

2014 年一般、產後及精神護理之家 感染管制查核結果及缺失改善情形

王思惠¹、詹宜娟¹、柯玉芬^{1*}、曾淑貞²、張筱玲¹、曾淑慧¹

摘要

為提升護理機構照護服務品質，降低醫療照護相關感染之發生，疾病管制署訂定一般、產後及精神護理之家感染管制查核基準，並於 2014 年首度推動護理機構感染管制查核作業，由地方衛生局聘任委員於 4 月至 10 月期間進行實地查核。查核對象為符合查核條件之全國各縣市護理機構 456 家，包含一般護理之家 328 家，產後護理之家 111 家，精神護理之家 17 家。查核之合格標準為一般護理之家「各查核項目評分等級達 C 以上比率」、產後及精神護理之家「各查核項目符合比率」達 60% 者為合格，未達此標準者，由地方衛生局加強追蹤輔導，並進行實地複查。查核結果顯示整體合格率为 99.8%，僅有 1 家一般護理之家不合格。查核項目方面，機構於「工作人員或服務對象的健康檢查和疫苗預防接種」、「工作人員（含廚工及供膳人員）職前及在職感染管制教育訓練」、「服務對象感染預防及處理」、「防疫物資儲備」、「隔離空間設置及使用」、「飲用供水設備清潔」及「污物處理空間」等事項仍有進步的空間，各機構依委員建議已進行改善或提出相關改善計畫。本文提供該查核方法、結果分析及缺失改善情形，以作為推動長期照護機構感染管制政策及查核方式之參考。

關鍵字：護理機構、長期照護、感染管制、查核

¹ 疾病管制署感染管制及生物安全組

投稿日期：2015 年 7 月 14 日

² 疾病管制署高屏區管制中心

接受日期：2015 年 10 月 29 日

通訊作者：柯玉芬^{1*}

DOI：10.6524/EB.20160906.32(17).001

E-mail：kyf@cdc.gov.tw

前言

根據世界衛生組織(WHO)的定義，65 歲以上老年人口占總人口的比率達 7%時，稱為「高齡化社會(aging society)」，達 14%時稱為「高齡社會(aged society)」，達 20%時，則稱為「超高齡社會(super-aged society)」。我國於 1993 年正式進入高齡化社會，推估 2018 年將邁入高齡社會，2025 年將成為超高齡社會[1]，人口老化快速，導致長期照護需求亦隨之增加。此外，由於生育率持續下降、家庭和社會結構改變，以往由家庭成員間相互照護的模式已逐漸式微，各類照護機構儼然成為提供長期照護服務之重要場所。

依據 WHO 統計，全球每年有上億以上的病患受到醫療照護相關感染(healthcare-associated infections, HAI)影響，造成生命及經濟上的重大損失，而且感染發生的場所已不限於醫院，民眾於長期照護機構接受照護的過程中，也可能發生感染[2]，因此應重視長期照護機構中發生的醫療照護相關感染問題。

美國感染管制和流行病學專家協會(The Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology, APIC)和醫療照護流行病學學會(The Society for Healthcare Epidemiology of America, SHEA)於 2008 年共同發布的長期照護機構感染管制指引[3]，建議建立感染管制查核和輔導機制，並落實感染管制措施作為，可以減少機構內感染的發生。因此疾病管制署（以下簡稱疾管署）於 2012 年開始研擬長期照護機構及重點人口密集機構感染管制查核基準，但鑑於各機構型態及服務對象多元，查核基準難以一體適用各類機構，故於 2013 年陸續與各類機構之中央及地方相關主管機關召開研商會議，討論查核基準內容之適切性後，初步訂定各類機構查核表（草案）[4]，並放置於疾管署全球資訊網，提供各類機構作為執行感染管制之重點參考和自我評估使用。

為逐步導入長期照護機構感染管制查核和輔導機制，疾管署於 2014 年先針對與醫療照護相關性較高的一般、產後及精神護理之家，開始辦理感染管制查核作業，由地方衛生局依疾管署訂定之查核基準進行實地查核，期望藉由地方衛生局之督導與查核，提升護理機構對於感染管制之重視，加強落實感染管制作為，強化工作人員知識和技能，降低機構內醫療照護相關感染風險及事件之發生，達到防範於未然之效果。

本研究將針對護理機構感染管制查核結果進行分析，以瞭解機構之感染管制措施及缺失狀況等，期研究結果作為推動長期照護機構感染管制政策及查核方式之參考。

材料與方法

一、查核作業規劃

疾管署係依據傳染病防治法第 33 條第 2 項之規定，辦理護理機構感染管制查核。鑑於醫院感染管制查核已行之有年，且地方衛生局及附設於醫院的

護理機構對於該查核方式亦有一定程度的了解，故參考該查核作業流程[5]，訂定「103 年度（2014 年）護理機構感染管制查核作業手冊」[6]，以作為護理機構查核作業之依據。

二、查核基準訂定

一般、產後及精神護理之家查核基準[6]係依據感染管制原則、疾管署人口密集機構感染管制措施指引[7]及參考護理機構評鑑基準[8,9,10]等研擬，並經衛生福利部傳染病諮詢委員會之感染控制組討論後訂定。

三、查核對象

凡於 2014 年 1 月 1 日前依據護理人員法第 16 條規定申請設置，且依中央相關主管機關訂定之一般、產後及精神護理之家評鑑作業規定，於 2014 年未接受機構評鑑之全國各縣市護理機構皆列入查核。共計 456 家，包含一般護理之家 328 家，產後護理之家 111 家，精神護理之家 17 家。

四、查核時程：2014 年 4 月至 10 月。

五、查核成員

- (一) 查核委員：由地方衛生局視需要聘任感染症專科醫師或感染管制師，或由衛生局內部受過感染管制訓練或從事感染管制相關業務之人員擔任。
- (二) 衛生局陪同人員。

六、實地查核進程序

- (一) 人員介紹及流程說明：由查核委員說明查核目的與預定流程，並介紹查核成員；接受查核之機構亦介紹陪同人員。
- (二) 受查核機構簡報：由受查核機構進行感染管制執行重點報告。
- (三) 實地查核作業：由查核委員依查核基準[6]進行查核及評分。
- (四) 查核成員討論：查核成員討論及確認查核結果。
- (五) 查核成員與受查核機構意見交流：查核成員向受查核機構說明查核缺失、建議事項及查核結果，雙方進行意見交流及確認查核結果。

七、查核成績計算

(一) 一般護理之家：

評量方式比照機構評鑑標準採 A-E 五等級評分，A-E 依序代表：「優」、「良」、「符合規定」、「應設法改善」及「應限期改善」。計算下列達成率：

$$\begin{aligned}\text{達 C 以上比率} &= [\text{「C」}、\text{「B」}、\text{「A」之項目數} / \text{實際查核項目}] * 100\% \\ \text{達 A 比率} &= [\text{「A」之項目數} / \text{實際查核項目}] * 100\%\end{aligned}$$

(二) 產後護理之家、精神護理之家：

評量方式以符合、不符合表示，計算下列比率：

$$\text{「符合」比率} = [\text{「符合」之項目數} / \text{實際查核項目}] * 100\%$$

八、追蹤輔導及複查

一般護理之家「達 C 以上比率」達 60% 或產後、精神護理之家「符合比率」達 60% 者為合格，未合格者，則由地方衛生局進行實地複查。另無論機構合格與否，地方衛生局均會針對機構被評量為「D」、「E」及「不符合」之缺失事項，依委員實地訪查時提供之建議，進行後續追蹤輔導。

九、分析方法

彙整各機構查核結果資料，以 Excel 軟體各別進行一般、產後及精神護理之家合格率、各查核項目達成率及缺失事項之統計分析，並進行描述性研究。另彙整委員就各缺失事項提供之建議，及地方衛生局後續追蹤輔導結果之說明，分析機構改善情形。

