

計畫編號：MOHW110-CDC-C-114-113101

衛生福利部疾病管制署110年委託科技研究計畫

計畫名稱：

血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究

110年度研究報告

執行機構：社團法人台灣感染管制學會

計畫主持人：陳堯生

研究人員：黃尚志、盧柏樑、李佳蓉、張峰義、陳宜君、
李原地、施智源、詹明錦、洪靖慈、陳瑛瑛、
湯宏仁、吳志仁、吳家兆、姜至剛、張明揚、
楊孟儒、鍾牧圻、張哲銘、王明誠

執行期間：110年1月1日至110年12月31日

研究經費：新臺幣貳佰玖拾玖萬伍仟元整

*本研究報告僅供參考，不代表本署意見，如對媒體發布研究成果應
事先徵求本署同意*

目 錄

	頁 碼
壹、計畫摘要	
中文摘要	第001頁
英文摘要	第003頁
貳、本文	
一、前言：包括研究問題之背景與現況、研究目的等	第005頁
二、材料與方法	第019頁
三、結果	第025頁
四、討論	第057頁
五、結論與建議	第059頁
六、重要研究成果及具體建議	第060頁
七、參考文獻	第061頁
八、圖次	
圖一、專家小組會議出席率	第028頁
圖二、110年交流會議出席率	第054頁
九、表次	
表一、專家小組委員名單及小組任務內容及分工	第025頁
表二、參與血液透實地輔導訪視機構層級統計表	第032頁
表三、參與血液透實地輔導訪視機構床數統計表	第033頁
表四、參與計畫醫療院所交流會議出席人員及出席率	第055頁
十、附錄：	
附錄一、血液透析單位導入感染管制自我評核機制先 驅研究專家小組委員名單	第067頁

附錄二、專家小組會議記錄	第068頁
附錄三、四家血液透析醫療院所前驅資料蒐整	第222頁
附錄四、血液透析輔導訪視表	第229頁
附錄五、30家參與實地輔導訪視醫療機構名單	第250頁
附錄六、30家醫療機構「血液透析輔導訪視表及自 評表(草案)」蒐整	第251頁
附錄七、分區說明會活動	第269頁
附錄八、30家實地輔導訪查情形綜整	第325頁
附錄九、交流會議紀錄	第351頁
附錄十、GRB 報告摘要資料表	第454頁
參、經費支用情形	第456頁
肆、110年委託科技研究計畫期末報告審查意見回復表	第457頁
	共459頁

壹、計畫摘要：

一、中文摘要：

關鍵詞：血液透析、感染管制、自我評核機制

臺灣每年約有6-7萬人進行血液透析，血液透析病人之醫療成本高，血液透析的病人因為侵入性醫療處置、免疫防禦能力下降及治療照護過程中其醫療照護人員頻繁的接觸等多重因素，特別容易成為醫療照護相關感染（healthcare-associated infections；HAI）的高危險性族群之一。所以為減少病人發生血流感染與其他感染，透析單位制訂醫療照護感染管制之相關流程及措施對維護病人健康是必要的作為。

本研究藉由台灣腎臟醫學會與台灣感染管制學會的合作，一同探討血液透析單位導入感染管制自我評核機制，藉由結合臨床透析、感染管制、醫療品質等專業團體，建立專業領域交流平台，提升從業人員的專業能力和整體品質，並導入自我評核制度，提升病人安全，降低醫療照護相關感染，參考國際間有關之實證與指引，建置血液透析單位有效之感染管制作業管理模式。

今年(110年)透過參與醫療院所，調查血液透析相關醫療機構感染管制執行狀況，包含人員健康管理-工作人員、感染管制措施-環境、隔離措施、標準防護措施及其他防護措施，瞭解血液透析相關機構感染管制執行及認知狀態評估，藉由舉辦分區說明會，說明並推廣感染管制措施在血液透析醫療院所之重要性，以推動血液透析醫療院所感染管制品管活動，並經由實地輔導訪視30家醫療院所，發現血液透析相關醫療院所感染管制相關問題：需隔離照護病人，無法專區、專人照護；班與班之間的消毒，在少部分院所未落實執行；部分院所的各項疫苗接種措施宜再規劃改進。這些醫療院所可改善的項目，可做為

未來血液透析相關醫療院所接受感染管制教育訓練、相關政策參考依據與未來規劃。經過實地訪視與分析檢討後，也使自我評核表修訂的更為實用。

二、 英文摘要：

keywords : hemodialysis,infection control,monitor

In Taiwan, there are 60000 to 70000 cases receiving hemodialysis annually. The medical cost of hemodialysis is high. There are pathological, psychological or social problems resulted from the dialysis, which may cause poor quality of life, or even death. For the nature of invasive procedure, the immunocompromised status and the frequent exposure to healthcare personnel, hemodialysis patients were the vulnerable case group for healthcare-associated infections (HAI). Therefore, infection control measures implemented by hemodialysis units is essential to prevent the occurrence of blood stream infection and infections of other sites.

The project is undergone with the cooperation of Taiwan Society of Nephrology and Infection Control Society, Taiwan. We designed a framework for hemodialysis units to improve the infection control measures and monitor. With the cooperation of the professional personnel in hemodialysis, infection control and quality assurance, we are going to have a working group to design the quality system, subsequently improve the professional care of healthcare workers, empower the dialysis personnel to monitor the quality by themselves, enhance patient safety and decrease the infection rates. With reference of the evidenced based guidelines, we developed a quality system, including a self-audit checklist, to promote infection control measures for hemodialysis units in Taiwan.

In 2021, We investigated the 30 hemodialysis units for their current situation s of infection control measures to understand the real-world infection control status and the awareness of infection control, which included the health management of professional workers, the infection control measures for the environment, the isolation protocol, standard

precaution measures and other applicable methods. We held local conference in various Taiwan regions to illustrate and promote the importance of infection control measures in hemodialysis units and to improve their quality control activities. Our professional teams have visited 30 hemodialysis units and have the following findings: Some hemodialysis units do not have enough space or manpower for isolation purpose. Besides, some need improvement in their disinfection measures between patient shifts. Some vaccination program may require further planning and promotion. These findings are of important reference value in the further arrangement of education course, policy making and further improvement. With discussion and analysis of the real-world data, we have revised the checklist to make it practically useful.

貳、本文

一、前言：包括研究問題之背景與現況、研究目的等

(一) 背景與現況

1. 政策或法令依據

血液透析室是維護病人生命安全，並預防控制感染，提供病人及家屬護理指導，提昇居家自我照顧能力，由於血液透析的病人因為侵入性醫療處置、免疫防禦能力下降及治療照護過程中醫療照護人員頻繁的接觸等多重因素，特別容易成為醫療照護相關感染（healthcare-associated infections；HAI）的高危險性族群之一。若提供的器械、設備及環境不安全將造成病人安全危害，這些程序都應藉由全面性的監測來達成，醫院工作人員必須有正確的觀念並遵守一定程序落實執行，病人的安全才能有保障。

腎臟是人體內的重要器官，一旦喪失功能，無法單靠透析治療就能完全取代健康腎臟所做的事。鑑於血液透析病患眾多，但相關作業指引僅有疾病管制署2019年修訂的醫療機構血液透析感染管制措施指引，惟缺乏將透析單位感染管制措施指引內化過程可能遭遇的困難與標竿經驗分享及建立自我評核機制等相關規範，固制定相關自我評核機制作業流程，是目前面臨的問題之一。

血液透析的安全僅在醫院評鑑中的特殊照護服務一章(2.4.13-建立透析照護服務設施、設備、儀器管理機制，確實執行、2.4.14-透析照護服務之醫療照護品質適當)及醫院感染管制查核作業項次4.8-透析單位之肝炎預防措施中受到監督與考核，在短時間的評鑑下並無法對血液透析室作全面性的考核，部份醫院及基層診所在成本、硬體設備及醫護人力考量，仍可見到作業未全面的落實，血液透析的感染管制並

未受到重視也是問題之一。

2. 問題狀況或發展需求

- (1) 現今的醫療環境當中，醫療品質越來越受到重視也發展出許多的品質指標，而其中也包含了感染管制指標，侵入性治療處置在現在是常見的醫療處置行為，但是也產生了不少醫療照護相關感染的問題，實證醫學可使醫療品質在有限資源下提供最佳照護，而應用組合式感染控制介入措施降低相關導管感染，正是以這樣的方向來提升感染管制介入措施策略來降低我國對醫療上因相關導管侵入性致感染發生，並能有持續性且系統性的監測，進而可以瞭解問題的現況、改善醫療照護相關感染問題及自我評核機制介入措施成效，以提升醫療機構之品質。
- (2) 透析單位是經血液傳播病原體的高風險單位，透析病人B、C型肝炎轉情形仍有改善空間，針對B、C型肝炎、梅毒及HIV感染病人應分機、分床、分區隔離照護，班與班之間必須消毒完全，惟目前缺乏將透析單位感染管制措施指引內化。
- (3) 監測病人B型、C型肝炎之轉陽率每年轉陽率應小於3%，針對轉陽個案應進行檢討改善。HBs Ag、anti-HBs Ab 皆為陰性之病人，應加驗anti-HBc Ab 確認未感染過B 型肝炎，並建議接受B型肝炎疫苗注射；C 型肝炎病人建議接受抗病毒藥物治療。

綜觀以上，血液透析室面臨問題：

- i. 人員訓練不足，影響服務品質及病人安全，倘若處置未依相關作業流程規範，易使人員暴露到感染傷害風險。
- ii. 未有全面性的感染作業流程指引可提供作為工作依據。
- iii. 規劃透析單位建立自我評核機制，以建立感染管制查檢模式及

相關工具、文件及管理機制。

3. 國內外相關研究之文獻探討

血液透析在1942年首次應用於人體上，其中重要的發明為設計出人工腎臟以及能以外科方式建立血管通路。因此在1960年代開始大量應用於臨床上慢性腎衰竭的患者，然而隨之而來的是血管通路之感染併發症，以及透過血液傳染的疾病需要加強預防，因此國外在1970年代開始有洗腎相關的感染控制指引（National Kidney Foundation: K/DOQI Clinical Practice Guideline for Vascular Access, 2000. Am J Kidney Dis. 37:S137-S181, 2001 (suppl 1)），後續也在抗藥性細菌MRSA大增之後，因為 vancomycin 大量使用造成 VRE 增加，因此也建立了 vancomycin 的使用指引。台灣也陸續在台灣血液透析診療指引中置有感染管制相關的臨床指引。台灣的醫院感染管制查核也包含了B型肝炎與C型肝炎的發生率監測與相關指引。

B型肝炎病毒和C型肝炎是透過血液或體液來傳染的。其中B型肝炎雖然有疫苗這預防措施，通常在接受B肝疫苗施打後，超過九成的人會產生抗體；但在末期腎病需接受規則透析的腎友，僅五六成的病人在接種疫苗接種後獲得保護力。因此美國疾管局建議，透析病人要每年抽血檢驗血清中B型肝炎表面抗體濃度。若在打過疫苗後曾生成抗體，但後來年度抽血檢查發現，B型肝炎表面抗體濃度又慢慢減少到低於 10 mIU/mL，可再追打一次雙倍劑量的 B 肝疫苗（single booster dose of 40 mcg）。

除了施打疫苗外，血液透析單位亦需注意感染管制措施，藉由監測與實施感管措施，避免洗腎患者因血液透析得到B型肝炎[1-6]。

C型肝炎也是透過血液或體液傳染，但目前沒有疫苗。因此血液透析單位的感染管制措施更形重要，藉由監測C型肝炎的發生率，可

以避免血液透析單位已發生C型肝炎感染病人卻沒有即時防止更多人感染的機會，此外也需要落實實施感管措施，避免洗腎患者因血液透析得到C型肝炎。

過去有研究發現，洗腎透析出來的廢水或透析機器管路內可以偵測到肝炎病毒部分結構顆粒。因此，就理論上來說，如果透析機器消毒不乾淨，確實有可能讓病人在洗腎過程中感染病毒性肝炎。

所幸，目前國內合格的血液透析醫療院所，都接受衛生署的嚴格管制與監督，且採用標準的透析用水與透析機器化學消毒處理方式，洗腎病人不至於在洗腎過程中遭到感染。

根據統計，台灣的洗腎患者B型肝炎帶原率大約是8~15%，和一般族群差不多，並沒有特別高。至於洗腎者C型肝炎帶原率，雖近年來在衛生署及醫界全力防範及治療下，已大幅下降，但仍高達15~25%，較一般族群為高。

早年洗腎患者感染到B、C型肝炎有幾個可能，一來是當時尚未做好病人之間的接觸隔離，二來是洗腎機器與管路未徹底消毒乾淨，加上洗腎患者本身可能常需要輸血及住院，以致於感染肝炎病毒的機率偏高。

(1) 透析病患感染C型肝炎病毒的因素分析

已有相關文獻顯示院內感染是透析病患感染C型肝炎病毒的途徑[7,8]。相關資訊於內科醫學會雜誌發表之透析病人的C型肝炎病毒感染及其管控策略有詳細分析如下（張旭宏，楊垂勳，周家麒 透析病患的C型肝炎病毒感染及其管控策略 內科醫學會雜誌）

i. 人工腎臟(hollow fibers)的重複使用：

只有少數研究支持此途徑在透析病患C型肝炎病毒感染上扮演重

要的角色。例如有人研究發現，當沒有重複使用人工腎臟或重複使用人工腎臟於在獨立區域接受透析的感染病患，相對於將人工腎臟重複使用於已感染和非感染病人在同一區域接受治療而言，可以降低C型肝炎病毒感染的發生率[9]。另外，在施行人工腎臟重複使用的透析中心中，最低的C型肝炎病毒感染的發生率是出現在有不同空間分別處理已感染及非感染病患人工腎臟的重複使用，或在已感染病人禁止重複使用人工腎臟的那組病人中。此結果也表示了在處理重複使用人工腎臟的過程中確實可能傳播C型肝炎病毒。

ii. 血液透析監視器的內部污染：

C型肝炎病毒欲藉由此途徑傳播必須符合以下條件。

1.病毒必須穿過透析膜進入透析液中，2.病毒必須能夠躲過每次透析之間的消毒過程，及3.病毒必須由透析液經過透析膜再重回到下一位使用此機器的病人血中。其中1.發生的可能性根據不同的研究約為12%[10,11]，如果再加上又必須同時符合，2.及3.則此途徑在C型肝炎病毒感染的傳播上可能就變得相當不明顯。因此雖然有某些流行病學的研究發現此途徑導致感染可能性[12]，但在分子病毒學的研究上並不支持此結論[13]。

iii. 經由透析機器外部的感染：

有研究發現在那些與Anti-HCV(+)的病人使用共同機器的病人有較高的C型肝炎病毒感染的發生率[14]。其他的研究也發現使用更新型的機器並將Anti-HCV(+)的病人隔離治療，同時配合以更嚴格的感染管制措施亦可降低其發生率[15]。

iv. 經由透析膜及超過濾液的感染：

理論上C型肝炎病毒是無法穿過透析膜，這是因為C型肝炎病毒的

直徑約為35微米(nm)，這要遠比具有最大穿透性的透析膜孔還來得大[16]。然而研究卻發現人體的病毒數量在透析治療後會下降[17]。這可能是在過濾的進行中、透析治療本身或是在人工腎臟重複使用的處理過程中，所導致透析膜孔大小的改變或是透析膜的完整性遭到破壞，而使得病毒得以穿過透析膜進入透析液中。研究發現，病毒可以被透析膜上所覆的蛋白層所吸附，而血液及透析膜之間的交互作用所產生的免疫系統非特異性致活也有助於病毒的清除[18]。另一個研究發現PAN (polyacrilonitrile)材質的透析膜在病毒的吸附上更具有效力，然而卻只有在接受Cuprophane材質透析膜的病人其血中病毒的濃度才會明顯的下降[19]。這可能表示了免疫系統的致活才是在減少血中病毒數量上扮演關鍵性的角色。最近的研究發現不論是低透量(low-flux,cellulose)或是高透量(high-flux,cellulose-diacetate,polysulfone,PAN)血液透析都不會造成超過濾液受到C型肝炎病毒的污染[20]。必須強調的是，即使在透析液中測得HCV RNA也只表示出現C型肝炎病毒RNA的碎片，而非具有感染力的完整病毒本身，因此可能不會造成感染的發生，且這些少量的病毒可能也可以忽略其導致C型肝炎病毒傳播的可能性。目前並沒有任何研究發現使用那種材質的透析膜會使病人有較高的危險性得到C型肝炎病毒的感染[21]。

v. 經由工作人員的傳染：

流行病學及分子病毒學的研究已證實，C型肝炎病毒可經由院內感染從已感染的病人傳播給在同一區域接受透析治療的其他病人[22]。這可能是經由工作人員受到污染的手或是經由病人間共用器械所導致。事實上，基因序列分析已證明經由工作人員傳染給病人的為相同的病毒株[23]。根據統計，透析中心工作人員感染C型肝炎病毒的盛行率為0-6%，此數值和捐血者經過篩檢的比例相當[24]。另一研究也發現，

即使實施嚴格的感染管制措施，仍可以在工作人員洗手過的水中偵測到HCV RNA[25]。由已受感染病人因扎針意外事件傳染給健康工作人員的偶發事件亦已證實，其危險性為2.7-10%[26]，而此數值要遠低於受到B型肝炎e抗原陽性病人同樣因扎針意外事件感染的危險性[27]。此差異可能是因為在C型肝炎病毒感染的病人其血中循環的病毒數量較低之故，也因此降低了因少量血液污染而受到感染的危險性[28]。

vi. 經由病人之間接觸的感染：

在比利時所進行的多中心的研究發現，血液透析且血中抗C型肝炎病毒抗體由陰性轉陽性的病人中有38%從未接受輸血治療，亦沒有發現有其他導致C型肝炎病毒感染的危險因素存在。有意義的發現是這些轉陽性的病人有群集出現在和Anti- HCV(+)病人在同一治療區域治療的傾向。此外，在同一透析中心中那些鄰近於已感染者接受治療的病人也會有較高的機會發生血中抗體轉陽性的情形。其他的研究也發現Anti-HCV(+)的病人會群集出現在同一透析中心的某一區域，且這些病人都未曾接受輸血治療。以上結果均顯示C型肝炎病毒可能可以經由病患之間的接觸而傳染。

vii. 因感染管制措施處理失當所導致C型肝炎病毒傳染的爆發：

實施針對防止B型肝炎傳染所採取的衛生預防措施可以減少透析中心C型肝炎病毒的感染[29]，因此可以預期嚴格的遵守感染管制措施可以防止此疾病的傳播[30]。事實上，已有報告因未能遵守此一措施(如病人間共同使用注射肝素的針頭或是在進行透析治療時工作人員沒有因處理不同病人而更換手套等)而導致在透析中心感染的爆發[31]。

台灣早在20年前就做好洗腎的分區管制，B型肝炎帶原者一區，C型肝炎帶原者一區，至於非B、C肝帶原的患者，則被安排在另外一區

[32]。由於徹底執行分區管制措施，以及嚴格規定洗腎機器與管路消毒處理過程，近年來已少見在洗腎過程中不慎感染肝炎病毒的個案。

此外，如果真的很擔心洗腎過程感染到C型肝炎，可以選擇腹膜透析方式洗腎。統計發現，腹膜透析患者的C型肝炎盛行率，較血液透析少了近一倍左右；至於B型肝炎盛行率，兩種洗腎方式的族群都差不多[33-37]。

(2) 洗腎併有C肝推廣積極治療

既然洗腎患者合併罹患肝炎的比率偏高，不少患者也同時接受B型肝炎或C型肝炎的治療。根據臨床統計，以干擾素來治療急性C型肝炎感染，可以得到不錯的治療效果，和非洗腎病人差不多[38,39]。目前主流的C型肝炎治療主要為小分子藥物（DAA），自2013年新型的C肝全口服抗病毒藥物（direct-acting antivirals, DAA）問世後，許多相關臨床試驗也陸續出爐，優點為療程短、治療效果佳、可用於慢性腎臟病或洗腎患者，是肝炎治療界的亮眼新星[40]。

雖然少數患者在治療期間可能會出現搔癢、倦怠、噁心感等副作用，但因療程僅兩個月至四個月，故多數病人皆可忍受吃完整個療程，之後再追蹤血中的C肝病毒量，九成以上患者都測不到病毒量，可宣告治癒[41-44]。

(3) 2020年新的挑戰

COVID-19大流行造成人類世界重大損失及全球性的危機，血液透析病人必須常規頻繁的接受治療以維持生命，透析治療為一需要特定的水處理、特殊機台設備及耗材、及專業人員近身治療的醫療處置，院所的環境為近距離（診所設置標準，床尾間隔0.8公尺），人群的暴露是高頻率且長時間（通常每次治療時間為每週三次、每次四小時），

而且因老人多、共病多、和疾病相關因素，通常需要他人陪或照護，透析中有外籍看護的比例高，此群聚且人員接觸密集的環境，是一個醫療機構與社區的介面，是感染控制及預防的關鍵點[45-48]。

專業學會幫助透析院所因應新興傳染性疾病的應變至關重要，除了配合國家政策，各專科學會間的積極對話與合作，能協助整備並建立面對未來可能的風險的應變機制，藉由建立相關指引及關鍵步驟，達到COVID-19感控的現況及準備好未來可能的挑戰。

(4) 台灣血液透析的流行病學

依據2019台灣腎病年報，台灣透析發生數從2013年10,697人，2017年增加至11,887人。透析發生率從2000年每百萬人口331人，增加至2017年每百萬人口504人。在透析患者盛行方面，透析盛行數從2013年有73,274人，增加至2017年82,031人。透析盛行率從2000年每百萬人口1,448人，增加至2017年每百萬人口3,480人。整體呈現增加的趨勢，而其中，2017年透析盛行患者使用腹膜透析比率為8.4%，其餘患者接受血液透析，而且絕大多數為在院所接受常規透析治療。

(5) 台灣腎臟醫學會現行透析院所實地訪視作業

台灣腎臟醫學會現行已有透析院所實地訪視作業，訂定「血液透析及腹膜透析訪視作業評量辦法」，以輔導院所提升硬體及軟體品質為主要目的，期望藉此了解院所之困境，作為學會會務需要加強的重點，讓學會各委員之事務能更切合民意。此一作為是銜接學會行之有年的傳統，也結合醫策會之醫院評鑑精神，以全面改善和提升透析醫療品質為主要宗旨，其結果不宜過度延伸為制定透析政策或修改健保給付之依據。其中包含病人安全及感染管制作業，主要參考衛生福利部疾病管制署106年12月15日公告之「醫療機構血液透析感染管制措

施指引-增修」，包括感染管制措施-人員、感染管制措施-環境、機器維修與消毒、RO水處理系統與管路消毒、隔離措施等。

(6) 台灣腎臟醫學會2020年對新興傳染病的應變與規範

腎臟學界長年和肝膽學界合作，在BC肝於腎病患者的診斷治療及感染預防作業等推動不遺餘力，此次新興傳染病武漢肺炎的疫情，腎臟醫學會的應變小組及透析醫療事務委員會，也彙整並提供資訊，以協助所有院所因應。以下僅列幾項文獻供參考[31, 46, 49-54]。

血液透析室為執行血流相關業務單位，應嚴格遵守感染管制之標準防護措施，疾管署訂有「醫療機構血液透析感染管制措施指引」[55]，內容分別為：工作人員管理、標準防護措施及其他防護措施、病人照護與管理，皆著重預防B、C型肝炎發生，近年來多起C型肝炎異常事件，更顯示在安全的用藥、注射行為落實之重要性[40]。

血液透析室應進行分區，如：病床區應是為汙染區，護理站為緩衝區，治療室、準備室、調劑室為清潔區，明確區分各區，以減少交互感染。內部應有充足之洗手設備，可供醫護人員、病人、家屬可便利性洗手[56]。

在環境與儀器設備之清潔消毒，會發現各血液透析室班與班之間轉換時間短暫，需更換床單枕套、擦拭透析機面板、環境清潔，若未能妥善、落實處理，恐會造成環境與儀器汙染、間接造成人員感染[57]。

文獻指出：透析患者較一般族群容易感染肺炎及敗血症而住院，且急性感染使患者住院率及死亡率上升，故何預防感染造成併發症是照護慢性腎臟病中重要議題，而疫苗接種便是其中一環。台灣流感疫情在每年11月下旬開始升溫，到年底至下年初達到高峰，若透析患者

解種率高達到群體免疫，則可降低併發流感重症的發生。故如何提升或宣導透析患者流感疫苗接種是一個重要課題[58]。

綜觀醫院感染管制查核及血液透析及腹膜透析訪視作業評量，發現評量項目宜再整合，為了更有效進行查核項目整合，擬透過計畫收集醫療院所自評表回覆及在各項自評內容有無困難達成，並收集醫院查核及血液透析及腹膜透析訪視作業評量結果進行資料分析，重新制定血液透析輔導作業基準、自評表供全國醫療院所依循，不分層級，統一標準，更可讓透析照護品質一致性。

4. 計畫與防疫工作之相關性等

近年來面對新興傳染病威脅，其對血液透析病人未有妥善規劃應變機制，為了因應新興傳染病威脅，應規劃整備、病人處置及應變計畫：

- (1) 整備：對於新興傳染病（現階段以武漢肺炎或結核病為例），單位應有權責人員擔任領導、更新資訊、擬定措施、人員教育、防疫物資整備、通報、及啟動應變機制之責。
- (2) 病患處置：所有人員應知悉個人適當防護、環境清消、風險評估、診斷、疑似或確診病患分流及隔離處置。
- (3) 應變計畫：建議依疫情可能之變化，預先制定單位應變計畫，包括：防疫期、警戒期、減災期。（參照衛生福利部疾病管制署「設有血液透析室之醫療機構因應COVID-19(武漢肺炎)感染管制措施指引1090831」、「設有血液透析室之醫療機構因應COVID-19(武漢肺炎)整備現況查檢表1090831」、「結核病診治指引1090702」、「結核病防治工作手冊1071217」、「結核病之法定傳染病自動通報作業程序

1070409」)

- i. 防疫期的重點工作：應訂有合適之隔離防護措施及動線規劃、辦理因應傳染病防治教育訓練。
- ii. 警戒期的重點工作：訂有傳染病監視通報機制、醫療照護工作人員健康監測與管理。
- iii. 減災期的重點工作：病人安置、分流分艙、分區照護、固定團隊、固定透析設備、固定空間之照護原則。

(二)研究目的

民國75年開始建立血液透析院所評鑑制度，民國83年增加腹膜透析院所評鑑作業。民國87年透析院所評量作業改由台灣腎臟醫學會利用學會自有資源進行評量業務，民國95年配合醫策會以病人為中心的模式進行新制透析評量；醫院感染管制查核於民國98年進行醫院血液透析室進行感染管制措施查核。長期以來透過不斷的評鑑、查核、輔導希望可避免異常事件發生。台灣腎臟醫學會96年公告台灣透析診療指引，疾管署108年7月8日修正醫療機構血液透析感染管制措施指引供醫療院所參考依循。訂有相關自評表及外部委員稽核，透過透析單位自評表提報可檢視現況，透過外部稽核、輔導進而修正單位缺失，避免異常事件再發生。新興傳染病疫情無法預測何時來?或發生時將造成威脅，在今年嚴重特殊傳染性肺炎疫情中，更凸顯因應新興傳染病危機應變之重要性。醫療院所更應重視，甚至應訂定計畫或設定配套。

1.全程計畫之總目標

本三年期計畫所要達成之總目標為：

- (1) 成立專案小組負責計畫之規劃、執行、評估及檢討。
- (2) 參考國際間有關之實證與指引，建置血液透析單位有效之

感染管制作業管理模式，依執行成果提出相關政策建議，並發展國內推廣模式及相關工具、文件及管理機制，做為全國醫院參考之依據。

- (3) 結合臨床透析、感染管制、醫療品質等專業團體，建立專業領域交流平台，參考台灣腎臟醫學會液透析及腹膜透析訪視作業評量標準表單及感染管制查核基準內容進行自評表，提升從業人員的專業能力和整體品質，並導入自我評核制度，提升病人安全，降低醫療照護相關感染。

2.分年計畫之目的

計畫第一年：

- (一)成立專案小組，指定專人擔任召集人，成員應包含：腎臟專科醫師、感染症專科醫師、感染管制師、醫院品管人員及臨床透析等專業學會或公會團體之管理階層人員等，負責計畫之訂定、執行、評估及檢討等相關事宜，並明列專家小組任務內容及分工事項。
- (二)辦理國內醫療院所血液透析感染管制執行及認知狀態評估調查作業，於計畫開始後3個月內提出調查內容，並於6個月內完成調查資料蒐集。
- (三)參考國際相關文獻資料及前項調查結果，建立血液透析醫療院所「血液透析感染管制自我查檢表單及查檢方法」，於計畫開始後6個月內提出。
- (四)由承辦單位辦理說明會，邀集至少30家血液透析醫療院所或設有透析單位之醫院參與本計畫，且其中需包含診所層級之血液透析醫療機構至少15家；應於執行方式確認後3個月內確定參與醫療院所名單。

- (五)110年1月於學會網站公告本計畫推動之目的、執行及說明會報名方式，並規劃於2月底前辦理，以利學會於4月底前確認參與醫療院所名單。
- (六)請參與計畫院所依據自我查檢表進行自我評核，並回復評核結果；由專案小組根據參與機構之自我評核結果共同討論規劃血液透析感染管制品管活動。
- (七)辦理2場分區說明會，介紹血液透析感染管制及計畫推廣方式等。
- (八)訂定實地訪查輔導作業原則，並安排專家至參與計畫之血液透析診所或醫院透析單位進行實地輔導訪查。
- (九)召開至少2次交流會議，由各參與醫療院所共同出席報告執行進度及討論交流執行經驗。
- (十)本年度期末報告應針對血液透析感染管制自我評核機制提出初步規劃(包括自我查檢表單、建議頻率、後續作為等)。

二、材料與方法

本計畫共為三年，計畫期間定期召開專家小組會議，計畫期間參考國際相關文獻、指引，建立血液透析醫療院所「血液透析感染管制自我查檢表單及查檢方法」，並實訪輔導參與30家血液透析相關醫療機構(11家醫學中心、4家區域醫院、15家基層診所)。期能於期末，針對血液透析感染管制自我評核機制提出初步規劃(包括自我查檢表單、建議頻率、後續作為等)，提供疾管署參考。

執行方式：

(一) 重要工作項目：

110年工作重點	工作項目	欲達成之量化目標
(一)組成之專案小組，負責計畫之訂定、執行、評估及檢討等相關事宜，並明列專家小組任務內容及分工	1.由主持人指定1位專人擔任召集及2位副召集人	110年1月完成計畫召集人及副召集人確認。
	2.專案小組成員：分為專家成員及參與醫院之血液透析專家代表委員：	110年1月完成計畫專家成員聘任。
	2.1 專家成員：腎臟專科醫師、感染症專科醫師、感染管制師、醫院品管人員及臨床透析等專業學會或公會團體之管理階層人員等，預定20人。 2.2 邀請30家血液透析醫療院所或設有透析單位之醫院參與計畫，且其中需包含診所層級之血液透析醫療機構至	110年5月完成確定參與醫療院所名單。

110年工作重點	工作項目	欲達成之量化目標
	<p>少15家。</p> <p>3. 計畫期間依各項作業時程辦理專案小組會議。會內容包括：參與醫院名單、任務內容及分工事項。</p>	<p>1.110年<u>1月27日</u>召開第一次專案小組會議並紀錄備查。</p> <p>2. 110年<u>3月19日</u>召開第二次專案小組會議並紀錄備查。</p> <p>3. 110年<u>7月8日</u>召開第三次專案小組會議並紀錄備查。</p> <p>4. 110年<u>8月26日</u>召開第四次專案小組會議並紀錄備查。</p> <p>5.110年<u>9月13日</u>召開第五次專案小組會議並紀錄備查。</p>
(二)辦理國內醫療院所血液透析感染管制執行及認知狀態評估調查作業	<p>1.設計血液透析感染管制表單進行調查。</p> <p>2.調查內容分析及資料蒐整。</p> <p>3.參考國際相關文獻資料及前項調查結果，建立血液透析醫療院所「血液透析感染管制自我查檢表單及查檢方法」。</p> <p>4.參與醫院以自我查檢表進行自我評核，並回復評核結果；由專案小組根據參與機構之自我評核結果共同討論規劃血液透析感染管制品管</p>	<p>1.110年3月底前提出調查內容。</p> <p>2.110年<u>7月底</u>前完成調查資料蒐集。</p>

110年工作重點	工作項目	欲達成之量化目標
	活動。	
(三)辦理說明會	<p>1.辦理參與醫院參加計畫說明會</p> <p>1.1對象：</p> <p>(1)為參與醫院之血液透析室人員或感染管制人員或與本計畫相關之醫療照護人員(每家至少派1-2名)。</p> <p>(2)醫院感染管制人員或對血液透析室管制執行有興趣之醫療人員；每場次預計 50 人。</p> <p>1.2預計110年4月前完成南、北各一場次說明會。</p> <p>1.3教育訓練課程內容：</p> <p>(1)上課日期110年4月前。</p> <p>(2)上課內容：介紹血液透析感染管制推行目的、計畫推廣方式及自我評核機制等。</p> <p>2.針對參與醫院辦理教育訓練，討論各醫院及診所執行概況、內容意見交流。</p> <p>3.課程內容規劃及講師邀請。</p> <p>4.課程地點租借與設備規</p>	<p>1.110年4月前完成兩場次說明會教育訓練課程。</p> <p>2.110年4月前完成兩場次說明會教育訓練課程之提問題內容彙整及分析。</p> <p>3.辦理說明會前2-3週完成學分申請作業。</p> <p>4.5月完成參加學員學分上傳作業。</p>

110年工作重點	工作項目	欲達成之量化目標
	劃。	
(四)實地訪查參與醫院及診所	<p>1.訂定實地訪查輔導作業原則。</p> <p>1.1對象：本計畫之所有參與醫院及診所。</p> <p>1.2時間：110年7-8月。</p> <p>2.行程安排，提供參與醫院或診所參考。</p> <p>3.安排專家至參與計畫之血液透析診所或醫院透析單位進行實地輔導訪查。</p>	<p>規劃於<u>110年9月27日至2021年10月27日</u>前完成參與醫院及診所血液透析實地輔導訪查。</p>
(五)交流會議	<p>1.召開二場次交流會議，預計北、南各辦理一場次。</p> <p>(1)預計6月前於北部辦理第一次交流會議，藉此向參與機構說明計畫執行方式、工作項目及如何執行自我評核等。</p> <p>(2)預計10月前於南部辦理第二次交流會議，瞭解機構執行進度及礙室問題。</p> <p>2.邀請各參與醫療院所共同出席報告執行進度及討論交流執行經驗。</p>	<p>1.分別規劃於<u>110年9月及10月底</u>前完成參與醫院及診所交流會議並紀錄備查。</p> <p>2.於<u>110年9月底</u>前完成第一次交流會議以利讓各參與機構瞭解計畫執行方式、工作項目及如何執行自我評核等。</p> <p>3.於110年10月前於南部辦理第二次交流會議，以利瞭解機構執行進度及礙室問題。</p>
(六)期末報告	1.針對血液透析感染管制自	規劃於110年12月底前完成期

110年工作重點	工作項目	欲達成之量化目標
	<p>我評核機制提出初步規劃(包括：自我查檢表單、建議頻率、後續作為等)。</p> <p>2.經費核銷。</p>	<p>未報告。</p>

(二) 執行行程：

110年度預定進度：以Gantt Chart表示本年度之執行進度。屬多年期計畫者，應分年度提出預定進度。

月次 工作項目	第1月	第2月	第3月	第4月	第5月	第6月	第7月	第8月	第9月	第10月	第11月	第12月	備註
擬定工作計畫													
專案小組組成及聘任													
專案小組會議制定計畫內容													
國內醫療院所血液透析感染管制調查內容													
國內醫療院所血液透析感染管制調查資料蒐集													
血液透析感染管制自我查檢表單及查檢方法													
辦理說明會並確認參與30家醫療院所名單													
自我查檢表進行自我評核，並回復評核結果													
辦理2場分區說明會、問題蒐整及學分申請													
訂定輔導原則及實地輔導訪查													
召開2次交流會議													
期末報告													

三、結果

今年(110年)為計畫第一年，相關進度與成果分析如下：

(一)完成並確認通過專家小組組成

1.1完成計畫總召集人、專家小組委員確認。成員包含腎臟專科醫師、感染症專科醫師、感染管制師、醫院品管人員及臨床透析等專業學會或公會團體之管理階層人員等共20人(附錄一)。負責計畫之訂定、執行、評估及檢討等相關事宜，並明列專家小組任務內容及分工。

表一、專家小組委員名單及小組任務內容及分工

姓名	現職	在本計畫內擔任之具體工作性質、項目及範圍	備註
陳堯生	高雄榮民總醫院副院長	計畫總主持人並擔任專案小組召集人，負責推動計畫進行及計畫內容執行等相關事項。	總召集人/感染症專科醫師/台灣感染管制學會常務理事
黃尚志	高雄醫學大學附設中和紀念醫院副院長	擔任專案小組委員，負責計畫執行、評估及檢討等相關事宜、出席說明會與交流會議，並實地輔導訪查參與醫院及診所。	腎臟專科醫師/台灣腎臟醫學會理事長
盧柏樑	高雄醫學大學醫學院院長	擔任專案小組委員，負責計畫執行、評估及檢討等相關事宜、出席說明會與交流會議，並實地輔導訪查參與醫院及診所。	感染症專科醫師/台灣感染管制學會監事
張峰義	三軍總醫院副院長	擔任專案小組委員，負責計畫執行、評估及檢討等相關事宜、出席說明會與交流會議，並實地輔導訪查參與醫院及診所。	感染症專科醫師/台灣感染管制學會常務監事
李佳蓉	高雄醫學大學附設醫院腎臟	擔任專案小組委員，負責計畫執行、評估及檢討等相關事宜、出席說明會與交流會議，並實地輔導訪查參與醫院及診所。	腎臟專科醫師

姓名	現職	在本計畫內擔任之具體工作性質、項目及範圍	備註
	內科助理教授 /主治醫師		
陳宜君	國立臺灣大學 醫學院附設醫 院感染科主任	擔任專案小組委員，負責計畫執行、評估及檢討等相關事宜、出席說明會與交流會議，並實地輔導訪查參與醫院及診所。	感染症專科醫師 /台灣感染管制 學會理事長
李原地	中山醫學大學 附設醫院感 染科主任	擔任專案小組委員，負責計畫執行、評估及檢討等相關事宜、出席說明會與交流會議，並實地輔導訪查參與醫院及診所。	感染症專科醫師 /台灣感染管制 學會財務長
施智源	臺中榮民總醫 院內科部感 染科主任/感 管室主任	擔任專案小組委員，負責計畫執行、評估及檢討等相關事宜、出席說明會與交流會議，並實地輔導訪查參與醫院及診所。	感染症專科醫師 /台灣感染管制 學會理事
詹明錦	台北慈濟醫院 感染管制中 心組長	擔任專案小組委員，負責計畫執行、評估及檢討等相關事宜、出席說明會與交流會議，並實地輔導訪查參與醫院及診所。	感染管制師/台 灣感染管制學會 秘書長
洪靖慈	高雄醫學大學 附設中和紀念 醫院感染管制 中心組長	擔任專案小組委員，負責計畫執行、評估及檢討等相關事宜、出席說明會與交流會議，並實地輔導訪查參與醫院及診所。	感染管制師/台 灣感染管制學會 常務理事
陳瑛瑛	臺北榮民總醫 院感管室組長	擔任專案小組委員，負責計畫執行、評估及檢討等相關事宜、出席說明會與交流會議，並實地輔導訪查參與醫院及診所。	感染管制師/台 灣感染管制學會 監事
湯宏仁	奇美醫院內科 部副部長/感	擔任專案小組委員，負責計畫執行、評估及檢討等相關事宜、出席說明會與交流會議，並實地輔導訪查參與醫院及診所。	感染症專科醫師

姓名	現職	在本計畫內擔任之具體工作性質、項目及範圍	備註
	染科主任		
吳志仁	馬偕醫學院醫學系教授	擔任專案小組委員，負責計畫執行、評估及檢討等相關事宜、出席說明會與交流會議，並實地輔導訪查參與醫院及診所。	腎臟專科醫師/ 台灣腎臟醫學會理事
吳家兆	三軍總醫院腎臟內科教授/ 主任	擔任專案小組委員，負責計畫執行、評估及檢討等相關事宜、出席說明會與交流會議，並實地輔導訪查參與醫院及診所。	腎臟專科醫師/ 台灣腎臟醫學會理事
姜至剛	台大醫院綜診部主治醫師	擔任專案小組委員，負責計畫執行、評估及檢討等相關事宜、出席說明會與交流會議，並實地輔導訪查參與醫院及診所。	腎臟專科醫師/ 台灣腎臟醫學會監事
張明揚	林口長庚醫院腎臟科主治醫師	擔任專案小組委員，負責計畫執行、評估及檢討等相關事宜、出席說明會與交流會議，並實地輔導訪查參與醫院及診所。	腎臟專科醫師
楊孟儒	安德聯合診所院長	擔任專案小組委員，負責計畫執行、評估及檢討等相關事宜、出席說明會與交流會議，並實地輔導訪查參與醫院及診所。	腎臟專科醫師/ 台灣基層透析協會理事長/ 台灣腎臟醫學會理事
鍾牧圻	臺中榮民總醫院腎臟科主治醫師	擔任專案小組委員，負責計畫執行、評估及檢討等相關事宜、出席說明會與交流會議，並實地輔導訪查參與醫院及診所。	腎臟專科醫師
張哲銘	高雄醫學大學附設醫院腎臟內科教授/ 主治醫師	擔任專案小組委員，負責計畫執行、評估及檢討等相關事宜、出席說明會與交流會議，並實地輔導訪查參與醫院及診所。	腎臟專科醫師/ 台灣腎臟醫學會秘書長

姓名	現職	在本計畫內擔任之具體工作性質、項目及範圍	備註
王明誠	國立成功大學 醫學院附設醫 院腎臟科主任	擔任專案小組委員，負責計畫執行、評估及檢討等相關事宜、出席說明會與交流會議，並實地輔導訪查參與醫院及診所。	腎臟專科醫師/ 台灣腎臟醫學會 監事

1.2 委員職責：

1.2.1 配合出席參與本計畫所有舉辦之會議、說明會、制定血液透析輔導訪視表、機構實地輔導等。

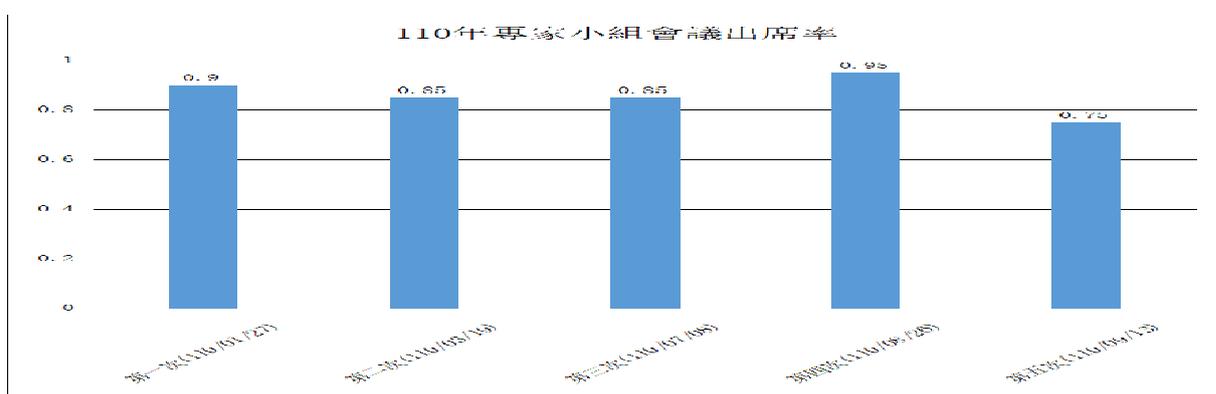
1.2.2 協助所有會議決議執行辦理之事項。

1.2.3 實地輔導與機構交流：制定實地輔導作業，安排專家進行參與機構實地輔導，並召開交流會議，進行問題解決及建立機構交流平台。

1.2.4 提出計畫總結報告，內容含括參與機構推行相關資料、分析國內執行現況與所遭遇之問題、分析執行成果、整理血液透析機構乾染管制常見錯誤樣態等，並執行成果提出相關政策建議。

(二) 定期召開專家小組會議(會議頻率：每2-3個月。)

2.1 總計召開五次專家小組會議，平均出席率86%，並留有會議記錄(附錄二)。



圖一、專家小組會議出席率

2.2 專家小組會議照片



第一次專家小組會議(110/01/07)



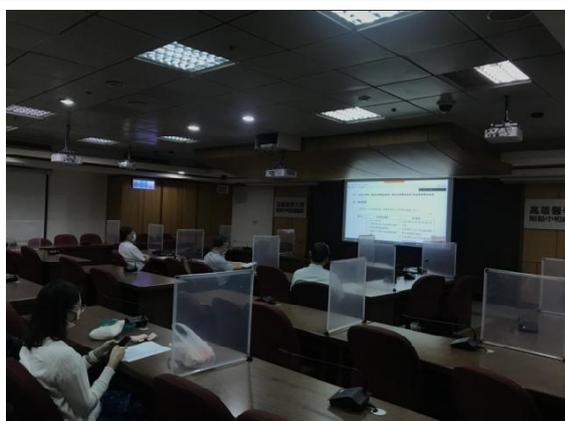
第二次專家小組會議(110/03/19)



第三次專家小組會議(110/07/08)



第四次專家小組會議(110/08/26)



第五次專家小組會議(110/09/13)

(三)辦理國內醫療院所血液透析感染管制執行及認知狀態評估調查作業

3.1收集四家血液透析醫療院所前驅資料(附錄三)。

3.2參考國際相關文獻資料及四家血液透析院所前驅資料蒐整(附錄三)調查結果，建立血液透析醫療院所「血液透析輔導訪視表(草案)」(附錄四)。

3.3完成30家參與醫院(附錄五)「血液透析輔導訪視表及自評表(草案)」蒐整(附錄六)瞭解血液透析相關機構感染管制執行及認知狀態評估。

(四)辦理說明會

4.1藉由北區及南區各舉辦一天4小時的說明會，說明並推廣感染管制在血液透析醫療院所之重要性。

4.2北區說明會於4月17日(星期六)，在佛教慈濟醫療財團法人臺北慈濟醫院協力國際會議廳舉辦；110年3月19日報名網站建置完成並開放報名【<http://www.nics.org.tw>】，出席人數共計246人(附錄七)。

4.3南區說明會訂於4月18日(星期日)，於高雄醫學大學附設中和紀念醫院第二講堂舉辦；110年3月19日報名網站建置完成並開放報名【<http://www.nics.org.tw>】，出席人數共計184人。

4.3分區說明會照片

110年血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究說明會(北部場)



- 1.本會議場地內，請勿飲食。
- 2.因應防疫，入場時請配戴口罩。
- 3.講師開始授課，請將手機鈴聲轉為震動。
- 4.課程報到採紙本簽到、簽退。

說明會日期
4月17日(六)

地點：

佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院協力國際會議廳

課程時間	課程名稱	講師
08:40-09:00	報到	
09:00-09:10	歡迎致詞	衛生福利部疾病管制署 社團法人台灣感染管制學會 社團法人台灣腎臟醫學
09:10-10:00	血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究計畫說明、推行目的及未來目標	高雄醫學大學附設中和紀念醫院 內科部 盧柏樑部長
10:00-10:50	血液透析輔導訪視表(草案) 評分與標準說明	高雄長庚醫院感染管制課 蘇麗香課長
10:50-11:40	血液透析之COVID-19預防感染機制	高雄醫學大學附設中和紀念醫院 內科部 李佳蓉醫師
11:40-12:10	問題討論與交流	
12:10	賦歸	

辦理單位：佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院
社團法人台灣感染管制學會
社團法人台灣腎臟醫學



110年血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究說明會(南部場)



- 1.本會議場地內，請勿飲食。
- 2.因應防疫，入場時請配戴口罩。
- 3.講師開始授課，請將手機鈴聲轉為震動。
- 4.課程報到採紙本簽到、簽退。

說明會日期
4月18日(日)

地點：

高雄醫學大學附設中和紀念醫院第二講堂

課程時間	課程名稱	講師
08:40-09:00	報到	
09:00-09:10	歡迎致詞	衛生福利部疾病管制署 社團法人台灣感染管制學會 社團法人台灣腎臟醫學
09:10-10:00	血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究計畫說明、推行目的及未來目標	高雄醫學大學附設中和紀念醫院 內科部 盧柏樑部長
10:00-10:50	血液透析輔導訪視表(草案) 評分與標準說明	高雄長庚醫院感染管制課 蘇麗香課長
10:50-11:40	血液透析之COVID-19預防感染機制	高雄醫學大學附設中和紀念醫院 內科部 李佳蓉醫師
11:40-12:10	問題討論與交流	
12:10	賦歸	

辦理單位：高雄醫學大學附設中和紀念醫院
社團法人台灣感染管制學會
社團法人台灣腎臟醫學



1100417北區說明會海報



1100418南區說明會海報



1100417北區說明會

1100418南區說明會

(五)實地訪查參與醫院及診所

5.1藉由實地輔導機制，持續參與血液透析相關醫療院所感染管制業務之推動，最終冀以全面提升血液透析機構之感染管制及照護品質，減少傳播群聚突發事件的發生。

5.2邀請30家血液透析相關機構參與實地輔導訪視，床數小於30床13家，床數31床-60床9家，床數大於61床以上8家，其中以參與訪視之醫療機構中以基層診所為大宗，占比50%。

5.3輔導月份為9月至10月共計30家機構，排定機構類別為：醫學中心共11家、區域醫院共4家、基層診所共15家。

表二、參與血液透實地輔導訪視機構層級統計表

醫療機構層級	區域							總數
	台北市	新北市	新竹市	台中市	彰化市	台南市	高雄市	
醫學中心	6	0	0	1	1	1	2	11
區域醫院	1	2	0	0	0	0	1	4
基層診所	1	2	2	1	1	1	7	15
總數	8	4	2	2	2	2	10	30

表三、參與血液透實地輔導訪視機構床數統計表

醫療機構層級	床數			
	30床以下	31床-60床	61床以上	總數
醫學中心	1	4	6	11
區域醫院	0	2	2	4
基層診所	12	3	0	15
總數	13	9	8	30

5.4各家機構委員訪查建議：

編號	機構名稱	訪視委員 (感染管制學會)	訪視委員 (腎臟醫學會)	委員建議
01	國泰綜合醫院	張峰義	吳家兆	無。
02	臺北市立萬芳醫院	詹明錦	張明揚	1.有完整的感控措施B、C肝分區照顧，院方希望中央有更明確統一的實施方案(關於新冠肺炎的防治)。 2.每月有實施內毒素檢查表現優良。
03	台北馬偕紀念醫院	詹明錦	李佳蓉	1.單位工作人員總數的計算應納入醫師、護理師、外包人員及常駐人員。

編號	機構名稱	訪視委員 (感染管制學會)	訪視委員 (腎臟醫學會)	委員建議
				2.工作車建議落實乾淨區及汙染區的概念。
04	國立台灣大學醫學院附設醫院	張峰義	張哲銘	2.1.1項之「所有透析機台的RO出水口」可刪除(已在2.1.2有列)。
05	三軍總醫院(內湖總院)	陳宜君	張哲銘	條文皆符合，唯對於MMR疫苗部分針對麻疹免疫力比率，只要求新進人員或是所有員工較不清楚。
06	臺北榮民總醫院	詹明錦	張明揚	1.血液透析室各項工作皆落實執行。 2.電子白板呈現B、C肝炎及HIV狀態有利人員辨識。
07	基督復臨安息日會醫療財團法人臺安醫院	陳瑛瑛	楊孟儒	訂有標準流程並有異常處理檢測執行優良。
08	信德診所	陳瑛瑛	楊孟儒	1.新成立之洗腎診所，建議依CDC和腎臟醫學會指引擬

編號	機構名稱	訪視委員 (感染管制學會)	訪視委員 (腎臟醫學會)	委員建議
				<p>定符合診所特性之政策，並執行上有紀錄。</p> <p>2.B、C型肝炎陽性病人再適當規劃分區。</p> <p>3.手部衛生稽核宜增加遵從性並有檢討機制。</p> <p>4.清潔和汙染的物品設置宜再規劃。</p>
09	衛生福利部雙和醫院	詹明錦	楊孟儒	血液透析各項感染管制項目皆落實執行。
10	台北慈濟醫院	陳瑛瑛	吳家兆	<p>1.若有C肝病人需洗腎，宜有適當安置包括區隔。</p> <p>2.若發現有發燒等症狀之個案，宜有適當安置之空間。</p> <p>3.透析機台清潔與消毒之抹布，建議可改為拋棄式。</p>
11	益康診所	詹明錦	楊孟儒	1.建議多宣導鼓勵

編號	機構名稱	訪視委員 (感染管制學會)	訪視委員 (腎臟醫學會)	委員建議
				員工施打流感疫苗 (目前施打率10%)。 2.MMR疫苗可納入 宣導施打。
12	杏原診所	陳瑛瑛	楊孟儒	1.B、C肝炎個案宜 有實體屏障區隔。 2.手部衛生宜增加 遵從性稽核。
13	上水透析診所	李原地	鍾牧圻	1.新興傳染病SOP 建議可增列洗腎過 程中發燒、接觸者 或自主健康管理病 人之管理流程。 2.建議避免使用高 壓鍋。
14	安慎診所	李原地	鍾牧圻	1.流感疫苗的施打 率、MMR或許可提 高。 2.發燒病人可提供 阻隔。 3.胸部X光檢查比率 可提高。 4.新興傳染病SOP 可增加接觸者出現

編號	機構名稱	訪視委員 (感染管制學會)	訪視委員 (腎臟醫學會)	委員建議
				<p>的流程。</p> <p>5.工作區域和病人區的動線宜再規劃。</p> <p>6.建議B、C肝炎機台班與班之間消毒。</p>
15	臺中榮民總醫院	李原地	楊孟儒	<p>1.HBV疫苗爭取院方補助費用施打疫苗。</p> <p>2.管制措施符合標準執行優良。</p>
16	中英診所	施智源	鍾牧圻	<p>建議RO水檢測之行動規範應改進若菌落數 >100CFU/ML應立即停用機台。</p>
17	彰化基督教醫院	李原地	楊孟儒	<p>感染管制措施執行確實優良。</p>
18	仁美診所	李原地	鍾牧圻	<p>1.提高員工流感施打率及MMR抗體檢測和施打。</p> <p>2.應具有新興傳染病之應變計畫。</p> <p>3.PPE實務穿脫訓練</p>

編號	機構名稱	訪視委員 (感染管制學會)	訪視委員 (腎臟醫學會)	委員建議
				/教育訓練、感染管制教育訓練時數需增加。
19	奇美醫療財團法人 奇美醫院	盧柏樑	張哲銘	此單位作業都符合自評表之項目，對自評表之填寫無疑義提出。
20	謝智超達恩診所	盧柏樑	張哲銘	MMR、CXR、PPE、演練接送交通工具的感管、C肝陽轉、肝素分裝流程及洗手液分裝及標示期限之必要性及改善措施均有現場討論。
21	高雄榮民總醫院	洪靖慈	張哲銘	1.外包人員及傳送人員仍須接受C肝檢查。 2.各項評量資料準備充分。
22	高雄醫學大學附設醫院	陳堯生	王明誠	部分數據更新及修正。
23	高雄義大醫院	洪靖慈	張哲銘	1.各項評量項目皆符合規定。

編號	機構名稱	訪視委員 (感染管制學會)	訪視委員 (腎臟醫學會)	委員建議
				2.針對水質異常時皆有完善分析。
24	偉仁健康診所	盧柏樑	李佳蓉	1.MMR疫苗可列為員工健康管理計畫中。 2.Endotoxin之檢驗方式，診所考量的定量方式每次8,000元，可考慮半定量的檢驗方法。
25	鴻仁健康診所	洪靖慈	李佳蓉	1.B、C肝為專區有固定機台機檯無標示B、C肝專用。 2.漂白水泡製大水桶應有標示可正確泡製。 3.藥物準備區宜再思考規劃。
26	僂彼高榮育仁診所	洪靖慈	李佳蓉	1.B、C肝為專區但B、C肝為鄰近床機台無標示B、C肝專用(機台為固定機)。 2.宜請外包人員提

編號	機構名稱	訪視委員 (感染管制學會)	訪視委員 (腎臟醫學會)	委員建議
				<p>供健康檢查報告備查。</p> <p>3. 洗手液為分裝宜標示分裝日期及有效日期。</p>
27	好生診所	洪靖慈	張哲銘	<p>1. 宜針對流感疫苗未施打者進行原因分析。</p> <p>2. 肝素泡製宜謹慎使用。</p> <p>3. 手部衛生宜思考隨機稽核時機遵從性。</p>
28	明港診所	洪靖慈	張哲銘	<p>1. 流感疫苗MMR可參考及管署公告醫療照護人員預防接種建議擬定執行。</p> <p>2. 外聘醫師若有他院CXR檢查報告請他協助提供備查並列入本診所的人員CXR資料庫。</p> <p>3. 新興傳染病應變計畫可參考疾管署公告「設有血液透</p>

編號	機構名稱	訪視委員 (感染管制學會)	訪視委員 (腎臟醫學會)	委員建議
				析室之醫療機構應因應COVID-19感管措施指引」內化為診所SOP內容可供診所人員參考依循。
29	佑鎮診所	洪靖慈	張哲銘	<p>1.洗手台宜重新規劃，並區分乾淨區、汙染區。</p> <p>2.漂白水泡製應用量杯標示、泡製，漂白水用避光容器。</p> <p>3.接送病人車輛管理請參考防疫計程車管理規範。</p>
30	聖博診所	洪靖慈	張哲銘	<p>1.抗凝劑採集中泡製後再抽取，抽取空針應標示藥物名稱、稀釋時間、劑量。</p> <p>2.接送病人是委外計程車，宜擬定人員健康管理規範。</p>

5.5 委員建議事項分類

類別	建議內容
疫苗接種	<ol style="list-style-type: none"> 1. HBV疫苗爭取院方補助費用施打疫苗。 2. 流感疫苗MMR可參考及管署公告醫療照護人員預防接種建議擬定執行。 3. 流感疫苗的施打率、MMR或許可提高。 4. 提高員工流感施打率及MMR抗體檢測和施打。 5. 建議多宣導鼓勵員工施打流感疫苗(目前施打率10%)。 6. MMR疫苗可納入宣導施打。 7. MMR疫苗可列為員工健康管理計畫中。 8. 宜針對流感疫苗未施打者進行原因分析。
水質檢測	<ol style="list-style-type: none"> 1. 建議RO水檢測之行動規範應改進若菌落數>100CFU/ML應立即停用機台。 2. Endotoxin之檢驗方式，診所考量的定量方式每次8,000元，可考慮半定量的檢驗方法。
隔離措施	<ol style="list-style-type: none"> 1. B、C型肝炎陽性病人再適當規劃分區。 2. B、C肝炎個案宜有實體屏障區隔。 3. B、C肝為專區但B、C肝為鄰近床機台無標示B、C肝專用(機台為固定機)。 4. B、C肝為專區有固定機台機檯無標示B、C肝專用。 5. 若有C肝病人需洗腎，宜有適當安置包括區隔。 6. 若發現有發燒等症狀之個案，宜有適當安置之空間。 7. 發燒病人可提供阻隔。 8. 新興傳染病SOP建議可增列洗腎過程中發燒、接觸者或自主健康管理病人之管理流程。

	<ol style="list-style-type: none"> 9. 新興傳染病SOP可增加接觸者出現的流程。 10. 應具有符合診所特性之新興傳染病之應變計畫。 11. 新興傳染病應變計畫可參考疾管署公告「設有血液透析室之醫療機構應因應COVID-19感管措施指引」內化為診所SOP內容可供診所人員參考依循。 12. 接送病人車輛管理請參考防疫計程車管理規範。 13. 接送病人是委外計程車，宜擬定人員健康管理規範。
手部衛生	<ol style="list-style-type: none"> 1. 手部衛生稽核宜增加遵從性並有檢討機制。 2. 手部衛生宜增加遵從性稽核。 3. 手部衛生宜思考隨機稽核時機遵從性。
安全的用藥/注射行為	<ol style="list-style-type: none"> 1. 肝素泡製宜謹慎使用。 2. 抗凝劑採集中泡製後再抽取，抽取空針應標示藥物名稱、稀釋時間、劑量。
感染控制概念	<ol style="list-style-type: none"> 1. 新成立之洗腎診所，建議依CDC和腎臟醫學會指引擬定符合診所特性之政策，並執行上有紀錄。 2. 工作車建議落實乾淨區及汙染區的概念。 3. 清潔和汙染的物品設置宜再規劃。 4. 藥物準備區宜再思考規劃。 5. 洗手液為分裝宜標示分裝日期及有效日期。 6. 洗手台宜重新規劃，並區分乾淨區、汙染區。 7. PPE實務穿脫訓練/教育訓練、感染管制教育訓練時數需增加。 8. MMR、CXR、PPE、演練接送交通工具的感管、C肝陽轉、肝素分裝流程及洗手液分裝及標示期限之必要性及改善措施
環境清潔	<ol style="list-style-type: none"> 1. 透析機台清潔與消毒之抹布，建議可改為拋棄式。

	<ol style="list-style-type: none">2. 建議B、C肝炎機台班與班之間確實消毒。3. 漂白水泡製大水桶應有標示可正確泡製。4. 漂白水泡製應用量杯標示、泡製，漂白水用避光容器。
--	--

5.6 實地輔導訪查情形綜整(附錄八)

輔導項目	評量項目	訪查情形	問題分析
1. 人員 健康管理- 工作人員	1.1B型肝炎病毒表面抗原（HBsAg）、B型肝炎病毒表面抗體（anti-HBs）、C型肝炎病毒抗體（anti-HCV）等檢驗紀錄並造冊，並提供適宜的管理及保存，保障員工隱私。	30家受訪醫療機構皆有對於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型肝炎之員工每年至少一次追蹤檢查紀錄。	無。
	1.2B型肝炎疫苗、流感疫苗與麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合（Measles、Mumps、Rubella, MMR）疫苗接種紀錄。	11家醫學中心及4家區域醫院皆達成3項指標項目，15家基層診所8家3項皆達成；4家達成2項；3家達成1項。	未達成原因主要為無法強制員工接種疫苗，僅能多加推廣、勸說。
	1.3每年胸部X光檢查。	11家醫學中心及4家區域醫院胸部X光檢查達成率皆為100%，15家基層診所11家達成率100%；2家達成率80%以上；2家達成80%以下。	未達成原因主要為外包人員或接送司機其聘僱公司非一年照射一次胸部X光。
2. 感染管制 措施 - 環 境	2.1.依循AAMI國際現行標準，對於菌落數監測頻率，逆滲透水（Dialysis Water）至少每個月檢測1次；所有透析機台之透析	30家受訪醫療機構皆有對於逆滲透水至少每個月檢測1次；所有透析機台之透析液每季需至少檢測1次，且針對不合格點有檢	無。

輔導項目	評量項目	訪查情形	問題分析
	液（Dialysis Fluid）每季需至少檢測1次，合格標準為<100（CFU/ml）。	討說明並留有紀錄備查。	
	2.2設有逆滲透水檢測結果之行動標準（action level）為>50（CFU/ml）。	28家受訪醫療機構有對於管理規範設有逆滲透水檢測結果之行動標準（action level）規範，且針對超出行動標準值的不合格點有檢討說明並留有紀錄備查，唯2家基層診所針對逆滲透水檢測超出行動標準值不合格點雖有處理但未留有紀錄備查。	未達成原因為針對逆滲透水檢測超出行動標準值不合格點雖有處理但不知要留有紀錄備查。
	2.3內毒素數據標準為<0.25（EU/ml）且每年至少檢測一次。	30家受訪醫療機構皆有對於內毒素每年至少檢測一次（標準為<0.25EU/ml）且針對超出標準值的不合格點有檢討說明並留有紀錄備查。	無。
3.隔離措施	3.1血流傳染性肝炎病人實施床位區隔	30家受訪機構中，1家醫學中心及1家基層診所因空間格局問題，B肝病人雖有專機但僅能集中照護無實體分區，1家基層診所兩班之間機器無徹底消毒。	1. 硬體空間格局不足，已建議可再重新規劃空間配置。 2. 無徹底消

輔導項目	評量項目	訪查情形	問題分析
			毒之基層診所，已建議需班與班之間做徹底消毒。
	3.2 每年監測病人肝炎情形，異常者有複檢	30家受訪機構中，所有透析病人均有建立肝炎監測，陽轉者皆有追蹤處置且血液透析室有符合法令的通報與加強監測作為。	無。
	3.3 監測門診透析病人B型、C型肝炎轉陽率	30家受訪機構中，一年內B肝及C肝轉陽性率各 \leq 5%。	無。
	3.4 對於發燒之透析病人有給予適當處置	30家受訪機構中，對於發燒病人的處置有標準流程，譬如提供口罩、乾洗手，並給予適當處置。	無。
	3.5 對於新興傳染病之整備、病人處置及應變計劃	30家受訪機構中，對於新興傳染病之整備、病人處置有制定標準之流程及應變計畫。	無。
	3.6 環境與儀器設備之清潔消毒	30家受訪機構中，對於機器管路消毒、機器表面清潔消毒及病人週遭環境表面清潔消毒皆有訂定作業	無。

輔導項目	評量項目	訪查情形	問題分析
		流程及落實執行。	
4.標準防護措施及其他防護措施	4.1手部衛生	30家受訪機構中，對於手部衛生評量項目皆有落實執行。	無。
	4.2安全的用藥/注射行為	30家受訪機構中，僅1家基層診所未達標準，其餘29家皆符合有執行安全的用藥/注射行為。	未達成原因為抗凝劑抽取後未做藥物名稱、稀釋時間及稀釋後劑量之標示。
	4.3針扎及個人防護裝備	對於針扎及個人防護裝備，30家受訪機構皆符合評量項目。	無。

5.6血液透析醫療機構實地輔導訪查實況照片



1100930偉仁健康診所



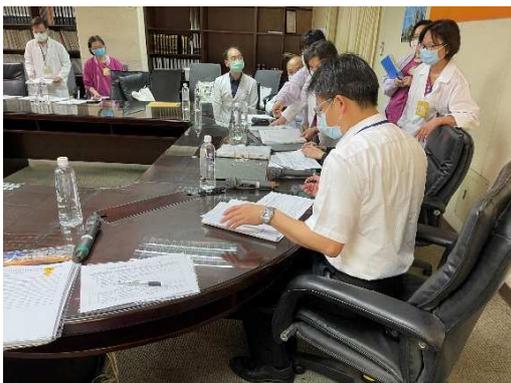
1101004明港診所



1101004好生診所



1101007仁美診所



1101012台北榮民總醫院



1101012臺大醫院



1101012三軍總醫院



1101013台安醫院



1101013信德診所



1101013杏原診所



1101014國泰醫院



1101014台北慈濟醫院



1101015 台北馬偕紀念醫院



1101019 萬芳醫院



1101019 高醫附院



1101019 奇美醫院



1101019 謝智超達恩診所



1101020 彰化基督教醫院



1101020 台中榮民總醫院



1101020 中英診所



1101020 義大醫院



1101020 高雄榮民總醫院



1101021 優彼高榮育仁診所



1101021 鴻仁健康診所



1101021 雙和醫院



1101021 益康診所



1101027 上水透析診所



1101027 安慎診所



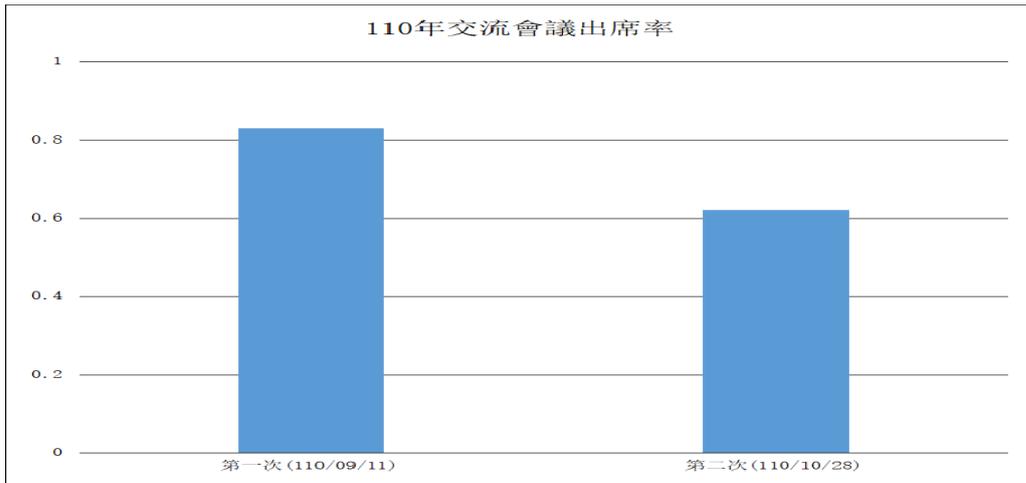
1101027 佑鎮診所



1101027 聖博診所

(六)交流會議

6.1總計召開兩次交流會議，平均出席率73%，並留有會議記錄(附錄九)。



圖二、110年交流會議出席率

6.2交流會議照片



6.3 參與計畫醫療院所交流會議出席人員及出席率

表四、參與計畫醫療院所交流會議出席人員及出席率

參與計畫醫院	第一次交流會議 出席人員	第二次交流會議 出席人員	出席率
衛生福利部雙和醫院	林佩兒	林佩兒	100%
佛教慈濟醫療財團法人臺北 慈濟醫院	詹明錦	黃瑞玲	100%
益康診所	曾國憲	-	50%
杏原診所	蔡孟勳	-	50%
國泰綜合醫院	陳慈君	-	50%
臺北市立萬芳醫院	劉秋芬	劉秋芬	100%
台北馬偕紀念醫院	陳綉惠	陳綉惠	100%
國立台灣大學醫學院附設醫 院	林慧姬	林慧姬	100%
三軍總醫院(內湖總院)	許育瑞	-	50%
臺北榮民總醫院	林志慶	-	50%
基督復臨安息日會醫療財團 法人臺安醫院	葉淑敏	葉淑敏	100%
信德診所	鄭又齊	-	50%
上水透析診所	-	沈淑芬	50%
安慎診所	溫玉嬌	溫玉嬌	100%

參與計畫醫院	第一次交流會議 出席人員	第二次交流會議 出席人員	出席率
臺中榮民總醫院	何玉瑛	-	50%
中英診所	楊凱玲	呂婉玉	100%
彰化基督教醫院	廖秋香	廖秋香	100%
仁美診所	林威志	-	50%
奇美醫療財團法人奇美醫院	黃惠暄	黃惠暄	100%
謝智超達恩診所	謝智超	謝智超	100%
高雄榮民總醫院	李柏蒼	-	50%
高雄醫學大學附設醫院	黃玉瑩	黃玉瑩	100%
高雄義大醫院	王嘉年	-	50%
偉仁健康診所	胡梅茸	胡梅茸	100%
鴻仁健康診所	胡梅茸	胡梅茸	100%
優彼高榮育仁診所	胡梅茸	胡梅茸	100%
好生診所	林士弼	-	50%
明港診所	李政學	-	50%
佑鎮診所	葉時孟	葉時孟	100%
聖博診所	楊宗錕	楊宗錕	100%

四、討論

本計畫透過收集血液透析相關機構感染管制執行狀況，建立「血液透析輔導訪視表及自評表(草案)」，提供血液透析醫療院所感染管制品管活動，目的著重在提升血液透析機構感染控制及照護品質的提升，藉由2場分區說明會，介紹血液透析感染管制方式及計畫推廣，且藉由實地輔導機制，以瞭解在不同層級醫療院所所遭遇之困境，持續參與血液透析相關醫療院所感染管制業務之推動，並召開2次交流會議討論執行經驗，最終冀以全面提升血液透析機構之感染管制及照護品質，減少傳播群聚突發事件的發生。

以下，就本計畫執行的結果，分述討論如下：

(一)醫療院所填寫「血液透析輔導訪視表及自評表(草案)」

本計畫藉由參與醫療院所，收集血液透析相關醫療機構感染管制執行狀況，包含人員健康管理-工作人員、感染管制措施-環境、隔離措施、標準防護措施及其他防護措施，以推動血液透析醫療院所感染管制品管活動。血液透析醫療院所及設有透析單位之醫院在填覆自評表時所遭遇之困難，主因為對於表單定義不甚理解，或解讀錯誤以致表單未完成填寫或誤植，已於輔導訪視時進行指導修正，並於第二次交流會議時進行自評表內容修訂。

(二)醫療院所實地輔導訪視

110年依計畫需邀請30家血液透析相關醫療機構參與實地輔導訪視，但因5月起COVID-19疫情肆虐，各家醫療院所因疫情防疫業務及人力上的考量，讓許多參與計畫的醫療院所心有餘而力不足，以至於在安排訪視上遇到瓶頸，需要一再聯繫及安排訪視時程，以及隨時依疫情狀況做滾動式調整。今年(110年)因應COVID-

19疫情影響，醫療院所對於新興傳染病之整備及病人處置方面，皆有制定標準作業流程及應變計畫，透過實地輔導訪視，可發現以下問題1.醫療院所因硬體設備及人力安排，故在需隔離照護之病人，分區上較無法完全專區或專人照護，或落實班與班之間的消毒。2.在各項疫苗施打上，對於醫療工作人員因無強制性，故僅能宣導、勸說，而在外包人力(如行政人員、清掃人員)，目前雖然可以造冊施打流感疫苗，但基層診所僅能提報2位，其餘的外包人力便無公費疫苗可做施打。

五、結論與建議

血液透析病人之醫療成本高，而血液透析帶來生理、心理及社會或透析中發生感染等問題將導致生活品質不佳，甚至造成病人死亡，透過相關作業流程擬訂提升人員照護防護、環境管理及純水處理系統之品質維護，可以進而降低死亡率、縮短住院天數及減少醫療費用之成本，顯示感染管制在醫療機構或照護服務機構皆屬相當重要之一環，本計畫藉由實地訪視醫療院所，經雙向回饋，可從中了解醫療機構人員在感染管制的認知、行為與態度。

雖然由外部訪查很難一窺全貌，但因感染管制對於血液透析病人的身心皆有助益，故感染管制仍需在血液透析醫療院所持續推廣實行。限於計畫人力時間有限，於計劃期間要落實執行卻有其實施上的困境，所以才要推廣自行監測管理，而公權力介入有助於醫療院所提升推展，未來藉由評核機制，可有效推廣血液透析醫療院所感染管制及照護品質。

經過這一年推廣感染管制品管活動與血液透析醫療院所密切互動，雖然期間遇到COVID-19疫情的衝擊，但正是因為疫情的考驗，更有充分的理由向醫療院所推廣感染管制措施，其中所遇到的瓶頸也獲得許多正面的反饋，在執行過程中雖然遇到許多的阻力及困難，但在感染管制的角度及維護血液透析病人的醫療照護品質而言，感染管制措施的執行仍是一項需要長期推廣而永不停止的運動。

六、重要研究成果及具體建議

(一)計畫之新發現或新發明

今年(110年)參與血液透析相關醫療院所或設有透析單位之醫院共有30家(11家醫學中心、4家區域醫院、15家基層診所)於110年10月均完成實地輔導訪視，部份醫院及基層診所在成本、硬體設備及醫護人力考量，仍可見到感染管制相關作業未全面的落實，針對各醫療院所實地訪視發現問題，如：

- 1.需隔離照護病人未有專區、專人照護。
- 2.未落實班與班之間的消毒。
- 3.各項疫苗接種措施規劃不完善。

(二)計畫對民眾具教育宣導之成果

本計畫暫無對民眾具有教育宣導之成果。

(三)計畫對醫藥衛生政策之具體建議

1. 定期舉行醫療院所輔導是具有持續必要性的，對於不同層級醫療院所的感控諮詢需求有正面成效。
 2. 定期持續舉辦教育訓練，增加醫療院所面對面溝通討論及分享經驗，將有助於醫療院所提升血液透析感染管制認知，進而改變行為。
 3. 透過各項評估及資訊回饋，受訪醫療院所對於其成效結果提供公開分享或認證的機會，對於醫療院所，將有助於正面實質的鼓勵效益。
- 以上，對於資訊、資源或人力不足的機構而言，應更有實質的幫助。

七、參考文獻：

- [1] Georges K, Julie A, Enrique E. D. C, Frederic S, Didier A. Vaccination practices in dialysis patients: A narrative review. *Seminars in dialysis*. 2018;31:507-518.
- [2] Garabed E, et al., KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease, 2013;3:5-14.
- [3] Mara D P, Graeme N F, Alan S C, Michael K H. The use of vaccines in adult patients with renal disease. *Am J Kidney Dis*.2005;46:997-1011.
- [4] 林建成、尤淑婷、鄭珮貞、盧錫民：尿毒病人B型肝炎之探討，*內科學誌*，2009;20:36-39.
- [5] Jean L H. Immunizations in patients with end-stage renal disease, last wudates on Jan 05, 2008..
- [6] 詹尚儒：疫苗與慢性腎臟病，*腎臟與透析*，2014;26:178-184.
- [7] L. Stuyver et al., Hepatitis C virus in a hemodialysis unit: molecular evidence for nosocomial transmission,1996;49:889-895.
- [8] T. Allander, C. Medin, S. H. Jacobson, L. Grillner, and M. A. Persson. Hepatitis C transmission in a hemodialysis unit: molecular evidence for spread of virus among patients not sharing equipment. *J Med Virol*. 1994;43:415-419.
- [9] J. P. dos Santos, A. Loureiro, M. Cendoroglo Neto, and B. J. Pereira, Impact of dialysis room and reuse strategies on the incidence of hepatitis C virus infection in haemodialysis units. *N.D.T*.1996;11:17-22.
- [10] R. Hubmann, J. Zazgornik, C. Gabriel, B. Garbeis, and B. J. Blauhut, Hepatitis C virus-does it penetrate the haemodialysis membrane? PCR analysis of haemodialysis ultrafiltrate and whole blood. *N. D. T*. 1995;10:541-542.

- [11] R. Valtuille et al., Evidence of hepatitis C virus passage across dialysis membrane, 1998;80:194-196.
- [12] N. Simon, A.-M. Couroucé, N. Lemarrec, C. Trépo, and S. Ducamp, A twelve year natural history of hepatitis C virus infection in hemodialyzed patients. *J. K. i.* 1994;46:504-511.
- [13] J. Izopet, C. Pasquier, K. Sandres, J. Puel, and L. Rostaing, Molecular evidence for nosocomial transmission of hepatitis C virus in a French hemodialysis unit. *J Med Virol.* 1999;58:139-144.
- [14] B. Dussol, P. Berthezène, P. Brunet, C. Roubicek, and Y Berland, Hepatitis C virus infection among chronic dialysis patients in the south of France: a collaborative study. *Am J Kidney Dis.* 1995;25:399-404.
- [15] G. Vagelli, G. Calabrese, R. Guaschino, and M. Gonella, Effect of HCV+ patients isolation on HCV infection incidence in a dialysis unit. *J. N. D. T.* 1992;7:1070-1070.
- [16] T. Yuasa, G. Ishikawa, S.-i. Manabe, S. Sekiguchi, K. Takeuchi, and T. Miyamura. The particle size of hepatitis C virus estimated by filtration through microporous regenerated cellulose fibre. *J. J. o. g. v.* 1991;72:2021-2024.
- [17] M. Adorati, G. Botta, C. Pipan, and G. Mioni. Quantitative analysis of HCV RNA during dialysis treatment. *J. N. D. T.* 1994;9:973.
- [18] K. J. H. Lindsay, HCV RNA levels are lowered during hemodialysis in patients with chronic hepatitis C. 1994;20:239.
- [19] M. Adorati, C. Pipan, and G. Botta. Membrane compatibility and clearance of hepatitis C virus in chronic dialysis patients, *J. N.* 1999;82:358.
- [20] C. Caramelo, S. Navas, M. Alberola, T. Bermejillo, A. Reyero, and V. Carreno. Evidence against transmission of hepatitis C virus through

- hemodialysis ultrafiltrate and peritoneal fluid. *J. N.*1994;66:470-473.
- [21] A. Loureiro, J. P. Dossantos, C. Schmid, R. Ruthazer, and B. Pereira, Trends in incidence of hepatitis-C (HCV) infection in hemodialysis (HD) units. *in journal of the American Society of Nephrology.*1995;6:547-547.
- [22] F. Fabrizi, P. Martin, G. Lunghi, and C. Ponticelli. Nosocomial transmission of hepatitis C virus infection in hemodialysis patients: clinical perspectives. *Int J Artif Organs.* 2000;23:805-816.
- [23] H. Okamoto et al., Typing hepatitis C virus by polymerase chain reaction with type-specific primers: application to clinical surveys and tracing infectious sources, *1992;73:673-679.*
- [24] J. I. Tokars, E. Miller, M. J. Alter, and M. J. Arduino, National surveillance of dialysis-associated diseases in the United States, 1997, 2012.
- [25] O. Alfurayh et al., Hand contamination with hepatitis C virus in staff looking after hepatitis C-positive hemodialysis patients, *2000;20:103-106.*
- [26] T. Mitsui et al., Hepatitis C virus infection in medical personnel after needlestick accident. *1992;16:1109-1114.*
- [27] K. Masuko et al., Factors Influencing Postexposure Immunoprophylaxis of Hepatitis B Virus Infection With Hepatitis B Immune Globulin: High Deoxyribonucleic Acid Polymerase Activity in the Inocula of Unsuccessful Cases, *1985;88:151-155.*
- [28] D. W. Bradley, Hepatitis non-A, non-B viruses become identified as hepatitis C and E viruses, *Prog Med Virol.*1990;37:101-135.
- [29] M. Jadoul, C. Cornu, and C. v. Y. de Strihou, Incidence and risk factors for hepatitis C seroconversion in hemodialysis: A prospective study, *Kidney Int.* 1993;44:1322-1326.

- [30] J. Garcia-Valdescasas, M. Bernal, S. Cerezo, F. Garcia, and B. Pereira, Strategies to reduce the transmission of HCV infection in hemodialysis (HD) units,1993;4:347.
- [31] K. Okuda, H. Hayashi, K. Yokozeki, T. Kashima, and Y. Irie, Mode of nosocomial hcv infection among chronic-hemodialysis patients and its prevention," in Hepatology, 1994;19:1111.
- [32] 楊靖慧：HIV AIDS相關資料庫分析五年計畫，2011。
- [33] APIC.Guide to the Elimination of Infections in Hemodialysis, 2010.
- [34] CDC.Hemodialysis Central Venous Catheter Scrub-the-Hub Protocol.
- [35] CDC.CDC Approach to BSI Prevention in Dialysis Facilities.
- [36] CDC.Recommendations for Preventing Transmission of Infections Among Chronic Hemodialysis Patients.
- [37] CDC.Infection Prevention Tools. Suggested use of Dialysis Audit Tools.
- [38] Infection Control Branch, Centre for Health Protection, Department of Health and Central Renal Committee, Hospital Authority. Infection Control Guidelines on Nephrology Services in Hong Kong., Nov. 2012.
- [39] 台灣腎臟醫學會：血液透析及腹膜訪視作業評量標準說明 (102年版)。
- [40] 台灣腎臟醫學會：台灣血液透析臨床診療指引，2005。
- [41] 台灣腎臟護理學會：血液透析室感染管制措施指引，2016。
- [42] 王復德：健康照護感染管制指引，2008:180-183。
- [43] 吳麗鴻：感染管制業務訓練手冊，合記書局，2011:323-328。
- [44] 衛生福利部疾病管制署：扎傷及血液體暴觸之感染控制措施指引，2003。
- [45] 公告「透析醫療院所防護武漢肺炎 COVID-19 感染處置規範」第

一版，2020.

- [46] 公告「透析醫療院所防護武漢肺炎 COVID-19 感染處置規範」第二版，2020.
- [47] 公告「武漢肺炎 COVID-19 Q/A 問答」，2020.
- [48] 公告「透析醫療院所防護武漢肺炎 COVID-19 感染處置規範」第三版，2020.
- [49] J. J. Lee, S. J. Hwang, and J. F. Huang, Review of the present features and the infection control challenges of COVID-19 pandemic in dialysis facilities. *Kaohsiung J Med Sci.* 2020;36:393-398.
- [50] J. J. Lee, C.Y. Lin, Y.W. Chiu, and S. J. Hwang, Take proactive measures for the pandemic COVID-19 infection in the dialysis facilities. *J Formos Med Assoc.* 2020;119:895-897.
- [51] J.J. Lee et al., Hepatitis C virus infection increases risk of developing end-stage renal disease using competing risk analysis.2014;9:e100790.
- [52] J.M. Chang et al., Discrepancy between serological and virological analysis of viral hepatitis in hemodialysis patients.2014;11:436.
- [53] C.F. Huang et al., Hepatitis C viremia interferes with serum hepatitis B virus surface antigen and DNA levels in hepatitis B uremics. 2014;8:224-232.
- [54] M.L. Yu et al., High hepatitis B virus surface antigen levels and favorable interleukin 28B genotype predict spontaneous hepatitis C virus clearance in uremic patients.2014;60:253-259.
- [55] 衛生福利部疾病管制署：醫療機構血液透析感染管制措施指引，2019.
- [56] 台灣腎臟醫學會：血液透析及腹膜訪視作業評量標準說明(109年

版)，2020。

[57] 台灣腎臟護理學會：血液透析室感染管制措施指引，2016。

[58] 黃寶蓉、許哲瀚、龔建吉、趙蕾、張馨云：運用健康信念模式探討透析患者接種流感疫苗行為，腎臟與透析，2019;31:94-102。

八、附錄

附錄一、血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究專家小組委員名單

姓名	類別	現職
陳堯生	計畫主持人	高雄榮民總醫院副院長
黃尚志	共同主持人	高雄醫學大學附設中和紀念醫院副院長
張峰義	共同主持人	三軍總醫院副院長
盧柏樑	共同主持人	高雄醫學大學醫學院院長
李佳蓉	共同主持人	高雄醫學大學附設醫院腎臟內科副教授／主治醫師
陳宜君	協同主持人	國立臺灣大學醫學院附設醫院感染科主任
李原地	協同主持人	中山醫學大學附設醫院感染科主任
施智源	協同主持人	台中榮民總醫院內科部感染科主任／感管室主任
詹明錦	協同主持人	台北慈濟醫院感染管制中心組長
洪靖慈	協同主持人	高雄醫學大學附設中和紀念醫院感染管制中心組長
陳瑛瑛	協同主持人	臺北榮民總醫院感管室組長
湯宏仁	協同主持人	奇美醫院內科部副部長／感染科主任
吳志仁	協同主持人	馬偕醫學院醫學系教授
吳家兆	協同主持人	三軍總醫院腎臟內科教授／主任
姜至剛	協同主持人	台大醫院綜診部主治醫師
張明揚	協同主持人	林口長庚醫院腎臟科主治醫師
楊孟儒	協同主持人	台灣基層透析協會理事長
鍾牧圻	協同主持人	臺中榮民總醫院腎臟科主治醫師
張哲銘	協同主持人	高雄醫學大學附設醫院腎臟內科教授／主治醫師
王明誠	協同主持人	國立成功大學醫學院附設醫院腎臟科主任

附錄二、專家小組會議記錄



社團法人台灣感染管制學會

血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究 第一次專家小組會議記錄

- ◎ 時間：110年1月27日（星期三）晚上6點00分
- ◎ 地點：高雄醫學大學附設中和紀念醫院 啟川大樓6樓第二會議室
- ◎ 主席：陳堉生
- ◎ 共同主持人：黃尚志、張峰義、盧柏樑、李佳蓉
- ◎ 協同主持人：詹明錦、張哲銘、鍾牧圻、陳宜君、李原地、
施智源、洪靖慈、陳瑛瑛、吳家兆、姜至剛、
張明揚、王明誠、吳志仁
- ◎ 請假：楊孟儒、湯宏仁

記錄：黃建豪

壹. 主席致詞.

