

中心導管照護品質提升計畫問答集

壹、中心導管照護品質提升計畫綜合事項

Q1：醫院參與執行本計畫，全院推廣部分是否需比照加護病房，即時開始執行？

A1：依據本計畫獎補助案申請作業說明「附件三中心導管照護品質提升計畫補助費用核發說明」第二-(三)第3點「導管置放案件補助費用核付對照表」註3說明，醫院「急性一般病床(或其他院內單位)」最遲於102年5月底前開始推動。

Q2：本院若將手術室列入中心導管照護計畫之參與單位，請問該單位應如何配合計畫之執行？

A2：院方應針對列入參與單位之手術室與血液透析室，規劃辦理該單位中心導管組合式照護措施推動、醫療照護相關人員參與傳染病數位學習網教育訓練(該參與單位應接受傳染病數位學習網教育訓練人員提報醫策會)及進行內部稽核等推動中心導管組合式照護措施推廣事項。若將手術室列入參與單位，則至少應將麻醉科醫師及麻醉護理師納入參與計畫人員，接受傳染病數位學習網教育訓練。

Q3：若病人於洗腎室置放 Double lumen 之後轉入一般病房，並由洗腎室人員前往病房執行照護工作，其參與照護之醫護人員是否需接受教育訓練？又洗腎室病人(門診型態)是否可納入參與？

A3：若貴院之執行現況中心導管可能於洗腎室置放後轉入一般病房照護，則建議可將洗腎室參與照護之醫護人員納入需參與本計畫教育訓練之對象；惟若屬門診型態之洗腎病人則需排除參與本計畫。

Q4：請問參與本計畫臨床醫護人員於臨床執行中心導管置入時需額外填寫之表單有那些？

A4：參與單位內有使用導管置放個案之「中心導管置放查檢表」及「中心導管每日照護評估表」2種表單；另為配合指標收集，將請醫院定期提供月報等相關資料。

Q5：請問醫院填寫「中心導管置放查檢表」及「中心導管每日照護評估表」之表單功能為何？

A5：

(1)前開表單在中心導管組合式照護措施推行前期，對於執行之醫護人員具有重要的提醒功能，如：提醒醫療照護人員落實手部衛生、最大無菌面之處置及消毒方式等。

(2)本表單亦可作為臨床照護單位資料回饋與紀錄之用。

(3)本計畫參與醫院辦理論件計酬費用核銷撥付之依據。依本計畫經費核銷原則，醫院於申請經費之撥付時需繳交紙本資料及鍵入完整之檔案，始可辦理撥付作業。

Q6：本院目前執行中心靜脈導管置入及照護表單均已資訊化，考量醫護人員臨床需填寫表單眾多，故是否可使用醫院本身既有之表單取代疾管局公布「中心導管置放查檢表」及「中心導管每日照護評估表」？

A6：本計畫為獎補助性質並考量計畫執行一致性及參與醫院公平性且經費核銷需符合行

政院衛生署相關作業規範及會計原則，故為符合獎補助費用支付原則，請醫院先行檢視現有表單是否含括疾管局公布表單之各項內容。

Q7：病人從他院或其他單位轉入時並無查檢表，因此實地稽核時可能就沒有辦法滿足 5 個 case 時，該如何處置？

A7：病人若從其他非計畫參與單位轉入計畫參與單位時，該參與單位僅需填寫每日照護評估表，不用填補查檢表；稽核時所抽測的查檢表與評估表為獨立的單張，不必皆來自同一病人之同一導管。

Q8：以情境模擬之稽核中心導管組合式照護措施遵從性，當中的手部衛生執行是否可以算是手部衛生的稽核？

A8：針對情境模擬之中心導管組合式照護措施遵從性操作流程不能算是手部衛生的稽核，手部衛生之稽核以觀察實際的過程為主，唯實際觀察滿一小時後仍無法觀察到足夠的時機數，稽核員可以「WHO 影片題」或「手部衛生情境模擬操作」來測試手部衛生遵從性。

Q9：有關中心導管組合式照護認知率指標中分母(參與單位及計畫相關總人數)之明確定義為何？

A9：「中心導管組合式照護認知率」指標中分母係指醫院參與單位及計畫相關之醫護人員總人數，包含：參與單位所有醫師與護理人員、本計畫專案小組成員、感染管制單位成員或參與單位其他相關人員。

Q10：本計畫內容提及之「病人安全文化調查」與醫策會建置之全國性「病安文化網路調查」系統是否相同？

A10：有關本計畫內容提及之「病人安全文化調查」與醫策會建置之全國性「病安文化網路調查」為相同系統。惟其問卷調查作業可否由醫策會擷取醫院上傳資料進行取代，將再研議後另行公布。

Q11：病人安全文化調查問卷是全院發放還是僅發放參與單位及計畫相關人員？病人安全文化調查問卷回收數係指問卷回收份數或是電子鍵入份數？

A11：有關本計畫中「病人安全文化調查問卷」係指標蒐集項目之一，本項指標乃為瞭解參與醫院病人安全文化，故問卷調查係依醫院提報全院人員作為調查對象。參與醫院僅需協助紙本問卷之發放及回收，後續將由醫策會進行資料建檔及分析作業。

Q12：現行計畫作業時程規劃，繳交「醫院內部資料提報(第 4 次)」與「醫院成果報告」皆訂於 102 年 11 月 15 日，將會導致醫院內部資料收集無法完整，且撰寫成果報告時間亦倉促，是否可更改繳交時間點？

