

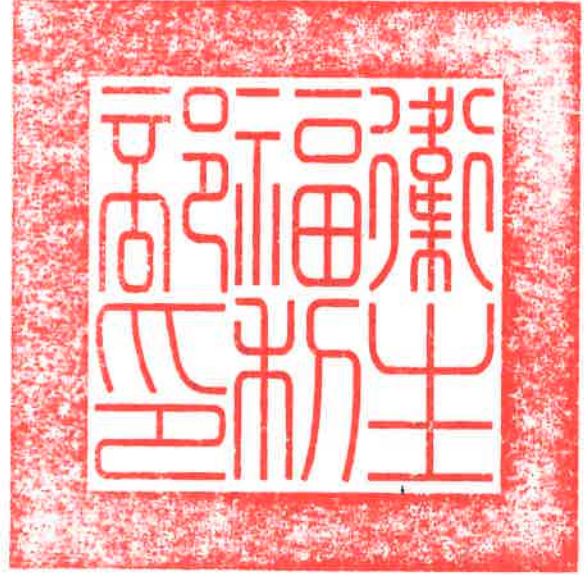
檔 號：
保存年限：

衛生福利部 公告

發文日期：中華民國107年2月22日

發文字號：衛授疾字第1070500071號

附件：107年度醫院感染管制查核基準



主旨：公告「107年度醫院感染管制查核基準」，如附件。

依據：傳染病防治法第32條、醫療機構執行感染管制措施及查核辦法第16條。

部長陳時中

107 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 |
|----|----------|--------------------------------|---|
| | 1 | 落實執行感染管制措施 | |
| | 1.1 | 成立感染管制會，有定期開會並有紀錄，且確實執行會議決議事項 | <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 設有<u>感染管制會(以下簡稱感管會)</u>，具有組織章程及成員資料備查。委員會主席為醫院主管(院長或副院長，且為醫師)；成員至少應包含內科、外科、急診部門、行政部門、職安部門、護理部門、醫檢部門等代表，如有設置中醫、牙科部門亦須納入。 2. <u>感管會</u>負責醫院內感染管制政策擬定及督導事宜，至少每 3 個月召開一次會議並有會議紀錄備查；會議紀錄均由院長批示，且決議事項均照會相關單位執行。 3. 醫院需訂有感染管制年度工作計畫(program)及執行情形，包括前次查核不符合事項改善情形及建議事項參採情形與相關因應策略，應提交<u>感管會</u>報告，監督執行情形。 <p>優良項目：(達成符合項目，且下述項目需全部達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 委員會成員中有 1 位曾接受流行病訓練者。 2. 依醫院規模、特殊疫情或院內發生突發感染事件等，適當增加開會之頻率。 |
| | 1.2 | 應設立感染管制單位，聘有合格且足夠之感染管制人力負責業務推行 | <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 設有感染管制部門，應明訂工作職責及組織圖之定位，並對感染管制部門的業務執行，在經費、人力、空間及資訊需求都能有實質的支援。 2. 依規定置有下列人員，負責感染管制業務推行： <ol style="list-style-type: none"> (1) 總床數 500 床以上：每 500 床應有接受感染症醫學訓練之專任專科醫師 1 人以上；每 300 床應有專任感染管制護理人員 1 人以上；專責感染管制醫檢人員 1 人以上。 (2) 總床數 300 床以上 499 床以下：應有專責醫師 1 人以上且聘有 1 名接受感染症醫學訓練之兼任專科醫師；每 300 床應有專任感染管制護理人員 1 人以上。 (3) 總床數 299 床以下：應有專責醫師 1 人以上及專責護理人員 1 人以上。 3. 上述人員前一年參加專業學會認可之感染管制訓練需達 20 學分以上。 <p>優良項目：(達成符合項目，且下述項目需全部達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 感染管制部門為直接隸屬於院本部(院長室)下的獨立單位。 |

| 可選 | 項次 | 查核基準 | 評分說明 |
|----|----|------|---|
| | | | <p>2. 增加感染管制單位人力配置，負責感染管制業務推行：</p> <p>(1) 總床數 500 床以上：每 300 床聘有接受感染症醫學訓練之專科醫師 1 人以上；每 250 床聘有專任感染管制護理人員 1 人以上；專任感染管制醫檢人員 1 人以上。</p> <p>(2) 總床數 300 床以上 499 床以下：有接受感染症醫學訓練之專科醫師 1 人以上；每 250 床應有專任感染管制護理人員 1 人以上；專責感染管制醫檢人員 1 人以上。</p> <p>(3) 總床數 299 床以下：有專責醫師 1 人以上且聘有 1 名接受感染症醫學訓練之兼任專科醫師；有專任感染管制護理人員 1 人以上。</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，經疾病管制署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署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，經疾病管制署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) 專任感染管制醫檢人員：係指聘請經疾病管制署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>(5) 專責感染管制醫檢人員：係指聘請經疾病管制署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> <p>3. 專供診治兒童之綜合醫院之感染管制人員數，得連同既有綜合醫院之規模合併計算，分別登記於各醫院。（設標）</p> <p>【精神科醫院適用以下標準】</p> |