此案承兩學會之合作，謝謝大家幫忙

貳. 報告事項

一、

此計畫為疾管署3年期計畫，3年計畫流程如簡報。

110年1月應完成工作項目表及執行進度，如下

110年	預定執行事項	執行進度
一月	<ol style="list-style-type: none">1. 擬訂工作計畫2. 完成計畫召集人及副召集人確認3. 完成計畫專家成員聘任4. 召開第一次專案小組會議並紀錄備查	<ol style="list-style-type: none">1. 已於2021年1月14日完成工作計畫。2. 已於2021年1月4日完成計畫召集人及副召集人確認。3. 已於2021年1月5日完成計畫專家成員聘任作業。4. 已於2021年1月14日召開第一次專案工作小組會議。5. 第一次專案工作小組會議除決議將說明會延至4月份辦理外，亦針對查核委員一致性、血液透析訪視作業評量表、血液透析感染管制自我查檢表單內容等議題討論，會議紀錄如附檔。6. 預訂於1月27日晚上6點召開第一次專家會議，針對1月14日未決議之

110年	預定執行事項	執行進度
		事項實施討論。 7. 之後實體會議如受疫情影響，可能改以線上會議進行

甲、執行內容及規格說明

專案小組組成及擬定第一次專案小組會議制定計畫內容

專案小組成員：分為專家成員及參與醫院之血液透析專家代表委員。

1月4日成立專案小組，成員20名，應包含感染科醫師、感染管制師及長期照護機構人員等專業人士，負責計畫之規劃、執行、評估及檢討等項，並明列專案小組任務編派內容、分工事項及會議紀錄。

5次專案小組會議制定計畫內容

於1月、3月、5月、7月、9月召開共5次專案小組會議，並紀錄備查每項計畫進度。

血液透析感染管制自我查檢表單及查檢方法

參考衛福部疾管署所公告的表單、TSN 的文件及建議事項，依文獻及科學證據以及本地之實務經驗來研議相關自評內容的適當性。

辦理說明會並確認參與30家醫療院所名單

- (1) 辦理醫院參與計畫說明會，對象為參與血液透析醫療院所或設有透析單位之醫院血液透析室人員或感染管制人員或對血液透析室感染管制執行有興趣之醫療人員或與本計畫相關之醫療照護人員(每家至少派1-2名)，每場次預計50人。
- (2) 預計110年4月底前完成南、北各一場次說明會，針對說明會提問問題內容彙整及分析。辦理說明會前2-3週完成相關學分申請作業。5月底前完成參加學員學分上傳作業。
- (3) 說明會內容：上課日期110年4月底前。
上課內容：介紹血液透析感染管制推行目的、計畫推廣方式及自我評核機制等。
- (4) 邀請北中南醫院共30家血液透析醫療院所或設有透析單位之醫院參與計畫，且其中需包含診所層級之血液透析醫療機構至少15家，

預計4月底前完成。

國內醫療院所血液透析感染管制調查內容及資料蒐集

- (1)參考國際相關文獻資料及前項調查結果，建立血液透析醫療院所「血液透析感染管制自我查檢表單及查檢方法」。
- (2)參與醫院以自我查檢表進行自我評核，並回復評核結果；由專案小組根據參與機構之自我評核結果共同討論、規劃血液透析感染管制品管活動。
- (3)預計3月底前提出調查內容，6月底前完成調查資料蒐集。

乙、工作小組分工與討論

1.分工

先由3-4位工作小組成員，依血液透析訪視作業評量標準表(附錄二)內容參考國際相關文獻、指引、衛福部疾管署1090831公告：設有血液透析室之醫療機構因應 COVID-19(新冠肺炎)整備現況查檢表_ (附錄一)，提出問題及建議。並於1/14血液透析工作小組會議討論內容。工作小組討論分工如下

- (1)高榮柯金美：1.2.1 感染管制措施-人員條文建議。(附錄三)
- (2)高雄長庚蘇麗香：1.2.2 感染管制措施-環境。(附錄四)
- (3)高醫洪靖慈建議：1.2.3 隔離措施及標準防護措施及其他防護措施。(附錄五)

2.條文草案修訂討論

草擬中之新自評表條文

2021-01 草案版本

項次	評分項目	得分	評分說明
一、人員健康管理			
1工作人員			
1-1	B 型肝炎病毒表面抗原(HBsAg)、B 型肝炎病毒表面抗體(anti-HBs)、C 型肝炎病毒抗體(anti-HCV)等檢驗紀錄並造冊，並提供適宜的管理及保存，保障員工隱私。		<p>A：透析室之<u>所有</u>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<u>每年至少一次</u>追蹤檢查紀錄。</p> <p>B：透析室之<u>所有</u>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>C：透析室之<u>所有</u>員工有 B、C 型肝炎之檢查紀錄。</p> <p><u>查核說明：</u> 「透析室之<u>所有</u>員工」，係指透析室內常規負責執行透析作業的醫護人員。</p>
1-2	B 型肝炎疫苗、流感疫苗與麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合(Measles、Mumps、Rubella,MMR)疫苗接種紀錄。		<p>參考疾病管制署公布之「醫療照護人員預防接種建議」</p> <p>A：(1)B 型肝炎表面抗原及表面抗體為陰性者有疫苗接種、(2)每年流感疫苗接種達 80% (含) 以上<u>且</u>(3)新進人員提出麻疹、德國麻疹抗體陽性證明或完成 MMR 疫苗接種紀錄，達80%以上。</p> <p>以上3項皆達成。</p> <p>B：以上3項達成2項。</p> <p>C：以上3項達成1項。</p> <p><u>查核說明：</u> (1) 季節性流感疫苗接種率應達80% (含) 以上。有關季節性流感疫苗接種率之計算方式，分母為當年度10月至12月在職之醫事及非醫事人員 (含外包人力、在地區級以上教學醫院執勤之醫事實習學生及固定服</p>

		<p>務之衛生保健志工)，並得扣除經評估具接種禁忌症不適合接種之人員，分子為前述人員於該段期間內完成接種人數。</p> <p>(2) MMR 疫苗</p> <p>a. 109 年新進人員中，1981 年（含）以後出生者具麻疹免疫力的比率為評量標準，應達 80% 以上。</p> <p>b. 具麻疹免疫力比率的計算方式： <u>分母</u>-包括 1981 年（含）以後出生之第一線會接觸到病人的醫事及非醫事人員（含在地區級以上教學醫院執勤之醫事實習學生及其他常駐工作人員【如：書記、清潔人員、傳送人員等】），並得扣除經評估具接種禁忌症不適合接種之人員； <u>分子</u>-前述人員中具麻疹免疫力的人數；</p> <p>c. 依據衛生福利部傳染病防治諮詢會預防接種組 108 年第 1 次會議決議，可以符合下列任一項條件判定： (1) 具有【曾經診斷確認感染麻疹】佐證資料，或 (2) 提出【具麻疹免疫抗體檢測陽性報告，且檢驗日期距今 < 5 年】，或 (3) 提出【最後 15 年內曾接種 1 劑 MMR 疫苗紀錄】等。</p>
1-3	每年胸部 X 光檢查。	<p>A：每年進行胸部 X 光檢查且達成率 100% 以上。</p> <p>B：每年進行胸部 X 光檢查且達成率達 80% 以上。</p> <p>C：每年進行胸部 X 光檢查且達成率為 80% 以下。</p>
1.2.2 感染管制措施-環境		
1.2.2.1	<p>1. 依循 AAMI 國際現行標準，對於菌落數建議監測頻率，逆滲透水 (Dialysis Water) 至少每個月檢測 1 次；所有透析機台之透析液 (Dialysis Fluid) 每季需至少檢測 1 次，合格標準為 < 100 (CFU/ml)。</p> <p>2. 要設逆滲透水檢測結果之行動標</p>	<p>A：完全遵循學會制定的標準作業流程執行。</p> <p>B：部份有遵循學會制定的標準作業流程執行。</p> <p>C：沒有遵循學會制定的標準作業流程執行</p> <p>補充： 內毒素數據標準：經會議討論 建議採用 AAMI 標準 < 0.25 (EU/ml)</p>

	準(action level)為>50(CFU/ml)。 3.內毒素數據標準為<0.25(EU/ml) 每年至少檢測一次。		
1.2.3.隔離措施			
項次	評分項目	得分	評分說明
1.2.3.1	血流傳染性肝炎病患實施床位區隔		A：B型肝炎病患有機器隔離及床位隔離區，C型肝炎病患有集中照護，且兩班之間機器有徹底消毒。 C：B型肝炎病患無機器隔離與床位隔離區，或C型肝炎病患無集中照護，但兩班之間機器皆有徹底消毒。 E：完全未作區隔或兩班之間機器無徹底消毒。 補充： 徹底消毒說明可參考附錄三
1.2.3.2	每年監測病患肝炎情形，異常者有複檢		A：所有透析病患均有建立肝炎監測，陽轉者皆有追蹤處置且血液透析室有符合法令的通報與加強監測作為。 C：只有部份透析病患建立肝炎監測，但陽轉者皆有追蹤處置且血液透析室有符合法令的通報與加強監測作為。 E：沒有定期監測，或陽轉者無追蹤處置或血液透析室無符合法令的通報與加強監測作為。
1.2.3.3	監測門診透析病患B型、C型肝炎轉陽率		C：一年內B肝及C肝轉陽性率各 $\leq 5\%$ 。 E：一年內B肝或C肝轉陽性率 $>5\%$ 。

1.2.3.4	對於發燒之透析病患有給予適當處置	<p>C：對於發燒病患的處置有標準流程，譬如有提供口罩、乾洗手，並給予適當處置。</p> <p>E：對於發燒病患的處置無規範。</p> <p><u>建議</u>：每位透析患者須透析前須進行體溫監控，若有異常宜安置隔離區或獨立區域進行透析。</p>
1.2.3.5	對於新興傳染病之整備、病患處置及應變計劃	<p>C：對於新興傳染病之整備、病患處置有制定標準之流程及應變計畫。</p> <p>E：對於新興傳染病防治無規範。</p> <p><u>建議</u>：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 設置TOCC詢問表，詢問對象須包含病人、陪病人員。 2. 人員須完成新興傳染病教育訓練1場/年。通過個人防護裝備實務穿脫。
建議新增	<p>環境與儀器設備之清潔消毒</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 病人透析結束後，治療區環境(包括血液透析椅、血液透析儀器、桌椅等設備表面)必須完成清潔消毒，才能提供給下一位病人使用。 2. 應常規使用適當消毒劑(如：濃度500ppm (1:100稀釋)的漂白水)消毒病人治療區的高接觸表面，例如：血液透析椅、血液透析儀器、桌子等。 	
3.標準防護措施及其他防護措施		

	評分說明	得分	評分項目
3-1	<p>手部衛生</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 依循手部衛生 5 時機執行手部衛生(即：接觸病人前、執行清潔/無菌操作技術前、暴觸病人風險後、接觸病人後、接觸病人環境後)。 2. 於病室入口、病床旁設置酒精性乾洗手設備，或提供醫療照護工作人員攜帶型酒精性乾洗手液，以提升高工作人員手部衛生遵從性。 3. 與病人直接接觸時，不應配戴人工指甲。 4. 如果雙手沒有明顯髒汙，可使用酒精性乾洗手液代替清水與肥皂，執行手部衛生。 5. 考量透析作業過程具有暴觸血液的風險，建議工作人員於過程中應配戴手套。 6. 照護病人脫除手套後，需執行手部衛生；不可使用同一雙手套照護另一位病人。 		<p>A：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 每張透析床都有乾洗手設備。 2. 訂有手部衛生稽核機制。 3. 定期稽核手部衛生遵從性及正確性且留有紀錄。 <p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 濕洗手設備應為非手控式水龍頭，且有正確洗手步驟之標示，洗手台備有洗手液及擦手紙。 2. 執行左列照護前後，能確實洗手。 <p>E：未達上述標準。</p>

3.2	<p>安全的用藥/注射行為</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 單一劑量藥物提供僅單一病人使用，且不應以重複抽取方式使用。 2. 應於乾淨區域進行藥物準備。 3. 以無菌操作技術準備和處置非口服藥物或輸液。 4. 同 1 件輸液用品（如：針頭、注射器、沖洗溶液、輸液管路、或靜脈輸液等）不可使用於不同病人。 5. 避免使用多劑量包裝的藥物（multidose vials） 	<p>A：符合C項，且給藥前，給予用藥指導，給藥後，觀察病人反應，如有副作用，應與醫師確認且有處理紀錄。</p> <p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 備有單位常用藥品查詢工具。 2. 所有給藥(含自備藥)皆應有醫囑記錄。 3. 給藥時依 3 讀 5 對執行且有記錄。 4. 在抗凝劑的空針外註明藥物名稱、稀釋時間及稀釋後劑量。 <p>E：未達上述標準。</p>
3.3	<p>個人防護裝備</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 執行血液透析穿刺、收血等有可能產生血液、體液之飛濺時，應穿戴隔離衣、手套、口罩、護目鏡或面罩等個人防護裝備。 2. 因應新興傳染病照護時應依情境進行相關防護。 	<p>A：符合C項，有針扎事件處理流程。</p> <p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 有感染管制規範並定期修訂。 2. 執行血液透析穿刺、收血等有可能產生血液、體液之飛濺時，應穿戴隔離衣、手套、口罩、護目鏡或面罩等個人防護裝備。 3. 依循標準防護措施照護病人，且定期辦理員工感染管制教育訓練。 4. 應具有生物醫療性廢棄物及尖銳物品收集容器。 <p>E：未達上述標準。</p>

3.下表為新舊條文對照表

	TSN 訪視條文	新條文
--	----------	-----

1.2.1.1	<p>1.2.1.1透析室員工應作 B、C 型肝炎血清檢查</p> <p>評分說明：</p> <p>A: 100%員工均有 B、C 型肝炎之檢查記錄，且對於 B 肝表面抗體陰性之員工有定期(一年)追蹤。</p> <p>C:>75%員工有 B、C 型肝炎之檢查記錄</p> <p>E: <30%員工有 B、C 型肝炎之檢查記錄</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. B 型肝炎病毒表面抗原(HBsAg)、B 型肝炎病毒表面抗體(anti-HBs)、C 型肝炎病毒抗體(anti-HCV)等檢驗紀錄並造冊，並提供適宜的管理及保存，保障員工隱私。 2. B 型肝炎疫苗、流感疫苗與麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合(Measles、Mumps、Rubella, MMR)疫苗接種紀錄。 3. 每年胸部 X 光檢查。
標準說明 (1.2.1.1)	<ol style="list-style-type: none"> 1.每一透析單位需有醫護人員肝炎之紀錄並造冊(內容包含:HBsAg、anti-HBsAg、anti-HCV 等)，醫護人員可以用口述方式告知單位主管是否曾經接受檢驗，以及檢驗結果。評量委員實地訪視時，請直接詢問醫護人員。 2.對於檢驗結果為 negative 之人員，應積極鼓勵施打疫苗。 	
<p>感染管制作業-人員</p> <p>1.2.1.2</p>	<p>1.2.1.2應有充足且適當之洗手設備，醫護人員有良好之洗手習慣及正確的洗手方式</p> <p>評分說明：</p> <p>A: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(或有傳統洗手設備外加乾式洗手設備)。透析室或每一樓層有緊急沖洗設備</p> <p>C:透析室每30張透析床至少有一個</p>	<p>依循手部衛生 5 時機執行手部衛生(即：接觸病人前、執行清潔/無菌操作技術前、暴觸病人風險後、接觸病人後、接觸病人環境後)。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 於病室入口、病床旁設置酒精性乾洗手設備，或提供醫療照護工作人員攜帶型酒精性乾洗手液，以提升高工作人員手部衛生遵從性。 2. 與病人直接接觸時，不應配戴人工指甲。 3. 如果雙手沒有明顯髒汙，可使用酒精性乾洗手液代替清水與肥皂，執行手部衛生。

<p>護理品管 3.3.1.3</p>	<p>腳踏式或感應式洗手設備(或有傳統洗手設備外加乾式洗手設備)。透析室或每一層樓有緊急沖洗設備 E:透析室>30床透析床有一個腳踏式或感應式洗手設備(或有傳統洗手設備外加乾式洗手設備) 3.3.1.3訂定感染管制規範並落實執行 評分說明： A:符合C項，有針扎事件處理流程。C:1.有感染管制規範並定期修訂。 2.執行血液透析穿刺、收血等有可能產生血液、體液之飛濺時，應穿戴隔離衣、手套、口罩、護目鏡或面罩等個人防護裝備。 3.依循標準防護措施照護病人，且定期辦理員工感染管制教育訓練。 4.應具有生物醫療性廢棄物及尖銳物品收集容器。 E:未達上述標準。</p>	<p>4. 考量透析作業過程具有暴觸血液的風險，建議工作人員於過程中應配戴手套。 5. 照護病人脫除手套後，需執行手部衛生；不可使用同一雙手套照護另一位病人。</p>
<p>護理品管 3.3.1.4</p>	<p>3.3.1.4 確實執行手部衛生 1.護理人員在執行以下照護前後，應確實洗手。 (1)接觸病人前。 (2)執行清潔/無菌操作技術前。 (3)接觸有暴露病人體液風險後。 (4)接觸病人後。</p>	

	<p>(5)接觸病人週遭環境後</p> <p>評分說明：</p> <p>A:符合C項，且1.每張透析床都有乾洗手設備。2.訂有手部衛生稽核機制。3.定期稽核手部衛生遵從性及正確性且留有紀錄。</p> <p>C:1.濕洗手設備應為非手控式水龍頭，且有正確洗手步驟之標示，洗手台備有洗手液及擦手紙。2.執行左列照護前後，能確實洗手。</p> <p>E:未達上述標準。</p>	
<p>標準說明 (1.2.1.2)</p>	<p>1.2.1.2應有充足且適當之洗手設備，醫護人員有良好之洗手習慣及正確的洗手方式</p> <p>1.透析室入門口需有乾洗手設備，護理站也應有腳踏式或感應式洗手設備(希望能連結不斷電系統)。洗手設備需維持功能正常，若功能維護不佳，則視同沒有洗手設備。</p> <p>2.透析室需有正確洗手步驟，教導醫護人員及病患家屬正確的洗手習慣。</p> <p>3.醫護人員每年應接受一次胸部 X 光片檢查(特殊情況者可例外)，有異常者必須定期複檢。</p> <p>4. 緊急沖洗設備:每一層樓均有蓮蓬頭或噴灑之設備即可。</p>	

<p>標準說明 (3.3.1.3)</p> <p>標準說明 (3.3.1.4)</p>	<p>3.3.1.3 訂定感染管制規範並落實執行 -符合 C1.現場查核，有規範及修訂日期，並查核工作人員現場執行情況。-符合 A:若有發生針扎事件，查核落實流程紀錄。</p> <p>3.3.1.4 確實執行手部衛生 – 符合 C 1.現場查核，必要時請工作人員示範。 -符合 A:現場查核及查閱手部衛生稽核紀錄。</p>	
<p>1.2.2.1</p>	<p>1.2.2.1 感染管制措施 – 環境 每月採集逆滲透水與透析液作菌落數檢查，監測透析用水菌落數須小於 100 cfu/ml，且透析液進透析器端菌落數以小於 100 cfu/ml 為標準。 評分說明： A:完全遵循學會制定的標準作業流程執行 C:部份有遵循學會制定的標準作業流程執行 E:沒有遵循學會制定的標準作業流程執行</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 國內多依循 AAMI 國際現行標準，對於菌落數建議監測頻率，逆滲透水(Dialysis Water) 至少每個月檢測1次；所有透析機台之透析液(Dialysis Fluid) 每季需至少檢測1次，應是符合國際水準，但合格率建議要採<100(CFU/ml)。 2. 要設檢測結果之行動「標準(action level)」>50(CFU/ml)。 3. 要把內毒素檢測寫進去，至於內毒素數據標準要用 AAMI 的 <0.25(EU/ml)或是台灣腎臟醫學會的<2(EU/ml)都可。
<p>標準說明 (1.2.2)</p>	<p>1.2.2 感染管制措施 – 環境(僅血液透析) 1.透析機和管路之消毒請參閱5.1.1「機器維修與消毒」和5.1.2「RO 水處理系統與管路消毒」。</p>	

2.人工腎臟重覆使用需遵循學會之『人工腎臟重覆使用作業指引』，另請參閱5.1.6「透析器重複使用之消毒過程」。

5.1.3細菌培養(僅血液透析)

5.1.3.1傳統 RO 系統

(一)傳統 RO 水取樣

(A)測定時機:

(1)至少每月檢查一次(每月任選一天)(建議以 RO 管路消毒前取樣為最佳時機，可驗證消毒週期適用於該系統，其系統內微生物控制得宜)

(2)檢查結果超過標準值時，須再複查。

(3)當懷疑或確定病人治療時，有熱原性(pyrogenic)物質引起不適或菌血症。

(4)新系統應至少每週檢測一次直到合格。

(5)水處理系統或運送系統改裝時，需每週檢測一次直到合格。

(三)微生物測定方法:

(A)細菌含量採總生菌數法:細菌含量檢驗樣本，最好在取樣後30分鐘內開始培養(不可超過1至2小時)，或者儲存在4°C 並在24小時

	<p>內開始培養;可接受的培養方法包括傾注平板法(Pour-plate method)、塗抹平板法(Spread-plate method)、膜過濾法(Membrane Filter Method)或試劑組商品(Millipore Method)可用。透析用水的細菌含量之檢驗的培養方法:(ISO 11663:2014僅有(1)之方法，這裡採用AAMI13959:2014，兩種方式擇一)</p> <p>(1)可選用 Tryptone Glucose Extract Agar (TGEA)或 Reasoner' s 2 Agar(R2A)做為培養基，在17°C 至23°C 之下，培養168小時(7天)後計數，結果以單位體積含菌落群數表示(CFU/ml)。</p> <p>(2)可選用 Trypticase Soy Agar(TSA)或 TGYE 做為培養基，在35°C 之下，培養48小時後計數，結果以單位體積含菌落群數表示(CFU/ml)。</p> <p>(B)內毒素(endotoxin)檢驗採用 蟹變形細胞溶出物(Limulus Amebocyte Lysate、LAL):RO 水:< 0.25 EU/ml</p> <p>內毒素至少每年檢測一次</p>	
--	---	--

	<p>(C)檢測標準: (1)RO 水 各 端 點 <100CFU/ml(上圖各端點皆要) (2)透析液進透析器端 <100CFU/ml (D)行動標準: 菌落數達50CFU/ml 即應採取改善行動，及早因應可能的水質惡化。</p>	
1.2.3.1	血流傳染性肝炎病患實施床位區隔	血流傳染性肝炎病患實施床位區隔
1.2.3.2	每年監測病患肝炎情形，異常者有複檢	每年監測病患肝炎情形，異常者有複檢
1.2.3.3	監測門診透析病患B型、C型肝炎轉陽率	監測門診透析病患B型、C型肝炎轉陽率
1.2.3.4	<p>對於發燒之透析病患有給予適當處置</p> <p>評分說明： C: 對於發燒病患的處置有標準流程，譬如有提供口罩、乾洗手，並給予適當處置 E: 對於發燒病患的處置無規範</p>	<p>對於發燒之透析病患有給予適當處置。</p> <p>建議: 每位透析患者須透析前須進行體溫監控，若有異常宜安置隔離區或獨立區域進行透析。</p>
標準說明 (1.2.3.4)	對於發燒病患的處置有建立標準流程，例如:提供口罩、乾洗手，並給予適當處置。	
1.2.3.5	對於新興傳染病之整備、病患處置及應變計劃	<p>對於新興傳染病之整備、病患處置及應變計劃。</p> <p>建議: 1.設置TOCC詢問表，詢問對象須包含病人、陪病人員。</p>

		<p>2.人員須完成新興傳染病教育訓練1場/年。</p> <p>3.通過個人防護裝備實務穿脫。</p>
<p>標準說明 (1.2.3.5)</p>	<p>1.2.3.5因應新興傳染病之整備、病患處置及應變計劃</p> <p>衛生福利部中華民國109年1月15日衛授疾字第1090100030號公告，新增「嚴重特殊傳染性肺炎」為第五類法定傳染病。各院所應配合中央流行疫情指揮中心的各項指示，共同守護社區及醫療環境的健康。</p> <p>1.訪視細項及標準請參照衛生福利部疾病管制署『設有血液透析室之醫療機構因應 COVID-19(新冠肺炎)整備現況查檢表』。</p> <p>2.包括但不限於:應訂有合適之隔離防護措施及動線規劃、辦理因應傳染病防治教育訓練、訂有傳染病監視通報機制，並有專人負責傳染病之通報並與當地衛生主管機關聯繫、病人安置、醫療照護工作人員健康監測與管理、手部衛生、環境清潔與消毒。擬定之應變計劃應具體可行，教育訓練及人員管理等應有實際資料。</p> <p>3.請依附表『設有血液透析室之醫療機構因應 COVID-19(新冠肺炎)整備現況查檢表』*號項目呈現資料，其他請參照衛生福利部</p>	

	疾病管制署『設有血液透析室之醫療機構因應 COVID-19(新冠肺炎)感染管制措施指引』。	
	<p>『設有血液透析室之醫療機構因應 COVID-19(新冠肺炎)感染管制措施指引』</p> <p>(四)機構若為照護通報或確診 COVID-19 的病人:</p> <p>1.應遵循「醫療機構因應 COVID-19(新冠肺炎)感染管制指引」之環境清潔人員於執行病例環境清消個人防護裝備，建議穿戴高效過濾口罩(N95 或相當等級(含)以上口罩)、戴手套、防水隔離衣、護目裝備(全面罩)及髮帽，視需要穿可清洗之防水鞋具，並應正確使用相關防護裝備。</p> <p>2.消毒劑應依照廠商建議使用，包括稀釋方法、接觸時間與處理方式;如使用當天泡製的 1:50 (1000ppm)漂白水稀釋液，進行桌椅等環境表面及地面擦拭。</p>	<p>建議新增 環境與儀器設備之清潔消毒</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 病人透析結束後，治療區環境(包括血液透析椅、血液透析儀器、桌椅等設備表面)必須完成清潔消毒，才能提供給下一位病人使用。 2. 應常規使用適當消毒劑(如：濃度500pm (1:100稀釋)的漂白水)消毒病人治療區的高接觸表面，例如：血液透析椅、血液透析儀器、桌子等。
護理品管 3.3.1.2	<p>正確給藥</p> <p>評分說明：</p> <p>A:符合 C 項，且給藥前，給予用藥指導，給藥後，觀察病人反應，如有副作用，應與醫師確認且有處理紀錄。</p> <p>C:</p> <p>1.備有單位常用藥品查詢工具。2.所</p>	<p>安全的用藥/注射行為</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 單一劑量藥物提供僅單一病人使用，且不應以重複抽取方式使用。 2. 應於乾淨區域進行藥物準備。 3. 以無菌操作技術準備和處置非口服藥物或輸液。 4. 同 1 件輸液用品（如：針頭、注射器、沖洗溶液、輸液管路、或靜

	<p>有給藥(含自備藥)皆應有醫囑記錄。</p> <p>3.給藥時依3讀5對執行且有記錄。</p> <p>4.在抗凝劑的空針外註明藥物名稱、稀釋時間及稀釋後劑量。</p> <p>E:未達上述標準。</p>	<p>脈輸液等)不可使用於不同病人。</p> <p>5.避免使用多劑量包裝的藥物(multidose vials)。</p>
標準說明 (3.3.1.2)	<p>3.3.1.2正確給藥</p> <p>-符合C1.查閱現場能提供所使用藥物之作用、副作用、使用注意事項等資料。2.查閱含病人自備藥有給藥醫囑及紀錄，現場查核給藥流程。3.查閱口頭醫囑處理流程。4.查核現場紀錄是否有醫囑。</p> <p>-符合A:查閱紀錄或現場觀察護理人員給藥。</p>	
護理品管 3.3.1.3	<p>訂定感染管制規範並落實執行</p> <p>評分說明：</p> <p>A:符合C項，有針扎事件處理流程。</p> <p>C: 1.有感染管制規範並定期修訂。</p> <p>2.執行血液透析穿刺、收血等有可能產生血液、體液之飛濺時，應穿戴隔離衣、手套、口罩、護目鏡或面罩等個人防護裝備。</p> <p>3.依循標準防護措施照護病人，且定期辦理員工感染管制教育訓練。</p> <p>4.應具有生物醫療性廢棄物及尖銳物品收集容器。</p> <p>E:未達上述標準。</p>	<p>個人防護裝備</p> <p>1. 執行血液透析穿刺、收血等有可能產生血液、體液之飛濺時，應穿戴隔離衣、手套、口罩、護目鏡或面罩等個人防護裝備。</p> <p>2. 因應新興傳染病照護時應依情境進行相關防護。</p>

<p>標準說明 (3.3.1.3)</p>	<p>3.3.1.3制定感染管制規範並落實執行 -符合 C 規範須呈現修訂日期及相關內容， 並現場查核執行情況。-符合 A: 1.查核改進追蹤紀錄。 2.若有居家訪 視，查核現場應有以下查核結果記 錄 (1)居家換液環境及相關物品設置適 當 (2)透析藥水廢棄袋的處理 (3)手部 清潔設備符合規範 (4)如有傳染性病 人的透析液處理。</p>	
---------------------------	--	--

4.因疫情的關係，台灣腎臟醫學會今年血液透析訪視作業時程有所更動。本計畫之說明會無法搭配台灣腎臟醫學會之說明會，必須獨自辦理，或搭配感染管制學會之年會。

討論內容: 本計畫之執行不搭配台灣腎臟醫學會之血液透析室訪視。

5.如何招募今年之30家血液透析單位，以及北部、南部說明會時間跟地點。

討論內容: 計畫書內容規定為先辦理說明會，並以輔導的方式與參與說明會的醫療院所說明，再從自願性參與此評核計畫的醫療院所，選擇共30家血液透析醫療院所或設有透析單位之醫院參與。本計畫之執行必須符合疾管署招標北中南醫院共30家血液透析醫療院所或設有透析單位之醫院參與計畫，且其中需包含診所層級之血液透析醫療機構至少15家。將請台灣感染管制學會秘書長協助與疾管署討論能否能在第一年減少計畫中需要15家診所層級之血液透析醫療機構之數量。

6.考量疫情的情況，實體會議討論更改為視訊會議。

討論內容: 視疫情情況決定實體會議或視訊會議。

參. 臨時動議：無。

肆. 散 會：110 年 1 月 27 日 晚上 8 點。

附錄一

設有血液透析室之醫療機構因應 COVID-19(新冠肺炎)整備現況查檢表_衛福部疾管署1090831

機構名稱：_____

稽查項目	查檢內容	完成整備情形		
		已 完 成	執 行 中	未 執 行
1.應訂有合適之隔離防護措施及動線規劃	依據疾病管制署公布之「設有血液透析室之醫療機構因應 COVID-19(新冠肺炎)感染管制措施指引」，內化明定工作人員於不同狀況應採用的個人防護裝備(PPE)，人員清楚 PPE 使用時機與正確穿脫方式。			
	於機構出入口、掛號櫃檯、門診區與網頁等有明確公告、廣播或志工主動關懷等方式，提醒進入機構的人(如病人、訪客、工作人員、外包人員等)請佩戴口罩、落實手部衛生、呼吸道衛生及咳嗽禮節。			
	於機構出入口、掛號櫃檯、門診區有協助未佩戴口罩的就醫民眾與訪客佩戴口罩的機制。			
	於機構入口明顯處宣導(如：張貼海報)，提醒請有發燒、呼吸道症狀、味覺嗅覺喪失、不明腹瀉等 COVID-19相關症狀及具 COVID-19 感染風險的病人主動告知工作人員。			
	在病人進入治療區域之前，有提示機構工作人員詢問旅遊史(如最近 14日旅遊史)、職業別、接觸史及是否群聚之機制，並確實執行。			
	訂有發燒篩檢及不明原因發燒病人處理標準作業程序，病人就診動			

稽查項目	查檢內容	完成整備情形		
		已 完 成	執 行 中	未 執 行
	線規劃適當，且第一線工作人員均瞭解。有發燒、呼吸道症狀、味覺嗅覺喪失、不明腹瀉等症狀的病人，經醫師評估為疑似 COVID-19 或其他具群聚傳染性之疾病，應立即分流，採取必要的隔離措施。			
	於機構出入口、門診等區域設有及早發現發燒或呼吸道症狀之就醫民眾與訪客的機制，如紅外線體溫監測、發燒篩檢站、或請工作人員詢問病人是否有發燒或呼吸道症狀等方式。			
2.辦理因應傳染病防治教育訓練	<p>依據工作人員特性規劃辦理 COVID-19(新冠肺炎)教育訓練，視需要將以下主題納入訓練課程：</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) COVID-19(新冠肺炎)感染症狀 (2) 手部衛生、呼吸道衛生、咳嗽禮節及佩戴口罩之重要性 (3) 適當的個人防護裝備使用 (4) 病人分流程序(包含病人安置) (5) 工作人員的請假政策 (6) 工作人員自我監測發燒或呼吸道症狀(包含生病不上班) (7) 如何診斷與通報 			
	<p>機構針對以下主題提供病人衛生教育：</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) COVID-19(新冠肺炎)簡介(例如：感染症狀、傳播方式) (2) 有症狀時通知醫療照護工作人員之重要性 (3) 適當防護措施(例如：手部衛生、咳嗽禮節、維持社交距離及佩戴口罩) (4) 機構保護病人的措施(例如：限制訪客、更換個人防護裝備) 			

稽查項目	查檢內容	完成整備情形		
		已完成	執行中	未執行
3.訂有傳染病監視通報機制，並有專人負責傳染病之通報並與當地衛生主管機關聯繫	機構內醫療照護工作人員確實掌握嚴重特殊傳染性肺炎及社區監測對象通報條件與通報方式。			
	有專人負責嚴重特殊傳染性肺炎及社區監測對象通報衛生主管機關與相關聯繫事宜。			
4.病人安置	照護通報或確診 COVID-19病人時，依據分流分艙、分區照護、固定團隊、固定透析設備、固定空間之照護原則。			
	針對通報或確診 COVID-19、有相關症狀或居家隔離/檢疫病人，規劃於單獨的病室接受透析治療，或安排遠離主要動線的空曠或人流較少的角落區域，與其他病人保持至少2公尺距離。			
5.醫療照護工作人員健康監測與管理	訂有非懲罰性、具彈性且符合公共衛生政策的請假政策，且工作人員都能知悉；例如：允許和鼓勵生病的工作人員休假或限制從事照護工作；尤其針對有發燒或出現呼吸道症狀或癥候的醫療照護工作人員須停止工作至退燒後至少24小時（指未使用如 acetaminophen 等退燒藥）。			
	應訂定機構內全體工作人員（含流動工作人員）健康監測計畫，並有異常追蹤處理機制。			
6.手部衛生	於血液透析床、護理站、病床旁、入口及候診區附近，提供手部衛生用品（如：酒精性乾洗手液等），或提供醫療照護工作人員攜帶型酒精性乾洗手液。			
	訂有醫療照護工作人員手部衛生遵從性之稽核機制。			
7.環境清潔與消毒	訂有環境清潔消毒標準作業流程，包含血液透析床、血液透析設備、桌椅等共用設備之清潔流程。			

稽查項目	查檢內容	完成整備情形		
		已 完 成	執 行 中	未 執 行
	環境清潔人員清楚 PPE 使用時機與正確穿脫方式，及消毒劑使用方式，並有稽核機制。			

稽查人員簽章：_____

稽查日期：_____年_____月_____日

附錄二

血液透析訪視作業評量表(含院所自評部分) 109 年度_1091128會議修正

自評院所: _____ 自評填表人簽名: _____

訪視委員簽名: _____

註：1.每一章評量細項之評分等級若為【E】者，請在說明欄內說明原因，以便讓學會能進一步了解原因。

2.評量表內院所自評項目以【※】註明。

3.自評項目請院所給予先行評分，完成的評量表請於 110年 3月 1日以前 E-mail 至學會，以便供訪視委員實地訪視使用。(評量表逕行至學會網站點選『透析院所品質/透析評量』下載)

4.台灣腎臟醫學會聯絡地址：台北市 100 青島西路十一號四樓之一； 兒

電話: (02) 2331-0878； 算傳真: (02) 2383-2171； E-mail: snroctpe@msl.hinet.net

※第一章 病患安全			
		評量標準	評分說明
1.1 建置透析病患安全的醫療環境			
1.1.1 急救設備			
必	1.1.1.1	電擊器、氣管插管、氧氣供應設備、抽吸設備、急救(車)箱	A: 急救設備置於透析室內，數量足夠且功能正常， <u>並有點班查核之紀錄</u> C: 急救設備可隨時取得，數量足夠且功能正常 E: 急救設備不足或功能異常
評分等級為『E』者說明欄			
必	1.1.1.2	必備急救藥品(項目數量、有效日期、定期盤點記錄)	A: 急救藥品置於透析室內，數量足夠且在效期內 C: 急救藥品可隨時取得，數量足夠且在效期內 E: 急救藥品不足或過期
評分等級為『E』者說明欄			
※	1.1.1.3 (院所自評項目)	設備運作功能定期測試正常良好(有定期記錄)	A: 急救設備每星期定期測試，且有記錄供查詢，對於有問題的設備均能立即修正或更換 C: 急救設備每個月定期測試，且有記錄供查詢，對於有問題的設備均能立即修正或更換 E: 急救設備沒有定期測試，無記錄供查詢，或設備老舊未即時修正或更換
評分等級為『E』者說明欄			

※	1.1.2 (院所自 評項目)	透析室周邊設備 1.緊急供電設備 2.消防安全設備	C: 符合醫療院所設置標準，且有檢驗合格證明 E: 不符合醫療院所設置標準，或缺檢驗合格證明
評分等級為 『E』者說明欄			
1.2 感染管制作業			
1.2.1 感染管制措施-人員			
必	1.2.1.1	透析室員工應作 B、 C 型肝炎血清檢查	A: 100%員工均有 B、C 型肝炎之檢查記錄，且對於 B 肝表面 抗體陰性之員工有定期(一年)追蹤。 C: > 75%員工有 B、C 型肝炎之檢查記錄 E: < 30%員工有 B、C 型肝炎之檢查記錄
評分等級為 『E』者說明欄			
※	1.2.1.2 (院所自 評項目)	應有充足且適當之洗 手設備，醫護人員有 良好之洗手習慣及正 確的洗手方式	A: 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 (或有傳統洗手設備外加乾式洗手設備)。透析室或每一樓層 有緊急沖洗設備 C: 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 (或有傳統洗手設備外加乾式洗手設備)。透析室或每一層樓 有緊急沖洗設備 E: 透析室> 30 床透析床有一個腳踏式或感應式洗手設備 (或有 傳統洗手設備外加乾式洗手設備)
評分等級為 『E』者說明欄			
1.2.2 感染管制措施-環境			

	1.2.2.1	每月採集逆滲透水與透析液作菌落數檢查，監測透析用水菌落數須小於 100 cfu/ml，且透析液進透析器端菌落數以小於 100 cfu/ml 為標準	A: 完全遵循學會制定的標準作業流程執行 C: 部份有遵循學會制定的標準作業流程執行 E: 沒有遵循學會制定的標準作業流程執行	
評分等級為『E』者說明欄				
	1.2.2.2	重覆使用人工腎臟之消毒法： 以學會之重覆使用人工腎臟作業指引為基準。嚴禁不同病人間交互使用人工腎臟	A: 完全沒有重覆使用人工腎臟，或人工腎臟有重覆使用且遵循學會制定之作業指引並有詳細記錄備查 C: 人工腎臟有重覆使用且遵循學會制定之作業指引，但記錄不完整 E: 人工腎臟重覆使用未遵循學會制定之作業指引	
評分等級為『E』者說明欄				
1.2.3 隔離措施				
	1.2.3.1	血流傳染性肝炎病患實施床位區隔	A: B 型肝炎病患有機器隔離及床位隔離區，C 型肝炎病患有集中照護，且兩班之間機器有徹底消毒 C: B 型肝炎病患無機器隔離與床位隔離區，或 C 型肝炎病患無集中照護，但兩班之間機器皆有徹底消毒 E: 完全未作區隔或兩班之間機器無徹底消毒	

評分等級為『E』者說明欄			
	1.2.3.2	每年監測病患肝炎情形，異常者有複檢	A: 所有透析病患均有建立肝炎監測，陽轉者皆有追蹤處置且血液透析室有符合法令的通報與加強監測作為 C: 只有部份透析病患建立肝炎監測，但陽轉者皆有追蹤處置且血液透析室有符合法令的通報與加強監測作為 E: 沒有定期監測，或陽轉者無追蹤處置或血液透析室無符合法令的通報與加強監測作為
評分等級為『E』者說明欄			
	1.2.3.3	監測門診透析病患 B 型、C 型肝炎轉陽率	C: 一年內 B 肝及 C 肝轉陽性率各 ≤ 5% E: 一年內 B 肝或 C 肝轉陽性率 > 5%
評分等級為『E』者說明欄		1091128 委員提出討論：健保署公告轉陽率監測目標值平均每月透析病人數 50 人以上之院所：受檢率 ≥ 90% 且轉陽率 ≤ 2.0%，50 人(含)以下之院所轉陽率 ≤ 3.5%。請問是否要比照修改？ 1128 決議：仍維持原本標準，但說明註明 C 肝抗體陽性但 RNA 陰性者排除	
必	1.2.3.4	對於發燒之透析病患有給予適當處置	C: 對於發燒病患的處置有標準流程，譬如有提供口罩、乾洗手，並給予適當處置 E: 對於發燒病患的處置無規範
評分等級為『E』者說明欄			
必 ※	1.2.3.5 (院所自評項目)	對於新興傳染病之整備、病患處置及應變計劃	C: 對於新興傳染病之整備、病患處置有制定標準之流程及應變計畫 E: 對於新興傳染病防治無規範

評分等級為『E』者說明欄		1128 決議： (1) 此項由院所先依查檢表自評,並於查檢表註記*號為可行性指標項目作為訪視依據 (2) 院所說明會及委員共識會議時說明，主要是以查檢表*號 7 個項目訪視且是以輔導性質來評分	
1.3 危機處理機制			
1.3.1 長時間停水、停電之危機處理			
※	1.3.1.1 (院所自評項目)	透析室遇長時間停水、停電無法及時恢復時，透析病患之轉介安置及後送	A: 有完善之病患轉介安置及後送之標準作業流程 C: 病患之轉介安置及後送之標準作業流程尚未完善 E: 病患沒有完善之轉介安置及後送之標準作業流程
評分等級為『E』者說明欄			
※	1.3.1.2 (院所自評項目)	透析室停水、停電時，透析病患轉介後之追蹤 一年內曾停水、停電 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	C:病患轉介安置至其他醫院繼續治療時，仍有定期 追蹤了解狀況 E:病患轉介安置至其他醫院繼續治療時，未繼續追 蹤了解狀況
評分等級為『E』者說明欄			
1.3.2 天然災害之危機處理			
※	1.3.2.1 (院所自評項目)	風災、水災、或地震時，透析病患無法至透析室接受透析治療時之處置措施	A: 有標準作業流程且病患了解如何自行處理 C: 有標準作業流程但病患尚未了解如何自行處理 E: 無標準作業流程且病患不了解如何自行處理

評分等級為『E』者說明欄			
1.3.3 透析中的病患安全			
必	1.3.3.1	病患透析中發生問題的處置與流程	A：訂有問題處理的 SOP，在問題發生時都能遵照 SOP 處理且有紀錄。 C：訂有問題處理的 SOP，問題發生時的處理與 SOP 流程不符，沒有紀錄可查詢，但可回答問題。 E：沒有問題處理的 SOP，大多數的護理人員無法回答問題，且沒有危機處理紀錄。
評分等級為『E』者說明欄			

第二章 適當的醫療作業(全部為自評項目)

		訪視標準	評分說明	評分等級
2.1 透析病歷記載完整性(可以電子病歷紀錄方式呈現)				
	2.1.1	完整的疾病史	以抽查病歷為主： ≤ 800 人次之透析院所，抽查 5 本病歷 > 800 人次之透析院所，抽查 10 本病歷 (1) ≤ 800 人次之透析院所 A: 5 本病歷記載均非常適當 C+ : 4 本病歷記載均非常適當 C: 3 本病歷記載均非常適當 C- : 僅 2 本病歷記載非常適當 E: 僅 1 本病歷記載非常適當 (2) > 800 人次之透析院所	
必	2.1.2	藥物過敏、B、C 肝炎標示、血型記錄等完整		
必	2.1.3	瘻管、導管放置記錄完整(手術部位、方式、次數、併發症等)		
必	2.1.4	治療處方記錄完整(輸血、EPO、藥物等)		
	2.1.5	檢查記錄完整(生化、Hb、iPTH、X-ray 等)		

必	2.1.6	血液透析過程記錄單記錄-內容具完整性、正確性及適當處置並簽章(護理人員、醫師)	A: 10 本病歷記載均非常適當 C+ : 8 本病歷記載均非常適當 C : 6 本病歷記載均非常適當 C- : 僅 4 本病歷記載均非常適當 E: 僅 2 本病歷記載均非常適當	
必	2.1.7	透析病歷內容包括： <u>必備表單</u> : 首頁(含基本資料及診斷)，透析記錄單，藥物醫囑單，檢查數據單，護理衛教單，血管追蹤記錄單。 <u>其他表單</u> : 住出院記錄單	A: 完全包括左述必備表單和其他表單內容。 C: 完全包括左述必備表單內容。 E: 未完全包括左述必備表單內容。	
評分等級為『E』者說明欄		決議：將原本 5.2.3.1 內容移至 2.1.7		
2.2 醫療照顧品質 評分等級：A: 100 分；C: 70~90 分；E: < 70 分				
2.2.1 適當透析指標(URR 或 Kt/V 擇一評量)				
	2.2.1.1	URR		
		受檢率 $\geq 90\%$	10 分	
		平均值 ≥ 0.65	20 分	
		檢查值分佈 ≥ 0.65 佔 80% 以上	20 分	
		檢查值分佈 $\square 0.60$ 佔 10% 以下	20 分	
		對於未達理想者有改善	30 分	

		方案及追蹤結果		
評分等級為『E』者說明欄				
	2.2.1.2	Kt/V (以 Daugirdas 公式計算結果)		
		受檢率 $\geq 90\%$	10分	
		平均值 ≥ 1.2	20分	
		檢查值分佈 ≥ 1.2 佔60%以上	20分	
		檢查值分佈1.0佔10%以下	20分	
		對於未達理想者有改善方案	30分	
評分等級為『E』者說明欄				
	2.2.1.3	血清白蛋白(Albumin)	檢驗方法：BCG <input type="checkbox"/> BCP <input type="checkbox"/>	
		受檢率是否 $\geq 90\%$	10分	
		平均值 ≥ 3.5 (BCG)或3.0 (BCP)	20分	
		檢查值分佈 ≥ 3.5 (BCG)或3.0 (BCP)佔80%以上	20分	
		檢查值分佈 < 3.0 (BCG)或2.5 (BCP)佔10%以下	20分	
		對於未達理想者是否有	30分	

		改善方案		
評分等級為『E』者說明欄				
2.2.2 貧血處理情況				
	2.2.2.1	Hb		
		受檢率是否 $\geq 90\%$	10 分	
		平均值是否 ≥ 10 g/dL	10 分	
		平均值是否 ≥ 9.0 g/dL	10 分	
		平均值是否 ≥ 8.5 g/dL	20 分	
		檢查值分布小於 8 g/dL 者佔 10% 以下	20 分	
		經常性 Hb 值未達理想者有適當改善方案	30 分	
評分等級為『E』者說明欄				
	2.2.2.2	Ferritin		

		受檢率是否 $\geq 90\%$ Hb < 10 g/dL 者其 ferritin ≤ 200 ng/mL 佔 10% 以下 檢查值 ≥ 800 ng/ml 者佔 20% 以下 鐵劑使用不適當： ferritin > 800 ng/mL 且 iron saturation > 50%， 或 Hb ≥ 12 g/dL 以上者仍使用鐵劑治療	40 分 30 分 30 分 -20 分 (扣分項目)	
評分等級為『E』者說明欄				
	2.2.2.3	ESA 使用情況		
		Hb < 10 g/dL 者給予 ESA (過敏者例外) 注射 Hb ≥ 10 g/dL 者給予 ESA 注射 Hb 在 10 ~ 11 g/dL 仍然給予 ESA 注射 輸血不適當者 (ESA 劑量不足，卻嘗試由輸血來提高 Hb)	40 分 30 分 30 分 -20 分 (扣分項目)	
評分等級為『E』者說明欄				
2.2.3 腎性骨病變防治與處理				
	2.2.3.1	Ca、P：使用 ionized Ca 請乘以 2		

		Ca、P 受檢率是否均 $\geq 90\%$ Ca 平均值是否在 8.5-10.5 mg/dL 之間 Ca 檢查值分佈大於 11 mg/dL 者是否佔 15% 以下 P 平均值是否小於 6 mg/dL Ca、P 未達理想是否有改善方案 Ca、P 乘積平均值是否 $\geq 60 \text{ mg}^2/\text{dL}^2$	20 分 20 分 10 分 20 分 30 分 - 10 分 (扣分項目)	
評分等級為『E』者說明欄				
	2.2.3.2	intact-PTH		
		intact-PTH 受檢率 $\geq 90\%$ intact-PTH 檢查值小於 100 pg/mL 者佔 50% 以下 intact-PTH 檢查值 ≥ 800 pg/mL 者且無積極治療者佔 20% 以下 intact-PTH 未達理想是否有改善方案	30 分 20 分 20 分 30 分	
評分等級為『E』者說明欄				
2.2.4 心血管併發症之防治與處理				

	2.2.4.1	CTR (請勾選院所使用之方法，使用方法請參閱評量說明)	測量方法 A <input type="checkbox"/> ; 測量方法 B <input type="checkbox"/> ; 測量方法 C <input type="checkbox"/> ; 測量方法 D <input type="checkbox"/> ; 測量方法 E <input type="checkbox"/>	
		受檢率 $\geq 75\%$ 平均值 ≤ 0.55 檢查值分佈 ≤ 0.5 者佔 40% 以上 檢查值分佈大於 0.60 者佔 10% 以下 高 CTR 者是否有適當改善方案	20 分 20 分 20 分 10 分 30 分	
評分等級為『E』者說明欄				
	2.2.4.2	血壓 (甲+乙=總分)		
	甲	理想乾體重是否有適當調整 有定期檢討、有記載改善方案及追蹤 有定期檢討、無記載改善方案及追蹤 無定期檢討、無記載改善方案及追蹤	60 分 45 分 30 分	
評分等級為『E』者說明欄		決議：濃縮為 3 項評分		

	乙	使用抗高血壓藥情況是否適當 有定期檢討、有記載改善方案及追蹤 有定期檢討、無記載改善方案及追蹤 無定期檢討、無記載改善方案及追蹤	40分 30分 20分	
評分等級為『E』者說明欄		決議：濃縮為3項評分		

第三章 提供適切之護理照護

		評量標準	評分說明	評分等級
3.1 護理行政				
3.1.1 護理管理運作				
※	3.1.1.1 (院所自評項目)	健全的護理組織及管理	A: 符合C項，且訂有年度工作計畫及執行紀錄。 C: 設有護理主管負責護理行政及教學工作，並明訂其工作職責。 E: 未達上述標準。	
評分等級為『E』者說明欄				
※	3.1.1.2 (院所自評項目)	各職掌及業務規範明確	C: 訂有行政業務規範或手冊，內容包含各職級人員之工作執掌、業務範圍及人事規範，如護理人員給假、加班、考核、福利、獎勵等等。 E: 未達上述標準。	

評分等級為『E』者說明欄			
3.1.2 物料管理			
	3.1.2.1	物料管理應符合 1.設有物料放置空間。 2.物料空間溫度適當。 3.存放空間及位置恰當。 4.物料在有效期限內。 5.包裝完整。 6.庫存量足夠。	A: 物料存取符合先進先出管理，且標示清楚易認。 C: 現場查驗，物料管理應符合左列原則。 E: 未達以上標準。
評分等級為『E』者說明欄			
	3.1.2.2	專用空間有防災設施，且物料存放無導致危害公共安全之虞。	C: 應有適宜之動線設計，需考量防災(防水災、火災、地震、停電無照明等)，且物料之存放(包含紙箱)應遠離火源，避免掉落傷人及妨礙人員逃生。 E: 未達以上標準。
評分等級為『E』者說明欄			
3.2 病人照護			
3.2.1 護理照護			

※	3.2.1.1 (院所自 評項目)	備有血液透析照護作業 常規及技術標準	A: 符合 C 項，且 1.定期修訂內容。 2.護理人員皆能遵行護理照護指引、常規或技術標準， 並有稽核紀錄。 C: 訂有護理照護指引或常規、技術標準。 E: 未達上述標準。	
評分等級為 『E』者說明欄				
	3.2.1.2	提供適當的照護、觀察 及處置	A: 符合 C 項，且若發生異常合併症時，有預防檢討紀 錄。 C: 1.透析處方、紀錄與現場執行狀況正確無誤。 2.病歷有透析治療過程及處理紀錄。 3.病歷有透析中發生合併症時處理紀錄。 4.照護病人能維護隱私。 E: 未達上述標準。	
評分等級為 『E』者說明欄				
3.2.2 護理指導				
	3.2.2.1	提供衛教資料與指導， 建議內容應包含: 1 血管通路照護 2 水分控制/限水 3 高磷食物/限磷 4 高鉀食物/限鉀 5 透析應有之飲食控制	A: 符合 C 項，且 1.能依病人需要提供個別衛教指導或團體衛教。 2.給病人指導後，能評值成效且有檢討改善紀錄。 C: 1.單位提供左列至少五項衛教單張、海報或資料，且 有紀錄。 2.每位新病人均有接受環境介紹(含緊急逃生說明)。 E: 未達上述標準。	

		6 透析用藥安全 7 日常生活照顧 (包含血壓、血糖、體重檢測等) 8 透析不適時之症狀與處理 9 預防跌倒 10 單位緊急逃生說明		
評分等級為『E』者說明欄				
3.3 護理品管				
3.3.1 病人安全				
	3.3.1.1	有藥物管理	C: 1.設有常備藥品及高警訊藥品管理辦法，若設有管制藥品，應符合管制藥品管理條例及施行細則規定。 2.藥物存放位置標示清楚，且依類別分開放置(含急救藥品及高警訊藥品)，並有點班紀錄。 3.藥品開封後需標示有效日期。 4.冷藏藥品冰箱，應維持 2-8°C，並且有溫度紀錄。 E: 未達上述標準。	
評分等級為『E』者說明欄				

	3.3.1.2	正確給藥	<p>A:符合 C 項，且給藥前，給予用藥指導，觀察病人反應，如有副作用，應與醫且有處理紀錄。</p> <p>C:1.備有單位常用藥品查詢工具。 2.所有給藥(含自備藥)皆應有醫囑記錄。 3.給藥時依 3 讀 5 對執行且有記錄。 4.在抗凝劑的空針外註明藥物名稱、稀釋時間及稀釋後劑量。</p> <p>E:未達上述標準。</p>	
評分等級為『E』者說明欄				
	3.3.1.3	訂定感染管制規範並落實執行	<p>A:符合 C 項，有針扎事件處理流程。</p> <p>C: 1.有感染管制規範並定期修訂。 2.執行血液透析穿刺、收血等有可能產生血液、體液之飛濺時，應穿戴隔離衣、手套、口罩、護目鏡或面罩等個人防護裝備。 3.依循標準防護措施照護病人，且定期辦理員工感染管制教育訓練。 4.應具有生物醫療性廢棄物及尖銳物品收集容器。</p> <p>E:未達上述標準。</p>	
評分等級為『E』者說明欄				

	3.3.1.4	<p>確實執行手部衛生</p> <p>1.護理人員在執行以下照護前後，應確實洗手。</p> <p>(1)接觸病人前。</p> <p>(2)執行清潔/無菌操作技術前。</p> <p>(3)接觸有暴露病人體液風險後。</p> <p>(4)接觸病人後。</p> <p>(5)接觸病人週遭環境後。</p>	<p>A: 符合 C 項，且</p> <p>1.每張透析床都有乾洗手設備。</p> <p>2.訂有手部衛生稽核機制。</p> <p>3.定期稽核手部衛生遵從性及正確性且留有紀錄。</p> <p>C: 1.濕洗手設備應為非手控式水龍頭，且有正確洗手步驟之標示，洗手台備有洗手液及擦手紙。</p> <p>2.執行左列照護前後，能確實洗手。</p> <p>E: 未達上述標準。</p>	
<p>評分等級為『E』者說明欄</p>				
<p>3.3.2 透析護理品質監測</p>				
※	3.3.2.1 (院所自評項目)	<p>訂有透析照護異常事件規範</p>	<p>A: 符合 C 項，且建置不以懲罰為原則的內部通報系統，鼓勵同仁通報。</p> <p>C: 訂有異常事件管理規範。</p> <p>E: 未達上述標準。</p>	
<p>評分等級為『E』者說明欄</p>				

	3.3.2.2	訂有透析照護異常事件監測及改善措施建議可包括: 1 藥物事件(給錯, 過敏) 2 跌倒事件 3 管路事件(滑脫, 錯接, 自拔, 阻塞) 4 輸血事件 5 醫療照護事件(空氣栓塞, 脫水誤差, 未正確執行透析醫囑) 6 公安事件(停水, 停電, 暴力, 衝突) 7 不預期心跳停止 8 其他	A: 符合 C 項, 且 1.有改善執行紀錄。 2.護理人員清楚異常事件之預防措施。 C: 訂有至少 3 項異常事件監測紀錄。 E: 未達上述標準。	
評分等級為『E』者說明欄				

※第四章 人力素質提升及品質促進(全部為自評項目)

		評量標準	評分說明	評分等級
4.1 醫師人力				
4.1.1 醫師參加教育訓練及學術活動				

	4.1.1.1	鼓勵醫師參與學會研討會及研究發表	A: 一年內至少參加國內外腎臟相關學術研討會二次，且有論文發表 C: 一年內至少參加國內外腎臟相關學術研討會二次 E: 均未參加研討會	
評分等級為『E』者說明欄				
	4.1.1.2	舉行透析單位內	A: 單位內每個月有定期舉辦病情討論會，且有紀錄。 C: 單位內每三個月定期舉辦病情討論會，且有紀錄。 E: 單位內沒有舉辦病情討論會，或無紀錄。	
評分等級為『E』者說明欄				
4.1.2 醫師人力配置		A: 符合 C 且均由腎臟專科醫師照顧 C: 每十五張血液透析治療床（台）應有醫師一人以上，且其中應有二分之一以上具腎臟專科醫師資格照顧 E: 不符合上述規定		
評分等級為『E』者說明欄		決議：1.新增評分 A 項目，全由腎臟科醫師照顧 2.偏遠或離島地區醫師人力除外,列入評量說明		
4.2 護理人力及繼續教育				
4.2.1 護理人員參加教育課程及學術活動				

	4.2.1.1	落實血液透醫 護理相關	A:1.每年護理人員至少一次公假或公費參與在職教育(含院內、外)上課證明。 2.工作人員接受急救相關訓練且有紀錄。 C:1.每位新進血液透析護理人員到職一年內應有腎臟醫學會或腎臟護理學會血液透析訓練班(基礎訓練課程)之結業證明(上課證明)。 2.每位護理人員3年內應完成至少24小時進階訓練課程。 E:未達上述標準	
評分等級為『E』者說明欄				
4.2.2 護理人員素質				
	4.2.2.1	護理人力穩定	護理人員具備臨床透析護理工作三年以上經驗占_____%。	
4.2.3 護理人力配置			C: 每位血液透析護理人員照顧4位門診血液透析病人 E: 未達上述標準。	

第五章 經營管理之合理性

		評量標準	評分說明	評分等級
5.1 設施設備管理				
5.1.1 機器維修與消毒				
	5.1.1.1	制訂有明確的各項機器設備維護相關規章管理制度並確實執行(例如:	A: 完全符合規定,且有紀錄查詢 C: 符合規定,紀錄不完整 E: 均未符合	

		每月定期保養維護文件、日常故障排除處理流程等)		
評分等級為『E』者說明欄				
	5.1.1.2	設有專人或妻約廠商負責單位機器設備維修管理 1. 單位有專責之一公(技術)單位人員或有合格之簽約廠商負責機器之維修及日常保養事項執行 2. 應有合約廠商資料或保養合約等資料供評估	設有專人或妻約廠商負責單位機器設備維修管理 A. 完全符合操作程序，有紀錄查詢 C. 符合操作程序，紀錄不完整 E. 均未符合	
評分等級為『E』者說明欄				
必	5.1.1.3	確實執行透析機定期之檢查、保養及維修並有紀錄 1. 應有合格之醫技人員或合約廠商負責執行 2. 至少每月定期保養一次並有完整之紀錄資料供評估	A: 完全符合操作程序，且有紀錄查詢 C: 符合操作程序，紀錄不完整 E: 均未符合	

		3. 日常故障排除處理流程與紀錄		
評分等級為『E』者說明欄				
	5.1.1.4	<p>確實執行電擊器、血壓計、再生處理設備等相關醫療儀器設備之檢查、保養及維修並有紀錄</p> <p>1.應有合格之醫技人員或合約廠商負責執行</p> <p>2. 應至少每年定期保養一次並有紀錄資料供評估</p>	<p>A: 完全符合操作程序，再生處理設備應有紀錄查詢</p> <p>C: 符合操作程序，紀錄不完整</p> <p>E: 均未符合</p>	
評分等級為『E』者說明欄				
	5.1.1.5	各項儀器設備備有相關說明書及操作手冊(各項儀器設備應有個別之說明書及操作保養手冊並妥善保管以便人員隨時參照)	<p>A: 完全符合標準</p> <p>C: 部分符合標準</p> <p>E: 均未符合</p>	

評分等級為『E』者說明欄				
必	5.1.1.6	班與班消毒，以及每日最後一班結束後消毒方式	A: 完全符合標準 C: 部分符合標準 E: 均未符合	
評分等級為『E』者說明欄				
5.1.2 RO 水處理系統與管路消毒				
必	5.1.2.1	完善且安全的水處理設備管理： 1. 完整的檢查與記錄 2. 定期更換耗材	A: 完全符合，且有紀錄查詢 C: 符合規定，紀錄不完善 E: 均未符合	
評分等級為『E』者說明欄				
	5.1.2.2	制訂明確的水處理系統與管路消毒相關管理規章並確實執行（定期保養維護文件、管路消毒規範、異常故障排除處理流程等）	A: 完全符合，且有紀錄查詢 C: 符合規定，紀錄不完善 E: 均未符合	
評分等級為『E』者說明欄				

必	5.1.2.3	<p>定期 RO 水處理系統保養及消毒，並做紀錄：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 應有合格之醫技人員(醫工)或合約廠商負責執行 2. 至少每月定期保養及消毒一次並有完整之紀錄資料供評估 3. 每月管路消毒規範文件及紀錄(有效消毒濃度與殘留檢測) 	<p>A: 完全符合，且有紀錄查詢 C: 符合規定，紀錄不完善 E: 均未符合</p>	
<p>評分等級為『E』者說明欄</p>				
	5.1.2.4	<p>設有專人負責 RO 水處理系統日常作業維持管理：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 單位有專責人員負責 RO 水處理系統日常維持作業執行 2. 應有日常檢視抄表紀錄(總氯檢驗、導電度、硬度、鹽巴添加) 3. 異常故障排除處理流程與紀錄 	<p>A: 完全符合，且有紀錄查詢 C: 符合規定，紀錄不完善 E: 均未符合</p>	

評分等級為『E』者說明欄				
必	5.1.2.5	<p>定期水質安全檢測並做紀錄：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 至少每週檢測一次水中總氯至少每週檢測一次水中硬度 2. 至少每年檢測一次水中重金屬含量結果並至少符合 AAMI 之標準 3. 上述檢測應有完整紀錄供評估 4. 當發生水質異常情形時，須每日檢測採取改善措施直到檢測正常為止 	<p>A: 完全符合操作程序，且有紀錄查詢 C: 符合操作程序，紀錄不完整 E: 均未符合</p>	
評分等級為『E』者說明欄		決議：增加說明水質發生異常時須每日檢測直到改善為止		
5.1.3 細菌培養				
必	5.1.3.1	<p>定期透析用水細菌培養檢測並做紀錄：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. RO 水各取樣點至少每月檢測一次 2. 所有機台的透析液每 	<p>A: 完全符合操作程序，且有紀錄查詢 C: 符合操作程序，紀錄不完善 E: 均未符合</p>	

		季需至少檢測一次 3.內毒素至少每年檢測一次		
評分等級為『E』者說明欄		決議：新增評量說明第3點,至少每年一次檢測內毒素		
※5.1.4 緊急供電系統				
※	5.1.4.1 (院所自評項目)	充足且有效的緊急供電系統設備裝置與管理	A: 完全符合標準 C: 部分尚未完善 E: 未符合標準	
評分等級為『E』者說明欄				
※	5.1.4.2 (院所自評項目)	確實執行定期緊急供電系統檢測並做紀錄： 1.至少每二月檢測一次緊急供電系統 2.備有檢測紀錄供評估	A: 符合左項 1, 2 點，且有書面資料 C: 符合左項 1 或 2 點，書面資料齊全 E: 均未符合	
評分等級為『E』者說明欄				
5.1.5 廢水、廢棄物處理				
※	5.1.5.1 (院所自評項目)	完善且安全的廢水處理裝置與管理	A: 有完善且安全的廢水處理裝置與管理，並定期維護 C: 只設有污水排放處理，並定期維護	

※	5.1.5.2 (院所自評項目)	安全且符合法規之廢棄物處理設備裝置管理與執行： 1.備有廢棄物分類之文件 2.備有各類廢棄物分類容器之設置供使用 3.備有針頭等尖銳、感染性廢棄物之安全容器裝置供使用 4.備有符合法規之廢棄物存放場所與裝置(如：醫療廢棄物冷藏櫃...)	A: 完全符合 C: 部分未符合 E: 只有少部分符合	
評分等級為『E』者說明欄				
必	5.1.5.3	人員確實執行廢棄物分類	A: 所有人員均了解，且單位能確實執行廢棄物分類 C: 部分人員不了解，但單位仍能正確執行廢棄物分類 E: 大部分人員均不了解，單位也未能執行廢棄物分類	
評分等級為『E』者說明欄				
5.1.6 透析器重複使用之消毒過程			<input type="checkbox"/> 不適用(沒有重複使用)	

必	5.1.6.1	<p>管理與設備：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 手動或自動設備維持系統功能之完整性。 2. 備有操作規範及緊急應變處理規範。 3. 明顯標示區分危害物品，設立物質安全資料表供查詢。 4. 作業場所設置明顯的警告標誌和緊急沖洗設施。 5. 人工腎臟之消毒須有消毒液殘餘量檢測的資料備查。 6. 人工腎臟之效用需測 total cell volume 且有記錄備查。 	<p>A: 完全符合左述標準 C: 至少符合四項左述標準 E: 左述標準僅符合二項(含)以下，或任何必要項目不合格</p>	
評分等級為『E』者說明欄				
	5.1.6.2	<p>處理場所之安全設施：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 適當的保護裝備：防護衣、護目鏡、防護罩（防毒面具或口罩）、耐酸鹼手套。 2. 作業場所嚴禁飲食、抽煙。 	<p>A: 完全符合左述標準 C: 至少符合四項左述標準 E: 左述標準僅符合兩項(含)以下</p>	

		<p>3. 良好的排水系統。</p> <p>4. 適當的排風量(每小時換氣至少 12 次以上)。</p> <p>5. 合適的滅菌劑儲存。</p>		
評分等級為『E』者說明欄				
5.2 病歷管理 (院所以電子病歷紀錄方式呈現 <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否)				
5.2.1 病歷儲存場所及管理人員				
	5.2.1.1	<p>適當的病歷儲存場所且有專人負責管理：</p> <p>1. 病歷應有適當的場所以供病歷儲存</p> <p>2. 應有負責人員或組織管理病歷</p>	<p>A: 有適當的病歷儲存場所且要照明充足、整潔通風，並有可供病歷書寫充裕空間，且設有病歷管理組織，及由專人負責管理。</p> <p>C: 有適當的病歷儲存場所並且要照明充足、整潔通風，有醫護人員負責管理。</p> <p>E: 未達以上標準。</p>	
評分等級為『E』者說明欄				
5.2.2 病歷應有妥善管理				

	5.2.2.1	<p>病歷管理：(抽查 10 位病患病歷)</p> <p>每一位病患應有一份病歷，有封面，病歷夾，裝訂牢固無脫頁。另病歷格式設計完善，內容(單張)有一定順序。</p>	<p>A: 完全符合左述標準。</p> <p>C: 符合「有封面，病歷夾，或裝訂牢固無脫頁」之標準。</p> <p>E: 不符合「有封面，病歷夾，或裝訂牢固無脫頁」之標準。</p>	
評分等級為『E』者說明欄				
加分項目	5.2.2.2	<p>電子病歷資安管理</p> <p>1.瀏覽電子病歷時須設定密碼並定期更換</p> <p>2.應有負責人員管理電子病歷</p> <p>3.資訊設備需有適當防護措並隨時更新</p>	<p>A: 完全符合左述標準。</p> <p>C: 符合必備條件之標準。</p> <p>E: 未完全符合必備條件之標準。</p>	
評分等級為『E』者說明欄		決議：新增 5.2.2.2 評分標準及內容		
※5.3 緊急災害應變				
5.3.1 設立機制處理緊急災難事件				
※	5.3.1.1 (院所自評項目)	<p>制訂有符合透析室需要之緊急災難應變計畫，至少每年演練一次，並有演習記錄</p>	<p>A: 有制定應變計畫，且有每一年演練一次的記錄</p> <p>C: 有制定應變計畫 E: 未制定應變計畫</p>	

評分等級為『E』者說明欄				
※	5.3.1.2 (院所自評項目)	對已發生之危機事件能切實檢討並有效改善	C+:有檢討改善之書面紀錄且有預防再發生類似事件之 SOP C: 有檢討改善之書面紀錄但缺乏資料證明能有效預防再發生類似事件 E: 未對所發生之危機事件進行檢討和改善	
※	5.3.1.3 (院所自評項目) New	對火災緊急應變及演練流程	A: 有制定應變計畫，且有演練流程記錄 C: 有制定演練應變計畫，無演練紀錄 E: 未制定演練應變計畫	
評分等級為『E』者說明欄		0926 決議：評分 C 項,增加無演練紀錄		

5.4 非血液透析室透析用水安全評量標準(含加護病房、急診室、隔離病房)

※此表格僅適用非血液透析室單位※

瞄無 ICU/ER/隔離病房透析設備之院所,請勾選不適用欄位

	評量標準	評分說明	評分等級
5.4.1 RO 水處理系統與管路消毒(血液透析室固定式 RO 或稱中央 RO)			
5.4.1A RO 水處理系統與管路消毒(ICU/ER/隔離病房等使用固定式 RO) □不適用(本院無 ICU/ER/隔離病房透析設備)			

必	5.4.1A.1	完善且安全的水處理設備管理： 1. 完整的檢查與記錄 2. 定期更換耗材	A: 完全符合，且有紀錄查詢 C: 符合規定，紀錄不完善 E: 均未符合	
評分等級為『E』者說明欄				
	5.4.1A.2	制訂明確的水處理系統與管路消毒相關管理規章並確實執行（定期保養維護文件、管路使用安全規範(包括管路防錯機制)、管路消毒規範、異常故障排除處理流程等）	A: 完全符合，且有紀錄查詢 C: 符合規定，紀錄不完善 E: 均未符合	
評分等級為『E』者說明欄				
必	5.4.1A.3	定期 RO 水處理系統保養及消毒，並做紀錄： 1. 應有合格之醫技人員(醫工)或合約廠商負責執行 2. 至少每月定期保養及消毒一次並有完整之紀錄資料供評估 3. 每月管路消毒規範文件及紀錄	A: 完全符合，且有紀錄查詢 C: 符合規定，紀錄不完善 E: 均未符合	
評分等級為『E』者說明欄				

	5.4.1A.4	設有專人負責 RO 水處理系統日常作業維持管理： 1. 單位有專責人員負責 RO 水處理系統日常維持作業執行 2. 固定式 RO 應有日常檢視抄表紀錄(總氯檢驗、導電度、硬度、鹽巴添加) 3. 異常故障排除處理流程與紀錄	A: 完全符合，且有紀錄查詢 C: 符合規定，紀錄不完善 E: 均未符合	
評分等級為『E』者說明欄				
必	5.4.1A.5	定期水質安全檢測並做記錄： 1. 至少每周檢測一次水中總氯至少每檢測一次水中硬度 2. 至少每年檢測一次水中重金屬含量結果並至少符合 AAMI 之標準 3. 上述檢測應有完整紀錄供評估	A: 完全符合操作程序，且有紀錄查詢 C: 符合操作程序，紀錄不完整 E: 均未符合	
評分等級為『E』者說明欄				
5.4.2 細菌培養				
5.4.2A 細菌培養 (ICU/ER 固定式 RO) □不適用(本院無 ICU/ER/隔離病房透析設備)				
必	5.4.2A1	定期透析用水細菌培養檢測並做紀錄： 1. RO 造水機各取樣點，至少每月檢測一次 2. 所有床邊出水口，每季需至少	A: 完全符合操作程序，且有紀錄查詢 C: 符合操作程序，紀錄不完善 E: 均未符合	

		檢測一次		
評分等級為『E』者說明欄				
必	5.4.2A2	RO 造水量要設定能提供同時使用最多床位數	C: 設置透析用水系統型號，符合非血液透析室同時透析用水之最大量 E: 未符合醫療器材管理辦法之規定	
評分等級為『E』者說明欄				
5.4.3A 移動式 RO 水處理機管理 (本院設置移動式 RO 水處理設備 <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否)				
必	5.4.3A1	移動是 RO 水處理，管線接頭標示清楚且有防呆裝置	C: 有防錯機制呆裝置 E: 沒有防錯機制	
評分等級為『E』者說明欄		0926 決議：為避免顏色標示脫落問題或語意說明不清，參考醫策會的標準修改為管線接頭標示清楚且有防呆裝置,評分項目僅 C 和 E		
5.4.4A 移動式 RO 水處理水質管理				
	5.4.4A1	制訂有明確的移動式 RO 水處理水質管理 (定期保養維護文件、濾心更換頻率、水質檢查報告等)	A: 完全符合規定，且有紀錄查詢 C: 符合規定，紀錄不完整 E: 均未符合	
必	5.4.4A2	每台移動式 RO 水處理機，都有定期水質安全檢測並做紀錄：	A: 完全符合操作程序，且有紀錄查詢 C: 符合操作程序，紀錄不完整 E: 均未符合	

		1. 至少每年檢測一次水中重金屬含量結果並至少符合AAMI之標準 2. 上述檢測應有完整紀錄供評估		
評分等級為『E』者說明欄				
5.4.5A 移動式 RO 水細菌培養管理				
	5.4.5A1	每台移動式 RO 水處理機，都有 1. 定期透析用水細菌培養檢測並做紀錄：RO 水出口取樣點，至少每三個月檢測一次 2. 定期透析用水內毒素檢測並做紀錄：RO 水出口取樣點，至少每年檢測一次	A: 完全符合操作程序，且有紀錄查詢 C: 符合操作程序，紀錄不完善 E: 均未符合	
評分等級為『E』者說明欄				

※第六章 醫療政策(全部為自評項目)

		評量標準	評分說明	評分等級
6.1 政策配合度				

加分項目	6.1.1	參與慢性腎臟病防治推廣工作	A: 有參加健康署之慢性腎臟病健康促進機構，且有申報健保署 Pre-ESRD 整體照護計畫費用 C: 沒有參加健康署之慢性腎臟病健康促進機構，但有申報健保署 Pre-ESRD 整體照護計畫費用 E: 沒有參加健康署之慢性腎臟病健康促進機構，及沒有申報健保署 Pre-ESRD 整體照護計畫費用	
評分等級為『E』者說明欄				
6.2 病患權益				
	6.2.1	腎臟替代療法模式之選擇衛教	A: 全部之新透析病患知道，且有記錄可查 C: 全部之新透析病患均不了解，或無記錄可查	
評分等級為『E』者說明欄				
加分項目	6.2.2	長期透析病患之檢驗和衛教	A: 全部之透析病患均知道，且有記錄可查 C: 全部之新透析病患知道，且有記錄可查 E: 全部之新透析病患均不了解，或無記錄可查	
	6.2.3	病患知情同意書	A: 新病患均有充分告知腎臟透析療法以及透析風險，及不透析接受緩和醫療的選擇，且所有的侵襲性治療都有告知並有知情同意書 C: 部份病患均有充分告知以及簽署知情同意書 E: 病患沒有充分告知且無知情同意書	
評分等級為『E』者說明欄				

	6.2.4	病患發生問題時如何找尋醫護人員及相關資訊	A：病患或病患家屬知道緊急問題時，如何尋找醫護人員，院所有緊急問題事件的紀錄 C：只有部份達成 E：緊急問題事件皆無紀錄	
評分等級為『E』者說明欄				
6.3 其他非醫療服務行為 (交通車接送 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否)				
	6.3.1	適當的交通車接送行為	C: 有交通車接送，且有列冊註明理由備查 E: 有交通車接送，但未列冊備查	
評分等級為『E』者說明欄				
6.4 人工腎臟重複使用 <input type="checkbox"/> 重複使用 <input type="checkbox"/> 沒有重複使用				
	6.4.1	重複使用有告知病患	A: 有告知病患，且有病患簽名同意 C: 有告知病患，但無病患簽名同意 E: 沒有告知病患，也無病患簽名同意	
評分等級為『E』者說明欄	委員：現今人工腎臟大多標記為 single use, 是否本條應修掉，不允許重複使用 0815 決議：查詢上屆訪視評量，院所自評分數是否有填寫再決定 結果：106-107 年查詢結果，48 家院所填寫自評分數 (19 家醫院、29 家診所) 0926 決議： 1.此項目仍保留評量項目，但說明會時詢問還有多少院所仍重覆使用人工腎臟 2.110 年實地訪視時,若院所自填重覆使用,委員現場需實際確認 3.院所自填訪視評量表,若沒有重複使用者,必須勾選不適用(沒有重複使用),請秘書處將此欄位匯出統計			

6.5 腎移植登錄			
	6.5.1	55 歲以下病人移植登錄率	A: 55 歲以下病人移植登錄率大於 10% (含)。 C: 55 歲以下病人移植登錄率大於 5% (含)。 E: 55 歲以下病人移植登錄率小於 5%。
評分等級為『E』者說明欄			
6.6 新病患與急性腎損傷之透析脫離評估			
加分項目	6.6.1	新透析病患與急性腎損傷之透析脫離評估	A: 符合 C，並曾協助 1 位以上病患成功脫離透析，或接受安寧緩和醫療停止透析 C: 臨床評估新收案或急性腎損傷之透析病患脫離透析之可能性
評分等級為『E』者說明欄		決議：新增項目	

附錄三

問題與討論

1. 將病患，更改為病人稱呼
2. 1.2.1.2，建議將傳統洗手設備：修改為手控式濕洗手設備。
3. 1.2.1.2，充足洗手設備:是否與感管查核一致需每床放置1瓶酒精性乾洗手液?
- 4.1.2.3.1 A: B型肝炎病患有機器隔離及床位隔離區，C型肝炎病患有集中照護，且兩班之間機器有徹底消毒與醫院感染管制查核作業之機器有徹底消毒不同：

單向血液透析儀器內部管路應依儀器使用說明，於每班（至少每日）治療結束後進行高溫消毒或化學消毒；透析液循環使用的機器(recirculating machine)則應依儀器使用說明於每班之間皆進行適當消毒。但針對B、C型肝炎病人所使用之機器，應於每次治療結束後依儀器使用說明清潔消毒透析儀器內部管路，始符合本項要求。

1/14討論內容:

- 1.將感染管制的條文修改過後，目標是未來變成一個獨立專章。初期目標及表單需經20人專案小組審視通過，再交由透析醫療事務委員會及腎臟醫學會理監事查核審視通過，再於今年的透析訪視說明會上發佈。
- 2.腎臟醫學會表單的單血液透析及腹膜透析訪視作業評量標準說明文件中，將由此計畫成立之工作小組先行審閱，文獻查證與提出建議：1.2.1交由柯金美感管師查核、1.2.2交由蘇麗香課長查核、1.2.3交由洪靖慈組長與盧柏樑醫師檢視，並在1/21號(星期四)前完成條文修改及線上工作小組討論。
- 3.因為每家醫院的層級不相同，目前難以要求一致性的評核機制標準評量各家醫院，只能依現場所觀察到的環境、人員及器材評核過後，以建議的方式去告知該醫院。

4.計劃將腎臟醫學會血液透析訪視作業中之感染管制部分，經此次計畫之修正與改良，做成專章，可供血液透析單位自我評核，以提升品質。

附錄四

1/14會議決議，感染管制部分以「專章」方式書寫，建議依照衛生福利部疾病管制署108年7月8日的「醫療機構血液透析感染管制措施指引」當母版(因為當初這份擬定時，多是參考 APIC 及 CDC 的指引)，再把透析學會的查核自評表拉過來，並有評分項目、評分、查核說明。

透析用水處理部分：

1. 國內多依循 AAMI 國際現行標準，對於菌落數建議監測頻率，逆滲透水(Dialysis Water) 至少每個月檢測 1 次；所有透析機台之透析液(Dialysis Fluid) 每季需至少檢測 1 次，應是符合國際水準，但合格率建議要採 $< 100(\text{CFU/ml})$ 。
2. 要設檢測結果之行動「標準(action level)」 $> 50(\text{CFU/ml})$ 。
3. 要把內毒素檢測寫進去，至於內毒素數據標準要用 AAMI 的 $< 0.25 (\text{EU/ml})$ 或是台灣腎臟醫學會的 $< 2(\text{EU/ml})$ 都可。

問題討論

1. 此份「血液透析訪視作業評量表(含院所自評部分)」編排一定要依照「血液透析及腹膜透析訪視作業評量標準說明」編排嗎？依照委員查訪，多以主題是依序查下去，建議相同主題並再一起(如2.1及5.2的病歷管理；如1.2.2.2、5.1.6、6.4的透析器管理及重覆使用)。
2. 2.2醫療照顧品質中有提到「評分等級：A: 100分；C: 70~90分；E: < 70 分」，其餘部分皆無，不知道這個用意，若與後續計分或不需要與「血液透析及腹膜透析訪視作業評量標準說明」一致性，建議統一，比較不會混淆。

條文建議

1. 建議增加 CXR 檢查

2. 1.2.1.2，何謂傳統洗手設備？
3. 逆滲透水與透析液檢查頻率要一致性(1.2.2.1、5.4.2A1)
4. 1.2.3明寫出 B 及 C 型肝炎及檢驗項目(除非學會還要求需要哪些不同的檢驗項目)
5. 完全遵循學會制定的標準作業流程執行(? 委員自己想像)
6. 1.2.3.1B (A:點的寫法 B 型肝炎病患兩班之間機器不需要徹底消毒)
7. 3.1.2的 A 及 B 改為符合左述幾點達 A 或 B。
8. 3.3.1.2為何把「在抗凝劑的空針外註明藥物名稱、稀釋時間及稀釋後劑量。」特別拉出來查核？
9. 3.3.1.3 A: 符合 C 項，且有針扎事件處理流程。
10. 3.3.1.4護理人員(改為醫療人員)在執行以下照護前後(改為洗手五時機)，應確實洗手。
11. 4.2.2.1護理人員具備臨床透析護理工作三年以上經驗占_____ %。(分子/分母)
12. 5.1.2.5上述檢測應有完整紀錄供評估(刪除)

1/14問題決議內容

1. 編排標準不一定要依照「血液透析及腹膜透析訪視作業評量標準說明」的方式編排。
經由此計畫之工作小組與專案小組之審閱與修正，應可有最適之內容與編排。

附錄五

依據血液透析訪視作業評量表內容進行彙整

1.2.3.隔離措施		
現有		參考依據
1.2.3.1	血流傳染性肝炎病患實施床位區隔	<p>A：B 型肝炎病患有機器隔離及床位隔離區，C 型肝炎病患集中照護，且兩班之間機器有徹底消毒</p> <p>C：B 型肝炎病患無機器隔離與床位隔離區，或 C 型肝炎病患無集中照護，但兩班之間機器皆有徹底消毒</p> <p>E：完全未作區隔或兩班之間機器無徹底消毒</p>
1.2.3.2	每年監測病患肝炎情形，異常者有複檢	<p>A：所有透析病患均有建立肝炎監測，陽轉者皆有追蹤處置且血液透析室有符合法令的通報與加強監測作為</p> <p>C：只有部份透析病患有建立肝炎監測，但陽轉者皆有追蹤處置且血液透析室有符合法令的通報與加強監測作為</p> <p>E：沒有定期監測，或陽轉者無追蹤處置或血液透析室無符合法令的通報與加強監測作為</p>
1.2.3.3	監測門診透析病患 B 型、C 型肝炎轉陽率	<p>C：一年內 B 肝及 C 肝轉陽性率各 ≤ 5%</p> <p>E：一年內 B 肝或 C 肝轉陽性率 > 5%</p>
1.2.3.4	對於發燒之透析病患給予適當處置	<p>C：對於發燒病患的處置有標準流程，譬如有提供口罩、乾洗手，並給予適當處置</p> <p>E：對於發燒病患的處置無規範</p> <p>建議：每位透析患者須透析前須進行體溫監控，若有異常宜安置隔離區或獨立區域進行透析。</p>
1.2.3.5	對於新興傳染病之整備、病患處置及應變計畫	<p>C：對於新興傳染病之整備、病患處置有制定標準之流程及應變計畫</p> <p>E：對於新興傳染病防治無規範</p>

		<p>建議： 設置TOCC詢問表，詢問對象須包含病人、陪病人員。 人員須完成新興傳染病教育訓練1場/年。 通過個人防護裝備實務穿脫。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● <i>Journal of Chinese Medical Association.</i> (2020) 83: 634-638. ● AJKD Vol 76 Iss 1 July 2020 ● 醫療機構因應 COVID-19感染管制措施指引
建議新增	環境與儀器設備之清潔消毒	<ol style="list-style-type: none"> 1. 病人透析結束後，治療區環境(包括血液透析椅、血液透析儀器、桌椅等設備表面)必須完成清潔消毒，才能提供給下一位病人使用。 2. 應常規使用適當消毒劑(如：濃度 500ppm (1:100 稀釋) 的漂白水)消毒病人治療區的高接觸表面，例如：血液透析椅、血液透析儀器、桌子等。 	<ul style="list-style-type: none"> ● CDC 醫療機構血液透析感染管制措施指引 P7-8 ● Garthwaite et al. <i>BMC Nephrology</i> (2019) 20:388

依據麗香課長內容延續

3.標準防護措施及其他防護措施			參考依據
3.1	手部衛生	<ol style="list-style-type: none"> 7. 依循手部衛生 5 時機執行手部衛生(即：接觸病人前、執行清潔/無菌操作技術前、暴觸病人風險後、接觸病人後、接觸病人環境後)。 8. 於病室入口、病床旁設置酒精性乾洗手設備，或提供醫療照護工作人員攜帶型酒精性乾洗手液，以提升高工作人員手部衛生遵從性。 9. 與病人直接接觸時，不應配戴人工指甲。 10. 如果雙手沒有明顯髒汙，可使用酒精性乾洗手液代替清水與肥皂，執行手部衛生。 11. 考量透析作業過程具有暴觸血 	<ul style="list-style-type: none"> ● CDC 醫療機構血液透析感染管制措施指引 P2

		<p>液的風險，建議工作人員於過程中應配戴手套。</p> <p>12. 照護病人脫除手套後，需執行手部衛生；不可使用同一雙手套照護另一位病人。</p>	
3.2	安全的用藥/注射行為	<p>6. 單一劑量藥物提供僅單一病人使用，且不應以重複抽取方式使用。</p> <p>7. 應於乾淨區域進行藥物準備。</p> <p>8. 以無菌操作技術準備和處置非口服藥物或輸液。</p> <p>9. 同 1 件輸液用品（如：針頭、注射器、沖洗溶液、輸液管路、或靜脈輸液等）不可使用於不同病人。</p> <p>10. 避免使用多劑量包裝的藥物（multidose vials）。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● CDC 醫療機構血液透析感染管制措施指引 P2 ● Hepatitis and dialysis: What patients can do to prevent infection - APIC
3.3	個人防護裝備	<p>3. 執行血液透析穿刺、收血等有可能產生血液、體液之飛濺時，應穿戴隔離衣、手套、口罩、護目鏡或面罩等個人防護裝備。</p> <p>4. 因應新興傳染病照護時應依情境進行相關防護。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● CDC 醫療機構血液透析感染管制措施指引 P1

在3.3.1.2正確給藥

擬參閱【醫療機構血液透析感染管制措施指引】中提及「安全的用藥/注射」中提及：

1. 單一劑量藥物提供僅單一病人使用，且不應以重複抽取方式使用。
2. 應於乾淨區域進行藥物準備。
3. 避免使用多劑量包裝的藥物（multidose vials）。

條文中未提及班與班的環境與儀器設備之清潔消毒，擬建議可納入



社團法人台灣感染管制學會

血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究
第二次專家小組會議 記錄

- ◎ 時間：110年3月19日（星期五）晚上6點00分
- ◎ 地點：高雄醫學大學附設中和紀念醫院啟川大樓6樓第一會議室
- ◎ 主持人：陳焱生
- ◎ 共同主持人：黃尚志、張峰義、盧柏樑、李佳蓉
- ◎ 協同主持人：張哲銘、詹明錦、洪靖慈、鍾牧圻、陳宜君、李原地、
施智源、陳瑛瑛、吳家兆、姜至剛、張明揚、王明誠、
楊孟儒、吳志仁、湯宏仁
- ◎ 請假：黃尚志、鍾牧圻、陳宜君、施智源

主席：陳焱生

記錄：黃建豪 / 張涵硯

壹、 主持人致詞，陳焱生副院長致詞，張峰義理事長致詞

貳、 報告事項

一、110年2-3月應完成工作項目表及2-3月執行進度，如下

110年	預定執行事項	執行進度
二月	<ol style="list-style-type: none">1. 綜整參加說明會機構名單2. 學會網站公告說明會報名機制	<ol style="list-style-type: none">1. 已於2021年2月25日 晚上6點召開第二次專家工作小組會議。2. 計畫說明會預定辦理期程、報名機制。3. 研擬輔導訪視表單。4. 參與說明會機構名單，預計發給所有透析院所通知信，在感染管制學會及腎臟醫學會網站公告，由院所自行報名。 篩選原則：<ol style="list-style-type: none">(1) 希望同一機構體系醫院、診所，不要占太多名額。(2) 報名的先後順序。(3) 若人數過多，會由專家小組投票討論篩選機構名單。5. 說明會報名機制，目前已確認南區說明會在4/18(星期日)高醫啟川大樓第二講堂舉辦，預計人數100人。北區說明會在4/17(星期六)台北慈濟協力國際會議廳舉辦，預計人數100人。6. 說明會的內容已擬案(如報告事項第二點)。請社團法人台灣感染管制學會進行公告，同時提供台灣腎臟醫學會進

110年	預定執行事項	執行進度
		行公告。
三月	<ol style="list-style-type: none"> 1. 辦理說明會學分申請作業 2. 召開第二次專家小組會議並紀錄備查 3. 設計血液透析感染管制表單 4. 調查內容分析及資料蒐整 5. 參考國際相關文獻資料及前項調查結果，建立血液透析醫療院所「血液透析感染管制自我查檢表單及查檢方法」 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 已於2021年3月12日完成辦理說明會學分申請作業。 2. 已於2021年3月19日晚上6點召開第二次專家小組會議並紀錄備查。 3. 已於2021年3月5日完成血液透析輔導訪視表(草案)，並在3月19號第二次專家小組會議中，提出討論。 4. 已於2021年2月完成四家血液透析院所前驅資料蒐整，並於專家工作小組會議中分析內容。並於2021年3月於第二次專家小組會議中報告與討論。 5. 已參考國際相關文獻資料及前項調查結果，建立血液透析醫療院所「血液透析感染管制自我查檢表單及查檢方法」。 6. 南部場說明會原開放100人報名，已開放增加至150人。

二、北部、南部說明會辦理時間、地點、報名機制及學分說明

壹、時間/地點

場次	日期	地點	開放名額
北部場	110年4月17日(星期六)	台北慈濟醫院協力國際會議廳	100名
南部場	110年4月18日(星期日)	高雄醫學大學附設中和紀念醫院-啟川大樓6樓第二講堂	150名

議程

北部場 (110年4月17日)

課程時間	課程名稱	主持人
08：40 - 09：00	報到	
09：00 - 09：10	歡迎致詞	衛生福利部疾病管制署 社團法人台灣感染管制學會 台灣腎臟醫學會
09：10 - 10：00	血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究計畫說明、推行目的及未來目標	高雄醫學大學附設中和紀念醫院內科部 盧柏樑部長
10：00 - 10：50	血液透析輔導訪視表(草案)評分與標準說明	高雄長庚醫院感染管制課 蘇麗香課長
10：50 - 11：40	血液透析之 COVID-19預防感染機制	高雄醫學大學附設中和紀念醫院內科部 李佳蓉醫師
11：40 - 12：10	問題討論與交流	
12：10	賦歸	

南部場 (110年4月18日)

課程時間	課程名稱	主持人
08：40 - 09：00	報到	
09：00 - 09：10	歡迎致詞	衛生福利部疾病管制署 社團法人台灣感染管制學會 台灣腎臟醫學會
09：10 - 10：00	血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究計畫說明、推行目的及未來目標	高雄醫學大學附設中和紀念醫院內科部 盧柏樑部長
10：00 - 10：50	血液透析輔導訪視表(草案)評分與標準說明	高雄長庚醫院感染管制課 蘇麗香課長
10：50 - 11：40	血液透析之 COVID-19預防感染機制	高雄醫學大學附設中和紀念醫院內科部 李佳蓉醫師
11：40 - 12：10	問題討論與交流	
12：10	賦歸	

