

105 年醫院評鑑基準及 評量項目

修正對照表

急性一般病床 100 床以上醫院適用

目 錄

凡例	III
附表、醫院評鑑基準條文分類統計表	V
第 1 篇、經營管理 第 1.1 章 醫院經營策略	6
第 1 篇、經營管理 第 1.2 章 員工管理與支持制度	19
第 1 篇、經營管理 第 1.3 章 人力資源管理	25
第 1 篇、經營管理 第 1.4 章 員工教育訓練	30
第 1 篇、經營管理 第 1.5 章 病歷、資訊與溝通管理	38
第 1 篇、經營管理 第 1.6 章 安全的環境與設備	46
第 1 篇、經營管理 第 1.7 章 病人導向之服務與管理	65
第 1 篇、經營管理 第 1.8 章 <u>風險與</u> 危機管理—風險分析與緊急災害應變	69
第 2 篇、醫療照護 第 2.1 章 病人及家屬權責	82
第 2 篇、醫療照護 第 2.2 章 醫療照護品質與安全管理	86
第 2 篇、醫療照護 第 2.3 章 醫療照護之執行與評估	90
第 2 篇、醫療照護 第 2.4 章 特殊照護服務	95
第 2 篇、醫療照護 第 2.5 章 用藥安全	109
第 2 篇、醫療照護 第 2.6 章 麻醉與手術	116
第 2 篇、醫療照護 第 2.7 章 感染管制	119
第 2 篇、醫療照護 第 2.8 章 檢驗、病理與放射作業	125

凡例

105 年	104 年	修正說明
目錄 第 1.8 章 風險 /危機管理—風險分析與緊急災害應變	目錄 第 1.8 章危機管理—風險分析與緊急災害應變	配合章節名稱酌修。
<p>一、本基準內容之編排，區分為篇、章、條、項、款、目六個層級，共計有 2 篇、16 章、188 條。其中章號使用二碼數字，條號使用三碼數字。引用條文規定時，可略去篇名與章名。</p> <p>二、本基準之條文，有下列五種分類方式(參考下頁附表)：</p> <p>1. 依醫院可否選擇免評該條文，可區分為「不可免評之條文」與「可免評之條文(not applicable)」。 「可免評之條文」，醫院可依提供之服務項目而選擇免評之條文，於條號前以「可」字註記。</p> <p>2. 醫院評鑑基準依評量方式不同，分為以「優良、符合、不符合」評量者及以「符合、不符合」評量者二類，前者共計有 164 條，後者於條號前以「合」字註記，共計有 24 條。評鑑基準評量達「符合」以上者，該條文始為合格。</p> <p>3. 「必要條文」，此類條文規範基本的醫事人員之人力標準，於條號前以「必」字註記，共計有 7</p>	<p>一、本基準內容之編排，區分為篇、章、條、項、款、目六個層級，共計有 2 篇、16 章、188 條。其中章號使用二碼數字，條號使用三碼數字。引用條文規定時，可略去篇名與章名。</p> <p>二、本基準之條文，有下列五種分類方式(參考下頁附表)：</p> <p>1. 依醫院可否選擇免評該條文，可區分為「不可免評之條文」與「可免評之條文(not applicable)」。 「可免評之條文」，醫院可依提供之服務項目而選擇免評之條文，於條號前以「可」字註記。</p> <p>2. 醫院評鑑基準依評量方式不同，分為以「優良、符合、不符合」評量者及以「符合、不符合」評量者二類，前者共計有 164 條，後者於條號前以「合」字註記，共計有 24 條。評鑑基準評量達「符合」以上者，該條文始為合格。</p> <p>3. 「必要條文」，此類條文規範基本的醫事人員之人力標準，於條號前以「必」字註記，共計有 7</p>	<p>1. 酌修二-2、3、4 之文字呈現。</p> <p>2. 依本循環基準原則，牙科相關條文及評量項目皆屬試評，故增列三之基準項目。</p>

105 年	104 年	修正說明
<p>條(1.3.1、1.3.3、1.3.5、1.3.6、1.3.8、1.3.9、1.3.10)，其中有 1 條(1.3.10)亦屬「可選擇免評之條文」；<u>若</u>此類條文評量為不合格者，則列為「評鑑不合格」。</p> <p>4.「重點條文」，於條號前以「重」字註記，共計有 9 條(1.6.4、1.6.5、1.6.7、1.6.8、1.8.1、1.8.2、1.8.3、2.3.6、2.7.5)，<u>若</u>此類條文評量為不合格者，則須限期改善並接受「重點複查」。</p> <p>5.「試評條文」，於條號前以「試」字註記，共計有 10 條(1.1.11、2.4.28、2.4.29、2.4.30、2.4.31、2.4.32、2.4.33、2.4.34、2.4.35、2.4.36)，其中有 9 條(2.4.28、2.4.29、2.4.30、2.4.31、2.4.32、2.4.33、2.4.34、2.4.35、2.4.36)亦屬「可選擇免評之條文」；惟此類條文評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>三、本基準之條文 2.7.2、2.7.3、<u>2.7.4、2.7.13</u> 及 2.7.14 中提及「牙醫」、「<u>牙科</u>」、「中醫」者，屬試評範圍，惟不納入該條文之評量成績。</p>	<p>條(1.3.1、1.3.3、1.3.5、1.3.6、1.3.8、1.3.9、1.3.10)，其中有 1 條(1.3.10)亦屬「可選擇免評之條文」；若此類條文評量為不合格者，則列為「評鑑不合格」。</p> <p>4.「重點條文」，於條號前以「重」字註記，共計有 9 條(1.6.4、1.6.5、1.6.7、1.6.8、1.8.1、1.8.2、1.8.3、2.3.6、2.7.5)，若此類條文評量為不合格者，則須限期改善並接受「重點複查」。</p> <p>5.「試評條文」，於條號前以「試」字註記，共計有 10 條(1.1.11、2.4.28、2.4.29、2.4.30、2.4.31、2.4.32、2.4.33、2.4.34、2.4.35、2.4.36)，其中有 9 條(2.4.28、2.4.29、2.4.30、2.4.31、2.4.32、2.4.33、2.4.34、2.4.35、2.4.36)亦屬「可選擇免評之條文」；惟此類條文評量結果不納入評鑑成績計算。</p> <p>三、本基準之條文 2.7.2、2.7.3 及 2.7.14 中提及「牙醫」、「中醫」者，屬試評範圍，惟不納入該條文之評量成績。</p>	
<p>附表、醫院評鑑基準條文分類統計表</p> <p>1.8、<u>風險與</u>危機管理—風險分析與緊急災害應變</p>	<p>附表、醫院評鑑基準條文分類統計表</p> <p>1.8、危機管理—風險分析與緊急災害應變</p>	<p>配合章節名稱酌修。</p>

附表、醫院評鑑基準條文分類統計表

篇	章		條數	可免評 條文之 條數	符合/不 符合條 文之條 數	必要 條文之 條數	重點 條文之 條數	試評 條文之 條文數
一、 經營管理	1.1	醫院經營策略	11	1	2	0	0	1
	1.2	員工管理與支持制度	7	0	1	0	0	0
	1.3	人力資源管理	12	2	0	7	0	0
	1.4	員工教育訓練	5	1	0	0	0	0
	1.5	病歷、資訊與溝通管理	9	0	1	0	0	0
	1.6	安全的環境與設備	11	1	4	0	4	0
	1.7	病人導向之服務與管理	7	0	0	0	0	0
	1.8	風險與危機管理—風險 分析與緊急災害應變	5	0	2	0	3	0
第一篇合計			67	5	10	7	7	1
二、 醫療照護	2.1	病人及家屬權責	6	1	1	0	0	0
	2.2	醫療照護品質與安全管理	5	0	0	0	0	0
	2.3	醫療照護之執行與評估	21	5	6	0	1	0
	2.4	特殊照護服務	36	32	1	0	0	9
	2.5	用藥安全	12	1	4	0	0	0
	2.6	麻醉及手術	11	1	2	0	0	0
	2.7	感染管制	15	0	0	0	1	0
	2.8	檢驗、病理與放射作業	15	6	0	0	0	0
第二篇合計			121	46	14	0	2	9
總計			188	51	24	7	9	10

第 1 篇、經營管理 第 1.1 章 醫院經營策略

105 年【重點說明】	104 年【重點說明】	修正說明
<p>醫院經營管理實務中，經營策略決定醫院的定位及政策，透過每項政策的擘劃、實質的領導，建構符合醫院定位的文化，發展以病人為中心的醫療，確保所提供之醫療服務是社區民眾所需要的。在策略規劃過程中，醫院的監督或治理團隊(Governing body，可包含董事會、出資者或院長，依個別醫院架構可自行定位)負責邀集經營團隊(executive team)(可能包含院長、副院長、資深主管、部科或醫療團隊主管依個別醫院架構可自行定位)共同設定醫院宗旨、願景及目標，明訂組織架構及指揮系統，落實分層負責與分工，並由監督或治理團隊尋求必要資源，經營團隊遵循宗旨、願景及目標，擬訂計畫與策略，型塑追求病人安全及醫療品質之文化，建立內部病安、品質促進及管理機制，提供病人真正需要、適度不浪費的醫療照護。</p> <p>在此前提下，依循宗旨、願景及目標所訂定之短中長期計畫，應以團隊概念共同建構，在策略規劃過程中應將服務區域之需求納入，以符合醫院永續發展之需要。另外，經營團隊應具備執行職務所必須之知識、技能及素養，定期收集病人安全、醫療品質與經營管理(業務與流程)相關之全院指標並進行分析，醫院之監督或治理團隊與經營團隊間應定期針對相關資料之分析結果進行討論，以確認需改善之相關議題，如監控高門診人次之品質與侵入性檢查之陰性率偏高等問題。其他，如會計、成本管理與財務稽核作業等亦是確保醫院財務健全及達成永續經營所不可或缺之經營策略支援系統。為確保醫院之總體經營績效符合</p>	<p>醫院經營管理實務中，經營策略決定醫院的定位及政策，透過每項政策的擘劃、實質的領導，建構符合醫院定位的文化，發展以病人為中心的醫療，確保所提供之醫療服務是社區民眾所需要的。在策略規劃過程中，醫院的監督或治理團隊(Governing body，可包含董事會、出資者或院長，依個別醫院架構可自行定位)負責邀集經營團隊(executive team)(可能包含院長、副院長、資深主管、部科或醫療團隊主管依個別醫院架構可自行定位)共同設定醫院宗旨、願景及目標，明訂組織架構及指揮系統，落實分層負責與分工，並由監督或治理團隊尋求必要資源，經營團隊遵循宗旨、願景及目標，擬訂計畫與策略，型塑追求病人安全及醫療品質之文化，建立內部病安、品質促進及管理機制，提供病人真正需要、適度不浪費的醫療照護。</p> <p>在此前提下，依循宗旨、願景及目標所訂定之短中長期計畫，應以團隊概念共同建構，在策略規劃過程中應將服務區域之需求納入，以符合醫院永續發展之需要。另外，經營團隊應具備執行職務所必須之知識、技能及素養，定期收集病人安全、醫療品質與經營管理(業務與流程)相關之全院指標並進行分析，醫院之監督或治理團隊與經營團隊間應定期針對相關資料之分析結果進行討論，以確認需改善之相關議題，如監控高門診人次之品質與侵入性檢查之陰性率偏高等問題。其他，如會計、成本管理與財務稽核作業等亦是確保醫院財務健全達成永續經營所不可或缺之經營策略支援系統。為確保醫院之總體經營績效符合醫</p>	酌修文字內容。

105 年【重點說明】	104 年【重點說明】	修正說明
醫院之宗旨、國家政策與法令之要求，監督或治理團隊與經營團隊應定期溝通與檢討，由經營團隊提出解決方案並進行改善。醫院評鑑之整體規劃，遂依此概念整合本功能相關基準及評分說明。	院之宗旨、國家政策與法令之要求，監督或治理團隊與經營團隊應定期溝通與檢討，由經營團隊提出解決方案並進行改善。醫院評鑑之整體規劃，遂依此概念整合本功能相關基準及評分說明。	

條 號	條 文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
1.1.1	明訂宗旨、願景及目標，確認醫院在服務區域的角色及功能，並據以擬定適當之目標與計畫	<p>目的： 訂定宗旨、願景與目標，營造病人安全、醫療品質，尊重病人權益的文化，確實履行在服務區域之角色與任務。</p> <p>符合項目： 1.醫院之監督或治理團隊與經營團隊能共同訂定醫院之宗旨、願景及目標。(原 1.1.1-符合 1) 2.所訂定之宗旨、願景及目標，能營造下列文化：追求病人安全及醫療品質、以病人為中心、尊重病人權利、提供的醫療照護是病人所真正需要。(原 1.1.1-符合 2) 3.在訂定過程中能將服務區域之需求分析結果納入策略規劃中，依據前述策略分析結果明訂醫院在服務區域的角色與功能，由經營團隊擬訂年度目標與計畫。(原 1.1.2-C 修)</p> <p>優良項目：(下述項目(不含試評項目)僅限一項未達成)</p>	<p>目的： 訂定宗旨、願景與目標，營造病人安全、醫療品質，尊重病人權益的文化，確實履行在服務區域之角色與任務。</p> <p>符合項目： 1.醫院之監督或治理團隊與經營團隊能共同訂定醫院之宗旨、願景及目標。(原 1.1.1-符合 1) 2.所訂定之宗旨、願景及目標，能營造下列文化：追求病人安全及醫療品質、以病人為中心、尊重病人權利、提供的醫療照護是病人所真正需要。(原 1.1.1-符合 2) 3.在訂定過程中能將服務區域之需求分析結果納入策略規劃中，依據前述策略分析結果明訂醫院在服務區域的角色與功能，由經營團隊擬訂年度目標與計畫。(原 1.1.2-C 修)</p> <p>優良項目：(下述項目(不含試評項目)僅限一項未達成)</p>	酌修[註]3 之文字。

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			<p>1.監督或治理團隊必須有員工代表及社會公正人士的董事或參與機制。(試評)</p> <p>2.依據醫院員工之多元特性建立具有特色之溝通機制，適當向員工宣導醫院之角色、功能、目標與計畫，使其瞭解。(原1.1.2-B)</p> <p>3.經營團隊能依據宗旨與願景訂定短、中、長期目標與計畫。(新增)</p> <p>4.醫院之監督或治理團隊審查及核准為達成醫院宗旨、願景與目標所需之策略性相關計畫並視需要編列相關預算。(新增)</p> <p>5.監督或治理團隊定期檢討醫院之宗旨、願景與目標是否符合國家政策、法令與社區民眾之需求。(新增)</p> <p>6.對目標與計畫之執行，有妥善規劃進度追蹤及評量之機制，以利檢討調整。(原1.1.2-A)</p> <p>[註]本條用詞定義如下：</p> <p>1.監督或治理團隊(governing body)係指監督醫院營運或治理醫院之最高層級組織或個人，可包含如董事會、出資者、醫院所有權人、院長等，以下簡稱監督團隊。</p> <p>2.經營團隊(executive team)係指依監督或治理團隊之決議或指示，實際負責醫院營運者，可包含如</p>	<p>1.監督或治理團隊必須有員工代表及社會公正人士的董事或參與機制。(試評)</p> <p>2.依據醫院員工之多元特性建立具有特色之溝通機制，適當向員工宣導醫院之角色、功能、目標與計畫，使其瞭解。(原1.1.2-B)</p> <p>3.經營團隊能依據宗旨與願景訂定短、中、長期目標與計畫。(新增)</p> <p>4.醫院之監督或治理團隊審查及核准為達成醫院宗旨、願景與目標所需之策略性相關計畫並視需要編列相關預算。(新增)</p> <p>5.監督或治理團隊定期檢討醫院之宗旨、願景與目標是否符合國家政策、法令與社區民眾之需求。(新增)</p> <p>6.對目標與計畫之執行，有妥善規劃進度追蹤及評量之機制，以利檢討調整。(原1.1.2-A)</p> <p>[註]本條用詞定義如下：</p> <p>1.監督或治理團隊(governing body)係指監督醫院營運或治理醫院之最高層級組織或個人，可包含如董事會、出資者、醫院所有權人、院長等，以下簡稱監督團隊。</p> <p>2.經營團隊(executive team)係指依監督或治理團隊之決議或指示，實際負責醫院營運者，可包含如</p>	

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			<p>院長、副院長、資深主管、部科或醫療團隊主管等。</p> <p>3.優良項目 34 所指之策略性計畫與預算是為達成醫院宗旨、願景與策略目標之特定計畫及預算(不包括日常營運所需之計畫與預算)。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.可呈現醫院監督或治理團隊及經營團隊之章程、組織圖。(符合) 2.醫院之監督或治理團隊及經營團隊皆參與訂定宗旨、願景及目標之相關資料。(符合) 3.服務區域需求之分析結果。(符合) 4.醫院在病人安全及醫療品質、以病人為中心、尊重病人權利、提供的醫療照護是病人所真正需要之執行成果。(符合) 5.適當向員工宣導醫院之角色、功能、目標與計畫之書面資料。(優良) 6.對目標與計畫執行成效之追蹤與改善資料。(優良) 7.地區醫院可視需求制訂中長期計畫。(優良) 	<p>院長、副院長、資深主管、部科或醫療團隊主管等。</p> <p>3.優良項目 3 所指之策略性計畫與預算是為達成醫院宗旨、願景與策略目標之特定計畫及預算(不包括日常營運所需之計畫與預算)。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.可呈現醫院監督或治理團隊及經營團隊之章程、組織圖。(符合) 2.醫院之監督或治理團隊及經營團隊皆參與訂定宗旨、願景及目標之相關資料。(符合) 3.服務區域需求之分析結果。(符合) 4.醫院在病人安全及醫療品質、以病人為中心、尊重病人權利、提供的醫療照護是病人所真正需要之執行成果。(符合) 5.適當向員工宣導醫院之角色、功能、目標與計畫之書面資料。(優良) 6.對目標與計畫執行成效之追蹤與改善資料。(優良) 7.地區醫院可視需求制訂中長期計畫。(優良) 	
	1.1.4	訂定醫療業務指標、內部作業指標，定期分析及檢討改	<p>目的：</p> <p>收集醫療業務管理及內部作業流程等相關指標，並建立定期檢討與改</p>	<p>目的：</p> <p>收集醫療業務管理及內部作業流程等相關指標，並建立定期檢討與改</p>	酌修符合項目 2 之文字。

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
		善	<p>善機制，提升醫院經營管理績效。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有專責人員或部門負責收集醫療業務管理及內部作業流程相關指標，且每年至少有一次以上之報告。(原 1.1.6-C1, 1.1.7-C1) 2.收集醫療業務管理相關指標至少 5 項，並應包含佔床率、死亡率、院內醫療照護相關感染率(或密度)。(原 1.1.6-C2) 3.收集內部作業指標至少包含：平均住院日、等候住院時間(含急診病人及一般病人等候住院時間)、等候檢查時間(醫院可自行選定核心檢查項目)、門診等候時間等。(原 1.1.7-C2) <p>優良項目：(下述項目須全部達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.定期分析及檢討，並視情形改善醫療業務指標之執行成效。(原 1.1.6-B1) 2.設有品質內控(或異常管理)機制，如：因門診人次過高，以致每一病人之平均診療時間極短者，能監測並改善其診療品質；或如：實施較高風險之侵入性或放射性檢查(或治療)，但診斷結果為陰性之比率，遠高於院內或院外相同專長同儕者，能予以監測並設法改善。(原 1.1.6-B2) 	<p>善機制，提升醫院經營管理績效。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有專責人員或部門負責收集醫療業務管理及內部作業流程相關指標，且每年至少有一次以上之報告。(原 1.1.6-C1, 1.1.7-C1) 2.收集醫療業務管理相關指標至少 5 項，並應包含佔床率、死亡率、院內感染率(或密度)。(原 1.1.6-C2) 3.收集內部作業指標至少包含：平均住院日、等候住院時間(含急診病人及一般病人等候住院時間)、等候檢查時間(醫院可自行選定核心檢查項目)、門診等候時間等。(原 1.1.7-C2) <p>優良項目：(下述項目須全部達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.定期分析及檢討，並視情形改善醫療業務指標之執行成效。(原 1.1.6-B1) 2.設有品質內控(或異常管理)機制，如：因門診人次過高，以致每一病人之平均診療時間極短者，能監測並改善其診療品質；或如：實施較高風險之侵入性或放射性檢查(或治療)，但診斷結果為陰性之比率，遠高於院內或院外相同專長同儕者，能予以監測並設法改善。(原 1.1.6-B2) 3.定期選擇適當管理工具實施年度 	

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			<p>3.定期選擇適當管理工具實施年度性醫院內部作業流程指標分析及檢討，並視情形改善，成效良好。 (原 1.1.7-B)</p> <p>[註]</p> <p>1.醫療業務管理相關指標，如：門診人次、初診人次變化、急診人次、佔床率(急性病床、慢性病床)、住院人日、他院轉入病人數、轉出病人數、門診手術人次、住院手術人次、疾病與手術排名變化、死亡率(粗、淨率)、核心檢查項目等候時間等。</p> <p>2.較高風險之侵入性或放射性檢查(或治療)，醫院可自行選定監測之檢查(或治療)項目，如：上消化道內視鏡檢查、心導管檢查、電腦斷層掃描等。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.醫療業務指標與內部作業指標收集結果。(符合)</p> <p>2.醫療業務指標與內部作業指標之執行成效與改善紀錄。(優良)</p> <p>3.高門診人次之醫療品質與較高風險之侵入性或放射性檢查(或治療)之品質監測指標與相關檢討之會議紀錄。(優良)</p>	<p>性醫院內部作業流程指標分析及檢討，並視情形改善，成效良好。 (原 1.1.7-B)</p> <p>[註]</p> <p>1.醫療業務管理相關指標，如：門診人次、初診人次變化、急診人次、佔床率(急性病床、慢性病床)、住院人日、他院轉入病人數、轉出病人數、門診手術人次、住院手術人次、疾病與手術排名變化、死亡率(粗、淨率)、核心檢查項目等候時間等。</p> <p>2.較高風險之侵入性或放射性檢查(或治療)，醫院可自行選定監測之檢查(或治療)項目，如：上消化道內視鏡檢查、心導管檢查、電腦斷層掃描等。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.醫療業務指標與內部作業指標收集結果。(符合)</p> <p>2.醫療業務指標與內部作業指標之執行成效與改善紀錄。(優良)</p> <p>3.高門診人次之醫療品質與較高風險之侵入性或放射性檢查(或治療)之品質監測指標與相關檢討之會議紀錄。(優良)</p>	
合	1.1.6	遵守相關法令，並提	目的：	目的：	1.配合法規名稱變更：

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
		供合宜教育訓練	<p>定期檢視各項政策業務執行，遵守相關法令及檢討改善，且每年提供合宜之教育訓練。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.對於衛生主管機關執行衛生或醫療相關法令時，所開立之違規處分書或建議事項，能即時檢討並積極改善。(原 1.1.11-符合 1) 2.能配合政府有關醫院設備設施，員工安全福利、勞動檢查及病人權利等相關法令、行政規劃及行政指導之執行；若醫院受相關主管機關檢查結果不合格者，必需於期限內改善。(原 1.1.11-符合 2) 3.對醫療法及其他衛生、醫療相關法令，能針對相關工作人員及業務需要，每年實施如專題介紹或宣導課程等教育訓練。(原 1.1.11-符合 3) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.第 3 項相關工作人員及業務需要，由醫院自行界定，提供給評鑑委員參考。 2.第 3 項教育訓練，得以 E-learning 方式辦理。 3.衛生或醫療相關法令、行政規則或行政指導如： <ol style="list-style-type: none"> (1)法律：醫療法、各類醫事人員法、傳染病防治法、緊急醫療 	<p>定期檢視各項政策業務執行，遵守相關法令及檢討改善，且每年提供合宜之教育訓練。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.對於衛生主管機關執行衛生或醫療相關法令時，所開立之違規處分書或建議事項，能即時檢討並積極改善。(原 1.1.11-符合 1) 2.能配合政府有關醫院設備設施，員工安全福利、勞動檢查及病人權利等相關法令、行政規劃及行政指導之執行；若醫院受相關主管機關檢查結果不合格者，必需於期限內改善。(原 1.1.11-符合 2) 3.對醫療法及其他衛生、醫療相關法令，能針對相關工作人員及業務需要，每年實施如專題介紹或宣導課程等教育訓練。(原 1.1.11-符合 3) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.第 3 項相關工作人員及業務需要，由醫院自行界定，提供給評鑑委員參考。 2.第 3 項教育訓練，得以 E-learning 方式辦理。 3.衛生或醫療相關法令、行政規則或行政指導如： <ol style="list-style-type: none"> (1)法律：醫療法、各類醫事人員法、傳染病防治法、緊急醫療 	<p>(1)修正[註]3-(2)「防疫資源管理系統實施辦法」為「防疫物資及資源建置實施辦法」。</p> <p>(2)修正[註]3-(2)「醫療機構購置及使用昂貴或具有危險性醫療儀器審查及評估辦法」為「危險性醫療儀器審查評估辦法」。</p> <p>(3)修正[註]4「食品衛生管理法」為「食品安全衛生管理法」。</p> <p>2.酌修[註]3-(2)之文字。</p>

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			<p>救護法、精神衛生法、癌症防治法、人體器官移植條例、人體研究法、安寧緩和醫療條例、管制藥品管理條例、藥害救濟法、人工生殖法、菸害防制法、優生保健法等。</p> <p>(2)命令：醫療機構設置標準、醫療機構提報癌症防治資料作業辦法、傳染病流行疫情監視及預警系統實施辦法、<u>防疫資源管理系統實施辦法</u><u>防疫物資及資源建置實施辦法</u>、嚴重藥物不良反應通報辦法、醫院電腦處理個人資料登記管理辦法、醫院緊急災害應變措施及檢查辦法、醫療廢棄物共同清除處理機構管理辦法、<u>醫療機構購置及使用昂貴或具有危險性醫療儀器審查及評估辦法</u><u>危險性醫療儀器審查評估辦法</u>、特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法、活體肝臟捐贈移植辦法許可辦法等。</p> <p>(3)藥品優良調劑作業準則、安寧住院療護病房設置參考規範、醫療機構實施電子病歷作業要點、醫療院所辦理轉診作業須知等。</p> <p>4.其他相關法令如：勞動基準法、</p>	<p>救護法、精神衛生法、癌症防治法、人體器官移植條例、人體研究法、安寧緩和醫療條例、管制藥品管理條例、藥害救濟法、人工生殖法、菸害防制法、優生保健法等。</p> <p>(2)命令：醫療機構設置標準、醫療機構提報癌症防治資料作業辦法、傳染病流行疫情監視及預警系統實施辦法、防疫資源管理系統實施辦法、嚴重藥物不良反應通報辦法、醫院電腦處理個人資料登記管理辦法、醫院緊急災害應變措施及檢查辦法、醫療廢棄物共同清除處理機構管理辦法、醫療機構購置及使用昂貴或具有危險性醫療儀器審查及評估辦法、特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法、活體肝臟捐贈移植辦法許可辦法等。</p> <p>(3)藥品優良調劑作業準則、安寧住院療護病房設置參考規範、醫療機構實施電子病歷作業要點、醫療院所辦理轉診作業須知等。</p> <p>4.其他相關法令如：勞動基準法、職業安全衛生教育訓練規則、環境基本法、建築法、消防法、身</p>	

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			<p>職業安全衛生教育訓練規則、環境基本法、建築法、消防法、身心障礙者權益保障法、家庭暴力防治法、兒童及少年福利與權益保障法、性別工作平等法、全民防衛動員準備法、性侵害犯罪防治法、<u>食品衛生管理法</u><u>食品安全衛生管理法</u>、家庭暴力防治法、職業安全衛生法、職業災害勞工保護法、職業安全衛生設施規則、勞工健康保護規則、職業安全衛生管理辦法、勞工保險條例、游離輻射防護法、放射性廢棄物處理貯存及其設施安全管理規則、性侵害事件醫療作業應行注意事項、輻射工作場所管理與場所外環境輻射監測作業準則、輻射防護管理組織及輻射防護人員設置標準、放射性物質或可發生游離輻射設備操作人員管理辦法，以及建築消防相關法規、老人福利法、環境教育法等。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.對於衛生主管機關執行衛生或醫療相關法令時，所開立之違規處分書或建議事項與改善之資料。 2.配合政府有關醫院設備設施查核結果不合格者之改善資料。 	<p>心障礙者權益保障法、家庭暴力防治法、兒童及少年福利與權益保障法、性別工作平等法、全民防衛動員準備法、性侵害犯罪防治法、食品衛生管理法、家庭暴力防治法、職業安全衛生法、職業災害勞工保護法、職業安全衛生設施規則、勞工健康保護規則、職業安全衛生管理辦法、勞工保險條例、游離輻射防護法、放射性廢棄物處理貯存及其設施安全管理規則、性侵害事件醫療作業應行注意事項、輻射工作場所管理與場所外環境輻射監測作業準則、輻射防護管理組織及輻射防護人員設置標準、放射性物質或可發生游離輻射設備操作人員管理辦法，以及建築消防相關法規、老人福利法、環境教育法等。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.對於衛生主管機關執行衛生或醫療相關法令時，所開立之違規處分書或建議事項與改善之資料。 2.配合政府有關醫院設備設施查核結果不合格者之改善資料。 3.對醫療法及其他衛生、醫療相關法令，能針對醫院規模、相關工 	

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			3.對醫療法及其他衛生、醫療相關法令，能針對醫院規模、相關工作人員及業務需要，每年選擇適當議題，實施如專題介紹或宣導課程等教育訓練資料。	作人員及業務需要，每年選擇適當議題，實施如專題介紹或宣導課程等教育訓練資料。	
	1.1.7	配合國家衛生政策及其他相關政策之情形	<p>目的： 建立相關衛生醫療政策宣導機制，並定期檢視各項政策之落實執行。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.對國家衛生政策及其他相關政策，能舉辦講座或透過院刊、公告欄、電視、醫院網站等媒體，協助宣導播放。(原 1.1.12-C1) 2.醫院之健保 IC 卡讀卡機，可讀取器官捐贈意願及安寧緩和醫療意願註記之資料。(原 1.1.12-C2) 3.將器官捐贈及安寧療護照護等相關資訊納入住院須知(可參考衛生福利部公告之「醫院住院須知參考範例」)。(原 1.1.12-C3) 4.專責人員負責結核病個案管理工作。(原 1.1.12-B6) <p>優良項目:(下述項目僅限一項未達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院已建置全院性癌症篩檢門診電腦提示系統，主動提醒民眾做癌症篩檢，建立監測機制，並定期檢討改進。(原 1.1.12-B3、A4 修) 2.訂有器官捐贈勸募及安寧緩和醫 	<p>目的： 建立相關衛生醫療政策宣導機制，並定期檢視各項政策之落實執行。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.對國家衛生政策及其他相關政策，能舉辦講座或透過院刊、公告欄、電視、醫院網站等媒體，協助宣導播放。(原 1.1.12-C1) 2.醫院之健保 IC 卡讀卡機，可讀取器官捐贈意願及安寧緩和醫療意願註記之資料。(原 1.1.12-C2) 3.將器官捐贈及安寧療護照護等相關資訊納入住院須知(可參考衛生福利部公告之「醫院住院須知參考範例」)。(原 1.1.12-C3) 4.專責人員負責結核病個案管理工作。(原 1.1.12-B6) <p>優良項目:(下述項目僅限一項未達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院已建置全院性癌症篩檢門診電腦提示系統，主動提醒民眾做癌症篩檢，建立監測機制，並定期檢討改進。(原 1.1.12-B3、A4 修) 2.訂有器官捐贈勸募及安寧緩和醫 	依衛生福利部指示，修正[註]2之國產新興藥品相關文字。

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			<p>療推廣之執行計畫，包括對民眾及員工辦理有關器官捐贈及安寧緩和醫療之宣導活動，並提供同意捐贈之簽署管道且有具體成效。(原 1.1.12-B2)</p> <p>3.設立女性整合性門診，提供婦女較隱私且整合性之就醫環境。(原 1.1.12-B5)</p> <p>[註]</p> <p>1.國家衛生政策及其他相關政策如：健保政策、安寧緩和醫療、器官捐贈宣導、基層醫療保健、衛教宣導、醫藥分業、醫療網計畫、營造雙語環境、推動母嬰親善、電子病歷及自殺防治、癌症防治政策、愛滋病防治政策、鼓勵採購國產新興藥品及醫療器材生技新藥產業發展條例審議通過之新興藥品及醫療器材，完成研發並已核發許可證者(以不違反我國締結之條約或協定為前提)、節能減碳政策...等。</p> <p>2.器官捐贈宣導及勸募之執行及改善成效，可以依醫院歷年器官捐贈勸募案例數、勸募成功案例數及器捐意願 IC 卡註記人數之成長情形做評估。</p> <p>3.女性整合性門診可就相關醫療專業領域(診療科別)、就醫空間及流</p>	<p>療推廣之執行計畫，包括對民眾及員工辦理有關器官捐贈及安寧緩和醫療之宣導活動，並提供同意捐贈之簽署管道且有具體成效。(原 1.1.12-B2)</p> <p>3.設立女性整合性門診，提供婦女較隱私且整合性之就醫環境。(原 1.1.12-B5)</p> <p>[註]</p> <p>1.國家衛生政策及其他相關政策如：健保政策、安寧緩和醫療、器官捐贈宣導、基層醫療保健、衛教宣導、醫藥分業、醫療網計畫、營造雙語環境、推動母嬰親善、電子病歷及自殺防治、癌症防治政策、愛滋病防治政策、鼓勵採購國產新興藥品及醫療器材、節能減碳政策...等。</p> <p>2.器官捐贈宣導及勸募之執行及改善成效，可以依醫院歷年器官捐贈勸募案例數、勸募成功案例數及器捐意願 IC 卡註記人數之成長情形做評估。</p> <p>3.女性整合性門診可就相關醫療專業領域(診療科別)、就醫空間及流程進行整合(如：女性癌症篩檢與診療整合到女性單一門診中、設立常見婦女健康問題的整合門診、設置更年期問題特別門診</p>	

