ol style="list-style-type: none"> 1.徵詢「同意」方式不限形式，有可確認兒童或家屬「同意」之機制即符合(如於實地評鑑時，藉由詢問兒童或家屬確認是否知悉)。 2.查核重點應在醫院對於保護兒童隱私機制是否落實執行。

條號	條文	評量項目	委員共識
		4.實地檢視檢體之採集和運送過程。	

第 2 篇、醫療照護 第 2.2 章 醫療照護品質與安全管理

【重點說明】

醫療照護品質及病童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，不間斷醫療照護品質之精進，使醫療照護效率提升、更充分利用資源，並減少病童於醫療照護中所承受之風險。主管對品管及病安的重視為成功的首要條件，經由良好之全院醫療照護品質管理計畫，進而建立組織友善文化中對品質及病童安全的關注。利用各種資料分析及改善計畫，達成醫療品質的持續進步。本章重點如下：

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協助，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童友善文化。
2. 訂定出適當之醫療品質控制指標以保障病童安全：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，以保障病童安全。
3. 建立醫療品質及病童安全，並倡導組織友善文化：定期將醫療品管及病童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、病童安全及組織友善文化；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童安全，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。

條號	條文	評量項目	委員共識
2.2.1	醫院應訂定及推動全院醫療品質及病童安全計畫，並定期檢討改善	<p>目的： 藉由系統性的作為，建構全院醫療品質與病童安全管理機制。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 醫院應建立全院性病童安全制度，並擬定病童安全目標、任務及執行方針。 2. 醫院應設有委員會或相關組織，明確規定負責之組織架構、單位及人員的任務、責任及權限；對醫療異常或錯誤事件，有系統地收集與分析，並研擬系統性對策。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 查核重點應在醫院對於有關兒童病人安全的積極性作法之落實程度。 2. 品管業務係指全院品管(包含兒童病人安全)業務。

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>3.有專責人員依醫院監督或治理團隊、經營團隊擬定之關鍵議題與優先順序，協調、推動及執行全院醫療品質及病童安全計畫，並倡導友善文化，持續運作並定期檢討改善，且有紀錄。</p> <p>4.醫院應建置不以懲罰為原則的內部通報系統，鼓勵同仁自願通報，以提升醫療照護及作業環境之安全性。</p> <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.至少有 1 名醫管、醫品或病安等專業訓練者負責品管業務。(試) 2.依各類人員於醫品及病安之需求，提供教育訓練計畫與方案，並建立評估成效機制，確實執行及檢討改善。(試) 3.參與衛生福利部所委託建置之台灣病人安全通報系統(Taiwan Patient-safety Reporting System)，進行外部通報。(試) 4.上述作業規範與執行方針皆確實執行，且能依據實際執行狀況、病童安全相關規定、異常事件分析結果等，召開跨部門品管及病安討論會議，進行檢討改善。(試) 5.全體員工(行政與醫療部門之主管及醫師)積極參與醫療品質及病童安全持續改善活動。(試) 6.積極倡導友善文化並分析影響病童安全的要因，擬訂改善對策，確實執行及評核成效。(試) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.如為自總院分離另設立之兒童醫院，得與總院委員會一起運作，惟須討論兒童醫院議題，並有紀錄可查。 2.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.委員會章程。(符合) 2.委員會委員名單。(符合) 3.委員會會議紀錄。(符合) 	

條號	條文	評量項目	委員共識
		4.醫療品質、病童安全計畫評估及成效。(優良) 5.病童安全追蹤系統、作業規範。(優良) 6.相關醫療品質、病童安全改善報告。(優良)	
2.2.2	醫療照護團隊定期舉行照護品質相關會議，檢討改善實務運作，以提升醫療品質與病童安全	目的： 藉由醫療照護團隊定期溝通討論機制，檢討改善醫療品質與病童安全議題。 符合項目： 1.應定期舉辦醫療照護及品質、病安相關會議，如病例討論會、併發症及死亡病例討論會、跨科聯合討論會、委員會等。有會議紀錄並確實執行相關決議，相關決議或結論需追蹤落實。 2.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童安全、醫療品質議題，凝聚共識。 優良項目： 1.每次溝通能追蹤上次決議執行情形及改善成效，提出具體提升病童安全、醫療品質措施、方案，必要時提交醫院監督或治理團隊與經營團隊溝通會議，凝聚全院共識及執行策略，確實運用於臨床照護。(試) 2.依醫療照護團隊共識檢視及修正醫療照護指引、常規或技術手冊，使內容符合醫療品質、病童安全及醫療照護團隊需求，落實執行。(試) 3.有實際改善醫療品質及病童安全之具體成效。(試) [註] 1.醫院可將相關議題之會議合併進行，或藉由全院性之會議討論；而研討會可藉由院際合作舉行。 2.會議紀錄的形式由醫院決定，但內容應有所區分。 3.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 評量方法及建議佐證資料： 1.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	「定期」會議係指至少三個月開會一次。

條號	條文	評量項目	委員共識
		論會、跨科聯合討論會、委員會等會議紀錄。(符合) 2.決議執行情形及改善成效。(符合) 3.具體提升病童安全、醫療品質措施、方案、成效。(優良) 4.醫療照護指引、常規或技術手冊修訂紀錄。(優良)	
2.2.3	建立機制以檢討醫療倫理與法律相關之病例與主題，其運作良好	目的： 透過討論機制，落實醫療倫理與法律。 符合項目： 1.醫學倫理委員會或相關組織會議，應有討論醫療倫理或法律相關之病例與主題。 2.醫院應制定委員資格要求及訓練機制。(試) 3.定期舉行會議並有會議紀錄可查。 優良項目： 1.醫學倫理委員會會議內容，包括檢討院內實際臨床案例或人體試驗案件之討論等。(試) 2.檢討院內實際案例，並訂出醫療照護人員依循之倫理準則。(試) 3.對於院內病人照護產生的醫學倫理議題有諮詢功能。(試) [註] 1.評量重點：應討論院內病例，而非僅安排專家演講、上課。 2.如為自總院分離另設立之兒童醫院，得與總院委員會一起運作，惟須討論兒童醫院議題，並有紀錄可查。 3.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 評量方法及建議佐證資料： 1.醫學倫理委員會或相關組織會議紀錄。(符合) 2.醫學倫理委員會委員資格與訓練機制。(符合) 3.醫療照護人員倫理準則。(優良) 4.醫學倫理委員會諮詢紀錄。(優良)	1.「定期」會議係指至少三個月開會一次。 2.「醫學倫理委員會」之名稱係由醫院自行訂定。

條號	條文	評量項目	委員共識
2.2.4	應訂有醫療品質監測指標及病例資料年報、與醫療成果資料，並有統計、分析及檢討	<p>目的： 利用監測指標之收集、分析改善，早期發現問題，有效進行風險管理。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.以住院病童之出院摘要為基礎，進行主要項目編碼及輸入電腦。應確保施行編碼(Coding)正確，建立完整病例資料庫做為統計病童基本資料、手術件數、死亡數、疾病別、住院日數等年報統計表。 2.應訂定適當的醫療品質及病童安全指標，確實執行及評估。 <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.各次專科對其疾病別作追蹤並有紀錄，如：手術併發症、30天內手術死亡率及存活率。(試) 2.各科超期住院、再入院報表紀錄完整並有分析檢討。(試) 3.有正確的統計分析圖表：依診治結果製成分析圖表，包含死亡率、佔床率、平均住院天數、感染率(或密度)及疾病分類等年報表。(試) 4.有討論會討論各分析報告，並搭配管理及相關臨床業務指標分析，檢討施行成效並做成改善措施，確實執行及評估改善措施成效，醫療品質改善成果做全院性推展，並內化為醫院經常性措施。(試) 5.監測面向完整涵蓋病童就醫流程及醫品管理需求。監測數據有進行內外部比較，定期或適時分析成有用資訊，提供不同需求之主管、同仁擬訂決策、方案時參酌。(試) <p>[註]</p> <p>優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.病例資料統計。(符合) 2.醫療品質及病童安全指標。(符合) 3.超期住院、再入院報表。(優良) 4.評估改善措施成效紀錄。(優良) 	<ol style="list-style-type: none"> 1.本條文針對全院品管進行查核。 2.指標統計後之回饋，可由相關委員會開會之資料呈現進行查核。 3.相關臨床業務指標，由醫院自行界定並評估。

條號	條文	評量項目	委員共識
2.2.5	對於各種可能發生醫療不良事件之情境，訂定預防措施，並建立預警偵測的通報處理機制	<p>5.醫療品質改善成果發表紀錄。(優良)</p> <p>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。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.須訂定預防各種可能發生醫療不良事件之措施及建立因應對策，並確實執行。 2.建立符合院內的病童安全通報標準作業模式。 3.加強病童安全觀念的宣導，並對不同單位層級給予不同內容的繼續教育，以鼓勵異常事件通報。 4.訂有醫療不良事件之通報與處理機制，並有向上呈報的步驟。規範何時、何人說明醫療不良事件之處理、事故紀錄的內容及方式。 5.明訂夜間、假日等主治醫師不在現場時的處理方式。 6.醫院對醫療不良事件，有關懷病童及家屬之適當機制(含啟動時機與夜間、假日處理方式)。 <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.對於嚴重度或發生率較高的醫療不良事件進行分析檢討，根據分析結果提出可行之改善措施。(試) 2.運用通報資料分析結果，提出改善的行動計畫，採取適當的預防及改善措施。(試) 3.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) 4.醫療不良事件檢討有具體病童安全促進或醫療品質提升價值，並能適時發表成果，以利參循。(試) 5.重大醫療事故之根本原因分析結果，應與院內病人安全通報系統之資料進行比對檢討，用以強化院內病人安全之預警偵測機制。(試) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.異常事件嚴重程度評估(Severity Assessment Code, SAC)：依據事件嚴重 	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>度及事件再發頻率為軸呈現之風險矩陣，以作為風險分級之用，共分成4級，可協助規範面臨事件發生後之事件處理的優先順序。</p> <p>2.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫療不良事件處理辦法。(符合) 2.病童安全通報標準作業流程。(符合) 3.重大異常事件分析檢討改善成果。(優良) 4.異常事件員工教育及成果發表紀錄。(優良) 5.關懷病童及家屬之適當機制。(符合) 	

第 2 篇、醫療照護 第 2.3 章 醫療照護之執行與評估

【重點說明】

醫療機構最重要的目的為提供病童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，動態評估病童對照護計畫的反應，如有需要應隨時修正計畫。醫院對於病童所提供之醫療照護為整體醫療照護的一個環節，完成階段性醫療照護後，應考慮病童之病情，安排持續性照護服務。如此不僅能有效的使用醫療資源，並能提供病童所需之照護且改善病童之健康狀態。本章重點如下：

1. 明訂醫療照護團隊人員權責，並有良好的團隊運作以提供病童醫療照護。
2. 醫療照護團隊成員應將病童評估及訂定出之醫療照護計畫，詳細記載於病歷中，以使病童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. 依病情之需要，適切照會相關之醫療照護團隊，各種領域間有良好的協調及溝通，以達高水準之醫療照護。
5. 病童轉出至其他單位時，應提供醫療照護摘要，以達持續性照護之目的。
6. 應協助病童實施適切之轉診，轉診之安排應考量病童安全，留意轉診過程中必要醫療照護之安排。病童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童出院準備及後續照護計畫，包含提供出院病童適當之用藥指導、營養指導、復健指導、回診預約與出院摘要等資訊，醫院亦應與後續照護服務之單位建立連繫及合作關係，確保病童獲得適切之後續照護。
8. 醫院應適當提供居家照護服務，透過機制掌握服務執行情形，在病例檢討會評估、檢討及改善居家照護服務模式或內容。
9. 醫院應提供適合病童與家庭需求的安寧緩和醫療照護服務，建立規範和擁有熟悉病童與家庭的專業人員，並提供繼續教育。

條文		條號	評量項目	委員共識
合	2.3.1	住院病童應由主治醫師負責照護，並讓病童及家屬知悉	<p>目的： 主治醫師主導住院病童醫療照護計畫，病童病情有變化時，能即時獲得適當處置。</p> <p>符合項目： 1. 住院病童應由主治醫師負責照護並讓病童及家屬知悉其主治醫師。 2. 若主治醫師不在時，有明確規定代理機制及排定代理人員名單。 3. 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。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p>	符合項目 2 所提「主治醫師不在時」係指任何時候不在院之情況，非單指請假。

條文	條號	評量項目	委員共識
		<ol style="list-style-type: none"> 1.醫師職務說明書。 2.職務代理辦法。 3.病歷紀錄。 4.醫師值班表。 	
2.3.2	<p>住院、急診病歷應詳實記載病況變化、治療方式及其治療依據說明等，以供事後檢討</p>	<p>目的： 醫療照護團隊成員詳實記載之病歷，使病童照護相關資訊能正確傳遞。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.入院紀錄應完整詳實，且包含主訴、病史、身體診察、實驗室檢查、臆斷與診療計畫(plan to do)等。 2.入院紀錄應包含病童之家族史、出生史、生長發展史、疫苗接種及過去病史等。 3.主治醫師需親自診察評估病情，視病情修訂診療計畫，並有紀錄。 4.病程紀錄能適當的反應病況變化。 <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.病歷記載能顯示達成診斷及實施處置之合理思考邏輯，且應適時、適當呈現特殊檢查、檢查方法、檢驗、處置之理由及影像診斷報告的臨床評估。(試) 2.有定期的診療摘要紀錄或交班摘要。(試) 3.個案討論結果應記錄於病童診療紀錄內；當病童需要轉科或轉院時，應將討論結果妥善轉予相關科別或醫院。(試) 4.病歷紀錄品質有檢討改善，並有具體成效。(試) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.診療計畫(plan to do)不需為獨立單張，亦未規定須由兒童及家屬簽名。 2.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.病歷寫作規範。(符合) 	<p>查核重點應為：每日診視診治後之相關紀錄。</p>

條文	條號	條號	評量項目	委員共識
			2.紙本或電子病歷。(符合/優良) 3.病歷紀錄品質改善檢討的相關資料。(優良)	
合	2.3.3	每日應有醫師迴診並適當回應病童之病情陳述，紀錄詳實	目的： 藉由醫師每日之迴診及紀錄，了解病童病況之變化以調整診療計畫。 符合項目： 1.每日均有醫師迴診，並訂有假日查房迴診辦法。 2.每日病程紀錄應有主治醫師簽章，如有增刪，應於增刪處簽名或蓋章及註明年、月、日。 3.全面或部分實施電子病歷之醫院，相關主治醫師複簽、修改紀錄、簽名應能確認其不可否認性。 4.如病童病況有變化或提出相關反應，應予充分陳述及說明並適時調整診療計畫，詳實記錄。 評量方法及建議佐證資料： 1.醫師假日迴診之規定。 2.紙本或電子病歷。 3.電子病歷歷史修改紀錄。	1.符合項目 1 所提「醫師」非單指「主治醫師」。 2.本條文以 progress note 上之記錄及訪談兒童或家屬醫師查房情形為主。
合	2.3.4	醫療照護團隊人員應了解病童問題，並讓接班人員知悉；如有轉出至其他單位時，應製作照護摘要或交班紀錄，以達持續性照護	目的： 病童主要醫療照護人員確實交接班，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童問題所在，且能清楚交班，使接班醫療照護團隊人員亦能瞭解病童問題。 3.訂有轉換單位之作業流程，轉換科別或照護團隊時，轉出單位醫療照護團隊應製作照護摘要或交班紀錄，以供後續照護單位提供持續性病童照護。	1.«交班»至少包括«醫師對醫師»、「護理人員對護理人員»之交班，惟二者交班內容不可相互矛盾，並加強病童辨識。 2.符合項目 3 係查核醫院對於轉換單位之作業流程的落實程度。 3.為確保病童安全，醫院應依病童病況分級訂定轉運規範，依其規範據以查核。

條文	條號	評量項目	委員共識
		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.病童轉運作業規範。	
	2.3.5	因應病童狀況提供適切可行的護理照護計畫，過程完整，並有適時修正 目的： 護理人員能呈現應用護理專業，改善病童健康問題。 符合項目： 1.能依病童狀況，提供適切的護理照護計畫。 2.在護理過程中至少可看出評估、計畫及措施的提供，並有紀錄。 優良項目： 1.護理照護計畫有依病童狀況與需求，適時調整，具有個別性。(試) 2.護理過程完整，有評估、計畫、措施及評值，且紀錄完整。(試) 3.護理紀錄品質有檢討改善，並能減輕護理人員不必要之文書作業。(試) [註] 1.可聽取事例評估或實地訪視病童及家屬。 2.可訪談護理人員，並由病童及家屬處印證實際執行成效。 3.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 評量方法及建議佐證資料： 1.護理紀錄。(符合/優良) 2.護理紀錄品質的檢討改善結果。(優良) 3.護理紀錄書寫規範。(符合/優良)	1.優良項目 2 所提「評值」，針對措施或目標皆可。 2.優良項目 3，醫院提出該期間內護理人員紀錄簡化之作為，且將相關佐證予評鑑委員參考。
重 合	2.3.6	適當的護病比 目的： 規範護理人員的照護負荷，維護病童照護品質。 符合項目： 1.應符合醫療機構設置標準，且白班平均護病比不得高於 7 人。	1.有關本項基準查證方式包含： (1)醫院填報醫院評鑑補充資料表數據。 (2)實地評鑑當日抽查之急性

條文	條號	評量項目	委員共識
			<p>一般病房全日護病比。</p> <p>2.有關於醫院填報之補充資料表「三、全院全日三班護病比」： (1)表一「112 年全院急性一般病床各月份全日護病比」，委員將以「平均值」進行判定是否符合。 (2)表二「113 年實地評鑑前急性一般病房各單位全日護病比」，委員將依上述標準，以本表之「總計值」進行判定是否符合。</p> <p>3.有關「實地評鑑當日各急性一般病房全日護病比」抽查方式，至少抽查全院 30%以上的急性一般病房。抽查結果採所有病房之平均數判定是否符合。</p> <p>4.上述之表一、表二及實地評鑑抽查之結果均符合，即視為符合。</p>
2.3.7	醫囑之記載與確認應有標準作業，以確保醫囑安全執行	<p>目的： 醫囑開立至執行之流程，能兼顧正確、安全及時效性。</p> <p>符合項目： 1.應明確訂定醫師確認醫囑的具體步驟及醫療照護團隊針對醫囑溝通之機制。 2.醫療照護團隊人員應落實執行醫囑確認步驟。醫囑變更或修正時有因應及確認步驟並有評估。對醫囑有疑慮時，除與醫師溝通外，必要時有由醫療照護團隊及主管共同確認之機制，以維護病童安全。</p>	

條文	條號	評量項目	委員共識
		<p>3.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。</p> <p>4.醫囑應適時重整及更新。</p> <p>5.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。</p> <p>優良項目：</p> <p>1.應明確訂定口頭(含電話)醫囑的範圍及處理方式，於當班完成醫囑記述，並於病歷詳實記載溝通內容及執行情形，由醫師簽名或蓋章以示負責。 (試)</p> <p>2.對於容易發生錯誤之醫囑，應訂有預防措施，包括醫療名詞縮寫規範。 (試)</p> <p>3.定期檢討作業程序，確實檢討改進醫囑異常事件並有效處置不良反應。 (試)</p> <p>[註]</p> <p>優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.病歷(醫囑)書寫規範。(符合)</p> <p>2.護理給藥標準作業流程。(符合)</p> <p>3.口頭醫囑作業流程。(符合/優良)</p> <p>4.紙本或電子病歷。(符合/優良)</p> <p>5.處方醫令系統自動稽核防錯機制範例。(優良)</p> <p>6.高警訊藥物防錯範例。(優良)</p> <p>7.醫囑異常事件通報、檢討及改善報告。(優良)</p>	委員共識
2.3.8	依病情之需要，適切照會相關之醫療照護團隊	<p>目的：</p> <p>有良好之會診，以整合各專業領域人員服務。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.明訂會診作業規範。</p>	係指一般病房會診。

條文	條號	評量項目	委員共識
		<p>2.於作業規範時間內完成會診。</p> <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.會診具時效性。(試) 2.會診結果能適切解決病童的問題。(試) 3.會診結果及品質有檢討機制並據以改善。(試) 4.病情複雜或不明確時，適時召開團隊會診或整合照護會議，並鼓勵病童及家屬參與決策過程。(試) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.會診具時效性係指： <ol style="list-style-type: none"> (1)緊急會診須於2小時內訪視病童。 (2)一般會診須於1個工作日內完成。 (3)營養師會診須於2個工作日內完成。 2.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.住院病童醫療會診作業規範。(符合) 2.會診通知單及回覆單。(符合) 3.逾期會診率。(優良) 4.會診品質檢討改善會議紀錄。(優良) 5.治療小組或整合照護會議紀錄。(優良) 	
2.3.9	依據病童病情評估結果訂定復健計畫，給予適切之復健治療及訓練	<p>目的：</p> <p>提供多元整合之復健治療服務，協助病童恢復身體及社會功能。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.訂有復健科病童復健治療作業規範。 2.依規範執行會診、評估、制訂復健治療計畫，適切轉介相關專業，如：物理治療、職能治療、語言治療、心理治療，並向病童及家屬說明。 3.應依計畫類別提供適當輔具。 	復健計畫需呈現於團隊照護之紀錄。

條文	條號	評量項目	委員共識
		<p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.復健團隊應對病童施行功能評估(包含不同疾病、種類的復健計畫),據以設定個別化訓練目標及計畫,再依功能恢復情形及訓練進度,適時執行評估,並記錄於病歷中,具體呈現病童復健進展。(試) 2.相關治療師能主動配合床邊復健計畫實施病童之床邊復健。(試) 3.個案復健治療團隊與醫療照護團隊定期討論,視需要設定具體方案及改善方向。(試) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.復健治療團隊包含醫師及復健治療相關人員。 2.應將復健診療紀錄、訓練紀錄與定期/不定期評估一併管理,但定期將必要的資料加入診療紀錄亦可。 3.優良項目列為試評項目,評量結果不納入評鑑成績計算。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.病童復健治療作業規範。(符合) 2.病童復健治療會診單及紀錄單。(符合) 3.疾病別復健治療評估及輔具評估表單。(符合/優良) 4.復健個案討論或整合照護會議紀錄。(優良) 	
2.3.10	對病童及家屬提供身體、心理、社會及靈性的照護及支持措施	<p>目的：</p> <p>評估病童及家屬身、心、社會及靈性之需求,提供適切的照護及支持措施。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.對於病童能提供基本的身體護理(如：無異味等)。 2.對病童及家屬能提供適當的心理、社會及靈性的支持措施。 3.醫院內有癌末、臨終的病童,應評估對此等病童之心理支持措施,並尊重病童及家屬自主決定。 <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.照護人員能指導或協助家屬對自我照顧困難之病童執行基本的身體護 	

條文	條號	評量項目	委員共識
		<p>理，且能顧及病童的舒適及尊嚴。(試)</p> <p>2.設有固定服務之社工、志工或宗教師，可提供主動訪視、支持或諮詢服務。(試)</p> <p>3.對癌症、重症、疑難及罕見疾病等病童有專責人員負責規劃、執行病童友善醫療之作為及設施，並有具體成果。(試)</p> <p>[註]</p> <p>1.身體護理係指身體的清潔、排泄照護、舒適護理、協助進食、睡眠的適切照顧。</p> <p>2.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.對病童提供身體、心理、社會、靈性及友善醫療的照護相關作業規範。(符合)</p> <p>2.抽查相關病歷紀錄。(符合)</p> <p>3.社工師、志工或宗教師訪視紀錄。(優良)</p> <p>4.身心靈需要評估、照顧紀錄或輔導計畫單。(優良)</p> <p>5.個案討論會議紀錄。(優良)</p>	
2.3.11	訂有病童行動限制(隔離、約束)之作業常規並執行適當	<p>目的：</p> <p>施行病童適當的隔離、約束，並確保安全。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.應依年齡不同訂定實施病童行動限制的作業常規及應用標準，並於醫療上有必要時，經醫療團隊討論行動限制，並有醫囑及紀錄。</p> <p>2.住院時或執行前，應以書面告知住院中可能會限制行動，並取得家屬的同意書；執行時，再次向病童及家屬解說清楚，並有紀錄。</p> <p>3.醫療照護團隊應依病童行動限制作業常規執行約束並適時檢討，視情況解除行動限制。</p> <p>優良項目：</p>	符合項目 1 所提作業常規及應用標準」係由醫院依據兒童的年齡與特性自行規範。

條文	條號	評量項目	委員共識
		<p>1.執行時確認病童及家屬充分了解行動限制的必要性,使其感受獲得尊重,且有詳實完整之紀錄。(試)</p> <p>2.醫囑及執行紀錄中應明確記述限制行動的必要性、形式、持續時間、注意事項等,行動限制方式應安全、適當,並定期檢討。(試)</p> <p>3.定期檢討改善行動限制的作業常規及應用標準,且有具體成效。(試)</p> <p>[註]</p> <p>1.行動限制包含隔離、約束;惟不含「感染管制之隔離」。</p> <p>2.行動限制的作業常規須包括:不影響病童的安全下,依照病童病情,定時探視行動限制中的病童(一般病房有人陪伴者至少1小時探視1次,無人在旁陪伴者至少每30分鐘探視1次),並能提供病童生理需求、注意呼吸及肢體循環並防範意外事件發生,有紀錄可查;每班至少有一次行動限制相關紀錄,有異常狀況時須隨時記錄。</p> <p>3.緊急狀況時,得先執行並儘速向家屬解說清楚取得同意書。</p> <p>4.家屬泛指家長、法定監護人、配偶、親屬及關係人。</p> <p>5.優良項目列為試評項目,評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料:</p> <p>1.病童行動限制相關作業規範。(符合)</p> <p>2.約束說明書、約束同意書、隔離說明書、隔離同意書。(符合)</p> <p>3.醫囑及執行、檢討紀錄。(符合/優良)</p> <p>4.行動限制品質討論會議紀錄。(優良)</p>	
2.3.12	評估病童營養狀態,適切給予營養及飲食指導	<p>目的:</p> <p>評估病童營養狀態,適切給予營養及飲食指導。</p> <p>符合項目:</p> <p>1.訂定營養篩檢、飲食指導等照會流程與機制。</p> <p>2.營養師依據營養評估之結果,予以個案營養診斷後,施予適切之營養支持、營養教育、飲食指導等,且有具體紀錄。</p>	

條文	條號	評量項目	委員共識
		<p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.營養照護紀錄完整，並可與醫療團隊其他成員參考討論，據以共同擬定照護計畫。(試) 2.設有營養諮詢門診者，應有適當場所、必要之教具(如：食物模型或圖鑑、各類量匙量杯等容器)及設備(如：體重計、體組成分析儀等)。(試) 3.依特殊病童(如罕見疾病、兒童糖尿病等)需求提供營養建議及飲食指導。(試) 4.對於提供之營養服務應有評估機制及統計。(試) 5.對於接受治療餐之病童，能檢討其遵從用膳情形或指導其正確自備膳食，並有提升營養照護品質策略。(試) 6.住院病童體重小於第三百分位者或大於第九十七百分位者，且合併有進食問題者，皆有營養師會診。(試) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.照會流程及機制指由醫護人員初步營養篩選，對無法進食或體重下降等營養不良高風險病童、特殊飲食需飲食指導或營養介入者，轉介營養師進行營養評估。 2.營養照會應於2個工作日內完成，確保時效。 3.營養衛教及飲食指導對象涵蓋病童及家屬；指導吞嚥、功能障礙病童進食，可視需要與治療師(如：語言治療師或職能治療師等)共同協助進食操作及器具處理指導。 4.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.營養照護相關作業規範。(符合) 2.營養照會單及病歷紀錄。(符合) 3.營養相關團隊整合照護或個案討論會議紀錄。(優良) 4.諮詢門診設備/門診營養指導紀錄/營養服務評估及統計報表。(優良) 	

條文	條號	評量項目	委員共識
	2.3.13 醫院有提供適當之新生兒及嬰兒哺育服務	<p>5.營養照護相關品質改善會議紀錄。(優良)</p> <p>目的： 醫院應視需要提供適當之新生兒及嬰兒哺育服務，給予適當營養。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.新生兒及嬰兒應優先鼓勵哺育母乳，且新生兒及嬰兒單位內有顧及哺乳親餵的需求，並兼顧母親隱私。 2.哺餵母乳的新生兒有醫療需求須添加水分及母乳代用品者，須以非奶瓶、奶嘴方式(如杯餵、滴管、空針或湯匙等)餵食。 3.使用嬰兒配方餵食者，應依照下列規範： <ol style="list-style-type: none"> (1)有調奶標準作業流程。 (2)有特定調奶檯面，並符合感染管制要求。 (3)調奶後，奶瓶有標示嬰兒身分辨識資料與泡製日期時間。若沒有立即餵食，有適當存放地點與方式。 (4)奶瓶使用後有適當清潔消毒。 <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有母乳存放管理機制。(試) 2.設有嬰兒配方調奶專屬獨立空間，並有冰箱以及溫度監控紀錄。(試) 3.有特定負責調奶人員，且接受過調奶及感染管制相關課程。(試) 4.定期進行調奶器具檢測作業。(試) <p>[註] 優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.母乳存放管理機制。(符合/優良) 2.調奶準備標準作業流程。(符合) 3.調奶器具檢測資料。(優良) 	
合	2.3.14 提供病童及家屬	目的：	

