



財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會
Joint Commission of Taiwan

醫院評鑑及教學醫院 評鑑說明會

醫院評鑑基準(醫學中心適用)

第2.2章 醫療照護品質與安全管理

第2.5章 用藥安全

第2.6章 麻醉及手術

第2.7章 感染管制

第2.8章 檢驗、病歷與放射作業

簡報人：張澤芸 顧問

服務機關：馬偕紀念醫院

簡報日：112年4月27日



■ 第2.2、2.5至2.8章評鑑基準

- 評量項目重點及重要修訂
- 近一年度(106年)評鑑委員共識
- 醫院Q&A

■ 實地評鑑重點提醒



90分鐘內完成，起跑啦！

條文類別說明 (於條號前/評量項目後註記)

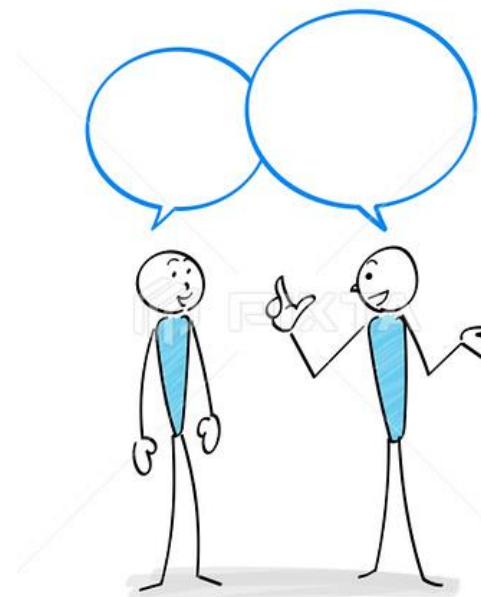


- 「**可免評條文**」：醫院可依提供之服務項目選擇免評之條文，於條號前以「**可**」字註記
- 「**僅有符合項條文**」：於條號前以「**合**」字註記
- 「**必要條文**」：此類條文規範基本的醫事人員之人力標準，於條號前以「**必**」字註記
- 「**重點條文**」：此類條文規範醫院環境與設備安全、風險管理、防火安全、緊急應變管理、**護病比及感染管制等標準**，於條號前以「**重**」字註記
- 「**試評條文**」：於條號前以「**試**」字註記，**評量結果不納入評鑑成績計算**
- 「**試評的評量項目**」：於評量項目後以「**試**」字註記，**評量結果不納入該條文成績計算**



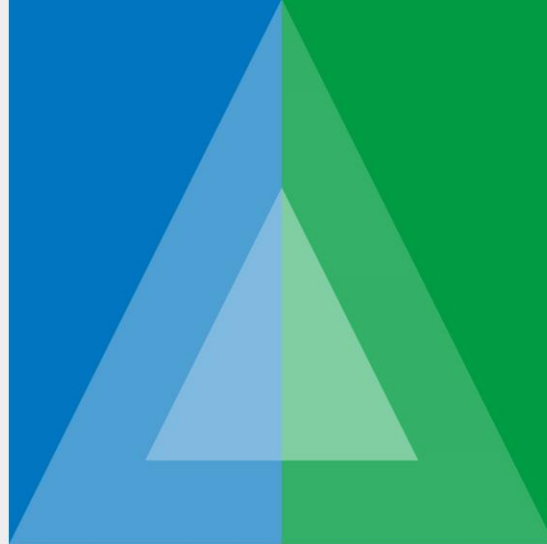
報告內容標示意義說明

- 為相較106年版有修改處：紅字 (紅字底線)
- 重點提示：紅字、藍色字體



溝通很重要!





第2.2章 醫療照護品質與安全管理

條文分類統計表



篇	章	條數	可免評 條文數	僅有符 合項 條文數	必要 條文 數	重點 條文 數	試評 條文 數
醫療 照 護	2.2 醫療照護品質 與安全管理	6	0	0	0	0	0
	2.5 用藥安全	13	0	4	0	0	0
	2.6 麻醉與手術	11	0	2	0	0	0
	2.7 感染管制	14	0	0	0	9	0
	2.8 檢驗、病理與 放射作業	14	0	0	0	0	0



2.2.1 醫院應訂定及推動全院醫療品質及病人安全計畫，並定期檢討改善(1/6)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 醫院應建立全院性病人安全制度，並擬定病人安全目標、任務及執行方針(原2.2.1-符合1修)
2. 醫院應設有委員會或相關組織，明確規定負責之組織架構、單位及人員的任務、責任及權限；對醫療異常或錯誤事件，有系統地收集與分析，並研擬系統性對策(原2.2.1-符合2修)
3. 有專責人員依醫院監督或治理團隊擬定關鍵議題與優先順序，協調、推動及執行全院醫療品質及病人安全計畫，並定期檢討改善，且有紀錄(原2.2.1-符合3修)



2.2.1 醫院應訂定及推動全院醫療品質及病人安全計畫，並定期檢討改善(2/6)



■ 評量項目

● 符合項目

4. 醫院應建置不以懲罰為原則的通報系統，鼓勵同仁自願通報，以提升醫療照護及作業環境之安全性，並參與衛生福利部所委託建置之台灣病人安全通報系統(Taiwan Patient-safety Reporting System)，做外部通報(原2.2.1-符合4、優良3併)
5. 醫院建置多元管道，蒐集民眾意見，並鼓勵民眾參與病人安全工作，確實執行並著有成效(試)



2.2.1 醫院應訂定及推動全院醫療品質及病人安全計畫，並定期檢討改善(3/6)



■ 評量項目

- 優良項目(下述項目(不含試評項目)**僅限一項**未達成)
 1. **急性一般病床每300床**應有**1名**醫管、醫品或病安等**專任人員**負責品管業務(原2.2.1-優良1修)
 2. **依各類人員**於醫品及病安之**需求**，**提供教育訓練**計畫與方案，並建立**評估成效**機制，確實**執行及檢討改善**(原2.2.1-優良2)
 3. **上述作業規範與執行方針**皆確實執行，且能依據實際執行狀況、病人安全相關規定、異常事件分析結果等，**召開跨部門品管及病安討論會議**，進行**檢討改善**(原2.2.1-優良4)



2.2.1 醫院應訂定及推動全院醫療品質及病人安全計畫，並定期檢討改善(4/6)



■ 評量項目

- 優良項目(下述項目(不含試評項目)僅限一項未達成)
 4. 醫院全體員工包括行政與醫療部門主管及醫師，積極參與醫療品質及病人安全持續改善活動(原2.2.1-優良5修)
 5. 對於委員會制定之病人安全措施，應建立臨床稽核機制，以確保規範能落實執行(試)
- 註
 1. 符合項目5之執行方式可參考「醫院醫療品質及病人安全工作目標手冊」的建議參考作法
 2. 符合項目5及優良項目5列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算



2.2.1 醫院應訂定及推動全院醫療品質及病人安全計畫，並定期檢討改善(5/6)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

1. 醫品病安委員會組織章程(符合)
2. 醫品病安委員會會議紀錄(符合)
3. 醫品病安計畫評估及成效(優良)
4. 病安追蹤系統、作業規範(優良)
5. 相關醫品病安改善報告(優良)



2.2.1 醫院應訂定及推動全院醫療品質及病人安全計畫，並定期檢討改善(6/6)



■106年評鑑委員共識

- 1.查核重點應在醫院對於有關病人安全的積極性作法之落實程度
- 2.品管業務係指全院品管(包含病安)業務



2.2.2 應訂有醫療品質指標及病例資料年報與醫療成果資料，並有統計、分析及檢討(1/5)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 訂定適當的全院性醫療品質及病人安全指標，並確實執行及評估(原2.2.4-符合2修)
2. 對於重要疾病之診療品質，依照病人流(patient flow)訂有相關過程面與結果面品質指標，並確實執行及評估改善成效(試)
3. 定期檢視與分析監測指標之數據，並找出問題點，適時介入管理(試)



2.2.2 應訂有醫療品質指標及病例資料年報與醫療成果資料，並有統計、分析及檢討(2/5)



■ 評量項目

- 優良項目(下述項目(不含試評項目)須全部達成)

1. 指標監測有建立自動化收集之資訊系統，並能呈現結構面、過程面與結果面指標，重要之臨床指標能從集成(aggregate)之指標數據，往下分析到病人層級(試)
2. 指標數據有正確的統計分析，數據分析系統能彈性調整參數，可以即時進行分析(試)
3. 有將全院或各部門品管數據，以資訊圖像化(infographics)整理製成清楚易懂的圖表，例如圖像化品質報告卡或是儀表板，召開會議確實檢討，並將醫療品質卡或儀表板向全院公布，以公告周知並形成共識(試)



2.2.2 應訂有醫療品質指標及病例資料年報與醫療成果資料，並有統計、分析及檢討(3/5)



■ 評量項目

- 優良項目(下述項目(不含試評項目)須全部達成)

4. 監測數據有進行內外部比較，定期或適時分析成圖表或圖像化的資訊，提供同仁、主管或全院擬訂策略時參酌(原2.2.4-優良5修)

- 註

符合項目2、3及優良項目1、2、3列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算



2.2.2 應訂有醫療品質指標及病例資料年報與醫療成果資料，並有統計、分析及檢討(4/5)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

1. 醫療品質及病人安全指標(符合)
2. 評估改善措施成效紀錄(符合/優良)
3. 品質指標收集與分析之資訊系統(優良)
4. 醫療品質改善成果發表紀錄(優良)



2.2.2 應訂有醫療品質指標及病例資料年報 與醫療成果資料，並有統計、分析及檢討 (5/5)

■106年評鑑委員共識

「定期」會議係指至少三個月開會一次



2.2.3 建立醫療倫理與法律相關 委員會 且運作良好(1/4)



■ 評量項目

● 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(原2.2.3-符合1)

2. 醫院應制定委員資格要求及訓練機制(試)

3. 定期舉行會議，並有會議紀錄可查(原2.2.3-符合2修)

● 優良項目(下述項目(不含試評項目) 僅限一項 未達成)

1. 醫學倫理委員會會議內容，包括檢討院內實際 臨床案例 或 人體試驗案件 討論等(原2.2.3-優良1修)



2.2.3 建立醫療倫理與法律相關 委員會 且運作良好(2/4)



■ 評量項目

- 優良項目(下述項目(不含試評項目)僅限一項未達成)
 2. 檢討院內實際 臨床 案例 或人體試驗案件，並訂出醫療照護人員依循之 倫理準則(原2.2.3-優良2修)
 3. 對於 院內病人照護產生的 醫學 倫理議題 有 提供諮詢 功能(原2.2.3-優良3修)
 4. 醫學倫理委員會有推廣醫學倫理或擴大參與的機制，例如 建立各科代表或顧問群，以利在全院各單位落實推動(試)



2.2.3 建立醫療倫理與法律相關 委員會且運作良好(3/4)



■ 評量項目

● 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. 符合項目2及優良項目4列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算
- #### ● 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)
 5. 醫學倫理委員會推廣醫學倫理或擴大參與的機制(優良)



2.2.3 建立醫療倫理與法律相關委員會且運作良好(4/4)



■ 106年評鑑委員共識

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



2.2.4 定期舉行醫療照護品質相關會議，應用實證醫學佐證，檢討改善實務運作，以提升醫療品質與病人安全(1/5)



■ 評量項目

● 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、委員會等。相關決議或結論需追蹤執行情形，並有會議紀錄(原2.2.2-符合1修)
2. 訂有醫療照護團隊溝通機制，包括醫師跨專科聯合討論會，以及醫師與醫事人員跨領域會議，定期溝通，討論實務運作中可提升病人安全、醫療品質議題，以凝聚共識(原2.2.2-符合2修)
3. 訂有政策與指引，檢視與檢討重要關鍵之臨床服務，要求相關部門定期召開醫療照護品質會議，例如癌症診療、手術麻醉、急診多重共病照護、多重外傷或加護病房重症病人之聯合照護(試)



2.2.4 定期舉行醫療照護品質相關會議，應用實證醫學佐證，檢討改善實務運作，以提升醫療品質與病人安全(2/5)



■ 評量項目

- 優良項目(下述項目(不含試評項目)僅限一項未達成)
 1. 每次溝通會議能追蹤上次決議執行情形及改善成效，並提出具體提升病人安全、醫療品質措施、方案，確實運用於臨床照護(原2.2.2-優良1修)
 2. 醫療照護依實證醫學文獻及醫療照護團隊共識，檢視及修正醫療照護指引、常規或技術手冊，以符合醫療品質、病人安全及醫療照護團隊需求，並落實執行(原2.2.2-優良2修)
 3. 根據品質指標與病人安全通報資料，對於重要之病人安全風險或傷害事件，要求醫療照護團隊召開會議，檢討並制定改善策略(試)



2.2.4 定期舉行醫療照護品質相關會議，應用實證醫學佐證，檢討改善實務運作，以提升醫療品質與病人安全(3/5)



■ 評量項目

- 優良項目(下述項目(不含試評項目)僅限一項未達成)

4. 有實際改善醫療品質及病人安全之具體成效，並能對外發表與分享(原2.2.2-優良3修)

- 註

符合項目3及優良項目3列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算



2.2.4 定期舉行醫療照護品質相關會議，應用實證醫學佐證，檢討改善實務運作，以提升醫療品質與病人安全(4/5)



■ 評量項目

● 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論會、委員會等會議紀錄(符合)
2. 決議執行情形及改善成效(符合)
3. 具體提升病人安全、醫療品質措施、方案、成效(優良)
4. 醫療照護指引、常規或技術手冊修訂紀錄(優良)



2.2.4定期舉行醫療照護品質相關會議，應用實證醫學佐證，檢討改善實務運作，以提升醫療品質與病人安全(5/5)



■106年評鑑委員共識

- 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



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(1/5)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 醫院應訂定預防各種可能發生醫療不良事件之措施，並確實執行(原2.2.5-符合1修)
2. 建立醫療不良事件之通報與處理機制，並有向上呈報的步驟，包括夜間、假日等主治醫師不在現場時的處理方式(原2.2.5-符合4、5併)
3. 重大醫療事故應依法通報，且進行根本原因分析、提出改善方案，以推動系統除錯提升品質(試)



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(2/5)



■ 評量項目

● 符合項目

4.加強病人安全觀念的宣導，並針對不同單位、層級提供不同內容的繼續教育，來鼓勵異常事件的通報(原2.2.5-符合3修)

● 優良項目(下述項目(不含試評項目)須全部達成)

1.對於嚴重度或發生率較高的醫療不良事件，有進行分析檢討，並根據分析結果提出適當的預防及改善措施(原2.2.5-優良1、2併)

2.可能發生或是進行中的醫療不良事件，醫院有建立預警偵測的通報處理與早期介入的臨床支持機制(試)



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(3/5)



■ 評量項目

- 優良項目(下述項目(不含試評項目)須全部達成)

3.鼓勵病人及其家屬對其所接受的治療與處置有重大疑慮時能適時提出，並教育醫療人員以開放的態度受理意見，以及時解決問題，必要時院方應建立支援機制(試)

4.醫療不良事件具有教育價值者，能製成教學案例適當傳達予員工，並據以修正相關流程及規範(原2.2.5-優良3修)

5.重大醫療事故之根本原因分析結果，應與院內病人安全通報系統之資料進行比對檢討，用以強化院內病人安全之預警偵測機制(試)



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(4/5)



■ 評量項目

● 註

1. 異常事件嚴重程度評估(Severity Assessment Code, SAC)：
依據事件嚴重度及事件再發頻率為軸呈現之風險矩陣，以作為風險分級之用，共分成4級，可協助規範面臨事件發生後之事件處理的優先順序
2. 醫療事故：指病人接受醫療機構之醫事服務，發生重大傷害或死亡之結果
3. 優良項目3之執行方式可參考「醫院醫療品質及病人安全工作目標手冊」的建議參考作法



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(5/5)



■ 評量項目

● 註

4.符合項目3及優良項目2、3、5列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算

● 評量方法及建議佐證資料

- 1.醫療不良事件處理辦法(符合)
- 2.病人安全通報標準作業流程(符合)
- 3.重大異常事件分析檢討改善成果(優良)
- 4.異常事件員工教育及成果發表紀錄(優良)



2.2.6 各項檢驗、檢查異常結果報告有完整傳送與接收機制(1/4)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 各項檢驗、檢查應訂有異常值通報標準程序，並定期檢討、修正或更新(原2.8.15-符合1、優良1併)
2. 明訂檢體檢驗、影像檢查、病理診斷等結果報告之遞送路徑，包含正常、緊急作業時間等，並確實將結果報告送達主治醫師或醫療照護團隊相關人員(原2.8.15-符合2)
3. 對於須於短時間處理重要危急值(如：檢驗之嚴重低血糖、高血鉀等；放射檢查報告之新發現主動脈剝離、氣胸等)，應有機制可確認已被完整的收到，以利能迅速運用於病人後續的醫療處置(原2.8.15-優良3修)



2.2.6 各項檢驗、檢查異常結果報告有完整傳送與接收機制(2/4)



■ 評量項目

● 符合項目

4. 應建立緊急且重要之異常值或檢查報告說明及即時通報機制，相關人員對於緊急且重要之異常結果應立即通報給主治醫師(原2.8.15-符合3)

● 優良項目(下述項目(不含試評項目)須全部達成)

1. 重要危急值應能及時傳達至醫療照護團隊之主要人員，並有交班之機制(試)

2. 檢驗或檢查報告如果有修改，產生危急值或取消危急值，應建立再通知的機制並落實執行(試)



2.2.6 各項檢驗、檢查異常結果報告有完整傳送與接收機制(3/4)



■ 評量項目

- 優良項目(下述項目(不含試評項目)須全部達成)

3.對於重要危急值，如果接獲報告時病人已經轉院或離院，應建立通知現在照護團隊或病人家屬的機制(原2.8.15-優良3修)

- 註

優良項目1、2列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算



2.2.6 各項檢驗、檢查異常結果報告有完整傳送與接收機制(4/4)

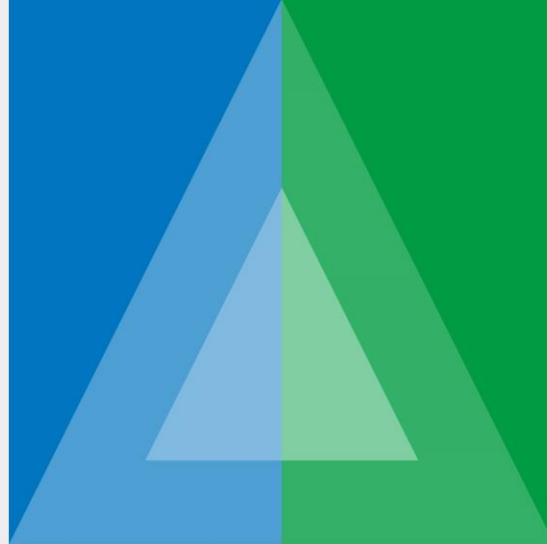


■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

1. 異常結果(如：危急項目、危急值、異常值等)通報標準作業流程及檢討修正紀錄(符合/優良)
2. 異常結果通報與回覆統計、追蹤檢討相關紀錄(優良)





第2.5章 用藥安全

條文分類統計表



篇	章	條數	可免評 條文數	僅有符 合項 條文數	必要 條文 數	重點 條文 數	試評 條文 數
醫療 照護	2.2 醫療照護品質 與安全管理	6	0	0	0	0	0
	2.5 用藥安全	13	0	4	0	0	0
	2.6 麻醉與手術	11	0	2	0	0	0
	2.7 感染管制	14	0	0	0	9	0
	2.8 檢驗、病理與 放射作業	14	0	0	0	0	0