A12：本計畫礙於醫院內部提報資料將涉及補助點數之點值計算，且醫院成果報告繳交亦影響後續獎勵評比及獎勵金核發作業等，故時程較為倉促，屆時請參與醫院協助配合。

貳、數位學習網運用

Q1：請問至「傳染病數位學習網」之上課對象是否含醫師、新進人員？

A1：本計畫「傳染病數位學習網」課程參與對象係包含參與單位內之所有醫護人員(含醫師、護理人員、醫護新進人員等)及含參與本計畫專案小組成員與感染管制單位成員，另醫策會屆時將請參與醫院於定期提報資料時附上參與單位之醫護人員名冊，以核對參與單位內之所有醫護人員參與數位學習課程之紀錄。

Q2：參與數位學習之對象是否僅能包含參與單位之相關人員？

A2：登錄參與數位學習之人員名單由院方自行認定，惟至少必須包含參與單位內之所有醫護人員(含醫師、護理人員、醫護新進人員等)及含參與本計畫專案小組成員與感染管制單位成員等。

Q3：傳染病數位學習網參與之人員是否包含院長、副院長及一級主管？

A3：建議院長、副院長及一級主管可參與傳染病數位學習網之運用，以利承辦人執行本計畫。

Q4：醫院規劃之參與單位為非「加護病房」或「急性一般病房」單位，其參與醫護相關人數應如何定義？另 PGY 學員是否需納入？

A4：

(1)醫院規劃之參與單位為非「加護病房」或「急性一般病房」單位，其參與醫護相關人數，原則上屬該單位固定編制之醫護人員均應納入，如：「手術室」需納入麻醉科醫師及麻醉科護理師；「洗腎室」則需納入該單位主任、護理人員等。

(2)PGY 醫師學員須輪調至各科單位實習，且於各單位停留時間並不長，建議不納入。

Q5：請問「傳染病數位學習網」數位課程及考題是否可下載至院內進行教育訓練及測驗？

A5：本項之執行模式將參考疾管局 99-100 年「手部衛生認證計畫」模式，採三種推廣方式執行，方案一：機構自行下載數位課程及考題，在院內進行教育訓練及測驗；方案二：參與人員直接至「傳染病數位學習網」線上學習及測驗；方案三：機構自行下載數位課程於院內學習並上傳學習紀錄。

Q6：請問本計畫專區會提供多少課程，每一堂課都需要上嗎？

A6：本計畫專區之課程規劃為四大主題，每主題項下預計有 2~5 堂課程，共計 15 堂課程提供參與人員選擇；課程規劃乃參與單位及計畫相關之醫護人員，需於期限前至「傳染病數位學習網」完成 3 小時上課時數證明，其課程選定為主題(一)及主題(二)各訂一堂必修課程，主題(三)及主題(四)各訂一堂必修，參與者可擇一堂，共計 3 堂必修課程。

Q7：請問課程有上課期限的限制嗎？

A7：每一堂課上架後，將持續提供學習及測驗；惟本計畫績效指標資料蒐集至 102 年 11 月 15 日止，參與人員需於期限內達成 3 堂必修課程，且每堂課測驗題目全數正確，方得以列入達成率之計算。

Q8：請問要如何得知有新課程上架，新課程上架會通知所有學員嗎？

A8：本系統之客服會以 E-mail 通知機構管理者新課程上架之消息，屆時需由機構管理者轉知院內學員課程上架消息。

Q9：傳染病數位學習網的客服專線為何？

A9：0809-055-007 及 0800-000-018。

Q10：每三個月學習記錄上傳平台的時間為何？

A10：

季別	提報日期	提報資料之月份
第 1 季	102 年 5 月 15 日前	102 年 2 月、3 月、4 月
第 2 季	102 年 8 月 15 日前	102 年 5 月、6 月、7 月
第 3 季	102 年 11 月 15 日前	102 年 8 月、9 月、10 月、11 月

Q11：新進人員或人員離職等異動情形怎麼辦？

A11：於管理平台的「名冊維護」進行新增、修改資料或註明人員的離職日期即可。

Q12：機構管理者忘記密碼怎麼辦？

A12：於管理平台的登入畫面，按下「忘記密碼」，再進行帳號、機構管理者姓名及辨識碼之填寫，即可取得新密碼。

Q13：如何更改機構管理者？

A13：請將新的機構管理者的資料(含醫院名稱、醫院代碼、姓名、辨識碼、聯絡電話、E-mail)寄到 ic@tjcha.org.tw 進行申請，經本會確認後，即寄發新的帳號、密碼。

Q14：每次測驗的題數需要幾題？

A14：本系統提供題庫供機構管理者使用，可由管理者隨機挑選 10 題測驗題或放置於院內數位學習平台提供院內同仁進行測驗。

Q15：選擇方案一會有學分提供嗎？

A15：選擇方案一為自行在院內上課考試者，不提供繼續教育學分，若有學分需求請各醫療機構自行提出申請。

Q16：請問選擇方案二之醫院可以查詢到每位學員的學習狀況嗎？

A16：每位學員皆可自行至傳染病數位學習網上課，故無法提供每位學員的學習狀況，但醫院端管理者可利用系統之管理報表功能查詢單位別及身份別的參與率及正確率。

Q17：選擇方案三之醫院，管理者需於每週三將當週完成學習的人員名單回傳到哪裡？

A17：請管理者將每週完成課程之人員名冊回傳至下列傳染病數位學習網客服信箱：cdc@tkb.com.tw。

參、經費編列、核銷作業

Q1：請問參與醫院應如何編列「辦理推動中心導管組合式照護品質提升相關活動」之費用？

A1：本項補助費用適用於醫院辦理中心導管組合式照護相關教育訓練等活動之支出，包括：執行本計畫所需撰稿及翻譯費、講師鐘點費、文具紙張、宣導海報、單張之印刷費、宣導影帶之電腦處理費、臨時工資、以及配合推派至少 2-3 名人員擔任稽核員和參與示範醫院舉辦之會議及訓練等國內旅費等。

