

精神醫療機構感染管制措施指引

衛生福利部疾病管制署

108年9月27日修訂

壹、前言：

相較於其他急性醫院住院病人，精神科醫療機構收治的病人接受侵入性醫療處置或同時存在其他慢性疾病的狀況通常較少，但是病人在醫療機構內住院的時間通常比較長，經常會在病房內四處遊走，也有比較多接受團體治療的機會，因此精神科醫療機構內常發生的醫療照護相關感染與急性醫院有比較大的差異，需要特別注意的是由社區傳入的感染造成群聚事件發生。為了保障病人安全，醫療照護機構應該將感染管制政策列為優先考量的事項，而「標準防護措施」是所有醫療機構預防傳染性病原體在醫療照護過程中傳播的基本要件，機構應配備足夠的設施與資源，達到落實標準防護措施的目標；但因為在精神科醫療機構可能不容易要求病人配合執行感染管制措施，因此需要視實務狀況規劃相關作為。

本指引彙整現行相關實證指引之重要感染管制原則，適用於精神科醫院或綜合醫院急慢性精神病房，提供精神醫療機構與單位依機構特性內化於醫療照護作業流程中，以維護病人安全與工作人員的健康。

貳、感染管制措施：

一、投入感染管制所需的行政資源

(一) 應依「醫療機構執行感染管制措施及查核辦法」所訂之感染管制措施，規劃辦理機構內應執行之感染管制事項。

(二) 建立感染管制組織架構

1. 醫院設立感染管制會（以下稱感管會），由醫院院長或副院長擔任召集人，成員應包括相關醫療部門及行政單位代表，建立橫向及縱向聯繫機制，成員之一應曾受公共衛生或流行病學訓練。
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，並照會相關單位執行，且各項會議決議事項應有列管機制，追蹤其辦理或改善情形。

(三) 指派專責人員負責感染管制業務推動，並經常與醫療照護工作人員溝通，協助解決工作人員對感染管制的相關問題或疑慮等。

1. 醫院應設有感染管制部門，明訂工作職責及組織圖之

定位，並對感染管制部門的業務執行，在經費、人力、空間及資訊需求都能有實質的支援。

2. 精神科醫院應依其規模，至少置有下列人員負責感染管制業務推動，且該等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：

(1) 總床數 500 床以上：應有專責醫師 1 人以上且聘有 1 名接受感染症醫學訓練之兼任專科醫師；每 300 床應有專任感染管制護理人員 1 人以上。

(2) 總床數 300 床以上 499 床以下：應有專責醫師 1 人以上；每 300 床應有專任感染管制護理人員 1 人以上。

(3) 總床數 299 床以下：應有專責醫師 1 人以上及專責護理人員 1 人以上。

(四) 按照機構提供的診療服務特性和服務病人群體，以現行指引、法規或標準為基礎，訂定機構內的感染管制規範與相關標準作業程序，例如：醫療照護工作人員預防接種項目、工作人員尖銳物品扎傷或血液體液暴觸的預防措施與事件處理流程、安全注射行為等。

(五) 發展及維護機構的感染管制機制，並定期(例如：每年)重

新評估；這樣的評估過程可優化資源之配置，並將重點放在病人安全風險較高的領域。例如：有收治結核病病人的精神科醫療機構，對於防範空氣傳播感染的感染管制要求應特別加強。

二、醫療照護工作人員教育訓練

- (一) 醫療照護工作人員的繼續教育和能力訓練，是確保工作人員清楚理解並遵循感染管制政策和程序的重要策略。因此對於所有醫療照護工作人員，包含非正式工作人員，例如：約聘僱、外包人員等，機構應提供以工作或任務導向的感染管制相關教育訓練。
- (二) 教育訓練內容應包括各項標準防護措施的原理與原則，以及預防感染傳播的基本感染管制原則與措施，以幫助工作人員在面臨新的狀況時，做出正確決定並確實遵循執行。

三、監測和通報

- (一) 應遵循公共衛生單位對醫療照護相關感染、法定傳染病或群突發事件之相關規範，進行監測與通報，協助儘早發現公共衛生異常事件。
- (二) 病人發生疑似傳染病感染或群聚事件時，應通報轄區衛