條文	條號	評量項目	委員共識
	適當之衛教資料與指導	<p>提供適當衛教，提高病童及家屬之照護能力。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫療照護團隊依病童及家屬需要提供衛教單張及資料。 2.視病童及家屬需要提供個別或團體衛教。 3.適時更新衛教指導內容，且能評估成效。 <p>[註]</p> <p>衛教資料可包括：健康促進、疾病照護、自我照護等議題。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.各單位衛教資料(含衛教教具及單張)。 2.衛教活動紀錄。 	
2.3.15	明訂院內突發危急病童急救措施，且應落實執行	<p>目的：</p> <p>確保院內所有區域有突發危急病童時，皆能及時接受適切處置。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.明訂院內突發危急病童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.急救設備及藥品應符合不同年齡病童之需求，及備有病童急救藥品劑量換算表，並有明確管理規範，確保功能、供應、效期，並能正確操作。 4.每年至少舉辦一次以上醫療團隊之急救演練，且有紀錄及檢討措施。 <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫療團隊之急救處理正確熟練。(試) 2.針對院內急救事件能定期檢討改善並確實執行，改善成效良好。(試) 3.藥師定期檢查及更新急救車藥品並有紀錄。(試) 4.訂有困難呼吸道插管處置流程。(試) <p>[註]</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.評鑑委員實地訪談內容包含「不預期心跳停止」之因應方式。 2.若醫院急救車採「上鎖」管理，其「鎖」的使用應是遇緊急狀況時，可立即破壞打開使用為原則，以免延誤急救時效。 3.院內急救車之藥品及物品擺放位置應一致，以利新進人員及支援同仁儘快熟悉藥品位置。 4.急救車內之藥品應以急救藥物為原則，勿放置常備藥品。

條文	條號	評量項目	委員共識
		<p>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。</p> <p>2.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.院內突發危急病童急救措施之標準作業程序。(符合)</p> <p>2.急救車管理規範。(符合)</p> <p>3.急救車點班紀錄。(符合)</p> <p>4.急救演練紀錄。(符合)</p> <p>5.急救事件檢討改善會議紀錄。(優良)</p> <p>6.藥劑科查核急救車藥品紀錄。(優良)</p>	
2.3.16	<p>實施適切之轉診(介)服務，並與院外機構建立良好合作關係</p>	<p>目的：</p> <p>協助病童適切安全之轉診，達到持續性照護目標。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.與院外機構建立適切的合作機制，並訂有轉診(介)作業流程。</p> <p>2.院內有專責人員或單位負責該項工作。</p> <p>3.轉診(介)紀錄完整。</p> <p>優良項目：</p> <p>1.對轉診(介)病童應適當追蹤其病況或回覆紀錄。(試)</p> <p>2.針對轉診(介)之時效、適當性，有定期進行統計分析。(試)</p> <p>3.對轉診(介)之異常或特殊狀況，有進行分析、檢討與改善。(試)</p> <p>4.與院外機構之合作關係，有檢討機制，並落實執行，成效良好。(試)</p> <p>5.有提供原轉診醫師瞭解病童相關病況之機制。(試)</p> <p>[註]</p> <p>1.轉診作業相關流程須符合醫療法施行細則第50-52條規定。</p> <p>2.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p>	

條文	條號	評量項目	委員共識
		<p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.轉診(介)作業流程。(符合) 2.轉診(介)紀錄。(符合) 3.轉診(介)服務的統計分析結果。(優良) 4.轉診(介)異常或特殊狀況分析、檢討與改善報告。(優良) 5.與院外合作機構溝通的檢討紀錄。(優良) 6.原轉診醫師瞭解病況之機制。(優良) 	
2.3.17	<p>醫療照護團隊應依病童需求，提供適切、完整的出院照護計畫與指導，並有紀錄</p>	<p>目的： 醫療照護團隊共同擬訂與執行病童出院計畫，確保病童順利轉院或返家。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院應明訂出院照護計畫流程，並依病童需求，由醫療照護團隊共同參與擬訂出院照護計畫，並有紀錄。 2.出院照護計畫至少應包括與疾病相關之計畫及指導(如：營養、復健、用藥、後續門診追蹤、緊急就醫之醫療資源與途徑等資訊)，並能以書面資料提供給病童及家屬。 3.依病童需求，協助提供社區相關資源或轉介並有追蹤。 4.醫院應針對相關職類人員進行出院照護計畫之教育訓練，並有紀錄。 <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.設有出院照護計畫委員會或類似機制，定期開會，檢討、修訂出院照護計畫架構、流程等，並能具體解決問題，且紀錄完整。(試) 2.定期召開跨領域團隊個案討論會，檢討特殊需求病童及家屬之出院照護計畫，並有紀錄。(試) 3.提供之出院照護計畫適切、完整，有評估品質及成效且有紀錄。(試) 4.設有病童出院後諮詢服務窗口，由適合之專業人員提供服務並有紀錄。(試) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.出院照護計畫係指出院準備計畫或出院準備服務，應能評估病童長期性 	

條文	條號	評量項目	委員共識
		<p>問題。</p> <p>2.醫院應對住院病童提供出院準備計畫，若病童為特殊需求兒童及青少年時，應依據身心障礙者權益保障法第 23 條之規定，為住院之特殊需求兒童及青少年提供出院準備計畫。</p> <p>身心障礙者權益保障法第 23 條內容： 「醫院應為身心障礙者設置服務窗口，提供溝通服務或其他有助於就醫之相關服務。</p> <p>醫院應為住院之身心障礙者提供出院準備計畫；出院準備計畫應包括下列事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> (1)居家照護建議。 (2)復健治療建議。 (3)社區醫療資源轉介服務。 (4)居家環境改善建議。 (5)輔具評估及使用建議。 (6)轉銜服務。 (7)生活重建服務建議。 (8)心理諮商服務建議。 (9)其他出院準備相關事宜。」 <p>3.醫院應提供相關保險及社會資源相關資訊或告知院內相關專責部門聯繫方式。</p> <p>4.社區資源係指未來可支援的醫院或居家服務等之連繫合作、照護保險、社會資源的申請手續、諮商業務等。</p> <p>5.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.出院照護計畫委員會(小組)會議紀錄。(優良) 2.出院照護計畫流程。(符合) 	

條文	條號	評量項目	委員共識
		3.病童出院照護計畫。(符合) 4.相關職類人員出席出院照護計畫之教育訓練紀錄。(符合) 5.跨領域團隊個案討論會會議紀錄。(優良) 6.出院病童諮詢服務紀錄。(優良)	
2.3.18	適當的病童安寧緩和醫療照護服務	<p>目的：</p> <p>病童安寧緩和醫療照顧要有適當經驗之專業人員，提供多元、好品質的安寧照護服務。讓因疾病而生命受威脅(Life-threatening illness)的病童，能得到適切的照護，其照顧方式為主動積極的關懷，且注重整體性，涵括生理、心理、社會與靈性等層次；提升病童的生活品質，且為家屬提供支持。同時尊重臨終病童及家屬意願，給與適當醫療與善終照護。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.明訂病童、新生兒在臨終前、後之照護規範，尊重臨終病童及其家屬意願，並主動提供家屬協助，包含善終、死亡準備及遺體護理等。 2.有安寧緩和醫療之專業人員可供照會。 3.專業人員有參與院內開設或院外舉辦的病童安寧緩和醫療相關繼續教育課程。 <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有病童安寧緩和醫療照護之專責專業人員可供照會。(試) 2.有舉辦病童安寧緩和醫療個案討論會。(試) 3.院內有開設專門的病童安寧緩和醫療繼續教育課程，每年超過四小時(含)以上。(試) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.可與總院共用安寧緩和醫療共同照護機制。 2.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.病童臨終照護規範。(符合) 	優良項目1「專責專業人員」係指有接受兒童安寧緩和醫療照護相關訓練即可。

條文	條號	評量項目	委員共識
		2. 新生兒臨終照護規範。(符合) 3. 安寧緩和醫療專業人員名單。(符合/優良) 4. 病童安寧緩和醫療繼續教育課程清單。(符合/優良) 5. 病童安寧緩和醫療個案討論會會議紀錄。(優良)	

第 2 篇、醫療照護 第 2.4 章 特殊照護服務

【重點說明】

在醫療中有許多高危險情境(如：急診、加護病房中)，病童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。醫院對高危險病童之照護應有特殊之規範，以提供完整、一致、安全的醫療照護。本章重點如下：

- 1.急診及加護病房之病童，均為危急之病情，病童之醫療照護執行與評估均應有特殊之要求。醫院對設備器材及醫療照護執行人員之人力、資格、訓練均應符合規定。
- 2.兒童青少年心理衛生與特殊治療業務照護應有合宜的專業人員與作業程序，提供完善的照護與治療。
- 3.建立以病童家庭為中心的早期療育模式，由完整的專業團隊提供評估與照護。
- 4.兒童透析照護及兒童呼吸照護應由適當的醫療照護團隊提供，且應有合格設施設備，建立維護管理機制並確實執行，以建置安全的照護環境。
- 5.特殊病童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，亦應設定醫療及病童照護品質指標或目標，確保病童權益。

條號	條文	評量項目	委員共識
2.4.1	適當之兒童急診人力配置及訓練	<p>目的： 依作業量配置具特定資格及能力之兒童急診醫護人員，提供兒童急診醫療服務。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.組織設有獨立之兒童急診部門，部門主管為專責且具兒科專科醫師資格。 2.兒童急診部門應配置足夠之兒科醫師及護理人員，24 小時在急診室值班，且每班至少 1 名護理人員。 3.兒童急診醫師應具有效期內之 APLS、PALS 或 NRP 證書；護理人員皆具有 BLS 訓練且合格，且 50%以上急診醫護人員具有 APLS、PALS 或 NRP 證書。 <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.兒童急診部門有至少 5 名兒科專科醫師有執業登記，且 75%以上具有接受兒童急診次專科訓練證明，24 小時皆有兒科專科醫師在急診室值班。(試) 2.每天 24 小時有 1 名兒童相關外科專科醫師或資深住院醫師提供照會服 	<ol style="list-style-type: none"> 1.「專科醫師」係指領有部定兒科專科醫師證書者，非僅指具急診專科之醫師。 2.「資深住院醫師」係指獨立執行急診業務之住院醫師需 R3(含)以上。 3.優良項目 2，「具兒童急診次專科訓練證明」即可。

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>務。(試)</p> <p>3.兒童急診護理人員應有 75%以上具有 APLS、PALS 或 NRP 證書。(試)</p> <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.專責係指執業登記於該院之專科醫師，每週至多 3 個半天可作其他醫療業務或手術，其餘時間皆負責急診業務。 2.兒童醫院急診部門之環境、空間、設施與設備得與總院共用。 3.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.兒童急診主治醫師清冊。(符合/優良) 2.兒童急診主治醫師、住院醫師、護理人員值班表、兒童相關外科醫師會診輪值表(符合/優良) 3.兒童急診主治醫師、住院醫師、護理人員之 APLS、PALS 或 NRP 有效證明。(符合/優良) 	
2.4.2	兒童急診應有完備之設施、設備、儀器、機器，並確實執行保養管理及清潔管理	<p>目的：</p> <p>兒童急診配置適當之設施、設備及儀器，並有完善管理機制，確保其功能正常，維護照護品質。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.兒童急診診療應有獨立空間，並有獨立的病童檢傷地點與標示。 2.具備符合不同年齡層施行心肺復甦術或相當處置所需之設備、儀器(氣管內管、甦醒球、輸液、輸血及給藥之準備、兒童電擊去顫器、骨內穿刺針、靜脈注射輔助儀器(如蛇燈)等)，且經常備妥於確實可用狀態。 3.應有部門或單位負責急診之設施、設備、儀器、機器之保養、檢查及安全管理，並訂有規範，落實執行，有紀錄可查。 4.明訂保養、檢查的排程，並有紀錄。 5.設置異常管理手冊，以因應儀器設備如發生故障時之作業流程。 <p>優良項目：</p>	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>1.對兒少保護醫療對象(已知或疑似有兒少虐待性侵情事者)可提供適當空間，以維護病童隱私。(試)</p> <p>[註]</p> <p>優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫療儀器、設備清單。(符合) 2.醫療儀器、設備、機器負責人名單。(符合) 3.醫療儀器、設備保養作業標準及查檢紀錄。(符合) 4.醫療儀器、設備故障異常管理之作業流程及維修紀錄。(符合) 	
2.4.3	提供兒童急診醫療與急救處置能力	<p>目的：</p> <p>訂有符合兒童急診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童，提供特殊服務。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.依醫院定位訂有兒童急診就醫準則與緊急處置流程，提供緊急檢查、診斷、住院、手術等急救的醫療處置能力。 2.訂有轉診作業流程或規範，主動提供兒童急診轉診聯繫管道。 3.對於急診就醫個案，知其有疑似兒童與少年虐待及疏忽、性侵害犯罪情事者，應依訂定之處理作業準則處理，並依法通報。 4.轉出時應提供轉診病歷摘要。 <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.針對緊急處置流程應定期檢討評估機制。(試) 2.可完成病童緊急檢查及報告、住院、手術等相關緊急處置作業。(試) 3.對特殊病童訂有處理流程，並提供社工諮商和轉介服務。(試) 4.轉送病童過程皆有評估紀錄，必要時有醫師指導救護人員，執行緊急醫療救護行為。(試) 5.定期檢討評估，訂有改善方案，且具成效。(試) 	實地訪查將參考瀕臨死亡案例之作業流程及結果分析。

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫療法第 60 條相關內容摘錄：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。 2.醫療法第 73 條相關內容摘錄：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。 3.應依兒童及少年福利與權益保障法第 53 條、性侵害犯罪防治法第 8 條、家庭暴力防治法第 50 條規定辦理。 4.兒童急診相關會議得與總院一起運作，但須討論兒童醫院議題，並有紀錄可查。 5.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.兒童急診病人就醫準則與流程。(符合) 2.兒童急診疑似兒童與少年虐待及疏忽、性侵害犯罪情事處理作業準則。(符合) 3.兒童急診轉診或轉出作業流程或規範。(符合) 4.病童轉送之評估紀錄。(符合/優良) 5.兒童急診品質委員會或急診品質審查會議相關會議紀錄。(符合) 6.病童急救緊急處置流程。(優良) 7.特殊病童急診處理準則及流程。(優良) 8.品質改善方案實例佐證資料。(優良) 	
2.4.4	建置適當的急診診療科支援機制	<p>目的： 依任務提供適當之兒童急診診療及會診服務，以因應就診病童完整醫療需</p>	1.本條文及評量項目所提「支援」係指以現場支援為主。

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>求。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.建置適當的病童相關診療會診支援機制。 2.兒童急診能提供兒童外科等支援服務，如有會診個案，75%以上可於 1 小時內支援。 <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.兒童急診能提供兒童外科等次專科的支援服務，如有會診個案，75%以上可於 30 分鐘內支援。(試) 2.針對會診時效有定期檢討評估，並有執行改善方案。(試) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.兒童急診相關會議得與總院一起運作，但須討論兒童醫院議題，並有紀錄可查。 2.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.兒童急診診療支援會診規範。(符合) 2.兒童急診診療支援會診個案統計表及時效分析等(符合/優良) 3.相關委員會或管理會議紀錄及品質改善活動佐證資料。(優良) 	<p>2.實地訪查將參考重大外傷之支援時效相關統計資料。</p>
2.4.5	具備完善的兒童急診醫事人員與警衛輪班制度	<p>目的：</p> <p>訂有合宜之兒童急診醫事人員輪班制度，及預防危機之管理機制，維護病童服務品質及工作人員安全。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.應有適當醫事人員輪班或支援制度，有藥師、醫事檢驗師、醫事放射師、呼吸治療師等醫事人員輪班或支援制度。 2.應有 24 小時之保全(警衛)人員並有報案機制。 <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.具有完整之輪班制度及對突發事件有危機管理機制，並定期檢討改善。 	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>(試)</p> <p>[註]</p> <p>優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫事人員輪班或支援制度。(符合) 2.警衛或保全人員班表。(符合) 3.醫事人員班表。(優良) 4.與輪班制度相關之會議討論及檢討紀錄或實例呈現。(優良) 5.急診突發事件處理流程與檢討會議。(優良) 	
2.4.6	應有兒童急診醫療、救護處理之適當性及品質檢討分析與改善	<p>目的：</p> <p>針對兒童急診各項醫療服務品質，有適當之管理機制，確保照護品質。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.設有兒童急診委員會或相關組織，確保兒童急診管理與品質促進。 2.訂有兒童急診醫療品質相關指標，包含： <ol style="list-style-type: none"> (1)兒童置留急診 24 及 48 小時以上之比率。 (2)72 小時內回診兒童比率。 (3)應住加護病房而未能於 6 小時內住進加護病房的人數及比率。 (4)等候手術時間超過 60 分鐘的人數及比率。 3.上述指標應定期收集分析，製成報告。 <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.每季舉行全院性兒童急診委員會，並有會議紀錄與檢討改進。(試) 2.對兒童急診醫療處理之適當性有做檢討與分析。(試) 3.有具體急診醫療處置、緊急救護品質及轉診病童適當性之改善方案或措施。(試) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.急診等候手術時間之收案對象，係指醫囑開立為緊急手術之急診兒童， 	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>其等候時間以醫囑開立時間起算。</p> <p>2.本條文所稱之兒童急診委員會，如為自總院分離另設立之兒童醫院得與總院委員會一起運作，惟須討論兒童醫院議題，並有紀錄可查。</p> <p>3.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.兒童急診委員會或相關組織的會議紀錄。(符合)</p> <p>2.兒童急診相關醫療品質指標監測紀錄、統計資料及會議討論紀錄。(符合)</p> <p>3.兒童急診品質審查會議紀錄。(優良)</p> <p>4.兒童急診相關病例討論會議紀錄或實例呈現。(優良)</p> <p>5.兒童急診品質改善方案佐證資料。(優良)</p>	
2.4.7	適當之加護病房組織及人力配置	<p>目的：</p> <p>依兒童及新生兒加護病房床數配置醫護人員，並設有行政及值班機制，提供適當醫療照護。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.醫師人力：</p> <p>(1)全院加護病床每 10 床應有 1 名專科主治醫師以上。</p> <p>(2)配置負責加護病房業務之主治醫師及值班醫師。</p> <p>(3)應設有加護病房主任，負責行政相關業務。</p> <p>(4)必要時，應有共同照護的合作機制。</p> <p>2.護理人力：每床應有 2.5 人。</p> <p>優良項目：</p> <p>1.有專責主治醫師，且有兒童重症相關證書或新生兒科訓練，並有相關認證。(試)</p> <p>2.醫師須具備 NRP 證書，及 APLS 或 PALS 證書。(試)</p> <p>3.假日及夜間需有 R2(含)以上醫師值班。(試)</p> <p>4.護理人力大於或等於符合項目要求之 1.1 倍。(試)</p>	<p>1.評量項目[註]1「專責主治醫師係指該醫師除每週至多 3 個半天門診或手術等，其餘時間皆待在於加護病房執行業務者」，其中星期六、日、例假日及夜診不在計算範圍內。</p> <p>2.護理人力計算，共有下列二種認計原則，醫院可擇一列計：</p> <p>(1)醫院各兒童加護病房需分開評量，且至少有七成之加護病房符合相關要求。</p> <p>(2)以各兒童加護病房之床數加總後合併計算人力，需符合相關要求。</p> <p>3.本條文[註 2]「因應照顧兒童或新生兒(或兩者均具)不同性質</p>

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>5.每加護病房至少有 1 名專責兒童呼吸治療師。(試)</p> <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.專責主治醫師係指該醫師除每週至多 3 個半天門診或手術等，其餘時間皆待在加護病房執行業務者。 2.因應照顧兒童或新生兒(或兩者均具)不同性質之加護病房，各具 NRP 及 APLS 或 PALS 證書(或三者皆須具)。 3.「重症相關訓練」指具兒童重症醫學、新生兒科學、兒童心臟科學、兒童急診醫學、兒童胸腔醫學等相關訓練。 4.人力計算時： <ol style="list-style-type: none"> (1)人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定。 (2)若評鑑基準高於醫療機構設置標準，病床數得可考量年平均佔床率計算，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。 5.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.加護病房醫師人力配置及值班表。(符合) 2.加護病房護理人力配置及班表。(符合) 3.加護病房專責主治醫師之兒童重症加護相關證書或接受相關訓練證書。(優良) 4.加護病房專責住院醫師之高級兒童救命術(PALS)證書、新生兒高級復甦術(NRP)。(優良) 5.加護病房專責呼吸治療師排班表。(優良) 	<p>之加護病房，各具 NRP 及 APLS 或 PALS 證書(或三者皆須具)。」，係指醫院依據各加護病房執行之診療內容，醫師須具備 NRP 及 APLS 證書或 NRP 及 PALS 證書；若該加護病房非以照護早產兒或新生兒為主要醫療，則無須具備 NRP 證書。</p>
2.4.8	加護病房備齊相關設施、設備及儀器，並應定期保養、維護，並有紀	<p>目的：</p> <p>加護病房設置適當之設施、設備及儀器，並有完善管理機制，確保其功能正常，維護病童隱私及照護品質。</p> <p>符合項目：</p>	

條號	條文	評量項目	委員共識
	錄可查	<p>1.病床床距間隔適當，且至少有隔離視線之隔簾，以保障隱私。</p> <p>2.應有部門或單位負責加護病房之設施、設備、儀器之保養、檢查及安全管理。</p> <p>3.明訂保養、檢查的排程，並有紀錄。</p> <p>4.設置儀器異常管理機制，以因應故障時之作業流程。</p> <p>5.每床放置乾洗手液，病房內應設有適當數量濕洗手設備。</p> <p>優良項目：</p> <p>1.全院加護病房至少設置 1 間負壓隔離室。(試)</p> <p>2.具有移動式 X 光儀 Portable X-ray、超音波、透析設備。(試)</p> <p>[註]</p> <p>優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.醫療儀器、設備保養作業標準及查檢紀錄。(符合)</p> <p>2.醫療儀器、設備故障異常管理之作業流程及維修紀錄(符合)</p>	
2.4.9	良好的加護病房管理、收案評估、診療品質與紀錄	<p>目的：</p> <p>訂有加護病房之各項作業規範、品質指標，及定期會議檢討執行成效，確保服務品質。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.設有加護病房管理委員會或相關組織，定期開會檢討加護病房管理與品質指標監測機制。</p> <p>2.訂定加護病房轉入轉出及運用原則(含轉入優先順序)、具體步驟及客觀評估標準並確實執行且有紀錄。</p> <p>3.加護病房醫師每日應有交班紀錄。</p> <p>4.主治醫師至少每日查房 2 次。</p> <p>5.進入加護病房 24 小時內，使用評估工具評估疾病嚴重程度。</p> <p>6.呼吸器的使用有治療參數與後續照顧之紀錄。</p>	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.訂有加護病房品質指標收集及檢討改善機制(試)： <ol style="list-style-type: none"> (1)病童出入院統計。 (2)收案適當性檢討。 (3)死亡率。 (4)48 小時重返率。 (5)加護病房感染率(或密度)。 (6)平均住院日。 (7)住院超過 14 天之分析及討論。 (8)轉院及自動出院。 (9)收治疾病分布。 (10)早產兒相關存活率與罹病率分析。 2.具備呼吸治療品質監測計畫。(試) 3.有臨床藥師、營養師固定評估每床用藥及營養狀況，並有紀錄。(試) 4.醫療檢討與改善(試)： <ol style="list-style-type: none"> (1)定期舉行病例討論會、非預期死亡病例及意外事件檢討，每月至少一次。 (2)持續提升加護病房照護品質及能力，並有檢討改善。 <p>[註]</p> <p>優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.加護病房管理委員會或相關組織設置辦法及會議紀錄。(符合) 2.加護病房轉入轉出及運用原則。(符合) 3.加護病房醫師交班紀錄。(符合) 4.加護病房抽查個案或定期收治兒童適當性統計資料。(符合) 5.呼吸器使用之相關治療個案紀錄或討論會紀錄。(符合) 	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>6.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。(優良)</p> <p>7.加護病房藥師及營養師評估紀錄。(優良)</p> <p>8.加護病房相關病例討論會議紀錄。(優良)</p> <p>9.品質改善活動佐證資料，如：品管圈、教案教學、得獎紀錄等。(優良)</p>	
2.4.10	提供重、難症醫療服務，並具持續性品質改善成效	<p>目的： 積極提供病童重、難症醫療服務。</p> <p>符合項目： 1.重、難症病童服務之佔率適當。 (1)住診服務之重、難症病童佔率適當。 (2)門診服務內容比例適當，住院點數佔率適當。 2.訂有緊急調度床位以妥適收治重症病童之機制。</p> <p>優良項目： 1.具有持續性品質改善計畫之推動執行且成效良好。(試)</p> <p>[註]</p> <p>1.評量方法及建議佐證資料 2、4、5、6(1)及 6(3)由健保署提供評鑑前 4 年之資料。 2.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料： 1.醫院自陳過去 4 年住診病童之嚴重度，並以治療介入系統指標 (Therapeutic Intervention Scoring System, TISS)或兒童死亡危險度評估表 (Pediatric Risk of Mortality Score, PRISM III Score)、新生兒加護病房得採用新生兒治療介入系統指標(Neonatal Therapeutic Intervention Scoring System, NTISS)為病人疾病嚴重度之評估系統，進行統計。新生兒 NTISS：15 分以上、兒童： TISS： 20 分以上。(符合) 2.審查醫院過去 4 年健保申報資料，依 Tw-DRG(3.4 版)(包含所有住院案</p>	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>件，惟排除代辦及不完整資料、精神病患、入住慢性呼吸照護病房及一般病房的呼吸器依賴患者之住院案件)進行統計分析之 CMI 指數。(符合)</p> <p>3.查閱醫院緊急調度床位以妥適收治重症病童之機制及相關資料。</p> <p>4.門診服務量與比重：</p> <p>(1)審查過去 4 年健保給付之門、住診比率，如：健保門診與住診點數之比率。</p> <p>(2)參考健保署提供過去 4 年各院「申報健保門診醫療服務」及「申報健保住診醫療服務」人次及點數之統計資料。</p> <p>(3)參考健保署提供過去 4 年各院申報健保門診服務中，「重症及特殊醫療服務」之人次、申報健保點數及占率。</p> <p>5.重、難症醫療服務：包括重大傷病(含癌症、罕病、先天性心臟病、低體重早產兒等)、愛滋病。(優良)</p> <p>6.急診重、難症病童之佔率：</p> <p>(1)依據急診 5 級檢傷分類定義統計重、難症病童服務量與床數之佔率。</p> <p>(2)醫院自陳過去 4 年經急診或直入院入住加護病房人數或比例。</p> <p>(3)參考健保署提供過去 4 年各院急診檢傷分類資料。</p> <p>7.審查過去 4 年醫院重、難症持續性品質改善計畫及推動執行績效，包括：</p> <p>(1)持續性品質改善計畫，內容包括醫院設定之目標、評量指標、實際推動過程(組織與流程及方法等)、結果及改善情形。</p> <p>(2)目前執行中或已完成之持續性品質改善計畫。</p> <p>(3)計畫執行成果紀錄；及未來持續性品質改善計畫。</p>	
2.4.11	醫院有發展特色之特定醫療服務	<p>目的：</p> <p>審查過去 4 年醫院自陳發展具有特色之醫療服務之成效，足堪作為該區域或全國醫療服務之醫院。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.提供具有特色之特定醫療服務。</p> <p>優良項目：</p>	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>1.提供具有特色之特定醫療服務，並足堪作為該區域或全國醫療服務之後送醫院。(試)</p> <p>[註]</p> <p>1.區域係依現行六大醫療區域之劃分。</p> <p>2.具特色之特定醫療服務，包括：</p> <p>(1)高水準之醫療技術。</p> <p>(2)參與疾病別認證具有良好成效。</p> <p>(3)防疫措施相關之貢獻(如：病毒肝炎、疫苗研究、成為人類免疫缺乏指定醫事機構等)。</p> <p>(4)特定兒童健康照護，如：</p> <p>i. 疑似家暴兒虐個案之照護整合中心。</p> <p>ii. 身心障礙兒童照護(如：口腔、聽力及視力等)。</p> <p>iii. 發展遲緩兒童早期療育。</p> <p>iv. 早產兒評估與追蹤。</p> <p>(5)其他卓越醫療特色。</p> <p>3.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.審閱醫院對於特色醫療發展提供之資源及相關機制。</p> <p>2.參考醫院自陳提供之醫療服務內容，如：低體重早產兒照護、兒童疾病治療創新作為、早期療育、兒少保護等。</p>	
2.4.12	加護病房護理人員須依其特性及護理人員需要，安排在職教育訓練，並評核其能力	<p>目的：</p> <p>加護病房護理人員應具一定資歷，並接受在職訓練，提供適當護理服務。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.依單位特性及護理人員需要，每年應有院內外之兒童重症照護相關訓練。</p> <p>2.加護病房工作2年以上且領有加護訓練證書及 PALS 或 NRP 證書者，佔</p>	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>加護病房護理人員數之比例$\geq 40\%$。</p> <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.於加護病房工作之護理人員，每年應有院內外之兒童重症照護相關訓練至少 12 小時。(試) 2.加護病房工作 2 年以上且領有加護訓練證書及 PALS 或 NRP 證書者，佔加護病房護理人員數之比例$\geq 50\%$。(試) 3.進行能力評估之檢討改善。(試) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.護理人員應具備加護護理能力，包括：重症護理知能、儀器操作、危急狀況之預測、緊急處置能力、病童問題的評估與處理等。 2.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.加護病房護理人員重症照護相關訓練紀錄。(符合/優良) 2.加護病房護理人員加護訓練證書及 PALS 或 NRP 證書。(符合/優良) 	
2.4.13	兒童青少年心理衛生照護品質適當	<p>目的：</p> <p>藉由合宜的專業照護人力與作業流程，確保照護品質。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.至少有 2 名專任兒童青少年精神科專科醫師，執行診斷治療及其他專業服務。 2.至少有 2 名專任兒童心理師，訂有心理作業手冊(內含專業倫理守則)，且落實執行。 3.至少有 1 名專責兒童精神醫療社會工作人員，提供病童及家庭社會工作服務。 4.團隊成員專業完整，能依各類兒童青少年問題提供適切診斷、照會(他科、社區機構、學校、政府相關委員會等)的藥物治療、個別心理行為治療、親職諮商、團體治療、家族/家庭治療等。 	符合項目 1「專任兒童青少年精神科專科醫師」係以執登列計。