貳、 報名資格

(1) 參加對象：

血液透析醫療院所、設有透析單位之醫院血液透析室人員或感染管制人員、對血液透析室感染管制執行有興趣之醫療人員。

(2) 報名人數：

每間機構限2名人員報名參加，北部場次開放100名，南部場次開放150名。

(3) 報名相關訊息：

(3)-1報名日期：110年3月19日起至110年4月5日，額滿為止。

(3)-2報名方式：採網路報名，至本會網站辦理報名作業，網址：



<http://www.nics.org.tw>。

(3)-3需加入本學會(正式會員或感管之友皆可)方可報名，本學會會員資格為個人會員，暫無團體會員，且會員資格不可轉讓。加入會員：

https://nics.org.tw/member_add.php。



(4) 報名費用：免費。(本次說明會經費來源：衛生福利部疾病管制署110年委託科技研究計畫)

(5) 注意事項：

(5)-1為響應環保，現場不另外提供紙杯，請學員自行攜帶環保杯。

(5)-2如遇天災或不可抗力之因素取消將另行通知擇期舉辦。

參、 相關學分

申請學分單位	學分數
社團法人台灣感染管制學會	3
中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國醫事檢驗學會、中華民國護理師護公會全聯會、台灣腎臟醫學會	已申請

參、提案討論

提案一、血液透析輔導訪視表（草案）（如附錄一，p10~p14）

決議：

(一)由於本計畫精神並非在於稽核，請將表格項目欄之「評分項目」修正為「評量項目」；表格之「得分」欄刪除；「評分說明與標準說明」修正為「評量說明與標準說明」。

(二)為維持文件內容的一致，請將本表之民國紀年統一為西元紀年。

(三)4.3「個人防護裝備」請修正為「針扎及個人防護裝備」。

(四)修正內容詳見附錄三；本修正檔尚為草案，可再依實際執行情況進行修訂。

提案二、血液透析輔導訪視表及自評表（草案）（如附錄二，p15~p26）

決議：

(一)由於本計畫精神並非在於稽核，請將表格項目欄之「評分項目」修正為「評量項目」；表格之「得分」欄刪除；「評分說明與標準說明」修正為「評量說明與標準說明」。

(二)為維持文件內容的一致，請將本表之民國紀年統一為西元紀年。

(三)1.2.4 MMR 疫苗接種計畫之表格，其「109年新進人員（甲）」列，應刪除。

(四)3.2.1透析病人肝炎監測頻率應分為「B、C 型肝炎陽性」及「B、C 型肝炎陰性」進行評量。

(五)3.4.2 應修正為「是否訂有透析發燒病人處置流程」；3.4.3 應提供各隔離透析區-「專區」之定義並以註解的方式呈現。

(六)3.6為針對環境與儀器設備之清潔消毒進行評量，應將3.6.1-3.6.5之敘述修改為「機器表面清消」。；3.6.9環境清消範圍請加上「地板」之選項。

(七)4.2.2應將空針外註明「藥物名稱」、「稀釋時間」及「稀釋後劑量」以上三各項目列於下方，提供自評者勾選。

(八)4.3「個人防護裝備」請修正為「針扎及個人防護裝備」；4.3.3應將「隔離衣」、「手套」、「口罩」、「護目鏡」或「面罩」等個人防護裝備列於下方，提供自評者勾選。

(九)修正內容詳見附錄四；本修正檔尚為草案，可再依實際執行情況進行修訂。

肆、臨時動議：

臨時動議一、本計畫預計於 4 月開始安排參與醫療院所實地輔導訪查相關事宜，腎臟科專家是否參與實地訪視。

決 議：預定於二場說明會後進行參與醫療院所實地輔導訪查的規劃作業，依本計畫書，將由社團法人台灣感染管制學會及台灣腎臟醫學會各派一名專家，連同一名計畫助理一同進行實地訪視。

臨時動議二、本計畫 4-6 月之規劃，目的在於讓本計畫參與者及參與醫療院所了解目前現況，另外，本計畫之精神並非稽核，而是訂定一個符合主管機關的規範。

決 議：在執行本計畫時，委員與參與者在各面向都應注意要符合計畫精神，不是稽核。

臨時動議三、本計畫預定於 4 月確認參與之 30 家血液透析院所名單。

決 議：預定於二場說明會後開放有意願參與之院所報名。請本案助理協助架設報名

網站並於說明會後公告於社團法人台灣感染管制學會網站，以利報名。

伍、散會：110 年 3 月 19 日 19:45

附錄一

2020.3.19第二次專家小組會議 會後修訂

血液透析輔導訪視表及自評表（草案）

血液透析醫療院所：

輔導訪視日期：

輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明	自評表
1. 人員健康管理工作人員	1.1 B型肝炎病毒表面抗原（HBsAg）、B型肝炎病毒表面抗體（anti-HBs）、C型肝炎病毒抗體（anti-HCV）等檢驗紀錄並造冊，並提供適宜的管理及保存，保障員工隱私。	<input type="checkbox"/> 1：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 型肝炎之員工每年至少一次追蹤檢查紀錄。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 3：透析室之所有員工有 B、C 型肝炎之檢查紀錄。 【說明】 「透析室之所有員工」，係指透析室內常規負責執行透析作業的醫護人員。	<input type="checkbox"/> 1.1 透析室之所有員工有 B、C 型肝炎之檢查紀錄；且對未感染 B、C 型肝炎之員工每年至少一次追蹤檢查紀錄。 <input type="checkbox"/> 1.2 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（請描述：_____）追蹤檢查紀錄。 <input type="checkbox"/> 1.3 透析室之所有員工有 B、C 型肝炎之檢查紀錄。 <input type="checkbox"/> 1.4 其他：請描述 _____。

輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明	自評表							
	<p>1.2 B 型肝炎疫苗、流感疫苗與麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合 (Measles、Mumps、Rubella, MMR) 疫苗接種紀錄。</p>	<p>1-1 B 型肝炎表面抗原及表面抗體為陰性者有疫苗接種</p> <p>1-2 每年流感疫苗接種達 80% 含以上。</p> <p>1-3 新進人員提出麻疹、德國麻疹抗體陽性證明或完成 MMR 疫苗接種紀錄，達 80% 以上。</p> <p><input type="checkbox"/> 以上 3 項皆達成。 <input type="checkbox"/> 以上 3 項達成 2 項。 <input type="checkbox"/> 以上 3 項達成 1 項。</p> <p>【說明】</p> <p>(1) 季節性流感疫苗接種率應達 80% (含) 以上。有關季節性流感疫苗接種率之計算方式，分母為當年度 10 月至 12 月在職之醫事及非醫事人員 (含外包人力、在地區級以上教學醫院執勤之醫事實習學生及固定服務之衛生保健志工)，並得扣除經評估具接種禁忌症不適合接種之人員，分子為前述人員於該段期間內完成接種人數。</p> <p>(2) MMR 疫苗</p> <p>a. 2020 年新進人員中，1981 年 (含) 以後出生者具麻疹免疫力的比率為評量標準，應達 80% 以上。</p> <p>b. 具麻疹免疫力比率的計算方式：</p>	<p>【B 型肝炎疫苗】</p> <p>1.2.1 是否掌握全體醫護人員 B 肝抗原抗體檢測資料 (如抗體檢測、接種證明等) ?</p> <p><input type="checkbox"/> 否 (請跳答【季節性流感疫苗】)</p> <p><input type="checkbox"/> 是，109 年有__名未曾接種 B 型肝炎疫苗且抗體陰性人員。</p> <p>○ 上述人員有__人已完成接種 B 型肝炎疫苗且有抗體；有__人為按期程接種者 (第 1 劑、第 2 劑間隔 1 個月，滿 6 個月追接種第 3 劑)。</p> <p>1.2.2 院所是否提供員工「B 型肝炎疫苗」的措施?</p> <p><input type="checkbox"/> 否，員工完全自費。 <input type="checkbox"/> 是，院所部分補助。 <input type="checkbox"/> 是，院所全額補助。</p> <p>【季節性流感疫苗】</p> <p>1.2.3 2020 年醫療照護及相關工作人員流感流行季 (每年 10 月至 12 月) 之流感疫苗接種率：____% (分子：____人；分母：____人)</p> <p>【MMR 疫苗】</p> <p>1.2.4 是否訂有醫療照護工作人員 MMR 疫苗接種計畫?</p> <p><input type="checkbox"/> 否。 <input type="checkbox"/> 是，請填寫下表。</p> <table border="1" data-bbox="1227 1189 2112 1362"> <thead> <tr> <th data-bbox="1227 1189 1563 1316">人員類別</th> <th data-bbox="1563 1189 1870 1316">甲類人員中符合註 2 任一條件之人數： (乙)</th> <th data-bbox="1870 1189 2112 1316">具麻疹免疫力之 工作人員比率 (%) 乙/甲*100</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1227 1316 1563 1362">1981 年以後出生之醫</td> <td data-bbox="1563 1316 1870 1362"></td> <td data-bbox="1870 1316 2112 1362"></td> </tr> </tbody> </table>		人員類別	甲類人員中符合註 2 任一條件之人數： (乙)	具麻疹免疫力之 工作人員比率 (%) 乙/甲*100	1981 年以後出生之醫		
人員類別	甲類人員中符合註 2 任一條件之人數： (乙)	具麻疹免疫力之 工作人員比率 (%) 乙/甲*100								
1981 年以後出生之醫										

輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明	自評表		
		<p>分母-包括1981年(含)以後出生之第一線會接觸到病人的醫事及非醫事人員(含在地區級以上教學醫院執勤之醫事實習學生及其他常駐工作人員【如:書記、清潔人員、傳送人員等】),並得扣除經評估具接種禁忌症不適合接種之人員;</p> <p>分子-前述人員中具麻疹免疫力的人數。</p>	療照護工作人員人數 (甲)註1		
			<p>註1.若具接種禁忌情況者,可自甲類人員人數中扣除,並請於備註欄註明原因;惟若不再具應接種禁忌情況(如懷孕)者,應重新評估接種之可能性。</p> <p>註2.依據衛生福利部傳染病防治諮詢會預防接種組108年第1次會議決議,可以符合下列任一項條件判定:</p> <p>(1)具有【曾經診斷確認感染麻疹】佐證資料,或</p> <p>(2)提出【具麻疹免疫抗體檢測陽性報告,且檢驗日期距今<5年】,或</p> <p>(3)提出【最後15年內曾接種1劑MMR疫苗紀錄】等。</p>		

輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明	自評表
	1.3每年胸部 X 光檢查。	<input type="checkbox"/> 1：每年進行胸部 X 光檢查且達成率100%。 <input type="checkbox"/> 2：每年進行胸部 X 光檢查且達成率達80%以上。 <input type="checkbox"/> 3：每年進行胸部 X 光檢查且達成率為80%以下。 【說明】 分母:所有與病人直接接觸之醫療相關工作人員及其他常駐工作人員(含外包人力)。 分子:與病人直接接觸之醫療相關工作人員及其他常駐工作人員(含外包人力)實際執行胸部 X 光檢查人數。	1.3.1所有與病人直接接觸之醫療相關工作人員及其他常駐工作人員(含外包人力)一年內的胸部 X 光檢查達成率為%。 【說明】 分母:單位所有與病人直接接觸之醫療相關工作人員人數____及其他常駐工作人員(含外包人力)____人。 分子:實際執行胸部 X 光檢查醫療相關工作人員人數____及其他常駐工作人員(含外包人力)____人。 註1:「常駐」係指「3個月以上」。

輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明	自評表
2.感染管制措施-環境	<p>2.1.依循 AAMI 國際現行標準，對於菌落數監測頻率，逆滲透水 (Dialysis Water) 至少每個月檢測 1 次；所有透析機台之透析液 (Dialysis Fluid) 每季需至少檢測 1 次，合格標準為 < 100 (CFU/ml)。</p> <p>2.2設有逆滲透水檢測結果之行動標準 (action level) 為 >50 (CFU/ml)。</p> <p>2.3內毒素數據標準為 < 0.25 (EU/ml)且每年至少檢測一次。</p>	<p><input type="checkbox"/>1：逆滲透水至少每個月檢測 1 次；所有透析機台之透析液每季需至少檢測 1 次，且針對不合格點有檢討說明並留有紀錄備查。</p> <p><input type="checkbox"/>2：管理規範設有逆滲透水檢測結果之行動標準 (action level) 規範，且針對超出行動標準值的不合格點有檢討說明並留有紀錄備查。</p> <p><input type="checkbox"/>3：內毒素每年至少檢測一次 (標準為 < 0.25 EU/ml) 且針對超出標準值的不合格點有檢討說明並留有紀錄備查。</p>	<p>2.1.1每個月檢測 1 次逆滲透水菌落數，檢測地點：</p> <p><input type="checkbox"/>機房內每個 RO 設備出水口及回水口。</p> <p><input type="checkbox"/>所有透析機台的 RO 出水口。</p> <p><input type="checkbox"/>所有 RO 出水口以抽檢方式。</p> <p><input type="checkbox"/>其他：請描述_____</p> <p>2.1.2透析液</p> <p><input type="checkbox"/>每季每台透析機至少檢測一次。</p> <p><input type="checkbox"/>以抽檢方式檢測，每台不一定每季會被檢測到。</p> <p><input type="checkbox"/>其他：請描述_____</p> <p>2.2逆滲透水檢測結果之行動標準值</p> <p><input type="checkbox"/> >50 CFU/ml</p> <p><input type="checkbox"/> 醫院自訂的標準值：_____ (請描述)。</p> <p>2.3.1內毒素檢驗標準值</p> <p><input type="checkbox"/> < 0.25 EU/ml</p> <p><input type="checkbox"/> 醫院自訂的標準值：_____ (請描述)。</p> <p>2.3.2內毒素檢測頻率</p> <p><input type="checkbox"/>每年至少檢測一次</p> <p><input type="checkbox"/>醫院自訂的頻率：_____ (請描述)。</p> <p>2.3.3內毒素檢測水質</p> <p><input type="checkbox"/>逆滲透水</p> <p><input type="checkbox"/>透析液</p> <p>2.3.4內毒素抽樣件數</p> <p><input type="checkbox"/>2020年總計抽驗_____件。</p> <p><input type="checkbox"/>2020年透析機總計_____台。</p>

輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明	自評表
3.隔離措施	3.1血流傳染性肝炎病人實施床位區隔	<input type="checkbox"/> 1：B型肝炎病人有機器隔離及床位隔離區，C型肝炎病患有集中照護，且兩班之間機器有徹底消毒。 <input type="checkbox"/> 2：B型肝炎病人無機器隔離與床位隔離區，或C型肝炎病人無集中照護，但兩班之間機器皆有徹底消毒。 <input type="checkbox"/> 3：完全未作區隔或兩班之間機器無徹底消毒。	<p>3.1.1 B、C型肝炎陽性病人進行血液透析時所採取之隔離措施： B型肝炎：<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>分區^{註1} <input type="checkbox"/>固定機台 <input type="checkbox"/>分區且固定機台 C型肝炎：<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>集中照護^{註2} <input type="checkbox"/>其他，請說明：</p> <hr/> <p>註1.分區：將病人安置於使用牆壁、玻璃隔板或可移動、清洗之屏風或圍簾等實體屏障區隔出的獨立空間進行照護。 註2.集中照護：採取將病人安置於以實體屏障區隔出的獨立空間照護，或是與一般病人共用同一個空間，但將相同感染的病人集中在固定的一個區域內進行照護。</p> <p>3.1.2 B、C型肝炎陽性病人血液透析後其機器消毒方式： <input type="checkbox"/>熱消 <input type="checkbox"/>化消（消毒液名稱：_____） <input type="checkbox"/>其他，請說明：</p> <hr/> <p>3.1.3 B、C型肝炎陽性病人血液透析後其機器消毒頻次： <input type="checkbox"/>每班 <input type="checkbox"/>每天 <input type="checkbox"/>其他，請說明：</p> <hr/>
	3.2每年監測病人肝炎情形，異常者有複檢	<input type="checkbox"/> 1：所有透析病人均有建立肝炎監測，陽轉者皆有追蹤處置且血液透析室有符合法令的通報與加強監測作為。 <input type="checkbox"/> 2：只有部份透析病人有建立肝炎監測，但陽轉者皆有追蹤處置且血液透析室有符合法令的通報與加強監測作為。	<p>3.2.1 B、C型肝炎陽性透析病人肝炎監測頻率： <input type="checkbox"/>每半年 <input type="checkbox"/>每年 <input type="checkbox"/>其他，請說明：</p> <hr/> <p>3.2.2 B、C型肝炎陰性透析病人肝炎監測頻率： <input type="checkbox"/>每半年 <input type="checkbox"/>每年 <input type="checkbox"/>其他，請說明：</p> <hr/>

輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明	自評表																										
		<input type="checkbox"/> 3：沒有定期監測，或陽轉者無追蹤處置或血液透析室無符合法令的通報與加強監測作為。	3.2.3是否訂有透析病人急性病毒性肝炎陽轉個案通報機制： <input type="checkbox"/> 否。 <input type="checkbox"/> 是；請簡述說明通報機制： _____ 3.2.4急性病毒性肝炎於2020年通報件數。 <input type="checkbox"/> B型肝炎陽性；____件 <input type="checkbox"/> C型肝炎；____件																										
	3.3監測門診透析病人B型、C型肝炎轉陽率	<input type="checkbox"/> 1：一年內B肝及C肝轉陽性率 $\leq 5\%$ 。 <input type="checkbox"/> 2：一年內B肝或C肝轉陽性率 $> 5\%$ 。	3.3請填寫2020年透析病人B、C型病毒性肝炎檢測結果： <table border="1" data-bbox="1211 624 2074 1038"> <thead> <tr> <th rowspan="2">項目</th> <th colspan="3">HBsAg</th> <th colspan="5">anti-HCV 抗體</th> </tr> <tr> <th>基礎值陰性人數(A)^{註1}</th> <th>陽轉個案數(B)^{註2}</th> <th>陽轉率% (B/A)</th> <th>基礎值陰性人數(A)^{註2}</th> <th>陽轉個案數(B)^{註2}</th> <th>陽轉個案有檢驗RNA個案數</th> <th>陽轉個案RNA(+)個案數</th> <th>陽轉率% (B/A)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>血液透析</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> 註1：「基礎值陰性」：係指2020年曾接受長期透析病人中，其2019年檢驗值均為陰性者；若該透析病人無2019年檢驗數值，則以其2019年第一次檢驗值判定，若其檢驗結果為陰性者，則亦列入基礎值陰性人數。 註2：「陽轉個案數」：係指前項基礎值陰性者中，於2019年度檢驗結果轉為陽性者；陽轉個案數請歸人統計。 C肝通報定義請參閱附錄。	項目	HBsAg			anti-HCV 抗體					基礎值陰性人數(A) ^{註1}	陽轉個案數(B) ^{註2}	陽轉率% (B/A)	基礎值陰性人數(A) ^{註2}	陽轉個案數(B) ^{註2}	陽轉個案有檢驗RNA個案數	陽轉個案RNA(+)個案數	陽轉率% (B/A)	血液透析								
項目	HBsAg				anti-HCV 抗體																								
	基礎值陰性人數(A) ^{註1}	陽轉個案數(B) ^{註2}	陽轉率% (B/A)	基礎值陰性人數(A) ^{註2}	陽轉個案數(B) ^{註2}	陽轉個案有檢驗RNA個案數	陽轉個案RNA(+)個案數	陽轉率% (B/A)																					
血液透析																													

輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明	自評表								
	3.4對於發燒之透析病人有給予適當處置	<input type="checkbox"/> 1：對於發燒病人的處置有標準流程，譬如有提供口罩、乾洗手，並給予適當處置。 <input type="checkbox"/> 2：對於發燒病人的處置無規範。 【說明】 每位透析患者須透析前須進	3.4.1病人透析前是否有進行量溫： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 3.4.2是否訂有透析發燒病人處置流程： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是- 3.4.3是否有隔離透析的規劃： <input type="checkbox"/> 否								
		行體溫監控，若有異常宜安置隔離區或獨立區域進行透析。	<input type="checkbox"/> 是：有規劃 ○專區 ^{註1} ○單人室 ○負壓隔離區 註1： 專區：將病人安置於使用牆壁、玻璃隔板或可移動、清洗之屏風或圍簾等實體屏障區隔出的獨立空間進行照護。								
	3.5對於新興傳染病之整備、病人處置及應變計劃	<input type="checkbox"/> 1：對於新興傳染病之整備、病人處置有制定標準之流程及應變計畫。 <input type="checkbox"/> 2：對於新興傳染病防治無規範。 【說明】 (1) 設置TOCC詢問表，詢問對象須包含病人、陪病人員。 (2) 人員須完成新興傳染病教育訓練1場/年。通過個人防護裝備實務穿脫。	3.5.1是否訂有新興傳染病之整備、病人處置之標準流程及應變計畫： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是；請提供：_____ 3.5.2 PPE 實務需求相關訓練資料： <table border="1" data-bbox="1220 1029 1747 1204"> <thead> <tr> <th></th> <th>2018年</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.應受訓醫護人員數</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.實際參加 PPE 訓練人數</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.訓練完成度百分比</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		2018年	1.應受訓醫護人員數		2.實際參加 PPE 訓練人數		3.訓練完成度百分比	
	2018年										
1.應受訓醫護人員數											
2.實際參加 PPE 訓練人數											
3.訓練完成度百分比											
	3.6環境與儀器設備之清潔消毒	1.訂有機器管路消毒作業流程及落實執行 2.訂有機器表面清潔消毒作業流程	3.6.1是否訂有機器及環境清潔消毒之作業流程： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是；請於實地輔導訪視時提供相關作業流程文件供參								

輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明	自評表
		<p>及落實執行</p> <p>3.訂有病人週遭環境表面清潔消毒作業流程及落實執行</p> <p><input type="checkbox"/>1：3項皆有落實執行。</p> <p><input type="checkbox"/>2：有完成1-2項。</p> <p><input type="checkbox"/>3：皆無完成。</p>	<p>3.6.2機器表面清消用具： <input type="checkbox"/>布類抹布 <input type="checkbox"/>拋棄式抹布 <input type="checkbox"/>不織布抹布 <input type="checkbox"/>其他，請說明： _____</p> <p>3.6.3機器表面清消方式： <input type="checkbox"/>漂白水，濃度：_____</p> <p><input type="checkbox"/>酒精，濃度：_____</p> <p><input type="checkbox"/>其他，請說明：_____</p> <p><input type="checkbox"/>否</p> <p>3.6.4機器表面清消頻次： <input type="checkbox"/>每班 <input type="checkbox"/>每天 <input type="checkbox"/>其他，請說明： _____</p> <p>3.6.5機器表面清消範圍： <input type="checkbox"/>機器面板 <input type="checkbox"/>機身 <input type="checkbox"/>機台置物架 <input type="checkbox"/>其他，請說明： _____</p> <p>3.6.6環境清消用具： <input type="checkbox"/>布類抹布 <input type="checkbox"/>拋棄式抹布 <input type="checkbox"/>不織布抹布 <input type="checkbox"/>其他，請說明： _____</p> <p>3.6.7環境清消方式： <input type="checkbox"/>漂白水，濃度：_____</p> <p><input type="checkbox"/>酒精，濃度：_____</p> <p><input type="checkbox"/>其他，請說明： _____</p> <p><input type="checkbox"/>否_____</p> <p>3.6.8環境清消頻次： <input type="checkbox"/>每班 <input type="checkbox"/>每天 <input type="checkbox"/>其他，請說明： _____</p> <p>3.6.9環境清消範圍：</p>

輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明	自評表					
			<input type="checkbox"/> 床 <input type="checkbox"/> 床欄 <input type="checkbox"/> 點滴架 <input type="checkbox"/> 地板 <input type="checkbox"/> 其他，請說明：					
4.標準防護措施及其他防護措施	4.1手部衛生	<input type="checkbox"/> 1：符合第2大項說明，且 1-1每張透析床都有乾洗手設備。 1-2訂有手部衛生稽核機制。 1-3定期稽核手部衛生遵從性及正確性且留有紀錄。 <input type="checkbox"/> 2： 2-1濕洗手設備應為非手控式水龍頭，且有正確洗手步驟之標示，洗手台備有洗手液及擦手紙。 2-2執行下列說明，能確實洗手。 <input type="checkbox"/> 3：未達上述標準。 【說明】 依循手部衛生5時機執行手部衛生（即：接觸病人前、執行清潔/無菌操作技術前、暴觸病人風險後、接觸病人後、接觸病人週遭環境後）。 (1) 於病室入口、病床旁設置酒精性乾洗手設備，或提供醫療照護工作人員攜帶型酒精性乾洗手液，以提升高工作人員手部衛生遵從性。	4.1.1洗手設備調查：濕洗手_____個；乾洗手（請填下表）					
			設置位置	透析床 (台)	工作車 (台)	護理站 (個)	大門入口 (個)	其他位置，請 說明
			院所之總數					
			上述地點有乾洗手劑之數量					
			4.1.2是否辦理手部衛生稽核 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，頻次： <input type="radio"/> 每月 <input type="radio"/> 每季 <input type="radio"/> 每半年 <input type="radio"/> 每年					

輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明	自評表
		<p>(2) 與病人直接接觸時，不應配戴人工指甲。</p> <p>(3) 如果雙手沒有明顯髒汙，可使用酒精性乾洗手液代替清水與肥皂，執行手部衛生。</p> <p>(4) 考量透析作業過程具有暴觸血液的風險，建議工作人員於過程中應配戴手套。</p> <p>(5) 照護病人脫除手套後，需執行手部衛生；不可使用同一雙手套照護另一位病人。</p>	
	4.2安全的用藥/注射行為	<p><input type="checkbox"/>1：符合第2大項說明，且給藥前，給予用藥指導，給藥後，觀察病人反應，如有副作用，應與醫師確認且有處理紀錄。</p> <p><input type="checkbox"/>2：</p> <p>2-1備有單位常用藥品查詢工具。</p> <p>2-2所有給藥（含自備藥）皆應有醫囑記錄。</p> <p>2-3給藥時依3讀5對執行且有記錄。</p> <p>2-4在抗凝劑的空針外註明藥物名稱、稀釋時間及稀釋後劑量。</p> <p><input type="checkbox"/>3：未達上述標準。</p>	<p>4.2.1藥物準備區： <input type="checkbox"/>病人透析機台 <input type="checkbox"/>工作車 <input type="checkbox"/>準備區</p> <p>4.2.2抗凝劑的空針外註明藥物名稱、稀釋時間及稀釋後劑量： <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>是；空針外註明 <input type="checkbox"/>藥物名稱 <input type="checkbox"/>稀釋時間 <input type="checkbox"/>稀釋後劑量</p> <p>4.2.3除抗凝劑外，是否還有多劑量包裝藥物： <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>是，請列舉_____</p>

輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明	自評表
		<p>【說明】</p> <p>(1)單一劑量藥物提供僅單一病人使用，且不應以重複抽取方式使用。</p> <p>(2)應於乾淨區域進行藥物準備。</p> <p>(3)以無菌操作技術準備和處置非口服藥物或輸液。</p> <p>(4)同1件輸液用品（如：針頭、注射器、沖洗溶液、輸液管路、或靜脈輸液等）不可使用於不同病人。</p> <p>(5)避免使用多劑量包裝的藥物（multidose vials）</p>	
	4.3針扎及個人防護裝備	<p><input type="checkbox"/>1：符合第2大項說明，且有針扎事件處理流程。</p> <p><input type="checkbox"/>2：</p> <p>2-1有感染管制規範並定期修訂。</p> <p>2-2執行血液透析穿刺、收針等有可能產生血液、體液之飛濺時，應穿戴隔離衣、手套、口罩、護目鏡或面罩等個人防護裝備。</p> <p>2-3依循標準防護措施照護病人，且定期辦理員工感染管制教育訓練。</p>	<p>4.3.1是否訂有針扎事件處理流程：</p> <p><input type="checkbox"/>否</p> <p><input type="checkbox"/>是；請於實地輔導訪視時提供相關作業流程文件供參</p> <p>4.3.2是否訂有血液透析感染管制規範：</p> <p><input type="checkbox"/>否</p> <p><input type="checkbox"/>是；請於實地輔導訪視時提供相關作業流程文件供參</p> <p>4.3.3人員執行血液透析穿刺、收針等有可能產生血液、體液之飛濺時，是否穿戴隔離衣、手套、口罩、護目鏡或面罩等個人防護裝備：</p> <p><input type="checkbox"/>否</p> <p><input type="checkbox"/>是；人員穿戴 <input type="checkbox"/>隔離衣 <input type="checkbox"/>手套 <input type="checkbox"/>口罩 <input type="checkbox"/>護目鏡 <input type="checkbox"/>面罩</p> <p>4.3.4人員每年是否接受感染管制教育3小時：</p> <p><input type="checkbox"/>否</p>

輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明	自評表
		<p>2-4應具有生物醫療性廢棄物及尖銳物品收集容器。</p> <p><input type="checkbox"/>3：未達上述標準。</p> <p>【說明】</p> <p>(1) 執行血液透析穿刺、收血等有可能產生血液、體液之飛濺時，應穿戴隔離衣、手套、口罩、護目鏡或面罩等個人防護裝備。</p> <p>(2) 因應新興傳染病照護時應依情境進行相關防護。</p>	<p><input type="checkbox"/>是</p> <p>4.3.5是否設有收針車：</p> <p><input type="checkbox"/>否</p> <p><input type="checkbox"/>是</p> <p>4.3.6是否有設置生物醫療性廢棄物及尖銳物品收集容器：</p> <p><input type="checkbox"/>否</p> <p><input type="checkbox"/>是</p>

◎本表尚為草案，可再依實際執行情況進行修訂



社團法人台灣感染管制學會

血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究
第三次專家小組會議記錄

- ◎ 時間：110年7月8日（星期四）晚上6點30分
- ◎ 地點：高雄醫學大學附設中和紀念醫院啟川大樓6樓第一會議室
- ◎ 主持人：陳堯生
- ◎ 共同主持人：黃尚志、張峰義、盧柏樑、李佳蓉
- ◎ 協同主持人：張哲銘、詹明錦、洪靖慈、陳宜君、陳瑛瑛、
吳家兆、姜至剛、張明揚、王明誠、楊孟儒
- ◎ 腎臟護理學會：楊素真、周學智
- ◎ 請假：吳志仁、施智源、湯宏仁、鍾牧圻、李原地

主席：陳堯生

記錄：黃建豪 / 張涵硯

壹、 主持人致詞，陳焱生副院長致詞，黃尚志理事長致詞，陳宜君理事長致詞

貳、 報告事項

一、 2021年4-6月應完成工作項目表及4-6月執行進度，如下：

2021年	預定執行事項	執行進度
四月	<ol style="list-style-type: none"> 1. 辦理參與醫院計畫說明會(北、南區) 2. 完成確定參與醫療院所共30家的名單 3. 調查內容分析及資料蒐整 4. 請參與醫院以自我查檢表進行自我評核 5. 完成二場次說明會教育訓練課程之提問問題內容彙整、分析及學分核定作業 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 已於2021年4月17日於佛教慈濟醫療財團法人臺北慈濟醫院完成北部場說明會。 2. 已於2021年4月18日於高雄醫學大學附設中和紀念醫院完成南部場說明會。 3. 已於2021年4月23日完成二場說明會之提問彙整及學分核定作業。
五月	<ol style="list-style-type: none"> 1. 召開第三次專家小組會議並紀錄備查 2. 調查內容分析及資料蒐整 3. 說明會學分核定作業 4. 參與醫院自我查檢表蒐整 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 已於2021年5月6日將確定參與醫療院所共30家之名單公佈在社團法人台灣感染管制學會網站，並將「血液透析輔導訪視表及自評表(草案)」Email至選定30家醫療院所之負責人。 2. 有關血液透析院所前驅資料蒐整及分析已於2021年2月3日完成，並於3月19日第二次專家小組會議中完成報告與討論。

2021年	預定執行事項	執行進度
		3. 已於2021年5月完成說明會學分上傳作業。 4. 預計於5月28日完成30家參與醫院「血液透析輔導訪視表及自評表(草案)」蒐整。 5. 因疫情影響，第三次專家小組會議延期至6月開會，預計在會議中討論6月份北部交流會議以及7、8月份的醫療院所實地輔導訪查行程安排是否延後執行。
六月	1. 參與醫院自我查檢表蒐整及分析 2. 訂定輔導原則及相關前置作業 3. 辦理第一次交流會議 4. 第一次交流會議問題綜整及分析 5. 參與醫療院所實地輔導訪查委員邀請	1. 因疫情升溫，參與醫院自我查檢表蒐整延期至2021年6月30日完成。 2. 第三次專家小組會議延期至2021年7月8日晚上6:30至高雄醫學大學附設中和紀念醫院啟川大樓6樓第一會議室召開會議並紀錄備查。 3. 第三次專家小組會議將另邀2位臺灣腎臟護理學會專家參加並給予相關建議。 4. 第三次專家小組會議將討論輔導原則之訂定、其相關前置作

2021年	預定執行事項	執行進度
		業、參與醫療院所實地輔導訪查委員邀請及7、8月份的醫療院所實地輔導訪時間是否延後等事宜。 5. 預定於2021年7月31日下午3:30在高雄醫學大學附設中和紀念醫院啟川大樓6樓第一討論室A召開第一次交流會議。

二、110年度血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究計畫-輔導訪視30間機構名單(醫學中心共11家,區域醫院共4家,基層診所共15家。)

醫療院所名稱	縣市	機構層級
衛生福利部雙和醫院	新北	區域醫院
佛教慈濟醫療財團法人臺北慈濟醫院	新北	區域醫院
益康診所	新北	基層診所
杏原診所	新北	基層診所
國泰綜合醫院	台北	醫學中心
臺北市立萬芳醫院	台北	醫學中心
台北馬偕紀念醫院	台北	醫學中心
國立台灣大學醫學院附設醫院	台北	醫學中心
三軍總醫院(內湖總院)	台北	醫學中心
臺北榮民總醫院	台北	醫學中心
基督復臨安息日會醫療財團法人臺安醫院	台北	區域醫院
信德診所	台北	基層診所
彰化基督教醫院	彰化	醫學中心
仁美診所	彰化	基層診所
臺中榮民總醫院	台中	醫學中心
中英診所	台中	基層診所
上水透析診所	新竹	基層診所
安慎診所	新竹	基層診所
奇美醫療財團法人奇美醫院	台南	醫學中心
謝智超達恩診所	台南	基層診所
高雄榮民總醫院	高雄	醫學中心
高雄醫學大學附設醫院	高雄	醫學中心
高雄義大醫院	高雄	區域醫院
偉仁健康診所	高雄	基層診所

鴻仁健康診所	高雄	基層診所
優彼高榮育仁診所	高雄	基層診所
好生診所	高雄	基層診所
明港診所	高雄	基層診所
佑鎮診所	高雄	基層診所
聖博診所	高雄	基層診所

問題討論

一、以下7項為4/17-18說明會會中提問，及30間醫療機構根據「血液透析輔導訪視表及自評表（草案）」所提問題之彙整，請討論。

(1) B、C 肝炎病人動線的規劃、如何定義集中或分區？

答：依108年感管查核共識說明中，分區定義係為：將病人安置於使用牆壁、玻璃隔板或可移動、清洗之屏風或圍廉等實體屏障區隔出的獨立空間進行照護。

集中照護定義係為：採取將病人安置於以實體屏障區隔出的獨立空間照護，或是與一般病人共用同一個空間，但將相同感染的病人集中在固定的區域內進行照護。

(2) 透析室之所有員工有 B、C 型肝炎之檢查紀錄；且對未感染 B、C 型肝炎之員工每年至少一次追蹤檢查紀錄。若員工有抗體，同樣屬於未感染 B、C 型肝炎之員工，請問仍需要每年至少一次檢驗 HBsAg 與 Anti-HBs 嗎？

答：依 CDC 的急性病毒性 B 型肝炎防治工作手冊及急性病毒性 C 型肝炎防治工作手冊內容中的防疫措施，建議曾接受性病診療者或有感染 C 型肝炎風險的人，建議接受 B、C 型肝炎衛教及篩檢，以早期發現及早期治療，並保護自己的健康及避免傳染他人。

若曾經感染過 B 型肝炎之人員，可不用每年追蹤抗體結果，若是注疫苗產生抗體者，則每年定期追蹤體內是否有抗體留存。

(3) 已注射 B 肝疫苗注後，驗沒有抗體，二次檢驗也沒有抗體。這人要如何計算在1.2疫苗接種紀錄名單中？

答：此人有接種 B 肝疫苗(附相關紀錄舉證)，但無法產生抗體，這樣的情形在統計時自成一類。希望單位能夠製作一個表單，分成有 anti-HBs 抗體，有注射疫苗2次以上但沒有產生抗體與沒有抗體也未注射疫苗三類。

(4) 透析輔導訪視表1.3評量：4/17說明會有提到分母需包含懷孕同仁（懷孕9個月，還有3個月可以照），這一點有點困難，因為雖然懷孕9個月，但是產假又扣除2個月，僅剩一個月可以執行，再加上配合各醫院健檢時程，有可能這位懷孕生產的同事，當年度是無法達成此檢查，108年度感管查核的標準也設95%，不知道為何此評量要設100%。

答：目前為訪視過程，建議將年度 CXR 的標準維持在100%，之後可視計畫進行之結果進行修正；目前已決議將該年度懷孕同仁的 X 光檢查排除計算。

另外，本會議中有委員提到新進員工體檢報告時效規範事宜，雖勞工健康保護規則並未明確訂定體檢時效，不過為保護醫療院所、員工及病人安全，大部分醫療院所對於短期或長期員工，均規定新進人員到職前須提供6個月內之 X 光檢查報告；到職後3個月必須提供新 X 光檢查報告。

(5) 在1.3.1胸部 X 光檢查懷孕員工須納入計算嗎？

答：可排除在分子&分母。

(6) 病床設乾洗手液，有酒精成分，若發生火災該如何處理？

答：在各醫院及診所所有合法的防火規範及設備下，應該可以合法使用乾洗手液。

(7) 對於新興傳染病之整備、病人處置及應變計劃中，PPE 實務需求相關訓練資料為何要選2018年的資料？

答：原則上訪查時，以訪查前一年的資料為準；如已改善，受訪查單位可以補充今年改善後的資料作為改善之說明。

二、原訂7月及8月份進行血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究計畫輔導訪視，是否因疫情延後執行？

答：經委員討論後，建議延後至10月中旬或下旬後再進行輔導訪視，確切時間將視疫情情況做變動。

三、輔導訪視作業流程討論。

答：輔導原則以「血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究計畫輔導訪視表單」進行輔導訪視，輔導訪視作業議程及血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究計畫輔導訪視表單如附錄一。

四、請推派3位委員擔任參與醫療院所實地輔導訪查委員。

答：由計劃內的人員來擔任實地輔導訪查委員，由一位感管學會委員，一位腎臟學會委員，再加上一位助理來執行。訪視委員以各學會提供名單進行安排。因訪視行程緊湊，中、北部輔導訪查的隨行助理，則可以請當地的行政人員協助。

後續會議與訪視的進行方式與時間，將視疫情進行應變

參、臨時動議：

一、鼓勵各位共同討論、發想，該如何規劃、設計一個能夠防疫完美的透析室空間。

答：請各位委員思考、規劃如何設計一個能夠防疫完美的透析室空間，並於下次專家小組會議中討論。

肆、散 會：110年7月8日 20:00

附錄一

110年度血液透析輔導訪視議程

1. 介紹訪查團隊成員。
2. 推選召集委員。(由訪查委員代表間推選)
3. 機構基本資料說明：

醫院/診所名稱	機構名稱	機構名稱	機構名稱
機構負責人			
總病床數			
急性一般病床			
血液透析治療床			
其他			

4. 說明本梯次實地訪查之行程(時間)安排：

進行方式	時間安排	機構名稱	機構名稱	機構名稱
		醫學中心	區域醫院	基層診所
會前會		10分鐘	10分鐘	10分鐘
人員介紹及訪查流程說明		10分鐘	10分鐘	10分鐘
實地訪查作業(不需簡報)		40分鐘	40分鐘	30分鐘
訪查人員資料整理與討論		20分鐘	20分鐘	15分鐘
訪查人員與院方意見交流		20分鐘	20分鐘	15分鐘
合計		90分鐘	90分鐘	70分鐘
訪查起迄時間 ¹		起：_時_分 迄：_時_分 共：__分鐘	起：_時_分 迄：_時_分 共：__分鐘	起：_時_分 迄：_時_分 共：__分鐘

註¹：訪查時間總分鐘數之計算不包含會前會及用餐時間

5. 實地訪查進程序：

- (1) 會前會（10分鐘）：由訪查團隊針對當日（梯次）受查醫院之概況進行討論及釐清相關疑義，以建立初步訪查共識。
- (2) 人員介紹及訪查流程說明：由召集委員說明訪查目的與預定流程，並介紹訪查團隊成員；另由機構介紹陪同人員。
- (3) 實地訪查作業：依據公布之訪查基準及評量共識進行實地訪查；不需進行簡報。
- (4) 訪查人員資料整理與討論：訪查團隊針對實地訪查之訪查結果作逐一確認（建議事項）。
- (5) 訪查人員與院方意見交流：訪查團隊回饋訪查結果，並由受查機構針對缺失及建議事項進行確認並做適當回覆。如訪查團隊與院方仍未能取得共識，請受查機構列舉於訪查表之「受訪查醫院回饋意見」欄位，現場仍請院方與召集委員共同簽名後，由隨行人員負責記錄有疑義之項次及雙方意見。

6. 訪查結果(建議事項)處理作業：

- (一) 訪查結果由血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究計畫助理之訪查成績核算及建議事項製作，並於當年度實地訪查作業完成後2週內將訪查結果（建議事項）函知受查醫院。
- (二) 本年度輔導結果應於110年12月15日前於血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究計畫期末報告中說明與建議事項辦理情形。

7. 依據110年3月19日第二次專家小組會議決議，本年度血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究計畫輔導訪視表單如下表：

輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明
1. 人員健康管理-工作人員	1.1 B型肝炎病毒表面抗原（HBsAg）、B型肝炎病毒表面抗體（anti-HBs）、C型肝炎病毒抗體（anti-HCV）等檢驗紀錄並造冊，並提供適宜的管理及保存，保障員工隱私。	<input type="checkbox"/> 1：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型肝炎之員工每年至少一次追蹤檢查紀錄。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 3：透析室之所有員工有B、C型肝炎之檢查紀錄。 【說明】 「透析室之所有員工」，係指透析室內常規負責執行透析作業

輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明
		的醫護人員。

	<p>1.2 B 型肝炎疫苗、流感疫苗與麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合 (Measles、Mumps、Rubella, MMR) 疫苗接種紀錄。</p>	<p>1-1 B 型肝炎表面抗原及表面抗體為陰性者有疫苗接種</p> <p>1-2 每年流感疫苗接種達 80% 含以上。</p> <p>1-3 新進人員提出麻疹、德國麻疹抗體陽性證明或完成 MMR 疫苗接種紀錄，達 80% 以上。</p> <p><input type="checkbox"/> 以上 3 項皆達成。</p> <p><input type="checkbox"/> 以上 3 項達成 2 項。</p> <p><input type="checkbox"/> 以上 3 項達成 1 項。</p> <p>【說明】</p> <p>(1) 季節性流感疫苗接種率應達 80% (含) 以上。有關季節性流感疫苗接種率之計算方式，分母為當年度 10 月至 12 月在職之醫事及非醫事人員 (含外包人力、在地區級以上教學醫院執勤之醫事實習學生及固定服務之衛生保健志工)，並得扣除經評估具接種禁忌症不適合接種之人員，分子為前述人員於該段期間內完成接種人數。</p> <p>(2) MMR 疫苗</p> <p>a. 2020 年新進人員中，1981 年 (含) 以後出生者具麻疹免疫力的比率為評量標準，應達 80% 以上。</p> <p>b. 具麻疹免疫力比率的計算方式： <u>分母</u>-包括 1981 年 (含) 以後出生之第一線會接觸到病人的醫事及非醫事人員 (含在地區級以上教學醫院執勤之醫事實習學生及其他常駐工作人員【如：書記、清潔人員、傳送人員等】)，並得扣除經評估具接種禁忌症不適合接種之人員； <u>分子</u>-前述人員中具麻疹免疫力的人數。</p>
--	--	---

輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明
	1.3每年胸部 X 光檢查。	<input type="checkbox"/> 1：每年進行胸部 X 光檢查且達成率100%。 <input type="checkbox"/> 2：每年進行胸部 X 光檢查且達成率達80%以上。 <input type="checkbox"/> 3：每年進行胸部 X 光檢查且達成率為80%以下。 【說明】 分母:所有與病人直接接觸之醫療相關工作人員及其他常駐工作人員（含外包人力）。 分子:與病人直接接觸之醫療相關工作人員及其他常駐工作人員（含外包人力）實際執行胸部 X 光檢查人數。
2.感染管制措施-環境	2.1.依循 AAMI 國際現行標準，對於菌落數監測頻率，逆滲透水（Dialysis Water）至少每個月檢測 1 次；所有透析機台之透析液（Dialysis Fluid）每季需至少檢測 1 次，合格標準為< 100（CFU/ml）。 2.2設有逆滲透水檢測結果之行動標準（action level）為>50（CFU/ml）。 2.3內毒素數據標準為< 0.25（EU/ml）且每年至少檢測一次。	<input type="checkbox"/> 1：逆滲透水至少每個月檢測 1 次；所有透析機台之透析液每季需至少檢測 1 次，且針對不合格點有檢討說明並留有紀錄備查。 <input type="checkbox"/> 2：管理規範設有逆滲透水檢測結果之行動標準（action level）規範，且針對超出行動標準值的不合格點有檢討說明並留有紀錄備查。 <input type="checkbox"/> 3：內毒素每年至少檢測一次（標準為< 0.25 EU/ml）且針對超出標準值的不合格點有檢討說明並留有紀錄備查。
3.隔離措施	3.1血流傳染性肝炎病人實施床位區隔 3.2每年監測病人肝炎情形，異常者有複檢	<input type="checkbox"/> 1：B型肝炎病人有機器隔離及床位隔離區，C 型肝炎病患集中照護，且兩班之間機器有徹底消毒。 <input type="checkbox"/> 2：B型肝炎病人無機器隔離與床位隔離區，或 C 型肝炎病人無集中照護，但兩班之間機器皆有徹底消毒。 <input type="checkbox"/> 3：完全未作區隔或兩班之間機器無徹底消毒。 <input type="checkbox"/> 1：所有透析病人均有建立肝炎監測，陽轉者皆有追蹤處置且血液透析室有符合法令的通報與加強監測作為。 <input type="checkbox"/> 2：只有部份透析病人有建立肝炎監測，但陽轉者皆有追蹤處置且血液透析室有符合法令的通報與加強監測作為。

輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明
		<input type="checkbox"/> 3：沒有定期監測，或陽轉者無追蹤處置或血液透析室無符合法令的通報與加強監測作為。
	3.3 監測門診透析病人 B 型、C 型肝炎轉陽率	<input type="checkbox"/> 1：一年內 B 肝及 C 肝轉陽性率各 $\leq 5\%$ 。 <input type="checkbox"/> 2：一年內 B 肝或 C 肝轉陽性率 $> 5\%$ 。
	3.4 對於發燒之透析病人有給予適當處置	<input type="checkbox"/> 1：對於發燒病人的處置有標準流程，譬如有提供口罩、乾洗手，並給予適當處置。 <input type="checkbox"/> 2：對於發燒病人的處置無規範。 【說明】 每位透析患者須透析前須進行體溫監控，若有異常宜安置隔離區或獨立區域進行透析。
	3.5 對於新興傳染病之整備、病人處置及應變計劃	<input type="checkbox"/> 1：對於新興傳染病之整備、病人處置有制定標準之流程及應變計畫。 <input type="checkbox"/> 2：對於新興傳染病防治無規範。 【說明】 (1) 設置 TOCC 詢問表，詢問對象須包含病人、陪病人員。 (2) 人員須完成新興傳染病教育訓練 1 場/年。通過個人防護裝備實務穿脫。
	3.6 環境與儀器設備之清潔消毒	1. 訂有機器管路消毒作業流程及落實執行 2. 訂有機器表面清潔消毒作業流程及落實執行 3. 訂有病人週遭環境表面清潔消毒作業流程及落實執行 <input type="checkbox"/> 1：3 項皆有落實執行。 <input type="checkbox"/> 2：有完成 1-2 項。 <input type="checkbox"/> 3：皆無完成。

輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明
4.標準防護措施及其他防護措施	4.1手部衛生	<input type="checkbox"/> 1：符合第2大項說明，且 1-1每張透析床都有乾洗手設備。 1-2訂有手部衛生稽核機制。 1-3定期稽核手部衛生遵從性及正確性且留有紀錄。 <input type="checkbox"/> 2： 2-1濕洗手設備應為非手控式水龍頭，且有正確洗手步驟之標示，洗手台備有洗手液及擦手紙。 2-2執行下列說明，能確實洗手。 <input type="checkbox"/> 3：未達上述標準。 【說明】 (1) 依循手部衛生5時機執行手部衛生（即：接觸病人前、執行清潔/無菌操作技術前、暴觸病人風險後、接觸病人後、接觸病人週遭環境後）。 (2) 於病室入口、病床旁設置酒精性乾洗手設備，或提供醫療照護工作人員攜帶型酒精性乾洗手液，以提升高工作人員手

輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明
		<p>(3) 部衛生遵從性。</p> <p>(4) 與病人直接接觸時，不應配戴人工指甲。</p> <p>(5) 如果雙手沒有明顯髒汙，可使用酒精性乾洗手液代替清水與肥皂，執行手部衛生。</p> <p>(6) 考量透析作業過程具有暴觸血液的風險，建議工作人員於過程中應配戴手套。</p> <p>(7) 照護病人脫除手套後，需執行手部衛生；不可使用同一雙手套照護另一位病人。</p>
	4.2安全的用藥/注射行為	<p><input type="checkbox"/>1：符合第2大項說明，且給藥前，給予用藥指導，給藥後，觀察病人反應，如有副作用，應與醫師確認且有處理紀錄。</p> <p><input type="checkbox"/>2：</p> <p>2-1備有單位常用藥品查詢工具。</p> <p>2-2所有給藥（含自備藥）皆應有醫囑記錄。</p> <p>2-3給藥時依3讀5對執行且有記錄。</p> <p>2-4在抗凝劑的空針外註明藥物名稱、稀釋時間及稀釋後劑量。</p> <p><input type="checkbox"/>3：未達上述標準。</p> <p>【說明】</p> <p>(1)單一劑量藥物提供僅單一病人使用，且不應以重複抽取方式使用。</p> <p>(2)應於乾淨區域進行藥物準備。</p> <p>(3)以無菌操作技術準備和處置非口服藥物或輸液。</p>

輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明
		<p>(4) 同1件輸液用品（如：針頭、注射器、沖洗溶液、輸液管路、或靜脈輸液等）不可使用於不同病人。</p> <p>(5) 避免使用多劑量包裝的藥物（multidose vials）</p>
	4.3針扎及個人防護裝備	<p><input type="checkbox"/>1：符合第2大項說明，且有針扎事件處理流程。</p> <p><input type="checkbox"/>2：</p> <p>2-1有感染管制規範並定期修訂。</p> <p>2-2執行血液透析穿刺、收針等有可能產生血液、體液之飛濺時，應穿戴隔離衣、手套、口罩、護目鏡或面罩等個人防護裝備。</p> <p>2-3依循標準防護措施照護病人，且定期辦理員工感染管制教育訓練。</p> <p>2-4應具有生物醫療性廢棄物及尖銳物品收集容器。</p> <p><input type="checkbox"/>3：未達上述標準。</p> <p>【說明】</p> <p>(1) 執行血液透析穿刺、收血等有可能產生血液、體液之飛濺時，應穿戴隔離衣、手套、口罩、護目鏡或面罩等個人防護裝備。</p> <p>(2) 因應新興傳染病照護時應依情境進行相關防護。</p>
回饋意見		

輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明
		機構人員簽名: _____ 訪查委員簽名: _____

8. 血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究計畫輔導訪視表單書寫原則：

- (1) 由訪查委員共同評量1份血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究計畫輔導訪視表單（由血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究計畫助理現場提供）。
- (2) 訪查結果勾選為未達上述標準之項目請務必說明原因並給改善建議（意見須具體明確，以利後續追蹤）；而符合之項目，則視需要酌予提供建議，以利醫院持續提升品質。
- (3) 於實地訪查現場逐項確認訪查結果、說明與建議，且經「訪查委員」、「機構代表」簽署，若有增刪與修改處請委員簽名。

9. 本年度「血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究計畫輔導訪視表」請負責前述項次之訪查委員協助完成，進行紙本或電子抽樣，並依據查檢表內容逐項進行審查；另該項為可選項目。抽樣規範如下表：

審查內容	抽樣數
B 型肝炎病毒表面抗原 (HBsAg)、B 型肝炎病毒表面抗體 (anti-HBs)、C 型肝炎病毒抗體 (anti-HCV) 等檢驗紀錄並造冊，並提供適宜的管理及保存，保障員工隱私。	109年度員工檢驗結果3位
B 型肝炎疫苗、流感疫苗與麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合 (Measles、Mumps、Rubella, MMR) 疫苗接種紀錄。	109年度員工接種紀錄3位
依循 AAMI 國際現行標準，對於菌落數監測頻率，逆滲透水 (Dialysis Water) 至少每個月檢測 1 次；所有透析機台之透析液 (Dialysis Fluid) 每季需至少檢測 1 次，合格標準為 < 100 (CFU/ml)。	109年迄今
內毒素數據標準為 < 0.25 (EU/ml)且每年至少檢測一次。	109年

10. 其他重要事項之提醒：

- (1) 實地訪查時，請委員務必依照訪查基準與共識會議之決議原則進行評量。
- (2) 醫院/診所可以書面或資訊化 (e化) 方式呈現資料。
- (3) 除醫院/診所提供予訪查委員之參考資料外，不得藉查證之需要，對受查醫院之資料 (如病歷等) 進行拍攝、影印或攜出院外。
- (4) 本次訪查為血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究計畫中委員討論之結果，僅供委員作為實地輔導訪查之參考，請勿移作他用。
- (5) 於實地輔導訪查時，請避免談論與當梯訪查不相關之話題，如批評訪查制度、健保制度、討論參與其他訪核之行程，或公開談論選舉與敏感政治議題。
- (6) 實地訪查期間，委員之相關行政作業需要 (如：換車票)，請交由血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究計畫

助理處理，勿逕自請受查醫院協助。

- (7) 委員之交通之存（票）根，請儘量於行程結束後5個工作天內寄回血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究計畫助理（高雄市鳳山區五福二路81巷46號 黃建豪收），以利核銷作業。
- (8) 請委員於實地訪查時全程配戴名牌



社團法人台灣感染管制學會

血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究
第四次專家小組會議記錄

- ◎ 時間：110年8月26日（星期四）晚上6點30分
- ◎ 地點：高雄醫學大學附設中和紀念醫院啟川大樓6樓第一會議室
- ◎ 主持人：陳堯生
- ◎ 共同主持人：黃尚志、張峰義、盧柏樑、李佳蓉
- ◎ 會議參與人員：張哲銘、詹明錦、洪靖慈、陳瑛瑛、吳家兆、姜至剛、張明揚、王明誠、楊孟儒、吳志仁、施智源、湯宏仁、鍾牧圻、李原地
- ◎ 請假：陳宜君

主席：陳堯生

記錄：黃建豪 / 張涵硯

壹、 主持人陳焱生副院長致詞，黃尚志理事長致詞，陳宜君理事長致詞

貳、 報告事項

一、 2021年7-8月應完成工作項目表及7-8月執行進度，如下：

2021年	預定執行事項	執行進度
七月	<ol style="list-style-type: none"> 1. 召開第四次專家小組會議並紀錄備查 2. 綜整參與醫療院所自我查檢表回復評核結果。 3. 醫療院所實地輔導訪查行程安排 4. 醫療院所實地輔導訪查委員行程安排 5. 參與醫療院所實地輔導訪查 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 已於2021年7月8日晚上6點30分召開第三次專家小組會議並紀錄備查。 2. 已綜整參與醫療院所自我查檢表分析及回覆評核結果，將於第四次專家小組會議中討論。 3. 原訂2021年7月31日舉行第一次交流會議，因疫情影響，將延至2021年9月25日星期六下午3點30分於高雄醫學大學附設中和紀念醫院啟川大樓6樓第二會議室舉行。 4. 輔導原則及相關前置作業已於2021年7月8日第三次專家小組會議中討論完成。 5. 醫療院所實地輔導訪查行程將延期至2021年10月中旬舉辦。
八月	<ol style="list-style-type: none"> 1. 綜整參與醫療院所自我查檢表回復評核結果 2. 參與醫療院所實地輔導訪查 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2021年8月26日星期四晚上6點30分召開第四次專家小組會議並紀錄備查。 2. 完成30家醫療院所自我查檢表填覆初稿的內容分析及評核。 3. 因疫情影響，實地訪查暫緩，進行第四次專家小組會議及第一次交流會議之準備。 4. 期中報告意見回覆內容將在2021年8月26日第四次專家小組會議中討論並紀錄備查。

2021年	預定執行事項	執行進度
		5. 原定2021年9月25日舉辦血液透析第一次交流會議，因與其他學會會議衝突，將更改為2021年9月11日星期六晚上6點30分於高雄醫學大學附設中和紀念醫院啟川大樓6樓第一會議室舉行。

二、討論「期中報告」委員意見與建議的回覆

1. 「期中報告」審查意見

序號	審查意見	辦理情形說明
1	期中報告提及已參考國際相關文獻資料，請明確呈現文獻篇名及彙整資料；另建議加入氣膠傳播相關探討資料(P8~P9)。	期中報告已加入參考國際相關文獻資料之文獻篇名及彙整資料，並已增加氣膠傳播相關探討資料。
2	期中應完成工作項目中，需完成2場次「血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究計畫說明會」，建議於報告書中增列會議課程、出席人員、照片紀錄、Q&A彙整及分析等資料。	已增列說明會議課程、出席人員、學員之機構、照片、Q&A彙整及分析。
3	期中報告預定執行進度中，請參與醫院以自我查檢表，進行自我評核，並進行蒐整與分析，但未呈現結果於報告中。	已於期中報告增列30家參與計畫機構之自我評核表單，另蒐整結果分析擬定於第四次專家小組會議中提出討論。
4	<p>研擬因應 COVID-19 疫情相關執行事項：</p> <p>1. 第 3 次專案小組會議原規劃於 5 月份召開，囿於國內疫情影響，延至 7 月 8 日舉辦，建議預先規劃因應疫情相關應變措施，如：調整聚集開會或開課的方式，採線上會議及課程等。</p> <p>2. 建議加入血液透析院所員工及病人 COVID-19 疫苗接種涵蓋率 (P10~P13)。</p> <p>3. 建議規劃輔導洗腎中心執行因應疫情相關防治措施，如：運用監測或篩檢的模式、輔以增設通</p>	<p>1. 開會都改採取視訊會議與各家機構或計畫委員討論議題。</p> <p>2. 已增加血液透析院所員工及病人 COVID-19 疫苗接種涵蓋率。</p> <p>3. 已增加規劃輔導洗腎中心執行因應疫情相關防治措施。</p>

序號	審查意見	辦理情形說明
	風設備等方式(P14~P16)。	
5	血液透析病患 TB 的發生率偏高，建議研擬將病人胸部 X 光檢查列入評量項目，且達成率達90%以上之可行性。	經第四次專家會議討論，同意在血液透析自評表單中增加“病人胸部 X 光檢查列入評量項目，且達成率達90%以上”(附錄二，增加1.3.2選項，P54)
6	請補充4家血液透析院所前趨資料、GRB 登錄資料及增列附錄索引等相關資料。	已將血液透析院所前趨資料、GRB 登錄資料及附錄索引加入期中報告。
7	期中報告於 2 月實際執行情形，項次 6「說明會的內容已擬案(如報告事項第二點)」，請敘明報告	如報告事項中2月份實際執行中第二點的計畫說明會預定辦理期程、報名機制。
8	期中報告於 3 月實際執行情形，項次 5 已參考國際相關文獻資料及「前項」調查結果，請補充說明「前項」調查結果	前項係指4家血液透析院所前趨資料。
9	期中報告之輔導訪視 30 間機構名單，請依縣市及機構層級調整名單順序。	已將30家機構依序北到南及依照機構層級由醫學中心、區域醫院到基層診所排列。
10	報告期中經費使用狀況，請以人事、業務及管理費用 3 大項目規列呈現，以利核算	經費中的人事、業務、管理費用及合計金額皆已用粗體字註明，在業務費用下有細分委員出席費、講師鐘點費、國內旅費、餐費、文具紙張、郵電、印刷費、租金、筆電租借費、雜支。

2.討論氣膠傳播相關文獻資料

依據衛生福利部疾病管制署網站「疾病介紹」資訊，嚴重特殊傳染性肺炎的傳播途徑：目前對新型冠狀病毒 SARS-CoV-2的完整傳播途徑，尚未完全瞭解。當2019年12月武漢不明原因肺炎疫情發生初期，案例多數曾至有賣野味的華南海鮮市場活動，此市場的環境檢體雖檢出 SARS-CoV-2，但感染源與傳播途徑無法釐清。除此，從確診個案之流病調查與實驗室檢測得知，藉由近距離飛沫、直接或間接接觸帶有病毒的口鼻分泌物、或無呼吸道防護下長時間與確診病人處於2公尺內之密閉空間裡，將增加人傳人之感染風險。另，有部分動物的冠狀病毒會讓

動物出現腹瀉症狀，可在糞便當中找到病毒，可能藉此造成病毒傳播。人類 COVID-19 病例，亦可能自糞便檢出 SARS-CoV-2 核酸陽性，但是否具傳染性，仍待研究證實。

而依據最新美國疾病管制署針對「SARS-CoV-2 傳播」議題所公布的科學資訊整理，SARS-CoV-2 經由含病毒的呼吸道液體造成傳播，主要有三個方式：(1) 呼吸時吸入非常微小的呼吸道飛沫及氣膠粒子、(2) 直接噴濺的呼吸道飛沫或粒子停留在暴露的黏膜表面(如眼、鼻、口)、(3) 受病毒污染的手部(直接接觸到含病毒的呼吸道液體，或間接因接觸物體表面的病毒)等碰觸到暴露的黏膜表面。大的飛沫較易沉降，而非常小的飛沫及氣膠粒子可以在空氣中留存，會因環境因素逐漸減低病毒活性及感染力(如溫度、濕度、紫外線、陽光)。此最新指引明確指出，SARS-CoV-2 確實有空氣傳播的機會，特別在 (1) 密閉空間且換氣不佳的環境(2) 感染者呼氣率增加時(例如運動、喊叫、唱歌等) (3) 長時間暴露(通常指 15 分鐘以上的逗留)。

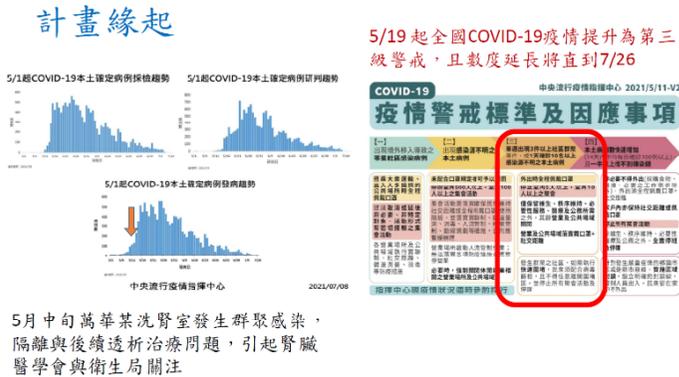
參考最新文獻提出的計算模型，阻絕空氣傳播感染而要達成室內安全的條件，可變因素會有人數、時間、戴不戴口罩、社交距離(6 英尺)、自然換氣(開窗 0.34 air change per hour)、機器換氣(8 ACH)等，對照透析院所為室內、多人、長時間聚集、且缺乏高效能換氣的空間，一旦發生確診案例勢必難以控制。

References:

1. <https://www.cdc.gov.tw/Category/Page/vleOMKqwuEbIMgqaTeXG8A>
2. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/science/science-briefs/sars-cov-2-transmission.html>
3. Bazant MZ, Bush JWM. A guideline to limit indoor airborne transmission of COVID-19. Proc Natl Acad Sci U S A. 2021 Apr 27;118(17):e2018995118. doi: 10.1073/pnas.2018995118. PMID: 33858987; PMCID: PMC8092463.

3.血液透析院所及 COVID-19 病人疫苗接種執行方式以及涵蓋率

經台灣腎臟醫學會與政府相關主管單位討論與協商，台灣腎臟醫學會主導下，共識盡快為讓透析患者於透析單位進行疫苗接種。以下為宣導資料，執行過程與第一劑疫苗施打之成果。



COVID-19疫情下洗腎病人與透析治療的特性

頻繁群集治療

透析病人高風險

牽連人員眾多

- 免疫力低
- 併發症多
- 老年族群多
- 出入透析院所頻繁
- ➔ 感染高危險族群

- 新冠肺炎風險是一般人的5-20倍
- 死亡率10-30%是一般人的10倍

- 感染後病患送醫隔離仍然需要洗腎
- 眾多透析醫療工作接觸者被匡列隔離
- 嚴重影響透析室正常人力運作

疫情下洗腎病人接種COVID-19疫苗的重要性 I

Protecting the vulnerable: the urgent need to vaccinate dialysis patients against SARS-CoV-2

3 million dialysis patients

5-20 times higher infection risk compared to general population

10-47% mortality rate in-center hemodialysis (CHD)

16-32% mortality risk for CKD population compared to general population

10-430 x higher frequency of dialysis

Reduced Frequency of dialysis

Mortality Infections Healthcare burden

洗腎病人為高危險群

洗腎病人多，高齡者多，免疫力差

每週3次，每次4小時，病人/醫護/家屬接觸頻繁

合併多重共病和系統性疾病，新冠盛行率22倍，死亡率3.6倍。

一旦確診，大量醫護隔離，人力短缺，醫療能嚴重衝擊。

1130005 高雄市市政府 許市長

為什麼透析患者建議打新冠疫苗呢？

透析患者感染新冠風險和死亡率高！

1. 透析患者因醫療需求必須頻繁出入醫療機構。
2. 透析患者難以維持社交距離，群聚風險增加。
3. 透析患者多合併多重共病：糖尿病、高血壓、心血管病、中風、老化。
4. 透析患者本身免疫功能差。

- ▲ 透析患者感染新冠的風險是一般人的5-20倍
- ▲ 透析患者一旦感染新冠死亡率10-30%，是一般人的10倍
- ▲ 年紀越大，死亡率越高

范佩君醫師

疫情下洗腎病人接種COVID-19疫苗的重要性 II

錯誤迷思 和 正確觀念

打完就無敵

↓

減少染疫重病

擔心會血栓

↓

染疫血栓重病

免疫差不適合

↓

無活毒不得病

透析患者與新冠肺炎疫苗常見問題整理

台灣腎臟醫學會疫情緊急小組 第一版 2021/06/10 范佩君醫師整理

❗ 透析患者打疫苗的副作用會比較嚴重

目前沒有證據透析病人有較高特定的副作用。

目前全世界並沒有透析患者打疫苗後發生血栓的報導。

有研究顯示透析患者打完輝瑞疫苗後，和一般族群比較，透析患者副作用比較少。

透析腎友COVID-19疫苗接種計畫—宣導1



商討過程與政策執行

1. 5月中旬萬華某洗腎室發生群聚感染，隔離與後續透析治療問題引起衛生局關注。
2. 2021-05-28衛福部召開「門診透析單位因應 COVID-19疫情之防疫措施討論」，石次長主持，各學會與機構參與，結論包含透析病人為高危險群疫苗施打順序應該往前排序。
3. 2021-06-02台灣腎臟醫學會發函 CECC，透析病人新冠肺炎疫苗施打順位應列為與長照機構的受照顧者相同。
4. 2021-06-05高雄緊急應變中心、2021-06-06中央疫情指揮中心宣布透析病人疫苗施打順序提升至第五類。

全國洗腎病人欲接種COVID-19疫苗之意願及人數調查

透析腎友COVID-19疫苗接種計畫—協商與政策

- 2021-06-03 高雄市衛生局醫政科緊急傳染要求高雄市各透析院所洗腎病人造冊上傳，附名冊格式。
- 2021-06-07 衛福部發函台灣腎臟醫學會。為了解全國洗腎病人欲接種COVID-19疫苗之意願及人數，請貴會協助填報附表，於110年6月8日前回復中央流行疫情指揮中心社區防疫組(無需備文)，請查照。
- 台灣腎臟醫學會因應發電子郵件予各院所，並依照CECC要求彙整全國透析病人名冊後，交付CECC。

110年度高雄市洗腎病患(含血液及腹膜透析)接種COVID-19疫苗

機構名稱：(含行政區)：
 本市無血友病者：
 機構及醫院名稱：

編號	姓名	性別	出生年月日	身分證號、地址 (如無證件，請填身分證 及電話)	是否已施打第 一劑	是否有意願施打
1						
2						

110年 年 月 日 填表日期
 填表人：(請填姓名及職稱) 機構/診所/社區防疫組 機構代號：
 電話：(請填完整)
 1. 請針對所有洗腎病患(包含血液透析及腹膜透析)全部造冊，若本數
 無則請自行增加欄位。
 2. 於6月(星期二)前傳寄台灣腎臟醫學會，E-mail：
 #ceccp@msl.hinet.net/assistant@tun.org.tw；電話：(02)23331087#8。

台灣腎臟醫學會
 地址：1069 台北市大安區十一段46號一樓
 電話：(02) 2762-4979 傳真：(02) 2762-4978
 傳真：(02) 2762-4979
 受文者：衛生福利部疾病管制署
 發文日期：中華民國110年6月10日
 發文字號：衛部疾字第110060554號
 題：「COVID-19」
 主旨：為通知各縣市衛生局及衛生所，並請轉知各醫療院所，有關COVID-19疫苗接種對象及優先順序，請查照辦理。此致。
 署長 黃尚志

COVID-19疫苗 接種優先順序

- 1 醫護人員
- 2 中央及地方政府防疫人員 (含醫療第一線工作人員)
- 3 高接觸風險工作人員
- 4 因特殊情形必要出國者
- 5 維持社會運作之必要人員
- 6 機構及社福照顧系統之人員及其受照顧者
- 7 維持國家安全正常運作之必要人員
- 8 65歲以上長者
- 9 19-64歲具高風險疾病者、罕見疾病及重大傷病
- 10 50-64歲成人

COVID-19 公費疫苗接種對象

- 1 醫事人員
- 2 中央及地方政府防疫人員
- 3 高接觸風險第一線工作人員
- 4 因特殊情形必要出國者
- 5 維持社會運作之必要人員
- 6 機構及社福照顧系統之人員及其受照顧者
- 7 維持國家安全正常運作之必要人員
- 8 65歲以上長者
- 9 19-64歲具高風險疾病者、罕見疾病及重大傷病
- 10 50-64歲成人

COVID-19疫苗公費接種對象 (2021.06.09版)

- 1 醫事人員
- 2 政府防疫人員、第一線
- 3 高風險第一線
- 4 特殊情形出國者
- 5 洗腎患者及社福照顧、
- 6 嚴重症75歲以上長者
- 7 維持社會運作必要人員
- 8 65歲以上長者
- 9 19-64歲具高風險疾病者、罕見疾病及重大傷病
- 10 50-64歲以上成人

TSN彙整CECC要求之全國透析病人名冊

- 20210609 台灣腎臟醫學會收集資料統計各縣市透析院所之洗腎病人人數
- 20(22)縣市
- 710 家院所
- 82443位病人

全國各縣市透析院所數及透析病患疫苗施打數

縣市別代號	縣市別	占率%	家數	各縣市病人總數
00	台北市	11.0	78	9394
01	新北市	19.9	113	11895
02	宜蘭縣	1.7	12	1608
03	桃園市	7.2	61	7710
04	新竹縣市	3.4	24	2846
05	苗栗縣	2.4	17	1639
06+18	台中市	13.1	93	10111
07	彰化縣	4.5	32	3764
08	南投縣	2.4	17	1789
09	雲林縣	2.5	18	2302
10	嘉義縣市	3.2	23	3228
11+19	台南市	9.2	65	7918
12+20	高雄市	13.9	99	11388
13	屏東縣	4.2	30	3383
14	台東縣	1.1	8	866
15	花蓮縣	1.7	12	1210
16	澎湖縣	0.4	3	239
17	基隆市	1.7	12	1060
21	金門縣	0.3	2	129
22	連江縣	0.1	1	4
總計		100	710	82443

透析腎友COVID-19疫苗接種計畫—實施方案

- 20210608台灣腎臟醫學會院所透析病人接種COVID-19疫苗實施方案
- 自己的病人自己打
 - 在那裡洗在那裡打
 - 血液透析及腹膜透析病人均可在各醫院透析單位與獨立透析診所注射疫苗
 - 一二評估、三四施打、五六觀察
 - 一週齊努力 十萬人受益
- CECC 0612記者會中同意洗腎病患可在透析院所注射疫苗

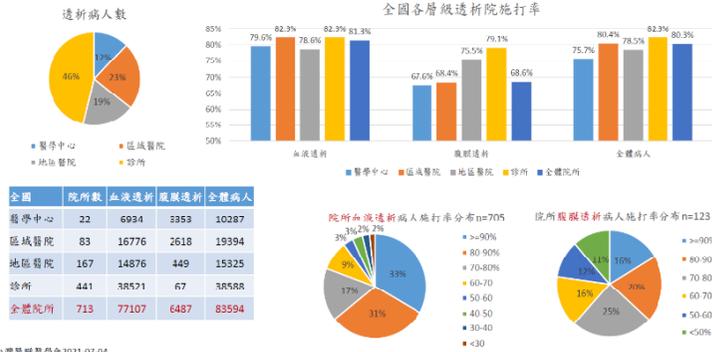


全國透析病人數與第一劑AZ COVID-19疫苗施打率



台灣腎臟醫學會2021-07-04

全國各層級透析院所病人數與第一劑AZ COVID-19疫苗施打率



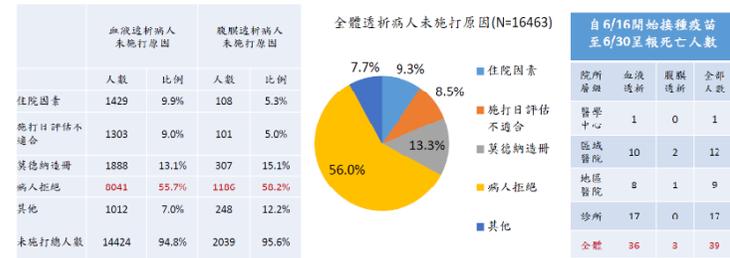
台灣腎臟醫學會2021-07-04

全國各縣市透析院所病人數與第一劑AZ COVID-19疫苗施打率



台灣腎臟醫學會2021-06-30

全國各縣市透析病人未施打第一劑AZ COVID-19疫苗原因



台灣腎臟醫學會2021-07-04

小結

- 透析病人為 COVID-19 高感染危險族群，透析院所亦是高傳播難防守的場域，因此提前透析病人疫苗注射順，為防護病人與院所感染重要的政策。
- 利用每周三次透析醫療特性，集中在院所施打的策略，可以免去病人舟車移動之不便，亦可充分利用透析院所醫師與護理人力，減少政府衛生單位與支援疫苗注射醫院的人力與時間負擔。
- 全國透析病人接受第一劑 AZ 疫苗施打率血液透析平均 81.3%，腹膜透析 68.6%，全體平均 80.3%。施打率存在地域性的差別，東部東北部施打率較西部縣市低，但是不同醫院層級施打率沒有差異。
- 雖 CECC 有統一的政策宣示，但施打政策在時程與方式上，各縣市各有不同，影響整體施打率。
- 因受媒體負面報導 AZ 疫苗之影響，施打時間愈晚者其施打率愈低，此部分結果將在第二部分調查中呈現。

4. 規劃及輔導透析院所因應疫情相關防治措施

台灣腎臟醫學會自去年 COVID-19 疫情起始，參考衛福部疾管署的各項指引，在去年二到四月間就陸續整合並公佈了第一版至第三版的「透析醫療院所防護武漢肺炎 COVID-19 感染處置規範」及第一版的「武漢肺炎 COVID-19 Q/A 問答」供全體透析院所及專業人員防疫措施執行。去年八月之後，衛福部疾管署已針對透析室提出「設有血液透析室之醫療機構因應 COVID-19 感染管制措施指引」，因此目前皆宣導並建議院所依循中央的指引。

今年因應初期的院內感染危機，學會提出第二版的「武漢肺炎 COVID-19 Q/A 問答」，在疫苗開始施打之際，學會提出公開聲明「關於透析院所及腎臟病人 COVID-19 疫苗施打」，鼓勵透析院所病患及醫護人員接受接種，在五月爆發的大規模社區感染進入全國第三級警戒之際，急急如律令的建議及行動準則迅速的統整並且公布，以安定人心並強調固定照護不跨區移動、執行分流、及採檢整備等，並於政府公布提前洗腎病人疫苗施打順位之際，澄清假訊息並提醒院所仍需持續落實防疫作為。

此報告僅檢附最關鍵的台灣腎臟醫學會黃尚志理事長聲明供參。

COVID-19 疫情嚴峻，腎臟界同仁堅守崗位，辛苦了！

本土確診個案數目持續攀升，在台灣北部地區，亦有若干血液透析病人受到感染，病人與接觸者必要的隔離措施，連帶影響透析院所正常

運作。鑒於血液透析病人有每周透析三次的不可中斷性、接觸醫療人員人數多且時間長、透析醫療專業性高難覓取代人力、與病人接送過程難免接觸其他病人等問題，因此在有透析病人或醫療人員感染 COVID 19時，不能冒然下令關閉院所，以免其餘透析病人無處收容而成為人球。此外，感染管制與人力支援亦必須妥善監測與安排，故相對於一般醫療單位，透析院所與病人的處置均相當棘手，處理不慎更會造成莫大衝擊。

衛福部石崇良次長於20210528 下午2時，召開『門診透析單位因應 COVID-19 疫情之防疫措施討論』，台灣腎臟醫學會、台灣基層透析協會、台灣腎臟護理學會，市聯醫和平醫院、三總松山分院、及台北市衛生局遠距與會。

會中主要討論議題包括以下面向：

1. 透析院所病人篩檢 COVID 19之原則
2. 透析院所檢驗陽性病患之後續處理
3. 透析病人疫苗施打問題
4. 分艙分流與物資整備

各方提出不同問題，並討論解決方案，惟所得結論，仍必須經中央疫情指揮中心專家討論通過後方能實施。

共同且必須確實遵守與落實之原則：

- 請各透析院所應立即確實實施門戶管制，院所內病患禁止飲食，固定陪病者，工作場域全員全程戴口罩，工作人員安全防護（至少需要護目鏡或面罩、外科口罩、手套、隔離衣），規劃區塊，落實節點酒精洗手，實施環境清消，並儘速全員施打疫苗。
- 全體透析病人與醫療及勤務工作人員必須確實遵守戴口罩、勤洗手、保持社交距離、每日測量體溫、減少個人活動與交流、待在安全場所。一旦有發燒、上呼吸道症狀、嗅覺味覺異常、與熱區人員接觸等狀況，應即刻向透析院所報告，待指示後進行後續處置。

一、透析院所病人篩檢 COVID 19之原則

- 因抗原快篩有高偽陽性與偽陰性問題，COVID19篩檢以 PCR 檢測最為準確，有能力執行 PCR 檢測的醫院/診所，在數量與能力可負擔範圍內，可以使用 PCR 篩檢，確定病人是否感染。惟在非熱區且無病人/照護工作人員確診情況下，台灣腎臟醫學會並不鼓勵醫院/診所做全面透析病人 COVID19篩檢，以保持檢驗量能，提供必要檢測時之運用。
- 非熱區(熱區之定義應依中央指揮中心)
 1. 非熱區、無接觸史、活動史、且無症狀者，無篩檢必要。

2. 非熱區透析病人/工作人員若有接觸活動史或/且有症狀者，可由透析院所自行採檢執行抗原檢測；若院所無法採檢與檢測，則請病人正確配戴口罩，轉介前往社區篩檢站/醫院篩檢站篩檢，並遵從指示等待檢驗結果作相關處置。
3. 若病人/工作人員快篩檢測陽性者，醫師應同時執行 PCR 檢驗，院所若無法執行 PCR，後送 PCR 檢測、通報責任、通報流程等問題，將由專家會議再規定。
4. 等候 PCR 的空窗期，需要由原院所負責給予高規格保護，院所可自行判斷是否繼續或延班透析，但不能任由透析病人自行尋求透析地點，必須與衛生局聯繫，由衛生局列管。
5. 此部分之詳細流程待專家會議定奪。

• **熱區：**

1. 處於熱區之透析院所，建議由醫師執行每周一次全體病人/工作人員抗原快篩，可申報健保給付。但是要注意低盛行率地區抗原篩檢之偽陽性高，必須以後續之 PCR 證實篩檢結果。有接觸史者第一次快篩陰性不代表沒有染疫，皆須落實防疫原則。
2. 抗原快篩使用安全要求：應為經衛生福利部食品藥物管理署核准，可於第二級生物安全實驗室或病人照護場所以外使用之快篩(POCT)儀器設備及器材。採檢：醫師；執行檢測：醫檢師；通報責任：為第五類法定傳染病，醫事人員有通報之義務。個

人防護裝備：務必配戴 N95 口罩、髮帽、防水隔離衣、手套、全面罩等。

3. 院所可至 CDC 網站查詢合格抗原快篩廠商名單，CDC 亦將提供資訊予腎臟醫學會公告，由單位自行採購

二、透析院所檢驗陽性病患或工作人員之後續處理

1. 確診者：由衛生主管機關安排住院接受後續醫療處置。
2. 院所內其他人會依疫調、接觸及防護情形被匡列。至少兩週內，所有人員都需密切注意症狀並配合追蹤檢查。
3. 因透析為必要醫療、高頻率回診單位，初篩陰性者仍需於原院所執行治療，若區域量能無法由衛生單位派防疫車輛一一接送，建議依固定組別（病人、陪病、護理、司機），高規格防護：N95、髮帽、面罩、隔離衣、手套，並務求節點酒精洗手，及確實各班間環境清消。
4. 解隔離後的下轉機制：解除隔離出院之病患，原則上會依主管機關安排回原院所。解隔後七天內自主健康管理期間，須報備衛生局並依其指定交通方式外出透析，建議固定照護者，密切追蹤症狀，並維持分流及高規格防護。
5. 社區感染的階段，常規透析病人請務必固定原本之透析院所，避免不必要的跨區或跨院所的移動。

三、透析病人疫苗施打問題

1. 所有透析院所醫護與其他作人員(技術員、書記、清潔人員、司機等)應盡速接受疫苗施打。
2. 透析病患高危險群，病患施打順序應該往前排序，據了解六月底前應該有足夠疫苗可將疫苗排序 1-8 順位人員施打完畢。
3. 專家會議將研議疫苗發送到單位，由單位自行施打

四、分艙分流與物資整備

1. 透析診所 PPE 等防護裝備，一直都由衛生局配發，因透析診所有其特別屬性，配給時應該考量其數量需求較一般診所高，若院所發現數量不夠時，可向指揮中心反映問，尋求協助處理。
2. 透析院所若有執行透析以外的門診業務，為避免受確診者入院求診，而遭受匡列隔離，以致影響透析醫療業務，學會建議以下因應措施：
 - a. 院所人員應盡速完成疫苗注射，平時看診即著高規格防護裝備，如此可在疫調中列為有完整之安全防護，而避免被匡列成需隔離人員。
 - b. 若該透析診所有二人以上共同執業，依分艙分流概念，由一人執行透析業務另一人負責門診業務，相關護理師依同樣分配，待疫情較緩和後再行調整。

c. 依健保署之建議，鼓勵成立視訊看診機制，避免病人回診造成交叉感染。

d. 最不得已則暫時停止一般門診診療業務。

三、血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究第一次交流會議的時間、開會方式及講師經驗分享之議題：

會議時間:2021年9月11日(星期六)晚上6點30分

會議地點:實體會議地點為高雄醫學大學附設中和紀念醫院 啟川大樓6樓第一會議室，是否改為視訊開會，將待9月6日中央疫情指揮中心公布之防疫規範辦理。

經由第四次專家小組會議討論後在第一次交流會議中邀請講師經驗分享。

分享議題如下：

1. 醫療機構之集團人員具有COVID-19院內感染的經驗，在第一次交流會議中分享與敘述執行困難之處。
2. 分享血液透析C型肝炎群突發事件內容。
3. 分享血液透析之病人適合施打何種疫苗及敘述原由。

(以上講師經驗分享之內容，將視血液透析第一次交流會議時間做調整。)

四、110年血液透析自評表單30間機構資料彙整回覆率及報告(如附錄一)。

1. 30家機構的自我評量表單，未填寫資料處，將會在實地輔導訪視中去該機構了解困難之處。

2. 實地輔導訪視議程增加109年的 PPE 訓練人數資料檢查。

五、血液透析自評表（草案）(如附錄二)

1. 經第四次專家會議討論，同意在血液透析自評表單中增加“病人胸部 X 光檢查列入評量項目，且達成率達90%以上”(如附錄二，增加1.3.2選項，P54)

2. 血液透析自評表單中增加機構人員施打第一劑 COVID-19疫苗接種率及第二劑 COVID-19疫苗接種率。(如附錄二，增加1.2.5選項，P53)

參、臨時動議：

肆、散 會：110年8月26日晚上20:00

附錄一

110年血液透析自評表單30間機構資料回覆率

項目	工作人員 B型肝炎 病毒表面 抗原、B 型及C型 肝炎病毒 表面抗體 等檢驗紀 錄並造冊 追蹤檢查 紀錄	掌握全體 醫護人員 B肝抗原 抗體檢測 資料	院所提供 員工「B 型肝炎疫 苗」的措 施	2020年醫 療照護及 相關工作 人員流感 流行季 (每年10 月至12 月)之流 感疫苗接 種率	醫療照護 工作人員 MMR 疫苗 接種計畫	每年胸部 X光檢查	依循 AAMI 國 際現行標 準，對於 菌落數監 測頻率， 逆滲透水 (Dialysis Water) 至 少每個月 檢測 1 次，檢測 地點	透析機台 之透析液 (Dialysis Fluid) 檢 測頻率	逆滲透水 檢測結果 之行動標 準值
回覆率 (分子/分母)	100% (30/30)	100% (30/30)	100% (30/30)	93% (28/30)	100% (30/30)	100% (30/30)	100% (30/30)	100% (30/30)	100% (30/30)
項目	內毒素檢 驗標準值	內毒素檢 測頻率	內毒素檢 測水質	內毒素抽 樣件數(總 計)	內毒素抽 樣件數(透 析機總計)	B型肝炎 陽性病人 血液透析 時採取之 隔離措施	C型肝炎 陽性病人 血液透析 時採取之 隔離措施	B、C型肝 炎陽性病 人血液透 析後其機 器消毒方 式	使用消毒 液名稱
回覆率 (分子/分母)	100% (30/30)	100% (30/30)	100% (30/30)	86% (26/30)	50% (15/30)	100% (30/30)	100% (30/30)	100% (30/30)	100% (30/30)
項目	B、C型肝 炎陽性病 人血液透	B、C型肝 炎透析病 人肝炎監	訂有透析 病人急性 病毒性肝	109年通報 件數 B 型 肝炎陽性	109年通報 件數 C 型 肝炎陽性	109年透析 病人 B、C 型病毒性	病人透析 前是否有 進行量溫	設置隔離 區	新興傳染 病應變計 畫

	析後其機器消毒頻次	測頻率	炎陽轉個案通報機制			肝炎檢測	及透析發燒病人處置是否有通報機制		
回覆率 (分子/分母)	100% (30/30)	100% (30/30)	100% (30/30)	83% (25/30)	83% (25/30)	96% (29/30)	100% (30/30)	100% (30/30)	100% (30/30)
項目	PPE 訓練人數訓練資料	機器及環境清潔消毒之作業流程	機器消毒用具	機器消毒方式	機器消毒頻次	機器消毒範圍	環境消毒用具	環境消毒方式	
回覆率 (分子/分母)	80% (24/30)	100% (30/30)	100% (30/30)	100% (30/30)	100% (30/30)	100% (30/30)	100% (30/30)	100% (30/30)	
項目	環境消毒頻次	環境消毒範圍	洗手設備調查	辦理手部衛生稽核	藥物準備區位置	是否抗凝劑的空針外註明藥物名稱、稀釋時間及稀釋後劑量	是否有多劑量包裝藥物	有針扎事件處理流程	
回覆率 (分子/分母)	100% (30/30)	100% (30/30)	100% (30/30)	100% (30/30)	100% (30/30)	100% (30/30)	100% (30/30)	100% (30/30)	
項目	有血液透析感染管制規範	是否穿戴個人防護裝備	接受感染管制教育3小時	是否設有收針車	設置生物醫療性廢棄物及尖銳物品收集容器				
回覆率 (分子/分母)	100% (30/30)	100% (30/30)	100% (30/30)	100% (30/30)	100% (30/30)				

