

計畫編號：MOHW108CDC-C-114-122115

衛生福利部疾病管制署 108 年委託科技研究計畫

計畫名稱：建立牙科感染管制作業自我評核機制
(第二年)

研究報告

執行機構：臺北醫學大學口腔醫學院

計畫主持人：鄭信忠

協同主持人：陳立昇、李垣樟、黃茂栓

研究人員：林美良、吳家佑、沈明輝

執行期間：108 年 1 月 1 日至 108 年 12 月 31 日

本研究報告僅供參考，不代表本署意見，如對外研究成果應事先徵求本署同意

108 年委託科技研究計畫書審查意見回復表

計畫名稱：建立牙科感染管制作業自我評核機制計畫

計畫主持人：鄭信忠

填表日期：108/12/11

*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	本計畫所設計之「牙科感染管制自我查檢表單及查檢方法」與辦理之標竿學習活動成效、教育訓練課程內容、數位學習課程與實地訪查結果及查核常見之缺失樣態，皆可提供疾病管制署參考。同時也建議將實地訪查結果及查核常見之缺失樣態回饋給全國牙醫院所。	有關缺失已在書寫在報告中，也分別告知參與的牙醫機構。未來會寫學術文章在牙醫界雜誌或做學術演講時，適時將本計畫實地訪查結果及查核常見之缺失樣態，回饋給全國牙醫院所。	
2	本計畫建置完成之「牙科感染管制自我查檢表單及查檢方法」可提供牙醫院所自主查檢感染管制措施執行情形，同時建議可將「疫苗接種」納入「牙科感染管制自我查檢表單」員工保健項目中。	會依建議新增。	
3	建立牙醫感染管制的認知文化，讓所有牙醫師能有共識，如：加強牙醫院所醫療環境清潔之要求和自我保護的觀念，個人防護裝備之	已於規劃及政策建議中提出說明。	P.55

	<p>使用等。建議可將牙醫感染管制的教育融入牙醫學生的教育，同時把病人安全議題(包含感染管制)納入牙醫師繼續教育訓練課程中。計畫錄製完成之牙科感染管制數位學習課程，可有助於牙醫醫療照護人員之感染管制學習便利性，提升其感染管制之知能。</p>		
4	<p>本計畫邀集牙醫專科醫師及感染管制專家共同組成專家團隊推行本計畫，專業度完整。因此，透過執行此計畫希望能推動牙醫院所感染管制工作之提升及持續精進。計畫結束後，應對整個未來牙醫感染管制系統的建立(包含政府、專業學協會團體、醫院院所)提出具體且可行的建議。</p>	<p>建議已在報告中提出，至於提出整個「未來牙醫感染管制系統的建立」之權限不在研究者，我們會盡量提供研究結果資訊給相關政府機構或牙醫全聯會，作為推廣參考。</p>	
5	<p>期末成果報告書運用表格列舉計畫研究重點、契約計畫書內容及執行情形，有助於清楚呈現計畫執行結果。</p>		
6	<ol style="list-style-type: none"> 1. 第 1 章前言：第 3 節所列之研究目標，性質較屬工作項目，建議可再調整。 2. 第 2 章材料方法：補充說明第 2 節本年度邀請之專家學者人數及第 1 年與第 2 年會議出席率改善情形。 	<p>已調整</p> <p>已於第 4 章討論第 1 節說明。</p>	P.44

	<p>3. 第 3 章研究結果：</p> <p>(1) 第 1 節所列之項目，性質較屬工作項目，建議調整。</p> <p>(2) 第 2 節與第 3 節之項目，性質較屬計畫方式，建議調整。</p> <p>(3) 第 6 節標竿學習成果，建議補充說明學員參與率。</p> <p>(4) 第 7 節「牙科感染管制實地輔導訪視」，可再補充量化說明實地輔導訪視結果，如：整體基準達成率中 108 年與 107 年的查核結果比較，達成率提升的數值為何等。</p> <p>(5) 第 8 節「交流會議結果」請補充具體及量化彙整說明參與計畫醫療院所回饋對本計畫之自我評核機制的建議。</p> <p>(6) 第 9 節「成果發表會」請補充計畫醫院參與情形，如出席率等。</p> <p>(7) 第 10 節「牙科感染管制論壇」請於修正後之期末成果報書面資料中，具體說明針對自我評核機制如何與外部稽核或現有考核制度相結合，提出政</p>	<p>已調整。</p> <p>已調整。</p> <p>於第 4 章討論第 4 節一併說明。</p> <p>已補充。</p> <p>已補充。</p> <p>已補充。</p>	<p>P.50</p> <p>P.47</p> <p>P.33</p> <p>p.35</p> <p>p.37</p>
--	--	---	---

	<p>策建議。</p> <p>(8) 本章節次順序誤植： 第 4 節跳第 6 節、「建立獎勵機制及鼓勵醫療院所參與方案」與「成果發表會」都列為第 9 節，請調整。</p> <p>4. 第 4 章討論：</p> <p>(1) 第 1 節針對專案小組出席率進行討論，卻未有明確及具體量化數據，建議應補充闡述。</p> <p>(2) 第 2 節牙科感染管制自我查檢表設計之討論：「經過輔訪結果的數據，C-B-A 三項成績有明顯差別，顯示本查檢表具高鑑別度…」等描述，卻未於研究結果內容具體描述有關牙科感染管制實地輔導訪視之各項評分項目與成績的明顯差別結果，故難以瞭解所陳之前項文字依據為何。</p> <p>(3) 第 4 節教育訓練課程及標竿學習課程討論：建議就課程與標竿學習活動之參與情形提供量化數據，如滿意度、出席率等。</p> <p>5. 第 5 章結論：建議就計畫執行結果或應完成項目提出重點式的結論。</p>	<p>已調整。</p> <p>已補充。</p> <p>已增加表格。</p> <p>已修改。</p> <p>已修改。</p>	<p>p.50</p> <p>p.45</p> <p>p.50</p> <p>p.52</p> <p>p.65</p>
--	--	---	---

	<p>6. 第 8 章表次：</p> <p>(1) 無表一，請補充或修正。</p> <p>(2) 表二：建議補充增列參與計畫的年度，以瞭解計畫參與牙醫院所之參與情形。</p> <p>7. 第 9 章附錄：</p> <p>(1) 附錄 2 內容項次排序誤植，且內容與附錄 1 部分雷同，請修正。</p> <p>(2) 附錄 16 缺內容、附錄 17 誤植且標題缺字，請修正。</p> <p>(3) 附錄 19 及 20 與 21，建議以附冊方式呈現。數位課程簡報檔，請提供全部投影片簡報內容。</p>	<p>已修正。</p> <p>已修正。</p> <p>已修正。</p> <p>已修正。</p>	<p>p.67</p> <p>p.78</p> <p>p.123</p>
--	---	---	--------------------------------------

衛生福利部疾病管制署委託科技研究計劃

108 年度計畫執行成果報告書

計畫名稱	建立牙科感染管制作業自我評核機制		
計畫編號	MOHW108CDC-C-114-122115		
計畫主持人	鄭信忠 院長	執行機構	臺北醫學大學口腔醫學院
計畫期程	多年期計畫，共 2 年，本年度為第 2 年		

計畫研究重點	契約計畫書內容	簡述執行情形
1. 持續專案小組運作	1. 依照第一年計畫中之出席率，重新聘請有時間及熱心的專家，增加出席率。	邀請專案小組委員共 20 位專家，組成包括牙科醫師及牙科專業學會或工會團體之管理階層人員共 12 位、感染專科醫師計 4 位、感染管制人員 1 位、醫院品管人員 1 位，醫院護理部人員 1 位以及公共衛生相關背景人員 1 位，負責本計畫之訂定、執行、評估宜檢討等相關事宜，請見表 1。
2. 完成第二年參與本研究計畫機構之抽樣	1. 除了第一年度參與計畫之醫療院所外，再增加邀集至少 12 家牙科醫療院所 2. 依「多層次比例式隨機抽樣方法」進行抽樣。 3. 對被抽樣機構之參與意願，視狀況採取「立益取樣」。 4. 參與計畫醫療院所進行自我評核，並請參與計畫醫療院所回饋對機制的建議。	邀集 43 家機構參與本計畫(醫院牙科 15 家、牙醫診所 28 家)，請見表 2。

<p>3. 推動參與計畫醫療院所進行自我評核</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 將第一年設計之自我查檢表寄給所有參與機構 42 家，進行查檢，並給予回饋意見。 2. 再回收這些自我查檢之回饋意見，進行分析與反饋。 3. 比較第一年與第二年之評核成果及建議。 4. 利用評核過程，進行推行全國牙醫院所自我評核之可行性問卷調查及分析。 	<p>比較第一年與第二年之評核成果，詳細結果請見表 3、4、5。</p>
<p>4. 持續完成牙科感染管制品管活動規劃</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 教育訓練 <ol style="list-style-type: none"> (1)制定訓練主題課程之教學目標、內容、師資、評量及學員規劃。 (2)訓練主題包含「牙科器械消毒及滅菌」、「安全注射行為」、「牙科水路管理及水質監測」、「尖銳物品扎傷與皮膚黏膜潑濺之防範及處置」、「牙科醫療廢棄物處置」等項目，並依地年研究結果修訂，增加加入「感染性疾病之認知」、「感染管制流程制訂」、「如何教育訓練」等重點。 (3)選定北中南三區各一天，進行一天之教育訓練 2. 實地輔訪 <ol style="list-style-type: none"> (1)組成實地輔訪小組，規劃及設計輔訪之內容 (2)進行輔訪前之說明會議及 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 完成教育訓練課程，教育訓練課程主題包含研究重點規範項目，本年度台北場教育訓練課程參加人數為 193 人，台中場教育訓練人數 128 人，高雄場教育訓練人數 184 人，參加本年度計畫的牙醫院所也參加本次北中南之教育訓練課程，請見 P.31。 2. 完成 43 家參與院所之實地輔訪作業，請見 P.33。 3. 本年度舉行兩場牙科醫療院所交流會議，第一場於 4 月 25 日(四)舉行，邀請參與本研究的所有參與院所代表參加，主要目的為建立整體性共識。第二場交流會議於 10 月 20 日(日)舉行，主要目的為實地輔導訪視行程結束後成果發佈後，請各院所代表對結果進行討論及建議，請見 P.37。

	<p>共識會議</p> <p>(3)進行實地輔導訪查</p> <p>(4)完成資料整理、統計與分析</p> <p>3. 交流會議</p> <p>(1)舉行與輔訪機構進行 2 次交流會議，檢討及修訂各項感管措施</p> <p>4. 獎勵及評比機制</p> <p>(1)訂定及設計醫療院所參加各項牙科感管課程、推動感染管制品質改善、設計牙科感管觀摩競賽辦法等獎勵措施</p>	<p>4. 完成「獎勵及評比機制」的研擬，請見 P.39。</p>
<p>5. 完成標竿學習活動</p>	<p>1. 利用北中南區牙科管制教育訓練，同時舉辦標竿學習活動，至優良牙醫機構成效優異或推動模式具特色之牙醫機構，進行參訪活動。</p>	<p>1. 完成全國北、中、南 3 區標竿學習活動，礙於標竿之牙醫院所規模大小及整體流程規劃，故活動參與設有人數之限制。台北場參加人數計有 37 人，台中場計有 34 人，高雄場計有 14 人，請見 P.32。</p>
<p>6. 完成牙科感染管制常見問答集</p>	<p>1. 修訂第一年完成之「牙科感染管制常見問答集(草案)」，民眾版與專業版，進行編印完成。</p>	<p>1. 完成「牙科感染管制常見問答集(草案)」，民眾版與專業版：我們依照此研究計畫所設計之「牙科感染管制自我查檢表單」二十一項目為骨幹，進行問題設計。請見附冊。</p>

<p>7. 完成數位學習課程</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 成立數位學習課程小組，進行內容規畫、腳本書寫、講師訓練、拍攝安排等事宜 2. 完成 5 堂數位學習課程之拍攝與錄製 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 完成拍攝與錄製數位學習課程計 5 堂，課程主題及講師如下說明：「牙科器械的在處理流程及環境清潔消毒-林圭碧講座」、「牙科之手部衛生-林美良講座」、「牙科醫療廢棄物處置與職業環境監測-曾士哲講座」、「侵入性牙科處置之感染管制-吳家佑講座」、「傳染病之牙科感染風險與防治-盧敏吉講座」，重點請見附冊。
<p>8. 舉行論壇及期末成果發表會</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 召集本研究之牙醫機構關係代表人、專案成員及牙醫界代表、意見領袖等，舉行一場牙科管制論壇，針對自我評核機制如何與外部稽核或現有考核制度相結合，提出政策建議。 2. 論壇進行方式與討論內容經專案小組討論通過。 3. 舉行分享交流計畫執行經驗，並在成果發表會中，表揚頒獎績優執行單位。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 於 108 年 10 月 28 日舉行成果發表會，發表會中邀請兩位診所、一位醫院牙科，兩位輔訪人員進行心得分享，最後也在此活動中頒發優異的前三名牙醫診所，前四名醫院牙科，也頒發感謝狀給參與此次活動的專案委員、輔訪委員及參與院所，請見 P.40。 2. 論壇於 108 年 11 月 16 日舉行，請見 P.42。
<p>9. 完成期末報告</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 舉行專案小組會議，討論本計畫執行成果及內容 2. 書寫期末報告，含括「牙科感染管制常見問答集」（分為民眾版與專業版）、牙科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 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 完成期末報告之撰寫。

	<p>為等)，供各界自由參考運用</p> <p>3. 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)。</p>	
--	--	--

目錄

目錄.....	i
中文摘要.....	1
英文摘要.....	6
第一章 前言.....	9
第一節 研究背景.....	10
第二節 研究目的.....	19
第二章 材料與方法.....	20
第一節 研究架構.....	21
第二節 成立專案小組.....	22
第三節 參與本研究計畫機構之抽樣.....	22
第四節 牙科感染管制自我查檢表單及查檢方法.....	22
第五節 牙科感染管制品管活動規劃.....	23
第三章 研究結果.....	27
第一節 舉行教育訓練課程結果.....	28
第二節 舉行標竿學習課程結果.....	29
第三節 實地輔導訪查結果.....	30
第四節 交流會議成果.....	35

第五節	建立獎勵機制及鼓勵醫療院所參與方案	35
第六節	成果發表會	37
第七節	牙科感染管制論壇	39
第八節	數位學習課程	39
第九節	編製民眾版及專業版「牙科感染管制常見問答集」	40
第四章	討論	45
第一節	專案小組人員出席率討論	46
第二節	牙科感染管制自我查檢表設計之討論	47
第三節	實地輔導訪視結果討論	49
第四節	教育訓練課程及標竿學習課程討論	51
第五章	結論	53
第六章	規劃及政策建議	56
第七章	參考文獻	61
第八章	表次	65
第九章	附錄	77
附錄 1	: 1 月 24 日第一次專案小組會會議記錄	78
附錄 2	: 3 月 28 日第二次專案小組會會議記錄	80
附錄 3	: 5 月 16 日數位課程專案小組會議記錄	83

附錄 4：5 月 22 日第三次專案小組會會議記錄	85
附錄 5：6 月 5 日數位課程專案小組會議記錄	88
附錄 6：7 月 24 日第四次專案小組會會議記錄	90
附錄 7：9 月 27 日第五次專案小組會會議記錄	92
附錄 8：11 月 7 日第六次專案小組會會議記錄	94
附錄 9：牙科感染管制教育訓練及標竿學習課程表	95
附錄 10：5 月 22 日實地輔導訪視小組共識會議	98
附錄 11：牙科醫療院所感染管制輔導訪視評分基準及評分表	102
附錄 12：牙科感染管制自我查檢表	116
附錄 13：梯次輔訪日期、院所及委員名單	120
附錄 14：4 月 25 日第一次牙科醫療院所感染管制交流會議會議紀錄	122
附錄 15：10 月 20 日第二次牙科醫療院所感染管制交流會議會議紀錄 ..	123
附錄 16：期末成果發表會議議程	125
附錄 17：牙科感染管制論壇議程表	127
附錄 18：牙科感染管制論壇紀錄	128

中文摘要

研究目的：本研究為二年期之研究，在鼓勵牙科醫療院所遵守「牙科感染管制措施指引」，並建立自我評核機制，保障病人就醫安全及人員工作安全。

研究方法：

1.持續採以專案小組研擬計畫整體執行運作方式，依據第一年執行結果與經驗，辦理計畫各項內容。2.維持 107 年參加本計畫之牙醫院所家數外，再增加邀集 12 家牙醫所，同時對被抽樣機構之參與意願，視狀況採取「立意取樣」。3.持續辦理牙科感染管制品管活動之規劃，包括：教育訓練、醫院所感染管制實地輔導訪查作業(43 家牙醫院所)、交流會議、獎勵機制、成果發表會。4.擇牙科感染管制措施推動成效優良或推動模式具特色之牙醫院所辦理標竿學習活動。5.編修及編印「牙科感染管制常見問答集（草案）民眾版與專業版」。6.錄製牙科感染管制數位學習課程，課程重點包括：牙科器械消毒與滅菌、牙科尖銳物品及血體液曝觸之防治、手部衛生、牙科醫療廢棄物處置與執業環境監測、侵入性牙科處置之感染管制、新興傳染病之牙科感染管制等範圍。7.舉行牙科感染管制論壇及期末成果發表會。

主要發現：

1. 牙醫院所感染管制實地輔導訪查作業：

依據 107 年及 108 年牙醫院所感染管制實地輔導訪查結果顯示，在牙醫診所部分，評量項目達成 C 以上之比率由 80% 提升至 91%，顯示牙醫診所感染管制作為上較第 1 年有明顯的進步；評量項目中以「器械浸泡消毒」、「感染管制流程制訂」、「教育訓練」、「手部衛生」進步成果優異。另外，在醫院牙科部分，在「水質監測」的評量項目中，達 C 以上之達成率也由第 1 年 58% 提升到 93%。

2. 完成「牙科感染管制自我查檢表設計」：

參考衛生福利部中央健康保險署目前於牙醫實施之「牙醫門診加強感染管制實施方案」之「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」修改研擬「牙科感染管制自我查檢表」，其查檢項目分別區分為「硬體設備」及「軟體設備」，並於硬體設備中規劃 5 個查檢項目，軟體設備 16 個查檢項目，評分等級採以 C、B、A 三個等級。C 為基本要求，B 為中等要求，A 為最高要求。

3. 舉行牙醫院所交流會議暨成果發表會：

共舉辦兩場交流會議，舉辦時間分別為實地輔訪前及實地輔訪後。藉由交流會議瞭解牙醫院所對於推動感染管制作為時，相關的投入的成本是首要考量，同時於設置感染管制措施的基本標準時，也希望可採以漸進式

的方式，分次提升標準。最後，希望政府部門及學界能多提供一些協助，提升牙醫師感染管制的相關知識。

4. 建立「獎勵機制」鼓勵醫療院所參與本計畫之各項課程及推動感染管制品質改善：

運用成果發表會時頒發感謝狀給所有參與計畫之牙醫院所，同時以獎狀及獎品鼓勵具下列事蹟之牙醫院所：(1) 牙醫院所感染管制實地輔導訪查成績優異之牙醫院所(前3名)，及(2) 針對輔導訪視缺失提出品質改善之牙醫院所，(3) 對於「牙科感染管制自我查檢表單」提供具體性意見最多之牙醫院所。

另將彙整本計畫參與之牙醫院所執行牙醫感染管制各項品管活動後之經驗分享與心得，發表文章至牙科相關雜誌。

5. 辦理標竿學習活動：

於全國北、中、南3區擇牙科感染管制措施推動成效優良或推動模式具特色之牙醫院所辦理標竿學習活動，活動參與人數踴躍，但設限於機構規模大小故有人數及場次之限制。台北場參加人數計有37人，台中場計有34人，高雄場計有14人。

6. 編製「牙科感染管制常見問答集(草案)」民眾版及專業版：

依「牙科感染管制自我查檢表單」21項目為基礎，編擬「牙科感染管制常見問答集(草案)」民眾版常見的9項問與答，及專業人士版62項問

與答。

7. 數位學習課程：

完成拍攝與錄製數位學習課程計 5 堂，課程主題及講師為：「牙科器械的在處理流程及環境清潔消毒-林圭碧講座」、「牙科之手部衛生-林美良講座」、「牙科醫療廢棄物處置與職業環境監測-曾士哲講座」、「侵入性牙科處置之感染管制-吳家佑講座」、「傳染病之牙科感染風險與防治-盧敏吉講座」。

結論：

1. 「牙科感染管制自我查檢表」設計共有 21 項，經兩年對牙醫機構的測試及輔訪後，該表具有鑑別度，C-B-A 三項次的成績都有明顯的差別，每個級距的差異都有 4-20% 以上。
2. 3 場教育訓練及標竿學習活動，學員參加踴躍，台北場教育訓練課程參加人數為 193 人，台中場教育訓練人數 128 人，高雄場教育訓練人數 184 人，台北場標竿學習參加人數為 37 人，台中場標竿學習參加人數 34 人，高雄場標竿學習參加人數 14 人，參與本計畫牙醫院所共計 20 家出席。
3. 錄製之數位學習課程及編擬之「牙科感染管制常見問答集（草案）」民眾版與專業版，可提升牙醫從業人員之牙醫感染管制繼續教育的便利性，有效提升相關認知。

4. 提出牙科感染管制自我評核機制及政策建議，作為政府機關政策推行參考。

建議：

1. 本研究之「牙科感染管制自我查檢表」，建議可提供為國內牙醫機構感染管制查核基準公版之參考，提供全國牙醫院所運用，避免存在多種感染管制考評表。
1. 本研究「牙科感染管制自我評核」模式，可建議作為取代目前「牙醫門診加強感染管制實施方案」之「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評」方式之參考。

關鍵詞：牙科，感染管制，自我評核機制

英文摘要

Purposes: This study was a two-year research. The purpose of this research was to encourage dental clinics to implement the "self-evaluated mechanism in dental infection control management guidelines" in order to protect patients and health workers during dental procedures.

Methods: The second-year plan: 1. Maintained the working committee as the framework for the program. Based on the record of the first year, nominated members who are flexible with time and enthusiastic about the subject matter. 2. Completed sampling of research institutes for the second year invited 12 more dental institutions in addition to the first year's participating medical institutions. The intentional sampling method was conducted when necessary. 3. Kept working on planning of quality control activities of dental infection control, which include education and training, visiting of sampled dental offices, meetings, and incentive mechanism. 4. Completed the standard learning activities. 5. Established checklists and self-evaluated methods of dental infection control Q&A. 6 shooting and recording of five digital learning courses, including: "Dental instrument immersion disinfection", "Dental sharp instrument and blood fluid exposure prevention", "Dental hand hygiene ", "Dental medical waste disposal and practice environmental monitoring ", "Infection control for invasive dental treatment ", "Prevention and control of dental infections in emerging infectious diseases" 7. Held a forum and a final results presentation 8. Provided the general report, documents, promotional items, and

digital courses in this project as free references for the general public, and offered policy-related feedback and suggestions.

Results: 1. Completed second year of sampling of the participating research institutes and promoted self-assessment among the participating medical institutions. Compared results of the first and second year., The results showed that hospitals and clinics have made great progress in the second year of assessment. In clinics, except for "waterline disinfection and management" and "instrument disinfection", we found significant improvement in " instrument immersion disinfection", "SOP design in infection control", "education training", and "hand hygiene". In Hospitals, C level completion of "waterline disinfection and management" increased from 58% to 93%. 2. Completed checklists and self-evaluated methods of dental infection control. 21 items were classified by C, B, and A levels of infection control requirements.3. Completed interviews with 30 hospital dental offices and local offices that were selected by the intentional sampling method. The overall performance of infection control measurement implementation in hospital dental departments was better than local dental clinics. Within the 21 items, all of the hospital dental departments reached 90-100%, while dental clinics were unable to achieve 80% of the C-level requirements for "instrument disinfection" and "waterline disinfection and management". (The achievement rate was 79% vs 21%). The implementation of B and A level requirements were even lower among dental clinics.

Conclusions: 1. After testing the “checklists and self-evaluated methods of dental infection control”, which included 21 items, for two years, we found that

this survey was effective in evaluation and each institution has made significant progress on each project. There are obvious differences in the C-B-A scores, and the difference in each step is more than 4-20%. 2. The three educational training courses and standard learning activities have received great responses. It's recommended to continue holding similar training courses in the future. 3. The five digital learning courses and "Dental Infection Control FAQ (Draft)" provided the latest information to expand learning opportunities and training for dental practitioners. 4. Offered self-assessment mechanism and policy recommendations for dental infection control as a reference for government policy implementation.

Suggestions: 1. We recommend the "self-assessment form" of this study as a reference for the national public health examination of dental institutions to unify the various existing assessments in the industry. 2. We suggest replacing "Measures for Controlling SOP Operations in Dental Hospitals" in the "Dental Clinic Strengthening Infection Control Implementation Plan" with the study "Dentistry, Infection control, Self-evaluation mechanism".

