

計畫編號：MOHW111-CDC-C-114-123108

衛生福利部疾病管制署111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

111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：111年1月1日至111年12月31日

研究經費：新臺幣貳佰零玖萬伍仟肆佰元整

*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003頁
英文摘要	第005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007頁
二、材料與方法	第021頁
三、結果	第034頁
四、討論	第052頁
五、結論與建議	第054頁
六、重要研究成果及具體建議	第055頁
七、參考文獻	第056頁
八、附件	
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062頁
附錄二、專家小組會議記錄	第063頁
附錄三、血液透析輔導訪視表	第150頁
附錄四、50家參與實地輔導訪視醫療機構名單	第177頁
附錄五、50家醫療機構「血液透析輔導訪視表及自 評表(草案)」蒐整	第184頁
附錄六、說明會活動	第217頁
附錄七、交流會議紀錄	第294頁

附錄八、標竿會議紀錄	第310頁
九、政府研究計畫(期末報告)摘要資料表(GRB)	第332頁
十、111年度1月至11月經費支用情形	第334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(111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，並經由書面審查50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。經書面審查與分析檢討後，也使自我評核表修訂得更為實用。

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 2022, We investigated the 50 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. And through a written review of 50 medical institutions, it was found that there are problems related to infection control in hemodialysis-related medical institutions: patients who need to be isolated and cared for, cannot be cared for by special areas or special personnel; disinfection between shifts is not implemented in a small number of institutions; Various vaccination measures in some institutions should be further planned and improved. The items that can be improved by these medical institutions can be used as the basis for future hemodialysis related medical institutions to receive infection control education and training, relevant policy reference and future planning. After a written review and analytical review, the revised self-assessment form was also more practical.

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。

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，雖近年來在衛福部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有明顯的下降[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331人，增加至2017年每百萬人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1,448人，增加至2017年每百萬人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，更可以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感染管制措施指引1110330」、「設有血液透析室之醫療機構因應COVID-19整備現況查檢表1110330」、「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

計畫第二年：

- (1)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。
- (2)由承辦單位辦理說明會，除110年參與之血液透析醫療院所外，邀集20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10家。
- (3)請參與計畫院所依據自我查檢表進行自我評核，並回覆評核結果；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。
- (4)辦理2場分區說明會，介紹血液透析感染管制、推廣策略及自我評核工具等，以利參與單位瞭解本計畫推展之目的並將提問題內容彙整及分析。
- (5)辦理血液透析感染管制品管活動，安排專家以書面審查參與計畫之血液透析診所或醫院透析單位，給予相關建議與回饋。
- (6)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。
- (7)表揚成效優異單位，並請單位分享經驗，促進與其他參與單位之交流。
- (8)完成標竿學習活動，安排參與計畫之院所至成效優異之血液透析醫療院所觀摩學習。

3.分年計畫之目的計畫第三年：

- (1)專案小組持續運作，負責計畫執行、評估及檢討等相關事宜。

(2)除了第1、2年參與計畫之醫療院所外，於本年度計畫執行3個月內再增加邀集至少25家血液透析醫療院所或設有透析單位之醫院參與本計畫，其中需包含診所層級之血液透析醫療院所至少10家

(3)依據自我評核機制內容，推動參與計畫醫療院所進行自我評核，並持續收集參與計畫醫療院所回饋對機制的建議。

(4)持續辦理血液透析感染管制品管活動(包括教育訓練、實地輔訪、交流會議、建立獎勵機制等)，參與本計畫醫療院所的交流會議至少召開2次。

(5)安排成效優異或推動模式具特色等血液透析醫療院所之標竿學習活動。

(6)錄製至少3堂數位學習課程。

(7)辦理公開成果發表會與交流計畫執行經驗。

(8)計畫總結報告應含括「血液透析感染管制自我評核機制(包括自我查檢表單、負責人員、建議頻率、後續作為等)，供各界自由參考運用，並依執行成果提出相關政策建議(包括：如何與外部稽核或現有考核制度相結合等)。

二、材料與方法

1.本計畫共為三年，本第二年度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」，並以書面審查50家血液透析相關醫療機構(11家醫學中心、14家區域醫院、25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：

111年工作重點	工作項目	量化目標
(一)承續110年組成之專案小組業務。負責計畫之訂定、執行、評估及檢討等相關事宜	1.由主持人指定1位專人擔任召集及2位副召集人	111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：	111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除原參與之醫療院所外另再邀請20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	原定二月執行項目確定 原參與醫療院所共30家的名單，已於1月18日(星期二)晚上6點30分在高雄醫學大學附設中和紀念醫院-啟川大樓6樓第一會議室確定。

111年工作重點	工作項目	量化目標
	<p>需包含診所層級之血液透析醫療機構至少10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、醫療院所回饋對機制的建議討論、獎勵標準。</p>	<p>1.原定二月召開第一次專家小組會議，已在1月18日(星期二)晚上6點30分在高雄醫學大學附設中和紀念醫院-啟川大樓6樓第一會議室召開並紀錄備查。</p> <p>2.於111年2月24日晚上6點30分在高雄醫學院附設中和醫院啟川大樓6樓第一會議室召開第一次專案工作小組會議，討論訪視評核表及自評表修正內容。</p> <p>3.於111年4月28日晚上6點30分在高雄醫學院附設中和醫院啟川大樓6樓第一會議室召開第二次專家小組會議，討論自評表內容及之後的訪視作業。</p> <p>4.第三次專家小組會議已於111年6月13日在高雄醫學院附設中和醫院啟川大樓6樓第一會議室召</p>

111年工作重點	工作項目	量化目標
		<p>開並紀錄備查。</p> <p>5.於111年7月14日晚上6點30分在高雄醫學院附設中和醫院啟川大樓6樓第一會議室召開第二次專案小組會議並記錄備查。</p> <p>6.111年度8月8日已完成計畫書變更經費修正案。</p>
(二)自我評核機制	<p>請參與醫院及診所填報自我查檢表，並回覆評核結果；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。</p>	<p>1.111年6月底前完成蒐整及分析。</p>
(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</p>	<p>1.已於111年2月22日在學會網站公告說明會報名機制。</p> <p>2.綜整參加說明會機構在111年3月9日完成統計。</p> <p>3.已於111年3月13日星期天早上8點30分至12點在高雄醫學院附設中和醫院啟川大樓6樓第二講堂召開血液透析南部場說</p>

111年工作重點	工作項目	量化目標
	<p>興趣之醫療人員；每場次預計80人。</p> <p>1.2 預計 111 年 3 月完成北、南各一場次說明會。</p> <p>1.3教育訓練課程內容：</p> <p>(1)上課日期111年3月。</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劃。</p>	<p>明會。</p> <p>4.已於111年3月26日星期六早上8點30分至12點在台北慈濟醫院協力國際會議廳召開血液透析說明會北部場。</p> <p>5.已在4月7日完成說明會學分上傳作業。</p>
(四)書面審查參與醫院及診所	<p>1.訂定書面審查作業原則。</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：111年8-11月。</p> <p>2.安排專家依參與計畫之血液透析診所或醫療透析</p>	<p>1..111年8月召開書審查共識會議並紀錄備查。</p> <p>2.規劃於111年11月底前完成參與醫院及診所血液透析書面審查。</p> <p>3.規劃於111年11月召開審查結果討論會議並紀</p>

111年工作重點	工作項目	量化目標
	單位提供自我檢查表進行書面審查。 3.建立評核機制，辦理獎勵	錄備查。 4.參與單位之審查結果並於111年11月底前交流會議中表揚。
(五)交流會議	1.召開二場次交流會議，預計北、南各辦理一場次。 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。 3.優異單位表揚。	1.第一次交流會會議於111年9月21日在高雄醫學院附設中和醫院 啟川大樓6樓 第二會議室，採實體與同步視訊會議召開。 2.第二次交流會會議於111年11月9日在台北慈濟醫院互愛會議室舉行，採實體與線上同步進行並紀錄備查。
(六)標竿學習	1.邀請2家表現優良血液透析單位的院所提供。 2.對象：本計畫之所有參與院所及診所。 3.時間：111年10-11月。 4.辦理優異單位觀摩。	1.與高雄醫學大學附設中和醫院共同舉辦安排標竿學習參訪行程，第一場標竿學習會議於111年10月20日在高雄醫學院附設中和醫院-啟川大樓6樓第一講堂，採實體與同步視訊會議召開活動會議並紀錄備查。 2.第二場標竿學習會議於111年11月7日在台北和泰

111年工作重點	工作項目	量化目標
		內科診所舉辦並記錄備查。

(二) 執行行程：

_111_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
計畫召集人及副召集人確認	■												
專案小組組成及聘任	■												
專案小組會議評估計畫內容		■			■								
確認原參與30家醫療院所名單		■											
確認新增加20家醫療院所參與名單			■										
蒐整醫療院所自我評核及回饋對機制的建議				■	■								
辦理2場分區說明會與問題綜整			■	■									
辦理書面審查作業								■	■	■	■		
召開審查共識會議								■					
召開審查結果討論會議並紀錄備查										■			
安排專家進行書面審查資料									■	■	■		
辦理2次交流會議與問題綜整及會議紀錄備查									■		■		
標竿學習活動										■	■		

2.本計畫因疫情因素，已更新執行項目及活動經費

(一)、變更行程表

衛生福利部疾病管制署委託科技研究計畫
變更申請書

計畫編號	MHOW111-CDC-C-114-123108		
計畫名稱	111年血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究計畫		
執行機構	社團法人台灣感染管制學會	計畫主持人	陳堯生
變更性質	<input checked="" type="checkbox"/> 研究項目變更 <input type="checkbox"/> 主持人變更 <input checked="" type="checkbox"/> 經費變更 <input checked="" type="checkbox"/> 執行期程變更		
變 更 內 容			
原訂計畫內容	變更後內容	變更理由	
7-9月實地訪查參與醫院及診所	<u>改於8-11月採書面審查50家參與醫院及診所院所自我查檢表方式辦理</u> 一、由血液透析單位提供自我查核表，於9-11月每家院所自我查檢表安排由2位專家委員進行書面審查並予以建議。 二、預計於8月召開審查共識會議及於11月召開審查結果討論會議並記錄備查。	原訂於7-9月辦理實地訪查參與醫院及診所，因國內疫情不確定性，為避免實地訪視造成參與院所負擔及人員群聚之風險，經專家小組委員討論決議，申請變更執行期程及執行經費。	
於6、9月召開二場交流會議	<u>改於9、11月召開二場次交流會議</u> 預計於9、11月安排參與計畫之醫療院所報告執行進度及執行經驗交流。	因國內疫情影響，經專家小組委員討論決議，交流會議改於9、11月召開，故申請變更執行期程。	

變更項目經費使用變動情況		
原訂計畫內容	變更後內容	經費使用變動情況
7-9 月實地訪查 參與醫院及診所	<p>改於 <u>8-11 月採書面審查</u> <u>50 家參與醫院及診所</u> <u>所自我查檢表方式辦理。</u></p> <p>一、由血液透析單位提供自我查核表，於 <u>9-11 月</u> 每家院所自我查檢表安排由 2 位專家委員進行書面審查並予以建議。</p> <p>二、預計於 8 月召開審查共識會議及於 11 月召開審查結果討論會議並記錄備查。</p>	<p><u>一、委員出席費：180,000 元→80,000 元</u></p> <p>(一) 原訂 30 家參與醫院實地輔導委員出席費： 每人 2,000 元/每次*3 人*30 家=180,000 元。</p> <p>(二) 新增辦理 1 次審查共識會議及 1 次審查結果討論會議 每人 2,000 元/每次*20 人*2 次=80,000 元</p> <p><u>二、國內旅費：180,000 元→80,000 元</u></p> <p>(一) 原訂 30 家參與醫院實地輔導委員交通費： 每人 2,000 元/每次*3 人*30 家=180,000 元</p> <p>(二) 新增辦理 1 次審查共識會議及 1 次審查結果討論會議 每人 2,000 元/每次*20 人*2 次=80,000 元</p> <p><u>三、餐費：15,000 元→4,400 元</u></p> <p>(一) 原訂參與醫院實地輔導餐費： 每人 100 元*5 人(3 位委員+2 位學會人員)*30 家=15,000 元</p> <p>(二) 新增辦理 1 次審查共識會議及 1 次審查結果討論會議 每人 100 元*22 人(20 位委員+2 位學會人員)*2 次=4,400 元</p> <p><u>四、書面審查費：0 元→81,000 元</u> 新增書面審查費： 810 元/件*2 件*50 家=81,000 元</p> <p><u>五、租金：0 元→10,000 元</u> 場地租借費：2 次審查會議：5,000 元/次*2 場次=10,000 元</p> <p>總金額：375,000 元→255,400 元 刪減 119,600 元</p>

(二)、變更經費表

111 年度經費需求表

*變更後金額及項目以紅色字體呈現

*原內容以藍色字體呈現

111 年度經費需求：本計畫各年度所需各項經費，請依「衛生福利部及所屬機關科學技術類委託研究計畫經費使用範圍及編列基準」詳實編列，各經費項目請務必按照該標準表內所訂之名稱與次序填寫。說明欄內應詳細說明估算方法及用途。屬多年期計畫者，應分年度提出經費需求。

項 目	核定金額	修正前說明	修正後說明	修正後金額	經費增減金額
一、人事費	696,213	0		不變	0
計畫主持人	120,000	計畫主持人費用：(10,000 元/月)*1 人*(12 月)=120,000 元		不變	0
研究助理薪資(專任助理)	523,797	1.專任助理第 2 年薪資(33,190 元/月*1 人*12 個月)、年終獎金(1.5 個月*1 人)： (33,190 元*12 月)+33,190 元*1.5 月)=398,280 元+49,785 元=448,065 元 2.專任助理人員保險 2.1 勞保(2,681 元/月)及健保費(1,632 元/月)共 4,313 元/月： (4,313 元*12 月)=51,756 元 2.2 公提退休金：1,998 元*12 月=23,976 元		不變	0
臨時工資	52,416	臨時人員： 3 場次說明會前置作業及場務等相關作業，以所需時數計算：		不變	0

3

項 目	核定金額	修正前說明	修正後說明	修正後金額	經費增減金額
		說明會(168 元/小時*8 小時*39 場次[2 場說明會+2 場交流會議 +5 家標竿學習*1 人+(30 家醫院輔導*1 人)]=52,416 元			
二、業務費	1,297,287			1,177,687	
委員出席費	481,600	專案成員 20 人及醫療院所代表 50 人，共 70 人，其中 1 人為本案計畫主持人，符合本計畫出席資格共 69 人 1.專案小組會議出席費： 1.1 專案委員出席費(每人 2,000 元/每次 19 人*2 次*8 成出席率)=76,000 元*8 成出席率=60,800 元 2.交流會議出席費： 2.1(每人 2,000 元/每次 69 人*2 次*8 成出席率)=276,000*8 成出席率=220,800 元 3. 30 家參與醫院實地輔導委員出席費 3.1 每次實地輔導費 2,000 元，每次 3 人(每人 2,000 元/每次 *3 人 *30 家)=180,000 元 4.標竿學習活動 5 家，每次 2 人(每人 2,000 元/每次*2 人*5 家)=20,000 元	專案成員 20 人及醫療院所代表 50 人，共 70 人，其中 1 人為本案計畫主持人，符合本計畫出席資格共 69 人 1.專案小組會議出席費： 1.1 專案委員出席費(每人 2,000 元/每次 19 人*2 次*8 成出席率)=76,000 元*8 成出席率=60,800 元 2.交流會議出席費： 2.1(每人 2,000 元/每次 69 人*2 次*8 成出席率)=276,000*8 成出席率=220,800 元 3. 審查委員出席費(審查共識會議及審查結果討論會議) 3.1 (每人 2,000 元/每次 *20 人 *2 次)=80,000 元 4.標竿學習活動 5 家，每次 2 人(每人 2,000 元/每次*2 人*5 家)=20,000 元	381,600	刪減 100,000

4

項 目	核定金額	修正前說明	修正後說明	修正後金額	經費增減金額
講座鐘點費	32,000	1.辦理說明會 2 場次： 說明：講師鐘點費：每兩節 4,000 元 4,000 元/兩節*4 堂*2 場=32,000 元		不變	0
國內旅費	504,000	1.工作人員差旅費平均每 2,000 元/人 (按實開支) 1-1 執行相關會議、50 家參與醫院各協 調工作、2 場次說明會教育訓練、2 場 次交流會議、 <u>30 場次實地訪查</u> 等 2.專案小組委員交通費： 專案委員交通費： (平均一人 2,000 元/每次 20 人*2 次*8 成出席率)=80,000 元*8 成出席率 =64,000 元 3.2 場次交流會議通費： (每人 2,000 元/每次 70 人*2 次*8 成出 席率) =280,000 元*8 成出席率=224,000 元 4. <u>30 家參與醫院實地輔導委員交通費：</u> (每人 2,000 元 / 每次 *3 人 *30 家)=180,000 元 5.說明會交通費 說明會 2 場次，平均每每位講師交通費來 回 2,000 元。2,000 元*4 人/場*2 場 =16,000 元	1.工作人員差旅費平均每 2,000 元/人 (按實開支) 1-1 執行相關會議、50 家參與醫院各協 調工作、2 場次說明會教育訓練、2 場 次交流會議等 2.專案小組委員交通費： 專案委員交通費： (平均一人 2,000 元/每次 20 人*2 次*8 成出席率)=80,000 元*8 成出席率 =64,000 元 3.2 場次交流會議通費： (每人 2,000 元/每次 70 人*2 次*8 成出 席率) =280,000 元*8 成出席率=224,000 元 4. <u>審查委員交通費 (審查共識會議及審 查結果討論會議)</u> (每人 2,000 元/每次*20 人*2 次)=80,000 元 5.說明會交通費 說明會 2 場次，平均每每位講師交通費 來回 2,000 元	404,000	刪減 100,000

5

項 目	核定金額	修正前說明	修正後說明	修正後金額	經費增減金額
		6.5 家標準學習活動交通費 (每人 2,000 元 / 每次 *2 人 *5 家)=20,000 元	2,000 元*4 人/場*2 場=16,000 元 6.5 家標準學習活動交通費 (每人 2,000 元/每次*2 人*5 家)=20,000 元		
審查費	0		<u>安排審查委員針對 50 家參與醫院及診 所院所提交之自我查檢表進行書面審 查</u> 810 元/件*每家 2 件*50 家=81,000 元	81,000	增加 81,000

6

項 目	核定金額	修正前說明	修正後說明	修正後金額	經費增減金額
餐費	30,200	1. 專案會議 (100 元/人*20 人*2 次*8 成出席率) +2 人學會 4,000 元*8 成出席率+2 人學會=3,600 元 2. 交流會議 (每人 100 元/每次 70 人*2 次*8 成出席率)+2 人學會=14,000 元*8 成出席率+2 人學會=11,600 元 3. <u>參與醫院實地輔導</u> (每人 100 元/每次*3 人委員+2 人學會*30 家)=15,000 元	1. 專案會議 (100 元/人*20 人*2 次*8 成出席率) +2 人學會 4,000 元*8 成出席率+2 人學會=3,600 元 2. 交流會議： (每人 100 元/每次 70 人*2 次*8 成出席率)+2 人學會=14,000 元*8 成出席率+2 人學會=11,600 元 3. <u>審查委員會</u> <u>每人 100 元*22 人 (20 位委員+2 位學會人員) *2 次=4,400 元</u>	19,600	刪減 10,600
文具紙張	10,000	1. 實施本計畫表單所需油墨、紙張、文具等費用		不變	0
郵電	12,000	實施本計畫所需郵資、快遞費、電報、電話費、網路使用費，但不得編列手機費用。 本計畫所需郵資費(如各項會議公文、記錄公文、表單、物品寄送) 計算方式： 各項會議公文、記錄公文、表單教育訓練、委員查核表： (1,000 元/每月平均*12 個月)= 12,000 元		不變	0
印刷費	46,000	1. 專案小組會議及各計畫會議資料影		不變	0

7

項 目	核定金額	修正前說明	修正後說明	修正後金額	經費增減金額
		印、計劃影印費用..等。 (2,000 元*2 次專案小組會議)+(4,000 元*2 次交流會議) = 4,000+8,000=12,000 元 1.1 分析之資料影印、計劃影印、裝訂費用等約 6,000 元 1.2 說明會(2 場次)： (1)活動講義影印費用、印刷裝訂元/場次*2 場次，預計(100 頁*1 元/每張*50 人*2 場次)+(30 元裝訂費/本*50 人*2 場次)=10,000 元+3,000 元=13,000 元。 1.4 其他影印(如宣傳資料、查核表、作業規範影印等...)：300 元/1 家*50 家=15,000 元			
租金	50,000	1. 場地租借費 (1) 2 次專案小組會議：5,000/天*2 場次=10,000 元 (2) 2 次交流會議：10,000 元/天*2 場次=20,000 元 (3) 2 次說明會：10,000 元/天*2 場次=20,000 元	1. 場地租借費 (1) 2 次專案小組會議：5,000/天*2 場次=10,000 元 (2) 2 次交流會議：10,000 元/天*2 場次=20,000 元 (3) 2 次說明會：10,000 元/天*2 場次=20,000 元 (4) <u>2 次審查會議：5,000 元/天*2 場次=10,000 元</u>	60,000	增加 10,000

8

項 目	核定金額	修正前說明	修正後說明	修正後金額	經費增減金額
筆電租借費	90,000	筆電租借 2,5000/月*12 個月*3 台 =90,000 元		不變	0
雜支費	41,487	其他臨時雜支(如申請學分費用、銀行轉帳費用等)	其他臨時雜支(如申請學分費用、銀行轉帳費用等)	不變	0
三、管理費	221,500				
管理費	221,500	本計畫執行機構(台灣腎臟醫學會與社團法人台灣感染管制學會)之水、電費用及人員協辦人事等費用(含各項管銷費用)各 5%。		不變	0
合 計	新台幣 2,215,000 元整 <u>刪減後新台幣 2,095,400 元整</u>				

三、結果

今年(111年)為計畫第二年，相關進度與成果分析如下：

(一) 承續110年組成之專案小組業務。負責計畫之訂定、執行、評估及檢討等相關事宜

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
陳堃生	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

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
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內科助理教授/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
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

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
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

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
陳瑛瑛	臺北榮民總醫院感染室組長	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
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

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
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
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、制定書面審查自評表等。

1.2.2 協助所有會議決議執行辦理之事項。

1.2.3 書面審查作業：制定書面審查作業，安排專家進行參與機構書面

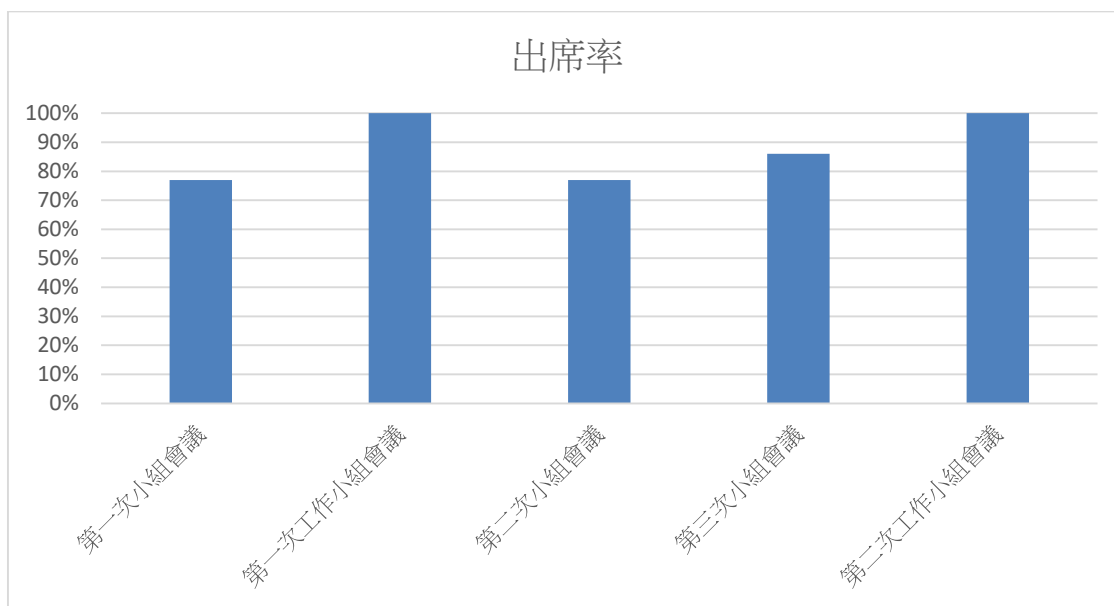
審查，查核結果除瞭解參與醫院執行現況，亦有助於衛生主管機關制定血液透析室感染管制相關規範及醫院感染管制查核基準參考。

1.2.4提出計畫總結報告，內容包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、整理血液透析機構感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總計召開三次專家小組會議及二次專家工作小組會議，平均出席率88%，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
(111/01/18)



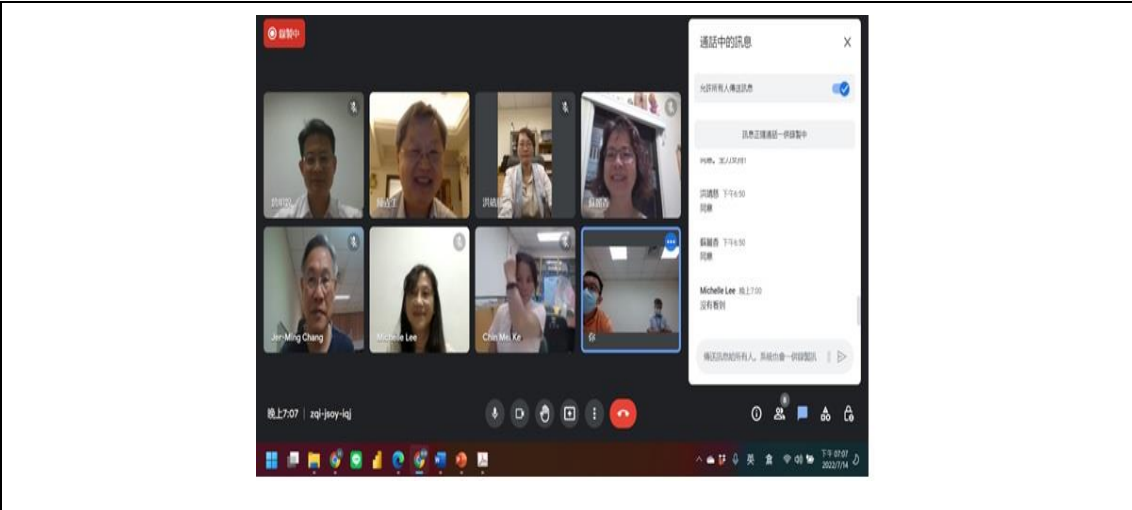
第一次專案工作小組會議
(111/02/24)



第二次專家小組會議
(111/04/28)



第三次專家小組會議
(111/06/13)



第二次專案工作小組會議 (111/07/14)

(三) 自我評核機制

3.1 依110年度血液透析期末審查意見回覆表中，建議增加COVID-19接種率、抗生素管制及血流感染監測項目，建立血液透析醫療院所「血液透析輔導訪視表(草案)」(附錄三)。

3.2 完成50家參與醫院(附錄四)「血液透析輔導訪視表及自評表(草案)」蒐整(附錄五)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。(附錄六)

4.2 北區說明會於3月26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；開放線上報名【<http://www.nics.org.tw>】，出席人數共計133人。

4.3 南區說明會訂於3月13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；開放線上報名【<http://www.nics.org.tw>】，出席人數共計138人。

(五) 書面審查參與醫院及診所

5.1 因疫情因素藉由書面審查輔導機制，持續執行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人員健康管理、感染管制措施、隔離措施、標準防護措施及其他防護措施、落實抗生素管理及導管相關血流感染監測。

5.2 書面審查為50家血液透析單位，分別為醫學中心11家、區域醫院9家、地區醫院5家、及基層診所25家。

參與血液透析機構層級統計表

	地區醫院	區域醫院	醫學中心	基層診所	總計
北區	0	5	6	6	17
中區	4	0	2	6	12
南區	1	4	3	13	21
總計	5	9	11	25	50

5.3 各家機構委員書面審查建議，針對於各醫療院所回饋自評表中委員所發現問題，並提供具體建議作為改善意見：(1)鼓勵及宣導增加流感疫苗施打率，透過自評表與委員審查結果可讓各單位彼此借鏡，並於下年度計畫訪視將多鼓勵及宣導單位施打流感疫苗。(2)鼓勵1981年後員工接種MMR疫苗，50家參與院所中35家自評表言明制定有MMR疫苗施打計畫並掌握該單位施打情形，15家單位並未於自評表中言明，統計結果可作為借鏡，於下年度計畫訪視時，鼓勵提供接種證明或抗體檢驗結果等。(3)疫情期間宜思考規劃專區或訂有分時段執行隔離透

析，參與院所中僅有1家對於發燒患者無規劃隔離透析方針，其餘以專區為主，單人室為輔進行隔離透析規劃。(4)疫情期間環境消毒清潔漂白水濃度應調整為1000ppm進行消毒。(5)明顯急性感冒不可使用抗生素，宜訂定抗生素使用機制，25家診所單位中僅有15家定有抗生素使用機制，其2家單位勾選抗生素使用於急性感冒，建議單位調整方針，鼓勵各單位對於抗生素使用多方了解。(6)確認醫院是否皆有抗生素小組，抗生素管理小組為感染管制重要評核項目。

委員回饋各家院所資料統計表

編號	機構名稱	委員建議
01	優彼高榮育仁診所	建議整理工作人員清冊以利統整人員各類疫苗接種情形及健康狀況
02	偉仁健康診所	宜訂定抗生素使用規定
03	鴻仁健康診所	整理工作人員清冊，機器清潔流程須落實執行；若有多劑量包裝藥物應依規定進行標示
04	國泰綜合醫院	加強執行流感疫苗施打率
05	上水診所	統整工作人員清冊，加強執行疫苗施打率；建議藥物準備區工作車透析機台宜確認專區執行，或訂定藥物準備前應三消準備避免抽藥時污染
06	臺中榮民總醫院	建議整理工作人員清冊以利統整人員各類疫苗接種情形及健康狀況
07	好生診所	宜訂定有抗生素寫立資料查詢機制非僅靠醫師診斷；建議全體員工都接受 PPE 訓練
08	聖博診所	因疫情因素建議環境清潔漂白水濃度增加；抗凝劑其空針及外座須註明藥名稀釋時間及稀釋後劑量；宜說明醫師如何查詢抗生素寫立資料
09	杏原診所	應訂針扎事件流程提供人員參考依據；鼓勵施打 MMR
10	謝智超達恩診所	外包人力、司機應接受年度 X 光檢查或請可他們提供檢查結果備查；鼓勵診所 1981 年後之醫療工作者應接種 MMR；環境消毒因疫情因素漂白水濃度應增加
11	中英診所	鼓勵診所 1981 年後之醫療工作者應接種 MMR
12	仁美診所	鼓勵工作人員接種流感疫苗及 MMR 疫

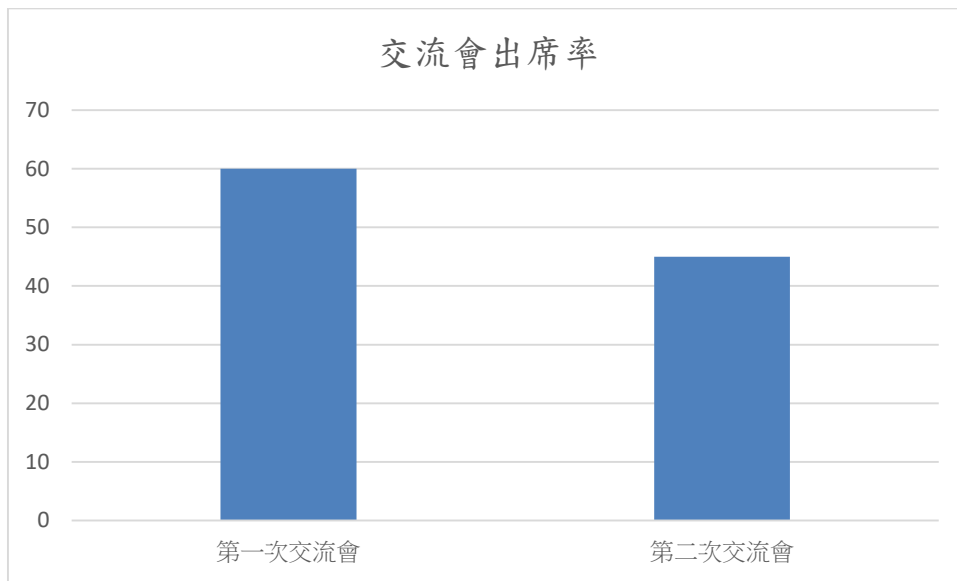
		苗，若有工作人員在外接種也請工作人員提供接種證明提供診所彙整記錄；漂白水濃度應調整因疫情因素環境消毒需增加濃度
13	明港診所	鼓勵工作人員接種 MMR 疫苗
14	佑鎮診所	建議訂定 MMR 接種計畫，可先行整理 1981 年後工作人員清冊，調查是否已接種 MMR 或者有無 MMR 抗體；漂白水濃度因疫情因素需進行調整已備環境消毒使用
15	臺大醫院	說明漂白水擦拭使用濃度；宜思考規劃專區或訂有分時段執行隔離透析
16	臺安醫院	建議全院人員應接受 PPE 訓練；整理工作人員清冊以利統整人員各類疫苗接種情形及健康狀況
17	彰化基督教醫院	無
18	台北馬偕醫院	無
19	臺北榮民總醫院	鼓勵員工接種疫苗提高接種率
20	高雄榮民總醫院	環境消毒填為 500PPM，此濃度可常規消毒用，但因透析單位有血液液體汙染情形，建議可再增加濃度做使用
21	衛生福利部雙和醫院	鼓勵員工接種疫苗提高接種率，透析單位易有血液液體汙染建議增加濃度做使用
22	台北慈濟醫院	鼓勵員工接種疫苗提高接種率宜分析不接種疫苗現由以利往後介入改善；針對 B.C 肝機台只採熱消毒需確認是否合宜
23	義大醫院	針對 B.C 肝機台只採熱消毒需確認是否合宜；透析單位易有血液液體汙染建議增加濃度做使用
24	奇美醫院永康院區	鼓勵員工接種疫苗提高接種率，透析單位易有血液液體汙染建議增加濃度做使用；內毒素指抽驗一件建議可增加抽驗件數
25	臺北市立萬芳醫院	血液透析工作人員有多少人數，因從各項人數看起來兜不上，宜再確認工作人數多少；透析單位易有血液液體汙染建議增加濃度做使用
26	和泰內科診所	鼓勵工作人員接種 MMR 疫苗，醫師依病人主訴症狀開立抗生素宜加上相關指標評估後再開立
27	嘉義基督教醫院	內毒素抽驗建議可增加抽驗件數；透析單位易有血液液體汙染建議增加濃度做使用；PPE 參訓人數與接種疫苗人數不同宜醫師皆須參與 PPE 練習
28	安馨竹山內科診所	宜訂定 MMR 接種計畫；B、C 肝病人應固定機台做使用；建議 PPE 訓練應包含醫

		師
29	康明診所	鼓勵員工接種疫苗提高接種率；透析單位易有血液液體汙染建議增加濃度做使用
30	陽明醫院	內毒素抽驗建議可增加抽驗件數；透析單位易有血液液體汙染建議增加濃度做使用
31	高醫	宜建立導管相關血流感染率之機制
32	三軍總醫院	內毒素抽驗建議可增加抽驗件數；透析單位易有血液液體汙染建議增加濃度做使用；定義不清故提報針對血液感染件數非血液透析單位血流感染資料
33	新欣診所	宜訂定 MMR 接種計畫；鼓勵員工接種疫苗提高接種率；確認 Vit B12 是否可以多劑量使用
34	鹿港基督教醫院	無
35	員林基督教醫院	透析單位易有血液液體汙染建議增加濃度做使用
36	立福內科診所	宜訂定 MMR 接種計畫
37	家馨診所	宜訂定 MMR 接種計畫；透析單位易有血液液體汙染建議增加濃度做使用
38	和暘診所	HBSAg 陽性率 10%(誤植)，算錯請修正；建議工作車及護理站放置乾洗手劑；B、C 肝病人只做熱消應有化學性清消之管理
39	衛生福利部屏東醫院	PPE 人數僅有一人請確認，乾洗手劑大門入口 811 個是否誤植，請修正，抗生素小組成員 2 位醫師建議增其他職類
40	新竹安慎診所	宜訂定 MMR 接種計畫；鼓勵員工接種疫苗提高接種率；需提高每年 X 光檢查率；每年需執行內毒素檢測但漏填執行件數
41	國城診所	建議提升流感疫苗接種率
42	新北市立聯合醫院(三重院區)	內毒素指抽驗一件建議可增加抽驗件數
43	台南新樓醫院	內毒素指抽驗兩件建議可增加抽驗件數；針對疫情影響漂白水消毒濃度可增加；確認抗生素小組人員及管理機制
44	安新診所	宜訂定 MMR 接種計畫；確認抗生素使用管理機制
45	益康診所	宜訂定 MMR 接種計畫；鼓勵員工接種疫苗提高接種率；B、C 肝病人只做熱消應有化學性清消之管理；針對疫情影響漂白水消毒濃度可增加
46	國軍桃園總醫院	宜訂定 MMR 接種計畫；內毒素指抽驗兩件建議可增加抽驗件數；針對疫情影響漂白水消毒濃度可增加
47	員榮醫院員生院區	宜訂定 MMR 接種計畫；宣導 X 光檢查重

		要性；PPE 訓練完成率為 70% 建議提升訓練完成率；針對疫情影響漂白水消毒濃度可增加
48	台新醫院	自評表提了透析液不需要檢測，因為線上稀釋，不太明白貴單位的描述請說明；確認 B、C 肝陽轉件數是否誤填
49	裕禾診所	宜訂定 MMR 接種計畫；未訂有管理機制及可隨時查詢資料；未填完整資料請確認
50	長清診所	宜訂定 MMR 接種計畫；B、C 肝病人只做熱消應有化學性清消之管理；環境消毒應增加漂白水，因酒精易受有機物影響其消毒效果

(六)交流會議

6.1總計召開兩次交流會議，平均出席率53%，並留有會議記錄。



圖二、111年交流會議出席率

6.2交流會議照片




6.3 交流會議出席率

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
國泰綜合醫院	-	-	0%
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	-	50%
國立台灣大學醫學院附設醫院	-	-	0%
三軍總醫院(內湖總院)	-	-	0%
臺北榮民總醫院	-	-	0%
基督復臨安息日會醫療財團法人臺安醫院	-	-	0%
衛生福利部雙和醫院	林佩兒	-	50%
台北慈濟醫院	-	黃瑞玲	50%
益康診所	-	-	0%
杏原診所	蔡孟勳	-	50%
上水透析診所	-	-	0%
安慎診所	溫玉嬌	溫玉嬌	100%
臺中榮民總醫院	何玉瑛	何玉瑛	100%
中英診所	魏美怡	魏美怡	100%
彰化基督教醫院	廖秋香	陳麗菁	100%
仁美診所	林威志	林威志	100%
奇美醫療財團法人奇美醫院	-	黃惠暄	50%
謝智超達恩診所	謝智超	謝智超	100%
高雄榮民總醫院	-	-	0%
高雄醫學大學附設醫院	-	-	0%
高雄義大醫院	梁嘉芬	梁嘉芬	100%
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	林士弼	100%
明港診所	-	李政學	50%
佑鎮診所	-	-	0%
聖博診所	楊宗錕	-	50%
新北市立聯合醫院(三重院區)	-	-	0%
新欣診所	賴君嵐	陳盈安	100%
國城診所	-	-	0%
和泰內科診所	-	吳麗萍	50%
國軍桃園總醫院	范馨瓊	范馨瓊	100%
和暘診所	黃芙蓉	-	50%
員林基督教醫院	林芝仔	林芝仔	100%
鹿港基督教醫院	林慧菊	黃麗紅	100%
員榮醫療社團法人員榮醫院員生院區	林靜怡	張碧雅	100%
台新醫院	謝宛真	-	50%
安新診所	-	-	0%
安馨竹山內科診所	張燕娥	-	50%
戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院	黃瓊佩	黃瓊佩	100%
新樓醫院(台南總院)	-	-	0%
衛生福利部屏東醫院	王宣惠	王宣惠	100%
陽明醫院	蔡衣玲	陳曉眉	100%
康明診所	胡美惠	-	50%
家馨診所	-	-	0%
立福內科診所	-	-	0%
長清診所	張美智	張美智	100%
裕禾診所	-	-	0%

(七)標竿學習會議

7.1標竿學習會議照片

	
<p>1111020 第一次標竿學習會議</p>	<p>1111107 第二次標竿學習會議</p>

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，且藉由書面訪查輔導機制及實地標觀摩學習，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、落實抗生素管理、導管相關血流感染監測，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，已請委員進行書面審查時建議。

(二)醫療院所書面審查資料

111年依計畫需邀請50家血液透析相關醫療機構參與實地輔導訪視，但因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，將原定訪視改為書面審查。今年(111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，因疫情無法透過實地輔導訪視，藉由書面審查仍可發現以下問題。1.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，增加醫療工作人員施打意願。

(三)標竿學習活動與會人員問題彙整

111年11月7日於和泰內科診所進行標竿學習會議，議程中偉仁健康診所胡梅茸督導提問，漂白水噴灑環境是否會造成醫療同仁潛在吸入與中毒職安風險，建議如果是要噴灑環境可使用二氯化氯替代漂白水作為噴灑環境之消毒液體。

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。

雖然由書面審查很難一窺全貌，但因感染管制對於血液透析病人的健康與生命皆有助益，仍需在血液透析醫療院所持續推廣感染管制的實行。要落實執行感染管制，但在查核上，因院所甚多，有其實施上的困境，所以推廣本案研擬之自行監測管理，加上公權力介入，將有助於醫療院所提升推展感染管制，未來藉由感染管制評核機制，可有效推廣血液透析醫療院所感染管制及照護品質。

經過這兩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(111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50家(11家醫學中心、9家區域醫院、5家地區醫院、25家基層診所)於111年9月均完成血液透析輔導訪視表及自評表，再由小組委員審查於111年10月底前完成審查給予意見，仍可見到部分感染管制相關作業未全面的落實，針對各醫療院所回饋自評表發現問題，如：

1.環境消毒隔離措施，因疫情因素建議環境清潔漂白水使用濃度應調整為1000ppm，若無規畫感染性病人透析位置，宜調整規畫避免交互感染。

2.抗生素使用規範，宜訂定抗生素使用機制並有抗生素專案小組，建議各單位對於抗生素使用多方了解，並定期分析使用狀況。

3.疫苗接種措施規劃不完善，針對這點將鼓勵多宣導且各院所可擬定接種方針並完成工作人員清冊以利了解接種狀況，若無接種之工作人員可詢問是否已接種請提供接種證明。

4.針對於各醫療院所回饋自評表所發現問題，經由委員回饋，均能有效溝通，調和互相對於相關感染管制措施的認知差距。因此，持續推動此案，完成自評表的規劃，有助於透析單位感染管制的提升。

(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。

七、參考文獻：

- [1] G. Kosmadakis, J. Albaret, E. D. C. Correia, F. Somda, and D. Aguilera, "Vaccination practices in dialysis patients: A narrative review," in *Seminars in dialysis*, 2018, vol. 31, no. 5, pp. 507-518: Wiley Online Library.
- [2] G. Eknoyan et al., "KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease," vol. 3, no. 1, pp. 5-14, 2013.
- [3] M. Dinits-Pensy, G. N. Forrest, A. S. Cross, and M. K. J. A. j. o. k. d. Hise, "The use of vaccines in adult patients with renal disease," vol. 46, no. 6, pp. 997-1011, 2005.
- [4] 林建成, 尤淑婷, 鄭珮貞, 盧錫民, and 洗. J. 內科學誌 內科學誌, "尿毒病人 B 型肝炎之探討," vol. 20, no. 1, pp. 36-39, 2009.
- [5] "UpToDate: Immunizations in patients with end-stage renal disease, last wudates on Jan 05," 2008.
- [6] "疫苗與慢性腎臟病," 腎臟與透析, vol. 26, pp. 178-184, 2014.
- [7] L. Stuyver et al., "Hepatitis C virus in a hemodialysis unit: molecular evidence for nosocomial transmission," vol. 49, no. 3, pp. 889-895, 1996.
- [8] T. Allander, C. Medin, S. H. Jacobson, L. Grillner, and M. A. J. J. o. m. v. Persson, "Hepatitis C transmission in a hemodialysis unit: molecular evidence for spread of virus among patients not sharing equipment," vol. 43, no. 4, pp. 415-419, 1994.
- [9] J. P. dos Santos, A. Loureiro, M. Cendoroglo Neto, and B. J. N. D. T. Pereira, "Impact of dialysis room and reuse strategies on the incidence of hepatitis C virus infection in haemodialysis units," vol. 11, no. 10, pp.

2017-22, 1996.

- [10] R. Hubmann, J. Zazgornik, C. Gabriel, B. Garbeis, and B. J. N. D. T. Blauhut, "Hepatitis C virus—does it penetrate the haemodialysis membrane? PCR analysis of haemodialysis ultrafiltrate and whole blood," vol. 10, no. 4, pp. 541-542, 1995.
- [11] R. Valtuille et al., "Evidence of hepatitis C virus passage across dialysis membrane," vol. 80, no. 2, pp. 194-196, 1998.
- [12] N. Simon, A.-M. Couroucé, N. Lemarrec, C. Trépo, and S. J. K. i. Ducamp, "A twelve year natural history of hepatitis C virus infection in hemodialyzed patients," vol. 46, no. 2, pp. 504-511, 1994.
- [13] J. Izopet, C. Pasquier, K. Sandres, J. Puel, and L. J. J. o. m. v. Rostaing, "Molecular evidence for nosocomial transmission of hepatitis C virus in a French hemodialysis unit," vol. 58, no. 2, pp. 139-144, 1999.
- [14] B. Dussol, P. Berthezène, P. Brunet, C. Roubicek, and Y. J. A. j. o. k. d. Berland, "Hepatitis C virus infection among chronic dialysis patients in the south of France: a collaborative study," vol. 25, no. 3, pp. 399-404, 1995.
- [15] G. Vagelli, G. Calabrese, R. Guaschino, and M. J. N. D. T. Gonella, "Effect of HCV+patients isolation on HCV infection incidence in a dialysis unit," vol. 7, no. 10, pp. 1070-1070, 1992.
- [16] T. Yuasa, G. Ishikawa, S.-i. Manabe, S. Sekiguchi, K. Takeuchi, and T. J. J. o. g. v. Miyamura, "The particle size of hepatitis C virus estimated by filtration through microporous regenerated cellulose fibre," vol. 72, no. 8, pp. 2021-2024, 1991.
- [17] M. Adorati, G. Botta, C. Pipan, and G. J. N. D. T. Mioni, "Quantitative analysis of HCV RNA during dialysis treatment," vol. 9, p. 973, 1994.
- [18] K. J. H. Lindsay, "HCV RNA levels are lowered during hemodialysis in

patients with chronic hepatitis C," vol. 20, p. 239A, 1994.

- [19] M. Adorati, C. Pipan, and G. J. N. Botta, "Membrane compatibility and clearance of hepatitis C virus in chronic dialysis patients," vol. 82, no. 4, p. 358, 1999.
- [20] C. Caramelo, S. Navas, M. Alberola, T. Bermejillo, A. Reyero, and V. J. N. Carreno, "Evidence against transmission of hepatitis C virus through hemodialysis ultrafiltrate and peritoneal fluid," vol. 66, no. 4, pp. 470-473, 1994.
- [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, vol. 6, no. 3, pp. 547-547: WILLIAMS & WILKINS 351 WEST CAMDEN ST, BALTIMORE, MD 21201-2436.
- [22] F. Fabrizi, P. Martin, G. Lunghi, and C. J. T. I. j. o. a. o. Ponticelli, "Nosocomial transmission of hepatitis C virus infection in hemodialysis patients: clinical perspectives," vol. 23, no. 12, pp. 805-816, 2000.
- [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," vol. 73, no. 3, pp. 673-679, 1992.
- [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," vol. 20, no. 2, pp. 103-106, 2000.
- [26] T. Mitsui et al., "Hepatitis C virus infection in medical personnel after

- needlestick accident," vol. 16, no. 5, pp. 1109-1114, 1992.
- [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," vol. 88, no. 1, pp. 151-155, 1985.
- [28] D. W. J. P. i. m. v. Bradley, "Hepatitis non-A, non-B viruses become identified as hepatitis C and E viruses," vol. 37, pp. 101-135, 1990.
- [29] M. Jadoul, C. Cornu, and C. v. Y. J. K. i. de Strihou, "Incidence and risk factors for hepatitis C seroconversion in hemodialysis: A prospective study," vol. 44, no. 6, pp. 1322-1326, 1993.
- [30] J. Garcia-Valdescasas, M. Bernal, S. Cerezo, F. Garcia, and B. J. J. A. S. N. Pereira, "Strategies to reduce the transmission of HCV infection in hemodialysis (HD) units," vol. 4, p. 347, 1993.
- [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, vol. 19, no. 4, pp. I111-I111: WB SAUNDERS CO INDEPENDENCE SQUARE WEST CURTIS CENTER, STE 300, PHILADELPHIA
- [32] "<HIV AIDS相關資料庫分析五年計畫 .pdf>."
- [33] "Guide to the Elimination of Infections in Hemodialysis, 2010.," APIC.
- [34] "Hemodialysis Central Venous Catheter Scrub-the-Hub Protocol.," CDC.
- [35] "CDC Approach to BSI Prevention in Dialysis Facilities.," CDC.
- [36] "Recommendations for Preventing Transmission of Infections Among Chronic Hemodialysis Patients.," CDC.
- [37] "Infection Prevention Tools. Suggested use of Dialysis Audit Tools. ,"

CDC.

- [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] "血液透析及腹膜訪視作業評量標準說明 (102年版)," 台灣腎臟醫學會.
- [40] "台灣血液透析臨床診療指引," 台灣腎臟醫學會, 2005.
- [41] "血液透析室感染管制措施指引," 台灣腎臟護理學會, 2016.
- [42] 王復德, 健康照護感染管制指引. 2008, pp. 180-183.
- [43] 吳麗鴻, 感染管制業務訓練手冊. 合記書局, 2011, pp. 323-328.
- [44] "扎傷及血液體暴觸之感染控制措施指引," 衛生福利部疾病管制署, 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," 20200216.
- [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," 20200229.
- [47] "公告「武漢肺炎 COVID-19 Q/A 問答」," 20200302.
- [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," 20200406.
- [49] J. J. Lee, S. J. Hwang, and J. F. J. T. K. J. o. M. S. Huang, "Review of the present features and the infection control challenges of COVID-19 pandemic in dialysis facilities," 2020.
- [50] J.-J. Lee, C.-Y. Lin, Y.-W. Chiu, and S.-J. J. J. o. t. F. M. A. Hwang, "Take proactive measures for the pandemic COVID-19 infection in the

dialysis facilities," 2020.

- [51] J.-J. Lee et al., "Hepatitis C virus infection increases risk of developing end-stage renal disease using competing risk analysis," vol. 9, no. 6, p. e100790, 2014.
- [52] J.-M. Chang et al., "Discrepancy between serological and virological analysis of viral hepatitis in hemodialysis patients," vol. 11, no. 5, p. 436, 2014.
- [53] C.-F. Huang et al., "Hepatitis C viremia interferes with serum hepatitis B virus surface antigen and DNA levels in hepatitis B uremics," vol. 8, no. 2, pp. 224-232, 2014.
- [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," vol. 60, no. 2, pp. 253-259, 2014.
- [55] "醫療機構血液透析感染管制措施指引," 衛生福利部疾病管制署, 108年7月8日.
- [56] "血液透析及腹膜訪視作業評量標準說明(107年版)", 台灣腎臟醫學會, 2018.
- [57] "血液透析室感染管制措施指引", 台灣腎臟護理學會, 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, vol. 31, pp. 94-102, 2019.

八、附件

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
陳焜生	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 第一次專案小組會議記錄



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：111年01月18日（星期二）晚上6點30分
- ◎地 點：高雄醫學院附設中和醫院 啟川大樓6樓 第一會議室
- ◎主 席：陳堯生
- ◎出席人員：黃尚志、盧柏樑、李佳蓉、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、湯宏仁、
蘇麗香、柯金美
- ◎請 假：張峰義、鍾牧圻、陳宜君、施智源、吳志仁
- ◎記 錄：黃建豪/楊宗穎

壹. 主席報告:

宣布會議開始，並邀請專案工作小組成員 蘇麗香感染管制護理長與 柯金美感染管制師參與本次會議，以利提案討論，並協助新增評核項目之擬訂。

貳. 主持人致詞:

陳焱生副院長致詞、黃尚志理事長致詞。簡述去年計畫成果，並勉勵今年計畫之執行，未來一年視疫情之變化也需主持人共同討論應變對策。

參. 事項報告

主席委請計畫共同主持人 盧柏樑委員協助報告以下事項：

一、執行期間：111年1月1日至111年12月31日

111年度預定進度：以 Gantt Chart 表示本年度之執行進度。													備註
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	
計畫召集人及副召集人確認	■												
專案小組組成及聘任	■												
專案小組會議評估計畫內容		■			■								
確認原參與30家醫療院所名單		■											
確認新增加20家醫療院所參與名單			■										
蒐整醫療院所自我評核及回饋對機制的建議				■	■								
辦理2場分區說明會與問題綜整			■	■									
辦理實地輔導訪查活動							■	■	■				
辦理2次交流會議與問題綜整及會議記錄備查						■	■		■	■			
標竿學習活動										■	■		

各月份執行之目標(如附件一，第8至9頁)

今年計畫基本與去年大同小異，然因今年預算縮減，專家小組會議由去年五次減至今年二次，然而後續如果有需求則不排除加開專家小組會議，若預算不足得有騰餘之其他項目

流用，但並不影響計畫總核定金額為原則。同因今年預算縮減，實地訪輔部分需由各位出席人員協助討論是否調整訪視專家人數。標竿學習活動為今年計畫與去年計畫不同之處，後續確認評核優異單位後需討論活動詳細流程與內容，以上針對計畫流程簡單報告。

張哲銘委員提問今年計畫異動是否有所統整。

盧柏樑委員回覆今年主要異動有三，主要因應預算縮減：

- 1) 原訂 111 年欲新增 30 家院所改為 20 家；
- 2) 原訂專家小組會議與去年相同為 5 場減為 2 場；
- 3) 今年需表揚評核優異單位並新增標竿學習活動。

陳堃生主席補充今年疫情較穩定，交流會議可能為實體舉辦；並接問標竿學習活動中，參與計畫之院所是否有辦法容納其他單位參訪。

張哲銘委員與黃尚志委員回覆各單位若僅派代表 1 至 2 人，10 家單位參訪同一家優異單位應無大問題。

盧柏樑委員接續報告後續事項：

二、執行內容及規格說明

「血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究」(以下稱本計畫)第二年期包含以下工作項目：

(一) 確認計劃召集人及副召集人與專案小組組成

1. 由計劃主持人指定 1 位專家為召集人及 2 位專家為副召集人。
2. 本計劃專案小組將承續 110 年度之組成與工作內容：負責計劃之訂定、執行、評估與檢討等相關事宜。其中成員包含：
 - 甲、專家成員 20 人：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。
 - 乙、參與計劃院所之血液透析專家代表共 50 人：除 110 年度參與本計畫的 30 家院所之代表，另邀請本計劃 111 年度新增之 20 家院所推派代表 1 名參與專案小組。

陳堃生主席補充若計畫有需求則由計畫主持人與共同主持人認可，可增設專案工作小組委員或其他計畫相關活動(包含訪視、交流會議、標竿學習等)之專家委員。

(二) 召開 2 次專家小組會議

原預計於二月、五月召開共兩次專家小組會議，並紀錄備查每項計畫進度。為求本年度計畫執行順利，原訂於二月之第一次專家小組會議提前於 111 年 1 月 18 日召開。

(三) 確認原參與 110 年度本計畫之 30 家醫療院所名單

包含醫學中心共 11 家，區域醫院共 4 家，基層診所共 15 家。(如附件二，第 10 頁)

(四) 辦理說明會並確認新增 20 家醫療院所名單

1. 對象：110 年度參加本計畫之血液透析室或感染管制人員(建議派員 1 至 2 名)與非參加 110 年計畫但對血液透析室感染管制執行有興趣之醫療人員；預計每場次 80 人參與。
2. 預計 111 年 3 月完成南、北各一場次說明會，4 月底前完成說明會教育訓練課程之反饋內容彙整及分析。
3. 教育訓練課程內容：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。辦理說明會前 2-3 週完成學分申請作業，並於 4 月完成學分上傳作業。
4. 本年度計畫預計新增參與之 20 家血液透析醫療院所或設有透析單位之醫院，其中需包含診所層級之血液透析醫療機構至少 10 家。
5. 計畫原訂應於 111 年 3 月底確認包含 110 年原參加與 111 年新增參加共 50 家醫療院所之名單，鑒於場地租借與疫情不穩定因素，預計將於四月完成。

(五) 搜集參與本計畫之醫療院所自我評核表與對本計畫執行之反饋

1. 請 110 年度參與本計畫的 30 家院所及 111 年度新增參與之 20 家院所據自我查檢表(如附件三，第 11 至 19 頁)進行自我評核，並於五月前完成統整 50 家院所之結果。
2. 統整結果將於五月第二次專家小組會議中進行共同討論規劃血液透析感染管制並紀錄備查。

(六) 實地輔導訪查參與本計畫之血液透析診所或醫院透析單位。

1. 對象：參與本計畫之所有院所。
2. 規劃於 111 年 7 至 9 月完成實地輔導訪查。
3. 安排專家委員 1 至 2 名實地訪輔參與本計畫之院所。
4. 於交流會議中表揚訪輔過程優異之單位，並邀請分享經驗，促進與其他單位之交流。

(七) 召開 2 次交流會議，由各參與醫療院所共同出席並報告計畫執行進度及討論交流執行經驗。

1. 對象：本計畫專家成員與參與本計畫之所有院所。
2. 預計個別於 111 年 6 至 7 月與 9 至 10 月完成召開北、南各一場之交流會議。
3. 邀請各參與本計畫之醫療院所出席報告計畫執行進度及交流經驗。
4. 於第二次交流會議中，表揚訪輔優異之單位，並邀請分享經驗。

(八) 標竿學習活動。

1. 對象：參與本計畫之院所。
 2. 預計 111 年 10 至 11 月安排 2 至 5 家優異單位之實地標竿學習。
- 陳堃生主席補充標竿學習活動為促進血液透析單位感染管制之概念，原則上以鼓勵為主，

此活動提供所有參與本計畫的院所參訪機會，但不強制所有院所均需參訪評核優異單位，且因疫情變化，以各區就近參訪為主。

肆. 提案討論

項次	案由及說明	決議
一	<p>承本計畫之 111 年度多年期計畫審查結果 (附件四, 第 20 至 21 頁), 懇請決議審查意見 7 與 8 相關內容:</p> <p>1. 意見 7: 有關參與醫院實地訪視行程, 建議研議與台灣腎臟學會聯合輔訪之可行性。</p> <p>2. 意見 8: 計畫書內容建議加強 COVID-19 疫苗接種率、抗生素管制或血流感染等監測事項。</p>	<p>1. 與台灣腎臟學會聯合輔訪可能性: 張哲銘委員回覆腎臟醫學會實地考核去年因疫情因素延期, 今年學會內部也仍在討論是否施行, 將於下個月 (二月) 向透析醫療事務委員會提出動議, 並期許能夠聯合輔訪。計畫團隊與腎臟醫學會雙方對於此意見均表示支持之態度, 唯恐訪查時間雙方無法順利兜攬。</p> <p>主席提出因應計畫需求, 需設立專案工作小組, 若有需求則可召開工作小組會議, 以利計畫運營。盧柏樑委員提議為向小組委員致謝, 專案工作小組委員參與會議應支領出席費用 (比照計劃專家委員)。主席與列席人員附議。</p> <p>2. 新增評核項目 主席提醒專案工作小組委員需協助研擬新增評核項目:</p> <p>(1) COVID-19 疫苗接種率—已於去年新增於評核項目 (附件三, 評量項目 1.2.4), 今年評核表中持續該項評量應無問題, 敬請專案工作小組委員討論之。</p> <p>(2) 抗生素管制—張哲銘、楊孟儒與李原地委員們回覆: 醫院層級之血液透析單位, 因各院應備有院內電子系統, 紀錄方面並無太大問題; 但腎臟醫學會過去並無強制血液透析基層單位 (診所) 進行監測, 因此多數僅以紙本方式記錄, 無電腦建檔將導致追蹤困難, 可考慮由藥師端查看藥物使用量或抽樣診所病歷檢視是否有紀錄, 若有則可代表有進行監測, 應予以鼓勵。主席與列席人員附議。 張哲銘委員補充診所使用量確實需要進行監測, 是否於今年訪視前提出建議委請診所自行統計過去一年抗生素使用量作為未來計畫參考資訊。主席與列席人員附議, 並委請專案工作小組協助羅列需收集之資訊並添加於自評表。</p> <p>(3) 血流感染監測—張哲銘委員回覆: 診所發生患者血流感染事件應會轉送醫院治療, 其間將會有移轉資訊產生 (包含出院與回院), 可藉此資訊請診所統計並回報過去一年血流感染相關案件, 例如案例數 (需研擬其單位, 如每人-透析日等)、感染源、是否為抗藥性菌株等 (其中不探討轉院後發生之併發症等因素), 敬請專案工作小組協助研擬可評估之項目。主席與列席人員附議。</p>