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			<p>程進行整合(如：女性癌症篩檢與診療整合到女性單一門診中、設立常見婦女健康問題的整合門診、設置更年期問題特別門診等)；醫學中心於 101 年前設立完成，公立醫院於 105 年前設立完成，其他醫院應於 110 年設立完成。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.對國家衛生政策及其他相關政策，舉辦講座或透過院刊、公告欄、電視、醫院網站等媒體，協助宣導播放之資料。(符合) 2.醫院之健保 IC 卡讀卡機，可讀取器官捐贈意願及安寧緩和醫療意願註記之資料。(符合) 3.將器官捐贈及安寧療護照護等相關資訊納入住院須知。(符合) 4.負責結核病個案管理及衛教工作之人員學經歷與結核病個案管理及衛教相關資料。(符合) 5.主動提醒民眾做癌症篩檢，成效良好，足以成為其他同級醫院之楷模之事證。(優良) 6.器官捐贈勸募及安寧緩和醫療推廣之執行計畫。(優良) 7.針對篩檢服務促進措施，建立監測機制，並定期分析檢討改善資 	<p>等)；醫學中心於 101 年前設立完成，公立醫院於 105 年前設立完成，其他醫院應於 110 年設立完成。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.對國家衛生政策及其他相關政策，舉辦講座或透過院刊、公告欄、電視、醫院網站等媒體，協助宣導播放之資料。(符合) 2.醫院之健保 IC 卡讀卡機，可讀取器官捐贈意願及安寧緩和醫療意願註記之資料。(符合) 3.將器官捐贈及安寧療護照護等相關資訊納入住院須知。(符合) 4.負責結核病個案管理及衛教工作之人員學經歷與結核病個案管理及衛教相關資料。(符合) 5.主動提醒民眾做癌症篩檢，成效良好，足以成為其他同級醫院之楷模之事證。(優良) 6.器官捐贈勸募及安寧緩和醫療推廣之執行計畫。(優良) 7.針對篩檢服務促進措施，建立監測機制，並定期分析檢討改善資料。(優良) 	

條 號		條 文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			料。(優良)		

第 1 篇、經營管理 第 1.2 章 員工管理與支持制度

105 年【重點說明】	104 年【重點說明】	修正說明
<p>妥善的員工管理與支持制度除可讓醫院的經營符合法規及實務的需要，透過人事管理制度，可確保醫院人員的專業資格(適當的學經歷及專業執照)、人力的妥善運用(專責、專職、專任、兼任、外包之搭配運用)、妥適的工作環境與情緒支持等，營造最適醫院定位之工作環境與條件。</p> <p>醫院首先需建立人事管理制度，依醫院規模、屬性配置適當人員或成立相關單位，依法及醫院實務需要設計招募、徵選、薪資規定…等辦法，招募符合各單位需求、職掌的合適人力，考量員工工作負荷，且依業務量變化適時調整人力，並設計適用的評核與升遷制度，提供員工持續進步、發揮所長之動機，並評估各項資源投入與產出、期待與實際之差異，找出造成差異的原因及確定改善方向。</p> <p>醫院是一高度壓力工作場所，醫院除建構安全、適合工作的環境外，在員工支持方面，應重視工作人員健康防護、<u>健康</u>促進與福利，有健康、滿意的工作人員才有專業、有品質的醫療服務。另外，應提供工作人員適當的意見反應管道(如：滿意度調查、主管信箱等)及心理支持及輔導機制，釐清工作同仁所提問題予以適當處理，協助員工調適，定期辦理紓壓或情緒支持相關講座或活動，提升員工心理衛生相關知能，甚至有互助機制，減輕員工面臨困境或醫療糾紛時之壓力。</p>	<p>妥善的員工管理與支持制度除可讓醫院的經營符合法規及實務的需要，透過人事管理制度，可確保醫院人員的專業資格(適當的學經歷及專業執照)、人力的妥善運用(專責、專職、專任、兼任、外包之搭配運用)、妥適的工作環境與情緒支持等，營造最適醫院定位之工作環境與條件。</p> <p>醫院首先需建立人事管理制度，依醫院規模、屬性配置適當人員或成立相關單位，依法及醫院實務需要設計招募、徵選、薪資規定…等辦法，招募符合各單位需求、職掌的合適人力，考量員工工作負荷，且依業務量變化適時調整人力，並設計適用的評核與升遷制度，提供員工持續進步、發揮所長之動機，並評估各項資源投入與產出、期待與實際之差異，找出造成差異的原因及確定改善方向。</p> <p>醫院是一高度壓力工作場所，醫院除建構安全、適合工作的環境外，在員工支持方面，應重視工作人員健康防護、促進與福利，有健康、滿意的工作人員才有專業、有品質的醫療服務。另外，應提供工作人員適當的意見反應管道(如：滿意度調查、主管信箱等)及心理支持及輔導機制，釐清工作同仁所提問題予以適當處理，協助員工調適，定期辦理紓壓或情緒支持相關講座或活動，提升員工心理衛生相關知能，甚至有互助機制，減輕員工面臨困境或醫療糾紛時之壓力。</p>	酌修文字內容。

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
	1.2.5	致力於建置完善合宜之工作環境，訂有且執行員工健康促進活動與福利制度	<p>目的： 建構安全、適合工作的環境，並重視性別平權及員工健康防護、健康促進與福利，確保員工身心健康。</p> <p>符合項目： 1.提供員工整潔明亮且空間、設施充足之工作環境。(原1.2.8-C1) 2.建立性別平權之工作環境，設計及數量應考量兩性需要(如：廁所、更衣室、休息室、哺(集)乳室等)，並符合法令規定。(原1.2.8-C2) 3.提供身心障礙員工相關設施設備及環境合宜、適用。(原1.2.8-C3) 4.訂有健康促進與福利措施並周知員工。(原1.2.10-C1) 5.確實實施健康促進活動、有效提升員工士氣之福利措施並有紀錄可查。(原1.2.10-C2)</p> <p>優良項目：(下述項目(不含試評項目)須全部達成) 1.具備適當用餐、休閒、健康促進、運動、托嬰服務等設施。(原1.2.8-B) 2.醫院應重視員工健康促進與福利措施，訂有年度計畫、編列適當經費並確實執行，定期檢討修正，且均有基層員工代表參與。(原1.2.10-C3、B修) 3.設立員工意見反應機制，蒐集員</p>	<p>目的： 建構安全、適合工作的環境，並重視性別平權及員工健康防護、促進與福利，確保員工身心健康。</p> <p>符合項目： 1.提供員工整潔明亮且空間、設施充足之工作環境。(原 1.2.8-C1) 2.建立性別平權之工作環境，設計及數量應考量兩性需要(如：廁所、更衣室、休息室、哺(集)乳室等)，並符合法令規定。(原 1.2.8-C2) 3.提供身心障礙員工相關設施設備及環境合宜、適用。(原 1.2.8-C3) 4.訂有健康促進與福利措施並周知員工。(原 1.2.10-C1) 5.確實實施健康促進活動、有效提升員工士氣之福利措施並有紀錄可查。(原 1.2.10-C2)</p> <p>優良項目：(下述項目(不含試評項目)須全部達成) 1.具備適當用餐、休閒、健康促進、運動、托嬰服務等設施。(原 1.2.8-B) 2.醫院應重視員工健康促進與福利措施，訂有年度計畫、編列適當經費並確實執行，定期檢討修正，且均有基層員工代表參與。(原 1.2.10-C3、B修) 3.設立員工意見反應機制，蒐集員</p>	<p>1.酌修目的之文字。 2.酌修[註]1之文字。 3.修正[註]4之勞基法為勞動基準法。</p>

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			<p>工建議並檢討改善工作環境。(原 1.2.8-A 修)</p> <p>4.明定醫院盈餘之百分比用於員工健康促進與福利措施。(試評)</p> <p>[註]</p> <p>1.為維護婦女於公共場所哺育母乳之權利，並提供有意願哺育母乳之婦女無障礙哺乳環境，C-2 符合項目 2「哺(集)乳室」之設置應依中華民國 99 年 11 月 24 日總統華總一義字第 09900317131 號令公布「公共場所母乳哺育條例」之規範施行，若有違反，亦需接受相關罰則。</p> <p>2.健康促進活動如：減重、戒菸、推廣健康飲食、慢性病防治、預防篩檢、預防注射等活動之落實。</p> <p>3.福利措施如：政府法令規定的福利事項(保險、薪資、休息及休假、退休、職業傷害、工作時間等)，非政府法令規定的福利事項(軟硬體設備輔助、相關資訊諮詢服務、相關補貼、獎金、家庭支持、旅遊、教育訓練等)。</p> <p>4.有關女性醫師於妊娠期間之值班規定，雖現階段醫師尚未納入勞基法之規範，但為保障孕婦健康，仍應比照勞動基準法第 49 條「雇主不得使妊娠或哺乳期間之</p>	<p>工建議並檢討改善工作環境。(原 1.2.8-A 修)</p> <p>4.明定醫院盈餘之百分比用於員工健康促進與福利措施。(試評)</p> <p>[註]</p> <p>1.為維護婦女於公共場所哺育母乳之權利，並提供有意願哺育母乳之婦女無障礙哺乳環境，C-2「哺(集)乳室」之設置應依中華民國 99 年 11 月 24 日總統華總一義字第 09900317131 號令公布「公共場所母乳哺育條例」之規範施行，若有違反，亦需接受相關罰則。</p> <p>2.健康促進活動如：減重、戒菸、推廣健康飲食、慢性病防治、預防篩檢、預防注射等活動之落實。</p> <p>3.福利措施如：政府法令規定的福利事項(保險、薪資、休息及休假、退休、職業傷害、工作時間等)，非政府法令規定的福利事項(軟硬體設備輔助、相關資訊諮詢服務、相關補貼、獎金、家庭支持、旅遊、教育訓練等)。</p> <p>4.有關女性醫師於妊娠期間之值班規定，雖現階段醫師尚未納入勞基法之規範，但為保障孕婦健康，仍應比照勞基法第 49 條「雇</p>	

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			<p>女工於午後十時至翌晨六時之間內工作」及第 51 條「女工在妊娠期間，如有較為輕易之工作，得申請改調，雇主不得拒絕，並不得減少其工資」規定辦理。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.廁所數量、更衣室、休息室、哺(集)乳室等配置及數量資料。(符合) 2.身心障礙設施設備資料。(符合) 3.健康促進與福利措施資料。(符合) 4.用餐、休閒、運動等設施資料。(優良) 5.健康促進活動年度計畫、經費及執行結果紀錄。(優良) 6.員工建議工作環境事項及檢討措施資料。(優良) 	<p>於午後十時至翌晨六時之間內工作」及第 51 條「女工在妊娠期間，如有較為輕易之工作，得申請改調，雇主不得拒絕，並不得減少其工資」規定辦理。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.廁所數量、更衣室、休息室、哺(集)乳室等配置及數量資料。(符合) 2.身心障礙設施設備資料。(符合) 3.健康促進與福利措施資料。(符合) 4.用餐、休閒、運動等設施資料。(優良) 5.健康促進活動年度計畫、經費及執行結果紀錄。(優良) 6.員工建議工作環境事項及檢討措施資料。(優良) 	
合	1.2.6	實施新進員工及在職員工健康檢查	<p>目的：</p> <p>保障員工，依其健康檢查結果進行追蹤，提供健康管理服務或改善工作條件，避免產生職業病。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.配置符合資格之醫師及護理人力從事勞工健康服務。(新增) 2.依「勞工健康保護規則」辦理新進員工及在職員工健康檢查，以及特殊作業勞工健康檢查(如：放射線工作人員、調配化學治療藥品之藥師)。(原 1.2.9-符合 1) 	<p>目的：</p> <p>保障員工，依其健康檢查結果進行追蹤，提供健康管理服務或改善工作條件，避免產生職業病。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.配置符合資格之醫師及護理人力從事勞工健康服務。(新增) 2.依「勞工健康保護規則」辦理新進員工及在職員工健康檢查，以及特殊作業勞工健康檢查(如：放射線工作人員、調配化學治療藥品之藥師)。(原 1.2.9-符合 1) 	依「勞工健康保護規則」修正[註]之文字及格式。

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			<p>3.設置專責人員，並負責健康檢查結果異常之員工提供追蹤或健康管理之服務。(原 1.2.9 符合 2)</p> <p>4.針對員工健康檢查發現之問題，有檢討分析並推展各項健康促進計畫。(原 1.2.9 符合 3)</p> <p>[註] <u>勞工健康保護規則：</u> <u>(1)第 11 條：「雇主對在職勞工，應依下列規定，定期實施一般健康檢查：</u> 一、年滿六十五歲以上者，每年檢查一次。 二、年滿四十歲以上未滿六十五歲者，每三年檢查一次。 三、未滿四十歲者，每五年檢查一次。 前項一般健康檢查項目及檢查紀錄，應依前條規定辦理。但經檢查為先天性辨色力異常者，得免再實施辨色力檢查。<u>」。</u></p> <p><u>(2)第 21 條：「實施第一項健康檢查及前條體格檢查時，雇主依癌症防治法規定，對於符合癌症篩檢條件之勞工，於事業單位實施勞工健康檢查時，得於經勞工同意下，一併進行口腔癌、大腸癌、女性子宮頸癌及女性乳癌之篩檢，其。</u></p>	<p>3.設置專責人員，並負責健康檢查結果異常之員工提供追蹤或健康管理之服務。(原 1.2.9-符合 2)</p> <p>4.針對員工健康檢查發現之問題，有檢討分析並推展各項健康促進計畫。(原 1.2.9-符合 3)</p> <p>[註] <u>勞工健康保護規則第 11 條：「雇主對在職勞工，應依下列規定，定期實施一般健康檢查：</u> 一、年滿六十五歲以上者，每年檢查一次。 二、年滿四十歲以上未滿六十五歲者，每三年檢查一次。 三、未滿四十歲者，每五年檢查一次。 前項一般健康檢查項目及檢查紀錄，應依前條規定辦理。但經檢查為先天性辨色力異常者，得免再實施辨色力檢查。 實施第一項健康檢查及前條體格檢查時，雇主得於勞工同意下，一併進行口腔癌、大腸癌、女性子宮頸癌及女性乳癌之篩檢，其檢查結果不列入一般體格(健康)檢查紀錄表。 前項篩檢之對象、時程、資料申報、經費及其他規定事項，依中央衛生主管機關之規定辦理。」</p>	

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			<p>前項之檢查結果不列入一般體格 (健康)檢查紀錄表。</p> <p>前二項篩檢之對象、時程、資料 申報、經費及其他規定事項，依 中央衛生主管機關之規定辦理。」</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.員工健康檢查的政策或規章制度。 2.員工健康檢查結果及分析評估資料。 3.健康檢查結果異常員工追蹤資料。 4.員工健康促進計畫資料。 5.配置勞工健康服務護理人員資料。 6.員工健康諮詢紀錄。 	<p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.員工健康檢查的政策或規章制度。 2.員工健康檢查結果及分析評估資料。 3.健康檢查結果異常員工追蹤資料。 4.員工健康促進計畫資料。 5.配置勞工健康服務護理人員資料。 6.員工健康諮詢紀錄。 	

第 1 篇、經營管理 第 1.3 章 人力資源管理

條 號	條 文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
必 1.3.6	依據病房特性配置適當護產人力	<p>目的：</p> <p>配置適當的護產人員，確保照護品質及病人安全，並符合政府相關法令之規定。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.申請地區醫院評鑑者：</p> <p>(1)急性一般病床，49 床以下者，每 4 床應有 1 人以上；50 床以上者，每 3 床應有 1 人以上。(原 1.3.7-C1-(1)、綜合醫院設標)</p> <p>(2)設下列部門者，其人員並依其規定計算：(原 1.3.7-C1-(2)、綜合醫院設標)</p> <p>①手術室：每床應有 2 人以上。</p> <p>②加護病房：每床應有 1.5 人以上。</p> <p>③產房：每產台應有 2 人以上。</p> <p>④燒傷病房、亞急性呼吸照護病房：每床應有 1.5 人以上。</p> <p>⑤手術恢復室、急診觀察室、嬰兒病床、安寧病房：每床應有 1 人以上。</p> <p>⑥門診：每診療室應有 1 人以上。</p> <p>⑦嬰兒室：每床應有 0.4 人以上。</p> <p>⑧血液透析室、慢性呼吸照護病房：每 4 床應有 1 人以上。</p> <p>2.申請區域醫院評鑑者：(原</p>	<p>目的：</p> <p>配置適當的護產人員，確保照護品質及病人安全，並符合政府相關法令之規定。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.申請地區醫院評鑑者：</p> <p>(1)急性一般病床，49 床以下者，每 4 床應有 1 人以上；50 床以上者，每 3 床應有 1 人以上。(原 1.3.7-C1-(1)、綜合醫院設標)</p> <p>(2)設下列部門者，其人員並依其規定計算：(原 1.3.7-C1-(2)、綜合醫院設標)</p> <p>①手術室：每床應有 2 人以上。</p> <p>②加護病房：每床應有 1.5 人以上。</p> <p>③產房：每產台應有 2 人以上。</p> <p>④燒傷病房、亞急性呼吸照護病房：每床應有 1.5 人以上。</p> <p>⑤手術恢復室、急診觀察室、嬰兒病床、安寧病房：每床應有 1 人以上。</p> <p>⑥門診：每診療室應有 1 人以上。</p> <p>⑦嬰兒室：每床應有 0.4 人以上。</p> <p>⑧血液透析室、慢性呼吸照護病房：每 4 床應有 1 人以上。</p> <p>2.申請區域醫院評鑑者：(原</p>	酌修[註]4 之標點符號。

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			<p>1.3.7-C2、綜合醫院設標</p> <p>(1)急性一般病床每 2.5 床應有 1 人以上。</p> <p>(2)設下列部門者，其人員並依其規定計算：</p> <p>①手術室：每班每床 2 人以上。</p> <p>②加護病房：每床應有 2 人以上。(原 2.4.7-C)</p> <p>③產房：每產台應有 2 人以上。</p> <p>④燒傷病房、亞急性呼吸照護病房：每床應有 1.5 人以上。</p> <p>⑤手術恢復室：每班每床 0.5 人以上。急診觀察室、嬰兒病床、安寧病房：每床應有 1 人以上。</p> <p>⑥門診：每診療室應有 1 人以上。</p> <p>⑦嬰兒室：每床應有 0.4 人以上。</p> <p>⑧血液透析室：每 4 人次 1 人以上。慢性呼吸照護病房：每 4 床應有 1 人以上。</p> <p>⑨精神科日間照護單位，每 16 名服務量應有 1 人以上。</p> <p>3. 申請醫學中心評鑑者：(原 1.3.7-C3、綜合醫院設標)</p> <p>(1)急性一般病床每 2 床應有 1 人以上。</p> <p>(2)設下列部門者，其人員並依其規定計算：</p>	<p>1.3.7-C2、綜合醫院設標</p> <p>(1)急性一般病床每 2.5 床應有 1 人以上。</p> <p>(2)設下列部門者，其人員並依其規定計算：</p> <p>①手術室：每班每床 2 人以上。</p> <p>②加護病房：每床應有 2 人以上。(原 2.4.7-C)</p> <p>③產房：每產台應有 2 人以上。</p> <p>④燒傷病房、亞急性呼吸照護病房：每床應有 1.5 人以上。</p> <p>⑤手術恢復室：每班每床 0.5 人以上。急診觀察室、嬰兒病床、安寧病房：每床應有 1 人以上。</p> <p>⑥門診：每診療室應有 1 人以上。</p> <p>⑦嬰兒室：每床應有 0.4 人以上。</p> <p>⑧血液透析室：每 4 人次 1 人以上。慢性呼吸照護病房：每 4 床應有 1 人以上。</p> <p>⑨精神科日間照護單位，每 16 名服務量應有 1 人以上。</p> <p>3. 申請醫學中心評鑑者：(原 1.3.7-C3、綜合醫院設標)</p> <p>(1)急性一般病床每 2 床應有 1 人以上。</p> <p>(2)設下列部門者，其人員並依其規定計算：</p>	

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			①手術室：每班每床 2.5 人以上。 ②加護病房：每床應有 2.5 人以上。 ③產房：每產台應有 2 人以上。 ④燒傷病房、亞急性呼吸照護病房：每床應有 1.5 人以上。 ⑤手術恢復室：每班每床 0.5 人以上。急診觀察室、嬰兒病床、安寧病房：每床應有 1 人以上。 ⑥門診：每診療室應有 1 人以上。 ⑦嬰兒室：每床應有 0.4 人以上。 ⑧血液透析室：每 4 人次 1 人以上。慢性呼吸照護病房：每 4 床應有 1 人以上。 ⑨精神科日間照護單位，每 15 名服務量應有 1 人以上。 4.精神急性一般病房：每 3 床應有 1 人以上。 5.精神慢性一般病房：每 12 床應有 1 人以上。 優良項目：(依申請醫院層級，需達成下述項目) 1.護產人力： (1)申請地區醫院評鑑者：護理人力達符合項目 1 項之 1.10 倍。 (2)申請區域醫院評鑑者：護理人	①手術室：每班每床 2.5 人以上。 ②加護病房：每床應有 2.5 人以上。 ③產房：每產台應有 2 人以上。 ④燒傷病房、亞急性呼吸照護病房：每床應有 1.5 人以上。 ⑤手術恢復室：每班每床 0.5 人以上。急診觀察室、嬰兒病床、安寧病房：每床應有 1 人以上。 ⑥門診：每診療室應有 1 人以上。 ⑦嬰兒室：每床應有 0.4 人以上。 ⑧血液透析室：每 4 人次 1 人以上。慢性呼吸照護病房：每 4 床應有 1 人以上。 ⑨精神科日間照護單位，每 15 名服務量應有 1 人以上。 4.精神急性一般病房：每 3 床應有 1 人以上。 5.精神慢性一般病房：每 12 床應有 1 人以上。 優良項目：(依申請醫院層級，需達成下述項目) 1.護產人力： (1)申請地區醫院評鑑者：護理人力達符合項目 1 項之 1.10 倍。 (2)申請區域醫院評鑑者：護理人	

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			<p>力達符合項目 2 項之 1.10 倍。 (原 1.3.7-A1-(2))</p> <p>(3)申請醫學中心評鑑者：護理人力達符合項目 3 項之 1.10 倍。 (原 1.3.7-A1-(3))</p> <p>2.能依業務特性及需求作彈性調配。(原 1.3.7-B2)</p> <p>3.除符合上述護產人力標準外，並有輔助人力協助護理人員執行非專業護理工作。(新增)</p> <p>[註]</p> <p>1.本條為必要條文，必須達符合項目(含)以上。</p> <p>2.護產人員包括護理師、護士、助產師及助產士，並應辦理執業登記；護佐、照顧服務員、書記等不列計。</p> <p>3.各類病床數以登記開放數計，並依實際設置情形計算人力。</p> <p>4.開業後之門診護產人員，依診療室之實際使用率計。其計算方式如下：實際使用率＝每星期之開診數／／(診間數×每天以二時段計數×每星期開診天數)×100%。</p> <p>5.人力計算時：</p> <p>(1)病床數得考量年平均佔床率，且四捨五入取至整數位。</p> <p>(2)人力計算結果以整數計。</p> <p>(3)人力計算結果不得低於醫療機</p>	<p>力達符合項目 2 項之 1.10 倍。 (原 1.3.7-A1-(2))</p> <p>(3)申請醫學中心評鑑者：護理人力達符合項目 3 項之 1.10 倍。 (原 1.3.7-A1-(3))</p> <p>2.能依業務特性及需求作彈性調配。(原 1.3.7-B2)</p> <p>3.除符合上述護產人力標準外，並有輔助人力協助護理人員執行非專業護理工作。(新增)</p> <p>[註]</p> <p>1.本條為必要條文，必須達符合項目(含)以上。</p> <p>2.護產人員包括護理師、護士、助產師及助產士，並應辦理執業登記；護佐、照顧服務員、書記等不列計。</p> <p>3.各類病床數以登記開放數計，並依實際設置情形計算人力。</p> <p>4.開業後之門診護產人員，依診療室之實際使用率計。其計算方式如下：實際使用率＝每星期之開診數／(診間數×每天以二時段計數×每星期開診天數)×100%。</p> <p>5.人力計算時：</p> <p>(1)病床數得考量年平均佔床率，且四捨五入取至整數位。</p> <p>(2)人力計算結果以整數計。</p> <p>(3)人力計算結果不得低於醫療機</p>	

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			<p>構設置標準之規定。</p> <p>(4)嬰兒室、燒傷病房及嬰兒病房等單位由醫院依實際需要調整人力，並提供適當訓練，以維照護品質。</p> <p>6.醫院若設有產房，得優先聘用助產人員。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.護產人員執業登記名冊。(符合)</p> <p>2.護產人員年資統計資料。(符合)</p> <p>3.各部門護產人員配置統計。(符合)</p> <p>4.相關配合業務需求彈性調度人力之資料。(優良)</p>	<p>構設置標準之規定。</p> <p>(4)嬰兒室、燒傷病房及嬰兒病房等單位由醫院依實際需要調整人力，並提供適當訓練，以維照護品質。</p> <p>6.醫院若設有產房，得優先聘用助產人員。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.護產人員執業登記名冊。(符合)</p> <p>2.護產人員年資統計資料。(符合)</p> <p>3.各部門護產人員配置統計。(符合)</p> <p>4.相關配合業務需求彈性調度人力之資料。(優良)</p>	

第 1 篇、經營管理 第 1.4 章 員工教育訓練

條 號	條 文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
1.4.1	設置員工教育訓練專責人員、委員會或部門，負責院內員工教育及進修	<p>目的： 統籌管理及推動全院員工教育訓練，訂定各職類人員教育訓練課程，確保教育訓練課程符合醫院與員工需求。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有設置全院性教育訓練專責人員、委員會或部門，負責員工年度在職教育及進修計畫之擬訂及追蹤。(原 1.4.1-C1) 2.訂有訓練管理制度，且有機制了解員工出席狀況與學習成效。(原 1.4.1-C2 修) 3.訂有機制收集各職類醫事人員繼續教育積分，並適時提醒。(原 1.4.1-C3 修) 4.員工在職教育訓練課程對於病人權利、病人安全、醫療倫理、全人醫療、感染管制及危機處理等重要議題列為必要教育訓練課程內容。(原 1.4.3-C1 修) 5.醫院全體員工(含外包人員)每人每年至少應有 3 小時感染管制教育訓練(含 TB 防治)且符合標準的比率≥80%。(原 1.4.10-C3) <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.員工年度在職教育訓練、進修計畫完整及編列年度費用，並確實 	<p>目的： 統籌管理及推動全院員工教育訓練，訂定各職類人員教育訓練課程，確保教育訓練課程符合醫院與員工需求。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有設置全院性教育訓練專責人員、委員會或部門，負責員工年度在職教育及進修計畫之擬訂及追蹤。(原 1.4.1-C1) 2.訂有訓練管理制度，且有機制了解員工出席狀況與學習成效。(原 1.4.1-C2 修) 3.訂有機制收集各職類醫事人員繼續教育積分，並適時提醒。(原 1.4.1-C3 修) 4.員工在職教育訓練課程對於病人權利、病人安全、醫療倫理、全人醫療、感染管制及危機處理等重要議題列為必要教育訓練課程內容。(原 1.4.3-C1 修) 5.醫院全體員工(含外包人員)每人每年至少應有 3 小時感染管制教育訓練(含 TB 防治)且符合標準的比率≥80%。(原 1.4.10-C3) <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.員工年度在職教育訓練、進修計畫完整及編列年度費用，並確實 	酌修優良項目 3 文字。

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			<p>執行。(原 1.4.1-B1、1.4.5-C2 併)</p> <p>2.訂有機制，定期收集分析員工參加教育訓練之反應與學習心得建議，定期評估檢討，並據以修正教育訓練及進修計畫。(原 1.4.1-B2、1.4.4-B2)</p> <p>3.依據員工參與教育訓練狀況，納入員工考核範圍，且記<u>紀錄</u>詳實。(原 1.4.1-B4)</p> <p>4.訂有鼓勵員工進修、參加國內、外醫學會議(含繼續教育課程、研討會等)制度，並確實執行。(原 1.4.3-B1、1.4.5-B3 併)</p> <p>5.參加院外的教育訓練、進修者，安排於院內報告、或以其他形式(如：院內刊物刊載、院內知識庫)，以利與其他員工交流或學習。(原 1.4.5-B1)</p> <p>[註] 員工年度在職教育訓練及進修計畫應包括教育訓練目的、知識或技術課程內容、評價方法、教育資源(含師資及教材等軟、硬體設施)及預算等。</p> <p>評量方法及建議佐證資料： 1.近三年教育訓練及進修計畫書(含配合主管機關政策調整之法規、品質、病安、感染管制及傳染病</p>	<p>執行。(原 1.4.1-B1、1.4.5-C2 併)</p> <p>2.訂有機制，定期收集分析員工參加教育訓練之反應與學習心得建議，定期評估檢討，並據以修正教育訓練及進修計畫。(原 1.4.1-B2、1.4.4-B2)</p> <p>3.依據員工參與教育訓練狀況，納入員工考核範圍，且記錄詳實。(原 1.4.1-B4)</p> <p>4.訂有鼓勵員工進修、參加國內、外醫學會議(含繼續教育課程、研討會等)制度，並確實執行。(原 1.4.3-B1、1.4.5-B3 併)</p> <p>5.參加院外的教育訓練、進修者，安排於院內報告、或以其他形式(如：院內刊物刊載、院內知識庫)，以利與其他員工交流或學習。(原 1.4.5-B1)</p> <p>[註] 員工年度在職教育訓練及進修計畫應包括教育訓練目的、知識或技術課程內容、評價方法、教育資源(含師資及教材等軟、硬體設施)及預算等。</p> <p>評量方法及建議佐證資料： 1.近三年教育訓練及進修計畫書(含配合主管機關政策調整之法規、品質、病安、感染管制及傳染病教育訓練內容等)及訓練結果報</p>	

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			<p>教育訓練內容等)及訓練結果報告。(符合)</p> <p>2.全體員工(含外包人員)每年接受感染管制(含 TB 防治)及病人安全教育訓練紀錄。(符合)</p> <p>3.訓練管理制度。(符合)</p> <p>4.參加醫學會議或在職進修獎勵制度。(優良)</p> <p>5.近三年參加院外的教育訓練、進修人數及經費統計資料。(優良)</p> <p>6.各職類員工教育訓練有定期評估檢討報告。(優良)</p>	<p>告。(符合)</p> <p>2.全體員工(含外包人員)每年接受感染管制(含 TB 防治)及病人安全教育訓練紀錄。(符合)</p> <p>3.訓練管理制度。(符合)</p> <p>4.參加醫學會議或在職進修獎勵制度。(優良)</p> <p>5.近三年參加院外的教育訓練、進修人數及經費統計資料。(優良)</p> <p>6.各職類員工教育訓練有定期評估檢討報告。(優良)</p>	
	1.4.2	對於新進員工辦理到職訓練，並有評估考核	<p>目的：</p> <p>訂定新進員工到職訓練計畫與落實執行，使新進員工充份瞭解醫院宗旨、願景與所屬部門的作業特性、職責與能力需求，確保新進員工具備職務所需的資格及能力。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.訂有新進員工到職訓練計畫，且每位新進員工均需參加到職訓練。(原 1.4.2-C 修)</p> <p>2.新進員工到職訓練內容應包括醫院宗旨與願景、醫院及部門介紹、職位及職責說明、人事規章、員工權益、勞工安全、消防安全、倫理規範等。(原 1.4.2-C 修)</p> <p>3.訂有新進員工教育訓練評估考核制度。(原 1.4.2-B1 修)</p>	<p>目的：</p> <p>訂定新進員工到職訓練計畫與落實執行，使新進員工充份瞭解醫院宗旨、願景與所屬部門的作業特性、職責與能力需求，確保新進員工具備職務所需的資格及能力。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.訂有新進員工到職訓練計畫，且每位新進員工均需參加到職訓練。(原 1.4.2-C 修)</p> <p>2.新進員工到職訓練內容應包括醫院宗旨與願景、醫院及部門介紹、職位及職責說明、人事規章、員工權益、勞工安全、消防安全、倫理規範等。(原 1.4.2-C 修)</p> <p>3.訂有新進員工教育訓練評估考核制度。(原 1.4.2-B1 修)</p>	酌修評量方法及建議佐證資料 5 文字。

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			<p>4.明訂在職教育及職前教育訓練時數和時程表，新進員工半年內應完成 6 小時之感染管制及傳染病(含 TB 防治等)教育訓練。(原 1.4.10-C2)</p> <p>優良項目:(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1.新進員工到職訓練時數至少 16 小時且在三個月內完成訓練，訓練內容詳實，並有評估考核學習效果之機制。(原 1.4.2-B1) 新增</p> <p>2.新進人員任用後進行職前訓練考核，對於未符合標準者，有安排加強訓練之輔導。新增</p> <p>3.訓練內容置於院內知識庫，提供網路學習管道。(原 1.4.2-B2)</p> <p>4.定期檢討評估教學訓練成果，並有適時修訂改善。(原 1.4.2-A)</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.新進員工教育訓練評估考核制度。(符合)</p> <p>2.新進員工教育訓練內容或課程表。(符合)</p> <p>3.近三年各職類新進員工參加到職訓練出席率統計表。(符合)</p> <p>4.新進員工完成 6 小時感染管制及傳染病(含 TB 防治等)教育訓練紀錄。(符合)</p> <p>5.新進員工評估考核及輔導記紀錄資料。(優良)</p>	<p>4.明訂在職教育及職前教育訓練時數和時程表，新進員工半年內應完成 6 小時之感染管制及傳染病(含 TB 防治等)教育訓練。(原 1.4.10-C2)</p> <p>優良項目:(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1.新進員工到職訓練時數至少 16 小時且在三個月內完成訓練，訓練內容詳實，並有評估考核學習效果之機制。(原 1.4.2-B1) 新增</p> <p>2.新進人員任用後進行職前訓練考核，對於未符合標準者，有安排加強訓練之輔導。新增</p> <p>3.訓練內容置於院內知識庫，提供網路學習管道。(原 1.4.2-B2)</p> <p>4.定期檢討評估教學訓練成果，並有適時修訂改善。(原 1.4.2-A)</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.新進員工教育訓練評估考核制度。(符合)</p> <p>2.新進員工教育訓練內容或課程表。(符合)</p> <p>3.近三年各職類新進員工參加到職訓練出席率統計表。(符合)</p> <p>4.新進員工完成 6 小時感染管制及傳染病(含 TB 防治等)教育訓練紀錄。(符合)</p> <p>5.新進員工評估考核及輔導記紀錄資料。(優良)</p>	

