

103 年精神科醫院評鑑基準及評量項目（草案）修正對照表

第 1 篇、經營管理

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
1.1	醫院經營策略	<p>【重點說明】</p> <p>醫院經營管理實務中，經營策略決定醫院的整體方向、定位及文化，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，穩健地經營醫院，發展以病人為中心的醫療。在此功能中，希望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，由監督或治理團隊尋求必要資源，由經營團隊遵循宗旨、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，相關依循宗旨、願景及目標展開之整體、階段性發展計畫，應以團隊概念共同建構，以符合服務區域、醫院最適需求及發展需要。另外如會計作業、業務品管指標等經營策略支援系統，亦為本功能配套。其他如政策、法規命令之配合與協助、醫院評鑑之整體規劃亦屬整體架構之一環，遂依</p>	<p>【重點說明】</p> <p>醫院經營管理實務中，經營策略決定醫院的整體方向、定位及文化，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，穩健地經營醫院，發展以病人為中心的醫療。在此功能中，希望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，由監督或治理團隊尋求必要資源，由經營團隊遵循宗旨、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，相關依循宗旨、願景及目標展開之整體、階段性發展計畫，應以團隊概念共同建構，以符合服務區域、醫院最適需求及發展需要。另外如會計作業、業務品管指標等經營策略支援系統，亦為本功能配套。其他如政策、法規命令之配合與協助、醫院評鑑之整體規劃亦屬整體架構之一環，遂依此概念整合本功能相關基準及評分說明。</p>	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		此概念整合本功能相關基準及評分說明。		
合	1.1.1	<p>明訂宗旨、願景及目標</p> <p>符合下列項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院之監督或治理團隊與經營團隊應共同訂定醫院之宗旨、願景及目標。 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。 <p>[註]本條用詞定義如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 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，可包含如院長、副院長、資深主管、部科或醫療團隊主管等。 	<p>符合下列項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院之監督或治理團隊與經營團隊應共同訂定醫院之宗旨、願景及目標。 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。 <p>[註]本條用詞定義如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 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，可包含如院長、副院長、資深主管、部科或醫療團隊主管等。 	無
	1.1.2	<p>明訂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> <p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.指定專責人員或部門，依明訂之作業機制，定期蒐集服務區域之醫療及相關社會資源等資料，並分析需求。 2.依據服務區域需求分析結果，設定醫院在服務區域的角色與功能，並由監督或治理團隊與經營團隊據以擬定適當之目標與計畫（或階段性計畫）。 <p>B：符合 C 項，且適當向員工宣導醫院之角色、功能、目標與計畫，使其瞭解。</p> <p>A：符合 B 項，且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</p>	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.指定專責人員或部門，依明訂之作業機制，定期蒐集服務區域之醫療及相關社會資源等資料，並分析需求。 2.依據服務區域需求分析結果，設定醫院在服務區域的角色與功能，並由監督或治理團隊與經營團隊據以擬定適當之目標與計畫（或階段性計畫）。 <p>B：符合 C 項，且適當向員工宣導醫院之角色、功能、目標與計畫，使其瞭解。</p> <p>A：符合 B 項，且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</p>	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		討調整。	整。	
1.1.3	醫院之監督或治理團隊與經營團隊應積極主動提升醫療品質、病人安全及經營管理成效	<p>C：醫院之監督或治理團隊與經營團隊，應具備執行職務所必須之知識、技能及素養；並據以由經營團隊規劃醫療品質、病人安全及經營管理相關之活動。</p> <p>B：符合 C 項，且醫院之監督或治理團隊與經營團隊，對醫療品質、病人安全及經營管理成效，進行評估，必要時提出具體改善方案且確實執行。</p> <p>A：符合 B 項，且成效良好，獲得院際競賽獎項。</p>	<p>C：醫院之監督或治理團隊與經營團隊，應具備執行職務所必須之知識、技能及素養；並據以由經營團隊規劃醫療品質、病人安全及經營管理相關之活動。</p> <p>B：符合 C 項，且醫院之監督或治理團隊與經營團隊，對醫療品質、病人安全及經營管理成效，進行評估，必要時提出具體改善方案且確實執行。</p> <p>A：符合 B 項，且成效良好，獲得院際競賽獎項。</p>	無
1.1.4	醫院之監督或治理團隊與經營團隊能營造重視醫療品質及病人安全之文化	<p>C：醫院之監督或治理團隊與經營團隊間，設有溝通機制，定期討論有關提升醫療品質及病人安全相關之議題（如：就服務病人相關的議題，參考背景說明、重要的品質指標報告等進行檢討），並尋求解決方案。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.討論之決議應有追蹤機制。 2.建立有效機制以促進院內同仁對醫療品質、病人安全之改善共識，且該共識能傳達給同仁周知。 <p>A：符合 B 項，且有效營造提升醫療品質與病人安全之組織文化，如：視情形採用持續性流程改善、組織再造或調整、獎懲制度等措施，且有具體成效。</p>	<p>C：醫院之監督或治理團隊與經營團隊間，設有溝通機制，定期討論有關提升醫療品質及病人安全相關之議題（如：就服務病人相關的議題，參考背景說明、重要的品質指標報告等進行檢討），並尋求解決方案。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.討論之決議應有追蹤機制。 2.建立有效機制以促進院內同仁對醫療品質、病人安全之改善共識，且該共識能傳達給同仁周知。 <p>A：符合 B 項，且有效營造提升醫療品質與病人安全之組織文化，如：視情形採用持續性流程改善、組織再造或調整、獎懲制度等措施，且有具體成效。</p>	無
合	1.1.5 明訂組織架構及指揮系統，落實分層負責與分工	<p>符合下列項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.訂有清楚之醫院組織架構圖。 2.訂有組織章程（包含各單位於醫院經營管 	<p>符合下列項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.訂有清楚之醫院組織架構圖。 2.訂有組織章程（包含各單位於醫院經營管 	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		<p>理、企劃、醫療照護及一般業務推動之權責）、辦事細則（工作手冊）、內部管理規章、分層負責明細等，各部門並據以訂定作業規範或程序。</p> <p>3.組織架構圖及各類規範，依其性質公告周知或傳達院內相關同仁，確保容易取得且具實用性，並能落實分工及分層負責。</p> <p>4.組織架構圖及各類規範能適時檢討、修正更新且與現況相符。</p>	<p>理、企劃、醫療照護及一般業務推動之權責）、辦事細則（工作手冊）、內部管理規章、分層負責明細等，各部門並據以訂定作業規範或程序。</p> <p>3.組織架構圖及各類規範，依其性質公告周知或傳達院內相關同仁，確保容易取得且具實用性，並能落實分工及分層負責。</p> <p>4.組織架構圖及各類規範能適時檢討、修正更新且與現況相符。</p>	
1.1.6	訂定醫療業務指標，定期分析、檢討、改進	<p>C：</p> <p>1.有專責人員或部門負責收集醫療業務管理相關指標，且每年至少有 1 次以上的報告。</p> <p>2.至少收集 5 項醫療業務管理相關指標，並應包含佔床率、院內感染率等。</p> <p>B：符合 C 項，且設有品質內控（或異常管理）機制，定期分析及檢討指標，並視情形改善。</p> <p>A：符合 B 項，且成效良好，並有具體事證。 [註]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、轉出病人數等。</p>	<p>C：</p> <p>1.有專責人員或部門負責收集醫療業務管理相關指標，且每年至少有 1 次以上的報告。</p> <p>2.至少收集 5 項醫療業務管理相關指標，並應包含佔床率、院內感染率等。</p> <p>B：符合 C 項，且設有品質內控（或異常管理）機制，定期分析及檢討指標，並視情形改善。</p> <p>A：符合 B 項，且成效良好，並有具體事證。 [註]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、轉出病人數等。</p>	無
1.1.7	訂定內部作業管理指標，定期分析、檢討、改進	<p>C：有專責人員或部門負責收集內部作業流程相關指標，且每年至少有 1 次以上的報告。</p> <p>B：符合 C 項，且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。</p> <p>A：符合 B 項，且成效良好，如：分析、檢</p>	<p>C：有專責人員或部門負責收集內部作業流程相關指標，且每年至少有 1 次以上的報告。</p> <p>B：符合 C 項，且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。</p> <p>A：符合 B 項，且成效良好，如：分析、檢討</p>	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明	
		評量項目	評量項目		
		<p>討結果應用於制度面之修正與改善，並有具體事證。</p> <p>[註]內部作業管理指標，如：平均住院日、等候住院時間、等候心理衡鑑時間、等候職能評鑑時間、等候心理治療時間、急診留觀時間、等候領藥時間及異常事件等。</p>	<p>結果應用於制度面之修正與改善，並有具體事證。</p> <p>[註]內部作業管理指標，如：平均住院日、等候住院時間、等候心理衡鑑時間、等候職能評鑑時間、等候心理治療時間、急診留觀時間、等候領藥時間及異常事件等。</p>		
	1.1.8	會計組織及制度健全	<p><u>C</u>：設置會計業務單位或專責人員。專責人員應熟悉一般公認會計原則，據以執行會計業務。</p> <p><u>B</u>：符合 <u>C</u> 項，且會計制度完備，如：有符合一般公認會計原則或醫療法人財務報告編製準則之會計報告格式、會計科目、簿籍、憑證、會計事務處理程序、內控機制等。</p> <p><u>A</u>：符合 <u>B</u> 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.定期編製符合一般公認會計原則之各種相關財務報表，應包含損益表（收支餘絀表）、資產負債表、現金流量表等，即時提供醫院決策參考。 2.編製年度預算書與結（決）算書，應符合醫院年度工作計畫。 	<p>符合下列項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.設置會計業務單位或專責人員。專責人員應熟悉一般公認會計原則，據以執行會計業務。 2.會計制度完備，如：有符合一般公認會計原則或醫療法人財務報告編製準則之會計報告格式、會計科目、簿籍、憑證、會計事務處理程序、內控機制等。 3.定期編製符合一般公認會計原則之各種相關財務報表，應包含損益表（收支餘絀表）、資產負債表、現金流量表等，即時提供醫院決策參考。 4.編製年度預算書與結（決）算書，應符合醫院年度工作計畫。 	<p>參考 102 年 11 月 26 日綜合醫院經營管理領域研修會議決議，本項評量方式由「符合、不符合」改為「C、B、A」等級評量。</p>
合 可 *	1.1.9	建立有效之財務內控及外部查核機制	<p>符合下列項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.建立並執行內控機制，並依內控結果修正相關機制與作業。 2.委請外部會計師財務報表簽證（或經政府審計單位審查），至少一年 1 次。 3.依照簽證報告（或審查結果）修正相關機制與作業。 <p>[註]總病床 99 床（含）以下者，可自選本條</p>	<p>符合下列項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.建立並執行內控機制，並依內控結果修正相關機制與作業。 2.委請外部會計師財務報表簽證（或經政府審計單位審查），至少一年 1 次。 3.依照簽證報告（或審查結果）修正相關機制與作業。 <p>[註]總病床 99 床（含）以下者，可自選本條免</p>	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		免評。	評。	
合	1.1.10 遵守相關法令，並提供合宜教育訓練	<p>符合下列項目：</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，所發現之偏差、違規或建議事項，能即時檢討並積極改善。 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、行政規則或行政指導之執行；若醫院受相關主管機關檢查結果不合格者，必須於期限內改善。 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。 <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、緊急醫療救護法、精神衛生法、癌症防治法、人體器官移植條例、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、<u>優生保健法</u>等。 (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 	<p>符合下列項目：</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，所發現之偏差、違規或建議事項，能即時檢討並積極改善。 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、行政規則或行政指導之執行；若醫院受相關主管機關檢查結果不合格者，必須於期限內改善。 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。 <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、緊急醫療救護法、精神衛生法、癌症防治法、人體器官移植條例、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、菸害防制法等。 (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 	<p>參考 102 年 11 月 26 日綜合醫院經營管理領域研修會議決議，納入社團法人中華民國殘障聯盟之建議，於 [註]3-(1)新增：優生保健法、[註]4 新增：老人福利法、環境教育法。</p>

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		<p>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、勞工安全衛生教育訓練規則、環境保護法、建築法、消防法、身心障礙者權益保障法、兒童及少年福利與權益保障法、家庭暴力防治法、性別工作平等法、全民防衛動員準備法、性侵害犯罪防治法、性侵害事件醫療作業應行注意事項、食品衛生管理法、勞工安全衛生法、職業災害勞工保護法、勞工安全衛生設施規則、勞工健康保護規則、勞工安全衛生組織管理及自動檢查辦法、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、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、老人福利法、環境教育法，以及建築消防相關法規等。</p>	<p>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、勞工安全衛生教育訓練規則、環境保護法、建築法、消防法、身心障礙者權益保障法、兒童及少年福利與權益保障法、家庭暴力防治法、性別工作平等法、全民防衛動員準備法、性侵害犯罪防治法、性侵害事件醫療作業應行注意事項、食品衛生管理法、勞工安全衛生法、職業災害勞工保護法、勞工安全衛生設施規則、勞工健康保護規則、勞工安全衛生組織管理及自動檢查辦法、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、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等。</p>	
1.1.11	配合國家衛生政策及	C：醫院對國家衛生及其他相關政策、精神醫	C：醫院對國家衛生及其他相關政策、精神醫療	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
	其他相關政策之情形	<p>療或心理健康服務網絡計畫之推動，能透過講座、院刊、網頁、公告欄等作政策宣導。</p> <p>B：符合 C 項，且醫院配合國家政策及精神醫療或心理健康服務網絡計畫之推動，在近 4 年內有具體佐證。</p> <p>A：符合 B 項，且善盡社會責任，積極配合國家衛生政策及精神醫療或心理健康服務網絡計畫之推動有具體佐證，或近 4 年因此獲得政府表揚。</p> <p>[註]</p> <p>1.可詢問衛生局稽核人員該院之配合情形。</p> <p>2.衛生政策包含酒藥癮、家庭暴力、性侵害、自殺防治、愛滋病防治、強制住院、強制社區治療、兒童保護、基層醫療保健、衛教宣導、醫藥分業、精神醫療或心理健康服務網絡計畫、善盡社會責任等要求，並應依相關規定通報。</p>	<p>或心理健康服務網絡計畫之推動，能透過講座、院刊、網頁、公告欄等作政策宣導。</p> <p>B：符合 C 項，且醫院配合國家政策及精神醫療或心理健康服務網絡計畫之推動，在近 4 年內有具體佐證。</p> <p>A：符合 B 項，且善盡社會責任，積極配合國家衛生政策及精神醫療或心理健康服務網絡計畫之推動有具體佐證，或近 4 年因此獲得政府表揚。</p> <p>[註]</p> <p>1.可詢問衛生局稽核人員該院之配合情形。</p> <p>2.衛生政策包含酒藥癮、家庭暴力、性侵害、自殺防治、愛滋病防治、強制住院、強制社區治療、兒童保護、基層醫療保健、衛教宣導、醫藥分業、精神醫療或心理健康服務網絡計畫、善盡社會責任等要求，並應依相關規定通報。</p>	
1.1.12	積極參與社區健康營造	<p>C：</p> <p>1.應有專責人員或部門負責辦理社區心理健康活動，指導社區民眾正確的健康觀念及知識，提供健康諮詢與衛生教育；且工作人員應接受相關教育課程或研討會等實務訓練。</p> <p>2.舉辦以社區民眾為對象的演講、健康教室、研討會、電話諮商等。</p> <p>B：符合 C 項，且訂有社區健康營造年度工作計畫以及明確之目標，且相關課程或研討會有完整紀錄，落實執行。</p>	<p>C：</p> <p>1.應有專責人員或部門負責辦理社區心理健康活動，指導社區民眾正確的健康觀念及知識，提供健康諮詢與衛生教育；且工作人員應接受相關教育課程或研討會等實務訓練。</p> <p>2.舉辦以社區民眾為對象的演講、健康教室、研討會、電話諮商等。</p> <p>B：符合 C 項，且訂有社區健康營造年度工作計畫以及明確之目標，且相關課程或研討會有完整紀錄，落實執行。</p>	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		A：符合 B 項，且對於社區工作計畫的推展有定期檢討改進且成效良好。	A：符合 B 項，且對於社區工作計畫的推展有定期檢討改進且成效良好。	
可	1.1.13 對上次評鑑之建議改善事項，能具體檢討改善	<p>C：對上次評鑑之建議改善事項，進行檢討並能依醫院情形提出改善措施。有關病人安全之建議改善事項均完成改善，並有具體事證。</p> <p>B：符合 C 項，且對未完成改善之事項能確實提供說明，符合事實，並有改善計畫或方案。</p> <p>A：符合 B 項，且所有建議改善事項皆完成改善。</p> <p>[註]新申請評鑑或上次評鑑未有建議事項者，可自選本條免評。</p>	<p>C：對上次評鑑之建議改善事項，進行檢討並能依醫院情形提出改善措施。有關病人安全之建議改善事項均完成改善，並有具體事證。</p> <p>B：符合 C 項，且對未完成改善之事項能確實提供說明，符合事實，並有改善計畫或方案。</p> <p>A：符合 B 項，且所有建議改善事項皆完成改善。</p> <p>[註]新申請評鑑或上次評鑑未有建議事項者，可自選本條免評。</p>	無
	1.1.14 評鑑資料填寫及實地評鑑簡報品質良好	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.評鑑資料之填寫正確詳實(不得造假)。 2.實地評鑑時，呈現 1 個月前之相關資料。 3.評鑑簡報內容精簡扼要，掌握時間與重點。 <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.實地訪查時針對委員詢問之事項，均能確實回答。 2.有時效且正確提供委員訪查所需之佐證資料。 <p>A：符合 B 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.評鑑資料依規定填寫完整，詳實反應醫院實際經營管理狀況。 2.實地評鑑簡報內容確實呈現醫院特色及經營管理狀況。 	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.評鑑資料之填寫正確詳實。 2.實地評鑑時，呈現 1 個月前之相關資料。 3.評鑑簡報內容精簡扼要，掌握時間與重點。 <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.實地訪查時針對委員詢問之事項，均能確實回答。 2.有時效且正確提供委員訪查所需之佐證資料。 <p>A：符合 B 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.評鑑資料依規定填寫完整，詳實反應醫院實際經營管理狀況。 2.實地評鑑簡報內容確實呈現醫院特色及經營管理狀況。 	參考 102 年 11 月 26 日綜合醫院經營管理領域研修會議決議，納入衛生福利部建議「應明文要求醫院不得造假評鑑資料。」，故修正評量項目 C-1。
	1.2 員工管理與支持制度	【重點說明】	【重點說明】	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		<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，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，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，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，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>	
1.2.1	設置人事管理專責單位，人事制度健全	<p>C：</p> <p>1.應有專責人事管理部門或人員，訂定權責明確之人事管理規章及員工工作規範。</p>	<p>C：</p> <p>1.應有專責人事管理部門或人員，訂定權責明確之人事管理規章及員工工作規範。</p> <p>2.員工檔案完整，人員異動與人事資料隨時</p>	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		<p>2.員工檔案完整，人員異動與人事資料隨時更新，每年定期查驗與記載專業執照異動狀況。</p> <p>3.應有完善之職務代理人制度。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <p>1.人事管理規章所列各項管理辦法或工作規範，內容完整，並能定期檢討修正。</p> <p>2.相關員工工作規範之修正邀請基層員工代表參與，且修正內容公告周知，方便員工隨時查閱。</p> <p>A：符合 B 項，且能激勵員工士氣，持續提升工作效能，並有具體事證。</p> <p>[註]員工工作規範如上班時間表、排班制度、工作說明書等，且符合相關規定。</p>	<p>更新，每年定期查驗與記載專業執照異動狀況。</p> <p>3.應有完善之職務代理人制度。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <p>1.人事管理規章所列各項管理辦法或工作規範，內容完整，並能定期檢討修正。</p> <p>2.相關員工工作規範之修正邀請基層員工代表參與，且修正內容公告周知，方便員工隨時查閱。</p> <p>A：符合 B 項，且能激勵員工士氣，持續提升工作效能，並有具體事證。</p> <p>[註]員工工作規範如上班時間表、排班制度、工作說明書等，且符合相關規定。</p>	
1.2.2	訂有明確之員工晉用及薪資制度且執行合宜	<p>C：</p> <p>1.應明訂員工晉用辦法。</p> <p>2.依據相關法令訂定適當的薪資制度及勞動工作條件。</p> <p>B：符合 C 項，且參考各部門業務量所必要的職類、人員及離職率，並編制人才晉用計畫及相關薪資配套，確實執行。</p> <p>A：符合 B 項，且</p> <p>1.依醫院業務量變化適時調整，並有利品質提升。</p> <p>2.建立各類人才資料庫，供需才單位參考。</p> <p>3.薪資制度之設計有助於醫療品質提升。</p>	<p>C：</p> <p>1.應明訂員工晉用辦法。</p> <p>2.依據相關法令訂定適當的薪資制度及勞動工作條件。</p> <p>B：符合 C 項，且參考各部門業務量所必要的職類、人員及離職率，並編制人才晉用計畫及相關薪資配套，確實執行。</p> <p>A：符合 B 項，且</p> <p>1.依醫院業務量變化適時調整，並有利品質提升。</p> <p>2.建立各類人才資料庫，供需才單位參考。</p> <p>3.薪資制度之設計有助於醫療品質提升。</p>	無
1.2.3	訂定醫師晉用辦法及合理基本薪資制度	<p>C：訂有明確之醫師薪資辦法及醫師晉用辦法。</p> <p>B：符合 C 項，且有專責單位或委員會負責</p>	<p>C：訂有明確之醫師薪資辦法及醫師晉用辦法。</p> <p>B：符合 C 項，且有專責單位或委員會負責醫</p>	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		<p>醫師晉用作業且過程公開、透明、公正。</p> <p>A：符合 B 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.訂有主治醫師資格規範。 2.對於醫師晉用辦法及合理薪資制度能定期檢討及改善，且成效良好。 	<p>師晉用作業且過程公開、透明、公正。</p> <p>A：符合 B 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.訂有主治醫師資格規範。 2.對於醫師晉用辦法及合理薪資制度能定期檢討及改善，且成效良好。 	
1.2.4	醫療照護、醫事、行政各部門的職掌及職務規範明確	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.訂有醫師、護理、醫事、行政各部門之職掌及業務規範或業務手冊，包括各級主管、人員之管轄業務內容、權責範圍及授權等相關事項。 2.新職位或部門設置時，須對應重整相關職掌及職務規範。 <p>B：符合 C 項，且各部門、層級成員清楚其業務內容、權責範圍及授權等相關事項，並落實執行。</p> <p>A：符合 B 項，且內容完整、定期檢討（或定期審閱），跨部門運作協調良好。</p>	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.訂有醫師、護理、醫事、行政各部門之職掌及業務規範或業務手冊，包括各級主管、人員之管轄業務內容、權責範圍及授權等相關事項。 2.新職位或部門設置時，須對應重整相關職掌及職務規範。 <p>B：符合 C 項，且各部門、層級成員清楚其業務內容、權責範圍及授權等相關事項，並落實執行。</p> <p>A：符合 B 項，且內容完整、定期檢討（或定期審閱），跨部門運作協調良好。</p>	無
1.2.5	建立合理的人事考核及升遷制度	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.設有人事評核委員會或類似功能之組織，運作正常且備有紀錄可查。 2.訂定各種人事評核及升遷考核辦法，並公告周知。 3.依據考核結果有適度的獎懲。 <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.人事考核制度訂定過程有基層員工代表參與。 2.執行過程公開透明且有雙向回饋機制。 <p>A：符合 B 項，且對於雙向回饋之標準作業程序及制度，有定期檢討機制且備有紀</p>	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.設有人事評核委員會或類似功能之組織，運作正常且備有紀錄可查。 2.訂定各種人事評核及升遷考核辦法，並公告周知。 3.依據考核結果有適度的獎懲。 <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.人事考核制度訂定過程有基層員工代表參與。 2.執行過程公開透明且有雙向回饋機制。 <p>A：符合 B 項，且對於雙向回饋之標準作業程序及制度，有定期檢討機制且備有紀錄，</p>	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		錄，成效良好。 [註]「雙向回饋」係指：主管能就人事評核結果向員工（受評核者）說明，並聽取其對評核結果之意見。	成效良好。 [註]「雙向回饋」係指：主管能就人事評核結果向員工（受評核者）說明，並聽取其對評核結果之意見。	
合	1.2.6 設立勞工安全衛生專責組織、人員，並訂定自動檢查計畫	符合下列項目： 1.依據勞工安全衛生法令之規定，視醫院員工人數，設置勞工安全衛生組織、人員。如屬依法需設置勞工安全衛生委員會之醫院，其委員會應每三個月至少開會一次。 2.訂定醫院安全衛生自動檢查計畫，並有執行紀錄可查。 3.自動檢查計畫，每年定期檢討或修正。 4.明訂各項工作完成之期限，並確實追蹤辦理情形。 [註]「勞工安全衛生組織管理及自動檢查辦法」第 10 條規定，醫院勞工人數在 300（含）人以上者，應設置勞工安全衛生委員會。另依據醫院員工人數，應設置之勞工安全衛生人員類別及人數，請參照同辦法「附表二、各類事業之事業單位設置勞工安全衛生人員表」；至於應設置之勞工安全衛生管理單位，請參照同辦法第 2-1 條。	符合下列項目： 1.依據勞工安全衛生法令之規定，視醫院員工人數，設置勞工安全衛生組織、人員。如屬依法需設置勞工安全衛生委員會之醫院，其委員會應每三個月至少開會一次。 2.訂定醫院安全衛生自動檢查計畫，並有執行紀錄可查。 3.自動檢查計畫，每年定期檢討或修正。 4.明訂各項工作完成之期限，並確實追蹤辦理情形。 [註]「勞工安全衛生組織管理及自動檢查辦法」第 10 條規定，醫院勞工人數在 300（含）人以上者，應設置勞工安全衛生委員會。另依據醫院員工人數，應設置之勞工安全衛生人員類別及人數，請參照同辦法「附表二、各類事業之事業單位設置勞工安全衛生人員表」；至於應設置之勞工安全衛生管理單位，請參照同辦法第 2-1 條。	無
	1.2.7 訂定並確實執行員工意外事件防範措施	C： 1.依院內各單位特性，訂定員工意外事故防範辦法，且周知員工確實遵守。 2.對所訂辦法定期檢討修正。 B：符合 C 項，且 1.聯絡機制及程序明確，並依據所規範之	C： 1.依院內各單位特性，訂定員工意外事故防範辦法，且周知員工確實遵守。 2.對所訂辦法定期檢討修正。 B：符合 C 項，且 1.聯絡機制及程序明確，並依據所規範之聯	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		<p>聯絡機制及程序執行，備有紀錄可查。</p> <p>2.事後進行原因分析，且能檢討事故發生原因，有避免重複再犯之對策，並公告周知全體員工。</p> <p>A：符合 B 項，且確實實施，成效良好。</p>	<p>絡機制及程序執行，備有紀錄可查。</p> <p>2.事後進行原因分析，且能檢討事故發生原因，有避免重複再犯之對策，並公告周知全體員工。</p> <p>A：符合 B 項，且確實實施，成效良好。</p>	
1.2.8	致力於建置完善合宜之工作環境	<p>C：</p> <p>1.提供員工整潔明亮且空間、設施充足之工作環境。</p> <p>2.建立性別平權之工作環境，廁所數量、更衣室、哺（集）乳室等之設計及數量應考量性別需要，並符合法令規定。</p> <p>3.提供身心障礙員工相關設施設備及環境合宜、適用。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <p>1.具備適當用餐、休閒、運動、托嬰服務等設施。</p> <p>2.提供值夜班或小夜班深夜回家不方便的相關員工適當住宿場所。</p> <p>A：符合 B 項，且具備其他工作環境，或有針對員工建議之相關措施，且執行成效良好。</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 號令公佈「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>C：</p> <p>1.提供員工整潔明亮且空間、設施充足之工作環境。</p> <p>2.建立性別平權之工作環境，廁所數量、更衣室、哺（集）乳室等之設計及數量應考量性別需要，並符合法令規定。</p> <p>3.提供身心障礙員工相關設施設備及環境合宜、適用。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <p>1.具備適當用餐、休閒、運動、托嬰服務等設施。</p> <p>2.提供值夜班或小夜班深夜回家不方便的相關員工適當住宿場所。</p> <p>A：符合 B 項，且具備其他工作環境，或有針對員工建議之相關措施，且執行成效良好。</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 號令公佈「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.評量項目 B 所提「托嬰服務」，可委託鄰近機</p>	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		2.評量項目 B 所提「托嬰服務」，可委託鄰近機構辦理，並有合約佐證。	構辦理，並有合約佐證。	
合	1.2.9 實施新進員工及在職員工健康檢查	<p>符合下列項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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）。 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。 針對整體員工之健康問題，適時推展各項健康促進計畫。 <p>[註]應依勞工健康保護規則第 11 條、第 12 條、第 13 條規定辦理員工健康檢查，並保留檢查紀錄：</p> <ol style="list-style-type: none"> 於雇用勞工時實施一般體格檢查，且檢查紀錄至少保存 7 年。 對在職勞工定期實施一般健康檢查。 <ol style="list-style-type: none"> 年滿六十五歲以上者，每年檢查一次。 年滿四十歲以上未滿六十五歲者，每三年檢查一次。 未滿四十歲者，每五年檢查一次。 從事特別危害健康作業之員工，應於其受僱或變更作業時，實施各該特定項目之特殊體格檢查，且檢查紀錄應保存 10 年以上；但游離輻射、粉塵、三氯乙烯、四氯乙烯作業之勞工及聯苯胺及其鹽類、4-胺基聯苯及其鹽類、4-硝基聯苯及其鹽類、β-胺及其鹽類、二氯聯苯胺及其鹽類、α-胺及其鹽類、鉍及其化合物、氯乙烯、苯、鉻酸及其鹽類、砷及其化合物等之製造、 	<p>符合下列項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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）。 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。 針對整體員工之健康問題，適時推展各項健康促進計畫。 <p>[註]應依勞工健康保護規則第 11 條、第 12 條、第 13 條規定辦理員工健康檢查，並保留檢查紀錄：</p> <ol style="list-style-type: none"> 於雇用勞工時實施一般體格檢查，且檢查紀錄至少保存 7 年。 對在職勞工定期實施一般健康檢查。 <ol style="list-style-type: none"> 年滿六十五歲以上者，每年檢查一次。 年滿四十歲以上未滿六十五歲者，每三年檢查一次。 未滿四十歲者，每五年檢查一次。 從事特別危害健康作業之員工，應於其受僱或變更作業時，實施各該特定項目之特殊體格檢查，且檢查紀錄應保存 10 年以上；但游離輻射、粉塵、三氯乙烯、四氯乙烯作業之勞工及聯苯胺及其鹽類、4-胺基聯苯及其鹽類、4-硝基聯苯及其鹽類、β-胺及其鹽類、二氯聯苯胺及其鹽類、α-胺及其鹽類、鉍及其化合物、氯乙烯、苯、鉻酸及其鹽類、砷及其化合物等之製造、處置或使用及石綿之 	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		處置或使用及石綿之處置或使用作業之勞工，其紀錄應保存三十年。	處置或使用作業之勞工，其紀錄應保存三十年。	
1.2.10	確實執行員工健康促進活動與福利制度	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 訂有健康促進與福利措施並周知員工。 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。 <p>B：符合 C 項，且訂有年度計畫及編列專案經費，前項計畫之擬訂、執行均能定期檢討修正，且均有基層員工代表參與。</p> <p>A：符合 B 項，且執行成效良好。</p> <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 健康促進活動如：減重、戒菸、慢性病防治、預防篩檢、預防注射等活動之落實。 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>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 訂有健康促進與福利措施並周知員工。 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。 <p>B：符合 C 項，且訂有年度計畫及編列專案經費，前項計畫之擬訂、執行均能定期檢討修正，且均有基層員工代表參與。</p> <p>A：符合 B 項，且執行成效良好。</p> <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 健康促進活動如：減重、戒菸、慢性病防治、預防篩檢、預防注射等活動之落實。 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）。 	無
1.2.11	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	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 建立員工關懷、輔導機制，對院內員工提供心理及情緒支持，並公告周知。 建立員工申訴管道，訂有標準作業程序，公告周知，且有完整之申訴個案紀錄。 定期辦理員工滿意度調查。 <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 設有專責人員推動提供員工心理及情緒支持之措施或管道；並對涉及醫療事故的員工，設有支援機制。 	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 建立員工關懷、輔導機制，對院內員工提供心理及情緒支持，並公告周知。 建立員工申訴管道，訂有標準作業程序，公告周知，且有完整之申訴個案紀錄。 定期辦理員工滿意度調查。 <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 設有專責人員推動提供員工心理及情緒支持之措施或管道；並對涉及醫療事故的員工，設有支援機制。 	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		<p>的員工，設有支援機制。</p> <p>2.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。</p> <p>3.對於員工滿意度調查結果進行分析，報告資料完整，且公告周知。</p> <p>4.對於員工意見、不滿意事項立即處理及回應，或追蹤改善情形適時回應，備有紀錄。</p> <p>A：符合 B 項，且確實實施，定期分析各類人員常見問題，提出改善預防措施及支持、輔導計畫，確實執行，執行成效良好。</p>	<p>2.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。</p> <p>3.對於員工滿意度調查結果進行分析，報告資料完整，且公告周知。</p> <p>4.對於員工意見、不滿意事項立即處理及回應，或追蹤改善情形適時回應，備有紀錄。</p> <p>A：符合 B 項，且確實實施，定期分析各類人員常見問題，提出改善預防措施及支持、輔導計畫，確實執行，執行成效良好。</p>	
1.3	人力資源管理	<p>【重點說明】</p> <p>在人力資源制度之管理與執行方面，希望引導醫院及主管瞭解院內應定期評估人員能力、適當配置人員、給予適切工作內容及合理之工作量，由此確保人員不致承受過多、過重之責任、壓力與業務範圍，確保醫療品質及提升病人安全。醫師為提升醫療品質相當重要的參與者，醫院應評估醫師及各類醫事人員對院內醫療品質活動之參與與貢獻度；另外，醫院應確保主管之適任性（包括臨床及行政經驗之評估等）。</p> <p>目前醫院有許多支援系統係採外包方式委託專業組織或人員提供服務，醫院應負監督管理責任，醫院應有外包業務管理辦法以茲確保外包人員確實具備工作相關專業證照或資格條件及人力素質適當，對於外包業務內容及範圍亦應適當委託，以不影響醫療品質並納入統一管理為原則。</p>	<p>【重點說明】</p> <p>在人力資源制度之管理與執行方面，希望引導醫院及主管瞭解院內應定期評估人員能力、適當配置人員、給予適切工作內容及合理之工作量，由此確保人員不致承受過多、過重之責任、壓力與業務範圍，確保醫療品質及提升病人安全。醫師為提升醫療品質相當重要的參與者，醫院應評估醫師及各類醫事人員對院內醫療品質活動之參與與貢獻度；另外，醫院應確保主管之適任性（包括臨床及行政經驗之評估等）。目前醫院有許多支援系統係採外包方式委託專業組織或人員提供服務，醫院應負監督管理責任，醫院應有外包業務管理辦法以茲確保外包人員確實具備工作相關專業證照或資格條件及人力素質適當，對於外包業務內容及範圍亦應適當委託，以不影響醫療品質並納入統一管理為原則。</p>	無

