



社團法人台灣感染管制學會

醫院感染管制查核重點說明

高雄市政府衛生局

社團法人台灣感染管制學會

105年5月3日



簡報大綱

- 醫院感染管制查核基準研修作業
- 104年度醫院感染管制查核結果分析
- 105年度醫院感染管制查核基準重點



醫院感染管制查核項目與查核基準

- 本基準係依據傳染病防治法第32條第2項之規定訂定，查核項目係依據醫療機構執行感染及查核辦法及經中央衛生主管機關指示執行之防治措施研擬，經衛生福利部傳染防治諮詢會「感染控制組」審閱，並於105年3月10日公告。
- 依醫療機構執行感染控制措施查核辦法第2條之規定，本查核基準適用醫療法規定申請設置之綜合醫院、醫院、專科醫院、慢性醫院、精神科醫院及經中央主管機關指定之醫療機構。



查核基準與評分說明研修作業

■ 醫院感染管制查核基準研修小組會議

- ✓ 由「104年醫院感染管制查核作業品質提升計畫」承辦廠商醫策會，邀集專案暨研修小組13名委員以及**台北市、新北市、台中市、高雄市衛生局代表**，分別於104/12/09及104/12/15召開「105年醫院感染管制查核基準研修會議」

■ 105年查核基準與評分說明研修

- ✓ 與醫院評鑑基準對應項次，因配合評鑑考量公平性與一致性，故比照醫院評鑑之作業原則：除涉及法規修訂、用字錯誤之條文外，此一輪（4年）將不修改評鑑基準及評分說明。
- ✓ 未與醫院評鑑基準對應項次，參採「**104年醫院感染控制查核醫院、衛生局及查核委員意見回饋調查表**」、「**醫院感染控制諮詢窗口**」、「**實地查核過程紀錄**」、「**本署權責單位意見**」及「**研修小組委員意見**」等，於研修會議進行基準及評分說明逐條討論修訂
- ✓ 於**105/01/11**函請衛生局轉知轄區醫院，辦理**草案預告**收集各界意見
- ✓ 業務單位彙整相關意見，提交衛生福利部傳染病防治諮詢會感染控制組委員徵詢建議後定案，並於**105年3月10日公告**。



105年查核基準研修內容摘要(1/3)

- 與105年醫院評鑑基準部分或完全對應的條文
 - ✓ 考量配合評鑑作業基於年度間評量方式公平性與一致性，若無涉及法規修訂、用字錯誤之條文，比照醫院評鑑作業，原則上此一輪（104-107年）不修改基準及評分說明內容。



105年查核基準研修內容摘要(2/3)

- 未與105年醫院評鑑基準對應的條文
- 配合衛生政策所需新增：
 - ✓ 項次4.1優良項目3「配合疾管署持續以資訊系統自動通報機制上傳法定傳染病通報及實驗室資料。」，於105年採試評方式辦理
 - ✓ 項次5.3「建置有流感疫情高峰期急診類流感病人分流分治機制」，於105年採試評方式辦理



105年查核基準研修內容摘要(3/3)

- 未與105年醫院評鑑基準對應的條文
 - 因應疾管署結核病個案管理師訓練作業變更，修正項次4.3評分說明內容文字
 - ✓ 修正有收治結核病個案醫院適用標準之優良項目1內容，原「結核病個案管理師進階訓練合格者」改為「**結核病個案管理師訓練合格者**」
 - ✓ 修改評分說明[註]1.為「**專任**：係指聘請結核病個案管理師**全職辦理結核病個案管理相關業務**。」



105年查核項目說明

105年查核項目		基準數	一般項目	可選項目
1	持續性院內感染控制品質改善	1	0	1
2	實行組織性的感染控制管理	2	2	0
3	院內感染管制防治措施	5	3	2
4	配合主管機關政策對傳染病進行監測、通報及防治措施	6	5	1
5	發燒篩檢、動線規劃、隔離措施、追蹤調查及危機處理	<u>3</u>	<u>1</u>	<u>2</u>
6	員工保護措施	2	2	0
7	為降低感染風險，提供安全、乾淨、合宜的照護環境	5	<u>3</u>	<u>2</u>
8	醫院感染管制及傳染病教育訓練	<u>1</u>	<u>1</u>	0
9	抗生素抗藥性管制措施	4	<u>2</u>	<u>2</u>
10	特殊照護服務之感染管制防治措施	2	0	2
項目合計		31	<u>19</u>	<u>12</u>

※105年度新增試評項次5.3



與評鑑基準對應之項次-共19項(1/2)

項次	查核基準
2.1	應設立感染管制單位，聘有合格且足夠之感管人力負責業務推行 (評鑑2.7.1) (精神科評鑑2.6.1)
2.2	成立院內感染管制委員會，有定期開會並有紀錄，且確實執行會議決議事項 (評鑑2.7.2) (精神科評鑑2.6.2)
3.1	制訂及更新感染管制手冊，定期收集院內感染管制及國際最新傳染病疫情，並確實傳達及執行 (評鑑2.7.3) (精神科評鑑2.6.3)
3.2	定期對醫療照護相關感染的發生及其動向開會檢討分析，並訂定改善方案 (評鑑2.7.7) (精神科評鑑2.6.7)
3.4	有效管理院內用餐、購物環境 (評鑑1.7.6-符合2、3及1.7.6-優良1) (精神科評鑑1.7.12)
5.1	應訂有合適之隔離措施及動線規劃，且訂有大規模感染事件發生之應變計畫，並確實執行 (評鑑2.7.8) (精神科評鑑2.6.8)
6.1	訂有醫療照護人員預防接種、體溫監測及胸部X光檢查等保護措施，並據以落實執行 (評鑑2.7.6) (精神科評鑑2.6.6)
6.2	對於暴露於病人血液、體液及尖銳物品扎傷事件的預防及處置(包含切傷等其他出血) 訂有作業流程 (評鑑2.7.5) (精神科評鑑2.6.5)
7.1	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 (評鑑2.7.4) (精神科評鑑2.6.4)



與評鑑基準對應之項次-共19項(2/2)

