

衛生福利部公告

中華民國113年2月23日

衛授疾字第1130500088號

主 旨：公告「113年度醫院感染管制查核基準」，如附件。

依 據：傳染病防治法第三十二條、醫療機構執行感染管制措施及查核辦法第十六條。

113 年度醫院感染管制查核基準

可選	項次	查核基準	評分說明
	1	<p>落實執行感染管制措施 成立感染管制會，有定期開會並有紀錄，且確實執行會議決議事項</p>	<p>符合項目： 1. 設有感染管制會(以下簡稱感管會)，具有組織章程及成員資料備查。感管會主席為醫院主管(院長或副院長，且為醫師)；成員至少應包含內科、外科、急診部門、行政部門、職安部門、護理部門、醫檢部門等代表，如有設置中醫、牙科部門亦須納入。 2. 感管會負責醫院內感染管制政策擬定及督導事宜，至少每3個月召開一次會議並有會議紀錄備查；會議紀錄均由院長批示，且決議事項均照會相關單位執行。 3. 醫院需訂有感染管制年度工作計畫(program)及執行情形，包括前次查核不符合事項改善情形及建議事項採情形與相關因應策略，應提交感管會報告，監督執行情形。 優良項目：(達成符合項目，且下述項目需全部達成) 1. 感管會成員中有1位曾接受流行病學訓練者。 2. 依醫院規模、特殊疫情或院內發生突發感染事件等，適當增加開會之頻率。</p>
	1.1		<p>評量方法及建議佐證資料： 1. 感管會組織章程及成員資料。(符合) 2. 感管會會議紀錄。(符合/優良) 3. 感管會年度工作計畫(program)及執行情形(符合) 4. 前次查核不符合事項改善情形及建議事項採情形。(符合) 5. 流行病學訓練相關證明。(優良) 6. 增加臨時加開之開會會議紀錄。(優良)</p>
	1.2	<p>應設立感染管制單位，聘有合格且足夠之感染管制人力負責業務推行</p>	<p>符合項目： 1. 設有感染管制部門，應明訂工作職責及組織圖之定位，並對感染管制部門的業務執行，在經費、人力、空間及資訊需求都能有實質的支援。 2. 依規定置有下列人員，負責感染管制業務推行： (1) 總床數500床以上：每500床應有接受感染症醫學訓練之專任專科醫師1人以上；每300床應有專任感染管制護理人員1人以上；全院專責感染管制醫檢人員1人以上。 (2) 總床數300床以上499床以下：全院應有專責醫師1人以上且聘有1名接受感染症</p>

可選	項次	查核基準	評分說明
			<p>【精神科醫院適用以下標準】</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 設有感染管制部門，應明訂工作職責及組織圖之定位，並對感染管制部門的業務執行，在經費、人力、空間及資訊需求都能有實質的支援。 置有下列人員，負責感染管制業務推行： <ol style="list-style-type: none"> 總床數 500 床以上：全院應有專責醫師 1 人以上且聘有 1 名接受感染醫學訓練之兼任專科醫師；每 300 床應有專任感染管制護理人員 1 人以上。 總床數 300 床以上 499 床以下：全院應有專責醫師 1 人以上；每 300 床應有專任感染管制護理人員 1 人以上。 總床數 299 床以下：全院應有專責醫師 1 人以上及專責護理人員 1 人以上。 負責感染管制業務人員前一年參加專業學會認可之感染管制訓練需達 20 學分以上。 <p>優良項目：（達成符合項目，且下述項目需全部達成）</p> <ol style="list-style-type: none"> 感染管制部門為直接隸屬於院本部（院長室）下的獨立單位。 增加感染管制單位人力配置，負責感染管制業務推行： <ol style="list-style-type: none"> 總床數 500 床以上：全院聘有 1 名接受感染醫學訓練之專任專科醫師；每 250 床聘有專任感染管制護理人員 1 人以上。 總床數 300 床以上 499 床以下：全院聘有 1 名以上接受感染醫學訓練之兼任專科醫師協同專責醫師推動感染管制業務；每 250 床聘有專任感染管制護理人員 1 人以上。 總床數 299 床以下：全院聘有專任感染管制護理人員。 <p>【註】</p> <p>床數之計算係指醫事管理系統登錄開放之總病床數；若受評機構為合併評鑑之醫院，此處感染管制人員數之計算係採本院與合併院區或分院於醫事管理系統登錄開放之總病床數加總列計。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 感染管制部門工作職責及組織圖之定位。(符合) 醫院對於感染管制所執行的實質支援紀錄。(符合) 感染專科醫師證書、學分證明及執業登記相關資料。(符合/優良)

可選	項次	查核基準	評分說明
			<p>4. 感管制師 (護理師、醫檢師) 證書、學分證明及執業登記相關資料。(符合/優良)</p> <p>5. 兼任感染症專科醫師聘書及衛生單位之支援報備相關證明。(符合/優良)</p>
1.3	<p>更新感管制手冊，並辦教育訓練使員工落實執行；定期收集國際疫情傳達員工知悉</p>	<p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 制訂感管制手冊(設有牙醫及中醫部門者需納入)並定期修訂；手冊應記述具體感管制策及相關人員的感處特性，訂定如：侵入性醫療處置組合式照護、陪病及探病、院內用餐、購物環境或商店街、兒童遊戲區域等感管制措施；並提供給相關部門，且依部門及工作人員特性提供相關教育訓練，使工作人員清楚各項感管制措施且落實執行。 2. 手冊記載標準防護措施(standard precaution)，含不同感途徑之防護措施，如：空氣傳染、飛沫傳染、接觸傳染等。 3. 感管制部門人員能定期利用文獻檢索或網際網路，取得最新疫情資訊，並傳達醫院各單位；工作人員清楚知道可從何處獲得最新感管制相關資訊。 4. 訂有完整的員工感管制教育訓練計畫，包含在職教育及職前教育訓練時數和時程表。因應國內外疫情訂有新興與再浮現傳染病之防治教育訓練計畫。 <p>優良項目：(達成符合項目，且下述項目需全部達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 有專人定期蒐集國內外感管制的相關規定，參考有科學根據之建議事項，並依據醫院特性，適時訂定或修訂感管制手冊。 2. 規劃網路資訊平台定期更新傳染病與感管制相關資訊。針對感管制措施執行情形有定期評核及改善作為。 3. 醫院全院員工(含外包工作人員)感管制教育訓練活動內容品質良好，紀錄詳實，且有測驗機制，確認人員之在職教育及職前教育訓練成效良好。 	
			<p>[註]</p> <p>科學根據定義如：衛生福利部疾病管制署公布之指引與工作手冊、其他國際組織(如：WHO)、國家衛生部門或國內外專業學會等公布之相關指引與建議、相關文獻(如：MMWR)等。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 感管制查核督導紀錄(含組合式照護等感管制措施之遵從性稽核評估、相關改善方案的執行紀錄及成果等)。(符合)