條號		條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
			評量項目	評量項目	
必	1.3.1	適當醫師人力配置	<p>C：醫師人力符合下列各項：</p> <p>1.精神科醫院：</p> <p>(1)急性精神病床，每20床應有1人以上。</p> <p>(2)慢性精神病床，每120床應有1人以上。</p> <p>(3)精神科日間病房，每150名服務量應有1人以上。</p> <p>(4)精神科加護病床，每10床應有1人以上。</p> <p>(5)應有2人以上，其中應有精神科專科醫師1人以上。</p> <p>2.精神科教學醫院：</p> <p>(1)急性精神病床，每16床應有1人以上。</p> <p>(2)慢性精神病床，每96床應有1人以上。</p> <p>(3)精神科日間病房，每120名服務量應有1人以上。</p> <p>(4)精神科加護病床，每8床應有1人以上。</p> <p>(5)其他未規定者，同精神科醫院標準。</p> <p>B：符合C項，且專任之精神科專科醫師應有2人以上。</p> <p>A：符合B項，且</p> <p>1.專任之精神科專科醫師應有5人以上。</p> <p>2.急性精神病床每10床應有1人以上。</p> <p>3.慢性精神病床或精神科日間病房，每50床應有1人以上。</p> <p>[註]</p> <p>1.本條為必要條文，必須達C（含）以上。</p> <p>2.專任醫師人數，包括住院醫師、主治醫師及具醫師資格之行政人員。</p> <p>3.若設有急性一般病床、慢性一般病床或特</p>	<p>C：醫師人力符合下列各項：</p> <p>1.精神科醫院：</p> <p>(1)急性精神病床，每20床應有1人以上。</p> <p>(2)慢性精神病床，每120床應有1人以上。</p> <p>(3)精神科日間病房，每150名服務量應有1人以上。</p> <p>(4)精神科加護病床，每10床應有1人以上。</p> <p>(5)應有2人以上，其中應有精神科專科醫師1人以上。</p> <p>2.精神科教學醫院：</p> <p>(1)急性精神病床，每16床應有1人以上。</p> <p>(2)慢性精神病床，每96床應有1人以上。</p> <p>(3)精神科日間病房，每120名服務量應有1人以上。</p> <p>(4)精神科加護病床，每8床應有1人以上。</p> <p>(5)其他未規定者，同精神科醫院標準。</p> <p>B：符合C項，且專任之精神科專科醫師應有2人以上。</p> <p>A：符合B項，且</p> <p>1.專任之精神科專科醫師應有5人以上。</p> <p>2.急性精神病床每10床應有1人以上。</p> <p>3.慢性精神病床或精神科日間病房，每50床應有1人以上。</p> <p>[註]</p> <p>1.本條為必要條文，必須達C（含）以上。</p> <p>2.專任醫師人數，包括住院醫師、主治醫師及具醫師資格之行政人員。</p> <p>3.若設有急性一般病床、慢性一般病床或特殊病床者，應依醫療機構設置標準之附表一另</p>	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		殊病床者，應依醫療機構設置標準之附表一另計醫師員額，不得重複列計。 4.人力標準計算方式：各計算單位小數點後之餘數，應合併後以四捨五入計算其員額。	計醫師員額，不得重複列計。 4.人力標準計算方式：各計算單位小數點後之餘數，應合併後以四捨五入計算其員額。	
可*	1.3.2 對醫師的診療能力及工作量，定期作客觀的評估	C：工作量之評估應包含：診療的病人數、精神治療案數等。 B：符合 C 項，且訂定各科醫師之合理醫療服務量（如：每診看診人數、每週看診診次、每月值班時數等），對於超量者，須評估其醫療品質、病人安全風險與工作量之合理性。 A：符合 B 項，且對醫師之診療能力（如：知識、技術、經驗、態度、醫學文獻收集能力、是否罹患精神疾病或身心狀況違常，不能執行業務等）訂有評估方式或評估指標；對於高風險或高技術之醫療行為，依評估結果，界定其可在醫院內執行之項目範圍。 [註] 1.女性醫師妊娠期間不應安排值夜班。 2.總病床 99 床（含）以下者，可自選本條免評。 3.C 項所稱之「精神治療」，如：心理治療、診斷性會談等。	C：工作量之評估應包含：診療的病人數、精神治療案數等。 B：符合 C 項，且訂定各科醫師之合理醫療服務量（如：每診看診人數、每週看診診次、 <u>每週手術量</u> 、每月值班時數等），對於超量者，須評估其醫療品質、病人安全風險與工作量之合理性。 A：符合 B 項，且對醫師之診療能力（如：知識、技術、經驗、態度、醫學文獻收集能力、是否罹患精神疾病或身心狀況違常，不能執行業務等）訂有評估方式或評估指標；對於高風險或高技術之醫療行為，依評估結果，界定其可在醫院內執行之項目範圍。 [註] 1.女性醫師妊娠期間不應安排值夜班。 2.總病床 99 床（含）以下者，可自選本條免評。 3. <u>C-2</u> 項所稱之「精神治療」，如：心理治療、診斷性會談等。	1.考量精神科醫院無手術業務，故刪除評量項目 B 所提「每週手術量」。 2.[註]3 所提「C-2 項」修正為「C 項」。
可*	1.3.3 制訂合理醫師考核機制及評估	C：訂有醫師合理晉升、薪資管理、貢獻與獎懲之管理辦法。 B：符合 C 項，且設定醫師臨床貢獻度及醫院活動參與度為調整薪資依據。 A：符合 B 項，且	C：訂有醫師合理晉升、薪資管理、貢獻與獎懲之管理辦法。 B：符合 C 項，且設定醫師臨床貢獻度及醫院活動參與度為調整薪資依據。 A：符合 B 項，且	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		1.醫師在醫院之臨床教學、研究及行政之參與度為調整薪資依據。 2.定期檢討其合理性及輔導方案。 [註]總病床 99 床（含）以下者，可自選本條免評。	1.醫師在醫院之臨床教學、研究及行政之參與度為調整薪資依據。 2.定期檢討其合理性及輔導方案。 [註]總病床 99 床（含）以下者，可自選本條免評。	
可	1.3.4	應有適當的醫師、醫事放射人力配置，並由適當訓練及經驗人員執行診療檢查及了解其臨床意義 C：醫事放射技術人員至少 1 名，且人員配置、相關訓練、指導等須符合醫療機構設置標準及相關法規之規定。 B：符合 C 項，且醫事放射技術人員人力達 C 項之 1.5 倍。 A：各種立即通報機制且效果良好，對臨床醫師診療確有功效。 [註] 1.未設有放射線部門者，可自選本條免評。 2.醫事放射人員包括醫事放射師及醫事放射士。	C：醫事放射技術人員至少 1 名，且人員配置、相關訓練、指導等須符合醫療機構設置標準及相關法規之規定。 B：符合 C 項，且醫事放射技術人員人力達 C 項之 1.5 倍。 A：各種立即通報機制且效果良好，對臨床醫師診療確有功效， <u>並有佐證資料。</u> [註] 1.未設有放射線部門者，可自選本條免評。 2.醫事放射人員包括醫事放射師及醫事放射士。	參考 102 年 11 月 26 日綜合醫院經營管理領域研修會議決議，納入台灣醫院協會建議，考量「通報機制可於日常作業中呈現，建議佐證資料刪除，以避免大量文書工作」，故評量項目 A 文字刪修。
	1.3.5	適當之醫事檢驗服務或臨床病理服務組織與人力配置 有適當資歷之檢驗人員，有能力與臨床醫師討論或解釋結果，檢討品質。 C：為兼任檢驗人員或外包送檢及外包派任院	有適當資歷之檢驗人員，有能力與臨床醫師討論或解釋結果，檢討品質。 C：為兼任檢驗人員或外包送檢及外包派任院內	無

條號		條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
			評量項目	評量項目	
			<p>內執行業務者。</p> <p>B：符合 C 項，且為專任檢驗人員。</p> <p>A：符合 B 項，且檢驗科組織架構明確，危險異常值有立即通報給醫師之機制並確實執行。</p> <p>[註]</p> <p>1.若為外包者，應檢具外包相關資料供評鑑委員評分。</p> <p>2.醫事檢驗人員包括醫事檢驗師及醫事檢驗生。</p>	<p>執行業務者。</p> <p>B：符合 C 項，且為專任檢驗人員。</p> <p>A：符合 B 項，且檢驗科組織架構明確，危險異常值有立即通報給醫師之機制並確實執行。</p> <p>[註]</p> <p>1.若為外包者，應檢具外包相關資料供評鑑委員評分。</p> <p>2.醫事檢驗人員包括醫事檢驗師及醫事檢驗生。</p>	
必	1.3.6	依據病房特性配置適當護理人力	<p>C：護理人力符合下列各項，並依病房特性配置人力：</p> <p>1.精神科醫院：</p> <p>(1)急性精神病床，每 3.5 床應有 1 人以上。</p> <p>(2)慢性精神病床，每 15 床應有 1 人以上。</p> <p>(3)精神科日間病房，每 20 名服務量應有 1 人以上。</p> <p>(4)若設有精神科加護病床者，每 2 床應有 1 人以上。</p> <p>(5)應有 5 人以上，且其中應有護理師 1 人以上。</p> <p>2.精神科教學醫院：</p> <p>(1)急性精神病床，每 2.8 床應有 1 人以上。</p> <p>(2)慢性精神病床，每 12 床應有 1 人以上。</p> <p>(3)精神科日間病房，每 16 名服務量應有 1 人以上。</p> <p>(4)若設有精神科加護病床者，每 1.6 床應有 1 人以上。</p> <p>(5)其他未規定者，同精神科醫院標準。</p>	<p>C：護理人力符合下列各項，並依病房特性配置人力：</p> <p>1.精神科醫院：</p> <p>(1)急性精神病床，每 3.5 床應有 1 人以上。</p> <p>(2)慢性精神病床，每 15 床應有 1 人以上。</p> <p>(3)精神科日間病房，每 20 名服務量應有 1 人以上。</p> <p>(4)若設有精神科加護病床者，每 2 床應有 1 人以上。</p> <p>(5)應有 5 人以上，且其中應有護理師 1 人以上。</p> <p>2.精神科教學醫院：</p> <p>(1)急性精神病床，每 2.8 床應有 1 人以上。</p> <p>(2)慢性精神病床，每 12 床應有 1 人以上。</p> <p>(3)精神科日間病房，每 16 名服務量應有 1 人以上。</p> <p>(4)若設有精神科加護病床者，每 1.6 床應有 1 人以上。</p> <p>(5)其他未規定者，同精神科醫院標準。</p>	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		<p>3.急性病房每病房每班要有 1 位輔助人員。 B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.門診專任護理人員應有 1 人以上。 2.急性精神病床每 2.8 床應有 1 人以上。 3.慢性精神病床每 10 床應有 1 人以上，每病房應至少 6 人以上。 4.精神科日間病房每 16 名服務量應有 1 人以上。 <p>A：符合 B 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.門診專任護理人員應有 2 人以上。 2.急性精神病床每 2.5 床應有 1 人以上。 3.精神科日間病房每 15 名服務量應有 1 人以上。 <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.本條為必要條文，必須達 C (含) 以上。 2.若設有急性一般病床、慢性一般病床或特殊病床者，應依醫療機構設置標準之附表一另計護理人員員額，不得重複列計。 3.人力標準計算方式：各計算單位小數點後之餘數，應合併後以四捨五入計算其員額。 4.護理人員包括護理師及護士。 5.護理人員若未從事護理業務，則不計入護理人力。 6.輔助人員之對象，如：照顧服務員、佐理員、駐衛警、保全人員、病房服務員。 	<p>3.急性病房每病房每班要有 1 位輔助人員。 B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.門診專任護理人員應有 1 人以上。 2.急性精神病床每 2.8 床應有 1 人以上。 3.慢性精神病床每 10 床應有 1 人以上，每病房應至少 6 人以上。 4.精神科日間病房每 16 名服務量應有 1 人以上。 <p>A：符合 B 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.門診專任護理人員應有 2 人以上。 2.急性精神病床每 2.5 床應有 1 人以上。 3.精神科日間病房每 15 名服務量應有 1 人以上。 <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.本條為必要條文，必須達 C (含) 以上。 2.若設有急性一般病床、慢性一般病床或特殊病床者，應依醫療機構設置標準之附表一另計護理人員員額，不得重複列計。 3.人力標準計算方式：各計算單位小數點後之餘數，應合併後以四捨五入計算其員額。 4.護理人員包括護理師及護士。 5.護理人員若未從事護理業務，則不計入護理人力。 6.輔助人員之對象，如：照顧服務員、佐理員、駐衛警、保全人員、病房服務員。 	
1.3.7	護理人員資格比例適當	<p>C：在該院 2 年以上之護理人員占 30% 以上；且其中具護理師資格者占 41% 以上。 B：在該院 2 年以上之護理人員占 31% 以上；在該院 1 年以下占 20% 以下；且全院具</p>	<p>C：在該院 2 年以上之護理人員占 30% 以上；且其中具護理師資格者占 41% 以上。 B：在該院 2 年以上之護理人員占 31% 以上；在該院 1 年以下占 20% 以下；且全院具護</p>	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		護理師資格者占 76% 以上。 A：在該院 2 年以上之護理人員占 51% 以上； 在該院 1 年以下占 20% 以下；且全院具 護理師資格者占 91% 以上。 [註]新設立的醫院可附加計算院外同等級以 上醫院之臨床年資，新設立單位亦同。	理師資格者占 76% 以上。 A：在該院 2 年以上之護理人員占 51% 以上； 在該院 1 年以下占 20% 以下；且全院具護 理師資格者占 91% 以上。 [註]新設立的醫院可附加計算院外同等級以上 醫院之臨床年資，新設立單位亦同。	
1.3.8	護理主管資格恰當能 負責部門管理及行政 業務	C： 1. 護理長以上之護理主管應具有護理師資 格及 2 年以上精神科臨床經驗，並有適 當行政經驗。 2. 各單位均設有護理長，兩位護理長以上 應設護理主任。 3. 護理部門專責護理行政及教育訓練人力 適當；且應派合適之護理人員，負責督 導夜間及假日之護理業務。 4. 護理主任須有精神科教學醫院 5 年以上 臨床經驗，或精神科醫院（含綜合醫院精 神科）10 年以上臨床經驗。 B：符合 C 項，且 1. 以上主管負責小夜上班、大夜值班，並 有值班所處理問題之追蹤機制。 2. 護理主任符合下列條件之一者： (1) 具大學學歷以上及護理師資格，並有 教學醫院 10 年以上臨床經驗。 (2) 具部定講師以上教職或碩士以上學 歷，並有教學醫院 8 年以上臨床經驗。 A：符合 B 項，且 1. 有固定之副護理長（含）以上主管負責， 能落實工作職掌，且成效良好。	C： 1. 護理長以上之護理主管應具有護理師資格 及 2 年以上精神科臨床經驗，並有適當行 政經驗。 2. 各單位均設有護理長，兩位護理長以上應 設護理主任。 3. 護理部門專責護理行政及教育訓練人力適 當；且應派合適之護理人員，負責督導夜 間及假日之護理業務。 4. 護理主任須有精神科教學醫院 5 年以上臨 床經驗，或精神科醫院（含綜合醫院精神科） 10 年以上臨床經驗。 B：符合 C 項，且 1. 以上主管負責小夜上班、大夜值班，並有 值班所處理問題之追蹤機制。 2. 護理主任符合下列條件之一者： (1) 具大學學歷以上及護理師資格，並有教 學醫院 10 年以上臨床經驗。 (2) 具部定講師以上教職或碩士以上學歷， 並有教學醫院 8 年以上臨床經驗。 A：符合 B 項，且 1. 有固定之副護理長（含）以上主管負責， 能落實工作職掌，且成效良好。	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		<p>2.護理主任有部定講師以上教職或碩士以上學歷，並有教學醫院 15 年以上臨床經驗，行政管理成效良好。</p> <p>【總病床 99 床（含）以下醫院得適用】</p> <p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 設有護理主管，負責全院護理行政工作。 護理部門專責護理行政及教育訓練人力適當。 應派合適之護理人員，負責督導夜間及假日之護理業務。 <p>B：符合 C 項，且能有效運用護理人員。</p> <p>A：符合 B 項，且能有效發揮功能。</p> <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 行政人力：指護理部門（專責）行政之主管。 教育訓練人力：指負責在職教育及新進人員職前訓練之人員。 護理主管如：主任、副主任、督導、護理長。 教學醫院包含精神科教學醫院及綜合教學醫院精神科。 	<p>2.護理主任有部定講師以上教職或碩士以上學歷，並有教學醫院 15 年以上臨床經驗，行政管理成效良好。</p> <p>【總病床 99 床（含）以下醫院得適用】</p> <p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 設有護理主管，負責全院護理行政工作。 護理部門專責護理行政及教育訓練人力適當。 應派合適之護理人員，負責督導夜間及假日之護理業務。 <p>B：符合 C 項，且能有效運用護理人員。</p> <p>A：符合 B 項，且能有效發揮功能。</p> <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 行政人力：指護理部門（專責）行政之主管。 教育訓練人力：指負責在職教育及新進人員職前訓練之人員。 護理主管如：主任、副主任、督導、護理長。 教學醫院包含精神科教學醫院及綜合教學醫院精神科。 	
必	1.3.9	<p>藥劑部門組織分工完善、人力配置適當，足以完成對病人之藥事照護，且藥事人員皆有執業登錄</p> <p>C：藥劑部門人力須符合下列各項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 精神科醫院： <ol style="list-style-type: none"> 急性精神病床及精神科加護病床合計，每 50 床（含）應有 1 人以上。 慢性精神病床，每 200 床（含）應有 1 人以上。 精神科日間病房，每 200 名（含）服務 	<p>C：藥劑部門人力須符合下列各項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 精神科醫院： <ol style="list-style-type: none"> 急性精神病床及精神科加護病床合計，每 50 床（含）應有 1 人以上。 慢性精神病床，每 200 床（含）應有 1 人以上。 精神科日間病房，每 200 名（含）服務量 	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		<p>量應有 1 人以上。</p> <p>(4)應有藥師 1 人以上。</p> <p>2.精神科教學醫院：</p> <p>(1)急性精神病床及精神科加護病床合計，每 40 床（含）應有 1 人以上。</p> <p>(2)慢性精神病床，每 160 床（含）應有 1 人以上。</p> <p>(3)精神科日間病房，每 160 名（含）服務量應有 1 人以上。</p> <p>(4)其他未規定者，同精神科醫院標準。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <p>1.每日每 100 張門診處方應有 1 名。</p> <p>2.藥事人員總數至少 1/3（含）為藥師。</p> <p>A：符合 B 項，且</p> <p>1.每日每 60 張門診處方應有 1 名。</p> <p>2.藥事人員總數至少有 3/4（含）以上為藥師。</p> <p>[註]</p> <p>1.本條為必要條文，必須達 C(含)以上。</p> <p>2.若設有急性一般病床、慢性一般病床者，應依醫療機構設置標準之附表一另計藥事人員員額，不得重複列計。</p> <p>3.藥事人員係指領有藥師、藥劑生執照，並辦理登錄，且服務於藥劑部門者。</p> <p>4.因醫院評鑑範圍尚未函括中醫部門，故本條文之人力計算暫不列計中藥藥劑人員。</p> <p>5.本條文不包含中藥調劑業務。</p> <p>6.人力標準計算方式：各計算單位小數點後之餘數，應合併後以四捨五入計算其員額。</p>	<p>應有 1 人以上。</p> <p>(4)應有藥師 1 人以上。</p> <p>2.精神科教學醫院：</p> <p>(1)急性精神病床及精神科加護病床合計，每 40 床（含）應有 1 人以上。</p> <p>(2)慢性精神病床，每 160 床（含）應有 1 人以上。</p> <p>(3)精神科日間病房，每 160 名（含）服務量應有 1 人以上。</p> <p>(4)其他未規定者，同精神科醫院標準。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <p>1.每日每 100 張門診處方應有 1 名。</p> <p>2.藥事人員總數至少 1/3（含）為藥師。</p> <p>A：符合 B 項，且</p> <p>1.每日每 60 張門診處方應有 1 名。</p> <p>2.藥事人員總數至少有 3/4（含）以上為藥師。</p> <p>[註]</p> <p>1.本條為必要條文，必須達 C(含)以上。</p> <p>2.若設有急性一般病床、慢性一般病床者，應依醫療機構設置標準之附表一另計藥事人員員額，不得重複列計。</p> <p>3.藥事人員係指領有藥師、藥劑生執照，並辦理登錄，且服務於藥劑部門者。</p> <p>4.因醫院評鑑範圍尚未函括中醫部門，故本條文之人力計算暫不列計中藥藥劑人員。</p> <p>5.本條文不包含中藥調劑業務。</p> <p>6.人力標準計算方式：各計算單位小數點後之餘數，應合併後以四捨五入計算其員額。</p>	

