

101-102 年度醫院醫療品質及病人安全年度工作目標

目標	101-102 年執行重點
目標一：提升用藥安全	<ul style="list-style-type: none"> ◎提升病人及照護者安全用藥的能力 ◎加強慢性疾病病人用藥安全 ◎落實用藥過敏及不良反應史的傳遞 ◎運用資訊提升用藥安全 ◎加強高警訊藥品的使用安全
目標二：落實感染控制	<ul style="list-style-type: none"> ◎落實手部衛生遵從性及正確性 ◎落實抗生素使用管理機制 ◎落實組合式照護(bundle care)的概念，降低醫療照護相關感染
目標三：提升手術安全	<ul style="list-style-type: none"> ◎落實手術辨識流程及安全查核作業 ◎提升麻醉照護品質 ◎落實手術儀器設備檢測作業 ◎避免手術過程中造成的傷害 ◎建立適當機制，檢討不必要之手術
目標四：預防病人跌倒及降低傷害程度	<ul style="list-style-type: none"> ◎落實執行跌倒風險評估及防範措施，尤其是特定族群如兒童、老人…等 ◎提供安全的照護環境，降低跌倒傷害程度 ◎跌倒後檢視及調整照護計畫
目標五：落實病人安全異常事件管理	<ul style="list-style-type: none"> ◎營造異常事件通報文化，並參與全國性病人安全通報系統 ◎對異常事件進行分析 ◎營造正向病安文化，建立異常事件相關人員支持系統
目標六：提升醫療照護人員間的有效溝通	<ul style="list-style-type: none"> ◎落實交接班資訊傳遞之完整與及時性 ◎落實轉運病人之風險管理與標準作業程序 ◎落實醫療照護人員間醫囑或訊息傳遞的正確性 ◎落實檢驗、檢查、病理報告之危急值或其他重要結果及時通知與處理 ◎加強團隊溝通技能
目標七：鼓勵病人及其家屬參與病人安全工作	<ul style="list-style-type: none"> ◎鼓勵醫療人員主動與病人及其家屬建立合作夥伴關係 ◎提供民眾多元參與管道 ◎鼓勵民眾通報所關心的病人安全問題 ◎主動提供病人醫療安全相關資訊
目標八：提升管路安全	<ul style="list-style-type: none"> ◎落實管路使用之評估及照護 ◎提升管路置放安全及減少相關傷害 ◎加強團隊合作，提供整合性照護
目標九、強化醫院火災預防與應變	<ul style="list-style-type: none"> ◎加強防火設施(備)及管理 ◎制訂全院及各單位之火災緊急應變計畫 ◎落實人員防火教育及火警應變訓練
新目標：加強住院病人自殺防治	<ul style="list-style-type: none"> ◎加強環境安全 ◎建立住院病人自殺風險評估機制 ◎提供自殺高風險個案之個別化照護、溝通與支持 ◎建立照護及轉介機制

101-102 年度醫療品質及病人安全年度工作目標

目標一、提升用藥安全

執行策略	一般原則	參考做法
一、提升病人及照護者安全用藥的能力	1.1 醫療機構應建立以病人為中心之用藥機制，以加強病人對所用藥品的認識並提高病人對醫囑的遵從性。	<p>1.1.1 醫療人員應依據病人或照顧者之特性及教育程度，以病人瞭解的語言或運用適當方式提供用藥資訊及衛教指導。</p> <p>1.1.2 交付藥品給病人前應主動提供用藥指導並確認病人已瞭解，說明內容包括藥品名稱、劑型、劑量、用藥方式、服用時間、藥品作用及副作用、服藥時應特別注意事項及忘記服藥時之處理。</p> <p>1.1.3 醫療機構應設有多元管道如藥品諮詢、專題衛教、藥品資訊查詢網站、電話專線等，提供病人藥品使用資訊，或反映藥品使用問題，以加強病人對所用藥品的認識並提高病人對醫囑的遵從性。</p>
二、加強慢性疾病病人用藥安全	2.1 醫療機構應建立慢性疾病病人長期用藥監測機制，避免重複用藥或產生藥品交互作用。	<p>2.1.1 慢性疾病病人就診時，醫師應主動詢問病人在其他醫療機構/診所的用藥情形，並推廣用藥紀錄卡。</p> <p>2.1.2 若病人使用與食物有交互作用之高危險藥品或長期使用可能引起副作用之藥品時，醫療機構應主動提供相關資料及用藥指導。</p> <p>2.1.3 醫療機構應主動整合病人所有用藥以提升用藥安全。</p>
三、落實用藥過敏及不良反應史的傳遞	3.1 醫療人員應主動詢問病人目前用藥情形與用藥過敏史及不良反應史，並確實登錄與更新。	<p>3.1.1 醫療機構應設定藥品過敏及不良反應史的登錄流程；病人就醫時，應主動詢問病人用藥過敏及不良反應史，確實登錄於紙本或電子病歷首頁，並及時更新。</p> <p>3.1.2 醫師開立處方前，應詢問病人或再次查閱病歷資料，確認病人藥品過敏史。</p> <p>3.2.1 藥品過敏相關資訊與提示系統，應同步建置或連結於不同醫令系統中，以及時提供予所有醫療照護人員共同把關。</p>

執行策略	一般原則	參考做法
	3.2 醫療團隊應透過各種方法，有效傳遞病人用藥過敏史。	3.2.2 病人藥品過敏史資料應可呈現在各種與病人有關之紙本或資訊醫療紀錄中（如處方箋、配藥單、用藥紀錄或給藥紀錄），讓醫療人員在各項醫療過程中，能再次核對與確認。
四、運用資訊提升用藥安全	4.1 醫療機構可於照護流程中運用資訊技能，提升用藥安全。	<p>4.1.1 醫療機構之電腦醫令系統，應優先建立自動偵測病人重複用藥、劑量、藥品交互作用及特殊族群（如：老人、小兒、孕婦）用藥安全之機制。</p> <p>4.1.2 應對病人所接受的治療與之前的處方或用藥情形有連貫性的審視。當病人轉病房或轉院時，應將完整之病人藥品治療明細正確的傳遞給下一位照護者。</p> <p>4.1.3 運用多元資訊管道將藥品安全警訊提供給醫療相關人員。</p>
五、加強高警訊藥品的使用安全	<p>5.1 提升高警訊藥品的使用認知</p> <p>5.2 應有主動監測高警訊藥品療效與副作用的機制</p>	<p>5.1.1 對醫療人員、病人及主要照顧者加強用藥教育與指導。</p> <p>5.1.2 操作特定高警訊藥品的醫療人員應有適當的防護。</p> <p>5.2.1 監測高警訊藥品的使用劑量與醫囑遵從性。</p> <p>5.2.2 藥品使用時，可能因副作用而危害病人健康者，須進行療效管理並建立評估機制，以避免造成傷害，確保藥品治療品質。</p>