生主管機關，並辦理以下處置：

1. 啟動必要的感染管制措施，例如：將疑似個案移至獨立或隔離空間、減少/暫停團體治療/活動、增加每日體溫量測次數、協助病人增加執行手部衛生頻率等。
2. 對疑似受到傳染性物質污染的區域及物品，採取適當的清潔與消毒措施。
3. 疑似群聚事件發生時，應實施初步的疫情調查，以瞭解群聚的主要症狀及影響的範圍，收集疑似個案與接觸者等相關人員名單，採集適當的人員或環境檢體送驗，及進行接觸者追蹤。
4. 發現疑似結核病個案或聚集事件，機構應配合公共衛生單位比照接觸者檢查及醫院感染管制相關規定，安排符合結核病接觸者檢查定義之病人或工作人員，進行檢查及追蹤，並於安排檢查前先與轄區衛生局協調排定時間，辦理接觸者衛教事宜。

四、人員健康管理

(一) 工作人員

1. 每年辦理工作人員胸部 X 光檢查，並留存紀錄備查；
如有異常應就醫進一步檢查或治療。

2. 落實員工健康監測，宣導工作人員若出現急性呼吸道症狀、發燒、腸胃道症狀、或任何疑似感染症狀(如皮膚感染)，應立即依機構內流程主動通報單位主管或負責人員，並確實遵循如呼吸道衛生與咳嗽禮節等相關感染管制措施，採取適當作為，及接受所需之醫療協助或在家休養。
3. 應訂有醫療照護工作人員預防接種措施並落實執行，包括流感疫苗、B型肝炎疫苗、德國麻疹混合（Measles、Mumps、Rubella, MMR）疫苗及水痘疫苗等。
4. 工作人員係指第一線會接觸到病人的醫療照護工作人員，包含編制內、約聘或派遣的醫事及非醫事人員（含在地區級以上教學醫院執勤之醫事實習學生及其他常駐工作人員[如:病房書記、清潔人員、傳送人員、掛號人員、批價人員及志工等]）。

(二) 病人：

1. 入住時需作健康評估：
 - (1) 評估過去曾經感染過的傳染病病史，包含最近3個月內有無因感染症就醫、目前有無發燒（耳溫超過

38°C)、呼吸道症狀、腸胃道症狀、皮膚感染、或其他傳染性疾病徵兆，必要時應建議病人先轉至其他醫院接受治療，或先安置於獨立或隔離空間。

(2) 入住精神慢性病房之病人，應提出最近 3 個月內胸部 X 光檢查報告及入住前 1 週內的桿菌性痢疾、阿米巴痢疾及寄生蟲檢驗報告，如有異常應就醫進一步檢查或治療。尚無檢查報告前，應安排與他人區隔，觀察有無傳染病疑似症狀，並儘速安排完成相關檢查。

2. 定期（每年應安排至少一次）實施胸部 X 光檢查，胸部 X 光片應由醫師判讀，宜與前片做對照，並留存紀錄備查。如有咳嗽超過 2 週，應給予病人佩戴外科口罩或安置於獨立/隔離病室，並儘速安排就醫檢查。
3. 經醫師評估後，未有具接種禁忌症不適合接種情形之病人，每年接種流感疫苗。
4. 需轉診治療或經評估精神病症狀穩定可轉介至相關福利機構與護理之家照護之病人，如有傳染病或具有多重抗藥性微生物感染或移生之情況，於送醫或轉送其他機構時，應明確告知載送病人之工作人員與將收治

之醫院機構，提醒其採行適當的防護措施，避免交互感染發生。

5. 每日至少測量體溫 1 次並觀察病人是否出現呼吸道症狀、腸胃道症狀、皮膚感染等疑似感染症狀；當機構內出現疫情時，建議增加測量頻率。
6. 落實病人飯前、便後洗手及個人衛生管理，當機構內出現如呼吸道、腸胃道或皮膚感染等需要採取飛沫或接觸傳播防護措施的疫情時，可協助住民增加執行手部衛生的頻率，並視需要協助住民落實執行呼吸道衛生與咳嗽禮節。
7. 住院病人之外出應做成紀錄。

