

102 年度醫院感染管制查核作業查核基準及評分說明

可選	項次	查核基準	評分說明	對應
	1	持續性院內感染管制品質改善		
可	1.1	前次查核缺失及建議事項是否有所改善	<p>A：符合 B 項，且落實執行院內感染管制改善計畫。</p> <p>B：符合 C 項，且符合以下條件：</p> <ol style="list-style-type: none"> 針對前次查核建議事項訂有院內感染管制持續性改善計畫。 前次查核缺失事項已完全改善。 <p>C：前次查核缺失事項已進行改善，且已改善項目比例\geq50%。</p> <p>D：前次查核缺失事項已進行改善，但已改善項目比例$<$50%。</p> <p>E：前次查核缺失事項完全未改善。</p> <p>本項免填：新設立機構第一次接受查核者。</p> <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 有關前次查核缺失事項之認定原則為前年度查核結果評量為 D、E 項目之改善事項均列計。 有關前次查核建議事項之認定原則為前年度查核結果評量為 B、C 項目，以及綜合評語之改善事項均列計。 	※對應 101 年院感查核項次 1.1
	2	實行組織性的感染管制管理		
	2.1	應設立感染管制單位，聘有合格且足夠之感管人力負責業務推行	<p>A：符合 B 項，且符合以下條件：</p> <ol style="list-style-type: none"> 增加配置接受感染症醫學訓練之專科醫師： <ol style="list-style-type: none"> 每 300 床聘有 1 名接受感染症醫學訓練之專任專科醫師。 未滿 300 床醫院，聘有 1 名接受感染症醫學訓練之專任專科醫師。 增加配置感染管制人員： <ol style="list-style-type: none"> 300 床以上醫院，聘有專任感染管制醫檢人員及每 250 床聘有 1 名專任感染管制護理人員。 未滿 300 床醫院，聘有專任感染管制護理人員及專責感染管制醫檢人員。 <p>B：符合 C 項，且符合以下條件：</p> <ol style="list-style-type: none"> 感染管制部門為直接隸屬於院本部(院長室)下的獨立單位。 所有接受感染症醫學訓練之專科醫師及感染管制人員於一年內接受感染管制訓練累 	<p>※對應 102 年醫院評鑑基準項次 2.7.1</p> <p>※對應 101 年院感查核項次 2.1</p>

可選	項次	查核基準	評分說明	對應
			<p>計學分達 20 學分以上。</p> <p>3. 增加配置接受感染症醫學訓練之專科醫師： (1) 300 床以上未滿 500 床之醫院聘有接受感染症醫學訓練之專任專科醫師。 (2) 未滿 300 床醫院，聘有接受感染症醫學訓練之兼任專科醫師。</p> <p>4. 增加配置感染管制人員： (1) 300 床以上醫院，聘有 1 名專責感染管制醫檢人員。 (2) 未滿 300 床醫院，聘有兼任感染管制護理人員。</p> <p>C：</p> <p>1. 設有感染管制部門，應明訂工作職責及組織圖之定位。 2. 聘有接受感染症醫學訓練之專科醫師： (1) 總病床數 500 床(含)以上醫院：每 500 床聘有 1 名接受感染症醫學訓練之專任專科醫師，且至少 50% 於一年內接受感染管制訓練，累計學分達 20 學分以上。 (2) 300 床以上未滿 500 床之醫院：應聘有 1 名接受感染症醫學訓練之兼任專科醫師及由前一年參加專業學會認可之感染管制訓練達 20 學分以上之醫師負責感染管制業務推行。 (3) 未滿 300 床醫院，可由前一年參加專業學會認可之感染管制訓練達 20 學分以上之醫師負責感管業務推行。</p> <p>3. 聘有感染管制人員： (1) 300 床以上醫院，每 300 床聘有 1 名專任感染管制護理人員且至少 50% 於一年內接受感染管制訓練，累計學分達 20 學分以上。 (2) 未滿 300 床醫院，須由前一年參加專業學會認可之感染管制訓練達 20 學分以上之護理人員負責感管業務推行。</p> <p>D：C 項規定有任一項未達成者。 E：未符合上述規定者。</p> <p>【精神科醫院適用以下標準】 A：符合 B 項，且符合以下條件： 1. 增加配置接受感染症醫學訓練之專科醫師： (1) 500 床以上精神科醫院：聘有 1 名接受感染症醫學訓練之專任專科醫師，且於 1 年內接受感染管制訓練累計學分達 20 學分以上。 (2) 300 床以上未滿 500 床醫院：聘有接受感染症醫學訓練之兼任專科醫師。</p>	

可選	項次	查核基準	評分說明	對應
			<p>2. 增加配置感染管制人員：</p> <p>(1) 300 床以上醫院，每 250 床聘有 1 名專任感染管制護理人員。</p> <p>(2) 未滿 300 床醫院，聘有專任感染管制護理人員。</p> <p>(3) 500 床以上醫院聘有專責感染管制醫檢人員，未滿 500 床醫院聘有前一年參加專業學會認可之感染管制訓練達 20 學分以上之醫檢人員，協助感管業務推行。</p> <p>B：符合 C 項，且符合以下條件：</p> <p>1. 感染管制部門為直接隸屬於院本部(院長室)下的獨立單位。</p> <p>2. 所有感染管制人員於一年內接受感染管制訓練累計學分達 20 學分以上。</p> <p>3. 增加配置感染管制人員：</p> <p>(1) 300 床以上醫院，聘有前一年參加專業學會認可之感染管制訓練達 20 學分以上之醫檢人員協助感管業務推行。</p> <p>(2) 未滿 300 床醫院，聘有兼任感染管制護理人員。</p> <p>C：</p> <p>1. 設有感染管制部門，應明訂工作職責及組織圖之定位。</p> <p>2. 聘有接受感染症醫學訓練之專科醫師：</p> <p>(1) 總病床數 500 床(含)以上醫院： 至少有 1 名接受感染症醫學訓練之兼任專科醫師及由前一年參加專業學會認可之感染管制訓練達 20 學分以上之醫師負責感管業務推行。</p> <p>(2) 未滿 500 床之醫院：可由前一年參加專業學會認可之感染管制訓練達 20 學分以上之醫師負責感管業務推行。</p> <p>3. 聘有感染管制人員：</p> <p>(1) 300 床以上醫院，每 300 床聘有 1 名專任感染管制護理人員且至少 50% 於一年內接受感染管制訓練，累計學分達 20 學分以上。</p> <p>(2) 未滿 300 床醫院，須由前一年參加專業學會認可之感染管制訓練達 20 學分以上之護理人員負責感管業務推行。</p> <p>D：C 項規定有任一項未達成者。</p> <p>E：未符合上述規定者。</p> <p>[註]</p> <p>1. 病床數之計算係指醫事管理系統登錄開放之總病床數；若受評機構為合併評鑑之醫院，此處感管人員數之計算係採本院與合併院區或分院於醫事管理系統登錄開放之總病床</p>	

