



醫院感染管制 查核基準及評分說明

依「醫院感染管制查核作業說明會
101年4月5～6日」辦理說明

主講人：馬偕醫院 李聰明 醫師
馬偕醫院 姜秀子 組長



主講人簡介

- 馬偕醫院 李聰明 醫師
- 馬偕醫院感染科/感染管制中心主任醫師
- 台灣感染管制學會理事長



主講人簡介



■ 姓名 姜秀子

■ 學歷 高雄醫學院 護理系

■ 現職 馬偕醫院 感染管制中心 組長

■ 經歷

1992/6- 迄今 馬偕醫院感染管制

1991/5-1992/6 馬偕醫院內科加護病房

1991/6 高醫護理系畢

■ 電子郵件 hideko@ms1.mmh.org.tw



學習目標

- 瞭解指標說明內容
- 提升醫療品質
- 確保住民安全



感控查核基準研修說明

- 本基準係依據傳染病防治法第三十二條第二項之規定訂定，查核項目係依據醫療機構執行感染控制措施查核辦法及經中央衛生主管機關指示執行之防治措施研擬，並經衛生署醫院感染控制專家諮詢委員會議通過。



感控查核基準研修說明

- 依醫療機構執行感染控制措施查核辦法第二條之規定，本查核基準適用醫療法規定申請設置之綜合醫院、醫院、專科醫院、慢性醫院、精神科醫院及經中央主管機關指定之醫療機構。



感控查核基準研修說明

- 醫院感染管制查核應考量醫院個別情形，選擇適當的查核項目予以評量，**101**年度查核項目共計**10**大項**30**項次，其中包含**10**項可選項目（**Not Applicable**），項目彙整如下表：



醫院感染管制查核項目一覽表

大 項	項目數	可選項目
1 持續性院內感染管制品質改善	1	1
2 實行組織性的感染管制管理	2	0
3 院內感染管制防治措施	4	1
4 配合主管機關政策對傳染病進行監測、通報及防治措施	6	1
5 發燒篩檢、動線規劃、隔離措施、追蹤調查及危機處理	2	0
6 員工保護措施	2	0
7 為降低感染風險，提供安全、乾淨、合宜的照護環境	5	2
8 醫院感染管制及傳染病教育訓練	2	0
9 抗生素抗藥性管制措施	4	3
10 特殊照護服務之感染管制防治措施	2	2
項目合計	30	10

※基準項次4.2為新增項目，本年度僅納入試評，不列入成績計算。



感控查核基準研修說明

■ 評量方式

➤ 採五項式評量（**A-E**代表達成度），若不適用，則以本項免填（**Not Applicable, NA**）表示。

- **A**：優
- **B**：良
- **C**：符合規定
- **D**：應設法改善
- **E**：應限期改善



感控查核基準研修說明

■ 101年查核基準與評分說明研修原則

- 為維持法規用語的一致性，將查核基準中所有「感染控制」之用詞修正為「感染管制」。
- 針對基準2.1-2.2、3.1-3.2、3.4、5.1、6.1-6.2、7.1-7.4、8.1、9.1-9.4及10.1-10.2共計19項與醫院評鑑相同之項目，為維持基準的一致性，原則上不予大幅修正。
- 針對基準1.1、3.3、4.1-4.7、5.2、7.5、8.2等12項次，因基準條文偏重於傳染病監測及防治、防疫物資存量、醫院員工感染管制相關教育訓練等隸屬疾病管制局與地方衛生主管機關督導業務內容，因此前開項次則進行查核基準及評分說明內容與評量共識之修訂。

■ 查核基準

- 10大項30細項，含10項可選項目。
- 其中19細項與評鑑基準對應。



與評鑑基準對應之項次-共19項(1/3)

項次	查核基準
2.1	應設立感染管制單位，聘有合格且足夠之感管人力負責業務推行(評鑑2.7.1)
2.2	成立院內感染管制委員會，有定期開會並有紀錄，且確實執行會議決議事項(評鑑2.7.2)
3.1	制訂及更新感染管制手冊，定期收集院內感染管制及國際最新傳染病疫情，並確實傳達及執行(評鑑2.7.3)
3.2	定期對院感染的發生及其動向開會檢討分析，並訂定改善方案(評鑑2.7.7)
3.4	有效管理院內用餐、購物環境(評鑑1.7.12 C-1)
5.1	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(評鑑2.7.8)



與評鑑基準對應之項次-共19項(2/3)

項次	查核基準
6.1	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(評鑑2.7.6)
6.2	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(評鑑2.7.5)
7.1	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(評鑑2.7.4)
7.2	確實執行衛材、器械、機器之滅菌及清潔管理(評鑑2.7.14)
7.3	供應中心應配置適當人力，清潔區及污染區應做區隔且動線規劃合宜(評鑑2.7.15)
7.4	定期環境監測與衛材管理機制(評鑑2.7.13)



與評鑑基準對應之項次-共19項(3/3)

項次	查核基準
8.1	訂有完善的員工感染管制教育訓練(評鑑1.4.10)
9.1	應有抗生素使用管制措施及執行情形紀錄表(評鑑2.7.9)
9.2	正確使用預防性抗生素(評鑑2.7.10)
9.3	門診抗生素使用情形合理(評鑑2.7.11)
9.4	對多重抗藥性菌種作有效的管理及通報(評鑑2.7.12)
10.1	透析照護服務之感染管制作業(評鑑2.4.20)
10.2	呼吸照護服務感染管制作業(評鑑2.4.28)



第1大項

持續性院內感染管制品質改善



(可選項目)

1.1 前次查核缺失及建議事項是否有所改善

- 「前次查核建議事項」係指查核結果評量為B、C之項目及綜合評語之改善事項；
- 「前次查核缺失事項已改善項目比例」係指查核結果評量為D、E之項目，實地查核時應確認院方確實有改善之動機或事實，始得認定。



(可選項目)

1.1 前次查核缺失及建議事項是否有所改善

- 若受查醫院「無前次查核缺失事項」，則以B-1「針對前次查核建議事項訂有院內感染管制持續性改善計畫」進行評量，若無前次查核建議事項，仍應訂有院內感染管制持續性改善計畫，如未訂有院內感染持續性改善計畫，則評為C。



(可選項目)

1.1 前次查核缺失及建議事項是否有所改善

評分說明

C：前次查核缺失事項已進行改善，且已改善項目比例 $\geq 50\%$ 。

本項免填：新設立機構第一次接受查核者。



第2大項 實行組織性的感染管制管理



2.1應設立感染管制單位，聘有合格且足夠之感管人力負責業務推行

評分說明

C：

1. 設有感染管制部門，應明訂工作職責及組織圖之定位。

2. 聘有接受感染症醫學訓練之專科醫師：

(1) 總病床數500床(含)以上醫院：

每500床聘有1名接受感染症醫學訓練之專任專科醫師，且至少50%於一年內接受感染管制訓練，累計學分達20學分以上；如屬精神科醫院，至少有1名接受感染症醫學訓練之兼任專科醫師及由前一年參加專業學會認可之感染管制訓練達20學分以上之醫師負責感管業務推行。



2.1應設立感染管制單位，聘有合格且足夠之感管人力負責業務推行

評分說明

C：

2. 聘有接受感染症醫學訓練之專科醫師：

(2) 300床以上未滿500床之醫院：

應聘有1名接受感染症醫學訓練之兼任專科醫師及由前一年參加專業學會認可之感染管制訓練達20學分以上之醫師負責感染管制業務推行；如屬精神科醫院，可由前一年參加專業學會認可之感染管制訓練達20學分以上之醫師負責感管業務推行。



2.1應設立感染管制單位，聘有合格且足夠之感管人力負責業務推行

評分說明

C：

2. 聘有接受感染症醫學訓練之專科醫師：

(3) **未滿300床醫院**，可由前一年參加專業學會認可之感染管制訓練達20學分以上之醫師負責感管業務推行。

3. 聘有感染管制人員：

(1) **300床以上醫院**，每300床聘有1名專任感染管制護理人員且至少50%於一年內接受感染管制訓練，累計學分達20學分以上。

(2) **未滿300床醫院**，須由前一年參加專業學會認可之感染管制訓練達20學分以上之護理人員負責感管業務推行。



2.1應設立感染管制單位，聘有合格且足夠之感管人力負責業務推行

- 一般醫院評分說明C-2（2）及（3）「由前一年參加專業學會認可之感染管制訓練達20學分以上之醫師負責感管業務推行」評分說明C-3（2）「由前一年參加專業學會認可之感染管制
- 訓練達20學分以上之護理人員負責感管業務推行」及精神科醫院評分說明C-2（1）及（2）「由前一年參加專業學會認可之感染管制訓練達20學分以上之護理人員負責感管業務推行」