2.5.1 藥劑部門之設備及設施應符合業務所需，並妥善保養及維護(1/4)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 應有**足夠之空間、設備**以提供藥事作業(原2.5.1-符合1)
2. 工作場所之**環境，如空調、採光(照明)及作業動線**等皆適當，**減少發生調劑錯誤**可能性(原2.5.1-符合2)
3. 應有**獨立之藥品儲存空間**、配以適當的空調及安全設施(原2.5.1-符合3)
4. 藥品**冷藏用之冰箱**，應隨時維持適當的溫度，備有**不斷電裝置**或接緊急電源，且有**溫度紀錄**(原2.5.1-符合4)
- 5. 藥事作業使用之資訊軟體、硬體設備**應符合需求(原2.5.1-優良1修)



2.5.1 藥劑部門之設備及設施應符合業務所需，並妥善保養及維護(2/4)



■ 評量項目

● 優良項目(下述項目(不含試評項目)須全部達成)

1. 調劑室視需要設置收塵設備、局部排氣等設備，定期保養及檢查並有紀錄可查(原2.5.1-優良2修)

2. 導入自動化與資訊化系統以提升藥事作業效率與減少調劑錯誤，成效良好(試)



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(3/4)



■ 評量項目

● [註]

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



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(4/4)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

1. 藥品冷藏用冰箱溫度查核紀錄(符合)

2. 藥品資訊軟體及硬體設備(符合)

3. 調劑室收塵設備、局部排氣設備等之定期保養及檢查紀錄
(優良)



2.5.2 管制藥品相關作業規範適當，並有具體成效(1/4)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 訂有符合法規之管制藥品使用管理機制

2. 應制訂管制藥品異常情況之通報(包含程序及時限)、
監測、檢討改善及追蹤機制

3. 落實非癌症慢性頑固性疼痛病人長期使用成癮性麻醉
藥品之定期臨床評估



2.5.2 管制藥品相關作業規範適當，並有具體成效(2/4)



■ 評量項目

● 優良項目(下述項目須全部達成)

1. 對有長期使用管制藥品有成癮疑慮之個案，醫院之處方醫令系統或類似機制，應有效限制個案取得相關藥品
2. 對容易濫用或成癮之管制藥品，醫院訂有政策與使用指引，以避免濫用管制藥品



2.5.2 管制藥品相關作業規範適當，並有具體成效(3/4)



■ 評量項目

● [註]

1. 管制藥品管理需符合管制藥品管理條例及施行細則規定

2. 管制藥品管理條例及施行細則規定：(原2.5.2-註3)

(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) 調劑、使用後之殘餘管制藥品，由管制藥品管理人會同有關人員銷燬，並製作紀錄備查

(4) 訂有管制藥品遺失、失竊或破損時的處理作業程序，予以記錄、呈報，並有紀錄可查

3. 本條所稱異常情況包含違反法規、不符合管制藥品使用指引及注意事項、不當處方等



2.5.2 管制藥品相關作業規範適當，並有具體成效(4/4)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

1. 管制藥品管理相關作業規範(符合)
2. 管制藥品異常情況之通報、監測、檢討改善及追蹤之紀錄(符合)
3. 非癌症慢性頑固性疼痛病人管制藥品使用之定期臨床評估紀錄(符合)
4. 醫院之處方醫令系統或類似機制，可以有效限制長期使用管制藥品有成癮疑慮個案取得相關藥品之紀錄(優良)
5. 醫院避免管制藥品濫用之政策與使用指引(優良)



合2.5.3藥事委員會運作良好，並有具體成效(1/4)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 藥事委員會有適當組織並訂有章程(原2.5.2-符合1)
2. 藥事委員會成員應涵蓋藥劑、醫療及管理部門(原2.5.2-符合2)
3. 藥事委員會定期開會並留有紀錄(原2.5.2-符合3)
4. 定期檢討不適用藥品，並維持適當藥品種類(原2.5.2-符合4修)



合2.5.3藥事委員會運作良好，並有具體成效(2/4)



■ 評量項目

● 符合項目

5. 藥事委員會應訂有符合規定之藥品使用、管理標準與規定，包含一般藥品及特殊藥品(原2.5.2-符合5)
6. 藥劑部門**分析藥品使用趨勢**資訊作為醫院用藥之參考，並有**檢討改善措施**(原2.5.2-符合6)
7. 醫院應制訂藥物(藥品及醫療器材)**不良反應**及異常情況之**通報**(包含程序及時限)、**監測**、**檢討改善及追蹤**機制(原2.5.2-符合7)



合2.5.3藥事委員會運作良好，並有具體成效(3/4)



■ 評量項目

● [註]

1. 本條所稱藥品包含一般藥品、管制藥品、高警訊藥品、疫苗、血液製劑、生物製劑等
2. 一般及特殊藥品管理均應依政府相關規定辦理，如：
管制藥品管理需符合管制藥品管理條例及施行細則規定；放射性製劑及化療藥品之儲存、運送、配置及廢棄物處理，應符合相關法規並定有規章規範
3. 本條所稱異常情況包含處方錯誤、調劑錯誤、給藥錯誤



合2.5.3藥事委員會運作良好，並有具體成效(4/4)



■ 評量項目

● [註]

4.藥物不良反應通報內容應包含：藥品、醫療器材不良反應及不良品通報

● 評量方法及建議佐證資料

1.藥事委員會組織章程(符合)

2.藥事委員會會議紀錄(符合)

3.藥品管理作業規範(符合)

4.藥物不良反應及異常事件通報紀錄(符合)



2.5.4 應有藥品識別方法、步驟、及作業程序(1/5)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 應**明訂藥品識別方法、步驟及作業程序**(原2.5.3-符合1)
2. 應定期檢討藥品**外觀、包裝、標示或名稱發音相似**的藥品清單，並注意其**擺設位置及標示**，加強人員教育，避免發生錯誤(原2.5.3-符合2)
3. 對於**高警訊藥品**應訂有**管理**機制，與其他常備藥品區隔存放並明顯標示，且在處方或藥袋上有特殊標記以供辨識(原2.5.3-符合3)
4. 藥品**最小單位包裝**應有藥名、單位含量(針劑標示有效期限)(原2.5.3-符合4)



2.5.4 應有藥品識別方法、步驟、及作業程序(2/5)



■ 評量項目

● 優良項目(下述項目**僅限一項**未達成)

1. 處方時**藥名**同時**顯示商品名、成分名**(複方藥品除外)及**單位含量**。電腦處方時，醫師能迅速點選顯示藥品外觀，方便向病人說明(原2.5.3-優良1)
2. 藥劑部門內**調劑台**上之藥品以**原瓶、原包裝上架**為原則。若需分裝，應在**分裝容器**上**清楚標示藥名、單位含量、保存方式及使用期限**(原2.5.3-優良2)



2.5.4 應有藥品識別方法、步驟、及作業程序(3/5)



■ 評量項目

● 優良項目(下述項目**僅限一項**未達成)

3. **藥袋之標示完整**，符合衛生福利部公告規定並加印中文藥名及藥袋上印有藥品外觀之描述，並**考量特殊需求族群**之用藥安全，**提供輔助說明**，如：「**圖示**」或**放大字體版**之藥袋或衛教單張(原2.5.3-優良3)
4. 有考量兒童用藥的安全性，**提供兒童專用藥**(原2.5.3-優良4)
5. 「交付」處方箋有**加印二維條碼**功能(原2.5.3-優良5)



2.5.4 應有藥品識別方法、步驟、及作業程序(4/5)



■ 評量項目

● [註]

1. **高警訊藥品**如 **抗癌藥劑**、**降血糖針劑**、**抗凝血劑**、**毛地黃針劑**、**高濃度**氯化鉀(KCl)及**肌肉鬆弛劑針劑**等
2. **特殊需求族群**，如：智能障礙者、文盲、外籍看護或移工(外籍勞工)等

● 評量方法及建議佐證資料

1. 藥品辨識作業規範(符合)
2. 藥品管理作業規範(符合/優良)



2.5.4 應有藥品識別方法、步驟、及作業程序(5/5)



■106年評鑑委員共識

高警訊藥品(如：KCI)需與常備藥品分開存放，並有明顯標示，建議醫院若存放於一般病房，應有管理機制及固定場所，不一定要上鎖



2.5.5 處方醫令系統或類似機制應設有防止用藥錯誤及不適當之機制(1/4)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 在處方的醫令系統(physician order entry system)或類似機制上有防止錯誤用藥或不適當之警示機制，如：極量管制、重覆、交互作用、過敏等之警告(原2.5.4-符合1)
2. 建立醫師與藥師溝通合作機制，如：電話溝通、書面照會等，以討論不適當處方(原2.5.4-符合2)



2.5.5 處方醫令系統或類似機制應設有防止用藥錯誤及不適當之機制(2/4)



■ 評量項目

- 優良項目(下述項目 **不含試評項目**) 僅限一項未達成)
 1. 對於**特殊需求者**(如孕婦、老人或兒童等)醫令系統能有**處方防誤**機制(原2.5.4-優良1)
 2. 有**其他強化醫令系統**之機制或功能，如：用藥史 (medication history)、藥品過敏史及藥品不良反應史、不當處方之改善成效列為系統自動稽核項目或程序(原2.5.4-優良2)
 3. 對於處方醫令系統警示機制之實施，有**定期評估檢討、改善**(原2.5.4-優良3)



2.5.5 處方醫令系統或類似機制應設有防止用藥錯誤及不適當之機制(3/4)



■ 評量項目

- 優良項目(下述項目(不含試評項目)僅限一項未達成)

4. 針對門診病人設置多重用藥之監管系統，如是老人與小兒等敏感族群，適時回饋資訊給醫師與藥師，並建立用藥整合機制，以減少藥物副作用與管控藥物浪費(試)

5. 醫師處方系統，導入智慧化檢核資訊及時整合病人相關數據，提供醫療決策之參考(試)



2.5.5 處方醫令系統或類似機制應設有防止用藥錯誤及不適當之機制(4/4)



■ 評量項目

- 符合項目

[註]

優良項目4、5列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算

- 評量方法及建議佐證資料
 - 1.處方的醫令系統警示機制(符合)
 - 2.處方用藥稽核機制及檢討紀錄(符合/優良)



2.5.6 藥品庫存管理訂有辦法，並確實執行 (1/7)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 藥品庫存管理應由藥事人員負責，對於院內藥品建立庫存存量及效期管制機制，確保醫院用藥品質(原2.5.5-符合1、3併)
2. 訂有藥品採購、驗收辦法，並有專責人員負責之(原2.5.5-符合1修)
3. 災害(地震或天災等)發生時院內緊急治療及處置所需之藥品需列表並保有適當之庫存量(原2.5.5-符合2)



2.5.6 藥品庫存管理訂有辦法，並確實執行 (2/7)



■ 評量項目

● 符合項目

4. 特殊需**冷藏藥品**需有健全管理(原2.5.5-符合4)

5. **疫苗儲存**不可與其他藥品混雜，要有明確**清楚標示**(原2.5.5-符合5)

6. 醫院應制訂藥品不良品通報機制，並指定專責單位或人員負責，包含退貨與換貨程序(試)



2.5.6 藥品庫存管理訂有辦法，並確實執行 (3/7)



■ 評量項目

● 優良項目(下述項目**僅限一項**未達成)

1. 藥庫之藥品庫存量及進出量，應與調劑單位一致，並據以設定適當的訂購量及訂購時間間隔(原2.5.5-優良1)
2. 定期檢查各種藥品之品質及保管，並有紀錄可查(原2.5.5-優良2)
3. 電腦化管理藥品庫存及效期，使用適當的庫存管理系統，維持適當庫存週轉率(原2.5.5-優良3修)
4. 使用條碼輔助藥庫作業系統(原2.5.5-優良3修)



2.5.6 藥品庫存管理訂有辦法，並確實執行 (4/7)



■ 評量項目

● [註]

1. 一般及特殊藥品管理均應依政府相關規定辦理，放射性製劑及化療藥品之儲存、運送、配置及廢棄物處理，應符合相關法規並定有規章規範

2. 藥品管理包含：

(1) 能依藥品種類存放，並應注意環境溫度、濕度管理，且應注意環境清潔

(2) 藥品儲存環境具符合標準之安全措施(如防盜、防火、防爆、防蟲等)



2.5.6 藥品庫存管理訂有辦法，並確實執行 (5/7)



■ 評量項目

● [註]

2. 藥品管理包含：

- (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

3. 通報欄位可參考衛生福利部食品藥物管理署官方網站公告之藥品不良品通報表

4. 符合項目6列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算



2.5.6 藥品庫存管理訂有辦法，並確實執行 (6/7)



■ 評量項目

- 評量方法及建議佐證資料

1. 藥品庫存管理辦法(符合/優良)

2. 藥品採購、驗收相關辦法(符合)

3. 環境溫濕度紀錄表(符合)

4. 冷藏藥品冰箱溫度監測紀錄(符合)

5. 藥品不良品通報紀錄(符合)

6. 藥品品質及保管相關之定期檢查紀錄(優良)



2.5.6 藥品庫存管理訂有辦法，並確實執行 (7/7)



■106年評鑑委員共識

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



合2.5.7依「藥品優良調劑作業準則」訂定調劑作業程序，並確實執行(1/8)



■ 評量項目

● 符合項目

符合「藥品優良調劑作業準則」(Good Dispensary Practice, GDP)條文，符合下述條件且有調劑品質監測：(原2.5.6-符合)

門急診調劑：

- 1.處方箋上印載之項目完整
- 2.接受處方後，評估及確認處方之適當性
- 3.發現**問題處方**即刻知會醫師處理，且留有紀錄，並做統計分析及有改進措施
- 4.調劑作業**雙重覆核**



合2.5.7依「藥品優良調劑作業準則」訂定調劑作業程序，並確實執行(2/8)



■ 評量項目

● 符合項目

符合「藥品優良調劑作業準則」(Good Dispensary Practice, GDP)條文，符合下述條件且有調劑品質監測：(原2.5.6-符合)

門急診調劑：

5. 應有門診病人直接取得處方箋之設計

6. 實施**病人用藥指導**

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**



合2.5.7依「藥品優良調劑作業準則」訂定調劑作業程序，並確實執行(3/8)



■ 評量項目

● 符合項目

住院調劑：

1. 住院與急診暫留之紙本或電子醫囑記載完整或單一劑量所給予之藥品均標示藥品名稱、含量等(原2.5.6住院調劑-符合1修)
2. 接受處方或藥囑後，須有病人完整藥歷核對以評估處方之適當性
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



合2.5.7依「藥品優良調劑作業準則」訂定調劑作業程序，並確實執行(4/8)



■ 評量項目

● 符合項目

住院調劑：

4.能對病人實施用藥指導服務

5.有自動停止給藥之設計

6.調劑作業**雙重覆核**

7.若實施單一劑量(UDD)作業，藥師接受醫師直接的醫囑，依完整的藥歷調劑以確保用藥適當性及正確性



合2.5.7依「藥品優良調劑作業準則」訂定調劑作業程序，並確實執行(5/8)



■ 評量項目

● [註]

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



合2.5.7依「藥品優良調劑作業準則」訂定調劑作業程序，並確實執行(6/8)



■ 評量項目

● [註]

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



合2.5.7依「藥品優良調劑作業準則」訂定調劑作業程序，並確實執行(7/8)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

1. 藥品優良調劑作業準則 (符合)
2. 門診調劑：處方箋及藥袋 (符合)
3. 住院調劑：處方醫囑及藥歷 (符合)



合2.5.7依「藥品優良調劑作業準則」訂定
調劑作業程序，並確實執行(8/8)



■106年評鑑委員共識

評量項目內所提「**雙重覆核**」係指有**雙重檢查機制**即可



2.5.8 訂定化學治療藥品及特殊混合注射藥品之調劑及給藥作業程序(1/5)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 特殊混合注射藥品(化學治療藥品、全靜脈注射營養(Total Parenteral Nutrition, **TPN**)、病人自控式止痛(Patient-Controlled Analgesia, **PCA**))之調劑業務應由藥師執行，且應有無菌調劑足夠設備及有效之防護措施(原2.5.7-符合1)
2. 執行藥師需具備藥品管理、用藥禁忌及調配步驟操作等知識，並有危機處理流程與訓練(原2.5.7-符合2)
3. 藥師應評估化學治療藥囑之適當性，並應訂有調劑作業手冊，例行作業也有紀錄可查(原2.5.7-符合3)



2.5.8 訂定化學治療藥品及特殊混合注射藥品之調劑及給藥作業程序(2/5)



■ 評量項目

● 符合項目

4. 化學治療藥品給藥前須再確認病人藥歷，並評估病人生理狀況之合適性，如：肝腎功能等(原2.5.7-符合4)
5. 化學治療藥品及其他特殊藥品之給藥途徑、方法及注意事項，應預先提供資訊予醫療照護團隊參考(原2.5.7-符合5)



2.5.8 訂定化學治療藥品及特殊混合注射藥品之調劑及給藥作業程序(3/5)



■ 評量項目

● 優良項目(下述項目**僅限一項**未達成)

- 1.無菌製劑調製應有**標準作業流程**，符合相關規定並**定期查核**(原2.5.7-優良1)
- 2.藥師應**與醫療照護團隊討論**且有**紀錄可查**(原2.5.7-優良2)
- 3.化療針劑或輸液調配完成後，應符合**密閉系統**概念，得以保護相關工作同仁，例如使用密閉裝置配製給藥(原2.5.7-優良3)
- 4.醫院應提供化學治療藥品調配及給藥之醫事人員**健康維護措施**，包括**定期健康檢查**(原2.5.7-優良4)



2.5.8 訂定化學治療藥品及特殊混合注射藥品之調劑及給藥作業程序(4/5)



■ 評量項目

● [註]

病患自控式止痛法(PCA)使用 成癮性 麻醉藥品 指引暨管理 注意事項(衛生福利部 食品藥物管理署 107年12月4日 FDA 管字第 1071800821 號公告)

● 評量方法及建議佐證資料

藥品優良調劑作業準則(含特殊混合注射藥品調劑作業規範)(符合/優良)



2.5.8 訂定化學治療藥品及特殊混合注射藥品之調劑及給藥作業程序(5/5)



■106年評鑑委員共識

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



合2.5.9訂定正確用藥標準作業程序並落實 正確給藥(1/4)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 訂定正確給藥標準作業程序、執行策略及內容(原2.5.8-符合1)
2. 應對病人所接受的治療與之前的處方用藥進行連貫性審視，且有紀錄(原2.5.8-符合2)
3. 能正確依醫囑給藥，給藥時確認病人姓名、藥品名稱、劑量、用法、途徑、時間，並有紀錄(原2.5.8-符合3)
4. 門診交付藥品時應訂定確認領藥人之標準作業流程及機制(原2.5.8-符合4)



合2.5.9訂定正確用藥標準作業程序並落實 正確給藥(2/4)



■ 評量項目

● 符合項目

- 5.住院病人之內服、注射藥等，應由醫療人員遵照相關標準作業規定，依給藥紀錄核對藥品名稱，並確認給藥量、單位含量、劑型、給藥方法、病人姓名、途徑、時間正確，才能給藥(原2.5.8-符合5)
- 6.明訂退藥或藥品更改機制(原2.5.8-符合6)
- 7.住院病人若有自備藥品時，醫院應有自備藥品使用規範(原2.5.8-符合7修)



合2.5.9訂定正確用藥標準作業程序並落實 正確給藥(3/4)



■ 評量項目

● 符合項目

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



合2.5.9訂定正確用藥標準作業程序並落實 正確給藥(4/4)



■ 評量項目

● [註]

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

2.符合項目8列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算

● 評量方法及建議佐證資料

1.正確用藥標準作業程序(符合)

2.自備藥品使用規範(符合)



2.5.10 提供適當之臨床藥學服務且提供適當藥品資訊(1/10)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 提供療劑監測(Therapeutic Drug Monitoring, **TDM**)服務(原2.5.9-優良3修)
2. 設有藥物不良反應工作小組或類似組織，執行藥物不良反應通報及宣導(Adverse Drug Reaction, **ADR**)(原2.5.9-符合1)
3. 有藥品交互作用評估機制(原2.5.9-符合2)
4. 應執行藥品使用評估(Medication Use Evaluation, **MUE**)(原2.5.9-符合3)