(三) 訪客：

1. 應有訪客管理規範並張貼於明顯處，且有訪客紀錄，建議設置會客室，規定訪客探視時間。
2. 提供訪客手部衛生所需設施（乾洗手或濕洗手），請訪客探訪前洗手，必要時戴口罩，宣導探病親友，進入探視病人前後均應落實手部衛生，以及遵守呼吸道衛生與咳嗽禮節。若有發燒或呼吸道相關症狀等，建議待症狀緩解之後再來探病，以降低病人感染風險。

五、標準防護措施

(一) 在任何時間照護所有病人，不論是否為疑似或確定感染的病人，皆應遵守標準防護措施，做為最基本的防護。本指引將針對標準防護措施中有關手部衛生、個人防護裝備、安全注射行為、環境清潔消毒、衛材/器械/醫療儀器設備再處理等 5 個項目進行說明。更多標準防護措施相關建議可參考本署「醫療(事)機構隔離措施建議」。

(二) 手部衛生

1. 醫療照護工作人員應確實執行手部衛生，包括接觸病人前、執行清潔/無菌操作技術前、暴觸病人血體液風險後、接觸病人之後、及接觸病人周遭環境之後。
2. 手部衛生可以用肥皂和水進行濕洗手，或使用酒精性乾洗手液進行乾洗手。根據 WHO 醫療照護機構手部衛生指引指出，使用酒精性乾洗手液執行手部衛生比肥皂和水所需花費的時間短、設置或攜帶方便、降低手部細菌或病毒數目的效果佳且較不傷手，所以一般在執行臨床照護工作時，建議可優先使用酒精性乾洗手執行手部衛生；但是當雙手有明顯可見的髒污(如：血液、體液等)，或照護確定或疑似感染困難梭狀桿菌、諾羅病毒等或嘔吐、腹瀉的病人後，則應使用肥

- 皂和清水執行手部衛生。
3. 醫療照護機構應確保提供充足的手部衛生用品。惟用品的設置應考量病人安全，例如：以工作人員隨身攜帶酒精性乾洗手液取代於病室內放置酒精性乾洗手液等。
 4. 穿戴手套不能取代手部衛生。因此若在符合上述時機且須穿戴手套的情況下，在穿戴手套前或在脫下手套後，仍須執行手部衛生。
 5. 更多手部衛生相關建議，包含手部衛生 5 時機範例介紹等資訊，可參考本署全球資訊網「手部衛生專區」。

(三) 個人防護裝備

1. 個人防護裝備係用於保護醫療照護工作人員避免暴露或接觸潛在性感染物質的穿戴裝備。例如手套、隔離衣、口罩、高效過濾口罩、護目鏡和面罩等。醫療照護工作人員應依據所提供的照護服務工作內容與病人特性，並視身體可能暴露範圍，選擇適當的個人防護裝備。
2. 每個機構應依機構本身所提供的醫療服務評估個人防護裝備之需求，確保醫療照護工作人員有足夠且適當的個人防護裝備可使用。

3. 提供所有醫療照護工作人員正確選擇及使用個人防護裝備之相關教育訓練。
4. 在離開病人診間或治療區域前，應先卸除個人防護裝備；但如果有使用高效過濾口罩，則應該在離開病人診間或區域並關上門後，才將高效過濾口罩卸除並丟棄(若為可重複使用之高效過濾口罩，應做適當處置)。
5. 卸除並丟棄個人防護裝備後，應立即執行手部衛生。
6. 可能接觸到血液、體液、黏膜、不完整的皮膚或受污染的儀器設備時，應配戴手套。
 - (1) 每次變換照護對象時，都應該更換手套；不穿戴同一雙手套照護不同的病人。
 - (2) 不可為了重複使用而清洗拋棄式手套，因為這樣的行為可能造成病原體傳播。
7. 執行照護工作時，若預期可能接觸到或噴濺到血液或體液，應穿上適合工作的隔離衣以避免皮膚和衣服被弄髒或受污染；不穿戴同一件隔離衣照護不同的病人。
8. 於執行可能產生血液或其他體液噴濺或引發飛沫微粒產生的醫療照護措施時，採取眼睛、口鼻的防護。
9. 更多個人防護裝備使用建議可參考本署全球資訊網

