

107-108 年度醫療品質及病人安全工作目標（醫院版）

病安目標	執行策略
目標一、提升醫療照護人員間的有效溝通	<ol style="list-style-type: none"> 1. 落實醫療人員交接班 2. 落實轉運病人之風險管理與標準作業程序 3. 落實放射、檢查、檢驗報告之危急值或病理報告等其他重要結果及時通知與處理
目標二、落實病人安全事件管理	<ol style="list-style-type: none"> 1. 營造機構病人安全文化風氣 2. 評估及檢討醫療資訊系統造成的病安風險 3. 落實醫材不良事件通報機制
目標三、提升手術安全	<ol style="list-style-type: none"> 1. 落實手術辨識流程及安全查核作業 2. 落實手術輸、備血安全查核作業 3. 提升麻醉照護品質 4. 預防手術過程中不預期的傷害
目標四、預防病人跌倒及降低傷害程度	<ol style="list-style-type: none"> 1. 提供安全的照護環境，降低跌倒傷害程度 2. 評估及降低病人跌倒風險 3. 跌倒後檢視及調整照護計畫 4. 落實病人出院時跌倒風險評估，並提供預防跌倒指導
目標五、提升用藥安全	<ol style="list-style-type: none"> 1. 推行病人用藥整合(Medication Reconciliation) 2. 加強使用高警訊藥品病人的照護安全 <ol style="list-style-type: none"> (1) 化學治療藥品 (2) 抗凝血劑 (3) 降血糖針劑 (4) 類鴉片止痛藥品 3. 加強輸液幫浦使用安全
目標六、落實感染管制	<ol style="list-style-type: none"> 1. 落實手部衛生遵從性及正確性 2. 加強抗生素使用管理機制 3. 推行組合式照護(care bundles)的措施，降低醫療照護相關感染 4. 定期環境清潔及監測清潔品質 5. 建立醫材器械消毒或滅菌管理機制
目標七、提升管路安全	<ol style="list-style-type: none"> 1. 落實管路正確置放之評估機制 2. 提升管路照護安全及預防相關傷害
目標八、鼓勵病人及其家屬參與病人安全工作	<ol style="list-style-type: none"> 1. 提供民眾多元參與管道，鼓勵民眾關心病人安全問題 2. 推行醫病共享決策(Shared Decision Making, SDM) 3. 提升住院中及出院後主要照顧者照護知能

(五) 衛福部於2018/01/22 公布「107-108 年度醫療品質與病人安全工作目標、執行策略及參考作法」，品質管理中心已公告至電子公文OA 及院內醫品病安網頁，以下針對「新增項目」作說明。

1、 目標二：新增「2.評估及檢討醫療資訊系統造成的病安風險」、「3.落實醫材不良事件通報機制」

2、 目標三：新增「2.落實手術輸、備血安全查核作業」

3、 目標四：新增「4.落實病人出院時跌倒風險評估，並提供預防跌倒指導」

4、 目標五：新增「2.加強使用高警訊藥品病人的照護安全(包含化學治療藥品、抗凝血劑、降血糖針劑、類鴉片止痛藥品)」、「3.加強輸液幫浦使用安全」

5、 目標六：新增「5.建立醫材器械消毒或滅菌管理機制」

6、 目標八：新增「2.推行醫病共享決策」、「3.提升住院中及出院後主要照護者照護知能」修改內容會轉知各病人安全工作小組，做為執行策略參考作法。

目標一、提升醫療照護人員間的有效溝通

執行策略	一般原則	參考做法
<p>1. 落實醫療人員交接班</p>	<p>1.1 醫院訂定醫療人員交接班之標準作業程序。</p> <p>1.2 訊息傳遞應採口頭及文字等多重方式，對不清楚的地方，應有提問與回應的機</p>	<p>1.1.1 醫院應就單位內、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 交接班過程務必親自檢視病人，於規定時間內完成必要的紀錄查核與簽署。</p> <p>1.1.4 交接班時應主動將重要資訊及時回饋給接班之醫療照護人員，並有覆核確認。</p> <p>1.1.5 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>1.1.6 訊息傳遞應以結構化方式進行，例如 ISBAR，內容如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Introduction 介紹：自我介紹與確認交班對象。 (2) Situation 情境：病人現況或觀察到改變狀況。 (3) Background 背景：重要病史、目前用藥（尤其是特殊用藥）及治療情形。 (4) 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）。 (5) Recommendation 建議：後續處理措施或方向、可能發生危急狀況的預防。 <p>1.2.1 接受口頭醫囑時，接受者應先將醫囑寫下，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備查。</p> <p>1.2.2 書寫時字跡應清楚、易辨認，避免使</p>

執行策略	一般原則	參考做法
	<p>制。</p> <p>1.3 醫院對於使用縮寫應訂有明確規範，以避免誤解。</p> <p>1.4 醫院應建立儀器及設備之警示系統(alarm system)的安全管理規範。</p> <p>1.5 建立醫療團隊間溝通模式，強化團隊合作的概念與行動。</p>	<p>用容易誤解、罕用或自創的縮寫。</p> <p>1.2.3 資訊系統介面的文字，應注意重點資訊字體清晰易辨認，可適當設計註記與提醒，以減少錯誤。</p> <p>1.3.1 醫院應訂定可以使用的縮寫表，以避免產生混淆或誤解。</p> <p>1.3.2 資訊系統使用者介面宜避免使用過多縮寫與代號。</p> <p>1.4.1 建立儀器及設備之警示系統的安全管理規範並定期檢討。</p> <p>1.4.2 盤點在院內高風險區域，或高風險的臨床狀態下所使用具警示功能之儀器，了解預設值及適當的警示值。</p> <p>1.4.3 確保危急警示聲音在照護區域內都可聽到。</p> <p>1.4.4 依照病人狀況，設定警示並確實交班，避免關閉警示系統。</p> <p>1.4.5 確保相關新進人員接受醫療警報器使用教育訓練，儀器更新或新儀器引入時醫療團隊會接受持續的訓練，並了解儀器警示系統的安全管理規範。</p> <p>1.5.1 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。</p> <p>1.5.2 宜以實際觀察、角色扮演或模擬演練等方式進行員工培訓，以促進團隊合作技能。</p>
<p>2. 落實轉運病人之風險管理與標準作業程序</p>	<p>2.1 醫院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>	<p>2.1.1 訂定符合病人轉運安全之作業標準，包括事先做風險評估病人嚴重度、護送人員資格與層級、運送途中所需監測與維生設備、輸注幫浦正常運作、足夠藥品、病況改變或突發狀況之應變方式及事先通知送達單位必要備物等。並有要求醫療人員落實的督導機制。</p> <p>2.1.2 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，以結構性交接單逐項確認，且完成紀錄</p>