| 可選 | 項次 | 查核基準 | 評分說明 |
|----|----|------|---|
| | | | <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 設有感染管制部門，應明訂工作職責及組織圖之定位，並對感染管制部門的業務執行，在經費、人力、空間及資訊需求都能有實質的支援。 2. 置有下列人員，負責感染管制業務推行： <ol style="list-style-type: none"> (1) 總床數 500 床以上：應有專責醫師 1 人以上且聘有 1 名接受感染症醫學訓練之兼任專科醫師；每 300 床應有專任感染管制護理人員 1 人以上。 (2) 總床數 300 床以上 499 床以下：應有專責醫師 1 人以上；每 300 床應有專任感染管制護理人員 1 人以上。 (3) 總床數 299 床以下：應有專責醫師 1 人以上及專責護理人員 1 人以上。 3. 負責感染管制業務人員前一年參加專業學會認可之感染管制訓練需達 20 學分以上。 <p>優良項目：（達成符合項目，且下述項目需全部達成）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 感染管制部門為直接隸屬於院本部（院長室）下的獨立單位。 2. 增加感染管制單位人力配置，負責感染管制業務推行： <ol style="list-style-type: none"> (1) 總床數 500 床以上：聘有 1 名接受感染症醫學訓練之專任專科醫師；每 250 床聘有專任感染管制護理人員 1 人以上。 (2) 總床數 300 床以上 499 床以下：聘有 1 名以上接受感染症醫學訓練之兼任專科醫師協同專責醫師推動感染管制業務；每 250 床聘有專任感染管制護理人員 1 人以上。 (3) 總床數 299 床以下：聘有專任感染管制護理人員。 <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 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數加總列計。 2. 名詞定義： <ol style="list-style-type: none"> (1) 接受感染症醫學訓練之專任專科醫師：係指執業登記於本院之醫師，經疾病管制署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。 (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署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 |

| 可選 | 項次 | 查核基準 | 評分說明 |
|----|-----|--|--|
| | | | <p>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，經疾病管制署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> |
| | 1.3 | <p>制訂及更新感染管制手冊，並辦理員工教育訓練，傳染病疫情，確實傳達及執行</p> | <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 制訂感染管制手冊並定期修訂；手冊應記述具體感染管制對策及相關人員的感染處理對策，針對醫院服務特性，訂定如：侵入性醫療處置組合式照護、陪病及探病、院內用餐、購物環境、兒童遊戲區域等感染管制措施；並提供給相關部門，使工作人員清楚各項感染管制措施且落實執行。 2. 感染管制部門人員能定期利用文獻檢索或網際網路，取得最新疫情資訊，並傳達醫院各單位，且清楚知道可從何處獲得最新感染管制相關資訊。 3. 訂有完整的員工感染管制教育訓練計畫，包含在職教育及職前教育訓練時數和時程表。因應國內外疫情訂有新興與再浮現傳染病之防治教育訓練計畫。 <p>優良項目：（達成符合項目，且下述項目需全部達成）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 有專人定期蒐集國內外感染管制的相關規定，參考有科學根據之建議事項，並依據醫院特性，適時訂定或修訂感染管制手冊。 2. 規劃網路資訊平台定期更新傳染病與感染管制相關資訊。針對感染管制措施執行情形有定期評核及改善作為。 3. 醫院全院員工（含外包工作人員）感染管制教育訓練活動內容品質良好，紀錄詳實，且有測驗機制，確認人員之在職教育訓練成效良好。 <p>[註] 科學根據定義如：疾病管制署指引(CDC guidelines)、罹病率和死亡率之週報(the morbidity and mortality weekly report, MMWR)、疾病管制署等。</p> <p>【精神科醫院適用以下標準】</p> <p>符合項目：</p> |

| 可選 | 項次 | 查核基準 | 評分說明 |
|----|-----|------------------------------------|---|
| | | | <p>1. 制訂感染管制手冊並定期修訂；手冊應記述具體感染管制對策及相關人員的感染處理對策，針對醫院服務特性，訂定如：侵入性醫療處置組合式照護、陪病及探病、院內用餐、購物環境等感染管制措施；並提供給相關部門，使工作人員清楚各項感染管制措施且落實執行。</p> <p>2. 感染管制部門人員能定期利用文獻檢索或網際網路，取得最新疫情資訊，並傳達醫院各單位，工作人員清楚知道可從何處獲得最新感染管制相關資訊。</p> <p>3. 訂有完整的員工感染管制教育訓練計畫，包含在職教育與職前教育訓練時數和時程表，以及因應國內外重要疫情或新興與再浮現傳染病之防治教育訓練計畫。</p> <p>優良項目：（達成符合項目，且下述項目需全部達成）</p> <p>1. 有專人定期蒐集國內外感染管制的相關規定，參考有科學根據之建議事項，並依據醫院特性，適時訂定或修訂感染管制手冊。</p> <p>2. 規劃網路資訊平台定期更新傳染病與感染管制相關資訊。針對感染管制措施執行情形有定期評核及改善作為。</p> <p>3. 醫院全院員工（含外包工作人員）感染管制教育訓練活動內容品質良好，紀錄詳實，且有測驗機制，確認人員之在職教育訓練成效良好。</p> <p>[註] 科學根據定義如：疾病管制署指引(CDC guidelines)、罹病率和死亡率之週報(the morbidity and mortality weekly report, MMWR)、疾病管制署等。</p> |
| | 1.4 | 院內應有充足且適當之洗手設備，訂有手部衛生作業程序且有管控與稽核機制 | <p>符合項目：</p> <p>1. 濕洗手設備之位置及數量合乎實際需要且功能良好，並於濕洗手設備旁有正確洗手步驟之標示。</p> <p>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。</p> <p>3. 備有方便可及且數量足夠之酒精性乾性洗手液(含隨身瓶)。</p> <p>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> <p>5. 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，回饋受稽核單位，並留</p> |