項次	查核基準
7.2	確實執行衛材、器械、機器之滅菌及清潔管理 (評鑑2.7.14) (精神科評鑑2.6.10)
7.3	供應室應配置適當人力，清潔區及污染區應做區隔且動線規劃合宜 (評鑑2.7.15) (精神科評鑑2.6.11)
7.4	定期環境監測與醫材管理機制 (評鑑2.7.13) (精神科評鑑-無對應)
8.1	訂有完善的員工感染管制教育訓練 (評鑑1.4.1、1.4.2部分項目) (精神科評鑑1.4.10)
9.1	應有抗生素使用管制措施及執行情形紀錄表 (評鑑2.7.9) (精神科評鑑2.6.9)
9.2	正確使用手術預防性抗生素 (評鑑2.7.10) (精神科免填)
9.3	門診抗生素使用情形合理 (評鑑2.7.11) (精神科免填)
9.4	對多重抗藥性菌種作有效的管理及通報 (評鑑2.7.12) (精神科評鑑-無對應)
10.1	透析照護服務之感染管制作業 (評鑑2.4.19) (精神科評鑑-無對應，可)
10.2	呼吸照護服務感染管制作業 (評鑑2.4.27) (精神科評鑑-無對應，可)



104年醫院感染管制查核結果分析

■ 查核基準達成率較低項次

序位	項次	查核基準	不合格家數	百分比
1	7.1	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	7/66	10.6%
	9.4	對多重抗藥性菌種作有效的管理及通報	7/66	10.6%
2	6.2	對於暴露於病人血液、體液及尖銳物品扎傷事件的預防及處置（包含切傷等其他出血）訂有作業流程	6/66	9.0%
3	9.2	正確使用手術預防性抗生素	4/48	8.3%
4	3.1	制訂及更新感染管制手冊，定期收集院內感染管制及國際最新傳染病疫情，並確實傳達及執行	5/66	7.6%
	7.4	定期環境監測與醫材管理機制	5/66	7.6%



104年醫院感染管制查核結果分析

■ 查核基準達成率較低項次(續)

序位	項次	查核基準	不合格家數	百分比
5	6.1	訂有醫療照護人員預防接種、體溫監測及胸部X光檢查等保護措施，並據以落實執行	4/66	6.0%
	7.2	確實執行衛材、器械、機器之滅菌及清潔管理	4/66	6.0%
6	7.3	供應室應配置適當人力，清潔區及污染區應做區隔且動線規劃合宜	3/59	5.1%
7	3.2	定期對醫療照護相關感染的發生及其動向開會檢討分析，並訂定改善方案	3/66	4.5%
	4.6	防疫物資貯存符合規定	3/66	4.5%
8	7.5	定期辦理檢驗室各項安全設施及設備保養、維護、功能測試及相關之安全防護教育訓練	2/56	3.6%



105年度醫院感染管制查核基準重點

第1大項

持續性院內感染管制品質改善



項次1.1前次查核缺失及建議事項是否有所改善

符合項目	優良項目
1. 前次查核建議事項項已完全改善。	1. 達成符合項目，且下述項目需全部達成。
2. 針對前次查核建議事項訂有院內感染管制持續性改善計畫。	2. 落實執行院內感染管制改善計畫。

- ✓ 有關前次查核建議事項之認定原則為104年度查核結果評量為符合以上項目，以及綜合評語之改善事項均列計。
- ✓ 若受查醫院為104年度醫院評鑑醫院，本項之「前次查核缺失及建議事項，須說明103年查核缺失及建議事項，及評鑑中與感染管制相關建議改善事項之辦理情形」。



105年度醫院感染管制查核基準重點

第2大項

實行組織性的感染管制管理



項次2.1 應設立感染管制單位，聘有合格且足夠之感染管制人力負責業務推行

符合項目	優良項目
1. 設有感染管制部門，應明訂工作職責及組織圖之定位。 2. 聘有接受感染症醫學訓練之專科醫師。 3. 聘有感染管制人員。	1. 感染管制部門為直接隸屬於院本部（院長室）下的獨立單位。 2. 增加配置接受感染症醫學訓練之專科醫師。 3. 增加配置感染管制人員。

- ✓ 人力核算期間為查核前一年度，如遇人力異動，人力缺額期間不得超過4個月。其人力待聘期間仍需指定醫師(感染管制人員)代理業務。



項次2.1 應設立感染管制單位，聘有合格且足夠之感染管制人力負責業務推行

■ 病床數未滿300床醫院之負責感染管制業務醫師人力評量方式

- ✓ 若指派一位**專任醫師**負責感管業務推行，且該名醫師前一年參加**專業學會認可之感染管制訓練達20學分以上**，則符合查核基準**符合項目2-(3)要求**。
若該名負責感管業務之**專任醫師為接受感染症醫學訓練之專科醫師**，且前一年參加專業學會認可之感染管制訓練**達20學分以上**，則符合查核基準**優良項目2-(3)**。
- ✓ 若除了由1名訓練學分達基準要求之專任醫師負責感管業務外，另外增聘接受感染症醫學訓練之兼任專科醫師，且每週支援時數達4小時以上(不含門診看診時數)，協助感染管制業務推行，仍僅符合本項基準**符合項目2-(3)**。



項次2.2 成立感染管制委員會，有定期開會 並有紀錄，且確實執行會議決議事項

符合項目

1. 設有感染管制委員會或小組，具有組織章程及成員料備查。
2. 會議主席為醫院主管（院長或副院長，且為醫師）。
3. 至少每 3 個月召開一次會議且有會議紀錄備查，會議紀錄均由院長批示，並有前次會議決議執行報告。
4. 感染管制會議內容應包含：結核病、抗生素管制、傳染病疫情因應等議題。
5. 確實執行會議決議，且決議事項均照會相關單位協助執行。

優良項目

1. 委員會成員中有 1 位曾接受流行病訓練者。
2. 如申請醫學中心評鑑者，感染管制會議內容應包含由勞工安全相關單位報告室內空氣品質維護管理成效。
3. 依醫院規模、特殊疫情或院內發生突發感染事件等適當增加開會之頻率。