2.1應設立感染管制單位，聘有合格且足夠之感管人力負責業務推行

- 專業學會認可之感染管制訓練達20學分以上之醫師負責感管業務推行」
- 評分說明C-3（2）「由前一年參加專業學會認可之感染管制訓練達20學分以上之護理人員負責感管業務推行」
- 評分說明B-4（1）及A-2（3）所提「可由前一年參加專業學會認可之感染管制訓練達20學分以上之醫檢師負責感管業務推行」



2.1應設立感染管制單位，聘有合格且足夠之感管人力負責業務推行

- 人員負責感管業務推行，前述之「感管受訓學分」採從寬認定，含括行政院衛生署委託辦理醫師繼續教育課程積分審查認定及積分採認之醫學團體，其所認定之感染管制課程積分或由感管相關學會及其他醫學相關單位辦理，且內容為感管相關議題，經學分認定後，均可認計，唯數位學習時數不予認列於感染管制訓練20學分內。



2.1應設立感染管制單位，聘有合格且足夠之感管人力負責業務推行

- 評分說明C-1規範需設有「感染管制部門」一詞，鑒於各家醫院辦理感染管制業務單位名稱不盡相同，實地查核時不須拘泥於單位名稱，查核重點為確認該單位具處理/執行感染管制相關業務之功能。



2.1應設立感染管制單位，聘有合格且足夠之感管人力負責業務推行

- 本項基準所提「接受感染症醫學訓練之專科醫師」以持有台灣感染症醫學會授予之「感染症專科醫師證書」認定；
- 「感染管制護理人員」及「感染管制醫檢人員」以持有台灣感染管制學會授予之「感染管制師證書」認定。



2.1應設立感染管制單位，聘有合格且足夠之感管人力負責業務推行

- 醫師、感染管制人員人力核算期間為查核前一年4月至查核當年3月，如遇人力異動，人力缺額期間不得超過4個月。
- 其人力待聘期間仍需指定醫師、感染管制人員代理業務。專、兼任醫師人力均以前述原則核算。



2.1應設立感染管制單位，聘有合格且足夠之感管人力負責業務推行

■ 有關兼任人力之相關說明

- 一 醫院聘任兼任感染症專科醫師每週支援總時數應達4小時以上(支援人力不限1人；支援總時數不含門診看診時數)，並實際從事感染管制工作，且須有正式聘書及衛生單位之支援報備相關證明。



2.1應設立感染管制單位，聘有合格且足夠之感管人力負責業務推行

■ 有關兼任人力之相關說明

- 一 醫院聘任兼任感染管制護理師每週支援指導感管工作時數，100床以上應達8小時以上，未滿100床者應達4小時以上，且須有正式聘書及衛生單位之支援報備相關證明。



2.1應設立感染管制單位，聘有合格且足夠之感管人力負責業務推行

■ 有關兼任人力之相關說明

- 感染管制專責護理人員及專科醫師人力計算，以超過基準值1床則需增加人力1名：如未滿300床(含)醫院，需1名專責感染管制護理人員，301床醫院則需專責感染管制護理人員2名；醫院規模501床則需聘2名感染症專科醫師。

- 病床數之計算係指醫事管理系登錄開放病床數，非醫院登記病床數。



2.2成立院內感染管制委員會，有定期開會 並有紀錄，且確實執行會議決議事項

評分說明

C：

1. 設有院內感染管制委員會，具有組織章程及成員資料備查。
2. 委員會主席為醫院主管(院長或副院長，且為醫師)。
3. 至少每**3個月**召開一次會議且有會議紀錄備查，會議紀錄均由院長批示，並有前次會議決議執行報告。
4. 確實執行會議決議，且決議事項均照會相關單位協助執行。



2.2成立院內感染管制委員會，有定期開會 並有紀錄，且確實執行會議決議事項

評分說明

【急性病床49床以下醫院適用以下標準】

C：至少每3個月召開一次全院性院內感染管制相關會議且有會議紀錄備查，會議紀錄均由院長批示，並有前次會議決議執行報告。



2.2成立院內感染管制委員會，有定期開會 並有紀錄，且確實執行會議決議事項

■ 鑒於醫院規模及組織架構不同，其委員會之設置亦有不同，醫院如有下述情況均可認定：

- 一 受查醫院設有多個委員會（如：院感委員會、結核病防治委員會、抗生素管制委員會等），分別針對委員會相關議題（如結核病診治、抗生素管制等）定期開會討論，並有紀錄。



2.2成立院內感染管制委員會，有定期開會 並有紀錄，且確實執行會議決議事項

- 受查醫院規模較小，該院感管相關議題亦可提至院務會議討論，惟至少每三個月需做一次報告及討論，並有紀錄備查。
- 若受評醫院為相關體系醫院，其感管委員會組織得以體系規劃，共同召開會議，惟會議紀錄或追蹤辦理情形仍須呈現各院區執行情況。



2.2成立院內感染管制委員會，有定期開會 並有紀錄，且確實執行會議決議事項

- 評分說明B-1「委員會有1位成員曾受流行病學訓練者」，係指委員會成員有國內外公私立大專院校之公衛科系所或有參加國內外學術機構、相關學（協）會規劃之流行病學研習會或訓練課程，領有結業證書均可認列，查核時不限定證書取得年份。



2.2成立院內感染管制委員會，有定期開會 並有紀錄，且確實執行會議決議事項

- 評分說明B-3「感管會議內容包含結核病、抗生素管制及傳染病疫情因應等感管相關議題」，各項議題討論頻次可依據個案數、發生情形等進行調整。



2.2成立院內感染管制委員會，有定期開會 並有紀錄，且確實執行會議決議事項

- 評分說明A-1「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，且成效良好」係指醫院有針對院內突發感染相關事件進行開會討論並有紀錄，前述會議未限定須為「院內感染管制委員會」所召開之會議，若至病房或其他相關單位討論或感染管制小組所召開之會議亦可認列。



2.2成立院內感染管制委員會，有定期開會 並有紀錄，且確實執行會議決議事項

- 評分說明中有關「**感染管制委員會**」之名稱，醫院可以用不同名稱呈現，實地查核時不須拘泥於單位名稱，查核重點為確認該委員會實際有**定期開會**討論感管相關議題，並**追蹤院內**各單位**落實執行**會議決議事項。



第3大項 院內感染管制防治措施



3.1 制訂及更新感染管制手冊，定期收集院內感染管制及國際最新傳染病疫情，並確實傳達及執行

評分說明

C：

1. 制訂感染管制手冊並定期修訂(包括修訂之年月日)；且提供給相關部門確實執行。
2. 手冊內除記載組織體制之外，應記述具體感染管制對策及相關人員的感染處理對策。
3. 手冊記載標準預防措施(standard precaution)，含不同感染途徑預防措施(如：空氣感染預防措施、飛沫感染預防措施、接觸感染預防措施等)。



3.1 制訂及更新感染管制手冊，定期收集院內感染管制及國際最新傳染病疫情，並確實傳達及執行

評分說明

C：

4. 針對醫院服務特性，訂定其他執行各項醫療行為之感染管制標準作業程序，例如侵入性感染管制標準作業程序。
5. 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。
6. 醫院對於感染管制負責人所執行的資訊提供及教育活動，在經費、人力及場所均能有實質的支援。



3.1 制訂及更新感染管制手冊，定期收集院內感染管制及國際最新傳染病疫情，並確實傳達及執行

- 有關各院制訂之感染管制手冊、院內感染相關作業所使用名稱，不限定使用「院內感染（Nosocomial Infection）」或「醫療照護相關感染（Healthcare-associated Infection, HAI）」。



