

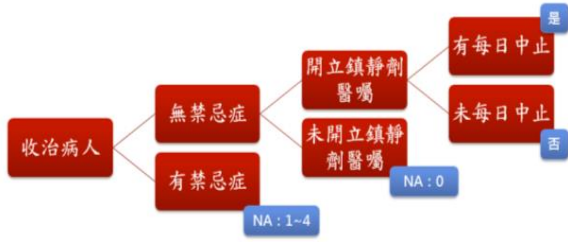
侵入性醫療處置照護品質提升計畫問答集彙整

| | |
|------------------------------------|----|
| 侵入性醫療處置照護品質提升計畫作業手冊—醫院版 問答集..... | 2 |
| 第一節 呼吸器相關肺炎感染..... | 2 |
| 第二節 導尿管相關泌尿道感染..... | 7 |
| 第三節 其他共同問題..... | 11 |
| 侵入性醫療處置照護品質提升計畫作業手冊—稽核委員版 問答集..... | 14 |
| 第一部分：稽核委員作業規範及實地稽核流程說明..... | 14 |
| 第二部分：侵入性醫療處置置放查檢表與每日照護評估表..... | 15 |
| 第三部分：侵入性醫療處置組合式照護措施遵從率..... | 18 |
| 第四部分：手部衛生遵從率及正確率..... | 19 |
| 第五部分：導尿管相關泌尿道感染收案一致性介紹..... | 20 |
| 責任醫院協調會議 問答集..... | 21 |
| 第 2 次會議—各責任醫院收集轄內參與醫院相關疑問..... | 21 |
| 第 3 次會議—第一次外部稽核交流會議臨床執行問題..... | 26 |
| 第 3 次會議—各責任醫院收集轄內參與醫院相關疑問..... | 27 |
| 第 4 次會議—各責任醫院收集轄內參與醫院相關疑問..... | 29 |

侵入性醫療處置照護品質提升計畫作業手冊—醫院版 問答集

第一節 呼吸器相關肺炎感染

| 提問 | 回答 |
|--|---|
| 1. 呼吸器沒有查檢表嗎？網站上沒看到？ | 是！此次計畫推行呼吸器相關肺炎感染組合式照護措施部分，僅就每日照護評估需填寫查檢表。 |
| 2. 病人於上午開刀時即 on 上呼吸器，手術後於當日轉入 ICU，且於小夜班評估可以脫離呼吸器，請問要填每日照護評估表嗎？ | 該表自參與單位開始照護「使用呼吸器病人」當日或隔日開始填寫，因此針對提問之情況可由院方決定是否填寫。 |
| 3. 置放單位是「院外置放」，且問不到「使用呼吸器的適應症」，該如何填寫？ | 勾選「其他」，並註明原因。 |
| 4. 如果病人剛送入 ICU 時沒有 on 呼吸器，過了一段時間經醫師評估後決定要 on，請問，應該填哪一個時點的 APACHE Score? 剛入 ICU 時的，還是填表單時的？ | 以入 ICU 時的評估為主。 |
| 5. 腦部外傷病人不使用 APACHE Score II 或 TISS 為疾病嚴重度分數，而使採用 GCS，請問該如何提報？ | 勾選「其他」選項，並填入評估方式及評估結果(以提問情況為例，應填入 GCS 及評估結果)。 |
| 6. 請問，氣切病人使用呼吸器是否適用本表單？ | 仍適用本表單，並應在人工氣道種類勾選氣切套管。 |
| 7. 病人在嘗試脫離呼吸器，算不算結案？如果不算結案，每日照護評估表是不是會留在臨床單位很久？ | 需由醫師評估可脫離呼吸器才算結案，表單應於結案後繳回。 |
| 8. 脫離呼吸器但沒有拔管，還要繼續填每日照護評估表嗎？ | 脫離呼吸器即算結案，不論是否有拔管。即使病人有使用人工氣道，但沒有使用呼吸器，也不屬於本計畫的個案。 |
| 9. 若醫師於下午 4 點評估可脫離呼吸器，但考量夜間人力較少，若脫離後發生突發事件較不易因應，故於醫囑寫明隔日上午 6 點脫離。請問該如何填表？ | 依實際評估日期填入「每日照護評估表」，並勾選可脫離。另於實際脫離日期填入「結案日期」。但外部稽核時，若發現此狀況應能提出相關佐證資料。 |
| 10. 若上午醫師評估時無法脫離，但下午評估可脫離，應如何填寫？ | 相同照護日期續填下一列，勾選「可脫離」，於「醫師簽章」欄簽章後，將該照護日期騰入結案日期中，並勾選結案原因為「脫離呼吸器」。 |

| 提問 | 回答 |
|---|--|
| <p>11. 有關脫離呼吸器評估，請問哪一個情況才算脫離?(1)嘗試脫離呼吸器訓練階段(2)觀察 48 小時內無重置(3)觀察 5 日內無重置。</p> | <p>嘗試脫離呼吸器訓練並不算脫離。但只要經醫師評估可脫離，即算結案，不論 24 小時內重置、72 小時內或 5 日內重置，都要重開新單。</p> |
| <p>12. 可脫離呼吸器/可拔管等欄位若勾選後，是不是後面的照護措施就可以不用填了?</p> | <p>是，「預防呼吸器相關肺炎感染每日照護評估表」或「預防導尿管相關泌尿道感染每日照護評估表」若勾選「可脫離」或「可拔除」，則 2~5 項措施可免填，亦不用護理人員簽章，將照護日期謄入結案日期即可。</p> |
| <p>13. 措施 2 及措施 4 的「是」、「否」是以有執行這個措施為認定，還是有評估是否能執行認定?如病人無相關禁忌症，每日都有中止鎮靜劑，但今天經醫師評估暫時不要中止，則應該勾選「是」(醫師有評估)還是「否」(本日無中止)?</p> | <p>措施 2 及措施 4 「是」、「否」是以有執行這個措施為認定，所以經醫師評估本日暫時不要中止鎮靜劑，則應於「NA」欄位填入不要中止的原因；若無法提出相關禁忌症，則應勾選「否」。參考下圖說明，以中止鎮靜劑為例</p>  |
| <p>14. 本院的常規是使用呼吸器的病人都要中止鎮靜劑至少一次/日，除非有特殊情況或禁忌症才會記錄於醫囑，此作法與本表單的要求恰恰相反。若可以佐證本院的常規文件，而外稽沒有每日中止的病人再去看醫囑是否有紀錄，是否可行?</p> | <p>如果是院內的常規，應能提供相關的佐證文件。屆時外部稽核時，必須能提出符合現況的佐證資料。</p> |
| <p>15. 應如何進行中止鎮靜劑病人的清醒評估?</p> | <p>在病況許可下，使用靜脈連續滴注之鎮靜劑時，應每日中止鎮靜劑，以利評估病人之意識狀態及促使病人自主性咳嗽，並使用適當量表進行病人的清醒評估；例如：某醫學中心使用 RASS 清醒程度評估表，鎮靜劑使用以維持 RASS 介於 0 至-2 分為原則，鎮靜劑中止時需觀察病人生命徵象及躁動情形，RASS 約 0 至 +1 分時即可回復鎮靜劑滴注。</p> |

| 提問 | 回答 |
|---|---|
| 16. 臨床人員表示病人使用鎮靜劑，是不會使病人進入深沉睡眠，而是會將鎮靜劑控制在病人仍然可以遵從醫護人員的指令的情況下，故此情形是否還須每日中止鎮靜劑？應如何註記(NA或是、否)，如何開醫囑？ | 每日應有中止鎮靜劑之行為，有執行每日中止選「是」、沒有執行每日中止者選「否」。有相關禁忌症不得中止鎮靜劑者選「NA」並於「NA」填入代碼，「④-原因…」或「④-共識代碼」；未填入代碼視同填寫不完整。 外部稽核完整性時，以每日照護評估表為主，確認醫師有勾選，有簽章即可；外部稽核遵從性時，以看醫囑或院內有常規規範佐證判斷。 |
| 17. 請問下列哪些算鎮靜劑種類？ Dormicum(midazolam) 、 Fresofol(propofol) 、 nimbex(cisatracurium) 、fentanyl | Dormicum(midazolam)、Fresofol(propofol)算鎮靜劑，nimbex(cisatracurium)、fentanyl 不算鎮靜劑。鎮靜劑不包括肌肉鬆弛劑及止痛劑。 |
| 18. 中止鎮靜需要開立醫囑，請問中止鎮靜開立醫囑時鎮靜劑需要停止多久時間？ | 依照醫院的規範執行。 |
| 19. 外部稽核「是否每日中止鎮靜劑」之遵從性必須檢視抽測病人之病歷與「預防呼吸器相關肺炎每日照護評估表」，據以判斷是否遵從。請問，若無病歷記載或佐證資料是否為「不遵從」？ | 若稽核委員於稽核時無法從病歷或佐證資料判斷是否有執行每日中止鎮靜劑，則視為不遵從。 |
| 20. VAP-病人無法停止鎮靜劑選項代碼-急性呼吸窘迫症候群 (ARDS)、②中樞神經系統失調 (CNS disorder)、③使用葉克膜 (ECMO)、④其他 其中在急性呼吸窘迫症候群 (ARDS)→若是嚴重肺炎故無法停止鎮靜劑，請問是歸屬急性呼吸窘迫症候群(ARDS) 還是需要在④其他做院內共識？ | 「嚴重肺炎」若經院方共識列入無法停止鎮靜劑原因之一，則可列於「其他」，以「④其他-原因」或「④其他-院內共識代碼」表示。 |
| 21. 每日評估的措施 3-口腔照護，有規範每日執行兩次，如果執行的護理人員跨班，應如何勾選？ | 第一次執行口腔清潔時填入第一格，第二次執行填入第二格。若兩次執行為同一位護理師，則於簽章欄蓋一次章即可，若為不同人，可分別蓋章。 |
| 22. 口腔照護要用 0.12%~0.2% chlorhexidine gluconate 漱口水，若使用 0.2% chlorhexidine gluconate 凝膠，是否符合？ | 可以。 |