項次	案由及說明	決議
		(4)主席提問列席人員是否有其他項目之提議。詹明錦委員提出，依照審查委員建議可參考美國 CDC guideline，將會主動向委員詢問相關資訊，並再與專案工作小組討論。主席與列席人員附議。
二	本計畫今年度(111年)經費預算相較110年度減少新台幣780,000元整，又本計畫預計於111年度新增20家參與計畫之院所，因此本年度安排委員實地訪查輔導將受限於經費預算，懇請決議是否針對原110年參加本計畫之30家院所僅推派委員1名；於111年度新增之20家院所推派委員2名進行實地訪輔。	30家110年度參與本計畫之血液透析單位，以1位委員與1位隨同人員進行訪視；111年度新增參與之20家單位，由2位委員與1位隨同人員進行訪視。訪視委員的委派以就近地區為主，而隨同人員則以助理為主，若有需求則再行聘任臨時工陪同訪視。主席與列席人員附議。
三	本計畫111年度將於3月舉辦南北共二場計劃說明會，並於3月確認新增參與今年度計畫之20家醫療院所名單，敬請盡早決議會議時間、地點與講師安排。	盧柏樑委員回覆：3月間各大會議場難以租借，已提前租借以下二場地與時段作為備案： 3/13(星期日)假高雄醫學大學附設中和紀念醫院-啟川大樓6樓第二講堂 3/26(星期六)假台北慈濟醫院 主席為提前準備場地向盧柏樑與詹明錦委員致謝，並詢問是否其他委員有其他建議的場地/時段方案。列席人員均無異議，並附議上述場地/時段方案。 主席決議說明會場地/時段提案，並提醒將依照疫情變化調整說明會之辦理，後詢問委員是否針對議程提出建議。盧柏樑委員提議計畫說明可與評核表說明合併為一主題，此外可邀請講者—安馨公司馮冬萍經理分享透析單位 COVID-19 應對經驗。主席與列席人員附議，並鼓勵盧柏樑委員接任計畫說明講題之講者職務。主席提議可加入 C 型肝炎群突發經驗分享於說明會議程中，並邀請 蘇家彬醫師擔任北場說明會該題講者，與 洪敏南醫師擔任南場說明會該題講者。列席人員附議。
四	實地輔導訪視結束後，由計畫主持人視經費狀況決定是否加開第三次專家小組會議，討論輔導訪視結果。	盧柏樑委員說明目前依照計畫書內容預計僅召開二次專家小組會議，若後續有需求將會加開第三次計劃專家小組會議，以利計畫進行，會議預算部分可由有賸餘之其他項目流用(例如因視訊無須支出的交通費等)。主席與列席人員附議。

項次	案由及說明	決議
		盧柏樑委員補充若專案工作小組委員需召開會議進行討論則以同樣原則辦理。主席與列席人員附議。

伍. 臨時動議：

1. 張哲銘委員提出因計畫中腎臟醫學成員分布不均，可否調整腎臟醫學會於本計畫輔導訪視委員之安排，如另外邀請腎臟醫學會的醫師協助訪視。

主席與盧柏樑委員附議表示其中資格需為相關專科，且參加本計畫南/北場說明會，對於本計畫施行主旨有所了解，經計畫主持人認可，即可列入本計畫專家委員協助訪視，敬請 張哲銘委員需提醒欲參與之人員。列席人員附議。

陸. 散 會： 111 年 1 月 18 日 19 點 40 分

每月/季執行之目標 (milestone)

111 年	預定執行事項	實際執行進度
一月	<ol style="list-style-type: none"> 1. 完成計畫召集人及副召集人確認。 2. 完成計畫專家成員聘任。 	
二月	<ol style="list-style-type: none"> 1. 召開第一次專家小組會議並記錄備查。 2. 完成確定原參與醫療院所共 30 家的名單。 3. 綜整參加說明會機構名單。 4. 學會網站公告說明會報名機制。 5. 辦理說明會學分申請作業。 	
三月	<ol style="list-style-type: none"> 1. 辦理參與醫院計畫說明會(北、南區)。 2. 完成確定新參與醫療院所共 20 家的名單。 	
四月	<ol style="list-style-type: none"> 1. 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。 2. 說明會學分上傳。 	
五月	<ol style="list-style-type: none"> 1. 召開第二次專家小組會議並記錄備查。 2. 請參與醫院以自我查檢表進行自我評核。 3. 搜整醫療院所自我評核及回饋對機制的建議。 4. 參與醫院自我查檢表搜整及分析。 	
六月	<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. 辦理第一次交流會議並記錄備查。 	
七月	<ol style="list-style-type: none"> 1. 第一次交流會議問題綜整及分析。 2. 訂定輔導原則及相關前置作業。 3. 參與醫療院所實地輔導訪查委員邀請。 	
八月	<ol style="list-style-type: none"> 1. 醫療院所實地輔導訪查行程安排。 2. 醫療院所實地輔導訪查委員行程安排。 	
九月	<ol style="list-style-type: none"> 1. 參與醫療院所實地輔導訪查。 2. 完成參與醫療院所實地輔導訪查情形綜 	

	整及問題分析。 3. 辦理第二次交流會議並記錄備查。 4. 綜整第二次交流會議問題及分析。	
十月	1. 完成第二次交流會議問題綜整及會議記錄。 2. 完成參與醫療院所實地輔導訪查情形綜整及問題分析。 3. 訂定標竿學習原則及相關前置作業。 4. 參與標竿學習單位邀請。	
十一月	1. 綜整參加標竿學習參訪名單。 2. 安排實地至優異單位進行標竿參訪學習。 3. 期末報告資料綜整。	
十二月	1. 經費分析。 2. 繳交期末報告。	

第一次專案工作小組會議記錄

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

第一次專案工作小組會議紀錄

◎ 時 間：111 年 02 月 24 日（星期四）晚上 6 點 30 分

◎ 地 點：高雄醫學院附設中和醫院 啟川大樓 6 樓 第一會議室

◎ 主 持 人：陳堯生

◎ 工作小組委員：盧柏樑、李佳蓉、張哲銘、詹明錦、洪靖慈、蘇麗香、

柯金美

主席：陳堯生

記錄：黃建豪/楊宗穎

壹. 持人致詞：陳堯生副院長致詞、

貳. 事項討論：

血液透析訪視評核表及自評表如附件一(第3頁~第23頁)，本次工作小組會議主要討論新增評核項目，包含以下及其說明：

1. COVID-19 疫苗接種率：

- A. 因評核表加入 COVID-19 疫苗的評核項目，部分項目編號細節敬請小心修正。
- B. 評量項目—1.2：建議加上標示區隔四個評核的指標。
- C. 評量說明與標準說明欄中，敬請工作小組委員加上評量標準及其說明，包含注射率多少為符合標準、基礎劑與追加劑之定義、機構人員之定義等。

2. 抗生素管制：

- A. 敬請委員於 5-1 項目評量說明內補述，若被評量單位為醫院級單位，請備前一年度抗生素管理查核資料，於委員訪輔時便於評量，即使前一年度無查核，院方理應常備該項資料以備各年度查核。
- B. 5-2 項目評量說明部分敬請委員補述，目前本計畫僅針對常規透析之抗生素管理進行評量，其他急洗等特別情形暫不評量。
- C. 5-2 項目自評表比較傾向醫院等級透析單位使用，敬請委員參考以下建議修訂並區隔基層診所使用之項目：收集年/月常規透析人次、抗生素總使用量、各分類抗生素使用量等資訊，並詢問各單位是否有資訊室或可自行提供抗生素使用量紀錄。
- D. 今年評核先收集較基本的資料，並勸輔診所管理抗生素的使用(需行之文字)，上述 C 之今年數據統計可作為隔年計畫參考或加入量化指標，透過上述抗生素管理紀錄的數量，進行平均值的計算，觀察每個單位的使用量(密度)即可看出端倪。

3. 血流感染監測：

- A. 敬請委員補述評量說明與標準說明，例如說明本計畫導管相關血流感染範疇、備整因血流感染而轉院治療之病歷摘要以供評量等資訊。
- B. 原制定需監測前五大感染菌種可能有實施上的困難，因此改為各菌種、分離株數等資訊收集。

參. 臨時動議：

肆. 散會：111 年 2 月 24 日 20 點 21 分。

第二次專案小組會議記錄



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 第二次專案小組會議記錄

- ◎時 間：111 年 04 月 28 日（星期四）晚上 6 點 30 分
- ◎地 點：高雄醫學院附設中和醫院 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、吳志仁、陳瑛瑛、吳家兆、姜至剛、王明誠、楊孟儒
- ◎工作小組委員：蘇麗香、柯金美
- ◎請 假：鍾牧圻、陳宜君、施智源、張明揚、湯宏仁

主席：陳堯生

記錄：黃建豪/楊宗穎



壹. 主持人致詞：

陳堃生副院長致詞、黃尚志理事長致詞。

貳. 討論事項：

1. 血液透析自評表單新增的第 5 項落實抗生素管理與第 6 項血流感染監測條文內容 (如附件一 自評表 (草案), 第 18 頁~第 27 頁), 依據 3 月二場說明會與會者反饋 (如附件二 南北區說明會問題討論紀錄, 第 28 頁~第 31 頁), 敬請各位專家委員給予建議。

決議：將第 5 項註明為調查項目，而非評核項目。計畫將去今年參加的 50 家透析單位調查結果作為後續計畫參考的基礎，明年計畫根據調查結果，若認為這項目對透析室不適用，可以再修改或刪除此項目。

第 6 項的內容已定義清楚，只收集進入該院所常規洗腎的患者發生導管相關的血流感染，如此才能讓每個單位在同一基準線上進行比較 (即排除急洗、非導管相關感染等無法比較的因素)，才有評估之價值。

2. 今年度疫情因素腎臟醫學會將於七月底決定訪視行程，然本計畫若與學會共同輔訪，可能無法如期完成計畫任務指標 (7~9 月完成)，因此今年計畫是否先自行訪視，敬請各位專家委員予以建議。
3. 近期疫情嚴峻，敬請各位專家委員討論今年計畫的輔導訪視於何種條件下改為文字與線上訪視。

決議：將討論事項 2 與 3 合併討論。腎臟醫學會經識會議討論，其訪視作業將延後至 7 月底再討論是否要執行訪視及訪視日期，若決定要進行訪視會在訪視 6 周前告知受訪視單位，即腎臟醫學會訪視最快將於九月中訪視。本計



畫也因應疫情變化暫緩訪視時間的安排，將在7月中旬至7月底再討論決議是否要進行輔訪作業，並盡量配合腎臟醫學會的時間共同執行，減少單位負擔與反彈。

4. 今年度報名參加計畫的醫院層級單位踴躍(共16家，如附件三，第32頁)，依據計畫書內容僅接受10家醫院層級單位參與，故敬請各位專家委員共同討論並篩選10家醫院層級的血液透析室參與計畫。

決議：16家的醫院層級由腎臟醫學會張哲銘秘書長於協助篩選今年要訪視的10家院所，剩餘為入選之院所將列為明年優先參與計畫的單位；基層單位部分，將委請腎臟醫學會張哲銘秘書長及基層透析學會楊孟儒理事長於會後共同協助尋覓餘下8家診所單位。

參. 臨時動議： 無。

肆. 散會： 111年4月28日19點45分



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
	1.2 「B 型肝炎疫苗」、「流感疫苗」、「COVID-19 疫苗」與「麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合 (Measles、Mumps、Rubella, MMR)」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 COVID-19 疫苗完整接種達 90% 以上(試評)(依據 111 年長照機構感染管制查核共識)。 1-4 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 4 項皆達成。 <input type="checkbox"/> 以上 4 項達成 2 項。 <input type="checkbox"/> 以上 4 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	【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 2021 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 個月追加接種第 3 劑)，其中有___人為按期程接種後抗體陰性人員。 1.2.2 院所是否提供員工「B 型肝炎疫苗」施打之措施？ <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 2021 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) 【COVID-19 疫苗】



輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明	自評表																																																
		<p>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) COVID19 疫苗的說明，定義基礎劑與追加劑。</p> <p>基礎劑 指第一劑和第二劑，都已完整接種。</p> <p>追加劑(Booster dose) 指一般族群的第三劑，所有完成基礎劑接種滿 12 週之民眾，均提供一劑追加劑。符合資格民眾應盡速接種，以達最佳保護力。</p> <p>基礎加強劑 (Additional dose) 基礎加強劑僅需與 2 劑基礎劑間隔 28 天。對象包括：目前正在進行或 1 年內曾接受免疫抑制治療之癌症患者；器官移植患者/幹細胞移植患者；中度/嚴重先天性免疫不全患者；血</p>	<p>1.2.4 機構工作人員 COVID-19 疫苗接種率? 第一劑 COVID-19 疫苗接種率__%(分母:__人, 分子:__人) 第二劑 COVID-19 疫苗接種率__%(分母:__人, 分子:__人) 追加劑 COVID-19 疫苗接種率__%(分母:__人, 分子:__人)</p> <p>1.2.5 機構工作人員 COVID-19 疫苗接種率?</p> <table border="1" data-bbox="1234 635 2002 1248"> <thead> <tr> <th data-bbox="1234 635 1377 746" rowspan="2">類別 說明</th> <th colspan="6" data-bbox="1377 635 2002 675">工作人員^註</th> </tr> <tr> <th data-bbox="1377 675 1458 746">醫師</th> <th data-bbox="1458 675 1570 746">護理師</th> <th data-bbox="1570 675 1682 746">行政人員</th> <th data-bbox="1682 675 1794 746">清潔人員</th> <th data-bbox="1794 675 1899 746">司機</th> <th data-bbox="1899 675 2002 746">其他</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1234 746 1377 786">總人數</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1234 786 1377 890">不適合接種* 人數</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1234 890 1377 994">完成第一劑人數</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1234 994 1377 1098">完成第二劑人數</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1234 1098 1377 1248">完成追加劑/基礎加強劑人數</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>註：工作人員含括自行聘用、兼職、外包及報備支援人力。 1. 行政人員泛指櫃台批價人員、總務人員、會計人員..等。</p>	類別 說明	工作人員 ^註						醫師	護理師	行政人員	清潔人員	司機	其他	總人數							不適合接種* 人數							完成第一劑人數							完成第二劑人數							完成追加劑/基礎加強劑人數						
類別 說明	工作人員 ^註																																																		
	醫師	護理師	行政人員	清潔人員	司機	其他																																													
總人數																																																			
不適合接種* 人數																																																			
完成第一劑人數																																																			
完成第二劑人數																																																			
完成追加劑/基礎加強劑人數																																																			



輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明	自評表									
		<p>液透析患者；HIV 陽性患者；目前正使用高度免疫抑制藥物者；過去 6 個月內接受化療、放療者；以及經醫師評估因免疫不全或免疫力低下者。</p> <p>(3) MMR 疫苗</p> <p>a. 2021 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>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>	<p>2. 司機含括機構聘請及合約計程車、車行司機。</p> <p>3. 機構內若由非上述人員，則歸屬其他，如：廚工、藥師、技師等。</p> <p>*對於疫苗成分有嚴重過敏反應史，或對於先前接種之疫苗劑次發生立即過敏反應者不予接種，需有醫師診斷證明。</p> <p>1.2.6 院所是否有宣導 COVID-19 疫苗接種作為？</p> <p><input type="checkbox"/> 否</p> <p><input type="checkbox"/> 是，<input type="checkbox"/> 會議宣導 <input type="checkbox"/> 簡訊通知 <input type="checkbox"/> 海報張貼 <input type="checkbox"/> 病友家屬座談會 <input type="checkbox"/> 其他</p> <p>1.2.7 院所是否提供員工 COVID-19 疫苗接種後不適反應的疫苗假？</p> <p><input type="checkbox"/> 否</p> <p><input type="checkbox"/> 是</p> <p>【MMR 疫苗】</p> <p>1.2.8 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"> <tr> <td data-bbox="1473 1070 1697 1238">1981 年以後出生之醫療照護工作人員人數 (甲)^{註1}</td> <td data-bbox="1473 1070 1697 1238">甲類人員中符合^{註2}任一條件之人數： (乙)</td> <td data-bbox="1473 1070 1697 1238">具麻疹免疫力之工作人員比率 (%) 乙/甲*100</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1473 1238 1697 1326"></td> <td data-bbox="1473 1238 1697 1326"></td> <td data-bbox="1473 1238 1697 1326"></td> </tr> </table>	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	評量說明與標準說明	自評表
			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。
	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	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」。 1.3.2 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：____。 2021 年病人進行胸部 X 檢查達成率為__%(分母:___人，分子:___人)



輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明	自評表
		<p>際執行胸部 X 光檢查人數。</p>	
<p>2. 感染管制措施-環境</p>	<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 >50CFU/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"/> 2021 年總計抽驗_____ 件。</p>



輔導 項目	評量項目	評量說明與標準說明	自評表
			<input type="checkbox"/> 2021 年透析機總計 _____ 台。



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。	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： _____。 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。 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： _____ 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： _____
	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	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： _____ 3.2.2 B、C型肝炎抗體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： _____



輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明	自評表																									
	<p>3.3 監測門診透析病人B型、C型肝炎轉陽率</p>	<p>符合法令的通報與加強監測作為。</p> <p><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。</p> <p><input type="checkbox"/>1：一年內B肝及C肝轉陽性率各≤5%。</p> <p><input type="checkbox"/>2：一年內B肝或C肝轉陽性率>5%。</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：</p> <p><input type="checkbox"/>否。</p> <p><input type="checkbox"/>是；請簡述說明通報機制：</p> <hr/> <p>3.2.4 急性病毒性肝炎於2021年通報件數。</p> <p><input type="checkbox"/>B型肝炎陽性；____件</p> <p><input type="checkbox"/>C型肝炎；____件</p> <p>3.3 請填寫2021年透析病人B、C型病毒性肝炎檢測結果：</p> <table border="1" data-bbox="1249 746 2022 1133"> <thead> <tr> <th rowspan="2">項目</th> <th colspan="3">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>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2021年曾接受長期透析病人中，其2020年檢驗值均為陰性者；若該透析病人無2020年檢驗數值，則以其2020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2020年度檢驗結果轉為陽性者；陽轉個案數請歸入統計。</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行體溫監控，若有異常宜安置隔離區或獨立區域進行透析。	C 肝通報定義請參閱附錄。 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 <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，鼓勵並掌握病人施打疫苗情形。 <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。	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="1249 1098 1697 1246"> <thead> <tr> <th></th> <th>2021 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> 3.5.3 透析患者完成 COVID-19 疫苗兩劑與追加劑/基礎加強劑的施打		2021 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	
	2021 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	評量說明與標準說明	自評表																	
		(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) 透析患者疫苗完整接種達 80% 以上	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="1247 491 1507 528">總人數</td> <td data-bbox="1507 456 1650 491">透析患者</td> <td data-bbox="1650 456 2020 491">接種率(%)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1247 528 1507 564">不適合接種*人數</td> <td data-bbox="1507 491 1650 528"></td> <td data-bbox="1650 491 2020 528">計算方式=實際接種人數/(總人數-不適合接種人數)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1247 564 1507 601">完成第一劑人數</td> <td data-bbox="1507 528 1650 564"></td> <td data-bbox="1650 528 2020 564">X100%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1247 601 1507 638">完成第二劑人數</td> <td data-bbox="1507 564 1650 601"></td> <td data-bbox="1650 564 2020 601"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1247 638 1507 675">完成追加劑/基礎加強劑人數</td> <td data-bbox="1507 601 1650 638"></td> <td data-bbox="1650 601 2020 638"></td> </tr> </table>	總人數	透析患者	接種率(%)	不適合接種*人數		計算方式=實際接種人數/(總人數-不適合接種人數)	完成第一劑人數		X100%	完成第二劑人數			完成追加劑/基礎加強劑人數				
總人數	透析患者	接種率(%)																		
不適合接種*人數		計算方式=實際接種人數/(總人數-不適合接種人數)																		
完成第一劑人數		X100%																		
完成第二劑人數																				
完成追加劑/基礎加強劑人數																				
	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。	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：_____	*對於疫苗成分有嚴重過敏反應史，或對於先前接種之疫苗劑次發生立即過敏反應者不予接種，需有醫師診斷證明 3.5.4 院所透析患者 COVID-19 疫苗接種後是否有出現不適反應？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，__人，○發燒 ○疲倦 ○痠痛 ○注射部位不適 ○其他																



輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明	自評表																		
			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	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="1249 1058 2018 1345"> <thead> <tr> <th>設置位置</th> <th>透析床 (台)</th> <th>工作車 (台)</th> <th>護理站 (個)</th> <th>大門入口(個)</th> <th>其他，請說明</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>院所之總數</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>上述地點有乾洗手劑之數量</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	設置位置	透析床 (台)	工作車 (台)	護理站 (個)	大門入口(個)	其他，請說明	院所之總數						上述地點有乾洗手劑之數量					
設置位置	透析床 (台)	工作車 (台)	護理站 (個)	大門入口(個)	其他，請說明																
院所之總數																					
上述地點有乾洗手劑之數量																					



輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明	自評表
		<p>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>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>(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。</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</p>	<p>4.1.2 是否辦理手部衛生稽核</p> <p><input type="checkbox"/> 否</p> <p><input type="checkbox"/> 是，頻次：○每月 ○每季 ○每半年 ○每年</p>



輔導項目	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>行手部衛生；不可使用同一雙手套照護另一位病人。</p> <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>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
		(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。	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： <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



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) 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>4.3.6 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>																				
5. 落實抗生素管理	5.1 抗生素管理計畫之領導與責任	<p>本條文診所不適用，但請填寫抗生素開立機制。</p> <p>【醫院適用以下標準】</p> <p><input type="checkbox"/>1：醫院應設立跨部門抗生素管理小組，並由副院長級(含)以上主管擔任主席；小組成員至少應包含醫師、藥師、醫檢師*、護理師及資訊人員等，醫學中心/準醫學中心每季至少開會1次；區域醫院及地區醫院每年至少開會2次。</p> <p><input type="checkbox"/>2 每半年至少辦理1次以上全院性「抗生素管理」相關講習，且臨床醫師、護理</p>	<p>5.1.1 是否為診所：</p> <p><input type="checkbox"/>否（請填寫 5.1.2-7 資料）</p> <p><input type="checkbox"/>是（請說明抗生素開立機制：_____），以下 5.1.2-7 資料免填。</p> <p>5.1.2 請詳列抗生素管理小組成員資料：</p> <table border="1" data-bbox="1249 954 2000 1136"> <thead> <tr> <th>管理小組 身份</th> <th>姓名</th> <th>職類^註</th> <th>職稱</th> <th>備註</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>主席</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>成員</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>【註】 職類：係填列醫師、藥師、醫檢師、護理師、資訊人員、資訊人員、其他等職別。</p> <p>5.1.3 抗生素管理小組每__個月召開會議一次</p> <p>5.1.4 是否每半年至少辦理1次以上全院性「使用抗生素管理」相關講習，且臨床醫師、護理人員、藥師每年至少參加一次？</p> <p><input type="checkbox"/>否</p>	管理小組 身份	姓名	職類 ^註	職稱	備註	主席					成員									
管理小組 身份	姓名	職類 ^註	職稱	備註																			
主席																							
成員																							



輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明	自評表
		<p>人員、藥師每年至少參加 1 次。</p> <p><input type="checkbox"/>3. 醫院應訂有抗生素管理計畫，對於計畫執行所須之經費、人力等資源都能有實質的支援。</p> <p><input type="checkbox"/>4.</p> <p>4-1 依據醫院特性及實務需要，定期檢討修訂抗生素管理計畫執行內容。</p> <p>4-2 落實執行修訂之抗生素管理計畫內容？</p> <p>【說明】</p> <p>1. 依據醫療機構設置標準第三條附表(一)綜合醫院、醫院設置標準表修正規定，四十九床以下，未設檢驗設備者，得免設醫事檢驗人員。</p> <p>2. 「每季或每年至少開會 1-2 次」係指若醫院將抗生素相關議題提至感染管制會討論並有決議，則符合本項規定。</p> <p>3. 「抗生素管理相關講習」，應有明確的時間、地點、</p>	<p><input type="checkbox"/>是</p> <p>5.1.5 是否訂有抗生素管理計畫，對於計畫執行所須之經費、人力等資源都能有實質的支援？</p> <p><input type="checkbox"/>否</p> <p><input type="checkbox"/>是，請於實地查核時提供相關文件備查，並續填下列問題</p> <p>5.1.6 是否依據醫院特性及實務需要，定期檢討修訂抗生素管理計畫執行內容？</p> <p><input type="checkbox"/>否</p> <p><input type="checkbox"/>是</p> <p>5.1.7 是否落實執行修訂之抗生素管理計畫內容？</p> <p><input type="checkbox"/>否</p> <p><input type="checkbox"/>是</p>



輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明	自評表
		<p>課程講義與上課紀錄，另講習課程錄製成數位學習課程，提供員工線上學習（e-learning）亦可列計。</p> <p>4. 上課對象之臨床醫師、護理人員、藥師係指執業執照登錄於該醫院之專任人員（兼任人員不列計算）。</p> <p>5. 若評量單位為醫院層級，請醫院整備輔導訪視前一年度之抗生管理計畫相關資料，若前一年無感控查核資料，院方應備有該項資訊，以備後續之查核或評鑑。</p>	
	5.2 抗生素使用管理機制	<p>【醫院適用以下標準】</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 醫院訂有抗生素使用管理措施，且醫師可隨時查閱如何適當使用抗生素之資料。</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 對抗生素使用量訂有適當的監測機制，並定期進行統計分析。</p> <p><input type="checkbox"/> 3. 定期隨機審查病歷，各項有關病人使用抗生素之情形，應於病歷中詳載，並</p>	<p>醫院請填寫 5.2.1-11</p> <p>5.2.1 2021 年單位常規透析人次為 _____ 人次</p> <p>5.2.2 是否對抗生素使用量訂有適當的管理機制，並定期進行統計分析？</p> <p><input type="checkbox"/> 否</p> <p><input type="checkbox"/> 是（請續填頻率、單位、統計方式及類別）</p> <p>2-1. 頻率：○每年 ○每半年 ○每月 ○其他：</p> <p>2-2. 單位（可複選）：○全院 ○住院 ○急診 ○門診 ○其他</p> <p>2-3. 統計方式（可複選）：○DDD ○DID ○抗生素使用率 ○其他：</p>



輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明	自評表
		<p>有評估病人抗生素使用適當性之機制。</p> <p><input type="checkbox"/> 4. 對抗生素不合理使用之情況能回饋臨床醫師或科部，並提出改善措施，且確實執行。</p> <p><input type="checkbox"/> 5. 達成以上 4 項及下述 2 項：</p> <p>5-1 醫院設置抗生素檢核資訊系統，於醫師開立抗生素處方時有提醒機制，以提升抗生素開立處方品質。</p> <p>5-2 對所有類別抗生素不合理使用之情況，有具體改善成效呈現。</p> <p>【診所適用以下標準】</p> <p>符合項目：</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 診所應有抗生素使用管理機制，且醫師可隨時查閱如何適當使用抗生素之資料(如下說明補充)。</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 訂有抗生素使用量之監測機制，並定期統計分析。</p> <p>[註]</p> <p>診所無抗生素藥物品項者，可自選本項免評。</p>	<p>2-4. 類別 (可複選)：○依品項 ○依類別 ○其他：</p> <p>5.2.3 院方資訊室或藥學部等管理單位是否提供透析單位抗生素使用量？</p> <p><input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是</p> <p>5.2.4 是否定期隨機審查病歷，各項有關病人使用抗生素之情形，應於病歷中詳載？</p> <p><input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，項目 (可複選)：○非管制性抗生素 ○管制性抗生素 ○門診抗生素 ○其他：</p> <p>5.2.5 有關病人非管制性抗生素使用之情形，是否建立機制，防範下列情形發生？</p> <p><input type="checkbox"/> 不適用 (無使用非管制性抗生素情形) <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 (請續填下列項目)</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. 「如何適當使用抗生素之資料」，係指資料手冊可為醫院編製或網際網路資訊搜尋。</p> <p>2. 「對抗生素使用量訂有適當的監測機制」，係指需由院方提出抗生素使用情形之監測資料，並使用 DDD 或 DID (DDD/1000 patient-days) 為單位統計。</p> <p>3. 「各項有關病人使用抗生素之情形，應於病歷中詳載」，應符合下列標準：</p> <p>(1) 有關病人非管制性抗生素使用之情形，建立機制以防範下列情形發生：</p> <p>a. 重症病人無正當理由仍然使用第一線狹效抗生素。</p> <p>b. 第一線狹效抗生素使用 3 天無效，無正當理由仍然繼續使用。</p> <p>c. 未依感染部位選用適當抗生素。</p>	非管制性抗生素不當使用樣態	是否建立機制，防範左列情形發生
1. 重症病人無正當理由仍然使用第一線狹效抗生素。	<input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是	2. 第一線狹效抗生素使用 3 天無效，無正當理由仍然繼續使用。	<input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是	
3. 未依感染部位選用適當抗生素。	<input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是	4. 社區感染無正當理由仍使用明顯療效不足之藥物。	<input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是	
5. 使用的劑量未考慮到病人體重及肝腎功能。	<input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是	5.2.6 有關病人管制性抗生素使用之情形，是否建立機制，防範下列情形發生？ <input type="checkbox"/> 不適用 <input type="checkbox"/> 本院無管制性抗生素藥物品項 <input type="checkbox"/> 本院有管制性抗生素藥物品項但無管制性抗生素使用情形 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是（請續填下列項目）		
管制性抗生素不當使用樣態	是否建立機制，防範左列情形發生	1. 臨床狀況明顯為輕症或無症狀，但使用廣效抗生素，且無正當理由。	<input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是	
2. 無正當理由同時使用 3 種以上抗生素。	<input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是			



輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明	自評表		
		d. 社區感染無正當理由仍使用明顯療效不足之藥物。 e. 使用的劑量未考慮到病人體重及肝腎功能。 註：針對無使用非管制性抗生素情形之醫院，實地查核時以醫院是否訂有抗生素使用指引、抗生素使用管制措施或相關機制作為評量依據。 (2) 有關病人管制性抗生素使用之情形，建立機制以防範下列情形發生： a. 臨床狀況明顯為輕症或無症狀，但使用廣效抗生素，且無正當理由。 b. 無正當理由同時使用 3 種以上抗生素。 c. 使用藥物的種類不符合國內外抗生素治療指引。 d. 使用的劑量未考慮病人體重及肝腎功能。 註：「管制性抗生素」指全民健康保險第一線以外之抗微生物製劑；無管制性抗	3. 使用藥物的種類不符合國內外抗生素治療指引。 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是	<input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是	
			4. 使用的劑量未考慮病人體重及肝腎功能。 5.2.7 有關病人門診抗生素使用之情形，是否建立下列機制？ <input type="checkbox"/> 不適用（本院無門診抗生素使用情形） <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是（請續填下列項目）	<input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是	<input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是
			門診抗生素使用情形	是否建立左列機制	
			1. 有需要才用抗生素；使用抗生素時，病歷上應說明用藥理由。	<input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是	<input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是
			2. 一般明顯急性感冒不可使用抗生素。	<input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是	<input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是
			3. 抗生素使用種類及劑量合理，並有考慮病人體重及肝腎機能。	<input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是	<input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是
			4. 抗生素使用期間合理，如有異常時，應於病歷上說明。	<input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是	<input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是
			5.2.8 是否有評估病人抗生素使用適當性之機制？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是（請續填評估者、方式及項目）		
			8-1*評估者（可複選）： <input type="radio"/> 感染科醫師 <input type="radio"/> 其他指定醫師 <input type="radio"/> 藥師 <input type="radio"/> 其他：		
			8-2 方式（可複選）： <input type="radio"/> 使用前審查 <input type="radio"/> 使用後審查 <input type="radio"/> 其他：		
			8-3 項目（可複選）： <input type="radio"/> 適應症 <input type="radio"/> 細菌培養結果 <input type="radio"/> 藥品過敏史 <input type="radio"/> 肝腎功能及相關檢驗數據 <input type="radio"/> 劑量 <input type="radio"/> 頻次 <input type="radio"/> 天數		



輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明	自評表				
		<p>生素藥物品項之醫院得以免評；針對無管制性抗生素使用情形之醫院，實地查核時以醫院是否訂有管制性抗生素使用指引或相關機制作為評量依據。</p> <p>(3) 有關病人門診抗生素使用之情形，建立下列機制：</p> <p>a. 有需要才用抗生素；使用抗生素時，病歷上應說明用藥理由。</p> <p>b. 一般明顯急性感冒不可使用抗生素。</p> <p>c. 抗生素使用種類及劑量合理，並有考慮病人體重及肝腎機能。</p> <p>d. 抗生素使用期間合理，如有異常時，應於病歷上說明。</p> <p>註：針對無門診抗生素使用情形之醫院，實地查核時以醫院是否訂有抗生素使用指引、抗生素使用管制措施或相關機制作為評量依據。</p>	<p>○輸液○輸注速度○交互作用○禁忌症 ○其他：</p> <p>5.2.9 是否對抗生素不合理使用之情況回饋臨床醫師或科部，並提出改善措施，且確實執行？ <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>是，請簡述執行情形： _____。</p> <p>5.2.10 是否設置抗生素檢核資訊系統，於醫師開立抗生素處方時有提醒機制？ <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>是，檢核及提醒機制說明為：</p> <p>5.2.11 是否對所有類別抗生素不合理使用之情況，有具體改善成效呈現？ <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>是</p> <table border="1" data-bbox="1249 1018 2011 1217"> <thead> <tr> <th data-bbox="1249 1018 1518 1058">項目</th> <th data-bbox="1518 1018 2011 1058">改善情形</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1249 1058 1518 1217"></td> <td data-bbox="1518 1058 2011 1217"></td> </tr> </tbody> </table> <p>5.2.12 診所自評項目： 12-1 2021 年單位常規透析人次為 _____ 人次</p>	項目	改善情形		
項目	改善情形						



輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明	自評表						
		<p>4. 「評估病人抗生素使用適當性之機制」，其機制係由醫院自行規劃，評估內容包括適應症、細菌培養結果、藥品過敏史、肝腎功能及相關檢驗數據、劑量、頻次、天數、輸液、輸注速度、交互作用、禁忌症等。</p> <p>5. 「抗生素不合理使用」包括：不符適應症、用法用量欠妥（劑量、頻次、天數、特殊族群等）、藥品選用不當等。</p> <p>6. 「醫院設置抗生素檢核資訊系統，於醫師開立抗生素處方時有提醒機制」，係指輔助醫師開立抗生素處方之系統（如：抗生素之建議劑量、過敏史或不良反應提示、肝腎功能不全檢核、相同藥理提示及預設處方之有效期限等），院內有任何形式之提醒機制即認定符合標準。</p>	<p>12-2 是否對抗生素使用量訂有適當的管理機制，並定期進行統計分析？</p> <p><input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是（請續填頻率）</p> <p>12-2-1. 頻率：○每年 ○每半年 ○每月 ○其他：</p> <p>12-3 單位是否可提供全年之抗生素使用量？</p> <p><input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是</p> <p>12-4 單位是否可提供抗生素總使用量？</p> <p><input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是</p> <p>12-5 單位是否可提供各分類使用量？</p> <p><input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是</p> <p>12-6 單位是否可統計分析抗生素使用率？</p> <p><input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，請填寫下表</p> <table border="1" data-bbox="1294 1070 2004 1209"> <thead> <tr> <th data-bbox="1294 1070 1529 1141">2021 年單位使用 抗生素人次(A)</th> <th data-bbox="1529 1070 1765 1141">2021 年單位常規 透析人次(B)</th> <th data-bbox="1765 1070 2004 1141">抗生素使用比率 (A/B*100)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1294 1141 1529 1209"></td> <td data-bbox="1529 1141 1765 1209"></td> <td data-bbox="1765 1141 2004 1209"></td> </tr> </tbody> </table> <p>12-7 單位是否可統計分析抗生素使用密度？</p> <p><input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，請填寫下表</p>	2021 年單位使用 抗生素人次(A)	2021 年單位常規 透析人次(B)	抗生素使用比率 (A/B*100)			
2021 年單位使用 抗生素人次(A)	2021 年單位常規 透析人次(B)	抗生素使用比率 (A/B*100)							



輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明	自評表		
		7. 「有具體改善成效呈現」，係指可提供不適宜的抗生素使用率下降及全院抗生素使用量有效降低者作佐證。	2021 年單位使用 抗生素 DDD(A)	2021 年單位常規 透析人次(B)	透析單位抗生素 使用使用密度 (A/B*1000)
6.血流感染監測	6.1 導管相關血流感染監測	6-1 訂有導管相關血流感染判斷之依據。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 6-2 導管相關血流感染個案。	以下請填報 2021 年資料： 6.1 導管相關血流感染判斷依據(可複選)： <input type="checkbox"/> 疾病管制署 2018 年版之醫療照護相關感染定義。 <input type="checkbox"/> 醫師診斷。 <input type="checkbox"/> 其他：請說明_____。		

12-8 有關病人門診抗生素使用之情形，是否建立下列機制？

不適用（本院無門診抗生素使用情形）

否

是（請續填下列項目）

門診抗生素使用情形	是否建立左列機制
1. 有需要才用抗生素；使用抗生素時，病歷上應說明用藥理由。	○否 ○是
2. 一般明顯急性感冒不可使用抗生素。	○否 ○是
3. 抗生素使用種類及劑量合理，並有考慮病人體重及肝腎機能。	○否 ○是
4. 抗生素使用期間合理，如有異常時，應於病歷上說明。	○否 ○是



輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明	自評表												
		7. 「有具體改善成效呈現」，係指可提供不適宜的抗生素使用率下降及全院抗生素使用量有效降低者作佐證。	2021 年單位使用 抗生素 DDD(A)	2021 年單位常規 透析人次(B)	透析單位抗生素 使用使用密度 (A/B*1000)										
12-8 有關病人門診抗生素使用之情形，是否建立下列機制？			<input type="checkbox"/> 不適用（本院無門診抗生素使用情形）												
<input type="checkbox"/> 否			<input type="checkbox"/> 是（請續填下列項目）												
			<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="1245 729 1818 801">門診抗生素使用情形</th> <th data-bbox="1818 729 2020 801">是否建立左列機制</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1245 801 1818 888">1. 有需要才用抗生素；使用抗生素時，病歷上應說明用藥理由。</td> <td data-bbox="1818 801 2020 888">○ 否 ○ 是</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1245 888 1818 976">2. 一般明顯急性感冒不可使用抗生素。</td> <td data-bbox="1818 888 2020 976">○ 否 ○ 是</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1245 976 1818 1064">3. 抗生素使用種類及劑量合理，並有考慮病人體重及肝腎機能。</td> <td data-bbox="1818 976 2020 1064">○ 否 ○ 是</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1245 1064 1818 1152">4. 抗生素使用期間合理，如有異常時，應於病歷上說明。</td> <td data-bbox="1818 1064 2020 1152">○ 否 ○ 是</td> </tr> </tbody> </table>		門診抗生素使用情形	是否建立左列機制	1. 有需要才用抗生素；使用抗生素時，病歷上應說明用藥理由。	○ 否 ○ 是	2. 一般明顯急性感冒不可使用抗生素。	○ 否 ○ 是	3. 抗生素使用種類及劑量合理，並有考慮病人體重及肝腎機能。	○ 否 ○ 是	4. 抗生素使用期間合理，如有異常時，應於病歷上說明。	○ 否 ○ 是	
門診抗生素使用情形	是否建立左列機制														
1. 有需要才用抗生素；使用抗生素時，病歷上應說明用藥理由。	○ 否 ○ 是														
2. 一般明顯急性感冒不可使用抗生素。	○ 否 ○ 是														
3. 抗生素使用種類及劑量合理，並有考慮病人體重及肝腎機能。	○ 否 ○ 是														
4. 抗生素使用期間合理，如有異常時，應於病歷上說明。	○ 否 ○ 是														
6. 血流感染監測	6.1 導管相關血流感染監測	6-1 訂有導管相關血流感染判斷之依據。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 6-2 導管相關血流感染個案。	以下請填報 2021 年資料： 6.1 導管相關血流感染判斷依據(可複選)： <input type="checkbox"/> 疾病管制署 2018 年版之醫療照護相關感染定義。 <input type="checkbox"/> 醫師診斷。 <input type="checkbox"/> 其他：請說明_____。												



輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明	自評表														
		<input type="checkbox"/> 有個案且有紀錄備查 <input type="checkbox"/> 沒個案但有收集機制 <input type="checkbox"/> 沒個案也沒有收集機制 6-3 導管相關血流感染菌株。 <input type="checkbox"/> 有菌株且有紀錄備查 <input type="checkbox"/> 沒菌株但有收集機制 <input type="checkbox"/> 沒菌株也沒有收集機制 6-4 訂有發生導管相關血流感染之處置機制。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	6.2 導管相關血流感染件數：_____件 (若以人數計算是_____人)。 6.3 導管相關血流感染菌株總數：_____株(請填下表)；或 <input type="checkbox"/> 未檢出微生物 <table border="1" data-bbox="1249 647 1821 895"> <thead> <tr> <th data-bbox="1249 647 1688 687">菌株名稱</th> <th data-bbox="1688 647 1821 687">株數</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> 6.4 發生導管相關血流感染之處置機制(可複選)： <input type="checkbox"/> 由原診療負責醫師診斷後開立抗生素。 <input type="checkbox"/> 轉送醫療院所(備有病歷摘要以供評量)。 <input type="checkbox"/> 其他：請說明_____。	菌株名稱	株數												
菌株名稱	株數																

◎本表尚為草案，可再依實際執行情況進行修訂



北區說明會問題討論

項次	問題	回覆
一	<p>抗生素使用部分，條文與每年的感染管制查核的內容應該都一模一樣，學會對機構每年都有進行查核也有相關的資料，是否可以不針對此內容再查核？</p> <p>導管感染部分，血液透析室病人有感染的情況，透析單位不會針對菌株或抗生素使用作統計資料。在感染管制查核時如有這些查核條文內容時，會由感染管制單位提供相關資料。此內容在血液透析室沒有統計的資料，對血液透析室相對陌生，填寫內容也困難，但不想提供資料為零。</p>	<p>詹明錦秘書長回覆</p> <p>這項計畫是感染管制學會與腎臟醫學會一起合作的，非常認同這位透析室第一線同仁提出的建議，因同仁僅於單位工作緣故，可能認為這些內容應由感管單位處理，但可以換個角度去想，透過提供表單的資料，感管跟血透互相提供資訊，一起了解臨床情形，有助於保障患者安全。</p> <p>抗生素管制、血流感染率的內容，透析單位可能先前並不強制執行，本計畫屬於輔導性質，為協助透析單位進步的計畫，並不是一個強制性執行的審查，希望透過計畫的輔導協助，幫助單位間互動與互相了解。</p> <p>盧柏樑醫師回覆</p> <p>本年度執行訪查的項目內容是依 CDC 要求而修訂的，大醫院系統中，住院患者本身都已經在系統上，但門診或透析室的抗生素使用及菌種其實多數是沒有資料的，不過 CDC 已提出要求，就先麻煩大家試看看。如長庚在門診透析有專門的科室，可以透過系統提供資料；高醫的用藥量 DDD 是由資訊室提供給醫院，檢查是否有異常。實務上要怎麼做，每個醫院的做法盡不相同，倘若國家要單位求門診透析單位提供抗生素使用量、管理機制及造成感染的菌種統計等資料，我相信大家心中都有數，現行狀況是無法俐落執行的，且製作出一個複雜的報表困難費時，目前透析單位透過本先驅計畫建立的自我評核機制，自行評估也可未雨綢繆。但執行上若有困難，填零也沒關係，計畫方將向 CDC 署方告知目前這項條文適不適合導入計畫中或甚未來的監測政策中。</p> <p>李佳蓉醫師回覆</p> <p>經說明會活動互動後，反饋有些條文對透析單位非常陌生，也因此這計畫才需要兩個學會一起來協助幫忙透析單位，提昇臨床品質並保障患者安全。針對透析單位不熟悉的部分條文，對於感管人員可能是非常熟悉的，以醫院系統來說這部分執行需要由透析室與感管中心一同完成，期待在二個條文上，由感管人員與透析室人員討論並了解，互相幫忙回覆條文項目。現行診所單位並未有抗生素使</p>



		用或血流感染檢測的相關統計，剛開始可能會有點困難，但先從導入這個觀念，收集現況開始，未來相信會漸入佳境。若診所單位有做不到條文內容可以在訪視時或開交流會時提出來，向委員們回饋執行上的困難，才能最大化計畫對單位的幫助。
二	最後一項條文收集血透 HAI/BSI 有點困難，畢竟 2018 年條文是針對住院病人，有跟血液透析單位討論過，病人並不是每天來透析，針對收案的定義對感管師來說有點困難，畢竟不是套用在 2018 年的條文定義上，想詢問針對這個收案的動作是否可以稍微說明？	蘇麗香課長回覆： 住院期間收案，若有感染過一定會再確認，那就會有數據，感管也一定會知道。 詹明錦秘書長回覆： 2018 年條文是針對住院病人，所以門診的病人依照現行的條文是不符合的，也就不會去收案，但未來 CDC 也會發展這部分，感染管制學會也會提供協助，因此同仁方才提問的收案部分，目前先按照該條文進行，未來若國內有所定義或國外有相關定義，也將透過計畫快速導入透析單位。
三	透析病人的 COVID-19 疫苗施打率 80% 的參考依據是什麼，因為全台民眾施打率未達 80%，想請問學會的依據是什麼？	詹明錦秘書長回覆 最近對 COVID-19 疫苗接種進行無預警的查核，醫院的追加劑的數據也是 80%，流感疫苗的達成率也是 80% 以上，以前教育訓練完成率也是希望 80% 或是 90% 以上。雖無依據，現在 80% 屬於一個共識。 陳宜君理事長回覆 該條件是大家妥協出來的數字，早前認為 COVID-19 疫苗的涵蓋率 65% 以上，可以把疫情控制住；但變異株出現後，轉變成抗體是 90% 以上才可以把疫情控制住，疾管署在制定政策時會妥協出一個數字，一旦制定了必須扛下政治責任。政策的制訂上，疾管署會考慮醫療機構配合度，或是推廣的可行性，因為若政策無人配合也是沒有效用的。感染管制最強調是要靠各單位將政策轉譯成可操作的臨床實務，再說服其他單位同仁繼續落實執行。
四	新病人檢測 Anti HCV 陽性，但檢驗 HCV RNA 陰性 (驗不到病毒) 要如何排床位？	蘇家彬醫師回覆 目前建議 C 型肝炎抗體陽性先放在 C 肝區治療，追蹤一段時間仍是 HCV RNA 陰性大多就是 C 型肝炎陰性。這種情況跟治療後的情況是相同的，還是會存在 Anti HCV，但是病毒已經沒了，過一段時間可以證明已經治療完成的狀況下，可以回到非 C 肝區治療。



五	當發現肝功能異常是立即檢查B/C肝?若是陰性，需間隔多久再此檢驗嗎?	蘇家彬醫師回覆 建議要列入考量，當下發現肝功能異常需要做一些處理去排除風險，不只是B/C肝，也有可能A型肝炎，需要與醫生討論是否可能是B/C肝的急性感染。
六	住院病人(非本院門診病人)Anti HCV 陽性，但病人說已經治療過，HCV RNA 是陰性，但沒附C肝治療診斷書，該如排床位?	蘇家彬醫師回覆 要與他的主治醫師確認，證明他是有治療過的，並不是C型肝炎的病患，因為一定會有醫師幫他治療，病人不可能自己買藥來吃。
七	B、C肝病人使用過的機械(已經過消毒)，需停止多久才可以給一般病人使用?	蘇家彬醫師回覆 專用機台之外，一般機台擦拭消毒完畢後應該就沒問題了，但是要強調的是看到絕大多數感染傳播都不是分床位、分區域或用不同機器的問題，現在大家分區都很完美了，還是會有感染發生分區，不能完全解決C型肝炎傳播的問題，如果感染管制做得很好，就算將二群患者混在一起透析也不會造成傳染；如果沒有做好感染管制的措施，繼續汙染區跟工作區一起使用，還是可能會造成C型肝炎病毒的傳染。分區是一個手段，並沒辦法完全處理這個問題，處理這個問題要靠各位將感染管制措施做好，不要將工作區跟汙染區一起使用。
八	有新的C肝案例，衛生局要求整個診所要重新檢驗一次，大家的困擾是全診所重新檢驗後，3個月後是否要全診所再檢測一次，6個月全診所後再測一次嗎，診所想知道是否有公版的指引教大家如何去執行?	蘇家彬醫師回覆 可以上網至衛生福利部疾病管制署的網站上查，有一個C型肝炎處置的工作手冊。為什麼大家會被要求3個月後需要重新檢驗一次，是因為一旦發生新的C型肝炎個案，就會有其他個案也被感染的可能性，只是尚未知道，因C型肝炎病毒的潛伏期太長了，等到發病可能都已經是幾個禮拜或幾個月後的事情，所以在這段時間建議是縮短監測的時間，一般情形一年只要檢驗一次C型肝炎的狀況，但在這段非常時期要考慮縮短到3個月或6個月做個一次檢驗，確保大家都很安全，這是一個標準的作法。事實上現在還有另一個方法，目前跟實驗室有合作可以做基因的比對，如果有發現新個案，送去實驗室做基因的比對，可能找到不是該單位造成



	的問題，而是其他醫院的問題，方才簡報中就有提到類似的個案。
--	-------------------------------

南區說明會問題討論

項次	問題	回覆
一	C 肝陽轉、核酸採檢陰性的患者應歸屬在何區進行血液透析？	洪敏南醫師回覆肝功能異常但 anti-HCV 採檢為陰性，大部分醫院可能會認定肝功能異常是其他原因造成，例：脂肪肝、藥物所造成的，會放在一般區繼續透析治療。目前無規定說肝功能異常 anti-HCV 採檢為陰性，一定要轉出治療；倘若院所單位想積極一些，且患者存在潛在風險因子，院所欲盡早介入，則建議可以做 RNA 或是抗原檢測。但因目前政策並無強制規定，若院所擔心但不想做這麼多檢測，只能自我要求將感控做到位，例如方才分享提到 B 與 C 院中，患者被通報 HCV 但也無造成傳播，由此可見感控做得好即使在放置在一般區進行透析，也仍不會造成傳播。
二	由洪醫師簡報中第三案例來看，由其他醫院回來的患者是否要再做一次 C 肝檢驗、多久要做一次比較安全？	洪敏南醫師回覆目前不知道健保給付 anti-HCV 檢驗的規範是如何，但 anti-HCV 為陰性，並不代表患者是安全的，例如簡報中第 37 頁，假設 B1 病患在 4 月 1 日在 C 醫院受到感染但 4 月 8 日回到 B 醫院做 anti-HCV 採檢，其結果一定為陰性。因此還是要當作每個患者都有潛在暴露的風險，並把感控做到位，實際上若真有案例產生也不會在一般區傳播，且經調查在台灣通報案例是有的，但真正產生傳播的案例較少，其實也是有賴大家的努力。
三	現在疫情當下，目前個人防護裝備都依照防疫標準去配戴，但若未來與病毒共存或疫情離去，仍需繼續穿戴隔離衣嗎？若需穿戴隔離衣要全套型還是半套型，其材質一般布或是要防潑水材質？	蘇麗香課長回覆疫情過去後，標準一定要再回來，未來應是以過去標準防護措施的概念去執行，若業務範疇上會遇到噴濺的液體建議須穿防水材質，若過去僅是用布質防護衣則也仍維持。若因本次疫情而無限上綱地將防護等級一味往上拉，未來的執行



		<p>將變得十分艱難，所以疫情趨緩後，防護措施或裝備等也應回到過去的標準，而非現行防疫標準。</p>
--	--	--

第三次專案小組會議記錄

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案小組會議 111.06.13



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 第三次專案小組會議記錄

- ◎ 時 間：111年06月13日（星期一）晚上6點30分
- ◎ 地 點：高雄醫學院附設中和醫院 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：陳宜君、張哲銘、詹明錦、洪靖慈、李原地、吳志仁、陳瑛瑛、吳家兆、姜至剛、王明誠、楊孟儒、鍾牧圻、施智源、張明揚、湯宏仁
- ◎ 簽 到：陳宜君、楊孟儒、鍾牧圻三位委員請假，簽到表詳如附件

主席：陳焱生

紀錄：黃博玲

壹. 主持人致詞：

陳堯生副院長致詞、黃尚志理事長致詞。

盧柏樑院長報告：因應疫情嚴峻，部分醫療院所反應人力不足無法於6月底自評表回覆，且實地訪查亦無法配合執行，因而修正計畫內容-實地訪視活動、交流會議及標竿學習活動取消；增加書面審查醫療院所的自評表分析及建議；經費修正，詳如簡報。

貳. 前次決議與執行事項報告：

1. 血液透析自評表單新增的第5項落實抗生素管理與第6項血流感染監測條文內容(如附件一自評表(草案)，第18頁~第27頁)，依據3月二場說明會與會者反饋(如附件二 南北區說明會問題討論紀錄，第28頁~第31頁)，敬請各位專家委員給予建議。

決議：將第5項註明為調查項目，而非評核項目。計畫將去今年參加的50家透析單位調查結果作為後續計畫參考的基礎，明年計畫根據調查結果，若認為這項目對透析室不適用，可以再修改或刪除此項目。第6項的內容已定義清楚，只收集進入該院所常規洗腎的患者發生導管相關的血流感染，如此才能讓每個單位在同一基準線上進行比較(即排除急洗、非導管相關感染等無法比較的因素)，才有評估之價值。

執行情形：自評表已修正完成，已供50家透析單位調查，目前回收29家自評表。行文至各機構中心展延至7月底收回自評表，得視疫情狀況由計畫主持人決定，調整延長到8月。

2. 今年度疫情因素腎臟醫學會將於七月底決定訪視行程，然本計畫若與學會共同輔訪，可能無法如期完成計畫任務指標(7~9月完成)，因此今年計畫是否先自行訪視，敬請各位專家委員予以建議。
3. 近期疫情嚴峻，敬請各位專家委員討論今年計畫的輔導訪視於何種條件下改為文字與線上訪視。

決議：將討論事項2與3合併討論。腎臟醫學會經識會議討論，其訪視作業將延後至7月底再討論是否要執行訪視及訪視日期，若決定要進行訪視會在訪視6周前告知受訪視單位，即腎臟醫學會訪視最快將於九月中訪視。本計畫也因應疫情變化暫緩訪視時間的安排，將在7月中旬至7月底再討論決議是否要進行輔訪作業，並盡量配合腎臟醫學會的時間共同執行，減少單位負擔與反彈。

執行情形：經與CDC反應，因COVID 19疫情嚴峻，透析單位反應因人力不足無法配合計畫實地訪視執行，於第3次會議(本次)討論實地訪視改為書面審查作業。

4. 今年度報名參加計畫的醫院層級單位踴躍(共16家，如附件三，第32頁)，依據計畫書內容僅接受10家醫院層級單位參與，故敬請各位專家委員共同討論並篩選10家醫院層級的血液透析室參與計畫。

決議：16家的醫院層級由腎臟醫學會張哲銘秘書長於協助篩選今年要訪視的10家院所，剩餘為入選之院所將列為明年優先參與計畫的單位；基層單位部分，將委請腎臟醫學會張哲銘秘

書長及基層透析學會楊孟儒理事長於會後共同協助尋覓餘下 8 家診所單位。

執行情形：新增 111 年度參與血液透析輔導訪視醫療院所共 20 家 (10 家醫院層級，10 家診所層級)的名單已於在 111 年 4 月 13 日在感染管制學會的官網上公布。

參. 討論事項：

1. 提案一：111 年計畫書變更經費修正案，請審議。

說明：

因 COVID 19 疫情嚴峻，透析單位反應因人力不足無法配合計畫實地訪視執行，故實地訪視改為書面審查作業。修正經費對照如下表：

項 目	金 額	說 明	修正後金額	修正後說明	金額變動
(一)人事費	696,213		695,805		- 408
計畫主持人	120,000	計畫主持人費用： (10,000 元/月)*1 人 *(12月)=120,000 元	不變		
研究助理薪資 (專任助理)	523,797	1. 專任助理第 2 年薪資 (33,190 元/月*1 人*12 個月)、年終獎金(1.5 個月*1 人)： (33,190 元 *12 月) +33,190 元*1.5 月) = 398,280 元 +49,785 元=448,065 元 2. 專任助理人員保險 2.1 勞保(2,681 元/月)及健保費(1,632 元/月)共 4,313 元/月： (4,313 元 *12 月) = 51,756 元 2.2 公提退休金：1,998 元*12 月=23,976 元	564,213	1. 專任助理薪資 1.1 學士級第 2 年薪資 (33,190 元/月*1 人*1-5 月)=33,190 元/月 *1 人*5 月=165,950 元 1.2 碩士級第 1 年薪資 (37,120 元/月*1 人*6-12 月)、年終獎金 (1.5 個月*1 人)： (37,120 元*7 月 +37,120 元*1.5 月) =259,840 元+ 55,680 元 = 315,520 元 總計：481,470 元 2. 專任助理人員保險 1-5 月勞保(2,721 元/月)及健保費(1,632 元/月)共 4,353 元/月：(4,353 元*5 月) = 21,765 元 6-12 月勞保(3,120 元/月)及健保費(1,872 元/月)共 4,992 元/月：(4,992 元*7 月)= 34,944 元 總計：56,709 元 2.3 公提退休金： 1-5 月：1,998 元*5 月= 9,990 元 7-12 月：2,292 元*7 月= 16,044 元 總計：26,034 元	

項 目	金 額	說 明	修正後金額	修正後說明	金額變動
臨時工資	52,416	1.臨時人員： 3 場次說明會前置作業及場務等相關作業，以所需時時數計算： 說明會(168 元/小時*8 小時*39 場次[2 場說明會+2 場交流會議+5 家標竿學習*1 人+(30 家醫院輔導*1 人)]=52,416 元	11,592	1.臨時人員： 3 場次說明會前置作業及場務等相關作業，以所需時時數計算： 168 元/小時*69 小時 [2 場說明會*8 小時+(50 家醫院書審與前置作業共 53 小時)]= 11,592 元	
(二)業務費	1,297,287		614,487		-682,800
委員出席費	481,600	專案成員 20 人及醫療院所代表 50 人 ，共 70 人 ，其中 1 人為本案計畫主持人，符合本計畫出席費資格共 69 人 1. 專案小組會議出席費： 1.1 專案委員出席費 (每人 2,000 元/每次 19 人 *2 次*8 成出席率) = 76,000 元 *8 成出席率 = 60,800 元 2. 交流會議出席費： 2.1 (每人 2,000 元/每次 69 人*2 次*8 成出席率) = 276,000 元 *8 成出席率 = 220,800 元 3. 30 家參與醫院實地輔導委員出席費： 3.1 每次實地輔導費 2,000 元，每次 3 人 (每人 2,000 元/每次*3 人*30 家)=180,000 元 4. 標竿學習活動 5 家，每次 2 人 (每人 2,000 元/每次*2 人*5 家)=20,000 元	184,400	專案成員 20 人及工作小組成員 2 人，共 22 人，其中 1 人為本案計畫主持人，符合本計畫出席費資格共 21 人 1. 專案小組會議出席費： 1.1 專案委員出席費 (每人 2,000 元/每次 21 人*4 次*8 成出席率)=168,000 元*8 成出席率=134,400 元 2. 書面審查費 1,000 元，每家 1 人 (每人 1,000 元/每家*1 人*50 家)=50,000 元	-297,200

項目	金額	說明	修正後金額	修正後說明	金額變動
講師鐘點費	32,000	1.辦理說明會2場次： 說明：講師鐘點費： 每兩節4,000元 4,000元/兩節*4堂*2場=32,000元	不變		
國內旅費	504,000	實施本計畫所需之相關人員及出席專家之國內差旅費。差旅費分為交通費、住宿費、雜費等。出席專家如係由遠地前往（三十公里以外），受委託單位得衡酌實際情況，參照國內出差旅費報支要點規定，覈實支給交通費及住宿費。 1. 工作人員差旅費平均每2,000元/人(按實開支) 1-1 執行相關會議、50家參與醫院各協調工作、2場次說明會教育訓練、 2場次交流會議 、 30場次實地訪查 等 2. 專案小組委員交通費： 專案委員交通費： (平均一人2,000元/每次20人*2次*8成出席率) =80,000元*8成出席率 =64,000元 3. 2場次交流會議通費： (每人2,000元/每次70人*2次*8成出席率) =280,000元*8成出席率 =224,000元 4. 30家參與醫院實地輔導委員交通費： (每人2,000元/每次3人*30家)=180,000元	140,800	實施本計畫所需之相關人員及出席專家之國內差旅費。差旅費分為交通費、住宿費、雜費等。出席專家如係由遠地前往（三十公里以外），受委託單位得衡酌實際情況，參照國內出差旅費報支要點規定，覈實支給交通費及住宿費。 1. 工作人員差旅費平均每2,000元/人(按實開支) 1-1 執行相關會議、50家參與醫院各協調工作、2場次說明會教育訓練等 2. 專案小組委員交通費： 專案委員交通費： (平均一人2,000元/每次22人*4次*8成出席率) =176,000元*8成出席率=140,800元	-363,200