Q2：依據本計畫申請作業說明內容「申請醫院於本計畫執行期間，需配合推派至少 2-3 名人員參與培訓作業等事宜」，前開培訓課程辦理地點是否集中於北部，另參與人員費用是否由醫院支付？

A2：目前本計畫規劃外部稽核員需參與課程、會議包含：1 場培訓課程及 2 次交流會議，所提培訓課程將規劃辦理 2 場，並擇 1 場於中、南區辦理；故醫院於本計畫經費編列時需納入參與出席上述課程、會議之人員的交通費用，惟稽核員實地稽核的費用，則由醫策會支付。

Q3：有關「執行中心導管組合式照護措施相關補助費用」經費是否含補助材料費，如：購買 2%Chlorhexidine？

A3：本項補助經費採按件計酬方式核付，經費使用範圍包括執行情形查檢費用、資料鍵入費用、內部稽核等所需之費用，其中含材料費；各項經費支出比例由院方自行規劃。

Q4：參與醫院之正式編制人員可否領取臨時工資？

A4：依「行政院衛生補(捐)助款項會計處理作業要點」規定，受補助單位人員不得領取臨時工資。臨時工資以 109 元/時，每人/天最高上限 872 元。

Q5：請問參與醫院之院內同仁擔任教育訓練課程講師可否領取鐘點費？

A5：本計畫經費核銷依「行政院衛生補(捐)助款項會計處理作業要點」規定，實施本計畫所需訓練研討活動之內聘講師每節鐘點費 800 元，但擔任院內「中心導管品質提升計畫專案小組」成員者不得支領鐘點費。

Q6：稿費及鐘點費如何支給？

A6：

(1)稿費：依「各機關學校出席費及稿費支給要點」規定，交本機關人員撰述翻譯或編審者，不得支給稿費。本局補助其他單位計畫，僅係出資贊助計畫，受補助計畫仍為該計畫之業務權責機關，是以就該計畫而言，受補助計畫單位撰述翻譯或編審者，為「本機關人員」，不得支給稿費。

(2)鐘點費：機關補(捐)助其他單位計畫，僅係出資贊助計畫，受補(捐)助計畫仍為該計畫之業務權責機關，是以就該計畫而言，受補(捐)助計畫單位之人員為「本機關人員」，故其擔任計畫之授課時，應按內聘標準支給；惟另於「獎補助費使用範圍

及編列標準中」所提計畫項下之相關人員不得支領本項費用，計畫項下之相關人員係指推廣中心導管照護品質提升計畫相關人員，如專案小組成員等。

Q7：辦理推動「中心導管組合式照護品質提升」業務所需之參考書籍及文具是否能使用本計畫經費核銷？

A7：本計畫核定辦理推動中心導管組合式照護品質提升相關活動費用，依附件二附表 1「經費編列標準及使用範圍」項目為限。

Q8：醫院於衛生局登記執登之加護病床計 56 床之區域醫院，故申請本計畫導管補助費用及教育訓練補助費用等可領取上限補助費用為多少？

A8：依據本計畫獎補助案申請作業說明「附件三中心導管照護品質提升計畫補助費用核發說明」第二-(三)第 3 點「導管置放案件補助費用核付對照表」醫院於「導管置放案件補助費用」可申請補助費用上限為新台幣 400,000 元；而「教育訓練補助費用」係依參與醫院全民健康保險特約醫院層級採定額補助，若醫院層級屬區域醫院則可申請新台幣 82,000 元補助，故全數領取補助上限費用約為新台幣 482,000 元。

Q9：請問導管置放案件補助費用，是依導管置入「個案數(人數)」還是「置放個案支數」？

A9：本項費用補助乃以有使用導管個案之置入支數採計，導管案件補助費用需視其是否符合中心導管定義、導管置放單位與照護單位等條件評估後核付。

Q10：請問依據本計畫獎補助案申請作業說明「附件三中心導管照護品質提升計畫補助費用核發說明」第二-(三)第 2 點「導管置放案件補助費用」說明於參與單位放置且及照護之個案，每案補助點數 500 點，僅在參與單位執行照護之個案，每案補助點數 200 點，若本院於手術室由麻醉科放置中心導管，並轉至加護病房照護，是否僅補助 200 點？

A10：本計畫補助經費點數核付原則為在參與單位放置及照護之個案，每案補助點數 500 點，僅在參與單位執行照護之個案，每案補助點數 200 點；故若醫院規劃之參與單位有納入手術室並遵循組合式照護(bundle care)方式置入，且在參與單位照護之個案，則可補助 500 點。

Q11：請問本計畫申請作業說明「附件三中心導管照護品質提升計畫補助費用核發說明」第二-(三)第 3 點「導管置放案件補助費用核付對照表」之補助費用上限是否含辦理相關教育訓練費用？

A11：依據本計畫獎補助案申請作業說明「附件三中心導管照護品質提升計畫補助費用核發說明」第二-(一)「補助費用」說明，本計畫經費補助分為「教育訓練等補助費用」及「導管案件補助費用」等 2 類。「教育訓練等補助費用」依(三)-1 核付；「導管案件補助費用」依(三)-3「導管置放案件補助費用核付對照表」核付，故該表之補助費用上限不包含教育訓練費用。

