

99-100 年度醫療品質及病人安全工作目標及執行策略

項目		執行策略
一	提升用藥安全	落實正確給藥程序、查核 落實病人用藥過敏及不良反應史的登錄及運用 加強慢性病人用藥安全 提升病人及照護者安全用藥的能力 運用資訊提高用藥安全
二	落實感染控制	落實洗手遵從性及正確性 醫療照護相關感染重大事件應列為警訊事件處理 落實抗生素正確使用的教育及監測機制
三	提升手術安全	落實手術辨識流程 落實手術安全查核項目 提升麻醉照護功能，確保手術安全 落實手術儀器設備檢測作業 建立適當機制，檢討不必要之手術
四	預防病人跌倒及降低傷害程度	落實執行跌倒風險評估及防範措施 加強監測與通報病人跌倒 改善照護環境，以降低跌倒傷害程度
五	鼓勵異常事件通報	營造異常事件通報文化，並參與全國性病人安全通報系統 落實院內病人安全通報標準作業程序 對重大異常事件進行根本原因分析 定期分析通報資料，採取適當預防及改善措施
六	提升醫療照護人員間溝通的有效性	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 檢驗、檢查、病理報告之危急值應及時通知與處理 加強團隊溝通技能
七	鼓勵病人及其家屬參與病人安全工作	鼓勵醫療人員主動與病人及其家屬建立合作夥伴關係 擴大病人安全委員會參與層面 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
八	提升管路安全	加強管路使用之評估及照護品質 加強監測及通報管路事件，採取預防及改善措施 整合醫療團隊資源，提供跨專業管路照護
九	加強醫院火災預防與應變	確保建物與設施的防火性能 確保滅火及逃生設施的有效性 依照單位特性，擬定防火計畫 制定全院及各特殊單位之火警應變計畫 落實人員防火教育及火警應變訓練

目標一：提升用藥安全

執行策略	一般原則	參考作法
1. 落實正確給藥程序、查核	1.1 「正確給藥作業程序」應符合衛生署公告之「優良藥品調劑作業規範」。	<p>1.1.1 醫療機構應訂定處方用法、用量、單位劑量的表示方式及使用縮寫的規定，醫師處方應書寫正確清楚避免混淆。</p> <p>1.1.2 藥師依處方調配藥品時，應先確認該藥品與病人診斷相符、藥品劑量用法正確，調配處方時應有標準作業程序及覆核（double checking）機制，以確保藥品調劑的正確性。</p> <p>1.1.3 藥劑部門內調劑檯上之藥品以原瓶、原包裝上架為原則。若需分裝，應標示藥名、劑量、保存方式及使用期限。</p> <p>1.1.4 無菌製劑調製應有標準作業流程，符合相關規定並定期查核。</p> <p>1.1.5 門診交付病人的藥品包裝（如藥袋），應標示衛生署公告之必須標示項目，例如：病人姓名、性別、藥品商品名、藥品單位含量與數量、用法與用量、調劑地點（醫療機構或藥局）之名稱、地址、電話號碼、調劑者姓名、調劑日期、警語等。</p>
	1.2 醫療機構應針對「正確給藥作業程序」，訂定執行策略與執行內容，定期查核，並依據查核結果進行檢討及改善。	<p>1.2.1 門診給藥時應以兩種以上之方法確認病人姓名，主動提供病人用藥指導及藥品諮詢服務電話，並提醒病人當發現藥品錯誤或有用藥不適時，應即時與醫療機構藥劑部門連絡。</p> <p>1.2.2 藥局送至護理站之藥品以原瓶、原包裝使用為原則。若需分裝，應標示藥名、劑量、保存方式及使用期限。</p> <p>1.2.3 住院病人給藥時，護理人員應再確認該藥品處方之正確性、給藥途徑及方法，例如當病人病情變化或處方改變時，能適時提出以便即時修正，並經「三讀五對」後方能給藥。</p> <p>1.2.4 應定期檢討藥品外觀、包裝、標示或名稱發音相似的藥品清單，並注意其擺設位置及標示，加強人員教育，避免發生錯誤。</p> <p>1.2.5 高危險藥品的使用應訂有管理機制，以避免給藥錯誤。</p> <p>1.2.6 醫療機構應訂有查核機制，定期或不定期至各臨床單位（如病房、藥局），抽查醫療、藥劑、護理各單位在執行與藥品使用相關業務時，對院內所訂之標準作業流程之遵循度。</p>