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.相關紀錄完整、詳實。(試) 2.訂有品質指標，定期檢討改善。(試) 3.推展學校心理衛生，且成效良好。(試) 4.提供創新服務，且著有成效。(試) <p>[註]</p> <p>優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.心理作業手冊(含完整之服務內容、服務流程及報告內容)。(符合) 2.社會工作服務規劃及執行情形。(符合) 3.各類治療的服務報告/紀錄。(符合/優良) 4.推展學校心理之計畫，執行情形及成效統計。(優良) 5.創新服務之具體服務內容及成效分析。(優良) 	
2.4.14	兒童青少年精神科能提供特殊病例防治業務	<p>目的：</p> <p>配合政策，提供家暴、性侵害、網路成癮、物質成癮、自殺防治等防治業務。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.提供家暴(含兒少保護)或性侵害被害人之心身治療。 2.提供網路成癮、物質成癮或自殺防治等特殊治療業務。 <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.能提供家暴(含兒少保護)、性侵害加害人之身心治療、轉介或輔導教育業務。(試) 2.針對網路成癮提供防治服務。(試) 3.定期業務檢討改善，改善成效良好。(試) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.本條文所規範之服務內容，得與總院合併辦理。 	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>2.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.家暴(含兒少保護)或性侵害被害人之心身治療服務方案內容，及服務統計資料。(符合) 2.網路成癮、物質成癮或自殺防治服務方案內容，及服務統計資料。(符合) 3.家暴(含兒少保護)、性侵害加害人之身心治療或輔導教育之方案內容，及服務統計資料。(優良) 4.網路成癮相關業務成效之資料。(優良) 5.業務檢討改善之紀錄及成效分析。(優良) 	
2.4.15	對早期療育服務能訂定評估及治療計畫，並提供合宜的團隊服務	<p>目的：</p> <p>藉由專業團隊的評估與照護計畫，提供家庭及個案完整的早期療育服務。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院具有兒童發展聯合評估中心資格。 2.有完整的團隊進行多元化評估。 3.由團隊提供完整的療育計畫，落實執行並有紀錄。 <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.提供以病童及家庭為中心的個別化完整療育計畫並落實執行。(試) 2.個案照護紀錄完備，並有定期追蹤檢討療育的成效。(試) 3.定期檢討、改善業務，團隊運作成效良好。(試) 4.服務具特色與創新。(試) <p>[註]</p> <p>優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.兒童發展聯合評估中心之資格證明。(符合) 2.個案療育計畫及紀錄。(符合/優良) 	

條號	條文	評量項目	委員共識
		3.業務檢討改善之紀錄及成效分析。(優良) 4.特色創新服務之具體服務內容及成效分析。(優良)	
2.4.16	透析照護服務之醫療品質適當	<p>目的： 配置適當符合資格人員及完成相關訓練之人員，適當之透析服務及管理機制，提供適當的照護品質，維護病童安全。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.應至少有一位具有腎臟專科醫師資格之專責兒童腎臟科醫師，並能提供緊急透析治療。 2.應至少有一位以上接受完整血液及腹膜透析訓練課程之護理人員，且具有照護兒童醫療作業一年以上。 3.定期監測 RO 水處理系統與管路消毒及檢測水質及儀器維修與消毒，並備有完整紀錄。 4.訂有透析照護品質計畫，確保照護品質及兒童病人安全。 <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.前項符合條文中之護理人員具兒童臨床透析護理工作二年以上經驗。(試) 2.透析相關設備之監測檢測紀錄，完整並定期檢討改進。(試) 3.兒童腎臟移植登錄率$\geq 20\%$。(試) <p>[註] 優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.透析人員(醫師、護理師、營養師)證照及教育訓練資料及 B、C 型肝炎血清檢查。(符合/優良) 2.各項儀器設備維修與消毒相關規章辦法及保養紀錄，醫工人員之資格、RO 水質處理系統與管路消毒相關紀錄、廢水廢棄物處理等。(符合/優良) 3.透析照護規範與作業程序。(優良) 	<ol style="list-style-type: none"> 1.符合項目 2「接受完整血液及腹膜透析訓練課程之護理人員」，係指完成至少 16 小時以上之血液透析基礎訓練課程。 2.透析品質照護計畫相關內容涵蓋範圍，係包含院內所有接受透析照護服務之病人，尤應有針對兒童屬性之透析照護計畫。

條號	條文	評量項目	委員共識
2.4.17	兒童呼吸治療應有適當醫療照護團隊與設備，提供良好的呼吸照護服務	<p>4.訂有透析照護品質計畫，並定期開會討論及備有會議紀錄。(符合/優良)</p> <p>目的： 兒童呼吸治療應有兒童呼吸照護經驗之醫療照護團隊，提供適當且良好的照護服務。</p> <p>符合項目： 1.有接受胸腔、重症、或新生兒科醫學訓練之兒童專科醫師至少 2 名。 2.至少有 1 名呼吸治療師，並有接受兒童呼吸照護繼續教育。 3.備有適當數量與適合不同年齡層兒童使用之呼吸器。 4.需長期使用呼吸器的兒童，應提供呼吸照護相關衛教。 5.定期舉辦團隊討論會，並檢討兒童呼吸照護醫療品質(如：呼吸器脫離率等品質指標)。</p> <p>優良項目： 1.使用呼吸器的兒童，有專責呼吸治療師照護，並有每日呼吸照護紀錄。(試) 2.全天 24 小時均有呼吸治療師提供服務。(試) 3.至少有 3 名以上呼吸治療師，並皆有接受兒童呼吸照護繼續教育。(試) 4.備有適合兒童使用之非侵入式呼吸器(如：NCPAP、BiPAP 等)、高頻呼吸器、一氧化氮吸入治療、咳痰機等。(試) 5.兒童呼吸照護團隊有定期檢討，並持續改善照護品質，且成效良好。(試)</p> <p>[註] 優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料： 1.接受胸腔、重症、或新生兒科醫學訓練之兒童專科醫師清冊(符合) 2.呼吸治療師清冊(符合) 3.呼吸治療師與兒童相關繼續教育紀錄。(優良) 4.呼吸器功能型號清單(符合/優良)</p>	

條號	條文	評量項目	委員共識
		5.呼吸照護衛教資料(符合)	
合	2.4.18 適當之兒童牙科人力配置，與完備的照護設施及設備	<p>目的：</p> <p>藉由配置適當的兒童牙科照護人力，與足夠數量的照護設施、設備及儀器，並有妥善的管理機制，確保其功能正常，維護照護品質。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.設有兒童牙科。 2.至少應有 1 名專任兒童牙科醫師，且具負責醫師資格。 3.至少應有 1 名牙科輔助人員，且經相關訓練；每 3 台牙科治療台應有牙科輔助人員 1 人以上，其中每 8 台牙科治療台之輔助人員應包含有 1 名護理人員。 4.至少應設有 2 台兒童牙科治療台(椅)，且牙科治療台附近設有濕洗手設備。 5.設有病童專用的診療區及候診區，且應有適宜之空間區隔及病童友善的設施。 6.針對所提供之診療項目配置適當且足夠之設備。 7.儀器設備應有清潔、檢查、保養及維修，並有紀錄可查。 8.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、兒童牙科病人照射應注意事項等。(可使用既有總院設施) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.符合項目 2 所提兒童牙科醫師係指經由兒童專業學會認定，或由服務或訓練醫院能提出證明即可。前述「具負責醫師資格」，係指牙醫師受滿兩年以上醫師訓練，且能獨立執業者即可認定。 2.«牙科輔助人員»僅以門診牙科治療台數計算所需之人力；其人員不一定須具備護理人員執照，惟應經過相關訓練或為相關科系畢業(如：口腔衛生學系等)者，由醫院提供相關證明或紀錄即可。前述牙科輔助人員應有實際執行作業(如：門診櫃檯作業、治療前口腔清潔、清洗器械、傳遞 	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>器械等)始可認列人力。</p> <p>3.牙科醫療服務設施應符合醫療機構設置標準規定。</p> <p>4.符合項目 8 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、放射師或實習牙醫學生；惟實習牙醫學生若取得該其一證書，仍須經由取得證書之醫師或放射師在旁指導。</p> <p>5.兒童醫院之兒童牙科得與總院共用環境、空間、設施及設備。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.檢視牙科人力配置表及相關證書、證明。 2.觀察診療環境的空間與規劃。 3.檢視相關設備與儀器及清潔、保養紀錄。 4.查閱放射安全作業指引。 	
2.4.19	兒童牙科照護品質適當	<p>目的：</p> <p>制訂完備的兒童牙科照護標準作業程序、品管政策及病安措施，確保其照護品質與病童安全。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.訂有兒童牙科照護作業程序、品質政策與程序、兒童安全作業指引，定期檢討及修訂，且落實執行。 2.能提供符合病童需求之口腔預防保健、齲齒填補與根管治療、早期齒顎生長發育矯正治療等照護服務。 3.可對住院病童提供牙科照會服務。 4.病歷紀錄應完整、詳實，必要時畫圖表示。 5.對治療後的病童及家屬提供適當之衛教指導。 <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.提供 24 小時兒童牙科急診及會診服務。(可使用既有總院設施與人力) 	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>(試)</p> <p>2.提供牙科病童住院照護服務。(可使用既有總院設施與人力)(試)</p> <p>3.定期召開病例討論會，並有紀錄可查。(試)</p> <p>4.訂有牙科品質管理指標，定期檢討、改善，成效良好。(試)</p> <p>[註]</p> <p>1.符合項目 1 所提「訂有兒童牙科照護作業程序、品質政策與程序、兒童安全作業指引」，係指醫院針對目前兒童牙科照護現況所需，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)兒童牙科感染管制安全作業指引、(3)執行口腔手術前作業靜止期之程序、(4)牙科重大事件緊急應變作業指引、(5)防止意外吞入之安全作業指引、(6)隱私維護等。</p> <p>2.兒童醫院之兒童牙科得與總院共用環境、空間、設施及設備。</p> <p>3.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.檢視兒童牙科照護作業程序、品管政策與程序、牙科兒童安全作業指引，及檢討、修訂紀錄。(符合)</p> <p>2.查閱病歷紀錄。(符合)</p> <p>3.訪談病童及家屬衛教指導的內容。(符合)</p> <p>4.訪談工作人員牙科急診及會診與住院服務的情形。(優良)</p> <p>5.檢視病例討論會紀錄。(優良)</p> <p>6.查閱品質指標監測之紀錄。(優良)</p>	
2.4.20	設置特殊需求兒童牙科門診，並提供適切之服務	<p>目的：</p> <p>為維護特殊需求兒童青少年之牙科就醫權益，依個別需求提供適切的醫療設備及服務。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.應設置獨立之特殊需求兒童青少年牙科門診，且每週至少 2 診次。</p>	優良項目 3，應有急救流程及設備（如急救車或 AED）。

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>2.訂有特殊需求兒童牙科門診跨醫療科別之會診流程。</p> <p>3.對治療後的兒童及家屬提供適當之衛教指導。</p> <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.至少 1 名專任牙醫師接受特殊需求兒童青少年之牙科訓練資格，且至少 1 人具有 PALS 證書資格。(試) 2.特殊需求兒童青少年牙科門診得視照護需要，由各診療科依其專長提供醫療支援。(試) 3.醫院應設置鎮靜/全身麻醉室，可提供特殊需求病童青少年進行鎮靜/全身麻醉下之牙科醫療，並由受過兒童麻醉相關訓練之麻醉專科醫師提供全身麻醉服務。(試) 4.設有特殊需求兒童青少年牙醫醫療轉診流程。(試) 5.參與兒童發展聯合評估中心及療育相關單位之服務，並有合作機制。(試) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.符合項目 1 所提「獨立之特殊需求兒童青少年牙科門診」係指門診時刻表上揭示之診療科別，於該診療時段、空間、地點僅提供予特殊需求兒童青少年使用，且負責特殊需求牙科診次的牙醫師不得於同時段掛診兩科。 2.優良項目 1 所提「特殊需求兒童青少年牙科訓練資格」係指牙醫師須接受特殊需求相關專業學會或醫院自行舉辦之訓練，且取得證書或訓練學分者(如醫院自行舉辦課程，須經相關專業學會認定之)。 3.兒童醫院之兒童牙科得與總院共用環境、空間、設施及設備，及可使用既有總院設施與人力。 4.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.查閱牙科門診表。(符合) 2.檢視跨醫療科別的會診流程與衛教指導單張。(符合) 	

條號	條文	評量項目	委員共識
		3.檢視牙醫師訓練證明及 PALS 證書。(優良) 4.檢視鎮靜/全身麻醉室及麻醉執行的狀況。(優良) 5.檢視特殊需求兒童青少年牙醫轉診流程。(優良) 6.相關單位合作機制。(優良)	

第 2 篇、醫療照護 第 2.5 章 用藥安全

【重點說明】

藥品對疾病之預防、治療及症狀緩解均占有十分重要的角色。藥品管理是醫院對藥品使用過程中整體流程之監測，需要醫療機構內各領域員工的協調配合。醫院對藥品選擇、採購、儲存、處方、調劑、配送、給藥、記錄及追蹤效用等，均應訂定標準流程並持續品質監測改善，以提升用藥安全。本章重點如下：

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，以實際需要及病童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. 在藥品調劑流程及環境、設備，建議可參考「藥品優良調劑作業準則」(Good Dispensing Practice)等相關規範，訂定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、使用量及病童是否有藥品過敏等情形。於給藥中、給藥後應注意病童反應，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童用藥安全相關機制等之設置或機能，以確保病童的用藥安全。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。各項病童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童用藥指導，並對民眾提供各項藥品相關資料。

條號	條文	評量項目	委員共識
2.5.1	藥劑部門之設備及設施應符合業務所需，並妥善保養及維護	目的： 藥劑部門應有安全合宜的環境及完備的設施設備，保障藥事作業品質。 符合項目： 1. 應有提供病童調劑作業空間及設備，以提供藥事作業。 2. 工作場所之環境，如空調、採光(照明)及作業動線等皆適當，減少發生調劑錯誤可能性。 3. 應有獨立之藥品儲存空間、配以適當的空調及安全設施。	

條號		條文	評量項目	委員共識
			<p>4.藥品冷藏用之冰箱，應隨時維持適當的溫度，備有不斷電裝置或接緊急電源，且有溫度紀錄。</p> <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.藥品資訊軟體、硬體設備應符合需求。(試) 2.顧及調劑室工作人員安全，視需要設置收塵設備、局部排氣等設備，定期保養及檢查並有紀錄可查。(試) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.符合項目 3 所提「獨立之藥品儲存空間」係指存放藥品的空間內應只存放藥品，儘量勿再堆放其他雜物。 2.藥品儲存空間/盒/箱之標示應與所存放之藥品一致。 3.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.藥品冷藏用冰箱溫度查核紀錄。(符合) 2.藥品資訊軟體及硬體設備。(優良) 	
合	2.5.2	藥事委員會運作良好，並有具體成效	<p>目的：</p> <p>藥事委員會功能運作良好，落實監督管理藥事作業。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.藥事委員會有適當組織並訂有章程。 2.藥事委員會成員應涵蓋藥劑、醫療及管理部門。 3.藥事委員會定期開會並留有紀錄。 4.應提供病童專用藥劑，定期檢討不適用藥品，並維持適當藥品種類。 5.藥事委員會應訂有符合規定之藥品使用、管理標準與規定，包含一般藥品及特殊藥品。 6.藥劑部門分析藥品使用趨勢資訊作為醫院用藥之參考，並有檢討改善措施。 7.醫院應制訂藥物(藥品及醫療器材)不良反應及異常情況之通報(包含程序 	單位使用後之殘餘管制藥品有會同有關人員(如：護理師)，雙人互證之後丟棄、並簽章；惟最後應由管制藥品管理人蓋章，以符合管制藥品管理條例之規定。

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>及時限)、監測、檢討改善及追蹤機制。</p> <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.本條所稱藥品包含一般藥品、管制藥品、高警訊藥品、疫苗、血液製劑、生物製劑等。 2.一般及特殊藥品管理均應依政府相關規定辦理，如：管制藥品管理需符合管制藥品管理條例及施行細則規定；放射性製劑及化療藥品之儲存、運送、配置及廢棄物處理，應符合相關法規並定有規章規範。 3.管制藥品管理條例及施行細則規定： <ol style="list-style-type: none"> (1)第一級至第三級管制藥品設有專櫃加鎖儲藏。 (2)使用第一級至第三級管制藥品之醫師應領有管制藥品使用執照，並開立管制藥品專用處方箋。 (3)使用後之殘餘管制藥品，由管制藥品管理人會同有關人員銷毀，並製作紀錄備查。 (4)訂有管制藥品遺失或破損時的處理步驟，予以記錄、呈報，並有紀錄可查。 4.本條所稱異常情況包含處方錯誤、調劑錯誤、給藥錯誤。 5.藥物不良反應通報內容應包含：藥品、醫療器材不良反應及不良品通報。 6.本條所稱藥事委員會得與總院委員會一起運作，但須討論兒童醫院議題，並有紀錄可查。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.藥事委員會組織章程。 2.藥事委員會會議紀錄。 3.藥品管理作業規範。 4.藥物不良反應及異常事件通報紀錄。 	
2.5.3	應有藥品識別方法、步驟、及作業	<p>目的：</p> <p>藥劑部門應定期檢討藥品辨識及防誤機制，減低調劑異常。</p>	

條號	條文	評量項目	委員共識
	程序	<p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.應明訂藥品識別方法、步驟及作業程序。 2.應定期檢討藥品外觀、包裝、標示或名稱發音相似的藥品清單，並注意其擺設位置及標示，加強人員教育，避免發生錯誤。 3.對於高警訊藥品應訂有管理機制，與其他常備藥品區隔存放並明顯標示，且在處方或藥袋上有特殊標記以供辨識。 4.藥品最小單位包裝應有藥名、單位含量(針劑標示有效期限)。 5.有考量病童用藥的安全性，應優先使用兒童專用藥劑。 <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.處方時藥名同時顯示商品名、成分名(複方藥品除外)及單位含量。電腦處方時，醫師能迅速點選顯示藥品外觀，方便向病童及家屬說明。(試) 2.藥劑部門內調劑台上之藥品以原瓶、原包裝上架為原則。若需分裝，應在分裝容器上清楚標示藥名、單位含量、保存方式及使用期限。(試) 3.藥袋之標示完整，符合衛生福利部公告規定並加印中文藥名及藥袋上印有藥品外觀之描述，並考量特殊需求族群之用藥安全，提供輔助說明，如：「圖示」或放大字體版之藥袋或衛教單張。(試) 4.「交付」處方簽有加印二維條碼功能。(試) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.高警訊藥品包含抗癌藥劑、降血糖針劑、抗凝血劑、毛地黃、高濃度氯化鉀(KCl)及肌肉鬆弛劑針劑等。 2.病童及照護者為特殊需求族群，如：智能障礙者、視障或聽障者、文盲、外籍看護或新住民等。 3.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.藥品辨識作業規範。(符合) 2.藥品管理作業規範。(符合/優良) 	

條號	條文	評量項目	委員共識
2.5.4	處方醫令系統或類似機制應設有防止用藥錯誤及不適當之機制	<p>目的： 藥品處方前後能利用各種警示及稽核機制，防止用藥錯誤。</p> <p>符合項目： 1.開立兒童處方的醫囑系統或類似機制，有防止錯誤用藥或不適當之警示機制，如：極量管制、重覆、交互作用、過敏等之警告。 2.建立醫師與藥師溝通合作機制，如：電話溝通、書面照會等，以討論不適當處方。</p> <p>優良項目： 1.有其他強化醫令系統之機制或功能，如：用藥史、藥品過敏史及藥品不良反應史、不當處方之改善成效列為系統自動稽核項目或程序。(試) 2.對於處方醫令系統警示機制之實施，有定期評估檢討、改善。(試)</p> <p>[註] 優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料： 1.處方的醫令系統警示機制。(符合) 2.處方用藥稽核機制及檢討紀錄。(符合/優良)</p>	
2.5.5	藥品庫存管理訂有辦法，並確實執行	<p>目的： 藥劑部門應有完善的藥品庫存管理，確保藥品品質、效期及數量。</p> <p>符合項目： 1.對於院內藥品建立存量及效期管制機制，由專人有效管理藥品之採購、驗收、庫存與管理。 2.災害(地震或天災等)發生時，院內緊急治療及處置所需之藥品需列表並保有適當之庫存量。 3.藥品庫存管理應由藥事人員負責。 4.特殊需冷藏藥品需有健全管理。 5.疫苗儲存應獨立放置，不可與其他藥品混雜，且品名與規格有清楚標示。</p>	<p>1.符合項目 3 所指「藥事人員」，依藥事法第 15 條規定，藥師業務包含藥品販賣或管理、藥品儲備、供應及分裝之監督等，故藥品庫存管理應由藥事人員負責(包含藥師及藥劑生；惟管制藥品應由藥師負責管理)，另得在藥事人員監督下，由輔助人力協助庫存管理。</p> <p>2.評量項目 [註]3-(3)所提藥用酒</p>

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>6.醫院應制訂藥品不良品通報機制，並指定專責單位或人員負責，包含退貨與換貨程序。(試)</p> <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.藥庫之藥品庫存量及進出量，應與調劑單位一致，並據以設定適當的訂購量及訂購時間間隔。(試) 2.定期檢查各種藥品之品質及保管，並有紀錄可查。(試) 3.電腦化管理藥品庫存及效期並使用條碼作業系統協助。(試) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.一般及特殊藥品管理均應依政府相關規定辦理，如：管制藥品管理需符合管制藥品管理條例及施行細則規定；放射性製劑及化療藥品之儲存、運送、配置及廢棄物處理，應符合相關法規並定有規章規範。 2.管制藥品管理條例及施行細則規定： <ol style="list-style-type: none"> (1)第一級至第三級管制藥品設有專櫃加鎖儲藏。 (2)使用第一級至第三級管制藥品之醫師應領有管制藥品使用執照，並開立管制藥品專用處方箋。 (3)使用後之殘餘管制藥品，由管制藥品管理人會同有關人員銷燬，並製作紀錄備查。 (4)訂有管制藥品遺失或破損時的處理步驟，予以記錄、呈報，並有紀錄可查。 3.藥品管理包含： <ol style="list-style-type: none"> (1)能依藥品種類施行存放環境溫度、濕度管理，且應注意環境清潔。 (2)藥品儲存環境具符合標準之安全措施(如防盜、防火、防蟲等)。 (3)藥用酒精應存放於通風良好及有消防設備之場所，並須與危險性或易燃性物品隔離，以策安全。 (4)防腐劑、外用藥、消毒劑等藥品與內服藥、注射劑分區儲存。 (5)藥品名稱、外觀或外包裝相似之藥品，應分開放置並作明確標示。 4.通報欄位可參考衛生福利部食品藥物管理署官方網站公告之藥品不良品 	<p>精之存放環境，雖未特別規定須使用防爆箱，惟建議應注意通風良好，並宜有固定裝置(防傾倒設計)，且與危險性或易燃性物品隔離。</p> <p>3.單位使用後之殘餘管制藥品有會同有關人員(如：護理師)，雙人互證之後丟棄、並簽章；惟最後應由管制藥品管理人蓋章，以符合管制藥品管理條例之規定。</p>

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>通報表。</p> <p>5.符合項目 6 及優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.藥品庫存管理辦法。(符合/優良) 2.環境溫濕度紀錄表。(符合) 3.冷藏藥品冰箱溫度監測紀錄。(符合) 	
合	2.5.6	<p>依「藥品優良調劑作業準則」訂定兒童調劑作業程序，並確實執行</p> <p>目的： 落實「藥品優良調劑作業準則」，防止調劑疏失，保障用藥安全。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.符合「藥品優良調劑作業準則」條文，符合下述條件且有調劑品質監測： <ul style="list-style-type: none"> 門急診調劑： <ol style="list-style-type: none"> (1)處方箋上印載之項目完整。 (2)接受處方後，評估及確認處方之適當性。 (3)發現問題處方即刻知會醫師處理，且留有紀錄，並做統計分析及有改進措施。 (4)調劑作業雙重覆核。 (5)應有直接取得處方箋之設計。 (6)實施兒童及家屬用藥指導。 (7)藥袋之標示完整，符合衛生福利部公告規定。 (8)調劑後藥事人員於處方箋上簽名或蓋章。 住院調劑： <ol style="list-style-type: none"> (1)住院處方箋記載完整或單一劑量(UDD)所給予之藥品均有標示兒童姓名、藥品名稱、含量、數量。 (2)接受處方或藥囑後，須有兒童完整藥歷核對，以評估處方之適當性。 (3)發現問題處方即刻知會醫師處理，且留有紀錄，並做統計分析及有改進措施。 	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>(4)能對兒童及家屬實施用藥指導服務。</p> <p>(5)有自動停止給藥之設計。</p> <p>(6)調劑作業雙重覆核。</p> <p>(7)若實施單一劑量作業，藥師接受醫師直接的醫囑，依完整的藥歷調劑以確保用藥適當性及正確性。</p> <p>2.訂定兒童藥品調劑作業程序。</p> <p>[註]</p> <p>1.調劑品質監測、管制措施包含調劑疏失之控管，包含實施調劑疏失預防措施、調劑疏失之紀錄與統計分析、即時通知相關單位補正調劑疏失及相關改善成效評估與宣導。</p> <p>2.處方內容應包括病童基本資料、疾病診斷、就診科別、及藥品名稱、劑型、劑量、用法、使用天數等資訊，並應有醫師之簽章。</p> <p>3.藥袋標示應符合醫療法第 66 條規定及衛生福利部(原行政院衛生署)99年 10 月 5 日衛署醫字第 0990211898 號函示，醫院、診所對於診治之病人交付藥劑時，應於容器或包裝上載明病童姓名、性別，藥品(包含學名及商品名)、劑量、數量、用法、作用或適應症、警語或副作用、醫療機構名稱與地點、調劑者姓名及調劑年、月、日。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.兒童藥品調劑作業程序。</p> <p>2.門診調劑：處方箋及藥袋。</p> <p>3.住院調劑：處方醫囑及藥歷。</p>	
2.5.7	訂定兒童特殊混合注射藥品之調劑及給藥作業程序	<p>目的：</p> <p>訂定兒童特殊混合注射藥品之作業規範，保障兒童及醫療照護團隊的用藥安全。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.兒童特殊混合藥品(化學治療藥品、全靜脈注射營養(Total Parenteral</p>	[註]之公告中規定：應注意調劑環境清潔，避免微生物或塵粒等之污染並在層流氣罩(Laminar Flow Hood)下調劑配製，以維護兒童病人安全。

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>Nutrition, TPN)、自控式止痛(Patient-Controlled Analgesia, PCA))之調劑業務應由藥師執行，且應有無菌調劑足夠設備及有效之防護措施。</p> <p>2.執行藥師需具備藥品管理、用藥禁忌及調配步驟操作等知識，並有危機處理流程與訓練。</p> <p>3.藥師應評估化學治療藥囑之適當性，並應訂有調劑作業手冊，例行作業也有紀錄可查。</p> <p>4.化學治療藥品給藥前須再確認兒童藥歷，並評估兒童生理狀況之合適性，如：肝腎功能等。</p> <p>5.化學治療藥品及其他特殊藥品之給藥途徑、方法及注意事項，應預先提供資訊予醫療照護團隊參考。</p> <p>優良項目：</p> <p>1.無菌製劑調製應有標準作業流程，符合相關規定並定期查核。(試)</p> <p>2.藥師應與醫療照護團隊討論，並有紀錄可查。(試)</p> <p>3.化療針劑或輸液調配完成後，應符合密閉系統概念，得以保護相關工作同仁，例如：使用密閉裝置配製給藥。(試)</p> <p>4.醫院應提供化學治療藥品調配及給藥之醫事人員健康維護措施，包括定期健康檢查。(試)</p> <p>[註]</p> <p>1.自控式止痛法(PCA)使用成癮性麻醉藥品指引暨管理注意事項(衛生福利部食品藥物管理署 107 年 12 月 4 日 FDA 管字第 1071800821 號公告)。</p> <p>2.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.兒童藥品調劑作業規範(含兒童特殊混合藥品調劑作業規範)。(符合/優良)</p>	
合	2.5.8	<p>訂定兒童正確用藥標準作業程序</p> <p>目的： 醫療人員給藥前應檢核病童藥歷，協助彙整病童用藥，落實正確給藥。</p>	