✓ 感染管制會議內容應包含：結核病、抗生素管制、傳染病疫情因應等議題。各項議題討論頻次可依據個案數、發生情形等進行調整。



105年度醫院感染管制查核基準重點

第3大項

院內感染管制防治措施



項次3.1 制訂及更新感染管制手冊，定期收集院內感染管制及國際最新傳染病疫情，並確實傳達及執行

符合項目

1. 制訂感染管制手冊並定期修訂，應記述具體感染管制對策及相關人員的感染處理對策且提供給相關部門確實執行。
2. 手冊記載標準預防措施含不同感染途徑預防措施等。
3. 針對醫院服務特性，訂定其他執行各項醫療行為之感染管制標準作業程序，如：侵入性醫療感染管制標準作業程序。
4. 感染管制人員能定期利用文獻檢索或網際網路，取得最新疫情資訊，並傳達醫院各單位；工作人員清楚知道可從何處獲得最新感染管制相關資訊。

優良項目

1. 有專人定期蒐集國內外感染管制的相關規定，參考有科學根據之建議事項，並依據醫療院所特性，適時訂定或修訂感染管制手冊。
2. 醫院每年訂有感染管制年度工作計畫（program），對於感染管制負責單位所執行的資訊需求及教育活動，在經費、人力及空間都能有實質的支援。
3. 規劃網路資訊平台定期更新傳染病與感染管制相關資訊。
4. 實際抽查臨床工作人員能知悉感染管制手冊中相關感染管制措施。
5. 工作人員清楚各項感染管制措施且落實執行，並有定期評核及改善作為。



項次3.2 定期對醫療照護相關感染的發生及其動向開會檢討分析，並訂定改善方案

符合項目

1. 依醫院之機能及規模，能掌握手術部位感染率及件數，或加護病房等處理重症病人部門之血流感染、尿路感染及肺炎感染率（或密度）等重要感染指標。
2. 明確訂定迅速察知病房的菌種變化機制，並且採取因應措施。
3. 感染管制指標能回饋相關醫護人員以致力於改善措施，並制訂具體的改善方案且確實實施。
4. 訂有院內群聚或群突發感染發生之危機處理標準作業流程，並針對發生之院內群聚或群突發感染事件有調查處理報告。

優良項目

1. 確實分析數據並定期檢討修訂相關機制、對應措施、感染指標種類等
2. 針對中央靜脈導管、存留導尿管、呼吸器等侵入性醫療裝置的使用人日數與相關感染密度進行監測，並導入組合式感染管制措施。
3. 將醫療照護相關感染資料通報至疾病管制署台灣院內感染監視資訊系統。
4. 落實執行修訂之方案或改善計畫。



項次3.2 定期對醫療照護相關感染的發生及其動向開會檢討分析，並訂定改善方案

- 評分說明優良項目-2所提「導入」，實地查核審查醫院是否於104年導入組合式感染管制措施之方式，應包含下列3項：
 - ✓ 訂有組合式感染管制措施（ bundle intervention ）之標準作業流程，**且有 CHECK LIST 資料存留**。
 - ✓ 院內若於加護病房、一般或其他醫療單位中，對任一單位執行中央靜脈導管、存留導尿管、呼吸器任一侵入性醫療裝置的使用，**訂有執行計畫，並有遵從性評估，執行成果分析等報告或於感委會議討論計畫執行紀錄**；或醫院已列入執行單位常規作業，均視為有導入組合性感染管制措施。
 - ✓ 醫院可依其服務特性，經風險評估後，對院內高風險單位逐步導入組合式感染管制措施（ bundle intervention）。**惟有使用中心導管之醫院必須推動中心導管組合式照護，始達成本項要求。**



院內感染管制防治措施

- 項次3.1「制訂及更新感染管制手冊，定期收集院內感染管制及國際最新傳染病疫情，並確實傳達及執行」(符合4項)
 - ✓ 設有牙醫及中醫部門者須納入感染管制手冊(試評不納入評量成績，可列入缺失及改善建議中)
 - ✓ 最新疫情資訊或感染管制相關網路資訊平台
- 項次3.2「定期對醫療照護相關感染的發生及其動向開會檢討分析，並訂定改善方案」(符合4項)
 - ✓ 醫療照護相關感染的統計報表
 - ✓ 院內群聚或群突發感染發生之處理標準作業流程及調查處理報告



項次3.3 訂有陪病及探病之原則或管理之標準作業程序

符合項目

1. 訂有完整的陪病及探病管理作業程序（SOP）並適時檢討更新。
2. 第一線工作人員清楚瞭解陪病及探病規範。
3. 納入相關員工在職及勤前教育訓練課程。

優良項目

1. 因應特殊疫情，及時修訂陪病及探病之原則或管理之標準作業程序。
2. 落實執行醫院內訂定之各項陪探病管理作業程序。

✓ 評分說明優良項目-1「因應特殊疫情，及時修訂陪病及探病之原則或管理標準作業程序」，其「特殊疫情」應包含院內發生之疫情。



項次3.4 有效管理院內用餐、購物環境

符合項目

1. 院內之用餐或購物區，除應符合衛生等相關法規外，並須就下列事項訂有管理規範：
 - 1) 醫院員工進入用餐、購物區之管理
 - 2) 病人進入用餐、購物區之管理
 - 3) 用餐、購物區避免病菌污染與傳播之具體作法
2. 用餐、購物區符合疾管署「醫療（事）機構商店街感染控制措施指引」相關規定，訂定內部感染管制規範，其中應包含環境清潔及人員管理等規範，並確實執行。
3. 上述2 項作業應有執行及查核紀錄。

優良項目

1. 院內用餐或購物區工作人員接受在職及勤前感管教育訓練。
2. 因應特殊疫情，及時修訂醫院販賣部（商店街）院內感染管制措施。
3. 落實執行醫院內訂定之各項販賣部（商店街）院內感染管制措施。