3.1 制訂及更新感染管制手冊，定期收集院內感染管制及國際最新傳染病疫情，並確實傳達及執行

■ 評分說明B所提「專人」係指專責人員負責；「適時訂定或修訂感染管制手冊」，則於實地查核時依據手冊的版本、內容與實際狀況做判斷，確認是否定期更新：

- 建議醫院應有**3年**更新之機制，針對手冊進行整體之審視與修訂。
- 因應感管發展（如政策配合、疫病、感管新知、MDRO感管政策等）適時更新。



3.1 制訂及更新感染管制手冊，定期收集院內感染管制及國際最新傳染病疫情，並確實傳達及執行

- 有關評分說明B1「定期蒐集國內、外感染管制相關規定，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」其中提及「專人」字眼建議於年底研修時刪除並請承辦單位錄案。
- 本項查核時僅需確認醫院是否有定期修訂「感染管制手冊」，如於實地查核時可依據手冊的版本、內容與實際狀況作判斷，以確認是否定期更新。



3.2定期對院內感染的發生及其動向開會檢討分析，並訂定改善方案

評分說明

C：

1. 依醫院之機能及規模，能掌握手術部位感染率及件數，或加護病房等處理重症病人部門之血流感染、尿路感染及肺炎感染率等重要感染指標。
2. 明確訂定迅速察知病房的菌種變化機制，並且採取因應措施。
3. 感染管制指標能回饋相關醫護人員，以致力於改善措施，並制訂具體的改善方案且確實實施。
4. 訂有院內群聚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感染事件有調查處理報告。



3.2定期對院內感染的發生及其動向開會檢討分析，並訂定改善方案

評分說明

【精神科醫院及未評鑑醫院適用以下標準】

C：

1. 應建置感染管制監測機制。
2. 應每個月統計及分析院內感染事件，並留存各種報表及呈核紀錄。
3. 定期於院感管制委員會報告監測成果。
4. 訂有院內群聚感染發生之危險處理標準作業流程，並針對發生之院內群聚感染事件有調查處理報告。



3.2定期對院內感染的發生及其動向開會檢討分析，並訂定改善方案

- 若醫院未發生院內群聚感染事件，其訂有院內群聚感染發生之危機處理標準作業流程，並訂有尋求協助之應變機制，即達成本項基準評分說明C之要求。



3.2定期對院內感染的發生及其動向開會檢討分析，並訂定改善方案

- 評分說明B-4所提「台灣院內感染監視資訊系統」僅採計正式機年度1至12月資料（即線上通報及交換中心正式通報），且須於隔年度4月30日前完成通報12個月感染個案及各病房住院人日數之月維護資料。



3.2定期對院內感染的發生及其動向開會檢討分析，並訂定改善方案

- 有關評分說明B-2所提「導入」，實地查核審查醫院是否導入組合式感管措施之方式，包括：
 - － 實地查核時確認院內執行單位有使用中央靜脈導管或存留導尿管或呼吸器侵入性醫療裝置之病人，訂有使用組合式感染管制措施（bundle intervention）之標準作業流程且有CHECK LIST資料存留；
 - － 訂有執行計畫，並有遵從性評估、執行成果分析等報告或於感委會等會議討論計畫執行情形之紀錄。



3.2定期對院內感染的發生及其動向開會檢討分析，並訂定改善方案

■ 備註：

- 醫院可依據其提供之服務特性，經風險評估後，針對院內高風險單位逐步導入組合式感染管制措施(bundle intervention)。
- 「院內若於加護病房、一般病房或其他醫療單位中，任一單位執行中央靜脈導管、存留導尿管、呼吸器任一侵入性醫療裝置的使用，經上述審查方式確認該項措施已列入執行單位之常規作業，則視為有導入組合性感染管制措施」。



3.2定期對院內感染的發生及其動向開會檢討分析，並訂定改善方案

■ 備註：

- 本項基準之核算期間為實地查核時醫院單位內備有導入組合式感染管制措施（**bundle intervention**）之紀錄，即認定院內有導入相關措施。



3.3訂有陪病及探病之原則或管理之標準作業程序

評分說明

C：

1. 訂有完整的陪病及探病管理作業程序(SOP)。
2. 適時檢討更新相關SOP。
3. 第一線工作人員清楚瞭解陪病及探病規範。



3.3訂有陪病及探病之原則或管理之標準作業程序

- 評分說明C-2「適時檢討更新相關SOP」比照感染管制手冊之更新頻率（建議醫院應有3年更新或因應感管疫情發展適時更新）。
- 評分說明A-1「因應特殊疫情，及時修訂陪病及探病之原則或管理之標準作業程序」，其「特殊疫情」應包含院內發生之疫情，且因應疫情之不同，陪探病原則應有相對應之修訂，無法以通則涵蓋之。



3.3訂有陪病及探病之原則或管理之標準作業程序

- 評分說明A-2「落實執行醫院內訂定之各項陪探病管理作業程序」，應由醫院呈現平時及因應特殊疫情陪探病管理作業之具體作為。



(可選項目)

3.4有效管理院內用餐、購物環境

評分說明

C：

1. 院內之用餐或購物區，除應符合衛生等相關法規外，並須就下列事項訂有管理規範如：

- (1) 醫院員工進入用餐、購物區之管理(如：是否限制穿著隔離衣帽、手術服與手術室拖鞋者之出入等)。
- (2) 病人進入用餐、購物區之管理(如：是否限制穿著病人服、推點滴架或其他輸液或導管者之出入等)。
- (3) 用餐、購物區避免病菌污染與傳播之具體作法。



(可選項目)

3.4有效管理院內用餐、購物環境

評分說明

C：

2. 依據醫院醫療服務特性，訂有醫院販賣部(商店街)院內感染相關管制措施，其中應包含環境清潔及人員管理等規範。

3. 上述2項作業應有執行及查核紀錄。

本項免填：無設置販賣部(商店街)者。



(可選項目)

3.4有效管理院內用餐、購物環境

- 評分說明C-1(1)至(3)所提事項，若院內訂有相關管理規範，即符合C-1之標準。
- 評分說明C-3所提「查核紀錄」，可由院方提出院內針對販賣部(商店街)之管理部門進行查核之紀錄。



(可選項目)

3.4有效管理院內用餐、購物環境

- 評分說明A-1「因應特殊疫情，及時修訂醫院販賣部(商店街)院內感染管制措施」，其「特殊疫情」應包含院內發生之疫情。
- 評分說明A-2「落實執行醫院內訂定之各項販賣部(商店街)院內感染管制措施」，應由醫院呈現具體作為。



第4大項

配合主管機關政策對傳染病進行監測、通報及防治措施



4.1訂有傳染病監視通報機制，並有專人負責傳染病之通報並主動與當地衛生機關連繫

評分說明

C：

1. 具有傳染病監視通報機制，並有專責人員負責通報與聯繫事務。
2. 訂有院內傳染病檢體包裝運送相關作業程序，並有專責人員負責傳染病檢體包裝運送業務。
3. 傳染病通報之病例數均有統計並建檔，且以網路方式進行傳染病通報。



4.1訂有傳染病監視通報機制，並有專人負責傳染病之通報並主動與當地衛生機關連繫

評分說明

【精神科醫院或急性病床49床以下醫院適用以下標準】

C：

1. 具有傳染病監視通報機制，並有專責人員負責通報與聯繫事務。
2. 訂有院內傳染病檢體包裝運送相關作業程序，並有專責人員負責傳染病檢體包裝運送業務。



4.1訂有傳染病監視通報機制，並有專人負責傳染病之通報並主動與當地衛生機關連繫

- 評分說明C-2所提「傳染病檢體」，係指所有可能發生傳染之檢體均須訂有包裝及運送標準作業流程，非僅針對法定傳染病之檢體。



【試評】（可選項目）

4.2具有痰液耐酸性塗片陽性病人之 相關感管措施

評分說明

C：住院病人具有下列感管相關規範措施者：

1. 於首次耐酸性塗片陽性報告24小時內，通知診療醫師。
2. 有適當的隔離處置。
3. 使用人工氣道合併呼吸器病人原則上使用密閉式抽痰。
4. 將報告結果記載於病歷，並具有知會醫療照護工作人員要配戴N95以上等級防護裝備照護病人之措施。

本項免填：無痰液耐酸性塗片陽性報告之住院病人。



(可選項目)

4.2具有痰液耐酸性塗片陽性病人之 相關感管措施

- 評分說明C-1所提「通知診療醫師」可於不同紀錄單呈現，如：電話紀錄或轉診單等。
- 評分說明C-2所提「適當的隔離處置」係指將病人安置於負壓隔離病房、獨立空調系統之單人病室、空調關閉且窗戶流通之單人病室、病房獨立區、居家隔離或轉至具有負壓隔離設施之院所。



(可選項目)