可選	項次	查核基準	評分說明	對應
			<p>數加總列計。</p> <p>2.名詞定義：</p> <p>(1) 接受感染症醫學訓練之專任專科醫師：係指執業登記於本院之醫師，經疾病管制局認可之專業學會甄審感染管制訓練合格，負責推行並執行感染管制相關業務。</p> <p>(2) 接受感染症醫學訓練之兼任專科醫師：係指聘請他院經疾病管制局認可之專業學會甄審感染管制訓練合格的醫師，協助推行感管相關業務；且須有正式聘書及衛生單位之支援報備相關證明。</p> <p>(3) 專任感染管制護理人員：係指執業登記於本院，經疾病管制局認可之專業學會甄審感染管制訓練合格的護理師或護士，全職負責執行感染管制相關業務。</p> <p>(4) 兼任感染管制護理人員：係指聘請他院經疾病管制局認可之專業學會甄審感染管制訓練合格的護理師或護士，協助推行感管相關業務；且須有正式聘書及衛生單位之支援報備相關證明。</p> <p>(5) 專任感染管制醫檢人員：係指執業登記於本院，經疾病管制局認可之專業學會甄審感染管制訓練合格的醫檢師(生)，全職辦理感管相關業務。</p> <p>(6) 專責感染管制醫檢人員：係指執業登記於本院，經疾病管制局認可之專業學會甄審感染管制訓練合格的醫檢師(生)，平時除本職業務外，協助推行感管相關業務。</p>	
	2.2	成立感染管制委員會，有定期開會並有紀錄，且確實執行會議決議事項	<p>A：符合 B 項，且符合以下條件：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 依醫院規模、特殊疫情或院內發生突發感染事件等，適當增加開會之頻率，且成效良好。 2. 落實執行會議相關決議。 <p>B：符合 C 項，且符合以下條件：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 委員會有 1 位曾接受流行病學訓練者。 2. 委員會成員應包含內外科、急診部門、行政部門、護理部門及醫檢部門代表。 3. 感管會議內容包含結核病、抗生素管制及傳染病疫情因應等感管相關議題。 <p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 設有感染管制委員會，具有組織章程及成員資料備查。 2. 委員會主席為醫院主管(院長或副院長，且為醫師)。 3. 至少每 3 個月召開一次會議且有會議紀錄備查，會議紀錄均由院長批示，並有前次會議決議執行報告。 4. 確實執行會議決議，且決議事項均照會相關單位協助執行。 <p>D：C 項規定有任一項未達成者。</p>	<p>※對應 102 年醫院評鑑基準項次 2.7.2</p> <p>※對應 101 年院感查核項次 2.2</p>

可選	項次	查核基準	評分說明	對應
			<p>E：未符合上述規定者。</p> <p>【急性病床 49 床以下醫院適用以下標準】</p> <p>A：符合 B 項，且符合以下條件：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 依醫院規模、特殊疫情或院內發生突發感染事件等，適當增加開會之頻率，且成效良好。 2. 落實執行會議相關決議。 <p>B：符合 C 項，且符合以下條件：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 設有感染管制委員會，具有組織章程及成員資料備查。 2. 委員會主席為醫院主管(院長或副院長，且為醫師)。 3. 感管會議內容包含結核病及抗生素管制等議題。 <p>C：至少每 3 個月召開一次全院性感染管制相關會議且有會議紀錄備查，會議紀錄均由院長批示，並有前次會議決議執行報告。</p> <p>D：未落實 C 項規範。</p> <p>E：未符合上述規定者。</p>	
	3	院內感染管制防治措施		
	3.1	制訂及更新感染管制手冊，定期收集院內感染管制及國際最新傳染病疫情，並確實傳達及執行	<p>A：符合 B 項，且實際抽查臨床工作人員能知悉感染管制手冊施行感染管制措施。</p> <p>B：符合 C 項，且符合以下條件：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 有專人定期蒐集國內外感染管制的相關規定，參考有科學根據之建議事項，並依據醫療院所特性，適時訂定或修訂感染管制手冊。 2. 規劃網路資訊平台定期更新傳染病與感染管制相關資訊。 <p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 制訂感染管制手冊並定期修訂(包括修訂之年月日)；且提供給相關部門確實執行。 2. 手冊內除記載組織體制之外，應記述具體感染管制對策及相關人員的感染處理對策。 3. 手冊記載標準預防措施(standard precaution)，含不同感染途徑預防措施，如：空氣感染預防措施、飛沫感染預防措施、接觸感染預防措施等。 4. 針對醫院服務特性，訂定其他執行各項醫療行為之感染管制標準作業程序，如：侵入性感染管制標準作業程序。 5. 感染管制部門人員能定期利用文獻檢索或網際網路，取得最新疫情資訊，並傳達醫院各單位；工作人員清楚知道可從何處獲得最新感染管制相關資訊。 6. 醫院對於感染管制負責人所執行的資訊提供及教育活動，在經費、人力及場所均能有 	<p>※對應 102 年醫院評鑑基準項次 2.7.3</p> <p>※對應 101 年院感查核項次 3.1</p>

可選	項次	查核基準	評分說明	對應
			實質的支援。 D：C 項規定有任一項未達成者。 E：未符合上述規定者。 [註]科學根據定義如：疾病管制局指引(CDC guidelines)、罹病率和死亡率之週報(the morbidity and mortality weekly report, MMWR)、疾病管制局等。	
	3.2	定期對醫療照護相關感染的發生及其動向開會檢討分析，並訂定改善方案	A：符合 B 項，且落實執行修訂之方案或改善計畫，著有成效。 B：符合 C 項，且符合以下條件： 1. 確實分析數據並定期檢討修訂相關機制、對應措施、感染指標種類等。 2. 針對中央靜脈導管、存留導尿管、呼吸器等侵入性醫療裝置的使用人日數與相關感染密度進行監測，並導入組合式感染管制措施(bundle intervention)。 3. 針對院內發生之感染群突發事件提出改善計畫。 4. 將醫療照護相關感染資料通報至疾病管制局台灣院內感染監視資訊系統。 C： 1. 依醫院之機能及規模，能掌握手術部位感染率及件數，或加護病房等處理重症病人部門之血流感染、尿路感染及肺炎感染率等重要感染指標。 2. 明確訂定迅速察知病房的菌種變化機制，並且採取因應措施。 3. 感染管制指標能回饋相關醫護人員，以致力於改善措施，並制訂具體的改善方案且確實實施。 4. 訂有院內群聚感染發生之危機處理標準作業流程，並針對發生之院內群聚感染事件有調查處理報告。 D：C 項規定有任一項未達成者。 E：未符合上述規定者。 【精神科醫院及未評鑑醫院適用以下標準】 A：符合 B 項，且根據修訂之方案，改善院內感染，著有成效者。 B：符合 C 項，且符合以下條件： 1. 確實分析數據並有具體可行之改善措施。 2. 針對院內發生之感染群突發事件提出改善計畫。 C： 1. 應建置感染管制監測機制。	※對應 102 年醫院評鑑基準項次 2.7.7 ※對應 101 年院感查核項次 3.2