| 提問 | 回答 |
|---|---|
| <p>23. 口腔照護的填表說明說要用 0.12%~0.2% chlorhexidine gluconate 漱口，據了解健保署已將 chlorhexidine gluconate 列為自費品項，表示病人可以依自己的意願更換漱口液，不一定會使用院方提供的 chlorhexidine gluconate；若家屬或病人經護理人員衛教後仍無意願購買，是勾選「否」嗎？還是只要有漱口，不限用 chlorhexidine gluconate 也可以勾「是」？</p> | <p>每日用含 0.12%~0.2% chlorhexidine gluconate 的漱口水/凝膠執行口腔抗菌照護至少 2 次，才可勾選「是」；參與計畫之單位可使用論件計酬之補助費用購買 0.12%~0.2% chlorhexidine gluconate 漱口水，提供病人使用。</p> |
| <p>24. 現行 0.12% chlorhexidine gluconate 漱口水為自費購買，家屬自購 0.12% chlorhexidine gluconate 是否須開立藥囑？</p> | <p>稽核時不需要以開立藥囑為佐證。</p> |
| <p>25. 漱口水濃度表單說明為 0.12%~0.2% chlorhexidine gluconate，那 0.1% 的濃度可以嗎？</p> | <p>漱口水說明書標示 chlorhexidine gluconate 濃度為 0.1%，但若有原廠證明其濃度確實達 0.12% chlorhexidine gluconate，則認定濃度符合。 請將醫院使用之廠牌，提供醫策會彙整，再提供醫院參考。</p> |
| <p>26. 口腔照護是指 oral care+endo care，還是指 oral care？是否有技術的 SOP，稽核才有標準。</p> | <p>口腔照護係指 oral care。執行時間及流程難有統一規範，以醫院原訂之護理技術規範執行。</p> |
| <p>27. 漱口水有無規範每次使用量？</p> | <p>建議依據仿單說明使用；部分醫院經驗分享，每次使用至少 15ml。</p> |
| <p>28. 若病人無法將漱口水含在口腔，執行時先清潔口腔（用開水或蒸餾水），然後使用 0.2% chlorhexidine gluconate 漱口水擦拭整個口腔內部後，不再使用清水擦拭（符合停留 30 秒以上），是否符合照護規範？</p> | <p>依照院內的護理技術規範或衛材廠商之仿單建議執行。</p> |

| 提問 | 回答 |
|---|--|
| <p>29. 排空管路積水，多少算水量算積水？如病人口水較多易造成管路積水，雖然時常排空但過一下子又積水了，那當查核委員查核當下病人管路雖剛排空過但又積水，此項是不是會算不遵從？</p> | <p>建議於協助病人 2 小時翻身時併同排空積水，其他時間以呼吸管路重力下垂之最低處積水不超過管徑 50% 為原則。惟外部稽核時，應請臨床人員操作如何檢查及排空積水，不以積水超過 50% 為評量基準。</p> |
| <p>30. 本院使用雙端加熱管可減少呼吸氣管路積水的情況，則每日照護時若管路沒有積水，應勾選「是」還是「否」？</p> | <p>使用雙端加熱管仍應每日檢視呼吸器管路是否有積水，確認沒有積水或於發現積水時排空，才可勾選「是」。</p> |
| <p>31. 長期臥床病人已長期住院且依賴使用呼吸器，無法「脫離呼吸器」，以致於「預防呼吸器相關肺炎每日評估表」結案日期無法完成，另外，也衍生「按件計酬」的點值申請問題。也就是說，如果參與病房長期住院使用呼吸器的病人，「每日照護評估表」要一直寫且 16 天換一張，但是，依現況只能申請一次照護費，但所有的組合式照護依舊做，這樣不合理。以前，中心導管醫療品質提升計畫時也有相關問題，就是長期放置的洗腎導管，是每月計算一次，每月申請一次按件計酬。希望 CDC 比照之前計劃辦理，長期住院使用呼吸器之病人，每月「案件計酬」一次。</p> | <p>長期依賴呼吸器的病人每日照護評估表應續填，至於經費的核算，疾管署將研議計算之時間切點後再公布執行。</p> |
| <p>32. 本院規定以主護填 VAP 表單，呼吸治療師的編制非固定在病房中，故可以將簽名欄位中「呼吸治療師」字樣刪除嗎？避免護理人員填表時混淆。</p> | <p>考量各醫院規定之執行流程有所差異，故網頁提供檔案之簽名欄位仍維持呼吸治療師/護理師，請醫院可依據院內執行情形自行修改。</p> |

第二節 導尿管相關泌尿道感染

| 提問 | 回答 |
|--|--|
| 1. 若病人置放單位為院外置放，且無法得知置放日期，置放日期可空白嗎？ | 修改表單，增列「院外置放無法確認日期」選項。若勾選則置放日期可空白。 |
| 2. 病人因臨床情況導尿管非置放於大腿或腹部，如：燒燙傷病人，表單上是否應呈現理由？另，措施 3-固定位置，可以勾選「是」嗎？ | 臨床上有特殊需求時，屬於依醫囑、護理紀錄或病歷等記錄說明，或病人狀況固定於其他位置，可勾選為「是」。 |
| 3. 查檢表之置放人員和填表人員可以為同一人嗎？ | 可以。 |
| 4. 個案由院外轉入且帶管，入院後隨即進行更換導尿管，則應填寫「新置放」還是「更換導尿管」？ | 原本病人帶管，入院才更換，故應填「更換導尿管」。 |
| 5. 個案由院外轉入且帶管，入院時評估管路狀況尚屬良好，無需更換，需要填置放查檢表嗎？ | 沒有置放則不需要填寫「置放查檢表」，但有照護可於當日或隔日開始填寫「每日照護評估表」。 |
| 6. 請問如果病人非經由尿道插導尿管，如：造口，應如何填表？ | 非經由尿道插管的病人非本計畫之個案。 |
| 7. 置放時，尿道口周圍消毒有規範消毒的範圍嗎？ | 依各院的護理常規進行，外部稽核時應能提供相關的佐證資料，以確保護理人員執行符合院內之要求。 |
| 8. 依據目前疾管署所公告的侵入性醫療感染管制作業之治療步驟 p. 314-315，置放導尿管的步驟應為先消毒再鋪洞巾，與目前所制定的「預防導尿管相關泌尿道感染置放查檢表」的順序不符？ | 不分男、女應先鋪洞巾再消毒。疾病管制署將研擬修正侵入性醫療感染管制作業基準之相關內容。 |
| 9. 如果病人自拔導尿管，應如何填寫？若拔除後超過一日醫生評估不放回，可以算結案嗎？應如何填寫結案理由？ | 非計劃性拔管之當下，醫師須評估是否重新置入；若經評估後若無需重置，則算結案，醫師應於「拔管評估」勾選「可拔除」，結案原因為「拔除管路」；反之，若須重新置入，當日內重置，同單續填，另應填寫「置放查檢表」；若超過當日重置則原單（每日照護評估表）結案，原因勾選「管路拔除」，置放查檢表及每日照護評估表重開新單。 |