2.5.10 提供適當之臨床藥學服務且提供適當藥品資訊(2/10)



■ 評量項目

● 符合項目

- 5.對於提供**臨床藥學服務**有定期評估、檢討與改善(原2.5.9-優良4)
- 6.**提供醫療專業人員**即時、正確的**藥品諮詢服務**，並有紀錄(原2.5.9-符合4)
- 7.編有醫院**處方集**並**適時更新**(原2.5.9-符合5)
- 8.訂有適當、適量的**期刊、雜誌、電子資料庫及參考書**等，且存放於方便藥師取用之執業場所，以提供適切的諮詢服務(原2.5.9-符合6)



2.5.10 提供適當之臨床藥學服務且提供適當藥品資訊(3/10)



■ 評量項目

- 優良項目(下述項目 (不含試評項目) 僅限一項未達成)

1. 專責藥師負責藥物不良反應(Adverse Drug Reaction, ADR) 通報及分析檢討(試)

2. 提供病人個別化之藥品治療評估(原2.5.9-優良2)

3. 提供之療劑監測(Therapeutic Drug Monitoring, TDM)服務，有藥品療效之後續追蹤評估，提出建議獲醫師接受(原2.5.9-優良3修)

4. 能適時更新藥品資訊系統，以供醫療人員、病人及民眾即時參考(原2.5.9-優良5)



2.5.10 提供適當之臨床藥學服務且提供適當藥品資訊(4/10)



■ 評量項目

- 優良項目(下述項目 不含試評項目) 僅限一項未達成)

5. 制定政策與指引，藥師適時提供用藥連貫性 (medication reconciliation) 服務，如新入院、轉入/轉出加護病房或出院準備之複雜用藥病人(試)

6. 加護病房配置持續固定參與醫療團隊，提供臨床藥事照護之專責藥師(試)

7. 提供藥師門診服務(試)



2.5.10 提供適當之臨床藥學服務且提供適當藥品資訊(5/10)



■ 評量項目

● [註]

1. 藥品交互作用評估包含：

(1) 有紀錄

(2) 有通知

(3) 有檢討改進

(4) 有預防措施



2.5.10 提供適當之臨床藥學服務且提供適當藥品資訊(6/10)



■ 評量項目

● [註]

2. 提供病人個別化之藥品治療評估包含：

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



2.5.10 提供適當之臨床藥學服務且提供適當藥品資訊(7/10)



■ 評量項目

● [註]

3. 療劑監測(Therapeutic Drug Monitoring, **TDM**)包含藥品血中濃度監測：

(1) 抽血時間正確

(2) 監測建議報告時效性良好

(3) 提供劑量與頻次調整建議

(4) 對TDM建議事項之醫師接受度檢討

(5) 作藥品療效之後續追蹤評估



2.5.10 提供適當之臨床藥學服務且提供適當藥品資訊(8/10)



■ 評量項目

● [註]

4. 提供用藥連貫性 (medication reconciliation) 服務包含：

- (1) 在病人轉換照護單位時，了解病人目前所有用藥，必要時協助辨識藥品
- (2) 評估用藥的適當性
- (3) 偵測並處理藥品治療問題
- (4) 確保應使用的藥品持續使用
- (5) 調整或停用造成問題的藥品，確保應停用的藥品不再使用
- (6) 將資訊傳達到下一個照護單位



2.5.10 提供適當之臨床藥學服務且提供適當藥品資訊(9/10)



■ 評量項目

● [註]

5. 藥師門診係指於醫院設立藥師專責之特別門診，門診病人經專科醫師轉介或病人自行掛號，由藥師提供使用特定藥品/疾病病人門診臨床藥事服務，此藥療照護管理模式需有具體成效並有藥事服務紀錄併同病歷保存

6. 優良項目1、5、6、7列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算



2.5.10 提供適當之臨床藥學服務且提供適當藥品資訊(10/10)



■ 評量項目

- 評量方法及建議佐證資料

1. 臨床藥學服務手冊(符合/優良)

2. 處方集(含電子處方集)(符合)

3. 臨床藥學相關期刊、雜誌、電子資料庫及參考書(符合)



2.5.11 病房及各部門的藥品供應，訂有妥善配送制度，並有緊急用藥之因應措施 (1/5)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 提供病房及各部門的藥品應有妥善配送制度及監督管理機制，**病房給藥實施單一劑量配送**制度，採用物流系統時，應與各部門協調議訂配送計畫，**依計畫配送**(原2.5.10-符合1)
2. 有**24小時之藥事作業**服務(含急診、住院)(原2.5.10-符合2)
3. 具有**常備藥品管理**制度(原2.5.10-符合3)
4. **定期由藥師查核**病房及各部門的藥品保存狀況，並有紀錄(原2.5.10-符合4)
- 5. 應有緊急調撥藥品**的處理機制(原2.5.10-優良1)



2.5.11 病房及各部門的藥品供應，訂有妥善配送制度，並有緊急用藥之因應措施 (2/5)



■ 評量項目

● 優良項目(下述項目**僅限一項**未達成)

1. 緊急藥品供應機制暢通(原2.5.10-優良2)

2. 緊急時，藥師能即時提供藥事服務(原2.5.10-優良3)

3. 內部有滿意度調查，定期檢討單一劑量或物流供應流程，提出改進措施並確實執行，**具體提升各單位對配送制度滿意**(原2.5.10-優良4)



2.5.11 病房及各部門的藥品供應，訂有妥善配送制度，並有緊急用藥之因應措施 (3/5)



■ 評量項目

● [註]

1. 要求各單位應將**一般藥品與高警訊藥品**分開放置，並按程序管理與使用，以保障病人給藥安全
2. 原則上**儘量減少品項及數量**，專科病房以**不超過10項**為原則(不含急救車上藥品、大量點滴及1-3級管制藥品、置於自動調配藥櫃(automated dispensing cabinets)的藥品、非單一病人計價藥品，如消毒液、軟膏或耗材藥品)，並應定期檢討
3. **常備藥**均能標示有效日期
4. 由**藥師定期查核**各單位常備藥品使用及保存情形並有紀錄



2.5.11 病房及各部門的藥品供應，訂有妥善配送制度，並有緊急用藥之因應措施 (4/5)



■ 評量項目

- 評量方法及建議佐證資料

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



2.5.11 病房及各部門的藥品供應，訂有妥善配送制度，並有緊急用藥之因應措施 (5/5)



■106年評鑑委員共識

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



2.5.12 確實執行病人用藥教育(1/3)



■ 評量項目

● 符合項目

1. **建立慢性病人長期用藥監測機制**，防止重複用藥或藥品交互作用，應提供病人適當的用藥指導，必要時提供病人用藥紀錄(原2.5.11-符合1)
2. 設有**多元化病人用藥諮詢管道**，如藥品諮詢、專題衛教、藥品諮詢查詢網站、電話專線、e-mail等，提供病人藥品使用資訊，或反映藥品使用問題，以加強病人對所用藥品的認識並提高病人對醫囑的遵從性(原2.5.11-符合2)
3. 藥師**應提供病人用藥指導**，且視病人情況修正病人不當用藥行為，並**留下紀錄**(原2.5.11-符合3)



2.5.12 確實執行病人用藥教育(2/3)



■ 評量項目

● 優良項目(下述項目 (不含試評項目) 僅限一項未達成)

1. 交付藥品給病人前應主動提供用藥指導並確認病人已瞭解，說明內容包含藥品名稱、劑型、用藥方式、服用時間、藥品作用及副作用(原2.5.11-優良1)
2. 實施病人用藥教育指導，必要時應做後續追蹤評估，統計分析及檢討改進措施，並有紀錄(原2.5.11-優良2)
3. 有評估檢討病人用藥教育成效，進行改善(原2.5.11-優良3)
4. 實施病人用藥教育指導時，若病人有多重用藥情形，應加強與病人之溝通，提供正確用藥教育(試)



2.5.12 確實執行病人用藥教育(3/3)



■ 評量項目

- [註]

優良項目4列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算

- 評量方法及建議佐證資料

病人用藥指導紀錄(符合/優良)



合**2.5.13**病人對藥品使用的反應及病情變化，醫療人員應正確且迅速處理(1/2)



■ 評量項目

● 符合項目

1. **高警訊藥品**等需要注意給藥速度、給藥量等，應在給藥中及給藥後觀察病人之狀況，出現異常時，須通知醫師並記錄(原2.5.12-符合1)
2. 對於病人**使用藥品後應觀察反應**，若有不良反應發生時，應適當處理並予以通報及記錄(原2.5.12-符合2)
3. 應適當**提供病人與家屬有關藥品使用之副作用、應注意事項**等之諮詢，且能確認病人或家屬對藥品作用清楚並了解(原2.5.12-符合3)



合**2.5.13**病人對藥品使用的反應及病情變化，醫療人員應正確且迅速處理(2/2)



■ 評量項目

● 符合項目

4. 要**注意病人個別特異性**，給藥前，給予用藥指導；在給藥後，應觀察病人反應，如有異常反應，應與醫師確認且有紀錄(原2.5.12-符合4)

5. 對**異常反應**有詳實**記錄**並**檢討改善**(原2.5.12-符合5)

● 評量方法及建議佐證資料

1. 臨床藥學服務手冊(符合)

2. ADR通報規範及相關表單(符合)





第2.6章 麻醉及手術

條文分類統計表



篇	章	條數	可免評 條文數	僅有符 合項 條文數	必要 條文 數	重點 條文 數	試評 條文 數
醫療 照護	2.2 醫療照護品質 與安全管理	6	0	0	0	0	0
	2.5 用藥安全	13	0	4	0	0	0
	2.6 麻醉與手術	11	0	2	0	0	0
	2.7 感染管制	14	0	0	0	9	0
	2.8 檢驗、病理與 放射作業	14	0	0	0	0	0



合2.6.1適當之手術、麻醉部門體制及人力配置 (1/5)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 應明訂手術、麻醉部門之體制及專責人員(原2.6.1-符合1)

(1) 有負責的醫師

(2) 有負責的護理長

(3) 麻醉病例年平均1,500次以上應有1名專任麻醉專科醫師

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

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



合2.6.1適當之手術、麻醉部門體制及人力配置 (2/5)



■ 評量項目

● 符合項目

- (6) 麻醉專科醫師需具備一般醫學(general medicine)與手術全期照護之專業能力，能處理重症照護的病人，並有適當之專業分工，如：疼痛或心臟胸腔麻醉分科(試)
2. 若手術醫師或麻醉醫師為兼任者，須有合宜的訓練與考核，其職務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(原2.6.1-符合3)
4. 麻醉護理人員人力配備應具有一年(含)以上之麻醉專業訓練並領有訓練合格證書者(試)



合2.6.1適當之手術、麻醉部門體制及人力配置 (3/5)



■ 評量項目

● [註]

符合項目1-(4)、1-(5)、1-(6)、2、4列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算



合2.6.1適當之手術、麻醉部門體制及人力配置 (4/5)



■ 評量項目

- 評量方法及建議佐證資料

1. 組織架構(符合)

2. 班表(符合)

3. 手術業務統計(符合)

4. 麻醉業務統計(符合)

5. 重度鎮靜與麻醉統計表(符合)

6. 麻醉護理人員麻醉專業訓練合格證書(符合)



合2.6.1適當之手術、麻醉部門體制及人力配置 (5/5)



■106年評鑑委員共識

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



2.6.2 備齊手術相關設施、設備及儀器，並應定期保養、維護與清潔，且有紀錄可查 (1/7)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 手術室相關設施、設備及儀器應符合醫療機構設置標準、滿足手術量及診療科別需求，且手術**儀器設備等資源能整合運用**(原2.6.2-符合1)
2. 手術室、器材準備室、更衣室、討論室、休息室有**足夠使用的空間**(原2.6.2-符合2)
- 3.**有**全身麻醉機可自動監控**測定血壓計、心電圖、呼吸數、氧氣飽和度或二氧化碳濃度等**數據**(手術室應至少有一台去震顫器 defibrillator)，並**設置麻醉氣體排放系統**，**功能良好**(原2.6.2-符合4)



2.6.2備齊手術相關設施、設備及儀器，並應定期保養、維護與清潔，且有紀錄可查(2/7)



■ 評量項目

● 符合項目

- 4.有專責人員負責手術室設施、設備及儀器之保養、檢查的排程與執行，且有計畫性的汰舊換新(原2.6.2-符合5)
- 5.由專業人員定期施行氧氣、笑氣等配管及空調的安全檢查(原2.6.2-符合6)
- 6.設置異常管理手冊，以因應儀器設備如發生故障時之作業流程(原2.6.2-符合7)
- 7.在大規模醫院應配置專任的醫工人員(原2.6.2-符合8)



2.6.2 備齊手術相關設施、設備及儀器，並應定期保養、維護與清潔，且有紀錄可查 (3/7)



■ 評量項目

● 符合項目

8. 有明確手術室分區作業管理辦法、標示及整潔規則(原2.6.2-符合9)

9. 手術室及恢復室有符合感染管制原則的清潔管理且有紀錄可查，如：(原2.6.2-符合10)

(1) 定期水質監測

(2) 空調系統及除塵設備，定期維護

(3) 污物處理設備，功能良好且定期維護



2.6.2 備齊手術相關設施、設備及儀器，並應定期保養、維護與清潔，且有紀錄可查 (4/7)



■ 評量項目

● 符合項目

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

● 優良項目(下述項目**僅限一項**未達成)

1. 有**HEPA**過濾、高規格之手術室，且手術室內保持正壓(室內壓力高於室外)，**至少一年確認正壓**一次(原2.6.2-優良1)
2. 每一手術房間應可**監測End-tidal CO2**，且應有體溫測量及麻醉氣體和脈搏血氧飽和分析儀(pulse oximeter)(原2.6.2-優良2)



2.6.2 備齊手術相關設施、設備及儀器，並應定期保養、維護與清潔，且有紀錄可查 (5/7)



■ 評量項目

● 優良項目(下述項目**僅限一項**未達成)

3. 應有**適量專用fibrobronchoscopy**及其他**困難插管**之相關設備與**TEE**和**麻醉深度監測儀**(原2.6.2-優良3)
4. 執行手術室**清潔查核**，有感染管制的環境監測機制，並依據查核結果**檢討改善**(原2.6.2-優良4)
5. 手術室**動線規劃良好**，工作人員進入手術室更換手術室服裝，手術室內外**服裝未混合穿著**，且落實執行(原2.6.2-優良5)



2.6.2 備齊手術相關設施、設備及儀器，並應定期保養、維護與清潔，且有紀錄可查 (6/7)



■ 評量項目

● [註]

1. 手術器械數量足夠與否，可用快消使用頻率來監測

2. 符合項目10列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算



2.6.2 備齊手術相關設施、設備及儀器，並應定期保養、維護與清潔，且有紀錄可查 (7/7)



■ 評量項目

- 評量方法及建議佐證資料

1. 異常管理手冊(符合)

2. 儀器設備的保養排程(符合/優良)

3. 手術室環境動線(符合)

4. 水質監測報告(符合)

5. 空調、除塵及汙物處理設備維護紀錄(符合)

6. 清潔管理查核紀錄及檢討會議改善紀錄(優良)



2.6.3 具手術室工作手冊及手術室日誌且定期召開手術室管理委員會，並有會議紀錄檢討手術及麻醉相關品質(1/6)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 具有工作手冊並定期更新。手術室日誌應記錄完整，且有統計分析。手術室日誌的內容應提報至手術室管理會議定期檢討(原2.6.3-符合1)
2. 需成立管理委員會，成員應包括手術、麻醉部門負責醫師、手術室負責護理人員、執行手術的診療科別及行政管理單位代表(原2.6.3-符合2)
3. 至少每3個月召開一次手術室管理委員會並有紀錄可查(原2.6.3-符合3)



2.6.3具手術室工作手冊及手術室日誌且定期召開手術室管理委員會，並有會議紀錄檢討手術及麻醉相關品質(2/6)



■ 評量項目

● 符合項目

4.會議紀錄內容應包含手術排程表的調整、手術室日誌內容、手術室之安全管理、清潔管理、儀器之購置保養、檢查，及維修情形(原2.6.3-符合4)

5.定期召開手術全期(perio-operative)跨領域團隊會議：(試)

(1)對於高風險病例，外科系與麻醉科部應於術前召開會議或有相互溝通的機制，討論治療策略與共識(試)

(2)外科系與麻醉科部定期舉行手術全期併發症術後檢討會議，應提出改善機制(試)



2.6.3具手術室工作手冊及手術室日誌且定期召開手術室管理委員會，並有會議紀錄檢討手術及麻醉相關品質(3/6)



■ 評量項目

● 符合項目

(3)必要時應與他科(如：急診、加護重症照護單位、感染科、營養、藥劑等部門)共同檢討提升手術全期照護品質(試)

● 優良項目(下述項目僅限一項未達成)

1.針對會議結果有檢討、追蹤及執行改善紀錄(原2.6.3-優良1)

2.針對手術全期(peri-operative)跨領域團隊會議結果，術前會議結論能被有效執行，並預防意外事件的發生；術後會議有確實檢討、決議有追蹤及執行改善(原2.6.3-優良1修)



2.6.3具手術室工作手冊及手術室日誌且定期召開手術室管理委員會，並有會議紀錄檢討手術及麻醉相關品質(4/6)



■ 評量項目

- 優良項目(下述項目**僅限一項**未達成)

3.應有**手術及麻醉**品質及病人安全**監測指標**，並有定期改善計畫及紀錄；**持續進行品質提升及病人安全活動**，例如：手術病人辨識、手術部位註記、手術及麻醉同意書之填寫(原2.6.3-優良2)

4.手術室管理委員會有**具體管理成效**(原2.6.3-優良3)



2.6.3具手術室工作手冊及手術室日誌且定期召開手術室管理委員會，並有會議紀錄檢討手術及麻醉相關品質(5/6)



■ 評量項目

● [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、剖腹產率及同次住院期間非計畫相關重返手術室

2. 麻醉品質指標：

(1) 科部具有對於麻醉前評估、麻醉中併發症、恢復室不良事件之麻醉品質有定期監測之機制與成果

(2) 針對上述監測定期(每月)召開全科部檢討會議並提出改善方案

(3) 定期討論並修正上述品質內容與標準閾值



2.6.3 具手術室工作手冊及手術室日誌且定期召開手術室管理委員會，並有會議紀錄檢討手術及麻醉相關品質(6/6)



■ 評量項目

- [註]

3.符合項目5列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算

- 評量方法及建議佐證資料

- 1.手術室日誌(符合)

- 2.手術室管理委員會會議紀錄(符合/優良)

- 3.手術排程作業規範(符合)

- 4.指標監測紀錄(優良)

- 5.改善成效(優良)



2.6.4 手術排程管理適當，對於緊急手術有適當的因應措施(1/4)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 有負責手術**排程**作業之**專責人員**，不因手術室的排程計畫不當，以致為等候手術而延長住院日(原2.6.4-符合1)
2. 在工作時間外及休假日亦可依病情需要適時**施行緊急手術**(原2.6.4-符合2)
3. 遇**大量傷患**時，應有**應變措施**方案或應變計畫。每位麻醉、手術及護理人員對應變計畫均瞭解並能執行(原2.6.4-符合3)



2.6.4 手術排程管理適當，對於緊急手術有適當的因應措施(2/4)



■ 評量項目

● 優良項目(下述項目**僅限一項**未達成)

1. **第1台手術可準時**開始，且**常規手術**(elective surgery)可在**預定時間內執行**；**臨時排常規手術**(elective surgery)定期於手術管理委員會**定期檢討**(原2.6.4-優良1)
2. **緊急**手術有**資深醫師執行**或在場指導(原2.6.4-優良2修)
3. 訂有危急病人**緊急手術**的**明確定義及其合理等候時間**。急診手術等候時間合理，且有**定期檢討改善**(原2.6.4-優良3修)
4. 手術排程管理**有具體改善成效**(原2.6.4-優良4)