110年血液透析自評表單30間機構資料彙整報告

輔導項目	評量項目																																																				
一、人員健康管理-工作人員	1.1 B型肝炎病毒表面抗原 (HBsAg)、B型肝炎病毒表面抗體 (anti-HBs)、C型肝炎病毒抗體 (anti-HCV) 等檢驗紀錄並造冊，並提供適宜的管理及保存，保障員工隱私。 回覆率100%(30/30)																																																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="667 437 1003 481">類型(區)</th> <th colspan="2" data-bbox="1003 437 1137 481">北區</th> <th colspan="2" data-bbox="1137 437 1532 481">中區</th> <th colspan="2" data-bbox="1532 437 1796 481">南區</th> <th colspan="2" data-bbox="1796 437 2065 481">總數</th> </tr> <tr> <th data-bbox="667 481 1003 526">項目</th> <th data-bbox="1003 481 1137 526">醫院</th> <th data-bbox="1137 481 1272 526">診所</th> <th data-bbox="1272 481 1406 526">醫院</th> <th data-bbox="1406 481 1532 526">診所</th> <th data-bbox="1532 481 1666 526">醫院</th> <th data-bbox="1666 481 1796 526">診所</th> <th data-bbox="1796 481 1930 526">醫院</th> <th data-bbox="1930 481 2065 526">診所</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="667 526 1003 609">每年至少一次追蹤檢查紀錄</td> <td data-bbox="1003 526 1137 609">8</td> <td data-bbox="1137 526 1272 609">3</td> <td data-bbox="1272 526 1406 609">2</td> <td data-bbox="1406 526 1532 609">4</td> <td data-bbox="1532 526 1666 609">4</td> <td data-bbox="1666 526 1796 609">8</td> <td data-bbox="1796 526 1930 609">14</td> <td data-bbox="1930 526 2065 609">15</td> </tr> <tr> <td data-bbox="667 609 1003 699">定期追蹤(未提供多久追蹤一次)</td> <td data-bbox="1003 609 1137 699">1</td> <td data-bbox="1137 609 1272 699">0</td> <td data-bbox="1272 609 1406 699">0</td> <td data-bbox="1406 609 1532 699">0</td> <td data-bbox="1532 609 1666 699">0</td> <td data-bbox="1666 609 1796 699">0</td> <td data-bbox="1796 609 1930 699">1</td> <td data-bbox="1930 609 2065 699">0</td> </tr> </tbody> </table>									類型(區)	北區		中區		南區		總數		項目	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	每年至少一次追蹤檢查紀錄	8	3	2	4	4	8	14	15	定期追蹤(未提供多久追蹤一次)	1	0	0	0	0	0	1	0								
	類型(區)	北區		中區		南區		總數																																													
	項目	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所																																												
	每年至少一次追蹤檢查紀錄	8	3	2	4	4	8	14	15																																												
	定期追蹤(未提供多久追蹤一次)	1	0	0	0	0	0	1	0																																												
	1.2 B型肝炎疫苗、流感疫苗與麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合 (Measles、Mumps、Rubella, MMR) 疫苗接種紀錄。 掌握全體醫護人員 B 肝抗原抗體檢測資料 (如抗體檢測、接種證明等) 回覆率100% (30/30)																																																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="667 865 1003 909">類型(區)</th> <th colspan="2" data-bbox="1003 865 1137 909">北區</th> <th colspan="2" data-bbox="1137 865 1532 909">中區</th> <th colspan="2" data-bbox="1532 865 1796 909">南區</th> <th colspan="2" data-bbox="1796 865 2065 909">總數</th> </tr> <tr> <th data-bbox="667 909 1003 954">項目</th> <th data-bbox="1003 909 1137 954">醫院</th> <th data-bbox="1137 909 1272 954">診所</th> <th data-bbox="1272 909 1406 954">醫院</th> <th data-bbox="1406 909 1532 954">診所</th> <th data-bbox="1532 909 1666 954">醫院</th> <th data-bbox="1666 909 1796 954">診所</th> <th data-bbox="1796 909 1930 954">醫院</th> <th data-bbox="1930 909 2065 954">診所</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="667 954 1003 1040">全體醫護人員檢測資料</td> <td data-bbox="1003 954 1137 1040">8</td> <td data-bbox="1137 954 1272 1040">3</td> <td data-bbox="1272 954 1406 1040">2</td> <td data-bbox="1406 954 1532 1040">4</td> <td data-bbox="1532 954 1666 1040">4</td> <td data-bbox="1666 954 1796 1040">8</td> <td data-bbox="1796 954 1930 1040">15</td> <td data-bbox="1930 954 2065 1040">15</td> </tr> </tbody> </table>									類型(區)	北區		中區		南區		總數		項目	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	全體醫護人員檢測資料	8	3	2	4	4	8	15	15																	
	類型(區)	北區		中區		南區		總數																																													
	項目	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所																																												
全體醫護人員檢測資料	8	3	2	4	4	8	15	15																																													
院所提供員工「B型肝炎疫苗」的措施 回覆率100%(30/30)																																																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="667 1120 1003 1165">類型(區)</th> <th colspan="2" data-bbox="1003 1120 1137 1165">北區</th> <th colspan="2" data-bbox="1137 1120 1532 1165">中區</th> <th colspan="2" data-bbox="1532 1120 1796 1165">南區</th> <th colspan="2" data-bbox="1796 1120 2065 1165">總數</th> </tr> <tr> <th data-bbox="667 1165 1003 1209">項目</th> <th data-bbox="1003 1165 1137 1209">醫院</th> <th data-bbox="1137 1165 1272 1209">診所</th> <th data-bbox="1272 1165 1406 1209">醫院</th> <th data-bbox="1406 1165 1532 1209">診所</th> <th data-bbox="1532 1165 1666 1209">醫院</th> <th data-bbox="1666 1165 1796 1209">診所</th> <th data-bbox="1796 1165 1930 1209">醫院</th> <th data-bbox="1930 1165 2065 1209">診所</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="667 1209 1003 1254">全額補助</td> <td data-bbox="1003 1209 1137 1254">8</td> <td data-bbox="1137 1209 1272 1254">0</td> <td data-bbox="1272 1209 1406 1254">1</td> <td data-bbox="1406 1209 1532 1254">2</td> <td data-bbox="1532 1209 1666 1254">4</td> <td data-bbox="1666 1209 1796 1254">2</td> <td data-bbox="1796 1209 1930 1254">13</td> <td data-bbox="1930 1209 2065 1254">4</td> </tr> <tr> <td data-bbox="667 1254 1003 1299">部分補助</td> <td data-bbox="1003 1254 1137 1299">1</td> <td data-bbox="1137 1254 1272 1299">1</td> <td data-bbox="1272 1254 1406 1299">0</td> <td data-bbox="1406 1254 1532 1299">0</td> <td data-bbox="1532 1254 1666 1299">0</td> <td data-bbox="1666 1254 1796 1299">0</td> <td data-bbox="1796 1254 1930 1299">1</td> <td data-bbox="1930 1254 2065 1299">1</td> </tr> <tr> <td data-bbox="667 1299 1003 1343">完全自費</td> <td data-bbox="1003 1299 1137 1343">0</td> <td data-bbox="1137 1299 1272 1343">2</td> <td data-bbox="1272 1299 1406 1343">1</td> <td data-bbox="1406 1299 1532 1343">2</td> <td data-bbox="1532 1299 1666 1343">0</td> <td data-bbox="1666 1299 1796 1343">6</td> <td data-bbox="1796 1299 1930 1343">1</td> <td data-bbox="1930 1299 2065 1343">10</td> </tr> </tbody> </table>									類型(區)	北區		中區		南區		總數		項目	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	全額補助	8	0	1	2	4	2	13	4	部分補助	1	1	0	0	0	0	1	1	完全自費	0	2	1	2	0	6	1	10
類型(區)	北區		中區		南區		總數																																														
項目	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所																																													
全額補助	8	0	1	2	4	2	13	4																																													
部分補助	1	1	0	0	0	0	1	1																																													
完全自費	0	2	1	2	0	6	1	10																																													
2020年醫療照護及相關工作人員流感流行季 (每年10月至12月) 之流感疫苗接種率																																																					

回覆率93% (28/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
100%	3	0	1	2	1	1	5	3
90-99%	2	0	0	0	2	5	4	5
80-89%	2	1	1	0	1	1	4	2
60-69%	1	0	0	0	0	0	1	0
50-59%	0	0	0	1	0	0	0	1
40-49%	0	0	0	0	0	1	0	1
30-39%	0	0	0	1	0	0	0	1
10-19%	0	1	0	0	0	0	0	1
無資料	1	1	0	0	0	0	1	1

醫療照護工作人員 MMR 疫苗接種計畫

訂有 MMR 疫苗接種計畫接種率

回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
訂有 MMR 疫苗接種計畫	8	0	2	2	4	1	14	3
未訂有 MMR 疫苗接種計畫	1	3	0	2	0	7	1	12

(呈上題)1981年以後出生之醫療照護工作人員人數(具麻疹免疫力之工作人員比率)

回覆率100%(17/17)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
100%	4	0	1	1	2	0	7	1
90-99%	2	0	1	0	1	0	4	0

	80-89%	1	0	0	0	1	1	2	1																																																														
	70-79%	1	0	0	0	0	0	1	0																																																														
	60-69%	0	0	0	1	0	0	0	1																																																														
	1.3每年胸部 X 光檢查 與病人直接接觸之醫療相關工作人員及其他常駐工作人員（含外包人力）一年內的胸部 X 光檢查達成率 回覆率100%(30/30)																																																																						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">項目 \ 類型(區)</th> <th colspan="2">北區</th> <th colspan="2">中區</th> <th colspan="2">南區</th> <th colspan="2">總數</th> </tr> <tr> <th>醫院</th> <th>診所</th> <th>醫院</th> <th>診所</th> <th>醫院</th> <th>診所</th> <th>醫院</th> <th>診所</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>100%</td> <td>8</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>6</td> <td>14</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>90-99%</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>80-89%</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>70-79%</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>10%以下</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>									項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	100%	8	1	2	1	4	6	14	8	90-99%	1	1	0	0	0	0	1	1	80-89%	0	1	0	2	0	1	0	4	70-79%	0	0	0	1	0	0	0	1	10%以下	0	0	0	0	0	1	0	1
項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數																																																																
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所																																																															
100%	8	1	2	1	4	6	14	8																																																															
90-99%	1	1	0	0	0	0	1	1																																																															
80-89%	0	1	0	2	0	1	0	4																																																															
70-79%	0	0	0	1	0	0	0	1																																																															
10%以下	0	0	0	0	0	1	0	1																																																															
二、感染管制措施-環境	依循 AAMI 國際現行標準，對於菌落數監測頻率，逆滲透水（Dialysis Water）至少每個月檢測 1 次，檢測地點為 回覆率100%(30/30)																																																																						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">項目 \ 類型(區)</th> <th colspan="2">北區</th> <th colspan="2">中區</th> <th colspan="2">南區</th> <th colspan="2">總數</th> </tr> <tr> <th>醫院</th> <th>診所</th> <th>醫院</th> <th>診所</th> <th>醫院</th> <th>診所</th> <th>醫院</th> <th>診所</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>每個 RO 設備出水口及回水口</td> <td>9</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>6</td> <td>15</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>每個 RO 設備出水口</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>0</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>無檢測</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>									項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	每個 RO 設備出水口及回水口	9	2	2	1	4	6	15	9	每個 RO 設備出水口	0	1	0	2	0	2	0	5	無檢測	0	0	0	1	0	0	0	1																		
項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數																																																																
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所																																																															
每個 RO 設備出水口及回水口	9	2	2	1	4	6	15	9																																																															
每個 RO 設備出水口	0	1	0	2	0	2	0	5																																																															
無檢測	0	0	0	1	0	0	0	1																																																															
	*無檢測診所說明：熱消3點即可1.RO 入機器2.RO 出機器3.機台。 透析機台之透析液（Dialysis Fluid）檢測頻率 回覆率100%(30/30)																																																																						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">項目 \ 類型(區)</th> <th colspan="2">北區</th> <th colspan="2">中區</th> <th colspan="2">南區</th> <th colspan="2">總數</th> </tr> <tr> <th>醫院</th> <th>診所</th> <th>醫院</th> <th>診所</th> <th>醫院</th> <th>診所</th> <th>醫院</th> <th>診所</th> </tr> </thead> <tbody> </tbody> </table>									項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所																																													
項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數																																																																
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所																																																															

每季1次	8	3	2	4	4	7	14	14
每2個月	1	0	0	0	0	0	1	0
無檢測	0	0	0	0	0	1	0	1

逆滲透水檢測結果之行動標準值

回覆率100%(30/30)

項目	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
>50 CFU/ml	7	3	2	3	3	6	12	12
>25 CFU/ml	2	0	0	0	1	2	3	2
<1CFU/ml	0	0	0	1	0	0	0	1

內毒素檢驗標準值

回覆率100%(30/30)

項目	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
< 0.25 EU/ml	9	3	2	4	3	8	14	15
<0.125EU/ml	0	0	0	0	1	0	1	0

內毒素檢測頻率

回覆率100%(30/30)

項目	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
每年1次	6	3	1	1	1	8	8	11
每半年1次	0	0	0	3	1	0	1	3
每季1次	1	0	0	0	0	0	1	0
每2個月1次	0	0	0	0	1	0	1	0
每1個月1次	1	0	1	0	1	0	3	0
每一個月檢測1件	1	0	0	0	0	0	1	0

內毒素檢測水質

回覆率100%(30/30)

項目	類型(區)	北區		中區		南區		總數	
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
只檢驗逆滲透水		7	2	1	3	2	7	10	12
只檢驗透析液		0	0	0	0	0	0	0	0
2項皆有檢驗		2	1	1	1	2	1	5	3
內毒素抽樣件數(總計)									
回覆率86%(26/30)									
項目	類型(區)	北區		中區		南區		總數	
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有提供內毒素抽樣總數		9	2	2	4	4	5	15	11
無提供內毒素抽樣總數		0	1	0	0	0	3	0	4
內毒素抽樣件數(透析機總計)									
回覆率50%(15/30)									
項目	類型(區)	北區		中區		南區		總數	
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有提供透析機總數		7	0	2	3	2	1	11	4
無提供透析機總數		2	3	0	1	2	7	4	11
三、隔離措施									
血流傳染性肝炎病人實施床位區隔措施									
B型肝炎陽性病人血液透析時採取之隔離措施									
回覆率100%(30/30)									
項目	類型(區)	北區		中區		南區		總數	
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
分區且固定機台		9	2	2	4	4	7	15	13
固定機台		0	1	0	0	0	1	0	2
C型肝炎陽性病人血液透析時採取之隔離措施									
回覆率100%(30/30)									

項目	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
集中照護	6	1	2	3	2	5	10	9
分區且固定機台	3	0	0	0	2	2	5	2
固定機台	0	1	0	0	0	0	0	1
無 C 型肝炎專用病床	0	1	0	0	0	0	0	1
C 肝病人已痊癒，無提供方式	0	0	0	1	0	1	0	2

B、C 型肝炎陽性病人血液透析後其機器消毒方式
 回覆率100%(30/30)

項目	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
熱消	2	2	0	0	2	0	4	2
化消	2	1	0	1	1	2	3	4
熱消、化消皆有	5	0	2	3	1	6	8	9

使用消毒液名稱(化消)
 回覆率100%(24/24)

項目	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
次氯酸鈉+過醋酸	0	0	0	0	1	0	1	0
漂白水+過醋酸	1	0	0	0	0	0	1	0
Citrosteril	5	1	1	2	0	3	6	6
FML	0	0	0	0	0	1	0	1
Dialox	0	0	0	0	0	1	0	1
Hemoclean	1	0	0	1	0	1	1	2
過醋酸	0	0	0	0	0	1	0	1
次氯酸鈉	0	0	0	1	0	0	0	1
依機型(未提供消毒液)	1	0	1	0	0	0	2	0

資料)									
FMC 專用消毒液	0	0	0	0	0	1	0	1	

B、C 型肝炎陽性病人血液透析後其機器消毒頻次
 回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
每天	0	0	0	1	0	1	0	2
每班	9	3	2	3	4	7	15	13

B、C 型肝炎透析病人肝炎監測頻率
 回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
每年	4	3	1	2	1	8	6	13
每半年	3	0	0	1	3	0	6	1
B 肝半年、C 肝3個月	1	0	0	0	0	0	1	0
B 肝每年、C 肝半年	1	0	0	0	0	0	1	0
B 肝每年、C 肝三個月	0	0	1	0	0	0	1	0
定期追蹤(無告知時間)	0	0	0	1	0	0	0	1

是否訂有透析病人急性病毒性肝炎陽轉個案通報機制
 回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有通報機制	9	3	2	4	4	8	15	15

109年通報個案數 B 型肝炎陽性
 回覆率83%(25/30)

類型(區)	北區	中區	南區	總數
-------	----	----	----	----

項目	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
通報個案0件	8	2	2	4	4	5	14	11
無資料	1	1	0	0	0	3	1	4

109年通報個案數 C 型肝炎陽性
回覆率83%(25/30)

項目	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
通報個案0件	8	2	2	4	4	3	14	9
通報個案1件	0	0	0	0	0	2	0	2
無資料	1	1	0	0	0	3	1	4

109年透析病人 B、C 型病毒性肝炎檢測
回覆率96%(29/30)

項目	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有提供透析病人 B、C 型病毒性肝炎檢測資料	9	2	2	4	4	8	15	14
無提供透析病人 B、C 型病毒性肝炎檢測資料	0	1	0	0	0	0	0	1

病人透析前是否有進行量溫及透析發燒病人處置是否有通報機制
回覆率100%(30/30)

項目	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有進行量溫及通報機制	9	3	2	4	4	8	15	15

是否有設置隔離區
回覆率100%(30/30)

項目	類型(區)	北區		中區		南區		總數	
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
無隔離區		1	1	0	1	1	1	2	3
負壓隔離區		0	0	0	0	3	0	3	0
專區		3	1	0	2	0	7	3	10
單人室		0	1	1	1	0	0	1	2
專區、單人室		1	0	0	0	0	0	1	0
專區、負壓隔離區		1	0	1	0	0	0	2	0
單人室、負壓隔離區		1	0	0	0	0	0	1	0
3項皆有		2	0	0	0	0	0	2	0

訂有新興傳染病應變計畫

回覆率100%(30/30)

項目	類型(區)	北區		中區		南區		總數	
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有新興傳染病應變計畫		9	3	2	4	4	8	15	15

PPE 訓練人數訓練資料

回覆率80%(24/30)

項目	類型(區)	北區		中區		南區		總數	
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
110年		2	0	0	0	0	0	2	0
109年		2	0	1	0	2	1	5	1
107年		5	2	1	3	2	3	8	8
未提供		0	1	0	1	0	4	0	6

訂有機器及環境清潔消毒之作業流程

回覆率100%(30/30)

項目	類型(區)	北區	中區	南區	總數

項目	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
機器及環境清潔消毒之作業流程	9	3	2	4	4	8	15	15
機器消毒用具 回覆率100%(30/30)								
項目	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
醫療器械消毒濕巾	3	0	0	0	0	0	3	0
不織布抹布	0	1	1	0	1	2	2	3
不織布抹布、拋棄式不織布	0	0	0	1	0	0	0	1
布類抹布	2	0	0	1	0	0	2	1
布類抹布、不織布抹布	0	0	0	0	1	1	1	1
拋棄式抹布	4	2	1	2	2	5	7	9
機器消毒方式 回覆率100%(30/30)								
項目	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
140ppm 普效錠消毒溶液	0	0	0	1	0	0	0	1
DDSH 表面清潔劑	0	0	0	0	1	0	1	0
消毒濕巾	2	0	0	1	0	0	2	1
二氧化氯	0	0	0	0	0	1	0	1
酒精75%	0	0	0	0	1	0	1	0
漂白水(1000ppm)	6	2	1	1	0	3	7	6
漂白水(500ppm)	1	1	1	1	1	2	3	4
漂白水6%	0	0	0	0	1	1	1	1
漂白水0.5%	0	0	0	0	0	1	0	1

機器消毒頻次 回覆率100%(30/30)								
項目	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
每班	9	3	2	4	4	8	15	15
機器消毒範圍 回覆率100%(30/30)								
項目	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
機器面板、機身、機台 置物架	6	2	1	3	4	6	11	11
機器面板、機身	2	1	0	0	0	2	2	3
機器面板、機身、機台 置物架、血壓計壓脈袋	0	0	0	1	0	0	0	1
機器面板、機身、機台 置物架、床區	1	0	0	0	0	0	1	0
機器面板、機身、機台 置物架、KELLY	0	0	1	0	0	0	1	0
環境消毒用具 回覆率100%(30/30)								
項目	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
不織布抹布	0	1	1	0	1	1	2	2
布類抹布、拋棄式不織 布擦拭布	1	0	0	0	0	0	1	0
布類抹布	4	0	0	1	0	2	4	3
拋棄式抹布	4	2	1	3	3	4	8	9
噴霧	0	0	0	0	0	1	0	1

環境消毒方式
回覆率100%(30/30)

項目	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
140ppm 普效錠消毒溶液	0	0	0	1	0	0	0	1
含氯消毒液5000ppm	0	0	1	0	0	0	1	0
二氧化氯	0	0	0	0	0	1	0	1
漂白水(1000ppm)	4	1	0	1	1	3	5	5
漂白水(500ppm)	2	1	1	1	3	3	6	5
漂白水6%	0	0	0	0	0	1	0	1
漂白水0.6%	1	0	0	0	0	0	1	0
漂白水0.6%	0	0	0	0	0	1	0	1
漂白水0.06%	2	1	0	0	0	0	2	1

環境消毒頻次
回覆率100%(30/30)

項目	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
每班	9	2	2	3	4	7	15	12
每天	0	1	0	1	0	1	0	3

環境消毒範圍
回覆率100%(30/30)

項目	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
床、床欄	0	0	0	0	0	1	0	1
床、床欄、周遭用品	3	0	0	1	1	0	4	1

	床、床欄、點滴架	1	0	1	0	1	1	3	1	
	床、床欄、點滴架、周 遭用品	4	2	1	3	1	6	6	11	
	床欄、周遭用品	1	1	0	0	1	0	2	1	
	*周遭用品:床旁桌、壓脈帶、桌面、電視...等。									
四、標準防護措施及其他防 護措施	洗手設備位置及數量調查									
	濕洗手數量									
	回覆率100%(30/30)									
		類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	項目		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
	有提供濕洗手數量		9	3	2	4	4	6	15	13
	無提供濕洗手數量		0	0	0	0	0	2	0	2
	透析床(台)院所總數									
		類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	項目		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有提供透析床總數		9	3	2	4	4	8	15	15	
工作車(台)院所總數										
	類型(區)	北區		中區		南區		總數		
項目		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
有提供工作車總數		9	3	2	4	4	8	15	15	
護理站(個)院所總數										
	類型(區)	北區		中區		南區		總數		
項目		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
有提供護理站總數		9	3	2	4	4	8	15	15	

大門入口(個)院所總數

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有提供大門入口總數	9	3	2	4	4	8	15	15

透析床(台)院所總數並有乾洗手劑數量

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有提供透析床總數有乾洗手劑數量	9	3	2	4	4	8	15	15

工作車(台)院所之總數並有乾洗手劑數量

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有提供工作車總數並有乾洗手劑數量	9	3	2	4	4	8	15	15

護理站(個)院所總數並有乾洗手劑數量

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有提供護理站總數並有乾洗手劑數量	9	3	2	4	4	8	15	15

大門入口(個)院所總數並有乾洗手劑數量

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有提供大門入口總數	9	3	2	4	4	8	15	15

並有乾洗手劑數量									
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

辦理手部衛生稽核
回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
每個月	7	1	2	2	4	0	13	3
每一季	0	1	0	2	0	4	0	7
每半年	2	0	0	0	0	2	2	2
每年	0	1	0	0	0	2	0	3

藥物準備區位置
回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
工作車	5	0	1	1	3	1	9	2
工作車、準備區	3	0	1	0	1	0	5	0
病人透析機台、工作車、準備區	0	0	0	1	0	0	0	1
病人透析機台、工作車、	0	0	0	0	0	1	0	1
病人透析機台、準備區	0	1	0	1	0	0	0	2
病人透析機台	1	0	0	0	0	1	1	1
準備區	0	2	0	1	0	5	0	8

是否抗凝劑的空針外註明藥物名稱、稀釋時間及稀釋後劑量
回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
三項皆有	6	1	2	4	4	7	12	12
無稀釋時間	2	1	0	0	0	0	2	1
無稀釋時間及稀釋後劑量	1	0	0	0	0	1	1	1
三項皆無	0	1	0	0	0	0	0	1

是否有多劑量包裝藥物
回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
無多劑量包裝藥物	8	1	2	4	3	5	13	10
有多劑量包裝藥物	1	2	0	0	1	3	2	5

有針扎事件處理流程
回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有	9	3	2	4	4	8	15	15

有血液透析感染管制規範
回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有	9	3	2	4	4	8	15	15

是否穿戴個人防護裝備

回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
全部項目都有	6	2	1	1	1	5	8	8
無面罩	3	0	1	3	0	0	3	3
無隔離衣	0	0	0	0	0	2	0	2
無隔離衣、面罩	0	0	0	0	3	1	3	1
無護目鏡	0	1	0	0	0	0	0	1

接受感染管制教育3小時

回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有	8	2	2	1	4	5	14	8
無	1	1	0	3	0	3	1	7

是否設有收針車

回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有	7	3	2	2	4	8	13	13
無	2	0	0	2	0	0	2	2

是否設置生物醫療性廢棄物及尖銳物品收集容器

回覆率100%(30/30)

項目	類型(區)	北區		中區		南區		總數	
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有		9	3	2	4	4	8	15	15



社團法人台灣感染管制學會

血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究
第五次專家小組會議記錄

- ◎ 時間：110年9月13日（星期一）晚上6點30分
- ◎ 地點：高雄醫學大學附設中和紀念醫院啟川大樓6樓第一會議室
- ◎ 主持人：陳堯生
- ◎ 共同主持人：黃尚志、張峰義、盧柏樑、李佳蓉
- ◎ 協同主持人：張哲銘、詹明錦、洪靖慈、李原地、陳瑛瑛、
吳家兆、姜至剛、張明揚、王明誠、楊孟儒
- ◎ 請假：陳宜君、施智源、吳志仁、湯宏仁、鍾牧圻

主席：陳堯生

記錄：黃建豪

壹、 主持人致詞，陳焱生副院長致詞，黃尚志理事長致詞

貳、 報告事項

一、 2021年9月應完成工作項目表及9月執行進度，如下：

2021年	預定執行事項	執行進度
九月	<ol style="list-style-type: none">1. 召開第五次專家小組會議並紀錄備查2. 綜整醫療院所自我查檢表回復評核結果3. 參與醫療院所實地輔導訪查情形綜整及問題分析	<ol style="list-style-type: none">1. 已於2021年9月11日星期六晚上6:30至8:30於高雄醫學大學附設中和紀念醫院啟川大樓6樓第一會議室舉行第一次實體暨線上交流會議並紀錄備查。2. 已於2021年9月13日星期一晚上6:30至7:00於高雄醫學大學附設中和紀念醫院啟川大樓6樓第一會議室舉行第五次專家小組實體暨線上交流會議並紀錄備查。

二、110 年度血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究計畫-輔導訪視

30 間機構名單 (醫學中心共 11 家，區域醫院共 4 家，基層診所共 15 家。)

醫療院所名稱	縣市	機構層級
衛生福利部雙和醫院	新北	區域醫院
佛教慈濟醫療財團法人臺北慈濟醫院	新北	區域醫院
益康診所	新北	基層診所
杏原診所	新北	基層診所
國泰綜合醫院	台北	醫學中心
臺北市立萬芳醫院	台北	醫學中心
台北馬偕紀念醫院	台北	醫學中心
國立台灣大學醫學院附設醫院	台北	醫學中心
三軍總醫院(內湖總院)	台北	醫學中心
臺北榮民總醫院	台北	醫學中心
基督復臨安息日會醫療財團法人臺安醫院	台北	區域醫院
信德診所	台北	基層診所
彰化基督教醫院	彰化	醫學中心
仁美診所	彰化	基層診所
臺中榮民總醫院	台中	醫學中心
中英診所	台中	基層診所
上水透析診所	新竹	基層診所
安慎診所	新竹	基層診所
奇美醫療財團法人奇美醫院	台南	醫學中心
謝智超達恩診所	台南	基層診所
高雄榮民總醫院	高雄	醫學中心
高雄醫學大學附設醫院	高雄	醫學中心
高雄義大醫院	高雄	區域醫院
偉仁健康診所	高雄	基層診所
鴻仁健康診所	高雄	基層診所
優彼高榮育仁診所	高雄	基層診所
好生診所	高雄	基層診所
明港診所	高雄	基層診所
佑鎮診所	高雄	基層診所
聖博診所	高雄	基層診所

北區共有 12 家機構

中區共有 6 家機構

南區共有 12 家機構

參、問題討論：

一、因目前疫情升溫，需討論實地輔導訪視是否適宜舉行，今年應執行的實地輔導訪視，若因疫情無法繼續執行，後續需如何處理？

經電詢 CDC，建議方案如下

1. 今年不訪視北部 12 家機構，只訪視中、南部 18 家機構，須請學會發函至 CDC 告知，並要重新議約。
2. 視疫情情況調整實地輔導訪視時間，但得在今年度的時間內完成計畫書中所有事項，不得延至明年。
3. 將實地輔導訪視改以視訊輔導訪視，須請學會發函至 CDC 告知，並要重新議約。

決議：經過會議研討及評估後，15 位委員選擇第 2 選項，照計畫完成實地輔導訪視 30 家血液透析醫療院所，並建議實地輔導訪視委員不跨區訪視。照原定計畫 10 月中旬完成 30 家的實地輔導訪視作業，並請 30 家血液透析醫療院所及各區委員提供 9/27~10/22 可以配合的實地輔導訪視時段完成實地輔導訪視作業。

肆、臨時動議：

伍、散會：110 年 9 月 13 日 19:00

附錄三

附錄三、四家血液透析院所前驅資料

醫院編號	B、C 型肝炎之檢查紀錄:對未感染 B、C 型肝炎之員工每年至少一次追蹤檢查紀錄。	B、C 型肝炎之檢查紀錄:未感染 B、C 型肝炎之員工有定期追蹤檢查紀錄	透析室之所有員工有 B、C 型肝炎之檢查紀錄。	其他:請描述	未曾接種 B 肝疫苗且抗體陰性人員	已完成接種 B 肝疫苗且有抗體	按期程接種 B 肝疫苗者	提供員工「B 型肝炎疫苗」的措施	109年季節性流感疫苗(10月至12月)接種率
A-1	有勾選	有勾選	有勾選	無	13	0	5	院所全額補助	100%
A-2	有勾選	有勾選	有勾選	無	0	0	0	院所全額補助	80.30%
A-3	有勾選	有勾選	有勾選	無	0	0	0	院所全額補助	98.90%
A-4	有勾選	有勾選	有勾選	無	0	0	0	院所全額補助	95.12%

醫院編號	流感疫苗接種人員(分子)	需接種流感疫苗總人數(分母)	1981年以後出生之護理工作人員人數	109年新進人員	1981年以後出生之護理工作人員人數(具疹免疫力人員比率)	109年新進人員(具疹免疫力人員比率)	每年胸部 X 光檢查達成率	X 光檢查與病人直接接觸之醫療相關人員及其他工作人員(分母)	X 光檢查與病人直接接觸之醫療相關人員及其他工作人員(分子)
A-1	57	57	11	0	100%	0	100%	60	60
A-2	122	152	39	9	100%	100%	100%	140	140

A-3	90	91	47	3	100%	100%	100%	98	98
A-4	39	41	15	2	73.30%	100%	100%	49	49

醫院編號	逆滲透水菌落數檢測地點	其他：描述	透析液檢測時間	逆滲透水檢測結果之行動標準值	內毒素檢驗標準值	內毒素檢測頻率	內毒素檢測水質	內毒素抽樣件數(總計)	內毒素抽樣件數(透析機總計)
A-1	機房內每個RO設備出水口及回水口	110年起，每季採檢加護單位固定RO出水口之菌落數	每季每台透析機至少檢測一次	>50 CFU/ml	<0.125EU/ml，採用凝膠法	每兩個月一次	逆滲透水及透析液皆有檢測	684	112
A-2	機房內每個RO設備出水口及回水口	無	每季每台透析機至少檢測一次	>50 CFU/ml	< 0.25 EU/ml	每年至少檢測一次	逆滲透水及透析液皆有檢測	604	244
A-3	機房內每個RO設備出水口及回水口	無	每季每台透析機至少檢測一次	>50 CFU/ml	< 0.25 EU/ml	每半年一次	逆滲透水及透析液皆有檢測	160	96
A-4	機房內每個RO設備出水口及回水口	無	每季每台透析機至少檢測一次	>50 CFU/ml	< 0.25 EU/ml	每三個月一次	逆滲透水及透析液皆有檢測	52	5

醫院編號	B 型肝炎隔離措施	C 型肝炎隔離措施	血液透析後其機器消毒方式	化消之消毒液名稱	機器消毒頻次	透析病人肝炎監測頻率	是否訂有透析病人急性病毒性肝炎陽轉個案通報機制
A-1	分區且固定機台	無，目前 C 型肝炎病人已全數完治。	熱消跟化消	次氯酸鈉+過醋酸	每天及每班	每年	1. B 型肝炎檢驗報告轉陽性者，主治醫師開立醫囑，為病人執行 DNA 定量檢驗，會診肝膽內科確診後，依時效通報。 2.C 型肝炎檢驗報告轉陽性者，主治醫師開立醫囑，為病人執行 RNA 定量檢驗，會診肝膽內科確診後，依時效通報。
A-2	分區且固定機台	分區或集中照護	熱消跟化消	蘋果酸	每班	每半年	B 型及 C 型肝炎檢驗報告，系統會自動轉檔給感染管制，感染管制通知主治醫師，由醫師開立醫囑並進行定量檢驗及會診肝膽內科，若確診且符合通報定義，則由感染管制依時限內通報。
A-3	分區且固定機台	分區且固定機台	化消	漂白水+過醋酸	每班(說明每日透析結束終期消毒)	每半年	B 型及 C 型肝炎檢驗報告，系統會自動轉檔給感染管制，感染管制通知主治醫師，由醫師開立醫囑並進行定量檢驗及會診肝膽內科，若確診且符合通報定義，則由感染管制依時限內通報。
A-4	分區且固定	集中照護	熱消	無	每班	每半年	1. 依傳染病防治法於通報實

醫院編號	B 型肝炎隔離措施	C 型肝炎隔離措施	血液透析後其機器消毒方式	化消之消毒液名稱	機器消毒頻次	透析病人肝炎監測頻率	是否訂有透析病人急性病毒性肝炎陽轉個案通報機制
	機台						限(1周內)進行通報，檢測 RNA 病毒以排除是否偽陽性。 2. 發現 anti-HCV 陽轉新個案3個月內，再次檢測透析單位全部的 C 型肝炎病毒抗體陰性病人，且將檢查頻率縮短至 每3個月1 次。 3. 連續2次沒有新增陽轉個案，回歸每6個月檢查1次。 4.若持續發現新增陽轉 anti-HCV 個案維持檢查頻率每3個月1次，需調查感染來源、執行改善措施。

醫院編號	109年通報件數 B 型肝炎陽性	109年通報件數 C 型肝炎	基礎值陰性人數(A) ^{註1}	陽轉個案數(B) ^{註2}	陽轉率 % (B/A)	基礎值陰性人數(A) ^{註2}	陽轉個案數(B) ^{註2}	陽轉個案有檢驗 RNA 個案數
A-1	0	0	0	0	0	0	0	0
A-2	1	0	814	1	0.12%	914	0	0
A-3	0	0	268	0	0%	280	0	0
A-4	0	0	222	0	0	240	0	0

醫院編號	陽轉率% (B/A)	病人透析前 是否有進行 量溫	是否訂有透 析發燒病人 處置	設置隔離區	是否訂有新 興傳染病應 變計畫	109年應受訓 醫護人員數	109年實際參 加 PPE 訓練 人數	109年訓練完 成度百分比
A-1	0	是	有	否	是	57	57	100%
A-2	0	是	有	是(負壓隔離 區)	是	145	145	100%
A-3	0	是	有	是(負壓隔離 區)	是	85	85	100%
A-4	0	是	有	否	是	49	49	100%

醫院編號	機器消毒用 具	機器消毒方 式	機器消毒頻 次	機器消毒範 圍	環境消毒用 具	環境消毒方 式	環境消毒頻 次	環境消毒範 圍
A-1	拋棄式抹布	DDSH 表面 清潔劑	每班及每天	機器面板、 機身、機台 置物架	拋棄式抹布	1000PPM 漂 白錠 (Jentabs)	每班	床、床欄、 點滴架
A-2	拋棄式抹布	漂白水，濃 度1000PPM 及5000PPM	每班	機器面板、 機身、機台 置物架	拋棄式抹布	漂白水，濃 度 ： 1000PPM 及 5000PPM	每班	床、床欄、 點滴架(其他： 陪客椅)
A-3	不織布抹布	漂白水，濃 度：6%及過 醋酸	每班	機器面板、 機身、機台 置物架	不織布抹布	漂白水，濃 度 ： 500PPM	每班	床、床欄(其 他:床上桌、 陪客椅)
A-4	布類抹布(每 台1~2塊用過 即送洗)	氯 錠 (1000PPM 漂 白水)	每班	機器面板、 機身、機台 置物架	布類抹布	漂白水，濃 度：0.6%和 0.06%	每班	床、床欄、 點滴架

醫院編號	濕洗手數量	院所之透析床總數(台)	院所之工作車總數(台)	院所之護理站之總數(個)	院所之大門入口之總數(個)	其他位置，請說明	透析床之乾洗手劑數量	工作車之乾洗手劑數量
A-1	11	74	22	3	1	無	74	22
A-2	51	244	60	6	5	1. 三大區(ABH)走道9台 2. 三大區(ABH)急救車3台	244	60
A-3	12	71	25	2	5	無	62	25
A-4	6	52	14	1	1	無	52	14

醫院編號	護理站之乾洗手劑數量	大門入口之乾洗手劑數量	是否辦理手部衛生稽核	藥物準備區	是否抗凝劑的空針外註明藥物名稱、稀釋時間及稀釋後劑量	是否還有多劑量包裝藥物	有針扎事件處理流程	有血液透析感染管制規範
A-1	3	1	是，每個月皆辦理	工作車及準備區	是	無	是	是
A-2	6	5	是，每個月皆辦理	工作車	是	無	是	是
A-3	2	5	是，每個月皆辦理	工作車	是	ON FVC 會使用的 Lidocaine (開封效期3天)	是	是

A-4	0	1	是，每個月 皆辦理	工作車及準 備區	是	無	是	是
-----	---	---	--------------	-------------	---	---	---	---

醫院編號	是否穿戴個人防護裝備	接受感染管制教育3小時	是否設有收針車	是否設置生物醫療性廢棄物及尖銳物品收集容器
A-1	是	是	是	是
A-2	是	是	是	是
A-3	是	是	是	是
A-4	是	是	是	是

附錄四

附錄四、血液透析輔導訪視表

經20211028第二次交流會議後修訂

血液透析自評表（草案）

血液透析醫療院所：

輔導訪視日期：

輔導項目	評量項目	自評表
1. 人員 健康 管理- 工作 人員	1.1 B 型肝炎病毒表面抗原 (HBsAg)、B 型肝炎病毒表面抗體 (anti-HBs)、C 型肝炎病毒抗體 (anti-HCV) 等檢驗紀錄並造冊，並提供適宜的管理及保存，保障員工隱私。	<input type="checkbox"/> 1.1 透析室之所有員工有 B、C 型肝炎之檢查紀錄；且對未感染 B、C 型肝炎之員工每年至少一次追蹤檢查紀錄。 <input type="checkbox"/> 1.2 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（請描述：_____）追蹤檢查紀錄。 <input type="checkbox"/> 1.3 透析室之所有員工有 B、C 型肝炎之檢查紀錄。 <input type="checkbox"/> 1.4 其他：請描述_____。
	1.2 B 型肝炎疫苗、流感疫苗與麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合 (Measles、Mumps、Rubella, MMR) 疫苗接種紀錄。	【B 型肝炎疫苗】 1.2.1 是否掌握全體醫護人員 B 肝抗原抗體檢測資料（如抗體檢測、接種證明等）？ <input type="checkbox"/> 否（請跳答【季節性流感疫苗】） <input type="checkbox"/> 是，全院 109 年有___名從未曾接種疫苗且抗體陰性人員(填報人員數為 0 者，請跳答1.2.2)。 是否追蹤1.2.1填報人員接種 B 肝疫苗？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，上述人員目前共有___人已完成接種 B 型肝炎疫苗且有抗體，其中有___人為按期程接種者（第 1 劑、第 2 劑間隔 1 個月，滿 6 個

輔導項目	評量項目	自評表						
		<p>月追接種第3劑)，其中有___人為按期程接種後抗體陰性人員。</p> <p>1.2.2院所是否提供員工「B型肝炎疫苗」的措施？</p> <p><input type="checkbox"/>否，員工完全自費。</p> <p><input type="checkbox"/>是，院所部分補助。</p> <p><input type="checkbox"/>是，院所全額補助。</p> <p>【季節性流感疫苗】</p> <p>1.2.3 2020年醫療照護及相關工作人員流感流行季（每年10月至12月）之流感疫苗接種率：____%（分子：____人；分母：_____人）</p> <p>【MMR 疫苗】</p> <p>1.2.4是否訂有醫療照護工作人員 MMR 疫苗接種計畫？</p> <p><input type="checkbox"/>否。</p> <p><input type="checkbox"/>是，請填寫下表。</p> <table border="1" data-bbox="1077 815 2000 1082"> <tr> <td data-bbox="1077 815 1435 983">1981年以後出生之醫療照護工作人員人數 (甲) ^{註1}</td> <td data-bbox="1435 815 1727 983">甲類人員中符合 ^{註2}任一條件之人數： (乙)</td> <td data-bbox="1727 815 2000 983">具麻疹免疫力之工作人員比率 (%) 乙/甲*100</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1077 983 1435 1082"></td> <td data-bbox="1435 983 1727 1082"></td> <td data-bbox="1727 983 2000 1082"></td> </tr> </table> <p>註1.若具接種禁忌情況者，可自甲類人員人數中扣除，並請於備註欄註明原因；惟若不再具應接種禁忌情況（如懷孕）者，應重新評估接種之可能性。</p> <p>註2.依據衛生福利部傳染病防治諮詢會預防接種組108年第1次會議決議，可以符合下列任一項條件判定：</p> <p>(1)具有【曾經診斷確認感染麻疹】佐證資料，或</p> <p>(2)提出【具麻疹免疫抗體檢測陽性報告，且檢驗日期距今<5年】，</p>	1981年以後出生之醫療照護工作人員人數 (甲) ^{註1}	甲類人員中符合 ^{註2} 任一條件之人數： (乙)	具麻疹免疫力之工作人員比率 (%) 乙/甲*100			
1981年以後出生之醫療照護工作人員人數 (甲) ^{註1}	甲類人員中符合 ^{註2} 任一條件之人數： (乙)	具麻疹免疫力之工作人員比率 (%) 乙/甲*100						

輔導項目	評量項目	自評表
		<p>或</p> <p>(3)提出【最後15年內曾接種1劑MMR疫苗紀錄】等。</p> <p>1.2.5 機構人員 COVID-19疫苗接種率?</p> <p>第一劑 COVID-19疫苗接種率____%(分母:____人,分子:____人)</p> <p>第二劑 COVID-19疫苗接種率____%(分母:____人,分子:____人)</p>
	<p>1.3每年胸部 X 光檢查。</p>	<p>1.3.1所有與病人直接接觸之醫療相關工作人員及其他常駐工作人員(含外包人力)一年內的胸部 X 光檢查達成率為____%。</p> <p>【說明】</p> <p>分母:單位所有與病人直接接觸之醫療相關工作人員人數____及其他常駐工作人員(含外包人力)____人。</p> <p>分子:實際執行胸部 X 光檢查醫療相關工作人員人數____及其他常駐工作人員(含外包人力)____人。</p> <p>註1:「常駐」係指「3個月以上」。</p> <p>1.3.2 是否有對機構透析病人進行胸部 X 光檢查</p> <p><input type="checkbox"/>是。頻次:<input type="checkbox"/>每半年<input type="checkbox"/>每年<input type="checkbox"/>每兩年<input type="checkbox"/>其他_____。</p> <p><input type="checkbox"/>否,請描述:_____。</p> <p>109年病人進行胸部 X 檢查達成率為____%(分母____人,分子____人)</p>

輔導項目	評量項目	自評表
2.感染管制措施-環境	<p>2.1.依循 AAMI 國際現行標準，對於菌落數監測頻率，逆滲透水 (Dialysis Water) 至少每個月檢測 1 次；所有透析機台之透析液 (Dialysis Fluid) 每季需至少檢測 1 次，合格標準為 < 100 (CFU/ml)。</p> <p>2.2設有逆滲透水檢測結果之行動標準 (action level) 為 >50 (CFU/ml)。</p> <p>2.3內毒素數據標準為 < 0.25 (EU/ml)且每年至少檢測一次。</p>	<p>2.1.1每個月檢測 1 次逆滲透水菌落數，檢測地點：</p> <p><input type="checkbox"/>機房內每個 RO 設備出水口及回水口。</p> <p><input type="checkbox"/>所有透析機台的 RO 出水口。</p> <p><input type="checkbox"/>所有 RO 出水口以抽檢方式。</p> <p><input type="checkbox"/>其他：請描述_____</p> <p>2.1.2透析液</p> <p><input type="checkbox"/>每季每台透析機至少檢測一次。</p> <p><input type="checkbox"/>以抽檢方式檢測，每台不一定每季會被檢測到。</p> <p><input type="checkbox"/>其他：請描述_____</p> <p>2.2逆滲透水檢測結果之行動標準值</p> <p><input type="checkbox"/> >50 CFU/ml</p> <p><input type="checkbox"/>醫院自訂的標準值：_____ (請描述)。</p> <p>2.3.1內毒素檢驗標準值</p> <p><input type="checkbox"/> < 0.25 EU/ml</p> <p><input type="checkbox"/>醫院自訂的標準值：_____ (請描述)。</p> <p>2.3.2內毒素檢測頻率</p> <p><input type="checkbox"/>每年至少檢測一次</p> <p><input type="checkbox"/>醫院自訂的頻率：_____ (請描述)。</p> <p>2.3.3內毒素檢測水質</p> <p><input type="checkbox"/>逆滲透水</p> <p><input type="checkbox"/>透析液</p> <p>2.3.4內毒素抽樣件數</p> <p><input type="checkbox"/>2020年總計抽驗_____件。</p> <p><input type="checkbox"/>2020年透析機總計_____台。</p>

輔導項目	評量項目	自評表
3.隔離措施	3.1血流傳染性肝炎病人實施床位區隔	<p>3.1.1 B、C型肝炎陽性病人進行血液透析時所採取之隔離措施： B型肝炎：<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>分區^{註1} <input type="checkbox"/>集中照護^{註2} <input type="checkbox"/>固定機台 <input type="checkbox"/>分區且固定機台 C型肝炎：<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>集中照護^{註2} <input type="checkbox"/>其他，請說明：</p> <hr/> <p>註1.分區：將病人安置於使用牆壁、玻璃隔板或可移動、清洗之屏風或圍簾等實體屏障區隔出的獨立空間進行照護。 註2.集中照護：採取將病人安置於以實體屏障區隔出的獨立空間照護，或是與一般病人共用同一個空間，但將相同感染的病人集中在固定的一個區域內進行照護。</p> <p>3.1.2 B、C型肝炎陽性病人血液透析後其機器消毒方式： <input type="checkbox"/>熱消 <input type="checkbox"/>化消（消毒液名稱：_____） <input type="checkbox"/>其他，請說明：</p> <hr/> <p>3.1.3 B、C型肝炎陽性病人血液透析後其機器消毒頻次： <input type="checkbox"/>每班 <input type="checkbox"/>每天 <input type="checkbox"/>其他，請說明：</p> <hr/>
	3.2每年監測病人肝炎情形，異常者有複檢	<p>3.2.1 B、C型肝炎抗體陽性透析病人肝炎監測頻率： <input type="checkbox"/>每半年 <input type="checkbox"/>每年 <input type="checkbox"/>其他，請說明：</p> <hr/> <p>3.2.2 B、C型肝炎抗你陰性透析病人肝炎監測頻率： <input type="checkbox"/>每半年 <input type="checkbox"/>每年 <input type="checkbox"/>其他，請說明：</p> <hr/> <p>3.2.3是否訂有透析病人急性病毒性肝炎陽轉個案通報機制： <input type="checkbox"/>否。 <input type="checkbox"/>是；請簡述說明通報機制：</p>

輔導項目	評量項目	自評表																										
		<p>3.2.4急性病毒性肝炎於2020年通報件數。 <input type="checkbox"/>B型肝炎陽性；____件 <input type="checkbox"/>C型肝炎；____件</p>																										
3.隔離措施	3.3監測門診透析病人B型、C型肝炎轉陽率	<p>3.3請填寫2020年透析病人B、C型病毒性肝炎檢測結果：</p> <table border="1" data-bbox="1068 480 1928 900"> <thead> <tr> <th rowspan="2">項目</th> <th colspan="3">HBsAg</th> <th colspan="5">anti-HCV 抗體</th> </tr> <tr> <th>基礎值陰性人數(A) <small>註1</small></th> <th>陽轉個案數(B) <small>註2</small></th> <th>陽轉率%(B/A)</th> <th>基礎值陰性人數(A) <small>註2</small></th> <th>陽轉個案數(B) <small>註2</small></th> <th>陽轉個案有檢RNA個案數</th> <th>陽轉個案RNA(+)個案數</th> <th>陽轉率%(B/A)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>血液透析</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>註1：「基礎值陰性」：係指2020年曾接受長期透析病人中，其2019年檢驗值均為陰性者；若該透析病人無2019年檢驗數值，則以其2019年第一次檢驗值判定，若其檢驗結果為陰性者，則亦列入基礎值陰性人數。</p> <p>註2：「陽轉個案數」：係指前項基礎值陰性者中，於2019年度檢驗結果轉為陽性者；陽轉個案數請歸人統計。</p> <p>C肝通報定義請參閱附錄。</p> <p>3.4對於發燒之透析病人有給予適當處置</p> <p>3.4.1病人透析前是否有進行量溫： <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>是</p> <p>3.4.2是否訂有透析發燒病人處置流程： <input type="checkbox"/>否</p>	項目	HBsAg			anti-HCV 抗體					基礎值陰性人數(A) <small>註1</small>	陽轉個案數(B) <small>註2</small>	陽轉率%(B/A)	基礎值陰性人數(A) <small>註2</small>	陽轉個案數(B) <small>註2</small>	陽轉個案有檢RNA個案數	陽轉個案RNA(+)個案數	陽轉率%(B/A)	血液透析								
項目	HBsAg			anti-HCV 抗體																								
	基礎值陰性人數(A) <small>註1</small>	陽轉個案數(B) <small>註2</small>	陽轉率%(B/A)	基礎值陰性人數(A) <small>註2</small>	陽轉個案數(B) <small>註2</small>	陽轉個案有檢RNA個案數	陽轉個案RNA(+)個案數	陽轉率%(B/A)																				
血液透析																												

輔導項目	評量項目	自評表								
		<input type="checkbox"/> 是- 3.4.3 是否有隔離透析的規劃： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：有規劃 ○專區 ^{註1} ○單人室 ○負壓隔離區 註1： 專區：將病人安置於使用牆壁、玻璃隔板或可移動、清洗之屏風或圍簾等實體屏障區隔出的獨立空間進行照護。								
3.隔離措施	3.5對於新興傳染病之整備、病人處置及應變計劃	3.5.1 是否訂有新興傳染病之整備、病人處置之標準流程及應變計畫： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是；請提供：_____ 3.5.2 PPE 實務需求相關訓練資料： <table border="1" data-bbox="1077 738 1608 909"> <thead> <tr> <th data-bbox="1077 738 1458 778"></th> <th data-bbox="1458 738 1608 778">2020年</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1077 778 1458 823">1.應受訓醫護人員數</td> <td data-bbox="1458 778 1608 823"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1077 823 1458 868">2.實際參加 PPE 訓練人數</td> <td data-bbox="1458 823 1608 868"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1077 868 1458 909">3.訓練完成度百分比</td> <td data-bbox="1458 868 1608 909"></td> </tr> </tbody> </table>		2020年	1.應受訓醫護人員數		2.實際參加 PPE 訓練人數		3.訓練完成度百分比	
	2020年									
1.應受訓醫護人員數										
2.實際參加 PPE 訓練人數										
3.訓練完成度百分比										

輔導項目	評量項目	自評表
	3.6環境與儀器設備之清潔消毒	3.6.1是否訂有機器及環境清潔消毒之作業流程： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是；請於實地輔導訪視時提供相關作業流程文件供參 3.6.2機器表面清消用具： <input type="checkbox"/> 布類抹布 <input type="checkbox"/> 拋棄式抹布 <input type="checkbox"/> 不織布抹布 <input type="checkbox"/> 其他，請說明：_____ 3.6.3機器表面清消方式： <input type="checkbox"/> 漂白水，濃度：_____ppm <input type="checkbox"/> 酒精，濃度：_____％ <input type="checkbox"/> 其他，請說明：_____ <input type="checkbox"/> 否 3.6.4機器表面清消頻次： <input type="checkbox"/> 每班 <input type="checkbox"/> 每天 <input type="checkbox"/> 其他，請說明：_____ 3.6.5機器表面清消範圍： <input type="checkbox"/> 機器面板 <input type="checkbox"/> 機身 <input type="checkbox"/> 機台置物架 <input type="checkbox"/> 其他，請說明：_____ 3.6.6環境清消用具： <input type="checkbox"/> 布類抹布 <input type="checkbox"/> 拋棄式抹布 <input type="checkbox"/> 不織布抹布 <input type="checkbox"/> 其他，請說明：_____ 3.6.7環境清消方式： <input type="checkbox"/> 漂白水，濃度：_____ppm <input type="checkbox"/> 酒精，濃度：_____％ <input type="checkbox"/> 其他，請說明：_____ <input type="checkbox"/> 否 3.6.8環境清消頻次： <input type="checkbox"/> 每班 <input type="checkbox"/> 每天 <input type="checkbox"/> 其他，請說明：_____ 3.6.9環境清消範圍： <input type="checkbox"/> 床 <input type="checkbox"/> 床欄 <input type="checkbox"/> 點滴架 <input type="checkbox"/> 地板 <input type="checkbox"/> 其他，請說明：_____
4.標準	4.1手部衛生	4.1.1洗手設備調查：濕洗手_____個；乾洗手（請填下表）

輔導項目	評量項目	自評表					
防護措施及其他防護措施		設置位置	透析床 (台)	工作車 (台)	護理站 (個)	大門入口 (個)	其他位置，請 說明
		院所之總數					
		上述地點有乾洗手劑之數量					
		4.1.2 是否辦理手部衛生稽核 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，頻次：○每月 ○每季 ○每半年 ○每年					
	4.2 安全的用藥/注射行為	4.2.1 藥物準備區： <input type="checkbox"/> 病人透析機台 <input type="checkbox"/> 工作車 <input type="checkbox"/> 準備區 4.2.2 抗凝劑的空針外註明藥物名稱、稀釋時間及稀釋後劑量： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是；空針外註明 <input type="checkbox"/> 藥物名稱 <input type="checkbox"/> 稀釋時間 <input type="checkbox"/> 稀釋後劑量 4.2.3 除抗凝劑外，是否還有多劑量包裝藥物： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，請列舉_____					
	4.3 針扎及個人防護裝備	4.3.1 是否訂有針扎事件處理流程： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是；請於實地輔導訪視時提供相關作業流程文件供參 4.3.2 是否訂有血液透析感染管制規範： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是；請於實地輔導訪視時提供相關作業流程文件供參 4.3.3 人員執行血液透析穿刺、收針等有可能產生血液、體液之飛濺					

輔導項目	評量項目	自評表
		<p>時，是否穿戴隔離衣、手套、口罩、護目鏡或面罩等個人防護裝備：</p> <p><input type="checkbox"/> 否</p> <p><input type="checkbox"/> 是；人員穿戴 <input type="checkbox"/> 隔離衣 <input type="checkbox"/> 手套 <input type="checkbox"/> 口罩 <input type="checkbox"/> 護目鏡 <input type="checkbox"/> 面罩</p> <p>4.3.4 人員每年是否接受感染管制教育3小時：</p> <p><input type="checkbox"/> 否</p> <p><input type="checkbox"/> 是</p> <p>4.3.5 是否設有收針車：</p> <p><input type="checkbox"/> 否</p> <p><input type="checkbox"/> 是</p> <p>4.3.6 是否有設置生物醫療性廢棄物及尖銳物品收集容器：</p> <p><input type="checkbox"/> 否</p> <p><input type="checkbox"/> 是</p>

◎本表尚為草案，可再依實際執行情況進行修訂

110年度血液透析輔導訪視委員評量表

1. 介紹訪查團隊成員。
2. 推選召集委員。(由訪查委員代表間推選)
3. 機構基本資料說明：

醫院/診所名稱	機構名稱	機構名稱	機構名稱
機構負責人			
總病床數			
急性一般病床			
血液透析治療床			
其他			

4. 說明本梯次實地訪查之行程(時間)安排：

時間安排	機構名稱	機構名稱	機構名稱
	醫學中心	區域醫院	基層診所
進行方式			
會前會	5分鐘	5分鐘	5分鐘
人員介紹及訪查流程說明	10分鐘	10分鐘	10分鐘
實地訪查作業(不需簡報)	30分鐘	30分鐘	15分鐘
訪查人員資料整理與討論	15分鐘	15分鐘	10分鐘
訪查人員與院方意見交流	10分鐘	10分鐘	10分鐘
合計	70分鐘	70分鐘	50分鐘
訪查起迄時間 ¹	起：_時_分 迄：_時_分 共：__分鐘	起：_時_分 迄：_時_分 共：__分鐘	起：_時_分 迄：_時_分 共：__分鐘

註¹：訪查時間總分鐘數之計算不包含會前會及用餐時間

5. 實地訪查進程序：

- (1) 會前會（5分鐘）：由訪查團隊針對當日（梯次）受查醫院之概況進行討論及釐清相關疑義，以建立初步訪查共識。
- (2) 人員介紹及訪查流程說明：由召集委員說明訪查目的與預定流程，並介紹訪查團隊成員；另由機構介紹陪同人員
- (3) 實地訪查作業：依據公布之訪查基準及評量共識進行實地訪查；不需進行簡報。
- (4) 訪查人員資料整理與討論：訪查團隊針對實地訪查之訪查結果作逐一確認（建議事項）。
- (5) 訪查人員與院方意見交流：訪查團隊回饋訪查結果，並由受查機構針對缺失及建議事項進行確認並做適當回覆。如訪查團隊與院方仍未能取得共識，請受查機構列舉於訪查表之「受訪查醫院回饋意見」欄位，現場仍請院方與召集委員共同簽名後，由隨行人員負責記錄有疑義之項次及雙方意見。

6. 訪查結果(建議事項)處理作業：

- (1) 訪查結果由血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究計畫助理之訪查成績核算及建議事項製作，並於當年度實地訪查作業完成後2週內將訪查結果（建議事項）函知受查醫院。
- (2) 本年度輔導結果應於110年11月15日前於血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究計畫期末報告中說明與建議事項辦理情形。

7. 依據110年3月19日第二次專家小組會議決議，本年度血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究計畫輔導訪視表單如下表：

輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明
1. 人員健康管理- 工作人員	1.1 B 型肝炎病毒表面抗原 (HBsAg)、B 型肝炎病毒表面抗體 (anti-HBs)、C 型肝炎病毒抗體 (anti-HCV) 等檢驗紀錄並造冊，並提供適宜的管理及保存，保障員工隱私。	<input type="checkbox"/> 1：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 型肝炎之員工每年至少一次追蹤檢查紀錄。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 3：透析室之所有員工有 B、C 型肝炎之檢查紀錄。 【說明】 「透析室之所有員工」，係指透析室內常規負責執行透析作業的醫護人員。

輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明
1. 人員健康管理-工作人員	1.2 B型肝炎疫苗、流感疫苗與麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合（Measles、Mumps、Rubella, MMR）疫苗接種紀錄。	<p>1-1 B型肝炎表面抗原及表面抗體為陰性者有疫苗接種。</p> <p>1-2 每年流感疫苗接種達80% 含以上。</p> <p>1-3 新進人員提出麻疹、德國麻疹抗體陽性證明或完成 MMR 疫苗接種紀錄，達80%以上。</p> <p><input type="checkbox"/> 以上3項皆達成。</p> <p><input type="checkbox"/> 以上3項達成2項。</p> <p><input type="checkbox"/> 以上3項達成1項。</p> <p>【說明】</p> <p>(1) 季節性流感疫苗接種率應達 80%（含）以上。有關季節性流感疫苗接種率之計算方式，分母為當年度10月至12月在職之醫事及非醫事人員（含外包人力、在地區級以上教學醫院執勤之醫事實習學生及固定服務之衛生保健志工），並得扣除經評估具接種禁忌症不適合接種之人員，分子為前述人員於該段期間內完成接種人數。</p> <p>(2) MMR 疫苗</p> <p>c. 2020年新進人員中，1981年（含）以後出生者具麻疹免疫力的比率為評量標準，應達80%以上。</p> <p>d. 具麻疹免疫力比率的計算方式：</p> <p><u>分母</u>-包括1981年（含）以後出生之第一線會接觸到病人的醫事及非醫事人員（含在地區級以上教學醫院執勤之醫事實習學生及其他常駐工作人員【如：書記、清潔人員、傳送人員等】），並得扣除經評估具接種禁忌症不適合接種之人員；</p> <p><u>分子</u>-前述人員中具麻疹免疫力的人數。</p>

輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明
1. 人員健康管理-工作人員	1.3每年胸部 X 光檢查。	<input type="checkbox"/> 1：每年進行胸部 X 光檢查且達成率100%。 <input type="checkbox"/> 2：每年進行胸部 X 光檢查且達成率達80%以上。 <input type="checkbox"/> 3：每年進行胸部 X 光檢查且達成率為80%以下。 【說明】 分母:所有與病人直接接觸之醫療相關工作人員及其他常駐工作人員（含外包人力）。 分子:與病人直接接觸之醫療相關工作人員及其他常駐工作人員（含外包人力）實際執行胸部 X 光檢查人數。
2. 感染管制措施-環境	2.1.依循 AAMI 國際現行標準，對於菌落數監測頻率，逆滲透水（Dialysis Water）至少每個月檢測 1 次；所有透析機台之透析液（Dialysis Fluid）每季需至少檢測1次，合格標準為<100（CFU/ml）。 2.2設有逆滲透水檢測結果之行動標準（action level）為>50（CFU/ml）。 2.3內毒素數據標準為<0.25（EU/ml）且每年至少檢測一次。	<input type="checkbox"/> 1：逆滲透水至少每個月檢測 1 次；所有透析機台之透析液每季需至少檢測 1 次，且針對不合格點有檢討說明並留有紀錄備查。 <input type="checkbox"/> 2：管理規範設有逆滲透水檢測結果之行動標準（action level）規範，且針對超出行動標準值的不合格點有檢討說明並留有紀錄備查。 <input type="checkbox"/> 3：內毒素每年至少檢測一次（標準為<0.25 EU/ml）且針對超出標準值的不合格點有檢討說明並留有紀錄備查。
3. 隔離措施	3.1血流傳染性肝炎病人實施床位區隔	<input type="checkbox"/> 1：B型肝炎病人有機器隔離及床位隔離區，C 型肝炎病患有集中照護，且兩班之間機器有徹底消毒。 <input type="checkbox"/> 2：B型肝炎病人無機器隔離與床位隔離區，或 C 型肝炎病人無集中照護，但兩班之間機器皆有徹底消毒。 <input type="checkbox"/> 3：完全未作區隔或兩班之間機器無徹底消毒。

輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明
3.隔離措施	3.2每年監測病人肝炎情形，異常者有複檢	<input type="checkbox"/> 1：所有透析病人均有建立肝炎監測，陽轉者皆有追蹤處置且血液透析室有符合法令的通報與加強監測作為。 <input type="checkbox"/> 2：只有部份透析病人有建立肝炎監測，但陽轉者皆有追蹤處置且血液透析室有符合法令的通報與加強監測作為。 <input type="checkbox"/> 3：沒有定期監測，或陽轉者無追蹤處置或血液透析室無符合法令的通報與加強監測作為。
	3.3監測門診透析病人 B 型、C 型肝炎轉陽率	<input type="checkbox"/> 1：一年內B 肝及C 肝轉陽性率各 $\leq 5\%$ 。 <input type="checkbox"/> 2：一年內B 肝或C 肝轉陽性率 $> 5\%$ 。
	3.4對於發燒之透析病人有給予適當處置	<input type="checkbox"/> 1：對於發燒病人的處置有標準流程，譬如有提供口罩、乾洗手，並給予適當處置。 <input type="checkbox"/> 2：對於發燒病人的處置無規範。 【說明】 每位透析患者須透析前須進行體溫監控，若有異常宜安置隔離區或獨立區域進行透析。
	3.5對於新興傳染病之整備、病人處置及應變計劃	<input type="checkbox"/> 1：對於新興傳染病之整備、病人處置有制定標準之流程及應變計畫。 <input type="checkbox"/> 2：對於新興傳染病防治無規範。 【說明】 (1) 設置TOCC詢問表，詢問對象須包含病人、陪病人員。 (2) 人員須完成新興傳染病教育訓練1場/年。通過個人防護裝備實務穿脫。
	3.6環境與儀器設備之清潔消毒	1.訂有機器管路消毒作業流程及落實執行。 2.訂有機器表面清潔消毒作業流程及落實執行。 3.訂有病人週遭環境表面清潔消毒作業流程及落實執行。 <input type="checkbox"/> 1：3項皆有落實執行。 <input type="checkbox"/> 2：有完成1-2項。 <input type="checkbox"/> 3：皆無完成。

輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明
4.標準防護措施及其他防護措施	4.1手部衛生	<input type="checkbox"/> 1：符合第2大項說明，且 1-1每張透析床都有乾洗手設備。 1-2訂有手部衛生稽核機制。 1-3定期稽核手部衛生遵從性及正確性且留有紀錄。 <input type="checkbox"/> 2： 2-1濕洗手設備應為非手控式水龍頭，且有正確洗手步驟之標示，洗手台備有洗手液及擦手紙。 2-2執行下列說明，能確實洗手。 <input type="checkbox"/> 3：未達上述標準。 【說明】 (1) 依循手部衛生5時機執行手部衛生（即：接觸病人前、執行清潔/無菌操作技術前、暴觸病人風險後、接觸病人後、接觸病人週遭環境後）。 (2) 於病室入口、病床旁設置酒精性乾洗手設備，或提供醫療照護工作人員攜帶型酒精性乾洗手液，以提升高工作人員手部衛生遵從性。 (3) 與病人直接接觸時，不應配戴人工指甲。 (4) 如果雙手沒有明顯髒汙，可使用酒精性乾洗手液代替清水與肥皂，執行手部衛生。 (5) 考量透析作業過程具有暴觸血液的風險，建議工作人員於過程中應配戴手套。 (6) 照護病人脫除手套後，需執行手部衛生；不可使用同一雙手套照護另一位病人。

輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明
4.標準防護措施及其他防護措施	4.2安全的用藥/注射行為	<input type="checkbox"/> 1：符合第2大項說明，且給藥前，給予用藥指導，給藥後，觀察病人反應，如有副作用，應與醫師確認且有處理紀錄。 <input type="checkbox"/> 2： 2-1備有單位常用藥品查詢工具。 2-2所有給藥（含自備藥）皆應有醫囑記錄。 2-3給藥時依3讀5對執行且有記錄。 2-4在抗凝劑的空針外註明藥物名稱、稀釋時間及稀釋後劑量。 <input type="checkbox"/> 3：未達上述標準。 【說明】 (1)單一劑量藥物提供僅單一病人使用，且不應以重複抽取方式使用。 (2)應於乾淨區域進行藥物準備。 (3)以無菌操作技術準備和處置非口服藥物或輸液。 (4)同1件輸液用品（如：針頭、注射器、沖洗溶液、輸液管路、或靜脈輸液等）不可使用於不同病人。 (5)避免使用多劑量包裝的藥物（multidose vials）。
	4.3針扎及個人防護裝備	<input type="checkbox"/> 1：符合第2大項說明，且有針扎事件處理流程。 <input type="checkbox"/> 2： 2-1有感染管制規範並定期修訂。 2-2執行血液透析穿刺、收針等有可能產生血液、體液之飛濺時，應穿戴隔離衣、手套、口罩、護目鏡或面罩等個人防護裝備。 2-3依循標準防護措施照護病人，且定期辦理員工感染管制教育訓練。 2-4應具有生物醫療性廢棄物及尖銳物品收集容器。 <input type="checkbox"/> 3：未達上述標準。 【說明】 (1) 執行血液透析穿刺、收血等有可能產生血液、體液之飛濺時，應穿戴隔離衣、手套、口罩、護目鏡或面罩等個人防護裝備。 (2) 因應新興傳染病照護時應依情境進行相關防護。

回饋意見

機構人員簽名: _____

訪查委員簽名: _____

8. 血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究計畫輔導訪視表單書寫原則：
- (1) 由訪查委員共同評量1份血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究計畫輔導訪視表單（由血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究計畫助理現場提供）。
 - (2) 訪查結果勾選為未達上述標準之項目請務必說明原因並給改善建議（意見須具體明確，以利後續追蹤）；而符合之項目，則視需要酌予提供建議，以利醫院持續提升品質。
 - (3) 於實地訪查現場逐項確認訪查結果、說明與建議，且經「訪查委員」、「機構代表」簽署，若有增刪與修改處請委員簽名。

9. 本年度「血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究計畫輔導訪視表」請負責前述項次之訪查委員協助完成，進行紙本或電子抽樣，並依據查檢表內容逐項進行審查；另該項為可選項目。抽樣規範如下表：

審查內容	抽樣數
B 型肝炎病毒表面抗原 (HBsAg)、B 型肝炎病毒表面抗體 (anti-HBs)、C 型肝炎病毒抗體 (anti-HCV) 等檢驗紀錄並造冊，並提供適宜的管理及保存，保障員工隱私。	109 年度員工檢驗結果 3 位
B 型肝炎疫苗、流感疫苗與麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合 (Measles、Mumps、Rubella, MMR) 疫苗接種紀錄。	109 年度員工接種紀錄 3 位
依循 AAMI 國際現行標準，對於菌落數監測頻率，逆滲透水 (Dialysis Water) 至少每個月檢測 1 次；所有透析機台之透析液 (Dialysis Fluid) 每季需至少檢測 1 次，合格標準為 < 100 (CFU/ml)。	109 年迄今
內毒素數據標準為 < 0.25 (EU/ml) 且每年至少檢測一次。	109 年
PPE 訓練人數資料檢查。	109 年

其他重要事項之提醒：

- (1) 實地訪查時，請委員務必依照訪查基準與共識會議之決議原則進行評量。
- (2) 醫院/診所可以書面或資訊化（e化）方式呈現資料。
- (3) 除醫院/診所提供予訪查委員之參考資料外，不得藉查證之需要，對受查醫院之資料（如病歷等）進行拍攝、影印或攜出院外。
- (4) 本次訪查為血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究計畫中委員討論之結果，僅供委員作為實地輔導訪查之參考，請勿移作他用。
- (5) 於實地輔導訪查時，請避免談論與當梯訪查不相關之話題，如批評訪查制度、健保制度、討論參與其他訪核之行程，或公開談論選舉與敏感政治議題。
- (6) 實地訪查期間，委員之相關行政作業需要（如：換車票），請交由血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究計畫助理處理，勿逕自請受查醫院協助。
- (7) 委員之交通之存（票）根，請儘量於行程結束後5個工作天內寄回血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究計畫助理（高雄市三民區十全一路100號 國際學術研究大樓6樓 IR630 江如萍小姐收），以利核銷作業。
- (8) 請委員於實地訪查時全程配戴名牌。

附錄五

附錄五、110年度血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究計畫-輔導訪視30間機構名單

醫療院所名稱	縣市	機構層級
衛生福利部雙和醫院	新北	區域醫院
佛教慈濟醫療財團法人臺北慈濟醫院	新北	區域醫院
益康診所	新北	基層診所
杏原診所	新北	基層診所
國泰綜合醫院	台北	醫學中心
臺北市立萬芳醫院	台北	醫學中心
台北馬偕紀念醫院	台北	醫學中心
國立台灣大學醫學院附設醫院	台北	醫學中心
三軍總醫院(內湖總院)	台北	醫學中心
臺北榮民總醫院	台北	醫學中心
基督復臨安息日會醫療財團法人臺安醫院	台北	區域醫院
信德診所	台北	基層診所
上水透析診所	新竹	基層診所
安慎診所	新竹	基層診所
臺中榮民總醫院	台中	醫學中心
中英診所	台中	基層診所
彰化基督教醫院	彰化	醫學中心
仁美診所	彰化	基層診所
奇美醫療財團法人奇美醫院	台南	醫學中心
謝智超達恩診所	台南	基層診所
高雄榮民總醫院	高雄	醫學中心
高雄醫學大學附設醫院	高雄	醫學中心
高雄義大醫院	高雄	區域醫院
偉仁健康診所	高雄	基層診所
鴻仁健康診所	高雄	基層診所
僂彼高榮育仁診所	高雄	基層診所
好生診所	高雄	基層診所
明港診所	高雄	基層診所
佑鎮診所	高雄	基層診所
聖博診所	高雄	基層診所

附錄六

附錄六、30家醫院「血液透析輔導訪視表及自評表(草案)」蒐整

110年血液透析自評表單30間機構資料彙整報告

輔導項目	評量項目									
一、人員健康管理-工作人員	1.1 B型肝炎病毒表面抗原(HBsAg)、B型肝炎病毒表面抗體(anti-HBs)、C型肝炎病毒抗體(anti-HCV)等檢驗紀錄並造冊，並提供適宜的管理及保存，保障員工隱私。 回覆率100%(30/30)									
	類型(區)		北區		中區		南區		總數	
	項目	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
	每年至少一次追蹤檢查紀錄	8	3	2	4	4	8	14	15	
	定期追蹤(未提供多久追蹤一次)	1	0	0	0	0	0	1	0	
	1.2 B型肝炎疫苗、流感疫苗與麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合(Measles、Mumps、Rubella, MMR)疫苗接種紀錄。 掌握全體醫護人員B肝抗原抗體檢測資料(如抗體檢測、接種證明等) 回覆率100%(30/30)									
	類型(區)		北區		中區		南區		總數	
	項目	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
	全體醫護人員檢測資料	8	3	2	4	4	8	15	15	
	院所提供員工「B型肝炎疫苗」的措施 回覆率100%(30/30)									
類型(區)		北區		中區		南區		總數		
項目	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所		
全額補助	8	0	1	2	4	2	13	4		
部分補助	1	1	0	0	0	0	1	1		

完全自費	0	2	1	2	0	6	1	10
------	---	---	---	---	---	---	---	----

2020年醫療照護及相關工作人員流感流行季（每年10月至12月）之流感疫苗接種率
回覆率100% (30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
100%	3	0	1	2	1	1	5	3
90-99%	2	0	0	0	2	5	4	5
80-89%	2	1	1	0	1	1	4	2
60-69%	1	0	0	0	0	0	1	0
50-59%	0	0	0	1	0	0	0	1
40-49%	0	0	0	0	0	1	0	1
30-39%	0	0	0	1	0	0	0	1
10-19%	0	1	0	0	0	0	0	1
無資料	1	1	0	0	0	0	1	1

醫療照護工作人員 MMR 疫苗接種計畫
訂有 MMR 疫苗接種計畫接種率
回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
訂有 MMR 疫苗接種計畫	8	0	2	2	4	1	14	3
未訂有 MMR 疫苗接種計畫	1	3	0	2	0	7	1	12

(呈上題)1981年以後出生之醫療照護工作人員人數(具麻疹免疫力之工作人員比率)
回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所

	100%	4	0	1	1	2	0	7	1																																																														
	90-99%	2	0	1	0	1	0	4	0																																																														
	80-89%	1	0	0	0	1	1	2	1																																																														
	70-79%	1	0	0	0	0	0	1	0																																																														
	60-69%	0	0	0	1	0	0	0	1																																																														
	<p>1.3 每年胸部 X 光檢查 與病人直接接觸之醫療相關工作人員及其他常駐工作人員（含外包人力）一年內的胸部 X 光檢查達成率 回覆率100%(30/30)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">項目 \ 類型(區)</th> <th colspan="2">北區</th> <th colspan="2">中區</th> <th colspan="2">南區</th> <th colspan="2">總數</th> </tr> <tr> <th>醫院</th> <th>診所</th> <th>醫院</th> <th>診所</th> <th>醫院</th> <th>診所</th> <th>醫院</th> <th>診所</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>100%</td> <td>8</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>6</td> <td>14</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>90-99%</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>80-89%</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>70-79%</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>10% 以下</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>									項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	100%	8	1	2	1	4	6	14	8	90-99%	1	1	0	0	0	0	1	1	80-89%	0	1	0	2	0	1	0	4	70-79%	0	0	0	1	0	0	0	1	10% 以下	0	0	0	0	0	1	0	1
項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數																																																																
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所																																																															
100%	8	1	2	1	4	6	14	8																																																															
90-99%	1	1	0	0	0	0	1	1																																																															
80-89%	0	1	0	2	0	1	0	4																																																															
70-79%	0	0	0	1	0	0	0	1																																																															
10% 以下	0	0	0	0	0	1	0	1																																																															
二、感染管制措施-環境	<p>依循 AAMI 國際現行標準，對於菌落數監測頻率，逆滲透水（Dialysis Water）至少每個月檢測 1 次，檢測地點為 回覆率100%(30/30)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">項目 \ 類型(區)</th> <th colspan="2">北區</th> <th colspan="2">中區</th> <th colspan="2">南區</th> <th colspan="2">總數</th> </tr> <tr> <th>醫院</th> <th>診所</th> <th>醫院</th> <th>診所</th> <th>醫院</th> <th>診所</th> <th>醫院</th> <th>診所</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>每個 RO 設備出水口及回水口</td> <td>9</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>6</td> <td>15</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>每個 RO 設備出水口</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>0</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>無檢測</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>*無檢測診所說明：熱消3點即可1.RO 入機器2.RO 出機器3.機台。 透析機台之透析液（Dialysis Fluid）檢測頻率 回覆率100%(30/30)</p>									項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	每個 RO 設備出水口及回水口	9	2	2	1	4	6	15	9	每個 RO 設備出水口	0	1	0	2	0	2	0	5	無檢測	0	0	0	1	0	0	0	1																		
項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數																																																																
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所																																																															
每個 RO 設備出水口及回水口	9	2	2	1	4	6	15	9																																																															
每個 RO 設備出水口	0	1	0	2	0	2	0	5																																																															
無檢測	0	0	0	1	0	0	0	1																																																															

項目	類型(區)	北區		中區		南區		總數	
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
每季1次		8	3	2	4	4	7	14	14
每2個月		1	0	0	0	0	0	1	0
無檢測		0	0	0	0	0	1	0	1

逆滲透水檢測結果之行動標準值

回覆率100%(30/30)

項目	類型(區)	北區		中區		南區		總數	
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
>50 CFU/ml		7	3	2	3	3	6	12	12
>25 CFU/ml		2	0	0	0	1	2	3	2
<1CFU/ml		0	0	0	1	0	0	0	1

內毒素檢驗標準值

回覆率100%(30/30)

項目	類型(區)	北區		中區		南區		總數	
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
< 0.25 EU/ml		9	3	2	4	3	8	14	15
<0.125EU/ml		0	0	0	0	1	0	1	0

內毒素檢測頻率

回覆率100%(30/30)

項目	類型(區)	北區		中區		南區		總數	
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
每年1次		6	3	1	1	1	8	8	12
每半年1次		0	0	0	3	1	0	1	3
每季1次		1	0	0	0	0	0	1	0
每2個月1次		0	0	0	0	1	0	1	0
每1個月1次		1	0	1	0	1	0	3	0
每一個月檢測1件		1	0	0	0	0	0	1	0

	內毒素檢測水質 回覆率100%(30/30)									
	類型(區) 項目		北區		中區		南區		總數	
			醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
	只檢驗逆滲透水		7	2	1	3	2	7	10	12
	只檢驗透析液		0	0	0	0	0	0	0	0
	2項皆有檢驗		2	1	1	1	2	1	5	3
	內毒素抽樣件數(總計) 回覆率100%(30/30)									
	類型(區) 項目		北區		中區		南區		總數	
			醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
	有提供內毒素抽樣總數		9	2	2	4	4	5	15	11
	無提供內毒素抽樣總數		0	1	0	0	0	3	0	4
	內毒素抽樣件數(透析機總計) 回覆率100%(30/30)									
	類型(區) 項目		北區		中區		南區		總數	
醫院			診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
有提供透析機總數		7	0	2	3	2	1	11	4	
無提供透析機總數		2	3	0	1	2	7	4	11	
三、隔離措施										
血流傳染性肝炎病人實施床位區隔措施 B型肝炎陽性病人血液透析時採取之隔離措施 回覆率100%(30/30)										
類型(區) 項目		北區		中區		南區		總數		
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
分區且固定機台		9	2	2	4	4	7	15	13	
固定機台		0	1	0	0	0	1	0	2	
C型肝炎陽性病人血液透析時採取之隔離措施										

回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
集中照護	6	1	2	3	2	5	10	9
分區且固定機台	3	0	0	0	2	2	5	2
固定機台	0	1	0	0	0	0	0	1
無 C 型肝炎專用病床	0	1	0	0	0	0	0	1
C 肝病人已痊癒，無提供方式	0	0	0	1	0	1	0	2

B、C 型肝炎陽性病人血液透析後其機器消毒方式

回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
熱消	2	2	0	0	2	0	4	2
化消	2	1	0	1	1	2	3	4
熱消、化消皆有	5	0	2	3	1	6	8	9

使用消毒液名稱(化消)

回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
次氯酸鈉+過醋酸	0	0	0	0	1	0	1	0
漂白水+過醋酸	1	0	0	0	0	0	1	0
Citrosteril	5	1	1	2	0	3	6	6
FML	0	0	0	0	0	1	0	1
Dialox	0	0	0	0	0	1	0	1
Hemoclean	1	0	0	1	0	1	1	2
過醋酸	0	0	0	0	0	1	0	1

次氯酸鈉	0	0	0	1	0	0	0	1
依機型(未提供消毒液資料)	1	0	1	0	0	0	2	0
FMC 專用消毒液	0	0	0	0	0	1	0	1

B、C 型肝炎陽性病人血液透析後其機器消毒頻次
回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
每天	0	0	0	1	0	1	0	2
每班	9	3	2	3	4	7	15	13

B、C 型肝炎透析病人肝炎監測頻率
回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
每年	4	3	1	2	1	8	6	13
每半年	3	0	0	1	3	0	6	1
B 肝半年、C 肝3個月	1	0	0	0	0	0	1	0
B 肝每年、C 肝半年	1	0	0	0	0	0	1	0
B 肝每年、C 肝三個月	0	0	1	0	0	0	1	0
定期追蹤(無告知時間)	0	0	0	1	0	0	0	1

是否訂有透析病人急性病毒性肝炎陽轉個案通報機制
回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有通報機制	9	3	2	4	4	8	15	15

109年通報個案數 B 型肝炎陽性

回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
通報個案0件	8	2	2	4	4	5	14	11
無資料	1	1	0	0	0	3	1	4

109年通報個案數 C 型肝炎陽性

回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
通報個案0件	8	2	2	4	4	3	14	9
通報個案1件	0	0	0	0	0	2	0	2
無資料	1	1	0	0	0	3	1	4

109年透析病人 B、C 型病毒性肝炎檢測

回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有提供透析病人 B、C 型病毒性肝炎檢測資料	9	2	2	4	4	8	15	14
無提供透析病人 B、C 型病毒性肝炎檢測資料	0	1	0	0	0	0	0	1

病人透析前是否有進行量溫及透析發燒病人處置是否有通報機制

回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有進行量溫及通報機制	9	3	2	4	4	8	15	15

是否有設置隔離區

回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
無隔離區	1	1	0	1	1	1	2	3
負壓隔離區	0	0	0	0	3	0	3	0
專區	3	1	0	2	0	7	3	10
單人室	0	1	1	1	0	0	1	2
專區、單人室	1	0	0	0	0	0	1	0
專區、負壓隔離區	1	0	1	0	0	0	2	0
單人室、負壓隔離區	1	0	0	0	0	0	1	0
3項皆有	2	0	0	0	0	0	2	0

訂有新興傳染病應變計畫

回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有新興傳染病應變計畫	9	3	2	4	4	8	15	15

PPE 訓練人數訓練資料

回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
110年	2	0	0	0	0	0	2	0
109年	2	0	1	0	2	1	5	1
107年	5	2	1	3	2	3	8	8
未提供	0	1	0	1	0	4	0	6

訂有機器及環境清潔消毒之作業流程

回覆率100%(30/30)

項目	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
機器及環境清潔消毒之 作業流程	9	3	2	4	4	8	15	15

機器消毒用具

回覆率100%(30/30)

項目	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
醫療器械消毒濕巾	3	0	0	0	0	0	3	0
不織布抹布	0	1	1	0	1	2	2	3
不織布抹布、拋棄式不 織布	0	0	0	1	0	0	0	1
布類抹布	2	0	0	1	0	0	2	1
布類抹布、不織布抹布	0	0	0	0	1	1	1	1
拋棄式抹布	4	2	1	2	2	5	7	9

機器消毒方式

回覆率100%(30/30)

項目	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
140ppm 普效錠消毒溶 液	0	0	0	1	0	0	0	1
DDSH 表面清潔劑	0	0	0	0	1	0	1	0
消毒濕巾	2	0	0	1	0	0	2	1
二氧化氯	0	0	0	0	0	1	0	1
酒精75%	0	0	0	0	1	0	1	0
漂白水(1000ppm)	6	2	1	1	0	3	7	6
漂白水(500ppm)	1	1	1	1	1	2	3	4

漂白水6%	0	0	0	0	1	1	1	1
漂白水0.5%	0	0	0	0	0	1	0	1
機器消毒頻次 回覆率100%(30/30)								
項目	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
每班	9	3	2	4	4	8	15	15
機器消毒範圍 回覆率100%(30/30)								
項目	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
機器面板、機身、機台 置物架	6	2	1	3	4	6	11	11
機器面板、機身	2	1	0	0	0	2	2	3
機器面板、機身、機台 置物架、血壓計壓脈袋	0	0	0	1	0	0	0	1
機器面板、機身、機台 置物架、床區	1	0	0	0	0	0	1	0
機器面板、機身、機台 置物架、KELLY	0	0	1	0	0	0	1	0
環境消毒用具 回覆率100%(30/30)								
項目	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
不織布抹布	0	1	1	0	1	1	2	2
布類抹布、拋棄式不織 布擦拭布	1	0	0	0	0	0	1	0
布類抹布	4	0	0	1	0	2	4	3

拋棄式抹布	4	2	1	3	3	4	8	9
噴霧	0	0	0	0	0	1	0	1

環境消毒方式
回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
140ppm 普效錠消毒溶液	0	0	0	1	0	0	0	1
含氯消毒液5000ppm	0	0	1	0	0	0	1	0
二氧化氯	0	0	0	0	0	1	0	1
漂白水(1000ppm)	4	1	0	1	1	3	5	5
漂白水(500ppm)	4	2	1	1	3	3	8	6
漂白水6%	0	0	0	0	0	1	0	1
漂白水0.6%	1	0	0	0	0	1	1	1

環境消毒頻次
回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
每班	9	2	2	3	4	7	15	12
每天	0	1	0	1	0	1	0	3

環境消毒範圍
回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
床、床欄	0	0	0	0	0	1	0	1
床、床欄、周遭用品	3	0	0	1	1	0	4	1

床、床欄、點滴架	1	0	1	0	1	1	3	1
床、床欄、點滴架、周 遭用品	4	2	1	3	1	6	6	11
床欄、周遭用品	1	1	0	0	1	0	2	1

*周遭用品:床旁桌、壓脈帶、桌面、電視...等。

四、標準防護措施及其他防
護措施

洗手設備位置及數量調查

濕洗手數量

回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有提供濕洗手數量	9	3	2	4	4	6	15	13
無提供濕洗手數量	0	0	0	0	0	2	0	2

透析床(台)院所總數

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有提供透析床總數	9	3	2	4	4	8	15	15

工作車(台)院所總數

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有提供工作車總數	9	3	2	4	4	8	15	15

護理站(個)院所總數

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有提供護理站總數	9	3	2	4	4	8	15	15

大門入口(個)院所總數

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有提供大門入口總數	9	3	2	4	4	8	15	15

透析床(台)院所總數並有乾洗手劑數量

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有提供透析床總數有乾洗手劑數量	9	3	2	4	4	8	15	15

工作車(台)院所之總數並有乾洗手劑數量

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有提供工作車總數並有乾洗手劑數量	9	3	2	4	4	8	15	15

護理站(個)院所總數並有乾洗手劑數量

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有提供護理站總數並有乾洗手劑數量	9	3	2	4	4	8	15	15

大門入口(個)院所總數並有乾洗手劑數量

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有提供大門入口總數	9	3	2	4	4	8	15	15

並有乾洗手劑數量									
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

辦理手部衛生稽核
回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
每個月	7	1	2	2	4	0	13	3
每一季	0	1	0	2	0	4	0	7
每半年	2	0	0	0	0	2	2	2
每年	0	1	0	0	0	2	0	3

藥物準備區位置
回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
工作車	5	0	1	1	3	1	9	2
工作車、準備區	3	0	1	0	1	0	5	0
病人透析機台、工作車、準備區	0	0	0	1	0	0	0	1
病人透析機台、工作車、	0	0	0	0	0	1	0	1
病人透析機台、準備區	0	1	0	1	0	0	0	2
病人透析機台	1	0	0	0	0	1	1	1
準備區	0	2	0	1	0	5	0	8

是否抗凝劑的空針外註明藥物名稱、稀釋時間及稀釋後劑量
回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
三項皆有	6	1	2	4	4	7	12	12
無稀釋時間	2	1	0	0	0	0	2	1
無稀釋時間及稀釋後劑量	1	0	0	0	0	1	1	1
三項皆無	0	1	0	0	0	0	0	1

是否有多劑量包裝藥物
回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
無多劑量包裝藥物	8	1	2	4	3	5	13	10
有多劑量包裝藥物	1	2	0	0	1	3	2	5

有針扎事件處理流程
回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有針扎事件處理流程	9	3	2	4	4	8	15	15

有血液透析感染管制規範
回覆率100%(30/30)

項目	類型(區)	北區		中區		南區		總數	
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有血液透析感染管制規範		9	3	2	4	4	8	15	15

是否穿戴個人防護裝備
回覆率100%(30/30)

項目	類型(區)	北區		中區		南區		總數	
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
全部項目都有		6	2	1	1	1	5	8	8
無面罩		3	0	1	3	0	0	3	3
無隔離衣		0	0	0	0	0	2	0	2
無隔離衣、面罩		0	0	0	0	3	1	3	1
無護目鏡		0	1	0	0	0	0	0	1

接受感染管制教育3小時
回覆率100%(30/30)

項目	類型(區)	北區		中區		南區		總數	
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有接受感染管制教育3小時		8	2	2	1	4	5	14	8
沒有接受感染管制教育3小時		1	1	0	3	0	3	1	7

是否設有收針車
回覆率100%(30/30)

項目	類型(區)	北區		中區		南區		總數	
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有收針車		7	3	2	2	4	8	13	13
沒有收針車		2	0	0	2	0	0	2	2
是否設置生物醫療性廢棄物及尖銳物品收集容器									
回覆率100%(30/30)									
項目	類型(區)	北區		中區		南區		總數	
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有生物醫療性廢棄物及尖銳物品收集容器		9	3	2	4	4	8	15	15



110 年血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究簡章

壹、依據

衛生福利部疾病管制署「110年血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究」採購案（案號:MOHW110-CDC-C-114-113101）公開評審需求說明書規定辦理。

貳、目的

血液透析病人之醫療成本高，而血液透析帶來生理、心理及社會或透析中發生感染等問題將導致生活品質不佳，甚至造成病人死亡，血液透析的病人因為侵入性醫療處置、免疫防禦能力下降及治療照護過程中其醫療照護人員頻繁的接觸等多重因素，特別容易成為醫療照護相關感染（healthcare-associated infections；HAI）的高危險性族群之一。所以透析單位制訂醫療照護感染管制之相關流程及措施對維護病人健康是必要的作為，可以減少病人發生血流感染與其他感染。

透過相關作業流程擬訂提升人員照護防護、環境管理及純水處理系統之品質維護，可以進而降低死亡率、縮短住院天數及減少醫療費用之成本，顯示感染管制在醫療機構或照護服務機構皆屬相當重要之一環。如能由透析單位自行應制訂醫療照護感染管制之相關作業流程及感染管制措施，以減少病人發生血流感染機會。所以推動透析單位能自行執行與監測的感染管制作為將是維護醫療品質及病人安全之重要方法。

參、時間/地點

場次	日期	地點	開放名額
北部場	110年4月17日(星期六)	台北慈濟醫院協力國際會議廳	250名
南部場	110年4月18日(星期日)	高雄醫學大學附設中和紀念醫院-啟川大樓6樓第二講堂	200名

肆、議程

1.北部場（110年4月17日）

課程時間	課程名稱	主持人
08：40 - 09：00	報到	
09：00 - 09：50	歡迎致詞	衛生福利部疾病管制署 社團法人台灣感染管制學會 台灣腎臟醫學
09：10 - 10：00	血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究計畫說明、推行目的及未來目標	高雄醫學大學附設中和紀念醫院 內科部 盧柏樑部長
10：00 - 10：50	血液透析輔導訪視表（草案） 評分與標準說明	高雄長庚醫院感染管制課 蘇麗香課長
10：50 - 11：40	血液透析之 COVID-19預防感染機制	高雄醫學大學附設中和紀念醫院 內科部 李佳蓉醫師
11：40 - 12：10	問題討論與交流	
12：10	賦歸	

2.南部場（110年4月18日）

課程時間	課程名稱	主持人
08：40 - 09：00	報到	
09：00 - 09：50	歡迎致詞	衛生福利部疾病管制署 社團法人台灣感染管制學會 台灣腎臟醫學會
09：10 - 10：00	血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究計畫說明、推行目的及未來目標	高雄醫學大學附設中和紀念醫院 內科部 盧柏樑部長
10：00 - 10：50	血液透析輔導訪視表（草案） 評分與標準說明	高雄長庚醫院感染管制課 蘇麗香課長
10：50 - 11：40	血液透析之 COVID-19預防感染機制	高雄醫學大學附設中和紀念醫院 內科部 李佳蓉醫師
11：40 - 12：10	問題討論與交流	
12：10	賦歸	

伍、報名資格

(1) 參加對象：

血液透析醫療院所、設有透析單位之醫院血液透析室人員或感染管制人員、對血液透析室感染管制執行有興趣之醫療人員。

(2) 報名人數：

每間機構限2名人員報名參加，北部場次開放250名，南部場次開放200名。

(3) 報名相關訊息：

(3)-1報名日期：110年3月19日起至，額滿為止。

(3)-2報名方式：採網路報名，至本會網站辦理報名作業，網址：



<http://www.nics.org.tw>。

(3)-3需加入本學會（正式會員或感管之友皆可）方可報名，本學會會員資格為個人會員，暫無團體會員，且會員資格不可轉讓。加入會員：

https://nics.org.tw/member_add.php。



(4) 報名費用：免費。（本次說明會經費來源：衛生福利部疾病管制署 110 年委託科技研究計畫）

(5) 注意事項：

(5)-1為響應環保，現場不另外提供紙杯，請學員自行攜帶環保杯。

(5)-2如遇天災或不可抗力之因素取消將另行通知擇期舉辦。

陸、相關學分

申請學分單位	學分數
社團法人台灣感染管制學會	3
中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國醫事檢驗學會、中華民國護理師護公會全聯會、台灣腎臟醫學會	申請中

柒、報名課程諮詢聯絡人

社團法人台灣感染管制學會 黃建豪先生

電話：(07) 312-1101轉2516；0988-078-573

E-mail：hank83722@yahoo.com.tw

捌、議程及交通資訊

北部場

時間：110年4月17日（星期六）

地點：台北慈濟醫院協力國際會議廳

地址：新北市新店區建國路289號

交通資訊

●捷運路線

新店線（綠色）：大坪林捷運站下車（可於捷運站4號出口轉搭慈濟醫院接駁車）

●公車路線

➤ 慈濟醫院站（建國路）：

台北客運 1073（原綠10、樹林—木柵）、1080（原紅10、土城—木柵）

新店客運 綠3、綠7、綠9、綠10、綠15

欣欣客運 673、290副線、

指南客運 918

➤ 民權路站：綠 13

➤ 復興路：

台北客運 1073（原綠10、樹林—木柵）、1080（原紅10、土城—木柵）、290副線

指南客運 918

➤ 莊敬中學（中正路）：

新店客運 綠2、綠5、綠6、綠8、906、909

欣欣客運 672、673、290

指南客運 905



➤ 大坪林捷運站（可轉搭乘駁車）：

新店客運 642、644、647、643、648、650、綠13、棕2、綠10、「坪林—台北」、「烏來—台北」

指南客運「桃園—台北市政府」

福和客運「基隆—新店」

南部場

時間：110年4月18日（星期日）

地點：高雄醫學大學附設中和紀念醫院-啟川大樓6樓

第二講堂

地址：高雄市三民區自由一路100號



交通資訊

一、台鐵：請於高雄火車站下車，轉乘捷運（紅線）

至後驛站下車後，可轉搭捷運接駁車或沿察哈爾一街步行約10分鐘。

二、高鐵：請於左營站下車，轉乘捷運（紅線）至後驛站下車後，可轉搭捷運接駁車或沿察哈爾一街步行約10分鐘。

三、捷運接駁車：上午間隔20分鐘一班、下午間隔25分鐘一班

路線：高醫啟川大樓→捷運（後驛站）察哈爾街停博愛路→北平街→高醫啟川大樓，詳細接駁車時刻表請參考高醫網頁。

四、計程車：

臺鐵：高雄火車站至高雄醫學大學附設中和紀念醫院車程約10分鐘，車資約100-130元。

高鐵：高鐵左營站至高雄醫學大學附設中和紀念醫院車程約20分鐘，車資約180-210元。

五、開車：

(一) 南下國道1號高速公路下九如交流道右轉往火車站方向，於自由路右轉。

(二) 北上國道1號高速公路下中正一路交流道直行至九如一路左轉，於自由路右轉。

六、停車資訊：若自行開車者，因院方附設停車場車位有限，建議車輛可停於院區附近之停車格或停車場。

課程資料(血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究計畫說明、推行目的及未來目標)



衛生福利部疾病管制署委託研究計畫
社團法人台灣感染管制學會、社團法人台灣腎臟醫學會 承辦

血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究 計畫說明、推行目的及未來目標

高雄醫學大學附設中和紀念醫院內科部 盧柏樑 部長

簡報大綱

- 緣起
- 計畫介紹及說明
- 推行目的
- 預期成果

  血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究

前言

感染管制在機構中是不可或缺的一環，實施感控可降低機構中的感染率、降低疾病群聚傳染的風險。



  血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究

感染管制學會設立宗旨與簡介

- 發展感染管制專業
- 加強感染管制工作與學術研究之推展
- 提高醫療院所感染防治之觀念
- 增進國民健康

病人的安全是醫院的基石，感染管制是病人安全的基石



  血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究

感染管制學會承接計畫介紹

供應室 牙科 Bundle Care. 長照機構.....