| 提問 | 回答 |
|---|--|
| <p>10. 如果病人因神經性膀胱若拔除管路無法自解，應長期插管，則管路期限到期要更換，則拔管評估可以勾「可拔除」嗎?結案原因是「管路拔除」嗎? 置放日期是否需要修改?</p> | <p>此情況屬於管路更換，更換當日即算結案，於結案原因勾選更換管路，並於置放新管時填寫「置放查檢表」。</p> <p>新開的每日照護評估表置放日期，應與當次新開之置放查檢表一致，以導管更換日期為置放日期。</p> |
| <p>11. 本院使用小夾子將導尿管固定在病服下襠（低於膀胱位置），病人非燒燙傷也沒有其他特殊情況，請問是否仍需在醫囑寫明不固定在大腿（女性）或腹部（男性）的原因？</p> | <p>導尿管固定方式正確係女性病人固定於大腿，男性固定於下腹部或大腿，若無醫囑說明或病人狀況固定於其他位置，請確實執行。</p> |
| <p>12. 關於導尿管固定方式「固定於下腹部及大腿」的規定，種子培訓當天有講師提到男生下床活動者，應固定於<u>下腹部</u>，但與查詢到的資料不符？</p> <p>查詢資料顯示如下：</p> <p>(1) CDC 侵入性標準作業-第六十一章導尿管置入術(P.315)「固定導尿管於股側或下腹部或大腿內側，使避免拉扯或壓折。」</p> <p>(2) CDC 長期照護機構感染管制措施手冊-第十一章泌尿道感染之預防與感染管制措施(P.103) 「可下床活動之住民，尿管宜固定於<u>大腿</u>、臥床男住民，尿管宜固定於在<u>下腹部</u>、臥床女住民，尿管宜固定於<u>大腿</u>」</p> <p>(3) 北榮出版健康照護感染管制指引-第四章第一節(P.122) 「可下床活動之病人宜固定於<u>大腿</u>、臥床男病人宜固定於<u>腹股溝之上方(下腹部)</u>、臥床女病人宜固定於<u>大腿</u>」</p> | <p>男性導尿管固定位置，以固定導尿管於下腹部或大腿，使避免拉扯或壓折為原則；應以病人舒適為考量，並無相關實證指定下床活動者應固定下腹部或大腿。</p> |
| <p>13. 如病人置放 silicon 材質的導尿管，可放置一個月才更換，則「尿袋」（外包裝建議使用天數 3 天）需多久更換一次？</p> | <p>若尿袋有明顯髒汙評估無法使用至一個月，建議連導尿管一起更換，以維持密閉的引流系統。</p> |
| <p>14. 結案後的感染日期需要是在此次留置導尿管期間發生的感染才算嗎?或住院期間即算?</p> | <p>依據收案定義，拔除導尿管後 48 小時內所發生的相關泌尿道感染才算。</p> |

| 提問 | 回答 |
|---|---|
| 15. 導尿管置放查檢表的「置放人員」及「填表人員」可同一人簽章，那有稽核的意義嗎？ | 「置放人員」及「填表人員」可為同一人或不同人員，視醫院執行方式辦理。 |
| 16. 照護評估表之「尿道口清潔」，若使用沙威隆、潔膚液、香皂或沐浴乳等非肥皂的物品，應如何填寫？ | 香皂和沐浴乳視同肥皂，可勾選①；使用沙威隆、潔膚液等非肥皂物品，請勾選「其他」選項，並於表格填寫原因或院內的共識代號，寫法：「③-清潔方式」或「③-共識代碼」，未填入原因或共識代碼，視同填寫不完整。 |
| 17. 是否有規範尿道口清潔之肥皂水濃度？ | 否，依醫院內的規範執行。 |
| 18. 每日照護的尿道口清潔，有一定要護理人員執行嗎？ | 依各院的護理常規執行 |
| 19. 有關 UTI 每日照護措施 5：尿道口清潔之填表說明提到「避免使用消毒劑」，是指不能使用嗎？例如含 chlorhexidine 的溶液或其他消毒溶液。 | 參考國外指引，每日照護不建議使用消毒劑進行尿道口清潔；若於外部稽核時發現有使用，則應輔導醫院避免使用。 |
| 20. 尿道口清潔是否能使用生理食鹽水 (normal saline) 或無菌蒸餾水 (distilled water)？若為是，勾選清潔代碼「其他」，也同為「遵從」？ | 每日照護使用生理食鹽水 (normal saline) 或無菌蒸餾水 (distilled water) 進行尿道口清潔算「遵從」，填寫清潔代碼「其他」。 |
| 21. 一般病房及 RCW 尿道口清潔、倒尿及口腔護理大多為照服員或家屬執行，如何填寫表單？ | 照服員或家屬執行相關照護前，應由護理人員指導後進行，並確保執行正確，故仍應由護理人員簽章。 |
| 22. 病人在留取尿液培養時或採檢前 48 小時內沒有留存導尿管；且沒有其他確認的原因下，必須符合至少下列一項徵象或症狀：發燒 >38°C...，此項僅適用 ≤65 歲病人，那如果 >65 歲病人符合上述定義，是否需收案？ | 提問所引用之情況為 沒有留存導尿管 ，並非 CAUTI 之收案範圍。CAUTI 收案條件中，發燒 >38°C 此項症狀並無年齡之限制。 |
| 23. CAUTI 收案定義：一般菌種 U/C ≥ 100,000/mL 但若 U/C 為 Yeast ≥ 10,000/MI，是否需收案？ | 依定義，Yeast 須 ≥ 100,000/mL。 |
| 24. CAUTI 收案定義：有症狀菌尿症 (UTI-SYM) 收案後，症狀及實驗室證據消失如再符合收案條件隔多久需再收案？ | 依據美國 CDC 於 2015 年公布之新版定義，建議間隔 14 天再收案。 |

| 提問 | 回答 |
|--|---|
| 25. CAUTI 收案定義：U/C:Yeast>100,000，常常無法短期內消失，如長時間住院，是否需反覆收案？ | 若符合收案定義，依據美國 CDC 於 2015 年公布之新版定義，建議間隔 14 天再收案。 |
| 26. 請問導尿管每日照護評估，若病人自拔又重置，是否比照呼吸器每日照護評估，超過次日常規評估時間則重新開案？ | 超過當日重置則原單（每日照護評估表）結案，結案原因勾選管路拔除，重新置入時應開新單，包含置放查檢表及每日照護評估表。唯重填新單之置放日期需與原單結案日期間隔至少一個日曆天，方能列入可補助之案件。例如：原「每日照護評估表」結案日為 7/4，新啟「每日照護評估表」之「置放日期」為 7/6（含）之後，則可列為申請補助之案件；若新單之「置放日期」為 7/5，則此案件不能申請補助費用。 |
| 27. 若醫院只有女性導尿管置入模具組，外稽時導尿管置入是否就看護理師置入即可？ | 導尿管置放措施遵從性之實地稽核乃以情境模擬方式進行，主要請醫師或護理師現場操作。若院內無半身模具組，可採用其他可取得的器材模擬(例如：水管)。 |

第三節 其他共同問題

| 提問 | 回答 |
|---|---|
| 1. 資料提報起點為何? | 置放表及每日照護表從計畫核定日(4/24)開始核算點數,4/24-5/31 期間醫院使用學會版本或醫院自行製作之查檢表及照護評估表,需鍵入「置放查檢表」與「每日照護評估表」excel 檔,方能核算點數;若對照原使用之表單有部分未含括之欄位,且院內無資料可供查詢鍵入之情形,則該欄位可空白,該案件仍列計。惟應最遲於 6/1 起開始使用 5/22 公布之表單,並完整鍵入 excel 檔,方能核算點數。 |
| 2. 當初計畫書附表三-參與單位資料,所填之病房名稱和 TNIS 上的並沒有不一致,為避免未來參與單位核對上的困擾,是否有補救的辦法? | 請貴院於「感染密度月報輸入表」正確鍵入病房單位、TNIS-病房別、TNIS-加護病房型式及 TNIS-病房科別等資料,以利核對;另若有醫院參與單位有名稱不一致之情形,則請填寫「計畫參與單位與 TNIS 對照表」,並提供醫策會,以做為核對之依據。 |
| 3. 結案原因不只一個,應如何勾選? | 以 主要原因 進行勾選,如:病人死亡勢必將管路拔除,則結案原因應勾選「死亡」;若病人違反醫囑出院(AAD),即使帶管離開病房,應勾選「AAD」。 |
| 4. 病人由非計畫參與單位置放,後來轉入計畫參與單位,則置放單位因如何勾選? | 只要不是在照護病房置放的個案,表單之置放單位皆應勾選「本院其他病房」,並不區分是否為計畫參與單位。 |
| 5. 如果院內有病人基本資料貼紙,如:病歷號、性別、出生日期...等,是否可以直接貼於表單上? | 原則上查檢表及每日照護評估表可以使用病人貼紙,貼紙或勾選內容需包含病歷號、性別、出生日期、入住病房名稱、入院日期...等基本資料才算完整,若有缺漏則視為表單填寫不完整。 |
| 6. 可以使用電子化表單嗎? | 可。但表單上的欄位及代號不可減少或變更。 |
| 7. 因為院內有推行之前 CVC 的表單,現在又多了兩個組合式照護的表單,是不是可以用不同顏色的紙進行印製? | 可。但表單上的欄位及代號不可減少或變更。 |
| 8. 是否可以將醫院名稱或 LOGO 置入表頭中? | 只要公布表單內之欄位都保留,表頭可依據醫院規範修正。 |
| 9. 評估表及查檢表未來是否需繳回,還是留存本院? | 查檢表及評估表原始表單 無須寄回 疾病管制署,惟醫院需將 正本留存 5 年 備查;並須於每季報繳交時一併繳回查檢表及照護表之檔案,以利核銷作業進行。 |