執行策略	一般原則	參考做法
	<p>2.2 醫院應訂定雙向轉診流程。</p>	<p>查核與簽署，並向病人或家屬說明。</p> <p>2.1.3 醫院內轉運病人到其他部門檢查或治療，轉送前，應先聯繫及確認轉入單位已備妥病人所需相關儀器設備、感染管制隔離需求，與可轉送的時間。並依照病人交接標準作業程序執行，確實做好病人辨識，且確認病人及家屬瞭解即將接受的檢查/治療項目，準時轉送病人。</p> <p>2.2.1 訂有院所間雙向轉診作業標準，包括病人需持續照護需求，與提供原轉診醫師病人病況回覆記錄。</p> <p>2.2.2 應有與院外合作機構之溝通檢討的機制。</p>
<p>3. 落實放射、檢查、檢驗報告之危急值或病理報告等其他重要結果及時通知與處理</p>	<p>3.1 醫院應訂定並評估及檢討放射、檢查、檢驗報告之危急值或病理報告等其他重要結果的時效性。</p> <p>3.2 對於放射、檢查、檢驗報告之危急值或病理報告等其他重要結果應有適當策略，確保能夠及時通知主要醫療照護人員。</p>	<p>3.1.1 依照醫療照護需求訂定危急值或重要結果報告之通報基則，制定通報流程、時效及處理要求，並定期監測各項通報要求之執行成效，尤其針對緊急與重症個案，應訂有合理危急值通報時間，並予積極落實。</p> <p>3.1.2 定期檢討放射、檢查、檢驗報告之危急值或病理報告等其他重要結果通報機制的時效性，及無法達成的影響因素。</p> <p>3.2.1 可運用各項資訊與通訊科技，提升危急值或其他重要結果通知給主要醫療照護人員之及時性，並訂有強化訊息溝通傳遞的有效性與確保訊息接收正確性的執行方式。</p> <p>3.2.2 對於緊急、嚴重必須即時醫療處置個案之危急值通報，醫院應訂有確認完成訊息傳遞之監控，及審查後續相關處置狀況之追蹤檢討等機制。</p>

目標二、落實病人安全事件管理

執行策略	一般原則	參考做法
<p>1. 營造機構病人安全文化風氣</p>	<p>1.1 醫院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，主動與其他醫院分享經驗，達到共同學習的目的。</p> <p>1.3 鼓勵參與病人安全文化調查，定期分析檢討並積極營造病安文化。</p> <p>1.4 醫院應定期檢討院內病人安全通報事件。</p> <p>1.5 根據異常事件分析結果</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系統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 醫院應建立暢通的管道，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 醫院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，透過改善經驗的分享，來建立和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>1.3.1 醫院應定期進行病人安全文化調查，鼓勵參與跨機構或全國性病人文化調查，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病安文化之依據。</p> <p>1.4.1 醫院應有適當單位進行異常事件通報之收集、分析與報告，了解其正確性。</p> <p>1.5.1 醫院應就院內通報事件分析結果，參考衛生福利部公告之「病人安全事件根</p>

執行策略	一般原則	參考做法
	<p>提出具體可行之改善措施，避免類似事件重複發生。</p>	<p>本原因分析作業程序」參考指引或國內外文獻制定政策，界定重大異常事件及警訊事件，針對上述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>1.5.2 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，並持續監測。</p> <p>1.5.3 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、學習案例或相關改善措施，便於醫療照護人員學習與及時提醒。</p>
<p>2. 評估及檢討醫療資訊系統造成的病安風險</p>	<p>2.1 醫院應建立醫療資訊系統病安事件的通報機制</p> <p>2.2 醫院應建立醫療資訊系統病安通報檢討分析機制。</p>	<p>2.1.1 在正式上線前，宜充份測試系統和模擬界面，並提供使用者有足夠的訓練與支援，以確保符合預期的功能。</p> <p>2.1.2 在新系統上線時應加強系統監控及問題回報機制，以利即時修正。</p> <p>2.1.3 教育使用者通報醫療資訊系統可能導致的病人安全危害之風險因子（例如：資訊系統資料連結正確性、人機介面友善度、使用複製貼上之資料辨別問題等）。</p> <p>2.2.1 病安事件分析時，應注意事件發生原因是否與醫療資訊系統有關，對重大異常事件進行根本原因分析。</p> <p>2.2.2 對屬於醫療資訊系統跡近錯失事件，醫院內之醫療單位、資訊部門、資訊廠商應進行檢討並提出可行措施，避免事件再發生。</p> <p>2.2.3 檢討分析時，應結合跨專業團隊共同參與推動醫療資訊系統的使用安全。</p>
<p>3. 落實醫材不良事件通報機制</p>	<p>3.1 主動通報醫療器材不良事件通報</p>	<p>3.1.1 發生疑似醫療器材所引起的不良反應時，醫療機構於獲知後，宜主動通報至衛生福利部食品藥物管理署之「醫療器材不良反應通報系統」。</p>