◎◎◎ 感染管制學會承接計畫介紹◎◎◎

定期環境監測與醫材管理機制

- 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
- 內視鏡儲存櫃
 - 不建議置放於洗滌室
 - 建議編號:先進先出管理
 - 儲存櫃內需有管理機制及清潔紀錄
- 內視鏡洗滌機
 - 上下消化道內視鏡建議區分洗滌機並標示
- 洗滌檯與洗手設備
 - 同時清洗上下消化道應區分:洗滌檯
 - 洗滌檯不宜當手部衛生洗手設備

◎◎◎



105年條款

項次7.4 定期環境監測與醫材管理機制

符合項目

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。
2. 若設置內視鏡室、氣管鏡室及肺功能室者，應符合以下項目：
 - 1) 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以及適當的個人防護裝備，並由專人負責且確實執行。
 - 2) 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。
 - 3) 氣管鏡室具負壓或抽風等設備，且有維護保養紀錄。
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。
4. 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。

◎◎◎

定期環境監測與醫材管理機制

- 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
 - 常見消毒液-2% Cidex、Cidex OPA
 - 稀釋有效期限-Cidex(14天、28天)、Cidex OPA(14天)
 - 易受清水稀釋及洗滌次數影響
 - 2% Cidex-一般20分鐘,結核45分鐘
 - Cidex OPA-5分鐘
- 高層次洗滌設定洗滌時間正確

◎◎◎

學會介紹

108年度 | 感染管制課程研習會



- ✓ 共辦理51場次
- ✓ 8,000多人參加

109年度 | 感染管制課程研習會

- ✓ 已辦理規劃20場以上感控研習會
- ✓ 長期照護機構感染管制專責人員核心能力培訓預計完訓120人以上



110醫院感染管制查核條文

4.8 透析單位之肝炎預防措施

評分說明

符合項目：

1. 透析室之所有員工有B、C型肝炎之檢查記錄；對未感染B、C型肝炎之員工有定期追蹤檢查紀錄。
2. 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。
3. 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。
4. 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。

【註】醫院未設透析單位，本項可免評。

110醫院感染管制查核條文

1.7 落實安全注射行為

評分說明

符合項目：

1. 以無菌操作技術在清潔乾淨區域準備注射藥品；應使用新的注射針和針筒進入藥瓶抽取藥品，不可將針頭留置於藥瓶上重複抽取藥品，且病人使用過注射針和針筒後不可重複使用。
2. 注射針、針筒、注射藥品使用的管路（tubing）和轉接器（connector）等，只能使用於單一病人。
3. 單一劑量包裝或單次使用的小瓶裝、安瓿裝、瓶裝、袋裝靜脈注射藥品僅限單一病人使用。
4. 多量包裝的藥品在開封後應標註日期（開封日與到期日）及存放於適當環境，並應依廠商說明使用，超過開封後可使用期限應立即丟棄；若廠商說明書未載明開封後可使用期限，則最長不可超過28天。
5. 多劑量包裝藥品如果要提供不只一位病人使用，應集中存放在清潔乾淨區，避免交叉污染。



南部某市

104年醫院感染管制查核結果分析

查核基準達成率較低項次(續)

序位	項次	查核基準	不合格家數	百分比
5	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	4/66	6.0%
	7.2	確實執行衛材、器械、機器之滅菌及清潔管理	4/66	6.0%
6	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	3/59	5.1%
7	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	3/66	4.5%
	4.6	防疫物資貯存符合規定	3/66	4.5%
8	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护教育訓練	2/56	3.6%



南部某市

104年醫院感染管制查核結果分析

■ 查核基準達成率較低項次

序位	項次	查核基準	不合格家數	百分比
1	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	7/66	10.6%
	9.4	對多重抗藥性菌種作有效的管理及通報	7/66	10.6%
2	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	6/66	9.0%
3	9.2	正確使用手術預防性抗生素	4/48	8.3%
4	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	5/66	7.6%
	7.4	定期環境監測與醫材管理機制	5/66	7.6%



台灣感染管制的歷程

2003

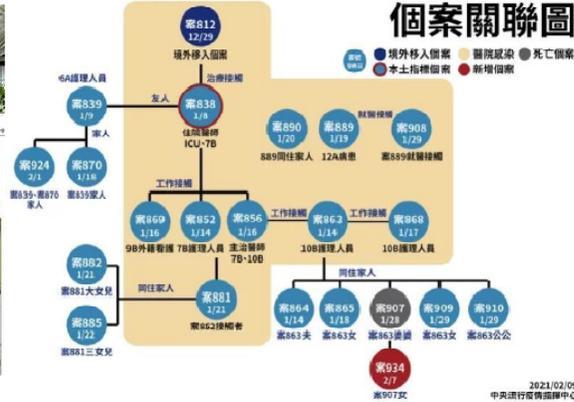


「下件條七院封和平」



2021

個案關聯圖



2021/02/09 中央流行疫情指揮中心

自由時報 即時 熱門 政治 社會 生活 健康 國際 地方 蒐奇 影音 財經 娛樂

Liberty Times News 汽車 時尚 體育 3C 評論 玩咖 食譜 地產 專區 TAIPEI TIMES 求職

首頁 > 生活

瘧疾感染案 3醫師判刑

【記者孫友康、田瑋華 / 綜合報導】最高法院昨天做出瘧疾院內感染事件首件司法定讞案例，八十四年間瘧疾感染事件，最高法院昨天下午宣判，依業務過失致死罪，將現任 放射線部主任、前主治醫師、前住院醫師 均判處徒刑一年，緩刑三年確定。

八十四年十月間，醫院先後爆發六起瘧疾個案，由於我國瘧疾已絕跡三十多年，六名病患都未曾出國，循線追蹤才察覺該六名本土個案，於八十四年十月五日下午，都曾接受該院放射線部的電腦斷層攝影掃描檢查。

而六名病患之前，有一名由醫師 負責檢查從非洲索及利亞返國、並感染瘧疾的男性病患，由於所含有瘧原蟲血液回流，污染整個注射筒顯影劑，導致後續接手使用該機器的住院醫師 (已自殺身亡，法院判公訴不受理確定)，替六名病患掃描檢查，統統感染瘧疾，且造成四人死亡。

法院調查發現，由於該新攝影機的注射筒、螺旋膠管，健保不給付，放射線部主任 為節省成本、績效考量，未讓病人「一人一管」，每人每次更換注射筒、螺旋膠管，管理機器的主治醫師也未要求護理人員落實消毒，均違反「無菌觀念」的醫學最高指導原則。

另醫師 也未注意女性病患從傳染病肆虐的非洲返國，以及李某的病徵，也有過失責任，惟考量官屬一時疏忽，且醫院已與被害人家屬達成和解，日後再扣三人薪水抵付，因而宣告三人無罪。



爆洗腎接錯管...重大病安 擬強制通

報



發生洗腎機錯接自來水龍頭失誤，院方將加碼病房自來水出水口接頭由母頭改成公頭，必須先接淨水濾器，才能再接洗腎機，與為防呆措施，避免錯接自來水。圖 / 記者趙豐勳攝

國內接連發生兩起重大病人安全事件，繼 洗腎接錯管事件後，昨天坦承，該院於二月間也發生類似事件，但並未通報衛生局，衛福部昨天表示，已積極修法要求醫院強制通報，未來也將訂定重大醫療事故標準，要求醫院通

醫院洗腎室誤用漂白水 院方道歉：將檢討改善

醫院今(5)日證實此烏龍事件，並指清潔員貪圖方便，把消毒、清潔用的漂白水裝入透析藥水空瓶，卻沒有撕掉透析藥水標籤，導致護理師錯拿。

386 | 386 | 386 | 386 | 386

By 宇妍, 台灣英文新聞 - 編輯
2018/07/05 20:22



107年衛生福利部新聞

首頁 / 最新消息 / 焦點新聞 / 107年衛生福利部新聞 / 3月新聞

3月新聞

部分醫院血液透析室之逆滲透水處理設備，不符合醫療器材規定，衛生福利部說明處理原則

資料來源：醫事司 | 建檔日期：107-03-29 | 更新時間：107-03-29

衛生福利部於民國85年修正醫療機構設置標準，明定醫院血液透析室應有逆滲透水處理設備，違者依醫療法第102條論處；另為提升血液透析品質，本部食品藥物管理署則於94年6月20日修正醫療器材管理辦法，增定透析用水之淨化系統為第二級醫療器材。本部係於本(107)年3月23日接獲地方衛生局通報，部分醫院民眾檢舉有使用不符合醫療器材管理辦法規定之逆滲透水處理設備，爰於3月26日，邀集台灣腎臟醫學會、台灣基層透析協會、本部食品藥物管理署、本部中央健康保險署、台北市及新北市政府衛生局研商有關醫療機構透析用水管理原則，重點如下：



- 請各地方衛生局清查所有設有透析床之醫療機構，其逆滲透水處理設備之設立日期及是否符合醫療器材管理辦法之規定，並列冊管理。
- 94年6月20日以後新設的透析用水系統應符合醫療器材管理辦法之規定，違者依醫療法102條裁罰1-5萬，並限期改善，改善期間為保障病人安全，應每月檢送經合格檢驗機構出具之水質檢測報告至衛生局，水質如不符合標準，即依醫療法裁罰並縮短改善限期，屆期未改善者，處以停業處分。

- 94年6月20日以前設置透析用水系統者，基於法律不溯既往原則，不予裁罰，但為維護病人安全，仍請衛生局輔導更新改善，並於未更新設備前，醫療機構應每月檢送經合格檢驗機構出具之水質檢測報告至衛生局，水質如不符合標準，即依醫療法裁罰並限期改善。
- 衛福部強調，本部食品藥物管理署將立即偕同台北市及新北市衛生局就民眾檢舉內容進行調查，同時已請各縣市衛生局啟動全面清查並列冊輔導追蹤，另亦已請台灣腎臟醫學會及台灣基層透析協會輔導會員確保水質檢驗符合標準，以維護病人安全與醫療品質。

洗腎患者感染易喪命 透析前應施打3疫苗

張雅淳
2020年9月4日 · 4 分鐘 (閱讀時間)



本計畫依據

衛生福利部疾病管制署「**110年血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究**」採購案
(案號:MOHW110-CDC-C-114-113101) 公開評審需求說明書規定辦理。



計畫摘要

本研究將藉由台灣腎臟醫學會與台灣感染管制學會的合作，探討血液透析單位導入感染管制自我評核機制，藉由結合臨床透析、感染管制、醫療品質等專業團體，建立專業領域交流平台，提升從業人員的專業能力和整體品質，並導入自我評核制度，提升病人安全，降低醫療照護相關感染，參考國際間有關之實證與指引，建置血液透析單位有效之感染管制作業管理模式。



計畫主持人

陳堯生 高雄榮民總醫院副院長

共同主持人

黃尚志 高雄醫學大學附設中和紀念醫院副院長

張峰義 三軍總醫院副院長

盧柏樑 高雄醫學大學附設中和紀念醫院內科部部長

李佳蓉 高雄醫學大學附設醫院腎臟內科助理教授 / 主治醫師



協同主持人

陳宜君	國立臺灣大學醫學院附設醫院感染科
李原地	中山醫學大學附設醫院感染科主任 / 南投醫院感染科兼任主治醫師
施智源	臺北榮民總醫院內科部感染科主任 / 感管室主任
詹明錦	台北慈濟醫院感染管制中心組長
洪靖慧	高雄醫學大學附設中和紀念醫院感染管制中心組長
陳瑛瑛	臺北榮民總醫院感管室組長
湯宏仁	奇美醫院內科部副部長 / 感染科主任
吳志仁	馬偕醫學院醫學系教授
吳家兆	三軍總醫院腎臟內科教授 / 主任
姜至剛	台大醫院綜診部主治醫師
張明揚	林口長庚醫院腎臟科主治醫師
楊孟儒	台灣基層透析協會理事長
鍾牧祈	臺中榮民總醫院腎臟科主治醫師
張哲銘	高雄醫學大學附設醫院腎臟內科教授 / 主治醫師
王明誠	國立成功大學醫學院附設醫院腎臟科主任



計畫總目標

- 成立專案小組負責計畫之規劃、執行、評估及檢討。
- 參考國際間有關之實證與指引，建置血液透析單位有效之感染管制作業管理模式，依執行成果提出相關政策建議，並發展國內推廣模式及相關工具、文件及管理機制，做為全國醫院參考之依據。
- 結合臨床透析、感染管制、醫療品質等專業團體，建立專業領域交流平台，參考台灣腎臟醫學會血液透析及腹膜透析訪視作業評量標準表單及感染管制查核基準內容進行自評表，提升從業人員的專業能力和整體品質，並導入自我評核制度，提升病人安全，降低醫療照護相關感染。



110-112年計畫工作重點

110年

- ✓ 組成專案小組
- ✓ 辦理國內醫療院所血液透析感染管制執行及認知狀態評估調查作業
- ✓ 辦理說明會
- 實地訪查參與醫院及診所
- 交流會議
- 期末報告

111年

- 承續110年組成之專案小組業務
- 自我評核機制
- 辦理說明會
- 實地訪查參與醫院及診所
- 交流會議
- 標竿學習
- 數位學習課程
- 印製「血液透析感染管制」宣傳品

112年

- 承續110年組成之專案小組業務
- 自我評核機制
- 辦理說明會教育訓練
- 實地訪查參與醫院及診所
- 交流會議
- 標竿學習
- 數位學習課程
- 公開成果發表會與交流計畫執行經驗
- 計畫總結報告



血液透析單位華人感染管制自我評核機制先驅研究

110

- ✓ 辦理國內醫療院所血液透析感染管制執行及認知狀態評估調查作業

說明會

實地訪查參與醫院及診所

交流會議

111

自我評核機制

說明會

實地訪查參與醫院及診所

交流會議

標竿學習

數位學習課程

112

自我評核機制

說明會教育訓練

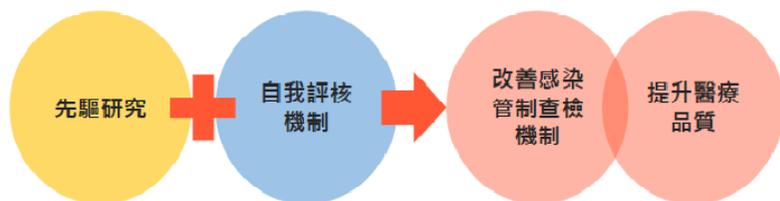
實地訪查參與醫院及診所

交流會議

標竿學習

數位學習課程

推行目的



因應國內各級醫院評鑑及鑑於病人安全，血液透析發生率及盛行率較歐美國家高，如何有效管理愈趨重要，根據近年來醫院感染管制查核作業結果發現，醫院或診所間血液透析單位在作業流程中，仍有許多值得改善之處。

因此，透過設有透析單位醫院及診所共同參與先驅研究，瞭解我國血液透析室作業管理在實務推動上可能遭遇的問題，提出國內適用的推廣策略。

另依血液透析訪視作業評量表對於病人安全、適當的醫療作業、提供適切之護理照護、人力素質提升及品質促進、經營管理之合理性及醫療政策等評核內容，藉由此計畫規劃設有透析單位醫院及診所建立自我評核機制，檢討改善所建立之感染管制查檢機制，以利精進醫療品質。



110-112年全程計畫之成果預估

1. 參考國際間有關之實證與指引，建置血液透析單位有效之感染管制作業管理模式，依執行成果提出相關政策建議，並發展國內推廣模式及相關工具、文件及管理機制，做為全國醫院參考之依據。
2. 鑑於透析單位是經血液傳播病原體的高風險單位，透析病人B、C型肝炎陽轉情形仍有改善空間，且缺乏將透析單位感染管制措施指引內化過程可能遭遇的困難，結合臨床透析、感染管制、醫療品質等專業團體，建立專業領域交流平台，提升從業人員的專業能力和整體品質，並導入自我評核制度，提升病人安全，降低醫療照護相關感染。
3. 辦理國內醫院、診所血液透析室實務管理的經驗分享及專家學者新知交流等，建立血液透析室專業領域和整體品質及安全，並導入自我評核制度，推動制度化，期使血液透析室提供最安全的服務，提升病交流平台，提升從業人員的專業能力人醫療用物安全。



110-112年全程計畫之成果預估

4. 透過血液透析醫療院所或設有血液透析單位之醫院參與共同參與的先驅研究，了解在實務推動上可能遭遇的問題，提出國內適用的推廣策略。
5. 藉由此計畫規劃透析單位建立自我評核機制，依執行情形持續檢討改善所建立之感染管制查檢模式及相關工具、文件及管理機制，計畫成果可成為將來建立血液透析室認證制度及人員專業認證的參考，以期人員專業素質提升，自我成長與肯定。
6. 本計畫成果可提供衛生主管機關制定血液透析室感染管制相關規範及醫院感染管制查核基準參考。

血液透析輔導訪視表及自評表：輔導項目

1. 人員健康管理 - 工作人員
2. 感染管制措施 - 環境
3. 隔離措施
4. 標準防護措施及其他防護措施



血液透析單位人員感染管制自我評核機制研究

血液透析輔導訪視表及自評表 (草案)

血液透析醫療院所：

輔導訪視日期：

輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明	自評表
1. 人員健康管理-工作人員	1.1 B型肝炎病毒表面抗原 (HBsAg)、B型肝炎病毒表面抗體 (anti-HBs)、C型肝炎病毒抗體 (anti-HCV) 等檢驗紀錄並建冊，並提供適當的管理及保存，保障員工隱私。	<input type="checkbox"/> 1: 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 型肝炎之員工每年至少一次追蹤檢查紀錄。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 3: 透析室之所有員工有 B、C 型肝炎之檢查紀錄。 【說明】 「透析室之所有員工」係指透析室內常規負責執行透析作業的醫護人員。	<input type="checkbox"/> 1.1 透析室之所有員工有 B、C 型肝炎之檢查紀錄；且對未感染 B、C 型肝炎之員工每年至少一次追蹤檢查紀錄。 <input type="checkbox"/> 1.2 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 (請描述: _____) 追蹤檢查紀錄。 <input type="checkbox"/> 1.3 透析室之所有員工有 B、C 型肝炎之檢查紀錄。 <input type="checkbox"/> 1.4 其他: 請描述 _____。
	1.2 B 型肝炎疫苗、流感疫苗與麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合	1-1 B 型肝炎表面抗原及表面抗體為陰性者有疫苗接種 1-2 每年流感疫苗接種達 80% 含以上。	【B 型肝炎疫苗】 1.2.1 是否掌握全體醫護人員 B 型肝炎抗體檢測資料 (如抗體檢測、接種證明等)? <input type="checkbox"/> 否 (請跳答【季節性流感疫苗】)

●本表尚為草案，可再依實際執行情況進行修訂



輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明	自評表						
	(Measles, Mumps, Rubella, MMR) 疫苗接種紀錄。	1-3 新進人員提出麻疹、德國麻疹抗體陽性證明或完成 MMR 疫苗接種紀錄，達 80% 以上。 <input type="checkbox"/> 以上 3 項達成。 <input type="checkbox"/> 以上 3 項達成 2 項。 <input type="checkbox"/> 以上 3 項達成 1 項。 【說明】 (1) 季節性流感疫苗接種率應達 80% (含) 以上。有關季節性流感疫苗接種率之計算方式，分母為當年度 10 月至 12 月之職之醫事及非醫事人員 (含外包人力、在地區級以上教學醫院執勤之醫事實習學生及固定職務之衛生師徒員工)，並得扣除經評估接種禁忌症不適合接種之人員。分子為前述人員於該期間內完成接種人數。 (2) MMR 疫苗 a. 2020 年新進人員中，1981 年 (含) 以後出生者其麻疹免疫力之比率為評量標準，應	<input type="checkbox"/> 是，109 年有 _____ 名未曾接種 B 型肝炎疫苗且抗體陰性人員。 <input type="checkbox"/> 上述人員有 _____ 人已完成接種 B 型肝炎疫苗且有抗體；有 _____ 人為按期接種者 (第 1 劑、第 2 劑間隔 1 個月，滿 6 個月接種第 3 劑)。 1.2.2 院所是否提供員工「B 型肝炎疫苗」的措施? <input type="checkbox"/> 否，員工完全自費。 <input type="checkbox"/> 是，院所部分補助。 <input type="checkbox"/> 是，院所全額補助。 【季節性流感疫苗】 1.2.3 2020 年醫療照護及相關工作人員流感流行季 (每年 10 月至 12 月) 之流感疫苗接種率: _____% (分子: _____ 人; 分母: _____ 人) 【MMR 疫苗】 1.2.4 是否訂有醫療照護工作人員 MMR 疫苗接種計畫? <input type="checkbox"/> 否。 <input type="checkbox"/> 是，請填寫下表。						
			<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>人員類別</th> <th>甲類人員中符合任一條件之人數: (乙)</th> <th>其麻疹免疫力之工作人員比率 (%): (乙/甲*100)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1981 年以後出生之醫療照護工作人員人數 (甲) 註 1</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> 註 1. 若具接種禁忌情況者，可自甲類人員人數中扣除，並請於備註欄註明原因；惟若不再具接種禁忌情況 (如懷孕) 者，應重新評估接種之可能性。 註 2. 依據衛生福利部傳染病防治諮詢會預防接種組 108 年第 1 次會	人員類別	甲類人員中符合任一條件之人數: (乙)	其麻疹免疫力之工作人員比率 (%): (乙/甲*100)	1981 年以後出生之醫療照護工作人員人數 (甲) 註 1		
人員類別	甲類人員中符合任一條件之人數: (乙)	其麻疹免疫力之工作人員比率 (%): (乙/甲*100)							
1981 年以後出生之醫療照護工作人員人數 (甲) 註 1									

●本表尚為草案，可再依實際執行情況進行修訂



輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明	自評表
		達 80% 以上。 h. 具麻疹免疫力比率之計算方式: 分母包括 1981 年 (含) 以後出生之第一線會接觸到病人的醫事及非醫事人員 (含在地區級以上教學醫院執勤之醫事實習學生及其他常駐工作人員【如: 書記、清潔人員、傳達人員等】)，並得扣除評估具接種禁忌症不適合接種之人員; 分子-前述人員中具麻疹免疫力的人數。	議決議，可以符合下列任一條件判定: (1) 具有【曾經診斷確認感染麻疹】佐證資料，或 (2) 提出【具麻疹免疫抗體檢測陽性報告，且檢驗日期距今 < 5 年】，或 (3) 提出【最後 15 年內曾接種 1 劑 MMR 疫苗紀錄】等。
	1.3 每年胸部 X 光檢查。	<input type="checkbox"/> 1: 每年進行胸部 X 光檢查且達成率 100%。 <input type="checkbox"/> 2: 每年進行胸部 X 光檢查且達成率達 80% 以上。 <input type="checkbox"/> 3: 每年進行胸部 X 光檢查且達成率為 80% 以下。 【說明】 分母: 所有與病人直接接觸之醫療相關工作人員及其	1.3.1 所有與病人直接接觸之醫療相關工作人員及其他常駐工作人員 (含外包人力) 一年內之胸部 X 光檢查達成率為 %。 【說明】 分母: 單位所有與病人直接接觸之醫療相關工作人員人數 _____ 及其他常駐工作人員 (含外包人力) _____ 人。 分子: 實際執行胸部 X 光檢查醫療相關工作人員人數 _____ 及其他常駐工作人員 (含外包人力) _____ 人。 註 1: 「常駐」係指「3 個月以上」。

●本表尚為草案，可再依實際執行情況進行修訂



輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明	自評表
		他常駐工作人員 (含外包人力)。 分子: 與病人直接接觸之醫療相關工作人員及其他常駐工作人員 (含外包人力) 實際執行胸部 X 光檢查人數。	
2 感控管制措施-環境	2.1 依據 AAMI 國際現行標準，對於菌落數監測頻率，逆滲透水 (Dialysis Water) 至少每個月檢測 1 次; 所有透析機台之透析液 (Dialysis Fluid) 每季需至少檢測 1 次，合格標準為 < 100 (CFU/ml)。	<input type="checkbox"/> 1: 逆滲透水至少每個月檢測 1 次; 所有透析機台之透析液每季需至少檢測 1 次，且針對不合格點有檢討說明並留有紀錄備查。 <input type="checkbox"/> 2: 管理規範設有逆滲透水檢測結果之行動標準 (action level) 規範，且針對超出行動標準值的不合格點有檢討說明並留有紀錄備查。 <input type="checkbox"/> 3: 內毒素每年至少檢測一次 (標準為 < 0.25 EU/ml) 且針對超出標準值的不合格點有檢討說明並留有紀錄備查。	2.1.1 每個月檢測 1 次逆滲透水菌落數，檢測地點: <input type="checkbox"/> 機房內每個 RO 設備出水口及回水口。 <input type="checkbox"/> 所有透析機台的 RO 出水口。 <input type="checkbox"/> 所有 RO 出水口以抽檢方式。 <input type="checkbox"/> 其他: 請描述 _____ 2.1.2 透析液 <input type="checkbox"/> 每季每台透析機至少檢測一次。 <input type="checkbox"/> 以抽檢方式檢測，每季不一定每季會檢測到。 <input type="checkbox"/> 其他: 請描述 _____ 2.2 逆滲透水檢測結果之行動標準值 <input type="checkbox"/> < 50 CFU/ml <input type="checkbox"/> 醫院自訂的標準值: _____ (請描述)。 2.3.1 內毒素檢驗標準值 <input type="checkbox"/> < 0.25 EU/ml <input type="checkbox"/> 醫院自訂的標準值: _____ (請描述)。 2.3.2 內毒素檢測頻率 <input type="checkbox"/> 每年至少檢測一次 <input type="checkbox"/> 醫院自訂的頻率: _____ (請描述)。 2.3.3 內毒素檢測水質 <input type="checkbox"/> 逆滲透水 <input type="checkbox"/> 透析液
	2.2 設有逆滲透水檢測結果之行動標準 (action level) 為 > 50 (CFU/ml)。		
	2.3 內毒素數據標準為 < 0.25		

●本表尚為草案，可再依實際執行情況進行修訂

輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明	自評表
3.隔離措施	3.1血液傳染性肝炎病人實施床位隔離	<p>□1: B型肝炎病人有機器隔離及床位隔離區, C型肝炎病人有集中照護, 且兩組之間機器有徹底消毒。</p> <p>□2: B型肝炎病人無機器隔離與床位隔離區, 或C型肝炎病人無集中照護, 但兩組之間機器皆有徹底消毒。</p> <p>□3: 完全未作區隔或兩組之間機器無徹底消毒。</p>	<p>2.3.4 內毒素抽樣件數</p> <p>□2020年總計抽樣____件。</p> <p>□2020年造新機總計____台。</p> <p>3.1.1 B、C型肝炎陽性病人進行血液透析時所採取之隔離措施:</p> <p>B型肝炎: <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>分區^{註1} <input type="checkbox"/>固定機台 <input type="checkbox"/>分區且固定機台</p> <p>C型肝炎: <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>集中照護^{註2} <input type="checkbox"/>其他, 請說明: _____</p> <p>註1. 分區: 將病人安置於使用牆壁、玻璃隔板或可移動、清洗之屏風或圍簾等實體屏障區隔的獨立空間進行照護。</p> <p>註2. 集中照護: 採取將病人安置於以實體屏障區隔出的獨立空間照護, 或是與一般病人共用同一個空間, 但將相同感染性的病人集中在固定的一個區域內進行照護。</p> <p>3.1.2 B、C型肝炎陽性病人血液透析後其機器消毒方式:</p> <p><input type="checkbox"/>熱消 <input type="checkbox"/>化消 (消毒液名稱: _____) <input type="checkbox"/>其他, 請說明: _____</p> <p>3.1.3 B、C型肝炎陽性病人血液透析後其機器消毒頻次:</p> <p><input type="checkbox"/>每班 <input type="checkbox"/>每天 <input type="checkbox"/>其他, 請說明: _____</p>
	3.2每年監測病人肝炎情形, 異常者有覆檢	<p>□1: 所有透析病人均有建立肝炎監測, 陽性者皆有追蹤處置且血液透析室有符合法令之通報與加強監測作為。</p> <p>□2: 只有部份透析病人有建立肝炎監測, 但陽性者皆有追蹤處置且血液透</p>	<p>3.2.1 B、C型肝炎陽性透析病人肝炎監測頻率:</p> <p><input type="checkbox"/>每半年 <input type="checkbox"/>每年 <input type="checkbox"/>其他, 請說明: _____</p> <p>3.2.2 B、C型肝炎陰性透析病人肝炎監測頻率:</p> <p><input type="checkbox"/>每半年 <input type="checkbox"/>每年 <input type="checkbox"/>其他, 請說明: _____</p> <p>3.2.3 是否均有透析病人急性病毒性肝炎轉個案通報機制: _____</p>

●本表尚為草案, 可再依實際執行情況進行修訂

輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明	自評表																				
3.3	3.3.1 監測門診透析病人B型、C型肝炎轉陽率	<p>□1: 一年內B型肝炎及C型肝炎轉陽率各≤5%。</p> <p>□2: 一年內B型或C型肝炎轉陽率>5%。</p>	<p>評定有符合法令之通報與加強監測作為。</p> <p>□3: 沒有定期監測, 或陽性者無追蹤處置或血液透析室無符合法令之通報與加強監測作為。</p> <p>3.3.3 填寫2020年透析病人H、C型高病毒型肝炎檢測結果:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">項目</th> <th colspan="2">HBsAg</th> <th colspan="4">anti-HCV 抗體</th> </tr> <tr> <th>基礎值陰性人數(A)^{註1}</th> <th>陽轉個案數(B)^{註2}</th> <th>基礎值陰性人數(A)^{註1}</th> <th>陽轉個案數(B)^{註2}</th> <th>陽轉個案數(RNA)^{註3}</th> <th>陽轉個案數(RNA)^{註3}</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>血液透析</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>註1: 「基礎值陰性」: 係指2020年曾接受長期透析病人中, 其2019年檢驗值均為陰性者; 若該透析病人於2019年檢驗值, 則以其2019年第一次檢驗值判定, 若其檢驗結果為陰性者, 則亦列入基礎值陰性人數。</p> <p>註2: 「陽轉個案數」: 係指前項基礎值陰性者中, 於2019年度檢驗結果轉為陽性者; 陽轉個案數請歸入統計。</p> <p>註3: C肝通報定義請參閱附件。</p>	項目	HBsAg		anti-HCV 抗體				基礎值陰性人數(A) ^{註1}	陽轉個案數(B) ^{註2}	基礎值陰性人數(A) ^{註1}	陽轉個案數(B) ^{註2}	陽轉個案數(RNA) ^{註3}	陽轉個案數(RNA) ^{註3}	血液透析						
	項目	HBsAg			anti-HCV 抗體																		
基礎值陰性人數(A) ^{註1}		陽轉個案數(B) ^{註2}	基礎值陰性人數(A) ^{註1}	陽轉個案數(B) ^{註2}	陽轉個案數(RNA) ^{註3}	陽轉個案數(RNA) ^{註3}																	
血液透析																							
3.4對於發覺之透析病人有給予適當處置	<p>□1: 對於發覺病人的處置有標準流程, 譬如提供口罩、乾洗手, 並給予適當處置。</p>	<p>3.4.1 病人透析前是否有進行量量:</p> <p><input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>是</p> <p>3.4.2 是否訂有透析發覺病人處置流程: _____</p>																					

●本表尚為草案, 可再依實際執行情況進行修訂

輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明	自評表								
3.5	3.5.1 對於新興傳染病之整備, 病人處置及應變計畫	<p>□2: 對於發覺病人的處置無規範。</p> <p>【說明】每位透析患者須進行體溫監測, 若有異常安置隔離區或獨立區域進行透析。</p> <p>□1: 對於新興傳染病之整備, 病人處置有制定標準之流程及應變計畫。</p> <p>□2: 對於新興傳染病防治無規範。</p> <p>【說明】(1) 設置TOCC詢問表, 詢問對象包含病人、陪病人員。</p> <p>(2) 人員須完成新興傳染病教育訓練1場/年, 通過個人防護裝備穿戴。</p>	<p>□否 <input type="checkbox"/>是</p> <p>3.4.3 是否有隔離透析的規劃:</p> <p><input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>是; 有規劃 <input type="checkbox"/>專區^{註1} <input type="checkbox"/>單人室 <input type="checkbox"/>負壓隔離區</p> <p>註1: 專區: 將病人安置於使用牆壁、玻璃隔板或可移動、清洗之屏風或圍簾等實體屏障區隔出的獨立空間進行照護。</p> <p>3.5.1 是否訂有新興傳染病之整備、病人處置之標準流程及應變計畫:</p> <p><input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>是; 請提供: _____</p> <p>3.5.2 PPE實務需求相關訓練資料:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>2018年</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. 應受訓醫護人員數</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. 實際參加PPE訓練人數</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. 訓練完成度百分比</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		2018年	1. 應受訓醫護人員數		2. 實際參加PPE訓練人數		3. 訓練完成度百分比	
		2018年									
1. 應受訓醫護人員數											
2. 實際參加PPE訓練人數											
3. 訓練完成度百分比											
3.6環境與儀器設備之清潔消毒	<p>1. 訂有機房管路消毒作業流程及落實執行</p> <p>2. 訂有機房表面清潔消毒作業流程及落實執行</p> <p>3. 訂有病人巡迴環境表面清潔消毒作業流程及落實執行</p> <p>□1: 3項皆有落實執行。</p>	<p>3.6.1 是否訂有機房及環境清潔消毒之作業流程:</p> <p><input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>是; 請於實地輔導訪視時提供相關作業流程文件供參</p> <p>3.6.2 機器表面清潔消毒用具:</p> <p><input type="checkbox"/>布類抹布 <input type="checkbox"/>拋棄式抹布 <input type="checkbox"/>不織布抹布 <input type="checkbox"/>其他, 請說明: _____</p> <p>3.6.3 機器表面消毒方式:</p> <p><input type="checkbox"/>漂白水, 濃度: _____</p> <p><input type="checkbox"/>酒精, 濃度: _____</p>									

●本表尚為草案, 可再依實際執行情況進行修訂

輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明	自評表									
4.標準防護措施及其他防護措施	4.1 手部衛生	<p>□2: 有完成1-2項。</p> <p>□3: 皆無完成。</p>	<p>□其他, 請說明: _____</p> <p>□否</p> <p>3.6.4 機器表面清潔頻次:</p> <p><input type="checkbox"/>每班 <input type="checkbox"/>每天 <input type="checkbox"/>其他, 請說明: _____</p> <p>3.6.5 機器表面清潔範圍:</p> <p><input type="checkbox"/>機器面板 <input type="checkbox"/>機身 <input type="checkbox"/>機台置物架 <input type="checkbox"/>其他, 請說明: _____</p> <p>3.6.6 環繞清潔用具:</p> <p><input type="checkbox"/>布類抹布 <input type="checkbox"/>拋棄式抹布 <input type="checkbox"/>不織布抹布 <input type="checkbox"/>其他, 請說明: _____</p> <p>3.6.7 環繞清潔方式:</p> <p><input type="checkbox"/>漂白水, 濃度: _____</p> <p><input type="checkbox"/>酒精, 濃度: _____</p> <p><input type="checkbox"/>其他, 請說明: _____</p> <p><input type="checkbox"/>否</p> <p>3.6.8 環繞清潔頻次:</p> <p><input type="checkbox"/>每班 <input type="checkbox"/>每天 <input type="checkbox"/>其他, 請說明: _____</p> <p>3.6.9 環繞清潔範圍:</p> <p><input type="checkbox"/>床 <input type="checkbox"/>床欄 <input type="checkbox"/>隔簾 <input type="checkbox"/>地板 <input type="checkbox"/>其他, 請說明: _____</p>									
	4.1.1 洗手設備	<p>□1: 符合第2大項說明, 且1. 每張透析床都有乾洗手設備。</p> <p>1-2 訂有手部衛生稽核機制。</p> <p>1-3 定期稽核手部衛生遵從性及正確性且留有紀錄。</p> <p>□2: 2-1 濕洗手設備應為非手控式水龍頭, 且有正確洗</p>	<p>4.1.1 洗手設備調查: 濕洗手機: 乾洗手 (請填下表)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>透析床設置位置</th> <th>工作車</th> <th>護理站</th> <th>大門入口</th> <th>其他位置, 請說明</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(台)</td> <td>(台)</td> <td>(個)</td> <td>(個)</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>院所之總數</p> <p>上述地點有乾洗手劑之數量</p> <p>4.1.2 是否辦理手部衛生稽核</p> <p><input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>是, 頻次: <input type="checkbox"/>每月 <input type="checkbox"/>每季 <input type="checkbox"/>每半年 <input type="checkbox"/>每年</p>	透析床設置位置	工作車	護理站	大門入口	其他位置, 請說明	(台)	(台)	(個)	(個)
透析床設置位置	工作車	護理站	大門入口	其他位置, 請說明								
(台)	(台)	(個)	(個)									

●本表尚為草案, 可再依實際執行情況進行修訂

輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明	自評表
		<p>手步驟之標示，洗手台備有洗手液及擦手紙；</p> <p>2-2 執行下列說明，能確實洗手。</p> <p><input type="checkbox"/> 3：未達上述標準。</p> <p>【說明】</p> <p>根據手部衛生S時機執行手部衛生（即：接觸病人前、執行清潔/無菌操作技術前、暴露病人風險後、接觸病人後、接觸病人退還環境後）。</p> <p>(1) 於病室入口、病床旁設置酒精性乾洗手設備，或提供醫療照護工作人員攜帶型酒精性乾洗手液，以提高工作人員手部衛生遵從性。</p> <p>(2) 與病人直接接觸時，不應配戴人工指甲。</p> <p>(3) 如果雙手沒有明顯髒污，可使用酒精性乾洗手液代替消毒小與肥皂。執行手部衛生。</p> <p>(4) 考量透析作業過程具有暴露血液的風險，建議工作人員於過程中應配戴手套。</p>	

●本表尚為草案，可再依實際執行情況進行修訂

輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明	自評表
		<p>(5) 照護病人脫除手套後，需執行手部衛生；不得使用同一雙手套照護另一位病人。</p>	
	4.2 安全的用藥/注射行為	<p><input type="checkbox"/> 1：符合第2大項說明，且給藥前，給予用藥指導，給藥後，觀察病人反應，如有副作用，應與醫師確認且有處理紀錄。</p> <p><input type="checkbox"/> 2：</p> <p>2-1 備有單位常用藥品查詢工具。</p> <p>2-2 所有給藥（含自備藥）皆應有醫囑記錄。</p> <p>2-3 給藥時依3 讀5 對執行且有記錄。</p> <p>2-4 在抗凝劑的空針外註明藥物名稱、稀釋時間及稀釋後劑量。</p> <p><input type="checkbox"/> 3：未達上述標準。</p> <p>【說明】</p> <p>(1) 單一劑量藥物提供僅單一病人使用，且不應以重複抽取方式使用。</p> <p>(2) 應於乾淨區域進行藥物準備。</p> <p>(3) 以無菌操作技術準備和處</p>	<p>4.2.1 藥物準備區：</p> <p><input type="checkbox"/> 病人透析機台 <input type="checkbox"/> 工作台 <input type="checkbox"/> 準備區</p> <p>4.2.2 抗凝劑的空針外註明藥物名稱、稀釋時間及稀釋後劑量：</p> <p><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p><input type="checkbox"/> 是；空針外註明 <input type="checkbox"/> 藥物名稱 <input type="checkbox"/> 稀釋時間 <input type="checkbox"/> 稀釋後劑量</p> <p>4.2.3 除抗凝劑外，是否還有其他劑量包裝藥物：</p> <p><input type="checkbox"/> 是，請列舉</p>

●本表尚為草案，可再依實際執行情況進行修訂

輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明	自評表
		<p>置非口服藥物或輸液。</p> <p>(4) 同一件輸液用品（如：針頭、注射器、沖洗器、輸液管路、或靜脈輸液等）不可使用於不同病人。</p> <p>(5) 避免使用多劑量包裝的藥物（multidose vials）</p>	
	4.3 針孔及個人防護裝備	<p><input type="checkbox"/> 1：符合第2大項說明，且有針孔事件處理流程。</p> <p><input type="checkbox"/> 2：</p> <p>2-1 有感染管制規範並定期修訂。</p> <p>2-2 執行血液透析穿刺，收針等有可能產生血液、體液之飛濺時，應穿戴隔離衣、手套、口罩、護目鏡或面罩等個人防護裝備。</p> <p>2-3 依標準防護措施隔離病人，且定期辦理員工感染管制教育訓練。</p> <p>2-4 應具有生物醫療性廢棄物及尖銳物品收集容器。</p> <p><input type="checkbox"/> 3：未達上述標準。</p> <p>【說明】</p> <p>(1) 執行血液透析穿刺，收血</p>	<p>4.3.1 是否訂有針孔事件處理流程：</p> <p><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p><input type="checkbox"/> 是：請於實地輔導訪視時提供相關作業流程文件供參</p> <p>4.3.2 是否訂有血液透析感染管制規範：</p> <p><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p><input type="checkbox"/> 是：請於實地輔導訪視時提供相關作業流程文件供參</p> <p>4.3.3 人員執行血液透析穿刺，收針等有可能產生血液、體液之飛濺時，是否穿戴隔離衣、手套、口罩、護目鏡或面罩等個人防護裝備：</p> <p><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p><input type="checkbox"/> 是：人員穿戴 <input type="checkbox"/> 隔離衣 <input type="checkbox"/> 手套 <input type="checkbox"/> 口罩 <input type="checkbox"/> 護目鏡 <input type="checkbox"/> 面罩</p> <p>4.3.4 人員每年是否接受感染管制教育3小時：</p> <p><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>4.3.5 是否設有收針車：</p> <p><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>4.3.6 是否有設置生物醫療性廢棄物及尖銳物品收集容器：</p> <p><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>

●本表尚為草案，可再依實際執行情況進行修訂

輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明	自評表
		<p>等有可能產生血液、體液之飛濺時，應穿戴隔離衣、手套、口罩、護目鏡或面罩等個人防護裝備。</p> <p>(2) 因應新興傳染病照護時應依情境進行相關防護。</p>	

●本表尚為草案，可再依實際執行情況進行修訂

實地訪查之血液透析醫療院所

負責單位 社團法人台灣感染管制學會、社團法人台灣腎臟醫學會

訪查目的 透過訪查，讓本計畫參與人員及參與醫療院所能夠進一步了解目前現況。

訪查名額 30家。

訪查時間 110年5-8月。

 血液透析單位專人感染管制自強研習機制先驅研究

參與實地訪查之血液透析醫療院所 線上報名表

實地訪查醫療院所報名連結已公告於學會網站【最新消息】



 血液透析單位專人感染管制自強研習機制先驅研究

參與實地訪查之血液透析醫療院所 【報名表】



線上報名表：<https://reurl.cc/MZV2Op>

 血液透析單位專人感染管制自強研習機制先驅研究

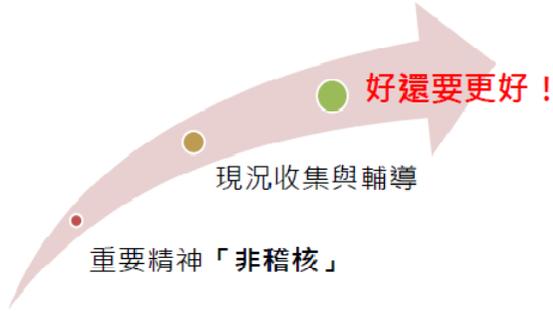
參與實地訪查聯繫窗口

- ◆ 社團法人台灣感染管制學會 黃建豪先生
- ◆ 電話：0988-078-573
- ◆ E-mail：hank83722@yahoo.com.tw

 血液透析單位專人感染管制自強研習機制先驅研究

課程資料(血液透析輔導訪視表(草案)評分與標準說明)

<p style="text-align: center;">Infection Control Society of Taiwan (ICST)</p>  <h2 style="text-align: center;">血液透析輔導訪視表(草案) 評分與標準說明</h2> <p style="text-align: center;">社團法人台灣感染管制學會 2021年04月17日(北部場) 2021年04月18日(南部場)</p> <p style="text-align: center;">社團法人台灣感染管制學會</p>	<p style="text-align: center;">Infection Control Society of Taiwan (ICST)</p> <h3 style="text-align: center;">簡報大綱</h3> <ul style="list-style-type: none"> ■ 血液透析輔導訪視精神及目的 ■ 血液透析輔導訪視表(草案)條文說明 <p style="text-align: center;">社團法人台灣感染管制學會</p>															
<p style="text-align: center;">Infection Control Society of Taiwan (ICST)</p> <h3 style="text-align: center;">感染 3 大要素</h3> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>+</td> <td></td> <td>+</td> <td></td> </tr> <tr> <td>易感宿主 (Susceptible host)</td> <td></td> <td>傳播途徑 (Means of transmission)</td> <td></td> <td>感染源 (Source)</td> </tr> <tr> <td>年齡 潛在疾病 特殊治療</td> <td></td> <td>接觸 飛沫 空氣 媒介物</td> <td></td> <td>內因性 外因性</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">社團法人台灣感染管制學會</p>		+		+		易感宿主 (Susceptible host)		傳播途徑 (Means of transmission)		感染源 (Source)	年齡 潛在疾病 特殊治療		接觸 飛沫 空氣 媒介物		內因性 外因性	<p style="text-align: center;">Infection Control Society of Taiwan (ICST)</p> <h3 style="text-align: center;">以感染鍊切入避免傳染及得到感染</h3> <div style="text-align: center;"> <p>輔導項目</p>  </div> <p style="text-align: center;">社團法人台灣感染管制學會</p>
	+		+													
易感宿主 (Susceptible host)		傳播途徑 (Means of transmission)		感染源 (Source)												
年齡 潛在疾病 特殊治療		接觸 飛沫 空氣 媒介物		內因性 外因性												



輔導項目	評分項目	評分說明與標準說明	自評表
------	------	-----------	-----

輔導項目	評分項目
1. 人員健康管理-工作人員	1.1B型肝炎病毒表面抗原(HBsAg)、B型肝炎病毒表面抗體(anti-HBs)、C型肝炎病毒抗體(anti-HCV)等檢驗紀錄並造冊，並提供適宜的管理及保存，保障員工隱私。
	1.2B型肝炎疫苗、流感疫苗與麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合(Measles、Mumps、Rubella, MMR)疫苗接種紀錄。
	1.3每年胸部 X 光檢查。
2. 感染管制措施-環境	2.1. 依循 AAMI 國際現行標準，對於菌落數監測頻率，逆滲透水(Dialysis Water)至少每個月檢測 1 次；所有透析機台之透析液(Dialysis Fluid) 每季需至少檢測 1 次，合格標準為 < 100 (CFU/ml)。
	2.2設有逆滲透水檢測結果之行動標準(action level)為>50 (CFU/ml)。
	2.3內毒素數據標準為< 0.25 (EU/ml)且每年至少檢測一次。
3. 隔離措施	3.1血流傳染性肝炎病人實施床位區隔
	3.2每年監測病人肝炎情形，異常者有複檢
	3.3監測門診透析病人B型、C型肝炎轉陽率
	3.4對於發燒之透析病人有給予適當處置
	3.5對於新興傳染病之整備、病人處置及應變計劃
	3.6環境與儀器設備之清潔消毒
4. 標準防護措施及其他防護措施	4.1手部衛生
	4.2安全的用藥/注射行為
	4.3針孔及個人防護裝備

4大面向
15次項

1.人員健康管理-工作人員

評量項目	評量說明與標準說明	自評表
1.1 B型肝炎病毒表面抗原 (HBsAg)、B型肝炎病毒表面抗體 (anti-HBs)、C型肝炎病毒抗體 (anti-HCV) 等檢驗紀錄並造冊，並提供適宜的管理及保存，保障員工隱私。	<p>□1: 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 型肝炎之員工每年至少一次追蹤檢查紀錄。</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: 透析室之所有員工有 B、C 型肝炎之檢查紀錄。</p> <p>【說明】 「透析室之所有員工」，係指透析室內常規負責執行透析作業的醫護人員。</p>	<p>□1.1 透析室之所有員工有 B、C 型肝炎之檢查紀錄；且對未感染 B、C 型肝炎之員工每年至少一次追蹤檢查紀錄。</p> <p>□1.2 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。(請描述:_____)</p> <p>□1.3 透析室之所有員工有 B、C 型肝炎之檢查紀錄。</p> <p>□1.4 其他: 請描述_____。</p>

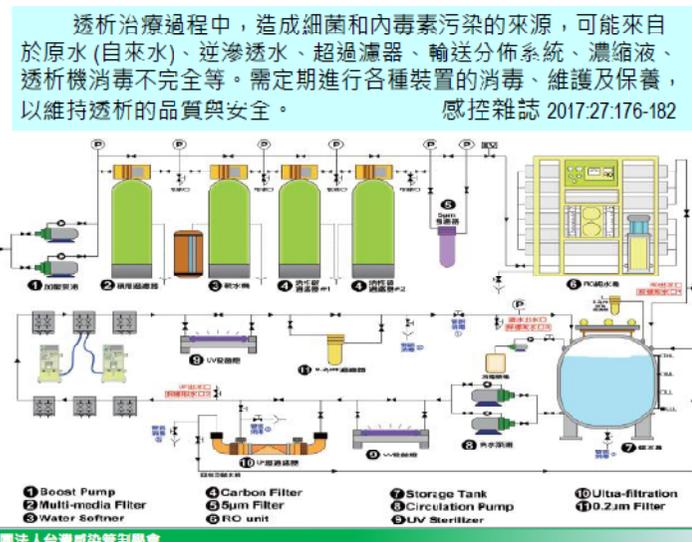
評量項目	評量說明與標準說明	自評表
1.2 B型肝炎疫苗、流感疫苗與麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合 (Measles、Mumps、Rubella, MMR) 疫苗接種紀錄。	<p>1-1 B型肝炎表面抗原及表面抗體為陰性者有疫苗接種</p> <p>1-2 每年流感疫苗接種率80% 含以上。</p> <p>1-3 新進人員提出麻疹、德國麻疹抗體陽性證明或完成MMR疫苗接種紀錄，達80%以上。</p> <p>□以上3項皆達成，</p> <p>□以上3項達成2項。</p> <p>□以上3項達成1項。</p> <p>【說明】 (1) 季節性流感疫苗接種率應達 80% (含) 以上，有關季節性流感疫苗接種率之計算方式，分母為當年度 10 月至 12 月在職之醫事及非醫事人員 (含外包人力、在地區級以上教學醫院執勤之醫事實習學生及固定服務之衛生保健志工)，並得扣除經評估具接種禁忌症不適合接種之人員，分子為前述人員於該段期間內完成接種人數。</p>	<p>【B型肝炎疫苗】</p> <p>1.2.1 是否掌握全體醫護人員 B 型肝炎抗體檢測資料 (如抗體檢測、接種證明等)?</p> <p>□否 (請跳答【季節性流感疫苗】)</p> <p>□是，2020 年有名未曾接種 B 型肝炎疫苗且抗體陰性人員。</p> <p>○上述人員有名已完成接種 B 型肝炎疫苗且有抗體；有名人為按期程接種者 (第 1 劑、第 2 劑間隔 1 個月，滿 6 個月追接種第 3 劑)。</p> <p>1.2.2 院所是否提供員工「B 型肝炎疫苗」的措施?</p> <p>□否，員工完全自費。</p> <p>□是，院所部分補助。</p> <p>□是，院所全額補助。</p> <p>【季節性流感疫苗】</p> <p>1.2.3 2020 年醫療照護及相關工作人員流感流行季 (每年 10 月至 12 月) 之流感疫苗接種率: <u> </u> % (分子: <u> </u> 人, 分母: <u> </u> 人)</p>

評量項目	評量說明與標準說明	自評表
1.2 B型肝炎疫苗、流感疫苗與麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合疫苗接種紀錄。	【說明】 (2) MMR 疫苗 a. 2020年新進人員中，1981年(含)以後出生者具麻疹免疫力的比率為評量標準，應達00%以上。 b. 具麻疹免疫力比率的計算方式： <u>分母</u> -包括1981年(含)以後出生之第一線會接觸到病人的醫事及非醫事人員(含在地區級以上教學醫院執勤之醫事實習學生及其他常駐工作人員【如:書記、清潔人員、傳送人員等】)，並得扣除經評估具接種禁忌症不適宜接種之人員； <u>分子</u> -前述人員中具麻疹免疫力的人數。	【MMR疫苗】 1.2.4是否訂有醫療照護工作人員MMR疫苗接種計畫？ □否。 □是，請填寫下表。

人員類別	甲類人員中符合註2任一條件之人數：(乙)	具麻疹免疫力之工作人員比率(%) 乙/甲*100
1981年以後出生之醫療照護工作人員人數(甲)註1		

註1:若具接種禁忌情況者，可自甲類人員人數中扣除，並請於備註欄註明原因；惟若不再具應接種禁忌情況(如懷孕)者，應重新評估接種之可能性。
註2:依據衛生福利部傳染病防治諮詢會預防接種組108年第1次會議決議，可以符合下列任一項條件判定：
(1)具有【曾經診斷確認感染麻疹】佐證資料，或
(2)提出【具麻疹免疫抗體檢測陽性報告，且檢驗日期距今<5年】，或
(3)提出【最後15年內曾接種1劑MMR疫苗紀錄】等。

評量項目	評量說明與標準說明	自評表
1.3 每年胸部X光檢查	□1: 每年進行胸部X光檢查且達成率100%。 □2: 每年進行胸部X光檢查且達成率達80%以上。 □3: 每年進行胸部X光檢查且達成率為80%以下。 【說明】 <u>分母</u> :所有與病人直接接觸之醫療相關工作人員及其他常駐工作人員(含外包人力)。 <u>分子</u> :與病人直接接觸之醫療相關工作人員及其他常駐工作人員(含外包人力)實際執行胸部X光檢查人數。	1.3.1所有與病人直接接觸之醫療相關工作人員及其他常駐工作人員(含外包人力)一年內的胸部X光檢查達成率為___%。 【說明】 分母:單位所有與病人直接接觸之醫療相關工作人員人數___及其他常駐工作人員(含外包人力)___人。 分子:實際執行胸部X光檢查醫療相關工作人員人數___及其他常駐工作人員(含外包人力)___人。 註1:「常駐」係指「3個月以上」



2.感染管制措施-環境

評量項目	評量說明與標準說明	自評表
2.1 依循 AAMI 國際現行標準，對於菌落數監測頻率，逆滲透水(Dialysis Water)至少每個月檢測1次；所有透析機台之透析液(Dialysis Fluid)每季至少檢測1次，合格標準為<100(CFU/ml)。	□1逆滲透水至少每個月檢測1次；所有透析機台之透析液每季至少檢測1次，且針對不合格點有檢討說明並留有紀錄備查。 □2管理規範設有逆滲透水檢測結果之行動標準(action level)規範，且針對超出行動標準值的不合格點有檢討說明並留有紀錄備查。 □3內毒素數據標準為<0.25(EU/ml)且針對超出標準值的不合格點有檢討說明並留有紀錄備查。	2.1.1每個月檢測1次逆滲透水菌落數，檢測地點： □機房內每個RO設備出水口及回水口。 □所有透析機台的RO出水口。 □所有RO出水口以抽檢方式。 □其他：請描述_____ 2.1.2透析液 □每季每台透析機至少檢測一次。 □以抽檢方式檢測，每季不一定每季會被檢測到。 □其他：請描述_____ 2.2逆滲透水檢測結果之行動標準值 □>50 CFU/ml □醫院自訂的標準值：_____(請描述)。 2.3.1內毒素檢驗標準值 □<0.25 EU/ml □醫院自訂的標準值：_____(請描述)。 2.3.2內毒素檢測頻率 □每年至少檢測一次 □醫院自訂的頻率：_____(請描述)。 2.3.3內毒素檢測水質 □逆滲透水 □透析液 2.3.4內毒素抽樣件數 □2020年總計抽驗___件。 □2020年透析機總計___台。

Infection Control Society of Taiwan (ICST)

3. 隔離措施

評量項目	評量說明與標準說明	自評表
3.1 血流傳染性肝炎病人實施床位區隔	<p>□1: B型肝炎病人有機器隔離及床位隔離區, C型肝炎病人有集中照護, 且兩班之間機器有徹底消毒。</p> <p>□2: B型肝炎病人無機器隔離與床位隔離區, 或C型肝炎病人無集中照護, 但兩班之間機器皆有徹底消毒。</p> <p>□3: 完全未作區隔或兩班之間機器無徹底消毒。</p>	<p>3.1.1 B、C型肝炎陽性病人進行血液透析時所採取之隔離措施: B型肝炎: <input type="checkbox"/>無<input type="checkbox"/>分區<input type="checkbox"/>固定機台<input type="checkbox"/>分區且固定機台 C型肝炎: <input type="checkbox"/>無<input type="checkbox"/>集中照護<input type="checkbox"/>其他, 請說明: _____</p> <p>註1 分區: 將病人安置於使用牆壁、玻璃隔板或可移動、清洗之屏風或圍簾等實體屏障區隔出的獨立空間進行照護。</p> <p>註2 集中照護: 採取將病人安置於以實體屏障區隔出的獨立空間照護, 或是與一般病人共用同一個空間, 但將相同感染的病人集中在固定的一個區域內進行照護。</p> <p>3.1.2 B、C型肝炎陽性病人血液透析後其機器消毒方式: <input type="checkbox"/>熱消<input type="checkbox"/>化消(消毒液名稱: _____) <input type="checkbox"/>其他, 請說明: _____</p> <p>3.1.3 B、C型肝炎陽性病人血液透析後其機器消毒頻率: <input type="checkbox"/>每班<input type="checkbox"/>每天<input type="checkbox"/>其他, 請說明: _____</p>

社團法人台灣感染管制學會

Infection Control Society of Taiwan (ICST)

評量項目	評量說明與標準說明	自評表
3.2 每年監測病人肝炎情形, 異常者有複檢	<p>□1: 所有透析病人均有建立肝炎監測, 陽轉者皆有追蹤處置且血液透析室有符合法令的通報與加強監測作為。</p> <p>□2: 只有部份透析病人有建立肝炎監測, 但陽轉者皆有追蹤處置且血液透析室有符合法令的通報與加強監測作為。</p> <p>□3: 沒有定期監測, 或陽轉者無追蹤處置或血液透析室無符合法令的通報與加強監測作為。</p>	<p>3.2.1 B、C型肝炎陽性透析病人肝炎監測頻率: <input type="checkbox"/>每半年<input type="checkbox"/>每年<input type="checkbox"/>其他, 請說明: _____</p> <p>3.2.2 B、C型肝炎陰性透析病人肝炎監測頻率: <input type="checkbox"/>每半年<input type="checkbox"/>每年<input type="checkbox"/>其他, 請說明: _____</p> <p>3.2.3 是否訂有透析病人急性病毒性肝炎轉個案通報機制: <input type="checkbox"/>否。 <input type="checkbox"/>是; 請簡述說明通報機制: _____</p> <p>3.2.4 急性病毒性肝炎於2020年通報件數: <input type="checkbox"/>B型肝炎陽性; _____件 <input type="checkbox"/>C型肝炎; _____件</p>

社團法人台灣感染管制學會

Infection Control Society of Taiwan (ICST)

3.2.3 透析病人急性病毒性肝炎陽轉個案通報機制(範例)

- 依傳染病防治法於通報實限(1週內)進行通報, 檢測RNA病毒以排除是否為陽性。
- 發現anti-HCV陽轉新個案3個月內, 再次檢測透析單位全部的C型肝炎病毒抗體陰性病人, 且將檢查頻率縮短至每3個月1次。
- 連續2次沒有新增陽轉個案, 回歸每6個月檢查1次。
- 若持續發現新增陽轉anti-HCV個案維持檢查頻率每3個月1次, 需調查感染來源、執行改善措施。

社團法人台灣感染管制學會

Infection Control Society of Taiwan (ICST)

評量項目	評量說明與標準說明	自評表						
3.3 監測門診透析病人B、C型肝炎轉陽率	<p>□1: 一年內B 肝及C肝轉陽性率各 ≤ 5%。</p> <p>□2: 一年內B 肝或C 肝轉陽性率> 5%。</p>	3.3請填寫2020年透析病人B、C型病毒性肝炎檢測結果:						
項目	HBsAg		anti-HCV 抗體					
	基礎值陰性人數(A) ^{註1}	陽轉個案數(B) ^{註2}	陽轉率%(B/A)	基礎值陰性人數(A) ^{註2}	陽轉個案數(B) ^{註2}	陽轉個案有檢RNA個案數	陽轉個案RNA(+)個案數	陽轉率%(B/A)
血液透析								

註1: 「基礎值陰性」: 係指2020年曾接受長期透析病人中, 其2019年檢驗值均為陰性者; 若該透析病人無2019年檢驗數值, 則以其2019年第一次檢驗值判定, 若其檢驗結果為陰性者, 則亦列入基礎值陰性人數。

註2: 「陽轉個案數」: 係指前項基礎值陰性者中, 於2019年度檢驗結果轉為陽性者; 陽轉個案數請歸入統計。

~C肝通報定義~

社團法人台灣感染管制學會

急性病毒性B型肝炎(Acute Hepatitis B)

通報定義

一、臨床條件

同時具有以下三項條件：

(一)急性肝炎症狀或肝功能異常 (ALT ≥ 100 IU/l)

(二)血清學 HBsAg 抗原檢測陽性。

(三)排除慢性肝炎急性發作或其他原因引起之肝功能異常發覺。

二、檢驗條件

血清學B型肝炎 IgM核心抗體(IgM anti-HBc) 檢測陽性。

急性病毒性C型肝炎(Acute Hepatitis C)

通報定義：

符合臨床條件及檢驗條件第(一)項，或符合檢驗條件第(二)項至第(五)項之任一項。

一、臨床條件

同時具有以下二項條件：

(一)急性肝炎症狀或肝功能異常 (ALT ≥ 100 IU/l)。

(二)排除慢性肝炎急性發作或其他原因引起之肝功能異常發覺。

二、檢驗條件

(一)血清C型肝炎病毒抗體 (anti-HCV)、C型肝炎病毒核糖 (HCV RNA)、C型肝炎病毒抗原 (HCV antigen) 任一檢測陽性。

(二)曾檢驗血清anti-HCV陰性，後於一年內轉變成anti-HCV陽性 ※1。

(三)血清HCV RNA或HCV antigen 檢測陽性，且anti-HCV陰性。

(四)曾檢驗血清HCV RNA或HCV antigen陽性，後於一年內轉變成HCV RNA或HCV antigen陽性 ※2。

(五)C型肝炎治療療程結束且達持續性病毒反應 (sustained viral response, SVR) 者，後經檢驗轉變成HCV RNA或HCV antigen陽性，且經臨床及檢驗評估排除延遲復發或新感染個案。

※1 若臨床醫師懷疑第一次anti-HCV陽性可能為偽陽性尚未通報，請複驗anti-HCV，或檢測HCV RNA、HCV antigen，依檢驗結果，即時通報。

※2 於C型肝炎治療中或曾接受治療但尚未達SVR之患者，若經檢測為感染不同基因型別C型肝炎病毒之新感染，須通報。

評量項目	評量說明與標準說明	自評表
3.4 對於發燒之透析病人有給予適當處置	<p>□1：對於發燒病人的處置有標準流程，譬如提供口罩、乾洗手，並給予適當處置。</p> <p>□2：對於發燒病人的處置無規範。</p> <p>【說明】 每位透析患者須透析前須進行體溫監控，若有異常宜安置隔離區或獨立區域進行透析。</p>	<p>3.4.1病人透析前是否有進行量溫： □否 □是</p> <p>3.4.2是否訂有透析發燒病人處置流程： □否 □是</p> <p>3.4.3是否有隔離透析的規劃： □否 □是</p> <p>□是：有規劃○專區^{註1}○單人室○負壓隔離區</p> <p>註1： 專區：將病人安置於使用牆壁、玻璃隔板或可移動、清洗之屏風或圍簾等實體屏障區隔出的獨立空間進行照護。</p>

評量項目	評量說明與標準說明	自評表
3.5對於新興傳染病之整備病人處置及應變計劃	<p>□1：對於新興傳染病之整備、病人處置有制定標準之流程及應變計畫。</p> <p>□2：對於新興傳染病防治無規範。</p> <p>【說明】 (1) 設置TOCC詢問表，詢問對象須包含病人、陪病人員。 (2) 人員須完成新興傳染病教育訓練1場/年。通過個人防護裝備實務穿脫。</p>	<p>3.5.1是否訂有新興傳染病之整備、病人處置之標準流程及應變計畫： □否 □是；請提供：_____</p> <p>3.5.2 PPE實務需求相關訓練資料： _____</p>

	2018年
1.應受訓醫護人員數	
2.實際參加PPE訓練人數	
3.訓練完成度百分比	

手部衛生~「最基本的」接觸傳播防護措施

手部衛生5時機



疫情報導

TAIWAN EPIDEMIOLOGY BULLETIN

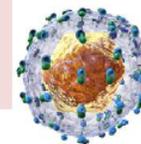
2019年2月26日 第35卷 第4期

疫情調查

2017年桃園市某診所急性C型肝炎群聚調查

江雪美¹、楊志元²、廖郁昕²、鄭慶欣^{3*}、林茹慧¹、楊振煌⁴

C型肝炎病毒主要經血體液傳染，共用污染針具、接受污染血液製劑、或使用滅菌不完全器械均可能造成感染。國外許多醫源性C型肝炎群聚均與人員未遵從感染管制措施有關。



疫情報導：第35卷第4期

Hepatitis C Virus (HCV)

事件緣起

疫情報導：第35卷第4期

- 2017年1至3月桃園市衛生局陸續接獲3例通報急性病毒性C型肝炎個案。
- 疫調發現3案均曾於潛伏期內至楊梅區某診所就醫並注射靜脈藥物，查3案於某診所就醫紀錄，彼此間無重複就診日。3例雖未同日就醫，但潛伏期有重疊，且發病前皆曾至同診所接受靜脈注射，仍高度疑似群聚感染。
- 地方衛生主管機關並於5月12日勒令診所停止針劑注射業務。

安全的用藥/注射行為

- **單一劑量**藥物提供僅單一病人使用，且不應以重複抽取方式使用。
- **應於乾淨區域進行藥物準備。**
- 在抽取藥劑及經管路注射輸液或藥品前，應使用酒精棉片以用力旋轉擦拭藥瓶和管路接頭正面與側面的方式(scrub the hub)，進行消毒。
- 以無菌操作技術準備和處置非口服藥物或輸液。
- 同1件輸液用品(如：針頭、注射器、沖洗溶液、輸液管路、或靜脈輸液等)不可使用於不同病人。
- 避免使用**多劑量**包裝的藥物(multidose vials)。

衛生福利部疾病管制署
輸液/注射藥劑準備與施打作業常見錯誤樣態

因單位內空間有限，為達到最大利用效果，可以不必區分乾淨區和汙染區？

在病人治療區進行備藥或存放藥品及乾淨/無菌的衛材等，可能會接觸到病人血液、體液、污染的儀器設備或受到其汙染的環境，容易增加藥品和衛材被汙染的風險。

不良
案例



照片來源：真地醫院視察

評量項目	評量說明與標準說明	自評表
4.2 安全的用藥/注射行為	<p>01：符合第2大項說明，且給藥前，給予用藥指導，給藥後，觀察病人反應，如有副作用，應與醫師確認且有處理紀錄。</p> <p>02：</p> <p>2-1 備有單位常用藥品查詢工具。</p> <p>2-2 所有給藥（含自備藥）皆應有醫囑記錄。</p> <p>2-3 給藥時依 3 讀 5 對執行且有記錄。</p> <p>2-4 在抗凝劑的空針外註明藥物名稱、稀釋時間及稀釋後劑量。</p> <p>03：未達上述標準。</p> <p>【說明】</p> <p>(1) 單一劑量藥物提供僅單一病人使用，且不應以重複抽取方式使用。</p> <p>(2) 應於乾淨區域進行藥物準備。</p> <p>(3) 以無菌操作技術準備和處置非口服藥物或輸液。</p> <p>(4) 同1件輸液用品（如：針頭、注射器、沖洗溶液、輸液管路、或靜脈輸液等）不可使用於不同病人。</p> <p>(5) 避免使用多劑量包裝的藥物（multidose vials）</p>	<p>4.2.1 藥物準備區： <input type="checkbox"/>病人透析機台 <input type="checkbox"/>工作車 <input type="checkbox"/>準備區</p> <p>4.2.2 抗凝劑的空針外註明藥物名稱、稀釋時間及稀釋後劑量： <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>是；空針外註明藥物名稱 <input type="checkbox"/>稀釋時間 <input type="checkbox"/>稀釋後劑量</p> <p>4.2.3 除抗凝劑外，是否還有多劑量包裝藥物： <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>是，請列舉_____</p>

評量項目	評量說明與標準說明	自評表
4.3 針扎及個人防護裝備	<p>01：符合第2大項說明，且有針扎事件處理流程。</p> <p>02：</p> <p>2-1 有感染管制規範並定期修訂。</p> <p>2-2 執行血液透析穿刺、收針等有可能產生血液、體液之飛濺時，應穿戴隔離衣、手套、口罩、護目鏡或面罩等個人防護裝備。</p> <p>2-3 依循標準防護措施照護病人，且定期辦理員工感染管制教育訓練。</p> <p>2-4 應具有生物醫療性廢棄物及尖锐物品收集容器。</p> <p>03：未達上述標準。</p> <p>【說明】</p> <p>(1) 執行血液透析穿刺、收血等有可能產生血液、體液之飛濺時，應穿戴隔離衣、手套、口罩、護目鏡或面罩等個人防護裝備。</p> <p>(2) 因應新興傳染病照護時應依情境進行相關防護。</p>	<p>4.3.1 是否訂有針扎事件處理流程： <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>是；請於實地輔導訪視時提供相關作業流程文件供參</p> <p>4.3.2 是否訂有血液透析感染管制規範： <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>是；請於實地輔導訪視時提供相關作業流程文件供參</p> <p>4.3.3 人員執行血液透析穿刺、收針等有可能產生血液、體液之飛濺時，是否穿戴隔離衣、手套、口罩、護目鏡或面罩等個人防護裝備： <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>是；人員穿戴 <input type="checkbox"/>隔離衣 <input type="checkbox"/>手套 <input type="checkbox"/>罩 <input type="checkbox"/>護目鏡 <input type="checkbox"/>面罩</p> <p>4.3.4 人員每年是否接受感染管制教育3小時： <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>是</p> <p>4.3.5 是否設有收針車： <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>是</p> <p>4.3.6 是否有設置生物醫療性廢棄物及尖锐物品收集容器： <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>是</p>



敬請指教

社團法人台灣感染管制學會
TEL:(02)2322-4683/2322-5401
E-mail: nics@nics.org.tw

課程資料(血液透析之 COVID-19 預防感染機制)



血液透析之COVID-19感染預防機制

李仕蓉 M.D., Ph.D.
高雄醫學大學附設醫院腎臟內科
20210417 台北慈濟; 20210418 高醫附院

血液透析之COVID-19感染預防機制

背景說明

- COVID-19 的科學證據
- COVID-19 和血液透析

3

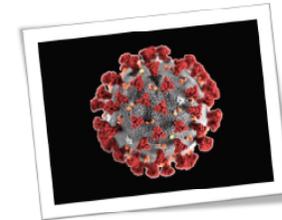
血液透析之COVID-19感染預防機制

大綱

- 背景說明
- 衛福部疾管署「設有血液透析室之醫療機構因應COVID-19感染管制措施指引1091118」
- 其他感染預防機制

2

血液透析之COVID-19感染預防機制



- 網路上的消息 -> 世界的災難 **the “Pandemic”**
- 病毒名稱：Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2)
 - 疾病名稱：Coronavirus disease 2019 (COVID-19)
- 中文名稱：新型冠狀病毒、新冠肺炎、特殊嚴重傳染性肺炎、武漢肺炎

4

血液透析之COVID-19感染預防機制

呼吸器該給誰？



抗疫週年 / 疫苗短缺分配不均 窮國難求

誰拿到疫苗？



生命、經濟的代價

巴西單日染疫死亡人數創新高 全國示威抗議波索納防疫失當



5

血液透析之COVID-19感染預防機制



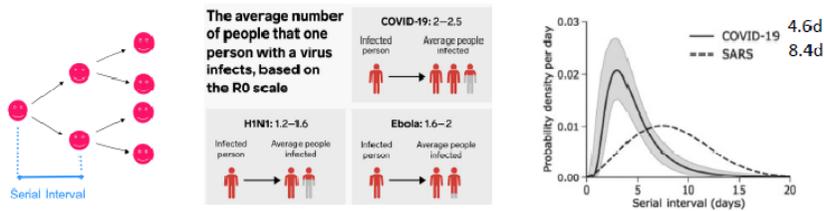
新興傳染病：變動的資訊

6

血液透析之COVID-19感染預防機制

COVID-19 的科學證據

- Basic reproduction number (R_0) 傳播力：接觸頻率、感染機率、病程長短
- Serial Interval 世代間隔：症狀前傳染
- 無症狀感染者：30-40%



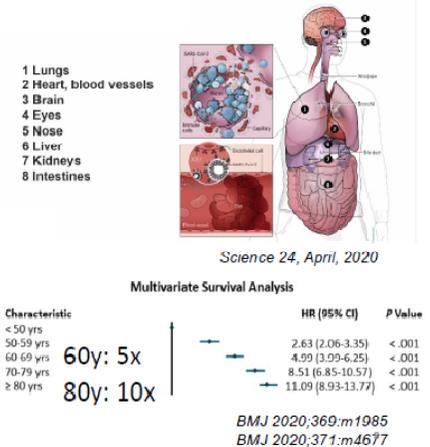
<https://www.businessinsider.com/coronavirus-contagious-r-naught-average-patient-spread-2020-3>

Nishiura H. Int J Infect Dis 2020

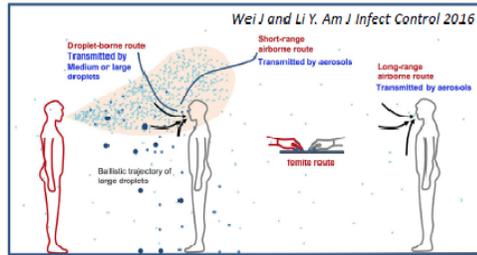
血液透析之COVID-19感染預防機制

COVID-19 的科學證據

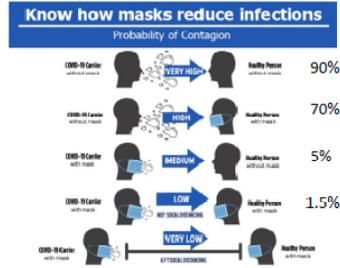
- 多器官的傷害、免疫反應
- 和流感相比的風險：
 - 急性腎損傷: 1.52
 - 需要透析: 4.11
 - 需要呼吸器: 4.01
 - 死亡: 4.97
- 致死率：年齡



COVID-19 的科學證據



飛沫傳染、接觸傳染
 口罩、保持社交距離、洗手
 檢疫、隔離：一人一戶



<https://www.asun.edu/node/2231>

背景說明

1. COVID-19 的科學證據
2. COVID-19 和血液透析



Photo from 20210117 conference

如何因應流行疫情：
 提升醫療量能
 減緩流行曲線

COVID-19 和血液透析



- 感控的原則都一致
- 醫療的必要性
- 高頻率、近距離
- 專業設備、水、器材、人員
- 老人與共病
- 醫療與社區的介面
- 移動的群體
- 生活的一部分

血液透析之COVID-19感染預防機制

2020/2/8

寶瓶星號首名旅客下船 男子洗腎後將送回船上

圖說時間：2020/2/08 16:51



2020/2/23

第27、28例新冠肺炎確診為父子 小兒子恐是感染源

圖說時間：2020/2/23 14:17 聯合報 / 記者張景芳、任玉芬攝於現場

2020/3/20

新聞 / 醫療新聞

新聞標題 武漢肺炎疫情

武漢肺炎死亡第2例 80多歲慢性病者併發敗血症亡

圖說時間：2020/3/20 18:34

13

血液透析之COVID-19感染預防機制

「設有血液透析室之醫療機構因應 COVID-19 感染管制措施指引1091118」

衛生福利部疾病管制署

15

血液透析之COVID-19感染預防機制

台灣腎臟醫學會

- 2020/2/7 TSN內部會議，2/25, 3/31應變小組電話會議
- 2/12衛福部醫事司會議，2/17衛福部來函，2/19回文，8/15協助審視意見
- TSN透析醫療院所防護武漢肺炎 COVID-19 感染處置規範
 - 第一版：2020/2/16
 - 第二版：2020/2/29
 - Q/A第一版：2020/3/2
 - 第三版：2020/4/6
 - Q/A第二版：2021/1/24



- 衛福部疾管署2020/8/31, 2020/11/18

「設有血液透析室之醫療機構因應 COVID-19(武漢肺炎) 感染管制措施指引」

「設有血液透析室之醫療機構因應COVID-19(武漢肺炎)整備現況查檢表」

14

血液透析之COVID-19感染預防機制

衛生福利部疾病管制署

「設有血液透析室之醫療機構因應 COVID-19 感染管制措施指引1091118」

<https://www.cdc.gov.tw/File/Get/DyTCM7pXM1K5Gw6jebGi5g>

- 一、強化病人分流就醫
- 二、病人安置
- 三、個人防護裝備
- 四、手部衛生
- 五、清潔與消毒

16

血液透析之COVID-19感染預防機制

六、建議可參考附錄「設有血液透析室之醫療機構因應 COVID-19 整備現況查核表」進行整備現況自我查檢。

設有血液透析室之醫療機構因應 COVID-19 整備現況查核表

檢查項目	查核內容	整備現況	
		是	否
1. 設有血液透析室之醫療機構	<p>1. 設有血液透析室之醫療機構應設有 COVID-19 整備現況查核表，由機構負責人簽名，並由機構負責人簽名，並由機構負責人簽名。</p> <p>2. 機構負責人應簽名，並由機構負責人簽名，並由機構負責人簽名。</p> <p>3. 機構負責人應簽名，並由機構負責人簽名，並由機構負責人簽名。</p>		

檢查項目	查核內容	是	否
3. 1. 院內傳染病管理委員會	院內傳染病管理委員會應由機構負責人簽名，並由機構負責人簽名。		
3. 2. 院內傳染病管理委員會	院內傳染病管理委員會應由機構負責人簽名，並由機構負責人簽名。		

https://www.cdc.gov.tw/File/Get/NTsMMpg4X49xKXY_bqUJWgw

血液透析之COVID-19感染預防機制

1. 應訂有合適之隔離防護措施及動線規劃

- 依據疾病管制署公布之「設有血液透析室之醫療機構因應 COVID-19 感染管制措施指引」，內化明定工作人員於不同狀況應採用的個人防護裝備(PPE)，人員清楚 PPE 使用時機與正確穿脫方式。

場所	處置項目	呼吸防護		隔離衣		手套	護目鏡/面罩	其他
		醫用/外科口罩 N95 等級(含)以上	外科口罩	一般隔離衣	防水隔離衣			
公共區域	入口、掛號人員、掛號、候診、候診室	V						
一般門診	掛號櫃檯及 TOCC	V						
急診候診區	掛號櫃檯及 TOCC	V						
病人轉送	病人至院內其他單位	V	V	V	V	V	V	V
院內轉送	院內轉送病人之醫療護理行為(如：量體溫、血壓、測氧飽和度)	V	V	V	V	V	V	V
院外轉送	院外轉送病人之醫療護理行為(如：量體溫、血壓、測氧飽和度)	V	V	V	V	V	V	V
院內轉送	院內轉送病人之醫療護理行為(如：量體溫、血壓、測氧飽和度)	V	V	V	V	V	V	V
院外轉送	院外轉送病人之醫療護理行為(如：量體溫、血壓、測氧飽和度)	V	V	V	V	V	V	V
院內轉送	院內轉送病人之醫療護理行為(如：量體溫、血壓、測氧飽和度)	V	V	V	V	V	V	V
院外轉送	院外轉送病人之醫療護理行為(如：量體溫、血壓、測氧飽和度)	V	V	V	V	V	V	V



- 防護鏡
- 面罩
- N95 口罩
- 全身防護服
- 接觸式防水隔離衣
- 手套
- 鞋套

血液透析之COVID-19感染預防機制

1. 應訂有合適之隔離防護措施及動線規劃

The PPE

場所	處置項目	呼吸防護		手套	隔離衣	護目鏡/面罩	其他
		醫用/外科口罩	N95 口罩				
住院區	接觸血液及執行相關透析作業	V		V	V	V	V
常規區	接觸血液及執行相關透析作業	V		V	V	V	V
轉送間	疑似病人轉送急診	V	V	V	V	V	V
專責檢疫病房	執行透析相關作業	V	V	V	V	V	V
負壓隔離病房	執行透析相關作業	V	V	V	V	V	V



內化、整備、關鍵的戰疫物資

血液透析之COVID-19感染預防機制

1. 應訂有合適之隔離防護措施及動線規劃

- 於機構出入口、掛號櫃檯、門診區與網頁等有明確公告、廣播或志工主動關懷等方式，提醒進入機構的人(如病人、訪客、工作人員、外包人員等)請**佩戴口罩**、落實手部衛生、呼吸道衛生及咳嗽禮節。
- 於機構出入口、掛號櫃檯、門診區有**協助**未佩戴口罩的就醫民眾與訪客佩戴口罩的機制。

自2020.12.1起，出入八大類場所應佩戴口罩，勸導不聽者依法開罰 3千元以上1萬5千元以下罰鍰

醫療照護 醫療診所、照護中心等	大眾運輸 公車、客運、捷運、鐵路等	生活消費 百貨商場、展場、超級市場等	教育學習 圖書館、訓練班、K書中心等
觀摩觀賞 電影院、音樂廳、體育館等	宗教祭祀 寺廟、教會禮拜等	休閒娛樂 KTV、俱樂部、酒吧、舞廳等	洽公 銀行、郵局、各政府機關等

最有經濟效益的源頭管制

1. 應訂有合適之隔離防護措施及動線規劃

- 於機構入口明顯處**宣導**(如：張貼海報)，提醒請有發燒、呼吸道症狀、味覺嗅覺喪失、不明腹瀉等 COVID-19 相關症狀及具 COVID-19 感染風險的病人**主動告知**工作人員。



鼓勵說！

1. 應訂有合適之隔離防護措施及動線規劃

- 在病人**進入治療區域之前**，有提示機構工作人員**詢問旅遊史(如最近 14 日旅遊史)、職業別、接觸史及是否群聚之機制**，並**確實執行**。

主動問！

醫療院所COVID-19病人風險評估表

類別	Travel history 旅遊史	Occupation 職業別	Contact history 接觸史	Cluster 是否群聚
問題	最近14日內旅遊	您的職業別為何?	您近期接觸及出入場所?	您近一個月內群聚史?
評估項目	<ul style="list-style-type: none"> 自身體至國外旅遊 自身體至國外旅遊(前往的國家:) 	<ul style="list-style-type: none"> 醫療工作者(如醫事/非醫事人員、外包人力、實習學生、醫學實驗室人員及衛生保健志工) 交通運輸業(如計程車、客運司機) 旅遊業(如導遊、觀光業者) 旅遊業(如房產、商務接待、防疫近程人員) 航空服務業(如航空機組人員) 餐飲百貨業(如商場、娛樂場所、外賣人員) 外交人員或外資公司 其他: 	<ul style="list-style-type: none"> 相互醫治、診所就醫 與接觸外國人士或至國外旅遊者之親友/家屬/同事 出入場所、觀光景點及其他群聚接觸外國人場所 野生動物與鳥類接觸 其他: 	<ul style="list-style-type: none"> 同住家人正在 居家隔離 居家檢疫 自主健康管理(到期日: 月/ 日) 家人也有發燒或呼吸道症狀 朋友也有發燒或呼吸道症狀 同事也有發燒或呼吸道症狀

1. 應訂有合適之隔離防護措施及動線規劃

- 訂有**發燒篩檢及不明原因發燒病人處理標準作業程序**，病人就診動線規劃適當，且第一線工作人員均瞭解。有發燒、呼吸道症狀、味覺嗅覺喪失、不明腹瀉等症狀的病人，經醫師評估為疑似 COVID-19 或其他具群聚傳染性之疾病，應**立即分流**，採取必要的隔離措施。

Pandemic Response and Mitigation
衛福部疾管署數位學習課程
顧慕庸主任

- Traffic Control Bundles, triage before hospital
 - screening stations outside hospitals OR
 - CICs (community influenza center 社區分流)
- Traffic Control Bundles, zones of risk
 - hospital level (動線管制)
 - community level (專責醫院分流) / ICU 分流
- Traffic Control Bundles, checkpoint control
 - TCB may serve as a social distancing measure and cut off the vicious cycle of transmission at checkpoints within society and contribute to mitigating the epidemic.