✓ 評分說明優良項目-3「落實執行醫院內訂定之各項販賣部（商店街）院內感染管制措施」，應由醫院呈現具體作為。



項次3.5 有效管理院內兒童遊戲區域

符合項目

1. 針對病房、門診區域設置之兒童遊戲設備，訂有合宜的感染管制規範，適時檢討更新並落實執行。包括：
 - 1) 地板及牆面應採用防撞、平滑、且可使用能殺死腸病毒及諾羅病毒之消毒劑(如漂白水等)消毒之材質，並避免用活動拼湊之地板，以免製造空隙不易清理。
 - 2) 所有玩具應採可使用能殺死腸病毒及諾羅病毒之消毒劑(如漂白水等)消毒的材質。
 - 3) 每天應至少一次以能殺死腸病毒及諾羅病毒之消毒劑(如漂白水等)確實消毒，並留有紀錄（至少包括日期與執行者簽名）
 2. 因應特殊疫情，及時修訂醫院兒童遊戲區域感染管制措施
 3. 有專責人員管理。
- ✓ 實地查核時，若發現醫院設有兒童遊戲區域，但院方表明已關閉，因此勾選「本項免填」者，應請院方提供相關佐證資料。



105年度醫院感染管制查核基準重點

第4大項

配合主管機關政策對傳染病
進行監測、通報及防治措施



項次4.1 訂有傳染病監視通報機制，並有專人負責傳染病之通報並主動與當地衛生機關聯繫

符合項目

1. 具有傳染病監視通報機制，並有專責人員負責通報與聯繫事務。
2. 訂有院內傳染病檢體包裝運送相關作業程序，並有專責人員負責傳染病檢體包裝運送業務。
3. 傳染病通報之病例數均有統計並建檔，且以網路方式進行傳染病通報。
4. 結核病通報個案初次痰塗片暨培養套數達3套者達85%。

優良項目

1. 肺結核通報個案初次痰塗片暨培養套數達3套者達90%。
2. 定期檢討通報機制之適用性。
3. 配合疾管署持續以資訊系統自動通報機制上傳法定傳染病通報及實驗室資料（105年試評項目）。

✓ **【99床以下】** 評分說明符合項目-4:列管中照護之結核病新案（含新發現及重開案）為10（含）例以上，肺結核通報個案初次痰塗片暨培養套數達3套者達85%。



項次4.2 具有痰液耐酸性塗片陽性病人之相關感染管制措施

符合項目

1. 於首次耐酸性塗片陽性報告 24 小時內，通知診療醫師。
2. 將報告結果記載於病歷。
3. 使用人工氣道合併呼吸器病人原則上使用密閉式抽痰。
4. 有適當的隔離處置；並具有知會醫療照護工作人員要配戴 N95 以上等級防護裝備照護病人之措施。
5. 經抽查病歷符合者達 80%。

優良項目

1. 達成符合項目，且下述項目需全部達成。
2. 經抽查病歷符合者達 95%。



項次4.3 有專人負責結核病個案管理及衛教工作

符合項目

1. 有專責人員負責結核病個案管理工作。
2. 有專任/專責人員負責結核病衛教工作，並有具體衛教內容及成果者，如衛教項目對象、方式、接受衛教人數等。
3. 列管中照護之結核病新案（含新發現及重開案）為50（含）例以上，設有專任結核病個案管理師負責結核病個案管理工作。

優良項目

1. 負責結核病衛教人員，若為結核病個案管理師訓練合格者，每年接受結核病防治訓練達6小時；**未取得結核病個案管理師訓練合格者，則需每年接受結核病防治訓練達10小時**
2. 列管中照護之結核病新案（含新發現及重開案）每100人，設置專任結核病個案管理師1人。
3. 列管中之結核病個案（不含單純肺外結核個案及外勞）有納入健保專案管理達90%以上，並於中央傳染病追蹤管理系統記載用藥與檢驗紀錄。



項次4.4 具有結核病診治機制

符合項目

1. 有成立常規運作的結核病委員會，前一年通報病例 < 50 例者，可由感染管制委員會兼辦結核病防治業務，並有後續追蹤列管紀錄。
2. 收治 ≥ 50 例結核病例之醫院，至少每三個月開會一次報告收治中之結核病病例診治現況，並有後續追蹤列管紀錄。
3. 結核病委員會平時負責審核院內開出之抗結核藥物處方。
4. 胸腔科或感染科主任或感染管制部門主管或副院長以上層級擔任結核病委員會主任委員。【100床以上】

優良項目

1. 達成符合項目，且下述項目需全部達成。
2. 每個月開會討論結核病病例治療現況並有後續追蹤列管紀錄。。



項次4.5 住院確定為結核病之病人， 有完整的院內接觸者的追蹤資料

符合項目

1. 訂有完整的接觸者追蹤機制。
2. 痰抹片陽性結核病人之院內接觸者中，有提出追蹤列管相關資料之比例 $\geq 90\%$ 。
3. 對痰抹片陰性，但培養鑑定為結核分枝桿菌病人且個案於住院期間曾進行會產生飛沫微粒之醫療處置，或結核病多重抗藥性個案之院內接觸者，可提出追蹤列管相關資料之比率。
4. 有將此機制納入員工在職及勤前教育訓練課程。

優良項目

1. 針對身分為醫院工作人員之院內接觸者，有主動提供結核病的診斷及治療。
2. 對院內接觸者仍持續追蹤，當其於追蹤期間出院，有主動轉介至轄區衛生主管機關持續追蹤。
3. 對身分為醫院工作人員之院內接觸者，當員工於追蹤期間離職，有主動轉介至轄區衛生主管機關接續追蹤之機制。



項次4.6 防疫物資貯存符合規定

符合項目

1. 依防疫物資（N95 口罩、防護衣、外科手術口罩）儲存量符合「防疫物資及資源建置實施辦法」相關規定。
2. 防疫物資儲存條件（溫度、濕度、置於貨架、分類貯存及使用紀錄）符合規定。
3. 防疫物資貯存、領用及耗損留有完整記錄備查。
【100床以上】