Q12：受補助醫院欲辦理款項撥付時，應注意事項為何？

A12：受補助醫院應將發票、收據或領據備妥，黏貼於收支憑證黏存單，併同繳交完整

填寫及鍵入有使用導管個案之「中心導管置放查檢表」及「中心導管日照護評估表」等相關資料及推動中心導管組合式照護品質提升相關活動費用憑證，併同收支明細表，於規定時間前，函送至疾病管制局辦理核銷及撥款事宜；另彙整核銷撥款應注意事項如下：

(1)發票及收據之抬頭應為醫院名稱全銜。各受補助單位，掣據時請同時於收據上註明受款人戶名、帳號、金融機構名稱，俾利款項逕撥入帳戶。

(2)第一階段補助費用需於 102 年 6 月 30 日前【憑證開立日期應介於核定日(102 年 2 月 8 日)至 102 年 6 月 30 日間】寄達本局(不以郵戳為憑)；第二階段補助費用需於 102 年 12 月 15 日前【憑證開立日期應介於 102 年 2 月 8 日至 102 年 12 月 15 日間】寄達本局(不以郵戳為憑)。

Q13：計畫結餘款之處理？

A13：受補助經費於補助案件分第一階段、第二階段以原始憑證於期限內請款，惟未申請之餘額，則不受理另行申請請領，亦不得轉做其他用途。

Q14：受補助醫院簽約完成後，因故變更負責醫師、歇業或停業者該如何處理？

A14：醫院於簽約完成後，因故歇業、停業者，終止契約，並依實施工作項目之比率及實際情況，向疾管局繳回已撥付款項。私立醫院歇業，變更負責醫師於原址重新開業，其原申請醫院參與認證範圍之人員、設備未有異動者，得提出申請延續原認證計畫，並重新簽訂契約。

Q15：受補助醫院對於撥付之經費如有疑義，該如何處理？

A15：醫院對撥付之經費如有疑義，應自撥付後十五日內，以書面向疾管局提出，並以一次為限，逾期不予受理。

Q16：若發現受補助之醫院有重大違失或提供之績效指標、佐證文件、費用憑證等資料虛偽不實之情形，會如何處理？

A16：疾管局如發現醫院有重大違失者，本局得終止契約並停止補助，必要時，得追回補助費用。醫院應據實提供績效指標資料、佐證文件、費用憑證，如發現有虛偽不實情形者，予以追回補助費用及獎勵金，情節嚴重者，並依相關法令追究責任。

Q17：參加各項訓練或講習之膳雜費，應如何報支？

A17：關於參加講習差旅費報支問題：依「各機關派員各項訓練或講習報支費用規定」第 2 點規定：「參加訓練或講習，包括行程及訓練期間，訓練機構每日已提供用膳二餐以上及住宿者，僅補助服務機關至訓練機構間之往返交通費；訓練機構確未提供前述必要之膳宿者，受訓人員之服務機關得衡酌實際情況，參照『國內出差旅費報支要點』之規定，核給往返之交通費、住宿費及按膳雜費之二分之一支給膳雜費。」

肆、中心導管置放查檢表與每日照護評估表

Q1：手部衛生在消毒前先洗一次手，而在鋪設最大無菌面時又要洗一次手，但是在表單上只看到手部衛生只執行一次，所以這該如何執行？

A1：手部衛生是屬於 Bundle care 的一部份，而查檢表稽核的重點在於組合式照護措施之遵從，並非整體操作步驟的確認。所以查檢表中雖然只提到一次手部衛生，但並非整個操作流程僅須執行一次手部衛生，執行操作流程仍應回歸於手部衛生 5 時機的精神。

Q2：現行醫院針對中心導管置放工作包之內容物及規格多數不同，是否有統一規定？

A2：各醫院可依臨床人員方便備物並確保操作者在執行過程中可取得所有必需物品之原則，自行規劃工作包之內容物。

Q3：目前學會版的表單中有關無菌敷料的勾選為複選題，但疾病管制局公布之稽核表改為單選，若同時使用紗布和無菌敷料應如何勾選？

A3：目前本計畫適用之表單需以疾病管制局所公告的版本為依據，切勿以感染管制學會的版本來填寫。若同時使用紗布和無菌敷料，仍需以紗布的更換期限為主，故勾選「紗布」。

Q4：醫師評估留置導管必要性後的簽章，是否可以代簽？

A4：照護評估表的目的是確認每日由醫師評估導管留置之必要性，並留下評估紀錄，稽核時以檢查表單之紀錄完整性為主。

Q5：CVC 包使用單一洞巾或組合式洞巾，是否須訂製？

A5：由院方自行決定，可採目前購買市售之拋棄式大洞巾產品，或自行訂製，或是使用洞巾與治療巾組合亦可。

Q6：感染管制學會製作之查檢表中，提供的洞巾規格有 212x183cm，不知此計畫是否對於洞巾有相關規定或建議可供遵循？可否以拼接方式進行？

A6：目前國際間並未對洞巾規格訂定相關規範或建議，惟病人鋪設洞巾需從頭到腳方符合最大無菌面之規範，目前國內外的市售產品有 152cm x 200cm、183cm x 279cm、183cm x 315cm...、國內有醫院製作 150cm x 250cm 等不同規格洞巾，故建議醫院可自行評估，訂定合適之洞巾規格。