2. 落實病人用藥過敏及不良反應史的登錄及運用	2.1 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。	2.1.1 醫療機構應設定藥物過敏史及藥物不良反應史的登錄與偵測流程；病人就醫時，應主動詢問病人之用藥過敏史及不良反應史，確實登錄於病歷首頁與更新之。 2.1.2 應建立病人用藥過敏及不良反應回饋機制，以及時提供予第一線醫療照護人員（例如急診）。 2.1.3 處方箋上宜標示病人過敏藥物，醫師給藥及藥師覆核處方時需加以確認。
3. 加強慢性病人用藥安全	3.1 醫療機構應建立慢性病人長期用藥監測機制，避免重複用藥或藥品交互作用。	3.1.1 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。 3.1.2 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物時，應主動提供相關資料及用藥指導。
4. 提升病人及照護者安全用藥的能力	4.1 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。	4.1.1 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。 4.1.2 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、藥物作用及副作用、服藥時應特別注意事項及忘記服藥時之處理。 4.1.3 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。
5. 運用資訊提高用藥安全	5.1 醫療機構可於照護流程中運用資訊技能，提升用藥安全。	5.1.1 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或藥品交互作用之機制。 5.1.2 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，應將完整之病人藥物治療明細正確的傳遞給下一位照護者。 5.1.3 運用多元資訊管道將藥物安全警訊提供給醫療相關人員。

目標二：落實感染控制

執行策略	一般原則	參考作法
1.落實洗手遵從性及正確性	1.1 醫療機構應有組織、有計畫地實施手部衛生活動，落實醫療照護之正確洗手，以避免傳播致病原並自我防護。	<p>1.1.1 醫療機構應由主管帶領，明訂計畫及方法，展開全面性的手部衛生活動，以有效執行醫療照護相關工作人員之洗手遵從性及正確性，並定期評估。</p> <p>1.1.2 應透過各種方式宣導並落實正確洗手時機及原則如下：</p> <p>1.1.2.1 當雙手沾到血液、體液等時，應使用抗菌的肥皂清除髒污並用清水沖洗，以維護手部衛生。</p> <p>1.1.2.2 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>1.1.2.3 洗手時機：</p> <p>1.1.2.3.1 直接接觸病人前。</p> <p>1.1.2.3.2 直接接觸病人後。</p> <p>1.1.2.3.3 脫下手套後。</p> <p>1.1.2.3.4 執行侵入性處置前(不論是否有戴手套)。</p> <p>1.1.2.3.5 接觸病人血液、體液、分泌物、黏膜、受損皮膚、傷口敷料後。</p> <p>1.1.2.3.6 照護病人時從污染的部位移到乾淨的部位前。</p> <p>1.1.2.3.7 接觸緊鄰病人的環境後(包括醫療設備)。</p> <p>1.1.3 當可能接觸到腸病毒或炭疽桿菌(Bacillus anthracis)等產孢菌時，由於酒精、氯己啶(chlorhexidine)、碘類溶液(iodophors)等產品對其皆不具備充份的消毒效果，建議先使用肥皂加以清潔，不應以乾洗手液取代一般洗手。</p>
	1.2 醫療機構應制定策略，教育病人、家屬、民眾勤洗手，並鼓勵民眾提醒醫療工作人員於適當時機洗手，以協助控制醫療照護相關感染。	<p>1.2.1 各單位除提供必要之洗手槽及洗手相關設備，應於接觸照護病人場所及公共(公開)場合設置酒精性乾洗手劑，以提升醫療照護人員及民眾洗手的便利性。</p> <p>1.2.2 定期檢視各類洗手清潔設備並進行補給保養維護。</p> <p>1.2.3 定期針對醫療機構工作人員及外包人員舉辦感染控制及手部衛生相關教育訓練，並制定有效之稽核措施及回饋機制，以提高醫療照護相關工作人員對正確洗手之認知及遵從。</p> <p>1.2.4 邀請病人、家屬、民眾參加團體衛教加強宣導手部衛生重要性、正確洗手的方式與時機，並鼓勵於陪病期間相互提醒洗手，以協助控制醫療照護相關感染。</p> <p>1.2.5 醫療機構工作人員應於醫療過程中適時地相互提醒洗手，並給予支持與正向的回饋。</p>