「標準防護措施」及「個人防護裝備使用建議」。

(四) 安全注射行為

安全注射行為包含針劑藥物的準備與施打過程中，可預防感染性疾病在病人與病人之間或病人與醫療照護工作人員之間傳播的措施。根據國內外許多調查報告指出，未落實安全注射行為是造成機構群突發感染事件的重要原因之一，重要建議事項包括：

1. 以無菌操作技術在乾淨區域準備注射藥物。
2. 以注射針穿刺藥瓶的橡膠軟塞前，應先使用適當消毒劑(如：酒精)消毒軟塞。
3. 不可對多個病人使用同一注射針筒施打藥物，無論是否已更換該針筒上的注射針或套管。注射針和針筒只能使用於單一病人。
4. 每次抽取藥品均應使用新的注射針和針筒，即使是同一位病人需要增加取用的劑量。
5. 單一劑量包裝或單次使用的小瓶裝、安瓿裝、瓶裝、袋裝靜脈注射藥品僅限單一病人使用。
6. 如果可能，多劑量包裝藥品最好僅提供給單一病人使用，如果要提供給不只一位病人使用，應集中存放在

乾淨區，不可以帶到病人治療區(例如病室、抽血區、注射區、血液透析床旁等)。

7. 儘快處理使用過的尖銳物品；以防滲漏、防穿刺且可封口的容器收集使用過的尖銳物品，並應將收集容器儘量放置在尖銳器械的使用地點附近。
8. 常見的不安全注射行為請參考本署全球資訊網公布之「注射藥劑準備與施打作業常見錯誤樣態」，確實督導工作人員避免發生相關錯誤行為；更多安全注射感染管制措施指引建議可參考本署全球資訊網「標準防護措施」、「安全注射查檢表稽核方式參考」及「安全注射執行情形查檢表」。

(五) 環境清潔消毒

1. 精神醫療機構應該訂定常規環境清潔消毒的政策與流程(包括清潔消毒的頻率、動線順序等)，並指定專責人員負責清潔消毒工作。同時應針對血液或其他潛在感染性物質溢出的狀況，訂定清潔消毒的處理程序，確保工作人員在狀況發生時可以立刻正確處理。
2. 所有環境表面皆應該清潔，清潔的過程可去除環境表面大量的微生物以及可見的髒污和有機物質；如果需

要進行環境消毒，仍應先以清潔劑或肥皂和清水移除環境表面的髒污與有機物質後，再進行消毒工作。

3. 消毒劑不應當作一般清潔劑使用，除非產品用途標明同時具有清潔劑的功能。醫療照護工作人員應依據廠商說明書使用清潔劑及消毒劑，如劑量、稀釋方法、停留於物品表面之時間、使用安全和處置方法。
4. 環境清潔消毒的重點在於最可能接觸病原體的表面，包含病人周遭環境(例如：手扶把、床欄)，以及在病人照護環境中經常接觸的表面(例如：門把、馬桶按把)。
5. 當環境表面有小範圍 (<10ml) 的血液或有機物質時，應先以適當消毒劑如低濃度 500ppm (1:100 稀釋) 的漂白水覆蓋在其表面，若血液或有機物質的範圍大於 10ml 以上，則視需要調整消毒劑用量或濃度，例如以高濃度 5,000ppm (1:10 稀釋) 的漂白水覆蓋，再以清潔劑或肥皂和清水移除髒污與有機物質，並接續使用濕抹布及合適的消毒劑執行有效的環境清潔與消毒。
6. 為確保環境的常規清潔和消毒持續正確執行，應定期