Q7：Port-A 是否須註記手術室置放之起始日期嗎？如果病人於住院時並沒有使用到 Port-A 是否仍需填寫每日照護評估表？

A7：若 Port-A 沒有使用且沒有照護則不需填寫每日照護評估表，但只要有使用輸液時，則需填寫每日照護評估表。若病人入住時已植入 Port-A，且非本次住院植入，請以角針置放日期為照護評估表的「置放日期」，以角針移除日期為照護評估表的「導管移除日期」，且每次更換角針時，重新填寫另一張照護評估表；若為本次住院植入，則以實際植入日期為照護評估表的「置放日期」。

Q8：若院方已將表單電子化是否在本計畫當中認可？

- A8：對於電子化的表單，必須包含疾管局公布表單所有內容，但仍需列印紙本資料，並依計畫規定格式完成電子資料建檔，才能辦理核銷。
- Q9：稽核有些需要情境模擬的部分，但醫院沒有足夠的空間，是否可以選擇到 OSCE？
- A9：因為實地稽核時會觀測從備物到置放執行操作的連續過程，並考量受測人員方便性，建議在臨床單位找空床或推床模擬操作。但如果臨床單位空間有限，可由醫院考量是否請受抽測單位完成備物後，連同操作人員一併至臨床技能中心執行。

伍、中心導管組合式照護措施臨床事宜

- Q1：若病人因病情因素以致無法於頸靜脈置放中心導管，是否可置放於其他部位，如鼠蹊部？
- A1：一般而言，根據相關文獻資料顯示，由成年病人的鎖骨下靜脈置入非隧道式中心靜脈導管(nontunneled central venous catheter)發生感染的風險，會比由頸靜脈、股靜脈(不建議)置入為低；但病人若因相關禁忌症等因素考量，無法於鎖骨下靜脈或頸靜脈置放，則建議可依病人最佳治療方式思考置放部位，並請於查檢表中註明原因。
- Q2：使用 Chlorhexidine 時會與 Normal Saline 產生拮抗作用，因此在皮膚清潔時是否就不要使用 Normal Saline？
- A2：Chlorhexidine 為陽離子，而陽離子會與陰離子產生拮抗作用，目前有證據支持的是 Chlorhexidine 與優碘不能混用。因 Normal Saline 有氯離子存在，可能會與 Chlorhexidine 拮抗，但目前尚無相關指引提出不能混用 Chlorhexidine 與 Normal Saline 的實證建議；因此建議皮膚清潔儘量使用無菌蒸餾水，若要使用 Normal Saline，則需等候自然乾後再使用 Chlorhexidine-alcohol 消毒。
- Q3：加護病房病人皮膚髒時使用 Hibiscrub 做病人皮膚清潔，這是否會與 Chlorhexidine 產生拮抗？
- A3：Hibiscrub 的成分即為 Chlorhexidine，所以不會產生影響。
- Q4：本院的消毒步驟是在消毒完後會使用酒精擦乾，對於使用 2%chlorhexidine 消毒完後，是否還需要用酒精擦乾？
- A4：依據目前文獻，任何消毒劑消毒完後(包含使用 2%chlorhexidine)，不需要再用酒精擦拭，但須注意於消毒後應等候 20-30 秒，待消毒液自然乾；但在消毒前，需先進行病人皮膚清潔。
- Q5：消毒時使用環狀消毒或來回擦拭消毒是否有差異？
- A5：於 CDC 的作業指引為來回擦拭，因此這兩種方式均可，唯一需注意的是消毒的秒數要足夠。
- Q6：在清潔消毒時所使用之棉棒需要幾枝才足夠？
- A6：消毒時所需之棉棒數量可視病人的消毒面積等情形進行評估。
- Q7：使用 2%Chlorhexidine 消毒後等待消毒液自然乾，其等待時間是否需要計時？

- A7：無需計時，以肉眼觀察待消毒液自然乾即可。
- Q8：有關病人皮膚以 2%Chlorhexidine 消毒使用，本院護理人員普遍認為使用 2%Chlorhexidine 消毒效果良好，故於加護單位及周邊消毒等皆廣泛使用，是否適宜？
- A8：2%Chlorhexidine 酒精性消毒液與酒精性優碘都是有效的皮膚消毒劑，以 2%Chlorhexidine 酒精性消毒液消毒之優點為使用後無色素沉澱之情形，且可有效減少 SSI 及 BSI 之發生，惟臨床上尚無明確證據指出其消毒效果優於酒精性優碘。但因碘離子為陰性離子，會降低 Chlorhexidine 的效用，故應避免在病人皮膚使用優碘後再以 2%Chlorhexidine 消毒(無效步驟)。
- Q9：於急診開刀或 CPR 之病人，因緊急狀況放置中心導管後轉至加護病房或其他單位進行後續治療或照護時，是否需再更換管路？
- A9：當病人轉入後續治療或照護單位時，需確認是否以無菌技術置入中心導管，若無法確定或未依循無菌技術操作，且經評估仍須使用中心導管時，則建議應於 48 小時內拔除並重新置放中心導管。
- Q10：查國外中心導管相關文獻指出若置入後無感染情形，導管可放置 30 天，若病人有滲血之情形時，是否再更換導管即可？
- A10：應每日評估中心導管置放之必要性，若無需使用則應儘早拔除。若病人有滲血情形應立即更換敷料，若出現感染跡象，則視病人情況評估拔除或重新置入導管。
- Q11：過去相關文獻提及 CVP 置放可維持 9 天的時間，就課程內容有提及導管置放越久則越易感染，亦提到導管無需常規性更換，故目前臨床上是否有機制能夠判定何時需更換導管？
- A11：曾有文獻說明 CVP 置放越久感染率每天約增加 3%~7%；但感染率的影響因素很多，例如：是否確實執行無菌技術操作、輸液是否汙染等，因此導管不建議常規性更換，而是每日評估病人無需再置放導管或導管疑似有感染跡象，應儘速移除導管。
- Q12：對於血液、血液製品或脂質輸液的給藥管路須在給藥後 24 小時內更換，但是有些外科手術的病人需長期打 TPN 或輸血，因此 24 小時內就需更換管路，在執行上是否有困難度？
- A12：對於血液、血液製品或脂質輸液的給藥管路是更換其前端的 set，而後端之 CVC 管路無須更換。
- Q13：過去的相關文獻當中是否曾提及最大無菌面技術操作需要兩人才能執行？若未安排護理人員協助消毒、鋪單等，而發生消毒不完全、鋪單不完整等情事，是否屬於未遵從？
- A13：在文獻中對於最大無菌面技術操作並沒有特別強調需求人數才能執行，惟院方應就實際臨床操作，規範標準作業流程與執行團隊工作分配，以確實達到無菌要求。