目標三、提升手術安全

執行策略	一般原則	參考做法
<p>1. 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包括：術前照護、病人運送、擺位、感</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？您的出生年月日？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、出生年月日、病歷號碼、住址、照片或其他特殊標記、生物辨識，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。手術部位標記須於進入手術室前完成。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 醫院應研訂術前準備查核表，以確認是否禁食、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、</p>

執行策略	一般原則	參考做法
	<p>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>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、呼吸器設定，及各類監視器、幫浦、管路之種類及數量、使用中之藥物劑量等，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> <ol style="list-style-type: none"> (1) 病人於離開病房、急診、或加護病房前； (2) 病人抵達手術室等候區時； (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>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 多節段手術應重視手術部位確認，如：脊椎手術宜利用透視型 X 光於劃刀前進行節段確認。</p> <p>1.3.7 傷口縫合前及縫合後應清點手術器械、紗布和針頭等。</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</p>

執行策略	一般原則	參考做法
		<p>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、出生年月日、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>2. 落實手術輸、備血安全查核作業</p>	<p>2.1 建立系統性策略，確保輸血安全</p> <p>2.2 手術及麻醉醫師應於手術前評估是否有凝血及高失血量風險，並有因應措施。</p>	<p>2.1.1 醫院應訂有輸血（包括緊急輸血）作業準則或作業規範。</p> <p>2.1.2 輸血流程的每一步驟（如：輸血前血液採樣、輸血給病人）都必須正確地辨識。</p> <p>2.1.3 監測和追蹤輸血流程的所有步驟，包括血液製品類型錯誤、貼錯標籤、從血庫發出錯誤的血液製品等，並定期檢討異常事件。</p> <p>2.1.4 面臨大量失血的病人時，應有手術中緊急大量輸血的機制，迅速提供血品。</p> <p>2.2.1 手術醫師於手術前評估，及麻醉科醫師於麻醉前評估時，應進行是否有凝血異常及高失血量風險之評估。</p> <p>2.2.2 麻醉誘導前，手術及麻醉醫師應共同確認手術中是否有大量出血的可能性，並確認血庫的相關血品是否準備充足。</p> <p>2.2.3 若評估手術過程中有大量出血的可能性，於手術進行前應先確認是否已建立足夠的輸血通路，並考慮適當使用減少失血量的方式進行手術，例如藥物、特殊醫材、血液回收等方式。</p> <p>2.2.4 劃刀前的靜止期，手術醫師應說出預期失血量，清楚告知所有成員。</p>
<p>3. 提升麻醉照護品質</p>	<p>3.1 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</p>	<p>3.1.1 除急診病人外，麻醉醫師應於病人進入手術室前完成術前評估並填妥麻醉前評估表。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>3.1.2 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</p>

執行策略	一般原則	參考做法
	<p>術後的恢復，並訂有標準作業流程。</p> <p>3.2 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>師完成。麻醉護理師應受過專門訓練，恢復室護理師應受過麻醉或手術後病人恢復照護之訓練。</p> <p>3.1.3 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>3.1.4 宜建立病人送出恢復室之標準及流程，包含門診病人手術後出院標準及注意事項、住院及加護病房手術後病人送出標準及交班流程等。</p> <p>3.2.1 為提升麻醉安全，應定期檢測麻醉機及基本生理監視器包含心電圖、血壓計、體溫計、電擊器、動脈血氧濃度及潮氣末二氧化碳監視器等設備儀器。</p> <p>3.2.2 每位麻醉同仁應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麻醉藥物標準標籤標示藥名，稀釋藥品應註明藥物濃度。注射前有再確認及覆誦的機制。</p> <p>3.2.3 建立麻醉藥品存放、抽藥準備與黏貼標籤標準作業流程。</p>
<p>4. 預防手術過程中不預期的傷害</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</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 評估手術中發生壓力性損傷(pressure injury)的風險因子，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 醫院可制定監測手術期壓力性損傷(pressure injury)發生率的計劃。</p> <p>4.2.1 使用於皮膚上之所有易燃性消毒液還未完全乾燥前，不要鋪單。如果有多餘或積聚的液體時，必須將其擦乾。</p>

執行策略	一般原則	參考做法
	<p>防護，盡可能避免使用高濃度氧氣。</p>	<p>4.2.2 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>4.2.3 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，使用電燒前應停止使用笑氣並將氧氣濃度降至30% 以下至少一分鐘以上。進行氣管切開手術時，不要使用電刀切開氣管。雷射手術時應根據使用之雷射種類選擇專用的氣管內管。</p> <p>4.2.4 使用電力之手術器械（如：各類電刀、雷射及內視鏡等）的操作注意事項應列入標準作業流程並施以教育訓練，提醒醫護人員遵行，以預防手術中在病人或其鄰近處發生火災。</p>