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
必	1.3.10	<p>適當之營養與膳食單位或部門組織與人力配置</p> <p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院應有負責病人營養與膳食服務的專人或部門。 2.100 床(含)以上之醫院應有 1 名營養師，負責病人飲食及營養。 3.依據病床使用率及病人用膳量（業務量）設置必要的營養師、廚師、廚工等工作人員。 <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.超過 100 床部分，每 200 床應增置 1 名營養師。 2.依據病床使用率及病人用膳量（業務量）設置必要的營養師、廚師、廚工等工作人員，且工作人員持證照比率高於相關法令規定。 <p>A：符合 B 項，且人員健康管理與安全衛生持續教育訓練完整。</p> <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.本條為必要條文，必須達 C(含)以上。 2.若設有營養部門者，其主管建議由營養師擔任為宜。 	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院應有負責病人營養與膳食服務的專人或部門。 2.100 床(含)以上之醫院應有 1 名營養師，負責病人飲食及營養。 3.依據病床使用率及病人用膳量（業務量）設置必要的營養師、廚師、廚工等工作人員。 <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.超過 100 床部分，每 200 床應增置 1 名營養師。 2.依據病床使用率及病人用膳量（業務量）設置必要的營養師、廚師、廚工等工作人員，且工作人員持證照比率高於相關法令規定。 <p>A：符合 B 項，且人員健康管理與安全衛生持續教育訓練完整。</p> <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.本條為必要條文，必須達 C(含)以上。 2.若設有營養部門者，其主管建議由營養師擔任為宜。 	無
	1.3.11	<p>適當之職能治療服務組織與人力配置</p> <p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.精神科醫院： <ol style="list-style-type: none"> (1)急性、慢性精神病床及精神科加護病床合計，每 70 床應有精神醫療職能治療人員 1 人以上。 (2)精神科日間病房，每 70 名服務量應有精神醫療職能治療人員 1 人以上。 (3)專任精神醫療職能治療師應有 1 人以 	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.精神科醫院： <ol style="list-style-type: none"> (1)急性、慢性精神病床及精神科加護病床合計，每 70 床應有精神醫療職能治療人員 1 人以上。 (2)精神科日間病房，每 70 名服務量應有精神醫療職能治療人員 1 人以上。 (3)專任精神醫療職能治療師應有 1 人以上。 	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		<p>上。</p> <p>2.精神科教學醫院：</p> <p>(1)急性、慢性精神病床及精神科加護病床合計，每 60 床應有精神醫療職能治療人員 1 人以上。</p> <p>(2)精神科日間病房，每 60 名服務量應有精神醫療職能治療人員 1 人以上。</p> <p>(3)其他未規定者，同精神科醫院標準。</p> <p>3.明訂職能治療專業人員數量、具體業務內容。</p> <p>4.依據醫院住院及門診病人組成，確保適宜的工作人員以資提供恰當的服務。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <p>1.急性精神病床，每 40 床應有 1 人以上。</p> <p>2.慢性精神病床及精神科日間病房，每 60 床應有 1 人以上。</p> <p>3.精神醫療職能治療師（生）比例應達 1/3（含）以上。</p> <p>A：符合 B 項，且</p> <p>1.專任精神醫療職能治療師應有 2 人以上。</p> <p>2.急性精神病床，每 30 床應有 1 人以上。</p> <p>3.慢性精神病床及精神科日間病房，每 40 床應有 1 人以上。</p> <p>4.精神醫療職能治療師比例應達 1/2（含）以上。</p> <p>[註]</p> <p>1.可透過病歷、工作分配表、科部室會議紀錄等進行人力安排之評量。</p> <p>2.人力標準計算方式：各計算單位小數點後</p>	<p>2.精神科教學醫院：</p> <p>(1)急性、慢性精神病床及精神科加護病床合計，每 60 床應有精神醫療職能治療人員 1 人以上。</p> <p>(2)精神科日間病房，每 60 名服務量應有精神醫療職能治療人員 1 人以上。</p> <p>(3)其他未規定者，同精神科醫院標準。</p> <p>3.明訂職能治療專業人員數量、具體業務內容。</p> <p>4.依據醫院住院及門診病人組成，確保適宜的工作人員以資提供恰當的服務。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <p>1.急性精神病床，每 40 床應有 1 人以上。</p> <p>2.慢性精神病床及精神科日間病房，每 60 床應有 1 人以上。</p> <p>3.精神醫療職能治療師（生）比例應達 1/3（含）以上。</p> <p>A：符合 B 項，且</p> <p>1.專任精神醫療職能治療師應有 2 人以上。</p> <p>2.急性精神病床，每 30 床應有 1 人以上。</p> <p>3.慢性精神病床及精神科日間病房，每 40 床應有 1 人以上。</p> <p>4.精神醫療職能治療師比例應達 1/2（含）以上。</p> <p>[註]</p> <p>1.可透過病歷、工作分配表、科部室會議紀錄等進行人力安排之評量。</p> <p>2.人力標準計算方式：各計算單位小數點後之員額餘數，應合併後以四捨五入計算其員額。</p>	

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		之員額餘數，應合併後以四捨五入計算其員額。		
1.3.12	適當之臨床心理人力配置	<p>C：</p> <p>1.精神科醫院：</p> <p>(1)急性、慢性精神病床及精神科加護病床合計，每 90 床應有臨床心理師 1 人以上。</p> <p>(2)精神科日間病房，每 115 名服務量應有臨床心理師 1 人以上。</p> <p>(3)專任臨床心理師應有 1 人以上。</p> <p>2.精神科教學醫院：</p> <p>(1)急性、慢性精神病床及精神科加護病床合計，每 75 床應有臨床心理師 1 人以上。</p> <p>(2)精神科日間病房，每 100 名服務量應有臨床心理師 1 人以上。</p> <p>(3)其他未規定者，同精神科醫院標準。</p> <p>3.明訂臨床心理師之具體業務內容。</p> <p>4.依據醫院住院及門診病人組成，確保適宜的工作人員數量，以提供恰當的服務。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <p>1.急性精神病床，每 30 床應有 1 人以上。</p> <p>2.慢性精神病床及精神科日間病房，每 75 床應有 1 人以上。</p> <p>A：符合 B 項，且</p> <p>1.專任臨床心理師應有 2 人以上。</p> <p>2.急性精神病床，每 30 床應有 1 人以上。</p> <p>3.慢性精神病床及精神科日間病房，每 60 床應有 1 人以上。</p>	<p>C：</p> <p>1.精神科醫院：</p> <p>(1)急性、慢性精神病床及精神科加護病床合計，每 90 床應有臨床心理師 1 人以上。</p> <p>(2)精神科日間病房，每 115 名服務量應有臨床心理師 1 人以上。</p> <p>(3)專任臨床心理師應有 1 人以上。</p> <p>2.精神科教學醫院：</p> <p>(1)急性、慢性精神病床及精神科加護病床合計，每 75 床應有臨床心理師 1 人以上。</p> <p>(2)精神科日間病房，每 100 名服務量應有臨床心理師 1 人以上。</p> <p>(3)其他未規定者，同精神科醫院標準。</p> <p>3.明訂臨床心理師之具體業務內容。</p> <p>4.依據醫院住院及門診病人組成，確保適宜的工作人員數量，以提供恰當的服務。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <p>1.急性精神病床，每 30 床應有 1 人以上。</p> <p>2.慢性精神病床及精神科日間病房，每 75 床應有 1 人以上。</p> <p>A：符合 B 項，且</p> <p>1.專任臨床心理師應有 2 人以上。</p> <p>2.急性精神病床，每 30 床應有 1 人以上。</p> <p>3.慢性精神病床及精神科日間病房，每 60 床應有 1 人以上。</p> <p>[註]</p> <p>人力標準計算方式：各計算單位小數點後之員</p>	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		[註] 人力標準計算方式：各計算單位小數點後之員額餘數，應合併後以四捨五入計算其員額。	額餘數，應合併後以四捨五入計算其員額。	
1.3.13	應有社工人員提供病人輔導、諮商及社區聯繫工作，並協助解決其困難或家暴等問題	<p>C：</p> <p>1.精神科醫院：</p> <p>(1)急性、慢性精神一般病床及精神科加護病床合計，每 90 床應有精神醫療社會工作人員 1 人以上。</p> <p>(2)精神科日間病房，每 75 名服務量應有精神醫療社會工作人員 1 人以上。</p> <p>(3)專任精神醫療社會工作人員應有 1 人以上。</p> <p>2.精神科教學醫院：</p> <p>(1)急性、慢性精神病床及精神科加護病床合計，每 75 床應有精神醫療社會工作人員 1 人以上。</p> <p>(2)精神科日間病房，每 60 名服務量應有精神醫療社會工作人員 1 人以上。</p> <p>(3)社會工作師比例應達 1/3（含）以上。</p> <p>(4)其他未規定者，同精神科醫院標準。</p> <p>3.明訂精神醫療社會工作專業人員之具體業務內容。</p> <p>4.依據醫院住院及門診病人組成，確保適宜的工作人員數量以提供恰當的服務。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <p>1.急性精神病床，每 30 床應有 1 人以上。</p> <p>2.慢性精神病床及精神科日間病房，每 60 床應有 1 人以上。</p> <p>A：符合 B 項，且</p>	<p>C：</p> <p>1.精神科醫院：</p> <p>(1)急性、慢性精神一般病床及精神科加護病床合計，每 90 床應有精神醫療社會工作人員 1 人以上。</p> <p>(2)精神科日間病房，每 75 名服務量應有精神醫療社會工作人員 1 人以上。</p> <p>(3)專任精神醫療社會工作人員應有 1 人以上。</p> <p>2.精神科教學醫院：</p> <p>(1)急性、慢性精神病床及精神科加護病床合計，每 75 床應有精神醫療社會工作人員 1 人以上。</p> <p>(2)精神科日間病房，每 60 名服務量應有精神醫療社會工作人員 1 人以上。</p> <p>(3)社會工作師比例應達 1/3（含）以上。</p> <p>(4)其他未規定者，同精神科醫院標準。</p> <p>3.明訂精神醫療社會工作專業人員之具體業務內容。</p> <p>4.依據醫院住院及門診病人組成，確保適宜的工作人員數量以提供恰當的服務。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <p>1.急性精神病床，每 30 床應有 1 人以上。</p> <p>2.慢性精神病床及精神科日間病房，每 60 床應有 1 人以上。</p> <p>A：符合 B 項，且</p>	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		1.專任精神醫療社會工作人員應有 2 人以上。 2.急性精神病床，每 30 床應有 1 人以上。 3.慢性精神病床及精神科日間病房，每 60 床應有 1 人以上。 [註] 人力標準計算方式：各計算單位小數點後之員額餘數，應合併後以四捨五入計算其員額。	1.專任精神醫療社會工作人員應有 2 人以上。 2.急性精神病床，每 30 床應有 1 人以上。 3.慢性精神病床及精神科日間病房，每 60 床應有 1 人以上。 [註] 人力標準計算方式：各計算單位小數點後之員額餘數，應合併後以四捨五入計算其員額。	
1.3.14	單位主管派班合理，人員與能力合宜	C：派班合理，人員與能力合宜。 B：符合 C 項，且 1.依實際狀況適當調整人力。 2.實施疲勞管理，醫療照護人員均有適當休假時間。 A：符合 B 項，且 1.人力充足，醫療照護人員之能力能配合需要（有相關之專業訓練）。 2.住院醫師不可連續上班超過十二小時。 [註] 1.C 項所稱派班合理，係指對於適用勞動基準法之人員，派班不得違反該法規定。如：若小夜班後接續上大夜班、或大夜班後接續上白班、或連續值班，其工作時間合計超過十二小時者，即可能違反勞動基準法第 32 條 2 項：「雇主延長勞工之工作時間連同正常工作時間，一日不得超過十二小時」之規定。 2.有關勞動基準法第 84-1 條中所提「另行約定之工作者」須遵守主管機關修訂公告，對勞工之工時與休假應參考該法所定之基	C：派班合理，人員與能力合宜。 B：符合 C 項，且 1.依實際狀況適當調整人力。 2.實施疲勞管理，醫療照護人員均有適當休假時間。 A：符合 B 項，且 1.人力充足，醫療照護人員之能力能配合需要（有相關之專業訓練）。 2.住院醫師不可連續上班超過十二小時。 [註] 1.C 項所稱派班合理，係指對於適用勞動基準法之人員，派班不得違反該法規定。如：若小夜班後接續上大夜班、或大夜班後接續上白班、或連續值班，其工作時間合計超過十二小時者，即可能違反勞動基準法第 32 條 2 項：「雇主延長勞工之工作時間連同正常工作時間，一日不得超過十二小時」之規定。 2.有關勞動基準法第 84-1 條中所提「另行約定之工作者」須遵守主管機關修訂公告，對勞工之工時與休假應參考該法所定之基準且不得損及勞工之健康及福祉。	無

條號		條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
			評量項目	評量項目	
			準且不得損及勞工之健康及福祉。		
可	1.3.15	對外包業務有適當管理	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有指派專責人員或部門負責監督管理醫院各項外包業務，並訂定外包業務管理辦法（應視醫院實際情形，包含<u>衛生福利部</u>公告之「醫療機構業務外包作業指引」所規定之相關內容）。 2.明確訂定承包業者合格條件及遴選程序，並確實遵守。 3.應對承包業者實施業務及設備等訪查評估，作成紀錄，作為日後續約、違約處理之依據。 4.視情形需要，明確規定外包業務相關意外事故發生時之賠償責任歸屬，以及外包業者違約時之業務即時銜接機制，以保障病人權益與安全。 <p>B：符合 C 項，且落實外包業務監督管理規範，並確實考核承包業者履行合約，備有紀錄可查。</p> <p>A：符合 B 項，且至少每半年 1 次評估檢討相關承包業者對合約的執行及實際工作狀況和時效性，並與承包業者溝通協商，能適時（適當）修改外包合約的內容，有改善實例者。</p> <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.未有業務外包者，可自選本條免評。 2.於實地評鑑查證時，如發現醫院實有外包業務，卻自稱「無外包業務」之情形者，則本項評量為「D」。 	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有指派專責人員或部門負責監督管理醫院各項外包業務，並訂定外包業務管理辦法（應視醫院實際情形，包含<u>衛生署</u>公告之「醫療機構業務外包作業指引」所規定之相關內容）。 2.明確訂定承包業者合格條件及遴選程序，並確實遵守。 3.應對承包業者實施業務及設備等訪查評估，作成紀錄，作為日後續約、違約處理之依據。 4.視情形需要，明確規定外包業務相關意外事故發生時之賠償責任歸屬，以及外包業者違約時之業務即時銜接機制，以保障病人權益與安全。 <p>B：符合 C 項，且落實外包業務監督管理規範，並確實考核承包業者履行合約，備有紀錄可查。</p> <p>A：符合 B 項，且至少每半年 1 次評估檢討相關承包業者對合約的執行及實際工作狀況和時效性，並與承包業者溝通協商，能適時（適當）修改外包合約的內容，有改善實例者。</p> <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.未有業務外包者，可自選本條免評。 2.於實地評鑑查證時，如發現醫院實有外包業務，卻自稱「無外包業務」之情形者，則本項評量為「D」。 	配合本部改制，原評量項目 C-1「衛生署」更名為「衛生福利部」。