| 提問 | 回答 |
|--|---|
| 10. 本院的醫師職章較大，是否可以在不變更欄位名稱的前提下將欄距拉大，避免蓋章重疊，亦可避免稽核時不易分辨？ | 可。但表單上的欄位及代號不可減少或變更。 |
| 11. 有鑑於簽章表格較小，且照護的過程可能不是同一位護理師執行，如：A 護理師執行措施 2、3，B 護理師執行措施 4、5，是否可使用單字章？另，表格是否可同日多列填寫，不同執行人員不同列？ | 可使用單字章，每日照護評估表原則照護日期每日必須至少有一筆資料，但可以一日多筆資料，依實際照護情況進行簽章，同執行者或不同執行者均可不同列填寫。 |
| 12. 本院參與的團隊中包含實習醫師及專科護理師，在每日照護的時候，負責醫師（主治醫師）會帶領團隊去查房，但填表是實習醫師或專科護理師，請問在「醫師簽章」處，可以蓋實習醫師章或專科護理師章嗎？ | 應由負責評估之醫師簽章。 |
| 13. 表單上所有的「其他」的選項應如何填寫？ | 勾選「其他」選項，請於表格填寫原因或院內的共識代號，如為「⑦其他」，寫法：「⑦-原因」或「⑦-共識代碼」，未填入原因或共識代碼，視同填寫不完整。 |
| 14. 若其他代碼是 3，共識代碼是從 3 開始編或 4 開始編？ | 共識代碼的寫法是 3-1、3-2、…以此類推，以方便填表人員書寫。例如：尿道口清潔方式-③其他，院內共識①3M 清潔劑、②沙威隆加水。則當天若執行沙威隆加水的方式，清潔方式應填入「3-2」。 |
| 15. 如果院內對於其他只有一個共識，可以把「其他」直接改為共識的結果嗎？ | 為利後續資料分析，繳交的電子檔須為勾選「其他」選項並填寫原因或院內的共識代號，若無共識代碼，則填「其他-原因」。 |
| 16. 外稽時會不會針對「其他-原因」中填寫的理由不適用而認定為缺失？ | 有勾選並填寫原因或共識代碼，即表單填寫視為完整。惟醫院應對各項「其他-原因」建立共識，以利醫療工作人員遵循；因此若填寫的原因未經院內共識，於遵從性評估時將視為不遵從。 |
| 17. 因為本院有評 JCI，年份皆要求以西元年書寫，是否可以將表單民國年改為西元年或去除民國字樣。 | 可依貴院之需求變更，惟鍵入 excel 表單時仍應符合格式的要求。 |

| 提問 | 回答 |
|---|---|
| 18. 依據規範，填表須符合「最遲自置放日或入住次日起，至結案前一日止，每日每一項目皆有填寫，且有簽名或蓋章才算完整」。若5月即置放管路，但每日照護日期從6月1日開始填，這樣是否會被評為「不完整」？ | 若個案為5月31日入住或5月31日置放，則表單自6月1日開始填寫視為完整；否則應為不完整。 |
| 19. 關於 VAP、CAUTI 感染勾選「是」與「否」問題；病人因病房轉動，感染發生時，個案非歸屬參與單位照護期間，應勾選「是」或「否」。 | 若個案非歸屬參與單位照護期間發生之感染，則該單位表單應勾選「否」。 |
| 20. 請問每日照護評估表之表單填寫之起訖點？ | 管路（呼吸器或導尿管）置放之當日或隔日開始填表；截至結案當日或前一日為止。 |
| 21. 病房單位(科別)在季報表的第壹至參項，都是以當初計畫書附表三-參與單位所提之名稱來填寫；請問第伍項-感染密度，可以用 TNIS 提報的來填寫嗎？ | 應依檔案欄位分別填入計畫書提報的單位名稱及 TNIS 病房別、TNIS 加護病房型式/一般病房科別等資料。 |
| 22. 參與醫院當初的規格肆、本計畫重點工作項目，第七點的(二)有提到配合病人安全文化調查，且列為績效指標。因為要執行2次，考量作業時間已剩下半年左右，是否仍要執行2次？ | 因計畫經費刪減，將 不執行 病人安全文化調查，並自績效指標中刪除。 |
| 23. 本院有設置公務床（非健保床），請問在公務床置放導尿管後才轉入本院參與單位，則置放單位應算「院外置放」或「本院其他病房」？（備註：提問單位為榮民體系醫院） | 依床位的登記看，而非是否為健保床。若該公務床向衛生局登記在該院，則算「本院其他病房」，反之為「院外置放」。 |

侵入性醫療處置照護品質提升計畫作業手冊—稽核委員版 問答集

第一部分：稽核委員作業規範及實地稽核流程說明

Q1. 在稽核的部分，有人員的實際操作和模擬操作，但並無一致性，醫策會是否有製作相關影片提供委員參考，因若無統一操作流程，各委員可能標準不一，稽核結果可能會受影響。

A1. 現階段尚未規劃相關操作影片之拍攝，請委員依據表單說明執行評核；本計畫將收集醫院執行現況及參考國內外相關資料，經專案小組及示範醫院會議討論後，於明年度拍攝教學示範影片。

Q2. 在 VAP 及 CAUTI 的每日照護評估表，若收案病人當天出院結案，那每日照護評估表結案當天是否需要填寫？

A2. VAP 及 CAUTI 每日照護評估表均至少須填寫至該收案病人結案前一天，無強制要求結案日當天一定要有照護的評估填寫。

Q3. 預防導尿管相關泌尿道感染置放查檢表，在動作執行順序上是先鋪上無菌洞巾在以消毒劑消毒，但實際在臨床上多先以消毒劑消毒在鋪上無菌洞巾，實際查詢相關醫療手冊也有提到在男病人部分可先以消毒劑消毒在鋪上無菌洞巾，不曉得這個部分是否有一定的順序規定？

A3. 經參考相關資料及考量無菌操作過程的流暢性，並於責任醫院協調會議討論共識，仍以先鋪無菌洞巾再進行消毒之流程為宜。

Q4. 手部衛生受稽核人員增加選項看護，若該看護為與醫院簽約者能由醫院統一做教育訓練，但若為家屬自行聘僱之看護，院內較無法統一做教育訓練，恐影響評核成績。

A4. 疾病管制署今年度推動加強看護人員手部衛生，為使其落實於常規照護工作中，因此於手部衛生遵從率稽核表單增置受稽人員『05:看護』，受稽核之看護應為與醫院有簽約或醫院聘僱者為主，且抽查之洗手時機數不能超過總洗手機會數的 1/3，以避免影響其公平性。

Q5. 雙北 ICU 病房皆為此次八仙事件之燒燙傷病患，不適合也不希望再受打擾、稽核，不曉得疾病管制署或醫策會是否有其他因應措施，或稽核行程是否可以延後不要急在八、九月份開始執行，以避免造成醫院的困擾。

A5. 有關收治八仙粉塵爆炸案傷患之參與單位，是否延後第一次外部稽核時

間及暫停查檢表與照護評估表之填寫提報事宜，經醫策會調查共計 12 家醫院 17 個參與單位有收治傷患，其中 5 家醫院 7 個單位希望延後外部稽核，僅 2 家醫院延後方式為展延至 10 月份，其餘 3 家表示第一次外稽可如期舉行，但請避開收治單位。為避免安排稽核行程而影響救治工作，因此將依調查結果安排第 1 次外部稽核，並請須暫停填寫查檢表與照護評估表之醫院，分別於第 1 季及第 2 季的「季報表-壹-十」註明當季暫停繳交案件的收治單位名稱及月份別。

第二部分：侵入性醫療處置置放查檢表與每日照護評估表

Q1. 實地稽核時，每個單位要稽核 5 張表單，但醫院表單、病歷皆已電子化，無紙本之表單，是否有規定一定要紙本表單，還是可讓稽查委員看電子表單即可？

A1.委員對各醫院電子系統熟悉度不一，建議可將電子化表單匯出紙本表單，或由醫院陪同人員協助操作電腦，以利稽核委員勾選。

Q2. 完成率之計算，在置放支數有無排除當日放置當日拔除或隔天拔除之狀況，因此放置結果將不會產生每日照護評估表，那是否代表每日照護評估表的完成率會變低？

A2.每日照護評估表可由院方決定從置放當天或隔天開始填寫，若院方共識此類置放未滿 24 小時個案不列入統計，則季報之置放支數無須列入計算，也不需填寫每日照護評估表，因此將不致影響完成率。