如最大無菌面技術操作由 2 人執行，則護理人員必需穿戴口罩、髮帽、無菌隔離衣及無菌手套，以協助醫師完成最大無菌面操作。

Q14：是否有提供醫護人員執行中心靜脈導管置入操作流程（如：洞巾鋪設、收納等）之相關教育訓練教材供醫院參考，以利醫院推廣時使用？

A14：台灣感染管制學會 100-101 年度接受疾管局委託執行「應用組合式感染控制介入措施(bundle intervention)降低中心導管相關血流感染」研究計畫中，已錄製「中心導管相關血流感染的組合式照護」影片，置於台灣感染管制學會網站；後續疾管局將再徵詢專家學者意見，視情形檢討修正後，另提供醫院參考。

Q15：僅在一旁協助的流動護理人員是否一定要穿著口罩、髮帽、無菌隔離衣及無菌手套等 PPE 項目？

A15：院方可視護理師協助工作內容，規範 PPE 穿戴項目；若有協助鋪單或在最大無菌面環境下協助導管置放操作(如抽血、注射藥物、生理食鹽水灌注等)，應穿戴口罩、髮帽、無菌隔離衣及無菌手套，否則至少需穿戴口罩及髮帽(其他個人防護裝備項目則依工作內容由院方自行訂定)，才符合最大無菌面防護條件。

Q16：協助中心導管置放操作之護理人員需戴髮帽、口罩嗎？一般病房護理人員是否不需要需戴髮帽與口罩？

A16：原則上不論於加護病房及一般病房的護理人員，凡有協助鋪單或在最大無菌面環境下協助導管置放操作(如抽血、注射藥物、生理食鹽水灌注等)，則需穿戴口罩、髮帽、無菌隔離衣及無菌手套。若護理人員無協助鋪單或置放導管操作，則至少需要穿戴口罩及髮帽。

Q17：完成中心導管置入後，以無菌敷料覆蓋傷口時，需使用無菌手套嗎？

A17：在完成中心導管置入後，以無菌敷料覆蓋傷口時，應使用無菌手套。

Q18：請問參與醫院如何計算醫療照護人員執行「中心導管組合式照護措施遵從率」？

A18：原則上，醫院可依據醫護人員填寫/勾選「中心導管置放查檢表」及「中心導管每日照護評估表」之勾選結果進行計算。此外，也可藉由實地觀察醫護人員置放或照護情形進行遵從性之稽核。

Q19：現行中心導管每日評估項目之一「檢視敷料有效日期：Teagaderm 至少每 7 天更換一次；紗布至少每 2 天更換 1 次」，故針對較易滲液、滲血之病人是否可用紗布取代 Teagaderm？

A19：針對導管置入處有滲液、滲血情形之病人，建議使用紗布覆蓋，直到情況改善。紗布至少每 2 天更換一次，但若有潮濕、鬆散或變髒等情形，應立即更換。

陸、中心導管照護裝備可近性

Q1：JCI 評鑑規定，非急救之物品不能放置在病房裡，例如：Xylocaine，這樣與本計畫的裝備集中放置會有所衝突？

A1：尊重醫院管理原則，實地稽核表單中將註記若醫院之局部麻醉劑需醫囑領用者，亦可採計為有備物。

Q2：中心導管置放所需材料是由護理人員還是醫師備取所需物品？是否需告知備物時間嗎？

A2：中心導管置放所需材料之備物人員由院方自行規範，原則上單位如果熟悉備取用物方式，應可於 5 分鐘內完成備物作業；稽核方式主要由稽核人員於實地觀察單位物品是否有集中置放及備物之流暢度；備取物品時若需到其他單位取用相關用物(局部麻醉劑除外)，則不屬於「集中置放」。

Q3：何謂工作車(設備車)？工作包？換藥車能算工作車嗎？

A3：所謂工作車(設備車) 是於平常已將中心導管置放所需的材料放置於一台車上，才稱做工作車(設備車)；一般常規使用之換藥車不能算本計畫之工作車(設備車)。此次計畫所規範為於臨床單位已備有之工作車(設備車)或工作包即可，並無強制要求每家醫院需備有工作車(設備車)。