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
可	1.3.16 外包人員應具備工作相關專業能力或資格證照，且有管理機制	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.應要求承包業者確保外包人員具備工作所須相關專業能力或資格證照。 2.應要求承包業者確保外包人員應依「勞工安全衛生法」定期接受健康檢查，並備有檢查紀錄。 3.應要求承包業者確保外包人員定期接受醫院有關院內感染管制、病人隱私與安全的教育訓練。 <p>B：符合 C 項，且對於外包人員訂有定期針對專業能力、資格與教育訓練自主查核機制，並落實執行。</p> <p>A：符合 B 項，且有定期檢討改善，執行成效良好，並有具體事證。</p> <p>[註]未有業務外包者，可自選本條免評。</p>	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.應要求承包業者確保外包人員具備工作所須相關專業能力或資格證照。 2.應要求承包業者確保外包人員應依「勞工安全衛生法」定期接受健康檢查，並備有檢查紀錄。 3.應要求承包業者確保外包人員定期接受醫院有關院內感染管制、病人隱私與安全的教育訓練。 <p>B：符合 C 項，且對於外包人員訂有定期針對專業能力、資格與教育訓練自主查核機制，並落實執行。</p> <p>A：符合 B 項，且有定期檢討改善，執行成效良好，並有具體事證。</p> <p>[註]未有業務外包者，可自選本條免評。</p>	無
	1.4 員工教育訓練	<p>【重點說明】</p> <p>醫院應設置員工教育訓練之專責人員、委員會或部門負責院內員工教育及進修，諸如病人權利、病人安全、醫學/醫事/護理倫理、全人醫療、感染管制、院內突發危急病人急救措施及危機處理等重要議題應列為必要教育及進修課程。</p> <p>整體教育訓練資源的配置應有規劃並儘可能涵蓋到所有院內職類之需求，如：護理人員之教育訓練則需因應其工作需要加強不同特性護理照護之互相支援、合作訓練等，以確保整體持續進步，並宜有教育訓練成效評核</p>	<p>【重點說明】</p> <p>醫院應設置員工教育訓練之專責人員、委員會或部門負責院內員工教育及進修，諸如病人權利、病人安全、醫學/醫事/護理倫理、全人醫療、感染管制、院內突發危急病人急救措施及危機處理等重要議題應列為必要教育及進修課程。整體教育訓練資源的配置應有規劃並儘可能涵蓋到所有院內職類之需求，如：護理人員之教育訓練則需因應其工作需要加強不同特性護理照護之互相支援、合作訓練等，以確保整體持續進步，並宜有教育訓練成效評核機制，評估各項資源投入與產出、期待與實際之差異，發</p>	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		<p>機制，評估各項資源投入與產出、期待與實際之差異，發現造成差異的原因及確定改善方向。</p> <p>為使新進同仁盡快瞭解業務內容及醫院文化，人事管理人員或單位應提供教育訓練，教育訓練包含共通注意事項及因應其職務需具備之能力、知識、技能訓練。</p> <p>在教育訓練的遞送方面，可透過院內研討會、鼓勵參與院外主辦之各職類學會、繼續教育、研討會活動等方式符合員工教育訓練需要。</p>	<p>現造成差異的原因及確定改善方向。</p> <p>為使新進同仁盡快瞭解業務內容及醫院文化，人事管理人員或單位應提供教育訓練，教育訓練包含共通注意事項及因應其職務需具備之能力、知識、技能訓練。</p> <p>在教育訓練的遞送方面，可透過院內研討會、鼓勵參與院外主辦之各職類學會、繼續教育、研討會活動等方式符合員工教育訓練需要。</p>	
	1.4.1	<p>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> <p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.應設置全院性教育訓練專責人員、委員會或部門，負責院內員工年度教育及進修計畫之擬訂。 2.設有機制掌握院內員工出席教育訓練。 3.訂有機制掌握院內醫事人員繼續教育積分管理，並適時提醒。 <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.編列年度教育訓練及進修所需之預算且確實執行。 2.應收集分析參加教育訓練及進修者之意見或心得報告。 <p>A：符合 B 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.據以修正教育訓練計畫。 2.依據員工參與教育訓練狀況，納入員工考核範圍。 	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.應設置全院性教育訓練專責人員、委員會或部門，負責院內員工年度教育及進修計畫之擬訂。 2.設有機制掌握院內員工出席教育訓練。 3.訂有機制掌握院內醫事人員繼續教育積分管理，並適時提醒。 <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.編列年度教育訓練及進修所需之預算且確實執行。 2.應收集分析參加教育訓練及進修者之意見或心得報告。 <p>A：符合 B 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.據以修正教育訓練計畫。 2.依據員工參與教育訓練狀況，納入員工考核範圍。 	無
	1.4.2	對於新進員工辦理到	C：每一新進員工均需參加到職訓練，訓練內容	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
	職訓練，並有評估考核	<p>容應包括醫院宗旨與願景、人事規章、員工權益、勞工安全、倫理規範、感染管制及病人安全等。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.訓練內容詳實、安排適當，並有評估考核學習效果之機制。 2.訓練內容置於院內知識庫，提供網路學習管道。 <p>A：符合 B 項，且定期檢討評估教學訓練成果，並有視情形改善且成效良好。</p> <p>[註]到職講習課程有關全院性內容，可用數位學習（e-learning）方式進行。</p>	<p>應包括醫院宗旨與願景、人事規章、員工權益、勞工安全、倫理規範、感染管制及病人安全等。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.訓練內容詳實、安排適當，並有評估考核學習效果之機制。 2.訓練內容置於院內知識庫，提供網路學習管道。 <p>A：符合 B 項，且定期檢討評估教學訓練成果，並有視情形改善且成效良好。</p> <p>[註]到職講習課程有關全院性內容，可用數位學習（e-learning）方式進行。</p>	
	1.4.3 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及進修課程內容	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.員工在職教育訓練、進修之課程中，應包括病人權利、病人安全、醫學/醫事/護理倫理、全人醫療、感染管制及危機處理等重要課題。 2.若院內無法自行提供課程時，應有機制安排參與院外舉辦之相關訓練課程。 <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.訂有機制鼓勵員工出席教育訓練課程，並有考核制度，且落實執行。 2.針對訓練課程內容可置於院內知識庫，提供網路學習管道，並有評估學習效果之機制。 <p>A：符合 B 項，且定期評估教學成果，並有視情形改善且成效良好。</p>	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.員工在職教育訓練、進修之課程中，應包括病人權利、病人安全、醫學/醫事/護理倫理、全人醫療、感染管制及危機處理等重要課題。 2.若院內無法自行提供課程時，應有機制安排參與院外舉辦之相關訓練課程。 <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.訂有機制鼓勵員工出席教育訓練課程，並有考核制度，且落實執行。 2.針對訓練課程內容可置於院內知識庫，提供網路學習管道，並有評估學習效果之機制。 <p>A：符合 B 項，且定期評估教學成果，並有視情形改善且成效良好。</p>	無
可*	1.4.4 對院內員工有計畫地實施病人安全相關之	C：有計畫地對院內員工進行病人安全事件及案例分析之教育（如：根本原因分	C：有計畫地對院內員工進行病人安全事件及案例分析之教育（如：根本原因分析）。	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
	教育訓練	析)。 B：符合 C 項，且 1.可引用實際個案或院內有效分析結果，作為員工訓練之教材。 2.針對教育訓練之結果進行評估，且落實執行。 3.訓練課程內容可置於院內知識庫，提供網路學習管道，並有評估學習效果之機制。 A：符合 B 項，且定期評估教學成果，並有改善且成效良好。 [註] 總病床 99 床(含)以下者，可自選本條免評。	B：符合 C 項，且 1.可引用實際個案或院內有效分析結果，作為員工訓練之教材。 2.針對教育訓練之結果進行評估，且落實執行。 3.訓練課程內容可置於院內知識庫，提供網路學習管道，並有評估學習效果之機制。 A：符合 B 項，且定期評估教學成果，並有改善且成效良好。 [註] 總病床 99 床(含)以下者，可自選本條免評。	
1.4.5	適當鼓勵員工參與院外各職類學會、院外主辦之繼續教育、研討會等活動	C： 1.明文鼓勵各職類員工參與院外學會、繼續教育、研討會等。 2.編列各職類員工適當之教育訓練及進修預算，並確實執行。 B：符合 C 項，且 1.編訂預算補助參與國內各職類專業人員學會所需相關經費。 2.獎勵各職類專業人員參與國內學會論文發表、進修教育。 3.參加院外教育訓練、進修，並將重要內容與心得與同仁分享。 A：符合 B 項，且 1.編訂預算補助各職類專業人員參與國外學會所需相關經費。 2.獎勵各職類專業人員赴國外學會論文發	C： 1.明文鼓勵各職類員工參與院外學會、繼續教育、研討會等。 2.編列各職類員工適當之教育訓練及進修預算，並確實執行。 B：符合 C 項，且 1.編訂預算補助參與國內各職類專業人員學會所需相關經費。 2.獎勵各職類專業人員參與國內學會論文發表、進修教育。 3.參加院外教育訓練、進修，並將重要內容與心得與同仁分享。 A：符合 B 項，且 1.編訂預算補助各職類專業人員參與國外學會所需相關經費。 2.獎勵各職類專業人員赴國外學會論文發表及	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		表及進修。	進修。	
1.4.6	訂定護理人員之教育訓練與進修計畫，並定期修正	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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/支持措施及學習效果評估等，確實執行並適時修正。 2.有專責人員負責各項教學活動之審核、推動、協調及評估。 <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 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與護理工作趨勢。 2.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。 <p>A：符合 B 項，且能依據評估結果檢討、修訂或改進教育訓練及進修制度。</p> <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.到職講習課程有關全院性內容，可用數位學習（e-learning）方式進行，建議包含 1-3 個月之臨床實務訓練。 2.各項鼓勵、支持措施包含鼓勵參與院外學術與專業團體活動之措施、相關資源（經費、圖書、工具書、場地、必要設備及教具等）支持，以能減輕護理人員經濟負擔及工作負荷（如：提供公假或公費）為原則，以兼顧臨床照護人力資源與專業發展，並宜適時更新。 	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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/支持措施及學習效果評估等，確實執行並適時修正。 2.有專責人員負責各項教學活動之審核、推動、協調及評估。 <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 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與護理工作趨勢。 2.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。 <p>A：符合 B 項，且能依據評估結果檢討、修訂或改進教育訓練及進修制度。</p> <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.到職講習課程有關全院性內容，可用數位學習（e-learning）方式進行，建議包含 1-3 個月之臨床實務訓練。 2.各項鼓勵、支持措施包含鼓勵參與院外學術與專業團體活動之措施、相關資源（經費、圖書、工具書、場地、必要設備及教具等）支持，以能減輕護理人員經濟負擔及工作負荷（如：提供公假或公費）為原則，以兼顧臨床照護人力資源與專業發展，並宜適時更新。 3.教育訓練內容應依據醫院之功能及病人照護需要，安排護理人員學習專業知識及新知，且 	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		3.教育訓練內容應依據醫院之功能及病人照護需要，安排護理人員學習專業知識及新知，且所安排之方式多元，如：專題演講、書籍與期刊（電子期刊）閱讀報告、研討會、參加院內外及國外論文發表等，能達成學習專業知識及新知的目的。	所安排之方式多元，如：專題演講、書籍與期刊（電子期刊）閱讀報告、研討會、參加院內外及國外論文發表等，能達成學習專業知識及新知的目的。	
可*	1.4.7	<p>推展護理人員專業能力進階制度及落實定期檢討改善</p> <p>C：訂定護理人員專業能力進階制度，並有專人指導及定期檢討改善機制。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.由專人推動進階制度，並能落實執行。 2.評估結果用於提升護理能力及病人照護品質。 <p>A：符合 B 項，且進階制度及檢討改善機制完善、內容詳實，合適而有效運用於各階層護理人員，且能與薪資、升遷結合。</p> <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.總病床 99 床（含）以下者，可自選本條免評。 2.醫院於推廣進階制度時，可參考護理學會進階制度之相關規範。 	<p>C：訂定護理人員專業能力進階制度，並有專人指導及定期檢討改善機制。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.由專人推動進階制度，並能落實執行。 2.評估結果用於提升護理能力及病人照護品質。 <p>A：符合 B 項，且進階制度及檢討改善機制完善、內容詳實，合適而有效運用於各階層護理人員，且能與薪資、升遷結合。</p> <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.總病床 99 床（含）以下者，可自選本條免評。 2.醫院於推廣進階制度時，可參考護理學會進階制度之相關規範。 	無
	1.4.8	<p>各種不同領域之護理照護應互相支援、合作與訓練</p> <p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.不同領域的護理照護人員有互相支援或訓練，並有紀錄。 2.照護所需的參考文獻、資料可方便取用。 <p>B：符合 C 項，且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，並有成效評估。</p> <p>A：符合 B 項，且有不同領域間的護理照會制度及紀錄。</p>	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.不同領域的護理照護人員有互相支援或訓練，並有紀錄。 2.照護所需的參考文獻、資料可方便取用。 <p>B：符合 C 項，且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，並有成效評估。</p> <p>A：符合 B 項，且有不同領域間的護理照會制度及紀錄。</p>	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		<p>[註]</p> <p>1.護理人員因照顧的病例不同，需有不同的專業知識及技術，必要時照護所需的文獻及資料應可活用及方便取用，並可照會專業護理人員。</p> <p>2.可評估有無跨領域或單位之互相支援、合作及訓練。</p>	<p>[註]</p> <p>1.護理人員因照顧的病例不同，需有不同的專業知識及技術，必要時照護所需的文獻及資料應可活用及方便取用，並可照會專業護理人員。</p> <p>2.可評估有無跨領域或單位之互相支援、合作及訓練。</p>	
1.4.9	應定期對員工實施有關緊急事件或突發危急病人急救措施之教育	<p>C：</p> <p>1.定期辦理全院性緊急事件因應措施之進修、教育或訓練。</p> <p>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（獨立急診、加護病房）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。</p> <p>3.有緊急事件及其對應的訓練，且有訓練紀錄。</p> <p>B：符合 C 項，且醫師接受 ALS 訓練且合格之達成率達 50%。</p> <p>A：符合 B 項，且應定期演練並針對演練發現之問題或缺失，確實檢討改進，且成效良好。</p> <p>[註]</p> <p>1.本條文所稱「其餘員工應定期接受 BLS 訓練」，係指醫師以外之員工，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</p>	<p>C：</p> <p>1.定期辦理全院性緊急事件因應措施之進修、教育或訓練。</p> <p>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（獨立急診、加護病房）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。</p> <p>3.有緊急事件及其對應的訓練，且有訓練紀錄。</p> <p>B：符合 C 項，且醫師接受 ALS 訓練且合格之達成率達 50%。</p> <p>A：符合 B 項，且應定期演練並針對演練發現之問題或缺失，確實檢討改進，且成效良好。</p> <p>[註]</p> <p>1.本條文所稱「其餘員工應定期接受 BLS 訓練」，係指醫師以外之員工，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</p>	參照綜合醫院評量項目，新增 [註]3 內容。

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		擊器操作。 3.醫護人員視不同性質之單位所接受之 <u>ACLS、NRP、ANLS、ATLS、APLS 及 PALS</u> 等訓練，可等同已接受 ALS 訓練。	器操作。	
	1.4.10 訂有完善的員工感染管制教育訓練計畫	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 訂有完整的員工感染管制及傳染病教育訓練計畫，內容包括對標準防護措施、感染途徑別防護措施、防止職業感染事故、群突發之偵測與處理、院內常見微生物介紹、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。 明訂在職教育及職前教育訓練時數和時程表，新進員工半年內應接受 6 小時之傳染病教育訓練（內含 TB 防治課程內容）。 醫院全體員工（含外包工作人員），參與感染管制教育訓練至少每年 3 小時（內含 TB 防治課程內容），且感染管制教育訓練時數符合標準之比率$\geq 80\%$。 <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 醫院全體員工（含外包工作人員）感染管制繼續訓練時數均符合規定。 醫院全體員工（含外包工作人員）感染管制教育訓練活動內容品質良好，且紀錄詳實。 <p>A：符合 B 項，且有測驗之機制，確認人員之在職訓練成效良好。</p>	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 訂有完整的員工感染管制及傳染病教育訓練計畫，內容包括對標準防護措施、感染途徑別防護措施、防止職業感染事故、群突發之偵測與處理、院內常見微生物介紹、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。 明訂在職教育及職前教育訓練時數和時程表，新進員工半年內應接受 6 小時之傳染病教育訓練（內含 TB 防治課程內容）。 醫院全體員工（含外包工作人員），參與感染管制教育訓練至少每年 3 小時（內含 TB 防治課程內容），且感染管制教育訓練時數符合標準之比率$\geq 80\%$。 <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 醫院全體員工（含外包工作人員）感染管制繼續訓練時數均符合規定。 醫院全體員工（含外包工作人員）感染管制教育訓練活動內容品質良好，且紀錄詳實。 <p>A：符合 B 項，且有測驗之機制，確認人員之在職訓練成效良好。</p>	無
可	1.4.11 醫院有志工之設置，並有明確之管理辦法	C：設有志工，應有專人督導且訂有明確的志工管理辦法及相關教育訓練計畫與課程。	C：設有志工，應有專人督導且訂有明確的志工管理辦法及相關教育訓練計畫與課程。	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
	及教育訓練	B：符合 C 項，且落實執行，並有具體紀錄。 A：符合 B 項，且持續定期評估及追蹤服務品質，並作為改善參考。 [註]未設置有志工者，可自選本條免評。	B：符合 C 項，且落實執行，並有具體紀錄。 A：符合 B 項，且持續定期評估及追蹤服務品質，並作為改善參考。 [註]未設置有志工者，可自選本條免評。	
1.5	病歷、資訊與溝通管道	<p>【重點說明】</p> <p>病歷之妥善管理，對醫院提供的醫療品質有很大的影響，此功能將評估病歷妥善管理、應用之體制是否完善適當，包括：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.病人的病歷應統一合併管理，妥善整理（編號、登記、歸類），以利其他專業診療參考，避免發生重複診療之缺失。 2.應明確掌握病歷行蹤及品質，訂有防止遺失的管理機制及質與量的審查等品質確保機制。 3.使用統一之病歷號，避免同名、同姓病人發生弄錯的缺失。 4.能快速檢索符合特定條件的病歷。 5.門診病歷送到診間等之即時性評估。 6.應對病歷內容有完善之保密措施。 7.電子病歷相關管理、執行確依民國 98 年 8 月 11 日公告修正之醫療機構電子病歷製作及管理辦法辦理。 8.定期利用病歷製作、提供及檢討臨床、效率及業務評估指標或資料。 <p>在資訊與溝通管理方面，醫院應明訂資訊管理及安全相關政策與作業規範，確保資訊具有「保密性」、「安全性」、「可用性」與「完整性」等必備條件，防止病人資料遺失、</p>	<p>【重點說明】</p> <p>病歷之妥善管理，對醫院提供的醫療品質有很大的影響，此功能將評估病歷妥善管理、應用之體制是否完善適當，包括：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.病人的病歷應統一合併管理，妥善整理（編號、登記、歸類），以利其他專業診療參考，避免發生重複診療之缺失。 2.應明確掌握病歷行蹤及品質，訂有防止遺失的管理機制及質與量的審查等品質確保機制。 3.使用統一之病歷號，避免同名、同姓病人發生弄錯的缺失。 4.能快速檢索符合特定條件的病歷。 5.門診病歷送到診間等之即時性評估。 6.應對病歷內容有完善之保密措施。 7.電子病歷相關管理、執行確依民國 98 年 8 月 11 日公告修正之醫療機構電子病歷製作及管理辦法辦理。 8.定期利用病歷製作、提供及檢討臨床、效率及業務評估指標或資料。 <p>在資訊與溝通管理方面，醫院應明訂資訊管理及安全相關政策與作業規範，確保資訊具有「保密性」、「安全性」、「可用性」與「完整性」等必備條件，防止病人資料遺失、誤用，明確</p>	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		誤用，明確訂定病人資訊保密相關措施。	訂定病人資訊保密相關措施。	
合	1.5.1 健全的病歷管理制度及環境	<p>符合下列項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.病歷格式一致且設計完善，明訂記載規則及標準作業規定或規範、管理辦法，按內容類別編排有序、裝訂牢靠、易於查閱。 2.病歷檔案排列整齊易於調閱；病歷調出與歸檔有作出入庫管理與遞送時效管控。 3.病歷有切實追蹤查核制度，防止遺失。 4.嚴防病歷遭竄改、損毀、及不當取得或使用，有追蹤、檢討、改善機制，並有具體事證。 5.病歷檔案空間適當，有門禁及防火措施，並有定期防火演練。 <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.本條適用於紙本病歷。 2.對於部分無紙化之電子病歷，應符合 1.5.2 條文之要求。 	<p>符合下列項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.病歷格式一致且設計完善，明訂記載規則及標準作業規定或規範、管理辦法，按內容類別編排有序、裝訂牢靠、易於查閱。 2.病歷檔案排列整齊易於調閱；病歷調出與歸檔有作出入庫管理與遞送時效管控。 3.病歷有切實追蹤查核制度，防止遺失。 4.嚴防病歷遭竄改、損毀、及不當取得或使用，有追蹤、檢討、改善機制，並有具體事證。 5.病歷檔案空間適當，有門禁及防火措施，並有定期防火演練。 <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.本條適用於紙本病歷。 2.對於部分無紙化之電子病歷，應符合 1.5.2 條文之要求。 	無
可	1.5.2 健全的電子病歷管理制度	<p>C：全面或部分實施電子病歷之醫院，應符合「醫療法」及「醫療機構電子病歷製作及管理辦法」之規定：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.電子病歷格式一致且設計完善，易於查閱。 2.經刪改之電子病歷或紀錄，其刪改部分（含執行人員、時間及內容）應予保留，不得刪除。 3.使用電子病歷之出院病歷應儘速完成病歷寫作並簽章，以利病人回診。 4.應以電子簽章方式為之。 5.電子病歷置有備份，防止滅失。 	<p>C：全面或部分實施電子病歷之醫院，應符合「醫療法」及「醫療機構電子病歷製作及管理辦法」之規定：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.電子病歷格式一致且設計完善，易於查閱。 2.經刪改之電子病歷或紀錄，其刪改部分（含執行人員、時間及內容）應予保留，不得刪除。 3.使用電子病歷之出院病歷應儘速完成病歷寫作並簽章，以利病人回診。 4.應以電子簽章方式為之。 5.電子病歷置有備份，防止滅失。 6.電子病歷儲存主機所在處應有適當門禁、 	<p>參考 102 年 11 月 26 日綜合醫院經營管理領域研修會議決議，納入衛生福利部建議「電子病歷實施成果，列入評量項目」，故增訂評量</p>

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		<p>6.電子病歷儲存主機所在處應有適當門禁、防火、確保妥善運作之相關設施設備及管理機制。</p> <p>7.對電子病歷內容的保密措施（如：保密原則、規範、人員教育訓練等）嚴格要求並有具體稽查機制。</p> <p>8.電子病歷於法定保存年限內應可完整呈現電子病歷紀錄，並可隨時列印或取出提供查驗。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <p>1.相關人員應有電子病歷相關專業訓練。</p> <p>2.嚴防電子病歷遭竄改、損毀及不當取得或使用，有追蹤、檢討、改善機制，並有具體事證。</p> <p>A：符合 B 項，且</p> <p>1.設有電子病歷跨單位發展組織，有資訊人員擔任委員，定期召開會議推動電子病歷發展事宜。</p> <p>2.電子病歷調閱、釋出應有妥善之存取控制，對於調閱、釋出目的及行為應有統計分析。</p> <p>3.實施電子病歷成效良好。</p> <p>[註]未向當地主管機關宣告實施電子病歷者，可自選本條免評。</p>	<p>防火、確保妥善運作之相關設施設備及管理機制。</p> <p>7.對電子病歷內容的保密措施（如：保密原則、規範、人員教育訓練等）嚴格要求並有具體稽查機制。</p> <p>8.電子病歷於法定保存年限內應可完整呈現電子病歷紀錄，並可隨時列印或取出提供查驗。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <p>1.相關人員應有電子病歷相關專業訓練。</p> <p>2.嚴防電子病歷遭竄改、損毀及不當取得或使用，有追蹤、檢討、改善機制，並有具體事證。</p> <p>A：符合 B 項，且</p> <p>1.設有電子病歷跨單位發展組織，有資訊人員擔任委員，定期召開會議推動電子病歷發展事宜。</p> <p>2.電子病歷調閱、釋出應有妥善之存取控制，對於調閱、釋出目的及行為應有統計分析。</p> <p>[註]未向當地主管機關宣告實施電子病歷者，可自選本條免評。</p>	項目 A-3。
1.5.3	應有專人負責管理病歷或設立病歷管理部門，人力配置、素質、教育訓練適當，作業功能良好	<p>C：</p> <p>1.應有專人或設有病歷管理單位，負責病歷管理。</p> <p>2.病歷管理人員應有病歷管理、疾病分類等相關專業訓練。</p>	<p>C：</p> <p>1.應有專人或設有病歷管理單位，負責病歷管理。</p> <p>2.病歷管理人員應有病歷管理、疾病分類等相關專業訓練。</p>	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		<p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.設有病歷管理委員會，並由資深醫師擔任主委，且定期召開會議，並有紀錄；會議決議事項有追蹤考核，執行成效良好。 2.人力配置符合醫院規模及業務量，並考量床數及業務量做調整；每 150 床有 1 名病歷管理人員。 <p>A：符合 B 項，且 50% 以上病歷管理人員具有病歷管理或疾病分類證照。</p> <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫療機構設置標準：應有專人管理病歷。 2.資深醫師係指取得專科醫師資格 5 年以上且具臨床經驗者。 3.C-2 項所指「病歷管理、疾病分類等相關專業訓練」，得由相關學、協會認證辦理。 4.B-2 項之床數計算，包含急性一般病床、慢性一般病床、精神急性一般病床、精神慢性一般病床與精神加護病床。 	<p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.設有病歷管理委員會，並由資深醫師擔任主委，且定期召開會議，並有紀錄；會議決議事項有追蹤考核，執行成效良好。 2.人力配置符合醫院規模及業務量，並考量床數及業務量做調整；每 150 床有 1 名病歷管理人員。 <p>A：符合 B 項，且 50% 以上病歷管理人員具有病歷管理或疾病分類證照。</p> <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫療機構設置標準：應有專人管理病歷。 2.資深醫師係指取得專科醫師資格 5 年以上且具臨床經驗者。 3.C-2 項所指「病歷管理、疾病分類等相關專業訓練」，得由相關學、協會認證辦理。 4.B-2 項之床數計算，包含急性一般病床、慢性一般病床、精神急性一般病床、精神慢性一般病床與精神加護病床。 	
1.5.4	病歷應詳實記載，納入必要紀錄，並向病人說明	<p>C：</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」要求。 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： <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。 	<p>C：</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」要求。 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： <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。 	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		<p>(4)過去病史、家族史、藥物過敏史、職業及資料提供者。</p> <p>(5)身體檢查、檢查項目及結果。</p> <p>(6)診斷或病名。</p> <p>(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。</p> <p>(8)治療方式。</p> <p>(9)醫護及醫事等製作病歷人員全名簽名或蓋章（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記錄方式及內容。</p> <p>B：符合 C 項，且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。</p> <p>A：符合 B 項，且相關紀錄品質監測結果，確實檢討提出改善措施。</p> <p>[註]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>	<p>(4)過去病史、家族史、藥物過敏史、職業及資料提供者。</p> <p>(5)身體檢查、檢查項目及結果。</p> <p>(6)診斷或病名。</p> <p>(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。</p> <p>(8)治療方式。</p> <p>(9)醫護及醫事等製作病歷人員全名簽名或蓋章（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記錄方式及內容。</p> <p>B：符合 C 項，且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。</p> <p>A：符合 B 項，且相關紀錄品質監測結果，確實檢討提出改善措施。</p> <p>[註]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>	
1.5.5	每位病人只有一份病歷，並維護資料的完	C： 1.每位病人只有一份病歷（即每位病人在	C： 1.每位病人只有一份病歷（即每位病人在醫	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
	整性	<p>醫院僅有 1 個病歷號)，且病歷首頁應有該病人「藥物過敏」之紀錄。</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。</p> <p>3.實地訪查時，抽查之病歷內容資料均完整，且符合病歷記錄相關規範。</p> <p>4.所有醫事人員對病歷之紀錄均有簽名或蓋章及簽註日期。</p> <p>5.社會工作、心理治療、職能治療等紀錄及各類同意書應統一歸檔。</p> <p>6.如有特殊病歷資料(如：性侵、家暴、兒童虐待、深度個別心理治療、司法鑑定及其他法規規定應特別保密之病歷資料)應特別妥善有系統保存。</p> <p>B：符合 C 項，且訂定病歷記錄規範，並落實執行，定期檢討修正。</p> <p>A：符合 B 項，且改善病歷管理、提升病歷品質之成效顯著有具體事證。</p> <p>[註]</p> <p>1.本條適用於紙本病歷。</p> <p>2.對於部分無紙化之電子病歷，就無紙化之部分應符合 1.5.2 條文之要求。</p>	<p>院僅有 1 個病歷號)，且病歷首頁應有該病人「藥物過敏」之紀錄。</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。</p> <p>3.實地訪查時，抽查之病歷內容資料均完整，且符合病歷記錄相關規範。</p> <p>4.所有醫事人員對病歷之紀錄均有簽名或蓋章及簽註日期。</p> <p>5.社會工作、心理治療、職能治療等紀錄及各類同意書應統一歸檔。</p> <p>6.特殊病歷資料(如：性侵、家暴、兒童虐待、深度個別心理治療、司法鑑定及其他法規規定應特別保密之病歷資料)應特別妥善有系統保存。</p> <p>B：符合 C 項，且訂定病歷記錄規範，並落實執行，定期檢討修正。</p> <p>A：符合 B 項，且改善病歷管理、提升病歷品質之成效顯著有具體事證。</p> <p>[註]</p> <p>1.本條適用於紙本病歷。</p> <p>2.對於部分無紙化之電子病歷，就無紙化之部分應符合 1.5.2 條文之要求。</p>	
1.5.6	病歷應有系統歸檔，且妥善管理	<p>C：</p> <p>1.病歷依病歷號有系統的歸檔，且易於調閱；病歷調離檔案後，檔案區內置放調閱通知單，以利病歷追蹤。</p> <p>2.依法定年限妥善保存病人相關資料及資訊。</p> <p>3.對病歷內容的保密措施(如：保密原則、</p>	<p>C：</p> <p>1.病歷依病歷號有系統的歸檔(如：彩色尾位數或其他方式排列歸檔)，且易於調閱；病歷調離檔案後，檔案區內置放調閱通知單，以利病歷追蹤。</p> <p>2.依法定年限妥善保存病人相關資料及資訊。</p>	參考 102 年 11 月 26 日綜合醫院經營管理領域研修會議決議，納入台灣醫院協會