101-102 年度醫療品質及病人安全年度工作目標

目標二、落實感染控制

執行策略	一般原則	參考做法
<p>一、落實手部衛生遵從性及正確性</p>	<p>1.1 醫療機構應建置完善的洗手設備，以提高人員落實手部衛生之可近性</p> <p>1.2 應透過各種方式宣導並落實確認必須的洗手時機及方式</p>	<p>1.1.1 建置完善的洗手設備</p> <ul style="list-style-type: none"> • 濕洗手設備：備有非手控式水龍頭、手部清潔液、擦手紙及洗手步驟圖。手部清潔液可準備液態皂及手部消毒劑，或準備兼具去汙作用之手部消毒劑。濕洗手設備應設置於所有醫療照顧單位，如病房、加護病房、血液透析室及門診診間等。 • 乾式洗手設備：酒精乾式洗手設備，設置於醫院出入口、電梯間等公共區域，以及病房、加護病房、血液透析室及門診診間。工作車、急救車、換藥車亦應配置。 <p>1.1.2 定期檢視各類洗手設備，補充性洗手溶液，應標示有效期限並注意容器清潔。</p> <p>1.2.1 醫護人員及需參與醫療照護的人員必需執行手部衛生的五大重要時機：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 接觸病人前。 • 執行清潔或無菌技術操作前。 • 暴露於病人體液風險之後。 • 接觸病人後。 • 接觸病人週遭環境後。 <p>1.2.2 其他人員（院內從業人員、外包人員、病人及訪客）於進出醫院或接觸病人前後亦需進行洗手。</p> <p>1.2.3 執行正確的洗手方式</p> <ul style="list-style-type: none"> • 當雙手沾到血液、體液，或可能接觸到病毒或產孢菌時，應使用抗菌肥皂清除髒污並用清水清洗，以維護手部衛生。 • 在執行醫療作業時，雙手沒有明顯髒污可使用以酒精為基底的乾洗手劑維護手部衛生。

執行策略	一般原則	參考做法
<p>二、落實抗生素使用管理機制</p>	<p>2.1 醫療機構不論規模大小，皆應由管理領導階層支持，建立基本的抗生素管理機制。管理範圍需涵蓋門診及預防性抗生素使用。</p> <p>2.2 應由相關醫護人員，共同組成抗生素管理團隊。</p>	<p>1.2.4 不得以穿戴手套取代洗手。</p> <p>2.1.1 抗生素管理由主管級醫師負責。</p> <p>2.1.2 抗生素藥物品項需有數量節制。</p> <p>2.1.3 抗生素處方有專責審核人員。</p> <p>2.2.1 由審核醫師、藥師、醫檢師與使用抗生素的醫師代表..等，共同組成團隊，進行抗生素管理。</p> <p>2.2.2 定期發佈細菌抗藥性統計，進行趨勢分析。</p> <p>2.2.3 應定期監測與統計抗生素使用情況，對不當使用進行分析與檢討改善。</p> <p>2.3.4 提供處方醫師使用抗生素相關教育訊息，以促進抗生素處方醫師與審核醫師有效溝通。</p> <p>2.3.5 建議運用資訊系統進行抗生素管理。</p>
<p>三、落實組合式照護(bundle care)的概念，降低醫療照護相關感染</p>	<p>3.1 對於容易造成感染之醫療處置(如血流感染、泌尿感染)，實施具有實證醫學證實有效的介入措施，以集結這些措施的效果，讓介入成效最大化</p>	<p>3.1.1 對於置放中央導管的病人，應同時採取下列措施，以降低中央導管相關血流感染(CLA-BSI, Central Line Associated Blood Stream Infection)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 確實執行手部衛生。 • 置放中央導管時，執行者與病人皆需使用最大面積的覆蓋防護。 • 置放中央導管需徹底進行皮膚消毒，消毒液採用 2% chlorhexidine 為佳。 • 慎選置放中央導管的位置，宜避免使用鼠蹊部為置放部位。 • 例行性評估中央導管不再需要時應立即拔除。 <p>3.1.2 對於留置性導尿管的病人，應同時採取下</p>

執行策略	一般原則	參考做法
		<p>列措施，以降低留置性導尿管相關尿路感染(CA-UTI, Catheter Associated Urinary Tract Infection)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 減少不必要的留置性導尿管：放置留置性導尿管要有明確的適應症，且無其他更好的替代方案。一旦適應症不再存在，要立刻移除。 • 放置留置性導尿管需無菌操作。 • 放置留置性導尿管後需注意：保持系統的封閉性、尿袋高度維持在膀胱高度以下、不得使用預防性抗生素、無症狀則不應做尿液培養篩檢。 <p>3.1.3 對於手術病人，建議應該同時採取下列措施，以降低手術部位感染(Surgical Site Infection)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 預防性抗生素的使用；應於劃刀前 1 小時內靜脈注射、藥品選擇必須遵照準則、手術結束後 24 小時內停止使用。 • 適當的去除毛髮；如果手術沒有除毛之需要時，應避免去除毛髮。如有需要，應盡可能在接近傷口切開的時間完成，而且，應使用剪毛器，不宜使用剃刀。 • 加強糖尿病病人血糖控制；應常規性對所有病人在手術前檢驗血糖濃度以判斷是否有高血糖症，而且最好是早點做而有足夠的時間完成風險評估及啟動適當的治療。 • 維持正常體溫；建議可使用加熱的靜脈輸液或手術前、手術中與恢復室內讓病人使用加熱的毯子。

101-102 年度醫療品質及病人安全年度工作目標

目標三、提升手術安全

執行策略	一般原則	參考做法
<p>一、落實手術辨識流程及安全查核作業</p>	<p>1.1 落實病人辨識。</p> <p>1.2 落實手術部位標記及辨識。</p> <p>1.3 手術安全查核項目應</p>	<p>1.1.1 麻醉及手術前醫療人員應主動詢問：「您的大名是？您的生日？您要做的檢查或手術是在什麼部位？左側或右側？」。如病人無法回應問題，可改向家屬或陪同人員確認取代。</p> <p>1.1.2 使用至少二種以上資料辨識病人身分，如：姓名、出生日期、病歷號碼、住址、照片或其他特殊辨識標記，切忌以病床號代替病人。二種以上辨識病人資料也可在手圈及檢驗單等位置呈現，惟仍需經過主動確認過程。</p> <p>1.2.1 手術前應由醫院認可有執照的醫療專業人員(最好是手術團隊成員)與病人(或家屬)共同確認手術部位並做標記。手術部位標記須於離開病房、急診、或加護病房前即完成。麻醉誘導前如發現標示未完成者，需由手術醫師及病人共同完成確認並標示後方可進行麻醉。標記以在手術部位皮膚消毒準備完成後仍能辨識為原則。手術部位標記符號應維持一致；非手術部位勿做任何劃記，以免混淆。</p> <p>1.2.2 有左右區別的手術、多器官、多部位手術(例如：肢體或指節)、或多節段手術(例如：脊椎)尤應重視手術部位標記。病人拒絕標記或解剖學上無法標記的部位(例如：口腔、牙齒、陰道、尿道、肛門)可以用書面記載代替(如：人形圖)。</p> <p>1.2.3 手術開始前所有病歷、實驗室及影像檢查資料均應完備。</p> <p>1.3.1 醫療機構應研訂術前準備查核表，以確認是</p>