2.6.4 手術排程管理適當，對於緊急手術有適當的因應措施(3/4)



■ 評量項目

- 評量方法及建議佐證資料
 1. 手術排程作業規範(符合)
 2. 臨時緊急手術的因應機制(符合)
 3. 排程管理改善實例(優良)



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(4/4)



■106年評鑑委員共識

- 1.符合項目2所提「**緊急手術**」對象涵蓋**急診與住院**的危急病人
- 2.優良項目1，**由醫院自行訂定臨時排常規手術之管控機制**，並**有檢討紀錄**
- 3.優良項目2所提「**資深醫師**」，由醫院自行訂定



2.6.5應於手術前向病人充分說明，取得同意，並簽署同意書(1/4)



■ 評量項目

● 符合項目

1. **手術前應說明** 手術方式及其優缺點、手術或非手術等之其他替代治療方法(原2.6.5-符合1)
2. 說明手術、麻醉、處置的**必要性及不做時之利害、得失**，且具體說明**危險性及合併症**，並說明萬一發生時之**處置方法**(原2.6.5-符合2)
3. 對於服用可能影響手術麻醉安全之藥品的病人，如抗凝血劑與抗血小板製劑，醫師應與原診療醫師或相關專科醫師討論停藥之合宜性與時機，並向病人家屬充分說明，取得其同意(試)



2.6.5應於手術前向病人充分說明，取得同意，並簽署同意書(2/4)



■ 評量項目

● 符合項目

- 4.上列各項，以**淺顯易懂**的言辭向病人及家屬說明，並**鼓勵其發問**(原2.6.5-符合3)
- 5.說明後，並經病人同意，**簽具手術同意書**，前項同意書之簽具，病人為未成年人或無法親自簽具者，得由其法定代理人、配偶、親屬或關係人簽具(原2.6.5-符合4)



2.6.5應於手術前向病人充分說明，取得同意，並簽署同意書(3/4)



■ 評量項目

● 優良項目(下述項目(不含試評項目)須全部達成)

1. 利用圖及影像或其他輔具，以淺顯易懂的方式說明手術方法，並提供書面資料。特定高風險之手術或麻醉，應以醫病共享決策模式進行說明，以達成醫病共識(原2.6.5-優良1修)
2. 能以資訊系統協助搜尋病人是否服用可能影響手術麻醉安全之藥品，如抗凝血劑與抗血小板製劑，以提示醫師停藥(試)
3. 針對術前訪視有病人滿意度調查，定期檢討改善，且具有成效(原2.6.5-優良2)



2.6.5 應於手術前向病人充分說明，取得同意，並簽署同意書(4/4)



■ 評量項目

● [註]

1. 應使用衛生福利部106年11月2日衛部醫字第1061665692號公告之手術、麻醉同意書為原則
 2. 符合項目3及優良項目2列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算
- #### ● 評量方法及建議佐證資料
1. 標準作業規範(符合)
 2. 抽查病歷紀錄之手術及麻醉同意書(符合)
 3. 改善成效(優良)



2.6.6 麻醉醫師於術前探視病人並確立麻醉計畫(1/4)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 麻醉醫師 麻醉前 應執行麻醉前評估，評估麻醉風險與 解釋風險 並建議 可能之 麻醉方式(原2.6.6-符合1修)
2. 由麻醉科專科醫師負責執行麻醉作業，應 以淺顯易懂 的方式向病人或其家屬說明麻醉方式、可能副作用、相關注意事項等，並 鼓勵其發問及取得麻醉同意書。依上列結果檢討選擇最適當的麻醉方法(原2.6.6-符合2)



2.6.6 麻醉醫師於術前探視病人並確立麻醉計畫(2/4)



■ 評量項目

- 優良項目(下述項目 (不含試評項目) 僅限一項未達成)
 1. 訂立麻醉計畫，並可由診療紀錄查閱，且**麻醉計畫內容紀錄詳實且執行品質優良**(原2.6.6-優良1)
 2. **術前及術後訪視確實執行並有紀錄及檢討**。有進行滿意度調查，定期檢討改善，**成效良好**(原2.6.6-優良2)
 3. 應針對**高危險病人**進行**術前預防措施**，定期檢討改善，**成效良好**(原2.6.6-優良3)
 4. 手術前，因外科或麻醉風險而延遲或取消手術應有統計及檢討(試)



2.6.6 麻醉醫師於術前探視病人並確立麻醉計畫(3/4)



■ 評量項目

- 優良項目(下述項目(不含試評項目)僅限一項未達成)

5.常規排程手術之麻醉前評估，應事先完成溝通解釋，避免於當日手術室等候區或入口進行(試)

- [註]

1.應使用106年11月2日衛生福利部公告之新版麻醉同意書為原則

2.優良項目4、5列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算



2.6.6 麻醉醫師於術前探視病人並確立麻醉計畫(4/4)



■ 評量項目

- 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 確實落實手術病人辨識程序，確保病人身分、手術項目與手術部位正確無誤 (1/4)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 應明確訂定手術室進出標準，並落實執行(原2.6.7-符合1)
2. **交接病人時**，採取下列具體對策**確認病人身分**：(原2.6.7-符合2)
 - (1) 如病人能表達，應讓病人說出自己的姓名
 - (2) 帶識別帶、手環
 - (3) 如病人意識不清時，應有其他辨識病人機制



2.6.7 確實落實手術病人辨識程序，確保病人身分、手術項目與手術部位正確無誤 (2/4)



■ 評量項目

● 符合項目

3. 有確認手術部位之機制，落實於進入手術室前完成手術部位標記(原2.6.7-符合3修)

4. 於所有手術後應執行sign-out，如棉球、紗布、尖銳物品、器械等數量正確，組織檢體內容物及數量、標籤正確(試)



2.6.7 確實落實手術病人辨識程序，確保病人身分、手術項目與手術部位正確無誤 (3/4)



■ 評量項目

- 優良項目(下述項目須全部達成)

1. 於所有手術及處置前應執行作業靜止(**Time out**)，由手術室所有**成員共同再次確認**(包含病人身分、手術方式及手術部位)(原2.6.7-優良1)
2. 手術**病人辨識有持續性稽核及檢討改善**，以確保病人安全(原2.6.7-優良2)

- **[註]**

符合項目4列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算



2.6.7 確實落實手術病人辨識程序，確保病人身分、手術項目與手術部位正確無誤 (4/4)



■ 評量項目

- 評量方法及建議佐證資料

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



合2.6.8手術室以外之麻醉與鎮靜作業應適當執行(1/4)



■ 評量項目

● 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麻醉或中度以上鎮靜作業，醫院應訂有管理政策與標準作業流程，並有病人安全之相關監測機制，確實執行(原2.6.8-符合1修)
2. 手術室以外之麻醉或重度鎮靜，必須由麻醉專科醫師執行，且應遵從與手術室相當之相關作業要求，含術前評估、術中監測及術後照顧(試)
3. 訂定鎮靜作業之政策與標準作業程序，並規範執行輕度、中度鎮靜作業時，醫師與護理人員的資格與訓練要求(試)



合2.6.8手術室以外之麻醉與鎮靜作業應適當執行(2/4)



■ 評量項目

● [註]

- 1.在中度、輕度鎮靜下進行複雜或長時間之手術(檢查)，如果鎮靜風險提高，執行中度、輕度鎮靜的醫師及協助執行之護理人員應與手術(檢查)醫師及協助手術(檢查)之護理人員應分開不同人執行
- 2.符合項目2、3列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算



合2.6.8手術室以外之麻醉與鎮靜作業應適當執行(3/4)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

1. 手術室外麻醉作業之相關規範(符合)

2. 監測儀器設備與急救設備(符合)

3. 麻醉(鎮靜)前評估、麻醉(鎮靜)中監測及麻醉(鎮靜)後恢復準則(符合)

4. 鎮靜作業之規範或標準作業程序(符合)

5. 執行鎮靜作業之手術室以外地點總表(符合)

6. 手術室以外執行之鎮靜作業，應提供品質監測、異常事件與檢討改善措施(符合)



合2.6.8手術室以外之麻醉與鎮靜作業應適當執行(4/4)



■106年評鑑委員共識

- 1.醫院應實際作業情形，自行訂定監測範圍及內容
- 2.醫院若有在手術室以外執行全身麻醉或深度鎮靜作業，本條不得免評



2.6.9 詳實記載麻醉紀錄及手術紀錄(1/2)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 手術紀錄、麻醉紀錄應於術後**24小時完成**，並註明日期及**記錄者簽名**(原2.6.9-符合1)
2. 手術內容應根據事實詳實紀錄，**必要時佐以圖畫**及清楚易懂的說明(原2.6.9-符合2)
3. **手術護理紀錄**應包含器械清點及紗布、刀片及縫針**數量核計結果之記載無誤**(原2.6.9-符合3)
4. **手術檢體**應正確標記病人身分、部位及數量等(原2.6.9-符合4修)



2.6.9 詳實記載麻醉紀錄及手術紀錄(2/2)



■ 評量項目

- 優良項目(下述項目須全部達成)

1. 手術、麻醉紀錄完整，並有統計分析及檢討(原2.6.9-優良1)
2. 能藉統計分析，改善品質，且具有成效(原2.6.9-優良2)

- 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 訂定手術前後之護理照護常規及處置步驟，確實執行、製成護理紀錄及適時修正(1/2)



■ 評量項目

● 符合項目

1. **明訂**手術前、中及後的**護理照護常規**及處置步驟，確實遵行，並有**護理紀錄**(原2.6.10-符合)

● 優良項目(下述項目**須全部達成**)

1. 護理照護紀錄**內容詳實**，有**檢討改善**(原2.6.10-優良1)

2. 護理人員有**依病人特性**(高危險性、較嚴重、老年人、小孩等)在**術前施行病人訪談**，並**紀錄詳實**(原2.6.10-優良2)



2.6.10 訂定手術前後之護理照護常規及處置步驟，確實執行、製成護理紀錄及適時修正(2/2)



■ 評量項目

- 評量方法及建議佐證資料

1. 護理照護常規(符合)

2. 查核紀錄(優良)

3. 抽查病歷中之手術護理紀錄(符合/優良)



2.6.11 手術後恢復過程應適切管理，且明訂術後恢復室等之使用基準及步驟(1/2)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 設有供術後病人麻醉後恢復之**照護場所**，且備有所需之**監測儀器設備**(原2.6.11-符合1)
2. 設有**專人負責**病人麻醉後恢復之**照護**(原2.6.11-符合2)
3. 訂有**具體評估標準**以資判斷術後恢復過程(意識狀態、血壓、呼吸狀況等)(原2.6.11-符合3)
4. 訂定恢復室中病人的**照護標準和步驟**(含病人交接程序)，並**落實執行**(原2.6.11-符合4)



2.6.11 手術後恢復過程應適切管理，且明訂術後恢復室等之使用基準及步驟(2/2)



■ 評量項目

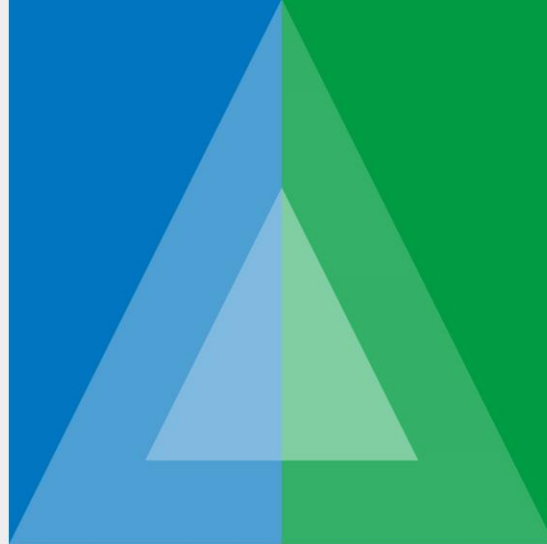
- 優良項目(下述項目須全部達成)

1. 應有麻醉或手術恢復室病人的**照護紀錄及檢討**(原2.6.11-優良1)
2. 有恢復室**發生併發症之紀錄及檢討**(原2.6.11-優良2)

- 評量方法及建議佐證資料

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





第2.7章 感染管制

條文分類統計表



篇	章	條數	可免評 條文數	僅有符 合項 條文數	必要 條文 數	重點 條文 數	試評 條文 數	
醫療 照護	2.2	醫療照護品質 與安全管理	6	0	0	0	0	0
	2.5	用藥安全	13	0	4	0	0	0
	2.6	麻醉與手術	11	0	2	0	0	0
	2.7	感染管制	14	0	0	0	9 (1,4,5,7,9, 11-14)	0
	2.8	檢驗、病理與 放射作業	14	0	0	0	0	0



重2.7.1成立感染管制會，有定期開會並有紀錄，且確實執行會議決議事項(1/3)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 設有感染管制會(以下簡稱感管會)，具有組織章程及成員資料備查。感管會主席為醫院主管(院長或副院長，且為醫師)；成員至少應包含內科、外科、急診部門、行政部門、職安部門、護理部門、醫檢部門等代表，如有設置中醫、牙醫部門亦須納入(原2.7.2-符合1修)
2. 感管會負責醫院內感染管制政策擬定及督導事宜，至少每3個月召開一次會議並有會議紀錄備查，會議紀錄均由院長批示，且決議事項均照會相關單位執行(原2.7.2- 3修)



重2.7.1成立感染管制會，有定期開會並有紀錄，且確實執行會議決議事項(2/3)



■ 評量項目

● 符合項目

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)

● 優良項目(下述項目須全部達成)

1.感管會成員中有1位曾接受流行病訓練者(原2.7.2-優良1)

2.依醫院規模、特殊疫情或院內發生突發感染事件等，適當增加開會之頻率(原2.7.2-優良3)



重2.7.1成立感染管制會，有定期開會並有紀錄，且確實執行會議決議事項(3/3)



■ 評量項目

- [註]

符合項目3列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算

- 評量方法及建議佐證資料

- 1.感管會組織章程及成員資料(符合)

- 2.感管會會議紀錄(符合)

- 3.感染管制年度工作計畫(program)及執行情形(符合)

- 4.前次查核不符合事項改善情形及建議事項參採情形(符合)

- 5.流行病學訓練相關證明(優良)

- 6.增加臨時加開之開會會議紀錄(優良)



2.7.2 應設立感染管制單位，聘有合格且足夠之感染管制人力負責業務推行(1/7)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 設有感染管制部門，應明訂工作職責及組織圖之定位，並對感染管制部門的業務執行，在經費、人力、空間及資訊需求都能有實質的支援(原2.7.1-符合1修)
2. 依規定置有下列人員，負責感染管制業務推行；總床數500床以上：每500床應有接受感染症醫學訓練之專任專科醫師1人以上；每300床應有專任感染管制護理人員1人以上；全院專責感染管制醫檢人員1人以上(原2.7.1-符合2、3併)
3. 上述人員前一年參加專業學會認可之感染管制訓練需達20學分以上(原2.7.1-符合2、3併)



2.7.2應設立感染管制單位，聘有合格且足夠之感染管制人力負責業務推行(2/7)



■ 評量項目

● 優良項目(下述項目(不含試評項目)須全部達成)

1. 感染管制部門為直接隸屬於院本部(院長室)下的獨立單位。
(原2.7.1-優良1修)

2. 增加感染管制單位人力配置，負責感染管制業務推行：總床數500床以上：

(1) 每300床聘有接受感染症醫學訓練之專任專科醫師1人以上；每250床聘有專任感染管制護理人員1人以上；全院專任感染管制醫檢人員1人以上(原2.7.1-優良2、3併)

(2) 每200床聘有專任感染管制護理人員1人以上(試)



2.7.2 應設立感染管制單位，聘有合格且足夠之感染管制人力負責業務推行(3/7)



■ 評量項目

● [註]

1. 病床數之計算係指醫事管理系統登錄開放之總病床數；若受評機構為合併評鑑之醫院，此處感染管制人員數之計算係採本院與合併院區或分院於醫事管理系統登錄開放之總病床數加總列計
2. 名詞定義：
 - (1) 接受感染症醫學訓練之專任專科醫師：係指執業登記於本院之醫師，經疾病管制署認可之專業學會甄審感染管制訓練合格，負責推行並執行感染管制相關業務



2.7.2 應設立感染管制單位，聘有合格且足夠之感染管制人力負責業務推行(4/7)



■ 評量項目

● [註]

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



2.7.2 應設立感染管制單位，聘有合格且足夠之感染管制人力負責業務推行(5/7)



■ 評量項目

● [註]

- (4) 專任感染管制醫檢人員：係指執業登記於本院，經疾病管制署認可之專業學會甄審感染管制訓練合格的醫檢師(生)，全職負責辦理感染管制相關業務
- (5) 專責感染管制醫檢人員：係指聘請經疾病管制署認可之專業學會甄審感染管制訓練合格的醫檢師(生)，平時除本職業務外，協助推行感染管制相關業務



2.7.2 應設立感染管制單位，聘有合格且足夠之感染管制人力負責業務推行(6/7)



■ 評量項目

● [註]

3. 專供診治兒童之綜合醫院之感染管制人員數，得連同既有綜合醫院之規模合併計算，分別登記於各醫院

4. 優良項目2-(2)列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算



2.7.2 應設立感染管制單位，聘有合格且足夠之感染管制人力負責業務推行(7/7)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

1. 感染管制部門工作職責及組織圖之定位(符合)

2. 醫院對於感染管制所執行的實質支援紀錄(符合)

3. 感染症專科醫師證書、學分證明及執業登記相關資料(符合/優良)

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



2.7.3 制訂及更新感染管制手冊，並辦理教育訓練使員工落實執行；定期收集國內外國際疫情傳達員工知悉 (1/5)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 制訂感染管制手冊(設有牙醫及中醫部門者須納入)並定期修訂；手冊應記述具體感染管制對策及相關人員的感染處理對策，針對醫院服務特性，訂定如：侵入性醫療處置組合式照護、陪病及探病、院內用餐、購物環境或商店街、兒童遊戲區域等感染管制措施；並提供給相關部門，且依部門及工作人員特性提供相關教育訓練，使全院員工(含外包人員)清楚各項感染管制措施且落實執行(原2.7.3-符合1、3併)

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)



2.7.3 制訂及更新感染管制手冊，並辦理教育訓練使員工落實執行；定期收集國內外國際疫情傳達員工知悉 (2/5)



■ 評量項目

● 符合項目

- 3.** 手冊記載標準防護措施 (standard precaution)，含不同感染途徑之防護措施，如：空氣傳染、飛沫傳染、接觸傳染等 (原2.7.3-符合2修)
- 4.** 感染管制部門人員能定期利用文獻檢索或網際網路，取得最新疫情資訊，並傳達醫院各單位；工作人員清楚知道可從何處獲得最新感染管制相關資訊 (原2.7.3-符合3)



2.7.3制訂及更新感染管制手冊，並辦理教育訓練使員工落實執行；定期收集國內外國際疫情傳達員工知悉(3/5)



■ 評量項目

● 優良項目(下述項目須全部達成)

- 1.有專人定期蒐集國內外感染管制的相關規定，參考有科學根據之建議事項，並依據醫療院所特性，適時訂定或修訂感染管制手冊(原2.7.3-優良1)
- 2.規劃網路資訊平台定期更新傳染病與感染管制相關資訊。針對感染管制措施執行情形有定期評核及改善作為(原2.7.3-優良3、5併)



2.7.3 制訂及更新感染管制手冊，並辦理教育訓練使員工落實執行；定期收集國內外國際疫情傳達員工知悉 (4/5)



■ 評量項目

● [註]

1. 科學根據定義如：衛生福利部疾病管制署公布之指引與工作手冊、其他國際組織(如：WHO)、國家衛生部門或國內外專業學會等公布之相關指引與建議、相關文獻(如：MMWR)等
2. 符合項目2所提「實名制登錄」，可使用衛生福利部「護產人員暨機構管理資訊系統」登錄各病房陪病人員實名制資料，或使用醫院自行建置之系統登錄後上傳至護產系統
3. 符合項目2列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算



2.7.3 制訂及更新感染管制手冊，並辦理教育訓練使員工落實執行；定期收集國內外國際疫情傳達員工知悉 (5/5)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

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

一半啦! 喬一下姿勢，繼續囉!