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			6.院內知識庫網路學習資訊畫面及操作說明；年度有彙整分析。(優良)	6.院內知識庫網路學習資訊畫面及操作說明；年度有彙整分析。(優良)	
	1.4.3	訂定護理人員之教育訓練與進修計畫、推展及落實其能力進階制度，並定期檢討改善	<p>目的： 建立護理人員專業能力進階制度及跨領域支援訓練，具備職務所需的資格及能力。</p> <p>符合項目： 1.依照醫院整體發展目標及護理人員的需求，訂定護理人員教育訓練及進修計畫，包含到職/在職訓練、鼓勵/支持措施、學習效果評估。(原 1.4.6-C1) 2.有專人負責各項教學活動之審核、推動、協調及評估，確實執行並適時修正。(原 1.4.6-C2) 3.不同領域的護理照護人員有互相支援或訓練等。(原 1.4.8-C1) 4.設有護理人員專業能力進階制度。(原 1.4.7-C、B1 併) 5.照護所需的參考文獻、資料可方便取用。(原 1.4.8-C2)</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.護理人員教育訓練與進修計畫之內容周全，能配合醫院發展目標。(原 1.4.6-B1) 2.有計畫性的進行跨領域護理照護之支援與訓練，訓練時間至少 1 週以上。(原 1.4.8-B)</p>	<p>目的： 建立護理人員專業能力進階制度及跨領域支援訓練，具備職務所需的資格及能力。</p> <p>符合項目： 1.依照醫院整體發展目標及護理人員的需求，訂定護理人員教育訓練及進修計畫，包含到職/在職訓練、鼓勵/支持措施、學習效果評估。(原 1.4.6-C1) 2.有專人負責各項教學活動之審核、推動、協調及評估，確實執行並適時修正。(原 1.4.6-C2) 3.不同領域的護理照護人員有互相支援或訓練等。(原 1.4.8-C1) 4.設有護理人員專業能力進階制度。(原 1.4.7-C、B1 併) 5.照護所需的參考文獻、資料可方便取用。(原 1.4.8-C2)</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1.護理人員教育訓練與進修計畫之內容周全，能配合醫院發展目標。(原 1.4.6-B1) 2.有計畫性的進行跨領域護理照護之支援與訓練，訓練時間至少 1 週以上。(原 1.4.8-B)</p>	酌修評量方法及建議佐證資料之編號。

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			<p>3.評估內容完整，如：評估項目包括，參加人員的學習效果及滿意度，課程內容等，必要時應修訂及改進，以用於提升護理能力及病人照護品質。(原 1.4.6-B2、1.4.7-B2 併)</p> <p>4.能依據評估結果檢討、修訂或改進教育訓練及進修制度，有效運用於各階層護理人員，且能與薪資、升遷結合。(原 1.4.6-A、1.4.7-A 併)</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.護理人員教育訓練及進修計畫資料。(符合)</p> <p>2.護理人員專業能力進階制度。(符合)</p> <p>3.院內參考文獻、資料資訊畫面及操作說明。(符合)</p> <p>4.護理人員教育訓練、能力進階制度檢討資料。(符合)</p> <p>65.護理人員教育訓練及評估結果資料。(優良)</p> <p>76.評估結果檢討改善相關資料。(優良)</p>	<p>3.評估內容完整，如：評估項目包括，參加人員的學習效果及滿意度，課程內容等，必要時應修訂及改進，以用於提升護理能力及病人照護品質。(原 1.4.6-B2、1.4.7-B2 併)</p> <p>4.能依據評估結果檢討、修訂或改進教育訓練及進修制度，有效運用於各階層護理人員，且能與薪資、升遷結合。(原 1.4.6-A、1.4.7-A 併)</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.護理人員教育訓練及進修計畫資料。(符合)</p> <p>2.護理人員專業能力進階制度。(符合)</p> <p>3.院內參考文獻、資料資訊畫面及操作說明。(符合)</p> <p>4.護理人員教育訓練、能力進階制度檢討資料。(符合)</p> <p>6.護理人員教育訓練及評估結果資料。(優良)</p> <p>7.評估結果檢討改善相關資料。(優良)</p>	
	1.4.4	應定期對員工實施突發危急病人急救措施之教育訓練	<p>目的：</p> <p>提升員工對緊急事件或突發危急病人急救能力與知識，並確保員工急救訓練在合格有效期限，維護病人</p>	<p>目的：</p> <p>提升員工對緊急事件或突發危急病人急救能力與知識，並確保員工急救訓練在合格有效期限，維護病人</p>	<p>1.為統一名詞使用，酌增列符合項目 4 AED 之英文全文。</p> <p>2.酌修評量方法及建議</p>

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			<p>安全。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.定期辦理全院性緊急事件因應措施之進修、教育或訓練。(原 1.4.9-C1) 2.緊急時的心肺復甦術有基本生命復甦術(Basic Life Support, BLS)或高級生命復甦術(Advanced Life Support, ALS),急重症單位(包括急診、加護病房、手術及麻醉部門)之醫護人員應定期接受 ALS 訓練,其餘員工應定期接受 BLS 訓練。(原 1.4.9-C2) 3.有緊急事件及其對應的訓練,且有訓練紀錄。(原 1.4.9-C3) 4.BLS 訓練有包含 AED <u>(Automated External Defibrillator)</u>相關訓練。 (新增) <p>優良項目:(下述項目僅限一項未達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.除急重症單位之醫師外,其餘醫師接受 ALS 訓練之訓練完成率達 70%。(原 1.4.9-B) 2.針對定期/不定期演練發現之問題或缺失,確實檢討改進。(原 1.4.9-A) 3.醫護人員於調任至急重症部門三個月內,應依單位需求完成相關訓練,如:ACLS、NRP、ANLS、ATLS、APLS 及 PALS。 (新增) <p>[註]</p>	<p>安全。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.定期辦理全院性緊急事件因應措施之進修、教育或訓練。(原 1.4.9-C1) 2.緊急時的心肺復甦術有基本生命復甦術(Basic Life Support, BLS)或高級生命復甦術(Advanced Life Support, ALS),急重症單位(包括急診、加護病房、手術及麻醉部門)之醫護人員應定期接受 ALS 訓練,其餘員工應定期接受 BLS 訓練。(原 1.4.9-C2) 3.有緊急事件及其對應的訓練,且有訓練紀錄。(原 1.4.9-C3) 4.BLS 訓練有包含 AED 相關訓練。 (新增) <p>優良項目:(下述項目僅限一項未達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.除急重症單位之醫師外,其餘醫師接受 ALS 訓練之訓練完成率達 70%。(原 1.4.9-B) 2.針對定期/不定期演練發現之問題或缺失,確實檢討改進。(原 1.4.9-A) 3.醫護人員於調任至急重症部門三個月內,應依單位需求完成相關訓練,如:ACLS、NRP、ANLS、ATLS、APLS 及 PALS。 (新增) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.本條文所稱「其餘員工應定期接 	佐證資料 1、4 之文字。

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			<p>1.本條文所稱「其餘員工應定期接受 BLS 訓練」，係指醫師及急重症單位之護理人員以外之員工，應視工作需要接受醫事人員版或民眾版之 BLS 訓練，但身心障礙員工及志工除外。</p> <p>2.ALS 訓練需包括 BLS、進階氣道處理及電擊器操作。</p> <p>3.醫護人員視不同性質之單位所接受之 ACLS、ANLS、ATLS、ETTC、NRP、APLS 及 PALS 等訓練，可等同接受 ALS 訓練。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.全院性緊急事件訓練記錄資料。(符合)</p> <p>2.全院各職類急救訓練項目、完成率資料。(符合)</p> <p>3.教育訓練出席率統計資料。(優良)</p> <p>4.緊急事件演練及檢討記錄資料。(優良)</p> <p>5.急重症單位(包括急診、加護病房、手術及麻醉部門)之醫護人員應定期接受 ALS 訓練在效期內之比率須達 90% 以上。</p>	<p>受 BLS 訓練」，係指醫師及急重症單位之護理人員以外之員工，應視工作需要接受醫事人員版或民眾版之 BLS 訓練，但身心障礙員工及志工除外。</p> <p>2.ALS 訓練需包括 BLS、進階氣道處理及電擊器操作。</p> <p>3.醫護人員視不同性質之單位所接受之 ACLS、ANLS、ATLS、ETTC、NRP、APLS 及 PALS 等訓練，可等同接受 ALS 訓練。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.全院性緊急事件訓練記錄資料。(符合)</p> <p>2.全院各職類急救訓練項目、完成率資料。(符合)</p> <p>3.教育訓練出席率統計資料。(優良)</p> <p>4.緊急事件演練及檢討記錄資料。(優良)</p> <p>5.急重症單位(包括急診、加護病房、手術及麻醉部門)之醫護人員應定期接受 ALS 訓練在效期內之比率須達 90% 以上。</p>	

第 1 篇、經營管理 第 1.5 章 病歷、資訊與溝通管理

條 號	條 文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
1.5.3	病歷應詳實記載，並作量與質的審查	<p>目的： 依相關法令規定訂定病歷記載之規範及查核改善。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.主治醫師需親自診察且病歷記載應符合「醫師法」及「醫療法」要求。(原 1.5.3-C1 修) 2.各類醫事人員病歷紀錄要求應符合相關法規及醫院要求。記載內容及注意事項建議如下：(原 1.5.3-C2、1.5.4-C4 併) <ol style="list-style-type: none"> (1)首頁載明病人姓名、出生年、月、日、性別及住址等基本資料。 (2)就診日期 (3)病人主訴及現在病史。 (4)過去病史、家族史、藥物過敏史、職業、旅遊史及資料提供者。 (5)身體檢查(Physical Examination)、檢查項目及結果。 (6)診斷或病名。 (7)治療、處置或用藥(處方，包括藥名、劑量、天數及服用方式)等情形。 (8)治療方式。 (9)所有醫事人員對病歷之紀錄均 	<p>目的： 依相關法令規定訂定病歷記載之規範及查核改善。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.主治醫師需親自診察且病歷記載應符合「醫師法」及「醫療法」要求。(原 1.5.3-C1 修) 2.各類醫事人員病歷紀錄要求應符合相關法規及醫院要求。記載內容及注意事項建議如下：(原 1.5.3-C2、1.5.4-C4 併) <ol style="list-style-type: none"> (1)首頁載明病人姓名、出生年、月、日、性別及住址等基本資料。 (2)就診日期 (3)病人主訴及現在病史。 (4)過去病史、家族史、藥物過敏史、職業、旅遊史及資料提供者。 (5)身體檢查、檢查項目及結果。 (6)診斷或病名。 (7)治療、處置或用藥(處方，包括藥名、劑量、天數及服用方式)等情形。 (8)治療方式。 (9)所有醫事人員對病歷之紀錄均有簽名或蓋章及簽註日期(已實施電子病歷之醫院應以電子簽 	<ol style="list-style-type: none"> 1.為統一名詞使用，酌增列符合項目 2-(5)英文全文。 2.依醫師法修正[註]1 之文字及格式。 3.增列醫療法相關內容於[註]2。 4.酌修[註]之編號。 5.酌修[註]3 之文字。

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			<p>有簽名或蓋章及簽註日期(已實施電子病歷之醫院應以電子簽章方式為之)。</p> <p>(10)治療效果。</p> <p>(11)其他依醫院實際所需訂定之各類紀錄方式及內容。</p> <p>3.訂定病歷量的審查作業規定，且確實執行。(原 1.5.8-C)</p> <p>優良項目:(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1.相關紀錄應適當描述重點且將同意書及各類相關紀錄納入病歷，詳實記錄及持續品質審查。(原 1.5.3-B)</p> <p>2.訂定病歷紀錄品質審查作業規定或辦法，確實對病歷紀錄之量與質執行評核 並有獎懲制度。(原 1.5.8-B1,2 併)</p> <p>3.相關紀錄品質監測結果，確實檢討改善，成效良好。(原 1.5.8-A)</p> <p>[註]</p> <p>1.醫師法第 12 條：「醫師執行業務時，應製作病歷，並簽名或蓋章及加註執行年、月、日。前項病歷，除應於首頁載明病人姓名、出生年、月、日、性別及住址等基本資料外，其內容至少應載明下列事項：</p> <p><u>一、就診日期</u>。</p> <p><u>二、主訴</u>。</p>	<p>章方式為之)。</p> <p>(10)治療效果。</p> <p>(11)其他依醫院實際所需訂定之各類紀錄方式及內容。</p> <p>3.訂定病歷量的審查作業規定，且確實執行。(原 1.5.8-C)</p> <p>優良項目:(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1.相關紀錄應適當描述重點且將同意書及各類相關紀錄納入病歷，詳實記錄及持續品質審查。(原 1.5.3-B)</p> <p>2.訂定病歷紀錄品質審查作業規定或辦法，確實對病歷紀錄之量與質執行評核 並有獎懲制度。(原 1.5.8-B1,2 併)</p> <p>3.相關紀錄品質監測結果，確實檢討改善，成效良好。(原 1.5.8-A)</p> <p>[註]</p> <p>1.醫師法第 12 條：醫師執行業務時，應製作病歷，並簽名或蓋章及加註執行年、月、日。前項病歷，除應於首頁載明病人姓名、出生年、月、日、性別及住址等基本資料外，其內容至少應載明下列事項：就診日期、主訴、檢查項目及結果、診斷或病名、治療、處置或用藥等情形、其他應記載事項。病歷由醫師執業之醫療機構依醫療法規定保存。</p>	

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			<p><u>三、檢查項目及結果</u>。</p> <p><u>四、診斷或病名</u>。</p> <p><u>五、治療、處置或用藥等情形</u>。</p> <p><u>六、其他應記載事項。</u></p> <p>病歷由醫師執業之醫療機構依醫療法規定保存。</p> <p><u>2.醫療法第 67 條：「醫療機構應建立清晰、詳實、完整之病歷。前項所稱病歷，應包括下列各款之資料：</u></p> <p><u>一、醫師依醫師法執行業務所製作之病歷。</u></p> <p><u>二、各項檢查、檢驗報告資料。</u></p> <p><u>三、其他各類醫事人員執行業務所製作之紀錄。</u></p> <p><u>醫院對於病歷，應製作各項索引及統計分析，以利研究及查考。」</u></p> <p><u>23.</u>本條文符合項目 2 至少應符合(1)、(2)、(3)、(5)、(6)、(7)、(9)為之規範；另，初診及入院<u>記紀</u>錄(Admission Note)亦需符合(4)之規範。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.病歷書寫規範。(符合) 2.病歷品質管理辦法(含質、量、時效)。(符合、優良) 3.抽查病歷至少 10 本。(符合) 4.病歷紀錄之質量審查之紀錄與分 	<p>2.本條文符合項目 2 至少應符合(1)、(2)、(3)、(5)、(6)、(7)、(9)為之規範；另，初診及入院記錄(Admission Note)亦需符合(4)之規範。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.病歷書寫規範。(符合) 2.病歷品質管理辦法(含質、量、時效)。(符合、優良) 3.抽查病歷至少 10 本。(符合) 4.病歷紀錄之質量審查之紀錄與分析檢討結果。(優良) 	

條 號	條 文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
		析檢討結果。(優良)		
1.5.4	病歷應有系統歸檔，且每位病人只有一份病歷，以維護資料的完整性	<p>目的：</p> <p>系統性保存門診和住診病歷，且重要<u>記</u><u>紀</u>錄應有註記、特殊病歷應獨立保存及<u>妥</u><u>並</u><u>有</u>合適保護機制。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.每位病人只有一份病歷(即每位病人在醫院僅有 1 個病歷號)。病歷應依法定年限妥善保存，且病歷號有系統的歸檔，易於調閱；病歷調離檔案後，應有紙本或資訊系統之追蹤紀錄，以利病歷追蹤。紙本病歷首頁、紙本診療紀錄或電子病歷應有該病人「藥物過敏」之紀錄。處方醫令系統應有病人「藥物過敏」之提示。若病人簽具不施行心肺復甦術(DNR, Do Not Resuscitate)，則應比照「藥物過敏」之註記。(原 1.5.4-C1, 1.5.5-C1, 2 併)</p> <p>2.門診、住院病歷分開放置時，門診病歷需含出院病歷摘要，透析病歷如分開放置時，應將病人透析治療之重要資訊，整理摘要後至少每 3 個月一次併入病人病歷，其內容須包括：首頁(含基本資料及診斷)，透析<u>記</u><u>紀</u>錄單，藥物醫囑單，檢查數據單，護理衛教單，血管追蹤<u>記</u><u>紀</u>錄單，住出</p>	<p>目的：</p> <p>系統性保存門診和住診病歷，且重要記錄應有註記、特殊病歷應獨立保存及合適保護機制。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.每位病人只有一份病歷(即每位病人在醫院僅有 1 個病歷號)。病歷應依法定年限妥善保存，且病歷號有系統的歸檔，易於調閱；病歷調離檔案後，應有紙本或資訊系統之追蹤紀錄，以利病歷追蹤。紙本病歷首頁、紙本診療紀錄或電子病歷應有該病人「藥物過敏」之紀錄。處方醫令系統應有病人「藥物過敏」之提示。若病人簽具不施行心肺復甦術(DNR, Do Not Resuscitate)，則應比照「藥物過敏」之註記。(原 1.5.4-C1, 1.5.5-C1, 2 併)</p> <p>2.門診、住院病歷分開放置時，門診病歷需含出院病歷摘要，透析病歷如分開放置時，應將病人透析治療之重要資訊，整理摘要後至少每 3 個月一次併入病人病歷，其內容須包括：首頁(含基本資料及診斷)，透析記錄單，藥物醫囑單，檢查數據單，護理衛教單，血管追蹤記錄單，住出院記</p>	酌修目的、符合項目 2、優良項目 2 文字。

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			<p>院記紀錄單等重點摘要。(原 1.5.4-C2,6、註 3 併)</p> <p>3.特殊病歷資料應制訂辦法妥善管理，視法律規定予以獨立儲存及設有合適保護機制，並製作摘要置入病歷中或建立相關索引機制。(原 1.5.4-C5 修)</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1.具教學研究價值之病歷相關資料有特別妥善保存。(原 1.5.5-B1)</p> <p>2.訂定病歷記紀錄及調閱規範，並落實執行，定期檢討改善成效良好。(原 1.5.4-B)</p> <p>3.改善病歷資料完整性之管理、提升病歷品質。(原 1.5.5-A 修)</p> <p>[註]</p> <p>1.符合項目 1 所提「若病人簽具不施行心肺復甦術(DNR)，則應註記」：</p> <p>(1)其註記方式不侷限於紙本病歷，註記位置以可讓相關人員查閱即可。</p> <p>(2)DNR 註記之查閱以 100 年 2 月以後之資料為主。</p> <p>2.未向當地主管機關宣告實施電子病歷者，本條有關電子病歷之部分免評。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p>	<p>錄單等重點摘要。(原 1.5.4-C2,6、註 3 併)</p> <p>3.特殊病歷資料應制訂辦法妥善管理，視法律規定予以獨立儲存及設有合適保護機制，並製作摘要置入病歷中或建立相關索引機制。(原 1.5.4-C5 修)</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1.具教學研究價值之病歷相關資料有特別妥善保存。(原 1.5.5-B1)</p> <p>2.訂定病歷記錄及調閱規範，並落實執行，定期檢討改善成效良好。(原 1.5.4-B)</p> <p>3.改善病歷資料完整性之管理、提升病歷品質。(原 1.5.5-A 修)</p> <p>[註]</p> <p>1.符合項目 1 所提「若病人簽具不施行心肺復甦術(DNR)，則應註記」：</p> <p>(1)其註記方式不侷限於紙本病歷，註記位置以可讓相關人員查閱即可。</p> <p>(2)DNR 註記之查閱以 100 年 2 月以後之資料為主。</p> <p>2.未向當地主管機關宣告實施電子病歷者，本條有關電子病歷之部分免評。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p>	

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			1.病歷書寫規範。(符合、優良) 2.病歷保存與借閱規範。(符合、優良) 3.出院病歷彙整標準。(符合) 4.個人資料安全保護管理辦法。(符合) 5.病歷品質監測指標和審查統計表。(優良)	1.病歷書寫規範。(符合、優良) 2.病歷保存與借閱規範。(符合、優良) 3.出院病歷彙整標準。(符合) 4.個人資料安全保護管理辦法。(符合) 5.病歷品質監測指標和審查統計表。(優良)	
	1.5.9	具備資訊管理作業規範，以確保資訊安全及維護病人隱私，並訂有緊急應變處理機制	目的： 建立資訊安全管理機制，系統當機緊急應變標準和風險管理計畫，確保病人隱私和資訊安全。 符合項目： 1.應有資訊系統使用權限設定及防止資料外洩之資訊管理相關作業規範，並具備資訊安全管理機制(如：資訊需求申請程序書、資訊系統密碼管理辦法、程式撰寫文件管理辦法、資訊系統備份作業程序書、資訊安全稽核作業程序書、網路頻寬使用管理辦法、網際網路使用規範、網路信箱管理辦法...等)。(原 1.5.12-C1) 2.系統應界定使用者權限，並能禁止非相關人員進入系統存取資料，以確實保障病人個人隱私。(原 1.5.12-C2) 3.資訊設備機房應訂有門禁管制及防火設施。(原 1.5.12-C3)	目的： 建立資訊安全管理機制，系統當機緊急應變標準和風險管理計畫，確保病人隱私和資訊安全。 符合項目： 1.應有資訊系統使用權限設定及防止資料外洩之資訊管理相關作業規範，並具備資訊安全管理機制(如：資訊需求申請程序書、資訊系統密碼管理辦法、程式撰寫文件管理辦法、資訊系統備份作業程序書、資訊安全稽核作業程序書、網路頻寬使用管理辦法、網際網路使用規範、網路信箱管理辦法...等)。(原 1.5.12-C1) 2.系統應界定使用者權限，並能禁止非相關人員進入系統存取資料，以確實保障病人個人隱私。(原 1.5.12-C2) 3.資訊設備機房應訂有門禁管制及防火設施。(原 1.5.12-C3)	酌修優良項目 1、評量方法及建議佐證資料 3 文字。

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			<p>4.設有資料正確性之檢查機制，並檢討改善資料之正確性。(原 1.5.11-C4)</p> <p>5.訂有資訊系統故障(當機)緊急應變標準作業規範。(原 1.5.13-C2)</p> <p>優良項目:(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1.針對資訊系統故障緊急應變計畫進行演練，並有故障原因和處理記錄檢討改善。(原 1.5.13-B1)</p> <p>2.具有備份設施與病人資料異地備份之功能，且每日追蹤處理情形。(原 1.5.13-B2)</p> <p>3.訂有資訊系統風險管理計畫，且主動積極進行風險分析、監測及管理，並落實執行，可被廣泛應用。(原 1.5.13-A)</p> <p>[註]</p> <p>符合項目 4「檢查機制」係指資訊部門運用電腦輔助程式並與使用部門共同查核方式，以驗證資料之正確性。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.訂有資訊管理相關作業規範。(符合)</p> <p>2.使用權限申請單與各職級權限一覽表。(符合)</p> <p>3.資訊設備機房門禁管制與消防設備規範及進出記錄。(符合)</p> <p>4.醫院資訊系統緊急應變程序。(符</p>	<p>4.設有資料正確性之檢查機制，並檢討改善資料之正確性。(原 1.5.11-C4)</p> <p>5.訂有資訊系統故障(當機)緊急應變標準作業規範。(原 1.5.13-C2)</p> <p>優良項目:(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1.針對資訊系統故障緊急應變計畫進行演練，並有故障原因和處理記錄檢討改善。(原 1.5.13-B1)</p> <p>2.具有備份設施與病人資料異地備份之功能，且每日追蹤處理情形。(原 1.5.13-B2)</p> <p>3.訂有資訊系統風險管理計畫，且主動積極進行風險分析、監測及管理，並落實執行，可被廣泛應用。(原 1.5.13-A)</p> <p>[註]</p> <p>符合項目 4「檢查機制」係指資訊部門運用電腦輔助程式並與使用部門共同查核方式，以驗證資料之正確性。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.訂有資訊管理相關作業規範。(符合)</p> <p>2.使用權限申請單與各職級權限一覽表。(符合)</p> <p>3.資訊設備機房門禁管制與消防設備規範及進出記錄。(符合)</p> <p>4.醫院資訊系統緊急應變程序。(符</p>	

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			合) 5.電腦系統故障演練紀錄與資訊安全 事故報告單。(優良) 6.備份設施與病人資料異地備份規 範。(優良) 7.醫院電腦系統風險管理計畫，和 風險分析與監測管理。(優良)	合) 5.電腦系統故障演練紀錄與資訊安 全事故報告單。(優良) 6.備份設施與病人資料異地備份規 範。(優良) 7.醫院電腦系統風險管理計畫，和 風險分析與監測管理。(優良)	

第 1 篇、經營管理 第 1.6 章 安全的環境與設備

105 年【重點說明】	104 年【重點說明】	修正說明
<p>依據美國健康照護研究與品質管理局(Agency for Health care Research and Quality, AHRQ)之建議「要提升病人安全必須確保醫療照護過程不會發生任何意外或可預防性之傷害」，因此醫院之經營者在規畫醫院之建築與相關之硬體設施時即應將員工工作環境與病人就醫環境之安全納入考量，並審視是否符合相關法規之要求，如建築法、公共安全、防火安全、勞工安全、感染管制、身心障礙相關設施規定等，若發現有違相關法令之規定，應立即改善以確保員工與就醫病人及其家屬之安全。</p> <p>為提升病人就醫之方便性與可近性，以達成「以病人為中心」之目標，醫院應提供病人或民眾來院之交通、候車與停車規劃、用餐、購物等資訊。此外，應重視身心障礙病人或其家屬之就醫權利，醫院應確保符合法規之無障礙環境與相關設施，如扶手、斜坡道、輪椅、身心障礙專用之浴廁等，且須依照設置科別、病人及其家屬需要，建置適當規格之廁所(如：坐式、蹲式、輪椅用等種類)、其數量除應符合一般病人及家屬之需要外，亦須提供親子適用之設施設備、浴廁等；為確保病人安全與權益，應考量設施設備之可用性(如：輪椅加附點滴架進入浴廁)，並設置急救鈴與建立相關之維護與保養機制。對於就診空間與病房應設定音量管制、維持適當之溫度與濕度以提供合宜舒適之就醫環境。</p> <p>醫院之照護環境安全主要涉及下列兩個層面，包括 (一)安全(Safety)：應避免建築與相關硬體設施因設計與維</p>	<p>依據美國健康照護研究與品質管理局(Agency for Health care Research and Quality, AHRQ)之建議「要提升病人安全必須確保醫療照護過程不會發生任何意外或可預防性之傷害」，因此醫院之經營者在規畫醫院之建築與相關之硬體設施時即應將員工工作環境與病人就醫環境之安全納入考量，並審視是否符合相關法規之要求，如建築法、公共安全、防火安全、勞工安全、感染管制、身心障礙相關設施規定等，若發現有違相關法令之規定，應立即改善以確保員工與就醫病人及其家屬之安全。</p> <p>為提升病人就醫之方便性與可近性，以達成「以病人為中心」之目標，醫院應提供病人或民眾來院之交通、候車與停車規劃、用餐、購物等資訊。此外，應重視身心障礙病人或其家屬之就醫權利，醫院應確保符合法規之無障礙環境與相關設施，如扶手、斜坡道、輪椅、身心障礙專用之浴廁等，且須依照設置科別、病人及其家屬需要，建置適當規格之廁所(如坐式、蹲式、輪椅用等種類)、其數量除應符合一般病人及家屬之需要外，亦須提供親子適用之設施設備、浴廁等；為確保病人安全與權益，應考量設施設備之可用性(如：輪椅加附點滴架進入浴廁)，並設置急救鈴與建立相關之維護與保養機制。對於就診空間與病房應設定音量管制、維持適當之溫度與濕度以提供合宜舒適之就醫環境。</p> <p>醫院之照護環境安全主要涉及下列兩個層面，包括 (一)安全(Safety)：應避免建築與相關硬體設施因設計與維</p>	<p>酌修文字內容及標點符號。</p>

105 年【重點說明】	104 年【重點說明】	修正說明
<p>修不當或人為疏忽造成病人、訪客與員工之傷害；(二)保全(Security)：避免人為蓄意破壞、偷竊、暴力攻擊、縱火等威脅病人、家屬與員工生命財產之安全。為協助醫院建立安全防護體系，本章之評鑑基準亦包括提供安全及安靜的病室環境(如：設有機制定期檢查急救鈴或緊急呼救系統、扶手及防滑設施之功能)、訂定安全管理作業規範，提供病人及員工安全的環境(如：設有保全監測設備、警民連線、防止電梯墜落、用電安全管理等)。</p> <p>為避免病人在接受診療過程中因醫療儀器之使用與教育訓練不足(如：將只適合成人使用之醫療技術或器材誤用於小兒科與新生兒病人)、維修保養不當(特別是對於高風險之醫療儀器，如：電擊器、生理監視器與輸液幫浦等未建立預防性保養制度)或相關之基礎設施維修保養不當(如：電力或醫療氣體)導致侵襲性檢查突然中斷(如：心導管檢查)或維持生命之儀器突然停止運作(如：呼吸器)而造成病人傷害或死亡，醫院應定期執行醫療儀器或相關器材與基礎設施(包括機電、安全、消防、供水、緊急供電、醫用氣體等)或系統等之維護、檢查、測試、保養或校正作業。另為避免員工在工作中受到暴力之攻擊，醫院應採必要措施，以確保醫事人員執行醫療業務時之安全。</p> <p>考量住院病人在住院期間之需求，醫院應依病人之特性設置病床，並應保持病房之清潔與安全性，包括定期檢查床欄之安全性、床墊與所使用之床單應定期清潔與消毒，以防止如：疥瘡之群聚感染。另為確保醫院之飲食安全，醫院之廚房與供餐作業應符合膳食安全衛生管理作業</p>	<p>修不當或人為疏忽造成病人、訪客與員工之傷害；(二)保全(Security)：避免人為蓄意破壞、偷竊、暴力攻擊、縱火等威脅病人、家屬與員工生命財產之安全。為協助醫院建立安全防護體系，本章之評鑑基準亦包括提供安全及安靜的病室環境(如設有機制定期檢查急救鈴或緊急呼救系統、扶手及防滑設施之功能)、訂定安全管理作業規範，提供病人及員工安全的環境(如設有保全監測設備、警民連線、防止電梯墜落、用電安全管理等)。</p> <p>為避免病人在接受診療過程中因醫療儀器之使用與教育訓練不足(如將只適合成人使用之醫療技術或器材誤用於小兒科與新生兒病人)、維修保養不當(特別是對於高風險之醫療儀器，如電擊器、生理監視器與輸液幫浦等未建立預防性保養制度)或相關之基礎設施維修保養不當(如電力或醫療氣體)導致侵襲性檢查突然中斷(如心導管檢查)或維持生命之儀器突然停止運作(如呼吸器)而造成病人傷害或死亡，醫院應定期執行醫療儀器或相關器材與基礎設施(包括機電、安全、消防、供水、緊急供電、醫用氣體等)或系統等之維護、檢查、測試、保養或校正作業。另，為避免員工在工作中受到暴力之攻擊，醫院應採必要措施，以確保醫事人員執行醫療業務時之安全。</p> <p>考量住院病人在住院期間之需求，醫院應依病人之特性設置病床，並應保持病房之清潔與安全性，包括定期檢查床欄之安全性、床墊與所使用之床單應定期清潔與消毒，以防止如疥瘡之群聚感染。另為確保醫院之飲食安全，醫院之廚房與供餐作業應符合膳食安全衛生管理作業之規</p>	

105 年【重點說明】	104 年【重點說明】	修正說明
之規範，如 <u>：</u> 危害分析與重要管制點(Hazard Analysis Critical Control Point, HACCP)之認證規定或地方衛生主管機關的「中央廚房衛生自主管理認證」或食品良好衛生規範(Good Hygienic Practice, GHP)。	範，如危害分析與重要管制點(Hazard Analysis Critical Control Point, HACCP)之認證規定或地方衛生主管機關的「中央廚房衛生自主管理認證」或食品良好衛生規範(Good Hygienic Practice, GHP)。	

條 號	條 文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
重 合	1.6.4 訂定安全管理作業 規範，提供病人及員 工安全的環境	<p>目的：</p> <p>藉由安全管理作業規範之訂定與落實執行，確保員工與病人安全。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有專責人員或單位負責醫院安全管理業務，並訂有醫院安全管理作業規範。(原1.6.7符合1) 2.於工作場所、宿舍、值班人員休息場所等處，評估適當位置，設有保全監測設備、巡邏、警民連線或其他安全設施，以保障人身與財物安全。(原1.6.7符合2) 3.對工作場所之安全設施，如：標準防護設備、電梯與電扶梯防夾傷(無電扶梯者，可免評)、防止電梯意外墜落設備、受困電梯內之求救設施等，有定期檢查，以確保正常運作。(原1.6.7符合3) 4.實施用電安全管理，如：對使用延長線、耗電用品、電流負荷等予以規範。(原1.6.7符合4) 5.建置員工工作安全異常事件通報 	<p>目的：</p> <p>藉由安全管理作業規範之訂定與落實執行，確保員工與病人安全。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有專責人員或單位負責醫院安全管理業務，並訂有醫院安全管理作業規範。(原 1.6.7-符合 1) 2.於工作場所、宿舍、值班人員休息場所等處，評估適當位置，設有保全監測設備、巡邏、警民連線或其他安全設施，以保障人身與財物安全。(原 1.6.7-符合 2) 3.對工作場所之安全設施，如：標準防護設備、電梯與電扶梯防夾傷(無電扶梯者，可免評)、防止電梯意外墜落設備、受困電梯內之求救設施等，有定期檢查，以確保正常運作。(原 1.6.7-符合 3) 4.實施用電安全管理，如：對使用延長線、耗電用品、電流負荷等予以規範。(原 1.6.7-符合 4) 5.建置員工工作安全異常事件通報 	酌修符合項目 7-(2)之文字。