1. 應訂有合適之隔離防護措施及動線規劃

- 於機構出入口、門診等區域設有**及早發現**發燒或呼吸道症狀之就醫民眾與訪客的機制，如紅外線體溫監測、發燒篩檢站、或請工作人員詢問病人是否有發燒或呼吸道症狀等方式。

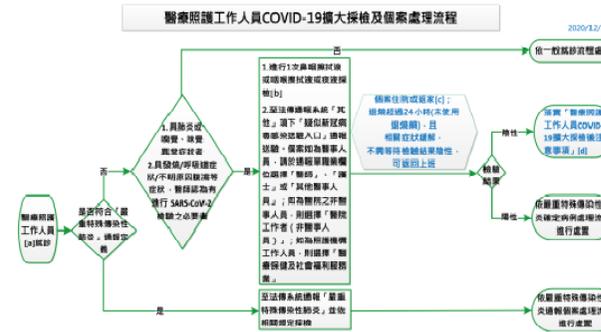
偵測機制！



2. 辦理因應傳染病防治教育訓練

- 依據**工作人員**特性規劃辦理COVID-19 (武漢肺炎) **教育訓練**，視需要將以下主題納入訓練課程：
 - COVID-19 (武漢肺炎) 感染症狀
 - 手部衛生、呼吸道衛生、咳嗽禮節及佩戴口罩之重要性
 - 適當的個人防護裝備使用
 - 病人分流程序(包含病人安置)
 - 工作人員的請假政策
 - 工作人員 **自我監測發燒或呼吸道症狀**(包含生病不上班)
 - 如何診斷與通報

醫療照護工作人員COVID-19擴大採檢及個案處理流程



- 症狀緩解且退燒超過24小時，可以上班；但是：
- 採檢後3日內或所有症狀尚未完全消失前，在醫療照護機構中應全程佩戴口罩，即使是在非照護區(如:休息區)；
 - 建議應依劃分的空間或使用時段間隔使用休息區，如因飲食等情況，需要脫除口罩時，須維持社交距離原則；
 - (3)採檢後3日內或所有症狀尚未完全消失前，避免與嚴重免疫功能低下(如:移植、血液腫瘤等)的病人或服務對象接觸

2. 辦理因應傳染病防治教育訓練

- 機構針對以下主題提供**病人衛生教育**：
 - COVID-19 (武漢肺炎)簡介(例如：感染症狀、傳播方式)
 - 有症狀時通知醫療照護工作人員之重要性
 - 適當防護措施(例如：手部衛生、咳嗽禮節、維持社交距離及佩戴口罩)
 - 機構保護病人的措施(例如：限制訪客、更換個人防護裝備)



飲食



訪客、陪伴者



外籍照護者

3. 訂有傳染病監視通報機制，並有專人負責傳染病之通報並與當地衛生主管機關聯繫

- 機構內醫療照護工作人員確實掌握嚴重特殊傳染性肺炎及社區監測對象通報條件與通報方式。
- 有**專人**負責嚴重特殊傳染性肺炎及社區監測對象通報衛生主管機關與相關聯繫事宜。



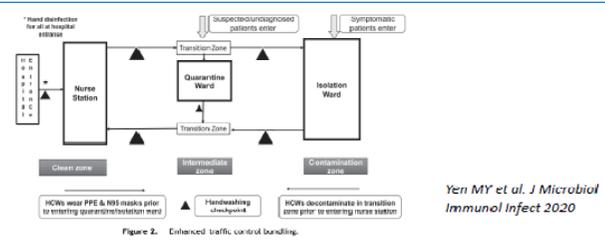
嚴重特殊傳染性肺炎

衛生福利部中華民國 109 年 1 月 15 日衛授疾字第 1090100030 號公告，新增「嚴重特殊傳染性肺炎」為**第五類法定傳染病**。

- 各院所應配合中央流行疫情指揮中心的各項指示，共同守護社區及醫療環境的健康。

4. 病人安置

- 照護通報或確診COVID-19病人時，依據分流分館、分區照護、固定團隊、固定透析設備、固定空間之照護原則。
- 針對通報或確診COVID-19、有相關症狀或居家隔離/檢疫病人，規劃於單獨的病室接受透析治療，或安排遠離主要動線的空曠或人流較少的角落區域，與其他病人保持至少2公尺距離。



4. 病人安置

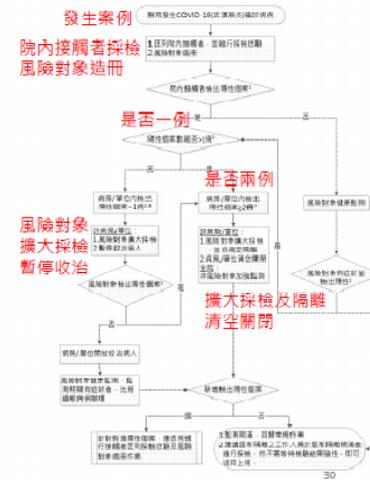
分區	負壓隔離病房區	加護病房負壓病室	復送病房 → 檢疫/一般隔離病房	非感染症醫療區	常規透折門診區
病房	11C	15ESI-17, 18, 31 7ESI-22	6C	6CI-7	5E
床數	15	4	14	1	72
動線	防疫動線		11C → C2電梯 → 6C	急診 → 防疫動線 → A12電梯 → 11C → C2電梯 → 6CI	
設備	+RO		+RO		
人員	紅區	綠區	綠區 → 紅區	綠區	綠區

高回診頻率單位

表 4- 高回診頻率單位「接觸前經風險評估結果單據處理建議」 1090323

類別/類別	高	中	低
護理師/護理師	1. 1-1 接觸前經風險評估結果單據處理建議 2. 1-2 接觸前經風險評估結果單據處理建議 3. 1-3 接觸前經風險評估結果單據處理建議	1. 1-1 接觸前經風險評估結果單據處理建議 2. 1-2 接觸前經風險評估結果單據處理建議 3. 1-3 接觸前經風險評估結果單據處理建議	1. 1-1 接觸前經風險評估結果單據處理建議 2. 1-2 接觸前經風險評估結果單據處理建議 3. 1-3 接觸前經風險評估結果單據處理建議
醫師/醫師	1. 1-1 接觸前經風險評估結果單據處理建議 2. 1-2 接觸前經風險評估結果單據處理建議 3. 1-3 接觸前經風險評估結果單據處理建議	1. 1-1 接觸前經風險評估結果單據處理建議 2. 1-2 接觸前經風險評估結果單據處理建議 3. 1-3 接觸前經風險評估結果單據處理建議	1. 1-1 接觸前經風險評估結果單據處理建議 2. 1-2 接觸前經風險評估結果單據處理建議 3. 1-3 接觸前經風險評估結果單據處理建議
其他人員	1. 1-1 接觸前經風險評估結果單據處理建議 2. 1-2 接觸前經風險評估結果單據處理建議 3. 1-3 接觸前經風險評估結果單據處理建議	1. 1-1 接觸前經風險評估結果單據處理建議 2. 1-2 接觸前經風險評估結果單據處理建議 3. 1-3 接觸前經風險評估結果單據處理建議	1. 1-1 接觸前經風險評估結果單據處理建議 2. 1-2 接觸前經風險評估結果單據處理建議 3. 1-3 接觸前經風險評估結果單據處理建議

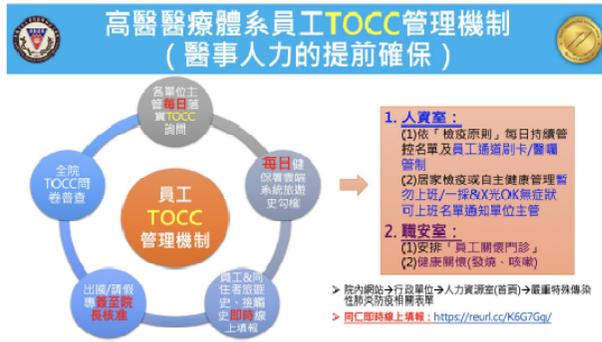
- 「醫院發生 COVID-19 確定病例之密切接觸者匡列與採檢送驗及風險對象進冊作業 1100309」



5. 醫療照護工作人員健康監測與管理

- 訂有非懲罰性、具彈性且符合公共衛生政策的請假政策，且工作人員都能知悉；例如：允許和鼓勵生病的工作人員休假或限制從事照護工作；尤其針對有發燒或出現呼吸道症狀或癆候的醫療照護工作人員須停止工作至退燒後至少24小時（指未使用如 acetaminophen 等退燒藥）。
- 應訂定機構內全體工作人員（含流動工作人員）健康監測計畫，並有異常追蹤處理機制。

5. 醫療照護工作人員健康監測與管理



高醫洪靖慈組長提供

6. 手部衛生

- 於血液透析床、護理站、病床旁、入口及候診區附近，提供手部衛生用品（如：酒精性乾洗手液等），或提供**醫療照護工作人員**攜帶型酒精性乾洗手液。
- 訂有醫療照護工作人員手部衛生遵從性之**稽核機制**。



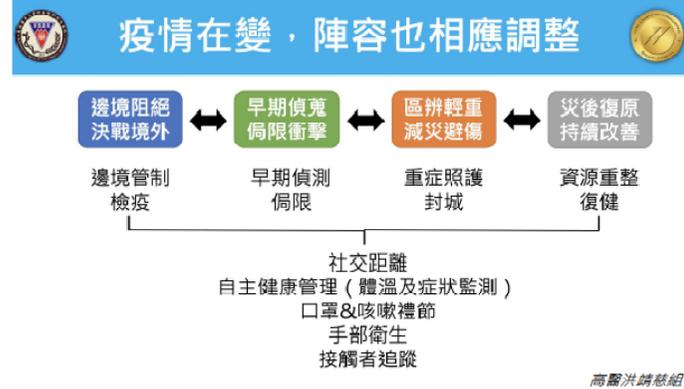
7. 環境清潔與消毒

- 訂有環境清潔消毒標準作業流程，包含血液透析床、血液透析設備、桌椅等共用設備之清潔流程。
- 環境清潔人員**清楚 PPE 使用時機與正確穿脫方式，及消毒劑使用方式，並有**稽核機制**。



採檢日期	2020/03/09			
採檢點	採檢時間	採檢時間	採檢結果	備註
透析機房	4:30	10:30	12:30	
走廊	2:30	11:45	12:30	
會客室	9:15	11:45	12:30	>500CFU
產房	1:00	11:55	14:30	
總量計	7:00	11:25	14:30	

其他感染預防機制



門戶管制與病人分流

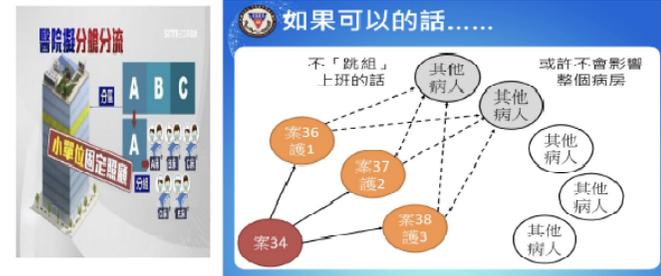
1. 限縮入口
2. 限縮探病時段
3. 健保卡雲端資訊匯入
4. 填寫問卷
5. 體溫監測
6. 詢問症狀
7. 分流引導
8. 順延非緊急處置 / 檢查

History



高醫洪靖慈組長提供

分艙分流-1



高醫洪靖慈組長提供

分組、分區、分段上班討論 – 規劃案

各單位撰寫原則

策略	醫師	護理師	醫事人員	行政人員
阻斷傳染鏈 (來自同事)	分開用餐 視訊會議	分開用餐 分時段用餐	分開用餐 分處所辦公	分開用餐 分處所辦公
避免同源感染 (來自病人)	各臨床科分兩 組輪住院病人	固定組別照護 10天一course	---	---

情境題：
1. 當本單位轄下同仁有一位確認病例時，該如何避免整個單位被匡列為接觸者？
2. 當本單位照護病人有一位確認病例時，該如何避免整個單位被匡列為接觸者？

依照人、事、時、地、物做規劃
「計畫事可備而不用，切莫事到臨頭無計畫可用」

高醫洪靖慈組長提供

企業因應嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)疫情持續營運指引

- 擬定企業持續營運計畫、指定計畫執行負責人並對員工進行 相關教育訓練。
- 擬定**決策權與關鍵技術與人員的替代機制**。
- 擬定異地(遠距)辦公、異地備援、替代供應鏈、原料零件分散來源等方案。
- 擬定符合重要客戶需求之方案。
- 業務推展部分:善用數位工具透過視訊會議等方式維持客戶 信賴關係，或透過數位化導入增加線上接單量能。
- 生產營運部分:添購機器或資訊設備以應付遠距上班或在家 上班的需求。積極確保料源及物流通路，以利貨物運送或因應急單。受衝擊之產業則可部分暫停服務，同時規劃辦理員工培訓或在職訓練，或改善營運場所，讓疫情結束後能快速恢復營運，並促使產業升級。
- 善用政府相關紓困措施或資源，維持基本營運，或進行營運 及競爭力之提升。

COVID-19 疫情警戒標準及因應事項

中央流行疫情指揮中心 2021/1/21

出現境外移入導致之零星社區感染病例 **出現感染源不明之本土病例** **單週出現3件以上社區群聚事件，或1天確診10名以上感染源不明之本土病例** **本土病例數快速增加(14天內平均每日確診100例以上)，且一半以上找不到傳染鏈**

<p>搭乘大眾運輸、出入多場地的公共場所時全程佩戴口罩</p> <p>建議取消或延後非必要、非特定對象、活動形式有密切接觸之集會活動</p> <p>各營業場所及公共場所應執行量測、社交距離、體溫測量、消毒等防疫措施</p>	<p>未配合口罩規定者可予以開罰 停課室外500人以上，室內100人以上之集會活動</p> <p>集會活動應落實確保民眾維持社交距離或全程佩戴口罩/使用隔板，並落實量測、體溫量測、消毒、人流管制、總量管制、動線規劃等措施，否則應暫緩辦理</p> <p>營業場所應動人流管制作業；無法落實各項防疫措施者應暫停營業</p> <p>必要時，強制關閉休閒娛樂相關之營業場所及公共區域</p>	<p>外出時全程佩戴口罩 停止室內5人以上，室外10人以上之聚會</p> <p>僅保留維生、秩序維持、必要性服務、醫療及公務所需者之外，其餘營業及公共區域關閉</p> <p>營業及公共區域落實戴口罩+社交距離</p> <p>發生群聚之社區，如需執行快速圍堵，民眾須配合消毒隔離，且不得在隔離圍堵區，並停止所有聚會活動及停課</p>	<p>非必要不得外出(採購食物、醫療、必要之工作需求除外)，外出時全程佩戴口罩+社交距離</p> <p>家戶內亦保持社交距離或佩戴口罩</p> <p>停止所有聚會活動</p> <p>除維生、秩序維持、必要性醫療及公務之外，全面停班及停課</p> <p>針對發生嚴重疫情的鄉鎮市區或是縣市層級，實施區域封鎖，設立明確的封鎖線，管制人員出入，民眾留在家中不出外</p>
--	---	---	--

指揮中心視疫情狀況適時參酌採行

本院疫情應變等級

2020.03.02 修
紫色一階：院內首例確診
紫色二階：院內員工首例確診

等級	0	A1	A2	B	C
對應本院等級	紫色零階	紫色零階		紫色一階	紫色二階
情境	高雄市以外地區出現首例找不到境外移入感染源的社區個案	國內發生首例院內感染的確定個案	高雄市出現首例找不到境外移入感染源社區個案	高雄市出現首例醫事人員感染的確定個案或高雄市發生首例院內感染的確定個案	體系內出現首例醫事人員感染的確定個案或高雄市出現第三例醫事人員感染確定個案
非體系內外來支援(含部屏、旗山)	現況	現況	暫停至6/30	暫停至6/30	暫停至6/30
非體系內外派支援	現況	現況		暫停至6/30	暫停至6/30
體系內外派支援	現況	現況		現況	暫停至6/30
一般轉床(不含11G, 6G, ICU)	現況	原則禁止，必要時採驗		絕對禁止	絕對禁止
外包看護	現況	不可換院		不可換單位	不可換病人
會議集會	現況	現況		分場地視訊	暫停，改視訊
透析室醫師	現況	現況		現況	
透析室護理人員及行政人員	現況	現況		分時分區用餐	固定分組上班
透析室清潔人員及工友	現況	現況		固定分組上班(人力需求)	固定分組上班(人力需求)
環境控制	現況	住院區禁止飲食		住院區禁止飲食	全面禁止飲食

血液透析之COVID-19感染預防機制

因應嚴重特殊傳染性肺炎疫情
整備應變計畫

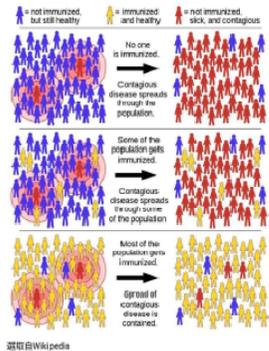
- 壹、前言
- 貳、依據
- 參、目標
- 肆、計畫之內容
- 伍、組織
- 陸、職責
- 柒、分期
- 捌、強化檢驗診斷量能
- 玖、疫苗應變策略
- 一〇、強化疫情監視及風險評估
- 一一、提升環境檢疫
- 一二、完備醫療體系
- 一三、強化/管理防疫物資
- 一四、強化檢驗診斷量能
- 一五、持續風險溝通
- 一六、社區防治
- 一七、流行病學調查
- 一八、發展國際合作
- 一九、分工

企業因應嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)疫情
持續營運指引

- 目錄
- 壹、疫情環境
- 貳、風險與衝擊評估
- 參、
- 肆、
- 伍、
- 陸、
- 柒、
- 捌、
- 玖、
- 一〇、
- 一一、
- 一二、
- 一三、
- 一四、
- 一五、
- 一六、
- 一七、
- 一八、
- 一九、
- 二〇、
- 二一、
- 二二、
- 二三、
- 二四、
- 二五、
- 二六、
- 二七、
- 二八、
- 二九、
- 三〇、
- 三一、
- 三二、
- 三三、
- 三四、
- 三五、
- 三六、
- 三七、
- 三八、
- 三九、
- 四〇、
- 四一、
- 四二、
- 四三、
- 四四、
- 四五、
- 四六、
- 四七、
- 四八、
- 四九、
- 五〇、
- 五一、
- 五二、
- 五三、
- 五四、
- 五五、
- 五六、
- 五七、
- 五八、
- 五九、
- 六〇、
- 六一、
- 六二、
- 六三、
- 六四、
- 六五、
- 六六、
- 六七、
- 六八、
- 六九、
- 七〇、
- 七一、
- 七二、
- 七三、
- 七四、
- 七五、
- 七六、
- 七七、
- 七八、
- 七九、
- 八〇、
- 八一、
- 八二、
- 八三、
- 八四、
- 八五、
- 八六、
- 八七、
- 八八、
- 八九、
- 九〇、
- 九一、
- 九二、
- 九三、
- 九四、
- 九五、
- 九六、
- 九七、
- 九八、
- 九九、
- 一〇〇、

階段性因應計畫、必要時啟動門戶管制、
分艙分流、齊上齊下

血液透析之COVID-19感染預防機制



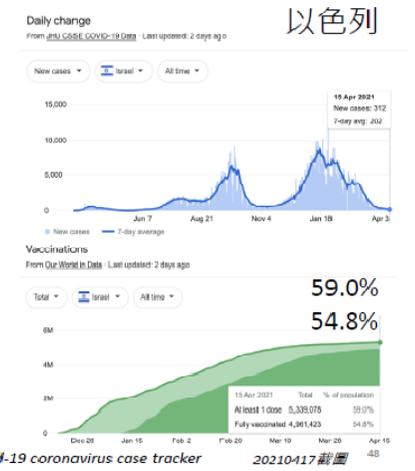
群體免疫

疾病	傳染途徑	基本傳染數(R0)	群體免疫門檻(HIT)
麻疹	空氣	12-18	92-95%
百日咳	飛沫	12-17	92-94%
白喉	唾液	6-7	83-86%
德國麻疹	飛沫	5-7	80-86%
小兒麻疹	飛沫	5-7	80-86%
腮腺炎	飛沫	4-7	75-86%
SARS (2002-2004)	飛沫	2-5	50-80%
武漢肺炎 (2019-2020)	飛沫	1.4-3.9	29-74%
伊波拉出血熱 (西非)	體液	1.5-2.5	33-60%
流行性感冒 (各次大流行)	飛沫	1.5-1.8	33-44%

R_0

血液透析之COVID-19感染預防機制

血液透析之COVID-19感染預防機制



Website: united states covid-19 coronavirus case tracker 20210417 截圖

Take home message

- 變動的資訊、科學證據、人類世界
- 衛生福利部疾病管制署「設有血液透析室之醫療機構因應 COVID-19 感染管制措施指引1091118」
<https://www.cdc.gov.tw/File/Get/DyTCM7pXM1K5Gw6jebGi5g>
- 階段性的應變計畫、持續營運計畫
- 防疫新生活、內化於日常

49



謝謝聆聽！致自由！



北區說明會出席人員簽到表

110年4月17日
110年血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究說明會【北區】

序號	身分證字號	會員編號	姓名	4/17簽到	4/17簽退
1	A開頭	4192	李高淵	李高淵	李高淵
2	A開頭		徐世平	徐世平	徐世平
3	A開頭		戴文勝		
4	A開頭		林煥培	林煥培	林煥培
5	A開頭	8685	曾志騰	曾志騰	曾志騰
6	A開頭	10077	張國軒	張國軒	張國軒
7	A開頭	147	趙晴芳	趙晴芳	趙晴芳
8	A開頭	45	許秀芸	許秀芸	許秀芸
9	A開頭		蘇華輝	蘇華輝	蘇華輝
10	A開頭	9746	鄭洪佑	鄭洪佑	鄭洪佑
11	A開頭		程晉	程晉	程晉
12	A開頭	10469	陳采晴	陳采晴	陳采晴
13	A開頭	10859	蕭云橋	蕭云橋	蕭云橋
14	A開頭	193	涂春轉	涂春轉	涂春轉
15	A開頭	9939	連應儀	連應儀	連應儀
16	A開頭		吳沛慈	吳沛慈	吳沛慈
17	A開頭	9497	賴倩倩	賴倩倩	賴倩倩
18	A開頭		謝婉真	謝婉真	謝婉真
19	A開頭	10248	游麗慈	游麗慈	游麗慈
20	A開頭	9805	林晏汝	林晏汝	林晏汝
21	B開頭	10103	吳家輝	吳家輝	吳家輝
22	B開頭	6905	潘學宜	潘學宜	潘學宜
23	B開頭		賴麗卿	賴麗卿	賴麗卿
24	C開頭		方靜玉	方靜玉	方靜玉
25	C開頭		謝葉月	謝葉月	謝葉月
26	C開頭	9160	蕭之于	蕭之于	蕭之于
27	C開頭		高思羽	高思羽	高思羽

- 1.請完整簽到/退才核予學分。
- 2.為保障您的權益，請確實簽到，勿代簽。
- 3.請確認身分證字號是否有誤。
- 4.請於研習會結束之一個月內，上網確認是否有匯入相關學分。

110年4月17日
110年血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究說明會【北區】

序號	身分證字號	會員編號	姓名	4/17簽到	4/17簽退
28	C開頭		陳宜欣	陳宜欣	陳宜欣
29	E開頭		蔡佳璿	蔡佳璿	蔡佳璿
30	E開頭	2869	何玉梅	何玉梅	何玉梅
31	E開頭		盧惠敏	盧惠敏	盧惠敏
32	F開頭		李件容	李件容	李件容
33	E開頭	461	賈淑美	賈淑美	賈淑美
34	E開頭		沈淑芬	沈淑芬	沈淑芬
35	E開頭	8616	許維玲	許維玲	許維玲
36	E開頭	10848	陳姿伶	陳姿伶	陳姿伶
37	F開頭	15	黃澤明	黃澤明	黃澤明
38	F開頭	4689	李漢文	李漢文	李漢文
39	F開頭	5533	曾麗敏	曾麗敏	曾麗敏
40	F開頭	8029	張嘉傑	張嘉傑	張嘉傑
41	F開頭		黃瑞玲	黃瑞玲	黃瑞玲
42	F開頭		郭靜雯	郭靜雯	郭靜雯
43	F開頭	4085	黃雅惠	黃雅惠	黃雅惠
44	F開頭		黃碧雯	黃碧雯	黃碧雯
45	F開頭		沈素梅	沈素梅	沈素梅
46	F開頭	9424	黃牧鴻	黃牧鴻	黃牧鴻
47	F開頭		洪宛鈴	洪宛鈴	洪宛鈴
48	F開頭		吳春貴	吳春貴	吳春貴
49	F開頭		余東馨	余東馨	余東馨
50	F開頭	5650	何金妮	何金妮	何金妮
51	F開頭		蕭鍾	蕭鍾	蕭鍾
52	F開頭		江玉琳	江玉琳	江玉琳
53	F開頭	7439	蕭淑敏	蕭淑敏	蕭淑敏
54	F開頭		呂宜滄	呂宜滄	呂宜滄

- 1.請完整簽到/退才核予學分。
- 2.為保障您的權益，請確實簽到，勿代簽。
- 3.請確認身分證字號是否有誤。
- 4.請於研習會結束之一個月內，上網確認是否有匯入相關學分。

110年4月17日

110年血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究說明會【北區】

序號	身分證字號	會員編號	姓名	4/17簽到	4/17簽退
55	F開頭		吳欣玲	吳欣玲	吳欣玲
56	F開頭	3716	陳淳善	陳淳善	陳淳善
57	F開頭	7986	黃如民	黃如民	黃如民
58	F開頭		賴君嵩		
59	F開頭	7988	謝舜瑜	謝舜瑜	謝舜瑜
60	F開頭	8813	蔡佩雯	蔡佩雯	蔡佩雯
61	F開頭		林煥吾	林煥吾	林煥吾
62	F開頭	8167	洪靜如	洪靜如	洪靜如
63	F開頭	9062	莊佩蓉	莊佩蓉	莊佩蓉
64	F開頭	7908	張曉琪	張曉琪	張曉琪
65	F開頭	9354	陳麗真	陳麗真	陳麗真
66	F開頭	10162	張翠雯	張翠雯	張翠雯
67	F開頭		莊瓊怡	莊瓊怡	莊瓊怡
68	F開頭		黃怡倩	黃怡倩	黃怡倩
69	F開頭		許定惠	許定惠	許定惠
70	F開頭		王進鐘	王進鐘	王進鐘
71	F開頭	10250	田曼欣	田曼欣	田曼欣
72	F開頭	10295	葉芸	葉芸	葉芸
73	F開頭	10822	張維芳	張維芳	張維芳
74	F開頭		高慧婷	高慧婷	高慧婷
75	G開頭		林欣穎	林欣穎	林欣穎
76	G開頭	4602	吳佩芳	吳佩芳	吳佩芳
77	G開頭		林美伶	林美伶	林美伶
78	G開頭	2968	陳玉嬌	陳玉嬌	陳玉嬌
79	G開頭	3908	吳良儀	吳良儀	吳良儀
80	G開頭		陳依伶	陳依伶	陳依伶
81	G開頭	8617	陳亞璇	陳亞璇	陳亞璇

- 1.請完整簽到/退才核予學分。
- 2.為保障您的權益，請確實簽到，勿代簽。
- 3.請確認身分證字號是否有誤。
- 4.請於研習會結束之一個月內，上網確認是否有匯入相關學分。

110年4月17日

110年血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究說明會【北區】

序號	身分證字號	會員編號	姓名	4/17簽到	4/17簽退
82	G開頭	8224	游香蘭	游香蘭	游香蘭
83	G開頭	7593	官淑蓉	官淑蓉	官淑蓉
84	G開頭	8790	吳雅婷	吳雅婷	吳雅婷
85	G開頭	8759	蔡蕙庭	蔡蕙庭	蔡蕙庭
86	G開頭		李涵穎	李涵穎	李涵穎
87	G開頭	10135	黃鈺琪	黃鈺琪	黃鈺琪
88	G開頭		林佩欣	林佩欣	林佩欣
89	H開頭	10151	吳清彥	吳清彥	吳清彥
90	H開頭		徐以勛	徐以勛	徐以勛
91	H開頭		張秀媛	張秀媛	張秀媛
92	H開頭		許秀萍	許秀萍	許秀萍
93	H開頭		馬麗麗	馬麗麗	馬麗麗
94	H開頭		溫玉嬌	溫玉嬌	溫玉嬌
95	H開頭		呂秀玲	呂秀玲	呂秀玲
96	H開頭	1091	楊雪梅	楊雪梅	楊雪梅
97	H開頭	5289	楊秋足	楊秋足	楊秋足
98	H開頭	576	劉碧玉	劉碧玉	劉碧玉
99	H開頭		李玉蓉	李玉蓉	李玉蓉
100	H開頭		吳美煙	吳美煙	吳美煙
101	H開頭		王芊淨	王芊淨	王芊淨
102	H開頭		徐玉霞	徐玉霞	徐玉霞
103	H開頭	7802	邱麗	邱麗	邱麗
104	H開頭	4669	張舒玲	張舒玲	張舒玲
105	H開頭		曾仔玉	曾仔玉	曾仔玉
106	H開頭	9206	田維鳳	田維鳳	田維鳳
107	H開頭	10232	蔡淑萍	蔡淑萍	蔡淑萍
108	H開頭		蔡孟如	蔡孟如	蔡孟如

- 1.請完整簽到/退才核予學分。
- 2.為保障您的權益，請確實簽到，勿代簽。
- 3.請確認身分證字號是否有誤。
- 4.請於研習會結束之一個月內，上網確認是否有匯入相關學分。

110年4月17日

110年血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究說明會【北區】

序號	身分證字號	會員編號	姓名	4/17簽到	4/17簽退
109	H開頭		吳淑芬	吳淑芬	吳淑芬
110	H開頭		魏君竹	魏君竹	魏君竹
111	H開頭		陳淑英	陳淑英	陳淑英
112	H開頭		黃湘嵐	黃湘嵐	黃湘嵐
113	H開頭	9792	張健語	張健語	張健語
114	H開頭	8608	彭秋格	彭秋格	彭秋格
115	H開頭	10723	王根燕	王根燕	王根燕
116	H開頭	10789	余佳玟	余佳玟	余佳玟
117	H開頭		呂宛玲	呂宛玲	呂宛玲
118	H開頭		劉亭妤	劉亭妤	劉亭妤
119	J開頭	5408	邱勝康	邱勝康	邱勝康
120	J開頭	2400	彭妙琪	彭妙琪	彭妙琪
121	J開頭	1998	侯桂珠	侯桂珠	侯桂珠
122	J開頭		劉佳宜	劉佳宜	劉佳宜
123	J開頭		呂詩婷	呂詩婷	呂詩婷
124	J開頭		彭碧慧	彭碧慧	彭碧慧
125	J開頭	3612	林世華	林世華	林世華
126	J開頭		黃穎柔	黃穎柔	黃穎柔
127	J開頭		林文玉	林文玉	林文玉
128	J開頭		謝宜菁	謝宜菁	謝宜菁
129	J開頭		邱雅鈴	邱雅鈴	邱雅鈴
130	J開頭	10731	連芝苓	連芝苓	連芝苓
131	K開頭		蔣文芳	蔣文芳	蔣文芳
132	K開頭		林麗英	林麗英	林麗英
133	K開頭	134	邱淑玲	邱淑玲	邱淑玲
134	K開頭	3209	鍾春花	鍾春花	鍾春花
135	K開頭		陳雪清	陳雪清	陳雪清

- 1.請完整簽到/退才核予學分。
- 2.為保障您的權益，請確實簽到，勿代簽。
- 3.請確認身分證字號是否有誤。
- 4.請於研習會結束之一個月內，上網確認是否有匯入相關學分。

110年4月17日

110年血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究說明會【北區】

序號	身分證字號	會員編號	姓名	4/17簽到	4/17簽退
136	K開頭		吳佳寧	吳佳寧	吳佳寧
137	K開頭		賴瑞玲	賴瑞玲	賴瑞玲
138	K開頭	4236	鍾瑞惠	鍾瑞惠	鍾瑞惠
139	K開頭		徐瑞琴	徐瑞琴	徐瑞琴
140	K開頭		邱云盛	邱云盛	邱云盛
141	K開頭		葉淑敏	葉淑敏	葉淑敏
142	K開頭		張淑銘	張淑銘	張淑銘
143	K開頭		謝惠恩	謝惠恩	謝惠恩
144	K開頭	8562	謝夢鈺	謝夢鈺	謝夢鈺
145	K開頭		楊秀玲	楊秀玲	楊秀玲
146	K開頭		朱秀娟	朱秀娟	朱秀娟
147	K開頭	8870	葉春枝	葉春枝	葉春枝
148	K開頭		范馨蓮	范馨蓮	范馨蓮
149	K開頭		林語晏	林語晏	林語晏
150	K開頭	8868	黃巧玲	黃巧玲	黃巧玲
151	K開頭	8113	黃吟慧	黃吟慧	黃吟慧
152	L開頭	3212	陳清松	陳清松	陳清松
153	L開頭		謝麗華	謝麗華	謝麗華
154	L開頭	9214	翁綺廷	翁綺廷	翁綺廷
155	L開頭		李阿真	李阿真	李阿真
156	L開頭	3266	吳美玉	吳美玉	吳美玉
157	L開頭	9342	張小平	張小平	張小平
158	L開頭	8241	姚汝宜	姚汝宜	姚汝宜
159	L開頭		李佩貞	李佩貞	李佩貞
160	L開頭		楊素貞	楊素貞	楊素貞
161	L開頭		楊凱玲	楊凱玲	楊凱玲
162	L開頭		林宛怡	林宛怡	林宛怡

- 1.請完整簽到/退才核予學分。
- 2.為保障您的權益，請確實簽到，勿代簽。
- 3.請確認身分證字號是否有誤。
- 4.請於研習會結束之一個月內，上網確認是否有匯入相關學分。

110年4月17日

110年血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究說明會【北區】

序號	身分證字號	會員編號	姓名	4/17簽到	4/17簽退
163	L開頭	10604	賴怡婷	賴怡婷	賴怡婷
164	M開頭		王中興	王中興	王中興
165	M開頭		吳宗獻	吳宗獻	吳宗獻
166					
167	M開頭		梁靖苓	梁靖苓	梁靖苓
168	M開頭		黃淑芸	黃淑芸	黃淑芸
169	M開頭		陳綺惠	陳綺惠	陳綺惠
170	M開頭		張慧君	張慧君	張慧君
171	M開頭		林珂汝	林珂汝	林珂汝
172	N開頭		廖韻美華	廖韻美華	廖韻美華
173	N開頭		廖健富	廖健富	廖健富
174	N開頭		林翠娥	林翠娥	林翠娥
175	N開頭		林淑娟	林淑娟	林淑娟
176	N開頭		漆文如	漆文如	漆文如
177	N開頭	1901	陳容惠	陳容惠	陳容惠
178	N開頭	162	吳麗鴻	吳麗鴻	吳麗鴻
179	N開頭		劉淑瑜	劉淑瑜	劉淑瑜
180	N開頭		葉麗美	葉麗美	葉麗美
181	N開頭		黃麗紅	黃麗紅	黃麗紅
182	N開頭		陳麗菁	陳麗菁	陳麗菁
183	N開頭	9073	許瑜伶	許瑜伶	許瑜伶
184	N開頭		林芝仔	林芝仔	林芝仔
185	N開頭		洪德儀	洪德儀	洪德儀
186	N開頭		陳怡君	陳怡君	陳怡君
187	N開頭		劉麗瑛	劉麗瑛	劉麗瑛
188	N開頭		柯惠文	柯惠文	柯惠文
189	N開頭	9065	杜雅萍	杜雅萍	杜雅萍

- 1.請完整簽到/退才核予學分。
- 2.為保障您的權益，請確實簽到，勿代簽。
- 3.請確認身分證字號是否有誤。
- 4.請於研習會結束之一個月內，上網確認是否有匯入相關學分。

110年4月17日

110年血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究說明會【北區】

序號	身分證字號	會員編號	姓名	4/17簽到	4/17簽退
190	N開頭		林美燕	林美燕	林美燕
191	N開頭		陳淑伶	陳淑伶	陳淑伶
192	N開頭	7785	林靜怡	林靜怡	林靜怡
193	N開頭		張米嵐	張米嵐	張米嵐
194	N開頭		楊麗竹	楊麗竹	楊麗竹
195	O開頭	3058	陳麗婷	陳麗婷	陳麗婷
196	P開頭	2965	張宜婷	張宜婷	張宜婷
197	P開頭		邱美滿	邱美滿	邱美滿
198	P開頭		陳瑞月	陳瑞月	陳瑞月
199	P開頭	10277	郭淑勤	郭淑勤	郭淑勤
200	P開頭	9181	黃淑婷	黃淑婷	黃淑婷
201	P開頭		丁曉儀	丁曉儀	丁曉儀 (改名)
202	Q開頭		賴怡賢	賴怡賢	賴怡賢
203	Q開頭		蕭麗敏	蕭麗敏	蕭麗敏
204	Q開頭		莊明月	莊明月	莊明月
205	Q開頭		許維旺	許維旺	許維旺
206	Q開頭		黃麗娟	黃麗娟	黃麗娟
207	Q開頭	1141	蘇家慧	蘇家慧	蘇家慧
208	Q開頭		黃麗娟	黃麗娟	黃麗娟
209	Q開頭	8274	陳姝如	陳姝如	陳姝如
210	Q開頭		陳佩蓉	陳佩蓉	陳佩蓉
211	Q開頭		邱麗鈴	邱麗鈴	邱麗鈴
212	Q開頭		蔡佩琪	蔡佩琪	蔡佩琪
213	Q開頭		蕭麗如	蕭麗如	蕭麗如
214	Q開頭	10432	葉子蕭	葉子蕭	葉子蕭
215	Q開頭		羅佳慧	羅佳慧	羅佳慧
216	R開頭		吳佩娟	吳佩娟	吳佩娟

- 1.請完整簽到/退才核予學分。
- 2.為保障您的權益，請確實簽到，勿代簽。
- 3.請確認身分證字號是否有誤。
- 4.請於研習會結束之一個月內，上網確認是否有匯入相關學分。

110年4月17日

110年血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究說明會【北區】

序號	身分證字號	會員編號	姓名	4/17簽到	4/17簽退
217	R開頭		徐碧秀	徐碧秀	徐碧秀
218	R開頭	10016	黃雅秀		
219	R開頭	5401	林宜廷		
220	R開頭		黃瑞茹	黃瑞茹	黃瑞茹
221	R開頭		謝雅雯		
222	R開頭	8715	陳建蓮	陳建蓮	陳建蓮
223	S開頭		郭芝蕓	郭芝蕓	郭芝蕓
224	S開頭		洪桂齡	洪桂齡	洪桂齡
225	S開頭		劉慈慧	劉慈慧	劉慈慧
226	S開頭		林翠玲	林翠玲	林翠玲
227	S開頭		吳麗敏	吳麗敏	吳麗敏
228	S開頭		林榆華	林榆華	林榆華
229	S開頭		蔡淑萍	蔡淑萍	蔡淑萍
230	S開頭	10761	韓玉真		
231	T開頭	10730	鄧居霖		
232	T開頭		林品婕	林品婕	林品婕
233	T開頭		洪萍麗	洪萍麗	洪萍麗
234	T開頭	9171	林婉如	林婉如	林婉如
235	U開頭		黃文貴	黃文貴	黃文貴
236	U開頭		陳麗敏	陳麗敏	陳麗敏
237	U開頭	5432	林秀美	林秀美	林秀美
238	U開頭		朱玉秋	朱玉秋	朱玉秋
239	U開頭		徐玉琴		
240	U開頭	6174	陳心怡	陳心怡	陳心怡
241	U開頭		葉慈敏	葉慈敏	葉慈敏
242	U開頭	10512	沈君毅	沈君毅	沈君毅
243	V開頭	5409	蘇迎士		

- 1.請完整簽到/退才核予學分。
- 2.為保障您的權益，請確實簽到，勿代簽。
- 3.請確認身分證字號是否有誤。
- 4.請於研習會結束之一個月內，上網確認是否有匯入相關學分。

110年4月17日

110年血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究說明會【北區】

序號	身分證字號	會員編號	姓名	4/17簽到	4/17簽退
244	V開頭	8036	陳品秀	陳品秀	陳品秀
245	V開頭	9787	黃妙慧	黃妙慧	黃妙慧
246	V開頭		賴雅韻	賴雅韻	賴雅韻
247	X開頭		安秀娟		
248	X開頭		許琳瓏	許琳瓏	許琳瓏
249	Y開頭		王麗華	王麗華	王麗華
250	Y開頭		袁蘭儀	袁蘭儀	袁蘭儀
251	Z開頭	10421	曹儀馨	曹儀馨	曹儀馨
252	Z開頭	3102	林翠仙		

- 1.請完整簽到/退才核予學分。
- 2.為保障您的權益，請確實簽到，勿代簽。
- 3.請確認身分證字號是否有誤。
- 4.請於研習會結束之一個月內，上網確認是否有匯入相關學分。

課程：110年血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究說明會【北區】

日期：110年4月17日

地點：台北慈濟醫院協力國際會議廳

現場報名簽到單

序號	身分證字號	身分	會員編號	姓名	4/17簽到	4/17簽退
1	H222651483	<input type="checkbox"/> 感管會員 <input checked="" type="checkbox"/> 非會員		吳秋敏 吳秋敏 吳秋敏		
2	P222229973	<input type="checkbox"/> 感管會員 <input checked="" type="checkbox"/> 非會員		蔡凱旋 蔡凱旋 蔡凱旋		
3	42221599954	<input type="checkbox"/> 感管會員 <input checked="" type="checkbox"/> 非會員		林信文 林信文 林信文		
4	A130849614	<input type="checkbox"/> 感管會員 <input checked="" type="checkbox"/> 非會員		陳亮華 陳亮華 陳亮華		
5	A2221533412	<input type="checkbox"/> 感管會員 <input checked="" type="checkbox"/> 非會員		沈香蓀 沈香蓀 沈香蓀		
6	A222853262	<input type="checkbox"/> 感管會員 <input checked="" type="checkbox"/> 非會員		黃志華 黃志華 黃志華		
7	F2225490580	<input type="checkbox"/> 感管會員 <input checked="" type="checkbox"/> 非會員		鍾佩怡 鍾佩怡 鍾佩怡		
8	F222211194	<input type="checkbox"/> 感管會員 <input checked="" type="checkbox"/> 非會員		許柏華 許柏華 許柏華		
9	F224499261	<input type="checkbox"/> 感管會員 <input checked="" type="checkbox"/> 非會員		簡玉惠 簡玉惠 簡玉惠		
10	A2220471688	<input type="checkbox"/> 感管會員 <input checked="" type="checkbox"/> 非會員		林仲祺 林仲祺 林仲祺		
11	L222652776	<input type="checkbox"/> 感管會員 <input checked="" type="checkbox"/> 非會員		吳美珠 吳美珠 吳美珠		
12	L222261081	<input type="checkbox"/> 感管會員 <input checked="" type="checkbox"/> 非會員		田久芸 田久芸 田久芸		
13	F12286892	<input type="checkbox"/> 感管會員 <input checked="" type="checkbox"/> 非會員		林育偉 林育偉 林育偉		
14	F124494985	<input type="checkbox"/> 感管會員 <input checked="" type="checkbox"/> 非會員		劉銘 劉銘 劉銘		
15	J120355721	<input type="checkbox"/> 感管會員 <input checked="" type="checkbox"/> 非會員		郭國輝 郭國輝 郭國輝		
16	F222943620	<input type="checkbox"/> 感管會員 <input checked="" type="checkbox"/> 非會員		林美玉 林美玉 林美玉		
17	K22148141	<input type="checkbox"/> 感管會員 <input checked="" type="checkbox"/> 非會員		陳瑞芬 陳瑞芬 陳瑞芬		

課程：110年血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究說明會【北區】

日期：110年4月17日

地點：台北慈濟醫院協力國際會議廳

現場報名簽到單

序號	身分證字號	身分	會員編號	姓名	4/17簽到	4/17簽退
18	A12627728	<input type="checkbox"/> 感管會員 <input checked="" type="checkbox"/> 非會員		黃竹青		
19	Q2223276731	<input type="checkbox"/> 感管會員 <input checked="" type="checkbox"/> 非會員		張雅芳 張雅芳 張雅芳		
20	K221446919	<input type="checkbox"/> 感管會員 <input checked="" type="checkbox"/> 非會員		張如逸 張如逸 張如逸		
21	E222527158	<input type="checkbox"/> 感管會員 <input checked="" type="checkbox"/> 非會員		蔣淑晶 蔣淑晶 蔣淑晶		
22	H222099102	<input type="checkbox"/> 感管會員 <input checked="" type="checkbox"/> 非會員		潘瑞玲 潘瑞玲 潘瑞玲		
23	J2220708133	<input type="checkbox"/> 感管會員 <input checked="" type="checkbox"/> 非會員		劉美玲 劉美玲 劉美玲		
24	F222576207	<input type="checkbox"/> 感管會員 <input checked="" type="checkbox"/> 非會員		黃若筠 黃若筠 黃若筠		
25	S22281112	<input type="checkbox"/> 感管會員 <input checked="" type="checkbox"/> 非會員		陳慧芬 陳慧芬 陳慧芬		
26	A222108158	<input type="checkbox"/> 感管會員 <input checked="" type="checkbox"/> 非會員		謝慧 謝慧 謝慧		
27	L222199587	<input type="checkbox"/> 感管會員 <input checked="" type="checkbox"/> 非會員		林新茹 林新茹 林新茹		
28	G222265493	<input type="checkbox"/> 感管會員 <input checked="" type="checkbox"/> 非會員		石佩瑩 石佩瑩 石佩瑩		
29	F222281926	<input type="checkbox"/> 感管會員 <input checked="" type="checkbox"/> 非會員		許香云 許香云 許香云		
30	B222168337	<input type="checkbox"/> 感管會員 <input checked="" type="checkbox"/> 非會員		洪瑞芬 洪瑞芬 洪瑞芬		
31		<input type="checkbox"/> 感管會員 <input checked="" type="checkbox"/> 非會員				
32		<input type="checkbox"/> 感管會員 <input checked="" type="checkbox"/> 非會員				
33		<input type="checkbox"/> 感管會員 <input checked="" type="checkbox"/> 非會員				
34		<input type="checkbox"/> 感管會員 <input checked="" type="checkbox"/> 非會員				

南區說明會出席人員簽到表

110年4月18日

110年血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究說明會【南區】

序號	身分證字號	會員編號	姓名	4/18簽到	4/18簽退
1	A開頭	8587	林子超		
2	A開頭		楊春紀	楊春紀	楊春紀
3	A開頭		溫美芳		
4	A開頭		劉蕙婷		
5	A開頭		林梅珍	林梅珍	林梅珍
6	D開頭		許博旭	許博旭	許博旭
7	D開頭	5078	鄭乃榮	鄭乃榮	鄭乃榮
8	D開頭		陳建安	陳建安	陳建安
9	D開頭		蔡岳峰	蔡岳峰	蔡岳峰
10	D開頭	1963	王梨蓉	王梨蓉	王梨蓉
11	D開頭		周孜穎	周孜穎	周孜穎
12	D開頭		邱于芝	邱于芝	邱于芝
13	E開頭		許智揚	許智揚	許智揚
14	E開頭		呂俊逸	呂俊逸	呂俊逸
15	E開頭	5020	阮靖平	阮靖平	阮靖平
16	E開頭	9760	李宜晉	李宜晉	李宜晉
17	E開頭	7690	秦聲明	秦聲明	秦聲明
18	E開頭	1469	劉秀嫻	劉秀嫻	劉秀嫻
19	E開頭		鄭怡敏	鄭怡敏	鄭怡敏
20	E開頭		沈玉璇	沈玉璇	沈玉璇
21	E開頭		黃敏慧	黃敏慧	黃敏慧
22	E開頭	3094	楊淑娥	楊淑娥	楊淑娥
23	E開頭	3282	王靖淇	王靖淇	王靖淇
24	E開頭	3144	楊惠蓮	楊惠蓮	楊惠蓮
25	E開頭	3143	吳彩如	吳彩如	吳彩如
26	E開頭	3719	張簡品伽	張簡品伽	張簡品伽
27	E開頭		黃惠娟	黃惠娟	黃惠娟

- 1.請完整簽到/退才核予學分。
- 2.為保障您的權益，請確實簽到，勿代簽。
- 3.請確認身分證字號是否有誤。
- 4.請於研習會結束之一個月內，上網確認是否有匯入相關學分。

110年4月18日

110年血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究說明會【南區】

序號	身分證字號	會員編號	姓名	4/18簽到	4/18簽退
28	E開頭		李芳津		
29	E開頭		蔡瑞璿	蔡瑞璿	蔡瑞璿
30	E開頭		宋永苓	宋永苓	宋永苓
31	E開頭	3484	洪靖慈	洪靖慈	洪靖慈
32	E開頭		王嘉年	王嘉年	王嘉年
33	E開頭		蘇靖雯	蘇靖雯	蘇靖雯
34	E開頭		蕭佳湘	蕭佳湘	蕭佳湘
35	E開頭	1620	蔡美燕	蔡美燕	蔡美燕
36	E開頭		陳惠貞	陳惠貞	陳惠貞
37	E開頭		郭淑冠	郭淑冠	郭淑冠
38	E開頭		陳美霞	陳美霞	陳美霞
39	E開頭	766	池麗宜	池麗宜	池麗宜
40	E開頭		洪淑萍		
41	E開頭	8661	徐維君	徐維君	徐維君
42	E開頭	10168	阮蘭婷	阮蘭婷	阮蘭婷
43	E開頭	3761	柯佩玲	柯佩玲	柯佩玲
44	E開頭		張維誠	張維誠	張維誠
45	E開頭	8645	鄭燕清	鄭燕清	鄭燕清
46	E開頭		鍾春麗	鍾春麗	鍾春麗
47	E開頭	8987	林彩萍	林彩萍	林彩萍
48	E開頭		林思懷	林思懷	林思懷
49	E開頭	9172	黃佳音	黃佳音	黃佳音
50	E開頭		鍾美亭	鍾美亭	鍾美亭
51	E開頭		廖雪妙	廖雪妙	廖雪妙
52	E開頭		孔雅芬		
53	E開頭		何欣怡	何欣怡	何欣怡
54	E開頭	10781	柯培涵	柯培涵	柯培涵

- 1.請完整簽到/退才核予學分。
- 2.為保障您的權益，請確實簽到，勿代簽。
- 3.請確認身分證字號是否有誤。
- 4.請於研習會結束之一個月內，上網確認是否有匯入相關學分。

110年4月18日

110年血液透析單位導人感染管制自我評核機制先驅研究說明會【南區】

序號	身分證字號	會員編號	姓名	4/18簽到	4/18簽退
55	E開頭		陳姿伶	陳姿伶	陳姿伶
56	E開頭		邱女玲	邱女玲	邱女玲
57	E開頭		鍾沂茵	鍾沂茵	鍾沂茵
58	E開頭	8973	陸佩芳	陸佩芳	陸佩芳
59	F開頭	399	陳高昇	陳高昇	陳高昇
60	F開頭	9177	李季樺	李季樺	李季樺
61	F開頭	9314	王嘉慧	王嘉慧	王嘉慧
62	G開頭		許蘭蘭	許蘭蘭	許蘭蘭
63	H開頭		簡淑芳	簡淑芳	簡淑芳
64	H開頭	3703	施惠玲	施惠玲	施惠玲
65	H開頭	3830	林淑惠	林淑惠	林淑惠
66	H開頭		林秋菊	林秋菊	林秋菊
67	J開頭		謝宜燕	謝宜燕	謝宜燕
68	J開頭		連奕琪	連奕琪	連奕琪
69	K開頭	2526	陳盈伶	陳盈伶	陳盈伶
70	K開頭		陸惠仙	陸惠仙	陸惠仙
71	K開頭	2257	陸蕙莉	陸蕙莉	陸蕙莉
72	K開頭	10902	王雅鈴	王雅鈴	王雅鈴
73	K開頭		宋臻菁	宋臻菁	宋臻菁
74	L開頭	1938	邱齡慧	邱齡慧	邱齡慧
75	L開頭	6202	廖秋香	廖秋香	廖秋香
76	L開頭	9342	張小平	張小平	張小平
77	L開頭		王慧玲	王慧玲	王慧玲
78	M開頭		王中興	王中興	王中興
79	M開頭	5684	鄭惠茹	鄭惠茹	鄭惠茹
80	N開頭		陳麗菁	陳麗菁	陳麗菁
81	N開頭	十	柯麗雀	柯麗雀	柯麗雀

- 1.請完整簽到/退才核予學分。
- 2.為保障您的權益，請確實簽到，勿代簽。
- 3.請確認身分證字號是否有誤。
- 4.請於研習會結束之一個月內，上網確認是否有匯入相關學分。

110年4月18日

110年血液透析單位導人感染管制自我評核機制先驅研究說明會【南區】

序號	身分證字號	會員編號	姓名	4/18簽到	4/18簽退
82	N開頭	8894	黃韻涵	黃韻涵	黃韻涵
83	N開頭	7420	李梅珍	李梅珍	李梅珍
84	P開頭		顏名聰	顏名聰	顏名聰
85	P開頭		黃凡恩	黃凡恩	黃凡恩
86	P開頭		唐湘雲	唐湘雲	唐湘雲
87	P開頭	5257	林玉秀	林玉秀	林玉秀
88	P開頭	8494	吳佩儀	吳佩儀	吳佩儀
89	P開頭		黃品慧	黃品慧	黃品慧
90	Q開頭	1634	施秀紅	施秀紅	施秀紅
91	Q開頭	5863	王惠美	王惠美	王惠美
92	Q開頭		王孟茹	王孟茹	王孟茹
93	Q開頭		張淑麗	張淑麗	張淑麗
94	Q開頭		翁麗汶	翁麗汶	翁麗汶
95	Q開頭		陳曉眉	陳曉眉	陳曉眉
96	Q開頭	7907	羅季芬	羅季芬	羅季芬
97	Q開頭		陳奕璇	陳奕璇	陳奕璇
98	Q開頭	8572	郭姿廷	郭姿廷	郭姿廷
99	Q開頭		林培瑜	林培瑜	林培瑜
100	R開頭	950	蔡妙琪	蔡妙琪	蔡妙琪
101	R開頭	8965	黃淑華	黃淑華	黃淑華
102	R開頭	6478	陳曉琪	陳曉琪	陳曉琪
103	R開頭		賴紅如	賴紅如	賴紅如
104	R開頭	6512	余春慧	余春慧	余春慧
105	R開頭		胡美娟	胡美娟	胡美娟
106	R開頭	4899	蔡衣玲	蔡衣玲	蔡衣玲
107	R開頭	2427	林孟玲	林孟玲	林孟玲
108	R開頭		黃玉瑩	黃玉瑩	黃玉瑩

- 1.請完整簽到/退才核予學分。
- 2.為保障您的權益，請確實簽到，勿代簽。
- 3.請確認身分證字號是否有誤。
- 4.請於研習會結束之一個月內，上網確認是否有匯入相關學分。

110年4月18日

110年血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究說明會【南區】

序號	身分證字號	會員編號	姓名	4/18簽到	4/18簽退
109	R開頭	2951	李佩珊	李佩珊	李佩珊
110	R開頭		陳麗貞	陳麗貞	陳麗貞
111	R開頭	4279	楊秋月	楊秋月	楊秋月
112	R開頭		李耀華	李耀華	李耀華
113	R開頭		賴惠玲	賴惠玲	賴惠玲
114	R開頭	5197	陳紅如	陳紅如	陳紅如
115	R開頭		胡怡靜	胡怡靜	胡怡靜
116	R開頭		黃宇翔	黃宇翔	黃宇翔
117	R開頭		謝燕青	謝燕青	謝燕青
118	R開頭		鄭碧琴	鄭碧琴	鄭碧琴
119	R開頭	9468	李佳芝	李佳芝	李佳芝
120	R開頭	10370	呂蕙蕙	呂蕙蕙	呂蕙蕙
121	R開頭	4164	黃小容	黃小容	黃小容
122	S開頭	10805	林連	林連	林連
123	S開頭	6701	陳光銘	陳光銘	陳光銘
124	S開頭	6107	曾美玉	曾美玉	曾美玉
125	S開頭	3072	杜希蓉	杜希蓉	杜希蓉
126	S開頭	9279	黃綺文	黃綺文	黃綺文
127	S開頭		吳翠娥	吳翠娥	吳翠娥
128	S開頭		鄭品丹	鄭品丹	鄭品丹
129	S開頭		許錦惠	許錦惠	許錦惠
130	S開頭	532	葉秋燕	葉秋燕	葉秋燕
131	S開頭		蕭聖芳	蕭聖芳	蕭聖芳
132	S開頭		邵芳雅	邵芳雅	邵芳雅
133	S開頭		黃惠順	黃惠順	黃惠順
134	S開頭		楊淑雅	楊淑雅	楊淑雅
135	S開頭		邱秀英	邱秀英	邱秀英

- 1.請完整簽到/退才核予學分。
- 2.為保障您的權益，請確實簽到，勿代簽。
- 3.請確認身分證字號是否有誤。
- 4.請於研習會結束之一個月內，上網確認是否有匯入相關學分。

110年4月18日

110年血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究說明會【南區】

序號	身分證字號	會員編號	姓名	4/18簽到	4/18簽退
136	S開頭	8226	林春枝	林春枝	林春枝
137	S開頭	6737	楊珉珊	楊珉珊	楊珉珊
138	S開頭	1425	廖麗芬	廖麗芬	廖麗芬
139	S開頭	5178	蘇美曲	蘇美曲	蘇美曲
140	S開頭		秦孟潔	秦孟潔	秦孟潔
141	S開頭		劉碧瑋	劉碧瑋	劉碧瑋
142	S開頭		洪儀雀	洪儀雀	洪儀雀
143	S開頭	10361	張薇秀珍	張薇秀珍	張薇秀珍
144	S開頭	7598	梁雅凌	梁雅凌	梁雅凌
145	S開頭		劉久華	劉久華	劉久華
146	S開頭	8308	林曉菁	林曉菁	林曉菁
147	S開頭	10761	蔡玉真	蔡玉真	蔡玉真
148	S開頭	9346	曹秀梅	曹秀梅	曹秀梅
149	S開頭	8370	劉冠伶	劉冠伶	劉冠伶
150	S開頭		顏志炳	顏志炳	顏志炳
151	S開頭	10172	鍾佩婷	鍾佩婷	鍾佩婷
152	S開頭		蘇富美	蘇富美	蘇富美
153	T開頭		周良榮	周良榮	周良榮
154	T開頭		林妮妮	林妮妮	林妮妮
155	T開頭		簡明靜	簡明靜	簡明靜
156	T開頭		宋聯君	宋聯君	宋聯君
157	T開頭	4898	葉春香	葉春香	葉春香
158	T開頭		陳權黎	陳權黎	陳權黎
159	T開頭	5107	蘇詩奕	蘇詩奕	蘇詩奕
160	T開頭		林秀華	林秀華	林秀華
161	T開頭	3973	徐怡明	徐怡明	徐怡明
162	T開頭		花麗珍	花麗珍	花麗珍

- 1.請完整簽到/退才核予學分。
- 2.為保障您的權益，請確實簽到，勿代簽。
- 3.請確認身分證字號是否有誤。
- 4.請於研習會結束之一個月內，上網確認是否有匯入相關學分。

110年4月18日

110年血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究說明會【南區】

序號	身分證字號	會員編號	姓名	4/18簽到	4/18簽退
163	T開頭		謝育春	謝育春	謝育春
164	T開頭		蘇芳儀	蘇芳儀	蘇芳儀
165	T開頭	6730	林欣儀	林欣儀	林欣儀
166	T開頭		蘇怡瑩	蘇怡瑩	蘇怡瑩
167	T開頭	6282	王秀華	王秀華	王秀華
168	T開頭	4510	歐美妙	歐美妙	歐美妙
169	T開頭	9175	洪雅萍	洪雅萍	洪雅萍
170	T開頭		楊雅淇	楊雅淇	楊雅淇
171	T開頭	10185	劉秀伶	劉秀伶	劉秀伶
172	T開頭	9326	呂柏慧	呂柏慧	呂柏慧
173	T開頭	8037	林佳蓉	林佳蓉	林佳蓉
174	T開頭	7873	許紋綺	許紋綺	許紋綺
175	T開頭	8904	朱芯澐	朱芯澐	朱芯澐
176	T開頭		王宜惠	王宜惠	王宜惠
177	T開頭		余佩倫	余佩倫	余佩倫
178	T開頭		黃藍誼	黃藍誼	黃藍誼
179	U開頭		王惠蓮	王惠蓮	王惠蓮
180	U開頭		陳啓備	陳啓備	陳啓備
181	V開頭		李佩芬	李佩芬	李佩芬
182	X開頭	1713	周心寧	周心寧	周心寧

- 1.請完整簽到/退才核予學分。
- 2.為保障您的權益，請確實簽到，勿代簽。
- 3.請確認身分證字號是否有誤。
- 4.請於研習會結束之一個月內，上網確認是否有匯入相關學分。

課程：110年血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究說明會【南區】

日期：110年4月18日

地點：高雄醫學大學附設中和紀念醫院-啟川大樓6樓第二講堂

現場報名簽到單

序號	身分證字號	身分	會員編號	姓名	4/18簽到	4/18簽退
1	翁立琴	<input checked="" type="checkbox"/> 研習會員 <input type="checkbox"/> 非會員	9999	翁立琴	翁立琴	翁立琴
2	謝美芳	<input type="checkbox"/> 研習會員 <input type="checkbox"/> 非會員				
3	T221666301	<input checked="" type="checkbox"/> 研習會員 <input type="checkbox"/> 非會員			謝美芳	謝美芳
4	E22469257	<input checked="" type="checkbox"/> 研習會員 <input type="checkbox"/> 非會員	10754	蕭可芳	蕭可芳	蕭可芳
5	R12449659	<input type="checkbox"/> 研習會員 <input type="checkbox"/> 非會員		張庭閣	張庭閣	張庭閣
6	A12321708	<input checked="" type="checkbox"/> 研習會員 <input type="checkbox"/> 非會員	9037	楊振高	楊振高	楊振高
7	P22222582	<input checked="" type="checkbox"/> 研習會員 <input type="checkbox"/> 非會員	4498	譚曉亭	譚曉亭	譚曉亭
8	E22020818	<input type="checkbox"/> 研習會員 <input type="checkbox"/> 非會員		謝柏業	謝柏業	謝柏業
9	E224226703	<input type="checkbox"/> 研習會員 <input type="checkbox"/> 非會員		林依瑩	林依瑩	林依瑩
10	F22449065	<input type="checkbox"/> 研習會員 <input type="checkbox"/> 非會員		薛美娟	薛美娟	薛美娟
11	R220051617	<input checked="" type="checkbox"/> 研習會員 <input type="checkbox"/> 非會員		陳玲潔	陳玲潔	陳玲潔
12	A122229976	<input checked="" type="checkbox"/> 研習會員 <input type="checkbox"/> 非會員	2030	林威宏	林威宏	林威宏
13	L22291508	<input checked="" type="checkbox"/> 研習會員 <input type="checkbox"/> 非會員		呂現昂	呂現昂	呂現昂
14	Q12277511	<input checked="" type="checkbox"/> 研習會員 <input type="checkbox"/> 非會員	0113	洪明山	洪明山	洪明山
15	R22001862	<input checked="" type="checkbox"/> 研習會員 <input type="checkbox"/> 非會員		葉桂珠	葉桂珠	葉桂珠
16	D12182873	<input checked="" type="checkbox"/> 研習會員 <input type="checkbox"/> 非會員		吳三	吳三	吳三
17	G122005813	<input checked="" type="checkbox"/> 研習會員 <input type="checkbox"/> 非會員		鄭書建	鄭書建	鄭書建
	E123410318		8843	林庭遠	林庭遠	林庭遠

課程：110年血液透析單位導入感控管制自我評核機制先驅研究說明會【南區】

日期：110年4月18日

地點：高雄醫學大學附設中和紀念醫院-啟川大樓6樓第二講堂

現場報名簽到單

序號	身分證字號	身分	會員編號	姓名	4/18簽到	4/18簽退
18	P122214215	<input type="checkbox"/> 感學會員 <input checked="" type="checkbox"/> 社會員		白居正 白居正	白居正	白居正
19	M1204964955	<input type="checkbox"/> 感學會員 <input checked="" type="checkbox"/> 社會員		謝以弘 謝以弘	謝以弘	謝以弘
20	T22172501	<input type="checkbox"/> 感學會員 <input checked="" type="checkbox"/> 社會員		謝青蓉 謝青蓉	謝青蓉	謝青蓉
21	T22321508	<input type="checkbox"/> 感學會員 <input checked="" type="checkbox"/> 社會員		葉文貞 葉文貞	葉文貞	葉文貞
22	P122225013	<input type="checkbox"/> 感學會員 <input checked="" type="checkbox"/> 社會員		葉明玉 葉明玉	葉明玉	葉明玉
23	E12494328T	<input type="checkbox"/> 感學會員 <input checked="" type="checkbox"/> 社會員		林祐賢 林祐賢	林祐賢	林祐賢
24	E2252036	<input type="checkbox"/> 感學會員 <input checked="" type="checkbox"/> 社會員		吳怡敏 吳怡敏	吳怡敏	吳怡敏
25	T120522208	<input type="checkbox"/> 感學會員 <input checked="" type="checkbox"/> 社會員		張世偉 張世偉	張世偉	張世偉
26	S221923821	<input type="checkbox"/> 感學會員 <input checked="" type="checkbox"/> 社會員		林文玲 林文玲	林文玲	林文玲
27	Z12059419	<input type="checkbox"/> 感學會員 <input checked="" type="checkbox"/> 社會員		林淑芳 林淑芳	林淑芳	林淑芳
28	R123291148	<input type="checkbox"/> 感學會員 <input checked="" type="checkbox"/> 社會員		楊守鈺 楊守鈺	楊守鈺	楊守鈺
29	S121531623	<input type="checkbox"/> 感學會員 <input checked="" type="checkbox"/> 社會員		蔡文也 蔡文也	蔡文也	蔡文也
30	E220560720	<input type="checkbox"/> 感學會員 <input checked="" type="checkbox"/> 社會員		柯金美 柯金美	柯金美	柯金美
31	E22226558	<input type="checkbox"/> 感學會員 <input checked="" type="checkbox"/> 社會員		洪麗雅 洪麗雅	洪麗雅	洪麗雅
32	S220537705	<input type="checkbox"/> 感學會員 <input checked="" type="checkbox"/> 社會員		葉國玲 葉國玲	葉國玲	葉國玲
33	T12449158	<input type="checkbox"/> 感學會員 <input checked="" type="checkbox"/> 社會員		何世川 何世川	何世川	何世川
34	Z12022827	<input type="checkbox"/> 感學會員 <input checked="" type="checkbox"/> 社會員		陳遠鳴 陳遠鳴	陳遠鳴	陳遠鳴

課程：110年血液透析單位導入感控管制自我評核機制先驅研究說明會【南區】

日期：110年4月18日

地點：高雄醫學大學附設中和紀念醫院-啟川大樓6樓第二講堂

現場報名簽到單

序號	身分證字號	身分	會員編號	姓名	4/18簽到	4/18簽退
35	S120964538	<input type="checkbox"/> 感學會員 <input checked="" type="checkbox"/> 社會員	S0278	莊峰榮 莊峰榮	莊峰榮	莊峰榮
36	K22059709	<input type="checkbox"/> 感學會員 <input checked="" type="checkbox"/> 社會員	5675	陳芳珍 陳芳珍	陳芳珍	陳芳珍
37	S220	<input type="checkbox"/> 感學會員 <input checked="" type="checkbox"/> 社會員				
38	R120467281	<input type="checkbox"/> 感學會員 <input checked="" type="checkbox"/> 社會員	S613	林士湖 林士湖	林士湖	林士湖
39	M12075731	<input type="checkbox"/> 感學會員 <input checked="" type="checkbox"/> 社會員		王之燕 王之燕	王之燕	王之燕
40		<input type="checkbox"/> 感學會員 <input checked="" type="checkbox"/> 社會員				

北區說明會活動照片







南區說明會活動照片







Q&A 彙整

1.輔導訪視標準核定？

[回覆]

若腎臟醫學會有在擬定新的評核表，會與腎臟醫學會討論相關評核內容，希望不會出現兩套標準的評核方式。聆聽基層護理師或透析護理師的建議，針對有問題的評核表單內容做變更修改，並且不強制要求達到評核要求的標準，以輔導提醒的方式告知血液透析的診所，希望共同改進不合適的內容，提升醫療相關品質。

2.注射B肝疫苗後，抽血檢驗沒有抗體，二次檢驗也沒有抗體。要如何計算在1.2疫苗接種紀錄名單中？

[回覆]

人員因二次檢驗皆無抗體產生，故再接種疫苗也可能無抗體產生。若有發生接觸到B肝炎症病人的血液，需去施打免疫球蛋白。

附錄八

附錄八、30家實地輔導訪查情形綜整(自評表)

輔導項目	評量項目																																		
一、人員健康管理-工作人員	1.1 B型肝炎病毒表面抗原(HBsAg)、B型肝炎病毒表面抗體(anti-HBs)、C型肝炎病毒抗體(anti-HCV)等檢驗紀錄並造冊，並提供適宜的管理及保存，保障員工隱私。 回覆率100%(30/30)																																		
	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="667 456 1003 499">類型(區)</th> <th colspan="2" data-bbox="1003 456 1137 499">北區</th> <th colspan="2" data-bbox="1137 456 1400 499">中區</th> <th colspan="2" data-bbox="1400 456 1662 499">南區</th> <th colspan="2" data-bbox="1662 456 2065 499">總數</th> </tr> <tr> <th data-bbox="667 499 1003 544">項目</th> <th data-bbox="1003 499 1137 544">醫院</th> <th data-bbox="1137 499 1272 544">診所</th> <th data-bbox="1272 499 1400 544">醫院</th> <th data-bbox="1400 499 1534 544">診所</th> <th data-bbox="1534 499 1662 544">醫院</th> <th data-bbox="1662 499 1796 544">診所</th> <th data-bbox="1796 499 1930 544">醫院</th> <th data-bbox="1930 499 2065 544">診所</th> </tr> </thead> </table>									類型(區)	北區		中區		南區		總數		項目	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所								
	類型(區)	北區		中區		南區		總數																											
	項目	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所																										
	<table border="1"> <tbody> <tr> <td data-bbox="667 544 1003 632">每年至少一次追蹤檢查紀錄</td> <td data-bbox="1003 544 1137 632">9</td> <td data-bbox="1137 544 1272 632">3</td> <td data-bbox="1272 544 1400 632">2</td> <td data-bbox="1400 544 1534 632">4</td> <td data-bbox="1534 544 1662 632">4</td> <td data-bbox="1662 544 1796 632">8</td> <td data-bbox="1796 544 1930 632">15</td> <td data-bbox="1930 544 2065 632">15</td> </tr> <tr> <td data-bbox="667 632 1003 715">定期追蹤(未提供多久追蹤一次)</td> <td data-bbox="1003 632 1137 715">0</td> <td data-bbox="1137 632 1272 715">0</td> <td data-bbox="1272 632 1400 715">0</td> <td data-bbox="1400 632 1534 715">0</td> <td data-bbox="1534 632 1662 715">0</td> <td data-bbox="1662 632 1796 715">0</td> <td data-bbox="1796 632 1930 715">0</td> <td data-bbox="1930 632 2065 715">0</td> </tr> </tbody> </table>									每年至少一次追蹤檢查紀錄	9	3	2	4	4	8	15	15	定期追蹤(未提供多久追蹤一次)	0	0	0	0	0	0	0	0								
	每年至少一次追蹤檢查紀錄	9	3	2	4	4	8	15	15																										
	定期追蹤(未提供多久追蹤一次)	0	0	0	0	0	0	0	0																										
	1.2 B型肝炎疫苗、流感疫苗與麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合(Measles、Mumps、Rubella, MMR)疫苗接種紀錄。 掌握全體醫護人員B肝抗原抗體檢測資料(如抗體檢測、接種證明等) 回覆率100%(30/30)																																		
	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="667 882 1003 925">類型(區)</th> <th colspan="2" data-bbox="1003 882 1137 925">北區</th> <th colspan="2" data-bbox="1137 882 1400 925">中區</th> <th colspan="2" data-bbox="1400 882 1662 925">南區</th> <th colspan="2" data-bbox="1662 882 2065 925">總數</th> </tr> <tr> <th data-bbox="667 925 1003 968">項目</th> <th data-bbox="1003 925 1137 968">醫院</th> <th data-bbox="1137 925 1272 968">診所</th> <th data-bbox="1272 925 1400 968">醫院</th> <th data-bbox="1400 925 1534 968">診所</th> <th data-bbox="1534 925 1662 968">醫院</th> <th data-bbox="1662 925 1796 968">診所</th> <th data-bbox="1796 925 1930 968">醫院</th> <th data-bbox="1930 925 2065 968">診所</th> </tr> </thead> </table>									類型(區)	北區		中區		南區		總數		項目	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所								
	類型(區)	北區		中區		南區		總數																											
項目	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所																											
<table border="1"> <tbody> <tr> <td data-bbox="667 1058 1003 1137">全體醫護人員檢測資料</td> <td data-bbox="1003 1058 1137 1137">9</td> <td data-bbox="1137 1058 1272 1137">3</td> <td data-bbox="1272 1058 1400 1137">2</td> <td data-bbox="1400 1058 1534 1137">4</td> <td data-bbox="1534 1058 1662 1137">4</td> <td data-bbox="1662 1058 1796 1137">8</td> <td data-bbox="1796 1058 1930 1137">15</td> <td data-bbox="1930 1058 2065 1137">15</td> </tr> </tbody> </table>									全體醫護人員檢測資料	9	3	2	4	4	8	15	15																		
全體醫護人員檢測資料	9	3	2	4	4	8	15	15																											
院所提供員工「B型肝炎疫苗」的措施 回覆率100%(30/30)																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="667 1361 1003 1404">類型(區)</th> <th colspan="2" data-bbox="1003 1361 1137 1404">北區</th> <th colspan="2" data-bbox="1137 1361 1400 1404">中區</th> <th colspan="2" data-bbox="1400 1361 1662 1404">南區</th> <th colspan="2" data-bbox="1662 1361 2065 1404">總數</th> </tr> <tr> <th data-bbox="667 1404 1003 1447">項目</th> <th data-bbox="1003 1404 1137 1447">醫院</th> <th data-bbox="1137 1404 1272 1447">診所</th> <th data-bbox="1272 1404 1400 1447">醫院</th> <th data-bbox="1400 1404 1534 1447">診所</th> <th data-bbox="1534 1404 1662 1447">醫院</th> <th data-bbox="1662 1404 1796 1447">診所</th> <th data-bbox="1796 1404 1930 1447">醫院</th> <th data-bbox="1930 1404 2065 1447">診所</th> </tr> </thead> </table>									類型(區)	北區		中區		南區		總數		項目	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所									
類型(區)	北區		中區		南區		總數																												
項目	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所																											
<table border="1"> <tbody> <tr> <td data-bbox="667 1361 1003 1404">全額補助</td> <td data-bbox="1003 1361 1137 1404">8</td> <td data-bbox="1137 1361 1272 1404">0</td> <td data-bbox="1272 1361 1400 1404">1</td> <td data-bbox="1400 1361 1534 1404">2</td> <td data-bbox="1534 1361 1662 1404">4</td> <td data-bbox="1662 1361 1796 1404">2</td> <td data-bbox="1796 1361 1930 1404">13</td> <td data-bbox="1930 1361 2065 1404">4</td> </tr> <tr> <td data-bbox="667 1404 1003 1447">部分補助</td> <td data-bbox="1003 1404 1137 1447">1</td> <td data-bbox="1137 1404 1272 1447">1</td> <td data-bbox="1272 1404 1400 1447">0</td> <td data-bbox="1400 1404 1534 1447">0</td> <td data-bbox="1534 1404 1662 1447">0</td> <td data-bbox="1662 1404 1796 1447">0</td> <td data-bbox="1796 1404 1930 1447">1</td> <td data-bbox="1930 1404 2065 1447">1</td> </tr> <tr> <td data-bbox="667 1447 1003 1490">完全自費</td> <td data-bbox="1003 1447 1137 1490">0</td> <td data-bbox="1137 1447 1272 1490">2</td> <td data-bbox="1272 1447 1400 1490">1</td> <td data-bbox="1400 1447 1534 1490">2</td> <td data-bbox="1534 1447 1662 1490">0</td> <td data-bbox="1662 1447 1796 1490">6</td> <td data-bbox="1796 1447 1930 1490">1</td> <td data-bbox="1930 1447 2065 1490">10</td> </tr> </tbody> </table>									全額補助	8	0	1	2	4	2	13	4	部分補助	1	1	0	0	0	0	1	1	完全自費	0	2	1	2	0	6	1	10
全額補助	8	0	1	2	4	2	13	4																											
部分補助	1	1	0	0	0	0	1	1																											
完全自費	0	2	1	2	0	6	1	10																											
2020年醫療照護及相關工作人員流感流行季(每年10月至12月)之流感疫苗接種率																																			

回覆率100% (30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
100%	2	0	1	2	1	1	4	3
90-99%	3	1	0	0	2	5	5	6
80-89%	4	1	1	0	1	1	6	2
60-69%	0	0	0	0	0	0	0	0
50-59%	0	0	0	1	0	0	0	1
40-49%	0	0	0	0	0	1	0	1
30-39%	0	0	0	1	0	0	0	1
10-19%	0	1	0	0	0	0	0	1
無資料	0	0	0	0	0	0	0	0

醫療照護工作人員 MMR 疫苗接種計畫

訂有 MMR 疫苗接種計畫接種率

回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
訂有 MMR 疫苗接種計畫	9	1	2	2	4	7	15	10
未訂有 MMR 疫苗接種計畫	0	2	0	2	0	1	0	5

(呈上題)1981年以後出生之醫療照護工作人員人數(具麻疹免疫力之工作人員比率)

回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
100%	4	2	1	2	2	0	7	4
90-99%	2	0	1	0	1	3	4	3

	80-89%	2	0	0	0	1	4	3	4	
	70-79%	1	0	0	0	0	0	1	0	
	60-69%	0	1	0	2	0	1	0	4	
	1.3 每年胸部 X 光檢查 與病人直接接觸之醫療相關工作人員及其他常駐工作人員（含外包人力）一年內的胸部 X 光檢查達成率 回覆率100%(30/30)									
	類型(區)		北區		中區		南區		總數	
	項目	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
	100%	9	3	2	2	4	6	15	11	
	90-99%	0	0	0	0	0	0	0	0	
	80-89%	0	0	0	1	0	1	0	2	
	70-79%	0	0	0	1	0	1	0	2	
10%以下	0	0	0	0	0	0	0	0		
二、感染管制措施-環境	依循 AAMI 國際現行標準，對於菌落數監測頻率，逆滲透水（Dialysis Water）至少每個月檢測 1 次，檢測地點為 回覆率100%(30/30)									
	類型(區)		北區		中區		南區		總數	
	項目	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
	每個 RO 設備出水口及回水口	9	3	2	4	4	8	15	15	
	每個 RO 設備出水口	0	0	0	0	0	0	0	0	
	無檢測	0	0	0	0	0	0	0	0	
	透析機台之透析液（Dialysis Fluid）檢測頻率 回覆率100%(30/30)									
	類型(區)		北區		中區		南區		總數	
	項目	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	

每季1次	9	3	2	4	4	8	15	15
每2個月	0	0	0	0	0	0	0	0
無檢測	0	0	0	0	0	0	0	0

逆滲透水檢測結果之行動標準值

回覆率100%(30/30)

項目	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
>50 CFU/ml	7	3	2	3	3	6	12	12
>25 CFU/ml	2	0	0	0	1	2	3	2
>1CFU/ml	0	0	0	1	0	0	0	1

內毒素檢驗標準值

回覆率100%(30/30)

項目	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
< 0.25 EU/ml	9	3	2	4	3	8	14	15
<0.125EU/ml	0	0	0	0	1	0	1	0

內毒素檢測頻率

回覆率100%(30/30)

項目	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
每年1次	6	3	1	1	1	8	8	12
每半年1次	0	0	0	3	1	0	1	3
每季1次	1	0	0	0	0	0	1	0
每2個月1次	0	0	0	0	1	0	1	0
每1個月1次	1	0	1	0	1	0	3	0
每一個月檢測1件	1	0	0	0	0	0	1	0

內毒素檢測水質

回覆率100%(30/30)

項目	類型(區)	北區		中區		南區		總數	
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
只檢驗逆滲透水		7	2	1	3	2	7	10	12
只檢驗透析液		0	0	0	0	0	0	0	0
2項皆有檢驗		2	1	1	1	2	1	5	3
內毒素抽樣件數(總計)									
回覆率100%(30/30)									
項目	類型(區)	北區		中區		南區		總數	
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有提供內毒素抽樣總數		9	3	2	4	4	8	15	15
無提供內毒素抽樣總數		0	0	0	0	0	0	0	0
內毒素抽樣件數(透析機總計)									
回覆率100%(30/30)									
項目	類型(區)	北區		中區		南區		總數	
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有提供透析機總數		9	3	2	4	4	8	15	15
無提供透析機總數		0	0	0	0	0	0	0	0
三、隔離措施									
血流傳染性肝炎病人實施床位區隔措施									
B型肝炎陽性病人血液透析時採取之隔離措施									
回覆率100%(30/30)									
項目	類型(區)	北區		中區		南區		總數	
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
分區且固定機台		8	2	2	4	4	7	14	13
固定機台		1	1	0	0	0	1	1	2
C型肝炎陽性病人血液透析時採取之隔離措施									
回覆率100%(30/30)									

項目	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
集中照護	6	1	2	3	2	5	10	9
分區且固定機台	3	0	0	0	2	2	5	2
固定機台	0	2	0	0	0	0	0	2
無 C 型肝炎專用病床	0	0	0	0	0	0	0	0
C 肝病人已痊癒，無提供方式	0	0	0	1	0	1	0	2

B、C 型肝炎陽性病人血液透析後其機器消毒方式

回覆率100%(30/30)

項目	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
熱消	2	2	0	0	2	0	4	2
化消	2	1	0	1	1	2	3	4
熱消、化消皆有	5	0	2	3	1	6	8	9

B、C 型肝炎陽性病人血液透析後其機器消毒頻次

回覆率100%(30/30)

項目	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
每天	0	0	0	1	0	0	0	1
每班	9	3	2	3	4	8	15	14

B、C 型肝炎透析病人肝炎監測頻率

回覆率100%(30/30)

項目	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所

每年	4	3	1	3	1	8	6	14
每半年	3	0	0	1	3	0	6	1
B 肝半年、C 肝3個月	1	0	0	0	0	0	1	0
B 肝每年、C 肝半年	1	0	0	0	0	0	1	0
B 肝每年、C 肝三個月	0	0	1	0	0	0	1	0
定期追蹤(無告知時間)	0	0	0	0	0	0	0	0

是否訂有透析病人急性病毒性肝炎陽轉個案通報機制
回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有通報機制	9	3	2	4	4	8	15	15

109年通報個案數 B 型肝炎陽性
回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
通報個案0件	9	3	2	4	4	8	15	15
無資料	0	0	0	0	0	0	0	0

109年通報個案數 C 型肝炎陽性
回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
通報個案0件	9	3	2	4	4	7	15	14
通報個案1件	0	0	0	0	0	1	0	1
無資料	0	0	0	0	0	0	0	0

109年透析病人 B、C 型病毒性肝炎檢測

回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有提供透析病人B、C型病毒性肝炎檢測資料	9	3	2	4	4	8	15	15
無提供透析病人B、C型病毒性肝炎檢測資料	0	0	0	0	0	0	0	0

病人透析前是否有進行量溫及透析發燒病人處置是否有通報機制

回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有進行量溫及通報機制	9	3	2	4	4	8	15	15

是否有設置隔離區

回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
無隔離區	1	1	0	1	1	1	2	3
負壓隔離區	0	0	0	0	3	0	3	0
專區	3	1	0	2	0	7	3	10
單人室	0	1	1	1	0	0	1	2
專區、單人室	1	0	0	0	0	0	1	0
專區、負壓隔離區	1	0	1	0	0	0	2	0
單人室、負壓隔離區	1	0	0	0	0	0	1	0
3項皆有	2	0	0	0	0	0	2	0

訂有新興傳染病應變計畫

回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有新興傳染病應變計畫	9	3	2	4	4	8	15	15

PPE 訓練人數訓練資料

回覆率1000%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
110年	9	3	2	4	4	8	15	15
109年	9	3	2	4	4	8	15	15

訂有機器及環境清潔消毒之作業流程

回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
機器及環境清潔消毒之作業流程	9	3	2	4	4	8	15	15

機器消毒用具

回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
醫療器械消毒濕巾	3	0	0	0	0	0	3	0
不織布抹布	0	1	1	0	1	2	2	3
不織布抹布、拋棄式不織布	0	0	0	1	0	0	0	1
布類抹布	2	0	0	1	0	0	2	1
布類抹布、不織布抹布	0	0	0	0	1	1	1	1
拋棄式抹布	4	2	1	2	2	5	7	9

機器消毒方式
回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
140ppm 普效錠消毒溶液	0	0	0	1	0	0	0	1
DDSH 表面清潔劑	0	0	0	0	1	0	1	0
消毒濕巾	2	0	0	1	0	0	2	1
二氧化氯	0	0	0	0	0	1	0	1
酒精75%	0	0	0	0	1	0	1	0
漂白水(1000ppm)	6	2	1	1	0	3	7	6
漂白水(500ppm)	1	1	1	1	1	2	3	4
漂白水6%	0	0	0	0	1	1	1	1
漂白水0.5%	0	0	0	0	0	1	0	1

機器消毒頻次
回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
每班	9	3	2	4	4	8	15	15

機器消毒範圍
回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
機器面板、機身、機台 置物架	6	2	1	3	4	6	11	11
機器面板、機身	2	1	0	0	0	2	2	3
機器面板、機身、機台 置物架、血壓計壓脈袋	0	0	0	1	0	0	0	1

機器面板、機身、機台 置物架、床區	1	0	0	0	0	0	1	0
機器面板、機身、機台 置物架、KELLY	0	0	1	0	0	0	1	0

環境消毒用具

回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
不織布抹布	0	1	1	0	1	1	2	2
布類抹布、拋棄式不織 布擦拭布	1	0	0	0	0	0	1	0
布類抹布	4	0	0	1	0	2	4	3
拋棄式抹布	4	2	1	3	3	4	8	9
噴霧	0	0	0	0	0	1	0	1

環境消毒方式

回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
140ppm 普效錠消毒溶 液	0	0	0	1	0	0	0	1
含氯消毒液5000ppm	0	0	1	0	0	0	1	0
二氧化氯	0	0	0	0	0	1	0	1
漂白水(1000ppm)	4	1	0	1	1	3	5	5
漂白水(500ppm)	4	2	1	1	3	3	8	6
漂白水6%	0	0	0	0	0	1	0	1
漂白水0.6%	1	0	0	0	0	1	1	1

環境消毒頻次

	回覆率100%(30/30)																																																														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">類型(區) 項目</th> <th colspan="2">北區</th> <th colspan="2">中區</th> <th colspan="2">南區</th> <th colspan="2">總數</th> </tr> <tr> <th>醫院</th> <th>診所</th> <th>醫院</th> <th>診所</th> <th>醫院</th> <th>診所</th> <th>醫院</th> <th>診所</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>每班</td> <td>9</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>7</td> <td>15</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>每天</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	類型(區) 項目	北區		中區		南區		總數		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	每班	9	2	2	3	4	7	15	12	每天	0	1	0	1	0	1	0	3																											
	類型(區) 項目		北區		中區		南區		總數																																																						
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所																																																						
	每班	9	2	2	3	4	7	15	12																																																						
	每天	0	1	0	1	0	1	0	3																																																						
	環境消毒範圍																																																														
	回覆率100%(30/30)																																																														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">類型(區) 項目</th> <th colspan="2">北區</th> <th colspan="2">中區</th> <th colspan="2">南區</th> <th colspan="2">總數</th> </tr> <tr> <th>醫院</th> <th>診所</th> <th>醫院</th> <th>診所</th> <th>醫院</th> <th>診所</th> <th>醫院</th> <th>診所</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>床、床欄</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>床、床欄、周遭用品</td> <td>3</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>4</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>床、床欄、點滴架</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>3</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>床、床欄、點滴架、周 遭用品</td> <td>4</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>6</td> <td>6</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>床欄、周遭用品</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	類型(區) 項目	北區		中區		南區		總數		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	床、床欄	0	0	0	0	0	1	0	1	床、床欄、周遭用品	3	0	0	1	1	0	4	1	床、床欄、點滴架	1	0	1	0	1	1	3	1	床、床欄、點滴架、周 遭用品	4	2	1	3	1	6	6	11	床欄、周遭用品	1	1	0	0	1	0	2	1
	類型(區) 項目		北區		中區		南區		總數																																																						
醫院		診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所																																																							
床、床欄	0	0	0	0	0	1	0	1																																																							
床、床欄、周遭用品	3	0	0	1	1	0	4	1																																																							
床、床欄、點滴架	1	0	1	0	1	1	3	1																																																							
床、床欄、點滴架、周 遭用品	4	2	1	3	1	6	6	11																																																							
床欄、周遭用品	1	1	0	0	1	0	2	1																																																							
*周遭用品:床旁桌、壓脈帶、桌面、電視...等。																																																															
四、標準防護措施及其他防護措施	洗手設備位置及數量調查 濕洗手數量 回覆率100%(30/30)																																																														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">類型(區) 項目</th> <th colspan="2">北區</th> <th colspan="2">中區</th> <th colspan="2">南區</th> <th colspan="2">總數</th> </tr> <tr> <th>醫院</th> <th>診所</th> <th>醫院</th> <th>診所</th> <th>醫院</th> <th>診所</th> <th>醫院</th> <th>診所</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>有提供濕洗手數量</td> <td>9</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>8</td> <td>15</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>無提供濕洗手數量</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	類型(區) 項目	北區		中區		南區		總數		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	有提供濕洗手數量	9	3	2	4	4	8	15	15	無提供濕洗手數量	0	0	0	0	0	0	0	0																											
類型(區) 項目	北區		中區		南區		總數																																																								
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所																																																							
有提供濕洗手數量	9	3	2	4	4	8	15	15																																																							
無提供濕洗手數量	0	0	0	0	0	0	0	0																																																							
	透析床(台)院所總數																																																														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">類型(區) 項目</th> <th colspan="2">北區</th> <th colspan="2">中區</th> <th colspan="2">南區</th> <th colspan="2">總數</th> </tr> <tr> <th>醫院</th> <th>診所</th> <th>醫院</th> <th>診所</th> <th>醫院</th> <th>診所</th> <th>醫院</th> <th>診所</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>有提供透析床總數</td> <td>9</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>8</td> <td>15</td> <td>15</td> </tr> </tbody> </table>	類型(區) 項目	北區		中區		南區		總數		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	有提供透析床總數	9	3	2	4	4	8	15	15																																				
類型(區) 項目	北區		中區		南區		總數																																																								
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所																																																							
有提供透析床總數	9	3	2	4	4	8	15	15																																																							