結果

一、查核結果整體分析

2014 年 1 月 1 日前全國各縣市依規定申請設置之護理機構共 634 家，包含一般護理之家 440 家、產後護理之家 167 家及精神護理之家 27 家。其中符合查核條件之家數計 456 家，包含一般護理之家 328 家、產後護理之家 111 家及精神護理之家 17 家，分別佔全國總機構數之 74.5%、66.5% 及 63.0%，全數完成實地查核，查核率達 100%（表一）。

表一、2014 年護理機構感染管制查核家數

	全國 總機構數	符合查核 條件家數	查核家數佔全國 總機構數百分比	實地查核 家數	實地查核家數 佔符合查核條 件家數百分比
總體	634	456	71.4%	456	100%
機構別					
一般護理之家	440	328	74.5%	328	100%
產後護理之家	167	111	66.5%	111	100%
精神護理之家	27	17	63.0%	17	100%

2014 年一般、產後及精神護理之家感染管制查核合格率分別為 99.7%、100% 及 100%，整體合格率为 99.8%（表二），僅有 1 家一般護理之家不合格，後經複查已合格。

表二、2014 年護理機構感染管制查核結果

	合格		全部達 C 以上/ 符合比率達 80%*		全部達 A/ 符合比率達 100%*	
	家數	百分比	家數	百分比	家數	百分比
總體(n = 456)	455	99.8%	-	-	-	-
機構別						
一般護理之家(n = 328)	327	99.7%	286	87.2%	70	21.3%
產後護理之家(n = 111)	111	100%	107	96.4%	38	34.2%
精神護理之家(n = 17)	17	100%	15	88.2%	6	35.3%

*符合比率分布之家數及百分比僅適用於產後及精神護理之家

二、一般護理之家查核結果

共計查核 328 家，查核項目共 14 項，合格家數有 327 家，合格率为 99.7%，其中查核項目評分等級全部達 C 以上者，共計 286 家，佔查核家數 87.2%；全部達 A 者，共計 70 家，佔查核家數 21.3%（表二）。

查核項目分為感染管制品質改善、人員管理、環境管理及防疫機制建置等 4 大類 14 項，各查核項目及達成比率如表三。各項目評分等級達 C 以上比率平均值為 98.2%，其中低於平均值之查核項目計 7 項，達成比率最低者包括「新進工作人員職前及在職教育訓練計畫及辦理情形」、「機構飲用供水設備安全及清潔情形」及「隔離空間設置及使用情形」等。

表三、一般護理之家查核項目及達成比率

查核項目	查核基準	達 C 以上比率	達 A 比率
1.感染管制品質改善	1.1 前次查核建議事項改善情形	N/A	N/A
	2.1 工作人員定期接受健康檢查情形	99.1%	67.4%
	2.2 服務對象健康檢查及健康管理情形	98.8%	72.0%
2.人員管理	2.3 服務對象及工作人員接受疫苗注射情形*	97.9%	79.3%
	2.4 新進工作人員職前及在職教育訓練計畫及辦理情形*	97.3%	70.1%
	2.5 廚工及供膳人員領照及接受教育訓練情形	99.4%	93.9%
	3.1 機構環境清潔及病媒防治措施情形	99.4%	87.2%
3.環境管理	3.2 機構飲用供水設備安全及清潔情形*	96.3%	96.3%
	3.3 污物處理空間設置情形*	97.9%	70.1%
	3.4 醫療廢棄物處理情形	99.7%	87.2%
	4.1 防疫機制建置情形*	97.9%	52.7%
4.防疫機制建置	4.2 隔離空間設置及使用情形*	97.3%	67.1%
	4.3 侵入性照護之執行情形	98.8%	67.1%
	4.4 服務對象感染預防、處理及監測情形*	97.6%	64.6%

*達 C 以上比率低於各項目平均值 98.2% 之項目

三、產後護理之家查核結果

共計查核 111 家，查核項目共 41 小項，合格家數有 111 家，合格率为 100%，查核項目符合比率達 80% 以上者，共計 107 家，佔查核家數 96.4%；符合比率達 100% 者，共計 38 家，佔查核家數 34.2%（表二）。

查核項目共分為 19 項查核基準 41 小項基準說明，查核項目及符合比率如表四，各項目符合比率平均值為 94.4%，其中低於平均值之查核項目計 14 小項，符合比率最低者有「工作人員每年接受至少 4 小時感染管制教育訓練課程，並有紀錄」、「廚工及供膳人員每年接受 8 小時營養及衛生教育，並有紀錄」、「設有獨立空間之隔離觀察室，並有洗手台或乾洗手液」及「嬰兒隔離觀察室有獨立空調及獨立出入口」等。

表四、產後護理之家查核項目及符合比率

查核基準	基準說明	符合比率
1.前次查核應改善事項改善情形	1.1 前次查核應改善事項有具體改善措施，並有相關佐證資料	N/A
2.工作人員應有傳染病檢查	2.1 新進工作人員傳染病檢查項目包括胸部 X 光、糞便檢查（阿米巴痢疾、桿菌性痢疾），應加驗 B 型肝炎抗原抗體檢查，並有紀錄*	88.3%
	2.2 工作人員每年應接受胸部 X 光，並有紀錄	99.1%
	2.3 廚工及供膳人員每年除胸部 X 光外，應加驗 A 型肝炎、傷寒（糞便）、桿菌性痢疾及阿米巴痢疾，並有紀錄*	91.9%
3.配合政府政策施打疫苗	3.1 應配合宣導工作人員及服務對象接受政府疫苗接種政策，並有紀錄*	92.8%
	3.2 機構了解及備有疾管署「醫療照護人員預防接種建議」之文件	95.5%
4.工作人員感染管制教育訓練	4.1 工作人員每年接受至少 4 小時感染管制教育訓練課程，並有紀錄*	87.4%
	4.2 新進人員應於到職後 6 個月內完成 4 小時感染管制教育訓練課程*	92.8%
5.廚工及供膳人員領照及接受教育訓練	5.1 負責膳食之廚工應具有丙級以上餐飲技術士執照	99.1%
	5.2 每年接受 8 小時營養及衛生教育，並有紀錄*	83.8%
6.訪客管理機制	6.1 應訂有訪客管理規範並張貼於入口處，並依疫情不同等級，分級管制訪客	95.5%
	6.2 配合政府疫情需要進行訪客體溫監測	100.0%
	6.3 提供訪客維持手部衛生（洗手、消毒）所需設施	100.0%
7.環境清潔及病媒蚊防治措施	7.1 每日清掃機構內外環境且無異味	100.0%
	7.2 每半年實施環境消毒 1 次，並有紀錄	99.1%
	7.3 有杜絕蚊蟲害之防治措施及設施，如紗窗、紗門等	99.1%
8.機構飲用供水設備安全及清潔	8.1 飲用水每 3 個月檢測大腸桿菌群並有檢驗報告	95.5%
	8.2 水塔每半年清洗 1 次且有紀錄*	91.9%
	8.3 飲水機每月定期檢查保養並有紀錄	98.2%
	8.4 應依產品說明書更換濾心，若無規定者至少每 3 個月更換 1 次，且有紀錄	97.3%
9.污物處理及空間設置	9.1 有區隔之污物處理空間*	89.2%
	9.2 有廢棄物暫放之容器	96.4%
	9.3 設置洗手設備	94.6%
10.廢棄物處理情形	10.1 所有垃圾或廢棄物（含事業廢棄物），皆須遵循廢棄物清理法之規範進行分類、清理	98.2%
	10.2 廢棄物定時清理、定點存放	96.4%
11.空調設備處理	11.1 空調設備應每半年檢查及清洗，並備有紀錄*	92.8%
12.醫療設備（器材）設置	12.1 換藥車（治療車）或急救箱內之藥品、醫療器材均在有效期內	97.3%
	12.2 定期消毒及更換，並備有紀錄	98.2%
13.防疫物資儲放及設置	13.1 防疫物資放置通風場所，且有適當安全量*	89.2%
	13.2 防疫物資定期檢視有效日期並紀錄*	88.3%
14.服務對象體溫測量	14.1 服務對象每日至少測量 1 次體溫、且有完整紀錄	100.0%
15.依據「人口密集機構傳染病防治及監視作業注意事項」規定執行疫情監視及按時上網登錄	15.1 訂有呼吸道、腸道傳染病、不明原因發燒及群聚感染事件作業流程	95.5%
	15.2 依規定按時通報	98.2%
16.洗手設施配置及實施手部衛生意業	16.1 應遵守洗手五時機，確實執行洗手步驟	98.2%
	16.2 適當補充液態皂、乾洗手液及擦手紙	98.2%
	16.3 公共區域洗手設備處張貼衛生宣導警語及洗手步驟	98.2%
17.隔離空間設置	17.1 設有獨立空間之隔離觀察室，並有洗手台或乾洗手液*	87.4%
	17.2 嬰兒隔離觀察室有獨立空調及獨立出入口*	80.2%
	17.3 有嬰兒隔離觀察室使用規定*	90.1%
18.侵入性照護（如導尿、換藥等）執行情形	18.1 護理人員依標準作業流程執行且技術正確	98.9%
19.訂有疑似感染傳染病者之處理流程	19.1 轉送疑似感染傳染病者就醫或進行相關個人照護時，應配帶口罩、手套及隔離衣（視需要），做好個人衛生	96.4%

