

113 年度醫院感染管制查核基準及評分說明

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
	1	落實執行感染管制措施		
	1.1	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	<p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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、牙科部門亦須納入。 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。 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。 <p>優良項目：(達成符合項目，且下述項目需全部達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 感管會成員中有 1 位曾接受流行病學訓練者。 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。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 感管會組織章程及成員資料。(符合) 感管會會議紀錄。(符合/優良) 感染管制年度工作計畫(program)及執行情形(符合) 前次查核不符合事項改善情形及建議事項參採情形。(符合) 流行病學訓練相關證明。(優良) 	<ol style="list-style-type: none"> 評分說明中有關「感染管制會」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，查核重點為確認該感管會實際有定期開會討論感染管制相關議題，並追蹤院內各單位落實執行會議決議事項。 評分說明符合項目 1 醫院應依據規模及業務屬性，將相關部門納入感管會成員；若醫院未設有項目中所列部門或任務編組，則其感管會成員當可不含該類部門代表。 感染管制措施之執行涉及醫院不同部門業務，並非限定由感染管制單位執行，醫院應視其業務性質及各部門人力妥為分配工作。 鑒於醫院規模及組織架構不同，其感管會之設置亦有不同，醫院如有下述情況均可認定： <ol style="list-style-type: none"> 若受評醫院為相關體系醫院，其感管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，並有各院區院長批示等方式確認各院區院長知悉。 若受查醫院規模較小，該院感染管制相關議題亦可提至院務會議討論，惟至少每 3 個月需做一次報告及討論，並有紀錄備查；此狀況之受查醫院如多次院務會議未有感染管制相關議題或前次會議決議執行追蹤，於查核時應視院方實際執行狀況，予以建議改善。 符合項目 3 有關「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」部分，若不符合事項

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
			6. 增加臨時加開之開會會議紀錄。(優良)	<p>或建議事項涉及硬體設備調整，確實難以短期內改善，且醫院已提出流程改善或其他因應計畫，由查核團隊共同研議評分，並列為持續追蹤事項。</p> <p>6. 評分說明優良項目 1「感管會成員中有 1 位曾接受流行病學訓練者」，係指感管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。</p> <p>7. 評分說明優良項目 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」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「感染管制會」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。</p>
	1.2	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	<p>符合項目：</p> <p>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。</p> <p>2. 依規定置有下列人員，負責感染管制業務推行：</p> <p>(1) 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。</p> <p>(2) 總床數 300 床以上 499 床以下：全院應有專責醫師 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。</p> <p>(3) 總床數 299 床以下：全院應有專責醫師 1 人以上及專責護理人員 1 人以上。</p>	<p>1. 評分說明符合項目 1 所指之「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推動/管理感染管制相關業務之功能。另本項所提「...在經費、人力、空間及資訊都能有實質的支援」之「空間」，係指能提供獨立辦公及會議空間。</p> <p>2. 一般醫院評分說明符合項目 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」及精神科醫院適用標準評分說明符合項目 3「負責感染管制業務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」之「感染管制訓練學分」採從寬認定，含括衛生福利部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所認定之感染管制課程積分，或由感染管制相關學會及其他醫學相關單位辦理，且內容為感染管制相關議題，經學分認定後，均可認計，可</p>

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
			<p>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。</p> <p>優良項目：（達成符合項目，且下述項目需全部達成）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 感染管制部門為直接隸屬於院本部（院長室）下的獨立單位。 2. 增加感染管制單位人力配置，負責感染管制業務推行： <ol style="list-style-type: none"> (1) 總床數 500 床以上：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；<u>每 200 床聘有專任感染管制護理人員 1 人以上</u>；<u>全院專任感染管制醫檢人員 1 人以上</u>，<u>總床數 1000 床以上者，全院專任感染管制醫檢人員 2 人以上</u>。（本項底線處為 113 年試評項目） (2) 總床數 300 床以上 499 床以下：全院有接受感染症醫學訓練之專任專科醫師 1 人以上；<u>每 200 床聘有專任感染管制護理人員 1 人以上</u>；<u>全院專責感染管制醫檢人員 1 人以上</u>。（本項底線處為 113 年試評項目） (3) 總床數 299 床以下：全院有專責醫師 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；<u>全院有專任感染管制護理人員 1 人以上</u>。 <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 總床數 300 床以上之醫院，專任感染管制護理人員應至少達每 250 床聘有 1 人以上，方得為優良。 2. 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。 3. 專供診治兒童之綜合醫院之感染管制人員數，得連 	<p>認列線上數位學習時數，惟實體課程至少應有 10 學分。但 111 年配合 COVID-19 疫情防治，教育訓練時數認計不侷限於實體課程。</p> <p>3. 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。有關專任、兼任及專責感染管制人力之相關說明如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> (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專科醫師，負責推行並執行感染管制相關業務。 (2) 接受感染症醫學訓練之兼任專科醫師：係指聘請他院之專科醫師，協助推行感染管制相關業務；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。 (3) 專責醫師：係指執業登記於本院之醫師，平時除本職業務外，協助推行感染管制相關業務。 (4) 專任感染管制護理人員：係指執業登記於本院之感染管制護理師或護士，全職負責執行感染管制相關業務。 (5) 專責護理人員：係指執業登記於本院之護理師或護士，平時除本職業務外，協助推行感染管制相關業務。 (6) 專任感染管制醫檢人員：係指執業登記於本院之感染管制醫檢師（生），全職負責感染管制相關業務。 (7) 專責感染管制醫檢人員：係指平時除本職業務外，協助推行感染管制相關業務之感染管制醫檢師

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
			<p>同既有綜合醫院之規模合併計算，分別登記於各醫院。(設標)</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 感染管制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) 5. 兼任感染症專科醫師聘書及衛生單位之支援報備相關證明。(符合) <p>【精神科醫院適用以下標準】</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 設有感染管制部門，應明訂工作職責及組織圖之定位，並對感染管制部門的業務執行，在經費、人力、空間及資訊需求都能有實質的支援。 2. 置有下列人員，負責感染管制業務推行： <ol style="list-style-type: none"> (1) 總床數 500 床以上：全院應有專責醫師 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：全院應有專責醫師 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：全院應有專責醫師 1 人以上及專責護理人員 1 人以上。 3. 負責感染管制業務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。 	<p>(生)。</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. 一般醫院評分說明符合項目 2-(2)、優良項目 2-(3) 及精神科醫院適用標準評分說明符合項目 2-(1)、優良項目 2-(2)：除了由 1 名訓練學分達基準要求之專責醫師負責感染管制業務外，必須另外增聘接受感染症醫學訓練之兼任專科醫師，協助感染管制業務推行，才符合上述項目之醫師人力要求。 5. 感染管制人力核算期間為查核前兩年度，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人員代理感染管制業務。兼任醫師人力均以前述原則核算。 6. 有關本項基準所提之專任感染管制護理人員及專科醫師人力計算，依評分說明所述按開放總病床數核算，超過基準值 1 床則需增加人力 1 名；開放總病床數為 300 床醫院，需 1 名專任感染管制護理人員，301 床醫院則需專任感染管制護理人員 2 名；醫院規模 501 床則需聘 2 名專任感染症專科醫師。 7. 若受查醫院之感染管制護理人員同時兼任愛滋病個管師或結核病個管師，則該等人員於感染管制人力上應以專責人員計算，不應列計為專任人力。 8. 有關優良項目 2-(1)、(2)之試評項目及[註]1 訂有「總床數 300 床以上之醫院，專任感染管制護理人員應至少達每 250 床聘有 1 人以上，方得為優良」，係為現行優良項目之人力規範，試評項目未達成者，雖不影響此項基準是否得被評定為優良，但總床數 300 床以上之醫院，專任感染管制護理人員仍應至少達每 250 床聘有 1 人以上，方得為優良。 9. 依據醫療機構設置標準附表一備註，「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

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
			<p>優良項目：（達成符合項目，且下述項目需全部達成）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 感染管制部門為直接隸屬於院本部（院長室）下的獨立單位。 2. 增加感染管制單位人力配置，負責感染管制業務推行： <ol style="list-style-type: none"> (1) 總床數 500 床以上：全院聘有 1 名接受感染症醫學訓練之專任專科醫師；每 250 床聘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：全院聘有 1 名以上接受感染症醫學訓練之兼任專科醫師協同專責醫師推動感染管制業務；每 250 床聘有專任感染管制護理人員 1 人以上。 (3) 總床數 299 床以下：全院聘有專任感染管制護理人員。 <p>[註] 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。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 感染管制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) 5. 兼任感染症專科醫師聘書及衛生單位之支援報備相關證明。(符合/優良) 	<p>模合併計算，分別登記於各醫院」，因此經衛生福利部評核設有兒童醫院者，本項基準之感染管制人力（包括醫師、護理人員及醫檢人員）得依既有綜合醫院加上兒童醫院總床數合併計算進行評量。</p>
	1.3	制訂與更新	符合項目：	1. 有關各院制訂之感染管制手冊、院內感染相關作業所

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
		感染管制手冊，並辦理教育訓練使員工落實執行；定期收集國際疫情傳達員工知悉	<ol style="list-style-type: none"> 1. 制訂感染管制手冊(設有牙醫及中醫部門者需納入)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，使工作人員清楚各項感染管制措施且落實執行。 2. 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。 3. 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。 4. 訂有完整的員工感染管制教育訓練計畫，包含在職教育及職前教育訓練時數和時程表。因應國內外疫情訂有新興與再浮現傳染病之防治教育訓練計畫。 <p>優良項目：(達成符合項目，且下述項目需全部達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 有專人定期蒐集國內外感染管制的相關規定，參考有科學根據之建議事項，並依據醫院特性，適時訂定或修訂感染管制手冊。 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。 3. 醫院全院員工(含外包工作人員)感染管制教育訓練活動內容品質良好，紀錄詳實，且有測驗機制，確認人員之在職教育及職前教育訓練成效良好。 <p>[註]</p>	<p>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)」，查核時不以詞彙之使用評斷內容更新情形。</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. 有關評分說明符合項目 1 所指之手冊感染管制措施項目與執行情形稽核方式說明如下： <ol style="list-style-type: none"> (1) 侵入性醫療處置組合式照護： <ol style="list-style-type: none"> a. 醫院可依據其提供之服務特性，經風險評估後，對院內高風險單位逐步導入組合式感染管制措施 (bundle intervention)。惟有使用中心導管之醫院必須推動中心導管組合式照護，始達成本項要求。 b. 院內若於加護病房、一般病房或其他醫療單位中，對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，訂有執行計畫，或醫院已列入執行單位之常規作業，均應有遵從性評估、執行成果分析或於感管會等會議討論之紀錄。 c. 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；check list 的呈現方式可為單獨表單，或於病歷、護理紀錄等資料中呈現。 (2) 陪病及探病：依據醫院評鑑基準，醫院應訂有「醫院安全管理作業規範」，包含病房門禁時段、訪客探視(病)時段與人數控管等陪探病措施及相關標準作業流程。 (3) 院內用餐、購物環境：

