

計畫編號：MOHW105-CDC-C-114-122111

衛生福利部疾病管制署 105 年委託科技研究計畫

計畫名稱：具實證基礎之組合式感染控制介入措施及
多面向推廣策略導入之研究計畫

全 程 研 究 報 告

執行機構：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

計畫主持人：黃景泰主任

協同主持人：廖熏香副執行長/財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

陳世英副主任/國立臺灣大學醫學院附設醫院

研究人員：陳媛綸專案管理師、楊登翔專員、蔡欣潔組員

執行期間：104 年 1 月 1 日至 105 年 12 月 31 日止

研究經費：新臺幣陸佰貳拾萬元整

目 錄

目錄	I
摘要	V
第一章 前言	1
第二章 材料與方法	7
第三章 結果	10
第一節 籌組計畫專家小組及辦理相關會議	10
第二節 邀集醫院參與品管活動	13
第三節 辦理說明會	16
第四節 建置活動專屬網站	19
第五節 研擬成效監測評量工具	21
第六節 設計推廣工具包及相關宣導品	23
第七節 辦理品質提升課程	26
第八節 實地訪查輔導作業	37
第九節 醫院執行成效及分析報表	46
第十節 辦理標竿成果公開發表會	58
第十一節 協助參與醫院產出執行成果報告	63
第十二節 每項主題發展不同推行之模式或推行套組	67
第四章 討論	71
第五章 結論與建議	74
第一節 結論	74
第二節 建議	80
第六章 重要研究成果及具體建議	81
第七章 參考文獻	83

表 次

表 3-1-1、專家小組名單（按專業別、姓名筆劃排列）	10
表 3-1-2、各次會議出席率及決議摘要	11
表 3-1-3、各次會議出席率及決議摘要	12
表 3-2-1、推動門診、急診呼吸道衛生與咳嗽禮節參與醫院名單	13
表 3-2-2、推動病人家屬落實手部衛生參與醫院名單	14
表 3-2-3、推動照服員落實手部衛生參與醫院名單	14
表 3-3-1、說明會（北區場）	16
表 3-3-2、說明會（南區場）	17
表 3-3-3、說明會辦理日期、地點、人數及滿意度調查結果	17
表 3-7-1、104 至 105 年度品質提升課程參與情形	26
表 3-7-2、第 1 次品質提升課程之議程-北區場	29
表 3-7-3、第 1 次品質提升課程之議程-南區場	29
表 3-7-4、第 2 次品質提升課程之主題一	30
表 3-7-5、第 2 次品質提升課程之主題二	31
表 3-7-6、第 2 次品質提升課程-主題三	31
表 3-7-7 第 3 次品質提升課程-南區場	32
表 3-7-8、第 3 次品質提升課程-北區場	33
表 3-7-9、第 4 次品質提升課程-主題一（北區、中區）	34
表 3-7-10、第 4 次品質提升課程-主題二及主題三（北區）	35
表 3-7-11、第 4 次品質提升課程-主題二及主題三（中區）	36
表 3-8-1、實地輔導作業規範	37
表 3-8-2、104 年度實地輔導作業，計 13 梯次。	38
表 3-8-3、105 年度實地輔導作業期間，計 14 梯次。	40

表 次

表 3-8-4、主題一：推動門急診呼吸道衛生與咳嗽禮節	43
表 3-8-5、主題二和主題三：推動病人家屬及照服員參與落實手部衛生 ..	44
表 3-10-1、成果發表會之議程	58
表 3-10-2、參與醫院得獎名單	59
表 3-10-3、成果發表會之日期、地點、滿意度	60
表 3-11-1、成果報告撰寫說明	63
表 3-11-2、主題一「門急診呼吸道衛生與咳嗽禮節」	64
表 3-11-3、主題二「病人家屬參與落實手部衛生」	65
表 3-11-4、主題三「照服員參與落實手部衛生」	66

圖 次

圖 3-4-1、活動專屬網站：首頁	19
圖 3-4-2、登入頁面：供參與醫院登錄	19
圖 3-4-3、下載檔案頁面：	20
圖 3-4-4、成效指標上傳頁面：	20
圖 3-9-1、應戴口罩而有戴口罩	46
圖 3-9-2、進入門急診區而有戴口罩	47
圖 3-9-3、以監視器或人工監測進入醫療院所有戴口罩	48
圖 3-9-4、問卷調查分析結果-看診科別	49
圖 3-9-5、問卷調查分析結果-口罩來源	49
圖 3-9-6、問卷調查分析結果-口罩種類	50
圖 3-9-7、病人家屬手部衛生之遵從率	51
圖 3-9-8、病人家屬手部衛生之正確率	52
圖 3-9-9、問卷調查分析結果-病人家屬洗手時機點	53
圖 3-9-10、照服員手部衛生之遵從率	54
圖 3-9-11、照服員手部衛生之正確率	55
圖 3-9-12、問卷調查分析結果-身分別與國籍別	56
圖 3-9-13、問卷調查分析結果-照服員洗手時機點	56

附 錄

附錄一 具實證基礎之組合式感染控制介入措施及多面向推廣策略導入之研究計畫之專家小組會議	
附錄 1-1 計畫開工會議紀錄	87
附錄 1-2 104 年度第 1 次專家小組會議紀錄.....	90
附錄 1-3 104 年度第 2 次專家小組會議紀錄.....	94
附錄 1-4 104 年度第 3 次專家小組會議紀錄.....	100
附錄 1-5 105 年度第 1 次專家小組會議紀錄.....	107
附錄 1-6 105 年度第 2 次專家小組會議紀錄.....	113
附錄 1-7 105 年度第 3 次專家小組會議紀錄	116
附錄二 建立「門急診呼吸道衛生」及「照服員和病人家屬參與手部衛生」品管推行模式先驅計畫	
附錄 2-1 活動說帖	119
附錄 2-2 說明會手冊	122
附錄三 建立「門急診呼吸道衛生」及「照服員和病人家屬參與手部衛生」品管推行模式先驅計畫之研擬成效監測評量工具	
附錄 3-1 長庚醫療財團法人人體試驗倫理委員會審查結果	153
附錄 3-1 3 主題問卷調查內容.....	154
附錄四 建立「門急診呼吸道衛生」及「照服員和病人家屬參與手部衛生」品管推行模式先驅計畫之品質提升課程	
附錄 4-1 第 1 次品質提升課程	163
附錄 4-2 第 2 次品質提升課程	205
附錄 4-3 第 3 次品質提升課程	224

附錄五	建立「門急診呼吸道衛生」及「照服員和病人家屬參與手部衛生」 品管推行模式先驅計畫之實地輔導作業	
附錄 5-1	參與醫院執行現況調查表	317
附錄 5-2	實地輔導委員調查表	318
附錄六	建立「門急診呼吸道衛生」及「照服員和病人家屬參與手部衛生」 品管推行模式先驅計畫之問卷與指標分析結果	
附錄 6-1	推動門急診呼吸道衛生與咳嗽禮節主題之指標分析結果.....	320
附錄 6-2	推動門急診呼吸道衛生與咳嗽禮節主題之問卷調查分析結果	322
附錄 6-3	推動病人家屬參與落實手部衛生主題之指標分析結果.....	326
附錄 6-4	推動病人家屬參與落實手部衛生主題之問卷調查分析結果	327
附錄 6-5	推動照服員參與落實手部衛生主題之指標分析結果.....	329
附錄 6-6	推動照服員參與落實手部衛生主題之問卷調查分析結果.....	330
附錄 6-7	各主題各家醫院之問卷回收份數與回收率.....	333
附錄七	建立「門急診呼吸道衛生」及「照服員和病人家屬參與手部衛生」 品管推行模式先驅計畫之成果發表會	
附錄 7-1	成果發表會之手冊	342
附錄八	建立「門急診呼吸道衛生」及「照服員和病人家屬參與手部衛生」 品管推行模式先驅計畫之各主題各層級發展推行模式或套組	
附錄 8-1	各主題各層級發展推廣策略工具.....	459

摘要

本研究目的是藉由醫院自行規劃及執行醫療照護相關感染控制(Health care-associated infections, HCAs)推行計畫，讓醫院內傳播風險降到最低，進而保障就醫者及醫院工作者之健康。

研究將分兩階段進行，第一階段(104年1月~12月)邀請醫療機構參加提升醫療感染控制活動，輔導機構規劃及執行「推動門診、急診呼吸道衛生與咳嗽禮節」、「推動病人參與落實手部衛生」及「推動住院病人照護員落實手部衛生」等主題之推行計畫，建置活動專屬網站提供同儕推行成效參考；辦理課程一：安排感管相關品質課程教授品質改善的工具與方法。課程二：個案實作研討會，除安排醫院進行期中報告外同時邀請品管及感管專家給予建議及回饋。

第二階段(105年1月~12月)安排品管及感管專家至醫院進行實地輔導，確認執行現況及落實方式，並安排醫院與專家進行意見交流。辦理課程三：成果討論會，會中邀請參與實地輔導的專家給予整體回饋。課程四：安排專家協助輔導參與醫院產出執行成果報告的相關內容。計畫最後將產出各層級醫院推行之模式及推行套組，提供全國醫院執行之參考。

透過這2年的先驅計畫研究，43家次醫院的參與，並參考WHO所建議的手部衛生推動架構的執行模式，包含系統性改變、教育訓練、場所標示、評估及回饋、創造院內安全文化風氣等，參與醫院透過院內自訂的種種執行策略與作法，確實能夠提升就醫民眾、病人家屬及照服員在呼吸道衛生與手部衛生方面的成效，但其效果容易受內外環境的影響，且並不容易維持，顯示仍需要持續鼓勵醫院推廣，養成民眾習慣。

關鍵詞：醫療感染、呼吸道衛生、咳嗽禮節、手部衛生、照服員

Abstract

The purpose of this study was to through planning and implementing the scheme of Health Care-Associated Infections (HCAIs), it is hoped that the risks of inner-hospital transmission will be minimized and the health of patients and staff members will be protected.

This study will be conducted in two stages. In Stage One (Jan. to Dec. 2015), medical institutes will be invited to participate in activities concerning controlling Health Care-Associated Infections (HCAIs), planning and implementing promotion projects with the themes such as "Manner of Coughing and Respiratory Hygiene in Outpatient Service and Emergency Room," " Hand Hygiene for Patients," and " Hand Hygiene for the Care-Staff of hospitalized patients" will be facilitated, and websites of the aforementioned schemes will be constructed for reference. In this stage, two infection control programs will also be implemented. Program I: offer courses in quality health care related to infection control, to explain the tools and methods for quality improvement. Program II: Implement Case Study Seminar. Apart from creating interim reports at hospitals, experts in the field of quality control and infection control will be invited to provide advice and feedback.

In stage two (Jan. to Dec. 2016), experts specializing in quality control and infection control will be invited to visit hospitals to verify the status and the mode of implementation. In the meanwhile, discussions will be arranged for the exchange of ideas between the experts and hospitals. Two infection control programs will be conducted in this stage. Program III: An outcome seminar will be arranged, where the experts who visited hospitals will be invited to provide overall feedback. Program IV: Experts will be invited to assist, counsel, and be involved in the creation of content to be included in the implementation and outcome report. Finally, this study will develop models and packages that can be implemented at various levels of hospitals, providing an implementation reference for all hospitals in the country.

Through this two-year pilot study, 43 times of participating hospital joined into this program, and refer to the implementation model of hand hygiene promotion framework proposed by WHO, which includes systematic changes, education and training, site labeling, assessment, feedback and creating and culturing an safety environment in hospital ,etc. The participating hospitals indeed are able to improve the effectiveness of respiratory hygiene and hand hygiene for people, family members and caregivers who seeks healthcare through the hospital's own implementation of the strategies and practices. However, its effect is susceptible to internal and external environmental impact , and it's not easy to maintain. The

result shows that it need to continue to encourage the hospital to promote, developing people's habits.

keywords : Health Care-Associated Infections (HCAIs) 、 Patient Participation 、 Hand Hygiene

第一章 前言

一、計畫背景與現況

(一) 政策或法令依據

依據衛生福利部公布之「醫療機構執行感染控制措施及查核辦法」第 8 條規定：醫療機構應訂定洗手標準作業程序，並有充足且適當之洗手設備與管控及查核機制。門診、急診、檢驗或其他檢查部門、一般病房、隔離病房或特殊單位等之相關設備，均應符合中央主管機關之規定。第 11 條規定：醫療機構應訂定洗手標準作業程序，並有充足且適當之洗手設備與管控及查核機制。門診、急診、檢驗或其他檢查部門、一般病房、隔離病房或特殊單位等之相關設備，均應符合中央主管機關之規定(1)。

(二) 醫療感染管制的重要性

醫療照護相關感染 (Health care-associated infections, HCAIs) 是病人在接受醫療處置或手術治療時發生感染，這也是醫療處置中最常發生的異常事件。醫療感染會造成延長住院天數、長期失能、引發併發症、增加病人及家屬的醫療成本，更嚴重甚至會死亡。

美國 CDC 將「醫療照護相關感染」定義為：因感染的病原體或其毒素而導致的局部或全身性不良反應，且這項感染在入院時未發生或未處於潛伏期階段。「醫療照護相關感染」可能導自於內生性 (endogenous) 或外生性 (exogenous) 的感染原。

由於科技進步，縮短了世界各國往返的時間，加速了各國的交流互動，實現了地球村的目標，因此公共衛生也面臨一大挑戰-傳染病的擴散。世界衛生組織於 2003 年 3 月 15 日公布嚴重急性呼吸道症候群 (severe acute respiratory syndrome, SARS)，2002 年 11 月 1

日至 2003 年 7 月 31 日間，全球共發現 8,096 例 SARS 可能病例，其中 774 例死亡。2009 年美國與墨西哥相繼出發現 H1N1 新型流感病毒感染人的疫情，最初發生時短暫稱為豬流感 (swine influenza)，但後續研究發現 H1N1 新型人流感病毒在本質上是一種豬流感病毒，美國疾病管制局即稱其為豬源人流感病毒 (swine-origin human influenza virus)。在 2009 年 6 月 11 日世界衛生組織將 H1N1 新型流感病毒流行警報等級提昇至最高的第 6 級，宣告為繼 1968 年的香港 H3N2 流感大流行之後，新浮現的人類流感全球大流行 (pandemic human influenza) 病毒。另新型 A 型流感 (Novel Influenza A Virus Infections) 係指除了每年週期性於人類間流行的季節性流感 (A/H1N1 及 A/H3N2) 以外，偶發出現感染人類的其他 A 型流感亞型。1997 年首次出現的 H5N1 流感，以及 2013 年發現的 H7N9 流感，其致死率分別約為 60% 及 30%(7)。

由於流感等經由空氣傳播傳染病，很容易在群聚團體中蔓延開，增加疫情的嚴重度。雖然大多數的流感可以不藥而癒，但對於老年人、嬰幼兒和慢性疾病者等身體抵抗力較差者容易引發併發症或死亡，根據研究指出，目前美國每年約有 2500-5000 萬的嚴重案例和 3-4 萬人死亡皆是因流感所造成的，以此數據外推至全世界，流感每年將造成 30-50 萬人死亡(8)。而往往前往醫療機構者都是身體不適或已感染相關疾病者，如果在尋求醫療治療的過程發中發生其他醫療感染，對於身體之危害將會更加嚴重。為因應我國陪探病文化，本計畫擬針對高風險單位（如：急診、感染科門診、胸腔內科門診等）之就醫民眾推廣若有呼吸道症狀或發燒者應配戴口罩之認知，以提升呼吸道衛生與咳嗽禮節，降低空氣傳播傳染病之機會。

為了提升防疫能力，降低傳染性疾病擴散及降低醫療感染的發生，世界衛生組織於 2005 年推動「乾淨的照護就是安全照護 (Clean Care is Safe Care)」，活動中推廣洗手的重要性。手部衛生保健準則提到，鼓勵病人和其家屬與醫療工作者建立夥伴關係，共同促進醫療機構的手部衛生工作。在提高醫療人員手術衛生執行率的同時，積極地邀請病人及家屬參與，可加強感染預防及控制，減少醫療感染造成的傷害(9、10)。因此，病人的意識、理解和參與是改善手部衛生行動計畫中需要考慮的一個重要面。

我國疾病管制署亦積極推動國內手部衛生運動，於 2010-2011 年辦理「加強感染控制第二期-推廣手部衛生計畫」，透過教育訓練、宣導與認證、稽核制度等，鼓勵各醫療機構擴大參與、持續推動，並建立我國手部衛生工作手冊，以加強手部衛生落實於臨床照護執行。惟手部衛生計畫推廣對象為醫療專業人員，未針對一般民眾及特殊對象進行推廣，故本計畫擬由參與醫院針對選定推動單位之病人、家屬及照服員進行手部衛生認知及時機之推廣。

世界衛生組織過去幾年邀請各國一起響應及推廣各種公共衛生提升活動，其成效也可從最近一次大流感發生看出成效，發現最近一次的 H1N1 大流感所造成的傳染數及死亡率皆有明顯降低(11,12)，雖然醫療技術進步的關係也不可抹滅，但相信手部衛生及病人參與等相關衛生活動的推廣也產生了相當的成效，至於實際推行成效多寡則有待後續研究繼續分析。

WHO 執行手部衛生指引手冊中提及，全世界每天有幾千人在接受醫療服務時感染死亡，手是醫療服務過程中病菌傳播的主要途徑，因此手部衛生是避免病毒傳播和預防感染的最重要措施(13)。而經由

過去研究也可整理出會影響照護人員的洗手遵從率的關鍵因素包括：洗手的可近性、病人病情危急程度、戴手套、缺乏洗手指引的相關知識、時間緊急、工作量太大、人手不足以及缺乏實證資料證明洗手能夠降低醫療感染率(14-25)。

(三) 國內外醫療院所推動經驗

在「推動門診、急診呼吸道衛生與咳嗽禮節」部分，據香港衛生署觀察，近年來公眾衛生意識明顯鬆散，多方面衛生習慣有待改善，故推行「咳嗽要講禮」衛教宣傳物，借助港產漫畫人物老夫子和大番薯介紹咳嗽講禮四個步驟：在咳嗽或打噴嚏時要以紙巾遮掩口鼻、打噴嚏或咳嗽後記得要徹底清潔雙手、遮掩口鼻的紙巾用完後要放進有蓋的垃圾桶、如果有呼吸道感染徵狀，外出要戴口罩。

在「推動病人家屬及照服員參與手部衛生」部分，瑞士日內瓦大學醫院拍攝的手部衛生推行運動，藉由衛教影片創意推廣，持續進步手部衛生遵從性。英國病人安全機構於手部衛生的開創性研究，設計了「清潔你手」的推行運動，並於網站上設計非常簡單、有趣之線上遊戲，提高認識世界衛生組織（WHO）五個時機手部衛生的方法。

另審視國內醫療院所推廣經驗，在「推動門診、急診呼吸道衛生與咳嗽禮節」部分，參考林口長庚紀念醫院推動經驗得知，由衛生主管機關訂定衛生政策之方向，藉由醫療院所高層主管親身參與推動、建立模範，營造院內文化風氣，是推動的一大重點，甚至於由醫師來對病人及家屬進行衛教是很有趣的；另外有關口罩的提供，高風險病人可由醫院主動提供，惟家屬或訪客是否仍主動提供應考量成本，解決方案之一為增設口罩販賣機，並增加指標或海報指示

設置地點，以利需要者方便購買。

在「推動病人家屬和照服員參與手部衛生」部分，參考高雄榮民總醫院推動經驗得知，推動手部衛生需要耐心、用心推動，另外機構/單位主管的重視與領導決定推動的成敗，在硬體部分洗手設備方便齊全有加分作用，所有人員一起參與及支援才能讓推動有所成效。

二、計畫目的

主要研究目的為了瞭解國內醫療機構感染管制防疫情況，本計畫將調查國內執行現況與遭遇之問題分析，故邀請各層級醫院參與品管活動及課程，輔導參與機構擬定「推動門診、急診呼吸道衛生與咳嗽禮節」、「推動病人參與落實手部衛生」及「推動住院病人照護員落實手部衛生」等推行策略。

執行期間自決標日起至 105 年 12 月 31 日止，依據衛生福利部疾病管制署「醫療感染控制發展計畫：具實證基礎之組合式感染控制介入措施及多面向推廣策略導入之研究」公開評選需求說明書（案號：MOHW104-CDC-C-114-112401）進行計畫擬訂與執行，本計畫參考國內外之門急診呼吸道衛生及手部衛生相關推廣作法並邀請專家研擬各項教材、評估指標及推廣作法，以 PDCA（Plan-Do-Check-Act）精神規劃推廣模式及課程結構，以藉由醫院自行規劃及執行醫療照護相關感染控制（Health care-associated infections, HCAIs）推廣，讓醫院內傳播風險降到最低，進而達成於門診和急診發燒或有呼吸道症狀就診的病人及家屬配戴口罩；提升並人家屬及照服員對於手部衛生之認知與行為之改變，並加強落實目標族群之手部衛生遵從率與正確率。