執行策略	一般原則	參考做法
	<p>包括：術前照護、病人運送、擺位、感染管制、各項衛材之計數、儀器設備、放射線使用、正確給藥、輸血、檢體處理及運送等安全作業。</p>	<p>否禁食、假牙及首飾移除、皮膚清潔、是否灌腸、備血等，以及對不同手術之特殊準備項目，例如病歷、檢查及影像報告、使用藥品（如抗生素）是否攜帶、手術及麻醉同意書及手術部位標示是否完成等亦應列入檢查項目，並確實交班。</p> <p>1.3.2 重症病人運送手術室，應有檢查機制確認隨行人員、呼吸器之設定，及各類監視器、幫浦、管路之種類及數量、使用中藥物之劑量等，並確實交班。</p> <p>1.3.3 手術前應確認病人是否有藥物過敏史、持續服用抗凝血藥物、血小板過低、貧血、及其他足以影響手術安全之病史等。</p> <p>1.3.4 建議制定手術安全查核機制，分別於不同時機確認病人身分及手術部位：</p> <p>(1)病人於離開病房、急診、或加護病房前；</p> <p>(2)病人抵達手術室等候區時；</p> <p>(3)手術開始前。並由確認人員在各時間點記錄並簽名以示負責（可參考附件：手術安全查核表）。</p> <p>1.3.5 在劃刀前，應有一小段作業靜止期 (time-out)，由團隊成員其中一人清楚唸出查檢項目（如：病人姓名、年齡、術式（包含左右部位）等，可參考附表：手術安全查核表中「劃刀前」查檢項目內容），並經所有麻醉及手術成員共同確認。若發現查核流程未完成或有任何異常，應立即提出疑問，手術小組暫停手術直到問題澄清為止。</p> <p>1.3.6 手術中備血及輸血應有雙重核對之標準作業流程，並留下記錄。</p> <p>1.3.7 傷口縫合前及縫合後應清點手術器械、紗布</p>

執行策略	一般原則	參考做法
		<p>和針頭等。</p> <p>1.3.8 在病人離開手術室送至恢復室之前，手術醫師、麻醉醫師及護理人員應交班說明在恢復室和治療期間的主要注意事項，並提出手術過程中有無任何設備問題。</p> <p>1.3.9 每一個檢體容器上應有至少二種屬於病人的基本辨識資料(通常為病人之全名、出生日期、病歷號碼)，並需載明檢體之來源(器官、組織、左右側等)。檢體應有雙重核對之標準作業流程。</p>
<p>二、提升麻醉照護品質</p>	<p>2.1 應由麻醉專科醫師負責或在其全程指導下完成麻醉前評估、麻醉中的生理監控及手術後的恢復，並訂有標準作業流程。</p> <p>2.2 麻醉機、各類監視器及麻醉藥物之管理及使用應建立標準機制。</p>	<p>2.1.1 除急診病人外，麻醉醫師應於病人進入手術室前完成術前訪視並填妥麻醉前評估表。依病情需要進行會診。麻醉計畫、併發症及風險應予說明，確認病人及家屬已了解方可簽署麻醉同意書。</p> <p>2.1.2 全身及區域麻醉，應由麻醉專科醫師負責執行或在其全程指導下由麻醉護理師完成。麻醉護理師應受專門訓練，恢復室護理師應受過麻醉或手術後病人恢復照護之專門訓練。</p> <p>2.1.3 對高風險麻醉之病人，應有事先對麻醉團隊提醒之機制；術後對高風險之病人，有對後續照護團隊交班及運送之標準作業流程。</p> <p>2.1.4 宜建立病人送出恢復室之標準及流程，包含門診手術病人出院標準及注意事項、住院手術及加護病房手術之病人送出標準及交班流程等。</p> <p>2.2.1 為提升麻醉安全，應定期檢測麻醉機及基本生理監視器應包含心電圖、血壓計、體溫計、動脈血氧濃度及潮氣末二氧化碳監視器等設備儀器。</p>

執行策略	一般原則	參考做法
		<p>2.2.2 每位麻醉同仁均清楚麻醉和急救藥品及醫材之存放位置，已抽取藥品均應在針筒上以不同顏色標籤標示藥名，並註明藥物濃度。注射前有再確認及覆誦的機制。</p> <p>2.2.3 建立麻醉藥品抽藥準備與黏貼標籤標準作業流程。</p>
<p>三、落實手術儀器設備檢測作業</p>	<p>3.1 手術儀器及設備應定期保養並留有記錄。手術儀器使用前應確認功能良好及適當。</p> <p>3.2 手術器械應有手術前後清點及交班機制。</p>	<p>3.1.1 手術儀器及設備應定期保養並留有記錄，並視必要與廠商訂定保養合約。適當訂定設備使用次數或年限。</p> <p>3.1.2 手術儀器及設備使用前皆須確認功能良好，需用電之特殊設備（如電刀、雷射等）應留意瓦數適當，避免中途故障或造成傷害。</p> <p>3.2.1 手術器械於手術後均應根據清單清點無誤，如發現短少時或無法尋獲，應於最短時間內於手術部位進行放射線攝影等檢查。</p>
<p>四、避免手術過程中造成的傷害</p>	<p>4.1 應依病人特性、術式及手術時間，給予適當減壓措施，以利良好循環</p> <p>4.2 手術過程中，熱源及易燃物，應有適當防護</p>	<p>4.1.1 搬動病人時，需有足夠的人員，動作需符合人體工學，以免受傷。</p> <p>4.1.2 擺位時，應注意不可影響病人呼吸及身體任何部位的血液供應，並必須保護神經，防止受到不適當的壓力。</p> <p>4.1.3 評估手術中發生壓瘡的風險因子，例如：手術時間、手術擺位、失血量等。</p> <p>4.1.4 對於長時間手術的病人，應對病人執行減壓措施，以利良好循環。</p> <p>4.1.5 機構可制定監測手術期壓瘡發生率的計劃。</p> <p>4.2.1 病人在手術中的燙傷大都是因為皮膚接觸各類能源，其中化學藥品、電力、或熱源是首要的原因。</p> <p>4.2.2 使用於皮膚上之所有易燃性的消毒液還未完全乾燥前，不要鋪單。如果有多餘或積</p>

執行策略	一般原則	參考做法
		<p>聚的液體時，必須將其擦乾。</p> <p>4.2.3 在接近手術部位的洞巾開口處之鋪單下可能會有高濃度的氧氣聚積，必須特別注意。</p> <p>4.2.4 氣道內為高含氧環境，進行氣道手術時儘可能避免使用高濃度氧氣（濃度>50%）及電燒切入，氣管內管應進行絕緣措施。雷射手術時應使用專用氣管內管，防止穿透燃燒。（如：進行氣管切開手術時，宜將麻醉機氧氣濃度降至 40%以下，並儘量避免使用電燒來切開氣管。）</p> <p>4.2.5 針對帶電之手術器械（如各類電刀、電燒、雷射及內視鏡等）其操作注意事項應列入標準作業流程，提醒醫護人員遵行，以達到預防發生手術引起火災的可能性。</p>
五、建立適當機制，檢討不必要之手術	5.1 醫療機構應有適當機制，以定期檢討手術的適當性。	5.1.1 醫療機構應設置相關組織，如病理組織委員會（Tissue Committee），並有適當機制定期檢討手術之適當性，以避免不當或不必要之手術。

手術安全查核表

麻醉誘導前 (Before induction of anaesthesia) (參與者：護理人員/麻醉人員)
●是否已確認病人資料、手術部位、手術名稱，以及麻醉/手術同意書？ <input type="checkbox"/> 是
●手術部位是否已標示 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不適用
●是否已完成麻醉設備與藥物安全評估之查檢？ <input type="checkbox"/> 是
●是否已確認血氧飽和濃度儀已安裝且功能正常 <input type="checkbox"/> 是
●病人是否有： 已知的過敏？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 發生困難插管或吸入性肺炎的風險？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，已備有儀器設備或後援。 失血量超過 500ml (孩童 7ml/kg) 的可能？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，已具有至少兩條靜脈/中央靜脈導管之準備並備妥適當之輸液