可選	項次	查核基準	評分說明
		<p>2. 侵入性醫療感染管制標準作業程序。(符合)</p> <p>3. 年度員工在職及新進人員感染管制教育訓練(包含新興與再浮現傳染病防治教育訓練)。(符合)</p> <p>4. 感染管制手冊(含牙醫及中醫感染管制作業程序)。(符合/優良)</p> <p>5. 最新疫情資訊或感染管制相關網路資訊平台。(符合/優良)</p> <p>6. 員工教育訓練測驗機制與評量紀錄。(優良)</p> <p>【精神科醫院適用以下標準】</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 制訂感染管制手冊並定期修訂；手冊應記述具體感染管制對策及相關人員的感染處理對策，針對醫院服務特性，訂定如：侵入性醫療處置組合式照護、陪病及探病、院內用餐、購物環境等感染管制措施；並提供給相關部門，使工作人員清楚各項感染管制措施且落實執行。 2. 感染管制部門人員能定期利用文獻檢索或網際網路，取得最新疫情資訊，並傳達醫院各單位，工作人員清楚知道可從何處獲得最新感染管制相關資訊。 3. 訂有完整的員工感染管制教育訓練計畫，包含在職教育與職前教育訓練時數和時程表，以及因應國內外重要疫情或新興與再浮現傳染病之防治教育訓練計畫。 <p>優良項目：(達成符合項目，且下述項目需全部達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 有專人定期蒐集國內外感染管制的相關規定，參考有科學根據之建議事項，並依據醫院特性，適時訂定或修訂感染管制手冊。 2. 規劃網路資訊平台定期更新傳染病與感染管制相關資訊。針對感染管制措施執行情形有定期評核及改善作為。 3. 醫院全院員工(含外包工作人員)感染管制教育訓練活動內容品質良好，紀錄詳實，且有測驗機制，確認人員之在職教育及職前教育訓練成效良好。 <p>【註】 科學根據定義如：衛生福利部疾病管制署公布之指引與工作手冊、其他國際組織(如：WHO)、國家衛生部門或國內外專業學會等公布之相關指引與建議、相關文獻(如：MMWR)等。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p>	

可選	項次	查核基準	評分說明
			<p>管制查核督導紀錄(含組合式照護等感染管制措施的遵從性稽核評估、相關改善方案的執行紀錄及成果等)。(符合)</p> <p>2. 侵入性醫療感染管制標準作業程序。(符合)</p> <p>3. 年度員工在職及新進人員感染管制教育訓練(包含新興與再浮現傳染病防治教育訓練)。(符合)</p> <p>4. 感染管制手冊。(符合/優良)</p> <p>5. 最新疫情資訊或感染管制相關網路資訊平台。(符合/優良)</p> <p>6. 員工教育訓練測驗機制與評量紀錄。(優良)</p>
1.4	院內應有充足且適當之洗手設備，訂有手部衛生作業程序且有管控與稽核機制	<p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 濕洗手設備之位置及數量合乎實際需要且功能良好，並於濕洗手設備旁有正確洗手步驟之標示。 2. 醫療照護相關單位濕洗手設備應設置非手控式水龍頭，如：肘動式、踏板式或感應式水龍頭等，並備有液態皂、手部消毒劑及擦手紙，或備有具去污作用之手部消毒劑及擦手紙。 3. 備有方便可及、數量足夠且功能良好之酒精性乾性洗手液(得採固定裝置或隨身瓶)，如：公共區域(醫院民眾出入口、電梯等候區、掛號櫃檯等)、急診、門診及重要節點等。 4. 醫療照護人員在：(1)接觸病人之前、(2)執行清潔/無菌操作技術之前、(3)有暴露病人體液風險之後、(4)接觸病人之後、(5)接觸病人週遭環境之後，應確實洗手(洗手可包括乾洗手)。 5. 訂有手部衛生稽核機制，定期稽核手部衛生遵從性及正確性等指標，手部衛生遵從性應達80%、正確性應達70%，稽核結果回饋受稽核單位，並留有紀錄備查。 <p>優良項目：(達成符合項目，且下述項目需全部達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 由副院長級以上主管推動全院手部衛生運動或臨床單位曾以品管手法，如：品管圈、標準學習、專案改善等方式推動手部衛生。 2. 提報手部衛生正確率與遵從率，並進行分析檢討改進。 3. 使用資訊系統或輔助機制提升手部衛生成效。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 擦手紙、手部消毒劑及酒精性乾性洗手液的採購量和使用量的統計資料。(符合) 	

可選	項次	查核基準	評分說明
			<p>2. 手部衛生遵從性及正確性、洗手設備完整性及功能性等稽核紀錄。(符合)</p> <p>3. 以品管手法推動者應有完整的執行方案與成果報告等資料。(優良)</p> <p>4. 院務層級會議紀錄或全院發表資料。(優良)</p> <p>5. 資訊系統或輔助機制提升手部衛生成效相關資料。(優良)</p>
1.5	<p>應訂有合適之隔離措施及動線規劃，且訂有大規模感染事件發生之應變計畫，並確實執行</p>	<p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 急診、門診就醫病人分流機制及就診動線規劃適當，且張貼明顯告示，提醒就醫民眾與陪病者，出入醫療院所應佩戴口罩，並有協助未佩戴口罩就診病人佩戴口罩之措施。 2. 對急診檢傷病人及發燒或疑似感染之門診病人有詢問並記錄旅遊史 (travel history)、職業別 (occupation)、接觸史 (contact history) 及是否群聚 (cluster) 之機制。 3. 依感染風險訂定適當的個人防護裝備 (personal protection equipments, PPE) 使用標準，如：急救插管及不明原因發燒病人等不同狀況的個人防護裝備，且第一線工作人員均瞭解；門診、急診、加護病房及負壓隔離病房定期辦理PPE教育訓練(含實際穿脫演練及密度測試)。 4. 訂有疑似或確定傳染病個案之分流、隔離措施及接觸者疫調追蹤標準作業程序；收治疑似或確定傳染病病人，其病人運送、人員(包含醫護人員及環境清潔等相關工作人員)穿脫PPE進出及廢棄物清理之動線規劃適當，並有適當的配套處理措施。若有負壓隔離病房，應能明確顯示負壓狀況及負壓值，並有維護保養檢測紀錄。 5. 訂定新興傳染病疫情或大規模感染事件發生之應變計畫，並定期更新，計畫內容應包含收治隔離措施、後送機制、擬定支援單位及人員的原則及序位、疑似個案監測、清潔與消毒、緊急關閉、清空計畫、院內群聚事件作業規範、持續營運計畫，並辦理實地或桌上演練；如有新興傳染病疫情或大規模感染事件發生時，應依照衛生主管單位的最新規定，執行防疫措施及動線規劃。 6. 於發生新興傳染病疫情或大規模感染事件(含院內群聚事件)時，針對疑似或確定傳染病之住院病人訂有分流機制，且住院服務落實良好動線規劃。 7. 建立因應新興傳染病疫情或院內發生大規模感染事件成立應變團隊機制，並定期更新，由院內跨部門組成團隊，醫院主管(院長)擔任應變團隊召集人。(新增) <p>優良項目：(達成符合項目，且下述項目需全部達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 擬定及執行新興傳染病疫情或大規模感染事件(含院內群聚事件)發生時，支援單位及人 	

可選	項次	查核基準	評分說明
			<p>員的訓練課程及受訓計畫。</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. 主動協助社區內其他醫療院所及人口密集機構(含照護機構)等單位之感染管制及新興傳染疾病之病人收治，並協助防疫工作。(113年試評項目) 3. 確實執行並定期檢討修訂相關機制及因應措施。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 因應不同狀況病人之個人防護裝備標準及教育訓練紀錄。(符合) 2. 急診就診流程和急診檢傷詢問病人TOCC之機制與紀錄。(符合) 3. 門診發燒或有疑似感染症狀病人的標準處置作業流程與TOCC詢問紀錄。(符合) 4. 疑似或確定之傳染病個案隔離措施及接觸者疫調追蹤標準作業。(符合) 5. 醫院因應新興傳染病疫情或大規模感染事件之應變計畫、會議紀錄及實地或桌上演練紀錄。(符合) 6. 疑似或確定傳染病住院病人分流機制及動線規劃作業原則或紀錄。(符合) 7. 因應新興傳染病疫情或院內發生大規模感染事件成立應變團隊之機制及更新紀錄。(符合) 8. 負壓隔離房檢測/維護紀錄。(符合) 9. 新興傳染病疫情或大規模感染事件應變計畫支援人力名冊及在職教育紀錄。(優良) 10. 與照護機構訂定之感染管制服務合約、照護機構感染管制人員實務訓練計畫或社區防疫工作紀錄。(優良) <p>【精神科醫院適用以下標準】</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 急診、門診就醫病人分流機制及就診動線規劃適當，且張貼明顯告示，提醒就醫民眾與陪病者，出入醫療院所應佩戴口罩，並有協助未佩戴口罩就診病人佩戴口罩之措施。 2. 對急診檢傷病人及發燒或疑似感染之門診病人有詢問並記錄旅遊史 (travel history)、職業別 (occupation)、接觸史 (contact history) 及是否群聚 (cluster) 之機制。 3. 依感染風險訂定適當的個人防護裝備 (personal protection equipments, PPE) 使用標準，如：急救插管及不明原因發燒病人等不同狀況的個人防護裝備，且第一線工作人員均瞭解；並定期辦理PPE教育訓練(含實際穿脫演練及密合度測試)。 4. 訂有疑似或確定傳染病個案之分流、隔離措施及接觸者疫調追蹤標準作業程序；收治疑