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>1. 提供安全的照護環境，降低跌倒傷害程度</p>	<p>1.1 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>1.1.1 提供安全的醫療環境，例如：</p> <ol style="list-style-type: none"> (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。 (2) 依病人身體活動需求，主動提供床欄及輔具使用，並教導正確的使用方法。 (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，病床高度應降至病人坐於床緣時可雙腳著地，以防起身反作用力前傾跌倒之風險。 (4) 支撐時避免使用會傾斜或可能會滑動的傢俱，如床旁桌或帶輪點滴架。 (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。 (6) 浴廁加裝止滑設施、扶手及叫人鈴。 (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。 (8) 乘坐輪椅及嬰兒推車時應給予適當的固定，如使用安全固定帶。 (9) 下床時提供家屬使用移位固定帶。 (10) 視環境許可宜將病床一側緊靠牆壁，另一側緊鄰陪病床，以避免病人夜間未喚醒照顧者即自行下床而發生跌倒。 <p>1.1.2 病人應穿著大小合適之衣褲及防滑且大小適宜的鞋子。</p> <p>1.1.3 病人若為跌倒高危險群，至檢查室、手術室、手術恢復室或轉床時，應確實交班並防範病人跌倒。</p>
<p>2. 評估及降低病人跌倒風險</p>	<p>2.1 對醫院工作人員、病人、家屬及其照顧者應提供跌</p>	<p>2.1.1 醫院工作人員與一般民眾皆應接受跌倒預防措施的教育，包括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</p>

執行策略	一般原則	參考做法
	<p data-bbox="560 248 738 331">倒預防的宣導教育。</p> <p data-bbox="499 728 738 952">2.2 定期檢討風險評估工具及早發現跌倒高危險群的病人。</p>	<p data-bbox="847 248 1366 423">用床欄及床上便盆、穿著合適衣物及鞋子等，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 data-bbox="767 439 1353 566">2.1.2 醫院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共同參與。</p> <p data-bbox="767 582 1362 710">2.1.3 醫療團隊成員應積極參與跌倒預防工作，如：醫護人員訂定預防跌倒評估和照護準則。</p> <p data-bbox="767 725 1378 1238">2.2.1 入院後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（如：頭暈、虛弱感）、身體活動功能（如：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；利用具信效度的跌倒評估工具來篩檢，若出現跌倒危險因子項目時，應列入交班以給予適當的護理措施。</p> <p data-bbox="767 1254 1362 1525">2.2.2 住院期間（如：手術後、病情改變、使用高風險藥品等）應有再評估機制，及早辨識新的跌倒危險因子，與病人或照顧者共同進行跌倒危險評估，且讓其了解與病人相關之跌倒危險因子及須再加強警覺之要項。</p> <p data-bbox="767 1541 1362 1765">2.2.3 篩檢後如為跌倒高危險病人，全院應有一致性預防跌倒的警示。建議病人應有隨身防跌標示（如：手圈或臂章）來提醒工作人員及照顧者的注意。</p> <p data-bbox="767 1780 1362 1955">2.2.4 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 data-bbox="767 1971 1321 2007">2.2.5 應定期檢視各單位跌倒評估作業流</p>

執行策略	一般原則	參考做法
	<p>2.3 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>程、評估方式及量表之適當性。</p> <p>2.3.1 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>2.3.2 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，如無照顧者應安排在靠近護理站處等方便照護。 (2) 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。 (3) 正確指導安全移動病人的方式，如： <ol style="list-style-type: none"> a. 開始下床前，先測試下肢肌力，以確認肢體支撐力之足夠。 b. 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，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。 c. 教導病人及家屬正確下床方式，如右側偏癱者應由左側下床。 d. 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。 (4) 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。 (5) 對於失智、無家屬陪伴、高齡長者或有多次跌倒史之病人，可使用下床感應式呼叫鈴。 (6) 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。 (7) 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。 (8) 必要時會診復健科進行肌力或平衡相關訓練。 <p>2.3.3 針對年長者提供預防跌倒措施或護理</p>

執行策略	一般原則	參考做法
		<p>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) 強化病人對自身跌倒危險因子之認知，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)，並確認能正確使用。</p>
<p>3. 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預防措施</p> <p>3.2 醫療團隊能全面評估跌倒發生率，並調整預防措施。</p>	<p>3.1.1. 將高危險跌倒病人列入交班事項，並提供病人或照顧者個別性護理指導及護理指導單張。</p> <p>3.1.2. 對發生跌倒病人重新再評估危險因子正確與否，並適時調整照護措施。</p> <p>(1) 頻尿或腹瀉病人，應檢視其飲食型態及用藥情形或疾病史如前列腺肥大或尿道感染，適時照會及處理。</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) 若病人活動移位有困難時</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使用的必要性，必要時予以調整。</p> <p>3.2.1 每年分析跌倒發生率及相關因素，檢討危險因子與照護措施運用平衡性，並依專科特性不同，適時調整照護措施，如：一般病人首次下床執行平衡測試、骨科或腦中風病人則行肌力測試。</p>
<p>4. 落實病人出院時跌倒風險評估，並提供預防跌倒指導</p>	<p>4.1 出院準備服務應針對跌倒高危險群進行預防跌倒相關措施。</p> <p>4.2 出院時，再次提供病人及主要照顧者</p>	<p>4.1.1 病人出院前，再次執行跌倒風險評估，將高危險跌倒病人列入後續照護機構，包括居家護理之交班事項。</p> <p>4.1.2 若有需要評估居家動線及無障礙設施，可轉介居家職能治療師。</p> <p>4.2.1 針對高危險跌倒病人，提供病人或照顧者個別性預防跌倒的護理指導及單張。</p>

執行策略	一般原則	參考做法
	預防跌倒的護理指導。	<p>4.2.2 應確認主要照顧者了解與病人返家後相關之跌倒危險因子及須再加強警覺之要項。</p> <p>4.2.3 主要照顧者若為外籍看護，應使用其瞭解之語言溝通，並提供其瞭解之護理指導單張，必要時應回覆示教。</p>

