



# 九十六年醫院感染管制查核作業手冊

行政院衛生署疾病管制局

中華民國 96 年 2 月 1 日

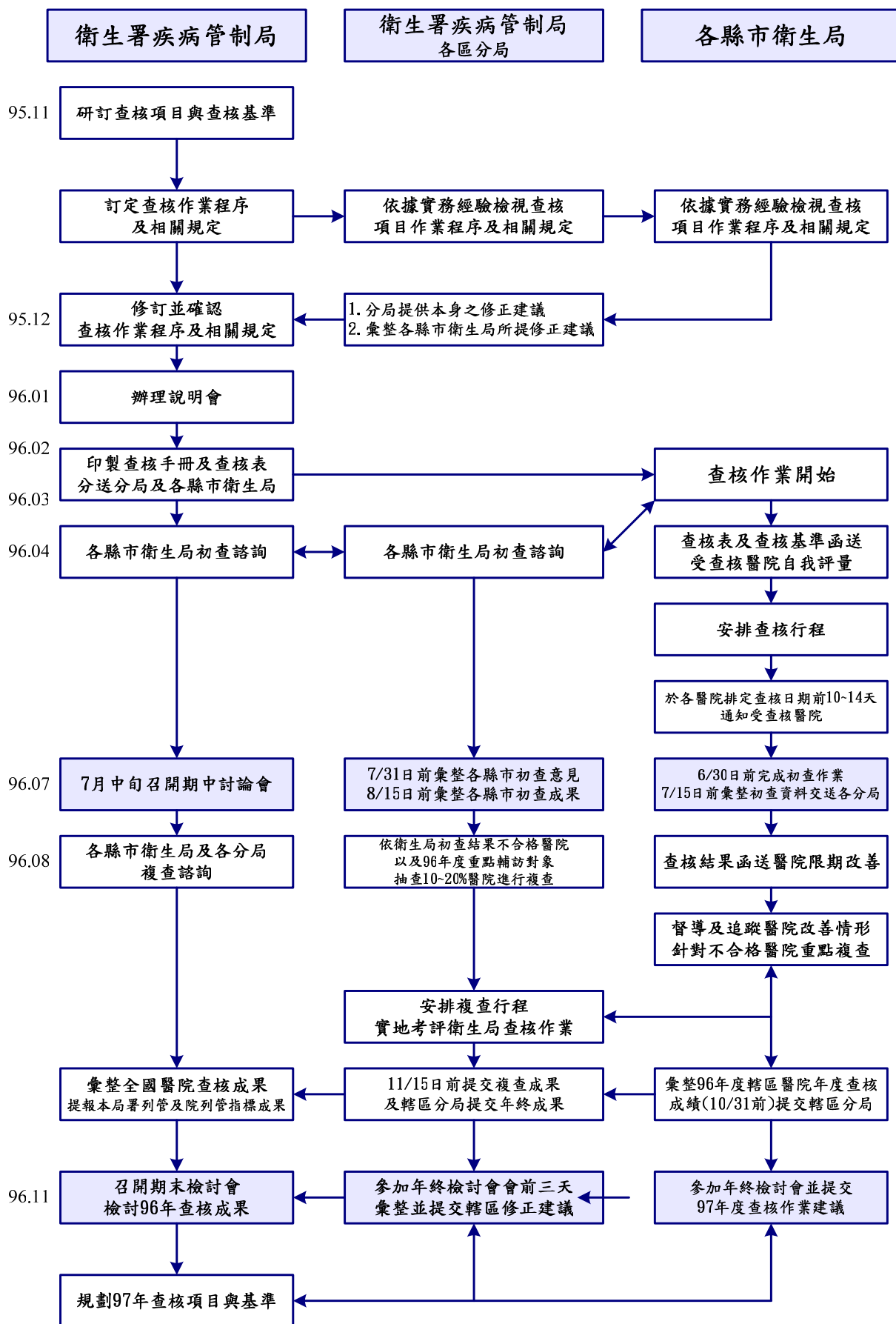
# 目 錄

1. 96 年醫院感染管制查核作業時程及各單位分工示意說明總圖.....	1
2. 醫療(事)機構傳染病感染管制及預防接種措施查核辦法.....	2
3. 96 年醫院感染控制查核項目與查核基準使用說明.....	5
4. 96 年醫院感染管制查核表甲表 (醫學中心、教學醫院).....	9
5. 96 年醫院感染管制查核表乙表 (地區醫院、專科醫院).....	13
6. 醫療(事)機構中健康照護工作人員隔離防護措施使用原則.....	17
7. 防疫物資安全庫存查核記錄表.....	18
8. 查核基準--甲表(醫學中心及教學醫院適用).....	19
9. 查核基準--乙表(醫學中心及教學醫院以外醫院適用).....	40
10. 查核結果成績登錄說明.....	62
11. 實地查核建議順序.....	63
12. 各縣市衛生局查核醫院行程表(範例).....	67
13. 醫院感染管制查核結果改善情形追蹤表(範例).....	68
14. 衛生署疾病管制局各區分局複查行程表(範例).....	69
15. 各縣市衛生局查核醫院通知書(範例).....	70
16. 查核結果限期改善通知單(範例).....	72
17. 各縣市衛生局查核結果通知醫院函(稿)(範例).....	73
18. 疾病管制局各區分局複查結果通知各縣市衛生局函(稿)(範例).....	74

## 附件目錄

1. 附件一：咳嗽監測機制流程圖.....	75
2. 附件二：查核結果彙整表(範例).....	76
3. 附件三：衛生署 91-95 年度醫院評鑑暨教學醫院評鑑合格名單.....	77

# 96年醫院感染管制查核作業時程及各單位分工示意說明總圖



# 醫療(事)機構傳染病感染管制及預防接種措施查核辦法

中華民國 93 年 11 月 3 日 行政院衛生署署授疾字第 0930000991 號令訂定發布全文九條

第一條 本辦法依傳染病防治法(以下簡稱本法)第三十條第三項規定訂定之。

第二條 執行傳染病感染管制及預防接種措施之醫療(事)機構分別如下：

一、感染管制：醫學中心、區域醫院、地區醫院及經中央主管機關指定之醫療(事)機構。

二、預防接種：醫學中心、區域醫院、地區醫院、診所。

第三條 前條第一款之醫療(事)機構，應依下列規定執行感染管制措施：

一、設立感染管制專責單位，由醫療(事)機構主管或副主管擔任召集人，並有合格且足夠之感染管制醫護人員負責推行感染管制作業，定期召開會議並留有紀錄備查。

二、成立感染管制業務執行單位或部門，設置固定辦公空間，明訂工作職責及組織圖之定位，定期開會並留有紀錄備查。遇有特殊狀況或大規模感染事件時，並隨時增派人力支援協助該單位或部門。

三、建置感染管制監測機制，備有必要之電腦設備及適當之資訊管理系統以執行機構內感染管制作業之統計及分析，並留有年報及月報供查核。機構內發生感染群突發事件時，進行調查並撰寫報告，提出原因分析及改善計畫執行之。

四、有充足且適當之洗手設備，設置符合中央主管機關規定標準之隔離病房。

五、執行各項侵入性醫療行為及與感染管制有關之例行業務，均依所定標準作業程序確實執行，且視需要定期更新。

六、有員工保健措施，對於高危險單位之工作人員，定期提供胸部 X 光等必要之檢查。

七、定期並持續辦理防範機構內感染之教育訓練及技術輔導，對象包括機構內之醫護人員及非醫護人員。

八、配合中央主管機關之政策，對傳染病及感染症症候群進行監測、通報及防

治工作。

九、有防範感染相關防護裝備之物資管理計畫，並儲備適當之安全存量。

十、其他經中央主管機關指示之感染管制措施。

第四條 第二條第二款之醫療(事)機構，應依下列規定執行預防接種措施：

一、建置冷運冷藏管理所需之溫度監控裝置、運送配備、維持疫苗適當溫度之冷藏設備、冷凍設備及緊急供電設備或斷電時之緊急因應措施。

二、依據中央主管機關訂定之疫苗管理作業規範，執行疫苗領用、取用、準備、接種、過期處理、空針銷毀、存放管理及溫度監控管理等作業，並有執行情形紀錄。

三、建立溫度異常緊急應變處理機制，包括設立異常狀況緊急聯絡人、訂定溫度異常緊急處理流程、蒐集鄰近可支援冷藏資源或設置高低溫度警報器、保全溫度監控等。

四、發生緊急事故時，應依溫度異常緊急處理流程及疫苗管理原則妥善因應處理，如有特殊無法因應狀況，應立即向地方主管機關緊急聯絡人請求支援或協助，並於事故發生後第一天上班日傳真疫苗冷儲情形通報表。

五、提供合乎品質要求之預防接種，將實際情形做成紀錄，並依規定向地方主管機關提報相關資訊。

六、對接種不良反應者，有因應處理措施。

七、提供預防接種前、後衛生教育。

八、其他經各級主管機關指示之預防接種措施。

第五條 地方主管機關查核醫療(事)機構執行傳染病感染管制及預防接種措施，得以下列方式之一為之：

一、輔導性查核。

二、不定期查核。

前項輔導性查核，每年舉行一次；必要時，得縮短為每半年舉行一次。

第六條 地方主管機關實施前條查核時，得邀請有關機關代表或專家學者參加。

第七條 地方主管機關實施查核時，查核人員應主動出示足資證明身分之證件，並將查

核事由及種類，以書面告知。必要時，並得事先告知查核對象查核事宜。

第八條 地方主管機關實施查核時，醫療(事)機構應予配合，不得拒絕、規避或妨礙。

前項查核如發現缺失，地方主管機關應限期令醫療(事)機構改善；屆期未改善者，得依本法相關規定處罰。

第九條 本辦法自發布日施行。

## 96 年醫院感染控制查核項目與查核基準使用說明

- 一、 本基準係依據傳染病防治法第三十條第三項之規定，由衛生署授權疾病管制局訂定之。
- 二、 適用於依據醫療法規定申請設置符合醫療機構設置標準並領有開業執照之醫院。
- 三、 96 年之查核項目係依據醫療(事)機構傳染病感染管制及預防接種措施查核辦法及經中央衛生主管機關指示執行之防治措施研擬，並參考新制醫院評鑑之架構與醫院個別差異修訂，經召集全國衛生局代表協商討論，並經衛生署醫院感染控制專家諮詢委員會議通過，自 96 年 2 月 1 日實施。

- 四、 96 年醫院感染控制查核表說明：醫院感染控制查核應考量醫院個別情形，選擇適當的查核表及查核項目予以評量：

### (一) 96 年醫院感染管制查核表分類：

1. 甲表：適用於醫學中心或經評鑑合格之教學醫院。
2. 乙表：適用於舊制評鑑之地區醫院、專科醫院或未申請評鑑之醫院，及新制醫院評鑑之社區醫院。

註：本項專科醫院資格之認定，應以該醫院向各縣市政府領取之開業執照所登記之事項認定之。

### (二) 查核項目說明：

1. 96 年查核項目共計十一大項 42 目。新增查核項目 4 項，分別為第六項第 3 點、第六項第 4 點、第九項第 2 點與第十項第 3 點，刪除負壓隔離病房查核項目 2 項(原第九項第 3 點、第 4 點)，原第九項第 7 點分列為第九項第 6、7 點。另考量地區醫院及專科醫院之查核需求增加可選填項目。(如下表)

項次	重 點	目數	甲表		乙表		備 註
			必查	部份可選	必查	部份可選	
一	前次查核建議事項是否有所改善	1	✓		✓		新設置醫院第一次查核者本項免填
二	院內感染管制組織	6	✓		✓		
三	配合主管機關政策對傳染病進行監測及通報	3	✓			✓	未收治住院病患者，仍應有傳染病監視通報機制，惟涉住院病患通報之三.2、三.3 可免填
四	發燒篩檢及發燒病患處理	5	✓			✓	無門急診及住院服務，僅從事勞工體檢業務者本第四大項免填
五	住院之疑似或確定法定傳染病病患之隔離措施與接觸者追蹤	4	✓			✓	無門急診及住院服務，僅從事勞工體檢業務者本第五大項免填。
六	不明原因發燒或疑似新興傳染病(如：SARS、人類 H5N1 流感)病患之院內感染防治規定	4	✓			✓	未收治住院病患者，仍應定期收集傳染病防治資訊並落實機構管理，惟涉住院病患訪客規定之六.1、六.2 等可免填
七	院內全體員工(含外包工作人員)健康及體溫監測	3	✓		✓		
八	個人防護裝備(PPE)	4	✓		✓		
九	隔離病房、急診室、護理站、檢驗室等洗手設備及相關硬體設施	7		✓		✓	醫院應有足夠之洗手設備與查核機制，並定期上網維護傳染病追蹤系統，惟無隔離病房或急診等設施或未收治住院病患者，本第九大項九.3、九.4、九.6 及九.7，部份項目可免填
十	醫院感染管制及傳染病教育訓練	3	✓		✓		
十一	危機處理	2	✓		✓		
合計	11 項	42 目					



2. 查核基準選項說明：

比照新制醫院評鑑制度自 96 年度起院感查核基準，由「是」與「否」兩個等級，改成 A-E 五個等級。其等級設定原則為結構式五項式評量(A-E 代表達成度)，若不適用，則以 NA(Not Applicable)表示。

A：優，完全達成並明顯超出 C 級水準 50% 以上。

B：良，完全達成並明顯超出 C 級水準 20%~49%。

C：符合規定，相當於 95 年以前查核最低合格標準「是」。

D：應設法改善，低於 C 級水準以下 20%~49%。

E：應限期改善，低於 C 級水準以下超出 50% 者。

(三) 成績計算方式：

1. 查核符合率之計算：查核基準評量方式分為 A、B、C、D、E 五等級，達 C 以上者(含 A 或 B 或 C)，該細項始為合格。96 年各縣市之年終查核符合率基準，業經奉署核定為 100%。

2. 96 年全國地區級以上醫院感染管制查核符合率定義(沿用歷年計算公式)：

(1) 96 年查核項目共計 42 項，個別醫院查核合格比率=【每家醫院經查核後勾選為「C」、「B」或「A」之項目數/實際查核項目(需扣除本項免填之項目)】×100%。

(2) 個別醫院查核合格比率，醫學中心須達 80% 以上，區域醫院達 70% 以上，地區醫院達 60% 以上始為符合標準之醫院。

(3) 符合率=【全國地區級以上醫院經查核符合標準之醫院家數(含追蹤輔導後達符合標準之醫院)/全國地區級以上醫院實際查核總家數】×100%

3. 96 年醫院個別查核成績計算：

依據行政院衛生署疾病管制局 950606 第二次醫院感染管制諮詢委員會會議決議：其處理方式為依照達成度予以轉換成量化分數，達成度「A」給 5 分，「B」給 4.5 分，「C」給 4 分，「D」給 3 分，「E」給 2 分，將 42 項目分數加總後再予以還原成百分制成績使用。

(四) 其他事項：

96 年院感查核感染控制專業人力與病床數比率之計算基準，考量醫療機構設置標準修正尚未完成，沿用醫院評鑑定義，以一般急性病床為主，惟該院如加護病床、透析病床等特殊病床數量多(合計超過 250 床)者，應按比率酌予增加專任感染管制護理師人數。專科醫院、RCW 或以洗腎室服務為主的醫院其感控人力規定原則上比照醫院評鑑之規定，地區醫院以兼任一名計算。

## 96 年醫院感染管制查核表甲表 (醫學中心、教學醫院)

醫事機構代號：\_\_\_\_\_ 醫院名稱：\_\_\_\_\_ 縣市別：\_\_\_\_\_

評鑑等級：醫學中心<sup>1</sup> 區域醫院<sup>2</sup> 地區醫院<sup>3</sup> 精神科醫院<sup>4</sup> 精神專科醫院<sup>5</sup>  
新制優等<sup>6</sup> 新制合格<sup>7</sup> 新制精神科優等<sup>8</sup> 新制精神科合格<sup>9</sup>

查核日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

疾管局分局別：第一分局 第二分局 第三分局 第四分局 第五分局 第六分局

項 目	查核結果	本項目 不適用 (請說明)	須加強 (請說明)
<b>一、前次查核建議事項是否有所改善</b> (前次查核日期： 年 月 日)	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> 本項免填	新設立機構 者	
<b>二、院內感染管制組織</b>			
1. 是否成立感染管制部門(中心、室、小組)及院內感染管制委員會(組織與成員資料備查)。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		
2. 聘有感染症專科醫師(地區醫院、專科醫院及未評鑑醫院得為兼任感染症專科醫師或前一年參加醫院感染管制學會認可之講習達 20 學分以上之醫師)。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		
3. 聘有感染管制護理師，地區醫院得兼任，但為專人負責。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		
4. 定期製作感染控制報表與群聚事件報告，並召開會議有會議紀錄備查，其中應有前次會議決議事項辦理情形。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		
5. 醫院感染管制部門(中心、室、小組)及委員會是否有經常查詢或獲取國際最新傳染病疫情資料，並將訊息傳達予醫院相關單位。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		
6. 醫院感染管制委員會內是否有成立常規運作的結核病委員會或將院內結核病議題列入每次院感會議討論(前一年通報病例未達 50 例者，可由感染控制委員會兼辦結核病防治業務)。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		
<b>三、配合主管機關政策對傳染病進行監測及通報</b>			
1. 訂有傳染病與院內疑似群聚感染監視通報機制，並有專職人員負責傳染病之通報並主動與當地衛生機關連繫。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		
2. 醫院內設有咳嗽監測機制，以利肺結核病例之早期診斷(請參考查核手冊附件一咳嗽監測機制流程圖)。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		
3. 有專責人員將不明原因發燒個案人數及相關資料上網登錄「地區級以上醫院不明原因發燒群聚監視作業系統」進行通報。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		
<b>四、發燒篩檢及發燒病患處理</b>			
1. 是否訂有發燒篩檢及不明原因發燒病患處理之標準作業程序(SOP)。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		
2. 第一線工作人員是否均瞭解前項 SOP 並依照 SOP 執行工作。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		