可選	項次	查核基準	評分說明
			<p>似或確定傳染病病人，其病人運送、人員(包含醫護人員及環境清潔等相關工作人員)穿脫PPE進出及廢棄物清理之動線規劃適當，並有適當的配套處理措施。</p> <p>5. 訂定新興傳染病疫情或大規模感染事件發生之應變計畫，並定期更新，計畫內容應包含收治隔離措施、後送機制、擬定支援單位及人員的原則及序位、疑似個案監測、清潔與消毒、緊急關閉、清空計畫、院內群聚事件作業規範、持續營運計畫，並辦理實地或桌上演練；如有新興傳染病疫情或大規模感染事件發生時，應依照衛生主管單位的最新規定，執行防疫措施及動線規劃。</p> <p>6. 於發生新興傳染病疫情或大規模感染事件(含院內群聚事件)時，針對疑似或確定傳染病之住院病人訂有分流機制，且住院服務落實良好動線規劃。(新增)</p> <p>7. 建立因應新興傳染病疫情或院內發生大規模感染事件成立應變團隊機制，並定期更新，由院內跨部門組成團隊，醫院主管(院長)擔任應變團隊召集人。(新增)</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 擬定及執行新興傳染病疫情或大規模感染事件(含院內群聚事件)發生時，支援單位及人員的訓練課程及受訓計畫。 確實執行並定期檢討修訂相關機制及因應措施。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 因應不同狀況病人之個人防護裝備標準及教育訓練紀錄。(符合) 急診發燒或有疑似感染傷詢問病人TOCC之機制與紀錄。(符合) 門診發燒或有疑似感染症狀病人的標準處置作業流程與TOCC詢問紀錄。(符合) 疑似或確定之傳染病個案隔離措施及接觸者疫調追蹤標準作業。(符合) 醫院因應新興傳染病疫情或大規模感染事件之應變計畫、會議紀錄及實地或桌上演練紀錄。(符合) 疑似或確定傳染病住院病人分流機制及動線規劃作業原則或紀錄。(符合) 因應新興傳染病疫情或院內發生大規模感染事件成立應變團隊之機制及更新紀錄。(符合) 新興傳染病疫情或大規模感染事件應變計畫支援人力名冊及在職教育紀錄。(優良)
1.6	定期對醫療照護相關感染的發生及其動向開會	<p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 依醫院之機能及規模，能掌握手術部位感染率、加護病房等重症單位之血流感染、泌尿 	

可選	項次	查核基準	評分說明
	<p>檢討分析，並訂定改善方案</p>	<p>道感染、肺炎及侵入性導管相關感染密度等重要指標。 2. 明確訂定迅速察知病房的菌種變化機制，並且採取因應措施。 3. 定期於院內感染管制會報告監測成果，且感染管制指標及感染個案能回饋相關醫護人員，以致力於改善措施，並制訂具體的改善方案且確實實施。 4. 訂有院內感染或群突發感染發生之危機處理標準作業流程，並針對發生之院內群聚或群突發感染事件有調查處理報告。 5. 將醫療照護相關感染資料通報至疾病管制署台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統。 (醫學中心/準醫學中心/區域醫院/地區醫院適用，本項底線處為113年試評項目)</p> <p>優良項目：(達成符合項目，且下述項目需全部達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 確實分析數據及感染個案發生的原因，並定期檢討修訂相關機制、對應措施、感染指標種類等。 2. 落實執行修訂之方案或改善計畫。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 醫療照護相關感染的統計報表。(符合/優良) 2. 院內群聚或群突發感染發生之處理標準作業流程及調查處理報告。(符合) 3. 疾病管制署台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統的通報統計表。(符合) 4. 院內發生之感染群突發事件改善計畫。(優良) <p>【精神科醫院適用以下標準】</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 應建置感染管制監測機制，依醫院之機能及規模，能掌握結核病、疥瘡、食物中毒、腹瀉、發燒、抗生菌素管制、傳染病疫情等重要感染指標。 2. 應每個月統計及分析院內感染事件，並留存各種報表、呈核紀錄及改善成效。 3. 定期於院內感染管制會報告監測成果。 4. 訂有院內群聚或群突發感染發生之危機處理標準作業流程，並針對發生之院內群聚或群突發感染事件有調查處理報告；若遇群聚感染院方無法處理時，有尋求協助之應變機制。 <p>優良項目：(達成符合項目，且下述項目需全部達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 確實分析數據及感染個案發生的原因，並定期檢討修訂相關機制、對應措施、感染指標 	

可選	項次	查核基準	評分說明
			<p>種類等。</p> <p>2. 將醫療照護相關感染資料通報至疾病管制署台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統。</p> <p>3. 落實執行修訂之方案或改善計畫。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1. 醫療照護相關感染的統計報表。(符合/優良)</p> <p>2. 院內群聚或群突發感染發生之處理標準作業流程及調查處理報告。(符合)</p> <p>3. 疾病管制署台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統的通報統計表。(優良)</p> <p>4. 院內發生之感染群突發事件改善計畫。(優良)</p>
	1.7	落實安全注射行為	<p>符合項目：</p> <p>1. 以無菌操作技術在清潔乾淨區域準備注射藥品；應使用新的注射針和針筒進入藥瓶抽取藥品，不可將針頭留置於藥瓶上重複抽取藥品，且病人使用過注射針和針筒不可重複使用。</p> <p>2. 注射針、針筒、注射藥品使用的管路(tubing)和轉接器(connector)等，只能使用於單一病人。</p> <p>3. 單一劑量包裝或單次使用的小瓶裝、安瓿裝、瓶裝、袋裝靜脈注射藥品僅限單一病人使用。</p> <p>4. 多劑量包裝的藥品在開封後應標註日期（開封日與到期日）及存放於適當環境，並應依廠商說明使用，超過開封後可使用期限應立即丟棄；若廠商說明書未載明開封後可使用期限，則最長不可超過 28 天。</p> <p>5. 多劑量包裝藥品如果要提供不只一位病人使用，應集中存放在清潔乾淨區，避免交叉汙染。</p>
	2	確實執行衛材之清潔、消毒、滅菌及環境清潔	
	2.1	確實執行衛材、器械、機器與內視鏡之清潔、消毒及滅菌管理	<p>符合項目：</p> <p>1. 自行執行衛材、器械、機器與內視鏡之滅菌及清潔者（設有牙醫及中醫部門者須納入）：</p> <p>(1)各類物品之清洗、包裝、消毒、滅菌及有效期間均訂有標準。</p> <p>(2)處理物品時，工作人員需穿戴適當的個人防護裝備。</p>