可選	項次	查核基準	評分說明	對應
			2. 應每個月統計及分析院內感染事件，並留存各種報表及呈核紀錄。 3. 定期於院感管制委員會報告監測成果。 4. 訂有院內群聚感染發生之危險處理標準作業流程，並針對發生之院內群聚感染事件有調查處理報告。 D：C 項規定有任一項未達成者。 E：未符合上述規定者。	
	3.3	訂有陪病及探病之原則或管理之標準作業程序	A：符合 B 項，且符合以下條件： 1. 因應特殊疫情，及時修訂陪病及探病之原則或管理之標準作業程序。 2. 落實執行醫院內訂定之各項陪探病管理作業程序。 B：符合 C 項，且納入相關員工在職及勤前教育訓練課程。 C： 1. 訂有完整的陪病及探病管理作業程序(SOP)。 2. 適時檢討更新相關 SOP。 3. 第一線工作人員清楚瞭解陪病及探病規範。 D：C 項規定有任一項未達成者。 E：未符合上述規定者。	※對應 101 年院感查核項次 3.3
可	3.4	有效管理院內用餐、購物環境	A：符合 B 項，且 1. 因應特殊疫情，及時修訂醫院販賣部(商店街)院內感染管制措施。 2. 落實執行醫院內訂定之各項販賣部(商店街)院內感染管制措施。 B：符合 C 項，且 1. 院內用餐區或購物區之工作人員接受在職及勤前感管教育訓練。 2. 適時檢討更新相關 SOP。 C： 1. 院內之用餐或購物區，除應符合衛生等相關法規外，並須就下列事項訂有管理規範如： (1) 醫院員工進入用餐、購物區之管理(如：是否限制穿著隔離衣帽、手術服與手術室拖鞋者之出入等)。 (2) 病人進入用餐、購物區之管理(如：是否限制穿著病人服、推點滴架或有其他輸液或導管者之出入等)。 (3) 用餐、購物區避免病菌污染與傳播之具體作法。 2. 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，其中應包含環境清潔及人員管理等規範。	※對應 102 年醫院評鑑基準項次 1.7.12 C-1 ※對應 101 年院感查核項次 3.4

可選	項次	查核基準	評分說明	對應
			<p>3. 上述 2 項作業應有執行及查核紀錄。</p> <p>D：C 項規定有任一項未達成者。</p> <p>E：未符合上述規定者。</p> <p>本項免填：無設置販賣部(商店街)者。</p> <p>[註]販賣部(商店街)係指院內設有販賣部、商店、餐廳等，並有販賣行為屬之(不包含販賣機)。</p>	
可【試評】	3.5	有效管理院內兒童遊戲區域	<p>1. 針對病房、門診區域設置之兒童遊戲設備，訂有合宜的感染管制規範，適時檢討更新並落實執行。</p> <p>2. 因應特殊疫情，及時修訂醫院兒童遊戲區域感染管制措施。</p> <p>3. 有專責人員管理。</p> <p><input type="checkbox"/>符合</p> <p><input type="checkbox"/>不符合</p> <p>本項免填條件：未設置兒童遊戲區域者。</p>	102 年度新增基準
	4	配合主管機關政策對傳染病進行監測、通報及防治措施		
	4.1	訂有傳染病監視通報機制，並有專人負責傳染病之通報並主動與當地衛生機關連繫	<p>A：符合 B 項，且肺結核通報個案初次痰塗片套數 3 套(含)以上者達 90%。</p> <p>B：符合 C 項，且肺結核通報個案初次痰塗片套數 3 套(含)以上者達 85%。</p> <p>C：</p> <p>1. 具有傳染病監視通報機制，並有專責人員負責通報與聯繫事務。</p> <p>2. 訂有院內傳染病檢體包裝運送相關作業程序，並有專責人員負責傳染病檢體包裝運送業務。</p> <p>3. 傳染病通報之病例數均有統計並建檔，且以網路方式進行傳染病通報。</p> <p>D：C 項規定有任一項未達成者。</p> <p>E：未符合上述規定者。</p> <p>【未通報肺結核個案之醫院適用以下標準】</p> <p>A：符合 B 項，且定期檢討通報機制之適用性。</p>	※對應 101 年院感查核項次 4.1

可選	項次	查核基準	評分說明	對應
			<p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 病例數均有統計並建檔。 2. 以網路方式進行傳染病通報。 <p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 具有傳染病監視通報機制，並有專責人員負責通報與聯繫事務。 2. 訂有院內傳染病檢體包裝運送相關作業程序，並有專責人員負責傳染病檢體包裝運送業務。 <p>D：C 項規定有任一項未達成者。</p> <p>E：未符合上述規定者。</p> <p>註一：傳染病檢體不僅限於運送至衛生單位之疑似法定傳染病檢體，包含一般外送進行微生物等檢驗之檢體。</p> <p>註二：全年度未有傳染病檢體之運送醫院，仍應訂有傳染病檢體包裝運送相關作業程序機制，且熟悉傳染病檢體包裝運送作業流程。</p>	對應
可	4.2	具有痰液耐酸性塗片陽性病 人之相關感管措施	<p>A：C 項經抽查病歷符合者達 95%。</p> <p>B：C 項經抽查病歷符合者達 80%。</p> <p>C：住院病人具有下列感管相關規範措施者：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 於首次耐酸性塗片陽性報告 24 小時內，通知診療醫師。 2. 將報告結果記載於病歷。 3. 使用人工氣道合併呼吸器病人原則上使用密閉式抽痰。 4. 有適當的隔離處置；並具有知會醫療照護工作人員要配戴 N95 以上等級防護裝備照護病人之措施。 <p>D：C 項規定有任二項未達者。</p> <p>E：未符合上述規定者。</p> <p>本項免填：無痰液耐酸性塗片陽性報告之住院病人。</p>	※對應 101 年院感查核 項次 4.2
	4.3	有專人負責結核病個案管理 及衛教工作	<p>A：符合 B 項，且符合以下條件：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 列管中照護之結核病新案(含新發現及重開案)每 100 人，設置專職結核病個案管理專員 1 人。 2. 列管中之結核病個案(不含單純肺外結核個案及外勞)有納入健保專案管理達 90% 以上，並於中央傳染病追蹤管理系統記載用藥與檢驗紀錄。 	※對應 101 年院感查核 項次 4.3

可選	項次	查核基準	評分說明	對應
			<p>B：符合 C 項，且符合以下條件：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 有專職結核病個案管理專員負責結核病個案管理工作。 2. 負責結核病衛教人員，若為結核病個案管理專員進階訓練合格者，每年接受結核病防治訓練達 6 小時；未取得結核病個案管理專員進階訓練合格者，則需每年接受結核病防治訓練達 10 小時。 3. 列管中照護之結核病新案(含新發現及重開案)為 49(含)例以下，設置專責人員。 <p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 有專責人員負責結核病個案管理工作。 2. 有專責人員負責結核病衛教工作，並有具體衛教內容及成果者，如衛教項目、對象、方式、接受衛教人數等。 <p>D：未落實 C 項規範。</p> <p>E：未符合上述規定者。</p> <p>【未收治結核病個案醫院適用標準】</p> <p>A：符合 B 項，且執行成效良好。</p> <p>B：符合 C 項，且符合以下條件：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 負責結核病衛教人員每年接受結核病防治訓練時數達 10 小時者。 2. 各項衛教資源、教材資料豐富。 <p>C：指派專責人員負責結核病衛教工作，並有具體衛教內容及成果者，如衛教項目、對象、方式、接受衛教人數等。</p> <p>D：未落實 C 項規範。</p> <p>E：未符合上述規定者。</p> <p>註：名詞定義</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.專職：係指聘請經疾病管制局認可之專業個案管理師，全職辦理結核病個案管理相關業務。 2.專責：專門負責個案管理業務，但不限定該業務為其專職或兼職。 	
	4.4	具有結核病診治機制	<p>A：符合 B 項，且每個月開會討論結核病病例治療現況，並有後續追蹤列管紀錄。</p> <p>B：符合 C 項，且以胸腔科或感染科主任或感染管制部門主管或副院長以上層級擔任結核病委員會主任委員。</p>	※ 對應 101 年院感查核項次 4.4