條號	條文	評量項目	委員共識
	並落實正確給藥	<p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.訂定病童正確給藥標準作業程序、執行策略及內容。 2.應對病童所接受的治療與之前的處方用藥進行連貫性審視，且有紀錄。 3.能正確依醫囑給藥，給藥時確認病童姓名、藥品名稱、劑量、用法、途徑、時間，並有紀錄。 4.門診交付藥品時應訂定確認領藥人之標準作業流程及機制。 5.住院病童之內服、注射藥等，應由醫療人員遵照相關標準作業規定，依給藥紀錄核對藥品名稱，並確認給藥量、單位含量、劑型、給藥方法、病童姓名、途徑、時間正確，才能給藥。 6.明訂退藥或藥品更改機制。 7.住院病童若有自備藥物時，醫院應有自備藥品使用規範。 8.要監測病童用藥療效及副作用。 9.多劑量包裝的注射劑型藥品在開封後應標註開封日期，並應依廠商說明使用，超過開封後可使用期限應立即丟棄；若廠商說明書未載明開封後可使用期限，應依藥典規範或根據操作環境、流程及藥品特性，審慎訂定使用期限，則最長不可超過 28 天。(試) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.可查看給藥紀錄(完成每位病童每次給藥後，立即逐筆簽名或蓋章)、治療紀錄，並可詢問醫療人員執行情形，必要時可詢病童及家屬。 2.符合項目 9 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.病童正確給藥標準作業程序。 2.自備藥品使用規範。 	
2.5.9	提供適當之臨床藥學服務，且提供適當藥品資訊	<p>目的：</p> <p>藥劑部門應提供醫療人員藥品諮詢及臨床藥學服務，以提升藥事作業品質。</p>	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.設有藥物不良反應工作小組或類似組織，執行藥物不良反應通報及宣導 (Adverse Drug Reaction, ADR)。 2.有藥品交互作用評估機制。 3.應執行藥品使用評估(Medication Use Evaluation, MUE)。 4.提供醫療人員即時、正確的藥品諮詢服務，並有紀錄。 5.編有醫院處方集並適時更新。 6.提供病童用藥劑量與資訊，常用藥品注意事項，配伍禁忌等藥品資訊。 <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.應執行藥物不良反應監測、分析與預防，並對發生不良反應之個案進行後續追蹤。(試) 2.提供病童個別化之藥品治療評估。(試) 3.具備療劑監測(Therapeutic Drug Monitoring, TDM)機制。(試) 4.對於提供臨床藥學服務有定期評估、檢討與改善。(試) 5.能適時更新藥品資訊系統，以供醫療人員、病童及家屬即時參考。(試) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.藥品交互作用評估包含： <ol style="list-style-type: none"> (1)有紀錄。 (2)有通知。 (3)有檢討改進。 (4)有預防措施。 2.提供病童個別化之藥品治療評估包含： <ol style="list-style-type: none"> (1)時效性良好。 (2)用藥劑量之計算正確。 (3)服藥間隔之調整適當。 (4)對建議事項接受度之檢討。 (5)對藥品療效做後續追蹤評估。 	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>3.療劑監測(TDM)包含藥品血中濃度監測：</p> <p>(1)抽血時間正確。</p> <p>(2)監測建議報告時效性良好。</p> <p>(3)提供劑量與頻次調整建議。</p> <p>(4)對 TDM 建議事項之醫師接受度檢討。</p> <p>(5)對藥品療效做後續追蹤評估。</p> <p>4.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.臨床藥學服務手冊。(符合/優良)</p> <p>2.處方集(含電子處方集)。(符合)</p>	
2.5.10	病房及各部門的藥品供應，訂有妥善配送制度，並有緊急用藥之因應措施	<p>目的：</p> <p>藥劑部門能適切提供院內各部門藥品需求，並掌握存量。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.提供病房及各部門的藥品，應有妥善配送制度及監督管理機制，病房給藥實施單一劑量配送制度，採用物流系統時，應與各部門協調議訂配送計畫，並依計畫配送。</p> <p>2.有 24 小時之藥事作業服務(含急診、住院)。</p> <p>3.具有常備藥品管理制度。</p> <p>4.定期由藥師查核病房及各部門的藥品保存狀況，並有紀錄。</p> <p>5.設有兒童急救車及急救藥品劑量速算表。</p> <p>優良項目：</p> <p>1.應有緊急藥品調撥的處理機制。(試)</p> <p>2.緊急藥品供應機制暢通。(試)</p> <p>3.緊急時，藥師能即時提供藥事服務。(試)</p> <p>4.定期進行單一劑量或物流供應流程滿意度調查，並確實提出改進措施，具體提升各單位滿意度。(試)</p>	<p>1.[註]2：</p> <p>(1)胰島素相關製劑可以不需分開列計。</p> <p>(2)可不列計消毒液、軟膏或耗材藥品。</p> <p>2.若病房設有冰箱存放藥品(含血液製劑)，如需同時放置檢體或冰寶等，應至少分層分開置放，並明確區隔及標示，勿混合交錯放置，且嚴禁置放食物與飲料。</p>

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>[註]</p> <p>常備藥品管理制度一般包含：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.要求各單位應將一般藥品與高警訊藥品分开放置，並按程序管理與使用，以保障兒童給藥安全。 2.原則上儘量減少品項及數量，專科病房以不超過 10 項為原則(不含急救車上藥品、大量點滴及 1-3 級管制藥品)，並應定期檢討。 3.常備藥均能標示有效日期。 4.由藥師定期查核各單位常備藥品使用及保存情形，並有紀錄。 5.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.常備藥品管理規範。(符合) 2.緊急調撥藥品處理機制。(符合/優良) 3.藥師查核病房及各部門藥品的紀錄。(符合) 	
2.5.11	確實執行病童用藥教育	<p>目的：</p> <p>落實病童用藥教育，協助病童及家屬正確用藥，保障用藥安全。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.建立慢性病童長期用藥監測機制，防止重複用藥或藥品交互作用，並提供病童適當的用藥指導，必要時提供病童用藥紀錄。 2.設有多元化病童及家屬用藥諮詢管道，如藥品諮詢、病童藥品衛教活動、藥品諮詢網站、用藥諮詢專線、電子郵件等，提供病童及家屬藥品使用資訊，或反映藥品使用問題，以加強病童及家屬對所用藥品的認識並提高病童對醫囑的遵從性。 3.藥師應提供病童及家屬用藥指導，且視病童情況修正不當用藥行為，並留下紀錄。 <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.交付藥品給病童及家屬前應主動提供用藥指導，並確認病童及家屬已瞭 	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>解，說明內容包含藥品名稱、劑型、用藥方式、服用時間、藥品作用及副作用。(試)</p> <p>2.實施病童用藥教育指導，必要時應做後續追蹤評估，統計分析及檢討改進措施，並有紀錄。(試)</p> <p>3.有評估檢討病童及家屬用藥教育成效，並進行改善。(試)</p> <p>[註]</p> <p>優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.病童用藥指導紀錄。(符合/優良)</p>	
合	2.5.12 醫療人員應正確且迅速處理病童對藥品使用的反應及病情變化	<p>目的：</p> <p>醫療人員應告知用藥的副作用及不良反應，並能立即處理及通報，以減少傷害。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.高警訊藥品等需要注意給藥速度、給藥量等，並在給藥中及給藥後觀察病童的狀況，出現異常時，須通知醫師並記錄。</p> <p>2.應觀察病童使用藥品後的反應，若發生不良反應時，應適當處理及記錄，並予以通報。</p> <p>3.應適當提供病童與家屬有關藥品使用之副作用、應注意事項等之諮詢，且能確認病童及家屬對藥品作用清楚並了解。</p> <p>4.要注意病童個別特異性，在給藥前給予用藥指導；給藥後，應觀察病童反應，如有異常反應，應與醫師確認且有紀錄。</p> <p>5.對異常反應有詳實記錄並檢討改善。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.臨床藥學服務手冊。</p> <p>2.ADR 通報規範及相關表單。</p>	

第 2 篇、醫療照護 第 2.6 章 麻醉與手術

【重點說明】

麻醉及手術在醫院是非常複雜且重要的醫療處置。麻醉及手術需要有完整的病童評估、整合性的照顧、持續病童監測及安全的轉送，才能對病童提供安全及合宜的醫療照護。醫院應有系統性的組織管理相關軟硬體，以符合法令規範及病童需求。本章重點如下：

1. 醫院應確保適當之手術、麻醉部門體制及人力配置，手術、麻醉相關設施應由具有專業知識及技巧之人員負責保養管理，並有適當的手術排程管理。醫院應收集手術麻醉、鎮靜與手術後疼痛控制等相關之資訊，加以分析、統計、管理，以保障兒童病人安全及提升醫療品質。
2. 手術前應完整評估病童，向病童及家屬解釋麻醉及手術方式，與病童及家屬討論後選擇最適當的麻醉及手術方式。
3. 確實遵照適當的病童辨識程序，確保病童身分、手術項目與手術部位之正確無誤。
4. 詳實且即時記載麻醉紀錄及手術紀錄。
5. 訂定手術前、中、後之護理照護常規及處置步驟，確實遵行並詳實紀錄。

條號	條文	評量項目	委員共識
合 2.6.1	適當之兒童手術、麻醉部門體制及人力配置	<p>目的： 配置適當的兒童手術、麻醉照護人力，確保病童獲得專業的服務品質。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 應明訂手術、麻醉部門之體制及專責人員。 <ol style="list-style-type: none"> (1) 至少有 1 名接受兒童手術相關訓練之專任專科醫師。 (2) 至少有 1 名接受兒童麻醉訓練之專任麻醉專科醫師。 (3) 有負責醫師及護理長。 (4) 麻醉專科醫師執行之重度鎮靜麻醉業務，病例年平均每 4,500 人次應有 1 名專任麻醉專科醫師。(試) (5) 訂有機制監測麻醉診療品質，以確保病童安全，如手術室總數與專任麻醉專科醫師總數比例不超過 2。(試) 2. 若手術醫師或麻醉醫師為兼任者，須有合宜的訓練與考核，其職務行使權應比照專任專科醫師。(試) 3. 工作人員排班表適當且確實執行。 4. 麻醉護理人員人力配備：具有一年(含)以上之麻醉專業訓練並領有訓練合格證書者。(試) 	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>[註]</p> <p>符合項目 1-(4)、1-(5)、2 及 4 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.組織架構。 2.醫師訓練證明。 3.班表。 4.手術業務統計。 5.麻醉業務統計。 	
2.6.2	備齊兒童手術相關設施、設備及儀器，並應定期保養、維護與清潔，並有紀錄可查	<p>目的：</p> <p>定期保養、檢查兒童手術相關設施、設備及儀器，維持其功能正常，確保手術作業的清潔及安全。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.手術室相關設施、設備及儀器應符合醫療機構設置標準、滿足兒童手術量及診療科別需求，且手術儀器設備等資源能整合運用。同時手術器械數量足夠，並有準備適合嬰幼兒與早產兒使用之器械與管路。 2.手術室、器材準備室、更衣室、討論室及休息室有足夠使用的空間。 3.有適合病童使用之全身麻醉機，可自動監控測定血壓計、心電圖、呼吸數、氧氣飽和度或二氧化碳濃度等數據。手術室應至少有一台可使用於兒童的電擊去顫器，並設置麻醉氣體排放系統，功能良好。 4.有專責人員負責手術室設施、設備及儀器之保養、檢查的排程與執行，且有計畫性的汰舊換新。 5.由專業人員定期施行氧氣、笑氣等配管及空調的安全檢查。 6.設置異常管理手冊，以因應儀器設備如發生故障時之作業流程。 7.有明確手術房間分區作業管理辦法、標示及整潔規則。 8.手術室及恢復室有符合感染管制原則的清潔管理，並有紀錄可查，如： 	<ol style="list-style-type: none"> 1.符合項目 8-(1)所提「定期水質監測」，其監測時間及監測規範請由醫院自行定義。 2.優良項目 3，fibrobronchoscopy 可視醫院狀況進行設置，以能因應緊急使用為原則。

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>(1)定期水質監測。</p> <p>(2)空調系統及除塵設備，定期維護。</p> <p>(3)污物處理設備，功能良好且定期維護。</p> <p>9.手術室管理單位應訂有政策，檢討手術煙霧之減量與排除，視需要提供工作人員呼吸防護具，如：N95 等級以上口罩。(試)</p> <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有高效率空氣微粒子過濾網(High-Efficiency Particulate Air, HEPA)、高規格之手術室，且手術室內保持正壓(室內壓力高於室外)，至少一年確認正壓一次。(試) 2.每一手術房間應有適合病童之吐氣末二氧化碳(End-tidal CO2)監測、體溫測量、麻醉氣體監測和脈搏血氧飽和分析儀(pulse oximeter)。(試) 3.應有適量病童適用之專用氣管鏡，及其他困難插管之相關設備與麻醉深度監測儀。(試) 4.執行手術室清潔查核，有感染管制的環境監測機制，並依據查核結果檢討改善。(試) 5.手術室動線規劃良好，工作人員進入手術室更換手術室服裝，手術室內外服裝未混合穿著，且落實執行。(試) 6.設有獨立兒童手術房間。(試) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.手術器械數量足夠與否，可用快消使用頻率來監測。 2.符合項目 9 及優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.常備病童特殊器械、管路大小型號清單。(符合/優良) 2.異常管理手冊。(符合) 3.清潔管理查核紀錄及檢討會議改善紀錄。(優良) 4.儀器設備的保養排程。(符合/優良) 	

條號	條文	評量項目	委員共識
		5.手術房間環境動線。(符合) 6.水質監測報告。(符合) 7.空調、除塵及汙物處理設備維護紀錄。(符合)	
2.6.3	具手術工作手冊及手術日誌且定期召開兒童手術管理委員會，並有會議紀錄檢討兒童手術相關品質	目的： 定期召開手術管理委員會，並有會議紀錄檢討兒童手術之相關品質，有效管理手術作業，提升手術醫療品質。 符合項目： 1.具有工作手冊並定期更新。手術日誌應記錄完整，且有統計分析。手術日誌的內容應提報至手術管理會議定期檢討兒童手術之相關業務。 2.需成立手術管理委員會，成員應包括兒童手術、麻醉部門負責醫師、手術室負責護理人員、執行手術的診療科別及行政管理單位代表。 3.至少每3個月召開一次手術管理委員會並有紀錄檢討兒童手術之相關品質可查。 4.會議紀錄內容應包含手術排程表的調整、手術室日誌內容、手術室之安全管理、清潔管理、儀器之購置保養、檢查，及維修情形。 5.定期召開手術全期(peri-operative)跨領域團隊會議。(試) 優良項目： 1.針對會議結果有檢討、追蹤及執行改善紀錄。(試) 2.應有手術及麻醉品質及病童安全監測指標，並有定期改善計畫及紀錄；持續進行品質提升及病童安全活動，例如：手術病童辨識、手術部位註記、手術及麻醉同意書之填寫。(試) 3.手術管理委員會有具體管理成效。(試) 4.針對麻醉、手術、恢復有提供適齡化相關的病童友善醫療流程及輔助措施。(試) [註] 1.手術品質指標：手術死亡率(術後48小時內死亡率)、手術感染率、同次住院期間非計畫相關重返手術室比率、病童體溫過低比率。	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>2.本條文所稱手術管理委員會得與總院一同運作,惟須討論兒童醫院議題,並有紀錄可查。</p> <p>3.符合項目 5 及優良項目列為試評項目,評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.手術日誌。(符合)</p> <p>2.手術管理委員會會議紀錄檢討兒童手術之相關品質。(符合)</p> <p>3.指標監測紀錄。(優良)</p> <p>4.改善成效。(優良)</p> <p>5.手術排程作業規範。(符合)</p> <p>6.病童友善醫療流程與輔助的措施資料。(優良)</p>	
2.6.4	手術排程管理適當,對於緊急手術有適當的因應措施	<p>目的： 藉由適當的手術排程,確保病童於合理時間獲得適切手術治療。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.有負責手術排程作業之專責人員,不因手術室的排程計畫不當,以致為等候手術而延長住院日。</p> <p>2.在工作時間外及休假日亦可依病情需要適時施行緊急手術。</p> <p>3.遇大量傷患時,應有應變措施方案或應變計畫。每位麻醉、手術及護理人員對應變計畫均瞭解並能執行。</p> <p>優良項目：</p> <p>1.常規手術可在預定時間內執行;臨時非常規手術定期於兒童手術管理委員會檢討。(試)</p> <p>2.急診手術有資深醫師執行或在場指導。(試)</p> <p>3.訂有危急兒童急診手術的明確定義及其合理等候時間。急診手術等候時間合理,且有定期檢討改善。(試)</p> <p>4.手術排程管理有具體改善成效。(試)</p> <p>[註]</p>	<p>1.符合項目 2 所提「緊急手術」係包含急診與住院。</p> <p>2.優良項目 1,由醫院自行訂定臨時非常規手術之管控機制,並有檢討紀錄。</p> <p>3.優良項目 2 所提「資深醫師」,由醫院自行訂定。</p> <p>4.優良項目 3 所提「急診手術等候時間合理」,由醫院自訂合理時間。</p>

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.手術排程作業規範。(符合) 2.臨時緊急手術的因應機制。(符合) 3.排程管理改善實例。(優良) 	
2.6.5	<p>應於手術前向病童及家屬充分說明，取得同意，並簽署同意書</p>	<p>目的：</p> <p>取得手術同意書前應向家屬溝通及詳盡說明，並適時依據年齡與發展程度以病童能了解的方式進行說明。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.手術前應說明手術方式及其優缺點、手術或非手術等之其他替代治療方法。 2.說明手術、麻醉、處置的必要性及不做時之利害、得失，且具體說明危險性及合併症，並說明萬一發生時之處置方法。 3.上列各項，以淺顯易懂的言辭向家屬說明，並鼓勵其發問。 4.說明後，並經家屬同意，簽具手術同意書。 <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.利用圖及影像或其他輔具，以淺顯易懂的方式向家屬說明手術方法，並提供書面資料。(試) 2.針對術前訪視有家屬滿意度調查，定期檢討改善，且具有成效。(試) 3.提供適齡化的麻醉、手術、恢復相關解說的繪本、故事書、影片或其他輔助說明。(試) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.應使用 106 年 11 月 2 日衛部醫字第 1061665692 號公告之手術、麻醉同意書為原則。 2.家屬泛指家長、法定監護人、配偶、親屬及關係人。 3.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.簽署同意書標準作業規範。(符合) 2.抽查病歷紀錄之手術及麻醉同意書。(符合) 3.相關病童輔助說明資料(優良) 	
2.6.6	<p>麻醉醫師於術前探視病童並確立麻醉計畫</p>	<p>目的： 麻醉醫師執行麻醉前訪視，瞭解病情及評估風險，確立安全合適的麻醉計畫。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.麻醉醫師實行手術前探視病童，評估麻醉風險與建議麻醉方式。 2.由接受過兒童麻醉相關訓練之麻醉科專科醫師負責執行麻醉作業，應以淺顯易懂的方式向病童及家屬說明麻醉方式、可能副作用、相關注意事項等，並鼓勵其發問。依上列結果檢討選擇最適當的麻醉方法。 3.說明後，並經病童及家屬同意，簽具麻醉同意書。前項同意書之簽具，病童若為未成年人或無法親自簽具者，得由其家長、法定監護人、配偶、親屬或關係人簽具。 <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.訂立麻醉計畫，並可由診療紀錄查閱，且麻醉計畫內容紀錄詳實且執行品質精進。(試) 2.術前及術後訪視確實執行並有紀錄及檢討。有進行滿意度調查，定期檢討改善，成效良好。(試) 3.應針對高危險病童進行術前預防措施，定期檢討改善，成效良好。(試) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.應使用 106 年 11 月 2 日衛部醫字第 1061665692 號公告之手術、麻醉同意書為原則。 2.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 	

條號	條文	評量項目	委員共識
		評量方法及建議佐證資料： 1.標準作業規範。(符合) 2.查核紀錄。(優良) 3.改善成效。(優良) 4.抽查病歷紀錄之麻醉說明書及同意書。(符合/優良)	
2.6.7	確實落實手術病童辨識程序，確保病童身分、手術項目與手術部位正確無誤	目的： 訂定並落實執行手術病童的辨識作業程序，確保對象、術式及手術部位之正確性。 符合項目： 1.應明確訂定手術室進出標準，並落實執行。 2.交接病童時，採取下列具體對策確認其身分： (1)依據醫院規定採用兩種以上辨識方式。 (2)如病童能表達，應讓病童自行說出；如無法表達時，應有其他辨識病童的機制。 (3)帶識別帶、手環或腳環。 3.有確認手術部位之機制，落實手術部位標記。 4.於所有手術後應執行 sign-out，如棉球、紗布、尖銳物品、器械等數量正確，組織檢體內容物及數量、標籤正確。(試) 優良項目： 1.於所有手術及處置前應執行「作業靜止期」(Time out)，由手術室所有成員共同再次確認(包含病童身分、手術方式及手術部位)。(試) 2.手術病童辨識有持續性稽核及檢討改善，以確保病童安全。(試) [註] 符合項目 4 及優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 評量方法及建議佐證資料： 1.標準作業規範。(符合)	

條號	條文	評量項目	委員共識
		2.查核紀錄。(優良) 3.改善成果。(優良) 4.病歷紀錄之相關表單。(符合/優良)	
合	2.6.8	手術室以外之鎮靜麻醉作業應適當執行 目的： 落實手術室外執行鎮靜麻醉的標準作業程序，維護病童安全。 符合項目： 1.麻醉作業應於手術室執行，如於手術室外其他地點執行鎮靜麻醉作業，醫院應訂有管理政策與標準作業流程，並有病童安全之相關監測機制，確實執行。 評量方法及建議佐證資料： 1.手術室外鎮靜麻醉作業之相關規範。	1.醫院應以實際作業情形，自行訂定監測範圍及內容，且基於病人安全考量，於手術室以外地點執行中度、輕度鎮靜之醫師，應有麻醉鎮靜相關訓練，其相關時數則由醫院自行認定；另，目前並未規定須定期更新相關訓練證照。 2.急診、加護病房或病人緊急狀況時，不在此限。
	2.6.9	詳實記載手術及麻醉紀錄 目的： 藉由手術及麻醉紀錄的即時性、正確性及完整性，並對紀錄有統計分析、檢討改善，確保手術照護的醫療品質。 符合項目： 1.手術、麻醉紀錄應於術後 24 小時完成，並有日期時間及記錄者簽名。 2.手術內容應根據事實詳實紀錄，必要時佐以圖畫及清楚易懂的說明。 3.手術護理紀錄應包含器械清點及紗布、刀片及縫針數量，核計結果之記載無誤。 4.手術檢體應正確標示病童身份辨識資料，部位及數量等。 優良項目： 1.手術、麻醉紀錄完整，並有統計分析及檢討。(試) 2.能藉統計分析，改善品質，且具有成效。(試) [註] 優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。	

條號	條文	評量項目	委員共識
		評量方法及建議佐證資料： 1.手術、麻醉紀錄。(符合) 2.檢體處理紀錄。(符合) 3.相關統計報表。(優良) 4.改善成效。(優良)	
2.6.10	訂定及確實執行手術前、後護理照護規範及處置步驟，並製成護理紀錄及適時修正	目的： 訂定及落實執行手術前、後護理作業規範，以確保護理照護品質。 符合項目： 1.明訂且確實遵行手術前、後的護理照護規範及處置步驟，並有護理紀錄。 優良項目： 1.護理照護紀錄內容詳實，有檢討改善。(試) 2.護理人員有依病童特性(高危險、重大手術等)在術前對病童及家屬施行訪談，並紀錄詳實。(試) [註] 優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 評量方法及建議佐證資料： 1.手術護理照護規範。(符合) 2.查核的紀錄。(優良) 3.抽查病歷中之手術護理紀錄。(符合/優良)	
2.6.11	應明訂術後恢復室之使用基準及步驟，且適切管理術後病童恢復過程	目的： 藉由手術恢復室照護標準的訂定，落實術後病童的照護管理。 符合項目： 1.設有術後病童麻醉後恢復之照護場所，且具備所需之監測儀器設備。 2.設有專人負責術後病童麻醉恢復之照護。	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>3.訂有具體評估標準以資判斷術後恢復過程(意識狀態、血壓、呼吸狀況等)。</p> <p>4.訂定恢復室中病童的照護標準和步驟(含病童交接程序)，並落實執行。</p> <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.應有麻醉或手術恢復室病童的照護紀錄及檢討。(試) 2.有恢復室發生併發症之紀錄及檢討。(試) <p>[註]</p> <p>優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.標準作業規範。(符合) 2.恢復室病童的照護紀錄。(符合/優良) 3.併發症檢討紀錄。(優良) 	

第 2 篇、醫療照護 第 2.7 章 感染管制

【重點說明】

感染管制的目的在預防和降低病童、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。本章重點如下：

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，訂有病童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，均應一般感染管制原則。

條號	條文	評量項目	委員共識
2.7.1	應設立感染管制單位，聘有合格且足夠之感染管制人力負責業務推行	<p>目的：</p> <p>醫院應有足夠之感染管制人力負責執行感染管制各項業務，以提升感染管制品質。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 設有感染管制部門，應明訂工作職責及組織圖之定位，並對感染管制部門的業務執行，在經費、人力、空間及資訊需求都能有實質的支援。 2. 至少聘有 2 名專任兒童醫師，並取得感染症醫學會之專科醫師證書，且前一年參加專業學會認可之感染管制訓練需達 20 學分以上。 3. 至少聘有 1 名專任感染管制護理人員，且前一年參加專業學會認可之感染管制訓練需達 20 學分以上。 <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 感染管制部門為直接隸屬於院本部(院長室)下的獨立單位。(試) 2. 至少聘有 3 名專任兒童醫師，並取得感染症醫學會之專科醫師證書。(試) 	評鑑委員可參考受評醫院上次之感染管制查核結果(1.2 項次)。

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>[註]</p> <p>1.名詞定義：</p> <p>(1)接受感染症醫學訓練之專任專科醫師：係指執業登記於本院之醫師，經疾病管制署認可之專業學會甄審感染管制訓練合格，負責推行並執行感染管制相關業務。</p> <p>(2)接受感染症醫學訓練之兼任專科醫師：係指聘請他院經疾病管制署認可之專業學會甄審感染管制訓練合格的醫師，協助推行感染管制相關業務；且須有正式聘書及衛生單位之支援報備相關證明。</p> <p>(3)專任感染管制護理人員：係指執業登記於本院，經疾病管制署認可之專業學會甄審感染管制訓練合格的護理師或護士，全職負責執行感染管制相關業務。</p> <p>2.兒童醫院感染管制部門得與總院感染管制單位一起運作，惟須討論兒童醫院議題，並有紀錄可查。</p> <p>3.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.感染管制部門工作職責及組織圖之定位。(符合)</p> <p>2.醫院對於感染管制所執行的實質支援紀錄。(符合)</p> <p>3.感染症專科醫師證書、學分證明及執業登記相關資料。(符合/優良)</p> <p>4.感染管制師(護理師、醫檢師)證書、及學分證明及執業登記相關資料。(符合/優良)</p>	
重	2.7.2 成立感染管制會，有定期開會並有紀錄，且確實執行會議決議事項	<p>目的：</p> <p>醫院應設立感染管制相關單位，並確實執行感染管制各項業務，以達感染管制目的。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.設有感染管制委員會(以下簡稱感管會)，具有組織章程及成員資料備查。委員會主席為醫院院長或副院長；成員至少應包含兒童內科、兒童外科、</p>	評鑑委員可參考受評醫院上次之感染管制查核結果(1.1 項次)。

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>急診部門、行政部門、職安部門、護理部門、醫檢部門等代表，如有設置牙醫部門亦須納入。</p> <p>2.感管會負責醫院內感染管制政策擬定及督導事宜，至少每3個月召開一次會議並有會議紀錄備查，會議紀錄均由院長批示，且決議事項均照會相關單位執行。</p> <p>3.醫院需訂有感染管制年度工作計畫(program)及執行情形，包括前次查核不符合事項改善情形及建議事項參採情形與相關因應策略，應提交感管會報告，監督執行情形。(試)</p> <p>優良項目：</p> <p>1.委員會成員中有1位曾接受流行病學訓練。(試)</p> <p>2.依醫院規模、特殊疫情或院內發生突發感染事件等，適當增加開會之頻率。(試)</p> <p>[註]</p> <p>1.本條所稱感染管制委員會得與總院委員會一起運作，惟須討論兒童醫院議題，並有紀錄可查。</p> <p>2.符合項目3及優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.感染管制委員會組織章程及成員資料。(符合)</p> <p>2.感染管制委員會會議紀錄。(符合/優良)</p> <p>3.感染管制年度工作計畫(program)及執行情形。(符合)</p> <p>4.前次查核不符合事項改善情形及建議事項參採情形。(符合)</p> <p>5.流行病學訓練相關證明。(優良)</p> <p>6.增加臨時加開之開會議會議紀錄。(優良)</p>	
2.7.3	制訂及更新病童感染管制手冊，並辦理教育訓練使	<p>目的：</p> <p>制訂病童感染管制手冊並適時更新，以提供醫院內各部門執行感染管制措施之依據。辦理教育訓練，使全院員工(含外包人員)知悉感染管制對策方</p>	評鑑委員可參考受評醫院上次之感染管制查核結果(1.3項次)。

條號	條文	評量項目	委員共識
	<p>員工落實執行；定期收集國內外國際疫情使員工知悉</p>	<p>法與步驟。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 制訂病童感染管制手冊(設有牙醫部門者須納入)並定期修訂；手冊應記述具體感染管制對策及相關人員的感染處理對策，針對醫院服務特性，訂定如：侵入性醫療處置組合式照護、陪病及探病、院內用餐、購物環境或商店街、兒童遊戲區域等感染管制措施；並提供給相關部門，且依部門及工作人員特性提供相關教育訓練，使全院員工(含外包人員)清楚各項感染管制措施且落實執行。 2. 建立全院病房陪病人員管理機制(如：運用資訊化管理或採實名制登錄等)。(試) 3. 手冊記載標準防護措施(standard precaution)，含不同感染途徑之防護措施，如：空氣傳染、飛沫傳染、接觸傳染等。 4. 感染管制部門人員能定期利用文獻檢索或網際網路，取得最新疫情資訊，並傳達醫院各單位；工作人員清楚知道可從何處獲得最新感染管制相關資訊。 <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 有專人定期蒐集國內外感染管制的相關規定，參考有科學根據之建議事項，並依據醫療院所特性，適時訂定或修訂病童感染管制手冊。(試) 2. 規劃網路資訊平台定期更新傳染病與感染管制相關資訊。針對感染管制措施執行情形有定期評核及改善作為。(試) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 若設置牙醫部門，病童感染管制手冊應納入。 2. 科學根據定義參考如：衛生福利部疾病管制署公布之指引與工作手冊、其他國際組織(如：WHO)、國家衛生部門或國內外專業學會等公布之相關指引與建議、相關文獻(如：MMWR)等。 3. 符合項目 2 所提「實名制登錄」，可使用衛生福利部「護產人員暨機構管理資訊系統」登錄各病房陪病人員實名制資料，或使用醫院自行建置之 	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>系統登錄後上傳至護產系統。</p> <p>4.符合項目 2 及優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.感染管制查核督導紀錄(含組合式照護等感染管制措施的遵從性稽核評估、相關改善方案的執行紀錄及成果等)。(符合) 2.病童侵入性醫療感染管制標準作業程序。(符合) 3.年度員工在職及新進人員感染管制教育訓練(包含新興與再浮現傳染病防治教育訓練)。(符合) 4.病童感染管制手冊(含牙醫感染管制作業程序)。(符合/優良) 5.最新疫情資訊或感染管制相關網路資訊平台。(符合/優良) 	
重	2.7.4 院內應有充足且適當之洗手設備，訂有手部衛生作業程序且有管控與稽核機制	<p>目的：</p> <p>設置適當且足夠的洗手設備及訂有手部衛生作業程序，俾利醫療照護人員落實手部衛生。利用管控與稽核機制提升手部衛生遵從性與正確性。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.濕洗手設備之位置及數量合乎實際需要且功能良好，並於濕洗手設備旁有正確洗手步驟之標示。 2.醫療照護相關單位濕洗手設備應設置非手控式水龍頭，如：肘動式、踏板式或感應式水龍頭等，並備有液態皂、手部消毒劑及擦手紙，或備有具去污作用之手部消毒劑及擦手紙。 3.備有方便可及、數量足夠且功能良好之酒精性乾性洗手液(得採固定裝置或隨身瓶)，如：公共區域(醫院民眾出入口、電梯等候區、掛號櫃檯)、急診、門診及重要節點等。 4.醫療照護人員在：(1)接觸病人之前、(2)執行清潔/無菌操作技術之前、(3)有暴露病人體液風險之後、(4)接觸病人之後、(5)接觸病人週遭環境之後，應確實洗手(洗手可包括乾洗手)。 	評鑑委員可參考受評醫院上次之感染管制查核結果(1.4 項次)。