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
			<p>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。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 感染管制查核督導紀錄(含組合式照護等感染管制措施的遵從性稽核評估、相關改善方案的執行紀錄及成果等)。(符合) 2. 侵入性醫療感染管制標準作業程序。(符合) 3. 年度員工在職及新進人員感染管制教育訓練(包含新興與再浮現傳染病防治教育訓練)。(符合) 4. 感染管制手冊(含牙醫及中醫感染管制作業程序)。(符合/優良) 5. 最新疫情資訊或感染管制相關網路資訊平台。(符合/優良) 6. 員工教育訓練測驗機制與評量紀錄。(優良) <p>【精神科醫院適用以下標準】</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 制訂感染管制手冊並定期修訂；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、購物環境等感染管制措施；並提供給相關部門，使工作人員清楚各項感染管制措施且落實執行。 2. 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。 3. 訂有完整的員工感染管制教育訓練計畫，包含在職 	<p>評量共識</p> <ol style="list-style-type: none"> a. 醫院若設有販賣部、商店街、用餐區，應符合疾病管制署「醫療(事)機構商店街感染控制措施指引」相關規定，訂定內部感染管制規範，且應包含環境清潔及人員管理等規範，如：醫院員工進入用餐、購物區之管理(如：限制穿著隔離衣帽、手術服與手術室拖鞋者之出入...等)；病人進入用餐、購物區之管理(如：限制穿著病人服、推點滴架或有其他輸液或導管者之出入...等)；用餐、購物區避免病菌污染與傳播之具體作法等。 b. 實際執行情形可請院方提供相關管理部門針對販賣部(商店街)之稽核紀錄佐證。 <p>(4) 兒童遊戲區域：</p> <ol style="list-style-type: none"> a. 兒童遊戲區域可為開放性或密閉性之獨立空間，凡院區內設置有兒童遊戲設備，且兒童遊戲設備可供輪流使用的區域皆屬之。 b. 兒童遊戲區域及其遊戲設備應有專責人員管理，並訂有合宜的感染管制規範，且適時因應特殊疫情及時修訂(如：因應院內發生之疫情或社區腸病毒流行季節等情形，訂有管制時機及相關機制，避免交互感染)。 c. 前述感染管制規範應包括：地板及牆面應採用防撞、平滑、且可使用能殺死腸病毒及諾羅病毒之消毒劑(如漂白水等)消毒之材質；所有玩具應採可使用能殺死腸病毒及諾羅病毒之消毒劑(如漂白水等)消毒的材質；每天應至少一次以能殺死腸病毒及諾羅病毒之消毒劑(如漂白水等)確實消毒，並留有紀錄(至少包括日期與執行者簽名)。

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
			<p>教育與職前教育訓練時數和時程表，以及因應國內外重要疫情或新興與再浮現傳染病之防治教育訓練計畫。</p> <p>優良項目：（達成符合項目，且下述項目需全部達成）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 有專人定期蒐集國內外感染管制的相關規定，參考有科學根據之建議事項，並依據醫院特性，適時訂定或修訂感染管制手冊。 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。 3. 醫院全院員工（含外包工作人員）感染管制教育訓練活動內容品質良好，紀錄詳實，且有測驗機制，確認人員之在職教育及職前教育訓練成效良好。 <p>[註]</p> <p>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。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 感染管制查核督導紀錄(含組合式照護等感染管制措施的遵從性稽核評估、相關改善方案的執行紀錄及成果等)。(符合) 2. 侵入性醫療感染管制標準作業程序。(符合) 3. 年度員工在職及新進人員感染管制教育訓練(包含新興與再浮現傳染病防治教育訓練)。(符合) 4. 感染管制手冊。(符合/優良) 5. 最新疫情資訊或感染管制相關網路資訊平台。(符合/優良) 6. 員工教育訓練測驗機制與評量紀錄。(優良) 	<p>d. 若發現醫院設有兒童遊戲區域，但院方表明已關閉，應請院方提供相關佐證資料（如：公文或感染管制會會議紀錄等）。</p> <p>e. 實際執行情形可請院方提供日常清潔紀錄及相關管理部門之稽核紀錄佐證。</p> <p>3. 有關一般醫院評分說明符合項目 4 及精神科醫院適用標準評分說明符合項目 3：</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 在職教育訓練對象為醫院全體員工（含外包人員），每人每年至少應有 3 小時感染管制及傳染病教育訓練課程，且達成率≥80%。 (2) 新進員工（含外包人員）之職前教育訓練為到職半年內應完成 6 小時之感染管制及傳染病教育訓練；查核時若有新進員工到職已屆滿半年，仍未完成感染管制教育訓練者，則視為不符合；若到職尚未滿半年且受訓時數未達 6 小時者，不視為不符合。外包人員之新進人員判定是以簽約日期或實際於醫院工作期間，可由醫院衡酌認定。 (3) 教育訓練時數可認計線上數位學習時數，在職員工感染管制教育課程 3 學分，不限制以線上或實體課程方式辦理，惟新進員工實體課程至少應有 2 小時。但 111 年配合 COVID-19 疫情防治，新進員工教育訓練不限制以線上或實體課程方式辦理。 (4) 兼任醫事人員（包含醫師、感染管制師等）之感染管制教育訓練時數，回歸其執業登記醫院計算。 (5) 「因應國內外疫情訂有新興與再浮現傳染病之防治教育訓練計畫」，係指每年針對國內外重要疫情如新型 A 型流感、伊波拉病毒感染、中東呼吸症候群冠狀病毒感染症及 COVID-19 等新興與再浮現傳染病辦理教育訓練課程時數至少達 1 小時。

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識								
				<p>4. 有關評分說明優良項目 1「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，並依據醫院特性，適時訂定或修訂感染管制手冊」，本項查核時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：</p> <p>(1) 建議醫院應有至少 3 年更新之機制，針對手冊進行整體之審視與修訂。</p> <p>(2) 因應感染管制發展（如配合政策調整、傳染病、感染管制新知或 MDRO 感染管制政策等）適時更新。</p> <p>5. 評分說明優良項目 3「...且有測驗機制，確認人員之在職教育及職前教育訓練成效良好」所提之「測驗機制」不限定其測驗方式。</p>								
	1.4	院內應有充足且適當之洗手設備，訂有手部衛生作業程序且有管控與稽核機制	<p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 濕洗手設備之位置及數量合乎實際需要且功能良好，並於濕洗手設備旁有正確洗手步驟之標示。 2. 醫療照護相關單位濕洗手設備應設置非手控式水龍頭，如：肘動式、踏板式或感應式水龍頭等，並備有液態皂、手部消毒劑及擦手紙，或備有具去污作用之手部消毒劑及擦手紙。 3. 備有方便可及、數量足夠且功能良好之酒精性乾性洗手液(得採固定裝置或隨身瓶)，如：公共區域(醫院民眾出入口、電梯等候區、掛號櫃檯等)、急診、門診及重要節點等。 4. 醫療照護人員在：(1)接觸病人之前、(2)執行清潔/無菌操作技術之前、(3)有暴露病人體液風險之後、(4)接觸病人之後、(5)接觸病人週遭環境之後，應確實洗手（洗手可包括乾洗手）。 5. 訂有手部衛生稽核機制，定期稽核手部衛生遵從性 	<p>1. 評分說明符合項目 1 所提「濕洗手設備之位置及數量合乎實際需要」說明如下：</p> <p>(1) 濕洗手設備旁是否標示洗手 5 時機圖示不列為評分依據。</p> <p>(2) 濕洗手設備設置建議如下：</p> <table border="1" data-bbox="1330 970 2076 1436"> <thead> <tr> <th data-bbox="1330 970 1576 1023">單位</th> <th data-bbox="1576 970 2076 1023">濕洗手設備</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1330 1023 1576 1246">加護病房</td> <td data-bbox="1576 1023 2076 1246">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性洗手液</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1330 1246 1576 1299">醫療照護單位</td> <td data-bbox="1576 1246 2076 1299">原則上 1 個單獨區域需有一洗手檯</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1330 1299 1576 1436">門診診間</td> <td data-bbox="1576 1299 2076 1436">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</td> </tr> </tbody> </table>	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性洗手液	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
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性洗手液											
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											

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識									
			<p>及正確性等指標，手部衛生遵從性應達 80%、正確性應達 70%，稽核結果回饋受稽核單位，並留有紀錄備查。</p> <p>優良項目：（達成符合項目，且下述項目需全部達成）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 由副院長級以上主管推動全院手部衛生運動或臨床單位曾以品管手法，如：品管圈、標竿學習、專案改善等方式推動手部衛生。 2. 提報手部衛生正確率與遵從率，並進行分析檢討改進。 3. 使用資訊系統或輔助機制提升手部衛生成效。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 擦手紙、手部消毒劑及酒精性乾洗手液的採購量和使用量的統計資料。(符合) 2. 手部衛生遵從性及正確性、洗手設備完整性及功能性等稽核紀錄。(符合) 3. 以品管手法推動者應有完整的執行方案與成果報告等資料。(優良) 4. 院務層級會議紀錄或全院發表資料。(優良) 5. 資訊系統或輔助機制提升手部衛生成效相關資料。(優良) 	臨床實驗室	每間臨床實驗室應設有洗手檯（設置數量及位置是否適當，由各單位依實驗室大小及周邊環境等要素自行考量）								
				<ol style="list-style-type: none"> (3) 考量實驗室因為需處理具感染性物質（如病人檢體），所以對濕洗手設備之要求，與臨床單位相同。 2. 評分說明符合項目 2「...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洗手皂、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，應保持乾燥清潔，查核時可於評量表意見欄中給予建議，但不列為評分依據。 3. 評分說明符合項目 3 所提「備有方便可及、數量足夠且功能良好之酒精性乾性洗手液」說明如下： <ol style="list-style-type: none"> (1) 乾洗手設備設置建議如下： 									
				<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="1330 935 1603 986">單位</th> <th data-bbox="1603 935 2074 986">乾洗手設備</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1330 986 1603 1118">血液透析/洗腎室、加護病房等特殊醫療照護單位</td> <td data-bbox="1603 986 2074 1118">每床放置 1 瓶酒精性乾洗手液</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1330 1118 1603 1342">一般病房</td> <td data-bbox="1603 1118 2074 1342"> <ol style="list-style-type: none"> 1. 個人病房每病室放置 1 瓶酒精性乾洗手液 2. 病室內至少每 2 床之間放置 1 瓶酒精性乾洗手液，以每床放置 1 瓶為佳 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="1330 1342 1603 1433">精神科、兒科等單位</td> <td data-bbox="1603 1342 2074 1433"> <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 </td> </tr> </tbody> </table>		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 1 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 1 瓶酒精性乾洗手液 2. 病室內至少每 2 床之間放置 1 瓶酒精性乾洗手液，以每床放置 1 瓶為佳 	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
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 1 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 1 瓶酒精性乾洗手液 2. 病室內至少每 2 床之間放置 1 瓶酒精性乾洗手液，以每床放置 1 瓶為佳 												
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 												

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識		
				<p>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</p> <p>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</p> <table border="1" data-bbox="1332 555 2076 687"> <tr> <td data-bbox="1332 555 1608 687">單位內工作車（治療車、急救車、換藥車等）</td> <td data-bbox="1608 555 2076 687">備有充分補給且功能正常之酒精性乾洗手液</td> </tr> </table> <p>(2) 於醫院民眾出入口、電梯等候區等公共區域備有充分補給、功能正常之酒精性乾洗手液。</p> <p>(3) 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內容等，不列為評分依據。</p> <p>(4) 有關酒精性乾洗手劑容器之選擇，除隨身攜帶的乾洗手劑外，應以方便同仁採取不以手直接接觸的方式（例如：肘動式、腕壓式、電動感應式等）取得足夠量（約 2-3ml）的酒精性乾洗手劑為原則，以符合臨床實務所需，並應注意維持容器清潔。</p> <p>4. 評分說明符合項目 5 所提「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」，其中「定期稽核」係由醫院視各單位實際狀況訂定稽核頻率；有關手部衛生遵從性稽核，除記錄所稽核之手部衛生機會數與實際執行手部衛生次數外，應包含手部衛生五時機的每項時機數。</p> <p>5. 評分說明優良項目 1 所提「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」，</p>	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					