可選	項次	查核基準	評分說明
			<p>(3)自行滅菌之衛材包、器械包，每包內側及外側均應有化學性指示劑（如：包外化學指示劑、包內化學指示劑）及標示滅菌日期且日期有效日期，並讓使用者知悉。（本項底線處為 113 年試評項目）</p> <p>(4)以高壓蒸氣滅菌時，生物指示劑至少每週施行 1 次，若為抽真空式滅菌器，抽真空測試應每個開鍋日施行，並有紀錄可查。</p> <p>(5)環氧乙烷（ethylene oxide gas, EO）滅菌時，每鍋次均使用生物指示劑（如：快速判讀生物培養苗），設置場所應有 EO 濃度監測儀或警示儀（detector），以防止 EO 外洩並能及時處理。</p> <p>(6)電漿鍋依滅菌監測感測管制措施指引進行監測並有相關紀錄。</p> <p>(7)滅菌過程發生異常，應有相關處理規範(含回收機制)。</p> <p>(8)消毒/滅菌相關設備應制訂維護保養規範並定期保養，若發生故障時，可迅速處理；且留存保養及維修紀錄備查。</p> <p>(9)軟式內視鏡（包括腸胃鏡、氣管鏡等）相關器械、設備之清洗消毒或滅菌及儲存訂有標準作業流程，並由專人負責且確實執行。</p> <p>(10) 依照說明書建議監測軟式內視鏡等相關器械、設備之清洗消毒液有效濃度，並有紀錄。</p> <p>2. 消毒/滅菌過的物品應保管於清潔且空調較佳處之架子上或有門扇之櫥櫃內；並依物品名稱及消毒先後適當置放；消毒/滅菌過的物品需使用清潔並加蓋之推車搬運及配送（消毒/滅菌物品和回收物品之置放車要區分）。</p> <p>3. 衛材、器械之滅菌業務外包，或租賃手術器械，應妥善監控品質、設有管理辦法及進行例行性稽查，並有紀錄備查。</p> <p>4. 各項監測有持續性紀錄；且工作人員清楚各項指標意義及處理異常情況。</p> <p>優良項目：（達成符合項目，且下述項目需全部達成）</p> <p>1. 訂有立即使用器械緊急需要時使用，醫材於滅菌完成後立即使用且紀錄詳實（含：器械使用狀況、手術日期、病人資料、追蹤狀況等）。</p> <p>2. 定期檢討及分析消毒/滅菌過程（含內視鏡清洗消毒作業）或外包業務（含租賃手術器械），如有異常情況應進行檢討及改善。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p>

可選	項次	查核基準	評分說明
			<p>1. 供應室以外之消毒/滅菌物品(含採購之無菌耗材)集中貯存區溫濕度監測紀錄。(符合)</p> <p>2. 過期物品管理機制或過期物品登記表等紀錄。(符合)</p> <p>3. 滅菌監測標準作業手冊、滅菌失敗物品處理機制流程、及各類滅菌監測結果(含生物監測、化學監測、抽真空監測等)與審核紀錄(含臨床單位寄消品)。(符合)</p> <p>4. 環氧乙烷每日作業檢點表、監測分析報告及洩漏之緊急處理。(符合)</p> <p>5. 高壓蒸氣滅菌鍋每日作業檢點表。(符合)</p> <p>6. 滅菌設備保養維修紀錄與故障處理機制。(符合)</p> <p>7. 滅菌失敗物品回收紀錄。(符合)</p> <p>8. 內視鏡安全作業指引。(符合)</p> <p>9. 內視鏡或器械消毒劑有效濃度監測紀錄。(符合)</p> <p>10. 內視鏡採檢流程。(符合)</p> <p>11. 外包業務(含租賃手術器械)管理辦法及品質監控稽查紀錄。(符合)</p> <p>12. 立即使用器械(如：高壓蒸氣滅菌鍋等)管理機制、使用紀錄及檢討。(優良)</p> <p>13. 消毒/滅菌(含外包業務)異常原因檢討與改善措施會議紀錄。(優良)</p> <p>14. 內視鏡品管監測結果及改善措施與檢討會議紀錄。(優良)</p> <p>【精神科醫院適用以下標準】</p> <p>符合項目：</p> <p>1. 自行執行衛材、器械、機器之清潔、消毒、滅菌及有效期間均訂有標準。</p> <p>(1) 各類物品之清洗、包裝、消毒、滅菌及有效期間均訂有標準。</p> <p>(2) 應依照說明書建議或相關指引，訂有標準作業流程，由專人負責且確實執行，並留有監測紀錄備查。</p> <p>(3) 處理物品時，工作人員需穿戴合適之防護裝備。</p> <p>(4) 滅菌過程發生異常，應有相關處理規範(含回收機制)。</p> <p>(5) 消毒滅菌相關設備應由合格人員操作，並定期保養且留有紀錄備查。</p> <p>(6) 衛材、器械消毒滅菌相關設備故障時，可迅速處理。</p> <p>2. 消毒/滅菌過的物品應保管於清潔且空調較佳處之架子上或有門扇之櫥櫃內，並依物品名稱及消毒/滅菌先後適當置放；消毒/滅菌過的物品需使用清潔並加蓋之推車搬運及配送(消毒/滅菌物品和回收物品之置放車要區分)。</p>

可選	項次	查核基準	評分說明
			<p>3. 衛材、器械之滅菌業務外包，或租賃手術器械，應妥善監控品質、設有管理辦法及進行例行性稽查，並有紀錄備查。</p> <p>4. 各項監測有持續性紀錄；且工作人員清楚各項指標意義及處理異常情況。</p> <p>5. 醫院之衛材與器械未集中於供應室清洗、消毒與滅菌者，應依供應室之作業指引及流程辦理之。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 供應室以外之消毒/滅菌物品(含採購之無菌醫耗材)集中貯存區溫濕度監測紀錄。(符合) 2. 過期物品管理機制或過期物品登記表等紀錄。(符合) 3. 滅菌監測標準作業手冊、滅菌失敗物品處理機制流程、及各類滅菌監測結果(含生物監測、化學監測、真空監測等)與審核紀錄(含臨床單位寄消品)。(符合) 4. 環氧乙烷每日作業檢點表、監測分析報告及洩漏之緊急處理。(符合) 5. 高壓蒸氣滅菌鍋每日作業檢點表。(符合) 6. 滅菌設備保養維修紀錄與故障處理機制。(符合) 7. 外包業務管理辦法及品質監控稽查紀錄。(符合) 8. 設有中央主管機關指定之具有危險性設備者，相關操作人員應具有合格證明文件，如：第一種壓力容器操作人員合格證書等。(符合) 9. 滅菌失敗物品回收紀錄。(符合)
可	2.2	供應室應配置適當人力，清潔區及污染區應做區隔且動線規劃合宜	<p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 確保必要人力之充足並有專責人員負責衛材、器械之消毒與管理業務，若設有滅菌設備，應由合格人員操作，並有護理人員監督。 2. 主管應出席感染管制會，必要時專責人員應共同出席。 3. 供應室環境整潔，清潔區及污染區應有適當的區隔；定期監測供應室滅菌物品貯存區滅菌物品溫度及濕度，並有紀錄備查。 4. 醫院之衛材與器械未集中於供應室清洗、消毒與滅菌者，應依供應室之作業指引及流程辦理之。 5. 針對供應室及執行軟式內視鏡清潔消毒之新進人員與在職工作人員訂有教育訓練課程，並留有紀錄備查。 <p>優良項目：(達成符合項目，且下述項目需全部達成)</p>