項 目	查核結果	本項目 不適用 (請說明)	須加強 (請說明)
3. 急診檢傷分類站是否針對不明原因發燒病患採取管制及隔離措施。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		
4. 急(門)診對於不明原因發燒病患是否有專屬動線將病患移至具有防護措施之診間就診。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		
5. 急(門)診對於不明原因發燒病患是否詢問旅遊史。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		
<b>五、 住院之疑似或確定法定傳染病病患之隔離措施與接觸者追蹤</b>			
1. 住院病患疑似或確定罹患肺結核時，是否有適當的隔離措施及接觸者相關疫調之追蹤標準作業程序(SOP)。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		
2. 其他住院之疑似或確定法定傳染病病患，是否有適當的隔離措施及相關疫調之追蹤標準作業程序(SOP)。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		
3. 住院確定為結核病之病患，是否有完整的院內接觸者的追蹤資料。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		
4. 其他住院且確定為接觸傳染或呼吸道傳染之法定傳染病病患，是否有完整的院內接觸者的追蹤資料。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		
<b>六、 不明原因發燒或疑似新興傳染病(如：SARS、人類 H5N1 流感)病患之院內感染防治規定</b>			
1. 是否訂有陪病及探病之原則或管理之標準作業程序(SOP)。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		
2. 第一線工作人員是否均瞭解前項 SOP 並依照 SOP 執行工作。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		
3. 是否有專人定期蒐集新興傳染病防治的相關規定，並內化為符合醫院執行各項侵入性醫療行為及感染控制的標準作業程序(SOP)。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		
4. 醫院販賣部(商店街)是否訂有院內感染相關管制措施及發生院感事件時之緊急清空與消毒作業規範。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		
<b>七、 院內全體員工(含外包工作人員)健康及體溫監測</b>			
1. 是否有院內全體員工(含外包工作人員)體溫監測計畫及不明原因發燒人員之處理標準作業程序(SOP)。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		
2. 醫事人員及行政工作人員是否有體溫異常監測記錄。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		
3. 所有與病患直接接觸之醫療相關工作人員及其他行政工作人員(含外包人力)，均需每年進行胸部 X 光檢查。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		
<b>八、 個人防護裝備(PPE)(參考本表附件一)</b>			
1. 醫院是否依不同狀況訂定個人適當防護具使用標準。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		
2. 醫事人員及其他工作人員是否依所訂標準配戴 PPE。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		
3. 各單位醫護人員是否依不同狀況著適當防護裝備。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		
4. 醫院是否依平日醫材消耗情形及安全庫存規定，貯存足量之防疫物資，並定期至 MIS 登錄庫存情形。(應備量係依醫院在 MIS 系統之應儲備量進行管控，並請填寫查核表附件二)	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		
<b>九、 隔離病房、急診室、護理站、檢驗室等洗手設備及相關硬體</b>			

項 目	查核結果	本項目 不適用 (請說明)	須加強 (請說明)
<b>設施</b>			
1. 隔離病房、急診室、護理站、檢驗室等洗手設備及相關硬體設施之方便性及安全性。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		
2. 是否訂有洗手標準作業程序，並有管控與查核機制。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		
3. 隔離病房及急診室是否有區隔之空間供人員更換 PPE(包括著裝空間及脫除 PPE 之空間)及清消，並有空間適當處理人員脫除之 PPE 及產生之廢棄物。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> 本項免填	無該設置者	
4. 隔離病房區域是否有良好動線管制。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> 本項免填	無該設置者	
5. 是否指定專人定期維護傳染病追蹤及感染管制院際橫向聯繫平台，並於每個月 1、15 日落實通報隔離病房使用率及感管人員聯繫名冊。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		
6. 醫院如設有檢驗室，各項安全設施及設備(例如生物安全櫃、高壓滅菌器等)是否定期保養、維護及功能測試，並留有紀錄備查。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> 本項免填	未設置檢驗室，檢體外送檢驗者	
7. 醫院檢驗室是否辦理相關人員生物安全教育訓練，並留有證書或紀錄備查。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> 本項免填	未設置檢驗室者	
<b>十、醫院感染管制及傳染病教育訓練</b>			
1. 是否辦理院內全體員工(含外包工作人員)感染管制繼續訓練課程，並明訂感染控制相關教育時數和時間表。新進員工半年內需接受 8 小時之傳染病教育訓練(內含 TB 防治至少 1 小時)，其它員工得由醫院或衛生主管機關辦理之相關訓練至少每年 4 小時。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		
2. 是否有專人負責結核病患衛教工作。(病患人數<50(人/年)之醫院衛教人員得為兼任)	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		
3. 是否配合執行中央主管機關指示之感染管制措施，辦理院內工作人員因應人類 H5N1 流感感染防治教育訓練，並達成 80% 以上的工作人員(包括外包人力)均能了解如何防治，且經測試及格。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		
<b>十一、危機處理</b>			
1. 是否建立院內集體感染事件發生時之危機處理標準作業程序(SOP)。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		
2. 是否建立院內集體感染事件發生時接觸者追蹤列管機制。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		

---

項 目	查核結果	本項目 不適用 (請說明)	須加強 (請說明)
-----	------	---------------------	--------------

---

查核人員其他建議事項(請註明單位)：

---

查核人員簽名(請註明單位)：

- 
- 第一聯(白)：衛生署疾病管制局第五組留存；
  - 第二聯(綠)：衛生署疾病管制局分局留存；
  - 第三聯(紅)：衛生局留存；
  - 第四聯(藍)：衛生局函送受查核醫院改善。

## 96 年醫院感染管制查核表乙表 (地區醫院、專科醫院)

醫事機構代號：\_\_\_\_\_ 醫院名稱：\_\_\_\_\_ 縣市別：\_\_\_\_\_

評鑑等級：醫學中心<sup>1</sup> 區域醫院<sup>2</sup> 地區醫院<sup>3</sup> 精神科醫院<sup>4</sup> 精神專科醫院<sup>5</sup>  
新制優等<sup>6</sup> 新制合格<sup>7</sup> 新制精神科優等<sup>8</sup> 新制精神科合格<sup>9</sup>

查核日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

疾管局分局別：第一分局 第二分局 第三分局 第四分局 第五分局 第六分局

項 目	查核結果	本項目 不適用 (請說明)	須加強 (請說明)
<b>一、前次查核建議事項是否有所改善</b>			
(前次查核日期： 年 月 日)	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	新設立機構	
	<input type="checkbox"/> 本項免填	者	
<b>二、院內感染管制組織</b>			
1. 是否成立感染管制部門(中心、室、小組)及院內感染管制委員會(組織與成員資料備查)。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		
2. 聘有感染症專科醫師(地區醫院、專科醫院及未評鑑醫院得為兼任感染症專科醫師或前一年參加醫院感染管制學會認可之講習達 20 學分以上之醫師)。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		
3. 聘有感染管制護理師，地區醫院得兼任，但為專人負責。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		
4. 定期製作感染控制報表與群聚事件報告，並召開會議有會議紀錄備查，其中應有前次會議決議事項辦理情形。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		
5. 醫院感染管制部門(中心、室、小組)及委員會是否有經常查詢或獲取國際最新傳染病疫情資料，並將訊息傳達予醫院相關單位。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		
6. 醫院感染管制委員會內是否有成立常規運作的結核病委員會或將院內結核病議題列入每次院感會議討論(前一年通報病例未達 50 例者，可由感染控制委員會兼辦結核病防治業務)。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		
<b>三、配合主管機關政策對傳染病進行監測及通報</b>			
1. 訂有傳染病與院內疑似群聚感染監視通報機制，並有專職人員負責傳染病之通報並主動與當地衛生機關連繫。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		
2. 醫院內設有咳嗽監測機制，以利肺結核病例之早期診斷(請參考查核手冊附件一咳嗽監測機制流程圖)。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	無住院服務	
	<input type="checkbox"/> 本項免填	者	
3. 有專責人員將不明原因發燒個案人數及相關資料上網登錄「地區級以上醫院不明原因發燒群聚監視作業系統」進行通報。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	無門急診及	
	<input type="checkbox"/> 本項免填	住院服務者	
<b>四、發燒篩檢及發燒病患處理</b>			
1. 是否訂有發燒篩檢及不明原因發燒病患處理之標準作業程序(SOP)。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	無門急診及	
	<input type="checkbox"/> 本項免填	住院服務，	
2. 第一線工作人員是否均瞭解前項 SOP 並依照 SOP 執行工作。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	僅從事勞工	

項 目	查核結果	本項目 不適用 (請說明)	須加強 (請說明)
	<input type="checkbox"/> 本項免填	體檢業務者	
3. 急診檢傷分類站是否針對不明原因發燒病患採取管制及隔離措施。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> 本項免填		
4. 急(門)診對於不明原因發燒病患是否有專屬動線將病患移至具有防護措施之診間就診。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> 本項免填		
5. 急(門)診對於不明原因發燒病患是否詢問旅遊史。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> 本項免填		
<b>五、 住院之疑似或確定法定傳染病病患之隔離措施與接觸者追蹤</b>			
1. 住院病患疑似或確定罹患肺結核時，是否有適當的隔離措施及接觸者相關疫調之追蹤標準作業程序(SOP)。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> 本項免填		
2. 其他住院之疑似或確定法定傳染病病患，是否有適當的隔離措施及相關疫調之追蹤標準作業程序(SOP)。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> 本項免填	無門急診及 住院服務，	
3. 住院確定為結核病之病患，是否有完整的院內接觸者的追蹤資料。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> 本項免填	僅從事勞工 體檢業務者	
4. 其他住院且確定為接觸傳染或呼吸道傳染之法定傳染病病患，是否有完整的院內接觸者的追蹤資料。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> 本項免填		
<b>六、 不明原因發燒或疑似新興傳染病(如：SARS、人類 H5N1 流感)病患之院內感染防治規定</b>			
1. 是否訂有陪病及探病之原則或管理之標準作業程序(SOP)。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> 本項免填	無住院服務 者	
2. 第一線工作人員是否均瞭解前項 SOP 並依照 SOP 執行工作。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> 本項免填	無住院服務 者	
3. 是否有專人定期蒐集新興傳染病防治的相關規定，並內化為符合醫院執行各項侵入性醫療行為及感染控制的標準作業程序(SOP)。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		
4. 醫院販賣部(商店街)是否訂有院內感染相關管制措施及發生院感事件時之緊急清空與消毒作業規範。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		
<b>七、 院內全體員工(含外包工作人員)健康及體溫監測</b>			
1. 是否有院內全體員工(含外包工作人員)體溫監測計畫及不明原因發燒人員之處理標準作業程序(SOP)。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		
2. 醫事人員及行政工作人員是否有體溫異常監測記錄。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		
3. 所有與病患直接接觸之醫療相關工作人員及其他行政工作人員(含外包人力)，均需每年進行胸部 X 光檢查。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		
<b>八、 個人防護裝備(PPE)(參考本表附件一)</b>			
1. 醫院是否依不同狀況訂定個人適當防護具使用標準。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		
2. 醫事人員及其他工作人員是否依所訂標準配戴 PPE。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		
3. 各單位醫護人員是否依不同狀況著適當防護裝備。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		



項 目	查核結果	本項目 不適用 (請說明)	須加強 (請說明)
4. 醫院是否依平日醫材消耗情形及安全庫存規定，貯存足量之防疫物資，並定期至 MIS 登錄庫存情形。(應備量係依醫院在 MIS 系統之應儲備量進行管控，並請填寫查核表附件二)	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		
<b>九、隔離病房、急診室、護理站、檢驗室等洗手設備及相關硬體設施</b>			
1. 隔離病房、急診室、護理站、檢驗室等洗手設備及相關硬體設施之方便性及安全性。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		
2. 是否訂有洗手標準作業程序，並有管控與查核機制。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		
3. 隔離病房及急診室是否有區隔之空間供人員更換 PPE(包括著裝空間及脫除 PPE 之空間)及清消，並有空間適當處理人員脫除之 PPE 及產生之廢棄物。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> 本項免填	無該設置者	
4. 隔離病房區域是否有良好動線管制。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> 本項免填	無該設置者	
5. 是否指定專人定期維護傳染病追蹤及感染管制院際橫向聯繫平台，並於每個月 1、15 日落實通報隔離病房使用率及感管人員聯繫名冊。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		
6. 醫院如設有檢驗室，各項安全設施及設備(例如生物安全櫃、高壓滅菌器等)是否定期保養、維護及功能測試，並留有紀錄備查。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> 本項免填	未設置檢驗室，檢體外送檢驗者	
7. 醫院檢驗室是否辦理相關人員生物安全教育訓練，並留有證書或紀錄備查。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> 本項免填	未設置檢驗室者	
<b>十、醫院感染管制及傳染病教育訓練</b>			
1. 是否辦理院內全體員工(含外包工作人員)感染管制繼續訓練課程，並明訂感染控制相關教育時數和時間表。新進員工半年內需接受 8 小時之傳染病教育訓練(內含 TB 防治至少 1 小時)，其它員工得由醫院或衛生主管機關辦理之相關訓練至少每年 4 小時。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		
2. 是否有專人負責結核病患衛教工作。(病患人數<50(人/年)之醫院衛教人員得為兼任)	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		
3. 是否配合執行中央主管機關指示之感染管制措施，辦理院內工作人員因應人類 H5N1 流感感染防治教育訓練，並達成 80% 以上的工作人員(包括外包人力)均能了解如何防治，且經測試及格。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		
<b>十一、危機處理</b>			
1. 是否建立院內集體感染事件發生時之危機處理標準作業程序(SOP)。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		
2. 是否建立院內集體感染事件發生時接觸者追蹤列管機制。	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		

---

項 目	查核結果	本項目 不適用 (請說明)	須加強 (請說明)
-----	------	---------------------	--------------

---

查核人員其他建議事項(請註明單位)：

---

查核人員簽名(請註明單位)：

---

第一聯(白)：衛生署疾病管制局第五組留存；

第二聯(綠)：衛生署疾病管制局分局留存；

第三聯(紅)：衛生局留存；

第四聯(藍)：衛生局函送受查核醫院改善。

## 醫療(事)機構中健康照護工作人員隔離防護措施使用原則

參考 WHO-2006/04/24-醫療機構感染控制指引  
並於 2006/06/06 經本局 9502 次醫院感染管制諮詢委員會審查通過

隔離防護措施		依照病人接觸形式的隔離防護措施			
		與急性發燒呼吸道病患有 1 公尺內之直接接觸(病患無人類 H5N1 流感危險因子)*	進入人類 H5N1 流感病房/區域，但不會與病患直接接觸	與人類 H5N1 流感病患有 1 公尺內之直接接觸	對人類 H5N1 流感病患執行引發飛沫產生的治療措施①②
健康照護工作人員	洗手③	必須	必須	必須	必須
	手套	非例行④	評估風險	必須	必須
	圍裙	非例行	評估風險⑤	非例行⑤	非例行⑥
	隔離衣	非例行	評估風險⑤	必須⑥	必須⑥
	髮帽	非例行	非例行	非例行	視情形而定
	外科口罩	必須	非例行	非例行	非例行
	高效過濾口罩	非例行	必須⑦	必須⑦	必須⑧
護目裝備	評估風險	評估風險⑨	必須	必須	
病人	外科口罩	非例行⑩	不需要	非例行⑩	不需要
		有呼吸道症狀的病人，若病人可以忍受的話，建議要戴口罩 當照護人員已經採取足夠的防護措施時，病患不需要戴口罩			

\*所謂感染人類 H5N1 流感危險因子是指在人類 H5N1 流感疫情地區且具有禽鳥接觸史或是接觸過人類 H5N1 流感病患者。

- ①執行引發飛沫產生的治療措施過程中會製造出不同尺寸的氣霧粒子。包括：氣管插管、氣霧或噴霧治療、誘發痰液的採檢、支氣管鏡檢查、呼吸道痰液的抽吸、氣管造口護理、胸腔物理治療、鼻咽抽吸技術、正壓呼吸器面罩(例如:BiPA, CPAP)、高頻震盪式呼吸器以及死後肺組織的切除。
- ②可能情況下，應於負壓病房、邊間或其他有最少人員在場的單人病房內執行引發飛沫產生的治療措施。個人防護裝備應該覆蓋軀幹、手臂、手以及眼睛、鼻子及嘴巴。
- ③任何時間對所有病患而言，標準防護措施是最基本的防備措施。
- ④手套穿脫標準應與標準防護措施一致。若手套需求超過供應，應優先使用於接觸血液和體液(清潔手套)及無菌的區域(無菌手套)。
- ⑤在清潔過程中，應穿著手套、隔離衣或圍裙。
- ⑥如果預期會被血液或其它體液飛濺到，卻無防水隔離衣可使用時，應於隔離衣外穿著防水圍裙。
- ⑦如果沒有高效過濾口罩，應使用接觸密合的外科口罩。
- ⑧如果沒有高效過濾口罩，應使用接觸密合的外科口罩及面罩。
- ⑨如果可能，近距離接觸病患時(小於一公尺)，應使用護目裝備。
- ⑩當病患在隔離病房/區域外時，應提供病患外科口罩(如果病患可忍受)。