可選	項次	查核基準	評分說明	對應
			<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 有成立常規運作的結核病委員會，前一年通報病例 < 50 例者，可由感染管制委員會兼辦結核病防治業務，並有後續追蹤列管紀錄。 2. 收治 ≥ 50 例結核病例之醫院，至少每三個月開會一次報告收治中之結核病病例診治現況，並有後續追蹤列管紀錄。 3. 結核病委員會平時負責審核院內開出之抗結核藥物處方。 <p>D：C 項規定有任一項未達成者。</p> <p>E：未符合上述規定者。</p> <p>【未收治結核病個案醫院適用標準】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 有個案發現的標準作業流程。 2. 依常規執行住院病人胸部 X 光檢查。 3. 門診病人接觸史及結核病疑似症狀問診、胸部 X 光及痰液相關檢查。 4. 留有相關紀錄文件備查。 <p>A：上述項目全部達成者。</p> <p>B：達成 3 項指標者。</p> <p>C：達成 2 項指標者。</p> <p>D：達成 1 項指標者。</p> <p>E：未符合上述規定者。</p>	
	4.5	住院確定為結核病之病人，有完整的院內接觸者的追蹤資料	<p>A：符合 B 項所有指標者。</p> <p>B：符合 C 項，且有達到下列指標一至二項者：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 對痰抹片陰性，但培養鑑定為結核分枝桿菌病人且個案於住院期間曾進行會產生飛沫微粒之醫療處置(aerosol-generating procedures)，或結核病多重抗藥性個案之院內接觸者，可提出追蹤列管相關資料之比率。 2. 針對身為醫院工作人員之院內接觸者，有主動提供結核病感染的診斷及治療。 3. 對院內接觸者仍持續追蹤，當其於追蹤期間出院，有主動轉介至轄區衛生主管機關持續追蹤。 4. 對身為醫院工作人員之院內接觸者，當員工於追蹤期間離職，有主動轉介至轄區衛生主管機關接續追蹤之機制。 <p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 訂有完整的接觸者追蹤機制。 	※ 對應 101 年院感查核項次 4.5

可選	項次	查核基準	評分說明	對應
			<p>2. 痰抹片陽性結核病人之院內接觸者中，有提出追蹤列管相關資料之比例$\geq 90\%$。</p> <p>3. 有將此機制納入員工在職及勤前教育訓練課程。</p> <p>D: 痰抹片陽性結核病人之院內接觸者中，有提出追蹤列管相關資料之比例介於 50%-89%。</p> <p>E: 未符合上述規定者。</p> <p>註一：院內接觸者係指：指標個案未配戴外科口罩同病室的其他病人、家屬及醫療照護工作人員，且未佩戴 N95 口罩以上等級防護裝備與指標病人接觸一天內 8 小時(含)以上或於指標病人可傳染期期間累積 40 小時者，可傳染期之核計以「病人有呼吸道症狀日或痰抹片陽性採痰日」的前三個月起算；特殊個案由診療醫師舉證相關資料及說明，經衛生主管機關提報病例審查委員會依其臨床證據判定可傳染期。</p> <p>註二：痰抹片陽性肺結核病人之院內接觸者係指住院個案於入院當時尚未診斷為肺結核，但住院一段期間後才因痰抹片陽性而隔離，自其入院至隔離這段期間，有與其接觸之醫院工作人員及同一病室之病人須列為追蹤者。</p> <p>註三：痰抹片陰性但培養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肺結核病，但其住院一段期間後才因痰培養陽性而隔離或甚至在結果驗出前已出院，且個案於住院期間曾進行會產生飛沫微粒之醫療處置(aerosol-generating procedures)，或多重抗藥性個案，自病人入院之日至隔離或出院之日這段期間，有接觸該病人之醫院工作人員及同一病室之病人須列為追蹤者。</p> <p>註四：會產生飛沫微粒之醫療處置(aerosol-generating procedures)包含下列項目：支氣管鏡檢查、呼吸道插管、引發咳嗽取痰/噴霧吸藥的醫療過程、抽吸呼吸道分泌物、使用高速器材進行病理解剖或肺部手術</p> <p>註五：院內接觸者列管係指：(1)皆列有名冊並有接受衛教(如：結核病防治知識、二年內若有疑似結核病症狀應儘速就醫檢查等)。(2)接觸者身分為同一病室病人，需配合疫調提供名單予公衛人員列管追蹤；身分為醫院工作人員應追蹤列管二年，並每年按規定進行胸部 X 光檢查。(3)若出現疑似聚集事件，則依專家委員會建議追蹤事項辦理。</p> <p>註六：無住院一段期間後才被確定之住院確定結核病病人者，仍應有「院內接觸者」追蹤列管機制。具有正確完整機制者可勾選為 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。</p>	對應
4.6	防疫物資貯存符合規定		<p>A: 符合 B 項，且未被列入逾期未登錄單位名單。</p> <p>B: 符合 C 項，且防疫物資貯存、領用及耗損留有完整記錄備查。</p>	※ 對應 101 年院感查核

可選	項次	查核基準	評分說明	對應
			<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 防疫物資(N95 口罩、防護衣、外科手術口罩)儲存量符合「防疫物資及資源建置實施辦法」相關規定。 2. 防疫物資儲存條件(溫度、濕度、置於貨架、分類貯存及使用紀錄)符合規定。 3. 定期登錄防疫物資管理資訊系統(MIS)，逾期登錄次數<3 次。 <p>D：C 項規定有任一項未達成者。</p> <p>E：未符合上述規定者。</p>	項次 4.6
	5	發燒篩檢、動線規劃、隔離措施、追蹤調查及危機處理		
	5.1	應訂有合適之隔離措施及動線規劃，且訂有大規模感染事件發生之應變計畫，並確實執行	<p>A：符合 B 項，且符合以下條件：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 確實執行並定期檢討修訂相關機制及因應措施。 2. 主動協助社區醫院之感染管制及新興傳染疾病之病人收治，並協助防疫工作。 3. 儲備足夠應付大規模感染事件之受訓合格人員。 <p>B：符合 C 項，且符合以下條件：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 防護裝備的使用方法及步驟正確，依不同情況著適當防護裝備，可抽問醫護同仁急救插管時及遇到不明原因發燒病人時該有的自我防護裝備。 2. 定期辦理 PPE 教育訓練及動線之實地或桌上演習訓練。 3. 擬定大規模感染事件發生時，支援單位及人員之訓練課程及受訓計畫。 <p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 病人就診動線規劃適當；急診、門診依不同狀況訂定符合實務需求的個人防護裝備(personal protection equipments, PPE)使用標準。 2. 訂有急診、門診發燒篩檢及不明原因發燒病人處理標準作業程序，且第一線工作人員均瞭解。 3. 急診、門診有提示醫師詢問旅遊史(travel history)、職業別(occupation)、接觸史(contact history)及是否群聚(cluster)之機制。 4. 收治疑似或確定傳染病病人，其人員穿脫 PPE 及廢棄物清理之動線規劃適當，並有適當的配套處理措施。 5. 訂有疑似或確定之傳染病個案隔離措施及接觸者疫調追蹤標準作業程序。 6. 若有負壓隔離病室，應能明確顯示負壓狀況(負壓：內部壓力低於外面壓力)及負壓值，並有維護保養檢測紀錄；負壓隔離病房區域應具有良好動線管制。 7. 如有新興傳染病疫情發生時，應依照衛生主管單位的最新規定，執行防疫措施及動線 	<p>※對應 102 年醫院評鑑基準項次 2.7.8</p> <p>※對應 101 年院感查核項次 5.1</p>