可選	項次	查核基準	評分說明
			<p>1. 供應室有合宜的動線規劃和人員管理辦法。</p> <p>2. 建立機制有監測數據，定期探討及分析，如有異常情況應進行檢討及改善。</p> <p>3. 落實供應室之溫度及濕度控管，空調設置符合感管原則，並有佐證資料。</p> <p>[註]</p> <p>1. 精神科醫院及醫院未自行執行衛材與器械之消毒/滅菌者，可自選本項免評。</p> <p>2. 中央主管機關指定之具有危險性設備，可參考勞動部公告之「危險性機械及設備安全檢查規則」。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 供應室單位人員排班表。(符合) 2. 感管管制會議紀錄。(符合) 3. 設有中央主管機關指定之具有危險性設備者，相關操作人員應具有合格證明文件，如：第一種壓力容器操作人員合格證書等。(符合) 4. 供應室工作規範。(符合) 5. 供應中心之感管管制措施。(符合) 6. 滅菌物品貯存區溫濕度監測紀錄。(符合) 7. 供應室消毒及滅菌監測小組會議紀錄。(優良) 8. 供應室及執行軟式內視鏡清潔消毒之新進人員與工作人員教育訓練計畫書及員工個別教育訓練紀錄文件。(符合)
2.3	落實環境清潔消毒及管理		<p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 對於醫療環境清潔工作訂有標準作業程序並設有查檢表，且有相關機制教育環境清潔人員熟悉內容。 2. 若設有氣管鏡室者，應具負壓或抽風等設備，且有維護保養紀錄。若有牙科診間，其診療環境應保持清潔，器械清洗完善，醫療廢棄物有妥善分類、處理；每天進行牙科治療台清潔、管路保養及消毒，並有紀錄。 3. 若有加護病房、嬰兒室或新生兒、器官移植及骨髓移植等高风险病人居住的區域，訂有醫院退伍軍人病防治計畫。(本項底線處為113年試評項目) 4. 針對特殊感染事件或群聚事件等異常情形發生時，具有加強環境清潔應變機制，且教

可選	項次	查核基準	評分說明
			<p>育工作人員熟悉相關內容。</p> <p>優良項目：（達成符合項目，且下述項目需全部達成）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 肺功能室負壓或抽風等設備，且有維護保養紀錄。 2. 對監測結果定期檢討，研訂改進措施並確實落實，有紀錄備查。 3. 對於環境清潔執行情形應使用客觀之環境清潔評估工具(如螢光檢測、ATP 冷光儀器測試或細菌培養等)進行環境清潔成效評估，訂有定期查核抽檢機制，將查檢結果回饋相關單位，並定期提報院內感染管制會，且有檢討流程並進行改善措施。 4. 依據衛生福利部疾病管制署公布之「醫院退伍軍人菌環境檢測作業及其相關因應措施指引」執行供水系統之監測及採檢並有報告及檢討機制。 <p>【註】 器官移植係指心臟、胰臟、腎臟、肝臟、肺臟、小腸移植。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 環境清潔工作標準作業程序、查檢表與教育訓練紀錄。(符合) 2. 氣管鏡室與肺功能室空調（抽風負壓）設備維修保養紀錄。(符合/優良) 3. 牙科治療台清潔、管路保養及消毒紀錄。(符合) 4. 醫院退伍軍人病防治計畫。(符合) 5. 環境清潔執行情形之查核抽檢結果與改善措施紀錄。(優良) 6. 退伍軍人菌環境監測及採檢報告及檢討。(優良) <p>【精神科醫院適用以下標準】</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 對於醫療環境清潔工作訂有標準作業程序並設有查檢表，且有相關機制教育環境清潔人員熟悉內容並落實執行。 2. 針對特殊感染事件或群聚事件等異常情形發生時，具有加強環境清潔應變機制，且教育工作人員相關內容。 3. 若有牙科診間，其診療環境應保持清潔，器械清洗完善，醫療廢棄物有妥善分類、處理；每天進行牙科治療台清潔、管路保養及消毒，並有紀錄。 <p>優良項目：（達成符合項目，且下述項目需全部達成）</p>

可選	項次	查核基準	評分說明
			<p>1. 對於環境清潔執行情形應使用客觀之環境清潔評估工具(如螢光檢測、ATP 冷光儀測試或細菌培養等)進行環境清潔成效評估，訂有定期查核抽檢機制，將查檢結果回饋相關單位，並定期提報院內感染管制會，且有檢討流程並進行改善措施。</p> <p>2. 對監測結果定期檢討，研訂改進措施並確實落實，有紀錄備查。</p> <p>3. 依據衛生福利部疾病管制署公布之「醫院退伍軍人菌環境檢測作業及其相關因應措施指引」執行供水系統之監測及採檢並有報告及檢討機制。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 環境清潔消毒標準作業程序、查檢表與教育訓練紀錄。(符合) 2. 牙科治療台清潔、管路保養及消毒紀錄。(符合) 3. 環境清潔執行情形之查核抽檢結果與改善措施紀錄。(優良) 4. 退伍軍人菌環境監測及採檢報告及檢討。(優良)
3	3.1	<p>落實抗生素藥性管理 抗生素管理計畫之領導與責任</p>	<p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 醫院應設立跨部門抗生素管理小組或委員會等組織，並由副院長級以上主管擔任主席；小組成員至少應包含醫師、藥師、醫檢師、護理師及資訊人員等，醫學中心/準醫學中心/區域醫院每年至少開會1次；地區醫院每年至少開會2次。(本項底線處為113年試評項目) 2. 每半年至少辦理1次以上全院性「適當使用抗生素」相關講習或線上課程，且臨床醫師、護理人員、醫檢師、藥師每年至少參加1次。 3. 醫院應訂有抗生素管理計畫，對於計畫執行所須之經費、人力等資源都能有實質的支援。 <p>優良項目：(達成符合項目，且下述項目需全部達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 抗生素管理小組或委員會等組織至少每季開會1次。(區域醫院/地區醫院適用) 2. 依據醫院特性及實務需要，定期檢討修訂抗生素管理計畫，並落實執行修訂之計畫內容。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 抗生素管理小組或委員會等組織成員名單、出席紀錄表及會議紀錄。(符合/優良) 2. 抗生素教育訓練課程講義及出席紀錄表。(符合)

可選	項次	查核基準	評分說明
			<p>3. 抗生素管理計畫(含執行方式、經費、人力、資源、成效評估等)。(符合)</p> <p>4. 醫院對於抗生素管理計畫執行的實質支援紀錄。(符合)</p> <p>5. 歷次修訂版本之抗生素管理計畫(含修訂之年月日)。(優良)</p> <p>6. 抗生素管理計畫執行情形及成果。(優良)</p> <p>【精神科醫院適用以下標準】</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 醫院應有推動抗生素管理之跨部門團隊合作機制，並由副院長級以上帶領執行，團隊成員至少應包含醫師、藥師、醫檢師、護理師及資訊人員等，每年至少開會1次。(本項底線處為113年試評項目) 2. 醫院訂有抗生素管理措施，且每年至少辦理1次全院性「適當使用抗生素」相關講習或線上課程，臨床醫師、護理人員、醫檢師、藥師每年至少參加1次。 <p>【註】 精神科醫院無抗生素藥物品項者，可自選本項免評。</p>
可	3.2	<p>3.2 抗生素使用監測管理機制</p>	<p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 抗生素管理推動成員名單、出席紀錄表及會議紀錄。(符合) 2. 抗生素教育訓練課程講義及出席紀錄表。(符合) 3. 抗生素管理措施。(符合) <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 醫院訂有抗生素使用管制措施，且醫師可隨時查閱如何適當使用抗生素之資料。 2. 對抗生素使用量訂有適當的監測機制，定期進行統計分析，並將分析結果回饋相關單位或醫師。(本項底線處為113年試評項目) 3. 建立非管制性、管制性、手術預防性及門診抗生素之管理機制，定期隨機審查病歷，各項有關病人使用抗生素之情形，應於病歷中詳載，以確保病人抗生素使用適當性。 4. 醫院設置抗生素檢核資訊系統，於醫師開立抗生素處方時有提醒機制，以提升抗生素開立處方品質。(醫學中心/準醫學中心適用) 5. 對抗生素不合理使用之情況能回饋臨床醫師或科部，並提出改善措施確實執行(全體