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>5.訂有手部衛生稽核機制，定期稽核手部衛生遵從性及正確性等指標，手部衛生遵從性應達 80%、正確性應達 70%，稽核結果回饋受稽核單位，並留有紀錄備查。</p> <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.由副院長級以上主管推動全院手部衛生運動或臨床單位曾以品管手法，如：品管圈、標竿學習、專案改善等方式推動手部衛生。(試) 2.提報手部衛生正確率與遵從率，並進行分析檢討改進。(試) 3.使用資訊系統或輔助機制提升手部衛生成效。(試) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.乾性洗手液之設置宜考量病童高度，避免使用時噴濺到病童眼睛。 2.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.擦手紙、手部消毒劑及酒精性乾洗手液的採購量和使用量的統計資料。(符合) 2.手部衛生遵從性及正確性、洗手設備完整性及功能性等稽核紀錄。(符合) 3.以品管手法推動者應有完整的執行方案與成果報告等資料。(優良) 4.院務層級會議紀錄或全院發表資料。(優良) 5.資訊系統或輔助機制提升手部衛生成效相關資料。(優良) 	
重	2.7.5	<p>對於暴露於血液、體液及尖銳物品傷事件的預防及處置(包含切傷等其他出血)訂有作業流程</p> <p>目的：</p> <p>訂有員工遭病人血液、體液暴露後及尖銳物品扎傷事件的預防及處置作業流程，並落實執行，以保護工作人員健康。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.除 2000 公克以下早產兒或臨床上極度困難成功之案例以外，應全面使用安全針具。 2.醫療人員執行肌肉、皮下或皮內注射、進行採血或靜脈穿刺，或處理血液、體液等檢體時，應遵循標準防護措施採取感染管制對策。 	<ol style="list-style-type: none"> 1.評鑑委員可參考受評醫院上次之感染管制查核結果(5.2 項次)。 2.全面使用安全針具範圍為抽血及靜脈留置針。

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>3.工作人員有可能接觸，或被病人的血液、體液或分泌物飛濺之風險時，工作人員應依其風險穿戴防護用具，如：面罩、眼罩(eye-shield)或護眼鏡(goggle)、隔離衣(必要時要有防水)等。</p> <p>4.各醫療單位、病房及護理站有能安全處理感染性廢棄物及針類廢棄物的容器；且工作人員應明確知悉使用後的尖銳物品之處理步驟。</p> <p>5.應明確訂定暴露於 HIV 危險環境時之相關處理流程，受針扎者應依醫囑儘速於「愛滋病防治工作手冊」之「職業暴露愛滋病毒處理原則」進行處理並有追蹤紀錄。</p> <p>6.對尖銳物品扎傷通報進行統計分析，並應有詳盡的列管追蹤紀錄，檢討發生原因與追蹤機制，確實執行。</p> <p>優良項目：</p> <p>1.將尖銳物品扎傷分析結果回饋各單位，並研擬防治對策付諸實行，且有具體改善成效。(試)</p> <p>[註]</p> <p>優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.醫院針對預防員工發生尖銳物品扎傷及血液體液暴觸事件所採取之措施。(符合)</p> <p>2.尖銳物品扎傷或與血液/體液接觸處理流程。(符合)</p> <p>3.員工被血液、體液暴露及尖銳物扎傷事件的調查及處理紀錄。(符合)</p> <p>4.血液、體液暴露及尖銳物扎傷事件報告統計分析和檢討。(優良)</p>	
重	2.7.6	<p>訂有醫療照護人員預防接種、體溫監測及胸部 X 光檢查等保護措施，並據以落實執行</p>	<p>目的：</p> <p>有員工保健措施，並落實執行，以保護醫療照護人員避免遭受感染。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.依據我國相關指引與建議，訂有全院疫苗接種計畫，由領導階層帶領，並執行醫療照護人員預防接種防疫措施，其中應包括：B 型肝炎疫苗、</p>

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>流感疫苗、麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合(Measles、Mumps、Rubella, MMR)疫苗與新興傳染病疫苗接種，如：COVID-19 疫苗。若 B 型肝炎表面抗原及表面抗體為陰性者，則應評估施行 B 型肝炎疫苗；醫事及非醫事人員流感疫苗接種率應達 80%以上；1981 年以後出生之高風險單位、全院新進人員須提出麻疹及德國麻疹抗體陽性證明或完成 MMR 疫苗接種紀錄，應達 80%；完成醫事及非醫事人員新興傳染病疫苗接種紀錄，如：COVID-19 疫苗。</p> <p>2.訂有院內全體工作人員(含外包人員)體溫監測計畫，並有體溫異常追蹤及處理機制。</p> <p>3.每年至少 90%與兒童直接接觸之醫療照護人員及其他常駐工作人員(含外包人力)完成胸部 X 光檢查，並有檢查結果異常的追蹤及處理紀錄。</p> <p>4.對於因暴露於傳染病童而遭受感染之醫療照護人員，醫院應立即為該員進行緊急處理，給予必要預防感染藥物，並列管追蹤。</p> <p>優良項目：</p> <p>1.胸部 X 光檢查達成率達 95%以上。(試)</p> <p>2.檢討因暴露於傳染病童而遭受感染之醫療照護人員被感染原因，避免或減少類似事件發生。(試)</p> <p>3.依據我國相關指引與建議執行疫苗注射等措施，增加預防接種計畫的適用對象或項目，例如：全院醫療照護工作人員 MMR 疫苗接種、水痘疫苗等。(試)</p> <p>4.針對未完成疫苗接種之工作人員，訂有相關健康監測與管理機制，及提高接種率等強化措施，以提升人員保護。(試)</p> <p>[註]</p> <p>優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.全院疫苗接種計畫及領導階層帶領之會議紀錄或相關紀錄。(符合)</p>	

條號	條文	評量項目	委員共識
		2.體溫異常追蹤及處理紀錄。(符合) 3.員工被感染事件調查及處理紀錄。(符合) 4.胸部 X 光檢查達成率、胸部 X 光檢查異常的追蹤及處理紀錄。(符合/優良) 5.醫療照護人員預防接種紀錄(如：B型肝炎、流感疫苗、MMR疫苗與新興傳染病疫苗，如：COVID-19疫苗及水痘疫苗接種紀錄)。(符合/優良)	
2.7.7	定期對醫療照護相關感染的發生及其動向開會檢討分析，並訂定改善方案	目的： 掌握院內重要之感染指標、菌種變化，導入組合式照護措施，並回饋照護團隊檢討改善，以控制感染。有計畫且持續進行醫療照護相關感染監測及改善方案。隨時能掌握醫院醫療照護相關感染的最新狀況，採取具體且適當的感染管制措施。 符合項目： 1.依醫院之機能及規模，能掌握手術部位感染率、加護病房等處理重症病童部門之血流感染、泌尿道感染、肺炎及侵入性導管相關感染密度等重要感染指標。 2.明確訂定迅速察知病房的菌種變化機制，並且採取因應措施。 3.定期於院內感染管制會報告監測成果，且感染管制指標及感染個案能回饋相關醫護人員，以致力於改善措施，並制訂具體的改善方案且確實實施。 4.訂有院內群聚或群突發感染發生之危機處理標準作業流程，並針對發生之院內群聚或群突發感染事件有調查處理報告。 5.將醫療照護相關感染資料通報至衛生福利部疾病管制署台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統。 優良項目： 1.確實分析數據及感染個案發生的原因，並定期檢討修訂相關機制、對應措施、感染指標種類等。(試) 2.落實執行修訂之方案或改善計畫。(試)	評鑑委員可參考受評醫院上次之感染管制查核結果(1.6 項次)。

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>[註]</p> <p>優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫療照護相關感染的統計報表。(符合) 2.院內群聚或群突發感染發生之處理標準作業流程及調查處理報告。(符合) 3.疾病管制署台灣醫院院內管制與抗藥性監測管理系統的通報統計表(符合) 	
重	2.7.8 應訂有合適之隔離措施及動線規劃，且訂有大規模感染事件發生之應變計畫，並確實執行	<p>目的：</p> <p>針對各種預期可能發生的感染事件有應變計畫，且有合適的隔離措施及動線規劃。訂有合宜的個人防護裝備使用標準且定期辦理實際穿脫演練，使第一線工作人員熟悉瞭解。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.急診、門診就醫病童分流機制及就診動線規劃適當，且張貼明顯告示，提醒就醫病童與陪病者，出入醫療院所應佩戴口罩，並有協助未佩戴口罩就診病童佩戴口罩之措施。 2.對急診檢傷病童及發燒或疑似感染之門診病童有詢問並記錄旅遊史(travel history)、職業別(occupation)、接觸史(contact history)及是否群聚(cluster)之機制。 3.依感染風險訂定適當的個人防護裝備(personal protection equipments, PPE)使用標準，如：急救插管及不明原因發燒病童等不同狀況的個人防護裝備，且第一線工作人員均瞭解；門診、急診、加護病房及負壓隔離病房定期辦理PPE教育訓練(含實際穿脫演練及密合度測試)。 4.訂有疑似或確定之傳染病個案之分流、隔離措施及接觸者疫調追蹤標準作業程序；收治疑似或確定傳染病病童，其病童運送、人員(包含醫護人員及環境清潔等相關工作人員)穿脫PPE進出及廢棄物清理之動線規劃 	<ol style="list-style-type: none"> 1.評鑑委員可參考受評醫院上次之感染管制查核結果(1.5 項次)。 2.符合項目 1「動線規劃」，建議應以「減少交叉感染」為優先考量，再依據硬體空間、兒童隱私進行調整。 3.對於高危險群須於門診設有保護性機制；健兒門診及預防接種門診應與一般急性病童門診區隔。

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>適當，並有適當的配套處理措施。若有負壓隔離病室，應能明確顯示負壓狀況及負壓值，並有維護保養檢測紀錄。</p> <p>5.訂定新興傳染病疫情或大規模感染事件之應變計畫，並定期更新，計畫內容應包含收治隔離措施、後送機制、擬定支援單位及人員的原則及序位、疑似個案監測、清潔與消毒、緊急關閉、清空計畫、院內群聚事件作業規範、持續營運計畫，並辦理實地或桌上演練；如有新興傳染病疫情或大規模感染事件發生時，應依照衛生主管單位的最新規定，執行防疫措施及動線規劃。</p> <p>6.於發生新興傳染病疫情或大規模感染事件(含院內群聚事件)時，針對疑似或確定傳染病之住院病童訂有分流機制，且住院服務落實良好動線規劃。</p> <p>7.建立因應新興傳染病疫情或院內發生大規模感染事件成立應變團隊機制，並定期更新，由院內跨部門組成團隊，醫院主管(院長)擔任應變團隊召集人(試)。</p> <p>8.醫院應訂有無家屬可陪病之處理流程，且若無適當病房可收治時，應制訂已入院病童採檢陽性後的轉送或安置流程(含剛出生或外接的新生兒)。(試)</p> <p>優良項目：</p> <p>1.擬定及執行新興傳染病疫情或大規模感染事件(含院內群聚事件)發生時，支援單位及人員的訓練課程及受訓計畫。(試)</p> <p>2.主動協助社區內其他醫療院所及人口密集機構(含照護機構)等單位之感染管制及新興傳染疾病之病童收治，並協助防疫工作。(試)</p> <p>3.確實執行並定期檢討修訂相關機制及因應措施。(試)</p> <p>[註]</p> <p>符合項目 7、8 及優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p>	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<ol style="list-style-type: none"> 1.急診就診流程和急診檢傷詢問病童及家屬TOCC之機制與紀錄。(符合) 2.門診發燒或有疑似感染症狀病童的標準處置作業流程與TOCC詢問紀錄。(符合) 3.因應不同狀況病童之個人防護裝備標準及教育訓練紀錄。(符合) 4.疑似或確定之傳染病個案隔離措施及接觸者疫調追蹤標準作業。(符合) 5.負壓隔離房檢測/維護紀錄。(符合) 6.醫院因應新興傳染病疫情或大規模感染事件之應變計畫會議紀錄及實地或桌上演練紀錄。(符合) 7.疑似或確定傳染病住院病人分流機制及動線規劃作業原則或紀錄。(符合) 8.因應新興傳染病疫情或院內發生大規模感染事件成立應變團隊之機制及更新紀錄。(符合) 9.新興傳染病疫情或大規模感染事件應變計畫支援人力名冊及在職教育紀錄。(優良) 10.社區防疫工作紀錄。(優良) 11.與照護機構訂定之感染管制服務合約。(優良) 12.照護機構感染管制人員實務訓練計畫。(優良) 	
2.7.9	<p>抗生素管理計畫之領導與責任</p>	<p>目的： 落實跨部門醫療團隊合作，提升抗生素管理成效。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院應設立跨部門抗生素管理小組或委員會等組織，並由副院長級以上主管擔任主席；小組成員至少應包含醫師、藥師、醫檢師、護理師及資訊人員等，每季至少開會1次。(試) 2.每半年至少辦理1次以上全院性「適當使用抗生素」之相關講習或線上課程，且臨床醫師、護理人員、藥師每年至少參加1次。 3.每半年至少辦理1次以上全院性「適當使用抗生素」相關講習，且臨床醫師、護理人員、醫檢師、藥師每年至少參加1次。(試) 	<p>評鑑委員可參考受評醫院上次之感染管制查核結果(3.1 項次)。</p>

條號		條文	評量項目	委員共識
			<p>4.醫院應訂有抗生素管理計畫，對於計畫執行所須之經費、人力等資源都能有實質的支援。(試)</p> <p>優良項目：</p> <p>1.依據醫院特性及實務需要，定期檢討修訂抗生素管理計畫，並落實執行修訂之計畫內容。(試)</p> <p>[註]</p> <p>1.本條所稱管理小組或委員會，如為自總院分離另設立之兒童醫院，得與總院小組或委員會一起運作，惟須討論兒童醫院議題，並有紀錄可查。</p> <p>2.符合項目1、3、4及優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.抗生素管理小組成員名單、出席紀錄表及會議紀錄。(符合)</p> <p>2.抗生素教育訓練課程講義及出席紀錄表。(符合)</p> <p>3.抗生素管理計畫(含執行方式、人力、資源、成效評估等)。(符合)</p> <p>4.醫院對於抗生素管理計畫執行的實質支援紀錄。(符合)</p> <p>5.歷次修訂版本之抗生素管理計畫(含修訂之年月日)。(優良)</p> <p>6.抗生素管理計畫執行情形及成果。(優良)</p>	
重	2.7.10	<p>抗生素使用監測管理機制</p>	<p>目的：</p> <p>優化抗生素使用之監測及管理機制，提升抗生素合理使用。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.醫院訂有抗生素使用管制措施，且醫師可隨時查閱如何適當使用抗生素之資料。</p> <p>2.對抗生素使用量訂有適當的監測機制，並定期進行統計分析。</p> <p>3.定期隨機審查病歷，各項有關病童使用抗生素之情形，應於病歷中詳載，並有評估病童抗生素使用適當性之機制。</p> <p>4.醫院設置抗生素檢核資訊系統，於醫師開立抗生素處方時有提醒機制，</p>	<p>評鑑委員可參考受評醫院上次之感染管制查核結果(3.2 項次)。</p>

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>以提升抗生素開立處方品質。</p> <p>5.對抗生素不合理使用之情況能回饋臨床醫師或科部，並提出改善措施確實執行，且有具體改善成效呈現。</p> <p>優良項目：</p> <p>1.設置抗生素處方審核與回饋及統計分析資訊系統。(試)</p> <p>[註]</p> <p>1.「管制性抗生素」指全民健康保險第一線以外之抗微生物製劑。</p> <p>2.本條文所規範之內容，得與總院合併辦理。</p> <p>3.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.抗生素使用管制措施及相關作業流程。(符合)</p> <p>2.各類別抗生素病歷抽樣審查紀錄。(符合)</p> <p>3.抗生素使用量(如：defined daily dose)分析報告及改善回饋紀錄。(符合)</p> <p>4.不適當的抗生素使用量或全院抗生素使用量之改善情形紀錄。(符合)</p> <p>5.有關病人使用非管制性抗生素之情況，建立機制以防範下列情形發生：</p> <p>(1)重症病人無正當理由仍然使用第一線狹效抗生素。</p> <p>(2)第一線狹效抗生素使用3天無效，無正當理由仍然繼續使用。</p> <p>(3)未依感染部位選用適當抗生素。</p> <p>(4)社區感染無正當理由仍使用明顯療效不足之藥物。</p> <p>(5)使用的劑量未考慮到病人體重及肝腎功能。</p> <p>6.有關病童管制性抗生素使用之情形，建立機制以防範下列情形發生：</p> <p>(1)臨床狀況明顯為輕症或無症狀，但使用廣效感染性抗生素，且無正當理由。</p> <p>(2)無正當理由同時使用3種以上抗生素。</p> <p>(3)使用藥物的種類不符合國內外抗生素治療指引。</p> <p>(4)使用的劑量未考慮病人體重及肝腎功能。</p>	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>7.有關病童手術預防性抗生素使用之情形，建立下列機制：</p> <p>(1)需用手術預防性抗生素時，應在手術劃刀前1小時內，給予第一劑手術預防性抗生素(使用 vancomycin 及 fluoroquinolones 者可於劃刀前2小時內給予手術預防性抗生素；剖腹產則可在臍帶結紮前後立即給予手術預防性抗生素)。</p> <p>(2)手術預防性抗生素使用時機及選藥時應符合國內外抗生素使用指引。</p> <p>(3)劑量應與體重相符並有考慮病人肝腎機能。</p> <p>(4)一般清淨手術後，於術後不再繼續使用抗生素，重大手術抗生素使用符合國內外抗生素使用指引。</p> <p>(5)手術中視必要(考慮藥品動態學)追加抗生素。</p> <p>8.有關兒童門診抗生素使用之情形，建立下列機制：</p> <p>(1)有需要才用抗生素；使用抗生素時，病歷上應說明用藥理由。</p> <p>(2)一般明顯急性感冒不可使用抗生素。</p> <p>(3)抗生素使用種類及劑量合理，並有考慮病人體重及肝腎機能。</p> <p>(4)抗生素使用期間合理，如有異常時，應於病歷上說明。</p>	
重	2.7.11 抗藥性微生物之監測診斷及隔離防治措施	<p>目的：</p> <p>確保抗藥性微生物檢驗品質，輔助抗生素合理使用，並優化其監測及管理機制，減少抗藥性微生物之發生及傳播。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.訂有微生物實驗室檢驗標準作業程序，並有內、外部品管計畫。針對微生物實驗室內、外部品管監測異常結果，執行問題調查與原因分析，並對須改善之事項，提出具體解決的對策。(試)</p> <p>2.每年定期製作全院性臨床分離菌種抗生素抗藥性圖譜(antibiogram)報告(統計期間歸人計算)，並將最新報告提供給臨床醫師開立處方參考或於院內網路公告，醫師可隨時查閱。</p> <p>3.每年定期依據檢體種類及病房別且對感染菌種之分離件數、抗生素之感受性等資料製作分析報告，特別是多重抗藥性微生物(如：CRE、CRAB、</p>	評鑑委員可參考受評醫院上次之感染管制查核結果(3.3 項次)。

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>VRE、MRSA等), 並進行抗藥性趨勢與抗生素用量之相關性分析。</p> <p>4.針對分離出多重抗藥性微生物(如: CRE、CRAB、VRE、MRSA等)之個案, 應於微生物報告上註記或解釋, 並即時通知臨床單位進行適當隔離及標示。</p> <p>5.將實驗室檢出菌株與抗生素抗藥性檢測結果等相關監測資料通報至衛生福利部疾病管制署「台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統」。</p> <p>優良項目:</p> <p>1.根據前揭統計分析報告, 研擬防治對策並付諸實行, 且有具體改善成效。(試)</p> <p>2.建置自動化通報機制, 持續將實驗室檢出菌株與抗生素抗藥性檢測結果等相關監測資料通報至衛生福利部疾病管制署「台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統」, 自開始通報月須持續通報、每月通報之細菌種類需達10項菌屬/種以上且實驗室通報完整率達100%。(試)</p> <p>[註]</p> <p>1.本條文所規範之內容, 得與總院合併辦理。</p> <p>2.符合項目1及優良項目列為試評項目, 評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料:</p> <p>1.微生物實驗室檢驗標準作業程序文件及品管紀錄。(符合)</p> <p>2.抗生素抗藥性圖譜統計報告。(符合)</p> <p>3.多重抗藥性微生物感染或移生個案之隔離管理政策及相關作業流程。(符合)</p> <p>4.內、外部品管監測異常之改善方案或對策。(符合/優良)</p> <p>5.抗藥性趨勢與抗生素用量之相關性分析報告。(符合/優良)</p> <p>6.多重抗藥性微生物防治對策及執行成效。(優良)</p>	委員共識
重	2.7.12	<p>落實環境清潔消毒及管理</p> <p>目的:</p> <p>落實環境清潔消毒的標準作業程序, 確實管理執行情形。</p>	1.評鑑委員可參考受評醫院上次之感染管制查核結果(2.3 項

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.對於環境清潔工作消毒訂有標準作業程序並設有查檢表，且有相關機制教育環境清潔人員熟悉內容。 2.若設有氣管鏡室者，應具負壓或抽風等設備，且有維護保養紀錄。若有牙科診間，其診療環境應保持清潔，器械清洗完善，醫療廢棄物有妥善分類、處理；每天進行牙科治療台清潔、管路保養及消毒，並有紀錄。 3.若有血液透析單位，班與班之間必須完成病童照護區環境(含透析機表面)清潔消毒後，才提供給下一位病童使用。 4.若有加護病房或器官移植及骨髓移植等高風險病童居住的區域，訂有醫院退伍軍人病防治計畫。 5.針對特殊感染事件或群聚事件等異常情形發生時，具有加強環境清潔應變機制，且教育工作人員熟悉相關內容。 <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.肺功能室具負壓或抽風等設備，且有維護保養紀錄。(試) 2.對監測結果定期檢討，研訂改進措施並確實落實，有紀錄備查。(試) 3.對於環境清潔執行情形應使用客觀之環境清潔評估工具(如螢光檢測、ATP冷光儀測試或細菌培養等)進行環境清潔成效評估，訂有定期查核抽檢機制，將查檢結果回饋相關單位，並定期提報院內感染管制會，且有檢討流程並進行改善措施。(試) 4.依據衛生福利部疾病管制署公布之「醫院退伍軍人菌環境檢測及其相關因應指引措施」執行供水系統之監測及採檢並有報告及檢討機制。(試) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.器官移植係指心臟、胰臟、腎臟、肝臟、肺臟、小腸移植。 2.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.環境清潔工作標準作業程序、查檢表與教育訓練紀錄。(符合) 	<p>次)。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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、設備清洗消毒及排氣系統之查核，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。

條號	條文	評量項目	委員共識
		2.氣管鏡室與肺功能室空調(抽風負壓)設備維修保養紀錄。(符合/優良) 3.牙科治療台清潔、管路保養及消毒紀錄。(符合) 4.醫院退伍軍人病防治計畫。(符合) 5.環境清潔執行情形之查核抽檢結果與改善措施紀錄。(優良) 6.退伍軍人菌環境監測及採檢報告及檢討。(優良)	
重	2.7.13	確實執行衛材、器械、機器與內視鏡之滅菌及清潔管理 目的： 建立並落實衛材與器械清潔、消毒、滅菌之標準作業程序，確實監測管理執行情形。 符合項目： 1.自行執行衛材、器械、機器與內視鏡之滅菌及清潔者(設有牙醫部門者須納入)： (1)各類物品之清洗、包裝、消毒、滅菌及有效期間均訂有標準。 (2)處理物品時，工作人員需穿戴適當的個人防護裝備。 (3)自行滅菌之衛材包、器械包，每包內側及外側均應有化學性指示器(如：包外化學指示劑、包內化學指示劑)及標示有效日期，並讓使用者知悉。 (4)以高壓蒸氣滅菌時，生物指示劑至少每週施行1次，若為抽真空式滅菌器，抽真空測試應每個開鍋日施行，並有紀錄可查。 (5)環氧乙烷(ethylene oxide gas, EO)滅菌時，每鍋次均使用生物指示劑(如：快速判讀生物培養苗)，設置場所應有EO濃度監測儀或警示儀(detector)，以防止EO外洩並能及時處理。 (6)電漿鍋依滅菌監測感染控制措施指引進行監測，並有相關紀錄。 (7)滅菌過程發生異常，應有相關處理規範(含回收機制)。 (8)消毒/滅菌相關設備應制訂維護保養規範並定期保養，若發生故障時，可迅速處理；且留存保養及維修紀錄備查。 (9)軟式內視鏡(包括腸胃鏡、氣管鏡等)相關器械、設備之清洗消毒或滅菌及儲存訂有標準作業流程，並由專人負責且確實執行。	1.評鑑委員可參考受評醫院上次之感染管制查核結果(2.1項次)。 2.符合項目1-(1)，評鑑委員需查證相關單位之消毒、滅菌物品是否於有效期限內。

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>(10)依照說明書建議監測軟式內視鏡等相關器械、設備之清洗消毒液有效濃度，並有紀錄。</p> <p>2.消毒/滅菌過的物品應保管於清潔且空調較佳處之架子上或有門扇之櫥櫃內；並依物品名稱及消毒先後適當置放；消毒/滅菌過的物品需使用清潔並加蓋之推車搬運及配送(消毒/滅菌物品和回收物品之置放車要區分)。</p> <p>3.衛材、器械之滅菌業務外包，或租賃手術器械，應妥善監控品質、設有管理辦法及進行例行性稽查，並有紀錄備查。</p> <p>4.各項監測有持續性紀錄；且工作人員清楚各項指標意義及處理異常情況。</p> <p>優良項目：</p> <p>1.訂有立即使用器械的管理機制(如：高壓蒸氣滅菌鍋)且執行成效良好；包括：確保僅限於器械緊急需要時使用，醫材於滅菌完成後立即使用且紀錄詳實(含：器械使用狀況、手術日期、病人資料、追蹤狀況等)。(試)</p> <p>2.定期檢討探討及分析消毒/滅菌過程(含內視鏡清洗消毒作業)或外包業務(含租賃手術器械)，如有異常情況應進行檢討及改善。(試)</p> <p>[註]</p> <p>1.本條文所規範之內容，得與總院合併辦理。</p> <p>2.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.供應室以外之消毒/滅菌物品(含採購之無菌醫耗材)集中貯存區溫濕度監測紀錄。(符合)</p> <p>2.過期物品登記表。(符合)</p> <p>3.滅菌監測標準作業手冊、滅菌失敗物品處理機制流程、及各類滅菌監測結果(含生物監測、化學監測、抽真空監測等)與審核紀錄(含臨床單位寄消品)。(符合)</p>	

條號	條文	評量項目	委員共識
		4.高壓蒸氣滅菌鍋每日作業檢點表。(符合) 5.環氧乙烷每日作業檢點表、監測分析報告及洩漏之緊急處理。(符合) 6.滅菌失敗物品回收紀錄。(符合) 7.滅菌設備保養維修紀錄與故障處理機制。(符合) 8.內視鏡安全作業指引。(符合) 9.內視鏡採檢流程。(符合) 10.內視鏡或器械消毒劑有效濃度監測紀錄。(符合) 11.外包業務(含租賃手術器械)管理辦法及品質監控稽查及紀錄。(優良) 12.立即使用器械(如：高壓蒸氣滅菌鍋等)管理機制、使用紀錄及檢討。(優良) 13.消毒/滅菌(含外包業務)異常原因檢討與改善措施會議紀錄。(優良) 14.內視鏡品管監測結果及改善措施與檢討會議紀錄。(優良)	
2.7.14	供應室應配置適當人力，清潔區及污染區應做區隔且動線規劃合宜	目的： 確保衛材與器械消毒與管理之作業程序。 符合項目： 1.確保必要人力之充足並有專責人員負責衛材、器械之消毒與管理業務，若設有滅菌設備，應由合格人員操作，並有護理人員監督。 2.主管應出席感染管制委員會，必要時專責人員應共同出席。 3.供應室環境整潔，清潔區及污染區應有適當的區隔；定期監測供應室滅菌物品貯存區滅菌物品溫度及濕度，並有紀錄備查。 4.醫院之衛材與器械未集中於供應室清洗、消毒與滅菌者，應依供應室之作業指引及流程辦理之。 5.針對供應室及執行軟式內視鏡清潔消毒之新進人員與在職工作人員訂有教育訓練課程，並留有紀錄備查。(試) 優良項目： 1.供應室有合宜的動線規劃和人員管理辦法。(試) 2.建立機制有監測數據，定期探討及分析，如有異常情況應進行檢討及改	評鑑委員可參考受評醫院上次之感染管制查核結果(2.2 項次)。