目標五、提升用藥安全

執行策略	一般原則	參考做法
<p>1. 推行病人用藥整合 (Medication Reconciliation)</p>	<p>1.1. 醫院應有用藥整合的機制。</p> <p>1.2. 醫院訂有用藥整合的明確政策與程序。</p> <p>1.3. 讓病人及家屬參與用藥整合過程。</p>	<p>1.1.1 醫師開立處方前，應注意病人多重用藥情形（如：查閱雲端藥歷）。</p> <p>1.1.2 醫院應有適當機制提醒住院及門診病人主動提供正在使用的藥物資料予醫護團隊參考；並盡可能與病人共同確認，以了解病人對所開的藥品的實際遵從性。</p> <p>1.1.3 於病人入/出院、轉（床/單位/院）等時間點，醫院應注意用藥整合之問題，以確保藥事照護連貫性。</p> <p>1.2.1 用藥資料應適當整合呈現於病歷或資訊系統，讓醫師、藥師、護理人員等容易看到。</p> <p>1.2.2 病人自備藥經評估若仍須服用者，應有適當管理機制，以避免過量或交互作用等藥物安全事件。</p> <p>1.2.3 就/會診多科別、有可能重複開立同類藥品或院內無該類藥物等情形，醫院應有機制讓醫療團隊諮詢藥師。</p> <p>1.2.4 出院時提供最新的用藥清單以作為出院衛教的一部分，這份彙整後的資料應提醒病人妥為保存，必要時轉交給之後的醫療服務提供者。</p> <p>1.3.1 針對多科看診的病人，是最容易知道就醫有多位醫師所開立所有藥物的人。可請病人就醫時提供所有正在服用的用藥清單（或藥物、藥袋/藥單等）給醫事人員做為用藥評估參考。另可向病人衛教說明單獨或合併用藥的風險；若服用清單外藥物，應諮詢藥師或醫師。</p> <p>1.3.2 建議病人、家屬能主動提供用藥資訊，包括：處方藥和非處方藥、中草藥和營養補充劑、保健食品、預防接種史、藥物過敏反應或藥物不良反應</p>

執行策略	一般原則	參考做法
		史。
<p>2. 加強使用高警訊藥品病人的照護安全</p> <p>(1)化學治療藥品</p> <p>(2)抗凝血劑</p> <p>(3)降血糖針劑</p> <p>(4)類鴉片止痛藥品</p>	<p>2.1 加強醫療人員高警訊藥品的使用認知。</p> <p>2.2 提升病人或照顧者高警訊藥品的認知。</p>	<p>2.1.1 應加強使用化學治療藥品之工作環境安全，在各作業流程採取保護或預防措施，如：儲存、運送、調配、給藥等可能風險。尤其當醫療人員執行化療給藥時須有適當防護裝備並教導人員潑灑處理機制。一旦病人發生藥物滲漏，應依醫院滲漏規範進行處置。</p> <p>2.1.2 醫療人員針對降血糖藥品應避免以「口頭」溝通血糖值，應有標準化程序通報並回應血糖檢測結果及後續醫療照護流程。</p> <p>2.1.3 針對類鴉片止痛藥品醫療人員進行疼痛處置應優先採取多重模式的混合式治療法，請參考衛生福利部食品藥物管理署公告之「急性疼痛病人成癮性麻醉藥品使用指引」並注意轉換不同類鴉片止痛劑時，需適度調整劑量以避免藥物過量。</p> <p>2.2.1 輸注化學治療藥品時，醫療人員應適當指導病人或照顧者觀察注射部位有否任何不適狀況，並維持其適當姿勢，以防藥物滲漏發生。</p> <p>2.2.2 衛教病人或照顧者定時服用抗凝血劑的重要性，不要隨意停用或增加藥物，並說明使用抗凝血劑的風險、出血的危險訊號及注意事項。如：</p> <p>(1)使用 warfarin 易與食物（如：綠色蔬菜、內臟、酒精等）、保健食品（如：銀杏、當歸等）及多種藥物產生交互作用而影響療效。</p> <p>(2)新型抗凝血劑 Dabigatran 膠囊不能剝開或咬碎，以免增加出血風險。</p> <p>(3)執行手術、拔牙治療、侵入性檢查時，需告知醫師有服用抗凝血劑。</p> <p>2.2.3 病人自控式止痛(PCA)應由病人自控式給藥，若由代理人控制給藥(PCA by</p>

執行策略	一般原則	參考做法
	<p>2.3 建立高警訊藥品管理及監測機制。</p>	<p>Proxy)需衛教指導病人或照顧者了解正確的使用方式及可能風險。</p> <p>2.3.1 建議高警訊藥品自醫囑、調劑至給藥應有防錯機制，如：標示高警訊藥品、醫令防錯、給藥後追蹤。</p> <p>2.3.2 針對高警訊藥品有特殊註記提醒或其他機制，如：儲位標示、處方、藥袋藥名等。</p> <p>2.3.3 為確保護理人員正確給藥，建議給藥系統應設置提示畫面，如：以顏色或特殊標示辨別高警訊藥品。</p> <p>2.3.4 規範治療過程宜有相關檢查/檢驗值評估基準與調整治療。</p> <p>2.3.5 使用降血糖針劑建議應註記胰島素施打部位，如：有顏色標註已注射區塊或自動提醒應施打部位，以避免施打重覆部位。</p> <p>2.3.6 使用類鴉片止痛劑的高風險病人（如：有併用其他鎮靜藥物、睡眠呼吸中止、呼吸道阻塞等）建議持續性的監測血氧飽和度與換氣功能。</p> <p>2.3.7 醫院應該備有類鴉片止痛劑的拮抗劑(naloxone)及緊急狀況時的標準作業流程，以確保能及時處理呼吸抑制等嚴重副作用。</p> <p>2.3.8 類鴉片止痛劑使用硬脊膜外給藥時(Epidural PCA)，要特別注意預防管路錯接。如：採用顏色、標籤標示不同的輸液管路，以預防因給藥途徑錯誤所造成的嚴重副作用。</p>
<p>3. 加強輸液幫浦使用安全。</p>	<p>3.1 建立輸液幫浦使用安全管理機制。</p>	<p>3.1.1 醫院應明定需使用輸液幫浦的高警訊藥品（如：化療藥劑、抗凝血劑...等），若需轉換藥物濃度與流速，建議醫令系統或資訊設計有計算流速功能，以確保劑量正確。</p> <p>3.1.2 醫院應針對相關人員提供持續有效的輸</p>