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			<p>機制，對醫院安全管理相關異常事件，進行檢討，並視需要改善。 (原 1.6.7 符合 5)</p> <p>6.重要機電、氣體、維生設備和存放易燃物品空間，應有合宜門禁管理。(原 1.6.2 符合 3)</p> <p>7.針對開刀房、加護病房消防安全： (原 1.6.7 註,修)</p> <p>(1)應有防火區劃完整性等相關資料(參考地方衛生、消防與建管機關對於建築物公共與消防安全之聯合督考資料)。</p> <p>(2)應加強用電負載量管理並有相關之量測記錄(如：可使用紅外線熱顯像儀之電器檢查紀錄)。</p> <p>[註]</p> <p>1.第 1 項醫院安全管理作業規範，包含探病或陪病規範、夜間出入口、門禁時間及出入相關規範。(原 1.6.2 符合 1,2 併)</p> <p>2.易燃物品應妥善儲存，其儲存建議可參考職業安全衛生法、勞動部化學品全球調和制度 GHS 介紹網站 website，安全資料表(Safety Data Sheet, SDS)第七欄：安全處置與儲存方法(safe treatment and storage)。</p>	<p>機制，對醫院安全管理相關異常事件，進行檢討，並視需要改善。 (原 1.6.7-符合 5)</p> <p>6.重要機電、氣體、維生設備和存放易燃物品空間，應有合宜門禁管理。(原 1.6.2-符合 3)</p> <p>7.針對開刀房、加護病房消防安全： (原 1.6.7-註,修)</p> <p>(1)應有防火區劃完整性等相關資料(參考地方衛生、消防與建管機關對於建築物公共與消防安全之聯合督考資料)。</p> <p>(2)應加強用電負載量管理並有相關之量測記錄(如：可使用紅外線熱顯像儀之電器檢查紀錄)。</p> <p>[註]</p> <p>1.第 1 項醫院安全管理作業規範，包含探病或陪病規範、夜間出入口、門禁時間及出入相關規範。(原 1.6.2-符合 1,2 併)</p> <p>2.易燃物品應妥善儲存，其儲存建議可參考職業安全衛生法、勞動部化學品全球調和制度 GHS 介紹網站 website，安全資料表(Safety Data Sheet, SDS)第七欄：安全處置與儲存方法(safe treatment and storage)。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p>	

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			<p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院安全管理作業規範(含探病或陪病規範、夜間出入口、門禁時間及出入相關規範、用電安全管理規範)。 2.依據安全管理作業規範所進行之查核(如用電安全、消防安全等)、保養與維修紀錄易燃物品清單與管理辦法。 3.發生異常事件檢討之會議紀錄。 4.地方衛生、消防與建管機關對於建築物公共與消防安全之聯合督考結果建議改善資料。 	<ol style="list-style-type: none"> 1.醫院安全管理作業規範(含探病或陪病規範、夜間出入口、門禁時間及出入相關規範、用電安全管理規範)。 2.依據安全管理作業規範所進行之查核(如用電安全、消防安全等)、保養與維修紀錄易燃物品清單與管理辦法。 3.發生異常事件檢討之會議紀錄。 4.地方衛生、消防與建管機關對於建築物公共與消防安全之聯合督考結果建議改善資料。 	
重	1.6.5	醫療機構應採必要措施，以確保醫事人員執行醫療業務時之安全	<p>目的：</p> <p>訂定防止暴力事件管理作業規範、防範設施、通報機制與人身安全之防護教育訓練，確保執行醫療業務時安全。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.制訂準則辨識可能發生醫院暴力之高風險場所及具有暴力傾向之病人或家屬。(新增) 2.依據辨識結果訂定防止員工受到暴力事件傷害之安全管理作業規範。(新增) 3.建置醫院暴力事件之通報機制。(新增) 4.針對可能發生暴力事件之高風險場所(如急診)，加強門禁管制措 	<p>目的：</p> <p>訂定防止暴力事件管理作業規範、防範設施、通報機制與人身安全之防護教育訓練，確保執行醫療業務時安全。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.制訂準則辨識可能發生醫院暴力之高風險場所及具有暴力傾向之病人或家屬。(新增) 2.依據辨識結果訂定防止員工受到暴力事件傷害之安全管理作業規範。(新增) 3.建置醫院暴力事件之通報機制。(新增) 4.針對可能發生暴力事件之高風險場所(如急診)，加強門禁管制措 	<ol style="list-style-type: none"> 1.酌修[註]1-(1)、(2)之法規格式。 2.酌修評量方法及建議佐證資料 5 之誤植文字。

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			<p>施、裝設監視器、警民連線或其他安全設施。(新增)</p> <p>5.聘用充足警衛或保全人員人力，並確保員工在遭受暴力攻擊時能以無線或有線之方式通知警衛或保全以提供人身安全之防護。(新增)</p> <p>優良項目:(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1.對於受到傷害(包括實際受傷和目擊受傷)之員工，給予妥善的心理支持、輔導與提供相關之法律求償或其他協助。(新增)</p> <p>2.定期收集院內或院外之醫院暴力事件，使用適當分析方法，將分析結果進行檢討、納入員工之教育訓練(如提高員工之警覺性)，以防止發生醫院之暴力事件。(新增)</p> <p>3.落實執行安全管理作業規範。(新增)</p> <p>4.每年針對高風險之醫院暴力發生場所進行演練。(新增)</p> <p>[註]</p> <p>1.依據中華民國 103 年 1 月 29 日總統華總一義字第 10300013681 號令修正公布醫療法第 24 及 106 條條文。</p> <p>(1)第 24 條：「醫療機構應保持環境整潔、秩序安寧，不得妨礙公共衛生及安全。</p>	<p>施、裝設監視器、警民連線或其他安全設施。(新增)</p> <p>5.聘用充足警衛或保全人員人力，並確保員工在遭受暴力攻擊時能以無線或有線之方式通知警衛或保全以提供人身安全之防護。(新增)</p> <p>優良項目:(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1.對於受到傷害(包括實際受傷和目擊受傷)之員工，給予妥善的心理支持、輔導與提供相關之法律求償或其他協助。(新增)</p> <p>2.定期收集院內或院外之醫院暴力事件，使用適當分析方法，將分析結果進行檢討、納入員工之教育訓練(如提高員工之警覺性)，以防止發生醫院之暴力事件。(新增)</p> <p>3.落實執行安全管理作業規範。(新增)</p> <p>4.每年針對高風險之醫院暴力發生場所進行演練。(新增)</p> <p>[註]</p> <p>1.依據中華民國 103 年 1 月 29 日總統華總一義字第 10300013681 號令修正公布醫療法第 24 及 106 條條文。</p> <p>(1)第 24 條：醫療機構應保持環境整潔、秩序安寧，不得妨礙公共衛生及安全。為保障病人就</p>	

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			<p>為保障病人就醫安全，任何人不得以強暴、脅迫、恐嚇或其他非法之方法，妨礙醫療業務之執行，致生危害醫療安全或其設施。</p> <p>醫療機構應採必要措施，以確保醫事人員執行醫療業務時之安全。</p> <p>違反第二項規定者，警察機關應協助排除或制止之；如涉及刑事責任者，應移送該管檢察官偵辦。</p> <p>(2)第 106 條：「違反第二十四條第二項規定者，處新臺幣三萬元以上五萬元以下罰鍰。如觸犯刑事責任者，應移送司法機關辦理。</p> <p>毀損醫療機構或其他相類場所內關於保護生命之設備，致生危險於他人之生命、身體或健康者，處三年以下有期徒刑、拘役或新臺幣三十萬元以下罰金。</p> <p>對於醫事人員執行醫療業務時，施強暴、脅迫，足以妨害醫事人員執行醫療業務者，處三年以下有期徒刑、拘役或新臺幣三十萬元以下罰金。</p> <p>犯前項之罪，因而致醫事人員</p>	<p>醫安全，任何人不得以強暴、脅迫、恐嚇或其他非法之方法，妨礙醫療業務之執行，致生危害醫療安全或其設施。醫療機構應採必要措施，以確保醫事人員執行醫療業務時之安全。違反第二項規定者，警察機關應協助排除或制止之；如涉及刑事責任者，應移送該管檢察官偵辦。</p> <p>(2)第 106 條：違反第二十四條第二項規定者，處新臺幣三萬元以上五萬元以下罰鍰。如觸犯刑事責任者，應移送司法機關辦理。毀損醫療機構或其他相類場所內關於保護生命之設備，致生危險於他人之生命、身體或健康者，處三年以下有期徒刑、拘役或新臺幣三十萬元以下罰金。對於醫事人員執行醫療業務時，施強暴、脅迫，足以妨害醫事人員執行醫療業務者，處三年以下有期徒刑、拘役或新臺幣三十萬元以下罰金。犯前項之罪，因而致醫事人員於死者，處無期徒刑或七年以上有期徒刑；致重傷者，處三年以上十年以下有期徒刑。</p>	

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			<p>於死者，處無期徒刑或七年以上有期徒刑；致重傷者，處三年以上十年以下有期徒刑。<u>上</u></p> <p>2.可參考勞動部公告之「執行職務遭受不法侵害預防指引」。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.可能發生暴力事件之風險評估結果。(符合) 2.訂有防止員工受到暴力事件傷害之安全管理作業規範。(符合) 3.防止暴力之員工之教育訓練資料。(符合) 4.警衛或保全人員人力排班表。(符合) 5.對於受到傷害(包括實際受傷和目擊受傷)員工之<u>一</u>的心理支持、輔導與提供相關之法律求償或其他協助之辦法(若有案例發生應提供實際執行結果)。(優良) 6.建置醫院暴力事件之通報程序。(符合) 7.落實執行安全管理作業規範之相關資料。(優良) 8.每年針對高風險之醫院暴力發生場所進行演練紀錄。(優良) 	<p>2.可參考勞動部公告之「執行職務遭受不法侵害預防指引」。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.可能發生暴力事件之風險評估結果。(符合) 2.訂有防止員工受到暴力事件傷害之安全管理作業規範。(符合) 3.防止暴力之員工之教育訓練資料。(符合) 4.警衛或保全人員人力排班表。(符合) 5.對於受到傷害(包括實際受傷和目擊受傷)員工之，的心理支持、輔導與提供相關之法律求償或其他協助之辦法(若有案例發生應提供實際執行結果)。(優良) 6.建置醫院暴力事件之通報程序。(符合) 7.落實執行安全管理作業規範之相關資料。(優良) 8.每年針對高風險之醫院暴力發生場所進行演練紀錄。(優良) 	
	1.6.6	醫療器材採購及管理能符合醫療照護業務之需要，並確保	<p>目的：</p> <p>訂定醫療器材採購及管理辦法(包括採購時效、驗收、品質管理、庫</p>	<p>目的：</p> <p>訂定醫療器材採購及管理辦法(包括採購時效、驗收、品質管理、庫</p>	依衛生福利部指示，修正優良項目 4 之國產新興藥品相關文字，並刪

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
		品質	<p>存管理等)並落實執行，確保醫療品質及病人安全。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.設有專責人員負責醫療器材採購及管理。(原 1.6.8-C) 2.訂有醫療器材採購及管理辦法，以符合醫療照護業務之需要，並確保品質。(原 1.6.8-C) <p>優良項目:(下述項目僅限二項未達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.視情形選擇經 QSD(Quality System Documentation)、GMP/cGMP(Good Manufacturing Practice, Current Good Manufacturing Practice)或 PIC/S GMP 認可或評鑑的製造商。(原 1.6.8-B1) 2.使用適當的庫存管理系統，其管理模式有效提升庫存週轉率與降低庫存成本。(原 1.6.8-B2 修) 3.醫療器材採購及管理辦法包括醫材不良品之通報、退貨與換貨程序，且負責採購與使用單位之員工皆知悉相關作業程序。(新增) 4.有鼓勵採購<u>國產新興藥品及醫療器材生技新藥產業發展條例審議通過之新興藥品及醫療器材，完成研發並已核發許可證者</u>之機制<u>(以不違反我國締結之條約或協定為前提)</u>。(新增) <p>[註]</p>	<p>存管理等)並落實執行，確保醫療品質及病人安全。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.設有專責人員負責醫療器材採購及管理。(原 1.6.8-C) 2.訂有醫療器材採購及管理辦法，以符合醫療照護業務之需要，並確保品質。(原 1.6.8-C) <p>優良項目:(下述項目僅限二項未達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.視情形選擇經 QSD(Quality System Documentation)、GMP/cGMP(Good Manufacturing Practice, Current Good Manufacturing Practice)或 PIC/S GMP 認可或評鑑的製造商。(原 1.6.8-B1) 2.使用適當的庫存管理系統，其管理模式有效提升庫存週轉率與降低庫存成本。(原 1.6.8-B2 修) 3.醫療器材採購及管理辦法包括醫材不良品之通報、退貨與換貨程序，且負責採購與使用單位之員工皆知悉相關作業程序。(新增) 4.有鼓勵採購國產新興藥品及醫療器材之機制。(新增) <p>[註]</p> <p>「國產新興藥品及醫療器材」係指國內自行研發、製造之新興藥品及醫療器材。</p>	除[註]。

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			<p>「國產新興藥品及醫療器材」係指國內自行研發、製造之新興藥品及醫療器材。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 負責醫療器材採購及管理之專責人員資歷證明文件。(符合) 醫療器材採購及管理辦法。(符合) 庫存之管理成效證明資料。(優良) 採購部門對於使用部門反應醫材不良品之處理結果。(優良) 	<p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 負責醫療器材採購及管理之專責人員資歷證明文件。(符合) 醫療器材採購及管理辦法。(符合) 庫存之管理成效證明資料。(優良) 採購部門對於使用部門反應醫材不良品之處理結果。(優良) 	
重	1.6.7	定期執行醫院設施、設備、醫療儀器或相關器材等之維護、檢查、測試、保養或校正作業，並有紀錄可查	<p>目的：</p> <p>依相關法令規定訂定醫院設施、設備、醫療器材等維護管理規範，定期檢測及檢討改善，確保醫療品質與病人安全。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 設有專責人員或部門負責管理，確認相關設施、設備、儀器、器材等，能符合醫療機構設置標準及相關法令規定，及業務需求。(原 1.6.9-C1) 訂有維護規章、操作訓練規範，以及定期檢查、保養或校正計畫，特別是與病人安全相關之重要設施、設備、急救用醫療器材等(如為外包時，應依外包管理相關基準規定辦理)。(原 1.6.9-C2 修) 確實執行檢查、測試、保養或校 	<p>目的：</p> <p>依相關法令規定訂定醫院設施、設備、醫療器材等維護管理規範，定期檢測及檢討改善，確保醫療品質與病人安全。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 設有專責人員或部門負責管理，確認相關設施、設備、儀器、器材等，能符合醫療機構設置標準及相關法令規定，及業務需求。(原 1.6.9-C1) 訂有維護規章、操作訓練規範，以及定期檢查、保養或校正計畫，特別是與病人安全相關之重要設施、設備、急救用醫療器材等(如為外包時，應依外包管理相關基準規定辦理)。(原 1.6.9-C2 修) 確實執行檢查、測試、保養或校 	酌修評量方法及建議佐證資料 8 之文字。

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			<p>正等，並製作紀錄(含執行日期)；並能依據使用效能、維修、保養及校正狀況，訂定監控或評估機制，以適時更新汰換。(原 1.6.9-C3)</p> <p>4.保存完整之中文或英文使用說明書或操作手冊，且容易查閱，確實可用。(原 1.6.9-C4)</p> <p>5.操作人員皆有完善教育訓練。(原 1.6.9-B2)</p> <p>優良項目:(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1.訂有故障時之因應規範，如：故障排除步驟及至少夜間、休假日時故障的維修聯絡方式。(原 1.6.9-B1)</p> <p>2.記錄故障或失靈等缺失原因，作為日後檢查、保養參考，並設定改善措施及期限。(原 1.6.9-B3)</p> <p>3.各項計畫、保養、維修、更新汰換、訓練等確實執行，且能評估檢討成效，依評估結果改善及編列必要經費搭配。(原 1.6.9-A1)</p> <p>4.專責人員具有相關專業訓練或證照。(原 1.6.9-A2 修)</p> <p>[註]</p> <p>1.本條所稱「設施、設備、儀器、器材」，係指非單次使用之耗材，且需藉由定期檢查、保養或校正，以確保其功能者，包括進行檢查或校正作業所使用之醫療器材或試劑，不包括機電、消防、</p>	<p>正等，並製作紀錄(含執行日期)；並能依據使用效能、維修、保養及校正狀況，訂定監控或評估機制，以適時更新汰換。(原 1.6.9-C3)</p> <p>4.保存完整之中文或英文使用說明書或操作手冊，且容易查閱，確實可用。(原 1.6.9-C4)</p> <p>5.操作人員皆有完善教育訓練。(原 1.6.9-B2)</p> <p>優良項目:(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1.訂有故障時之因應規範，如：故障排除步驟及至少夜間、休假日時故障的維修聯絡方式。(原 1.6.9-B1)</p> <p>2.記錄故障或失靈等缺失原因，作為日後檢查、保養參考，並設定改善措施及期限。(原 1.6.9-B3)</p> <p>3.各項計畫、保養、維修、更新汰換、訓練等確實執行，且能評估檢討成效，依評估結果改善及編列必要經費搭配。(原 1.6.9-A1)</p> <p>4.專責人員具有相關專業訓練或證照。(原 1.6.9-A2 修)</p> <p>[註]</p> <p>1.本條所稱「設施、設備、儀器、器材」，係指非單次使用之耗材，且需藉由定期檢查、保養或校正，以確保其功能者，包括進行檢查或校正作業所使用之醫療器材或試劑，不包括機電、消防、</p>	

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			<p>供水、供電、醫用氣體等。</p> <p>2.依據衛生福利部 102 年 5 月 8 日修訂之藥事法第 13 條所稱醫療器材，係用於診斷、治療、減輕、直接預防人類疾病、調節生育，或足以影響人類身體結構及機能，且非以藥理、免疫或代謝方法作用於人體，以達成其主要功能之儀器、器械、用具、物質、軟體、體外試劑及其相關物品。</p> <p>3.符合項目 2 所指之「與病人安全相關之重要設施、設備、急救用醫療器材」之範疇可參考<u>符合評量項目</u>[註]2 之規範；另根據衛生福利部公告之「醫療器材管理辦法」，國產或輸入醫療器材依照其風險特性，區分為第一等級(低風險性)、第二等級(中風險性)、第三等級(高風險性)以及新醫療器材(無類似品經衛生福利部核准者)。</p> <p>4.醫院可依據實際使用醫療器材之風險等級建立庫存清單與訂定相關之預防性保養、維修計畫與使用人員之教育訓練計畫以確保病人之安全。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.「設施、設備、儀器、器材」之</p>	<p>供水、供電、醫用氣體等。</p> <p>2.依據衛生福利部 102 年 5 月 8 日修訂之藥事法第 13 條所稱醫療器材，係用於診斷、治療、減輕、直接預防人類疾病、調節生育，或足以影響人類身體結構及機能，且非以藥理、免疫或代謝方法作用於人體，以達成其主要功能之儀器、器械、用具、物質、軟體、體外試劑及其相關物品。</p> <p>3.符合項目 2 所指之「與病人安全相關之重要設施、設備、急救用醫療器材」之範疇可參考符合[註]2 之規範；另根據衛生福利部公告之「醫療器材管理辦法」，國產或輸入醫療器材依照其風險特性，區分為第一等級(低風險性)、第二等級(中風險性)、第三等級(高風險性)以及新醫療器材(無類似品經衛生福利部核准者)。</p> <p>4.醫院可依據實際使用醫療器材之風險等級建立庫存清單與訂定相關之預防性保養、維修計畫與使用人員之教育訓練計畫以確保病人之安全。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.「設施、設備、儀器、器材」之維護規章、操作訓練規範、及定</p>	

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			維護規章、操作訓練規範、及定期檢查、保養或校正計畫。(符合) 2.與病人安全相關之重要高風險設施、設備、急救用醫療器材清單。(符合) 3.設施、設備、儀器、器材之監控或評估機制。(符合) 4.設施、設備、儀器、器材之使用說明書或操作手冊。(符合) 5.操作人員皆有適當教育訓練資料。(符合) 6.訂有故障時之因應規範(如：故障排除步驟及至少夜間、休假日時故障的維修聯絡方式)。(優良) 7.故障或失靈等缺失原因之紀錄與能在期限內完成之資料。(優良) 8.各項計畫、保養、維修、更新汰換、訓練等確實執行與定期檢討成效之 記 紀錄。(優良) 9.每年編列保養、維修、更新汰換、訓練之經費資料與實際執行之結果。(優良) 10.專責人員具有相關之專業訓練或證照之證明文件。(優良)	期檢查、保養或校正計畫。(符合) 2.與病人安全相關之重要高風險設施、設備、急救用醫療器材清單。(符合) 3.設施、設備、儀器、器材之監控或評估機制。(符合) 4.設施、設備、儀器、器材之使用說明書或操作手冊。(符合) 5.操作人員皆有適當教育訓練資料。(符合) 6.訂有故障時之因應規範(如：故障排除步驟及至少夜間、休假日時故障的維修聯絡方式)。(優良) 7.故障或失靈等缺失原因之紀錄與能在期限內完成之資料。(優良) 8.各項計畫、保養、維修、更新汰換、訓練等確實執行與定期檢討成效之記錄。(優良) 9.每年編列保養、維修、更新汰換、訓練之經費資料與實際執行之結果。(優良) 10.專責人員具有相關之專業訓練或證照之證明文件。(優良)	
	1.6.9	各部門落實整潔維護，確實施行院內清潔工作，並定期消毒除蟲	目的： 訂定醫院環境、病人寢具清潔消毒工作管理規範與工作計畫並落實執行，確保照護環境舒適與安全。 符合項目：	目的： 訂定醫院環境、病人寢具清潔消毒工作管理規範與工作計畫並落實執行，確保照護環境舒適與安全。 符合項目：	酌修評量方法及建議佐證資料 3 之文字。

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			<p>1.有專責人員或單位負責清潔管理，依據所訂醫院清潔(含消毒除蟲)工作計畫，督導工作人員，確實執行清潔工作。清潔工作如為外包時，應依外包管理相關基準規定辦理。(原 1.6.12-C1)</p> <p>2.醫院應經常保持整潔，如：對各類張貼物或公告應有管制，並定期實施整潔維護稽查工作。(原 1.6.12-C2)</p> <p>3.各病室或病房護理站之空調設備，可以控制並維持適宜之溫度，且空調可 24 小時運作，並適當換氣；空調口應定期清潔。(原 1.6.6-C2,3 併)</p> <p>4.病床床單、枕頭套、被套或蓋被等寢具，應定期更換、清洗或消毒；但如有髒汙時，應即時更換。床墊應視需要清潔、消毒或汰換。(原 1.6.6-C5)</p> <p>5.病室電話(含公用電話)、床旁桌椅、窗簾、隔簾、百葉窗等，應定期清潔或消毒。(原 1.6.6-C6)</p> <p>優良項目:(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1.清潔工作計畫詳實，並備有查核表，實施定期或不定期查核，成效良好。(原 1.6.12-B1)</p> <p>2.不定期舉辦清潔競賽或相關活動，有促進清潔維護之具體成</p>	<p>1.有專責人員或單位負責清潔管理，依據所訂醫院清潔(含消毒除蟲)工作計畫，督導工作人員，確實執行清潔工作。清潔工作如為外包時，應依外包管理相關基準規定辦理。(原 1.6.12-C1)</p> <p>2.醫院應經常保持整潔，如：對各類張貼物或公告應有管制，並定期實施整潔維護稽查工作。(原 1.6.12-C2)</p> <p>3.各病室或病房護理站之空調設備，可以控制並維持適宜之溫度，且空調可 24 小時運作，並適當換氣；空調口應定期清潔。(原 1.6.6-C2,3 併)</p> <p>4.病床床單、枕頭套、被套或蓋被等寢具，應定期更換、清洗或消毒；但如有髒汙時，應即時更換。床墊應視需要清潔、消毒或汰換。(原 1.6.6-C5)</p> <p>5.病室電話(含公用電話)、床旁桌椅、窗簾、隔簾、百葉窗等，應定期清潔或消毒。(原 1.6.6-C6)</p> <p>優良項目:(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1.清潔工作計畫詳實，並備有查核表，實施定期或不定期查核，成效良好。(原 1.6.12-B1)</p> <p>2.不定期舉辦清潔競賽或相關活動，有促進清潔維護之具體成</p>	

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			<p>果。(原 1.6.12-B2)</p> <p>3.定期檢查病室清潔，視需要調查病人對病室清潔之滿意度或建議，依據調查結果進行檢討改善，成效良好。(原 1.6.6-B2、A 併)</p> <p>[註] 優良項目 3「定期」檢查病室清潔，是指每月進行檢查。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院清潔(含消毒除蟲)工作計畫與稽核是否落實執行之紀錄(清潔工作如為外包時，應附依外包管理相關基準規定執行是否落實合約規範之查核紀錄)。(符合) 2.維護病室清潔之管理辦法。(符合) 3.使用清潔工作計畫查核表，實施定期或不定期查核且成效良好之紀錄。(優良) 4.不定期舉辦清潔競賽或相關活動之成果資料。(優良) 5.調查病人對病室清潔之滿意度或建議之資料。(優良) 6.依查核或稽核結果，進行檢討改善之資料。(優良) 	<p>果。(原 1.6.12-B2)</p> <p>3.定期檢查病室清潔，視需要調查病人對病室清潔之滿意度或建議，依據調查結果進行檢討改善，成效良好。(原 1.6.6-B2、A 併)</p> <p>[註] 優良項目 3「定期」檢查病室清潔，是指每月進行檢查。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院清潔(含消毒除蟲)工作計畫與稽核是否落實執行之紀錄(清潔工作如為外包時，應附依外包管理相關基準規定執行是否落實合約規範之查核紀錄)。(符合) 2.維護病室清潔之管理辦法。(符合) 3.使用清潔工作計畫查核表，實施定期或不定期查核且成效良好之紀錄。(優良) 4.不定期舉辦清潔競賽或相關活動之成果資料。(優良) 5.調查病人對病室清潔之滿意度或建議之資料。(優良) 6.依查核或稽核結果，進行檢討改善之資料。(優良) 	
可	1.6.10	膳食安全衛生管理良好	<p>目的：</p> <p>依相關法令規定訂定膳食處理作業規範及廚房環境整潔、門禁、防火</p>	<p>目的：</p> <p>依相關法令規定訂定膳食處理作業規範及廚房環境整潔、門禁、防火</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.酌修優量項目 2 之標點符號。 2.原[註]3 之「食品良好

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			<p>措施等，確保醫院食品衛生及膳食安全。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.醫院設有廚房者，應符合下列項目：</p> <p>(1)訂定處理食品(包括準備、處理、儲存及運送)之作業標準或作業程序。(原 1.6.13-C1)</p> <p>(2)有關食材儲存及廚房(調理室)內食材搬入、暫存、調理、飯菜盛入等運送路線，均有妥善規劃，以確保安全衛生。(原 1.6.13-C2)</p> <p>(3)廚房環境整潔，通風良好，有適當門禁及防火措施(含火災預防與應變之教育訓練)。(原 1.6.13-C3)、新增</p> <p>(4)廚房之餐具儲存、食品供應、準備和清洗等區域分開設置合乎衛生。(原 1.6.13-C4)</p> <p>(5)生鮮材料或調理過之食品未過期者，應予冷凍或冷藏保存。(原 1.6.13-C5)</p> <p>(6)烹調之食品樣品應冷藏保存 48 小時，以備查驗。(原 1.6.13-C6)</p> <p>(7)病人用膳完畢之餐具能於 2 小時內回收。(原 1.6.13-B2)</p> <p>(8)工作人員持證照比率符合相關法令規定。(原 1.3.11-C3)</p> <p>2.膳食外包者，醫院應：(原</p>	<p>措施等，確保醫院食品衛生及膳食安全。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.醫院設有廚房者，應符合下列項目：</p> <p>(1)訂定處理食品(包括準備、處理、儲存及運送)之作業標準或作業程序。(原 1.6.13-C1)</p> <p>(2)有關食材儲存及廚房(調理室)內食材搬入、暫存、調理、飯菜盛入等運送路線，均有妥善規劃，以確保安全衛生。(原 1.6.13-C2)</p> <p>(3)廚房環境整潔，通風良好，有適當門禁及防火措施(含火災預防與應變之教育訓練)。(原 1.6.13-C3)、新增</p> <p>(4)廚房之餐具儲存、食品供應、準備和清洗等區域分開設置合乎衛生。(原 1.6.13-C4)</p> <p>(5)生鮮材料或調理過之食品未過期者，應予冷凍或冷藏保存。(原 1.6.13-C5)</p> <p>(6)烹調之食品樣品應冷藏保存 48 小時，以備查驗。(原 1.6.13-C6)</p> <p>(7)病人用膳完畢之餐具能於 2 小時內回收。(原 1.6.13-B2)</p> <p>(8)工作人員持證照比率符合相關法令規定。(原 1.3.11-C3)</p> <p>2.膳食外包者，醫院應：(原</p>	<p>衛生規範」已廢止為「食品良好衛生規範準則」，並修正相關文字。</p>

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			<p>1.6.13-C7)</p> <p>(1)確認供應商(食品業者)符合食品衛生相關法令規定，如危害分析與重要管制點(Hazard Analysis Critical Control Point, HACCP)或食品良好衛生規範(Good Hygienic Practice, GHP)等。</p> <p>(2)確認供應商及醫院內食品分送場所及其設施適當、安全衛生。</p> <p>優良項目:(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1.烹調完成之熟食於配送過程中，應妥善保溫，並控制時間。食品需熱藏(高溫貯存)者，應依食品良好衛生規範，保持溫度在 60℃ 以上。(原 1.6.13-B1)</p> <p>2.餐具洗淨機之洗淨溫度應設定為 80℃，並持續清洗 2 分鐘以上(或可達到相同效果之設定條件)。洗淨後的餐具要烘乾，並確保儲存環境的清潔。另一器具及容器需存放於距地面適當高度處，以防止地面上的污水濺濕。(原 1.6.13-B3)</p> <p>3.廚餘處理合乎衛生及環保原則。(原 1.6.13-A1)</p> <p>4.有專責人員或部門稽核檢查，並有紀錄。(原 1.6.13-A2)</p> <p>5.醫院有良好的供膳作業及環境，並通過危害分析與重要管制點</p>	<p>1.6.13-C7)</p> <p>(1)確認供應商(食品業者)符合食品衛生相關法令規定，如危害分析與重要管制點(Hazard Analysis Critical Control Point, HACCP)或食品良好衛生規範(Good Hygienic Practice, GHP)等。</p> <p>(2)確認供應商及醫院內食品分送場所及其設施適當、安全衛生。</p> <p>優良項目:(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1.烹調完成之熟食於配送過程中，應妥善保溫，並控制時間。食品需熱藏(高溫貯存)者，應依食品良好衛生規範，保持溫度在 60℃ 以上。(原 1.6.13-B1)</p> <p>2.餐具洗淨機之洗淨溫度應設定為 80℃，並持續清洗 2 分鐘以上(或可達到相同效果之設定條件)。洗淨後的餐具要烘乾，並確保儲存環境的清潔。另，器具及容器需存放於距地面適當高度處，以防止地面上的污水濺濕。(原 1.6.13-B3)</p> <p>3.廚餘處理合乎衛生及環保原則。(原 1.6.13-A1)</p> <p>4.有專責人員或部門稽核檢查，並有紀錄。(原 1.6.13-A2)</p> <p>5.醫院有良好的供膳作業及環境，並通過危害分析與重要管制點</p>	

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			<p>(Hazard Analysis Critical Control Point, HACCP)之認證或已取得地方衛生主管機關的「中央廚房衛生自主管理認證」或食品良好衛生規範(Good Hygienic Practice, GHP)認證者。(原 1.6.13-A5)</p> <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 符合下列全部條件者，可自選本條免評： <ol style="list-style-type: none"> 未提供膳食服務者。 申請「地區醫院評鑑」者。 以外包方式提供膳食服務之醫院亦屬有提供膳食服務。 「食品良好衛生規範<u>準則</u>」第二十九條(一)：凡以經營中式餐飲經營且具供應盤菜性質之觀光旅館之餐廳、承攬學校餐飲之餐飲業、供應學校餐盒之餐盒業、承攬筵席之餐廳、外燴飲食業、中央廚房式之餐飲業、伙食包作業、自助餐飲業等，其雇用之烹調從業人員，自本規範公佈後於本準則發布之日起一年內起應具有，其烹調從業人員之中餐烹調技術士證，其持證比例率規定如下： <ol style="list-style-type: none"> (1)一、觀光旅館之餐廳：百分之八十。 (2)二、承攬學校餐飲之餐飲業： 	<p>(Hazard Analysis Critical Control Point, HACCP)之認證或已取得地方衛生主管機關的「中央廚房衛生自主管理認證」或食品良好衛生規範(Good Hygienic Practice, GHP)認證者。(原 1.6.13-A5)</p> <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 符合下列全部條件者，可自選本條免評： <ol style="list-style-type: none"> 未提供膳食服務者。 申請「地區醫院評鑑」者。 以外包方式提供膳食服務之醫院亦屬有提供膳食服務。 「食品良好衛生規範」第二十九條(一)：凡以中式餐飲經營且具供應盤菜性質之觀光旅館之餐廳、承攬學校餐飲之餐飲業、供應學校餐盒之餐盒業、承攬筵席之餐廳、外燴飲食業、中央廚房式之餐飲業、伙食包作業、自助餐飲業等，其雇用之烹調從業人員，自本規範公佈後一年起應具有中餐烹調技術士證，其持證比例如下： <ol style="list-style-type: none"> 觀光旅館之餐廳：百分之八十。 承攬學校餐飲之餐飲業：百分之七十。 供應學校餐盒之餐盒業：百分之七十。 	

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			<p>百分之七十。</p> <p>(3) <u>三</u>、供應學校餐盒之餐盒業：百分之七十。</p> <p>(4) <u>四</u>、承攬筵席之餐廳：百分之七十。</p> <p>(5) <u>五</u>、外燴飲食業：百分之七十。</p> <p>(6) <u>六</u>、中央廚房式之餐飲業：百分之六十。</p> <p>(7) <u>七</u>、伙食包作業：百分之六十。</p> <p>(8) <u>八</u>、自助餐飲業：百分之五十。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.處理食品(包括準備、處理、儲存及運送)之標準作業程序。(符合) 2.廚房門禁之管制辦法。(符合) 3.防火措施之檢查與教育訓練紀錄。(符合) 4.有專責人員或部門稽核檢查之紀錄。(優良) 5.通過 HACCP 或 GHP 認證之證明文件。(優良) 	<p>(4)承攬筵席之餐廳：百分之七十。</p> <p>(5)外燴飲食業：百分之七十。</p> <p>(6)中央廚房式之餐飲業：百分之六十。</p> <p>(7)伙食包作業：百分之六十。</p> <p>(8)自助餐飲業：百分之五十。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.處理食品(包括準備、處理、儲存及運送)之標準作業程序。(符合) 2.廚房門禁之管制辦法。(符合) 3.防火措施之檢查與教育訓練紀錄。(符合) 4.有專責人員或部門稽核檢查之紀錄。(優良) 5.通過 HACCP 或 GHP 認證之證明文件。(優良) 	