執行策略	一般原則	參考作法
2. 醫療照護相關感染事件應視為警訊事件處理	2.1 醫療機構應建立系統性醫療照護相關感染通報機制。	<p>2.1.1 醫療機構應建立系統性醫療照護相關感染通報機制，建構一線單位通報管道，鼓勵主動通報醫療照護相關感染案例。對於感控小組及一線單位醫療工作人員，應定期辦理對群突發之相關教育及實務訓練，並評核成效。</p> <p>2.1.2 感控小組除了例行監測高危險單位，對監測或通報之資訊應進行分析及篩檢機制。</p> <p>2.1.3 醫療機構應參與疾病管制局建立之”院內感染監視通報系統 (TNIS)”進行醫療照護相關感染通報。</p>
	2.2 遇有重大或異常之醫療照護相關感染事件應視為警訊事件，並進行環境因素與管理流程等系統面改善。	<p>2.2.1 對特殊之醫療照護相關感染之異常事件(如病人發生特殊之醫療照護相關感染事件導致非預期死亡、重大功能喪失者或醫療照護相關感染率逾越閾值)應視為警訊事件。</p> <p>2.2.2 應建立警訊事件之通報模式，並進行調查分析，以察覺可能的系統性失誤。除進行即時處置，應建立追蹤機制，並提出改善計畫及紀錄。</p>
3. 落實抗生素正確使用的教育及監測機制	3.1 應有抗生素使用管制措施，包括預防性抗生素及門診抗生素使用	<p>3.1.1 醫院應定期辦理全院性「抗生素使用」之教育訓練，且鼓勵臨床醫師參與。</p> <p>3.1.2 醫院應訂有抗生素使用管制措施，包括預防性抗生素及門診抗生素使用，且醫師可隨時查閱如何適當使用抗生素之資料。</p> <p>3.1.3 對所有類別抗生素之使用情形均應有適當監測機制及統計資料，並回饋給臨床相關人員參考。</p> <p>3.1.4 對所有管制類抗生素使用均有審查人員，針對不符合抗生素使用原則之現況進行分析並提出改善措施。</p> <p>3.1.5 醫院可設置抗生素檢核資訊系統，於醫師開立抗生素處方時具備提醒機制。</p>
	3.2 應有醫療照護相關感染及全院性臨床分離菌種抗生素感受性報告	<p>3.2.1 醫院應定期製作醫療照護相關感染及全院性臨床分離菌種抗生素感受性報告，並將最新之統計報告分發給每位醫師或網路上公告，醫師可隨時查閱。</p> <p>3.2.2 進行抗藥性趨勢與抗生素用量之分析。</p>

目標三：提升手術安全

執行策略	一般原則	參考作法
1. 落實手術辨識流程	1.1 落實病人辨識。	<p>1.1.1 麻醉及手術前醫療人員應主動詢問：「您的大名是？您的血型？您的生日？您預定的檢查或手術是什麼？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、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>
	1.2 落實手術部位標記及辨識。	<p>1.2.1 手術前應由手術小組成員與病人(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。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。無法標記的部位(例如：口腔、牙齒、陰道、尿道、肛門)、內視鏡手術或不分左右的器官可標記在查檢表所附的圖形上。</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。在劃刀前，應有一小段作業靜止期(time-out)，由主刀醫師大聲唸出病人姓名、年齡、術式(包含左右部位)等，並經所有麻醉及手術成員確認病歷、手術同意書、麻醉同意書中記載之手術部位與標記部位均相符。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>
2. 落實手術安全查核項目	2.1 手術安全查核項目應包括：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>2.1.1 醫療機構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、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>2.1.2 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>2.1.3 可制定手術前病人安全查核機制，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>

執行策略	一般原則	參考作法
		<p>2.1.4 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>2.1.5 手術中備血及輸血、檢體處理等應有嚴謹雙重核對之標準作業流程，並留下記錄。</p>
3. 提升麻醉照護功能，確保手術安全	<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>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>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等同加護病房照護之專門訓練。</p> <p>3.1.3 對麻醉高風險之病人，應有事先對麻醉團隊提醒之機制；術後對不同高風險之病人，有對後續照護團隊交班及運送之標準作業流程。</p> <p>3.2.1 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> <p>3.2.2 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，並於注射前有再確認及覆誦的機制。</p>
4. 落實手術儀器設備檢測作業	<p>4.1 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>4.2 手術器械應有手術前後清點及交班機制。</p>	<p>4.1.1 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>4.1.2 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>4.2.1 手術器械於手術前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>
5. 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。