監測或評核環境清潔消毒執行成效。

7. 廢棄物應該遵守行政院環保署發布之「有害事業廢棄物認定標準」進行分類。
8. 更多環境清潔消毒建議(包含血液和其他體液污染的清
潔消毒措施)可參考本署全球資訊網「醫療機構環境清
潔感染管制措施指引」。

(六) 衛材/器械/醫療儀器設備再處理

1. 醫療衛材和器械是屬於可重複使用或限定單次使用(拋棄式)，應依據廠商說明及政府相關規範判定。可重複使用的醫療衛材、器械或儀器設備(如：內視鏡等)，應請廠商提供清潔和消毒或滅菌說明書，並按照廠商的說明書執行清潔和消毒或滅菌及維護工作，以防止造成病人間的傳染。
2. 傳統上採用斯伯丁分類法(Spaulding classification)，根據使用污染的儀器設備可能造成的感染傳播風險，來判斷可重複使用的醫療衛材、器械或儀器設備所需執行的滅菌/消毒層次：
 - (1) 重要醫療物品(critical items)：使用時須進入血管系統或人體無菌組織者，例如外科手術用物、靜脈注

射器、導尿管等，使用前應為無菌，此類物品需要滅菌。

(2) 次重要醫療物品(semi-critical item)：使用時須密切接觸受損的皮膚或黏膜組織，但不進入血管系統或人體無菌組織者，例如口溫計、胃腸鏡、呼吸治療裝置、麻醉器材等，在重新使用前，至少應滅菌或高層次消毒。原因是一般完整的黏膜組織可抵抗細菌孢子的侵入，但對其他類型的微生物如病毒、結核桿菌、或細菌繁殖體 (vegetative bacteria) 則無抵抗力。

(3) 非重要醫療物品(non-critical item)：使用時只接觸完整皮膚而不接觸人體受損的皮膚或黏膜者，如便盆、血壓計的壓脈帶、床單等；因人體的完整皮膚可有效屏障微生物的入侵，故在重新使用前只須依據污染的性質和程度，選擇中層次至低層次消毒。

3. 確保機構內可重複使用的儀器設備(例如：血糖機和其他在病人照護點使用的器材[point-of-care devices]、內視鏡等)，在下一位病人使用前應依據廠商的說明書完成適當的清潔及消毒或滅菌，並依照廠商說明適當存放。

4. 進行消毒和滅菌步驟前，應先清潔以移除儀器設備上的有機物質，以確保消毒與滅菌之功效。
5. 執行醫療器械/醫材或儀器設備的清潔消毒及滅菌的工作人員必須接受足夠的教育訓練，確實了解正確的操作程序；可重複使用之醫材/設備的廠商說明書及其副本應妥善保存，並將其處理操作程序及相關說明，張貼於再處理（reprocessing）地點明顯處。
6. 確保醫療照護工作人員在執行醫療器械/醫材或儀器設備的清潔及消毒/滅菌等再處理工作時，能夠取得所需要的個人防護裝備。
7. 有關儀器設備之清潔與消毒/滅菌建議可參考本署全球資訊網「滅菌監測之感染控制措施指引」。

六、傳染途徑別防護措施

- (一) 傳播途徑防護措施包含有 3 個種類：接觸傳染防護措施、飛沫傳染防護措施、空氣傳染防護措施。傳播途徑防護措施適用於僅以標準防護措施不足以阻斷其傳播途徑的情況下(例如：流感、疥瘡等)，必要時可同時使用多種傳播途徑防護措施。但不論是單獨一項或一項以上的傳播途徑防護措施執行時，都應搭配標準防護措施共同執行。

(二) 在執行傳播途徑別防護措施時，應考慮將感染或移生病人安置於單人病室可能造成的不良心理作用，並衡量若與其他病人收治於相同病室內，對其他病人的感染風險，以及是否存在會增加傳播可能性的危險因子等，逐案討論決定病人安置處。