第二章 材料與方法

本計畫之執行期間自決標日起至 105 年 12 月 31 日止，主要針對第一章前言所述擬定之主題規劃推廣方式和執行過程，特組成 13 位專家小組委員，並有 43 家次之參與醫院，且依下列步驟完成本計畫：

- 一、本計畫之推展，業於 104 年 1 月 8 日召開計畫開工討論會議，並籌組計畫專家小組，邀集 1 位計畫主持人及 2 位協同主持人與疾病管制署及醫策會相關人員討論計畫執行方式及內容，為使計畫執行與相關資料產出，故辦理相關會議以利計畫之訂定、執行、評估及檢討等相關事宜，
- 二、業於計畫開工討論會議及第 2 次專家小組會議決議每項主題應包含各層級醫院（醫學中心、區域醫院及地區醫院）及參與家數應各達 12 家以上。並於 5 月 28 日發文（醫綜字第 1040500163 號）予全國醫療院所（共計 489 家）邀集參加品質提升專案活動，由參與醫院自行選擇「推動門急診呼吸道衛生與咳嗽禮節」、「推動病人家屬參與落實手部衛生」及「推動照服員落實手部衛生」等三項主題參加。
- 三、業於 104 年 6 月 11、12 日分區（北區、南區）辦理 2 場次說明會，於會中說明計畫執行目的及方式，為利全國醫療院所更了解計畫相關執行目的；此外，醫院組織文化的形塑、改變與深耕，及機構領導者都為最重要的關鍵人物，因此也希望醫院高階主管於相關活動或課程時進行感管實務之推廣，以提升活動成效。本說明會之與會人數共計 146 人（計 121 家醫療機構參與）。
- 四、為醫療機構報名推廣活動使用，故建置活動專屬網站，供參與醫院依選定之主題每月定期提報相關活動指標，並定期整理相關推廣活動及上傳品質提升課程之教材資源供參與醫院推動執行活動下載參考。

- 五、於 104 年第 2 次專家小組會議決議品質提升專案活動監測工具（問卷調查）與指標項目，其 3 款問卷調查因涉及研究計畫之試驗，故依人體研究法以正式公文函送長庚醫療財團法人人體試驗委員會進行審查，其審查結果為免經人體試驗倫理委員會審查，並於 104 年 7 月 1 日以正式公文函知衛生福利部疾病管制署。
- 六、為利參與醫院執行相關主題衛教宣導工作及品質改善活動，活動工具包及宣導品數量採依參與醫院執行進度分階段發放；計畫推廣第一年（104）於參與醫院報名後之第 1 次品管課程，提供基本工具包及第 1 批宣導品（外科口罩）、第 2 次品質課程前提供第 2 批宣導品（布質口罩）；第二年為利參與醫院推廣相關主題衛教宣導及品質改善活動，故製作符合主題之相關宣導品，分別為推動門急診呼吸道衛生與咳嗽禮節之主題製作外科口罩、推動病人家屬及照服員參與落實手部衛生之主題製作護手霜，其發放方式由本會先行擬議再與疾管署討論確認。
- 七、為協助醫療機構人員辦理參與主題之品管活動，課程內容將輔導醫院建立品管推行模式、策略規劃、執行與評估等方式，並於課堂交流其進度與執行上所面臨的問題等，以利各參與醫院自行規劃適合之推廣模組。本計畫共辦理四次品質提升課程，第一年以「品質提升課程」模式輔導及協助參與醫院建立品管推行模式。第二年以「計畫執行成效之內化與維持」教導並確認參與醫院執行之方式及成效，使其計畫執行成果之產出。
- 八、本計畫辦理 2 次實地輔導，並邀請 2 位專家小組委員（感管領域、急診領域、品管領域、護理領域）進行醫院實地輔導（每機構之每一主題至少 1.5 小時），針對機構實際推廣情形、執行上之困難，與專家小組委員面對面了解醫院的情況，將與第一線的工作人員交流學習。

- 九、由參與醫院依選定主題進行相關問卷調查、指標數值收集，於 104 年度第 2 次專家小組會議決議並利用第 1 次品質提升課程宣導，自 104 年 9 月開始，參與醫院需於每月 5 日前利用活動專屬網站之「資料上傳」功能，將前 1 月份問卷調查結果及相關指標數據上傳，由本會進行彙整及分析。
- 十、本計畫為 2 年期計畫，於計畫之最終年，為利參與本計畫之所有醫院共同回顧及分享 2 年間的努力與成果，針對執行成效良好或推動模式具特色之參與醫院進行表揚，故業於 105 年 10 月 7 日假財團法人張榮發基金會國際會議中心擴大辦理一場次標竿成果發表會，並邀請全國醫療院所共襄盛舉，當日與會者共計 121 人(計 68 家醫療機構參與)。
- 十一、計畫結束後，協助參與醫院完成相關執行成果報告(包含訓練教材、評估工具、改善活動實施前後之認知、介入方式等資料)，並於 105 年 7 月 4 日以醫綜字第 1050500244 號函知參與醫院繳交事宜，其本會彙整成冊後將供參與醫院交流學習。
- 十二、計畫彙整參與醫院所繳交的成果及專家小組意見，並搭配參與醫院擬定推行之模式及推行套組(含教育訓練、宣導教具、操作流程各項技術性文件等)，產出相關執行策略及作業素材，供日後推行相關議題之醫療機構參考。

第三章 結果

第一節 籌組計畫專家小組及辦理相關會議

本計畫專家小組召集人由主持人黃景泰主任擔任，其成員包括專科醫師、感管護理師、醫院品管人員及醫院管理階層人員等，且本專家小組委員經疾病管制署於 104 年 1 月 28 日准予核備名單（如表 3-1-1）。

表 3-1-1、專家小組名單（按專業別、姓名筆劃排列）

職類	姓名	服務機關	職稱	科別
計畫主持人	黃景泰	長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院	主任	感染科
計畫協同 主持人	陳世英	國立台灣大學醫學院附設醫院	副主任	急診
	廖熏香	財團法人醫療評鑑暨醫療品質策進會	副執行長	品管
醫師	林永崇	國防醫學院三軍總醫院	主任	感染科
	李文生	台北市立萬芳醫院	主任	感染科
	劉尊榮	彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院	主任	感染科
	解晉一	財團法人臺灣基督長老教會馬偕紀念社會事業基金會馬偕紀念醫院	主任	急診
	萬樹人	高雄榮民總醫院	主任	急診
	賴佩芳	佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院	主任	急診
	王拔群	國泰醫療財團法人國泰綜合醫院	主任	品管
	吳杰亮	台中榮民總醫院	主任	品管
護理師	紀淑靜	義大醫療財團法人義大醫院	醫療品質 副院長	護理部
	鄒怡珍	台北榮民總醫院	督導長	護理部

為使計畫順利執行，於 104 年 1 月 8 日召開計畫開工討論會議，由計畫主持人召集，與協同主持人及疾病管制署、本會相關人員共同討論執行方式及其內容。

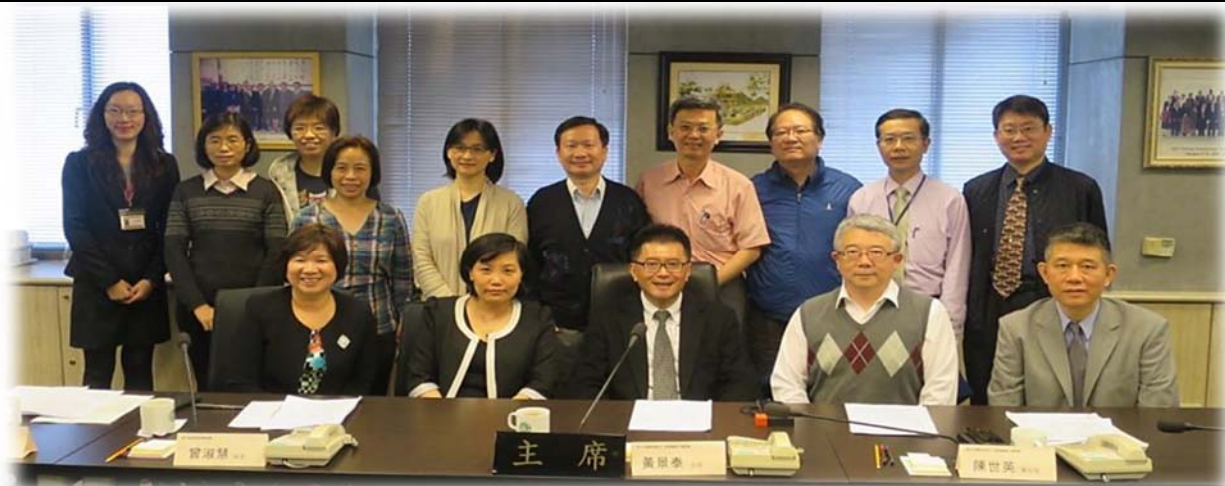
自 104 年至 105 年 11 月止共計召開 6 次專家小組會議，各次會議出席率及決議摘要（如表 3-1-2、表 3-1-3）。

表 3-1-2、各次會議出席率及決議摘要

日期	地點	決議重點
104 年「具實證基礎之組合式感染控制介入措施及多面向推廣策略導入之研究計畫」第 1 次專家小組會議		
3 月 10 日（二）	疾病管制署 7 樓協調指揮中心	委員出席率 92.3% 1. 確認「推動門診、急診呼吸道衛生與咳嗽禮節」及「推動照護員、病人家屬落實手部衛生」品管活動推動模式。 2. 研擬成效指標之收集及內容擬定。
104 年「具實證基礎之組合式感染控制介入措施及多面向推廣策略導入之研究計畫」第 2 次專家小組會議		
4 月 14 日（二）	疾病管制署 7 樓大幕僚會議室	委員出席率 92.3% 1. 確認專案活動問卷調查內容之擬定及指標之收集。 2. 確認專案活動實地輔導之時間點。 3. 確認有關專案活動之推廣工具包及相關宣傳品。
104 年「具實證基礎之組合式感染控制介入措施及多面向推廣策略導入之研究計畫」第 3 次專家小組會議		
8 月 25 日（二）	疾病管制署 1 樓會議室	委員出席率 76.9% 1. 增加「推動病人家屬參與手部衛生」與「推動照服員參與手部衛生」之問卷題目。 2. 修改 Q&A 第四題的照服員定義之回答內容與第五題有無配戴口罩之詢問受訪者。 3. 確認實地輔導於事前準備事項中之「參與醫院執行現況表」表單格式。 4. 確認「實地輔導委員調查表」之表單欄位內容。

表 3-1-3、各次會議出席率及決議摘要

日期	地點	決議重點
105 年「具實證基礎之組合式感染控制介入措施及多面向推廣策略導入之研究計畫」第 1 次專家小組會議		
1 月 27 日 (三)	疾病管制署 7 樓大幕僚討論室	委員出席率 53.85% 1. 確認有關專案活動之推廣工具包及相關宣傳品。 2. 獎勵參與醫院推廣執行，擬定獎勵經費發放原則乙案 3. 研擬有關手部衛生之稽核時機點。
105 年「具實證基礎之組合式感染控制介入措施及多面向推廣策略導入之研究計畫」第 2 次專家小組會議		
4 月 15 日 (五)	疾病管制署 3 樓會議室	委員出席率 76.92% 1. 確認本年度第三次品質提升課程內容。 2. 確認參與醫院執行成果報告撰寫內容。 3. 研擬成果報告比賽之評分機制。
105 年「具實證基礎之組合式感染控制介入措施及多面向推廣策略導入之研究計畫」第 3 次專家小組會議		
9 月 9 日 (五)	疾病管制署 1 樓會議室	委員出席率 61.54% 1. 確認成果公開發表會之議程安排。 2. 確認參與醫院各獎項之得獎名單。



有關 104 年至 105 年度具實證基礎之組合式感染控制介入措施及多面向推廣策略導入之研究計畫之各次會議紀錄，詳參附錄 1-1、附錄 1-2、附錄 1-3、附錄 1-5、附錄 1-6、附錄 1-7。

第二節 邀集醫院參與品管活動

本計畫參與醫院合計 43 家次，依三大主題分為：

主題 1. 「推動門急診呼吸道衛生與咳嗽禮節」共計 17 家參與醫院

(醫學中心 5 家、區域醫院 7 家、地區醫院 5 家)

表 3-2-1、推動門診、急診呼吸道衛生與咳嗽禮節參與醫院名單

序號	醫院層級	醫院名稱
1	醫學中心	國立臺灣大學醫學院附設醫院* ¹
2	醫學中心	佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院
3	醫學中心	彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院
4	醫學中心	長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院
5	醫學中心	高雄榮民總醫院
6	區域醫院	財團法人天主教靈醫會羅東聖母醫院
7	區域醫院	衛生福利部臺北醫院
8	區域醫院	澄清綜合醫院
9	區域醫院	澄清綜合醫院中港分院
10	區域醫院	埔基醫療財團法人埔里基督教醫院
11	區域醫院	彰化基督教醫療財團法人雲林基督教醫院
12	區域醫院	台灣基督長老教會新樓醫療財團法人台南新樓醫院
13	地區醫院	中國醫藥大學附設醫院台北分院
14	地區醫院	龍潭敏盛醫院
15	地區醫院	彰化基督教醫療財團法人鹿港基督教醫院
16	地區醫院	陽明醫院(嘉義市)
17	地區醫院	衛生福利部胸腔病院* ²

*註 1：國立臺灣大學醫學院附設醫院因院方內部簽核流程故於 105 年度始正式加入參與醫院執行計畫。

註 2：衛生福利部胸腔病院原參與「推動病人家屬參與落實手部衛生」主題，經實地輔導（104 年 9 月 18 日）後，輔導委員評估醫院特色並不適當參與此主題，因此建議醫院改為參與「推動門急診呼吸道衛生與咳嗽禮節」主題，並於 104 年 10 月 12 日經 3 位計畫主持人同意更換參與主題。

主題 2. 「推動病人家屬參與落實手部衛生」共計 13 家參與醫院

(醫學中心 4 家、區域醫院 3 家、地區醫院 6 家)

表 3-2-2、推動病人家屬落實手部衛生參與醫院名單

序號	醫院層級	醫院名稱
1	醫學中心	佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院
2	醫學中心	國泰醫療財團法人國泰綜合醫院
3	醫學中心	彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院
4	醫學中心	長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院
5	區域醫院	衛生福利部臺北醫院
6	區域醫院	衛生福利部苗栗醫院
7	區域醫院	彰化基督教醫療財團法人雲林基督教醫院
8	地區醫院	財團法人蘭陽仁愛醫院
9	地區醫院	龍潭敏盛醫院
10	地區醫院	員生醫院
11	地區醫院	彰化基督教醫療財團法人鹿港基督教醫院
12	地區醫院	國立成功大學醫學院附設醫院斗六分院
13	地區醫院	陽明醫院(嘉義市)

主題 3. 「推動照服員落實手部衛生」共計 13 家參與醫院

(醫學中心 5 家、區域醫院 4 家、地區醫院 4 家)

表 3-2-3、推動照服員落實手部衛生參與醫院名單

序號	醫院層級	醫院名稱
1	醫學中心	佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院
2	醫學中心	國泰醫療財團法人國泰綜合醫院
3	醫學中心	彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院
4	醫學中心	長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院
5	醫學中心	臺中榮民總醫院
6	區域醫院	天成醫療社團法人天晟醫院

表 3-2-3、推動照服員落實手部衛生參與醫院名單

序號	醫院層級	醫院名稱
7	區域醫院	國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹分院
8	區域醫院	光田醫療社團法人光田綜合醫院
9	區域醫院	台灣基督長老教會新樓醫療財團法人台南新樓醫院
10	地區醫院	台北市立關渡醫院
11	地區醫院	天主教耕莘醫療財團法人永和耕莘醫院
12	地區醫院	員生醫院
13	地區醫院	國立成功大學醫學院附設醫院斗六分院

有關敬邀參與建立「門急診呼吸道衛生」及「照服員和病人家屬參與手部衛生」品管推行模式先驅計畫之活動說帖，詳參附錄 2-1。

第三節 辦理說明會

業於 104 年 6 月 11、12 日（星期四、五）分區辦理「建立『門急診呼吸道衛生』及『照服員和病人參與手部衛生』品管推行模式先驅計畫說明會」，另為提供標竿學習之機會，特安排呼吸道衛生與咳嗽禮節推廣之經驗、手部衛生推廣之經驗進行分享，以利全國醫療院所感染管制人員激發更多推廣的想法與方式。

本說明會與會人員共計 146 人（計 121 家參與機構），課程備有說明會會議手冊及意見回饋表以蒐集與會者建議並作為未來課程規劃之參考，共計回收 112 份問卷，回收率為 76.71%，與會人員對於本次說明會整體滿意度為 100%。說明會之議程（如表 3-3-1、3-3-2）。

表 3-3-1、說明會（北區場）

時間	時數	課程	講師
09:00-09:20	20	報到	
09:20-09:30	10	長官致詞	疾管署
09:30-10:20	50	建立「門急診呼吸道衛生」及「照服員和病人參與手部衛生」品管活動內容及期程規劃	醫策會 廖熏香副執行長/協同主持人
10:20-11:10	50	推動門診、急診呼吸道衛生與咳嗽禮節	林口長庚紀念醫院 黃景泰主任/計畫主持人
11:10-12:00	50	推動「住院病人照服員」及「病人」參與手部衛生	淡水馬偕醫院 蔡榮美督導
12:00~		賦歸	

表 3-3-2、說明會（南區場）



時間	時數	課程	講師
14:00-14:20	20	報到	
14:20-14:30	10	長官致詞	疾管署
14:30-15:20	50	建立「門急診呼吸道衛生」及「照服員和病人參與手部衛生」品管活動內容及期程規劃	醫策會 廖熏香副執行長/協同主持人
15:20-16:10	50	推動門診、急診呼吸道衛生與咳嗽禮節	台大醫院 陳世英副主任/協同主持人
16:10-17:00	50	推動「住院病人照服員」及「病人」參與手部衛生	高雄榮民總醫院 黃煜琇感管師
17:00~		賦歸	

會後亦針對與會者所提問題進行彙整，各場次辦理地點、參與人數及滿意度調查結果（詳如表 3-3-3）。

表 3-3-3、說明會辦理日期、地點、人數及滿意度調查結果

	北區	南區
日期	6月11日（四）上午	6月12日（五）下午
地點	中國文化大學大新館 4樓數位演講廳	高雄榮民總醫院第一會議室
報名人數	66	76
實際參與人數	65	81
問卷回收份數	55	57
問卷回收率(%)	84.62%	70.37%
整體滿意度 (滿意以上)	100.00%	98.25%

表 3-3-3、說明會辦理日期、地點、人數及滿意度調查結果

	北區	南區
照片		
回饋意見	<ol style="list-style-type: none"> 1.應加強小組任務成員任務分配教育課程。 2.應加強照服員教育課程。 3.不應該將此教育成本、概念強推到醫院身上。 4.民眾來之前如何找尋教育目標，此應為政府之工作衛生宣導之內容。 5.做此指標沒有意義，好或不好又如何。 6.醫院又不能有效提升，變數太多。 7.照服員如是外包，能否要求該單位主管參與教育課程。 8.宣導民眾戴口罩觀念，建議可增加電視媒體宣導。 9.應加強咳嗽禮節、手部衛生，什麼時機須戴口罩教育課程。 	

有關建立「門急診呼吸道衛生」及「照服員和病人家屬參與手部衛生」品管推行模式先驅計畫說明會之手冊，詳參附錄 2-2。

第四節 建置活動專屬網站

於本會網站建置活動專屬網站（網址：<http://www.jct.org.tw/IC/>，首頁>品質促進>呼吸道衛生及手部衛生），提供參與品質提升專案活動之醫療機構專屬帳號及密碼登錄，網站內容包含活動最新消息、活動介紹、參與醫院名單、課程消息、相關宣導品及工具包下載、相關數據填報等，活動專屬網站詳如下圖：

圖 3-4- 1、活動專屬網站：首頁

建立
「門急診呼吸道衛生」及「照服員和病人參與手部衛生」
品質推行模式先驅計畫

回首頁 | 醫策會

最新消息
活動介紹
參與醫院登入
參與醫院名單
下載區
常見問題
聯絡我們

緣起
為了瞭解國內醫療機構感染控制防疫情況，本計畫將調查國內執行現況與遭遇之問題分析，邀請各層級醫院參與品質活動及課程，輔導參與機構擬定「推動門診、急診呼吸道衛生與咳嗽禮節」、「推動病人參與落實手部衛生」及「推動住院病人照服員落實手部衛生」等推行計畫及策略，藉由醫院自行規劃推動模式並確實執行，讓醫院內感染風險降到最低，進而保障就醫者及醫院工作者之健康，歡迎醫院組團隊參加。