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
1.落實執行跌倒風險評估及防範措施	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>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器等，於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 病人若服用易增加跌倒風險的藥物（例如：安眠、鎮定、麻醉止痛、肌肉鬆弛、降壓、利尿等），應將藥物所產生頭暈、下肢無力等反應向病人說明清楚並進行評估。小夜班護理人員可主動提醒病人或照顧者及早完成臨睡前如廁需求並減少睡前飲水量，特別是服用鎮靜安眠劑及利尿劑者。且護理人員應定時協助傾倒尿壺、清潔便盆。</p> <p>1.1.3 應鼓勵醫師積極參與跌倒預防工作（例如：評估造成跌倒的危險因子、評估可能造成跌倒原因、協助調整可能增加跌倒危險的藥物等），並向病人進行防跌宣導，提升病人對衛教指導之遵從性。</p> <p>1.1.4 鼓勵物理治療師共同設計增加病人下肢肌力的方法，對住院病人執行運動訓練雖無法降低跌倒的危險，但可以降低發生嚴重損傷事件的機會。</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>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、使用高風險藥物等），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）、曾有跌倒經驗、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、行為衝動、移位步行需他人協助）、頻繁如廁、藥物使用（抗精神藥物、抗憂鬱藥物、鎮靜安眠藥物、抗癲癇藥、肌肉鬆弛劑、利尿劑、瀉劑、降血壓劑、麻醉止痛劑、散瞳劑等）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。</p> <p>1.2.4 篩檢後具跌倒高度危險傾向的病人，可利用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(如調整藥物、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</p>

執行策略	一般原則	參考做法
		<p>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) 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 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>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> <p>(2) 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，方便照護。</p> <p>(3) 正確指導安全移動病人的方式，例如：</p> <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。 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。 <p>(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。</p> <p>(5) 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，宜安排使用下床感應式呼叫鈴。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</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>2.加強監測與通報病人跌倒</p>	<p>2.1 應建立病人跌倒事件的監測流程及通報系統。</p>	<p>2.1.1 醫療機構應建立跌倒通報的監測機制，例如建置醫療機構病人跌倒通報系統及作業流程。</p> <p>2.1.2 制訂高危險跌倒病人清單，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>2.1.3 處置因跌倒受傷之病人，應提供多重因子評估，以確認潛在危險因子並擬定個別化的介入措施，進而改善生理及心理功能、促進其獨立能力。</p> <p>2.1.4 應定期分析造成跌倒之主要影響因素，針對嚴重的傷害事件進行根本原因分析；並定期提供報表回饋醫療照護人員，以適時調整教育課程內容。</p>

執行策略	一般原則	參考做法
		2.1.5 應定期統計跌倒發生率，針對跌倒原因、跌倒造成傷害、傷害程度及重複跌倒等情形，分析結果並提出有效的預防措施。
3.改善照護環境，以降低跌倒傷害程度	3.1 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>3.1.1 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，主動提供輔具使用，並教導正確床欄的起降方法。 (3) 床輪應置於固定位置且定期檢測其功能。在不作治療的時間，病床高度應降至最低，以方便病人下床時可雙腳著地。 (4) 避免使用支撐時會傾斜而可能會滑動的傢俱，如床旁桌或帶輪點滴架。 (5) 保持病房與浴廁地面清潔乾燥，通道無障礙物及充足的照明。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。 (8) 乘坐輪椅時應給予適當的固定，如使用輪椅之安全帶。 <p>3.1.2 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>