### 防疫物資安全庫存查核記錄表

查核人員：

聯絡電話：

所屬單位：

日期	查核對象	物資管 控人員	電話	貯存條件及管理情形 <sup>1</sup>					庫存情形						備註
				溫控	濕控	貨架	分類 貯存	使用 記錄	N95 口罩		防護衣		外科口罩 <sup>3</sup>		
									應備 <sup>2</sup>	實存	應備	實存	應備	實存	

註 1：貯存條件及管理情形-溫控指空調，濕控指除濕，貨架指物資放於貨架或櫃子，分類貯存指各項物資有明顯標示，使用記錄包括領用記錄及耗損登記；符合者打「√」，不符合者打「▲」。

註 2：應備量係依各衛生局、所或醫院在 MIS 系統之應儲備量進行管控。

註 3：95.08.23 行政院禽流感防治第 18 次聯繫會議決議，係以外科口罩為主要防疫物資，考量各單位實際庫存情況，外科口罩應備量暫以外科口罩加平面口罩數量查核，惟汰換或添購時應以外科口罩取代平面口罩。

註 4：貯存條件溫控一般以室溫、不高於 35°C 為主，濕控宜低於 80%RH，若廠商訂有特別貯存條件，宜依廠商規定。

# 九十六年醫院感染管制查核作業

## 查核基準--甲表(醫學中心及教學醫院適用)

一、前次查核建議事項是否有所改善(前次查核日期： 年 月 日)

- A：前次查核無缺點紀錄或建議改善事項已完全改善。
- B：75% ≤ 前次查核建議事項已完全改善項目比例 < 100%。
- C：50% ≤ 前次查核建議事項已完全改善項目比例 < 75%。
- D：25% ≤ 前次查核建議事項已完全改善項目比例 < 50%。
- E：前次查核建議事項已完全改善項目比例 < 25%。
- 本項免填：新設立機構第一次接受查核者本項免填。

## 二、院內感染管制組織

二.1.是否成立感染管制部門(中心、室、小組)及院內感染管制委員會(組織與成員資料備查)。

- A：主席為醫院首長(院長或副院長且為醫師)、負責感管業務醫師之感染管制學分符合三年內累計達 60 學分、且有曾接受流行病學訓練之人員負責資料分析。
- B：前述 A 級三項指標可以達成兩項者。
- C：具備組織章程及經院長任命之委員名單。
- D：不具備組織章程或不具備經院長任命之委員名單。
- E：不具備組織章程亦不具備經院長任命之委員名單。

二.2.聘有感染症專科醫師。

- A：聘有感染症專科醫師且其比率符合每 300 床有一名，且其專科醫師二分之一以上，三年內接受感染管制學分累計達 60 學分以上。
- B：聘有感染症專科醫師且其比率符合每 300 床有一名，且其專科醫師二分之一以上，兩年內接受感染管制學分累計達 40 學分以上。
- C：聘有感染症專科醫師人力不符合每 300 床有一名，惟其人力缺額在 10% 以下者(即每 3000 床至少應有九人)。且其中至少二分之一人員，一年內接受感染管制學分累計達 20 學分以上。

D：聘有感染症專科醫師人力不符合每 300 床有一名，惟其人力缺額在 11%~30%者(即每 3000 床至少應有七人)。

E：不符合上列各項規定者。

註一：地區醫院、專科醫院、未評鑑醫院及新制評鑑社區醫院得為兼任感染症專科醫師或由前一年參加醫院感染管制學會認可之講習達 20 學分以上之醫師負責感管業務。

註二：本項專科醫院之認定，應以該醫院向各縣市政府領取之開業執照所登記之事項認定之；兼任感染症專科醫師之認定，須有正式聘書或相關證明。

二.3.聘有感染管制護理師<sup>註</sup>，地區醫院得兼任，但為專人負責。

A：聘有專任感染管制護理師，其人數符合每 250 床一人之標準，其中二分之一以上，三年內接受感染管制學分累計達 40 學分以上。且病房護理主管二分之一以上，一年內接受感染管制教育訓練累計達 8 小時以上者。

B：聘有專任感染管制護理師，其人數符合每 250 床一人之標準，且符合前述 A 級兩項指標之任何一項者。

C：聘有專任感染管制護理師，其人數不符合每 250 床有一名，惟其人力缺額在 20% 以下者(即每 2500 床至少應有八人)。

D：聘有專任感染管制護理師，其人數不符合每 250 床有一名，惟其人力缺額在 21%~40%者(即每 2500 床至少應有六人)。

E：聘有專任感染管制護理師，其人數不符合每 250 床有一名，且其人力缺額在 41% 以上者(即每 2500 床不足六人)。

備註：專人兼任感染管制護理師，其每日院感工作時數應大致符合【(總床數/250)× 8】之標準，病床數之計算比照衛生署醫事處醫院評鑑定義，係指一般急性病床，惟該院如加護病床、透析病床等特殊病床數量多者，應酌予增加專任感染管制護理師人數。專科醫院、RCW 或以洗腎室服務為主的醫院其感控人力規定原則上比照醫院評鑑之規定，地區醫院以兼任一名計算。

二.4.定期製作感染控制報表與群聚事件報告，並召開會議有會議紀錄備查，其中應有前次會議決議事項辦理情形。

- A：除一般監測機制與改善計劃外，並有一年以內國內外感染控制相關論文發表，或製作教案擴大宣導且留有紀錄可查者。
- B：醫院應建置感染管制監測機制，區域級以上醫院應每個月統計及分析院內感染或群聚事件，所擬各種改善措施都有完整追蹤紀錄與成效評估可查。
- C：醫院應建置感染管制監測機制，區域級以上醫院應每個月統計及分析院內感染或群聚事件，並留存各種報表及呈核記錄；最近一年內醫學中心每二個月召開一次感管會議(區域級以下醫院每三個月召開一次感管會議)，均有會議紀錄可查，每次紀錄均有院長批示，且均有討論上次會議決議事項之執行狀況。
- D：未定期召開會議、記錄不完整或未經院長批示者。
- E：不符合上列各項規定者。

二.5.醫院感染管制部門(中心、室、小組)及委員會是否有經常查詢或獲取國際最新傳染病疫情資料，並將訊息傳達予醫院相關單位。

- A：醫院感染管制部門有規劃網路資訊平台定期更新傳染病與感染控制資訊，除有內化為醫院之規定外並主動辦理教育宣導活動並留有紀錄者。
- B：醫院感染管制部門每月均有上網擷取國際疫情，且有內化為醫院之規定並週知相關單位參考運用並留有紀錄者。
- C：最近一年醫院感染管制部門每月均有上網擷取國際疫情，且留有紀錄，急診室檢傷單位應有相同的資料。
- D：有上網擷取國際疫情資料但未定期或未保留完整資料者。
- E：不符合上列各項規定者。

二.6.醫院感染管制委員會內是否有成立常規運作的結核病委員會或將院內結核病議題列入每次院感會議討論(前一年通報病例 < 50 例者，可由感染控制委員會兼辦結核病防治業務)。

- A：前一年通報結核病  $\geq 50$  例的醫院，在感染管制委員會內有成立常規運作的結核病委員會。並以胸腔科或感染科主任為結核病委員會之首，每個月開會一次報告被通報之結核病病例治療現況，結核病委員會平時負責審核院內開出之抗結核藥物處方。(前一年通報結核病 < 50 例的醫院，有成立常規運作的結核病委員會。以感

染科主任為結核病委員會之首，每三個月開會一次報告被通報之結核病病例治療現況，結核病委員會平時負責審核院內開出之抗結核藥物處方。)

- B：前一年通報結核病 $\geq 50$ 例的醫院，必須在感染管制委員會內成立常規運作的結核病委員會，每個月開會一次報告被通報之結核病病例治療現況，結核病委員會平時負責審核院內開出之抗結核藥物處方。(前一年通報結核病 $< 50$ 例的醫院，有成立常規運作的結核病委員會，每三個月開會一次報告被通報之結核病病例治療現況，結核病委員會平時負責審核院內開出之抗結核藥物處方。)
- C：前一年通報結核病 $\geq 50$ 例的醫院，必須在感染管制委員會內成立常規運作的結核病委員會，至少每三個月開會一次報告被通報之結核病病例治療現況，結核病委員會平時負責審核院內開出之抗結核藥物處方。(前一年通報結核病 $< 50$ 例的醫院，結核病委員會平時負責審核院內開出之抗結核藥物處方。)
- D：上列選項 C 中各項規定中有任何一項沒有做到者。(前一年通報結核病 $< 50$ 例的醫院，院內開出之抗結核藥物處方未經結核病委員會審核 $< 10\%$ 。)
- E：完全不符合上列選項 C 中各項規定者。(前一年通報結核病 $< 50$ 例的醫院，院內開出之抗結核藥物處方未經結核病委員會審核 $\geq 10\%$ 。)

### 三、配合主管機關政策對傳染病進行監測及通報

三.1.訂有傳染病與院內疑似群聚感染監視通報機制，並有專職人員負責傳染病之通報並主動與當地衛生機關連繫。

- A：有專職人員負責法定傳染病之通報，且全年通報時效達 100%者。
- B：有專職人員負責法定傳染病之通報，且  $99.8\% \leq$  全年通報時效  $< 100\%$ 。
- C：有專職人員負責法定傳染病之通報，且  $99.6\% \leq$  全年通報時效  $< 99.8\%$ 。
- D：有專職人員負責法定傳染病之通報，且  $99.4\% \leq$  全年通報時效  $< 99.6\%$ 。
- E：不符合上列各項規定者。

備註：全年度未有通報個案之醫院，仍應具有傳染病監視通報機制，且熟悉通報作業流程。

三.2.醫院內設有咳嗽監測機制<sup>註一</sup>，以利肺結核病例之早期診斷。



- A：醫院內訂有咳嗽監測機制 SOP、常規執行並記錄；對於咳嗽五天以上病患進行列管、處理、追蹤並記錄；可提出咳嗽監測執行成效分析報告。
- B：醫院內訂有咳嗽監測機制 SOP、常規執行並記錄；對於咳嗽五天以上病患進行列管、處理、追蹤並記錄。
- C<sup>註一</sup>：醫院內訂有咳嗽監測機制SOP、常規執行並記錄；對於咳嗽五天以上病患進行列管、處理。
- D：醫院內設有咳嗽監測機制，但無法提出最近一年具體運作成績者。
- E：醫院內無咳嗽監測機制。

**註一：咳嗽監測機制定義**

- 一、報告：每日早上各病房護理長詢問護理人員或接獲護理人員回報是否有咳嗽超過五天之病人，若有則予列管。
- 二、追蹤：列管之病人是否有適當之處理方式(如驗痰或照胸部 X 光)。
- 三、評估：監測機制執行情形檢討與分析並備有書面資料。

**註二：咳嗽監測機制查核方式流程圖(詳如附件一)**

三.3.有專責人員將不明原因發燒個案人數及其相關資料上網登錄「地區級以上醫院不明原因發燒群聚監視作業系統」進行通報。

- A：有專責人員於每週一下午五時前，將上週日至週六監視之不明原因發燒個案人數及其相關資料上網登錄「地區級以上醫院不明原因發燒群聚監視作業系統」進行通報，且當年度未延遲通報。
- B：有專責人員上網登錄「地區級以上醫院不明原因發燒群聚監視作業系統」進行通報，且當年度延遲通報之次數<5次。
- C：有專責人員上網登錄「地區級以上醫院不明原因發燒群聚監視作業系統」進行通報，且5次≤當年度延遲通報之次數<10次。
- D：有專責人員上網登錄「地區級以上醫院不明原因發燒群聚監視作業系統」進行通報，且10次≤當年度延遲通報之次數<12次。
- E：當年度延遲通報之次數≥12次者。

備註：衛生局由「地區級以上醫院不明原因發燒群聚監視作業系統」中擷取查核期間該

醫院延遲通報之次數與醫院本身之通報紀錄比對。

#### 四、發燒篩檢及發燒病患處理

四.1.是否訂有發燒篩檢及不明原因發燒病患處理之標準作業程序(SOP)。

- A：除依據醫院本身的醫療服務重點制定各項感控 SOP 每年更新外，並有各項配套教育訓練教材至少十種。
- B：依據醫院本身的醫療服務重點制定各項感控 SOP，且有每年更新。
- C：有 SOP，且有每年更新。
- D：有 SOP，一年內未更新資料。
- E：無相關 SOP。

四.2.第一線工作人員是否均瞭解前項 SOP 並依照 SOP 執行工作。

- A：除第一線工作人員外，有將前項 SOP 納入院內新進員工勤前教育訓練及定期感控複訓教育，並留有資料備查者。
- B：除第一線工作人員外，有將前項 SOP 納入院內新進員工勤前教育訓練，並留有資料備查者。
- C：抽問急診或門診跟診人員，四人全部答對者(跟診人員不足四人者，可抽問其他工作人員)。
- D：上述被抽問人員有一人以上答錯者。
- E：被抽問人員完全不瞭解相關 SOP 者。

四.3.急診檢傷分類站是否針對不明原因發燒病患採取管制及隔離措施。

- A：急診除有最近一年之不明原因發燒病患執行紀錄，且有配套的個案隔離防護以及後續追蹤管理措施。
- B：急診除有最近一年之不明原因發燒病患執行紀錄，且有配套的個案隔離防護措施。
- C：急診能交出最近一年之執行紀錄，且執行紀錄不完整之比率 $<10\%$ 者。
- D： $10\% \leq$ 急診最近一年之執行紀錄不完整之比率 $<50\%$ 者。
- E：急診最近一年之執行紀錄不完整之比率 $\geq 50\%$ 者。

四.4.急(門)診對於不明原因發燒病患是否有專屬動線將病患移至具有防護措施之診間就

診。

- A：除急(門)診護理人員外，有將「不明原因發燒病患移送動線」納入院內新進員工勤前教育訓練及定期感控複訓教育，並留有資料備查者。
- B：除急(門)診護理人員外，有將「不明原因發燒病患移送動線」納入院內新進員工勤前教育訓練，並留有資料備查者。
- C：急(門)診護理人員能夠清楚描述不明原因發燒病患移送動線。
- D：急(門)診護理人員無法清楚描述不明原因發燒病患移送動線。
- E：被抽問人員完全不瞭解相關 SOP 者。

備註：原則上內化困難無法規劃專屬動線的醫院，仍須備有完整的配套應變措施。

#### 四.5.急(門)診對於不明原因發燒病患是否詢問旅遊史。

- A：急診除有最近一年之不明原因發燒病患詢問旅遊史之執行紀錄，且有配套的個案隔離防護、採檢送驗以及後續追蹤管理措施。
- B：急診除有最近一年之不明原因發燒病患詢問旅遊史之執行紀錄，且有上述三項配套管理措施之一或兩項執行記錄者。
- C：抽查急(門)診 1~2 本不明原因發燒(unknown fever)就醫病患之病歷。  
衛生局查核人員查核本項目時可參考該醫院在急診檢傷站、急診診療台、門診醫師診療台等處，是否有最新傳染病疫區相關資料(例如：哪一國有流行瘧疾、哪裡為登革熱流行地區、禽流感流行地區等)，以提醒醫師詢問旅遊史或供醫師詢問旅遊史參考之用。
- D：經查證病歷發現病患有不明原因發燒(unknown fever)病患就診，但未有醫師詢問旅遊史之病歷紀錄。
- E：被查訪人員完全不瞭解相關作業流程或規定者。

備註：發燒是感染症的重要症狀之一，於臨床醫師的問診當中詢問旅遊史也屬常規項目之一，不宜貿然刪除。仍請查核人員斟酌抽訪方式。

## 五、住院之疑似或確定法定傳染病病患之隔離措施與接觸者追蹤

### 五.1.住院病患疑似或確定罹患肺結核時，是否有適當的隔離措施及接觸者相關疫調之追蹤

標準作業程序(SOP)。

- A：對於住院病患疑似或確定罹患肺結核者，均有明確的定義及適當的隔離措施，並造冊管理；若住院病患未曾遇有肺結核病患(含新個案)者，亦需訂有隔離措施與接觸者追蹤之標準作業程序(SOP)等書面資料備查。並將上述相關規定納入院內新進員工勤前教育訓練及定期感控複訓教育，留有資料備查者。
- B：對於住院病患疑似或確定罹患肺結核者，均有明確的定義及適當的隔離措施，並造冊管理；若住院病患未曾遇有肺結核病患(含新個案)者，亦需訂有隔離措施與接觸者追蹤之標準作業程序(SOP)等書面資料備查。並將上述相關規定納入院內新進員工勤前教育訓練，留有資料備查者。
- C：對於住院病患疑似或確定罹患肺結核者，均有明確的定義及適當的隔離措施，並造冊管理。若住院病患未曾遇有肺結核病患(含新個案)者，亦需訂有隔離措施與接觸者追蹤之標準作業程序(SOP)等書面處理措施備查。
- D：超過 10%的疑似或確定罹患肺結核之住院病患未能證實(院方未能提出證明)得到適當的隔離措施。或訂有隔離措施與接觸者追蹤之標準作業程序(SOP)等書面處理措施，但未臻完備。
- E：超過 20%的疑似或確定罹患肺結核之住院病患未能證實(院方未能提出證明)得到適當的隔離措施。或未訂有書面處理措施資料。