Keywords : Dentistry, Infection control, Self-evaluation mechanism

第一章 前言

第一節 研究背景

一、國際牙科感染管制之興起

掀開牙醫發展史，牙科感染管制的重視與興起，只是近三十年的歷史！

1881 年 Miller 開始建議將微生物學納入牙科教育課程，1884 年 Koch 證實結核病可由口腔及呼吸道之唾液藉空氣媒介傳播，1911 年英國醫師 William Hunter 首度發表論文指稱許多疾病傳染源自口腔，1950 年代末期高速磨牙機與超音波洗牙機的誕生，牙醫師才開始漸漸注意到飛沫氣霧會載隨著細菌到處傳播；在過去有關「牙科感染管制」之作法也僅止於一般器械之化學藥劑浸泡消毒與手術器械之高溫滅菌，對於個人防護措施並不加重視，但自從病原體分離檢測與疾病診斷方法日益進步，病原體藉牙醫醫療行為與複雜器械設施之「傳染途徑」漸被瞭解後，「牙科感染管制」之意識在 1970 年代才相繼抬頭與被重視^{1,2}。

1980 年代，美國發生多起看牙引發「B 型肝炎交互感染事件」^{3,4,5}，1990 年代愛滋病的氾濫，開始衝擊醫療工作者，尤其是 1990 年美國發生「佛羅里達牙醫師」事件^{6,7}，疑似牙醫師將愛滋病傳給其患者之事件爆發後，改變全球牙醫師及相關從業人員看診的方式與態度，更引起世界各國政府衛生機構與民間組織，對牙科感染管制的重視！

二、國際牙科感染管制之推廣與展開

美國牙醫學會(American Dental Association, ADA)在一連串牙科交互感染事件及「牙科感染管制」之浪潮聲中，陸續於 1986、1988 及 1991 年分別針對其會員及其相關人員進行「感染控制」實施狀況之評估工作^{8,9}，以作為其推廣及研究之依據。如 1986 年牙醫師戴手套看診者為 22.0%、1988 年為 76.0%、至 1991 年則為 91.8%，而看診時戴口罩者，1986 年為 12.0%、1988 年為 48.0%、1991 年則為 65.0%，若以看診時穿防護之比率：1986 年為 12.0%、1988 年 18.0%、至 1991 年則為 60.0%；由此可知，隨著感染管制之推行與愛滋病的威脅，美國牙醫師之「個人防護」執行狀況亦與日俱增，而各種法令規章更是接踵而生，特別是美國勞工局職業安全衛生署(Occupational Safety and Health Administration, OS-HA)於 1991 年修訂舊有條例並重新頒佈「經由血液傳染之感染控制標準」¹⁰，於全美各牙科醫療院所進行督導稽查工作，影響最深。

美國牙科學校協會(American Association of Dental School, AADS)也相繼制訂「感染控制訓練準則」及「臨床工作準則」，並列入必修課程，於教育上作全面推廣與宣導。全球各地之牙醫團體在經過「佛羅里達牙醫師事件」後，如英國牙醫師學會(British Dental Association)，加拿

大牙醫師學會(Canadian Dental Association), 澳洲牙醫師學會(Australian Dental Association)…等, 亦紛紛投入大批人力、物力與財力, 進行牙科感染管制措施執行調查, 製作牙科執業之感染控制宣導、推廣與評估工作, 使牙醫師之看診方式與態度進入另一新的紀元!

三、台灣牙科感染管制之歷史與發展

筆者將牙科感染管制在台灣之歷史發展, 依成立國內牙醫團體第一個「牙科感染控制委員會」(1995)及第一份官方版「牙科感染管制措施指引」正式公佈(2015)為分割點, 區分「草創萌芽期」(1988-1995), 「全面啟動期」(1995-2015), 「加速發展期」(2015-迄今), 分述如下:

1. 草創萌芽期

在台灣, 早在 1988 年就有以調查牙醫師執業之感染管制文獻資料發表, 但當時各級牙醫團體及政府對「牙科感染管制」並不被重視; 當 1990 年, 美國『佛羅里達牙醫師事件』爆發後, 經全球各媒體大肆報導, 國內報章媒體亦隨之跟進, 台北市牙醫師公會在輿論壓力與病人疑慮下, 成立工作小組, 於 1992 年 12 月由筆者編著發行中文『牙科感染控制』一書¹, 供牙醫師參考予遵循; 於 1992 年 12 月至 1993 年 3 月間, 由筆者執行台北市牙醫師之感染管制第一次評估^{11,12,13,14}, 其結果顯示, 除戴口罩看診率(96.0%)外, 其

餘各項『個人感染防護措施』皆比美國牙醫學會各年度之評估比率嚴重偏低，台北市牙醫師公會亦依此研究結果，擬訂近、中、遠程三階段推廣計劃，在三年間舉辦『牙科感染控制』再教育，團購感染控制器材，定期在「北市牙醫」會訊刊登「牙科感染控制」專欄及有獎徵答，免費為牙醫師驗血檢測 HBV 及 HIV，並於 1995 年，成立國內牙醫團體第一個「牙科感染控制委員會」，由筆者擔任主委，負責各項推廣工作，成效斐然，也引起台灣各其他牙醫師公會團體的重視。

1995 年，台灣地區開始實施「醫療院所廢棄物管制」，違者罰六萬元，此為國內官方開始對各牙醫院所進行醫療廢棄物之管理與稽查工作，也為國內第一個諸多執行方法中經立法通過且實際執行的「牙科感染控制」官方項目。1996 年中華牙醫學會出版『牙科感染控制導引』，台北市牙醫師公會亦由筆者編著發行「臨床牙科寶鑑」一書¹⁵，內含「臨床牙科感染控制篇」共二十章，諸多出版物相繼出版，提供牙醫師感染管制之推廣與教育！同年台北市牙醫師公會正式訂定第一個民間版之「現階段牙科感染控制六大基本原則」。1997 年，牙醫師公會全國聯合會參考台北市牙醫師公會版，訂定全國民間版之「現階段牙科感染控制基本原則」，從此開始，「牙科感染管制」在台灣正式開始萌芽起步，亦漸受牙醫界的重視。

2. 全面啟動期

2003 年，台灣遭逢 SARS 襲擊，面對高危險群的口腔醫療工作者，牙醫師公會全聯會由筆者擔任牙醫界抗 SARS 執行長，制定各項防範措施，由筆者編著「牙醫師 SARS 防疫手冊」(2003 年)¹⁶，並配合政府防疫政策，安全度過，而「感染管制」的執行也再度喚起牙醫界的重視與省思。2004 年據筆者研究指出，SARS 發生前後之臺灣牙醫師執行感染管制措施有顯著進步，尤其發生 SARS 的北臺灣及南臺灣，其牙醫師之感染管制執行皆要比沒發生 SARS 之中臺灣牙醫師來得好，也印證過去文獻所述，疾病之衝擊會提升牙科感染控制。2003 年，臺灣亦實施牙醫師證照每六年需有 150 個教育學分制度，並規定其中兩學分是必修，一為兩性議題，另一為牙科感染控制，也相對引起牙醫師之重視。

2004 年，政府深切感受 SARS 的影響，在全民健保總額預算制度下，開始規劃「牙醫門診總額加強感染控制實施方案」，由筆者草擬「牙醫院所感染控制 SOP 作業細則」，同時編著「牙醫院所感染控制 SOP 作業細則手冊」一書供遵循¹⁷，並於 2005 年一月開始實施，即在全民健保牙科總額預算制度下，每天合理門診人數下(20 人)，給予三十點給付作為牙科感管費用(2016 年提升為 83 點)，不過牙醫院所需經過感管軟硬體之自主申報及抽檢，自評八十五分才

能通過申報。此乃全球「首例」，牙醫醫療機構在保險制度下，藉自主管理機制，補助門診牙科感染控制費用之制度！

在此階段中，筆者曾作台灣牙醫師執行牙科管制措施十年前後比較(1999 vs 2010)，並於 2012 年發表在國外 SCI 期刊，Journal of Dental Education, 76 (12):1684-1690. 2012.18，這十年間臺灣牙科感染管制成效有顯著進步，有三項因素改變對感染管制知進部與重視，即 SARS 的爆發，六年牙醫師執照換照需要牙科感染管制教育學分，牙醫院所實施「加強感染管制方案」提供每人三十點感控費用等三大改變因素。

3. 加速發展期

過去，台灣牙醫界雖有諸多筆者編著之牙科感染管制書籍及手冊，但並無正式官方版，可供執行與參考，直至 2015 年 4 月 29 日，台灣疾病管制署(CDC)經過一年多的研討，第一份官方版「牙科感染管制措施指引」正式公佈¹⁹，之後所有各種牙科相關感染管制規範，如牙醫 PGY 機構評鑑、衛生單位之牙醫診所督考之感管項目，2016 年修訂新版之「牙醫門診加強感染管制實施方案」，皆依此指引為參考依據，進行設計，至此台灣牙醫感染管制正式在官方指引規範下，進入新的紀元與階段。

牙醫師公會全聯會為進一步服務會員，繼 2004 年筆者所編著「牙

醫院所感染控制 SOP 作業細則手冊」之後，也將最新公布之「牙科感染管制措施指引」，增加輔助參考圖片(筆者拍攝 200 張圖片)、參考資料及表格，2016 年 12 月由筆者編著「牙科院所感染管制措施指引手冊」一書問世²⁰，供牙醫師方便查閱及參考。2019 年牙醫全聯會正式成立感染管制委員會，同時也對全臺牙醫診所加強執行“牙醫院所感染控制 SOP 作業考評”，不及格者將予以嚴格輔導，成效卓著，依據 2019 年 7 月資料顯示，全臺 91.91% 的牙醫診所申報“牙醫院所感染控制 SOP 作業考評”，合格率 96.12%。最近牙科總額預算會也通過牙科門診掛號費增至 400 元，其中包括牙科感染管制措施，目前正在規劃當中。

四、國際牙科感染管制之自我評核機制

從國外文獻資料顯示，對於牙科感染管制的自我評核並沒有特別規範與著墨，如 2016 年美國疾病管制局(CDC)發行「Infection Prevention Checklist for Dental Settings: Basic Expectations for Safe Care」²¹，2017 年美國牙醫師學會(ADA)發行「The ADA Practical Guide to OSHA Training: Compliance for Dental Professionals」²²，2010 年 Harte JA 在其著「Practical Infection Control in Dentistry」一書中的第二十一章「Evaluation of a Practical Dental Infection Control Program」地自我評核

²³，主要都以建立各項牙科感管措施的自我「評核表」(check list)為主，並導入訓練系統，增進人員學習能力，達到執行優質的牙科感管為目標。

又如美國 JCI (Joint Commission International)的評鑑，醫院牙科先對 JCIA 條文章節中「Prevention and Control of Infections」(感染的預防與控制)，進行自我評核後，JCI 再採 Tracer Methodology(追蹤方法學)的方法，以病人為中心的追蹤概念，進行評核，達到確保牙科感管的安全與品質要求。

五、台灣牙科感染管制之自我評核機制

在台灣，因為 2003 年爆發 SARS 事件後，2004 年政府規劃「牙醫門診加強感染控制實施草案」，2005 年一月一日正式實施「牙醫門診總額加強感染控制實施方案」，全球「首例」牙醫醫療機構在保險制度下，藉自主管理評核機制，補助門診牙科感染控制費用之制度，由筆者編著「牙醫院所感染控制 SOP 作業細則」當依據，並設計「牙醫院所感染控制 SOP 作業考評表」硬體 20 分，軟體 80 分，由診所自行評分，須達 85 分即為合格，再由衛生機構及牙醫全聯會到各牙醫機構複核，通過者每家診所在合理門診範圍內，每位病人可拿 30 點感管費用。剛開始成效不彰，參加者不多。2011 年，牙醫全聯會委託筆者進行「牙醫院所感染控制 SOP 作業考評表改良方案之研究」²⁴，將原來評核表

改成醫院評鑑準則的「CBA 表」，於 2016 年開始實施，同時也增加通過者每家診所在合理門診範圍內，每位病人可拿 83 點感管費用，鼓勵牙醫診所參加此方案。

2016 年開始，醫院評鑑開始也將牙科感染管制納入「試評階段」，主要方式由醫院牙科自評評鑑準則之感控基準，再以 PFM(Patients Focus Methods)的方法、PDCA 及 CQI (Continuous Quality Improvement, 持續改善)的管理工具，進行醫院牙科感管評核。

六、急需建立全面性牙科感染管制作業推廣與評核機制

回顧過去台灣牙科感染管制的歷史，即使在 2015 年官方版牙科感染管制指引誕生前，民間之牙醫師公會已有「民間版」的牙科感染管制規範及推廣，2005 年牙醫總額預算制度下所推動的「牙醫門診總額加強感染控制實施方案」，使用筆者所編寫「牙醫院所感染控制 SOP 作業細則」及設計之「牙醫院所感染控制 SOP 作業考評表」進行運作，而筆者也曾在 1992 年及 1996 年分別進行「台北市牙醫師感染管制之執行、認知與態度之研究」²⁵及推廣活動，1999 年及 2010 年也分別執行「台灣牙醫師感染管制之執行、認知與態度之研究」^{26,27}，同時筆者編著各式牙科感染管制書籍十冊，相關研究及表表論文數，但這些都停留在學術的研究調查、牙總感管的實施及局部性之推廣，對牙醫機

構推行牙科感染管制，沒有公權力及約束力，缺乏整個牙醫界感染管制之整體性、全面性與系統化的規劃、評核、推廣、執行與成效評估。

我們樂見 2015 年終於出爐官方版的牙科感染管制指引，至目前為止也近三年，更應藉此建立全台灣牙醫界牙科感染管制之全面性推廣、執行與評估機制。

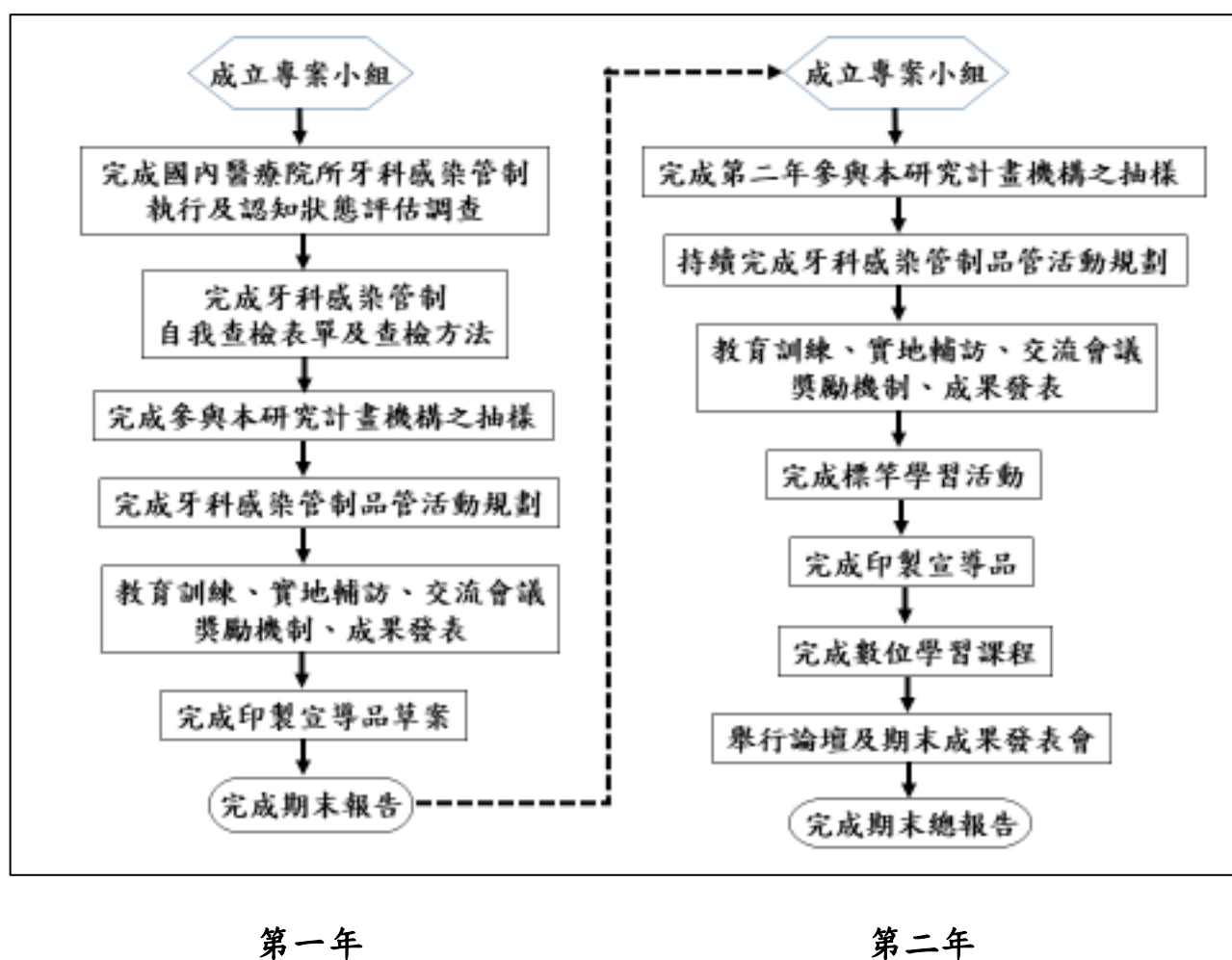
第二節 研究目的

本研究計畫為第二年延續計畫，主要目的乃希望鼓勵牙科醫療院所遵守「牙科感染管制措施指引」，建立自我評核機制，保障病人就醫安全及人員工作安全。以期結合臨床牙科、感染管制、醫療品質等專業團體，依據機構特性提出適用國內牙科醫療單位的感染管制作業查檢評估工具。

第二章 材料 與方法

第一節 研究架構

本計畫為兩年期的計畫，第二年執行期間自 108 年 1 月 1 日至 108 年 12 月 31 日止，依衛生福利部疾病管制署「108 年度建立牙科感染管制作業自我評核機制科技研究計畫」規格內容執行。



第二節 成立專案小組

本計畫專案小組由本計畫主持人鄭信忠院長（臺北醫學大學口腔醫學院）召集成立，共計 20 位專家，組成包括牙科醫師及牙科專業學會或工會團體之管理階層人員共 12 位、感染專科醫師計 4 位、感染管制人員 1 位、醫院品管人員 1 位，醫院護理部人員 1 位以及公共衛生相關背景人員 1 位，為其成員名單及人員分派任務分工，成員名單及人員分派任務分工請見表 1。

第三節 參與本研究計畫機構之抽樣

依「多層次比例式隨機抽樣方法」，以中央健康保險署所轄 6 區之醫院牙科及牙醫診所分布比率，進行隨機抽樣，除了第 1 年度參與計畫之醫療院所外，再增加邀集至少 12 家牙科醫療院所，進行本研究計畫。

第四節 牙科感染管制自我查檢表單及查檢方法

牙科感染管制自我查檢表單及查檢方法，於 108 年 5 月 22 日，由鄭主持人召開專案小組暨牙醫感染管制訪視共識會議，並依據 107 年實際執行牙醫感染管制輔導訪查結果，逐條檢視各項評量項目、評分說明與共識內容，並適時修改內容，完成本年度牙科感染管制自我檢查表，詳見附錄 13。

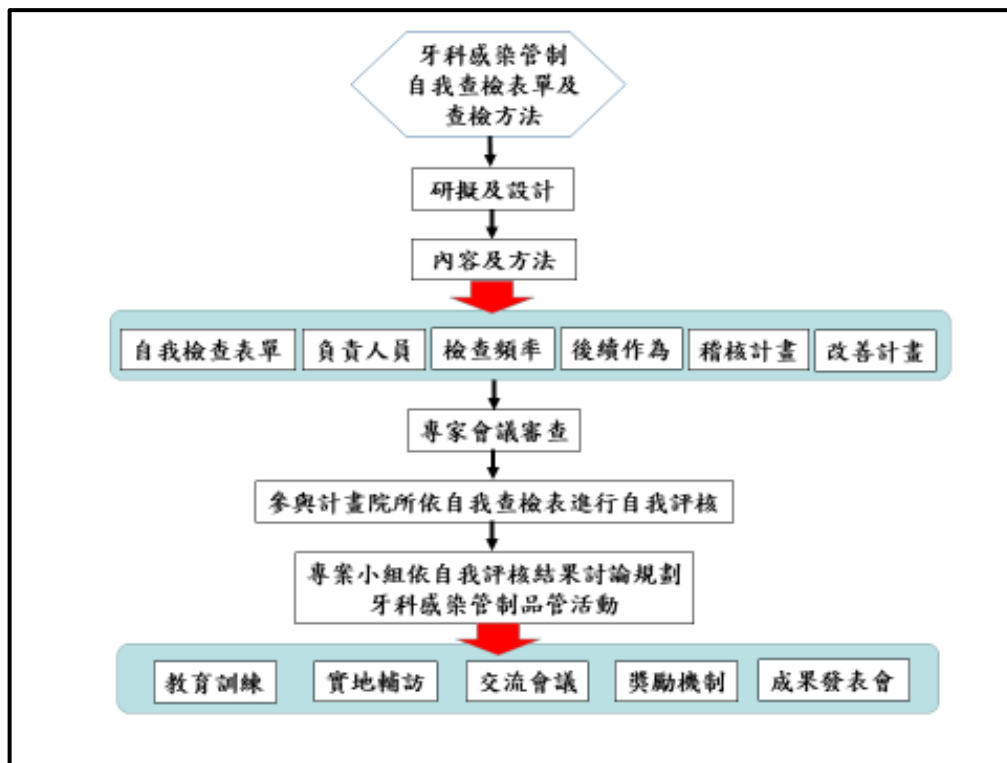


圖 1：「牙科感染管制自我查檢表單及查檢方法」制定流程圖

第五節 牙科感染管制品管活動規劃

根據參與計畫機構之自我評核結果共同討論規劃

一、 教育訓練

1. 制定訓練主題課程之教學目標、內容、師資、評量及學員規劃。
2. 訓練主題包含「牙科器械消毒及滅菌」、「安全注射行為」、「牙科水路管理及水質監測」、「尖銳物品扎傷與皮膚黏膜潑濺之防範及處置」、「牙科醫療廢棄物處置」等項目，並依第一年研究結果修訂，增加加入「感染性疾病之認知」、「感染管制流程制訂」、「如何教育訓練」等重點。

3. 規劃辦理全國北、中、南3區，進行牙醫感染管制教育訓練。

二、 實地輔訪

1. 組成實地輔訪小組，規劃及設計輔訪之問卷內容、機構對象
2. 輔訪人員的招募與培訓
3. 進行輔訪前之說明會議及共識會議
4. 進行抽樣之牙科醫療機構進行實地輔導訪查
5. 完成查訪資料整理、統計與分析

三、 交流會議

舉行與輔訪機構進行2次交流會議，之前的說明及之後檢討及修訂各項感管措施。

四、 獎勵及評比機制

訂定及設計醫療院所人員，鼓勵參加各項牙科感管課程、推動感染管制品質改善活動、參加牙科感管觀摩等獎勵措施及辦法，以期提升牙科醫療院所參加興趣及意願

五、 標竿學習

利用北中南區牙科管制教育訓練，同時舉辦標竿學習活動，選擇三家優

良且自願之牙醫機構或推動模式具特色之牙醫機構，進行參訪活動，標竿學習。

六、 完成牙科感染管制常見問答集

修訂第一年完成之「牙科感染管制常見問答集(草案)」，民眾版與專業版，進行編印完成。

七、 完成數位學習課程

1. 成立數位學習課程小組，進行內容規畫、腳本書寫、講師訓練、拍攝安排等事宜
2. 完成 5 堂數位學習課程之拍攝與錄製
3. 五堂題目如下：名稱分別為：「牙科器械的在處理流程及環境清潔消毒」、「牙科之手部衛生」、「牙科醫療廢棄物處置與職業環境監測」、「侵入性牙科處置之感染管制」、「傳染病之牙科感染風險與防治」。

八、 舉行論壇及期末成果發表會

1. 召集本研究之牙醫機構關係代表人、專案成員及牙醫界代表、意見領袖等，舉行一場牙科管制論壇，針對自我評核機制如何與外部稽核或現有考核制度相結合，提出政策建議。
2. 論壇進行方式與討論內容經專案小組討論通過。

3. 舉行分享交流計畫執行經驗，並在成果發表會中，表揚頒獎績優執行單位。

九、 完成期末報告

書寫期末報告，提出初步規劃(包括自我查檢表單、負責人員、建議頻率、後續作為等)

第三章 研究 結果

第一節 舉行教育訓練課程結果

舉行北中南三場牙科感染管制教育訓練課程，主題為「牙科感染器械消毒與滅菌」、「尖銳物品扎傷，皮膚黏膜潑濺防範處置，安全注射行為」、「牙科水路管理，水質監測，牙科醫療廢棄物處理」及「感染性疾病之認知，感染管制流程制定，如何教育訓練」，共邀請國際醫療照護物料供應管理學會台灣分會林圭碧會長、台灣牙周病醫學會專科醫師曾士哲醫師、衛生福利部桃園醫院牙科部口腔顎面外科曾建福主任及臺北醫學大學附設醫院口腔顎面外科吳家佑醫師擔任教育訓練的講師，透過申請牙醫師、牙科助理及護理人員繼續教育學分吸引院所人員參加。

本年度牙科感染管制教育訓練課程表，詳見附錄 10。台北場教育訓練課程參加人數為 193 人，台中場教育訓練人數 128 人，高雄場教育訓練人數 184 人，參加本年度計畫的牙醫院所也參加本次北中南之教育訓練課程。有關三場活動集錦請見下圖 3、圖 4、圖 5。



圖 2：108 年 6 月 23 日台北場牙科感染管制教育訓練課程活動集錦



圖 3：108 年 7 月 21 日台中場牙科感染管制教育訓練課程活動集錦



圖 4：108 年 8 月 18 日高雄場牙科感染管制教育訓練課程活動集錦

第二節 舉行標竿學習課程結果

舉行北中南三場標竿學習課程，將上午教育訓練課程所學習到的知識，藉由至優良牙醫機構進行參訪活動進行實體的學習，共邀請同德牙醫診所、寬庭牙醫診所及北益牙醫診所擔任標竿學習的牙醫機構，有關三場活動集錦請見下圖 6、圖 7、圖 8。