105年度醫院感染管制查核基準重點

第5大項

發燒篩檢、動線規劃、隔離措施、
追蹤調查及危機處理



項次5.1 應訂有合適之隔離措施及動線規劃，且訂有大規模感染事件發生之應變計畫，並確實執行

符合項目

1. 急診、門診病人就診動線規劃適當，且張貼明顯告示，提醒就醫民眾與陪病者，若有發燒或/和呼吸道症狀請配戴口罩候診，並有協助發燒或呼吸道症狀病人配戴外科口罩之措施。
2. 對急診檢傷病人及發燒或疑似感染之門診病人有詢問並記錄TOCC之機制
3. 依病人不同狀況訂定符合實務需求的個人防護裝備使用標準，且第一線工作人員均瞭解。
4. 訂有疑似或確定之傳染病個案隔離措施及接觸者疫調追蹤標準作業程序；收治疑似或確定傳染病病人，其病人運送、人員穿脫PPE進出及廢棄物清理之動線規劃適當，並有適當的配套處理措施。若有負壓隔離病室，應能明確顯示負壓狀況（負壓：內部壓力低於外面壓力）及負壓值，並有維護保養檢測紀錄。
5. 訂定新興傳染病疫情或大規模感染事件發生之應變計畫，擬定支援單位及人員的原則及序位；如有新興傳染病疫情或大規模感染事件發生時，應依照衛生主管單位的最新規定，執行防疫措施及動線規劃。



項次5.1 應訂有合適之隔離措施及動線規劃，且訂有大規模感染事件發生之應變計畫，並確實執行

優良項目

1. 擬定及執行新興傳染病疫情或大規模感染事件發生時，支援單位及人員的訓練課程及受訓計畫，並辦理實地或桌上演練
 2. 定期辦理PPE教育訓練(含實際穿脫演練)及動線之實地或桌上演習訓練。
 3. 主動協助社區醫院之感染管制及新興傳染疾病之病人收治，並協助防疫工作。
 4. 確實執行並定期檢討修訂相關機制及因應措施。
- ✓ 評分說明符合項目-1「急診、門診病人就診動線規劃適當，且張貼明顯標示，...」，明顯標示，以電子看板方式呈現亦可。
 - ✓ 評分說明符合項目-2「對急診檢傷病人及發燒或疑似感染之門診病人有詢問並記錄TOCC」，疑似感染泛指所有感染症狀，非僅限於呼吸道感染症狀。



項次5.2 確實執行口罩密合度測試(fit test)

符合項目

1. 依據職業安全衛生設施規則，針對 N95 等級(含)以上口罩之使用，訂有密合度測試機制。
 2. 院方備有二種(含)以上規格之N95 等級(含)以上口罩供人員測試選用。
 3. 針對未能選取到適合口罩款式的工作人員有相關因應機制
- ✓ 評分說明符合項目-2，所指之「二種(含)以上規格之N95 等級(含)以上口罩」，可為相同廠牌、不同型號、不同大小尺寸之N95等級(含)以上口罩。



項次5.3 建置有流感疫情高峰期急診類流感病人分流分治機制

符合項目

- 訂有於流感疫情高峰期間實施急診類流感病人分流分治之機制。
- ✓ 分流係指引導急診類流感病人分室診治之措施，分治之規格不設限(如於急診內另設診療空間或開設類流感特別門診等)。



105年度醫院感染管制查核基準重點

第6大項 員工保護措施



項次6.1 訂有醫療照護人員預防接種、體溫監測及胸部X光檢查等保護措施，並據以落實執行

符合項目

1. 訂有並執行醫療照護人員預防接種防疫措施，如：B 型肝炎與流感疫苗接種。若B 型肝炎表面抗原及表面抗體為陰性者，則應施行B 型肝炎疫苗接種。
2. 對於因暴露於傳染病人而遭受感染之醫療照護人員，醫院應立即為該員進行緊急處理，給予必要預防感染藥物，並列管追蹤。
3. 訂有院內全體醫療照護人員體溫監測計畫，並有體溫異常追蹤及處理機制。
4. 每年至少 90%與病人直接接觸之醫療照護人員及其他常駐工作人員（含外包人力）完成胸部X 光檢查，並有檢查結果異常的追蹤及處理紀錄。
5. 提供醫護人員領有醫療器材許可證之合格。

優良項目

1. 胸部 X 光檢查達成率達95%以上。
2. 檢討因暴露於傳染病人而遭受感染之醫療照護人員被感染原因，避免或減少類似事件發生
3. 依據我國相關指引與建議執行疫苗注射等措施，其中應包括MMR 預防接種，如：高風險單位、新進人員須優先完成接種。新進人員應提出麻疹及德國麻疹抗體陽性證明或完成MMR 疫苗接種紀錄。



項次6.2 對於暴露於病人血液、體液及尖銳物品扎傷事件的預防及處置（包含切傷等其他出血）訂有作業流程

符合項目

1. 安全針具使用比率應符合衛生福利部公布之目標期程規劃。
2. 進行採血或靜脈穿刺，或處理血液、體液等檢體時，應遵循標準防護措施採取感染管制對策（使用手套、洗手等）。
3. 工作人員有可能接觸，或被病人的血液、體液或分泌物飛濺之風險時，工作人員應依其風險穿戴防護用具，如面罩、眼罩或隔離衣（必要時要有防水）等。
4. 各醫療單位、病房及護理站有能安全處理感染性廢棄物及針類廢棄物的容器；且工作人員應明確知悉使用後的尖銳物品處理步驟。
5. 有尖銳物品扎傷事件發生後之追蹤機制，確實執行。且應明確訂定暴露於HIV 危險環境時之相關處理流程，受針扎者應依醫囑儘速於「愛滋病防治工作手冊」之「職業暴露愛滋病毒處理原則」進行處理並有追蹤紀錄。

優良項目

1. 醫院安全針具使用種類及數量，充分滿足臨床需求。
2. 對所有個案有詳盡的列管追蹤紀錄，檢討發生原因，有效執行尖銳物品扎傷之預防



員工保護措施

■ 項次6.1 「訂有醫療照護人員預防接種，並據以落實執行」

- ✓ 評分說明符合項目-1「訂有並執行醫療照護人員預防接種防疫措施」，係指醫院有落實B型肝炎與流感疫苗之接種，流感疫苗接種率應達80%（含）以上。有關流感疫苗接種率之計算方式，分母為103年10月至12月在職之醫事及非醫事人員（含外包人力、整學期固定值勤之醫事實習學生及固定服務之衛生保健志工），並得扣除經評估具接種禁忌症不適合接種之人員，分子為前述人員於該段期間內完成接種人數。