備註：本項疑似或確定病例係指所有疑似或確定罹患肺結核病患，無論痰檢驗結果為陽性或陰性。

五.2.其他住院之疑似或確定法定傳染病病患，是否有適當的隔離措施及相關疫調之追蹤標準作業程序(SOP)。

- A：除訂有院內發現疑似或確定法定傳染病病患，適當的隔離措施規定外，並有將相關規定納入院內新進員工勤前教育訓練及定期感控複訓教育，並留有資料備查者。
- B：除訂有院內發現疑似或確定法定傳染病病患，適當的隔離措施規定外，並有將相關規定納入院內新進員工勤前教育訓練，並留有資料備查者。
- C：對於其他住院之疑似或確定傳染病病患，均有明確的定義及適當的隔離措施，並造冊管理。若住院病患未曾遇有傳染病患者，亦需訂有隔離措施與接觸者追蹤之

標準作業程序(SOP)等書面處理措施備查。

D：超過 10%的疑似或確定法定傳染病之住院病患未能證實得到適當的隔離措施(院方未能提出證明)。

E：無院內發現疑似或確定法定傳染病病患記錄亦未訂有書面處理措施資料。

五.3.住院確定為結核病之病患，是否有完整的院內接觸者的追蹤資料。

A：除達到 C 級標準外，且達成以下幾項指標：(1)對痰抹片陰性培養陽性且鑑定為結核分枝桿菌肺結核病患之院內接觸者，疑似案件可提出追蹤列管相關資料之比率  $\geq 50\%$ ；(2)針對身分為醫院工作人員之院內接觸者，有主動提供結核病潛伏性感染的診斷及治療；(3)對住院超過三個月之接觸者病患仍持續追蹤，當病患於追蹤期間出院，有主動轉介至轄區衛生主管機關持續追蹤之機制；(4)對身分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。

B：除達到 C 級標準外，且有達到前項 A 級標準指標一至二項者。

C：具有接觸者追蹤機制。痰抹片陽性肺結核病患之院內接觸者中，疑似案件有提出追蹤列管相關資料之比率  $\geq 90\%$ 。

D：痰抹片陽性肺結核病患之院內接觸者中， $50\% \leq$ 疑似案件有提出追蹤列管相關資料之比率  $< 90\%$ 。

E：痰抹片陽性肺結核病患之院內接觸者中，疑似案件有提出追蹤列管相關資料之比率  $< 50\%$ 。

註一：所謂列管係指：(1)院內接觸者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)身分為同一病室病患之院內接觸者應追蹤列管三個月；身分為醫院工作人員之院內接觸者應追蹤列管二年，並每年按規定進行胸部 X 光檢查。

註二：痰抹片陽性肺結核病患之院內接觸者係指住院個案於入院當時尚未診斷為結核病病患，但住院一段期間後才因痰抹片陽性而隔離，自病患入院之日至隔離之日這段期間，有接觸該病患之醫院工作人員及同一病室之病患為須追蹤者。

註三：痰抹片陰性培養陽性且鑑定為結核分枝桿菌肺結核之院內接觸者係指住院個案於

入院當時尚未診斷為結核病病患，但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，自病患入院之日至隔離或出院之日這段期間，有接觸該病患之醫院工作人員為須追蹤者。

註四：未有於住院一段期間後才被確定之住院確定結核病病患者，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 B、具有機制但不完整者可勾選為 C、未具有機制者可勾選為 D。

五.4.其他住院且確定為接觸傳染或呼吸道傳染之法定傳染病病患，是否有完整的院內接觸者的追蹤資料。

A：除一般院內接觸者的追蹤資料外，並有一年以內配合各級衛生主管機關進行疫情防治調查、接觸者追蹤管理及辦理傳染病感染防制宣導且留有紀錄可查者。

B：除一般院內接觸者的追蹤資料外，且有上述三項配套管理措施之一或兩項執行記錄者。

C：具有接觸者追蹤機制。住院確定為其他接觸傳染或呼吸道傳染之法定傳染病病患，其院內接觸者均有造冊且列管追蹤健康狀況，追蹤期間為其所接觸病患所罹疾病之二倍潛伏期。

D：於住院一段期間後才被確定之接觸傳染或呼吸道傳染法定傳染病病患， $10\% \leq$ 無法提出「院內接觸者」之追蹤列管健康狀況相關資料者比例 $\leq 50\%$ 。

E：於住院一段期間後才被確定之接觸傳染或呼吸道傳染法定傳染病病患，無法提出「院內接觸者」之追蹤列管健康狀況相關資料者比例 $>50\%$ 。

註一：「院內接觸者」係指住院確定個案於入院當時尚未診斷為法定傳染病病患，但住院一段期間後才被確認，自病患入院之日至確定之日這段期間，有接觸該病患之醫院工作人員及同一病室之病患為須追蹤之「院內接觸者」。

註二：未有於住院一段期間後才被確定之其他接觸傳染或呼吸道傳染法定傳染病病患者，仍應有「院內接觸者」追蹤列管機制。

## 六、不明原因發燒或疑似新興傳染病(如：SARS、人類 H5N1 流感)病患之院內感染防治規定

六.1.是否訂有陪病及探病之原則或管理之標準作業程序(SOP)。

- A：除訂有陪病及探病之原則或管理之 SOP 外，並有將相關規定納入院內新進員工勤前教育訓練及定期感控複訓教育，並留有資料備查者。
- B：除訂有陪病及探病之原則或管理之 SOP 外，並有將相關規定納入院內新進員工勤前教育訓練，並留有資料備查者。
- C：有 SOP，且每年都有更新。
- D：有 SOP，但未每年更新資料。
- E：未制定本項 SOP 者。

六.2.第一線工作人員是否均瞭解前項 SOP 並依照 SOP 執行工作。

- A：除訂有陪病及探病之原則或管理之 SOP 外，且有配套的個案隔離防護、採檢送驗以及後續追蹤管理措施。
- B：除訂有陪病及探病之原則或管理之 SOP 外，且有上述三項配套管理措施之一或兩項執行記錄者。
- C：抽問兩名病房護理人員均能答對 SOP 之內容。
- D：被抽問驗的人員中，有一人以上答錯 SOP 之內容。
- E：未制定本項 SOP 者。

六.3.是否有專人定期蒐集新興傳染病防治的相關規定，並內化為符合醫院執行各項侵入性醫療行為及感染控制的標準作業程序(SOP)。

- A：除已依據醫院醫療服務特性，訂有符合醫院執行各項侵入性醫療行為及感染控制的標準作業程序(SOP)。並有將相關規定納入院內新進員工勤前教育訓練及定期感控複訓教育，並留有資料備查者。
- B：除已依據醫院醫療服務特性，訂有符合醫院執行各項侵入性醫療行為及感染控制的標準作業程序(SOP)。並有將相關規定納入院內新進員工勤前教育訓練，並留有資料備查者。
- C：有專人定期蒐集新興傳染病防治的相關規定，並內化為符合醫院執行各項侵入性醫療行為及感染控制的標準作業程序(SOP)，且近一年內有更新者。
- D：有 SOP，但未定期(每年)更新資料。
- E：未制定本項 SOP 者。

六.4.醫院販賣部(商店街)是否訂有院內感染相關管制措施及發生院感事件時之緊急清空與消毒作業規範。

- A：除已依據醫院醫療服務特性，訂有醫院販賣部(商店街)院內感染相關管制措施及配套管理規定。並有將相關規定納入院內新進員工勤前教育訓練及定期感控複訓教育，並留有資料備查者。
- B：除已依據醫院醫療服務特性，訂有醫院販賣部(商店街)院內感染相關管制措施及配套管理規定。並有將相關規定納入院內新進員工勤前教育訓練，並留有資料備查者。
- C：醫院訂有販賣部(商店街)院內感染管制措施及緊急清空與消毒作業規範。
- D：未達 C 級標準或未定期(每年)更新資料。
- E：不符合上列各項規定者。

備註：未設置販賣部或商店街者，仍應訂有緊急清空與消毒作業規範。

## 七、院內全體員工(含外包工作人員)健康及體溫監測

七.1.是否有院內全體員工(含外包工作人員)體溫監測計畫及不明原因發燒人員之處理標準作業程序(SOP)。

- A：除已訂有院內全體員工(含外包工作人員)體溫監測計畫及不明原因發燒人員之處理 SOP，並有將相關規定納入院內新進員工勤前教育訓練及定期感控複訓教育，並留有資料備查者。
- B：除已訂有院內全體員工(含外包工作人員)體溫監測計畫及不明原因發燒人員之處理 SOP，並有將相關規定納入院內新進員工勤前教育訓練，並留有資料備查者。
- C：有 SOP，且每年都有更新。
- D：有 SOP，但未定期(每年)更新資料。
- E：未制定本項 SOP 者。

七.2.醫事人員及行政工作人員是否有體溫異常監測記錄。

- A：除已訂有醫事人員及行政工作人員體溫異常監測記錄之處理標準作業程序(SOP)，並有將相關規定納入院內新進員工勤前教育訓練及定期感控複訓教育，並留有資



料備查者。

- B：除已訂有醫事人員及行政工作人員體溫異常監測記錄之處理 SOP，並有將相關規定納入院內新進員工勤前教育訓練，並留有資料備查者。
- C：留有最近一年到查核日期為止之體溫異常監測完整紀錄。
- D：有 SOP，並未留有完整紀錄。
- E：未制定本項 SOP 者。

七.3.所有與病患直接接觸之醫療相關工作人員及其他行政工作人員(含外包人力)，均需每年進行胸部 X 光檢查。

- A：一年內的胸部 X 光達成率達 100% 者。
- B：98% ≤ 一年內的胸部 X 光達成率 < 100%。
- C：95% ≤ 一年內的胸部 X 光達成率 < 98%。
- D：90% ≤ 一年內的胸部 X 光達成率 < 95%。
- E：一年內的胸部 X 光達成率 < 90%。

## 八、個人防護裝備(PPE)(參考查核表附件一)

八.1.醫院是否依不同狀況訂定個人適當防護具使用標準。

- A：除已訂有院內全體員工(含外包工作人員)個人適當防護具使用標準。並有將相關規定，納入院內新進員工勤前教育訓練及定期感控複訓教育，並留有資料備查者。
- B：除已訂有院內全體員工(含外包工作人員)個人適當防護具使用標準。並有將相關規定納入院內新進員工勤前教育訓練，並留有資料備查者。
- C：醫院能出示依疾病管制局公布之建議標準所訂出之符合該醫院需求的防護具使用標準，並且每年更新。
- D：有防護具使用標準，但未定期更新者。
- E：未制定本項防護具使用標準者。

八.2.醫事人員及其他工作人員是否依所訂標準配戴 PPE。

- A：各單位醫事人員及其他工作人員除均依所訂標準配戴 PPE，並有定期設施裝備抽查、人員裝備使用和配合新興傳染病疫情啟動演習訓練的機制，並留有資料備查

者。

- B：各單位醫事人員及其他工作人員除均依所訂標準配戴 PPE，且有上述三項配套管理措施之一或兩項執行記錄者。
- C：實地查看急診室、氣管鏡室、隔離病房等單位是否均備有 N95 口罩、髮帽、護目設備、面罩、手套、防護衣等裝備。並隨機抽選該單位人員一名檢視其穿戴之 PPE 是否符合該單位應穿戴之標準。
- D：上述有任何一個單位準備任何一項裝備不齊全，或被抽中之人員穿戴之 PPE 未符該單位應穿戴標準。
- E：抽查單位之個人防護裝備不齊全，且被抽中之人員無法正確穿戴 PPE。

#### 八.3.各單位醫護人員是否依不同狀況著適當防護裝備。

- A：除已訂有醫事人員及行政工作人員適當防護裝備使用標準，並有將相關規定納入院內新進員工勤前教育訓練及定期感控複訓教育，並留有資料備查者。
- B：除已訂有醫事人員及行政工作人員適當防護裝備使用標準，並有將相關規定納入院內新進員工勤前教育訓練，並留有資料備查者。
- C：抽問醫護同仁急救插管時及遇到不明原因發燒病患時該有的自我防護裝備而能全部答對者。
- D：抽查單位之個人防護裝備不齊全，或以上抽問無法全部答對者。
- E：抽查單位之個人防護裝備不齊全，且以上抽問無法全部答對者。

#### 八.4.醫院是否依平日醫材消耗情形及安全庫存規定，貯存足量之防疫物資，並定期至 MIS 系統登錄庫存情形。(應備量係依醫院在 MIS 系統之應儲備量進行管控，並請填寫查核表附件二)

- A：所有防疫物資儲存量均足夠，且未被列入逾期末登錄單位名單者。
- B：某項防疫物資儲存量不足，但於 3 天內補足；或考核期間內逾期末登錄次數 < 3 次。
- C：某一項防疫物資儲存量不足，但於第 3 至第 9 天內補足；或 3 次 ≤ 考核期間內逾期末登錄次數 < 5 次。
- D：某二項防疫物資儲存量不足，但於第 3 至第 9 天內補足；或考核期間內逾期末登

錄次數 $\geq 5$ 次。

- E：三項以上防疫物資儲存量不足；或某項防疫物資儲存量不足 $\geq 10$ 天，或考核期間內逾期未登錄次數 $\geq 5$ 次且有防疫物資儲存量不足者。

## 九、隔離病房、急診室、護理站、檢驗室等洗手設備及相關硬體設施

九.1. 隔離病房、急診室、護理站、檢驗室等洗手設備及相關硬體設施之方便性及安全性。

- A：各單位洗手設備及相關硬體設施之方便性及安全性符合規定。並有定期設施裝備抽查、人員裝備使用和定期教育複訓的機制，並留有資料備查者。
- B：各單位洗手設備及相關硬體設施之方便性及安全性符合規定。且有上述三項配套管理措施之一或兩項執行記錄者。
- C：隔離病房每一間均要有洗手設備，急診室及病房每一空間區塊要有一固著式洗手設備，乾洗式洗手設備不能取代固著式洗手設備。未設置隔離病房、急診室及檢驗室之醫院，可查核一般病房護理站。
- D：隔離病房、急診室、護理站及檢驗室有任一個以上之單位洗手設備不足者。
- E：實地訪查之單位二分之一以上洗手設備不足者。

九.2. 是否訂有洗手標準作業程序，並有管控與查核機制。(未設置隔離病房、急診室及檢驗室之醫院，可查核一般病房或呼吸照護病房護理站)。

- A：各受檢查單位均訂有洗手標準作業程序，洗手設備旁並有明顯標示。並有一年內實施設施裝備抽查、人員洗手之頻率與正確性，並有製作教材納入新進員工及在職員工定期教育複訓的重點，並留有資料備查者。
- B：各受檢查單位均訂有洗手標準作業程序，洗手設備旁並有明顯標示。且有上述三項配套管理措施之一或兩項執行記錄者。
- C：各受檢查單位均訂有洗手標準作業程序，洗手設備旁並有明顯標示。但未具備上述各項配套管理措施並留有記錄者，或其標示不符規定 $\leq 10\%$ 。
- D：各受檢查單位均訂有洗手標準作業程序，或 $10\% <$ 洗手設備旁沒有明顯標示者 $\leq 50\%$ 。
- E：各受檢查單位二分之一以上未訂有洗手標準作業程序，或洗手設備旁沒有明顯標

示者。

九.3.隔離病房及急診室是否有區隔之空間供人員更換PPE(包括著裝空間及脫除PPE之空間)

及清消，並有空間適當處理人員脫除之PPE及產生之廢棄物。

- A：各隔離病房及急診室有區隔之空間供人員更換PPE且設施均符合規定。並有定期設施裝備抽查、人員裝備使用和定期演練複訓的機制，並留有資料備查者。
- B：各隔離病房及急診室有區隔之空間供人員更換PPE且設施均符合規定。且有上述三項配套管理措施之一或兩項執行記錄者。
- C：隔離病房及急診室均具備上述二種獨立空間(人員更換PPE的空間及處理人員脫除下來之PPE的空間)。各醫院在無專屬空間的狀況下，收治疑似傳染病患的處理流程是否妥適。
- D：隔離病房或急診室之一，不具備上述二種獨立空間或缺乏配套應變措施者。
- E：有隔離病房或急診室，但未規劃或擬訂相關感控措施者。
- 本項免填：未設置隔離病房和急診室者，本項免填。

九.4.隔離病房區域是否有良好動線管制。

- A：醫院隔離病房區域，動線規劃符合規定。並有定期設施裝備抽查、人員裝備使用和定期啟動演練的複訓機制，並留有資料備查者。
- B：醫院隔離病房區域，動線規劃符合規定。且有上述三項配套管理措施之一或兩項執行記錄者。
- C：醫院能提出隔離病房區域動線管制規畫書者。查核時未收治需隔離治療病患者，應有書面規範且單位工作人員均瞭解如何落實該管制措施。
- D：醫院隔離病房動線規劃不良，且無隔離病房區域動線管制規畫書，但未收治傳染病患者。
- E：醫院隔離病房動線規劃不良，且無隔離病房區域動線管制規畫書，但有收治傳染病患者。
- 本項免填：未設置隔離病房者，本項免填。