專案主題：

1. 「推動門診、急診呼吸道衛生與咳嗽禮節」
2. 「推動照服員落實手部衛生」
3. 「推動病人家屬落實手部衛生」

進行方式
醫策會將組成專家群提供輔導服務，與參加醫院共同進行為期12個月之品質改善活動，包括相關主題品質提升課程、實地輔導及相關推廣活動，並搭配課程進度規劃院內推動模式、推廣及落實各項措施，並監測執行成效或定期提報相關數據，說明如下：
醫策會提供之服務
1. 建立相關評量工具於推廣說明會中向醫院教學說明使用方式，並實際應用於評估介入前後目標對象（就醫民眾、陪病親友、照服員等）的認知與行為改變情形。
2. 提供各參與醫院推廣基本工具包或宣導品，其中宣導品可供醫院辦理相關教育訓練，民眾衛教活動或問卷收集之禮品。
3. 辦理說明會、品質提升課程及實地輔導之經驗分享，協助各參與醫院溝通及分享，持續進步。
4. 辦理成果公開發表會，依不同層級及主題分別邀請標竿醫院進行推動方式及效益等經驗分享。

圖 3-4- 2、登入頁面：供參與醫院登錄

「門急診呼吸道衛生」及「照服員和病人參與手部衛生」
品質推行模式先驅計畫登錄系統

帳號(機構代號)：

密碼(機構代號後4碼)：

※登入後請自行更換密碼！

圖 3-4-3、下載檔案頁面：



圖 3-4-4、成效指標上傳頁面：



第五節 研擬成效監測評量工具

其 3 款問卷調查因涉及研究計畫之試驗，故依人體研究法於 104 年 5 月 20 日以正式公文函送長庚醫療財團法人人體試驗委員會進行審查，並於 104 年 7 月 1 日收到審查結果為免經人體試驗倫理委員會審查，其結果以正式公文（醫綜字第 1040500212 號）函知衛生福利部疾病管制署；另業於第一次及第二次品質提升課程再次提醒各參與醫院要注意醫院規定自行評估是否送審。

另有關「照服員參與落實手部衛生」主題之問卷，為因應照服員之國籍別，故擬將其翻譯為英文、印尼文、越南文以利參與醫院於推廣執行上運用。為讓推行期間評估相關推廣策略之執行成效，故業於 104 年第 2 次專家小組會議擬訂三大主題之指標項目如下：

1. 「推動門診、急診呼吸道衛生與咳嗽禮節」

(1) 應戴而有戴口罩之病人/家屬比率：

$$\frac{\text{分子：問卷調查 G 勾選「是」之數量}}{\text{分母：問卷調查 E 或 F 勾選「是」之數量}} * 100\%$$

(2) 應戴而未戴口罩之病人/家屬比率：

$$\frac{\text{分子：問卷調查 G 勾選「否」之數量}}{\text{分母：問卷調查 E 或 F 勾選「是」之數量}} * 100\%$$

(3) 進入門急診區而有戴口罩之病人/家屬比率：

$$\frac{\text{分子：問卷調查 G 勾選「是」之數量}}{\text{分母：問卷調查 E 或 F 勾選「是」及「否」之數量}} * 100\%$$

(4) 以設定之時間區段擷取監視器畫面，評估戴口罩之人數。

2. 「照服員和病人家屬參與手部衛生」指標項目及定義如下：

(1) 洗手遵從率：照護過程出現洗手機會時，觀察照服員或病人家屬執行洗手的遵從性

$$\frac{\text{分子：有效洗手次數}}{\text{分母：洗手機會數（照護員/病人家屬必須執行洗手動作的時間點）}} * 100\%$$

(2) 洗手正確率：觀察照服員或病人家屬洗手步驟之完整性

有關本計畫送審「長庚醫療財團法人人體試驗倫理委員會」之審查結果，詳參附錄 3-1；有關「門急診呼吸道衛生與咳嗽禮節」及「病人家屬與照服員參與落實手部衛生」之 3 主題問卷調查內容，詳參附錄 3-2。

第六節 設計推廣工具包及相關宣導品

(一) 推廣工具包內容如下：

1. 品管推行模式先驅計畫說明會

- (1) 品管活動內容及期程規劃。
- (2) 推動門急診呼吸道衛生與咳嗽禮節 (含 Q&A)。
- (3) 推動照服員與病人家屬參與手部衛生 (含 Q&A)。

2. 第一次品質提升課程

- (1) CDC 宣導-門急診呼吸道衛生與咳嗽禮節及照服員手部衛生。
- (2) 建立「門急診呼吸道衛生」及「照服員和病人參與手部衛生」品質改善活動規劃&PDSA 循環。
- (3) 門急診呼吸道衛生推行經驗分享-林口長庚。
- (4) 手部衛生推行經驗分享-義大。
- (5) 門急診呼吸道衛生推行經驗分享-高醫。
- (6) 媒體課程-院內呼吸道衛生與手部衛生推動策略。

3. 第二次品質提升課程

- (1) 創新與突破思考：創新思維的方法與應用。
- (2) 實地輔導結果與月提報結果報告。
- (3) 國內外相關資訊。
- (4) 分場討論之集思廣益。

4. 第三次品質提升課程

- (1) 推動病人家屬參與落實手部衛生執行分享-蘭陽仁愛醫院
- (2) 綜合討論-高雄長庚紀念醫院
- (3) 如何將計畫成果內化推廣至全院：
 - A. 義大醫院-紀淑靜醫療品質附院長

B.臺中榮民總醫院-吳杰亮主任

(4)如何將推行計畫建置的系統持續維持：奇美醫院-孫宗伯主任

(二) 宣導品提供項目如下：

1.宣導海報：此 2 款海報各印製 15,000 張，廣發至全國醫療院所，其分配原則區域級以上醫院每家分配 8 張，地區級醫院每家分配 2 張，診所 1 張，各醫院實際分配之張數由各縣市衛生局自行調整。

出現發燒或呼吸道症狀

發燒 咳嗽 流鼻水 喉嚨痛

請 戴口罩

當口罩有髒汙、潮濕或破損時應立即更換

勤洗手

請以肥皂和水或酒精性乾洗手液清潔雙手

防範 MERS-CoV 中東呼吸症候群冠狀病毒

目前於韓國、沙烏地阿拉伯、巴林、伊朗、約旦、阿曼、卡達及阿拉伯聯合大公國等國家*正在流行中東呼吸症候群冠狀病毒感染症。如果您有發燒、咳嗽、呼吸急促或呼吸困難等症狀、並在最近的14天內曾經到過這些國家，請戴上口罩、並主動告知醫護人員，由他們為您評估，協助安排醫師診療。

疑似感染症狀：

發燒 呼吸急促或呼吸困難 咳嗽



若有上述症狀請戴上口罩

*請注意參考疾病管制署全球資訊網，即時更新地區疫情資訊

衛生福利部疾病管制署 TAIWAN CDC www.cdc.gov.tw 1922防疫達人 疫情通報及關懷專線：1922

2.相關宣導品：104 年至 105 年共製作 3 款宣導品，104 年度業於 7 月 24 日寄發第一批宣導品（外科口罩），第二批宣導品（布質口罩）業於 10 月 22 日寄發；105 年度宣導品（外科口罩和護手霜），分別業於 5 月 5 日及 11 日寄發。

表 3-6-1、各年度之宣導品及發放數量

年度	宣導品	參與主題	數量	樣式
104	外科口罩	主題一	醫學中心 300 個 區域醫院 255 個 地區醫院 170 個	
		主題二 主題三	170 個	
	布質口罩	主題一 主題二 主題三	依參與主題數發放，每主題 60 個	
105	外科口罩	主題一	醫學中心 425 個 區域醫院 345 個 地區醫院 255 個	
	護手霜	主題二 主題三	依參與主題數發放，每主題 65 個	

第七節 辦理品質提升課程

自 104 年至 105 年共計辦理 4 次品質提升課程，於第一年（104）主要以「品質提升課程」模式，輔導參與醫院建立品管推行模式，並安排衛生教育、媒體傳播、創新思維等不同類型的課程，以利參與醫院之計畫執行相關人員跳脫既有框架設計新的推行模式；第二年（105）主要以持續輔導參與醫院產出成果，並將參與醫院已建置之推廣模式持續內化至全院。各場次參與情形（如表 3-7-1）。

表 3-7-1、104 至 105 年度品質提升課程參與情形



課程	日期/場次	參與人數	問卷回收率	整體滿意度 (滿意以上)	照片
第 1 次品質提升課程	104 年 7 月 28 日 【北區場】	33	72.73%	100%	
	104 年 8 月 5 日 【南區場】	30	76.67%	100%	

表 3-7-1、104 至 105 年度品質提升課程參與情形






課程	日期/場次	參與人數	問卷回收率	整體滿意度(滿意以上)	照片
第 2 次品質提升課程	104 年 10 月 30 日 【依主題分三場】	22	45.45%	100%	
		12	91.67%	100%	
		23	86.96%	100%	
第 3 次品質提升課程	105 年 5 月 17 日 【南區場】	23	86.96%	100%	
	105 年 5 月 25 日 【北區場】	33	100%	100%	

表 3-7-1、104 至 105 年度品質提升課程參與情形

課程	日期/場次	參與人數	問卷回收率	整體滿意度 (滿意以上)	照片
第 4 次品質提升課程	105 年 8 月 26 日 【北區場】	10			
	105 年 8 月 26 日 【南區場】	22			
第 4 次品質提升課程	105 年 8 月 27 日 【北區場】	20	參與「推動病人家屬落實手部衛生」		
			參與「推動照服員落實手部衛生」		
	105 年 8 月 30 日 【中區場】	22	參與「推動照服員落實手部衛生」		
			參與「推動病人家屬落實手部衛生」		

第 1 次品質提升課程以感管主題為例並結合實證方式來教授品質改善的工具與方法，課程議程（如表 3-7-2、表 3-7-3）。

表 3-7-2、第 1 次品質提升課程之議程-北區場

時間	時數	課程	講師
10:30-10:50	20	報到	
10:50-11:00	10	長官致詞	
11:00-12:00	60	傳播媒體課程「如何推動可以降低阻力」	國立政治大學 黃葳威教授
12:00-13:00	60	午餐	
13:00-14:00	60	1.建立「門急診呼吸道衛生」及「照服員和病人家屬參與落實手部衛生」品質改善活動規劃 2.PDSA 循環-測試及進行改變	醫策會 楊登翔專員 廖熏香副執行長
14:00-14:50	50	「照服員和病人家屬參與落實手部衛生」推行經驗分享	台大醫院 盤松青醫師
14:50-15:20	30	「門急診呼吸道衛生」推行經驗分享	林口長庚紀念醫院 鍾婷鶯護理長
15:20-15:30	10	休息	
15:30-17:00	90	參與醫院交流-簡報（現況分享）	各參與醫院
17:00~		賦歸	

表 3-7-3、第 1 次品質提升課程之議程-南區場

時間	時數	課程	講師
10:30-10:50	20	報到	
10:50-11:00	10	長官致詞	
11:00-11:50	50	「照服員和病人參與手部衛生」推行經驗分享	義大醫院 紀淑靜醫療品質 副院長
11:50-12:50	60	午餐	
12:50-14:00	70	1.建立「門急診呼吸道衛生」及「照服員和病人家屬參與手部衛生」品質改善活動規劃 2.PDSA 循環-測試及進行改變	醫策會 楊登翔專員 廖熏香副執行長

表 3-7-3、第 1 次品質提升課程之議程-南區場

時間	時數	課程	講師
14:00-14:30	30	「門急診呼吸道衛生」推行經驗分享	高雄醫學大學附設中和紀念醫院 洪靖慈組長
14:30-14:40	10	休息	
14:40-15:40	60	傳播媒體課程-「如何推動可以降低阻力」	開南大學 紀雪雲老師
15:40-17:00	80	參與醫院交流-簡報（現況分享）	各參與醫院
17:00~		賦歸	

第 2 次品質提升課程以三大主題辦理個案實作交流，分享推行的創意點與執行中所遭遇困難處，課程中特別安排創新課程，帶領大家運用創新思維的方式突破既有的思考框架，並以腦力激盪尋求解決或改善方法，課程議程（如表 3-7-4、表 3-7-5、表 3-7-6）。

表 3-7-4、第 2 次品質提升課程之主題一

時間	分鐘	課程	地點	講師
09:30-09:55	25	報到		
09:55-10:00	5	貴賓致詞		
10:00-10:30	30	實地輔導結果與月提報結果報告	第一醫療大樓二樓第六會議室	醫策會
10:30-12:00	90	創新與突破思考：創新思維的方法與應用		工研院產業學院暨中華民國品質學會曾念民客座講師
12:00-13:00	60	午餐時間(研究大樓二樓第三會場)		
13:00-13:50	50	提案討論	第一醫療大樓二樓第六會議室	醫策會 專家小組委員
13:50-14:00	10	休息		

表 3-7-4、第 2 次品質提升課程之主題一

時間	分鐘	課程	地點	講師
14:00-16:00	120	參與醫院交流及綜合討論(每家醫院 5-7 分鐘簡報)	第一醫療大樓二樓第六會議室	醫策會 專家小組委員

表 3-7-5、第 2 次品質提升課程之主題二

時間	分鐘	課程	地點	講師
09:30-09:55	25	報到		
09:55-10:00	5	貴賓致詞		
10:00-10:30	30	實地輔導結果與月提報結果報告	第一醫療大樓二樓第六會議室	醫策會
10:30-12:00	90	創新與突破思考：創新思維的方法與應用		工研院產業學院暨中華民國品質學會曾念民客座講師
12:00-13:00	60	午餐時間(研究大樓二樓第三會場)		
13:00-13:50	50	提案討論	研究大樓二樓第三會場	醫策會 專家小組委員
13:50-14:00	10	休息		
14:00-16:00	120	參與醫院交流及綜合討論(每家醫院 5-7 分鐘簡報)	研究大樓二樓第三會場	醫策會 專家小組委員

表 3-7-6、第 2 次品質提升課程-主題三

時間	分鐘	課程	地點	講師
09:30-09:55	25	報到		
09:55-10:00	5	貴賓致詞		
10:00-10:30	30	實地輔導結果與月提報結果報告	第一醫療大樓二樓第六會議室	醫策會

表 3-7-6、第 2 次品質提升課程-主題三

時間	分鐘	課程	地點	講師
10:30-12:00	90	創新與突破思考： 創新思維的方法與 應用		工研院產業學 院暨中華民國 品質學會曾念 民客座講師
12:00-13:00	60	午餐時間(研究大樓二樓第三會場)		
13:00-13:50	50	提案討論	研究大樓二樓第 三會場	醫策會 專家小組委員
13:50-14:00	10	休息		
14:00-16:00	120	參與醫院交流及綜 合討論(每家醫院 5-7 分鐘簡報)	研究大樓二樓第 四會場	醫策會 專家小組委員

第 3 次品質提升課程主要以教導參與醫院完成成果報告及參與醫院之計畫推行改善成效的內化與維持，並安排標竿學習課程，於實地輔導訪查後由專家小組委員推薦之優異參與醫院於課堂上分享計畫執行策略，課程議程（如表 3-7-7、3-7-8）。

表 3-7-7 第 3 次品質提升課程-南區場

時間	分鐘	課程內容	講師	
13:00-13:20	20	報到		
13:20-13:25	5	長官致詞		
13:25-14:25	60	標竿學習 (每組各 15 分鐘)	主題一*	澄清綜合醫院
			主題二*	彰化基督教醫療財團法人 雲林基督教醫院
			主題三*	臺中榮民總醫院
			綜合分享*	長庚醫療財團法人高雄長 庚紀念醫院

表 3-7-7 第 3 次品質提升課程-南區場

時間	分鐘	課程內容	講師
14:25-15:25	60	如何將推行計畫建置的系統持續維持 (含 Q&A)	奇美醫療財團法人奇美醫院/孫宗伯主任
15:25-15:40	15	休息	
15:40-16:30	50	如何將計畫成果內化推廣至全院 (含 Q&A)	義大醫療財團法人義大醫院/紀淑靜醫療品質副院長
16:30-17:00	30	計畫執行成果撰寫	醫院評鑑暨醫療品質策進會/楊登翔專員

*註：主題一「門急診呼吸道衛生與咳嗽禮節」、主題二「病人家屬落實手部衛生」、主題三「照服員落實手部衛生」、綜合分享「綜合三個主題」。

表 3-7-8、第 3 次品質提升課程-北區場

時間	分鐘	課程內容	講師	
13:00-13:20	20	報到		
13:20-13:25	5	長官致詞		
13:25-14:25	60	標竿學習 (每組各 15 分鐘)	主題一*	澄清綜合醫院
			主題二*	財團法人蘭陽仁愛醫院
			主題三*	臺中榮民總醫院
			綜合分享*	長庚醫療財團法人 高雄長庚紀念醫院
14:25-15:25	60	如何將推行計畫建置的系統持續維持 (含 Q&A)	奇美醫療財團法人奇美醫院/孫宗伯主任	
15:25-15:40	15	休息		
15:40-16:10	30	計畫執行成果撰寫	醫院評鑑暨醫療品質策進會/楊登翔專員	
16:10-17:00	50	如何將計畫成果內化推廣至全院 (含 Q&A)	臺中榮民總醫院/ 吳杰亮主任	

*註：主題一「門急診呼吸道衛生與咳嗽禮節」、主題二「病人家屬落實手部衛生」、主題三「照服員落實手部衛生」、綜合分享「綜合三個主題」。

第4次品質提升課程安排各參與醫院依主題分場報告計畫執行成果，並由專家小組委員從中評選出推廣策略具特色或推廣執行優異者，並於「成果發表會」分享與表揚，本次課程開放所有參與醫院與會共同交流、學習，課程議程（如表3-7-9、表3-7-10、表3-7-11）。

表3-7-9、第4次品質提升課程-主題一（北區、中區）

時間	分鐘	主題	序號	參與醫院	
08:50-09:00	10	報到			
09:00-09:10	10	召委致詞			
09:10-09:25	15	* 主題 一	1	國立台灣大學醫學院附設醫院	
09:25-09:40	15		2	中國醫藥大學附設醫院台北分院	
09:40-09:55	15		3	衛生福利部臺北醫院	
09:55-10:05	10		委員講評		
10:05-10:20	15		4	財團法人天主教靈醫會羅東聖母醫院	
10:20-10:35	15		5	龍潭敏盛醫院	
10:35-10:50	15		6	佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院	
10:50-11:00	10		委員講評		
11:00~			北區場結束		
13:20-13:30	10	* 主題 一	報到		
13:30-13:40	10		召委致詞		
13:40-13:55	15		7	澄清綜合醫院中港分院	
13:55-14:10	15		8	彰化基督教醫療財團法人雲林基督教醫院	
14:10-14:25	15		9	埔基醫療財團法人埔里基督教醫院	
14:25-14:35	10		委員講評		
14:35-14:50	15		10	彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院	
14:50-15:05	15		11	陽明醫院(嘉義市)	
15:05-15:20	15		12	澄清綜合醫院	
15:20-15:35	15		13	彰化基督教醫療財團法人鹿港基督教醫院	
15:35-15:45	10		委員講評		
15:45-16:00	15		14	高雄榮民總醫院	
16:00-16:15	15		15	台灣基督長老教會新樓醫療財團法人 台南新樓醫院	
16:15-16:30	15		16	長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院	

表 3-7-9、第 4 次品質提升課程-主題一（北區、中區）

時間	分鐘	主題	序號	參與醫院
16:30-16:45	15		17	衛生福利部胸腔病院
16:45-16:55	10		委員講評	
16:55~	中區場結束			

*註：主題一「門急診呼吸道衛生與咳嗽禮節」

表 3-7-10、第 4 次品質提升課程-主題二及主題三（北區）

時間	分鐘	主題	序號	參與醫院
10:10-10:20	10	報到		
10:20-10:30	10	召委致詞		
10:30-10:45	15	* 主題二	1	佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院
10:45-11:00	15		2	財團法人蘭陽仁愛醫院
11:00-11:15	15		3	衛生福利部臺北醫院
11:15-11:30	15		4	國泰醫療財團法人國泰綜合醫院
11:30-11:45	15		5	龍潭敏盛醫院
11:45-12:00	15		委員講評	
12:00-13:00	60	休息		
13:00-13:15	15	* 主題三	6	國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹分院
13:15-13:30	15		7	財團法人天主教耕莘醫院永和分院
13:30-13:45	15		8	國泰醫療財團法人國泰綜合醫院
13:45-13:55	10		委員講評	
13:55-14:10	15		9	佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院
14:10-14:25	15		10	台北市立關渡醫院
14:25-14:40	15		11	天成醫療社團法人天晟醫院
14:40-14:50	10		委員講評	