4.2具有痰液耐酸性塗片陽性病人之 相關感管措施

- 評分說明C項感染管制相關規範措施，僅C-4報告結果需記載於病歷中，其餘項目不侷限於病歷紀錄呈現，相關佐證資料亦可。



4.3有專人負責結核病個案管理及衛教工作

評分說明

C：

- 1.有專責人員負責結核病個案管理工作。
- 2.有專責人員負責結核病衛教工作，並有具體衛教內容及成果者，如衛教項目、對象、方式、接受衛教人數等。

【未收治結核病個案醫院適用標準】

C：

指派專責人員負責結核病衛教工作，並有具體衛教內容及成果者，如衛教項目、對象、方式、接受衛教人數等。



4.3有專人負責結核病個案管理工作

- 未收治結核病個案之醫院係指未收治結核病個案門診及住院之醫院。
- 評分說明A係指列管中照護之結核病個案每超過100位，需增設1名專職結核病個案管理專員。例如：列管中照護之結核病個案若有101位，則需設置2名專職結核病個案管理專員才符合標準。



4.4具有結核病診治機制

評分說明

C：

1. 有成立常規運作的結核病委員會，前一年通報病例 <50 例者，可由感染管制委員會兼辦結核病防治業務，並有後續追蹤列管紀錄。
2. 收治 ≥ 50 例結核病例之醫院，至少每三個月開會一次報告收治中之結核病病例診治現況，並有後續追蹤列管紀錄。
3. 結核病委員會平時負責審核院內開出之抗結核藥物處方。



4.4具有結核病診治機制

評分說明

【未收治結核病個案醫院適用標準】

1. 有個案發現的標準作業流程。
2. 依常規執行住院病人胸部X光檢查。
3. 門診病人接觸史及結核病疑似症狀問診、胸部X光及痰液相關檢查。
4. 留有相關紀錄文件備查。

C：達成2項指標者。



4.4具有結核病診治機制

- 【未收治結核病個案醫院適用標準】之評分說明「2.依常規執行住院病人胸部X光檢查」，其胸部X光檢查對象應排除孕婦。



4.5住院確定為結核病之病人，有完整的 院內接觸者的追蹤資料

評分說明

C：

1. 訂有完整的接觸者追蹤機制。
2. 痰抹片陽性結核病人之院內接觸者中，有提出追蹤列管相關資料之比例 $\geq 90\%$ 。
3. 有將此機制納入員工在職及勤前教育訓練課程。



4.5住院確定為結核病之病人，有完整的 院內接觸者的追蹤資料

- 評分說明C-2「痰抹片陽性結核病人之院內接觸者中，有提出追蹤列管相關資料之比例 $\geq 90\%$ 」應由醫院提供追蹤者提列清單之紀錄。
- 評分說明B-2「針對身分為醫院工作人員之院內接觸者，有主動提供結核病感染的診斷及治療」即指醫院應訂有該類機制，若有實際執行時，則需有紀錄。



4.5住院確定為結核病之病人，有完整的 院內接觸者的追蹤資料

- 評分說明B-3所提「主動轉介」應由醫院提供「主動轉介」之佐證資料。
 - 評分說明「註一」，若發生於加護病房時，若其院內接觸者為「病人」，則開放空間以同一區域計，完全隔間病室則以單一病室計，未完全隔間病室視同開放空間。



4.6防疫物資貯存符合規定

評分說明

C：

1. 防疫物資(N95口罩、防護衣、外科手術口罩)儲存量符合「防疫物資及資源建置實施辦法」相關規定。
2. 防疫物資儲存條件(溫度、濕度、置於貨架、分類貯存及使用紀錄)符合規定。
3. 定期登錄防疫物資管理資訊系統(MIS)，逾期登錄次數<3次。



4.6防疫物資貯存符合規定

- 有關防疫物資之貯存，如醫院與廠商簽訂代庫存合約，在契約中應明訂廠商倉庫中應有僅屬於該院之實體庫存及專區，並應定期訪視倉儲並做成相關紀錄，且於感管查核當日提供各項證明文件，俾利檢視其庫存數量與儲存環境是否符合查核基準。
- 評分說明中未規範院外倉儲應定期訪視之時間及紀錄部分，由醫院自行制定循環時間，惟記錄內容應與衛生局之要求相同，如：溫濕度每日記錄1次、領用紀錄每月更新1次。



4.6防疫物資貯存符合規定

- 評分說明C-2「防疫物資儲存條件」依據疾病管制局「100年度防疫物資一個人防護裝備儲備查核計畫」溫控指空調，一般為室溫不高於35℃；濕控指除濕，宜低於80%RH，溫濕控或可依各類物資供應商之建議；貨架指物資放於貨架、櫃子或棧板上；分類貯存指各項物資應分類放置並有明顯標示，使用紀錄包括領用紀錄及耗損登記。



4.6防疫物資貯存符合規定

- 評分說明C-3「定期登錄防疫物資管理資訊系統（MIS），逾期登錄次數＜3次」逾期登錄次數由衛生局於查核前事先提供相關資料予受查醫院。



4.6防疫物資貯存符合規定

■ 評分說明C-3「防疫物資管理資訊系統」逾期登錄時間之計算方式說明如下：

- － 使用單位至少每7天須於系統登錄乙次；
- － 上開規定期限之計算方式，係以最後一次登入日之次日做為起算第1日，再往後至第7日之午夜12點止(非登錄時間)。



4.6防疫物資貯存符合規定

— 如：工作人員最後一次登錄時間為本(101)年1月2日(星期一)之任一時間點(0時0分5秒~23時59分59秒)，則下次登錄時間期限為下一個星期一(1月9日)午夜12點(23時59分59秒)前。

■ 評分說明C-3「定期登錄防疫物資管理資訊系統(MIS)，逾期登錄次數<3次」逾期登錄次數由衛生局於查核前事先提供相關資料予受查醫院。



第5大項

發燒篩檢、動線規劃、隔離措施、追蹤調查及危機處理



5.1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

評分說明

C：

1. 病人就診動線規劃適當；急診、門診依不同狀況訂定符合實務需求的個人防護裝備(personal protection equipments, PPE)使用標準。
2. 訂有急診、門診發燒篩檢及不明原因發燒病人處理標準作業程序，且第一線工作人員均瞭解。
3. 急診、門診有提示醫師詢問旅遊史(travel history)、職業別(occupation)、接觸史(contact history)及是否群聚(cluster)之機制。
4. 收治疑似或確定傳染病病人，其人員穿脫PPE及廢棄物清理之動線規劃適當，並有適當的配套處理措施。



5.1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

評分說明

C：

5. 訂有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程序。
6. 若有負壓隔離病室，應能明確顯示負壓狀況(負壓：內部壓力低於外面壓力)及負壓值，並有維護保養檢測紀錄；負壓隔離病房區域應具有良好動線管制。
7. 如有新興傳染病疫情發生時，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。
8. 訂有大規模感染事件發生之應變計畫，擬定支援單位的原則及序位，以及支援人數的合理推估。



5.1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

■ 評分說明C-1「依不同狀況訂定符合實務需求的個人適當防護裝備使用標準」係指其內容須記載於院內工作手冊或感染管制網頁。

- 有關評分說明C-3所提「急診、門診有提示醫師詢問旅遊史(travel history)、職業別(occupation)、接觸史(contact history)及是否群聚(cluster)之機制」



5.1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

- 門診：由醫師視病人個案情況判斷，如：是否有發燒、咳嗽等情況予以判斷是否詢問旅遊史、職業別、接觸史及是否群聚等事件。
- 急診：就診病人均需詢問旅遊史、職業別、接觸史及是否群聚等事件。

■ 評分說明C-5所指「疑似或確定傳染病病人」非僅限於『法定』傳染病病人。



5.1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

■ 評分說明B-2「定期辦理PPE教育訓練及動線之實地或桌上演習訓練」『定期』係指至少每年一次，而教育訓練辦理單位不限於感染管制單位，但須有紀錄備查。

- 評分說明B-3係指提具依該院大規模感染事件應變計畫中所規劃的支援單位與人力需求，院方自行擬定之訓練課程、受訓計畫與評核機制。其目的係為使受訓人員有能力按院內應變計畫分工執行應盡職責，因此訓練計畫內容不宜僅以院外課程(如傳染病防治醫療網教育訓練)列計。