工作車(台) 院所總數

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有提供工作車總數	9	3	2	4	4	8	15	15

護理站(個) 院所總數

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有提供護理站總數	9	3	2	4	4	8	15	15

大門入口(個) 院所總數

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有提供大門入口總數	9	3	2	4	4	8	15	15

透析床(台) 院所總數並有乾洗手劑數量

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有提供透析床總數有 乾洗手劑數量	9	3	2	4	4	8	15	15

工作車(台) 院所之總數並有乾洗手劑數量

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有提供工作車總數並 有乾洗手劑數量	9	3	2	4	4	8	15	15

護理站(個)院所總數並有乾洗手劑數量

項目	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有提供護理站總數並有乾洗手劑數量	9	3	2	4	4	8	15	15

大門入口(個)院所總數並有乾洗手劑數量

項目	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有提供大門入口總數並有乾洗手劑數量	9	3	2	4	4	8	15	15

辦理手部衛生稽核

回覆率100%(30/30)

項目	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
每個月	9	2	2	2	4	2	15	6
每一季	0	1	0	2	0	4	0	7
每半年	0	0	0	0	0	2	0	2
每年	0	0	0	0	0	0	0	0

藥物準備區位置

回覆率100%(30/30)

項目	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
工作車	5	0	1	1	3	1	9	2
工作車、準備區	3	0	1	0	1	0	5	0
病人透析機台、工作	0	0	0	1	0	0	0	1

車、準備區									
病人透析機台、工作車、	0	0	0	0	0	1	0	1	
病人透析機台、準備區	0	1	0	1	0	0	0	2	
病人透析機台	1	0	0	0	0	1	1	1	
準備區	0	2	0	1	0	5	0	8	

是否抗凝劑的空針外註明藥物名稱、稀釋時間及稀釋後劑量
回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
三項皆有	9	3	2	4	4	7	15	14
無稀釋時間	0	0	0	0	0	0	0	0
無稀釋時間及稀釋後劑量	0	0	0	0	0	1	0	0
三項皆無	0	0	0	0	0	0	0	1

是否有多劑量包裝藥物
回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
無多劑量包裝藥物	8	1	2	4	3	5	13	10
有多劑量包裝藥物	1	2	0	0	1	3	2	5

有針扎事件處理流程
回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有針扎事件處理流程	9	3	2	4	4	8	15	15

有血液透析感染管制規範
回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有血液透析感染管制規範	9	3	2	4	4	8	15	15

是否穿戴個人防護裝備
回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
全部項目都有	9	3	2	4	4	8	15	15
無面罩	0	0	0	0	0	0	0	0
無隔離衣	0	0	0	0	0	0	0	0
無隔離衣、面罩	0	0	0	0	0	0	0	0
無護目鏡	0	0	0	0	0	0	0	0

接受感染管制教育3小時
回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有接受感染管制教育3小時	9	3	2	4	4	8	15	15
沒有接受感染管制教育3小時	0	0	0	0	0	0	0	0

是否設有收針車
回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有收針車	7	3	2	2	4	8	13	13
沒有收針車	2	0	0	2	0	0	2	2

是否設置生物醫療性廢棄物及尖銳物品收集容器
回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有生物醫療性廢棄物及尖銳物品收集容器	9	3	2	4	4	8	15	15

30家實地輔導訪查情形綜整(委員評量)

輔導項目	評量項目								
一、人員健康管理-工作人員	1.3 B型肝炎病毒表面抗原 (HBsAg)、B型肝炎病毒表面抗體 (anti-HBs)、C型肝炎病毒抗體 (anti-HCV) 等檢驗紀錄並造冊，並提供適宜的管理及保存，保障員工隱私。 回覆率100%(30/30)								
	類型(區) 項目	北區		中區		南區		總數	
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
	1.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型肝炎之員工每年至少一次追蹤檢查紀錄。	9	3	2	4	4	8	15	15
	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。	0	0	0	0	0	0	0	0
3.透析室之所有員工有B、C型肝炎之檢查紀錄。	0	0	0	0	0	0	0	0	
1.4 B型肝炎疫苗、流感疫苗與麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合 (Measles、Mumps、Rubella, MMR) 疫苗接種紀錄。 1-1 B型肝炎表面抗原及表面抗體為陰性者有疫苗接種。 1-2每年流感疫苗接種達80% 含以上。 1-3新進人員提出麻疹、德國麻疹抗體陽性證明或完成MMR疫苗接種紀錄，達80%以上。									

輔導項目	評量項目								
	回覆率100% (30/30)								
	類型(區) 項目	北區		中區		南區		總數	
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
	以上3項皆達成。	9	1	2	2	4	5	15	8
	以上3項達成2項。	0	1	0	0	0	3	0	4
	以上3項達成1項。	0	1	0	2	0	0	0	3
	1.3每年胸部 X 光檢查								
	與病人直接接觸之醫療相關工作人員及其他常駐工作人員（含外包人力）一年內的胸部 X 光檢查達成率								
	回覆率100%(30/30)								
	類型(區) 項目	北區		中區		南區		總數	
醫院		診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
1. 每年進行胸部 X 光檢查且達成率100%。	9	3	2	2	4	6	15	11	
2. 每年進行胸部 X 光檢查且達成率達80%以上。	0	0	0	1	0	1	0	2	
3. 每年進行胸部 X 光檢查且達成率為80%以下。	0	0	0	1	0	1	0	2	
二、感染管制措施-環境	2.1依循 AAMI 國際現行標準，對於菌落數監測頻率，逆滲透水（Dialysis Water）至少每個月檢測 1 次；所有透析機台之透析液（Dialysis Fluid）每季需至少檢測 1 次，合格標準為< 100（CFU/ml）。								
	回覆率100%(30/30)								
	類型(區) 項目	北區		中區		南區		總數	
醫院		診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
逆滲透水至少每個月檢測 1 次；所有透析	9	3	2	4	4	8	15	15	

輔導項目	評量項目									
	機台之透析液每季需至少檢測1次，且針對不合格點有檢討說明並留有紀錄備查。									
	逆滲透水至少每個月檢測1次；所有透析機台之透析液每季需至少檢測1次，且針對不合格點有檢討說明並無留紀錄備查。	0	0	0	0	0	0	0	0	
	無檢測	0	0	0	0	0	0	0	0	
2.2設有逆滲透水檢測結果之行動標準（action level）為>50（CFU/ml）。										
回覆率100%(30/30)										
	類型(區)	北區		中區		南區		總數		
	項目	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
	管理規範設有逆滲透水檢測結果之行動標準（action level）規範，且針對超出行動標準值的不合格點有檢討說明並留有紀錄備查。	9	3	2	4	4	6	15	13	
	管理規範設有逆滲透水檢測結果之行動標準（action level）規範，且針對超出行動標準值的不合格點有檢討說明並無留紀錄備查。	0	0	0	0	0	2	0	2	

輔導項目	評量項目																										
	無檢測	0	0	0	0	0	0	0	0																		
	2.3內毒素數據標準為< 0.25 (EU/ml)且每年至少檢測一次。 回覆率100%(30/30)																										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="651 472 1016 517">類型(區)</th> <th colspan="2" data-bbox="1016 472 1149 517">北區</th> <th colspan="2" data-bbox="1149 472 1413 517">中區</th> <th colspan="2" data-bbox="1413 472 1677 517">南區</th> <th colspan="2" data-bbox="1677 472 2078 517">總數</th> </tr> <tr> <th data-bbox="651 517 1016 560">項目</th> <th data-bbox="1016 517 1149 560">醫院</th> <th data-bbox="1149 517 1281 560">診所</th> <th data-bbox="1281 517 1413 560">醫院</th> <th data-bbox="1413 517 1545 560">診所</th> <th data-bbox="1545 517 1677 560">醫院</th> <th data-bbox="1677 517 1809 560">診所</th> <th data-bbox="1809 517 1942 560">醫院</th> <th data-bbox="1942 517 2078 560">診所</th> </tr> </thead> </table>	類型(區)	北區		中區		南區		總數		項目	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	9	3	2	4	4	8	15	15
	類型(區)	北區		中區		南區		總數																			
	項目	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所																		
內毒素每年至少檢測一次(標準為< 0.25 EU/ml)且針對超出標準值的不合格點有檢討說明並留有紀錄備查。	0	0	0	0	0	0	0	0																			
無檢測	0	0	0	0	0	0	0	0																			
三、隔離措施	3.1血流傳染性肝炎病人實施床位區隔。 回覆率100%(30/30)																										
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="651 1106 1016 1150">類型(區)</th> <th colspan="2" data-bbox="1016 1106 1149 1150">北區</th> <th colspan="2" data-bbox="1149 1106 1413 1150">中區</th> <th colspan="2" data-bbox="1413 1106 1677 1150">南區</th> <th colspan="2" data-bbox="1677 1106 2078 1150">總數</th> </tr> <tr> <th data-bbox="651 1150 1016 1198">項目</th> <th data-bbox="1016 1150 1149 1198">醫院</th> <th data-bbox="1149 1150 1281 1198">診所</th> <th data-bbox="1281 1150 1413 1198">醫院</th> <th data-bbox="1413 1150 1545 1198">診所</th> <th data-bbox="1545 1150 1677 1198">醫院</th> <th data-bbox="1677 1150 1809 1198">診所</th> <th data-bbox="1809 1150 1942 1198">醫院</th> <th data-bbox="1942 1150 2078 1198">診所</th> </tr> </thead> </table>	類型(區)	北區		中區		南區		總數		項目	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	8	2	2	3	4	8	14	13	
類型(區)	北區		中區		南區		總數																				
項目	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所																			
1. B型肝炎病人有機器隔離及床位隔離區，C型肝炎病患有集中照護，且兩班之間機器有																											

輔導項目	評量項目																																																				
	徹底消毒。																																																				
	2. B 型肝炎病人無機器隔離與床位隔離區，或 C 型肝炎病人無集中照護，但兩班之間機器皆有徹底消毒。	1	1	0	0	0	0	1	1																																												
	3. 完全未作區隔或兩班之間機器無徹底消毒。	0	0	0	1	0	0	0	1																																												
3.2 每年監測病人肝炎情形，異常者有複檢。 回覆率 100% (30/30)																																																					
	<table border="1" data-bbox="654 655 2056 1334"> <thead> <tr> <th data-bbox="654 655 1016 738" rowspan="2">項目 \ 類型(區)</th> <th colspan="2" data-bbox="1016 655 1276 700">北區</th> <th colspan="2" data-bbox="1276 655 1536 700">中區</th> <th colspan="2" data-bbox="1536 655 1796 700">南區</th> <th colspan="2" data-bbox="1796 655 2056 700">總數</th> </tr> <tr> <th data-bbox="1016 700 1146 738">醫院</th> <th data-bbox="1146 700 1276 738">診所</th> <th data-bbox="1276 700 1406 738">醫院</th> <th data-bbox="1406 700 1536 738">診所</th> <th data-bbox="1536 700 1666 738">醫院</th> <th data-bbox="1666 700 1796 738">診所</th> <th data-bbox="1796 700 1926 738">醫院</th> <th data-bbox="1926 700 2056 738">診所</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="654 738 1016 949">1. 所有透析病人均有建立肝炎監測，陽轉者皆有追蹤處置且血液透析室有符合法令的通報與加強監測作為。</td> <td data-bbox="1016 738 1146 949">9</td> <td data-bbox="1146 738 1276 949">3</td> <td data-bbox="1276 738 1406 949">2</td> <td data-bbox="1406 738 1536 949">4</td> <td data-bbox="1536 738 1666 949">4</td> <td data-bbox="1666 738 1796 949">8</td> <td data-bbox="1796 738 1926 949">15</td> <td data-bbox="1926 738 2056 949">15</td> </tr> <tr> <td data-bbox="654 949 1016 1160">2. 只有部份透析病人有建立肝炎監測，但陽轉者皆有追蹤處置且血液透析室有符合法令的通報與加強監測作為。</td> <td data-bbox="1016 949 1146 1160">0</td> <td data-bbox="1146 949 1276 1160">0</td> <td data-bbox="1276 949 1406 1160">0</td> <td data-bbox="1406 949 1536 1160">0</td> <td data-bbox="1536 949 1666 1160">0</td> <td data-bbox="1666 949 1796 1160">0</td> <td data-bbox="1796 949 1926 1160">0</td> <td data-bbox="1926 949 2056 1160">0</td> </tr> <tr> <td data-bbox="654 1160 1016 1334">3. 沒有定期監測，或陽轉者無追蹤處置或血液透析室無符合法令的通報與加強監測作為。</td> <td data-bbox="1016 1160 1146 1334">0</td> <td data-bbox="1146 1160 1276 1334">0</td> <td data-bbox="1276 1160 1406 1334">0</td> <td data-bbox="1406 1160 1536 1334">0</td> <td data-bbox="1536 1160 1666 1334">0</td> <td data-bbox="1666 1160 1796 1334">0</td> <td data-bbox="1796 1160 1926 1334">0</td> <td data-bbox="1926 1160 2056 1334">0</td> </tr> </tbody> </table>	項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	1. 所有透析病人均有建立肝炎監測，陽轉者皆有追蹤處置且血液透析室有符合法令的通報與加強監測作為。	9	3	2	4	4	8	15	15	2. 只有部份透析病人有建立肝炎監測，但陽轉者皆有追蹤處置且血液透析室有符合法令的通報與加強監測作為。	0	0	0	0	0	0	0	0	3. 沒有定期監測，或陽轉者無追蹤處置或血液透析室無符合法令的通報與加強監測作為。	0	0	0	0	0	0	0	0								
	項目 \ 類型(區)		北區		中區		南區		總數																																												
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所																																												
	1. 所有透析病人均有建立肝炎監測，陽轉者皆有追蹤處置且血液透析室有符合法令的通報與加強監測作為。	9	3	2	4	4	8	15	15																																												
2. 只有部份透析病人有建立肝炎監測，但陽轉者皆有追蹤處置且血液透析室有符合法令的通報與加強監測作為。	0	0	0	0	0	0	0	0																																													
3. 沒有定期監測，或陽轉者無追蹤處置或血液透析室無符合法令的通報與加強監測作為。	0	0	0	0	0	0	0	0																																													
1. 所有透析病人均有建立肝炎監測，陽轉者皆有追蹤處置且血液透析室有符合法令的通報與加強監測作為。	9	3	2	4	4	8	15	15																																													
2. 只有部份透析病人有建立肝炎監測，但陽轉者皆有追蹤處置且血液透析室有符合法令的通報與加強監測作為。	0	0	0	0	0	0	0	0																																													
3. 沒有定期監測，或陽轉者無追蹤處置或血液透析室無符合法令的通報與加強監測作為。	0	0	0	0	0	0	0	0																																													

 | | | | | | | || 3.3 監測門診透析病人 B 型、C 型肝炎轉陽率。 | | | | | | | | | |

輔導項目	評量項目								
	回覆率100%(30/30)								
	類型(區) 項目	北區		中區		南區		總數	
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
	1.一年內 B 肝及 C 肝轉陽性率各 $\leq 5\%$ 。	9	3	2	4	4	8	15	15
	2.一年內 B 肝或 C 肝轉陽性率 $> 5\%$ 。	0	0	0	0	0	0	0	0
	3.4對於發燒之透析病人有給予適當處置。								
	回覆率100%(30/30)								
	類型(區) 項目	北區		中區		南區		總數	
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
	1.對於發燒病人的處置有標準流程，譬如有提供口罩、乾洗手，並給予適當處置。	9	3	2	4	4	8	15	15
	2.對於發燒病人的處置無規範。	0	0	0	0	0	0	0	0
	3.5對於新興傳染病之整備、病人處置及應變計劃。								
	回覆率100%(30/30)								
	類型(區) 項目	北區		中區		南區		總數	
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
1.對於新興傳染病之整備、病人處置有制定標準之流程及應變計畫。	9	3	2	4	4	8	15	15	
2.對於新興傳染病防治無規範。	0	0	0	0	0	0	0	0	

輔導項目	評量項目																										
	3.6環境與儀器設備之清潔消毒。 1.訂有機器管路消毒作業流程及落實執行。 2.訂有機器表面清潔消毒作業流程及落實執行。 3.訂有病人週遭環境表面清潔消毒作業流程及落實執行。 回覆率100%(30/30)																										
四、標準防護措施及其他防護措施	4.1手部衛生 回覆率100%(30/30)																										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="654 751 1010 798">類型(區)</th> <th colspan="2" data-bbox="1010 751 1137 798">北區</th> <th colspan="2" data-bbox="1137 751 1406 798">中區</th> <th colspan="2" data-bbox="1406 751 1659 798">南區</th> <th colspan="2" data-bbox="1659 751 2078 798">總數</th> </tr> <tr> <th data-bbox="654 798 1010 842">項目</th> <th data-bbox="1010 798 1137 842">醫院</th> <th data-bbox="1137 798 1265 842">診所</th> <th data-bbox="1265 798 1406 842">醫院</th> <th data-bbox="1406 798 1534 842">診所</th> <th data-bbox="1534 798 1659 842">醫院</th> <th data-bbox="1659 798 1787 842">診所</th> <th data-bbox="1787 798 1915 842">醫院</th> <th data-bbox="1915 798 2078 842">診所</th> </tr> </thead> </table>	類型(區)	北區		中區		南區		總數		項目	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所								
	類型(區)	北區		中區		南區		總數																			
	項目	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所																		
	1.3項皆有落實執行。	9	3	2	4	4	8	15	15																		
2.有完成1-2項。	0	0	0	0	0	0	0	0																			
3.皆無完成。	0	0	0	0	0	0	0	0																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="654 1000 1010 1046">類型(區)</th> <th colspan="2" data-bbox="1010 1000 1137 1046">北區</th> <th colspan="2" data-bbox="1137 1000 1406 1046">中區</th> <th colspan="2" data-bbox="1406 1000 1659 1046">南區</th> <th colspan="2" data-bbox="1659 1000 2078 1046">總數</th> </tr> <tr> <th data-bbox="654 1046 1010 1093">項目</th> <th data-bbox="1010 1046 1137 1093">醫院</th> <th data-bbox="1137 1046 1265 1093">診所</th> <th data-bbox="1265 1046 1406 1093">醫院</th> <th data-bbox="1406 1046 1534 1093">診所</th> <th data-bbox="1534 1046 1659 1093">醫院</th> <th data-bbox="1659 1046 1787 1093">診所</th> <th data-bbox="1787 1046 1915 1093">醫院</th> <th data-bbox="1915 1046 2078 1093">診所</th> </tr> </thead> </table>	類型(區)	北區		中區		南區		總數		項目	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所									
類型(區)	北區		中區		南區		總數																				
項目	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所																			
1.符合第2大項說明，且 1-1每張透析床都有乾洗手設備。 1-2訂有手部衛生稽核機制。 1-3定期稽核手部衛生遵從性及正確性且留有紀錄。	9	3	2	4	4	8	15	15																			
2.2-1濕洗手設備應為非手控式水龍頭，且有正確洗手步驟之標示，洗手台備有洗手	0	0	0	0	0	0	0	0																			

輔導項目	評量項目								
	液及擦手紙。 2-2執行下列說明，能確實洗手。								
	3.未達上述標準。	0	0	0	0	0	0	0	0
	4.2安全的用藥/注射行為 回覆率100%(30/30)								
	項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
	1.符合第2大項說明，且給藥前，給予用藥指導，給藥後，觀察病人反應，如有副作用，應與醫師確認且有處理紀錄。	9	3	2	4	4	7	15	14
	2.2-1備有單位常用藥品查詢工具。 2-2所有給藥(含自備藥)皆應有醫囑記錄。 2-3給藥時依3讀5對執行且有記錄。 2-4在抗凝劑的空針外註明藥物名稱、稀釋時間及稀釋後劑量。	0	0	0	0	0	0	0	0
	3.未達上述標準。	0	0	0	0	0	1	0	1

輔導項目	評量項目								
	4.3針扎及個人防護裝備 回覆率100%(30/30)								
	項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
	1. 符合第2大項說明，且有針扎事件處理流程。	9	3	2	4	4	8	15	15
	2. 2-1有感染管制規範並定期修訂。 2-2執行血液透析穿刺、收針等有可能產生血液、體液之飛濺時，應穿戴隔離衣、手套、口罩、護目鏡或面罩等個人防護裝備。 2-3依循標準防護措施照護病人，且定期辦理員工感染管制教育訓練。 2-4應具有生物醫療性廢棄物及尖銳物品收集容器。	0	0	0	0	0	0	0	0
3. 未達上述標準。	0	0	0	0	0	0	0	0	

附錄九

附錄九、交流會議記錄



社團法人台灣感染管制學會

血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究

第一次交流會議紀錄

- ◎ 時間：110年9月11日（星期六）晚上6點30分
- ◎ 地點：高雄醫學大學附設中和紀念醫院啟川大樓6樓第一會議室
- ◎ 主持人：陳堉生
- ◎ 共同主持人：黃尚志、盧柏樑、李佳蓉
- ◎ 協同主持人：張哲銘、詹明錦、洪靖慈、陳瑛瑛、姜至剛、
王明誠、吳志仁、施智源、李原地、鍾牧圻
- ◎ 參與會議人員：林佩兒、陳慈君、劉秋芬、陳綉惠、林慧姬、
許育瑞、葉淑敏、林志慶、李國華、陳麗菁、
邱炳芳、曾麗卿、廖秋香、何玉瑛、黃惠暄、
李柏蒼、楊淑雅、黃玉瑩、王嘉年、曾國憲、
蔡孟勳、鄭又齊、溫玉嬌、林威志、楊凱玲、
謝智超、胡梅茸、林士弼、李政學、葉時孟、
楊宗錕、邱文君
- ◎ 請假：張峰義、陳宜君、湯宏仁、吳家兆、張明揚、楊孟儒、
沈淑芬

主席：陳堯生

記錄：黃建豪

血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究第一次交流會議議程表

課程時間	課程名稱	主持人
18：30 - 18：40	歡迎致詞	高雄榮民總醫院 陳堯生副 院長 社團法人台灣感染管制學會 陳宜君理事長 台灣腎臟醫學會黃尚志理事 長
18：40 - 18：45	血液透析單位導入感染管制自 我評核機制先驅研究1-8月執行 進度報告	高雄醫學大學醫學院 盧柏樑院長
18：45 - 19：15	COVID-19院內感染之經驗與執 行困難之處	安馨公司 馮冬萍經理
19：15 - 19：45	血液透析 C 型肝炎群突發處理 內容	衛生福利部疾病管制署 蘇家彬醫師
19：45 - 20：30	血液透析單位導入感染管制自 我評核機制先驅研究內容討論 與交流	高雄榮民總醫院 陳堯生副 院長
20：30	賦歸	

壹、 主持人陳焱生副院長致詞，黃尚志理事長致詞

貳、 報告事項

一、 2021年1-8月應完成工作項目表及1-8月執行進度，如下：

2021年	預定執行事項	執行進度
一月	<ol style="list-style-type: none">1. 擬訂工作計畫2. 完成計畫召集人及副召集人確認3. 完成計畫專家成員聘任4. 召開第一次專家小組會議並紀錄備查	<ol style="list-style-type: none">1. 已於2021年1月14日完成工作計畫。2. 已於2021年1月4日完成計畫召集人及副召集人確認。3. 已於2021年1月5日完成計畫專家成員聘任作業。4. 已於2021年1月14日召開第一次專家工作小組會議。5. 第一次專家工作小組會議除決議將說明會延至4月份辦理外，亦針對查核委員一致性、血液透析訪視作業評量表、血液透析感染管制自我查檢表單內容等議題討論之會議紀錄。6. 已於2021年1月27日晚上6點召開第一次專家小組會議，針對1月14日未決議之事項實施討論。7. 之後實體會議如受疫情影響，可能改以線上會議進行。
二月	<ol style="list-style-type: none">1. 綜整參加說明會機構名單2. 學會網站公告說明會報名機制	<ol style="list-style-type: none">1. 已於2021年2月25日晚上6點召開第二次專家工作小組會議。2. 計畫說明會預定辦理期程、報名機制。

2021年	預定執行事項	執行進度
		<p>3. 研擬輔導訪視表單。</p> <p>4. 參與說明會機構名單，預計發給所有透析院所通知信，在感染管制學會及腎臟醫學會網站公告，由院所自行報名。</p> <p>篩選原則：</p> <p>(1) 希望同一機構體系醫院、診所，不要占太多名額。</p> <p>(2) 報名的先後順序。</p> <p>(3) 若人數過多，會由專家小組投票討論篩選機構名單。</p> <p>5. 說明會報名機制，目前已確認南區說明會在4/18(星期日)高醫啟川大樓第二講堂舉辦，預計人數100人。北區說明會在4/17(星期六)台北慈濟協力國際會議廳舉辦，預計人數100人。</p> <p>6. 說明會的內容已擬案(如報告事項第二點)。請社團法人台灣感染管制學會進行公告，同時提供台灣腎臟醫學會進行公告。</p>
三月	<p>1. 辦理說明會學分申請作業</p> <p>2. 召開第二次專家小組會議並紀錄備查</p> <p>3. 設計血液透析感染管制表單</p> <p>4. 調查內容分析及資料蒐整</p> <p>5. 參考國際相關文獻資料及前項調查結果，建立血液</p>	<p>1. 已於2021年3月12日完成辦理說明會學分申請作業。</p> <p>2. 已於2021年3月19日晚上6點召開第二次專家小組會議並紀錄備查。</p> <p>3. 已於2021年3月5日完成血液透析輔導訪視表(草案)，並在3月19號第二次專家小組</p>

2021年	預定執行事項	執行進度
	透析醫療院所「血液透析感染管制自我查檢表單及查檢方法」	會議中，提出討論。 4. 已於2021年2月完成四家血液透析院所前驅資料蒐整，並於專家工作小組會議中分析內容。並於2021年3月於第二次專家小組會議中報告與討論。 5. 已參考國際相關文獻資料及前項調查結果，建立血液透析醫療院所「血液透析感染管制自我查檢表單及查檢方法」。 6. 南部場說明會原開放100人報名，已開放增加至150人。
四月	1. 辦理參與醫院計畫說明會(北、南區) 2. 完成確定參與醫療院所共30家的名單 3. 調查內容分析及資料蒐整 4. 請參與醫院以自我查檢表進行自我評核 5. 完成二場次說明會教育訓練課程之提問問題內容彙整、分析及學分核定作業	1. 已於2021年4月17日於佛教慈濟醫療財團法人臺北慈濟醫院完成北部場說明會。 2. 已於2021年4月18日於高雄醫學大學附設中和紀念醫院完成南部場說明會。 3. 已於2021年4月23日完成二場說明會之提問彙整及學分核定作業。
五月	1. 召開第三次專家小組會議並紀錄備查 2. 調查內容分析及資料蒐整 3. 說明會學分核定作業 4. 參與醫院自我查檢表蒐整	1. 已於2021年5月6日將確定參與醫療院所共30家之名單公佈在社團法人台灣感染管制學會網站，並將「血液透析輔導訪視表及自評表(草案)」Email至選定30家醫療院所之負責人。 2. 有關血液透析院所前驅資料

2021年	預定執行事項	執行進度
		<p>蒐整及分析已於2021年2月3日完成，並於3月19日第二次專家小組會議中完成報告與討論。</p> <p>3. 已於2021年5月完成說明會學分上傳作業。</p> <p>4. 預計於5月28日完成30家參與醫院「血液透析輔導訪視表及自評表(草案)」蒐整。</p> <p>5. 因疫情影響，第三次專家小組會議延期至6月開會，預計在會議中討論6月份北部交流會議以及7、8月份的醫療院所實地輔導訪查行程安排是否延後執行。</p>
六月	<ol style="list-style-type: none"> 1. 參與醫院自我查檢表蒐整及分析 2. 訂定輔導原則及相關前置作業 3. 辦理第一次交流會議 4. 第一次交流會議問題綜整及分析 5. 參與醫療院所實地輔導訪查委員邀請 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 因疫情升溫，參與醫院自我查檢表蒐整延期至2021年6月30日完成。 2. 第三次專家小組會議延期至2021年7月8日晚上6:30至高雄醫學大學附設中和紀念醫院啟川大樓6樓第一會議室召開會議並紀錄備查。 3. 第三次專家小組會議將另邀2位臺灣腎臟護理學會專家參加並給予相關建議。 4. 第三次專家小組會議將討論輔導原則之訂定、其相關前置作業、參與醫療院所實地輔導訪查委員邀請及7、8月份的醫療院所實地輔導訪時間是否延後等事宜。 5. 預定於2021年7月31日下午

2021年	預定執行事項	執行進度
		3:30在高雄醫學大學附設中和紀念醫院啟川大樓6樓第一討論室 A 召開第一次交流會議。
七月	<ol style="list-style-type: none"> 1. 召開第四次專家小組會議並紀錄備查 2. 綜整參與醫療院所自我查檢表回復評核結果。 3. 醫療院所實地輔導訪查行程安排 4. 醫療院所實地輔導訪查委員行程安排 5. 參與醫療院所實地輔導訪查 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 已於2021年7月8日晚上6點30分召開第三次專家小組會議並紀錄備查。 2. 已綜整參與醫療院所自我查檢表分析及回覆評核結果，將於第四次專家小組會議中討論。 3. 原訂2021年7月31日舉行第一次交流會議，因疫情影響，將延至2021年9月25日星期六下午3點30分於高雄醫學大學附設中和紀念醫院啟川大樓6樓第二會議室舉行。 4. 輔導原則及相關前置作業已於2021年7月8日第三次專家小組會議中討論完成。 5. 醫療院所實地輔導訪查行程將延期至2021年10月中旬舉辦。
八月	<ol style="list-style-type: none"> 1. 綜整參與醫療院所自我查檢表回復評核結果 2. 參與醫療院所實地輔導訪查 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2021年8月26日星期四晚上6點30分召開第四次專家小組會議並紀錄備查。 2. 完成30家醫療院所自我查檢表填覆初稿的內容分析及評核。 3. 因疫情影響，實地訪查暫緩，進行第四次專家小組會議及第一次交流會議之準

2021年	預定執行事項	執行進度
		<p>備。</p> <p>4. 期中報告意見回覆內容將在2021年8月26日第四次專家小組會議中討論並紀錄備查。</p> <p>5. 原定2021年9月25日舉辦血液透析第一次交流會議，因與其他學會會議衝突，將更改為2021年9月11日星期六晚上6點30分於高雄醫學大學附設中和紀念醫院啟川大樓6樓第一會議室舉行。</p>

二、邀請安馨公司馮冬萍經理分享 COVID-19院內感染之經驗與執行困難之處。

1. 北部因疫情升溫，血液透析醫療院所如何分流要來做透析治療之病患？

答：以一個班的時間內為一定數量的透析病患來治療、消毒時間拉長或床位梅花座。

2. 護理人員有接觸到 COVID-19確診病患，導致護理人員須隔離觀察進而影響到醫療人手不足的狀況，有何種建議可以改善目前的問題？

答：醫護人員需盡快施打 COVID-19疫苗，若已完成施打1劑或2劑的 COVID-19疫苗之護理人員，可以縮短隔離時間，後續以自主健康管理做監測，以利醫護人員能盡快返回工作場所，減少醫療人手不足之問題。

三、以下7項為4/17-18說明會會中提問，及30間醫療機構根據「血液透析輔導訪視表及自評表（草案）」所提問題之彙整，請討論。

1. B、C 肝炎病人動線的規劃、如何定義集中或分區？

答：依108年感管查核共識說明中，分區定義係為：將病人安置於使用牆壁、玻璃隔板或可移動、清洗之屏風或圍廉等實體屏障區隔出的獨立空間進行照護。

集中照護定義係為：採取將病人安置於以實體屏障區隔出的獨立空間照護，或是與一般病人共用同一個空間，但將相同感染的病人集中在固定的區域內進行照護。

2. 透析室之所有員工有 B、C 型肝炎之檢查紀錄；且對未感染 B、C 型肝

炎之員工每年至少一次追蹤檢查紀錄。若員工有抗體，同樣屬於未感染 B、C 型肝炎之員工，請問仍需要每年至少一次檢驗 HBsAg 與 Anti-HBs 嗎？

答：依 CDC 的急性病毒性 B 型肝炎防治工作手冊及急性病毒性 C 型肝炎防治工作手冊內容中的防疫措施，建議曾接受性病診療者或有感染 C 型肝炎風險的人，建議接受 B、C 型肝炎衛教及篩檢，以早期發現及早期治療，並保護自己的健康及避免傳染他人。

若曾經感染過 B 型肝炎之人員，可不用每年追蹤抗體結果，若是注射疫苗產生抗體者，則每年定期追蹤體內是否有抗體留存。

3. 已注射 B 肝疫苗注後，驗沒有抗體，二次檢驗也沒有抗體。這人要如何計算在 1.2 疫苗接種紀錄名單中？

答：此人有接種 B 肝疫苗(附相關紀錄舉證)，但無法產生抗體，這樣的情形在統計時自成一類。希望單位能夠製作一個表單，分成有 anti-HBs 抗體，有注射疫苗 2 次以上但沒有產生抗體與沒有抗體也未注射疫苗三類。

4. 透析輔導訪視表 1.3 評量：4/17 說明會有提到分母需包含懷孕同仁（懷孕 9 個月，還有 3 個月可以照），這一點有點困難，因為雖然懷孕 9 個月，但是產假又扣除 2 個月，僅剩一個月可以執行，再加上配合各醫院健檢時程，有可能這位懷孕生產的同事，當年度是無法達成此檢查，108 年度感管查核的標準也設 95%，不知道為何此評量要設 100%。

答：目前為訪視過程，建議將年度 CXR 的標準維持在 100%，之後可視計畫進行之結果進行修正；目前已決議將該年度懷孕同仁的 X 光檢查排除計算。

另外，本會議中有委員提到新進員工體檢報告時效規範事宜，雖勞工健康保護規則並未明確訂定體檢時效，不過為保護醫療院所、員工及病人安全，大部分醫療院所對於短期或長期員工，均規定新進人員到職前須提供 6 個月內之 X 光檢查報告；到職後 3 個月必須提供新 X 光檢查報告。

5. 在 1.3.1 胸部 X 光檢查懷孕員工須納入計算嗎？

答：可排除在分子&分母。

6. 病床設乾洗手液，有酒精成分，若發生火災該如何處理？

答：在各醫院及診所所有合法的防火規範及設備下，應該可以合法使用乾洗手液。

7. 對於新興傳染病之整備、病人處置及應變計劃中，PPE 實務需求相關訓練資料為何要選 2018 年的資料？

答：原則上訪查時，以訪查前一年的資料為準；如已改善，受訪查單位可以補充今年改善後的資料作為改善之說明。

四、原訂7月及8月份進行血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究計畫輔導訪視，是否因疫情延後執行？

答：經委員討論後，建議延後至10月中旬或下旬後再進行輔導訪視，確切時間將視疫情情況做變動。

五、輔導訪視作業流程討論。

答：輔導原則以「血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究計畫輔導訪視表單」進行輔導訪視，輔導訪視作業議程及血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究計畫輔導訪視議程(如附錄一)。

六、請推派3位委員擔任參與醫療院所實地輔導訪查委員。

答：由計劃內的人員來擔任實地輔導訪查委員，由一位感管學會委員，一位腎臟學會委員，再加上一位助理來執行。訪視委員以各學會提供名單進行安排。因訪視行程緊湊，中、北部輔導訪查的隨行助理，則可以請當地的行政人員協助。

七、「期中報告」審查意見

序號	審查意見	辦理情形說明
1	期中報告提及已參考國際相關文獻資料，請明確呈現文獻篇名及彙整資料；另建議加入氣膠傳播相關探討資料。	期中報告已加入參考國際相關文獻資料之文獻篇名及彙整資料，並已增加氣膠傳播相關探討資料。
2	期中應完成工作項目中，需完成2場次「血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究計畫說明會」，建議於報告書中增列會議課程、出席人員、照片紀錄、Q&A彙整及分析等資料。	已增列說明會議課程、出席人員、學員之機構、照片、Q&A彙整及分析。
3	期中報告預定執行進度中，請參與醫院以自我查檢表，進行自我評核，並進行蒐整與分析，但未呈現結果於報告中。	已於期中報告增列30家參與計畫機構之自我評核表單，另蒐整結果分析擬定於第四次專家小組會議中提出討論。
4	研擬因應 COVID-19 疫情相關執行事項： 1.第3次專案小組會議原規劃於5月份召開，囿於國內疫情影響，延至7月8日舉辦，建議預先規劃因應疫情相關應變措施，如：調整聚集開會或開課的方式，採線上會議及課程等。 2.建議加入血液透析院所員工及病人 COVID-19 疫苗接種涵蓋率。 3.建議規劃輔導洗腎中心執行因應疫情相關防治措施，如：運用監測或篩檢的模式、輔以增設通風設備等方式。	1. 開會都改採取視訊會議與各家機構或計畫委員討論議題。 2. 已增加血液透析院所員工及病人 COVID-19疫苗接種涵蓋率。 3. 已增加規劃輔導洗腎中心執行因應疫情相關防治措施。
5	血液透析病患 TB 的發生率偏高，建議研擬將病人胸部 X 光檢查列入評量項目，且達成率達90%以上之可行性。	經第四次專家會議討論，同意在血液透析自評表單中增加“病人胸部 X 光檢查列入評量項目，且達成率達90%以上”(附錄三，P44)
6	請補充4家血液透析院所前趨資料、GRB 登錄資料及增列附錄索引等相關資料。	已將血液透析院所前趨資料、GRB 登錄資料及附錄索引加入期中報告。
7	期中報告於2月實際執行情形，項次6「說明會的內容已擬案(如報告事項第二點)」，請敘明報告	如報告事項中2月份實際執行中第二點的計畫說明會預定辦理期程、報名機制。

序號	審查意見	辦理情形說明
8	期中報告於3月實際執行情形，項次5已參考國際相關文獻資料及「前項」調查結果，請補充說明「前項」調查結果	前項係指4家血液透析院所前趨資料。
9	期中報告之輔導訪視30間機構名單，請依縣市及機構層級調整名單順序。	已將30家機構依序北到南及依照機構層級由醫學中心、區域醫院到基層診所排列。
10	報告期中經費使用狀況，請以人事、業務及管理費用3大項目規列呈現，以利核算	經費中的人事、業務、管理費用及合計金額皆已用粗體字註明，在業務費用下有細分委員出席費、講師鐘點費、國內旅費、餐費、文具紙張、郵電、印刷費、租金、筆電租借費、雜支。

八、110年血液透析自評表單30間機構資料彙整回覆率及報告(如附錄二，P20)。

1. 30家機構的自我評量表單，未填寫資料處，將會在實地輔導訪視中去該機構了解困難之處。
2. 實地輔導訪視議程增加109年的PPE訓練人數資料檢查(如附錄一，P19)。
3. 逆滲透水檢測結果之行動標準值之意思(例: >50 CFU/ml)為，檢測數值若大於50CFU/ml要開始執行水質狀況處理之動作。
4. 經第四次專家會議討論，同意在血液透析自評表單中增加“病人胸部X光檢查列入評量項目，且達成率達90%以上”(如附錄三，增加1.3.2選項，P44)
5. 血液透析自評表單中增加機構人員施打第一劑 COVID-19疫苗接種率及第二劑 COVID-19疫苗接種率。(如附錄二，增加1.2.5選項，P43)

參、問題討論：

肆、臨時動議：

1. 與 CDC 承辦人員詢問實地輔導訪視是否適宜舉行，若不適合有何建議方式，並於2021年9月13日第五次血液透析專家小組會議中討論，以及邀請 CDC 督導長官參加當天會議討論實地輔導訪視後續執行方式，並與主管單位達成共識後再與30家血液透析醫療院所告知後續執行方式。

伍、散 會：110年9月11日晚上 20:30

附錄一

110年度血液透析輔導訪視議程

1. 介紹訪查團隊成員。
2. 推選召集委員。(由訪查委員代表間推選)
3. 機構基本資料說明：

醫院/診所名稱	機構名稱	機構名稱	機構名稱
機構負責人			
總病床數			
急性一般病床			
血液透析治療床			
其他			

4. 說明本梯次實地訪查之行程(時間)安排：

時間安排 進行方式	機構名稱	機構名稱	機構名稱
	醫學中心	區域醫院	基層診所
會前會	5分鐘	5分鐘	5分鐘
人員介紹及訪查流程說明	10分鐘	10分鐘	10分鐘
實地訪查作業(不需簡報)	30分鐘	30分鐘	15分鐘
訪查人員資料整理與討論	15分鐘	15分鐘	10分鐘
訪查人員與院方意見交流	10分鐘	10分鐘	10分鐘
合計	70分鐘	70分鐘	50分鐘
訪查起迄時間 ¹	起：_時_分 迄：_時_分 共：__分鐘	起：_時_分 迄：_時_分 共：__分鐘	起：_時_分 迄：_時_分 共：__分鐘

註¹：訪查時間總分鐘數之計算不包含會前會及用餐時間

5. 實地訪查進程序：

- (1) 會前會（5分鐘）：由訪查團隊針對當日（梯次）受查醫院之概況進行討論及釐清相關疑義，以建立初步訪查共識。
- (2) 人員介紹及訪查流程說明：由召集委員說明訪查目的與預定流程，並介紹訪查團隊成員；另由機構介紹陪同人員。
- (3) 實地訪查作業：依據公布之訪查基準及評量共識進行實地訪查；不需進行簡報。
- (4) 訪查人員資料整理與討論：訪查團隊針對實地訪查之訪查結果作逐一確認（建議事項）。
- (5) 訪查人員與院方意見交流：訪查團隊回饋訪查結果，並由受查機構針對缺失及建議事項進行確認並做適當回覆。如訪查團隊與院方仍未能取得共識，請受查機構列舉於訪查表之「受訪查醫院回饋意見」欄位，現場仍請院方與召集委員共同簽名後，由隨行人員負責記錄有疑義之項次及雙方意見。

6. 訪查結果(建議事項)處理作業：

- (1) （一）訪查結果由血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究計畫助理之訪查成績核算及建議事項製作，並於當年度實地訪查作業完成後2週內將訪查結果（建議事項）函知受查醫院。
- (2) （二）本年度輔導結果應於110年11月15日前於血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究計畫期末報告中說明與建議事項辦理情形。

7. 依據110年3月19日第二次專家小組會議決議，本年度血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究計畫輔導訪視表單如下表：

輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明
1. 人員健康管理-工作人員	1.1 B型肝炎病毒表面抗原（HBsAg）、B型肝炎病毒表面抗體（anti-HBs）、C型肝炎病毒抗體（anti-HCV）等檢	<input type="checkbox"/> 1：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型肝炎之員工每年至少一次追蹤檢查紀錄。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 3：透析室之所有員工有B、C型肝炎之檢查紀錄。 【說明】

輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明
	<p>驗紀錄並造冊，並提供適宜的管理及保存，保障員工隱私。</p>	<p>「透析室之所有員工」，係指透析室內常規負責執行透析作業的醫護人員。</p>

	<p>1.2 B型肝炎疫苗、流感疫苗與麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合（Measles、Mumps、Rubella, MMR）疫苗接種紀錄。</p>	<p>1-1 B型肝炎表面抗原及表面抗體為陰性者有疫苗接種</p> <p>1-2每年流感疫苗接種達80% 含以上。</p> <p>1-3新進人員提出麻疹、德國麻疹抗體陽性證明或完成 MMR 疫苗接種紀錄，達80%以上。</p> <p><input type="checkbox"/> 以上3項皆達成。</p> <p><input type="checkbox"/> 以上3項達成2項。</p> <p><input type="checkbox"/> 以上3項達成1項。</p> <p>【說明】</p> <p>(1) 季節性流感疫苗接種率應達 80%（含）以上。有關季節性流感疫苗接種率之計算方式，分母為當年度10月至12月在職之醫事及非醫事人員（含外包人力、在地區級以上教學醫院執勤之醫事實習學生及固定服務之衛生保健志工），並得扣除經評估具接種禁忌症不適合接種之人員，分子為前述人員於該段期間內完成接種人數。</p> <p>(2) MMR 疫苗</p> <p>e. 2020年新進人員中，1981年（含）以後出生者具麻疹免疫力的比率為評量標準，應達80%以上。</p> <p>f. 具麻疹免疫力比率的計算方式：</p> <p><u>分母</u>-包括1981年（含）以後出生之第一線會接觸到病人的醫事及非醫事人員（含在地區級以上教學醫院執勤之醫事實習學生及其他常駐工作人員【如：書記、清潔人員、傳送人員等】），並得扣除經評估具接種禁忌症不適合接種之人員；</p> <p><u>分子</u>-前述人員中具麻疹免疫力的人數。</p>
--	---	---

輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明
	1.3每年胸部 X 光檢查。	<input type="checkbox"/> 1：每年進行胸部 X 光檢查且達成率100%。 <input type="checkbox"/> 2：每年進行胸部 X 光檢查且達成率達80%以上。 <input type="checkbox"/> 3：每年進行胸部 X 光檢查且達成率為80%以下。 【說明】 分母:所有與病人直接接觸之醫療相關工作人員及其他常駐工作人員（含外包人力）。 分子:與病人直接接觸之醫療相關工作人員及其他常駐工作人員（含外包人力）實際執行胸部 X 光檢查人數。
2.感染管制措施-環境	2.1.依循 AAMI 國際現行標準，對於菌落數監測頻率，逆滲透水（Dialysis Water）至少每個月檢測 1 次；所有透析機台之透析液（Dialysis Fluid）每季需至少檢測 1 次，合格標準為 <100（CFU/ml）。 2.2設有逆滲透水檢測結果之行動標準（action level）為 >50（CFU/ml）。 2.3內毒素數據標準為 <0.25（EU/ml）且每年至少檢測一次。	<input type="checkbox"/> 1：逆滲透水至少每個月檢測 1 次；所有透析機台之透析液每季需至少檢測 1 次，且針對不合格點有檢討說明並留有紀錄備查。 <input type="checkbox"/> 2：管理規範設有逆滲透水檢測結果之行動標準（action level）規範，且針對超出行動標準值的不合格點有檢討說明並留有紀錄備查。 <input type="checkbox"/> 3：內毒素每年至少檢測一次（標準為 <0.25 EU/ml）且針對超出標準值的不合格點有檢討說明並留有紀錄備查。

輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明
3.隔離措施	3.1血流傳染性肝炎病人實施床位區隔	<input type="checkbox"/> 1：B型肝炎病人有機器隔離及床位隔離區，C型肝炎病患集中照護，且兩班之間機器有徹底消毒。 <input type="checkbox"/> 2：B型肝炎病人無機器隔離與床位隔離區，或C型肝炎病人無集中照護，但兩班之間機器皆有徹底消毒。 <input type="checkbox"/> 3：完全未作區隔或兩班之間機器無徹底消毒。
	3.2每年監測病人肝炎情形，異常者有複檢	<input type="checkbox"/> 1：所有透析病人均有建立肝炎監測，陽轉者皆有追蹤處置且血液透析室有符合法令的通報與加強監測作為。 <input type="checkbox"/> 2：只有部份透析病人有建立肝炎監測，但陽轉者皆有追蹤處置且血液透析室有符合法令的通報與加強監測作為。 <input type="checkbox"/> 3：沒有定期監測，或陽轉者無追蹤處置或血液透析室無符合法令的通報與加強監測作為。
	3.3監測門診透析病人B型、C型肝炎轉陽率	<input type="checkbox"/> 1：一年內B肝及C肝轉陽性率各 $\leq 5\%$ 。 <input type="checkbox"/> 2：一年內B肝或C肝轉陽性率 $> 5\%$ 。
	3.4對於發燒之透析病人有給予適當處置	<input type="checkbox"/> 1：對於發燒病人的處置有標準流程，譬如有提供口罩、乾洗手，並給予適當處置。 <input type="checkbox"/> 2：對於發燒病人的處置無規範。 【說明】 每位透析患者須透析前須進行體溫監控，若有異常宜安置隔離區或獨立區域進行透析。
	3.5對於新興傳染病之整備、病人處置及應變計畫	<input type="checkbox"/> 1：對於新興傳染病之整備、病人處置有制定標準之流程及應變計畫。 <input type="checkbox"/> 2：對於新興傳染病防治無規範。 【說明】 (1) 設置TOCC詢問表，詢問對象須包含病人、陪病人員。 (2) 人員須完成新興傳染病教育訓練1場/年。通過個人防護裝備實務穿脫。
	3.6環境與儀器設備之清潔消毒	1.訂有機器管路消毒作業流程及落實執行 2.訂有機器表面清潔消毒作業流程及落實執行 3.訂有病人週遭環境表面清潔消毒作業流程及落實執行

輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明
		<input type="checkbox"/> 1：3項皆有落實執行。 <input type="checkbox"/> 2：有完成1-2項。 <input type="checkbox"/> 3：皆無完成。

<p>4.標準防護措施及其他防護措施</p>	<p>4.1 手部衛生</p>	<p><input type="checkbox"/>1：符合第2大項說明，且</p> <p>1-1每張透析床都有乾洗手設備。</p> <p>1-2訂有手部衛生稽核機制。</p> <p>1-3定期稽核手部衛生遵從性及正確性且留有紀錄。</p> <p><input type="checkbox"/>2：</p> <p>2-1濕洗手設備應為非手控式水龍頭，且有正確洗手步驟之標示，洗手台備有洗手液及擦手紙。</p> <p>2-2執行下列說明，能確實洗手。</p> <p><input type="checkbox"/>3：未達上述標準。</p> <p>【說明】</p> <p>(1) 依循手部衛生5時機執行手部衛生（即：接觸病人前、執行清潔/無菌操作技術前、暴觸病人風險後、接觸病人後、接觸病人週遭環境後）。</p> <p>(2) 於病室入口、病床旁設置酒精性乾洗手設備，或提供醫療照護工作人員攜帶型酒精性乾洗手液，以提升高工作人員手部衛生遵從性。</p> <p>(3) 部衛生遵從性。</p> <p>(4) 與病人直接接觸時，不應配戴人工指甲。</p> <p>(5) 如果雙手沒有明顯髒汙，可使用酒精性乾洗手液代替清水與肥皂，執行手部衛生。</p> <p>(6) 考量透析作業過程具有暴觸血液的風險，建議工作人員於過程中應配戴手套。</p> <p>(7) 照護病人脫除手套後，需執行手部衛生；不可使用同一雙手套照護另一位病人。</p>
------------------------	-----------------	--

輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明
	4.2安全的用藥/注射行為	<input type="checkbox"/> 1：符合第2大項說明，且給藥前，給予用藥指導，給藥後，觀察病人反應，如有副作用，應與醫師確認且有處理紀錄。 <input type="checkbox"/> 2： 2-1備有單位常用藥品查詢工具。 2-2所有給藥（含自備藥）皆應有醫囑記錄。 2-3給藥時依3讀5對執行且有記錄。 2-4在抗凝劑的空針外註明藥物名稱、稀釋時間及稀釋後劑量。 <input type="checkbox"/> 3：未達上述標準。
		【說明】 (1)單一劑量藥物提供僅單一病人使用，且不應以重複抽取方式使用。 (2)應於乾淨區域進行藥物準備。 (3)以無菌操作技術準備和處置非口服藥物或輸液。 (4)同1件輸液用品（如：針頭、注射器、沖洗溶液、輸液管路、或靜脈輸液等）不可使用於不同病人。 (5)避免使用多劑量包裝的藥物（multidose vials）
	4.3針扎及個人防護裝備	<input type="checkbox"/> 1：符合第2大項說明，且有針扎事件處理流程。 <input type="checkbox"/> 2： 2-1有感染管制規範並定期修訂。 2-2執行血液透析穿刺、收針等有可能產生血液、體液之飛濺時，應穿戴隔離衣、手套、口罩、護目鏡或面罩等個人防護裝備。

輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明
		<p>2-3依循標準防護措施照護病人，且定期辦理員工感染管制教育訓練。</p> <p>2-4應具有生物醫療性廢棄物及尖銳物品收集容器。</p> <p><input type="checkbox"/>3：未達上述標準。</p> <p>【說明】</p> <p>(1) 執行血液透析穿刺、收血等有可能產生血液、體液之飛濺時，應穿戴隔離衣、手套、口罩、護目鏡或面罩等個人防護裝備。</p> <p>(2) 因應新興傳染病照護時應依情境進行相關防護。</p>
回饋意見		
<p style="text-align: right;">機構人員簽名: _____</p> <p style="text-align: right;">訪查委員簽名: _____</p>		

8. 血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究計畫輔導訪視表單書寫原則：

- (1) 由訪查委員共同評量1份血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究計畫輔導訪視表單（由血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究計畫助理現場提供）。
- (2) 訪查結果勾選為未達上述標準之項目請務必說明原因並給改善建議（意見須具體明確，以利後續追蹤）；而符合之項目，則視需要酌予提供建議，以利醫院持續提升品質。
- (3) 於實地訪查現場逐項確認訪查結果、說明與建議，且經「訪查委員」、「機構代表」簽署，若有增刪與修改處請委員簽名。

9. 本年度「血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究計畫輔導訪視表」請負責前述項次之訪查委員協助完成，進行紙本或電子抽樣，並依據查檢表內容逐項進行審查；另該項為可選項目。抽樣規範如下表：

審查內容	抽樣數
B 型肝炎病毒表面抗原 (HBsAg)、B 型肝炎病毒表面抗體 (anti-HBs)、C 型肝炎病毒抗體 (anti-HCV) 等檢驗紀錄並造冊，並提供適宜的管理及保存，保障員工隱私。	109年度員工檢驗結果3位
B 型肝炎疫苗、流感疫苗與麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合 (Measles、Mumps、Rubella, MMR) 疫苗接種紀錄。	109年度員工接種紀錄3位
依循 AAMI 國際現行標準，對於菌落數監測頻率，逆滲透水 (Dialysis Water) 至少每個月檢測 1 次；所有透析機台之透析液 (Dialysis Fluid) 每季需至少檢測 1 次，合格標準為 < 100 (CFU/ml)。	109年迄今
內毒素數據標準為 < 0.25 (EU/ml) 且每年至少檢測一次。	109年
PPE 訓練人數資料檢查。	109年

10. 其他重要事項之提醒：

- (1) 實地訪查時，請委員務必依照訪查基準與共識會議之決議原則進行評量。

- (2) 醫院/診所可以書面或資訊化（e化）方式呈現資料。
- (3) 除醫院/診所提供予訪查委員之參考資料外，不得藉查證之需要，對受查醫院之資料（如病歷等）進行拍攝、影印或攜出院外。
- (4) 本次訪查為血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究計畫中委員討論之結果，僅供委員作為實地輔導訪查之參考，請勿移作他用。
- (5) 於實地輔導訪查時，請避免談論與當梯訪查不相關之話題，如批評訪查制度、健保制度、討論參與其他訪核之行程，或公開談論選舉與敏感政治議題。
- (6) 實地訪查期間，委員之相關行政作業需要（如：換車票），請交由血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究計畫助理處理，勿逕自請受查醫院協助。
- (7) 委員之交通之存（票）根，請儘量於行程結束後5個工作天內寄回血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究計畫助理（高雄市鳳山區五福二路81巷46號 黃建豪收），以利核銷作業。
- (8) 請委員於實地訪查時全程配戴名牌。

附錄二

110年血液透析自評表單30間機構資料回覆率

項目	工作人員 B型肝炎 病毒表面 抗原、B 型及C型 肝炎病毒 表面抗體 等檢驗紀 錄並造冊 追蹤檢查 紀錄	掌握全體 醫護人員 B肝抗原 抗體檢測 資料	院所提供 員工「B 型肝炎疫 苗」的措 施	2020年醫 療照護及 相關工作 人員流感 流行季 (每年10 月至12 月)之流 感疫苗接 種率	醫療照護 工作人員 MMR 疫苗 接種計畫	每年胸部 X光檢查	依循 AAMI 國 際現行標 準，對於 菌落數監 測頻率， 逆滲透水 (Dialysis Water) 至 少每個月 檢測1次， 檢測地點	透析機台 之透析液 (Dialysis Fluid) 檢 測頻率	逆滲透水 檢測結果 之行動標 準值
回覆率 (分子/分母)	100% (30/30)	100% (30/30)	100% (30/30)	93% (28/30)	100% (30/30)	100% (30/30)	100% (30/30)	100% (30/30)	100% (30/30)

項目	內毒素檢 驗標準值	內毒素檢 測頻率	內毒素檢 測水質	內毒素抽 樣件數(總 計)	內毒素抽 樣件數(透 析機總計)	B型肝炎 陽性病人 血液透析 時採取之 隔離措施	C型肝炎 陽性病人 血液透析 時採取之 隔離措施	B、C型肝 炎陽性病 人血液透 析後其機 器消毒方 式	使用消毒 液名稱
回覆率 (分子/分母)	100% (30/30)	100% (30/30)	100% (30/30)	86% (26/30)	50% (15/30)	100% (30/30)	100% (30/30)	100% (30/30)	100% (30/30)

項目	B、C型肝 炎陽性病	B、C型肝 炎透析病	訂有透析 病人急性	109年通報 B型肝炎陽	109年通報 C型肝炎陽	109年透析 病人B、C	病人透析 前是否有	是否設置 隔離區	是否有新 興傳染病
----	---------------	---------------	--------------	-----------------	-----------------	-----------------	--------------	-------------	--------------

	人血液透析後其機器消毒頻次	人肝炎監測頻率	病毒性肝炎陽轉個案通報機制	性件數	性件數	型病毒性肝炎檢測	進行量溫及透析發燒病人處置是否有通報機制		應變計畫
回覆率 (分子/分母)	100% (30/30)	100% (30/30)	100% (30/30)	83% (25/30)	83% (25/30)	96% (29/30)	100% (30/30)	100% (30/30)	100% (30/30)

項目	PPE 訓練人數訓練資料	機器及環境清潔消毒之作業流程	機器消毒用具	機器消毒方式	機器消毒頻次	機器消毒範圍	環境消毒用具	環境消毒方式
回覆率 (分子/分母)	80% (24/30)	100% (30/30)						

項目	環境消毒頻次	環境消毒範圍	洗手設數量及備位置調查	是否辦理手部衛生稽核	藥物準備區位置	是否抗凝劑的空針外註明藥物名稱、稀釋時間及稀釋後劑量	是否有多劑量包裝藥物	有針扎事件處理流程
回覆率 (分子/分母)	100% (30/30)	100% (30/30)	100% (30/30)	100% (30/30)	100% (30/30)	100% (30/30)	100% (30/30)	100% (30/30)

項目	有血液透析感染管制規範	是否穿戴個人防護裝備	是否有接受感染管制教育3小時	是否設有收針車	設置生物醫療性廢棄物及尖銳物品收集容器
回覆率 (分子/分母)	100% (30/30)	100% (30/30)	100% (30/30)	100% (30/30)	100% (30/30)

110年血液透析自評表單30間機構資料彙整報告

輔導項目	評量項目																																																				
一、人員健康管理-工作人員	1.1 B型肝炎病毒表面抗原 (HBsAg)、B型肝炎病毒表面抗體 (anti-HBs)、C型肝炎病毒抗體 (anti-HCV) 等檢驗紀錄並造冊，並提供適宜的管理及保存，保障員工隱私。 回覆率100%(30/30)																																																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="667 443 1003 481">類型(區)</th> <th colspan="2" data-bbox="1003 443 1137 481">北區</th> <th colspan="2" data-bbox="1137 443 1532 481">中區</th> <th colspan="2" data-bbox="1532 443 1796 481">南區</th> <th colspan="2" data-bbox="1796 443 2065 481">總數</th> </tr> <tr> <th data-bbox="667 481 1003 520">項目</th> <th data-bbox="1003 481 1137 520">醫院</th> <th data-bbox="1137 481 1272 520">診所</th> <th data-bbox="1272 481 1406 520">醫院</th> <th data-bbox="1406 481 1532 520">診所</th> <th data-bbox="1532 481 1666 520">醫院</th> <th data-bbox="1666 481 1796 520">診所</th> <th data-bbox="1796 481 1930 520">醫院</th> <th data-bbox="1930 481 2065 520">診所</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="667 520 1003 609">每年至少一次追蹤檢查紀錄</td> <td data-bbox="1003 520 1137 609">8</td> <td data-bbox="1137 520 1272 609">3</td> <td data-bbox="1272 520 1406 609">2</td> <td data-bbox="1406 520 1532 609">4</td> <td data-bbox="1532 520 1666 609">4</td> <td data-bbox="1666 520 1796 609">8</td> <td data-bbox="1796 520 1930 609">14</td> <td data-bbox="1930 520 2065 609">15</td> </tr> <tr> <td data-bbox="667 609 1003 695">定期追蹤(未提供多久追蹤一次)</td> <td data-bbox="1003 609 1137 695">1</td> <td data-bbox="1137 609 1272 695">0</td> <td data-bbox="1272 609 1406 695">0</td> <td data-bbox="1406 609 1532 695">0</td> <td data-bbox="1532 609 1666 695">0</td> <td data-bbox="1666 609 1796 695">0</td> <td data-bbox="1796 609 1930 695">1</td> <td data-bbox="1930 609 2065 695">0</td> </tr> </tbody> </table>									類型(區)	北區		中區		南區		總數		項目	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	每年至少一次追蹤檢查紀錄	8	3	2	4	4	8	14	15	定期追蹤(未提供多久追蹤一次)	1	0	0	0	0	0	1	0								
	類型(區)	北區		中區		南區		總數																																													
	項目	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所																																												
	每年至少一次追蹤檢查紀錄	8	3	2	4	4	8	14	15																																												
	定期追蹤(未提供多久追蹤一次)	1	0	0	0	0	0	1	0																																												
	1.2 B型肝炎疫苗、流感疫苗與麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合 (Measles、Mumps、Rubella, MMR) 疫苗接種紀錄。 掌握全體醫護人員 B 肝抗原抗體檢測資料 (如抗體檢測、接種證明等) 回覆率100% (30/30)																																																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="667 868 1003 906">類型(區)</th> <th colspan="2" data-bbox="1003 868 1137 906">北區</th> <th colspan="2" data-bbox="1137 868 1532 906">中區</th> <th colspan="2" data-bbox="1532 868 1796 906">南區</th> <th colspan="2" data-bbox="1796 868 2065 906">總數</th> </tr> <tr> <th data-bbox="667 906 1003 944">項目</th> <th data-bbox="1003 906 1137 944">醫院</th> <th data-bbox="1137 906 1272 944">診所</th> <th data-bbox="1272 906 1406 944">醫院</th> <th data-bbox="1406 906 1532 944">診所</th> <th data-bbox="1532 906 1666 944">醫院</th> <th data-bbox="1666 906 1796 944">診所</th> <th data-bbox="1796 906 1930 944">醫院</th> <th data-bbox="1930 906 2065 944">診所</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="667 944 1003 1037">全體醫護人員檢測資料</td> <td data-bbox="1003 944 1137 1037">8</td> <td data-bbox="1137 944 1272 1037">3</td> <td data-bbox="1272 944 1406 1037">2</td> <td data-bbox="1406 944 1532 1037">4</td> <td data-bbox="1532 944 1666 1037">4</td> <td data-bbox="1666 944 1796 1037">8</td> <td data-bbox="1796 944 1930 1037">15</td> <td data-bbox="1930 944 2065 1037">15</td> </tr> </tbody> </table>									類型(區)	北區		中區		南區		總數		項目	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	全體醫護人員檢測資料	8	3	2	4	4	8	15	15																	
	類型(區)	北區		中區		南區		總數																																													
	項目	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所																																												
全體醫護人員檢測資料	8	3	2	4	4	8	15	15																																													
院所提供員工「B型肝炎疫苗」的措施 回覆率100%(30/30)																																																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="667 1123 1003 1161">類型(區)</th> <th colspan="2" data-bbox="1003 1123 1137 1161">北區</th> <th colspan="2" data-bbox="1137 1123 1532 1161">中區</th> <th colspan="2" data-bbox="1532 1123 1796 1161">南區</th> <th colspan="2" data-bbox="1796 1123 2065 1161">總數</th> </tr> <tr> <th data-bbox="667 1161 1003 1200">項目</th> <th data-bbox="1003 1161 1137 1200">醫院</th> <th data-bbox="1137 1161 1272 1200">診所</th> <th data-bbox="1272 1161 1406 1200">醫院</th> <th data-bbox="1406 1161 1532 1200">診所</th> <th data-bbox="1532 1161 1666 1200">醫院</th> <th data-bbox="1666 1161 1796 1200">診所</th> <th data-bbox="1796 1161 1930 1200">醫院</th> <th data-bbox="1930 1161 2065 1200">診所</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="667 1200 1003 1251">全額補助</td> <td data-bbox="1003 1200 1137 1251">8</td> <td data-bbox="1137 1200 1272 1251">0</td> <td data-bbox="1272 1200 1406 1251">1</td> <td data-bbox="1406 1200 1532 1251">2</td> <td data-bbox="1532 1200 1666 1251">4</td> <td data-bbox="1666 1200 1796 1251">2</td> <td data-bbox="1796 1200 1930 1251">13</td> <td data-bbox="1930 1200 2065 1251">4</td> </tr> <tr> <td data-bbox="667 1251 1003 1302">部分補助</td> <td data-bbox="1003 1251 1137 1302">1</td> <td data-bbox="1137 1251 1272 1302">1</td> <td data-bbox="1272 1251 1406 1302">0</td> <td data-bbox="1406 1251 1532 1302">0</td> <td data-bbox="1532 1251 1666 1302">0</td> <td data-bbox="1666 1251 1796 1302">0</td> <td data-bbox="1796 1251 1930 1302">1</td> <td data-bbox="1930 1251 2065 1302">1</td> </tr> <tr> <td data-bbox="667 1302 1003 1337">完全自費</td> <td data-bbox="1003 1302 1137 1337">0</td> <td data-bbox="1137 1302 1272 1337">2</td> <td data-bbox="1272 1302 1406 1337">1</td> <td data-bbox="1406 1302 1532 1337">2</td> <td data-bbox="1532 1302 1666 1337">0</td> <td data-bbox="1666 1302 1796 1337">6</td> <td data-bbox="1796 1302 1930 1337">1</td> <td data-bbox="1930 1302 2065 1337">10</td> </tr> </tbody> </table>									類型(區)	北區		中區		南區		總數		項目	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	全額補助	8	0	1	2	4	2	13	4	部分補助	1	1	0	0	0	0	1	1	完全自費	0	2	1	2	0	6	1	10
類型(區)	北區		中區		南區		總數																																														
項目	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所																																													
全額補助	8	0	1	2	4	2	13	4																																													
部分補助	1	1	0	0	0	0	1	1																																													
完全自費	0	2	1	2	0	6	1	10																																													
2020年醫療照護及相關工作人員流感流行季 (每年10月至12月) 之流感疫苗接種率																																																					

回覆率93% (28/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
100%	3	0	1	2	1	1	5	3
90-99%	2	0	0	0	2	5	4	5
80-89%	2	1	1	0	1	1	4	2
60-69%	1	0	0	0	0	0	1	0
50-59%	0	0	0	1	0	0	0	1
40-49%	0	0	0	0	0	1	0	1
30-39%	0	0	0	1	0	0	0	1
10-19%	0	1	0	0	0	0	0	1
無資料	1	1	0	0	0	0	1	1

醫療照護工作人員 MMR 疫苗接種計畫

訂有 MMR 疫苗接種計畫接種率

回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
訂有 MMR 疫苗接種計畫	8	0	2	2	4	1	14	3
未訂有 MMR 疫苗接種計畫	1	3	0	2	0	7	1	12

(呈上題)1981年以後出生之醫療照護工作人員人數(具麻疹免疫力之工作人員比率)

回覆率100%(17/17)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
100%	4	0	1	1	2	0	7	1
90-99%	2	0	1	0	1	0	4	0

	80-89%	1	0	0	0	1	1	2	1	
	70-79%	1	0	0	0	0	0	1	0	
	60-69%	0	0	0	1	0	0	0	1	
	1.3每年胸部 X 光檢查 與病人直接接觸之醫療相關工作人員及其他常駐工作人員（含外包人力）一年內的胸部 X 光檢查達成率 回覆率100%(30/30)									
	類型(區)		北區		中區		南區		總數	
	項目	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
	100%	8	1	2	1	4	6	14	8	
	90-99%	1	1	0	0	0	0	1	1	
	80-89%	0	1	0	2	0	1	0	4	
	70-79%	0	0	0	1	0	0	0	1	
10%以下	0	0	0	0	0	1	0	1		
二、感染管制措施-環境	依循 AAMI 國際現行標準，對於菌落數監測頻率，逆滲透水（Dialysis Water）至少每個月檢測 1 次，檢測地點為 回覆率100%(30/30)									
	類型(區)		北區		中區		南區		總數	
	項目	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
	每個 RO 設備出水口及回水口	9	2	2	1	4	6	15	9	
	每個 RO 設備出水口	0	1	0	2	0	2	0	5	
	無檢測	0	0	0	1	0	0	0	1	
	*無檢測診所說明：熱消3點即可1.RO 入機器2.RO 出機器3.機台。 透析機台之透析液（Dialysis Fluid）檢測頻率 回覆率100%(30/30)									
	類型(區)		北區		中區		南區		總數	
	項目	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	

每季1次	8	3	2	4	4	7	14	14
每2個月	1	0	0	0	0	0	1	0
無檢測	0	0	0	0	0	1	0	1

逆滲透水檢測結果之行動標準值

回覆率100%(30/30)

項目	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
>50 CFU/ml	7	3	2	3	3	6	12	12
>25 CFU/ml	2	0	0	0	1	2	3	2
<1CFU/ml	0	0	0	1	0	0	0	1

內毒素檢驗標準值

回覆率100%(30/30)

項目	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
< 0.25 EU/ml	9	3	2	4	3	8	14	15
<0.125EU/ml	0	0	0	0	1	0	1	0

內毒素檢測頻率

回覆率100%(30/30)

項目	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
每年1次	6	3	1	1	1	8	8	12
每半年1次	0	0	0	3	1	0	1	3
每季1次	1	0	0	0	0	0	1	0
每2個月1次	0	0	0	0	1	0	1	0
每1個月1次	1	0	1	0	1	0	3	0
每一個月檢測1件	1	0	0	0	0	0	1	0

內毒素檢測水質

回覆率100%(30/30)

項目	類型(區)	北區		中區		南區		總數	
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
只檢驗逆滲透水		7	2	1	3	2	7	10	12
只檢驗透析液		0	0	0	0	0	0	0	0
2項皆有檢驗		2	1	1	1	2	1	5	3
內毒素抽樣件數(總計)									
回覆率86%(26/30)									
項目	類型(區)	北區		中區		南區		總數	
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有提供內毒素抽樣總數		9	2	2	4	4	5	15	11
無提供內毒素抽樣總數		0	1	0	0	0	3	0	4
內毒素抽樣件數(透析機總計)									
回覆率50%(15/30)									
項目	類型(區)	北區		中區		南區		總數	
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有提供透析機總數		7	0	2	3	2	1	11	4
無提供透析機總數		2	3	0	1	2	7	4	11
三、隔離措施									
血流傳染性肝炎病人實施床位區隔措施									
B型肝炎陽性病人血液透析時採取之隔離措施									
回覆率100%(30/30)									
項目	類型(區)	北區		中區		南區		總數	
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
分區且固定機台		9	2	2	4	4	7	15	13
固定機台		0	1	0	0	0	1	0	2
C型肝炎陽性病人血液透析時採取之隔離措施									
回覆率100%(30/30)									

項目	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
集中照護	6	1	2	3	2	5	10	9
分區且固定機台	3	0	0	0	2	2	5	2
固定機台	0	1	0	0	0	0	0	1
無 C 型肝炎專用病床	0	1	0	0	0	0	0	1
C 肝病人已痊癒，無提供方式	0	0	0	1	0	1	0	2

B、C 型肝炎陽性病人血液透析後其機器消毒方式
 回覆率100%(30/30)

項目	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
熱消	2	2	0	0	2	0	4	2
化消	2	1	0	1	1	2	3	4
熱消、化消皆有	5	0	2	3	1	6	8	9

使用消毒液名稱(化消)
 回覆率100%(24/24)

項目	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
次氯酸鈉+過醋酸	0	0	0	0	1	0	1	0
漂白水+過醋酸	1	0	0	0	0	0	1	0
Citrosteril	5	1	1	2	0	3	6	6
FML	0	0	0	0	0	1	0	1
Dialox	0	0	0	0	0	1	0	1
Hemoclean	1	0	0	1	0	1	1	2
過醋酸	0	0	0	0	0	1	0	1
次氯酸鈉	0	0	0	1	0	0	0	1
依機型(未提供消毒液)	1	0	1	0	0	0	2	0

資料)									
FMC 專用消毒液	0	0	0	0	0	1	0	1	

B、C 型肝炎陽性病人血液透析後其機器消毒頻次
 回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
每天	0	0	0	1	0	1	0	2
每班	9	3	2	3	4	7	15	13

B、C 型肝炎透析病人肝炎監測頻率
 回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
每年	4	3	1	2	1	8	6	13
每半年	3	0	0	1	3	0	6	1
B 肝半年、C 肝3個月	1	0	0	0	0	0	1	0
B 肝每年、C 肝半年	1	0	0	0	0	0	1	0
B 肝每年、C 肝三個月	0	0	1	0	0	0	1	0
定期追蹤(無告知時間)	0	0	0	1	0	0	0	1

是否訂有透析病人急性病毒性肝炎陽轉個案通報機制
 回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有通報機制	9	3	2	4	4	8	15	15

109年通報個案數 B 型肝炎陽性
 回覆率83%(25/30)

類型(區)	北區	中區	南區	總數
-------	----	----	----	----

項目	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
通報個案0件	8	2	2	4	4	5	14	11
無資料	1	1	0	0	0	3	1	4

109年通報個案數 C 型肝炎陽性
回覆率83%(25/30)

項目	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
通報個案0件	8	2	2	4	4	3	14	9
通報個案1件	0	0	0	0	0	2	0	2
無資料	1	1	0	0	0	3	1	4

109年透析病人 B、C 型病毒性肝炎檢測
回覆率96%(29/30)

項目	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有提供透析病人 B、C 型病毒性肝炎檢測資料	9	2	2	4	4	8	15	14
無提供透析病人 B、C 型病毒性肝炎檢測資料	0	1	0	0	0	0	0	1

病人透析前是否有進行量溫及透析發燒病人處置是否有通報機制
回覆率100%(30/30)

項目	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有進行量溫及通報機制	9	3	2	4	4	8	15	15

是否有設置隔離區
回覆率100%(30/30)

項目	類型(區)	北區		中區		南區		總數	
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
無隔離區		1	1	0	1	1	1	2	3
負壓隔離區		0	0	0	0	3	0	3	0
專區		3	1	0	2	0	7	3	10
單人室		0	1	1	1	0	0	1	2
專區、單人室		1	0	0	0	0	0	1	0
專區、負壓隔離區		1	0	1	0	0	0	2	0
單人室、負壓隔離區		1	0	0	0	0	0	1	0
3項皆有		2	0	0	0	0	0	2	0

訂有新興傳染病應變計畫

回覆率100%(30/30)

項目	類型(區)	北區		中區		南區		總數	
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有新興傳染病應變計畫		9	3	2	4	4	8	15	15

PPE 訓練人數訓練資料

回覆率80%(24/30)

項目	類型(區)	北區		中區		南區		總數	
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
110年		2	0	0	0	0	0	2	0
109年		2	0	1	0	2	1	5	1
107年		5	2	1	3	2	3	8	8
未提供		0	1	0	1	0	4	0	6

訂有機器及環境清潔消毒之作業流程

回覆率100%(30/30)

項目	類型(區)	北區	中區	南區	總數

項目	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
機器及環境清潔消毒之作業流程	9	3	2	4	4	8	15	15
機器消毒用具 回覆率100%(30/30)								
項目	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
醫療器械消毒濕巾	3	0	0	0	0	0	3	0
不織布抹布	0	1	1	0	1	2	2	3
不織布抹布、拋棄式不織布	0	0	0	1	0	0	0	1
布類抹布	2	0	0	1	0	0	2	1
布類抹布、不織布抹布	0	0	0	0	1	1	1	1
拋棄式抹布	4	2	1	2	2	5	7	9
機器消毒方式 回覆率100%(30/30)								
項目	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
140ppm 普效錠消毒溶液	0	0	0	1	0	0	0	1
DDSH 表面清潔劑	0	0	0	0	1	0	1	0
消毒濕巾	2	0	0	1	0	0	2	1
二氧化氯	0	0	0	0	0	1	0	1
酒精75%	0	0	0	0	1	0	1	0
漂白水(1000ppm)	6	2	1	1	0	3	7	6
漂白水(500ppm)	1	1	1	1	1	2	3	4
漂白水6%	0	0	0	0	1	1	1	1
漂白水0.5%	0	0	0	0	0	1	0	1

機器消毒頻次 回覆率100%(30/30)									
類型(區) 項目		北區		中區		南區		總數	
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
每班		9	3	2	4	4	8	15	15
機器消毒範圍 回覆率100%(30/30)									
類型(區) 項目		北區		中區		南區		總數	
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
機器面板、機身、機台 置物架		6	2	1	3	4	6	11	11
機器面板、機身		2	1	0	0	0	2	2	3
機器面板、機身、機台 置物架、血壓計壓脈袋		0	0	0	1	0	0	0	1
機器面板、機身、機台 置物架、床區		1	0	0	0	0	0	1	0
機器面板、機身、機台 置物架、KELLY		0	0	1	0	0	0	1	0
環境消毒用具 回覆率100%(30/30)									
類型(區) 項目		北區		中區		南區		總數	
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
不織布抹布		0	1	1	0	1	1	2	2
布類抹布、拋棄式不織 布擦拭布		1	0	0	0	0	0	1	0
布類抹布		4	0	0	1	0	2	4	3
拋棄式抹布		4	2	1	3	3	4	8	9
噴霧		0	0	0	0	0	1	0	1

環境消毒方式
回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
140ppm 普效錠消毒溶液	0	0	0	1	0	0	0	1
含氯消毒液5000ppm	0	0	1	0	0	0	1	0
二氧化氯	0	0	0	0	0	1	0	1
漂白水(1000ppm)	4	1	0	1	1	3	5	5
漂白水(500ppm)	4	2	1	1	3	3	8	6
漂白水6%	0	0	0	0	0	1	0	1
漂白水0.6%	1	0	0	0	0	1	1	1

環境消毒頻次
回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
每班	9	2	2	3	4	7	15	12
每天	0	1	0	1	0	1	0	3

環境消毒範圍
回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
床、床欄	0	0	0	0	0	1	0	1
床、床欄、周遭用品	3	0	0	1	1	0	4	1
床、床欄、點滴架	1	0	1	0	1	1	3	1
床、床欄、點滴架、周	4	2	1	3	1	6	6	11

	遭用品									
	床欄、周遭用品	1	1	0	0	1	0	2	1	
	*周遭用品:床旁桌、壓脈帶、桌面、電視...等。									
四、標準防護措施及其他防護措施	洗手設備位置及數量調查									
	濕洗手數量									
	回覆率100%(30/30)									
		類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	項目		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
	有提供濕洗手數量		9	3	2	4	4	6	15	13
	無提供濕洗手數量		0	0	0	0	0	2	0	2
	透析床(台)院所總數									
		類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	項目		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
	有提供透析床總數		9	3	2	4	4	8	15	15
	工作車(台)院所總數									
		類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	項目		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
	有提供工作車總數		9	3	2	4	4	8	15	15
護理站(個)院所總數										
	類型(區)	北區		中區		南區		總數		
項目		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
有提供護理站總數		9	3	2	4	4	8	15	15	
大門入口(個)院所總數										

項目	類型(區)	北區		中區		南區		總數	
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有提供大門入口總數		9	3	2	4	4	8	15	15

透析床(台)院所總數並有乾洗手劑數量

項目	類型(區)	北區		中區		南區		總數	
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有提供透析床總數有乾洗手劑數量		9	3	2	4	4	8	15	15

工作車(台)院所之總數並有乾洗手劑數量

項目	類型(區)	北區		中區		南區		總數	
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有提供工作車總數並有乾洗手劑數量		9	3	2	4	4	8	15	15

護理站(個)院所總數並有乾洗手劑數量

項目	類型(區)	北區		中區		南區		總數	
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有提供護理站總數並有乾洗手劑數量		9	3	2	4	4	8	15	15

大門入口(個)院所總數並有乾洗手劑數量

項目	類型(區)	北區		中區		南區		總數	
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有提供大門入口總數並有乾洗手劑數量		9	3	2	4	4	8	15	15

辦理手部衛生稽核

回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
每個月	7	1	2	2	4	0	13	3
每一季	0	1	0	2	0	4	0	7
每半年	2	0	0	0	0	2	2	2
每年	0	1	0	0	0	2	0	3

藥物準備區位置

回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
工作車	5	0	1	1	3	1	9	2
工作車、準備區	3	0	1	0	1	0	5	0
病人透析機台、工作車、準備區	0	0	0	1	0	0	0	1
病人透析機台、工作車、	0	0	0	0	0	1	0	1
病人透析機台、準備區	0	1	0	1	0	0	0	2
病人透析機台	1	0	0	0	0	1	1	1
準備區	0	2	0	1	0	5	0	8

是否抗凝劑的空針外註明藥物名稱、稀釋時間及稀釋後劑量

回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
三項皆有	6	1	2	4	4	7	12	12
無稀釋時間	2	1	0	0	0	0	2	1
無稀釋時間及稀釋後劑量	1	0	0	0	0	1	1	1
三項皆無	0	1	0	0	0	0	0	1

是否有多劑量包裝藥物
回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
無多劑量包裝藥物	8	1	2	4	3	5	13	10
有多劑量包裝藥物	1	2	0	0	1	3	2	5

有針扎事件處理流程
回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有針扎事件處理流程	9	3	2	4	4	8	15	15

有血液透析感染管制規範
回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有血液透析感染管制規範	9	3	2	4	4	8	15	15

是否穿戴個人防護裝備
回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
全部項目都有	6	2	1	1	1	5	8	8
無面罩	3	0	1	3	0	0	3	3
無隔離衣	0	0	0	0	0	2	0	2
無隔離衣、面罩	0	0	0	0	3	1	3	1
無護目鏡	0	1	0	0	0	0	0	1

接受感染管制教育3小時
回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有接受感染管制教育3小時	8	2	2	1	4	5	14	8
沒有接受感染管制教育3小時	1	1	0	3	0	3	1	7

是否設有收針車
回覆率100%(30/30)

項目	類型(區)	北區		中區		南區		總數	
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有收針車		7	3	2	2	4	8	13	13
沒有收針車		2	0	0	2	0	0	2	2
是否設置生物醫療性廢棄物及尖銳物品收集容器 回覆率100%(30/30)									
項目	類型(區)	北區		中區		南區		總數	
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有生物醫療性廢棄物 及尖銳物品收集容器		9	3	2	4	4	8	15	15

附錄三

血液透析自評表（草案）

血液透析醫療院所：

輔導訪視日期：

輔導項目	評量項目	自評表
2. 人員健康管理-工作人員	2.1 B 型肝炎病毒表面抗原（HBsAg）、B 型肝炎病毒表面抗體（anti-HBs）、C 型肝炎病毒抗體（anti-HCV）等檢驗紀錄並造冊，並提供適宜的管理及保存，保障員工隱私。	<input type="checkbox"/> 1.1 透析室之所有員工有 B、C 型肝炎之檢查紀錄；且對未感染 B、C 型肝炎之員工每年至少一次追蹤檢查紀錄。 <input type="checkbox"/> 1.2 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（請描述：_____）追蹤檢查紀錄。 <input type="checkbox"/> 1.3 透析室之所有員工有 B、C 型肝炎之檢查紀錄。 <input type="checkbox"/> 1.4 其他：請描述_____。
	2.2 B 型肝炎疫苗、流感疫苗與麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合（Measles、Mumps、Rubella, MMR）疫苗接種紀錄。	<p>【B 型肝炎疫苗】</p> <p>1.2.1 是否掌握全體醫護人員 B 肝抗原抗體檢測資料（如抗體檢測、接種證明等）？</p> <p><input type="checkbox"/> 否（請跳答【季節性流感疫苗】）</p> <p><input type="checkbox"/> 是，109 年有__名未曾接種 B 型肝炎疫苗且抗體陰性人員。 <input type="radio"/> 上述人員有__人已完成接種 B 型肝炎疫苗且有抗體；有__人為按期程接種者（第 1 劑、第 2 劑間隔 1 個月，滿 6 個月追接種第 3 劑）。</p> <p>1.2.2 院所是否提供員工「B 型肝炎疫苗」的措施？</p> <p><input type="checkbox"/> 否，員工完全自費。 <input type="checkbox"/> 是，院所部分補助。 <input type="checkbox"/> 是，院所全額補助。</p> <p>【季節性流感疫苗】</p> <p>1.2.3 2020 年醫療照護及相關工作人員流感流行季（每年 10 月至 12 月）之流感疫苗接種率：____%（分子：____人；分母：____人）</p>

輔導項目	評量項目	自評表						
		<p>【MMR 疫苗】</p> <p>1.2.4 是否訂有醫療照護工作人員 MMR 疫苗接種計畫？</p> <p><input type="checkbox"/> 否。</p> <p><input type="checkbox"/> 是，請填寫下表。</p> <table border="1" data-bbox="1079 443 2002 762"> <thead> <tr> <th data-bbox="1079 443 1438 614">人員類別</th> <th data-bbox="1438 443 1729 614">甲類人員中符合註2任一條件之人數： (乙)</th> <th data-bbox="1729 443 2002 614">具麻疹免疫力之 工作人員比率 (%) 乙/甲*100</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1079 614 1438 762">1981年以後出生之醫療 照護工作人員人數 (甲)註1</td> <td data-bbox="1438 614 1729 762"></td> <td data-bbox="1729 614 2002 762"></td> </tr> </tbody> </table> <p>註1.若具接種禁忌情況者，可自甲類人員人數中扣除，並請於備註欄註明原因；惟若不再具應接種禁忌情況（如懷孕）者，應重新評估接種之可能性。</p> <p>註2.依據衛生福利部傳染病防治諮詢會預防接種組108年第1次會議決議，可以符合下列任一項條件判定：</p> <p>(1)具有【曾經診斷確認感染麻疹】佐證資料，或</p> <p>(2)提出【具麻疹免疫抗體檢測陽性報告，且檢驗日期距今<5年】，或</p> <p>(3)提出【最後15年內曾接種1劑MMR疫苗紀錄】等。</p> <p>1.2.5 機構人員 COVID-19疫苗接種率？</p> <p>第一劑 COVID-19疫苗接種率____%(分母:____人，分子:____人)</p> <p>第二劑 COVID-19疫苗接種率____%(分母:____人，分子:____人)</p>	人員類別	甲類人員中符合註2任一條件之人數： (乙)	具麻疹免疫力之 工作人員比率 (%) 乙/甲*100	1981年以後出生之醫療 照護工作人員人數 (甲)註1		
人員類別	甲類人員中符合註2任一條件之人數： (乙)	具麻疹免疫力之 工作人員比率 (%) 乙/甲*100						
1981年以後出生之醫療 照護工作人員人數 (甲)註1								

輔導項目	評量項目	自評表
	1.3每年胸部 X 光檢查。	<p>1.3.1所有與病人直接接觸之醫療相關工作人員及其他常駐工作人員（含外包人力）一年內的胸部 X 光檢查達成率為____ %。</p> <p>【說明】 分母:單位所有與病人直接接觸之醫療相關工作人員人數____及其他常駐工作人員（含外包人力）____人。 分子:實際執行胸部 X 光檢查醫療相關工作人員人數____及其他常駐工作人員（含外包人力）____人。 註1:「常駐」係指「3個月以上」。</p> <p>1.3.3 是否有對機構透析病人進行胸部 X 光檢查 <input type="checkbox"/>是。頻次：<input type="checkbox"/>每半年 <input type="checkbox"/>每年 <input type="checkbox"/>每兩年 <input type="checkbox"/>其他 _____。 <input type="checkbox"/>否，請描述：_____。</p> <p>109年病人進行胸部 X 檢查達成率為____ %(分母 _____人，分子____人) -</p>

輔導項目	評量項目	自評表
2.感 染 管 制 措 施- 環 境	<p>2.1.依循 AAMI 國際現行標準，對於菌落數監測頻率，逆滲透水 (Dialysis Water) 至少每個月檢測 1 次；所有透析機台之透析液 (Dialysis Fluid) 每季需至少檢測 1 次，合格標準為 < 100 (CFU/ml)。</p> <p>2.2設有逆滲透水檢測結果之行動標準 (action level) 為 >50 (CFU/ml)。</p> <p>2.3內毒素數據標準為 < 0.25 (EU/ml)且每年至少檢測一次。</p>	<p>2.1.1每個月檢測 1 次逆滲透水菌落數，檢測地點：</p> <p><input type="checkbox"/>機房內每個 RO 設備出水口及回水口。</p> <p><input type="checkbox"/>所有透析機台的 RO 出水口。</p> <p><input type="checkbox"/>所有 RO 出水口以抽檢方式。</p> <p><input type="checkbox"/>其他：請描述_____</p> <p>2.1.2透析液</p> <p><input type="checkbox"/>每季每台透析機至少檢測一次。</p> <p><input type="checkbox"/>以抽檢方式檢測，每台不一定每季會被檢測到。</p> <p><input type="checkbox"/>其他：請描述_____</p> <p>2.2逆滲透水檢測結果之行動標準值</p> <p><input type="checkbox"/> >50 CFU/ml</p> <p><input type="checkbox"/> 醫院自訂的標準值：_____ (請描述)。</p> <p>2.3.1內毒素檢驗標準值</p> <p><input type="checkbox"/> < 0.25 EU/ml</p> <p><input type="checkbox"/> 醫院自訂的標準值：_____ (請描述)。</p> <p>2.3.2內毒素檢測頻率</p> <p><input type="checkbox"/>每年至少檢測一次</p> <p><input type="checkbox"/>醫院自訂的頻率：_____ (請描述)。</p> <p>2.3.3內毒素檢測水質</p> <p><input type="checkbox"/>逆滲透水</p> <p><input type="checkbox"/>透析液</p> <p>2.3.4內毒素抽樣件數</p> <p><input type="checkbox"/>2020年總計抽驗_____件。</p> <p><input type="checkbox"/>2020年透析機總計_____台。</p>