| 可選 | 項次 | 查核基準 | 評分說明 |
|----|-----|--|---|
| | | | <p>有紀錄備查。</p> <p>優良項目：（達成符合項目，且下述項目需全部達成）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 由副院長級（含）以上主管推動全院手部衛生運動或臨床單位曾以品管手法，如：品管圈、標竿學習、專案改善等方式推動手部衛生。 2. 提報手部衛生正確率與遵從率，並進行分析檢討改進。 3. 使用資訊系統或輔助機制提升手部衛生成效。 |
| | 1.5 | <p>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> | <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 急診、門診病人就診動線規劃適當，且張貼明顯告示，提醒就醫民眾與陪病者，若有發燒或/和呼吸道症狀請配戴口罩候診，並有協助發燒或呼吸道症狀病人配戴外科口罩之措施。 2. 對急診檢傷病人及發燒或疑似感染之門診病人有詢問並記錄旅遊史（travel history）、職業別（occupation）、接觸史（contact history）及是否群聚（cluster）之機制。 3. 依病人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，如：急救插管及不明原因發燒病人等不同狀況的個人防護裝備，且第一線工作人員均瞭解；並定期辦理PPE教育訓練(含實際穿脫演練)。 4. 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；收治疑似或確定傳染病病人，其病人運送、人員(包含醫護人員及環境清潔等相關工作人員)穿脫PPE進出及廢棄物清理之動線規劃適當，並有適當的配套處理措施。若有負壓隔離病室，應能明確顯示負壓狀況及負壓值，並有維護保養檢測紀錄。 5. 訂定新興傳染病疫情或大規模感染事件發生之應變計畫，擬定支援單位及人員的原則及序位；如有新興傳染病疫情或大規模感染事件發生時，應依照衛生主管單位的最新規定，執行防疫措施及動線規劃。 <p>優良項目：（達成符合項目，且下述項目需全部達成）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 擬定及執行新興傳染病疫情或大規模感染事件發生時，支援單位及人員的訓練課程及受訓計畫，並辦理實地或桌上演練。 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. 確實執行並定期檢討修訂相關機制及因應措施。 |

| 可選 | 項次 | 查核基準 | 評分說明 |
|----|-----|----------------------------------|---|
| | | | <p>【精神科醫院適用以下標準】</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 急診、門診病人就診動線規劃適當，且張貼明顯告示，提醒就醫民眾與陪病者，若有發燒或/和呼吸道症狀請配戴口罩候診，並有協助發燒或呼吸道症狀病人配戴外科口罩之措施。 2. 對急診檢傷病人及發燒或疑似感染之門診病人有詢問並記錄旅遊史（travel history）、職業別（occupation）、接觸史（contact history）及是否群聚（cluster）之機制。 3. 依病人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，如：急救插管及不明原因發燒病人等不同狀況的個人防護裝備，且第一線工作人員均瞭解；並定期辦理PPE教育訓練(含實際穿脫演練)。 4. 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；收治疑似或確定傳染病病人，其病人運送、人員(包含醫護人員及環境清潔等相關工作人員)穿脫PPE進出及廢棄物清理之動線規劃適當，並有適當的配套處理措施。 5. 訂定新興傳染病疫情或大規模感染事件發生之應變計畫，擬定支援單位及人員的原則及序位；如有新興傳染病疫情或大規模感染事件發生時，應依照衛生主管單位的最新規定，執行防疫措施及動線規劃。 <p>優良項目：（下述項目僅限一項未達成）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 擬定及執行新興傳染病疫情或大規模感染事件發生時，支援單位及人員的訓練課程及受訓計畫，並辦理實地或桌上演練。 2. 確實執行並定期檢討修訂相關機制及因應措施。 |
| | 1.6 | 定期對醫療照護相關感染的發生及其動向開會檢討分析，並訂定改善方案 | <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 依醫院之機能及規模，能掌握手術部位感染率、加護病房等重症單位之血流感染、泌尿道感染、肺炎及侵入性導管相關感染密度等重要指標。 2. 明確訂定迅速察知病房的菌種變化機制，並且採取因應措施。 3. 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. 訂有院內群聚或群突發感染發生之危機處理標準作業流程，並針對發生之院內群聚或群突發 |

| 可選 | 項次 | 查核基準 | 評分說明 |
|----|-----|-----------------------------|--|
| | | | <p>感染事件有調查處理報告。</p> <p>優良項目：（達成符合項目，且下述項目需全部達成）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 確實分析數據並定期檢討修訂相關機制、對應措施、感染指標種類等。 2. 將醫療照護相關感染資料通報至疾病管制署台灣院內感染監視資訊系統。 3. 落實執行修訂之方案或改善計畫。 <p>【精神科醫院適用以下標準】</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 應建置感染管制監測機制，依醫院之機能及規模，能掌握結核病、疥瘡、食物中毒、腹瀉、發燒、抗生素管制、傳染病疫情等重要感染指標。 2. 應每個月統計及分析院內感染事件，並留存各種報表、呈核紀錄及改善成效。 3. 定期於院內感染管制會報告監測成果。 4. 訂有院內群聚或群突發感染發生之危機處理標準作業流程，並針對發生之院內群聚或群突發感染事件有調查處理報告；若遇群聚感染院方無法處理時，有尋求協助之應變機制。 <p>優良項目：（達成符合項目，且下述項目需全部達成）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 確實分析數據（含院內菌種變化）並定期檢討修訂相關機制、對應措施、感染指標種類等。 2. 將醫療照護相關感染資料通報至疾病管制署台灣院內感染監視資訊系統。 3. 落實執行修訂之方案或改善計畫。 |
| | 2 | 確實執行衛材之清潔、消毒、滅菌及環境清消 | |
| | 2.1 | 確實執行衛材、器械、機器之清潔、消毒及滅菌管理 | <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 自行執行衛材、器械、機器之滅菌及清潔者（設有牙醫及中醫部門者須納入）： <ol style="list-style-type: none"> (1) 各類物品之清洗、包裝、消毒、滅菌及有效期間均訂有標準。 (2) 處理物品時，工作人員需穿戴適當的個人防護裝備。 (3) 自行滅菌之衛材包、器械包，每包內側及外側均應有化學性指示器（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。 |