劃刀前 (Before skin incision) (參與者：護理人員、麻醉人員、主刀醫師)
<input type="checkbox"/> 確認手術團隊成員認識彼此的姓名與角色
<input type="checkbox"/> 手術醫師、麻醉人員及護理人員共同口頭確認病人的姓名、手術部位、手術名稱
●是否已在劃刀前 60 分鐘內給予預防性抗生素？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不適用
●重要事項評估： 手術醫師： <input type="checkbox"/> 確認有無急迫或非原訂計畫的手術步驟。 <input type="checkbox"/> 評估手術時間。 <input type="checkbox"/> 預期失血量為何。 麻醉人員： <input type="checkbox"/> 確認病人有無應注意之特殊狀況。 護理人員： <input type="checkbox"/> 確認無菌區內所有用物已完成滅菌。 <input type="checkbox"/> 確認器械無異常。
●是否已確認與手術相關的影像資料？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不適用

病人送出手術室前 (Before patient leaves operating room) (參與者：護理人員、麻醉人員、主刀醫師)
由護理人員與手術團隊共同口頭確認下列事項： <input type="checkbox"/> 手術名稱已記錄 <input type="checkbox"/> 手術器械、紗布與針頭清點數量正確（或本項不適用） <input type="checkbox"/> 手術檢體已正確標記。 <input type="checkbox"/> 有無發生應做後續處理的設備問題。
由手術醫師、麻醉人員與護理人員共同確認事項： <input type="checkbox"/> 病人麻醉恢復與術後照護的注意事項

註：本查核表是依據世界衛生組織 2009 年 Surgical Safety Checklist (第 2 版) 製作。本表僅供參考，不代表所有的應查核項目，各醫療機構可自行增修，製合作合用之查核表。

101-102 年度醫療品質及病人安全年度工作目標

目標四、預防病人跌倒及降低傷害程度

執行策略	一般原則	參考做法
<p>一、落實執行跌倒風險評估及防範措施，尤其是特定族群如兒童、老人...等</p>	<p>1.1 對醫療機構工作人員、病人、家屬及其照顧者應提供跌倒預防的宣導教育。</p> <p>1.2 運用具有信效度的風險評估工具及早發現跌倒高危險群的病人。</p>	<p>1.1.1 醫療機構工作人員與一般民眾皆應接受跌倒預防措施的教育，包括教育病人及照顧者如何協助病人下床、離開病人視線範圍時應告知醫護人員、如何正確使用床欄及床上便盆等，指導後務必評估病人及照顧者對於內容的瞭解程度，建立防範跌倒之共識。</p> <p>1.1.2 醫療機構應訂定易增加跌倒風險藥品的清單，主動提醒病人及照顧者，並積極預防。</p> <p>1.1.3 應鼓勵醫療團隊成員積極參與跌倒預防工作，如：護理人員訂定預防跌倒評估和照護準則；物理治療師應設計運動訓練，降低跌倒的危險。</p> <p>1.2.1 病人的病情會隨照護進程而改變（例如：手術後、病情改變、使用高風險藥品等），查房時應與病人或照顧者共同進行跌倒危險評估，加強跌倒預防警覺性，將前一日的評估結果作為判別跌倒高危險群的依據。</p> <p>1.2.2 針對跌倒高危險族群病人，建議增加探視頻次。</p> <p>1.2.3 及早辨識病人是否具有跌倒危險因子：如年齡 65 歲以上及 5 歲以下、曾有住院期間跌倒經驗、過去一年內曾跌倒、生理狀況（頭暈、虛弱感）、身體活動功能（肢體無力、步態不穩、協調或平衡能力差、移位步行需他人協助）、頻繁如廁、藥品使用及意識躁動或不清等，可利用具信效度的跌倒評估工具來篩檢具跌倒危險傾向的病人。若入院後出現有跌倒危險因子項目時，應再行評估並列入交班，給予適當的護理措施。</p> <p>1.2.4 篩檢後具跌倒高度危險傾向的病人，可利用</p>

執行策略	一般原則	參考做法
	<p>1.3 針對不同病人屬性提供不同程度與個別性的跌倒防範措施。</p>	<p>預防跌倒的警示標誌來提醒工作人員及照顧者的注意，並評估有無可改變的跌倒因子(如調整藥品、改善視力、姿勢性低血壓處置、提供適當輔具...等)。</p> <p>1.2.5 評估病人是跌倒高危險個案時，照護者與病人要建立關懷的信任關係、給予情緒支持，並說明跌倒可以預防，以避免其自信心降低或增加恐懼。</p> <p>1.2.6 應定期檢視各單位跌倒評估作業流程與評估方式、量表之適當性。</p> <p>1.3.1 應對不同屬性病人建立跌倒後立即處理及後續觀察流程，包括評估時機、頻率、評估內容及病人臨床反應。</p> <p>1.3.2 照護團隊應依病人個別性執行對應之護理措施，並依危險因子分類提供配套做法。例如：</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 依病況或照護情況安排床位，如右側偏癱者應安排在左側下床之床位、或無照顧者應安排在靠近護理站處等，方便照顧。 (2) 正確指導安全移動病人的方式，例如： <ol style="list-style-type: none"> a. 預防因姿勢改變引起低血壓狀況，於轉換姿勢時應採漸進式方式。 b. 病人與家屬需瞭解上下床(輪椅)及使用輔具之安全步驟，並確定先固定輪椅再移位。 c. 起身時動作放慢、或是改變姿勢時需先坐著休息 1~2 分鐘後再起來。 (3) 若有骨髓損傷或膝關節受損之病人，可採用高位活動便盆椅。 (4) 對於失智、無家屬陪伴、高齡 70 歲以上或有多次跌倒史之病人，宜安排使用

執行策略	一般原則	參考做法
		<p>下床感應式呼叫鈴。</p> <p>(5) 設計兒童病床床欄正確使用方式之圖示，並放置於病房（床）明顯處。</p> <p>(6) 於兒科病房浴廁內設置安全座椅，提供病兒父母如廁時妥善安置病兒，確保病兒父母如廁時之病兒安全。</p> <p>1.3.3 針對年長者提供預防跌倒措施或護理指導時，照護人員需以討論方式徵詢意見，以尊重其感受。</p> <p>(1) 強化病人對跌倒之認知，必要時務必尋求協助。</p> <p>(2) 教導相關輔具的使用（如：床欄、夜燈、呼叫鈴、便盆椅等），並確認高齡長者確實會使用。</p>
<p>二、提供安全的照護環境，降低跌倒傷害程度</p>	<p>2.1 應提供安全的醫療照護環境，以降低跌倒後傷害程度為優先改善方向。</p>	<p>2.1.1 提供安全的醫療環境，例如：</p> <p>(1) 主動將病人可能使用的物品，如輔具、眼鏡、拖鞋、床旁叫人鈴拉線、尿壺等，置於病人隨手可得之處。</p> <p>(2) 依病人身體活動需求，主動提供輔具使用，並教導正確床欄的使用方法。</p> <p>(3) 床輪應置於固定位置且定期檢測其功能。在不治療的時間，病床高度應降至最低，以方便病人下床時可雙腳著地。</p> <p>(4) 避免使用支撐時會傾斜或可能會滑動的傢俱，如床旁桌或帶輪點滴架。</p> <p>(5) 保持病房與浴廁地面清潔乾燥，通道（特別是病床至浴廁間通道）無障礙物及充足的照明（如：夜燈或地燈）。地面潮濕時則需設置警示標誌。</p> <p>(6) 浴廁加裝止滑設施、扶手及叫人鈴。</p> <p>(7) 體重計加裝扶手，如外圍輔以助行器、底下加裝止滑墊或加強固定。</p>