*符合比率低於各項目平均值 94.4% 之項目

四、精神護理之家查核結果

共計查核 17 家，查核項目共 42 小項，合格家數有 17 家，合格率为 100%，查核項目符合比率達 80% 者，共計 15 家，佔查核家數 88.2%；符合比率達 100% 者，共計 6 家，佔查核家數 35.3%（表二）。

查核項目共分為 20 項查核基準 42 小項基準說明，查核項目及符合比率如表五，各項目符合比率平均值為 93.4%，其中低於平均值之查核項目計 13 小項，符合比率最低者有「新進工作人員傳染病檢查項目包括胸部 X 光、糞便檢查（阿米巴痢疾、桿菌性痢疾），應加驗 B 型肝炎抗原抗體檢查，並有紀錄」、「廚工及供膳人員每年除胸部 X 光外，應加驗 A 型肝炎、傷寒（糞便）、桿菌性痢疾及阿米巴痢疾，並有紀錄」、「新進人員應於到職後 6 個月內完成 6 小時感染管制教育訓練課程」、「廢棄物定時清理、定點存放」、「隔離空間應有獨立之空調及衛浴設備」及「明確規範隔離空間使用對象」等。

表五、精神護理之家查核項目及符合比率

查核基準	基準說明	符合比率
1.前次查核應改善事項改善情形	1.1 前次查核應改善事項有具體改善措施，並有相關佐證資料	N/A
2.工作人員應有傳染病檢查	2.1 新進工作人員傳染病檢查項目包括胸部 X 光、糞便檢查（阿米巴痢疾、桿菌性痢疾），應加驗 B 型肝炎抗原抗體檢查，並有紀錄*	82.4%
	2.2 工作人員每年應接受胸部 X 光，並有紀錄	100.0%
	2.3 廚工及供膳人員每年除胸部 X 光外，應加驗 A 型肝炎、傷寒（糞便）、桿菌性痢疾及阿米巴痢疾，並有紀錄*	82.4%
3.服務對象應有傳染病檢查	3.1 新進服務對象傳染病檢查項目包括胸部 X 光、糞便檢查（阿米巴痢疾、桿菌性痢疾）	94.1%
	3.2 服務對象每年應進行健康檢查 1 次，應包括胸部 X 光，並有紀錄	100.0%
4.配合政府政策施打疫苗	4.1 應配合宣導工作人員及服務對象接受政府疫苗接種政策，並有紀錄*	88.2%
	4.2 機構了解及備有疾管署「醫療照護人員預防接種建議」之文件*	88.2%
5.工作人員感染管制教育訓練	5.1 工作人員每年接受至少 4 小時感染管制教育訓練課程，並有紀錄	94.1%
	5.2 新進人員應於到職後 6 個月內完成 6 小時感染管制教育訓練課程*	82.4%
6.廚工及供膳人員領照及接受教育訓練	6.1 負責膳食之廚工應具有丙級以上餐飲技術士執照	100.0%
	6.2 每年接受 8 小時營養及衛生教育，並有紀錄*	88.2%
7.訪客管理機制	7.1 訂有訪客管理規範並張貼於入口處，並依疫情不同等級，分級管制訪客	94.1%
	7.2 配合政府疫情需要進行訪客體溫監測	100.0%
	7.3 提供訪客維持手部衛生（洗手、消毒）所需設施	100.0%
8.環境清潔及病媒蚊防治措施	8.1 每日清掃機構內外環境且無異味	94.1%
	8.2 每半年實施環境消毒 1 次，並有紀錄*	88.2%
	8.3 有杜絕蚊蟲鼠害之防治措施及設施，如紗窗、紗門等	100.0%
9.機構飲用供水設備安全及清潔	9.1 飲用水每 3 個月檢測大腸桿菌群並有檢驗報告	100.0%
	9.2 水塔每半年清洗 1 次且有紀錄	100.0%
	9.3 飲水機每月定期檢查保養並有紀錄	94.1%
	9.4 應依產品說明書更換濾心，若無規定者至少每 3 個月更換 1 次，且有紀錄	100.0%

*符合比率低於各項目平均值 93.4% 之項目

(續上頁表格) 表五、精神護理之家查核項目及符合比率

查核基準	基準說明	符合比率
10.污物處理及空間設置	10.1 有區隔之污物處理空間	94.1%
	10.2 有廢棄物暫放之容器	94.1%
	10.3 設置洗手設備	94.1%
11.廢棄物處理情形	11.1 所有垃圾或廢棄物（含事業廢棄物），皆須遵循廢棄物清理法之規範進行分類、清理	100.0%
	11.2 廢棄物定時清理、定點存放*	82.4%
12.空調設備處理	12.1 空調設備應每半年檢查及清洗，並備有紀錄	94.1%
13.醫療設備(器材)設置	13.1 換藥車（治療車）或急救箱內之藥品、醫療器材均在有效期內*	88.2%
	13.2 定期消毒及更換，並備有紀錄	94.1%
14.防疫物資儲放及設置	14.1 防疫物資放置通風場所，且有適當安全量	94.1%
	14.2 防疫物資定期檢視有效日期並紀錄	100.0%
15.服務對象體溫測量	15.1 服務對象每日至少測量 1 次體溫，且有完整紀錄	100.0%
16.依據「人口密集機構傳染病防治及監視作業注意事項」規定執行疫情監視及按時上網登錄	16.1 訂有呼吸道、腸道傳染病、不明原因發燒及群聚感染事件作業流程*	88.2%
	16.2 依規定按時通報	100.0%
17.洗手設施配置及實施手部衛生作業	17.1 應遵守洗手五時機，確實執行洗手步驟	100.0%
	17.2 適當補充液態皂、乾洗手液及擦手紙	100.0%
	17.3 公共區域洗手設備處張貼衛生宣導警語及洗手步驟	100.0%
18.隔離空間設置	18.1 隔離空間應有獨立之空調及衛浴設備*	82.4%
	18.2 明確規範隔離空間使用對象*	82.4%
19.侵入性照護（如導尿、換藥等）執行情形	19.1 護理人員依標準作業流程執行且技術正確*	85.7%
20.訂有疑似感染傳染病者之處理流程	20.1 轉送疑似感染傳染病者就醫或進行相關個人照護時，應配帶口罩、手套及隔離衣（視需要），做好個人衛生	94.1%

*符合比率低於各項目平均值 93.4%之項目

五、追蹤輔導及複查結果

本次查核不合格須進行複查之家數計有一般護理之家 1 家，其初次查核成績達 C 以上比率為 53.8%，經實地複查後已合格，查核成績達 C 以上比率提升為 100%。