*註：主題二「病人家屬落實手部衛生」、主題三「照服員落實手部衛生」、綜合分享「綜合三個主題」。

表 3-7- 11、第 4 次品質提升課程-主題二及主題三（中區）

時間	分鐘	主題	序號	參與醫院	
09:20-09:30	10	報到			
09:30-09:40	10	召委致詞			
09:40-09:55	15	* 主題 三	1	台灣基督長老教會新樓醫療財團法人台南新樓醫院	
09:55-10:10	15		2	彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院	
10:10-10:25	15		3	彰化基督教醫療財團法人員林基督教醫院	
10:25-10:40	15		4	臺中榮民總醫院	
10:40-11:00	10		休息		
11:00-11:15	15		5	國立成功大學醫學院附設醫院斗六分院	
11:15-11:30	15		6	光田醫療社團法人光田綜合醫院	
11:30-11:45	15		7	長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院	
11:45-11:55	10	委員講評			
11:55-13:00	65	休息			
13:00-13:15	15	* 主題 二	8	國立成功大學醫學院附設醫院斗六分院	
13:15-13:30	15		9	彰化基督教醫療財團法人員林基督教醫院	
13:30-13:45	15		10	長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院	
13:45-14:00	15		11	彰化基督教醫療財團法人雲林基督教醫院	
14:00-14:10	10		委員講評		
14:10-14:25	15		12	彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院	
14:25-14:40	15		13	陽明醫院(嘉義市)	
14:40-14:55	15		14	衛生福利部苗栗醫院	
14:55-15:10	15		15	彰化基督教醫療財團法人鹿港基督教醫院	
15:10-15:20	10		委員講評		
15:20~		賦歸			

*註：主題二「病人家屬落實手部衛生」、主題三「照服員落實手部衛生」、綜合分享「綜合三個主題」。

有關各年度建立「門急診呼吸道衛生」及「照服員和病人家屬參與手部衛生」品管推行模式先驅計畫之課程手冊，詳參附錄 4-1、附錄 4-2、附錄 4-3。

第八節 實地訪查輔導作業

一、排程作業

本計畫於 104 至 105 年度安排 2 次實地輔導訪查，以瞭解協助參與醫院計畫執行推廣情形，並藉由專案小組委員之指導及經驗交流，使參與醫院發展適合之執行推廣策略。

實地輔導之委員，每一家參與醫院由 2 位不同領域（感管領域、急診領域、護理領域或品管領域）專家進行實地輔導訪查。於進行實地輔導作業之事前通知，以電子郵件（E-mail）方式詢問專家小組委員可整日出訪之時間與受訪醫院無法訪視之時間，經調查彙整後實地訪查排程以正式公文函知受訪醫院及專家小組委員，考量受訪醫院位置及輔導委員所在地，安排訪視進程序及時間分配之作業規範（如表 3-8-1）。

表 3-8-1、實地輔導作業規範

進行內容	時間
人員介紹：（多個主題可一起介紹） 1.由專家小組委員自我介紹，並說明推行之目的及方式。 2.參與醫院介紹與會人員。	5~10 分鐘
由參與醫院各參與主題進行簡單介紹	10~20 分鐘
至執行單位/病房/診區實地輔導： 由參與醫院提出目前所推行的方式、推行的品管手法、推行困難與問題點，由專家小組委員實地交流進行記錄；鼓勵其推行良好作為，另可依委員自身經驗給予建議，討論出適合參與醫院執行之參考方法。	30~40 分鐘
意見交流	10~20 分鐘
合計	90 分鐘

二、實地輔導

為利輔導委員事前瞭解參與醫院之執行現況與執行上之推廣困難，於實地輔導前以電子郵件（E-mail）方式提供「醫院執行現況表」並告知受訪醫院於實地訪查日前一週以電子郵件（E-mail）方式繳交，以供輔導委員事前審閱，使實地訪查輔導進行更順利。

實地輔導當日為利輔導委員記錄實地訪查時，欲給予受訪醫院之推行優點或建議以作為醫院持續改善與未來努力方向，都將紀錄於「實地輔導委員調查表」。

104 年至 105 年度之實地輔導作業日期及委員安排及輔導資料之彙整（如表 3-8-2）

（一）實地輔導作業排程：

表 3-8-2、104 年度實地輔導作業，計 13 梯次。

序號	輔導日期	輔導委員	參與醫院	參與主題
1	9 月 18 日	紀淑靜委員 萬樹人委員	台灣基督長老教會新樓醫療財團法人台南新樓醫院	1.門急診呼吸道禮節 2.照服員落實手部衛生
2	9 月 18 日	紀淑靜委員 萬樹人委員	衛生福利部胸腔病院	1.病人家屬落實手部衛生
3	9 月 22 日	王拔群委員 黃景泰委員	天成醫療社團法人天晟醫院	1.照服員落實手部衛生
4	9 月 22 日	王拔群委員 黃景泰委員	龍潭敏盛醫院	1.門急診呼吸道禮節 2.病人家屬落實手部衛生
5	9 月 23 日	李文生委員 紀淑靜委員	埔基醫療財團法人埔里基督教醫院	1.門急診呼吸道禮節
6	9 月 23 日	李文生委員 紀淑靜委員	員生醫院	1.病人家屬落實手部衛生 2.照服員落實手部衛生

表 3-8-2、104 年度實地輔導作業，計 13 梯次。

序號	輔導日期	輔導委員	參與醫院	參與主題
7	9 月 25 日	林永崇委員 鄒怡真委員	臺中榮民總醫院	1.照服員落實手部衛生
8	9 月 25 日	林永崇委員 鄒怡真委員	澄清綜合醫院中 港分院	1.門急診呼吸道禮節
9	9 月 25 日	林永崇委員 鄒怡真委員	澄清綜合醫院	1.門急診呼吸道禮節
10	9 月 30 日	解晉一委員 鄒怡真委員	彰化基督教醫療 財團法人雲林基 督教醫院	1.門急診呼吸道禮節 2.病人家屬落實手部衛生
11	9 月 30 日	解晉一委員 鄒怡真委員	陽明醫院(嘉義 市)	1.門急診呼吸道禮節 2.病人家屬落實手部衛生
12	10 月 2 日	黃景泰委員 解晉一委員	佛教慈濟醫療財 團法人花蓮慈濟 醫院	1.門急診呼吸道禮節 2.病人家屬落實手部衛生 3.照服員落實手部衛生
13	10 月 2 日	林永崇委員 萬樹人委員	光田醫療社團法 人光田綜合醫院	1.照服員落實手部衛生
14	10 月 2 日	林永崇委員 萬樹人委員	彰化基督教醫療 財團法人彰化基 督教醫院	1.門急診呼吸道禮節 2.病人家屬落實手部衛生 3.照服員落實手部衛生
15	10 月 5 日	廖熏香委員 賴佩芳委員	衛生福利部臺北 醫院	1.門急診呼吸道禮節 2.病人家屬落實手部衛生
16	10 月 5 日	廖熏香委員 賴佩芳委員	天主教耕莘醫療 財團法人永和耕 莘醫院	1.照服員落實手部衛生
17	10 月 6 日	陳世英委員 劉尊榮委員	彰化基督教醫療 財團法人鹿港基 督教醫院	1.門急診呼吸道禮節 2.病人家屬落實手部衛生
18	10 月 6 日	陳世英委員 劉尊榮委員	國立成功大學醫 學院附設醫院斗 六分院	1.病人家屬落實手部衛生 2.照服員落實手部衛生

表 3-8-2、104 年度實地輔導作業，計 13 梯次。

序號	輔導日期	輔導委員	參與醫院	參與主題
19	10 月 7 日	廖熏香委員 賴佩芳委員	財團法人天主教 靈醫會羅東聖母 醫院	1.門急診呼吸道禮節
20	10 月 7 日	廖熏香委員 賴佩芳委員	財團法人蘭陽仁 愛醫院	1.病人家屬落實手部衛生
21	10 月 7 日	陳世英委員 劉尊榮委員	高雄榮民總醫院	1.門急診呼吸道禮節
22	10 月 7 日	陳世英委員 劉尊榮委員	長庚醫療財團法 人高雄長庚紀念 醫院	1.門急診呼吸道禮節 2.病人家屬落實手部衛生 3.照服員落實手部衛生
23	10 月 8 日	吳杰亮委員 陳世英委員	中國醫藥大學附 設醫院台北分院	1.門急診呼吸道禮節
24	10 月 8 日	吳杰亮委員 陳世英委員	國泰醫療財團法 人國泰綜合醫院	1.病人家屬落實手部衛生 2.照服員落實手部衛生
25	10 月 16 日	黃景泰委員 鄒怡真委員	台北市立關渡醫 院	1.照服員落實手部衛生
26	10 月 16 日	黃景泰委員 鄒怡真委員	國立臺灣大學醫 學院附設醫院新 竹分院	1.照服員落實手部衛生
27	10 月 16 日	黃景泰委員 鄒怡真委員	衛生福利部苗栗 醫院	1.病人家屬落實手部衛生

表 3-8-3、105 年度實地輔導作業期間，計 14 梯次。

序號	輔導日期	輔導委員	參與醫院	參與主題
1	3 月 4 日	黃景泰委員 鄒怡真委員	佛教慈濟醫療財 團法人花蓮慈濟 醫院	1.門急診呼吸道禮節 2.病人家屬落實手部衛生 3.照服員落實手部衛生
2	3 月 4 日	陳世英委員 劉尊榮委員	彰化基督教醫療 財團法人鹿港基 督教醫院	1.門急診呼吸道禮節 2.病人家屬落實手部衛生

表 3-8-3、105 年度實地輔導作業期間，計 14 梯次。

序號	輔導日期	輔導委員	參與醫院	參與主題
3	3 月 4 日	陳世英委員 劉尊榮委員	國立成功大學醫學院附設醫院斗六分院	1.照服員落實手部衛生
4	3 月 15 日	紀淑靜委員 萬樹人委員	台灣基督長老教會新樓醫療財團法人台南新樓醫院	1.門急診呼吸道禮節 2.照服員落實手部衛生
5	3 月 15 日	紀淑靜委員 萬樹人委員	衛生福利部胸腔病院	1.門急診呼吸道禮節
6	3 月 16 日	廖熏香委員 紀淑靜委員	彰化基督教醫療財團法人員林基督教醫院	1.病人家屬落實手部衛生 2.照服員落實手部衛生
7	3 月 16 日	廖熏香委員 紀淑靜委員	埔基醫療財團法人埔里基督教醫院	1.門急診呼吸道禮節
8	3 月 18 日	黃景泰委員 解晉一委員	天成醫療社團法人天晟醫院	1.照服員落實手部衛生
9	3 月 18 日	黃景泰委員 解晉一委員	龍潭敏盛醫院	1.門急診呼吸道禮節 2.病人家屬落實手部衛生
10	3 月 18 日	劉尊榮委員 鄒怡真委員	臺中榮民總醫院	1.照服員落實手部衛生
11	3 月 18 日	劉尊榮委員 鄒怡真委員	澄清綜合醫院	1.門急診呼吸道禮節
12	3 月 18 日	劉尊榮委員 鄒怡真委員	澄清綜合醫院中港分院	1.門急診呼吸道禮節
13	3 月 18 日	陳世英委員 萬樹人委員	光田醫療社團法人光田綜合醫院	1.照服員落實手部衛生
14	3 月 18 日	陳世英委員 萬樹人委員	彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院	1.門急診呼吸道禮節 2.病人家屬落實手部衛生 3.照服員落實手部衛生
15	3 月 22 日	解晉一委員 吳杰亮委員	彰化基督教醫療財團法人雲林基督教醫院	1.門急診呼吸道禮節 2.病人家屬落實手部衛生
16	3 月 22 日	解晉一委員 吳杰亮委員	陽明醫院(嘉義市)	1.門急診呼吸道禮節 2.病人家屬落實手部衛生

表 3-8-3、105 年度實地輔導作業期間，計 14 梯次。

序號	輔導日期	輔導委員	參與醫院	參與主題
17	3 月 23 日	廖熏香委員 鄒怡真委員	財團法人天主教 靈醫會羅東聖母 醫院	1.門急診呼吸道禮節
18	3 月 23 日	廖熏香委員 鄒怡真委員	財團法人蘭陽仁 愛醫院	1.病人家屬落實手部衛生
19	3 月 23 日	黃景泰委員 陳世英委員	國立臺灣大學醫 學院附設醫院新 竹分院	1.照服員落實手部衛生
20	3 月 23 日	黃景泰委員 陳世英委員	衛生福利部苗栗 醫院	1.病人家屬落實手部衛生
21	3 月 29 日	劉尊榮委員 紀淑靜委員	高雄榮民總醫院	1.門急診呼吸道禮節
22	3 月 29 日	劉尊榮委員 紀淑靜委員	長庚醫療財團法 人高雄長庚紀念 醫院	1.門急診呼吸道禮節 2.病人家屬落實手部衛生 3.照服員落實手部衛生
23	3 月 30 日	李文生委員 賴佩芳委員	衛生福利部臺北 醫院	1.門急診呼吸道禮節 2.病人家屬落實手部衛生
24	3 月 30 日	李文生委員 賴佩芳委員	天主教耕莘醫療 財團法人永和耕 莘醫院	1.照服員落實手部衛生
25	3 月 31 日	解晉一委員 鄒怡真委員	國泰醫療財團法 人國泰綜合醫院	1.病人家屬落實手部衛生 2.照服員落實手部衛生
26	3 月 31 日	解晉一委員 鄒怡真委員	中國醫藥大學附 設醫院台北分院	1.門急診呼吸道禮節
27	4 月 8 日	黃景泰委員 賴佩芳委員	國立臺灣大學醫 學院附設醫院	1.門急診呼吸道禮節
28	4 月 8 日	黃景泰委員 賴佩芳委員	台北市立關渡醫 院	1.照服員落實手部衛生

(二) 實地輔導資料彙整：

於實地輔導回收之醫院執行現況表與實地輔導委員調查表，經彙整後分為三大部分，分別為三主題之共同特色與建議、參與呼吸道衛生之醫院特色與委員建議、參與手部衛生之醫院特色與委員建議（如表 3-8-4、表 3-8-5）。

表 3-8-4、主題一：推動門急診呼吸道衛生與咳嗽禮節

	104 年實地輔導之建議	105 年實地輔導之建議
系統性改變	<ol style="list-style-type: none"> 1.加入跨團隊做有系統的推廣。 2.進行創新性思考，作系統改變。 3.組織架構之設定可增加人員任務之明訂。 	<ol style="list-style-type: none"> 1.口罩販賣機應考慮附設區別販賣對象，如大人與兒童。 2.口罩發放有成本考量，應考慮廣設口罩販賣機於有效截點設置。
教育訓練	<ol style="list-style-type: none"> 1.需先了解地方民眾特色再行教育。 2.建議志工與掛號櫃台人員協助進行個別衛教。 3.建議將適合民眾接受的教育訓練課程，開放於醫院網頁供民眾學習。 	<ol style="list-style-type: none"> 1.教育、宣導活動之時間、地點及參與人次，應於紀錄、統計分析。
場所標示	<ol style="list-style-type: none"> 1.門診發燒確認可由血壓量測站增設標示提醒與額溫槍量測。 2.可有效利用電子資訊教育宣導。 3.各式活動太多，每項活動皆有標示不容易突顯重點。 	<ol style="list-style-type: none"> 1.標示齊全，但凌亂會遮蓋實際的教育效果，可做輪替式的展示。 2.海報製作成本高，電視牆宣導省成本又可隨時更新。
評估及回饋	<ol style="list-style-type: none"> 1.規則監測建立長期資料，可看到季節性變化資料。 2. 評估監測可更多元化(ex. 監測口罩販賣量、院內感染率之改善等)。 	<ol style="list-style-type: none"> 1.數據的解讀，包括季節的變化、計畫的介入之影響。並應針對影響的分析擬定改善方案。 2.建議數據分析按月呈現較能了解趨勢。

表 3-8-4、主題一：推動門急診呼吸道衛生與咳嗽禮節

	104 年實地輔導之建議	105 年實地輔導之建議
院內文化風氣	<ol style="list-style-type: none"> 1.院方宜制定醫護同仁應戴口罩的時機。 2. 邀集志工或院內其他同仁及醫師共同加入此計畫之精神。 	<ol style="list-style-type: none"> 1.建議廣增有參與意願志工，並訓練志工辨識需要戴口罩之目標族群。
照片		

表 3-8-5、主題二和主題三：推動病人家屬及照服員參與落實手部衛生

	104 年實地輔導之建議	105 年實地輔導之建議
系統性改變	<ol style="list-style-type: none"> 1.明定專案小組組織架構並明示推動人員及目標。 2.併入醫院衛教內容由主護執行。 	<ol style="list-style-type: none"> 1.建議加強明確工作職責的列表分工。 2.乾洗手液的效期管理，瓶身更換規則請定標準作業。 3.建議多管道之獎勵措施，提升照服員之榮譽感及成就感。
教育訓練	<ol style="list-style-type: none"> 1.持續性的衛教，實地教導洗手動作。 2. 以目標族群之慣用語言作教育。 	<ol style="list-style-type: none"> 1.建議使用較白話易懂的語言做衛教，增加日常情境教育。 2.教材圖式化，以呈現簡易形式。

表 3-8-5、主題二和主題三：推動病人家屬及照服員參與落實手部衛生

	104 年實地輔導之建議	105 年實地輔導之建議
場所標示	<ol style="list-style-type: none"> 1. 衛教單張標示應依對象特性設計 (ex. 字體大小、不同語言等)。 2. 多元提醒機制宣導：衛教、海報、單張、標語、語音。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 交流廳之公用設備應有提醒洗手標語。 2. 每次廣播不宜太長，以免注意力下降，不同內容可分段分散廣播。
評估及回饋	<ol style="list-style-type: none"> 1. 將手部衛生重點教育融入日常照護流程，由護理人員與照服員溝通及稽核。 2. 手部衛生依實際作業訂定適合時機，再予以稽核。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 利用護理人員於床邊照護時觀察洗手時機及正確性。 2. 辦住院需填寫單張很多，考量家屬填寫情境，建議納入病房報到流程中，以更能常規化。
院內文化風氣	<ol style="list-style-type: none"> 1. 試行後可擴大參與進行院內教育訓練。 2. 建議透過院內跨科部及綜合性會議，提出推廣種子教官之認證。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 考慮用替代式的掃描式評估，以概念性的觀察取代個別個人之評估。
照片		

有關實地輔導之建立「門急診呼吸道衛生」及「照服員和病人家屬參與手部衛生」品管推行模式先驅計畫-參與醫院執行現況調查表及建立「門急診呼吸道衛生」及「照服員和病人家屬參與手部衛生」品管推行模式先驅計畫-實地輔導委員調查表，詳參附錄 5-1、附錄 5-2。