執行策略	一般原則	參考做法
		<p>(8) 乘坐輪椅時應給予適當的固定，如使用輪椅之安全帶。</p> <p>(9) 下床時提供家屬使用移位固定帶。</p> <p>2.1.2 病人應穿著大小合適之衣褲及平穩、防滑、厚底且大小適宜的鞋子。</p> <p>2.1.3 應注意病人於周邊單位（如：檢查室、手術室、手術恢復室等）之跌倒防範。</p>
<p>三、跌倒後檢視及調整照護計畫</p>	<p>3.1 跌倒後重新檢視照護計畫並適時調整計畫</p>	<p>3.1.1 將高危險跌倒病人列入交班事項，並提供個別性衛教指導及衛教單張予病人及照顧者。</p> <p>3.1.2 分析造成跌倒之主要影響因素，以適時調整照護計畫。</p> <p>(1) 頻尿或腹瀉病人，應檢視其飲食型態及用藥情形。</p> <p>(2) 評估造成病人躁動不安的原因，並給予適當保護措施。</p> <p>(3) 活動移位困難</p> <p>a、 提供適當輔具並教導正確使用。</p> <p>b、 如廁時全程陪伴(照護者或護理人員)。</p> <p>(4) 多重用藥的病人，醫療團隊應討論並重新檢視藥品的必要性，必要時予藥品調整。</p>

101-102 年度醫療品質及病人安全年度工作目標

目標五、落實病人安全異常事件管理

執行策略	一般原則	參考做法
<p>一、營造異常事件通報文化，並參與全國性病人安全通報系統</p>	<p>1.1 醫療機構應對全院所有同仁加強病人安全觀念的宣導，並對不同單位層級給予不同內容的繼續教育，共同營造一個非懲罰性的環境，來鼓勵異常事件的通報。</p> <p>1.2 積極參與全國性病人安全通報，主動與其他醫療機構分享經驗，達到共同學習的目的。</p>	<p>1.1.1 建立員工對通報的正確觀念，宣導通報目的著重在檢討是否因流程上的缺失所導致事件發生，尋求改善機會，並且避免同樣的事件重複發生。</p> <p>1.1.2 醫療機構建立暢通的管道，鼓勵員工不僅對於已造成嚴重後果的異常事件主動通報，同時對於輕微傷害的異常事件甚至差一點就發生的跡近錯失事件(Near Miss)，亦能進行通報。</p> <p>1.1.3 應摒棄異常事件發生後立即追究個人責任的作法，以積極營造非懲罰性的通報環境。</p> <p>1.1.4 規劃全院性教育訓練，了解病人安全的政策，教導異常事件通報系統，宣導通報意義與重要性。</p> <p>1.2.1 醫療機構可參與台灣病人安全通報系統或其他院際間的資訊交流管道，透過經驗分享與學習，來改善院內病人安全的各種措施，避免重大異常事件的發生。</p>
<p>二、對異常事件進行分析</p>	<p>2.1 醫療機構應定期檢討院內病人安全通報事件，以提升通報資料之正確性。</p> <p>2.2 根據異常事件分析結果提出具體可行之改善措施，避免類似事件重複發生。</p>	<p>2.1.1 由適當單位進行異常事件通報之收集、分析與報告，並審核其正確性。</p> <p>2.2.1 醫療機構對重大之異常事件或是警訊事件應進行根本原因分析，找出系統內潛在失誤因素並進行改善。</p> <p>2.2.2 應根據分析結果提出可行的改善方案，包括欲改善之流程或作業、負責執行的單位或人員、改善時限、評值指標及評核成果，並持續監測。</p>

執行策略	一般原則	參考做法
		2.2.3 分析結果應有適當回饋機制，並運用適當管道提供警訊事件或學習案例，便於醫療照護人員學習與及時提醒。
三、營造正向病安文化，建立異常事件相關人員支持系統	<p>3.1 鼓勵參與機構病人安全文化調查，定期分析檢討並積極營造正向病安文化</p> <p>3.2 建立涉及醫療事故員工心理及情緒支持之措施</p>	<p>3.1.1 醫療機構應定期進行病人安全文化調查，針對調查分析結果進行檢視與討論，並作為機構或單位內營造正向病安文化之依據。</p> <p>3.2.1 機構應提供員工心理諮商或輔導機制。</p> <p>3.2.2 對涉及醫療事故的員工，設有支援機制。</p>

備註：第五項參考醫院評鑑基準 1.2.11 內容「有關懷輔導機制對院內員工提供心理及情緒等支持，並有員工申訴管道」。

101-102 年度醫療品質及病人安全年度工作目標

目標六、提升醫療照護人員間的有效溝通

執行策略	一般原則	參考作法
<p>一、落實交接班資訊傳遞之完整與及時性</p>	<p>1.1 醫療機構訂定醫療人員交接班之標準作業程序時，應包括基本資料、重要醫療資訊內容等等。</p>	<p>1.1.1 機構應就單位內、單位間建立交班共識項目，並以結構性方式呈現交班內容。</p> <p>1.1.2 醫療人員交接班應遵照標準作業程序，且有相互提問與回答的機制。</p> <p>1.1.3 交班前後務必親自檢視病人，於規定時間內完成必要的紀錄查核與簽署，並向病人或家屬做必要的說明。</p> <p>1.1.4 交接班時訊息傳遞建議包括下列內容(口訣 ISBAR)：</p> <ul style="list-style-type: none"> • Introduction 介紹：自我介紹與確認交班對象。 • Situation 情境：病人現況或觀察到改變狀況。 • Background 背景：重要病史、目前用藥（尤其是特殊用藥）及治療情形。 • Assessment 評估：最近一次生命徵象數據(各類檢查/檢驗結果、特殊管路及裝置、目前處理進度與仍須追蹤之檢查/檢驗報告)。 • Recommendation 建議：後續處理措施或方向、可能發生危急狀況的預防。 <p>1.1.5 交接班時應主動將重要資訊及時回饋給下一位醫療照護人員，並有完整接受訊息之覆核機制。</p> <p>1.1.6 交班時，建議以口頭方式搭配書面資料同步進行，以提高資訊傳遞之完整性。</p>
<p>二、落實轉運病人之風險管理與標準作業程序</p>	<p>2.1 醫療機構訂定醫療人員轉運病人之標準作業程序時，應包括運送之風險評估、人力、設備與運</p>	<p>2.1.1 醫療人員轉送病人應遵照標準作業程序，轉運前後務必親自檢視病人，完成必要的紀錄查核與簽署，並向病人或家屬做必要的說明。</p> <p>2.1.2 運送原則應依據病人嚴重度的差異，訂定符</p>