可選	項次	查核基準	評分說明	對應
			規劃。 8. 訂有大規模感染事件發生之應變計畫，擬定支援單位的原則及序位，以及支援人數的合理推估。 D：C 項規定有任一項未達成者。 E：未符合上述規定者。	
	5.2	因應異常事件或群突發訂有緊急調床與消毒作業規範	A：符合 B 項，且執行成效良好。 B：符合 C 項，且符合以下條件： 1. 納入員工在職教育訓練課程。 2. 定期辦理實地或桌上演習訓練。 C：針對異常事件或群突發時，訂有緊急關閉、部分清空、收治與消毒作業規範。 D：未落實 C 項規範。 E：未符合上述規定者。	※對應 101 年院感查核項次 5.2
	6	員工保護措施		
	6.1	訂有醫療照護人員預防接種、體溫監測及胸部 X 光檢查等保護措施，並據以落實執行	A：符合 B 項，且檢討醫療照護人員被感染原因，避免或減少類似事件發生。 B：符合 C 項，且符合下列條件： 1. 落實預防接種防疫措施，並將 MMR 疫苗納入醫院執行之預防接種計畫項目。 2. 胸部 X 光檢查達成率達 95% 以上。 C： 1. 訂有醫療照護人員預防接種防疫措施。 2. 對於因暴露於傳染病人而遭受感染之醫療照護人員，醫院應立即為該員進行緊急處理，給予必要預防感染藥物，並列管追蹤。 3. 訂有院內全體醫療照護人員體溫監測計畫，並有異常追蹤及處理機制。 4. 每年至少 90% 與病人直接接觸之醫療照護人員及其他常駐工作人員(含外包人力)完成胸部 X 光檢查，並有檢查結果追蹤及異常處理紀錄。 5. 提供醫護人員領有醫療器材許可證之合格口罩與手套。 D：C 項規定有任一項未達成者。 E：未符合上述規定者。 [註] 1. 達成率之計算得扣除經評估不適合接受胸部 X 光檢查之醫療照護人員；常駐人員係指	※對應 102 年醫院評鑑基準項次 2.7.6 ※對應 101 年院感查核項次 6.1

可選	項次	查核基準	評分說明	對應
			<p>在該院累計達 3 個月以上之人員。</p> <p>2. 有關「預防接種」之內容，應至少包含「B 型肝炎疫苗」、「流感疫苗」；其他疫苗則依疾病管制局訂定「醫療照護人員預防接種建議」，由醫院依屬性、規模及照護對象特性等因素評估感染風險與相關措施之成本效益，規劃員工預防接種計畫。</p>	
	6.2	對於暴露於病人血液、體液及尖銳物品扎傷事件的預防及處置（包含切傷等其他出血）訂有作業流程	<p>A：符合 B 項，且符合以下條件：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 對個案有詳盡的列管追蹤紀錄，檢討發生原因，有效執行尖銳物品扎傷之預防。 2. 於急診、急救室、加護病房、手術室、透析病床、愛滋病房、感染科病房及高危險群病人全面使用合於規定之安全針具。 <p>B：符合 C 項，且符合以下條件：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 有尖銳物品扎傷事件發生後之追蹤機制，確實執行。 2. 於急診、急救室、加護病房、手術室、透析病床、愛滋病房、感染科病房及高危險群病人使用安全針具比率達 60% <p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 推廣於具有被感染之高風險醫療行為(如：抽血、注射)使用安全針具。 2. 於急診、急救室、加護病房、手術室、透析病床、愛滋病房、感染科病房及高危險群病人使用安全針具比率達 20%。 3. 進行採血或靜脈穿刺，或處理血液、體液等檢體時，應遵循標準防護措施採取感染管制對策(使用手套、洗手等)。 4. 工作人員有可能接觸，或被病人的血液、體液或分泌物飛濺之風險時，工作人員應依其風險穿戴防護用具，如：面罩、眼罩(eye-shield)或護眼鏡(goggle)、隔離衣(必要時要有防水)等。 5. 各醫療單位、病房及護理站應具有能安全處理感染性廢棄物及針類廢棄物的容器。 6. 工作人員應明確知悉採血後的針頭及注射器之處理步驟。 7. 對有可能接觸到血液、體液的工作人員，若 B 型肝炎表面抗原及表面抗體為陰性者，施行 B 型肝炎疫苗接種。 8. 應明確訂定暴露於 HIV 危險環境時之相關處理流程，受針扎者應依醫囑儘速於「台灣地區愛滋病防治工作手冊」之「職業暴露愛滋病毒後之處理原則」進行處理。 <p>D：C 項規定有任一項未達成者。</p> <p>E：未符合上述規定者。</p> <p>[註]</p>	<p>※對應 102 年醫院評鑑基準項次 2.7.5</p> <p>※對應 101 年院感查核項次 6.2</p>

可選	項次	查核基準	評分說明	對應
			<p>所提尖銳物扎傷處理流程中「愛滋病指定醫院」及「非愛滋病指定醫院」處理流程之作業重點如下：</p> <p>(1)愛滋病指定醫院：由感染科醫師先瞭解扎傷之狀況及血液交流情形，評估是否需使用抗愛滋病毒預防性用藥，若指定醫院之醫師仍有疑義，應尋求針扎處理專線協助(可透過 1922 民眾疫情通報及諮詢專線轉針扎處理專線)，與針扎處理諮詢醫師共同評估是否需使用抗愛滋病毒預防性用藥，若需進行預防性用藥，需儘快於扎傷後 24 小時內服藥(最晚不應超過 3 日)。</p> <p>(2)非愛滋病指定醫院：感染科或其他科醫師應先瞭解扎傷之狀況及血液交流情形，再撥打針扎處理專線諮詢(可透過 1922 民眾疫情通報及諮詢專線轉針扎處理專線)，若評估需進行預防性用藥，需於扎傷後 24 小時內轉介至愛滋病指定醫院。</p>	
	7	為降低感染風險，提供安全、乾淨、合宜的照護環境		
	7.1	院內應有充足且適當之洗手設備，訂有手部衛生作業程序且有管控與稽核機制	<p>A：符合 B 項，且符合以下條件：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 由副院長級(含)以上領導推動全院手部衛生運動。 2. 提報手部衛生正確率與遵從率，並進行分析檢討改進，且執行成效良好。 <p>B：符合 C 項，且符合以下條件：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 臨床單位曾以品管手法如品管圈、標竿學習、專案改善或 PDCA 等方式推動手部衛生。 2. 訂有手部衛生稽核機制，定期稽核手部衛生遵從性及正確性等指標，並留有紀錄備查。 <p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 濕洗手設備之位置及數量合乎實際需要且功能良好，並於設備旁有正確洗手步驟之標示。 2. 醫療照護相關單位濕洗手設備應設置非手控式水龍頭，如：肘動式、踏板式或感應式水龍頭等，並備有液態皂、手部消毒劑及擦手紙，或備有具去污作用之手部消毒劑及擦手紙。 3. 備有方便可及且數量足夠之酒精性乾性洗手液。 4. 醫療照護人員在：(1)接觸病人之前、(2)執行清潔/無菌操作技術之前、(3)有暴露病人體液風險之後、(4)接觸病人之後、(5)接觸病人週遭環境之後，應確實洗手(洗手可包括乾洗手)。 <p>D：C 項規定有任一項未達成者。</p> <p>E：未符合上述規定者。</p>	<p>※對應 102 年醫院評鑑基準項次 2.7.4</p> <p>※對應 101 年院感查核項次 7.1</p>
	7.2	確實執行衛材、器械、機器	A：符合 B 項，且定期探討及分析滅菌過程或外包業務，如有異常情況應進行檢討及改善。	※對應 102