Q3. 每個稽核表皆須填寫起迄時間，此部分是指至受稽核之醫院單位的起迄時間，還是到該院開始進行評核的起迄時間？

A3.以到達單位查核該項表單至全部結束要離開該單位為止做計算。

Q4. 預防呼吸器相關肺炎每日照護評估表，若病房種類勾選 ICU 則需填寫疾病嚴重分數，但若受稽核單位之疾病嚴重度分數有些個案勾選以 APACHE Score II 計算有些個案勾選其他以 Glasgow Coma Score 計算，這種認定上是否可以？

A4.只要受稽核單位有在表單上勾選「其他」選項，並填入評估方式及評估結果(以提問情況為例，應填入 GCS 及評估結果)，本項即為填寫完整。

Q5. 預防呼吸器相關肺炎之口腔照護，若使用清水或未使用 chlorhexidine gluconate 漱口水，在表單的勾選要勾選？

A5.若以清水等非消毒劑進行口腔照護，每日照護評估表-口腔照護部分是要勾選”否”；若以 chlorhexidine gluconate 以外之消毒劑進行口腔照護，則每日照護評估表-口腔照護部分於「是」欄位填入代碼(2)。受稽核單位若依上述原則填寫表單，本項即為填寫完整。

Q6. 在預防呼吸器相關肺炎每日照護評估表，若收案病人是裝置人工鼻，並不會產生積水，那在排空積水部分如何勾選？另若受稽核當天已執行排空積水，但又再次積水，要怎麼判定人員是否遵從？

A6.裝置人工鼻管發生積水情況較少，但還是會發生積水情形，每日仍確認是否有積水需要排空；若受稽核單位已排空積水，但受稽核當下又再次積水，則依稽核委員當下看到的積水多寡，並請實際操作排空積水的作業方式，判定人員是否有確實遵從。

Q7. 在預防呼吸器相關肺炎每日照護評估表，結案之脫離呼吸器的定義是指只要脫離呼吸器即算結案還是在嘗試脫離呼吸器後才算脫離？

A7.以醫師評估可脫離呼吸器即可算定為結案脫離，但若在嘗試脫離呼吸器階段不算結案脫離。

Q8. 在預防呼吸器相關肺炎每日照護評估表，呼吸器相關感染勾選部分，若收案病人住院期間較長照護評估表單不只一張，是每張都要勾選還是結案才要勾選？

A8.若病人發生呼吸器相關肺炎經感染管制人員收案後，由感管人員依感染日期填寫在該照護期間之評估表(例如：評估表共 3 張，照護日期分別為 5/2-5/9、5/10-5/17 及 5/18-5/23，感染日期為 5/5 及 5/21，則於第 1 張和第 3 張評估表之呼吸器相關肺炎感染問題勾選「是」，並填入感染日期，第 2 張評估表之呼吸器相關肺炎感染問題則勾選「否」)。

Q9. 在預防呼吸器相關肺炎每日照護評估表，病人帶呼吸器出院，是要算結案轉出本單位還是需勾選哪項結案原因？

A9.勾選結案原因為轉出本單位。

Q10. 在預防呼吸器相關肺炎每日照護評估表的口腔照護選項只有 1

chlorhexidine gluconate 漱口水及**其他消毒劑**，是否可以多一個選項為其他（如使用開水等），若臨床上同仁使用開水進行口腔照護但需勾否，會混淆自己是有進行口腔照護還是沒有？

A10. 目前僅以使用含 chlorhexidine gluconate 漱口水進行口腔照護具有降低呼吸器相關肺炎發生之實證基礎，本計畫推動主要是希望能改善之現行之作業，若增加清水或其他非消毒劑之選項亦視為本項遵從，則無法達到改善目的，故口腔照護選項仍以 chlorhexidine gluconate 漱口水及 其他消毒劑為主。

Q11. 在預防呼吸器相關肺炎每日照護評估表單右上角有呼吸適應症，臨床上常遺漏填寫，照護評估也有呼吸器評估，是否可擇一保留即可？

A11. 因呼吸器置放原因跟每天評估的留置原因可能不同，不適合擇一保留。

Q12. 結案原因為非計畫性拔管要保留 24 小時才算結案，會造成臨床端的疑惑，此管拔除到底算結案還是未結案？

A12. 目前非計畫性拔管結案規則，如滑脫、自拔，並於當日內重置，同單續填；若超過當日重置則原單結案（原因勾選 非計畫性拔管），重開新單。當日認定方式以當班填表人員計算，如：第一日白班填表時病人有置放，第二日白班填表時病人仍有置放，不論是否期間有重置，仍續填原單；反之，若第二日白班填表時發現病人已拔管，但經醫師評估要重插管，此時應重填新單，原單結案。

Q13. 在預防呼吸器相關肺炎每日照護評估表單，若以其他消毒劑進行口腔照護，那在表單是要勾選“是”還是“否”，那算是“遵從”還是“未遵從”？

A13. 在表單-口腔照護部分在“是”的部分填寫代碼“0”，算表單填寫完整，但在計算遵從性部分仍算“未遵從”。

Q14. 現行 0.12% chlorhexidine gluconate 漱口水為自費購買，家屬自購 0.12% chlorhexidine gluconate 是否須開立藥囑？

A14. 稽核時不需要以開立藥囑為佐證。

第三部分：侵入性醫療處置組合式照護措施遵從率

Q1. 現今漱口水有標示含 chlorhexidine 但未標示所含濃度那要算遵從還是未遵從？

A1. 進行稽核時先詢問漱口水廠牌相關資料及受稽核醫院使用方式（有無稀釋等）並於備註欄記錄下來，先不勾選遵從或未遵從，由本會收集資料後統一勾選。

Q2. 在尿道口清潔部分，若產科病房因為有會陰部傷口才放置導尿管，會規律的使用有稀釋的消毒劑進行清潔，這樣算是”遵從”還是”未遵從”？

A2. 若有醫囑是可被接受的，算”遵從”，但一般情形是不建議使用消毒劑進行清潔。

Q3. 尿道口清潔是否能使用生理食鹽水（normal saline）或無菌蒸餾水（distilled water）？若為是，勾選清潔代碼「其他」，也同為「遵從」？

A3. 每日照護使用生理食鹽水（normal saline）或無菌蒸餾水（distilled water）進行尿道口清潔算「遵從」，填寫清潔代碼「其他」。

Q4. 若醫院只有女性導尿管置入模具組，外稽時導尿管置入是否就看護理師置入即可？

A4. 導尿管置放措施遵從性之實地稽核乃以情境模擬方式進行，主要請醫師或護理師現場操作。若院內無半身模具組，可採用其他可取得的器材模擬(例如：水管)。

Q5. 外部稽核「是否每日中止鎮靜劑」之遵從性必須檢視抽測病人之病歷與「預防呼吸器相關肺炎每日照護評估表」，據以判斷是否遵從。請問，若無病歷記載或佐證資料是否為「不遵從」？

A5. 若稽核委員於稽核時無法從病歷或佐證資料判斷是否有執行每日中止鎮靜劑，則視為不遵從。

Q6. 外稽時會不會針對「其他-原因」中填寫的理由不適用而認定為缺失？

A6. 有勾選並填寫原因或共識代碼，即表單填寫視為完整。惟醫院應對各項「其他-原因」建立共識，以利醫療工作人員遵循；因此若填寫的原因未經院內共識，於遵從性評估時將視為不遵從。

第四部分：手部衛生遵從率及正確率

Q1. 關於手部衛生遵從性稽核表，新增急診單位及受稽核之對象（看護），是由醫策會指定受稽核單位及人員，亦或是由稽查委員自由心證決定？受稽核醫院若被抽到急診單位，在稽核分數上恐有影響。

A1. 本計畫急診單位不納入手部衛生之稽核單位，而委員在稽核時，不一定只能稽核參與計畫之單位，稽核委員可現場實際情況，稽核較適合接受稽核之單位。另委員在抽查看護人員手部衛生時，該職類人員抽查之機會數不能超過所總機會數的 1/3，以避免影響公平性。

Q2. 看護人員已納入稽查對象，那實習醫生是否也要納入？那看護只是與醫院簽約，並不是醫院的正式人員，在約束力上是有困難的，可能要考量一下各個醫院困難點。

A2. 手部衛生稽核原已將實習醫師納入受稽人員；有關看護人員部分，考量到如果是家屬自己帶來的看護約束力會比較低，所以目前只將有與醫院簽約或是由醫院聘僱的看護納入，雖然不是醫院正式人員，但仍屬與院方簽約之人員，醫院還是有管理的權責。