執行策略	一般原則	參考作法
	送流程，以確保訊息傳遞之正確性與運送途中之病人安全。	<p>合病人安全照護之作業標準，並有要求醫療人員落實的督導機制。運送安全要點包括事先做風險評估、護送人員資格與層級、運送途中所需監測與維生設備(例如呼吸器、氧氣筒與存量等)、重要藥品輸注幫浦、緊急狀況之應變計畫及事先通知送達單位必要備物等。</p> <p>2.1.3 醫療機構內或院際間運送病人到其他部門檢查或治療，應依照病人交接標準作業程序執行，確實做好病人辨識，準時接送病人，且應確認病人及家屬瞭解即將接受的檢查/治療項目，備妥正確資料、設備與藥物，檢測病人生命徵象並記錄，交由護送人員負責運送。必要時可用電話聯絡再作交代，或依病人的嚴重程度決定是否親自護送病人。</p>
三、落實醫療照護人員間醫囑或訊息傳遞的正確性	3.1 訊息傳遞與記錄應採多重方式(例如：口頭、書面、資訊)，任何不清楚的地方，應有提問與回應的機制。	<p>3.1.1 接受口頭訊息交待時，訊息接受者應先作紀錄，然後依紀錄內容覆誦，再由訊息傳遞者確認其正確性，以確定資訊傳遞無誤。紀錄應於單位內保存，以利備查。</p> <p>3.1.2 書寫時字跡應清楚、易辨認，避免使用容易誤解或罕用的縮寫。</p> <p>3.1.3 資訊系統設計時，應注意介面字體清晰可辨認，避免使用縮寫與代號。同時可利用資訊系統的優點，設計防誤的註記與提醒，以減少錯誤。</p>
四、落實檢驗、檢查、病理報告之危急值或其他重要結果及時通知	4.1 醫療機構應定期量測並評估各項檢查、檢驗與病理報告的時效性。	<p>4.1.1 設定相關指標，定期監測各項結果與報告時間，尤其是針對緊急與重症個案，訂定合理時間予以追蹤確核。</p> <p>4.1.2 定期檢討檢驗、檢查、病理報告之危急值通報機制。</p>

執行策略	一般原則	參考作法
與處理	4.2 對於重要之檢查、檢驗異常值、病理重要報告應採取策略，確保能及時知會相關醫護人員。	4.2.1 可運用各項資訊與通訊科技，提升異常檢驗/檢查值與報告回饋給相關醫護人員之及時性。 4.2.2 對於緊急、嚴重個案，醫院應有機制追蹤處理情況。
五、加強團隊溝通技能	5.1 建立醫療團隊間溝通模式，強化團隊合作的概念與行動。	5.1.1 利用相關活動或教育訓練，加強醫療照護人員對團隊溝通之重視。宜以模擬演練方式促進團隊合作技能。 5.1.2 使用有效的溝通方法，例如事前說明（Brief）、過程中討論（Huddle）、事後檢視（Debrief）等，以強化醫療照護人員間溝通的能力與跨團隊合作。

101-102 年度醫療品質及病人安全年度工作目標

目標七、鼓勵病人及其家屬參與病人安全工作

執行策略	一般原則	參考作法
一、鼓勵醫療人員主動與病人及其家屬建立合作夥伴關係	1.1 臨床醫療人員宜將病人及其家屬納入醫療團隊，共同維護病人安全。	1.1.1 醫療人員能以病人為中心對每一位病人及其家屬主動告知其權利與責任，包括病情、診斷、病況發展、治療計畫及服用藥物之注意事項，且誠懇回覆病人及其家屬之問題並尊重其決定。 1.1.2 臨床醫療人員應主動提醒病人或家屬在醫療團隊中扮演的角色，即應協助配合就醫過程中之照護，例如：配合管路照護、遵從醫囑、配合維護就醫環境等行為。
二、提供民眾多元參與管道	2.1 與病人相關的作業，宜有機制蒐集病人及家屬意見。	2.1.1 邀請病人及其家屬、醫療機構志工、社區民眾或病人團體代表等參與病人安全委員會。參與方式可多元化，例如：列席表達意見、提供書面意見、接受諮詢、或擔任委員會委員皆可。 2.1.2 邀請民眾代表參與各類同意書與衛生教育教材之修正。徵詢民眾對衛教方式與內容的意見，藉以增進民眾對健康及醫療之認知，並提升自我健康照護能力。
三、鼓勵民眾通報所關心的病人安全問題	3.1 醫療人員應營造信任的溝通氣氛，主動邀請病人及其家屬表達所關心的病情照顧與安全的問題。 3.2 鼓勵病人及其家屬	3.1.1 醫療人員應以溫和、親切、耐心及平等的態度與病人及其家屬溝通任何與疾病治療照顧有關的議題。 3.1.2 醫療人員能於診療時主動邀請病人及其家屬提出任何與治療或處置有關的疑問與擔心。 3.1.3 設法了解病人及其家屬關切之病安問題或為醫護人員、病人與家屬雙方舉辦交流會議，討論彼此對病人安全關注的議題。 3.1.4 對於民眾通報之病安問題，應即時給予回饋，以營造信任的溝通氛圍。 3.2.1 運用海報文宣、跑馬燈等傳播媒介宣導病

執行策略	一般原則	參考作法
	<p>勇於說出對其所接受的治療與處置之任何疑問。</p>	<p>人及其家屬主動向醫療人員提出任何關心的問題。</p> <p>3.2.2. 以徵稿或邀稿方式接受民眾提出與病人安全相關的想法，並於院內刊物或網站刊登。</p> <p>3.2.3 醫療機構應提供便捷之民眾申訴管道、鼓勵民眾主動通報所關心的病人安全問題，並建立檢討與回應機制。</p>
<p>四、主動提供病人醫療安全相關資訊</p>	<p>4.1 醫療機構或照護人員可藉由多元方式主動提供病人及其家屬就醫安全相關資訊。</p>	<p>4.1.1 醫療機構應主動提供一般民眾就醫安全相關資訊，例如以院內海報、網站及衛教單張等，提供用藥、檢查及手術等注意事項。</p> <p>4.1.2 醫療機構應辦理與疾病、治療或預防相關之衛教講座，提供病人及其家屬參與學習與討論之機會。</p> <p>4.1.3 醫療機構所舉辦之各項病人安全活動可邀請非醫事團體與民眾代表參與，使民眾能表達其需求與建議。</p>

101-102 年度醫療品質及病人安全年度工作目標

目標八、提升管路安全

執行策略	一般原則	參考作法
<p>一、落實管路使用之評估及照護</p>	<p>1.1 確實執行管路放置及移除作業之評估</p> <p>1.2 確實執行管路留置照護</p>	<p>1.1.1 對執行各類侵入性管路應有使用前及使用後留置必要性之評估。</p> <p>1.1.2 同一部位多重管路(例如二條以上相同類型引流管)分次移除時，應有移除確認標準作業流程。</p> <p>1.1.3 應訂定各種管路消毒、清潔、置換週期、脫離訓練等規範。</p> <p>1.2.1 應有各類管路照護標準作業流程，照護重點含管路類型、尺寸、位置、深度、固定、清潔方式、藥品劑量設定、通暢與否等，並列入交班內容。</p> <p>1.2.2 高危險管路系統或多重輸液管路，應建立標準作業程序以防止錯接，建議管路源頭及病人端應有顏色區分及標註。</p> <p>1.2.3 當管路自拔狀況不斷發生時，應即時檢討管路繼續留置的合宜性。</p> <p>1.2.4 為了避免壓瘡及感染之發生，管路留置期間應注意口腔清潔與皮膚照護。</p>
<p>二、提升管路置放安全及減少相關傷害</p>	<p>2.1 醫療人員能正確置放管路，並有確認機制。</p> <p>2.2 發生管路意外時有後續處理機制與能力。</p>	<p>2.1.1 適當規範可執行管路置放的醫療人員。</p> <p>2.1.2 執行侵入性管路置放之醫療人員應接受相關技術操作之教育訓練，熟悉各類管路置放適應症與合併症。</p> <p>2.1.3 各類管路置放應在器械、物料、設備、照明及人力支援等各項資源充沛下進行。</p> <p>2.2.1 應有各類管路置放位置正確之確認機制，例如：觀察輸液管路回血及輸液流暢度、中心導管影像檢查、鼻胃管位置確認等，並密切觀察病人臨床反應。</p> <p>2.2.2 醫療人員應對病人、主要照顧者進行管路照護衛教，並提供適當的衛教資料，以預防管</p>