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
				<p>應以是否辦理相關品管活動為依據。</p> <p>6. 評分說明優良項目 3 所提「使用資訊系統或輔助機制提升手部衛生成效」，其中「資訊系統或輔助機制」係指醫院以電子看板跑馬燈、設立螢幕保護程式提醒、加護病房開放家屬探視前以廣播提醒、新進人員以螢光劑測試等作為皆可，惟洗手步驟圖示非為輔助機制。</p> <p>7. 參加手部衛生卓越競賽（Hand Hygiene Excellence Award）獲獎醫院，於評定獲獎的次年度或後年度接受查核，本項成績得以優良認計。</p>
	1.5	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	<p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 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。 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)。 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 	<p>1. 評分說明符合項目 1 之「明顯告示」以電子看板方式呈現亦可。</p> <p>2. 評分說明符合項目 2 係指對所有急診檢傷病人和出現發燒或疑似感染之門診病人，有提示急診檢傷人員和門診醫師詢問旅遊史(travel history)、職業別(occupation)、接觸史(contact history)及是否群聚(cluster)之機制。「疑似感染」泛指所有感染症狀，非僅限於呼吸道感染症狀。</p> <p>3. 評分說明符合項目 3「依感染風險訂定適當的個人防護裝備使用標準」係指其內容須記載於院內工作手冊或感染管制網頁；另「定期辦理 PPE 教育訓練(含實際穿脫演練及密合度測試)」之『定期』係指至少每年 1 次，教育訓練主題含實際穿脫演練及密合度測試相關內容，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。</p> <p>4. 評分說明符合項目 4 所指「疑似或確定之傳染病個案」非僅限於『法定』傳染病病人。</p> <p>5. 評分說明優良項目 1 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</p>

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
			<p>離病室，應能明確顯示負壓狀況及負壓值，並有維護保養檢測紀錄。</p> <p>5. 訂定新興傳染病疫情或大規模感染事件發生之應變計畫，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，並辦理實地或桌上演練；如有新興傳染病疫情或大規模感染事件發生時，應依照衛生主管單位的最新規定，執行防疫措施及動線規劃。</p> <p>6. 於發生新興傳染病疫情或大規模感染事件(含院內群聚事件)時，針對疑似或確定傳染病之住院病人訂有分流機制，且住院服務落實良好動線規劃。</p> <p>7. 建立因應新興傳染病疫情或院內發生大規模感染事件成立應變團隊機制，並定期更新，由院內跨部門組成團隊，醫院主管(院長)擔任應變團隊召集人。(新增)</p> <p>優良項目：(達成符合項目，且下述項目需全部達成)</p> <p>1. 擬定及執行新興傳染病疫情或大規模感染事件(含院內群聚事件)發生時，支援單位及人員的訓練課程及受訓計畫。</p> <p>2. 主動協助社區內其他醫療院所及人口密集機構(含照護機構)等單位之感染管制及新興傳染疾病之病人收治，並協助防疫工作。(113年試評項目)</p> <p>3. 確實執行並定期檢討修訂相關機制及因應措施。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>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)</p> <p>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)</p>	<p>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。</p> <p>6. 一般醫院評分說明優良項目 2：</p> <p>(1) 協助社區內其他醫療院所及人口密集機構(含照護機構)等單位之防疫工作，如：與照護機構訂有感染管制服務合約、提供照護機構感染管制人員實務訓練等，惟不可為受查醫院所附設之。</p> <p>(2) 「新興傳染疾病」含括多重抗藥性細菌感染症。</p> <p>7. 有關評量方法及建議佐證資料 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」，係列舉建議之佐證資料，不限定提供資料之種類或方式。</p>

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
			<p>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)</p> <p>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)</p> <p>5. 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)</p> <p>6. 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)</p> <p>7. 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)</p> <p>8. 負壓隔離房檢測/維護紀錄。(符合)</p> <p>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)</p> <p>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)</p> <p>【精神科醫院適用以下標準】</p> <p>符合項目：</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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</p>	

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
			<p>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；並定期辦理PPE教育訓練(含實際穿脫演練及密合度測試)。</p> <p>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。</p> <p>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，並辦理實地或桌上演練；如有新興傳染病疫情或大規模感染事件發生時，應依照衛生主管單位的最新規定，執行防疫措施及動線規劃。</p> <p>6. 於發生新興傳染病疫情或大規模感染事件(含院內群聚事件)時，針對疑似或確定傳染病之住院病人訂有分流機制，且住院服務落實良好動線規劃。(新增)</p> <p>7. 建立因應新興傳染病疫情或院內發生大規模感染事件成立應變團隊機制，並定期更新，由院內跨部門組成團隊，醫院主管(院長)擔任應變團隊召集人。(新增)</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1. 擬定及執行新興傳染病疫情或大規模感染事件(含院內群聚事件)發生時，支援單位及人員的訓練課程及受訓計畫。</p> <p>2. 確實執行並定期檢討修訂相關機制及因應措施。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1. 因應不同狀況病人之個人防護裝備標準及教育訓練</p>	

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
			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) 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. 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) 6. 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) 7. 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) 8. 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)	
	1.6	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	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指標。 2. 明確訂定迅速察知病房的菌種變化機制，並且採取因應措施。 3. 定期於院內感染管制會報告監測成果，且感染管制指標及感染個案能回饋相關醫護人員，以致力於改善措施，並制訂具體的改善方案且確實實施。 4. 訂有院內群聚或群突發感染發生之危機處理標準作業流程，並針對發生之院內群聚或群突發感染事件有調查處理報告。 5. 將醫療照護相關感染資料通報至疾病管制署台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統。(醫學中心/準醫	1. 若醫院雖未發生院內群聚感染事件，但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符合項目 4 之要求。 2. 有關一般醫院評分說明符合項目 5 應符合下列條件： (1) 醫院需完成所有加護病房 111 年與 112 年 1-12 月的住院人日數、3 項侵入性導管使用人日數及感染個案資料與檢驗等結果之通報。前述通報成效將以台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統 (THAS 系統)「感染個案通報完整率」及「月維護資料通報完整率」2 項指標呈現，任一指標數值低於 80%視同本項條件未符合。 (2) 醫院需於期限前將 111 年與 112 年資料通報至 THAS 系統，指標達成情形將依據 THAS 系統「醫療照護

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
			<p>學中心/區域醫院/地區醫院適用，本項底線處為 113 年試評項目)</p> <p>優良項目：(達成符合項目，且下述項目需全部達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 2. 落實執行修訂之方案或改善計畫。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 醫療照護相關感染的統計報表。(符合/優良) 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) 4. 院內發生之感染群突發事件改善計畫。(優良) <p>【精神科醫院適用以下標準】</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 應建置感染管制監測機制，依醫院之機能及規模，能掌握結核病、疥瘡、食物中毒、腹瀉、發燒、抗生素管制、傳染病疫情等重要感染指標。 2. 應每個月統計及分析院內感染事件，並留存各種報表、呈核紀錄及改善成效。 3. 定期於院內感染管制會報告監測成果。 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；若遇群聚感染院方無法處理時，有尋求協助之應變機制。 <p>優良項目：(達成符合項目，且下述項目需全部達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 	<p>相關感染通報統計表」查詢結果為準(查詢方式如查核作業手冊自評表之操作說明)。</p>

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
			2. 將醫療照護相關感染資料通報至疾病管制署台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統。 3. 落實執行修訂之方案或改善計畫。 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/優良) 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。(優良) 4. 院內發生之感染群突發事件改善計畫。(優良)	
	1.7	落實安全注射行為	符合項目： 1. 以無菌操作技術在清潔乾淨區域準備注射藥品；應使用新的注射針和針筒進入藥瓶抽取藥品，不可將針頭留置於藥瓶上重複抽取藥品，且病人使用過注射針和針筒不可重複使用。 2. 注射針、針筒、注射藥品使用的管路(tubing)和轉接器(connector)等，只能使用於單一病人。 3. 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。 4. 多劑量包裝的藥品在開封後應標註日期（開封日與到期日）及存放於適當環境，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，則最長不可超過 28 天。 5. 多劑量包裝藥品如果要提供不只一位病人使用，應集中存放在清潔乾淨區，避免交叉污染。	1. 評分說明符合項目 1 (1)清潔乾淨區域，係指不會接觸到血液、體液、污染的儀器設備或受到其汙染的區域。 (2)實地觀察業務執行情形或請醫護人員示範操作常規備藥及施打流程，確認是否符合相關內容。 2. 評分說明符合項目 2 (1)內容所提之「注射藥品」泛指經由注射途徑提供之所有輸液及藥品。 (2)「注射針和針筒」亦包括預先填充藥品的針筒(prefilled syringes)和匣式設備(cartridge devices)如胰島素注射器。 (3)實地觀察治療區、藥品準備區等區域是否有已開封未丟棄的注射針、針筒、預先填充藥品的針筒(prefilled syringes)、管路或連接器。 3. 評分說明符合項目 3 (1)實地訪查時檢查冰箱、治療區、藥櫃等區域是否有已開封的單一劑量包裝或單次使用注射藥品。 (2)若有看到現場有已開封的生理食鹽水等輸液，請受

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
				<p>查單位說明輸液用途。</p> <p>4. 評分說明符合項目 4</p> <p>(1)對於藥品包裝屬單一劑量或多劑量包裝，應依廠商標示或說明判定。注射藥品包裝外若無廠商標示或說明，可依據廠商提供之藥品原廠說明書、相關文獻或由醫院相關委員會等依據臨床使用經驗採計認定。</p> <p>(2)實地觀察現場是否存放有已開封多劑量包裝藥品，若有，檢視有無標示開封日期和開封後可保存的截止日期，最長天數以 28 天為限；並確認藥品開封日期及使用期間均沒有超過產品有效日期。</p> <p>(3)有關使用後的殘藥貯存方式與環境，應依據藥品仿單說明書辦理。</p> <p>5. 評分說明符合項目 5，於實地訪查時，可請受查單位說明多劑量藥品的儲存地點及檢查治療區是否存放已開封或未開封的多劑量包裝藥品。另可建議儘量使用單一劑量包裝的針劑藥品。</p>
	2	確實執行衛材之清潔、消毒、滅菌及環境清消		
	2.1	確實執行衛材、器械、機器與內視鏡之清潔、消毒及滅菌管理	<p>符合項目：</p> <p>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）：</p> <p>(1) 各類物品之清洗、包裝、消毒、滅菌及有效期間均訂有標準。</p> <p>(2) 處理物品時，工作人員需穿戴適當的個人防護裝備。</p>	<p>1. 符合項目 1 所提之「自行執行衛材、器械、機器與內視鏡之滅菌及清潔者」包括非供應室施行之滅菌作業，均須列入查核。</p> <p>2. 有關評分說明符合項目 1-(1)所提之包裝，應參考相關指引建議，於滅菌物品的包裝上，除了滅菌指示帶外，其他的膠帶、安全別針、繩子、紙夾、訂書針或其他尖銳物都不應該使用於滅菌物品的打包綑綁。</p>

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
			<p>(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劑（如：包外化學指示劑、包內化學指示劑）及標示滅菌日期與有效日期，並讓使用者知悉。（本項底線處為 113 年試評項目）</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(6) 電漿鍋依滅菌監測感染管制措施指引進行監測並有相關紀錄。</p> <p>(7) 滅菌過程發生異常，應有相關處理規範(含回收機制)。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(10) 依照說明書建議監測軟式內視鏡等相關器械、設備之清洗消毒液有效濃度，並有紀錄。</p> <p>2. 消毒/滅菌過的物品應保管於清潔且空調較佳處之架子上或有門扇之櫥櫃內；並依物品名稱及消毒先後適當置放；消毒/滅菌過的物品需使用清潔並加蓋之推車搬運及配送（消毒/滅菌物品和回收物品之置放車要區分）。</p> <p>3. 衛材、器械之滅菌業務外包，或租賃手術器械，應</p>	<p>3. 一般醫院評分說明符合項目 1-(3)所指每包內側及外側均應有化學性指示劑，其包外化學指示劑應為第一類化學指示劑，包內化學指示劑應為第四或五類化學指示劑。</p> <p>4. 一般醫院評分說明符合項目 1-(6)所指之電漿鍋建議應至少每天施行 1 次生物指示劑監測，並有相關紀錄可查。</p> <p>5. 一般醫院評分說明符合項目 1-(10)所提之消毒液有效濃度應依廠商說明書建議使用，並按說明書建議頻率進行有效濃度測試，且使用前須確認試紙之效期。另監測紀錄應包含測試日期、測試人員簽名及測試結果（如是否合格），但不須留存測試後之濃度試紙實體；另所指之「說明書」含製造商使用說明書等。</p> <p>6. 有關評分說明符合項目 2，若將拋棄式無菌衛材存放於供應室中，不可採取整箱存放方式，應在供應室外將包裝箱拆除，並與自行滅菌之無菌衛材置放在不同的儲物架。</p> <p>7. 評分說明符合項目 2 所提「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）」推車加蓋不特別指定材質，蓋或罩均可；回收物品和消毒/滅菌物品若同時置於同一台車上，應分層放置於不同加蓋箱中；髒污器械建議使用防穿刺、不會洩漏的容器裝載；若院內僅有一台物品運送推車且無分層設計者，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。</p> <p>8. 醫院未自行執行衛材、器械、機器與內視鏡之滅菌及清潔者(如：衛材、器械之滅菌業務外包，或租賃手術器械等)，以評分說明符合項目 3 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</p>