| 可選 | 項次 | 查核基準 | 評分說明 |
|----|----|------|---|
| | | | <p>(4) 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，抽真空測試應每個開鍋日施行，並有紀錄可查。</p> <p>(5) 環氧乙烷 (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。</p> <p>(6) 電漿鍋依滅菌監測感染管制措施指引進行監測並有相關紀錄。</p> <p>(7) 滅菌過程發生異常，應有相關處理規範(含回收機制)。</p> <p>(8) 消毒/滅菌相關設備應制訂維護保養規範並定期保養，若發生故障時，可迅速處理；且留存保養及維修紀錄備查。</p> <p>(9) 軟式內視鏡 (包括腸胃鏡、氣管鏡等) 相關器械、設備之清洗消毒訂有標準作業流程，並由專人負責且確實執行。</p> <p>(10) 依照說明書建議監測軟式內視鏡等相關器械、設備之清洗消毒液有效濃度，並有紀錄。</p> <p>2. 消毒/滅菌過的物品應保管於清潔且空調較佳處之架子上或有門扇之櫥櫃內；並依物品名稱及消毒先後適當置放；消毒/滅菌過的物品需使用清潔並加蓋之推車搬運及配送 (消毒/滅菌物品和回收物品之置放車要區分)。</p> <p>3. 衛材、器械之滅菌業務外包，或租賃手術器械，應妥善監控品質、設有管理辦法及進行例行性稽查，並有紀錄備查。</p> <p>4. 各項監測有持續性紀錄；且工作人員清楚各項指標意義及處理異常情況。</p> <p>優良項目：(達成符合項目，且下述項目需全部達成)</p> <p>1. 訂有快消式高壓蒸氣滅菌鍋 (俗稱快消鍋) 使用管理機制且執行成效良好；包括：確保僅限於器械緊急需要時使用，醫材於滅菌完成後立即使用且紀錄詳實 (含：器械使用狀況、手術日期、病人資料、追蹤狀況等)。</p> <p>2. 定期探討及分析消毒/滅菌過程 (含內視鏡清洗消毒作業) 或外包業務 (含租賃手術器械)，如有異常情況應進行檢討及改善。</p> <p>【精神科醫院適用以下標準】</p> <p>符合項目：</p> |

| 可選 | 項次 | 查核基準 | 評分說明 |
|----|-----|-------------------------------|--|
| | | | <ol style="list-style-type: none"> 1. 自行執行衛材、器械、機器之清潔、消毒、滅菌： <ol style="list-style-type: none"> (1) 各類物品之清洗、包裝、消毒、滅菌及有效期間均訂有標準。 (2) 應依照說明書建議或相關指引，訂有標準作業流程，由專人負責且確實執行，並留有監測紀錄備查。 (3) 處理物品時，工作人員需穿戴合適之防護裝備。 (4) 滅菌過程發生異常，應有相關處理規範(含回收機制)。 (5) 消毒滅菌相關設備應由合格人員操作，並定期保養且留有紀錄備查。 (6) 衛材、器械消毒滅菌相關設備故障時，可迅速處理。 2. 衛材、器械之滅菌業務外包，或租賃手術器械，應妥善監控品質、設有管理辦法及進行例行性稽查，並有紀錄備查。 3. 消毒/滅菌過的物品應保管於清潔且空調較佳處之架子上或有門扇之櫥櫃內，並依物品名稱及消毒/滅菌先後適當置放；消毒/滅菌過的物品需使用清潔並加蓋之推車搬運及配送（消毒/滅菌物品和回收物品之置放車要區分）。 4. 各項監測有持續性紀錄；且工作人員清楚各項指標意義及處理異常情況。 5. 醫院之衛材與器械未集中於供應室清洗、消毒與滅菌者，應依供應室之作業指引及流程辦理之。 |
| 可 | 2.2 | 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>符合項目：</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，若設有滅菌設備，應由合格人員操作，並有護理人員監督。 2. 主管應出席感染管制會，必要時專責人員應共同出席。 3. 供應室環境整潔，清潔區及污染區應有適當的區隔；落實執行及定期監測供應室滅菌物品貯存區滅菌物品溫度及濕度，並有紀錄備查。 4. 醫院之衛材與器械未集中於供應室清洗、消毒與滅菌者，應依供應室之作業指引及流程辦理之。 <p>優良項目：（達成符合項目，且下述項目需全部達成）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 供應室有合宜的動線規劃和人員管理辦法。 |