標五：鼓勵異常事件通報

執行策略	一般原則	參考做法
1.營造異常事件通報文化，並參與全國性病人安全通報系統	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>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 為鼓勵通報，對於有意義之通報給予適當的鼓勵。</p> <p>1.1.5 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>1.1.6 可定期進行病人安全文化調查，針對結果進行推廣措施的改善，做為提升病安文化的參考依據，以營造正向通報文化。</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。	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。
2.落實院內病人安全通報標準作業程序	2.1 建立符合院內的病人安全通報標準作業模式。	<p>2.1.1 通報表單力求簡易，內容注重事實的描述，避免妄自假設或推斷，並有專人定期檢視事件類別與通報內容。</p> <p>2.1.2 加強通報安全管理流程，所有通報事件牽涉之可辨識資料，力求保密不可任意洩漏（例如處理通報事件之相關人員可簽訂保密協定）。</p> <p>2.1.3 應建立通報後處理流程及適當回饋機制。</p>
	2.2 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。	2.2.1 由專責獨立的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>3.對重大異常事件進行根本原因分析</p>	<p>3.1 對於重大異常事件進行根本原因分析，根據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>3.1.1 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>3.1.2 警訊事件係指個案非預期的死亡或非自然病程中永久性的功能喪失，或發生下列事件，例如：手術部位錯誤、給錯藥物、嚴重後果之院內跌倒、輸血錯誤、院內自殺、治療延遲、因約束導致病人嚴重傷害、呼吸器相關之死亡或傷害、重大院內感染致死、麻醉期間心跳停止或麻醉結束後無法甦醒、不可替代性檢體遺失等。</p> <p>3.1.3 應根據根本原因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> <p>3.1.4 根本原因分析成功的要素包括：事件真相的調查與還原、有效工作團隊的組成、足夠資訊與充分溝通、正確的流程分析與適當授權。</p>
<p>4.定期分析通報資料，採取適當預防及改善措施</p>	<p>4.1 運用通報資料分析結果，提出改善的行動計畫，採取適當預防及改善措施</p>	<p>4.1.1 醫療機構應定期針對通報資料分析結果進行檢視與討論，並作為機構或單位內目標改善之依據。</p> <p>4.1.2 醫療機構或單位內應建立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。</p>

目標六：提升醫療照護人員間溝通的有效性

執行策略	一般原則	參考作法
1. 落實交接班資訊傳遞之完整與及時性	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。	1.1.1 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。
		1.1.2 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。
		1.1.3 交接班時訊息傳遞建議包括下列內容(口訣 ISBAR)： 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。
		1.1.4 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。
2. 落實轉運病人之風險管理與標準作業程序	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、設備與運送流程，以確保訊息傳遞之正確性與運送途中之病人安全。	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。
		2.1.2 運送原則應依據病人嚴重度的差異，訂定符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等。
		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。
3. 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。	3.1.1 重要口頭訊息交待時，應以記下、覆誦、再確認的方式，確定資訊傳遞無誤。
		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。
		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。

4.檢驗、檢查、病理報告之危急值應及時通知與處理	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。	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。
	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即時性。
5.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。
		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。

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
1. 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。	1.1.2 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。
		1.1.3 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。
		1.1.4 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。
2. 擴大病人安全委員會參與層面	2.1 擴大 社區人士參與醫療機構病人安全委員會。	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。
3. 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。	3.1.1. 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。
	3.2 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。	3.2.1 運用海報文宣、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任何關心的問題。 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。 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。
4. 主動提供病人醫療安全相關資訊	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。	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。 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。 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。

目標八：提升管路安全

執行策略	一般原則	參考作法
1.加強管路使用之評估及照護品質	1.1 醫療機構應有侵入性管路使用安全作業規範與發生管路意外時之後續處理機制與能力。	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與計畫，並適當規範可執行的醫療人員。
		1.1.2 醫療人員執行侵入性管路置放前，應熟悉各類管路置放適應症與合併症，以及接受相關技術操作之教育訓練。
		1.1.3 各類管路置放最好在器械、物料、設備、照明及人力支援等各項資源充沛下進行。
		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。
		1.1.5 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。
	1.2 醫療機構應有管路留置照護及移除作業規範。	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。
		1.2.2 多重輸液管路應有明確管路源頭區分機制與標準作業流程，以確定滴注藥物正確。對複雜或高危險管路系統應在病人端作顏色區分及標註，例如動靜脈瘻管肢體不得測量血壓、加壓或輸液之管路，中心靜脈輸液管滴注全靜脈營養療法(TPN)時不得多重導管同時注射及測量中心靜脈壓。
		1.2.3 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。
		1.2.4 除正確固定外，評估病人臨床狀況，必要時應適度地保護約束或鎮靜可以減少管路意外發生的機會，但如果自拔的狀況不斷發生，則須檢討管路繼續留置的合宜性。
		1.2.5 管路留置期間應注意口腔清潔、皮膚照護，減少壓瘡及感染之發生。
		1.2.6 應訂定各種管路消毒、清潔、置換週期、脫離訓練等規範，並將管路相關感染列入照護指標，定期監測分析、檢討改善。
2.加強監測及通報管路事件，採取預防及改善措施	2.1 醫療機構應有管路照護品質管理及異常事件通報之機制。	2.1.1 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及相關教育訓練，與改善成效之追蹤。
		2.1.2 鼓勵管路異常事件之通報，必要時進行根本原因分析，避免錯誤再度發生。