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
			<p>妥善監控品質、設有管理辦法及進行例行性稽查，並有紀錄備查。</p> <p>4. 各項監測有持續性紀錄；且工作人員清楚各項指標意義及處理異常情況。</p> <p>優良項目：（達成符合項目，且下述項目需全部達成）</p> <p>1. 訂有立即使用器械的管理機制（如：高壓蒸氣滅菌鍋等）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）。</p> <p>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。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1. 供應室以外之消毒/滅菌物品(含採購之無菌醫耗材)集中貯存區溫濕度監測紀錄。(符合)</p> <p>2. 過期物品管理機制或過期物品登記表等紀錄。(符合)</p> <p>3. 滅菌監測標準作業手冊、滅菌失敗物品處理機制流程、及各類滅菌監測結果（含生物監測、化學監測、抽真空監測等）與審核紀錄(含臨床單位寄消品)。(符合)</p> <p>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)</p> <p>5. 高壓蒸氣滅菌鍋每日作業檢點表。(符合)</p> <p>6. 滅菌設備保養維修紀錄與故障處理機制。(符合)</p> <p>7. 滅菌失敗物品回收紀錄。(符合)</p> <p>8. 內視鏡安全作業指引。(符合)</p> <p>9. 內視鏡或器械消毒劑有效濃度監測紀錄。(符合)</p>	<p>等，外包廠商應提供衛生主管機關檢驗合格證書備查。</p> <p>9. 若醫院為不相毗鄰院區，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。</p> <p>10. 一般醫院評分說明優良項目 2 所提之「定期檢討及分析消毒/滅菌過程，...，如有異常情況應進行檢討及改善」，應包含針對當內視鏡消毒液監測發現濃度不足時及滅菌作業發生異常時之病人追蹤機制與改善措施（如：追蹤所有曾使用在前一次檢測合格到本次檢測期間消毒之內視鏡病人名單與其保存年限、追蹤所有曾使用滅菌失敗之衛材/器械的病人名單與其保存年限、檢討消毒液更換時間、檢討滅菌失敗原因等）及執行情形之紀錄。</p> <p>11. 牙科使用的次重要醫療物品（semi-critical item）原則建議採取滅菌方式處理，無法經高壓高溫滅菌之器械（如：橡膠製品），應依廠商使用說明，若屬單次使用者，不再重複使用；若屬可採高程度消毒後重複使用者，依廠商建議之高程度消毒劑進行消毒。</p> <p>12. 參加亞太感染管制學會（Asia Pacific Society of Infection Control, APSIC）模範供應中心競賽活動（CSSD Center of Excellence Program）之醫院，於評定認證通過的當年度或次年度接受查核，本項成績得以優良認計。</p>

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
			<p>10. 內視鏡採檢流程。(符合)</p> <p>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)</p> <p>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)</p> <p>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)</p> <p>14. 內視鏡品管監測結果及改善措施與檢討會議紀錄。(優良)</p> <p>【精神科醫院適用以下標準】</p> <p>符合項目：</p> <p>1. 自行執行衛材、器械、機器之清潔、消毒、滅菌：</p> <p>(1) 各類物品之清洗、包裝、消毒、滅菌及有效期間均訂有標準。</p> <p>(2) 應依照說明書建議或相關指引，訂有標準作業流程，由專人負責且確實執行，並留有監測紀錄備查。</p> <p>(3) 處理物品時，工作人員需穿戴合適之防護裝備。</p> <p>(4) 滅菌過程發生異常，應有相關處理規範(含回收機制)。</p> <p>(5) 消毒滅菌相關設備應由合格人員操作，並定期保養且留有紀錄備查。</p> <p>(6) 衛材、器械消毒滅菌相關設備故障時，可迅速處理。</p> <p>2. 消毒/滅菌過的物品應保管於清潔且空調較佳處之架子上或有門扇之櫥櫃內，並依物品名稱及消毒/滅菌先後適當置放；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</p>	

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
			<p>置放車要區分)。</p> <p>3. 衛材、器械之滅菌業務外包，或租賃手術器械，應妥善監控品質、設有管理辦法及進行例行性稽查，並有紀錄備查。</p> <p>4. 各項監測有持續性紀錄；且工作人員清楚各項指標意義及處理異常情況。</p> <p>5. 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。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1. 供應室以外之消毒/滅菌物品(含採購之無菌醫耗材)集中貯存區溫濕度監測紀錄。(符合)</p> <p>2. 過期物品管理機制或過期物品登記表等紀錄。(符合)</p> <p>3. 滅菌監測標準作業手冊、滅菌失敗物品處理機制流程、及各類滅菌監測結果(含生物監測、化學監測、抽真空監測等)與審核紀錄(含臨床單位寄消品)。(符合)</p> <p>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)</p> <p>5. 高壓蒸氣滅菌鍋每日作業檢點表。(符合)</p> <p>6. 滅菌設備保養維修紀錄與故障處理機制。(符合)</p> <p>7. 外包業務管理辦法及品質監控稽查紀錄。(符合)</p> <p>8. 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)</p> <p>9. 滅菌失敗物品回收紀錄。(符合)</p>	
可	2.2	供應室應配置適當人力，清潔區及污染區應	<p>符合項目：</p> <p>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。</p>	<p>1. 本項基準所稱之供應室主要指依據醫療機構設置標準所設立之單位，惟各家醫院負責執行衛材器械消毒滅菌業務之單位名稱不盡相同，實地查核時不須拘泥於單位名稱。</p>

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
		做區隔且動線規劃合宜	<p>2. 主管應出席感染管制會，必要時專責人員應共同出席。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>優良項目：（達成符合項目，且下述項目需全部達成）</p> <p>1. 供應室有合宜的動線規劃和人員管理辦法。</p> <p>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。</p> <p>3. 落實供應室之溫度及濕度控管，空調設置符合感染管制原則，並有佐證資料。</p> <p>[註]</p> <p>1. 精神科醫院及醫院未自行執行衛材與器械之消毒/滅菌者，可自選本項免評。</p> <p>2. 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」。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1. 供應室單位人員排班表。(符合)</p> <p>2. 感染管制會會議紀錄。(符合)</p> <p>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)</p> <p>4. 供應室工作規範。(符合)</p>	<p>2. 若醫院雖未設立供應室，但有自行執行衛材與器械之消毒/滅菌者，或醫院內未集中於供應室消毒/滅菌之單位，依據符合項目 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」進行評量。</p> <p>3. 評分說明符合項目 5 所提之教育訓練課程，係指針對全院清潔消毒滅菌等供應室業務相關或軟式內視鏡清潔消毒相關人員之教育訓練，不宜以院內全體員工之在職教育訓練課程認計。</p> <p>4. 評分說明優良項目 3 所提之溫度及濕度控管建議參考以下說明：供應室滅菌物品貯存區建議維持溫度<24℃，相對濕度≤70%（APSIC 2017 年指引）；清潔區及儲存區維持相對正壓；污染區具負壓設備為佳，若無負壓設備，則應設有抽氣設備。清潔區與污染區以空氣不對流為原則，可由院方提出證明或委員現場查證確認氣流方向。</p> <p>5. 參加亞太感染管制學會（Asia Pacific Society of Infection Control, APSIC）模範供應中心競賽活動（CSSD Center of Excellence Program）之醫院，於評定認證通過的當年度或次年度接受查核，本項成績得以優良認計。</p>

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
			5. 供應中心之感染管制措施。(符合) 6. 滅菌物品貯存區溫濕度監測紀錄。(符合) 7. 供應室消毒及滅菌監測小組會議紀錄。(優良) 8. 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)	
	2.3	落實環境清潔消毒及管理	<p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 對於醫療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。 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。 若有加護病房、<u>嬰兒室或新生兒</u>、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。(本項底線處為 113 年試評項目) 針對特殊感染事件或群聚事件等異常情形發生時，具有加強環境清潔應變機制，且教育工作人員熟悉相關內容。 <p>優良項目：(達成符合項目，且下述項目需全部達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 肺功能室具負壓或抽風等設備，且有維護保養紀錄。 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。 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。 	<ol style="list-style-type: none"> 若醫院設有牙科，查核動線規劃應包含牙科診間。 有關一般醫院評分說明符合項目 3 訂有醫院退伍軍人病防治計畫之範圍，加護病房及嬰兒室屬單位，新生兒、器官移植及骨髓移植等高風險病人屬對象，其中「新生兒」居住的區域如：病嬰室及中重度病房。 有關一般醫院評分說明優良項目 3 及精神科醫院適用標準評分說明優良項目 1 所提之環境清潔情形定期抽查(檢)機制，未限定醫院必須採取的稽核方式，但醫院應就定期抽查(檢)機制的執行方式、執行頻率、是否回饋/報告抽查(檢)結果、以及依據抽查(檢)結果辦理的檢討與改善策略等事項，提出佐證資料供委員評量。 有關一般醫院評分說明優良項目 4 及精神科醫院適用標準評分說明優良項目 3 所提之供水系統退伍軍人菌環境檢測作業，係為輔導醫院參考疾病管制署公布的指引，依據單位風險特性執行供水系統之監測、採檢及檢出陽性結果的因應處理等，故於實地查核時可依據醫院自評表資料填寫情形提供所需的輔導，勿僅以自評表的表格資料是否完整填寫進行評定。

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
			<p>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措施指引」執行供水系統之監測及採檢並有報告及檢討機制。</p> <p>[註] 器官移植係指心臟、胰臟、腎臟、肝臟、肺臟、小腸移植。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 環境清潔工作標準作業程序、查檢表與教育訓練紀錄。(符合) 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) <p>【精神科醫院適用以下標準】</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 對於醫療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並落實執行。 2. 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，且教育工作人員相關內容。 3. 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。 	

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
			<p>優良項目：（達成符合項目，且下述項目需全部達成）</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 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。 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措施指引」執行供水系統之監測及採檢並有報告及檢討機制。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 環境清潔消毒標準作業程序、查檢表與教育訓練紀錄。(符合) 牙科治療台清潔、管路保養及消毒紀錄。(符合) 環境清潔執行情形之查核抽檢結果與改善措施紀錄。(優良) 退伍軍人菌環境監測及採檢報告及檢討。(優良) 	
	3	落實抗生素抗藥性管理		
可	3.1	抗生素管理計畫之領導與責任	<p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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，醫學中心/準醫學中心/區域醫院每季至少開會1次；地區醫院每年至少開會2次。（本項底線處為113年試評項目） 	<ol style="list-style-type: none"> 評分說明符合項目 1 所提「醫學中心/準醫學中心/區域醫院每季至少開會 1 次；地區醫院每年至少開會 2 次」，若醫院將抗生素相關議題提至感染管制會討論並有決議，則符合本項規定。 評分說明符合項目 2 共識如下： <ol style="list-style-type: none"> (1) 本項係指對於提升「適當使用抗生素」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