5.1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

■ 有關評分說明A-2「主動協助社區醫院之感染管制及新興傳染疾病之病人收治，並協助防疫工作」之說明如下：

- 『社區醫院』可定義為社區內其他醫療院所、人口密集機構等有合作聯盟或建教合作之單位，惟不可為受查醫院所附設之。
- 『新興傳染疾病』含括多重抗藥性細菌感染症。



5.1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

- 評分說明A-3所提之「受訓合格人員」，係應提供該院按照B-3所提之訓練課程、受訓計畫與評核機制完成訓練之合格人員名冊，及其受訓課程內容與受訓時間等資料為佐證。



5.2 因應異常事件或群突發訂有緊急調床與消毒作業規範

評分說明

C：針對異常事件或群突發時，訂有緊急關閉、部分清空、收治與消毒作業規範。



5.2 因應異常事件或群突發訂有緊急調床與消毒作業規範

- 評分說明C所提之「緊急關閉、部分清空、收治與消毒作業規範」其內容需視疫情進行更新，其規範內容應含作業流程、人員編制等，且相關人員編列應有代理制度，並應呈現人員姓名，不宜僅以職稱列述，以確保各項作業皆有人員負責執行。



5.2因應異常事件或群突發訂有緊急調床與消毒作業規範

- 評分說明B-2「定期辦理實地或桌上演習訓練」所提之「定期辦理」為至少每年1次，演習訓練之執行範圍不限，惟實地演習需有完整計畫，並備有執行時間、地點、人員及檢討內容紀錄備查。
- 評分說明A「執行成效良好」其認定原則為具有相關作業規範並有檢討改善計畫。



第6大項 員工保護措施



6.1 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

評分說明

C：

1. 訂有醫療照護人員預防接種防疫措施。
2. 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。
3. 訂有院內全體醫療照護人員體溫監測計畫，並有異常追蹤及處理機制。
4. 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，並有檢查結果追蹤及異常處理紀錄。
5. 提供醫護人員符合規定的口罩與手套。



6.1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

- 評分說明C-1「訂有醫療照護人員預防接種防疫措施」及C-3「訂有院內全體醫療照護人員體溫監測計畫，並有異常追蹤及處理機制」，其內容呈現於院內工作手冊或感染管制網頁上且定期更新者均得認定。



6.1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

■ 有關評分說明B-2及C-4之說明如下：

- 一 須接受胸部X光檢查之醫療照護人員係指第一線會接觸到病人的醫療照護人員，包括醫師、護理人員、檢驗技術人員、藥師、緊急救護醫療人員、醫療輔助技術人員、看護人員等及整學期固定在地區級以上教學醫院執勤之醫事實習學生；其他常駐工作人員包括病房書記、清潔人員、傳送人員、掛號人員及批價人員。



6.1 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

- 「常駐工作人員」係指在該院累計駐達3個月以上之人員，非實際工作天數之累計，實習學生需於到院實習前提供相關體檢報告以茲證明。
- X光檢查紀錄可認列採計過去任職醫院之檢查結果，惟須提供期限內之檢查報告，上述所提之報告係指一年內檢查結果始符合要求。



6.1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

- 評分說明C-5所提「符合規定的口罩與手套」係指醫療單位（如護理站、門診等）使用之口罩及手套，以產品外包裝有衛生署醫療器材許可證字號認定，若抽查時為已分裝狀態，建議提出原廠包裝，以利確認。



6.1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

■ 醫療器材許可證字號樣式包括以下6種：

衛署醫器製字第*****號

衛署醫器輸字第*****號

衛署醫器陸輸字第*****號

衛署醫器製壹字第*****號

衛署醫器輸壹字第*****號

衛署醫器陸輸壹字第*****號



6.1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

- 評分說明B-1所提「落實預防接種防疫措施，並將MMR疫苗納入醫院執行之預防接種計畫項目」，本項係指醫院有落實B型肝炎與流感疫苗之接種，且有擬定MMR之預防接種計畫。另為達成消除麻疹之目標，請輔導將高風險單位及新進人員列為MMR疫苗接種優先執行之對象。



6.2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

評分說明

C：

1. 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(使用手套、洗手等)。
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。
3. 各醫療單位、病房及護理站應具有能安全處理感染性廢棄物及針類廢棄物的容器。



6.2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

評分說明

C：

4. 工作人員應明確知悉採血後的針頭及注射器之處理步驟。
5. 對有可能接觸到血液、體液的工作人員，若B型肝炎表面抗原及表面抗體為陰性者，施行B型肝炎疫苗接種。
6. 應明確訂定暴露於HIV危險環境時之相關處理流程，受針扎者應依醫囑儘速於「台灣地區愛滋病防治工作手冊」之尖銳物扎傷處理流程進行處理。



6.2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

- 評分說明C-4「工作人員應明確知悉採血後的針頭及注射器之處理步驟」，係指前述處理步驟需記載於院內工作手冊或感染管制網頁，且工作人員瞭解相關處理步驟。
- 評分說明C-5「對有可能接觸到血液、體液的工作人員，若B型肝炎表面抗原及表面抗體為陰性者，施行B型肝炎疫苗接種」，若有拒絕施打B型肝炎疫苗之員工，則須具有其簽署之切結書備查。
- 評分說明C-6有關受針扎者其經費申請、個案心理諮商與衛教、確實執行後續追蹤管理等處理流程進行瞭解及輔導。



6.2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

■ 針對評分說明A-2所提用語說明如下：

- 「合於規定之安全針具」係指四項健保特殊材料品項，代碼分別為「I301-3無針式注射用連接頭、延長管」、「E301-4精密輸液套（免針頭加藥）」、「G301-4安全性靜脈導管」及「G301-2安全護套空針」。
- 「全面使用」係指急診、急救室、加護病房、手術室、透析照護、愛滋病房、感染科病房等單位所使用之針具應符合前述各項安全針具品項範圍，現階段查核以全面提供並推廣使用為原則。



6.2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

- 『高危險群病人』係指B、C型肝炎或HIV等病人，若其住於一般病房中，實地查核時亦可抽查是否使用安全針具。
- 特殊醫療醫院（例如：提供針頭予毒癮戒斷病人）須有病人安全處理針類廢棄物之衛教。
- 非「愛滋病指定醫院」應訂定轉介流程及時效性。



6.2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

■ 各醫院內應自行訂定HIV針扎、體液暴觸之相關費用支付與請假流程，並依「人類免疫缺乏病毒檢驗預防治療費用給付辦法」規定，於事發後6個月內函文檢具下列資料，向疾病管制局申請預防性用藥之費用補助：

- 申請單位之領據
- 醫療費用收據正本（應貼妥於申請單位之黏貼憑證並完成核銷程序）
- 費用明細（足以區分抗人類免疫缺乏病毒藥品費及藥事服務費單項費用）
- 病歷摘要
- 事發過程描述紀錄
- 扎傷報告單及針扎血液追蹤紀錄



第7大項

為降低感染風險，提供安全、 乾淨、合宜的照護環境



7.1 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

評分說明

C：

1. 洗手設備之位置及數量合乎實際需要且功能良好，並於濕洗手設備旁有正確洗手步驟之標示。
2. 醫療照護相關單位濕洗手設備應設置非手控式水龍頭，如：肘動式、踏板式或感應式水龍頭等，並備有液態皂、手部消毒劑及擦手紙，或備有具去污作用之手部消毒劑及擦手紙。



7.1 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

評分說明

C：

3. 備有方便可及且數量足夠之酒精性乾性洗手液。
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)。



7.1 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

- 評分說明C-1「洗手設備之位置及數量合乎實際需要」所提說明如下；乾、濕洗手設備設置建議表，請見下頁投影片。
- 濕洗手設備旁是否標示洗手5時機圖示不列為評分依據。
- 若醫院採用分裝之乾洗手液，在其分裝瓶身是否標示有效期限及成分等內容，不列為評分依據。



7.1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

- 評分說明C-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」，係指於濕洗手設備處可同時備有皂、手部消毒劑及擦手紙，或是僅備有具去污作用之手部消毒劑及擦手紙；洗手皂包含液態皂及固態皂，惟固態皂應保持適度乾燥。另擦手紙建議採壁掛式避免沾濕，若直接置在檯面上，應有保持乾燥清潔之機制。



單位	乾洗手設備
血液透析/洗腎室、加護病房等特殊醫療照護單位	每床放置一瓶酒精性乾洗手液
一般病房	<ol style="list-style-type: none">1. 個人病房每病室放置一瓶酒精性乾洗手液2. 病室內至少每2床之間放置一瓶酒精性乾洗手液，以每床放置一瓶為佳