第 1 篇、經營管理 第 1.7 章 病人導向之服務與管理

條 號	條 文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
1.7.2	提供病人就醫之掛號、批價收費及辦理入出院作業等便利服務	<p>目的： 提供完整的就醫作業流程和合理的收費，並公告周知及適當說明。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.設有辦理之專責人員或部門，並具備方便病人就醫之作業流程，如：掛號、就診、批價、住/出院手續等。(原 1.7.5-C1、1.7.7-C1 併) 2.在掛號及繳費尖峰時段，能彈性增設櫃檯因應。(原 1.7.5-C2) 3.掛號費收費符合衛生福利部公告之「醫療機構收取掛號費參考範圍」。(原 1.7.5-C3 修) 4.向病人收取之費用，如：病房差額負擔、膳食費等自費服務項目，有適當說明或公告周知。(原 1.7.7-C2) 5.對出院病人提供收費明細，符合醫療法相關規定。(原 1.7.7-C3) <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.能定期檢討或視需要修正作業流程。(原 1.7.5-B1) 2.醫院所訂定之收費規範，包括下列免收「掛號費」或「病歷調閱費」之情形：(原 1.7.5-B3) <ol style="list-style-type: none"> (1)病人單純持慢性連續處方箋領藥，且無需調閱病歷者。 	<p>目的： 提供完整的就醫作業流程和合理的收費，並公告周知及適當說明。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.設有辦理之專責人員或部門，並具備方便病人就醫之作業流程，如：掛號、就診、批價、住/出院手續等。(原 1.7.5-C1、1.7.7-C1 併) 2.在掛號及繳費尖峰時段，能彈性增設櫃檯因應。(原 1.7.5-C2) 3.掛號費收費符合衛生福利部公告之「醫療機構收取掛號費參考範圍」。(原 1.7.5-C3 修) 4.向病人收取之費用，如：病房差額負擔、膳食費等自費服務項目，有適當說明或公告周知。(原 1.7.7-C2) 5.對出院病人提供收費明細，符合醫療法相關規定。(原 1.7.7-C3) <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.能定期檢討或視需要修正作業流程。(原 1.7.5-B1) 2.醫院所訂定之收費規範，包括下列免收「掛號費」或「病歷調閱費」之情形：(原 1.7.5-B3) <ol style="list-style-type: none"> (1)病人單純持慢性連續處方箋領藥，且無需調閱病歷者。 	酌修[註]1、2 之法規格式。

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			<p>(2)因病人無法於就診當日完成檢查，須安排於他日檢查，於檢查日免收「掛號費」或「病歷調閱費」。</p> <p>(3)病人僅為取得檢查(驗)結果，並未看診者。</p> <p>3.有提供假日辦理出院服務。(原 1.7.7-B)</p> <p>4.作業流程檢討或修正後，便利病人就醫，有具體事證。(原 1.7.5-A、1.7.7-A)</p> <p>【註】</p> <p>1.醫療法第 22 條：「醫療機構收取醫療費用，應開給載明收費項目及金額之收據。醫療機構不得違反收費標準，超額或擅立收費項目收費。」</p> <p>2.醫療法施行細則第 11 條：「本法第二十二條第一項所定醫療費用之收據，應載明全民健康保險醫療費用申報點數清單所列項目中，申報全民健康保險及自費項目之明細；非屬醫療費用之收費，並應一併載明之。前項申報全民健康保險項目，應區分自行負擔數及全民健康保險申請數。本法第二十二條第二項所稱擅立收費項目收費，指收取未經依本</p>	<p>(2)因病人無法於就診當日完成檢查，須安排於他日檢查，於檢查日免收「掛號費」或「病歷調閱費」。</p> <p>(3)病人僅為取得檢查(驗)結果，並未看診者。</p> <p>3.有提供假日辦理出院服務。(原 1.7.7-B)</p> <p>4.作業流程檢討或修正後，便利病人就醫，有具體事證。(原 1.7.5-A、1.7.7-A)</p> <p>【註】</p> <p>1.醫療法第 22 條：「醫療機構收取醫療費用，應開給載明收費項目及金額之收據。醫療機構不得違反收費標準，超額或擅立收費項目收費。」</p> <p>2.醫療法施行細則第 11 條：「本法第二十二條第一項所定醫療費用之收據，應載明全民健康保險醫療費用申報點數清單所列項目中，申報全民健康保險及自費項目之明細；非屬醫療費用之收費，並應一併載明之。前項申報全民健康保險項目，應區分自行負擔數及全民健康保險申請數。本法第二十二條第二項所稱擅立收費項目收費，指收取未經依本法第二十一條規定核定之費用。」</p>	

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			<p>法第二十一條規定核定之費用。」</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.掛號、批價收費和住出院辦理單位組織章程與管理辦法。(符合) 2.掛號、批價收費和住出院作業流程。(符合/優良) 3.醫療費用一覽表和收費規定。(符合/優良) 	<p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.掛號、批價收費和住出院辦理單位組織章程與管理辦法。(符合) 2.掛號、批價收費和住出院作業流程。(符合/優良) 3.醫療費用一覽表和收費規定。(符合/優良) 	
	1.7.4	有效率地運用病床	<p>目的：</p> <p>訂有合適的病床利用規範和檢討機制，善用醫療資源。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院訂有住院病床利用規範及病人等候住院病床須知。(原 1.7.8-C1) 2.醫院應掌握全院各科別的等候住院病人情況，且無違反住院病床利用規範，使病人長期等候住院病床之情形。(原 1.7.8-C2) <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.落實病人住院天數控制。(原 1.7.8-B1) 2.訂有病人流量管理規範，對於急診轉住院病人待床時間過長有處理機制。(原 1.7.8-B2 修) 3.訂有病人出入院管理辦法或合適機制，鼓勵住院病人於上午出院，非緊急之新入院病人於下午小夜班前住院，以減輕小夜班醫 	<p>目的：</p> <p>訂有合適的病床利用規範和檢討機制，善用醫療資源。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院訂有住院病床利用規範及病人等候住院病床須知。(原 1.7.8-C1) 2.醫院應掌握全院各科別的等候住院病人情況，且無違反住院病床利用規範使病人長期等候住院病床之情形。(原 1.7.8-C2) <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.落實病人住院天數控制。(原 1.7.8-B1) 2.訂有病人流量管理規範，對於急診轉住院病人待床時間過長有處理機制。(原 1.7.8-B2 修) 3.訂有病人出入院管理辦法或合適機制，鼓勵住院病人於上午出院，非緊急之新入院病人於下午小夜班前住院，以減輕小夜班醫 	酌修符合項目 2 之標點符號。

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			<p>護人力之照護負荷，並有統計分析。(新增)</p> <p>[註]</p> <p>優良項目 3 所稱「出入院管理辦法或合適機制」，係指如「今辦明出」提前讓病人知道上午出院時間，或出院病人無法上午離院時(如：等待家屬接送)，有安排等候空間等因應辦法。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.住院病床利用規範。(符合) 2.病人等候住院病床須知。(符合) 3.病人流量管理規範。(優良) 4.各科別住院與候床狀況管控表。(優良) 5.病床利用及出院準備服務委員會會議紀錄(含急診住院比率與檢討)。(優良) 6.急診登記觀察床數與實際觀察床數之使用狀況(如急診每班留觀病人數)。 7.病人出入院管理辦法。(優良) 	<p>護人力之照護負荷，並有統計分析。(新增)</p> <p>[註]</p> <p>優良項目 3 所稱「出入院管理辦法或合適機制」，係指如「今辦明出」提前讓病人知道上午出院時間，或出院病人無法上午離院時(如：等待家屬接送)，有安排等候空間等因應辦法。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.住院病床利用規範。(符合) 2.病人等候住院病床須知。(符合) 3.病人流量管理規範。(優良) 4.各科別住院與候床狀況管控表。(優良) 5.病床利用及出院準備服務委員會會議紀錄(含急診住院比率與檢討)。(優良) 6.急診登記觀察床數與實際觀察床數之使用狀況(如急診每班留觀病人數)。 7.病人出入院管理辦法。(優良) 	

第 1 篇、經營管理 第 1.8 章 **風險與危機管理—風險分析與緊急災害應變**

105 年 1.8 章	104 年 1.8 章	修正說明
第 1.8 章 風險與 危機管理—風險分析與緊急災害應變	第 1.8 章 危機管理—風險分析與緊急災害應變	本章原「危機管理」之意涵即包涵「風險/危機」，為符合國際趨勢，「危機」均改以「風險/危機」呈現。

105 年【重點說明】	104 年【重點說明】	修正說明
<p>為確保員工與就醫病人及其家屬之安全，醫院應建立風險危機管理機制，且依據危機管理需要儲備或即時取得災害所需之醫療用品、通訊器材及其他資源，並有檢討改善機制。醫院在建立風險危機管理機制時應成立專責組織(如：風險或危機管理委員會)或指定專責人員統籌醫院風險/危機管理事宜，包括運用風險分析工具(如：災害脆弱度分析)評估醫院可能發生之風險/危機或緊急事件，並依據危害分析結果研擬風險/危機管理計畫劃畫，包括減災預防、準備、應變與復原。</p> <p>為提升醫院面對危機事件發生時之緊急應變能力以減少災害之衝擊，對突發危機事件應建立健全之應變指揮體系與依災害等級制定應變組織之啟動規模(如：需動員之應變職務與應變團隊人數)。對於火災、風災、水災、地震等緊急災害，應訂有符合醫院與災害特性之緊急災害應變計畫與作業程序，並落實演練。此外，為防止災難發生時衍生之大量傷患救護需求，醫院應設置大量傷患緊急應變處理小組與健全指揮系統，每年定期與地方政府或相關團體</p>	<p>為確保員工與就醫病人及其家屬之安全，醫院應建立危機管理機制，且依據危機管理需要儲備或即時取得災害所需之醫療用品、通訊器材及其他資源，並有檢討改善機制。醫院在建立危機管理機制時應成立專責組織(如危機管理委員會)或指定專責人員統籌醫院危機管理事宜，包括運用風險分析工具(如災害脆弱度分析)評估醫院可能發生之危機或緊急事件，並依據危害分析結果研擬危機管理計畫，包括減災預防、準備、應變與復原。</p> <p>為提升醫院面對危機事件發生時之緊急應變能力以減少災害之衝擊，對突發危機事件應建立健全之應變指揮體系與依災害等級制定應變組織之啟動規模(如需動員之應變職務與應變團隊人數)。對於火災、風災、水災、地震等緊急災害，應訂有符合醫院與災害特性之緊急災害應變計畫與作業程序，並落實演練。此外，為防止災難發生時衍生之大量傷患救護需求，醫院應設置大量傷患緊急應變處理小組與健全指揮系統，每年定期與地方政府或相關團體共同辦理大量傷患處理之訓練，以滿足所在社區發生災害</p>	<p>1.本章原「危機管理」之意涵即包涵「風險/危機」，為符合國際趨勢，「危機」均改以「風險/危機」呈現。</p> <p>2.酌修文字內容及標點符號。</p>

105 年【重點說明】	104 年【重點說明】	修正說明
<p>共同辦理大量傷患處理之訓練，以滿足所在社區發生災害時之救護需求。</p> <p>醫院面對可能或已發生之醫事爭議事件時，應以誠實的態度，指定專責人員或單位妥善因應，對外回應醫事爭議事件。為防範事件再發生，醫院應釐清事故發生原因及真相，正確掌握事件發展，並應有檢討紀錄及防範事件再發生之措施，作為改善之參考依據。另外，對於相關受影響之醫院同仁亦應提供支援互助機制，共同從經驗中學習。</p>	<p>時之救護需求。</p> <p>醫院面對可能或已發生之醫事爭議事件時，應以誠實的態度，指定專責人員或單位妥善因應，對外回應醫事爭議事件。為防範事件再發生，醫院應釐清事故發生原因及真相，正確掌握事件發展，並應有檢討紀錄及防範事件再發生之措施，作為改善之參考依據。另外，對於相關受影響之醫院同仁亦應提供支援互助機制，共同從經驗中學習。</p>	

條 號	105 年條文	105 年評量項目	104 年條文	104 年評量項目	修正說明
重	1.8.1	<p>建立醫院風險/危機管理機制，且依據危機管理應變需要儲備或即時取得災害所需之醫療用品、通訊器材及其他資源，並有檢討改善機制</p>	<p>目的：</p> <p>建立醫院風險/危機管理機制，擬定風險/危機管理計畫與落實執行危機減災預防與準備之相關措施，確保醫院安全。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.醫院設有風險/危機管理專責單位(委員會)及專責人員，並能指派專責人員於危機事件發生時，收集與記錄危機事件發生之過程並保存相關文件，以利檢討。(原 1.8.3-C1、1.8.4-C2 併)</p> <p>2.訂有風險/危機管理計畫，包括減災預防、準備、應變、復原等。(新增)</p> <p>3.對突發危機事件有健全之應</p>	<p>目的：</p> <p>建立醫院風險/危機管理機制，擬定危機管理計畫與落實執行危機減災預防與準備之相關措施，確保醫院安全。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.醫院設有風險/危機管理專責單位(委員會)及專責人員，並能指派專責人於危機事件發生時，收集與記錄危機事件發生之過程並保存相關文件，以利檢討。(原 1.8.3-C1、1.8.4-C2 併)</p> <p>2.訂有危機管理計畫，包括減災預防、準備、應變、復原等。(新增)</p> <p>3.對突發危機事件有健全之應變指揮體系與相關應變組織</p>	<p>1.本章原「危機管理」之意涵即包涵「風險/危機」，為符合國際趨勢，「危機」均改以「風險/危機」呈現。</p> <p>2.酌修符合項目 1 之文字。</p> <p>3.酌修[註]1 之法規格式。</p>

條	號	105 年條文	105 年評量項目	104 年條文	104 年評量項目	修正說明
			<p>變指揮體系與相關應變組織之規劃。(原 1.8.3-C2 修)</p> <p>4. 風險/危機管理計畫中應包括藥品、醫療器材、緊急通訊器材及其他資源之後勤補給，能確實掌握資源調度，並能確保 3 天以上之安全存量。(原 1.8.7-C1 修)</p> <p>5. 實施危機減災預防與準備之相關措施，包括各項宣導與員工訓練。(原 1.8.3-C3 修)</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1. 每年定期檢討醫院風險/危機管理計畫之執行成效。(新增)</p> <p>2. 應用風險分析方法，評估醫院可能發生的危機或緊急事件，訂定醫院之風險/危機管理計畫，包括減災預防、準備、應變、復原等。(原 1.8.3-A1、A2, 新增)</p> <p>3. 依據緊急應變演練結果或已發生之危機事件應變結果定期檢討與修正風險/危機管理計畫內容。(新增)</p> <p>4. 針對發生之危機事件能進行原因分析，並研擬改善措施，確實檢討改善，成效良</p>		<p>之規劃。(原 1.8.3-C2 修)</p> <p>4. 危機管理計畫中應包括藥品、醫療器材、緊急通訊器材及其他資源之後勤補給，能確實掌握資源調度，並能確保 3 天以上之安全存量。(原 1.8.7-C1 修)</p> <p>5. 實施危機減災預防與準備之相關措施，包括各項宣導與員工訓練。(原 1.8.3-C3 修)</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1. 每年定期檢討醫院危機管理計畫之執行成效。(新增)</p> <p>2. 應用風險分析方法，評估醫院可能發生的危機或緊急事件，訂定醫院之危機管理計畫，包括減災預防、準備、應變、復原等。(原 1.8.3-A1、A2, 新增)</p> <p>3. 依據緊急應變演練結果或已發生之危機事件應變結果定期檢討與修正危機管理計畫內容。(新增)</p> <p>4. 針對發生之危機事件能進行原因分析，並研擬改善措施，確實檢討改善，成效良好。(原 1.8.4-B、A 併)</p> <p>5. 與其他醫療機構或供應商間</p>	

條	號	105 年條文	105 年評量項目	104 年條文	104 年評量項目	修正說明
			<p>好。(原 1.8.4 B、A 併)</p> <p>5.與其他醫療機構或供應商間訂有相互支援藥品、醫療器材及其他資源的協定。(原 1.8.7 B)</p> <p>[註]</p> <p>1.依醫療法第二十五條第二項規定訂定之「醫院緊急災害應變措施及檢查辦法」之第三條與第四條規定：</p> <p>(1)第三條：「醫院應訂定緊急災害應變措施計畫。其內容應包括因應災害之預防、準備、應變與復原各階段之應變體系、應變組織與工作職責。前項緊急災害應變措施計畫，醫院應於每一年度開始前送直轄市、縣(市)主管機關備查。」</p> <p>(2)第四條：「為因應緊急災害事件，醫院應設置緊急災害應變組織與指揮架構，並依實際需要分設各組，執行下列事項：</p> <p>一、指揮中心：整體緊急災害應變工作之決</p>		<p>訂有相互支援藥品、醫療器材及其他資源的協定。(原 1.8.7-B)</p> <p>[註]</p> <p>1.依醫療法第二十五條第二項規定訂定之「醫院緊急災害應變措施及檢查辦法」之第三條與第四條規定：</p> <p>第三條：醫院應訂定緊急災害應變措施計畫。其內容應包括因應災害之預防、準備、應變與復原各階段之應變體系、應變組織與工作職責。前項緊急災害應變措施計畫，醫院應於每一年度開始前送直轄市、縣(市)主管機關備查。</p> <p>第四條：為因應緊急災害事件，醫院應設置緊急災害應變組織與指揮架構，並依實際需要分設各組，執行下列事項：</p> <p>一、指揮中心：整體緊急災害應變工作之決</p>	

條	號	105 年條文	105 年評量項目	104 年條文	104 年評量項目	修正說明
			<p>之發布等。</p> <p>二、參謀分析：擬定緊急災害應變策略與方案、災害狀況分析研判、人力調度與資料蒐集等。</p> <p>三、醫療作業：對於病人持續提供醫療照護及災害傷患之急救等。</p> <p>四、財務及行政：採購、出納、人事管理及財務分析等。</p> <p>五、後勤及災害控制：物資之募集與調度、器材之搬運與供應及設施與環境維護等。<u>1-</u></p> <p>2.符合項目所提「危機管理計畫(Emergency Management Program, EMP)」等同於「醫院緊急災害應變措施及檢查辦法」第三條所指之「緊急災害應變措施計畫」。其內容應包括因應災害之預防、準備、應變與復原各階段之應變體系、應變組織與工作職責。</p> <p>3.<u>風險</u>/危機管理委員會之成</p>		<p>策、各應變組織部門之協調、考核與訊息之發布等。</p> <p>二、參謀分析：擬定緊急災害應變策略與方案、災害狀況分析研判、人力調度與資料蒐集等。</p> <p>三、醫療作業：對於病人持續提供醫療照護及災害傷患之急救等。</p> <p>四、財務及行政：採購、出納、人事管理及財務分析等。</p> <p>五、後勤及災害控制：物資之募集與調度、器材之搬運與供應及設施與環境維護等。</p> <p>2.符合項目所提「危機管理計畫(Emergency Management Program, EMP)」等同於「醫院緊急災害應變措施及檢查辦法」第三條所指之「緊急災害應變措施計畫」。其內容應包括因應災害之預防、準備、應變與復原各階段之應變體系、應變組織與工作職責。</p> <p>3.危機管理委員會之成員能包</p>	

條	號	105 年條文	105 年評量項目	104 年條文	104 年評量項目	修正說明
			<p>員能包括與緊急應變計畫需執行之六大功能(溝通、資源與資產之取得與管理、安全與保全、員工任務指派、基礎設施營運與維護、臨床服務與相關支援功能)有關之部門代表，以確保各項減災預防、準備與緊急應變與復原之措施符合<u>風險/</u>危機管理之需求。</p> <p>4.優良項目 2 所指之風險分析方法至少應包括下列兩項參數，災害發生機率(frequency)與衝擊程度(Impact)，常用之風險分析方法如：災害脆弱度分析(Hazard Vulnerability Analysis, HVA)、醫療失效模式與效應分析 HFMEA(Healthcare Failure Mode and Effect Analysis, HFMEA)與營運衝擊分析(Business Impact Analysis, BIA)等。因 HVA 之評估需增加醫院減災與持續運作能力(準備就緒度, preparedness)之分析，可適用於所有災害，因此廣泛被相關<u>風險/</u>危機管理與醫療品質評鑑機構如美國聯邦救災</p>		<p>括與緊急應變計畫需執行之六大功能(溝通、資源與資產之取得與管理、安全與保全、員工任務指派、基礎設施營運與維護、臨床服務與相關支援功能)有關之部門代表，以確保各項減災預防、準備與緊急應變與復原之措施符合危機管理之需求。</p> <p>4.優良項目 2 所指之風險分析方法至少應包括下列兩項參數，災害發生機率(frequency)與衝擊程度(Impact)，常用之風險分析方法如：災害脆弱度分析(Hazard Vulnerability Analysis, HVA)、醫療失效模式與效應分析 HFMEA(Healthcare Failure Mode and Effect Analysis, HFMEA)與營運衝擊分析(Business Impact Analysis, BIA)等。因 HVA 之評估需增加醫院減災與持續運作能力(準備就緒度, preparedness)之分析，可適用於所有災害，因此廣泛被相關危機管理與醫療品質評鑑機構如美國聯邦救災總署(Federal Emergency Management Agency, FEMA)與評鑑聯合</p>	

條	號	105 年條文	105 年評量項目	104 年條文	104 年評量項目	修正說明
			<p>總署(Federal Emergency Management Agency, FEMA)與評鑑聯合會 TJC (The Joint Comission)所建議採用。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院<u>風險</u>/危機管理委員會之組織與會議紀錄。(符合) 2.<u>風險</u>/危機管理計畫。(符合) 3.醫院之緊急災害應變組織與各項緊急應變職務之任務說明。(符合) 4.<u>風險</u>/危機管理計畫中關於藥品、醫療器材、緊急通訊器材及其他資源之後勤補給清單與安全存量之資料。(符合) 5.危機減災預防與準備之相關宣導與員工訓練之資料。(符合) 6.每年定期在<u>風險</u>/危機管理委員會檢討醫院<u>風險</u>/危機管理計畫之執行成效紀錄。(優良) 7.危害分析相關資料，包括參與人員、危害分析相關表單(如災害脆弱度分析評分表)與結果。(優良) 8.依據緊急災害應變結果或已 		<p>會 TJC (The Joint Comission) 所建議採用。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院危機管理委員會之組織與會議紀錄。(符合) 2.危機管理計畫。(符合) 3.醫院之緊急災害應變組織與各項緊急應變職務之任務說明。(符合) 4.危機管理計畫中關於藥品、醫療器材、緊急通訊器材及其他資源之後勤補給清單與安全存量之資料。(符合) 5.危機減災預防與準備之相關宣導與員工訓練之資料。(符合) 6.每年定期在危機管理委員會檢討醫院危機管理計畫之執行成效紀錄。(優良) 7.危害分析相關資料，包括參與人員、危害分析相關表單(如災害脆弱度分析評分表)與結果。(優良) 8.依據緊急災害應變結果或已發生之危機事件應變結果定期檢討與修正危機管理計畫內容。(優良) 9.針對發生之危機事件能進行 	

條	號	105 年條文	105 年評量項目	104 年條文	104 年評量項目	修正說明
			<p>發生之危機事件應變結果定期檢討與修正<u>風險</u>/危機管理計畫內容。(優良)</p> <p>9.針對發生之危機事件能進行原因分析，確實檢討改善之紀錄。(優良)</p> <p>10.與其他醫療機構或供應商間訂有相互支援藥品、醫療器材及其他資源的協定。(優良)</p>		<p>原因分析，確實檢討改善之紀錄。(優良)</p> <p>10.與其他醫療機構或供應商間訂有相互支援藥品、醫療器材及其他資源的協定。(優良)</p>	
重	1.8.2	<p>訂定符合醫院<u>風險</u>/危機管理需要之緊急災害應變計畫及作業程序，並落實演練</p>	<p>目的：</p> <p>確保緊急災害應變計畫與作業程序符合醫院之災害特性(如火災、風災、水災、地震等)，落實演練與持續之檢討改善，降低災害對醫院在生命、財產與持續營運等衝擊。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.依據<u>風險</u>/危機管理計畫及醫院緊急災害應變措施及檢查辦法，對於火災、風災、水災、地震等緊急災害，訂有符合醫院與災害特性之緊急災害應變計畫與作業程序。(原 1.8.6-C1)</p> <p>2.完備之緊急聯絡網及災害應變啟動機制。(原 1.8.6-C3)</p> <p>3.具有適當的人力調度及緊急召回機制。(原 1.8.6-C4)</p>	<p>訂定符合醫院危機管理需要之緊急災害應變計畫及作業程序，並落實演練</p>	<p>目的：</p> <p>確保緊急災害應變計畫與作業程序符合醫院之災害特性(如火災、風災、水災、地震等)，落實演練與持續之檢討改善，降低災害對醫院在生命、財產與持續營運等衝擊。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.依據危機管理計畫及醫院緊急災害應變措施及檢查辦法，對於火災、風災、水災、地震等緊急災害，訂有符合醫院與災害特性之緊急災害應變計畫與作業程序。(原 1.8.6-C1)</p> <p>2.完備之緊急聯絡網及災害應變啟動機制。(原 1.8.6-C3)</p> <p>3.具有適當的人力調度及緊急召回機制。(原 1.8.6-C4)</p>	<p>1.本章原「危機管理」之意涵即包涵「風險/危機」，為符合國際趨勢，「危機」均改以「風險/危機」呈現。</p> <p>2.酌修[註]1-(2)之文字呈現方式。</p>

條 號	105 年條文	105 年評量項目	104 年條文	104 年評量項目	修正說明
		<p>4.醫院緊急疏散圖示應明顯適當。(原 1.8.6-C5)</p> <p>5.明確訂定各單位病人疏散運送之順序與方法。(原 1.8.6-C6)</p> <p>6.全體員工能知悉緊急災害應變計畫，每年至少參加一次演練，明瞭應變措施、疏散方向及逃生設備使用。(原 1.8.6-C2、1.8.8-B1 併)</p> <p>7.醫院應每年實施緊急災害應變演練 2 次，包括實兵演習一次及桌上模擬演練一次，並有演練之過程及檢討紀錄(含照片)。(原 1.8.8-C 修)</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1.定期修正相關計畫及作業程序，至少每年一次。(原 1.8.6-B 修)</p> <p>2.依據演練之檢討結果，修正緊急災害應變計畫與作業程序，以符合實際需要。(原 1.8.8-B2)</p> <p>3.於實地訪查時，緊急應變相關措施與員工之認知，確實符合醫院緊急災害應變計畫的規定。(原 1.8.8-A)</p> <p>[註]</p> <p>1.針對開刀房、加護病房消防</p>		<p>4.醫院緊急疏散圖示應明顯適當。(原 1.8.6-C5)</p> <p>5.明確訂定各單位病人疏散運送之順序與方法。(原 1.8.6-C6)</p> <p>6.全體員工能知悉緊急災害應變計畫，每年至少參加一次演練，明瞭應變措施、疏散方向及逃生設備使用。(原 1.8.6-C2、1.8.8-B1 併)</p> <p>7.醫院應每年實施緊急災害應變演練 2 次，包括實兵演習一次及桌上模擬演練一次，並有演練之過程及檢討紀錄(含照片)。(原 1.8.8-C 修)</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1.定期修正相關計畫及作業程序，至少每年一次。(原 1.8.6-B 修)</p> <p>2.依據演練之檢討結果，修正緊急災害應變計畫與作業程序，以符合實際需要。(原 1.8.8-B2)</p> <p>3.於實地訪查時，緊急應變相關措施與員工之認知，確實符合醫院緊急災害應變計畫的規定。(原 1.8.8-A)</p> <p>[註]</p> <p>1.針對開刀房、加護病房消防安</p>	

條	號	105 年條文	105 年評量項目	104 年條文	104 年評量項目	修正說明
			<p>安全，可參考下列查核項目：</p> <p>(1)滅火器之設置應考量是否容易取得，兩具滅火器之距離不得低於法規之規定(步行距離每 20 公尺設置一具)，且有具體措施加強該單位內全體同仁操作滅火器與室內消防之熟練度，以及滅火失敗時需將起火地點門關閉之觀念。</p> <p>(2)醫院緊急災害應變措施及檢查辦法第 11 條 第一及第二項規定：「醫院每年至少應舉行緊急災害應變措施演習及桌上模擬演練各一次，並製作成演習紀錄、演習自評表及檢討改善計畫，送直轄市、縣(市)主管機關備查。</p> <p>前項演習及桌上模擬演練之主題、時間與相關內容，應於醫院緊急災害應變措施計畫中載明。」</p> <p>(3)消防法施行細則第 15 條第 1 項第 5 款規定：「滅火、通報及避難訓練之實施；每半年至少應舉辦一次，每次不得少於四小</p>		<p>全，可參考下列查核項目：</p> <p>(1)滅火器之設置應考量是否容易取得，兩具滅火器之距離不得低於法規之規定(步行距離每 20 公尺設置一具)，且有具體措施加強該單位內全體同仁操作滅火器與室內消防之熟練度，以及滅火失敗時需將起火地點門關閉之觀念。</p> <p>(2)醫院緊急災害應變措施及檢查辦法第 11 條第一及第二項規定：「醫院每年至少應舉行緊急災害應變措施演習及桌上模擬演練各一次，並製作成演習紀錄、演習自評表及檢討改善計畫，送直轄市、縣(市)主管機關備查。前項演習及桌上模擬演練之主題、時間與相關內容，應於醫院緊急災害應變措施計畫中載明。」</p> <p>(3)消防法施行細則第 15 條第 1 項第 5 款規定：「滅火、通報及避難訓練之實施；每半年至少應舉辦一次，每次不得少於四小時，並應事先通報當地消防機</p>	

條 號	105 年條文	105 年評量項目	104 年條文	104 年評量項目	修正說明
		<p>時，並應事先通報當地消防機關。」</p> <p>2.符合項目 1 所提「緊急災害應變計畫」(Emergency Operation Plan, EOP)，係針對災害發生時之應變與復原階段初期之應變作為。</p> <p>3.緊急災害應變計畫應整合緊急應變指揮系統(如 HICS)，並依據災害衝擊大小與應變期間(Operation Period)長短決定緊急事故應變團隊(Incident Management Team, IMT)之動員規模、任務與目標。緊急災害應變計畫須包含事故存續週期(Life Cycle Stages of an Incident)各階段(災害確認、通知/啟動、動員、應變、歸建與復原)之緊急應變作業程序。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.緊急災害應變計畫及作業程序。(符合)</p> <p>2.緊急聯絡網之名單與電話。(符合)</p> <p>3.具有適當的人力調度及緊急召回之演練紀錄。(符合)</p>		<p>關。」</p> <p>2.符合項目 1 所提「緊急災害應變計畫」(Emergency Operation Plan, EOP)，係針對災害發生時之應變與復原階段初期之應變作為。</p> <p>3.緊急災害應變計畫應整合緊急應變指揮系統(如 HICS)，並依據災害衝擊大小與應變期間(Operation Period)長短決定緊急事故應變團隊(Incident Management Team, IMT)之動員規模、任務與目標。緊急災害應變計畫須包含事故存續週期(Life Cycle Stages of an Incident)各階段(災害確認、通知/啟動、動員、應變、歸建與復原)之緊急應變作業程序。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.緊急災害應變計畫及作業程序。(符合)</p> <p>2.緊急聯絡網之名單與電話。(符合)</p> <p>3.具有適當的人力調度及緊急召回之演練紀錄。(符合)</p> <p>4.各單位病人疏散運送之順序與方法。(符合)</p> <p>5.緊急災害應變演練之過程及</p>	

條 號		105 年條文	105 年評量項目	104 年條文	104 年評量項目	修正說明
			4.各單位病人疏散運送之順序與方法。(符合) 5.緊急災害應變演練之過程及檢討紀錄(含照片)。(優良) 6.依據演練之檢討結果，定期修訂急災害應變措施計畫之相關文件紀錄。(優良)		檢討紀錄(含照片)。(優良) 6.依據演練之檢討結果，定期修訂急災害應變措施計畫之相關文件紀錄。(優良)	
重	1.8.3	設置大量傷患緊急應變組織與健全指揮系統	目的： 訂定大量傷患緊急應變計畫，定期落實演練與後續之檢討改善，確保傷患安全。 符合項目： 1.大量傷患發生時的應變啟動機制、指揮體系、院內外聯絡網及與到院前病人處理接軌等步驟已規範完備。 (原 1.8.5-C1) 2.定期辦理大量傷患緊急應變之演練。 (原 1.8.5-C2) 優良項目： (下述項目僅限一項未達成) 1.依據大量傷患緊急應變演練之檢討結果，修正醫院大量傷患緊急應變計畫。 (原 1.8.5-B1) 2.能與地方政府或相關團體共同辦理大量傷患處理之訓練。 (原 1.8.5-B2) 3.指揮體系健全，並能配合醫	設置大量傷患緊急應變組織與健全指揮系統	目的： 訂定大量傷患緊急應變計畫，定期落實演練與後續之檢討改善，確保傷患安全。 符合項目： 1.大量傷患發生時的應變啟動機制、指揮體系、院內外聯絡網及與到院前病人處理接軌等步驟已規範完備。 (原 1.8.5-C1) 2.定期辦理大量傷患緊急應變之演練。 (原 1.8.5-C2) 優良項目： (下述項目僅限一項未達成) 1.依據大量傷患緊急應變演練之檢討結果，修正醫院大量傷患緊急應變計畫。 (原 1.8.5-B1) 2.能與地方政府或相關團體共同辦理大量傷患處理之訓練。 (原 1.8.5-B2) 3.指揮體系健全，並能配合醫院	1.酌修符合項目 1 之文字。 2.酌修[註]之文字呈現方式。