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		<p>規範、人員教育訓練等) 嚴格要求並有具體稽查機制。</p> <p>B: 符合 C 項, 且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 具教學研究價值之病歷相關資料有特別妥善保存。 2. 調閱病歷資料有妥善管理機制, 並定期檢討, 落實執行。 <p>A: 符合 B 項, 且定期檢討改善, 成效良好。 [註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 本條適用於紙本病歷。 2. 對於部分無紙化之電子病歷, 就無紙化之部分應符合 1.5.2 條文之要求。 	<p>3. 對病歷內容的保密措施(如: 保密原則、規範、人員教育訓練等) 嚴格要求並有具體稽查機制。</p> <p>B: 符合 C 項, 且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 具教學研究價值之病歷相關資料有特別妥善保存。 2. 調閱病歷資料有妥善管理機制, 並定期檢討, 落實執行。 <p>A: 符合 B 項, 且定期檢討改善, 成效良好。 [註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 本條適用於紙本病歷。 2. 對於部分無紙化之電子病歷, 就無紙化之部分應符合 1.5.2 條文之要求。 	建議考量「病歷依病歷號有系統的歸檔即可, 不限定於舉例項目」, 故刪修評量項目 C-1。
1.5.7	依據病人的請求, 依法提供病歷複製本或摘要	<p>C:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 明訂提供病歷複製本或摘要之流程, 對於病人之申請, 不得違反醫療法第 71 條規定, 無故拖延或拒絕。 2. 病人資料的釋出須依一定的申請程序辦理。 <p>B: 符合 C 項, 且設有稽核及改善機制, 以促進落實執行。</p> <p>A: 適時檢討修訂相關流程, 具體改善服務便利性及作業效率(病歷複製本應於 3 日(日曆日)內提供; 病歷摘要應於 7 日(日曆日)內提供)。</p>	<p>C:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 明訂提供病歷複製本或摘要之流程, 對於病人之申請, 不得違反醫療法第 71 條規定, 無故拖延或拒絕。 2. 病人資料的釋出須依一定的申請程序辦理。 <p>B: 符合 C 項, 且設有稽核及改善機制, 以促進落實執行。</p> <p>A: 適時檢討修訂相關流程, 具體改善服務便利性及作業效率(病歷複製本應於 3 日(日曆日)內提供; 病歷摘要應於 7 日(日曆日)內提供)。</p>	無
1.5.8	對病歷紀錄有作量與質的審查	<p>C: 訂定病歷量的審查作業規定, 且確實執行。</p> <p>B: 符合 C 項, 且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 對病歷紀錄之量與質有評核制度, 並納 	<p>C: 訂定病歷量的審查作業規定, 且確實執行。</p> <p>B: 符合 C 項, 且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 對病歷紀錄之量與質有評核制度, 並納入獎懲制度。 	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案		102 年版精神科醫院評鑑基準		修正說明
		評量項目		評量項目		
			入獎懲制度。 2.訂定病歷紀錄品質審查作業規定或辦法，且確實執行。 A：符合 B 項，且有統計分析與追蹤改善措施，並成效良好。	2.訂定病歷紀錄品質審查作業規定或辦法，且確實執行。 A：符合 B 項，且有統計分析與追蹤改善措施，並成效良好。		
合	1.5.9	對出院病歷建立追蹤管理系統，且定期統計呈報改善	符合下列項目： 1.出院病歷應儘速歸回病歷室並完成病歷寫作，以利病人回診，並有管理機制與統計。 2.出院病歷有 90%於出院日翌日起算 7 日(日曆日)內完成，紙本病歷並歸回病歷室。 [註]病歷完成係指完成所有病歷內容(量之審查內容)並上架歸檔。	符合下列項目： 1.出院病歷應儘速歸回病歷室並完成病歷寫作，以利病人回診，並有管理機制與統計。 2.出院病歷有 90%於出院日翌日起算 7 日(日曆日)內完成，紙本病歷並歸回病歷室。 [註]病歷完成係指完成所有病歷內容(量之審查內容)並上架歸檔。		無
可*	1.5.10	建立疾病檢索系統及相關統計分析	C： 1.就出院病人之病歷以病歷號、性別、年齡、診斷、住/出院日期、出院時的治療結果等作為資料庫登記內容。 2.診斷應使用當時通用之標準分類系統(如：ICD-9-CM)予以分類，並可自行訂定必要的索引項目予以檢索。 3.定期製作醫院疾病統計資料。 B：符合 C 項，且 1.有年度疾病統計資料分析年報。 2.正確提供業務評估所需的統計資料。 3.定期製作成效評估指標，並有檢討機制。 A：符合 B 項，且有跨年度(近 3 年)疾病統計資料分析比較，運用於營運改善。 [註] 1.B-3 項所指成效評估指標，如：選定某些疾病，統計分析如：48 或 72 小時再入院率、	C： 1.就出院病人之病歷以病歷號、性別、年齡、診斷、住/出院日期、出院時的治療結果等作為資料庫登記內容。 2.診斷應使用當時通用之標準分類系統(如：ICD-9-CM)予以分類，並可自行訂定必要的索引項目予以檢索。 3.定期製作醫院疾病統計資料。 B：符合 C 項，且 1.有年度疾病統計資料分析年報。 2.正確提供業務評估所需的統計資料。 3.定期製作成效評估指標，並有檢討機制。 A：符合 B 項，且有跨年度(近 3 年)疾病統計資料分析比較，運用於營運改善。 [註] 1.B-3 項所指成效評估指標，如：選定某些疾病，統計分析如：48 或 72 小時再入院率、		無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		<p>平均住院日、14 天內再住院率、急診病人 72 小時再返診比率等指標。</p> <p>2.總病床 99 床（含）以下者，可自選本條免評。</p>	<p>平均住院日、14 天內再住院率、急診病人 72 小時再返診比率等指標。</p> <p>2.總病床 99 床（含）以下者，可自選本條免評。</p>	
1.5.11	資訊部門配合臨床及行政部門建立完善作業系統，且院內各系統連線作業及院外聯繫系統功能良好	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 依醫院規模，設置資訊管理專責人員或部門，且院內各系統連線作業功能運作適當。 系統設計應包括資料保密（隱私維護）、安全性、完整性及資訊維護。 應讓適當的臨床及管理人員參與選擇、整合及使用資訊科技管理措施。 設有資料正確性之檢查機制，並檢討改善資料之正確性。 <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 使用部門及資訊管理部門專責人員溝通聯繫適當（如：需求單處理流程、處理時效、需求部門滿意度調查等）。 與院外其他機構（如：特約醫療機構、藥局、院外醫療站等）聯繫系統功能適當。 醫院資訊應能支援病人照護、教育訓練、研究及管理。 <p>A：符合 B 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 訂有資訊管理計畫且定期召開跨部門之資訊管理會議，檢討相關問題及修正資訊作業，且有紀錄可查。 資訊部門應充分支援臨床及行政決策系統的需求。 	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 依醫院規模，設置資訊管理專責人員或部門，且院內各系統連線作業功能運作適當。 系統設計應包括資料保密（隱私維護）、安全性、完整性及資訊維護。 應讓適當的臨床及管理人員參與選擇、整合及使用資訊科技管理措施。 設有資料正確性之檢查機制，並檢討改善資料之正確性。 <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 使用部門及資訊管理部門專責人員溝通聯繫適當（如：需求單處理流程、處理時效、需求部門滿意度調查等）。 與院外其他機構（如：特約醫療機構、藥局、院外醫療站等）聯繫系統功能適當。 醫院資訊應能支援病人照護、教育訓練、研究及管理。 <p>A：符合 B 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 訂有資訊管理計畫且定期召開跨部門之資訊管理會議，檢討相關問題及修正資訊作業，且有紀錄可查。 資訊部門應充分支援臨床及行政決策系統的需求。 運用資訊系統確保病人安全及提昇醫療品質（如：警訊系統或指標資料收集）。 	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		3.運用資訊系統確保病人安全及提昇醫療品質（如：警訊系統或指標資料收集）。 [註] C-4 項「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。	[註] C-4 項「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。	
1.5.12	訂定資訊管理相關作業規範，具備資訊安全管理機制，以確保資訊安全及維護病人就醫之隱私	C： 1.醫院有電腦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）。 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。 3.資訊設備機房應訂有門禁管制及防火設施。 B：符合 C 項，且依據作業規範與安全管理機制落實執行。 A：符合 B 項，且定期檢討、分析執行結果，並有具體改善成果。	C： 1.醫院有電腦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）。 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。 3.資訊設備機房應訂有門禁管制及防火設施。 B：符合 C 項，且依據作業規範與安全管理機制落實執行。 A：符合 B 項，且定期檢討、分析執行結果，並有具體改善成果。	無
1.5.13	當院內電腦系統發生故障時，應有緊急應變處理機制	C： 1.訂有緊急應變標準作業規範。 2.有電腦系統故障（當機）原因及處理紀錄。 3.應有確保電子病歷系統故障回復及緊急	C： 1.訂有緊急應變標準作業規範。 2.有電腦系統故障（當機）原因及處理紀錄。 3.應有確保電子病歷系統故障回復及緊急應變之機制。	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		<p>應變之機制。</p> <p>B：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.符合 C 項，且平時有針對電腦系統故障緊急應變計畫進行演練，並有檢討改善。 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。 <p>A：符合 B 項，且訂有電腦系統風險管理計畫，主動積極進行風險分析、監測及管理，並落實執行，成效良好。</p>	<p>B：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.符合 C 項，且平時有針對電腦系統故障緊急應變計畫進行演練，並有檢討改善。 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。 <p>A：符合 B 項，且訂有電腦系統風險管理計畫，主動積極進行風險分析、監測及管理，並落實執行，成效良好。</p>	
1.6	安全的環境與設備	<p>【重點說明】</p> <p>醫院應考量性質與所處地區環境狀況、病人及訪客的立場檢討規劃。營造安全之就醫與工作環境。對於病人或民眾來院，應留意病人及民眾來院之交通、候車與停車規劃、用餐、購物資訊等，且因醫院出入人員複雜，可能發生放置於門診、病房等之物品遭竊及新生兒被抱走等事件，應確立醫院安全維護體系，並加強守衛以防止此等事件之發生。當警衛業務外包時，應確認人員換班時能確實交接相關業務及資訊。夜間醫院總務管理負責人的工作應與安全維護體系密切聯繫。為利病人及其家屬就醫權利，醫院應確保符合法規之無障礙環境，依照設置科別、病人及其家屬需要，建置適當規格（坐式、蹲式、輪椅用等種類）、數量之一般病人及家屬、身心障礙、親子適用之設施設備、浴廁，在院內各項設計上，應確保病人安全與權益，考量設施設備可用性（如：輪椅加附點滴架進入浴廁、可移動且有調節功能之病床、清</p>	<p>【重點說明】</p> <p>醫院應考量性質與所處地區環境狀況、病人及訪客的立場檢討規劃。營造安全之就醫與工作環境。對於病人或民眾來院，應留意病人及民眾來院之交通、候車與停車規劃、用餐、購物資訊等，且因醫院出入人員複雜，可能發生放置於門診、病房等之物品遭竊及新生兒被抱走等事件，應確立醫院安全維護體系，並加強守衛以防止此等事件之發生。當警衛業務外包時，應確認人員換班時能確實交接相關業務及資訊。夜間醫院總務管理負責人的工作應與安全維護體系密切聯繫。為利病人及其家屬就醫權利，醫院應確保符合法規之無障礙環境，依照設置科別、病人及其家屬需要，建置適當規格（坐式、蹲式、輪椅用等種類）、數量之一般病人及家屬、身心障礙、親子適用之設施設備、浴廁，在院內各項設計上，應確保病人安全與權益，考量設施設備可用性（如：輪椅加附點滴架進入浴廁），並設定如音量管制、空調維護等適當措施、機</p>	刪除重點說明「當病人及其家屬面臨醫療、經濟…，確保病人隱私及溝通品質」及「病人將在床上度過其住院大部分時間…床墊及床單應經常更換」及文字酌修。

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		<p>潔床墊等），並設定如音量管制、空調維護等適當措施、機制，提供合理醫療環境。</p> <p>另外，醫院設施與設備之管理不僅是醫院維持營運之重要一環，更嚴重影響病人與工作人員之生命及安全。醫院應提出實質設施與設備的管理制度，並據以評估。特別是在病房使用的儀器多與維持生命相關，其管理機制尤應明確完善。</p>	<p>制，提供適合療養環境。</p> <p><u>當病人及其家屬面臨醫療、經濟等問題時，醫院提供適當之諮詢及支援，提供符合醫療照護團隊、病人及其家屬需要之諮詢、溝通空間，確保病人隱私及溝通品質。</u></p> <p><u>病人將在床上度過其住院的大部分時間，應依病房的特性設置病床，並應保持其安全性，包括床墊在內須保持清潔。依醫療儀器使用之需，病人因疾病部位及症狀而需限制姿勢，宜使用具有調節功能的病床或枕頭輔助，以保持其姿勢舒適。又病房的變更或因檢查目的，可連病床一起移動亦需要考量。床墊及床單應經常更換。</u></p> <p>另外，醫院設施與設備之管理不僅是醫院維持營運之重要一環，更嚴重影響病人與工作人員之生命及安全。醫院應提出實質設施與設備的管理制度，並據以評估。特別是在病房使用的儀器多與維持生命相關，其管理機制尤應明確完善。</p>	
合	1.6.1	<p>提供醫院交通資訊，並有安全的交通規劃</p> <p>符合下列項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.提供醫院周邊交通資訊。 2.提供汽車、機車之停車相關資訊。 3.醫院周邊進出之交通路線規劃適當。 4.提供叫車資訊及適宜之候車環境，並視病人需求協助上下車。 <p>[註]</p> <p>1「評量項目第 1 點所提「提供醫院周邊交通資訊」係指公告於網站或佈告欄，包括：<u>無障礙大眾運輸交通資訊。</u>」。</p>	<p>符合下列項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.提供醫院周邊交通資訊。 2.提供汽車、機車之停車相關資訊。 3.醫院周邊進出之交通路線規劃適當。 4.提供叫車資訊及適宜之候車環境，並視病人需求協助上下車。 	<p>參考 102 年 11 月 26 日綜合醫院經營管理領域研修會議決議，納入社團法人中華民國殘障聯盟建</p>

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		2「 <u>評量項目第 4 點所提「提供叫車資訊及適宜之候車場所」</u> 」，係指設有行動不便者臨停接送區域。		議考量「醫院提供民眾周邊交通資訊時，可以新增無障礙大眾運輸交通資訊（低地板公車），方便行動不便者查詢等」，故新增[註]1、[註]2。
合	1.6.2 制訂醫院門禁管制之相關規定	符合下列項目： 1.醫院應訂定探病、陪病規範。 2.應有明確之夜間出入口、門禁時間及出入相關規範。 3.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。	符合下列項目： 1.醫院應訂定探病、陪病規範。 2.應有明確之夜間出入口、門禁時間及出入相關規範。 3.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。	無
	1.6.3 院內及連接院外通路應有無障礙設施，並符合法令規定	C： 1.醫院應依相關建築法令規定，設置無障礙設施，如：醫院建築物之室外通路、連接院外通路、避難層坡道及扶手、避難層出入口、室內出入口、室內通路走廊、樓梯、昇降設備、廁所盥洗室、浴室、停車空間等。	C： 1.醫院應依相關建築法令規定，設置無障礙設施，如：醫院建築物之室外通路、連接院外通路、避難層坡道及扶手、避難層出入口、室內出入口、室內通路走廊、樓梯、昇降設備、廁所盥洗室、浴室、停車空間等。	修正[註]2所提法規名稱及發布日期。

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		<p>2.設置無障礙設施之處所，應有明顯標示。</p> <p>B：符合 C 項，且設有專責人員負責管理院內無障礙設施，依檢查結果確實維護，確保其功能正常與安全。</p> <p>A：</p> <p>1.符合 B 項，且設有親子使用廁所或行動不便廁所兼具親子廁所之功能。</p> <p>2.營造身心障礙者之親善就醫環境，提供身心障礙者牙科醫療服務之空間與相關設施，有具體事證。</p> <p>[註]</p> <p>1.依據醫療機構設置標準規範，於醫療法公佈實施前已設立之醫療機構，其當時已使用之建築物得免受相關標準規定之限制。</p> <p>2.有關無障礙設施或行動不便者使用之設施之設置規範，可參閱「建築技術規則建築設計施工編」第十章（第 167、170 條）及「建築物無障礙設施設計規範」。另，建築技術規則建築設計施工編第 170 條所定公共建築物且於本規則民國 97 年 7 月 1 日修正施行前取得建造執照而未符合其規定應改善者，即適用 <u>101 年 5 月 25 日</u>發布之「<u>既有公共建築物無障礙設施替代改善計畫作業程序及認定原則</u>」，其改善項目之優先次序，由當地主管建築機關定之。</p>	<p>2.設置無障礙設施之處所，應有明顯標示。</p> <p>B：符合 C 項，且設有專責人員負責管理院內無障礙設施，依檢查結果確實維護，確保其功能正常與安全。</p> <p>A：</p> <p>1.符合 B 項，且設有親子使用廁所或行動不便廁所兼具親子廁所之功能。</p> <p>2.營造身心障礙者之親善就醫環境，提供身心障礙者牙科醫療服務之空間與相關設施，有具體事證。</p> <p>[註]</p> <p>1.依據醫療機構設置標準規範，於醫療法公佈實施前已設立之醫療機構，其當時已使用之建築物得免受相關標準規定之限制。</p> <p>2.有關無障礙設施或行動不便者使用之設施之設置規範，可參閱「建築技術規則建築設計施工編」第十章（第 167、170 條）及「建築物無障礙設施設計規範」。另，建築技術規則建築設計施工編第 170 條所定公共建築物且於本規則民國 97 年 7 月 1 日修正施行前取得建造執照而未符合其規定應改善者，即適用 97 年 5 月 9 日發布之「已領得建築執照之公共建築物無障礙設備與設施提具替代改善計畫作業程序及認定原則」，其改善項目之優先次序，由當地主管建築機關定之。</p>	
1.6.4	浴廁應設有急救鈴、扶手、防滑及防自殺設施等安全措施	<p>C：</p> <p>1.全院供病人使用之浴廁，有設置急救鈴或緊急呼救系統。</p>	<p>C：</p> <p>1.全院供病人使用之浴廁，有設置急救鈴或緊急呼救系統。</p>	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		2.設有防滑設施，並在適當位置裝設扶手。 3.浴室內門、窗及蓮蓬頭需考量安全設計，以防範病人破壞或自殺。 B：符合 C 項，且 1.病房設有供輪椅者使用之浴廁。 2.蹲式廁所設有扶手，以利病人起身。 3.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，並依檢查結果確實維護，確保其功能正常與安全。 A：符合 B 項，且有提供臥床病人衛浴之設施或主動偵測病人安全之設備。	2.設有防滑設施，並在適當位置裝設扶手。 3.浴室內門、窗及蓮蓬頭需考量安全設計，以防範病人破壞或自殺。 B：符合 C 項，且 1.病房設有供輪椅者使用之浴廁。 2.蹲式廁所設有扶手，以利病人起身。 3.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，並依檢查結果確實維護，確保其功能正常與安全。 A：符合 B 項，且有提供臥床病人衛浴之設施或主動偵測病人安全之設備。	
1.6.5	保持病房區的安靜	C：保持病房環境清靜，包括： 1.播音內容、音量及時間應有規範。 2.工作人員互動時應注意音量，避免吵雜。 3.病房隔音方面有考量（儘量遠離噪音發生源）。 4.對醫療環境的採光、設備的材質、色彩及景觀能妥為規劃設計。 B：符合 C 項，且運用音樂、藝術作品或綠化等方式，提升醫院溫馨之氣氛。 A：符合 B 項，且 1.訂有範圍廣泛之多面向噪音管制措施，並據以落實執行，成效良好。 2.有環境美化活動及持續與創新的措施，足以舒緩病人情緒與壓力。 [註] 各工作人員對病房之寧靜，均有責任保持及維護。	C：保持病房環境清靜，包括： 1.播音內容、音量及時間應有規範。 2.工作人員互動時應注意音量，避免吵雜。 3.病房隔音方面有考量（儘量遠離噪音發生源）。 4.對醫療環境的採光、設備的材質、色彩及景觀能妥為規劃設計。 B：符合 C 項，且運用音樂、藝術作品或綠化等方式，提升醫院溫馨之氣氛。 A：符合 B 項，且 1.訂有範圍廣泛之多面向噪音管制措施，並據以落實執行，成效良好。 2.有環境美化活動及持續與創新的措施，足以舒緩病人情緒與壓力。 [註] 各工作人員對病房之寧靜，均有責任保持及維護。	無
1.6.6	提供安全清潔的病室	C：	C：	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明	
		評量項目	評量項目		
	環境	<ol style="list-style-type: none"> 1.訂有維護病室安全及清潔之管理辦法。 2.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。 3.病室通風良好，或空調可適當換氣。 4.視需要裝設防止跌落的床欄，且經常檢查床欄之安全性。 5.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。 6.電話（含公用電話）、床旁桌椅、窗簾、隔簾、百葉窗、空調口等，應定期清潔或消毒。 <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.依病人病情需要，提供氣墊床或不同軟硬度床墊。 2.依病人病情需要能調整病床高度。 3.定期檢查病室安全及清潔。 <p>A：符合 B 項，且定期調查病人對病室安全及清潔之滿意度或建議，並參考檢查或調查結果，進行改善，成效良好。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.訂有維護病室安全及清潔之管理辦法。 2.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。 3.病室通風良好，或空調可適當換氣。 4.視需要裝設防止跌落的床欄，且經常檢查床欄之安全性。 5.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。 6.電話（含公用電話）、床旁桌椅、窗簾、隔簾、百葉窗、空調口等，應定期清潔或消毒。 <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.依病人病情需要，提供氣墊床或不同軟硬度床墊。 2.依病人病情需要能調整病床高度。 3.定期檢查病室安全及清潔。 <p>A：符合 B 項，且定期調查病人對病室安全及清潔之滿意度或建議，並參考檢查或調查結果，進行改善，成效良好。</p>		
重合	1.6.7	訂定安全管理作業規範，提供安全的就醫及工作環境	符合下列項目： <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。 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。 3.對工作場所之安全設施，如：標準防護設 	符合下列項目： <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。 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。 3.對工作場所之安全設施，如：標準防護設備、 	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明	
		評量項目	評量項目		
		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。 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。 5. 建置員工工作安全異常事件通報機制，對醫院安全管理相關異常事件，進行檢討，並視需要改善。	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。 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。 5. 建置員工工作安全異常事件通報機制，對醫院安全管理相關異常事件，進行檢討，並視需要改善。		
	1.6.8	物料採購及管理能符合醫療照護業務之需要，並確保品質	C：設有專責人員負責物料採購及管理，並訂有物料採購及管理辦法，以符合醫療照護業務之需要，並確保品質。 B：符合 C 項，且 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。 2. 有足夠的存量管理與緊急調撥機制。 A：符合 B 項，且能落實採購及管理辦法，並定期檢討改善。	C：設有專責人員負責物料採購及管理，並訂有物料採購及管理辦法，以符合醫療照護業務之需要，並確保品質。 B：符合 C 項，且 1. 視情形選擇經 QSD（Quality System Documentation）或 GMP/cGMP（Good Manufacturing Practice, Current Good Manufacturing Practice）認可或評鑑的製造商。 2. 有足夠的存量管理與緊急調撥機制。 A：符合 B 項，且能落實採購及管理辦法，並定期檢討改善。	參考 102 年 11 月 26 日綜合醫院經營管理領域研修會議決議，納入衛生福利部 TFDA 建議「使用 PIC/S GMP 製藥廠製藥之藥品」納入醫院評鑑項目之一，故增修評量項目 B-1。
重	1.6.9	定期執行醫院設施、設備、醫療儀器或相	C：符合下列各項： 1. 設有專責人員或部門負責管理，確認相	C：符合下列各項： 1. 設有專責人員或部門負責管理，確認相關	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
	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>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。</p> <p>2.訂有維護規章、操作訓練規範、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。</p> <p>3.確實執行檢查、測試、保養或校正等，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。</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。</p> <p>B：符合 C 項，且</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。</p> <p>2.操作人員皆有完善教育訓練。</p> <p>3.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。</p> <p>A：符合 B 項，且</p> <p>1.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。</p> <p>2.專責人員或部門具有相關工務專業或證照。</p> <p>3.故障或失靈等缺失之改善措施，能在期限內完成，成效良好。</p>	<p>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。</p> <p>2.訂有維護規章、操作訓練規範、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。</p> <p>3.確實執行檢查、測試、保養或校正等，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。</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。</p> <p>B：符合 C 項，且</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。</p> <p>2.操作人員皆有完善教育訓練。</p> <p>3.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。</p> <p>A：符合 B 項，且</p> <p>1.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。</p> <p>2.專責人員或部門具有相關工務專業或證照。</p> <p>3.故障或失靈等缺失之改善措施，能在期限內完成，成效良好。</p> <p>[註]本條所稱「設施、設備、儀器、器材」，係</p>	

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		[註]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、供水、供電、醫用氣體等。	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、供水、供電、醫用氣體等。	
重	1.6.10 定期檢查及維修機電、安全、消防、供水、緊急供電等設備或系統，並有紀錄可查	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 訂有定期檢查及維修計畫，據以執行（如為外包時，應依外包管理相關基準規定辦理）。 訂有設備故障、系統損壞或遭污染時之因應規範，含緊急應變程序，以保護院內人員並儘速修復。 <p>B：符合 C 項，且能注意管制潛在之感染源，有相關維護紀錄（如：儲水槽之檢驗清淨實施紀錄，空調設備之維護、保養與檢修之紀錄等）。</p> <p>A：符合 B 項，且紀錄詳實及定期檢討，視情形採取改善措施，有具體成效。</p> <p>[註]實地評鑑時，如現場選定測試之設備（如：緊急供電發電機等），無法立即啟動或故障，則現場給予十分鐘之修復時間。</p>	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 訂有定期檢查及維修計畫，據以執行（如為外包時，應依外包管理相關基準規定辦理）。 訂有設備故障、系統損壞或遭污染時之因應規範，含緊急應變程序，以保護院內人員並儘速修復。 <p>B：符合 C 項，且能注意管制潛在之感染源，有相關維護紀錄（如：儲水槽之檢驗清淨實施紀錄，空調設備之維護、保養與檢修之紀錄等）。</p> <p>A：符合 B 項，且紀錄詳實及定期檢討，視情形採取改善措施，有具體成效。</p> <p>[註]實地評鑑時，如現場選定測試之設備（如：緊急供電發電機等），無法立即啟動或故障，則現場給予十分鐘之修復時間。</p>	無
重	1.6.11 醫用氣體有妥適管理，以確保安全	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 設有專責人員或部門管理醫用氣體，訂有定期檢查及保養計畫，並符合「醫療機構醫用氣體管理原則及應注意事項」。 確實執行檢查、測試、保養等，並製作紀錄（含執行日期）；並能依據使用效 	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 設有專責人員或部門管理醫用氣體，訂有定期檢查及保養計畫，並符合「醫療機構醫用氣體管理原則及應注意事項」。 確實執行檢查、測試、保養等，並製作紀錄（含執行日期）；並能依據使用效能、維 	配合本部改制，評量項目「註 1」原「行政院衛生署」更名為「衛生