第九節 醫院執行成效及分析報表

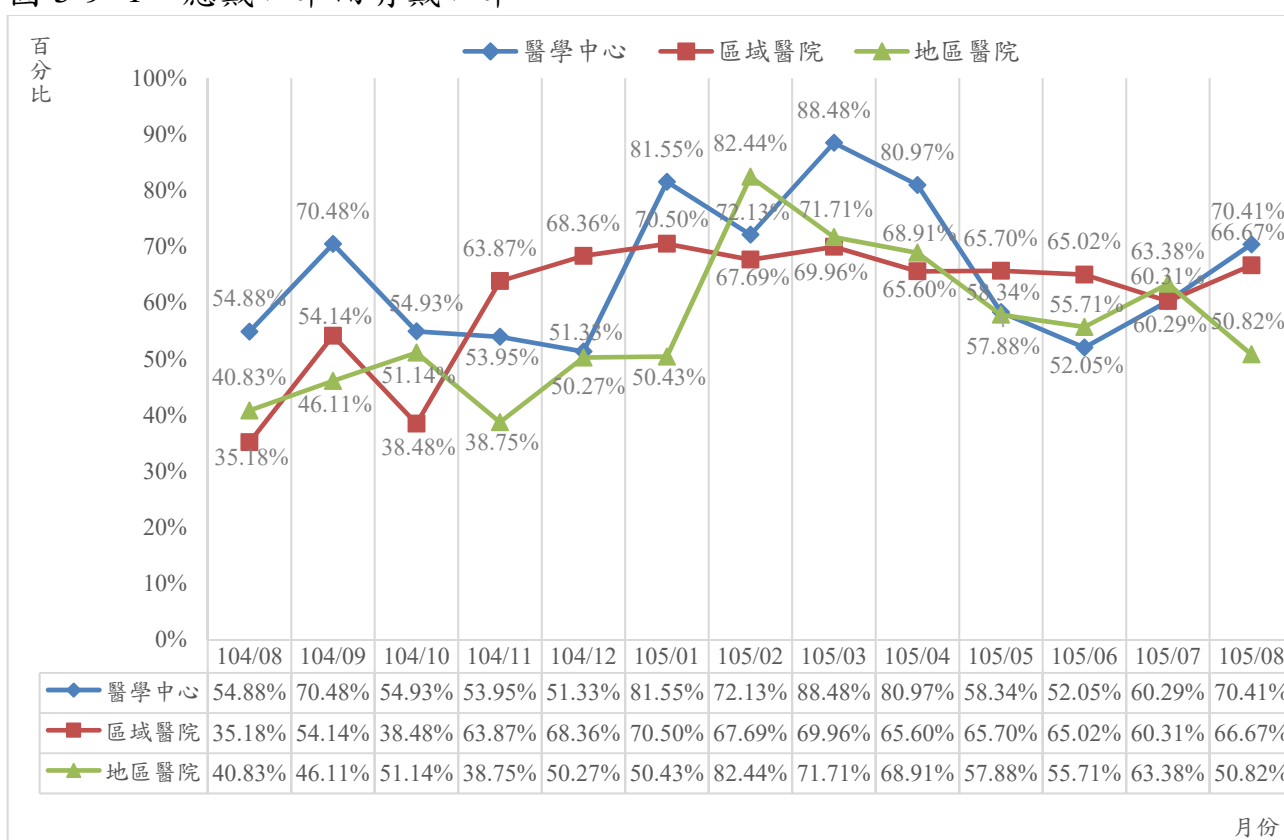
一、推動門診、急診呼吸道衛生與咳嗽禮節

(一) 指標分析結果

1. 應戴而有戴口罩之病人/家屬比率：

係指有呼吸道症狀或發燒者、有戴口罩之人數比率。參與醫院問卷調查分析結果，並依醫院層級進行統計分析（如圖 3-9-1）

圖 3-9-1、應戴口罩而有戴口罩

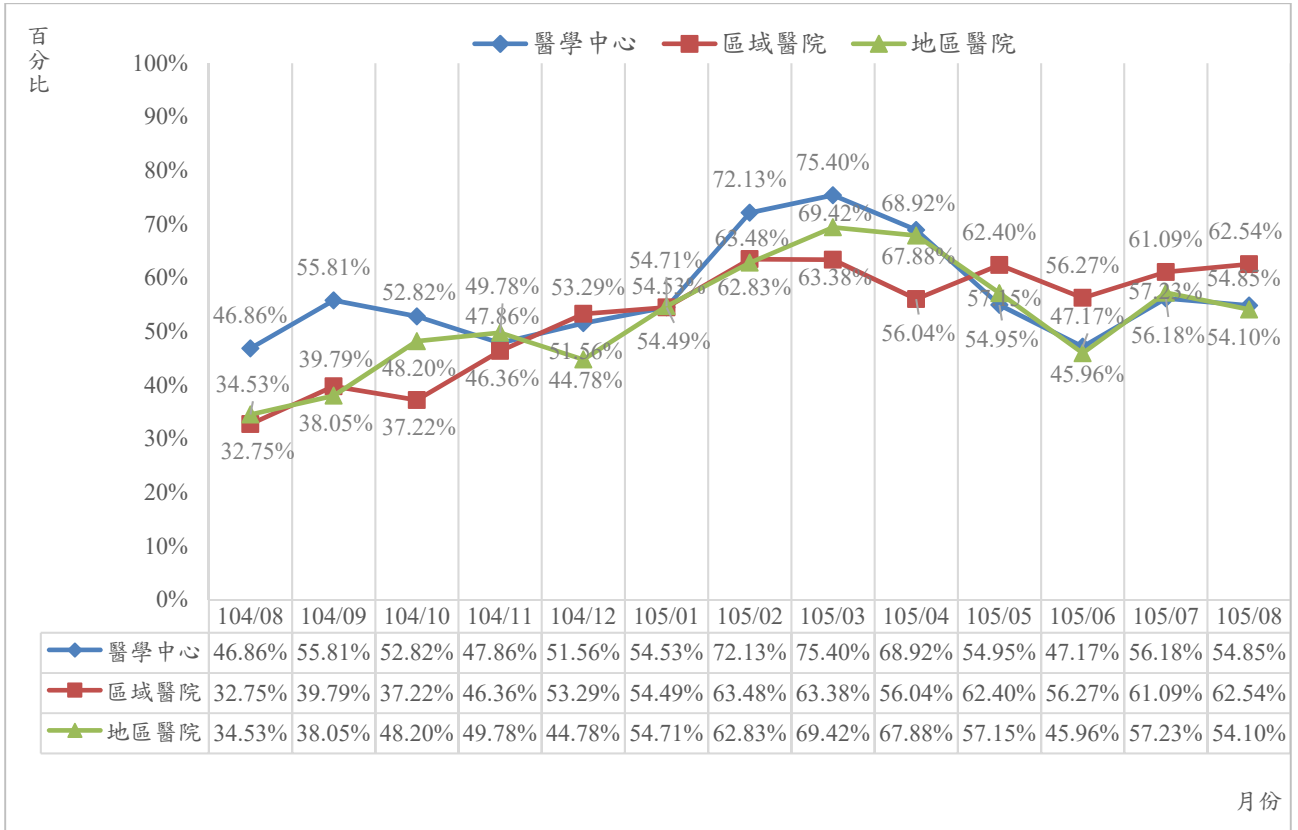


針對應該戴口罩而有戴口罩時機於各層級醫院趨勢圖之分析結果顯示，於介入初期各層級醫院民眾在應該戴口罩時機之行為遵從性較低，介入中期因遇流感高峰期，故於口罩之配戴提升至最高，後期雖無大幅度上升但都維持於 50% 以上。

2. 進入門急診區而有戴口罩之比率：

係指進入門急診區、有戴口罩之人數比率。參與醫院問卷調查分析結果，並依醫院層級進行統計分析（如圖 3-9-2）。

圖 3-9-2、進入門急診區而有戴口罩

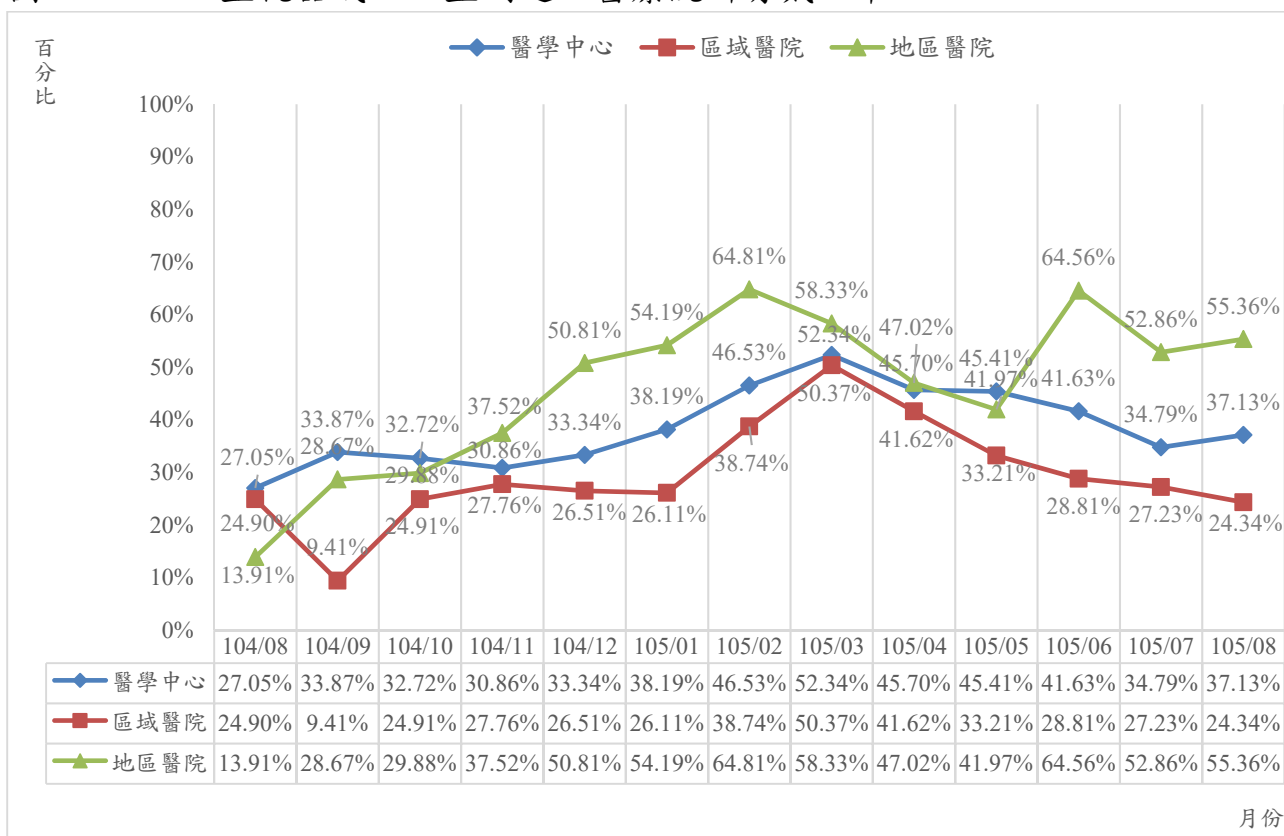


於進入門急診有配戴口罩之比率，各層級於此指標均呈現小幅成長之趨勢，故藉由醫院推廣宣導配戴口罩之衛教有助於改變民眾對配戴口罩意願。

3. 以設定之時間區段截取監視器畫面，評估戴口罩之人數：

參與醫院可視監視設備狀況，決定以監視器觀察或以人工計算方式進行，可自行決定觀察時間長短，評估指定時間區段經過人數中有戴口罩人數，依醫院層級進行統計分析（如圖 3-9-3）

圖 3-9-3、以監視器或人工監測進入醫療院所有戴口罩



於實際監測戴口罩之比率，前測期間（104/8-104/9）民眾對於戴口罩之比率較低，惟透過醫院推廣介入及衛教宣導活動戴口罩之時機，其指標比率有整體逐漸上升之趨勢；另於流感期間（105/1-105/3）可察覺比率提升至最高點，其持續觀察流感期過後，比率雖有小幅下滑，但仍持續維持於活動推廣後之比率。

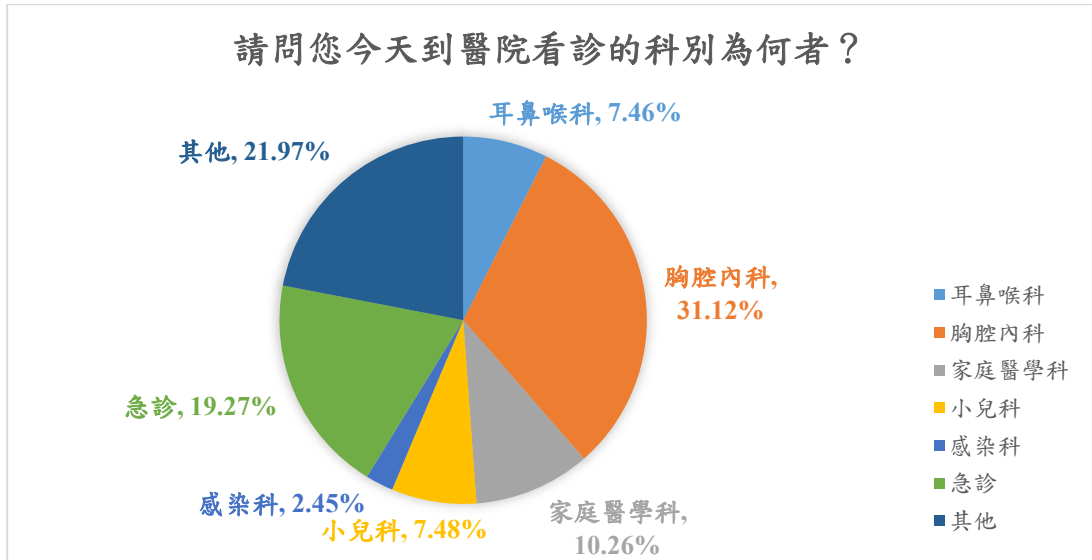
（二）問卷調查分析結果

針對回收有效問卷 8258 份中的分析，藉此瞭解民眾對呼吸道衛生與配戴口罩之行為認知。

就民眾基本資料分析結果顯示，問卷填寫之受訪民眾以女性居多，佔 59.82%；年齡層主要分布在 19-40 歲與 41-64 歲這兩個級距，分別佔 35.49%與 40.68%；到院看診科別以胸腔內科

居多，佔 31.12%(如圖 3-9-4);到院目的以就醫者居多，佔 71.93%。
其基本資料之問卷調查各項分析結果。

圖 3-9- 4、問卷調查分析結果-看診科別



以下就民眾自覺是否有呼吸道症狀情形與是否配戴口罩之行為分析結果，問卷中 39.23%自覺有呼吸道症狀、9.68%自覺有發燒情形；55.01 %民眾於進入醫療院所有戴口罩，其 81.36%所戴之口罩為自備、其次為 10.24%醫院提供（如圖 3-9-5），民眾所戴之口罩以外科口罩居多，為 61.44%、其次為 24.04%之紙口罩（如圖 3-9-6）。

圖 3-9- 5、問卷調查分析結果-口罩來源

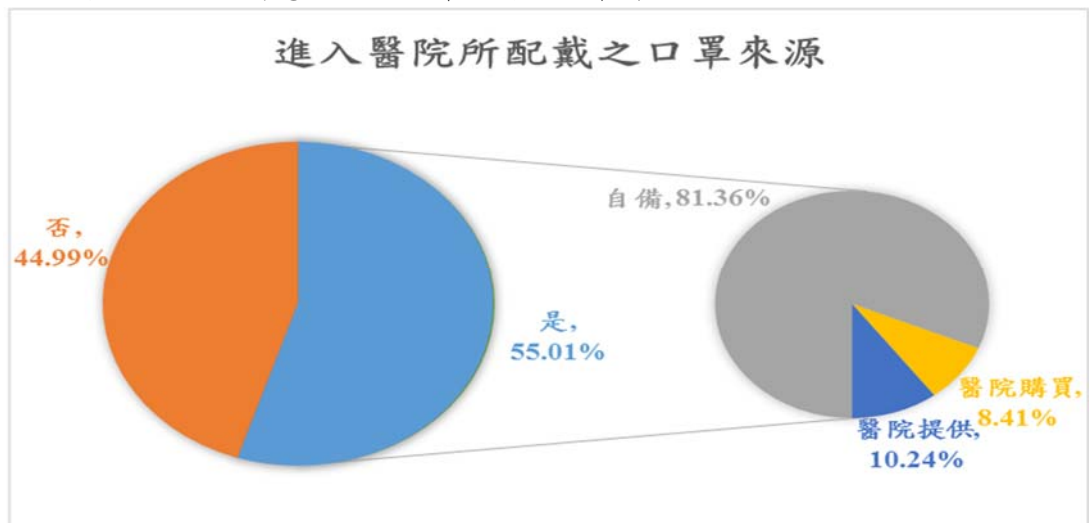
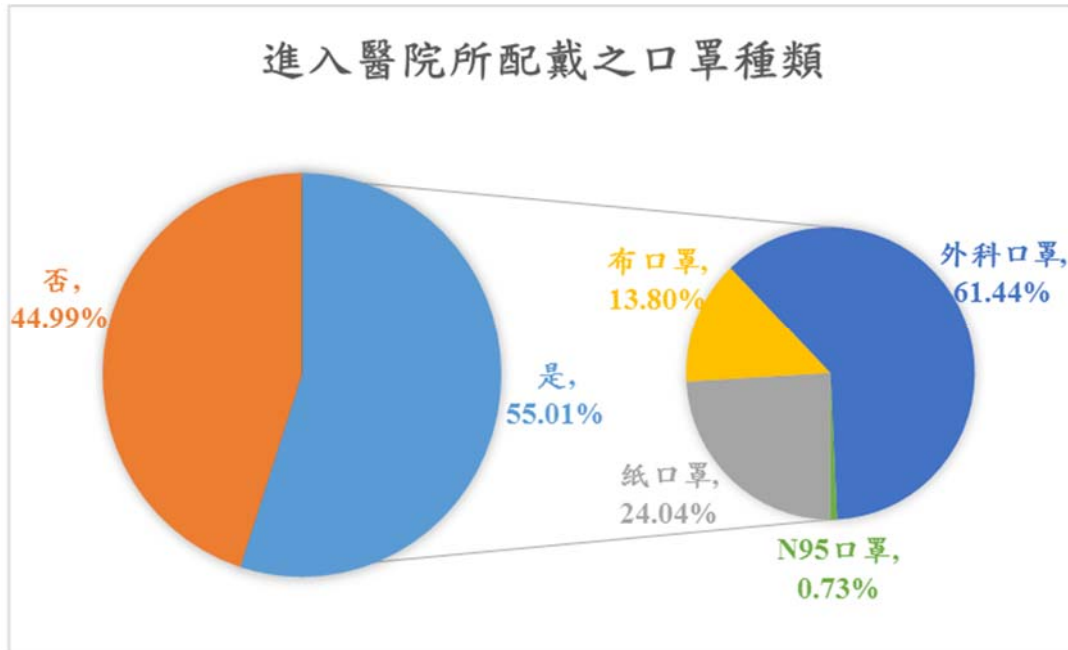


圖 3-9- 6、問卷調查分析結果-口罩種類



就民眾對呼吸道衛生與配戴口罩之認知，有 67.99% 民眾於進入醫院時有看到宣導民眾主動戴口罩的活動或海報；有 91.39% 認為進入醫療院所需要戴口罩，有高達 97.11% 認為有發燒或呼吸道症狀時需要戴口罩；76.82% 民眾認為醫院需要主動提供口罩給有發燒或呼吸道症狀的病人，52.59% 民眾認為醫院需要主動提供口罩給所有到醫院看病的病人及親屬。

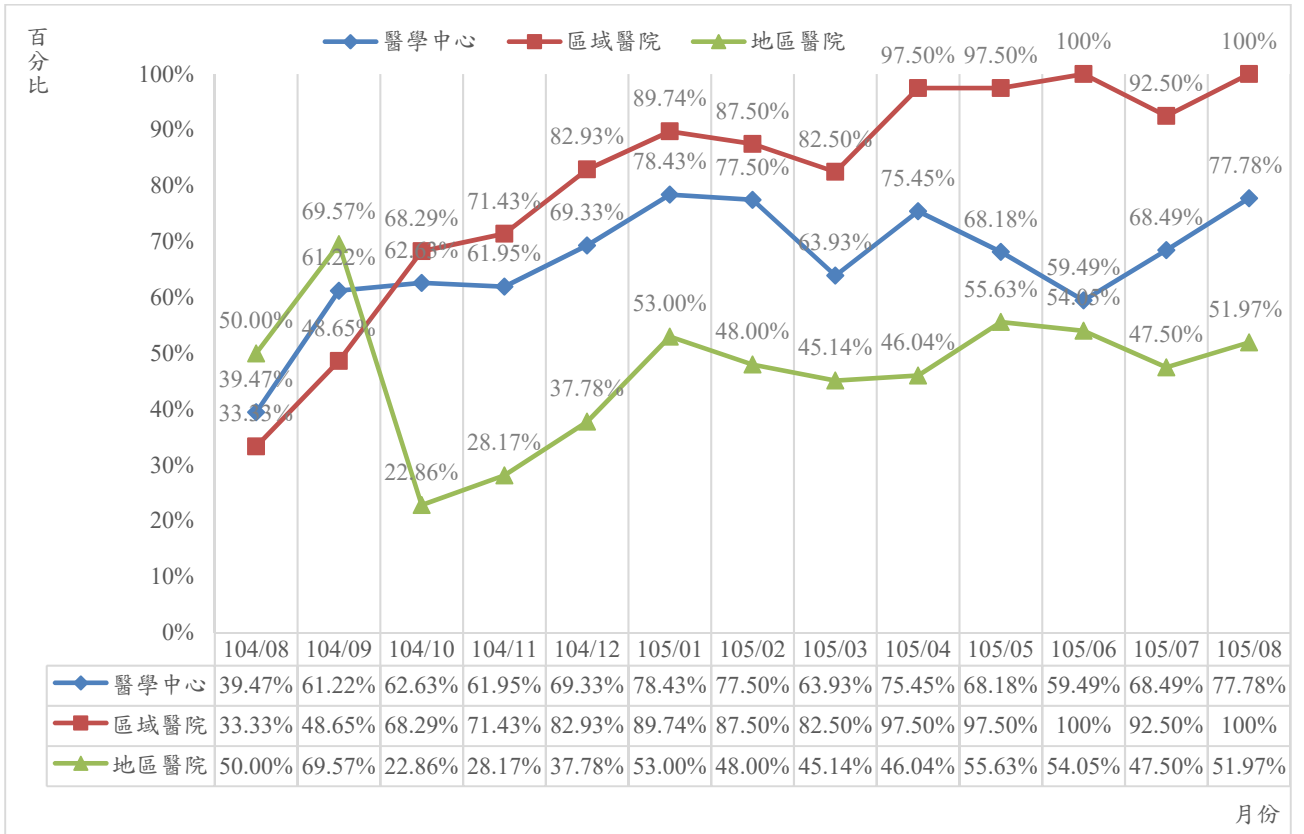
二、推動病人及家屬落實手部衛生

(一) 指標分析結果

1. 洗手遵從率：

係指出現洗手機會時，觀察病人家屬執行洗手的遵從性。依參與醫院每月經活動專屬網站「資料上傳」功能上傳前 1 個月收集之稽核結果（稽核表單或已分析之數據），並依醫院層級進行統計分析（如圖 3-9-7）。