(三) 接觸傳染防護措施

1. 主要是為了預防藉由直接或間接接觸病人或病人照護環境而傳播的感染原；亦可應用於環境中有大量的傷口滲出液、大小便失禁的排遺或其他人體排出物，可能會增加傳播風險或擴大環境污染的情況下。
2. 不論是要接觸病人完整的皮膚或病人周圍的物品或環境表面(例如：醫療設備、床欄)，都應在進入房間或隔間時穿戴好手套及隔離衣，在離開照護環境前脫除，並在脫除個人防護裝備後立刻執行手部衛生。

(四) 飛沫傳染防護措施

1. 用於降低病原體經由飛沫傳播的危險。飛沫的顆粒通常大於 5 微米(μm)，其來源可以經由病人咳嗽、打噴嚏或交談過程中產生；因為飛沫可在空中飄行的距離有限(一般是 3 英尺或 1 公尺)，因此避免飛沫傳播並不需要

特殊的空調處理，但應注意飛沫掉落後會造成環境或物品表面的汙染，仍可能成為感染的來源。

2. 進入隔離病房或隔間應配戴外科口罩，另視照護工作需要，評估配戴如護目鏡或面罩等護目裝備。

(五) 空氣傳染防護措施

1. 用於預防可藉由直徑小於 5 微米(μm)的飛沫核(droplet nucleus)或塵埃粒子，長距離在空氣中飛揚造成傳播的感染原(例如：麻疹病毒、水痘病毒、結核分枝桿菌等)。需採取空氣傳染防護措施的病人，最好安置於呼吸道傳染隔離病房 (airborne infection isolation room, AIIR)。
2. 當進入將需要採取空氣傳染防護措施之病人的病室時，應佩戴經測試密合的 N95 或高效能口罩作為呼吸道保護。

(六) 有關傳染途徑別防護措施(接觸傳染防護措施、飛沫傳染防護措施、空氣傳染防護措施)的其他資訊，可參考本署全球資訊網「醫療(事)機構隔離措施建議」。

七、沙門氏菌感染、桿菌性痢疾、阿米巴痢疾、病毒性腸胃炎等腸胃道感染，是造成精神醫療機構群聚事件的常見原因。這

類感染除了可能因為食物受到汙染之外，病人之間的密切接觸也是重要的感染來源之一。因此，若機構內發生腸胃道感染群聚事件時，可評估採取將疑似個案移至獨立或隔離空間密切觀察、與其他病人分開用餐或使用專用浴廁、減少團體治療/活動、協助病人增加執行手部衛生及環境消毒頻率等措施。

八、環境通風

- (一) 空調應定期維護及保持濾網、出風口之清潔，並留有維護紀錄備查。
- (二) 建議依據環境保護署「室內空氣品質標準」之規定辦理。
- (三) 隔離空間或隔離室應具有獨立的通風空調設備。若有負壓隔離室，應維持適當的氣體交換和空氣過濾，以移除空氣中污染微粒：
 1. 提供每小時最少 6 次（現存設施）或 12 次（新建置/更新整修設施）的氣體交換。
 2. 室內氣體應經高效過濾網（HEPA）過濾後才對外排出，或經 HEPA 過濾後再導至鄰近空間或進入空氣控制系統循環。
 3. 收住需採取空氣傳染防護措施的病人時，應每日監測並

記錄壓力偵測器（壓力計）所顯示之室內外壓力值，並
應訂定壓力值異常時之處理標準作業流程。

參、參考資料：

1. 衛生福利部疾病管制署：標準防護措施指引。取自：
<https://www.cdc.gov.tw/File/Get/9fiF2FGAFDSc-q7eZQBGSA>。
2. 衛生福利部疾病管制署：醫療(事)機構隔離措施建議。取自：
https://www.cdc.gov.tw/File/Get/BvZ_LTKTFrdRU0Wb0mciKQ。
3. Smith PW, Bennett G, Bradley S, and Drinka P. Infection prevention and control in the long-term care facility. *Am J Infect Control* 2008; 36: 504-35.
4. Fukuta Y and Muder RR. Infections in psychiatric facilities, with an emphasis on outbreaks. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2013; 34(1): 80-88.
5. Ontario Shores. Infection prevention and control in a mental health setting. Available at: <https://ipac-canada.org/webinar-ipc-in-a-mental-health-setting.php>