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
			<p>2. 每半年至少辦理1次以上全院性「適當使用抗生素」相關講習或線上課程，且臨床醫師、護理人員、醫檢師、藥師每年至少參加1次。</p> <p>3. 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。</p> <p>優良項目：（達成符合項目，且下述項目需全部達成）</p> <p>1. 抗生素管理小組或委員會等組織至少每季開會1次。（區域醫院/地區醫院適用）</p> <p>2. 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。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1. 抗生素管理小組或委員會等組織成員名單、出席紀錄表及會議紀錄。（符合/優良）</p> <p>2. 抗生素教育訓練課程講義及出席紀錄表。（符合）</p> <p>3. 抗生素管理計畫（含執行方式、經費、人力、資源、成效評估等）。（符合）</p> <p>4. 醫院對於抗生素管理計畫執行的實質支援紀錄。（符合）</p> <p>5. 歷次修訂版本之抗生素管理計畫（含修訂之年月日）。（優良）</p> <p>6. 抗生素管理計畫執行情形及成果。（優良）</p> <p>【精神科醫院適用以下標準】</p> <p>符合項目：</p> <p>1. 醫院應有推動抗生素管理之跨部門團隊合作機制，並由副院長級以上帶領執行，團隊成員至少應包含醫師、藥師、醫檢師、護理師及資訊人員等，每年至少開會1次。（本項底線處為113年試評項目）</p> <p>2. 醫院訂有抗生素管理措施，且每年至少辦理1次全院</p>	<p>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。</p> <p>(2) 本項臨床醫師、護理人員、醫檢師、藥師係指執業執照登錄於該醫院之專任人員（兼任人員不列計算），每年應參加全院性「適當使用抗生素」之課程，且應抽查實際出席狀況作為評量依據。</p> <p>3. 評分說明符合項目3所提「抗生素管理計畫」，應含執行方式、經費、人力、資源、成效評估等。</p> <p>4. 依據醫療機構設置標準第三條附表(一)醫院設置標準表修正規定，急性一般病床四十九床以下者，未設檢驗設備者，得免設醫事檢驗人員。</p>

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識						
			<p>性「適當使用抗生素」相關講習或線上課程，臨床醫師、護理人員、醫檢師、藥師每年至少參加1次。</p> <p>[註] 精神科醫院無抗生素藥物品項者，可自選本項免評。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 抗生素管理推動成員名單、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. 抗生素管理措施。(符合) 							
可	3.2	抗生素使用 監測管理機 制	<p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 2. 對抗生素使用量訂有適當的監測機制，定期進行統計分析，且將分析結果回饋相關單位或醫師。(本項底線處為113年試評項目) 3. 建立非管制性、管制性、手術預防性及門診抗生素之管理機制，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，以確保病人抗生素使用適當性。 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。(醫學中心/準醫學中心適用) 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(全體醫院適用)，且有具體改善成效呈現(醫學中心/準醫學中心適用)。 <p>優良項目：(達成符合項目，且下述項目需全部達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 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，以提升抗生素開立處方品質。(區 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 評分說明符合項目 1 所提「如何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。 2. 評分說明符合項目 2 所提「對抗生素使用量訂有適當的監測機制」，需由院方提出抗生素使用情形之監測資料，並使用 DDD 或 DID (DDD/1000 patient-days) 為單位統計。 3. 有關評分說明符合項目 3 所提「各項有關病人使用抗生素之情形，應於病歷中詳載」，實地查核本項基準之評量方式請醫院提供下列病例清單，由查核委員從中挑選病歷審查。此外，病歷審查形式不侷限於紙本病歷，電子病歷亦可認計。實地查核時，各審查項目若有 1 本病歷紀錄內容不符規定，建議可當場再多抽審 1 本病歷，如該本多抽審之病歷內容符合規定，即認定符合標準。 <table border="1" data-bbox="1323 1177 2051 1362"> <thead> <tr> <th data-bbox="1323 1177 1518 1267">審查項目</th> <th data-bbox="1518 1177 1935 1267">對象</th> <th data-bbox="1935 1177 2051 1267">病歷 抽樣數</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1323 1267 1518 1362">非管制性抗 生素使用</td> <td data-bbox="1518 1267 1935 1362">住院中或已出院的 ICU 病房 或肺炎或敗血症病人</td> <td data-bbox="1935 1267 2051 1362">3</td> </tr> </tbody> </table>	審查項目	對象	病歷 抽樣數	非管制性抗 生素使用	住院中或已出院的 ICU 病房 或肺炎或敗血症病人	3
審查項目	對象	病歷 抽樣數								
非管制性抗 生素使用	住院中或已出院的 ICU 病房 或肺炎或敗血症病人	3								

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識										
			<p>域醫院/地區醫院適用)</p> <p>2. 達成符合項目5且有具體改善成效呈現。(區域醫院/地區醫院適用)</p> <p>3. 設置抗生素處方審核與回饋及統計分析資訊系統。(醫學中心/準醫學中心適用)</p> <p>4. 依據醫院特性及常見感染症，發展特定感染性疾病處置指引，協助優化抗生素的選擇和使用時間，並制定具體措施且確實實施。(醫學中心/準醫學中心適用，本項為113年試評項目)</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1. 抗生素使用管制措施及相關作業流程。(符合)</p> <p>2. 各類別抗生素病歷抽樣審查紀錄。(符合)</p> <p>3. 抗生素使用量(如：defined daily dose)分析報告及改善回饋紀錄。(符合)</p> <p>4. 不適當的抗生素使用量或全院抗生素使用量之改善情形紀錄。(符合/優良)</p> <p>5. 特定感染性疾病處置指引及用以優化抗生素使用之具體措施相關紀錄。(優良)</p> <p>【精神科醫院適用以下標準】</p> <p>符合項目：</p> <p>1. 醫院應有抗生素使用管制機制，且醫師可隨時查閱如何適當使用抗生素之資料。</p> <p>2. 訂有抗生素使用量之監測機制，並定期統計分析。</p> <p>[註]</p> <p>精神科醫院無抗生素藥物品項者，可自選本項免評。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1. 抗生素使用管制機制及相關作業流程。(符合)</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="1323 212 1518 300">管制性抗生素使用</td> <td data-bbox="1518 212 1935 300"></td> <td data-bbox="1935 212 2051 300">3</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1323 300 1518 523">手術預防性抗生素使用</td> <td data-bbox="1518 300 1935 523">住院中或已出院，且接受TKR、THR、CABG、甲狀腺切除術、剖腹產、鼠蹊疝氣修補術或其他清淨手術術式病人</td> <td data-bbox="1935 300 2051 523">3</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1323 523 1518 655">門診抗生素使用</td> <td data-bbox="1518 523 1935 655">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</td> <td data-bbox="1935 523 2051 655">10</td> </tr> </table>	管制性抗生素使用		3	手術預防性抗生素使用	住院中或已出院，且接受TKR、THR、CABG、甲狀腺切除術、剖腹產、鼠蹊疝氣修補術或其他清淨手術術式病人	3	門診抗生素使用	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	10	<p>4. 評分說明符合項目 3 所提「確保病人抗生素使用適當性」，係由委員依查核作業手冊附件「查核項次 3.2 抗生素使用適當性查檢表」進行審查，病歷抽審方式與符合標準之認定，與評量共識 3 之說明相同。</p> <p>(1)有關病人非管制性抗生素使用之適當性：</p> <p>a. 重症病人避免使用第一線狹效抗生素。</p> <p>b. 第一線狹效抗生素使用 3 天無效時，避免繼續使用。</p> <p>c. 依感染部位選用適當抗生素。</p> <p>d. 使用的劑量應考慮病人體重及肝腎功能。</p> <p>註：針對無使用非管制性抗生素情形之醫院，實地查核時以醫院是否訂有抗生素使用指引、抗生素使用管制措施或相關機制作為評量依據。</p> <p>(2)有關病人管制性抗生素使用之適當性：</p> <p>a. 臨床狀況明顯為輕症或無症狀時，不使用廣效抗生素。</p> <p>b. 避免同時使用 3 種以上抗生素。</p> <p>c. 使用藥物的種類應符合國內外抗生素治療指引。</p>
管制性抗生素使用		3												
手術預防性抗生素使用	住院中或已出院，且接受TKR、THR、CABG、甲狀腺切除術、剖腹產、鼠蹊疝氣修補術或其他清淨手術術式病人	3												
門診抗生素使用	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	10												

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
			2. 抗生素使用量(如：defined daily dose)統計報告。(符合)	<p>d. 使用的劑量應考慮病人體重及肝腎功能。 註：「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；無管制性抗生素藥物品項之醫院得以免評；針對無管制性抗生素使用情形之醫院，實地查核時以醫院是否訂有管制性抗生素使用指引或相關機制作為評量依據。</p> <p>(3)有關病人手術預防性抗生素使用之適當性：</p> <p>a. 需用手術預防性抗生素時，應在手術劃刀前 1 小時內，給予第一劑手術預防性抗生素（使用 vancomycin 及 fluoroquinolones 者可於劃刀前 2 小時內給予手術預防性抗生素；剖腹產則可在臍帶結紮前後立即給予手術預防性抗生素）。</p> <p>b. 手術預防性抗生素使用時機及選藥時應符合國內外抗生素使用指引。</p> <p>c. 劑量應與體重相符並有考慮病人肝腎功能。</p> <p>d. 一般清淨手術後，於術後不繼續使用抗生素，重大手術抗生素使用符合國內外抗生素使用指引。</p> <p>e. 手術中視必要（考慮藥品動態學）追加抗生素。 註：無手術室之醫院得以免評；無符合使用手術預防性抗生素案例之醫院，實地查核時，以醫院是否訂有手術預防性抗生素使用指引或相關機制作為評量依據。</p> <p>(4)有關病人門診抗生素使用之適當性：</p> <p>a. 有需要才用抗生素；使用抗生素時，病歷上應註明用藥理由。</p> <p>b. 一般上呼吸道感染不使用抗生素。</p> <p>c. 抗生素使用種類及劑量合理，並有考慮病人體重及肝腎功能。</p> <p>d. 抗生素使用期間合理，如有異常時，應於病歷上</p>

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
				<p>註明異常理由。</p> <p>註：針對無門診抗生素使用情形之醫院，實地查核時以醫院是否訂有抗生素使用指引、抗生素使用管制措施或相關機制作為評量依據。</p> <p>5. 評分說明符合項目 4 及優良項目 1 所提「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」，係指輔助醫師開立抗生素處方之系統（如：抗生素之建議劑量、過敏史或不良反應提示、肝腎功能不全檢核、相同藥理提示及預設處方之有效期限等），能出具佐證院內有任何形式之提醒機制即認定符合標準。</p> <p>6. 評分說明符合項目 5 所提「抗生素不合理使用」包括：不符適應症、用法用量欠妥（劑量、頻次、天數、特殊族群等）、藥品選用不當等。</p> <p>7. 評分說明符合項目 5 及優良項目 2 所提「有具體改善成效呈現」，係指可提供不適宜的抗生素使用率下降及全院抗生素使用量有效降低者作佐證。</p>
可	3.3	抗藥性微生物之監測診斷及隔離防治措施	<p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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(全體醫院適用)。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，提出具體的解決對策。(醫學中心/準醫學中心適用) 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。 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 	<ol style="list-style-type: none"> 評分說明符合項目 1 應至少符合下列標準： <ol style="list-style-type: none"> 應有檢驗標準作業程序，含檢體簽收、檢體保存方式、追蹤報告機制、重要檢體需發初步報告與訂定危急報告內容及通知方式。 應制定採檢手冊，包括採檢時機、容器、採檢棒、檢體保存方式、檢驗方式等資料。 應有對實驗室進行內、外部品管查核之計畫和紀錄。 有關評分說明符合項目 1，若受評機構係委外代檢，應至少符合下列標準： <ol style="list-style-type: none"> 應與代檢實驗室簽訂合約。 應有委外檢驗標準作業程序，含內部檢體簽收、檢體保存方式、外部檢體簽收、追蹤報告機制、