| 可選 | 項次 | 查核基準 | 評分說明 |
|----|-----|-------------|---|
| | | | <p>2. 建立機制有監測數據，定期探討及分析，如有異常 情況應進行檢討及改善。</p> <p>3. 供應室空調設置符合感管原則，並有佐證資料。</p> <p>4. 針對供應室及執行軟式內視鏡清潔消毒之新進人員與在職工作人員訂有教育訓練課程，並留有紀錄備查。</p> <p>[註] 精神科醫院可自選本項免評</p> |
| | 2.3 | 落實環境清潔消毒及管理 | <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 對於醫療環境清潔工作訂有標準作業程序並設有查檢表，且有相關機制教育環境清潔人員熟悉內容。 若設有氣管鏡室者，應具負壓或抽風等設備，且有維護保養紀錄。 若有牙科診間，其診療環境應保持清潔，器械清洗完善，醫療廢棄物有妥善分類、處理；每天進行牙科治療台清潔、管路保養及消毒，並有紀錄。 若有加護病房或器官移植及骨髓移植等高風險病人居住的區域，訂有醫院退伍軍人病防治計畫。 針對特殊感染事件或群聚事件等異常情形發生時，具有加強環境清潔應變機制，且教育工作人員熟悉相關內容。 <p>優良項目：（達成符合項目，且下述項目需全部達成）</p> <ol style="list-style-type: none"> 肺功能室具負壓或抽風等設備，且有維護保養紀錄。 對監測結果定期檢討，研訂改進措施並確實落實，有紀錄備查。 對於環境清潔執行情形有定期查核抽檢機制，將查檢結果回饋相關單位，並定期提報院內感 染管制會，且有檢討流程並進行改善措施。 依據衛生福利部疾病管制署公布之「醫院退伍軍人菌環境監測及採檢作業及其相關因應指引措施」執行供水系統之監測及採檢並有報告及檢討機制。 <p>[註] 器官移植係指心臟、胰臟、腎臟、肝臟、肺臟、小腸移植。</p> |

| 可選 | 項次 | 查核基準 | 評分說明 |
|----|-----|---------------|--|
| | | | <p>【精神科醫院適用以下標準】</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 對於醫療環境清潔工作訂有標準作業程序並設有查檢表，且有相關機制教育環境清潔人員熟悉內容並落實執行。 2. 針對特殊感染事件或群聚事件等異常情形發生時，具有加強環境清潔應變機制，且教育工作人員相關內容。 3. 若有牙科診間，其診療環境應保持清潔，器械清洗完善，醫療廢棄物有妥善分類、處理；每天進行牙科治療台清潔、管路保養及消毒，並有紀錄。 <p>優良項目：（達成符合項目，且下述項目需全部達成）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 對於環境清潔執行情形有定期查核抽檢機制，將查檢結果回饋相關單位，並定期提報院內<u>感染管制會</u>，且有檢討流程並進行改善措施。 2. 對監測結果定期檢討，研訂改進措施並確實落實，有紀錄備查。 3. 依據衛生福利部疾病管制署公布之「醫院退伍軍人菌環境監測及採檢作業及其相關因應指引措施」執行供水系統之監測及採檢並有報告及檢討機制。 |
| | 3 | 落實抗生素抗藥性管理 | |
| 可 | 3.1 | 抗生素管理計畫之領導與責任 | <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 醫院應設立跨部門抗生素管理小組，並由副院長級(含)以上主管擔任主席；小組成員至少應包含醫師、藥師、醫檢師*、護理師及資訊人員等，每年至少開會1次。 2. 每半年至少辦理1次以上全院性「適當使用抗生素」相關講習，且臨床醫師、護理人員、藥師每年至少參加1次。 3. 醫院應訂有抗生素管理計畫，對於計畫執行所須之經費、人力等資源都能有實質的支援。 *依據醫療機構設置標準第三條附表(一)綜合醫院、醫院設置標準表修正規定，四十九床以下，未設檢驗設備者，得免設醫事檢驗人員。 <p>優良項目：（達成符合項目，且下述項目需全部達成）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 抗生素管理小組至少每季開會1次。 |

| 可選 | 項次 | 查核基準 | 評分說明 |
|----|-----|-------------|--|
| | | | <p>2. 依據醫院特性及實務需要，定期檢討修訂抗生素管理計畫執行內容。</p> <p>3. 落實執行修訂之計畫內容。</p> <p>【精神科醫院適用以下標準】</p> <p>符合項目：</p> <p>1. 醫院應有推動抗生素管理之跨部門團隊合作機制，並由副院長級(含)以上帶領執行，團隊成員至少應包含醫師、藥師、護理師及資訊人員等，每年至少開會1次。</p> <p>2. 醫院訂有抗生素管理措施，且每年至少辦理1次全院性「適當使用抗生素」相關講習，臨床醫師、護理人員、藥師每年至少參加1次。</p> <p>[註]</p> <p>精神科醫院無抗生素藥物品項者，可自選本項免評。</p> |
| 可 | 3.2 | 抗生素使用監測管理機制 | <p>符合項目：</p> <p>1. 醫院訂有抗生素使用管制措施，且醫師可隨時查閱如何適當使用抗生素之資料。</p> <p>2. 對抗生素使用量訂有適當的監測機制，並定期進行統計分析。</p> <p>3. 定期隨機審查病歷，各項有關病人使用抗生素之情形，應於病歷中詳載，並有評估病人抗生素使用適當性之機制。</p> <p>4. 對抗生素不合理使用之情況能回饋臨床醫師或科部，並提出改善措施，且確實執行。</p> <p>優良項目：（達成符合項目，且下述項目需全部達成）</p> <p>1. 醫院設置抗生素檢核資訊系統，於醫師開立抗生素處方時有提醒機制，以提升抗生素開立處方品質。</p> <p>2. 對所有類別抗生素不合理使用之情況，有具體改善成效呈現。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1. 抗生素使用管制措施及相關作業流程。(符合)</p> <p>2. 各類別抗生素病歷抽樣審查紀錄。(符合)</p> <p>3. 抗生素使用量(如:defined daily dose)分析報告及改善回饋紀錄。(符合)</p> <p>4. 不適當的抗生素使用量或全院抗生素使用量之改善情形紀錄。(優良)</p> |