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		<p>能、維修、保養狀況，訂定監控或評估機制，以適時更新汰換。</p> <p>3.訂有故障、損壞或遭污染時之因應規範，含緊急應變程序，以保護院內人員並儘速修復。</p> <p>4.依「勞工安全衛生組織管理及自動檢查辦法」，視醫院員工人數設置之安全衛生管理相關委員會，應討論醫用氣體之安全管理相關事項，並有會議紀錄。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <p>1.專責人員有參加相關教育訓練。</p> <p>2.對醫用氣體高壓鋼瓶之常見危害事件及其他可能發生之醫用氣體意外事件之預防與因應，納入員工教育訓練，或定期辦理全院及部門單位演習。</p> <p>A：符合 B 項，且紀錄詳實及定期檢討缺失，視情形採取改善措施，有具體成效。</p> <p>[註]</p> <p>1.「醫療機構醫用氣體管理原則及應注意事項」，參閱衛生福利部民國 99 年 3 月 3 日署授食字第 0991401357 號函。</p> <p>2.「勞工安全衛生組織管理及自動檢查辦法」第 10 條規定，醫院勞工人數在 300（含）人以上者，應設置勞工安全衛生委員會。</p> <p>3.B-2 項所稱高壓鋼瓶之常見危害事件，如：因鋼瓶未妥為固定或搬運不當，致傾倒撞壞鋼瓶頭閥調節器，造成高壓氣體噴出，鋼瓶飛竄傷害人或物。</p>	<p>修、保養狀況，訂定監控或評估機制，以適時更新汰換。</p> <p>3.訂有故障、損壞或遭污染時之因應規範，含緊急應變程序，以保護院內人員並儘速修復。</p> <p>4.依「勞工安全衛生組織管理及自動檢查辦法」，視醫院員工人數設置之安全衛生管理相關委員會，應討論醫用氣體之安全管理相關事項，並有會議紀錄。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <p>1.專責人員有參加相關教育訓練。</p> <p>2.對醫用氣體高壓鋼瓶之常見危害事件及其他可能發生之醫用氣體意外事件之預防與因應，納入員工教育訓練，或定期辦理全院及部門單位演習。</p> <p>A：符合 B 項，且紀錄詳實及定期檢討缺失，視情形採取改善措施，有具體成效。</p> <p>[註]</p> <p>1.「醫療機構醫用氣體管理原則及應注意事項」，參閱行政院衛生署民國 99 年 3 月 3 日署授食字第 0991401357 號函。</p> <p>2.「勞工安全衛生組織管理及自動檢查辦法」第 10 條規定，醫院勞工人數在 300（含）人以上者，應設置勞工安全衛生委員會。</p> <p>3.B-2 項所稱高壓鋼瓶之常見危害事件，如：因鋼瓶未妥為固定或搬運不當，致傾倒撞壞鋼瓶頭閥調節器，造成高壓氣體噴出，鋼瓶飛竄傷害人或物。</p>	福利部」。
1.6.12	各部門落實整潔維	C：	C：	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
	護，確實施行院內清潔工作，並定期消毒除蟲	<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）。</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。</p> <p>B：符合 C 項，且</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。</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果。</p> <p>A：符合 B 項，且依查核或稽核結果，進行檢討改善，成效良好。</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）。</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。</p> <p>B：符合 C 項，且</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。</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果。</p> <p>A：符合 B 項，且依查核或稽核結果，進行檢討改善，成效良好。</p>	
1.6.13	提供病人餐飲的選擇	<p>C：</p> <p>1.菜單有變化。</p> <p>2.能依病人健康狀況協助選擇合適飲食。</p> <p>3.應於一般人供餐時間提供飲食，且食物溫度適當。</p> <p>4.每餐間隔適當（間隔 4 小時以上）。</p> <p>5.晚餐時間為下午 5 至 6 時。</p> <p>6.因故延遲用餐時，可以提供熱食。</p> <p>B：符合 C 項，且在不違反治療原則下，能依病人個別需求提供飲食。</p> <p>A：符合 B 項，且</p> <p>1.能公布菜單讓病人查詢或註明熱量等作為。</p> <p>2.訂有管理辦法，定期監測維護食物溫度。</p>	<p>C：</p> <p>1.菜單有變化。</p> <p>2.能依病人咀嚼能力協助選擇合適飲食。</p> <p>3.應於一般人供餐時間提供飲食，且食物溫度適當。</p> <p>4.每餐間隔適當（間隔 4 小時以上）。</p> <p>5.晚餐時間為下午 5 至 6 時。</p> <p>6.因故延遲用餐時，可以提供熱食。</p> <p>B：符合 C 項，且在不違反治療原則下，能依病人個別需求提供飲食。</p> <p>A：符合 B 項，且</p> <p>1.能公布菜單讓病人查詢或註明熱量等作為。</p> <p>2.訂有管理辦法，定期監測維護食物溫度。</p>	評量項目 C-2 文字酌修。

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
1.6.14	膳食安全衛生管理良好	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 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。 廚房環境整潔，通風良好，有適當門禁及防火措施。 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。 生鮮材料或調理過之食品未過期者，應予冷凍或冷藏保存。 烹調之食品樣品應冷藏保存 48 小時，以備查驗。 膳食外包者，醫院應 <ol style="list-style-type: none"> 確認供應商（食品業者）符合食品衛生相關法令規定。 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>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 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°C 以上。 病人用膳完畢之餐具能迅速回收。 餐具洗淨機之洗淨溫度應設定為 80°C，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 	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 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。 廚房環境整潔，通風良好，有適當門禁及防火措施。 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。 生鮮材料或調理過之食品未過期者，應予冷凍或冷藏保存。 烹調之食品樣品應冷藏保存 48 小時，以備查驗。 膳食外包者，醫院應 <ol style="list-style-type: none"> 確認供應商（食品業者）符合食品衛生相關法令規定。 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>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 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°C 以上。 病人用膳完畢之餐具能迅速回收。 餐具洗淨機之洗淨溫度應設定為 80°C，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 	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		<p>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。</p> <p>4.設有營養門診者，應有營養指導（諮詢）場所。</p> <p>A：符合 B 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.廚餘處理合乎衛生及環保原則。 2.有專責人員或部門稽核檢查，並有紀錄。 3.設有營養門診者，備有教材、教具（如：食物模型）等。 4.對於應接受治療餐者，能檢討其遵從用膳情形或指導其正確自備膳食。 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（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）者。 	<p>放於距地面適當高度處，以防止地面上的污水濺濕。</p> <p>4.設有營養門診者，應有營養指導（諮詢）場所。</p> <p>A：符合 B 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.廚餘處理合乎衛生及環保原則。 2.有專責人員或部門稽核檢查，並有紀錄。 3.設有營養門診者，備有教材、教具（如：食物模型）等。 4.對於應接受治療餐者，能檢討其遵從用膳情形或指導其正確自備膳食。 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（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）者。 	
1.6.15	適當管理廢水與廢棄物	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.依據相關法令，訂有廢水、一般事業廢棄物、有害事業廢棄物（如：生物醫療廢棄物）之處理程序，如：區分生物醫療廢棄物與一般事業廢棄物，放入特定的容器、包裝，並安全運送至最終放置場所等程序。 2.有專責人員負責處理且管理得宜，通過主管機關之檢查（驗）。 3.於生物醫療廢棄物之儲存設備或容器，使用生物醫療廢棄物法定標誌，且保持標誌清楚醒目。 	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.依據相關法令，訂有廢水、一般事業廢棄物、有害事業廢棄物（如：生物醫療廢棄物）之處理程序，如：區分生物醫療廢棄物與一般事業廢棄物，放入特定的容器、包裝，並安全運送至最終放置場所等程序。 2.有專責人員負責處理且管理得宜，通過主管機關之檢查（驗）。 3.於生物醫療廢棄物之儲存設備或容器，使用生物醫療廢棄物法定標誌，且保持標誌清楚醒目。 4.廢水、廢棄物之處理及追蹤紀錄詳實，符 	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		<p>4.廢水、廢棄物之處理及追蹤紀錄詳實，符合處理程序。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <p>1.能稽核或追蹤廢棄物從最終放置處移交合格業者作最後處理之過程、執行狀況及貨物清單（manifest）的內容。</p> <p>2.統計醫院生物醫療廢棄物每床人日產量比及每月增減比之差異等資料作為改善參考。</p> <p>A：符合 B 項，定期檢討改善處理程序，且成效良好。</p> <p>[註]</p> <p>1.未設有廢水處理設施者，本條有關廢水處理之部分免評。</p> <p>2.C-1 所稱相關法令，如：廢棄物清理法、水污染防治法等。</p>	<p>合處理程序。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <p>1.能稽核或追蹤廢棄物從最終放置處移交合格業者作最後處理之過程、執行狀況及貨物清單（manifest）的內容。</p> <p>2.統計醫院生物醫療廢棄物每床人日產量比及每月增減比之差異等資料作為改善參考。</p> <p>A：符合 B 項，定期檢討改善處理程序，且成效良好。</p> <p>[註]</p> <p>1.未設有廢水處理設施者，本條有關廢水處理之部分免評。</p> <p>2.C-1 所稱相關法令，如：廢棄物清理法、水污染防治法等。</p>	
1.7	病人導向之服務與管理	<p>【重點說明】</p> <p>醫院應提供親切合宜，以病人為導向的醫療服務，包括醫院應注意諮詢服務場所的提供、服務人員及引導人員之配置、言辭及儀態；工作人員應配戴名牌。</p> <p>另外如與病人及家屬認識，建立互信關係及明確醫療服務的責任歸屬；提供及評估合宜的掛號、住出院、候診、候檢、領藥及批價等服務，並建立機制收集分析、檢討改善各項流程；提供院內相關同仁接待教育並確認其成效等，都為醫院確保醫療服務符合以病人為中心的各種可能作法。</p> <p>病床的有效利用，不僅是善用社會資源，且</p>	<p>【重點說明】</p> <p>醫院應提供親切合宜，以病人為導向的醫療服務，包括醫院應注意諮詢服務場所的提供、服務人員及引導人員之配置、言辭及儀態；工作人員應配戴名牌。</p> <p>另外如與病人及家屬認識，建立互信關係及明確醫療服務的責任歸屬；提供及評估合宜的掛號、住出院、候診、候檢、領藥及批價等服務，並建立機制收集分析、檢討改善各項流程；提供院內相關同仁接待教育並確認其成效等，都為醫院確保醫療服務符合以病人為中心的各種可能作法。</p> <p>病床的有效利用，不僅是善用社會資源，且自</p>	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		<p>自醫院經營穩定的觀點而言，亦為重要的指標，無論是急性或長期療養床，應依各醫院特性有效的運用病床。另外，亦應評估住院病人在醫院內是否感覺不方便，醫院應依其功能、環境、及社區特性作考量，且不依醫院單方面的方便為優先，而是以不妨礙住院病人的方便及治療為原則，提供合宜的醫療環境。</p> <p>透過使用者評估醫院各項作為是最直接的資訊來源。醫院可設有方便病人及家屬提供意見的管道，如：設置意見箱（考量方便使用之設置數量及地點）、善用調查工具等，亦可利用住院須知、院內刊物及公告欄等作為病人意見表達之管道。</p> <p>各種來自於病人及其家屬、院內同仁改善建議之改善，均為醫院持續性品質改善活動努力的呈現。為了讓改善活動更符合醫用者、醫院及同仁需要，應依據醫院的目標與策略方針設定醫療品質改善之主題及目標；評估是否確實持續執行業務檢討、服務改善活動；採取 Plan-Do-Check-Act（PDCA cycle：計畫－執行－檢核－活動）步驟，並確認 Check 及 Act 部分的成效。尤其對於病人或家屬的意見、抱怨、申訴應有專責處理模式與流程以盡快處理，對於病人或家屬訪客用餐、購物環境或相關資訊亦應適當提供，使醫用者及其家屬訪客方便取得所需服務。</p>	<p>醫院經營穩定的觀點而言，亦為重要的指標，無論是急性或長期療養床，應依各醫院特性有效的運用病床。另外，亦應評估住院病人在醫院內是否感覺不方便，醫院應依其功能、環境、及社區特性作考量，且不依醫院單方面的方便為優先，而是以不妨礙住院病人的方便及治療為原則，提供合宜的醫療環境。</p> <p>透過使用者評估醫院各項作為是最直接的資訊來源。醫院可設有方便病人及家屬提供意見的管道，如：設置意見箱（考量方便使用之設置數量及地點）、善用調查工具等，亦可利用住院須知、院內刊物及公告欄等作為病人意見表達之管道。</p> <p>各種來自於病人及其家屬、院內同仁改善建議之改善，均為醫院持續性品質改善活動努力的呈現。為了讓改善活動更符合醫用者、醫院及同仁需要，應依據醫院的目標與策略方針設定醫療品質改善之主題及目標；評估是否確實持續執行業務檢討、服務改善活動；採取 Plan-Do-Check-Act（PDCA cycle：計畫－執行－檢核－活動）步驟，並確認 Check 及 Act 部分的成效。尤其對於病人或家屬的意見、抱怨、申訴應有專責處理模式與流程以盡快處理，對於病人或家屬訪客用餐、購物環境或相關資訊亦應適當提供，使醫用者及其家屬訪客方便取得所需服務。</p>	
1.7.1	第一線工作人員服務態度親切，能注意病	C：醫院各級工作人員應配戴名牌或職員證，其中醫事人員應配戴執業執照或其彩色	C：醫院各級工作人員應配戴名牌或職員證，其中醫事人員應配戴執業執照或其彩色影	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
	人或家屬感受	<p>影本，使其服務態度親切，能注意病人或家屬感受。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 訂有名牌或職員證配戴標準規範，並有稽查制度，查核員工配戴情形。 第一線工作人員能展現親和力，主動自我介紹，熟悉醫院事務，且對各項問題之處理明快、妥適。 每年至少進行 1 次外部顧客滿意度調查，並有資料可查。 <p>A：符合 B 項，且依滿意度調查及評核結果檢討分析，並有具體改善事證。</p> <p>[註]第一線工作人員係指與病人直接相接觸之醫事及行政人員。</p>	<p>本，使其服務態度親切，能注意病人或家屬感受。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 訂有名牌或職員證配戴標準規範，並有稽查制度，查核員工配戴情形。 第一線工作人員能展現親和力，主動自我介紹，熟悉醫院事務，且對各項問題之處理明快、妥適。 每年至少進行 1 次外部顧客滿意度調查，並有資料可查。 <p>A：符合 B 項，且依滿意度調查及評核結果檢討分析，並有具體改善事證。</p> <p>[註]第一線工作人員係指與病人直接相接觸之醫事及行政人員。</p>	
1.7.2	提供民眾衛教與宣導醫院的業務內容及經營資訊	<p>C：對民眾提供衛教宣導及相關內容，如：診療科別、病床資訊、醫院規模、相關政令宣導、掛號費、膳食費、病房費及各項醫療費用收費標準等資料。</p> <p>B：符合 C 項，且至少每季針對服務區域發行健康通訊，提供衛教宣導及社區活動訊息。</p> <p>A：符合 B 項，且設有專屬網站，<u>且符合無障礙網頁設計</u>，提供衛教宣導及社區活動訊息。</p>	<p>C：對民眾提供衛教宣導及相關內容，如：診療科別、病床資訊、醫院規模、相關政令宣導、掛號費、膳食費、病房費及各項醫療費用收費標準等資料。</p> <p>B：符合 C 項，且至少每季針對服務區域發行健康通訊，提供衛教宣導及社區活動訊息。</p> <p>A：符合 B 項，且設有專屬網站提供衛教宣導及社區活動訊息。</p>	<p>參考 102 年 11 月 26 日綜合醫院經營管理領域研修會議決議，納入社團法人中華民國殘障聯盟建議「醫療機構網站應採用無障礙設計網頁，有助於</p>

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
				視覺障礙者使用盲用電腦瀏覽資訊等」，故增修評量項目 A。
可*	1.7.3 提供整合、流暢之病人就醫流程、一般諮詢、引導、推送病人等服務	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.提供病人或訪客引導服務，並備有淺顯易懂之引導說明。 2.就醫動線規劃順暢，並有明顯、清楚之各科室與治療診間之指標標示。 3.於醫院重要出入口（如：大廳、電梯出入口等）有建築配置圖、樓層平面圖，清楚易於瞭解（如：設置場所、大小、配色等）。 4.提供病床推送或輪椅借用之服務。 <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有走動服務人員提供服務，並有清楚之排班表可查。 2.供病人借用之輪椅數量充足、定期維修並建立完善之管理制度者。 <p>A：符合 B 項，且能適時檢討病人需求，據以提供服務。</p> <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.總病床 99 床(含)以下者，可自選本條免評 2.評量項目 A 所提「病人需求」，如：<u>病人慣用語言或外語之翻譯、視障者點字服務、聽障者手語翻譯、唇語或筆談服務、</u> 	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.提供病人或訪客引導服務，並備有淺顯易懂之引導說明。 2.就醫動線規劃順暢，並有明顯、清楚之各科室與治療診間之指標標示。 3.於醫院重要出入口（如：大廳、電梯出入口等）有建築配置圖、樓層平面圖，清楚易於瞭解（如：設置場所、大小、配色等）。 4.提供病床推送或輪椅借用之服務。 <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有走動服務人員提供服務，並有清楚之排班表可查。 2.供病人借用之輪椅數量充足、定期維修並建立完善之管理制度者。 <p>A：符合 B 項，且能適時檢討病人需求，據以提供服務（如：<u>病人慣用語言或外語之翻譯、視障者點字服務、考量年長者或行動不便者之需求等</u>）。</p> <p>[註]</p> <p>總病床 99 床(含)以下者，可自選本條免評</p>	<p>參考 102 年 11 月 26 日綜合醫院經營管理領域研修會議決議，納入社團法人中華民國殘障聯盟建議「由於聽障者需透過手語、唇語、筆談、聽打方式與他人溝通，取得完整訊息；視覺障礙者（全盲、低視能者）必</p>

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		<u>寫字板、溝通板、考量年長者或行動不便者之需求等。</u>		須透過點字、放大字體資料閱讀訊息等」，故刪修評量項目 A 並新增 [註]2。
1.7.4	提供病人就醫資訊服務	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.提供門診時間表登載診療科別、醫師姓名及其專長或經歷簡介。 2.診間外應標示醫師姓名。 3.病床應標示醫師姓名。 <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.設有提供諮詢服務之單位，並有明顯之標示。且在住院須知及相關手冊登載諮詢服務之單位所在位置、聯絡電話及服務項目。 2.能提供掛號科別之選擇服務。 <p>A：符合 B 項，且能定期調查病人就醫資訊需求，並據以改善，且執行成效良好。</p>	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.提供門診時間表登載診療科別、醫師姓名及其專長或經歷簡介。 2.診間外應標示醫師姓名。 3.病床應標示醫師姓名。 <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.設有提供諮詢服務之單位，並有明顯之標示。且在住院須知及相關手冊登載諮詢服務之單位所在位置、聯絡電話及服務項目。 2.能提供掛號科別之選擇服務。 <p>A：符合 B 項，且能定期調查病人就醫資訊需求，並據以改善，且執行成效良好。</p>	無
1.7.5	訂有合宜之掛號及批價收費作業流程	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.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。 2.在掛號及繳費尖峰時段，有因應機制。 3.掛號費收費合理。 <p>B：符合 C 項，且能定期檢討或視需要修正作業流程。</p> <p>A：符合 B 項，且作業流程檢討或修正後，</p>	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.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。 2.在掛號及繳費尖峰時段，有因應機制。 3.掛號費收費合理。 <p>B：符合 C 項，且能定期檢討或視需要修正作業流程。</p> <p>A：符合 B 項，且作業流程檢討或修正後，便</p>	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		便利病人就醫，有具體事證。	利病人就醫，有具體事證。	
1.7.6	應準時開診，開診醫師請假或請他人代診時，應及早周知	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 醫師應按照門診排班表準時開診。 開診醫師停診或請他人代診時，應及早周知或通知病人。 訂有醫師停代診及延遲開診相關處理作業規範。 開診時間遲延時，應向病人說明理由。 <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 指派專責人員或設有機制稽查各診開診情況，有紀錄可查。 對延遲開診或未依規定辦理停代診作業者，有具體改善措施，並落實執行。 <p>A：符合 B 項，且妥善規範醫師看診進度，設有機制供病人查詢看診進度，且能告知病人預計排到看診之時間。</p>	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 醫師應按照門診排班表準時開診。 開診醫師停診或請他人代診時，應及早周知或通知病人。 訂有醫師停代診及延遲開診相關處理作業規範。 開診時間遲延時，應向病人說明理由。 <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 指派專責人員或設有機制稽查各診開診情況，有紀錄可查。 對延遲開診或未依規定辦理停代診作業者，有具體改善措施，並落實執行。 <p>A：符合 B 項，且妥善規範醫師看診進度，設有機制供病人查詢看診進度，且能告知病人預計排到看診之時間。</p>	無
1.7.7	設有專責人員或部門辦理病人入出院作業	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 設有辦理住院及出院之專責人員或部門，且有病人清楚易懂之入出院手續規定。 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，應公告周知。 對出院病人提供收費明細，符合醫療法相關規定。 <p>B：符合 C 項，且有提供假日辦理出院服務。</p> <p>A：符合 B 項，且定期檢討病人入出院程序，提出具體改善計畫，且成效良好。</p> <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 醫療法第 22 條：「醫療機構收取醫療費用， 	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 設有辦理住院及出院之專責人員或部門，且有病人清楚易懂之入出院手續規定。 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，應公告周知。 對出院病人提供收費明細，符合醫療法相關規定。 <p>B：符合 C 項，且有提供假日辦理出院服務。</p> <p>A：符合 B 項，且定期檢討病人入出院程序，提出具體改善計畫，且成效良好。</p> <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		<p>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>	<p>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>	
1.7.8	有效率地運用病床	<p>C：</p> <p>1. 醫院訂有住院病床利用規範及病人等候住院病床須知。</p> <p>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。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <p>1. 落實病人住院天數控制。</p> <p>2. 訂有住院病人由急診轉入比率之檢討機制。</p> <p>A：符合 B 項，且應定期檢討佔床率，以作為病床調整之參考，並訂有改善措施，確實執行且成效良好。</p>	<p>C：</p> <p>1. 醫院訂有住院病床利用規範及病人等候住院病床須知。</p> <p>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。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <p>1. 落實病人住院天數控制。</p> <p>2. 訂有住院病人由急診轉入比率之檢討機制。</p> <p>A：符合 B 項，且應定期檢討佔床率，以作為病床調整之參考，並訂有改善措施，確實執行且成效良好。</p>	無
1.7.9	提供醫療諮詢服務	<p>C：</p> <p>1. 設有專責人員提供醫療諮詢服務。</p> <p>2. 提供相關醫療諮詢服務之單位名稱、聯</p>	<p>C：</p> <p>1. 設有專責人員提供醫療諮詢服務。</p> <p>2. 提供相關醫療諮詢服務之單位名稱、聯絡</p>	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		<p>絡方式、所在位置及服務項目說明。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 工作人員具相關背景及專長。 2. 有醫療諮詢服務資料可查。 <p>A：符合 B 項，且能定期檢討改進。</p> <p>[註] 本條醫療諮詢服務係指提供民眾專業諮詢服務。</p>	<p>方式、所在位置及服務項目說明。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 工作人員具相關背景及專長。 2. 有醫療諮詢服務資料可查。 <p>A：符合 B 項，且能定期檢討改進。</p> <p>[註] 本條醫療諮詢服務係指提供民眾專業諮詢服務。</p>	
1.7.10	對於病人或家屬的意見、抱怨、申訴設有專責單位或人員處理，並明訂處理流程	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 設有專責單位或人員處理病人或家屬的意見、抱怨及申訴案件。 2. 設立 1 種以上能完整蒐集門、急診及住院病人意見的管道，如：意見箱、專線電話、問卷調查或上網建議等。其收集意見的管道適當，如：意見箱設置於明顯處並定期收取；專線電話有管道讓民眾得知；若為問卷方式其內容應具體適當。 3. 對於病人或家屬的意見、抱怨、申訴有明確的處理流程（包括意見之收集、分析、檢討、改善等步驟），確實執行。 4. 員工（含外包人員）及病人知道意見反映管道，員工並知道處理流程。 <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 具有回應時效與內容合宜之監控機制。 2. 員工能面對意見、申訴、抱怨處理，並視需要報備相關單位及持續接受相關處理技巧之教育訓練。 <p>A：符合 B 項，且落實執行改善方案，並持</p>	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 設有專責單位或人員處理病人或家屬的意見、抱怨及申訴案件。 2. 設立 1 種以上能完整蒐集門、急診及住院病人意見的管道，如：意見箱、專線電話、問卷調查或上網建議等。其收集意見的管道適當，如：意見箱設置於明顯處並定期收取；專線電話有管道讓民眾得知；若為問卷方式其內容應具體適當。 3. 對於病人或家屬的意見、抱怨、申訴有明確的處理流程（包括意見之收集、分析、檢討、改善等步驟），確實執行。 4. 員工（含外包人員）及病人知道意見反映管道，員工並知道處理流程。 <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 具有回應時效與內容合宜之監控機制。 2. 員工能面對意見、申訴、抱怨處理，並視需要報備相關單位及持續接受相關處理技巧之教育訓練。 <p>A：符合 B 項，且落實執行改善方案，並持續追蹤成效。改善措施效果良好者，能列入標</p>	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		續追蹤成效。改善措施效果良好者，能列入標準作業程序。	準作業程序。	
可*	1.7.11 對各項診療作業的病人等候時間，進行調查分析與檢討改善	<p>C：1.現場掛號、候診、檢查、批價（繳費）、領藥等之等候時間，每年至少調查 1 次。 2.應有分析並檢討調查結果之機制。</p> <p>B：符合 C 項，且對各種檢查、評估、治療之等候時間，每年至少調查 1 次，並有分析檢討及視情形採取改善措施。</p> <p>A：符合 B 項，且各項等候時間之調查分析每年辦理 2 次以上，落實改善措施且成效良好。</p> <p>[註]總病床 99 床（含）以下者，可自選本條免評。</p>	<p>C：1.現場掛號、候診、檢查、批價（繳費）、領藥等之等候時間，每年至少調查 1 次。 2.應有分析並檢討調查結果之機制。</p> <p>B：符合 C 項，且對各種檢查、評估、治療之等候時間，每年至少調查 1 次，並有分析檢討及視情形採取改善措施。</p> <p>A：符合 B 項，且各項等候時間之調查分析每年辦理 2 次以上，落實改善措施且成效良好。</p> <p>[註]總病床 99 床（含）以下者，可自選本條免評。</p>	無
	1.7.12 配合醫院規模設置餐廳及/或商店	<p>C：有方便病人、家屬或訪客用餐或購物之具體方案，或提供相關資訊。</p> <p>B：符合 C 項，且設置安全、舒適、乾淨且方便的餐廳及/或商店，並顧及病人和家屬的需求與方便性。</p> <p>A：符合 B 項，且有完善的管理與清潔措施。</p> <p>[註] 若有設置餐廳或商店，應依衛生福利部疾病管制署「醫療（事）機構商店街感染控制措施指引」做妥善之感染管制。</p>	<p>C：有方便病人、家屬或訪客用餐或購物之具體方案，或提供相關資訊。</p> <p>B：符合 C 項，且設置安全、舒適、乾淨且方便的餐廳及/或商店，並顧及病人和家屬的需求與方便性。</p> <p>A：符合 B 項，且有完善的管理與清潔措施。</p> <p>[註] 若有設置餐廳或商店，應依行政院衛生署疾病管制局「醫療（事）機構商店街感染控制措施指引」做妥善之感染管制。</p>	配合本部改制，評量項目[註]原「行政院衛生署」更名為「衛生福利部」。
	1.7.13 定期實行病人滿意度調查	<p>C：1.每年至少實施 1 次包括門診、住院病人或家屬的滿意度調查。 2.調查的結果應整理分析，並提供管理者參考。</p>	<p>C：1.每年至少實施 1 次包括門診、住院病人或家屬的滿意度調查。 2.調查的結果應整理分析，並提供管理者參考。</p>	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		<p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.問卷內容、調查數量及抽樣方法合宜，且具代表性。 2.調查結果能提供相關部門進行檢討與改善。 <p>A：符合 B 項，且能作持續性的追蹤改善，並有成效。</p>	<p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.問卷內容、調查數量及抽樣方法合宜，且具代表性。 2.調查結果能提供相關部門進行檢討與改善。 <p>A：符合 B 項，且能作持續性的追蹤改善，並有成效。</p>	
1.7.14	受託代管病人財物之管理適當	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.參照政府相關單位規範，訂定病人財物或零用金管理辦法。 2.指定監督單位定期查核，且帳目清楚。 <p>B：符合 C 項，且定期檢討。</p> <p>A：符合 B 項，且提供病人財物管理訓練。</p> <p>[註]</p> <p>部立醫院應依據中華民國 91 年 1 月 1 日公告之『衛生福利部所屬醫院代管病人財務作業要點』實施。</p>	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.參照政府相關單位規範，訂定病人財物或零用金管理辦法。 2.指定監督單位定期查核，且帳目清楚。 <p>B：符合 C 項，且定期檢討。</p> <p>A：符合 B 項，且提供病人財物管理訓練。</p> <p>[註]</p> <p>署立醫院應依據中華民國 91 年 1 月 1 日公告之『行政院衛生署所屬醫院代管病人財務作業要點』實施。</p>	配合本部改制，評量項目「註」原「行政院衛生署」更名為「衛生福利部」。
1.8	危機管理與緊急災害應變	<p>【重點說明】</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，建議由專責人員或單位妥善因應，對外回應醫事爭議事件。以利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>在危機事件或緊急災難應變上，為降低對醫院造成的危害，醫院平時應建立有效機制，並納入新聞媒體事件之對外溝通與相關應變</p>	<p>【重點說明】</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，建議由專責人員或單位妥善因應，對外回應醫事爭議事件。以利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>在危機事件或緊急災難應變上，為降低對醫院造成的危害，醫院平時應建立有效機制，並納入新聞媒體事件之對外溝通與相關應變機制，辦理危機事件之偵測、預防、明確分工與演練，</p>	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明	
		評量項目	評量項目		
		<p>機制，辦理危機事件之偵測、預防、明確分工與演練，以預防事件的發生。當事件發生時，能立即妥善處理事件，讓傷害降至最低，以在事故發生後，能快速恢復正常運作，並徹底檢討根本原因，有效防止事件的再發生。醫院面對危機時之處理能力可由醫院遭遇災害時的動員準備及平常訓練等情況評估，因此，建議醫院日常針對可能發生的危機，包括火災、地震、雷擊、颱風、洪水等建置對應其不同等級之緊急救援體系、災難緊急應變計畫，適當演練。</p>	<p>以預防事件的發生。當事件發生時，能立即妥善處理事件，讓傷害降至最低，以在事故發生後，能快速恢復正常運作，並徹底檢討根本原因，有效防止事件的再發生。醫院面對危機時之處理能力可由醫院遭遇災害時的動員準備及平常訓練等情況評估，因此，建議醫院日常針對可能發生的危機，包括火災、地震、雷擊、颱風、洪水等建置對應其不同等級之緊急救援體系、災難緊急應變計畫，適當演練。</p>		
合	1.8.1	<p>建立醫事爭議事件處理機制</p>	<p>符合下列項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.應設置醫事爭議事件處理專責人員或團隊，並能迅速處理爭議。 2.建立醫事爭議事件處理作業程序，包括如何掌握事件發展、分析爭議發生原因等。 3.於員工到職訓練及定期在職訓練中，納入醫事爭議之預防措施。 4.能針對醫事爭議事件進行檢討，並製成教材提供員工教育訓練。 5.能主動與醫事爭議病人或家屬進行溝通化解爭議，並提供支持與關懷服務。 	<p>符合下列項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.應設置醫事爭議事件處理專責人員或團隊，並能迅速處理爭議。 2.建立醫事爭議事件處理作業程序，包括如何掌握事件發展、分析爭議發生原因等。 3.於員工到職訓練及定期在職訓練中，納入醫事爭議之預防措施。 4.能針對醫事爭議事件進行檢討，並製成教材提供員工教育訓練。 5.能主動與醫事爭議病人或家屬進行溝通化解爭議，並提供支持與關懷服務。 	無
合	1.8.2	<p>訂有對涉及醫事爭議員工之支持及關懷辦法</p>	<p>符合下列項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.對於醫事爭議賠償、補償、和解或慰問金等，訂有適當之補助或互助辦法。 2.能提供醫事爭議員工支持與關懷服務，並 	<p>符合下列項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.對於醫事爭議賠償、補償、和解或慰問金等，訂有適當之補助或互助辦法。 2.能提供醫事爭議員工支持與關懷服務，並落 	無