柒、中心導管相關血流感染(CLABSI)收案定義

Q1：請問中心導管相關血流感染收案一致性實地稽核期程為何？是否由感染管制師評估？每家醫院收案標準不同，如此是否易產生意見不合？

A1：中心導管相關血流感染收案一致性規劃於第二季及第三季進行稽核(5-7 月、8-10 月)，由感染管制師評估收案一致性，但同行的稽核員可協助確認調閱之病歷有無放置中心導管。負責稽核的感染管制師針對病歷中之資料進行稽核表的填寫與記錄，於現場並不需要將血流感染收案一致性稽核結果提供與受稽醫院核對。

Q2：每家醫院電子病歷電腦頁面與操作方式均不同；是否需要受稽醫院人員陪同操作電腦頁面？

A2：電子病歷每家醫院電腦頁面操作方式皆不同，請受稽醫院人員陪同操作電腦頁面。

Q3：感染管制師查看病歷部份，受稽醫院有收案，醫院是否有自評部份可以提出？

A3：會先請受稽醫院將無置放中心導管全部個案之病歷號，填入「中心導管相關血流感染收案一致性實地稽核表-無置放中心導管」表格中。

Q4：病人 Port-A 底座，要做化學治療放置短針，那是查看底座的感染還是查看短針感染率？

A4：依據收案定義，發生血流感染時或曾於感染前 48 小時內使用中心導管者，才算是中心導管相關血流感染；無須區分是因 Port-A 底座或短針所引起。

Q5：若個案有腹瀉症狀，但未做糞便培養，至少一套血液檢體培養出大腸桿菌，且病人

身上有放置中心導管，是屬於續發性血流感染或 CLABSI？另，病人 2 套不同的血液檢體培養出表皮菌，在其他傷口也培養出相同表皮菌，這樣算是繼發性血流感染還是 CLABSI？

A5：

(1)因為沒有其他部位培養出相同細菌之結果，故收案為 CLABSI。

(2)因為其他傷口培養出相同表皮菌，無法排除與其他感染部位無關，故不收案為 CLABSI。

Q6：實地稽核到醫學中心及地區醫院查看病歷數不同，如果地區醫院只有 5 本病歷，醫學中心 50 本病歷，這樣感染管制師查看會很辛苦，是不是有其他方式？

A6：實地稽核時，若無置放中心導管之病歷≤5 本者，需全部審閱，若>5 本則至少抽審 5 本病歷。有使用中心導管之病歷資料，才需逐一檢閱，因此抽測病歷數不至於因醫院層級的不同而有太大差異。

Q7：請問全部病歷查看會不會完全沒有血流感染收案數？

A7：原則上會依據 TNIS 系統，選擇受稽醫院有填報感染血流案件數的單位與日期，並告知受稽醫院需抽測病歷的日期，請醫院提前完成病歷調閱作業；故原則上將盡量安排稽核員實地稽核時，可抽測到有血流感染收案之病歷。

Q8：感染管制師查看病歷部份，受稽醫院有收案，醫院是否有自評部份可以提出？

A8：會先請受稽醫院將無置放中心導管全部個案之病歷號，填入「中心導管相關血流感染收案一致性實地稽核表-無置放中心導管」表格中。

捌、手部衛生稽核 Q & A

洗手稽核

Q1：ICU 有新病人，主護護士在查看病人時發現未有 foley，叫其他護士準備導尿管用物，此時協助護士前來是否也要觀察她是否洗手，醫生也來檢查身體是否同時觀察？若主護 care 病人時，有其他同仁幫忙時，有洗手時機也要一起呈現嗎？

A1：為避免稽核上的錯亂與複雜，原則上建議一次觀察 1 位，若有餘力再增加為 2 位。

Q2：若人員只戴手套而未洗手是勾選未洗手嗎？

A2：是，勾選未洗手。

Q3：無效性洗手算洗手機會？

A3：無效性洗手是指「沒有產生洗手機會時，工作人員執行洗手動作」，故在稽核表中於洗手時機欄位上以斜線紀錄。

洗手時機

Q1：醫師查房、摸病人前有洗手→拿聽診器聽診(聽診器放於醫師口袋內或掛在脖子上，而非放於病人單位)，聽診前是否需要再洗手？

A1：不需要再洗手。

Q2：一開始碰觸環境(呼吸器)沒有碰觸到病人是否要洗手？

A2：若為接觸病人週遭環境，且沒有接觸到病人的情境下，接觸前不需洗手，但接觸後應要洗手，記錄為時機 5。

Q3：操作無菌技術兩床之間皆無洗手，要記錄在第一個病人接觸病人後或第二個病人操作無菌技術前或兩個都要記錄？

A3：手部衛生遵從率監測的紀錄是針對醫護人員執行照護活動的過程中發生的洗手機會進行記錄，非以病人為單位進行記錄，接觸第 1 個病人後(時機 4)到接觸第 2 個病人前(時機 1)產生一個洗手機會，須執行 1 次洗手，故記錄為 1 個洗手機會，2 個洗手時機(時機 4 和時機 1)。

Q4：餵食可能接觸病人口水算是那一個時機(接觸病人前後或暴觸病人體液風險後)？

A4：餵食可能接觸病人黏膜，時機為執行清潔操作技術前(時機 2)，產生一個洗手機會，需一次洗手；餵食後為暴觸病人體液風險後(時機 3)，產生一個洗手機會，需一次洗手。

Q5：尿袋排空算是哪一個時機(暴觸體液風險後或接觸病人週遭環境後)？

A5：打開尿袋引流管屬於執行清潔操作技術前(時機 2)，排空尿袋後為暴觸病人體液風險後(時機 3)，操作流程為：洗手(時機 2)→打開尿袋引流管→排空尿袋→把尿液倒掉→洗手(時機 3)。