重2.7.4院內應有充足且適當之洗手設備，訂有手部衛生作業程序且有管控與稽核機制(1/4)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 濕洗手設備之位置及數量合乎實際需要且功能良好，並於濕洗手設備旁有正確洗手步驟之標示(原2.7.4-符合1)
2. 醫療照護相關單位濕洗手設備應設置非手控式水龍頭，如：肘動式、踏板式或感應式水龍頭等，並備有液態皂、手部消毒劑及擦手紙，或備有具去污作用之手部消毒劑及擦手紙(原2.7.4-符合2)
3. 備有方便可及、數量足夠且功能良好之酒精性乾性洗手液(得採固定裝置或隨身瓶)，如：公共區域(醫院民眾出入口、電梯等候區、掛號櫃檯等)、急診、門診及重要節點等(原2.7.4-符合3修)



重2.7.4院內應有充足且適當之洗手設備，訂有手部衛生作業程序且有管控與稽核機制(2/4)



■ 評量項目

● 符合項目

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)(原2.7.4-符合4)

5.訂有**手部衛生稽核**機制，定期稽核手部衛生**遵從性及正確性**等指標，手部衛生遵從性應達80%、正確性應達70%，稽核結果回饋受稽核單位，並留有紀錄備查(原2.7.4-符合6修)



重2.7.4院內應有充足且適當之洗手設備，
訂有手部衛生作業程序且有管控與稽核機
制(3/4)



■ 評量項目

● 優良項目(下述項目**僅限一項**未達成)

- 1.由**副院長級以上主管**推動全院手部衛生運動或臨床單位曾以品管手法，如：品管圈、標竿學習、專案改善等方式推動手部衛生(原2.7.4-優良1修)
- 2.**提報手部衛生正確率與遵從率**，並進行**分析檢討改進**(原2.7.4-優良2)
- 3.使用**資訊系統或輔助機制提升**手部衛生**成效**(原2.7.4-優良3)



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(4/4)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

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



重2.7.5應訂有合適之隔離措施及動線規劃，
且訂有大規模感染事件發生之應變計畫，
並確實執行(1/9)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 急診、門診**就醫**病人**分流機制及就診動線**規劃適當，且張貼**明顯告示**，提醒就醫民眾與陪病者，**出入醫療院所應佩戴口罩**，並有**協助未佩戴口罩就診病人佩戴口罩**之措施(原2.7.8-符合1修)
2. 對**急診檢傷**病人及發燒或**疑似感染**之門診病人有**詢問**並記錄旅遊史(travel history)、職業別(occupation)、接觸史(contact history)及是否群聚(cluster)之機制(原2.7.8-符合2)



重2.7.5應訂有合適之隔離措施及動線規劃，
且訂有大規模感染事件發生之應變計畫，
並確實執行(2/9)



■ 評量項目

● 符合項目

3. 依感染風險訂定適當的個人防護裝備(personal protection equipments, **PPE**)使用標準，如：急救插管及不明原因發燒病人等不同狀況的個人防護裝備，且第一線工作人員均瞭解；門診、急診、加護病房及負壓隔離病房定期辦理**PPE教育訓練**(含實際穿脫演練及密合度測試)(原2.7.8-符合3、優良2併)



重2.7.5應訂有合適之隔離措施及動線規劃，
且訂有大規模感染事件發生之應變計畫，
並確實執行(3/9)



■ 評量項目

● 符合項目

4. 訂有疑似或確定傳染病個案之分流、隔離措施及接觸者疫調追蹤標準作業程序；收治疑似或確定傳染病病人，其病人運送、人員(包含醫護人員及環境清潔等相關工作人員)穿脫PPE進出及廢棄物清理之動線規劃適當，並有適當的配套處理措施。若有負壓隔離病室，應能明確顯示負壓狀況及負壓值，並有維護保養檢測紀錄(原2.7.8-符合4修)



重2.7.5應訂有合適之隔離措施及動線規劃，
且訂有大規模感染事件發生之應變計畫，
並確實執行(4/9)



■ 評量項目

● 符合項目

5. 訂定新興傳染病疫情或大規模感染事件發生之應變計畫，
並定期更新，計畫內容應包含收治隔離措施、後送機制、
擬定支援單位及人員的原則及序位、疑似個案監測、清潔
與消毒、緊急關閉、清空計畫、院內群聚事件作業規範、
持續營運計畫及人力備援計畫，並辦理實地或桌上演練；
如有新興傳染病疫情或大規模感染事件發生時，應依照衛生主管單位的最新規定，執行防疫措施及動線規劃(原2.7.8-符合5修)



重2.7.5應訂有合適之隔離措施及動線規劃，
且訂有大規模感染事件發生之應變計畫，
並確實執行(5/9)



■ 評量項目

● 符合項目

- 6.於發生新興傳染病疫情或大規模感染事件(含院內群聚事件)時，針對疑似或確定傳染病之住院病人訂有分流機制，且住院服務落實良好動線規劃(試)
- 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)



重2.7.5應訂有合適之隔離措施及動線規劃，
且訂有大規模感染事件發生之應變計畫，
並確實執行(6/9)



■ 評量項目

● 優良項目(下述項目 (不含試評項目)須全部達成)

1. 擬定及執行新興傳染病疫情或大規模感染事件 (含院內群聚事件)發生時，支援單位及人員的訓練課程及受訓計畫
(原2.7.8-優良1修)

2. 主動協助社區內其他醫療院所及人口密集機構(含照護機構)等單位之感染管制及新興傳染疾病之病人收治，並協助防疫工作(試)

3. 確實執行並定期檢討修訂相關機制及因應措施(原2.7.8-優良3)



重2.7.5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(7/9)



■ 評量項目

● [註]

符合項目6、7及優良項目2列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算

● 評量方法及建議佐證資料

1. 因應不同狀況病人之個人防護裝備標準及教育訓練紀錄(符合)
2. 急診就診流程和急診檢傷詢問病人TOCC之機制與紀錄(符合)
3. 門診發燒或有疑似感染症狀病人的標準處置作業流程與TOCC詢問紀錄(符合)



重2.7.5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(8/9)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

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)



重2.7.5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(9/9)



■ 評量項目

- 評量方法及建議佐證資料

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.與照護機構訂定之感染管制服務合約、照護機構感染管制人員實務訓練計畫或社區防疫工作紀錄(優良)



2.7.6 定期對醫療照護相關感染的發生及其動向開會檢討分析，並訂定改善方案(1/4)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 依醫院之機能及規模，能掌握手術部位感染率、加護病房等重症單位之血流感染、泌尿道感染、肺炎及侵入性導管相關感染密度等重要感染指標(原2.7.7-符合1修)
2. 明確訂定迅速察知病房的菌種變化機制，並且採取因應措施(原2.7.7-符合2)
3. 定期於院內感染管制會報告監測成果，且感染管制指標及感染個案能回饋相關醫護人員，以致力於改善措施，並制訂具體的改善方案且確實實施(原2.7.7-符合3修)



2.7.6 定期對醫療照護相關感染的發生及其動向開會檢討分析，並訂定改善方案(2/4)



■ 評量項目

● 符合項目

4. 訂有院內**群聚或群突發感染**發生之危機**處理標準**作業流程，並針對發生之院內群聚或群突發感染事件有**調查處理報告** (原2.7.7-符合4)

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**」(THAS) (原2.7.7-優良3修)



2.7.6定期對醫療照護相關感染的發生及其動向開會檢討分析，並訂定改善方案(3/4)



■ 評量項目

- 優良項目(下述項目須全部達成)

- 1.確實分析數據及感染個案發生的原因，並定期檢討修訂相關機制、對應措施、感染指標種類等(原2.7.7-優良1修)

- 2.落實執行修訂之方案或改善計畫(原2.7.7-優良4)



2.7.6 定期對醫療照護相關感染的發生及其動向開會檢討分析，並訂定改善方案(4/4)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

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



重2.7.7確實執行衛材、器械、機器與內視鏡之滅菌及清潔管理(1/10)



■ 評量項目

● 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(設有牙醫及中醫部門者須納入)：(原2.7.14-符合1修)

(1) 各類物品之清洗、包裝、消毒、滅菌及有效期間均訂有標準(原2.7.14-符合1-(1)修)

(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(原2.7.14-符合1-(3)修)



重2.7.7確實執行衛材、器械、機器與內視鏡之滅菌及清潔管理(2/10)



■ 評量項目

● 符合項目

- (4) 以高壓蒸氣滅菌時，生物指示劑至少每週施行1次，若為抽真空式滅菌器，抽真空測試應每個開鍋日施行，並有紀錄可查(原2.7.14-符合1-(2)修)
- (5) 環氧乙烷(ethylene oxide gas, EO)滅菌時，每鍋次均使用生物指示劑(如：快速判讀生物培養苗)，設置場所應有EO濃度監測儀或警示儀(detector)，以防止EO外洩並能及時處理(原2.7.14-符合1-(4)修)



重2.7.7確實執行衛材、器械、機器與內視鏡之滅菌及清潔管理(3/10)



■ 評量項目

● 符合項目

- (6) 電漿鍋依滅菌監測感染控制措施指引進行監測並有相關紀錄(原2.7.14-符合1-(5))
- (7) 滅菌過程發生異常，應有相關處理規範(含回收機制)(原2.7.14-符合1-(6))
- (8) 消毒/滅菌相關設備應制訂維護保養規範並定期保養，若發生故障時，可迅速處理；且留存保養及維修紀錄備查(原2.7.14-符合1-(7)、1-(8)併)



重2.7.7確實執行衛材、器械、機器與內視鏡之滅菌及清潔管理(4/10)



■ 評量項目

● 符合項目

(9)軟式內視鏡(包括腸胃鏡、氣管鏡等)相關器械、設備之清洗消毒或滅菌及儲存訂有標準作業流程，並由專人負責且確實執行(原2.7.13-符合2-(1)修)

(10)依照說明書建議監測軟式內視鏡等相關器械、設備之清洗消毒液有效濃度，並有紀錄(原2.7.13-符合2-(2))

2. 消毒/滅菌過的物品應保管於清潔且空調較佳處之架子上或有門扇之櫥櫃內；並依物品名稱及消毒先後適當置放；消毒/滅菌過的物品需使用清潔並加蓋之推車搬運及配送(消毒/滅菌物品和回收物品之置放車要區分)(原2.7.14-符合2修)



重2.7.7確實執行衛材、器械、機器與內視鏡之滅菌及清潔管理(5/10)



■ 評量項目

● 符合項目

3. 衛材、器械之滅菌業務外包，或租賃手術器械，應妥善監控品質、設有管理辦法及進行例行性稽查，並有紀錄備查(原2.7.14-符合3)
4. 各項監測有持續性紀錄；且工作人員清楚各項指標意義及處理異常情況(原2.7.14-符合4、5併)



重2.7.7確實執行衛材、器械、機器與內視鏡之滅菌及清潔管理(6/10)



■ 評量項目

● 優良項目(下述項目須全部達成)

1. 訂有立即使用器械的管理機制(如：高壓蒸氣滅菌鍋)且執行成效良好；包括：確保僅限於器械緊急需要時使用，醫材於滅菌完成後立即使用且紀錄詳實(含：器械使用狀況、手術日期、病人資料、追蹤狀況等)(原2.7.14-優良1修)
2. 定期檢討及分析消毒/滅菌過程(含內視鏡清洗消毒作業)或外包業務(含租賃手術器械)，如有異常情況應進行檢討及改善(原2.7.14-優良2修)



重2.7.7確實執行衛材、器械、機器與內視鏡之滅菌及清潔管理(7/10)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

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



重2.7.7確實執行衛材、器械、機器與內視鏡之滅菌及清潔管理(8/10)



■ 評量項目

- 評量方法及建議佐證資料

5.高壓蒸氣滅菌鍋每日作業檢點表(符合)

6.滅菌設備保養維修紀錄與故障處理機制(符合)

7.滅菌失敗物品回收紀錄(符合)

8.內視鏡安全作業指引(符合)

9.內視鏡或器械消毒劑有效濃度監測紀錄(符合)

10.內視鏡採檢流程(符合)

11.外包業務(含租賃手術器械)管理辦法及品質監控稽查紀錄(符合)



重2.7.7確實執行衛材、器械、機器與內視鏡之滅菌及清潔管理(9/10)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

12. 立即使用 器械(如：高壓蒸氣滅菌鍋等)管理機制、使用紀錄及檢討(優良)

13. 消毒/滅菌(含外包業務)異常原因檢討與改善措施會議紀錄(優良)

14. 內視鏡品管監測結果及改善措施與檢討會議紀錄(優良)



重2.7.7確實執行衛材、器械、機器與內視鏡之滅菌及清潔管理(10/10)



■106年評鑑委員共識

- 1.符合項目1-(1)，評鑑委員需查證相關單位之消毒、滅菌物品是否於有效期限內



2.7.8 供應室應配置適當人力，清潔區及污染區應做區隔且動線規劃合宜(1/6)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 確保必要人力之充足並有專責人員負責衛材、器械之消毒與管理業務，若設有滅菌設備，應由合格人員操作，並有護理人員監督(原2.7.15-符合1、3併)
2. 主管應出席感染管制會，必要時專責人員應共同出席(原2.7.15-符合2修)
3. 供應室環境整潔，清潔區及污染區應有適當的區隔；定期監測供應室滅菌物品貯存區滅菌物品溫度及濕度，並有紀錄備查(原2.7.15-符合6、7併)



2.7.8 供應室應配置適當人力，清潔區及污染區應做區隔且動線規劃合宜(2/6)



■ 評量項目

● 符合項目

4. 醫院之衛材與器械未集中於供應室清洗、消毒與滅菌者，應依供應室之作業指引及流程辦理之(試)

5. 針對供應室及執行軟式內視鏡清潔消毒之新進人員與在職工作人員訂有教育訓練課程，並留有紀錄備查(試)



2.7.8 供應室應配置適當人力，清潔區及污染區應做區隔且動線規劃合宜(3/6)



■ 評量項目

● 優良項目(下述項目**僅限一項**未達成)

1. 供應室有**合宜的動線規劃和人員管理**辦法(原2.7.15-優良1)
2. 建立機制有**監測數據，定期探討及分析**，如有**異常情況**應進行**檢討及改善**(原2.7.15-優良2)
3. **落實供應室之溫度及濕度控管**，空調設置符合感染管制原則，並有佐證資料(原2.7.15-優良3修)



2.7.8 供應室應配置適當人力，清潔區及污染區應做區隔且動線規劃合宜(4/6)



■ 評量項目

● [註]

1. 中央主管機關指定之具有危險性設備，可參考勞動部公告之「危險性機械及設備安全檢查規則」
2. 符合項目4、5列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算



2.7.8 供應室應配置適當人力，清潔區及污染區應做區隔且動線規劃合宜(5/6)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

1. 供應室單位人員排班表(符合)
2. 感染管制會會議紀錄(符合)
3. 設有中央主管機關指定之具有危險性設備者，相關操作人員應具有合格證明文件，如：第一種壓力容器操作人員合格證書等(符合)
4. 供應室工作規範(符合)
5. 供應中心之感染管制措施(符合)



2.7.8 供應室應配置適當人力，清潔區及污染區應做區隔且動線規劃合宜(6/6)



■ 評量項目

- 評量方法及建議佐證資料

6. 滅菌物品貯存區溫濕度監測紀錄(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)



重2.7.9落實環境清潔消毒及管理(1/5)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 對於環境清潔工作訂有標準作業程序並設有查檢表，且有相關機制教育環境清潔人員熟悉內容(原2.7.13-符合1修)
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(原2.7.13-符合2、3併)



重2.7.9落實環境清潔消毒及管理(2/5)



■ 評量項目

● 符合項目

- 3.若有加護病房或器官移植及骨髓移植等高風險病人居住的區域，訂有醫院退伍軍人病防治計畫(原2.7.13-符合4)
- 4.針對特殊感染事件或群聚事件等異常情形發生時，具有加強環境清潔應變機制，且教育工作人員熟悉相關內容(原2.7.13-優良5)



重2.7.9落實環境清潔消毒及管理(3/5)



■ 評量項目

● 優良項目(下述項目**僅限一項**未達成)

1. **肺功能室具負壓或抽風等設備，且有維護保養紀錄(原2.7.13-優良1)**
2. **對監測結果定期檢討，研訂改進措施並確實落實，有紀錄備查(原2.7.13-優良2)**
3. **對於環境清潔執行情形應使用客觀之環境清潔評估工具(如螢光檢測、ATP冷光儀測試或細菌培養等)進行環境清潔成效評估，訂有定期查核抽檢機制，將查檢結果回饋相關單位，並定期提報院內感染管制會，且有檢討流程並進行改善措施(原2.7.13-優良4修)**



重2.7.9落實環境清潔消毒及管理(4/5)



■ 評量項目

- 優良項目(下述項目**僅限一項**未達成)

4.依據衛生福利部疾病管制署公布之「醫院**退伍軍人菌**環境**檢**測作業及其相關因應指引措施」**執行供水系統**之監測及**採檢並有報告及檢討**機制(原2.7.13-優良3修)

- [註]

器官移植係指心臟、胰臟、腎臟、肝臟、肺臟、小腸移植



重2.7.9落實環境清潔消毒及管理(5/5)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

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



2.7.10 抗生素管理計畫之領導與責任(1/4)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 醫院應設立跨部門抗生素管理小組或委員會等組織，並由副院長級以上主管擔任主席；小組成員至少應包含醫師、藥師、醫檢師、護理師及資訊人員等，每季至少開會1次(試)
2. 每半年至少辦理1次以上全院性「適當使用抗生素」之相關講習或線上課程，且臨床醫師、護理人員、藥師每年至少參加一次(原2.7.9-符合1修)



2.7.10 抗生素管理計畫之領導與責任(2/4)



■ 評量項目

● 符合項目

- 3.每半年至少辦理1次以上全院性「適當使用抗生素」相關講習，且臨床醫師、護理人員、醫檢師、藥師每年至少參加1次(試)
- 4.醫院應訂有抗生素管理計畫，對於計畫執行所須之經費、人力等資源都能有實質的支援(試)



2.7.10 抗生素管理計畫之領導與責任(3/4)



■ 評量項目

● 優良項目

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

● [註]

符合項目1、3、4及優良項目1列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算



2.7.10 抗生素管理計畫之領導與責任(4/4)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

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



重2.7.11 抗生素使用監測管理機制(1/9)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 醫院訂有抗生素使用管制措施，且醫師可隨時查閱如何適當使用抗生素之資料(原2.7.9-符合2)
2. 對抗生素使用量訂有適當的監測機制，並定期進行統計分析(原2.7.9-優良2修)
3. 定期隨機審查病歷，各項有關病人使用抗生素之情形，應於病歷中詳載，並有評估病人抗生素使用適當性之機制(原2.7.9-符合3修)



重2.7.11 抗生素使用監測管理機制(2/9)



■ 評量項目

● 符合項目

4. 醫院設置抗生素檢核資訊系統，於醫師開立抗生素處方時有提醒機制，以提升抗生素開立處方品質(原2.7.9-優良3修)

5. 對抗生素不合理使用之情況能回饋臨床醫師或科部，並提出改善措施確實執行，且有具體改善成效呈現(原2.7.9-優良1修)



重2.7.11 抗生素使用監測管理機制(3/9)



■ 評量項目

● 優良項目

1. 設置抗生素處方審核與回饋及統計分析資訊系統(試)

● [註]