Q3. 在中心導管手部衛生稽核時，規定要洗到手腕，這一次是否有規定要洗到手腕？

A3. 此次手部衛生績核並未規定必須洗到手腕的部分。若進行侵入性醫療處置時，需無菌操作，建議可洗到手腕，以降低發生感染之風險。

第五部分：導尿管相關泌尿道感染收案一致性介紹

Q1. 收案單位歸屬問題，假設 7/1 病患由一般病房轉 ICU，7/3 收案導管相關感染，但在 7/1 就已放置導尿管，此案要歸到一般病房還是 ICU 病房？

A1. 依定義做區分，單位跟單位轉以 48 小時為界定，滿 48 小時以收案至 ICU，未滿 48 小時收案至一般病房。

Q2. 收案一致性，醫策會會先提供委員需抽測的病歷日期，但若單位抽測之日期病歷數較多，仍要委員一份一份看，這樣委員負擔很大，受稽核之單位是否可先將受抽測的病歷以有無放置導尿管做區分，以便委員查看。

A2. 本會會先提供受稽核之醫院將抽測的單位及病歷日期，讓受稽核之單位可事先整理相關資料，以供稽核委員參考。

Q3. 收案一致性做查核的目的是要指醫院收案有問題還是？是否有其必要性？

A3. 在收案一致性部分，委員只須針對實際收到的資料為勾選即可，無須與院方爭議是否有無收案。依 TNIS 的資料來抽測受稽核醫院之單位及日期，目的地除看收案定義是否一致外，主要是監測各醫院是否有在 TNIS 上做通報，參考國外也都有相同作法的資訊。

Q4. 收案一致性是否不計分，只是做個抽查？沒有放導尿管抽 5 本，有放導尿管全部看，一個上午要看那麼多表單，時間上是不是沒辦法？

A4. 委員只需依據病歷檢查是否有徵兆及尿液細菌培養的結果等去勾選是否收案，收案一致性之成績會由疾病管制署統一做邏輯比對後做成績的轉換，所以此項抽測仍給予計分；在抽測的數量上，比照往例，今年抽檢單位數是有下降的，各位委員再進行第一次稽核時請將時間完整記載在表單上，後續於交流會議上可再討論抽測數量上是否需做調整。

責任醫院協調會議 問答集

第2次責任醫院協調會議—各責任醫院收集轄內參與醫院相關疑問 問答集

| 提問 | 回答 |
|--|---|
| 一、VAP 相關提問 | |
| 1. 臨床人員表示病人使用鎮靜劑，是不會使病人進入深沉睡眠，而是會將鎮靜劑控制在病人仍然可以遵從醫護人員的指令的情況下，故此情形是否還須每日中止鎮靜劑？應如何註記（NA或是、否），如何開醫囑？ | 有執行每日中止選「是」、沒有執行每日中止者選「否」。有相關禁忌症不得中止鎮靜劑者選「NA」並填入代碼；若遇有病人未深沉睡眠且仍然可以遵從醫護人員的指令的情況下，未中止鎮靜劑，則列於「NA」填入代碼，「④-原因…」或「④-共識代碼」；未填入代碼視同填寫不完整。外部稽核完整性時，以每日照護評估表為主，確認醫師有勾選，有簽章即可；外部稽核遵從性時，以看醫囑或院內有常規規範佐證判斷。 |
| 2. 請問下列哪些算鎮靜劑種類？ Dormicum 、 Fresofol(propofol) 、 nimbox(cisatracurium)、fentanyl | Dormicum、Fresofol(propofol)算鎮靜劑。nimbox(cisatracurium)、fentanyl不算鎮靜劑。鎮靜劑不包括肌肉鬆弛劑及止痛劑。 |
| 3. 中止鎮靜需要開立醫囑，請問中止鎮靜開立醫囑時鎮靜劑需要停止多久時間？ | 依照醫院的規範執行。 |
| 4. 外部稽核「是否每日中止鎮靜劑」之遵從性必須檢視抽測病人之病歷與「預防呼吸器相關肺炎每日照護評估表」，據以判斷是否遵從。請問，若無病歷記載或佐證資料是否為「不遵從」？ | 若稽核委員於稽核時無法從病歷或佐證資料判斷是否有執行每日中止鎮靜劑，則視為不遵從。 |
| 5. 漱口水濃度表單說明為0.12%~0.2% chlorhexidine gluconate，那0.1%的濃度可以嗎？ | 漱口水說明書標示chlorhexidine gluconate濃度為0.1%，但若有原廠證明其濃度確實達0.12%chlorhexidine gluconate，則認定濃度符合。 請將醫院使用之廠牌，提供醫策會彙整，再提供醫院參考。 |
| 6. 現行0.12% chlorhexidine gluconate漱口水為自費購買，家屬自購0.12% chlorhexidine gluconate是否須開立藥囑？ | 稽核時不需要以開立藥囑為佐證。 |

| 提問 | 回答 |
|--|---|
| 7. 口腔照護是指oral care+endo care，還是指oral care？是否有技術的SOP，稽核才有標準。 | 口腔照護係指oral care。執行時間及流程難有統一規範，以醫院原訂之護理技術規範執行。 |
| 8. 漱口水有無規範每次使用量？ | 建議依據仿單說明使用；部分醫院經驗分享，每次使用至少15ml。 |
| 9. 若病人無法將漱口水含在口腔，執行時先清潔口腔（用開水或蒸餾水），然後使用0.2% chlorhexidine gluconate漱口水擦拭整個口腔內部後，不再使用清水擦拭（符合停留30秒以上），是否符合照護規範？ | 依照院內的護理技術規範或衛材廠商之仿單建議執行。 |
| 10. 排空管路積水，多少算水量算積水？如病人口水較多易造成管路積水，雖然時常排空但過一下子又積水了，那當查核委員查核當下病人管路雖剛排空過但又積水，此項是不是會算不遵從？ | 建議於協助病人2小時翻身時併同排空積水，其他時間以呼吸管路重力下垂之最低處積水不超過管徑50%為原則。惟外部稽核時，應請臨床人員操作如何檢查及排空積水，不以積水超過50%為評量基準。 |
| 11. VAP-病人無法停止鎮靜劑選項代碼-急性呼吸窘迫症候群（ARDS）、中樞神經系統失調（CNS disorder）、使用葉克膜（ECMO）、其他 其中在急性呼吸窘迫症候群（ARDS）→若是嚴重肺炎故無法停止鎮靜劑，請問是歸屬急性呼吸窘迫症候群（ARDS）還是在④其他做院內共識？ | 「嚴重肺炎」若經院方共識列入無法停止鎮靜劑原因之一，則可列於「其他」，以「④其他-原因」或「④其他-院內共識代碼」表示。 |
| 12. 長期臥床病人已長期住院且依賴使用呼吸器，無法「脫離呼吸器」，以致於「預防呼吸器相關肺炎每日評估表」結案日期無法完成，另外，也衍生「按件計酬」的點值申請問題。也就是說，如果參與病房長期住院使用呼吸器的病人，「每日照護評估表」要一直寫且16天換一張，但是，依現況只能申請一次照護費，但所有的組合式照護依舊做，這樣不合理。以前，中心導管醫療品質提升計畫時也有相關問題，就是長期放置的洗腎導管，是每月計算一次，每月申請一次按件計酬。希望CDC比照之前計劃辦理，長期住院使用呼吸器之病人，每月「案件計酬」一次。 | 長期依賴呼吸器的病人每日照護評估表應續填，至於經費的核算，疾管署將研議計算之時間切點後再公布執行。參與醫院可評估是否變更參與單位，若需變更請行文至疾病管制署。 |