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
			<p>是多重抗藥性微生物(如：CRE、CRAB、VRE、MRSA等)(全體醫院適用)，並進行抗藥性趨勢與抗生素用量之相關性分析。(醫學中心/準醫學中心/<u>區域醫院</u>適用，本項底線處為113年試評項目)</p> <p>4. 針對分離出多重抗藥性微生物(如：CRE、CRAB、VRE、MRSA等)之個案，應於微生物報告上註記或解釋，並即時通知臨床單位進行適當隔離及標示，<u>確保醫院相關同仁知悉標示之代表意義，並能掌握多重抗藥性細菌感染個案的分布</u>。(本項底線處為113年試評項目)</p> <p>5. 將實驗室檢出之菌株與抗生素抗藥性檢測結果等相關監測資料通報至疾病管制署台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統(醫學中心/準醫學中心/<u>區域醫院/地區醫院</u>適用)，<u>並以自動傳輸方式進行通報</u>(醫學中心/準醫學中心適用)。(本項底線處為113年試評項目)</p> <p>優良項目：(達成符合項目，且下述項目需全部達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 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，提出具體的解決對策。(區域醫院/地區醫院適用) 每年定期進行抗藥性趨勢與抗生素用量之相關性分析。(地區醫院適用) 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。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 微生物實驗室檢驗標準作業程序文件及品管紀錄。(符合) 抗生素抗藥性圖譜統計報告。(符合) 	<p>重要檢體需發初步報告與訂定危急報告內容及通知方式。</p> <ol style="list-style-type: none"> 應參考代檢實驗室提供的採檢規範，包括採檢時機、容器、採檢棒、檢體保存方式、檢驗方式等資料訂定採檢手冊。 應有對代檢實驗室進行外部品管查核之計畫和紀錄。 <p>3. 評分說明符合項目 2 所提「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)」，係指每年至少一次統計抗生素抗藥性圖譜，提供菌株的易感性之百分比。</p> <p>4. 評分說明符合項目 3 與優良項目 2 所提「每年定期進行抗藥性趨勢與抗生素用量之相關性分析」中的「抗生素用量」，請以抗生素耗用量 DDD 或 DID (DDD/1000 patient-days) 為單位統計。</p> <p>5. 評分說明符合項目 4 所提「即時通知臨床單位」，微生物實驗室應提出通知紀錄或透過資訊系統進行通知機制。</p> <p>6. 評分說明符合項目 4 所提「進行適當隔離」係指執行醫院自訂之多重抗藥性微生物感染隔離規範，且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；(3)具備解除隔離機制；(4)醫院 ICU 收治來自 RCW、RCC 呼吸器依賴之病人、或來自人口密集機構之病人時，在該類病人尚未檢驗確認前，依風險評估進行適當的預先隔離措施 (proactive</p>

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
			<p>3. 多重抗藥性微生物感染或移生個案之隔離管理政策及相關作業流程。(符合)</p> <p>4. 內、外部品管監測異常之改善方案或對策。(符合/優良)</p> <p>5. 抗藥性趨勢與抗生素用量之相關性分析報告。(符合/優良)</p> <p>6. 多重抗藥性微生物防治對策及執行成效。(優良)</p> <p>【精神科醫院適用以下標準】</p> <p>符合項目：</p> <p>1. <u>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)</u>，並將最新報告提供給臨床醫師開立處方參考或於院內網絡公告，醫師可隨時查閱。(本項底線處為113年試評項目)</p> <p>2. 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，<u>確保醫院相關同仁知悉標示之代表意義，並能掌握多重抗藥性細菌感染個案的分布。</u>(本項底線處為113年試評項目)</p> <p>[註]</p> <p>1. 醫院未採集任何微生物檢體，可自選本項免評；若為委外代檢，委外代檢單位需訂有檢驗標準作業程序，並有內、外部品管計畫，醫院需依委外代檢單位所提供之報告進行相關分析、隔離、標示及通報等措施。</p> <p>2. 移生(colonization)意指在皮膚上、黏膜上、開放性傷口上、滲出液或分泌物中存在的微生物，沒有造成任何不良的臨床症狀或徵候。</p>	<p>isolation)，直至確定無多重抗藥性微生物感染或移生；</p> <p>(5)於病人轉院治療或轉介至人口密集機構前，填具「機構間感染管制轉介單」，或於出院病摘等文件詳細記載前述資訊，以提醒其他機構加強落實感染管制措施。</p> <p>7. 評分說明符合項目 4 所提「標示」係由各醫院自行規劃並執行，標示不呈現病人姓名、疾病名稱、菌種，且應為醫院全體同仁所知悉。醫院對於分離出多重抗藥性細菌感染之個案，應即時通知臨床單位，以採取適當之隔離及防治措施；建議醫院可運用病歷資料、微生物報告或電子系統等，使臨床照護人員隨時查詢及檢視，以掌握單位內多重抗藥性細菌病人之分布。</p> <p>8. 評分說明符合項目 5「將實驗室檢出之菌株與抗生素抗藥性檢測結果等相關監測資料通報至疾病管制署台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統」：</p> <p>(1)醫院需完整通報 112 年 1-12 月之「抗藥性監測通報」資料。</p> <p>(2)前述抗藥性監測通報資料將以 THAS 系統「抗生素抗藥性通報統計表」呈現。</p> <p>9. 評分說明優良項目 3 所提「研擬防治對策並付諸實行，且有具體改善成效」係指醫院依抗藥性趨勢與抗生素用量之相關性分析結果採取相因應之對策，並提供相關改善措施及成效結果之佐證資料。</p> <p>10. 通過感染管制與抗生素管理卓越中心認證之醫院，於效期內接受查核，本項成績得以優良認計。</p>

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
			<p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 抗生素抗藥性統計報告。(符合) 2. 多重抗藥性微生物感染或移生個案之隔離防治措施。(符合) 	
	4	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聯繫	<p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 醫院急診與高風險單位（至少包含神經外科、眼科、耳鼻喉科及執行經鼻腔內視鏡檢查之單位）之電腦已安裝「庫賈氏病勾稽查詢系統」，並可執行查詢功能。（113 年試評項目） <p>優良項目：（達成符合項目，且下述項目除試評項目外需全部達成）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 定期檢討通報機制之適用性。 2. 配合疾管署持續以資訊系統自動通報機制上傳法定傳染病通報或實驗室資料。（113 年試評項目） 3. 醫院急診與高風險單位（至少包含神經外科、眼科、耳鼻喉科及執行經鼻腔內視鏡檢查之單位），於執行涉及異常普利昂蛋白高或中感染力組織的侵入性醫 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 評分說明符合項目 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而言。 2. 符合項目 4 評量方法為查核人員至急診與高風險單位，確認電腦已安裝庫賈氏病勾稽查詢系統，且院內人員可操作該查詢系統。 3. 優良項目 1 所提之「定期檢討通報機制之適用性」，包括因應疾管署修正通報定義或送驗條件所進行之通報機制檢討，或檢討評估院內現行機制有無改善空間，以及時導入適當介入措施避免可能發生的遺漏通報事件。 4. 優良項目 2 所提「配合疾管署持續以資訊系統自動通報機制上傳法定傳染病通報或實驗室資料」，包含配合疾管署建置「運用醫院電子病歷進行傳染病通報功能」或「實驗室傳染病自動通報系統」並持續上傳資料者，以提升通報時效及建立主動監測機制。符合前述之醫院名單，將由疾管署提供各地方政府衛生局參考（請參考 113 年度醫院感染管制查核手冊-參考資料）。本項今（113）年度屬試評項目，未達成者雖不影響此項基準

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
			<p>療處置前，須先於「庫賈氏病勾稽查詢系統」查詢是否為列管個案。（113 年試評項目）</p> <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 傳染病檢體不僅限於運送至衛生單位之疑似法定傳染病檢體，包含一般外送進行微生物等檢驗之檢體。 2. 全年度未有傳染病檢體之運送醫院，仍應訂有傳染病檢體包裝運送相關作業程序機制，且熟悉傳染病檢體包裝運送作業流程。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 傳染病通報統計紀錄或報表等資料。(符合) 2. 院內傳染病檢體包裝及運送作業流程。(符合) 3. 定期檢討通報機制之紀錄等相關佐證資料。(優良) 4. 庫賈氏病勾稽查詢系統查詢結果等佐證資料。(優良) 	<p>是否得被評定為優良，但請納入建議事項提醒辦理，以做為明年評量之依據。</p> <p>5. 有關優良項目 3 應請醫院提出急診與高風險單位於「庫賈氏病勾稽查詢系統」之查詢結果等佐證資料(如：病歷黏貼查詢結果)；確認醫院是否已將高或中感染力組織的侵入性醫療處置前查詢「庫賈氏病勾稽查詢系統」納入檢查前之作業流程(如：安排病人甲進行腦顱葉切除術，手術前查詢庫賈氏病勾稽查詢系統得知病人甲為列管個案)，並請輔導醫院訂定庫賈氏病個案(或風險個案)之侵入性醫療處置因應作業流程。</p>
可	4.2	具有痰液耐酸性塗片陽性病人之相關感染管制措施	<p>符合項目：</p> <p>住院病人具有下列感染管制相關規範措施者：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 於首次耐酸性塗片陽性報告 24 小時內，通知診療醫師。 2. 將報告結果記載於病歷。 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. 有適當的隔離處置；並具有知會醫療照護工作人員要佩戴 N95 以上等級防護裝備照護病人之措施。 5. 經抽查病歷符合者達 80%。 <p>優良項目：(達成符合項目，且下述項目需全部達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 經抽查病歷符合者達 95%。 <p>[註]</p> <p>無痰液耐酸性塗片陽性報告之住院病人，可自選本項免評。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 評分說明符合項目 1 所提「通知診療醫師」可於不同紀錄單呈現，如：電話紀錄、簡訊通知或轉診單等。 2. 評分說明符合項目所提之感染管制相關規範措施，僅符合項目 2 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。 3. 評分說明符合項目 4 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。 4. 評分說明符合項目 5 及優良項目中所提抽查病歷符合者所達之百分比，係指抽查 5 本病歷，全數符合評分說明符合項目之要求可評為優良，其中 1 本未符合則評為符合；但若抽查病歷未達 5 本者，則委員仍可依據其他相關措施之執行與佐證資料予以評量。而抽審個案及病歷數，係參考衛生局代表所提供該院年度通