■ 項次6.2 「對於暴露於病人血液、體液及尖銳物品扎傷事件的預防及處置訂有作業流程」

- ✓ 評分說明符合項目-1「安全針具使用比率應符合衛生福利部公布之目標期程規劃。」，105年度標準為「於急診、急救室、加護病房、手術室、透析病房、愛滋病房、感染科病房及高危險群病人全面使用安全針具」且「**全院各單位於具有被感染之高風險醫療行為(如:抽血、注射)時使用安全針具比率達75%**」



105年度醫院感染管制查核基準重點

第7大項

為降低感染風險，提供安全、
乾淨、合宜的照護環境



項次7.1 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

符合項目

1. 濕洗手設備之位置及數量合乎實際需要且功能良好，並於濕洗手設備旁有正確洗手步驟之標示。
2. 醫療照護相關單位濕洗手設備應設置非手控式水龍頭，如：肘動式、踏板式或感應式水龍頭等，並備有液態皂、手部消毒劑及擦手紙，或備有具去污作用之手部消毒劑及擦手紙。
3. 備有方便可及且數量足夠之酒精性乾性洗手液。
4. 醫療照護人員在：(1)接觸病人之前、(2)執行清潔/無菌操作技術之前、(3)有暴露病人體液風險之後(4)接觸病人之後、(5)接觸病人週遭環境之後應確實洗手（洗手可包括乾洗手）。
5. 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。
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。

優良項目

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。
2. 提報手部衛生正確率與遵從率，並進行分析檢討改進。
3. 使用資訊系統或輔助機制提升手部衛生成效。。



項次7.2 確實執行衛材、器械、機器之滅菌及清潔管理

符合項目

1. 自行執行衛材、器械、機器之滅菌及清潔者（設有牙醫及中醫部門須納入）：
 - 1) 各類物品之包裝、消毒、滅菌及有效期間均訂有標準。
 - 2) 以高壓蒸汽滅菌時，生物指示劑至少每週施行1次，若為抽真空式滅菌器，抽真空測試應每天施行，並有紀錄可查。
 - 3) 自行滅菌之衛材包、器械包，每包內側及外側均應有化學性指示器（如包外消毒色帶、包內化學指示條）及標示有效日期，並讓使用者知悉。
 - 4) 環氧乙烷（Ethylene Oxide gas）滅菌時，每鍋次均使用生物指示劑（如：快速判讀生物培養苗），設置場所應有EO濃度監測儀或警示儀（detector），以防止EO外洩並能及時處理。
 - 5) 電漿鍋依滅菌監測感染控制措施指引進行監測並有相關紀錄。
 - 6) 滅菌過程發生異常，應有相關處理規範(含回收機制)。
 - 7) 消毒滅菌相關設備應定期保養，並有紀錄備查。
 - 8) 衛材、器械消毒滅菌相關設備故障時，可迅速處理。
2. 滅菌過的物品應保管於空調較佳處之架子上或有門扇之櫥櫃內；消毒物品能依物品名稱及消毒先後適當置放。
3. 衛材、器械之滅菌業務外包，或租賃手術器械，應妥善監控品質、設有管



項次7.2 確實執行衛材、器械、機器之滅菌及清潔管理

符合項目

1. 自行執行衛材、器械、機器之滅菌及清潔者（設有牙醫及中醫部門者須納入）：
2. 滅菌過的物品應保管於空調較佳處之架子上或有門扇之櫥櫃內；消毒物品能依物品名稱及消毒先後適當置放。
3. 衛材、器械之滅菌業務外包，或租賃手術器械，應妥善監控品質、設有管理辦法及進行例行性稽查，並有紀錄備查。
4. 各項監測有持續性紀錄。
5. 工作人員清楚各項指標意義及處理異常情況

優良項目

1. 快消式高壓蒸氣滅菌鍋（俗稱快消鍋）不應該做為常規性或器械不足夠理由使用，滅菌過的物品需當次使用。
2. 定期探討及分析滅菌過程或外包業務（含租賃手術器械），如有異常情況應進行檢討及改善。

✓ 評分說明符合項目-1(1)所提之包裝，應參考相關指引建議，於滅菌物品的包裝上，除了滅菌指示帶外，其他的膠帶、安全別針、繩子、紙夾、訂書針或其他尖銳物都不應該使用於滅菌物品的打包網綁。



項次7.3 供應室應配置適當人力，清潔區及污染區應做區隔且動線規劃合宜

符合項目

1. 依確保必要人力之充足並有專責人員負責衛材器械之消毒與管理業務，並有護理人員監督。
2. 主管應出席感染管制委員會，必要時專責人員應共同出席。
3. 若設有滅菌設備，應由合格人員操作。
4. 處理物品時，工作人員需穿戴合適之防護用具
5. 滅菌過的物品需使用清潔並加蓋之推車搬運及配送（滅菌物品和回收物品之置放車要區分）
6. 供應室環境整潔，清潔區及污染區應有適當的區隔。
7. 落實執行及定期監測供應室溫度及濕度，並有紀錄備查。【100床以上】

優良項目

1. 供應室有合宜的動線規劃和人員管理辦法。
2. 建立機制有監測數據，定期探討及分析，如有異常情況應進行檢討及改善。
3. 供應室空調設置符合感管原則，並有佐證資料



項次7.4 定期環境監測與醫材管理機制

符合項目

1. 對於醫療環境清潔工作訂有標準作業程序並設有查檢表，且有相關機制教育環境清潔人員熟悉內容。
2. 若設置內視鏡室、氣管鏡室及肺功能室者，應符合以下項目：
 - 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。
 - 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。
 - 3) 氣管鏡室具負壓或抽風等設備，且有維護保養紀錄。
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。
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。



項次7.4 定期環境監測與醫材管理機制

優良項目

1. 肺功能室具負壓或抽風等設備，且有維護保養紀錄。
2. 對監測結果定期檢討，研訂改進措施並確實落實，有紀錄備查。
3. 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。
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。
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，且教育工作人員熟悉相關內容。。