九.5.是否指定專人定期維護傳染病追蹤及感染管制院際橫向聯繫平台，並於每個月 1、15

日落實通報隔離病房使用率及感管人員聯繫名冊。

- A：有專責人員於每個月 1、15 日，上網登錄傳染病追蹤及感染管制院際橫向聯繫平台，且當年度未延遲通報。(衛生局由「傳染病追蹤及感染管制院際橫向聯繫平台」登錄系統中擷取查核期間該醫院延遲通報之次數與醫院本身之通報紀錄比對。)
- B：有專責人員於每個月 1、15 日，上網登錄傳染病追蹤及感染管制院際橫向聯繫平台，且 1 次 $\leq$ 當年度延遲通報之次數 $\leq$ 2 次。
- C：有專責人員於每個月 1、15 日，上網登錄傳染病追蹤及感染管制院際橫向聯繫平台，且 3 次 $\leq$ 當年度延遲通報之次數 $\leq$ 5 次。
- D：有專責人員於每個月 1、15 日，上網登錄傳染病追蹤及感染管制院際橫向聯繫平台，且 6 次 $\leq$ 當年度延遲通報之次數 $\leq$ 12 次。或首次
- E：當年度延遲通報之次數 $>$ 12 次者。

註一：設有隔離病房之醫院，應於每月 1、15 日登入「中央傳染病追蹤監視系統」(網址：<http://203.65.72.43/slow/CA/LoginByCard.asp>)，進入「感染症醫療網」專區維護「隔離病床通報」資料，完成後系統將自動連結至「傳染病追蹤及感染管制院際橫向聯繫平台」頁面，該頁面各項資料亦須定期確認，以維持聯繫管道正確性。如無任何異動亦請送出頁面，即可完成確認程序。本項作業遇例假日得順延至次一工作日。

註二：未設隔離病房之醫院，應於每月 1、15 日維護「傳染病追蹤及感染管制院際橫向聯繫平台」頁面資料，步驟為登入「中央傳染病追蹤監視系統」，點選「聯繫窗口」，選取該院資料即可進行維護。如無任何異動亦請送出頁面，即可完成確認程序。本項作業遇例假日得順延至次一工作日。

註三：衛生局實地查核醫院時，對於初次使用本系統之醫院，若查核人員當場輔導該院感控人員完成系統帳號申請，本項查核結果可勾選為 D；於 96 年 6 月 30 日初查結束前，如該院已自行定期維護各項資料，可改列 C 級以上水準。

九.6.醫院如設有檢驗室，各項安全設施及設備(例如生物安全櫃、高壓滅菌器等)是否定期保養、維護及功能測試，並留有紀錄備查。

- A：檢驗室所有安全設施及設備管理定期保養、維護及功能測試，並留有紀錄備查者比例達 100%。

- B：80% ≤ 檢驗室所有安全設施及設備管理定期保養、維護及功能測試，並留有紀錄備查者比例 < 100%。
- C：60% ≤ 檢驗室所有安全設施及設備管理定期保養、維護及功能測試，並留有紀錄備查者比例 < 80%。
- D：50% ≤ 檢驗室所有安全設施及設備管理定期保養、維護及功能測試，並留有紀錄備查者比例 < 60%。
- E：檢驗室所有安全設施及設備管理定期保養、維護及功能測試，並留有紀錄備查者 < 50%。
- 本項免填：未設置檢驗室，檢體外送檢驗者，本項免填。

九.7. 醫院檢驗室是否辦理相關人員生物安全教育訓練，並留有證書或紀錄備查。

- A：安排年度檢驗室所有檢驗相關人員參加內部或外部生物安全相關教育訓練，並留有紀錄備查者比例達 100%。
- B：80% ≤ 安排年度檢驗室所有檢驗相關人員參加內部或外部生物安全相關教育訓練，並留有紀錄備查者比例 < 100%。
- C：60% ≤ 安排年度檢驗室所有檢驗相關人員參加內部或外部生物安全相關教育訓練，並留有紀錄備查者比例 < 80%。
- D：50% ≤ 安排年度檢驗室所有檢驗相關人員參加內部或外部生物安全相關教育訓練，並留有紀錄備查者比例 < 60%。
- E：安排年度檢驗室所有檢驗相關人員參加內部或外部生物安全相關教育訓練，並留有紀錄備查者比例 < 50%。
- 本項免填：未設置檢驗室者，本項免填。

十、醫院感染管制及傳染病教育訓練

十.1. 是否辦理院內全體員工(含外包工作人員)感染管制繼續訓練課程，並明訂感染控制相關教育時數和時間表。新進員工半年內需接受 8 小時之傳染病教育訓練(內含 TB 防治至少 1 小時)，其它員工得由醫院或衛生主管機關辦理之相關訓練至少每年 4 小時。

- A：醫院全體員工(含外包工作人員)感染管制繼續訓練時數均符合規定。並有透過種

子師資培訓，針對病房管理人員、行政部門、工務部門、外包單位、臨時人力…等不同對象六種以上，辦理定期與不定期的感染控制或防護技術的演練，並留有資料備查者。

B：醫院全體員工(含外包工作人員)感染管制繼續訓練時數均符合規定。並有透過種子師資培訓，針對病房管理人員、行政部門、工務部門、外包單位、臨時人力…等二至五種不同對象，定期與不定期的感染控制或防護技術的演練，並留有資料備查者。

C：醫院能提出該院員工(含外包工作人員)感染管制繼續訓練課程計畫或本年度的課程表，其中並明訂各類工作人員應接受之課程時數，(例如：本院 95 年各科部醫療專業人員應接受感染管制繼續訓練課程場次與時數，外包工作人員及本院行政單位人員應接受感染管制繼續訓練課程場次及時數等證明文件)，且能提出前一年之統計資料佐證該院去年已達本身訂定之目標與達成比率以供查核人員參考。(區域級含以上醫院可採抽查部分科別或單位至少 3~5 個單位的方式執行之)。醫院全體員工(含外包工作人員)感染管制繼續訓練時數未達標準之比率 $\leq 20\%$ 。

D： $20\% <$  醫院全體員工(含外包工作人員)感染管制繼續訓練時數未達標準之比率 $\leq 50\%$ 。

E：醫院全體員工(含外包工作人員)感染管制繼續訓練時數未達標準之比率在 $>50\%$ 。

十.2.是否有專人負責結核病患衛教工作。(病患人數 $<50$ (人/年)之醫院衛教人員得為兼任)

A：醫院衛教有專人負責，且該人員具有結核病個案管理師認證，且每年參加結核病防治訓練達 10 小時，針對衛教工作可提出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。(病患人數 $<50$ (人/年)之醫院兼任衛教人員，則應每年參加結核病防治訓練達 10 小時。)

B：醫院衛教有專人負責，且該人員具有結核病個案管理師認證，或每年參加結核病防治訓練達 10 小時，針對衛教工作可提出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。(病患人數 $<50$ (人/年)之兼任醫院衛教人員則應每年參加結核病防治訓練達 6 小時。)

C：有專人負責，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。

D：有專人負責，但無法提出具體衛教內容或成果者。

E：未指定人員負責。

十.3.是否配合執行中央主管機關指示之感染管制措施，辦理院內工作人員因應人類 H5N1 流感感染防治教育訓練，並達成 80% 以上的工作人員(包括外包人力)均能了解如何防治，且經測試及格。

A：除 C 級規定項目外，另有自行規劃五種以上「院內工作人員因應人類 H5N1 流感感染防治教育訓練」、辦理因應相關防治作為配套的演習訓練，開發院內感染控制教育訓練與知識檢測系統等，至少兩項配套宣導措施。

B：除 C 級規定項目外，另有上述 A 級標準之至少一或兩項執行記錄者。

C：辦理因應人類 H5N1 流感感染防治教育訓練，且院內工作人員測試合格 $\geq 80\%$ 。

D：未辦理因應人類 H5N1 流感感染防治教育訓練，或  $50\% \leq$  院內工作人員測試合格比率  $< 80\%$ 。

E：不符合上列各項規定者。

## 十一、危機處理

十一.1.是否建立院內集體感染事件發生時之危機處理標準作業流程(SOP)。

A：除一般院內集體感染事件發生時之危機處理機制外，並有一年以內國內外感染控制相關論文發表、製作教案擴大宣導、擬定各種改善措施持續完整追蹤，且留有紀錄可查者。

B：除一般院內集體感染事件發生時之危機處理機制外，且有上述各項配套管理措施之一或兩項執行記錄者。

C：醫院能提出院內集體感染事件發生之 SOP 者。

D：醫院過去一年內未發生院內集體感染事件，但無法提出院內集體感染事件發生之 SOP 者。

E：醫院過去一年內曾發生院內集體感染事件，且無法提出院內集體感染事件發生之 SOP 者。



十一.2.是否建立院內集體感染事件發生時接觸者追蹤列管機制。

- A：除一般院內集體感染事件發生時接觸者追蹤列管機制外，並有一年以內協助其它醫事機構進行疫情調查、接觸者追蹤列管、國內外感染控制相關論文發表、製作教案擴大宣導、擬定各種改善措施持續完整追蹤等具體成果三項以上，並且留有紀錄可查者。
- B：除一般院內集體感染事件發生時接觸者追蹤列管機制外，且有上述各項配套管理措施之一或兩項執行成果並有記錄可查者。
- C：醫院能提出院內集體感染事件發生時接觸者追蹤列管計劃者。
- D：醫院過去一年內未發生院內集體感染事件，但無法提出接觸者追蹤列管計劃之 SOP 者。
- E：醫院過去一年內曾發生院內集體感染事件，且無法提出接觸者追蹤列管計劃之 SOP 者。

# 九十六年醫院感染管制查核作業

## 查核基準--乙表(醫學中心及教學醫院以外醫院適用)

一、前次查核建議事項是否有所改善(前次查核日期： 年 月 日)

- A：前次查核無缺點紀錄或建議改善事項已完全改善。
- B：70% ≤ 前次查核建議事項已完全改善項目比例 < 100%。
- C：50% ≤ 前次查核建議事項已完全改善項目比例 < 70%。
- D：25% ≤ 前次查核建議事項已完全改善項目比例 < 50%。
- E：前次查核建議事項已完全改善項目比例 < 25%。
- 本項免填：新設立機構第一次接受查核者本項免填。

## 二、院內感染管制組織

二.1.是否成立感染管制部門(中心、室、小組)及院內感染管制委員會(組織與成員資料備查)。

- A：主席為醫院首長(院長或副院長且為醫師)、負責感管業務醫師之感染管制學分符合三年內累計達 60 學分、且有曾接受流行病學訓練之人員負責資料分析。
- B：前述 A 級三項指標可以達成一項者。
- C：具備組織章程及經院長任命之委員名單。
- D：不具備組織章程或不具備經院長任命之委員名單。
- E：不具備組織章程亦不具備經院長任命之委員名單。

二.2.聘有感染症專科醫師。

- A：聘有感染症專科醫師且其比率符合每 300 床有一名，且其專科醫師三年內接受感染管制學分均達 60 學分以上；或 300 床以下之地區醫院、專科醫院及未評鑑醫院兼任感染症專科醫師過去三年參加醫院感染管制學會認可之講習累計達 60 學分以上；或 250 床以下之地區醫院、專科醫院及未評鑑醫院有依據各專業醫事人員法向地方衛生主管機關，辦理定期支援申請，經核准每週合計達兩個時段以上者。
- B：聘有感染症專科醫師且其比率符合每 300 床有一名，且其專科醫師過去兩年內接受感染管制學分累計達 40 學分以上；或 300 床以下之地區醫院、專科醫院及未評

鑑醫院兼任感染症專科醫師過去兩年內參加醫院感染管制學會認可之講習累計達 40 學分以上。

C：聘有感染症專科醫師人力符合每 300 床有一名，惟其專科醫師一年內接受感染管制學分僅達 20 學分以上；或 300 床以下之地區醫院、專科醫院及未評鑑醫院兼任感染症專科醫師過去一年內參加醫院感染管制學會認可之講習達 16 學分以上。

D：聘有感染症專科醫師人力不符合每 300 床有一名，且其專科醫師一年內接受感染管制學分未達 19 學分；或 300 床以下之地區醫院、專科醫院及未評鑑醫院兼任感染症專科醫師，過去一年內參加醫院感染管制學會認可之講習未達 15 學分以上。

E：不符合上列各項規定者。

註一：地區醫院、專科醫院、未評鑑醫院及新制評鑑社區醫院得為兼任感染症專科醫師或由前一年參加醫院感染管制學會認可之講習達 20 學分以上之醫師負責感管業務。

註二：本項專科醫院之認定，應以該醫院向各縣市政府領取之開業執照所登記之事項認定之；兼任感染症專科醫師之認定，須有正式聘書或相關證明。

二.3.聘有感染管制護理師<sup>註</sup>，地區醫院得兼任，但為專人負責。

A：聘有專任感染管制護理師，其人數符合每 250 床一人之標準，或 250 床以下之地區醫院、專科醫院及未評鑑醫院之兼任感染管制護理師過去三年參加醫院感染管制學會認可之講習累計達 40 學分以上。且其病房護理主管二分之一以上，一年內接受感染管制教育訓練累計達 8 小時以上並備有書面證明者。

B：聘有專任感染管制護理師，其人數符合每 250 床一人之標準，或 250 床以下之地區醫院、專科醫院及未評鑑醫院之兼任感染管制護理師過去兩年參加醫院感染管制學會認可之講習累計達 25 學分以上。且其醫院主管中至少一人一年內接受感染管制教育訓練累計達 8 小時以上並備有書面證明者。

C：251 床以上之地區醫院、專科醫院及未評鑑醫院聘有專任感染管制護理師，其人數不符合每 250 床有一名，惟其人力缺額在 30% 以下；或 250 床以下之地區醫院、專科醫院及未評鑑醫院之兼任感染管制護理師過去兩年參加醫院感染管制學會認可之講習累計達 13 學分以上。

D：聘有專任感染管制護理師，其人數不符合每 250 床有一名，惟其人力缺額在 50% 以下；或 250 床以下之地區醫院、專科醫院及未評鑑醫院之兼任感染管制護理師過去兩年參加醫院感染管制學會認可之講習累計達 8~12 學分者。

E：不符合上列 A~D 各項規定者。

備註：專人兼任感染管制護理師，其每日院感工作時數應大致符合【(總床數/250)× 8】之標準，病床數之計算比照衛生署醫事處醫院評鑑定義，係指一般急性病床，惟該院如加護病床、透析病床等特殊病床數量多者，應酌予增加專任感染管制護理師人數。專科醫院、RCW 或以洗腎室服務為主的醫院其感控人力規定原則上比照醫院評鑑之規定，地區醫院以兼任一名計算。

二.4.定期製作感染控制報表與群聚事件報告，並召開會議有會議紀錄備查，其中應有前次會議決議事項辦理情形。

A：除一般監測機制與改善計劃外，並有一年以內國內外感染控制相關論文發表，或將群聚事件製作成報告或教案擴大宣導且留有紀錄可查者。

B：醫院有建置感染管制監測機制，每個月統計及分析院內感染或群聚事件，所擬各種改善措施都有完整追蹤紀錄與成效評估可查。

C：醫院有建置感染管制監測機制，每個月統計及分析院內感染或群聚事件，並留存各種報表及呈核記錄；最近一年內區域級以下醫院每三個月召開一次感管會議，均有會議紀錄可查，每次紀錄均有院長批示，且均有討論上次會議決議事項之執行狀況。

D：未定期召開會議、記錄不完整或未經院長批示者。

E：不符合上列各項規定者。

二.5.醫院感染管制部門(中心、室、小組)及委員會是否有經常查詢或獲取國際最新傳染病疫情資料，並將訊息傳達予醫院相關單位。

A：醫院感染管制部門有規劃網路資訊平台定期更新傳染病與感染控制資訊，除有內化為醫院之規定外並主動辦理教育宣導活動並留有紀錄者。

B：醫院感染管制部門每月均有上網擷取國際疫情，且有內化為醫院之規定並週知相關單位參考運用並留有紀錄者。

- C：最近一年醫院感染管制部門每月均有上網擷取國際疫情，且留有紀錄，急診室檢傷單位應有相同的資料。
- D：有上網擷取國際疫情資料但未定期或未保留完整資料者。
- E：不符合上列各項規定者。

二.6.醫院感染管制委員會內是否有成立常規運作的結核病委員會或將院內結核病議題列入每次院感會議討論(前一年通報病例 < 50 例者，可由感染控制委員會兼辦結核病防治業務)。

- A：前一年通報結核病  $\geq 50$  例的醫院，在感染管制委員會內有成立常規運作的結核病委員會。並以胸腔科或感染科主任為結核病委員會之首，每個月開會一次報告被通報之結核病病例治療現況，結核病委員會平時負責審核院內開出之抗結核藥物處方。(前一年通報結核病 < 50 例的醫院，有成立常規運作的結核病委員會。以感染科主任為結核病委員會之首，每三個月開會一次報告被通報之結核病病例治療現況，結核病委員會平時負責審核院內開出之抗結核藥物處方。)
- B：前一年通報結核病  $\geq 50$  例的醫院，必須在感染管制委員會內成立常規運作的結核病委員會，每個月開會一次報告被通報之結核病病例治療現況，結核病委員會平時負責審核院內開出之抗結核藥物處方。(前一年通報結核病 < 50 例的醫院，有成立常規運作的結核病委員會，每三個月開會一次報告被通報之結核病病例治療現況，結核病委員會平時負責審核院內開出之抗結核藥物處方。)
- C：前一年通報結核病  $\geq 50$  例的醫院，必須在感染管制委員會內成立常規運作的結核病委員會，至少每三個月開會一次報告被通報之結核病病例治療現況，結核病委員會平時負責審核院內開出之抗結核藥物處方。(前一年通報結核病 < 50 例的醫院，結核病委員會平時負責審核院內開出之抗結核藥物處方。)
- D：上列選項 C 中各項規定中有任何一項沒有做到者。(前一年通報結核病 < 50 例的醫院，院內開出之抗結核藥物處方未經結核病委員會審核 < 10%。)
- E：完全不符合上列選項 C 中各項規定者。(前一年通報結核病 < 50 例的醫院，院內開出之抗結核藥物處方未經結核病委員會審核  $\geq 10\%$ 。)