執行策略	一般原則	參考作法
	2.3 醫療機構應有管路照護品質管理及異常事件通報之機制。	<p>路自拔、滑脫等，提高病人及其照顧者之遵從性。</p> <p>2.2.3 對各類管路異常事件，例如錯置、錯接、滑脫、阻塞、折曲、拔錯、感染等意外發生之處理，應有標準化作業程序。</p> <p>2.3.1 定期考評醫療人員執行各類管路照護品質，並進行缺失檢討改善、相關教育訓練，與成效追蹤。</p> <p>2.3.2 鼓勵管路異常事件之通報，並針對監測結果作分析及檢討。</p>
三、加強團隊合作，提供整合性照護	3.1 提升管路安全是醫療團隊、病人、家屬及其照顧者的共同責任。	<p>3.1.1 建立困難插管或緊急狀況跨專業醫療團隊支援系統，例如麻醉專科支援氣管內管或中心靜脈導管緊急置放。</p> <p>3.1.2 組成管路照護諮詢團隊，協助提供適當照護指引。</p> <p>3.1.3 管路置放困難時，應立即求援。</p>

101-102 年度醫療品質及病人安全年度工作目標

目標九、強化醫院火災預防與應變

執行策略	一般原則	參考作法
<p>一、加強防火設施(備)及管理</p>	<p>1.1 醫院建材及室內裝潢應使用防火材料,避免使用易燃材質。</p> <p>1.2 有符合規定之防火避難設施及滅火設備,並定期檢測,維持有效性。</p> <p>1.3 逃生避難動線如安全門、逃生通道等應維持通暢</p>	<p>1.1.1 應檢視醫院(尤其老舊建築)建築及空間規劃是否具有防火、減災功能(例如:空間構造、防火門功能、管道間設計防煙功能、自動撒水系統、警報系統等)。</p> <p>1.1.2 醫院建材(例如:天花板、地板、隔間等)應使用防火材質外,各類家具及室內裝潢(例如:窗簾、沙發布等)均應避免使用易燃材質或使用防焰製品。</p> <p>1.2.1 所有防火避難設施及消防安全設備,包含偵煙探測器、滅火器、消防栓、自動撒水系統、排煙裝置、防火門...等,均必須依規定設置,舊有建築亦應一併改善,並定期檢測及記錄,確保有效性。</p> <p>1.2.2 火警受信總機連動緊急廣播之原廠預錄緊急廣播內容不適用醫院使用,應重新錄製符合火災實際狀況之緊急廣播內容,且內容能清楚告知應變人員。</p> <p>1.2.3 地下美食街、商店街及廚房區域不宜使用偵煙式火警探測器連動排煙閘門,應改為使用偵溫式火警探測器連動。</p> <p>1.2.4 手術室、加護病房、呼吸照護病房等特殊單位,應依使用特性及需求置放適當之滅火系統。</p> <p>1.3.1 常閉式防火門如變成經常性出入口,造成關閉不良,火警時無法阻隔火煙,可加裝火警探測器連動關閉裝置,火警時防火門自動關閉,且雙向都能開啟。</p> <p>1.3.2 防火鐵捲門應採二段式操作或手動操作方式,火警時第一階段下降至離地面二公尺,以阻擋上層煙霧擴散,並維持後續人</p>

執行策略	一般原則	參考作法
	<p>1.4 加強用電設備、易燃物品及可燃物品之管理</p> <p>1.5 醫護人員應清楚瞭解手術進行中可能</p>	<p>員撤離動線暢通；待人員撤離後，啟動第二階段下降至地面，阻擋火勢延燒。</p> <p>1.4.1 院內應有全院及符合單位特性之用電設備及易燃物品之管理及保養規範。</p> <p>1.4.2 醫療機構火災原因常與電器電路相關，至少每年一次對全院機電與各類醫療儀器設備進行普查、及時維修、汰換老舊功能不良者，並注意電量負載情形。如以紅外線熱影像儀或紅外線單點雷射檢測器進行檢測。</p> <p>1.4.3 病房及辦公室之高耗能電器如電暖器、烤箱、電爐、電鍋、乾衣機、烘碗機、烤麵包機、電磁爐、微波爐等非醫療設備，均應列冊管理，並張貼電器安檢標籤；延長線插座均應符合安全規範。</p> <p>1.4.4 各單位溫熱食物設備(如溫箱、微波爐等)，應張貼使用警語，如有定時、控溫、或有防止過熱感應裝置更佳。</p> <p>1.4.5 各單位易燃物品如酒精、揮發性消毒液、氧氣及笑氣(N₂O)瓶等之置放及管理規範，應注意防火需求。建議置放處應有耐震、防傾倒之設計，且儲放位置應避免於插座附近。</p> <p>1.4.6 對於使用或備存之醫療氣體鋼瓶，其擺放位置應避免於避難通道/緊急發電機房。</p> <p>1.4.7 院內應使用合格且具安全斷電裝置之延長線，並訂有管理規則。且應不定期巡視及定期查核是否有超出用電負載、過度串接、積污導電、電線破損及額外使用之情形。</p> <p>1.5.1 手術步驟應具防火意識，針對帶電之手術器械操作注意事項應列入標準作業流程。例</p>

執行策略	一般原則	參考作法
	<p>引起火災的原因，並加以預防。</p> <p>1.6 落實病人及家屬防火衛教。</p>	<p>如：消毒區域乾燥再鋪上無菌單、電燒筆暫停使用時應置入絕緣套、內視鏡光源及雷射探頭不用時應關閉電源等。</p> <p>1.5.2 氣道內為高含氧環境，進行氣道手術時儘可能避免使用高濃度氧氣（濃度>50%）及電燒切入，氣管內管應進行絕緣措施。雷射手術時應使用專用氣管內管，防止穿透燃燒。</p> <p>1.6.1 人員不當加熱食物或不當操作烘乾機、洗衣機等電器，亦可能引起火災，建議主動與病人及家屬溝通，提醒人員相關注意事項，針對吸菸病人及精神科病人尤應加強防範，以減少人為因素引發之火災意外。</p>
<p>二、制訂全院及各單位之火災緊急應變計畫</p>	<p>2.1 訂定符合機構或單位特性的火警緊急應變計畫或指引及作業程序，內容須包含如何在緊急情況下有效地保護和疏散病人，及熟悉不同情境下之疏散路線。</p>	<p>2.1.1 各單位同仁應進行火災緊急應變編組，瞭解自己在火災時之職掌及責任，並清楚單位、全院之防火指揮官，以及白天和夜晚之緊急應變計畫與聯繫方式。</p> <p>2.1.2 醫療機構因病人居多，進行整棟完全疏散困難度高，故火警疏散以水平避難為主。</p> <p>2.1.3 特殊單位（如手術室、加護病房）應依病人特性訂定防火管理及緊急應變計畫，並進行教育及落實演練，重點為初期滅火、通報、及時疏散病人</p> <p>2.1.4 若為不方便移動之病人，建議應施行「就地避難」策略，以維持病人生命、進行未完成醫療作業。</p> <p>2.1.5 醫院餐廳或美食街如設置於院內，應併入醫院之火災緊急應變作業規範及演練。</p> <p>2.1.6 防災應變計畫之規劃應納入災害發生時序、情境與空間人員屬性概念，且應考量日夜間不同時段之應變機制。</p> <p>2.1.7 避難動線與消防救援動線應該避免衝突。</p>