圖 3-9-7、病人家屬手部衛生之遵從率

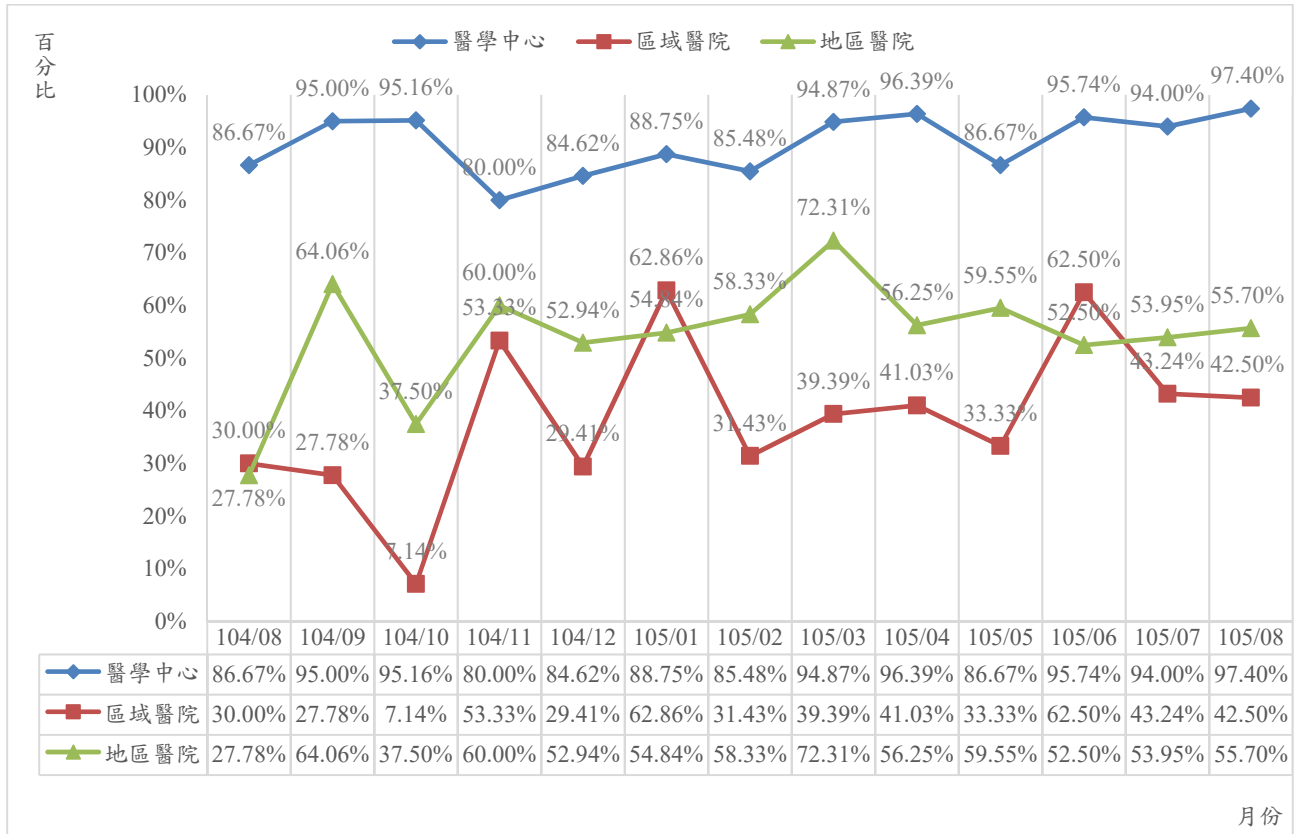


針對病人家屬手部衛生之遵從率部分，於醫學中心、區域醫院之遵從率部分均呈現上升之趨勢，惟地區醫院因於介入初期之稽核時機採病人自稽，導致趨勢上呈現較高之比率，爾後改善其稽核方式，故於後續趨勢之呈現較為符合實際情形。

2. 洗手正確率：

係指觀察病人家屬洗手步驟之完整性。依每月參與醫院經活動專屬網站「資料上傳」功能上傳前 1 個月收集之稽核結果（稽核表單或已分析之數據），並依醫院層級進行統計分析（如圖 3-9-8）。

圖 3-9- 8、病人家屬手部衛生之正確率



根據指標分析結果，於前測期間（104/8-104/9）其病人家屬對手部衛生之認知不足，導致洗手之正確率較低，故透過醫院介入執行手部衛生衛教觀念宣導及辦理相關手部衛生之活動，使其病人家屬之手部衛生整體比率逐漸提升。

（二）問卷調查分析結果

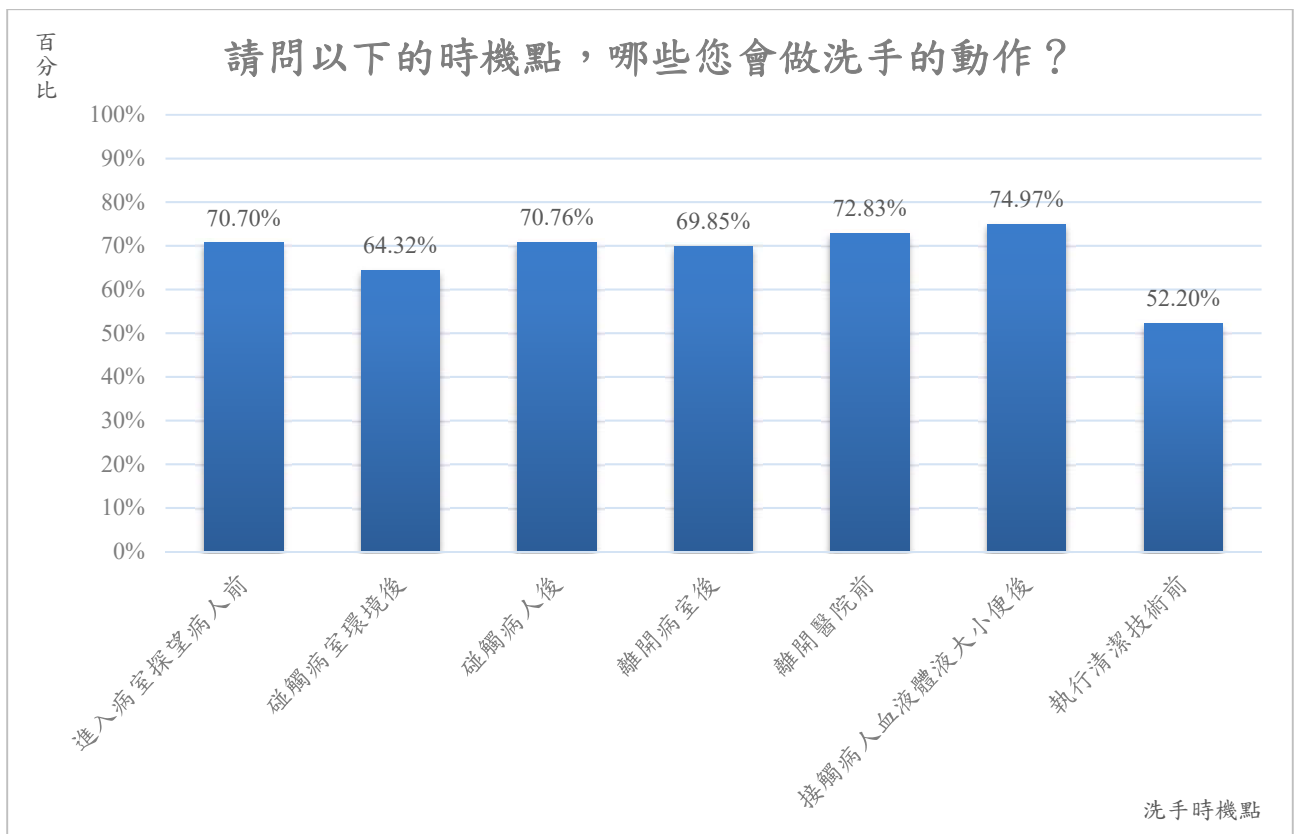
針對回收有效問卷 4843 份中的分析，藉此瞭解病人及家屬對手部衛生的認知。

就基本資料分結果顯示，受填問卷者以家屬居多，佔 52.74%；性別方面以女性居多，佔 65.21%；年齡層方面主要分布在 41-64 歲，佔 49.14%。

以下針對病人家屬對洗手之行為認知，有 55.07%接受過手部衛生的教育訓練；就病人家屬認知中，74.97%認為接觸病人

血液體液大小便後需做洗手動作、其次為 72.83%認為離開醫院前需做洗手動作（如圖 3-9-9）；52.49%病人家屬知道醫護人員執行手部衛生所進行之洗手步驟、其次為部分知道（35.29%）；92.63%病人家屬瞭解所處病房內之乾洗手（即酒精性洗手液）設備位置。

圖 3-9- 9、問卷調查分析結果-病人家屬洗手時機點



三、推動照服員落實手部衛生

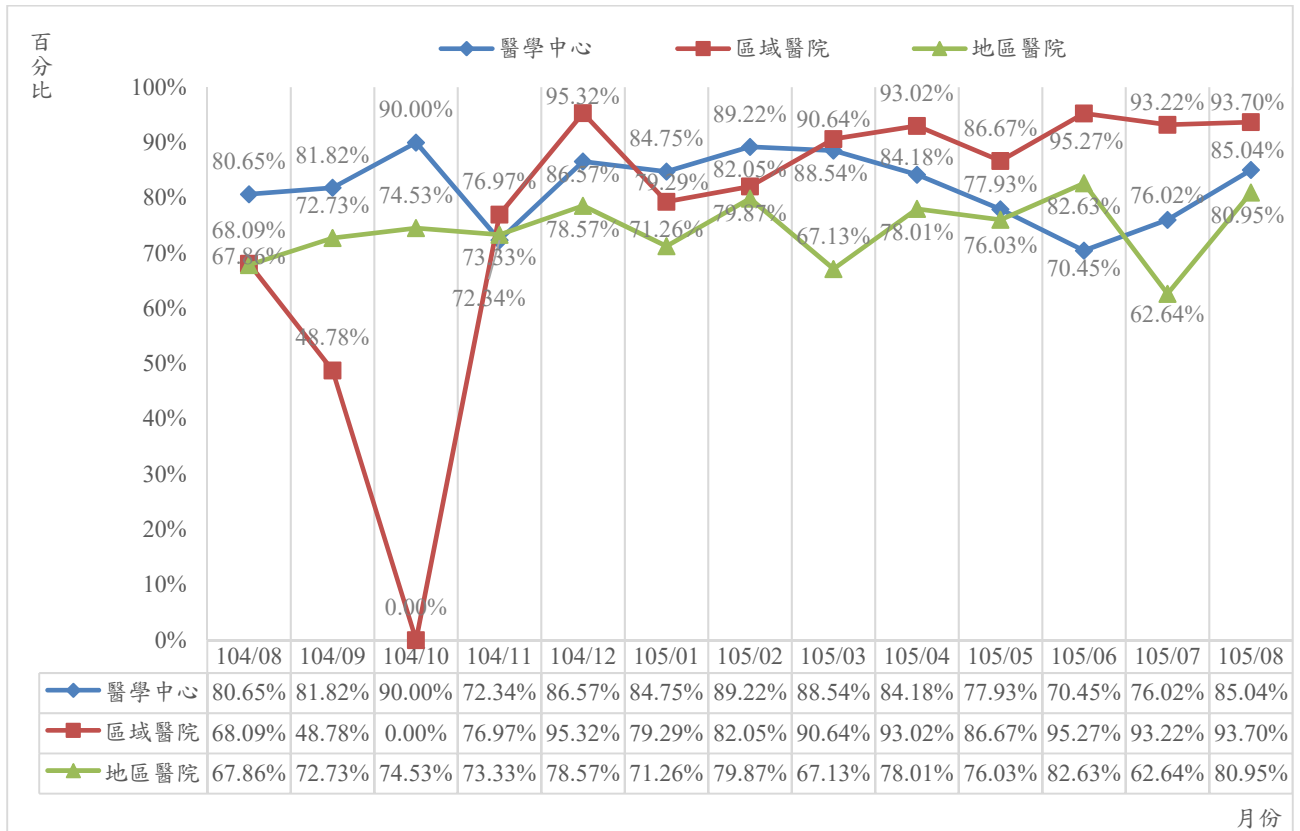
(一) 指標分析結果

1. 洗手遵從率：

係指出現洗手機會時，觀察照服員執行洗手的遵從性。104 年度以每季依參與醫院經活動專屬網站「資料上傳」功能上傳前 1 季收集之稽核結果（稽核表單或已分析之數據），另於本年度

(105) 第 1 次專家小組會議討論決議繳交頻率改以每月提報，並依醫院層級進行統計分析（如圖 3-9-10）。

圖 3-9-10、照服員手部衛生之遵從率



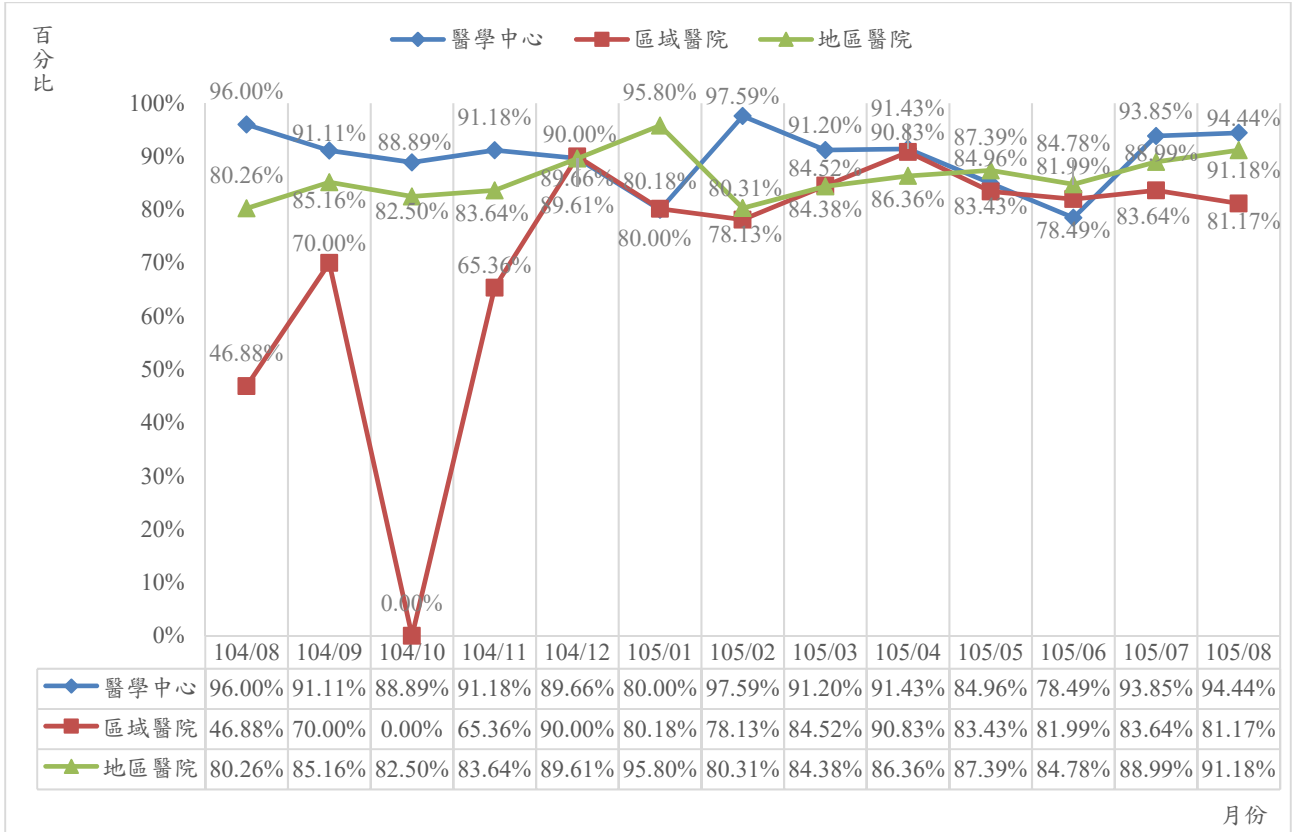
於介入初期照服員手部衛生遵從率均呈現有 7 至 8 之比率，惟 104 年 8 月至 12 月，因該期間之指標提報為每季，故此區間指標之樣本數不均，導致趨勢圖呈現極大落差。於本年度(105)之指標提報頻率更改為每月，持續觀察照服員之手部衛生遵從率平均上升 8 至 9 成，表示醫院針對照服員該職等人員之手部衛生有持續落實相關教育訓練。

2. 洗手正確率：

係指觀察照服員洗手步驟之完整性。依參與醫院每季經活動專屬網站「資料上傳」功能上傳前 1 季收集之稽核結果（稽核表單或已分析之數據），並依醫院層級進行統計分析，惟本年度(105)

改以每月提報稽核資料，由第 1 次專家小組會議討論決議其繳交頻率。正確率之分析結果（如圖 3-9-11）。

圖 3-9- 11、照服員手部衛生之正確率



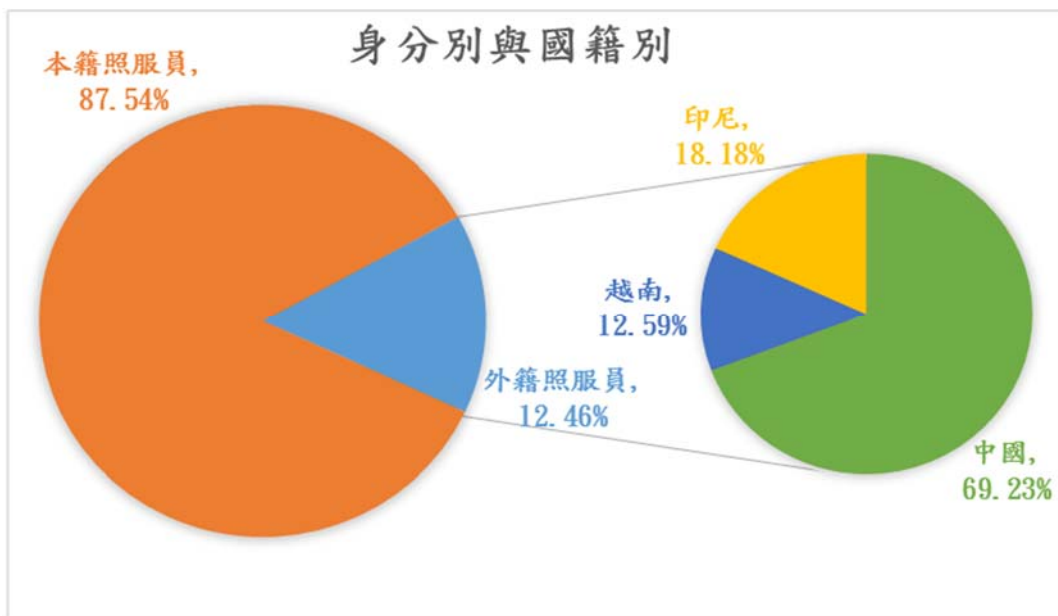
根據以上指標分析顯示，各層級醫院照服員之手部衛生正確率均以表現不錯，惟 104 年 8 月至 12 月，因該期間之指標提報為**每季**，故此區間指標之樣本數不均，導致趨勢圖呈現極大落差。於本年度（105）之指標提報頻率更改為**每月**，其持續觀察照服員之手部衛生正確性平均上升 8 至 9 成，表示醫院針對照服員手部衛生之認知教育均持續維持。