條	號	105 年條文	105 年評量項目	104 年條文	104 年評量項目	修正說明
			<p>院服務區域之需要。(原 1.8.5-A)</p> <p>[註]</p> <p>醫院緊急災害應變措施及檢查辦法第 11 條第一及第二項規定：「醫院每年至少應舉行緊急災害應變措施演習及桌上模擬演練各一次，並製作成演習紀錄、演習自評表及檢討改善計畫，送直轄市、縣(市)主管機關備查。</p> <p>前項演習及桌上模擬演練之主題、時間與相關內容，應於醫院緊急災害應變措施計畫中載明。」</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.大量傷患緊急應變計畫。(符合) 2.辦理大量傷患緊急應變演練之證明(含照片)。(符合) 3.依據大量傷患緊急應變演練之檢討結果，修正醫院大量傷患緊急應變計畫。(優良) 4.能與地方政府或相關團體共同辦理大量傷患處理之訓練紀錄。(優良) 5.大量傷患緊急應變組織與各項應變職務。(優良) 		<p>服務區域之需要。(原 1.8.5-A)</p> <p>[註]</p> <p>醫院緊急災害應變措施及檢查辦法第 11 條第一及第二項規定：「醫院每年至少應舉行緊急災害應變措施演習及桌上模擬演練各一次，並製作成演習紀錄、演習自評表及檢討改善計畫，送直轄市、縣(市)主管機關備查。前項演習及桌上模擬演練之主題、時間與相關內容，應於醫院緊急災害應變措施計畫中載明。」</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.大量傷患緊急應變計畫。(符合) 2.辦理大量傷患緊急應變演練之證明(含照片)。(符合) 3.依據大量傷患緊急應變演練之檢討結果，修正醫院大量傷患緊急應變計畫。(優良) 4.能與地方政府或相關團體共同辦理大量傷患處理之訓練紀錄。(優良) 5.大量傷患緊急應變組織與各項應變職務。(優良) 	

第 2 篇、醫療照護 第 2.1 章 病人及家屬權責

105 年【重點說明】	104 年【重點說明】	修正說明
<p><u>每</u>一位病人都具有獨特性，有著不同的需求、價值觀和信仰。故當病人就醫時，應該受到奠基在醫學倫理基礎下的妥適照護，此為病人基本的權利。為保障病人就醫的權利，醫院應以病人的觀點，明確訂定有關病人權利的相關政策、規範，並公開倡導，讓病人及家屬能充份瞭解其權利並參與醫療決策；同時也要教育員工理解及尊重病人的自主性和價值觀，提供<u>維維</u>護病人尊嚴且周到的醫療服務。讓醫院、員工與病人家屬共同營造一個重視病人就醫權利的優質照護環境。</p> <p>因此本章的重點有下列幾項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院應明訂維護病人權利的政策或規範，並向病人、家屬及員工宣導、說明相關就醫權利的內容。 2.教育院內工作人員在執行醫療照護與服務時，應向病人充份說明、溝通，並隨時留意尊重及保護病人權利。 3.病人接受診療時，醫療照護團隊應向病人進行說明，特別是進行侵入性檢查或治療前，應提供書面說明以確保內容正確被瞭解，並取得病人簽署完整的同意書。 4.應鼓勵病人及其家屬參與醫療決策，工作人員以病人及家屬能理解之語言，解說病人的健康及醫療相關的資訊，如病人欲尋求其他醫療人員之意見時，醫院應主動協助。 5.為維護及尊重病人的醫療自主權，醫院能對病人、家屬提供有關生命末期醫療抉擇的相關資訊，並制定相關規範或標準作業程序，以利工作人員遵循。 	<p>一位病人都具有獨特性，有著不同的需求、價值觀和信仰。故當病人就醫時，應該受到奠基在醫學倫理基礎下的妥適照護，此為病人基本的權利。為保障病人就醫的權利，醫院應以病人的觀點，明確訂定有關病人權利的相關政策、規範，並公開倡導，讓病人及家屬能充份瞭解其權利並參與醫療決策；同時也要教育員工理解及尊重病人的自主性和價值觀，提供維護病人尊嚴且周到的醫療服務。讓醫院、員工與病人家屬共同營造一個重視病人就醫權利的優質照護環境。</p> <p>因此本章的重點有下列幾項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院應明訂維護病人權利的政策或規範，並向病人、家屬及員工宣導、說明相關就醫權利的內容。 2.教育院內工作人員在執行醫療照護與服務時，應向病人充份說明、溝通，並隨時留意尊重及保護病人權利。 3.病人接受診療時，醫療照護團隊應向病人進行說明，特別是進行侵入性檢查或治療前，應提供書面說明以確保內容正確被瞭解，並取得病人簽署完整的同意書。 4.應鼓勵病人及其家屬參與醫療決策，工作人員以病人及家屬能理解之語言，解說病人的健康及醫療相關的資訊，如病人欲尋求其他醫療人員之意見時，醫院應主動協助。 5.為維護及尊重病人的醫療自主權，醫院能對病人、家屬提供有關生命末期醫療抉擇的相關資訊，並制定相關規範或標準作業程序，以利工作人員遵循。 	<p>酌修文字內容。</p>

105 年【重點說明】	104 年【重點說明】	修正說明
<p>6.在醫療過程中應隨時注意病人隱私的維護，如：檢查時應避免不必要的身體暴露；在檢體採集及運送有適當的安排；就醫資料不論紙本、聲音、照片或電子等，均應尊重病人的意願予以保密。</p> <p>7.精神病人為特殊族群，常無法有自主權，其權利容易受到傷害。對於強制住院之精神病人應經合法鑑定及住院程序。另應訂定精神科病人職能收益管理方針與提供病人生活訓練指導，要求不得精神病人從事非治療目的之勞務作業。</p>	<p>6.在醫療過程中應隨時注意病人隱私的維護，如：檢查時應避免不必要的身體暴露；在檢體採集及運送有適當的安排；就醫資料不論紙本、聲音、照片或電子等，均應尊重病人的意願予以保密。</p> <p>7.精神病人為特殊族群，常無法有自主權，其權利容易受到傷害。對於強制住院之精神病人應經合法鑑定及住院程序。另應訂定精神科病人職能收益管理方針與提供病人生活訓練指導，要求不得精神病人從事非治療目的之勞務作業。</p>	

條 號	條 文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
2.1.4	醫院能對病人、家屬提供有關生命末期醫療抉擇的相關資訊並予以尊重，以維護其權益	<p>目的： 基於尊重個人自主權及醫療倫理規範，讓病人、家屬有機會參與末期醫療決策，達到尊嚴死亡與善終的目的。</p> <p>符合項目： 1.為尊重及維護病人的醫療自主權，針對生命末期的醫療抉擇，醫院有對病人及家屬提供相關的資訊並宣導，如：安寧緩和醫療、不施行心肺復甦術、維生醫療抉擇、器官捐贈、醫療委任代理人等。(原 2.1.8-C 修) 2.醫院針對醫師、護理及社工人員等，有舉辦或外派有關生命末期醫療抉擇的教育訓練。(原 2.1.8-B2 修)</p>	<p>目的： 基於尊重個人自主權及醫療倫理規範，讓病人、家屬有機會參與末期醫療決策，達到尊嚴死亡與善終的目的。</p> <p>符合項目： 1.為尊重及維護病人的醫療自主權，針對生命末期的醫療抉擇，醫院有對病人及家屬提供相關的資訊並宣導，如：安寧緩和醫療、不施行心肺復甦術、維生醫療抉擇、器官捐贈、醫療委任代理人等。(原 2.1.8-C 修) 2.醫院針對醫師、護理及社工人員等，有舉辦或外派有關生命末期醫療抉擇的教育訓練。(原 2.1.8-B2 修)</p>	依「病人自主權利法」酌修優良項目 3 文字。

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			<p>3.工作人員會讀取病人 IC 卡內有關器官捐贈意願及安寧緩和醫療意願之註記資料。(原 2.1.8-C 修)</p> <p>優良項目:(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1.為尊重並執行病人生命末期醫療的意願，醫院訂有相關規範或標準作業程序，如：接受安寧緩和醫療、不施行心肺復甦術、不施行維生醫療、器官捐贈、預立醫療委任代理人、撤回預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇等，落實執行並有紀錄，以維護病人醫療自主權利。(原 2.1.8-B1 修)</p> <p>2.對病人、家屬在面對生命醫療自主抉擇時，醫院有提供相關的諮詢服務，且有紀錄，並能協助後續於健保 IC 卡註記。(新增)</p> <p>3.推動預立醫療自主計畫照護諮商(Advanced Care Planning)，醫療團隊與病人、家屬召開家庭或團隊會議，充分討論與決定生命末期的醫療照護方式。(新增)</p> <p>[註]</p> <p>參考「安寧緩和醫療條例」、「人體器官移植條例」及「生命末期病人臨終照護意願徵詢作業指引」辦理。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.訪談工作人員宣導的方式。(符合)</p>	<p>3.工作人員會讀取病人 IC 卡內有關器官捐贈意願及安寧緩和醫療意願之註記資料。(原 2.1.8-C 修)</p> <p>優良項目:(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1.為尊重並執行病人生命末期醫療的意願，醫院訂有相關規範或標準作業程序，如：接受安寧緩和醫療、不施行心肺復甦術、不施行維生醫療、器官捐贈、預立醫療委任代理人、撤回預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇等，落實執行並有紀錄，以維護病人醫療自主權利。(原 2.1.8-B1 修)</p> <p>2.對病人、家屬在面對生命醫療自主抉擇時，醫院有提供相關的諮詢服務，且有紀錄，並能協助後續於健保 IC 卡註記。(新增)</p> <p>3.推動預立醫療自主計畫(Advanced Care Planning)，醫療團隊與病人、家屬召開家庭或團隊會議，充分討論與決定生命末期的醫療照護方式。(新增)</p> <p>[註]</p> <p>參考「安寧緩和醫療條例」、「人體器官移植條例」及「生命末期病人臨終照護意願徵詢作業指引」辦理。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.訪談工作人員宣導的方式。(符合)</p>	

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			2.查閱相關人員教育訓練的紀錄。 (符合) 3.工作人員實地操作讀取 IC 卡註記 資料。(符合) 4.檢視相關規範或標準作業程序及 執行紀錄。(優良) 5.查閱諮詢服務紀錄。(優良)	2.查閱相關人員教育訓練的紀錄。 (符合) 3.工作人員實地操作讀取 IC 卡註記 資料。(符合) 4.檢視相關規範或標準作業程序及 執行紀錄。(優良) 5.查閱諮詢服務紀錄。(優良)	

第 2 篇、醫療照護 第 2.2 章 醫療照護品質與安全管理

105 年【重點說明】	104 年【重點說明】	修正說明
<p>醫療照護品質及病人安全是每日常規醫療照護的根本。此信念必須深植於每位醫療工作人員的心中，從不間斷的醫療照護品質精進，使醫療照護效率提昇、更充分利用資源並減少病人於醫療照護中所承受之風險。主管對品管及病安的重視為成功的首要條件，經由良好之全院醫療照護品質管理計畫，進而建立醫療組織文化中對品質及病人安全的關注。利用各種資料分析及改善計畫，達成醫療品質的持續進步。因此本章規範之目的有下列幾項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院管理者須規劃醫療照護品質管理計畫：增進醫療照護品質需要許多臨床科部、醫療專業及行政管理之協助，必須有良好之全院管理架構及計畫；醫院管理者應建立品質管理架構、推動品質精進計畫及監督此系統之運作以達成目標，有醫院管理者之重視及支持，才能塑造出醫院之品質及病安之文化。 2.訂定出適當之醫療品質控制指標以保障病人安全：醫院應利用收集之資訊，針對危急、高風險、易出錯等方面，建立適當之醫療品質控制指標，藉由指標分析，尋求優先的品質改善項目，以保障病人安全。 3.建立品質及病人安全的醫療組織文化：定期將醫療品管及病人安全之資訊傳遞給全體員工，鼓勵及教育員工參與醫療品質持續改善活動，建立品質及病人安全的醫療組織文化；透過醫療照護團隊的溝通，將醫療品質改善成果加入醫療照護常規或技術手冊中，確保改善成果用於提升照護品質。 	<p>醫療照護品質及病人安全是每日常規醫療照護的根本。此信念必須深植於每位醫療工作人員的心中，從不間斷的醫療照護品質精進，使醫療照護效率提昇、更充分利用資源並減少病人於醫療照護中所承受之風險。主管對品管及病安的重視為成功的首要條件，經由良好之全院醫療照護品質管理計畫，進而建立醫療組織文化中對品質及病人安全的關注。利用各種資料分析及改善計畫，達成醫療品質的持續進步。因此本章規範之目的有下列幾項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院管理者須規劃醫療照護品質管理計畫：增進醫療照護品質需要許多臨床科部、醫療專業及行政管理之協助，必須有良好之全院管理架構及計畫；醫院管理者應建立品質管理架構、推動品質精進計畫及監督此系統之運作以達成目標，有醫院管理者之重視及支持，才能塑造出醫院之品質及病安之文化。 2.訂定出適當之醫療品質控制指標以保障病人安全：醫院應利用收集之資訊，針對危急、高風險、易出錯等方面，建立適當之醫療品質控制指標，藉由指標分析，尋求優先的品質改善項目，以保障病人安全。 3.建立品質及病人安全的醫療組織文化：定期將醫療品管及病人安全之資訊傳遞給全體員工，鼓勵及教育員工參與醫療品質持續改善活動，建立品質及病人安全的醫療組織文化；透過醫療照護團隊的溝通，將醫療品質改善成果加入醫療照護常規或技術手冊中，確保改善成果用於提升照護品質。 	酌修標點符號。

105 年【重點說明】	104 年【重點說明】	修正說明
<p>4.對醫療不良事件之事前預防及事後分析檢討：醫院對於各種可能發生醫療不良事件之高危險情境，宜訂定預防措施以維護病人安全，對於發生之醫療不良事件，應明訂發生時的處理方式，並鼓勵通報一；醫療不良事件發生後，應作根本原因分析，以避免相似事件之再發生。</p> <p>5.分析各類品質資料和其他醫院分享成果，共同提升醫療照護品質：醫療照護團隊間藉由全院性研究會及報告會等，互相理解院內各部門診療活動；利用品管資料，經由分析研究，於討論會提出報告或發表於雜誌刊物中，以提供臨床醫學或醫院管理上之實證，與醫界分享成果，共同提升醫療照護品質。</p>	<p>4.對醫療不良事件之事前預防及事後分析檢討：醫院對於各種可能發生醫療不良事件之高危險情境，宜訂定預防措施以維護病人安全，對於發生之醫療不良事件，應明訂發生時的處理方式，並鼓勵通報，醫療不良事件發生後，應作根本原因分析，以避免相似事件之再發生。</p> <p>5.分析各類品質資料和其他醫院分享成果，共同提升醫療照護品質：醫療照護團隊間藉由全院性研究會及報告會等，互相理解院內各部門診療活動；利用品管資料，經由分析研究，於討論會提出報告或發表於雜誌刊物中，以提供臨床醫學或醫院管理上之實證，與醫界分享成果，共同提升醫療照護品質。</p>	

條 號	105 年條文	105 年評量項目	104 年條文	104 年評量項目	修正說明
2.2.2	醫療照護團隊定期舉行照護品質相關會議， <u>應用實證醫學佐證</u> ，檢討改善實務運作，以提升醫療品質與病人安全	<p>目的： 藉由醫療照護團隊定期溝通討論機制，<u>應用實證醫學佐證</u>，檢討改善醫療品質與病人安全議題。</p> <p>符合項目： 1.應定期舉辦醫療照護及品質、病安相關會議，如病例討論會、併發症及死亡病例討論會、委員會等。有會議紀錄並確實執行相關決議，相關決議或結論需追蹤落實。(原 2.2.3 C)</p> <p>2.訂有醫療照護團隊溝通機制，定期溝通，討論實務運作中可</p>	醫療照護團隊定期舉行照護品質相關會議，檢討改善實務運作，以提升醫療品質與病人安全	<p>目的： 藉由醫療照護團隊定期溝通討論機制，檢討改善醫療品質與病人安全議題。</p> <p>符合項目： 1.應定期舉辦醫療照護及品質、病安相關會議，如病例討論會、併發症及死亡病例討論會、委員會等。有會議紀錄並確實執行相關決議，相關決議或結論需追蹤落實。(原 2.2.3-C)</p> <p>2.訂有醫療照護團隊溝通機制，定期溝通，討論實務運作中可</p>	為符合國際趨勢，強調臨床照護應有「實證醫學」基礎，酌修內容。

條	號	105 年條文	105 年評量項目	104 年條文	104 年評量項目	修正說明
			<p>提升病人安全、醫療品質議題，凝聚共識。(原 2.2.2-C)</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.每次溝通能追蹤上次決議執行情形及改善成效，提出具體提升病人安全、醫療品質措施、方案，必要時提交醫院監督或治理團隊與經營團隊溝通會議凝聚全院共識及執行策略，確實運用於臨床照護。(原 2.2.2-B) 2.依<u>實證醫學文獻</u>及醫療照護團隊共識，檢視及修正醫療照護指引、常規或技術手冊，使內容符合醫療品質、病人安全及醫療照護團隊需求，落實執行。(原 2.2.2-A) 3.有實際改善醫療品質及病人安全之具體成效。(原 2.2.3-A1) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.小型醫院可將相關議題之會議合併進行，或藉由全院性之會議來討論；而研討會可藉由院際合作來舉行。 2.會議紀錄的形式由醫院決定，但內容應有所區分。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫療照護及品質、病安相關會 		<p>提升病人安全、醫療品質議題，凝聚共識。(原 2.2.2-C)</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.每次溝通能追蹤上次決議執行情形及改善成效，提出具體提升病人安全、醫療品質措施、方案，必要時提交醫院監督或治理團隊與經營團隊溝通會議凝聚全院共識及執行策略，確實運用於臨床照護。(原 2.2.2-B) 2.依醫療照護團隊共識檢視及修正醫療照護指引、常規或技術手冊，使內容符合醫療品質、病人安全及醫療照護團隊需求，落實執行。(原 2.2.2-A) 3.有實際改善醫療品質及病人安全之具體成效。(原 2.2.3-A1) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.小型醫院可將相關議題之會議合併進行，或藉由全院性之會議來討論；而研討會可藉由院際合作來舉行。 2.會議紀錄的形式由醫院決定，但內容應有所區分。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫療照護及品質、病安相關會議，如病例討論會、併發症及 	

條 號		105 年條文	105 年評量項目	104 年條文	104 年評量項目	修正說明
			<p>議，如病例討論會、併發症及死亡病例討論會、委員會等會議紀錄。(符合)</p> <p>2.決議執行情形及改善成效。(符合)</p> <p>3.具體提升病人安全、醫療品質措施、方案、成效。(優良)</p> <p>4.醫療照護指引、常規或技術手冊修訂紀錄。(優良)</p>		<p>死亡病例討論會、委員會等會議紀錄。(符合)</p> <p>2.決議執行情形及改善成效。(符合)</p> <p>3.具體提升病人安全、醫療品質措施、方案、成效。(優良)</p> <p>4.醫療照護指引、常規或技術手冊修訂紀錄。(優良)</p>	

第 2 篇、醫療照護 第 2.3 章 醫療照護之執行與評估

105 年【重點說明】	104 年【重點說明】	修正說明
<p>醫療機構最重要的目的為提供病人所希望且最適切的醫療照護，需要醫療機構內各種領域的員工有高水準的協調及溝通。在執行醫療照護計畫時，<u>應宜以實證醫學為基礎</u>，<u>經常</u>檢討醫療照護之適當性，動態評估病人對照護計畫的反應，如有需要應隨時修正計畫。醫院對於病人所提供之醫療照護為整體醫療照護的一個環節，完成階段性醫療照護後，應考慮病人之病情安排持續性照護服務。如此不僅能有效的使用醫療資源，並能提供病人所需之照護且改善病人之健康狀態。</p> <p>本章規範之目的有下列幾項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 明定醫療照護團隊人員權責，並有良好的團隊運作以提供病人醫療照護。 2. 醫療照護團隊成員應將病人評估及訂定出之醫療照護計畫，詳細記載於病歷中，以使病人照護相關資訊能確實傳遞。 3. <u>應以實證醫學為基礎</u>研明訂作業常規，<u>以利確保醫囑被安全地</u>之執行。 4. 依病情之需要，適切照會相關之醫療照護團隊，各種領域間有良好的協調及溝通，以達高水準之醫療照護。 5. 病人轉出至其他單位時，應提供醫療照護摘要，以達持續性照護之目的。 6. 應協助病人實施適切之轉診，轉診之安排應考量病人安全，留意轉診過程中必要醫療照護之安排。病人轉出或出院至其他單位時，應提供醫療照護摘要，以達持續性 	<p>醫療機構最重要的目的為提供病人所希望且最適切的醫療照護，需要醫療機構內各種領域的員工有高水準的協調及溝通。在執行醫療照護計畫時，應經常檢討醫療照護之適當性，動態評估病人對照護計畫的反應，如有需要應隨時修正計畫。醫院對於病人所提供之醫療照護為整體醫療照護的一個環節，完成階段性醫療照護後，應考慮病人之病情安排持續性照護服務。如此不僅能有效的使用醫療資源，並能提供病人所需之照護且改善病人之健康狀態。</p> <p>本章規範之目的有下列幾項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 明定醫療照護團隊人員權責，並有良好的團隊運作以提供病人醫療照護。 2. 醫療照護團隊成員應將病人評估及訂定出之醫療照護計畫，詳細記載於病歷中，以使病人照護相關資訊能確實傳遞。 3. 應明訂作業常規以確保醫囑被安全地執行。 4. 依病情之需要，適切照會相關之醫療照護團隊，各種領域間有良好的協調及溝通，以達高水準之醫療照護。 5. 病人轉出至其他單位時，應提供醫療照護摘要，以達持續性照護之目的。 6. 應協助病人實施適切之轉診，轉診之安排應考量病人安全，留意轉診過程中必要醫療照護之安排。病人轉出或出院至其他單位時，應提供醫療照護摘要，以達持續性照護目標。 7. 醫療照護團隊應提供病人出院準備及後續照護計畫，包 	<p>為符合國際趨勢，強調臨床照護應有「實證醫學」基礎，酌修重點說明。</p>

105 年【重點說明】	104 年【重點說明】	修正說明
<p>照護目標。</p> <p>7.醫療照護團隊應提供病人出院準備及後續照護計畫，包含提供出院病人適當之用藥指導、營養指導、復健指導、回診預約與出院摘要等資訊，醫院亦應與後續照護服務之單位建立連繫及合作關係，確保病人獲得適切之後續照護。</p> <p>8.醫院應適當提供居家照護服務，透過機制掌握服務執行情形，在病例檢討會評估、檢討及改善居家照護服務模式或內容。</p>	<p>含提供出院病人適當之用藥指導、營養指導、復健指導、回診預約與出院摘要等資訊，醫院亦應與後續照護服務之單位建立連繫及合作關係，確保病人獲得適切之後續照護。</p> <p>8.醫院應適當提供居家照護服務，透過機制掌握服務執行情形，在病例檢討會評估、檢討及改善居家照護服務模式或內容。</p>	

條 號	條 文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
2.3.16	醫療照護團隊應依病人需求，提供適切、完整的出院照護計畫與指導，並有紀錄	<p>目的： 醫療照護團隊共同擬訂與執行病人出院計畫，確保病人順利轉院或返家。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院應明訂出院照護計畫流程，並依病人需求，由醫療照護團隊共同參與擬訂出院照護計畫，並有紀錄。(原 2.9.2 符合 2,3 併) 2.出院照護計畫至少應包括：與疾病相關之計畫及指導(如：營養、復健、用藥、後續門診追蹤、緊急就醫之醫療資源與途徑等資訊)，並能以書面資料提供給病人。(原 2.9.2 符合 4,5、2.9.3 C2 併) 3.依病人需求，協助提供社區相關資源或轉介服務。(原 2.9.2 符合 6) 	<p>目的： 醫療照護團隊共同擬訂與執行病人出院計畫，確保病人順利轉院或返家。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院應明訂出院照護計畫流程，並依病人需求，由醫療照護團隊共同參與擬訂出院照護計畫，並有紀錄。(原 2.9.2-符合 2,3 併) 2.出院照護計畫至少應包括：與疾病相關之計畫及指導(如營養、復健、用藥、後續門診追蹤、緊急就醫之醫療資源與途徑等資訊)，並能以書面資料提供給病人。(原 2.9.2-符合 4,5、2.9.3-C2 併) 3.依病人需求，協助提供社區相關資源或轉介服務。(原 2.9.2-符合 6) 	<ol style="list-style-type: none"> 1.酌修符合項目 2 之標點符號。 2.依「身心障礙者權益保障法」修正[註] 2 之文字。

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			<p>4.醫院應針對相關職類人員進行出院照護計畫之教育訓練，並有紀錄。(原 2.9.3 C1 修)</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1.設有出院照護計畫委員會或類似機制，定期開會，檢討、修訂出院照護計畫架構、流程等，並能具體解決問題，且紀錄完整。(原 2.9.5 B 修)</p> <p>2.定期召開跨領域團隊個案討論會，檢討特殊需求病人之出院照護計畫，並有紀錄。(新增)</p> <p>3.提供之出院照護計畫適切、完整，有評估品質及成效且有紀錄。(原 2.9.3-B1 修)</p> <p>4.設有病人出院後諮詢服務窗口，由適合之專業人員提供服務並有紀錄。(原 2.9.3-A 修)</p> <p>[註]</p> <p>1.出院照護計畫係指出院準備計畫或出院準備服務，應能評估病人長期性問題。</p> <p>2.醫院應對住院病人提供出院準備計畫，若病人為身心障礙者時，應依據身心障礙者權益保障法第 23 條之規定，為住院之身心障礙者提供出院準備計畫。 身心障礙者權益保障法第 23 條內容：</p>	<p>4.醫院應針對相關職類人員進行出院照護計畫之教育訓練，並有紀錄。(原 2.9.3-C1 修)</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1.設有出院照護計畫委員會或類似機制，定期開會，檢討、修訂出院照護計畫架構、流程等，並能具體解決問題，且紀錄完整。(原 2.9.5-B 修)</p> <p>2.定期召開跨領域團隊個案討論會，檢討特殊需求病人之出院照護計畫，並有紀錄。(新增)</p> <p>3.提供之出院照護計畫適切、完整，有評估品質及成效且有紀錄。(原 2.9.3-B1 修)</p> <p>4.設有病人出院後諮詢服務窗口，由適合之專業人員提供服務並有紀錄。(原 2.9.3-A 修)</p> <p>[註]</p> <p>1.出院照護計畫係指出院準備計畫或出院準備服務，應能評估病人長期性問題。</p> <p>2.醫院應對住院病人提供出院準備計畫，若病人為身心障礙者時，應依據身心障礙者權益保障法第 23 條之規定，為住院之身心障礙者提供出院準備計畫。 身心障礙者權益保障法第 23 條內容：</p>	

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			<p>「醫院應為無法自行表達需求或有其他特殊需求之身心障礙者設置服務窗口，提供溝通服務或其他有助於就醫之相關服務。 醫院應為住院之身心障礙者提供出院準備計畫；出院準備計畫應包括下列事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> (1)居家照護建議。 (2)復健治療建議。 (3)社區醫療資源轉介服務。 (4)居家環境改善建議。 (5)輔具評估及使用建議。 (6)轉銜服務。 (7)生活重建服務建議。 (8)心理諮商服務建議。 (9)其他出院準備相關事宜。」 <p>3.醫院應提供相關保險及社會資源相關資訊或告知院內相關專責部門聯繫方式。</p> <p>4.社區資源係指未來可支援的醫院或居家服務等之連繫合作、照護保險、社會資源的申請手續、諮商業務等。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.出院照護計畫流程。(符合) 2.病人出院照護計畫。(符合) 3.相關職類人員出席出院照護計畫之教育訓練紀錄。(符合) 	<p>「醫院應為無法自行表達需求或有其他特殊需求之身心障礙者設置服務窗口，提供溝通服務或其他有助於就醫之相關服務。 醫院應為住院之身心障礙者提供出院準備計畫；出院準備計畫應包括下列事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> (1)居家照護建議。 (2)復健治療建議。 (3)社區醫療資源轉介服務。 (4)居家環境改善建議。 (5)輔具評估及使用建議。 (6)轉銜服務。 (7)生活重建服務建議。 (8)心理諮商服務建議。 (9)其他出院準備相關事宜。」 <p>3.醫院應提供相關保險及社會資源相關資訊或告知院內相關專責部門聯繫方式。</p> <p>4.社區資源係指未來可支援的醫院或居家服務等之連繫合作、照護保險、社會資源的申請手續、諮商業務等。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.出院照護計畫流程。(符合) 2.病人出院照護計畫。(符合) 3.相關職類人員出席出院照護計畫之教育訓練紀錄。(符合) 	

條 號		條 文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			4.出院照護計畫委員會(小組)會議紀錄。(優良) 5.跨領域團隊個案討論會會議紀錄。(優良) 6.出院病人諮詢服務紀錄。(優良)	4.出院照護計畫委員會(小組)會議紀錄。(優良) 5.跨領域團隊個案討論會會議紀錄。(優良) 6.出院病人諮詢服務紀錄。(優良)	

第 2 篇、醫療照護 第 2.4 章 特殊照護服務

條 號	條 文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
可 2.4.1	適當之急診人力配置及訓練	<p>目的： 依作業量配置具特定資格及能力之急診醫護人員，提供急診醫療服務。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.專任專科醫師數佔所需專科醫師數的 30%(所需專科醫師數=全年總急診病人次/5,000 人)，且每天 24 小時應有 1 名專科醫師或資深住院醫師值班。(原 2.4.1-C1,5 併) 2.診療室每日每 12 人次應有護理人員 1 人。(原 2.4.1-C2) 3.急診醫護人員皆具有 BLS 訓練且合格，且 50% 以上急診醫護人員具有 ACLS 等之證書。(原 2.4.1-C3,4 併) <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.每天 24 小時應有 1 名專科醫師值班。(原 2.4.1-B1) 2.每天 24 小時婦產、眼、耳鼻喉科應有 1 名專科醫師或資深住院醫師待班。(原 2.4.1-B2) 3.75% 以上急診醫護人員具有 ACLS 等之證書。(原 2.4.1-B3) 4.專任專科醫師數佔所需專科醫師數的 70%，且有 30% 為急診醫學科專科醫師。(原 2.4.1-A4 修) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.符合下列全部條件者，可自選本條 	<p>目的： 依作業量配置具特定資格及能力之急診醫護人員，提供急診醫療服務。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.專任專科醫師數佔所需專科醫師數的 30%(所需專科醫師數=全年總急診病人次/5,000 人)，且每天 24 小時應有 1 名專科醫師或資深住院醫師值班。(原 2.4.1-C1,5 併) 2.診療室每日每 12 人次應有護理人員 1 人。(原 2.4.1-C2) 3.急診醫護人員皆具有 BLS 訓練且合格，且 50% 以上急診醫護人員具有 ACLS 等之證書。(原 2.4.1-C3,4 併) <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.每天 24 小時應有 1 名專科醫師值班。(原 2.4.1-B1) 2.每天 24 小時婦產、眼、耳鼻喉科應有 1 名專科醫師或資深住院醫師待班。(原 2.4.1-B2) 3.75% 以上急診醫護人員具有 ACLS 等之證書。(原 2.4.1-B3) 4.專任專科醫師數佔所需專科醫師數的 70%，且有 30% 為急診醫學科專科醫師。(原 2.4.1-A4 修) <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.符合下列全部條件者，可自選本條 	酌修符合項目 1 之標點符號。

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			<p>免評：</p> <p>(1)經中央主管機關同意不設急診室者。</p> <p>(2)申請「地區醫院評鑑」者。</p> <p>2.醫護人員具 ANLS、ATLS、ETTC、NRP、APLS 及 PALS 等證書，皆可等同 ACLS 證書。</p> <p>3.人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.急診醫師清冊。(符合/優良)</p> <p>2.急診主治醫師、住院醫師、護理師值班表。(符合/優良)</p> <p>3.急診主治醫師、住院醫師、護理師 BLS、ACLS 證明。(符合/優良)</p>	<p>免評：</p> <p>(1)經中央主管機關同意不設急診室者。</p> <p>(2)申請「地區醫院評鑑」者。</p> <p>2.醫護人員具 ANLS、ATLS、ETTC、NRP、APLS 及 PALS 等證書，皆可等同 ACLS 證書。</p> <p>3.人力計算結果不得低於醫療機構設置標準之規定。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.急診醫師清冊。(符合/優良)</p> <p>2.急診主治醫師、住院醫師、護理師值班表。(符合/優良)</p> <p>3.急診主治醫師、住院醫師、護理師 BLS、ACLS 證明。(符合/優良)</p>	
可	2.4.3	依醫院的角色任務，提供急救病人處置能力	<p>目的：</p> <p>訂有符合急診病人醫療需求及轉診之各項處置流程，並依法處理有特殊需求之病人，提供特殊服務。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.依醫院定位訂有急診病人的就醫準則與流程，提供緊急檢查、診斷、住院、手術等急救的醫療處置能力。(原 2.4.3-C1)</p> <p>2.在醫院無法接受病人時，應先給予適當之急救，並依相關機制聯絡，及運送病人至其他醫療機構。(原 2.4.3-C2)</p>	<p>目的：</p> <p>訂有符合急診病人醫療需求及轉診之各項處置流程，並依法處理有特殊需求之病人，提供特殊服務。</p> <p>符合項目：</p> <p>1.依醫院定位訂有急診病人的就醫準則與流程，提供緊急檢查、診斷、住院、手術等急救的醫療處置能力。(原 2.4.3-C1)</p> <p>2.在醫院無法接受病人時，應先給予適當之急救，並依相關機制聯絡，及運送病人至其他醫療機構。(原 2.4.3-C2)</p>	酌修[註]3、4 文字呈現方式。