### 三、配合主管機關政策對傳染病進行監測及通報

三.1.訂有傳染病與院內疑似群聚感染監視通報機制，並有專職人員負責傳染病之通報並主動與當地衛生機關連繫。

- A：有專職人員負責法定傳染病之通報，且全年通報時效達 100%者。
- B：有專職人員負責法定傳染病之通報，且  $99.8\% \leq$  全年通報時效  $< 100\%$ 者。
- C：有專職人員負責法定傳染病之通報，且  $99.6\% \leq$  全年通報時效  $< 99.8\%$ 者。
- D：有專職人員負責法定傳染病之通報，且  $99.4\% \leq$  全年通報時效  $< 99.6\%$ 者。
- E：不符合上列各項規定者。

備註：全年度未有通報個案之醫院，仍應具有傳染病監視通報機制，且熟悉通報作業流程。

三.2.醫院內設有咳嗽監測機制<sup>註一</sup>，以利肺結核病例之早期診斷。

- A：醫院內訂有咳嗽監測機制 SOP、常規執行並記錄；對於咳嗽五天以上病患進行列管、處理、追蹤並記錄；可提出咳嗽監測執行成效分析報告。
- B：醫院內訂有咳嗽監測機制 SOP、常規執行並記錄；對於咳嗽五天以上病患進行列管、處理、追蹤並記錄。
- C<sup>註二</sup>：醫院內訂有咳嗽監測機制SOP、常規執行並記錄；對於咳嗽五天以上病患進行列管、處理。
- D：醫院內設有咳嗽監測機制，但無法提出最近一年具體運作成績者。
- E：醫院內無咳嗽監測機制。
- 本項免填：無住院服務者，本項免填。

#### 註一：咳嗽監測機制定義

- 一、報告：每日早上各病房護理長詢問護理人員或接獲護理人員回報是否有咳嗽超過五天之病人，若有則予列管。
- 二、追蹤：列管之病人是否有適當之處理方式(如驗痰或照胸部 X 光)。
- 三、評估：監測機制執行情形檢討與分析並備有書面資料。

#### 註二：咳嗽監測機制查核方式流程圖(詳如附件一)

三.3.有專責人員將不明原因發燒個案人數及其相關資料上網登錄「地區級以上醫院不明原

因發燒群聚監視作業系統」進行通報。

- A：有專責人員於每週一下午五時前，將上週日至週六監視之不明原因發燒個案人數及其相關資料上網登錄「地區級以上醫院不明原因發燒群聚監視作業系統」進行通報，且當年度未延遲通報。
- B：有專責人員上網登錄「地區級以上醫院不明原因發燒群聚監視作業系統」進行通報，且當年度延遲通報之次數 $<5$ 次。
- C：有專責人員上網登錄「地區級以上醫院不明原因發燒群聚監視作業系統」進行通報，且 $5 \text{次} \leq$ 當年度延遲通報之次數 $<10$ 次。
- D：有專責人員上網登錄「地區級以上醫院不明原因發燒群聚監視作業系統」進行通報，且 $10 \text{次} \leq$ 當年度延遲通報之次數 $<12$ 次。
- E：當年度延遲通報之次數 $\geq 12$ 次者。
- 本項免填：無門急診及住院服務者，本項免填。

備註：衛生局由「地區級以上醫院不明原因發燒群聚監視作業系統」中擷取查核期間該醫院延遲通報之次數與醫院本身之通報紀錄比對。

#### 四、發燒篩檢及發燒病患處理

四.1.是否訂有發燒篩檢及不明原因發燒病患處理之標準作業程序(SOP)。

- A：除依據醫院本身的醫療服務重點制定各項感控 SOP 每年更新外，並有各項配套教育訓練教材至少三種。
- B：依據醫院本身的醫療服務重點制定各項感控 SOP，且有每年更新。
- C：有 SOP，且有每年更新。
- D：有 SOP，一年內未更新資料。
- E：無相關 SOP。
- 本項免填：無門急診及住院服務，僅從事勞工體檢業務者，本項免填。

四.2.第一線工作人員是否均瞭解前項 SOP 並依照 SOP 執行工作。

- A：除第一線工作人員外，有將前項 SOP 納入院內新進員工勤前教育訓練及定期感控複訓教育，並留有資料備查者。

- B：除第一線工作人員外，有將前項 SOP 納入院內新進員工勤前教育訓練，並留有資料備查者。
- C：抽問急診或門診跟診人員，四人全部答對者(跟診人員不足四人者，可抽問其他工作人員)。
- D：上述被抽問人員有一人以上答錯者。
- E：被抽問人員完全不瞭解相關 SOP 者。
- 本項免填：無門急診及住院服務，僅從事勞工體檢業務者，本項免填。

四.3.急診檢傷分類站是否針對不明原因發燒病患採取管制及隔離措施。

- A：急診除有最近一年之不明原因發燒病患執行紀錄，且有配套的個案隔離防護以及後續追蹤管理措施。
- B：急診除有最近一年之不明原因發燒病患執行紀錄，且有配套的個案隔離防護措施。
- C：急診能交出最近一年之執行紀錄者。
- D：急診最近一年之執行紀錄不完整之比率 < 50% 者。
- E：急診最近一年之執行紀錄不完整之比率  $\geq$  50% 者。
- 本項免填：非公告應採行發燒篩檢措施管制期間或無門急診及住院服務，僅從事勞工體檢業務者，本項免填。

四.4.急(門)診對於不明原因發燒病患是否有專屬動線將病患移至具有防護措施之診間就診。

- A：除急(門)診護理人員外，有將「不明原因發燒病患移送動線」納入院內新進員工勤前教育訓練及定期感控複訓教育，並留有資料備查者。
- B：除急(門)診護理人員外，有將「不明原因發燒病患移送動線」納入院內新進員工勤前教育訓練，並留有資料備查者。
- C：急(門)診護理人員能夠清楚描述不明原因發燒病患移送動線。
- D：急(門)診護理人員無法清楚描述不明原因發燒病患移送動線。
- E：被抽問人員完全不瞭解相關 SOP 者。
- 本項免填：無門急診及住院服務，僅從事勞工體檢業務者，本項免填。

備註：原則上內化困難無法規劃專屬動線的醫院，仍須備有完整的配套應變措施。



#### 四.5.急(門)診對於不明原因發燒病患是否詢問旅遊史。

- A：急診除有最近一年之不明原因發燒病患詢問旅遊史之執行紀錄，且有配套的個案隔離防護、採檢送驗以及後續追蹤管理措施。
  - B：急診除有最近一年之不明原因發燒病患詢問旅遊史之執行紀錄，且有上述三項配套管理措施之一或兩項執行記錄者。
  - C：抽查急(門)診 1~2 本不明原因發燒(unknown fever)就醫病患之病歷。  
衛生局查核人員查核本項目時可參考該醫院在急診檢傷站、急診診療台、門診醫師診療台等處，是否有最新傳染病疫區相關資料(例如：哪一國有流行瘧疾、哪裡為登革熱流行地區、禽流感流行地區等)，以提醒醫師詢問旅遊史或供醫師詢問旅遊史參考之用。
  - D：經查證病歷發現病患有不明原因發燒(unknown fever)病患就診，但未有醫師詢問旅遊史之病歷紀錄。
  - E：被查訪人員完全不瞭解相關作業流程或規定者。
  - 本項免填：無門急診及住院服務，僅從事勞工體檢業務者，本項免填。
- 備註：發燒是感染症的重要症狀之一，於臨床醫師的問診當中詢問旅遊史也屬常規項目之一，不宜貿然刪除。仍請查核人員斟酌抽訪方式。

#### 五、住院之疑似或確定法定傳染病病患之隔離措施與接觸者追蹤

##### 五.1.住院病患疑似或確定罹患肺結核時，是否有適當的隔離措施及接觸者相關疫調之追蹤標準作業程序(SOP)。

- A：對於住院病患疑似或確定罹患肺結核者，均有明確的定義及適當的隔離措施，並造冊管理；若住院病患未曾遇有肺結核病患(含新個案)者，亦需訂有隔離措施與接觸者追蹤之標準作業程序(SOP)等書面資料備查。並將上述相關規定納入院內新進員工勤前教育訓練及定期感控複訓教育，留有資料備查者。
- B：對於住院病患疑似或確定罹患肺結核者，均有明確的定義及適當的隔離措施，並造冊管理；若住院病患未曾遇有肺結核病患(含新個案)者，亦需訂有隔離措施與接觸者追蹤之標準作業程序(SOP)等書面資料備查。並將上述相關規定納入院內新

進員工勤前教育訓練，留有資料備查者。

C：對於住院病患疑似或確定罹患肺結核者，均有明確的定義及適當的隔離措施，並造冊管理。若住院病患未曾遇有肺結核病患(含新個案)者，亦需訂有隔離措施與接觸者追蹤之標準作業程序(SOP)等書面處理措施備查。

D：超過 10%的疑似或確定罹患肺結核之住院病患未能證實(院方未能提出證明)得到適當的隔離措施。或訂有隔離措施與接觸者追蹤之標準作業程序(SOP)等書面處理措施，但未臻完備。

E：超過 20%的疑似或確定罹患肺結核之住院病患未能證實(院方未能提出證明)得到適當的隔離措施。或未訂有書面處理措施資料。

本項免填：無門急診及住院服務，僅從事勞工體檢業務者，本項免填。

備註：本項疑似或確定病例係指所有疑似或確定罹患肺結核病患，無論痰檢驗結果為陽性或陰性。

五.2.其他住院之疑似或確定法定傳染病病患，是否有適當的隔離措施及相關疫調之追蹤標準作業程序(SOP)。

A：除訂有院內發現疑似或確定法定傳染病病患，適當的隔離措施規定外，並有將相關規定納入院內新進員工勤前教育訓練及定期感控複訓教育，並留有資料備查者。

B：除訂有院內發現疑似或確定法定傳染病病患，適當的隔離措施規定外，並有將相關規定納入院內新進員工勤前教育訓練，並留有資料備查者。

C：對於其他住院之疑似或確定傳染病病患，均有明確的定義及適當的隔離措施，並造冊管理。若住院病患未曾遇有傳染病患者，亦需訂有隔離措施與接觸者追蹤之標準作業程序(SOP)等書面處理措施備查。

D：超過 10%的疑似或確定法定傳染病之住院病患未能證實得到適當的隔離措施(院方未能提出證明)。

E：無院內發現疑似或確定法定傳染病病患記錄亦未訂有書面處理措施資料。

本項免填：無門急診及住院服務，僅從事勞工體檢業務者，本項免填。

五.3.住院確定為結核病之病患，是否有完整的院內接觸者的追蹤資料。

A：除達到 C 級標準外，且達成以下幾項指標：(1)對痰抹片陰性培養陽性且鑑定為結

核分枝桿菌肺結核病患之院內接觸者，疑似案件可提出追蹤列管相關資料之比率 $\geq 50\%$ ；(2)針對身分為醫院工作人員之院內接觸者，有主動提供結核病潛伏性感染的診斷及治療；(3)對住院超過三個月之接觸者病患仍持續追蹤，當病患於追蹤期間出院，有主動轉介至轄區衛生主管機關持續追蹤之機制；(4)對身分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。

B：除達到 C 級標準外，且有達到前項 A 級標準指標一至二項者。

C：具有接觸者追蹤機制。痰抹片陽性肺結核病患之院內接觸者中，疑似案件有提出追蹤列管相關資料之比率 $\geq 90\%$ 。

D：痰抹片陽性肺結核病患之院內接觸者中， $50\% \leq$ 疑似案件有提出追蹤列管相關資料之比率 $< 90\%$ 。

E：痰抹片陽性肺結核病患之院內接觸者中，疑似案件有提出追蹤列管相關資料之比率 $< 50\%$ 。

註一：所謂列管係指：(1)院內接觸者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)身分為同一病室病患之院內接觸者應追蹤列管三個月；身分為醫院工作人員之院內接觸者應追蹤列管二年，並每年按規定進行胸部 X 光檢查。

註二：痰抹片陽性肺結核病患之院內接觸者係指住院個案於入院當時尚未診斷為結核病病患，但住院一段期間後才因痰抹片陽性而隔離，自病患入院之日至隔離之日這段期間，有接觸該病患之醫院工作人員及同一病室之病患為須追蹤者。

註三：痰抹片陰性培養陽性且鑑定為結核分枝桿菌肺結核之院內接觸者係指住院個案於入院當時尚未診斷為結核病病患，但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，自病患入院之日至隔離或出院之日這段期間，有接觸該病患之醫院工作人員為須追蹤者。

註四：未有於住院一段期間後才被確定之住院確定結核病病患者，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 B、具有機制但不完整者可勾選為 C、未具有機制者可勾選為 D。

五.4.其他住院且確定為接觸傳染或呼吸道傳染之法定傳染病病患，是否有完整的院內接觸者的追蹤資料。

- A：除一般院內接觸者的追蹤資料外，並有一年以內配合各級衛生主管機關進行疫情防治調查、接觸者追蹤管理及辦理傳染病感染防制宣導且留有紀錄可查者。
- B：除一般院內接觸者的追蹤資料外，且有上述三項配套管理措施之一或兩項執行記錄者。
- C：具有接觸者追蹤機制。住院確定為其他接觸傳染或呼吸道傳染之法定傳染病病患，其院內接觸者均有造冊且列管追蹤健康狀況，追蹤期間為其所接觸病患所罹疾病之二倍潛伏期。
- D：於住院一段期間後才被確定之接觸傳染或呼吸道傳染法定傳染病病患， $10\% \leq$ 無法提出「院內接觸者」之追蹤列管健康狀況相關資料者比例 $\leq 50\%$ 。
- E：於住院一段期間後才被確定之接觸傳染或呼吸道傳染法定傳染病病患，無法提出「院內接觸者」之追蹤列管健康狀況相關資料者比例 $> 50\%$ 。
- 本項免填：無門急診及住院服務，僅從事勞工體檢業務者，本項免填。

註一：「院內接觸者」係指住院確定個案於入院當時尚未診斷為法定傳染病病患，但住院一段期間後才被確認，自病患入院之日至確定之日這段期間，有接觸該病患之醫院工作人員及同一病室之病患為須追蹤之「院內接觸者」。

註二：未有於住院一段期間後才被確定之其他接觸傳染或呼吸道傳染法定傳染病病患者，仍應有「院內接觸者」追蹤列管機制。

## 六、不明原因發燒或疑似新興傳染病(如：SARS、人類 H5N1 流感)病患之院內感染防治規定

六.1.是否訂有陪病及探病之原則或管理之標準作業程序(SOP)。

- A：除訂有陪病及探病之原則或管理之 SOP 外，並有將相關規定納入院內新進員工勤前教育訓練及定期感控複訓教育，並留有資料備查者。
- B：除訂有陪病及探病之原則或管理之 SOP 外，並有將相關規定納入院內新進員工勤前教育訓練，並留有資料備查者。
- C：有 SOP，且每年都有更新。

D：有 SOP，但未每年更新資料。

E：未制定本項 SOP 者。

本填免填：未提供住院服務者，本項免填。

六.2.第一線工作人員是否均瞭解前項 SOP 並依照 SOP 執行工作。

A：除訂有陪病及探病之原則或管理之 SOP 外，且有配套的個案隔離防護、採檢送驗以及後續追蹤管理措施。

B：除訂有陪病及探病之原則或管理之 SOP 外，且有上述三項配套管理措施之一或兩項執行記錄者。

C：抽問兩名病房護理人員均能答對 SOP 之內容。

D：被抽問驗的人員中，有一人以上答錯 SOP 之內容。

E：未制定本項 SOP 者。

本填免填：未提供住院服務者，本項免填。

六.3.是否有專人定期蒐集新興傳染病防治的相關規定，並內化為符合醫院執行各項侵入性醫療行為及感染控制的標準作業程序(SOP)。

A：除已依據醫院醫療服務特性，訂有符合醫院執行各項侵入性醫療行為及感染控制的標準作業程序(SOP)。並有將相關規定納入院內新進員工勤前教育訓練及定期感控複訓教育，並留有資料備查者。

B：除已依據醫院醫療服務特性，訂有符合醫院執行各項侵入性醫療行為及感染控制的標準作業程序(SOP)。並有將相關規定納入院內新進員工勤前教育訓練，並留有資料備查者。