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
			<p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 通知診療醫師之相關紀錄等。(符合) 2. 病歷及其他相關佐證資料。(符合/優良) 3. 轉床紀錄單及相關隔離措施紀錄。(符合) 	報個案數量為依據。
	4.3	有專人負責結核病個案管理及衛教工作	<p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 有專責人員負責結核病個案管理工作。 2. 有專任/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。 3. 列管中照護之結核病新案(含新發現及重開案)為 50 例以上，設有專任結核病個案管理師負責結核病個案管理工作。 4. 負責結核病衛教人員，若為結核病個案管理師訓練合格者，第一年須接受結核病防治訓練達 10 小時；未取得結核病個案管理師訓練合格者，則第一年須接受結核病防治訓練達 12 小時。第二年後衛教人員每年皆須接受結核病防治訓練達 4 小時。 <p>優良項目：(達成符合項目，且下述項目需全部達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 列管中照護之結核病新案(含新發現及重開案)每 100 例，設置專任結核病個案管理師 1 人。<u>列管中照護 50 例以上結核病新案之醫療院所，須將列管中照護之潛伏結核感染治療個案，以照護 2 例潛伏結核感染治療個案等同照護 1 例結核病新案，計算應設有專任結核病個案管理師人數。</u>(本項底線處為 113 年試評項目) 2. 治療中之結核病個案(包含肺外結核個案及移工)有納入健保專案管理達 90%以上，並於結核病追蹤管理系統記載用藥與檢驗紀錄。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 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。 2. 評分說明符合項目 4: 未取得結核病個案管理師訓練合格者，第一年須接受結核病防治訓練達 12 小時，其中包含實體課程至少 10 小時，其他可搭配網路課程學習時數 2 小時；結核病個案管理師訓練合格人員，第一年則須接受結核病防治訓練 10 小時，不限實體或網路課程。第二年後每年皆須接受結核病防治訓練達 4 小時。前述所提之結核病防治訓練非侷限於疾病管制署辦理之課程，由相關學會(如：台灣感染管制學會、台灣結核病暨肺部疾病醫學會等)辦理或經學會認可學分之結核病防治相關課程亦可認計。如遇人員異動或請假，人力缺額期間不得超過 4 個月。 3. 評分說明優良項目 1： <ol style="list-style-type: none"> (1) 列管中照護之結核病個案每超過 100 位，需增設 1 名專任結核病個案管理師。例如：列管中照護之結核病個案若有 101 位，則需設置 2 名專任結核病個案管理師才符合標準。 (2) 潛伏結核感染個案管理工作項目，包含個案管理師應提供治療相關衛教說明。 4. 評分說明優良項目 2 治療中之結核病個案納入健保專案管理比率由系統自動計算： <ol style="list-style-type: none"> (1) 分母為查核當日於「結核病追蹤管理系統」所顯示醫院治療中之結核病個案，因系統無法區分個案是

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
			<p>[註] 優良項目 1.有關「列管中照護超過 50 例結核病新案之醫療院所，須將列管中照護之潛伏結核感染治療個案，以照護 2 例潛伏結核感染治療個案等同照護 1 例結核病新案，計算應設有專任結核病個案管理師人數」1 事，113 年屬試評項目，未達成者雖不影響此項基準是否被評定為優良，但請納入建議事項提醒，以利後續追蹤輔導。</p> <p>【未收治結核病/潛伏結核感染治療個案醫院適用標準】 符合項目： 1. 指派專責人員負責結核病/潛伏結核感染治療衛教工作，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。</p> <p>優良項目：（達成符合項目，且下述項目需全部達成） 1. 負責結核病/潛伏結核感染衛教人員第一年接受結核病防治訓練時數達 12 小時，第二年後每年皆接受結核病防治訓練達 4 小時者。 2. 各項衛教資源、教材資料豐富。</p> <p>[註] 1. 專任：係指聘請結核病個案管理師全職辦理結核病個案管理相關業務。 2. 專責：係指負責結核病個案管理業務，但不限定其為全職或兼職辦理該業務。</p> <p>評量方法及建議佐證資料： 1. 結核病衛教人員業務職責。(符合) 2. 結核病相關衛教素材及資源。(符合/優良) 3. 結核病個案管理師教育訓練合格證書。(優良) 4. 結核病防治相關教育訓練學分證明。(優良)</p>	<p>否具健保身分，必要時可請醫院提出證明其未納入個管之病人為無健保身分者，則可自分母排除計算。</p> <p>(2) 分子為合格之健保專案管理個管人數，須符合下列條件： a. 有專責結核病個案管理師列管之個案；且 b. 列管中個案初查痰結果應完整登錄，且其系統登錄之最近就醫日期加上醫師開藥天數後的最後用藥日，距離查核當日不應中斷 14 日以上。</p> <p>5. 列管中照護之結核病新案（含新發現及重開案）為 49 例以下之醫院，符合項目 3 可免評，但須設有專任結核病個案管理師才符合優良項目 1、2 要求。</p>

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
			5. 「結核病追蹤管理系統」中列管結核病個案追蹤紀錄。(符合/優良)	
	4.4	具有結核病診治機制	<p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 胸腔科或感染科主任或感染管制部門主管或副院長以上層級擔任結核病委員會主任委員。 <p>優良項目：（達成符合項目，且下述項目需全部達成） 如醫院有通報 TB 個案、疑似 TB 個案或 LTBI 治療個案，每個月開會討論結核病例及潛伏結核感染個案治療現況，並有後續追蹤列管紀錄。</p> <p>【未收治結核病個案醫院適用標準】 符合項目：下述項目達成 2 項指標者。 優良項目：下述項目需全部達成。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 結核病個案追蹤列管紀錄(符合/優良) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本項基準評分說明所提之「結核病委員會」，鑒於各家醫院辦理結核病防治業務單位名稱不盡相同，委員查核時不須拘泥於單位名稱，重點為確認該單位成員中具有結核病診治專業。若委員會人員數不足(如院內開立抗生素僅一位醫師)，可委請院外醫師協助審核。 2. 【未收治結核病個案醫院適用標準】之評分說明優良項目 2 「依常規執行住院病人胸部 X 光檢查」，其胸部 X 光檢查對象可排除孕婦。

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
			2. 結核病委員會組織章程及成員資料。(符合) 3. 結核病委員會會議紀錄、個案討論及相關處方審核資料。(符合) 4. 個案發現之標準作業流程。(優良) 5. 住院病人胸部 X 光檢查紀錄。(優良) 6. 病歷紀錄。(符合/優良)	
	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	符合項目： <ol style="list-style-type: none"> 訂有完整的接觸者追蹤機制。 痰抹片陽性確診結核病人之院內接觸者中，有提出追蹤相關資料之比例$\geq 90\%$。 對痰抹片陰性，但培養鑑定為結核分枝桿菌病人且於住院期間曾進行會產生飛沫微粒之醫療處置 (aerosol-generating procedures)，或多重抗藥性結核病個案之院內接觸者，可提出追蹤相關資料之比率。 有將此機制納入員工在職及勤前教育訓練課程。 優良項目：（達成符合項目，且下述項目需全部達成） <ol style="list-style-type: none"> 針對身為醫院工作人員之院內接觸者，有主動提供結核病的診斷及治療。 對院內接觸者仍持續追蹤，當其於追蹤期間出院，有主動轉介至轄區衛生主管機關持續追蹤。 對身為醫院工作人員之院內接觸者，當員工於追蹤期間離職，有主動轉介至轄區衛生主管機關接續追蹤之機制。 [註] <ol style="list-style-type: none"> 確診結核病人身分認定以結核病追蹤管理系統判定為準。 院內接觸者係指：凡未佩戴 N95 口罩以上等級防護裝備之家屬、同病室病人及醫療照護工作人員，且於指標個案可傳染期內，曾與未佩戴外科口罩之指標 	<ol style="list-style-type: none"> 評分說明符合項目 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，前開比例不包含非結核分枝桿菌個案 (NTM)。若醫院於查核前一年未有痰抹片陽性之結核病個案，則符合項目 2 免評。 評分說明優良項目 1「針對身為醫院工作人員之院內接觸者，有主動提供結核病的診斷及治療」即指醫院應訂有該類機制，若有實際執行時，則需有紀錄。 評分說明優良項目 2 所提「主動轉介」應由醫院提供「主動轉介」之佐證資料。 有關「註 2」，若發生於加護病房、呼吸照護中心或呼吸照護病房等時，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。惟若指標個案有使用密閉式抽痰管及加裝過濾器，且並未曾更換呼吸管路等相關感染管制配套措施，則同病室之其他病人、家屬及醫療照護工作人員不須列為院內接觸者。

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
			<p>個案接觸一天內 8 小時以上或累積達 40 小時者。可傳染期之核計以「病人有呼吸道症狀日或痰檢查陽性採痰日」的前三個月起算；特殊個案由診療醫師舉證相關資料及說明，經衛生主管機關提報病例審查委員會依其臨床證據判定可傳染期。</p> <p>3. 痰抹片陽性確診結核病人之院內接觸者係指住院個案於入院當時尚未診斷為肺結核，但住院一段期間後才因痰抹片陽性而隔離，於病人可傳染期間，有與其接觸之醫院工作人員及同一病室之病人須列為追蹤者。</p> <p>4. 痰抹片陰性，但培養鑑定為結核分枝桿菌病人且於住院期間曾進行會產生飛沫微粒之醫療處置 (aerosol-generating procedures)，或多重抗藥性結核病個案之院內接觸者，係指住院個案於入院當時尚未診斷為肺結核，但其住院一段期間後才因痰培養陽性而隔離或甚至在結果驗出前已出院，於病人可傳染期間，有接觸該病人之醫院工作人員及同一病室之病人須列為追蹤者。如為實際執行前述醫療處置之人員，則不論接觸時數，皆應列入追蹤。</p> <p>5. 會產生飛沫微粒之醫療處置 (aerosol-generating procedures) 包含下列項目：支氣管鏡檢查、呼吸道插管、引發咳嗽取痰/噴霧吸藥的醫療過程、抽吸呼吸道分泌物、使用高速器材進行病理解剖或肺部手術。</p> <p>6. 院內接觸者列管係指：(1)皆列有名冊並有接受衛教（如：結核病防治知識、二年內若有疑似結核病症狀應儘速就醫檢查等）。(2)接觸者身分為同一病室病人，需配合疫調提供名單予公衛人員列管追蹤；身分為醫院工作人員，應每年按規定進行胸部 X 光檢查，</p>	

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
			<p>並比照一般接觸者追蹤期限，追蹤至指標個案確診次一年度，如為多重抗藥性結核病接觸者，則應追蹤列管二年。(3)若出現疑似聚集事件，則依專家委員會建議追蹤事項辦理。</p> <p>7. 無住院一段期間後才被確定之住院確定結核病病人者，仍應有「院內接觸者」追蹤列管機制。具有正確完整機制者可勾選為優良、具有機制但不完整者可勾選為符合、未具有機制者勾選為不符合。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 於地方衛生主管機關規定之時效內，提供醫院接觸者清單、紀錄及追蹤列管資料。(符合/優良) 2. 相關醫療處置紀錄或病歷。(符合/優良) 3. 接觸者調查及處理機制，有納入員工教育訓練。(符合) 4. 院內接觸者離職之轉介紀錄。(優良) 	
	4.6	防護裝備儲備管理符合規定	<p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 防護裝備 (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. 防護裝備須符合領有醫療器材許可證之規定。 3. 防護裝備儲備環境管理【溫度$\leq 35^{\circ}\text{C}$、濕度$\leq 80\%$、置於貨架、分類貯存及使用紀錄(含貯存、領用及耗損等資料)】符合規定。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 防護裝備之儲備數量均達設定之安全儲備量。(符合) 2. 提供防護裝備之醫療器材許可證等證明資料。(符合) 3. 提供防護裝備儲備環境管理之相關報表(包括溫濕度紀錄表、使用紀錄表)。(符合) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 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，並於感染管制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。 2. 評分說明符合項目2所提「防護裝備須符合領有醫療器材許可證之規定」係指醫療單位(如護理站、門診等)使用之防護裝備，以產品外包裝有衛生福利部醫療器材許可證字號認定，本年度由衛生局代表於查證防疫物資時進行防護裝備許可證字號確認，分發至臨床單