項 目	金 額	說 明	修正後金額	修正後說明	金額變動
		5. 說明會交通費 說明會 2 場次，平均 每位講師交通費來回 2,000 元 2,000 元*4 人/場*2 場 =16,000 元 6. 5 家標竿學習活動交 通費 (每人 2,000 元/每次*2 人*5 家)=20,000 元			
餐費	30,200	1. 實施本計畫執行需 要而召開之相關會 議，已逾用餐時間之 餐費。(會議、說明 會→輔導訪查人數包 括受邀對象、講師、 主管機關、學會同仁) 1.1 專案會議：(100 元/ 人*20 人*2 次*8 成出 席率)+2 人學會 4,000 元*8 成出席率+2 人學 會=3,600 元 1.2 交流會議：(每人 100 元/每次 70 人*2 次 *8 成出席率)+2 人學會 =14,000 元*8 成出席率 +2 人學會=11,600 元 1.3 參與醫院實地輔 導：(每人 100 元/每次 *3 人委員+2 人學會 *30 家)=15,000 元	7,800	1. 實施本計畫執行需要而召開之相關會議，已逾用餐時間之餐費。(會議、說明會、輔導訪查人數包括受邀對象、講師、主管機關、學會同仁) 1.1 專案會議：(100 元/人*22 人*4 次*8 成出席率+學會 2 人*4 次)=共 78 人次*100 元/人=7,800 元	-22,400
文具紙張	10,000	1. 實施本計畫表單所需油墨、紙張、文具等費用	不變		
郵電	12,000	實施本計畫所需郵資、快遞費、電報、電話費、網路使用費，但不得編列手機費用。 本計畫所需郵資費(如各項會議公文、記錄公文、表單、物品寄送)計算方式：	不變		

項 目	金 額	說 明	修正後金額	修正後說明	金額變動
		各項會議公文、記錄公文、表單教育訓練、委員查核表： (1,000 元/每月平均*12個月)=12,000 元			
印刷費	46,000	1.專案小組會議及各計畫會議資料影印、計劃影印費用..等。 (2,000 元*2 次專案小組會議)+(4,000 元*2 次交流會議) = 4,000+8,000=12,000 元 1.1 分析之資料影印、計劃影印、裝訂費用等約 6,000 元 1.2 說明會(2 場次)： (1) 活動講義影印費用、印刷裝訂元/場次*2 場次, 預計(100 頁*1 元/每張*50 人*2 場次)+(30 元裝訂費/本*50 人*2 場次) = 10,000 元+3,000 元 = 13,000 元。 1.4 其他影印(如宣傳資料、查核表、作業規範影印等...): 300 元/1 家*50 家=15,000 元	不變		
租金	50,000	1.場地租借費 (1) 2 次專案小組會議：5,000/天*2 場次 = 10,000 元 (2) 2 次交流會議：10,000 元/天*2 場次 = 20,000 元 (3) 2 次說明會：10,000 元/天*2 場次 = 20,000 元	不變		
筆電租借費	90,000	筆電租借 2,5000/月*12 個月*3 台=90,000 元	不變		
雜支費	41,487	其他臨時雜支(如申請學分費用、銀行轉帳費用等)	不變		

項 目	金 額	說 明	修正後金 額	修正後說明	金額變動
(三)管理 費	221,500	本計畫執行機構(台灣腎臟醫學會與社團法人台灣感染管制學會)之水、電費用及人員協辦人事等費用(含各項管銷費用)各 5%。	145,588	本計畫執行機構(台灣腎臟醫學會與社團法人台灣感染管制學會)之水、電費用及人員協辦人事等費用(含各項管銷費用)各 5%。	-75,912
總計	2,215,000		1,455,880		-759,120

決議：修正通過。

2. 提案二：111年計畫書內容修正案，請審議。

說明：

一、因 COVID 19 疫情嚴峻，變更計畫實地訪視執行改為書面審查作業。

二、變更計畫對照如下表

修正前	修正後	計畫書頁碼												
<p>(二) 分年計畫之目的</p> <p>計畫第二年：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 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。 2. 由承辦單位辦理說明會，除 110 年參與之血液透析醫療院所外，邀集 20 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 10 家。 3. 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。 4. 辦理 2 場分區說明會，介紹血液透析感染管制、推廣策略及自我評核工具等，以利參與單位瞭解本計畫推展之目的並將提問題內容彙整及分析。 5. 持續辦理血液透析感染管制品管活動，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。 6. 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。 7. 表揚成效優異單位，並請單位分享經驗，促進與其他參與單位之交流。 8. 完成標準學習活動，安排參與計畫之院所至成效優異之血液透析醫療院所觀摩學習。 	<p>(二) 分年計畫之目的</p> <p>計畫第二年：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 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。 2. 由承辦單位辦理說明會，除 110 年參與之血液透析醫療院所外，邀集 20 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 10 家。 3. 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。 4. 辦理 2 場分區說明會，介紹血液透析感染管制、推廣策略及自我評核工具等，以利參與單位瞭解本計畫推展之目的並將提問題內容彙整及分析。 	P 4 ~ 5												
<p>(二)111 年度工作重點：</p> <table border="1" data-bbox="347 1169 1048 1310"> <thead> <tr> <th>111 年工作重點</th> <th>工作項目</th> <th>欲達成之量化目標</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(一)承續 110 年組成之專案小組業務。負責計畫之訂</td> <td>1.由主持人指定 1 位專人擔任召集及 2 位副召集人</td> <td>111 年 1 月完成計畫召集人及副召集人確認。</td> </tr> </tbody> </table>	111 年工作重點	工作項目	欲達成之量化目標	(一)承續 110 年組成之專案小組業務。負責計畫之訂	1.由主持人指定 1 位專人擔任召集及 2 位副召集人	111 年 1 月完成計畫召集人及副召集人確認。	<p>(二) 111 年度工作重點：</p> <table border="1" data-bbox="1169 1169 1870 1310"> <thead> <tr> <th>111 年工作重點</th> <th>工作項目</th> <th>欲達成之量化目標</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(一)承續 110 年組成之專案小組業務。負責計畫之訂</td> <td>1.由主持人指定 1 位專人擔任召集及 2 位副召集人</td> <td>111 年 1 月完成計畫召集人及副召集人確認。</td> </tr> </tbody> </table>	111 年工作重點	工作項目	欲達成之量化目標	(一)承續 110 年組成之專案小組業務。負責計畫之訂	1.由主持人指定 1 位專人擔任召集及 2 位副召集人	111 年 1 月完成計畫召集人及副召集人確認。	P 1 9 ~ 2 2
111 年工作重點	工作項目	欲達成之量化目標												
(一)承續 110 年組成之專案小組業務。負責計畫之訂	1.由主持人指定 1 位專人擔任召集及 2 位副召集人	111 年 1 月完成計畫召集人及副召集人確認。												
111 年工作重點	工作項目	欲達成之量化目標												
(一)承續 110 年組成之專案小組業務。負責計畫之訂	1.由主持人指定 1 位專人擔任召集及 2 位副召集人	111 年 1 月完成計畫召集人及副召集人確認。												

修正前			修正後			計畫書頁碼
定、執行、評估及檢討等相關事宜	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： 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 除原參與之醫療院所外另再邀請20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10家。	111年1月完成計畫專家成員聘任。 111年3月完成確定參與醫療院所名單。	定、執行、評估及檢討等相關事宜	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： 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 除原參與之醫療院所外另再邀請20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10家。	111年1月完成計畫專家成員聘任。 111年3月完成確定參與醫療院所名單。	
	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、醫療院所回饋對機制的建議討論、獎勵標準。	1. 111年2月召開第一次專案小組會議並記錄備查。 2. 111年5月召開第二次專案小組會議並記錄備查。		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、醫療院所回饋對機制的建議討論、獎勵標準。	1. 111年2月召開第一次專案小組會議並記錄備查。 2. 111年5月召開第二次專案小組會議並記錄備查。 3. 111年6月召開第三次專案小組會議並記錄備查。 4. 111年11月召開第四次專案小組會議並記錄備查。	
			(二)自我評核機制	請參與醫院及診所填報自我查檢表，並回復評核結果。	111年6月底完成蒐整及分析。	

修正前			修正後			計畫書頁碼
				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。		
(二)自我評核機制	請參與醫院及診所填報自我查檢表，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。	111年6月底完成蒐整及分析。				
(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80人。</p> <p>1.2預計111年3月完成<u>北、南</u>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111年3月。</p> <p>(2)上課內容：介紹血液透析感染管制推行目的、計畫</p>	<p>1.111年3月<u>完成二場次</u>說明會教育訓練課程。</p> <p>2.111年4月<u>完成二場次</u>說明會教育訓練課程之提問題內容彙整及分析。</p> <p>3.學分申請。</p>	(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80人。</p> <p>1.2預計111年3月完成<u>北、南</u>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111年3月。</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</p>	<p>1.111年3月<u>完成二場次</u>說明會教育訓練課程。</p> <p>2.111年4月<u>完成二場次</u>說明會教育訓練課程之提問題內容彙整及分析。</p> <p>3.學分申請。</p>	

修正前			修正後			計畫書頁碼
	<p>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劃。</p>			<p>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劃。</p>		
(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：111年7-9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>4. 建立評核機制，辦理獎勵。</p>	<p>1. 規劃於111年9月底前完成參與醫院及診所血液透析實地輔導訪查。</p> <p>2. 111年9月底前辦理參與單位之評核並於交流會議中表揚。</p>	(四)書面審查參與醫院及診所	<p>1. 訂定書面審查輔導作業原則。</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：111年9-10月。</p> <p>2. 建立書面審查作業相關表冊，安排專家進行書面審查。</p>	<p>1. 規劃於111年10月底前完成參與醫院及診所血液透析書面審查作業。</p>	

修正前			修正後	計畫書頁碼
(五)交流會議	<ol style="list-style-type: none"> 1. 召開二場次交流會議。預計北、南各辦理一場次。 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。 3. 優異單位表揚。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 規劃於111年9月底前完成參與醫院及診所交流會議並記錄備查。 		
(六)標竿學習	<ol style="list-style-type: none"> 1. 安排實地至優異單位進行標竿參訪學習(預計規劃2-5家) 2. 對象：本計畫之所有參與院所及診所。 3. 時間：111年10-11月。 4. 辦理優異單位觀摩。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 規劃於111年11月底前完成實地參訪。 2. 每家接受參訪人數10-15人。 		
<p>(三) 111 年計畫之成果預估</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 完成邀請參與本計畫之 50 家醫療院所。 2. 完成參與計畫單位自我評核分析並由專家學者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措施。 3. 完成 2 場分區研習說明會，介紹血液透析感染管制、推廣策略及自我評核工具等，以利參與單位瞭解本計畫推展之目的並將提問題內容彙整及分析。 4. 完成實地輔導訪查，查核結果除瞭解參與醫院執行現況，亦有助於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。 5. 完成 2 次交流會議，以瞭解參與醫療院所執行進度及交流執行經驗。 6. 完成參與單位之優異單位表揚，並請單位實地經驗分享，以利與其他參與單位交流。 7. 完成標竿學習活動，安排成效優異或推動模式具特色等血液透析醫療院所以利與其他參與單位學習。 			<p>(三) 111 年計畫之成果預估</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 完成邀請參與本計畫之 50 家醫療院所。 2. 完成參與計畫單位自我評核分析並由專家學者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措施。 3. 完成 2 場分區研習說明會，介紹血液透析感染管制、推廣策略及自我評核工具等，以利參與單位瞭解本計畫推展之目的並將提問題內容彙整及分析。 	<p>P 3 0</p>

修正前														修正後														計畫書頁碼
_111_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。														_111_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。														
工作項目	月次												備註	工作項目	月次												備註	
	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			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		
計畫召集人及副召集人確認	■													計畫召集人及副召集人確認	■													
專案小組組成及聘任	■													專案小組組成及聘任	■													
專案小組會議評估計畫內容		■			■									專案小組會議評估計畫內容		■			■	■					■			
確認原參與30家醫療院所名單														確認原參與30家醫療院所名單		■												
確認新增加20家醫療院所參與名單			■											確認新增加20家醫療院所參與名單			■											
蒐整醫療院所自我評核及回饋對機制的建議				■	■									蒐整醫療院所自我評核及回饋對機制的建議				■	■									
辦理2場分區說明會與問題綜整			■	■										辦理2場分區說明會與問題綜整			■	■										
辦理實地輔導訪查活動							■	■						書面審查自評表並予以建議									■	■				
辦理2次交流會議與問題綜整及會議記錄備查						■	■		■	■																		
標竿學習活動										■	■																	
附表四：其他 一、每月/季執行之目標(milestone)。														附表四：其他 一、每月/季執行之目標(milestone)。														P
111年	預定執行事項												實際執行進度	111年	預定執行事項												實際執行進度	121
一月	1. 完成計畫召集人及副召集人確認。 2. 完成計畫專家成員聘任。													一月	1. 完成計畫召集人及副召集人確認。 2. 完成計畫專家成員聘任。													122
二月	1. 召開第一次專家小組會議並記錄備查。 2. 完成確定原參與醫療院所共30家的名單。 3. 綜整參加說明會機構名單。 4. 學會網站公告說明會報名機制。 5. 辦理說明會學分申請作業。													二月	1. 召開第一次專家小組會議並記錄備查。 2. 完成確定原參與醫療院所共30家的名單。 3. 綜整參加說明會機構名單。 4. 學會網站公告說明會報名機制。 5. 辦理說明會學分申請作業。													

修正前			修正後			計畫書頁碼	
三月	1. 辦理參與醫院計畫說明會(北、南區)。 2. 完成確定新參與醫療院所共 20 家的名單。		三月	1. 辦理參與醫院計畫說明會(北、南區)。 2. 完成確定新參與醫療院所共 20 家的名單。			P 123
四月	1. 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。 2. 說明會學分上傳。		四月	1. 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。 2. 說明會學分上傳。			
五月	1. 召開第二次專家小組會議並記錄備查。 2. 請參與醫院以自我查檢表進行自我評核。 3. 蒐整醫療院所自我評核及回饋對機制的建議。 4. 參與醫院自我查檢表蒐整及分析。		五月	1. 召開第二次專家小組會議並記錄備查。 2. 請參與醫院以自我查檢表進行自我評核。 3. 蒐整醫療院所自我評核及回饋對機制的建議。 4. 參與醫院自我查檢表蒐整及分析。			
六月	1. 綜整參與醫療院所自我查檢表回復評核結果。 2. 辦理第一次交流會議並記錄備查。		六月	1. 綜整參與醫療院所自我查檢表回復評核結果。 2. 召開第三次專家小組會議並記錄備查。			
七月	1. 第一次交流會議問題綜整及分析。 2. 訂定輔導原則及相關前置作業。 3. 參與醫療院所實地輔導訪查委員邀請。		七月	1. 訂定書面審查作業輔導原則及相關前置作業。			
八月	1. 醫療院所實地輔導訪查行程安排。 2. 醫療院所實地輔導訪查委員行程安排。		八月	1. 辦理書面審查作業相關前置作業。			
九月	1. 參與醫療院所實地輔導訪查。 2. 完成參與醫療院所實地輔導訪查情形綜整及問題分析。 3. 辦理第二次交流會議並記錄備查。 4. 綜整第二次交流會議問題及分析。		九月	1. 蒐集並分析書面審查作業。			
十月	1. 完成第二次交流會議問題綜整及會議記錄。 2. 完成參與醫療院所實地輔導訪查情形綜整及問題分析。 3. 訂定標準學習原則及相關前置作業。 4. 參與標準學習單位邀請。		十月	1. 完成書面審查作業問題綜整。			
十一月	1. 綜整參加標準學習參訪名單。 2. 安排實地至優異單位進行標準參訪學習。 3. 期末報告資料綜整。		十一月	1. 召開第四次專家小組會議並記錄備查。 2. 期末報告資料綜整。			
十二月	1. 經費分析。 2. 繳交期末報告。		十二月	1. 經費分析。 2. 繳交期末報告。			
依計畫書內容 111 年度期中報告繳交前應完成工作項目：			依計畫書內容 111 年度期中報告繳交前應完成工作項目：				
項次	項 目	完成時間	項次	項 目	完成時間		

修正前			修正後			計畫書頁碼
1	完成計畫召集人及副召集人確認	111.01	1	完成計畫召集人及副召集人確認	111.01	
2	完成計畫專家成員聘任	111.01	2	完成計畫專家成員聘任	111.01	
3	召開第一次專家小組會議並記錄備查	111.02	3	召開第一次專家小組會議並記錄備查	111.02	
4	完成確定原參與醫療院所共 30 家的名單	111.02	4	完成確定原參與醫療院所共 30 家的名單	111.02	
5	綜整參加說明會機構名單	111.02	5	綜整參加說明會機構名單	111.02	
6	學會網站公告說明會報名機制	111.02	6	學會網站公告說明會報名機制	111.02	
7	辦理參與醫院計畫說明會含學分申請作業(北部)	111.03	7	辦理參與醫院計畫說明會含學分申請作業(北部)	111.03	
8	辦理參與醫院計畫說明會含學分申請作業(南部)	111.03	8	辦理參與醫院計畫說明會含學分申請作業(南部)	111.03	
9	完成確定新參與醫療院所共 20 家的名單	111.03	9	完成確定新參與醫療院所共 20 家的名單	111.03	
10	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	111.04	10	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	111.04	
11	召開第二次專家小組會議並記錄備查	111.05	11	召開第二次專家小組會議並記錄備查	111.05	
12	請參與醫院以自我查檢表進行自我評核	111.05	12	請參與醫院以自我查檢表進行自我評核	111.05	
13	蒐整醫療院所自我評核及回饋對機制的建議	111.05	13	蒐整醫療院所自我評核及回饋對機制的建議	111.05	
14	參與醫院自我查檢表蒐整及分析	111.05	14	參與醫院自我查檢表蒐整及分析	111.05	
15	綜整參與醫療院所自我查檢表回復評核結果	111.06	15	綜整參與醫療院所自我查檢表回復評核結果	111.06	
16	辦理第一次交流會議	111.06				
依計畫書內容 111 年度全程應完成工作項目：			依計畫書內容 111 年度全程應完成工作項目：			
項次	項 目	完成時間	項次	項 目	完成時間	
1	完成計畫召集人及副召集人確認	111.01	1	完成計畫召集人及副召集人確認	111.01	
2	完成計畫專家成員聘任	111.01	2	完成計畫專家成員聘任	111.01	
3	召開第一次專家小組會議並記錄備查	111.02	3	召開第一次專家小組會議並記錄備查	111.02	
4	完成確定原參與醫療院所共 30 家的名單	111.02	4	完成確定原參與醫療院所共 30 家的名單	111.02	
5	綜整參加說明會機構名單	111.02	5	綜整參加說明會機構名單	111.02	
6	學會網站公告說明會報名機制	111.02	6	學會網站公告說明會報名機制	111.02	
7	辦理參與醫院計畫說明會含學分申請作業(北部)	111.03	7	辦理參與醫院計畫說明會含學分申請作業(北部)	111.03	
8	辦理參與醫院計畫說明會含學分申請作業(南部)	111.03	8	辦理參與醫院計畫說明會含學分申請作業(南部)	111.03	
9	完成確定新參與醫療院所共 20 家的名單	111.03	9	完成確定新參與醫療院所共 20 家的名單	111.03	
10	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	111.04	10	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	111.04	

修正前			修正後			計畫書頁碼
11	召開第二次專家小組會議並記錄備查	111.05	11	召開第二次專家小組會議並記錄備查	111.05	
12	請參與醫院以自我查檢表進行自我評核	111.05	12	請參與醫院以自我查檢表進行自我評核	111.05	
13	蒐整醫療院所自我評核及回饋對機制的建議	111.05	13	蒐整醫療院所自我評核及回饋對機制的建議	111.05	
14	參與醫院自我查檢表蒐整及分析	111.05	14	參與醫院自我查檢表蒐整及分析	111.05	
15	綜整參與醫療院所自我查檢表回復評核結果	111.06	15	綜整參與醫療院所自我查檢表回復評核結果	111.06	
16	辦理第一次交流會議	111.06	16	召開第三次專家小組會議並記錄備查	111.06	
17	第一次交流會議問題綜整及分析	111.07	17	訂定書面審查作業輔導原則及相關前置作業	111.07	
18	訂定輔導原則及相關前置作業	111.07	18	辦理書面審查作業相關前置作業	111.08	
19	參與醫療院所實地輔導訪查委員邀請	111.07	19	蒐集並分析書面審查作業	111.09	
20	醫療院所實地輔導訪查行程安排	111.08	20	完成書面審查作業問題綜整	111.10	
21	醫療院所實地輔導訪查委員行程安排	111.08	21	召開第四次專家小組會議並記錄備查	111.11	
22	參與醫療院所實地輔導訪查	111.09	22	期末報告資料綜整	111.11	
23	完成參與醫療院所實地輔導訪查情形綜整及問題分析	111.09	23	經費分析	111.12	
24	辦理第二次交流會議	111.09	24	繳交期末報告	111.12	
25	綜整第二次交流會議問題及分析	111.09				
26	完成第二次交流會議問題綜整及會議記錄	111.10				
27	完成參與醫療院所實地輔導訪查情形綜整及問題分析	111.10				
28	訂定標竿學習原則及相關前置作業	111.10				
29	參與標竿學習單位邀請	111.10				
30	綜整參加標竿學習參訪名單	111.11				
31	安排實地至優良單位進行標竿參訪學習	111.11				
32	期末報告資料綜整	111.11				
33	經費分析	111.12				
34	繳交期末報告	111.12				

決議：照案通過。

肆. 臨時動議：

無

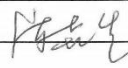
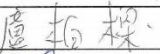


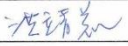
伍. 散 會： 111 年 06 月 13 日 19 點 35 分

附件 簽到表

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案小組會議簽到單

時間：111年06月13日 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

序號	職稱	姓名	簽到
1	計畫主持人	陳堉生	
2	共同主持人	黃尚志	視訊
3	共同主持人	張峰義	視訊
4	共同主持人	盧柏樑	
5	共同主持人	李佳蓉	
6	協同主持人	詹明錦	視訊
7	協同主持人	張哲銘	
8	協同主持人	陳宜君	請假
9	協同主持人	李原地	視訊
10	協同主持人	施智源	視訊
11	協同主持人	洪靖慈	
12	協同主持人	陳瑛瑛	視訊
13	協同主持人	湯宏仁	視訊
14	協同主持人	吳志仁	視訊
15	協同主持人	吳家兆	視訊
16	協同主持人	姜至剛	視訊
17	協同主持人	張明揚	視訊
18	協同主持人	鍾牧圻	請假
19	協同主持人	王明誠	視訊
20	協同主持人	楊孟儒	請假

第二次專案工作小組會議記錄

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案工作小組會議 111.07.14



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

第二次專案工作小組會議紀錄

- ◎ 時間：111 年 07 月 14 日（星期四）晚上 5 點 30 分
- ◎ 地點：高雄醫學大學國研大樓 4F 醫學院多功能交誼廳
視訊會議 <https://meet.google.com/zqi-jsoy-ijj>
- ◎ 主持人：陳焄生
- ◎ 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
- ◎ 工作小組委員：蘇麗香、柯金美

主席：陳焄生

紀錄：黃博玲

壹. 主持人致詞：陳堯生副院長致詞

貳. 前次決議與執行事項報告：

血液透析訪視評核表及自評表如附件一(第3頁~第23頁)，本次工作小組會議主要討論新增評核項目，包含以下及其說明：

1. COVID-19 疫苗接種率：
 - A. 因評核表加入 COVID-19 疫苗的評核項目，部分項目編號細節敬請小心修正。
 - B. 評量項目—1.2：建議加上標示區隔四個評核的指標。
 - C. 評量說明與標準說明欄中，敬請工作小組委員加上評量標準及其說明，包含注射率多少為符合標準、基礎劑與追加劑之定義、機構人員之定義等。

執行情形：自評表已完成修正，於 111 年 4 月 28 日第 2 次專案小組會議通過，公告各醫療院所調查中。

2. 抗生素管制：
 - A. 敬請委員於 5-1 項目評量說明內補述，若被評量單位為醫院級單位，請備前一年度抗生素管理查核資料，於委員訪輔時便於評量，即使前一年度無查核，院方理應常備該項資料以備各年度查核。
 - B. 5-2 項目評量說明部分敬請委員補述，目前本計畫僅針對常規透析之抗生素管理進行評量，其他急洗等特別情形暫不評量。
 - C. 5-2 項目自評表比較傾向醫院等級透析單位使用，敬請委員參考以下建議修訂並區隔基層診所使用之項目：收集年/月常規透析人次、抗生素總使用量、各分類抗生素使用量等資訊，並詢問各單位是否有資訊室或可以自行提供抗生素使用量紀錄。
 - D. 今年評核先收集較基本的資料，並勸輔診所管理抗生素的使用(需行之文字)，上述 C 之今年數據統計可作為隔年計畫參考或加入量化指標，透過上述抗生素管理紀錄的數量，進行平均值的計算，觀察每個單位的使用量(密度)即可看出端倪。

執行情形：依上述 D，自評表回復蒐整中，於 8 月底回收自評表進行彙整分析，於期末分析中綜整回復單位自評表及分析重要結果。

3. 血流感染監測：
 - A. 敬請委員補述評量說明與標準說明，例如說明本計畫導管相關血流感染範疇、備整因血流感染而轉院治療之病歷摘要以供評量等資訊。
 - B. 原制定需監測前五大感染菌種可能有實施上的困難，因此改為各菌種、分離株數等資訊收集。

執行情形：自評表已完成修正，於 111 年 4 月 28 日第 2 次專案小組會議通過，

公告各醫療院所調查中。

參. 本次會議事項討論：

提案一：111 年期中報告意見回復表討論，請審議。

說明：

1.依期中執行進度審查意見第 7 點「建議團隊可集合專家及實務團隊之意見，針對內毒素檢驗之原則(如抽測數目、位置及頻率等)訂出適合國內可落實之規定建議。」進行討論，內毒素文獻查證及討論，詳如附件一。

2.回復意見如下表，請討論

111 年委託科技研究計畫期中執行進度 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

填報日期：2022/7/19

序號	審查意見	辦理情形說明	修正處 頁碼
1	依期中應完成工作事項逐項審核預定之執行進度，因疫情影響，部分執行事項進度不合預期(如：召開一次交流會議並記錄備查)，倘遭遇問題或困難，請敘明於「期中研究中所遭遇之問題與困難」(P.7)。	今年醫院層級透析單位說明會後報名狀況踴躍(報名 16 家)，超過原先計畫設定之名額(10 家)，因此於 4 月 28 日專家委員會議提出討論後方才決定確定名單；此外基層診所方面說明會後報名僅有 2 家單位，然計畫書預定收受 10 家單位，因此於 4 月 28 日會議中張哲銘委員提出可由楊孟儒委員協助尋覓合適	p.7

序號	審查意見	辦理情形說明	修正處 頁碼
		<p>的基層透析院所名單，並於5月20日後才完成今年度參與計畫單位的名單。又因近期疫情嚴峻，原訂於5月31日的收齊50家血液透析醫療院所的評表單，應各單位反饋臨床工作量增加，需延期至8月31日。</p> <p>因為疫情，台灣腎臟醫學會已經取消今年的透析單位訪視，目前專家委員們已共識將實地訪輔行程重新規劃為紙本評估以減輕各單位臨床工作量，並將進行計畫變更。</p> <p>鑒於疫情及醫療院所反應人力不足等情況，本計畫自評表於6月底回收自評表情況不如預期，經由第3次專家小組會議決議展延至8月蒐整完畢，也因此自我查檢表資料整理完成之日期將順延，原訂6月第一次交流會議活動擬延至9月再行舉辦，原訂9月第二次交流會議延至11月，且為提升單位參與率與降低群聚風險，將以實體與線上會議同步進行；此外標竿學習活動也將會以實體與線上會議同步進行的方式實施，以上會議活動異動將以正式格式申請計畫變更。</p>	
2	血液透析單位為易發生醫療照護相關感染之場域，感染管制工作相當重要，宜建立適宜之評核機制。如果沒有做好，在	<u>感謝委員的肯定與建議</u>	

序號	審查意見	辦理情形說明	修正處頁碼
	疫情期間則災情很不易控制，本計畫完整周詳，符合實際需求，且能以預評及說明會建立共識，的確有其成效。		
3	原計畫工作項目中，需完成召開 2 次專案小組會議，惟因應國內疫情影響，額外於 6 月 13 日加開第 3 次專案小組會議，就 111 年度下半年執行事項及實地輔導訪視作業執行方式等進行討論，請於報告內文更正召開日期(P.3、7)並附會議資料及會議紀錄於報告書中。	<u>感謝委員的建議：</u> 期中報告書所列之執行事項，已新增核對後加入。	p.3、 p.7、 p.298~ 316
4	期中應達成工作項目中，應完成參與計畫之醫療院所自我查檢表回復結果蒐整及分析，囿於國內疫情嚴峻，截至 6 月中旬參與醫院之自我查檢表回復情形，原 30 家參與 110 年計畫之院所僅 25 家繳交；本年新增之 20 家院所，僅 4 家繳交，自評表回復進度略落後(共計 29 家)，請確認執行進度，並建議於期末分析中綜整回復單位自評表及分析重要結果。	<u>感謝委員的建議：</u> 因應疫情的關係，各醫療院所人力緊迫，自我查檢表回復無法如期於 6 月底回復，經第 3 次專家小組會議決議展延至 8 月底回復，目前正與各醫療院所進行溝通協調中，也預期於期末報告中加入各單位回覆自評表的統整結果。	
5	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)，建議可摘錄執行重點或標示差異處，並統一於首頁右上角標示最後修訂時間(如 P.22)。	<u>感謝委員的建議：</u> 期中報告書所列之執行事項，已重新核對後修正於第 6 頁新增自評表註記。	p.6、 36、 136、 167~1 88
6	說明會學分上傳(或完成率)是否與參與單位填答自評表回復率有關?各參與單位學分完成率有無差異?	<u>感謝委員的建議：</u> 經與腎臟醫學會、台灣腎臟護理學會確定後，學員學分上傳均已完成，惟台灣腎臟護理學會二位學員因未完成繳交會員	

序號	審查意見	辦理情形說明	修正處頁碼
		<p>費用等個人因素，故腎臟護理學會不予同意二位學員的學分申請。此為個人因素之個案，各醫療院所回復自評表與學分上傳應無相關。</p>	
7	<p>建議團隊可集合專家及實務團隊之意見，針對內毒素檢驗之原則(如抽測數目、位置及頻率等)訂出適合國內可落實之規定建議。</p>	<p>感謝委員的建議： 本計畫之目的，的確希望能訂出國內血液透析單位可落實感染管制之相關規定，包含內毒素檢驗。 目前依據台灣 HD 及 PD 訪視作業評量標準說明 (https://www.tsn.org.tw/hemodialysis.html?archiveSubCategoryId=AR0001-2)內毒素 (endotoxin) 檢驗採用鱈變形細胞溶出物 (Limulus Amebocyte Lysate、LAL)；RO 水：< 0.25EU/ml 內毒素至少每年檢測一次。其公告內容未提及實際抽測數目、位置。因此本計畫目前訪視訪查時將詢問各機構檢測頻率、抽檢數、抽檢點，擬由訪視內容中可彙整或思考如何讓機構可落實，目前計畫仍在蒐集現況，並計畫於明年訪輔前專家會議中討論該項目，以訂出適合國內可落實之規定建議。</p>	
8	<p>請說明是否有後續階段性成果發表的計畫。</p>	<p>感謝委員的建議： 一、本計畫於 111 年 4 月 17 日盧柏樑院長受邀參加腎臟醫學會春季會分享血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究 110 年計畫成果發表。詳如 P.6、P.131-132。 二、本計畫延續於今年初舉辦</p>	

序號	審查意見	辦理情形說明	修正處頁碼
		<p>說明會時，已將相關成果進行成果發表與宣導。</p> <p>三、因疫情影響 111 年實體訪視、交流會、標竿學習實體活動，為避免實體活動導致群聚與疫情散播等狀況，擬進行計畫變更。二次交流會議延期並將以實體線上同步會議舉辦，標竿學習活動也將以實體線上同步會議進行，以計畫異動將以正式格式提出申請，懇請指導單位惠允。</p> <p>四、本計畫 112 年將辦理南、北二場說明會，將進行 110-111 年計畫成果發表。</p>	
9	<p>期中報告內容誤植處：</p> <p>1. 請補充 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」參與人數(P.5)。</p> <p>2. GRB 系統中 111 年度「實際支用經費」與期中報告中「期中經費使用狀況」(P.8)支用狀況不符，請釐清並更正金額。</p> <p>3. 期中報告(P.75)北區說明會問題討論項次六「該如排床位？」缺字，請修正。</p>	<p><u>感謝委員的建議：</u></p> <p>期中報告內容誤植處已修正</p> <p>1-1 北區說明會於 3 月 26 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；開放線上報名【http://www.nics.org.tw】，出席人數共計 133 人。</p> <p>1-2 南區說明會訂於 3 月 13 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；開放線上報名【http://www.nics.org.tw】，出席人數共計 138 人。</p> <p>2.期中報告書所列之執行經費，已重新核對後修正。</p> <p>3.期中報告書所列之事項，已重新核對後修正。</p>	p.5、 p.8、 p.75

決議：修正後通過。

提案二：根據指導單位最新傳達計畫修正建議方案，討論 111 年下半年計畫書修正及執行方式，請討論。

說明：

- 一、在口頭通知可進行計畫修正之情形下，本計畫於 111 年 6 月 13 日召開第 3 次專家小組會議決議修正計畫內容。但指導單位長官希望修正計畫內容由其內部討論達成共識後，再將正式準備文件及發文，期間執行方多次詢問均無回音，敬請主持人與學會協助計畫修正申請作業。
- 二、請陳副院長、詹祕書長，進一步提出建議修正計畫書。
- 三、自我查檢表回復情形，計 20 家尚未回復，詳如附件二

決議：

1. 自我查檢表於 8 月底前完成，於 7 月底先行確認仍尚未繳交的醫療院所那些，再懇請張哲銘委員協商醫療院所回復自我查檢表。
2. 實地訪視改為書面審查，新增 1 場審查委員會議。後續輔導預估 30 家醫療院需要進一步輔導經由電訪方式並編列經費。
3. 交流會議保留 2 場活動，變更執行方式：實體及線上同時進行。編列預算供各醫療院所委員出席費與交通費。
4. 標竿學習活動設定 2 家做為觀摩，執行方式：線上及實體同時進行。編列預算

供各醫療院所委員出席費與交通費。

肆. 臨時動議：無

伍. 散 會：111 年 7 月 14 日 19 點 10 分。

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案工作小組會議 11.07.14



Endotoxin testing in HD units

Taiwan

血液透析及腹膜透析訪視作業評量標準說明

<109 年度公告版 V1 >

- (B) 內毒素 (endotoxin) 檢驗採用螢雙形細胞溶出物 (Limulus Amebocyte Lysate · LAL) :
RO 水 : < 0.25 EU/ml
內毒素至少每年檢測一次

日本標準

Distribution of Endotoxin Levels in Dialysis Fluid

Figure 2 shows the distribution of facility endotoxin levels in dialysis fluid used to treat in-center HD patients in Japan. The JSDT sets the maximum acceptable level of endotoxins at 0.05 EU/mL in standard dialysis fluid and 0.001 EU/mL in ultrapure dialysis fluid. The proportion of Japanese HD patients

Am J Kidney Dis. 2015;65(6):899-904

目前自評表說明. AAMI標準

- 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 >50CFU/ml）。
- 2.3 內毒素數據標準為 <0.25（EU/ml）且每年至少檢測一次。

What is the AAMI allowable level for endotoxin in the water? ^

Table. AAMI Water Standards

Reference Document	Allowable water Total Viable Count (TVC)	Action Level water Endotoxin Unit (EU)
AAMI RD52:2004 (Minimum regulatory requirement)	<200	≥1
ANSI/AAMI/ISO 13959:2014 (Preferred recommendation)	<100	≥0.125

2014

ANSI/AAMI 13959 – Water For Hemodialysis and Related Therapies

This latest AAMI Standard (a revision of RD62) provides guidance for water requirements used in hemodialysis and related therapies. It includes any water used to prepare concentrates, the make-up of dialysate, hemodiafiltration and hemofiltration, and the practice of reprocessing dialyzers. This Standard only details water quality and does not provide specific guidance on water treatment equipment.

Water quality for dialysis must be verified at the time the water system is installed and then continually monitored. Methods used to determine water quality are established by examining the microbiological requirements. These have been established as Colony Forming Units, or microbial counts, and Endotoxin Units. The latest AAMI standards are as follows:

Microbiological Level	Water Standard	Water Action Level
Colony Forming Units	< 100 CFU/mL	≥ 50 CFU/mL
Endotoxin Units	< 0.25 EU/mL	≥0.125 EU/mL

AJKD

Original investigation

Dialysis Fluid Endotoxin Level and Mortality in Maintenance Hemodialysis: A Nationwide Cohort Study



*Takeshi Hasegawa, MD, PhD, MPH,^{1,2,3} Shigeru Nakai, MD, PhD,^{3,4}
Ikuto Masakane, MD, PhD,^{3,5} Yuzo Watanabe, MD, PhD,^{3,6}
Kunitoshi Iseki, MD, PhD,^{3,7} Yoshiharu Tsubakihara, MD, PhD,^{3,8} and
Tadao Akizawa, MD, PhD⁹*

Endotoxin levels in dialysis fluid and mortality in hemodialysis patients is rising.

Study Design: Retrospective cohort study using data from the Japan Renal Data Registry, a nationwide annual survey.

Setting & Participants: 130,781 patients receiving thrice-weekly in-center hemodialysis for more than 6 months were enrolled at 2,746 facilities in Japan at the end of 2006. None of the patients changed facility or treatment modality during 2007.

Predictor: Highest endotoxin level in dialysis fluid reported by each facility during 2006. Patients were categorized by facility endotoxin level into the following groups: <0.001, 0.001 to <0.01, 0.01 to <0.05, 0.05 to <0.1, and ≥ 0.1 EU/mL. Age, sex, dialysis vintage, diabetes mellitus as a primary cause of end-stage renal disease, Kt/V, normalized protein catabolic rate, dialysis session duration, serum albumin, and hemoglobin were measured as potential confounders.

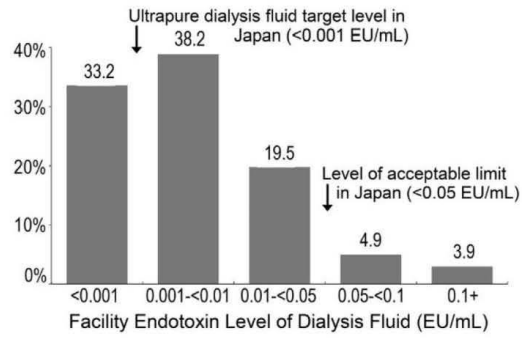
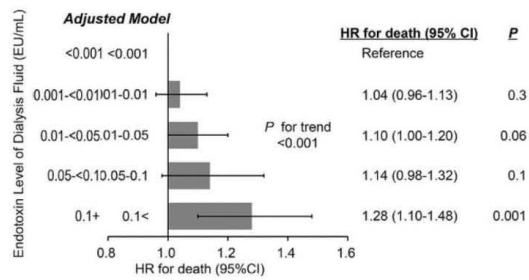


Figure 2. Distribution of facility dialysis fluid endotoxin levels. Data relate to in-center hemodialysis patients in Japan.



of these levels to mortality in hemodialysis patients is lacking.

Study Design: Retrospective cohort study using data from the Japan Renal Data Registry, a nationwide annual survey.

Setting & Participants: 130,781 patients receiving thrice-weekly in-center hemodialysis for more than 6 months were enrolled at 2,746 facilities in Japan at the end of 2006. None of the patients changed facility or treatment modality during 2007.

Predictor: Highest endotoxin level in dialysis fluid reported by each facility during 2006. Patients were categorized by facility endotoxin level into the following groups: <0.001, 0.001 to <0.01, 0.01 to <0.05, 0.05 to <0.1, and ≥ 0.1 EU/mL. Age, sex, dialysis vintage, diabetes mellitus as a primary cause of end-stage renal disease, Kt/V, normalized protein catabolic rate, dialysis session duration, serum albumin, and hemoglobin were measured as potential confounders.

Results: Of 130,781 hemodialysis patients, 91.2% had facility endotoxin levels below the limit set for dialysis fluid in Japan (<0.05 EU/mL). During a 1-year follow-up, 8,978 (6.9%) patients died of all causes. The rate of all-cause mortality at 1 year was highest in the ≥ 0.1 -EU/mL category (88.0 deaths/1,000 person-years). Patients in the ≥ 0.1 -EU/mL group exhibited an increased risk of all-cause mortality of 28% (95% CI, 10%-48%) compared to the <0.001-EU/mL group.

- 依據HD及PD訪視作業評量標準說明_109年度公告版V1，請參閱P21
- 內毒素（endotoxin）檢驗採用蠶變形細胞溶出物（Limulus Amebocyte Lysate、LAL）：
- RO水： < 0.25 EU/ml
- 內毒素至少每年檢測一次
- 其公告內容未提及實際抽測數目、位置
- 去年訪查時有詢問各機構檢測頻率、抽檢數、抽檢點，擬由內容中可彙整或思考如何讓機構可落實
-
-
- 可考慮不增加機構反彈，宜收集現況

委員建議：有關第7項(建議團隊可集合專家及實務團隊之意見，針對內毒素檢驗之原則(如抽測數目、位置及頻率等)訂出適合國內可落實之規定建議

- ○○醫院HD執行現況:
- 2.2 逆滲透水檢測結果之行動標準值>50 CFU/ml
- 2.3.1內毒素檢驗標準值< 0.25 EU/ml
- 2.3.2內毒素檢測頻率: 醫院自訂頻率: 每年檢測二次,(評量標準: 每年至少檢測一次)
- 2.3.3內毒素檢測水質: 逆滲透水 及 透析液
- 建議: 因公告內容未提及實際抽測數目、位置及標準，計畫目標:宜收集台灣現況資料為主

XX醫院HD執行現況:內毒素檢測頻率 兩個月一次，已機台為單位，單月單號機台，雙月雙號機台，取檢處 人工腎臟入口端





目前自評表的內容

- 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。

請討論我們目前的回覆，也可討論之後將如何訂出標準



自我查檢表尚未繳交之醫療院所，21 家醫療院所清單

區域	110 年	111 年	合計
北區	三軍總醫院(內湖總院) 信德診所 益康診所	新北市立聯合醫院(三重院區) 新欣診所 國城診所 國軍桃園總醫院 和暘診所	8
中區	安慎診所	員林基督教醫院 鹿港基督教醫院 員榮醫療社團法人員榮醫院員生院區 台新醫院 安新診所	6
南區	高雄醫學大學附設醫院	新樓醫院(台南總院) 衛生福利部屏東醫院 陽明醫院(7/14 中午繳交) 家馨診所 立福內科診所 潮州立安洗腎中心	7

視訊會議紀錄影音：<https://youtu.be/wWwN5Mj0Hms>

簽到表

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 第二次專案工作小組開會簽收單

時間：111年07月14日 17:30

地點：高雄醫學院附設中和紀念醫院 視訊會議

序號	職務	姓名	簽到
1	主任委員	陳焱生	簽上
2	副主任委員	盧柏樑	盧柏樑
3	副主任委員	李佳蓉	簽上
4	委員	詹明錦	簽上
5	委員	張哲銘	簽上
6	委員	洪靖慈	簽上
7	委員	蘇麗香	簽上
8	委員	柯金美	簽上
9			
10			
11			
12			

2022-07-14 16:2 ... qj - 出席狀況報告.csv					
選擇開啟工具 ▼					
A	B	C	D	E	F
名字	姓氏	電子郵件	時間長度	加入時間	離開時間
Jer-Ming	Chang	jmc4*****@***.com	1 小時 42 分鐘	下午 5:26	下午 7:08
Chin Mei	Ke	cmke*****@***.com	1 小時 36 分鐘	下午 5:32	下午 7:08
Michelle	Lee	jjle*****@***.com	1 小時 46 分鐘	下午 5:22	下午 7:08
靖慈	洪	cthu*****@***.com	1 小時 39 分鐘	下午 5:29	下午 7:08
堯生	陳	yaos*****@***.com	1 小時 41 分鐘	下午 5:27	下午 7:08
老師	黃	x00005055@go.edu	2 小時 52 分鐘	下午 4:20	下午 7:11
博玲	黃	x000*****@***.tw	52 分鐘	下午 4:33	下午 5:26
宗穎	楊	zegm*****@***.com	1 小時 28 分鐘	下午 5:26	下午 6:58
明錦	詹	jmj6*****@***.com	1 小時 41 分鐘	下午 5:27	下午 7:08
麗香	蘇	su56*****@***.com	1 小時 45 分鐘	下午 5:23	下午 7:08

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	<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：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><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。</p> <p><input type="checkbox"/>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><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>

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」、「COVID-19疫苗」與「麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合 (Measles、Mumps、Rubella, MMR)」接種紀錄。</p>	<p>1-1B 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 COVID-19疫苗完整接種達90%以上(試評)(依據111年長照機構感染管制查核共識)。</p> <p>1-4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4項皆達成。 <input type="checkbox"/> 以上4項達成2項。 <input type="checkbox"/> 以上4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</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】) <input type="checkbox"/> 是，全院2021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？</p> <p><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個月追加接種第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」施打的措施？</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 2021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>【COVID-19疫苗】</p> <p>1.2.4 機構工作人員 COVID-19疫苗接種率？ 第一劑 COVID-19疫苗接種率__%(分母：__人，分子：__</p>

輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明	自評表																																																							
		<p>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) COVID19疫苗的說明，定義基礎劑與追加劑。</p> <p>基礎劑 指第一劑和第二劑，都已完整接種。</p> <p>追加劑(Booster dose) 指一般族群的第三劑，所有完成基礎劑接種滿12週之民眾，均提供一劑追加劑。符合資格民眾應盡速接種，以達最佳保護力。</p> <p>基礎加強劑 (Additional dose) 基礎加強劑僅需與2劑基礎劑間隔28天。對象包括：目前正進行或1年內曾接受免疫抑制治療之癌症患者；器官移植患者/</p>	<p>人) 第二劑 COVID-19疫苗接種率___%(分母:___人，分子:___人) 追加劑 COVID-19疫苗接種率___%(分母:___人，分子:___人)</p> <p>1.2.5 機構工作人員 COVID-19疫苗接種率?</p> <table border="1" data-bbox="1415 633 2315 1682"> <thead> <tr> <th rowspan="2">類別</th> <th colspan="6">工作人員^註</th> </tr> <tr> <th>醫師</th> <th>護理師</th> <th>行政人員</th> <th>清潔人員</th> <th>司機</th> <th>其他</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>說明</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>總人數</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>不適合接種* 人數</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>完成第一劑人數</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>完成第二劑人數</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>完成追加劑/ 基礎加強劑人數</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	類別	工作人員 ^註						醫師	護理師	行政人員	清潔人員	司機	其他	說明							總人數							不適合接種* 人數							完成第一劑人數							完成第二劑人數							完成追加劑/ 基礎加強劑人數						
類別	工作人員 ^註																																																									
	醫師	護理師	行政人員	清潔人員	司機	其他																																																				
說明																																																										
總人數																																																										
不適合接種* 人數																																																										
完成第一劑人數																																																										
完成第二劑人數																																																										
完成追加劑/ 基礎加強劑人數																																																										

輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明	自評表			
		<p>幹細胞移植患者；中度/嚴重先天性免疫不全患者；血液透析患者；HIV陽性患者；目前正在使用高度免疫抑制藥物者；過去6個月內接受化療、放療者；以及經醫師評估因免疫不全或免疫力低下者。</p> <p>(3) MMR 疫苗</p> <p>a. 2021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>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】），</p>	<p>註：工作人員含括自行聘用、兼職、外包及報備支援人力。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 行政人員泛指櫃台批價人員、總務人員、會計人員..等。 2. 司機含括機構聘請及合約計程車、車行司機。 3. 機構內若由非上述人員，則歸屬其他，如：廚工、藥師、技師等。 <p>*對於疫苗成分有嚴重過敏反應史，或對於先前接種之疫苗劑次發生立即過敏反應者不予接種，需有醫師診斷證明。</p> <p>1.2.6 院所是否有宣導 COVID-19疫苗接種作為？</p> <p><input type="checkbox"/> 否</p> <p><input type="checkbox"/> 是， <input type="radio"/> 會議宣導 <input type="radio"/> 簡訊通知 <input type="radio"/> 海報張貼 <input type="radio"/> 病友家屬座談會 <input type="radio"/> 其他</p> <p>1.2.7 院所是否提供員工 COVID-19疫苗接種後不適反應的疫苗假？</p> <p><input type="checkbox"/> 否</p> <p><input type="checkbox"/> 是</p> <p>【MMR 疫苗】</p> <p>1.2.8 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="1429 1528 2225 1715"> <tr> <td>1981年以後出生之醫療照護工作人</td> <td>甲類人員中符合^{註2}任一條件之人</td> <td>具麻疹免疫力之工作人員比率</td> </tr> </table>	1981年以後出生之醫療照護工作人	甲類人員中符合 ^{註2} 任一條件之人	具麻疹免疫力之工作人員比率
1981年以後出生之醫療照護工作人	甲類人員中符合 ^{註2} 任一條件之人	具麻疹免疫力之工作人員比率				

輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明	自評表									
		<p>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>	<table border="1"> <tr> <td>員人數 (甲) ^{註1}</td> <td>數： (乙)</td> <td>(%) 乙/甲*100</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	員人數 (甲) ^{註1}	數： (乙)	(%) 乙/甲*100						<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： (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>
員人數 (甲) ^{註1}	數： (乙)	(%) 乙/甲*100										
	<p>1.3每年胸部X光檢查。</p>	<p><input type="checkbox"/>1：每年進行胸部X光檢查且達成率100%。</p> <p><input type="checkbox"/>2：每年進行胸部X光檢查且達成率達80%以上。</p> <p><input type="checkbox"/>3：每年進行胸部X光檢查且達成率為80%以下。</p> <p>【說明】 分母:所有與病人直接接觸之醫療相關工作人員</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】 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。</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 <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>									

輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明	自評表
		<p>及其他常駐工作人員（含外包人力）。</p> <p>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。</p>	<p>2021年病人進行胸部 X 檢查達成率為___%(分母:___人，分子:___人)</p>
<p>2. 感染管制措施-環境</p>	<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 >50CFU/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>

輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明	自評表
			<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 2.3.4內毒素抽樣件數 <input type="checkbox"/> 2021年總計抽驗_____件。 <input type="checkbox"/> 2021年透析機總計_____台。
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。	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：_____。 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。 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：_____ 3.1.3 B、C型肝炎陽性病人血液透析後其機器消毒頻次：_____

輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明	自評表
			<input type="checkbox"/> 每班 <input type="checkbox"/> 每天 <input type="checkbox"/> 其他，請說明： <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。 <input type="checkbox"/> 3：沒有定期監測，或	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： <hr/> 3.2.2 B、C型肝炎抗體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： <hr/> 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： <hr/> 3.2.4急性病毒性肝炎於2021年通報件數。

輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明	自評表																										
		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。	<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肝轉陽性率各 $\leq 5\%$ 。 <input type="checkbox"/> 2：一年內B肝或C肝轉陽性率 $> 5\%$ 。	3.3 請填寫2021年透析病人B、C型病毒性肝炎檢測結果： <table border="1" data-bbox="1503 575 2422 1348"> <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2021年曾接受長期透析病人中，其2020年檢驗值均為陰性者；若該透析病人無2020年檢驗數值，則以其2020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2020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。</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	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。	3.4.1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 <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，鼓勵並掌握病人施打疫苗情形。 <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。	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： <hr/> 3.5.2 PPE 實務需求相關訓練資料： <table border="1" data-bbox="1429 1348 1959 1733"> <thead> <tr> <th data-bbox="1429 1348 1813 1454"></th> <th data-bbox="1813 1348 1959 1454">2021年</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1429 1454 1813 1566">1.應受訓醫護人員數</td> <td data-bbox="1813 1454 1959 1566"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1429 1566 1813 1678">2.實際參加 PPE 訓練人數</td> <td data-bbox="1813 1566 1959 1678"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1429 1678 1813 1733">3.訓練完成度百分</td> <td data-bbox="1813 1678 1959 1733"></td> </tr> </tbody> </table>		2021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	
	2021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											

輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明	自評表																		
		<p>通過個人防護裝備實務穿脫。</p> <p>(3) 透析患者疫苗完整接種達80%以上</p>	<p>比</p> <p>3.5.3透析患者完成 COVID-19疫苗兩劑與追加劑/基礎加強劑的施打</p> <table border="1" data-bbox="1432 517 2335 1188"> <thead> <tr> <th data-bbox="1432 517 1736 629"></th> <th data-bbox="1736 517 1904 629">透析患者</th> <th data-bbox="1904 517 2335 629">接種率(%) 計算方式=實際接種人數/(總人數-不適合接種人數) X100%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1432 629 1736 687">總人數</td> <td data-bbox="1736 629 1904 687"></td> <td data-bbox="1904 629 2335 687"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1432 687 1736 797">不適合接種* 人數</td> <td data-bbox="1736 687 1904 797"></td> <td data-bbox="1904 687 2335 797"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1432 797 1736 908">完成第一劑人數</td> <td data-bbox="1736 797 1904 908"></td> <td data-bbox="1904 797 2335 908"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1432 908 1736 1018">完成第二劑人數</td> <td data-bbox="1736 908 1904 1018"></td> <td data-bbox="1904 908 2335 1018"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1432 1018 1736 1188">完成追加劑/基礎加強劑 人數</td> <td data-bbox="1736 1018 1904 1188"></td> <td data-bbox="1904 1018 2335 1188"></td> </tr> </tbody> </table> <p>*對於疫苗成分有嚴重過敏反應史，或對於先前接種之疫苗劑次發生立即過敏反應者不予接種，需有醫師診斷證明</p> <p>3.5.4院所透析患者 COVID-19疫苗接種後是否有出現不適反應？</p> <p><input type="checkbox"/> 否</p> <p><input type="checkbox"/> 是，__人，<input type="checkbox"/>發燒 <input type="checkbox"/>疲倦 <input type="checkbox"/>痠痛 <input type="checkbox"/>注射部位不適 <input type="checkbox"/>其他</p>		透析患者	接種率(%) 計算方式=實際接種人數/(總人數-不適合接種人數) X100%	總人數			不適合接種* 人數			完成第一劑人數			完成第二劑人數			完成追加劑/基礎加強劑 人數		
	透析患者	接種率(%) 計算方式=實際接種人數/(總人數-不適合接種人數) X100%																			
總人數																					
不適合接種* 人數																					
完成第一劑人數																					
完成第二劑人數																					
完成追加劑/基礎加強劑 人數																					

輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明	自評表
	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。	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 ____

輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明	自評表																		
			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	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="1511 683 2417 1402"> <thead> <tr> <th>設置位置</th> <th>透析床(台)</th> <th>工作車(台)</th> <th>護理站(個)</th> <th>大門入口(個)</th> <th>其他，請說明</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>院所之總數</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>上述地點有乾洗手劑之數量</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> 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	設置位置	透析床(台)	工作車(台)	護理站(個)	大門入口(個)	其他，請說明	院所之總數						上述地點有乾洗手劑之數量					
設置位置	透析床(台)	工作車(台)	護理站(個)	大門入口(個)	其他，請說明																
院所之總數																					
上述地點有乾洗手劑之數量																					

輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明	自評表
		<p>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>(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。</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	<input type="checkbox"/> 1：符合第2大項說明，	4.2.1藥物準備區：

輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明	自評表
		<p>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</p>	<p><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：</p> <p><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，是否還有多劑量包裝藥物：</p> <p><input type="checkbox"/>否</p> <p><input type="checkbox"/>是，請列舉</p> <hr/>

輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明	自評表
		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。	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： <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

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>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>																				
5.落實抗生素管理	5.1抗生素管理計畫之領導與責任	<p>本條文診所不適用，但請填寫抗生素開立機制。</p> <p>【醫院適用以下標準】</p> <p><input type="checkbox"/>1：醫院應設立跨部門抗生素管理小組，並由副院長級(含)以上主管擔任主席；小組成員至少應包含醫師、藥師、醫檢師*、護理師及資訊人員等，醫學中心/準醫學中心每季至少開會1次；區域</p>	<p>5.1.1是否為診所：</p> <p><input type="checkbox"/>否（請填寫 5.1.2-7 資料）</p> <p><input type="checkbox"/>是（請說明抗生素開立機制：_____），以下 5.1.2-7 資料免填。</p> <p>5.1.2請詳列抗生素管理小組成員資料：</p> <table border="1" data-bbox="1429 1354 2315 1688"> <thead> <tr> <th data-bbox="1429 1354 1679 1524">管理小組 身份</th> <th data-bbox="1679 1354 1841 1524">姓名</th> <th data-bbox="1841 1354 2000 1524">職類^註</th> <th data-bbox="2000 1354 2159 1524">職稱</th> <th data-bbox="2159 1354 2315 1524">備註</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1429 1524 1679 1582">主席</td> <td data-bbox="1679 1524 1841 1582"></td> <td data-bbox="1841 1524 2000 1582"></td> <td data-bbox="2000 1524 2159 1582"></td> <td data-bbox="2159 1524 2315 1582"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1429 1582 1679 1640">成員</td> <td data-bbox="1679 1582 1841 1640"></td> <td data-bbox="1841 1582 2000 1640"></td> <td data-bbox="2000 1582 2159 1640"></td> <td data-bbox="2159 1582 2315 1640"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1429 1640 1679 1688"></td> <td data-bbox="1679 1640 1841 1688"></td> <td data-bbox="1841 1640 2000 1688"></td> <td data-bbox="2000 1640 2159 1688"></td> <td data-bbox="2159 1640 2315 1688"></td> </tr> </tbody> </table>	管理小組 身份	姓名	職類 ^註	職稱	備註	主席					成員									
管理小組 身份	姓名	職類 ^註	職稱	備註																			
主席																							
成員																							

輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明	自評表
		<p>醫院及地區醫院每年至少開會2次。</p> <p><input type="checkbox"/>2每半年至少辦理1次以上全院性「抗生素管理」相關講習，且臨床醫師、護理人員、藥師每年至少參加1次。</p> <p><input type="checkbox"/>3.醫院應訂有抗生素管理計畫，對於計畫執行所須之經費、人力等資源都能有實質的支援。</p> <p><input type="checkbox"/>4.</p> <p>4-1依據醫院特性及實務需要，定期檢討修訂抗生素管理計畫執行內容。</p> <p>4-2 落實執行修訂之抗生素管理計畫內容？</p> <p>【說明】</p> <p>1. 依據醫療機構設置標準第三條附表(一)綜合醫院、醫院設置標準表修正規定，四十九床以下，未設檢驗設備者，</p>	<p>【註】職類：係填列醫師、藥師、醫檢師、護理師、資訊人員、資訊人員、其他等職別。</p> <p>5.1.3 抗生素管理小組每_____個月召開會議一次</p> <p>5.1.4是否每半年至少辦理1次以上全院性「使用抗生素管理」相關講習，且臨床醫師、護理人員、藥師每年至少參加一次？</p> <p><input type="checkbox"/>否</p> <p><input type="checkbox"/>是</p> <p>5.1.5是否訂有抗生素管理計畫，對於計畫執行所須之經費、人力等資源都能有實質的支援？</p> <p><input type="checkbox"/>否</p> <p><input type="checkbox"/>是，請於實地查核時提供相關文件備查，並續填下列問題</p> <p>5.1.6是否依據醫院特性及實務需要，定期檢討修訂抗生素管理計畫執行內容？</p> <p><input type="checkbox"/>否</p> <p><input type="checkbox"/>是</p> <p>5.1.7是否落實執行修訂之抗生素管理計畫內容？</p> <p><input type="checkbox"/>否</p> <p><input type="checkbox"/>是</p>

輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明	自評表
		<p>得免設醫事檢驗人員。</p> <p>2. 「每季或每年至少開會1-2次」係指若醫院將抗生素相關議題提至感染管制會討論並有決議，則符合本項規定。</p> <p>3. 「抗生素管理相關講習」，應有明確的時間、地點、課程講義與上課紀錄，另講習課程錄製成數位學習課程，提供員工線上學習（e-learning）亦可列計。</p> <p>4. 上課對象之臨床醫師、護理人員、藥師係指執業執照登錄於該醫院之專任人員（兼任人員不列計算）。</p> <p>5. 若評量單位為醫院層級，請醫院整備輔導訪視前一年度之抗生管理計畫相關資料，若前一年無感控查核資料，院方應備有該項資訊，以備後續之查核或評鑑。</p>	
	5.2 抗生素使用管理機制	【醫院適用以下標準】	醫院請填寫 5.2.1-11

輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明	自評表
		<input type="checkbox"/> 1. 醫院訂有抗生素使用管理措施，且醫師可隨時查閱如何適當使用抗生素之資料。 <input type="checkbox"/> 2. 對抗生素使用量訂有適當的監測機制，並定期進行統計分析。 <input type="checkbox"/> 3. 定期隨機審查病歷，各項有關病人使用抗生素之情形，應於病歷中詳載，並有評估病人抗生素使用適當性之機制。 <input type="checkbox"/> 4. 對抗生素不合理使用之情況能回饋臨床醫師或科部，並提出改善措施，且確實執行。 <input type="checkbox"/> 5. 達成以上4項及下述2項： 5-1 醫院設置抗生素檢核資訊系統，於醫師開立抗生素處方時有提醒機制，以提升抗生素開立處方品質。	5.2.1 2021年單位常規透析人次為 _____ 人次 5.2.2 是否對抗生素使用量訂有適當的管理機制，並定期進行統計分析？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是（請續填頻率、單位、統計方式及類別） 2-1. 頻率：○每年 ○每半年 ○每月 ○其他：_____ 2-2. 單位（可複選）：○全院 ○住院 ○急診 ○門診 ○其他 2-3. 統計方式（可複選）：○DDD ○DID ○抗生素使用率 ○其他： 2-4. 類別（可複選）：○依品項 ○依類別 ○其他： 5.2.3 院方資訊室或藥學部等管理單位是否提供透析單位抗生素使用量？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 5.2.4 是否定期隨機審查病歷，各項有關病人使用抗生素之情形，應於病歷中詳載？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，項目（可複選）：○非管制性抗生素 ○管制性抗生素 ○門診抗生素 ○其他：_____ 5.2.5 有關病人非管制性抗生素使用之情形，是否建立機制，防範下列情形發生？ <input type="checkbox"/> 不適用（無使用非管制性抗生素情形） <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是（請續填下列項目）

輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明	自評表											
		<p>5-2對所有類別抗生素不合理使用之情況，有具體改善成效呈現。</p> <p>【診所適用以下標準】</p> <p>符合項目：</p> <p><input type="checkbox"/> 1. 診所應有抗生素使用管理機制，且醫師可隨時查閱如何適當使用抗生素之資料(如下說明補充)。</p> <p><input type="checkbox"/> 2. 訂有抗生素使用量之監測機制，並定期統計分析。</p> <p>【註】</p> <p>診所無抗生素藥物品項者，可自選本項免評。</p> <p>【說明】</p> <p>1. 「如何適當使用抗生素之資料」，係指資料手冊可為醫院編製或國際網路資訊搜尋。</p> <p>2. 「對抗生素使用量訂有適當的監測機制」，係指需由院方提出抗生素使用情形之監測資</p>	<p>非管制性抗生素不當使用樣態</p> <table border="1"> <tr> <td data-bbox="1429 305 2093 469">1. 重症病人無正當理由仍然使用第一線狹效抗生素。</td> <td data-bbox="2093 305 2343 469">是否建立機制，防範左列情形發生 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1429 469 2093 585">2. 第一線狹效抗生素使用3天無效，無正當理由仍然繼續使用。</td> <td data-bbox="2093 469 2343 585"><input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1429 585 2093 701">3. 未依感染部位選用適當抗生素。</td> <td data-bbox="2093 585 2343 701"><input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1429 701 2093 875">4. 社區感染無正當理由仍使用明顯療效不足之藥物。</td> <td data-bbox="2093 701 2343 875"><input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1429 875 2093 981">5. 使用的劑量未考慮到病人體重及肝腎功能。</td> <td data-bbox="2093 875 2343 981"><input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是</td> </tr> </table>	1. 重症病人無正當理由仍然使用第一線狹效抗生素。	是否建立機制，防範左列情形發生 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是	2. 第一線狹效抗生素使用3天無效，無正當理由仍然繼續使用。	<input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是	3. 未依感染部位選用適當抗生素。	<input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是	4. 社區感染無正當理由仍使用明顯療效不足之藥物。	<input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是	5. 使用的劑量未考慮到病人體重及肝腎功能。	<input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是	<p>5.2.6有關病人管制性抗生素使用之情形，是否建立機制，防範下列情形發生？ <input type="checkbox"/> 不適</p>
1. 重症病人無正當理由仍然使用第一線狹效抗生素。	是否建立機制，防範左列情形發生 <input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是													
2. 第一線狹效抗生素使用3天無效，無正當理由仍然繼續使用。	<input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是													
3. 未依感染部位選用適當抗生素。	<input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是													
4. 社區感染無正當理由仍使用明顯療效不足之藥物。	<input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是													
5. 使用的劑量未考慮到病人體重及肝腎功能。	<input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是													
			<p>用</p> <p><input type="checkbox"/> 本院無管制性抗生素藥物品項</p> <p><input type="checkbox"/> 本院有管制性抗生素藥物品項但無管制性抗生素使用情形</p> <p><input type="checkbox"/> 否</p> <p><input type="checkbox"/> 是 (請續填下列項目)</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="1429 1367 2093 1532">管制性抗生素不當使用樣態</td> <td data-bbox="2093 1367 2343 1532">是否建立機制，防範左列情形發生</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1429 1532 2093 1715">1. 臨床狀況明顯為輕症或無症狀，但使用廣效抗生素，且無正當理由。</td> <td data-bbox="2093 1532 2343 1715"><input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是</td> </tr> </table>	管制性抗生素不當使用樣態	是否建立機制，防範左列情形發生	1. 臨床狀況明顯為輕症或無症狀，但使用廣效抗生素，且無正當理由。	<input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是						
管制性抗生素不當使用樣態	是否建立機制，防範左列情形發生													
1. 臨床狀況明顯為輕症或無症狀，但使用廣效抗生素，且無正當理由。	<input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是													

輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明	自評表		
		<p>料，並使用 DDD 或 DID (DDD/1000 patient-days) 為單位統計。</p> <p>3. 「各項有關病人使用抗生素之情形，應於病歷中詳載」，應符合下列標準：</p> <p>(1) 有關病人<u>非管制性</u>抗生素使用之情形，建立機制以防範下列情形發生：</p> <p>a. 重症病人無正當理由仍然使用第一線狹效抗生素。</p> <p>b. 第一線狹效抗生素使用 3 天無效，無正當理由仍然繼續使用。</p> <p>c. 未依感染部位選用適當抗生素。</p> <p>d. 社區感染無正當理由仍使用明顯療效不足之藥物。</p> <p>e. 使用的劑量未考慮到病人體重及肝腎功能。</p> <p>註：針對無使用非管制性</p>	<p>2. 無正當理由同時使用3種以上抗生素。 ○否 ○是</p> <p>3. 使用藥物的種類不符合國內外抗生素治療指引。 ○否 ○是</p> <p>4. 使用的劑量未考慮病人體重及肝腎功能。 ○否 ○是</p>	<p>○否 ○是</p> <p>○否 ○是</p> <p>○否 ○是</p>	<p>5.2.7有關病人門診抗生素使用之情形，是否建立</p>
<p>下列機制？</p> <p><input type="checkbox"/>不適用（本院無門診抗生素使用情形）</p> <p><input type="checkbox"/>否</p> <p><input type="checkbox"/>是（請續填下列項目）</p>					
			<p>門診抗生素使用情形</p>	<p>是否建立左列機制</p>	
			<p>1. 有需要才用抗生素；使用抗生素時，病歷上應說明用藥理由。</p>	<p>○否 ○是</p>	
			<p>2. 一般明顯急性感冒不可使用抗生素。</p>	<p>○否 ○是</p>	
			<p>3. 抗生素使用種類及劑量合理，並有考慮病人體重及肝腎機能。</p>	<p>○否 ○是</p>	
			<p>4. 抗生素使用期間合理，如有異常時，應於病歷上說明。</p>	<p>○否 ○是</p>	
			<p>5.2.8是否有評估病人抗生素使用適當性之機制？</p> <p><input type="checkbox"/>否</p> <p><input type="checkbox"/>是（請續填評估者、方式及項目）</p>		
<p>註：針對無使用非管制性</p>			<p>8-1*評估者（可複選）：○感染科醫師 ○其他指定醫師 ○</p>		

輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明	自評表
		<p>抗生素情形之醫院，實地查核時以醫院是否訂有抗生素使用指引、抗生素使用管制措施或相關機制作為評量依據。</p> <p>(2) 有關病人<u>管制性</u>抗生素使用之情形，建立機制以防範下列情形發生：</p> <p>a. 臨床狀況明顯為輕症或無症狀，但使用廣效抗生素，且無正當理由。</p> <p>b. 無正當理由同時使用 3 種以上抗生素。</p> <p>c. 使用藥物的種類不符合國內外抗生素治療指引。</p> <p>d. 使用的劑量未考慮病人體重及肝腎功能。</p> <p>註：「管制性抗生素」指全民健康保險第一線以外之抗微生物製劑；無管制性抗生素藥物品項之醫院得以免評；針對無管制性</p>	<p>藥師</p> <p>○其他：_____</p> <p>8-2方式（可複選）：○使用前審查 ○使用後審查 ○其他：</p> <p>8-3項目（可複選）：○適應症○細菌培養結果○藥品過敏史</p> <p>○肝腎功能及相關檢驗數據 ○劑量 ○頻次 ○天數</p> <p>○輸液○輸注速度 ○交互作用 ○禁忌症</p> <p>○其他：_____</p> <p>5.2.9是否對抗生素不合理使用之情況回饋臨床醫師或科部，並提出改善措施，且確實執行？</p> <p><input type="checkbox"/>否</p> <p><input type="checkbox"/>是，請簡述執行情形：_____。</p> <p>5.2.10是否設置抗生素檢核資訊系統，於醫師開立抗生素處方時有提醒機制？</p> <p><input type="checkbox"/>否</p> <p><input type="checkbox"/>是，檢核及提醒機制說明為：</p> <p>5.2.11是否對所有類別抗生素不合理使用之情況，有具體改善成效呈現？</p> <p><input type="checkbox"/>否</p> <p><input type="checkbox"/>是</p>

輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明	自評表					
		<p>抗生素使用情形之醫院，實地查核時以醫院是否訂有管制性抗生素使用指引或相關機制作為評量依據。</p> <p>(3) 有關病人門診抗生素使用之情形，建立下列機制：</p> <p>a. 有需要才用抗生素；使用抗生素時，病歷上應說明用藥理由。</p> <p>b. 一般明顯急性感冒不可使用抗生素。</p> <p>c. 抗生素使用種類及劑量合理，並有考慮病人體重及肝腎機能。</p> <p>d. 抗生素使用期間合理，如有異常時，應於病歷上說明。</p> <p>註：針對無門診抗生素使用情形之醫院，實地查核時以醫院是否訂有抗生素使用指引、抗生素使用管制措施或相關機制作為評量依據。</p>	<table border="1" data-bbox="1429 305 2326 552"> <thead> <tr> <th data-bbox="1429 305 1750 363">項目</th> <th data-bbox="1750 305 2326 363">改善情形</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1429 363 1750 552"></td> <td data-bbox="1750 363 2326 552"></td> </tr> </tbody> </table> <p>5.2.12 診所自評項目：</p> <p>12-1 2021年單位常規透析人次為 _____ 人次</p> <p>12-2 是否對抗生素使用量訂有適當的管理機制，並定期進行統計分析？</p> <p><input type="checkbox"/> 否</p> <p><input type="checkbox"/> 是（請續填頻率）</p> <p>12-2-1. 頻率：○ 每年 ○ 每半年 ○ 每月 ○ 其他：</p> <p>12-3 單位是否可提供全年之抗生素使用量？</p> <p><input type="checkbox"/> 否</p> <p><input type="checkbox"/> 是</p> <p>12-4 單位是否可提供抗生素總使用量？</p> <p><input type="checkbox"/> 否</p> <p><input type="checkbox"/> 是</p> <p>12-5 單位是否可提供各分類使用量？</p> <p><input type="checkbox"/> 否</p> <p><input type="checkbox"/> 是</p> <p>12-6 單位是否可統計分析抗生素使用率？</p> <p><input type="checkbox"/> 否</p> <p><input type="checkbox"/> 是，請填寫下表</p>		項目	改善情形		
項目	改善情形							

輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明	自評表								
		<p>4. 「評估病人抗生素使用適當性之機制」，其機制係由醫院自行規劃，評估內容包括適應症、細菌培養結果、藥品過敏史、肝腎功能及相關檢驗數據、劑量、頻次、天數、輸液、輸注速度、交互作用、禁忌症等。</p> <p>5. 「抗生素不合理使用」包括：不符適應症、用法用量欠妥（劑量、頻次、天數、特殊族群等）、藥品選用不當等。</p> <p>6. 「醫院設置抗生素檢核資訊系統，於醫師開立抗生素處方時有提醒機制」，係指輔助醫師開立抗生素處方之系統（如：抗生素之建議劑量、過敏史或不良反應提示、肝腎功能不全檢核、相同</p>	<table border="1"> <tr> <td>2021年單位使用抗生素人次(A)</td> <td>2021年單位常規透析人次(B)</td> <td>抗生素使用比率 (A/B*100)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	2021年單位使用抗生素人次(A)	2021年單位常規透析人次(B)	抗生素使用比率 (A/B*100)					
2021年單位使用抗生素人次(A)	2021年單位常規透析人次(B)	抗生素使用比率 (A/B*100)									
<p>12-7 單位是否可統計分析抗生素使用密度？</p> <p><input type="checkbox"/> 否</p> <p><input type="checkbox"/> 是，請填寫下表</p>			<table border="1"> <tr> <td>2021年單位使用抗生素DDD(A)</td> <td>2021年單位常規透析人次(B)</td> <td>透析單位抗生素使用使用密度 (A/B*1000)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	2021年單位使用抗生素DDD(A)	2021年單位常規透析人次(B)	透析單位抗生素使用使用密度 (A/B*1000)					
2021年單位使用抗生素DDD(A)	2021年單位常規透析人次(B)	透析單位抗生素使用使用密度 (A/B*1000)									
<p>12-8 有關病人門診抗生素使用之情形，是否建立下列機制？</p> <p><input type="checkbox"/> 不適用（本院無門診抗生素使用情形）</p> <p><input type="checkbox"/> 否</p> <p><input type="checkbox"/> 是（請續填下列項目）</p>			<table border="1"> <tr> <td>門診抗生素使用情形</td> <td>是否建立左列機制</td> </tr> <tr> <td>1. 有需要才用抗生素；使用抗生素時，病歷上應說明用藥理由。</td> <td><input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是</td> </tr> <tr> <td>2. 一般明顯急性感冒不可使用抗生素。</td> <td><input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是</td> </tr> </table>		門診抗生素使用情形	是否建立左列機制	1. 有需要才用抗生素；使用抗生素時，病歷上應說明用藥理由。	<input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是	2. 一般明顯急性感冒不可使用抗生素。	<input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是	
門診抗生素使用情形	是否建立左列機制										
1. 有需要才用抗生素；使用抗生素時，病歷上應說明用藥理由。	<input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是										
2. 一般明顯急性感冒不可使用抗生素。	<input type="radio"/> 否 <input type="radio"/> 是										

輔導項目	評量項目	評量說明與標準說明	自評表												
		<p>藥理提示及預設處方之有效期限等)，院內有任何形式之提醒機制即認定符合標準。</p> <p>7. 「有具體改善成效呈現」，係指可提供不適宜的抗生素使用率下降及全院抗生素使用量有效降低者作佐證。</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="1429 307 2107 421">3. 抗生素使用種類及劑量合理，並有考慮病人體重及肝腎機能。</td> <td data-bbox="2107 307 2335 421">○否 ○是</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1429 421 2107 535">4. 抗生素使用期間合理，如有異常時，應於病歷上說明。</td> <td data-bbox="2107 421 2335 535">○否 ○是</td> </tr> </table>	3. 抗生素使用種類及劑量合理，並有考慮病人體重及肝腎機能。	○否 ○是	4. 抗生素使用期間合理，如有異常時，應於病歷上說明。	○否 ○是								
3. 抗生素使用種類及劑量合理，並有考慮病人體重及肝腎機能。	○否 ○是														
4. 抗生素使用期間合理，如有異常時，應於病歷上說明。	○否 ○是														
6. 血流感染監測	6.1 導管相關血流感染監測	<p>6-1 訂有導管相關血流感染判斷之依據。</p> <p><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>6-2 導管相關血流感染個案。</p> <p><input type="checkbox"/> 有個案且有紀錄備查 <input type="checkbox"/> 沒個案但有收集機制 <input type="checkbox"/> 沒個案也沒有收集機制</p> <p>6-3 導管相關血流感染菌株。</p> <p><input type="checkbox"/> 有菌株且有紀錄備查 <input type="checkbox"/> 沒菌株但有收集機制 <input type="checkbox"/> 沒菌株也沒有收集機制</p> <p>6-4 訂有發生導管相關血流感染之處置機制。</p> <p><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p>	<p>以下請填報2021年資料：</p> <p>6.1 導管相關血流感染判斷依據(可複選)：</p> <p><input type="checkbox"/> 疾病管制署2018年版之醫療照護相關感染定義。 <input type="checkbox"/> 醫師診斷。 <input type="checkbox"/> 其他：請說明_____。</p> <p>6.2 導管相關血流感染件數：_____件(若以人數計算是_____人)。</p> <p>6.3 導管相關血流感染菌株總數：_____株(請填下表)；或 <input type="checkbox"/> 未檢出微生物</p> <table border="1" data-bbox="1429 1184 2107 1474"> <thead> <tr> <th data-bbox="1429 1184 1950 1232">菌株名稱</th> <th data-bbox="1950 1184 2107 1232">株數</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> <p>6.4 發生導管相關血流感染之處置機制(可複選)：</p> <p><input type="checkbox"/> 由原診療負責醫師診斷後開立抗生素。 <input type="checkbox"/> 轉送醫療院所(備有病歷摘要以供評量)。 <input type="checkbox"/> 其他：請說明_____。</p>	菌株名稱	株數										
菌株名稱	株數														

◎本表尚為草案，可再依實際執行情況進行修

1. 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) 由醫療院所自我審查，再由專家委員共同評量同一家醫療院所。

(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。

。

附錄四、111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-輔導訪視總計50間機構名單

- 111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50間機構名單(醫學中心共11家，區域醫院共9家，地區醫院共5家，基層診所共25家。)

醫療院所名稱	縣市	機構層級
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
臺中榮民總醫院	台中	醫學中心
彰化基督教醫院	彰化	醫學中心
奇美醫療財團法人奇美醫院	台南	醫學中心
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
基督復臨安息日會醫療財團法人臺安醫院	台北	區域醫院
衛生福利部雙和醫院	新北	區域醫院
台北慈濟醫院	新北	區域醫院
高雄義大醫院	高雄	區域醫院
新北市立聯合醫院(三重院區)	新北	區域醫院
國軍桃園總醫院	桃園	區域醫院
戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院	嘉義	區域醫院
新樓醫院(台南總院)	台南	區域醫院
衛生福利部屏東醫院	屏東	區域醫院
員林基督教醫院	彰化	地區醫院
鹿港基督教醫院	彰化	地區醫院
員榮醫療社團法人員榮醫院員生院區	彰化	地區醫院

台新醫院	台中	地區醫院
陽明醫院	嘉義	地區醫院
益康診所	新北	基層診所
杏原診所	新北	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
中英診所	台中	基層診所
仁美診所	彰化	基層診所
謝智超達恩診所	台南	基層診所
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
新欣診所	新北	基層診所
國城診所	新北	基層診所
和泰內科診所	台北	基層診所
和暘診所	桃園	基層診所
安新診所	台中	基層診所
安馨竹山內科診所	南投	基層診所
康明診所	嘉義	基層診所
家馨診所	嘉義	基層診所
立福內科診所	台南	基層診所
長清診所	高雄	基層診所
裕禾診所	高雄	基層診所

111 年度血液透析自評表單 50 家機構資料回覆率

111 年血液透析自評表單 50 家機構資料回覆率

項目	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。	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)	院所提供員工「B 型肝炎疫苗」的措施	2021 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	訂有 MMR 疫苗接種計畫接種率	呈上，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	COVID-19 疫苗宣導作為	院所是否提供員工 COVID-19 疫苗接種後不適反應的疫苗假	COVID-19 疫苗完整接種達 90% 以上 (依據 111 年長照機構感染管制查核共識)
回覆率 (分子/分母)	100% (50/50)	100% (50/50)	100% (50/50)	100% (50/50)	100% (50/50)	100% (35/35)	100% (50/50)	100% (50/50)	100% (50/50)
項目	是否掌握單位人員 COVID-19	與病人直接接觸之醫療相關工作人	是否有對機構透析病人進行胸部 X	對透析病人進行胸部 X 光檢查達成	依循 AAMI 國際現行標準，對於菌	透析機台之透析液 (Dialysis	逆滲透水檢測結果之行動標	內毒素檢驗標準值	內毒素檢測頻率

	疫苗接種情形 (包含醫師、護理師、行政人員、清潔人員、司機、其他工作人員等)	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	光檢查	率	落數監測頻率, 逆滲透水(Dialysis Water)至少每個月檢測 1 次	Fluid) 檢測頻率	準值		
回覆率 (分子/分母)	100% (50/50)	100% (50/50)	100% (50/50)	100% (49/49)	100% (50/50)	100% (50/50)	100% (50/50)	100% (50/50)	100% (50/50)
項目	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	B、C 型肝炎陽性病人血液透析後其機器消毒頻次	B、C 型肝炎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
回覆率 (分子/分母)	100% (50/50)	100% (50/50)	100% (50/50)	100% (50/50)	100% (50/50)	100% (50/50)	100% (50/50)	100% (50/50)	100% (50/50)
項目	110 年 B 型肝炎陽性通	110 年 C 型肝炎陽性通	110 年監測門診透析病	病人透析前是否有進行	對於發燒之透析病人是	是否訂有新興傳染病之	PPE 實務需求相關	透析患者完成	訂有機器及環境清

	報件數	報件數	人B型、C型肝炎轉陽率	量溫及透析發燒病人處置是否有通報機制單位回覆均有進行量溫及通報機制	否有隔離透析的規劃	整備、病人處置之標準流程及應變計畫	訓練	COVID-19疫苗完整接種	潔消毒之作業流程
回覆率 (分子/分母)	100% (50/50)	100% (50/50)	100% (50/50)	100% (50/50)	100% (50/50)	100% (50/50)	100% (50/50)	100% (50/50)	100% (50/50)
項目	機器消毒用具	機器消毒頻次	機器表面消毒範圍	環境消毒用具	環境消毒頻次	環境消毒頻次	洗手設備調查	辦理手部衛生稽核	藥物準備區
回覆率 (分子/分母)	100% (50/50)	100% (50/50)	100% (50/50)	100% (50/50)	100% (50/50)	100% (50/50)	100% (50/50)	100% (50/50)	100% (50/50)
	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	有無針扎事件處理流程	有無血液透析感染管制規範	是否穿戴個人防護裝備	員工有無接受感染管制教育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	針對診所透析單位，是否有抗生素開立機制依據
回覆率	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

(分子/分母)	(50/50)	(50/50)	(50/50)	(50/50)	(50/50)	(50/50)	(50/50)	(50/50)	(50/50)
項目	針對醫院透析單位，是否有提供抗生素管理小組名單	針對醫院透析單位，抗生素管理小組會議頻率	針對醫院透析單位，是否每半年至少辦理1次以上全院性「使用抗生素管理」相關講習，且臨床醫師、護理人員、藥師每年至少參加一次	針對醫院透析單位，是否訂有抗生素管理計畫，對於計畫執行所須之經費、人力等資源都能有實質的支援，並依據醫院特性及實務需要，定期檢討修訂抗生素管理計畫執行內容	針對醫院透析單位，是否落實執行修訂之抗生素管理計畫內容	針對醫院透析單位，是否對抗生素使用量訂有適當的管理機制，並定期進行統計分析	針對醫院透析單位，抗生素使用量分析頻率	針對醫院透析單位，抗生素使用量定期分析之單位	針對醫院透析單位，抗生素使用量定期分析之統計方式
回覆率 (分子/分母)	100% (25/25)	100% (25/25)	100% (25/25)	100% (25/25)	100% (25/25)	100% (25/25)	100% (25/25)	100% (23/23)	100% (23/23)
項目	針對醫院透	針對醫院透	針對醫院透	針對醫院透	針對醫院透	是否對所有	針對診所	針對診所	針對診所

	析單位，抗生素使用量定期分析之類別	析單位，院方資訊室或藥學部等管理單位是否提供透析單位抗生素使用量?	析單位，是否定期隨機審查病歷，各項有關病人使用抗生素之情形，應於病歷中詳載	析單位，是否建立機制防範門診抗生素不當使用樣態	析單位，是否有評估病人抗生素使用適當性之機制	類別抗生素不合理使用之情況，有具體改善成效呈現	透析單位，是否對抗生素使用量訂有適當的管理機制，並定期進行統計分析	透析單位，抗生素使用量分析頻率	透析單位，是否可提供全年之抗生素使用量與總使用量
回覆率 (分子/分母)	100% (23/23)	100% (25/25)	100% (25/25)	100% (25/25)	100% (25/25)	100% (25/25)	100% (25/25)	100% (25/25)	100% (25/25)
項目	針對診所透析單位，是否可提供抗生素各分類使用量	針對診所透析單位，是否可統計分析抗生素使用率	針對診所透析單位，是否可統計分析抗生素使用密度	針對診所透析單位，是否建立門診抗生素使用之機制	導管相關血流感染判斷依據	是否發生導管相關血流感染案件	發生導管相關血流感染之處置機制		
回覆率 (分子/分母)	100% (25/25)	100% (25/25)	100% (25/25)	100% (25/25)	100% (50/50)	100% (50/50)	100% (50/50)		

附錄五、50家醫院「血液透析輔導訪視表及自評表（草案）」蒐整

111年血液透析自評表單50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。 填表率100%(50/50)							
		北區		中區		南區		總數
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
	每年至少一次追蹤檢查紀錄	10	6	5	6	8	13	48
	定期追蹤(未提供追蹤頻率)	1	0	1	0	0	0	2
		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。						
	1.2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%(50/50)							
	北區		中區		南區		總數	
掌握全體醫護人員檢測資料	11	6	6	6	8	11	48	
未提供資訊	0	0	0	0	0	2	2	
	院所提供員工「B型肝炎疫苗」的措施 回覆率100%(50/50)							

	北區		中區		南區		總數
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
全額補助	10	3	4	3	6	4	30
部分補助	1	1	2	1	1	0	6
完全自費	0	2	0	2	1	8	13
未提供資訊	0	0	0	0	0	1	1

2022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%(50/50)

	北區		中區		南區		總數
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
100%	2	3	0	1	3	6	15
90-99%	2	0	3	1	2	3	11
80-89%	2	0	3	0	2	2	9
70-79%	3	0	0	0	0	0	3
60-69%	1	0	0	1	1	1	4
50-59%	1	0	0	1	0	0	2
40-49%	0	1	0	2	0	0	3
30-39%	0	1	0	0	0	0	1
0-9%	0	1	0	0	0	0	1
未提供	0	0	0	0	0	1	1

機構工作人員 COVID-19疫苗接種率(含追加劑)

回覆率100%(50/50)

	北區		中區		南區		總數
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
未提供資料	0	1	0	0	0	0	1
有掌握並填列	11	5	6	6	8	13	49

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%(50/50)

	北區		中區		南區		總數
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
訂有MMR疫苗 接種計畫	10	2	6	3	8	6	35
未訂有MMR疫 苗接種計畫	1	4	0	3	0	6	14
未提供資訊	0	0	0	0	0	1	1

(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%(50/50)

	北區		中區		南區		總數
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
100%	6	0	3	1	4	5	19
90-99%	1	0	1	0	2	0	4
80-89%	2	0	0	0	2	0	4
70-79%	0	1	0	0	0	0	1
60-69%	0	0	0	1	0	0	1
50-59%	0	0	1	0	0	0	1
40-49%	0	0	1	0	0	0	1
30-39%	0	0	0	0	0	0	0
20-29%	1	0	0	0	0	0	1
0-9%	0	0	0	1	0	1	2
未提供資料	0	1	0	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%(50/50)

	北區		中區		南區		總數
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
100%	7	4	6	2	4	6	29
90-99%	4	0	1	1	1	3	10
80-89%	0	2	2	2	2	3	8
70-79%	0	0	1	0	0	0	1
50-59%	0	0	0	1	1	0	1
未提供	0	0	0	0	0	1	1

是否有對機構透析病人進行胸部 x 光檢查
填單率100%(50/50)

	北區		中區		南區		總數
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
無	1	0	0	0	0	0	1
半年一次	0	1	1	0	4	3	9
每年一次	10	5	5	5	3	10	38
是，但未提供頻率	0	0	0	1	1	0	2

對透析病人進行胸部 x 光檢查達成率
填單率100%(49/49)

	北區		中區		南區		總數
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
100%	4	1	3	4	5	3	20
90-99%	6	5	2	1	3	7	24
80-89%	0	0	0	0	0	1	1
未提供	0	0	1	1	0	2	4

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%(50/50)

	北區		中區		南區		總數
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
每個RO設備出水口及回水口	0	0	0	2	0	3	5
每個RO設備出水口	10	5	6	3	8	7	39
其他	1	1	0	1	0	3	6

*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%(50/50)

	北區		中區		南區		總數
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
每季1次	10	6	5	6	8	10	47
每2個月 (HIV 機台則為每月)	1	0	0	0	0	0	1
無檢測	0	0	1	0	0	0	1
未提供資訊	0	0	0	0	0	1	1

逆滲透水檢測結果之行動標準值
 回覆率100%(50/50)

	北區		中區		南區		總數
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
>1 CFU/ml	0	0	0	1	0	0	1
>50 CFU/ml	11	6	6	5	8	11	49

內毒素檢驗標準值
 回覆率100%(50/50)

	北區		中區		南區		總數
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
< 0.25 EU/ml	11	6	6	6	7	11	49
<0.125 EU/ml	0	0	0	0	1	0	1

內毒素檢測頻率
 回覆率100%(50/50)

	北區		中區		南區		總數
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
每月	4	2	2	0	2	4	14
每2個月	0	0	0	0	1	0	1
每季至少檢測一次	1	0	0	1	0	0	2
每半年檢測一次	0	0	0	2	1	0	3
每年至少檢測一次	6	4	4	3	4	9	30

內毒素檢測水質
回覆率100%(50/50)

	北區		中區		南區		總數
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
逆滲透水	8	4	5	3	6	10	36
透析液	0	0	0	0	1	0	1
2項皆有	3	2	1	3	1	3	13

內毒素抽樣件數(總計)
回覆率100%(50/50)

	北區		中區		南區		總數
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
有抽樣	11	5	5	5	7	13	46
未提供資料/ 無採樣	0	1	1	1	1	0	4

	內毒素抽樣件數(透析機總計)							
	回覆率100%(50/50)							
		北區		中區		南區		總數
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
有資料	4	5	2	4	3	4	22	
未提供資料/ 無採樣	7	1	4	2	5	9	28	
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%(50/50)							
		北區		中區		南區		總數
		醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
	分區	0	0	1	0	1	1	3
	固定機台	0	2	1	2	0	0	5
	分區且固定機台	10	3	4	3	5	11	36
	集中照護	0	0	0	0	0	1	1
	集中照護·固定機台	0	1	0	1	1	0	3
集中照護·分區且固定機台	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%(50/50)								

	北區		中區		南區		總數
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
無C肝患者/均已治癒	0	0	2	4	1	2	9
分區且固定機台	3	1	0	0	0	5	9
集中照護	6	4	4	2	5	6	27
集中照護、固定機台	1	0	0	0	1	0	2
集中照護、分區且固定機台	1	0	0	0	0	0	1
未提供	0	1	0	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%(50/50)

	北區		中區		南區		總數
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
化消	4	2	1	3	5	2	18
熱消	1	2	0	0	1	0	5
熱化消皆有	6	2	5	3	2	9	27

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%(50/50)

	北區		中區		南區		總數
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
每天	0	0	0	1	0	0	1
每班	11	5	6	5	8	13	48
每次透析結束後及每周一早自動開機熱消	0	1	0	0	0	0	1

B、C型肝炎透析病人肝炎監測頻率
 回覆率100%(50/50)

	北區		中區		南區		總數
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
每年	5	5	5	4	3	12	34
每半年	3	1	1	1	5	1	12
每三個月	1	0	0	0	0	0	1
B肝半年、C肝3個月	1	0	0	0	0	0	1
B肝每年、C肝半年	1	0	0	0	0	0	1
定期追蹤(無告知時間)	0	0	0	1	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%(50/50)

	北區		中區		南區		總數
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
有通報機制	11	6	5	6	8	11	47
否	0	0	1	0	0	2	3

110年 B 型肝炎陽性通報件數
回覆率100%(50/50)

	北區		中區		南區		總數
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
0件	11	6	6	5	7	13	48
1件	0	0	0	1	0	0	1
2件	0	0	0	0	1	0	1

110年通報個案數 C 型肝炎陽性
回覆率100%(50/50)

	北區		中區		南區		總數
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
0件	11	6	6	6	7	12	48
1件	0	0	0	0	1	1	2

110年監測門診透析病人 B、C 型肝炎轉陽率
回覆率100%(50/50)

	北區		中區		南區		總數
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
有監測	11	6	6	6	7	11	48
有監測未提供詳細資料	0	0	0	0	1	0	2

對於發燒之透析病人是否有隔離透析的計畫
填覆率100%(50/50)

	北區		中區		南區		總數
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
無規劃	0	0	0	0	0	1	1
單人室	1	1	3	0	0	3	8
負壓隔離區	1	0	1	0	2	0	4
專區	4	5	2	6	4	9	30
單人室 +負壓隔離區	1	0	0	0	0	0	1
專區 +負壓隔離區	2	0	0	0	1	0	3
專區+單人室	2	0	0	0	0	0	2
專區+單人室 +負壓隔離區	0	0	0	0	1	0	1

是否訂有新興傳染病之裝備、病人處置之標準流程及應變計畫
填覆率100%(50/50)

	北區		中區		南區		總數
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
是	11	5	6	6	8	13	49
否	0	1	0	0	0	0	1

PPE 實務需求相關訓練
填覆率100%(50/550)

	北區		中區		南區		總數
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
100%	10	5	4	6	8	12	45
90-99%	0	0	1	0	0	0	1
80-89%	1	0	0	0	0	1	2
20-29%	0	0	1	0	0	0	1
0-9%	0	1	0	0	0	0	1

透析患者完成 COVID-19疫苗完整接種
填單率100%(50/50)

	北區		中區		南區		總數
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
90-99%	4	2	4	3	6	4	24
80-89%	5	4	2	3	2	4	20
70-79%	2	0	0	0	0	3	5
60-69%	0	0	0	0	0	1	1
未提供	0	0	0	0	0	1	1

訂有機器及環境清潔消毒之作業流程
填單率100%(50/50)

	北區		中區		南區		總數
	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	11	6	6	6	8	13	50

機器消毒頻次
回覆率100%(50/50)

	北區		中區		南區		總數
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
每班	11	6	6	6	8	11	50

機器表面消毒範圍
回覆率100%(50/50)

	北區		中區		南區		總數
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
機器面板	0	0	1	0	0	0	1
機器面板、機身	0	0	1	0	0	0	1
機器面板、機身、機台置物架	5	6	8	3	8	12	41
機器面板、機身、機台置物架與其他範圍	1	1	1	3	0	1	7

環境消毒用具

回覆率100%(50/50)

	北區		中區		南區		總數
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
不織布抹布	2	1	2	0	2	3	10
布類抹布	3	0	0	1	4	2	10
拋棄式抹布	4	5	2	5	2	7	25
布類抹布、拋棄式抹布	1	0	0	0	0	0	1
拋棄式抹布、不織布抹布	0	0	1	0	0	0	1
布類抹布、拋棄式抹布、不織布抹布	0	0	0	0	0	1	1
其他	1	0	1	0	0	0	2

環境消毒頻次

填單率100%(50/50)

	北區		中區		南區		總數
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
每班	11	5	6	5	5	7	39
每天	0	1	0	1	3	6	11

環境消毒範圍
回覆率100%(50/50)

	北區		中區		南區		總數
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
床、床欄	2	0	0	0	2	0	4
床欄、地板	0	0	0	0	1	0	1
床、床欄、地板	2	0	1	0	2	2	7
床、床欄、點滴架	1	0	1	1	0	0	3
床、床欄、點滴架、地板	3	5	2	2	3	4	19
床、床欄、周遭用品	2	0	0	0	0	0	2
床、床欄、地板、周遭用品	1	0	0	0	0	0	1
床、床欄、點滴架、周遭用品	0	1	0	0	0	0	1
床、床欄、點滴架、地板、周遭用品	0	0	2	3	0	7	12

*周遭用品: 周遭用品包含電視遙控器、喇叭、床旁椅、紅燈、壓脈袋、止血夾、門把、座椅、桌面、開關、床旁置物櫃、護理站及門把、討論室、更衣室及辦公室等。

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
填單率100%(50/50)

	北區		中區		南區		總數
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
設置乾/濕洗手設備	11	6	6	6	8	13	50

辦理手部衛生稽查
填單率100%(50/50)

	北區		中區		南區		總數
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
每月	9	2	4	2	7	2	26
每季	0	2	0	4	1	8	15
每半年	2	0	2	0	0	1	5
每年	0	2	0	0	0	1	3
有辦理但未提供頻次	0	0	0	0	0	1	1

藥物準備區
填單率100%(50/50)

	北區		中區		南區		總數
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
工作車	5	0	5	1	6	2	19
準備區	2	4	0	4	1	8	19
病人透析機台	1	0	0	0	0	1	2
病人透析機台、 工作車	0	0	0	0	0	1	1
工作車、準備區	3	1	1	0	1	0	6
病人透析機台、 工作車、準備區	0	1	0	1	0	1	3

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
填單率100%(50/50)

	北區		中區		南區		總數
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
三項皆有	8	5	4	6	6	11	40
無稀釋時間	3	1	1	0	1	2	8
三項皆無	0	0	1	0	1	0	2

是否有多劑量包裝藥物
填單率100%(50/50)

	北區		中區		南區		總數
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
有	2	1	0	0	1	4	8
無	9	4	6	6	6	9	40
未提供資訊	0	1	0	0	1	0	2

有無針扎事件處理流程
填單率100%(50/50)

	北區		中區		南區		總數
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
有	11	5	6	6	8	13	49
無	0	1	0	0	0	0	1

有無血液透析感染管制規範
填單率100%(50/50)

	11	5	6	6	8	13	20
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	總數
	北區		中區		南區		

是否穿戴個人防護裝備
填單率100%(50/50)

	北區		中區		南區		總數
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
有	6	2	2	1	3	8	22
無面罩	3	0	2	3	1	1	10
無隔離衣	0	0	0	0	0	1	1
無隔離衣、面罩	0	0	0	0	2	0	2
無護目鏡	2	4	2	2	2	3	15

員工有無接受感染管制教育3小時

填單率100%(50/50)

	北區		中區		南區		總數
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
有	11	5	6	5	8	10	45
無	0	0	0	1	0	3	4
未提供資訊	0	1	0	0	0	0	1

是否設有收針車

填單率100%(50/50)

	北區		中區		南區		總數
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
有	9	5	18	4	5	13	43
無	2	1	4	2	3	0	7

是否設置生物醫療性廢棄物及尖銳物品收集容器

填單率100%(50/50)

	北區		中區		南區		總數
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
有	11	6	6	6	8	13	50

五、落實抗生素管理

針對診所透析單位，是否有抗生素開立機制依據
填單率100%(25/25)

	北區	中區	南區	總數
有	3	2	3	8
無	3	4	10	17

針對醫院透析單位，是否有提供抗生素管理小組名單
填單率100%(25/25)

	北區	中區	南區	總數
有	10	6	7	23
無	1	0	1	2

針對醫院透析單位，抗生素管理小組會議頻率
100%(25/25)

	北區	中區	南區	總數
2個月	2	0	2	4
3個月	6	6	5	17
未提供資訊	3	0	1	4

針對

醫院透析單位，是否每半年至少辦理1次以上全院性「使用抗生素管理」相關講習，且臨床醫師、護理人員、藥師每年至少參加一次

填單率100%(25/25)

	北區	中區	南區	總數
有	10	6	8	24
未提供資訊	1	0	0	1

針對醫院透析單位，是否訂有抗生素管理計畫，對於計畫執行所須之經費、人力等資源都能有實質的支援，並依據醫院特性及實務需要，定期檢討修訂抗生素管理計畫執行內容

填單率100%(25/25)

	北區	中區	南區	總數
是	10	5	7	22
否	0	1	1	2
未提供資訊	1	0	0	1

針對醫院透析單位，是否落實執行修訂之抗生素管理計畫內容
填單率100%(50/50)

	北區	中區	南區	總數
是	10	5	7	22
否	0	1	0	1
未提供資訊	1	0	1	2

針對醫院透析單位，是否對抗生素使用量訂有適當的管理機制，並定期進行統計分析
填單率100%(25/25)

	北區	中區	南區	總數
是	10	5	7	22
否	1	1	1	3

針對醫院透析單位，抗生素使用量分析頻率
填單率100%(25/25)

	北區	中區	南區	總數
每月	8	3	6	17
每季	2	1	1	4
每年	0	1	0	1
無定期分析	1	1	1	3

針對醫院透析單位，抗生素使用量定期分析之單位
填單率100%(23/23)

	北區	中區	南區	總數
全院	3	2	1	6
全院、住院、門診	1	0	0	1
全院、住院、急診、門診	4	2	3	9
住院、急診、門診	0	1	1	2
住院	2	0	2	4
無提供	1	0	0	1

針對醫院透析單位，抗生素使用量定期分析之統計方式
填單率100%(23/23)

	北區	中區	南區	總數
DID	2	0	3	5
DDD、DID	6	3	2	11
DID、抗生素使用率	1	0	2	3
DDD、抗生素使用率	0	1	0	1
DDD、DID、抗生素使用率	0	1	0	1
DDD、DID、抗生素使用率與其他	1	0	0	1
無提供	1	0	0	1

其他包含抗生素藥費佔率、Carbapenems 耗用量、Glycopeptide 耗用量、Glycopeptide 耗用量、Fluoroquinolone 耗用量

針對醫院透析單位，抗生素使用量定期分析之類別
填單率100%(23/23)

	北區	中區	南區	總數
依品項	3	0	0	3
依類別	0	1	0	1
依品項、依類別	6	4	6	16
依品項、依類別與其他	1	0	1	2
無提供	1	0	0	1

其他包含抗生素耗用量、抗藥性菌株相關性分析、疑義處方、24小時處方評估率、TDM

針對醫院透析單位，院方資訊室或藥學部等管理單位是否提供透析單位抗生素使用量？
填單率100%(25/25)

	北區	中區	南區	總數
是	6	0	6	12
否	4	6	2	12
未提供詳細資訊	1	0	0	1

針對醫院透析單位，是否定期隨機審查病歷，各項有關病人使用抗生素之情形，應於病歷中詳載
填單率100%(25/25)

	北區	中區	南區	總數
有詳載	11	5	7	23
無詳載	0	1	1	2

針對醫院透析單位，是否建立機制防衛門診抗生素不當使用樣態
填單率100%(25/25)

	北區	中區	南區	總數
是	11	6	7	24
否	0	0	1	1

針對醫院透析單位，是否有評估病人抗生素使用適當之機制
填單率100%(25/25)

	北區	中區	南區	總數
是	11	5	7	23
否	0	1	1	2

是否對所有類別抗生素不合理使用之情況，有具體改善成效呈現
填單率100%(25/25)

	北區	中區	南區	總數
是	9	4	5	18
否	2	2	3	7

針對診所透析單位，是否對抗生素使用量訂有適當的管理機制，並定期進行統計分析
填單率100%(25/25)

	北區	中區	南區	總數
是	1	3	2	6
否	5	3	9	17
無提供資訊	0	0	2	2

針對診所透析單位，抗生素使用量分析頻率
填單率100%(25/25)

	北區	中區	南區	總數
每月	1	1	1	3
每半年	0	0	1	1
每年	0	2	0	2
無定期分析	5	3	9	17
無提供資訊	0	0	2	2

針對診所透析單位，是否可提供全年之抗生素使用量與總使用量
填單率100%(25/25)

	北區	中區	南區	總數
是	2	4	6	12
否	4	2	4	10
未提供資訊	0	0	3	3

針對診所透析單位，是否可提供抗生素各分類使用量
填單率100%(25/25)

	北區	中區	南區	總數
是	2	4	5	11
否	3	2	5	10
未提供資訊	1	0	3	4

針對診所透析單位，是否可統計分析抗生素使用率
填單率100%(25/25)

	北區	中區	南區	總數
是	0	2	2	4
否	5	3	8	16
未提供資訊	1	1	3	5

針對診所透析單位，是否可統計分析抗生素使用密度
填單率100%(25/25)

	北區	中區	南區	總數
是	0	1	0	1
否	6	4	9	19
未提供資訊	0	1	4	5

針對診所透析單位，是否建立門診抗生素使用之機制
填單率100%(25/25)

	北區	中區	南區	總數
是*	3	5	7	15
否	0	1	1	2
不適用	3	0	2	5
無提供資訊	0	0	3	3

不適用: 本院無門診抗生素使用情形
 *有建立機制單位中，其中二個針對一般明顯急性感冒可使用抗生素

導管相關血流感染監測

導管相關血流感染判斷依據
 填單率100%(50/50)

	北區		中區		南區		總數
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
醫師診斷	1	4	0	3	1	5	14
醫師診斷、 細菌及血液培養報告	1	0	0	0	0	0	1
疾病管制署2018年版之醫療 照護相關感染定義	5	0	4	0	3	3	15
疾病管制署2018年版之醫療 照護相關感染定義、醫師診斷	3	2	1	3	1	2	12
疾病管制署2018年版之醫療 照護相關感染定義、醫師診斷 細菌及血液培養報告	0	0	0	0	1	0	1
未提供資訊	1	0	1	0	2	3	7

是否發生導管相關血流感染案件
 填單率100%(50/50)

	北區		中區		南區		總數
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
有	10	1	5	1	5	4	26
無	1	3	1	3	2	6	16
未提供資訊	0	2	0	2	1	3	8

發生導管相關血流感染之處置機制

填單率100%(50/50)							
	北區		中區		南區		總數
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
由原診療負責醫師診斷後開立抗生素	5	1	4	1	5	2	18
轉送醫療院所	0	3	0	0	0	3	6
由原診療負責醫師診斷後開立抗生素 轉送醫療院所	0	2	0	3	0	4	9
由原診療負責醫師診斷後開立抗生素 並進行其他處置	3	0	1	0	0	0	4
進行其他處置	2	0	0	0	2	0	4
未提供資料	1	0	1	2	1	4	9

他處置包含依據病人臨床表徵安排病人住院治療、評估是否移除導管、照會感染科等

附錄六、說明會活動

(一)海報

— 北 部 場 —

111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

主辦單位  社團法人
台灣感染管制學會

 社團法人
台灣腎臟醫學

指導單位  衛生福利部疾病管制署

協辦單位  佛教慈濟醫療財團法人
台北慈濟醫院

注意

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. 請將手機鈴聲轉為震動。
4. 課程報到採紙本簽到、簽退。

活動時間：111年3月26日 8：30 – 12：00

活動地點：台北慈濟醫院協力國際會議廳

課程講義：



時間	講題	講師
08：30 - 08：50	報到	
08：50 - 09：00	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
09：00 - 09：40	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	高雄醫學大學醫學院 盧柏樑 院長
09：40 - 10：20	血液透析輔導訪視表評核 及標準說明	高雄長庚醫院感染管制課 蘇麗香 課長
10：20 - 10：40	中場休息	
10：40 - 11：20	透析單位C型肝炎防治	衛生福利部疾病管制署防疫醫師 蘇家彬 醫師
11：20 - 12：00	基層透析診所感染COVID-19 之挑戰及經驗分享	費森尤斯腎臟照護香港商安馨 股份有限公司台灣分公司 張小平 經理
12：00	賦歸	

聯絡資訊 | 07-312-1101 ext. 2516 黃建豪先生
hank83722@yahoo.com.tw

學分申請 | 台灣感染管制學會
台灣腎臟醫學會
台灣腎臟護理學會

醫師公會全國聯合會
台灣醫事檢驗學會
護理師護士公會全國聯合會

南部場

111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

主辦
單位



社團法人
台灣感染管制學會

指導
單位



衛生福利部疾病管制署



社團法人
台灣腎臟醫學

協辦
單位



高雄醫學大學附設
中和紀念醫院



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

課程講義：



活動時間：111年3月13日 8：30 – 12：00

活動地點：高雄醫學大學附設中和紀念醫院啟川大樓6樓第二講堂

時間	講題	講師
08：30 - 08：50	報到	
08：50 - 09：00	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
09：00 - 09：40	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	高雄醫學大學醫學院 盧柏樑 院長
09：40 - 10：20	血液透析輔導訪視表評核 及標準說明	高雄長庚醫院感染管制課 蘇麗香 課長
10：20 - 10：40	中場休息	
10：40 - 11：20	透析單位C型肝炎防治	衛生福利部疾病管制署 高屏區管制中心 洪敏南 醫師
11：20 - 12：00	基層透析診所感染COVID-19 之挑戰及經驗分享	費森尤斯腎臟照護香港商安馨 股份有限公司台灣分公司 馮冬萍 總經理
12：00	賦歸	

聯絡
資訊 | 07-312-1101 ext. 2516 黃建豪先生
hank83722@yahoo.com.tw

學分
申請 | 台灣感染管制學會
台灣腎臟醫學會
台灣腎臟護理學會

醫師公會全國聯合會
醫事檢驗師公會全國聯合會 (申請中)
護理師護士公會全國聯合會 (申請中)

(二)簡章

衛生福利部疾病管制署委託計畫

111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「111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:MOHW111-CDC-C-114-123108）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
南部場	111年3月13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	180名
北部場	111年3月26日 (星期六)	台北慈濟醫院協力國際會議廳	100名

肆、 議程

1. 南部場 (110 年 3 月 13 日)

課程時間	課程名稱	主持人
08:30-08:50	報到	
08:50-09:00	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
09:00-09:40	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	高雄醫學大學醫學院 盧柏樑部長
09:40-10:20	血液透析輔導訪視表評核及標準說明	高雄長庚醫院感染管制課 蘇麗香課長
10:20-10:40	中場休息	
10:40-11:20	透析單位 C 型肝炎防治	衛生福利部疾病管制署 高屏區管制中心 洪敏南醫師
11:20-12:00	基層透析診所感染 COVID-19 之挑戰及經驗分享	費森尤斯腎臟照護香港商安馨股份有限公司台灣分公司 馮冬萍 總經理
12:00	賦歸	

2. 北部場 (111 年 3 月 26 日)

課程時間	課程名稱	主持人
08:30-08:50	報到	
08:50-09:00	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
09:00-09:40	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	高雄醫學大學醫學院 盧柏樑部長
09:40-10:20	血液透析輔導訪視表評核及標準說明	高雄長庚醫院感染管制課 蘇麗香課長
10:20-10:40	中場休息	
10:40-11:20	透析單位 C 型肝炎防治	衛生福利部疾病管制署防疫醫師 蘇家彬醫師
11:20-12:00	基層透析診所感染 COVID-19 之挑戰及經驗分享	費森尤斯腎臟照護香港商安馨股份有限公司台灣分公司 張小平經理
12:00	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 100 名，南部場次開放 180 名。

3. 報名相關訊息：

(3)-1 報名日期：111 年 2 月 21 日起至 111 年 3 月 9 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 111 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。

(5)-3 將視中央流行疫情指揮中心政策，可能採用視訊舉辦或擇期再辦，敬請注意通知。

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國聯合會、台灣腎臟醫學會、台灣腎臟護理學會	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

南部場

時間：111年3月13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：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。

北部場

時間：111年3月26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（可轉搭接駁車）：

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」

(一)活動照片

北區場說明會



南區場說明會



(二)簽到表

北區場簽到表

111年3月26日
111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	3/26簽到	3/26簽退
1	A開頭	10429	陳建嘉		
2	A開頭		施凱盛		
3	A開頭	147	趙晴芳		
4	A開頭	5931	王正潔		
5	A開頭	9734	林佩瑩		
6	A開頭		劉蕙婷		
7	A開頭	10157	蕭彤絹		
8	A開頭		陳凱娣		
9	A開頭		李樹愛		
10	A開頭		李依玲		
11	A開頭	7546	顏廷聿		
12	A開頭	193	孫春轉		
13	A開頭	10113	宋采玲		
14	A開頭	11133	黃子瑄		
15	A開頭	9497	賴倩倩		
16	A開頭	11073	陳蔚文		
17	A開頭	10548	曹舒倩		
18	A開頭	9469	李瑞萱		
19	B開頭		盧大慶		
20	B開頭	31	傅任云婕		
21	B開頭	5761	張瑩雯		
22	B開頭	7437	胡杏宜		
23	B開頭		林鳳如		
24	B開頭		呂佳宜		
25	B開頭		林怡如		
26	B開頭	11068	陳佳綺		
27	B開頭	11155	許霽燕		

- 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。

南區場簽到表

111年3月13日
111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	3/13簽到	3/13簽退
1	A開頭	9637	楊淑喬		
2	A開頭		施凱盛		
3	B開頭	31	傅任云婕		
4	B開頭		莊清婷		
5	D開頭		蔡岳峰		
6	E開頭	4132	范高超		
7	E開頭		呂俊逸		
8	E開頭	6447	陳俊志		
9	E開頭		梁記瑞		
10	E開頭	10791	巫慶仁		
11	E開頭	4143	吳昆哲		
12	E開頭	9760	李宜哲		
13	E開頭	6743	張建偉		
14	E開頭	5439	仇文雅		
15	E開頭	3054	柯金美		
16	E開頭	3094	楊淑娥		
17	E開頭	3484	洪靖慈		
18	E開頭		王念悅		
19	E開頭		吳月娥		
20	E開頭	1620	蔡美燕		
21	E開頭		陳惠貞		
22	E開頭		陳美霞		
23	E開頭	766	池麗寬		
24	E開頭		陳香仁		
25	E開頭	8661	徐維君		
26	E開頭		張雅萍		
27	E開頭	3761	柯佩玲		

- 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。

北區場簽到表

111年3月26日
111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	3/26簽到	3/26簽退
28	C開頭		孫玉綺	孫玉綺	孫玉綺
29	C開頭	9160	黃之于	黃之于	黃之于
30	E開頭		蔡佳璋	蔡佳璋	蔡佳璋
31	E開頭		胡富麗		
32	E開頭		沈淑芬	沈淑芬	沈淑芬
33	E開頭	8616	許瑜玲	許瑜玲	許瑜玲
34	E開頭		李宛真		
35	F開頭	4441	蘇志光	蘇志光	蘇志光
36	F開頭	5900	葉聰文	葉聰文	葉聰文
37	F開頭	11076	柯乾元		
38	F開頭		吳育愷		
39	F開頭		董馨琦	董馨琦	董馨琦
40	F開頭	4024	杜素萍		
41	F開頭		黃瑞玲		
42	F開頭		陳美妙		
43	F開頭	4085	黃雅惠		
44	F開頭		吳幸娟	吳幸娟	吳幸娟
45	F開頭	463	陳麗香		
46	F開頭		余東馨	余東馨	余東馨
47	F開頭		張淑婷		
48	F開頭		呂宜潞	呂宜潞	呂宜潞
49	F開頭		張姚雲		
50	F開頭	7379	楊恩慈	楊恩慈	楊恩慈
51	F開頭		劉玉惠	劉玉惠	劉玉惠
52	F開頭	8813	蔡佩雯	蔡佩雯	蔡佩雯
53	F開頭	9062	莊佩蓉	莊佩蓉	莊佩蓉
54	F開頭	10195	莊藝涵		

- 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。

南區場簽到表

111年3月13日
111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	3/13簽到	3/13簽退
28	E開頭	10751	武香君	武香君	武香君
29	E開頭		林宜靜	林宜靜	林宜靜
30	E開頭	11058	楊玉君	楊玉君	楊玉君
31	E開頭	9172	黃佳音	黃佳音	黃佳音
32	E開頭		鍾佩昱	鍾佩昱	鍾佩昱
33	E開頭		鍾美亭		
34	E開頭		吳秀甄		
35	E開頭	11087	陳穎霽	陳穎霽	陳穎霽
36	E開頭	9499	謝雪琪	謝雪琪	謝雪琪
37	E開頭	8973	陸佩芳	陸佩芳	陸佩芳
38	E開頭	11202	羅麗華	羅麗華	羅麗華
39	F開頭	1105	顏威裕	顏威裕	顏威裕
40	F開頭		李佳蓉	李佳蓉	李佳蓉
41	F開頭		張姚雲		
42	F開頭	3280	郭世政	郭世政	郭世政
43	F開頭		胡惠文	胡惠文	胡惠文
44	F開頭		許珮珊	許珮珊	許珮珊
45	G開頭		林愛華		
46	K開頭	6071	王宜芳		
47	K開頭	317	徐瑞珍		
48	K開頭	9672	謝婷方	謝婷方	謝婷方
49	L開頭	6202	廖秋香		
50	L開頭	9342	張小平	張小平	張小平
51	L開頭	2428	黃雅琦	黃雅琦	黃雅琦
52	L開頭		陳麗雪	陳麗雪	陳麗雪
53	L開頭	9821	張尹寧	張尹寧	張尹寧
54	M開頭		陳秀靜	陳秀靜	陳秀靜

- 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。

北區場簽到表

111年3月26日
111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	3/26簽到	3/26簽退
55	F開頭	8419	李煜雯	李煜雯	李煜雯
56	F開頭		莊瓊怡	莊瓊怡	莊瓊怡
57	F開頭	9177	李季樺	李季樺	李季樺
58	F開頭	10250	田曼欣		
59	F開頭		李蕾立	李蕾立	李蕾立
60	F開頭	10992	林向萱		
61	F開頭		李?雯	李?雯	李?雯
62	F開頭	11108	汪秀盈		
63	G開頭		董煥莉	董煥莉	董煥莉
64	G開頭	5384	陳敏芳	陳敏芳	陳敏芳
65	G開頭		林欣穎	林欣穎	林欣穎
66	G開頭		黃雅宜	黃雅宜	黃雅宜
67	G開頭	5816	石紫萍	石紫萍	石紫萍
68	G開頭	6064	潘淑華	潘淑華	潘淑華
69	G開頭	5681	游惠君	游惠君	游惠君
70	G開頭	3908	吳良儀		
71	G開頭	3652	官惠貞	官惠貞	官惠貞
72	G開頭		陳依伶	陳依伶	陳依伶
73	G開頭	11021	林嘉惠	林嘉惠	林嘉惠
74	G開頭	7593	官淑容	官淑容	官淑容
75	G開頭	7055	邱佳慈	邱佳慈	邱佳慈
76	G開頭	8596	黃奕霏	黃奕霏	黃奕霏
77	G開頭	8759	蔡蕙登		
78	G開頭	8686	楊湘如	楊湘如	楊湘如
79	G開頭	10135	黃鈺珊	黃鈺珊	黃鈺珊
80	G開頭		俞秀娟		
81	H開頭		許秀萍		

- 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。

南區場簽到表

111年3月13日
111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	3/13簽到	3/13簽退
55	M開頭	10348	黃詩芬	黃詩芬	黃詩芬
56	M開頭		林昭君	林昭君	林昭君
57	N開頭	919	鄭鴻翼	鄭鴻翼	鄭鴻翼
58	N開頭		劉麗瑜	劉麗瑜	劉麗瑜
59	N開頭		劉靜茹	劉靜茹	劉靜茹
60	N開頭	6807	李亦晨	李亦晨	李亦晨
61	N開頭		曹淑甄	曹淑甄	曹淑甄
62	N開頭	7354	謝孟娟	謝孟娟	謝孟娟
63	N開頭	9955	林怡菁	林怡菁	林怡菁
64	P開頭	8307	許舜斌	許舜斌	許舜斌
65	P開頭		顏名聰	顏名聰	顏名聰
66	P開頭	123	楊淑玲	楊淑玲	楊淑玲
67	P開頭		唐湘芸	唐湘芸	唐湘芸
68	P開頭	5257	林玉秀	林玉秀	林玉秀
69	P開頭		陳姿佑	陳姿佑	陳姿佑
70	P開頭	11040	沈麗青	沈麗青	沈麗青
71	P開頭	8494	吳佩宸	吳佩宸	吳佩宸
72	P開頭	10447	陳珮甄	陳珮甄	陳珮甄
73	P開頭		王秀微	王秀微	王秀微
74	P開頭	11103	李佳穎		
75	Q開頭		何宗祐		
76	Q開頭	503	蔡季君		
77	Q開頭		許雅賢	許雅賢	許雅賢
78	Q開頭	5863	王惠美		
79	Q開頭		黃琇雯	黃琇雯	黃琇雯
80	Q開頭		王孟茹		
81	Q開頭		翁麗汶	翁麗汶	翁麗汶

- 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。

北區場簽到表

111年3月26日
111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	3/26簽到	3/26簽退
82	H開頭		邱淑惠	邱淑惠	邱淑惠
83	H開頭	1540	葉玉蓉	葉玉蓉	葉玉蓉
84	H開頭	4669	張舒玲	張舒玲	張舒玲
85	H開頭		李清萍	李清萍	李清萍
86	H開頭		徐宜珽	徐宜珽	徐宜珽
87	H開頭	9206	田維鳳	田維鳳	田維鳳
88	H開頭		吳淑芬	吳淑芬	吳淑芬
89	H開頭	5295	梁蕙菁		
90	H開頭		陳淑美	陳淑美	陳淑美
91	H開頭	9792	張健語		
92	H開頭		游淑娟	游淑娟	游淑娟
93	H開頭	10480	徐嘉莉		
94	H開頭	6689	勾惠慈		
95	H開頭	11013	張珈蒨		
96	H開頭		賴佳凌		
97	H開頭	10197	劉美辰		
98	H開頭		陳章婷	陳章婷	陳章婷
99	J開頭	3571	詹明錦	詹明錦	詹明錦
100	J開頭		廖賢文	廖賢文	廖賢文
101	J開頭	3068	林秀英		
102	J開頭		劉叮芳		
103	J開頭		呂詩婷	呂詩婷	呂詩婷
104	J開頭		張秀美	張秀美	張秀美
105	J開頭	1579	楊道珍		
106	J開頭		劉家嫻	劉家嫻	劉家嫻
107	J開頭	11106	趙雅婷		
108	K開頭	5326	吳秉昇	吳秉昇	吳秉昇