條號		條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
			評量項目	評量項目	
			落實執行。	實執行。	
重	1.8.3	建立醫院危機管理機制	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 醫院設有危機管理專責單位（委員會）及專責人員，並訂有危機管理計畫。 2. 對突發危機事件有相關應變組織的規劃。 3. 實施危機減災預防之相關宣導與員工訓練。 4. 危機管理計畫中有納入新聞媒體危機事件。 <p>B：符合 C 項，且根據危機管理計畫定期舉辦演練，並依據演練結果檢討修正計畫內容。</p> <p>A：符合 B 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 應用危害分析工具評估醫院可能發生的危機或緊急事件。 2. 依據危害分析結果，定期檢討醫院危機管理計畫，包括減災預防、人員疏散、準備、應變、復原等。 	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 醫院設有危機管理專責單位（委員會）及專責人員，並訂有危機管理計畫。 2. 對突發危機事件有相關應變組織的規劃。 3. 實施危機減災預防之相關宣導與員工訓練。 4. 危機管理計畫中有納入新聞媒體危機事件。 <p>B：符合 C 項，且根據危機管理計畫定期舉辦演練，並依據演練結果檢討修正計畫內容。</p> <p>A：符合 B 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 應用危害分析工具評估醫院可能發生的危機或緊急事件。 2. 依據危害分析結果，定期檢討醫院危機管理計畫，包括減災預防、人員疏散、準備、應變、復原等。 	無
	1.8.4	對發生之危機事件能確實檢討改善	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 對可能發生之危機事件建立監測（Surveillance）及通報機制。 2. 對發生之危機事件能適當反應，並能指派專人於危機事件發生時，蒐集與記錄危機事件發生之過程並保存相關文件，以利檢討。 <p>B：符合 C 項，且針對發生之危機事件能進行原因分析，並提出改善方案。</p> <p>A：符合 B 項，針對發生之危機事件建立具體</p>	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 對可能發生之危機事件建立監測（Surveillance）及通報機制。 2. 對發生之危機事件能適當反應，並能指派專人於危機事件發生時，蒐集與記錄危機事件發生之過程並保存相關文件，以利檢討。 <p>B：符合 C 項，且針對發生之危機事件能進行原因分析，並提出改善方案。</p> <p>A：符合 B 項，針對發生之危機事件建立具體</p>	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		改善措施且成效良好。	改善措施且成效良好。	
	1.8.5 明訂社區災難應變支援機制	<p>C：明訂社區災難應變支援作業程序，並指定適當之備援人員。</p> <p>B：符合 C 項，且能配合參與地方政府及有關團體共同辦理之大規模災害演練。</p> <p>A：符合 B 項，且</p> <p>1.有建立其他地區發生災害時派遣災難心理衛生小組之緊急醫療支援計畫。</p> <p>2.能確實掌握各類資源調度，支援機制完善。</p>	<p>C：明訂社區災難應變支援作業程序，並指定適當之備援人員。</p> <p>B：符合 C 項，且能配合參與地方政府及有關團體共同辦理之大規模災害演練。</p> <p>A：符合 B 項，且</p> <p>1.有建立其他地區發生災害時派遣災難心理衛生小組之緊急醫療支援計畫。</p> <p>2.能確實掌握各類資源調度，支援機制完善。</p>	無
重	1.8.6 訂定符合醫院危機管理需要之緊急災害應變措施計畫及作業程序	<p>C：</p> <p>1.依據醫院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，訂有符合醫院特性與危機管理的緊急災害應變措施計畫及作業程序。</p> <p>2.全體員工能知悉應變措施計畫。</p> <p>3.完備之緊急連絡網及災害應變啟動機制。</p> <p>4.具有適當的人力調度及緊急召回機制。</p> <p>5.明確訂定各單位病人疏散運送之順序與方法。</p> <p>6.醫院緊急疏散圖示應明顯適當。</p> <p>B：符合C項，且計畫及作業程序符合醫院實際情況而設定，具體可行。</p> <p>A：符合B項，且定期修正相關計畫及作業程序。</p>	<p>C：</p> <p>1.依據醫院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，訂有符合醫院特性與危機管理的緊急災害應變措施計畫及作業程序。</p> <p>2.全體員工能知悉應變措施計畫。</p> <p>3.完備之緊急連絡網及災害應變啟動機制。</p> <p>4.具有適當的人力調度及緊急召回機制。</p> <p>5.明確訂定各單位病人疏散運送之順序與方法。</p> <p>6.醫院緊急疏散圖示應明顯適當。</p> <p>B：符合C項，且計畫及作業程序符合醫院實際情況而設定，具體可行。</p> <p>A：符合B項，且定期修正相關計畫及作業程序。</p>	無
重	1.8.7 醫院應儲備或即時取得災害所需之醫療用	<p>C：</p> <p>1.必要之藥品、醫療器材及其他資源，應</p>	<p>C：</p> <p>1.必要之藥品、醫療器材及其他資源，應有3</p>	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
	品、通訊器材及其他資源	<p>有3天以上之安全存量。</p> <p>2.應備有緊急通訊器材。</p> <p>B：符合C項，且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。</p> <p>A：符合B項，且緊急災難應變計畫中包括藥品、醫療器材及其他資源之後勤補給，能確實掌握資源調度。</p>	<p>天以上之安全存量。</p> <p>2.應備有緊急通訊器材。</p> <p>B：符合C項，且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。</p> <p>A：符合B項，且緊急災難應變計畫中包括藥品、醫療器材及其他資源之後勤補給，能確實掌握資源調度。</p>	
重	1.8.8 依緊急災害應變措施計畫，落實演練	<p>C：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）。</p> <p>B：符合C項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 全體員工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。 依據演練之檢討結果，修正緊急災害應變措施計畫，以符合實際需要。 <p>A：符合B項，且於實地訪查時，相關措施或員工之認知確實符合醫院緊急災害應變措施計畫的規定。</p> <p>[註]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>C：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）。</p> <p>B：符合C項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 全體員工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。 依據演練之檢討結果，修正緊急災害應變措施計畫，以符合實際需要。 <p>A：符合B項，且於實地訪查時，相關措施或員工之認知確實符合醫院緊急災害應變措施計畫的規定。</p> <p>[註]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>	無
合	1.8.9 訂定醫院與媒體溝通	符合下列項目：	符合下列項目：	配合本部

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
	之規範並落實執行，以維護病人之隱私與權益	<p>1.依據「醫療機構接受媒體採訪注意事項」及「醫療機構及醫事人員發布醫學新知或研究報告倫理守則」，訂定醫院接受媒體採訪或與媒體溝通之規範，內容可包括如：</p> <p>(1)接受採訪或執行溝通之作業流程。</p> <p>(2)指定醫院對外發言人。</p> <p>(3)應維護病人隱私及權益，不妨礙其病情與診療，且不得藉機宣傳醫療業務。</p> <p>(4)如需揭露病人身分或個人資料，應先徵得病人同意。</p> <p>(5)防止未經授權之員工或未獲得病人同意之院外人士，取得病人之個人資料，或接觸病人或家屬，或擅自對媒體洩露病人的個人資料。</p> <p>2.醫院如有透過媒體發布醫學新知或研究報告之情形，應依據「醫療機構及醫事人員發布醫學新知或研究報告倫理守則」，訂定相關規範。</p> <p>3.應有發言人姓名，如發言人有一人以上，請分別說明授權範圍。</p> <p>4.醫院訂定之相關規範，有落實執行並有稽核。</p> <p>[註]</p> <p>1.醫療機構接受媒體採訪注意事項，可參閱<u>衛生福利部</u>民國90年11月1日衛署醫字第0900071404號公告（<u>衛生福利部</u>公報第31卷6號34頁）或<u>衛生福利部</u>網站。</p> <p>2.醫療機構及醫事人員發布醫學新知或研究報告倫理守則，可參閱<u>衛生福利部</u>民國90</p>	<p>1.依據「醫療機構接受媒體採訪注意事項」及「醫療機構及醫事人員發布醫學新知或研究報告倫理守則」，訂定醫院接受媒體採訪或與媒體溝通之規範，內容可包括如：</p> <p>(1)接受採訪或執行溝通之作業流程。</p> <p>(2)指定醫院對外發言人。</p> <p>(3)應維護病人隱私及權益，不妨礙其病情與診療，且不得藉機宣傳醫療業務。</p> <p>(4)如需揭露病人身分或個人資料，應先徵得病人同意。</p> <p>(5)防止未經授權之員工或未獲得病人同意之院外人士，取得病人之個人資料，或接觸病人或家屬，或擅自對媒體洩露病人的個人資料。</p> <p>2.醫院如有透過媒體發布醫學新知或研究報告之情形，應依據「醫療機構及醫事人員發布醫學新知或研究報告倫理守則」，訂定相關規範。</p> <p>3.應有發言人姓名，如發言人有一人以上，請分別說明授權範圍。</p> <p>4.醫院訂定之相關規範，有落實執行並有稽核。</p> <p>[註]</p> <p>1.醫療機構接受媒體採訪注意事項，可參閱<u>行政院衛生署</u>民國90年11月1日衛署醫字第0900071404號公告（<u>行政院衛生署</u>公報第31卷6號34頁）或<u>衛生署</u>網站。</p> <p>2.醫療機構及醫事人員發布醫學新知或研究報告倫理守則，可參閱<u>行政院衛生署</u>民國90年11月22日衛署醫字第0900072518號公告（<u>行</u></p>	改制，原評量項目[註]1、[註]2「行政院衛生署」更名為「衛生福利部」。

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準草案	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		年11月22日衛署醫字第0900072518號公告 （ <u>衛生福利部</u> 公報第31卷7號39-40頁）或 <u>衛生福利部</u> 網站。	<u>政院衛生署</u> 公報第31卷7號39-40頁）或 <u>衛生署</u> 網站。	

第 2 篇、醫療照護篇

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
2.1	病人及家屬權責	<p>【重點說明】</p> <p>每位病人皆希望就醫時，能受到以醫學倫理為基礎的妥善與適切之照護。醫院及其全體工作人員均應尊重每一位病人的價值觀、自主性及需求。病人照護的成果會因病人及其家屬的參與醫療決策而增進，使整體醫療過程能更契合病人之文化背景。提昇病人權益的第一步為使病人了解其權利，並應教育病人及醫療工作人員尊重病人權利及鼓勵病人參與醫療決策。因此本章規範之目的有下列幾項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.明訂並保障病人權益並向病人解說，以增進病人了解自身權益。 2.教育醫療工作人員尊重及保護病人權利。 3.對病人權利保護中最重要者為病人隱私。醫療工作人員對病人在整體醫療過程中，均應隨時注意保護病人隱私；保護範圍至少包括對其他員工、其他病人、特殊案例甚至於病人本身的家屬。對於與病人相關之紀錄，不論紙本、聲音、照片、或電子化之資訊均應保密。在各種情境中，員工應常常詢問病人對於隱私之特殊需求，以符合病人之期望。 4.正確取得病人之同意書。 5.病人接受診療時，醫療照護團隊應向病人說明，為了確實傳達說明的內容給病人，對該內容宜有書面指引。在簽署同意書時應了解是否需要代理人之同意。 6.鼓勵病人及其家屬參與醫療決策。 	<p>【重點說明】</p> <p>每位病人皆希望就醫時，能受到以醫學倫理為基礎的妥善與適切之照護。醫院及其全體工作人員均應尊重每一位病人的價值觀、自主性及需求。病人照護的成果會因病人及其家屬的參與醫療決策而增進，使整體醫療過程能更契合病人之文化背景。提昇病人權益的第一步為使病人了解其權利，並應教育病人及醫療工作人員尊重病人權利及鼓勵病人參與醫療決策。因此本章規範之目的有下列幾項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.明訂並保障病人權益並向病人解說，以增進病人了解自身權益。 2.教育醫療工作人員尊重及保護病人權利。 3.對病人權利保護中最重要者為病人隱私。醫療工作人員對病人在整體醫療過程中，均應隨時注意保護病人隱私；保護範圍至少包括對其他員工、其他病人、特殊案例甚至於病人本身的家屬。對於與病人相關之紀錄，不論紙本、聲音、照片、或電子化之資訊均應保密。在各種情境中，員工應常常詢問病人對於隱私之特殊需求，以符合病人之期望。 4.正確取得病人之同意書。 5.病人接受診療時，醫療照護團隊應向病人說明，為了確實傳達說明的內容給病人，對該內容宜有書面指引。在簽署同意書時應了解是否需要代理人之同意。 6.鼓勵病人及其家屬參與醫療決策。 	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		<p>7.病人及其家屬有權利參與醫療決策，醫療工作人員應以病人及家屬能理解之語言，講解病人的健康及醫療相關的資訊。病人及家屬於理解後可接受、選擇或拒絕檢查、治療或各種醫療行為。病人欲尋求其他醫療人員之意見時，醫院應主動協助。醫療工作人員應支持及鼓勵病人及其家屬參與醫療決策。</p> <p>精神病人為特殊族群，常無法有自主權，其權利十分容易受到傷害。對於強制住院之精神病人應經合法鑑定及住院程序。另外特別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，並要求不得讓精神病人從事非治療目的之勞務作業。</p>	<p>7.病人及其家屬有權利參與醫療決策，醫療工作人員應以病人及家屬能理解之語言，講解病人的健康及醫療相關的資訊。病人及家屬於理解後可接受、選擇或拒絕檢查、治療或各種醫療行為。病人欲尋求其他醫療人員之意見時，醫院應主動協助。醫療工作人員應支持及鼓勵病人及其家屬參與醫療決策。</p> <p>精神病人為特殊族群，常無法有自主權，其權利十分容易受到傷害。對於強制住院之精神病人應經合法鑑定及住院程序。另外特別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，並要求不得讓精神病人從事非治療目的之勞務作業。</p>	
2.1.1	明訂保護病人權利的政策或規定，並讓病人及家屬充分瞭解其權利	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院秉持「病人為醫療的主體」的理念，就病人及家屬權利的保護，訂有規範，並依一定流程公告，必要時，主動向病人說明。 2.上述規範應包括下列事項： <ol style="list-style-type: none"> (1)在提供給病人及家屬的就醫注意事項中，應明示病人權利之具體內容。 (2)對住院病人或家屬解說住院注意事項時，應至少包括衛生福利部公告之「醫院住院須知參考範例」有關病人權利之內容。 3.住院時，應以書面告知病人及家屬，住院中有时可能會限制行動，但不能據此隨意實行隔離或約束。 <p>B：符合 C 項，並定期稽核各項政策、規範、流程等落實的程度，據以檢討修訂改善。</p> <p>A：符合 B 項，且各項政策、規範、流程之檢討</p>	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫院秉持「病人為醫療的主體」的理念，就病人及家屬權利的保護，訂有規範，並依一定流程公告，必要時，主動向病人說明。 2.上述規範應包括下列事項： <ol style="list-style-type: none"> (1)在提供給病人及家屬的就醫注意事項中，應明示病人權利之具體內容。 (2)對住院病人或家屬解說住院注意事項時，應至少包括衛生署公告之「醫院住院須知參考範例」有關病人權利之內容。 3.住院時，應以書面告知病人及家屬，住院中有时可能會限制行動，但不能據此隨意實行隔離或約束。 <p>B：符合 C 項，並定期稽核各項政策、規範、流程等落實的程度，據以檢討修訂改善。</p> <p>A：符合 B 項，且各項政策、規範、流程之檢討</p>	配合本部改制，原評量項目 C-2(2)、[註]1、[註]2「行政院衛生署」更名為「衛生福利部」。

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		<p>修訂改善，有代表病人或家屬觀點者參與。</p> <p>[註]</p> <p>1. 衛生福利部「醫院住院須知參考範例」節錄： 「肆、病人權利（此部分最少應包含：1.依照醫療法規，病人於住院期間應享有之權利；2.醫院於醫療前、醫療中對病人或其家屬之說明義務及事項；3.病人之同意權、自我決定權、拒絕權及隱私權之保障事項。範例如下）</p> <p>(1)本院對所有住院病人之權利均一視同仁，不因您的種族、年齡等給予不同之待遇。</p> <p>(2)本院醫事人員均佩戴有名牌或識別證。若未佩戴名牌或識別證者，您可以拒絕其所提供之醫療服務。</p> <p>(3)秉持「病人為醫療主體」的概念，在您住院期間，本院醫師於診治時，應向您或您的陪病家屬解釋病情、檢驗、檢查相關資訊、治療方針及預後情形。</p> <p>(4)若您對本院醫事人員所提供之醫療服務有任何不清楚之處，本院非常鼓勵您向醫師或其他醫事人員發問、要求說明。</p> <p>(5)若您需要接受手術治療，本院依規定，會先請您或您的配偶、親屬或關係人簽具手術及麻醉同意書，在簽具之前，醫師會先說明手術的原因、手術成功率或可能發生之併發症及危險，只有在取得您或您的配偶、親屬或關係人同意下，才會為您手術及麻醉。但若情況緊急，為搶救病人性命，依醫療法規定，得先為病人手術。</p> <p>(6)本院於您就醫過程中所知悉之病情、健康等</p>	<p>修訂改善，有代表病人或家屬觀點者參與。</p> <p>[註]</p> <p>1. 行政院衛生署「醫院住院須知參考範例」節錄： 「肆、病人權利（此部分最少應包含：1.依照醫療法規，病人於住院期間應享有之權利；2.醫院於醫療前、醫療中對病人或其家屬之說明義務及事項；3.病人之同意權、自我決定權、拒絕權及隱私權之保障事項。範例如下）</p> <p>(1)本院對所有住院病人之權利均一視同仁，不因您的種族、年齡等給予不同之待遇。</p> <p>(2)本院醫事人員均佩戴有名牌或識別證。若未佩戴名牌或識別證者，您可以拒絕其所提供之醫療服務。</p> <p>(3)秉持「病人為醫療主體」的概念，在您住院期間，本院醫師於診治時，應向您或您的陪病家屬解釋病情、檢驗、檢查相關資訊、治療方針及預後情形。</p> <p>(4)若您對本院醫事人員所提供之醫療服務有任何不清楚之處，本院非常鼓勵您向醫師或其他醫事人員發問、要求說明。</p> <p>(5)若您需要接受手術治療，本院依規定，會先請您或您的配偶、親屬或關係人簽具手術及麻醉同意書，在簽具之前，醫師會先說明手術的原因、手術成功率或可能發生之併發症及危險，只有在取得您或您的配偶、親屬或關係人同意下，才會為您手術及麻醉。但若情況緊急，為搶救病人性命，依醫療法規定，得先為病人手術。</p> <p>(6)本院於您就醫過程中所知悉之病情、健康等</p>	

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		<p>一切秘密，均依法善盡保密義務。如果您不願意讓訪客查知您住院的訊息，請告知本院。</p> <p>(7)本院應您的親屬、陪病家屬之要求，得適時向其解說您的病情，若您不願特定家屬知悉您的病情，請事先以書面通知護理站、或您的主治醫師，以利本院處理。」</p> <p>2.若 衛生福利部 另訂其他規範，亦應遵守。</p>	<p>一切秘密，均依法善盡保密義務。如果您不願意讓訪客查知您住院的訊息，請告知本院。</p> <p>(7)本院應您的親屬、陪病家屬之要求，得適時向其解說您的病情，若您不願特定家屬知悉您的病情，請事先以書面通知護理站、或您的主治醫師，以利本院處理。」</p> <p>2.若 行政院衛生署 另訂其他規範，亦應遵守。</p>	
2.1.2	建立全院性病人安全制度	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.依醫療法第 62 條第 1 項，建立全院性病人安全制度，辦理醫療法施行細則第 45 條規定之事項，並擬定病人安全目標、任務及執行方針。 2.明確規定負責之組織架構、單位及人員的任務、責任及權限；對醫療異常或錯誤事件，有系統地收集與分析，並研擬系統性對策。 3.醫院應建置不以懲罰為原則的內部通報系統，鼓勵同仁自願通報，以提升醫療照護及作業環境之安全性。 4.有召開跨部門討論會議，進行檢討改善。 <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.參與 衛生福利部 所委託建置之台灣病人安全通報系統 (Taiwan Patient-safety Reporting System)，做外部通報。 2.上述作業規範與執行方針皆確實執行，且能依據實際執行狀況、病人安全相關規定與資訊、異常或錯誤事件分析結果等，討論更新。 <p>A：符合 B 項，且分析影響病人安全的要因，擬訂改善對策，確實執行及評核其成效。</p> <p>[註]醫療法施行細則第 45 條：「醫院建立第四十</p>	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.依醫療法第 62 條第 1 項，建立全院性病人安全制度，辦理醫療法施行細則第 45 條規定之事項，並擬定病人安全目標、任務及執行方針。 2.明確規定負責之組織架構、單位及人員的任務、責任及權限；對醫療異常或錯誤事件，有系統地收集與分析，並研擬系統性對策。 3.醫院應建置不以懲罰為原則的內部通報系統，鼓勵同仁自願通報，以提升醫療照護及作業環境之安全性。 4.有召開跨部門討論會議，進行檢討改善。 <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.參與 衛生署 所委託建置之台灣病人安全通報系統 (Taiwan Patient-safety Reporting System)，做外部通報。 2.上述作業規範與執行方針皆確實執行，且能依據實際執行狀況、病人安全相關規定與資訊、異常或錯誤事件分析結果等，討論更新。 <p>A：符合 B 項，且分析影響病人安全的要因，擬訂改善對策，確實執行及評核其成效。</p> <p>[註]醫療法施行細則第 45 條：「醫院建立第四十</p>	配合本部改制，原評量項目 B-1「行政院衛生署」更名為「衛生福利部」。