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識						
				<p>位之防護裝備則由委員現場查證，若抽查時為分裝，則建議請該單位提出原廠包裝，以利確認之(如為衛生福利部徵用之一般醫用/外科手術口罩，則免提出原廠包裝。)；有關醫療器材許可證字號樣式，經衛生福利部食品藥物管理署「西藥、醫療器材、化妝品許可證查詢作業」確認包括以下 6 種：</p> <table border="1" data-bbox="1308 459 2054 715"> <tr> <td data-bbox="1308 459 1677 544">衛署(部)醫器製字第***號；</td> <td data-bbox="1677 459 2054 544">衛署(部)醫器輸字第****號；</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1308 544 1677 628">衛署(部)醫器陸輸字第***號；</td> <td data-bbox="1677 544 2054 628">衛署(部)醫器製壹字第****號；</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1308 628 1677 715">衛署(部)醫器輸壹字第***號；</td> <td data-bbox="1677 628 2054 715">衛署(部)醫器陸輸壹字第**號；</td> </tr> </table> <p>3. 評分說明符合項目 2 所提之「防護裝備」，請依據疾病管制署「防疫物資—防護裝備查核作業說明」之查核項目與說明，調查醫院是否提供醫護人員符合國家 CNS14774「外科手術面(口)罩」之性能規格，並領有醫療器材第二等級許可證，另 N95 等級以上口罩應符合 CNS14774「外科手術 D2 防塵面(口)罩」，或其他具等同性國際標準之性能規格要求，其中次微米粒子防護效率及壓差等 2 項，得依 CNS14755「拋棄式防塵口罩」D2 等級之 3 項檢測報告，並領有醫療器材第二等級許可證。</p>	衛署(部)醫器製字第***號；	衛署(部)醫器輸字第****號；	衛署(部)醫器陸輸字第***號；	衛署(部)醫器製壹字第****號；	衛署(部)醫器輸壹字第***號；	衛署(部)醫器陸輸壹字第**號；
衛署(部)醫器製字第***號；	衛署(部)醫器輸字第****號；									
衛署(部)醫器陸輸字第***號；	衛署(部)醫器製壹字第****號；									
衛署(部)醫器輸壹字第***號；	衛署(部)醫器陸輸壹字第**號；									
可	4.7	透析單位之肝炎預防措施	<p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 透析室之所有員工有 B、C 型肝炎之檢查紀錄；對未感染 B、C 型肝炎之員工有定期追蹤檢查紀錄。 2. B 型肝炎透析病人需分區及分床(透析機)，C 型肝炎透析病人需有集中照護之安排，且班與班之間機器必須徹底消毒，以及每日最後一班結束後之消毒。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 評分說明符合項目 1 所提之「透析室之所有員工」，係指透析室內常規負責執行透析作業的醫護人員。 2. 評分說明符合項目 1 及符合項目 4 所提「定期」，指每年至少 1 次。 3. 有關評分說明符合項目 2 說明如下： <ol style="list-style-type: none"> (1)本項所提「分區」定義係為：將病人安置於使用牆 						

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
			<p>3. 班與班之間必須完成病人照護區環境(含透析機表面)清潔消毒後，才提供給下一位病人使用。</p> <p>4. 門診透析病人均定期監測，並有建立肝炎監測及急性病毒性肝炎通報機制，異常者有追蹤處置。</p> <p>[註] 醫院未設透析單位，本項可免評。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1. 透析室醫護人員 B、C 型肝炎檢查紀錄及未感染員工 B、C 型肝炎之定期追蹤檢查紀錄。(符合)</p> <p>2. 透析機器之消毒紀錄。(符合)</p> <p>3. 門診透析病人肝炎相關監測紀錄。(符合)</p>	<p>壁、玻璃隔板或可移動、清洗之屏風或圍簾等實體屏障區隔出的獨立空間進行照護。</p> <p>(2)本項所提「集中照護」定義係為：採取將病人安置於以實體屏障區隔出的獨立空間照護，或是與一般病人共用同一個空間，但將相同感染的病人集中在固定的一個區域內進行照護。</p> <p>(3)單向血液透析儀器(single-pass dialysis machine)內部管路應依儀器使用說明，於每班（至少每日）治療結束後進行高溫消毒(heat disinfection)或化學消毒(chemical disinfection)；透析液循環使用的機器(recirculating machine)則應依儀器使用說明於每班之間皆進行適當消毒。但針對 B、C 型肝炎病人所使用之機器，應於每次治療結束後依儀器使用說明清潔消毒透析儀器內部管路，始符合本項要求。</p> <p>4. 評分說明符合項目 3，係指所有接受透析治療的病人於治療結束後，都應先完成病人照護區環境清潔消毒，才可提供給下一位病人使用。有關病人照護區之環境清潔消毒作業，除訂有透析環境清潔消毒相關作業流程，病人照護區之每班環境清潔消毒範圍至少須包含透析機表面、透析椅/床、桌子、清空垃圾等。採用化學消毒劑擦拭消毒照護區，擦拭後表面濕度應達該消毒劑有效消毒濃度及時間（如以 1000 ppm（1:50 稀釋）漂白水濕度擦拭）。建議於實地查核時請院方提供相關作業流程文件供參。</p> <p>5. 評分說明符合項目 4，建議於實地查核時請院方說明發現 HBs Ag 或 anti-HCV Ab 陽轉個案的通報與處理機制；並請輔導醫院依循法定傳染病通報定義，進行急性病毒性 B、C 型肝炎的個案通報。</p>

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
	5	員工保護措施		
	5.1	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	<p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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，並執行醫療照護工作人員預防接種措施，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 COVID-19 疫苗接種。若 B 型肝炎表面抗原及表面抗體為陰性者，則應評估施打 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% 以上。 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。 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。 對於因暴露於傳染病人而有遭受感染風險疑慮之醫療照護人員，醫院應立即為該員進行緊急處理，給予必要預防感染藥物，並列管追蹤。 <p>優良項目：（達成符合項目，且下述項目需全部達成）</p> <ol style="list-style-type: none"> 胸部 X 光檢查達成率達 95% 以上。 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。 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。 醫事及非醫事人員已更新的 COVID-19 疫苗接種率 	<ol style="list-style-type: none"> 評分說明符合項目 1 及優良項目 4 <ol style="list-style-type: none"> 季節性流感疫苗 <ol style="list-style-type: none"> 接種率應達 80% 以上。有關季節性流感疫苗接種率之計算方式，分母為當年度 10 月至 12 月在職之醫事及非醫事人員（含外包人力、在地區級以上教學醫院執勤之醫事實習學生及固定服務之衛生保健志工），並得扣除經評估具接種禁忌症不適合接種之人員，分子為前述人員於該段期間內完成接種人數。 MMR 疫苗 <ol style="list-style-type: none"> 本項以「高風險單位」及「112 年全院新進人員」中，1981 年以後出生者具麻疹免疫力的比率為評量標準，應達 80% 以上。前述所提之「高風險單位」係指兒科、婦產科、感染科及急診。 具麻疹免疫力比率的計算方式： <p>分母-包括 1981 年以後出生之第一線會接觸到病人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、掛號人員及批價人員等】），並得扣除經評估具接種禁忌症不適合接種之人員；</p> <p>分子-前述人員中具麻疹免疫力的人數；依據衛生福利部傳染病防治諮詢會預防接種組 108 年第 1 次會議決議，可以符合下列任一項條件判定：(1) 具有【曾經診斷確認感染麻疹】佐證資料，或(2) 提出【具麻疹免</p>

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
			<p>應達 60% 以上。(113 年試評項目)</p> <p>5. 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。(新增)</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 醫療照護人員預防接種紀錄(如：B 型肝炎、流感疫苗接種、MMR 疫苗與 COVID-19 疫苗接種紀錄)。(符合/優良) 3. 體溫異常追蹤及處理紀錄。(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. 員工被感染事件調查及處理紀錄。(符合) 	<p>疫抗體檢測陽性報告，且檢驗日期距今<5 年】，或(3)提出【最後 15 年內曾接種 1 劑 MMR 疫苗紀錄】等。</p> <p>(3) COVID-19 疫苗</p> <ol style="list-style-type: none"> a. 已更新的疫苗(up to date vaccination)種類為 XBB.1.5，無論過去接種 COVID-19 疫苗廠牌為何，或未曾接種過 COVID-19 疫苗，只要完成 COVID-19 XBB.1.5 疫苗接種，均可納入 COVID-19 疫苗接種率計算。 b. COVID-19 疫苗接種率之計算方式： 分母-查核當日仍在職之第一線會接觸到病人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、掛號人員及批價人員等】)，並得扣除經醫師評估不適合接種(如：已知對疫苗的成份過敏者、過去注射曾經發生嚴重不良反應者等)及確診後 3 個月內之人員； 分子-前述人員完成接種人數。 <p>2. 評分說明符合項目 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」</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 計畫內容包括院內員工體溫監測方式(如：資訊系統、電話、紙本等)、體溫/健康異常追蹤處理的機制(如：協助就醫、停止上班、或調整業務等)等，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，有關體溫監測之頻率，查核時可依據醫院實務狀況給予建議，勿僅以監測頻率作為評量依據。

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
				<p>(2) 實地查核時，請併同檢視相關佐證資料，如：病房（科室）單位主管交班紀錄、員工體溫健康情形資訊化管理資料等，或詢問員工是否清楚院內個人體溫監測執行方式、異常時之處理措施及可於何處得知相關資訊等。</p> <p>3. 有關評分說明符合項目 3 及優良項目 1 之說明如下：</p> <p>(1) 須接受胸部 X 光檢查之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。</p> <p>(2) 「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。</p> <p>(3) X 光檢查紀錄可認計過去任職醫院之檢查，唯須提供期限內之報告，上述所提之報告係指一年內檢查結果始符合要求。</p> <p>(4) 原則上以執行胸部 X 光為主，惟考量輻射劑量對健康之影響，倘有人員接受檢查效益或功能等同或高於胸部 X 光之檢查項目，得以該項檢查紀錄取代之。</p> <p>4. 評分說明優良項目 3 係指除了評分說明符合項目所規定之預防接種項目與接種對象外，於院內的預防接種計畫另增加疫苗項目或擴大預防接種單位/對象等；以本項所提範例為例：MMR 疫苗接種對象需擴大至全院醫療照護工作人員；水痘疫苗等新增疫苗項目則由院內自行定義高風險族群接種對象，並進行預防接種的推動與執行，始得列計。</p>
	5.2	對於暴露於病人血液、體液及尖銳	<p>符合項目：</p> <p>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</p>	<p>1. 評分說明符合項目 1「進行採血或靜脈穿刺，或處理血液、體液等檢體」、符合項目 2「工作人員應依其風險穿戴個人防護裝備」及符合項目 3「工作人員應明確知</p>

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
		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	<p>護措施及依據傳播風險採取適當的感染管制對策。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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個人防護裝備，如：面罩、眼罩（eye-shield）或護眼鏡（goggles）、隔離衣（必要時要有防水）等。 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處理步驟。 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。 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。 <p>優良項目：（達成符合項目，且下述項目需全部達成）</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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） 	<p>悉使用後的尖銳物品處理步驟」，其處理步驟與個人防護裝備等相關內容，需於院內工作手冊或感染管制網頁上呈現；實地查核時亦可詢問工作人員以確認其瞭解。</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. 評分說明符合項目 3 <ol style="list-style-type: none"> (1) 實地查核時勿僅以「針頭、針筒不得分開丟棄」做為評量工作人員是否了解尖銳物品廢棄物處理流程之依據。 (2) 若受查醫院為特殊醫療單位（例如：提供針頭予毒癮戒斷病人）之情形，則須有教導病人安全處理針類廢棄物之衛教（例如：提供衛教單張或相關衛教紀錄），若無相關證明，請於意見欄中給予建議。 3. 有關評分說明符合項目 4 <ol style="list-style-type: none"> (1) 若受查醫院非「愛滋病指定醫院」，應輔導其訂定轉介流程及時效性。 (2) 各醫院皆應自行訂定 HIV 針扎、體液暴觸之相關費用支付與請假流程，並依「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」辦理，且於事發後 6 個月內函文檢具下列資料，向疾病管制署申請預防性用藥之費用補助： <ol style="list-style-type: none"> a. 申請單位之領據 b. 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） c. 費用明細 d. 病歷摘要 e. 事發過程描述紀錄 f. 醫事、警消等人員因執行業務意外暴露愛滋病毒通報單及針扎血液追蹤紀錄單 (3) 「暴露於 HIV 危險環境時之相關處理流程與追蹤

可選	項次	查核基準	評分說明	評量共識
				<p>紀錄」應包括尖銳物品扎傷或血液體液暴觸個案之相關費用申請、心理諮商與衛教、檢驗結果與醫療處置等後續追蹤管理處理流程與辦理情形。</p>