- 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。

南區場簽到表

111年3月13日
111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	3/13簽到	3/13簽退
82	Q開頭		陳晚眉	陳晚眉	陳晚眉
83	Q開頭	1389	莊瓊英	莊瓊英	莊瓊英
84	Q開頭	6808	蔡淑娟	蔡淑娟	蔡淑娟
85	Q開頭		邱湘惠	邱湘惠	邱湘惠
86	Q開頭		蕭瓊如	蕭瓊如	蕭瓊如
87	Q開頭		陳婉玉		
88	Q開頭		何金蓮	何金蓮	何金蓮
89	Q開頭		江麗紋	江麗紋	江麗紋
90	R開頭		黃鈴富	黃鈴富	黃鈴富
91	R開頭		姜林文祺	姜林文祺	姜林文祺
92	R開頭		黃雅靜	黃雅靜	黃雅靜
93	R開頭	950	蔡妙琪	蔡妙琪	蔡妙琪
94	R開頭		林燕如	林燕如	林燕如
95	R開頭	3586	蔡筱琪	蔡筱琪	蔡筱琪
96	R開頭		王燕如		
97	R開頭	4899	蔡衣玲	蔡衣玲	蔡衣玲
98	R開頭		林姿慧		
99	R開頭	1873	許淑娟	許淑娟	許淑娟
100	R開頭	2951	李佩珊	李佩珊	李佩珊
101	R開頭	8260	呂春霞	呂春霞	呂春霞
102	R開頭		林靜宜	林靜宜	林靜宜
103	R開頭		黃宜玲	黃宜玲	黃宜玲
104	R開頭		許珮云	許珮云	許珮云
105	R開頭		王景薇	王景薇	王景薇
106	R開頭		徐總惠	徐總惠	徐總惠
107	R開頭		侯玉琴	侯玉琴	侯玉琴
108	R開頭	9468	李佳芝	李佳芝	李佳芝

- 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。

北區場簽到表

111年3月26日

111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	3/26簽到	3/26簽退
109	K開頭		熊賢雅		
110	K開頭	3209	鍾春花	鍾春花	鍾春花
111	K開頭	7234	劉佳琦	劉佳琦	劉佳琦
112	K開頭		邱云瑩		
113	K開頭		江美玉	江美玉	江美玉
114	K開頭		謝惠卿	謝惠卿	謝惠卿
115	K開頭		李雅倫	李雅倫	李雅倫
116	K開頭		楊秀玲	楊秀玲	楊秀玲
117	K開頭		王靖儒	王靖儒	王靖儒
118	K開頭		魏曉嵐	魏曉嵐	魏曉嵐
119	K開頭		朱秀娟	朱秀娟	朱秀娟
120	K開頭		林語晏		
121	K開頭	8829	李淑華	李淑華	李淑華
122	K開頭	8868	黃巧玲	黃巧玲	黃巧玲
123	L開頭	5770	廖忠義	廖忠義	廖忠義
124	L開頭	10307	賴俊吉	賴俊吉	賴俊吉
125	L開頭		胡麗玟		
126	L開頭	8568	蕭秋萍	蕭秋萍	蕭秋萍
127	L開頭	9214	翁綺延	翁綺延	翁綺延
128	L開頭		楊凱玲	楊凱玲	楊凱玲
129	L開頭	9376	吳玉珊		
130	L開頭	10604	賴怡婷	賴怡婷	賴怡婷
131	L開頭	5460	戴佩雯		
132	M開頭		邱梨淑	邱梨淑	邱梨淑
133	M開頭		邱惠敏	邱惠敏	邱惠敏
134	M開頭		張慧君	張慧君	張慧君
135	N開頭	4409	余宛芹	余宛芹	余宛芹

- 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。

南區場簽到表

111年3月13日

111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	3/13簽到	3/13簽退
109	R開頭		顏千君	顏千君	顏千君
110	R開頭		蔡佩芳	蔡佩芳	蔡佩芳
111	S開頭		王智敏	王智敏	王智敏
112	S開頭	5386	萬素貞	萬素貞	萬素貞
113	S開頭		李依璇		
114	S開頭	985	楊喜蘭		
115	S開頭		黃慧芳	黃慧芳	黃慧芳
116	S開頭	483	劉瓊芬	劉瓊芬	劉瓊芬
117	S開頭	532	葉秋燕	葉秋燕	葉秋燕
118	S開頭		宋雀春	宋雀春	宋雀春
119	S開頭		李佳蓉	李佳蓉	李佳蓉
120	S開頭		吳淑娟	吳淑娟	吳淑娟
121	S開頭		楊淑雅	楊淑雅	楊淑雅
122	S開頭		林季靜	林季靜	林季靜
123	S開頭	912	黃麗聰	黃麗聰	黃麗聰
124	S開頭		藍沙思	藍沙思	藍沙思
125	S開頭	5178	蘇美曲		
126	S開頭	3536	顏佩芳		
127	S開頭		林榆蓁		
128	S開頭		陳姿妃	陳姿妃	陳姿妃
129	S開頭	10361	張簡秀珍	張簡秀珍	張簡秀珍
130	S開頭	8637	蔡玟馨	蔡玟馨	蔡玟馨
131	S開頭	8308	林曉菁	林曉菁	林曉菁
132	S開頭	10384	陳桂惠		
133	S開頭	10761	蔡玉真		
134	S開頭	9346	曹秀樺		
135	S開頭		楊惠月	楊惠月	楊惠月

- 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。

北區場簽到表

111年3月26日
111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	3/26簽到	3/26簽退
136	N開頭	1901	陳容惠	陳容惠	陳容惠
137	N開頭	8144	王美麗	王美麗	王美麗
138	N開頭	9073	許瑜伶	許瑜伶	許瑜伶
139	N開頭		林芝?	林芝?	林芝?
140	N開頭		汪雅琪	汪雅琪	汪雅琪
141	N開頭		蔡承恩	蔡承恩	蔡承恩
142	N開頭		洪儀倩	洪儀倩	洪儀倩
143	N開頭	8282	洪加珍	洪加珍	洪加珍
144	N開頭		柯惠文	柯惠文	柯惠文
145	N開頭		劉心怡	劉心怡	劉心怡
146	N開頭	9617	洪詩媛	洪詩媛	洪詩媛
147	N開頭	7785	林靜怡	林靜怡	林靜怡
148	P開頭	648	許銘嘉	許銘嘉	許銘嘉
149	P開頭	6333	許松等	許松等	許松等
150	P開頭		邱美玲	邱美玲	邱美玲
151	P開頭		蔡婉儀	蔡婉儀	蔡婉儀
152	P開頭	1547	王秀華	王秀華	王秀華
153	P開頭		蔡承恩	蔡承恩	蔡承恩
154	P開頭	8756	楊千慧	楊千慧	楊千慧
155	P開頭	11153	蘇玉鳳	蘇玉鳳	蘇玉鳳
156	P開頭	9181	黃淑婷	黃淑婷	黃淑婷
157	P開頭	9808	陳姮筑	陳姮筑	陳姮筑
158	P開頭		林憶琍	林憶琍	林憶琍
159	Q開頭	5262	戴淑娟	戴淑娟	戴淑娟
160	Q開頭	1102	吳宜錦	吳宜錦	吳宜錦
161	Q開頭	1141	蘇家慧	蘇家慧	蘇家慧
162	Q開頭		張碧雅	張碧雅	張碧雅

- 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。

南區場簽到表

111年3月13日
111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	3/13簽到	3/13簽退
136	S開頭		劉宛真	劉宛真	劉宛真
137	S開頭	8524	陳曉蘭	陳曉蘭	陳曉蘭
138	T開頭		陳立宸	陳立宸	陳立宸
139	T開頭		林妮妮	林妮妮	林妮妮
140	T開頭	3482	楊佩雯	楊佩雯	楊佩雯
141	T開頭		莊惠玲	莊惠玲	莊惠玲
142	T開頭		林秀華	林秀華	林秀華
143	T開頭		劉淑英	劉淑英	劉淑英
144	T開頭	10453	潘秀蘭	潘秀蘭	潘秀蘭
145	T開頭	11203	吳庭穎	吳庭穎	吳庭穎
146	T開頭	2024	徐士敏	徐士敏	徐士敏
147	T開頭		王貞雯	王貞雯	王貞雯
148	T開頭		陳秀美	陳秀美	陳秀美
149	T開頭		蘇芳儀	蘇芳儀	蘇芳儀
150	T開頭	5899	吳靜芸	吳靜芸	吳靜芸
151	T開頭	6730	林欣儀	林欣儀	林欣儀
152	T開頭		蘇祐瑩	蘇祐瑩	蘇祐瑩
153	T開頭	3292	蘇籽芳	蘇籽芳	蘇籽芳
154	T開頭		鍾雅蘭	鍾雅蘭	鍾雅蘭
155	T開頭		張淑雲	張淑雲	張淑雲
156	T開頭	10806	黃文惠	黃文惠	黃文惠
157	T開頭		楊雅淇	楊雅淇	楊雅淇
158	T開頭	9326	呂柏慧	呂柏慧	呂柏慧
159	T開頭		陳燕秋	陳燕秋	陳燕秋
160	T開頭	8806	黃心岑	黃心岑	黃心岑
161	T開頭		王宜惠	王宜惠	王宜惠
162	T開頭	6431	陳瑋婷	陳瑋婷	陳瑋婷

- 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。

北區場簽到表

111年3月26日
111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	3/26簽到	3/26簽退
163	Q開頭	11143	陳富美	陳富美	陳富美
164	Q開頭		羅佳慈	羅佳慈	羅佳慈
165	R開頭		張慧貞	張慧貞	張慧貞
166	R開頭		黃瓊惠	黃瓊惠	黃瓊惠
167	R開頭	11199	童文姣	童文姣	童文姣
168	R開頭	3300	黃淑綬	黃淑綬	黃淑綬
169	R開頭	10531	陳月糸秀	陳月糸秀	陳月糸秀
170	R開頭		王若禔		
171	S開頭		戴千芸		
172	S開頭		謝宛真	謝宛真	謝宛真
173	S開頭		林素如	林素如	林素如
174	S開頭		蔡淑萍	蔡淑萍	蔡淑萍
175	T開頭		徐雅真		
176	T開頭	9171	林婉如	林婉如	林婉如
177	U開頭		王惠蓮	王惠蓮	王惠蓮
178	U開頭	5432	林秀美		
179	U開頭	6174	陳心怡		
180	U開頭	10512	沈君毅	沈君毅	沈君毅
181	V開頭	8036	陳品秀		
182	V開頭		曾郁晴	曾郁晴	曾郁晴
183	V開頭	11052	郭玟玟	郭玟玟	郭玟玟
184	V開頭	9708	陳筱歡		
185	X開頭		安秀娟	安秀娟	安秀娟
186	Y開頭	5869	劉佩琪		
187	Y開頭	4539	劉毓婷		

- 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。

南區場簽到表

111年3月13日
111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	3/13簽到	3/13簽退
163	T開頭		林怡岑	林怡岑	林怡岑
164	U開頭		唐惠敏	唐惠敏	唐惠敏
165	V開頭	5310	孫雅慧	孫雅慧	孫雅慧
166	X開頭	2134	潘君平	潘君平	潘君平

- 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。

北區場簽到表

課程：111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：111年3月26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	3/26簽到	3/26簽退
1	T220617411	<input checked="" type="checkbox"/> 感管會員 <input type="checkbox"/> 非會員		陳端風 陳端風	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2	T221764777	<input type="checkbox"/> 感管會員 <input checked="" type="checkbox"/> 非會員		徐雅真 徐雅真	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3	F224499141	<input type="checkbox"/> 感管會員 <input checked="" type="checkbox"/> 非會員		簡玉惠 簡玉惠	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4	K221450587	<input type="checkbox"/> 感管會員 <input checked="" type="checkbox"/> 非會員		陳淑芬 陳淑芬	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5	R224407900	<input checked="" type="checkbox"/> 感管會員 <input type="checkbox"/> 非會員	8915	陳建菱 陳建菱	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6	A229208403	<input type="checkbox"/> 感管會員 <input checked="" type="checkbox"/> 非會員		邱淑瑜 邱淑瑜	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7	F121P31248	<input type="checkbox"/> 感管會員 <input checked="" type="checkbox"/> 非會員	20	鄧錦芳 鄧錦芳	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8	R222611068	<input type="checkbox"/> 感管會員 <input checked="" type="checkbox"/> 非會員	9119	王清芬 王清芬	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9		<input type="checkbox"/> 感管會員 <input type="checkbox"/> 非會員				
10		<input type="checkbox"/> 感管會員 <input type="checkbox"/> 非會員				
11		<input type="checkbox"/> 感管會員 <input type="checkbox"/> 非會員				
12		<input type="checkbox"/> 感管會員 <input type="checkbox"/> 非會員				
13		<input type="checkbox"/> 感管會員 <input type="checkbox"/> 非會員				
14		<input type="checkbox"/> 感管會員 <input type="checkbox"/> 非會員				
15		<input type="checkbox"/> 感管會員 <input type="checkbox"/> 非會員				
16		<input type="checkbox"/> 感管會員 <input type="checkbox"/> 非會員				
17		<input type="checkbox"/> 感管會員 <input type="checkbox"/> 非會員				

南區場簽到表

課程：111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：111年3月13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	3/13簽到	3/13簽退
1	E220342220	<input checked="" type="checkbox"/> 感管會員 <input type="checkbox"/> 非會員	9669	董恩怡 董恩怡	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2	A222017388	<input type="checkbox"/> 感管會員 <input checked="" type="checkbox"/> 非會員		柯怡如 柯怡如	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3	E223102689	<input checked="" type="checkbox"/> 感管會員 <input type="checkbox"/> 非會員	9172	董怡君 董怡君	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4	E22152706	<input type="checkbox"/> 感管會員 <input checked="" type="checkbox"/> 非會員	3484	洪瑞芬 洪瑞芬	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5	L221764369	<input type="checkbox"/> 感管會員 <input checked="" type="checkbox"/> 非會員	2428	黃怡奇 黃怡奇	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6		<input type="checkbox"/> 感管會員 <input type="checkbox"/> 非會員				
7		<input type="checkbox"/> 感管會員 <input type="checkbox"/> 非會員				
8		<input type="checkbox"/> 感管會員 <input type="checkbox"/> 非會員				
9		<input type="checkbox"/> 感管會員 <input type="checkbox"/> 非會員				
10		<input type="checkbox"/> 感管會員 <input type="checkbox"/> 非會員				
11		<input type="checkbox"/> 感管會員 <input type="checkbox"/> 非會員				
12		<input type="checkbox"/> 感管會員 <input type="checkbox"/> 非會員				
13		<input type="checkbox"/> 感管會員 <input type="checkbox"/> 非會員				
14		<input type="checkbox"/> 感管會員 <input type="checkbox"/> 非會員				
15		<input type="checkbox"/> 感管會員 <input type="checkbox"/> 非會員				
16		<input type="checkbox"/> 感管會員 <input type="checkbox"/> 非會員				
17		<input type="checkbox"/> 感管會員 <input type="checkbox"/> 非會員				

北區場簽到表

南區場簽到表

課程：111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：111年3月13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	3/13簽到	3/13簽退
18	S22237195	<input checked="" type="checkbox"/> 感管會員 <input type="checkbox"/> 非會員		李嘉芬	李嘉芬	李嘉芬
19		<input type="checkbox"/> 感管會員 <input type="checkbox"/> 非會員				
20		<input type="checkbox"/> 感管會員 <input type="checkbox"/> 非會員				
21		<input type="checkbox"/> 感管會員 <input type="checkbox"/> 非會員				
22		<input type="checkbox"/> 感管會員 <input type="checkbox"/> 非會員				
23		<input type="checkbox"/> 感管會員 <input type="checkbox"/> 非會員				
24		<input type="checkbox"/> 感管會員 <input type="checkbox"/> 非會員				
25		<input type="checkbox"/> 感管會員 <input type="checkbox"/> 非會員				
26		<input type="checkbox"/> 感管會員 <input type="checkbox"/> 非會員				
27		<input type="checkbox"/> 感管會員 <input type="checkbox"/> 非會員				
28		<input type="checkbox"/> 感管會員 <input type="checkbox"/> 非會員				
29		<input type="checkbox"/> 感管會員 <input type="checkbox"/> 非會員				
30		<input type="checkbox"/> 感管會員 <input type="checkbox"/> 非會員				
31		<input type="checkbox"/> 感管會員 <input type="checkbox"/> 非會員				
32		<input type="checkbox"/> 感管會員 <input type="checkbox"/> 非會員				
33		<input type="checkbox"/> 感管會員 <input type="checkbox"/> 非會員				
34		<input type="checkbox"/> 感管會員 <input type="checkbox"/> 非會員				

(三)會議紀錄暨問題彙整 北區場次



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說明會(北部場)會議記錄

◎時 間：111年03月26日(星期六)早上8點30分

◎地 點：台北慈濟醫院協力國際會議廳

◎主 席：陳焱生

◎計畫成員：黃尚志、盧柏樑、李佳蓉、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、湯宏仁、
張峰義、鍾牧圻、陳宜君、施智源、吳志仁

◎記 錄：黃建豪/楊宗穎

壹. 主持人致詞：

陳宜君理事長致詞、李佳蓉醫師致詞。簡述去年計畫成果，並勉勵今天參加說明會人員參與今年度輔導訪視。

貳. 議程內容

血液透析說明會北部場活動議程內容如下：

— 北 部 場 —

111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

主辦單位



社團法人
台灣感染管制學會

指導單位



衛生福利部疾病管制署

協辦單位



佛敎慈濟醫療財團法人
台北慈濟醫院

主辦單位



社團法人
台灣腎臟醫學

課程講義：



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. 請將手機鈴聲轉為震動。
4. 課程報到採紙本簽到、簽退。

活動時間：111年3月26日 8：30 – 12：00
活動地點：台北慈濟醫院協力國際會議廳

時間	講題	講師
08：30 - 08：50	報到	
08：50 - 09：00	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
09：00 - 09：40	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	高雄醫學大學醫學院 盧柏樑 院長
09：40 - 10：20	血液透析輔導訪視表評核 及標準說明	高雄長庚醫院感染管制課 蘇麗香 課長
10：20 - 10：40	中場休息	
10：40 - 11：20	透析單位C型肝炎防治	衛生福利部疾病管制署防疫醫師 蘇家彬 醫師
11：20 - 12：00	基層透析診所感染COVID-19 之挑戰及經驗分享	費森尤斯醫療照護香港商安醫 股份有限公司台灣分公司 張小平 經理
12：00	賦歸	

聯絡 | 07-312-1101 ext. 2516 黃維華先生
資訊 | hank83722@yahoo.com.tw

學分
申請 | 台灣感染管制學會
台灣腎臟醫學學會
台灣腎臟護理學會

醫師公會全國聯合會
台灣醫事檢驗學會
護理師護士公會全國聯合會

第一節

講師：高雄醫學大學醫學院 盧柏樑院長

講題：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

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之機制，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，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。

(講義內容如附件一，第 7 頁~第 13 頁)

第二節

講師：高雄長庚醫院感染管制課 蘇麗香課長

講題：血液透析輔導訪視表評核及標準說明

經由本計畫專案小組及工作小組各位一同擬定血液透析單位導入感染管制自我評核機制，參考國際間有關之實證與指引建立有效之感染管制作業管理模式，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，且將輔導訪視及自評表單評分方式及標準說明詳細做介紹。

(講義內容如附件二，第 14 頁~第 19 頁)

第三節

講師：衛生福利部疾病管制署防疫醫師 蘇家彬醫師

講題：透析單位 C 型肝炎防治

血液透析室當中病患與醫護人員頻繁接觸血液與進行侵入性治療，造成病患與醫護人員感染 C 型肝炎之風險相對一般民眾為高。為預防 C 型肝炎於此族群內傳播，降低感染風險，本課程目的為使相關醫護人員了解急性 C 型肝炎之流行病學、感染與傳播原理，透過實際案例討論，提升照護人員的相關知識以落實感染管制措施，降低病人與工作人員感染機會。

(講義內容如附件三，第 20 頁~第 25 頁)

第四節

講師：費森尤斯腎臟照護香港商安馨股份有限公司台灣分公司資深臨床經理 張小平經理

講題：基層透析診所感染 COVID-19 之挑戰及經驗分享

COVID-19 自 2019 年 12 月爆發以來，對全球經濟、醫療系統、生活型態等等產生巨大的衝擊。尤其是在疫情之初，台灣在有限的 SARS 經驗下，一度無力抵擋快速增加的確診個案，造成社會的緊張氛圍，以及醫療系統幾近過載。基層血液透析機構無法倖免的在 2020 年的第一波疫情中，也遭逢了確診個案；缺乏實戰經驗以及資源的透析中心該如何因應，維持血液透析中心持續運作，並將可能風險控制至最低？而疫情目前仍是現在進行式，面對詭譎多變的病毒，透析中心該如何準備？透過課程分享整備工作人力，強化人力感控素質，建立 COVID 疫情期間新病人收治之透析治療安排、建立預防 COVID-19 照護處置流程與透析病人確診 COVID 透析診所因應指引的經驗，希望能協助所有基層透析中心擬訂計畫，正面迎擊可能的威脅，防患未然。

(講義內容如附件四，第 26 頁~第 31 頁)

參. 北區說明會問題討論

項次	問題	回覆
一	<p>抗生素使用部分，條文與每年的感染管制查核的內容應該都一樣一樣，學會對機構每年都有進行查核也有相關的資料，是否可以不針對此內容再查核？</p> <p>導管感染部分，血液透析室病人有感染的情況，透析單位不會針對菌株或抗生素使用作統計資料。在感染管制查核時如有這些查核條文內容時，會由感染管制單位提供相關資料。此內容在血液透析室沒有統計的資料，對血液透析室相對陌生，填寫內容也困難，但不想提供資料為零。</p>	<p>詹明錦秘書長回覆</p> <p>這項計畫是感染管制學會與腎臟醫學會一起合作的，非常認同這位透析室第一線同仁提出的建議，因同仁僅於單位工作緣故，可能認為這些內容應由感管單位處理，但可以換個角度去想，透過提供表單的資料，感管跟血透互相提供資訊，一起了解臨床情形，有助於保障患者安全。</p> <p>抗生素管制、血流感染率的內容，透析單位可能先前並不強制執行，本計畫屬於輔導性質，為協助透析單位進步的計畫，並不是一個強制性執行的審查，希望透過計畫的輔導協助，幫助單位間互動與互相了解。</p> <p>盧柏樑醫師回覆</p> <p>本年度執行訪查的項目內容是依 CDC 要求而修訂的，大醫院系統中，住院患者本身都已經在系統上，但門診或透析室的抗生素使用及菌種其實多數是沒有資料的，不過 CDC 已提出要求，就先麻煩大家試看看。如長庚在門診透析有專門的科室，可以透過系統提供資料；高醫的用藥量 DDD 是由資訊室提供給醫院，檢查是否有異常。實務上要怎麼做，每個醫院的做法盡不相同，倘若國家要單位求門診透析單位提供抗生素使用量、管理機制及造成感染的菌種統計等資料，我相信大家心中都有數，現行狀況是無法俐落執行的，且製作出一個複雜的報表困難費時，目前透析單位透過本先驅計畫建立的自我評核機制，自行評估也可未雨綢繆。但執行上若有困難，填零也沒關係，計畫方將向 CDC 署方告知目前這項條文適不適合導入計畫中或甚未來的監測政策中。</p> <p>李佳蓉醫師回覆</p> <p>經說明會活動互動後，反饋有些條文對透析單位非常陌生，也因此這計畫才需要兩個學會一起來協助幫忙透析單位，提昇臨床品質並保障患者安全。針對透析單位不熟悉的部分條文，對於感管人員可能是非常熟悉的，以醫院系統來說這部分執行需要由透析室與感管中心一同完成，期待在二個條文上，由感管人員與透析室人員討論並了解，互相幫忙回覆條文項目。現行診所單位並未有抗生素使用或血流感染檢測的相關統計，剛開始可能會有點困難，但先從導入這個觀念，收集現況開始，未來相信會漸入佳境。若診所單位有做不到條文內容可</p>

		以在訪視時或開交流會時提出來，向委員們回饋執行上的困難，才能最大化計畫對單位的幫助。
二	最後一項條文收集血透 HAI/BSI 有點困難，畢竟 2018 年條文是針對住院病人，有跟血液透析單位討論過，病人並不是每天來透析，針對收案的定義對感管師來說有點困難，畢竟不是套用在 2018 年的條文定義上，想詢問針對這個收案的動作是否可以稍做說明？	蘇麗香課長回覆： 住院期間收案，若有感染過一定會再確認，那就會有數據，感管也一定會知道。 詹明錦秘書長回覆： 2018 年條文是針對住院病人，所以門診的病人依照現行的條文是不符合的，也就不會去收案，但未來 CDC 也會發展這部分，感染管制學會也會提供協助，因此同仁方才提問的收案部分，目前先按照該條文進行，未來若國內有所定義或國外有相關定義，也將透過計畫快速導入透析單位。
三	透析病人的 COVID-19 疫苗施打率 80% 的參考依據是什麼，因為全台民眾施打率未達 80%，想請問學會的依據是什麼？	詹明錦秘書長回覆 最近對 COVID-19 疫苗接種進行無預警的查核，醫院的追加劑的數據也是 80%，流感疫苗的達成率也是 80% 以上，以前教育訓練完成率也是希望 80% 或是 90% 以上。雖無依據，現在 80% 屬於一個共識。 陳宜君理事長回覆 該條件是大家妥協出來的數字，早前認為 COVID-19 疫苗的涵蓋率 65% 以上，可以把疫情控制住；但變異株出現後，轉變成抗體是 90% 以上才可以把疫情控制住，疾管署在制定政策時會妥協出一個數字，一旦制定了必須扛下政治責任。政策的制訂上，疾管署會考慮醫療機構配合度，或是推廣的可行性，因為若政策無人配合也是沒有有效用的。感染管制最強調是要靠各單位將政策轉譯成可操作的臨床實務，再說服其他單位同仁繼續落實執行。
四	新病人檢測 Anti HCV 陽性，但檢驗 HCV RNA 陰性 (驗不到病毒) 要如何排床位？	蘇家彬醫師回覆 目前建議 C 型肝炎抗體陽性先放在 C 肝區治療，追蹤一段時間仍是 HCV RNA 陰性大多就是 C 型肝炎陰性。這種情況跟治療後的情況是相同的，還是會存在 Anti HCV，但是病毒已經沒了，過一段時間可以證明已經治療完成的狀況下，可以回到非 C 肝區治療。
五	當發現肝功能異常是立即檢查 B/C 肝？若是陰性，需間隔多久再此檢驗嗎？	蘇家彬醫師回覆 建議要列入考量，當下發現肝功能異常需要做一些處理去排除風險，不只是 B/C 肝，也有可能 A

項次	問題	回覆
		建議要列入考量，當下發現肝功能異常需要做一些處理去排除風險，不只是 B/C 肝，也有可能 A 型肝炎，需要與醫生討論是否可能是 B/C 肝的急性感染。
六	住院病人 (非本院門診病人) Anti HCV 陽性，但病人說已經治療過，HCV RNA 是陰性，但沒附 C 肝治療診斷書， 該如何安排床位位置?	蘇家彬醫師回覆 要與他的主治醫師確認，證明他是有治療過的，並不是 C 型肝炎的病患，因為一定會有醫師幫他治療，病人不可能自己買藥來吃。
七	B、C 肝病人使用過的機械 (已經過消毒)，需停止多久才可以給一般病人使用?	蘇家彬醫師回覆 專用機台之外，一般機台擦拭消毒完畢後應該就沒問題了，但是要強調的是看到絕大多數感染傳播都不是分床位、分區域或用不同機器的問題，現在大家分區都很完美了，還是會有感染發生分區，不能完全解決 C 型肝炎傳播的問題，如果感染管制做得很好，就算將二群患者混在一起透析也不會造成傳染；如果沒有做好感染管制的措施，繼續汙染區跟工作區一起使用，還是可能會造成 C 型肝炎病毒的傳染。分區是一個手段，並沒辦法完全處理這個問題，處理這個問題要靠各位將感染管制措施做好，不要將工作區跟汙染區一起使用。
八	有新的 C 肝案例，衛生局要求整個診所要重新檢驗一次，大家的困擾是全診所重新檢驗後，3 個月後是否要全診所再檢測一次，6 個月全診所後再測一次嗎，診所想知道是否有公版的指引教大家如何去執行?	蘇家彬醫師回覆 可以上網至衛生局的網站上查，有一個 C 型肝炎處置的工作手冊。為什麼大家會被要求 3 個月後需要重新檢驗一次，是因為一旦發生新的 C 型肝炎個案，就會有其他個案也被感染的可能性，只是尚未知道，因 C 型肝炎病毒的潛伏期太長了，等到發病可能都已經是幾個禮拜或幾個月後的事情，所以在這段時間建議是縮短監測的時間，一般情形一年只要檢驗一次 C 型肝炎的狀況，但在這段非常時期要考慮縮短到 3 個月或 6 個月做個一次檢驗，確保大家都安全，這是一個標準的作法。事實上現在還有另一個方法，目前跟實驗室有合作可以做基因的比對，如果有發現新個案，送去實驗室做基因的比對，可能找到不是該單位造成的問題，而是其他醫院的問題，方才簡報中就有提到類似的個案。

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 醫學院 院名
 高雄醫學大學附設中和紀念醫院 感染內科 謝柏樺 醫師
 台灣感染管制學會 監事

簡 報 大 綱

- 緣起
- 計畫介紹及說明
- 推行目的
- 110年的發現與預期成果

前言

感染管制在機構中是不可或缺的一環，實施感染可降低機構中的感染率，降低患者對醫療的風險。



**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

- 發展感染管制專業
- 加強感染管制工作與學術研究之進展
- 提高醫療院所感染防治之觀念
- 增進員工健康

病人對安全醫療的期待，感染管制是病人安全的基石



感染管制學會承接計畫介紹

供應室 牙科 Bundle Care 長期機構.....



感染管制查核、研討會與自我評核



備查檔案
 備查7.4 定期視察監測與管轄管理機制

聯合備查

1. 對於醫療機構感染控制管理中之重要事項與風險事項，具有相關權限與專業知識人員共同研擬。
2. 研擬重點與內容，包括標準與執行程序，應包含以下項目：
 - (1) 病人內視鏡（包括胃鏡、尿管插管）檢驗前、後感染預防措施與標準作業程序與查核表之研擬與執行。
 - (2) 檢驗前、後感染預防措施之研擬與執行。
 - (3) 檢驗前、後感染預防措施之研擬與執行。
3. 查核標準與查核表之研擬與執行，以確保標準與查核表之落實。
4. 查核標準與查核表之研擬與執行，應包含以下項目：
 - (1) 查核標準與查核表之研擬與執行。
 - (2) 查核標準與查核表之研擬與執行。
5. 查核標準與查核表之研擬與執行，應包含以下項目：
 - (1) 查核標準與查核表之研擬與執行。
 - (2) 查核標準與查核表之研擬與執行。

■ 定期環境監測與器材管理機制

- 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)
 - 易受清水稀釋及沉澱次數影響
 - > 2% Cidex -- 一般20分鐘, 特殊45分鐘
 - > Cidex OPA-5分鐘
- 高層次洗滌設定洗滌時間正確



■ 定期環境監測與器材管理機制

- 軟式內視鏡(包括攝胃鏡、尿管鏡等)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
 - > 不應填寫紙類洗滌單
 - > 建議機械洗滌乾衣管理
 - > 櫃內應有管理機制及清潔紀錄
- 內視鏡洗滌機
 - > 上下流化爐內視鏡洗滌區分洗滌機區標示
- 洗滌櫃與洗手設備
 - > 同時清洗上下流化爐應區分洗滌櫃
 - > 洗滌櫃不宜當手部衛生洗手設備



感染管制查核：醫院單位每兩年實地查核一次
血液透析單位？



洗腎患者的感染是下列哪一種？

Community- Acquired or Hospital- Acquired Infection?

Healthcare associated infection



Risk Factors for Ineffective Therapy in Patients With Bloodstream Infection

Includes Dialysis patients

McDonald JR et al Arch Intern Med 2005; 165:308-13



The 'ideal' empirical treatment protocol for PD related peritonitis ?

- The "ideal" empirical treatment protocol for PD related peritonitis has been the subject of many debates, as well as of emotional editorial comments and letters to the editor.
- The main topic of this debate is the use of vancomycin [7,8].



抗生素的合理使用

- The ad hoc advisory committee of the International Society for Peritoneal Dialysis (ISPD) issued new guidelines in 2001 [9].
- Unfortunately, these contradict, at least partially, the guidelines of the same committee in 1996 [10] and 1993 [11].



- The ISPD expert committee revised its opinion from advocating to discouraging the use of vancomycin.
- This decision was largely based on the emergence of vancomycin-resistant enterococci, and the ensuing threat of the appearance of vancomycin-resistant staphylococci.





- 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。

107年衛生福利部新聞



- 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，另亦已請台灣醫藥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。

107年衛生福利部新聞



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。

107年衛生福利部新聞

本計畫依據

衛生福利部疾病管制署「111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:MOHW111-CDC-C-114-123108) 需求說明書規定辦理。

107年衛生福利部新聞

計畫主持人

陳貴生 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

張維毅 三軍總醫院副院長

盧怡樺 高雄醫學大學附設中和紀念醫院內科部部長

李佳莉 高雄醫學大學附設醫務院腎臟內科助理教授 / 主治醫師

107年衛生福利部新聞

訂有MMR疫苗接種計畫接種率

	北區		中區		南區		總數
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
訂有MMR疫苗接種計畫	8	1	2	2	4	0	17
未訂有MMR疫苗接種計畫	1	3	0	2	0	7	13

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)

	北區		中區		南區		總數
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
100%	4	0	1	1	2	0	8
90-99%	2	0	1	0	1	0	4
80-89%	1	0	0	0	1	1	3
70-79%	1	0	0	0	0	0	1
60-69%	0	0	0	1	0	0	1

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

	北區		中區		南區		總數
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
100%	8	1	2	1	4	6	23
90-99%	1	1	0	0	0	0	1
80-89%	0	1	0	2	0	1	4
70-79%	0	0	0	1	0	0	1
10%以下	0	0	0	0	0	1	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

	北區		中區		南區		總數
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
每種RO膜出水口及回水口	9	2	2	1	4	6	24
每種RO膜出水口	0	1	0	2	0	2	5
無檢測	0	0	0	1	0	0	1

PPE訓練人數訓練資料

	北區		中區		南區		總數
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
110年	2	0	0	0	0	0	2
109年	2	0	1	0	2	1	6
107年	5	2	1	3	2	3	16
未提供	0	1	0	1	0	4	6

環境消毒頻次

	北區		中區		南區		總數
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
每班	9	2	2	3	4	7	27
每天	0	1	0	1	0	1	3

是否有多劑量包裝藥物

	北區		中區		南區		總數
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
有	8	1	2	4	3	5	23
無	1	2	0	0	1	3	7

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

實地訪查之血液透析醫療院所

負責單位 社團法人台灣血液透析學會、社團法人台灣腎臟學會

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 50家。

訪查時間 111年5-8月。



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佈於學會網站【最新消息】



參與實地訪查之血液透析醫療院所

【QR Code】



線上報名表 <https://survey.com.tw>

參與實地訪查聯繫窗口

- ◆ 社團法人台灣血液透析學會 黃建華先生
- ◆ 電話：0986-078-573
- ◆ E-mail：hank83722@yahoo.com.tw



謝謝聆聽



社團法人台灣血液透析學會、社團法人台灣腎臟學會

9

International Society of Nurses (ISN)

血液透析輔導訪視表(草案) 評分與標準說明

社團法人台灣感染管制學會
2022年03月13日(南部場)
2022年03月26日(北部場)

International Society of Nurses (ISN)

簡報大綱

■血液透析輔導訪視表(草案)條文說明
➢2022新增條文說明

- 1.2 「B型肝炎疫苗」、「流感疫苗」、「COVID-19疫苗」與「麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合 (Measles-Mumps-Rubella,MMR) 」接種紀錄。
- 4.落實衛生管理
- 4.血液感染監測

International Society of Nurses (ISN)

血液透析管理

病人
及
工作同仁

International Society of Nurses (ISN)

以感染鏈切入避免傳染及得到感染

易感宿主 (Susceptible host) + 傳播途徑 (Means of transmission) + 感染源 (Source)

工作人員及病人健康意識 → 隔離防護 → 消毒管理 → 疫苗接種 → 環境清潔

International Society of Nurses (ISN)

好還要更好!

現況收集與輔導

重要精神「非稽核」

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

International Society of Nurses (ISN)

輔導項目	評分項目	評分說明
1. 血液感染管理-工作人員	1.1 血液感染管理-工作人員	1.1.1 制定血液感染管理計畫，並由人員落實執行。1.1.2 制定血液感染管理計畫，並由人員落實執行。1.1.3 制定血液感染管理計畫，並由人員落實執行。
2. 疫苗接種管理-標準	2.1 疫苗接種管理-標準	2.1.1 制定疫苗接種管理計畫，並由人員落實執行。2.1.2 制定疫苗接種管理計畫，並由人員落實執行。
3. 環境清潔	3.1 環境清潔	3.1.1 制定環境清潔管理計畫，並由人員落實執行。3.1.2 制定環境清潔管理計畫，並由人員落實執行。
4. 感染管理-其他	4.1 感染管理-其他	4.1.1 制定感染管理計畫，並由人員落實執行。4.1.2 制定感染管理計畫，並由人員落實執行。

International Society of Nurses (ISN)

輔導項目	評分項目	評分說明	自評表
4. 落實衛生管理	4.1 衛生管理計畫之權責與責任	4.1.1 制定衛生管理計畫，並由人員落實執行。	4.1 衛生管理 4.1.1 衛生管理計畫之權責與責任
	4.2 衛生管理實施機制	4.2.1 制定衛生管理實施機制，並由人員落實執行。	
4.1 血液感染	4.1.1 制定血液感染管理計畫及標準	4.1.1.1 制定血液感染管理計畫，並由人員落實執行。	
	4.1.2 制定血液感染管理計畫及標準	4.1.2.1 制定血液感染管理計畫，並由人員落實執行。	

2022年新增「COVID-19」

International Society of Nurses (ISN)

1. 人員健康管理-工作人員

輔導項目	評分項目	評分說明
1.1 血液感染管理-工作人員	1.1.1 血液感染管理-工作人員	1.1.1.1 制定血液感染管理計畫，並由人員落實執行。
1.2 疫苗接種管理-標準	1.2.1 疫苗接種管理-標準	1.2.1.1 制定疫苗接種管理計畫，並由人員落實執行。
1.3 環境清潔	1.3.1 環境清潔	1.3.1.1 制定環境清潔管理計畫，並由人員落實執行。
1.4 感染管理-其他	1.4.1 感染管理-其他	1.4.1.1 制定感染管理計畫，並由人員落實執行。

Infection Control Society of Taiwan (ICST)

3.隔離措施

評量項目	評量說明與標準說明	自评表
3.1 血液傳染 急性肝炎 慢性肝炎 床位隔離	<p>r1: B型肝炎病人 隔離措施及 床位隔離 C型肝炎病人 與中程護理 與中之護理 與中之護理 與中之護理</p> <p>r2: B型肝炎病人 血液傳染 床位隔離 或C型肝炎病人 血液傳染 床位隔離</p> <p>r3: 加上床位隔離 或床位隔離 或床位隔離</p>	<p>3.1.1 B、C型肝炎病人血液傳染前所採取之隔離 措施： B型肝炎：由專心治療中程護理(含)及日間之病房 C型肝炎：由專心治療中程護理(含)其他：請說明：____ 計1分： 將病人安置於使用病室、玻璃隔板或可移動、清洗之 隔屏或與專科護理人員隔出的獨立空間進行隔離。 註：集中隔離：</p> <p>3.1.2 B、C型肝炎病人血液傳染前其隔離措施： C型肝炎：由專心治療中程護理(含)其他：請說明：____ 計1分： 將病人安置於使用病室、玻璃隔板或可移動、清洗之 隔屏或與專科護理人員隔出的獨立空間進行隔離。 註：集中隔離：</p> <p>3.1.3 B、C型肝炎病人血液傳染前其隔離措施： C型肝炎：由專心治療中程護理(含)其他：請說明：____ 計1分： 將病人安置於使用病室、玻璃隔板或可移動、清洗之 隔屏或與專科護理人員隔出的獨立空間進行隔離。</p>

社福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	自评表
3.2 肝炎 慢性肝炎 急性肝炎 慢性肝炎 慢性肝炎 慢性肝炎	<p>r1: 所有透析病人均予以建立 慢性肝炎 急性肝炎 慢性肝炎 慢性肝炎 慢性肝炎</p> <p>r2: 只有部分透析病人有建 立肝炎監測，但慢性肝 炎在血液傳染中血液流 所置有肝炎的血液 與血液監測作為： r3: 沒有定期監測，或除精 液無血液傳染血液流 所置有肝炎的血液 與血液監測作為。</p>	<p>3.2.1 B、C型肝炎慢性透析病人肝炎監測 頻率： 慢性：____ 急性：____ 慢性：____ 慢性：____ 慢性：____</p> <p>3.2.2 B、C型肝炎慢性透析病人肝炎監測 頻率： 慢性：____ 急性：____ 慢性：____ 慢性：____ 慢性：____</p> <p>3.2.3 是否有透析病人急性肝炎或慢性肝炎 轉陽率報告： 是：____ 否：____</p> <p>3.2.4 慢性肝炎病人於2021年通報事件數 結果： A: C型肝炎慢性肝炎病人 B: C型肝炎慢性肝炎病人 C: C型肝炎慢性肝炎病人</p>

社福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 轉陽個案通報機制(範例)

依傳染病防治法於通報時限(1週內)進行通報，
檢測RNA病毒以排除是否隔離性。

發現anti-HCV陽轉新個案3個月內，再次檢測透
析單位全部的O型肝炎病毒血清陰性病人，且
將檢查頻率縮短至每3個月1次。

連續2次沒有新增轉陽個案，回歸每6個月檢查1
次。

若持續發現新增轉陽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。

社福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	自评表
3.3 監測門診 病人B、C型 肝炎轉陽率	<p>r1: 一年內B、C型肝炎慢性平 均轉陽率 r2: 一年內B、C型肝炎慢性平 均轉陽率</p>	<p>3.3 請提供2021年透析病人 B、C型肝炎慢性肝炎轉 陽率： 結果： A: C型肝炎慢性肝炎病人 B: C型肝炎慢性肝炎病人 C: C型肝炎慢性肝炎病人</p>

項目	HBeAg			anti-HCV 抗體		
	陽性 人數(A) n1	陽性 人數(B) n2	陽性 人數(C) n3	陽性 人數(A) n1	陽性 人數(B) n2	陽性 人數(C) n3
血液透析						

註1:「基礎陽性率」：係指2021年再接受長期透析病人中，於2020年檢驗值均
為陰性者；若該透析病人2020年檢驗數值，則以12020年第一次檢驗值判
定。若其檢驗結果呈陽性者，則亦列入基礎陽性人數。
註2:「轉陽率」：係指前次檢驗值陰性者中，於2020年後檢驗結果轉陽
性者；其轉陽率以病人數計。

社福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	自评表
3.4 對於發病 之透析病人 海拉平消毒 用品	<p>r1: 對於發病病人的處 置 r2: 對於發病病人的處 置 【說明】 每位透析患者須進行 消毒，若有 異常以安撫期間信或保 立區域進行透析。</p>	<p>3.4.1 病人透析前是否有執行消毒： □是 □否</p> <p>3.4.2 是否有消毒發病病人處置流程： □是 □否</p> <p>3.4.3 是否有消毒發病病人的處置： □是 □否</p> <p>3.4.4 是否有消毒發病病人的處置： □是 □否</p>

社福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	自评表
3.5 對於 血液傳染 病人處置及 監測	<p>r1: 對於新發血液傳染之 病人處置 r2: 對於新發血液傳染之 病人處置 r3: 對於新發血液傳染之 病人處置</p>	<p>3.5.1 是否訂有血液傳染於病之 處理之標準 r1: 訂有血液傳染於病之 處理之標準 r2: 訂有血液傳染於病之 處理之標準 r3: 訂有血液傳染於病之 處理之標準</p>

2021年	
1.接受訓練過人員數	
2.實際參加PPE訓練人數	
3.訓練完成度百分比	

社福法人台灣感染管制學會

Infection Control Society of Taiwan (ICST)

3.5.3 透析患者完成COVID-19疫苗兩劑與追加劑/基礎加強劑的施打

	透析患者	接種率(%)
總人數		計算方式=實際接種人數/總 人數*100%
不符合接種人數		
完成第一劑人數		
完成第二劑人數		
完成追加劑/基礎加強劑人數		

*對於疫苗成分有嚴重過敏反應者，或對於先前接種之疫苗劑次發生立即
過敏反應者不可接種，需有醫師診斷證明

3.5.4 院所透析患者COVID-19疫苗接種後是否有出現不適反應？
□是
□否
□是，____人，○發燒○疲倦○嘔吐○注射部位不腫○其他

社福法人台灣感染管制學會

Infection Control Society of Taiwan (ICST)

動線規劃

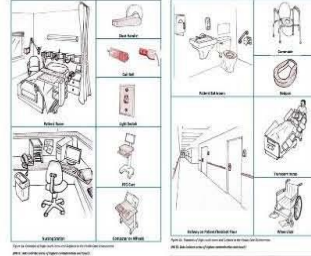
社福法人台灣感染管制學會

疫情啟動-內走道規劃
(進入及離開獨立動線)



社區感染控制學會

病人周遭環境污染示意圖



社區感染控制學會

消毒程度

微生物	細菌			病毒	
	繁殖體	結核菌	芽孢	親水性	親油性
高程度 (漂白水)	+	+	+	+	+
中程度 (酒精)	+	+	±	±	±
低程度	+	-	-	±	±

+ : 可殺滅微生物 ; - : 不可殺滅微生物

Modified from Block SS Disinfection, Sterilization, and Preservation. Philadelphia: Lea & Febiger, 1991: 622

社區感染控制學會

評量項目	評量說明與標準	自評表
3.6 環境清潔	3.6.1 每日由感染管理人員及護理人員清潔消毒之作業流程： 3.6.2 每日由感染管理人員及護理人員清潔消毒之作業流程： 3.6.3 每日由感染管理人員及護理人員清潔消毒之作業流程： 3.6.4 每日由感染管理人員及護理人員清潔消毒之作業流程：	3.6.1 每日由感染管理人員及護理人員清潔消毒之作業流程： 3.6.2 每日由感染管理人員及護理人員清潔消毒之作業流程： 3.6.3 每日由感染管理人員及護理人員清潔消毒之作業流程： 3.6.4 每日由感染管理人員及護理人員清潔消毒之作業流程：
3.7 病人環境清潔	3.7.1 每日由感染管理人員及護理人員清潔消毒之作業流程： 3.7.2 每日由感染管理人員及護理人員清潔消毒之作業流程： 3.7.3 每日由感染管理人員及護理人員清潔消毒之作業流程：	3.7.1 每日由感染管理人員及護理人員清潔消毒之作業流程： 3.7.2 每日由感染管理人員及護理人員清潔消毒之作業流程： 3.7.3 每日由感染管理人員及護理人員清潔消毒之作業流程：

社區感染控制學會

Hand hygiene (手部衛生)



社區感染控制學會

手部衛生
「最基本的」接觸傳播防護措施



手若洗乾淨，身體健康無代誌!

社區感染控制學會

4. 標準防護措施及其他防護措施

評量項目	評量說明與標準	自評表
4.1 手 部	4.1.1 每日由感染管理人員及護理人員清潔消毒之作業流程： 4.1.2 每日由感染管理人員及護理人員清潔消毒之作業流程： 4.1.3 每日由感染管理人員及護理人員清潔消毒之作業流程： 4.1.4 每日由感染管理人員及護理人員清潔消毒之作業流程：	4.1.1 每日由感染管理人員及護理人員清潔消毒之作業流程： 4.1.2 每日由感染管理人員及護理人員清潔消毒之作業流程： 4.1.3 每日由感染管理人員及護理人員清潔消毒之作業流程： 4.1.4 每日由感染管理人員及護理人員清潔消毒之作業流程：

社區感染控制學會

疫情報導
TAIWAN EPIDEMIOLOGY BULLETIN

2019年2月26日 第35卷第4期

2017年韓國流行性急性C型肝炎病毒調查

C型肝炎病毒主要經血液傳染，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

社區感染控制學會

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。
- 同一件輸液用品(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

註：圖為人台病感疫管制署

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污染區嗎？

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污染的環境，容易增加藥品和衛材被污染的風險。



註：圖為人台病感疫管制署

評量項目	評量說明與標準說明	自评表
4.2 安全的用藥/注射行為	<p>4.2.1 符合第2次檢驗，且給藥前，給予用藥指導，給藥後，處置病人反應，如有副作用，應與醫師確認並有處理記錄。</p> <p>4.2.2 備有單位用藥單並置於工作區。</p> <p>4.2.3 所有給藥(含自備藥)均要有電腦記錄。</p> <p>4.2.4 給藥時應注意：劑型、執行日期與時間。</p> <p>4.2.5 在抗凝劑的注射外，說明藥物名稱、給藥時間及劑量。</p> <p>4.2.6 未達上述標準。</p>	<p>4.2.1 藥物準備區：由人員於藥台工作車準備。</p> <p>4.2.2 於藥劑的注射外說明藥物名稱、劑量及時間。</p> <p>4.2.3 給藥後無遺留。</p> <p>4.2.4 有針頭說明藥物名稱、劑量、時間。</p> <p>4.2.5 有電腦記錄。</p>
【說明】	<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) 同一件輸液用品(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>4.2.3 於抗凝劑外，是否備有多劑量包裝藥物。</p> <p>4.2.4 請列舉。</p>

註：圖為人台病感疫管制署

評量項目	評量說明與標準說明	自评表
4.3 針孔及病人防護	<p>4.3.1 符合第2次檢驗，且針孔應作廢處理。</p> <p>4.3.2 有血液輸液活動或接觸紀錄。</p> <p>4.3.3 執行血液注射前，收針時有穿戴手套、護目鏡、面罩、口罩。</p> <p>4.3.4 備有手套、護目鏡、面罩、口罩。</p> <p>4.3.5 備有手套、護目鏡、面罩、口罩。</p> <p>4.3.6 備有手套、護目鏡、面罩、口罩。</p> <p>4.3.7 備有手套、護目鏡、面罩、口罩。</p> <p>4.3.8 備有手套、護目鏡、面罩、口罩。</p> <p>4.3.9 備有手套、護目鏡、面罩、口罩。</p> <p>4.3.10 備有手套、護目鏡、面罩、口罩。</p>	<p>4.3.1 是否訂有針孔專用處理流程？</p> <p>4.3.2 是否於病人輸液活動時提供相關作業處理程序？</p> <p>4.3.3 是否訂有血液及液體接觸時應穿戴之防護衣、手套、面罩、口罩？請於實施紀錄後提供相關作業處理程序。</p> <p>4.3.4 人員執行血液注射前，收針時是否穿戴手套、護目鏡、面罩、口罩？請於實施紀錄後提供相關作業處理程序。</p> <p>4.3.5 人員執行血液注射前，收針時是否穿戴手套、護目鏡、面罩、口罩？請於實施紀錄後提供相關作業處理程序。</p> <p>4.3.6 人員執行血液注射前，收針時是否穿戴手套、護目鏡、面罩、口罩？請於實施紀錄後提供相關作業處理程序。</p> <p>4.3.7 人員執行血液注射前，收針時是否穿戴手套、護目鏡、面罩、口罩？請於實施紀錄後提供相關作業處理程序。</p> <p>4.3.8 人員執行血液注射前，收針時是否穿戴手套、護目鏡、面罩、口罩？請於實施紀錄後提供相關作業處理程序。</p> <p>4.3.9 人員執行血液注射前，收針時是否穿戴手套、護目鏡、面罩、口罩？請於實施紀錄後提供相關作業處理程序。</p> <p>4.3.10 人員執行血液注射前，收針時是否穿戴手套、護目鏡、面罩、口罩？請於實施紀錄後提供相關作業處理程序。</p>
【說明】	<p>(1) 執行血液注射前，收針時有穿戴手套、護目鏡、面罩、口罩。</p> <p>(2) 備有手套、護目鏡、面罩、口罩。</p>	<p>4.3.3 人員執行血液注射前，收針時是否穿戴手套、護目鏡、面罩、口罩？請於實施紀錄後提供相關作業處理程序。</p> <p>4.3.4 人員執行血液注射前，收針時是否穿戴手套、護目鏡、面罩、口罩？請於實施紀錄後提供相關作業處理程序。</p> <p>4.3.5 人員執行血液注射前，收針時是否穿戴手套、護目鏡、面罩、口罩？請於實施紀錄後提供相關作業處理程序。</p> <p>4.3.6 人員執行血液注射前，收針時是否穿戴手套、護目鏡、面罩、口罩？請於實施紀錄後提供相關作業處理程序。</p> <p>4.3.7 人員執行血液注射前，收針時是否穿戴手套、護目鏡、面罩、口罩？請於實施紀錄後提供相關作業處理程序。</p> <p>4.3.8 人員執行血液注射前，收針時是否穿戴手套、護目鏡、面罩、口罩？請於實施紀錄後提供相關作業處理程序。</p> <p>4.3.9 人員執行血液注射前，收針時是否穿戴手套、護目鏡、面罩、口罩？請於實施紀錄後提供相關作業處理程序。</p> <p>4.3.10 人員執行血液注射前，收針時是否穿戴手套、護目鏡、面罩、口罩？請於實施紀錄後提供相關作業處理程序。</p>

註：圖為人台病感疫管制署

5.落實抗生素管理(新增條文)

評量項目	評量說明與標準說明	自评表
5.2 有關於病人診斷治療使用之情形，是否訂下列機制？	<p>5.2.1 有關於病人診斷治療使用之情形，是否訂下列機制？</p> <p>5.2.2 不適中(本院無門診抗生素使用情形) 5.2.3 是(選擇下列項目)</p>	<p>5.2.1 有關於病人診斷治療使用之情形，是否訂下列機制？</p> <p>5.2.2 不適中(本院無門診抗生素使用情形) 5.2.3 是(選擇下列項目)</p>
門診抗生素使用情形	是否建立立案及管制	
1.有帶藥才用抗生素，使用抗生素時，病歷上應說明理由。	○是 ○否	○是 ○否
2.醫師處方時應不可使用抗生素。	○是 ○否	○是 ○否
3.抗生素使用種類及劑量合理，並有評定病人人體重及肝腎功能。	○是 ○否	○是 ○否
4.抗生素使用期間合理，如有異常時，應於病歷上說明。	○是 ○否	○是 ○否

註：圖為人台病感疫管制署

5.落實抗生素管理(新增條文)

評量項目	評量說明與標準說明	自评表
5.2.1 有關於病人診斷治療使用之情形，是否訂下列機制？	<p>5.2.1 有關於病人診斷治療使用之情形，是否訂下列機制？</p> <p>5.2.2 不適中(本院無門診抗生素使用情形) 5.2.3 是(選擇下列項目)</p>	<p>5.2.1 有關於病人診斷治療使用之情形，是否訂下列機制？</p> <p>5.2.2 不適中(本院無門診抗生素使用情形) 5.2.3 是(選擇下列項目)</p>
5.2.3 是(選擇下列項目)	<p>5.2.3.1 有關於病人診斷治療使用之情形，是否訂下列機制？</p> <p>5.2.3.2 不適中(本院無門診抗生素使用情形) 5.2.3.3 是(選擇下列項目)</p>	<p>5.2.3.1 有關於病人診斷治療使用之情形，是否訂下列機制？</p> <p>5.2.3.2 不適中(本院無門診抗生素使用情形) 5.2.3.3 是(選擇下列項目)</p>

註：圖為人台病感疫管制署

5.落實抗生素管理(新增條文)

評量項目	評量說明與標準說明	自评表
5.2 抗生素使用管理機制	<p>5.2.1 醫院之抗生素使用管理機制，自應訂有明確之管理程序及標準。</p> <p>5.2.2 對於抗生素使用有明確的監測機制，並定期進行評估。</p> <p>5.2.3 定有明確的監測區，且所有病人使用之藥物，應於病歷中詳載，並有評定病人人體重及肝腎功能。</p> <p>5.2.4 對於抗生素不恰當使用之情形，應有明確之處理程序。</p> <p>5.2.5 應訂有上述4項及下項：</p> <p>5.2.6 定有明確之抗生素使用管理機制，於醫院內設立之藥房，應有明確之管理程序。</p> <p>5.2.7 對於所有類別之抗生素不恰當使用之情形，應有明確之處理程序。</p>	<p>5.2.1 醫院之抗生素使用管理機制，自應訂有明確之管理程序及標準。</p> <p>5.2.2 對於抗生素使用有明確的監測機制，並定期進行評估。</p> <p>5.2.3 定有明確的監測區，且所有病人使用之藥物，應於病歷中詳載，並有評定病人人體重及肝腎功能。</p> <p>5.2.4 對於抗生素不恰當使用之情形，應有明確之處理程序。</p> <p>5.2.5 應訂有上述4項及下項：</p> <p>5.2.6 定有明確之抗生素使用管理機制，於醫院內設立之藥房，應有明確之管理程序。</p> <p>5.2.7 對於所有類別之抗生素不恰當使用之情形，應有明確之處理程序。</p>

註：圖為人台病感疫管制署

5.落實抗生素管理(新增條文)

評量項目	評量說明與標準說明	自评表
5.2 抗生素使用管理機制	<p>5.2.1 醫院之抗生素使用管理機制，自應訂有明確之管理程序及標準。</p> <p>5.2.2 對於抗生素使用有明確的監測機制，並定期進行評估。</p> <p>5.2.3 定有明確的監測區，且所有病人使用之藥物，應於病歷中詳載，並有評定病人人體重及肝腎功能。</p> <p>5.2.4 對於抗生素不恰當使用之情形，應有明確之處理程序。</p> <p>5.2.5 應訂有上述4項及下項：</p> <p>5.2.6 定有明確之抗生素使用管理機制，於醫院內設立之藥房，應有明確之管理程序。</p> <p>5.2.7 對於所有類別之抗生素不恰當使用之情形，應有明確之處理程序。</p>	<p>5.2.1 醫院之抗生素使用管理機制，自應訂有明確之管理程序及標準。</p> <p>5.2.2 對於抗生素使用有明確的監測機制，並定期進行評估。</p> <p>5.2.3 定有明確的監測區，且所有病人使用之藥物，應於病歷中詳載，並有評定病人人體重及肝腎功能。</p> <p>5.2.4 對於抗生素不恰當使用之情形，應有明確之處理程序。</p> <p>5.2.5 應訂有上述4項及下項：</p> <p>5.2.6 定有明確之抗生素使用管理機制，於醫院內設立之藥房，應有明確之管理程序。</p> <p>5.2.7 對於所有類別之抗生素不恰當使用之情形，應有明確之處理程序。</p>

註：圖為人台病感疫管制署

Information Society of Tsing (2017)

Surveillance System for Enteric Infections

2017年 世界衛生組織

新增檢核表及新增資料
作業流程說明

1. 新增檢核表及新增資料
作業流程說明

1. 新增檢核表及新增資料
作業流程說明

2. 新增檢核表及新增資料
作業流程說明

3. 新增檢核表及新增資料
作業流程說明

Information Society of Tsing (2017)

醫療院所感染與抗藥性監測定義

Surveillance Definitions for Healthcare-associated Infection and Antimicrobial Resistance Surveillance (TIAS)

統計期間
2018

統計對象
22家醫學中心感染科
感病科

目的：藉以瞭解各院所醫療院所感染與抗藥性

Information Society of Tsing (2017)

4. 醫療院所感染與抗藥性

序號	調查內容	說明
4.1	4.1.1 醫療院所感染與抗藥性	4.1.1.1 調查時間：2017年1月1日 4.1.1.2 調查地點：各醫學中心感染科、感病科
4.2	4.2.1 醫療院所感染與抗藥性	4.2.1.1 調查時間：2017年1月1日 4.2.1.2 調查地點：各醫學中心感染科、感病科
4.3	4.3.1 醫療院所感染與抗藥性	4.3.1.1 調查時間：2017年1月1日 4.3.1.2 調查地點：各醫學中心感染科、感病科
4.4	4.4.1 醫療院所感染與抗藥性	4.4.1.1 調查時間：2017年1月1日 4.4.1.2 調查地點：各醫學中心感染科、感病科

菌種名稱	種類

Information Society of Tsing (2017)

醫療院所

原發性
繼發性

原發性：患者無其他感染源，且無其他感染源之證據。
繼發性：患者有明確之感染源，且其感染源與本醫院之感染源有關。

原發性：患者無其他感染源，且無其他感染源之證據。
繼發性：患者有明確之感染源，且其感染源與本醫院之感染源有關。

Information Society of Tsing (2017)

年份	醫院	原發性	繼發性	總計
2017	醫學中心	100	200	300
	醫學中心	100	200	300
	醫學中心	100	200	300
	醫學中心	100	200	300
2016	醫學中心	100	200	300
	醫學中心	100	200	300
	醫學中心	100	200	300
	醫學中心	100	200	300

Information Society of Tsing (2017)

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

血液透析單位C型肝炎群突發處理

2022.3.13

衛生福利部疾病管制署

聲明 Disclaimer

- 本報告之內容與結論僅報告本人參考國內外相關資料與自身工作經驗所做成，並不必然代表疾病管制署之官方立場
- 感謝專家所製成之本教材
- 報告內容可能因國際醫學研究更多科學證據而需要更正，請隨時注意最新公告與相關研究新知

內容大綱

- 透析病患C型肝炎流行病學
- 國內C型肝炎群突發病例分析
- 結論與建議

C型肝炎之流行病學

C型肝炎病毒感染



世界各國C型肝炎感染之盛行率



病例定義

- 一、診斷：血清學+臨床
- 一 (一) 血清學：抗-HCV陽性 (Anti-HCV+)
- 一 (二) 臨床：血清ALT或AST持續升高 (血清ALT或AST > 2倍正常值)
- 二、排除
- 二 (一) 急性：血清ALT或AST > 2倍正常值 (血清ALT或AST > 2倍正常值) 且血清HCV RNA陽性 (血清HCV RNA陽性)
- 二 (二) 慢性：血清ALT或AST > 2倍正常值 (血清ALT或AST > 2倍正常值) 且血清HCV RNA陰性 (血清HCV RNA陰性)
- 二 (三) 肝硬化：血清ALT或AST > 2倍正常值 (血清ALT或AST > 2倍正常值) 且血清HCV RNA陽性 (血清HCV RNA陽性)
- 二 (四) 肝癌：血清ALT或AST > 2倍正常值 (血清ALT或AST > 2倍正常值) 且血清HCV RNA陽性 (血清HCV RNA陽性)

C型肝炎感染的風險族群

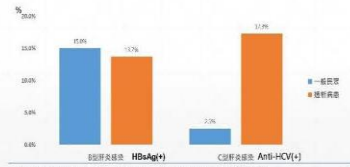
- 經血液或血液製劑感染
 - 輸血及血液製劑
 - 血液製劑
 - 血液製劑
- 性接觸傳染
 - 肛交
 - 陰交
 - 口交
- 母嬰垂直傳染

透析病患感染C型肝炎之風險因子

- 透析時間
 - 透析1小時、連續治療
- 透析方式
 - 血液透析及血液透析併用者，風險較高
- 透析單位特性
 - 單位內C型肝炎患者多，感染風險較高
 - 醫護人員感染率高，對患者傳染病毒
- 輸血次數
 - 正在接受顯示：輸血次數多者感染風險高
 - 以大型透析中心血液透析中心患者，具高感染風險

1. Sirota A, et al. Am J Kidney Dis. 2010;55(2):281-287.
 2. Kawanishi T, et al. J Clin Med. 2013;2(12):204-210.
 3. Sirota A, et al. J Clin Med. 2013;2(12):204-210.
 4. Sirota A, et al. J Clin Med. 2013;2(12):204-210.