1. 「管制性抗生素」指全民健康保險第一線以外之抗微生物製劑

2. 優良項目1列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算



重2.7.11 抗生素使用監測管理機制(4/9)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

1. 抗生素 使用管制措施及 相關作業流程(符合)
2. 各類別 抗生素 病歷抽樣 審查紀錄(符合)
3. 抗生素使用 量(如:defined daily dose) 分析報告及改善回饋紀錄(符合)
4. 不適當的抗生素使用量或全院抗生素使用量之改善情形紀錄(符合/優良)



重2.7.11 抗生素使用監測管理機制(5/9)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

5. 有關病人非管制性抗生素使用之情形，建立機制以防範下列情形發生：

(1) 重症病人無正當理由仍然使用第一線狹效抗生素

(2) 第一線狹效抗生素使用3天無效，無正當理由仍然繼續使用

(3) 未依感染部位選用適當抗生素

(4) 社區感染無正當理由仍使用明顯療效不足之藥物

(5) 使用的劑量未考慮到病人體重及肝腎功能



重2.7.11 抗生素使用監測管理機制(6/9)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

6. 有關病人管制性抗生素使用之情形，建立機制以防範下列情形發生：

(1) 臨床狀況明顯為輕症或無症狀，但使用廣效抗生素，且無正當理由

(2) 無正當理由同時使用3種以上抗生素

(3) 使用藥物的種類不符合國內外抗生素治療指引

(4) 使用的劑量未考慮病人體重及肝腎功能



重2.7.11 抗生素使用監測管理機制(7/9)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

7. 有關病人手術預防性抗生素使用之情形，建立下列機制：

- (1) 需用手術預防性抗生素時，應在手術劃刀前1小時內，給予第一劑手術預防性抗生素(使用 vancomycin 及 fluoroquinolones 者可於劃刀前2小時內給予手術預防性抗生素；剖腹產則可在臍帶結紮前後立即給予手術預防性抗生素)
- (2) 手術預防性抗生素使用時機及選藥時應符合國內外抗生素使用指引



重2.7.11 抗生素使用監測管理機制(8/9)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

(3)劑量應與體重相符並有考慮病人肝腎機能。

(4)一般清淨手術後，於術後不再繼續使用抗生素，重大手術抗生素使用符合國內外抗生素使用指引

(5)手術中視必要（考慮藥品動態學）追加抗生素



重2.7.11 抗生素使用監測管理機制(9/9)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

8. 有關病人門診抗生素使用之情形，建立下列機制：

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



重2.7.12抗藥性微生物之監測診斷及隔離防治措施(1/6)



■ 評量項目

● 符合項目

- 1.訂有微生物實驗室檢驗標準作業程序，並有內、外部品管計畫。針對微生物實驗室內、外部品管監測異常結果，執行問題調查與原因分析，並對須改善之事項，提出具體解決的對策(試)
- 2.每年定期製作全院臨床分離菌種抗生素抗藥性圖譜(antibiogram)報告(統計期間歸人計算)，並將最新報告提供給臨床醫師開立處方參考或於院內網路公告，醫師可隨時查閱(原2.7.12-符合2修)



重2.7.12抗藥性微生物之監測診斷及隔離防治措施(2/6)



■ 評量項目

● 符合項目

3.每年定期依據檢體種類及病房別且對**感染菌種之分離件數、****抗生素之感受性**等資料**製作**分析報告，特別是多重抗藥性微生物(如：CRE、CRAB、VRE、MRSA等)，並進行**抗藥性趨勢與抗生素用量之相關性分析**(原2.7.12-符合1、優良3併)

4.針對分離出多重抗藥性微生物(如：CRE、CRAB、VRE、MRSA等)之個案，應於微生物報告上註記或解釋，並即時通知臨床單位進行適當隔離及標示(原2.7.12-符合3修)



重2.7.12抗藥性微生物之監測診斷及隔離防治措施(3/6)



■ 評量項目

● 符合項目

5.將實驗室檢出菌株與抗生素抗藥性檢測結果等相關監測資料通報至衛生福利部疾病管制署「台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統」(THAS)(原2.7.12-符合4修)



重2.7.12抗藥性微生物之監測診斷及隔離防治措施(4/6)



■ 評量項目

● 優良項目(下述項目(不含試評項目)須全部達成)

1.根據前揭統計分析報告，研擬防治對策並付諸實行，且有具體改善成效(原2.7.12-優良4修)

2.建置自動化通報機制，持續將實驗室檢出菌株與抗生素抗藥性檢測結果等相關監測資料通報至衛生福利部疾病管制署「台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統」，自開始通報月須持續通報、每月通報之細菌種類需達10項菌屬/種以上且實驗室通報完整率達100%(試)



重2.7.12抗藥性微生物之監測診斷及隔離防治措施(5/6)



■ 評量項目

● [註]

符合項目1及優良項目2列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算



重2.7.12抗藥性微生物之監測診斷及隔離防治措施(6/6)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

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



重2.7.13訂有醫療照護人員預防接種、體溫監測及胸部X光檢查等保護措施，並據以落實執行(1/6)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 依據我國相關指引與建議，訂有全院疫苗接種計畫，由領導階層帶領，並執行醫療照護人員預防接種防疫措施，其中應包括：B型肝炎疫苗、流感疫苗、麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合(Measles、Mumps、Rubella；MMR)疫苗與新興傳染病疫苗接種，如：COVID-19疫苗。若B型肝炎表面抗原及表面抗體為陰性者，則應評估施行B型肝炎疫苗；醫事及非醫事人員流感疫苗接種率應達80%以上；1981年以後出生之高風險單位、全院新進人員須提出麻疹及德國麻疹抗體陽性證明或完成MMR疫苗接種紀錄，應達80%；完成醫事及非醫事人員新興傳染病疫苗接種紀錄，如：COVID-19疫苗(原2.7.6-符合1修)



重2.7.13訂有醫療照護人員預防接種、體溫監測及胸部X光檢查等保護措施，並據以落實執行(2/6)



■ 評量項目

● 符合項目

- 2.**訂有院內全體工作人員(含外包人員)體溫監測計畫，並有體溫異常追蹤及處理機制(原2.7.6-符合3修)
- 3.**每年至少90%與病人直接接觸之醫療照護人員及其他常駐工作人員(含外包人力)完成胸部X光檢查，並有檢查結果異常的追蹤及處理紀錄(原2.7.6-符合4)
- 4.**對於因暴露於傳染病人而遭受感染之醫療照護人員，醫院應立即為該員進行緊急處理，給予必要預防感染藥物，並列管追蹤(原2.7.6-符合2)



重2.7.13訂有醫療照護人員預防接種、體溫監測及胸部X光檢查等保護措施，並據以落實執行(3/6)



■ 評量項目

● 優良項目(下述項目(不含試評項目)僅限一項未達成)

1. 胸部X光檢查達成率達95%以上(原2.7.6-優良1)
2. 檢討因暴露於傳染病人而遭受感染之醫療照護人員被感染原因，避免或減少類似事件發生(原2.7.6-優良2)
3. 依據我國相關指引與建議執行疫苗注射等措施，增加預防接種計畫的適用對象或項目，例如：全院醫療照護工作人員MMR疫苗接種、水痘疫苗等(原2.7.6-優良3修)
4. 針對未完成疫苗接種之工作人員，訂有相關健康監測與管理機制，及提高接種率等強化措施，以提升人員保護(試)



重2.7.13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(4/6)



■ 評量項目

● [註]

優良項目4列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算



重2.7.13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(5/6)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

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



重2.7.13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(6/6)



■106年評鑑委員共識

- 1.評量項目所提之胸部X光檢查、B型肝炎疫苗接種、MMR疫苗接種等防疫措施，醫院針對「**醫事實習學生**」可認計**其一年內之檢查及接種**，惟檢查結果及接種情形需符合醫院相關規範或要求



重2.7.14對於暴露於病人血液、體液及尖銳物品扎傷事件的預防及處置(包含切傷等其他出血)訂有作業流程(1/4)



■ 評量項目

● 符合項目

- 1.醫療人員執行肌肉、皮下或皮內注射、進行採血或靜脈穿刺，或處理血液、體液等檢體時，應遵循標準防護措施採取感染管制對策(原2.7.5-符合2修)
- 2.工作人員有可能接觸，或被病人的血液、體液或分泌物飛濺之風險時，工作人員應依其風險穿戴防護用具，如：面罩、眼罩(eye-shield)或護眼鏡(goggle)、隔離衣(必要時要有防水)等(原2.7.5-符合3)
- 3.各醫療單位、病房及護理站有能安全處理感染性廢棄物及針類廢棄物的容器；且工作人員應明確知悉使用後的尖銳物品之處理步驟(原2.7.5-符合4)



重2.7.14對於暴露於病人血液、體液及尖銳物品扎傷事件的預防及處置(包含切傷等其他出血)訂有作業流程(2/4)



■ 評量項目

● 符合項目

4.應明確訂定暴露於HIV危險環境時之相關處理流程，受**針扎者應依醫囑儘速**依「愛滋病防治工作手冊」之「職業暴露愛滋病毒處理原則」進行**處理並有追蹤**紀錄(原2.7.5-符合5)

5.對尖銳物品扎傷通報進行統計分析，並應有詳盡的**列管追蹤紀錄**，檢討發生原因**與追蹤機制，確實執行**(原2.7.5-優良2修)



重2.7.14對於暴露於病人血液、體液及尖銳物品扎傷事件的預防及處置(包含切傷等其他出血)訂有作業流程(3/4)



■ 評量項目

● 優良項目

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

● [註]

優良項目1列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算



重2.7.14對於暴露於病人血液、體液及尖銳物品扎傷事件的預防及處置(包含切傷等其他出血)訂有作業流程(4/4)

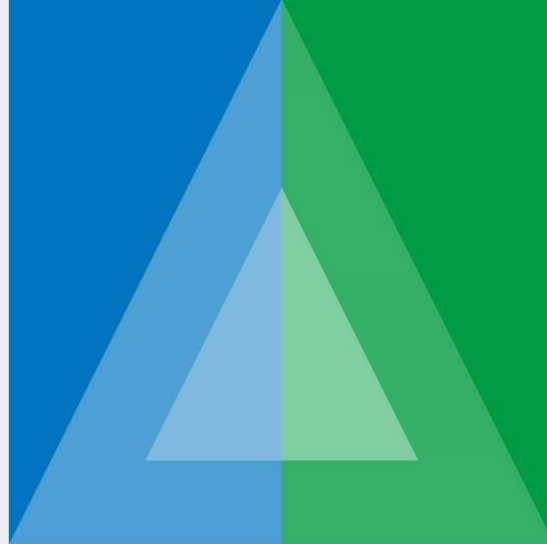


■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

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





第2.8章 檢驗、病理與放射作業

條文分類統計表



篇	章	條數	可免評 條文數	僅有符 合項 條文數	必要 條文 數	重點 條文 數	試評 條文 數	
醫療 照 護	2.2	醫療照護品質 與安全管理	6	0	0	0	0	0
	2.5	用藥安全	13	0	4	0	0	0
	2.6	麻醉與手術	11	0	2	0	0	0
	2.7	感染管制	14	0	0	0	9	0
	2.8	檢驗、病理與 放射作業	14	0	0	0	0	0



2.8.1 具備合宜的醫事檢驗設備，並能確保其正常運作與環境安全(1/6)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 應依醫院規模、機能及整體病人照護條件**設置相關醫事檢驗之設備**，提供正確檢驗結果，以符合一般醫療的需求(原2.8.1-符合1)
- 2.** 具備之設施、設備規模足夠處理院內大部分每日常規檢驗需求，並備有快速檢驗設備，其功能**可提供必要的檢驗項目及符合時效**的結果報告，以因應急診醫療的需求(原2.8.1-優良1)



2.8.1 具備合宜的醫事檢驗設備，並能確保其正常運作與環境安全(2/6)



■ 評量項目

● 符合項目

3. 與檢驗相關之設備(含檢驗科室以外之檢驗儀器(如：血糖機、血液氣體分析儀(blood gas analyzer)等))，必須遵照功能維護要求，依照所訂定的程序，進行必要的查驗、保養、維修或校正等措施，以確保其運作正常，且每項設備留有維護紀錄可查(原2.8.1-符合2修)
4. 依照法規訂有安全管理機制，對生物及化學危害物質有妥善的處理、監測，並留有記錄(原2.8.1-符合3修)



2.8.1 具備合宜的醫事檢驗設備，並能確保其正常運作與環境安全(3/6)



■ 評量項目

- 優良項目(下述項目**僅限一項**未達成)

- 1.** 緊急檢驗之設施、設備因**發生重大事故**，無法因應急診醫療服務的需求時，有建立合適與有效的**備援計畫**或機制(原2.8.1-優良2)
- 2.** 詳細記錄與檢驗品質有關之重要設備**故障或失靈原因**、**維護對策**，並能連同**處理結果妥善保存**，以有助於日後設備查驗、保養、維修或校正等**措施的穩定**(原2.8.1-優良3)



2.8.1 具備合宜的醫事檢驗設備，並能確保其正常運作與環境安全(4/6)



■ 評量項目

- 優良項目(下述項目**僅限一項**未達成)

3.針對檢驗工作**環境的安全**管理機制，應訂定完備之安全及**應變計畫**，並執行實際**演練**，相關執行**紀錄**內容**完整**，並妥善保存(原2.8.1-優良4)

- [註]

安全計畫對象包括**感染性物質、危險及有害物質**的處理



2.8.1 具備合宜的醫事檢驗設備，並能確保其正常運作與環境安全(5/6)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

1. 醫療儀器、設備查驗、保養、維修或校正作業標準及查檢紀錄(符合)
2. 生物及化學危害物質相關安全規範及管理資料(符合)
3. 快速檢驗作業流程(符合)
4. 重要醫療儀器、設備故障時之備援計畫或機制(優良)
5. 重要醫療儀器、設備等故障之原因分析及改善紀錄(優良)
6. 各相關單位之緊急應變計畫及演練紀錄(優良)



2.8.1 具備合宜的醫事檢驗設備，並能確保其正常運作與環境安全(6/6)



■ 106年評鑑委員共識

若檢驗全數外送，則本條文至多評量成績僅可達符合



2.8.2 具備符合標準之醫事檢驗作業程序，並確實執行(1/4)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 應訂定符合病人及檢驗檢體辨識、登錄、傳送、檢測、報告等作業的**安全性、時效性與結果正確性**要求之**標準作業程序**(原2.8.2-符合1)
2. **醫事檢驗報告內容正確**，報告時效符合臨床醫療需求，且不同類型檢體或檢驗項目的**報告完成時間以及檢驗生物參考區間**，能夠**具有臨床溝通**機制，依臨床需求據以實施(原2.8.3-符合1)
3. 檢驗後的**檢體儲存及安全的棄置**管理辦法，其內容完整並能確實執行(原2.8.2-符合3)



2.8.2 具備符合標準之醫事檢驗作業程序， 並確實執行(2/4)



■ 評量項目

● 符合項目

4. 檢驗服務項目須借助**委外檢驗**方式完成者，應制訂作業程序評估與選擇具有能力，且**合乎品質**要求的**受委託檢驗單位**(原2.8.2-符合4修)

5. 檢驗科室以外之檢驗儀器(如：血糖機、血液氣體分析儀(blood gas analyzer)等)**訂有作業程序與品質管理**機制(原2.8.3-優良4)



2.8.2 具備符合標準之醫事檢驗作業程序， 並確實執行(3/4)



■ 評量項目

● 優良項目(下述項目(不含試評項目)須全部達成)

1. 相關作業程序留有紀錄，執行狀況良好，並有檢討改善，成效良好(原2.8.3-優良1修)
2. 醫院對於門診抽血櫃台於尖峰時間有因應對策，縮短等候時間，成效良好(試)
3. 導入自動化與資訊化系統、流程改善或設備改良以提升各項醫事檢驗作業程序效率與品質，成效良好(試)
4. 有建置智能化檢驗相關設備，以提升人力運用效能及品質安全(試)



2.8.2 具備符合標準之醫事檢驗作業程序， 並確實執行(4/4)



■ 評量項目

● [註]

優良項目2、3、4列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算

● 評量方法及建議佐證資料

1. 檢驗檢體辨識、登錄、傳送、檢測、報告等作業規範或作業程序及紀錄(符合/優良)
2. 檢驗後之檢體管理辦法(含儲存、棄置時之作業規範等)(符合)
- 3.** 委外檢驗之評估、履約管理、品質管理等作業程序及相關會議紀錄(符合)



2.8.3 醫事檢驗作業具有完備的品質保證措施(1/7)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 依照醫事檢驗品質需求，**制訂適用的品管政策與程序**，內容包括**內部品管**、**外部品管**。內、外部品管監測結果發現**異常時**，應能執行**問題調查與原因分析**(原2.8.2-符合3、原2.8.3-優良1併)
2. 應**至少使用二種不同濃度之品管物質**，進行檢驗作業流程之**內部品管**措施(原2.8.3-符合2)



2.8.3 醫事檢驗作業具有完備的品質保證措施(2/7)



■ 評量項目

● 符合項目

3. 應定期**參與**能力試驗之**外部品管**活動，若檢驗項目**無**能力試驗可供**參與時**，應**建立適當的比對**機制，或必要時以實驗室間**比對**機制替代，可對檢驗之能力與品質，進行客觀性評估與系統性監測，且能力試驗結果回覆報告，有加註**檢討說明或審核意見**，並能妥善保存(原2.8.3-符合3)
4. 實施**委外檢驗**者，應**定期要求**受託檢驗單位提供精確度評估或**接受外部能力評鑑**之相關結果或**證明**(原2.8.3-符合4)



2.8.3 醫事檢驗作業具有完備的品質保證措施(3/7)



■ 評量項目

- 優良項目(下述項目(不含試評項目)須全部達成)

- 1.每一年度均針對病人照護與醫事檢驗作業品質相關指標(如：報告時效監測，客訴意見處理、檢驗品質與安全調查等)進行分析，並有相關統計報告。發現異常狀況時，能進行相關因應措施，及留有紀錄可供檢討(原2.8.3-優良2修)
- 2.應建立品質保證執行過程之管理會議或稽核制度，定期與臨床照護單位召開檢驗服務流程與品質檢討會議，並有執行或會議紀錄可供審查。定期檢討評估，訂有改善方案，且改善成效良好(原2.8.3-優良3修)



2.8.3 醫事檢驗作業具有完備的品質保證措施(4/7)



■ 評量項目

- 優良項目(下述項目(不含試評項目)須全部達成)

3.實驗室通過品質認證(如財團法人全國認證基金會(Taiwan Accreditation Foundation, TAF)或美國病理學會(The College of American Pathologists, CAP)等國際認證)(試)

- [註]

1.委外管理包括本身醫療需求委外檢驗或以醫院名義承攬業務等監督責任

2.優良項目3列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算



2.8.3 醫事檢驗作業具有完備的品質保證措施(5/7)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

- 1.醫事檢驗之品質管理政策與程序，及相關會議紀錄(符合)
- 2.主要檢驗項目有定期執行品質校正紀錄(符合)
- 3.委外檢驗之評估、履約管理、品質管理等作業程序及相關會議紀錄(符合)
- 4.檢驗相關品質指標監測紀錄、統計資料及稽核制度之紀錄(優良)
- 5.檢驗相關品質指標會議討論紀錄(優良)



2.8.3 醫事檢驗作業具有完備的品質保證措施(6/7)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

6. 與臨床照護單位召開檢驗服務流程與品質檢討會議紀錄
(優良)

7. 實驗室通過(國際)認證相關文件(優良)

8. 品質改善方案實例佐證資料，如：品管圈、教案教學、得獎紀錄等(優良)



2.8.3 醫事檢驗作業具有完備的品質保證措施(7/7)



■106年評鑑委員共識

優良項目1所提「**安全調查**」係指：發現有危害病人生命安全之**不良事件**時，應有**主動提出**「**調查分析**」之作為，以及研議「**避免再發生之預防措施**」的檢討說明