（二）問卷調查分析結果

針對回收有效問卷 2296 份中的分析，藉此瞭解照服員對手部衛生的教育。

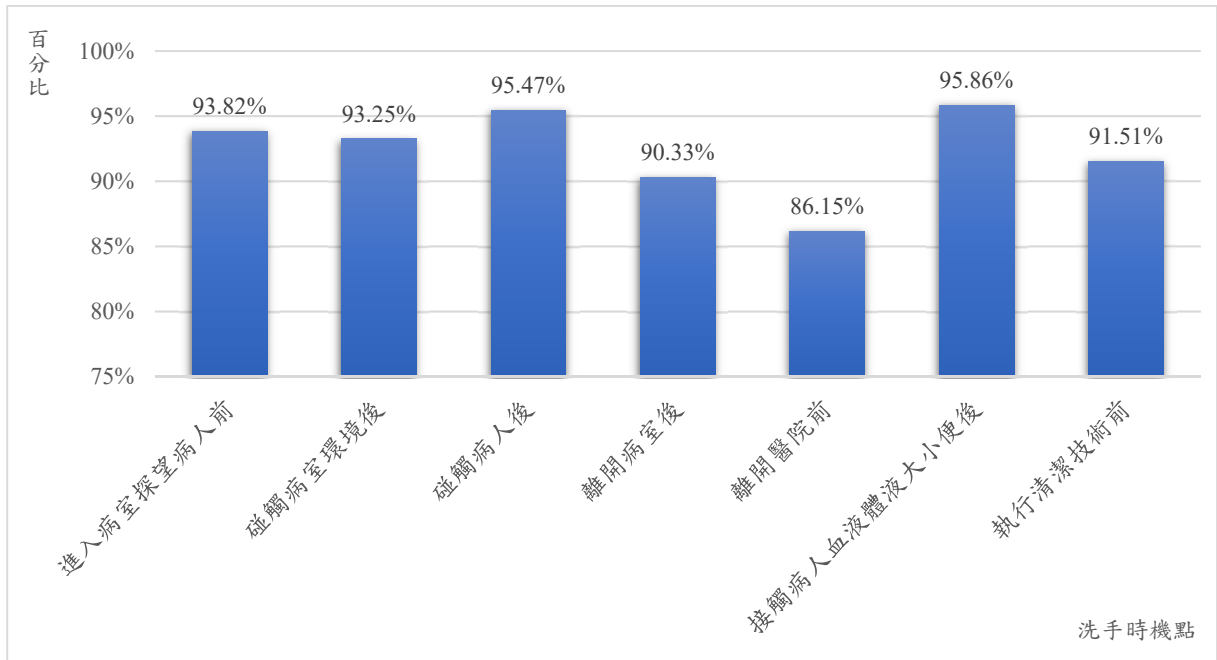
就基本資料分析結果顯示，照服員之身分 87.15% 為本籍照服員、外籍照服員僅佔 12.46%，其中外籍照服員之國籍以 69.23% 中國國籍為最多、其次為 18.18% 印尼國籍（如圖 3-9-12）；性別方面以女性居多，佔 88.15%；年齡層方面主要分布在 41-64 歲，佔 83.84%。其基本資料之問卷調查各項分析結果。

圖 3-9-12、問卷調查分析結果-身分別與國籍別



以下針對照服員對洗手之行為認知，問卷題目中有高達 95.99% 接受過手部衛生的教育訓練；就照服員認知中，需要做洗手動作的時機點，僅「離開醫院前」為 86.15%，其餘的洗手時機點均超過 90%（如圖 3-9-13）；94.08% 照服員知道醫護人員執行手部衛生所進行之洗手步驟；高達 99.74% 的照服員瞭解所處病房內之乾洗手（即酒精性洗手液）設備位置。

圖 3-9-13、問卷調查分析結果-照服員洗手時機點



有關主題一推動「門急診呼吸道衛生與咳嗽禮節」之指標與問卷調查分析結果，詳參附錄 6-1、附錄 6-2；主題二推動「病人家屬參與落實手部衛生」之指標與問卷調查分析結果，詳參附錄 6-3、附錄 6-4；主題三推動「照服員參與落實手部衛生」之指標與問卷調查分析結果，詳參附錄 6-5、附錄 6-6。

另有關三主題之各醫院每月提報問卷份數與回收率、指標稽核數（監視器人次數、手部衛生稽會數），詳參附錄 6-7。

第十節 辦理標竿成果公開發表會

105 年「建立門急診呼吸道衛生及病人家屬和照服員參與落實手部衛生品管推行模式先驅計畫成果發表會」業於 105 年 10 月 7 日假財團法人張榮發基金會國際會議中心 1001 室辦理，規劃由參與醫院於現場展示計畫期間設計發展之教具與宣導品等成果，並安排成效優異及推動模式具特色之參與醫院，依不同層級及主題進行標竿學習分享。

為利成果發表會進行，於第 3 次專家小組會議確認本發表會之議程（如表 3-10-1）及參與醫院得獎名單（如表 3-10-2），業於 9 月 14 日函文（醫綜字第 1050500381-1 號）邀請本計畫 28 家參與醫院及本計畫 13 位專家小組委員（醫綜字第 1050500388-2 號），並擴大邀請全國醫療院所共襄盛舉。辦理地點、參與人數及滿意度調查結果（如表 3-10-3）。

表 3-10-1、成果發表會之議程

時間	主題	發表者
13:00-13:30	報到	
13:30-13:40	長官致詞	衛生福利部疾病管制署
13:40-14:20	影片回顧	衛生福利部疾病管制署
	頒獎	財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會
14:20-14:30	計畫執行簡介	黃景泰計畫主持人／財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會
推廣創意分享		
14:30-14:50	綜合分享	長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院
14:50-15:00	推動「門急診呼吸道衛生與咳嗽禮節」	醫學中心
15:00-15:10		區域醫院
15:10-15:20		地區醫院
		陽明醫院(嘉義市)

表 3-10-1、成果發表會之議程

時間	主題	發表者
15:20-15:40	中場休息	
15:40-15:50	推動「病人家屬參與落實手部衛生」	醫學中心 彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院
15:50-16:00		區域醫院 彰化基督教醫療財團法人雲林基督教醫院
16:00-16:10		地區醫院 彰化基督教醫療財團法人員林基督教醫院
16:10-16:20	推動「照服員參與落實手部衛生」	醫學中心 臺中榮民總醫院
16:20-16:30		區域醫院 台灣基督長老教會新樓醫療財團法人台南新樓醫院
16:30-16:40		地區醫院 台北市立關渡醫院
16:40-17:00	計畫成果回饋	陳世英計畫協同主持人/財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

表 3-10-2、參與醫院得獎名單

獎項	主題	醫院名稱
卓越獎	推動門急診呼吸道衛生與咳嗽禮節計畫	長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院
	推動病人家屬參與落實手部衛生計畫	長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院
	推動照服員參與落實手部衛生計畫	長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院
特優獎	推動門急診呼吸道衛生與咳嗽禮節計畫	國立臺灣大學醫學院附設醫院
		澄清綜合醫院
		陽明醫院(嘉義市)
	推動病人家屬參與落實手部衛生計畫	彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院 彰化基督教醫療財團法人雲林基督教醫院

表 3-10- 2、參與醫院得獎名單

獎項	主題	醫院名稱
		彰化基督教醫療財團法人員林基督教醫院
特優獎	推動照服員參與落實手部衛生計畫	臺中榮民總醫院
		台灣基督長老教會新樓醫療財團法人台南新樓醫院
		臺北市立關渡醫院-委託臺北榮民總醫院經營

表3-10- 3、成果發表會之日期、地點、滿意度

	
成果發表會之滿意度	
日期	10月7日(五)
地點	財團法人張榮發基金會國際會議中心 1001 室
報名人數	119 人
實際參與人數	121 人
問卷回收份數	68 份
問卷回收率(%)	56.20%
整體滿意度(滿意以上)	100%

表3-10-3、成果發表會之日期、地點、滿意度

照片	
卓越獎及主題一特優獎之得獎醫院合影	主題二特優獎之得獎醫院合影
	
主題三特優獎之得獎醫院合影	主題一之所有得獎醫院合影
	
主題二之所有得獎醫院合影	主題三之所有得獎醫院合影
	

表 3-10-3、成果發表會之日期、地點、滿意度



有關建立門急診呼吸道衛生及病人家屬和照服員參與落實手部衛生品管推行模式先驅計畫成果發表會之手冊，詳參附錄 7-1。

第十一節 協助參與醫院產出執行成果報告

為利參與醫院完成執行成果報告，業於4月15日第2次專家小組會議討論執行成果報告之撰寫內容，其決議規格(如表3-11-2)於第3次品質提升課程說明，及輔導參與醫院產出執行成果報告。

以利參與醫院有相互學習分享之平台，於第4次品質提升課程安排各參與醫院依主題分場報告計畫執行成果，各主題每場次由3位不同領域之專家小組委員從中評選推行優異者或推廣具特色者，並於成果公開發表會予以表揚及分享予全國醫療院所共同學習交流。

業於105年7月4日以醫綜字第1050500244號函知參與醫院繳交成果報告事宜，並業於10月5日完成28家參與醫院之成果報告收件。

表 3-11-1、成果報告撰寫說明

(一) 成果報告內容：	
第一章 前言	第一節 醫院簡介
	第二節 計畫目的
第二章 計畫實施介入與執行成果	第一節 系統性改變
	第二節 教育訓練
	第三節 場所標示
	第四節 成果評估及回饋
	第五節 成果維持與推廣
第三章 結論與建議	
(二) 成果報告格式：	
字型大小：14 中文字型：標楷體 英數字型：Times New Roman 本文限制：20 頁 附件限制：25 頁 (含衛教單張或海報、活動照片、宣導教具等)	

表 3-11-2、主題一「門急診呼吸道衛生與咳嗽禮節」

面向	執行作為	照片
系統性改變	<ol style="list-style-type: none"> 1.於急診或門診入口處播放語音提醒。 2.在 TOCC 時主動提供衛教知識。 3.將志工納入執行推廣團隊之成員。 	
教育訓練	<ol style="list-style-type: none"> 1.善用院內之電子公播系統。 2.安排志工團隊之教育訓練課程。 3.擴大推廣至社區及校園。 4.運用奉茶車作衛教宣導。 	
場所標示	<ol style="list-style-type: none"> 1.走動式之舉牌宣導。 2.志工背心之提醒標語。 3.候診區張貼醒目之衛教單張。 4.於門診報系統之電子版面設置提醒。 5.自製醒目之裝置藝術。 	
評估與回饋	<ol style="list-style-type: none"> 1.於急診或門診紀錄監測指標。 2.每日口罩發放數量。 3.自動販賣機之銷售量。 	
創造院內安全文化風氣	<ol style="list-style-type: none"> 1.跨團隊組合執行推廣。 2.口罩佩帶內入全院之教育訓練。 3.院方之高層主管支持並全院配合推廣。 	

表 3-11-3、主題二「病人家屬參與落實手部衛生」

面向	執行作為	照片
系統性改變	<ol style="list-style-type: none"> 1.內化至住院常規流程。 2.製作多國語言衛教單張。 3.增設洗手設備之可近性。 4.院內定時廣播提醒。 5.納入志工加入推廣執行。 	
教育訓練	<ol style="list-style-type: none"> 1.自製電腦化之洗手體驗箱以作為衛教之教具。 2.定期辦理洗手衛教，教導民眾如何洗手。 3.設計宣導教具吸引注意。 4.推廣至社區民眾衛教。 	
場所標示	<ol style="list-style-type: none"> 1.志工走動式提醒。 2.圖式化洗手標語。 3.於官網設置衛教頁面。 4.護理工作車之標置提醒。 5.行動車之推廣衛教。 	
評估與回饋	<ol style="list-style-type: none"> 1.內稽由主護負責執行。 2.外稽於病人自覺填寫。 3.由執行單位選定固定護理人員進行衛教。 4.團體衛教之實際操作洗手方式。 	
創造院內安全文化風氣	<ol style="list-style-type: none"> 1.院方高層支持與協助。 2.院內每場活動均置入洗手衛教。 3.於召開跨部門會議宣導。 	

表 3-11-4、主題三「照服員參與落實手部衛生」

面向	執行作為	照片
系統性改變	<ol style="list-style-type: none"> 1.設置照服員之獎勵制度。 2.與照服員廠商之合作管理。 3.稽核種子之培訓。 4.將手部衛生影片製作QRcode。 	
教育訓練	<ol style="list-style-type: none"> 1.OSCE 情境模擬。 2.新進照服員教育訓練。 3.製作手部衛生認證貼紙。 4.提供照服員中心線上學習課程。 5.製作洗手提醒小卡。 	
場所標示	<ol style="list-style-type: none"> 1.照服員之工作車標示提醒。 2.照服員物品置放櫃提醒標語。 3.多國語言之手部衛生衛教手冊。 4.病室、病床設置洗手設備。 	
評估與回饋	<ol style="list-style-type: none"> 1.內稽由護理長實際觀察稽核。 2.外稽由感管師及觀察員進行稽核 3.內稽、外稽資料統計分析並回饋予廠商。 4.運用神秘客之稽核方式。 	
創造院內安全文化風氣	<ol style="list-style-type: none"> 1.手部衛生衛教納入與院方簽約之外包廠商條件。 2.外包廠商之長官支持與重視。 	

第十二節 每項主題發展不同推行之模式或推行套組

本計畫之目的為藉由各主題及醫院層級自行規劃推動模式，並於計畫結束後彙整不同主題中各醫院層級之推行方法及成效，以作為未來醫療相關機構在實務應用及其推廣執行上之參考依據。

經 2 年計畫執行與推廣過程，透過參與醫院間相互學習與經驗分享發現，其原預設之各主題參與醫院會因醫院層級之不同而使推行之方式與模式亦會不同；綜觀 28 家參與醫院之最終成果顯示，其計畫執行之方式與發展之模式並不受限於任何醫院層級之限制，故以下針對門急診呼吸道衛生及病人家屬和照服員參與落實手部衛生之三主題推行方法，依 WHO 推行手部衛生之五大策略面向分別進行說明。

（一）推動「門急診呼吸道衛生與咳嗽禮節」主題

1. 系統性改變：

各層級醫院於系統及流程作整體性規畫（如於檢傷分類站、服務台、批掛櫃台、診間等）進行主動式衛教並增設口罩販賣機，增加可近性，另將志工納入推行團隊成員協助輔導民眾衛教等。惟考量口罩發放之成本，故考慮有償之提供，此外亦可輔導身心科學員協助填裝補充口罩販賣機之口罩及維護機台之清潔，以達雙贏之效益。

2. 教育訓練：

充份利用電子公播設施（如院內跑馬燈、電話語音、廣播語音、門診報到系統等）採置入性衛教，並定期輔導志工團隊之教育訓練課程，另在民眾端部份定期於門診候診區、候藥區、院內大廳辦理民眾衛教活動外，於醫院至社區或校園健康護理時，亦將宣導帶入團體衛教，以擴展目標族群之宣導教育。

3.場所標示：

將宣導海報製作成舉牌或於黏貼於志工背心及奉茶車，做走動式宣導，多元化張貼衛教單張或海報使其增加提醒性；此外增加裝置藝術（氣球娃娃帶口罩）的部份，亦將增添場所標示之活潑化，以吸引民眾之注目。

4.評估及回饋：

本計畫設計之問卷及指標評估，或利用攝影監視紀錄、門急診現場觀察紀錄配戴口罩比率及口罩販賣機的銷售量、TQCC 護理師及志工櫃台發放的口罩量，統計資料後進行改善措施討論。

5.創造院內安全文化風氣：

由院內高層主管帶領推廣執行計畫，並加入跨團隊合作方式組成專案小組，定期召開專案小組會議，以利計畫推行之規劃與改善等。

（二）推動「病人家屬參與落實手部衛生」主題

1.系統性改變：

為提升病人家屬之手部衛生設置之可近性及便利性，增設洗手台及酒精性乾洗手液之裝置，並於設備旁增加洗手步驟單張或圖示，以利病人家屬於洗手時能依照正確方式執行；於病人家屬住院流程中將手部衛生納入衛教之一環，並納入志工協助宣導手部衛生之衛教，以利擴大手部衛生之宣導。

2.教育訓練：

為因應陪病文化之策略，針對不同對象之國籍提供多國語言單張，並將其洗手時機修改為符合病人家屬之執行時機；另將培訓志工或單位護理師擔任手部衛生宣導之種子人員，並於內部教育訓練宣導、演練手部衛生之流程，持續培養種子團隊；另於病房護理時，由照護人

員或是護理長適時給予時機性教導；並定期辦理各式衛教宣導活動以及自製洗手體驗箱、教具等，皆以利教導病人家屬正確之手部衛生觀念。

3.場所標示：

為營造洗手之氛圍，製造視覺印象以加深病人家屬對洗手之認知，於各病房張貼洗手之步驟圖與提醒標示，於病室走道、護理工作車、志工背心或公播系統等，放置宣導單張或海報及影片；其他創新作為亦可利用 QR code 連結醫院自製手部衛生宣導影片，以利增加病人家屬對手部衛生宣導之認知。

4.評估及回饋：

本計畫設計之問卷及遵從率與正確率之指標評估，另於團體衛教時以回複式教方法執行手部衛生之評估，或於護理長巡視病房時隨機觀察並紀錄。

5.創造院內安全文化風氣：

院內高層主管與護理主管支持及參與推動，成立跨領域專案小組並定期召開會議，討論改善方式或執行之方向，以利全院手部衛生之認證。

(三) 推動「照服員參與落實手部衛生」主題

1.系統性改變：

為提升照服員之洗手設備方便性與可近性，故增設洗手台及酒精性乾洗手液之裝置，並於設備旁增加洗手步驟單張或圖示；增訂照服員常用照護技術之洗手五時機及稽核表，於照服員報到時由單位手部衛生種子人員進行洗手之評核。

2.教育訓練：

定期辦理教育訓練，製作符合照服員之教具或錄製照服員手部衛生宣導課程，以供提升照服員洗手時機認知與熟悉程度；將手部衛生列入照服員每年教育訓練課程，課程部份亦針對手部衛生情境模擬技術訓練；另於新進照服員需完成手部衛生認證教育訓練才予以聘任。

3.場所標示：

為積極營造洗手風氣，於各病房洗手設備旁張貼洗手之步驟圖與提醒標示；另製作洗手提醒小卡予照服員隨身攜帶，照服員之工作車上製作洗手時機標語提示；於病房門口、病室走道、交誼廳、置物櫃張貼宣導衛教單張或海報。

4.評估及回饋：

本計畫設計之問卷及遵從率與正確率之指標評估，另於團體衛教時以情境模擬方法執行手部衛生之評估，或於主護或照服員護理長巡視病房時隨機觀察並紀錄，以利及時回饋予管理部門，於照服員在職教育課程宣導。

5.創造院內安全文化風氣：

照服員中心高層長官之支持，並與合約廠商定期召開回饋討論；跨領域團隊合作方式，以利提昌手部衛生活動參與感；將手部衛生認證之教育訓練視為與外包廠商簽約事項條件中。

有關建立「門急診呼吸道衛生」及「照服員和病人家屬參與手部衛生」品管推行模式先驅計畫之各主題各層級之發展推行模式或套組，初步研擬推廣策略工具，詳如附錄 8-1。

第四章 討論

審視國內醫療院所推廣經驗，在「推動門診、急診呼吸道衛生與咳嗽禮節」部分，林口長庚紀念醫院推動策略在「系統性改變」部分是以變更急診檢傷處 TOCC 詢問順序及高風險科別門診區設立報到櫃台，「場所標示」部分除各出入口張貼海報及 LED 跑馬燈提示，亦將電話等候轉接音樂改為手部衛生及配戴口罩之宣導。高雄醫學大學附設中和紀念醫院推動政策包括行政支持、硬體改變、行為改變、傳染病篩檢及相對應作為、教育訓練及員工疫苗注射，其中硬體改變如門診及候診區保持通風、張貼海報，及在醫院門口、急診內、各加護病房外、開刀房外等設置口罩販賣機。

在「推動病人家屬及照服員參與手部衛生」部分，馬偕紀念醫院除配合世界洗手日之活動，亦將洗手目的是為了預防疾病做為推廣重點，另針對教導病人家屬洗手五時機時，提醒「何時應洗手 (When)」及「為什麼要洗手 (Why)」之原因，以加深瞭解洗手之重要性。高雄榮民總醫院手部衛生推行運動是由院長擔任召集人，顯示由高層以身作則推廣之重要性；同時製作洗手親善大使人形立牌，以單位人員做為代表更有參與感；另外為利病人參與亦召開記者會，推行「請問我，洗手沒」之活動，成立乾淨高榮手護軍，讓病人家屬知道醫護人員樂意被提醒洗手。義大醫院藉由每年病人安全週搭配洗手活動辦理，從有獎問答、表演洗手舞演變為讓病人家屬直接實際演練如何正確洗手，進而塑造文化-新增電腦螢幕保護程式、手部衛生海報、提示胸章等。

參考國內外推廣經驗，為利參與醫院汲取推動經驗，故於本計畫推廣說明會及第一次品質提升課程分別邀請國內已有推動經驗之醫療院所進行經驗分享；另因參與醫院已有多年執行衛生教育之模式及經驗，惟本計畫推廣對象為病人家屬及照服員，故於第一次品質提升課程特安排大眾傳播

媒體宣導相關課程，期望教導參與醫院如何善用傳播手法推動以降低阻力；於實地輔導時大部分委員發現參與醫院仍依循以往醫護人員教育訓練及手部衛生稽核模式，為利激發參與醫院執行人員新思維及新作法，特別於第二次品質提升課程安排「創新與突破思考：創新思維的方法與應用」，期望藉由業界講師的帶領之下，為參與醫院執行人員注入新的思考活力。