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			<p>3.設有精神科住院病房(不含日間照護)之醫院，同時應訂定有急診精神科病人之醫療作業處理準則與流程，及病人轉介系統，包含：(原 2.4.3-C4)</p> <p>(1)遵守精神衛生相關法規，並依適當程序呈報或進行相關醫療事宜。</p> <p>(2)急診病人安排住院或轉介他院之流程。</p> <p>4.對於急診就醫個案，知其有疑似遭家庭暴力(含兒童與少年虐待及疏忽)或性侵害犯罪情事者，應訂有處理作業準則，並依法通報。(原 2.4.3-C5)</p> <p>5.轉出時應提供轉診病歷摘要。(原 2.4.3-C3)</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1.對需急救病人訂有緊急處置流程，及定期檢討評估機制。(原 2.4.3-B1)</p> <p>2.可完成檢查及報告、住院、手術等相關緊急處置作業。(原 2.4.3-B3)</p> <p>3.對特殊病人訂有處理流程，並提供社工諮商和轉介服務。(原 2.4.3-B2)</p> <p>4.轉送病人過程皆有評估紀錄，必要時有醫師指導救護人員，執行緊急醫療救護行為。(原 2.4.3-B4)</p> <p>5.定期檢討評估，訂有改善方案，且</p>	<p>3.設有精神科住院病房(不含日間照護)之醫院，同時應訂定有急診精神科病人之醫療作業處理準則與流程，及病人轉介系統，包含：(原 2.4.3-C4)</p> <p>(1)遵守精神衛生相關法規，並依適當程序呈報或進行相關醫療事宜。</p> <p>(2)急診病人安排住院或轉介他院之流程。</p> <p>4.對於急診就醫個案，知其有疑似遭家庭暴力(含兒童與少年虐待及疏忽)或性侵害犯罪情事者，應訂有處理作業準則，並依法通報。(原 2.4.3-C5)</p> <p>5.轉出時應提供轉診病歷摘要。(原 2.4.3-C3)</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1.對需急救病人訂有緊急處置流程，及定期檢討評估機制。(原 2.4.3-B1)</p> <p>2.可完成檢查及報告、住院、手術等相關緊急處置作業。(原 2.4.3-B3)</p> <p>3.對特殊病人訂有處理流程，並提供社工諮商和轉介服務。(原 2.4.3-B2)</p> <p>4.轉送病人過程皆有評估紀錄，必要時有醫師指導救護人員，執行緊急醫療救護行為。(原 2.4.3-B4)</p> <p>5.定期檢討評估，訂有改善方案，且</p>	

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			<p>具成效。(原 2.4.3 A 修)</p> <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 符合下列全部條件者，可自選本條免評： <ol style="list-style-type: none"> 經中央主管機關同意不設急診室者。 申請「地區醫院評鑑」者。 救護人員包括醫師、護理人員、救護技術員。 醫療法第 60 條第 1 項相關內容摘錄：醫院、診所遇有危急病人，應先予適當之急救，並即依其人員及設備能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延。 醫療法第 73 條相關內容摘錄：醫院、診所因限於人員、設備及專長能力，無法確定病人之病因或提供完整治療時，應建議病人轉診。但危急病人應依第六十條第一項規定，先予適當之急救，始可轉診。前項轉診，應填具轉診病歷摘要交予病人，不得無故拖延或拒絕。 應依家庭暴力防治法第 50 條、性侵害犯罪防治法第 8 條、兒童及少年福利與權益保障法第 53 條(舊法規第 34 條)規定辦理。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 急診病人就醫準則與流程。(符合) 	<p>具成效。(原 2.4.3-A 修)</p> <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 符合下列全部條件者，可自選本條免評： <ol style="list-style-type: none"> 經中央主管機關同意不設急診室者。 申請「地區醫院評鑑」者。 救護人員包括醫師、護理人員、救護技術員。 醫療法第 60 條相關內容摘錄：醫院、診所遇有危急病人，應先予適當之急救，並即依其人員及設備能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延。 醫療法第 73 條相關內容摘錄：醫院、診所因限於人員、設備及專長能力，無法確定病人之病因或提供完整治療時，應建議病人轉診。但危急病人應依第六十條第一項規定，先予適當之急救，始可轉診。前項轉診，應填具轉診病歷摘要交予病人，不得無故拖延或拒絕。 應依家庭暴力防治法第 50 條、性侵害犯罪防治法第 8 條、兒童及少年福利與權益保障法第 53 條(舊法規第 34 條)規定辦理。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 急診病人就醫準則與流程。(符合) 	

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			2.急診精神科病人醫療作業處理準則與流程。(符合) 3.急診疑似遭家庭暴力(含兒童與少年虐待及疏忽)或性侵害犯罪情事處理作業準則。(符合) 4.急診病人轉診或轉出作業流程或規範。(符合) 5.病人轉送之評估紀錄。(符合/優良) 6.急診委員會或全院性急診品質審查會議相關會議紀錄。(符合) 7.急救病人緊急處置流程。(優良) 8.特殊病人急診處理準則及流程。(優良) 9.品質改善方案實例佐證資料，如：品管圈、教案教學、得獎紀錄等。(優良)	2.急診精神科病人醫療作業處理準則與流程。(符合) 3.急診疑似遭家庭暴力(含兒童與少年虐待及疏忽)或性侵害犯罪情事處理作業準則。(符合) 4.急診病人轉診或轉出作業流程或規範。(符合) 5.病人轉送之評估紀錄。(符合/優良) 6.急診委員會或全院性急診品質審查會議相關會議紀錄。(符合) 7.急救病人緊急處置流程。(優良) 8.特殊病人急診處理準則及流程。(優良) 9.品質改善方案實例佐證資料，如：品管圈、教案教學、得獎紀錄等。(優良)	
可	2.4.4	建置適當的急診診療科支援機制	目的： 依任務提供適當之急診診療科別及會診服務，以因應就診病人完整醫療需求。 符合項目： 1.應依醫院之角色任務，建置適當的診療科支援機制。 (原 2.4.4-C1) 2.急診得視醫療業務需要提供適當專科支援，如有會診個案，75%以上可於 1 小時內支援。 (原 2.4.4-C2) 優良項目： (下述項目僅限一項未達成) 1.急診能提供內、外、婦、兒及其他	目的： 依任務提供適當之急診診療科別及會診服務，以因應就診病人完整醫療需求。 符合項目： 1.應依醫院之角色任務，建置適當的診療科支援機制。 (原 2.4.4-C1) 2.急診得視醫療業務需要提供適當專科支援，如有會診個案，75%以上可於 1 小時內支援。 (原 2.4.4-C2) 優良項目： (下述項目僅限一項未達成) 1.急診能提供內、外、婦、兒及其他	刪除優良項目 2-(1)重大外傷定義。

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			<p>次專科的服務，如有會診個案，75%以上可於 30 分鐘內支援。(原 2.4.4-B1)</p> <p>2.支援機制：(以下達成其中一項以上即可)</p> <p>(1)重大外傷(ISS>16)之會診個案，75%以上可於 10 分鐘內支援。(原 2.4.4-A1)</p> <p>(2)急性缺血性腦中風個案，0.5%以上給予血栓溶解治療。(原 2.4.4-A2)</p> <p>(3)急性 ST 上升心肌梗塞個案，75%以上可於 90 分鐘內執行氣球擴張術(door to balloon<90min)。(原 2.4.4-A3)</p> <p>3.針對上述兩項有定期檢討評估並訂有改善方案，且具成效。(新增)</p> <p>[註]</p> <p>符合下列全部條件者，可自選本條免評：</p> <p>(1)經中央主管機關同意不設急診室者。</p> <p>(2)申請「地區醫院評鑑」者。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.急診服務科別清單。(符合)</p> <p>2.急診支援(含會診)規範。(符合)</p> <p>3.急診支援(含會診)個案統計表及時效分析等。(符合/優良)</p> <p>4.相關委員會或管理會議紀錄及品</p>	<p>次專科的服務，如有會診個案，75%以上可於 30 分鐘內支援。(原 2.4.4-B1)</p> <p>2.支援機制：(以下達成其中一項以上即可)</p> <p>(1)重大外傷(ISS>16)之會診個案，75%以上可於 10 分鐘內支援。(原 2.4.4-A1)</p> <p>(2)急性缺血性腦中風個案，0.5%以上給予血栓溶解治療。(原 2.4.4-A2)</p> <p>(3)急性 ST 上升心肌梗塞個案，75%以上可於 90 分鐘內執行氣球擴張術(door to balloon<90min)。(原 2.4.4-A3)</p> <p>3.針對上述兩項有定期檢討評估並訂有改善方案，且具成效。(新增)</p> <p>[註]</p> <p>符合下列全部條件者，可自選本條免評：</p> <p>(1)經中央主管機關同意不設急診室者。</p> <p>(2)申請「地區醫院評鑑」者。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.急診服務科別清單。(符合)</p> <p>2.急診支援(含會診)規範。(符合)</p> <p>3.急診支援(含會診)個案統計表及時效分析等。(符合/優良)</p> <p>4.相關委員會或管理會議紀錄及品</p>	

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			質改善活動佐證資料，如：品管圈、教案教學、得獎紀錄等。(優良)	質改善活動佐證資料，如：品管圈、教案教學、得獎紀錄等。(優良)	
可	2.4.6	應有急診病人醫療、救護處理之適當性及品質檢討分析與改善	<p>目的： 針對急診各項醫療服務品質，有適當之管理機制，確保照護品質。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.設有急診委員會或相關組織，確保急診管理與品質促進。(原 2.4.6-C1) 2.訂有急診醫療品質相關指標，包含：(原 2.4.6-C2、註 2 併) <ol style="list-style-type: none"> (1)病人滯留急診 24 及 48 小時以上之比率。 (2)72 小時內回診病人比率。 (3)應住加護病房而未能於 6 小時內住進加護病房的人數及比率。 (4)等候手術時間超過 60 分鐘的人數及比率。 3.上述指標應定期收集分析，製成報告。(原 2.4.6-C2) <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.每季舉行全院性急診品質審查會議，並有會議紀錄與檢討改進。(原 2.4.6-B1) 2.對急診病人醫療處理之適當性有做檢討與分析。(原 2.4.6-B2) 3.有具體急診醫療處置、緊急救護品 	<p>目的： 針對急診各項醫療服務品質，有適當之管理機制，確保照護品質。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.設有急診委員會或相關組織，確保急診管理與品質促進。(原 2.4.6-C1) 2.訂有急診醫療品質相關指標，包含：(原 2.4.6-C2、註 2 併) <ol style="list-style-type: none"> (1)病人滯留急診 24 及 48 小時以上之比率。 (2)72 小時內回診病人比率。 (3)應住加護病房而未能於 6 小時內住進加護病房的人數及比率。 (4)等候手術時間超過 60 分鐘的人數及比率。 3.上述指標應定期收集分析，製成報告。(原 2.4.6-C2) <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.每季舉行全院性急診品質審查會議，並有會議紀錄與檢討改進。(原 2.4.6-B1) 2.對急診病人醫療處理之適當性有做檢討與分析。(原 2.4.6-B2) 3.有具體急診醫療處置、緊急救護品 	酌修符合項目 2-(1)之誤植文字。

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			<p>質及轉診病人適當性之改善方案或措施。(原 2.4.6-A)</p> <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 符合下列全部條件者，可自選本條免評： <ol style="list-style-type: none"> 經中央主管機關同意不設急診室者。 申請「地區醫院評鑑」者。 急診等候手術時間之收案對象，係指醫囑開立為緊急手術之急診病人，其等候時間以醫囑開立時間起算。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 急診委員會或相關組織的會議紀錄。(符合) 急診相關醫療品質指標監測紀錄、統計資料及會議討論紀錄。(符合) 急診品質審查會議紀錄。(優良) 急診相關病例討論會議紀錄或實例呈現。(優良) 急診品質改善方案佐證資料，如：品管圈、教案教學、得獎紀錄等。(優良) 	<p>質及轉診病人適當性之改善方案或措施。(原 2.4.6-A)</p> <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 符合下列全部條件者，可自選本條免評： <ol style="list-style-type: none"> 經中央主管機關同意不設急診室者。 申請「地區醫院評鑑」者。 急診等候手術時間之收案對象，係指醫囑開立為緊急手術之急診病人，其等候時間以醫囑開立時間起算。 <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 急診委員會或相關組織的會議紀錄。(符合) 急診相關醫療品質指標監測紀錄、統計資料及會議討論紀錄。(符合) 急診品質審查會議紀錄。(優良) 急診相關病例討論會議紀錄或實例呈現。(優良) 急診品質改善方案佐證資料，如：品管圈、教案教學、得獎紀錄等。(優良) 	
可	2.4.14	依病人需求提供適宜的精神科職能治療服務	<p>目的：</p> <p>精神科職能治療服務訂有作業流程並落實執行，符合病人要求。</p> <p>符合項目：</p>	<p>目的：</p> <p>精神科職能治療服務訂有作業流程並落實執行，符合病人要求。</p> <p>符合項目：</p>	酌修符合項目 1 之標點符號。

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			<p>1.職能治療業務應訂有詳細的職能治療工作手冊，內含各類業務標準化作業流程、活動／團體企劃書、評估、治療和檢討等。(原 2.4.14 C1)</p> <p>2.提供合適的職能治療活動及服務時數和公布活動時間表並確實執行。(原 2.4.14 C2)</p> <p>3.應有病人出席職能治療活動之紀錄，並將紀錄和報告夾貼病歷或記入電子病歷內。(原 2.4.14 C3)</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1.職能治療作業應於期限內(急性 3~7 天，慢性 1~3 月)對病人有涵蓋生理、心理、社會層面之評估與治療。(原 2.4.14 B)</p> <p>2.提供社區復健、職業復健和有預防慢性化之措施。(原 2.4.14 A1)</p> <p>3.有評估及改善上項措施成效之機制，成效良好。(原 2.4.14 A2 修)</p> <p>[註]</p> <p>符合下列全部條件者，可自選本條免評：</p> <p>(1)未有精神科住院及精神科日間照護單位者。</p> <p>(2)申請「區域醫院評鑑」或「地區醫院評鑑」者。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.職能治療工作手冊(含詳細內容)。</p>	<p>1.職能治療業務應訂有詳細的職能治療工作手冊，內含各類業務標準化作業流程、活動／團體企劃書、評估、治療和檢討等。(原 2.4.14-C1)</p> <p>2.提供合適的職能治療活動及服務時數和公布活動時間表並確實執行。(原 2.4.14-C2)</p> <p>3.應有病人出席職能治療活動之紀錄，並將紀錄和報告夾貼病歷或記入電子病歷內。(原 2.4.14-C3)</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1.職能治療作業應於期限內(急性 3~7 天，慢性 1~3 月)對病人有涵蓋生理、心理、社會層面之評估與治療。(原 2.4.14-B)</p> <p>2.提供社區復健、職業復健和有預防慢性化之措施。(原 2.4.14-A1)</p> <p>3.有評估及改善上項措施成效之機制，成效良好。(原 2.4.14-A2 修)</p> <p>[註]</p> <p>符合下列全部條件者，可自選本條免評：</p> <p>(1)未有精神科住院及精神科日間照護單位者。</p> <p>(2)申請「區域醫院評鑑」或「地區醫院評鑑」者。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.職能治療工作手冊(含詳細內容)。</p>	

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			(符合) 2.職能治療活動及服務時數之執行資料。(符合) 3.評鑑時依委員指示提供病歷佐證病人參加職能治療活動及內容。(符合) 4.病人住院後接受職能治療之生理、心理、社會評估與治療內容，及完成評估開始執行治療之期限之資料(分急慢性病房統計其全距、平均值、標準差)。(優良) 5.社區復健、職業復健和有預防慢性化之措施之方案內容。(優良) 6.社區復健、職業復健和有預防慢性化之評估和改善機制，及分析成效。(優良)	(符合) 2.職能治療活動及服務時數之執行資料。(符合) 3.評鑑時依委員指示提供病歷佐證病人參加職能治療活動及內容。(符合) 4.病人住院後接受職能治療之生理、心理、社會評估與治療內容，及完成評估開始執行治療之期限之資料(分急慢性病房統計其全距、平均值、標準差)。(優良) 5.社區復健、職業復健和有預防慢性化之措施之方案內容。(優良) 6.社區復健、職業復健和有預防慢性化之評估和改善機制，及分析成效。(優良)	
可	2.4.16	依病人需求提供適宜的精神科臨床心理服務與服務品質	目的： 精神科臨床心理服務訂有作業流程並落實執行，符合病人要求。 符合項目： 1.訂有臨床心理作業手冊(內含專業倫理守則)，且落實執行。(原 2.4.16-C1) 2.醫院應依病人特性，發展適當之心理衡鑑與心理治療作業。(原 2.4.16-C2) 3.心理衡鑑與心理治療服務種類各有四種以上。(原 2.4.16-C3) 4.針對病人特性提供包含預防性、治	目的： 精神科臨床心理服務訂有作業流程並落實執行，符合病人要求。 符合項目： 1.訂有臨床心理作業手冊(內含專業倫理守則)，且落實執行。(原 2.4.16-C1) 2.醫院應依病人特性，發展適當之心理衡鑑與心理治療作業。(原 2.4.16-C2) 3.心理衡鑑與心理治療服務種類各有四種以上。(原 2.4.16-C3) 4.針對病人特性提供包含預防性、治	酌修評量方法及建議佐證資料 2 之標點符號。

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			<p>療性或復健性之心理衡鑑與心理治療業務。(原 2.4.16-C4)</p> <p>5.心理衡鑑及心理處置紀錄，應依法規獨立妥善管理，並將衡鑑報告及處置摘要置入病歷中。(原 2.4.16-C5)</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1.病歷之記載完整、詳實，並有定期追蹤檢討。(原 2.4.16-B 修)</p> <p>2.依病人需要正確執行心理衡鑑，並於報告單上記錄處置內容、具體結論與建議，以提供醫療團隊參考。(原 2.4.16-A 修)</p> <p>3.有創新服務措施，著有成效。(新增)</p> <p>[註]</p> <p>符合下列全部條件者，可自選本條免評：</p> <p>(1)未有精神科住院及精神科日間照護業務者。</p> <p>(2)申請「區域醫院評鑑」或「地區醫院評鑑」者。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.臨床心理作業手冊(含完整之服務內容、服務流程及報告內容)。(符合)</p> <p>2.臨床心理服務報告／紀錄。(符合/優良)</p> <p>3.創新服務之具體服務內容及成效</p>	<p>療性或復健性之心理衡鑑與心理治療業務。(原 2.4.16-C4)</p> <p>5.心理衡鑑及心理處置紀錄，應依法規獨立妥善管理，並將衡鑑報告及處置摘要置入病歷中。(原 2.4.16-C5)</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1.病歷之記載完整、詳實，並有定期追蹤檢討。(原 2.4.16-B 修)</p> <p>2.依病人需要正確執行心理衡鑑，並於報告單上記錄處置內容、具體結論與建議，以提供醫療團隊參考。(原 2.4.16-A 修)</p> <p>3.有創新服務措施，著有成效。(新增)</p> <p>[註]</p> <p>符合下列全部條件者，可自選本條免評：</p> <p>(1)未有精神科住院及精神科日間照護業務者。</p> <p>(2)申請「區域醫院評鑑」或「地區醫院評鑑」者。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.臨床心理作業手冊(含完整之服務內容、服務流程及報告內容)。(符合)</p> <p>2.臨床心理服務報告／紀錄。(符合/優良)</p> <p>3.創新服務之具體服務內容及成效</p>	

條 號	條 文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
		分析。(優良)	分析。(優良)	
可	2.4.27 呼吸照護服務感染管制作業	<p>目的： 落實執行呼吸照護相關感染管制措施，提升照護品質。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 呼吸治療裝置(潮濕瓶、噴霧瓶、軟管之類)貯存時應保持乾燥，包裝完整，使用單一包裝並標示有效日期，保持密閉性及外層的清潔，避免被灰塵沾污。(原 2.4.28-C1) 呼吸治療所使用之蒸餾水，一律採用無菌之蒸餾水。(原 2.4.28-C2) 噴霧治療之使用以緩解支氣管痙攣及呼吸道分泌物過多之病人為主，高感染性呼吸道傳染病者(如 SARS、TB、新型流感等)避免使用。(原 2.4.28-C3) 使用氧氣治療之鼻導管(nasal cannula)或氣切及插管之接管採“單一病人使用後即丟棄”。(原 2.4.28-C4) 每床病人應單獨使用一個甦醒袋(Ambu bag)，以避免交互感染；如非單一病人使用之甦醒袋，每次使用後需完成高層次消毒程序，才能給他人再次使用。(原 2.4.28-C5) 病人使用之呼吸器管路(ventilator circuit)與潮濕瓶(humidifier)應單一病人使用，若有髒污或功能失常 	<p>目的： 落實執行呼吸照護相關感染管制措施，提升照護品質。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 呼吸治療裝置(潮濕瓶、噴霧瓶、軟管之類)貯存時應保持乾燥，包裝完整，使用單一包裝並標示有效日期，保持密閉性及外層的清潔，避免被灰塵沾污。(原 2.4.28-C1) 呼吸治療所使用之蒸餾水，一律採用無菌之蒸餾水。(原 2.4.28-C2) 噴霧治療之使用以緩解支氣管痙攣及呼吸道分泌物過多之病人為主，高感染性呼吸道傳染病者(如 SARS、TB、新型流感等)避免使用。(原 2.4.28-C3) 使用氧氣治療之鼻導管(nasal cannula)或氣切及插管之接管採“單一病人使用後即丟棄”。(原 2.4.28-C4) 每床病人應單獨使用一個甦醒袋(Ambu bag)，以避免交互感染；如非單一病人使用之甦醒袋，每次使用後需完成高層次消毒程序，才能給他人再次使用。(原 2.4.28-C5) 病人使用之呼吸器管路(ventilator circuit)與潮濕瓶(humidifier)應單一病人使用，若有髒污或功能失常 	酌修[註]2 之誤植文字。

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			<p>時應立即進行更換。如非選用單次使用的拋棄式呼吸器管路與潮濕瓶，應每週定期更換 1 次，且在重複使用之前，至少經高層次(如巴斯德消毒法)消毒後，方可再使用；如選用單次使用的拋棄式呼吸器管路與潮濕瓶，則遵守單一病人使用不回收，並訂有更換期限。氧氣治療用的噴霧瓶(large volume nebulizer)應單一病人使用並至少每週更換。(原 2.4.28-B1)</p> <p>7.呼吸器無法拆除的部分之終期消毒，以適當之消毒溶液擦拭、晾置，如 500ppm 的漂白水或呼吸器使用說明建議之消毒劑等。(原 2.4.28-B2)</p> <p>8.單位內需具有隔離病室。(原 2.4.28-B3)</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1.病人使用之呼吸器裝置有吐氣隔離系統，且適當規範呼吸治療裝置清洗及消毒之空間及作業流程，處理後之呼吸治療裝置，有定期抽檢及評估消毒效果的機制。(原 2.4.28-A1,3,4 併)</p> <p>2.單位內需具有負壓隔離病室。(原 2.4.28-A2)</p> <p>3.定期會議檢討單位內感管措施。(原 2.4.28-B4)</p> <p>[註]</p>	<p>時應立即進行更換。如非選用單次使用的拋棄式呼吸器管路與潮濕瓶，應每週定期更換 1 次，且在重複使用之前，至少經高層次(如巴斯德消毒法)消毒後，方可再使用；如選用單次使用的拋棄式呼吸器管路與潮濕瓶，則遵守單一病人使用不回收，並訂有更換期限。氧氣治療用的噴霧瓶(large volume nebulizer)應單一病人使用並至少每週更換。(原 2.4.28-B1)</p> <p>7.呼吸器無法拆除的部分之終期消毒，以適當之消毒溶液擦拭、晾置，如 500ppm 的漂白水或呼吸器使用說明建議之消毒劑等。(原 2.4.28-B2)</p> <p>8.單位內需具有隔離病室。(原 2.4.28-B3)</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1.病人使用之呼吸器裝置有吐氣隔離系統，且適當規範呼吸治療裝置清洗及消毒之空間及作業流程，處理後之呼吸治療裝置，有定期抽檢及評估消毒效果的機制。(原 2.4.28-A1,3,4 併)</p> <p>2.單位內需具有負壓隔離病室。(原 2.4.28-A2)</p> <p>3.定期會議檢討單位內感管措施。(原 2.4.28-B4)</p> <p>[註]</p>	

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			<p>1.符合以下全部條件者，可自選本條免評：</p> <p>(1)未登記設有慢性呼吸照護病房(RCW)及亞急性呼吸照護病房(RCC)。</p> <p>(2)於急性病房未收治使用呼吸器超過 21~63 天之病人。</p> <p>(3)於急性病房未收治使用呼吸器超過 63 天(含)以上之病人。</p> <p>2.優良項目 32「單位內具有負壓隔離病室」：若醫院設有亞急性呼吸照護病房(RCC)或加護病房，則至少有一個亞急性呼吸照護病房(RCC)或加護病房內需設有負壓隔離病室，始得認定；若醫院未設有亞急性呼吸照護病房(RCC)或加護病房，則院內設有負壓隔離病室即可。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.呼吸器及管路消毒標準作業流程。(符合)</p> <p>2.RCC 感管措施會議紀錄及改善成效。(優良)</p> <p>3.定期抽檢處理後之呼吸治療裝置消毒效果的評估紀錄。(優良)</p>	<p>1.符合以下全部條件者，可自選本條免評：</p> <p>(1)未登記設有慢性呼吸照護病房(RCW)及亞急性呼吸照護病房(RCC)。</p> <p>(2)於急性病房未收治使用呼吸器超過 21~63 天之病人。</p> <p>(3)於急性病房未收治使用呼吸器超過 63 天(含)以上之病人。</p> <p>2.優良項目 3「單位內具有負壓隔離病室」：若醫院設有亞急性呼吸照護病房(RCC)或加護病房，則至少有一個亞急性呼吸照護病房(RCC)或加護病房內需設有負壓隔離病室，始得認定；若醫院未設有亞急性呼吸照護病房(RCC)或加護病房，則院內設有負壓隔離病室即可。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.呼吸器及管路消毒標準作業流程。(符合)</p> <p>2.RCC 感管措施會議紀錄及改善成效。(優良)</p> <p>3.定期抽檢處理後之呼吸治療裝置消毒效果的評估紀錄。(優良)</p>	

第 2 篇、醫療照護 第 2.5 章 用藥安全

105 年【重點說明】	104 年【重點說明】	修正說明
<p>藥品對疾病之預防、治療及症狀緩解均占有十分重要的角色。藥品管理是醫院對藥品使用過程中整體流程之監測，需要醫療機構內各種領域的員工的協調配合。醫院對藥品選擇、採購、儲存、處方、調劑、配送、給藥、記錄及追蹤效用等，均應訂定標準流程並持續品質監測改善，以提昇用藥安全。本章規範之目的有下列幾項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院應確保合法、適當的藥事人員人力；為確保藥品品質，藥品必須有良好保存管理，藥品存放之必要的硬體設備及設施，必須維持正常狀況。 2.在藥品的庫存管理上，應依據醫療的需要採用合適藥品。醫院應訂有藥品採用原則之標準化作業程序，以實際需要及病人用藥安全管理為考量決定採購藥品類別及掌握適當的庫存量，並確保使用之藥品均於有效期限中。 3.處方上應妥善記載藥名、用量、用法、給藥方法、給藥期間。若處方內容不完整，藥事部門應可適當查詢建議修正，並宜有藥師指導或監視機制以防止處方之重複與浪費。建議建立相關系統以供醫師在開立處方時能隨時檢索必要的藥品資訊，規範特定藥品的使用方針及步驟及設定防止醫師開立錯誤處方之機制。 4.在藥品調劑上，建議可參考「藥品優良調劑作業準則」(GDP)訂有明確的門診及住院調劑作業程序。對於高警訊藥品、特殊混合注射藥品應有特殊的保存、調劑流程以保障用藥安全。 5.為達正確的給藥，應確實執行標準作業程序，且給藥前 	<p>藥品對疾病之預防、治療及症狀緩解均占有十分重要的角色。藥品管理是醫院對藥品使用過程中整體流程之監測，需要醫療機構內各種領域的員工的協調配合。醫院對藥品選擇、採購、儲存、處方、調劑、配送、給藥、記錄及追蹤效用等，均應訂定標準流程並持續品質監測改善，以提昇用藥安全。本章規範之目的有下列幾項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院應確保合法、適當的藥事人員人力；為確保藥品品質，藥品必須有良好保存管理，藥品存放之必要的硬體設備及設施，必須維持正常狀況。 2.在藥品的庫存管理上，應依據醫療的需要採用合適藥品。醫院應訂有藥品採用原則之標準化作業程序，以實際需要及病人用藥安全管理為考量決定採購藥品類別及掌握適當的庫存量，並確保使用之藥品均於有效期限中。 3.處方上應妥善記載藥名、用量、用法、給藥方法、給藥期間。若處方內容不完整，藥事部門應可適當查詢建議修正，並宜有藥師指導或監視機制以防止處方之重複與浪費。建議建立相關系統以供醫師在開立處方時能隨時檢索必要的藥品資訊，規範特定藥品的使用方針及步驟及設定防止醫師開立錯誤處方之機制。 4.在藥品調劑上，建議可參考「藥品優良調劑作業準則」(GDP)訂有明確的門診及住院調劑作業程序。對於高警訊藥品、特殊混合注射藥品應有特殊的保存、調劑流程以保障用藥安全。 5.為達正確的給藥，應確實執行標準作業程序，且給藥前 	酌修文字內容。

105 年【重點說明】	104 年【重點說明】	修正說明
<p>應瞭解藥效、副作用、使用量及病人是否有藥品過敏等情形。於給藥中、給藥後應注意病人反應，如有需要須正確且迅速處理。</p> <p>6.組織內有如藥事委員會或病人用藥安全相關機制等之設置狀況及其機能，以確保病人的用藥安全。在機制之執行上，用藥安全的報告，應構築在非追究個人責任而是組織系統改進的態度及所謂「安全文化」之營造。各項病人用藥安全調查結果應回饋於系統流程之改善，透過在職及新進人員訓練，以改善用藥安全。</p> <p>7.醫療照護團隊應提供病人用藥指導，並對民眾提供各項藥品相關資料。</p>	<p>應瞭解藥效、副作用、使用量及病人是否有藥品過敏等情形。於給藥中、給藥後應注意病人反應，如有需要須正確且迅速處理。</p> <p>6.組織內有如藥事委員會或病人用藥安全相關機制等之設置狀況及其機能，以確保病人的用藥安全。在機制之執行上，用藥安全的報告，應構築在非追究個人責任而是組織系統改進的態度及所謂「安全文化」之營造。各項病人用藥安全調查結果應回饋於系統流程之改善，透過在職及新進人員訓練，以改善用藥安全。</p> <p>7.醫療照護團隊應提供病人用藥指導，並對民眾提供各項藥品相關資料。</p>	

條 號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
2.5.5	藥品庫存管理訂有辦法，並確實執行	<p>目的： 藥劑部門應有完善的藥品庫存管理，確保藥品品質、效期及數量。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 對於院內藥品建立存量及效期管制機制，由專人有效管理藥品之採購、驗收、庫存與管理。(原 2.5.5-C1) 災害(地震或天災等)發生時院內緊急治療及處置所需之藥品需列表並保有適當之庫存量。(原 2.5.5-C2) 藥品庫存管理應由藥事人員負責。(原 2.5.5-C3) 特殊需冷藏藥品需有健全管理。 	<p>目的： 藥劑部門應有完善的藥品庫存管理，確保藥品品質、效期及數量。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 對於院內藥品建立存量及效期管制機制，由專人有效管理藥品之採購、驗收、庫存與管理。(原 2.5.5-C1) 災害(地震或天災等)發生時院內緊急治療及處置所需之藥品需列表並保有適當之庫存量。(原 2.5.5-C2) 藥品庫存管理應由藥事人員負責。(原 2.5.5-C3) 特殊需冷藏藥品需有健全管理。 	酌修評量方法及建議佐證資料 2 之文字。

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			<p>(原 2.5.5-C4)</p> <p>5.疫苗儲存不可與其他藥品混雜，要有明確清楚標示。(原 2.5.5-C5)</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1.藥庫之藥品庫存量及進出量，應與調劑單位一致，並據以設定適當的訂購量及訂購時間間隔。(原 2.5.5-B1)</p> <p>2.定期檢查各種藥品之品質及保管，並有紀錄可查。(原 2.5.5-B2)</p> <p>3.電腦化管理藥品庫存及效期並使用條碼作業系統協助。(原 2.5.5-A1,2 併)</p> <p>[註]</p> <p>1.一般及特殊藥品管理均應依政府相關規定辦理，如：管制藥品管理需符合管制藥品管理條例及施行細則規定；放射性製劑及化療藥品之儲存、運送、配置及廢棄物處理，應符合相關法規並定有規章規範。</p> <p>2.管制藥品管理條例及施行細則規定：</p> <p>(1)第一級至第三級管制藥品設有專櫃加鎖儲藏。</p> <p>(2)使用第一級至第三級管制藥品之醫師應領有管制藥品使用執照，並開立管制藥品專用處方箋。</p>	<p>(原 2.5.5-C4)</p> <p>5.疫苗儲存不可與其他藥品混雜，要有明確清楚標示。(原 2.5.5-C5)</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1.藥庫之藥品庫存量及進出量，應與調劑單位一致，並據以設定適當的訂購量及訂購時間間隔。(原 2.5.5-B1)</p> <p>2.定期檢查各種藥品之品質及保管，並有紀錄可查。(原 2.5.5-B2)</p> <p>3.電腦化管理藥品庫存及效期並使用條碼作業系統協助。(原 2.5.5-A1,2 併)</p> <p>[註]</p> <p>1.一般及特殊藥品管理均應依政府相關規定辦理，如：管制藥品管理需符合管制藥品管理條例及施行細則規定；放射性製劑及化療藥品之儲存、運送、配置及廢棄物處理，應符合相關法規並定有規章規範。</p> <p>2.管制藥品管理條例及施行細則規定：</p> <p>(1)第一級至第三級管制藥品設有專櫃加鎖儲藏。</p> <p>(2)使用第一級至第三級管制藥品之醫師應領有管制藥品使用執照，並開立管制藥品專用處方箋。</p>	