C：有專人定期蒐集新興傳染病防治的相關規定，並內化為符合醫院執行各項侵入性醫療行為及感染控制的標準作業程序(SOP)，且近一年內有更新者。

D：有 SOP，但未定期(每年)更新資料。

E：未制定本項 SOP 者。

六.4.醫院販賣部(商店街)是否訂有院內感染相關管制措施及發生院感事件時之緊急清空與消毒作業規範。

A：除已依據醫院醫療服務特性，訂有醫院販賣部(商店街)院內感染相關管制措施及

配套管理規定。並有將相關規定納入院內新進員工勤前教育訓練及定期感控複訓教育，並留有資料備查者。

B：除已依據醫院醫療服務特性，訂有醫院販賣部(商店街)院內感染相關管制措施及配套管理規定。並有將相關規定納入院內新進員工勤前教育訓練，並留有資料備查者。

C：醫院訂有販賣部(商店街)院內感染管制措施及緊急清空與消毒作業規範。

D：未達 C 級標準或未定期(每年)更新資料。

E：不符合上列各項規定者。

備註：未設置販賣部或商店街者，仍應訂有緊急清空與消毒作業規範。

## 七、院內全體員工(含外包工作人員)健康及體溫監測

七.1. 是否有院內全體員工(含外包工作人員)體溫監測計畫及不明原因發燒人員之處理標準作業程序(SOP)。

A：除已訂有院內全體員工(含外包工作人員)體溫監測計畫及不明原因發燒人員之處理 SOP，並有將相關規定納入院內新進員工勤前教育訓練及定期感控複訓教育，並留有資料備查者。

B：除已訂有院內全體員工(含外包工作人員)體溫監測計畫及不明原因發燒人員之處理 SOP，並有將相關規定納入院內新進員工勤前教育訓練，並留有資料備查者。

C：有 SOP，且每年都有更新。

D：有 SOP，但未定期(每年)更新資料。

E：未制定本項 SOP 者。

七.2. 醫事人員及行政工作人員是否有體溫異常監測記錄。

A：除已訂有醫事人員及行政工作人員體溫異常監測記錄之處理標準作業程序(SOP)，並有將相關規定納入院內新進員工勤前教育訓練及定期感控複訓教育，並留有資料備查者。

B：除已訂有醫事人員及行政工作人員體溫異常監測記錄之處理 SOP，並有將相關規定納入院內新進員工勤前教育訓練，並留有資料備查者。

C：留有最近一年到查核日期為止之體溫異常監測完整紀錄。

D：有 SOP，並未留有完整紀錄。

E：未制定本項 SOP 者。

七.3.所有與病患直接接觸之醫療相關工作人員及其他行政工作人員(含外包人力)，均需每年進行胸部 X 光檢查。

A：一年內的胸部 X 光達成率達 100% 者。

B：98% ≤ 一年內的胸部 X 光達成率 < 100%。

C：95% ≤ 一年內的胸部 X 光達成率 < 98%。

D：90% ≤ 一年內的胸部 X 光達成率 < 95%。

E：一年內的胸部 X 光達成率 < 90%。

## 八、個人防護裝備(PPE)(參考查核表附件一)

八.1.醫院是否依不同狀況訂定個人適當防護具使用標準。

A：除已訂有院內全體員工(含外包工作人員)個人適當防護具使用標準。並有將相關規定，納入院內新進員工勤前教育訓練及定期感控複訓教育，並留有資料備查者。

B：除已訂有院內全體員工(含外包工作人員)個人適當防護具使用標準。並有將相關規定納入院內新進員工勤前教育訓練，並留有資料備查者。

C：醫院能出示依疾病管制局公布之建議標準所訂出之符合該醫院需求的防護具使用標準，並且每年更新。

D：有防護具使用標準，但未定期更新者。

E：未制定本項防護具使用標準者。

八.2.醫事人員及其他工作人員是否依所訂標準配戴 PPE。

A：各單位醫事人員及其他工作人員除均依所訂標準配戴 PPE，並有定期設施裝備抽查、人員裝備使用和配合新興傳染病疫情啟動演習訓練的機制，並留有資料備查者。

B：各單位醫事人員及其他工作人員除均依所訂標準配戴 PPE，且有上述三項配套管理措施之一或兩項執行記錄者。

- C：實地查看急診室、氣管鏡室、隔離病房等單位是否均備有 N95 口罩、髮帽、護目設備、面罩、手套、防護衣等裝備。並隨機抽選該單位人員一名檢視其穿戴之 PPE 是否符合該單位應穿戴之標準。
- D：上述有任何一個單位準備任何一項裝備不齊全，或被抽中之人員穿戴之 PPE 未符該單位應穿戴標準。
- E：抽查單位之個人防護裝備不齊全，且被抽中之人員無法正確穿戴 PPE。

八.3.各單位醫護人員是否依不同狀況著適當防護裝備。

- A：除已訂有醫事人員及行政工作人員適當防護裝備使用標準，並有將相關規定納入院內新進員工勤前教育訓練及定期感控複訓教育，並留有資料備查者。
- B：除已訂有醫事人員及行政工作人員適當防護裝備使用標準，並有將相關規定納入院內新進員工勤前教育訓練，並留有資料備查者。
- C：抽問醫護同仁急救插管時及遇到不明原因發燒病患時該有的自我防護裝備而能全部答對者。
- D：抽查單位之個人防護裝備不齊全，或以上抽問無法全部答對者。
- E：抽查單位之個人防護裝備不齊全，且以上抽問無法全部答對者。

八.4.醫院是否依平日醫材消耗情形及安全庫存規定，貯存足量之防疫物資，並定期至 MIS 系統登錄庫存情形。(應備量係依醫院在 MIS 系統之應儲備量進行管控，並請填寫查核表附件二)。

- A：所有防疫物資儲存量均足夠，且未被列入逾期末登錄單位名單者。
- B：某項防疫物資儲存量不足，但於 3 天內補足；或考核期間內逾期末登錄次數 < 3 次。
- C：某一項防疫物資儲存量不足，但於第 3 至第 9 天內補足；或 3 次 ≤ 考核期間內逾期末登錄次數 < 5 次。
- D：某二項防疫物資儲存量不足，但於第 3 至第 9 天內補足；或考核期間內逾期末登錄次數 ≥ 5 次。
- E：三項以上防疫物資儲存量不足；或某項防疫物資儲存量不足 ≥ 10 天，或考核期間內逾期末登錄次數 ≥ 5 次且有防疫物資儲存量不足者。



## 九、隔離病房、急診室、護理站、檢驗室等洗手設備及相關硬體設施

九.1. 隔離病房、急診室、護理站、檢驗室等洗手設備及相關硬體設施之方便性及安全性。

- A：各單位洗手設備及相關硬體設施之方便性及安全性符合規定。並有定期設施裝備抽查、人員裝備使用和定期教育複訓的機制，並留有資料備查者。
- B：各單位洗手設備及相關硬體設施之方便性及安全性符合規定。且有上述三項配套管理措施之一或兩項執行記錄者。
- C：隔離病房每一間均要有洗手設備，急診室及病房每一空間區塊要有一固著式洗手設備，乾洗式洗手設備不能取代固著式洗手設備。未設置隔離病房、急診室及檢驗室之醫院，可查核一般病房護理站。
- D：隔離病房、急診室、護理站及檢驗室有任一個以上之單位洗手設備不足者。
- E：實地訪查之單位二分之一以上洗手設備不足者。

九.2. 是否訂有洗手標準作業程序，並有管控與查核機制。(未設置隔離病房、急診室及檢驗室之醫院，可查核一般病房或呼吸照護病房護理站)。

- A：各受檢查單位均訂有洗手標準作業程序，洗手設備旁並有明顯標示。並有一年內實施設施裝備抽查、人員洗手之頻率與正確性，並有製作教材納入新進員工及在職員工定期教育複訓的重點，並留有資料備查者。
- B：各受檢查單位均訂有洗手標準作業程序，洗手設備旁並有明顯標示。且有上述三項配套管理措施之一或兩項執行記錄者。
- C：各受檢查單位均訂有洗手標準作業程序，洗手設備旁並有明顯標示。但未具備上述各項配套管理措施並留有記錄者，或其標示不符規定 $\leq 10\%$ 。
- D：各受檢查單位均訂有洗手標準作業程序，或 $10\% <$ 洗手設備旁沒有明顯標示者 $\leq 50\%$ 。
- E：各受檢查單位二分之一以上未訂有洗手標準作業程序，或洗手設備旁沒有明顯標示者。

九.3. 隔離病房及急診室是否有區隔之空間供人員更換PPE(包括著裝空間及脫除PPE之空間)及清消，並有空間適當處理人員脫除之PPE及產生之廢棄物。

- A：各隔離病房及急診室有區隔之空間供人員更換 PPE 且設施均符合規定。並有定期設施裝備抽查、人員裝備使用和定期演練複訓的機制，並留有資料備查者。
- B：各隔離病房及急診室有區隔之空間供人員更換 PPE 且設施均符合規定。且有上述三項配套管理措施之一或兩項執行記錄者。
- C：隔離病房及急診室均具備上述二種獨立空間(人員更換 PPE 的空間及處理人員脫除下來之 PPE 的空間)。各醫院在無專屬空間的狀況下，收治疑似傳染病患的處理流程是否妥適。
- D：隔離病房或急診室之一，不具備上述二種獨立空間或缺乏配套應變措施者。
- E：有隔離病房或急診室，但未規劃或擬訂相關感控措施者。
- 本項免填：未設置隔離病房和急診室者，本項免填。

九.4.隔離病房區域是否有良好動線管制。

- A：醫院隔離病房區域，動線規劃符合規定。並有定期設施裝備抽查、人員裝備使用和定期啟動演練的複訓機制，並留有資料備查者。
- B：醫院隔離病房區域，動線規劃符合規定。且有上述三項配套管理措施之一或兩項執行記錄者。
- C：醫院能提出隔離病房區域動線管制規畫書者。查核時未收治需隔離治療病患者，應有書面規範且單位工作人員均瞭解如何落實該管制措施。
- D：醫院隔離病房動線規劃不良，且無隔離病房區域動線管制規畫書，但未收治傳染病患者。
- E：醫院隔離病房動線規劃不良，且無隔離病房區域動線管制規畫書，但有收治傳染病患者。
- 本項免填：未設置隔離病房者，本項免填。

九.5.是否指定專人定期維護傳染病追蹤及感染管制院際橫向聯繫平台，並於每個月 1、15 日落實通報隔離病房使用率及感管人員聯繫名冊。

- A：有專責人員於每個月 1、15 日，上網登錄傳染病追蹤及感染管制院際橫向聯繫平台，且當年度未延遲通報。(衛生局由「傳染病追蹤及感染管制院際橫向聯繫平台」登錄系統中擷取查核期間該醫院延遲通報之次數與醫院本身之通報紀錄比對。)

- B：有專責人員於每個月 1、15 日，上網登錄傳染病追蹤及感染管制院際橫向聯繫平台，且 1 次 $\leq$ 當年度延遲通報之次數 $\leq$ 2 次。
- C：有專責人員於每個月 1、15 日，上網登錄傳染病追蹤及感染管制院際橫向聯繫平台，且 3 次 $\leq$ 當年度延遲通報之次數 $\leq$ 5 次。
- D：有專責人員於每個月 1、15 日，上網登錄傳染病追蹤及感染管制院際橫向聯繫平台，且 6 次 $\leq$ 當年度延遲通報之次數 $\leq$ 12 次。
- E：當年度延遲通報之次數 $>$ 12 次者。

註一：設有隔離病房之醫院，應於每月 1、15 日登入「中央傳染病追蹤監視系統」(網址：<http://203.65.72.43/slow/CA/LoginByCard.asp>)，進入「感染症醫療網」專區維護「隔離病床通報」資料，完成後系統將自動連結至「傳染病追蹤及感染管制院際橫向聯繫平台」頁面，該頁面各項資料亦須定期確認，以維持聯繫管道正確性。如無任何異動亦請送出頁面，即可完成確認程序。本項作業遇例假日得順延至次一工作日。

註二：未設隔離病房之醫院，應於每月 1、15 日維護「傳染病追蹤及感染管制院際橫向聯繫平台」頁面資料，步驟為登入「中央傳染病追蹤監視系統」，點選「聯繫窗口」，選取該院資料即可進行維護。如無任何異動亦請送出頁面，即可完成確認程序。本項作業遇例假日得順延至次一工作日。

註三：衛生局實地查核醫院時，對於初次使用本系統之醫院，若查核人員當場輔導該院感控人員完成系統帳號申請，本項查核結果可勾選為 D；於 96 年 6 月 30 日初查結束前，如該院已自行定期維護各項資料，可改列 C 級以上水準。

九.6.醫院如設有檢驗室，各項安全設施及設備(例如生物安全櫃、高壓滅菌器等)是否定期保養、維護及功能測試，並留有紀錄備查。

- A：檢驗室所有安全設施及設備管理定期保養、維護及功能測試，並留有紀錄備查者比例達 100%。
- B：80% $\leq$ 檢驗室所有安全設施及設備管理定期保養、維護及功能測試，並留有紀錄備查者比例 $<$ 100%。
- C：60% $\leq$ 檢驗室所有安全設施及設備管理定期保養、維護及功能測試，並留有紀錄

備查者比例 < 80%。

D：50% ≤ 檢驗室所有安全設施及設備管理定期保養、維護及功能測試，並留有紀錄備查者比例 < 60%。

E：檢驗室所有安全設施及設備管理定期保養、維護及功能測試，並留有紀錄備查者比例 < 50%。

本項免填：未設置檢驗室，檢體外送檢驗者，本項免填。

九.7. 醫院檢驗室是否辦理相關人員生物安全教育訓練，並留有證書或紀錄備查。

A：安排年度檢驗室所有檢驗相關人員參加內部或外部生物安全相關教育訓練，並留有紀錄備查者比例達 100%。

B：80% ≤ 安排年度檢驗室所有檢驗相關人員參加內部或外部生物安全相關教育訓練，並留有紀錄備查者比例 < 100%。

C：60% ≤ 安排年度檢驗室所有檢驗相關人員參加內部或外部生物安全相關教育訓練，並留有紀錄備查者比例 < 80%。

D：50% ≤ 安排年度檢驗室所有檢驗相關人員參加內部或外部生物安全相關教育訓練，並留有紀錄備查者比例 < 60%。

E：安排年度檢驗室所有檢驗相關人員參加內部或外部生物安全相關教育訓練，並留有紀錄備查者比例 < 50%。

本項免填：未設置檢驗室者，本項免填。

## 十、醫院感染管制及傳染病教育訓練

十.1. 是否辦理院內全體員工(含外包工作人員)感染管制繼續訓練課程，並明訂感染控制相關教育時數和時間表。新進員工半年內需接受 8 小時之傳染病教育訓練(內含 TB 防治至少 1 小時)，其它員工得由醫院或衛生主管機關辦理之相關訓練至少每年 4 小時。

A：醫院全體員工(含外包工作人員)感染管制繼續訓練時數均符合規定。並有透過種子師資培訓，針對病房管理人員、行政部門、工務部門、外包單位、臨時人力…等不同對象六種以上，辦理定期與不定期的感染控制或防護技術的演練，並留有資料備查者。

- B：醫院全體員工(含外包工作人員)感染管制繼續訓練時數均符合規定。並有透過種子師資培訓，針對病房管理人員、行政部門、工務部門、外包單位、臨時人力…等二至五種不同對象，定期與不定期的感染控制或防護技術的演練，並留有資料備查者。
- C：醫院能提出該院員工(含外包工作人員)感染管制繼續訓練課程計畫或本年度的課程表，其中並明訂各類工作人員應接受之課程時數，(例如：本院 95 年各科部醫療專業人員應接受感染管制繼續訓練課程場次與時數，外包工作人員及本院行政單位人員應接受感染管制繼續訓練課程場次及時數等證明文件)，且能提出前一年之統計資料佐證該院去年已達本身訂定之目標與達成比率以供查核人員參考。(區域級含以上醫院可採抽查部分科別或單位至少 3~5 個單位的方式執行之)。醫院全體員工(含外包工作人員)感染管制繼續訓練時數未達標準之比率 $\leq 20\%$ 。
- D： $20\% <$  醫院全體員工(含外包工作人員)感染管制繼續訓練時數未達標準之比率 $\leq 50\%$ 。
- E：醫院全體員工(含外包工作人員)感染管制繼續訓練時數未達標準之比率在 $>50\%$ 。

十.2. 是否有專人負責結核病患衛教工作。(病患人數 $<50$ (人/年)之醫院衛教人員得為兼任)

- A：醫院衛教有專人負責，且該人員具有結核病個案管理師認證，且每年參加結核病防治訓練達 10 小時，針對衛教工作可提出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。(病患人數 $<50$ (人/年)之醫院兼任衛教人員，則應每年參加結核病防治訓練達 10 小時。)
- B：醫院衛教有專人負責，且該人員具有結核病個案管理師認證，或每年參加結核病防治訓練達 10 小時，針對衛教工作可提出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。(病患人數 $<50$ (人/年)之兼任醫院衛教人員則應每年參加結核病防治訓練達 6 小時。)
- C：有專人負責，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。
- D：有專人負責，但無法提出具體衛教內容或成果者。
- E：未指定人員負責。

十.3.是否配合執行中央主管機關指示之感染管制措施，辦理院內工作人員因應人類 H5N1 流感感染防治教育訓練，並達成 80% 以上的工作人員(包括外包人力)均能了解如何防治，且經測試及格。