圖 6：108 年 6 月 23 日台北場牙科感染管制標竿學習課程活動集錦



圖 7：108 年 7 月 21 日台中場牙科感染管制標竿學習課程活動集錦



圖 8：108 年 8 月 18 日高雄場牙科感染管制標竿學習課程活動集錦

第三節 實地輔導訪查結果

本研究依「多層次比例式隨機抽樣方法」，以健保署六區醫院牙科及牙醫診所分布比率，進行隨機抽樣，進行本研究計畫。經致電詢問參加意願，九成以上不同意都不願意參加，最後改由立意取樣 43 家醫療院。

立意取樣招募原則，考量地域分佈、院所層級及牙科治療檯數等規模

因素，共抽樣 15 家醫院牙科及 28 家牙醫診所，包括：台北區 11 家診所、4 家醫院牙科；北區 4 家診所、1 家醫院牙科；中區 6 家診所、3 家醫院牙科；南區 2 家診所及 3 家醫院牙科；高屏區 4 家診所及 3 家醫院牙科；東區 1 家診所層級以及 1 家醫院牙科，詳細名單如表 2。

每一組牙醫院所的實地輔訪小組，分別由一位牙醫師及一位感染管制人員組成，到全台各參與院所訪視，提供寶貴的經驗與建議。為加強改善牙醫師及感染管制師對於本年度實地輔訪之共識，使輔導訪視作業更臻完善，於 108 年 5 月 22 日(三)於臺北醫學大學口腔醫學大樓一樓會議室辦理「108 年度牙科感染管制輔訪小組實地輔訪前共識會議」，針對牙科醫療院所感染管制評分基準及評分說明，逐條進行解釋及修改，完成「牙科醫療院所感染管制輔導訪視評分基準及評分表」(附錄 12)；且釐清各輔訪委員提出問題，建立整體性評量共識，降低對輔訪基準認知之差異，會議記錄詳見附錄 11。

本年度共執行 17 梯次輔訪行程，詳細各梯次輔訪日期、院所及委員名單詳見附錄 14。針對此次輔訪結果說明如下：醫院牙科及牙醫診所在本年度輔訪評核結果大為進步，醫院牙科部分，評量項目達 C 以上比例為 100%，在「水質監測」的部分，評量項目達 C 以上比例也從第一年的 58% 提升到 93%；牙醫診所部分，也較第一年有明顯改善，如：「器械浸泡消毒」、「感染管制流程制訂」、「教育訓練」、「手部衛生」等評量項目達 C 以上比例均

較第一年提升 30% 以上。詳細分析請見表 3、表 4、表 5。

於 108 年 9 月 27 日辦理輔訪行程結束之檢討會議，會議記錄詳見附錄 8，
整次輔訪摘要結果如下：

一、此次訪視除了解各牙醫院所使用此查檢表的現況及面臨問題外，最重要是藉此查檢表的內容，普查各牙醫院所執行這 21 項牙科感染管制的執行率及表現。

二、依據輔導訪查的成績結果，參與計畫之牙醫院所在每項查核項目中的評分等級級距 (C-B-A) 顯示出 4%~20% 以上的明顯差別，顯示此檢查表具有明顯的鑑別度，詳細分析請見表 6。

三、達成 C 以上之比率項目(牙科診所與醫院牙科)：

107 年整體達成 C 以上之比率為 87%，較易完成之硬體項目為：
良好通風空調系統(100%)及適當滅菌消毒措施(97%)，軟體項目為：
診間環境清潔(100%)、安全注射行為(100%)及員工保健(100%)適當
個人防護措施(97%)及開診前治療台消毒措施(97%)；較難達到之硬
體項目為：適當器械處理環境(93%)、適當洗手設備(90%)及診間環
境清潔(87%)，軟體項目為：器械浸泡消毒(77%)、器械滅菌(77%)、
手部衛生(77%)、感染管制流程制定(70%)、教育訓練(70%)及水質監
測(33%)。

108 年整體達成 C 以上之比率為 94%，較易完成之硬體項目為：

良好通風空調系統(100%)、診間環境清潔(100%)及適當滅菌消毒措施(98%)，軟體項目為：適當個人防護措施(100%)、診間環境清潔(100%)、意外尖銳物品扎傷處理流程制定(100%)、安全注射行為(100%)及員工保健(100%)；較難達到之硬體項目為：適當洗手設備(95%)及適當器械處理環境(93%)；較難達到之軟體項目為：感染管制流程制定(93%)、教育訓練(91%)、完備病人預警防範措施(88%)、器械滅菌(86%)及水質監測(47%)。詳細分析請見表 3。

四、達成 C 以上之比率項目(牙科診所)：

107 年診所達成 C 以上之比率為 80%，較易完成之硬體項目為：良好通風空調系統(100%)、適當滅菌消毒措施(94%)及適當器械處理環境(94%)，軟體項目為：診間環境清潔(100%)、安全注射行為(100%)、員工保健(100%)、適當個人防護措施(94%)及開診前治療台消毒措施(94%)、；較難達到之硬體項目為：適當洗手設備(93%)及診間環境清潔(89%)，軟體項目為：器械滅菌(61%)、手部衛生(61%)、感染管制流程制定(56%)、教育訓練(56%)及水質監測(17%)。

108 年診所達成 C 以上之比率為 91%，較易完成之硬體項目為：良好通風空調系統(100%)、診間環境清潔(100%)及適當滅菌消毒措施(96%)，軟體項目為：適當個人防護措施(100%)、診間環境清潔

(100%)、意外尖銳物品扎傷處理流程制定(100%)、安全注射行為(100%)及員工保健(100%)；較難達到之硬體項目為：適當洗手設備(93%)及適當器械處理環境(89%)，軟體項目為：感染管制流程制定(89%)、教育訓練(86%)、完備病人預警防範措施(82%)、器械滅菌(79%)及水質監測(21%)。詳細分析請見表 4。

五、達成 C 以上之比率項目(醫院牙科)：

107 年醫院達成 C 以上之比率為 96%，未達成 C 以上之比率 100%之硬體項目為：適當器械處理環境(92%)；軟體項目為：完備病人預警防範措施(92%)、完善廢棄物處置(92%)、器械浸泡消毒(92%)、感染管制流程制定(92%)、教育訓練(92%)及水質監測(58%)。

108 年醫院達成 C 以上之比率為 100%，除軟體項目之水質監測達成 C 以上之比率為 93%，其他項目達成 C 以上之比率皆為 100%。詳細分析請見表 5。

第四節 交流會議成果

本年度共舉辦 2 場交流會議，舉辦時間分別為實地輔訪前及實地輔訪後。藉由交流會議瞭解到，牙醫院所對於推動感染管制作為時，對於執行感染管制措施所需投入的成本，是推動感染管制工作的首要考量因素；同時希望政府部門在設計牙科感染管制措施的基本標準目標時，也希望可採以漸進式的方式，分次提高標準值。最後，希望政府部門及學界能多提供一些教育的協助，以提升牙醫師感染管制的相關知識。會議記錄詳見附錄 15、附錄 16。

第五節 建立獎勵機制及鼓勵醫療院所參與方案

為提高院所參與計畫本年度感染管制品管活動的參與度，建立獎勵機制以增加牙醫院所的參與度：

- 一、參加牙科感染管制自我查檢活動之牙醫院所，並提出品質改善計畫者，可以視同已通過「牙醫門診總額加強感染控制實施方案」中，「牙醫院所感染控制 SOP 作業考評」，以資獎勵。
- 二、參與之牙醫院所，在結束成果發表會時頒發感謝狀，以資獎勵。
- 三、輔導訪視成績優異之牙醫院所(前三名)，在結束成果發表會時頒發獎狀，以資獎勵。
- 四、參與之牙醫院所對於新設計的「自評表」意見回饋最多者，在結束成果發表會時頒發獎狀，以茲獎勵。

五、針對輔導訪視缺失提出品質改善之牙醫院所，在結束成果發表會時頒發獎狀，以茲鼓勵。

六、將此次接受輔導訪視之心得，發表文章至牙科相關雜誌之牙醫院所，提供獎金，以茲鼓勵。

第六節 成果發表會

於 108 年 10 月 20 日(日)假臺北醫學大學醫學綜合大樓後棟十六樓會議廳舉行「108 年度牙科感染管制醫療院所成果發表會」。運用成果發表會時頒發感謝狀給所有參與計畫之牙醫院所，同時以獎狀及獎品鼓勵具下列事蹟之牙醫院所：(1)牙醫院所感染管制實地輔導訪查成績優異之牙醫院所(前 3 名)，及 (2) 針對輔導訪視缺失提出品質改善之牙醫院所，(3) 對於「牙科感染管制自我查檢表單」提供具體性意見最多之牙醫院所。參與本次成果發表會的院所共 14 間，出席率為 32.5%，節目中，邀請兩位牙醫診所代表及一位醫院牙科代表，報告其參與此計畫及接受輔訪之心得分享，由同德牙醫診所負責人陳彥廷醫師、寬庭牙醫診所負責人代表林詩堯牙助及衛生福利部桃園醫院曾建福醫師。

同時，也邀請兩位輔訪人員，楊文甫牙醫師及林圭碧會長制師做心得分享，大家從不同角度的分享，學習到推行牙科感染管制的心得，充滿熱情與感動，場面溫馨與熱絡，令與會者受益良多，最後也頒發此次活動中表現優異的前三名牙醫診所，前三名醫院牙科，也頒發感謝狀給參與此次活動的專案委員及輔訪委員，最後大家集體合影，結束成功且收穫滿滿的成果發表會，詳細議程及成果發表會活動集錦詳見附錄 17、圖 12。



圖 12：108 年 10 月 20 日成果發表會活動集錦

第七節 牙科感染管制論壇

一、於 108 年 11 月 16 日，鄭信忠院長舉辦牙科感染管制論壇，主題為「台灣牙科感染管制之推行與自我評核機制」，旨在集中產官學及牙醫界，凝聚共識，進一步推展牙科感管觀念及措施，針對自我評核機制如何與外部稽核或現有考核制度相結合，提出政策建議。會議議程請見附件 18。

牙科感染管制論壇摘要結果如下：

- 一、 影響執行牙科感染管制的主要因素為經濟因素。
- 二、 一切的牙科感管是以提升病人醫療品質，保障醫患安全為依歸。
- 三、 只有從在校教育及畢業後的各式再教育著手，是根本提升牙醫工作者對牙科感管的執行成效。

第八節 數位學習課程

數位課程分為五堂課，課程名稱分別為：「牙科器械的在處理流程及環境清潔消毒」、「牙科之手部衛生」、「牙科醫療廢棄物處置與職業環境監測」、「侵入性牙科處置之感染管制」、「傳染病之牙科感染風險與防治」，講師名單為林美良督導長、曾建福主任、吳家佑醫師、曾士哲醫師、楊文甫醫師、盧敏吉醫師及林圭碧會長，每堂課程將分為導言、歷史沿革、學理根據、方法解說、結論、自我評量共 20-30 分。五堂課程影片之簡報如附冊，已完成

錄製及後續剪輯作業，並已取得著作授權同意書。

第九節 編製民眾版及專業版「牙科感染管制常見問答集」

依照此研究計畫所設計之「牙科感染管制自我查檢表單」二十一項目為骨幹，進行問題設計，民眾版「牙科感染管制常見問答集」共 9 題，專業版「牙科感染管制常見問答集」共 63 題，詳情請見附冊。

民眾版 Q&A

1. Q1：看牙科前，我需要提供什麼資料給牙醫師？
2. Q2：看牙科會得到愛滋病嗎？
3. Q3：看牙科會得到 B 型或 C 型肝炎嗎？
4. Q4：什麼狀況時看牙醫，容易把疾病傳染給別人？
5. Q5：看牙科拔下來的牙齒，可不可以帶回家留作紀念？
6. Q6：看牙科前要刷牙嗎？
7. Q7：去牙科院所看牙時，須注意什麼事項？
8. Q8：可以帶寵物進入牙科門診嗎？
9. Q9：我看牙時，如何知道牙醫師有做好感染管制個人防護措施？

專業版 Q&A

A. 硬體設備：

1. 適當洗手設備

Q1：請問何謂適當牙醫院所洗手設備？

Q2：如果現有診療區未能設置洗手台，該怎麼儘可能符合感染管制 SOP？

Q3：水槽下方的空間不用很可惜，為何不能放置物品？

2. 良好通風空調系統

Q1：何謂良好通風空調系統？

Q2：除基本通風空調外，進一步改善空氣品質的建議為何？

3. 適當滅菌消毒設施

Q1：牙科醫療院所之基本消毒設施應包括哪些？

Q2：滅菌器之定期檢測包括哪些項目？

Q3：一般壓力消毒鍋後再放烘碗機乾燥可以嗎？若空間不夠，該怎麼辦？

4. 診間環境清潔

Q1：診療檯未使用時為何需保持淨空？

Q2：在診間為了賞心悅目及讓患者放鬆，可否放一些盆栽、魚缸或海綿玩偶嗎？

5. 適當器械處理環境

Q1：何謂牙醫院所之適當器械處理環境？

B. 軟體設備：

1. 完備病人預警防範措施

Q1：何謂牙醫院所標準預警防範措施？

Q2：有哪些疾病史，對牙科治療很重要？

Q3：牙科治療感染管制四大原則為何？

2. 適當個人防護措施

Q1：牙科醫療院所適當防護措施包括哪些？

Q2：如何減少看診室的氣霧飛沫感染？

Q3：工作服建議如何清潔？

3. 開診前治療檯消毒措施

Q1：如何進行開診前的治療檯消毒？

Q2：如何用市面的漂白水泡製 0.02% 之消毒液？

Q3：有哪些建議可用來擦拭治療檯的清潔液？

Q4：為什麼門診結束後已消毒管路，開診前還要做管路出水的動作？

4. 門診結束後治療檯消毒措施

Q1：如何進行門診結束後治療檯消毒措施？

Q2：病患交替時，治療檯要做哪些清潔的工作才算完備？

Q3：門診結束後除了清潔治療檯，為何還要放水及氣體？

5. 完善廢棄物處置

Q1：何謂完善廢棄物處置？

Q2：牙醫診所的垃圾如何分類？

Q3：不同廢棄物的儲存容器有無規定？

Q4：為什麼醫療廢棄物必需保持在 5°C 冷藏箱中，並一定要專用？

Q5：為什麼上下層獨立的冰箱不可單獨使用其中一層來存放醫療廢棄物？

6. 意外尖銳物品扎傷處理流程制訂

Q1：如何制定符合院所的尖銳物扎傷處理流程？

Q2：如何將意外扎傷制作事件報告並施作全員宣導？

Q3：如何定期演練針扎流程？

Q4：基層院所如何執行通報系統，如何準備資料歸檔記錄？

7. 器械清洗

Q1：可使用哪些消毒劑或清潔劑?何種類的清潔劑和酵素符合衛屬規定?

Q2：牙醫院所器械清洗包括哪些項目?，如何選擇相關設備?

Q3：使用器械清洗機是否仍需要超音波震盪機預先處理?

Q4：傳染性感染器械應如何消毒?

8. 器械浸泡消毒

Q1：何種器械需要浸泡消毒?

Q2：牙醫院所之器械浸泡消毒劑包括哪些?何種類的清潔劑和酵素符合衛屬規定?

Q3：消毒劑需放置於何種容器內，使用時需不需要通風設備?

Q4：器械應浸泡多久的時間消毒及滅菌?

Q5：如何監控消毒劑符合有效濃度劑量?

9. 器械滅菌消毒

Q1：器械清洗打包應於何時完成處理?

Q2：如何監控器械滅菌清潔成果?

Q3：如何使用包內及包外化學指示劑?

Q4：植體和植入物是需要等待多久的生物培養後才能植入人體?

10. 滅菌後器械貯存

Q1：儲存空間有無規範?

Q2：如何確保器械於有效期間內使用?

Q3：器械若過期未使用是否需要重新清潔消毒?

11. 感染管制流程製訂

Q1：如何制定牙醫院所客製化的感染管制流程?

Q2：如何進行牙醫院所宣導及遵循?

12. 安全注射行為

Q1：如何安全執行牙科注射針頭，避免扎傷？

13. 員工保健

Q1：何種身體情況下，應主動向主管報告？

Q2：牙醫院所員工應多久實施健康檢查？

Q3：牙醫院所員工之「健康檢查」應包含哪些項目？

14. 教育訓練

Q1：請問牙醫院所牙醫師應多久參加牙科感染管制教育訓練？

Q2：請問牙醫隨行工作人員應多久參加牙科感染管制教育訓練？

15. 手部衛生

Q1：何謂手部衛生時機？

Q2：何謂手部衛生七步驟？

Q3：何種狀況下可使用酒精性乾洗手液？

Q4：如何選用酒精性乾洗手液？

16. 水質監測

Q1：牙醫院所的水質監測標準為何？

Q2：請問改善牙醫治療檯水質的方法有哪些？

第四章 討論

第一節 專案小組人員出席率討論

去年度專案小組委員共計十八位，會議出席率不高，今年度多邀請兩位牙醫師加入專案小組，且邀請去年度協助本計畫感染管制相關實務經驗的感管師加入，出席率比起去年提升許多，且借重過去在各醫療科推展感染管制的經驗，注入牙科感染管制的新血及新思維，增進本研究更加順利進行。

第一年之會議出席率平均約為 25% 至 40%，僅有一次出席率達到 61%；第二年之會議出席率平均提高至 40%-60%，較第一年改善提升。

第二節 牙科感染管制自我查檢表設計之討論

針對本研究之查檢表設計，起初經過多次的討論與設計，都未能有效可行的將當前牙科感染管制的執行面貌具體勾畫出來，最主要是擔心以85%的牙醫師都在基層牙醫診所服務的生態中，是否能適應及執行，最後採用目前牙醫總額預算制度下推動的「牙醫門診總額加強感染控制實施方案」中，所使用的「牙醫院所感染控制 SOP 作業考評表」進行修改。

該「牙醫院所感染控制 SOP 作業考評表」的內容是最基本的牙科感染管制要求，已在全台灣的牙醫診所實施多年的評核，作為牙醫診所補助感管金額之依據，每年牙醫全聯會都會辦理「牙醫院所感染控制 SOP 說明會」，對牙醫診所也是一種宣傳及教導，更重要是基層牙醫診所也熟悉這十四項目的感染管制措施，因此本研究計畫之設計自我查檢表，直接採用該自評表，再擴增為二十一項，是「直接接軌」的最佳方式，各項為基層牙醫師熟悉項目，平常也都有在執行，未來使用新設計查檢表的意願才會高，阻礙降低，方能達到推廣的效能。

本研究設計之查檢表共增加硬體「適當器械處理環境」一項，軟體部分增加「感染管制流程制訂」、「安全注射行為」、「員工保健」、「教育訓練」、「手部衛生」、「水質監測」，這些項目也都是「牙科感染管制認知狀態調查結果」中，一般牙醫師執行較弱但卻是很重要的牙科感染管制項目。

在本查檢表設計過程，重新調整原來 CBA 表的內容，以 C 為最基本的

措施，B 為應有的措施，A 為理想的措施進行設計，在這個查檢表中，除了自評檢視外，同時也是一份調查表，能了解牙醫院所可執行 C 級或 B 級或 A 級的比率，以做為未來推廣的重要參考依據。

經過輔訪結果的數據，C-B-A 三項次的成績都有明顯的差別，每個級距的差異都有 4-20% 以上，詳細數據請見表 6，顯示本 C-B-A 表非常具有鑑別度。醫院及診所也具有明顯的鑑別度，醫院層級的不合格率兩年皆為 5% 以下，且 A 以上 107 年為 64%，108 年為 82%，反觀診所，不合格率從 107 年至 108 年雖有降低，但達到 A 的比例還是遠遠不及於醫院層級，詳細數據請見表 7，顯示本查檢表內的準則內容設計，具有高度鑑別度，是一個很優良的查檢表。特別是經過第一年的輔訪後，幾乎所有的輔訪委員對該檢查表的大綱沒有特別的意見，只做字面上的修訂，續作第二年的查檢表進行輔訪。

第三節 實地輔導訪視結果討論

本研究依「多層次比例式隨機抽樣方法」，以健保署六區分布比率，再以各區醫院牙科及牙醫診所分布比率，進行隨機抽樣，除了第一年度參與計畫之醫療院所外，再增加邀集至少 12 家牙科醫療院所，進行本研究計畫。經致電詢問參加意願，九成以上不同意都不願意參加，最後改由立意取樣 43 家醫療院。

立意取樣招募原則，考量地域分佈、院所層級及牙科治療檯數等規模因素，共抽樣 15 家醫院牙科及 28 家牙醫診所，包括：台北區 11 家診所、4 家醫院牙科；北區 4 家診所、1 家醫院牙科；中區 6 家診所、3 家醫院牙科；南區 2 家診所及 3 家醫院牙科；高屏區 4 家診所及 3 家醫院牙科；東區 1 家診所層級以及 1 家醫院牙科能夠願意參加此「自我查檢表」的醫院牙科及牙醫診所，基本上這些機構都已自信自己平日執行牙科感染管制措施已達一定水準，因此該研究的結果可能會因「立益抽樣」而有「過度表現優越」的假象，若要將此結果應用或解釋在當前台灣牙醫院所執行牙科感染管制的結果，可能要大打折扣，這是檢視本研究結果時應特別注意及考慮部分。

本次每醫機構的輔導訪視，皆由一位牙醫師及一位感染管制師共同進行實地輔導訪視，因為已有第一年的經驗，特別舉行行前共識會，將去年輔訪所遇到的問題做修改，達到更精準的一致性與精準度。

檢視此次輔訪結果，醫院牙科依舊大幅優於牙醫診所，但經由比較第一年度及第二年度的輔訪結果，牙醫診所的進步幅度優於醫院牙科，值得嘉獎。

其實本查檢表也是一項調查工具，及推動的指標，藉著 C-B-A 三個級次的執行率，了解當前醫院牙科或牙醫診所的牙科管制執行現況及推動方向。

從兩年度的輔訪查檢我們清楚發現無論是醫院牙科或基層牙科診所的各項感管執行率，都有顯著的進步，尤其是醫院牙科優於牙醫診所，顯示這些參加研究的機構經過一年前的輔導訪視後，確實有經學習而改善且進步，尤其是醫院牙科因須接受嚴格的醫院評鑑，所以其感管執行率，C 級以上執行率，除「水質監測」項目 93% 之外，全部 100%，A 級以上，21 項中的 12 個項目皆高於 70%。而牙醫診所部分，C 級以上執行率，在 21 項目中有 7 項為 100%，8 項超過 90%，4 項超過 80%，1 項(水質監測)只有 21%。

從這兩年的輔訪過程可得到一個寶貴的模式，即經過自我查檢表的學習及輔訪後，對於感管的各項措施，除了牙醫診所的水質監測仍低落外，其他項目都又顯著進步，表示此模式的「自我查檢加上輔訪」確實為有效增進牙科感管的重要工具，可提供未來推廣的參考。另外，醫院牙科的感管措施進步，主要是受「醫院評鑑」因素的影響，因此「評鑑」確實成為可

刺激及改善牙科感管措施的重要因子，也可提供政府決策者的重要參考依據。

第四節 教育訓練課程及標竿學習課程討論

教育訓練課程主題包含研究重點規範項目，辦理場次數亦符合計畫書規範，共在台北、台中、高雄舉行三場牙科感染管制教育訓練課程，主題為「牙科感染器械消毒與滅菌」、「尖銳物品扎傷，皮膚黏膜潑濺防範處置，安全注射行為」、「牙科水路管理，水質監測，牙科醫療廢棄物處理」及「感染性疾病之認知，感染管制流程制定，如何教育訓練」。特別依去年問卷調查的結果，發現牙醫師及助理對疾病認知與教育訓練低落，而增修題目，參加人數皆爆滿，經滿意度調查，平均都超過 4.2，顯示三場訓練課程都是很成功且學員滿載而歸，本計畫參與此次教育訓練的醫療院所為 21 間。

今年特別新增標竿學習課程，辦理場次數符合計畫書規範，共在台北、台中、高雄舉行三場牙科感染管制標竿學習課程，選擇願意示範的牙醫診所，事先由主持人鄭信忠院長親自赴各標竿牙醫診所，協助各機構的示範輔導與講解，包括軟硬體的建構、擺設及使用說明，並親自編輯講義，並建立一套標竿學習的 SOP，讓學員學習方便，示範診所準備容易解有準則。此次學員經由實地參訪優良醫療機構，實際感受實務的經驗與觀摩，並與優良機構之負責人學術交流，每位受益良多，此學習模式可擴大推廣，效果很好，本計畫參與此次標竿學習的醫療院所為 10 間，出席比率為 24%。

第五節 數位學習課程製作討論

本研究計畫依標單規定，共製作五支數位學習課程課程，名稱分別為：「牙科器械的在處理流程及環境清潔消毒」、「牙科之手部衛生」、「牙科醫療廢棄物處置與職業環境監測」、「侵入性牙科處置之感染管制」、「傳染病之牙科感染風險與防治」，每堂課程將分為導言、歷史沿革、學理根據、方法解說、結論、參考資料、自我檢測等項目，共 20-30 分鐘，由五位人員主講錄製，

本來規劃每一課程的「方法解說」部分，將實地拍攝操作過程呈現之，因需耗費較長時間，且受結案期限壓力，改由主持人鄭信忠院長操刀，放置他上課使用之個人拍攝照片，加以編輯及圖說，作為操作步驟簡報內容，未來若有類似研究計畫執行，再進行實務操作 SOP 拍攝，以動態影片更能吸引學員學習動及成效。