執行策略	一般原則	參考做法
		<p>液幫浦教育訓練，包括基本認知及不同廠牌間的操作方式。</p> <p>3.1.3 醫院應訂有輸液幫浦的定期檢測與維護管理規定，以確保使用安全。</p>

目標六、落實感染管制

執行策略	一般原則	參考做法
<p>1. 落實手部衛生遵從性及正確性</p>	<p>1.1 醫院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> <p>(1) 濕洗手設備：備有非手控式水龍頭，如：肘動式、踏板式或感應式水龍頭等、手部清潔液、擦手紙及正確洗手步驟圖。手部清潔液可準備液態皂併用手部消毒劑，或備有具去污作用之手部消毒劑。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、門診區、臨床檢驗室及研究室等。</p> <p>(2) 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> <p>1.1.2 定期檢視各類洗手設備、補充性洗手溶液，應注意有效期限及容器清潔。補充性洗手溶液若已到期，須倒掉並重新填充。更換新溶液前，須充分清洗盛裝容器，並於晾乾後再進行填充。</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時機：</p> <p>(1) 接觸病人前。</p> <p>(2) 執行清潔或無菌技術操作前。</p> <p>(3) 暴露於病人體液風險之後。</p> <p>(4) 接觸病人後。</p> <p>(5) 接觸病人週遭環境後。</p> <p>1.2.2 院內從業人員、外包人員、病人及訪客等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> <p>(1) 當雙手沾到血液、體液，或可能接觸到病毒或產孢菌時，應使用具去污作用之手部消毒劑清除髒污並用清水清洗，以維護手部衛生。</p>

執行策略	一般原則	參考做法
		<p>(2)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。</p> <p>1.2.4不得以戴手套取代洗手。</p>
<p>2. 加強抗生素使用管理機制</p>	<p>2.1 醫院不論規模大小，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 應設立跨部門抗生素管理小組。</p>	<p>2.1.1 抗生素管理由主管級醫師負責。</p> <p>2.1.2 抗生素藥物處方需有時間限制。</p> <p>2.1.3 抗生素處方有專責醫師審核。</p> <p>2.1.4 訂有常見感染症抗生素治療使用建議準則，且醫師可隨時查閱相關適當使用抗生素之資料。</p> <p>2.1.5 訂有正確使用預防性抗生素管理措施，如：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）等。</p> <p>2.1.6 訂有門診及住院病人抗生素合理使用情形管理措施，如：一般明顯急性感冒不可使用抗生素；給予抗生素使用應考慮病人體重及肝腎機能等。</p> <p>2.2.1 由審核醫師、藥師、醫檢師、護理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>2.2.4 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>2.2.5 建議運用資訊系統進行抗生素管理。</p>
<p>3. 推行組合式照護 (Care Bundles) 的措施，降低醫療照護相關</p>	<p>3.1 對於使用中心導管、留置性尿路導管、呼吸器及手術病人，建議推廣組合式照護介入措施</p>	<p>3.1.1 對於置放中心導管的病人，依「中心導管照護品質提升計畫醫院版作業手冊」執行降低中心導管相關血流感染 (CLA-BSI, Central Line Associated Blood Stream Infection)之措施，重點為：</p> <p>(1) 置入中心導管前執行手部衛生。</p>

執行策略	一般原則	參考做法
感染		<p>(2) 採用適當消毒劑，如：酒精性 2% Chlorhexidine gluconate(2% CHG)進行病人皮膚消毒。</p> <p>(3) 置放中心導管時，執行者與病人皆需使用最大無菌面防護（執行者：口罩、髮帽、無菌隔離衣、無菌手套；病人：從頭到腳全身覆蓋）。</p> <p>(4) 慎選置放中心導管的位置，宜避免使用鼠蹊部為置放部位。</p> <p>(5) 每日執行中心導管照護評估，不再需要時應立即拔除。</p> <p>3.1.2 對於留置性導尿管的病人，依「106 年侵入性醫療處置照護品質提升計畫作業手冊-醫院版」執行降低導尿管相關尿路感染(CA-UTI, Catheter Associated Urinary Tract Infection)之措施，重點為：</p> <p>(1) 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。</p> <p>(2) 置放導尿管前、後執行手部衛生。</p> <p>(3) 放置留置性導尿管需無菌技術操作。</p> <p>(4) 導尿管固定方式正確，集尿袋應維持在膀胱以下的位置，不可置於地面。</p> <p>(5) 每日照護評估需落實手部衛生、進行拔管評估、維持尿袋固定位置高度在膀胱高度以下、保持無菌暢通避免管路扭曲或壓折、執行日常個人衛生保持尿道口周圍清潔。</p> <p>3.1.3 對於使用呼吸器病人，依「106 年侵入性醫療處置照護品質提升計畫作業手冊-醫院版」，執行降低呼吸器相關肺炎(Ventilator Associated Pneumonia)之措施，重點為：</p> <p>(1) 置放氣管內插管前、後執行手部衛生。</p>