| 提問 | 回答 |
|---|---|
| 二、CAUTI 相關提問 | |
| 1. 病人在留取尿液培養時或採檢前48小時內沒有留存導尿管;且沒有其他確認的原因下，必須符合至少下列一項徵象或症狀:發燒>38°C...，此項僅適用≤65歲病人，那如果>65歲病人符合上述定義，是否需收案？ | 提問所引用之情況為沒有留存導尿管，並非CAUTI之收案範圍。CAUTI收案條件中，發燒>38°C此項症狀並無年齡之限制。 |
| 2. CAUTI 收案定義：一般菌種 U/C ≥ 100,000/mL 但若 U/C 為 Yeast ≥ 10,000/ML，是否需收案？ | 依定義，Yeast須 ≥ 100,000/mL。 |
| 3. CAUTI 收案定義：有症狀菌尿症(UTI-SYM)收案後，症狀及實驗室證據消失如再符合收案條件隔多久需再收案？ | 依據美國CDC於2015年公布之新版定義，建議間隔14天再收案。 |
| 4. CAUTI 收案定義：U/C:Yeast>100,000，常常無法短期內消失，如長時間住院，是否需反覆收案？ | 若符合收案定義，依據美國CDC於2015年公布之新版定義，建議間隔14天再收案。 |
| 5. 是否有規範尿道口清潔之肥皂水濃度？ | 否，依醫院內的規範執行。 |
| 6. 如病人置放silicon材質的導尿管，可放置一個月才更換，則「尿袋」（外包裝建議使用天數3天）需多久更換一次？ | 若尿袋有明顯髒汙評估無法使用至一個月，建議連導尿管一起更換，以維持密閉的引流系統。 |
| 7. 有關UTI每日照護措施5:尿道口清潔之填表說明提到「避免使用消毒劑」，是指不能使用嗎？例如含chlorhexidine的溶液或其他消毒溶液。 | 參考國外指引，每日照護不建議使用消毒劑進行尿道口清潔；若於外部稽核時發現有使用，則應輔導醫院避免使用。 |
| 8. 尿道口清潔是否能使用生理食鹽水(normal saline)或無菌蒸餾水(Distilled water)？若為是，勾選清潔代碼「其他」，也同為「遵從」？ | 每日照護使用生理食鹽水(normal saline)或無菌蒸餾水(Distilled water)進行尿道口清潔算「遵從」，填寫清潔代碼「其他」。 |
| 9. 依據目前疾管署所公告的侵入性醫療感染管制作業之治療步驟P314-315，置放導尿管的步驟應為先消毒再鋪洞巾，與目前所制定的「預防導尿管相關泌尿道感染置放查檢表」的順序不符？ | 不分男、女應先鋪洞巾再消毒。疾病管制署將研擬修正侵入性醫療感染管制作業基準之相關內容。 |
| 10. 關於導尿管固定方式「固定於下腹部及大腿」的規定，種子培訓當天有講師提到男生下床活動者，應固定於下腹部，但與查詢到的資料不符？查詢資料顯示如下： (1) CDC侵入性標準作業-第六十一章導尿 | 男性導尿管固定位置，以固定導尿管於下腹部或大腿，使避免拉扯或壓折為原則；應以病人舒適為考量，並無相關實證指定下床活動者應固定下腹部或大腿。 |

| 提問 | 回答 |
|--|---|
| <p>管置入術(P. 315)「固定導尿管於股側或下腹部或大腿內側，使避免拉扯或壓折。」</p> <p>(2) CDC長期照護機構感染管制措施手冊-第十一章泌尿道感染之預防與感染管制措施(P. 103)「可下床活動之住民，尿管宜固定於大腿、臥床男住民，尿管宜固定於在下腹部、臥床女住民，尿管宜固定於大腿」</p> <p>(3) 北榮出版健康照護感染管制指引-第四章第一節(P. 122)「可下床活動之病人宜固定於大腿、臥床男病人宜固定於腹股溝之上方(下腹部)、臥床女病人宜固定於大腿」</p> | |
| <p>11. 若醫院只有女性導尿管置入模具組，外稽時導尿管置入是否就看護理師置入即可？</p> | <p>導尿管置放措施遵從性之實地稽核乃以情境模擬方式進行，主要請護理師現場操作。若院內無半身模具組，可採用其他可取得的器材模擬(例如：水管)。</p> |
| <p>12. 一般病房及RCW尿道口清潔、倒尿及口腔護理大多為照服員或家屬執行，如何填寫表單？</p> | <p>照服員或家屬執行相關照護前，應由護理人員指導後進行，並確保執行正確，故仍應由護理人員簽章。</p> |
| <p>13. 請問導尿管每日照護評估，若病人自拔又重置，是否比照呼吸器每日照護評估，超過次日常規評估時間則重新開案？</p> | <p>超過當日重置則原單(每日照護評估表)結案，結案原因勾選管路拔除，重新置入時應開新單，包含置放查檢表及每日照護評估表。唯重填新單之置放日期需與原單結案日期間隔至少一個日曆天，方能列入可補助之案件。例如：原「每日照護評估表」結案日為7/4，新啟「每日照護評估表」之「置放日期」為7/6(含)之後，則可列為申請補助之案件；若新單之「置放日期」為7/5，則此案件不能申請補助費用。</p> |

| 提問 | 回答 |
|--|---|
| 三、其他提問 | |
| 1. 依據規範，填表須符合「最遲自置放日或入住次日起，至結案前一日止，每日每一項目皆有填寫，且有簽名或蓋章才算完整」。若5月即置放管路，但每日照護日期從6月1日開始填，這樣是否會被評為「不完整」？ | 若個案為5月31日入住或5月31日置放，則表單自6月1日開始填寫視為完整；否則應為不完整。 |
| 2. 關於VAP、CAUTI感染勾選「是」與「否」問題；病人因病房轉動，感染發生時，個案非歸屬參與單位照護期間，應勾選「是」或「否」。 | 若個案非歸屬參與單位照護期間發生之感染，則該單位表單應勾選「否」。 |
| 3. 本院有設置公務床（非健保床），請問在公務床置放導尿管後才轉入本院參與單位，則置放單位應算「院外置放」或「本院其他病房」？（備註：提問單位為榮民體系醫院） | 依床位的登記看，而非是否為健保床。若該公務床向衛生局登記在該院，則算「本院其他病房」，反之為「院外置放」。 |
| 4. 請問每日照護評估表之表單填寫之起訖點？ | 管路（呼吸器或導尿管）置放之當日或隔日開始填表；截至結案當日或前一日為止。 |

第3次責任醫院協調會議—第一次外部稽核交流會議臨床執行問題 問答集

| 問題 | 交流會議決議 | 10月28日決議 |
|--|---|---|
| 1. 男生置放導尿管時，男性尿道口消毒範圍應至何處？學會建議應含陰囊，但臨床執行時有困難，流程：鋪洞巾再消毒，可是鋪上洞巾後消毒不到陰囊。 | 消毒範圍依各院的護理常規進行，外部稽核時應能提供相關的佐證資料，以確保護理人員執行符合院內之要求。 鋪洞巾與消毒之先後順序可由院方自行訂定，但必須符合無菌操作原則。 | 消毒範圍依各院常規進行，外部稽核時醫院應能提供相關的佐證資料，以確保護理人員執行符合院內之要求。 鋪洞巾與消毒之先後順序可由院方自行訂定(請受稽醫院先提供院內常規供委員參考)，依院內常規進行稽核，惟過程必須符合無菌操作原則。 |
| 2. 導尿管放置前清潔步驟可否以優碘溶液當清潔劑？(如以水溶性優碘清潔後鋪洞巾再以水溶性優點消毒) | 導尿管放置前清潔步驟依院內護理常規即可。 | 不變更 |
| 3. 置入導尿管過程中可多久內將優碘溶液去色？如使用優碘溶液消毒後，立即使用無菌水擦拭，再置放導尿管，是否扣分？ | 此項步驟有確實達到清潔效果即可，因此所提之操作流程無須扣分。 | 不變更 |
| 4. 置放導尿管過程中使用潤滑劑單包裝無外包裝者是否需先消毒再開啟？ | 無外包裝者開啟前應先消毒外包裝，以符合無菌操作原則；若潤滑劑包在無菌包裡就不用再做消毒。 | 不變更 |
| 5. 置放導尿管過程中，固定水球用之無菌蒸餾水是否要求需以無菌方式抽取後放置於無菌區？如先抽取後放置無菌區外，待導尿管置入後再進行水球固定，過程未污染尿管接頭是否扣分？ | 應以無菌方式抽取固定水球用之無菌蒸餾水後放置於無菌區，且操作過程未污染之原則。 | 應以無菌方式抽取固定水球用之無菌蒸餾水後放置於無菌區，在導尿管未完成置放前，不要將東西從非無菌區帶入無菌區，且操作過程應符合無菌操作原則。 |
| 6. 導尿管置入後，護理技術是先外拉(確定水球在裡面)後，再推回去避免病患感到不適，是否有污染的疑慮？ | 參考國外示範影片皆沒有回推之動作；另考量注入無菌蒸餾水時，須以非無菌的手固定導尿管，因此回推恐有染污之虞，故不建議將導尿管回推。 | 不變更 |