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>善。(試)</p> <p>3.落實供應室之溫度及濕度控管，空調設置符合感染管制原則，並有佐證資料。(試)</p> <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.中央主管機關指定之具有危險性設備，可參考勞動部公告之「危險性機械及設備安全檢查規則」。 2.本條文所規範之內容，得與總院合併辦理。 3.符合項目 5 及優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.供應室單位人員排班表。(符合) 2.設有中央主管機關指定之具有危險性設備者，相關操作人員應具有合格證明文件，如：第一種壓力容器操作人員合格證書等。(符合) 3.感染管制會會議紀錄。(符合) 4.供應室工作規範。(符合) 5.供應中心之感染管制措施。(符合) 6.滅菌物品貯存區室溫濕度監測紀錄。(符合) 7.供應室及執行軟式內視鏡清潔消毒之新進人員與工作人員教育訓練計畫書及員工個別教育訓練紀錄文件。(符合) 8.供應室消毒及滅菌監測小組會議紀錄。(優良) 	

第 2 篇、醫療照護 第 2.8 章 檢驗、病理與放射作業

【重點說明】

對病童做正確合宜的評估才能作出最適切的醫療照護計畫。病童的評估為一持續性的工作，包括收集資訊、分析各種資料，如：身體、實驗室及影像等各種檢查結果。這些評估需要醫療照護團隊成員共同的參與，整合出最適切的醫療照護計畫。醫院應必須對各種檢驗、檢查訂定適宜之標準流程及規定，以提供適宜的照護品質及確保醫療照護團隊能有效的溝通及整合。本章重點如下：

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，以確保安全及病童的評估資訊正確。
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。
3. 具備合宜的放射治療(含核子醫學)設備及友善環境，訂有一般標準之作業流程，確保醫療品質。

條號	條文	評量項目	委員共識
2.8.1	具備合宜的病童醫事檢驗設備，訂有符合標準之作業流程，確保品質	<p>目的：</p> <p>維護醫事檢驗設備與環境的安全管理，制訂醫事檢驗作業程序與品管政策，定期稽核管理與檢討，確保檢驗品質與執業安全，以及迅速正確的檢驗服務。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 應依病童生理特性及整體病童照護條件，設置病童相關醫事檢驗設備，提供正確檢驗結果、及不同年齡層病童檢驗品質指標，符合病童醫療照護的需求。 2. 備有快速檢驗設備，其功能可提供必要的檢驗項目及符合時效的結果報告，以因應兒童急診醫療的需求。 3. 應訂定符合病童及檢驗檢體辨識、登錄、傳送、檢測、報告等作業的安全性、時效性與結果正確性要求之標準作業程序。 4. 實施委外檢驗者，應定期要求受託檢驗單位提供參與精確度評估或接受外部能力評鑑之相關結果或證明。 5. 檢驗科室以外之檢驗儀器(如：血糖機、血液氣體分析儀(blood gas analyzer)等)有品質管理機制。 6. 醫事檢驗報告內容正確，報告時效符合臨床醫療需求，且不同類型檢體 	優良項目 2 所提「安全調查」係指：發現有危害兒童生命安全之不良事件時，應有主動提出「調查分析」之作為，以及研議「避免再發生之預防措施」的檢討說明。

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>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。</p> <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫事檢驗作業之品質管理，有定期檢討評估改善。(試) 2.每一年度均針對病童檢驗品質相關指標(如：報告時效監測，客訴意見處理、檢驗品質與安全調查等)進行分析，並有相關統計報告。發現異常狀況時，能進行相關因應措施，及留有紀錄可供檢討。(試) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.委外管理包括本身醫療需求委外檢驗或以醫院名義承攬業務等監督責任。 2.實驗室若通過國際第三方認證機構如財團法人全國認證基金會(TAF)或美國病理學會國際認證(CAP)等，且於合格效期內者，本條基準視為符合符合及優良項目。 3.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.委外檢驗之評估、履約管理、品質管理等作業程序及相關會議紀錄。(符合) 2.快速檢驗作業流程。(符合) 3.檢驗科室以外之檢驗儀器品質管理機制。(符合) 4.檢驗檢體辨識、登錄、傳送、檢測、報告等作業規範或作業程序及紀錄。(符合/優良) 	
2.8.2	設有合宜兒童之血品供應之作業程序，並能確保品質	<p>目的：</p> <p>制訂與執行合宜的兒童輸血作業與品質管理，確保血品與用血的品質與安全。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.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。 	<ol style="list-style-type: none"> 1.所提會議召開著重於機制即可。 2.優良項目 1 所提「安全調查」係指：發現有危害兒童生命安全之不良事件時，應有主動提出「調查分析」之作為，以及研議「避

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>2.應能提供符合病童醫療需求之血品，並訂有血品分裝之作業流程，及確保血品的品質。</p> <p>3.明訂血液及血液製劑供應之作業程序，包括檢體辨識、使用前檢驗(交叉試驗等)、登錄、檢測、報告、血品傳送等，作業時效性與結果正確性要求之標準作業程序。</p> <p>4.血品供應單位必須評估血品於病房及手術室暫存保管之作業方式的適當性，訂有輸注前可存放的時間，及未輸注可退回的時間與條件等規範，提供相關醫護單位人員遵循。</p> <p>5.血品供應單位能提供血品使用單位人員，對於血液及血液製劑供應相關諮詢的教育訓練，以共同提升輸血醫療的品質與安全。</p> <p>優良項目：</p> <p>1.每年至少舉行2次輸血委員會會議，針對病童輸血品質相關指標(如：血漿及血小板等適應症、供應時效監測、客訴意見處理、供應品質與安全調查等)，及防止副作用等有關保障病童輸血安全的成效進行分析，並有相關統計報告，且發現異常狀況時，能進行相關因應措施，及留有紀錄可供檢討。(試)</p> <p>2.相關作業程序留有紀錄，執行狀況良好，並有檢討改善，成效良好。(試)</p> <p>[註]</p> <p>1.如為總院分離另設立之兒童醫院得與總院委員會一起運作，惟須討論兒童醫院議題，並有紀錄可查。</p> <p>2.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.血品相關辨識、登錄、檢測、報告、血品傳送等作業規範或作業程序及相關紀錄。(符合)</p> <p>2.血品暫存保管作業規範或流程及相關時效規定。(符合)</p> <p>3.血品供應(含退還)之標準作業流程及相關紀錄。(符合)</p>	<p>免再發生之預防措施」的檢討說明。</p> <p>3.實地評鑑時，委員將加強查核醫院對於輸血不良反應通報的機制，以及相關發生案例之檢討。</p>

條號	條文	評量項目	委員共識
		4.輸血委員會會議設置辦法及會議紀錄。(優良) 5.血品相關品質指標監測紀錄、統計資料及稽核制度之紀錄。(優良) 6.血品使用單位人員相關教育訓練資料。(符合)	
2.8.3	具備合宜的兒童病理診斷設備，訂有符合標準之作業流程，並確保品質	目的： 維護病理診斷設備與環境安全管理，確保兒童病理診斷品質與執業安全。 符合項目： 1.應依兒童疾病種類提供符合兒童病理診斷需求及設備，以達正確病理診斷結果，符合兒童醫療照護的需求。 2.應訂定符合兒童病理檢體辨識、登錄、傳送、診斷、報告等作業的安全性、時效性與結果正確性要求之標準作業程序。 3.組織病理委員會定期召開，並有檢討病理診斷品質，備有會議紀錄可查。兒童病理診斷報告應有審查及檢討評估機制(醫療法第 65 條)。且兒童癌症診斷報告格式符合需求，應有雙重檢核機制。 4.兒童病理診斷服務項目須借助委外檢驗方式完成者，應制訂有效的作業程序，以評估與選擇具有能力，且合乎品質要求的受委託檢驗單位。 優良項目： 1.每年至少 2 次針對兒童病理診斷品質相關指標(如疾病別、件數等)進行分析，並有相關統計報告。(試) 2.兒童病理作業流程設有個案結果比對、報告時效監測，以及客訴意見處理等機制，發現異常狀況時，能進行相關因應措施留有紀錄可供檢討改善，且成效良好。(試) [註] 1.衛生福利部(原行政院衛生署)於中華民國 77 年 2 月 4 日衛署醫字第 715562 號函，已明確界定器官之範圍；所稱「器官」係指： (1)消化系統：口腔、唇、舌、咽喉、食道、胃、十二指腸、闌尾、肝臟、膽囊、膽道、胰臟、大腸、小腸、直腸、肛門、腸系膜、腹膜。 (2)呼吸系統：鼻竇、副鼻竇、鼻咽、聲帶、喉、氣管、支氣管、肺臟、	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>肋膜。</p> <p>(3)心臟血管系統：血管(動脈、靜脈)、心臟、心包膜。</p> <p>(4)泌尿系統：腎臟、輸尿管、尿道、膀胱、前列腺。</p> <p>(5)內分泌系統：甲狀腺、副甲狀腺、腎上腺、腦下垂體、胸腺。</p> <p>(6)造血淋巴系統：骨髓、脾臟。</p> <p>(7)骨骼與肌肉系統：骨骼截除、肢體截除。</p> <p>(8)神經系統：腦、脊髓、神經、腦膜。</p> <p>(9)生殖器官：子宮、卵巢、輸卵管、陰道、乳房、輸精管、睪丸、陰囊、陰莖。</p> <p>(10)感官器官：眼、中耳、內耳。</p> <p>2.如為總院分離另設立之兒童醫院得與總院委員會一起運作，惟須討論兒童醫院議題，並有紀錄可查。</p> <p>3.病理診斷單位若通過國際第三方認證機構如財團法人全國認證基金會(TAF)或美國病理學會國際認證(CAP)等，且於合格效期內者，本條基準視為符合一般及優良項目。</p> <p>4.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.檢驗檢體辨識、登錄、傳送、診斷、報告等作業規範或作業程序。(符合)</p> <p>2.相關作業程序檢討紀錄資料。(優良)</p> <p>3.病理診斷報告(含癌症診斷報告等)審查及檢討評估相關資料。(符合/優良)</p> <p>4.組織病理委員會章程及會議紀錄。(符合)</p> <p>5.病理相關品質指標監測紀錄及統計資料。(優良)</p> <p>6.異常事件報告與紀錄。(優良)</p> <p>7.品質改善方案實例，如：品管圈、教案教學、得獎紀錄等。(優良)</p>	
2.8.4	具備合宜的兒童放	目的：	

條號	條文	評量項目	委員共識
	<p>射診斷(含核子醫學)設備，訂有符合標準之作業流程，並確保品質</p>	<p>維護放射診斷(含核子醫學)設備與受檢環境的規劃及安全管理，制訂與執行放射診斷(含核子醫學)作業程序與品管政策，且監測相關品質指標，確保放射診斷(含核子醫學)作業品質。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.應依病童生理發展訂定兒童放射診斷(含核子醫學)標準作業程序，提供病童進行放射診斷之必要相關設備。 2.放射線診斷及核子醫學檢查環境必須依照游離輻射防護法規，訂定安全管理計畫，以執行妥善的防護、監測與紀錄。 3.應有本院代表參與輻射防護管理委員會，並提出兒童輻射防護相關議題，且有會議紀錄可查。 4.檢查室內備有兒科急救設備，且檢查室內外之規劃設計，提供安全、舒適的檢查環境。 5.應訂定符合檢查需求之病童辨識、登錄、運送、檢查、報告時效性與結果正確性之標準作業程序，同時須明訂檢查過程的病童及家屬安全防護管理及應變機制，其內容完整且能確實執行。 6.放射診斷(含核子醫學)報告內容完整，報告時效符合臨床醫療需求，且不同檢查項目的報告完成時間，能夠經由與臨床協議後有明確的訂定，而據以實施。 7.放射診斷(含核子醫學)相關影像檔案管理適當。 <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.至少 1 名兒童放射診斷醫師或技術人員具有效期內之 PALS 或 NRP 證書。(試) 2.報告內容完整，且有適當影像會診機制，能協助臨床診療。(試) 3.影像診療報告應由接受兒童放射診斷訓練之專科醫師製作。(試) 4.定期舉行聯合討論會(如：與相關診療科醫師舉行病例檢討會)，且紀錄詳實。(試) 5.每年至少 2 次針對兒童放射診斷(含核子醫學)品質相關指標(如：報告時 	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>效監測、客訴意見處理、檢查品質、報告正確性與病童安全調查等)進行分析，並有相關統計報告，且發現異常狀況時，能進行相關因應措施，及留有紀錄可供審查。(試)</p> <p>6.定期與臨床照護單位召開放射診斷(含核子醫學)服務流程品質檢討會議，並建立品質保證之管理會議或稽核制度。(試)</p> <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.依照國家相關法規之規範，醫院在符合相關規定的前提下，可依實際需求自行評估與規劃其設備及所需環境。 2.依游離輻射防護法第七條第三項規定，於民國 91 年 12 月 11 日訂定之「輻射防護管理組織及輻射防護人員設置標準」規定，相關內容摘要如下： <ol style="list-style-type: none"> (1)第 2 條：依游離輻射防護法第七條第一項所稱之輻射防護管理組織，係指輻射防護業務單位及輻射防護管理委員會。 (2)第 4 條：設施經營者具有附表一(醫療院所屬範圍內事業類別，包含「從事放射診斷、核子醫學、放射治療三項診療業務者」或「設有放射診斷、核子醫學、放射治療任二項診療業務者」)所列設備、業務或規模者，應設立輻射防護管理組織，並依表列名額配置輻射防護業務單位之各級輻射防護人員。 (3)第 5 條：設施經營者具有附表二(醫療院所屬範圍內事業類別，包含「僅從事放射治療業務者」或「僅從事核子醫學業務者」或「僅從事放射診斷業務者」)所列設備、業務或規模者，應依表列名額配置各級輻射防護人員。 (4)第 12 條規定輻射防護管理委員會委員組成及應至少每 6 個月開一次會。 3.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p>	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<ol style="list-style-type: none"> 1.輻射防護管理委員會設置辦法、會議紀錄及醫療儀器品質保證與輻射防護作業執行相關工作紀錄。(符合) 2.病童急救設備平時保養、點班紀錄。(符合) 3.檢查病童辨識、登錄、運送、檢查、報告等作業規範或作業程序及紀錄。(符合) 4.聯合討論會(如：與相關診療科醫師舉行病例檢討會)會議紀錄。(優良) 5.放射診斷相關品質指標監測紀錄、統計資料及稽核制度之紀錄。(優良) 6.放射診斷檢查結果與報告完成作業規範。(符合) 7.放射診斷影像檔案管理機制。(符合) 8.兒童放射診斷醫師或技術人員 PALS 或 NRP 證書。(優良) 9.排班照會系統或班表。(優良) 	
2.8.5	具備合宜的放射治療(含核子醫學)設備，訂有符合標準之作業流程，並確保品質	<p>目的： 維護完備的放射治療(含核子醫學)設備與治療環境的規劃與管理，訂有符合標準之作業流程，並確保品質。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.應依病童生理發展訂定兒童放射治療(含核子醫學)標準作業程序，提供病童進行放射治療之必要相關設備。 2.放射治療(含核子醫學)環境必須依照游離輻射防護法規，訂定安全管理計畫，以執行妥善的防護、監測與紀錄。 3.應有本院代表參與輻射防護管理委員會，每年至少召開二次會議，並提出兒童輻射防護相關議題，且有會議紀錄可查。 4.治療室內備有兒童急救設備，且治療室內外之規劃設計，提供安全舒適的治療環境。 5.應訂定符合治療需求之病童辨識、登錄、運送、治療等作業，達到檢查之時效性與結果正確性，包括全部治療過程的病童安全防護管理及應變機制，其內容完整且能確實執行。 6.放射線治療的計畫、實施及其結果判定，必須由放射治療專科醫師簽核。 	依醫療機構設置標準之醫院設置基準表提及醫療服務設施之『放射線設施』第 3 項規定載明，實施注射對比劑之檢查室應備有下列急救設備(可共用)：(1)插管。(2)基本急救藥物。(3)氧氣供給。(4)電擊器。

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>7. 診療報告應由放射治療(腫瘤)科專科醫師或核子醫學科專科醫師製作，且應符合時效，內容詳實。</p> <p>8. 放射治療(含核子醫學)相關影像檔案管理適當。</p> <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 至少 1 名放射治療醫師或技術人員具有效期內之 PALS 或 NRP 證書。(試) 2. 定期舉行聯合討論會(如：與相關診療科醫師舉行病例檢討會)，且紀錄詳實。(試) 3. 診療紀錄內容完整，且有適當會診機制，能協助臨床診療。(試) 4. 每年至少二次針對病童放射治療品質相關指標(如：治療計畫內容品質、時效監測、客訴意見處理、治療成效與安全等)，進行分析，並有相關統計報告，且發現異常狀況時，能進行相關因應措施，及留有紀錄可供檢討。(試) 5. 定期與臨床照護單位召開科際聯合檢討會議，並有會議紀錄可查。(試) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 依照國家相關法規之規範，醫院在符合相關規定的前提下，可依實際需求自行評估與規劃其設備及所需環境。 2. 依游離輻射防護法第七條第三項規定，於 91 年 12 月 11 日訂定之「輻射防護管理組織及輻射防護人員設置標準」規定，相關內容摘要如下： <ol style="list-style-type: none"> (1) 第 2 條：依游離輻射防護法第七條第一項所稱之輻射防護管理組織，係指輻射防護業務單位及輻射防護管理委員會。 (2) 第 4 條：設施經營者具有附表一(醫療院所屬範圍內事業類別，包含「從事放射診斷、核子醫學、放射治療三項診療業務者」或「設有放射診斷、核子醫學、放射治療任二項診療業務者」)所列設備、業務或規模者，應設立輻射防護管理組織，並依表列名額配置輻射防護業務單位之各級輻射防護人員。 (3) 第 5 條：設施經營者具有附表二(醫療院所屬範圍內事業類別，包含 	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>「僅從事放射治療業務者」或「僅從事核子醫學業務者」或「僅從事放射診斷業務者」)所列設備、業務或規模者，應依表列名額配置各級輻射防護人員。</p> <p>(4)第 12 條規定輻射防護管理委員會委員組成及應至少每 6 個月開一次會。</p> <p>3.如為自總院分離另設立之兒童醫院，得與總院委員會一起運作，惟須討論兒童醫院議題，並有紀錄可查。</p> <p>4.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.輻射防護管理委員會設置辦法及會議紀錄。(符合) 2.兒童急救設備平時保養、點班紀錄。(符合) 3.病童辨識、登錄、運送、報告等作業規範或作業程序及紀錄。(符合) 4.放射治療診療報告完成作業規範。(符合) 5.放射治療影像檔案管理機制。(符合) 6.放射治療作業執行狀況檢討紀錄或相關管理會議紀錄。(優良) 7.排班照會系統或班表。(優良) 8.聯合討論會(如：與相關診療科醫師舉行病例檢討會)會議紀錄。(優良) 9.放射治療相關品質指標監測紀錄、統計資料及稽核制度之紀錄。(優良) 10.放射治療醫師或技術人員 PALS 或 NRP 證書。(優良) 	
2.8.6	各項檢驗、檢查步驟，能安全、確實的執行，且能提供迅速、正確之服務	<p>目的：</p> <p>建立與執行各項檢驗、檢查結果報告之完整傳送與接收機制，維護病童安全。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.各項檢驗、檢查應符合適用之標準程序，必要時應於實施前進行病童評估及對病童或家屬具體說明內容及步驟。 2.明訂檢體檢驗、影像檢查、病理診斷等結果報告之遞送路徑，包含正常、 	<ol style="list-style-type: none"> 1.醫院可以檢討異常危急值之定義，並界定真正需要通報之內容。 2.有關異常危急值或檢查報告之通報、接收、運用與後續處置等相關規範，醫院可依狀況自訂之。評鑑委員可請醫院舉證說

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>緊急作業時間等，並確實將結果報告送達主治醫師或醫療照護團隊相關人員。</p> <p>3.應依病童不同年齡，建立緊急且重要之異常值或檢查報告說明及即時通報機制，相關人員對於緊急且重要之異常結果應立即通報給主治醫師。</p> <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.定期或不定期檢討、修正或更新各項步驟及異常值說明。(試) 2.緊急醫療及夜間、休假日，檢驗、檢查相關醫事人員採取待命制，應能有效發揮緊急檢驗、檢查的功能，且呼叫的步驟明確，並同時能夠確認提出結果報告的時間。(試) 3.對於須於短時間處理重要危急值(如：檢驗之嚴重低血糖、高血鉀、高或低血鈣等；放射檢查報告之新發現氣胸、腸阻塞或穿孔等)，應有機制可確認已被完整的收到，而能迅速運用於病童後續的醫療處置。(試) <p>[註]</p> <p>優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.各項檢驗、檢查之標準程序。(符合) 2.檢查、檢驗報告完成規範。(符合) 3.異常結果(如：危急項目、危急值、異常值等)通報標準作業流程及檢討修正紀錄。(符合/優良) 4.異常結果通報與回覆統計、追蹤檢討相關紀錄。(優良) 5.緊急檢驗、檢查之作業規範、相關人力排班及照會紀錄。(優良) 	明。

第 3 篇、教學與研究 第 3.1 章 教學研究管理與政策

【重點說明】

- 1.醫院應設置統籌教學訓練工作之決策機制，指導教學研究行政單位及各部科執行相關業務，並與各部科維持良好合作關係。
- 2.醫院應設置教學研究行政支援系統，包含人力及資源，以推展教學研究工作。
- 3.應配合國家政策，確保受訓學員勤務負擔與訓練品質，以保障受訓學員身心健康、學習品質與病人安全。
- 4.本章條文得與總院共用環境與設備，管理、規範與作法，惟需要呈現兒童醫院相關資料。

【註】

- 1.本篇所稱「醫事人員」包含醫師及其他醫事人員。
- 2.「受訓學員」係指西醫、牙醫、藥事、醫事放射、醫事檢驗、護理、營養、呼吸治療、助產、物理治療、職能治療、臨床心理、諮商心理、語言治療、聽力與牙體技術等職類之醫事人員。學員層級包含醫師職類之實習醫學生、畢業後一般醫學訓練醫師、住院醫師、醫事職類之實習學生及非醫師之新進醫事人員。
- 3.「非醫師之新進醫事人員」係指自領得醫事人員證書起 4 年內，接受「臨床醫事人員培訓計畫」補助之受訓醫事人員。
- 4.「住院醫師」係指依「專科醫師分科及甄審辦法」或醫療法第十八條第二項規定接受畢業後綜合臨床醫學訓練(一般醫學訓練)、專科醫師訓練之醫師及牙醫師。

條號	條文	評量項目	委員共識
合 3.1.1	應設置組織健全之醫學教育研究委員會，且其功能及運作良好	<p>目的：</p> <p>醫學教育研究委員會統籌全醫院各職類/科部教學訓練及研究之決策機制，並監督指導，以達有效推展全院性教育訓練與研究工作。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫學教育研究委員會應設置主任委員 1 名，由現任副院長以上層級人員擔任，且須具部定副教授以上資格。委員包括各臨床部科及醫事教學研究負責人若干名、住院醫師代表至少 2 名。 2.訂有醫學教育研究委員會與各教學單位之架構及職掌，以協助執行教學工作。 3.醫學教育研究委員會、教學研究行政單位、各部科及醫事教學研究負責人應與受訓學員溝通良好。 	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>4.醫學教育研究委員會應定期(每年2次以上)檢討受訓學員教育研究工作，提供改善意見，並決議可執行方案。</p> <p>5.醫學教育研究委員會應與總院相對委員會有良好互動，以確保醫院之教學研究資源充足。</p> <p>6.醫院應設有臨床倫理委員會或類似之組織，且每年至少開會2次，並應使受訓學員知悉其功能與運作，此委員會得與總院委員會一起運作，惟須討論兒童議題，並有紀錄可查。</p> <p>[註]</p> <p>1.醫學教育研究委員會係獨立設置及運作，惟人數多寡由醫院自行規劃，以能達到醫學教育研究委員會實質目的為安排原則。</p> <p>2.未規範所有受訓學員所屬之職類皆須擔任委員，惟該職類的教學負責人須瞭解醫學教育研究委員會傳達之相關資訊。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>評量方法：</p> <p>1.詢問醫學教育研究委員會、教學研究行政單位、各部科或醫事教學研究負責人，瞭解其組織編制、行政執掌與運作情形。</p> <p>2.詢問醫學教育研究委員會如何傳達相關資訊，對各職類教學研究負責人反映意見有無重視及處理。</p> <p>建議佐證資料：</p> <p>1.醫學教育研究委員會組織章程及其行政執掌與功能角色。</p> <p>2.醫學教育研究委員會主任委員資格相關證明文件。</p> <p>3.醫學教育研究委員會檢討教學訓練、研究工作及其執行情形及相關會議紀錄。</p>	
合	3.1.2	應具適當之教學研究行政支援，執	目的： 兒童醫院與總院之行政單位可於不同建物，惟必須於合理距離內

條號	條文	評量項目	委員共識
	行良好	<p>應有專責人員協助推動教育訓練及研究之發展，以達落實臨床教學及研究品質。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院應設置行政單位，統合院內受訓學員教學及研究活動，行政單位得與總院共用，但應有專責兒童醫院教學及研究之行政人員。 2.醫院與總院之教學研究行政人員有明確的分工與職掌，且互動良好，能確保醫院之教學研究行政支援充足。 <p>[註]</p> <p>行政人員之教育訓練得由院內其他負責單位安排。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>評量方法：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.教學研究行政單位編制與功能角色。 2.面談專責教學及研究之行政人員，瞭解如何輔助臨床教師處理教學庶務及研究工作。 <p>建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.統合教學訓練及研究相關資料，如：跨領域團隊安排等。 2.專責教學及研究行政人員名單及負責教學研究行政業務。 	抵達兒童醫院，提供行政支援。
必	3.1.3 受訓學員訓練值勤時數與工作負荷量應安排適當	<p>目的：</p> <p>保障受訓學員值勤或實習時數在合理合法範圍內，以達兼顧其身心健康、學習品質及病人安全。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.住院醫師值勤之工作規範，符合衛生福利部最新公告「住院醫師勞動權益保障及工作時間指引」規範，且各科建立評估及改善機制，以確保訓練品質。 	有關符合項目 6 之「受訓學員」之日常照護床數、值班照顧床數以及醫療業務量，查核西醫及護理職類為主。

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>2.實習醫學生值勤時數及相關規範應符合教育部最新公告實施「實習醫學生臨床實習指引」及「大專校院辦理新制醫學系醫學生臨床實習實施原則」。</p> <p>3.醫事實習學生實習時數及相關規範應符合教育部公告之「大專校院推動學生校外實習課程作業參考手冊」，於實習過程中除學習外，倘有實際之勞務付出，實習學生並應受勞動基準法之保障。</p> <p>4.受訓學員值勤當中若有身體不適等突發事故，應有必要時之協助與替代安排機制。</p> <p>5.醫院應對相關值勤規範有監督考核機制，且進行改善與追蹤。</p> <p>6.應明確規範相關受訓學員適合訓練所需要之日常照護床數、值班照顧床數以及醫療業務量。</p> <p>優良項目：</p> <p>1.除上述勤務規範外，亦關注受訓學員之工作負荷，且訂有促進職業安全與健康之政策與程序，落實執行並定期檢討改善。(試)</p> <p>[註]</p> <p>1.本條為必要條文，必須達符合項目(含)以上。</p> <p>2.教育部公告「大專校院辦理新制醫學系醫學生臨床實習實施原則」：</p> <p>(1)臨床實習以訓練醫學生在照護病人中學習為主，醫學生非屬實習機構之工作人力。</p> <p>(2)臨床實習於醫學系五年級及學士後醫學系三年級以三十六週為原則、醫學系六年級及學士後醫學系四年級以四十八週為原則；惟各校醫學系五年級、六年級及學士後醫學系三年級、四年級臨床實習之週數可視各校課程規劃之需要而調整之。</p> <p>(3)依醫師法第二條及醫師法施行細則第一條之二規定，學校規劃臨床實習科別，應明確訂定輪流實習之各科別實習週數。</p>	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>(4)各校應明確訂定每週之適當實習時數及夜間實習次數；夜間實習每週以不超過一次為原則。過夜實習，宜於過夜實習之隔日視學生之體力及精神狀態減少實習內容，必要時應安排其離院休息至中午(AM-Off)或午後離院休息(PM-Off)。</p> <p>(5)臨床實習應以學習為目的，加入醫療團隊照顧病人，並依學生能力安排適量病人數，且採循序漸進之原則安排(醫學系五年級及學士後醫學系三年級，應由照顧 1 床住院病人開始)。</p> <p>3.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料： 評量方法： 1.訪談受訓學員工作內容與值班情形。 2.查看值班輪值表及值勤相關規範之落實執行情形。 建議佐證資料： 1.值班輪值表。 2.醫院安排實習值勤時數及相關規範(含若發生身體不適之協助與安排)。</p>	委員共識
合	3.1.4	<p>依受訓學員層級評量其臨床照護能力，安排適合學習之臨床工作，落實監督指導與責任授權</p> <p>目的： 受訓學員之臨床工作應以學習為目的及兼顧服務學習中病人之安全。因此，受訓學員之臨床能力應被正確評量並依據其臨床能力之水準，循序漸進授予適當之醫療照護責任與配合適當的指導監督，漸臻獨立作業。</p> <p>符合項目： 1.醫院應定義各層級臨床表現能力，定期評量與認定受訓學員之臨床能力，並依其能力循序漸進安排臨床訓練課程及臨床責任。 2.對受訓學員臨床工作有監督指導機制(含值班時段)，並確保該機制之可近性與可行性，由監督指導配合適當授權，以臻獨立作業能力。</p>	有關符合項目 4 所提之「警示通報系統及輔導補救措施」，得與總院共用作業系統，需涵蓋生理、心理、行為問題及學習障礙等。