可選	項次	查核基準	評分說明	對應
		之滅菌及清潔管理	<p>B：符合 C 項，且符合下列條件：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 各項監測有持續性紀錄。 2. 工作人員清楚各項指標意義及處理異常情況。 <p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 滅菌過的物品應保管於空調較佳處之架子上或有門扇之櫥櫃內；消毒物品能依物品名稱及消毒先後置放。 2. 自行執行衛材、器械、機器之滅菌及清潔者： <ol style="list-style-type: none"> (1) 各類物品之包裝、消毒、滅菌及有效期間均訂有標準。 (2) 以高壓蒸汽滅菌時，生物指示劑至少每週施行 1 次，若為抽真空式滅菌器，抽真空測試應每天施行，並有紀錄可查。 (3) 自行滅菌之衛材包、器械包，每包內側及外側均應有化學指示劑(如：包外消毒色帶、包內化學指示條)及標示有效日期，並讓使用者知悉。 (4) 環氧乙烷氣體 (Ethylene Oxide gas)滅菌時，每鍋次均使用生物指示劑(如：快速判讀生物培養苗)，設置場所應有 EO 濃度監測儀或警示儀(detector)，以防止 EO 外洩並能及時處理。 (5) 滅菌過程發生異常，應有相關處理規範。 (6) 消毒滅菌相關設備應定期保養，並有紀錄備查。 (7) 衛材、器械消毒滅菌相關設備故障時，可迅速處理。 3. 若使用拋棄式器材，或因適當理由，將部分衛材、器械滅菌業務外包或由物流公司配送時，應妥善監控品質及進行例行性稽查，並有紀錄備查。 <p>D：C 項規定有任一項未達成者。</p> <p>E：未符合上述規定者。</p>	<p>年醫院評鑑基準項次 2.7.14</p> <p>※對應 101 年院感查核項次 7.2</p>
可	7.3	供應室應配置適當人力，清潔區及污染區應做區隔且動線規劃合宜	<p>A：符合 B 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 建立機制定期探討及分析，如有異常情況應進行檢討及改善。 2. 供應室空調設置符合感管原則。 <p>B：符合 C 項，且落實執行及定期監測供應室溫度及濕度，並有紀錄備查。</p> <p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 確保必要人力之充足並有專責人員負責衛材、器械之消毒與管理業務，並有護理人員監督。 2. 主管應出席感染管制委員會，必要時專責人員應共同出席。 3. 若設有滅菌設備，應由合格人員操作。 	<p>※對應 102 年醫院評鑑基準項次 2.7.15</p> <p>※對應 101 年院感查核項次 7.3</p>

可選	項次	查核基準	評分說明	對應
			<p>4.處理物品時，工作人員需穿戴合適之防護用具。</p> <p>5.滅菌過的物品需使用清潔並加蓋之推車搬運及配送(滅菌物品和回收物品之置放車要區分)。</p> <p>6.供應室環境整潔，清潔區及污染區應有適當的區隔，且有合宜的動線規劃。</p> <p>D：C 項規定有任一項未達成者。</p> <p>E：未符合上述規定者。</p> <p>本項免填：急性一般病床 99 床(含)以下之非精神科醫院，且未設置供應室者。</p>	對應
可	7.4	定期環境監測與醫材管理機制	<p>A：符合 B 項，且執行成效良好。</p> <p>B：符合 C 項，且符合以下條件：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.定期檢討，研訂改進措施並確實落實，有紀錄備查。 2.肺功能室具負壓或抽風等設備，且有維護保養紀錄。 3.若有加護病房、器官移植或骨髓移植等高風險病人居住的區域，訂有院內退伍軍人病防治計畫。 <p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.軟式內視鏡(包括腸胃鏡、氣管鏡等)或無法以高溫高壓滅菌之內視鏡等相關器械、設備之清洗消毒訂有標準作業流程，並由專人負責且確實執行。 2.每個使用日前應監測軟式內視鏡等相關器械、設備之清洗消毒液有效濃度，並有紀錄。 3.氣管鏡室具負壓或抽風等設備，且有維護保養紀錄。 <p>D：C 項規定有任一項未達成者。</p> <p>E：未符合上述規定者。</p> <p>本項免填：未設置內視鏡、氣管鏡室及肺功能室，本項免填；但若有上述任一單位，本項不得免填</p> <p>[註]器官移植係指心臟、胰臟、腎臟、肝臟、肺臟移植。</p>	<p>※對應 102 年醫院評鑑基準項次 2.7.13</p> <p>※對應 101 年院感查核項次 7.4</p>
可	7.5	定期辦理檢驗室各項安全設施及設備保養、維護、功能測試及相關之安全防護教育訓練	<p>A：符合 B 項，且針對異常事件或實務演練結果進行探討及改善，執行成效良好。</p> <p>B：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.符合 C 項，且各項安全設施及設備運作功能正常 2.檢驗單位若有生物安全第二等級以上實驗室，應有安全防護實務操作演練。 3.檢驗單位若有結核病負壓實驗室或生物安全第三等級實驗室，應出具主管機關實驗室 	<p>※對應 101 年院感查核項次 7.5</p>