3.整合醫療團隊資源，提供跨專業管路照護	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。	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。
		3.1.2 組成管路照護諮詢團隊，協助提供適當照護指引。
		3.1.3 管路置放困難時，應立即求援。
		3.1.4 醫療人員應對病人、主要照顧者進行管路照護及預防管路自拔及滑脫等教育訓練，並提供適當的衛教資料，以提高病人及其照顧者之遵從性。

目標九：加強醫院火災預防與應變

執行策略	一般原則	參考作法
1. 確保建物與設施的防火性能	1.1 醫院建材及裝潢應使用防火材料，避免使用易燃材質。	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、灑水系統、警示系統等）。 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，各類家具及裝潢（例如：窗簾、沙發布等）均應避免使用易燃材質，病人寢具尤應使用防火材料。
2. 確保滅火及逃生設施的有效性	2.1 有符合規定之防火及滅火設備，並定期檢測，維持有效性。	2.1.1 所有防火及滅火設備，包含煙霧偵測器、滅火器、消防栓、自動灑水系統、排煙裝置、逃生門、緊急緩降設備等，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。
	2.2 逃生避難動線如逃生門、逃生通道等應維持通暢，避免堆置物品。	2.2.1 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，可加裝自動偵測裝置，火警時防火門自動關閉。 2.2.2 防火式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，擋住上層煙霧，避免妨礙後續人員撤離。
3. 依照單位特性，擬定防火計畫	3.1 院內應有全院及符合單位特性之消防設備、安全系統、用電設備及易燃物品之管理及保養規範。	3.1.1 對於消防防護措施和安全系統的檢查、測驗及維修保養頻率，須符合單位特性及消防法規之規定。 3.1.2 醫療機構火災原因常與電器電路相關，應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。 3.1.3 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。 3.1.4 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。 3.1.5 各單位易燃物品如酒精、揮發性消毒液、氧氣及笑氣（N ₂ O）瓶等之置放及管理規範，應注意防火需求。 3.1.6 各單位應依據特性，訂定安全檢查項目，並定期進行查檢作業（例如：滅火器效期、插座完整性、緊急照明燈功能測試等）。

執行策略	一般原則	參考作法
	3.2 醫護人員應清楚瞭解手術進行中可能引起火災的原因，並加以預防。	3.2.1 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。 3.2.2 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 (>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。
4.制定全院及各特殊單位之火警應變計畫	4.1 訂定符合機構或單位特性的火警緊急應變計畫或防災手冊及作業程序，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。	4.1.1 各單位同仁應進行火警應變編組，瞭解自己在火災時之職掌及責任，並清楚單位、全院之防火負責人，以及白天和夜晚之聯繫方式。 4.1.2 醫療機構因病人人居多，進行整棟完全疏散困難度高，故火警疏散以水平避難為主，垂直避難為輔；發生火警樓層之上二樓層及下一樓層（上二下一）須積極準備、及時疏散，惟仍應依當場狀況，隨時應變。 4.1.3 特殊單位（如手術室、加護病房）應依特性訂定防火及應變計畫，並進行教育及落實演練，重點為初期滅火、及時疏散病人、維持病人生命、進行未完成醫療作業。 4.1.4 醫院餐廳或美食街如設置於院內，應符合現行消防法規安檢要求，並有火警應變作業規範及演練。
5.落實人員防火教育及火警應變訓練	5.1 落實病人及家屬防火衛教。 5.2 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。	5.1.1 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。 5.2.1 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。 5.2.2 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： 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。 5.2.3 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。

執行策略	一般原則	參考作法
	<p>5.3 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>5.3.1 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>5.3.2 同仁應清楚二條以上逃生路線，閉著眼亦能打開上鎖的逃生門。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>5.4 對於任何手術引起的火災，醫療機構應積極的鼓勵通報，針對帶電之手術器械操作注意事項應列入標準作業流程，提醒臨床醫護人員遵行，以達到預防發生手術引起火災的可能性。</p>	<p>5.4.1 火警事件不論大小（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>