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>3.受訓學員應在教學團隊的監督指導下，執行臨床學習，確保病人安全及學習成效。</p> <p>4.對遭遇困難之學員應有警示通報系統，及輔導補救措施，並確保照護病人安全與醫療品質。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>評量方法：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.訪談受訓學員及查閱學習歷程檔案(或學習護照)，確認其接受之訓練符合各訓練計畫所訂之核心項目。 2.訪談受訓學員並查閱排(值)班表，瞭解其照護床數及值班訓練情形、指導監督機制及教學團隊運作情形。 3.訪談教師，瞭解指導監督機制及教學團隊運作情形。 4.查閱各層級受訓學員之臨床能力指標規範與受訓學員評量紀錄。 5.訪談教師，確認其是否瞭解指導責任與執行狀況。 <p>建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.教學訓練計畫書。 2.受訓學員學習歷程檔案(或學習護照)。 3.受訓學員能力評量紀錄。 4.責任分層設計與工作授權規範。 5.排(值)班表。 6.受訓學員輔導辦法及機制。 	

第 3 篇、教學與研究 第 3.2 章 教學研究資源

【重點說明】

- 1.教學及研究設備為教學醫院必備的基本條件之一，評鑑除查核設備數量與規格外，更著重於瞭解該設備是否充分發揮功能。
- 2.醫院應編列適當預算購置兒童醫療領域必要的圖書、期刊、電子資源，並應妥善保存與管理，且醫院應提供便於查詢及獲取文獻之管道，以利使用。
- 3.醫院應提供良好訓練環境，並於訓練過程中確保兒童病人安全、隱私、友善文化。
- 4.醫院投入於教學、進修及研究經費編列，應遵循醫療法第 97 條規定，「教學醫院應按年編列研究發展及人才培訓經費，其所占之比率，不得少於年度醫療收入總額百分之三」。同時醫院應考量本身條件、人員數及其教學、進修及研究三大領域的目標，適度調整三類間之比重與經費投入之均衡。
- 5.醫院應訂有教學研究獎勵辦法，以鼓勵所屬人員從事臨床教學與研究工作，以促進醫學教育與技術發展及持續品質改善。
- 6.本章條文得與總院共用環境與設備，管理、規範與作法，惟需要呈現兒童醫院相關資料。

【註】

- 1.醫院得與總院共用教學研究資源。
- 2.若學校附設醫院之圖書館設於學校內，而非設於醫院內時：
 - (1)應開放醫院人員使用。
 - (2)圖書館購置圖書時，應參考醫院醫事人員及受訓學員之需求。

條號	條文	評量項目	委員共識
3.2.1	教學、研究及進修各項費用應有年度預算及決算資料	目的： 醫院應按年編列教學、研究發展及人才培訓之經費，並符合政府相關法令之規定要求。 符合項目： 1.醫院應對兒童相關議題的研究提供各項資源，包括經費、設備與人事資源。 2.每年定期分析並檢討經費使用情形，作為爾後編列之參考。 優良項目：	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>1.醫院投入於教學、進修及研究經費編列研究發展及人才培訓經費，其所占之比率，大於年度醫療收入總額百分之五。(試)</p> <p>[註]</p> <p>1.醫療收入係指醫院「總醫療收入」，包含自費健檢收入或醫藥費。</p> <p>2.教學經費：指實際用於教學軟硬體之相關費用(含教師教學費用、主治醫師薪資中之基本教學津貼、圖書館人員薪資及專任教學行政人員之薪資、教學相關活動之誤餐費、邀請國外顧問/專家/學者來台進行學術演講之差旅、院外學術活動租借場地、教學活動相關之印刷及郵電...等費用，前述主治醫師教學津貼總額至多採計「年度醫療收入總額之1%」)。</p> <p>3.研究經費：指實際用於研究軟硬體之相關費用，且所有項目中若院外研究計畫經費已涵蓋之費用(如研究人員/助理薪資、研究用耗材/動物...等)均不可認列。</p> <p>4.進修經費：指依院頒辦法執行實際用於人員進修(含國內外)之教育經費，院方補助之出國進修研習費用，如報名費、註冊費等亦屬之。</p> <p>5.不得列入採計項目：建築物(如會議室、實驗室...)之增建或整修、臨床醫療用途的材料費用、住院醫師薪資、實習醫學生及受訓學員之津貼。</p> <p>6.進修人員的公假薪資不得編列於進修經費中。</p> <p>7.依衛生福利部經費使用規定，經費使用於教師薪資分攤費用者，應以教師投入教學時間之比例作為計算基準；經費使用於教學師資津貼費用者，如依教師投入教學時間之比例，以人日計算支給，應有計算及分攤基準；如按教學指導次數、診次等方式支給，應明列其支給之標準。</p> <p>8.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料： 評量方法：</p>	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>1.查核醫事人員之教學、研究及進修經費，確認編列之合理性並查核檢討相關機制。</p> <p>2.經費編列主要依「醫師、醫事人員(非醫師類)」兩大類分類，得不須細分職類別分開編列。</p> <p>建議佐證資料：</p> <p>1.醫事人員之教學、研究及進修經費編列(含預決算)、相關檢討紀錄。</p>	
合	3.2.2	<p>具備研究鼓勵辦法及獎勵措施</p> <p>目的： 鼓勵醫事人員從事研究工作，以期促進醫學技術發展。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.對院內醫事人員參與研究訂有鼓勵辦法，且對研究成果訂有獎勵措施，其鼓勵或獎勵應兼顧研發重點與公平性，並落實執行。</p> <p>2.有舉辦研究相關會議，統籌全院研究計畫之進行，並檢討院內研究之質與量。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>評量方法：</p> <p>1.查核參與研究之鼓勵或獎勵辦法。</p> <p>2.查核院內研究的質與量及檢討機制。</p> <p>建議佐證資料：</p> <p>1.醫事人員參與研究的鼓勵或獎勵辦法。</p> <p>2.檢討院內研究之質與量的相關會議紀錄。</p>	
	3.2.3	<p>應設置適當空間及設備供教師與研究之用</p> <p>目的： 醫院應提供足夠空間及設備，以確保教學人員便於處理教學事務，並有足夠的研究空間設備以利研究相關人員發展研究。</p> <p>符合項目：</p>	<p>1.有關符合項目 2 教學辦公空間以不干擾臨床業務及需考量臨床可近性。</p> <p>2.有關優良項目 2 所提之符合比例原則係指研究計畫量與研究</p>

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>1.設置與臨床業務有適當區隔之辦公空間及設備，供擔任教學任務之人員使用(不限個別或共同使用)。此辦公空間得與總院共用，惟須有長期使用規劃並能兼顧便利性。</p> <p>2.擔任教學任務之人員辦公空間鄰近臨床業務區域。</p> <p>3.醫院應依據所執行研究之目標，設置適當研究空間及設備，且使用情形良好。</p> <p>4.醫院應提供醫事人員統計分析之諮詢服務或協助。</p> <p>5.對教學人員及研究人員專用空間有定期評估檢討改善。</p> <p>優良項目：</p> <p>1.上述教學人員辦公空間均設置於兒童醫院且充足。(試)</p> <p>2.於兒童醫院內設置足夠之研究空間；如與總院共用研究空間，應有符合比例原則之專屬兒童研究空間。(試)</p> <p>[註]</p> <p>1.所稱「人員」，係指執登於醫院且負有教學任務人員，或學校所聘之教師(如護理職類等)，須提供專用辦公空間(不限個別或共同使用)。</p> <p>2.教學行政人員辦公室(如：教學研究部)，非屬本條文適用之範圍。</p> <p>3.研究空間係依醫院研究發展與目標，以院層級設置。</p> <p>4.研究空間包含實驗室或研究室等，不限個別或共同使用，且得與總院共用，但須有研究產出或計畫進行中者方可認定之。</p> <p>5.非實驗型研究者之專用辦公空間得同時兼作其研究空間，惟醫院應提供研究所需之相關設備。</p> <p>6.學校附設醫院得與學校共用部份研究室，惟校方研究室之管理辦法須達到醫院的研究室管理要求。</p> <p>7.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p>	<p>空間比例，不限研究經費來源。</p>

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>評量方法：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.實地察看各職類擔任教學任務人員之辦公空間，確認教學空間與臨床業務不會相互影響。 2.詢問醫院教學任務人員辦公空間使用狀況。 3.實地察看研究空間、設備及研究產出。 4.詢問相關人員，瞭解研究空間及設備是否足夠。 <p>建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.各職類擔任教學任務人員之辦公空間數。 2.研究室管理辦法。 3.使用研究室的相關人員(含職類別)、相關研究產出及進行中之研究計畫。 	
3.2.4	教室、討論室或會議室數量充足，且具教學功能	<p>目的：</p> <p>設置足供使用的教學空間及設備，以利教學活動安排。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.設置教室、討論室或會議室，並配備教學所需之資訊化設備，足供教學活動使用。 2.教室、討論室或會議室，在適當的網路安全管控下，可連結院內已有之資訊系統，以進行資料查詢及影像瀏覽等。 3.依訓練計畫需要，提供兒童照護訓練教材、教具、設施、設備，供受訓學員使用。 4.醫院應訂有訓練教材、教具、設施、設備之管理機制。(試) <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.上述空間均設置於兒童醫院且充足。(試) 2.病房討論室均設有投影設備及網路連線功能。(試) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.符合項目所提「教室、討論室或會議室」等空間得與總院共用，惟須有長期使用規劃並能兼顧便利性。 	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>2.符合項目 4 及優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>評量方法：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.詢問醫院同仁安排教學活動場地之使用情形，瞭解教學活動安排是否常因場地不足受到限制，若教學活動安排常因場地不足而受到限制，則視為「不足夠」。 2.查核會議室借用之方便性。 <p>建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.教室、討論室或會議室之間數及其管理辦法。 2.查核各教學活動項目及頻次，瞭解教室、討論室或會議室之使用情形或借用登記紀錄。 	
3.2.5	醫院應提供多元教與學之資源	<p>目的：</p> <p>醫院應提供多元教與學之資源，以作為醫事人員及受訓學員便於學習之管道，以達多元學習之目標。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.具有數位教學平台，提供與時俱進之兒童照護所需的教材，且使用上不受時間和空間之限制。 2.有提供「多元化之教材」製作服務，具可近性及時效性，並編列經費補助教材製作。 3.醫院應參考院內醫事人員及受訓學員需求，以購置教學與研究必要之兒童照護相關圖書及期刊(含紙本、電子期刊、數位教材或資料庫)。 4.醫院的圖書資料提供醫事人員及受訓學員任何時段之上網查詢服務。 5.定期開設文獻檢索及醫學資訊利用相關課程。(試) 6.定期評估醫事人員及受訓學員對上述多元教學資源之意見與利用情形。 <p>優良項目：</p>	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>1.醫院可提供互動式數位教材或 3D 列印教材服務，且符合學習之所需。 (試)</p> <p>[註]</p> <p>1.數位教學平台、教材室及圖書資源得與總院共用。</p> <p>2.「多元化之教材服務」係指可提供兒童醫院教學及研究所需之實體或數位化教材，例如：教學影片、動畫、互動式學習教材、3D 列印教材、教具及醫病共同決策(Shared Decision Making, SDM)輔助工具等教材、教具等製作與服務。</p> <p>3.符合項目 5 及優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>評量方法：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.查核醫院所提供之「多元化教材」及網路教學平台，並瞭解其操作及功能。 2.訪查醫事人員與受訓學員對各項教學資源之意見與利用情形。 3.詢問醫事人員，瞭解院方提供教材製作服務之可近性及時效性。 4.瞭解各相關職類教材製作補助經費預算編列、實際申請案件數及經費使用情形。 5.詢問圖書管理人員購置相關職類圖書需求調查、採購流程與決策機制。 6.詢問院內醫事人員及受訓學員是否瞭解新購圖書期刊之管道及文獻檢索服務。 7.抽查院內醫事人員及受訓學員文獻檢索及文獻下載之操作。 <p>建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.網路教學平台使用成效指標資料，如：課程閱覽情形統計或受訓學員使用統計。 2.各類數位教學資源內容及更新情形清單。 	

條號	條文	評量項目	委員共識
		3.各相關職類受訓學員對網路教學之意見調查與學習成效評估。 4.教材製作服務辦法、經費編列及實際支用情形。 5.圖書及期刊清單、管理規則及採購辦法。	
3.2.6	提供良好的門診、急診及住診訓練場所	目的： 提供合適的門診、急診及住診訓練場所，以兼顧學習及兒童病人安全、隱私及友善文化。 符合項目： 1.依醫院特性及訓練計畫需要，考量學習有效性及便利性，並兼顧兒童病人安全、隱私、友善氛圍及醫療品質，提供合適的門診、急診及住診訓練場所。 2.門診、急診及住診教學進行前，應有明顯標示告知病人或家屬等相關人士，事先取得其同意，並遵守衛生福利部公告之醫療機構醫療隱私維護規範。 3.門診、急診及住診教學場域應設置經常性教具或設備，例如：營養職類之食物模型或圖鑑、各類量匙量杯等容器；急診或加護病房中醫護急救插管模型與教學用醫材；臨床心理職類之心理衡鑑工具及心理衛教資料及適合病童使用之桌椅等。 4.病房均應設有專用討論室，以利進行教學活動。(試) 優良項目： 1.設置急診專用教學用空間，係指有討論室鄰近兒童急診區域，並可提供超音波等檢查教學，以利學員學習。(試) [註] 1.依醫療機構設置標準本院得免設置急診室或共用，若無設有急診，得僅就一處進行評鑑。 2.取得病童及家屬同意方式未限定書面，得以任何形式告知並徵得同意。 「家屬」泛指家長、法定監護人、配偶、親屬及關係人。	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>3.符合項目 4 及優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>評量方法：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.實地察看門診(含健兒門診)、急診及住診訓練場所之空間與設備。 2.觀察在門診(含健兒門診)、急診及住診訓練場所教學活動之進行情形。 <p>建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.門診(含健兒門診)、急診及住診教學相關的教學訓練計畫。 2.設有門診(含健兒門診)、急診及住診教學的科別及其教學時間表。 	

第 3 篇、教學與研究 第 3.3 章 師資與培訓

【重點說明】

- 1.醫事人員的養成過程中，需運用「師徒」制的訓練模式。在此種訓練模式中，教師所扮演的「典範」角色，對受訓人員的觀念與行為有深刻影響，故教師需具備良好的專業素養。另外，教師還需掌握課程安排、教學技巧、學習成果的評估方法等知能，這些知能需要透過學習與訓練來獲得。因此教學醫院應有良好的師資培育制度，並配合獎勵措施、薪資結構、升等升遷等辦法，讓教學工作得以持續發展。
- 2.本章條文得與總院共用環境與設備，管理、規範與作法，惟需要呈現兒童醫院相關資料。

條號	條文	評量項目	委員共識
3.3.1	明訂有具體教師培育制度並落實執行	<p>目的：</p> <p>教師素質是影響醫院教育品質的關鍵因素，醫院應依其特性及各職類教師與教育上需求建立教師培育中心(Center for Faculty Development, CFD)，有健全的教師培育組織及運作制度，可評估檢討並持續精進，以達成教師培育及領導醫院教育方向之目的。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.依醫院功能、規模及特性設立教師培育中心或類似功能之組織或委員會。 2.師資培育制度之運作，應包含下列事項： <ol style="list-style-type: none"> (1)明訂教師培育制度，包括：教師認證/進階辦法、提升教師教學能力之政策與計畫。 (2)有計畫地提供或安排院內教師相關進修訓練課程或活動，提供自我成長或教學相關資源。 (3)訂有鼓勵教師參與進修訓練之措施。 3.定期檢討教師培育制度，分析執行成效並進行改善措施。 4.配合醫院教學發展需要，依各職類醫事人員師生比及人員異動，適度增加師資。 <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.設有教師社群且發揮教育分享及相互支持之功能。(試) <p>[註]</p>	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<ol style="list-style-type: none"> 1.醫院得與學校、總院或機構內其他醫院之 CFD 合作培育教師，但仍應設有專責人員統籌相關事務，且與合作單位有良好之結合與互動，能確保兒童醫療師資之培育。 2.醫院得自行訂定採認其他訓練單位之師資培育課程與時數等規定。 3.醫院非醫師之新進醫事人員師資培育應通過「臨床醫事人員培訓計畫」師資培育制度認證。惟新申請評鑑醫院應於通過評鑑半年內申請通過前開之認證。 4.醫學院附設醫院與其醫學院共用教師培育中心時，仍須因應醫院與學校之不同需求訂定教師培育計畫。 5.「學校派駐醫院教師」之教師培育，由學校規範之，不屬本條文查證範圍。 6.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>評量方法：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.訪談教師培訓計畫主持人或教師，瞭解教師培育制度、鼓勵措施及 CFD 運作情況。 2.訪談計畫主持人或教師，瞭解醫院或單位內有無計畫性安排師資培育或進修。 3.查核師資培育制度認證辦法之落實情形。 4.查核各職類教師參與師資培育或進修課程之完訓情形。 5.查核有無定期檢討師資培育制度。 <p>建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院 CFD 功能與運作情形。 2.醫師及其他醫事人員之師資培育制度及師資培育制度認證辦法。 3.師資培育課程時程表、鼓勵進修機制、教師完訓情形及檢討相關紀錄。 	

條號	條文	評量項目	委員共識
		4.臨床醫事人員培訓計畫-教學成效指標：【指標1-訂有具體教師培育制度、規劃教學能力提升之培育課程，並落實執行】之填報內容與佐證資料。	
3.3.2	明訂有教學獎勵辦法或措施，並能落實執行，以鼓勵投入教學活動	<p>目的：</p> <p>訂有教學獎勵辦法或措施，以期提升教師投入教學之熱忱。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.明訂教學獎勵辦法或措施，其內容應包含下列事項： <ol style="list-style-type: none"> (1)專責教學之人員(包含專任主治醫師及其他醫事人員)應有基本教學薪酬保障，並承擔相應之教學責任。 (2)對授課及臨床教學人員提供鐘點費補助或其他形式鼓勵。 (3)訂有教學相關之升遷及升等等措施。 (4)訂有獎勵優良教師、優良或創新教學之機制。 (5)配合醫院發展需要訂定之其他教學相關獎勵或輔導辦法。 2.定期檢討獎勵辦法或措施，分析執行成效並進行改善。 <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.設置教學型主治醫師或專職醫事臨床教師，強調其教學貢獻度而非臨床服務量，其臨床服務時數不宜超過同職級主治醫師 40%。(試) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.編列教學獎勵金或基本薪資保障，得視為符合項目 1-(1)「基本教學薪酬保障」。 2.符合項目 1-(2)包含代訓非教學醫院醫事職類新進人員臨床訓練。 3.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>評量方法：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.訪談專責教學人員是否有教學薪酬或相對減少臨床工作之措施，其臨床工時與教學職務說明可參考附表 1。 	兒童醫院教學型主治醫師或專職醫事臨床教師得兼任總院教學型主治醫師或醫事臨床教師。

條號	條文	評量項目	委員共識
		2.查核各職類教師之教學獎勵辦法、升遷或升等之措施。 3.查核有無獎勵優良教師或輔導教師之辦法或措施。 建議佐證資料： 1.教師教學獎勵辦法或措施(如：優良教學教師選拔)及相關檢討紀錄。	
合	3.3.3 教學能力提升之 培育課程	目的： 提供提升教師教學能力之系統性課程，以期持續精進教學成效。 符合項目： 1.持續對教師提供教學能力提升之培育課程(或活動)，其內容舉例如下： (1)課程設計 (2)教學技巧 (3)評估技巧 (4)教材製作 (5)其他依教師需求提供之課程(包含研究能力教學) 2.醫院能以多元化方式辦理師培課程。(試) 3.對教師提供與時俱進之教學能力提升之培育課程(或活動)。(試) 4.對所提供之課程進行課後成效評估與課程檢討。 [註] 1.醫院得視教師需求評估進行培育課程規劃，未要求每一位老師均須完成符合項目 1 之每一項課程。 2.本條所提之課程得採計總院課程，未規定所有課程皆須由醫院自行舉辦。 3.符合項目 2 所指「多元化方式」辦理師資培育課程，如：微型教學、客觀結構式教學測驗(Objective Structured Teaching Examination, OSTE)、翻轉學習/團隊導向學習、世界咖啡館等其他互動式的教學工作坊。 4.符合項目 3 所指「與時俱進之培育課程(或活動)」，如：敘事醫學課程、能力導向醫學教育(含 milestones & EPAs(Entrustable Professional	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>Activities)等)、六大核心能力教與評、翻轉學習課程設計等主題之獨立工作坊。</p> <p>5.符合項目 2、3 列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>評量方法：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.訪談瞭解各職類計畫主持人及教師參與課程情形。 2.查核舉辦的課程是否具符合培育教師之需求。 3.查核教師參與課程紀錄及完訓情形。 4.查核有無進行課後成效評估與課程檢討機制。 <p>建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.舉辦教學能力提升課程資料。 2.課後成效評估資料與各職類教師之完訓比例。 3.課程檢討相關資料。 	

第 3 篇、教學與研究 第 3.4 章 教學訓練

【重點說明】

- 1.醫院應對醫事人員提供醫學教育與研究之訓練。成功之教育訓練乃植基於精實的訓練計畫，始於社會、醫院機構與師生的需求，產生明確的訓練目標與有效的教學方法，在友善的組織環境中，藉由定期實施課程成效評估與反省，持續精進訓練品質。
- 2.本章條文得與總院共用環境與設備，管理、規範與作法，惟需要呈現兒童醫院相關資料。

(一)3.4.1 教學訓練計畫與執行

- 1.訓練計畫為執行訓練之藍圖，保障教育訓練之確實執行，以達到學習目標。該訓練計畫應隨社會、機構及師生等需求調整學習目標，落實執行，並定期檢討修正。
- 2.兒童醫學訓練的目標係為達成兒童全人照護，其照護場域除各種形態之醫療院所外，應涵蓋對家庭、社區與學校。對相關醫療人員素質之要求，包含其知識、思辨能力、操作型技能，並應具備人際關係/溝通能力、團隊合作、終身學習及醫療體系作業能力，還能做兒童福利倡議者(advocate)。

(二)3.4.2 訓練內容

- 1.訓練內容應涵蓋兒童醫院的醫療任務，以提升全面性兒童健康照護之醫療品質、保障病人安全與促進其健康福祉為目標，從兒童健康促進、疾病預防、疾病治療、復健康復到臨終照護。
- 2.訓練內容說明該相關醫療領域受訓學員達到該醫療任務所需之知識、技能與態度，以及所需具備的能力。
- 3.訓練內容強調全人照護及以病人為中心的照護，若牽涉聯合照護的項目，應出現於相關的醫師及醫事職類人員的訓練計畫中。

(三)3.4.3 教學研究與學術活動

- 1.醫院應依據訓練目的與重點，藉由臨床學習場域(包括住診、門診、急診教學及跨領域團隊訓練)、跨院或國際間之學術交流合作等教學研究活動，使醫事人員可受到更完整且多樣的訓練，培育能以病人為中心及具全人照護的能力。

【註】

- 1.本節所稱「長期學員」係指在該醫院接受臨床訓練，期間一年內大於 2 個月(>2 個月)者；「短期學員」則意指小於 2 個月(≤2 個月)者。
- 2.全人照護(Holistic Health Care)指不僅要提供以病人為中心之生理、心理、靈性及社會的醫療照護，也要提供民眾促進健康與預防疾病之道，並能及時、有效提供或安排適當的長期照護或安寧照護。
- 3.醫學生與醫事學生在醫院的訓練計畫乃該學校整體課程規劃的一部分，應與學校規劃一致，並依據共識之目標執行。

條號	條文	評量項目	委員共識
3.4.1	受訓學員教學訓	目的：	有關優良項目 1 至少提供 5 項以

條號	條文	評量項目	委員共識
	<p>練計畫架構完整、明確，且可落實執行</p>	<p>確保訓練計畫詳細載明訓練目標、師資、教學資源、訓練課程、訓練方式、考評機制、合格標準與課程改善機制等，足以資遵循、持續檢討與改進，落實執行。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.應依各類受訓學員設計教學訓練計畫。 <ol style="list-style-type: none"> (1)「長期學員」的訓練計畫內容應至少涵蓋訓練目標、師資、教學資源、訓練課程與訓練方式、考評機制等，並具體可行(註 1)。訓練計畫內容涵蓋對專業核心能力訓練之規劃，訓練目標與該職類之照護任務相匹配且適當。 (2)「短期學員」的訓練計畫內容則應至少有訓練目標、教學活動及負責教師。 2.教學訓練活動反映學習目標，且落實執行，以達成完訓時應具備的臨床能力。 3.訓練目標應涵蓋醫學知識/技能、病人照護、溝通與人際關係、團隊合作、制度下之臨床工作(Systems-based practice)以及自主學習成長，以培養具人道/倫理素養、全人照護能力之醫事人員。 4.應有全院教學計畫主持人，該主持人具教學熱忱與適當經驗及教育部部定助理教授以上資格，並確實負責主持計畫相關事務。臨床教師應有教學熱忱與適當資格，於帶領學員期間，應適當安排從事教學工作與其他工作(如臨床照護)之比重，以維持教學品質。 5.教師指導受訓學員之師生人數比例應符合各職類規範。(註 2) 6.教學訓練的負責人或單位應負責相關課程之規劃、執行、成效評估與課程改善，且訓練計畫之制定或修正應有教師與長期受訓學員代表參與。 <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.應提供下列臨床服務至少 5 項以上之教學訓練計畫且實際執行，包含「兒童心智科/精神科、兒童皮膚科、兒童一般外科、兒童牙科、兒童骨科、 	<p>上教學訓練計畫，且有收訓學生(不限長期或短期)，則評為「優良」。</p>

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>兒童神經外科、兒童心臟外科、兒童整形外科、兒童泌尿科、兒童耳鼻喉科、兒童眼科、兒童放射科、兒童麻醉科、兒童復健科」。(試)</p> <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.符合項目 1 所提訓練計畫應有全院架構之規劃，允許各職類、科或議題單獨為撰寫單元，或合併撰寫而共同呈現部分內容(如：共同師資、教學資源及考評機制等，而分別呈現訓練目標、教學活動與教師)，可參考附表 2 製作彙總表作為委員查詢之指引。 2.各職類教師可同時擔任實習學生和非醫師之新進醫事人員之教師，惟同一教師同時指導實習學生及受訓人員之人數上限須符合各職類教學醫院評鑑之規範。 3.兒童醫院之教學訓練計畫得與總院共同辦理，惟須分別呈現兒童醫院訓練部分。 4.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>評量方法：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.審閱計畫主持人及教學負責團隊教師名單。 2.查核教學訓練計畫內容及訪談計畫主持人，確認課程建構之邏輯及主持人是否清楚瞭解負責主持計畫相關事務等。 3.訪談各類受訓學員是否瞭解訓練計畫的內容(含住診、門診與急診訓練)、學習目標、評量方法及醫院如何周知相關人員。 4.查閱訓練計畫、學術活動資料/時間表，以確認計畫明確、目標正確並可執行。 5.訪談教師，確認教師於帶領學員期間如何安排從事教學訓練工作與其他工作之比重，及確認是否清楚教學訓練內容。 <p>建議佐證資料：</p>	

條號	條文	評量項目	委員共識
		1.計畫主持人及教學負責團隊教師名單。 2.教學訓練計畫。 3.教學活動表與業務時段表。	
3.4.2	訂有「核心臨床學習經歷」標準，並有監督輔導機制	目的： 臨床經驗對醫事人員能力養成十分重要，然受訓學員於受訓期間並不一定能學習到各種病例或達到某一經驗數量，醫院應就各類受訓學員所擔負之工作，訂有核心臨床學習經歷標準，並有監督輔導機制，以確保兒童醫學訓練確可達到訓練目標。 符合項目： 1.長期受訓學員應有其學習歷程檔案或學習護照，並訂定「核心臨床學習經歷」標準。 2.有教師監測學員核心臨床學習經歷之運作系統，定期檢視與監督，確認學員學習經驗。 3.對於學員核心臨床學習經歷不足，或學習成果不佳之學員，有其他替代方式(如：教學模擬、指定閱讀、教學案例等)，提供輔導與補強訓練。 優良項目： 1.基準 3.4.1 優良項目所提之訓練計畫科別落實執行，並有資料佐證。(試) [註] 1.「學習歷程檔案或學習護照」乃收錄學員基本資料、學習活動、心得/反思及學習成果/獎項/證照等。其中涵蓋學員所經歷之「核心臨床學習經歷」紀錄。 2.「核心臨床學習經歷」：係指每位學員於訓練期間都應該經歷之臨床經驗 (clinical experience)，例如：案例、臨床情境、臨床症狀及操作型術式等，訓練計畫中應訂定必要訓練之最低門檻，以做為執行依據，惟針對特殊案例或初階學員允許以「模擬案例」之方式執行。	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>3.醫院須先釐清需要執行「核心臨床學習經歷」記錄之職類或科別之受訓學員，並依此範圍查核。</p> <p>4.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>評量方法：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.檢視相關職類或科別之受訓學員學習歷程檔案或學習護照，確認其訂定之「核心臨床學習經歷」標準。 2.檢視受訓學員「核心臨床學習經歷」標準之達成情形。 3.訪談教師及受訓學員，瞭解受訓學員核心臨床學習經歷不足之補救措施，並說明過去一年因臨床經驗不足而未能完整學習經歷之受訓學員比例，能以實例說明其補救情形。 <p>建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.學習歷程檔案(或學習護照)。 2.醫院制定之「核心臨床學習經歷」標準。 3.受訓學員核心臨床學習經歷之系統以及監督機制(由何人在何時進行督導)。 	
3.4.3	兒童一般醫學訓練	<p>目的：</p> <p>一般醫學係指常見之兒童疾病與議題的一般照護，應呈現與受訓學員層級及工作任務相符的訓練內容與目標，以確保兒童醫學教育目的(objectives)的實現。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院應對長期受訓學員應依據「一般醫學訓練」之疾病與議題，設計涵蓋之醫事職類與訓練課程規劃、執行。 2.醫院應訂定學習目標與相關「核心臨床學習經歷」以輔助該訓練目標之達成。 	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>3.訓練方式多元化，有助於提升病童問題解決能力及兒童全人照護能力。</p> <p>4.訓練方式包含跨科/跨領域的設計，以提升訓練品質。</p> <p>優良項目：</p> <p>1.醫院將社區健康促進或疾病預防或醫療照護之實作學習納入正式課程。 (試)</p> <p>[註]</p> <p>1.「一般醫學訓練」之疾病與議題可參考附表 3 範例，並依醫院發展特色圈選相關職類。</p> <p>(1) 健康諮詢。</p> <p>(2) 生長發育與發展。</p> <p>(3) 行為問題。</p> <p>(4) 營養。</p> <p>(5) 常見之兒童急症。</p> <p>(6) 常見兒科慢性病症與失能。</p> <p>(7) 兒童及青少年保護議題。</p> <p>(8) 社區照顧者任務。</p> <p>(9) 兒童倫理議題。</p> <p>2.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>評量方法：</p> <p>1.查閱訓練計畫書中對一般醫學的規劃、「核心臨床學習經歷」中「一般醫學」之疾病與議題。</p> <p>2.訪談教師與受訓學員，確認師生瞭解「一般醫學訓練」教學內容，並落實執行。</p> <p>建議佐證資料：</p>	