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			<p>(3)使用後之殘餘管制藥品，由管制藥品管理人員會同有關人員銷毀，並製作紀錄備查。</p> <p>(4)訂有管制藥品遺失或破損時的處理步驟，予以記錄、呈報，並有紀錄可查。</p> <p>3.藥品管理包含：</p> <p>(1)能依藥品種類施行存放環境溫度、濕度管理，且應注意環境清潔。</p> <p>(2)藥品儲存環境具符合標準之安全措施(如防盜、防火、防蟲等)。</p> <p>(3)藥用酒精應存放於通風良好及有消防設備之場所，並須與危險性或易燃性物品隔離，以策安全。</p> <p>(4)防腐劑、外用藥、消毒劑等藥品與內服藥、注射劑分區儲存。</p> <p>(5)藥品名稱、外觀或外包裝相似之藥品，應分开放置並作明確標示。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.藥品庫存管理辦法(符合/優良)</p> <p>2.環境溫濕度記紅紀錄表。(符合)</p> <p>3.冷藏藥品冰箱溫度監測紀錄。(符合)</p>	<p>(3)使用後之殘餘管制藥品，由管制藥品管理人員會同有關人員銷毀，並製作紀錄備查。</p> <p>(4)訂有管制藥品遺失或破損時的處理步驟，予以記錄、呈報，並有紀錄可查。</p> <p>3.藥品管理包含：</p> <p>(1)能依藥品種類施行存放環境溫度、濕度管理，且應注意環境清潔。</p> <p>(2)藥品儲存環境具符合標準之安全措施(如防盜、防火、防蟲等)。</p> <p>(3)藥用酒精應存放於通風良好及有消防設備之場所，並須與危險性或易燃性物品隔離，以策安全。</p> <p>(4)防腐劑、外用藥、消毒劑等藥品與內服藥、注射劑分區儲存。</p> <p>(5)藥品名稱、外觀或外包裝相似之藥品，應分开放置並作明確標示。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.藥品庫存管理辦法(符合/優良)</p> <p>2.環境溫濕度記錄表。(符合)</p> <p>3.冷藏藥品冰箱溫度監測紀錄。(符合)</p>	
合	2.5.6	依「藥品優良調劑作	目的：	目的：	酌修[註]1 之文字。

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
		業準則」訂定調劑作業程序，並確實執行	<p>落實「藥品優良調劑作業準則」，防止調劑疏失，保障用藥安全。</p> <p>符合項目：</p> <p>符合「藥品優良調劑作業準則」(Good Dispensary Practice, GDP)條文，符合下述條件且有調劑品質監測：(原 2.5.6 修)</p> <p>門急診調劑：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.處方箋上印載之項目完整。 2.接受處方後，評估及確認處方之適當性。 3.發現問題處方即刻知會醫師處理，且留有紀錄，並做統計分析及有改進措施。 4.調劑作業雙重覆核。 5.應有門診病人直接取得處方箋之設計。 6.實施病人用藥指導。 7.藥袋之標示完整，符合衛生福利部公告規定。 8.調劑後藥事人員於處方箋上簽名或蓋章。 <p>住院調劑：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.住院處方箋記載完整或單一劑量所給予之藥品均有標示病人姓名、藥品名稱、含量、數量。 2.接受處方或藥囑後，須有病人完整藥歷核對以評估處方之適當性。 3.發現問題處方即刻知會醫師處 	<p>落實「藥品優良調劑作業準則」，防止調劑疏失，保障用藥安全。</p> <p>符合項目：</p> <p>符合「藥品優良調劑作業準則」(Good Dispensary Practice, GDP)條文，符合下述條件且有調劑品質監測：(原 2.5.6 修)</p> <p>門急診調劑：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.處方箋上印載之項目完整。 2.接受處方後，評估及確認處方之適當性。 3.發現問題處方即刻知會醫師處理，且留有紀錄，並做統計分析及有改進措施。 4.調劑作業雙重覆核。 5.應有門診病人直接取得處方箋之設計。 6.實施病人用藥指導。 7.藥袋之標示完整，符合衛生福利部公告規定。 8.調劑後藥事人員於處方箋上簽名或蓋章。 <p>住院調劑：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.住院處方箋記載完整或單一劑量所給予之藥品均有標示病人姓名、藥品名稱、含量、數量。 2.接受處方或藥囑後，須有病人完整藥歷核對以評估處方之適當性。 3.發現問題處方即刻知會醫師處 	

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			<p>理，且留有紀錄，並做統計分析及有改進措施。</p> <p>4.能對病人實施用藥指導服務。</p> <p>5.有自動停止給藥之設計。</p> <p>6.調劑作業雙重覆核。</p> <p>7.若實施單一劑量(UDD)作業，藥師接受醫師直接的醫囑，依完整的藥歷調劑以確保用藥適當性及正確性。</p> <p>[註]</p> <p>1.調劑品質監測、管制措施包含調劑疏失之控管，包含實施調劑疏失預防措施、調劑疏失之記紀錄與統計分析、即時通知相關單位補正調劑疏失及相關改善成效評估與宣導。</p> <p>2.處方內容應包括病人基本資料、疾病診斷、就診科別、及藥品名稱、劑型、劑量、用法、使用天數等資訊，並應有醫師之簽章。</p> <p>3.藥袋標示應符合(衛生福利部(原：行政院衛生署)99年10月5日衛署醫字第0990211898號函)醫療法第66條規定，醫院、診所對於診治之病人交付藥劑時，應於容器或包裝上載明病人姓名，性別，藥品(包含學名及商品名)、劑量、數量、用法、作用或適應症、警語或副作用、醫療機構名稱與地點、調劑者姓名及調劑年、月、日；中藥藥袋</p>	<p>理，且留有紀錄，並做統計分析及有改進措施。</p> <p>4.能對病人實施用藥指導服務。</p> <p>5.有自動停止給藥之設計。</p> <p>6.調劑作業雙重覆核。</p> <p>7.若實施單一劑量(UDD)作業，藥師接受醫師直接的醫囑，依完整的藥歷調劑以確保用藥適當性及正確性。</p> <p>[註]</p> <p>1.調劑品質監測、管制措施包含調劑疏失之控管，包含實施調劑疏失預防措施、調劑疏失之記錄與統計分析、即時通知相關單位補正調劑疏失及相關改善成效評估與宣導。</p> <p>2.處方內容應包括病人基本資料、疾病診斷、就診科別、及藥品名稱、劑型、劑量、用法、使用天數等資訊，並應有醫師之簽章。</p> <p>3.藥袋標示應符合(衛生福利部(原：行政院衛生署)99年10月5日衛署醫字第0990211898號函)醫療法第66條規定，醫院、診所對於診治之病人交付藥劑時，應於容器或包裝上載明病人姓名，性別，藥品(包含學名及商品名)、劑量、數量、用法、作用或適應症、警語或副作用、醫療機構名稱與地點、調劑者姓名及調劑年、月、日；中藥藥袋</p>	

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			<p>標示應包括「原方劑名」「商品名」。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.藥品優良調劑作業準則。 2.門診調劑：處方箋及藥袋。 3.住院調劑：處方醫囑及藥歷。 	<p>標示應包括「原方劑名」「商品名」。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.藥品優良調劑作業準則。 2.門診調劑：處方箋及藥袋。 3.住院調劑：處方醫囑及藥歷。 	

第 2 篇、醫療照護 第 2.6 章 麻醉與手術

條 號	條 文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
2.6.6	麻醉醫師於術前探視病人並確立麻醉計畫	<p>目的： 麻醉醫師麻醉前訪視，瞭解病情及評估風險，確立安全合適的麻醉計畫。</p> <p>符合項目： 1. 麻醉醫師實行手術前探視病人，評估麻醉風險與建議麻醉方式。(原 2.6.8 C1 修) 2. 由麻醉科專科醫師負責執行麻醉作業，應以淺顯易懂的方式向病人或其家屬說明麻醉方式、可能副作用、相關注意事項等，並鼓勵其發問及取得麻醉同意書。依上列結果檢討選擇最適當的麻醉方法。(原 2.6.8 C2,3 併)</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1. 訂立麻醉計畫，並可由診療紀錄查閱，且麻醉計畫內容紀錄詳實且執行品質優良。(原 2.6.8 B1,2 併) 2. 術前及術後訪視確實執行並有紀錄及檢討。有進行滿意度調查，定期檢討改善，成效良好。(原 2.6.10 B2、A 併修) 3. 應針對高危險病人進行術前預防措施，定期檢討改善，成效良好。(原 2.6.8 A 修)</p> <p>[註] <u>應於自</u> 94 年 1 月 1 日 <u>起</u>，應使用 93 年 5 月 6 日衛署醫字第 0930202654</p>	<p>目的： 麻醉醫師麻醉前訪視，瞭解病情及評估風險，確立安全合適的麻醉計畫。</p> <p>符合項目： 1. 麻醉醫師實行手術前探視病人，評估麻醉風險與建議麻醉方式。(原 2.6.8-C1 修) 2. 由麻醉科專科醫師負責執行麻醉作業，應以淺顯易懂的方式向病人或其家屬說明麻醉方式、可能副作用、相關注意事項等，並鼓勵其發問及取得麻醉同意書。依上列結果檢討選擇最適當的麻醉方法。(原 2.6.8-C2,3 併)</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成) 1. 訂立麻醉計畫，並可由診療紀錄查閱，且麻醉計畫內容紀錄詳實且執行品質優良。(原 2.6.8- B1,2 併) 2. 術前及術後訪視確實執行並有紀錄及檢討。有進行滿意度調查，定期檢討改善，成效良好。(原 2.6.10-B2、A 併修) 3. 應針對高危險病人進行術前預防措施，定期檢討改善，成效良好。(原 2.6.8- A 修)</p> <p>[註] 應於 94 年 1 月 1 日使用 93 年 5 月 6 日衛署醫字第 0930202654 號公告之</p>	酌修[註]之文字呈現。

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			<p>號公告之新版麻醉同意書。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.標準作業規範。(符合) 2.查核紀錄。(優良) 3.改善成效。(優良) 4.抽查病歷紀錄之麻醉說明書及同意書。(符合/優良) 	<p>新版麻醉同意書。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.標準作業規範。(符合) 2.查核紀錄。(優良) 3.改善成效。(優良) 4.抽查病歷紀錄之麻醉說明書及同意書。(符合/優良) 	
	2.6.9	詳實記載麻醉紀錄及手術紀錄	<p>目的：</p> <p>藉由手術及麻醉紀錄的即時性、正確性及完整性，並對紀錄有統計分析、檢討改善，保證照護的醫療品質。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.手術紀錄、麻醉紀錄應於術後 24 小時完成，並註明日期及記錄者簽名。(原 2.6.12-C1) 2.手術內容應根據事實詳實紀錄，必要時佐以圖畫及清楚易懂的說明。(原 2.6.12-C2) 3.手術護理紀錄應包含器械清點及紗布、刀片及縫針數量核計結果之記載無誤。(原 2.6.12-C3) 4.手術檢體應正確標記。(原 2.6.12-C4) <p>優良項目：(下述項目須全部達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.手術、麻醉紀錄完整，並有統計分析及檢討。(原 2.6.12-B) 2.能藉統計分析，改善品質，且具有 	<p>目的：</p> <p>藉由手術及麻醉紀錄的即時性、正確性及完整性，並對紀錄有統計分析、檢討改善，保證照護的醫療品質。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.手術紀錄、麻醉紀錄應於術後 24 小時完成，並註明日期及記錄者簽名。(原 2.6.12-C1) 2.手術內容應根據事實詳實紀錄，必要時佐以圖畫及清楚易懂的說明。(原 2.6.12-C2) 3.手術護理紀錄應包含器械清點及紗布、刀片及縫針數量核計結果之記載無誤。(原 2.6.12-C3) 4.手術檢體應正確標記。(原 2.6.12-C4) <p>優良項目：(下述項目須全部達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.手術、麻醉紀錄完整，並有統計分析及檢討。(原 2.6.12-B) 2.能藉統計分析，改善品質，且具有成效。(原 2.6.12-A 修) 	酌修目的之文字。

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			<p>成效。(原 2.6.12 A 修)</p> <p>[註]</p> <p>手術檢體應標示病人身分、部位及數量等。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.手術、麻醉紀錄。(符合) 2.檢體處理紀錄。(符合) 3.相關統計報表。(優良) 4.改善成效。(優良) 	<p>[註]</p> <p>手術檢體應標示病人身分、部位及數量等。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.手術、麻醉紀錄。(符合) 2.檢體處理紀錄。(符合) 3.相關統計報表。(優良) 4.改善成效。(優良) 	

第 2 篇、醫療照護 第 2.7 章 感染管制

105 年【重點說明】	104 年【重點說明】	修正說明
<p>感染管制的目的在預防和降低病人、家屬、工作人員及其他出入醫院人員在醫院內得到感染，防止病原體在院內之散佈，並在發生醫療照護相關感染時迅速察知，予以因應。有效之感染管制須有感染管制專家的領導及訓練有素的感染管制人員，利用資料分析，主動察覺感染風險並能及早因應。並應訂定適當計畫整合各部門工作及教育全院員工做好份內的感染管制相關工作。本章規範之目的有下列幾項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院應設立感染管制相關單位，且確實執行各項業務以達感染管制目的。並有計劃且持續進行感染管制監測及改善方案。 2.應對各種預期可能發生之感染事件有應變計畫，訂有感染管制手冊以提供醫院內各部門執行感染管制之根據。加強員工的感染管制教育，使所有工作人員知悉感染管制對策方法及步驟。 3.適當且足夠的防護設備及洗手設備。 4.訂有員工保護措施，並落實執行。 5.隨時能掌握醫院醫療照護相關感染的最新狀況，採取具體且適當的感染管制措施。 6.建立抗生素管理機制促進抗生素適當及合理之使用。 7.衛材、器械之清潔管理、滅菌消毒、儲存、動線、租賃及配送等步驟及管理方法，均應符合感染管制原則。 	<p>感染管制的目的在預防和降低病人、家屬、工作人員及其他出入醫院人員在醫院內得到感染，防止病原體在院內之散佈，並在發生醫療照護相關感染時迅速察知，予以因應。有效之感染管制須有感染管制專家的領導及訓練有素的感染管制人員，利用資料分析，主動察覺感染風險並能及早因應。並應訂定適當計畫整合各部門工作及教育全院員工做好份內的感染管制相關工作。本章規範之目的有下列幾項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院應設立感染管制相關單位，且確實執行各項業務以達感染管制目的。並有計劃且持續進行感染管制監測及改善方案。 2.應對各種預期可能發生之感染事件有應變計畫，訂有感染管制手冊以提供醫院內各部門執行感染管制之根據。加強員工的感染管制教育，使所有工作人員知悉感染管制對策方法及步驟。 3.適當且足夠的防護設備及洗手設備。 4.訂有員工保護措施，並落實執行。 5.隨時能掌握醫院醫療照護相關感染的最新狀況，採取具體且適當的感染管制措施。 6.建立抗生素管理機制促進抗生素適當及合理之使用。 7.衛材、器械之清潔管理、滅菌消毒、儲存、動線、租賃及配送等步驟及管理方法，均應符合感染管制原則。 	酌修文字內容。

條 號	條 文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
2.7.4	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>目的： 適當的洗手設備和手部衛生教育與稽核，降低感染發生。</p> <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。(原 2.7.4-C1) 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。(原 2.7.4-C2) 3.備有方便可及且數量足夠之酒精性乾性洗手液。(原 2.7.4-C3) 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)。(原 2.7.4-C4) 5.牙科醫師於病人轉換期間，應落實洗手更換手套及器械以避免交互感染。(新增) 6.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，並留有紀錄備查。(原 2.7.4-B2) <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p>	<p>目的： 適當的洗手設備和手部衛生教育與稽核，降低感染發生。</p> <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。(原 2.7.4-C1) 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。(原 2.7.4-C2) 3.備有方便可及且數量足夠之酒精性乾性洗手液。(原 2.7.4-C3) 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)。(原 2.7.4-C4) 5.牙科醫師於病人轉換期間，應落實洗手更換手套及器械以避免交互感染。(新增) 6.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，並留有紀錄備查。(原 2.7.4-B2) <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p>	<p>依本循環基準原則，牙科相關條文及評量項目皆屬試評，因符合項目 5 提及牙科，故增列[註]。</p>

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			<p>1.由副院長級(含)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、標竿學習、專案改善等方式推動手部衛生。 (原 2.7.4 A1、B1 併)</p> <p>2.提報手部衛生正確率與遵從率，並進行分析檢討改進。(原 2.7.4 A2)</p> <p>3.使用資訊系統或輔助機制提升手部衛生成效。(新增)</p> <p>[註] <u>本條文中提及「牙科」者，屬試評範圍，不納入本條文之評量成績。</u></p> <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洗手液的採購量和使用量的統計資料。(符合) 2.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) 3.手部衛生遵從性及正確性等稽核紀錄。(符合) 4.院務層級會議紀錄或全院發表資料。(優良) 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.由副院長級(含)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、標竿學習、專案改善等方式推動手部衛生。 (原 2.7.4-A1、B1 併)</p> <p>2.提報手部衛生正確率與遵從率，並進行分析檢討改進。(原 2.7.4-A2)</p> <p>3.使用資訊系統或輔助機制提升手部衛生成效。(新增)</p> <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洗手液的採購量和使用量的統計資料。(符合) 2.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) 3.手部衛生遵從性及正確性等稽核紀錄。(符合) 4.院務層級會議紀錄或全院發表資料。(優良) 5.資訊系統或輔助機制提升手部衛生成效相關資料。(優良) 	
	2.7.13	定期環境監測與醫材管理機制	<p>目的： 建立和落實環境與醫材之清潔及消毒標準作業程序，維護病人安全。</p> <p>符合項目：</p>	<p>目的： 建立和落實環境與醫材之清潔及消毒標準作業程序，維護病人安全。</p> <p>符合項目：</p>	<p>依本循環基準原則，牙科相關條文及評量項目皆屬試評，因符合項目 3 提及牙科，故增列</p>

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			<p>1.對於環境清潔消毒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。(新增)</p> <p>2.若設置內視鏡室、氣管鏡室及肺功能室者，應符合以下項目：</p> <p>(1)軟式內視鏡(包括腸胃鏡、氣管鏡等)相關器械、設備之清洗消毒訂有標準作業流程以及適當的個人防護裝備，並由專人負責且確實執行。(原 2.7.13-C1)</p> <p>(2)依照說明書建議監測軟式內視鏡等相關器械、設備之清洗消毒液有效濃度，並有紀錄。(原 2.7.13-C2 修)</p> <p>(3)氣管鏡室具負壓或抽風等設備，且有維護保養紀錄。(原 2.7.13-C3)</p> <p>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。(新增)</p> <p>4.若有加護病房或器官移植及骨髓移植等高風險病人居住的區域，訂有醫院退伍軍人病防治計畫。(原 2.7.13-B2)</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1.肺功能室具負壓或抽風等設備，且有維護保養紀錄。(原 2.7.13-B1)</p>	<p>1.對於環境清潔消毒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。(新增)</p> <p>2.若設置內視鏡室、氣管鏡室及肺功能室者，應符合以下項目：</p> <p>(1)軟式內視鏡(包括腸胃鏡、氣管鏡等)相關器械、設備之清洗消毒訂有標準作業流程以及適當的個人防護裝備，並由專人負責且確實執行。(原 2.7.13-C1)</p> <p>(2)依照說明書建議監測軟式內視鏡等相關器械、設備之清洗消毒液有效濃度，並有紀錄。(原 2.7.13-C2 修)</p> <p>(3)氣管鏡室具負壓或抽風等設備，且有維護保養紀錄。(原 2.7.13-C3)</p> <p>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。(新增)</p> <p>4.若有加護病房或器官移植及骨髓移植等高風險病人居住的區域，訂有醫院退伍軍人病防治計畫。(原 2.7.13-B2)</p> <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <p>1.肺功能室具負壓或抽風等設備，且有維護保養紀錄。(原 2.7.13-B1)</p>	[註]1。

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			<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。(原 2.7.13-A1)</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監測及採檢作業及其相關因應指引措施」執行供水系統之監測及採檢並有報告及檢討機制。(新增)</p> <p>4.對於環境清潔執行情形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委員會，且有檢討流程並進行改善措施。(新增)</p> <p>5.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。(新增)</p> <p>[註]</p> <p><u>1.本條文中提及「牙科」者，屬試評範圍，不納入本條文之評量成績。</u></p> <p><u>2.器官移植係指心臟、胰臟、腎臟、肝臟、肺臟、小腸移植。</u></p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.內視鏡安全作業指引。(符合) 2.內視鏡或器械消毒劑有效濃度監測紀錄。(符合) 3.內視鏡採檢流程。(符合) 4.醫院退伍軍人病防治計畫。(符合) 5.肺功能與氣管鏡空調(抽風負壓)設 	<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。(原 2.7.13-A1)</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監測及採檢作業及其相關因應指引措施」執行供水系統之監測及採檢並有報告及檢討機制。(新增)</p> <p>4.對於環境清潔執行情形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委員會，且有檢討流程並進行改善措施。(新增)</p> <p>5.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。(新增)</p> <p>[註]</p> <p>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.內視鏡安全作業指引。(符合) 2.內視鏡或器械消毒劑有效濃度監測紀錄。(符合) 3.內視鏡採檢流程。(符合) 4.醫院退伍軍人病防治計畫。(符合) 5.肺功能與氣管鏡空調(抽風負壓)設備維修保養紀錄。(符合/優良) 6.內視鏡品管監測檢討會議紀錄(優 	

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			備維修保養紀錄。(符合/優良) 6.內視鏡品管監測檢討會議紀錄(優良)。 7.退伍軍人菌環境監測及採檢報告及檢討。(優良) 8.內視鏡品管監測結果及改善措施。(優良) 9.環境清潔消毒標準作業程序、查檢表與教育訓練紀錄。(符合) 10.環境清潔執行情形之查核抽檢結果與改善措施紀錄。(優良)	良)。 7.退伍軍人菌環境監測及採檢報告及檢討。(優良) 8.內視鏡品管監測結果及改善措施。(優良) 9.環境清潔消毒標準作業程序、查檢表與教育訓練紀錄。(符合) 10.環境清潔執行情形之查核抽檢結果與改善措施紀錄。(優良)	

第 2 篇、醫療照護 第 2.8 章 檢驗、病理與放射作業

條 號	條 文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
2.8.3	醫事檢驗作業具有完備的品質保證措施	<p>目的： 制訂醫事檢驗作業品質指標，定期稽核管理與檢討。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫事檢驗報告內容正確，報告時效符合臨床醫療需求，且不同類型檢體或檢驗項目的報告完成時間以及檢驗生物參考區間，能夠經由與臨床協議後有明確的訂定，而據以實施。(原 2.8.3-C1) 2.應至少使用二種不同濃度之品管物質，進行檢驗作業流程之內部品管措施。(原 2.8.3-C2) 3.應有定期參與能力試驗之外部品管活動，若檢驗項目無能力試驗可供參與時，應建立適當的比對機制，或必要時以實驗室間比對機制替代，可對檢驗之能力與品質，進行客觀性評估與系統性監測，且能力試驗結果回覆報告，有加註檢討說明或審核意見，並能妥善保存。(原 2.8.3-C3 修) 4.實施委外檢驗者，應定期要求受託檢驗單位提供參與精確度評估或接受外部能力評鑑之相關結果或證明。(原 2.8.3-C4) <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.內、外部品管監測結果發現異常 	<p>目的： 制訂醫事檢驗作業品質指標，定期稽核管理與檢討。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫事檢驗報告內容正確，報告時效符合臨床醫療需求，且不同類型檢體或檢驗項目的報告完成時間以及檢驗生物參考區間，能夠經由與臨床協議後有明確的訂定，而據以實施。(原 2.8.3-C1) 2.應至少使用二種不同濃度之品管物質，進行檢驗作業流程之內部品管措施。(原 2.8.3-C2) 3.應有定期參與能力試驗之外部品管活動，若檢驗項目無能力試驗可供參與時，應建立適當的比對機制，或必要時以實驗室間比對機制替代，可對檢驗之能力與品質，進行客觀性評估與系統性監測，且能力試驗結果回覆報告，有加註檢討說明或審核意見，並能妥善保存。(原 2.8.3-C3 修) 4.實施委外檢驗者，應定期要求受託檢驗單位提供參與精確度評估或接受外部能力評鑑之相關結果或證明。(原 2.8.3-C4) <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.內、外部品管監測結果發現異常 	酌修[註]之文字。

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			<p>時，應能執行問題調查與原因分析。(原 2.8.3-B1)</p> <p>2.每一年度均針對病人照護品質相關指標(如：報告時效監測，客訴意見處理、檢驗品質與安全調查等)進行分析，並有相關統計報告。發現異常狀況時，能進行相關因應措施，及留有紀錄可供檢討。(原 2.8.3-B2)</p> <p>3.應建立品質保證執行過程之管理會議或稽核制度，定期與臨床照護單位召開服務流程品質檢討會議，並有執行或會議紀錄可供審查。(原 2.8.3-A1,3-併)</p> <p>4.檢驗科室以外之檢驗儀器(如：血糖機、血液氣體分析儀(blood gas analyzer)等)有品質管理機制。(新增)</p> <p>[註] 委外管理包括本身醫療需求委外檢驗或以醫院名意義承攬業務等監督責任。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.檢驗結果與報告作業規範。(符合) 2.醫事檢驗之品質管理政策與程序。(符合) 3.主要檢驗項目有定期執行品質校正紀錄。(符合) 	<p>時，應能執行問題調查與原因分析。(原 2.8.3-B1)</p> <p>2.每一年度均針對病人照護品質相關指標(如：報告時效監測，客訴意見處理、檢驗品質與安全調查等)進行分析，並有相關統計報告。發現異常狀況時，能進行相關因應措施，及留有紀錄可供檢討。(原 2.8.3-B2)</p> <p>3.應建立品質保證執行過程之管理會議或稽核制度，定期與臨床照護單位召開服務流程品質檢討會議，並有執行或會議紀錄可供審查。(原 2.8.3-A1,3-併)</p> <p>4.檢驗科室以外之檢驗儀器(如：血糖機、血液氣體分析儀(blood gas analyzer)等)有品質管理機制。(新增)</p> <p>[註] 委外管理包括本身醫療需求委外檢驗或以醫院名意承攬業務等監督責任。</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.檢驗結果與報告作業規範。(符合) 2.醫事檢驗之品質管理政策與程序。(符合) 3.主要檢驗項目有定期執行品質校正紀錄。(符合) 	

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			4.委外檢驗之評估、履約管理、品質管理等作業程序及相關會議紀錄。(符合) 5.檢驗相關品質指標監測紀錄、統計資料及稽核制度之紀錄。(優良) 6.檢驗相關品質指標會議討論紀錄。(優良) 7.與臨床照護單位召開服務流程品質檢討會議紀錄。(優良)	4.委外檢驗之評估、履約管理、品質管理等作業程序及相關會議紀錄。(符合) 5.檢驗相關品質指標監測紀錄、統計資料及稽核制度之紀錄。(優良) 6.檢驗相關品質指標會議討論紀錄。(優良) 7.與臨床照護單位召開服務流程品質檢討會議紀錄。(優良)	
	2.8.5	血品供應作業具有品質保證措施	目的： 制訂與執行合宜的品管政策與程序，確保血品與用血的品質與安全。 符合項目： 1.應依照規則，確實執行血品供應流程相關紀錄，並保存所用血品批號 7 年。 (原 2.8.5-C1) 2.血品供應時效符合臨床醫療需求，且不同血品的申請領用時間，能夠經由與臨床協議後有明確的訂定，而據以實施。 (原 2.8.5-C3) 3.依照血品使用前檢驗品質需求，制訂適用的品管政策與程序，內容包括內部品管、外部品管。 (原 2.8.5-C2) 優良項目： (下述項目僅限一項未達成) 1.針對血品供應，訂有內、外部品管監測指標，當結果發現異常時，應執行問題調查與原因分析。 (原 2.8.5-B1 修)	目的： 制訂與執行合宜的品管政策與程序，確保血品與用血的品質與安全。 符合項目： 1.應依照規則，確實執行血品供應流程相關紀錄，並保存所用血品批號 7 年。 (原 2.8.5-C1) 2.血品供應時效符合臨床醫療需求，且不同血品的申請領用時間，能夠經由與臨床協議後有明確的訂定，而據以實施。 (原 2.8.5-C3) 3.依照血品使用前檢驗品質需求，制訂適用的品管政策與程序，內容包括內部品管、外部品管。 (原 2.8.5-C2) 優良項目： (下述項目僅限一項未達成) 1.針對血品供應，訂有內、外部品管監測指標，當結果發現異常時，應執行問題調查與原因分析。 (原 2.8.5-B1 修)	酌修評量方法及建議佐證資料 3 之文字呈現。

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			<p>2.應設有輸血委員會，定期檢討輸血用血液製劑，尤其是血漿、血小板等之適應症及使用標準。(原 2.8.5-B2 修)</p> <p>3.每一年度定期(至少每年 2 次)舉行輸血委員會議，針對病人照護品質相關指標(如：供應時效監測，客訴意見處理、供應品質與安全調查等)，及防止副作用等有關保障病人輸血安全的成效進行分析，並有相關統計報告，且發現異常狀況時，能進行相關因應措施，及留有紀錄可供檢討。(原 2.8.5-B3 修)</p> <p>4.確實掌握訂購輸血用血液製劑之種類、使用及退還狀況，並致力減少退還情況。(原 2.8.5-A4)</p> <p>5.血庫能提供血品使用單位人員，對於血液及血液製劑供應相關諮詢的教育訓練，以共同提升輸血醫療的品質與安全。(原 2.8.5-A5)</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.血品供應(含退還)之標準作業流程及相關紀錄。(符合)</p> <p>2.血品使用前之品管政策與程序。(符合)</p> <p>3.輸血委員會會議設置辦法及會議紀錄。(優良)</p> <p>4.血品相關品質指標監測紀錄、統計</p>	<p>2.應設有輸血委員會，定期檢討輸血用血液製劑，尤其是血漿、血小板等之適應症及使用標準。(原 2.8.5-B2 修)</p> <p>3.每一年度定期(至少每年 2 次)舉行輸血委員會議，針對病人照護品質相關指標(如：供應時效監測，客訴意見處理、供應品質與安全調查等)，及防止副作用等有關保障病人輸血安全的成效進行分析，並有相關統計報告，且發現異常狀況時，能進行相關因應措施，及留有紀錄可供檢討。(原 2.8.5-B3 修)</p> <p>4.確實掌握訂購輸血用血液製劑之種類、使用及退還狀況，並致力減少退還情況。(原 2.8.5-A4)</p> <p>5.血庫能提供血品使用單位人員，對於血液及血液製劑供應相關諮詢的教育訓練，以共同提升輸血醫療的品質與安全。(原 2.8.5-A5)</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <p>1.血品供應(含退還)之標準作業流程及相關紀錄。(符合)</p> <p>2.血品使用前之品管政策與程序。(符合)</p> <p>3.輸血委員會會議設置辦法及會議紀錄。(優良)</p> <p>4.血品相關品質指標監測紀錄、統計</p>	

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			資料及稽核制度之紀錄。(優良) 5.血品使用單位人員相關教育訓練資料。(優良)	資料及稽核制度之紀錄。(優良) 5.血品使用單位人員相關教育訓練資料。(優良)	
	2.8.15	各項檢驗、檢查步驟，能安全、確實的執行，且能提供迅速、正確之服務	<p>目的： 建立與執行各項檢驗、檢查結果報告之完整傳送與接收機制，維護病人安全。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 各項檢驗、檢查應符合適用之標準程序，必要時應於實施前進行病人評估及對病人或家屬具體說明內容及步驟。(原 2.8.15-C1) 明訂檢體檢驗、影像檢查、病理診斷等結果報告之遞送路徑，包含正常、緊急作業時間等，並確實將結果報告送達主治醫師或醫療照護團隊相關人員。(原 2.8.15-C2) 應建立緊急且重要之異常值或檢查報告說明及即時通報機制，相關人員對於緊急且重要之異常結果應立即通報給主治醫師。(原 2.8.15-C3) <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 定期或不定期檢討、修正或更新各項步驟及異常值說明。(原 2.8.15-B3) 緊急醫療及夜間、休假日，檢驗、檢查相關醫事人員採取待命制，應能有效發揮緊急檢驗、檢查的功 	<p>目的： 建立與執行各項檢驗、檢查結果報告之完整傳送與接收機制，維護病人安全。</p> <p>符合項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 各項檢驗、檢查應符合適用之標準程序，必要時應於實施前進行病人評估及對病人或家屬具體說明內容及步驟。(原 2.8.15-C1) 明訂檢體檢驗、影像檢查、病理診斷等結果報告之遞送路徑，包含正常、緊急作業時間等，並確實將結果報告送達主治醫師或醫療照護團隊相關人員。(原 2.8.15-C2) 應建立緊急且重要之異常值或檢查報告說明及即時通報機制，相關人員對於緊急且重要之異常結果應立即通報給主治醫師。(原 2.8.15-C3) <p>優良項目：(下述項目僅限一項未達成)</p> <ol style="list-style-type: none"> 定期或不定期檢討、修正或更新各項步驟及異常值說明。(原 2.8.15-B3) 緊急醫療及夜間、休假日，檢驗、檢查相關醫事人員採取待命制，應能有效發揮緊急檢驗、檢查的功 	酌修優良項目 3 之標點符號。

條	號	條文	105 年評量項目	104 年評量項目	修正說明
			<p>能，且呼叫的步驟明確，並同時能夠確認提出結果報告的時間。(原 2.8.15-B4)</p> <p>3.對於須於短時間處理重要危急值(如：檢驗之嚴重低血糖、高血鉀、高血鈣等；放射檢查報告之新發現主動脈剝離、氣胸等)，應有機制可確認已被完整的收到，而能迅速運用於病人後續的醫療處置。 (原 2.8.15-A1 修)</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.各項檢驗、檢查之標準程序。(符合) 2.檢查檢驗及報告完成規範。(符合) 3.異常結果(如：危急項目、危急值、異常值等)通報標準作業流程及檢討修正紀錄。(符合/優良) 4.異常結果通報與回覆統計、追蹤檢討相關紀錄。(優良) 5.緊急檢驗/檢查之作業規範、相關人力排班及照會紀錄。(優良) 	<p>能，且呼叫的步驟明確，並同時能夠確認提出結果報告的時間。(原 2.8.15-B4)</p> <p>3.對於須於短時間處理重要危急值(如檢驗之嚴重低血糖、高血鉀、高血鈣等；放射檢查報告之新發現主動脈剝離、氣胸等)，應有機制可確認已被完整的收到，而能迅速運用於病人後續的醫療處置。 (原 2.8.15-A1 修)</p> <p>評量方法及建議佐證資料：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.各項檢驗、檢查之標準程序。(符合) 2.檢查檢驗及報告完成規範。(符合) 3.異常結果(如：危急項目、危急值、異常值等)通報標準作業流程及檢討修正紀錄。(符合/優良) 4.異常結果通報與回覆統計、追蹤檢討相關紀錄。(優良) 5.緊急檢驗/檢查之作業規範、相關人力排班及照會紀錄。(優良) 	