可選	項次	查核基準	評分說明
			<p>醫院適用)，且有具體改善成效呈現（醫學中心/準醫學中心適用）。</p> <p>優良項目：（達成符合項目，且下述項目需全部達成）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 醫院設置抗生素檢核資訊系統，於醫師開立抗生素處方時有提醒機制，以提升抗生素開立處方品質。（區域醫院/地區醫院適用） 2. 達成符合項目5且有具體改善成效呈現。（區域醫院/地區醫院適用） 3. 設置抗生素處方審核與回饋及統計分析資訊系統。（醫學中心/準醫學中心適用） 4. 依據醫院特性及常見感染症，發展特定感染症疾病處置指引，協助優化抗生素的選擇和使用時間，並制定具體措施且確實實施。（醫學中心/準醫學中心適用，本項為113年試評項目） <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 抗生素使用管制措施及相關作業流程。（符合） 2. 各類別抗生素病歷抽樣審查紀錄。（符合） 3. 抗生素使用量(如：defined daily dose)分析報告及改善回饋紀錄。（符合） 4. 不適當的抗生素使用量或全院抗生素使用量之改善情形紀錄。（符合/優良） 5. 特定感染症疾病處置指引及用以優化抗生素使用之具體措施相關紀錄。（優良） <p>【精神科醫院適用以下標準】</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 醫院應有抗生素使用管制機制，且醫師可隨時查閱如何適當使用抗生素之資料。 2. 訂有抗生素使用量之監測機制，並定期統計分析。 <p>【註】 精神科醫院無抗生素藥物品項者，可自選本項免評。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 抗生素使用管制機制及相關作業流程。（符合） 2. 抗生素使用量(如：defined daily dose)統計報告。（符合）
可	3.3	抗藥性微生物之監測診斷及隔離防治措施	<p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 訂有微生物實驗室檢驗標準作業程序，並有內、外部品管計畫(全體醫院適用)。針對微生物實驗室內、外部品管監測異常結果，執行問題調查與原因分析，並對須改善之事項，

可選	項次	查核基準	評分說明
			<p>提出具體的解決對策。(醫學中心/準醫學中心適用)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. 每年定期製作全院臨床分離菌種抗生素抗藥性圖譜(antibiogram)報告(統計期間歸人計算),並將最新報告提供給臨床醫師開立處方參考或於院內網路公告,醫師可隨時查閱。 3. 每年定期依據檢體種類及病房別且對感染菌種之分離件數、抗生素之感受性等資料製作分析報告,特別是多重抗藥性微生物(如:CRE、CRAB、VRE、MRSA等)(全體醫院適用),並進行抗藥性趨勢與抗生素用量之相關性分析。(醫學中心/準醫學中心/區域醫院適用,本項底線處為113年試評項目) 4. 針對分離出多重抗藥性微生物(如:CRE、CRAB、VRE、MRSA等)之個案,應於微生物報告上註記或解釋,並即時通知臨床單位進行適當隔離及標示,確保醫院相關同仁知悉標示之代表意義,並能掌握多重抗藥性細菌感染個案的分布。(本項底線處為113年試評項目) 5. 將實驗室檢出之菌株與抗生素抗藥性檢測結果等相關監測資料通報至疾病管制署台灣醫院感染管制與抗藥性監測管理系統(醫學中心/準醫學中心/區域醫院/地區醫院適用),並以自動傳輸方式進行通報(醫學中心/準醫學中心適用)。(本項底線處為113年試評項目) <p>優良項目:(達成符合項目,且下述項目需全部達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 針對微生物實驗室內、外部品管監測異常結果,執行問題調查與原因分析,並對須改善之事項,提出具體的解決對策。(區域醫院/地區醫院適用) 2. 每年定期進行抗藥性趨勢與抗生素用量之相關性分析。(地區醫院適用) 3. 根據前揭統計分析報告,研擬防治對策並付諸實行,且有具體改善成效。 <p>評量方法及建議佐證資料:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 微生物實驗室檢驗標準作業程序文件及品管紀錄。(符合) 2. 抗生素抗藥性圖譜統計報告。(符合) 3. 多重抗藥性微生物感染或移生個案之隔離管理政策及相關作業流程。(符合) 4. 內、外部品管監測異常之改善方案或對策。(符合/優良) 5. 抗藥性趨勢與抗生素用量之相關性分析報告。(符合/優良) 6. 多重抗藥性微生物防治對策及執行成效。(優良)

可選	項次	查核基準	評分說明
			<p>【精神科醫院適用以下標準】</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 每年定期製作全院臨床分離菌種抗生藥性圖譜(antibiogram)報告(統計期間歸人計算), 並將最新報告提供給臨床醫師開立處方參考或於院內網絡公告, 醫師可隨時查閱。(本項底線處為113年試評項目) 2. 針對分離出多重抗藥性微生物(如: CRE、CRAB、VRE、MRSA等)之個案, 應於微生物報告上註記或解釋, 並即時通知臨床單位進行適當隔離及標示, 確保醫院相關同仁知悉標示之代表意義, 並能掌握多重抗藥性細菌感染個案的分布。(本項底線處為113年試評項目) <p>【註】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 醫院未採集任何微生物檢體, 可自選本項免評; 若為委外代檢, 委外代檢單位需訂有檢驗標準作業程序, 並有內、外部品管計畫, 醫院需依委外代檢單位所提供之報告進行相關分析、隔離、標示及通報等措施。 2. 移生(colonization)意指在皮膚上、黏膜上、開放性傷口上、滲出液或分泌物中存在的微生物, 沒有造成任何不良的臨床症狀或徵候。
	4	<p>配合主管機關政策對傳染病進行監測、通報及防治措施</p>	<p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 抗生藥性統計報告。(符合) 2. 多重抗藥性微生物感染或移生個案之隔離防治措施。(符合)
	4.1	<p>訂有傳染病監視通報機制, 並有專人負責傳染病之通報並主動與衛生機關聯繫</p>	<p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 具有傳染病監視通報機制, 並有專責人員負責通報與聯繫事務。 2. 訂有院內傳染病檢體包裝運送相關作業程序, 並有專責人員負責傳染病檢體包裝運送業務。 3. 傳染病通報之病例數均有統計並建檔, 且以網路方式進行傳染病通報。

可選	項次	查核基準	評分說明
			<p>4. 醫院急診與高風險單位（至少包含神經外科、眼科、耳鼻喉科及執行經鼻腔內視鏡檢查之單位）之電腦已安裝「庫賈氏病勾稽查詢系統」，並可執行查詢功能。（113年試評項目）</p> <p>優良項目：（達成符合項目，且下述項目除試評項目外需全部達成）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 定期檢討通報機制之適用性。 2. 配合疾管署持續以資訊系統自動通報機制上傳法定傳染病通報或實驗室資料。（113年試評項目） 3. 醫院急診與高風險單位（至少包含神經外科、眼科、耳鼻喉科及執行經鼻腔內視鏡檢查之單位），於執行涉及異常普利昂蛋白高或中感染力組織的侵入性醫療處置前，須先於「庫賈氏病勾稽查詢系統」查詢是否為列管個案。（113年試評項目） <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 傳染病檢體不僅限於運送至衛生單位之疑似法定傳染病檢體，包含一般外送進行微生物等檢驗之檢體。 2. 全年度未有傳染病檢體之運送醫院，仍應訂有傳染病檢體包裝運送相關作業程序機制，且熟悉傳染病檢體包裝運送作業流程。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 傳染病通報統計紀錄或報表等資料。（符合） 2. 院內傳染病檢體包裝及運送作業流程。（符合） 3. 定期檢討通報機制之紀錄等相關佐證資料。（優良） 4. 庫賈氏病勾稽查詢系統查詢結果等佐證資料。（優良）
可	4.2 具有痰液耐酸性塗片陽性病人之相關感染管制措施		<p>符合項目：</p> <p>住院病人具有下列感染管制相關規範措施者：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 於首次耐酸性塗片陽性報告24小時內，通知診療醫師。 2. 將報告結果記載於病歷。 3. 使用人工氣道合併呼吸器病人原則上使用密閉式抽痰。 4. 有適當的隔離處置；並具有知會醫療照護工作人員要佩戴N95以上等級防護裝備照護病人之措施。 5. 經抽查病歷符合者達80%。