- A：除 C 級規定項目外，另有自行規劃兩種以上「院內工作人員因應人類 H5N1 流感感染防治教育訓練」、辦理因應相關防治作為配套的演習訓練，開發院內感染控制教育訓練與知識檢測系統等，至少兩項配套宣導措施。
- B：辦理因應人類 H5N1 流感感染防治教育訓練，或積極派員參加相關相關訓練，且院內 81~90%院內工作人員測試合格。
- C：辦理因應人類 H5N1 流感感染防治教育訓練，且院內工作人員測試合格 $\geq$ 80%。
- D：未辦理因應人類 H5N1 流感感染防治教育訓練，或 50% $\leq$ 院內工作人員測試合格比率 $<$ 80%。
- E：不符合上列各項規定者。

## 十一、危機處理

十一.1.是否建立院內集體感染事件發生時之危機處理標準作業程序(SOP)。

- A：除一般院內集體感染事件發生時之危機處理機制外，並有一年以內國內外感染控制相關論文發表、製作教案擴大宣導、擬定各種改善措施持續完整追蹤，且留有紀錄可查者。
- B：除一般院內集體感染事件發生時之危機處理機制外，且有上述各項配套管理措施之一或兩項執行記錄者。
- C：醫院能提出院內集體感染事件發生之 SOP 者。
- D：醫院過去一年內未發生院內集體感染事件，但無法提出院內集體感染事件發生之 SOP 者。
- E：醫院過去一年內曾發生院內集體感染事件，且無法提出院內集體感染事件發生之 SOP 者。

十一.2.是否建立院內集體感染事件發生時接觸者追蹤列管機制。

- A：除一般院內集體感染事件發生時接觸者追蹤列管機制外，並有一年以內協助其它

醫事機構進行疫情調查、接觸者追蹤列管、國內外感染控制相關論文發表、製作教案擴大宣導、擬定各種改善措施持續完整追蹤等具體成果三項以上，並且留有紀錄可查者。

B：除一般院內集體感染事件發生時接觸者追蹤列管機制外，且有上述各項配套管理措施之一或兩項執行成果並有記錄可查者。

C：醫院能提出院內集體感染事件發生時接觸者追蹤列管計劃者。

D：醫院過去一年內未發生院內集體感染事件，但無法提出接觸者追蹤列管計劃之 SOP 者。

E：醫院過去一年內曾發生院內集體感染事件，且無法提出接觸者追蹤列管計劃之 SOP 者。

# 九十六年醫院感染管制查核作業

## 查核結果成績登錄說明

- 一、查核作業完成後，須依本手冊附件二格式登錄個別醫院查核結果，並依作業時程繳交成績電子檔，檔案須為Microsoft Excel格式。96年院感查核成績登錄檔案可逕自疾病管制局網頁下載，網址：

[http://www.cdc.gov.tw/index\\_info\\_info.asp?data\\_id=1754](http://www.cdc.gov.tw/index_info_info.asp?data_id=1754)。

- 二、成績登錄規範：

- (一) 查核結果彙整檔依查核表內容，設有相對應欄位，醫事機構代號、適用表別、評鑑等級、查核日期與查核結果等資料輸入須以數字表示，代碼對照如下表：

欄位名稱	資料型態	資料描述
醫事機構代號	文字	須以文字型態鍵入醫院 10 碼章。
適用表別	文字	1：甲表 2：乙表
評鑑等級	文字	1：醫學中心 6：新制優等 2：區域醫院 7：新制合格 3：地區醫院 8：新制精神科優等 4：精神科醫院 9：新制精神科合格 5：精神專科醫院 ※如為未評鑑醫院，可依其健保特約類別勾選
查核日期	文字	YYMMDD，以民國年進行輸入，例如 96 年 3 月 1 日，請鍵入 960301。
查核項目成果	文字	1：A 2：B 3：C 4：D 5：E 99：本項免填

- (二) 依照上表鍵入查核資料後，將自動計算個別醫院查核成果，並計算合格率及查核分數。另查核結果摘要表計算單項查核項目達成情形，查核結果「A」、「B」及「C」列為符合，「D」與「E」列為不符合，提供衛生主管機關管考依據。

- (三) 檔案所列醫院清單僅供參考，如轄區醫院有所異動，請自行增刪，惟需注意預設公式是否正確。

- 三、96年度查核成果，各縣市衛生局應分別於7月15日、10月31日前提交初查、複查資料送疾病管制局各分局，由分局彙整後送疾病管制局第五組備查。



# 九十六年醫院感染管制查核作業

## 實地查核建議順序

醫院感染管制查核建議依下列順序進行：

### 1. 文書查核

- (1) 前次查核建議事項及分項改善證明(照片或逐項列表說明)。
- (2) 院內感染管制委員會組織章程及院感委員之院長任命令。
- (3) 專任或兼任感染症專科醫師證明。
- (4) 專任或兼任感染管制護理師證明(訓練證明亦可)。
- (5) 最近一年院內感染監視報表、感染管制委員會會議紀錄及決議事項辦理情形。
- (6) 最近一年國際疫情、國內疫情及感染控制資訊擷取紀錄。
- (7) 結核病委員會組織章程及運作紀錄，包括抗結核藥物審核紀錄及結核病患追蹤統計資料。
- (8) 醫院咳嗽監測辦法及最近一年之運作成績。
- (9) 發燒篩檢及不明原因發燒病患處理之標準作業程序(SOP)。
- (10) 最近一年急診檢傷分類站針對不明原因發燒病患之管制及隔離紀錄。
- (11) 住院疑似或確定罹患肺結核病患之定義及隔離措施造冊管理資料。
- (12) 住院疑似或確定接觸傳染或呼吸道傳染法定傳染病病患之定義及隔離措施造冊管理資料。
- (13) 住院確定為結核病之病患院內接觸者健康狀況列管資料。
- (14) 住院確定為接觸傳染或呼吸道傳染法定傳染病之病患院內接觸者健康狀況列管資料。
- (15) 醫院因應新興傳染病之院內感染防治原則或管理之標準作業程序(SOP)。
- (16) 院內全體員工(含外包工作人員)體溫監測計畫。
- (17) 全院員工前一年胸部 X 光檢查統計資料。
- (18) 不明原因發燒人員之處理標準作業程序(SOP)。
- (19) 最近一年醫事人員及行政工作人員體溫異常監測記錄。

- (20)醫院訂定之依不同狀況所須個人適當防護具使用標準。
- (21)醫院防疫物資儲備量資料。
- (22)隔離病房區域動線管制規畫書。
- (23)醫院結核菌檢驗結果統計資料。
- (24)去年及今年院內全體員工(含：外包工作人員及報到半年以內之新進人員)感染管制繼續訓練課程。
- (25)去年及今年院內全體員工(含：外包工作人員及報到半年以內之新進人員)傳染病繼續訓練課程。
- (26)院內集體感染事件發生時之危機處理標準作業程序(SOP)。
- (27)院內集體感染事件發生時接觸者追蹤列管計畫。
- (28)結核病患衛教資料及成果。
- (29)感染性廢棄物委託處理之證明文件。
- (30)該院常見侵入性醫療作業及醫院感染控制的標準作業程序(SOP)。
- (31)該醫院自行辦理因應人類 H5N1 流感防治教育訓練，及照護人員知識檢測成果。

## 2.實地查核急診室(無急診者(3)~(5)項應納入門診查核項目)

- (1)洗手設備查核。
- (2)急診檢傷站及診療台是否留有最新國際疫情資料。
- (3)急診室急救間具有 N95 口罩、頭套、面罩、手套、防護衣等防護裝備及「醫療(事)機構中健康照護工作人員隔離防護措施使用原則」。
- (4)急診室每一空間區塊要有一固著式洗手設備。
- (5)急診室有區隔之空間供人員更換 PPE 及清消，並有空間適當處理人員脫除之 PPE 及產生之廢棄物。
- (6)抽驗急診正或副護理長、急診檢傷人員有關發燒篩檢及不明原因發燒病患處理之標準作業程序(SOP)。
- (7)抽驗急診正或副護理長或第一線工作人員，描述不明原因發燒病患之收治動線。
- (8)抽問一名急診室醫師或急救室當班護理人員，急救插管時及遇到不明原因發燒病患時該有的自我防護裝備。

### 3.實地查核隔離病房。

(1)隔離病房每一間均有洗手設備。

(2)隔離病房有區隔之空間供人員更換 PPE 及清消，並有空間適當處理人員脫除之 PPE 及產生之廢棄物。

### 4.實地查核門診

(1)洗手設備查核。

(2)抽驗門診正或副護理長、任一門診跟診護理人員有關發燒篩檢及不明原因發燒病患處理之標準作業程序(SOP)。

(3)抽驗門診正或副護理長描述不明原因發燒病患收治動線。

(4)門診醫師診療台上均有最新國際疫情資料。

(5)未設置急診室急救間者，其門診需具有 N95 口罩等防護裝備。

(6)未設置急診室者，其門診每一空間區塊要有一固著式洗手設備。

(7)未設置急診室者，其門診需有人員穿脫防護裝備 SOP 及「醫療(事)機構中健康照護工作人員隔離防護措施使用原則」。

### 5.實地查核任何一個病房

(1)洗手設備查核。

(2)抽驗一名病房正或副護理長及一名病房護理人員有關陪病及探病之原則或管理之標準作業程序(SOP)。

(3)病房急救設備具有 N95 口罩、頭套、面罩、手套、防護衣等設備，及「醫療(事)機構中健康照護工作人員隔離防護措施使用原則」。

(4)抽問二名病房護理師急救插管時及遇到不明原因發燒病患時該有的自我防護設備。

(5)病房每一空間區塊要有一固著式洗手設備。

### 6.實地查核微生物實驗室

(1)洗手設備查核。

(2)檢驗室儀器設備之維護保養紀錄。

(3)生物安全櫃之負壓每半年有請廠商檢測一次，並留有檢測合格紀錄。

### 7.實地查核氣管鏡室

(1)洗手設備查核。

(2)氣管鏡室具有 N95 口罩、頭套、面罩、手套、防護衣等設備，及「醫療(事)機構中健康照護工作人員隔離防護措施使用原則」。

#### 8.衛生局該準備的資料

(1)95 年被查核醫院傳染病通報案中漏報/延遲通報之件數。

(2)95 年被查核醫院之建議改善事項。

(3)95 年被查核醫院「地區級以上醫院不明原因發燒群聚監視作業系統」登錄情形。

(4)95 年被查核醫院群聚事件通報及疫調結果。

(5)該醫院查核前六個月隔離病房使用率通報及院際橫向連繫平台通報情形。

# 九十六年醫院感染管制查核作業

## 各縣市衛生局查核醫院行程表(範例)

第一分局  
 第二分局  
 第三分局  
 第四分局  
 第五分局  
 第六分局

縣(市)聯絡人：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

醫院代碼	醫院名稱	評鑑等級	聯絡人	聯絡電話	查核日期及時間	查核人員





# 九十六年醫院感染管制查核作業

## 各縣市衛生局查核醫院通知書(範例)

\_\_\_\_\_醫院，您好：

依據傳染病防治法第三十條第二項「醫療(事)機構應防範機構內感染發生，並不得拒絕提供醫療(事)服務，其經各級主管機關指示執行感染管制、預防接種等防治措施或指定收容傳染病病人者，不得拒絕、規避或妨礙」、第三項「前項醫療(事)機構執行防治措施之項目、主管機關之查核基準及其他相關事項之辦法，由中央主管機關定之」以及「醫療(事)機構傳染病感染管制及預防接種措施查核辦法」(附件一)相關規定，

本局訂於 年 月 日 時 分至 貴院進行 96 年「醫院感染管制查核」。檢附本次查核之查核表及查核基準各乙份(附件二)，請 貴院先行進行自我評核。

另，為利查核進行，請 貴院先備齊下列書面資料，本局將先進行書面資料查核後，再前往 貴院之相關單位實地查核：

- (1)前次查核建議事項及分項改善證明(照片或逐項列表說明)。
- (2)院內感染管制委員會組織章程及院感委員之院長任命令。
- (3)專任或兼任感染症專科醫師證明。
- (4)專任或兼任感染管制護理師證明(訓練證明亦可)。
- (5)最近一年院內感染監視報表、感染管制委員會會議紀錄及決議事項辦理情形。
- (6)最近一年國際疫情、國內疫情及感染控制資訊擷取紀錄。
- (7)結核病委員會組織章程及運作紀錄，包括抗結核藥物審核紀錄及結核病患追蹤統計資料。
- (8)醫院咳嗽監測辦法及最近一年之運作成績。
- (9)發燒篩檢及不明原因發燒病患處理之標準作業程序(SOP)。
- (10)最近一年急診檢傷分類站針對不明原因發燒病患之管制及隔離紀錄。
- (11)住院疑似或確定罹患肺結核病患之定義及隔離措施造冊管理資料。
- (12)住院疑似或確定接觸傳染或呼吸道傳染法定傳染病病患之定義及隔離措施造冊管理



資料。

- (13)住院確定為結核病之病患院內接觸者健康狀況列管資料。
- (14)住院確定為接觸傳染或呼吸道傳染法定傳染病之病患院內接觸者健康狀況列管資料。
- (15)醫院因應新興傳染病之院內感染防治原則或管理之標準作業程序(SOP)。
- (16)院內全體員工(含外包工作人員)體溫監測計畫。
- (17)全院員工前一年胸部 X 光檢查統計資料。
- (18)不明原因發燒人員之處理標準作業程序(SOP)。
- (19)最近一年醫事人員及行政工作人員體溫異常監測記錄。
- (20)醫院訂定之依不同狀況所須個人適當防護具使用標準。
- (21)醫院防疫物資儲備量資料。
- (22)隔離病房區域動線管制規畫書。
- (23)醫院結核菌檢驗結果統計資料。
- (24)去年及今年院內全體員工(含：外包工作人員及報到半年以內之新進人員)感染管制繼續訓練課程。
- (25)去年及今年院內全體員工(含：外包工作人員及報到半年以內之新進人員)傳染病繼續訓練課程。
- (26)院內集體感染事件發生時之危機處理標準作業程序(SOP)。
- (27)院內集體感染事件發生時接觸者追蹤列管計畫。
- (28)結核病患衛教資料及成果。
- (29)感染性廢棄物委託處理之證明文件。
- (30)該院常見侵入性醫療作業及醫院感染控制的標準作業程序(SOP)。
- (31)該醫院自行辦理因應人類 H5N1 流感防治教育訓練，及照護人員知識檢測成果。

# 醫院或人口密集機構群聚感染暨醫院感染管制查核作業

## 查核結果限期改善通知單(範例)

縣(市) \_\_\_\_\_ 醫院 聯絡人：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

醫院地址： 縣 鄉鎮 路 段 巷 弄 號 樓  
市 市區 街

編號	查核未符合項目或建議改善事項		應完成改善期限
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
查核人員於 _____ 年 _____ 月 _____ 日查核貴院時，發現上列查核項目不符規定應改善事項，務請於 _____ 年 _____ 月 _____ 日以前改善完成，否則因違反傳染病防治法第 _____ 條規定，爰依該法第 _____ 條規定處罰新臺幣 _____ 元以上 _____ 以下罰鍰，請確實參辦。			
初查	查核人員		單位負責人 簽 名
複查	查核人員		單位負責人 簽 名

第一聯(綠)：衛生署疾病管制局留存

第二聯(紅)：衛生局留存

第三聯(黃)：醫院或人口密集機構直屬主管機關留存

第四聯(藍)：衛生局函送查核醫院或人口密集機構限期改善

# 九十六年醫院感染管制查核作業

## 各縣市衛生局查核結果通知醫院函(稿)(範例)

○○縣(市)(政府)衛生局 函(稿)

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國 96 年○○月○○○日

發文字號：

速別：

密等：

附件：xx 醫院 96 年醫院感染管制查核結果、96 年醫院感染管制查核結果改善情形追蹤表

主旨：檢送本局 96 年○○月○○○日查核 貴院醫院感染管制及預防接種措施及建議改善事項乙份，請於 96 年○○月○○○日前改善完成(改善期限以二個月為原則)，請 查照。

說明：

- 一、依據醫療(事)機構傳染病感染管制及預防接種措施查核辦法第八條辦理。
- 二、檢附 96 年醫院感染管制及預防接種措施查核結果改善情形追蹤表乙份，請 貴院依限改善完成，並將改善情形填復本局，本局將擇期進行複查。

正本：xx 醫院

副本：衛生署疾病管制局第○分局、本局疾病管制課

## 九十六年醫院感染管制查核作業

### 疾病管制局各區分局複查結果通知各縣市衛生局函(稿)(範例)

#### 衛生署疾病管制局第 分局 函(稿)

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國 96 年○○月○○日

發文字號：衛署疾管 字第 096xxxxxxx 號

速別：普通件

密等：普通

附件：xx 縣(市)九十六年醫院感染管制複查結果

主旨：檢送本局 96 年醫院感染管制查核 貴轄醫院之複查結果及建議改善事項乙份，請持續督導醫院改善完成，請 查照。

說明：

- 一、依據依據傳染病防治法第三十條第二項辦理。
- 二、貴局所轄醫療院所最終改善結果，請依「九十六年醫院感染管制查核各縣市衛生局查核結果彙整表(送交疾病管制局各區分局)」表格更新資料後，於 96 年 10 月 31 日前併同電子檔送交本局，以供本局防疫業務綜合考評參考。

正本：xx 縣(市)(政府)衛生局

副本：本局第一組、第二組、第三組、第四組、第五組、第○分局

# 附件一：咳嗽監測機制流程圖

## 咳嗽監測機制

- 1.適用對象：全院病患
- 2.護理長及各單位主管擔任各單位咳嗽監測負責人