項次7.5 定期辦理檢驗室各項安全設施及設備保養、維護、功能測試及相關之安全防護教育訓練

符合項目

1. 訂有檢驗室安全設施（如生物安全櫃、高壓滅菌器）及設備保養維護計畫，且有實際保養維護紀錄。
2. 訂有檢驗室人員接受安全防護教育訓練課程，並有相關資料備查。
3. 實驗室安全防護及流程等相關訊息發予相關同仁，並確實執行。

優良項目

1. 檢驗單位若有生物安全第二等級以上實驗室，應有安全防護實務操作演練。
2. 檢驗單位若有結核病負壓實驗室或生物安全第三等級實驗室，應出具主管機關實驗室生物安全查核無缺失或已完成改善之證明，或主管機關同意其改善計畫之證明。
3. 針對異常事件或實務演練結果進行探討及改善，執行成效良好。



為降低感染風險，提供安全、乾淨、合宜的照護環境

■ 項次 7.3 「供應室應配置適當人力，清潔區及污染區應做區隔且動線規劃合宜」

- ✓ 依據醫療機構設置標準「附表一 綜合院、醫院設置標準表」規定急性一般病床 100 床以上者應設供應室，及「附表三、精神科醫院設置標準」規定精神科醫院應設置供應室，進行設定，故精神科醫院不得免填。
- ✓ 供應室中可存放拋棄式無菌衛材，但不可採取整箱存放方式，應在供應室外將包裝箱拆除，並與自行滅菌之無菌衛材置放在不同的儲物架。

■ 項次 7.4 「定期環境監測與醫材管理機制」

- ✓ 若醫院設有牙科，查核動線應包括牙科診間。惟依據醫策會公布之105年醫院評鑑之評量項目及委員共識，有關評分說明提及牙醫、中醫部分，105年屬試評範圍，不納入本項之評量成績(可列入缺失及改善建議中)。



105年度醫院感染管制查核基準重點

第8大項

醫院感染管制及傳染病教育訓練



項次8.1訂有完善的員工感染管制教育訓練計畫

符合項目

1. 訂有完整的員工感染管制教育訓練計畫，內容包括對標準防護措施、感染途徑別防護措施、個人防護裝備、群聚感染之偵測與處理、臨床上抗生素使用原則等，並配合主管機關政策調整訓練內容。
2. 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。
3. 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 $\geq 80\%$ 。
4. 因應國內外疫情訂有新興與再浮現傳染病之防治教育訓練計畫，且具有多項配套宣導措施，如依人員別設計教育教材教案，並依國際最新資訊修正內容。

優良項目

1. 醫院全院員工（含外包工作人員）感染管制教育訓練活動內容品質良好，紀錄詳實，且有測驗機制，確認人員之在職教育訓練成效良好。
2. 醫院全體員工（含外包工作人員）感染管制繼續訓練時數符合達標準之比例應 $\geq 95\%$ 。



8.1訂有完善的員工感染管制教育訓練計畫

- ✓ 評分說明符合項目 -1所提「訂有完整的員工感染管制及傳病教育訓練計畫」係依醫院需求及新興傳染疫情，進行員工教育訓練內容之規劃、更新。
- ✓ 評分說明符合項目 -2「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）教育訓練」，因此查核時若新進人員到職已屆滿半年，則未完成感染管制教育訓練者，視為不符合；若到職尚未滿半年且受訓時數未達 6小時者，不視為不符合。
- ✓ 評分說明符合項目 -3「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) ...」，係指感染管制及傳病教育訓練課程內容須包含 TB 防治，但**TB** 防治課程時數可由醫院自行規劃。



105年度醫院感染管制查核基準重點

第9大項

抗生素抗藥性管制措施



項次9.1 應有抗生素使用管制措施及執行情形紀錄表

符合項目

1. 每半年至少辦理 1 次以上全院性「適當使用抗生素」之講習，且臨床醫師每年至少參加一次。
2. 醫院訂有抗生素使用管制措施，且醫師可隨時查閱如何適當使用抗生素之資料。
3. 非管制性抗生素使用情形合理：隨機審查病歷，各項有關病人使用非管制性抗生素之情況，應於病歷中詳載。
4. 管制性抗生素使用情形合理：隨機審查病歷，各項有關病人使用管制性抗生素之情況，應於病歷中詳載。

優良項目

1. 對所有類別抗生素之使用均有適當的監測機制，並分析不符合抗生素使用管制之情況，提出改善措施，確實執行。
2. 對所有管制性抗生素使用均有審查機制，落實分析檢討及改善。
3. 醫院設置抗生素檢核資訊系統，於醫師開立抗生素處方時有提醒機制。



項次9.2 正確使用手術預防性抗生素

符合項目

隨機審查病歷，各項有關病人使用預防性抗生素之情況，應於病歷中詳載。

1. 需用預防性抗生素時，應在手術劃刀前1 小時內，給予第一劑預防性抗生素（剖腹產則可在臍帶結紮切除後立即給予預防性抗生素）。
2. 手術預防性抗生素使用時機及選藥時應符合我國抗生素使用指引
3. 劑量應與體重相符並有考慮病人肝腎機能。

優良項目

1. 一般清淨手術後，於術後不再繼續使用抗生素，重大手術抗生素使用符合我國抗生素使用指引，如有異常時，應於病歷上說明。
2. 手術中視必要（考慮藥品動態學）需追加抗生素。
3. 訂有手術預防性抗生素使用監測及改善回饋機制，並落實執行。



項次9.3 門診抗生素使用情形合理

符合項目

隨機審查病歷

1. 有需要才用抗生素；使用抗生素時，病歷上應說明用藥理由。
2. 一般明顯急性感冒不可使用抗生素。
3. 抗生素使用種類及劑量合理並有考慮病人體重及肝腎機能。

優良項目

1. 抗生素使用期間合理，如有異常時，應於病歷上說明。
2. 訂有門診抗生素使用監測及改善回饋機制，並落實執行
3. 設有門診抗生素管制流程與提醒之資訊系統。。



項次9.4 對多重抗藥性菌種作有效的管理及通報

符合項目

1. 感染管制負責人員可掌握分離出的病菌特別是多重抗藥性微生物（如：CRE、CRAB、VRE、MRSA等），能依據檢體種類及病房別且對感染菌種之分離件數、抗生素之感受性等資料有分析報告
2. 每年定期製作全院性臨床分離菌種抗生素感受性報告，並將最新統計報告分發給每位醫師或公告於院內網路，醫師可隨時查閱。
3. 在注意病人隱私下，標示出帶有特定多重抗藥性微生物感染或移生（colonization）的病人，進行適當的隔離，並確實掌握多重抗藥性微生物感染個案情況。
4. 配合政策將多重抗藥性相關資料通報至衛生福利部疾病管制署。