本次查核所有機構之缺失事項共計有 353 項，平均每家機構有 0.77 項，其中缺失事項可歸納為二類：

- (一) 機構未依規定辦理，而可立即改善之事項，如：部份工作人員或服務對象健檢項目不完全或紀錄不全、機構未宣導或鼓勵施打疫苗、部份工作人員感染管制教育訓練時數不足、防疫物資儲備不足或紀錄不全和飲用供水設備未定期檢測等。
- (二) 機構因感染管制知能或硬體設備不足而執行不當之事項，如：服務對象感染預防及處理作業流程不完備、防疫物資儲放場所不適當、隔離空間及污物處理空間不符合感染管制原則等。

經地方衛生局對機構進行後續追蹤輔導，機構可立即改善之事項均已改善，機構因感染管制知能或硬體設備不足而執行不當之事項，亦已依委員實地訪查時提供之建議，進行改善或提出相關改善計畫如表六。

表六、機構缺失事項改善情形

類別	缺失事項	機構改善情形
機構未依規定辦理，而可立即改善之事項	1. 部份工作人員或服務對象健康項目不完全或紀錄不全	健康項目未完整之人員，已補行健康檢查，並將紀錄完整建檔
	2. 機構未宣導或鼓勵施打疫苗	機構已制訂相關鼓勵策略（如：機構支付疫苗費用、提供獎勵品等）並加以宣導
	3. 部份工作人員感染管制教育訓練時數不足	由機構辦理適合員工之感染管制課程或提供課程相關資訊，並請訓練時數不足之員工完成教育訓練
	4. 防疫物資儲備不足或紀錄不全	機構已購置足夠之儲備量，同時增訂有效日期及使用狀況紀錄單，以掌握物資儲備情形
	5. 飲用供水設備未定期檢測	機構已補辦檢測
機構感染管制知能或硬體設備不足而執行不當之事項	1. 服務對象感染預防及處理作業流程不完備	機構已依委員建議及實務執行情形增修服務對象感染案件處理流程及紀錄表單，未來將依相關流程定期進行感染案件之分析與檢討
	2. 隔離空間不符合感染管制原則	部分機構已規劃進行整修工程，或以現有住房移作隔離室，另部分機構由於硬體空間不易整修，則依委員建議提出相關因應計畫，包括落實隔離防護措施、加強工作人員手部衛生、病患轉出後環境終期消毒及遵循感染管制原則進行動線規劃等
	3. 防疫物資儲放場所不適當	防疫物資已移至通風良好之儲存區，並與污物分開放置
	4. 污物處理空間不符合感染管制原則	機構依委員建議規劃動線，以避免與乾淨空間重疊

研究限制

本次查核係由各地方衛生局自行聘任查核委員，其專業背景、經驗及對感染管制之要求標準無法避免有所差異，為本研究之限制。

討論

疾管署於 2014 年開始推動護理機構感染管制查核，目的在提升機構對感染管制的重視和強化工作人員感染管制知能，99.8%的護理機構在初次查核時都已達到標準。由於長期照護機構之感染管制查核與輔導機制尚處於推動階段，初期目標是期望藉此加強機構重視感染管制而非依查核結果懲罰機構，然而為了達到提升機構感染管制品質之長遠目標，未來應考慮逐步提高感染管制查核合格標準，以促進機構持續提升感染管制措施之執行，進而減少醫療照護相關感染發生。

工作人員是提升長期照護服務感染管制品質的重要關鍵，由於目前各類機構較缺乏感染管制專業人才，所以機構於執行感染監測、落實感染管制機制及動線規劃等，經常面臨困難，因此須持續進行新進及在職工作人員教育訓練，使感染管制措施真正落實於例行的照護服務。

本次護理機構感染管制查核作業，透過委員之實地訪查，可瞭解機構普遍之缺失情形，提供符合機構需求之改善建議，協助機構進行改善，查核結果除提供中央相關主管機關參酌，以就主管事務調整政策和提供機構適當協助外，另此查核模式亦可作為推動其他長期照護機構感染管制查核之參考，例如：榮譽國民之家、精神復健機構、身心障礙福利機構、老人福利機構等，以確保長期照護機構皆能逐步落實感染管制措施，強化長期照護體系的感染管制品質。

建議

本次查核有 114 家護理機構（佔所有受查核機構 25.0%）所有查核項目均達到 A 或符合等級，建議獎勵和公告此類優良機構，辦理標竿機構經驗交流活動，以鼓勵機構自我提升和促進良性競爭。

就機構之缺失情形，針對「機構未依規定辦理，而可立即改善之事項」，建議中央相關主管機關透過加強考核或採取相關罰則等方式，督導及警惕機構確實辦理。針對「機構感染管制知能不足而執行不當之事項」，建議持續辦理教育訓練，以提升機構感染管制相關知能，使其能依感染管制原則適時調整符合機構需求之執行方式。對於「機構硬體設備不足而執行不當之事項」，建議聘請專家，實地協助機構進行改善與輔導。

鑑於傳統授課模式受限於時間、空間和經濟等，以致訓練人數及方式較不易符合機構需求，建議持續辦理長期照護機構感染管制相關數位學習課程，放置於疾管署全球資訊網及傳染病數位學習網，供各機構自行下載使用，使機構於辦理訓練時能有更大的彈性，機構工作人員也可以不受時空限制，自行上網學習。

為提升機構感染管制工作的品質及效能，建議持續增修長期照護機構感染管制相關手冊及指引，包括：長期照護機構感染管制手冊、手部衛生工作手冊、人口密集機構感染管制措施指引、長期照護機構常見傳染病感染管制指引及標準防護措施等，以提供機構實務執行感染管制上之參考，強化機構之感染管制措施與作為。

誌謝

感謝直轄市及各縣市政府衛生局同仁、疾管署各區管制中心同仁及查核委員，協助辦理本次查核作業所付出之辛勞和提供的寶貴意見。並對本次受查護理機構之配合，使查核作業得以順利完成，一併致謝。

參考文獻

1. 國家發展委員會：中華民國人口推計（103 至 150 年）。初版。臺北：國家發展委員會，2014；13-14。
2. WHO. Health care-associated infections FACT SHEET. Available at: http://www.who.int/gpsc/country_work/gpsc_ccisc_fact_sheet_en.pdf.
3. Philip W. Smith, Gail Bennett, Suzanne Bradley, et al. SHEA/APIC Guideline: Infection Prevention and Control in the Long-Term Care Facility. Infect Control Hosp Epidemiol. 2008; 29(9): 785-814.
4. 衛生福利部疾病管制署：長照機構及重點人口密集機構感染管制查核表（草案）。取自：<http://www.cdc.gov.tw/professional/info.aspx?treeid=beac9c103df952c4&nowtreeid=6CB96AF7AE0F8270&tid=43E4CC2CBC71095C>。

5. 衛生福利部疾病管制署：102 年度醫院感染管制查核作業手冊。取自：
<http://www.cdc.gov.tw/professional/downloadfile.aspx?fid=D9630AD9DB930806>。
6. 衛生福利部疾病管制署：103 年度護理機構感染管制查核作業手冊。取自：
<http://www.cdc.gov.tw/professional/downloadfile.aspx?fid=520647D35E5023F4>。
7. 衛生福利部疾病管制署：人口密集機構感染管制措施指引。取自：
<http://www.cdc.gov.tw/professional/info.aspx?treeid=beac9c103df952c4&nowtreeid=2B572848DE0777DA&tid=77EDD70E9F2FC23C>。
8. 衛生福利部護理及健康照護司：102 年度一般護理之家評鑑作業程序。
9. 衛生福利部護理及健康照護司：102 年度產後護理機構評鑑作業程序。
10. 衛生福利部心理及口腔健康司：精神護理之家評鑑基準。

2015 年彰化縣某護理之家流感群聚事件

張秀麗¹、魏嵩璽^{1,2}、賴珮芳¹、吳聰賢⁴、柯靜芬^{1,3}、林敏琮^{1*}

摘要

2015 年 7 月彰化縣某護理之家發生流感群聚，共 45 位住民及 3 位工作人員出現呼吸道症狀，侵襲率 39%，其中 4 位住民確定流感併發重症，1 位死亡。採檢結果為流感 AH3 陽性。本次群聚強調護理之家等長期照護機構平時應落實健康監測與病例即時通報、感染控制與加強疫苗接種，出現流感病例時，適當使用流感抗病毒藥劑可以防止疫情擴散，未來仍需更多的實務與研究才能瞭解流感抗病毒藥劑適當的投予條件和範圍。本次調查經驗可提供日後處理流感疫情參考。