單位	乾洗手設備
精神科、兒科等單位	<ol style="list-style-type: none">1. 護理站設置酒精性乾洗手液2. 兒科單位經安全性評估後，可於病室內放置酒精性乾洗手液或採單位內醫療照護人員每人隨身攜帶酒精性乾洗手液之方式3. 精神科單位之病室內不適合放置酒精性乾洗手液，故應單位內醫療照護人員每人隨身攜帶酒精性乾洗手液
單位內工作車（治療車、急救車、換藥車等）	備有充分補給且功能正常之酒精性乾洗手液



單位	濕洗手設備
加護病房	1. 每2床或2個隔間至少設有一洗手檯 2. 若兒科加護病房無法每2床設有一洗手檯，亦可於病床前放置酒精性乾式洗手液
醫療照護單位	原則上1個單獨區域需有一洗手檯
門診診間	儘可能每間設有洗手檯，若有管線設置之困難，且具有共通通道者可設共用洗手檯



7.2確實執行衛材、器械、機器之 滅菌及清潔管理

評分說明

C：

1. 滅菌過的物品應保管於空調較佳處之架子上或有門扇之櫥櫃內；消毒物品能依物品名稱及消毒先後置放。
2. 自行執行衛材、器械、機器之滅菌及清潔者：
 - (1) 各類物品之包裝、消毒、滅菌及有效期間均訂有標準。
 - (2) 以高壓蒸汽滅菌時，生物指示劑至少每週施行1次，若為抽真空式滅菌器，抽真空測試應每天施行，並有紀錄可查。



7.2確實執行衛材、器械、機器之 滅菌及清潔管理

評分說明

C：

2. 自行執行衛材、器械、機器之滅菌及清潔者：

(3) 自行滅菌之衛材包、器械包每包內側及外側均應有化學指示劑(如：包外消毒色帶、包內化學指示條)及標示有效日期，並讓使用者知悉。

(4) 環氧乙烷氣體(Ethylene Oxide gas)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。



7.2確實執行衛材、器械、機器之 滅菌及清潔管理

評分說明

C：

2. 自行執行衛材、器械、機器之滅菌及清潔者：

(5) 滅菌過程發生異常，應有相關處理規範。

(6) 消毒滅菌相關設備應定期保養，並有紀錄備查。

(7) 衛材、器械消毒滅菌相關設備故障時，可迅速處理。

3. 若使用拋棄式器材，或因適當理由，將部分衛材、器械滅菌業務外包或由物流公司配送時，應妥善監控品質及進行例行性稽查，並有紀錄備查。



7.2確實執行衛材、器械、機器之 滅菌及清潔管理

- 醫院未設供應中心及衛材滅菌設備且完全使用拋棄式衛材者，本項C標準以評分說明C-2「若使用拋棄式器材，或因適當理由，將部分衛材、器械滅菌業務外包或由物流公司配送時，應妥善監控品質，並有紀錄可查」進行評量，醫院須明訂檢核作業程序內容，如：外觀完整、滅菌標籤、有效期限等，外包廠商應提供衛生主管機關檢驗合格證書備查。



7.2確實執行衛材、器械、機器之 滅菌及清潔管理

- 若醫院為不相毗鄰院區或體系醫院，其衛材雖採聯合採購，各院區應自行監控品質，並有紀錄備查。



7.3供應中心應配置適當人力，清潔區及污染區應做區隔且動線規劃合宜

評分說明

C：

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，並有護理人員監督。
2. 主管應出席感染管制委員會，必要時專責人員應共同出席。
3. 若設有滅菌設備，應由合格人員操作。
4. 處理物品時，工作人員需穿戴合適之防護用具。



7.3供應中心應配置適當人力，清潔區及污染區應做區隔且動線規劃合宜

評分說明

C：

5. 滅菌過的物品需使用清潔並加蓋之推車搬運及配送(滅菌物品和回收物品之置放車要區分)。
6. 供應室環境整潔，清潔區及污染區應有適當的區隔，且有合宜的動線規劃。



7.3供應中心應配置適當人力，清潔區及污染區應做區隔且動線規劃合宜

- 評分說明C-5所提「滅菌過的物品需使用清潔並加蓋之推車搬運及配送(滅菌物品和回收物品之置放車要區分)」推車加蓋不特別指定材質，蓋或罩均可；回收物品和滅菌物品若同時置於同一台車上應分層放置於不同箱中，若院內僅有一台物品運送推車且無分層設計，則運送過回收物品的推車需經清潔及消毒後，才可放置已滅菌物品。



7.3 供應中心應配置適當人力，清潔區及污染區應做區隔且動線規劃合宜

- 評分說明A-2所提「空調設置符合感管原則」係指供應中心溫、濕度應有適度控管，清潔區及儲存區維持相對正壓，可由院方提出證明或委員現場查證確認氣流方向。
- 清潔區與污染區以空氣不對流為原則，具負壓設備為佳，若無負壓設備，則應設有抽氣設備。



(可選項目)

7.4定期環境監測與醫材管理機制

評分說明

C：

1. 內視鏡、氣管鏡室等相關器械、設備之清洗消毒訂有標準作業流程，並由專人負責且確實執行。
2. 定期監測內視鏡、氣管鏡室等相關器械、設備之清洗消毒液有效濃度，並有紀錄。
3. 氣管鏡室具負壓或抽風等設備，且有維護保養紀錄。

本項免填：未設置內視鏡、氣管鏡室及肺功能室，本項免填；但若有上述任一單位，本項不得免填



(可選項目)

7.4定期環境監測與醫材管理機制

- 評分說明B-3「若有器官移植及骨髓移植等高風險病人居住的區域，訂有院內退伍軍人病防治計畫」，若醫院無器官移植及骨髓移植等高風險病人居住的區域，則B-3不需評核。
- 評分說明A所提「執行成效良好」係指依據99年疾病管制局公佈之「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、採檢並有報告及檢討機制。



(可選項目)

7.5定期辦理檢驗室各項安全設施及設備保養、維護、功能測試及相關之安全防護教育訓練

評分說明

C：

1. 訂有檢驗室安全設施(如生物安全櫃、高壓滅菌器)及設備保養維護計畫，且有實際保養維護紀錄。
2. 訂有檢驗室人員接受安全防護教育訓練課程，並有相關資料備查。
3. 實驗室安全防護及流程等相關訊息發予相關同仁，並確實執行。

本項免填：未設置檢驗室者。



(可選項目)

7.5定期辦理檢驗室各項安全設施及設備保養、維護、功能測試及相關之安全防護教育訓練

- 評分說明B-1「符合C項，且各項安全設施及設備運作功能正常」，係指院方能提出生物安全操作櫃（BSC，Biological Safety Cabinet）年度檢測「合格」報告且各項安全設施及設備運作功能正常者。
- 評分說明B-2「檢驗單位若有生物安全第二等級以上實驗室，應有安全防護實務操作演練」，前述生物安全第二等級實驗室係指微生物實驗室。



(可選項目)

7.5定期辦理檢驗室各項安全設施及設備保養、維護、功能測試及相關之安全防護教育訓練

- 評分說明B-3所指99年實驗室生物安全查核對象包括
(1) 國內從事結核菌鑑定及藥物敏感性試驗之結核菌負壓實驗室、(2) 已啟用之生物安全第三等級以上實驗室，受查之醫院名單將由疾病管制局提供衛生局於查核時使用；另「主管機關實驗室生物安全查核無缺失或已完成改善之證明」，係指提供最近一次主管機關實驗室生物安全查核之證明。



第8大項 醫院感染管制及 傳染病教育訓練



8.1訂有完善的員工感染管制教育訓練計畫

評分說明

C：

1. 訂有完整的員工感染管制及傳染病教育訓練計畫，內容包括對標準防護措施、感染途徑別防護措施、防止職業感染事故、群突發之偵測與處理、院內常見微生物介紹、臨床上抗生素使用原則等，並配合主管機關政策調整訓練內容。
2. 明訂在職教育及職前教育訓練時數和時程表，新進員工半年內應接受8小時之傳染病教育訓練(內含TB防治至少1小時)。
3. 醫院全體員工(含外包工作人員)，參與感染管制教育訓練至少每年4小時(內含TB防治至少1小時)，且感染管制訓練時數未達標準之比率 $\leq 20\%$ 。