執行策略	一般原則	參考做法
		<p>(2) 每日需評估是否可儘早脫離呼吸器、至少一次暫停靜脈注射鎮靜劑（不含止痛劑）之使用，除非有相關禁忌症。</p> <p>(3) 宜使用 0.12% ~ 0.2% chlorhexidine gluconate 漱口水/凝膠執行口腔抗菌照護，每日至少 2 次。</p> <p>(4) 床頭（head of bed, HOB）維持抬高 30⁰~45⁰，除非有禁忌症。</p> <p>(5) 適時排空呼吸器管路積水。</p> <p>3.1.4 對於手術病人，建議同時採取下列措施以降低手術部位感染(Surgical Site Infection)，重點為：</p> <p>(1) 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。如果手術時間過長，應適當追加抗生素。</p> <p>(2) 手術前沐浴：建議使用抗菌溶液或肥皂淋浴或擦澡。</p> <p>(3) 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，且宜使用剪毛器(clipper)，不宜使用剃刀。</p> <p>(4) 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，且最好是早點做有足夠時間完成風險評估及啟動適當的治療，並維持術後血糖值宜小於 200mg/dL。</p> <p>(5) 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或熱空氣式保溫(forced air warming)，其核心體溫宜大於攝氏 36 度。</p>

執行策略	一般原則	參考做法
4. 定期環境清潔及監測清潔品質	4.1 醫院不論規模大小，應有合適的環境清潔管理。	<p>4.1.1 建立醫院合適的環境清潔管理政策，依環境表面的種類以及所污染的程度（如：多重抗藥性微生物或困難梭狀桿菌感染）使用合宜之清潔劑、消毒劑與清潔作業流程。</p> <p>4.1.2 定期進行醫院環境清潔品質管理，如：有未達標準情況應進行檢討及改善。</p>
5. 建立醫材器械消毒或滅菌管理機制	<p>5.1 落實醫材、器械的消毒或滅菌流程與管理。</p> <p>5.2 建立重複使用醫材器械安全管理。</p>	<p>5.1.1 供應室配置適當人力、注意動線管理、清潔區及汙染區應做適當區隔。</p> <p>5.1.2 衛材與器械未集中於供應室清洗、消毒與滅菌者，應依供應室之作業指引及流程辦理。</p> <p>5.1.3 建立及落實醫療器械、醫材滅菌管理和監測機制，定期探討、分析及改善。</p> <p>5.1.4 軟式內視鏡或非單次使用（非拋棄式）且不適合以高溫高壓滅菌方式處理的醫材，應依廠商建議之清潔及消毒方式進行，各項監測須訂有標準作業流程且確實執行。</p> <p>5.2.1 醫院應訂定合適的重複使用醫材器械管理政策，如：品項、汰換機制、清潔消毒流程、滅菌方式及滅菌與監測紀錄。</p> <p>5.2.2 醫院若有租賃器械或委託外包廠商協助執行清潔、消毒及滅菌流程，應有適當考核機制、嚴格管控品質。</p>

目標七、提升管路安全

執行策略	一般原則	參考做法
<p>1. 落實管路正確置放之評估機制</p>	<p>1.1 醫療人員能正確置放管路，並有確認機制。</p>	<p>1.1.1 各類侵入性管路使用，應有放置前及留置必要性之評估。</p> <p>1.1.2 訂定標準作業流程，規範可執行管路置放的醫療人員，並確保其操作能確實遵循標準作業規範。在置放侵入性管路時，鼓勵以影像工具導引，例如：置放中央靜脈導管困難時，可以超音波導引等方式。</p> <p>1.1.3 平時應該準備好各類管路置放所需的器械、物料、設備、照明及人力支援安排等，以備需要時可以隨時順利進行。</p> <p>1.1.4 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. 提升管路照護安全及預防相關傷害</p>	<p>2.1 確認管路正確連接。</p>	<p>2.1.1 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、通暢及密閉性等，並列入交班內容。</p> <p>2.1.2 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，建議依據管路特性個別訂定相關標準，如：在管路源頭、機器設定端、注射接頭等適當位置，有清楚明顯標註或考慮使用顏色區分。</p> <p>2.1.3 應有各類管路置放位置正確之再確認機制。</p> <p>2.1.4 各項管路使用轉接頭，勿外力強迫原本無法接合之管路連接，應按使用說明書執行。</p> <p>2.1.5 當病人轉運送時，確保管路連接正確並確實交班、醫療人員間良好的溝</p>

執行策略	一般原則	參考做法
	<p>2.2 確實執行管路放置及移除之標準作業規範。</p> <p>2.3 應制定管路異常事件的預防和處理機制，並強化人員的應變能力。</p> <p>2.4 醫院應有管路照護品質管理及異常事件通報之機制。</p>	<p>通，以避免管路誤接。</p> <p>2.1.6 當反覆發生管路非計畫性移除狀況時，應考慮管路留置的必要性；如果確認仍然需要時，要檢討原因，強化固定方式與照顧模式。</p> <p>2.1.7 為了避免壓力性損傷(pressure injury)及感染之發生，管路留置期間應注意相關照顧環節，例如：口腔清潔、受壓部位之皮膚完整性評估與照護等。</p> <p>2.2.1 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，應有移除確認之標準作業流程。</p> <p>2.2.2 應訂定各種管路消毒、清潔、置換週期、移除前評估等作業規範。</p> <p>2.3.1 對各類管路異常事件，例如錯置、錯接、滑脫、阻塞、折曲、錯拔和感染等意外發生之處理，應有標準化作業程序。</p> <p>2.3.2 醫療人員應對病人、主要照顧者進行管路照護指導，並提供適當的衛教資料，以預防管路自拔、滑脫等，提高病人及其照顧者之遵從性。</p> <p>2.3.3 讓非醫療照護之員工、病人、家屬及主要照護者了解，若發現管路連接異常，如脫落、斷裂等，應立即通知醫療人員處理。</p> <p>2.4.1 定期監測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>2.4.2 鼓勵管路異常事件之通報，並針對監測結果作分析及檢討。具有學習價值者，可編撰為學習案例，以強化人員因應處理的能力。</p>