關鍵字：流感、群聚、護理之家

事件緣起

2015 年 7 月 10 日彰化縣衛生局（以下簡稱衛生局）通報該轄某護理之家（以下簡稱機構）疑似發生流感群聚，有 8 位住民及 1 位工作人員出現上呼吸道感染症狀，經機構安排就醫後，8 位住民流感快篩檢驗為 A 型流感陽性，工作人員檢驗陰性，其中 1 位住民由醫院通報確認為流感併發重症病例（流感 AH3）。考量該機構住民為年長者且免疫功能低下，為避免持續出現流感併發重症個案、評估是否給予流感抗病毒藥劑（以下簡稱抗病毒藥劑）與瞭解機構感染控制措施執行情況，疾病管制署中區管制中心（以下簡稱中區管制中心）於 7 月 14 日會同衛生局進行實地調查並擴大提供抗病毒藥劑給出現呼吸道症狀或是體溫超過 37°C 的住民及工作人員使用，在防治措施實施後，流感疫情得到控制。

過去使用抗病毒藥劑控制流感群聚，是依疾病管制署（以下簡稱疾管署）「公費流感抗病毒藥劑配置與管理規劃原則」，授權由傳染病防治醫療網各區指揮官判定是否用藥與用藥對象及範圍，包含治療性及預防性的抗病毒藥劑的投予。但是自 2015 年 5 月起，疾管署改由指定該署各區管制中心的防疫醫師研判群聚事件投藥對象及範圍[1]。本起流感群聚事件是新制度實施後，中區管制中心第一次進行長期照護機構（以下簡稱長照機構）流感群聚防治，我們在此描述防治經驗並加以討論。

¹ 衛生福利部疾病管制署中區管制中心

² 中國醫藥大學公共衛生學系

³ 慈濟大學公共衛生學系

⁴ 彰化縣衛生局

通訊作者：林敏琮^{1*}

E-mail：mzllin@cdc.gov.tw

投稿日期：2015 年 11 月 10 日

接受日期：2016 年 4 月 15 日

DOI：10.6524/EB.20160906.32(17).002

疫情描述

一、背景介紹

機構於 2007 年 1 月成立，設有平安樓及快樂樓兩棟平房分別照護住民，申請核准可收容 98 人，發生流感群聚時，收容慢性病及失能需要照護住民 96 位，多為臥床及需要輪椅代步者，其中女性 61 位、男性 35 位，年齡分佈於 31 至 95 歲，住民之性別、年齡與住房分佈（表一）。兩棟平房各有專屬交誼廳，2 個月辦理一次團體關懷活動，每季辦理一次聯合慶生會，固定在快樂樓舉行，最近一次慶生會的日期為 2015 年 7 月 4 日。

表一、彰化縣某護理之家住民之性別、年齡與住房分佈

	全部	平安樓	快樂樓
性別			
男	35	18	17
女	61	30	31
年齡(歲)			
≤60	19	12	7
61-80	27	16	11
≥81	50	20	30

工作人員的工作範圍不分棟或在兩棟樓間輪調，共有 27 位，包含護理師 6 位、照顧服務員（以下簡稱照服員）18 位（本國籍 5 位、外籍 13 位）、助理、社工及廚師各有 1 位。護理師及照服員固定分組分棟照護住民，分別每 3 個月與每 2 個月輪替照護單位。助理依人力需要，機動照護 2 棟住民，並陪同有就醫需求的住民前往合約醫院就醫。

機構對於訪客管理，平時要求會客前測量體溫並提供乾洗手液洗手，如訪客有發燒或呼吸道症狀時，將請其戴上外科口罩並請暫緩探訪，對來訪洽公的訪客或志工，則未執行健康監測及管制。

住民與工作人員於 2013-2014 年季節流感接種率分別為 88.5%(85/96)與 61.5%(16/26)，2014-2015 年的接種率分別為 68.8%(66/96)與 92.6%(25/27)。

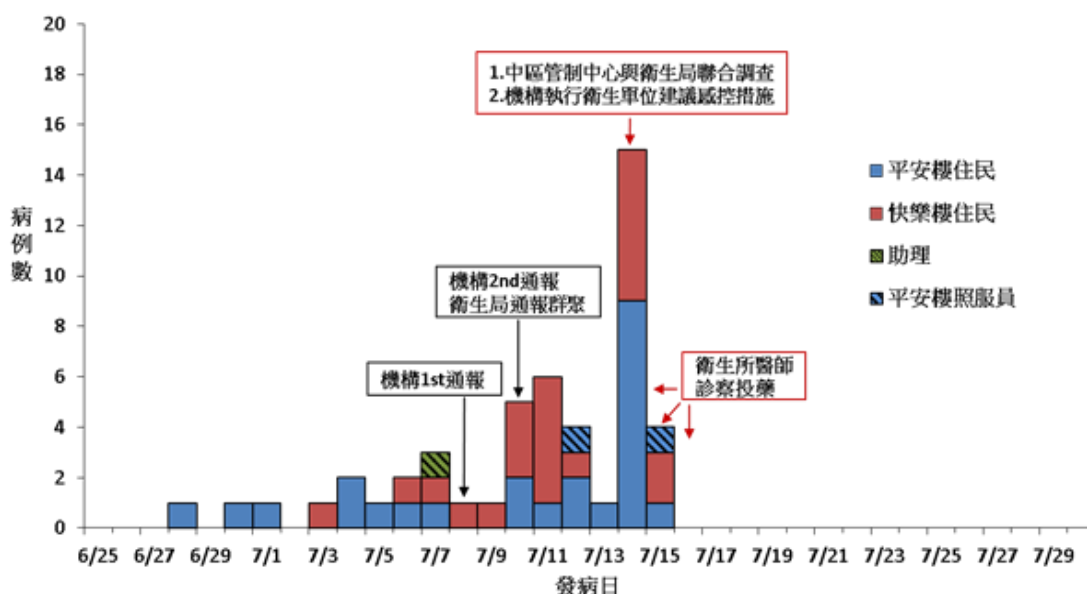
二、病例定義

2015 年 6 月 25 日至 7 月 30 日期間內，該機構工作人員及住民出現發燒（耳溫高於 37.5℃）、咳嗽、流鼻水或具其他呼吸道症狀任一項者，為本群聚事件之個案。

三、疫情規模

7 月 8 日該機構於疾管署人口密集機構傳染病監視作業系統（以下簡稱人口密集機構系統）進行第一次病例通報，有 2 位平安樓及 1 位快樂樓的住民在 6 月 30 日至 7 月 3 日期間出現呼吸道感染症狀外送就醫，其中 1 位平安樓住民，經醫師通報檢驗確認為流感併發重症（influenza A H3N2 感染）。

7月10日再次通報新增6名個案，其中1位平安樓住民是在6月28日發病，累計通報9位（8位住民、1位工作人員）。經查，發病工作人員是助理，於7月7日發燒，就醫後接受流感快篩為陰性，因此即停止上班在家休養。本案自6月28日起至最後個案發病日7月15日，總計有45位住民及3位工作人員出現呼吸道感染症狀，機構住民及工作人員整體侵襲率為39%；其中4位住民為流感併發重症個案，1位死亡，死因研判與流感相關，疫情流行曲線與機構通報時序（圖一）。發病個案中，分別有29位(64%)住民與2位(67%)工作人員曾接受2014–2015年公費流感疫苗注射。



圖一、彰化縣某護理之家流感群聚事件疫情流行曲線圖及疫情發展時序

四、感染源調查

依致病病原及疫情趨勢推論，傳染模式可能為飛沫與接觸傳染。由於機構未於第一時間通報病例，因此難以釐清首位發病住民的感染來源。但是衛生單位實地調查後，還是發現機構有以下需改善之處：