臺灣B、C型肝炎感染於血液透析病患之盛行率



Chen C and Yang J. Hepatitis B and C virus infection and blood urea nitrogen clearance in hemodialysis patients. J Clin Med. 2013;2(12):204-210.

臺灣血液透析病人anti-HCV轉陽率

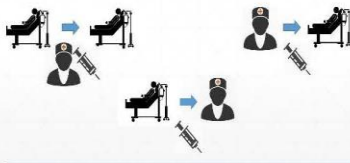


Chen C and Yang J. Hepatitis C virus infection in hemodialysis patients. J Clin Med. 2013;2(12):204-210.

國內群聚感染案例分析

4

醫療院所C型肝炎感染群聚事件之模式



13

某呼吸照護病房急性C型肝炎群聚事件背景

- O病房ICU收治對象為長期臥床使用呼吸器且日常生活完全依賴他人照料之病患
- 患者入住時常檢驗anti-HCV Ab，住院期間每月驗1-2次肝功能
- 2017年5-7月間陸續發現四名肝功能異常且anti-HCV Ab陽性個案
- 病室同病室外兩名入院前已感染C型肝炎個案，其中一名與四例新發現的傳播個案的基因序列高度同源性
- 進行調查以釐清急性C型肝炎院內群聚感染之危險因子，並提供改善建議

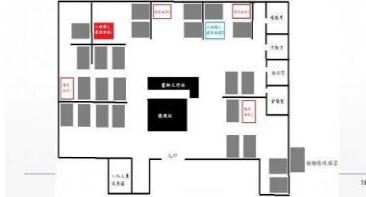
Wu PY, Su CP, et al. Hepatitis C outbreak in a respiratory care ward associated with frequent injections: Taiwan, 2017. J Microbiol Immunol Infect. 2020;53(11):1184-1192(20190719).

14

推估可能暴露期



病房床位配置與環境示意圖



16

個案發現

- 住院病人
 - 檢出所有住院病人的anti-HCV Ab，檢出HCV RNA
 - Anti-HCV Ab 或 HCV RNA 陽性者，均經HCV基因型序列分析
- 工作人員：檢驗所有工作人員anti-HCV Ab，GOT和GPT
 - 已出院病人：檢出2016/11/1-2017/4/30 RCW 山東病人anti-HCV Ab，GOT和GPT檢驗紀錄列出姓名與職
- 法定傳染病系統：比較急性C型肝炎通報化驗報2016/11/1-2017/4/30人在RCW病人名單，兩者基本有相符結果

感控查核

- 衛生局、疾管署與感控專家於2017/8/7實地訪查
- 評估工作區域、器材設備清潔消毒符合標準感控規範
- 護理師和照顧員示範病人性感實施過程
- 訪談以了解工作分配與人員工作情形
- 照顧病歷和異常事件紀錄

流病調查方法

- 以case-control study的方式，釐清危險因子
- 病歷組：符合確定病歷定義者
- 對照組：共招募病人anti-HCV Ab與HCV PCR皆陰性個案
- 調查方式：問卷問診
 - 病歷中若有與慢性病史，可能導致相關感染的醫療處方紀錄

HCV親緣性演化樹分析

- 4位確定病歷病人與自己感測病毒在病毒基因序列相似度均大於98%，具高度關聯性
- 人類第一級序列與第二級序列基因序列相似度均高
- 對照病人與前已感測病毒有極低相似度

● 人類第一級序列(病歷1 (H5521))
▲ 人類第一級序列(病歷2 (H5520))
■ 病歷病歷 (H5523)
□ 病歷病歷 (H5524)
○ 病歷病歷 (H5525)
◇ 病歷病歷 (H5526)
◇ 對照病人 (定期化驗個案) *

感控查核結果

- 侵入性處置前標準工作流程
- 工作區域清潔區與污染區混淆
- 針筒藥品與體檢共用冰箱
- 病人個人藥品和用品未明確標示
- 環境和醫療用品清潔未符合感控標準

病例組與對照組病人特徵

特徵	病例組 (n=4)	對照組 (n=22)	p-value
年齡 (年，中位數(四分位))	69 (64-72)	68 (59-76)	0.86
性別	5 (75%)	6 (27%)	0.08
標準化體重 (kg，中位數(四分位))	166 (166-166)	166 (166-166)	0.23
糖尿病	2 (50%)	7 (32%)	1
高血壓	2 (50%)	11 (50%)	0.9
心臟病	4 (100%)	11 (50%)	1
肺病	4 (100%)	7 (32%)	0.24
腎病	2 (50%)	2 (9%)	0.2
抽煙	2 (50%)	10 (45%)	0.98
手術	1 (25%)	0	0.5
內科急診室	1 (25%)	0	0.5
治療	0	5 (23%)	0.35
共同病房	4 (100%)	12 (55%)	0.6
共同室中	2 (50%)	8 (36%)	0.6

抽血與注射藥物暴露次數

	病例組 (4人)		對照組 (22人)		
	平均暴露次數	標準差	平均暴露次數	標準差	p-value
抽血	0.09	0.07-0.12	0.07	0-0.15	0.2
非無菌之針筒藥物	1.7	0.1-3.8	0.08	0-3.3	0.08
非無菌注射藥物	4.4	1.4-6.1	0.1	0-4.6	0.01

結論

- 多次注射藥物是本次院內感染事件的危險因子，注射次數越多其感染風險越高，且可能與抽血和輸液過程受血污染有關
- 抽血、備製注射藥品的作業流程和，以及環境和共用器具清潔流程，皆未符合感控有關技術指南

國內某透析單位C型肝炎群聚事件

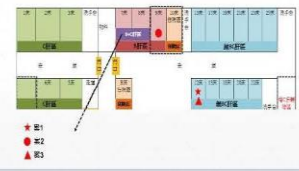
2017年6-12月間，國內某醫院陸續發現3名於該院進行透析患者急性C型肝炎感染



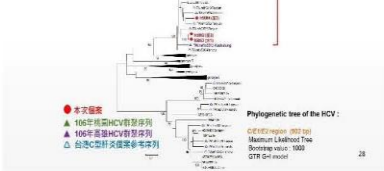
2017年國內某透析單位C型肝炎群聚事件 - 機構背景

- 透析室
 - 共20所
 - 每週維持病人約14名，每週透析一次/週
 - 維持患者於該單位接受透析
- 每週一、三、五為2個班次，每週二、四、六為1個班次
- 平時，班次有17名透析患者
- 每週透析患者共有17名C型肝炎感染患者，感染率約33%
- 備有針對性 C型肝炎患者進行分區透析

2017年國內某透析單位C型肝炎群聚事件 - 透析室平面圖



2017年國內某透析單位C型肝炎群聚事件 - 病毒株親緣性分析



2017年國內某透析單位C型肝炎群聚事件 - 感染管制缺失

- 未落實安全注射規範
 - 在病歷室的工作台上抽取針劑藥物
- 未落實手部衛生
 - 前後不同房間未更換手套
- 未有明確之環境消毒稽核結果

調查結果與建議

- 研判
 - 該院發生之C型肝炎感染事件可能與接觸感染有關但尚未有實據
- 建議
 - 落實感染管制措施與稽核核
 - 加強員工感染管制之教育訓練
 - 了解急性C型肝炎感染防治策略及防護措施

某市三院洗腎室急性C型肝炎群聚事件

A醫院感染分別於109/9/12、109/7/2起發現3名洗腎患者有血清C型肝炎病毒檢驗陽性，後於一學內，轉院治療，以及群聚事件

姓名	性別	年齡	職業	發病日期	檢驗日期	檢驗結果	治療日期	轉院日期	轉院醫院	檢驗日期	檢驗結果
A1	男	65	退休	109/9/12	109/9/12	陽性	109/9/12	109/9/12	某醫院	109/9/12	陽性
A2	男	65	退休	109/7/2	109/7/2	陽性	109/7/2	109/7/2	某醫院	109/7/2	陽性
A3	男	65	退休	109/7/2	109/7/2	陽性	109/7/2	109/7/2	某醫院	109/7/2	陽性

A醫院感染源調查

- 該院共有4位急性C型肝炎患者
- 1人由醫學部轉診，1人由內科轉診，1人由外科轉診
- 2名1人
- 1名1人 → 1名A2，A3轉診到別院



訪視後可能缺失

- 消毒劑濃度未進行檢測**
 - 108/9/18-4/3 在C醫院急性洗腎室
 - 108/9/26 在W135中環路醫院洗腎室
 - 108/12/6-109/1/31 在B醫院洗腎室
- 消毒劑濃度未檢測**
 - 108/9/18-4/3 在C醫院急性洗腎室
 - 108/9/26 在W135中環路醫院洗腎室
 - 108/12/6-109/1/31 在B醫院洗腎室
- 消毒劑濃度未檢測**
 - 108/9/18-4/3 在C醫院急性洗腎室
 - 108/9/26 在W135中環路醫院洗腎室
 - 108/12/6-109/1/31 在B醫院洗腎室

B醫院洗腎室疑似急性C肝群聚(108/5-109/11)

- 經基因序列比對，A1與B醫院108年洗腎室患者(B1、B2)基因型相似性(2%)，顯示高度相關。
- B醫院洗腎室發現急性HCV感染患者，其中三例與B醫院患者(B1、B2)基因型相似。

C醫院洗腎室C肝群聚流行病關聯性

- B1: 108/3/18-4/3 在C醫院急性洗腎室
- B2: 108/9/26 在W135中環路醫院洗腎室
- A1: 107/12/24 在A醫院洗腎室 (W246中環)
- B1、B2與A1的基因型相似性: 95.04%
- A1與B1的基因型相似性: 99.85%

B2、A1感染源調查

- B2: 108/3/28-4/11, 108/12/6-109/1/31 在B醫院洗腎室
- A1: 108/12/24-109/1/31 在A醫院洗腎室
- 109/1/18 在B2 (C房24床) - A1 (B房22床)

B1、B2感染源調查

- B1: 108/3/18-4/3 在C醫院急性洗腎室
- B2: 108/9/26-109/1/31 在W135中環路醫院洗腎室
- 108/4/1 在B1 (B房25床) - B2 (21床)
- 108/4/3 在B1 (B房23床) - B2 (10床)

A醫院、B醫院、C醫院感染源調查

C醫院感染管制輔訪建議

- 建議C醫院洗腎室消毒劑濃度檢測，並定期消毒。
- 建議C醫院洗腎室消毒劑濃度檢測，並定期消毒。
- 建議C醫院洗腎室消毒劑濃度檢測，並定期消毒。
- 建議C醫院洗腎室消毒劑濃度檢測，並定期消毒。

預防血染丙肝 換肝機性死

香港文匯報 (記者 文華) 一名於2016年接受肝臟移植手術的53歲女病人去年9月傳出肝臟功能不正常，其後經診斷為急性肝衰竭，最終因多器官衰竭而死亡。香港大學微生物學系副系主任表示，死者是在接受血液輸注後「換血輸液」而感染丙肝。

該名女病人本身沒有丙肝病史，但去年9月接受肝臟移植手術後出現一種罕見肝衰竭。該名女病人去年12月接受多項器官移植手術，並在2016年10月曾前往香港醫院醫院，曾接受同一批病人5名病人接受肝臟手術。



結論

- 應用過時與舊之C型肝炎流行率甚高於一般族群
- 注射機構內的醫療廢物可能是造成過時與舊的原因
- 透過公衛機構發現的缺失尚有限
- 此問題廣泛，應由公共衛生者分區、監測、追蹤不易
- 公共衛生者與C型肝炎部分仍未落實，不同院所檢驗結果不一定能互換交叉共讀
- C型肝炎可能透過臨床針劑與藥物傳播
- 分區過時並無法完全防止肝炎病毒傳染

建議

- 發現C型肝炎的個案必須積極產生懷疑，並且進行調查
- 發現疑似C型肝炎個案可到社區四區
- 此類個案應與家醫團討論與外以醫史與洗腎史
- 院方內控自主通報，落實感染管制程序及預防及通報與患者諮詢
- 醫療機構工作人員C肝的可疑傳播模式
- 洗腎室為C肝傳染高風險區，應將製造「以消毒劑法」或增加接觸防護手段之一

感謝聆聽 歡迎提問



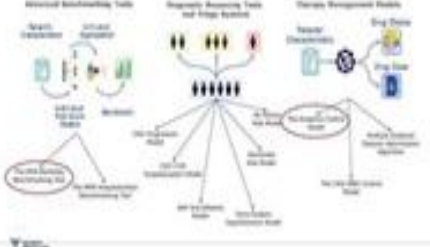
■ FRESENDUS MEDICAL CARE - PATIENTS, CLINICS, TREATMENTS



■ FMC IS UNIQUE IN ITS DATA ASSETS



■ EUCLID AND AI SOLUTIONS



■ Power of Data from Euclid



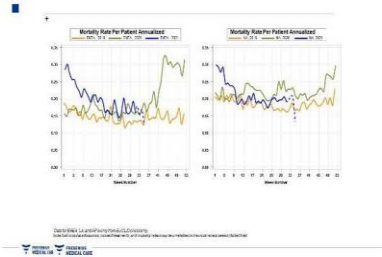
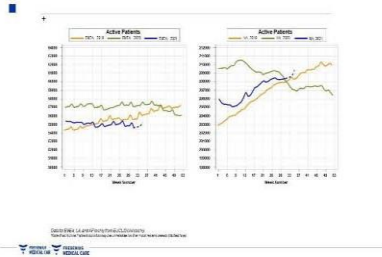
■ DASHBOARD TEMPORAL COVID-19 INFORMATION

During the Covid-19 pandemic, patients find a variety of useful information regarding the coronavirus and how to best protect themselves. Besides some generic information on the virus itself and how it spreads, this section also contains information that is particularly useful to distress patients of Freseendus Medical Care.



■ COVID PANDEMIC





CENTRALIZED COMMUNICATION HUB



SCREENING AND ISOLATION CLINICS

- There are presently three classifications of patients cohorted within our isolation clinics and shifts:
- **COVID-19 positive patients:** Patients who have tested positive for COVID-19 virus and are clinically stable to treat in a dialysis center and/or clinically stable COVID-19 positive patients recently discharged from the hospital setting.
 - **Persons under investigation (PUJ)** with history and symptoms consistent with COVID-19. These include: Persons who are awaiting COVID-19 testing or results.
 - Asymptomatic persons reporting a **close contact exposure (CCE)** to COVID-19. Persons who report close contact exposure to a person(s) who are suspect or confirmed COVID-19 positive yet exhibit no signs or symptoms.

CLINIC MANAGEMENT IN MORE DETAILS

DEDICATED TO DELIVER CLEAR GUIDANCES WITH UPGRADE STRATEGIES

HYGIENE AND INFECTION CONTROL

- Precautions & hygiene measures
- PPE shortages
- HVAC systems
- Post-exposure management
- Patient transportation
- Patient isolation and cohorting

CLINIC STAFF MANAGEMENT

- Staff shortage management
- Clinic staff moral and stress

PATIENT MANAGEMENT

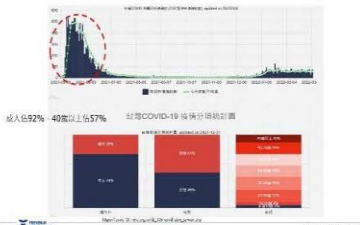
- Resistance for patient communication and education
- Patient grievance during Covid-19
- Holiday closures

DIAGNOSTIC TESTING

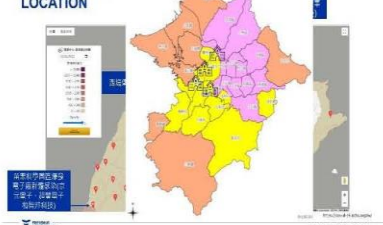
- Collection of nasopharyngeal, oropharyngeal and blood samples for Covid-19 tests



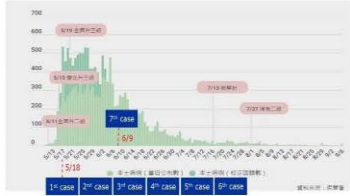
台灣COVID-19 疫情每日統計圖



GEOGRAPHIC LOCATION



NO ONE CAN STAY OUT OF COVID-19



STORY BEHIND

日期/區域	個案情況	傳播途徑	治療結果	轉運人員狀況
5/18 (台北)	61歲華裔男子返國，由空運轉機已回國，空運轉機人員，下機	空機一機位	無症狀	無症狀
5/21 (基隆)	50歲、50歲及70歲，台北(二機位)轉機，到台北大板橋	轉機到台北(二機位)空運轉機人員	台北(二機位)轉機人員	轉機人員(台北)轉機人員
5/22 (基隆)	50歲、50歲及70歲，台北(二機位)轉機，到台北大板橋	轉機到台北(二機位)空運轉機人員	台北(二機位)轉機人員	轉機人員(台北)轉機人員
5/23 (台北)	50歲、50歲及70歲，台北(二機位)轉機，到台北大板橋	轉機到台北(二機位)空運轉機人員	台北(二機位)轉機人員	轉機人員(台北)轉機人員
5/24 (台北)	50歲、50歲及70歲，台北(二機位)轉機，到台北大板橋	轉機到台北(二機位)空運轉機人員	台北(二機位)轉機人員	轉機人員(台北)轉機人員
5/25 (台北)	50歲、50歲及70歲，台北(二機位)轉機，到台北大板橋	轉機到台北(二機位)空運轉機人員	台北(二機位)轉機人員	轉機人員(台北)轉機人員
5/26 (台北)	50歲、50歲及70歲，台北(二機位)轉機，到台北大板橋	轉機到台北(二機位)空運轉機人員	台北(二機位)轉機人員	轉機人員(台北)轉機人員
5/27 (台北)	50歲、50歲及70歲，台北(二機位)轉機，到台北大板橋	轉機到台北(二機位)空運轉機人員	台北(二機位)轉機人員	轉機人員(台北)轉機人員
5/28 (台北)	50歲、50歲及70歲，台北(二機位)轉機，到台北大板橋	轉機到台北(二機位)空運轉機人員	台北(二機位)轉機人員	轉機人員(台北)轉機人員
5/29 (台北)	50歲、50歲及70歲，台北(二機位)轉機，到台北大板橋	轉機到台北(二機位)空運轉機人員	台北(二機位)轉機人員	轉機人員(台北)轉機人員
5/30 (台北)	50歲、50歲及70歲，台北(二機位)轉機，到台北大板橋	轉機到台北(二機位)空運轉機人員	台北(二機位)轉機人員	轉機人員(台北)轉機人員
5/31 (台北)	50歲、50歲及70歲，台北(二機位)轉機，到台北大板橋	轉機到台北(二機位)空運轉機人員	台北(二機位)轉機人員	轉機人員(台北)轉機人員

BIGGEST CHALLENGE FOR BOTH HEALTHCARE SYSTEM AND DIALYSIS ON CONTEMPORARY

公部門超負荷，資源不足

- ◆ 能好的通報專線呢?
- ◆ 但衛生局 打不通...
- ◆ 打不通... 一打不通...
- ◆ 防疫專線... 人力不足
- ◆ 醫與不醫之間的二難

COVID-19對基層透析院所造成的CHALLENGES

人員

- ◆ 不確定的病人，家屬，起降TOCC，造成難於調度，增加溝通困難
- ◆ 人員及家屬人力壓力，中斷的培訓及教育，人力短缺，溝通困難
- ◆ 病人及家屬不配合，配合工作壓力大
- ◆ 所屬的人員沒有經驗，面對許多不確定性

政策

- ◆ 轉診至醫院院，基層診所資源不足
- ◆ 單位處於社區或區域，政策與文化對症所執行操作，設置轉診快篩的難題，公
- ◆ 提供轉診服務時不配合，無效即可執行/無效即可
- ◆ 單位轉診服務不足，公衛的轉診服務與轉診的困難，不同區域的轉診服務程序
- ◆ 單位轉診服務不足，公衛的轉診服務與轉診的困難，不同區域的轉診服務程序
- ◆ 給轉診服務，但轉診服務及配合不周。

流程

- ◆ 透析所外單位的溝通處理，大型型急診服務，防疫物資運送(疫苗疫苗)，病人及轉診，嚴
- ◆ 因轉診服務不配合，無效即可執行/無效即可
- ◆ 轉診服務不足，公衛的轉診服務與轉診的困難，不同區域的轉診服務程序
- ◆ 轉診服務不足，公衛的轉診服務與轉診的困難，不同區域的轉診服務程序

NEVER TOO LATE

人員

- ◆ 整備現有工作人力
- ◆ 人員的再訓練與教育，包括工作人員與病人
- ◆ 強化人力素質

設備

- ◆ 增加病人透析照護器材
- ◆ 整備防疫物資
- ◆ 準備個人清潔及環境清潔用品

流程

- ◆ 建立COVID疫情相關病人收治之透析治療安排
- ◆ 建立預防COVID-19防護處置流程
- ◆ 提高病人及COVID-19患者診治與護理
- ◆ 單位發生COVID-19個案處理流程



因應措施與經驗分享

Wang Chang - Senior Clinical Manager
張小平 - 資深臨床經理
Fresenius Kidney Care Taiwan

第一個挑戰-兵臨城下，快速反應

4 W & 1 H - WHEN - WHO - WHAT - WHERE - HOW

1. 密切接觸式調度：
請各基地則即時聯絡於區域發生重大事件/通報前，有密切聯繫者之名單，即時共享交通工具，共負，提供聯絡或車運到醫院/即能接獲15分鐘以上至奇。

基地	聯絡人	聯絡電話	備註
基隆	張小平	0912-123456	基隆
台北	張小平	0912-123456	台北
台中	張小平	0912-123456	台中
台南	張小平	0912-123456	台南
高雄	張小平	0912-123456	高雄

第一個挑戰-兵臨城下，快速反應

DAMAGE CONTROL

1. 密切接觸式調度
2. 通報
3. 接觸者篩檢
4. 人員安置
5. 聯絡與調整
6. 聯絡處置
7. 資訊溝通
8. 滾動式調整



■ 重啟治療

- 直接接觸病人治療所使用的區域，於透析治療結束後應徹底清潔消毒。
- 環境與用物之接觸面應增加消毒頻率，增加消毒頻率為至少每二小時一次。
- 嚴格執行從與區之間淨空，使人具有足夠時間執行環境消毒。
- 教導病人落實居家環境清潔消毒，維持個人良好衛生；若狀況許可，請病人抵達住家後立即沐浴更衣。
- 護理長增加環境清潔頻率，確保環境清潔消毒正確執行。
- 設備期間，每天末班以500ppm漂白水或同等效力消毒劑擦拭地板及公共區域(含內食設備、候加區域、處置、電氣室等)。
- 直接接觸病人治療所使用的區域，於透析治療結束後應徹底清潔消毒，環境與用物消毒應試重覆執行二次，中間應間隔半小時。
- 高頻率接觸表面，必須增加消毒頻率為至少每二小時一次，降低交互污染的風險。
- 教導病人落實居家環境清潔消毒，維持個人良好衛生。

■ 第二個挑戰 - 人性

CLINICAL STAFF ARE ALSO HUMAN

防疫危機

對於許多醫護人員，事實是理
會越少，對疫情擔憂的
感越強。大家要有同理心，
不要對立，一起面對高傳
染率。一旦社會設備穩定
後，各樣難題以控制，這
要拜托大家。-2020.04.19

安心防疫專案

CHCC

■ 發生COVID-19確診個案處理流程 - 員工

隔離防疫旅館 居家隔離群組

措施

員工協助團體 防疫保險訓練

防疫神單保平安

■ 第三個挑戰 - 基本功

非藥物性干預措施 (NPIs)

非藥物性干預措施 (NPIs)

分類:

	YES	NO
持續佩戴、不鬆脫行水樽內內(除酒精外)		
出入口一致，熱線中不交流		
距離保持，人員互不交流		
病人於候診時輪候		
每次透析前查TOCC，知道有無病人 其他?		

我有自選透析室之醫療機構
因應 COVID-19 感染管制措施指引

透析室感染管制措施
2020年11月15日
2020年11月15日
2020年11月15日

■ 門禁管理

門禁管理

TOCC管理

TOCC管理

TOCC管理

■ 第三個挑戰 - 基本功

非藥物性干預措施 (NPIs)

非藥物性干預措施 (NPIs)

病人安寧

	YES	NO
適當的病患		
知道主要動脈的正確位置及較少的商業區域或設備		
在無時間限制/任何一區由同一組病人對量中排選		
門診少區/減少分區		

個人防護裝備

	YES	NO
適當的防護裝備		
正確穿著防護裝備		
正確的卸除防護裝備		
PPE = 安心?		

■ 第三個挑戰 - 基本功

非藥物性干預措施 (NPIs)

非藥物性干預措施 (NPIs)

手衛衛生

	YES	NO
正確的手部洗滌		
正確的手部洗滌		
正確的手部洗滌		
手肘以上淨空		
手肘 ≠ 不用洗手		

養兵千日 用兵一時

■ 第三個挑戰 - 基本功

非藥物性干預措施 (NPIs)

非藥物性干預措施 (NPIs)

清潔與消毒

	YES	NO
從接觸到最後消毒頻率		
病人採治後能儘量消毒(包括設備)		
採用設備的消毒與消毒		
使用足效效力(濃度)的消毒劑		
接觸作用時間足夠		
正確的方法在存貯(也打滾→再打滾)		
清潔設備的正確管理與使用		

發生COVID-19確診個案處理流程



人員的再訓練與教育



COVID-19 疫苗接種進度



VACCINATION RATE AT FKC



疫情始於社區終於社區



南區場次



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說明會(南部場)

◎時 間：111年03月13日(星期日) 早上8點30分

◎地 點：高雄醫學院附設中和醫院 啟川大樓6樓第二講堂

◎主 席：陳堯生

◎計畫成員：黃尚志、盧柏樑、李佳蓉、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、湯宏仁、
張峰義、鍾牧圻、陳宜君、施智源、吳志仁

◎記 錄：黃建豪/楊宗穎

壹. 主持人致詞：

陳堃生副院長致詞、張哲銘秘書長致詞。簡述去年計畫成果，並勉勵今天參加說明會人員參與今年度輔導訪視。

貳. 議程內容

血液透析說明會南部場活動議程內容如下：

— 南 部 場 —

111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

主辦單位



社團法人
台灣感染管制學會

指導單位



衛生福利部疾病管制署

協辦單位



社團法人
台灣腎臟醫學

協辦單位



高雄醫學大學附設
中和紀念醫院

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. 請將手機鈴聲轉為震動。
4. 課程報到採紙本簽到、簽退。

課程講義：



活動時間：111年3月13日 8：30 – 12：00
活動地點：高雄醫學大學附設中和紀念醫院啟川大樓6樓第二講堂

時間	講題	講師
08：30 - 08：50	報到	
08：50 - 09：00	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
09：00 - 09：40	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	高雄醫學大學醫學院 盧柏樑 院長
09：40 - 10：20	血液透析輔導訪視表評核 及標準說明	高雄長庚醫院感染管制課 蘇麗香 課長
10：20 - 10：40	中場休息	
10：40 - 11：20	透析單位C型肝炎防治	衛生福利部疾病管制署 高屏區管制中心 洪敏南 醫師
11：20 - 12：00	基層透析診所感染COVID-19 之挑戰及經驗分享	費森尤斯腎臟照護香港商安醫 股份有限公司台灣分公司 馮冬萍 總經理
12：00	賦歸	

聯絡 | 07-312-1101 ext. 2516 黃建豪先生
資訊 | hank83722@yahoo.com.tw

學分 | 台灣感染管制學會
申請 | 台灣腎臟醫學學會
台灣腎臟護理學會

醫師公會全國聯合會
醫事檢驗師公會全國聯合會 (申請中)
護理師護士公會全國聯合會 (申請中)

第一節

講師：高雄醫學大學醫學院 盧柏樑院長

講題：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

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之機制，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，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。

(講義內容如附件一，第 6 頁~第 12 頁)

第二節

講師：高雄長庚醫院感染管制課 蘇麗香課長

講題：血液透析輔導訪視表評核及標準說明

經由本計畫專案小組及工作小組各位一同擬定血液透析單位導入感染管制自我評核機制，參考國際間有關之實證與指引建立有效之感染管制作業管理模式，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，且將輔導訪視及自評表單評分方式及標準說明詳細做介紹。

(講義內容如附件二，第 13 頁~第 18 頁)

第三節

講師：衛生福利部疾病管制署高屏區管制中心 洪敏南醫師

講題：透析單位 C 型肝炎防治

血液透析室當中病患與醫護人員頻繁接觸血液與進行侵入性治療，造成病患與醫護人員感染 C 型肝炎之風險相對一般民眾為高。為預防 C 型肝炎於此族群內傳播，降低感染風險，本課程目的為使相關醫護人員了解急性 C 型肝炎之流行病學、感染與傳播原理，透過實際案例討論，提升照護人員的相關知識以落實感染管制措施，降低病人與工作人員感染機會。

(講義內容如附件三，第 19 頁~第 24 頁)

第四節

講師：費森尤斯腎臟照護香港商安馨股份有限公司台灣分公司 馮冬萍總經理及資深臨床經理 張小平經理

講題：基層透析診所感染 COVID-19 之挑戰及經驗分享

COVID-19 自 2019 年 12 月爆發以來，對全球經濟、醫療系統、生活型態等等產生巨大的衝擊。尤其是在疫情之初，台灣在有限的 SARS 經驗下，一度無力抵擋快速增加的確診個案，造成社會的緊張氛圍，以及醫療系統幾近過載。基層血液透析機構無法倖免的在 2020 年的第一波疫情中，也遭逢了確診個案；缺乏實戰經驗以及資源的透析中心該如何因應，維持血液透析中心持續運作，並將可能風險控制至最低？而疫情目前仍是現在進行式，面對詭譎多變的病毒，透析中心該如何準備？透過課程分享整備工作人力、強化人力感控素質、建立 COVID 疫情期間新病人收治之透析治療安排、建立預防 COVID-19 照護處置流程與透析病人確診 COVID 透析診所因應指引的經驗，希望能協助所有基層透析中心擬訂計畫，正面迎擊可能的威脅，防患未然。

(講義內容如附件四，第 25 頁~第 30 頁)

參. 南區說明會問題討論

項次	問題	回覆
一	C 肝陽轉、核酸採檢陰性的患者應歸屬在何區進行血液透析?	洪敏南醫師回覆肝功能異常但 anti-HCV 採檢為陰性，大部分醫院可能會認定肝功能異常是其他原因造成，例：脂肪肝、藥物所造成的，會放在一般區繼續透析治療。目前無規定說肝功能異常 anti-HCV 採檢為陰性，一定要轉出治療；倘若院所單位想積極一些，且患者存在潛在風險因子，院所欲盡早介入，則建議可以做 RNA 或是抗原檢測。但因目前政策並無強制規定，若院所擔心但不想做這麼多檢測，只能自我要求將感控做到位，例如方才分享提到 B 與 C 院中，患者被通報 HCV 但也無造成傳播，由此可見感控做得好即使在放置在一般區進行透析，也仍不會造成傳播。
二	由洪醫師簡報中第三案例來看，由其他醫院回來的患者是否要再做一次 C 肝檢驗、多久要做一次比較安全?	洪敏南醫師回覆目前不知道健保給付 anti-HCV 檢驗的規範是如何，但 anti-HCV 為陰性，並不代表患者是安全的，例如簡報中第 37 頁，假設 B1 病患在 4 月 1 日在 C 醫院受到感染但 4 月 8 日回到 B 醫院做 anti-HCV 採檢，其結果一定為陰性。因此還是要當作每個患者都有潛在暴露的風險，並把感控做到位，實際上若真有案例產生也不會在一區傳播，且經調查在台灣通報案例是有的，但真正產生傳播的案例較少，其實也是有賴大家的努力。
三	現在疫情當下，目前個人防護裝備都依照防疫標準去配戴，但若未來與病毒共存或疫情離去，仍需繼續穿戴隔離衣嗎?若需穿戴隔離衣要全套型還是半套型，其材質一般布或是要防潑水材質?	蘇麗香課長回覆疫情過去後，標準一定要再回來，未來應是以過去標準防護措施的概念去執行，若業務範疇上會遇到噴濺的液體建議須穿防水材質，若過去僅是用布質防護衣則也仍維持。若因本次疫情而無限上綱地將防護等級一味往上拉，未來的執行將變得十分艱難，所以疫情趨緩後，防護措施或裝備等也應回到過去的標準，而非現行防疫標準。

肆. 散 會：111 年 3 月 13 日 12 點 10 分

衛生福利部高級醫事人員研究計畫
 社團法人台灣感染管制學會、社團法人台灣腎臟學會 承辦

**血液透析單位導人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 醫學院 院名
 高雄醫學大學附設中和紀念醫院 感染內科 盧柏愷 醫師
 台灣感染管制學會 監事

簡報大綱

- 緣起
- 計畫介紹及說明
- 推行目的
- 110年的發現與預期成果

前言

感染管制在機構中是不可或缺的一環，實際感控可降低機構中的感染率，降低成員對感染的風險。



血液透析單位導人感染管制自我評核機制先驅研究



感染管制學會 腎臟醫學會

感染管制學會

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

病人對學業發展與健康關注，感染管制對病人安全與福利



感染管制學會承接計畫介紹

供應商 牙科 Bundle Care 長照機構.....



感染管制查核、研討會與自我評核



110年研習
模式7-4 定期環境監測與管理機制

研習重點

1. 瞭解環境監測與管理之重要性與實施要點，並瞭解環境監測與管理之實施程序。
2. 瞭解環境監測與管理之實施程序，並瞭解環境監測與管理之實施程序。
3. 瞭解環境監測與管理之實施程序，並瞭解環境監測與管理之實施程序。
4. 瞭解環境監測與管理之實施程序，並瞭解環境監測與管理之實施程序。

■ 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



■ 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
- 洗滌機與洗手設備
 - 同時清洗上下消化道應區分洗滌機
 - 洗滌機不宜當手部衛生洗手設備



感染管制查核：醫院單位每兩年實地查核一次
血液透析單位？



洗腎患者的感染是下列哪一種？

Community- Acquired or
Hospital- Acquired Infection?

Healthcare associated infection



**Risk Factors for Ineffective
Therapy in Patients
With Bloodstream Infection**

Includes **Dialysis patients**

McDonald JR et al. Arch Intern Med 2005 165:308-13



The 'ideal' empirical treatment protocol for PD related peritonitis ?

- The 'ideal' empirical treatment protocol for PD related peritonitis has been the subject of many debates, as well as of emotional editorial comments and letters to the editor.
- The main topic of this debate is the use of vancomycin [7,8].



抗生素的合理使用

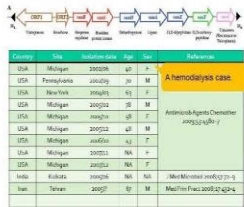
- The ad hoc advisory committee of the International Society for Peritoneal Dialysis (ISPD) issued new guidelines in 2001 [9].
- Unfortunately, these contradict, at least partially, the guidelines of the same committee in 1996 [10] and 1993 [11].



- The ISPD expert committee revised its opinion from **advocating to discouraging** the use of vancomycin.
- This decision was largely based on the emergence of vancomycin-resistant enterococci, and the ensuing threat of the appearance of vancomycin-resistant staphylococci.



Vancomycin-resistant *S. aureus* 具萬古黴素抗藥性金黃色葡萄球菌 VRSA



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記錄。
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隔離之安排，且班與班之間機器必須徹底消毒，以及每日最後一位結束治療之消毒。
3. 班與班之間必須完成病人隔離區環境（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，並有獨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】醫院未設透析平台，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. 以無菌操作技術在消毒乾潔區域準備注射藥品；準備用剩的注射針劑或病人抽吸抽取藥品，不可將剩餘置於藥瓶上重複抽取藥品。且病人使用過注射針劑不可重複使用。
2. 注射針、針筒、注射藥品使用的管線 (tubing) 和轉接線 (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、安瓿瓶、瓶裝、袋裝藥液注射藥品僅限單一病人使用。
4. 多劑量包裝的藥品在開封後應標註日期 (開封日期與開口) 及存放於適當環境，並應依照包裝說明使用，超過開封後可使用期限應立即丟棄，若廠商說明書未說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提供供不止一位病人使用，應集中存放在消毒乾潔區，避免交叉污染。

南部某市

104年醫院感染管制查核結果分析

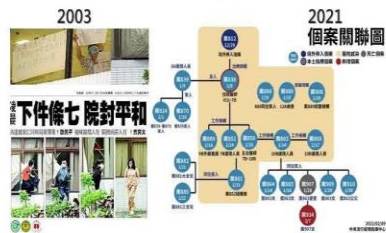
序次	項次	查核基準	不合總家數	百分比
1	7.1	院內應有充足適當之洗手設備，訂有手衛生理學教育及監督與稽核機制	7/66	10.6%
	9.4	有多量執照性醫療器材的管理及追蹤	7/66	10.6%
2	6.2	對於基於病人血液、體液及分泌物之醫療器材的廢物及處理 (包含回等再化生) 之操作要領	6/66	9.0%
3	9.2	正確使用手與預防性抗生素	4/48	8.3%
4	3.1	對於更新或舊有管制手冊，定期更新或內或外審核及國際最新標準檢視，並確實遵守及執行	5/66	7.6%
	7.4	定期維護監測與管制管理機制	5/66	7.6%

南部某市

104年醫院感染管制查核結果分析

序次	項次	查核基準	不合總家數	百分比
5	6.1	所有醫療人員預防接種，體溫監測及胸牌X光檢查等防護措施，應逐次落實執行	4/66	6.0%
	7.2	確實執行耐藥、器械、機器之滅菌及清潔管理	4/66	6.0%
6	7.3	病歷室應配置適當人力，資源區及污染區應設置自動感應消毒	3/59	5.1%
7	3.2	定期對醫療器械相關感染病原發生或藥物向病會檢分析，並訂定改善方案	3/66	4.5%
	4.6	醫療器材符合規範	3/66	4.5%
8	7.5	定期辦理檢驗室各項安全設施及防護設施、維護、功能測試及相關之安全防護教育訓練	2/56	3.6%

台灣感染管制的歷程與進步





- 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。

此內容未經核實，請讀者自行判斷新聞內容。



- 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會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轉請會員確保水質檢驗符合標準，以維護病人安全與醫療品質。

此內容未經核實，請讀者自行判斷新聞內容。



此內容未經核實，請讀者自行判斷新聞內容。

本計畫依據

衛生福利部疾病管制署「111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:MOHW111-CDC-C-114-123108）需求說明書規定辦理。

此內容未經核實，請讀者自行判斷新聞內容。

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。

此內容未經核實，請讀者自行判斷新聞內容。

計畫主持人

陳政生 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

盧怡傑 高雄醫學大學附設中和紀念醫院內科部部長

李佳穎 高雄醫學大學附設醫院腎臟內科助理教授/主治醫師

此內容未經核實，請讀者自行判斷新聞內容。

訂有MMR疫苗接種計畫接種率

	北區		中區		南區		總數
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
訂有MMR疫苗接種計畫	8	1	2	2	4	0	17
未訂有MMR疫苗接種計畫	1	3	0	2	0	7	13

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)

	北區		中區		南區		總數
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
100%	4	0	1	1	2	0	8
90-99%	2	0	1	0	1	0	4
80-89%	1	0	0	0	1	1	3
70-79%	1	0	0	0	0	0	1
60-69%	0	0	0	1	0	0	1

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

	北區		中區		南區		總數
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
100%	8	1	2	1	4	6	23
90-99%	1	1	0	0	0	0	1
80-89%	0	1	0	2	0	1	4
70-79%	0	0	0	1	0	0	1
10%以下	0	0	0	0	0	1	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

	北區		中區		南區		總數
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
每個MO設備出水口及回水口	9	2	2	1	4	6	24
每個MO設備出水口	0	1	0	2	0	2	5
無檢測	0	0	0	1	0	0	1

PPE訓練人數訓練資料

	北區		中區		南區		總數
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
110年	2	0	0	0	0	0	2
109年	2	0	1	0	2	1	6
107年	5	2	1	3	2	3	16
未提供	0	1	0	1	0	4	6

環境消毒頻次

	北區		中區		南區		總數
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
每班	9	2	2	3	4	7	27
每天	0	1	0	1	0	1	3

是否有多劑量包裝藥物

	北區		中區		南區		總數
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	
有	8	1	2	4	3	5	23
無	1	2	0	0	1	3	7

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

2024年12月

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 50家。

訪查結果 111年5-8月。

 社團法人台灣感染管制學會

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佈於學會網站【最新資訊】



 社團法人台灣感染管制學會

參與實地訪查之血液透析醫療院所

【QR碼】



線上報名表 <https://www.111.gov.tw>

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

 社團法人台灣感染管制學會

謝謝聆聽



社團法人台灣感染管制學會 社團法人台灣腎臟醫學會 國家衛生訪問調查

9

International Society of Tissue 2022

血液透析輔導訪視表(草案) 評分與標準說明

社團法人台灣感染管制學會
2022年03月13日(南部場)
2022年03月16日(北部場)

International Society of Tissue 2022

簡報大綱

■血液透析輔導訪視表(草案)條文說明
> 2022新增條文說明

- 1.2 「B型肝炎病毒」、「HBV 病毒」、「COVID-19 病毒」與「麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合 (Measles + Mumps + Rubella/MMR)」接種記錄。
- 5.落實衛生管理
- 6.感染監測

International Society of Tissue 2022

血液透析管理

病人及
工作人員

International Society of Tissue 2022

以感染鏈切入避免傳染及得到感染

傳播鏈

易感宿主 (Susceptible host) + 傳播途徑 (Means of transmission) + 感染源 (Source)

工作人員及病人健康照護 → 接觸 → 傳播 → 感染

International Society of Tissue 2022

好還要更好!

現況收集與輔導

重要精神「非覆核」

輔導項目	評分項目	評分與標準說明	自评表
------	------	---------	-----

International Society of Tissue 2022

輔導項目	評分項目
1.人員健康	1.05-1.07 員工健康與安全 (Health & Safety) 1.05-1.07 員工健康與安全 (Health & Safety) 1.05-1.07 員工健康與安全 (Health & Safety) 1.05-1.07 員工健康與安全 (Health & Safety)
2.感染管理	2.1 感染管理 (Infection Management) 2.1 感染管理 (Infection Management) 2.1 感染管理 (Infection Management) 2.1 感染管理 (Infection Management)
3.環境衛生	3.1 環境衛生 (Environmental Hygiene) 3.1 環境衛生 (Environmental Hygiene) 3.1 環境衛生 (Environmental Hygiene) 3.1 環境衛生 (Environmental Hygiene)
4.感染控制	4.1 感染控制 (Infection Control) 4.1 感染控制 (Infection Control) 4.1 感染控制 (Infection Control) 4.1 感染控制 (Infection Control)

International Society of Tissue 2022

輔導項目	評分項目
4.落實衛生	4.1 衛生管理計畫之稽核與責任
5.環境衛生	5.1 衛生管理計畫之稽核與責任
6.感染管理	6.1 衛生管理計畫之稽核與責任
7.環境衛生	7.1 衛生管理計畫之稽核與責任

2022新增條文 (COVID-19 新增)

International Society of Tissue 2022

1.人員健康管理-工作人員

評定項目	評定項目標準	輔導
1.1 員工健康	1.1.1 員工健康與安全 (Health & Safety) 1.1.1 員工健康與安全 (Health & Safety) 1.1.1 員工健康與安全 (Health & Safety) 1.1.1 員工健康與安全 (Health & Safety)	1.1.1 員工健康與安全 (Health & Safety) 1.1.1 員工健康與安全 (Health & Safety) 1.1.1 員工健康與安全 (Health & Safety) 1.1.1 員工健康與安全 (Health & Safety)
1.2 員工健康	1.2.1 員工健康與安全 (Health & Safety) 1.2.1 員工健康與安全 (Health & Safety) 1.2.1 員工健康與安全 (Health & Safety) 1.2.1 員工健康與安全 (Health & Safety)	1.2.1 員工健康與安全 (Health & Safety) 1.2.1 員工健康與安全 (Health & Safety) 1.2.1 員工健康與安全 (Health & Safety) 1.2.1 員工健康與安全 (Health & Safety)

評量項目	評量說明與標準說明	自評表
1.2 80%以上疫苗接種率	1-80%以上疫苗接種率及疫苗接種率維持者	【疫苗接種率】
1.3 COVID-19疫苗接種率	1-80%以上疫苗接種率及疫苗接種率維持者	【疫苗接種率】
1.4 疫苗接種率	1-80%以上疫苗接種率及疫苗接種率維持者	【疫苗接種率】
1.5 疫苗接種率	1-80%以上疫苗接種率及疫苗接種率維持者	【疫苗接種率】
1.6 疫苗接種率	1-80%以上疫苗接種率及疫苗接種率維持者	【疫苗接種率】
1.7 疫苗接種率	1-80%以上疫苗接種率及疫苗接種率維持者	【疫苗接種率】
1.8 疫苗接種率	1-80%以上疫苗接種率及疫苗接種率維持者	【疫苗接種率】
1.9 疫苗接種率	1-80%以上疫苗接種率及疫苗接種率維持者	【疫苗接種率】
1.10 疫苗接種率	1-80%以上疫苗接種率及疫苗接種率維持者	【疫苗接種率】
1.11 疫苗接種率	1-80%以上疫苗接種率及疫苗接種率維持者	【疫苗接種率】
1.12 疫苗接種率	1-80%以上疫苗接種率及疫苗接種率維持者	【疫苗接種率】
1.13 疫苗接種率	1-80%以上疫苗接種率及疫苗接種率維持者	【疫苗接種率】
1.14 疫苗接種率	1-80%以上疫苗接種率及疫苗接種率維持者	【疫苗接種率】
1.15 疫苗接種率	1-80%以上疫苗接種率及疫苗接種率維持者	【疫苗接種率】
1.16 疫苗接種率	1-80%以上疫苗接種率及疫苗接種率維持者	【疫苗接種率】
1.17 疫苗接種率	1-80%以上疫苗接種率及疫苗接種率維持者	【疫苗接種率】
1.18 疫苗接種率	1-80%以上疫苗接種率及疫苗接種率維持者	【疫苗接種率】
1.19 疫苗接種率	1-80%以上疫苗接種率及疫苗接種率維持者	【疫苗接種率】
1.20 疫苗接種率	1-80%以上疫苗接種率及疫苗接種率維持者	【疫苗接種率】

社區法人感染預防管理

COVID-19疫苗 (新增條文)

說明COVID-19疫苗的說明，定義基礎劑與追加劑。

基礎劑：指第一劑與第二劑，將已接種者。

追加劑(Booster dose)：指一劑或多劑，指在基礎劑接種後，以追加劑接種。

基礎追加劑 (Additional dose)：指在基礎劑接種後，以追加劑接種。

1.2.4 機構工作人員COVID-19疫苗接種率

第一劑COVID-19疫苗接種率(分母:人, 分子:人)

第二劑COVID-19疫苗接種率(分母:人, 分子:人)

追加劑/基礎追加劑COVID-19疫苗接種率(分母:人, 分子:人)

社區法人感染預防管理

評量項目	評量說明與標準說明	自評表
1.2.5 機構工作人員COVID-19疫苗接種率	1.2.5 機構工作人員COVID-19疫苗接種率	【疫苗接種率】
1.2.6 院所是否有直屬COVID-19疫苗接種作業	1.2.6 院所是否有直屬COVID-19疫苗接種作業	【疫苗接種率】
1.2.7 院所是否提供員工COVID-19疫苗接種後不適反應的疫苗嗎	1.2.7 院所是否提供員工COVID-19疫苗接種後不適反應的疫苗嗎	【疫苗接種率】

社區法人感染預防管理

評量項目	評量說明與標準說明	自評表
1.2 80%以上疫苗接種率	1-80%以上疫苗接種率及疫苗接種率維持者	【疫苗接種率】
1.3 COVID-19疫苗接種率	1-80%以上疫苗接種率及疫苗接種率維持者	【疫苗接種率】
1.4 疫苗接種率	1-80%以上疫苗接種率及疫苗接種率維持者	【疫苗接種率】
1.5 疫苗接種率	1-80%以上疫苗接種率及疫苗接種率維持者	【疫苗接種率】
1.6 疫苗接種率	1-80%以上疫苗接種率及疫苗接種率維持者	【疫苗接種率】
1.7 疫苗接種率	1-80%以上疫苗接種率及疫苗接種率維持者	【疫苗接種率】
1.8 疫苗接種率	1-80%以上疫苗接種率及疫苗接種率維持者	【疫苗接種率】
1.9 疫苗接種率	1-80%以上疫苗接種率及疫苗接種率維持者	【疫苗接種率】
1.10 疫苗接種率	1-80%以上疫苗接種率及疫苗接種率維持者	【疫苗接種率】
1.11 疫苗接種率	1-80%以上疫苗接種率及疫苗接種率維持者	【疫苗接種率】
1.12 疫苗接種率	1-80%以上疫苗接種率及疫苗接種率維持者	【疫苗接種率】
1.13 疫苗接種率	1-80%以上疫苗接種率及疫苗接種率維持者	【疫苗接種率】
1.14 疫苗接種率	1-80%以上疫苗接種率及疫苗接種率維持者	【疫苗接種率】
1.15 疫苗接種率	1-80%以上疫苗接種率及疫苗接種率維持者	【疫苗接種率】
1.16 疫苗接種率	1-80%以上疫苗接種率及疫苗接種率維持者	【疫苗接種率】
1.17 疫苗接種率	1-80%以上疫苗接種率及疫苗接種率維持者	【疫苗接種率】
1.18 疫苗接種率	1-80%以上疫苗接種率及疫苗接種率維持者	【疫苗接種率】
1.19 疫苗接種率	1-80%以上疫苗接種率及疫苗接種率維持者	【疫苗接種率】
1.20 疫苗接種率	1-80%以上疫苗接種率及疫苗接種率維持者	【疫苗接種率】

社區法人感染預防管理

評量項目	評量說明與標準說明	自評表
1.3 標準操作程序	1.3 標準操作程序	【標準操作程序】
1.4 標準操作程序	1.4 標準操作程序	【標準操作程序】
1.5 標準操作程序	1.5 標準操作程序	【標準操作程序】
1.6 標準操作程序	1.6 標準操作程序	【標準操作程序】
1.7 標準操作程序	1.7 標準操作程序	【標準操作程序】
1.8 標準操作程序	1.8 標準操作程序	【標準操作程序】
1.9 標準操作程序	1.9 標準操作程序	【標準操作程序】
1.10 標準操作程序	1.10 標準操作程序	【標準操作程序】
1.11 標準操作程序	1.11 標準操作程序	【標準操作程序】
1.12 標準操作程序	1.12 標準操作程序	【標準操作程序】
1.13 標準操作程序	1.13 標準操作程序	【標準操作程序】
1.14 標準操作程序	1.14 標準操作程序	【標準操作程序】
1.15 標準操作程序	1.15 標準操作程序	【標準操作程序】
1.16 標準操作程序	1.16 標準操作程序	【標準操作程序】
1.17 標準操作程序	1.17 標準操作程序	【標準操作程序】
1.18 標準操作程序	1.18 標準操作程序	【標準操作程序】
1.19 標準操作程序	1.19 標準操作程序	【標準操作程序】
1.20 標準操作程序	1.20 標準操作程序	【標準操作程序】

社區法人感染預防管理

透析治療過程中，造成細菌和內毒素污染的主要來源，可能來自於原水(自來水)、逆滲透水、超濾濾器、輸送分佈系統、最終液、透析機洩漏不完全等。需定期進行各種裝置的消毒、維護及保養，以維持透析的品質與安全。

歐冠雜誌 2017/118-162

社區法人感染預防管理

複雜的RO水製造工廠

社區法人感染預防管理

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	2. 感染管制措施-環境	【感染管制措施-環境】
2.1 感染管制措施-環境	2.1 感染管制措施-環境	【感染管制措施-環境】
2.2 感染管制措施-環境	2.2 感染管制措施-環境	【感染管制措施-環境】
2.3 感染管制措施-環境	2.3 感染管制措施-環境	【感染管制措施-環境】
2.4 感染管制措施-環境	2.4 感染管制措施-環境	【感染管制措施-環境】
2.5 感染管制措施-環境	2.5 感染管制措施-環境	【感染管制措施-環境】
2.6 感染管制措施-環境	2.6 感染管制措施-環境	【感染管制措施-環境】
2.7 感染管制措施-環境	2.7 感染管制措施-環境	【感染管制措施-環境】
2.8 感染管制措施-環境	2.8 感染管制措施-環境	【感染管制措施-環境】
2.9 感染管制措施-環境	2.9 感染管制措施-環境	【感染管制措施-環境】
2.10 感染管制措施-環境	2.10 感染管制措施-環境	【感染管制措施-環境】
2.11 感染管制措施-環境	2.11 感染管制措施-環境	【感染管制措施-環境】
2.12 感染管制措施-環境	2.12 感染管制措施-環境	【感染管制措施-環境】
2.13 感染管制措施-環境	2.13 感染管制措施-環境	【感染管制措施-環境】
2.14 感染管制措施-環境	2.14 感染管制措施-環境	【感染管制措施-環境】
2.15 感染管制措施-環境	2.15 感染管制措施-環境	【感染管制措施-環境】
2.16 感染管制措施-環境	2.16 感染管制措施-環境	【感染管制措施-環境】
2.17 感染管制措施-環境	2.17 感染管制措施-環境	【感染管制措施-環境】
2.18 感染管制措施-環境	2.18 感染管制措施-環境	【感染管制措施-環境】
2.19 感染管制措施-環境	2.19 感染管制措施-環境	【感染管制措施-環境】
2.20 感染管制措施-環境	2.20 感染管制措施-環境	【感染管制措施-環境】

社區法人感染預防管理

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。
- 同一件輸液用品(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

註：圖為人台原樣或修飾圖

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。



註：圖為人台原樣或修飾圖

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>c1: 符合基本預防，且給藥前，給予用藥指導，給藥後，觀察病人反應，如有副作用，應與醫師確認只有處理紀錄。</p> <p>c2: 2-1 備有單位常用藥品蓋過工具。 2-2 所有給藥(含中藥藥)均應有雙重記錄。 2-3 抽藥時應注意雙重記錄。 2-4 有抗污染之針針頭藥物名稱，給藥時應及時更換。 c3: 未達：正確標準。</p> <p>【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) 同一件輸液用品(如：針頭、注射器、沖洗溶液、輸液管路、或靜脈輸液等)不可用於不同病人。 (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： 一人病人於病室台工作車 準備區 4.2.2 抗污染的針針頭 藥物名稱、稀釋時間及稀釋劑量。 c1: 準備區 c2: 雙重記錄 c3: 雙重記錄 4.2.3 抗污染外，是否備有多劑量包裝藥物： 是： 否： c1: 請列舉 c2: 請列舉</p>

註：圖為人台原樣或修飾圖

評量項目	評量說明與標準說明	自評表
4.3 針孔及個人防護裝備	<p>c1: 符合基本預防，且有針孔藥物處理流程。 c2: 2-1 有感染管制規範並定期修訂。 2-2 執行血液處理程序，收針時有可感染之血液、體液之處理。 2-3 依標準預防原則處理病人，可定期辦理員工感染管制教育訓練。 2-4 應具備生物醫療事件處理及尖銳物處理程序。 c3: 未達：正確標準。</p> <p>【說明】 (1) 執行血液處理程序，收血等有可能產生血液、體液之飛沫時應穿戴護目鏡、手套、口罩。 (2) 高病原性傳染病應符合危險處理(相關)標準。</p>	<p>4.3.1 是否訂有針孔藥物處理流程： c1: 是 c2: 是 c3: 是 4.3.2 是否訂有血液處理程序提供相關作業文件供參： c1: 是 c2: 是 4.3.3 是否訂有血液處理程序，收針時有可感染之血液、體液之處理時，是否穿戴高層級、手套、口罩、護目鏡或面罩等個人防護裝備： c1: 是 c2: 是 c3: 是 4.3.4 人員有年量由檢或感染管制教育訓練： c1: 是 c2: 是 c3: 是 4.3.5 是否訂有收針時，應穿戴高層級、手套、口罩、護目鏡或面罩等個人防護裝備及尖銳物處理程序： c1: 是 c2: 是 c3: 是</p>

註：圖為人台原樣或修飾圖

5. 落實抗生素管理(新增條文)