第五章 結論

一、實地輔導訪查：

依「多層次比例式隨機抽樣方法」，以健保局六區分布比率，再以各區醫院牙科及牙醫診所分布比率，進行隨機抽樣，進行本研究計畫。經致電詢問參加意願，九成以上不同意都不願意參加，最後改由立意取樣 43 家醫療院進行研究樣本。每機構的輔導訪視，皆由一位牙醫師及一位感管師同行，並舉辦行前共識會及輔導訪查結束後之檢討會議；輔訪後評分結果顯示：醫院牙科整體的成績皆優於牙醫診所。

二、教育訓練及標竿學習：

教育訓練主題為「牙科感染器械消毒與滅菌」、「尖銳物品扎傷，皮膚黏膜潑濺防範處置，安全注射行為」、「牙科水路管理，水質監測，牙科醫療廢棄物處理」及「感染性疾病之認知，感染管制流程制定，如何教育訓練」，並於教育訓練課程結束後辦理標竿學習課程。

三、交流會議及成果發表會：

於輔導訪查前及輔導訪查結束後舉辦牙醫院所交流會議，並於輔導訪查結束後之交流會議一併舉辦成果發表會，請參與院所對於這些查檢表及輔訪活動提出意見及討論。

四、牙科感染管制論壇

影響執行牙科感染管制的主要因素為經濟因素。牙科感染管制的目標都是以提升病人醫療品質，保障醫患安全為依歸。要推動感染管制品質改善，只有從在校教育及畢業後的各式再教育著手，才是提升牙醫工作者對牙科感管的執行成效的根本。

五、編製民眾版及專業版「牙科感染管制常見問答集」

依照此研究計畫所設計之「牙科感染管制自我查檢表單」二十一項目為骨幹，進行問題設計，並完成民眾版 9 個問答，專業人士版 63 個問答。

六、數位學習課程

數位課程分為五堂課，課程主題及講師如下說明：「牙科器械的在處理流程及環境清潔消毒-林圭碧講座」、「牙科之手部衛生-林美良講座」、「牙科醫療廢棄物處置與職業環境監測-曾士哲講座」、「侵入性牙科處置之感染管制-吳家佑講座」、「傳染病之牙科感染風險與防治-盧敏吉講座」，每堂課約 25-30 分鐘。

第六章 規劃 及政策建 議

一、 自我查檢表單設計

本研究之「自主考評表」，是以目前牙醫界正在實施「牙醫門診加強感染管制實施方案」的「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」修改之，包括硬體設備五個項目，軟體設備十六個項目，總共二十一項目，每一項目包括 C-B-A 三個等級，C 表示基本要求，B 表示中等要求，A 表示最高要求，可考慮統一成一套公版考評表，供全國使用，避免多種考評表。

二、 負責人員

由各牙醫院所之負責醫師為「牙科感染管制自我評核」的負責人，負責督導該機構牙科感染管制之計畫、分工、執行及自我評核。

三、 自我評核頻率及方式

1. 由牙醫院所負責人指派一位該機構之牙科感染管制主管級人員或專職人員，負責「牙科感染管制自我評核」的評核工作，每半年依據所設計的評核表進行自我評核一次，每個月進行稽核各項目之執行狀況。
2. 必須每項目達 C 級標準才算合格，若無法達到 C 級者，須以 PDCA 的模式，提出改善計畫並進行實施，直到下一次通過為止，過程必

須紀錄備查。

3. 管轄之衛生單位進行牙醫院所督導時，必須檢查「牙科感染管制自我評核」各項目有無全部達 C 級，並檢查品質改善之書面紀錄，若都達到 C 且有改善紀錄，則算通過「牙醫院所感染管制自主管理」。

四、 獎勵機制

1. 將牙醫院所依「牙科感染管制自我評核」的 21 個項次通過分數，頒發「優等牙醫感染管制自主管理機構」及「佳作牙醫感染管制自主管理機構」榮譽，效期一年。
2. 「優等牙醫感染管制自主管理機構」：21 項目中，至少 50%(10 項)為 B 級，30%(6 項)為 A 級。
3. 「甲等牙醫感染管制自主管理機構」：21 項目中，至少 40%(8 項)為 B 級，20%(4 項)為 A 級。
4. 若通過者，由管轄之衛生單位頒發證明榮譽標章，貼至該機構明顯處，以示鼓勵及獎勵，也讓看診病人認同。
5. 鼓勵牙醫院所主動申請「牙科感染管制自我評核」，經申請後，且由管轄衛生單位評核通過者，則兩年內管轄衛生單位不會進行抽檢及查核，否則管轄衛生單位每年將例行至牙醫院所進行感管評核。

五、 後續發展及政策建議

1. 該自主評核機制需與衛福部、衛生局、管轄衛生單位、健保署及牙醫全聯會等單位，進行溝通協調，達共識後始可試辦一年，再全面展開。
2. 衛生單位可以從各牙醫院所在各項目的 CBA 及次分佈，知道當前牙醫界執行感管的分佈，以作為推廣的依據。
3. 目前「牙醫門診加強感染管制實施方案」之「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評」是由牙醫全聯會及衛生單位聯合至各診所機構考評訪視，經此研究模式，可以考慮改由此「牙科感染管制自我評核」模式取代進行之，並以每年抽查 20%的診所來做複核。
4. 建議依此研究計畫模式，由 CDC 製作更多的數位課程及開闢牙科感染管制網站，讓忙碌的牙醫師能從網站數位教學學習新知及訊息，有效率提升遵從性及執行率。
5. 從本研究得悉，牙醫診所的感控執行遠低於醫院牙科，因為醫院牙科有醫院評鑑監督執行，維持一定水準，而牙醫診所因無特定監督單位，執行水平較低且不易掌控。建議未來應以牙醫診所為對象進行感管輔導，為了降低阻礙，提升效能，應積極與牙醫全聯會合作，尤其是應從目前執行之「牙醫門診加強感染管制實施方案」的「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評」中切入，是最快的捷徑！

6. 推廣牙科感染管制的最有效方法應從教育著手，目前國內七大牙醫院校，只有台北醫學大學有開設兩學分的「牙科感染管制課程」，牙醫國考並沒考「牙科感染管制」項目，建議疾病管制署應建議考試院在牙醫執照考試中增加「牙科感染管制」的試題，也建議教育部鼓勵牙醫學系增開「牙科感染管制」學分。

第七章

参考文献

1. 鄭信忠. 牙科感染控制，初版，台北市牙醫師公會，台北市，1992
2. 鄭信忠. 臨床牙科感染控制，於”牙科公共衛生學第十四章”，出版，國立編譯館，2012
3. Center for Disease Control. Recommended infection control practices for dentistry. MMWR, 42: 1-12, 1993
4. Rimland D, Parkin WE, Miller GB. Hepatitis B out-break traced to an oral surgeon. N Eng J Med, 296: 953-958, 1997
5. Shaw FE, Barrett CL, Hamm R, Lathal outbreak of hepatitis B in a dental office. J Am Med Assoc, 255: 3260-3264, 1986
6. Center for Disease Control. Investigation of patients who have been treated by HIV-infected health care workers- United States. MMWR, 42:329-331,337, 1993
7. Palca J, CDC closes the case of the Florida dentist. Science, 256: 1130-1131, 1992
8. Verrusio AC, Neidle EA, Nash KD, Silverman S, Horowitz AM, Wagner KS. The dentist and infectious diseases: a national survey of attitudes and behavior. J Am Dent Assoc., 118: 553-562,1989
9. Nash KD. How infection control procedures are affecting dental practice today. J Am Dent Assoc., 123: 67-73,1992
10. Department of Labor. Occupational Safety and Health Administration. 29 CFR Part 1910, 1030, occupational exposure to bloodborne pathogens: final rule. Fed Reg, 56: 64004-64182,1991
11. 鄭信忠,黃炯興,陳時中.台北市牙醫師執業之"個人感染防護"現況調查,中

- 華牙醫學雜誌,14(2):70- 82,1995.
12. 黃炯興,鄭信忠,陳時中.台北市牙醫師執業之"消毒與滅菌"現況調查,中華牙醫學雜誌,14(3):180- 191,1995.
 13. 鄭信忠,黃炯興,陳時中.台北市牙醫師對"感染控制"之認知與態度,中華牙醫學雜誌,14(3):180- 191,1995.
 14. 鄭信忠,林哲堂,陳時中,洪清霖.台北市牙科病患對感染性疾病之認知與態度,中華醫學雜誌,14 (5):273-285,1996.
 15. 鄭信忠編著.臨床牙科感染控制篇,於“臨床牙科寶鑑”,初版,台北市牙醫師公會印,1995.
 16. 鄭信忠. 牙醫師 SARS 防疫手冊.中華民國牙醫師公會全聯會.2003.
 17. 鄭信忠. 牙醫院所感染控制 SOP 作業細則手冊。行政院衛生署疾病管制局印製,2004.
 18. **Cheng HC**, Su CY, Huang CF, Chuang CY(2012). Changes in Compliance with Recommended Infection-Control Practices and Affecting Factors. Journal of Dental Education.(76):1684-1690.
 19. 行政院衛生福利部疾病管制署,牙科感染管制措施指引,2015
 20. 鄭信忠編著,牙科院所感染管制措施指引手冊,中華民國牙醫師公會全聯會,2016
 21. Center for Disease Control Prevention. Infection Prevention Checklist for Dental Settings: Basic Expectations for Safe Care. USA, 2016.

22. American Dental Association. The ADA Practical Guide to OSHA Training: Compliance for Dental Professionals, 2017
23. Harte JA. Evaluation of a Practical Dental Infection Control Program. In “Practical Infection Control in Dentistry, Chat. 21” Molinari JA, Harte JA, 3rd edition, Philadelphia PA, 2010
24. 鄭信忠. 「牙醫院所感染控制 SOP 考評表」修訂及缺失改善建議,台灣牙醫界雜誌, 29(9):20-28
25. 鄭信忠,邱弘毅,林哲堂,,李勝揚.台北市牙醫師對感染控制認知與態度之再評估.中華牙醫學雜誌,20(3):191-202,2001.
26. 鄭信忠.台灣地區城鄉差距影響牙醫師對感染控制之認知與態度,國科會研究報告, 1999
27. 鄭信忠.台灣地區城鄉差距影響牙醫助理對感染控制之認知與態度,國科會研究報告, 2002
28. Cheng HC, Su CY, Yen AMF, Huang CF(2012).Factors Affecting Occupational Exposure to Needlestick and Sharps Injuries among Dentists in Taiwan: A Nationwide Survey. PLoS ONE.(7):e34911-e34911.
29. Chuang CY, Cheng HC, Yang S, Fang W, Hung PC, Chuang SY(2014).Investigation of the spreading characteristics of bacterial aerosol contamination during dental scaling treatment. Journal of Dental (SCI)ences.(9):1-3.

第八章 表次

表 1：108 年專案小組名單及分工(專家委員按照筆畫順序)

類別	參與年度	姓名	現職	在本計畫內擔任之具體工作性質、項目及範圍
主持人	107-108 年	鄭信忠	北醫大口腔醫學院院長/ 教授	統籌、規劃及協調本研究計畫相關事宜、計畫撰寫、主持本研究各討論會議、經費與計畫進度管理、報告撰寫
協同主持人	107-108 年	陳立昇	北醫大學口腔衛生學系 副院長/教授	協助主持統籌、規劃及協調本研究計畫相關事宜、所有研究計畫之統計分析
協同主持人	107-108 年	李垣樟	北醫大學附設醫院感染 科主任	協助主持統籌、規劃及協調本研究計畫相關事宜、各項感染管制之設計及管理
協同主持人	107-108 年	黃茂栓	雙和醫院牙科部主任/ 牙醫全聯會監事召集人	協助主持統籌、規劃及協調本研究計畫相關事宜，協調各項訪視機構及感染管制制度建立等。
研究員	107-108 年	林美良	北醫大學附設醫院督導 長/講師	資料蒐集、文獻回顧、計畫撰寫、資料分析與整理、品質管理制度建立、稽核事宜...等
研究員	107-108 年	吳家佑	北醫大學附設醫院口腔 外科主治醫師	資料蒐集、文獻回顧、計畫撰寫、資料分析與整理、品質管理制度建立、稽核事宜...等
研究員	107-108 年	沈明輝	北醫大學附設醫院醫療 品質部副主任	資料蒐集、文獻回顧、計畫撰寫、資料分析與整理、品質管理制度建立、稽核事宜...等
專家委員	108 年	方致元	萬芳醫院口腔顎面外科 主治醫師	提供牙醫師感染管制臨床實務經驗、擔任問答集草案編寫小組成員...等。
專家委員	108 年	白勝方	國立陽明大學牙醫臨床 教育中心主治醫師	提供牙醫師感染管制臨床實務經驗...等。
專家委員	107-108 年	吳契聰	三軍總醫院口腔外科主 治醫師	提供牙醫師感染管制臨床實務經驗...等。

專家 委員	107-108年	林圭碧	國際醫療照護物料供應 管理學會台灣分會會長	提供感染管制相關專業知識、擔任輔導訪視小組 委員…等。
專家 委員	107-108年	林鴻穎	臺大醫院牙科部主治醫 師	提供牙醫師感染管制臨床實務經驗、擔任牙科感 染管制教育訓練講師…等。
專家 委員	107-108年	陳立群	國泰醫院感染科主任	提供感染管制相關專業知識…等。
專家 委員	107-108年	陳彥廷	牙醫全聯會前牙總主委	提供牙醫師感染管制臨床實務經驗…等。
專家 委員	107-108年	曾士哲	牙醫全聯會第13屆醫審 室副主任/敦揚牙醫診所 負責人	提供牙醫師感染管制臨床實務經驗、擔任問答集 草案編寫小組成員、擔任輔導訪視小組委員…等。
專家 委員	107-108年	曾建福	衛生福利部桃園醫院牙 科部主任	提供牙醫師感染管制臨床實務經驗、擔任問答集 草案編寫小組成員、牙科感染管制教育訓練講 師…等。
專家 委員	107-108年	楊文甫	牙醫全聯會副執行長/協 群牙醫診所負責人	提供牙醫師感染管制臨床實務經驗、擔任問答集 草案編寫小組成員、擔任輔導訪視小組委員…等。
專家 委員	107-108年	劉昌邦	馬偕醫院感染科主任	提供感染管制相關專業知識…等。
專家 委員	107-108年	盧敏吉	中國附醫感染科主治醫 師	提供感染管制相關專業知識、擔任輔導訪視小組 委員…等。
專家 委員	107-108年	羅文良	臺北榮總口腔醫學部口 腔顎面外科主任	提供牙醫師感染管制臨床實務經驗…等

表 2：108 年度參與院所

參與年度	機構名稱	地址	聯絡人	規模
台北區				
107 年	三軍總醫院	台北市內湖區成功路 2 段 325 號	李忠興主任	75 台
107 年	恩主公醫院	新北市三峽區中山路 198 號	賴昱承醫師	20 台
108 年	臺北醫學大學附設醫院	台北市信義區吳興街 252 號	黃瓊芳主任	61 台
108 年	國立陽明大學附屬醫院	宜蘭縣宜蘭市校舍路 169 號、新民路 152 號	涂曦丰醫師	21 台
107 年	長島牙醫診所	台北市松山區民生東路 5 段 90 號 1 樓	吳建德醫師	5 台
107 年	王品牙醫診所	台北市中山區錦州街 360 號	王幸宜醫師	4 台
107 年	協群牙醫診所	台北市文山區忠順街 1 段 41 巷 8 號	楊文甫醫師	4 台
107 年	康緹牙醫診所	新北市三重區正義北路 351 號 1-3 樓	賴郁樺醫師	16 台
107 年	景新牙醫診所	新北市中和區景新街 451 號	黃皇醫師	4 台
107 年	里昂哈佛牙醫診所	106 台北市大安區仁愛路四段 416 號 2 樓	許家維醫師	4 台
108 年	新樹聯合牙醫診所	新北市新莊區建安街 90 號 1 樓	張箭球醫師	4 台
108 年	西盛牙醫診所	新北市新莊區民安西路 66 號 1 樓至 2 樓	郭雨文醫師	8 台
108 年	饒正美牙醫診所	宜蘭縣宜蘭市中山路 2 段 382 號	胡真真醫師	4 台
108 年	向虹牙醫診所	台北市松山區民族東路 761 號 1 樓	裘薇藝醫師	5 台
108 年	同德牙醫診所	台北市信義區莊敬路 233 號 1 樓	陳彥廷醫師	4 台
北區				
107 年	衛生福利部桃園醫院	桃園市桃園區中山路 1492 號	曾建福主任	11 台
107 年	源芳牙醫診所	桃園市桃園區泰山里中山路 418 號	徐啟東醫師	5 台
107 年	源泰牙醫診所	桃園市中壢區龍岡路二段八號一樓、二樓	羅伯雄醫師	5 台
107 年	新瑞牙醫診所	新竹縣竹北市光明九路 13 號及 15 號 1 樓	連新傑醫師	7 台

108 年	恆美牙醫診所	桃園市龜山區文青路 207 號 1 樓、2 樓	閻以輝醫師	3 台
中區				
107 年	中國醫藥大學附設醫院	台中市北區育德路 2 號	陳遠謙主任	32 台
107 年	童綜合醫療社團法人童綜合醫院	臺中市梧棲區臺灣大道八段 699 號	秘書陳俞庭	23 台
107 年	佑民醫療社團法人佑民醫院	南投縣草屯鎮太平路一段 200 號	石家璧主任	16 台
107 年	靚美時尚牙醫診所	臺中市北區中清路一段 866 號 1 樓及 2 樓	鄭倍青醫師	5 台
107 年	寬庭牙醫診所	臺中市西屯區西屯路 2 段 251-4 號 1 樓	林傳凱醫師	6 台
107 年	君悅美學牙醫診所	臺中市大雅區中清東路 273 號 1 樓	林傳凱醫師	9 台
107 年	佳康牙醫診所	彰化縣彰化市中正路二段 771 號 1 樓	林傳凱醫師	6 台
108 年	真愛美學牙醫診所	臺中市西區精誠路 260 號 1 樓	林傳凱醫師	5 台
108 年	康橋牙醫診所	臺中市南屯區文心路一段 432 號 1 樓、2 樓、3 樓	林傳凱醫師	7 台
南區				
108 年	奇美醫療財團法人奇美醫院	臺南市永康區中華路 901 號	劉巡宇副院長	46 台
107 年	戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院	嘉義市東區保健街 100 號二樓	劉育嘉主任	28 台
107 年	奇美醫療財團法人佳里奇美醫院	臺南市佳里區興化里 606 號	毛念平主任	4 台
107 年	品悅牙醫診所	臺南市東區崇善路 402—1 號 1 樓	吳成哲醫師	3 台
108 年	康喬牙醫診所	臺南市中西區郡王里南門路 121 號 1 樓	李青峰醫師	6 台
高屏區				

107 年	屏基醫療財團法人 屏東基督教醫院	屏東縣屏東市華山里大連路 60 號	劉振聲主任	8 台
107 年	高雄市立小港醫院	高雄市小港區山明里山明路 482 號 B1-10F	陳翰生主任	11 台
107 年	高雄市立旗津醫院	高雄市旗津區旗港路 33 號	陳翰生主任	3 台
107 年	Abc 鳳山牙醫診所	高雄市鳳山區維新路 155 號 2 至 4 樓	王映傑醫師	16 台
108 年	北益牙醫診所	高雄市三民區千歲里建國三路 443 號 1 樓、445 號 1 樓	陳建富醫師	11 台
108 年	來來牙醫診所	高雄市鳳山區中山西路 376—6 號	黃怡彰醫師	4 台
108 年	欣典牙醫診所	高雄市三民區聯興路 137 號 1 樓	蔡誼德醫師	7 台
東區				
107 年	衛生福利部花蓮醫院	花蓮縣花蓮市中正路 600 號	邱瓊瑤主任	2 台
107 年	台東縣海端鄉衛生所	台東縣海端鄉海端村 3 鄰 29 號	陳境治主任	2 台

表 3：107 年及 108 年實地輔導訪結果比較(基準達成率-整體)

基準達成率(整體)															
分數 項目	D			C			B			A			C以上		
	107年	108年	比較	107年	108年	比較	107年	108年	比較	107年	108年	比較	107年	108年	比較
A-1 適當洗手設備	10%	5%	↓ -5%	37%	7%	↓ -30%	33%	33%	↓ -1%	20%	56%	↑ 36%	90%	95%	↑ 5%
A-2 良好通風空調系統	0%	0%	0%	40%	19%	↓ -21%	37%	40%	↑ 3%	23%	42%	↑ 19%	100%	100%	0%
A-3 適當滅菌消毒設施	3%	2%	↓ -1%	47%	37%	↓ -9%	7%	16%	↑ 10%	43%	44%	↑ 1%	97%	98%	↑ 1%
A-4 診間環境清潔	13%	0%	↓ -13%	47%	14%	↓ -33%	7%	7%	0%	33%	79%	↑ 46%	87%	100%	↑ 13%
A-5 適當器械處理環境	7%	7%	0%	27%	33%	↑ 6%	30%	28%	↓ -2%	37%	33%	↓ -4%	93%	93%	0%
B-1 完備病人預警防範措施	13%	12%	↓ -2%	33%	9%	↓ -24%	3%	7%	↑ 4%	50%	72%	↑ 22%	87%	88%	↑ 2%
B-2 適當個人防護措施	3%	0%	↓ -3%	30%	7%	↓ -23%	53%	65%	↑ 12%	13%	28%	↑ 15%	97%	100%	↑ 3%
B-3 開診前治療檯消毒措施	3%	2%	↓ -1%	10%	7%	↓ -3%	60%	35%	↓ -25%	27%	56%	↑ 29%	97%	98%	↑ 1%
B-4 診間環境清潔	0%	0%	0%	37%	16%	↓ -20%	27%	21%	↓ -6%	37%	63%	↑ 26%	100%	100%	0%
B-5 完善廢棄物處置	10%	2%	↓ -8%	7%	0%	↓ -7%	50%	40%	↓ -10%	33%	58%	↑ 25%	90%	98%	↑ 8%
B-6 意外尖銳物品扎傷處理流程制訂	7%	0%	↓ -7%	50%	33%	↓ -17%	10%	14%	↑ 4%	33%	53%	↑ 20%	93%	100%	↑ 7%
B-7 器械清洗	7%	5%	↓ -2%	13%	5%	↓ -9%	47%	53%	↑ 7%	33%	37%	↑ 4%	93%	95%	↑ 2%
B-8 器械浸泡消毒	23%	2%	↓ -21%	53%	53%	0%	3%	21%	↑ 18%	20%	23%	↑ 3%	77%	98%	↑ 21%
B-9 器械滅菌	23%	14%	↓ -9%	33%	44%	↑ 11%	13%	14%	↑ 1%	30%	28%	↓ -2%	77%	86%	↑ 9%
B-10 滅菌後器械貯存	10%	5%	↓ -5%	23%	16%	↓ -7%	37%	47%	↑ 10%	30%	33%	↑ 3%	90%	95%	↑ 5%
B-11 感染管制流程制訂	30%	7%	↓ -23%	27%	26%	↓ -1%	17%	23%	↑ 7%	27%	44%	↑ 18%	70%	93%	↑ 23%
B-12 安全注射行為	0%	0%	0%	53%	33%	↓ -21%	23%	23%	0%	23%	44%	↑ 21%	100%	100%	0%
B-13 員工保健	0%	0%	0%	60%	44%	↓ -16%	0%	9%	↑ 9%	40%	47%	↑ 7%	100%	100%	0%
B-14 教育訓練	30%	9%	↓ -21%	27%	23%	↓ -3%	7%	19%	↑ 12%	37%	49%	↑ 12%	70%	91%	↑ 21%
B-15 手部衛生	23%	2%	↓ -21%	30%	21%	↓ -9%	7%	37%	↑ 31%	40%	40%	0%	77%	98%	↑ 21%
B-16 水質監測	67%	53%	↓ -13%	7%	5%	↓ -2%	3%	5%	↑ 1%	23%	37%	↑ 14%	33%	47%	↑ 13%

表 4：107 年及 108 年實地輔導訪結果比較(基準達成率-診所)