| 可選 | 項次 | 查核基準 | 評分說明 |
|----|-----|--------------------|---|
| | | | <p>【精神科醫院適用以下標準】</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 醫院應有抗生素使用管制機制，且醫師可隨時查閱如何適當使用抗生素之資料。 2. 訂有抗生素使用量之監測機制，並定期統計分析。 <p>[註]</p> <p>精神科醫院無抗生素藥物品項者，可自選本項免評。</p> |
| 可 | 3.3 | 抗藥性微生物之監測診斷及隔離防治措施 | <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 訂有微生物實驗室檢驗標準作業程序，並有內、外部品管計畫。 2. 每年定期製作全院臨床分離菌種抗生素抗藥性圖譜(antibiogram)報告(統計期間歸人計算)，並將最新報告提供給臨床醫師開立處方參考或於院內網絡公告，醫師可隨時查閱。 3. 每年定期依據檢體種類及病房別且對感染菌種之分離件數、抗生素之感受性等資料製作分析報告，特別是多重抗藥性微生物(如：CRE、CRAB、VRE、MRSA等)。 4. 針對分離出多重抗藥性微生物(如：CRE、CRAB、VRE、MRSA等)之個案，應於微生物報告上註記或解釋，並即時通知臨床單位進行適當隔離及標示。 5. 配合政策將多重抗藥性相關資料通報至衛生福利部疾病管制署。 <p>優良項目：(達成符合項目，且下述項目需全部達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 針對微生物實驗室內、外部品管監測異常結果，執行問題調查與原因分析，並對須待進行改善之事項，提出具體解決的對策。 2. 每年定期進行抗藥性趨勢與抗生素用量之相關性分析。 3. 根據統計分析報告，研擬防治對策並付諸實行，且有具體改善成效。 <p>【精神科醫院適用以下標準】</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 訂有抗生素抗藥性之監測機制，並定期統計分析，且將最新報告提供給臨床醫師開立處方參考或於院內網絡公告，醫師可隨時查閱。 |

| 可選 | 項次 | 查核基準 | 評分說明 |
|----|-----|--------------------------------------|---|
| | | | <p>2. 針對分離出多重抗藥性微生物(如：CRE、CRAB、VRE、MRSA等)之個案，應於微生物報告上註記或解釋，並即時通知臨床單位進行適當隔離及標示。</p> <p>[註]</p> <p>1. 醫院未採集任何微生物檢體，可自選本項免評；若為委外代檢，委外代檢單位需訂有檢驗標準作業程序，並有內、外部品管計畫，醫院需依委外代檢單位所提供之報告進行相關分析、隔離、標示及通報等措施。</p> <p>2. 移生(colonization)意指在皮膚上、黏膜上、開放性傷口上、滲出液或分泌物中存在的微生物，沒有造成任何不良的臨床症狀或徵候。</p> |
| | 4 | 配合主管機關政策對傳染病進行監測、通報及防治措施 | |
| | 4.1 | 訂有傳染病監視通報機制，並有專人負責傳染病之通報並主動與當地衛生機關聯繫 | <p>符合項目：</p> <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>優良項目：（達成符合項目，且下述項目除試評項目外需全部達成）</p> <p>1. 定期檢討通報機制之適用性。</p> <p>2. 配合疾管署持續以資訊系統自動通報機制上傳法定傳染病通報或實驗室資料。(107年試評項目)</p> <p>[註]</p> <p>1. 傳染病檢體不僅限於運送至衛生單位之疑似法定傳染病檢體，包含一般外送進行微生物等檢驗之檢體。</p> <p>2. 全年度未有傳染病檢體之運送醫院，仍應訂有傳染病檢體包裝運送相關作業程序機制，且熟悉傳染病檢體包裝運送作業流程。</p> |

| 可選 | 項次 | 查核基準 | 評分說明 |
|----|-----|------------------------|---|
| 可 | 4.2 | 具有痰液耐酸性塗片陽性病人之相關感染管制措施 | <p>符合項目： 住院病人具有下列感染管制相關規範措施者：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 於首次耐酸性塗片陽性報告 24 小時內，通知診療醫師。 2. 將報告結果記載於病歷。 3. 使用人工氣道合併呼吸器病人原則上使用密閉式抽痰。 4. 有適當的隔離處置；並具有知會醫療照護工作人員要配戴 N95 以上等級防護裝備照護病人之措施。 5. 經抽查病歷符合者達 80%。 <p>優良項目：（達成符合項目，且下述項目需全部達成）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 經抽查病歷符合者達 95%。 <p>[註] 無痰液耐酸性塗片陽性報告之住院病人，可自選本項免評。</p> |
| | 4.3 | 有專人負責結核病個案管理及衛教工作 | <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 有專責人員負責結核病個案管理工作。 2. 有專任/專責人員負責結核病衛教工作，並有具體衛教內容及成果者，如衛教項目、對象、方式、接受衛教人數等。 3. 列管中照護之結核病新案（含新發現及重開案）為 50（含）例以上，設有專任結核病個案管理師負責結核病個案管理工作。 <p>優良項目：（達成符合項目，且下述項目需全部達成）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 負責結核病衛教人員，若為結核病個案管理師訓練合格者，每年接受結核病防治訓練達 10 小時；未取得結核病個案管理師訓練合格者，則需每年接受結核病防治訓練達 12 小時。 2. 列管中照護之結核病新案（含新發現及重開案）每 100 人，設置專任結核病個案管理師 1 人。 3. 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。 <p>【未收治結核病個案醫院適用標準】</p> <p>符合項目：</p> |