可選	項次	查核基準	評分說明
			<p>優良項目：(達成符合項目，且下述項目需全部達成)</p> <p>1. 經抽查病歷符合者達95%。</p> <p>[註] 無痰液耐酸性塗片陽性報告之住院病人，可自選本項免評。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1. 通知診療醫師之相關紀錄等。(符合)</p> <p>2. 病歷及其他相關佐證資料。(符合/優良)</p> <p>3. 轉床紀錄單及相關隔離措施紀錄。(符合)</p>
4.3	有專人負責結核病個案管理及衛教工作		<p>符合項目：</p> <p>1. 有專人負責結核病個案管理工作。</p> <p>2. 有專任/專責人員負責結核病衛教工作，並有具體衛教內容及成果者，如衛教項目、對象、方式、接受衛教人數等。</p> <p>3. 列管中照護之結核病新案(含新發現及重開案)為50例以上，設有專任結核病個案管理師負責結核病個案管理工作。</p> <p>4. 負責結核病衛教人員，若為結核病個案管理師訓練合格者，第一年須接受結核病防治訓練達10小時；未取得結核病個案管理師訓練合格者，則第一年須接受結核病防治訓練達12小時。第二年後衛教人員每年皆須接受結核病防治訓練達4小時。</p> <p>優良項目：(達成符合項目，且下述項目需全部達成)</p> <p>1. 列管中照護之結核病新案(含新發現及重開案)每100例，設置專任結核病個案管理師1人。列管中照護50例以上結核病新案之醫療院所，須將列管中照護之潛伏結核感染治療個案，以照護2例潛伏結核感染治療個案等同照護1例結核病新案，計算應設有專任結核病個案管理師人數。(本項底線處為113年試評項目)</p> <p>2. 治療中之結核病個案(包含肺外結核個案及移工)有納入健保專案管理達90%以上，並於結核病追蹤管理系統記載用藥與檢驗紀錄。</p> <p>[註] 優良項目1. 有關「列管中照護超過50例結核病新案之醫療院所，須將列管中照護之潛伏結核感染治療個案，以照護2例潛伏結核感染治療個案等同照護1例結核病新案，計算</p>

可選	項次	查核基準	評分說明
			<p>應設有專任結核病個案管理師人數」1事，113年屬試評項目，未達成者雖不影響此項基準是否被評定為優良，但請納入建議事項提醒，以利後續追蹤輔導。</p> <p>【未收治結核病/潛伏結核病治療個案醫院適用標準】</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 指派專責人員負責結核病/潛伏結核病治療衛生教育工作，並有具體衛教內容及成果者，如衛教項目、對象、方式、接受衛教人數等。 <p>優良項目：（達成符合項目，且下述項目需全部達成）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 負責結核病/潛伏結核病衛生教育人員第一年接受結核病防治訓練時數達12小時，第二年後每年皆接受結核病防治訓練達4小時者。 2. 各項衛教資源、教材資料豐富。 <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 專任：係指聘請結核病個案管理師全職辦理結核病個案管理相關業務。 2. 專責：係指負責結核病個案管理業務，但不限定其為全職或兼職辦理該業務。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 結核病衛生教育人員業務職責。(符合) 2. 結核病相關衛生教育材料及資源。(符合/優良) 3. 結核病個案管理師教育訓練合格證書。(優良) 4. 結核病防治相關教育訓練學分證明。(優良) 5. 「結核病追蹤管理系統」中列管結核病個案追蹤紀錄。(符合/優良) <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 有成立常規運作的結核病委員會，前一年通報病例<50例者，可由感染管制會兼辦結核病防治業務，並有後續追蹤列管紀錄。 2. 收治≥50例結核病例之醫院，至少每三個月開會一次報告收治中之結核病例診治現況，並有後續追蹤列管紀錄。 3. 結核病委員會平時負責審核院內開出之抗結核藥物處方。 4. 胸腔科或感染科主任或感染管制部門主管或副院長以上層級擔任結核病委員會主任委員。
	4.4	具有結核病診治機制	

可選	項次	查核基準	評分說明
			<p>優良項目：(達成符合項目，且下述項目需全部達成) 如醫院有通報 TB 個案、疑似 TB 個案或 LTBI 治療個案，每個月開會討論結核病病例及潛伏結核感染個案治療現況，並有後續追蹤列管紀錄。</p> <p>【未收治結核病個案醫院適用標準】</p> <p>符合項目：下述項目達成 2 項指標者。</p> <p>優良項目：下述項目需全部達成。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 有個案發現的標準作業流程。 2. 依常規執行住院病人胸部 X 光檢查。 3. 門診病人接觸史及結核病疑似症狀問診、胸部 X 光及痰液相關檢查。 4. 留有相關紀錄文件備查。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 結核病個案追蹤列管紀錄(符合/優良) 2. 結核病委員會組織章程及成員資料。(符合) 3. 結核病委員會會議紀錄、個案討論及相關處方審核資料。(符合) 4. 個案發現之標準作業流程。(優良) 5. 住院病人胸部 X 光檢查紀錄。(優良) 6. 病歷紀錄。(符合/優良)
4.5	住院確定為結核病之病人，有完整的院內接觸者的追蹤資料		<p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 訂有完整的接觸者追蹤機制。 2. 痰抹片陽性確診結核病人之院內接觸者中，有提出追蹤相關資料之比例$\geq 90\%$。 3. 對痰抹片陰性，但培養鑑定為結核分枝桿菌病人且於住院期間曾進行會產生飛沫微粒之醫療處置 (aerosol-generating procedures) ，或多重抗藥性結核病個案之院內接觸者，可提出追蹤相關資料之比率。 4. 有將此機制納入員工在職及勤前教育訓練課程。 <p>優良項目：(達成符合項目，且下述項目需全部達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 針對身分為醫院工作人員之院內接觸者，有主動提供結核病的診斷及治療。 2. 對院內接觸者仍持續追蹤，當其於追蹤期間出院，有主動轉介至轄區衛生主管機關持

可選	項次	查核基準	評分說明
			<p>續追蹤。</p> <p>3. 對身為醫院工作人員之院內接觸者，當員工於追蹤期間離職，有主動轉介至轄區衛生主管機關接續追蹤之機制。</p> <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 確診結核病人身分認定以結核病追蹤管理系統判定為準。 2. 院內接觸者係指：凡未佩戴 N95 口罩以上等級防護裝備之家屬、同病室病人及醫療照護工作人員，且於指標個案可傳染期內，曾與未佩戴外科口罩之指標個案接觸一天內 8 小時以上或累積達 40 小時者。可傳染期之核計以「病人有呼吸道症狀日或痰檢查陽性採痰日」的前三個月起算；特殊個案由診療醫師舉證相關資料及說明，經衛生主管機關提報病例審查委員會依其臨床證據判定可傳染期。 3. 痰抹片陽性確診結核病人之院內接觸者係指住院個案於入院當時尚未診斷為肺結核，但住院一段期間後才因痰抹片陽性而隔離，於病人可傳染期間，有與其接觸之醫院工作人員及同一病室之病人須列為追蹤者。 4. 痰抹片陰性，但培養鑑定為結核分枝桿菌病人且於住院期間曾進行會產生飛沫微粒之醫療處置 (aerosol-generating procedures)，或多重抗藥性結核病個案之院內接觸者，係指住院個案於入院當時尚未診斷為肺結核，但其住院一段時間後才因培養陽性而隔離或甚至在結果驗出前已出院，於病人可傳染期間，有接觸該病人之醫院工作人員及同一病室之病人須列為追蹤者。如為實際執行前述醫療處置之人員，則不論接觸時數，皆應列入追蹤。 5. 會產生飛沫微粒之醫療處置 (aerosol-generating procedures) 包含下列項目：支氣管鏡檢查、呼吸道插管、引發咳嗽取痰/噴霧吸藥的醫療過程、抽取呼吸道分泌物、使用高速器材進行解剖或肺部手術。 6. 院內接觸者列管係指：(1) 皆列有名冊並有接受衛教 (如：結核病防治知識、二年內若有疑似結核病症狀應儘速就醫檢查等)。(2) 接觸者身分為同一病室病人，需配合疫苗調提供名單予公衛人員列管追蹤；身分為醫院工作人員，應每年按規定進行胸部 X 光檢查，並比照一般接觸者追蹤期限，追蹤至指標個案確診次一年度，如為多重抗藥性結核病接觸者，則應追蹤列管二年。(3) 若出現疑似聚集事件，則依專家委員會建議追蹤事項辦理。 7. 無住院一段期間後才被確定之住院確定結核病人者，仍應有「院內接觸者」追蹤列管