- (一) 未落實住民及工作人員健康監測，出現符合人口密集機構系統規範之症狀通報個案，未即時通報衛生單位。
- (二) 外送住民就醫後，疏於追蹤就醫結果，致未能對機構內其他疑似病患採取隔離措施。
- (三) 未落實工作人員專責照護住民，如：助理可跨單位照護，增加交叉感染的風險。
- (四) 疫情初期，未限制住民活動，於假日辦理聯合慶生會且未對洽公訪客或志工進行健康監測，增加住民、訪客與照護者的交流頻率與感染的機會。
- (五) 住民2014–2015年之公費流感疫苗接種情形不佳，僅有68.8%的接種率。

五、檢驗結果

實地調查時，採檢 8 件病毒咽喉拭子（住民 7 件、照服員 1 件），送疾管署研究檢驗中心檢驗流感、腺病毒與呼吸道融合病毒，結果 5 件為流感 AH3 陽性（住民 4 件、照服員 1 件）。另有 4 位經醫院通報流感併發重症的住民，採檢 4 件病毒咽喉拭子亦為流感 AH3 陽性。因此總計有 8 位住民與 1 位照服員檢驗為流感 AH3 陽性，其病毒分析結果，病毒抗原性與北半球 2014–2015 年的 A/Texas/20/2012 疫苗株已偏離。

六、防治作為

(一)衛生單位介入本次群聚的時序如圖一，完成疫情調查後，中區管制中心研判本案為流感群聚事件，建議機構採行以下措施：

1. 住民及工作人員出現任何呼吸道症狀或是體溫超過37°C時，可提供公費抗病毒藥劑，並以使用克流感為原則。依此用藥原則，衛生局於7月14日至7月16日請鹿港鎮衛生所醫師前往機構診察，總共有46位住民(48%)及10位工作人員(37%)使用公費克流感治療。
2. 落實通報，隨時更新住民及工作人員健康狀況。
3. 每日監測住民呼吸道症狀及體溫3次，工作人員呼吸道症狀及體溫1次，並作成紀錄。
4. 出現呼吸道症狀或發燒病人，應集中照護，並由專責人員照護，直到住民使用完整的抗病毒藥劑並且症狀緩解。
5. 每日兩次以500ppm漂白水擦拭環境及地板。

(二)考量病例持續增加，衛生局於 7 月 14 日要求機構暫緩收容新住民及停止辦理各式活動，直至 7 月 30 日疫情結束後，才同意恢復收容新住民，而該機構於擴大使用克流感及落實相關感染控制措施後，疫情亦趨緩。

討論與結論

我們的報告描述一起中部地區長照機構流感群聚事件，自群聚事件發生後，長照機構、衛生局和疾管署合力進行預防、監測、感染控制、藥物治療和病原檢驗等工作，最後得以控制疫情。過去使用抗病毒藥劑控制流感群聚，是由傳染病防治醫療網各區指揮官研判用藥對象及範圍，自 2015 年 5 月起，疾管署指定改由該署各區管制中心的防疫醫師研判[1]。在政策轉換的情況下，長照機構流感群聚的抗病毒藥劑投予，值得進一步的討論與省思。

關於長照機構住民投予抗病毒藥劑作為流感群聚防治的指引，美國疾病控制與預防中心(Centers for Disease Control and Prevention) 建議長照機構住民發生流感群聚時，除了發病住民應該接受治療性抗病毒藥劑，所有的住民，包含不同樓層或單位，都應接受預防性的抗病毒藥劑至少兩週，且持續使用至最後一例病患確診後 7 天。工作人員如果未接受當季流感疫苗、對疫苗接種有禁忌或者預期接種疫苗效力不佳時（疫苗株抗原性偏離造成群聚的流感病毒株），也應考慮使用預

防性病毒藥劑，以降低可能的傳播[2–3]。英國衛生機關則建議長照機構中曾暴露到流感病毒的住民應使用抗病毒藥劑直到最後一例病患恢復後再使用 5 天。曾接觸流感病患或是流感高風險族群的工作人員亦應考慮投予抗病毒藥劑[4]。長照機構的住民多是免疫力相對低下的族群，一旦感染流感病毒後，很容易進展為重症，為預防流感造成長照機構住民的罹病和致死，特別是當疫苗株抗原性與流行的流感病毒株不吻合時，抗病毒藥劑作為長照機構流感群聚的治療和預防的角色更形重要。因此美國與英國的指引皆建議長照機構住民在流感群聚事件時，應使用抗病毒藥劑進行預防性投藥，工作人員在某些情況下也應考慮使用預防性投藥。

從美英兩國的建議來看，我們認為抗病毒藥劑在控制本次流感群聚的角色是重要的。主要是因為該機構近幾年住民及工作人員的流感疫苗接種率不穩定、造成本次群聚的流感病毒株之抗原性已偏離疫苗株、而 60 歲以上的老人，流感疫苗的抗體可以維持四個月左右[5]，且此群聚疫情發生於非一般流感流行期等因素，使得該機構住民無法從接種流感疫苗得到應有保護效力與群體免疫效果。另外，該機構多是老年族群，先前的研究顯示，老年人感染流感病毒後，可能不會出現明顯的肌肉酸痛，頭痛等症狀，高齡者發燒的程度也可能較輕微[6]，因此，我們以出現任何類流感症狀或是體溫大於 37°C 的住民及工作人員作為擴大抗病毒藥劑投予對象，希望可能感染流感病毒者都能得到治療。這樣的投予條件屬於擴大流感治療條件，但並非屬於預防性投藥。在此條件下，總共有 48% 住民及 37% 工作人員接受了抗病毒藥劑，疫情也在抗病毒藥劑投予後迅速得到控制。然而，先前的研究也發現高齡的肺炎病患出現呼吸道感染症狀或發燒的比例顯著低於年輕族群，因此在我們的投予條件下，不排除遺漏了感染流感病毒，但症狀不顯著且無發燒現象的住民，我們的作法可能無法完整防治流感群聚擴散[7]。另一方面，對所有住民全面使用抗病毒藥劑作為預防性投藥的費用高昂，以本次群聚為例，若該機構住民及工作人員全部投予克流感，依全民健康保險署核定每顆 95 元計算[8]，若進行預防性投藥 2 週以上，光是藥物的費用需要至少 327,180 元[2–3]。此外，住民或工作人員若無法在投藥期間按時服藥，恐有產生抗藥性的疑慮。因為抗病毒藥劑在長照機構的流感群聚防治中有各種不同的考量，未來仍需更多的實務與研究才能瞭解適當的抗病毒藥劑的投予條件和範圍。

預防流感在健康照護環境（如長照機構）傳播，國外的文獻建議可從多方面著手，如：增加住民與工作人員之流感疫苗接種、落實感染控制措施、治療或預防性抗病毒藥劑使用等[3–4]。國內的調查則指出，延遲向衛生主管機關通報、未落實感染控制措施（監測與隔離、生病的工作人員仍然上班、訪客管理不確實與未限制住民活動）、工作人員的疫苗接種率低等，都是可能發生流感群聚的原因[9–10]，而適時提供抗病毒藥劑，與加強落實相關感染控制措施，則有助機構控制群聚疫情[11]。檢討本案發生群聚的原因，顯然還是重蹈過去的錯誤，未來衛生單位加強長照機構的宣導有助於減少流感在機構內的傳播。

適時提供發病個案使用抗病毒藥劑，可以使病患及早得到治療，降低疫情擴散程度。未來仍需更多的實務與研究，才能瞭解適當的抗病毒藥物的投予條件和範圍，能夠更有效的控制長照機構流感群聚。平時落實健康監測、病例即時通報與感染控制措施及加強疫苗接種，則是長照機構預防流感群聚的重要作為。我們的經驗提供未來長照機構流感群聚事件處置參考。