| 可選 | 項次 | 查核基準 | 評分說明 |
|----|-----|-----------|--|
| | | | <p>1. 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>優良項目：（達成符合項目，且下述項目需全部達成）</p> <p>1. 負責結核病衛教人員每年接受結核病防治訓練時數達 12 小時者。</p> <p>2. 各項衛教資源、教材資料豐富。</p> <p>[註]</p> <p>1. 專任：係指聘請結核病個案管理師全職辦理結核病個案管理相關業務。</p> <p>2. 專責：係指負責結核病個案管理業務，但不限定其為全職或兼職辦理該業務。</p> |
| | 4.4 | 具有結核病診治機制 | <p>符合項目：</p> <p>1. 有成立常規運作的結核病委員會，前一年通報病例 < 50 例者，可由 感染管制會 兼辦結核病防治業務，並有後續追蹤列管紀錄。</p> <p>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。</p> <p>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> <p>4. 胸腔科或感染科主任或感染管制部門主管或副院長以上層級擔任結核病委員會主任委員。</p> <p>優良項目：（達成符合項目，且下述項目需全部達成）</p> <p>如醫院有通報 TB 個案或疑似 TB 個案，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>【未收治結核病個案醫院適用標準】</p> <p>符合項目：下述項目達成 2 項指標者。</p> <p>優良項目：下述項目需全部達成。</p> <p>1. 有個案發現的標準作業流程。</p> <p>2. 依常規執行住院病人胸部 X 光檢查。</p> <p>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。</p> <p>4. 留有相關紀錄文件備查。</p> |

| 可選 | 項次 | 查核基準 | 評分說明 |
|----|-----|----------------------------|--|
| | 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>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 訂有完整的接觸者追蹤機制。 痰抹片陽性確診結核病人之院內接觸者中，有提出追蹤相關資料之比例$\geq 90\%$。 對痰抹片陰性，但培養鑑定為結核分枝桿菌病人且於住院期間曾進行會產生飛沫微粒之醫療處置 (aerosol- generating procedures)，或<u>多重抗藥性</u>結核病個案之院內接觸者，可提出追蹤相關資料之比率。 有將此機制納入員工在職及勤前教育訓練課程。 <p>優良項目：（達成符合項目，且下述項目需全部達成）</p> <ol style="list-style-type: none"> 針對身分為醫院工作人員之院內接觸者，有主動提供結核病的診斷及治療。 對院內接觸者仍持續追蹤，當其於追蹤期間出院，有主動轉介至轄區衛生主管機關持續追蹤。 對身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。 <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 確診結核病人身分認定以中央傳染病追蹤管理系統判定為準。 院內接觸者係指：<u>凡未佩戴 N95 口罩以上等級防護裝備之家屬、同病室病人及醫療照護工作人員，且於指標個案可傳染期內，曾與未佩戴外科口罩之指標個案接觸一天內 8 小時(含)以上或累積達 40 小時者</u>。可傳染期之核計以「病人有呼吸道症狀日或痰檢查陽性採痰日」的前三個月起算；特殊個案由診療醫師舉證相關資料及說明，經衛生主管機關提報病例審查委員會依其臨床證據判定可傳染期。 痰抹片陽性確診結核病人之院內接觸者係指住院個案於入院當時尚未診斷為肺結核，但住院一段期間後才因痰抹片陽性而隔離，<u>於病人可傳染期間</u>，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。 <u>痰抹片陰性，但培養鑑定為結核分枝桿菌病人且於住院期間曾進行會產生飛沫微粒之醫療處置 (aerosol- generating procedures)，或<u>多重抗藥性</u>結核病個案之院內接觸者</u>，係指住院個案於入院當時尚未診斷為肺結核，但其住院一段期間後才因痰培養陽性而隔離或甚至在結果驗出前已出院，<u>於病人可傳染期間</u>，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。<u>如為實際執行前述醫療處置之人員，則不論接觸時數，皆應列入追蹤。</u> 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、 |