可選	項次	查核基準	評分說明	對應
			<p>生物安全查核無缺失或已完成改善之證明，或主管機關同意其改善計畫之證明。</p> <p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 訂有檢驗室安全設施(如生物安全櫃、高壓滅菌器)及設備保養維護計畫，且有實際保養維護紀錄。 訂有檢驗室人員接受安全防護教育訓練課程，並有相關資料備查。 實驗室安全防護及流程等相關訊息發予相關同仁，並確實執行。 <p>D：C 項規定有任一項未達成者。</p> <p>E：未符合上述規定者。</p> <p>本項免填：未設置檢驗室者。</p>	
	8	醫院感染管制及傳染病教育訓練		
	8.1	訂有完善的員工感染管制教育訓練計畫	<p>A：符合 B 項，且有測驗之機制，確認人員之在職教育訓練成效良好。</p> <p>B：符合 C 項，且符合以下條件：</p> <ol style="list-style-type: none"> 醫院全體員工(含外包工作人員)感染管制繼續訓練時數符合達標準之比例應$\geq 95\%$。 醫院全院員工(含外包工作人員)感染管制教育訓練活動內容品質良好，且紀錄詳實。 <p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 訂有完整的員工感染管制及傳染病教育訓練計畫，內容包括對標準防護措施、感染途徑別防護措施、防止職業感染事故、群突發之偵測與處理、院內常見微生物介紹、臨床上抗生素使用原則等，並配合主管機關政策調整訓練內容。 明訂在職教育及職前教育訓練時數和時程表，新進員工半年內應接受 6 小時之感染管制及傳染病教育訓練(內含 TB 防治至少 1 小時)。 醫院全體員工(含外包工作人員)，參與感染管制及傳染病教育訓練至少每年 3 小時(內含 TB 防治課程內容)，且感染管制訓練時數符合達標準之比率$\geq 80\%$。 <p>D：C 項規定有任一項未達成者。</p> <p>E：未符合上述規定者。</p>	<p>※對應 102 年醫院評鑑基準項次 1.4.10</p> <p>※對應 101 年院感查核項次 8.1</p>
	8.2	配合衛生主管機關，辦理因應傳染病防治教育訓練	<p>A：符合 B 項，且有建置院內醫事人員知識檢測平台，執行成效良好。</p> <p>B：符合 C 項，且具有多項配套宣導措施，如依人員別設計教育教材教案。</p> <p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 訂有傳染病之防治教育訓練計畫，並依國際最新資訊修正內容。 具有測驗機制，確認人員(含外包人力)在職訓練成效良好。 	<p>※對應 101 年院感查核項次 8.2</p>

可選	項次	查核基準	評分說明	對應
			D：C 項規定有任一項未達成者。 E：未符合上述規定者。	
	9	抗生素抗藥性管制措施		
	9.1	應有抗生素使用管制措施及執行情形記錄表	A：符合 B 項，且符合下列條件： 1. 醫院設置抗生素檢核資訊系統，於醫師開立抗生素處方時有提醒機制。 2. 分析不符合抗生素使用管制之情況，並提出改善措施，確實執行。 3. 不適宜的抗生素使用率下降。 B：符合 C 項，且符合下列條件： 1. 對所有管制類抗生素使用均有審查。 2. 有審查機制，落實分析檢討及改善。 C： 1. 每半年至少辦理 1 次以上全院性「適當使用抗生素」之講習，且臨床醫師每年至少參加一次。 2. 醫院訂有抗生素使用管制措施，且醫師可隨時查閱如何適當使用抗生素之資料。 3. 對所有類別抗生素之使用情形均有適當監測機制。 4. 非管制性抗生素使用情形合理：隨機審查病歷，各項有關病人使用非管制性抗生素之情況，應於病歷中詳載。 (1) 有多種器官嚴重疾病或感染可能之危急病人、在其他醫院治療感染症無效而轉入本院、院內感染肺炎、有免疫不全現象等情況下，無正當理由仍然使用第一線狹效抗生素。 (2) 第一線狹效抗生素使用 3 天無效，無正當理由仍然繼續使用。 (3) 未依感染部位選用適當抗生素，如腹腔內的厭氧菌。 (4) 社區感染無正當理由仍使用明顯療效不足之藥物。 (5) 使用的劑量未考慮到病人體重及肝腎功能。 5. 管制性抗生素使用情形合理：隨機審查病歷，各項有關病人使用管制性抗生素之情況，應於病歷中詳載。 (1) 臨床狀況明顯為輕症或無症狀，但使用廣效感染性抗生素，且無正當理由。 (2) 無正當理由同時使用 3 種以上抗生素。 (3) 使用藥物的種類不符合國內外抗生素治療指引。 (4) 使用的劑量未考慮病人體重及肝腎功能。 D：C 項規定有任一項未達成者。	※對應 102 年醫院評鑑基準項次 2.7.9 ※對應 101 年院感查核項次 9.1

可選	項次	查核基準	評分說明	對應
			<p>E：未符合上述規定者。</p> <p>【精神科醫院用以下標準】</p> <p>A：符合 B 項，且針對不符合抗生素使用原則之現況進行分析並提出改善措施，且有檢討紀錄。</p> <p>B：符合 C 項，且符合以下條件：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 對所有管制類抗生素使用均有審查者。 2. 有完整審查機制，並皆有分析檢討並提出改善。 <p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 醫院訂有抗生素使用管制措施。 2. 醫師可隨時查閱如何適當使用抗生素之資料。 <p>D：C 項規定有任一項未達成者。</p> <p>E：未符合上述規定者。</p>	
可	9.2	正確使用手術預防性抗生素	<p>隨機審查病歷，各項有關病人使用預防性抗生素之情況，應於病歷中詳載。</p> <p>A：訂有預防性抗生素使用監測及改善機制，且執行成效良好。</p> <p>B：符合下列全部者。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 需用預防性抗生素時，應在手術劃刀前 1 小時內，給予第一劑預防性抗生素(剖腹產則可在臍帶結紮切除後立即給予預防性抗生素)。 2. 選藥時應符合我國抗生素使用指引。 3. 劑量應與體重相符。 4. 手術中視必要(考慮藥物動力學)追加抗生素。 5. 一般清淨手術後，於術後不再繼續使用抗生素，重大手術抗生素使用時間不超過 24 小時，若大於 24 小時需於病歷上註明原因。 <p>C：符合上述第 1-4 項者。</p> <p>D：C 項規定有任一項未達成者。</p> <p>E：未符合上述規定者。</p> <p>【急性病床 49 床(含)以下醫院】：隨機審查病歷。</p> <p>A：符合下列全部者。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 需用預防性抗生素時，應在手術劃刀前 1 小時內，給予第一劑預防性抗生素(剖腹產則可在臍帶結紮切除後立即給予預防性抗生素)。 	<p>※對應 102 年醫院評鑑基準項次 2.7.10</p> <p>※對應 101 年院感查核項次 9.2</p>

可選	項次	查核基準	評分說明	對應
			<p>2. 選藥時應符合國內外抗生素使用指引。</p> <p>3. 劑量應與體重相符。</p> <p>4. 手術中視必要（考慮藥物動力學）追加抗生素。</p> <p>5. 一般清淨手術後，於術後不再繼續使用抗生素，重大手術抗生素使用時間不超過 24 小時，若大於 24 小時需於病歷上註明原因。</p> <p>B：符合上述第 1-3 項者。</p> <p>C：符合上述第 1-2 項者。</p> <p>D：C 項規定有任一項未達成者。</p> <p>E：未符合上述規定者。</p> <p>本項免填：精神科醫院及一般病床（急性一般與慢性一般病床合計）99 床（含）以下且未設有手術室者。</p>	
可	9.3	門診抗生素使用情形合理	<p>隨機審查病歷。</p> <p>A：訂有門診抗生素使用監測及改善機制，且執行成效良好。</p> <p>B：符合下列全部者。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 有需要才用抗生素；使用抗生素時，病歷上應說明用藥理由。 2. 一般明顯急性感冒不可使用抗生素。 3. 抗生素使用種類及劑量合理，並有考慮病人體重及肝腎機能。 4. 抗生素使用期間合理，如有異常時，應於病歷上說明。 <p>C：符合上列第 1-3 項者。</p> <p>D：C 項規定有任一項未達成者。</p> <p>E：未符合上述規定者。</p> <p>本項免填：精神科醫院</p>	<p>※對應 102 年醫院評鑑基準項次 2.7.11</p> <p>※對應 101 年院感查核項次 9.3</p>
可	9.4	對多重抗藥性菌種作有效的管理及通報	<p>A：符合 B 項，且符合下列條件：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 訂有相關機制，確認每位醫師了解相關訊息。 2. 每半年進行抗藥性趨勢與抗生素用量分析。 3. 根據分析報告，研擬對策付諸實行，而有改善，特別是針對 VRE、MRSA、CRAB、CRE 等多重抗藥性細菌之感染個案。 <p>B：符合 C 項，且符合下列條件：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 至少每半年能有院內感染分離菌種統計報告，並定期分發給每位醫師及其他相關單位 	<p>※對應 102 年醫院評鑑基準項次 2.7.12</p> <p>※對應 101 年院感查核項次 9.4</p>