評量項目	評量說明與標準說明	自評表										
5.2 抗生素使用管理機制	<p>c1: 有關於病人用藥(含使用之情形、是否訂下列限制)之說明(本院除門診外其他使用情形) c2: 是 (請填下列項目)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>門診抗生素使用情形</th> <th>是否建立抗生素限制</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. 有重要才用抗生素；使用抗生素時，病歷上應註明使用理由。</td> <td><input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</td> </tr> <tr> <td>2. 一般則應性急不宜使用抗生素。</td> <td><input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</td> </tr> <tr> <td>3. 抗生素使用種類及劑量合適，並有考慮病人體重及肝腎功能。</td> <td><input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</td> </tr> <tr> <td>4. 抗生素使用劑期合理，如非必需，應於病歷上說明。</td> <td><input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</td> </tr> </tbody> </table>	門診抗生素使用情形	是否建立抗生素限制	1. 有重要才用抗生素；使用抗生素時，病歷上應註明使用理由。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	2. 一般則應性急不宜使用抗生素。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	3. 抗生素使用種類及劑量合適，並有考慮病人體重及肝腎功能。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	4. 抗生素使用劑期合理，如非必需，應於病歷上說明。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<p>5.2.1 門診 5.2.1.1 是 5.2.1.2 是 5.2.1.3 是 5.2.1.4 是 5.2.1.5 是 5.2.1.6 是 5.2.1.7 是 5.2.1.8 是 5.2.1.9 是 5.2.1.10 是 5.2.1.11 是 5.2.1.12 是 5.2.1.13 是 5.2.1.14 是 5.2.1.15 是 5.2.1.16 是 5.2.1.17 是 5.2.1.18 是 5.2.1.19 是 5.2.1.20 是 5.2.1.21 是 5.2.1.22 是 5.2.1.23 是 5.2.1.24 是 5.2.1.25 是 5.2.1.26 是 5.2.1.27 是 5.2.1.28 是 5.2.1.29 是 5.2.1.30 是 5.2.1.31 是 5.2.1.32 是 5.2.1.33 是 5.2.1.34 是 5.2.1.35 是 5.2.1.36 是 5.2.1.37 是 5.2.1.38 是 5.2.1.39 是 5.2.1.40 是 5.2.1.41 是 5.2.1.42 是 5.2.1.43 是 5.2.1.44 是 5.2.1.45 是 5.2.1.46 是 5.2.1.47 是 5.2.1.48 是 5.2.1.49 是 5.2.1.50 是 5.2.1.51 是 5.2.1.52 是 5.2.1.53 是 5.2.1.54 是 5.2.1.55 是 5.2.1.56 是 5.2.1.57 是 5.2.1.58 是 5.2.1.59 是 5.2.1.60 是 5.2.1.61 是 5.2.1.62 是 5.2.1.63 是 5.2.1.64 是 5.2.1.65 是 5.2.1.66 是 5.2.1.67 是 5.2.1.68 是 5.2.1.69 是 5.2.1.70 是 5.2.1.71 是 5.2.1.72 是 5.2.1.73 是 5.2.1.74 是 5.2.1.75 是 5.2.1.76 是 5.2.1.77 是 5.2.1.78 是 5.2.1.79 是 5.2.1.80 是 5.2.1.81 是 5.2.1.82 是 5.2.1.83 是 5.2.1.84 是 5.2.1.85 是 5.2.1.86 是 5.2.1.87 是 5.2.1.88 是 5.2.1.89 是 5.2.1.90 是 5.2.1.91 是 5.2.1.92 是 5.2.1.93 是 5.2.1.94 是 5.2.1.95 是 5.2.1.96 是 5.2.1.97 是 5.2.1.98 是 5.2.1.99 是 5.2.1.100 是</p>
門診抗生素使用情形	是否建立抗生素限制											
1. 有重要才用抗生素；使用抗生素時，病歷上應註明使用理由。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否											
2. 一般則應性急不宜使用抗生素。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否											
3. 抗生素使用種類及劑量合適，並有考慮病人體重及肝腎功能。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否											
4. 抗生素使用劑期合理，如非必需，應於病歷上說明。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否											

註：圖為人台原樣或修飾圖

5. 落實抗生素管理(新增條文)

評量項目	評量說明與標準說明	自評表										
5.3 抗生素管理機制	<p>c1: 有關於病人用藥(含使用之情形、是否訂下列限制)之說明(本院除門診外其他使用情形) c2: 是 (請填下列項目)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>門診抗生素使用情形</th> <th>是否建立抗生素限制</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. 有重要才用抗生素；使用抗生素時，病歷上應註明使用理由。</td> <td><input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</td> </tr> <tr> <td>2. 一般則應性急不宜使用抗生素。</td> <td><input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</td> </tr> <tr> <td>3. 抗生素使用種類及劑量合適，並有考慮病人體重及肝腎功能。</td> <td><input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</td> </tr> <tr> <td>4. 抗生素使用劑期合理，如非必需，應於病歷上說明。</td> <td><input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</td> </tr> </tbody> </table>	門診抗生素使用情形	是否建立抗生素限制	1. 有重要才用抗生素；使用抗生素時，病歷上應註明使用理由。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	2. 一般則應性急不宜使用抗生素。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	3. 抗生素使用種類及劑量合適，並有考慮病人體重及肝腎功能。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	4. 抗生素使用劑期合理，如非必需，應於病歷上說明。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<p>5.3.1 門診 5.3.1.1 是 5.3.1.2 是 5.3.1.3 是 5.3.1.4 是 5.3.1.5 是 5.3.1.6 是 5.3.1.7 是 5.3.1.8 是 5.3.1.9 是 5.3.1.10 是 5.3.1.11 是 5.3.1.12 是 5.3.1.13 是 5.3.1.14 是 5.3.1.15 是 5.3.1.16 是 5.3.1.17 是 5.3.1.18 是 5.3.1.19 是 5.3.1.20 是 5.3.1.21 是 5.3.1.22 是 5.3.1.23 是 5.3.1.24 是 5.3.1.25 是 5.3.1.26 是 5.3.1.27 是 5.3.1.28 是 5.3.1.29 是 5.3.1.30 是 5.3.1.31 是 5.3.1.32 是 5.3.1.33 是 5.3.1.34 是 5.3.1.35 是 5.3.1.36 是 5.3.1.37 是 5.3.1.38 是 5.3.1.39 是 5.3.1.40 是 5.3.1.41 是 5.3.1.42 是 5.3.1.43 是 5.3.1.44 是 5.3.1.45 是 5.3.1.46 是 5.3.1.47 是 5.3.1.48 是 5.3.1.49 是 5.3.1.50 是 5.3.1.51 是 5.3.1.52 是 5.3.1.53 是 5.3.1.54 是 5.3.1.55 是 5.3.1.56 是 5.3.1.57 是 5.3.1.58 是 5.3.1.59 是 5.3.1.60 是 5.3.1.61 是 5.3.1.62 是 5.3.1.63 是 5.3.1.64 是 5.3.1.65 是 5.3.1.66 是 5.3.1.67 是 5.3.1.68 是 5.3.1.69 是 5.3.1.70 是 5.3.1.71 是 5.3.1.72 是 5.3.1.73 是 5.3.1.74 是 5.3.1.75 是 5.3.1.76 是 5.3.1.77 是 5.3.1.78 是 5.3.1.79 是 5.3.1.80 是 5.3.1.81 是 5.3.1.82 是 5.3.1.83 是 5.3.1.84 是 5.3.1.85 是 5.3.1.86 是 5.3.1.87 是 5.3.1.88 是 5.3.1.89 是 5.3.1.90 是 5.3.1.91 是 5.3.1.92 是 5.3.1.93 是 5.3.1.94 是 5.3.1.95 是 5.3.1.96 是 5.3.1.97 是 5.3.1.98 是 5.3.1.99 是 5.3.1.100 是</p>
門診抗生素使用情形	是否建立抗生素限制											
1. 有重要才用抗生素；使用抗生素時，病歷上應註明使用理由。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否											
2. 一般則應性急不宜使用抗生素。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否											
3. 抗生素使用種類及劑量合適，並有考慮病人體重及肝腎功能。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否											
4. 抗生素使用劑期合理，如非必需，應於病歷上說明。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否											

註：圖為人台原樣或修飾圖

5. 落實抗生素管理(新增條文)

評量項目	評量說明與標準說明	自評表										
5.4 抗生素使用管理機制	<p>c1: 有關於病人用藥(含使用之情形、是否訂下列限制)之說明(本院除門診外其他使用情形) c2: 是 (請填下列項目)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>門診抗生素使用情形</th> <th>是否建立抗生素限制</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. 有重要才用抗生素；使用抗生素時，病歷上應註明使用理由。</td> <td><input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</td> </tr> <tr> <td>2. 一般則應性急不宜使用抗生素。</td> <td><input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</td> </tr> <tr> <td>3. 抗生素使用種類及劑量合適，並有考慮病人體重及肝腎功能。</td> <td><input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</td> </tr> <tr> <td>4. 抗生素使用劑期合理，如非必需，應於病歷上說明。</td> <td><input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</td> </tr> </tbody> </table>	門診抗生素使用情形	是否建立抗生素限制	1. 有重要才用抗生素；使用抗生素時，病歷上應註明使用理由。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	2. 一般則應性急不宜使用抗生素。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	3. 抗生素使用種類及劑量合適，並有考慮病人體重及肝腎功能。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	4. 抗生素使用劑期合理，如非必需，應於病歷上說明。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<p>5.4.1 門診 5.4.1.1 是 5.4.1.2 是 5.4.1.3 是 5.4.1.4 是 5.4.1.5 是 5.4.1.6 是 5.4.1.7 是 5.4.1.8 是 5.4.1.9 是 5.4.1.10 是 5.4.1.11 是 5.4.1.12 是 5.4.1.13 是 5.4.1.14 是 5.4.1.15 是 5.4.1.16 是 5.4.1.17 是 5.4.1.18 是 5.4.1.19 是 5.4.1.20 是 5.4.1.21 是 5.4.1.22 是 5.4.1.23 是 5.4.1.24 是 5.4.1.25 是 5.4.1.26 是 5.4.1.27 是 5.4.1.28 是 5.4.1.29 是 5.4.1.30 是 5.4.1.31 是 5.4.1.32 是 5.4.1.33 是 5.4.1.34 是 5.4.1.35 是 5.4.1.36 是 5.4.1.37 是 5.4.1.38 是 5.4.1.39 是 5.4.1.40 是 5.4.1.41 是 5.4.1.42 是 5.4.1.43 是 5.4.1.44 是 5.4.1.45 是 5.4.1.46 是 5.4.1.47 是 5.4.1.48 是 5.4.1.49 是 5.4.1.50 是 5.4.1.51 是 5.4.1.52 是 5.4.1.53 是 5.4.1.54 是 5.4.1.55 是 5.4.1.56 是 5.4.1.57 是 5.4.1.58 是 5.4.1.59 是 5.4.1.60 是 5.4.1.61 是 5.4.1.62 是 5.4.1.63 是 5.4.1.64 是 5.4.1.65 是 5.4.1.66 是 5.4.1.67 是 5.4.1.68 是 5.4.1.69 是 5.4.1.70 是 5.4.1.71 是 5.4.1.72 是 5.4.1.73 是 5.4.1.74 是 5.4.1.75 是 5.4.1.76 是 5.4.1.77 是 5.4.1.78 是 5.4.1.79 是 5.4.1.80 是 5.4.1.81 是 5.4.1.82 是 5.4.1.83 是 5.4.1.84 是 5.4.1.85 是 5.4.1.86 是 5.4.1.87 是 5.4.1.88 是 5.4.1.89 是 5.4.1.90 是 5.4.1.91 是 5.4.1.92 是 5.4.1.93 是 5.4.1.94 是 5.4.1.95 是 5.4.1.96 是 5.4.1.97 是 5.4.1.98 是 5.4.1.99 是 5.4.1.100 是</p>
門診抗生素使用情形	是否建立抗生素限制											
1. 有重要才用抗生素；使用抗生素時，病歷上應註明使用理由。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否											
2. 一般則應性急不宜使用抗生素。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否											
3. 抗生素使用種類及劑量合適，並有考慮病人體重及肝腎功能。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否											
4. 抗生素使用劑期合理，如非必需，應於病歷上說明。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否											

註：圖為人台原樣或修飾圖

5. 落實抗生素管理(新增條文)

評量項目	評量說明與標準說明	自評表										
5.5 抗生素管理機制	<p>c1: 有關於病人用藥(含使用之情形、是否訂下列限制)之說明(本院除門診外其他使用情形) c2: 是 (請填下列項目)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>門診抗生素使用情形</th> <th>是否建立抗生素限制</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. 有重要才用抗生素；使用抗生素時，病歷上應註明使用理由。</td> <td><input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</td> </tr> <tr> <td>2. 一般則應性急不宜使用抗生素。</td> <td><input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</td> </tr> <tr> <td>3. 抗生素使用種類及劑量合適，並有考慮病人體重及肝腎功能。</td> <td><input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</td> </tr> <tr> <td>4. 抗生素使用劑期合理，如非必需，應於病歷上說明。</td> <td><input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</td> </tr> </tbody> </table>	門診抗生素使用情形	是否建立抗生素限制	1. 有重要才用抗生素；使用抗生素時，病歷上應註明使用理由。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	2. 一般則應性急不宜使用抗生素。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	3. 抗生素使用種類及劑量合適，並有考慮病人體重及肝腎功能。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	4. 抗生素使用劑期合理，如非必需，應於病歷上說明。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<p>5.5.1 門診 5.5.1.1 是 5.5.1.2 是 5.5.1.3 是 5.5.1.4 是 5.5.1.5 是 5.5.1.6 是 5.5.1.7 是 5.5.1.8 是 5.5.1.9 是 5.5.1.10 是 5.5.1.11 是 5.5.1.12 是 5.5.1.13 是 5.5.1.14 是 5.5.1.15 是 5.5.1.16 是 5.5.1.17 是 5.5.1.18 是 5.5.1.19 是 5.5.1.20 是 5.5.1.21 是 5.5.1.22 是 5.5.1.23 是 5.5.1.24 是 5.5.1.25 是 5.5.1.26 是 5.5.1.27 是 5.5.1.28 是 5.5.1.29 是 5.5.1.30 是 5.5.1.31 是 5.5.1.32 是 5.5.1.33 是 5.5.1.34 是 5.5.1.35 是 5.5.1.36 是 5.5.1.37 是 5.5.1.38 是 5.5.1.39 是 5.5.1.40 是 5.5.1.41 是 5.5.1.42 是 5.5.1.43 是 5.5.1.44 是 5.5.1.45 是 5.5.1.46 是 5.5.1.47 是 5.5.1.48 是 5.5.1.49 是 5.5.1.50 是 5.5.1.51 是 5.5.1.52 是 5.5.1.53 是 5.5.1.54 是 5.5.1.55 是 5.5.1.56 是 5.5.1.57 是 5.5.1.58 是 5.5.1.59 是 5.5.1.60 是 5.5.1.61 是 5.5.1.62 是 5.5.1.63 是 5.5.1.64 是 5.5.1.65 是 5.5.1.66 是 5.5.1.67 是 5.5.1.68 是 5.5.1.69 是 5.5.1.70 是 5.5.1.71 是 5.5.1.72 是 5.5.1.73 是 5.5.1.74 是 5.5.1.75 是 5.5.1.76 是 5.5.1.77 是 5.5.1.78 是 5.5.1.79 是 5.5.1.80 是 5.5.1.81 是 5.5.1.82 是 5.5.1.83 是 5.5.1.84 是 5.5.1.85 是 5.5.1.86 是 5.5.1.87 是 5.5.1.88 是 5.5.1.89 是 5.5.1.90 是 5.5.1.91 是 5.5.1.92 是 5.5.1.93 是 5.5.1.94 是 5.5.1.95 是 5.5.1.96 是 5.5.1.97 是 5.5.1.98 是 5.5.1.99 是 5.5.1.100 是</p>
門診抗生素使用情形	是否建立抗生素限制											
1. 有重要才用抗生素；使用抗生素時，病歷上應註明使用理由。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否											
2. 一般則應性急不宜使用抗生素。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否											
3. 抗生素使用種類及劑量合適，並有考慮病人體重及肝腎功能。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否											
4. 抗生素使用劑期合理，如非必需，應於病歷上說明。	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否											

註：圖為人台原樣或修飾圖

Antimicrobial Stewardship Program, ASP

2017年 世界抗生藥週

2017年 世界抗生藥週

社團法人台灣感染管制學會

醫療照護 相關感染監測定義

Taiwan Healthcare-associated infection and Antimicrobial resistance Surveillance, THAS

統計期間 2020年

統計對象 22家醫學中心及81家區域醫院

目的：得以瞭解台灣的醫療照護相關感染概況

社團法人台灣感染管制學會

6 血流感染監測(新增項目)

6-1 訂定醫療相關血流感染判斷之依據

6-2 醫療相關血流感染個案

6-3 醫療相關血流感染菌株

6-4 訂定發生醫療相關血流感染之處理機制

社團法人台灣感染管制學會

血流感染

原發性 續發性

檢驗證實 醫療部位感染引起

社團法人台灣感染管制學會

2020年醫學中心及區域醫院醫療相關血流感染部位別醫療照護相關感染密度統計結果

醫院	感染部位	感染數	人日數	感染率	95% CI	感染數	人日數	感染率	95% CI
醫學中心	總計	102(1873)	2,786	3.66	3.19 - 4.13	14	24	5.83	4.11 - 8.14
	肺炎	402(1047)	418	2.52	2.18 - 2.86	6	6	1.00	0.37 - 2.67
	泌尿道	102(1873)	1,744	5.85	5.18 - 6.52	8	18	4.44	3.00 - 6.41
區域醫院	總計	279(237)	1,379	2.02	1.74 - 2.30	1	1	1.00	0.10 - 10.00
	肺炎	279(237)	725	3.85	3.38 - 4.32	0	0	0.00	0.00 - 0.00
	泌尿道	279(237)	1,036	2.69	2.31 - 3.07	1	1	1.00	0.10 - 10.00

社團法人台灣感染管制學會

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

社團法人台灣感染管制學會

血液透析單位C型肝炎群突發處理

2022.3.13

衛生福利部疾病管制署

聲明 Disclaimer

- 本報告之內容以該處為據，非本人參閱國內外相關資料與自身工作經驗所組成，並不必然代表疾病管制署之官方立場
- 感謝蘇家財醫師製作本教材
- 報告內容可能隨時間改變，將提供更多科學證據與新資訊，請隨時注意最新公告與相關研究動向

內容大綱

- 透析病患C型肝炎流行病學
- 國內C型肝炎群突發病例分析
- 結論與建議

C型肝炎之流行病學

C型肝炎病毒感染



世界各國C型肝炎感染之盛行率



病例定義

- 病例定义 (Hepatitis C) 定義：
 - (1) 血清學檢驗結果陽性 (anti-HCV 陽性)；
 - (2) 經血清學檢驗結果陽性後，經基因型檢驗結果陽性。
- 診斷標準：
 - (1) 血清學檢驗結果陽性 (anti-HCV 陽性) 且基因型檢驗結果陽性 (HCV genotype 陽性) 者為病例。
 - (2) 血清學檢驗結果陽性 (anti-HCV 陽性) 且基因型檢驗結果陰性 (HCV genotype 陰性) 者為可疑病例。
 - (3) 血清學檢驗結果陰性 (anti-HCV 陰性) 且基因型檢驗結果陽性 (HCV genotype 陽性) 者為可疑病例。
 - (4) 血清學檢驗結果陰性 (anti-HCV 陰性) 且基因型檢驗結果陰性 (HCV genotype 陰性) 者為非病例。

C型肝炎感染的風險族群

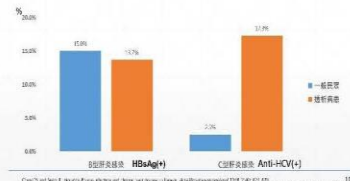
- 經血液或血液製品感染
 - 接受血液治療
 - 接受器官移植
 - 接受輸血
 - 接受捐血
- 性接觸傳染
 - 肛交
 - 口交
 - 肛交、口交
 - 肛交、肛交
- 共用注射器感染

透析病患感染C型肝炎之風險因子

- 透析時間
 - 超過11年者 感染風險提高
- 透析方式
 - 多數認為非血液透析者 感染較低
- 透析單位特性
 - 單位內感染源多 感染源不明確
 - 醫護人員感染控制 對感染風險有影響
- 輸血次數
 - 目前研究顯示 輸血次數多者 感染風險高
 - 以大型血液中心血液製劑及藥物 且無傳染性血液製劑

1. Kuo G, et al. JAMA. 1999;281:1600-1602.
2. Nishiura H, et al. Hepatology. 2003;37:106-110.
3. Foster GR, et al. Hepatology. 1998;28:103-107.
4. Hsu H, et al. Hepatology. 2001;33:103-107.
5. Nishiura H, et al. Hepatology. 2003;37:106-110.
6. Nishiura H, et al. Hepatology. 2003;37:106-110.

臺灣B、C型肝炎感染於血液透析病患之盛行率



Chen CH, Yang J, Hsu H, et al. Hepatology. 2003;37:106-110.

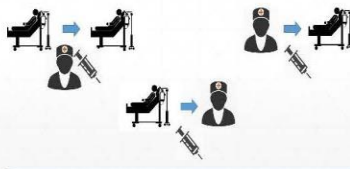
臺灣血液透析病人anti-HCV轉陽率



資料來源：衛生部疾病管制署「慢性B型肝炎病毒血清學調查報告」

國內群聚感染案例分析

醫療院所C型肝炎感染群聚事件之模式



13

某呼吸照護病房急性C型肝炎群聚事件背景

- O藥款ACW收治療急為前編以床使用呼吸器且日常生活完全依賴他人照料之病者
- 患者入住時常檢驗anti-HCV Ab，住院期間每月驗1-2次肝功能
- 2017年5-7月間陸續發現四名肝功能異常且anti-HCV Ab陽性個案
- 病者同時有至外醫大醫院已確診C型肝炎個案，其中一位與四位新發現的傳播個案的基因序列具高度同源性
- 進行調查以釐清急性C型肝炎群聚感染之危險因子，並提供改善建議

Yu PY, Su GP, et al. Hepatitis C outbreak in a respiratory care ward associated with frequent injections. Taiwan, 2017. J Microbiol Immunol Infect. 2020 Dec 5;S1894-1182(20)20275-9.

14

推估可能暴露期



病房床位配置與環境示意圖



16

個案發現

- 住院病人
 - 檢獲所有住院病人的anti-HCV Ab，檢獲所有住院病人的HCV RNA
 - Anti-HCV Ab 在 HCV RNA 陽性者，檢獲HCV RNA 基因序列分析
- 工作人員：檢獲所有工作人員anti-HCV Ab - GOT和GPT
- 已出院病人：檢獲2016/11/1-2017/4/30 RCW 住院病人anti-HCV Ab - GOT和GPT 檢獲記錄和出院後追蹤
- 遠端傳染系統：比較慢性C型肝炎患者和2016/11/1-2017/4/30 入RCW 病人名單，清單是否含有潛在聯繫

感控查核

- 衛生員、感管等與感控專家於2017/6/7實地查核
- 評估工作區域，評估標準清潔度是否符合標準感控規範
- 護理師和藥劑師示範病人或家屬執行過程
- 訪談以了解工作分配與人員工作情形
- 回顧感控與異常事件紀錄

流病調查方法

- case-control study 的方式，釐清危險因子
- 病例組：符合確定病例定義者
- 對照組：有暴露病人anti-HCV Ab 與HCV PCR 陽性結果
- 調查方式：病歷回顧
 - 病歷中常有與感控病史，可能與感控相關感控的感管查核紀錄

HCV 網線性演化樹分析

- 4位確定暴露病人(均已感染)的病毒基因序列相似度大於98%，具有高度關聯性
- 入院前已感染病毒之病人(基因序列相似度大於98%)
- 對照病人(基因序列相似度大於98%)
- 參見附錄(完整分析圖表)

感控查核結果

- 侵入性處置無標準工作流程
- 工作區域清潔度與污染區混淆
- 針筒藥劑與檢體共用冰箱
- 病人個人藥品和用品未明確標示
- 環境和醫療用品清潔未符合感控標準

病例組與對照組病人特徵

	病例組 (4人)	對照組 (32人)	p-value
性別 (男 - 中位數/範圍)	0 (0/4-0)	0 (0/9-0)	0.76
白血球	3 (1.7%)	6 (1.9%)	0.58
病毒日數 (中位數/範圍)	166 (166-166)	166 (9-166)	0.23
抽針日	2 (50%)	7 (22%)	1
確立性	2 (50%)	11 (34%)	0.8
止痛	4 (100%)	11 (34%)	1
注射藥物	4 (100%)	7 (22%)	0.24
有無中位數NPI	2 (50%)	2 (7%)	0.2
抽針	2 (50%)	10 (31%)	0.24
手錶	1 (25%)	0	0.5
中位數/範圍	1 (25%)	0	0.5
消毒	0	3 (9%)	0.55
共有抽針日	4 (100%)	17 (53%)	0.15
共有抽針日	2 (50%)	8 (25%)	0.6

抽血與注射藥物暴露次數

	病例組 (4人)		對照組 (32人)		p-value
	每日暴露次數	總數	每日暴露次數	總數	
抽針	0.09	0.37-0.12	0.07	0-0.15	0.2
多劑量之藥物	1.7	0.1-3.8	0.08	0-3.3	0.08
共有注射藥物	4.4	3.4-6.1	0.1	0-4.6	0.02

結論

- 多次注射藥物是本院內院區感染的危險因子，注射次數多其感染風險愈高，且可能與抽針和輸液過程及標準化有關
- 抽針、輸液和注射藥品的標準化工作流程，以及環境和公用器具清潔流程，並未符合感控標準感控規範

國內某透析單位C型肝炎群聚事件

• 2017年6-12月間，國內某醫院連續通報3名於該院進行透析患者急性C型肝炎患者



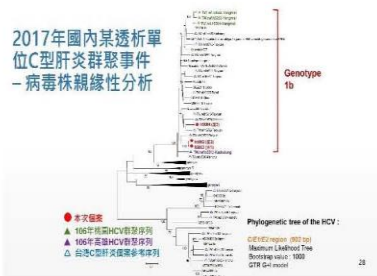
2017年國內某透析單位C型肝炎群聚事件 – 機構背景

- 該透析室
- 共20張床
- 每週僅性人力約14，由2種編制一班制
- 透析室位於該單位感染科
- 每週一、三、五為2個班次，每週二、四、六為1個班次
- 平均 班次有17名透析患者
- 單週透析患者中有17名C型肝炎患者，感染率約33%
- 曾申報對8 C型肝炎患者進行分區透析

2017年國內某透析單位C型肝炎群聚事件 – 透析室平面圖



2017年國內某透析單位C型肝炎群聚事件 – 病毒株親緣性分析



2017年國內某透析單位C型肝炎群聚事件 – 感染管制缺失

- 未落實安全注射行爲
- 在血液區的工作台上抽吸針、廢棄物
- 未落實手部衛生
- 前後不同原劑型未洗手
- 未有明確之環境清潔稽核結果

調查結果與建議

- 研判
- 該院發生之C型肝炎及感染事件可能與相關感染控制措施未落實有關
- 建議
- 落實相關感染管制措施稽核
- 加強員工感染管制教育訓練
- 了解急性C型肝炎通報法定症及轉運處

某市三院洗腎室急性C肝群聚事件

• A醫院洗腎室分別於109/3/12、109/7/2通報3名洗腎患者急性血源C型肝炎感染事件，後於一年內，轉院或離院，疑似群聚事件

姓名	性別	A1	A2	A3
陳某某	男	109/3/12	109/7/2	109/10/15
林某某	女	109/3/12	109/7/2	109/10/15
張某某	男	109/3/12	109/7/2	109/10/15

A醫院感染源調查

- 該院共有4位急性C肝感染患者
- 1人由平溪轉院，1人由林某轉院，1人由林某轉院
- 2名A1
- 1名A1 → 1名A2 → 1名A3
- 1名A1 → 1名A2 → 1名A3
- 1名A1 → 1名A2 → 1名A3
- 1名A1 → 1名A2 → 1名A3



訪視後可能缺失

- 手消毒設施的執行與維護**
 以訪視發現的醫院為例，廁所洗手池有洗手液供應，但洗手液供應量不足，且洗手池周圍環境不潔，應加強清潔與維護。
- 防護服清潔與消毒**
 訪視發現某醫院在急診室設有防護服清潔與消毒設施，但設施不齊全，且防護服清潔與消毒設施的維護記錄不全，應加強設施的維護與記錄。
- 環境清潔與消毒**
 訪視發現某醫院在急診室設有環境清潔與消毒設施，但設施不齊全，且環境清潔與消毒設施的維護記錄不全，應加強設施的維護與記錄。

B醫院洗腎室疑似急性C肝群聚(108/5-109/11)

- 經基因序列比對，A1與B醫院108年洗腎室病例(B1、B2)基因型別相同(2a)，且序列高度相關。
- B醫院洗腎室於期間檢出9株HCV病毒株，其中3株性狀類似，一併命名為B1、B2。

C醫院住診洗腎室C肝群聚流行病關聯性

- B1：108/3/18-4/3在C醫院急診室洗腎室感染，108/4/8至B醫院洗腎室。
- B2：105/5/26至108/1/25在B醫院洗腎室感染，108/3/28-4/11、108/12/6-109/1/31因回來C醫院住診，非回急診室洗腎室感染。
- A1：107/2/24屬於在A醫院洗腎室 (W246室) - 108/12/24-109/1/9於C醫院急診室。
- 經比對3株急性C型肝炎病毒
- B1、B2與108/4/1、4/9在B醫院洗腎室 (無數據分析) 95.04%
- B2、A1與109/1/9在B醫院洗腎室 (無數據分析) 93.85%

B2、A1感染源調查

- B2：108/3/28-4/11、108/12/6-109/1/31因回來C醫院住診，非回急診室洗腎室感染。
- A1：108/12/24-109/1/9於C醫院急診室。
- 109/1/9感染：B2 (C肝W246室)、A1 (B肝W22室)
- 感染C肝者為B2

B1、B2感染源調查

- B1：108/3/18-4/3在C醫院急診室感染。
- B2：108/3/28-4/11、108/12/6-109/1/31因回來C醫院住診，非回急診室洗腎室感染。
- 108/4/1感染：B1 (B肝W25室)、B2 (21室)
- C肝患者人數第二高：已於感染前移居台北。
- 108/4/3感染：B1 (B肝W23室)、B2 (10室)
- CHI 已無洗腎室。

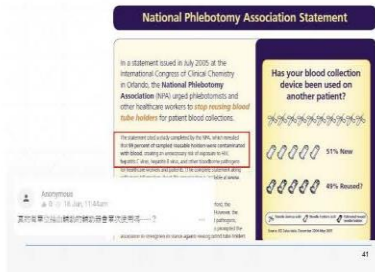
A醫院、B醫院、C醫院感染源調查

C醫院感染管制輔訪建議

- 醫院門口設立消毒設施與防護設施，並設有可消毒鞋套、並提供消毒劑、並提供消毒劑。
- 環境清潔與消毒：人員應隨時消毒，並提供消毒劑與消毒設施，並提供消毒劑與消毒設施。
- 洗手間與洗手池：洗手間與洗手池應加強清潔與消毒，並提供消毒劑與消毒設施。
- 洗手間與洗手池：洗手間與洗手池應加強清潔與消毒，並提供消毒劑與消毒設施。
- 洗手間與洗手池：洗手間與洗手池應加強清潔與消毒，並提供消毒劑與消毒設施。
- 洗手間與洗手池：洗手間與洗手池應加強清潔與消毒，並提供消毒劑與消毒設施。

預防血源丙肝 總研犧牲

臺灣文獻網 (記者 文華) 一名於2016年曾在陽明醫院進行肝移植手術的53歲女病人去年9月被診斷出感染丙肝病毒，其後經醫院內科針灸師治療，最終由多位專家會診後決定，由該女病人接受肝移植手術。其後經醫院內科針灸師治療，最終由多位專家會診後決定，由該女病人接受肝移植手術。



結論

- 臺灣透析病患之C型肝炎盛行率遠高於一般族群
- 透析機構內的醫療措施可能是造成透析病患感染的原因
- 透過公家審核感控能發現的缺失有限
- 洗腎室轉洗、急診住院洗腎患者分區、監測、追蹤不易
- 洗腎患者常規C肝篩檢部分仍未落實，不同院所檢驗結果不一定能互通交流共享
- C肝病毒可能透過環境汙染針筒或藥物傳播
- 分區透析並無法完全防止肝炎病毒傳染

建議

- 發現C肝陽轉的個案必須通報衛生機關，並且進行調查
- 新進慢性C肝確診案儘可能送基因定序
- 洗腎室轉轉個案留意比對院外就醫史與洗腎史
- 院方內控自主查核，落實感染管制措施方能預防透析病患感染
- 衛教宣傳工作人員C肝的可能傳播模式
- 洗腎室為C肝傳染高風險區，應將鼓勵**抗病毒藥物治療**視為積極防治手段之一

感謝聆聽 歡迎提問



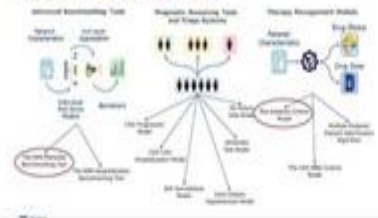
■ FRESNUS MEDICAL CARE - PATIENTS, CLINICS, TREATMENTS



■ FMC IS UNIQUE IN ITS DATASETS



■ EUCLID AND AI SOLUTIONS



■ Power of Data from Euclid

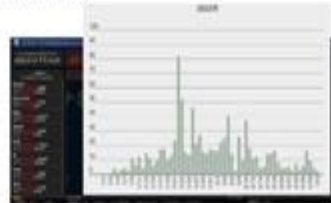


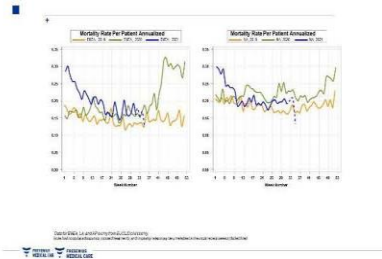
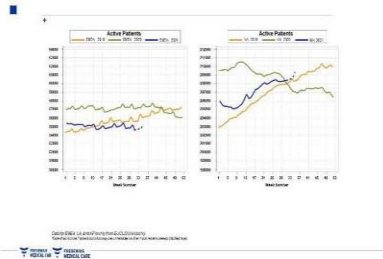
■ DASHBOARD TEMPORAL COVID-19 INFORMATION

During the Covid-19 pandemic, patients find a variety of useful information regarding the coronavirus and how to best protect themselves. Besides some generic information on the virus itself and how it spreads, this section also contains information that is particularly useful to distinct patients of Fresenius Medical Care.



■ COVID PANDEMIC





CENTRALIZED COMMUNICATION HUB



SCREENING AND ISOLATION CLINICS

- There are presently three classifications of patients cohorted within our isolation clinics and shifts:
- **COVID-19 positive patients:** Patients who have tested positive for COVID-19-virus and are clinically stable to treat in a dialysis center and/or clinically stable COVID-19 positive patients recently discharged from the hospital setting.
 - **Persons under investigation (PUJ)** with history and symptoms consistent with COVID-19. These include: Persons who are awaiting COVID-19 testing or results.
 - **Asymptomatic persons reporting a close contact exposure (CCE)** to COVID-19: Persons who report close contact exposure to a person(s) who are suspect or confirmed COVID-19 positive yet exhibit no signs or symptoms.

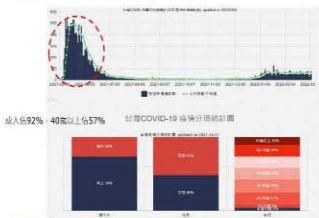
CLINIC MANAGEMENT IN MORE DETAILS

DEDICATED TO DELIVER CLEAR GUIDANCES WITH UPTODATE STRATEGIES

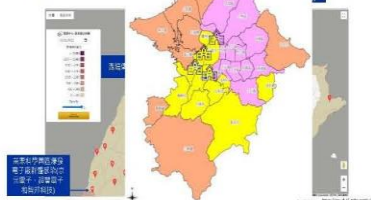
<p>HYGIENE AND INFECTION CONTROL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Precautions & hygiene measures • PPE shortages • HVAC systems • Risk-exposure management • Patient transportation • Patient isolation and cohorting 	<p>PATIENT MANAGEMENT</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resilience for patient communication and education • Patient grievances during Covid-19 • Holiday delays
<p>CLINIC STAFF MANAGEMENT</p> <ul style="list-style-type: none"> • Staff shortage management • Clinic staff morale and stress 	<p>DIAGNOSTIC TESTING</p> <ul style="list-style-type: none"> • Collection of nasopharyngeal, oropharyngeal and blood samples for Covid-19 tests



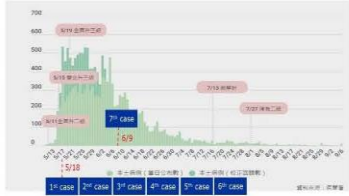
台灣COVID-19 疫情每日統計圖



GEOGRAPHIC LOCATION



NO ONE CAN STAY OUT OF COVID-19



Source: 1/11/2020 Page 18

STORY BEHIND

序號	日期/區域	個案情況	傳播途徑	治療結果	轉運人員情況
1	5/18 (台北)	返台後中區防疫 中區防疫已行居家隔離, 中區轉運人員 中區	返台一機位出口	醫治癒	醫治癒
2	5/21 (基隆)	由台北中區下船 船中(中區)轉運, 到台北中區防疫 防疫中區防疫人員 防疫中區防疫人員	防疫中區防疫人員 (防疫中區防疫人員)	醫治癒	醫治癒
3	5/22 (基隆)	由台北中區下船 船中(中區)轉運, 到台北中區防疫 防疫中區防疫人員 防疫中區防疫人員	防疫中區防疫人員 (防疫中區防疫人員)	醫治癒	醫治癒
4	5/22 (台北)	由台北中區下船 船中(中區)轉運, 到台北中區防疫 防疫中區防疫人員 防疫中區防疫人員	防疫中區防疫人員 (防疫中區防疫人員)	醫治癒	醫治癒
5	5/24 (台北)	由台北中區下船 船中(中區)轉運, 到台北中區防疫 防疫中區防疫人員 防疫中區防疫人員	防疫中區防疫人員 (防疫中區防疫人員)	醫治癒	醫治癒
6	5/24 (台北)	由台北中區下船 船中(中區)轉運, 到台北中區防疫 防疫中區防疫人員 防疫中區防疫人員	防疫中區防疫人員 (防疫中區防疫人員)	醫治癒	醫治癒
7	5/29 (基隆)	由台北中區下船 船中(中區)轉運, 到台北中區防疫 防疫中區防疫人員 防疫中區防疫人員	防疫中區防疫人員 (防疫中區防疫人員)	醫治癒	醫治癒

Source: 1/11/2020 Page 18

BIGGEST CHALLENGE FOR BOTH HEALTHCARE SYSTEM AND DIALYSIS ON CONTEMPORARY

公部門超負荷, 資源不足

- ◆ 錢好的錢壞等確呢? 打不通... 打不通... 打不通...
- ◆ 防疫服務... 人力不足
- ◆ 錢與不錢之間的工

Source: 1/11/2020 Page 18

COVID-19對基層透析院所造成的CHALLENGES

人員

- 不適宜的個人、家屬、起碼TOCC、造成無助感、增加溝通困難
- 人員專業能力不足、中區防疫人員不足、人力短缺、溝通困難
- 所有人員專業能力不足、人力工作壓力大
- 所有人員沒有經驗、面對許多不確定性

政策

- 經費預算有限、基層院所資源不足
- 經費用於社區防疫、結果無法對院所執行操作、經費轉化為快報的壓力、公
- 經費用於院所防疫、院所無法執行操作、經費轉化為快報的壓力、公
- 經費用於院所防疫、院所無法執行操作、經費轉化為快報的壓力、公

流程

- 院所外單位的溝通處理、大型型急會協助、防疫物資運送(物資運送)、病人及轉運、醫
- 院所外單位的溝通處理、大型型急會協助、防疫物資運送(物資運送)、病人及轉運、醫
- 院所外單位的溝通處理、大型型急會協助、防疫物資運送(物資運送)、病人及轉運、醫

Source: 1/11/2020 Page 18

NEVER TOO LATE

人員

- 整備專職工作人員
- 人員的培訓與教育, 包括工作人員與病人
- 強化人力素質

設備

- 撥款病人透析照護器材
- 整備防疫設備
- 準備個人清潔及環境清潔用品

流程

- 建立COVID疫情期間病人救治之透析治療安排
- 建立預防COVID-19的標準作業程序
- 邀請病人編入COVID-19的標準作業程序
- 單位發生COVID-19的標準作業程序

Source: 1/11/2020 Page 18

FRESENIUS MEDICAL CARE

因應措施與經驗分享

10/Any Chang - Senior Clinical Manager
張小平 - 資深臨床經理
Fresenius Kidney Care Taiwan

Source: 1/11/2020 Page 18

第一個挑戰-兵臨城下, 快速反應

4 W & 1 H - WHEN - WHO - WHAT - WHERE - HOW

- 密切接觸者調查:** 調查並追蹤密切接觸者於感染發生前3天至感染/隔離前, 有密切接觸者之名稱; 包括共同交通工具、共食、提供服務或無服務接觸(距離接觸15分鐘以上者)。
- 通報:**
- 接觸者篩檢:**
- 人員安置:**

姓名	性別	年齡	職業	居住地址	電話	緊急聯絡人	緊急聯絡人電話
張小華	男	45	工程師	台北市中山區	0912-345678	張小華	0912-345678
李小明	女	35	教師	台北市中正區	0912-876543	李小明	0912-876543
王大明	男	55	醫生	台北市大安區	0912-210987	王大明	0912-210987
趙小芳	女	25	學生	台北市板橋區	0912-543210	趙小芳	0912-543210
陳小強	男	65	退休	台北市信義區	0912-987654	陳小強	0912-987654

Source: 1/11/2020 Page 18

第一個挑戰-兵臨城下, 快速反應

DAMAGE CONTROL

- 數據精確與調整:** 最小化共同生活/活動
- 環境設置:** 大空間
- 資訊溝通:** 與所有護理人員
- 運動式調整:**

Source: 1/11/2020 Page 18

■ 重啟治療

- 直接接觸病人治療所使用的區域，於獲准治療結束後應徹底清潔消毒。
- 環境用物之高頻率接觸表面，增加清潔頻率為至少每二小時一次。
- 嚴格執行低與高之消毒空，使人員有足夠時間執行環境清潔。
- 教導病人落實居家環境清潔消毒，維持個人良好衛生；若狀況許可，讓病人抵達住家後立即沐浴更衣。
- 護理長增加環境清潔頻率，確保環境清潔消毒正確執行。
- 疫情期間，每天至少以500ppm漂白水或同等效力消毒劑拭擦地板及公共區域(含內含設備，例如電梯、高壓電機櫃等)。
- 直接接觸病人治療所使用的區域，於獲准治療結束後應徹底清潔消毒，環境用物消毒應採重複執行二次，中間應間隔半小時。
- 高頻率接觸表面，必須增加清潔頻率為至少每二小時一次，降低交互污染的風險。
- 教導病人落實居家環境清潔消毒，維持個人良好衛生。

■ 第二個挑戰 - 人性

CLINICAL STAFF ARE ALSO HUMAN

臨床醫護

對護理的疲憊感，專業護理師會減少，對疫情後生活感到無助，大家要有同理心，不要對立，一起肩負起國家責任，一旦社會復甦對立感，常規就難以控制，這是我們托大家，2020.04.19

安心防疫專案

安心防疫專案

安心防疫專案

■ 發生COVID-19確診個案處理流程 - 員工

隔離防疫旅館 居家隔離群組

措施

員工追蹤關懷 防疫保險訓練

防疫神單保平安

防疫神單保平安

■ 第三個挑戰 - 基本功

設有直達軒室之醫療機構
因應 COVID-19 個案管理指引

NON-PHARMACEUTICAL INTERVENTIONS (NPIs)

分類：

	YES	NO
封鎖管理，未經許可不得入內(包括諮詢)		
出入口一進一出，動線不交叉		
距離距離：人員互不交叉		
每人只能配戴藍帽		
每天進行消毒TOCC，別讓病毒傳染人		
其他？		

■ 門禁管理

TOCC管理

門禁管理

門禁管理

■ 第三個挑戰 - 基本功

NON-PHARMACEUTICAL INTERVENTIONS (NPIs)

病人安置

	YES	NO
單獨分病室		
隔離主要動線的區域(人員較少的角落區域)		
在相同區域和/或同一層面同一組病人安置守門		
門禁以區隔請求分類		

個人防護裝備

	YES	NO
標準型的防護裝備		
正確穿著防護裝備		
正確的卸除防護裝備		
PPE = 安心?		

■ 第三個挑戰 - 基本功

NON-PHARMACEUTICAL INTERVENTIONS (NPIs)

手部衛生

	YES	NO
正確的手部消毒		
正確的手部消毒		
正確的手部消毒		
正確的手部消毒		
消毒 ≠ 不用洗手		

養兵千日 用兵一時

■ 第三個挑戰 - 基本功

NON-PHARMACEUTICAL INTERVENTIONS (NPIs)

清潔與消毒

	YES	NO
接觸面的表面消毒清潔		
病人安置後徹底消毒(包括設備)		
採用設備的消毒消毒		
使用高效力(漂白)的消毒劑		
接觸作用時間足夠		
正確消毒程序(低消毒→再消毒)		
消毒設備的正確管理與使用		

附錄七、交流會議紀錄

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會議 111.09.21



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

第一次交流會會議紀錄

◎時 間：111年09月21日（星期三）晚上6點30分

◎地 點：高雄醫學院附設中和醫院 啟川大樓6樓第二會議室

視訊會議：<https://meet.google.com/afg-zcnj-xpo>

◎主持人：陳堯生

◎共同主持人：盧柏樑、黃尚志、張峰義、李佳蓉

◎協同主持人：張哲銘、詹明錦、洪靖慈、吳志仁、陳瑛瑛、吳家兆、姜至剛、王明誠、施智源、張明揚、湯宏仁

◎工作小組委員：蘇麗香、柯金美

◎與會委員：劉秋芬、陳綉惠、林佩兒、蔡孟勳、溫玉嬌、何玉瑛、魏美怡、廖秋香、謝智超、方淑真、梁嘉芬、胡梅茸、林士弼、李政學、楊宗錕、賴君嵐、范馨瓊、林威志、林芝仔、林慧菊、林靜怡、謝宛真、張燕娥、黃瓊珮、王宣惠、蔡衣玲、胡美惠、楊清評、張美智、黃芙蓉

◎請假：陳宜君、李原地、楊孟儒、鍾牧圻、張若絮、林慧姬、許育瑞、李國華、葉淑敏、黃瑞玲、曾國憲、莊惠倫、沈淑芬、鄭集鴻、黃惠暄、李柏蒼、黃玉瑩、葉時孟、簡玉惠、陳盈安、賴君嵐、許晉

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會議 111.09.21

榮、王玉如、周明賢、吳麗萍、陳煥升、何育菁、邱獻璋、王景
薇、陳文卿、杜興孟、王玉霞、蔡聰偉、李心渝

主席：陳焱生

紀錄：林莉婷

壹. 主持人致詞：盧柏樑院長、張哲銘祕書長 致詞

貳. 本次會議事項討論：

提案一：「血液透析輔導訪視表及自評表」資料內容彙整分析說明與交流。

說明：針對 48 家院所提供之「血液透析輔導訪視表及自評表」共分為六大項；

依據各項彙整並分析報告；若參與醫療院所填寫自評表過程有任何問題
歡迎提出共同探討。

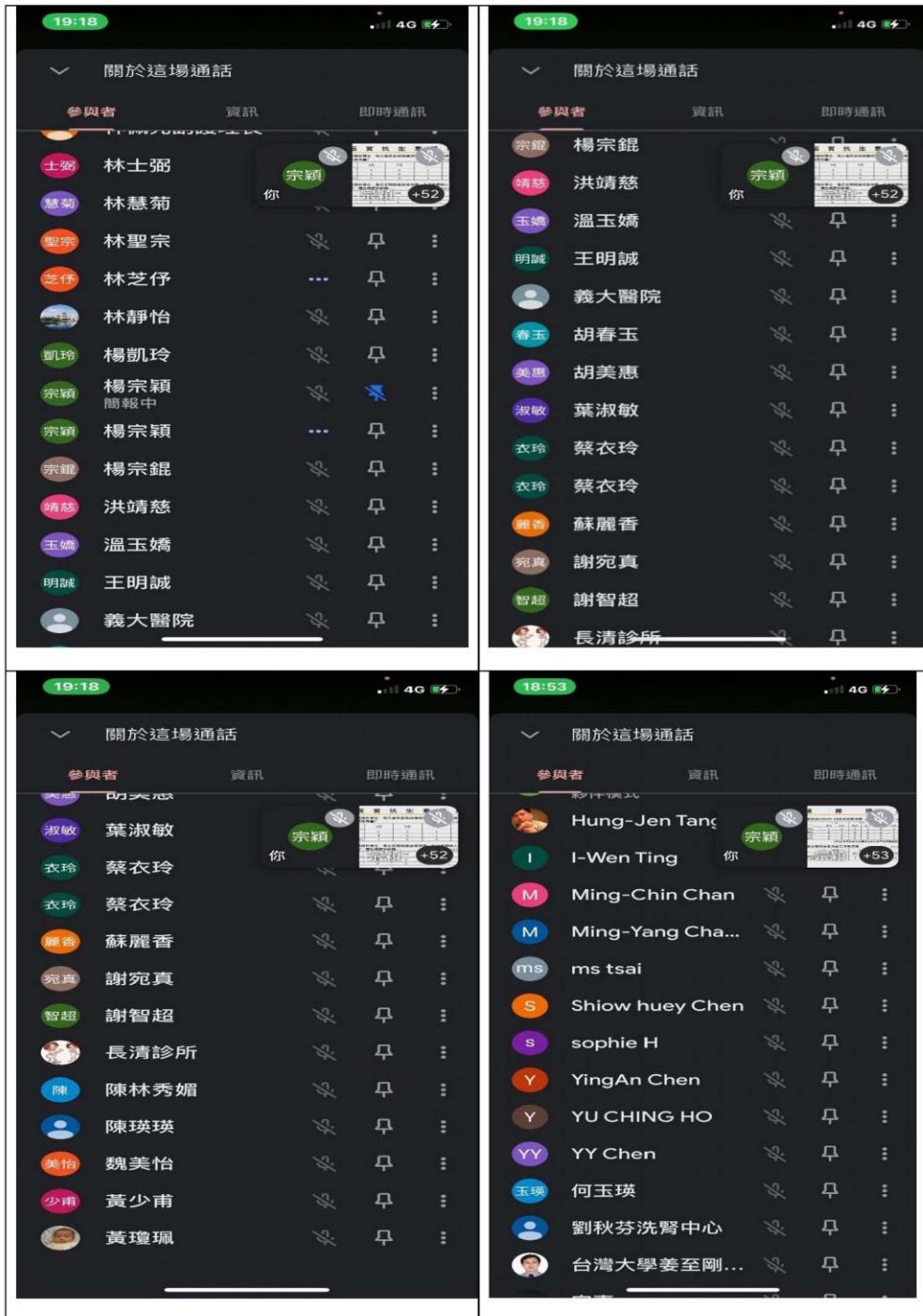
決議：

- 1.B 型肝炎、C 型肝炎通報件數及陽轉率需再確認，各家院所是否對書面自評表單認知有異，再請助理協助了解。
2. 抗生素管理機制，資料矛盾是否對題目有誤解。針對”醫院透析單位院方資訊室或藥學部等管理單位是否提供透析單位抗生素使用量”，確認回覆”否”的單位是否由人工執行、如何執行與執行依據。也希望單位盡可能透過資訊系統去統整，減少人工計算所消耗的時間。
3. 單位委員反應大多透析室人員對於透析室條文室清楚，但較不清楚感控條文，也較有填寫方面的困難點且希望能有感管師一同協助。
4. 自評表部分題目不直觀，填報時單選及複選也容易造成誤解，應再行討論修正。請助理協助有疑慮的院所再確認自評表回饋資料中的數據，以利釐清回饋的數據是否有因自評表題目不清楚造成誤解而誤填報。

- 5.導管血流感染的定義，題目描述易造成填寫時誤會，需討論是否再調整。
- 6.針對導管血流感染的判斷，一般基層單位也僅能做到初步評估導管處情形，對於細菌培養等流程相對不便且少執行，可再協調該項目是否需要進行分級評估。但若大家都在一樣的基準上，單位有監測好自己的導管相關血流感染才能做好相關管理。
- 7.工作人員定義，若以廣義來講有接觸個案都算為工作人員，即便是委外接送個案的司機一樣。
- 8.自評表資料若書審委員有疑問，可請助理協助與院所溝通，完成更完整的自評表資料以利評估。

參. 臨時動議：無

肆. 散 會：111 年 9 月 21 日 19 點 55 分。



會議照片：



簽到表：

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 第一次交流會會議簽到表

時間：111年09月21日 18:30

地點：高雄醫學院附設中和醫院 啟川大樓6樓 第二會議室

序號	職稱	姓名	簽到
1	計畫主持人	陳堃生	陳堃生
2	委員	盧柏樑	盧柏樑
3	委員	李佳蓉	李佳蓉
4	委員	張峰義	視訊
5	委員	黃尚志	請假
6	委員	詹明錦	請假
7	委員	張哲銘	張哲銘
8	委員	洪靖慈	視訊
9	委員	吳家兆	視訊
10	委員	姜至剛	視訊
11	委員	陳瑛瑛	視訊
12	委員	湯宏仁	視訊
13	委員	施智源	視訊
14	委員	陳宜君	請假
15	委員	鍾牧圻	請假
16	委員	張明揚	視訊
17	委員	吳志仁	視訊
18	委員	王明誠	視訊
19	委員	楊孟儒	請假
20	委員	李原地	請假
21	委員	蘇麗香	視訊
22	委員	柯金美	視訊

23	委員	張若絮	請假
24	委員	劉秋芬	視訊
25	委員	陳綉惠	視訊
26	委員	林慧姬	請假
27	委員	許育瑞	請假
28	委員	李國華	請假
29	委員	葉淑敏	請假
30	委員	林佩兒	視訊
31	委員	黃瑞玲	請假
32	委員	曾國憲	請假
33	委員	蔡孟勳	視訊
34	委員	沈淑芬	請假
35	委員	溫玉嬌	視訊
36	委員	何玉琪	視訊
37	委員	魏美怡	視訊
38	委員	廖秋香	視訊
39	委員	林威志	視訊
40	委員	黃惠暄	請假
41	委員	方淑真	視訊
42	委員	李柏蒼	請假
43	委員	黃玉瑩	請假
44	委員	梁嘉芬	視訊
45	委員	胡梅茸	胡梅茸
46	委員	林士弼	視訊
47	委員	李政學	視訊
48	委員	葉時孟	請假

49	委員	楊宗鋁	視訊
50	委員	簡玉惠	請假
51	委員	賴君嵐	視訊
52	委員	王玉如	請假
53	委員	吳麗萍	請假
54	委員	范馨瓊	視訊
55	委員	黃芙蓉	視訊
56	委員	林芝仔	視訊
57	委員	林慧菊	視訊
58	委員	林靜怡	視訊
59	委員	謝宛真	視訊
60	委員	何育菁	請假
61	委員	張燕娥	視訊
62	委員	黃瓊珮	視訊
63	委員	王景薇	請假
64	委員	王宣惠	視訊
65	委員	蔡衣玲	視訊
66	委員	胡美惠	視訊
67	委員	王玉霞	請假
68	委員	李心渝	請假
69	委員	張美智	視訊



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

第二次交流會會議暨書面結果審查討論會議記錄

◎時間：111年11月9日（星期三）晚上6點30分

◎地點：台北慈濟醫院5樓互愛會議室

視訊會議：<https://meet.google.com/uti-gqkv-hci>

◎主持人：陳堯生

◎共同主持人：盧柏樑、黃尚志、張峰義、李佳蓉

◎協同主持人：張哲銘、洪靖慈、吳志仁、陳瑛瑛、吳家兆、姜至剛、王明誠、施智源、張明揚、湯宏仁

◎工作小組委員：蘇麗香、柯金美

◎與會委員：劉秋芬、陳綉惠、黃瑞玲、溫玉嬌、何玉瑛、魏美怡、廖秋香、林威志、黃惠暄、謝智超、方淑真、李柏蒼、黃玉瑩、梁嘉芬、胡梅茸、林士弼、李政學、葉時孟、楊宗錕、簡玉惠、陳盈安、賴君嵐、許晉榮、王玉如、周明賢、吳麗萍、范馨瓊、尤鑽石、徐嘉雲、黃芙蓉、林芝仔、林慧菊、林靜怡、黃瓊珮、王景薇、王宣惠、蔡衣玲、陳文卿、胡美惠、黃敬碩、王玉霞、蔡聰偉、李心渝、楊清評、張美智

◎請假：張峰義、張哲銘、吳志仁、姜至剛、王明誠、施智源、張明揚、湯宏
仁、張若絮、林慧姬、許育瑞、李國華、葉淑敏、林佩兒、曾國
憲、蔡孟勳、莊惠倫、沈淑芬、鄭集鴻、謝宛真、陳煥升、何育
菁、邱獻璋、張燕娥、劉士維

主席：陳堯生

紀錄：林莉婷

壹. 主持人致詞：陳堯生副院長、詹明錦秘書長 致詞

貳. 本次會議事項討論：

提案一：「血液透析輔導訪視表及自評表」書面結果審查討論。

說明：針對 50 家院所提供之「血液透析輔導訪視表及自評表」共分為六大項；

依據委員審查書面查核表給予回饋建議。

決議：

- 1.院所意見回饋部分，流感疫苗施打須達成 80%尤其在疫情期間對於整個醫療環境是蠻重要的成分，較難刪除更動此項指標，盡量鼓勵同仁能夠施打疫苗。
- 2.比較去年 110 年及今年 111 年院所自己本身，項目的比較是否有差異進步；這是一個非常好的建議，由於今年尚未整理今昔院所資料比較，期望爾後可以分析結果與大家分享。

參. 臨時動議：1.關於評值內容內毒素檢測的頻率及使用標準，即使在醫療院所

差異性還是較大；委員回覆其實標準無太大問題，是差異性多久檢驗一次及檢驗項目為何，但還是會尊重透析單位的建議未來討論出一個共識。

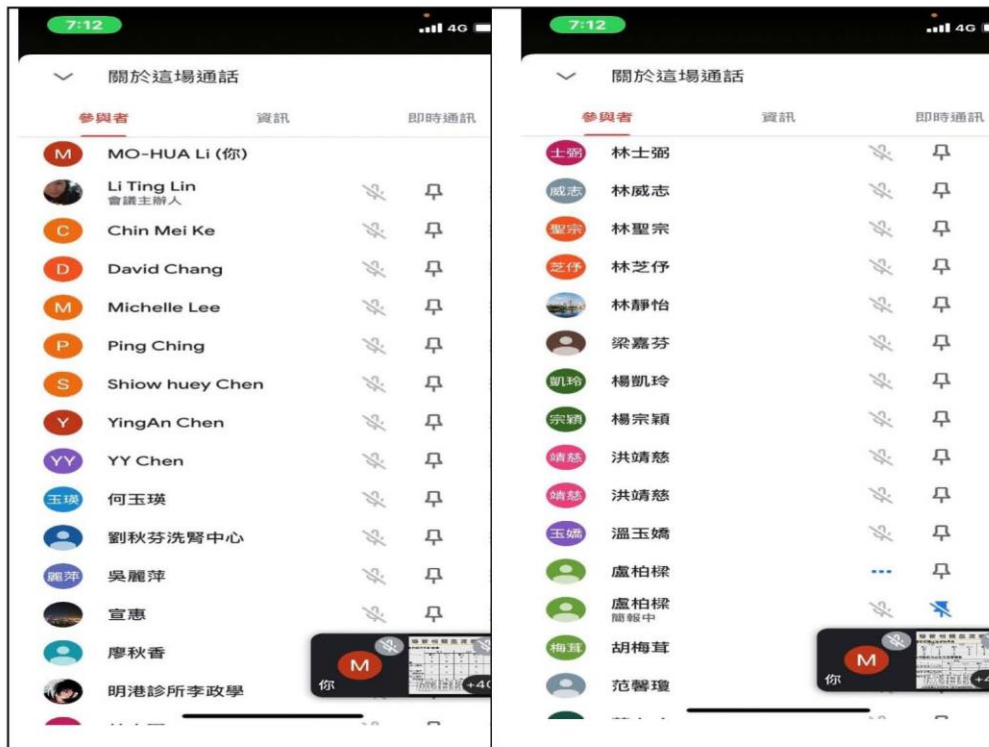
2.委員提問，計畫書書面審查查核表抬頭是否有誤，審查回覆中機構名稱有誤是哪個環節出問題，及評委給的回饋是符合及不符合，這樣日後不符合如何改善，如流感施打率不符合 80%但其實無法規強制執行。主持人回覆近幾年流感施打率其實蠻高的尤其在近幾年的疫情情況下，還是鼓勵盡量施打流感疫苗；機構名稱錯誤及評委回饋問題，由於不是實地訪視較難

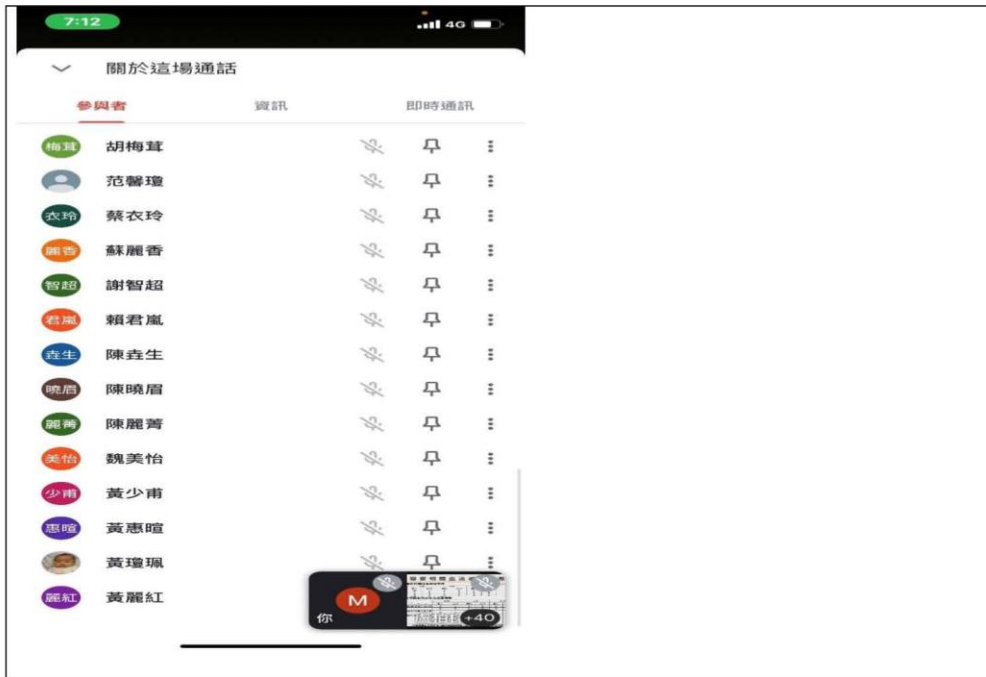
了解現場狀況只能依書面資料做為查核，可能因書面資料較無法有共識填答過程中有誤解，盡可能溝通方式解決或者明年執行實地訪查時解決此問題，計畫書書面審查查核表抬頭是否有誤，因擬定草稿時誤寫抬頭造成各位院所誤會非常抱歉。