8.1訂有完善的員工感染管制教育訓練計畫

- 評分說明C-1所提「訂有完整的員工感染管制及傳染病教育訓練計畫」係依醫院需求及新興傳染病疫情，進行員工教育訓練課程內容之規劃、更新。
- 評分說明C-2及C-3所提之教育訓練時數可認計線上數位學習（e-learning）時數，惟線上數位學習時數比例不得>75%（即新進員工實體課程至少2小時，醫院全體員工實體課程至少1小時）。



8.1訂有完善的員工感染管制教育訓練計畫

- 評分說明C-3「醫院全體員工（含外包工作人員），參與感染管制教育訓練至少每年4小時（內含TB防治至少1小時）」所提之教育訓練時數可認計線上數位學習（e-learning）時數，惟線上數位學習時數比例不得>75%（即實體課程至少1小時）。另訓練時數認列時間點，本年度採從寬認定：即「100年1月1日至100年12月31日」或「100年4月1日至101年3月31日」皆認可。



8.1訂有完善的員工感染管制教育訓練計畫

- 評分說明B-1所提醫院全體員工（含外包工作人員）感管教育繼續訓練時數未達標準之比例可容許 $\leq 5\%$ 。
- 評分說明A「有測驗之機制，確認人員之在職訓練成效良好」所提之「測驗之機制」不限定其測驗方式。



8.2配合衛生主管機關，辦理因應傳染病 防治教育訓練

評分說明

C：

1. 訂有傳染病之防治教育訓練計畫，並依國際最新資訊修正內容。
2. 具有測驗機制，確認人員(含外包人力)在職訓練成效良好。



8.2配合衛生主管機關，辦理因應傳染病 防治教育訓練

- 評分說明B所提「多項配套宣導措施」，應考量醫院規模、屬性等規劃宣導方式以能涵蓋各層級、職類人員為原則，不宜以宣導措施之項次數為評量依據。



第9大項 抗生素抗藥性管制措施



9.1應有抗生素使用管制措施及 執行情形記錄表

評分說明

C：

1. 每半年至少辦理1次以上全院性「適當使用抗生素」之講習，且臨床醫師每年至少參加一次。
2. 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。
3. 對所有類別抗生素之使用情形均有適當監測機制。



9.1應有抗生素使用管制措施及 執行情形記錄表

評分說明

C：

4. 非管制性抗生素使用情形合理：隨機審查病歷，各項有關病人使用非管制性抗生素之情況，應於病歷中詳載。

(1) 有多種器官嚴重疾病或感染可能之危急病人、在其他醫院治療感染症無效而轉入本院、院內感染肺炎、有免疫不全現象等情況下，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，如腹腔內的厭氧菌。

(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。



9.1應有抗生素使用管制措施及 執行情形記錄表

評分說明

C：

5. 管制性抗生素使用情形合理：隨機審查病歷，各項有關病人使用管制性抗生素之情況，應於病歷中詳載。

(1) 臨床狀況明顯為輕症或無症狀，但使用廣效感染性抗生素，
且無正當理由。

(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。



9.1應有抗生素使用管制措施及 執行情形記錄表

評分說明

【精神科醫院用以下標準】

C：

- 1.醫院訂有抗生素使用管制措施。
- 2.醫師可隨時查閱如何適當使用抗生素之資料。



9.1應有抗生素使用管制措施及 執行情形記錄表

■ 評分說明C-1所提「每半年至少辦理1次以上全院性適當使用抗生素之講習，且臨床醫師每年至少參加一次」說明如下：

- 本項係指對於提升正確使用抗生素觀念之相關課程，醫院應每半年至少辦理1次(即一年需至少辦理2次)，前述課程應有明確的時間、地點、課程講義與上課紀錄，另講習課程錄製成數位學習課程，提供員工線上學習(e-learning)亦可列計。
- 本項臨床醫師係指醫師執照登錄於醫院之專任醫師(兼任醫師不列計算)，每年應有參加全院性適當使用抗生素之課程，且應抽查醫師實際出席狀況作為評量依據。



9.1 應有抗生素使用管制措施及 執行情形記錄表

- 評分說明C-2所提「醫師可隨時查閱如何適當使用抗生素之資料」，前述查閱適當使用抗生素之資料，資料手冊可為醫院編製或網際網路資訊搜尋。
- 評分說明C-3所提「監測機制」由院方提出依據醫院規模進行抗生素使用情形之監測資料(如：世界衛生組織所建議的每日定義劑量(defined daily dose – DDD) 為單位統計)以作為評量依據。



9.1應有抗生素使用管制措施及 執行情形記錄表

- 評分說明B-2「有審查機制，落實分析檢討及改善」，其「審查機制」係由醫院自行規劃。
- 評分說明A-1「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」，院內有任何形式之提醒機制即認定符合標準。
- 評分說明A-3所提「不適宜的抗生素使用率下降」，若受查醫院訂有針對抗生素使用不適當的檢討機制即認定符合標準。



9.1應有抗生素使用管制措施及 執行情形記錄表

■ 實地查核擬請醫院提供住院中、或已出院的ICU病房或肺炎或敗血症病例清單，由查核委員從中挑選至少3本病歷審查，並依據「查核項次9.1、9.2、9.3查檢表」逐項進行預防性抗生素使用情形之審查，前項「查核項次9.1、9.2、9.3查檢表」需於查核當日由醫策會/衛生局攜回存留。此外，病歷審查形式不侷限於紙本病歷，電子病歷亦可認計。



(可選項目)

9.2正確使用預防性抗生素

評分說明

1. 需用預防性抗生素時，應在手術劃刀前1小時內，給予第一劑預防性抗生素(剖腹產則可在臍帶結紮切除後立即給予預防性抗生素)。
2. 選藥時應符合我國抗生素使用指引。
3. 劑量應與體重相符。
4. 手術中視必要(考慮藥物動力學)追加抗生素。
5. 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時間不超過24小時，若大於24小時需於病歷上註明原因。



(可選項目)

9.2 正確使用預防性抗生素

評分說明

C：符合上述第1-4項者。

【急性病床49床(含)以下醫院，符合上述第1-2項者即達C標準】

本項免填：精神科醫院及一般病床（急性一般與慢性一般病床合計）
99床（含）以下且未設有手術室者。



(可選項目)

9.2 正確使用預防性抗生素

- 評分說明B-4所提「藥物動力學」主要指藥物半衰期。
- 評分說明B-5「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時間不超過24小時」，其中所提「超過24小時」若病歷紀錄呈現病情需要之原因，即認定為符合。
- 有關急性病床49床以下有設手術室，惟查核資料核算期間無執行開刀業務之醫院，實地查核時以醫院是否訂有「抗生素使用指引」或「抗生素使用管制措施」作為評量依據，惟本項僅能評為「C」。



(可選項目)

9.2 正確使用預防性抗生素

- 實地查核擬請醫院提供住院中或已出院且接受TKP或THR或CABG或甲狀腺切除術或剖腹產或鼠蹊疝氣修補術或其他清淨手術術式病人之清單，由查核委員從中挑選至少3本病歷審查，並依據「查核項次9.1、9.2、9.3查檢表」逐項進行預防性抗生素使用情形之審查，前項「查核項次9.1、9.2、9.3查檢表」需於查核當日由醫策會/衛生局攜回存留。此外，病歷審查形式不侷限於紙本病歷，電子病歷亦可認計。



(可選項目)

9.3門診抗生素使用情形合理

評分說明

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。

C：符合上列第1-3項者。

本項免填：精神科醫院



(可選項目)

9.3門診抗生素使用情形合理

- 評分說明B-3所提「抗生素使用種類及劑量合理」，建議可將中央健康保險局針對門診上呼吸道感染不應開立抗生素之使用規範(主診斷前3碼為460，462，464，465，466，487)及指標作為評分參考。



(可選項目)

9.3門診抗生素使用情形合理

- 實地查核擬請醫院提供當日或前3日內之家醫科、耳鼻喉科、內科、兒科、免疫風濕科等門診病人之清單，由查核委員從中挑選至少3本病歷審查，並依據「查核項次9.1、9.2、9.3查檢表」逐項進行預防性抗生素使用情形之審查，前項「查核項次9.1、9.2、9.3查檢表」需於查核當日由醫策會/衛生局攜回存留。此外，病歷審查形式不侷限於紙本病歷，電子病歷亦可認計。