第 3 次責任醫院協調會議—各責任醫院收集轄內參與醫院相關疑問 問答集

| 提問 | 回答 |
|---|--|
| 一、VAP 相關提問 | |
| 1. 可否協助提供市售合格含 CHG 0.12~2%漱口水廠牌名單? | 目前收集之資料已彙整如簡報說明，會後請責任醫院提供其他未收集到之漱口水資料，由醫策會彙整後提供參與本計畫醫院參考。 |
| 2. 到單位稽核時，不見得病人剛好抬高床頭 30 度，或剛好沒有在做口腔護理，該如何稽核? | 如果當下沒有抬高床頭，看是否有禁忌症，原因必須記載於病歷中。 院內自行辦理稽核時，口腔護理部分可以看評估表有無打勾確認執行 2 次，以及床頭上有無備漱口水來判定有無執行口腔照護。 |
| 3. 口腔照護如何確認 CHG 停留多久? | 依據台中榮總執行經驗，以棉棒沾 CHG 於口腔中塗抹，在塗抹的過程中秒數就會超過 30 秒。如果病人覺得不舒服可以再用食鹽水清洗，旁邊用口水棒抽吸。 |
| 4. 若當天病人轉至其他單位，由誰進行中止鎮靜劑? | 病人在哪個單位照護，由該單位中止鎮靜劑。 |
| 5. 當臨床病人因『末期病人終止或撤除心肺復甦術/維生醫療』撤除呼吸管路時，應於結案原因如何填寫? | 可依病人當時的情況判定；例如病人若在脫離呼吸器後 1 小時內死亡，則結案原因可勾選死亡；若病人脫離呼吸器之後未在短時間內死亡，結案原因應勾選脫離呼吸器。 |
| 6. 有裝置呼吸器之病人床頭應抬高 30 度以上，若床無量尺該如何判定? | 建議依標準量測方式先量出抬高 30 度以上之位置並可貼上提示標籤，未來以此當標準。 |
| 7. 漱口水建議用量為 15ml，若病人在使用漱口水前先使用潔牙棒清潔，那漱口水用量可否改為 5ml? | 仍應以漱口水廠商仿單之建議用量使用，以達效果，不應減少用量。 |
| 二、CAUTI 相關提問 | |
| 1. 導尿技術執行步驟:洗手機會次數? foley 固定位置時撕 3M 是否涉及洗手時機? | 洗手時機請參考疾管署出版之「手部衛生工作手冊」第 34 頁或 104-105 年侵入性醫療處置照護品質提升計畫作業手冊-稽核委員版第 66 頁建議執行。 |
| 2. 不同醫院有不同的設備，要去拍一個公版影片感覺是否有困難? | 目前請依各院的護理常規進行，明年度將拍攝示範影片供參。 |
| 3. 當設備不同，在查核時無菌觀念是否 OK? 在置放過程中是否容易汙染? 是否有點取決於委員本身? | 請受稽醫院先提供院內置放流程供委員參考，委員依醫院內置放流程查核並確認未違反無菌原則。 |
| 4. Foley 與 Bag 包裝上有註明天數限制，是否需依廠商建議需定期更換? | 使用天數可依醫院內規範為主，但 Foley 與 Bag 應一起更換。 |

| | |
|--|--|
| 5. 在置放尿管時是否可使用水溶性 2% CHG? | 可以，但酒精性消毒液則不可。 |
| 6. 導尿管置入過程中是否要先接好尿袋及尿管才算符合密閉性及無菌? | 依醫院內常規，不違反無菌原則即可。 |
| 7. 導尿管出口倒尿前後是否要消毒? | 建議倒尿前後進行導尿管出口消毒。 |
| 三、其他提問 | |
| 1. 當初計畫書附表三-參與單位資料，所填之病房名稱和 TNIS 上的並沒有一致，為避免未來參與單位核對上的困擾，是否有補救的辦法? | 請貴院於「感染密度月報輸入表」正確鍵入病房單位、TNIS-病房別、TNIS-加護病房型式及 TNIS-病房科別等資料，以利核對；另若有醫院參與單位有名稱不一致之情形，則請填寫「計畫參與單位與 TNIS 對照表」，並提供醫策會，以做為核對之依據。 |
| 2. 長照機構/RCW 的病人因為沒有結案日，如何核發點數及補助? | 按件計酬部分，疾病管制署會在 11 月 15 日本年度資料提報結束後，評估計酬方式，屆時應會再行公布周知。 |
| 3. 計畫期程過半，數位學習網教育訓練上線可供同仁學習時間為何? | 目前已有課程申請放置數位平台，待上架後會 EMAIL 通知責任/參與醫院。 |
| 4. 填寫表單時，當原因為其他時，可書寫「④其他」請於表格中填入原因（寫法：④-原因...），或貴院之共識代碼（寫法：④-共識代碼）；未填入代碼視同填寫不完整。但外稽員稽核時曾表示不可手寫原因，一定要寫共識代碼? | 有勾選並填寫原因或共識代碼，即表單填寫視為完整。惟醫院應對各項「其他-原因」建立共識，以利醫療工作人員遵循；若每日照護「脫離呼吸器評估」及「導尿管拔管評估」留置原因未填寫經院內共識代碼，於措施遵從性評估時將視為不遵從。 |

第 4 次責任醫院協調會議—各責任醫院收集轄內參與醫院相關疑問 問答集

| 提問 | 回答 |
|--|--|
| 一、外部稽核相關提問 | |
| <p>1. 院內使用的尿管如附件圖片，固定在床旁時上次的外稽員認為軟管跟袋子交接處(如圖 1、圖 2)算是有折到，所以她們用夾子或布膠加別針固定於床旁(如圖 3)，是否請幫忙提出討論，確認(圖 1、圖 2)這樣在稽核上算不符合嗎?</p> | <p>1. 圖示之產品在軟管與尿袋交接處確實有折到，未維持管路暢通，視為不遵從。 2. 請醫院檢視所使用產品若屬不良、不適合的醫材，建議醫院應向原廠商反映或是更換另一家醫材廠商採購。</p> |
| 二、VAP 相關提問 | |
| <p>1. 口腔護理只有一次，另一次病人不在(手術)，表單如何註明？如果填否如何算錢？</p> | <p>1. 未執行口腔護理應於表單填寫「否」。 2. 表單資料有完整填寫即可列入按件計酬。</p> |
| <p>2. VAP bundle 口腔護理使用 chlorhexidine 填入 1, 其他消毒劑填入 2, 清水填入否。其中清水填入否有爭議。因為護理師有做口腔照護。</p> | <p>1. 請協助持續宣導此處所指之口腔照護係指 CHG 口腔照護。 2. 建議以未來能於院內維持措施推動的延續性為優先考量，依各醫院可行方式，自行規劃採取透過衛教鼓勵病人自費購買，或由醫院補助等方案辦理。</p> |
| <p>3. 中止鎮靜劑，中止好像永遠不用了</p> | <p>相關衛教品已修正為暫停鎮靜劑</p> |
| <p>4. 脫離呼吸器和拔除導尿管，拔除 CVC，這兩種不一樣。拔除導尿管和拔除 CVC 可以馬上拔除。但是呼吸器必須逐漸脫離，即 weaning。我們一般都是 weaning 很多天後，最後一瞬間才 removal。但表單是評估 removal。</p> | <p>1. IHI VAP bundle 的措施項目訂為「Daily Sedative Interruption and Daily Assessment of Readiness to Extubate」，其內容說明 2 者是不同但常常相互關聯的流程(Daily sedation interruption and daily assessment of readiness to extubate are separate, though at times interdependent, processes)；將此 2 項元件分開，可以協助團隊分別針對每日暫停使用鎮靜劑和訓練脫離的評估擬定相關執行方案、指令、標準工作事項等 (Separating the elements can focus a team's work on developing protocols, order sets, standard work for sedation interruption, and weaning assessment) 2. 表單項目是「脫離呼吸器評估」，其重點是在每日應由醫師評估病人是否可以脫離呼吸器；所以即使已經進入 weaning 過程，仍須由醫師每日依據院內政策或相關指標判斷是否可脫離呼吸器，因此應無填寫上的疑義。</p> |

| 提問 | 回答 |
|---|---|
| 三、CAUTI 相關提問 | |
| 1. 希望導尿管置入技術影片可盡早拍攝供各院參考。 | 目前請依各院的護理常規進行，明年度將拍攝示範影片供參。 |
| 2. 檢視插導尿管 SOP，減少不必要之洗手，例如插完導尿管後，與貼膠布之間，是否可以不要洗手 | 建議可參考「手部衛生工作手冊」之導尿管路置放術(p34)，在沒有違反手部衛生 5 時機的情況下，於置放導尿管後，可以待完成固定導尿管並脫除手套後，在離開病人區前進行手部衛生。 |
| 3. 導尿管及尿袋更換需要依照廠商建議或是...? | 建議使用天數可依醫院內規範為主，但 Foley 與 Bag 應一起更換。 |
| 4. 家屬不願意配合拔導尿管:因為會增加尿布成本 | 建議可與家屬分析拔除導尿管可降低感染風險，利大於弊。 |
| 四、其他 | |
| 1. 數位學習課程上架時間太慢，又需在成果報告前完成學習，人數較多的醫院缺乏足夠的時間全數完成 | 今年度因數位學習課程於 10 月底方陸續上架且 11 月 30 日需繳交成果報告，故於成果報告書審查時，已提醒委員此項數據不予列入評分；惟仍請醫院持續自主管理修課狀況。 |
| 2. 數位學習的方式不如 CVC Bundle 之前有彈性，能夠下載至醫院內系統學習，導致部分無法連外網的醫院有學習方便性的困擾。 | 已於「著作授權同意書」徵詢各錄製講師同意授權之範圍，未來除掛置於 e 等公務員數位學習平台外，並將依授權範圍將課程檔案放於本署全球資訊網或醫策會網路平台供參與醫院使用。 |
| 3. 數位學習課程只認證公務人員時數，希望能夠多重認證,如:護理人員線上繼續教育積分。 | 目前本署各項數位學習課程暫不再申請醫事人員繼續教育學分。 |