可選	項次	查核基準	評分說明
			<p>機制。具有正確完整機制者可勾選為優良、具有機制但不完整者可勾選為符合、未具有機制者勾選為不符合。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 於地方衛生主管機關規定之时效內，提供醫院接觸者清單、紀錄及追蹤列管資料。(符合/優良) 2. 相關醫療處紀錄或病歷。(符合/優良) 3. 接觸者調查及處理機制，有納入員工教育訓練。(符合) 4. 院內接觸者離職之轉介紀錄。(優良)
4.6	防護裝備儲備管理符合規定		<p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 防護裝備 (N95口罩、防護衣、外科手術口罩) 儲存量符合「防疫物資及資源建置實施辦法」相關規定。 2. 防護裝備須符合領有醫療器材許可證之規定。 3. 防護裝備儲備環境管理【溫度$\leq 35^{\circ}\text{C}$、濕度$\leq 80\%$、置於貨架、分類貯存及使用紀錄(含貯存、領用及耗損等資料)】符合規定。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 防護裝備之儲備數量均達設定之安全儲備量。(符合) 2. 提供防護裝備之醫療器材許可證等證明資料。(符合) 3. 提供防護裝備儲備環境管理之相關報表(包括溫濕度紀錄表、使用紀錄表)。(符合)
可	4.7 透析單位之肝炎預防措施		<p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 透析室之所有員工有B、C型肝炎之檢查紀錄；對未感染B、C型肝炎之員工有定期追蹤檢查紀錄。 2. B型肝炎透析病人需分區及分床(透析機)，C型肝炎透析病人需有集中照護之安排，且班與班之間機器必須徹底消毒，以及每日最後一班結束後之消毒。 3. 班與班之間必須完成病人照護區環境(含透析機表面)清潔消毒後，才提供給下一位病人使用。 4. 門診透析病人均定期監測，並有建立肝炎監測及急性病毒性肝炎通報機制，異常有

可選	項次	查核基準	評分說明
			<p>追蹤處置。</p> <p>[註] 醫院未設透析單位，本項可免評。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 透析室醫護人員 B、C 型肝炎檢查紀錄及未感染員工 B、C 型肝炎之定期追蹤檢查紀錄。(符合) 2. 透析機器之消毒紀錄。(符合) 3. 門診透析病人肝炎相關監測紀錄。(符合)
5	5.1	<p>員工保護措施</p> <p>訂有醫療照護人員預防接種、體溫監測及胸部 X 光檢查等保護措施，並據以落實執行</p>	<p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 依據我國相關指引與建議，訂有全院疫苗接種計畫，由領導階層帶領，並執行醫療照護工作人員預防接種措施，其中應包括：B 型肝炎疫苗、流感疫苗、麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合 (Measles、Mumps、Rubella, MMR) 疫苗與 COVID-19 疫苗接種。若 B 型肝炎表面抗原及表面抗體為陰性者，則應評估施打 B 型肝炎疫苗；醫事及非醫事人員流感疫苗接種率應達 80% 以上；1981 年以後出生之高風險單位、全院新進人員須提出麻疹及德國麻疹抗體陽性證明或完成 MMR 疫苗接種紀錄，應達 80% 以上。 2. 訂有院內全體工作人員(含外包人員)體溫監測計畫，並有體溫異常追蹤及處理機制。 3. 每年至少 90% 與病人直接接觸之醫療照護人員及其他常駐工作人員 (含外包人力) 完成胸部 X 光檢查，並有檢查結果異常的追蹤及處理紀錄。 4. 對於因暴露於傳染病人而有遭受感染風險疑慮之醫療照護人員，醫院應立即為該員進行緊急處理，給予必要預防感染藥物，並列管追蹤。 <p>優良項目：(達成符合項目，且下述項目需全部達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 胸部 X 光檢查達成率達 95% 以上。 2. 檢討因暴露於傳染病人而遭受感染之醫療照護人員被感染原因，避免或減少類似事件發生。 3. 依據我國相關指引與建議執行疫苗注射等措施，增加預防接種計畫的適用對象或項目，例如：全院醫療照護工作人員 MMR 疫苗接種、水痘疫苗等。

可選	項次	查核基準	評分說明
			<p>4. 醫事及非醫事人員已更新的 COVID-19 疫苗接種率達 60% 以上。(113 年試評項目)</p> <p>5. 針對未完成疫苗接種之工作人員，訂有相關健康監測與管理機制，及提高接種率等強化措施，以提升人員保護。(新增)</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 全院疫苗接種計畫及領導階層帶領之會議紀錄或相關紀錄。(符合) 2. 醫療照護人員預防接種紀錄 (如：B 型肝炎、流感疫苗接種、MMR 疫苗與 COVID-19 疫苗接種紀錄)。(符合/優良) 3. 體溫異常追蹤及處理紀錄。(符合) 4. 胸部 X 光檢查達成率、胸部 X 光檢查異常的追蹤及處理紀錄。(符合/優良) 5. 員工被感染事件調查及處理紀錄。(符合)
5.2	對於暴露於病人血液、體液及尖銳物品扎傷事件的預防及處置 (包含切傷等其他出血) 訂有作業流程	<p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 醫療人員執行肌肉、皮下或皮內注射、進行採血或靜脈穿刺，或處理血液、體液等檢體時，應遵循標準防護措施及依據傳播風險採取適當的感染管制對策。 2. 工作人員有可能接觸，或被病人的血液、體液或分泌物飛濺之風險時，工作人員應依其風險穿戴個人防護裝備，如：面罩、眼罩 (eye-shield) 或護眼鏡 (goggles)、隔離衣 (必要時要有防水) 等。 3. 各醫療單位、病房及護理站有能安全處理感染性廢棄物及針類廢棄物的容器；且工作人員應明確知悉使用後的尖銳物品處理步驟。 4. 應明確訂定暴露於 HIV 危險環境時之相關處理原則，受針扎者應依醫囑儘速依「愛滋病防治工作手冊」之「職業暴露愛滋病毒處理原則」進行處理並有追蹤紀錄。 5. 對尖銳物品扎傷通報進行統計分析，並應有詳盡的列管追蹤紀錄，檢討發生原因與追蹤機制，確實執行。 <p>優良項目：(達成符合項目，且下述項目需全部達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 將尖銳物品扎傷統計分析結果回饋各單位，並研擬防治對策付諸實行，且有具體改善成效。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 醫院針對預防員工發生尖銳物品扎傷及血液體液暴露事件所採取之措施。(符合) 2. 尖銳物品扎傷或與血液/體液接觸處理流程。(符合) 	

可選	項次	查核基準	評分說明
			3. 員工被血液、體液暴露及尖銳物扎傷事件的調查及處理紀錄。(符合) 4. 血液、體液暴露及尖銳物扎傷事件報告統計分析和檢討。(符合)