可選	項次	查核基準	評分說明	對應
			<p>或人員或在院內網路上公佈。</p> <p>2. 住院病人菌種分離與分析報告均能提供予醫療照護團隊人員參考。</p> <p>3. 配合政策將多重抗藥性相關資料通報至衛生署疾病管制局。</p> <p>C：</p> <p>1. 依據檢體種類及病房別，感染管制負責人員、臨床醫師及護理人員可掌握分離出的病菌，特別是抗藥性細菌(包含 CRAB、VRE、MRSA、CRE 等)，且針對感染菌種之分離件數、對抗生素之感受性等資料有分析報告。</p> <p>2. 每年定期製作全院性臨床分離菌種抗生素感受性報告，並將最新統計報告分發給每位醫師或公告於院內網路，醫師可隨時查閱。</p> <p>3. 在注意病人隱私下，標示出帶有特定多重抗藥性微生物感染或移生(colonization)的病人，進行適當的隔離，並確實掌握多重抗藥性微生物感染個案情況。</p> <p>D：C 項規定有任一項未達成者。</p> <p>E：未符合上述規定者。</p> <p>符合下列全部條件者，本項免填：</p> <p>(1)未登記設有慢性呼吸照護病房(RCW)及亞急性呼吸照護病房(RCC)，且未收治呼吸器依賴病人。</p> <p>(2)急性病床 49 床(含)以下或未評鑑醫院或精神科醫院。</p> <p>[註]</p> <p>1. 49 床以下醫院由委外單位所提供之報告亦可參閱。</p> <p>2. 移生(colonization)意指在皮膚上、黏膜上、開放性傷口上、滲出液或分泌物中存在的微生物，沒有造成任何不良的臨床症狀或徵候。</p>	
	10	特殊照護服務之感染管制防治措施		
可	10.1	透析照護服務之感染管制作業	<p>A：符合 B 項，且</p> <p>1. 門診透析病人一年內 B 肝及 C 肝轉陽率均為<1%。</p> <p>2. 各項紀錄完整，定期檢討改進且成效良好。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <p>1. 對未感染員工有 B、C 型肝炎之定期追蹤檢查紀錄。</p> <p>2. 透析室每 15 張透析床至少有一個腳踏式或感應式洗手設備。</p>	<p>※對應 102 年醫院評鑑基準項次 2.4.20</p> <p>※對應 101 年院感查核</p>

可選	項次	查核基準	評分說明	對應
			<p>3. 訂有透析用水之菌落數監測計畫，對每次培養菌落數之結果有標準處理流程。</p> <p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 透析室之所有員工有 B、C 型肝炎之檢查紀錄。 2. 透析室每 30 張透析床至少有一個腳踏式或感應式洗手設備且每張透析床都有乾洗手設備。透析室或每一樓層有緊急沖洗設備。 3. 每月至少一次監測透析用水之菌落數，必須少於 200 cfu/ml。每季至少一次所有機台的透析液菌落數，必須少於 200 cfu/ml。 4. B 及 C 型肝炎透析病人有機器隔離或床位隔區，且兩班之間機器有徹底消毒，以及每日最後一班結束後之消毒。 5. 門診透析病人均定期監測，並有建立肝炎監測，異常者有追蹤處置。 6. 門診透析病人一年內 B 肝及 C 肝轉陽性率：血液透析 < 5%，腹膜透析 < 3%。 <p>D：C 項規定有任一項未達成者。</p> <p>E：未符合上述規定者。</p> <p>符合下列全部條件者，本項免填：</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 未登記設有血液透析床及腹膜透析床，且 (2) 未提供透析照護服務(腹膜透析或血液透析)之醫院。 	項次 10.1
可	10.2	呼吸照護服務感染管制作業	<p>A：符合 B 且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 呼吸器要裝置吐氣隔離系統。 2. 單位內具有負壓隔離病室。 3. 適當規範清洗及消毒之空間及作業流程。 4. 處理後之呼吸治療裝置，有定期抽檢及評估消毒的效果。 <p>B：符合 C 且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 病人使用之呼吸器管路(ventilator circuit)與潮濕瓶(humidifier)應單一病人使用，若有髒污或功能失常時應立即進行更換。如非選用單次使用的拋棄式呼吸器管路與潮濕瓶，應每週定期更換 1 次，且在重複使用之前，至少經高層次(如巴斯德消毒法)消毒後，方可再使用；如選用單次使用的拋棄式呼吸器管路與潮濕瓶，則應遵守單一病人使用不回收，並訂有更換期限。氧氣治療用的噴霧瓶(large volume nebulizer)應單一病人使用並至少每週更換。 2. 呼吸器無法拆除的部份之終期消毒，以適當之消毒溶液擦拭、晾置，如 500ppm 的 	<p>※對應 102 年醫院評鑑基準項次 2.4.28</p> <p>※對應 101 年院感查核項次 10.2</p>

可選	項次	查核基準	評分說明	對應
			<p>漂白水或呼吸器使用說明建議之消毒劑等。</p> <p>3. 單位內需具有隔離病室。</p> <p>4. 有定期會議檢討單位內感管措施。</p> <p>C：</p> <p>1. 呼吸治療裝置(潮濕瓶、噴霧瓶、軟管之類)貯存時應保持乾燥，並包裝完整，保持密閉性及外層的清潔，避免被灰塵沾污。</p> <p>2. 呼吸治療所使用之蒸餾水，一律採用無菌之蒸餾水。</p> <p>3. 噴霧治療用以緩解支氣管痙攣及呼吸道分泌物過多之病人為主，高感染性呼吸道傳染病者(如 SARS、TB、新型流感等)避免使用。</p> <p>4. 使用氧氣治療之鼻導管(nasal cannula)或氣切及插管之接管採「單一病人使用後即丟的器材」。</p> <p>5. 每床病人應單獨使用一個甦醒袋(Ambu bag)，以避免交互感染；如非單一病人使用之甦醒袋(Ambu bag)，每次使用後需完成高層次消毒程序，才能給他人再次使用。</p> <p>D：C 項規定有任一項未達成者。</p> <p>E：未符合上述規定者。</p> <p>[註]評分說明 A-2「單位內具有負壓隔離病室」係指有亞急性呼吸照護病房(RCC)或加護病房之醫院，則至少有一個亞急性呼吸照護病房或加護病房內需設有負壓隔離病室，始得認定；若醫院未設有亞急性呼吸照護病房或加護病房，醫院內設有負壓隔離病室即可。</p> <p>符合下列全部條件者，本項免填：</p> <p>(1)未登記設有慢性呼吸照護病房(RCW)及亞急性呼吸照護病房(RCC)，且</p> <p>(2)未收治呼吸器依賴病人之醫院。</p>	