目標八、鼓勵病人及其家屬參與病人安全工作

執行策略	一般原則	參考做法
<p>1. 提供民眾多元參與管道,鼓勵民眾關心病人安全</p>	<p>1.1 與病人相關的作業,宜有機制蒐集病人及家屬意見</p> <p>1.2 醫療人員應營造信任的溝通氣氛。</p>	<p>1.1.1.邀請病人及其家屬、醫院志工、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。</p> <p>1.1.2 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,藉以了解教材內容是否淺白易懂,並能提供民眾需要之資訊。</p> <p>1.1.3 對於民眾的申訴抱怨、讚美信函中與病人安全相關的內容,宜建立機制蒐集與檢討,並回饋給病人安全委員會或相關品質管理單位。</p> <p>1.1.4 對於讚美意見,應公告或於相關會議宣讀,以肯定醫療機構與同仁的病人安全行為;對於改進意見,檢討後應適當的回饋民眾。</p> <p>1.1.5 鼓勵志工於民眾候診或陪伴家屬時,提供病人安全相關宣導,也可將民眾意見及時反映院方。</p> <p>1.1.6 鼓勵與病人、社福或社區團體合作宣導病人安全。</p> <p>1.2.1 醫療人員應以溫和、親切、耐心及平等的態度與病人及家屬溝通任何與疾病治療照顧有關的議題。</p> <p>1.2.2 鼓勵病人及其家屬勇於提出對其所接受的治療與處置的疑慮,並教育醫療人員以開放的態度受理意見,以及時解決問題,必要時院方應建立支援機制。</p> <p>1.2.3 設法了解病人及家屬關切之病安問題,視需要為醫護人員、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。</p>

執行策略	一般原則	參考做法
	<p>1.3 鼓勵病人及其家屬勇於說出對其所接受的治療與處置之任何疑問。</p>	<p>1.2.4 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</p> <p>1.3.1 運用住院須知、海報文宣、跑馬燈等傳播媒介，宣導病人及其家屬主動向醫療人員提出關心的病人安全問題。</p> <p>1.3.2 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>1.3.3 病人及家屬對於其接受的治療有重大疑慮而無法獲得醫療團隊適當回應時，可透過申訴管道或專線通報，醫院應積極回應，並協助臨床人員解決病人的需求。</p>
<p>2. 推行醫病共享決策 (Shared Decision Making, SDM)</p>	<p>2.1 支持及鼓勵醫療人員及民眾參與醫病共享決策。</p> <p>2.2 醫療團隊宜以病人需求為考量，進行醫病共享決策。</p>	<p>2.1.1 應用多元宣導活動，如海報、多媒體傳播、宣導活動等提升院內員工及病人對 SDM 的理解與動機。</p> <p>2.1.2 進行醫病共享決策主題選擇時，能蒐集病人及臨床照護者的需求及問題。</p> <p>2.1.3 提供醫療人員必要的教育訓練課程，認知課程可結合原有訓練機制，技能導向課程如決策輔助工具(Patient Decision Aids, PDA)製作、引導員訓練等可以工作坊形式進行。</p> <p>2.1.4 提供醫療人員必要的資源，如院內資源中心、衛生福利部醫病共享決策平台及國際 Ottawa 資源中心。</p> <p>2.1.5 整合院內現有資源，給予醫療團隊實質支援，如實證醫學、病安、資訊、教學等的資源，以協助團隊將 SDM 融入現有流程。</p> <p>2.1.6 建立分享機制，提供醫療團隊及病人成功經驗並鼓勵參與。</p> <p>2.2.1 針對需要共享決策的病人，利用各種工具，如圖片、多媒體影片、網路系統等，以病人可以理解的方式說明決策相關選項的好處與風險。</p> <p>2.2.2 鼓勵病人對自身疾病及治療選項提出</p>

執行策略	一般原則	參考做法
		<p>相關問題，並確認病人及家屬了解不同選項的內容，如回覆示教或認知測驗。</p> <p>2.2.3 引導病人表達決策相關的在意點或價值觀，必要時給予病人充分時間考慮及納入家屬的意見及想法。</p> <p>2.2.4 以病人為中心考量個別需求及價值，結合專業意見，與病人及家屬一起做出最佳的決策。</p> <p>2.2.5 進行決策後執行的照護支持及效果評估，以病人為中心的考量，必要時可隨時更新訊息及決策。</p>
<p>3. 提升住院中及出院後主要照顧者照護知能</p>	<p>3.1 醫療團隊於病人住院中及出院前，應評估主要照顧者需要的照護知能，並適時提供衛教指導。</p> <p>3.2 醫院應能提供照顧者取得照護知能的教育資源或可提供協助之機構或人員。</p>	<p>3.1.1 於病人住院中，醫療團隊應評估主要照顧者需要的照護知能，提供衛教指導，並評估其學習成效。</p> <p>3.1.2 主要照顧者於住院中有輪替情形時，醫療團隊應設計與提供適當工具，以供照顧者交班使用，並於新的照顧者接班後，確認其理解的程度。</p> <p>3.1.3 醫院應針對主要照顧者特性，提供合適的衛教方式，例如多國語言、圖像化的衛教資源或操作練習，以提升主要照顧者的照護知識與技能。</p> <p>3.2.1 對於照顧者所需要的照護知能，醫院除了衛教外，可以提供網路上的教育資源，以方便照顧者反覆學習或進一步取得相關資訊。</p> <p>3.2.2 病人出院後，醫院可以提供主要照顧者院內的諮詢管道，或是提供可以就近協助的機構或人員，以提供照顧者詢問照護知能問題的管道。</p>