基準達成率(診所)															
分數 項目	D			C			B			A			C以上		
	107年	108年	比較	107年	108年	比較	107年	108年	比較	107年	108年	比較	107年	108年	比較
A-1 適當洗手設備	17%	7%	↓ -10%	61%	11%	↓ -50%	17%	39%	↑ 23%	6%	43%	↑ 37%	83%	93%	↑ 10%
A-2 良好通風空調系統	0%	0%	0%	61%	29%	↓ -33%	17%	29%	↑ 12%	22%	43%	↑ 21%	100%	100%	0%
A-3 適當滅菌消毒設施	6%	4%	↓ -2%	78%	57%	↓ -21%	11%	25%	↑ 14%	6%	14%	↑ 9%	94%	96%	↑ 2%
A-4 診間環境清潔	22%	0%	↓ -22%	56%	21%	↓ -34%	11%	7%	↓ -4%	11%	71%	↑ 60%	78%	100%	↑ 22%
A-5 適當器械處理環境	6%	11%	↑ 5%	39%	39%	0%	50%	39%	↓ -11%	6%	11%	↑ 5%	94%	89%	↓ -5%
B-1 完備病人預警防範措施	17%	18%	↑ 1%	44%	11%	↓ -34%	6%	11%	↑ 5%	33%	61%	↑ 27%	83%	82%	↓ -1%
B-2 適當個人防護措施	6%	0%	↓ -6%	44%	7%	↓ -37%	50%	61%	↑ 11%	0%	32%	↑ 32%	94%	100%	↑ 6%
B-3 開診前治療檯消毒措施	6%	4%	↓ -2%	11%	11%	0%	67%	39%	↓ -27%	17%	46%	↑ 30%	94%	96%	↑ 2%
B-4 診間環境清潔	0%	0%	0%	50%	25%	↓ -25%	33%	32%	↓ -1%	17%	43%	↑ 26%	100%	100%	0%
B-5 完善廢棄物處置	11%	4%	↓ -8%	11%	0%	↓ -11%	61%	57%	↓ -4%	17%	39%	↑ 23%	89%	96%	↑ 8%
B-6 意外尖銳物品扎傷處理流程制訂	11%	0%	↓ -11%	67%	46%	↓ -20%	17%	21%	↑ 5%	6%	32%	↑ 27%	89%	100%	↑ 11%
B-7 器械清洗	11%	7%	↓ -4%	11%	4%	↓ -8%	67%	82%	↑ 15%	11%	7%	↓ -4%	89%	93%	↑ 4%
B-8 器械浸泡消毒	33%	4%	↓ -30%	67%	64%	↓ -2%	0%	29%	↑ 29%	0%	4%	↑ 4%	67%	96%	↑ 30%
B-9 器械滅菌	39%	21%	↓ -17%	50%	64%	↑ 14%	11%	7%	↓ -4%	0%	7%	↑ 7%	61%	79%	↑ 17%
B-10 滅菌後器械貯存	17%	7%	↓ -10%	33%	25%	↓ -8%	50%	57%	↑ 7%	0%	11%	↑ 11%	83%	93%	↑ 10%
B-11 感染管制流程制訂	44%	11%	↓ -34%	39%	39%	0%	11%	29%	↑ 17%	6%	21%	↑ 16%	56%	89%	↑ 34%
B-12 安全注射行為	0%	0%	0%	72%	50%	↓ -22%	22%	32%	↑ 10%	6%	18%	↑ 12%	100%	100%	0%
B-13 員工保健	0%	0%	0%	89%	68%	↓ -21%	0%	14%	↑ 14%	11%	18%	↑ 7%	100%	100%	0%
B-14 教育訓練	44%	14%	↓ -30%	39%	36%	↓ -3%	6%	29%	↑ 23%	11%	21%	↑ 10%	56%	86%	↑ 30%
B-15 手部衛生	39%	4%	↓ -35%	50%	32%	↓ -18%	11%	54%	↑ 42%	0%	11%	↑ 11%	61%	96%	↑ 35%
B-16 水質監測	83%	79%	↓ -5%	11%	7%	↓ -4%	0%	7%	↑ 7%	6%	7%	↑ 2%	17%	21%	↑ 5%

表 5：107 年及 108 年實地輔導訪結果比較(基準達成率-醫院)

基準達成率(醫院)															
分數 項目	D			C			B			A			C以上		
	107年	108年	比較	107年	108年	比較	107年	108年	比較	107年	108年	比較	107年	108年	比較
A-1 適當洗手設備	0%	0%	0%	0%	0%	0%	58%	20%	↓ -38%	42%	80%	↑ 38%	100%	100%	0%
A-2 良好通風空調系統	0%	0%	0%	8%	0%	↓ -8%	67%	60%	↓ -7%	25%	40%	↑ 15%	100%	100%	0%
A-3 適當滅菌消毒設施	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	100%	0%	100%	100%	0%
A-4 診間環境清潔	0%	0%	0%	33%	0%	↓ -33%	0%	7%	↑ 7%	67%	93%	↑ 27%	100%	100%	0%
A-5 適當器械處理環境	8%	0%	↓ -8%	8%	20%	↑ 12%	0%	7%	↑ 7%	83%	73%	↓ -10%	92%	100%	↑ 8%
B-1 完備病人預警防範措施	8%	0%	↓ -8%	17%	7%	↓ -10%	0%	0%	0%	75%	93%	↑ 18%	92%	100%	↑ 8%
B-2 適當個人防護措施	0%	0%	0%	8%	7%	↓ -2%	58%	73%	↑ 15%	33%	20%	↓ -13%	100%	100%	0%
B-3 開診前治療檯消毒措施	0%	0%	0%	8%	0%	↓ -8%	50%	27%	↓ -23%	42%	73%	↑ 32%	100%	100%	0%
B-4 診間環境清潔	0%	0%	0%	17%	0%	↓ -17%	17%	0%	↓ -17%	67%	100%	↑ 33%	100%	100%	0%
B-5 完善廢棄物處置	8%	0%	↓ -8%	0%	0%	0%	33%	7%	↓ -27%	58%	93%	↑ 35%	92%	100%	↑ 8%
B-6 意外尖銳物品扎傷處理流程制訂	0%	0%	0%	25%	7%	↓ -18%	0%	0%	0%	75%	93%	↑ 18%	100%	100%	0%
B-7 器械清洗	0%	0%	0%	17%	7%	↓ -10%	17%	0%	↓ -17%	67%	93%	↑ 27%	100%	100%	0%
B-8 器械浸泡消毒	8%	0%	↓ -8%	33%	33%	0%	8%	7%	↓ -2%	50%	60%	↑ 10%	92%	100%	↑ 8%
B-9 器械滅菌	0%	0%	0%	8%	7%	↓ -2%	17%	27%	↑ 10%	75%	67%	↓ -8%	100%	100%	0%
B-10 滅菌後器械貯存	0%	0%	0%	8%	0%	↓ -8%	17%	27%	↑ 10%	75%	73%	↓ -2%	100%	100%	0%
B-11 感染管制流程制訂	8%	0%	↓ -8%	8%	0%	↓ -8%	25%	13%	↓ -12%	58%	87%	↑ 28%	92%	100%	↑ 8%
B-12 安全注射行為	0%	0%	0%	25%	0%	↓ -25%	25%	7%	↓ -18%	50%	93%	↑ 43%	100%	100%	0%
B-13 員工保健	0%	0%	0%	17%	0%	↓ -17%	0%	0%	0%	83%	100%	↑ 17%	100%	100%	0%
B-14 教育訓練	8%	0%	↓ -8%	8%	0%	↓ -8%	8%	0%	↓ -8%	75%	100%	↑ 25%	92%	100%	↑ 8%
B-15 手部衛生	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	7%	↑ 7%	100%	93%	↓ -7%	100%	100%	0%
B-16 水質監測	42%	7%	↓ -35%	0%	0%	0%	8%	0%	↓ -8%	50%	93%	↑ 43%	58%	93%	↑ 35%

表 6：C-B-A 鑑別度(整體)

基準達成率(整體)	D	C	B	A
107 年	13%	33%	23%	31%
108 年	6%	22%	26%	46%

表 7：C-B-A 鑑別度(醫院及診所)

基準達成率	醫院/診所	D	C	B	A
107 年	醫院	4%	12%	19%	64%
	診所	20%	47%	25%	9%
108 年	醫院	0%	4%	14%	82%
	診所	9%	31%	33%	27%

第九章 附錄

附錄 1：1 月 24 日第一次專案小組會議會議記錄

時間：民國 108 年 01 月 24 日(四) 12:30

地點：臺北醫學大學口腔醫學院一樓會議室

主席：鄭信忠代理院長

紀錄：趙敏智

出席：鄭信忠代理院長、黃茂栓主任(雙和醫院牙科部)、林美良督導長(北醫附醫護理部)、曾建福主任(桃園醫院牙科)、沈明輝副主任(北醫附醫醫品部)、陳彥廷理事(牙醫全聯會)、楊文甫副執行長(牙醫全聯會)、盧敏吉醫師(中國附醫感染科)、林圭碧會長(國際醫療照護物料供應管理學會)、趙敏智。
出席率：50%

壹、討論事項：

案由一：去年度研究計畫執行情況

說明：

107 年度應完成之工作項目達成率都 100%，去年度執行內容簡述如下：

1. 專案小組成員共 18 位。
2. 國內醫療院所牙科感染管制執行及認知狀態問卷調查，牙醫師回收 275 份(68.75%)、牙科助理回收 298 份(74.5%)，並做完統計分析。
3. 實地輔訪結果，得 C 比率最高，其次為 B，得 A 之比率最低，顯示本查檢表的設計與題目的內容，非常具有鑑別率。
4. 於 8 月到 9 月之間舉辦北中南三場教育訓練課程。
5. 辦兩場醫療院所交流會議
6. 撰寫民眾版「牙科感染管制常見問答集(草案)」9 題以及專業版「牙科感染管制常見問答集(草案)」62 題
7. 從輔訪結果顯示，手部衛生在醫院推廣成效卓著，牙醫診所表現則相當低，表示需要努力推廣，故我們選擇手部衛生主題做宣導品（滑鼠墊及防水貼紙）。
8. 鄭主持人在去年提出他的初步規劃：

一、自我查檢表單設計

以目前牙醫界正在實施「牙醫門診加強感染管制實施方案」的「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」修改

二、負責人員

由各牙醫院所之負責醫師為「牙科感染管制自我評核」的負責人

三、自我評核頻率及方式

每半年依據評核表進行自我評核一次，每個月進行稽核各項目之執行狀況。

必須每項目達 C 級標準才算合格，若無法達到 C 級者，須以 PDCA 的模式，提出改善計畫並進行實施，直到下一次通過為止，過程必須紀錄備查

管轄之衛生單位進行牙醫院所督導時，必須檢查「牙科感染管制自我評核」各項目有無全部達 C 級，並檢查品質改善之書面紀錄，若都達到 C 且有改善紀錄，則算通過「牙醫院所感染管制自主管理」

未來「牙醫門診加強感染管制實施方案」之「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評」也改由此「牙

科感染管制自我評核」模式進行之

四、獎勵機制

將牙醫院所依「牙科感染管制自我評核」的 21 個項次通過分數，頒發「優等牙醫感染管制自主管理機構」及「佳作牙醫感染管制自主管理機構」榮譽，效期一年

「優等牙醫感染管制自主管理機構」：21 項目中，至少 50%(10 項)為 B 級，30%(6 項)為 A 級

「甲等牙醫感染管制自主管理機構」：21 項目中，至少 40%(8 項)為 B 級，20%(4 項)為 A 級

若通過者，由地方公會頒發證明榮譽標章，貼至該機構明顯處，以示鼓勵及獎勵，也讓看診病人認同

鼓勵牙醫院所主動申請「牙科感染管制自我評核」，經申請後，且由管轄衛生單位評核通過者，則兩年內管轄衛生單位不會進行抽檢及查核，否則管轄衛生單位每年將例行至牙醫院所進行感管評核

五、後續發展

該評核機制需與衛服部、衛生局、管轄衛生單位、健保署及牙醫全聯會等單位，進行溝通協調，達共識後始可試辦一年，再全面展開

衛生單位可以從各牙醫院所在各項目的 CBA 及次分佈，知道當前牙醫界執行感管的分佈，以作為推廣的依據

案由二：討論今年度標案內容之執行方法

說明：本次會議討論結果如下：

1. 預計 6、7、8 月舉行北中南三場教育訓練課程暨標竿學習活動，上午舉辦教育訓練課程、下午舉行標竿學習活動。醫院層級之預想地點為：北醫附醫、中國附醫以及高醫附醫之牙科部，診所北區地點為陳彥廷醫師的診所（台北市信義區同德牙醫診所），中區及南區診所未定，日期未定，決議於報名同時統計參加標竿學習活動之意願，每場活動預計招收 50 位學員。

將製作標竿學習指引手冊，讓參與活動的人員了解去院所時要看什麼。

2. 未來將籌備數位學習課程錄製小組，將以腳本→場地→拍攝→後製之順序完成五堂數位學習課程之製作，北醫大有攝影棚可以租借，預計每堂課程成品為 50 分鐘。

辦法：依上述之內容通過。

貳、 臨時動議：無

參、 結束時間：14:00

附錄 2：3 月 28 日第二次專案小組會議會議記錄

時間：民國 108 年 03 月 28 日(五) 12:30

地點：臺北醫學大學口腔醫學院一樓會議室

主席：鄭信忠院長

紀錄：吳筱薇

出席：鄭信忠院長、林美良督導長(臺北醫學大學附設醫院)、盧敏吉醫師(中國醫藥大學附設醫院感染科)、林圭碧會長(國際醫療照護物料供應管理學會)、曾建福主任(桃園醫院牙科)、楊文甫醫師(協群牙醫診所)、曾士哲醫師(敦揚牙醫診所)、陳彥廷醫師(同德牙醫診所)、方致元醫師(萬芳醫院口腔顎面外科)、張瑛瑛組長(國立臺灣大學醫學院附設醫院感染管制組)、陳盈伶組長(奇美醫療財團法人奇美醫院感染管制中心)、詹明錦組長(三軍總醫院感染管制組)、王梨容感管醫檢師(國立成功大學醫學院附設醫院感染管制中心)、陳郁慧專員(奇美醫療財團法人奇美醫院感染管制中心)、吳怡慧感管護理師(國立成功大學醫學院附設醫院感染管制中心)、吳麗鴻組長(秀傳紀念醫院感染管制中心)、衛生福利部疾病管制署、吳筱薇。

出席率：55.1%

壹、討論事項：

案由一：討論教育訓練課程及標竿學習執行細節。

說明：依標案方式進行。

標案內容說明如下：

1. 教育訓練：

訓練主題包含「牙科器械消毒及滅菌」、「安全注射行為」、「牙科水路管理及水質監測」、「尖銳物品扎傷與皮膚黏膜潑濺之防範及處置」、「牙科醫療廢棄物處置」等項目，並依第一年研究結果修訂，增加加入「感染性疾病之認知」、「感染管制流程制訂」、「如何教育訓練」等重點。

2. 標竿學習：

利用北中南區牙科管制教育訓練，同時舉辦標竿學習活動，至優良牙醫機構成效優異或推動模式具特色之牙醫機構，進行參訪活動。

辦法：

1. 教育訓練：

課程時間表訂如下方表格。

- i. 台北場：6/23 (日) 臺北醫學大學
- ii. 台中場：7/21 (日) 中國醫藥大學
- iii. 高雄場：8/18 (日) 高雄市牙醫公會

時段	講題
8:20~8:50	簽到
8:50~9:00 (10 min)	牙科感染管制導引
9:00~9:50 (50 min)	牙科感染器械消毒與滅菌
9:50~10:00	Q&A
10:00~10:50 (50 min)	尖銳物品扎傷，皮膚黏膜濺 液防範處置，安全注射行為
10:50~11:00	Q&A
11:00~11:10	休息
11:10~12:00 (50 min)	牙科水路管理，水質監測， 牙科醫療廢棄物處理
12:00~12:10	Q&A
12:10~13:00 (50 min)	感染性疾病之認知，感染管 制流程制訂，如何教育訓練
13:00~	簽退

2. 標竿學習：

- i. 採分時段且限額報名，學習對象由第一年度參加研究且距離上午教育訓練場地近之診所作挑選。
- ii. 標竿學習之內容由第一年度牙科醫療院所感染管制自我查檢表中挑選，硬體及軟體各取 20 個至 30 個主題。

決 議： 通過。

案由二：討論數位學習課程錄製作業之執行方向。

說 明：依標案方式進行

標案內容說明如下：

錄製模板：

內容將包括：「牙科器械消毒與滅菌」、「牙科尖銳物品及血體液曝觸之防治」、「牙科之手部衛生」、「牙科醫療廢棄物處置與執業環境監測」、「侵入性牙科處置之感染管制」、「新興傳染病之牙科感染管制防治」等。

辦 法：

1. 錄製模板：

五堂數位學習課分為三大部分，導言、學理、舉例共 20-30 分鐘，課程名稱與腳本分配如下：

課程名稱	負責人
牙科器械的再處理流程及環境清潔消毒	林圭碧會長
牙科之手部衛生	林美良督導長
牙科醫療廢棄物處置與執業環境監測	曾士哲醫師、楊文甫醫師
侵入性牙科處置之感染管制	曾建福醫師
傳染病之牙科感染風險與防治	盧敏吉醫師

決議：通過，請各組長於5月8日前提出腳本草案。

案由三：討論牙科感染管制常見問答集之修訂。

說明：已於第一年完成「牙科感染管制常見問答集」民眾版與專業版。

辦法：

1. 第一年完成之「牙科感染管制常見問答集」，民眾版與專業版將由方致元醫師修訂及潤稿後寄給大家，請各位專家再作修改。

決議：通過。

貳、臨時動議：無

參、結束時間：14:00

肆、



附錄 3：5 月 16 日數位課程專案小組會議記錄

時間：民國 108 年 05 月 16 日(五) 12:30

地點：臺北醫學大學口腔醫學院一樓會議室

主席：鄭信忠院長

紀錄：吳筱薇

出席：鄭信忠院長、林美良督導長(臺北醫學大學附設醫院)、林圭碧會長(國際醫療照護物料供應管理學會)、曾建福主任(桃園醫院牙科)、楊文甫醫師(協群牙醫診所)、曾士哲醫師(敦揚牙醫診所)、吳筱薇。

出席率：83.3%

壹、討論事項：

案由一：討論數位學習課程執行細節。

說明：依標案方式進行。

1. 錄製模板：

五堂數位學習課分為三大部分，導言、學理、舉例共 20-30 分鐘，課程名稱與腳本分配如下：

課程名稱	負責人
牙科器械的再處理流程及環境清潔消毒	林圭碧會長
牙科之手部衛生	林美良督導長
牙科醫療廢棄物處置與執業環境監測	曾士哲醫師、楊文甫醫師
侵入性牙科處置之感染管制	曾建福醫師
傳染病之牙科感染風險與防治	盧敏吉醫師

辦法：

1. 錄製模板：

經討論後修改為下列五大部分共 20-30 分鐘：

- 一. 導言
- 二. 歷史沿革
- 三. 學理根據
- 四. 方法解說
- 五. 結論

決議：通過，請各組長於 6 月 3 日前提出腳本草案。

- 貳、 臨時動議：無
- 參、 結束時間：14:00
- 肆、



附錄 4：5 月 22 日第三次專案小組會議會議記錄

時間：民國 108 年 05 月 22 日(三) 13:30

地點：臺北醫學大學口腔醫學大樓一樓會議室

主席：鄭信忠院長

紀錄：吳筱薇

出席：鄭信忠院長、黃茂栓主任(雙和醫院牙科部)、林美良督導長(臺北醫學大學附設醫院)、盧敏吉醫師(中國醫藥大學附設醫院感染科)、林圭碧會長(國際醫療照護物料供應管理學會)、曾建福主任(桃園醫院牙科)、陳彥廷醫師(同德牙醫診所)、黃皇醫師(景新牙醫診所)、林均穗課長(林口長庚紀念醫院感染管制組)、蘇麗香護理長(高雄長庚紀念醫院感染管制組)、張瑛瑛組長(國立臺灣大學醫學院附設醫院感染管制組)、陳盈伶組長(奇美醫療財團法人奇美醫院感染管制中心)、詹明錦組長(三軍總醫院感染管制組)、陳郁慧專員(奇美醫療財團法人奇美醫院感染管制中心)、吳怡慧感管護理師(國立成功大學醫學院附設醫院感染管制中心)、吳麗鴻組長(秀傳紀念醫院感染管制中心)、衛生福利部疾病管制署、吳筱薇。

出席率：51.6%

壹、討論事項：

案由一：討論教育訓練課程及標竿學習執行細節。

說明：

教育訓練場次：

	台北場	台中場	高雄場
日期	108 年 6 月 23 日上午	108 年 7 月 21 日上午	108 年 8 月 18 日上午
報名截止日期	108 年 6 月 16 日	108 年 7 月 14 日	108 年 8 月 11 日
名額 (額滿為止)	190 人	150 人	190 人
地點	臺北醫學大學 醫學綜合大樓 16 樓演講廳 (台北市信義區吳興街 250 號)	中國醫藥大學 立夫大樓一樓 104 教室 (台中市北區學士路 91 號)	高雄市牙醫師公會 公會演講廳 (高雄市前鎮區中山二路 91 號 2 樓)

標竿學習場次：

	台北場	台中場	高雄場
上課日期	108 年 6 月 23 日下午	108 年 7 月 21 日下午	108 年 8 月 18 日下午
報名截止日期	108 年 6 月 16 日	108 年 7 月 14 日	108 年 8 月 11 日
名額 (額滿為止)	共 4 梯，每梯 10 人 (時間請參考課程表)	共 4 梯，每梯 15 人 (時間請參考課程表)	共 4 梯，每梯 15 人 (時間請參考課程表)
地點	同德牙醫診所 (台北市信義區莊敬路 233 號)	寬庭牙醫診所 (臺中市西屯區西屯路 2 段)	北益牙醫診所 (高雄市三民區建國三路)

	號 1 樓)	251-4 號 1 樓)	443 號、445 號 1 樓)
--	--------	--------------	------------------

課程表：

時間	講題	講師
8:20~8:50	簽到	
8:50~9:00	牙科感染管制導引	臺北醫學大學口腔醫學院 鄭信忠 院長
9:00~9:50	牙科感染器械消毒與滅菌	國際醫療照護物料 供應管理-台灣分會 林圭碧 會長
9:50~10:00	Q&A	
10:00~10:50	尖銳物品扎傷，皮膚黏膜潑濺防範處置， 安全注射行為	臺灣牙周病醫學會 曾士哲 專科醫師
10:50~11:00	Q&A	
11:00~11:10	休息	
11:10~12:00	牙科水路管理，水質監測， 牙科醫療廢棄物處理	衛生福利部桃園醫院 牙科部口腔顎面外科 曾建福 主任
12:00~12:10	Q&A	
12:10~13:00	感染性疾病之認知，感染管制流程制定， 如何教育訓練	臺北醫學大學附設醫院 牙科部口腔顎面外科 吳家佑 醫師
13:00~13:10	Q&A	
13:10~	簽退	
14:30~15:00	標竿學習(第一梯次)	赴指定之牙醫院所觀摩各種牙科感染 管制之措施及作法，讓您實際現場學習 及討論。
15:00~15:30	標竿學習(第二梯次)	
15:30~16:00	標竿學習(第三梯次)	
16:00~16:30	標竿學習(第四梯次)	

辦 法：

3. 教育訓練：

如課程表。

4. 標竿學習：

將編列標竿學習學習講義，以便參加學員參加標竿學習活動時清楚明瞭。

決 議： 通過。

案由二：討論數位學習課程錄製作業之執行方向。

說 明：

2. 錄製模板：

i. 五堂數位學習課分為下列五大部分共 20-30 分鐘：

- 一. 導言
- 二. 歷史沿革
- 三. 學理根據
- 四. 方法解說
- 五. 結論

ii. 課程名稱與腳本分配如下：

課程名稱	負責人
牙科器械的再處理流程及環境清潔消毒	林圭碧會長
牙科之手部衛生	林美良督導長
牙科醫療廢棄物處置與執業環境監測	曾士哲醫師、楊文甫醫師
侵入性牙科處置之感染管制	曾建福醫師
傳染病之牙科感染風險與防治	盧敏吉醫師

辦 法：

1. 錄製模板：

各組組長已於 5 月 16 日開過第一次會議審查教案，第二次會議會議時間為 6 月 5 日。

決 議： 通過，請各組長於 6 月 3 日前提出腳本草案。

貳、 臨時動議：無

參、 結束時間：14:00

肆、



附錄 5：6 月 5 日數位課程專案小組會議記錄

時間：民國 108 年 06 月 05 日(五) 12:30

地點：臺北醫學大學口腔醫學院一樓會議室

主席：鄭信忠院長

紀錄：吳筱薇

出席：鄭信忠院長、林美良督導長(臺北醫學大學附設醫院)、林圭碧會長(國際醫療照護物料供應管理學會)、曾建福主任(桃園醫院牙科)、曾士哲醫師(敦揚牙醫診所)、吳筱薇。

出席率：83.3%

壹、討論事項：

案由一：討論數位學習課程執行細節。

說明：依標案方式進行。

2. 錄製模板：

五堂數位學習課為下列五大部分共 20-30 分鐘：

一. 導言

二. 歷史沿革

三. 學理根據

四. 方法解說

五. 結論

課程名稱與腳本分配如下：

課程名稱	負責人
牙科器械的再處理流程及環境清潔消毒	林圭碧會長
牙科之手部衛生	林美良督導長
牙科醫療廢棄物處置與執業環境監測	曾士哲醫師、楊文甫醫師
侵入性牙科處置之感染管制	曾建福醫師
傳染病之牙科感染風險與防治	盧敏吉醫師

辦法：

2. 錄製模板：

經討論後，增加自我評量(五題選擇題)及致謝。

決議：通過。

貳、臨時動議：無

參、結束時間：14:00

肆、



附錄 6：7 月 24 日第四次專案小組會會議記錄

時間：民國 108 年 07 月 24 日(五) 12:30

地點：臺北醫學大學口腔醫學大樓一樓會議室

主席：鄭信忠院長

紀錄：吳筱薇

出席：鄭信忠院長、黃茂栓醫師(雙和醫院牙科部)、曾士哲醫師(牙醫全聯會)、盧敏吉醫師(中國醫藥大學附設醫院感染科)、曾建福主任(桃園醫院牙科)、陳彥廷醫師(同德牙醫診所)、林圭碧會長(國際醫療照護物料供應管理學會)、白勝方醫師(國立陽明大學臨床教育中心)。