2.8.4設有合宜之血品供應單位及供輸血作業程序，並能確實執行(1/6)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 明確**設置血品之保管、供應或訂購的負責人員或部門**，並明訂工作職責(原2.8.4-符合1修)
2. 血品供應單位(血庫)應以附有**連續溫度記錄**功能，或可產生溫度異常警訊的冷藏及冷凍設備保管血液及血液製劑，並須**定期定時查核**相關紀錄(原2.8.4-符合2)
3. 與血品使用前檢驗及庫存相關之**設備**(尤其是具有溫控及離心功能者)，須依照所訂定的程序，**定期進行查驗、保養、維修或校正**等措施，以確保其運作正常，且每項設備留有維護**紀錄可查**(原2.8.4-符合3)



2.8.4設有合宜之血品供應單位及供輸血作業程序，並能確實執行(2/6)



■ 評量項目

● 符合項目

4. **明訂**血液及血液製劑之**供應作業程序及交付領用步驟**，包括檢體辨識、使用前檢驗(交叉試驗等)、登錄、檢測、報告、血品傳送等，作業**時效性與結果正確性**要求之標準作業程序(原2.8.4-符合4)
5. 檢驗後**檢體的儲存及安全棄置**，應有管理辦法並符合法規規定，其內容完整並能確實執行(原2.8.4-符合5)
6. 對於**緊急輸血及夜間、休假日的血品供應**服務，應明訂有關血品對外訂購及院內申請使用之作業程序，並明確**宣導**全院醫護單位人員(原2.8.4-符合6)



2.8.4設有合宜之血品供應單位及供輸血作業程序，並能確實執行(3/6)



■ 評量項目

● 符合項目

7. 血品供應單位必須**評估**血品於病房及手術室**暫存保管之作業方式的適當性**，並依照所使用保存設備的功能，訂有包括輸注前可存放的時間，及未輸注可退回的時間與條件等規範，提供相關醫護單位人員遵循(原2.8.4-符合7)
8. 血品使用前之檢驗須**借助委外檢驗**方式完成者，應制訂作業程序評估與選擇具有能力，**且合乎品質要求的受委託檢驗單位**(原2.8.4-符合8修)



2.8.4設有合宜之血品供應單位及供輸血作業程序，並能確實執行(4/6)



■ 評量項目

● 優良項目(下述項目**僅限一項**未達成)

- 1.血品使用前之檢驗與庫存相關設施、設備，若**發生故障**時，修復紀錄除要**附註故障原因**、**維護對策**之外，並要有執行品管監測結果紀錄佐證驗收(原2.8.4-優良1)
- 2.與供應緊急輸血相關之設施、設備因**發生重大事故**，無法因應急診醫療服務的需求時，血品供應單位應**建立備援計畫**或機制(原2.8.4-優良2)
- 3.相關**作業程序**留有紀錄，**執行狀況良好**，**並有檢討改善**，**成效良好**(原2.8.4-優良3修)



2.8.4設有合宜之血品供應單位及供輸血作業程序，並能確實執行(5/6)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

- 1.血品儲存設備之溫度監控系統紀錄(含校正程序及紀錄)(符合)
- 2.血品相關設備查驗、保養、維修或校正作業標準及查檢紀錄(符合)
- 3.血品相關辨識、登錄、檢測、報告、血品傳送等作業規範或作業程序及相關紀錄(符合)
- 4.檢驗後之檢體管理辦法(含儲存、棄置時之作業規範等)(符合)



2.8.4設有合宜之血品供應單位及供輸血作業程序，並能確實執行(6/6)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

5. 緊急輸血及夜間、休假日的血品對外訂購及院內申請使用作業程序(符合)
6. 血品暫存保管作業規範或流程及相關時效規定(符合)
7. 血品退回之標準作業流程(符合)
8. 委外檢驗之評估、履約管理、品質管理等作業程序及相關會議紀錄(符合)
9. 重要醫療儀器、設備等故障之原因分析及改善紀錄(優良)
10. 重要醫療儀器、設備故障時之備援計畫或機制(優良)



2.8.5 血品供應作業具有品質保證措施(1/5)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 應依照規則，確實執行血品供應流程相關紀錄，並**保存**所用**血品批號7年**(原2.8.5-符合1)
2. **血品供應時效**符合臨床醫療需求，且不同血品的申請領用時間，能夠經由**與臨床協議後有明確的訂定**，而據以實施(原2.8.5-符合2)
3. 依照血品使用前檢驗品質需求，制訂適用的**品管政策與程序**，內容包括內部品管、外部品管(原2.8.5-符合3)



2.8.5血品供應作業具有品質保證措施(2/5)



■ 評量項目

● 符合項目

- 4.** 針對血品供應，訂有內、外部品管監測指標，當結果發現異常時，應執行問題調查與原因分析(原2.8.5-優良1)
- 5.** 血庫能提供血品使用單位人員，對於血液及血液製劑供應相關諮詢的教育訓練，以共同提升輸血醫療的品質與安全(原2.8.5-優良5)



2.8.5 血品供應作業具有品質保證措施(3/5)



■ 評量項目

● 優良項目(下述項目**僅限一項**未達成)

1.應設有輸血委員會，定期檢討輸血用血液製劑，尤其是血漿、血小板等之適應症及使用標準(原2.8.5-優良2)

2.每一年度定期(**至少每年2次**)舉行輸血委員會議，針對病人**照護品質相關指標**(如：供應時效監測，客訴意見處理、供應品質與安全調查等)，及防止副作用等有關**保障病人輸血安全**的成效進行分析，並有相關統計報告，且發現**異常狀況**時，能進行相關**因應**措施，及**留有紀錄**可供檢討(原2.8.5-優良3)



2.8.5 血品供應作業具有品質保證措施(4/5)



■ 評量項目

- 優良項目(下述項目 **僅限一項** 未達成)

3. 確實掌握訂購輸血用 **血液製劑之種類**、**使用及退還狀況**，
並**致力減少退還**情況(原2.8.5-優良4)

- 評量方法及建議佐證資料

1. 血品供應(含退還)之標準作業流程及相關紀錄(符合)

2. 血品使用前之品管政策與程序(符合)

3. 血品使用單位人員相關教育訓練資料(符合)

4. 輸血委員會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)





■ 106年評鑑委員共識

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



2.8.6 具備合宜的病理診斷設備，並能確保其正常運作與環境安全(1/4)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 應依醫院規模、機能及整體病人照護條件設置相關病理診斷之設備，提供正確病理診斷結果，以符合一般醫療的需求(原2.8.6-符合1)
- 2. 具備之設施、設備規模足夠處理院內大部分病理診斷，備有快速病理診斷之設備，且能提供手術中之快速病理診斷(如：冰凍切片 frozen section)需求(原2.8.6-優良1、2併)**



2.8.6 具備合宜的病理診斷設備，並能確保其正常運作與環境安全(2/4)



■ 評量項目

● 符合項目

- 3.與病理診斷相關之設備，必須遵照功能維護要求，依照所訂定的程序，進行必要的查驗、保養、維修或校正等措施，以確保其運作正常，且每項設備留有維護紀錄可查(原2.8.6-符合2)
- 4.依照法規訂有安全管理機制，針對生物及化學危害物質(如：揮發性有機物質)有妥善的處理、監測，並留有記錄(原2.8.6-符合3修)



2.8.6 具備合宜的病理診斷設備，並能確保其正常運作與環境安全(3/4)



■ 評量項目

- 優良項目(下述項目 (不含試評項目)須全部達成)

1. 整體之設施、設備規模足夠自行處理院內各類病理診斷需求，並有備援計畫或機制，對於急診手術亦能提供快速病理診斷(原2.8.6-優良3)

2. 針對病理工作環境的生物及化學危害物質安全管理機制，應訂定完備之安全及應變計畫，並執行實際演練，相關執行紀錄內容完整，並妥善保存(試)



2.8.6 具備合宜的病理診斷設備，並能確保其正常運作與環境安全(4/4)



■ 評量項目

● [註]

優良項目2列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算

● 評量方法及建議佐證資料

1.快速病理診斷之作業流程或數量統計資料(符合)

2.病理診斷相關儀器與設備之查驗、保養、維修或校正作業標準及查檢紀錄(符合)

3.生物及化學危害物質相關安全規範及管理資料(符合)

4.重要醫療儀器、設備之備援計畫或機制(優良)



2.8.7 具備符合標準之病理診斷作業程序， 並確實執行(1/7)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 醫院應明訂哪些取自人體之組織檢體或手術切除器官，應送病理檢查。病理檢查紀錄完整，足供臨床醫師診斷及治療用(原2.8.7-符合1修)
2. 應訂定符合病理檢體辨識、登錄、傳送、診斷、報告等作業的安全性、時效性與結果正確性要求之標準作業程序(原2.8.7-符合2)
3. 病理檢體之儲存與棄置，應有管理辦法並符合法規規定，其內容完整並能確實執行(原2.8.7-符合3修)



2.8.7 具備符合標準之病理診斷作業程序， 並確實執行(2/7)



■ 評量項目

● 符合項目

4. 病理診斷服務項目須借助**委外檢驗**方式完成者，應制訂有效的作業程序，以評估與選擇具有能力，且**合乎品質要求的受委託檢驗單位**(原2.8.7-符合4)

● 優良項目 (下述項目(不含試評項目)須全部達成)

1. 相關**作業程序執行狀況良好**，**留有紀錄**可供檢討(原2.8.7-優良1)

2. 導入資訊化或智能化系統以**提升病理檢體處理與儲存作業程序效率與品質**，**成效良好(試)**



2.8.7 具備符合標準之病理診斷作業程序， 並確實執行(3/7)



■ 評量項目

● [註]

1. 衛生福利部(原：行政院衛生署)於77年2月4日衛署醫字第715562號函，已明確界定器官之範圍；所稱「器官」係指：

(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、肋膜

(3) 心臟血管系統：血管(動脈、靜脈)、心臟、心包膜



2.8.7 具備符合標準之病理診斷作業程序， 並確實執行(4/7)



■ 評量項目

● [註]

(4) 泌尿系統：腎臟、輸尿管、尿道、膀胱、前列腺

(5) 內分泌系統：甲狀腺、副甲狀腺、腎上腺、腦下垂體、
胸腺

(6) 造血淋巴系統：骨髓、脾臟

(7) 骨骼與肌肉系統：骨骼截除、肢體截除

(8) 神經系統：腦、脊髓、神經、腦膜

(9) 生殖器官：子宮、卵巢、輸卵管、陰道、乳房、輸精
管、睪丸、陰囊、陰莖



2.8.7 具備符合標準之病理診斷作業程序， 並確實執行(5/7)



■ 評量項目

● [註]

(10) 感官器官：眼、中耳、內耳

2. 優良項目2列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算

● 評量方法及建議佐證資料

1. 醫院自訂哪些取自人體之組織檢體或手術切除器官，應送
病理檢查(符合)

2. 每月各項病理診斷之服務量統計資料(符合)

3. 檢驗檢體辨識、登錄、傳送、診斷、報告等作業規範或作
業程序(符合)



2.8.7 具備符合標準之病理診斷作業程序， 並確實執行(6/7)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

4.檢驗後之檢體管理辦法(含儲存、棄置時之作業規範等)(符合)

5.委外檢驗之評估、履約管理、品質管理等作業程序(符合)

6.相關作業程序檢討紀錄資料(優良)



2.8.7 具備符合標準之病理診斷作業程序， 並確實執行(7/7)



■106年評鑑委員共識

醫療機構所採取之組織檢體，或取自人體之異物，若與病灶有關，或臨床上有需要，均應送請**病理檢查**，此處所指之**組織檢體**由醫院自訂



2.8.8 病理診斷作業具有完備的品質保證措施(1/7)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 病理診斷報告內容完整，報告時效符合臨床醫療需求，且不同類型檢體的**報告完成時間**，能夠經由**與臨床協議**後有明確的訂定，而據以實施(原2.8.8-符合1)
2. **組織病理委員會定期召開**，並有**會議紀錄可查**。病理診斷報告應有**審查及檢討評估**機制(醫療法第65條)(原2.8.8-符合2、優良1併)



2.8.8 病理診斷作業具有完備的品質保證措施(2/7)



■ 評量項目

● 符合項目

3. 依照病理診斷品質需求，制訂適用的**品管政策與程序**，內容包括**內部品管**、**外部品管**或建立適當的**比對機制**(原2.8.8-符合3)
4. 實施**委外檢驗者**，應定期**要求受託檢驗單位提供上述之資料**(原2.8.8-符合4)



2.8.8 病理診斷作業具有完備的品質保證措施(3/7)



■ 評量項目

● 優良項目(下述項目(不含試評項目)僅限一項未達成)

1. 每一年度均針對病理診斷品質相關指標進行分析，並有相關統計報告留有紀錄，有檢討改善(原2.8.8-優良2修)
2. 病理作業流程設有個案結果比對、報告時效監測，以及客訴意見處理等機制，發現異常狀況時，能進行相關因應措施留有紀錄可供檢討改善，成效良好(原2.8.8-優良3修)
3. 與臨床照護單位召開病理服務流程與品質檢討會議，並有執行或會議紀錄可供審查。定期檢討評估，訂有改善方案，且改善成效良好(原2.8.8-優良4修)



2.8.8 病理診斷作業具有完備的品質保證措施(4/7)



■ 評量項目

- 優良項目(下述項目(不含試評項目)僅限一項未達成)

4. 癌症診斷報告格式符合需求，且應有雙重檢核機制 (Double check)(原2.8.8-優良5)

5. 針對其他醫院的特殊案例，能提供病理諮詢服務，且有具體佐證(試)

6. 實驗室通過品質認證(如財團法人全國認證基金會(Taiwan Accreditation Foundation, TAF)或美國病理學會(The College of American Pathologists, CAP)等國際認證)(試)



2.8.8 病理診斷作業具有完備的品質保證措施(5/7)



■ 評量項目

● [註]

優良項目5、6列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算

● 評量方法及建議佐證資料

1.組織病理委員會章程及會議紀錄(符合)

2.病理診斷結果與報告完成作業規範(符合)

3.病理診斷之品管政策與程序(符合)

4.病理診斷報告(含癌症診斷報告等)審查及檢討評估相關資料(符合/優良)



2.8.8 病理診斷作業具有完備的品質保證措施(6/7)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

5. 病理相關品質指標監測紀錄及統計資料(優良)

6. 異常事件報告與紀錄(優良)

7. 與臨床照護單位召開病理服務流程與品質檢討會議紀錄(優良)

8. 品質改善方案實例，如：品管圈、教案教學、得獎紀錄等(優良)

9. 實驗室通過(國際)認證相關文件(優良)



2.8.8 病理診斷作業具有完備的品質保證措施(7/7)



■ 106年評鑑委員共識

符合項目3所提「**比對機制**」，可以病人過去報告來比對



2.8.9 具備合宜的放射診斷(含核子醫學)設備，並能確保其功能正常運作與環境安全 (1/12)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 應依醫院規模、機能及整體病人照護條件設置相關放射診斷(含核子醫學)之**設備**，且除攝影室外，亦須具備適當的閱片設備、候診空間、更衣室及影像資料檔案室等**空間**。其功能可提供必要的檢查結果，以符合一般醫療的需求(原2.8.9-符合1)
2. 與檢查相關之設備，必須遵照功能維護要求，依照所訂定的程序，進行必要的**查驗、保養、維修或校正**等措施，以確保其運作正常，且每項設備留有維護紀錄可查。有關設備及儀器之維護要求，**若無法自行完成者，應與廠商訂定維修保養合約**，並應訂有檢查標準操作手冊(原2.8.9-符合2)



2.8.9 具備合宜的放射診斷(含核子醫學)設備，並能確保其功能正常運作與環境安全 (2/12)



■ 評量項目

● 符合項目

3. 放射線診斷及核子醫學檢查室的設計與設備，須符合游離輻射防護法規之規範。工作環境的游離輻射防護，必須依照法規訂定安全管理計畫，以執行妥善的防護、監測與紀錄；如有廢片或污染廢棄物須處理時，應符合國家法規訂定相關作業規範(原2.8.9-符合3)
4. 設有放射診斷、核子醫學、放射治療之任二項診療業務者，應設置輻射防護管理委員會，每年至少召開二次會議，並發揮委員會功能，且有會議紀錄可查(原2.8.9-符合4)



2.8.9 具備合宜的放射診斷(含核子醫學)設備，並能確保其功能正常運作與環境安全(3/12)



■ 評量項目

● 符合項目

5. 檢查過程所需之**急救設備完善**，且**檢查室**內外之規劃設計，能以**病人隱私**為考量，提供安全、舒適的檢查環境(原2.8.9-符合5)
6. 應具有**輻射防護專業之人員**；且輻射從業人員**每人每年至少應接受3小時輻防之繼續教育與健檢**(原2.8.9-符合6)



2.8.9 具備合宜的放射診斷(含核子醫學)設備，並能確保其功能正常運作與環境安全(4/12)



■ 評量項目

- 優良項目(下述項目 不含試評項目) 僅限一項未達成)

1. 配有各項放射防護偵測設備及假體，並訂有標準作業流程。
醫院應訂有放射物質意外事件應變計畫，並落實各項安全查核工作，相關執行紀錄內容完整，及妥善保存(原2.8.9-優良2修)
2. 儀器設備依照服務內容及作業品質評估，適當汰舊換新
(原2.8.9-優良3)
3. 全院醫事放射人員，10%以上應領有游離放射防護人員證書(原2.8.9-優良4修)



2.8.9 具備合宜的放射診斷(含核子醫學)設備，並能確保其功能正常運作與環境安全(5/12)



■ 評量項目

- 優良項目(下述項目 (不含試評項目) 僅限一項未達成)

4. 緊急檢查之設施、設備因發生重大事故，無法因應緊急醫療服務需求時，檢查部門應建立備援計畫或機制，包括數位化影像醫學儀器應有不斷電或緊急發電設備與影像傳送機制(原2.8.9-優良5修)

5. 應有專責醫事放射師負責放射影像品質及輻射安全作業(試)



2.8.9 具備合宜的放射診斷(含核子醫學)設備，並能確保其功能正常運作與環境安全 (6/12)



■ 評量項目

● [註]

1. 依照國家相關法規之規範，醫院在符合相關規定的前提下，可依實際需求自行評估與規劃其設備及所需環境
2. 依游離輻射防護法第七條第三項規定，於91年12月11日訂定之「輻射防護管理組織及輻射防護人員設置標準」規定，相關內容摘要如下：
 - (1) 第2條：依游離輻射防護法第七條第一項所稱之輻射防護管理組織，係指輻射防護業務單位及輻射防護管理委員會



2.8.9 具備合宜的放射診斷(含核子醫學)設備，並能確保其功能正常運作與環境安全(7/12)



■ 評量項目

● [註]

(2) 第4條：設施經營者具有附表一(醫療院所屬範圍內事業類別，包含「從事放射診斷、核子醫學、放射治療三項診療業務者」或「設有放射診斷、核子醫學、放射治療任二項診療業務者」)所列設備、業務或規模者，應設立輻射防護管理組織，並依表列名額配置輻射防護業務單位之各級輻射防護人員



2.8.9 具備合宜的放射診斷(含核子醫學)設備，並能確保其功能正常運作與環境安全 (8/12)



■ 評量項目

● [註]

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

3.優良項目5列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算



2.8.9 具備合宜的放射診斷(含核子醫學)設備，並能確保其功能正常運作與環境安全(9/12)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

1. 醫療儀器、設備查驗、保養、維修或校正作業標準及查檢紀錄(符合/優良)
2. 醫療儀器外包廠商管理辦法及相關合約(符合)
3. 符合法規之輻射防護安全管理計畫(符合)
4. 輻射安全作業，例如儀器、環境及輻防器具等安全檢測(符合)
5. 輻射防護管理委員會設置辦法、會議紀錄(符合)



2.8.9 具備合宜的放射診斷(含核子醫學)設備，並能確保其功能正常運作與環境安全(10/12)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

6. 急救設備平時保養、點班紀錄(符合)