輔導項目	評量項目	自評表
3.隔離措施	3.1血流傳染性肝炎病人實施床位區隔	<p>3.1.1 B、C型肝炎陽性病人進行血液透析時所採取之隔離措施： B型肝炎：<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>分區^{註1} <input type="checkbox"/>固定機台 <input type="checkbox"/>分區且固定機台 C型肝炎：<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>集中照護^{註2} <input type="checkbox"/>其他，請說明： _____</p> <p>註1.分區：將病人安置於使用牆壁、玻璃隔板或可移動、清洗之屏風或圍簾等實體屏障區隔出的獨立空間進行照護。 註2.集中照護：採取將病人安置於以實體屏障區隔出的獨立空間照護，或是與一般病人共用同一個空間，但將相同感染的病人集中在固定的一個區域內進行照護。</p> <p>3.1.2 B、C型肝炎陽性病人血液透析後其機器消毒方式： <input type="checkbox"/>熱消 <input type="checkbox"/>化消（消毒液名稱：_____） <input type="checkbox"/>其他，請說明： _____</p> <p>3.1.3 B、C型肝炎陽性病人血液透析後其機器消毒頻次： <input type="checkbox"/>每班 <input type="checkbox"/>每天 <input type="checkbox"/>其他，請說明： _____</p>
	3.2每年監測病人肝炎情形，異常者有複檢	<p>3.2.1 B、C型肝炎陽性透析病人肝炎監測頻率： <input type="checkbox"/>每半年 <input type="checkbox"/>每年 <input type="checkbox"/>其他，請說明： _____</p> <p>3.2.2 B、C型肝炎陰性透析病人肝炎監測頻率： <input type="checkbox"/>每半年 <input type="checkbox"/>每年 <input type="checkbox"/>其他，請說明： _____</p> <p>3.2.3 是否訂有透析病人急性病毒性肝炎陽轉個案通報機制： <input type="checkbox"/>否。 <input type="checkbox"/>是；請簡述說明通報機制：</p>

輔導項目	評量項目	自評表																										
		<p>3.2.4急性病毒性肝炎於2020年通報件數。 <input type="checkbox"/>B型肝炎陽性；____件 <input type="checkbox"/>C型肝炎；____件</p>																										
3.隔離措施	3.3監測門診透析病人B型、C型肝炎轉陽率	<p>3.3請填寫2020年透析病人B、C型病毒性肝炎檢測結果：</p> <table border="1" data-bbox="1070 483 1928 900"> <thead> <tr> <th rowspan="2">項目</th> <th colspan="3">HBsAg</th> <th colspan="5">anti-HCV 抗體</th> </tr> <tr> <th>基礎值陰性人數(A) <small>註1</small></th> <th>陽轉個案數(B) <small>註2</small></th> <th>陽轉率%(B/A)</th> <th>基礎值陰性人數(A) <small>註2</small></th> <th>陽轉個案數(B) <small>註2</small></th> <th>陽轉個案有檢 驗 RNA 個案數</th> <th>陽轉個案RNA(+) 個案數</th> <th>陽轉率%(B/A)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>血液透析</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>註1：「基礎值陰性」：係指2020年曾接受長期透析病人中，其2019年檢驗值均為陰性者；若該透析病人無2019年檢驗數值，則以其2019年第一次檢驗值判定，若其檢驗結果為陰性者，則亦列入基礎值陰性人數。</p> <p>註2：「陽轉個案數」：係指前項基礎值陰性者中，於2019年度檢驗結果轉為陽性者；陽轉個案數請歸入統計。</p> <p>C肝通報定義請參閱附錄。</p> <p>3.4對於發燒之透析病人有給予適當處置</p> <p>3.4.1病人透析前是否有進行量溫： <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>是</p> <p>3.4.2是否訂有透析發燒病人處置流程： <input type="checkbox"/>否</p>	項目	HBsAg			anti-HCV 抗體					基礎值陰性人數(A) <small>註1</small>	陽轉個案數(B) <small>註2</small>	陽轉率%(B/A)	基礎值陰性人數(A) <small>註2</small>	陽轉個案數(B) <small>註2</small>	陽轉個案有檢 驗 RNA 個案數	陽轉個案RNA(+) 個案數	陽轉率%(B/A)	血液透析								
項目	HBsAg			anti-HCV 抗體																								
	基礎值陰性人數(A) <small>註1</small>	陽轉個案數(B) <small>註2</small>	陽轉率%(B/A)	基礎值陰性人數(A) <small>註2</small>	陽轉個案數(B) <small>註2</small>	陽轉個案有檢 驗 RNA 個案數	陽轉個案RNA(+) 個案數	陽轉率%(B/A)																				
血液透析																												

輔導項目	評量項目	自評表								
		<input type="checkbox"/> 是- 3.4.3 是否有隔離透析的規劃： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：有規劃 ○專區 ^{註1} ○單人室 ○負壓隔離區 註1： 專區：將病人安置於使用牆壁、玻璃隔板或可移動、清洗之屏風或圍簾等實體屏障區隔出的獨立空間進行照護。								
3. 隔離措施	3.5 對於新興傳染病之整備、病人處置及應變計劃	3.5.1 是否訂有新興傳染病之整備、病人處置之標準流程及應變計畫： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是；請提供：_____ 3.5.2 PPE 實務需求相關訓練資料： <table border="1" data-bbox="1077 738 1608 909"> <thead> <tr> <th></th> <th>2020年</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. 應受訓醫護人員數</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. 實際參加 PPE 訓練人數</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. 訓練完成度百分比</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		2020年	1. 應受訓醫護人員數		2. 實際參加 PPE 訓練人數		3. 訓練完成度百分比	
	2020年									
1. 應受訓醫護人員數										
2. 實際參加 PPE 訓練人數										
3. 訓練完成度百分比										

輔導項目	評量項目	自評表
	3.6環境與儀器設備之清潔消毒	3.6.1是否訂有機器及環境清潔消毒之作業流程： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是；請於實地輔導訪視時提供相關作業流程文件供參 3.6.2機器表面清消用具： <input type="checkbox"/> 布類抹布 <input type="checkbox"/> 拋棄式抹布 <input type="checkbox"/> 不織布抹布 <input type="checkbox"/> 其他，請說明：_____
		3.6.3機器表面清消方式： <input type="checkbox"/> 漂白水，濃度：_____ <input type="checkbox"/> 酒精，濃度：_____ <input type="checkbox"/> 其他，請說明：_____ <input type="checkbox"/> 否 3.6.4機器表面清消頻次： <input type="checkbox"/> 每班 <input type="checkbox"/> 每天 <input type="checkbox"/> 其他，請說明：_____ 3.6.5機器表面清消範圍： <input type="checkbox"/> 機器面板 <input type="checkbox"/> 機身 <input type="checkbox"/> 機台置物架 <input type="checkbox"/> 其他，請說明：_____ 3.6.6環境清消用具： <input type="checkbox"/> 布類抹布 <input type="checkbox"/> 拋棄式抹布 <input type="checkbox"/> 不織布抹布 <input type="checkbox"/> 其他，請說明：_____
4.標準	4.1手部衛生	3.6.7環境清消方式： <input type="checkbox"/> 漂白水，濃度：_____ <input type="checkbox"/> 酒精，濃度：_____ <input type="checkbox"/> 其他，請說明：_____ <input type="checkbox"/> 否_____ 3.6.8環境清消頻次： <input type="checkbox"/> 每班 <input type="checkbox"/> 每天 <input type="checkbox"/> 其他，請說明：_____ 3.6.9環境清消範圍： <input type="checkbox"/> 床 <input type="checkbox"/> 床欄 <input type="checkbox"/> 點滴架 <input type="checkbox"/> 地板 <input type="checkbox"/> 其他，請說明：_____
		4.1.1洗手設備調查：濕洗手____個；乾洗手（請填下表）

輔導項目	評量項目	自評表					
防護措施及其他防護措施		設置位置	透析床 (台)	工作車 (台)	護理站 (個)	大門入口(個)	其他位置，請說明
		院所之總數					
		上述地點有乾洗手劑之數量					
		4.1.2 是否辦理手部衛生稽核 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，頻次：○每月 ○每季 ○每半年 ○每年					
	4.2 安全的用藥/注射行為	4.2.1 藥物準備區： <input type="checkbox"/> 病人透析機台 <input type="checkbox"/> 工作車 <input type="checkbox"/> 準備區 4.2.2 抗凝劑的空針外註明藥物名稱、稀釋時間及稀釋後劑量： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是；空針外註明 <input type="checkbox"/> 藥物名稱 <input type="checkbox"/> 稀釋時間 <input type="checkbox"/> 稀釋後劑量 4.2.3 除抗凝劑外，是否還有多劑量包裝藥物： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，請列舉_____					
	4.3 針扎及個人防護裝備	4.3.1 是否訂有針扎事件處理流程： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是；請於實地輔導訪視時提供相關作業流程文件供參 4.3.2 是否訂有血液透析感染管制規範： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是；請於實地輔導訪視時提供相關作業流程文件供參 4.3.3 人員執行血液透析穿刺、收針等有可能產生血液、體液之飛濺					

輔導項目	評量項目	自評表
		<p>時，是否穿戴隔離衣、手套、口罩、護目鏡或面罩等個人防護裝備：</p> <p><input type="checkbox"/> 否</p> <p><input type="checkbox"/> 是；人員穿戴 <input type="checkbox"/> 隔離衣 <input type="checkbox"/> 手套 <input type="checkbox"/> 口罩 <input type="checkbox"/> 護目鏡 <input type="checkbox"/> 面罩</p> <p>4.3.4 人員每年是否接受感染管制教育3小時：</p> <p><input type="checkbox"/> 否</p> <p><input type="checkbox"/> 是</p> <p>4.3.5 是否設有收針車：</p> <p><input type="checkbox"/> 否</p> <p><input type="checkbox"/> 是</p> <p>4.3.6 是否有設置生物醫療性廢棄物及尖銳物品收集容器：</p> <p><input type="checkbox"/> 否</p> <p><input type="checkbox"/> 是</p>

◎本表尚為草案，可再依實際執行情況進行修訂



社團法人台灣感染管制學會

血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究

第二次交流會議記錄

- ◎ 時間：110年10月28日（星期四）晚上6點30分
- ◎ 地點：高雄醫學大學附設中和紀念醫院啟川大樓6樓第一會議室
- ◎ 主持人：陳堯生
- ◎ 共同主持人：盧柏樑、李佳蓉
- ◎ 協同主持人：張哲銘、詹明錦、洪靖慈、陳瑛瑛、吳家兆、
姜至剛、張明揚、王明誠、楊孟儒、李原地、
陳宜君
- ◎ 參與會議人員：林佩兒、劉秋芬、陳綉惠、林慧姬、葉淑敏、
廖秋香、陳麗菁、黃惠暄、黃玉瑩、溫玉嬌、
呂婉玉、楊凱玲、謝智超、胡梅茸、葉時孟、
楊宗錕、黃瑞玲
- ◎ 請假：黃尚志、張峰義、施智源、湯宏仁、吳志仁、鍾牧圻、
張若絮、許育瑞、李國華、何玉瑛、李柏蒼、王嘉年、
曾國憲、蔡孟勳、鄭又齊、沈淑芬、林威志、林士弼、
李政學

主席：陳堯生

記錄：江如萍 / 黃建豪

血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究第二次交流會議議程表

課程時間	課程名稱	主持人
18：30 - 18：40	歡迎致詞	高雄榮民總醫院 陳堯生副 院長 社團法人台灣感染管制學 會 陳宜君理事長 台灣腎臟醫學會張哲銘秘 書長
18：40 - 18：45	血液透析單位導入感染管制自我評 核機制先驅研究1-10月執行進度報 告	高雄醫學大學醫學院 盧柏樑院長
18：45 - 19：30	醫療院所實地輔導訪查情形綜整及 問題分析	高雄榮民總醫院 陳堯生副 院長
19：30 - 20：30	血液透析單位導入感染管制自我評 核機制先驅研究內容討論與交流	高雄榮民總醫院 陳堯生副 院長
20：30	賦歸	

壹、 主持人陳堃生副院長致詞、陳宜君理事長致詞、張哲銘秘書長致詞

貳、 報告事項

一、 2021年9-10月應完成工作項目表及9-10月執行進度，如下：

110年	預定執行事項	執行進度
九月	4. 召開第五次專家小組會議並紀錄備查 5. 綜整醫療院所自我查檢表回復評核結果 6. 參與醫療院所實地輔導訪查情形綜整及問題分析	1. 已於2021年9月11日星期六晚上6:30至8:30於高雄醫學大學附設中和紀念醫院啟川大樓6樓第一會議室舉行第一次實體暨線上交流會議並紀錄備查。 2. 已於2021年9月13日星期一晚上6:30至7:00於高雄醫學大學附設中和紀念醫院啟川大樓6樓第一會議室舉行第五次專家小組實體暨線上交流會議並紀錄備查。 依2021年9月13日第五次專家小組會議，實地輔導訪視時程為2021年9月27日至2021年10月22日，醫療院所自我查檢表回覆評核結果及實地輔導訪查情形綜整及問題分析將於實地輔導訪視後完成。
十月	1. 完成醫療院所自我查檢表回復評核結果 2. 辦理第二次交流會議 3. 綜整第二次交流會議問題及分析 4. 完成參與醫療院所實地輔導訪查情形綜整及問題分析	1. 原定實地輔導訪視時程為2021年9月27日至2021年10月22日，因防疫因素與行程安排，於2021年10月27日完成參與醫療院所實地輔導訪查，醫療院所自我查檢表回覆評核結果及實地輔導訪查情形綜整及問題分析於實地輔導訪視後，於2021年10月28日血液透析第二次交流會議報告。 2. 血液透析第二次交流會議，於2021年10月28日星期四晚上6點30分於高雄醫學大學附設中和紀念醫院啟川大樓6樓第一會議室舉行。

參、醫療院所實地輔導訪查情形綜整及問題分析。

一、實地輔導訪查情形綜整(附錄一)

輔導項目	評量項目	訪查情形	問題分析
1. 人員 健康管理 - 工作人員	1.1 B型肝炎病毒表面抗原 (HBsAg)、B 型肝炎病毒表面抗體 (anti-HBs)、C 型肝炎病毒抗體 (anti-HCV) 等檢驗紀錄並造冊，並提供適宜的管理及保存，保障員工隱私。	30家受訪醫療機構皆有對於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 型肝炎之員工每年至少一次追蹤檢查紀錄。	無。
	1.2 B型肝炎疫苗、流感疫苗與麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合 (Measles、Mumps、Rubella, MMR) 疫苗接種紀錄。	11家醫學中心及4家區域醫院皆達成3項指標項目，15家基層診所8家3項皆達成；4家達成2項；3家達成1項。	未達成原因 主要為無法強制員工接種疫苗，僅能多加推廣、勸說。
	1.3 每年胸部 X 光檢查。	11家醫學中心及4家區域醫院胸部X光檢查達成率皆為100%，15家基層診所11家達成率100%；2家達成率80%以上；2家達成80%以下。	未達成原因 主要為外包人員或接送司機其聘僱公司非一年照射一次胸部X光。
2. 感染管制措施	2.1. 依循 AAMI 國際現行標準，對於菌落數監測頻率，逆滲透水	30家受訪醫療機構皆有對於逆滲透水至少每個月檢測1次；所有透析機台之透析液	無。

輔導項目	評量項目	訪查情形	問題分析
- 環境	(Dialysis Water) 至少每個月檢測1次；所有透析機台之透析液 (Dialysis Fluid) 每季需至少檢測1次，合格標準為 <100 (CFU/ml)。	每季需至少檢測1次，且針對不合格點有檢討說明並留有紀錄備查。	
	2.2設有逆滲透水檢測結果之行動標準 (action level) 為 >50 (CFU/ml)。	28家受訪醫療機構有對於管理規範設有逆滲透水檢測結果之行動標準 (action level) 規範，且針對超出行動標準值的不合格點有檢討說明並留有紀錄備查，唯2家基層診所針對逆滲透水檢測超出行動標準值不合格點雖有處理但未留有紀錄備查。	未達成原因為針對逆滲透水檢測超出行動標準值不合格點雖有處理但不知要留有紀錄備查。
	2.3內毒素數據標準為 <0.25 (EU/ml)且每年至少檢測一次。	30家受訪醫療機構皆有對於內毒素每年至少檢測一次 (標準為< 0.25 EU/ml) 且針對超出標準值的不合格點有檢討說明並留有紀錄備查。	無。
3. 隔離措施	3.1血流傳染性肝炎病人實施床位區隔	30家受訪機構中，1家醫學中心及1家基層診所因空間格局問題，B肝病人雖有專機但僅能集中照護無實體分區，1家基層診所兩班之間	3. 硬體空間格局不足，已建議可再重

輔導項目	評量項目	訪查情形	問題分析
		機器無徹底消毒。	<p>新規劃空間配置。</p> <p>4. 無徹底消毒之基層診所，已建議需班與班之間做徹底消毒。</p>
	3.2每年監測病人肝炎情形，異常者有複檢	30家受訪機構中，所有透析病人均有建立肝炎監測，陽轉者皆有追蹤處置且血液透析室有符合法令的通報與加強監測作為。	無。
	3.3監測門診透析病人B型、C型肝炎轉陽率	30家受訪機構中，一年內B肝及C肝轉陽性率各 $\leq 5\%$ 。	無。
	3.4對於發燒之透析病人有給予適當處置	30家受訪機構中，對於發燒病人的處置有標準流程，譬如提供口罩、乾洗手，並給予適當處置。	無。
	3.5對於新興傳染病之整備、病人處置及應變計劃	30家受訪機構中，對於新興傳染病之整備、病人處置有制定標準之流程及應變計	無。

輔導項目	評量項目	訪查情形	問題分析
		畫。	
	3.6環境與儀器設備之清潔消毒	30家受訪機構中，對於機器管路消毒、機器表面清潔消毒及病人週遭環境表面清潔消毒皆有訂定作業流程及落實執行。	無。
4.標準防護措施及其他防護措施	4.1手部衛生	30家受訪機構中，對於手部衛生評量項目皆有落實執行。	無。
	4.2安全的用藥/注射行為	30家受訪機構中，僅1家基層診所未達標準，其餘29家皆符合有執行安全的用藥/注射行為。	未達成原因為抗凝劑抽取後未做藥物名稱、稀釋時間及稀釋後劑量之標示。
	4.3針扎及個人防護裝備	對於針扎及個人防護裝備，30家受訪機構皆符合評量項目中。	無。

二、「血液透析輔導訪視表及自評表(草案)」(附錄二)條文內容討論：

1. 1.3每年胸部 X 光檢查：

- 1.因基層診所新進人員流動率高，故試用期員工不納入分母。
- 2.針對兼職人員在條文分母說明時做加強，但若常駐3個月以上，以勞工安全管理來看，仍建議將其納入管理。
- 3.基層診所大多數是固定時間統一執行檢查，對於未檢查之員工建議表列未檢原因。

2. 3.5對於新興傳染病之整備、病人處置及應變計劃：

基層診所部分有提供接送服務，若為固定司機接送建議納入規範，可參考

機場防疫計程車規範；若為簽約計程車接送因目前納入規範難度較高，可視為一般公共載具。

三、30間醫療機構根據「血液透析輔導訪視表及自評表（草案）」(附錄二)所提問題之彙整，請討論。

1. 1.2 【B型肝炎疫苗】

1.2.1 是否掌握全體醫護人員 B 肝抗原抗體檢測資料（如抗體檢測、接種證明等）？

否（請跳答【季節性流感疫苗】）

是，109年有名未曾接種 B 型肝炎疫苗且抗體陰性人員。

上述人員有人已完成接種 B 型肝炎疫苗且有抗體；有人為按期程接種者（第1劑、第2劑間隔1個月，滿6個月追接種第3劑）。

【建議】

※新增有接種疫苗但無抗體產生人員

是否掌握全體醫護人員 B 肝抗原抗體檢測資料（如抗體檢測、接種證明等）？

否（請跳答【MMR 疫苗】）

是，全院 109 年有___名從未曾接種疫苗且抗體陰性人員(填報人員數為 0 者，請跳答1.2.2)

是否追蹤1.2.1填報人員接種 B 肝疫苗？

否

是，共有___人接種 B 型肝炎疫苗，

其中有___人為按期程接種者（第 1 劑、第 2 劑間隔 1 個月，滿 6 個月追接種第 3 劑），其中有___人為按期程接種後抗體陰性人員。

【決議】

修正自評表項目敘述：

是否掌握全體醫護人員 B 肝抗原抗體檢測資料（如抗體檢測、接種證明等）？

否（請跳答【MMR 疫苗】）

是，全院 109 年有___名從未曾接種疫苗且抗體陰性人員(填報人員數為 0 者，請跳答1.2.2)

是否追蹤1.2.1填報人員接種 B 肝疫苗？

否

是，上述人員目前共有___人已完成接種 B 型肝炎疫苗且有抗體，

其中有___人為按期程接種者（第 1 劑、第 2 劑間隔 1 個月，滿 6 個月追接種第 3 劑），其中有___人為按期程接種後抗體陰性人員。

2. 【季節性流感疫苗】

1.2.3 2020年醫療照護及相關工作人員流感流行季（每年10月至12月）之流

感疫苗接種率：____% (分子：____人；分母：____人)

【建議】

中央無給付外包人力，CDC 是否能提供疫苗？

【決議】

流感疫苗目前基層診所雖然可以為外包人力造冊，但僅能提報2名非醫護人員，因基層診所外包人力較多，設法與 CDC 溝通擴大造冊並在報告內提出建議。

3. 【MMR 疫苗】

1.2.4是否訂有醫療照護工作人員 MMR 疫苗接種計畫？

否

是，請填寫下表。

人員類別	甲類人員中符合註2任一條件之人數： (乙)	具麻疹免疫力之工作人員比率 (%) 乙/甲*100
1981年以後出生之醫療照護工作人員人數 (甲)註1		

註1.若具接種禁忌情況者，可自甲類人員人數中扣除，並請於備註欄註明原因；惟若不再具應接種禁忌情況（如懷孕）者，應重新評估接種之可能性。

註2.依據衛生福利部傳染病防治諮詢會預防接種組108年第1次會議決議，可以符合下列任一項條件判定：

- (1)具有【曾經診斷確認感染麻疹】佐證資料，或
- (2)提出【具麻疹免疫抗體檢測陽性報告，且檢驗日期距今<5年】，或
- (3)提出【最後15年內曾接種1劑MMR疫苗紀錄】等。

【建議】

※填寫表格應更正為

1981年以後出生之醫療照護工作人員人數(甲) 註1	甲類人員中符合註2任一條件之人數： (乙)	具麻疹免疫力之工作人員比率 (%) 乙/甲*100

註1.若具接種禁忌情況者，可自甲類人員人數中扣除，並請於備註欄註明原因；惟若不再具應接種禁忌情況（如懷孕）者，應重新評估接種之可能性。

註2.依據衛生福利部傳染病防治諮詢會預防接種組108年第1次會議決議，可以符合下列任一項條件判定：

- (1)具有【曾經診斷確認感染麻疹】佐證資料，或

- (2)提出【具麻疹免疫抗體檢測陽性報告，且檢驗日期距今<5年】，或
 (3)提出【最後15年內曾接種1劑MMR疫苗紀錄】等。

【決議】

修正自評表項目敘述：

1981年以後出生之醫療 照護工作人員人數(甲) 註1	甲類人員中符合註2任一 條件之人數： (乙)	具麻疹免疫力之工作人 員比率(%) 乙/甲*100

註1.若具接種禁忌情況者，可自甲類人員人數中扣除，並請於備註欄註明原因；惟若不再具應接種禁忌情況（如懷孕）者，應重新評估接種之可能性。

註2.依據衛生福利部傳染病防治諮詢會預防接種組108年第1次會議決議，可以符合下列任一項條件判定：

- (1)具有【曾經診斷確認感染麻疹】佐證資料，或
 (2)提出【具麻疹免疫抗體檢測陽性報告，且檢驗日期距今<5年】，或
 (3)提出【最後15年內曾接種1劑MMR疫苗紀錄】等。

4. 2.3內毒素數據標準為<0.25 (EU/ml)且每年至少檢測一次。

2.3.2內毒素檢測頻率

每年至少檢測一次

醫院自訂的頻率：_____ (請描述)。

2.3.3內毒素檢測水質

逆滲透水

透析液

2.3.4內毒素抽樣件數

2020年總計抽驗_____件。

2020年透析機總計_____台。

【建議】

目前依腎臟醫學會規定內毒素每年至少檢測一次，現各家醫療院所檢測內毒素價格(\$1,000-\$8,000)及檢測頻率差異較大，是否需重新制定內毒素檢測頻率或訂定最小抽樣件數？

【決議】

目前仍依腎臟醫學會規定內毒素每年至少檢測一次，暫不做更動。

5. 3.1.1B、C型肝炎陽性病人進行血液透析時所採取之隔離措施：

B型肝炎：無 分區註1 固定機台 分區且固定機台

C型肝炎：無 集中照護註2 其他，請說明：_____

註1.分區：將病人安置於使用牆壁、玻璃隔板或可移動、清洗之屏風或

圍簾等實體屏障區隔出的獨立空間進行照護。

註2.集中照護：採取將病人安置於以實體屏障區隔出的獨立空間照護，或是與一般病人共用同一個空間，但將相同感染的病人集中在固定的一個區域內進行照護。

【建議】

提問：急透析或是住院病人在抽血報告尚未出來時如何做 B、C 型肝炎陽性病人分區？

【決議】

目前住院透析病人或緊急透析的人數不固定，所以透析單位難以清楚規劃分區的空間與人力事宜。所以急透析時，在醫護人力或區域空間的安排上，在抽血報告尚未出來時，透析單位需加強個人防護與感管措施。

6. 3.2.1B、C 型肝炎陽性透析病人肝炎監測頻率：

每半年 每年 其他，請說明：

【建議】

- i. 健保每年額外給付測 HCV RNA。
- ii. C 肝陽性的定義要清楚，是 HCV Ab(+)或是 RNA(+)，因為 false positive 也不少。

【決議】

6.1修正自評表項目敘述：

3.2.1B、C 型肝炎抗體陽性透析病人肝炎監測頻率：

每半年 每年 其他，請說明：

- i. 目前 C 肝陽性的定義仍為 HCV Ab(+)而非 HCV RNA(+)。
- ii. 因目前若為 C 肝 RNA(-)，也可放置於一般透析病人區，建議將此類 C 肝抗體陽性病人之檢測 HCV RNA 納入健保給付。

7. 3.5.2PPE 實務要求相關訓練資料

	2020年
1.應受訓醫護人員數	
2.實際參加 PPE 訓練人數	
3.訓練完成度百分比	

【建議】

基層診所提問：如何找尋合格 PPE 訓練講師或訓練課程？

【決議】

7.1 PPE 訓練講師及課程可以邀請醫院相關人員協助授課。

7.2建議可以使用 E 等公務園學習平臺線上課程。

8. 3.6.3機器表面清消方式：

- 漂白水，濃度：_____
- 酒精，濃度：_____
- 其他，請說明：_____
- 否

【建議】

自評表項目應新增濃度單位，較有一致性。

【決議】

修正自評表項目敘述：

3.6.3機器表面清消方式：

- 漂白水，濃度：_____ppm
- 酒精，濃度：_____%
- 其他，請說明：_____
- 否

9. 3.6.7環境清消方式：

- 漂白水，濃度：_____
- 酒精，濃度：_____
- 其他，請說明：_____
- 否

【建議】

自評表項目應新增濃度單位，較有一致性。

【決議】

修正自評表項目敘述：

3.6.7環境清消方式：

- 漂白水，濃度：_____ppm
- 酒精，濃度：_____%
- 其他，請說明：_____
- 否

10. 4.3.4人員每年是否接受感染管制教育3小時：

- 否
- 是

【建議】

基層診所提問：因診所護理人員繼續教育訓練課程多需付費，許多課程皆有人數總額限制，學會是否可以提供線上課程或資源，讓基層診所護理人員有更多管道接受教育訓練？

【決議】

建議可以使用 E 等公務園學習平臺線上課程。

肆、血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究內容討論與交流。

伍、問題討論：無。

陸、臨時動議：無。

柒、散 會：110年9月11日 晚上20:30。

30家實地輔導訪查情形綜整(自評表)

輔導項目	評量項目									
一、人員健康管理-工作人員	1.3 B型肝炎病毒表面抗原 (HBsAg)、B型肝炎病毒表面抗體 (anti-HBs)、C型肝炎病毒抗體 (anti-HCV) 等檢驗紀錄並造冊，並提供適宜的管理及保存，保障員工隱私。 回覆率100%(30/30)									
	類型(區) 項目		北區		中區		南區		總數	
	每年至少一次追蹤檢查紀錄		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
	定期追蹤(未提供多久追蹤一次)		0	0	0	0	0	0	0	0
	1.4 B型肝炎疫苗、流感疫苗與麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合 (Measles、Mumps、Rubella, MMR) 疫苗接種紀錄。 掌握全體醫護人員 B 肝抗原抗體檢測資料 (如抗體檢測、接種證明等) 回覆率100% (30/30)									
	類型(區) 項目		北區		中區		南區		總數	
	全體醫護人員檢測資料		9	3	2	4	4	8	15	15
	院所提供員工「B型肝炎疫苗」的措施 回覆率100%(30/30)									
	類型(區) 項目		北區		中區		南區		總數	
	全額補助		8	0	1	2	4	2	13	4
部分補助		1	1	0	0	0	0	1	1	

完全自費	0	2	1	2	0	6	1	10
------	---	---	---	---	---	---	---	----

2020年醫療照護及相關工作人員流感流行季（每年10月至12月）之流感疫苗接種率
回覆率100% (30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
100%	2	0	1	2	1	1	4	3
90-99%	3	1	0	0	2	5	5	6
80-89%	4	1	1	0	1	1	6	2
60-69%	0	0	0	0	0	0	0	0
50-59%	0	0	0	1	0	0	0	1
40-49%	0	0	0	0	0	1	0	1
30-39%	0	0	0	1	0	0	0	1
10-19%	0	1	0	0	0	0	0	1
無資料	0	0	0	0	0	0	0	0

醫療照護工作人員 MMR 疫苗接種計畫
訂有 MMR 疫苗接種計畫接種率
回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
訂有 MMR 疫苗接種計畫	9	1	2	2	4	7	15	10
未訂有 MMR 疫苗接種計畫	0	2	0	2	0	1	0	5

(呈上題)1981年以後出生之醫療照護工作人員人數(具麻疹免疫力之工作人員比率)
回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所

	100%	4	2	1	2	2	0	7	4																																																														
	90-99%	2	0	1	0	1	3	4	3																																																														
	80-89%	2	0	0	0	1	4	3	4																																																														
	70-79%	1	0	0	0	0	0	1	0																																																														
	60-69%	0	1	0	2	0	1	0	4																																																														
	1.3 每年胸部 X 光檢查 與病人直接接觸之醫療相關工作人員及其他常駐工作人員（含外包人力）一年內的胸部 X 光檢查達成率 回覆率100%(30/30)																																																																						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">項目 \ 類型(區)</th> <th colspan="2">北區</th> <th colspan="2">中區</th> <th colspan="2">南區</th> <th colspan="2">總數</th> </tr> <tr> <th>醫院</th> <th>診所</th> <th>醫院</th> <th>診所</th> <th>醫院</th> <th>診所</th> <th>醫院</th> <th>診所</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>100%</td> <td>9</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>6</td> <td>15</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>90-99%</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>80-89%</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>70-79%</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>10% 以下</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>									項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	100%	9	3	2	2	4	6	15	11	90-99%	0	0	0	0	0	0	0	0	80-89%	0	0	0	1	0	1	0	2	70-79%	0	0	0	1	0	1	0	2	10% 以下	0	0	0	0	0	0	0	0
項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數																																																																
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所																																																															
100%	9	3	2	2	4	6	15	11																																																															
90-99%	0	0	0	0	0	0	0	0																																																															
80-89%	0	0	0	1	0	1	0	2																																																															
70-79%	0	0	0	1	0	1	0	2																																																															
10% 以下	0	0	0	0	0	0	0	0																																																															
二、感染管制措施-環境	依循 AAMI 國際現行標準，對於菌落數監測頻率，逆滲透水（Dialysis Water）至少每個月檢測 1 次，檢測地點為 回覆率100%(30/30)																																																																						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">項目 \ 類型(區)</th> <th colspan="2">北區</th> <th colspan="2">中區</th> <th colspan="2">南區</th> <th colspan="2">總數</th> </tr> <tr> <th>醫院</th> <th>診所</th> <th>醫院</th> <th>診所</th> <th>醫院</th> <th>診所</th> <th>醫院</th> <th>診所</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>每個 RO 設備出水口及回水口</td> <td>9</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>8</td> <td>15</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>每個 RO 設備出水口</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>無檢測</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>									項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	每個 RO 設備出水口及回水口	9	3	2	4	4	8	15	15	每個 RO 設備出水口	0	0	0	0	0	0	0	0	無檢測	0	0	0	0	0	0	0	0																		
項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數																																																																
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所																																																															
每個 RO 設備出水口及回水口	9	3	2	4	4	8	15	15																																																															
每個 RO 設備出水口	0	0	0	0	0	0	0	0																																																															
無檢測	0	0	0	0	0	0	0	0																																																															
	透析機台之透析液（Dialysis Fluid）檢測頻率 回覆率100%(30/30)																																																																						

項目	類型(區)	北區		中區		南區		總數	
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
每季1次		9	3	2	4	4	8	15	15
每2個月		0	0	0	0	0	0	0	0
無檢測		0	0	0	0	0	0	0	0

逆滲透水檢測結果之行動標準值

回覆率100%(30/30)

項目	類型(區)	北區		中區		南區		總數	
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
>50 CFU/ml		7	3	2	3	3	6	12	12
>25 CFU/ml		2	0	0	0	1	2	3	2
>1CFU/ml		0	0	0	1	0	0	0	1

內毒素檢驗標準值

回覆率100%(30/30)

項目	類型(區)	北區		中區		南區		總數	
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
< 0.25 EU/ml		9	3	2	4	3	8	14	15
<0.125EU/ml		0	0	0	0	1	0	1	0

內毒素檢測頻率

回覆率100%(30/30)

項目	類型(區)	北區		中區		南區		總數	
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
每年1次		6	3	1	1	1	8	8	12
每半年1次		0	0	0	3	1	0	1	3
每季1次		1	0	0	0	0	0	1	0
每2個月1次		0	0	0	0	1	0	1	0
每1個月1次		1	0	1	0	1	0	3	0
每一個月檢測1件		1	0	0	0	0	0	1	0

	內毒素檢測水質 回覆率100%(30/30)									
	類型(區) 項目		北區		中區		南區		總數	
			醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
	只檢驗逆滲透水		7	2	1	3	2	7	10	12
	只檢驗透析液		0	0	0	0	0	0	0	0
	2項皆有檢驗		2	1	1	1	2	1	5	3
	內毒素抽樣件數(總計) 回覆率100%(30/30)									
	類型(區) 項目		北區		中區		南區		總數	
			醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
	有提供內毒素抽樣總數		9	3	2	4	4	8	15	15
	無提供內毒素抽樣總數		0	0	0	0	0	0	0	0
	內毒素抽樣件數(透析機總計) 回覆率100%(30/30)									
	類型(區) 項目		北區		中區		南區		總數	
醫院			診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
有提供透析機總數		9	3	2	4	4	8	15	15	
無提供透析機總數		0	0	0	0	0	0	0	0	
三、隔離措施	血流傳染性肝炎病人實施床位區隔措施 B型肝炎陽性病人血液透析時採取之隔離措施 回覆率100%(30/30)									
	類型(區) 項目		北區		中區		南區		總數	
			醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
	分區且固定機台		8	2	2	4	4	7	14	13
	固定機台		1	1	0	0	0	1	1	2
C型肝炎陽性病人血液透析時採取之隔離措施										

回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
集中照護	6	1	2	3	2	5	10	9
分區且固定機台	3	0	0	0	2	2	5	2
固定機台	0	2	0	0	0	0	0	2
無 C 型肝炎專用病床	0	0	0	0	0	0	0	0
C 肝病人已痊癒，無提供方式	0	0	0	1	0	1	0	2

B、C 型肝炎陽性病人血液透析後其機器消毒方式

回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
熱消	2	2	0	0	2	0	4	2
化消	2	1	0	1	1	2	3	4
熱消、化消皆有	5	0	2	3	1	6	8	9

B、C 型肝炎陽性病人血液透析後其機器消毒頻次

回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
每天	0	0	0	1	0	0	0	1
每班	9	3	2	3	4	8	15	14

B、C 型肝炎透析病人肝炎監測頻率

回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所

每年	4	3	1	3	1	8	6	14
每半年	3	0	0	1	3	0	6	1
B 肝半年、C 肝3個月	1	0	0	0	0	0	1	0
B 肝每年、C 肝半年	1	0	0	0	0	0	1	0
B 肝每年、C 肝三個月	0	0	1	0	0	0	1	0
定期追蹤(無告知時間)	0	0	0	0	0	0	0	0

是否訂有透析病人急性病毒性肝炎陽轉個案通報機制
回覆率100%(30/30)

項目	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有通報機制	9	3	2	4	4	8	15	15

109年通報個案數 B 型肝炎陽性
回覆率100%(30/30)

項目	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
通報個案0件	9	3	2	4	4	8	15	15
無資料	0	0	0	0	0	0	0	0

109年通報個案數 C 型肝炎陽性
回覆率100%(30/30)

項目	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
通報個案0件	9	3	2	4	4	7	15	14
通報個案1件	0	0	0	0	0	1	0	1
無資料	0	0	0	0	0	0	0	0

109年透析病人 B、C 型病毒性肝炎檢測
回覆率100%(30/30)

項目	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有提供透析病人B、C型病毒性肝炎檢測資料	9	3	2	4	4	8	15	15
無提供透析病人B、C型病毒性肝炎檢測資料	0	0	0	0	0	0	0	0

病人透析前是否有進行量溫及透析發燒病人處置是否有通報機制
回覆率100%(30/30)

項目	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有進行量溫及通報機制	9	3	2	4	4	8	15	15

是否有設置隔離區
回覆率100%(30/30)

項目	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
無隔離區	1	1	0	1	1	1	2	3
負壓隔離區	0	0	0	0	3	0	3	0
專區	3	1	0	2	0	7	3	10
單人室	0	1	1	1	0	0	1	2
專區、單人室	1	0	0	0	0	0	1	0
專區、負壓隔離區	1	0	1	0	0	0	2	0
單人室、負壓隔離區	1	0	0	0	0	0	1	0
3項皆有	2	0	0	0	0	0	2	0

訂有新興傳染病應變計畫
回覆率100%(30/30)

項目	類型(區)	北區		中區		南區		總數	
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有新興傳染病應變計畫		9	3	2	4	4	8	15	15
PPE 訓練人數訓練資料 回覆率1000%(30/30)									
項目	類型(區)	北區		中區		南區		總數	
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
110年		9	3	2	4	4	8	15	15
109年		9	3	2	4	4	8	15	15
訂有機器及環境清潔消毒之作業流程 回覆率100%(30/30)									
項目	類型(區)	北區		中區		南區		總數	
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
機器及環境清潔消毒之作業流程		9	3	2	4	4	8	15	15
機器消毒用具 回覆率100%(30/30)									
項目	類型(區)	北區		中區		南區		總數	
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
醫療器械消毒濕巾		3	0	0	0	0	0	3	0
不織布抹布		0	1	1	0	1	2	2	3
不織布抹布、拋棄式不織布		0	0	0	1	0	0	0	1
布類抹布		2	0	0	1	0	0	2	1
布類抹布、不織布抹布		0	0	0	0	1	1	1	1

拋棄式抹布	4	2	1	2	2	5	7	9
機器消毒方式 回覆率100%(30/30)								
項目	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
140ppm 普效錠消毒溶液	0	0	0	1	0	0	0	1
DDSH 表面清潔劑	0	0	0	0	1	0	1	0
消毒濕巾	2	0	0	1	0	0	2	1
二氧化氯	0	0	0	0	0	1	0	1
酒精75%	0	0	0	0	1	0	1	0
漂白水(1000ppm)	6	2	1	1	0	3	7	6
漂白水(500ppm)	1	1	1	1	1	2	3	4
漂白水6%	0	0	0	0	1	1	1	1
漂白水0.5%	0	0	0	0	0	1	0	1
機器消毒頻次 回覆率100%(30/30)								
項目	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
每班	9	3	2	4	4	8	15	15
機器消毒範圍 回覆率100%(30/30)								
項目	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
機器面板、機身、機台 置物架	6	2	1	3	4	6	11	11
機器面板、機身	2	1	0	0	0	2	2	3
機器面板、機身、機台	0	0	0	1	0	0	0	1

置物架、血壓計壓脈袋									
機器面板、機身、機台 置物架、床區	1	0	0	0	0	0	1	0	
機器面板、機身、機台 置物架、KELLY	0	0	1	0	0	0	1	0	

環境消毒用具

回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
不織布抹布	0	1	1	0	1	1	2	2
布類抹布、拋棄式不織 布擦拭布	1	0	0	0	0	0	1	0
布類抹布	4	0	0	1	0	2	4	3
拋棄式抹布	4	2	1	3	3	4	8	9
噴霧	0	0	0	0	0	1	0	1

環境消毒方式

回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
140ppm 普效錠消毒溶 液	0	0	0	1	0	0	0	1
含氯消毒液5000ppm	0	0	1	0	0	0	1	0
二氧化氯	0	0	0	0	0	1	0	1
漂白水(1000ppm)	4	1	0	1	1	3	5	5
漂白水(500ppm)	4	2	1	1	3	3	8	6
漂白水6%	0	0	0	0	0	1	0	1
漂白水0.6%	1	0	0	0	0	1	1	1

環境消毒頻次
回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
每班	9	2	2	3	4	7	15	12
每天	0	1	0	1	0	1	0	3

環境消毒範圍
回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
床、床欄	0	0	0	0	0	1	0	1
床、床欄、周遭用品	3	0	0	1	1	0	4	1
床、床欄、點滴架	1	0	1	0	1	1	3	1
床、床欄、點滴架、周遭用品	4	2	1	3	1	6	6	11
床欄、周遭用品	1	1	0	0	1	0	2	1

*周遭用品: 床旁桌、壓脈帶、桌面、電視...等。

四、標準防護措施及其他防護措施

洗手設備位置及數量調查
濕洗手數量
回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有提供濕洗手數量	9	3	2	4	4	8	15	15
無提供濕洗手數量	0	0	0	0	0	0	0	0

透析床(台)院所總數

類型(區)	北區	中區	南區	總數

項目	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有提供透析床總數	9	3	2	4	4	8	15	15

工作車(台) 院所總數

項目	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有提供工作車總數	9	3	2	4	4	8	15	15

護理站(個) 院所總數

項目	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有提供護理站總數	9	3	2	4	4	8	15	15

大門入口(個) 院所總數

項目	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有提供大門入口總數	9	3	2	4	4	8	15	15

透析床(台) 院所總數並有乾洗手劑數量

項目	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有提供透析床總數有 乾洗手劑數量	9	3	2	4	4	8	15	15

工作車(台) 院所之總數並有乾洗手劑數量

項目	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所

有提供工作車總數並 有乾洗手劑數量	9	3	2	4	4	8	15	15
----------------------	---	---	---	---	---	---	----	----

護理站(個)院所總數並有乾洗手劑數量

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有提供護理站總數並 有乾洗手劑數量	9	3	2	4	4	8	15	15

大門入口(個)院所總數並有乾洗手劑數量

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有提供大門入口總數 並有乾洗手劑數量	9	3	2	4	4	8	15	15

辦理手部衛生稽核

回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
每個月	9	2	2	2	4	2	15	6
每一季	0	1	0	2	0	4	0	7
每半年	0	0	0	0	0	2	0	2
每年	0	0	0	0	0	0	0	0

藥物準備區位置

回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所

工作車	5	0	1	1	3	1	9	2
工作車、準備區	3	0	1	0	1	0	5	0
病人透析機台、工作車、準備區	0	0	0	1	0	0	0	1
病人透析機台、工作車、	0	0	0	0	0	1	0	1
病人透析機台、準備區	0	1	0	1	0	0	0	2
病人透析機台	1	0	0	0	0	1	1	1
準備區	0	2	0	1	0	5	0	8

是否抗凝劑的空針外註明藥物名稱、稀釋時間及稀釋後劑量
回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
三項皆有	9	3	2	4	4	7	15	14
無稀釋時間	0	0	0	0	0	0	0	0
無稀釋時間及稀釋後劑量	0	0	0	0	0	1	0	0
三項皆無	0	0	0	0	0	0	0	1

是否有多劑量包裝藥物
回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
無多劑量包裝藥物	8	1	2	4	3	5	13	10

有多劑量包裝藥物	1	2	0	0	1	3	2	5
----------	---	---	---	---	---	---	---	---

有針扎事件處理流程
回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有針扎事件處理流程	9	3	2	4	4	8	15	15

有血液透析感染管制規範
回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有血液透析感染管制規範	9	3	2	4	4	8	15	15

是否穿戴個人防護裝備
回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
全部項目都有	9	3	2	4	4	8	15	15
無面罩	0	0	0	0	0	0	0	0
無隔離衣	0	0	0	0	0	0	0	0
無隔離衣、面罩	0	0	0	0	0	0	0	0
無護目鏡	0	0	0	0	0	0	0	0

接受感染管制教育3小時
回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有接受感染管制教育3小時	9	3	2	4	4	8	15	15
沒有接受感染管制教育3小時	0	0	0	0	0	0	0	0

是否設有收針車
回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有收針車	7	3	2	2	4	8	13	13
沒有收針車	2	0	0	2	0	0	2	2

是否設置生物醫療性廢棄物及尖銳物品收集容器
回覆率100%(30/30)

項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
有生物醫療性廢棄物及尖銳物品收集容器	9	3	2	4	4	8	15	15

30家實地輔導訪查情形綜整(委員評量)

輔導項目	評量項目								
一、人員健康管理-工作人員	1.5 B型肝炎病毒表面抗原 (HBsAg)、B型肝炎病毒表面抗體 (anti-HBs)、C型肝炎病毒抗體 (anti-HCV) 等檢驗紀錄並造冊，並提供適宜的管理及保存，保障員工隱私。 回覆率100%(30/30)								
	類型(區) 項目	北區		中區		南區		總數	
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
	1.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型肝炎之員工每年至少一次追蹤檢查紀錄。	9	3	2	4	4	8	15	15
	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。	0	0	0	0	0	0	0	0
3.透析室之所有員工有B、C型肝炎之檢查紀錄。	0	0	0	0	0	0	0	0	
	1.6 B型肝炎疫苗、流感疫苗與麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合 (Measles、Mumps、Rubella, MMR) 疫苗接種紀錄。 1-1 B型肝炎表面抗原及表面抗體為陰性者有疫苗接種。 1-2每年流感疫苗接種達80% 含以上。 1-3新進人員提出麻疹、德國麻疹抗體陽性證明或完成 MMR 疫苗接種紀錄，達80%以上。								

輔導項目	評量項目								
	回覆率100% (30/30)								
	類型(區) 項目	北區		中區		南區		總數	
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
	以上3項皆達成。	9	1	2	2	4	5	15	8
	以上3項達成2項。	0	1	0	0	0	3	0	4
	以上3項達成1項。	0	1	0	2	0	0	0	3
	1.3每年胸部 X 光檢查								
	與病人直接接觸之醫療相關工作人員及其他常駐工作人員（含外包人力）一年內的胸部 X 光檢查達成率								
	回覆率100%(30/30)								
	類型(區) 項目	北區		中區		南區		總數	
醫院		診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
1. 每年進行胸部 X 光檢查且達成率100%。	9	3	2	2	4	6	15	11	
2. 每年進行胸部 X 光檢查且達成率達80%以上。	0	0	0	1	0	1	0	2	
3. 每年進行胸部 X 光檢查且達成率為80%以下。	0	0	0	1	0	1	0	2	
二、感染管制措施-環境	2.1依循 AAMI 國際現行標準，對於菌落數監測頻率，逆滲透水（Dialysis Water）至少每個月檢測 1 次；所有透析機台之透析液（Dialysis Fluid）每季需至少檢測 1 次，合格標準為< 100（CFU/ml）。								
	回覆率100%(30/30)								
	類型(區) 項目	北區		中區		南區		總數	
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
逆滲透水至少每個月檢測 1 次；所有透析	9	3	2	4	4	8	15	15	

輔導項目	評量項目								
	機台之透析液每季需至少檢測1次，且針對不合格點有檢討說明並留有紀錄備查。								
	逆滲透水至少每個月檢測1次；所有透析機台之透析液每季需至少檢測1次，且針對不合格點有檢討說明並無留紀錄備查。	0	0	0	0	0	0	0	0
	無檢測	0	0	0	0	0	0	0	0
2.2設有逆滲透水檢測結果之行動標準（action level）為>50（CFU/ml）。									
回覆率100%(30/30)									
	類型(區) 項目	北區		中區		南區		總數	
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
	管理規範設有逆滲透水檢測結果之行動標準（action level）規範，且針對超出行動標準值的不合格點有檢討說明並留有紀錄備查。	9	3	2	4	4	6	15	13
	管理規範設有逆滲透水檢測結果之行動標準（action level）規範，且針對超出行動標準值的不合格點有檢討說明並無留紀錄備查。	0	0	0	0	0	2	0	2

輔導項目	評量項目																										
	無檢測	0	0	0	0	0	0	0	0																		
	2.3內毒素數據標準為< 0.25 (EU/ml)且每年至少檢測一次。 回覆率100%(30/30)																										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="654 472 1016 517">類型(區)</th> <th colspan="2" data-bbox="1016 472 1149 517">北區</th> <th colspan="2" data-bbox="1149 472 1413 517">中區</th> <th colspan="2" data-bbox="1413 472 1677 517">南區</th> <th colspan="2" data-bbox="1677 472 2078 517">總數</th> </tr> <tr> <th data-bbox="654 517 1016 560">項目</th> <th data-bbox="1016 517 1149 560">醫院</th> <th data-bbox="1149 517 1281 560">診所</th> <th data-bbox="1281 517 1413 560">醫院</th> <th data-bbox="1413 517 1545 560">診所</th> <th data-bbox="1545 517 1677 560">醫院</th> <th data-bbox="1677 517 1809 560">診所</th> <th data-bbox="1809 517 1942 560">醫院</th> <th data-bbox="1942 517 2078 560">診所</th> </tr> </thead> </table>	類型(區)	北區		中區		南區		總數		項目	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	9	3	2	4	4	8	15	15
	類型(區)	北區		中區		南區		總數																			
	項目	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所																		
內毒素每年至少檢測一次(標準為< 0.25 EU/ml)且針對超出標準值的不合格點有檢討說明並留有紀錄備查。	0	0	0	0	0	0	0	0																			
無檢測	0	0	0	0	0	0	0	0																			
三、隔離措施	3.1血流傳染性肝炎病人實施床位區隔。 回覆率100%(30/30)																										
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="654 1107 1016 1152">類型(區)</th> <th colspan="2" data-bbox="1016 1107 1149 1152">北區</th> <th colspan="2" data-bbox="1149 1107 1413 1152">中區</th> <th colspan="2" data-bbox="1413 1107 1677 1152">南區</th> <th colspan="2" data-bbox="1677 1107 2078 1152">總數</th> </tr> <tr> <th data-bbox="654 1152 1016 1197">項目</th> <th data-bbox="1016 1152 1149 1197">醫院</th> <th data-bbox="1149 1152 1281 1197">診所</th> <th data-bbox="1281 1152 1413 1197">醫院</th> <th data-bbox="1413 1152 1545 1197">診所</th> <th data-bbox="1545 1152 1677 1197">醫院</th> <th data-bbox="1677 1152 1809 1197">診所</th> <th data-bbox="1809 1152 1942 1197">醫院</th> <th data-bbox="1942 1152 2078 1197">診所</th> </tr> </thead> </table>	類型(區)	北區		中區		南區		總數		項目	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	8	2	2	3	4	8	14	13	
類型(區)	北區		中區		南區		總數																				
項目	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所																			
1. B型肝炎病人有機器隔離及床位隔離區，C型肝炎病患有集中照護，且兩班之間機器有																											

輔導項目	評量項目																																																				
	徹底消毒。																																																				
	2. B 型肝炎病人無機器隔離與床位隔離區，或 C 型肝炎病人無集中照護，但兩班之間機器皆有徹底消毒。	1	1	0	0	0	0	1	1																																												
	3. 完全未作區隔或兩班之間機器無徹底消毒。	0	0	0	1	0	0	0	1																																												
<p>3.2 每年監測病人肝炎情形，異常者有複檢。 回覆率 100% (30/30)</p>																																																					
	<table border="1" data-bbox="654 655 2078 1337"> <thead> <tr> <th data-bbox="654 655 1016 738" rowspan="2">項目 \ 類型(區)</th> <th colspan="2" data-bbox="1016 655 1276 700">北區</th> <th colspan="2" data-bbox="1276 655 1536 700">中區</th> <th colspan="2" data-bbox="1536 655 1796 700">南區</th> <th colspan="2" data-bbox="1796 655 2078 700">總數</th> </tr> <tr> <th data-bbox="1016 700 1146 738">醫院</th> <th data-bbox="1146 700 1276 738">診所</th> <th data-bbox="1276 700 1406 738">醫院</th> <th data-bbox="1406 700 1536 738">診所</th> <th data-bbox="1536 700 1666 738">醫院</th> <th data-bbox="1666 700 1796 738">診所</th> <th data-bbox="1796 700 1926 738">醫院</th> <th data-bbox="1926 700 2078 738">診所</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="654 738 1016 949">1. 所有透析病人均有建立肝炎監測，陽轉者皆有追蹤處置且血液透析室有符合法令的通報與加強監測作為。</td> <td data-bbox="1016 738 1146 949">9</td> <td data-bbox="1146 738 1276 949">3</td> <td data-bbox="1276 738 1406 949">2</td> <td data-bbox="1406 738 1536 949">4</td> <td data-bbox="1536 738 1666 949">4</td> <td data-bbox="1666 738 1796 949">8</td> <td data-bbox="1796 738 1926 949">15</td> <td data-bbox="1926 738 2078 949">15</td> </tr> <tr> <td data-bbox="654 949 1016 1160">2. 只有部份透析病人有建立肝炎監測，但陽轉者皆有追蹤處置且血液透析室有符合法令的通報與加強監測作為。</td> <td data-bbox="1016 949 1146 1160">0</td> <td data-bbox="1146 949 1276 1160">0</td> <td data-bbox="1276 949 1406 1160">0</td> <td data-bbox="1406 949 1536 1160">0</td> <td data-bbox="1536 949 1666 1160">0</td> <td data-bbox="1666 949 1796 1160">0</td> <td data-bbox="1796 949 1926 1160">0</td> <td data-bbox="1926 949 2078 1160">0</td> </tr> <tr> <td data-bbox="654 1160 1016 1337">3. 沒有定期監測，或陽轉者無追蹤處置或血液透析室無符合法令的通報與加強監測作為。</td> <td data-bbox="1016 1160 1146 1337">0</td> <td data-bbox="1146 1160 1276 1337">0</td> <td data-bbox="1276 1160 1406 1337">0</td> <td data-bbox="1406 1160 1536 1337">0</td> <td data-bbox="1536 1160 1666 1337">0</td> <td data-bbox="1666 1160 1796 1337">0</td> <td data-bbox="1796 1160 1926 1337">0</td> <td data-bbox="1926 1160 2078 1337">0</td> </tr> </tbody> </table>	項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	1. 所有透析病人均有建立肝炎監測，陽轉者皆有追蹤處置且血液透析室有符合法令的通報與加強監測作為。	9	3	2	4	4	8	15	15	2. 只有部份透析病人有建立肝炎監測，但陽轉者皆有追蹤處置且血液透析室有符合法令的通報與加強監測作為。	0	0	0	0	0	0	0	0	3. 沒有定期監測，或陽轉者無追蹤處置或血液透析室無符合法令的通報與加強監測作為。	0	0	0	0	0	0	0	0								
	項目 \ 類型(區)		北區		中區		南區		總數																																												
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所																																												
	1. 所有透析病人均有建立肝炎監測，陽轉者皆有追蹤處置且血液透析室有符合法令的通報與加強監測作為。	9	3	2	4	4	8	15	15																																												
2. 只有部份透析病人有建立肝炎監測，但陽轉者皆有追蹤處置且血液透析室有符合法令的通報與加強監測作為。	0	0	0	0	0	0	0	0																																													
3. 沒有定期監測，或陽轉者無追蹤處置或血液透析室無符合法令的通報與加強監測作為。	0	0	0	0	0	0	0	0																																													
1. 所有透析病人均有建立肝炎監測，陽轉者皆有追蹤處置且血液透析室有符合法令的通報與加強監測作為。	9	3	2	4	4	8	15	15																																													
2. 只有部份透析病人有建立肝炎監測，但陽轉者皆有追蹤處置且血液透析室有符合法令的通報與加強監測作為。	0	0	0	0	0	0	0	0																																													
3. 沒有定期監測，或陽轉者無追蹤處置或血液透析室無符合法令的通報與加強監測作為。	0	0	0	0	0	0	0	0																																													

| 3.3 監測門診透析病人 B 型、C 型肝炎轉陽率。 | | | | | | | | | |

輔導項目	評量項目								
	回覆率100%(30/30)								
	類型(區) 項目	北區		中區		南區		總數	
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
	1.一年內 B 肝及 C 肝轉陽性率各 $\leq 5\%$ 。	9	3	2	4	4	8	15	15
	2.一年內 B 肝或 C 肝轉陽性率 $> 5\%$ 。	0	0	0	0	0	0	0	0
	3.4對於發燒之透析病人有給予適當處置。								
	回覆率100%(30/30)								
	類型(區) 項目	北區		中區		南區		總數	
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
	1.對於發燒病人的處置有標準流程，譬如有提供口罩、乾洗手，並給予適當處置。	9	3	2	4	4	8	15	15
	2.對於發燒病人的處置無規範。	0	0	0	0	0	0	0	0
	3.5對於新興傳染病之整備、病人處置及應變計劃。								
	回覆率100%(30/30)								
	類型(區) 項目	北區		中區		南區		總數	
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
1.對於新興傳染病之整備、病人處置有制定標準之流程及應變計畫。	9	3	2	4	4	8	15	15	
2.對於新興傳染病防治無規範。	0	0	0	0	0	0	0	0	

輔導項目	評量項目																										
	3.6環境與儀器設備之清潔消毒。 1.訂有機器管路消毒作業流程及落實執行。 2.訂有機器表面清潔消毒作業流程及落實執行。 3.訂有病人週遭環境表面清潔消毒作業流程及落實執行。 回覆率100%(30/30)																										
四、標準防護措施及其他防護措施	4.1手部衛生 回覆率100%(30/30)																										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="665 759 999 804">類型(區)</th> <th colspan="2" data-bbox="1010 759 1137 804">北區</th> <th colspan="2" data-bbox="1149 759 1276 804">中區</th> <th colspan="2" data-bbox="1288 759 1415 804">南區</th> <th colspan="2" data-bbox="1426 759 1554 804">總數</th> </tr> <tr> <th data-bbox="665 804 999 842">項目</th> <th data-bbox="1010 804 1137 842">醫院</th> <th data-bbox="1137 804 1276 842">診所</th> <th data-bbox="1149 804 1276 842">醫院</th> <th data-bbox="1276 804 1415 842">診所</th> <th data-bbox="1288 804 1415 842">醫院</th> <th data-bbox="1415 804 1554 842">診所</th> <th data-bbox="1426 804 1554 842">醫院</th> <th data-bbox="1554 804 1682 842">診所</th> </tr> </thead> </table>	類型(區)	北區		中區		南區		總數		項目	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所								
	類型(區)	北區		中區		南區		總數																			
	項目	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所																		
	1.3項皆有落實執行。	9	3	2	4	4	8	15	15																		
2.有完成1-2項。	0	0	0	0	0	0	0	0																			
3.皆無完成。	0	0	0	0	0	0	0	0																			

輔導項目	評量項目								
	液及擦手紙。 2-2執行下列說明，能確實洗手。								
	3.未達上述標準。	0	0	0	0	0	0	0	0
	4.2安全的用藥/注射行為 回覆率100%(30/30)								
	項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
	1.符合第2大項說明，且給藥前，給予用藥指導，給藥後，觀察病人反應，如有副作用，應與醫師確認且有處理紀錄。	9	3	2	4	4	7	15	14
	2.2-1備有單位常用藥品查詢工具。 2-2所有給藥(含自備藥)皆應有醫囑記錄。 2-3給藥時依3讀5對執行且有記錄。 2-4在抗凝劑的空針外註明藥物名稱、稀釋時間及稀釋後劑量。	0	0	0	0	0	0	0	0
	3.未達上述標準。	0	0	0	0	0	1	0	1

輔導項目	評量項目								
	4.3針扎及個人防護裝備 回覆率100%(30/30)								
	項目 \ 類型(區)	北區		中區		南區		總數	
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
	1. 符合第2大項說明，且有針扎事件處理流程。	9	3	2	4	4	8	15	15
	2. 2-1有感染管制規範並定期修訂。 2-2執行血液透析穿刺、收針等有可能產生血液、體液之飛濺時，應穿戴隔離衣、手套、口罩、護目鏡或面罩等個人防護裝備。 2-3依循標準防護措施照護病人，且定期辦理員工感染管制教育訓練。 2-4應具有生物醫療性廢棄物及尖銳物品收集容器。	0	0	0	0	0	0	0	0
3.未達上述標準。	0	0	0	0	0	0	0	0	

附錄二

血液透析自評表（草案）

血液透析醫療院所：

輔導訪視日期：

輔導項目	評量項目	自評表
<p>1. 人員健康管理 - 工作人員</p>	<p>1.1 B 型肝炎病毒表面抗原 (HBsAg)、B 型肝炎病毒表面抗體 (anti-HBs)、C 型肝炎病毒抗體 (anti-HCV) 等檢驗紀錄並造冊，並提供適宜的管理及保存，保障員工隱私。</p>	<p><input type="checkbox"/> 1.1 透析室之所有員工有 B、C 型肝炎之檢查紀錄；且對未感染 B、C 型肝炎之員工每年至少一次追蹤檢查紀錄。</p> <p><input type="checkbox"/> 1.2 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（請描述：_____）追蹤檢查紀錄。</p> <p><input type="checkbox"/> 1.3 透析室之所有員工有 B、C 型肝炎之檢查紀錄。</p> <p><input type="checkbox"/> 1.4 其他：請描述_____。</p>
	<p>1.2 B 型肝炎疫苗、流感疫苗與麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合 (Measles、Mumps、Rubella, MMR) 疫苗接種紀錄。</p>	<p>【B 型肝炎疫苗】</p> <p>1.2.1 是否掌握全體醫護人員 B 肝抗原抗體檢測資料（如抗體檢測、接種證明等）？</p> <p><input type="checkbox"/> 否（請跳答【季節性流感疫苗】）</p> <p><input type="checkbox"/> 是，109 年有__名未曾接種 B 型肝炎疫苗且抗體陰性人員。 <input type="checkbox"/> 上述人員有__人已完成接種 B 型肝炎疫苗且有抗體；有__人為按期程接種者（第 1 劑、第 2 劑間隔 1 個月，滿 6 個月追接種第 3 劑）。</p> <p>1.2.2 院所是否提供員工「B 型肝炎疫苗」的措施？</p> <p><input type="checkbox"/> 否，員工完全自費。</p> <p><input type="checkbox"/> 是，院所部分補助。</p> <p><input type="checkbox"/> 是，院所全額補助。</p> <p>【季節性流感疫苗】</p> <p>1.2.3 2020 年醫療照護及相關工作人員流感流行季（每年 10 月至 12 月）之流感疫苗接種率：____%（分子：____人；分母：____人）</p> <p>【MMR 疫苗】</p>

輔導項目	評量項目	自評表						
		<p>1.2.4 是否訂有醫療照護工作人員 MMR 疫苗接種計畫？</p> <p><input type="checkbox"/> 否。</p> <p><input type="checkbox"/> 是，請填寫下表。</p> <table border="1" data-bbox="1077 360 2002 679"> <thead> <tr> <th data-bbox="1077 360 1435 528">人員類別</th> <th data-bbox="1435 360 1727 528">甲類人員中符合註2任一條件之人數： (乙)</th> <th data-bbox="1727 360 2002 528">具麻疹免疫力之工作人員比率 (%) 乙/甲*100</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1077 528 1435 679">1981年以後出生之醫療照護工作人員人數 (甲) 註1</td> <td data-bbox="1435 528 1727 679"></td> <td data-bbox="1727 528 2002 679"></td> </tr> </tbody> </table> <p>註1.若具接種禁忌情況者，可自甲類人員人數中扣除，並請於備註欄註明原因；惟若不再具應接種禁忌情況（如懷孕）者，應重新評估接種之可能性。</p> <p>註2.依據衛生福利部傳染病防治諮詢會預防接種組108年第1次會議決議，可以符合下列任一項條件判定：</p> <p>(1)具有【曾經診斷確認感染麻疹】佐證資料，或</p> <p>(2)提出【具麻疹免疫抗體檢測陽性報告，且檢驗日期距今<5年】，或</p> <p>(3)提出【最後15年內曾接種1劑MMR疫苗紀錄】等。</p> <p>1.2.5 機構人員 COVID-19疫苗接種率？</p> <p>第一劑 COVID-19疫苗接種率____%(分母:____人，分子:____人)</p> <p>第二劑 COVID-19疫苗接種率____%(分母:____人，分子:____人)</p>	人員類別	甲類人員中符合註2任一條件之人數： (乙)	具麻疹免疫力之工作人員比率 (%) 乙/甲*100	1981年以後出生之醫療照護工作人員人數 (甲) 註1		
人員類別	甲類人員中符合註2任一條件之人數： (乙)	具麻疹免疫力之工作人員比率 (%) 乙/甲*100						
1981年以後出生之醫療照護工作人員人數 (甲) 註1								

輔導項目	評量項目	自評表
	1.3每年胸部 X 光檢查。	<p>1.3.1所有與病人直接接觸之醫療相關工作人員及其他常駐工作人員（含外包人力）一年內的胸部 X 光檢查達成率為____ %。</p> <p>【說明】</p> <p>分母:單位所有與病人直接接觸之醫療相關工作人員人數____及其他常駐工作人員（含外包人力）____人。</p> <p>分子:實際執行胸部 X 光檢查醫療相關工作人員人數____及其他常駐工作人員（含外包人力）____人。</p> <p>註1:「常駐」係指「3個月以上」。</p> <p>1.3.4 是否有對機構透析病人進行胸部 X 光檢查</p> <p><input type="checkbox"/>是。頻次：<input type="checkbox"/>每半年 <input type="checkbox"/>每年 <input type="checkbox"/>每兩年 <input type="checkbox"/>其他_____。</p> <p><input type="checkbox"/>否，請描述：_____。</p> <p>109年病人進行胸部 X 檢查達成率為____ %(分母 _____人，分子_____人) _</p>

輔導項目	評量項目	自評表
2.感染管制措施-環境	<p>2.1.依循 AAMI 國際現行標準，對於菌落數監測頻率，逆滲透水 (Dialysis Water) 至少每個月檢測 1 次；所有透析機台之透析液 (Dialysis Fluid) 每季需至少檢測 1 次，合格標準為 < 100 (CFU/ml)。</p> <p>2.2設有逆滲透水檢測結果之行動標準 (action level) 為 >50 (CFU/ml)。</p> <p>2.3內毒素數據標準為 < 0.25 (EU/ml)且每年至少檢測一次。</p>	<p>2.1.1每個月檢測 1 次逆滲透水菌落數，檢測地點：</p> <p><input type="checkbox"/>機房內每個 RO 設備出水口及回水口。</p> <p><input type="checkbox"/>所有透析機台的 RO 出水口。</p> <p><input type="checkbox"/>所有 RO 出水口以抽檢方式。</p> <p><input type="checkbox"/>其他：請描述_____</p> <p>2.1.2透析液</p> <p><input type="checkbox"/>每季每台透析機至少檢測一次。</p> <p><input type="checkbox"/>以抽檢方式檢測，每台不一定每季會被檢測到。</p> <p><input type="checkbox"/>其他：請描述_____</p> <p>2.2逆滲透水檢測結果之行動標準值</p> <p><input type="checkbox"/> >50 CFU/ml</p> <p><input type="checkbox"/>醫院自訂的標準值：_____ (請描述)。</p> <p>2.3.1內毒素檢驗標準值</p> <p><input type="checkbox"/> < 0.25 EU/ml</p> <p><input type="checkbox"/>醫院自訂的標準值：_____ (請描述)。</p> <p>2.3.2內毒素檢測頻率</p> <p><input type="checkbox"/>每年至少檢測一次</p> <p><input type="checkbox"/>醫院自訂的頻率：_____ (請描述)。</p> <p>2.3.3內毒素檢測水質</p> <p><input type="checkbox"/>逆滲透水</p> <p><input type="checkbox"/>透析液</p> <p>2.3.4內毒素抽樣件數</p> <p><input type="checkbox"/>2020年總計抽驗_____件。</p> <p><input type="checkbox"/>2020年透析機總計_____台。</p>

輔導項目	評量項目	自評表
3.隔離措施	3.1血流傳染性肝炎病人實施床位區隔	<p>3.1.1 B、C型肝炎陽性病人進行血液透析時所採取之隔離措施： B型肝炎：<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>分區^{註1} <input type="checkbox"/>固定機台 <input type="checkbox"/>分區且固定機台 C型肝炎：<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>集中照護^{註2} <input type="checkbox"/>其他，請說明： _____</p> <p>註1.分區：將病人安置於使用牆壁、玻璃隔板或可移動、清洗之屏風或圍簾等實體屏障區隔出的獨立空間進行照護。 註2.集中照護：採取將病人安置於以實體屏障區隔出的獨立空間照護，或是與一般病人共用同一個空間，但將相同感染的病人集中在固定的一個區域內進行照護。</p> <p>3.1.2 B、C型肝炎陽性病人血液透析後其機器消毒方式： <input type="checkbox"/>熱消 <input type="checkbox"/>化消（消毒液名稱：_____） <input type="checkbox"/>其他，請說明： _____</p> <p>3.1.3 B、C型肝炎陽性病人血液透析後其機器消毒頻次： <input type="checkbox"/>每班 <input type="checkbox"/>每天 <input type="checkbox"/>其他，請說明： _____</p>
	3.2每年監測病人肝炎情形，異常者有複檢	<p>3.2.1 B、C型肝炎陽性透析病人肝炎監測頻率： <input type="checkbox"/>每半年 <input type="checkbox"/>每年 <input type="checkbox"/>其他，請說明： _____</p> <p>3.2.2 B、C型肝炎陰性透析病人肝炎監測頻率： <input type="checkbox"/>每半年 <input type="checkbox"/>每年 <input type="checkbox"/>其他，請說明： _____</p> <p>3.2.3是否訂有透析病人急性病毒性肝炎陽轉個案通報機制： <input type="checkbox"/>否。 <input type="checkbox"/>是；請簡述說明通報機制： _____</p>

輔導項目	評量項目	自評表																										
		3.2.4急性病毒性肝炎於2020年通報件數。 <input type="checkbox"/> B型肝炎陽性；____件 <input type="checkbox"/> C型肝炎；____件																										
3.隔離措施	3.3監測門診透析病人B型、C型肝炎轉陽率	3.3請填寫2020年透析病人B、C型病毒性肝炎檢測結果： <table border="1" data-bbox="1070 405 1928 820"> <thead> <tr> <th rowspan="2">項目</th> <th colspan="3">HBsAg</th> <th colspan="5">anti-HCV 抗體</th> </tr> <tr> <th>基礎值陰性人數(A)^{註1}</th> <th>陽轉個案數(B)^{註2}</th> <th>陽轉率%(B/A)</th> <th>基礎值陰性人數(A)^{註2}</th> <th>陽轉個案數(B)^{註2}</th> <th>陽轉個案有檢驗RNA個案數</th> <th>陽轉個案RNA(+)個案數</th> <th>陽轉率%(B/A)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>血液透析</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>註1：「基礎值陰性」：係指2020年曾接受長期透析病人中，其2019年檢驗值均為陰性者；若該透析病人無2019年檢驗數值，則以其2019年第一次檢驗值判定，若其檢驗結果為陰性者，則亦列入基礎值陰性人數。</p> <p>註2：「陽轉個案數」：係指前項基礎值陰性者中，於2019年度檢驗結果轉為陽性者；陽轉個案數請歸人統計。</p> <p>C肝通報定義請參閱附錄。</p>	項目	HBsAg			anti-HCV 抗體					基礎值陰性人數(A) ^{註1}	陽轉個案數(B) ^{註2}	陽轉率%(B/A)	基礎值陰性人數(A) ^{註2}	陽轉個案數(B) ^{註2}	陽轉個案有檢驗RNA個案數	陽轉個案RNA(+)個案數	陽轉率%(B/A)	血液透析								
項目	HBsAg			anti-HCV 抗體																								
	基礎值陰性人數(A) ^{註1}	陽轉個案數(B) ^{註2}	陽轉率%(B/A)	基礎值陰性人數(A) ^{註2}	陽轉個案數(B) ^{註2}	陽轉個案有檢驗RNA個案數	陽轉個案RNA(+)個案數	陽轉率%(B/A)																				
血液透析																												
	3.4對於發燒之透析病人有給予適當處置	3.4.1病人透析前是否有進行量溫： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 3.4.2是否訂有透析發燒病人處置流程： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是-																										

輔導項目	評量項目	自評表								
		3.4.3 是否有隔離透析的規劃： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是：有規劃 ○ 專區 ^{註1} ○ 單人室 ○ 負壓隔離區 註1： 專區：將病人安置於使用牆壁、玻璃隔板或可移動、清洗之屏風或圍簾等實體屏障區隔出的獨立空間進行照護。								
3. 隔離措施	3.5 對於新興傳染病之整備、病人處置及應變計劃	3.5.1 是否訂有新興傳染病之整備、病人處置之標準流程及應變計畫： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是；請提供：_____ 3.5.2 PPE 實務需求相關訓練資料： <table border="1" data-bbox="1077 655 1608 825"> <thead> <tr> <th data-bbox="1077 655 1458 699"></th> <th data-bbox="1458 655 1608 699">2020年</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1077 699 1458 742">1. 應受訓醫護人員數</td> <td data-bbox="1458 699 1608 742"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1077 742 1458 785">2. 實際參加 PPE 訓練人數</td> <td data-bbox="1458 742 1608 785"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1077 785 1458 825">3. 訓練完成度百分比</td> <td data-bbox="1458 785 1608 825"></td> </tr> </tbody> </table>		2020年	1. 應受訓醫護人員數		2. 實際參加 PPE 訓練人數		3. 訓練完成度百分比	
	2020年									
1. 應受訓醫護人員數										
2. 實際參加 PPE 訓練人數										
3. 訓練完成度百分比										

輔導項目	評量項目	自評表						
	3.6環境與儀器設備之清潔消毒	3.6.1是否訂有機器及環境清潔消毒之作業流程： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是；請於實地輔導訪視時提供相關作業流程文件供參 3.6.2機器表面清消用具： <input type="checkbox"/> 布類抹布 <input type="checkbox"/> 拋棄式抹布 <input type="checkbox"/> 不織布抹布 <input type="checkbox"/> 其他，請說明：_____ 3.6.3機器表面清消方式： <input type="checkbox"/> 漂白水，濃度：_____ <input type="checkbox"/> 酒精，濃度：_____ <input type="checkbox"/> 其他，請說明：_____ <input type="checkbox"/> 否 3.6.4機器表面清消頻次： <input type="checkbox"/> 每班 <input type="checkbox"/> 每天 <input type="checkbox"/> 其他，請說明：_____ 3.6.5機器表面清消範圍： <input type="checkbox"/> 機器面板 <input type="checkbox"/> 機身 <input type="checkbox"/> 機台置物架 <input type="checkbox"/> 其他，請說明：_____ 3.6.6環境清消用具：						
		<input type="checkbox"/> 布類抹布 <input type="checkbox"/> 拋棄式抹布 <input type="checkbox"/> 不織布抹布 <input type="checkbox"/> 其他，請說明：_____ 3.6.7環境清消方式： <input type="checkbox"/> 漂白水，濃度：_____ <input type="checkbox"/> 酒精，濃度：_____ <input type="checkbox"/> 其他，請說明：_____ <input type="checkbox"/> 否____ 3.6.8環境清消頻次： <input type="checkbox"/> 每班 <input type="checkbox"/> 每天 <input type="checkbox"/> 其他，請說明：_____ 3.6.9環境清消範圍： <input type="checkbox"/> 床 <input type="checkbox"/> 床欄 <input type="checkbox"/> 點滴架 <input type="checkbox"/> 地板 <input type="checkbox"/> 其他，請說明：_____						
4.標準防護措施及其	4.1手部衛生	4.1.1洗手設備調查：濕洗手____個；乾洗手（請填下表） <table border="1" data-bbox="1061 1326 1984 1367"> <tr> <td>設置位置</td> <td>透析床</td> <td>工作車</td> <td>護理站</td> <td>大門入</td> <td>其他位置，請</td> </tr> </table>	設置位置	透析床	工作車	護理站	大門入	其他位置，請
設置位置	透析床	工作車	護理站	大門入	其他位置，請			

輔導項目	評量項目	自評表					
			(台)	(台)	(個)	口(個)	說明
他防護措施		院所之總數					
		上述地點有乾洗手劑之數量					
		4.1.2是否辦理手部衛生稽核 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，頻次：○每月 ○每季 ○每半年 ○每年					
	4.2安全的用藥/注射行為	4.2.1藥物準備區： <input type="checkbox"/> 病人透析機台 <input type="checkbox"/> 工作車 <input type="checkbox"/> 準備區 4.2.2抗凝劑的空針外註明藥物名稱、稀釋時間及稀釋後劑量： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是；空針外註明 <input type="checkbox"/> 藥物名稱 <input type="checkbox"/> 稀釋時間 <input type="checkbox"/> 稀釋後劑量 4.2.3除抗凝劑外，是否還有多劑量包裝藥物： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，請列舉_____					
	4.3針扎及個人防護裝備	4.3.1是否訂有針扎事件處理流程： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是；請於實地輔導訪視時提供相關作業流程文件供參 4.3.2是否訂有血液透析感染管制規範： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是；請於實地輔導訪視時提供相關作業流程文件供參 4.3.3人員執行血液透析穿刺、收針等有可能產生血液、體液之飛濺時，是否穿戴隔離衣、手套、口罩、護目鏡或面罩等個人防護裝備：					

輔導項目	評量項目	自評表
		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是；人員穿戴 <input type="checkbox"/> 隔離衣 <input type="checkbox"/> 手套 <input type="checkbox"/> 口罩 <input type="checkbox"/> 護目鏡 <input type="checkbox"/> 面罩 4.3.4人員每年是否接受感染管制教育3小時： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 4.3.5是否設有收針車： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 4.3.6是否有設置生物醫療性廢棄物及尖銳物品收集容器： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是

◎本表尚為草案，可再依實際執行情況進行修訂

附錄十

附錄十、GRB報告摘要資料表

政府研究計畫（期末報告）摘要資料表（GRB）

系統編號	PG11001-0222				
計畫中文名稱	血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究				
主管機關	衛生福利部疾病管制署				
主管機關計畫編號	MOHW110-CDC-C-114-113101				
執行單位	社團法人台灣感染管制學會				
本期經費（單位：千元）	2995				
本期經費來源	衛生福利部疾病管制署				
年度	110	本期期間	11001 - 11012		
執行進度		預定進度%	實際進度%	超前%	落後%
	當年	100	100	0	0
	全程	33	33	0	0
經費支出		預定支出經費 (單位：千元)		實際支出經費 (單位：千元)	
	當年	2995		2995	
	全程	9230		2995	
研究人員	中文姓名	英文姓名			
	陳彥生	CHEN, YAO-SHENG			
	盧柏標	LU, PO-LIANG			
	張峰義	CHANG, FENG-I			
	黃尚志	HUANG, SHANG-CHIH			
	李佳蓉	LI, JIA-JUNG			
	施智源	SHIH, CHIH-YUAN			
報告頁數	459	使用語言	中文		
全文處理方式	可立即對外提供參考				
中文關鍵詞	血液透析；感染管制；自我評核機制；；；；				
英文關鍵詞	hemodialysis；infection control；monitor；；；；				
計畫中文摘要					

臺灣每年均有6-7萬人進行血液透析，血液透析病人之醫療成本高，血液透析的病人因為侵入性醫療處置、免疫功能下降及治療照護過程中其醫療照護人員頻繁的接觸等多重因素，特別容易成為醫療照護相關感染（healthcare-associated infections; HAI）的高危險性族群之一。所以為減少病人發生血流感染與其他感染，透析單位制訂醫療照護感染管制之相關流程及措施對維護病人健康是必要的作為。

本研究藉由台灣腎臟醫學會與台灣感染管制學會的合作，一同探討血液透析單位導入感染管制自我評核機制，藉由結合臨床透析、感染管制、醫療品質等專業團體，建立專業領域交流平台，提升從業人員的專業能力和整體品質，並導入自我評核制度，提升病人安全，降低醫療照護相關感染，參考國際間有關之實證與指引，建置血液透析單位有效之感染管制作業管理模式。

今年(110年)透過參與醫療院所，調查血液透析相關醫療機構感染管制執行狀況，包含人員健康管理-工作人員、感染管制措施-環境、隔離措施、標準防護措施及其他防護措施，瞭解血液透析相關機構感染管制執行及認知狀態評估，藉由舉辦分區說明會，說明並推廣感染管制措施存在血液透析醫療院所之重要性，以推動血液透析醫療院所感染管制品管活動，並經由實地輔導訪視30家醫療院所，發現血液透析相關醫療院所感染管制相關問題：需隔離照護病人，無法專區、專人照護；班與班之間的消毒，在少部分院所未落實執行；部分院所的各項疫苗接種措施宜再規劃改進。這些醫療院所可改善的項目，可做為未來血液透析相關醫療院所感染管制教育訓練、相關政策參考依據與未來規劃。經過實地訪視與分析檢討後，也使自我評核表修訂的更為實用。

計畫英文摘要

In Taiwan, there are 60000 to 70000 cases receiving hemodialysis annually. The medical cost of hemodialysis is high. There are pathological, psychological or social problems resulted from the dialysis, which may case poor quality of life, or even death. For the nature of invasive procedure, the immunocompromised status and the frequent exposure to healthcare personnel, hemodialysis patients were the vulnerable case group for healthcare-associated infections (HAI). Therefore, infection control measures implemented by hemodialysis units is essential to prevent the occurrence of blood stream infection and infections of other sites.

The project is undergone with the cooperation of Taiwan Society of Nephrology and Infection Control Society, Taiwan. We designed a framework for hemodialysis units to improve the infection control measures and monitor. With the cooperation of the professional personnel in hemodialysis, infection control and quality assurance, we are going to have a working group to design the quality system, subsequently improve the professional care of healthcare workers, empower the dialysis personnel to monitor the quality by themselves, enhance patient safety and decrease the infection rates. With reference of the evidenced based guidelines, we developed a quality system, including a self-audit checklist, to promote infection control measures for hemodialysis units in Taiwan.

In 2021, We investigated the 30 hemodialysis units for their current situation s of infection control measures, including the health management of professional workers, the infection control measures for the environment, the isolation protocol, standard protection measures and other applicable methods, to understand the real-world infection control status and the awareness of infection control. We held local conference in various Taiwan regions to illustrate and promote the importance of infection control measures in hemodialysis units and to improve their quality control activities. Our professional teams have visited 30 hemodialysis units and have the following findings: Some hemodialysis units do not have enough space or manpower for isolation purpose. Besides, some need improment in their disinfection measures between patient shifts. Some vaccination program may require further re-arrangement. These findings are of important reference value in the further arrangement of education course, policy making and further improvement. With discussion and analysis of the real-world data, we have revised the checklist to make it practically useful.

新增日期：2021/01/11 確認日期： / / 最新修改日期：2021/12/10

國研院科技政策中心製表/印製日期：2021/12/10

參、經費支用情形

項 目	本年度核定金額	支 用 狀 況
人事費	848,191	計畫主持人費用、工讀生臨時工資、聘任計畫專任助理合計848,191元
業務費 (以下業務費明細)	1,847,309	合計1,847,309元
委員出席費	686,000	召開5次專家小組會議、2次交流會議、辦理2場說明會、30家醫療院所實地輔導訪視合計686,000元
講師鐘點費	32,000	辦理2場說明會及第一次交流會議講師合計32,000元
國內旅費	757,200	召開5次專家小組會議、2次交流會議、辦理2場說明會、30家醫療院所實地輔導訪視合計757,200元
餐費	32,400	月召開5次專家小組會議、2次交流會議、辦理2場說明會、30家醫療院所實地輔導訪視合計32,400元
文具紙張	47,900	合計47,900元
郵電	24,000	合計24,000元
印刷費	29,000	合計29,000元
租金	65,000	合計65,000元
筆電租借費	90,000	合計90,000元
雜支	83,809	合計83,809元
管理費	299,500	管理費支用合計299,500元
總計	2,995,000	計畫支用合計2,995,000元

肆、110年委託科技研究計畫期末報告審查意見回復表

計畫名稱：血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究

計畫主持人：陳堯生 教授

填表日期：110年12月09日

*修正處在報告中加底線標示

序號	審查意見	辦理情形	修正處頁碼
一	依期末應完成工作事項逐項審核預定之執行進度，初步審核結果均符合。本計畫建立跨領域專家小組，並整合社團法人台灣感染管制學會、台灣腎臟醫學會、台灣腎臟護理學會等相關學會專業人員參與，完成參與院所訪查及辦理交流會議等事項，並針對實務操作等問題，給予透析等相關單位回饋與指導。	謝謝委員的肯定。	-
二	期末報告材料與方法部分 (P.19-23)，工作重點項目所列之欲達成之量化目標，為計畫書原規劃執行進度，建議依本年度實際執行進度呈現。	謝謝委員的建議，工作重點項目所列之欲達成之量化目標，已依本年度實際執行進度呈現。	P.19-P.23
三	期末報告執行行程部分 (P.24)，為計畫書原規劃的預定進度呈現，建議依實際執行進度進行更正，如：原預定6月及10月召開2次交流會議，因COVID-19疫情影響改為9月及10月辦理；原訂於7月起辦理30家參與醫院實地輔導訪查，延至9月27日至10月27日完成訪視。	謝謝委員的建議，執行行程部分，已依本年度實際執行進度呈現。	P.24
四	於3月執行進度所提「完成4家血液透析醫療院所前驅資料蒐整，並於專家工作小組會議中分析內容」，於期末報告附錄3	謝謝委員的建議，4家血液透析醫療院所前驅資料蒐整，已於110年3月19日第二次專家小組會議中提出討	-

	(P.367-273) 僅呈現蒐整資料，建議補充專家討論內容並分析結果。	論，會中無特殊討論內容，故無新增專家討論內容。	
五	執行事項「辦理參與醫院計畫說明會及完成說明會教育訓練課程之提問內容彙整、分析及學分核定作業」，於期末報告附錄七 (P.314-318) 僅呈現說明會活動簡章，請於報告書中補充會議課程、出席人員、照片紀錄、Q&A 彙整及分析等資料。	謝謝委員的建議，已補充會議課程、出席人員、照片紀錄、Q&A 彙整等資料。	P.270-P.325
六	參與醫院之實地輔導訪視建議可考慮與腎臟醫學會一起訪輔，減少醫院單位的反覆訪視。	謝謝委員的建議，原計畫與台灣腎臟醫學會聯合訪輔，今年(110年)因疫情關係，台灣腎臟醫學會今年血液透析訪視作業時程有所更動，故110年第一次專家小組會議決議本計畫之實地訪視行程更改為獨自辦理，111年之實地訪視行程，將會在111年第一次專家小組會議時研議聯合訪輔之可行性。	-
七	「血液透析輔導訪視表及自評表(草案)」與評鑑內容相比較無新穎之處，建議計畫內容可規畫加強 COVID-19疫苗接種率、抗生素及 BSI prevention 教育訓練項目。	謝謝委員的建議，COVID-19疫苗接種率，在110年實地輔導訪視時已列入評核項目，抗生素管制或血流感染等監測事項，將會在111年第一次專家小組會議時研議相關評核項目。	-
八	期末報告結果部分 (P.33-45)，「5.4 各家醫療機構委員訪查建議」係以各委員提出之常見問題及訪查建議呈現，建議將訪查建議內容進行分類，作為後續擬定輔導方針之參考。另交流會議參與情形，建議呈現計畫參與醫院個別出席人員及出席率等。	謝謝委員的建議，已針對各委員提出之建議進行分類，另也將計畫參與醫院個別出席交流會議人員及出席率列出。	P.42-P.44、 P.55-P.56

九	期末報告討論部分 (P.52)，建議增加血液透析醫療院所或設有透析單位之醫院填復血液透析自評表所遭遇之困難等資料。	謝謝委員的建議，已於內文增加血液透析醫療院所或設有透析單位之醫院填復血液透析自評表所遭遇之困難。	P.57
十	執行事項「召開專案小組會議」，會議資料重複性較高(如血液透析自評表、各月執行進度等)，建議可摘錄執行重點或標示差異處。	謝謝委員的建議，已將重複性較高之資料進行摘錄。	P.69-P.222
十一	期末報告 (P.57) 之參考文獻彙整，請統一引用文獻格式。	謝謝委員的建議，已統一引用文獻格式。	P.61-P.66
十二	GRB 內容： 1. 期末報告內容應將 GRB 登錄資料列入。 2. GRB 登錄「實際支用經費」與期末報告內文經費不一致，請修正。 3. 報告頁數欄位與期末報告頁數不一致，請修正。	謝謝委員的建議，修正如下： 1. 已將 GRB 登錄資料列入統一引用文獻格式。 2. 已修正 GRB 登錄「實際支用經費」。 3. 已修正 GRB 報告頁數欄位。	P.459-P.460
十三	期末報告內容誤植處： 1. 期末報告(目錄)自「附錄三、四家血液透析醫療院所前驅資料蒐整」起，後續頁碼誤植，請更正。 2. 期末報告於「2021年1-12月應完成工作項目表及1-10月執行進度」，項目編號誤植，請更正。	謝謝委員的建議，修正如下： 1. 已更正目錄頁碼。 2. 已更正項目編號。	P.I,P.II, P.70,P.71, P.142,P.143, P.162-P.164, P.182,P.183, P.221, P.354-P.359, P.408

備註：如有修正內容，請註明頁碼，並務必於110年12月15日前至 GRB 系統完成資料抽換。