出席率：40%

壹、討論事項：

案由一：討論數位學習課程執行細節。

說明：

如附件。

辦法：

1. 新增及修改內容如下：

A. 侵入性牙科處置之感染管制

(1) 內容豐富但過於雜亂，建議將相關資料再進一步簡化，及條列式說明，以利日後錄製影片供學員學習時能更一目瞭然。

B. 牙科器械再處理與環境清潔消毒

(1) 內容已大致差不多，課程投影片順序稍作修改即可。

C. 牙科醫療廢棄物處置與職業環境監測

(1) 法規部分過多，建議可以再減少一些。

D. 牙科之手部衛生

(1) 建議插入乾、濕洗手等影片，以利學員學習。

E. 傳染病之牙科感染風險與防治

(1) 醫科的東西太多、牙科的東西太少，需要再多增加牙科相關的資料。

決議：通過。

貳、臨時動議：無

參、結束時間：14:00

肆、



附錄 7：9 月 27 日第五次專案小組會議會議記錄

時間：民國 108 年 09 月 27 日(五) 12:30

地點：臺北醫學大學口腔醫學大樓 B1 會議室

主席：鄭信忠院長

紀錄：吳筱薇

出席：鄭信忠院長、陳立昇副院長、吳家佑醫師(臺北醫學大學附設醫院)、曾士哲醫師(牙醫全聯會)、楊文甫醫師(牙醫全聯會)、盧敏吉醫師(中國醫藥大學附設醫院感染科)、曾建福主任(桃園醫院牙科)、林美良督導長(臺北醫學大學附設醫院)、陳彥廷醫師(同德牙醫診所)、黃皇醫師(景新牙醫診所)、溫斯勇醫師(古德牙醫診所)、林均穗課長(林口長庚紀念醫院感染管制組)、蘇麗香護理長(高雄長庚紀念醫院感染管制組)、王梨容感管師(成大醫院感染管制中心)、張瑛瑛組長(國立臺灣大學醫學院附設醫院感染管制組)、陳盈伶組長(奇美醫療財團法人奇美醫院感染管制中心)、詹明錦組長(三軍總醫院感染管制組)、吳麗鴻組長(秀傳紀念醫院感染管制中心)、衛生福利部疾病管制署。

出席率：62%

壹、討論事項：

案由一：討論牙科醫療院所感染管制實地輔導訪查之查核結果。

說明：如附件。

辦法：

5. 基準達成率(整體)：

108 年之整體達成率相較於 107 年提升許多，C 級達成率除了水質監測外，都達到 80% 以上。

6. 基準達成率(醫院)：

C 級達成率除了水質監測外，都達到 100% 以上，但可以發現醫院在「適當器械處理環境」及「器械浸泡消毒」尚有改善的空間。

7. 基準達成率(診所)：

可以發現牙醫診所在「器械滅菌」及「水質監測」尚有改善的空間。

決議：通過。

案由二：討論數位學習課程之修改。

說明：如附件。

辦法：

2. 新增及修改內容如下：

A. 侵入性牙科處置之感染管制

(1) 參考資料：「侵入性醫療作業建議」2017 年版本封面替換為 2018 年版本。

B. 牙科器械再處理與環境清潔消毒

(1) 錯字修改。

決議：通過。

貳、臨時動議：無

參、 結束時間：14:00

肆、



附錄 8：11 月 7 日第六次專案小組會會議記錄

時間：民國 108 年 11 月 07 日(五) 12:30

地點：臺北醫學大學口腔醫學院系所會議室

主席：鄭信忠院長

紀錄：吳筱薇

出席：鄭信忠院長、楊文甫醫師(牙醫全聯會)、曾建福主任(桃園醫院牙科)。

出席率：15%

壹、討論事項：

案由一：討論牙科感染管制論壇執行細節。

說明：

如附件。

辦法：

時間	內容		講員
10:00-10:20	報到		
10:20-10:30	長官致詞		
10:30-10:50	專題演講	台灣牙科感染管制之歷史發展 與本研究結果報告	鄭信忠院長
10:50-11:20	專題演講	牙醫全聯會執行牙醫門診總額 加強感染管制實施方案之現況	牙醫全聯會牙總 主委(或代表)
11:20-11:40	專題演講	醫院評鑑制度下醫院牙科執行 感管之現況	中華民國醫院牙 科協會 黃茂栓 理事長
11:40-12:00	茶歇		
12:00-13:30	交叉論壇	台灣牙科感染管制之推行與自 我評核機制	主持人： 鄭信忠院長 與談人： 名單如下
13:30-	賦歸		

決議：通過。

貳、臨時動議：無

參、結束時間：14:00

附錄 9：牙科感染管制教育訓練及標竿學習課程表

台北場牙科感染管制繼續教育訓練課程

- 日期：2019 年 6 月 23 日（星期日）
- 地點：臺北醫學大學 醫學綜合大樓 16 樓演講廳(台北市信義區吳興街 250 號)
- 對象：各大牙科醫療院所之牙醫師、牙醫助理及牙科感染管制相關護理人員。
- 認證學分：牙醫師繼續教育 3 學分、牙醫助理繼續教育 2 學分、護理師繼續教育 3 學分
- 招募名額：190 名
- 報名費用：免費
- 報名方式：
 1. 線上報名：<https://forms.gle/jta4ErrJWar62k5v8>
 2. 傳真報名者，請將報名表傳真至號碼：02-27362295
- 報名截止日期：2019 年 6 月 16 日
- 主辦單位：臺北醫學大學口腔醫學院
- 協辦單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華牙醫學會
- 指導單位：衛生福利部疾病管制署

時間	講題	講師
8:20~8:50	簽到	
8:50~9:00	牙科感染管制導引	臺北醫學大學口腔醫學院 鄭信忠 院長
9:00~9:50	牙科感染器械消毒與滅菌	國際醫療照護物料 供應管理-台灣分會 林圭碧 會長
9:50~10:00	Q&A	
10:00~10:50	尖銳物品扎傷，皮膚黏膜潑濺防範處 置，安全注射行為	臺灣牙周病醫學會 曾士哲 專科醫師
10:50~11:00	Q&A	
11:00~11:10	休息	
11:10~12:00	牙科水路管理，水質監測， 牙科醫療廢棄物處理	衛生福利部桃園醫院 牙科部口腔顎面外科 曾建福 主任
12:00~12:10	Q&A	
12:10~13:00	感染性疾病之認知，感染管制流程制 定，如何教育訓練	臺北醫學大學附設醫院 牙科部口腔顎面外科 吳家佑 醫師
13:00~13:10	Q&A	
13:10~	簽退	

台中場牙科感染管制繼續教育訓練課程

- 日期：2019 年 7 月 21 日（星期日）
- 地點：中國醫藥大學 立夫大樓一樓 104 教室(台中市北區學士路 91 號)
- 對象：各大牙科醫療院所之牙醫師、牙醫助理及牙科感染管制相關護理人員。
- 認證學分：牙醫師繼續教育 3 學分、牙醫助理繼續教育 2 學分、護理師繼續教育 3 學分
- 招募名額：150 名
- 報名費用：免費
- 報名方式：
 1. 線上報名：<https://forms.gle/jta4ErrJWar62k5v8>
 2. 傳真報名者，請將報名表傳真至號碼：02-27362295
- 報名截止日期：2019 年 7 月 14 日
- 主辦單位：臺北醫學大學口腔醫學院
- 協辦單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華牙醫學會、中國醫藥大學牙醫學院
- 指導單位：衛生福利部疾病管制署

時間	講題	講師
8:20~8:50	簽到	
8:50~9:00	牙科感染管制導引	臺北醫學大學口腔醫學院 鄭信忠 院長
9:00~9:50	牙科感染器械消毒與滅菌	國際醫療照護物料 供應管理-台灣分會 林圭碧 會長
9:50~10:00	Q&A	
10:00~10:50	尖銳物品扎傷，皮膚黏膜潑濺防範處 置，安全注射行為	臺灣牙周病醫學會 曾士哲 專科醫師
10:50~11:00	Q&A	
11:00~11:10	休息	
11:10~12:00	牙科水路管理，水質監測， 牙科醫療廢棄物處理	衛生福利部桃園醫院 牙科部口腔顎面外科 曾建福 主任
12:00~12:10	Q&A	
12:10~13:00	感染性疾病之認知，感染管制流程制 定，如何教育訓練	臺北醫學大學附設醫院 牙科部口腔顎面外科 吳家佑 醫師
13:00~13:10	Q&A	
13:10~	簽退	

高雄場牙科感染管制繼續教育訓練課程

- 日期：2019 年 8 月 18 日（星期日）
- 地點：高雄市牙醫師公會 公會演講廳(高雄市前鎮區中山二路 91 號 2 樓)
- 對象：各大牙科醫療院所之牙醫師、牙醫助理及牙科感染管制相關護理人員。
- 認證學分：牙醫師繼續教育 3 學分、牙醫助理繼續教育 2 學分、護理師繼續教育 3 學分
- 招募名額：190 名
- 報名費用：免費
- 報名方式：
 1. 線上報名：<https://forms.gle/jta4ErrJWar62k5v8>
 2. 傳真報名者，請將報名表傳真至號碼：02-27362295
- 報名截止日期：2019 年 8 月 11 日
- 主辦單位：臺北醫學大學口腔醫學院
- 協辦單位：中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華牙醫學會
- 指導單位：衛生福利部疾病管制署

時間	講題	講師
8:20~8:50	簽到	
8:50~9:00	牙科感染管制導引	臺北醫學大學口腔醫學院 鄭信忠 院長
9:00~9:50	牙科感染器械消毒與滅菌	國際醫療照護物料 供應管理-台灣分會 林圭碧 會長
9:50~10:00	Q&A	
10:00~10:50	尖銳物品扎傷，皮膚黏膜潑濺防範處 置，安全注射行為	臺灣牙周病醫學會 曾士哲 專科醫師
10:50~11:00	Q&A	
11:00~11:10	休息	
11:10~12:00	牙科水路管理，水質監測， 牙科醫療廢棄物處理	衛生福利部桃園醫院 牙科部口腔顎面外科 曾建福 主任
12:00~12:10	Q&A	
12:10~13:00	感染性疾病之認知，感染管制流程制 定，如何教育訓練	臺北醫學大學附設醫院 牙科部口腔顎面外科 吳家佑 醫師
13:00~13:10	Q&A	
13:10~	簽退	

附錄 10：5 月 22 日實地輔導訪視小組共識會議

時間：民國 108 年 05 月 22 日(三) 12:30

地點：臺北醫學大學口腔醫學大樓一樓會議室

主席：鄭信忠院長

紀錄：吳筱薇

出席：鄭信忠院長、黃茂栓主任(雙和醫院牙科部)、林美良督導長(臺北醫學大學附設醫院)、盧敏吉醫師(中國醫藥大學附設醫院感染科)、林圭碧會長(國際醫療照護物料供應管理學會)、曾建福主任(桃園醫院牙科)、陳彥廷醫師(同德牙醫診所)、黃皇醫師(景新牙醫診所)、林均穗課長(林口長庚紀念醫院感染管制組)、蘇麗香護理長(高雄長庚紀念醫院感染管制組)、張瑛瑛組長(國立臺灣大學醫學院附設醫院感染管制組)、陳盈伶組長(奇美醫療財團法人奇美醫院感染管制中心)、詹明錦組長(三軍總醫院感染管制組)、陳郁慧專員(奇美醫療財團法人奇美醫院感染管制中心)、吳怡慧感管護理師(國立成功大學醫學院附設醫院感染管制中心)、吳麗鴻組長(秀傳紀念醫院感染管制中心)、衛生福利部疾病管制署、吳筱薇。

出席率：51.6%

壹、討論事項：

案由一：討論牙科感染管制實地輔導訪查細節。

說明：

1. 訪查時間預計於 6-8 月進行完畢。

辦法：

1. 新增說明文字及條文修改如下：

A. 硬體設備

項目 1. 適當滅菌消毒設施

評量共識

1.適當洗手設備

修改前：

- 2.評分標準 B，洗手水龍頭免手觸式設計應包括：肘動式、踏板式或感應式水龍頭(視實際操作評等)，周圍設置洗手液、洗手圖、擦手紙及垃圾桶。

修改後：

- 2.評分標準 B，洗手水龍頭免手觸式設計應包括：肘動式、踏板式或感應式水龍頭(視實際操作評等)，周圍設置洗手液、洗手步驟圖、擦手紙及垃圾桶。

2.良好通風空調系統

修改前：

- 3.評分標準 A：具有普通家用空氣濾淨器就代表具有改善空氣品質的設備。

修改後：

- 3.評分標準 A：具有空氣濾淨器就代表具有改善空氣品質的設備。

3.適當滅菌消毒設施

修改前：

1. 評分標準 C：院所能提供滅菌器(各種形式皆可)，消毒劑(各種層次)且有效期證明，提供自行定期清潔及使用紀錄。
3. 評分標準 A：係指具有直接乾燥功能的滅菌器。

修改後：

1. 評分標準 C：院所能提供滅菌器(各種機型皆可)，提供自行定期清潔及使用紀錄。消毒劑(各種層次)且有效期證明及使用紀錄。
3. 評分標準 A：符合 B，具有直接乾燥功能的滅菌器。

5. 適當器械處理環境

修改前：

1. 評分標準 C：特定區域是指有規劃的專屬區域(不含診療區、技工區、行政區、休息區、廚房等)執行消毒清潔滅菌。(訪視時，瞭解院所無法達成於特定區域執行器械之清潔消毒及滅菌的原因，及院所規劃的位置等)。
2. 評分標準 B：器械處理區域*有明顯清洗、打包、滅菌、貯存之區隔及動線規劃適當*。

*區域：係指沒有硬體空間區隔。

**動線規劃適當：係指清洗、打包、滅菌、貯存等單一動線不可交叉步驟。

修改後：

1. 評分標準 C：特定區域是指有規劃的專屬區域(不含診療區、技工區、行政區、休息區、廚房等)執行消毒清潔滅菌。(訪視時，瞭解院所無法達成於特定區域執行器械之消毒清潔及滅菌的原因，及院所規劃的位置等)。
2. 評分標準 B：器械處理區域*有明顯清洗、打包、滅菌、貯存之區隔及動線規劃適當*。

*區域：係指沒有硬體空間區隔。

**動線規劃適當：係指清洗、打包、滅菌、貯存等單一動線不可交叉。

B. 軟體方面

1. 完備病人預警防範措施

修改前：

2. 名詞解釋：公筷母匙：為避免交叉感染，如夾取紗布或棉花時，從集中放置容器使用專用的鑷子夾取，至病人診療區使用。

單一劑量：指用多少拿多少。

單一流程：是指方向操作。

修改後：

2. 名詞解釋：公筷母匙：為避免交叉感染，如夾取紗布或棉花時，從集中放置容器使用專用的鑷子夾取，至病人診療區使用。

單一劑量：指用多少拿多少。

單一流程：是指操作方向。

2. 適當個人防護措施

修改前：

2. 評分標準 B：若有血液或唾液噴濺時係指洗牙或長時間使用 hand piece…，如果有戴面罩、護目鏡及髮帽或防護袍。

修改後：

2. 評分標準 B：若有血液或唾液噴濺時係指洗牙或長時間使用 hand piece…，是否有戴面罩、護目鏡及髮帽或防護袍。

6. 意外尖銳物品扎傷處理流程制訂

修改前：

3. 評分標準 A：診所端提供院內尖銳物品扎傷相關通報文件紀錄。

修改後：

3. 評分標準 A：診所端提供院內尖銳物品扎傷相關通報文件紀錄，若無尖銳物品扎傷相關事件即符合。

10. 滅菌後器械貯存

修改前：

1. 評分標準 C：訪視時看滅菌後器械放置位置，如果是放置乾淨乾燥且有覆蓋物之處，且有依照先消毒先使用原則。

2. 評分標準 B：布包與紙包裝的滅菌後效期不超過一週；打包袋(paper-plastic bag)不超過一個月。

3. 評分標準 A：有定期清點器械的紀錄，過期或包裝破損的器械有重新打包消毒。

修改後：

1. 評分標準 C：訪視時看滅菌後器械放置位置，如果是放置乾淨乾燥且有覆蓋物之處，且有依照先滅菌先使用原則。

2. 評分標準 B：布包與紙包裝的滅菌後效期不超過一週；打包袋(paper-plastic bag)依院所方制定標準執行，若無制定者，以一個月為限。

3. 評分標準 A：有定期清點器械的紀錄，過期或包裝破損的器械有重新打包滅菌。

12. 良好通風空調系統

修改前：

2. 評分標準 C：請員工示範針具使用後如何將針頭取下，沒打完之麻藥管如何處置。

修改後：

2. 評分標準 C：請員工示範針具使用後如何將針頭取下，沒打完之麻藥管應依醫療廢棄物處置。

13. 員工保健

修改前：

3. 評分標準 C：訪視時隨機口頭詢問員工若有傳染性疾病之徵兆時該怎麼做。

修改後：

3.評分標準 C：訪視時口頭詢問員工若有傳染性疾病之徵兆時該怎麼做。

15. 手部衛生

修改前：

3.洗手七步驟：內外夾攻大立完。

修改後：

3.洗手六步驟：內外夾攻大立。

2. 註一及註二刪除。

決議：通過。

貳、 臨時動議：無

參、 結束時間：13:30

肆、



附錄 11：牙科醫療院所感染管制輔導訪視評分基準及評分表

建立牙科感染管制作業自我評核機制-牙科醫療院所感染管制輔導訪視評分基準及評分表

※評分結果：D（未達符合）、C（符合）、B、A

※※評分結果成績換算：C 3 分、B 6 分、A 9 分

牙科院所：_____

查核日期：108 年 _____ 月 _____ 日

A. 硬體設備方面

項目	評分標準	訪視現況	補充說明	107 年評量共識	108 年評量共識
1. 適當洗手設備	<p>C. 診療區域應設洗手台及洗手設備（含酒精性乾洗手液），並維持功能良好及周圍清潔。</p> <p>B. 符合C，洗手水龍頭需免手觸式設計，並在周圍設置洗手液、洗手步驟圖、擦手紙及垃圾桶。</p> <p>A. 符合B，洗手台下保持乾淨，不放置物品。</p>	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> A 評分結果 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> A		<p>1. 評分標準C：診療區域應設<u>洗手台</u>及水龍頭。評分標準內所指之診療區域係指設有診療椅之同一或單一治療區域，且不以診療椅數量為限，皆列為診療區域。</p> <p>2. 評分標準B，洗手<u>水龍頭免手觸式設計</u>應包括：肘動式、踏板式或感應式水龍頭(視實際操作評等)，周圍設置<u>洗手液</u>、<u>洗手圖</u>、<u>擦手紙</u>及<u>垃圾桶</u>。</p> <p>3. 評分標準A：洗手台下保持乾淨，不放置物品係指除與排水供水有關的裝置可以放置於洗手台下方外，其餘雜物如：清潔劑、雜物等不可置放。</p>	<p>1. 評分標準C：診療區域應設<u>洗手台</u>及水龍頭。評分標準內所指之診療區域係指設有診療椅之同一或單一治療區域，且不以診療椅數量為限，皆列為診療區域。</p> <p>2. 評分標準B，洗手<u>水龍頭免手觸式設計</u>應包括：肘動式、踏板式或感應式水龍頭(視實際操作評等)，周圍設置<u>洗手液</u>、<u>洗手步驟圖</u>、<u>擦手紙</u>及<u>垃圾桶</u>。</p> <p>3. 評分標準A：洗手台下保持乾淨，不放置物品係指除與排水供水有關的裝置可以放置於洗手台下方外，其餘雜物如：清潔劑、雜物等不可置放。</p>

診療區：A. 1、2、4 B. 1-B、1、2、3、4、9、10、12-C

滅菌消毒室：A. 3、5 B. 5-C、7、8、9

其他： B. 5、6、11、12、13、14、15、16

項目	評分標準	訪視現況	補充說明	107年評量共識	108年評量共識
2. 良好通風空調系統	<p>C. 診間有空調系統或通風良好，空調出風口須保持乾淨。</p> <p>B. 符合C，定期清潔維護，有清潔紀錄本可供查詢。</p> <p>A. 符合B，具有改善空氣品質的設備(包括集塵或過濾功能之空氣濾淨機)及計畫。</p>	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> A 評分結果 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> A		<ol style="list-style-type: none"> 1. 評分標準C：<u>空調系統</u>例如空調、抽風扇等通風設備，但出風口都須<u>保持乾淨</u>。 2. 評分標準B：提供院所內部定期清潔紀錄。 3. 評分標準A：具有普通<u>家用空氣濾淨器</u>就代表具有改善空氣品質的設備。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 評分標準C：<u>空調系統</u>例如空調、抽風扇等通風設備，但出風口都須<u>保持乾淨</u>。 2. 評分標準B：提供院所內部定期清潔紀錄。 3. 評分標準A：具有<u>空氣濾淨器</u>就代表具有改善空氣品質的設備。
3. 適當滅菌消毒設施	<p>C. 院所具有滅菌器及有效期限內消毒劑(包括清潔及使用紀錄)。</p> <p>B. 符合C，滅菌器定期檢測功能正常(包括溫度、壓力、時間及清潔紀錄)。</p> <p>A. 符合B，具有滅菌後乾燥之滅菌器。</p>	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> A 評分結果 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> A		<ol style="list-style-type: none"> 1. 評分標準C:院所能提供滅菌器(<u>各種形式皆可</u>)，消毒劑(<u>各種層次</u>)且有效<u>期證明</u>，提供自行定期<u>清潔及使用紀錄</u>。 2. 評分標準B:院所自行檢測維護滅菌器的<u>紀錄</u>(包括溫度、壓力、時間及清潔紀錄)。 3. 評分標準A：係指具有<u>直接乾燥功能的滅菌器</u>。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 評分標準C:院所能提供滅菌器(<u>各種機型皆可</u>)，提供自行定期<u>清潔及使用紀錄</u>。消毒劑(<u>各種層次</u>)且有效<u>期證明及使用紀錄</u>。 2. 評分標準B:院所自行檢測維護滅菌器的<u>紀錄</u>(包括溫度、壓力、時間及清潔紀錄)。 3. 評分標準A：符合B，具有<u>直接乾燥功能的滅菌器</u>。

項目	評分標準	訪視現況	補充說明	107 年評量共識	108 年評量共識
4. 診間環境清潔	C. 診間環境定期清潔，並有紀錄。 B. 符合C，診療檯未使用時檯面保持淨空及乾淨，物品依序置於櫃中，並保持清潔。 A. 符合B，診間避免放置生物性物品(如植物盆栽、魚缸等)或絨毛玩偶等。	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> A 評分結果 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> A		1. 評分標準C：院所有 <u>定期清潔環境之紀錄</u> 。 2. 評分標準B：診療檯 <u>未使用</u> 時檯面保持淨空及乾淨，物品依序置於櫃中，並保持清潔。未使用時是指 <u>沒有病人使用時的狀態</u> 。	1. 評分標準C：院所有 <u>定期清潔環境之紀錄</u> 。 2. 評分標準B：診療檯 <u>未使用</u> 時檯面保持淨空及乾淨，物品依序置於櫃中，並保持清潔。未使用時是指 <u>沒有病人使用時的狀態</u> 。
5. 適當器械處理環境	C. 有特定 <u>區域</u> ，執行器械之清潔消毒及滅菌。 B. 符合C，器械處理 <u>區域</u> 有明顯清洗、打包、滅菌、貯存之 <u>區隔</u> 及動線規劃適當。 A. 符合B，有器械處理室且具明顯清洗、打包、滅菌、貯存之 <u>隔間</u> （至少兩間）及動線適當規劃，並有經過適當訓練之 <u>專人</u> 專責負責。	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> A 評分結果 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> A		1. 評分標準C：特定區域是指有規劃的 <u>專屬區域(不含診療區、技工區、行政區、休息區、廚房等)</u> 執行消毒清潔滅菌。(訪視時，瞭解院所無法達成於特定區域執行器械之清潔消毒及滅菌的原因，及院所規劃的位置等)。 2. 評分標準B：器械處理 <u>區域*</u> 有明顯清洗、打包、滅菌、貯存之 <u>區隔及動線規劃適當**</u> 。 <u>*區域：</u> 係指沒有硬體空間區隔。 <u>**動線規劃適當：</u> 係指清洗、打包、滅菌、貯存等 <u>單一動線不可交叉</u> 步驟。	1. 評分標準C：特定區域是指有規劃的 <u>專屬區域(不含診療區、技工區、行政區、休息區、廚房等)</u> 執行消毒清潔滅菌。(訪視時，瞭解院所無法達成於特定區域執行器械之消毒清潔及滅菌的原因，及院所規劃的位置等)。 2. 評分標準B：器械處理 <u>區域*</u> 有明顯清洗、打包、滅菌、貯存之 <u>區隔及動線規劃適當*</u> 。 <u>*區域：</u> 係指沒有硬體空間區隔。 <u>**動線規劃適當：</u> 係指清洗、打包、滅菌、貯存等 <u>單一動線不可交叉</u> 。