| 可選 | 項次 | 查核基準 | 評分說明 |
|----|-----|-------------------------|---|
| | | | <p>呼吸道插管、引發咳嗽取痰/噴霧吸藥的醫療過程、抽吸呼吸道分泌物、使用高速器材進行病理解剖或肺部手術。</p> <p>6. 院內接觸者列管係指：(1)皆列有名冊並有接受衛教（如：結核病防治知識、二年內若有疑似結核病症狀應儘速就醫檢查等）。(2)接觸者身分為同一病室病人，需配合疫調提供名單予公衛人員列管追蹤；身分為醫院工作人員，<u>應每年按規定進行胸部 X 光檢查，並比照一般接觸者追蹤期限，追蹤至指標個案確診次一年度，如為多重抗藥性結核病接觸者，則應追蹤列管二年。</u>(3)若出現疑似聚集事件，則依專家委員會建議追蹤事項辦理。</p> <p>7. 無住院一段期間後才被確定之住院確定結核病人者，仍應有「院內接觸者」追蹤列管機制。具有正確完整機制者可勾選為優良、具有機制但不完整者可勾選為符合、未具有機制者勾選為不符合。</p> |
| | 4.6 | 防護裝備儲備管理符合規定 | <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 防護裝備（N95口罩、防護衣、外科手術口罩）儲存量符合「防疫物資及資源建置實施辦法」相關規定。 2. 防護裝備須符合領有醫療器材許可證之規定。 3. 防護裝備儲備環境管理【溫度$\leq 35^{\circ}\text{C}$、濕度$\leq 80\%$、置於貨架、分類貯存及使用紀錄(含貯存、領用及耗損等資料)】符合規定。 |
| 可 | 4.7 | 建置有流感疫情高峰期急診類流感病人分流分治機制 | <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 訂有於流感疫情高峰期間實施急診類流感病人分流分治之機制。 <p>[註] 未設有急診者，可自選本項免評。</p> |
| | 4.8 | 醫療機構之肝炎預防措施 | <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 遵守安全注射行為，如：同 1 件輸液用品不可使用於不同病人，儘量使用單一劑量包裝的注射藥品。 2. 透析室之所有員工有 B、C 型肝炎之檢查紀錄；對未感染 B、C 型肝炎之員工有定期追蹤檢 |

| 可選 | 項次 | 查核基準 | 評分說明 |
|----|-----|---|---|
| | | | <p>查紀錄。</p> <p>3. B 型肝炎透析病人需分區及分床(透析機)，C 型肝炎透析病人需有集中照護之安排，且班與班之間機器必須徹底消毒，以及每日最後一班結束後之消毒。</p> <p>4. 班與班之間必須完成病人照護區環境(含透析機表面)清潔消毒後，才提供給下一位病人使用。</p> <p>5. 門診透析病人均定期監測，並有建立肝炎監測及急性病毒性肝炎通報機制，異常者有追蹤處置。</p> <p>[註] 醫院未設透析單位免評符合項目 2、3、4、5。</p> <p>【精神科醫院適用以下標準】 符合項目：</p> <p>1. 遵守安全注射行為，如：同 1 件輸液用品不可使用於不同病人，儘量使用單一劑量包裝的注射藥品。</p> <p>2. 透析室之所有員工有 B、C 型肝炎之檢查紀錄；對未感染 B、C 型肝炎之員工有定期追蹤檢查紀錄。</p> <p>3. B 型肝炎透析病人需分區及分床(透析機)，C 型肝炎透析病人需有集中照護之安排，且班與班之間機器必須徹底消毒，以及每日最後一班結束後之消毒。</p> <p>4. 班與班之間必須完成病人照護區環境(含透析機表面)清潔消毒後，才提供給下一位病人使用。</p> <p>[註] 醫院未設透析單位免評符合項目 2、3、4。</p> |
| | 5 | 員工保護措施 | |
| | 5.1 | 訂有醫療照護人員預防接種、體溫監測及胸部 X 光檢查等保護措施，並據以落實執行 | <p>符合項目：</p> <p>1. 訂有並執行醫療照護人員預防接種措施，如：B 型肝炎與流感疫苗接種。若 B 型肝炎表面抗原及表面抗體為陰性者，則應施行 B 型肝炎疫苗接種。</p> <p>2. 訂有院內全體醫療照護人員體溫監測計畫，並有體溫異常追蹤及處理機制。</p> <p>3. 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</p> |

| 可選 | 項次 | 查核基準 | 評分說明 |
|----|-----|--|--|
| | | | <p>X 光檢查，並有檢查結果異常的追蹤及處理紀錄。</p> <p>4. 對於因暴露於傳染病人而有遭受感染風險疑慮之醫療照護人員，醫院應立即為該員進行緊急處理，給予必要預防感染藥物，並列管追蹤。</p> <p>優良項目：（達成符合項目，且下述項目需全部達成）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 胸部 X 光檢查達成率達 95% 以上。 2. 檢討因暴露於傳染病人而遭受感染之醫療照護人員被感染原因，避免或減少類似事件發生。 3. 依據我國相關指引與建議執行疫苗注射等措施，其中應包括 MMR 預防接種，如：高風險單位、新進人員須優先完成接種；新進人員應提出麻疹及德國麻疹抗體陽性證明或完成 MMR 疫苗接種紀錄。 |
| | 5.2 | 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>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 執行肌肉、皮下或皮內注射、進行採血或靜脈穿刺，或處理血液、體液等檢體時，應遵循標準防護措施及依據傳播風險採取適當的感染管制對策。 2. 工作人員有可能接觸，或被病人的血液、體液或分泌物飛濺之風險時，工作人員應依其風險穿戴個人防護裝備，如：面罩、眼罩（eye-shield）或護眼鏡（goggles）、隔離衣（必要時要有防水）等。 3. 各醫療單位、病房及護理站有能安全處理感染性廢棄物及針類廢棄物的容器；且工作人員應明確知悉使用後的尖銳物品處理步驟。 4. 應明確訂定暴露於 HIV 危險環境時之相關處理流程，受針扎者應依醫囑儘速依「愛滋病防治工作手冊」之「職業暴露愛滋病毒處理原則」進行處理並有追蹤紀錄。 5. 對尖銳物品扎傷個案應有詳盡的列管追蹤紀錄，檢討發生原因與追蹤機制，確實執行。 |