Q6：準備病房點滴包，但未至病房接觸病人，接觸點滴包前是否需要洗手，因為接觸前在寫紀錄？

A6：準備病房點滴包前要洗手，為時機 2。

Q7：在治療室洗手備物後，推工作車至病房後要摸病人前是否洗兩次手呢？

A7：備物前洗手為時機 2，推工作車為接觸照護區，故摸病人前要洗手，為時機 1。

Q8：抽痰後未洗手，持續又幫病人翻身，翻完身才濕洗手，此時應如何紀錄？

A8：2 個洗手機會，1 次洗手(抽痰後未洗手【時機 3】，翻身後有洗手【時機 4】)。

病人區及照護區轉換

Q1：RCW 及 ICU 為一開放區域，護理人員書寫記錄或完成一階段工作，都在床頭工作桌書寫記錄，難區分照護區及病人區？

A1：床頭工作桌若專屬於工作人員使用者視為照護區，若為病人使用則為病人區。

Q2：接觸病人後馬上走回工作車(照護區)拿東西，再回到病人區，這中間是否有產生一個新的洗手機會？

A2：是，接觸病人(時機 4)→洗手→走回工作車(照護區)拿東西再回到病人區，若接觸病人應再次洗手(時機 1)。

Q3：若予病人留置靜脈導管過程中，未洗手走到工作室再拿取相關物品後，又回到床旁

繼續未完成的工作，是否可以？(如果沒有碰觸其他物品，直接取用所需用品)？

A3：區的轉換要洗手，故走回工作室前應洗手(時機 3 & 4)，拿取相關物品後執行留置靜脈導管前應再次洗手(時機 1 & 2)。

Q4：護理人員已經執行 On IC 針時，發現一樣東西忘記拿又回到護理站→再返回繼續 On IC 工作，很難判斷洗手時機？

A4：區的轉換要洗手，故走回工作室前應洗手(時機 3 & 4)，拿取相關物品後執行留置靜脈導管前應再次洗手(時機 1 & 2)。

Q5：住院醫師查房時將病歷拿到病人單位，放在床欄上書寫未接觸病人，但病歷接觸到床欄，何時應洗手？

A5：原則上置於護理站的病歷屬於照護區不允許被帶到病人區；以上述狀況而言，病歷放在床欄上書寫，為間接接觸病人週遭環境，屬於時機 5，應於接觸病人週遭環境後洗手。

注射/針劑加藥

Q1：加針劑藥物→量血壓，若是加藥於 IV bag 中，是否要洗手後才可量血壓？加藥於 IV bag 後，是否要洗手(時機 3)？

A1：因 IV bag 距離病人入針處還有一段點滴管，我們設定加藥於 IV bag 沒有暴露病人體液之風險，所以加藥後可直接量血壓不需洗手。

Q2：從工作車上藥盒取藥→洗手→消毒藥瓶→洗手→注射？

A2：若從工作車上藥盒取藥至注射為連續性動作，則在準備藥物前洗手一次即可。

Q3：幫病人點滴加藥算是那一個時機(暴觸體液風險後或接觸病人週遭環境後)？

A3：點滴加藥屬於執行無菌操作技術(時機 2)，產生一個洗手機會，需一次洗手。

Q4：精神科施打常規針劑時，通常是請病人至護理站注射從抽針劑到注射，請問是同一個洗手時機嗎？(執行清潔/無菌技術前)或是抽針劑需洗一次，注射前又需要再洗一次手呢？

A4：若為連續動作可只洗一次手，若抽完針劑至注射間相隔一段時間，則抽針劑前洗一次(時機 2)，注射前後各洗一次(時機 2、時機 3)。

傷口換藥

Q1：戴手套拿鑷子換藥，另一護理人員幫忙臥位，完沒有碰觸病人，可以不洗手嗎？會一床接一床換(不需要包覆紗布的小傷口)，同一病人身上如有多處需換藥是否需每一處洗一次手？

A1：基本上換藥時仍有接觸病人的可能，針對病人同一部位的換藥(如手臂多處擦傷)可以換藥前洗手(時機 2)，把所有傷口換藥完再洗手(時機 3)，若為不同部位傷口的換藥則需要每一處洗手(如：洗手(時機 2)→換 A 部位傷口(時機 3+2)→洗手(時機 2)→換 B 部位傷口)。

Q2：給病人換藥時，推換藥車到 bed side→拉圍簾→拿棉枝→沾優碘→CD 傷口，是在拿棉枝前或 CD 傷口前須洗手？

A2：拿棉枝前洗手，因為換藥車及車上物品為照護區，應先準備好相關用物再進行換藥。

連續照護工作

Q1：若只進行 NG 灌食(未接觸病人)，之後要打開尿袋將尿液倒出，結束後洗手為時機點 3，NG 灌食至倒尿中間是否應洗手？是屬於哪一個時機點？

A1：NG 灌食至倒尿間需洗手，NG 灌食後(時機 3)→洗手→倒尿(時機 2)→洗手。

Q2：請問同一個病人，護理人員予測量 CVP level 後→NG feeding，兩個行為皆屬清潔/無菌技術，兩個行為間需洗手嗎？

A2：需要 1 次洗手，測量 CVP level 後(時機 3)→洗手→NG feeding(時機 2)。

Q3：移除留置針後洗手，緊接著去做無菌技術(同一病人的不同部位)這樣在無菌技術前還需要再洗一次嗎？

A3：若為連續性動作，只要有一次洗手，移除留置針後(時機 3)→洗手→做無菌技術(時機 2)。