B.軟體方面

項目	評分標準	訪視現況	補充說明	107年評量共識	108年評量共識
1. 完備病人預警防範措施	<p>C. 詢問病人詳細全身病史、傳染病史及TOCC等，並完整登載病歷。</p> <p>B. 符合C，依感染管制避免交叉感染原則（如：「公筷母匙」、「單一劑量」、「單一流程」等）執行看診。</p> <p>A. 符合B，查閱病人雲端藥歷與病人病史，進行完整的診療計畫，並於病歷紀載完成。</p>	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> A 評分結果 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> A		<p>1. 評分標準C：訪視委員訪視時，<u>詢問助理或醫師</u>是否會詢問病人詳細全身病史、傳染病史及TOCC等，並完整登載病歷。</p> <p>2. 名詞解釋： <u>公筷母匙</u>：為避免交叉感染，如夾取紗布或棉花時，從集中放置容器使用專用的鑷子夾取，至病人診療區使用。 <u>單一劑量</u>：指用多少拿多少。 <u>單一流程</u>：是指方向操作。</p> <p>3. 查詢<u>雲端藥歷</u>查詢目的不是只要知道病人有什麼疾病，而是讓醫師可以針對具有某些高風險傳染疾病的患者設計更完整的診療計畫及感控風險評估。</p>	<p>1. 評分標準C：訪視委員訪視時，<u>詢問助理或醫師</u>是否會詢問病人詳細全身病史、傳染病史及TOCC等，並完整登載病歷。</p> <p>2. 名詞解釋： <u>公筷母匙</u>：為避免交叉感染，如夾取紗布或棉花時，從集中放置容器使用<u>專用的鑷子</u>夾取，至病人診療區使用。 <u>單一劑量</u>：指用多少拿多少。 <u>單一流程</u>：是指操作方向。</p> <p>3. 查詢<u>雲端藥歷</u>查詢目的不是只要知道病人有什麼疾病，而是讓醫師可以針對具有某些高風險傳染疾病的患者設計更完整的診療計畫及感控風險評估。</p>
2. 適當個人防護措施	<p>C. 牙醫師看診及牙醫助理人員跟診時穿戴口罩、手套及乾淨之工作服；清洗器械時，應著口罩、厚手套及工作服。</p> <p>B. 符合C，看診時，若有血液或唾液噴濺時，增戴面罩、護目鏡、防護袍及髮帽。</p> <p>A. 符合B，依照感染管制原則增設減少飛沫氣霧設備（如高效能抽吸裝置等）執行看診。</p>	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> A 評分結果 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> A		<p>1. 評分標準C：牙醫師看診及牙醫助理人員跟診時穿戴<u>口罩、手套及乾淨之工作服</u>；清洗器械時，應著<u>口罩、厚手套及工作服</u>，並觀察一個病人使用一個手套及脫手套後執行手部衛生；若執行行政相關作業時要脫下手套。</p> <p>2. 評分標準B：若有血液或唾液噴濺時係指<u>刷牙或長時間使用hand piece...</u>，如果有戴面罩、護目鏡及髮帽或防護袍。</p> <p>3. 評分標準A：符合評分標準C及B，且看到<u>任何形式之高效能抽吸裝置</u>。</p>	<p>1. 評分標準C：牙醫師看診及牙醫助理人員跟診時穿戴<u>口罩、手套及乾淨之工作服</u>；清洗器械時，應著<u>口罩、厚手套及工作服</u>，並觀察一個病人使用一個手套及脫手套後執行手部衛生；若執行行政相關作業時要脫下手套。</p> <p>2. 評分標準B：若有血液或唾液噴濺時係指<u>刷牙或長時間使用hand piece...</u>，是否有戴面罩、護目鏡及髮帽或防護袍。</p> <p>3. 評分標準A：符合評分標準C及B，且看到<u>任何形式之高效能抽吸裝置</u>。</p>

項目	評分標準	訪視現況	補充說明	107 年評量共識	108 年評量共識
3. 開診前治療檯消毒措施	<p>C.治療檯擦拭清潔，管路出水二分鐘，痰盂水槽流水三分鐘，抽吸管以新鮮泡製 0.005~0.02% 漂白水 (NaClO)或 2.0%沖洗用戊二醛溶液 (glutaraldehyde) 或稀釋之碘仿溶液 10% (iodophors) 沖洗管路三分鐘，或依廠商指示辦理。</p> <p>B.符合C，不易消毒擦拭處 (如把手、頭枕、開關按鈕...等)，以覆蓋物覆蓋之。</p> <p>A.符合B，每位病人就診前，治療檯水路系統 (如三用噴槍、手機及洗牙機頭等) 至少沖洗 20~30 秒；並清潔消毒治療椅檯面、痰盂等，且更換覆蓋物。</p>	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> A 評分結果 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> A		<p>1. 評分標準C：委員訪視時，<u>詢問助理或醫師</u>在開診前治療的消毒步驟與措施，來判斷執行狀況。</p> <p>2. 評分標準B：觀察不易消毒擦拭處(如把手、頭枕、開關按鈕...等)，有用<u>覆蓋物(如塑膠貼、保鮮膜、布巾、紙巾、鋁箔紙...)</u>覆蓋。</p> <p>3. 評分標準A：<u>觀察或詢問</u>院所在每位病人就診前，治療檯水路系統 (如三用噴槍、手機及洗牙機頭等) 有沒有沖洗20~30秒；並清潔消毒治療椅檯面、痰盂等，且更換覆蓋物。</p>	<p>1. 評分標準C：委員訪視時，<u>詢問助理或醫師</u>在開診前治療的消毒步驟與措施，來判斷執行狀況。</p> <p>2. 評分標準B：觀察不易消毒擦拭處(如把手、頭枕、開關按鈕...等)，有用<u>覆蓋物(如塑膠貼、保鮮膜、布巾、紙巾、鋁箔紙...)</u>覆蓋。</p> <p>3. 評分標準A：<u>觀察或詢問</u>院所在每位病人就診前，治療檯水路系統 (如三用噴槍、手機及洗牙機頭等) 有沒有沖洗20~30秒；並清潔消毒治療椅檯面、痰盂等，且更換覆蓋物。</p>

項目	評分標準	訪視現況	補充說明	107年評量共識	108年評量共識
4. 門診結束後治療檯消毒措施	<p>C.治療檯擦拭清潔，管道消毒、放水、放氣，拆下濾網，徹底清洗。</p> <p>B.符合C，院所定期全員宣導及遵循。</p> <p>A. 符合B，完備紀錄存檔。</p>	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> A 評分結果 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> A		<p>1. 評分標準C：委員訪視時，<u>詢問助理或醫師</u>在門診結束後治療檯的消毒措施。</p> <p>2. 評分標準B：<u>詢問助理或醫師</u>院所有無定期開會宣導及遵循，有<u>紀錄可查</u>。</p> <p>3. 評分標準A：院所有<u>清潔內容紀錄</u>。</p>	<p>1. 評分標準C：委員訪視時，<u>詢問助理或醫師</u>在門診結束後治療檯的消毒措施。</p> <p>2. 評分標準B：<u>詢問助理或醫師</u>院所有無定期開會宣導及遵循，有<u>紀錄可查</u>。</p> <p>3. 評分標準A：院所有<u>清潔內容紀錄</u>。</p>
5. 完善廢棄物處置	<p>C.醫療廢棄物（如：廢尖銳器具及感染性廢棄物等）與毒性廢棄物，依法分類、貯存，並備有專用冷藏設施貯存醫療廢棄物。</p> <p>B.符合C，合法清理公司定期清除醫療廢棄物並保留全數遞聯單備查。</p> <p>A.符合B，定期檢討廢棄物處置流程，並有紀錄備查。</p>	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> A 評分結果 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> A		<p>1. 評分標準C：查看有無<u>紅色</u>塑膠袋裝之垃圾桶且加蓋，外面貼有<u>感染性標示</u>，且有<u>冷藏專用設施</u>(只貯存醫療廢棄物且只要能達到5°C的冷藏設施即可)。</p> <p>2. 評分標準B：請院所提供<u>合約期限內</u>合法清理公司的合約</p> <p>3. 評分標準A：檢查會議紀錄是否有定期檢討廢棄物處置流程。</p>	<p>1. 評分標準C：查看有無<u>紅色</u>塑膠袋裝之垃圾桶且加蓋，外面貼有<u>感染性標示</u>，且有<u>冷藏專用設施</u>(只貯存醫療廢棄物且只要能達到5°C的冷藏設施即可)。</p> <p>2. 評分標準B：請院所提供<u>合約期限內</u>合法清理公司的合約</p> <p>3. 評分標準A：檢查會議紀錄是否有定期檢討廢棄物處置流程。</p>

項目	評分標準	訪視現況	補充說明	107 年評量共識	108 年評量共識
6. 意外尖銳物品扎傷處理流程制訂	<p>C.院所制定防範尖銳物品扎傷計畫及處理流程。</p> <p>B.符合C，院所定期全員宣導及演練，並有紀錄可查。</p> <p>A.符合B，落實「通報系統」並有紀錄可循。</p>	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> A 評分結果 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> A		<p>1. 評分標準C：提供防範尖銳物品扎傷計畫及處理流程。</p> <p>2. 評分標準B：院所有開會宣導及情境演練紀錄。</p> <p>3. 評分標準A：診所端提供院內尖銳物品扎傷相關通報文件紀錄。</p>	<p>1. 評分標準C：提供防範尖銳物品扎傷計畫及處理流程。</p> <p>2. 評分標準B：院所有開會宣導及情境演練紀錄。</p> <p>3. 評分標準A：診所端提供院內尖銳物品扎傷相關通報文件紀錄，若無尖銳物品扎傷相關事件即符合。</p>
7. 器械清洗	<p>C.使用器械之專用清潔劑或酵素清潔劑。</p> <p>B.符合C，使用器械清洗設備清洗（含超音波震盪機或器械清洗機）。</p> <p>A.符合B，清洗器械之設備定期維護保養，並有紀錄備查。</p>	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> A 評分結果 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> A		<p>1. 評分標準C：請院所提供符合器械清洗之清潔劑或酵素清潔劑。</p> <p>2. 評分標準B：使用機器清洗器械。</p> <p>3. 評分標準A：清洗器械的設備有廠商定期(不限當年或前一年)維護保養紀錄。</p>	<p>1. 評分標準C：請院所提供符合器械清洗之清潔劑或酵素清潔劑。</p> <p>2. 評分標準B：使用機器清洗器械。</p> <p>3. 評分標準A：清洗器械的設備有廠商定期(不限當年或前一年)維護保養紀錄。</p>

項目	評分標準	訪視現況	補充說明	107年評量共識	108年評量共識
8. 器械浸泡消毒	<p>C. 選擇適當消毒劑並置於特定容器及加蓋，且記錄更換時間，並依原廠廠商指示使用。</p> <p>B. 符合C，記錄器械浸泡時間。</p> <p>A. 符合B，依原廠廠商指示之頻率，進行有效濃度的監測並有紀錄備查。</p>	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> A 評分結果 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> A		<ol style="list-style-type: none"> 1. 評分標準C：實際檢視院所所選擇使用的消毒劑是否適當，並置於特定容器及加蓋，且記錄更換時間，並依原廠廠商指示使用。放置特定容器及加蓋是指不可放置於開放容器中浸泡消毒且不隨意亂放。 2. 評分標準B：請院所提供器械浸泡時間紀錄。 3. 評分標準A：依原廠廠商指示之頻率，進行有效濃度的監測並有紀錄備查。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 評分標準C：實際檢視院所所選擇使用的消毒劑是否適當，並置於特定容器及加蓋，且記錄更換時間，並依原廠廠商指示使用。放置特定容器及加蓋是指不可放置於開放容器中浸泡消毒且不隨意亂放。 2. 評分標準B：請院所提供器械浸泡時間紀錄。 3. 評分標準A：依原廠廠商指示之頻率，進行有效濃度的監測並有紀錄備查。
9. 器械滅菌	<p>C. 器械清洗打包後，進鍋滅菌並標示滅菌日期及截止使用日期；包布每次使用後要清洗再使用、打包袋 (paper-plastic bag) 不重複使用。</p> <p>B. 符合C，包內及包外化學指示劑監測，並有完整紀錄。</p> <p>A. 符合B，每週至少一次生物指示劑監測，植體器械需每鍋使用生物指示劑，並完整紀錄。</p>	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> A 評分結果 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> A		<ol style="list-style-type: none"> 1. 評分標準C：每包器械有兩個日期標示，包布每次使用後要清洗再使用，打包袋 (paper-plastic bag) 使用過後直接丟棄。 2. 評分標準B：每包器械都有包內及包外化學指示劑，並有完整紀錄。 3. 評分標準A：出示每週生物指示劑的紀錄，若院所有植牙業務出示每鍋使用生物指示劑的紀錄。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 評分標準C：每包器械有兩個日期標示，包布每次使用後要清洗再使用，打包袋 (paper-plastic bag) 使用過後直接丟棄。 2. 評分標準B：每包器械都有包內及包外化學指示劑，並有完整紀錄。 3. 評分標準A：出示每週生物指示劑的紀錄，若院所有植牙業務出示每鍋使用生物指示劑的紀錄。

項目	評分標準	訪視現況	補充說明	107 年評量共識	108 年評量共識
10. 滅菌後器械貯存	<p>C.滅菌後器械應放置乾淨、乾燥且有覆蓋物之處，並依效期先後使用。</p> <p>B.符合C，器械貯存不超過有效期限。</p> <p>A.符合B，器械定期清點，若包裝破損或過期器械，需重新清洗打包滅菌，並有紀錄可查詢。</p>	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> A 評分結果 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> A		<ol style="list-style-type: none"> 1. 評分標準C：訪視時看滅菌後器械放置位置，如果是放置乾淨乾燥且有覆蓋物之處，且有依照先消毒先使用原則。 2. 評分標準B：布包與紙包袋的滅菌後效期不超過一週；打包袋(paper-plastic bag)不超過一個月。 3. 評分標準A：有定期清點器械的紀錄，過期或包裝破損的器械有重新打包消毒。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 評分標準C：訪視時看滅菌後器械放置位置，如果是放置乾淨乾燥且有覆蓋物之處，且有依照先滅菌先使用原則。 2. 評分標準B：布包與紙包袋的滅菌後效期不超過一週；打包袋(paper-plastic bag)依院所方制定標準執行，若無制定者，以一個月為限。 3. 評分標準A：有定期清點器械的紀錄，過期或包裝破損的器械有重新打包滅菌。
11. 感染管制流程制訂	<p>C.院所須依牙科感染管制SOP，針對自家院所狀況，制訂看診前後感染管制流程、器械滅菌消毒流程及紀錄表。</p> <p>B.符合C，院所定期全員宣導及遵循，並有完備紀錄存檔。</p> <p>A.符合B，定期檢討並有改善，且有紀錄可查。</p>	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> A 評分結果 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> A		<ol style="list-style-type: none"> 1. 評分標準C：訪視委員注意院所提供的SOP流程是否有針對自家院所狀況改寫，而非使用公版。 2. 評分標準B：院所有定期開會議宣導感染管制流程並有會議紀錄。 3. 評分標準A：定期開會議檢討感染管制流程並有改善(例如垃圾分類沒做好但檢討後有改善)，且有紀錄可查詢。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 評分標準C：訪視委員注意院所提供的SOP流程是否有針對自家院所狀況改寫，而非使用公版。 2. 評分標準B：院所有定期開會議宣導感染管制流程並有會議紀錄。 3. 評分標準A：定期開會議檢討感染管制流程並有改善(例如垃圾分類沒做好但檢討後有改善)，且有紀錄可查詢。

項目	評分標準	訪視現況	補充說明	107 年評量共識	108 年評量共識
12. 安全注射行為	<p>C.牙科注射針頭使用後採單手回套，沒打完之麻藥管不可供他人使用。</p> <p>B.符合C，院所定期全員宣導及遵循，並有完備紀錄存檔。</p> <p>A.符合B，定期檢討及改善，並有紀錄可查。</p>	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> A 評分結果 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> A		<ol style="list-style-type: none"> 1. 單手回套：牙科沒有安全針具。牙科注射器是螺旋鎖緊式，所以需以單手回套後才能將針頭取下。建議注射器針頭後端之小蓋子不須回套即可直接丟進尖銳物收集盒。 2. 評分標準C：請員工示範針具使用後如何將針頭取下，沒打完之麻藥管如何處置。 3. 評分標準B：有定期開會宣導安全注射行為並有會議紀錄。 4. 評分標準A：定期開會檢討及改善，並有會議紀錄可查。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 單手回套：牙科沒有安全針具。牙科注射器是螺旋鎖緊式，所以需以單手回套後才能將針頭取下。建議注射器針頭後端之小蓋子不須回套即可直接丟進尖銳物收集盒。 2. 評分標準C：請員工示範針具使用後如何將針頭取下，沒打完之麻藥管應依醫療廢棄物處置。 3. 評分標準B：有定期開會宣導安全注射行為並有會議紀錄。 4. 評分標準A：定期開會檢討及改善，並有會議紀錄可查。

項目	評分標準	訪視現況	補充說明	107 年評量共識	108 年評量共識
13. 員工 保健	<p>C. 員工若有傳染性疾病（如：發燒、咳嗽等）之徵兆，主動向單位主管報告，並採取適當的治療及防護措施。</p> <p>B. 符合C，新進員工實施一般健康檢查（含B、C肝炎抗體檢查）。</p> <p>A. 符合B，在職員工實施定期一般健康檢查（含B、C肝炎抗體檢查）。</p>	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> A 評分結果 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> A		<p>1. 評分標準C：訪視時隨機口頭詢問員工若有傳染性疾病之徵兆時該怎麼做。</p> <p>2. 評分標準B：新進員工包括工讀生都有健康檢查(含B、C肝炎)。</p> <p>3. 健康檢查報告內員工的B、C肝炎抗原檢驗結果，若非B肝感染者且表面抗體為陰性者，建議施打B型肝炎疫苗。</p> <p>4. 有關一般健康檢查建議依勞動部規範辦理： 甲、在職員工65歲以上每年檢查一次 乙、在職員工40歲以上未滿65歲，每三年檢查一次 丙、在職員工未滿40歲，每五年檢查一次 丁、一般健康檢查項目包括： (1) 作業經歷、既往病史、生活習慣及自覺症狀之調查。 (2) 身高、體重、腰圍、視力、辨色力、聽力、血壓及身體各系統或部位之理學檢查。 (3) 胸部X光（大片）攝影檢查。 (4) 尿蛋白及尿潛血之檢查。 (5) 血色素及白血球數檢查。 (6) 血糖、血清丙胺酸轉胺酶（ALT或稱SGPT）、肌酸（creatinine）、膽固醇及三酸甘油酯、高密度脂蛋白膽固醇、低密度脂蛋白膽固醇（104.1.1開始施行）之檢查。 (7) 其他經中央主管機關指定之檢查。</p>	<p>1. 評分標準C：訪視時口頭詢問員工若有傳染性疾病之徵兆時該怎麼做。</p> <p>2. 評分標準B：新進員工包括工讀生都有健康檢查(含B、C肝炎)。</p> <p>3. 健康檢查報告內員工的B、C肝炎抗原檢驗結果，若非B肝感染者且表面抗體為陰性者，建議施打B型肝炎疫苗。</p> <p>4. 有關一般健康檢查建議依勞動部規範辦理： 甲、在職員工65歲以上每年檢查一次 乙、在職員工40歲以上未滿65歲，每三年檢查一次 丙、在職員工未滿40歲，每五年檢查一次 丁、一般健康檢查項目包括： (1) 作業經歷、既往病史、生活習慣及自覺症狀之調查。 (2) 身高、體重、腰圍、視力、辨色力、聽力、血壓及身體各系統或部位之理學檢查。 (3) 胸部X光（大片）攝影檢查。 (4) 尿蛋白及尿潛血之檢查。 (5) 血色素及白血球數檢查。 (6) 血糖、血清丙胺酸轉胺酶（ALT或稱SGPT）、肌酸（creatinine）、膽固醇及三酸甘油酯、高密度脂蛋白膽固醇、低密度脂蛋白膽固醇（104.1.1開始施行）之檢查。 (7) 其他經中央主管機關指定之檢查。</p>

項目	評分標準	訪視現況	補充說明	107 年評量共識	108 年評量共識
14. 教育訓練	<p>C.各醫療院所半年舉行一次內部牙科感染管制檢討會(含異常事件),並有紀錄備查。</p> <p>B.符合C,院所內 50%工作人員,每年參加一小時牙科感管教育訓練課程,包括線上數位學習課程,並造冊存查。</p> <p>A.符合B,院所內 70%工作人員,每年參加一小時牙科感管教育訓練課程,包括線上數位學習課程,並造冊存查。</p>	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> A 評分結果 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> A		<p>1. 評分標準C:醫療院所每半年舉行的檢討會議,其會議討論議題可包含感染管制相關議題。</p> <p>2. 本項目評分標準中所指的院所工作人員包含醫師、牙科助理及護理師。感染管制數位學習課程,也可歸算感染管制教育訓練課程。</p>	<p>1. 評分標準C:醫療院所每半年舉行的檢討會議,其會議討論議題可包含感染管制相關議題。</p> <p>2. 本項目評分標準中所指的院所工作人員包含醫師、牙科助理及護理師。感染管制數位學習課程,也可歸算感染管制教育訓練課程。</p>

項目	評分標準	訪視現況	補充說明	107年評量共識	108年評量共識
15. 手 部 衛 生	<p>C. 遵守洗手五時機及六步驟，每個病人間脫手套時確實洗手。若有明顯髒污時，以洗手液洗手；若無明顯髒汙時，可使用酒精性乾洗手液。</p> <p>B. 符合C，建立一致的教育訓練。</p> <p>A. 符合B，建立稽核機制及成效評估並有檢討改善措施。</p>	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> A 評分結果 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> A		<p>1. 評分標準C：訪視時詢問<u>詢問助理或醫師</u>，是否遵守洗手五時機及六步驟，每個病人間脫下手套時確實洗手。若有明顯髒污時，以濕洗手進行手部衛生；若無明顯髒汙時，可使用酒精性乾洗手液。</p> <p>2. 洗手五時機： (1) 接觸病人前 (2) 執行清潔/無菌操作技術前 (3) 暴觸病人體液風險後 (4) 接觸病人後 (5) 接觸病人週遭環境後</p> <p>3. 洗手七步驟：內外夾攻大立完。</p> <p>4. 評分標準B：查看手部衛生的教育訓練內容。</p> <p>5. 評分標準A：手部衛生成效評估包括正確性及遵從性，並有定期稽核機制（助理互相觀察）及檢討改善措施。</p>	<p>1. 評分標準C：訪視時詢問<u>詢問助理或醫師</u>，是否遵守洗手五時機及六步驟，每個病人間脫下手套時確實洗手。若有明顯髒污時，以濕洗手進行手部衛生；若無明顯髒汙時，可使用酒精性乾洗手液。</p> <p>2. 洗手五時機： (6) 接觸病人前 (7) 執行清潔/無菌操作技術前 (8) 暴觸病人體液風險後 (9) 接觸病人後 (10) 接觸病人週遭環境後</p> <p>3. 洗手六步驟：內外夾攻大立。</p> <p>4. 評分標準B：查看手部衛生的教育訓練內容。</p> <p>5. 評分標準A：手部衛生成效評估包括正確性及遵從性，並有定期稽核機制（助理互相觀察）及檢討改善措施。</p>

項目	評分標準	訪視現況	補充說明	107年評量共識	108年評量共識
16. 水質 監 測	<p>C.依照水質處理合格廠商建議，定期做水質檢測並合乎國家飲用水之標準。</p> <p>B.符合C，備有水質監測計畫以及改善機制。</p> <p>A.符合B，定期檢討及改善。</p>	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> A 評分結果 <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> A		<ol style="list-style-type: none"> 1. 評分標準C：依照水質處理系統合格廠商建議，定期做水質檢測並合乎國家飲用水之標準。 2. 水質是指治療台的水，包括：漱口水、三用噴槍、手機、超音波洗牙機頭但不包括沖洗痰盂的水。 3. 飲用水細菌性標準為： <ul style="list-style-type: none"> 甲、大腸桿菌群多管發酵法：6 MPN/100 毫升 乙、大腸桿菌群過濾法：6 CFU/100 毫升 丙、總菌落數最大限值：100 CPU/毫升。 4. 評分標準B：備有水質監測計畫以及改善機制係指，若能提供水質改善計畫證據包括加入新的治療檯用水消毒方式等等。 5. 評分標準A：定期檢討及改善，所指之「定期」係為半年。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 評分標準C：依照水質處理系統合格廠商建議，定期做水質檢測並合乎國家飲用水之標準。 2. 水質是指治療台的水，包括：漱口水、三用噴槍、手機、超音波洗牙機頭但不包括沖洗痰盂的水。 3. 飲用水細菌性標準為： <ul style="list-style-type: none"> 甲、大腸桿菌群多管發酵法：6 MPN/100 毫升 乙、大腸桿菌群過濾法：6 CFU/100 毫升 丙、總菌落數最大限值：100 CPU/毫升。 4. 評分標準B：備有水質監測計畫以及改善機制係指，若能提供水質改善計畫證據包括加入新的治療檯用水消毒方式等等。 5. 評分標準A：定期檢討及改善，所指之「定期」係為半年。

輔導訪視委員簽名：_____

牙醫院所陪同人員/醫師簽名：_____

附錄 12：牙科感染管制自我查檢表

牙科醫療院所感染管制自我查檢表

2.0.12 版

※考評標準：評分分為 A、B、C，不符合 C 則為 D，任一項目得 D 則不合格。

院所：_____

代號：_____

A. 硬體設備方面

項目	評分標準	自評	訪評	備註
1. 適當洗手設備	C. 診療區域應設洗手台及洗手設備(含酒精性乾洗手液)，並維持功能良好及周圍清潔。			
	B. 符合 C，洗手水龍頭需免手觸式設計，並在周圍設置洗手液、洗手步驟圖、擦手紙及垃圾桶。			
	A. 符合 B，洗手台下保持乾淨，不放置物品。			
2. 良好通風空調系統	C. 診間有空調系統或通風良好，空調出風口須保持乾淨。			
	B. 符合 C 定期清潔維護，有清潔紀錄本可供查詢。			
	A. 符合 B，具有改善空氣品質的設備(包括集塵或過濾功能之空氣濾淨機)及計畫。			
3. 適當滅菌消毒設施	C. 院所具有滅菌器及有效期限內消毒劑(包括清潔及使用紀錄)。			
	B. 符合 C，滅菌器定期檢測功能正常(包括溫度、壓力、時間及清潔紀錄)。			
	A. 符合 B，具有滅菌後乾燥之滅菌器。			
4. 診間環境清潔	C. 診間環境定期清潔，並有紀錄。			
	B. 符合 C，診療檯未使用時檯面保持淨空及乾淨，物品依序置於櫃中，並保持清潔。			
	A. 符合 B，診間避免放置生物性物品(如植物盆栽、魚缸等)或絨毛玩偶等。			
5. 適當器械處理環境	C. 有特定區域，執行器械之清潔消毒及滅菌。			
	B. 符合 C，器械處理區域有明顯清洗、打包、滅菌、貯存之區隔及動線規劃適當。			
	A. 符合 B，有器械處理室且具明顯清洗、打包、滅菌、貯存之 <u>隔間</u> (至少兩間)及動線適當規劃，並有經過適當訓練之 <u>專人</u> 專責負責。			