肆. 散 會：111 年 11 月 09 日 19 點 40 分。

視訊會議紀錄影音：<https://meet.google.com/uti-gqkv-hci>

參與視訊委員及相關人員：





會議照片：



簽到表：

香港自來水供應局八事公署傳染病血液 會學傳管樂嘉聯合入園林 香港醫學會血液文二第 資助臨床傳染病 09:31 自 09:45 至 11:11：開和 道辦會室五 數記器醫監急急台：課教			
姓名	職別	職系	簽名
何國強	主任	入科主任	1
鄧偉豪	醫務主任	員委	2
鄧偉豪	醫務主任	員委	3
鄧偉豪	醫務主任	員委	4
鄧偉豪	醫務主任	員委	5
鄧偉豪	醫務主任	員委	6
鄧偉豪	醫務主任	員委	7
鄧偉豪	醫務主任	員委	8
鄧偉豪	醫務主任	員委	9
鄧偉豪	醫務主任	員委	10
鄧偉豪	醫務主任	員委	11
鄧偉豪	醫務主任	員委	12
鄧偉豪	醫務主任	員委	13
鄧偉豪	醫務主任	員委	14
鄧偉豪	醫務主任	員委	15
鄧偉豪	醫務主任	員委	16
鄧偉豪	醫務主任	員委	17
鄧偉豪	醫務主任	員委	18
鄧偉豪	醫務主任	員委	19
鄧偉豪	醫務主任	員委	20
鄧偉豪	醫務主任	員委	21
鄧偉豪	醫務主任	員委	22
鄧偉豪	醫務主任	員委	23
鄧偉豪	醫務主任	員委	24
鄧偉豪	醫務主任	員委	25
鄧偉豪	醫務主任	員委	26
鄧偉豪	醫務主任	員委	27
鄧偉豪	醫務主任	員委	28
鄧偉豪	醫務主任	員委	29
鄧偉豪	醫務主任	員委	30
鄧偉豪	醫務主任	員委	31
鄧偉豪	醫務主任	員委	32
鄧偉豪	醫務主任	員委	33
鄧偉豪	醫務主任	員委	34
鄧偉豪	醫務主任	員委	35
鄧偉豪	醫務主任	員委	36
鄧偉豪	醫務主任	員委	37
鄧偉豪	醫務主任	員委	38
鄧偉豪	醫務主任	員委	39
鄧偉豪	醫務主任	員委	40
鄧偉豪	醫務主任	員委	41
鄧偉豪	醫務主任	員委	42
鄧偉豪	醫務主任	員委	43
鄧偉豪	醫務主任	員委	44
鄧偉豪	醫務主任	員委	45
鄧偉豪	醫務主任	員委	46
鄧偉豪	醫務主任	員委	47
鄧偉豪	醫務主任	員委	48
鄧偉豪	醫務主任	員委	49
鄧偉豪	醫務主任	員委	50
鄧偉豪	醫務主任	員委	51
鄧偉豪	醫務主任	員委	52
鄧偉豪	醫務主任	員委	53
鄧偉豪	醫務主任	員委	54
鄧偉豪	醫務主任	員委	55
鄧偉豪	醫務主任	員委	56
鄧偉豪	醫務主任	員委	57
鄧偉豪	醫務主任	員委	58
鄧偉豪	醫務主任	員委	59
鄧偉豪	醫務主任	員委	60
鄧偉豪	醫務主任	員委	61
鄧偉豪	醫務主任	員委	62
鄧偉豪	醫務主任	員委	63
鄧偉豪	醫務主任	員委	64
鄧偉豪	醫務主任	員委	65
鄧偉豪	醫務主任	員委	66
鄧偉豪	醫務主任	員委	67
鄧偉豪	醫務主任	員委	68
鄧偉豪	醫務主任	員委	69
鄧偉豪	醫務主任	員委	70
鄧偉豪	醫務主任	員委	71
鄧偉豪	醫務主任	員委	72
鄧偉豪	醫務主任	員委	73
鄧偉豪	醫務主任	員委	74

23	委員	張若雲	
24	委員	劉秋芬	簽名
25	委員	陳瑞惠	
26	委員	林慧嫻	
27	委員	許育瑛	
28	委員	李國基	
29	委員	黃淑敏	
30	委員	林佩兒	
31	委員	雷瑞珍	簽名
32	委員	曾國憲	
33	委員	蔡孟勤	
34	委員	沈淑芬	
35	委員	溫玉嬌	簽名
36	委員	何玉琛	簽名
37	委員	魏美怡	簽名
38	委員	廖秋香	簽名
39	委員	黃卓禧	
40	委員	陳麗菁	簽名
41	委員	林成志	簽名
42	委員	黃惠儀	簽名
43	委員	謝智超	簽名
44	委員	李楠荃	
45	委員	黃玉榮	
46	委員	梁嘉芬	簽名
47	委員	胡梅華	簽名
48	委員	林士衡	簽名

49	委員	李瑞學	簽名
50	委員	梁明表	
51	委員	楊宗耀	
52	委員	劉玉惠	
53	委員	羅碧霞	簽名
54	委員	陳麗安	簽名
55	委員	王玉如	
56	委員	吳麗屏	簽名
57	委員	范華慶	簽名
58	委員	黃美蓉	
59	委員	林定行	簽名
60	委員	林慧蘭	簽名
61	委員	黃麗紅	簽名
62	委員	林聯怡	簽名
63	委員	阮碧蓮	
64	委員	謝麗真	
65	委員	何育菁	
66	委員	蔡燕儀	
67	委員	黃麗儀	簽名
68	委員	王雲旋	
69	委員	王宜忠	簽名
70	委員	蔡秋玲	簽名
71	委員	陳婉屏	簽名
72	委員	楊美惠	
73	委員	王玉霞	
74	委員	李心怡	

75	委員	楊清輝	
76	委員	張美智	簽名
77	委員	劉士傑	
78	委員		
79	委員		
80	委員		

附錄八、標竿學習會議


 國立陽明交通大學附設醫院
 National Sun Yat-sen University School of Medicine
血液透析標竿參訪
 報告者: 黃玉榮 護理長
 邱怡文 主任

 111.10.10

大綱

- 單位簡介
- 人員健康管理
- 感染管制措施
- 標準防護措施
- 抗生素管理
- 血流感染
- Covid-19 番外篇

單位簡介

- 血液透析室成立於1974年9月9日
- 血液透析室服務內容
 - 血液透析、緊急透析、血壓置換術、雙重血壓置換術、溶栓與血液灌流術等
- 血液透析服務範圍：門診、住院及加護單位
 - 一般透析床數：72床；急診透析床數：12床
 - 加護及特殊單位(11個): 15ESIA、15ESIB、15ENI、7ESI1、7ENI、11BI、11C、6CI、5PICU、2CI、RCC
- 門診常規透析時間
 - W1、3、5 上午、下午及夜間
 - W2、4、6 上午、下午及夜間

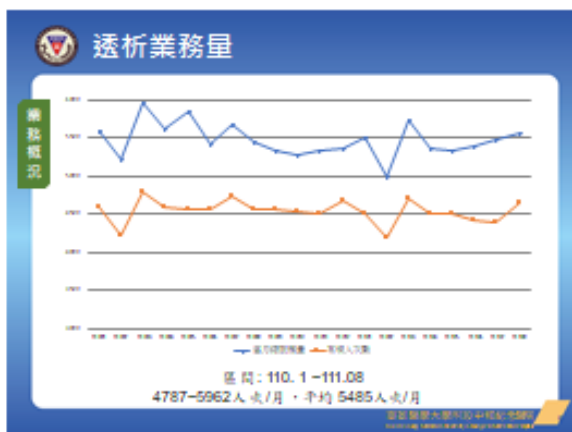
血液暨腹膜透析室團隊介紹

職稱	主任	透析室主治醫師	擔任該職稱	代訓醫師	合計
人數	1	10	3	2	15

職稱	護理長	血液透析護理師	腹膜透析護理師	CKD衛教護理師	合計
人數	1	47	4	5	57

護理人力配置
 血液透析常規區 1:4
 急重症區 1:3

門診常規透析時間
 W1、3、5 上午、下午及夜間
 W2、4、6 上午、下午及夜間



人員健康管理

建議依疾病管制署訂定之「醫療照護人員預防接種建議」：

1. 張貼衛教海報、教育訓練等，鼓勵工作人員完成預防接種
2. 瞭解工作人員疫苗接種情形，建議接種項目如下

流感疫苗
(Influenza)
(每年接種)

B型肝炎疫苗
(Hepatitis B vaccine)

麻疹、腮腺炎、德國麻疹疫苗
(Measles - Mumps - Rubella; MMR)

COVID-19 篇

COVID-19疫苗追蹤-員工自行查詢

高醫疫苗追蹤紀錄清單

疫苗種類	疫苗日期	疫苗廠牌	接種地點
第一劑	2022/5/12	Novartis	新傳成人及兒童醫學中心預防接種室
第二劑	2022/5/13	Novartis	新傳成人及兒童醫學中心預防接種室
第三劑	2022/5/28	Novartis	新傳成人及兒童醫學中心預防接種室
第四劑	2022/5/28	Novartis	新傳成人及兒童醫學中心預防接種室

COVID-19疫苗追蹤-單位主管查詢

高醫疫苗追蹤紀錄清單

姓名	職別	疫苗種類	疫苗日期	疫苗廠牌	接種地點
張三	醫師	Novartis	2022/5/12	Novartis	新傳成人及兒童醫學中心預防接種室
李四	護士	Novartis	2022/5/13	Novartis	新傳成人及兒童醫學中心預防接種室
王五	技師	Novartis	2022/5/28	Novartis	新傳成人及兒童醫學中心預防接種室

流感疫苗追蹤-單位主管查詢

高醫疫苗追蹤紀錄清單

姓名	職別	疫苗種類	疫苗日期	疫苗廠牌	接種地點
張三	醫師	Novartis	2022/5/12	Novartis	新傳成人及兒童醫學中心預防接種室
李四	護士	Novartis	2022/5/13	Novartis	新傳成人及兒童醫學中心預防接種室
王五	技師	Novartis	2022/5/28	Novartis	新傳成人及兒童醫學中心預防接種室

MMR疫苗追蹤

高醫疫苗追蹤紀錄清單

姓名	職別	疫苗種類	疫苗日期	疫苗廠牌	接種地點
張三	醫師	Novartis	2022/5/12	Novartis	新傳成人及兒童醫學中心預防接種室
李四	護士	Novartis	2022/5/13	Novartis	新傳成人及兒童醫學中心預防接種室
王五	技師	Novartis	2022/5/28	Novartis	新傳成人及兒童醫學中心預防接種室

感染管制措施-環境

設備項目	監測頻率/時機	試劑/量	監測單位
RO水/純水器	每月	RO機舌	工務室/感控室
KU RO水	每年	KU 水機出水口	感控室
移動式RO機	每2個月	RO出水口	造新室/感控室
造新水純潔器	新機使用前 暫停使用，無法消毒之故障機修復後	造新機入口端	造新室/感控室
內毒器	新機使用前 暫停使用，無法消毒之故障機修復後	造新機入口端	造新室/醫材室
重金屬	每年	RO機舌	工務室/委外

感染管制措施-環境

標準作業流程規範

- 1.1 目的
- 1.2 範圍
- 1.3 職責
- 1.4 程序
- 1.5 參考資料
- 1.6 修訂紀錄

異常數異常採取行動流程

```

graph TD
    A[發現異常數] --> B[確認異常數]
    B --> C[通知相關單位]
    C --> D[採取行動]
    D --> E[追蹤改善]
    
```


感染管制措施-環境

高醫醫學中心感染管制中心

環境管制系統

此系統用於監控醫院環境的清潔度，包括空氣品質、水質、以及消毒劑的使用情況。系統會自動記錄數據並生成報表，以便感染管制人員進行分析和採取措施。

感染管制措施-環境

利用資訊系統 - 即時回報設備
財令人員試用 - 確保病人安全

此系統允許醫護人員通過手機或平板電腦即時回報設備故障，如洗手池、消毒劑分配器等。系統會自動通知維修人員，並記錄報修時間和處理進度，以確保設備的正常運行，保障病人的安全。

隔離措施-血流傳染性肝炎病人實施床位區隔

每日按床位動態ABC觀察及回報

此系統用於管理醫院病房的床位，特別針對血流傳染性肝炎病人。系統會根據病人的病情和隔離要求，動態調整床位的分配和隔離措施。每日會按床位進行ABC觀察及回報，確保病人的安全。

隔離措施-每年監測病人肝炎情形，異常者有複檢

標準作業規範

常規監測項目

項目	說明
ALT	丙氨酸氨基轉移酶
AST	天門冬氨酸氨基轉移酶
ALP	鹼性磷酸酶
Gamma-GT	γ-谷氨酰轉氨酶
HBsAg	乙型肝炎表面抗原
Anti-HBc	乙型肝炎核心抗體
Anti-HBe	乙型肝炎e抗體
Anti-HBc IgG	乙型肝炎核心抗體IgG
Anti-HBc IgM	乙型肝炎核心抗體IgM
Anti-HBc IgA	乙型肝炎核心抗體IgA
Anti-HBc IgE	乙型肝炎核心抗體IgE
Anti-HBc IgG/IgM/IgA/IgE	乙型肝炎核心抗體IgG/IgM/IgA/IgE
Anti-HBc IgG/IgM/IgA/IgE (IgG/IgM/IgA/IgE)	乙型肝炎核心抗體IgG/IgM/IgA/IgE (IgG/IgM/IgA/IgE)

隔離措施-每年監測病人肝炎情形，異常者有複檢

轉陽處置

專人統整記錄

姓名	性別	年齡	病室	床號	轉陽日期	處理措施
張三	男	45	內科	101	2023-01-15	隔離、複檢
李四	女	32	外科	202	2023-02-01	隔離、複檢
王五	男	58	內科	303	2023-03-10	隔離、複檢
趙六	女	28	外科	404	2023-04-20	隔離、複檢
陳七	男	65	內科	505	2023-05-05	隔離、複檢
周八	女	40	外科	606	2023-06-15	隔離、複檢
吳九	男	35	內科	707	2023-07-25	隔離、複檢
孫十	女	50	外科	808	2023-08-10	隔離、複檢
鄭十一	男	42	內科	909	2023-09-20	隔離、複檢
馬十二	女	38	外科	1010	2023-10-05	隔離、複檢
朱十三	男	55	內科	1111	2023-11-15	隔離、複檢
徐十四	女	30	外科	1212	2023-12-01	隔離、複檢
黃十五	男	60	內科	1313	2024-01-10	隔離、複檢
林十六	女	48	外科	1414	2024-02-20	隔離、複檢
周十七	男	35	內科	1515	2024-03-05	隔離、複檢
吳十八	女	52	外科	1616	2024-04-15	隔離、複檢
孫十九	男	40	內科	1717	2024-05-25	隔離、複檢
馬二十	女	33	外科	1818	2024-06-10	隔離、複檢
朱二十一	男	62	內科	1919	2024-07-20	隔離、複檢
徐二十二	女	45	外科	2020	2024-08-05	隔離、複檢
黃二十三	男	58	內科	2121	2024-09-15	隔離、複檢
林二十四	女	37	外科	2222	2024-10-25	隔離、複檢
周二十五	男	68	內科	2323	2024-11-10	隔離、複檢
吳二十六	女	42	外科	2424	2024-12-20	隔離、複檢
孫二十七	男	30	內科	2525	2025-01-05	隔離、複檢
馬二十八	女	55	外科	2626	2025-02-15	隔離、複檢
朱二十九	男	43	內科	2727	2025-03-25	隔離、複檢
徐三十	女	60	外科	2828	2025-04-10	隔離、複檢
黃三十一	男	38	內科	2929	2025-05-20	隔離、複檢
林三十二	女	50	外科	3030	2025-06-05	隔離、複檢
周三十三	男	65	內科	3131	2025-07-15	隔離、複檢
吳三十四	女	47	外科	3232	2025-08-25	隔離、複檢
孫三十五	男	35	內科	3333	2025-09-10	隔離、複檢
馬三十六	女	53	外科	3434	2025-10-20	隔離、複檢
朱三十七	男	41	內科	3535	2025-11-05	隔離、複檢
徐三十八	女	62	外科	3636	2025-12-15	隔離、複檢
黃三十九	男	39	內科	3737	2026-01-25	隔離、複檢
林四十	女	51	外科	3838	2026-02-10	隔離、複檢
周三十一	男	66	內科	3939	2026-03-20	隔離、複檢
吳四十二	女	44	外科	4040	2026-04-05	隔離、複檢
孫四十三	男	32	內科	4141	2026-05-15	隔離、複檢
馬四十四	女	54	外科	4242	2026-06-25	隔離、複檢
朱四十五	男	42	內科	4343	2026-07-10	隔離、複檢
徐四十六	女	63	外科	4444	2026-08-20	隔離、複檢
黃四十七	男	40	內科	4545	2026-09-05	隔離、複檢
林四十八	女	52	外科	4646	2026-10-15	隔離、複檢
周三十九	男	67	內科	4747	2026-11-25	隔離、複檢
吳五十	女	46	外科	4848	2026-12-10	隔離、複檢
孫五十一	男	34	內科	4949	2027-01-20	隔離、複檢
馬五十二	女	56	外科	5050	2027-02-05	隔離、複檢
朱五十三	男	43	內科	5151	2027-03-15	隔離、複檢
徐五十四	女	64	外科	5252	2027-04-25	隔離、複檢
黃五十五	男	41	內科	5353	2027-05-10	隔離、複檢
林五十六	女	53	外科	5454	2027-06-20	隔離、複檢
周三十七	男	68	內科	5555	2027-07-05	隔離、複檢
吳五十八	女	47	外科	5656	2027-08-15	隔離、複檢
孫五十九	男	36	內科	5757	2027-09-25	隔離、複檢
馬六十	女	57	外科	5858	2027-10-10	隔離、複檢
朱六十一	男	44	內科	5959	2027-11-20	隔離、複檢
徐六十二	女	65	外科	6060	2027-12-05	隔離、複檢
黃六十三	男	42	內科	6161	2028-01-15	隔離、複檢
林六十四	女	54	外科	6262	2028-02-25	隔離、複檢
周三十五	男	69	內科	6363	2028-03-10	隔離、複檢
吳六十六	女	48	外科	6464	2028-04-20	隔離、複檢
孫六十七	男	37	內科	6565	2028-05-05	隔離、複檢
馬六十八	女	59	外科	6666	2028-06-15	隔離、複檢
朱六十九	男	45	內科	6767	2028-07-25	隔離、複檢
徐七十	女	66	外科	6868	2028-08-10	隔離、複檢
黃七十一	男	43	內科	6969	2028-09-20	隔離、複檢
林七十二	女	55	外科	7070	2028-10-05	隔離、複檢
周三十三	男	70	內科	7171	2028-11-15	隔離、複檢
吳七十四	女	49	外科	7272	2028-12-25	隔離、複檢
孫七十五	男	38	內科	7373	2029-01-10	隔離、複檢
馬七十六	女	60	外科	7474	2029-02-20	隔離、複檢
朱七十七	男	46	內科	7575	2029-03-05	隔離、複檢
徐七十八	女	67	外科	7676	2029-04-15	隔離、複檢
黃七十九	男	44	內科	7777	2029-05-25	隔離、複檢
林八十	女	56	外科	7878	2029-06-10	隔離、複檢
周三十一	男	71	內科	7979	2029-07-20	隔離、複檢
吳八十二	女	50	外科	8080	2029-08-05	隔離、複檢
孫八十三	男	39	內科	8181	2029-09-15	隔離、複檢
馬八十四	女	61	外科	8282	2029-10-25	隔離、複檢
朱八十五	男	47	內科	8383	2029-11-10	隔離、複檢
徐八十六	女	68	外科	8484	2029-12-20	隔離、複檢
黃八十七	男	45	內科	8585	2030-01-05	隔離、複檢
林八十八	女	57	外科	8686	2030-02-15	隔離、複檢
周三十九	男	72	內科	8787	2030-03-25	隔離、複檢
吳八十九	女	51	外科	8888	2030-04-10	隔離、複檢
孫九十	男	40	內科	8989	2030-05-20	隔離、複檢
馬九十一	女	62	外科	9090	2030-06-05	隔離、複檢
朱九十二	男	48	內科	9191	2030-07-15	隔離、複檢
徐九十三	女	69	外科	9292	2030-08-25	隔離、複檢
黃九十四	男	46	內科	9393	2030-09-10	隔離、複檢
林九十五	女	58	外科	9494	2030-10-20	隔離、複檢
周三十六	男	73	內科	9595	2030-11-05	隔離、複檢
吳九十六	女	52	外科	9696	2030-12-15	隔離、複檢
孫九十七	男	41	內科	9797	2031-01-25	隔離、複檢
馬九十八	女	63	外科	9898	2031-02-10	隔離、複檢
朱九十九	男	49	內科	9999	2031-03-20	隔離、複檢
徐一百	女	70	外科	10000	2031-04-05	隔離、複檢

抗生素使用管理機制

年份	2021	2022
Amoxicillin (AMOX)	0.80	0.80
Cloxacillin (CLOX)	0.20	0.20
Clarithromycin (CLA)	0.10	0.10
Clindamycin (CLI)	0.10	0.10
Doxycycline (DOX)	0.10	0.10
Erythromycin (ERY)	0.10	0.10
Flucloxacillin (FLU)	0.10	0.10
Levofloxacin (LEV)	0.10	0.10
Moxifloxacin (MOX)	0.10	0.10
Penicillin G (PEN)	0.10	0.10
Vancomycin (VAN)	0.10	0.10
其他 (Other)	0.10	0.10
總計 (Total)	1.40	1.40

DDD計算公式：
分子：住院患者每日口服/靜注抗生素用量 / DDD總量 (DDD defined daily dose)
分母：住院患者總人數

導管相關血流感染監測—以實證手法建立導管照護標準

緣起

- 重症中心導管感染不但可佔達到5-20%的導管相關感染，進而引發的死亡率更高達10-20% (吳·王, 2007)。
- 病人到照護過程**每個環節都非常重要**。
- 2011年美國疾病管制局 (CDC) 提出合式照護 (bundle care) 來預防導管相關血流感染。
- 手部清潔
- 位導管前的最大無菌區
- 以2% chlorhexidine gluconate (CHG) 消毒皮膚
- 選擇適當置入部位
- 儘早移除不必要之導管等

(O'Grady et al., 2011)

通用實證手法建立導管照護標準

- 本單位針對長期或短期護理給置靜脈導管的血液透析病人，會先以水性優潔消毒紗布覆蓋靜脈導管，再以水性優潔棉簽清潔導管出口處後，擦上血液透析器專用行透液，但優點消毒時間至少需2分鐘，藥效問下來，導管色素沉着外，還會有影響機器等問題。
- 使用2% chlorhexidine可有效減少醫療照護血流感染，且30秒內即爆發，劑量效果維持24-48hours (陳·陳, 2014)
- 使用2% chlorhexidine消毒血液透析導管是否亦能降低導管感染率?

當時的曾經

修訂後的現在

圖1 酒精棉的準備

圖2 將一塊4"x4"無菌紗布，浸泡於2%chlorhexidine 100cc中。

圖3 將一塊4"x4"浸泡2%chlorhexidine 酒精布，包裹靜脈導管出口處及敷料處，僅剩針孔(cannula)露出。

圖4 將含chlorhexidine酒精棉以旋轉方式以上述此法包裹敷料，並置於封閉以上靜脈導管出口A、B兩側處(消毒範圍約10公分)處，完成消毒。

修訂後的現在

圖5 酒精棉，靜脈導管 IV 帽。

圖6 再取第二塊2% chlorhexidine 酒精棉包裹靜脈 IV 帽處，分別覆於和洗 Chlorhexidine消毒處，靜置約15 秒，完成消毒。

圖7 以4"x4"無菌紗布包裹敷料靜脈導管出口處。

圖8 以2%chlorhexidine 酒精棉，包裹靜脈IV處，在內作旋轉消毒動作，消毒範圍約置於10公分。

修訂後的現在

圖9 將含酒精棉包裹靜脈IV處及敷料處，靜置消毒15秒。

圖10 以100cc酒精棉包裹靜脈導管出口處消毒。

圖11 以20ml 酒精棉包裹，測試旋轉。

圖12 以封閉 Topdura 敷料覆蓋靜脈導管出口處完成消毒。

持續導管相關血流感染監測

- 依據疾管署公告醫療照護相關感染監測定義-第二章血流感染
- 中心導管相關血流感染
以中心導管置入當日為前1天，病人在抽驗證實之血流感染(LCBI)的感染日期(DDI)當日，已使用中心導管或導管接續2個日期天，且在感染日期(DDI)當日或前1日，病人仍置留置中心導管。

醫療照護相關感染監測定義

Surveillance Definitions for Healthcare-Associated Infections

HAI

本院作法
除令代碼讓出病人轉院保險清單 - 提供感管中心或行中心導管相關血流感染感染評估→ 11001-11109 感染率0.02%

隔離措施-對於新興傳染病之整備、病人處置及應變計劃-COVID-19

國立陽明交通大學 陽明醫院 陽明分院 陽明新莊院區

陽明醫院 陽明分院 陽明新莊院區

陽明醫院 陽明分院 陽明新莊院區

陽明醫院 陽明分院 陽明新莊院區

透析室COVID-19防疫活動

預防武漢肺炎 (COVID-19) 防疫指南

防疫生活

透析室防疫

安排疫苗施打

安排防疫

HD CAPD

實際多元防疫衛教

透析室確診COVID-19貼心服務流程

阿表——我確診了!!

醫療事件

直營專線

設置獨立COVID-19 診治折疊窗，與原有透析室分離

透析室COVID-19疫苗施打率及感染率

疫苗施打率	總計	陽明醫院	陽明分院	陽明新莊院區
施打人數	3489	348	314	2827
未施打人數	219	14	205	113
施打率	79.44%	97.40%	75.17%	79.17%
總計	3708	362	329	3017
陽明醫院	92.24%	94.00%	93.15%	91.15%
陽明分院	92.24%	94.00%	93.15%	91.15%
陽明新莊院區	92.24%	94.00%	93.15%	91.15%
陽明醫院	92.24%	94.00%	93.15%	91.15%
陽明分院	92.24%	94.00%	93.15%	91.15%
陽明新莊院區	92.24%	94.00%	93.15%	91.15%
陽明醫院	92.24%	94.00%	93.15%	91.15%
陽明分院	92.24%	94.00%	93.15%	91.15%
陽明新莊院區	92.24%	94.00%	93.15%	91.15%

Covid-19 感染率

院區	總計	陽明醫院	陽明分院	陽明新莊院區
陽明醫院	0.02%	0.02%	0.02%	0.02%
陽明分院	0.02%	0.02%	0.02%	0.02%
陽明新莊院區	0.02%	0.02%	0.02%	0.02%

透析室COVID-19防疫學術發表

研究題目	發表期刊
新型冠狀病毒疾病(COVID-19)疫情對透析病人情緒困擾、生活品質及其相關性之探討	高雄護理雜誌
透析病人對於新型冠狀病毒疾病(COVID-19)防疫知識、態度和行為之成效評估	高雄護理雜誌
血液透析病人的外籍看護之防疫管理	北市醫學雜誌
探討新型冠狀病毒危機對透析護理人員事件衝擊及身心健康之相關	領導護理



汗如雨下的專責日子.....



高雄師範大學資訊中心紀念醫院

31



謝

謝

聆

聽

32



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

第一次標竿會議記錄

◎時 間：111 年 10 月 20 日（星期四）上午 9 點

◎地 點：高雄醫學院附設中和醫院 啟川大樓 6 樓 第一講堂

視訊會議：<https://meet.google.com/dve-tiad-dhj>

◎主持人：盧柏梁

◎與會委員：盧柏樑、李佳蓉、詹明錦、邱怡文、黃玉瑩、洪靖慈、吳家兆、陳瑛瑛、湯宏仁、施智源、吳志仁、王明誠、柯金美、劉秋芬、陳綉惠、林佩兒、蔡孟勳、溫玉嬌、何玉瑛、魏美怡、楊凱玲、廖秋香、黃惠暄、謝智超、梁嘉芬、胡梅茸、林士弼、葉時孟、吳麗萍、范馨瓊、黃芙蓉、林芝仔、林慧菊、張燕娥、黃瓊珮、王宣惠、蔡衣玲、胡美惠、王玉霞、黃敬碩、劉士維、李汝秀、王雅芳、彭得志、宋長霖、黃崇豪、陳俞瑋、林亞茲、許春瑩、李茱華。

◎請假：陳堃生、張峰義、黃尚志、姜至剛、陳宜君、鍾牧圻、張明揚、楊孟儒、李原地、蘇麗香、張若絮、林慧姬、許育瑞、李國華、葉淑敏、黃瑞玲、曾國憲、沈淑芬、林威志、李柏蒼、李政學、楊宗

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標竿學習會議 111.10.20

錕、簡玉惠、賴君嵐、王玉如、林靜怡、謝宛真、何育菁、王景
薇、李心渝、張美智

主席：陳焱生

紀錄：林莉婷

壹. 主持人致詞：盧柏樑院長 致詞

貳. 主講人：邱怡文主任、黃玉瑩護理長

參. 本次標竿學習參訪：

大綱：單位簡介、人員健康管理、感染管制措施、標準防護措施、抗生素管理、血流感染、Covid-19 番外篇

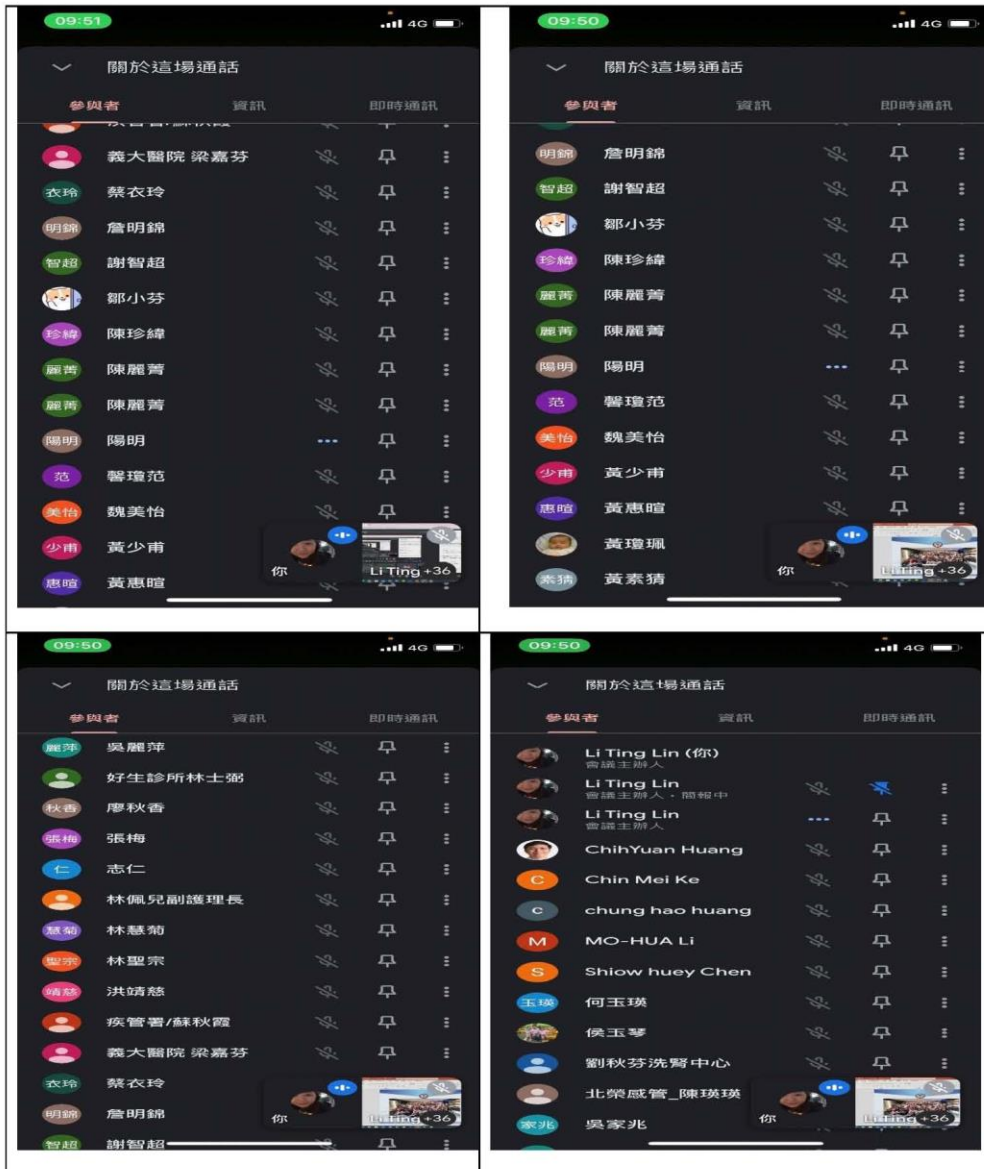
說明：由高雄醫學大學附設中和紀念醫院所提供之「血液透析標竿參訪」共分為七大項；依據各項主題報告；若參與醫療院所有任何問題歡迎提出共同探討。

肆. 散 會：111 年 10 月 20 日 10 點 30 分。

附件：高醫標竿會議簡報

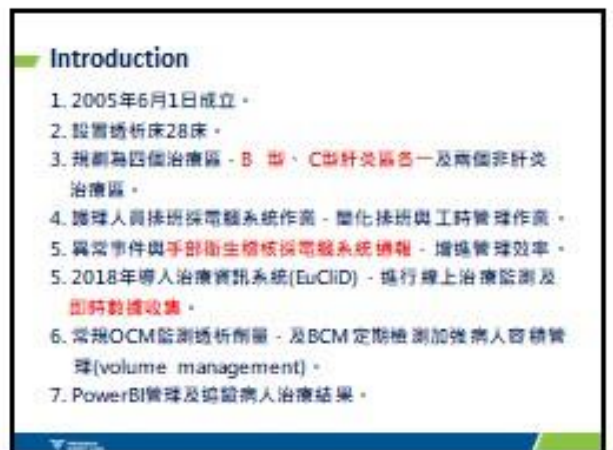
視訊會議紀錄影音：<https://meet.google.com/dve-tiad-dhj>

參與視訊委員及相關人員：



會議照片：





Patient Focus

- Above All, Do No Harm
- Treat the Whole Person
- Respect the Healing Power of the Patient
- Empower the Patient
- Emphasize Prevention
- Provide Culturally Competent Care



Healthcare Procedure



The management of Infection Prevention & Control

Standard Precaution

- Hand Hygiene 手部衛生
- Bare Below Elbow 手肘以下淨空
- Personal Protective Equipment 個人防護裝備
- Sharps Safe Use and Disposal 尖銳物安全使用與處置
- Aseptic Technique 無菌技術
- Environmental Cleaning 環境維護及清潔
- Share Equipment Management 共用設備管理
- Single Use Item and Vial 單次使用物品及藥物
- COVID Management

Hand Hygiene & IPC Link Nurse Training

Structure	Process	Outcome
		

Clinical staff, patients, and visitors must be encouraged to perform good hand hygiene to prevent transmission of infection.

Hand Hygiene and Standard Precaution

- 1 Before touching a patient
- 2 Before clean /aseptic procedure
- 3 After body fluid exposure risk
- 4 After touching a patient
- 5 After touching patient surrounding




防止由人員的手部傳播生物物或院內感染，是預防院內感染最簡單、最普遍且有效的方法

The management of Infection Prevention & Control

Standard Precaution

- Hand Hygiene 手部衛生
- Bare Below Elbow 手肘以下淨空
- Personal Protective Equipment 個人防護裝備
- Sharps Safe Use and Disposal 尖銳物安全使用與處置
- Aseptic Technique 無菌技術
- Environmental Cleaning 環境維護及清潔
- Share Equipment Management 共用設備管理
- Single Use Item and Vial 單次使用物品及藥物
- COVID Management

Bare Below Elbow

- 操作會以下類型
 - 手術下不得存在物體層
 - 沒有戴眼鏡
 - 沒有戴面罩
 - 短帶和短、沒有水晶短帶、人工短帶、短帶加
 - 新加坡地區 醫院藥劑 局和醫務人員提供 使用醫務設備
- 「**手肘以下淨空**」是一種減少傳染病傳播 目的在減少由病人接觸到他人暴露 部位的衣物可能發生的感染傳播。 關鍵要素在於：達到充分良好的 手肘以下淨空 以及 手肘以下淨空 的衣物 必須能防止血液和體液 的飛沫（亦是接觸傳染病的目標之一）。

The management of Infection Prevention & Control

Standard Precaution

- Hand Hygiene 手部衛生
- Bare Below Elbow 手肘以下淨空
- Personal Protective Equipment 個人防護裝備
- Sharps Safe Use and Disposal 尖銳物安全使用與處置
- Aseptic Technique 無菌技術
- Environmental Cleaning 環境維護及清潔
- Share Equipment Management 共用設備管理
- Single Use Item and Vial 單次使用物品及藥物
- COVID Management

Standard Precaution - PPE

- 手套(Gloves)
- 隔護衣或圍裙(Disposable plastic apron)
- 口罩(Mask)
- 面罩或護目鏡(Face Shields & Goggles)

The management of Infection Prevention & Control

Standard Precaution

- Hand Hygiene 手部衛生
- Bare Below Elbow 手肘以下淨空
- Personal Protective Equipment 個人防護裝備
- Sharps Safe Use and Disposal 尖銳物安全使用與處置
- Aseptic Technique 無菌技術
- Environmental Cleaning 環境維護及清潔
- Share Equipment Management 共用設備管理
- Single Use Item and Vial 單次使用物品及藥物
- COVID Management

Sharps Safe Use and Disposal

正當的針管管理
MANAGEMENT OF NEEDLESTICK INJURY

- 尖銳物容積管理與處理作用
- 不圖畫
- 針頭不置於工作區表面

The management of Infection Prevention & Control

Standard Precaution

- Hand Hygiene 手部衛生
- Bare Below Elbow 手肘以下淨空
- Personal Protective Equipment 個人防護裝備
- Sharps Safe Use and Disposal 尖銳物安全使用與處置
- Aseptic Technique 無菌技術
- Environmental Cleaning 環境維護及清潔
- Share Equipment Management 共用設備管理
- Single Use Item and Vial 單次使用物品及藥物
- COVID Management

Vascular Access Care

- Understanding of basic vascular anatomy.
- Understand principles of routine AVF/AVG monitoring.
- Review cannulation best practices.
- Provide vascular access training to clinical staff.
- Provide vascular access education to patients.



無菌技術

- 無菌技術能減少健康照顧相關感染的風險
- 無菌技術明確改善臨床人員執行程序的作業 - 以及減少感染的風險
- 所有的侵入性程序皆需要無菌技術
- 血液透析的侵入性程序:
 - 動靜脈接合/人工血管穿刺
 - 中央靜脈導管的換藥
 - 建立及中斷血液透析血液通路
 - 連接至血液透析機
 - 綁紮、皮下、肌肉給藥
 - 與血液透析機分離
 - 移除導管穿刺針



皮膚清潔

BEST PRACTICE

- 血液透析無菌技術一個很重要的組成就是皮膚消毒(清潔)。
- key site (準備要穿刺的位置) 應以 0.5% chlorhexidine 和 70% alcohol 棉片輕柔的來回擦拭。
- 消毒所需的總接觸時間為 30 秒，包括自然乾燥的時間；以確保達到足夠的消毒力。
- 消毒準備要穿刺的位置後，**絕對不能再碰觸。**



不接觸技術(Non-Touch Technique)

- 不接觸技術在無菌技術中是重要的一環。
- 已有研究顯示手部衛生標準未正確執行，即使有正確執行也無法完全去除所有的病原微生物；因此要達到無菌，不接觸技術至關重要。
- 不接觸技術係指臨床人員的雙手不接觸，因此不至於汙染 key parts & key sites；不要接觸是最安全的方法。

Key sites 包含任何不完整的皮膚，以及經過最接連的醫療裝置的插入或置入位置。

Key parts 是執行程序中所會使用到設備的清潔部分。



Do the right thing right

- 提供病人個人置物包及置物櫃
- 穿刺技術及固定方法標準化以確保病人安全



The management of Infection Prevention & Control

Standard Precaution

- Hand Hygiene 手部衛生
- Bare Below Elbow 手肘以下裸露
- Personal Protective Equipment 個人防護裝備
- Sharps, Safe Use and Disposal 尖銳物安全使用與處置
- Aseptic Technique 無菌技術
- Environmental Cleaning 環境清潔及消毒
- Share Equipment Management 共用設備管理
- Single Use Item and Vial 單次使用物品及藥物
- COVID Management

環境清潔



下列環境清潔或消毒工作計劃



三區快完部 - 使用中
次部中
部部中

傳染病人單位清潔

- 消毒
- 清潔/消毒
- 清潔/消毒
- 清潔/消毒
- 清潔/消毒
- 清潔/消毒

The management of Infection Prevention & Control

Standard Precaution


- Hand Hygiene 手部衛生
- Bare Below Elbow 手肘以下淨空
- Personal Protective Equipment 個人防護裝備
- Sharps Safe Use and Disposal 尖銳物安全使用與處置
- Aseptic Technique 無菌技術
- Environmental Cleaning 環境維護及清潔
- Share Equipment Management 共用設備管理
- Single Use Item and Vial 單次使用物品及藥物
- COVID Management


共用設備管理

- 專用單一病患使用的用物。
- 置於於專用可清潔的容器，並且於病患透析單位取出後，於返回容器前應予清潔。
- 例如：止血帶和膠帶
- 共用設備
 - 每次使用後，在歸回位置時應清潔消毒
 - 例如：磅秤式血壓計、自動機、遠紅外線燈



病人個人置物包(透析用物)





The management of Infection Prevention & Control

Standard Precaution

- Hand Hygiene 手部衛生
- Bare Below Elbow 手肘以下淨空
- Personal Protective Equipment 個人防護裝備
- Sharps Safe Use and Disposal 尖銳物安全使用與處置
- Aseptic Technique 無菌技術
- Environmental Cleaning 環境維護及清潔
- Share Equipment Management 共用設備管理
- Single Use Item and Vial 單次使用物品及藥物
- COVID Management

藥物及耗材

- 藥物
 - 在乾淨的專用區域準備藥物
 - 多次使用小藥瓶，不可攜帶至病患間使用
- 單次使用物品應於病患使用後丟棄，不可清潔並重複使用
 - 例如：針頭、手套、藥棉
- 未使用的耗材
 - 如果在病人開始治療後，從病人單位取出，不可再回存放處
 - 例如：未拆封的紗布
- 庫存管理
 - 耗材不落地
 - 拆封器材以有蓋容器收納
 - 紙箱不reuse
 - 乾濕分儲(wet storage vs. general storage)





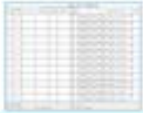

The management of Infection Prevention & Control

Standard Precaution

- Hand Hygiene 手部衛生
- Bare Below Elbow 手肘以下淨空
- Personal Protective Equipment 個人防護裝備
- Sharps Safe Use and Disposal 尖銳物安全使用與處置
- Aseptic Technique 無菌技術
- Environmental Cleaning 環境維護及清潔
- Share Equipment Management 共用設備管理
- Single Use Item and Vial 單次使用物品及藥物
- COVID Management

體溫監測

1. 交通車配備體溫槍 - 上車前確認體溫; 異常者回覆通報
2. 病人到院人治療區前再次測量體溫 - 詢問呼吸道症狀與TOCC
3. 疑似個案視需要執行快篩
4. 確診無症狀個案安排分組(紅區)分組(W2.4.6 PM)透析
5. 確診輕症個案協助病人就醫 - 獨立抗藥劑藥物
6. 訪賓與陪病者接待檯台體溫篩檢 - 詢問呼吸道症狀與TOCC
7. 紅區透析工作人員著全套防護裝備 (雙層隔離衣、N95口罩、手套及護目鏡)



Covid-19環境清潔消毒



- 1. 使用1:50 1000ppm的漂白水清潔單位
- 2. 消毒範圍包含床、檯面、醫療櫃、地板、所有病人經過的走廊及電梯
- 3. 清潔過後靜置一小時隔日一早再由清潔人員負責擦拭後再讓水

附註:

- (1) 漂白水需由水質檢驗合格的專業廠家採購
- (2) 藥劑請在病人與中醫之監空區內
- (3) 製成1:50的漂白水
- (4) 額外的人力與工具

監測與稽核

定期稽核項目：
 手動審核
 平時以下內容
 個人防護裝備
 尖酸物件使用適當
 手動審核作業
 無菌作業

Incident Report

- 教學部有註冊課程
- 1. 發現
- 2. 立即報告並填寫事件/不良事件報告表
- 3. 舉發相關事實
- 4. 初步評估和訂定優先順序
- 5. 分析 - 調查 / 討論
- 6. 行動 - 建議和行動計劃管理
- 7. 跟進
- 8. 全系統定期檢討

面對它
接受它
處理它
放下它



參與ACHSI國際認證

From 2018 now

Infection Prevention and Control are all about teamwork!



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

第二次標竿會議記錄

◎時 間：111年11月07日（星期一）下午2點

◎地 點：和泰內科診所(台北市大同區南京西路406號8樓)

◎主 講 人：吳麗萍

◎與會委員：范馨瓊、胡梅茸、黃玉娟。

◎請假：陳堯生、張峰義、黃尚志、姜至剛、盧柏樑、李佳蓉、詹明錦、陳宜君、鍾牧圻、張明揚、楊孟儒、李原地、蘇麗香、張若絮、林慧姬、許育瑞、李國華、葉淑敏、黃玉瑩、洪靖慈、黃芙蓉、林芝仔、林慧菊、張燕娥、黃瓊珮、王宣惠、蔡衣玲、胡美惠、王玉霞、黃敬碩、劉士維、吳家兆、陳瑛瑛、湯宏仁、施智源、吳志仁、王明誠、柯金美、劉秋芬、陳綉惠、林佩兒、蔡孟勳、溫玉嬌、何玉瑛、魏美怡、楊凱玲、廖秋香、黃惠暄、謝智超、梁嘉芬、林士弼、葉時孟、黃瑞玲、曾國憲、沈淑芬、林威志、李柏蒼、李政學、楊宗錕、簡玉惠、賴君嵐、王玉如、林靜怡、謝宛真、何育菁、王景薇、李心渝、張美智

主席：陳堯生

紀錄：林莉婷

壹. 主持人致詞：吳麗萍致詞

貳. 主講人：吳麗萍護理長

參. 本次標竿學習參訪：

大綱：單位簡介、感染管制系統介紹、現場參觀、問題與討論

說明：由和泰內科診所提供之「血液透析標竿參訪」共分為四大項；依據各項

主題報告；若參與醫療院所任何問題歡迎提出共同探討。

探討：COVID-19 環境清潔消毒，委員建議可參考使用二氧化氯替代漂白水清消噴灑環境，減少醫療同仁潛在吸入與中毒職安風險

肆. 散會：111 年 11 月 07 日 15 點 30 分。

附件：和泰內科診所標竿會議簡報

參與委員及相關人員：

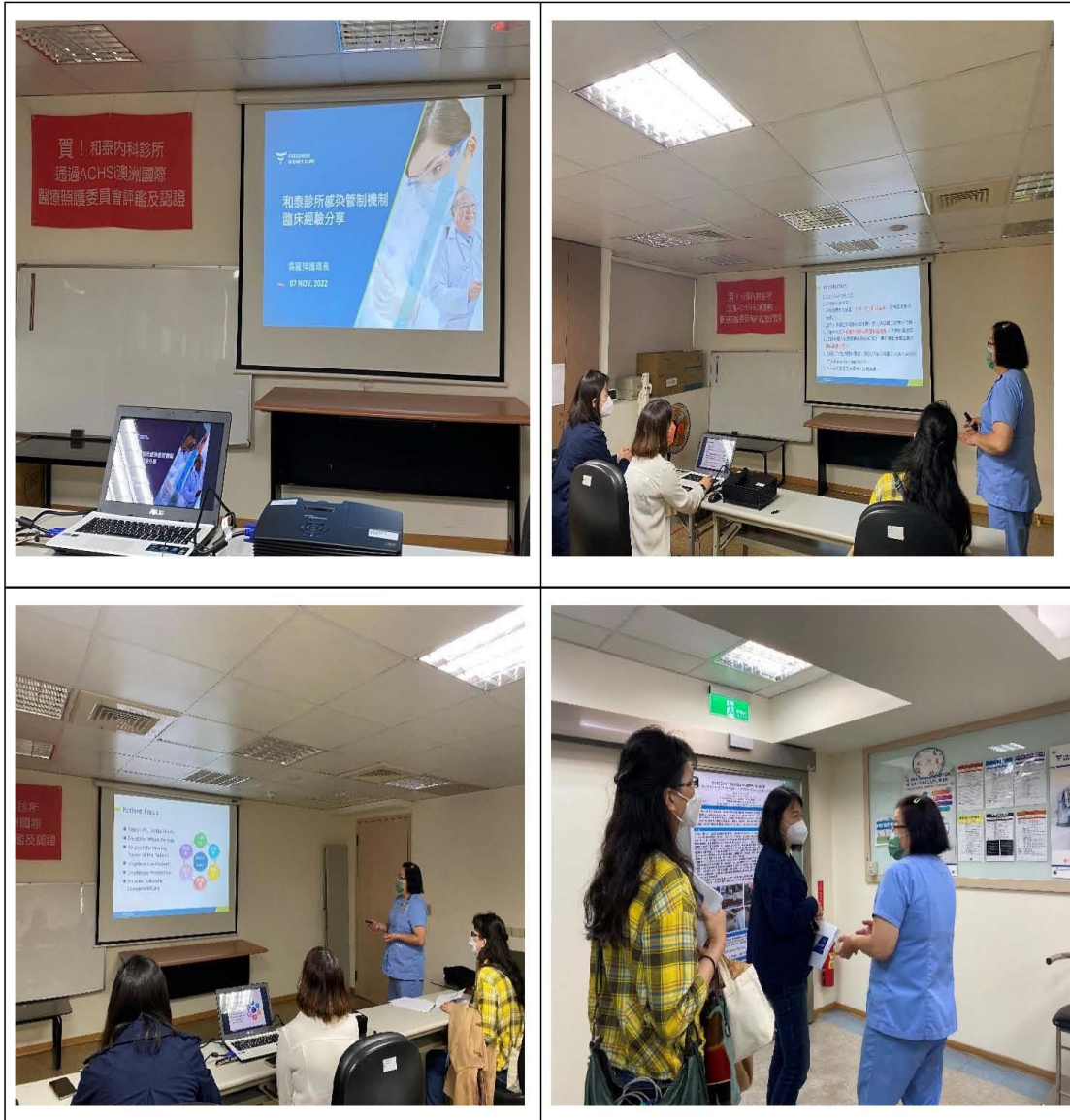
社團法人台灣感染管制學會 血液透析單位導入感染管制自我評核機制先驅研究 第二次標竿會議簽到表

時間：111年11月07日 14:00

地點：和泰內科診所（台北市大同區南京西路406號8樓）

序號	職稱	姓名	簽到
1	委員	胡福業	胡福業
2	委員	甘馨瑋	甘馨瑋
3	委員	吳玉娟	吳玉娟
4	委員	吳玉娟	吳玉娟
5	委員		
6	委員		
7	委員		
8	委員		
9	委員		
10	委員		
11	委員		
12	委員		
13	委員		
14	委員		
15	委員		
16	委員		
17	委員		
18	委員		
19	委員		
20	委員		
21	委員		
22	委員		

會議照片：



九、政府研究計畫(期末報告)摘要資料表(GRB)

政府研究計畫 (期末報告) 摘要資料表 (GRB)

系統編號	PG11101-0170				
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	MOHW111-CDC-C-114-123108				
執行單位	社團法人台灣感染管制學會				
本期經費(單位:千元)	2095				
本期經費來源	衛生福利部疾病管制署				
年度	111	本期期間	11101 - 11112		
執行進度		預定進度%	實際進度%	超前%	落後%
	當年	100	100	0	0
	全程	66	66	0	0
經費支用		預定支用經費 (單位:千元)	實際支用經費 (單位:千元)	支用比率%	
	當年	2095	2095	100%	
	全程	8690	5090	59%	
研究人員	中文姓名	英文姓名			
	陳堯生	CHEN, YAO-SHENG			
	張峰義	CHANG, FENG-I			
	盧柏樑	LU, PO-LIANG			
	李佳蓉	LI, JIA-JUNG			
	黃尚志	HUANG, SHANG-CHIH			
	施智源	SHIH, CHIH-YUAN			
報告頁數		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					

臺灣每年透析人數約6-7萬人，以95年人口進行年齡標準化統計，每百萬人口透析人數95年為372.2人，101年為381.9人，年成長率為0.43%，增加幅度小，且未滿65歲病人的發生數已由4,652人降為4,275人呈現下降趨勢，足見我國慢性腎臟病防治已具成效。

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。

為提昇台灣透析醫療品質，台灣腎臟醫學會於民國75年接受衛生署委託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。而台灣感染管制學會長期參與感染管制查核，具感染管制專業，並具有行政協調與作業能力。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，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，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。

計 畫 英 文 摘 要

In Taiwan, there are 60000 to 70000 cases receiving hemodialysis annually. In 2006, the Agestandardized prevalence rate is 372.2/million population. The rate was 381.9/million in 2012. Annual growth rate of HD cases was 0.43%. Besides, The hemodialysis cases being aged less than 65 years old decreased from 4652 to 4275 cases. The above indicated the success outcome in the prevention of chronic kidney diseases.

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.

With the advances in personal protection equipment, environment cleanness, and Ro water system, the hemodialysis cases' mortality, admission days and medical cost decreased. It revealed infection control an important issue in healthcare units. It can play important role to implement and monitor the infection control measures by hemodialysis units to avoid the blood borne infections. Through the development of standard operation procedure, assurance of healthcare professionals' health status, environment cleanness, and Ro water system, the mortality, hospital days and edical cost.

For the quality of hemodialysis in Taiwan, Taiwan Society of Nephrology (TSN) started to design accreditation for hemodialysis units under the supervision of Department of Health, Taiwan in 1986, started the accreditation process in 1994. In 1994, the accreditation was performed by TSN itself. In 2006, the accreditation focused on patient-centered service with cooperation with Taiwan Joint Commission. In 2009, Nosocomial Infection Control Audit started to audit the infection control in hemodialysis units. The continuing evolution of accreditation and audit aimed to avoid medical events. Infection Control Society of Taiwany (ICST) participated in all infection control monitor and audit for a long time with a good credit in professionalism, administration and communication capability. The project is going to be underwent with the cooperation of TSN and TNICS to design a framework for hemodialysis units to improve the infection control measures and monitor. With the cooperation of the professional personnels 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 with the evidenced based guidelines, we are going to developed our quality system, to promote the measures in Taiwan. And our publication may provide reference to Taiwan and the World.

新增日期：2022/11/14 確認日期： / / 最新修改日期：2022/12/14

國研院科技政策中心製表／印製日期：2022/12/14

十、111年度1月至12月經費支用情形

項目	本年度核定金額	支用狀況
人事費	696,213	計畫主持人費用、工讀生臨時工費、計畫專任助理合計 696,213 元
業務費	1,177,687	合計 1,177,687
委員出席費	381,600	召開專家小組會議、交流會會議、說明會會議、標竿學習會議合計 381,600
講師鐘點費	32,000	說明會講師費合計 32,000 元
國內旅費	404,000	專家小組會議、交流會會議、標竿學習會議合計 404,000 元
餐費	19,600	專家小組會議、交流會會議合計 19,600 元
委員書面審查費	81,000	合計 81,000 元
文具紙張	10,000	合計 10,000 元
郵電	12,000	合計 12,000 元
印刷費	46,000	合計 46,000 元
租金	60,000	合計 60,000 元
筆電租借費	90,000	合計 90,000 元
雜支	41,487	合計 41,487 元
管理費	221,500	管理費支用合計 221,500 元
總計	2,095,400	計畫支用合計 2,095,400 元

112 年委託科技研究期末報告審查意見回覆表

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：陳焄生 教授

填表日期：111 年 11 月 30 日

*修正處在報告中加底線標示

序號	審查意見	辦理情形說明	修正處頁碼
1	本計畫因台灣感染管制學會基於 COVID-19 疫情不確定性，為避免實地訪視造成參與醫療院所負擔及人員群聚之風險，並考量計畫執行時效等因素，於 8 月 8 日完成變更計畫之工作項目執行方式及期程變更，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。惟建議於期末報告中增列變更計畫之執行方式及期程等相關說明。	謝謝委員的肯定，因疫情因素變更執行項目及活動經費；原由實地訪查變更為採書面審查方式進行辦理，並修正召開交流會時間等。	P.23、P.28 - P.33
2	期末報告材料與方法部分 (P.21-24)，工作重點項目所列之欲達成之量化目標，為計畫書原規劃之預定執行進度，建議以本年度實際執行狀況逐項說明達成情形。	謝謝委員建議，已將工作重點所列之欲達成之量化目標完成修正。	P.21-P.26
3	<p>期末報告結果部分：</p> <p>1. 自我評核機制(P.31)</p> <p>(1) 對基層透析單位之實務現況調查很有價值，可供後續政策訂定之依據。</p> <p>(2) 輔導項目 6 血流感染監測的部分建議可考慮使用美國國家醫療保健安全網 (NHSN) 「Dialysis Event Surveillance Protocol」中的「Event Type」，如：陽性培養或管路植入處之紅腫化膿。</p> <p>(3) B、C 肝炎陽轉率是否有考慮過參考中央健康保險署全民健康保險門診透析服務品質提升獎勵計畫中的指標：a. 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%。</p> <p>2b. 平均每月透析病人數 50 人(含)以下之院所：受檢率 ≥90% 且轉陽率</p>	謝謝委員很有建設性的建議，建議事項會將依程序於明年度計畫中經專家委員會議討論後，再確定修正方案。	-

	<p>≤3.5%。</p> <p>(4) 自評表彙整統計表中，部分自評項目有呈現結果資料，如：疫苗施打率或B、C肝檢驗頻率；但有些自評項目未呈現結果數據，如：陽轉率的資料(只有陽轉通報件數，無法計算陽轉率)、抗生素的耗用量密度 DID、血流感染件數等；若有相關資料分析結果，建議於期末報告補充或於明年度的計畫中調整呈現。</p> <p>(5) 建議明年度由社團法人台灣感染管制學會及台灣腎臟醫學會共同討論修訂自評內容，如：是否保留抗生素部分、血流感染監測定義、疫苗評估方法(如：鼓勵接種方式或接種率)、多劑量藥物是否有要求改為單包裝及B、C肝測試頻率達成情形等。</p>		
4	<p>2. 書面審查參與醫院及診所(P.32)：請補充 111 年工作項目「辦理書面審查作業」、「召開審查共識會議」、「安排專家進行書面審查資料」及「召開審查結果討論會議並紀錄備查」辦理情形，另建議將書面審查結果及委員意見彙整，以作為後續擬定輔導方針之參考。</p>	<p>已將補充說明書面審查相關事項及委員所提供之建議。</p>	<p>P.44 – P.47</p>
5	<p>3. 交流會議(P.33)：</p> <p>(1) 2 次交流會議平均出席率 53 %，建議明年度應提升出席率。另請補充第 2 次交流會議紀錄，以及計畫參與醫院個別出席人員及出席率等資料。</p> <p>(2) 建議教材內容難易度宜適中。</p>	<p>已補充 P.49 頁各家醫院出席率等資料，並會鼓勵明年度各院所參與率</p>	<p>P.49-P.50</p>
6	<p>4. 標竿學習會議(P.34)：</p> <p>(1) 請更正第 2 次標竿學習會議紀錄日期(P.312)，建議補充計畫參與醫院個別出席人員及出席率等資料。</p> <p>(2) 2 次標竿學習會議紀錄僅有大綱、探討等項目，請補充會議決議事項及與會人員提問等內容。另建議補充標竿學習會議課程內容、Q&A 彙整及分析等</p>	<p>已修正 P328 圖表(原為 P.312 頁)，標竿學習會議紀錄日期，補充 P.53 標竿學習等內文及 P.310-P.331 會議課程內容</p>	<p>P.335、 P.53、 P.310- P.331</p>

7	5. 經由今年成果顯示參與計畫醫療院所仍需改善措施，包括：B、C 肝每年追蹤率、落實分區及疫苗相關措施等。	多數診所皆已完成每年追蹤 B.C 肝追蹤率；且也落實分區固定機台等措施；將持續推動鼓勵疫苗相關措施。	—
8	(四) 期末報告重要研究成果及具體建議部分，針對於各醫療院所回饋自評表所發現問題，請補充具體政策建議。	針對各家所發現問題，由委員提供建議以回饋給各院所，以利明年計畫執行能看見有效改善成果	P.55
9	(五) 期末報告漏列「111 年度經費支用情形」，請補充支用項目、金額及使用狀況。	已 111 年度 1-11 月使用之費情形	P.334