參與「推動門診、急診呼吸道衛生與咳嗽禮節」主題之問卷調查分析結果顯示，55.01%就醫民眾進入醫院會配戴口罩，有配戴口罩之就醫民眾中 81.36%之口罩為自備，配戴的口罩以外科口罩居多（61.44%）、紙口罩次多（24.04%）。依性別分析，女性進入醫院時配戴口罩之比率較高（58.16%）；依年齡分析，41~64 歲之就醫民眾進入醫院時較會配戴口罩（56.42%）；依看診科別分析，胸腔內科就醫民眾配戴口罩比率最高（57.86%）、急診居次（57.95%）。

67.99%就醫民眾在醫院內有看到宣導進入醫院主動戴口罩的海報或提醒，顯示推廣方式應更多元化。就醫民眾認知調查部分，高達 91.39%就醫民眾認為進入醫院需要配戴口罩，且 97.11%就醫民眾更認為有呼吸道症狀或發燒時需要配戴口罩。76.82%就醫民眾認為醫院需要主動提供口罩給有呼吸道症狀或發燒的病人。

參與「推動病人及家屬落實手部衛生」主題之問卷調查分析結果顯示，55.07%病人家屬有接受手部衛生教育訓練，洗手時機點而執行洗手動作以接觸病人血液體液大小便後（74.97%）最多、離開醫院前（72.83%）次之。52.49%病人家屬知道醫護人員執行手部衛生時所進行的洗手步驟，92.63%病人家屬知道病房內乾洗手設備之位置。

參與「推動照服員落實手部衛生」主題之問卷調查分析結果顯示

，經分析問卷調查結果，95.99%照服員有接受手部衛生教育訓練，洗手時機點而執行洗手動作以接觸病人血液體液大小便後（95.86%）最多、碰觸病人後（95.47%）次之。94.08%照服員知道醫護人員執行手部衛生時所進行的洗手步驟，99.74%照服員知道病房內乾洗手設備之位置。

第五章 結論與建議

第一節 結論

本計畫自決標日起至 11 月依據計畫總目標推行呼吸道衛生與手部衛生之推廣策略，除了參與醫院自行發展推行模式外，也進行其他相關課程之經驗講授分享及實地輔導交流等。本會彙整三主題之分析結果，內容如下：

(一) 推動門急診呼吸道衛生與咳嗽禮節

依據指標分析結果，應該戴口罩而有戴口罩之指標比率，介入前期之比率最低（35.18%）為區域醫院層級，經分析該層級之參與醫院以中部地區居多，其來院民眾大多數為年紀較長者，導致配戴口罩之行為遵從性較低；醫學中心層級之口罩配戴比率均於 50% 以上，經問卷調查結果分析此層級來院看診科別以急診為多，故於配戴口罩之行為遵從性較高；地區醫院雖於介入初期比率亦較低，惟透過醫院衛教宣導加強推廣提醒後，使其口罩之配戴率逐漸上升。

持續觀察整體指標中期變化，應該戴口罩而有戴口罩之指標比率整體逐漸攀升趨勢，並於流感期間民眾自發性戴口罩比率有效攀升至最高點（88.48%），顯示民眾對流感傳染途徑有正確認知，使戴口罩比率於流感期間上升至最高，因此民眾的正確認知將是影響行為改變因素之一，故藉由醫院推廣及搭配國內疫情進行民眾衛教，使民眾對口罩配戴之行為改變可於疫情爆發前預防。

於後期各層級醫院指標上升比率無大幅度之攀升，但均維持於 50% 以上，其指標比率呈現穩定的部份可能為資料收集的

時間過短，需要長期執行相關介入措施、監測與收集相關影響變項因子，方能呈現更明顯的成效變化。

綜觀整體口罩配戴率的落實度，相當程度受到疫情、季節、媒體宣導等影響，故運用疫情事件及大眾媒體傳播力量可以達到更有效益之民眾教育，未來對於民眾端之衛教計畫可強調適當時機（有呼吸道或發燒症狀者）配戴口罩之效果，並於疫情後期定期提供疫情資訊，使民眾持續採取預防行為。

（二）推動病人家屬參與落實手部衛生

針對病人家屬手部衛生之遵從率與正確率部分，分析不同層級間之區域性差異，於醫學中心之區域分布為北、中、南、東各 1 家參與醫院；南區醫學中心層級之手部衛生遵從率及正確率均大於中區，原因分析為手部衛生時機點之不同，於南區的醫學中心自行訂定手部衛生時機點其較符合該目標族群之落實，故其手部衛生之遵從率與正確率較容易達成；惟中區的醫學中心仍仿倣醫護人員手部衛生之 5 時機，導致病人家屬手部衛生之遵從率與正確率較低；針對病人家屬手部衛生時機部份目前並無制訂公版之時機點，故本計畫在 105 年度第 1 次專家小組會議上，由專家小組委員討論擬定建議病人家屬手部衛生時機點應視身份區分為探病者及長期陪病或病人自聘照顧人員（含本國或外國籍）之主要照顧者，如為「探病者」應以手部衛生認知宣導為主，時機點著重於進出病室前後、接觸病人前後，如為「主要照顧者」時機點之著重於進出病室前後、接觸病人前後、處理分泌物或排泄物後、準備食物及餵食前，並將其時機點提供予參與醫院參考。

區域醫院之分布在北部為 1 家、中部為 2 家，其北區之區域醫院遵從率較低於中區，惟正確率北區卻高於中區，其原因為中區之病人家屬實屬年邁或外籍照顧者居多，故於執行手部衛生之正確步驟有一定困難度，因缺乏屬於此目標族群之語言、文字等相關衛教宣導，惟少部份醫院自行設計製作多語言衛教宣導單張供病人家屬參閱。

地區醫院之分布，北區 2 家、中區 3 家、南區 1 家，其地區醫院之區域性部份較無顯著差異，分析結果皆因病人家屬之流動性大，導致短期內指標數據之呈現無法看出顯著成果，僅呈現小幅度之提升，因人力配置有限，較難做到病人家屬每輪替 1 次就個別執行衛教。

綜觀以上分析結果於整體而言，各層級醫院在介入初期病人家屬對於手部衛生之實際落實度甚低（遵從率介於 33.33%-50.00%）經過參與醫院規劃推行及介入推廣執行手部衛生之教育訓練、團體衛教及相關海報宣導等，持續觀察後期比率持續上升至 51.97%-100%之間，此說明教導病人家屬落實手部衛生之效益甚高，故針對病人家屬手部衛生，於未來推行時應預先將重點放在「洗手時機」之認知，就衛教方面應著重於二大面向，一為發展屬於目標族群之文字宣導，以利因應跨國籍別之推廣教育，二為訓練護理單位輔助人力（如志工、佐理員等）以分工方式持續進行手部衛生教育，並期望未來於病人家屬手部衛生之觀念與認知能持續落實於個人日常生活中，藉由提升病人家屬對於手部衛生的認知，進而提升醫療人員對自我手部衛生之重視，以培養國人手部衛生文化風氣。

(三) 推動照服員參與落實手部衛生之主題

針對照服員聘任可分為院內自聘或是與照服中心合作 2 種模式，如以院內自聘，其院方已將該職等人員視為醫療團隊成員一部份，對於照服員之管理及手部衛生相關教育已導入照服員照護訓練中，其相較於委外照服中心合作為單純，因院方可依院內規章制度加以規範、管理該等人員；於 13 家參與醫院中僅 1 家醫學中心層級之南區醫院以此方式聘任照服員，其在照服員手部衛生遵從率與正確率部分均已表現不錯。

大多數醫院之照服員均屬委外照服中心派任，故照服員的知識背景、認知差異等因素都將導致手部衛生政策難以落實，經由本計畫介入後，醫院有系統的將手部衛生納入與委外之照服中心合約條件中，並與照服中心共同檢視管理照服員之手部衛生教育訓練的規劃與執行，加強照服員於派任前需已具備手部衛生訓練與認證，另有關照服員手部衛生稽核時機點，於介入初期規劃由各參與醫院自行訂定照服員之稽核時機點，惟經實地輔導發現參與醫院仍以醫護人員 5 時機作為照服員之稽核方式，但照服員與醫護人員之洗手時機實屬不同照護流程，故於 105 年第 1 次專家小組會議由本計畫專家小組委員擬定符合照服員之手部衛生稽核時機點為進出病室前後、接觸病人前後、處理分泌物或排泄物後、準備食物及餵食前，並將其時機點提供予參與醫院作為照服員手部衛生稽核之參考。

有關照服員手部衛生執行稽核人員以病房單位護理人員、護理長抑或是照服中心主管共同監測，於實際照護過程中操作提醒及回覆示教等方式，導正照服員錯誤的手部衛生觀念，並

給予表現優異之照服員鼓勵與獎賞等正向回饋，依循此推行策略觀察介入期後手部衛生遵從率與正確率之指標比率持續上升至 80%-90%，顯示該職等人員對於手部衛生已有基礎認知，仍需透過更完整詳盡的教育訓練，使其照服員之手部衛生遵從率與正確率可持續上升至 100%。另依據 WHO 的建議，手部衛生須持續至少 5 年的改善，才能讓手部衛生形成文化及習慣，故於未來建議制定公版之手部衛生之稽核時機，每年依據此稽核時機進行資料分析及改善，以確保照服員管理之品質及落實手部衛生的推動在醫療照護的所有環節更臻完善。

綜觀本計畫於 104 年度之推行重點在於各參與醫院之推廣策略發展，105 年度之重點在於參與醫院已發展之推行模式維持及內化，為集結不同創新推行模式使各參與醫院發展結合外在環境與院方文化之推行策略，為使未來成功推行相關議題，有幾個關鍵可供參考：

1. 院方高階主管的支持：計畫推行不是一、二天就可完成，其過程可能所費不貲，更會造成院方同仁的作業習慣、工作流程有所變動，所以高階主管的支持與否，常是計畫推行成敗的重要關鍵。
2. 執行團隊的積極推行：執行人員並不是侷限在醫院的特定同仁身上，必須要將全院同仁都納入這個推行範圍內，若只是單一人員積極推行，將不容易推展成功。
3. 跨部門的強力配合：由於執行團隊大部份實屬同一單位，在推行過程中，不論是系統性改變、教育訓練、場所標示等，都需跨部門的協助與配合，得以創造院內推廣風氣。

4. 完備的系統改變：推廣一個新計畫，在系統性改變是非常重要的且基本的部份，除了完善的設備及人力配置，也必須讓所有執行團隊接受訓練，使其更了解計畫之推行宗旨。
5. 推行之策略與作業流程能配合運作：系統性的改變會使醫院的作業流程有所變動，醫院最好能重新規劃作業流程或是將新的推行策略導入既有的作業流程中，以達到推行之效益。
6. 執行團隊與推廣之目標族群的溝通：為了讓推行策略更接近推廣之目標族群生活中，必須要以目標族群角度出發，瞭解他們的文化背景及慣用語彙等，以做差異性之推行策略。
7. 階段性的進行：必須考量如何配合院方文化，以及當地風俗民情之推行策略，以符合日常化、生活化、可近性之推廣。

第二節 建議

本年度是此先驅計畫的第二年，計畫執行與推廣過程艱辛，但經由專家小組委員與各參與醫院之共同努力、交流及改善，使其計畫推行策略與發展方向更臻完善。關於未來計畫之規劃與推廣，提出建議如下：

一、 呼吸道衛生與咳嗽禮節

- (一) 政策面：於辦理實地輔導發現參與「門急診呼吸道衛生與咳嗽禮節」之人形立牌有助於醫院宣導推廣呼吸道衛生之教具，惟礙於參與醫院經費限制問題，建議主管機關統一製作公版（如手部衛生代言人-藍正龍），以使計畫更能擴大推廣宣導。
- (二) 醫院面：醫療院可設置裝置藝術以吸引民眾之注目，並藉此提醒民眾於需要戴口罩時機自發性的配戴口罩。

二、 參與落實手部衛生

- (一) 政策面：針對病人家屬與照服員之手部衛生稽核時機點，惟考量病人家屬與照服員皆不屬醫療人員，故無法以醫療人員之洗手 5 時機作為稽核標準，建議後續推廣此相關議程可預先將以目標族群之角度來發展其手部衛生執行時機點；惟目前手部衛生衛教資源多為中文版，無法因應此目標族群的多國籍別推廣，故建議應由主管機關提供多國語言之公版衛教宣導教材，以利後續持續推廣手部衛生教育。
- (二) 醫院面：為讓病人家屬與照服員對於手部衛生之遵從率提升，建議醫院可針對實際情境模擬的方式及洗手體驗箱的實際體驗，促使衛教宣導更生活化，以利病人家屬與照服員皆能養成手部衛生之習慣，並將此習慣帶入個人生活中，以培養國人的手部衛生風氣。

第六章 重要研究成果及具體建議

一、計畫之新發現或新發明

因本計畫需瞭解就醫民眾及照服員對於呼吸道衛生與手部衛生之認知程度，故依據專家小組會議決議設計3款問卷調查、7種監測指標（應戴而有戴口罩之比率、應戴而未戴口罩之比率、進入門急診而有戴口罩之比率、經監視器/人工計算戴口罩之比率、洗手遵從率、洗手正確率）；於推廣病人家屬與照服員手部衛生之問卷調查內容，為因應推廣之目標族群多國籍別，故另設計3版外語（英文、印尼文、越南文）問卷予協助參與醫院於推廣執行上運用。

針對各主題各層級發展之推廣策略工具（如醫院自行設計之推廣海報、創意文宣、衛教教材等）供同儕醫院及未來政策推廣之參考。

二、計畫對民眾具教育宣導之成果

（一）「推動門診、急診呼吸道衛生與咳嗽禮節」

問卷調查結果分析得知，應戴而未戴口罩之比率皆有所下降、且進入門急診而有戴口罩之比率均有緩慢上升，又以流感發生期間比率最高；依據以上結果顯示透過醫院系統改變日常化、衛教宣導生活化、場所標示可近性等積極推廣宣導，使民眾提升對於戴口罩之時機的認知與遵從並逐漸認同呼吸道衛生禮節，在適當時機戴口罩來保護自己與他人。惟習慣養成並非一蹴可幾，呼吸道衛生與咳嗽禮節習慣的養成，如同過去推動手部衛生一樣，仍需要醫院長期且持續加強就醫民眾呼吸道衛生與咳嗽禮儀之衛生教育，方能真正落實。

（二）「推動病人家屬和照服員落實手部衛生」

依指標數據分析得知，病人家屬之洗手遵從率及正確率均有上

升趨勢，其表示病人家屬之手部衛生教育訓練於短期內經醫院積極衛教宣導、另將其納入住院環境介紹流程中以及不定期於院內舉辦手部衛生團體衛教、洗手體驗箱等，皆已達提升病人家屬對手部衛生認知之效益；惟針對病人家屬之洗手時機目前尚無製訂公版本，建議未來如持續推廣病人家屬手部衛生相關業務，應預先製訂符合病人家屬執行手部衛生之公版時機點，並將對病人家屬手部衛生之衛教列入照護常規運作中，長期下來將可深入民眾觀念，期許民眾皆能有正確洗手知識與習慣。

(三)「推動照服員落實手部衛生」

整體來看，照服員的洗手遵從率及正確率在計畫介入前後皆穩定維持於 80%至 90%之間，並無大幅度之提升。但就個別執行之醫院，因為有本計畫的支持與要求，醫院開始重視，並有系統的針對照服員(包含自聘與委外合作廠商)進行手部衛生教育與監測，並與照服中心共同管理規劃照服員手部衛生相關教育以及訂定適當的評估與獎勵機制，以利從制度面進行改善，經彙整發現至少有 5 家參與醫院都獲得不錯的進步，主要為醫院建立明確的要求且提供完整詳盡的教育訓練，並持之以恆，相信此是推動照服員手部衛生衛生成功最重要的因素。

第七章 參考文獻

重要參考文獻：依一般科學論文之參考文獻撰寫方式，列出所引用之參考文獻，並於計畫內容引用處標註之。

1. 衛生福利部(2014)。醫療機構執行感染控制措施及查核辦法。瀏覽日期 (2014 年 9 月 12 日)。
2. 摘自：
<http://www.rootlaw.com.tw/LawContent.aspx?LawID=A040170060002800-1030109>
3. World Health Organization (2011). Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide(Available at:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501507_eng.pdf,
accessed September 2014
4. Allegranzi, B., Nejad, S.B., Combescure, C., Graafmans, W., Attar, H., Donaldson, L., & Pittet, D.(211). Burden of endemic health-care-associated infection in developing countries: systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 377, 228-241.
5. 衛生福利部疾病管制署。醫療照護相關感染監測定義。瀏覽日期 (2014 年9月12日)。摘自：<http://www.nics.org.tw/upload/qaafile/file1.pdf>
6. 衛生福利部疾病管制署。專業版-傳染病介紹 SARS。瀏覽日期 (2014 年 9 月 11 日)。摘自：
<http://www.cdc.gov.tw/professional/ThemaNet.aspx?treeid=82CE806A312CEFEC&nowtreeid=8492F8C1FB0475D6&did=623>
7. 蔡睦宗、蔡敬屏、陳郁慧、謝思民。H1N1 新型流感。瀏覽日期 (2014 年 9 月 11 日)。摘自：
<http://www.google.com/url?url=http://www.cdc.gov.tw/professional/info.aspx%3Ftreeid%3Dbeac9c103df952c4%26nowtreeid%3D7257783aebcaa050%>

26tid%3D3CA29954E6CA107F&rct=j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ei=-xoR
VJbqKYry8QW4-oHYBg&ved=0CEMQFjAH&sig2=KBPe5XJvmF48FyzF
R5GYLw&usg=AFQjCNE81Z3lk7oSBe5CdPzHO110wS8lGw

8. 衛生福利部疾病管制署。專業版-傳染病介紹新型 A 型流感。瀏覽日期 (2014 年 9 月 11 日)。摘自：
<http://www.cdc.gov.tw/professional/ThemaNet.aspx?treeid=BEAC9C103DF952C4&nowtreeid=22FCC15DA1A84CAC&did=754>
9. World Health Organization. Influenza. 瀏覽日期 (2014 年 9 月 11 日)。摘自：
<http://www.who.int/immunization/topics/influenza/en/>
10. World Health Organization(2009). WHO guidelines on hand hygiene in health care
11. Longtin, Y., Sax, H., Leape, L. L., Sheridan, S. E., Donaldson, L., & Pittet, D.(2010). Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clin Proc.* 85(1). 53-62.
12. Implementation of the International Health Regulations (2005). Report of the Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations (2005) in Relation to Pandemic (H1N1) 2009. Geneva, World Health Organization, 2011. (Available at:
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_10-en.pdf, accessed September 2014.)
13. World Health Organization(2013). Pandemic Influenza Risk Management WHO Interim Guidance. (Available
at:http://www.who.int/influenza/preparedness/pandemic/GIP_PandemicInfluenzaRiskManagementInterimGuidance_Jun2013.pdf, accessed September 2014.)
14. 世界衛生組織(2009)。執行手衛生的原因、方法和時間手冊。瀏覽日期 (2014 年 9 月 18 日)。摘自：
http://www.who.int/gpsc/5may/tools/Why-How-When-brochure_Chinese.pdf

15. Larson E., & Killien, M.(1982). Factors influencing handwashing behavior of patient care personnel. *American Journal of Infection Control*, 10, 93–99.
16. Pittet, D., Mourouga, P., & Perneger, T.V.(1999). Compliance with handwashing in a teaching hospital. *Annals of Internal Medicine*, 130, 126–130.
17. Conly, J.M. et al(1989). Handwashing practices in an intensive care unit: the effects of an educational program and its relationship to infection rates. *American Journal of Infection Control*, 17, 330–339.
18. Dubbert, P.M. et al(1990). Increasing ICU staff handwashing: effects of education and group feedback. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 11, 191–193.
19. Larson, E., & Kretzer, E.K.(1995). Compliance with handwashing and barrier precautions. *Journal of Hospital Infection*, 30(Suppl.), 88–106.
20. Sproat, L.J., & Inglis, T.J.(1994). A multicentre survey of hand hygiene practice in intensive care units. *Journal of Hospital Infection*, 26 ,137–148.
21. Kretzer, E.K., & Larson, E.L.(1998). Behavioral interventions to improve infection control practices. *American Journal of Infection Control*, 26, 245–253.
22. Whitby, M., McLaws, M.L., & Ross, R.W.(2006). Why healthcare workers don't wash their hands: a behavioral explanation. *Infection Control Hospital Epidemiology*, 27, 484–492.
23. O'Boyle, C.A., Henly, S.J., & Larson, E.(2001). Understanding adherence to hand hygiene recommendations: the theory of planned behavior. *American Journal of Infection Control*, 29, 352–360.
24. Pessoa-Silva, C.L. et al.(2005) Attitudes and perceptions toward hand hygiene among healthcare workers caring for critically ill neonates. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 26, 305–311.
25. Sax, H. et al.(2007). Determinants of good adherence to hand hygiene among

healthcare workers who have extensive exposure to hand hygiene campaigns.
Infection Control and Hospital Epidemiology, 28, 1267–1