誌謝

感謝彰化縣衛生局、疾病管制署研究檢驗中心及相關防疫工作人員協助。

參考文獻

1. 疾病管制署：公費流感抗病毒藥劑配置與管理規劃原則。取自：
<http://www.cdc.gov.tw/professional/info.aspx?treeid=8208EB95DDA7842A&nowtreeid=36903BCA9A117C6F&tid=A292A3878A77B50E>。
2. Harper SA, Bradley JS, Englund JA, et al. Seasonal influenza in adults and children—diagnosis, treatment, chemoprophylaxis, and institutional outbreak management: clinical practice guidelines of the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 2009; 48(8): 1003–32.
3. CDC. Interim Guidance for Influenza Outbreak Management in Long-Term Care Facilities. Available at: <http://www.cdc.gov/flu/professionals/infectioncontrol/ltc-facility-guidance.htm>.
4. HPA. Managing outbreaks of acute respiratory illness in care homes. Available at: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/330334/Managing_outbreaks_of_acute_respiratory_illness_in_care_homes.pdf.
5. Skowronski DM, Tweed SA, De Serres G. Rapid decline of influenza vaccine-induced antibody in the elderly: is it real, or is it relevant? J Infect Dis 2008; 197(4): 490–502.
6. Matsuno O, Kataoka H, Takenaka R, et al. Influence of age on symptoms and laboratory findings at presentation in patients with influenza-associated pneumonia. Arch Gerontol Geriatr 2009; 49(2): 322–5.
7. Metlay JP, Schulz R, Li YH, et al. Influence of age on symptoms at presentation in patients with community-acquired pneumonia. Arch Intern Med 1997; 157(13): 1453–9.
8. 全民健康保險署：健保用藥品項。取自：http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=17&menu_id=879&WD_ID=994&webdata_id=873。
9. 鄭嘉文、廖悅淳、林佩宜等：2013 年臺南市某教養院流感群聚事件。疫情報導 2014；30(7)：142–8。

10. 鄧雅文、黃頌恩、王任鑫等：2014 年花蓮縣某精神療養機構流感群聚事件。疫情報導 2014；30(23)：489-94。
11. Rainwater-Lovett K, Chun K, Lessler J. Influenza outbreak control practices and the effectiveness of interventions in long-term care facilities: a systematic review. Influenza Other Respir Viruses 2014; 8(1): 74-82.

日期：2016 年第 33–34 週 (2016/8/14–8/27)

DOI: 10.6524/EB.20160906.32(17).003

疫情概要：

東南亞登革熱疫情呈上升，且適值暑假旅遊旺季結束，國內境外移入個案持續發生，另氣象預報南部地區仍有局部短暫陣雨，本土疫情風險升高。

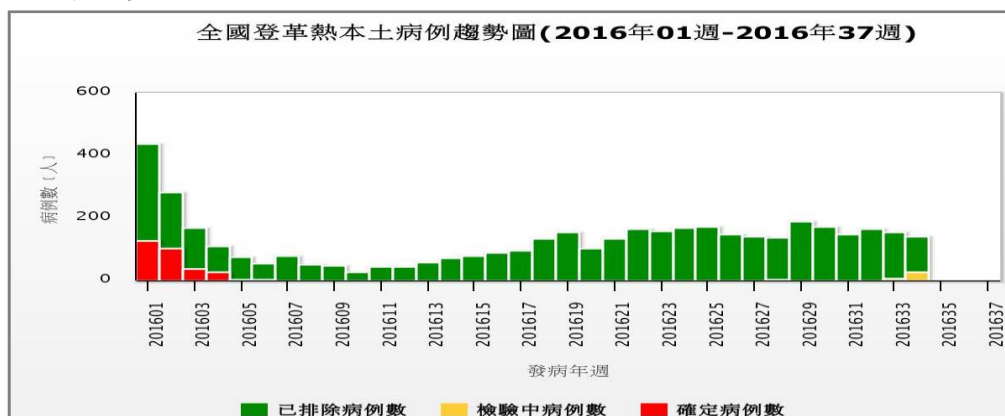
腸病毒疫情持續下降，9 月各級學校開學，研判開學後可能出現一小波流行。近期重症通報病例數上升，惟社區仍以克沙奇 A 型之輕症為主，腸病毒 71 型仍有散發個案。

世界衛生組織(WHO)新增巴哈馬為茲卡病毒本土流行疫情國；全球累計 67 國家/屬地出現茲卡本土病例；另新加坡近期出現茲卡本土疫情，WHO 表示全球風險不會因此改變。

一、登革熱

(一)國內疫情

- 1.本土病例：無新增確定病例，2016 年迄 8/28 累計 376 例，分別為高雄市 342 例、屏東縣 21 例、台南市 8 例，其餘 5 縣市 5 例。
- 2.境外移入病例：2016 年累計 232 例，感染國別以印尼、菲律賓等東南亞國家為多。



圖一、2016 年登革熱本土病例趨勢

(二) 國際疫情

國家	累計數 疫情趨勢	2016年		備註
		截止點	報告數(死亡數)	
越南	上升	7/30	49,049(17)	去年同期的2.5倍
柬埔寨	上升	7/2	3,125(6)	去年同期的1.4倍
菲律賓	上升	8/6	84,085 (372)	高於去年同期
泰國	上升	8/15	33,352(27)	低於去年同期
斯里蘭卡	相對高點	8/25	37,410	高於去年全年總數
新加坡	相對高點 上下波動	8/20	10,730(7)	去年同期的1.8倍
寮國	相對高點 上下波動	8/12	2,719(9)	高於去年同期
馬來西亞	相對高點 上下波動	8/20	71,590(162)	低於去年同期 主要流行型別由第1 型轉第3型

二、腸病毒

(一)國內疫情

1. 疫情持續趨緩；第 34 週全國門急診腸病毒就診達 7,588 人次，較前一週下降。
2. 第 33–34 週新增 2 例重症確定病例，今年迄 8/29 累計 17 例；個案居住地區如下表。其中 16 例感染腸病毒 71 型、1 例感染克沙奇 A5 型病毒。
3. 腸病毒 71 型(EV71)監測：今年迄 8/29 累計 111 例輕症、16 例重症。
4. 第 32 週社區腸病毒主要流行型別為克沙奇 A 型，社區以克沙奇 A5 病毒為主。

2016 年檢出 EV71 陽性個案地區 (8/23-28 新增行政區、藍字為近 1 個月檢出之行政區)	
16 縣市	70 鄉鎮市區
台北市	文山區、中正區、中山區
新北市	新莊區、板橋區、新店區、三峽區、瑞芳區、汐止區、淡水區
宜蘭縣	大同鄉、宜蘭市、南澳鄉
桃園市	中壢區、平鎮區、大溪區、八德區、龜山區、楊梅區、龍潭區、觀音區、大園區、桃園區
新竹市	東區
新竹縣	橫山鄉
台中市	太平區、神岡區、大里區、后里區、豐原區、北屯區、梧棲區、霧峰區、西區、大雅區、潭子區、南屯區、北區、龍井區、西屯區
彰化縣	彰化市
雲林縣	麥寮鄉
台南市	新化區
高雄市	鳳山區、三民區、大寮區、路竹區、大社區、小港區、鳥松區、鼓山區、岡山區
屏東縣	萬巒鄉、泰武鄉、恆春鎮、潮州鎮、屏東市、滿州鄉
花蓮縣	玉里鎮、花蓮市、秀林鄉、新城鄉、吉安鄉、瑞穗鄉、光復鄉、萬榮鄉、鳳林鎮
台東縣	延平鄉、台東市
金門縣	金湖鎮
2016 年年齡滿 3 個月齡(含)以上重症個案地區 (目前共 17 例)	
縣市	鄉鎮市區
宜蘭縣	大同鄉、宜蘭市
新北市	新店區、汐止區、板橋區
台中市	神岡區、后里區、梧棲區、潭子區、西區
彰化縣	彰化市
高雄市	鳳山區、大社區、鼓山區
屏東縣	屏東市
桃園市	龍潭區