優良項目

1. 至少每半年能有院內感染分離菌種統計報告，並定期分發給每位醫師及其他相關單位或人員或在院內網路上公佈。
2. 訂有相關機制，確認每位醫師了解相關訊息。
3. 每半年進行抗藥性趨勢與抗生素用量分析。
4. 根據分析報告，研擬對策付諸實行，特別是針對CRE、CRAB、VRE、MRSA等多重抗藥性微生物之感染個案。。



抗生素抗藥性管制措施(1/2)

- **項次9.1 「應有抗生素使用管制措施及執行情形紀錄表」**
 - ✓ 實地查核有關本項基準之評量方式請醫院提供住中或已出院的ICU病房或肺炎敗血症例清單，由查核委員從中挑選至少3本病歷審查，並依據「核項次9.1、9.2、9.3查檢表」逐項進行非管制性與抗生素使用情形之審查，前項「查核項次9.1、9.2、9.3查檢表」需於核當日由衛生局查檢表」需於核當日由衛生局攜回存留。此外，病歷審查形式不局限於紙本病歷，電子病歷亦可認計。
- **項次9.2 「正確使用手術預防性抗生素」**
 - ✓ 實地查核有關本項基準之評量方式請醫院提供住中或已出院且接受TKP或THR或CABG或甲狀腺切除術或剖腹產或鼠蹊疝氣修補術或其他清淨手術病人之清單，由查核委員從中挑選至少3本病歷審查，並依據「核項次9.1、9.2、9.3查檢表」逐項進行預防性抗生素使用情形之審查。



抗生素抗藥性管制措施(2/2)

■ 項次9.3 「門診抗生素使用情形合理」

- ✓ 實地查核有關本項基準之評量方式請醫院提供當日或前3日內之家醫科、耳鼻喉科、內科、兒科、免疫風濕科等門人之清單(不需事先篩選有無使用抗生素)，由查核委員從中挑選至少10本病歷審查。

■ 項次9.4 「對多重抗藥性菌種作有效的管理及通報」

- ✓ 評分說明符合項目 -3「在注意病人隱私下，標示出帶有特定多重抗藥性微生物感染或移的病人，進行適當隔離並確實掌握多重抗藥性微生物感染個案的現況」所提病人隱私包含不呈現病人姓名、疾稱名稱、菌種，其標示係由各醫院自行規劃並執；另「標示」應為醫全體同仁所知悉。



105年度醫院感染管制查核基準重點

第10大項

特殊照護服務之感染管制防制措施



項次10.1 透析照護服務之感染管制作業

符合項目

1. 透析室之所有員工有 B、C 型肝炎之檢查紀錄
2. 透析室每 30 張透析床至少有一個腳踏式或感應式洗手設備且每張透析床都有乾洗手設備。
透析室或每一樓層有緊急沖洗設備。
3. 每月至少一次監測透析用水之菌落數，必須少於200cfu/ml。每季至少一次所有機台的透析液菌落數，必須少於200cfu/ml。
4. B 型肝炎透析病人需分區及分床(透析機)，C 型肝炎透析病人需有分床之安排，且班與班之間機器必須徹底消毒，以及每日最後一班結束後之消毒。
5. 門診透析病人均**定期監測**，並有建立肝炎監測異常者有追蹤處置。
6. 門診透析病人一年內 B 肝及C 肝轉陽性率：血液透析 $\leq 5\%$ ，腹膜透析 $\leq 3\%$ 。

優良項目

1. 對未感染員工有 B、C 型肝炎之定期追蹤檢查紀錄。
2. 透析室每 15 張透析床至少有一個腳踏式或感應式洗手設備。
3. 訂有透析用水之菌落數監測計畫，對每次培養菌落數之結果有標準處理流程。
4. 各項紀錄完整，定期檢討改進。
5. 對於有隔離需求的病人應有合宜規劃。



項次10.2 呼吸照護服務感染管制作業【99床以下】

符合項目

1. 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。
2. 呼吸治療所使用之蒸餾水，一律採用無菌之蒸餾水。
3. 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。
4. 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”。
5. 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。



項次10.2 呼吸照護服務感染管制作業【100床以上】

符合項目

6. 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；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。
7. 呼吸器無法拆除的部份之終期消毒，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。
8. 單位內需具有隔離病室。

優良項目

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。
2. 單位內需具有負壓隔離病室。
3. 定期會議檢討單位內感管措施。



特殊照護服務之感染管制防制措施

■ 項次10.1 「透析照護服務之感染管制作業」

- ✓ 評分說明符合項目 -2 所提「**緊急沖洗設備**」依據台灣腎臟醫學會「血液透析及腹膜評量作業說明」之定義係指「每一樓層均有蓮蓬頭或噴灑設備即可」。
- ✓ 評分說明符合項目 -5及優良項目 -1所提「**定期**」，均以每年計之。

■ 項次10.2 「呼吸照護服務感染管制作業」

- ✓ 評分說明符合項目 -1所提「呼吸治療裝置使用單一包裝並標示有效日期」，其中「**有效日期**」範圍會受消毒方式及消毒後醫材之包裝材質、存放環境等因素影響，建議參考指引、文獻或依實證經驗，送交院方相關會議研議訂定。



社團法人台灣感染管制學會

謝 謝 聆 聽

『醫院感染管制查核重點說明』

檔案下載:<https://www.nics.org.tw/>

社團法人台灣感染管制學會

E-mail: nics@nics.org.tw

Infection Control Society of Taiwan



社團法人台灣感染管制學會

敬請指教

高雄市政府衛生局

社團法人台灣感染管制學會

TEL:02-2375-9181/2375-9187

E-mail: nics@nics.org.tw