條號	條文	評量項目	委員共識
		1.相關職類/科別之訓練計畫。 2.相關職類/科別之「核心臨床學習經歷」說明。 3.學術活動表。	
合	3.4.4 特殊兒童專業領域訓練	目的： 「特殊兒童專業領域」係指需要提供特殊照護的之兒童疾病與議題，通常有「困難、複雜及罕見」之特性，以承擔國家社會對兒童之全面照護責任，引領未來兒童醫療品質之提升，並能呈現與受訓學員層級及工作任務相符的訓練內容與目標。 符合項目： 1.醫院對長期受訓學員應依據「特殊兒童專業領域」之疾病與議題，設計涵蓋之醫事職類，提供長期受訓學員之訓練課程規劃、執行，具備該項目能力之時程，並對這些常見議題或疾病有跨專科/次專科之考量。 2.醫院應訂定學習目標與相關「核心臨床學習經歷」以輔助該訓練目標之達成。 3.訓練方式多元化，有助於提升病童問題解決能力及兒童全人照護能力。 4.訓練方式包含跨科/跨領域的設計，以提升訓練品質。 [註] 「特殊兒童專業領域」之疾病與議題可參考附表 4 範例，並依醫院發展特色圈選相關職類。 1.身障/聽語障/特殊兒童照護。 2.兒童罕見疾病。 3.早期療育。 4.兒童急重難症。 5.兒童外科疾病。 6.兒童骨科疾病。 7.早產兒照護。	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>8.兒童安寧緩和醫療。</p> <p>9.其他依醫院具發展特色之特殊兒童專業議題。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>評量方法：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.查閱訓練計畫書中對特殊兒童專業領域的規劃、「核心臨床學習經歷」中「特殊兒童專業領域」之疾病與議題。 2.訪談教師與受訓學員，確認師生瞭解「特殊兒童專業領域訓練」教學內容，並落實執行。 <p>建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.相關職類/科別之訓練計畫。 2.相關職類/科別之「核心臨床學習經歷」說明。 	
3.4.5	提供受訓學員多元臨床教學活動	<p>目的：</p> <p>受訓學員的臨床學習場域，包括住診、門診、急診教學、晨會、臨床討論會、社區及其他場域學習，透過教師的監督指導在臨床工作中學習，以獲得兒童全人照護的臨床能力。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.住診教學：應每週安排住院醫師、PGY、實習醫學生接受住診教學(teaching round)，可有相關護理或醫事學員參加。臨床教師做住診教學時，應包括：臨床思辨、診斷與治療，並適時整合病人的生理、心理、靈性、社會及相關醫學倫理或法律等問題，主治醫師或教師並能適時提供示範、指導、評量與回饋。 2.門診、社區與急診教學訓練：受訓學員應在訓練計畫中規範接受足夠且合宜的門診、社區與急診訓練，在這些場域中，依據受訓學員層級進行適當形式的教學，規劃進行的頻率與期間，臨床教師並能適時提供示範、指導、評量與回饋。 	請醫院提供實地評鑑當日教學活動(課程表)。

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>3.臨床討論會：應規劃受訓學員參與足夠且合宜的晨會、Grand round、文獻討論會、病例討論會、併發症及死亡病例討論會(mortality and morbidity meeting)、跨科討論會或專題討論會。</p> <p>4.其他場域(如：社區、檢查室、治療室或會談室等)教學：依計畫提供受訓學員不同場域的臨床學習。</p> <p>5.牙科門診及住診教學(chair-side teaching)涵蓋兒童牙醫內容，安排適當學員接受兒童口腔疾病訓練，並落實兒童全人口腔照護，涵蓋身心障礙兒童口腔照護之跨團隊照護訓練。臨床教師應分析病情及示範診療，並適時整合醫學倫理與法律等相關問題。</p> <p>6.醫院將兒童臨床倫理議題的處理原則(涵蓋倫理諮詢)與作法做為教材，以多種管道與形式教導學員，當受訓學員遇到照護中倫理難題時有照會諮詢管道。</p> <p>優良項目：</p> <p>1.有醫事職類之受訓學員參與整合門診、早療門診、出院準備服務、安寧病房與社區照護等場域接受訓練。(試)</p> <p>[註]</p> <p>優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>評量方法：</p> <p>1.訪談臨床教師、受訓學員，查閱學習歷程檔案(或學習護照)，瞭解在各種醫療場域(如：住診、門診、急診、晨會/重症/死亡病例討論會、社區及其他場域)受訓之執行情形。</p> <p>2.查閱學習歷程檔案(或學習護照)，教學活動時間表。</p> <p>3.觀察瞭解在各種醫療場域(如：住診、門診、急診、晨會臨床討論會、社區及其他場域)之活動進行情形。</p>	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>4.訪談教師、受訓學員，瞭解學習與指導監督機制、及教學團隊運作情形。</p> <p>5.瞭解臨床倫理委員會運作情形，訪談學員是否清楚其功能與運作，使學員知悉該委員會處理臨床倫理相關問題與提供教育資源。</p> <p>建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.教學訓練計畫(注意其中相關內容之規劃)。 2.學習歷程檔案(或學習護照)。 3.教學團隊運作模式及執行。 4.臨床倫理委員會之組織章程及會議紀錄。 	
3.4.6	受訓學員應具備病歷寫作能力	<p>目的：</p> <p>受訓學員應視病歷為重要法律文件及病人照護資料，醫院應訓練受訓學員具備病歷寫作的能力，以提升兒童全人照護品質。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院應安排病歷寫作教學活動，確保受訓學員認知病歷寫作之重要性，並能撰寫合格的病歷內容。 2.各醫事領域有其應完成之病歷寫作內容，應分別定義之，例如醫師類應包括(試)：(1)門診病歷、(2)入院紀錄、(3)病程紀錄、(4)每週摘記、(5)處置及手術紀錄、(6)交接紀錄、(7)出院病歷摘要。 3.臨床教師應對受訓學員製作之病歷予以核閱、必要時指正或評論，並簽名。 4.醫院應有監督及改善病歷品質的機制。 5.受訓學員病歷寫作應符合以下要件： <ol style="list-style-type: none"> (1)病歷寫作之內容包含臨床病史、身體診察、診斷、實驗室及影像檢查、診療計畫或病程紀錄等，且與病人實際臨床狀況相符。 (2)上述之記載內容，應能呈現合理之臨床推理(clinical reasoning)。 (3)身體診察或器官系統回顧之結果，如以查檢表方式勾選者，對於陽性結果或有意義之陰性結果應加註說明。 	有關評量方法 3 所提抽查病歷本數為住院中及已出院病歷共計 10 本，並以抽查住院中病歷 5 本、已出院病歷 5 本為原則，若無住院病人之訓練計畫，改以審查聯合照護或會診病例之紀錄，以及門診病歷紀錄。

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>(4)病歷寫作之內容無明顯之重製、複製貼上(copy-paste)情況。</p> <p>(5)主治醫師或臨床教師對實習醫學生製作之病歷應予以核閱並簽名，並視需要給予必要之指正或評論。</p> <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 受訓學員病歷寫作應符合符合項目 5 所列要件。(試) 2.臨床教師每日核簽受訓學員所製作之病歷。(試) <p>[註]</p> <p>優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>評量方法：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.查看病歷寫作教學活動時間表。 2.查看醫院監督及改善病歷品質的機制(規範)。 3.抽查受訓學員住院中及已出院 10 本病歷(或電子病歷)，其中 50%符合符合項目 5 所列之要件，則符合項目 5 視為符合；80%病歷符合，則優良項目 1 視為符合。受訓學員之病歷紀錄若沒有歸在正式病歷文件中，此處所要查之文件是受訓學員所寫之紀錄抽查至少 10 本住院中及已出院病歷(或電子病歷)。受訓學員的病歷紀錄若沒有歸在正式病歷文件中，此處所要查的文件是受訓學員所寫的紀錄。 <p>建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 受訓學員撰寫之病歷。 2.病歷寫作改善的教學或訓練課程。 3.病歷品質管理機制。 	
3.4.7	提供受訓學員模擬場域學習	<p>目的：</p> <p>臨床技術在施行於病人身上前，醫院有責任對相關醫療人員提供模擬訓練。</p>	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 醫院衡量受訓學員的程度與即將擔任的臨床工作，規定相關的醫事人員接受適當的模擬場域學習，以實作方式進行演練與回饋，落實執行。 2. 醫院對在高危險照護場域工作之醫事人員規範應該具備有效之急救受訓證明，包含：加護病房、開刀房、恢復室、急診及產房。 3. 醫院應具備適當且足夠之模具、教材及標準病人，以達到學習目標。 4. 有足夠且能力相稱之臨床師資對學員進行擬真訓練。 <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 對相關醫事人員依據其工作屬性，對必要的主題，定期進行模擬教育訓練與考核。(試) <p>[註]</p> <p>優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>評量方法：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 審視模擬訓練課程。 2. 審視訓練計畫中相關議題之訓練規劃與執行情形。 3. 審視需要的模具、教材及標準病人是否足夠，並符合訓練目標。 4. 審視擬真臨床師資之名單與擬真教學相關背景。 <p>建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 模擬訓練課程資料。 2. 相關議題之訓練規劃資料。 3. 模具、教材及標準病人資料。 4. 擬真臨床師資之名單與擬真教學相關背景資料。 	
3.4.8	有跨領域團隊合作照護訓練	<p>目的：</p> <p>落實跨職類之醫療團隊合作照護訓練，以期提升全人照護品質。</p>	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院有統整及督導跨領域團隊合作照護訓練之機制，涵蓋必要的職類/科別，以及需要受訓學員的層級。 2.提供跨領域團隊合作照護訓練課程，如：醫療團隊資源管理(team resource management, TRM)、聯合照護案例討論會(combined conference)、共同照顧(combined care)、出院準備服務、團隊治療、安寧療護、兒童病人安全等。 3.醫院應針對急重症(如：高危險妊娠、新生兒重急難症等)、兒童癌症、慢性病及出院準備服務相關人員有例行之跨領域團隊訓練，並對擔任急重症照護之醫療人員，掌控其相對應之臨床能力。 4.有足夠且能力相稱之臨床師資對受訓學員進行跨領域團隊合作照護訓練。 <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.對「跨領域團隊合作照護模式訓練」的執行效果，可以提出在醫療照護成效。(試) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.「跨領域」至少須包含一半以上職類(應有 3 種職類以上)。 2.未要求院內所有科部一定要參與，惟若醫院多數職類因未獲得醫院協助，致無法執行跨領域團隊或執行效果不彰時，則評為不符合。 3.個案討論需著重兒童議題及團隊合作之討論。 4.跨領域團隊合作照護模式無固定準則，須請醫院考量兒童特性、醫事人員類別及可動用資源等，透過各種型態的訓練活動來推動。 5.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>評量方法：</p>	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>1.本條文查證重點在於受訓學員是否有了解參加的跨領域兒童照護與學術交流訓練之內涵，訓練歷程的內容與形式得由醫院自行發展。</p> <p>2.訪談教師或受訓學員，瞭解跨領域團隊訓練照護課程安排、及實際執行情形。</p> <p>3.查核醫院對跨領域團隊合作照護訓練之協助角色。</p> <p>4.查核受訓學員實際參與訓練情形。</p> <p>建議佐證資料：</p> <p>1.教學訓練計畫(含訓練內容及頻次)。</p> <p>2.跨領域團隊合作照護訓練相關紀錄(含受訓學員參與情形、訓練歷程等)。</p>	
3.4.9	與其他醫療院所建立實質教學合作關係，提升兒童醫學相關領域之教學訓練	<p>目的：</p> <p>鼓勵醫院發揮對醫療社群之貢獻，藉由跨院際的教學合作，以期提升其他醫療院所之兒童領域專業教學訓練。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.醫院考量其規模、功能、特性及限制，訂定聯合訓練(joint training program)，協助訓練他院醫事人員計畫，並有監督及改善機制。</p> <p>2.訂定跨院間之學術交流機制與合作，並有監督及改善機制。</p> <p>優良項目：</p> <p>1.醫院考量其規模、功能、特性及限制，對兒童特殊科別(指部定兒科專科以外的科別)醫院與其他醫療院所有具體合作訓練計畫，例如：兒科次專科或兒童心智科/精神科、兒童皮膚科、兒童一般外科、兒童牙科、兒童骨科、兒童神經外科、兒童心臟外科、兒童整形外科、兒童泌尿科、兒童耳鼻喉科、兒童眼科、兒童放射科、兒童麻醉科、兒童復健科等。(試)</p> <p>[註]</p> <p>優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p>	

條號	條文	評量項目	委員共識
		評量方法： 1.查核跨院際之教學合作模式(含聯合訓練及學術交流合作)。 2.查核對相關施行成效之檢討及追蹤改善方案。 建議佐證資料： 1.院際聯合訓練相關文件(含合作機構、訓練項目等)及檢討紀錄。 2.跨院間學術交流相關資料及檢討紀錄。	
3.4.10	參與國際相關學術或服務活動	目的： 藉由國際學術交流，以期醫事人員更精進其教學及研究品質，有助於醫院與國際接軌。 符合項目： 1.醫院有鼓勵並補助醫事人員參與國際教學、研究、進修、研討會議等學術活動之機制，並落實執行且具有成效。 2.醫院有鼓勵並補助醫事人員參與國際服務活動之機制，並落實執行且具有成效。 優良項目： 1.能提出對『醫院的學術或服務貢獻』具國際水平之證據。(試) [註] 1.所稱「國際學術活動」包括國內或國外所舉辦者，國內舉辦者包含講師為國外學者、或活動參與者為國際性。 2.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 評量方法及建議佐證資料： 評量方法： 1.查核醫院鼓勵及補助國際學術活動之機制及落實情形。 2.審視鼓勵醫事人員參與國際服務活動之機制及落實情形。 3.訪談計畫主持人或醫事人員，是否瞭解醫院有提供上述鼓勵進修措施。	「國際性學術活動」係指有國外講師且有外籍參與者(若某人同時擔任講師與參與者，只得採計其中一項身分)，且全程以英文發表者。

條號	條文	評量項目	委員共識
		建議佐證資料： 1.醫事人員參與國際學術活動之鼓勵機制及補助辦法。 2.鼓勵醫事人員參與國際服務活動之機制及補助辦法。 3.醫事人員實際參與及補助情形。	

第 3 篇、教學與研究 第 3.5 章 教學研究成果

【重點說明】

1. 評量與認定醫院之教育訓練成效，使醫院依兒童照護的時代使命持續改善其教學品質，以提升兒童照護人才素質。
2. 醫院之研究成果關係兒童醫療照護之前瞻發展，不僅著重於研究論文發表數量及品質，也需關注其應用性，以及與產業之鏈結發展。
3. 本章條文得與總院共用環境與設備，管理、規範與作法，惟需要呈現兒童醫院相關資料。

條號	條文	評量項目	委員共識
3.5.1	受訓學員學習成效評量、分析、回饋改善機制	<p>目的：</p> <p>學習成效之評估可以引導教學，用以改善教育品質，鑑定學員臨床能力對醫療品質與病人安全有其重要意義。醫院應定期對受訓學員評量資料做適時分析、回饋以改進學員的臨床能力。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 醫院應定期對受訓學員進行學習成效評估，其評量結果應讓師生皆知道。 2. 應依據受訓學員之學習/測驗目標、選擇多元且合宜的評量工具，例如：客觀結構式臨床技能測驗(objective structured clinical examination, OSCE)、直接操作觀察(direct observation of procedural skills, DOPS)、迷你臨床演練評量(mini-clinical evaluation exercise, mini-CEX)、案例導向討論評估表(Case based Discussion, Cbd)或其他具體評估方式，該評量系統應明訂工具種類、施行頻率與判定標準。 3. 應提供即時雙向回饋機制(包含評估表單的執行流程、評估進行方式、評估內容與回饋方式)，包含質性與量化回饋資料，醫院並適時檢討受訓學員的回饋意見，進行持續的教學改進。 4. 建立完整的受訓學員學習歷程檔案，以落實評量結果之收集與呈現。 5. 醫院有負責人或單位負責監督受訓學員的學習成效，擬定改善策略，以求持續性精進。 <p>優良項目：</p>	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>1.實施 EPA 評量與認定受訓學員能力階層，並依此授予適當的工作任務。 (試)</p> <p>[註] 優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料： 評量方法：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.查閱學習歷程檔案(或學習護照)。 2.訪談臨床教師了解各種評估工具(如：OSCE、DOPS、mini-CEX、EPA 等)之運用情形。 3.審視受訓學員學習評量結果之紀錄與分析。 4.訪談負責人或教師及受訓學員，瞭解評量、雙向回饋及教學改進之執行情形。 5.查閱醫院對受訓學員學習成效之督導紀錄。 <p>建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.學習歷程檔案(或學習護照)。 2.各樣評估表單(如：OSCE、DOPS、mini-CEX、EPA 等)及施行規範(含頻率、種類、執行方式)。 3.評量結果紀錄、分析報告與督導紀錄。 4.受訓學員反映學習問題之管道及教學檢討紀錄。 	
3.5.2	受訓學員學習成效	<p>目的：</p> <p>醫院應監督受訓學員之學習成效，以達到原訂之學習目標，勝任臨床工作兼顧病人安全。該學習成效應涵蓋全人照護的核心臨床能力。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.受訓學員之學習成效應呈現全人照護核心能力的各面向表現，並設有期待標準。 	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>2.訓練結束時，受訓學員之核心能力應全數達到最低標準以上，若有未達者應有補救訓練或延訓機制。</p> <p>優良項目：</p> <p>1.臨床經驗紀錄/學習歷程檔案中，醫院訂有兒童照護特殊任務訓練之基本照護量或疾病種類，且有具體施行成效。(試)</p> <p>[註]</p> <p>優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>評量方法：</p> <p>1.審視臨床經驗紀錄/學習歷程檔案中的評量項目及期待標準。</p> <p>2.訪談受訓學員及教師，瞭解其對個人學習成效之理解、追蹤與督導機制。</p> <p>3.訪談負責教師，並檢視受訓學員完訓核心能力之達成率及未達者之補救措施。</p> <p>建議佐證資料：</p> <p>1.受訓學員臨床經驗紀錄/學習歷程檔案。</p> <p>2.有關學習成效之全體學員資料。</p> <p>3.受訓學員輔導紀錄。</p>	
3.5.3	訓練計畫執行成果的分析與改善	<p>目的：</p> <p>評估醫院教育訓練計畫之執行狀況，並有適當審核機制，定期分析檢討與改善。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.訂有計畫成效審核管理規範，並依訂定之訓練計畫目標，定期進行評核。</p> <p>2.選擇適當的課程評量工具，從最基本的多方滿意度調查、學員學習成效、學員作業行為的改變，到成效指標之改善，呈現量化與質性成效資料。</p>	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>3.有教學檢討機制(含內部自評),負責課程成果評估、分析檢討,並依據課程評估結果適時修正教學訓練計畫。</p> <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有外部評鑑機制,進行課程成果評估、分析檢討,並依據課程評估結果適時修正教學訓練計畫。(試) 2.以學術發表之形式,展現其教學成果。(試) 3.定期分析該訓練計畫是否達到設立兒童醫院之社會責任目標,並有自評報告。(試) <p>[註]</p> <p>優良項目列為試評項目,評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>評量方法：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.審視計畫成效評鑑規範。 2.審視各成效評核工具、其評核結果。 3.訪談教師與受訓學員是否參與課程評鑑的執行與檢討,或參與訓練計畫之修訂。 4.舉例說明最近一次課程評鑑結果,以及為此修正計畫的緣由。 5.檢視醫院召開的教學計畫檢討紀錄。 <p>建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.學習歷程檔案(或學習護照)。 2.學習成果不佳定義,及輔導與補強機制。 3.計畫成效管理規範,檢討修正教學訓練計畫機制及相關紀錄。 4.受訓學員相關教學成效檢討會議紀錄。 	
3.5.4	訓練計畫執行成效	目的：	有關「特殊專業領域」之議題選定,建議醫院至少涵蓋以下 4 個

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>訓練計畫的執行成果乃養成具有臨床能力之醫事人員，足以達到兒童健康促進、疾病預防及全人醫療照護之目標。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 醫院訂有訓練計畫成效指標，足以說明在「兒童健康促進、疾病預防及全人醫療照護」三面向的執行成效。 2. 訓練計畫執行至少應使多數學員感到滿意。 3. 學員之能力鑑定成效良好，如：完訓率、考照率等客觀指標表現優良。 4. 醫院之訓練執行成效能應用在病人照護中，以期提升兒童照護品質之目標。 <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 醫院有具特色的「特殊專業領域」疾病或議題之教育訓練，並具體達成目標。(試) <p>[註]</p> <p>優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>評量方法：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 審視訓練計畫成效指標，是否分別檢驗「兒童健康促進、疾病預防及全人醫療照護」三面向的執行成效。 2. 審視或訪談學員對醫院訓練計畫施行之滿意度(調查結果)。 3. 審視相關領域學員在「特殊專業領域」疾病或議題學習成果。 4. 請醫院提出將訓練成效能應用在醫療業務而達到提升兒童照護品質之實例。 <p>建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 訓練計畫之成效指標。 2. 訓練成效資料及其結果分析。 	<p>議題：早期療育、兒童急重難症、兒童外科疾病、早產兒照護，各議題應涵蓋西醫、護理及至少兩個其他職類。</p>

條號	條文	評量項目	委員共識
		3.相關領域學員在「特殊專業領域」疾病或議題上所完成之學習經驗紀錄或學習歷程檔案。	
3.5.5	研究成果的分析與改善機制，並注重研究倫理	<p>目的：</p> <p>醫院必須有培育研究人才的友善教育環境與制度，需就研究成果定期檢討分析與持續改善。此外，亦注重研究倫理與研究誠信。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院對研究成效做定期追蹤，成效指標包括：研究計畫、論文數、論文品質、著作、應用性與產學合作/技轉金額等。 2.醫院有對研究成效負責監督、分析與改善之機制與負責單位(或負責人)。 3.維護研究/學術倫理和受試者保護，盡力避免學術不良行為與利益衝突，並有負責人/單位定期監督。 <p>優良項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院有鼓勵不良事件通報等積極作為之機制，以防止「危害研究或學術倫理」事件之發生。(試) 2.研究結果有改善兒童醫療品質或健康照護之實證應用。(試) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.研究/學術倫理議題包含：病人自主與安全、剽竊、抄襲、偽造、加工數據等不當行為。 2.«利益衝突的迴避»包含：醫病之間、醫師與廠商之間、醫師同儕之間、師生之間等。 3.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>評量方法：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.審視對研究之管理規範。 	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>2.訪談相關負責人員了解研究倫理、學術不良行為、利益衝突和受試者保護方面的努力或規範，以及負責監督之行政單位及其運作。舉例說明受評期間某研究倫理不良事件的處理情形。</p> <p>3.審視醫院所分析之研究成效指標，以及成效報告資料。</p> <p>建議佐證資料：</p> <p>1.負責監督研究成效的行政單位及其運作規範。</p> <p>2.研究成效指標及其成效分析資料。</p> <p>3.對研究倫理、學術不良行為、利益衝突和受試者保護方面的規範。</p>	
3.5.6	研究執行成果	<p>目的：</p> <p>醫院的研究成果足以反映對兒童健康促進、兒童疾病預防及疾病照護品質的提升/貢獻，並應用此臨床研究成果於病人照護中。</p> <p>符合項目：</p> <p>1 每年均有醫院內外兒童醫療領域之研究計畫案件補助。</p> <p>2.上述研究計畫案件中，包含有跨領域之合作研究計畫。</p> <p>3.有貢獻兒童健康促進、兒童疾病預防、疾病照護品質及兒童醫學相關的研究論文發表。</p> <p>4.醫院 50%主治醫師於過去 5 年內有兒童相關議題之研究計畫或研究論文發表。</p> <p>優良項目：</p> <p>1.醫院有國際支助之研究計畫(排除第三、四期新藥臨床試驗)。(試)</p> <p>2.醫院 80%主治醫師於過去 5 年內有兒童議題之研究論文發表。(試)</p> <p>3.醫院自陳研發成果，被學術期刊刊登之兒童議題研究論文，至多提出 20 篇(例如所屬學門領域排名前 20%或 Impact Factor 值大於 3 者)或有 5 項新科技醫療(含創新醫療)之個案數及效果評估。(試)</p> <p>[註]</p>	研究計畫案件類型不限定與教學相關的研究。

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>1.本項基準係以醫院整體看研究成果(非就各職類或科別評核)。研究領域可包括醫學人文、基礎醫學、臨床醫學、社會科學與公共衛生學，或生物生藥科技。</p> <p>2.本項基準所提評量項目期間如未明訂，資料採計期間係指「評鑑合格效期內」。</p> <p>3.院內研究計畫案須由院內醫事人員擔任該計畫主持人方可採計。</p> <p>4.院外研究計畫案須由院內醫事人員擔任該計畫主持人，並有研究經費進入醫院供研究之支出方可採計。惟為鼓勵醫事人員(非醫師類)參與研究計畫，醫事人員(非醫師類)擔任共同或協同主持人亦可採計。</p> <p>5.院內計畫採計研究計畫件數與金額，以持續發展醫學研究；院外研究計畫則不採計件數而以金額為主，著重爭取大型研究計畫、跨域合作計畫及產學合作規劃。</p> <p>6.優良項目列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>評量方法：</p> <p>1.查核院內及院外研究案件中有關兒童健康促進、兒童疾病預防、疾病照護品質及兒童醫學相關的基礎醫學研究計畫及補助情形。了解其執行計畫個案數及其金額、補助單位。</p> <p>2.查核上述兒童研究計畫案中有無跨領域之合作計畫。</p> <p>3.查核關於兒童議題的研究論文、應用或新科技醫療個案數。</p> <p>[註]</p> <p>1.論文之採計原則：</p> <p>(1)以醫院名義發表研究論文之第一作者(first author)、通訊作者(corresponding author)或相同貢獻作者(author of equal contribution)，但每篇論文僅能計算1位，且每篇論文僅計算1次。</p>	

條號	條文	評量項目	委員共識
		<p>(2)作者須為醫院專任人員，且在職時間落於審查規定時間之論文可列計(例如申請民國 109 年評鑑者，則以 105 年至 108 年計算)；惟到職未滿 1 年之專任人員不予列入計算。</p> <p>2.Impact Factor 值列計應依該論文發表年之前一年資料計之。</p> <p>建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.各職類院內及院外研究計畫清冊(含計畫主持人、案件數、補助情形、跨部科/領域)。 2.各職類院內及院外研究論文清冊(含計畫主持人、案件數、補助情形、跨部科/領域)。 3.各職類研究技轉案或產學合作案清冊(含計畫主持人、案件數、金額)。 4.以研究結果應用於醫療品質提升之實證資料。 	

附表 1、「專責教學人員」之臨床工時與教學職務

姓名	職類	總工作年資 (年)	臨床工作 (時/週)	教學職務描述

附表 2、教學訓練計畫彙總表

(本彙總表提供委員查詢之指引，相關內容請標註其頁碼)

(範例) 數字代表出現在計畫書中的頁碼

訓練計畫名稱	西醫/ 護理	牙醫/ 牙體技術	藥事	醫事放射	醫事檢驗	營養	呼吸治療	物理治療/ 職能治療	臨床心理/ 諮商心理	聽力/ 語言治療	社工
兒童醫院教學總計畫	1~25 55~58	25-27	27-29 55~58	29-30 55~58	30-32 55~58	33-36 55~58	37-40 55~58	40-44 55~58	44-50 55~58	50-52	52-54
兒童外科	1~12			13-15		15-18	18-21	21-25			25-26
兒童護理	1~22	22-23	23-25	25-27	27-29	30-32	33-36	37-39	39-42		43-44

附表 3、「一般醫學訓練」之疾病與議題：相關之專科或職類

疾病/議題 \ 職類	醫護	藥劑	社工	心理	其他
健康諮詢	✓	✓			牙科/營養
生長發育與發展	✓			✓	營養/物理治療/職能治療
行為問題	✓			✓	心理諮商
營養	✓				營養
常見之兒童急症	✓	✓	✓		
常見兒科慢性病症與失能	✓	✓	✓	✓	物理治療/職能治療/聽力/語言/營養
兒童及青少年保護議題	✓		✓	✓	
社區照顧者任務	✓	✓	✓	✓	牙科/營養
兒童倫理議題	✓		✓	✓	

附表 4、「特殊專業領域」之疾病與議題：相關之專科或職類

職類 疾病/議題	西醫/ 護理	牙醫/ 牙體技術	藥事	醫事放射	醫事檢驗	營養	呼吸治療	物理治療/ 職能治療	臨床心理/ 諮商心理	聽力/ 語言治療	社工
身障/聽語障/特殊 兒童照護	✓	✓		✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓
兒童罕見疾病	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
早期療育	✓							✓	✓	✓	✓
兒童急重難症	✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓
兒童外科疾病	✓			✓	✓	✓					✓
兒童骨科疾病	✓			✓				✓	✓		✓
早產兒照護	✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓
兒童安寧緩和醫療	✓		✓			✓	✓		✓		✓
其他依醫院具發展 特色之特殊兒童專 業議題	(依目標 訂定)										