7. 輻射防護師(員)證照，輻射防護人員與從業人員資格資料(含繼續教育訓練及健檢)(符合)

8. 輻射偵測設備及假體作業程序、輻射物質意外事件應變計畫及相關紀錄(優良)

9. 重要醫療儀器之備援計畫或機制(優良)



2.8.9 具備合宜的放射診斷(含核子醫學)設備，並能確保其功能正常運作與環境安全 (11/12)



■ 106年評鑑委員共識

1. 適用「輻射防護管理組織及輻射防護人員設置標準」第5條規定：

- (1) 「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」，若未設立輻射防護管理委員會，則符合項目4不列入評核
- (2) 「僅從事放射診斷業務者」，若X光機設置在9(含)部以下，且未配置輻射防護員，則符合項目6之「應具有輻射防護專業之人員」不列入評核



2.8.9 具備合宜的放射診斷(含核子醫學)設備，並能確保其功能正常運作與環境安全 (12/12)



■ 106年評鑑委員共識

2. 優良項目1，實地評鑑時，委員將加強輻射物質意外事件應變計畫
3. 優良項目3所提「10%以上應領有游離輻射防護人員證書」，其分母為全院醫事放射師



2.8.10 具備符合標準之放射診斷(含核子醫學)作業程序，並確實執行(1/5)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 應訂定**符合**檢查需求之病人辨識、登錄、運送、檢查、報告等作業**時效性與結果正確性**要求之**標準作業程序**，同時須包括全部檢查過程的病人安全防護管理及應變機制，其內容完整且能確實執行(原2.8.10-符合1)
2. 依照放射診斷(含核子醫學)作業品質需求，**制訂**適用影像**品質品管政策與程序**(原2.8.10-符合2)



2.8.10 具備符合標準之放射診斷(含核子醫學)作業程序，並確實執行(2/5)



■ 評量項目

● 符合項目

3. 核子醫學若有執行**RIA**，則依照核子醫學檢驗品質需求，**制訂適用的品管政策與程序**，內容包括**內部品管、外部品管(能力試驗)**，若檢驗項目**無外部品管(能力試驗)**活動可供參與準確度評估時，應**建立適當的比對機制**(原2.8.10-符合3)
4. 檢查服務項目須借助**委外檢驗**方式完成者，應制訂管理作業程序評估與選擇具有能力，且**合乎品質要求的受委託檢查單位**(原2.8.10-符合4修)
5. 應與**相關診療科醫師舉行病例檢討**，並留有**紀錄可查**(原2.8.10-符合5)



2.8.10 具備符合標準之放射診斷(含核子醫學)作業程序，並確實執行(3/5)



■ 評量項目

● 優良項目(下述項目**僅限一項**未達成)

1. 相關**作業程序執行狀況良好**，**留有紀錄**可供審查(原2.8.10-優良1)
2. **迅速提供正確的影像診療報告**，且**配合轉診、轉檢或轉院**等需求(原2.8.10-優良2)
3. **配合衛生福利部政策上傳醫療影像及參與交換**機制，建立特定檢查資源共享模式(原2.8.10-優良3修)
4. **定期舉行聯合討論會**(如：與相關診療科醫師舉行病例檢討會)，且**紀錄詳實**(原2.8.10-優良4)



2.8.10 具備符合標準之放射診斷(含核子醫學)作業程序，並確實執行(4/5)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

1. 檢查病人辨識、登錄、運送、檢查、報告等作業規範或作業程序及紀錄(符合)
2. 放射診斷作業之品管政策與程序(符合)
3. 委外檢驗之評估、履約管理、品質管理等作業程序及相關會議紀錄(符合)
4. 放射診斷作業執行狀況檢討紀錄或相關管理會議紀錄(優良)
5. 轉診、轉檢或轉院時影像診療報告之作業流程(優良)



2.8.10 具備符合標準之放射診斷(含核子醫學)作業程序，並確實執行(5/5)



■ 評量項目

- 評量方法及建議佐證資料

6. 聯合討論會(如：與相關診療科醫師舉行病例檢討會)會議紀錄(優良)



2.8.11放射診斷(含核子醫學)作業具有完備的品質保證措施(1/4)



■ 評量項目

● 符合項目

- 1.放射診斷(含核子醫學)報告內容完整，報告時效符合臨床醫療需求，且不同檢查項目的報告完成時間，能夠經由與臨床協議後有明確的訂定，而據以實施(原2.8.11-符合1)
- 2.影像診療報告應由放射線(診斷)科專科醫師或核子醫學科專科醫師製作；報告內容需適當詳實(原2.8.11-符合2)
- 3.放射診斷(含核子醫學)相關影像檔案管理適當(原2.8.10-符合3)



2.8.11放射診斷(含核子醫學)作業具有完備的品質保證措施(2/4)



■ 評量項目

● 優良項目(下述項目(不含試評項目)僅限一項未達成)

- 1.品質監測結果**發現異常**時，應能執行問題**調查與原因分析**(原2.8.11-優良1)
- 2.每一年度均針對**病人照護品質相關指標**(如：報告時效監測、客訴意見處理、檢查品質、報告正確性與病人安全調查等)**進行分析**，並有相關**統計**報告，且**發現異常**狀況時，能進行相關**因應**措施，及**留有紀錄**可供審查(原2.8.11-優良2)
- 3.**報告內容完整**，且有適當**影像會診機制**，能協助臨床診療(原2.8.11-優良3)



2.8.11放射診斷(含核子醫學)作業具有完備的品質保證措施(3/4)



■ 評量項目

- 優良項目(下述項目(不含試評項目)僅限一項未達成)

4.有建置自動化影像設備，以提升人力運用效能及品質者(試)

5.定期與臨床照護單位召開服務流程品質檢討會議，並建立品質保證執行過程之管理會議或稽核制度(原2.8.11-優良4)

- [註]

優良項目4列為試評項目，評量結果不納入評鑑成績計算



2.8.11放射診斷(含核子醫學)作業具有完備的品質保證措施(4/4)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

- 1.放射診斷檢查結果與報告完成作業規範(符合)
- 2.放射診斷影像檔案管理機制(符合)
- 3.放射診斷相關品質指標監測紀錄、統計資料及稽核制度之紀錄(優良)
- 4.排班照會系統或班表(優良)
- 5.自動化，例如自動收件機協助分配工作、移動式數位X光機即時上傳影像等。運用自動化設備的工作資料(優良)
- 6.與臨床照護單位召開服務流程品質檢討會議紀錄(優良)



2.8.12 具備合宜的放射治療(含核子醫學)設備，並能確保其正常運作與環境安全(1/11)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 應依醫院規模、機能及整體病人照護條件設置相關放射治療(含核子醫學)設備，且除治療室外，亦須具備適當的觀察設備、更衣室及檔案室等空間。其功能可提供必要的治療結果，以符合一般醫療的需求(原2.8.12-符合1修)
2. 與治療相關之設備，必須遵照功能維護要求，依照所訂定的程序，進行必要的查驗、保養、維修或校正等措施，以確保其運作正常，且每項設備留有維護紀錄可查。有關設備及儀器之維護要求，若無法自行完成者，應與廠商訂定維修保養合約，並應訂有檢查標準操作手冊(原2.8.12-符合2)



2.8.12 具備合宜的放射治療(含核子醫學)設備，並能確保其正常運作與環境安全(2/11)



■ 評量項目

● 符合項目

3. 放射線或核子醫學治療室的設計，須符合游離輻射防護法規之規範。工作環境的游離輻射防護設置與措施，必須依照法規訂有安全管理計畫，以執行妥善的防護、監測與記錄；如有污染性廢棄物須處理時，應符合國家法規訂定相關作業規範(原2.8.12-符合3)
4. 設有放射診斷、核子醫學、放射治療之任二項診療業務者，應設置輻射防護管理委員會，每年至少召開二次會議，並發揮委員會功能，且有會議紀錄可查(原2.8.12-符合4修)



2.8.12 具備合宜的放射治療(含核子醫學)設備，並能確保其正常運作與環境安全(3/11)



■ 評量項目

● 符合項目

5. 治療過程所需之**急救設備完善**，且**治療室**內外之規劃設計，能以**病人隱私**為考量，提供安全、舒適的就醫環境(原2.8.12-符合5)
6. 應具有**輻射防護之專業人員**；放射治療(腫瘤)部門，需具備領有輻射防護師資格之人員，且輻射從業人員**每人每年至少應接受3小時輻防之繼續教育與健檢**(原2.8.12-符合6)



2.8.12 具備合宜的放射治療(含核子醫學)設備，並能確保其正常運作與環境安全(4/11)



■ 評量項目

● 優良項目(下述項目**僅限一項**未達成)

- 1.** 配有各項**輻射防護偵測設備及假體**，並訂有標準作業流程，以**落實各項安全查核**工作，相關執行**紀錄內容完整**，及妥善**保存**(原2.8.12-優良2)
- 2.** 儀器設備依照服務內容及作業品質評估，**適當汰舊換新**(原2.8.12-優良3)
- 3.** **全院醫事放射人員**，10%以上應領有游離**輻射防護人員證書**(原2.8.12-優良4)



2.8.12 具備合宜的放射治療(含核子醫學)設備，並能確保其正常運作與環境安全(5/11)



■ 評量項目

- 優良項目(下述項目**僅限一項**未達成)

4.治療之設施、設備因**發生重大事故**，無法因應**緊急**醫療服務的需求時，治療部門應建立**備援計畫**或機制，包括**治療中因停電**停止供電時，可供治療中病人治療床**緊急下降移出病人之備援**(原2.8.12-優良5修)



2.8.12 具備合宜的放射治療(含核子醫學)設備，並能確保其正常運作與環境安全(6/11)



■ 評量項目

● [註]

1. 依照國家相關法規之規範，醫院在符合相關規定的前提下，可依實際需求自行評估與規劃其設備及所需環境。
2. 依游離輻射防護法第七條第三項規定，於91年12月11日訂定之「輻射防護管理組織及輻射防護人員設置標準」規定，相關內容摘要如下：
 - (1) 第2條：依游離輻射防護法第七條第一項所稱之輻射防護管理組織，係指輻射防護業務單位及輻射防護管理委員會



2.8.12 具備合宜的放射治療(含核子醫學)設備，並能確保其正常運作與環境安全(7/11)



■ 評量項目

● [註]

(2) 第4條：設施經營者具有附表一(醫療院所屬範圍內事業類別，包含「從事放射診斷、核子醫學、放射治療三項診療業務者」或「設有放射診斷、核子醫學、放射治療任二項診療業務者」)所列設備、業務或規模者，應設立輻射防護管理組織，並依表列名額配置輻射防護業務單位之各級輻射防護人員



2.8.12 具備合宜的放射治療(含核子醫學)設備，並能確保其正常運作與環境安全(8/11)



■ 評量項目

● [註]

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



2.8.12 具備合宜的放射治療(含核子醫學)設備，並能確保其正常運作與環境安全(9/11)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

1. 醫療儀器、設備查驗、保養、維修或校正作業標準及查檢紀錄(符合/優良)
2. 醫療儀器外包廠商管理辦法及相關合約(符合)
3. 符合法規之輻射防護安全管理計畫，及監測紀錄(符合)
4. 輻射安全作業，例如儀器、環境及輻防器具等安全檢測(符合)
5. 輻射防護管理委員會設置辦法及會議紀錄(符合)



2.8.12 具備合宜的放射治療(含核子醫學)設備，並能確保其正常運作與環境安全(10/11)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

6. 急救設備平時保養、點班紀錄(符合)

7. 輻射防護師(員)證照，輻射工作人員資格資料(含繼續教育訓練及健檢)(符合)

8. 輻射偵測設備及假體作業程序及相關紀錄(優良)

9. 重要醫療儀器之備援計畫或機制(優良)



2.8.12 具備合宜的放射治療(含核子醫學)設備，並能確保其正常運作與環境安全 (11/11)



■ 106年評鑑委員共識

優良項目3所提「10%以上應領有游離輻射防護人員證書」，其分母為全院醫事放射師



2.8.13 具備符合標準之放射治療(含核子醫學)作業程序，並確實執行(1/4)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 應訂定符合治療需求之病人辨識、登錄、運送、治療等作業**時效性與結果正確性**要求之**標準作業程序**，同時須包括全部治療過程的病人**安全防護管理及應變機制**，其內容完整且能確實執行(原2.8.13-符合1)
2. 依照放射治療(含核子醫學)品質保證需求，制訂適用放射治療之**品管政策與程序**(原2.8.13-符合2)
3. **放射線治療的計畫**、實施及其結果判定，必須由**放射腫瘤**專科醫師簽核(原2.8.13-符合3修)



2.8.13 具備符合標準之放射治療(含核子醫學)作業程序，並確實執行(2/4)



■ 評量項目

● 符合項目

4. 放射線治療檢討會須定期舉行，並納入每位病人治療計畫內施行(原2.8.13-符合4)
5. 應與相關診療科醫師舉行病例檢討會，並留有紀錄可查(原2.8.13-符合5)



2.8.13 具備符合標準之放射治療(含核子醫學)作業程序，並確實執行(3/4)



■ 評量項目

- 優良項目(下述項目 須全部達成)

1. 相關作業程序執行狀況良好，留有紀錄可供審查(原2.8.13-優良1)

2. 放射線治療檢討會之經過及結果應記錄於病人診療紀錄內；當病人需要轉科或轉院時，應將檢討結果、放射治療計畫及摘要，妥善轉予相關科別或醫院(原2.8.13-優良2、3併)



2.8.13 具備符合標準之放射治療(含核子醫學)作業程序，並確實執行(4/4)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

1. 放射治療病人辨識、登錄、運送、治療等作業規範或作業程序及紀錄(符合)
2. 放射治療作業之品管政策與程序(符合)
3. 抽查放射治療診療相關病歷資料(如：治療計畫、病歷摘要等)(符合)



2.8.14放射治療(含核子醫學)作業具有完備的品質保證措施(1/5)



■ 評量項目

● 符合項目

1. 診療報告應由放射腫瘤專科醫師或核子醫學科專科醫師製作，且應符合時效，內容詳實(原2.8.14-符合1修)
2. 放射治療(含核子醫學)相關影像檔案管理適當(原2.8.14-符合2)



2.8.14放射治療(含核子醫學)作業具有完備的品質保證措施(2/5)



■ 評量項目

● 優良項目(下述項目**僅限一項**未達成)

1. 品質監測結果**發現異常時**，應能執行問題**調查與原因分析**(原2.8.14-優良1)
2. 每一年度均針對**病人照護品質相關指標**(如：診療時效監測、客訴意見處理、檢查品質、診療時效與安全調查等)進行**分析**，並有相關**統計報告**，且**發現異常狀況時**，能進行相關**因應措施**，及**留有紀錄**可供檢討(原2.8.14-優良2)
3. 應**建立品質保證執行過程**之管理會議或**稽核制度**(原2.8.14-優良3)



2.8.14放射治療(含核子醫學)作業具有完備的品質保證措施(3/5)



■ 評量項目

● 優良項目(下述項目**僅限一項**未達成)

4. 診療**紀錄內容完整**，且有**適當會診**機制，能協助臨床診療
(原2.8.14-優良4)

5. 定期**與臨床照護單位召開科際聯合檢討會議**，並有會議**紀錄可查**(原2.8.14-優良5)



2.8.14放射治療(含核子醫學)作業具有完備的品質保證措施(4/5)



■ 評量項目

● 評量方法及建議佐證資料

- 1.放射治療診療報告完成作業規範(符合)
- 2.放射治療影像檔案管理機制(符合)
- 3.放射治療相關品質指標監測紀錄、統計資料及稽核制度之紀錄(優良)
- 4.排班照會系統或班表(優良)
- 5.與臨床照護單位召開科際聯合檢討會議紀錄(優良)



2.8.14放射治療(含核子醫學)作業具有完備的品質保證措施(5/5)



■106年評鑑委員共識

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





實地評鑑重點提醒



實地評鑑重點提醒(1)



■ 書面資料部分

- 自評表：善用清晰的圖表、照片，敘明具體作法、成果；符合/優良項陳述篇幅比例適當，送出前請經統整、覆核
- 佐證資料：紙本或E化方式呈現皆可，重點是內容要熟悉，操作能熟練，搭配解說須流暢
- 基資表及補充資料表：請依填表注意事項及備註說明，正確完整填寫，陪評人員與相關單位主管對資料表填報內容清楚



實地評鑑重點提醒(2)



■ 實地查證部分

- 請依基準內容安排分組之陪評人員，必查之單位，建議除主管外，可安排協助人力
- 沒有限定委員查證的單位，各單位皆要有接受查證各項基準的準備
- 陪評人員應能掌握組內基準，並能熟悉院內作業規範與流程
- 委員需要的資料若不在現場，應予以說明理由後儘速取得，勿拖延或不回應
- 找對的人、做熟悉、正確的解說，最好做到一次到位
- 委員的建議請利用空檔修正，並擇適當時機給予回覆



實地評鑑重點提醒(3)



■PFM查證部分

- 再也沒有模範病歷，所以每次照護、記錄都要到位
- 在主題/病人查證的原則下，須掌握醫院可能被查證的重點，如：10大住院、10大手術、高風險、跨單位照護、持續性監測指標異常、甚至是近年重要的疫情等
- 不只選取住院中病人，也有可能從出院後(6個月內)的病例了解
- 查證起於找到目標病人，如何快速、正確提供委員病人清冊，是需要練習



實地評鑑重點提醒(4)



■PFM查證部分

- 熟讀基準條文，並在院內成立查核小組，針對主題/病人查證重點(如：儀器設備管理、病歷管理、照護環境安全、人員教育訓練、以及內、外科系病人照護等)，進行院內預查，除讓人員熟悉PFM查證方法外，更可儘早發現照護流程的脆弱點
- 與病人照護相關之SOP、病歷紀錄、會議記錄等是必看的重點，文件管理要注意定期檢視、修訂
- 最後別忘了展現以病人為中心的跨團隊照護的特色



實地評鑑重點提醒(5)

■ 綜合建議

- 加強人員對院內相關SOP的熟悉，特別是醫師的準備與參與
- 落實照護與規範一致；全院各單位間作法一致
- 與委員關係非敵對而是合作，掌握主動向委員說明在基準要求下之實際作法
- 針對持續性品質監測指標數據，請納入院內會議中定期分析檢討與改善
- 帶著委員看到醫院照護是以病人為中心、團隊合作、病人參予、安全、品質提升的具體作為

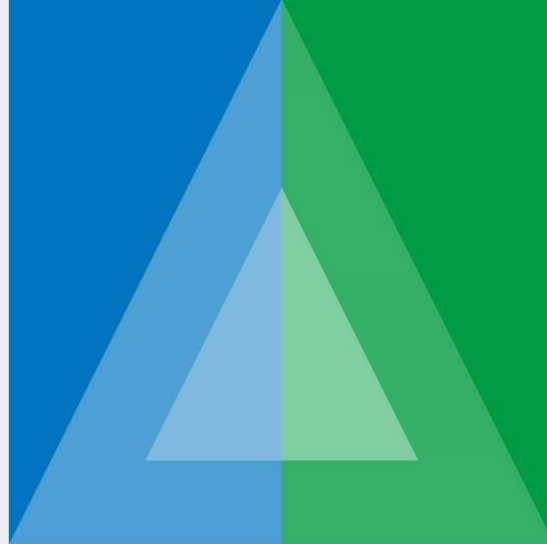


實地評鑑重點提醒(6)

■ 進入最後一哩路階段

- 安定人心
- 練習敘事的能力
- 加強準備「重點條文」(醫療照護篇共11條)
- 進入比耐力的時刻，收拾起疲累焦燥的心情，帶領團隊做最後的衝刺





感謝聆聽 敬請指教

說明會提問將納入本年度委員共識，
再放置本會網站供各界下載



邀請您掃描加入
醫策會Line@，
與我們一同關心
國家醫療大小事！



請掃描QR Code加入醫策會Line@