執行策略	一般原則	參考作法
<p>三、落實人員防火教育及火警應變訓練</p>	<p>3.1 員工訓練建議包含火警察覺、初期滅火、限制災情(如關門)、火警通報、訊息傳遞及溝通、緊急疏散路線與病人救護、避難引導、避免恐慌等。</p> <p>3.2 定期實際演習，以讓員工熟悉緊急應變計畫內容，並根據演習結果進行應變計畫的追蹤改善。</p>	<p>3.1.1 單位內每位同仁須確實瞭解單位內緊急用物放置處，包括手電筒、電池、滅火器、濃煙逃生袋、防煙面罩與備份鑰匙等，並將緊急狀況通報電話張貼於明顯處。同仁並應清楚院內火警代號。</p> <p>3.1.2 可以「RACE」做為火災緊急疏散的基本流程，方便員工記憶。內容如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● R (Remove, Rescue): 將病人移出著火的區域或房間。 ● A(Alarm): 啟動警報及警示周邊的人，例如啟動警鈴、廣播或是通知其他周邊的人員等。 ● C(Contain): 人員撤離著火的病房，立即關上房門，把火及煙侷限在某一個區域，以利人員疏散。 ● E(Extinguish, Evacuate): 先用滅火器進行初期滅火，如果無法撲滅，就要進行疏散。 <p>3.1.3 初期滅火最重要。同仁須清楚單位滅火器及消防栓地點，並可獨自操作。滅火器操作可以採用「拉拉壓」的口訣來進行：拉拔插銷、拉噴嘴、壓把手。</p> <p>3.2.1 每年應至少舉辦一次消防演習，演練整個計畫或計畫的一部分，並執行緊急災害疏散作業演練和緊急疏散桌上模擬演練，邀請當地消防單位參與，根據演習結果進行應變計畫的追蹤改善。</p> <p>3.2.2 同仁應清楚二條以上逃生路線，閉著眼亦能打開逃生門。各病房、護理站、辦公室逃生路線圖應公告於單位明顯處所。且逃生避難動線及通道不可堆置物品。</p> <p>3.2.3 重要特殊空間宜規劃獨立之避難路徑。規劃</p>

執行策略	一般原則	參考作法
	3.3 手術室火災的應變措施	<p>時應考量通道是否有不利輪椅或病床疏散之節點（如：階梯、門檻..等）。</p> <p>3.3.1 火警事件（包含不明煙霧）均應立即通報，事後確實檢討並進行異常事件通報。</p> <p>3.3.2 手術室發生火災時，應第一時間解除手術控制台之按鈕，以俾利直接將手術中之病患移開。</p> <p>3.3.3 醫護人員應熟知手術室作業所需之各式氣體開關閥之正確位置及緊急時切斷之時機。</p>

101-102 年度醫療品質及病人安全年度工作目標

目標十、加強住院病人自殺防治

執行策略	一般原則	參考做法
一、加強環境安全	1.1 醫療機構應對環境空間及設備作有效安全管理。	1.1.1 病室內盡可能排除會被作為自殺之設備，如窗簾拉繩、掛架、可吊掛支撐的門或供繩子穿越處等之設計。 1.1.2 對高樓之頂樓及出入口陽台、窗戶、氣窗應有安全防護設計，如牆面高度、出入口警報器及監視器裝置。 1.1.3 院內應定期檢視及確認各項設備及環境安全防護功能之正常。
二、建立住院病人自殺風險評估機制	2.1 醫療機構應建立所有醫療團隊成員皆為自殺防治守門人之概念。 2.2 醫療機構應訂定住院病人自殺高風險篩檢流程及啟動時機。	2.1.1 定期安排教育訓練醫療團隊成員辨識自殺高危險因子及危機處理機制。 2.1.2 院內建置自殺防治資源系統，並教導醫療團隊成員之運用，以利及早發現、即時介入支援。 2.2.1 制定符合單位特性之自殺高危險因子篩檢工具，並明定如有精神病史或憂鬱症及慢性疾病惡化或控制不良等，入院時應做自殺高危險因子篩檢之對象，以利儘早發現潛在自殺者並作防範。 2.2.2 對住院中因疾病診斷(如 HIV、癌症)或生活事件(經濟壓力、感情困擾、自我心像改變)引發適應或情緒障礙，或有企圖自殺或行為改變者，應有自殺高危險因子再評估機制。
三、提供自殺高風險個案之個別化照護、溝通與支持	3.1 訂定自殺高風險個案照護環境安全查檢標準。	3.1.1 醫療人員能瞭解病人單位有哪些設備可能會被作為自殺的工具，如蓮蓬頭、衣架...等，並適時移除。 3.1.2 應教導陪伴者認識危險物品如尖銳物品、電源線...等妥善保管方式，及勿讓病人單獨使用危險物品之正確觀念。 3.1.3 醫療人員定期作病人單位危險物品保管安

執行策略	一般原則	參考做法
	<p>3.2 建立良好的溝通模式及支持性醫病關係。</p> <p>3.3 應建立病人自殺事件通報系統。</p>	<p>全之查檢，以確保病人之安全。</p> <p>3.2.1 訓練醫療團隊成員尊重態度與同理心的溝通技巧，收集瞭解病人欲自殺的原因，及評估自殺危機的層次，並協助尋求社會資源及學習的其他解決方法。</p> <p>3.2.2 應避免讓有自殺傾向病人有獨處機會，必要時調整靠近護理站，並增加探視頻率，就近照護。</p> <p>3.2.3 提供家屬或陪伴者自殺防治衛教，鼓勵多陪伴病人，注意需求及情緒，教導心理支持及正向鼓勵運用之方法。</p> <p>3.2.4 對無人陪伴之病人，單位應適當安排志工或社工人員作協助。</p> <p>3.2.5 單位可規劃安全空間，提供病人情緒宣洩場所，對有自傷病人，必要時應予適當活動約束，如保護性隔離或約束。</p> <p>3.2.6 自殺事件發生時，避免責難，應提供病人、家屬或陪伴者輔導及支持。</p> <p>3.3.1 醫療機構應建置自殺事件通報監測機制及作業流程。</p> <p>3.3.2 制定高危險自殺病人清單，將高危險自殺病人納入重要交班事項。</p> <p>3.3.3 處置自殺病人時，應運用多重因子分析，以確認潛在危險因素，調整提供個別化防範措施。</p> <p>3.3.4 針對自殺造成傷害嚴重者進行根本原因分析，定期回饋醫療人員，以利適時調整教育訓練內容。</p> <p>3.3.5 定期分析自殺通報資料，並重新檢視機構內自殺高危評估適用性，與自殺防治流程是否符合需求，必要時應適時修正。</p>
四、建立照護	4.1 建立支持性醫療照	4.1.1 院內應建置轉介或照會啟動機制，如有精神

執行策略	一般原則	參考做法
及轉介機制	護團隊合作模式	<p>疾病、有自殺史、有自殺或自殘、酗酒、提及自殺意向或缺乏社會支持系統，並教育醫療人員周知及應用。</p> <p>4.1.2 醫療人員應持續評估病人自殺意念的頻率及嚴重度，必要時轉介照會精神科醫師、諮商心理師、社工師提供相關資源，並納入出院計畫之考量。</p> <p>4.1.3 處理病人自殺事件時，除對病人家屬輔導支持外，應對照護團隊適時關懷及情緒之處理。</p>