(可選項目)

9.4對多重抗藥性菌種作有效的管理及通報

評分說明

C：

1. 依據檢體種類及病房別，感染管制負責人員、臨床醫師及護理人員可掌握分離出的病菌，特別是抗藥性細菌(包含CRAB、VRE、MRSA、CRE等)，且針對感染菌種之分離件數、對抗生素之感受性等資料有分析報告。
2. 每年定期製作全院性臨床分離菌種抗生素感受性報告，並將最新統計報告分發給每位醫師或公告於院內網路，醫師可隨時查閱。
3. 在注意病人隱私下，標示出帶有特定多重抗藥性微生物感染或移生(colonization)的病人，進行適當的隔離，並確實掌握多重抗藥性微生物感染個案情況。



(可選項目)

9.4對多重抗藥性菌種作有效的管理及通報

評分說明

符合下列全部條件者，本項免填：

1. 未設有呼吸照護病床，且未收治呼吸器依賴患者。
2. 急性病床49床（含）以下或未評鑑醫院或精神科醫院。



(可選項目)

9.4對多重抗藥性菌種作有效的管理及通報

- 評分說明C-3「在注意病人隱私下，標示出帶有特定多重抗藥性微生物感染或移生的病人，並確實掌握多重抗藥性微生物感染個案的現況」其標示係由各醫院自行規劃並執行；另「標示」應為醫院全體同仁所知悉。
- 評分說明C-3「進行適當的隔離」係指醫療照護人員應嚴格落實接觸隔離防護措施及手部衛生感染管制作為，如：
(1)將抗藥性病人置於單人病室隔離治療、(2)將抗藥性病人置於規劃之隔離區域，該區域不再收治非抗藥性病人；或收治在不特別區分抗藥性或非抗藥性病人之隔離區域，但該病人必須標示並足以使照護人員辨識。



(可選項目)

9.4對多重抗藥性菌種作有效的管理及通報

- 評分說明B-3「配合政策將多重抗藥性相關資料通報至衛生署疾病管制局。」所指多重抗藥性資料須通報MRSA、VRE、CRAB及CRKP四種實驗室菌株，且包含100年1-12月四季之通報，通報日期至101年4月30日截止，若未於截止日前完成通報則視為「未通報」。
- 評分說明A-1「訂有相關機制，確認每位醫師了解相關訊息」，可於實地查核時隨機抽問醫師（如：抽問住院醫師）以確認其瞭解情況。



(可選項目)

9.4對多重抗藥性菌種作有效的管理及通報

- 評分說明A-3「研擬對策付諸實行」係指醫院對於抗藥性病患，採行合宜之隔離措施或處置，包括符合下列3項：
- (1)醫院ICU收治來自RCW或RCC呼吸器依賴之病人時，該類病人在未檢驗確認前，即先進行病室之隔離，直至檢驗確定為陰性。
 - (2)規劃ICU或普通病室內抗藥性病人之單人隔離病室或隔離治療區域，並落實執行接觸隔離防護措施。
 - (3)病歷(出院病摘)詳細記載抗藥性相關資訊，以提醒轉院或至其他機構照護時，做好感染管制措施。



第10大項 特殊照護服務之 感染管制防治措施



(可選項目)

10.1 透析照護服務之感染管制作業

評分說明

C：

1. 透析室之所有員工有B、C型肝炎之檢查紀錄。
2. 透析室每30張透析床至少有一個腳踏式或感應式洗手設備且每張透析床都有乾洗手設備。透析室或每一樓層有緊急沖洗設備。
3. 每月至少一次監測透析用水之菌落數，必須少於200 cfu/ml。每季至少一次所有機台的透析液菌落數，必須少於200 cfu/ml。
4. B及C型肝炎透析病人有機器隔離或床位隔區，且兩班之間機器有徹底消毒，以及每日最後一班結束後之消毒。



(可選項目)

10.1 透析照護服務之感染管制作業

評分說明

C：

5. 門診透析病人均定期監測，並有建立肝炎監測，異常者有追蹤處置。

6. 門診透析病人一年內B肝及C肝轉陽性率：
血液透析＜5%，腹膜透析＜3%。

符合下列全部條件者，本項免填：

1. 未登記設有洗腎治療床。
2. 未提供透析照護服務(腹膜透析或血液透析)之醫院。



(可選項目)

10.1 透析照護服務之感染管制作業

- 評分說明C-2所提「緊急沖洗設備」依據台灣腎臟醫學會「血液透析及腹膜透析評量作業說明」之定義係指「每一樓層均有蓮蓬頭或噴灑設備即可」。
- 評分說明C-4所提之隔離措施，依據台灣腎臟醫學會「血液透析及腹膜透析評量作業說明」之定義為：
 - － C型肝炎透析病人需有分床（透析機）之安排，班與班之間必須徹底消毒。
 - － B型肝炎透析病人需分區及分床，班與班之間必須徹底消毒。



(可選項目)

10.1 透析照護服務之感染管制作業

- 負壓隔離病房或加護病房內，如有透析機台，需特別注意是否依規定進行水質監測。
- 評分說明C-5及B-1所提「定期」，均以每年計之。



(可選項目)

10.2呼吸照護服務感染管制作業

評分說明

C：

1. 呼吸治療裝置(潮濕瓶、噴霧瓶、軟管之類)貯存時應保持乾燥，並包裝完整，保持密閉性及外層的清潔，避免被灰塵沾污。
2. 呼吸治療所使用之蒸餾水，一律採用無菌之蒸餾水。
3. 噴霧治療之使用以緩解支氣管痙攣及呼吸道分泌物過多之病人為主，高感染性呼吸道傳染病者(如SARS、TB、新型流感等)避免使用。
4. 一般氧氣治療使用之鼻管(nasal cannula)或氣切及插管之接管採「單一病人使用之用後即丟的器材」。
5. 病房每一床病人應單獨使用一個甦醒袋(Ambu bag)，以避免交互感染。



(可選項目)

10.2呼吸照護服務感染管制作業

評分說明

符合下列全部條件者，本項免填：

1. 未登記設有呼吸照護病床或呼吸照護中心。
2. 未收治呼吸器依賴患者之醫院。



(可選項目)

10.2呼吸照護服務感染管制作業

- 評分說明C-1所提「呼吸治療裝置(潮濕瓶、噴霧瓶、軟管之類)貯存時應保持乾燥，並包裝完整」其所包裝完整係指「需有單層包裝」。
- 有關評分說明B-1之說明如下：
 - － 本項所提設備係針對噴霧器及噴霧型潮濕瓶。
 - － 評分說明所提「由呼吸治療人員統一收集」，考量各醫院實務執行不同，本項可視醫院人力狀況，由醫院自行規劃負責執行作業人員。



(可選項目)

10.2呼吸照護服務感染管制作業

- 評分說明B-2所提之消毒方式，依據現行疾病管制局「呼吸照護病房感染管制措施指引」第6頁，建議『呼吸器：無法拆卸的部份以75% 酒精擦拭後再供其他病患使用』，故本項基準所提之消毒方式「以500ppm(0.05%；1：100)的漂白水擦拭」或「以75%酒精擦拭」及「廠商建議之消毒劑」均認計符合。
- 評分說明B-4所提內容建議醫院應提出感染監測資料以做為單位內感管措施檢討之依據。



(可選項目)

10.2呼吸照護服務感染管制作業

- 評分說明A-1所提「呼吸器要裝置吐氣隔離系統」考量兒科病人使用之呼吸器特性，建議小兒科及成人病人使用之高頻呼吸器（HFV）、高頻震盪式呼吸器（HFOV）、高頻噴射式呼吸器（HFJV）及單管移動式呼吸器（Portable Ventilator）等暫排除。
- 評分說明A-2「單位內具有負壓隔離病室。」係指有呼吸照護中心（RCC）或加護病房之醫院，則至少有一個呼吸照護中心或加護病房內需設有負壓隔離病室，始得認定；若醫院未設有呼吸照護中心或加護病房，醫院內設有負壓隔離病室即可。



(可選項目)

10.2呼吸照護服務感染管制作業

- 評分說明A-4所提「定期抽檢及評估消毒的效果」以醫院是否訂有採檢計畫說明抽檢頻率及SOP，並有採檢紀錄及採檢報告備查，且針對採檢不合格的項目有追蹤改善機制，做為評量依據。



衛生署疾病管制局

課程結束

Thank You for Your Attention!