B.軟體方面

項目	評分標準	自評	訪評	備註
1. 完備病人預警防範措施	C. 詢問病人詳細全身病史、傳染病史(包含 TOCC)等，並完整登載病歷。			
	B. 符合 C，依感染管制避免交叉感染原則(如：「公筷母匙」、「單一劑量」、「單一流程」等)執行看診。			
	A. 符合 B，牙醫師查閱病人病史，依據該紀錄進行完整的診療計畫，並於病歷紀載完成。			
2. 適當個人防護措施	C. 牙醫師看診及牙醫助理人員跟診時穿戴口罩、手套及乾淨之工作服，清洗器械時，應著口罩、厚手套及工作服。			
	B. 符合 C，面對高風險病人，若有血液或唾液噴濺時，增戴面罩、防護袍及髮帽。			
	A. 符合 B，依照感染管制原則增設減少飛沫氣霧設備(如高效能抽吸裝置等)執行看診。			
3. 開診前治療檯消毒措施	C. 治療檯擦拭清潔，管路出水二分鐘，痰盂水槽流水三分鐘，抽吸管以新鮮泡製 0.005~0.02% 漂白水 (NaClO) 或 2.0% 沖洗用戊二醛溶液 (glutaraldehyde) 或稀釋之碘仿溶液 10% (iodophors) 沖洗管路三分鐘，或依廠商指示辦理。			
	B. 符合 C，不易消毒擦拭處(如把手、頭枕、開關按鈕…等)，以覆蓋物覆蓋之。			
	A. 符合 B，每位病人就診前，治療檯水路系統(如三用噴槍、手機及洗牙機頭等)至少沖洗 20~30 秒；並清潔消毒治療椅檯面、痰盂等，且更換覆蓋物。			
4. 門診結束後治療檯消毒措施	C. 治療檯擦拭清潔，管道消毒、放水、放氣，拆下濾網，徹底清洗。			
	B. 符合 C，院所定期全員宣導及遵循。			
	A. 符合 B，完備紀錄存檔。			
5. 完善廢棄物處置	C. 醫療廢棄物(如：廢尖銳器具及感染性廢棄物等)與毒性廢棄物，依法分類、貯存，並備有專用冷藏設施貯存醫療廢棄物。			
	B. 符合 C，合法清理公司定期清除醫療廢棄物並保留全數遞聯單備查。			
	A. 符合 B，定期檢討廢棄物處置流程，並有紀錄備查。			
6. 意外尖銳物品扎傷處理流程制訂	C. 院所制定防範尖銳物品扎傷計畫及處理流程。			
	B. 符合 C，院所定期全員宣導及演練，並有紀錄可查。			
	A. 符合 B，落實「通報系統」並有紀錄可循。			

項目	評分標準	自評	訪評	備註
7. 器械清洗	C. 使用器械之專用清潔劑或酵素清潔劑。			
	B. 符合 C，使用器械清洗設備清洗(含超音波震盪機或器械清洗機)。			
	A. 符合 B，清洗器械之設備定期維護保養，並有紀錄備查。			
8. 器械浸泡消毒	C. 選擇適當消毒劑並置於特定容器及加蓋，且記錄更換時間，並依廠商指示使用。			
	B. 符合 C，器械浸泡時間及流程符合原廠廠商規定。			
	A. 符合 B，依原廠廠商指示之頻率，進行有效濃度的監測並有紀錄備查。			
9. 器械滅菌消毒	C. 器械清洗打包後，進鍋滅菌並標示滅菌日期及截止使用日期；包布每次使用後要清洗再使用、打包袋(paper-plastic bag)不重複使用。			
	B. 符合 C，包內及包外化學指示劑監測，並有完整紀錄。			
	A. 符合 B，每週至少一次生物指示劑監測，植體器械需每鍋使用生物指示劑，並完整紀錄。			
10. 滅菌後器械貯存	C. 滅菌後器械應放置乾淨、乾燥且有覆蓋物之處，並依效期先後使用使用。			
	B. 符合 C，器械貯存不超過有效期限。			
	A. 符合 B，器械定期清點，若包裝破損或過期器械，需重新清洗打包滅菌，並有紀錄可查詢。			
11. 感染管制流程製訂	C. 院所須依牙科感染管制 SOP，針對自家院所狀況，制訂看診前後感染管制流程、器械滅菌消毒流程及紀錄表。			
	B. 符合 C，院所定期全員宣導及遵循，並有完備記錄存檔。			
	A. 符合 B，定期檢討並有改善，且有記錄可查。			
12. 安全注射行為	C. 牙科注射針頭使用後採單手回套，沒打完之麻藥管不可供他人使用。			
	B. 符合 C，院所定期全員宣導及遵循，並有完備記錄存檔。			
	A. 符合 B，定期檢討及改善，並有紀錄可查。			
13. 員工保健	C. 員工若有傳染性疾病(如：發燒、咳嗽…等)之徵兆，主動向單位主管報告，採取適當的治療及防護措施。			
	B. 符合 C，新進員工實施一般健康檢查(含 B、C 肝炎抗體檢查)。			
	A. 符合 B，在職員工實施定期一般健康檢查(含 B、C 肝炎抗體檢查)。			
14. 教育訓練	C. 各醫療院所半年舉行一次內部牙科感染管制討論會(含異常事件)，並有紀錄備查。			
	B. 符合 C，院所內 50%工作人員，每年參加一小時牙科感管教育訓練課程，包括線上數位學習課程，並造冊存查。			
	A. 符合 B，院所內 70%工作人員，每年參加一小時牙科感管教育訓練課程，包括線上數位學習課程，並造冊存查。			

項目	評分標準	自評	訪評	備註
15. 手部衛生	C. 遵守洗手五時機及六步驟，每個病人間脫手套時確實洗手。若有明顯髒污時，以洗手液洗手；若無明顯髒汙時，可使用酒精性乾洗手液。			
	B. 符合 C，建立一致的教育訓練。			
	A. 符合 B，建立稽核機制及成效評估並有檢討改善措施。			
16. 水質監測	C. 依照水質處理合格廠商建議，定期做水質檢測並合乎國家飲用水之標準。			
	B. 符合 C，備有水質監測計畫以及改善機制。			
	A. 符合 B，定期檢討及改善。			

院所陪檢醫師簽名：_____ 審查醫藥專家簽名：_____

附錄 13：梯次輔訪日期、院所及委員名單

日期	輔訪單位	診療檯數	輔訪人員
7月8日(一)	景新牙醫診所	3台	牙醫師：曾士哲 感管人員：詹明錦
	里昂哈佛仁愛牙醫診所	4台	
	協群牙醫診所	4台	
7月12日(五)	佳里奇美醫院牙科	4台	牙醫師：黃皇 感管人員：吳怡慧
	品悅牙醫診所	3台	
	奇美醫院牙醫部	46台	
7月17日(三)	佑民醫院牙科	16台	牙醫師：黃皇 感管人員：蘇麗香
	佳康牙醫診所	6台	
7月18日(四)	恩主公醫院牙醫部	20台	牙醫師：楊文甫 感管人員：林圭碧
	源芳牙醫診所	5台	
	源泰牙醫診所	5台	
	桃園醫院牙科	11台	
7月22日(一)	寶石牙醫診所		牙醫師：楊文甫 感管人員：詹明錦
	新樹聯合牙醫診所	4台	
	新瑞牙醫診所	7台	
7月26日(五)	童綜合醫院口腔醫學部	23台	牙醫師：黃皇 感管人員：王梨容
	靚美牙醫診所	5台	
	君悅牙醫診所	9台	
8月1日(四)	欣典牙醫診所	7台	牙醫師：溫斯勇 感管人員：陳郁慧
	ABC鳳山牙醫診所	16台	
	來來牙醫診所	4台	
8月2日(五)	屏東基督教醫院牙科	7台	牙醫師：曾士哲 感管人員：蘇麗香
	臺東縣海端鄉衛生所	2台	
8月8日(四)	康緹牙醫診所	16台	牙醫師：黃皇 感管人員：林圭碧
8月14日(三)	臺北醫學大學附設醫院牙科	61台	牙醫師：溫斯勇 感管人員：張瑛瑛
	同德牙醫診所	4台	
	王品牙醫診所	4台	
8月15日(四)	恆美牙醫診所	3台	牙醫師：黃皇 感管人員：林圭碧
8月21日(三)	三軍總醫院牙科部	75台(含汀洲)	牙醫師：黃茂栓 感管人員：林圭碧
	向虹牙醫診所	5台	
	長島牙醫診所	5台	
8月22日(四)	饒正美牙醫診所	4台	牙醫師：楊文甫

	國立陽明大學附設醫院牙科部	21 台 (蘭陽 14 新民 7)	感管人員：詹明錦
8 月 23(日)	花蓮醫院牙科部	2 台	牙醫師：曾士哲 感管人員：張瑛瑛
8 月 29 日(四)	真愛美學牙醫診所	5 台	牙醫師：黃皇 感管人員：張瑛瑛
	康橋牙醫診所	7 台	
	中國醫藥大學附設醫院牙醫部	38 台	
	寬庭牙醫診所	7 台	
9 月 3 日(二)	高雄市立小港醫院牙科	11 台	牙醫師：曾建福 感管人員：蘇麗香
	北益牙醫診所	11 台	
	高雄市立旗津醫院牙科	11 台	
9 月 4 日(三)	嘉義基督教醫院牙科	28 台	牙醫師：溫斯勇 感管人員：陳郁慧
	康喬牙醫診所	6 台	

附錄 14：4 月 25 日第一次牙科醫療院所感染管制交流會議會議紀錄

時間：民國 108 年 04 月 25 日(日) 12:00

地點：臺北醫學大學口腔醫學院一樓會議室

主席：鄭信忠院長

紀錄：吳筱薇

出席：鄭信忠院長、賴昱丞(恩主公醫院)、劉玉婷(童綜合醫院)、李容菀(童綜合醫院)、戴雲玉(臺北醫學大學附設醫院)、曾建福(衛生福利部桃園醫院)、李威成(三軍總醫院)、邱上文(三軍總醫院)、楊文甫(協群牙醫診所)、吳建德(長島牙醫診所)、胡真真(饒正美牙醫診所)、林詩堯(真愛美學牙醫診所)、陳小玄(向虹牙醫診所)、陳佳琦(新樹聯合牙醫診所)、吳筱薇。

壹、主席致詞：

1. 在本計畫中，我們利用牙總先前發布的 SOP 為基礎，延伸並設計一個查檢表，並將第一年各參與院所的意見納入且修正查檢表。
2. 請各單位試評重新設計之查檢表並提供意見，以做為未來提供政府 CDC 制定牙醫院所感管查檢表之參考。
3. 本計畫為研究計畫，查檢表內容不作為稽核之項目，請安心照實填寫。
若有任何問題及困難請加註說明，決不要做假，若不能做到請填寫原因或建議。
4. 六到九月間，訪視人員將會到貴單位訪視查檢表執行情況。
5. 未來會依貴單位之執行情況給予貴單位獎勵。
6. 將會在未來之成果發表會進行頒獎，尤其對提供意見越多的機構。
7. 鼓勵各單位人員參加本單位舉辦之教育訓練。

貳、討論事項：

案由一：討論「牙科感染管制自我檢查表及檢查方法」

說明：

1. 向各參與院所說明牙科感染管制自我查檢表並討論是否需要修改。

辦法：

1. 逐條討論後確認沒有需修改的部分。

決議：通過。

參、臨時動議：無

肆、結束時間：14:00

伍、



附錄 15：10 月 20 日第二次牙科醫療院所感染管制交流會議會議紀錄

時間：民國 108 年 10 月 20 日(日) 08:00

地點：臺北醫學大學醫學綜合大樓後棟 16 樓 國際會議廳

主席：鄭信忠院長

紀錄：吳筱薇

出席：鄭信忠院長、黃茂栓(雙和醫院)、楊文甫(牙醫全聯會)、曾士哲(牙醫全聯會)、曾建福(衛生福利部桃園醫院)、林圭碧(國際醫療照護物供應管理學會)、陳彥廷(同德牙醫診所)、羅文良(陽明大學)、溫斯勇(古德牙醫診所)、詹明錦(三軍總醫院)、陳盈伶(奇美醫院)、林均穗(長庚醫院)、簡麗蓉(疾病管制署)、徐士敏(疾病管制署)、鄔豪欣(疾病管制署)、陳怡靜(中國醫藥大學)、鐘書如(中國醫藥大學)、陳雅蘭(中國醫藥大學)、劉玉婷(童綜合醫院)、李容菀(童綜合醫院)、陳亦零(佑民醫院)、林麗鳳(佑民醫院)、莊雅粟(衛生福利部花蓮醫院)、許家維(里昂哈佛仁愛牙醫診所)、馬雯茹(寬庭牙醫診所)、盧慈儀(寬庭牙醫診所)、鄭雨泰(寬庭牙醫診所)、林詩堯(真愛美學牙醫診所)、陳博明(康喬牙醫診所)、黃怡彰(來來牙醫診所)、段佳歲(長島牙醫診所)、李忠興(三軍總醫院)、衛生福利部疾病管制署。

壹、主席致詞：

1. 本計畫中已經進入到尾聲，謝謝各位參與機構給予我們提供的諸多意見，才能使本計畫在第一年和第二年的評核中得到許多的改進。

貳、討論事項：

案由一：討論「牙科感染管制自我評核表」

說明：

1. 詢問各參與院所牙科感染管制自我查檢表經過實地輔訪後是否有需要修改部分。

辦法：

1. 經討論後確認沒有需修改的部分。

決議：通過。

案由二：討論「牙科感染管制自我評和機制」計畫

說明：

1. 詢問各參與院所對於本計畫提出的看法及意見。

辦法：

參與院所提供之意見統整如下：

1. 同德牙醫診所：

推動感染管制的時候，輔導大家的時候，也要考量付出的相關成本，如果推動的時候沒有配套的很好，在推動的時候，就會有很多的疑慮跟不滿；還有未來在設置一些標準的時候，

是否應該先考慮現況是否能分次提升標準，希望政府及學界，能多給牙醫師一些協助，從如何教大家先做起，讓大家先容易上手，幫助越多人推廣，方便醫師們來配合。

再次謝謝疾管署、院長及所有的專家學者，牙醫師對於看診這塊還好，但感染管制這方面的知識還是不夠，我們需要大家來幫助，輔導所有牙醫師來做好感染管制這塊，再次謝謝大家。

2. 古德牙醫診所：

在牙科感染管制的提升方面，主要宗旨是在保護病人、保護自己、讓醫療品質可以提升，提升的過程中，如果讓院所經營不下去，院所數量萎縮，讓病人得不到照護，只能往現有的院所跑，導致現有院所的工作量上升，品質下降，變成一個惡性循環，所以我提倡標準盡量讓六成的院所都能達到的時候，他就會形成一個壓力，讓後面四成的院所自主地想要提升自己的品質，進而達到達成率 85% 的狀態。而水質的部分，要跨越的門檻太高了。

3. 桃園醫院：

感謝院長跟疾管署給我們這個機會，讓我們有這個機會可以學習，也真的很謝謝疾管署有心在推動這一塊。

4. 三軍總醫院：

分享牙科部近期發生的感染事件，並且給予回饋：其實感控越嚴格越好，最主要不是保護別人，也是保護自己。

參、 臨時動議：無

肆、 結束時間：民國 108 年 10 月 20 日(日) 13:30

伍、



附錄 16：期末成果發表會議議程

牙科感染管制期末發表會

- 指導單位：衛生福利部疾病管制署
- 主辦單位：臺北醫學大學 口腔醫學院
- 活動日期：108 年 10 月 20 日 (星期日) 10:40~13:00
- 活動地點：臺北醫學大學 醫學綜合大樓 16 樓後棟 國際會議廳樓
(台北市信義區吳興街 250 號)
- 報名方式：
 1. 線上報名：<https://bit.ly/2n2xXFq>
 2. 傳真報名者，請將報名表傳真至號碼：02-27362295
為維護您的權益，傳真後請來電確認。(電話：(02)2736-1661#8414 吳小姐)
- 報名截止日期：2019 年 10 月 16 日

● 成果發表會：

時間／分鐘		主題
10:40-10:50	10	計畫成果發表會-長官致詞
10:50-11:10	20	牙醫診所心得分享-2 家
11:10-11:30	20	牙科醫院心得分享-1 家
11:30-11:40	10	輔導訪查小組委員輔訪心得分享-牙醫師
11:40-11:50	10	輔導訪查小組委員輔訪心得分享-感管師
11:50-12:20	30	數位學習課程影片欣賞
12:20-12:30	10	頒獎

0		
12:30-12:50	20	頒發感謝狀
12:50	-	賦歸

附錄 17：牙科感染管制論壇議程表

台灣牙科感染管制論壇

- 指導單位：衛生福利部疾病管制署
- 主辦單位：臺北醫學大學 口腔醫學院
- 活動日期：108 年 11 月 16 日 (星期六) 10:00~13:30
- 活動地點：臺北醫學大學 口腔醫學大樓 2 樓階梯教室
- (台北市信義區吳興街 250 號)
- 報名費用：免費
- 報名方式：

1. 線上報名：<https://bit.ly/2WaBYVI>

2. 傳真報名者，請將報名表傳真至號碼：02-27362295

為維護您的權益，傳真後請來電確認。(電話：(02)2736-1661#8414 吳小姐)

- 報名截止日期：2019 年 11 月 13 日

時間/分鐘	主題		講者
10:00-10:20	20	報到	
10:20-10:30	10	長官致詞	
10:30-10:50	20	台灣牙科感染管制之歷史發展與本研究結果報告	臺北醫學大學 口腔醫學院
10:50-11:10	20	牙醫全聯會執行牙醫門診總額加強感染管制實施方案之現況	中華民國 牙醫師公會全國 聯合會
11:10-11:30	20	醫院評鑑制度下醫院牙科執行感管之現況	中華民國 醫院牙科協會
11:30-11:50	20	茶歇	
11:50-13:20	90	交叉論壇	
13:20-		賦歸	

附錄 18：牙科感染管制論壇紀錄

時間：民國 108 年 11 月 16 日(六) 10:00

地點：臺北醫學大學醫學 口腔醫學大樓 二樓階梯教室

主席：鄭信忠院長

紀錄：

吳筱薇

出席：鄭信忠院長、黃茂栓(中華民國家庭牙醫學會)、吳迪(中華民國牙醫師公會全國聯合會)、卓成吉(基隆市牙醫師公會)、曾建福(衛生福利部桃園醫院)、簡志忠(亞東醫院牙科)、許瑜玲(衛生福利部花蓮醫院)、林德利(彰化牙醫師公會)、林昱任(臺北市牙科植體學學會)、李麟揚(社團法人中華民國家庭牙醫學會)、張瑛瑛(臺灣大學附設醫院)、張瑞青(中華民國齒顎矯正學會)、詹明錦(社團法人感染管制學會)、康磊(陽明大學附設醫院)、衛生福利部疾病管制署。

壹、主席致詞：

1. 今天謝謝大家來參加本計畫的牙科論壇，針對自我評核機制如何與外部稽核或現有考核制度相結合，提出政策建議。

貳、專題演講：

鄭信忠院長：

牙科在感染管控，1990 年以前不注重，我們很多資料都停留在 2003 年，感染管控很多停留在有沒有執行，疾病的衝擊會強化感染管制。

之前做了一個考評表，硬體 4 項，軟體 10 項，要超過 85 分才可以及格，執行狀況也不高，可能是因為信心不高，今天研究的原則是從這邊過來的。

這是研究計畫，感謝 CDC 提供兩年研究計畫，這次就是要建立自我評核制度，讓大家主動來做，不要由政府來做，

主要有 C-B-A，A 最高，C 是及格，並且有統計達成的比率。

我們經由立意取樣，共抽樣 15 家醫院牙科及 28 家牙醫診所。

此次輔訪結果，醫院牙科依舊大幅優於牙醫診所，但經由比較第一年度及第二年度的輔訪結果，牙醫診所的進步幅度優於醫院牙科，值得嘉獎。

從兩年度的輔訪查檢我們清楚發現無論是醫院牙科或基層牙科診所的各項感管執行率，都有顯著的進步，尤其是醫院牙科優於牙醫診所，顯示這些參加研究的機構經過一年前的輔導訪視後，確實有經學習而改善且進步，尤其是醫院牙科因須接受嚴格的醫院評鑑，所以其感管執行率，C 級以上執行率，除「水質監測」項目 93% 之外，全部 100%，A 級以上，21 項中的 12 個項目皆高於 70%。而牙醫診所部分，C 級以上執行率，在 21 項目中有 7 項為 100%，8 項超過 90%，4 項超過 80%，1 項(水質監測)只有 21%。

醫院牙科的感管措施進步，主要應該是受「醫院評鑑」因素的影響，因此「評鑑」確實成為可刺激及改善牙科感管措施的重要因子，也可提供政府決策者的重要參考依據。

最後我們來總結一下這兩年的計畫：

1. 「牙科感染管制自我查檢表」設計共有 21 項，經兩年對牙醫機構的測試及輔訪後，該表具有鑑別度，且各機構對各項感管都有顯著的進步。
2. 三場教育訓練及標竿學習活動，學員參加踴躍，反應良好，可持續辦理。
3. 五堂數位學習課程，及民眾版、專業版「牙科感染管制常見問答集」，提供最新學習資訊，可擴大增加牙醫從業人員學習機會。
4. 提出牙科感染管制自我評核機制及政策建議，作為政府機關政策推行參考。
5. 本研究之「自主考評表」，可建議統一成為全國牙醫機構感管考評公版表之參考，供全國使用，避免目前存在之多種感管考評表
6. 本研究「牙科感染管制自我評核」模式，可建議作為取代目前「牙醫門診加強感染管制實施方案」之「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評」方式之參考。

黃茂栓理事長：

我來由醫院牙科的感染控制現況來跟各位報告，在醫院評鑑裡面，在醫院跟診所的規模不一樣，性質也不一樣，醫院像是一個團隊，醫院也有一個專門的感控小組來執行醫院的感染管控，醫院評鑑在醫療品質及病人安全其實很重要，在感染管控也很重要，所以其實在感控這端，在服務人數方面，跟診所端有不同差別，所以要求有更嚴謹，在醫院評鑑，對牙科也有很大的要求，例如動線、裝潢。在感染感控上，手部衛生是最經濟實惠的方式，在稽核的部分，在醫院稽核的正確率是夠的，落實率也比較夠。在個人防護，在醫院一定要戴髮帽，護目鏡也一定要做。在醫院，TOCC 這個部分也比較要求，在員工的防護及體檢也比較要求。在醫院比較紮實的部分，應該是針扎流程的通報，及後續的追蹤還有教育訓練。以上就是醫院牙科。

交叉論壇

衛生福利部疾病管制署：

謝謝鄭教授，謝謝大家來參與，其實這個計畫感染管制很重要，透過這個計畫我們很希望有自我評核的機制，透過外部稽核都比不上自己自我稽核，這也是很重要的目標，希望今天可以問問大家的意見，怎麼可以提升感染管控的品質。

中華民國家庭牙醫學會：

謝謝各位，站在家庭牙醫的立場，要把鄭院長的理念落實，不管會員或非會員，都要把感染管控的觀念落實，與其用他律，其實本來就應該自律，應該是要自己內化的落實，牙醫師要怎麼做好，讓民眾來這裡可以安心，我剛剛想了一下，剛剛鄭教授提出最新的調查報告，大部分的項目都有 90 分以上，如果我們說 99 分好了，代表有 1% 的不合格率，這樣可以接受嗎？如果以台灣 6500 家牙醫診所來算，百分之一，就是 65 家，合理門診量 20 個人，一天就有 1300 個民眾暴露在不合格的感控診所，這樣是可以接受的嗎？恐怕感控沒有最好，只能一天比一天好，這個事情只能內化，如果相當比率的人沒辦法內話，其實要讓正確的選擇成為容易的選擇，這樣百分之一的人沒辦法做到，才能用法律處罰。

基隆牙醫師公會：

透過教育才是最好的手段，希望有正確的手法可以拍成影片，歷年有改進的話希望可以更新，透過資訊讓大家知道成本，也可以提供給上級長官，來符合現行需要。

鄭信忠院長：

教育真的很重要，我們的計畫也有做五支影片，還有一點經濟因素，我今年也有提出感染管制的經濟效應評估，想看經濟效應如何影響感染管制。

彰化牙醫師公會：

有些城鄉差距，還有年長者醫師，對於這些推動可能有點困難，該怎麼一步一步推廣

鄭信忠院長：

分寸真的很難掌握，回歸到最後還是教育。

社團法人感染管制學會：

我有一個很大的心得，就是檯面上講好聽話，檯面下把你罵得要死，感染管制真的推動的很辛苦，一開始要請大家做好感染管制只有兩個字，就是「稽核」，謝謝讓我參與這個計畫。

中華民國牙醫師公會全國聯合會：

我們現在是希望能全面提升，現在是一個目標，但不可能現在訂下來，所有人就馬上可以提升到那個目標，雖然我們近期的成果都有拉到九成以上，但是有 5-10% 的院所，在配合度上面，我們還需要努力，我們不能去強迫，只

能去鼓勵，如果有什麼問題，再請大家可以提供給全聯會，謝謝大家。

鄭院長：

那今天我們可以給出三個結論：

1. 影響執行牙科感染管制的主要因素為經濟因素。
2. 一切的牙科感管是以提升病人醫療品質，保障醫患安全為依歸。
3. 只有從在校教育及畢業後的各式再教育著手，是根本提升牙醫工作者對牙科感管的執行成效。

謝謝大家。