圖二、2016 年檢出腸病毒 71 陽性及重症個案分布

(二)國際疫情

國家	累計數	疫情趨勢	2016年		備註
			截止點	報告數(死亡數)	
馬來西亞		近期病例數仍增	8/6	23,454	高於去年同期
日本		相對高點，呈上下波動	8/14	21,512	近10年同期最低
新加坡		過高峰，呈上下波動	8/20	29,923	去年同期的1.6倍
中國大陸		過高峰，呈下降趨勢	8/14	1,694,745(147)	高於去年同期
韓國		過高峰，呈下降趨勢	8/20	門診就診千分比:15.7	近4年同期最高
泰國		過高峰，呈下降趨勢	8/22	55,527(2)	去年同期的2.3倍
香港		過高峰，呈下降趨勢	8/20	急診就診千分比:0.5	低於去年同期
澳門		降至基礎值	8/15	2,577	低於去年同期
越南		相對低點	7/31	20,438(0)	低於去年同期

三、茲卡病毒感染症

(一)國際疫情：

1.美國本土疫情

- (1)美國佛羅里達州自今年 7 月底出現非旅遊相關病例後，迄 8/29 累計 43 例非旅遊相關病例。
- (2)該國依據調查結果宣布茲卡病毒主要傳播區為邁阿密郡境內之邁阿密海灘(Miami Beach)及恩伍德(Wynwood)區，惟皮尼拉斯郡(Pinellas)及棕櫚灘郡(Palm Beach)近期亦出現零星本土病例，連同布勞沃德郡(Broward)及邁阿密郡(Miami-Dade)共 4 郡旅遊疫情建議列為警示(Alert)。

2.新加坡本土疫情

- (1)新加坡 8/27 公布該國首例本土病例後，8/29 累計確診 56 例，皆為阿裕尼灣(Aljunied Crescent)、沈氏通道(Sims Drive)區之居民或工作者，包含首例馬來西亞籍 47 歲女性、2 名父子、1 名工地工作者及 1 名無業男性，其餘個案多為某建築工地之外籍勞工。
- (2)個案近期均無茲卡疫情流行區旅遊史，研判該區出現社區傳播，由於部分病例有卡迪軍營(Khatib Camp)、三巴旺通道(Sembawang Drive)等其他地區活動史，預期病例數將持續增加。
- (3)WHO 表示對全球風險無改變，新加坡提供有效監測系統偵測茲卡的經驗，並鼓勵各國通報，以協助了解全球茲卡病毒傳播情形。

3.WHO 8/24 宣布 2015 至 2016 年累計 67 國家／屬地出現本土流行疫情

- (1)57 個國家／屬地持續具流行疫情或可能有本土傳播：新增巴哈馬。
 - (2)10 國 2007–2015 年曾有疫情，惟 2016 年尚未報告病例：柬埔寨、馬來西亞、寮國、孟加拉、馬爾地夫等。
 - (3)11 國出現性傳播本土病例：美、加、義、法、葡、紐、德、阿根廷、智利、秘魯及西班牙。
 - (4)20 國有小頭症／先天性畸形個案：巴拉圭、巴西、巴拿馬等中南美洲 14 國、西班牙等歐洲 2 國、大洋洲法屬玻里尼西亞、非洲維德角、美國及加拿大共 20 國；巴西約 1,800 例，其他國家約 1–29 例。
 - (5)18 國出現 GBS 病例或 GBS 發生率增加：巴西、巴拿馬等中南美洲 16 國、法屬玻里尼西亞、格瑞那達。
 - (6)奧運期間無接獲通報與巴西奧運相關確診病例，考量茲卡病毒潛伏期，推斷近期可能發生零星病例。
- 4.泛美衛生組織(PAHO)公布美洲地區國家病例均呈下降趨勢，惟哥斯大黎加、尼加拉瓜、聖巴瑟米、美屬波多黎各等 4 國家／屬地疫情呈上升趨勢。

(二)我國第 33–34 週新增 1 例確定病例，今年迄 8/28 累計 6 例，均為境外移入病例，2 例來自泰國，印尼、聖露西亞、聖文森及格瑞那丁、美國佛羅里達州各 1 例。

五、黃熱病

(一)國際疫情

國家 累計數	疫情 趨勢	2016年			備註
		截止點	疑似病例 (死亡數)	確診及極可能病例 (死亡數)	
剛果民主 共和國	持續	8/24	2,410	75(16)	本土病例集中於西部金夏沙等3省
安哥拉	趨緩	8/18	3,984(369)	891(120)	自6/23起無新增確診病例
烏干達	持續	6/1	68	7	與該國2010年疫情相關
秘魯	持續	8/13	146(19)	79	高於近5年全年總數和

(二)疫情評析

1. WHO 8/26 表示剛果民主共和國疫情持續擴散，約三成行政區通報逾病例；安哥拉疫情趨緩，上週公布回溯性發現 4 月發病之 12 例，自 6 月底後無新增，今年已為 1 千 8 百萬人(75%)施打疫苗。
2. WHO 表示整體疫情風險評估不變，由於該兩國持續進行大規模疫苗接種活動，疫情可望結束，惟 9 月當地雨季將至且偏遠地區疫苗接種不易等因素，風險仍高。

六、國際間旅遊疫情建議等級

疫情	國家/地區		等級	旅行建議	發布日期
人類禽流感	中國 大陸	浙江省、廣東省、安徽省、湖南省、上海市、江西省、江蘇省、四川省、福建省、山東省、湖北省、河北省、北京市、天津市、遼寧省、河南省	第二級 警示(Alert)	對當地採取 加強防護	2016/7/27
		其他省市，不含港澳	第一級 注意(Watch)	提醒遵守當地的一般預防措施	2015/8/18
登革熱	東南亞地區 9 個國家： 印尼、泰國、新加坡、馬來西亞、菲律賓、寮國、越南、柬埔寨、緬甸 南亞地區 1 國家：斯里蘭卡		第一級 注意(Watch)	提醒遵守當地的一般預防措施	2016/8/16
麻疹	中國大陸、哈薩克、蒙古、馬來西亞、剛果民主共和國、獅子山、奈及利亞、印度				2016/7/12

黑字粗體：疫情更新

(續上頁表格) 國際間旅遊疫情建議等級表

疫情	國家/地區	等級	旅行建議	發布日期
中東呼吸症候群冠狀病毒感染症 (MERS)	沙烏地阿拉伯	第二級 警示(Alert)	對當地採取 加強防護	2015/6/9
	中東地區通報病例國家： 阿拉伯聯合大公國、約旦、 卡達、伊朗、阿曼、科威特	第一級 注意(Watch)	提醒遵守當地的一 般預防措施	2015/9/30
小兒麻痺症	巴基斯坦、阿富汗、奈及利亞	第一級 注意(Watch)	提醒遵守當地的一 般預防措施	2015/12/1
茲卡病毒 感染	北美洲 1 國、中南美洲 44 國/ 屬地、大洋洲 6 國/屬地、 亞洲 5 國、非洲 2 國	第二級 警示(Alert)	對當地採取 加強防護	2016/8/29
	亞洲 5 國、大洋洲 4 國/屬地、 非洲 1 國	第一級 注意(Watch)	提醒遵守當地的一 般預防措施	2016/7/12
拉薩熱	奈及利亞、多哥	第一級 注意(Watch)	提醒遵守當地的一 般預防措施	2016/6/14
黃熱病	安哥拉、剛果民主共和國、 烏干達	第一級 注意(Watch)	提醒遵守當地的一 般預防措施	2016/5/31

黑字粗體：疫情更新

創刊日期：1984 年 12 月 15 日

出版機關：衛生福利部疾病管制署

地 址：臺北市中正區林森南路 6 號

電 話：(02) 2395-9825

發行人：周志浩

總編輯：黃婉婷

執行編輯：陳學儒、劉繡蘭

網 址：<http://www.cdc.gov.tw/>

文獻引用：[Author].[Article title].Taiwan Epidemiol Bull 2016;32:[inclusive page numbers].[DOI]