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		<p>二條第五款所定病人安全制度，應依下列規定辦理：</p> <p>一、推動實施病人安全作業指引及標準作業基準。</p> <p>二、推行病人安全教育訓練。</p> <p>三、建立院內病人安全通報及學習制度。</p> <p>四、建立醫院危機管理機制。」</p>	<p>二條第五款所定病人安全制度，應依下列規定辦理：</p> <p>一、推動實施病人安全作業指引及標準作業基準。</p> <p>二、推行病人安全教育訓練。</p> <p>三、建立院內病人安全通報及學習制度。</p> <p>四、建立醫院危機管理機制。」</p>	
2.1.3	使員工瞭解病人的權利及醫療倫理與醫事法令	<p>C：醫院有舉辦或外派員工出席病人權利、醫療倫理與醫事法令等教育訓練活動。</p> <p>B：符合 C 項，且能針對病人權利、醫療倫理與醫事法令等臨床案例，進行主題或個案討論會。</p> <p>A：符合 B 項，並能舉出經研討後應用到醫療照護的實例。</p> <p>[註]</p> <p>於上次實地評鑑後至本次實地評鑑時，曾因倫理相關事項，受地方或中央衛生主管機關，對醫院處以罰鍰以上之處罰確定者，本條不得評量為 A。(本條資料來源為 <u>衛生福利部</u> 醫事管理系統所登錄之裁罰紀錄)。</p>	<p>C：醫院有舉辦或外派員工出席病人權利、醫療倫理與醫事法令等教育訓練活動。</p> <p>B：符合 C 項，且能針對病人權利、醫療倫理與醫事法令等臨床案例，進行主題或個案討論會。</p> <p>A：符合 B 項，並能舉出經研討後應用到醫療照護的實例。</p> <p>[註]</p> <p>1.C所稱「<u>臨終醫療</u>」，其教育訓練之內容，例如：<u>對所有住院病人提供「預立選擇安寧緩和醫療意願書」、「不施行心肺復甦術（Do Not Resuscitate）同意書」、「器官捐贈同意書」；並視需要提供「醫療委任代理人委任書」及「預立選擇安寧緩和醫療意願撤回聲明書」等；以維護病人自主權，讓家屬預先瞭解病人之意願；亦可使醫療照護團隊充分尊重病人之意願，對於不可治癒之末期病情，提供減輕或免除其痛苦之緩解性或支持性照護措施，而不施予治癒性之治療或急救；另外，並可作為決定器官捐贈之依循。</u></p> <p>2.於上次實地評鑑後至本次實地評鑑時，曾因倫理相關事項，受地方或中央衛生主管機關，對</p>	<p>1.配合本部改制，原評量項目 [註]2 「行政院衛生署」更名為「衛生福利部」。</p> <p>2.由於評量項目 C 並未提及「臨終醫療」相關內容，故刪除 [註]1。</p>

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
			醫院處以罰鍰以上之處罰確定者，本條不得評量為A。(本條資料來源為 <u>行政院衛生署</u> 醫事管理系統所登錄之裁罰紀錄)。	
2.1.4	應與病人溝通、適當說明病情及處置、治療方式，並取得同意	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.說明時注意下列事項： <ol style="list-style-type: none"> (1)用詞及場所須顧及病人立場、感受及隱私。 (2)儘量使用病人易於理解之用詞，避免運用過多專業術語。 (3)可輔以圖片或書面資料，使病人易於理解。 (4)依身心障礙者的需求，採用輔助說明方法。 2.說明之內容視情形包括下列事項： <ol style="list-style-type: none"> (1)醫療法第 81 條規定之事項。 (2)檢查或治療計畫的概要、預期效果及危險性。 (3)可能的替代方案或病人可另外徵詢第二種參考意見。 3.對於重要醫療照護事項的說明，除依法律特別規定者(如醫療法第 63 條及第 64 條)外，醫院應明訂(或指示臨床單位明訂)負責說明者及其紀錄方式。如需對說明過程錄音或錄影，應先徵得醫病雙方之同意。 4.對於病人不能辨識或理解醫療法第 81 條規定之告知者，醫院應明訂確認或選擇接受告知者之流程。 5.對於醫療法第 63 條及第 64 條規定之未成年或無法親自簽具同意書者，醫院應明訂確認或選擇簽具同意書者之流程。(C-5 項不適用於不實施手術及「侵入性檢查或治療」之醫院。) 	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.說明時注意下列事項： <ol style="list-style-type: none"> (1)用詞及場所須顧及病人立場、感受及隱私。 (2)儘量使用病人易於理解之用詞，避免運用過多專業術語。 (3)可輔以圖片或書面資料，使病人易於理解。 (4)依身心障礙者的需求，採用輔助說明方法。 2.說明之內容視情形包括下列事項： <ol style="list-style-type: none"> (1)醫療法第 81 條規定之事項。 (2)檢查或治療計畫的概要、預期效果及危險性。 (3)可能的替代方案或病人可另外徵詢第二種參考意見。 3.對於重要醫療照護事項的說明，除依法律特別規定者(如醫療法第 63 條及第 64 條)外，醫院應明訂(或指示臨床單位明訂)負責說明者及其紀錄方式。如需對說明過程錄音或錄影，應先徵得醫病雙方之同意。 4.對於病人不能辨識或理解醫療法第 81 條規定之告知者，醫院應明訂確認或選擇接受告知者之流程。 5.對於醫療法第 63 條及第 64 條規定之未成年或無法親自簽具同意書者，醫院應明訂確認或選擇簽具同意書者之流程。(C-5 項不適用於不實施手術及「侵入性檢查或治療」之醫院。) 6.對於精神疾病病人實施電痙攣治療時，應符合 	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		<p>6.對於精神疾病病人實施電痙攣治療時，應符合精神衛生法第 49 條及第 50 條規定。</p> <p>B：符合 C 項，且醫療照護團隊能依規範落實執行，並製作前 C-6 項規定之紀錄。</p> <p>A：符合 B 項，且定期檢討修訂相關規範及步驟，確實改善。</p> <p>[註]醫療法第 81 條：「醫療機構診治病人時，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人告知其病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應。」</p>	<p>精神衛生法第 49 條及第 50 條規定。</p> <p>B：符合 C 項，且醫療照護團隊能依規範落實執行，並製作前 C-6 項規定之紀錄。</p> <p>A：符合 B 項，且定期檢討修訂相關規範及步驟，確實改善。</p> <p>[註]醫療法第 81 條：「醫療機構診治病人時，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人告知其病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應。」</p>	
可	2.1.5	<p>嚴重病人緊急安置或強制住院作業符合精神衛生法規定，並提供必要之治療及保護</p> <p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.明訂強制住院案件申請作業程序，並有專責人員負責相關作業。 2.緊急安置、強制住院的病人均符合精神衛生法之規定，包括於適當場所執行，於規定期限內申請，強制住院病人均經「精神疾病強制鑑定、強制社區治療審查會」審查通過等，且有紀錄可查。 3.針對緊急安置及強制住院病人，提供保護、進行必要之治療，且定期評估及危險性評估（包括藥物治療及每日接受自傷、自殺或傷人之危險性評估），並有紀錄。 4.定期指派辦理緊急安置與強制住院業務人員（含指定專科醫師與承辦人員）參與教育訓練。 5.落實強制住院病人出院準備服務，並登錄精神照護資訊管理系統。 <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.緊急安置、強制住院作業程序完整詳實，且 	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.明訂強制住院案件申請作業程序，並有專責人員負責相關作業。 2.緊急安置、強制住院的病人均符合精神衛生法之規定，包括於適當場所執行，於規定期限內申請，強制住院病人均經「精神疾病強制鑑定、強制社區治療審查會」審查通過等，且有紀錄可查。 3.針對緊急安置及強制住院病人，提供保護、進行必要之治療，且定期評估及危險性評估（包括藥物治療及每日接受自傷、自殺或傷人之危險性評估），並有紀錄。 4.定期指派辦理緊急安置與強制住院業務人員（含指定專科醫師與承辦人員）參與教育訓練。 5.落實強制住院病人出院準備服務，並登錄精神照護資訊管理系統。 <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.緊急安置、強制住院作業程序完整詳實，且 	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		<p>確實執行。</p> <p>2.病歷應詳實記載病況變化及治療方式，包括病史、病情評估、住院意願、自傷傷人或自傷傷人之虞危險性評估、診療計畫及嚴重病人對於治療之反應等，且有督核機制。</p> <p>A：符合 B 項，且針對申請強制住院案件進行統計分析（包含住院天數、病情分析及再住院率等），且有具體檢討改善措施。</p> <p>[註] 若受評醫院非「精神衛生法」所定之「指定精神醫療機構」，可自選本條免評。</p>	<p>確實執行。</p> <p>2.病歷應詳實記載病況變化及治療方式，包括病史、病情評估、住院意願、自傷傷人或自傷傷人之虞危險性評估、診療計畫及嚴重病人對於治療之反應等，且有督核機制。</p> <p>A：符合 B 項，且針對申請強制住院案件進行統計分析（包含住院天數、病情分析及再住院率等），且有具體檢討改善措施。</p> <p>[註] 若受評醫院非「精神衛生法」所定之「指定精神醫療機構」，可自選本條免評。</p>	
可	2.1.6	<p>能提供強制社區治療服務，並符合精神衛生法規定</p> <p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.明訂強制社區治療案件申請作業程序，並有專責人員負責相關作業。 2.強制社區治療病人均符合精神衛生法之規定，包括於規定期限內申請，強制住院病人均經「精神疾病強制鑑定、強制社區治療審查會」審查通過，且有紀錄可查。 3.有專責人員負責強制社區治療病人之個案管理及社區追蹤，並可合宜連結社區服務資源。 4.確實執行強制社區治療計畫，並有紀錄。 5.落實執行及上網填列個案治療紀錄表，每月提報機構執行及指標狀況至衛生局。 <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.強制社區治療作業程序完整詳實，且確實執行。 2.有協同執行強制社區治療之其他機構或團體（指定精神醫療機構或評鑑合格之精神復 	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.明訂強制社區治療案件申請作業程序，並有專責人員負責相關作業。 2.強制社區治療病人均符合精神衛生法之規定，包括於規定期限內申請，強制住院病人均經「精神疾病強制鑑定、強制社區治療審查會」審查通過，且有紀錄可查。 3.有專責人員負責強制社區治療病人之個案管理及社區追蹤，並可合宜連結社區服務資源。 4.確實執行強制社區治療計畫，並有紀錄。 5.落實執行及上網填列個案治療紀錄表，每月提報機構執行及指標狀況至衛生局。 <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.強制社區治療作業程序完整詳實，且確實執行。 2.有協同執行強制社區治療之其他機構或團體（指定精神醫療機構或評鑑合格之精神復健機構或中央主管機關認可之病人社區照顧、 	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明	
		評量項目	評量項目		
		<p>健機構或中央主管機關認可之病人社區照顧、支持或相關權益促進團體), 建立合作機制且落實執行, 並有具體佐證資料。</p> <p>3. 每位專責人員之服務量同一時間最多不超過 15 位個案。</p> <p>4. 定期監測個案治療情形並召開個案檢討會議。</p> <p>A: 符合 B 項, 且執行「強制社區治療」成效良好, 如: 個案之門診追蹤率、強制住院次數、急診使用率等較未實施強制社區治療前為佳。</p> <p>[註]</p> <p>1. 未執行強制社區治療服務者, 可自選本條免評。</p> <p>2. 成效良好係指醫院有進行成效評估, 如: 病人之門診追蹤率、強制住院次數、急診使用率等較未實施強制社區治療前為佳。</p>	<p>支持或相關權益促進團體), 建立合作機制且落實執行, 並有具體佐證資料。</p> <p>3. 每位專責人員之服務量同一時間最多不超過 15 位個案。</p> <p>4. 定期監測個案治療情形並召開個案檢討會議。</p> <p>A: 符合 B 項, 且執行「強制社區治療」成效良好, 如: 個案之門診追蹤率、強制住院次數、急診使用率等較未實施強制社區治療前為佳。</p> <p>[註]</p> <p>1. 未執行強制社區治療服務者, 可自選本條免評。</p> <p>2. 成效良好係指醫院有進行成效評估, 如: 病人之門診追蹤率、強制住院次數、急診使用率等較未實施強制社區治療前為佳。</p>		
可	2.1.7	對病人緊急安置及強制治療之權利保障	<p>C:</p> <p>1. 醫師應向嚴重病人/保護人說明病情、治療方式及處置。</p> <p>2. 說明時應顧及嚴重病人立場, 使其充分理解。</p> <p>3. 訂定審查決定通知書轉交及未能轉交之處理流程 (如: 簽收名冊或未能簽收時應註明轉交日期及未簽收事由、轉交人員、處理方式), 並有紀錄。</p> <p>4. 完成審查後, 轉交審查決定通知書予嚴重病人時, 向嚴重病人說明且於病歷上記錄, 並請嚴重病人簽收。轉交天數為 3 天 (含) 以下。</p> <p>5. 告知嚴重病人緊急安置及強制住院之司法救</p>	<p>C:</p> <p>1. 醫師應向嚴重病人/保護人說明病情、治療方式及處置。</p> <p>2. 說明時應顧及嚴重病人立場, 使其充分理解。</p> <p>3. 訂定審查決定通知書轉交及未能轉交之處理流程 (如: 簽收名冊或未能簽收時應註明轉交日期及未簽收事由、轉交人員、處理方式), 並有紀錄。</p> <p>4. 完成審查後, 轉交審查決定通知書予嚴重病人時, 向嚴重病人說明且於病歷上記錄, 並請嚴重病人簽收。轉交天數為 3 天 (含) 以下。</p> <p>5. 告知嚴重病人緊急安置及強制住院之司法救</p>	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		濟及訴願程序。 B：符合 C 項，且 1.與病人說明病情時訂定符合相關法規之說帖，並有紀錄可查。 2.提供所有強制住院病人停止緊急安置或強制住院之司法救濟程序單張、表格。 3.確實執行相關流程。 A：符合 B 項，並有統計分析。 [註] 非指定精神醫療機構，可自選本條免評。	濟及訴願程序。 B：符合 C 項，且 1.與病人說明病情時訂定符合相關法規之說帖，並有紀錄可查。 2.提供所有強制住院病人停止緊急安置或強制住院之司法救濟程序單張、表格。 3.確實執行相關流程。 A：符合 B 項，並有統計分析。 [註] 非指定精神醫療機構，可自選本條免評。	
合 可	2.1.8	實施侵入性檢查或治療應向病人充分說明並獲其同意 符合下列項目： 1.對於醫療法第64條規定之侵入性檢查或治療項目，明訂簽具同意書之作業規範。 2.醫療照護團隊應於病人簽具同意書前，說明適應症、實施步驟、檢查或治療前、中、後注意事項及可能併發症等，並提供書面說明，以利病人瞭解。 [註]未執行侵入性檢查及治療項目者，可自選本條免評。	符合下列項目： 1.對於醫療法第64條規定之侵入性檢查或治療項目，明訂簽具同意書之作業規範。 2.醫療照護團隊應於病人簽具同意書前，說明適應症、實施步驟、檢查或治療前、中、後注意事項及可能併發症等，並提供書面說明，以利病人瞭解。 [註]未執行侵入性檢查及治療項目者，可自選本條免評。	無
	2.1.9	應記錄並向住院病人說明住院之必要性、病情及診療計畫 C：應向住院病人說明住院理由、病情及診療計畫，並於病歷中記載。 B：符合 C 項，且醫療照護團隊能依規範落實執行，並協助病人獲得充分瞭解。 A：符合 B 項，且有查核機制，並確實執行查核。	C：應向住院病人說明住院理由、病情及診療計畫，並於病歷中記載。 B：符合 C 項，且醫療照護團隊能依規範落實執行，並協助病人獲得充分瞭解。 A：符合 B 項，且有查核機制，並確實執行查核。	無
合	2.1.10	應有措施協助病人及家屬獲得診療資訊，鼓勵其參與醫 符合下列項目： 1.應於適當時機協助病人、家屬取得治療資訊及參與醫療決策討論。 2.對接觸病人之工作人員，應教導有關提供病人	符合下列項目： 1.應於適當時機協助病人、家屬取得治療資訊及參與醫療決策討論。 2.對接觸病人之工作人員，應教導有關提供病人	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
	療照護之過程及決策	<p>診療資訊的意義、重要性、態度、方法及相關措施。</p> <p>3.當病人表明欲徵詢第二意見時，應能主動提供諮詢方式或被徵詢者名單，並能迅速提供適當的病歷資料，供被徵詢者參考。</p>	<p>診療資訊的意義、重要性、態度、方法及相關措施。</p> <p>3.當病人表明欲徵詢第二意見時，應能主動提供諮詢方式或被徵詢者名單，並能迅速提供適當的病歷資料，供被徵詢者參考。</p>	
	2.1.11 協助病人、家屬取得器官捐贈之資訊	<p>C：有宣導並提供器官捐贈之相關訊息給病人及家屬，且能適時讀取 IC 卡註記之器官捐贈意願資料。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.應有標準作業程序，辦理事官之勸募。 2.醫院相關團隊如醫師、護理及社工人員等，有接受教育訓練。 <p>A：符合 B 項，且：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.對生命末期病人，能依衛生福利部函頒之「生命末期病人臨終照護意願徵詢作業指引」規定，對病人、家屬進行善終意願之徵詢及簽署，備有紀錄。 2.有器官勸募及簽署器官捐贈同意書成功之案例，備有統計資料可查。 	<p>C：有宣導並提供器官捐贈之相關訊息給病人及家屬，且能適時讀取 IC 卡註記之器官捐贈意願資料。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.應有標準作業程序，辦理事官之勸募。 2.醫院相關團隊如醫師、護理及社工人員等，有接受教育訓練。 <p>A：符合 B 項，且：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.對生命末期病人，能依行政院衛生署函頒之「生命末期病人臨終照護意願徵詢作業指引」規定，對病人、家屬進行善終意願之徵詢及簽署，備有紀錄。 2.有器官勸募及簽署器官捐贈同意書成功之案例，備有統計資料可查。 	配合本部改制，原評量項目 A「行政院衛生署」更名為「衛生福利部」。
合	2.1.12 病人就診、檢查及處置行為時應保障其隱私及權利	<p>符合下列項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.與病人作病情說明及溝通，或於執行觸診診療行為及徵詢病人同意之過程中，均應考量到環境及個人隱私之保護。 2.病人就診時，應確實隔離其他不相關人員在場；於診療過程，如需錄音或錄影，應先徵得醫病雙方之同意。 3.門診診間及諮詢會談場所應為單診間，且有適當之隔音；診間入口並應有門隔開，且對於診間之設計，應有具體確保病人隱私之設施。 	<p>符合下列項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.與病人作病情說明及溝通，或於執行觸診診療行為及徵詢病人同意之過程中，均應考量到環境及個人隱私之保護。 2.病人就診時，應確實隔離其他不相關人員在場；於診療過程，如需錄音或錄影，應先徵得醫病雙方之同意。 3.門診診間及諮詢會談場所應為單診間，且有適當之隔音；診間入口並應有門隔開，且對於診間之設計，應有具體確保病人隱私之設施。 	配合本部改制，原評量項目[註]「行政院衛生署」更名為「衛生福利部」。

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明	
		評量項目	評量項目		
		<p>4.進行檢查及處置之場所，應至少有布簾隔開(且視檢查及處置之種類，以有個人房間較為理想)，檢查台亦應備有被單、治療巾等，對於較私密部位之檢查，並應有避免過度暴露之措施。</p> <p>5.診療過程中，對於特殊檢查及處置，應依病人及處置需要，安排適當人員陪同，且有合適之醫事人員在場，並於檢查及處置過程中隨時觀察、注意隱私之維護。</p> <p>6.於診間呼喚病人時，宜顧慮其權利及尊嚴；候診區就診名單之公布，應尊重病人之意願，儘量不呈現全名為原則。</p> <p>7.若為教學醫院其教學門診應有明顯標示，對實(見)習學生在旁，應事先充分告知病人；為考量病人隱私，對於較私密部位之檢查，應徵得病人之同意。</p> <p>[註]參考衛生福利部 98 年 9 月 10 日衛署醫字第 0980262348 號函公告之「門診醫療隱私維護規範」。</p>	<p>4.進行檢查及處置之場所，應至少有布簾隔開(且視檢查及處置之種類，以有個人房間較為理想)，檢查台亦應備有被單、治療巾等，對於較私密部位之檢查，並應有避免過度暴露之措施。</p> <p>5.診療過程中，對於特殊檢查及處置，應依病人及處置需要，安排適當人員陪同，且有合適之醫事人員在場，並於檢查及處置過程中隨時觀察、注意隱私之維護。</p> <p>6.於診間呼喚病人時，宜顧慮其權利及尊嚴；候診區就診名單之公布，應尊重病人之意願，儘量不呈現全名為原則。</p> <p>7.若為教學醫院其教學門診應有明顯標示，對實(見)習學生在旁，應事先充分告知病人；為考量病人隱私，對於較私密部位之檢查，應徵得病人之同意。</p> <p>[註]參考行政院衛生署 98 年 9 月 10 日衛署醫字第 0980262348 號函公告之「門診醫療隱私維護規範」。</p>		
合	2.1.13	病人檢體之採集及運送應考量病人隱私	<p>符合下列項目：</p> <p>1.病人檢體(尿液、糞便等)之採集地點，有考量病人之隱私。</p> <p>2.檢體的運送有考量病人之隱私。</p> <p>3.如為研究用人體檢體之採集與使用，應符合衛生福利部 95 年 8 月 18 日公告之「研究用人體檢體採集與使用注意事項」。</p>	<p>符合下列項目：</p> <p>1.病人檢體(尿液、糞便等)之採集地點，有考量病人之隱私。</p> <p>2.檢體的運送有考量病人之隱私。</p> <p>3.如為研究用人體檢體之採集與使用，應符合行政院衛生署 95 年 8 月 18 日公告之「研究用人體檢體採集與使用注意事項」。</p>	配合本部改制，原評量項目第 3 點「行政院衛生署」更名為「衛生福利部」。
合	2.1.14	住院病人之照護應保護病人的隱私	<p>符合下列項目：</p> <p>1.多人病房之病床間有合適的空間/隔簾隔開，病床配置及病房空間應考量到確保隱私，除非病</p>	<p>符合下列項目：</p> <p>1.多人病房之病床間有合適的空間/隔簾隔開，病床配置及病房空間應考量到確保隱私，除非病</p>	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明	
		評量項目	評量項目		
		<p>人或家屬同意，同室應安排同性別病人。</p> <p>2.與病人作病情說明及溝通，或於執行觸診診療行為及徵詢病人同意之過程中，均應考量到環境及個人隱私之保護。</p> <p>3.診療、處置過程中，如需病人暴露身體時，需徵得病人同意，並適時使用隔簾（簾外需有提醒告示）與被單遮蔽；並依需要安排照顧者陪同，且有合適之醫事人員在場協助觀察病人、注意隱私之維護。</p> <p>4.教學醫院之教學迴診，若有實（見）習學生在旁，應事先告知病人；為考量病人隱私，對於較私密部位之檢查，應徵得病人之同意。</p>	<p>人或家屬同意，同室應安排同性別病人。</p> <p>2.與病人作病情說明及溝通，或於執行觸診診療行為及徵詢病人同意之過程中，均應考量到環境及個人隱私之保護。</p> <p>3.診療、處置過程中，如需病人暴露身體時，需徵得病人同意，並適時使用隔簾（簾外需有提醒告示）與被單遮蔽；並依需要安排照顧者陪同，且有合適之醫事人員在場協助觀察病人、注意隱私之維護。</p> <p>4.教學醫院之教學迴診，若有實（見）習學生在旁，應事先告知病人；為考量病人隱私，對於較私密部位之檢查，應徵得病人之同意。</p>		
合	2.1.15	探訪病人應考量病人隱私與醫療作業需求	<p>符合下列項目：</p> <p>1.訂有探病及陪病之規範，以兼顧病人隱私與醫療作業需求。</p> <p>2.在公開標示病人姓名前，如：護理站、病室、手術室、住院處、急診單位及服務台等區域，有尊重病人及家屬意願的機制。</p>	<p>符合下列項目：</p> <p>1.訂有探病及陪病之規範，以兼顧病人隱私與醫療作業需求。</p> <p>2.在公開標示病人姓名前，如：護理站、病室、手術室、住院處、急診單位及服務台等區域，有尊重病人及家屬意願的機制。</p>	無
	2.1.16	明確訂定精神科病人職能收益管理方針，並作適當的執行管理	<p>C：</p> <p>1. 訂定復健收益（基金）管理辦法，以管理病人職能（產業）治療收益，應專款專用。</p> <p>2. 成立管理委員會或小組，應有從事勞務作業之病友或家屬團體代表參加。</p> <p>3.復健收益（基金）之收入扣除必要直接成本後，至少八成以上費用發給病人作為工作獎勵，餘則用於提升該等病人復健助益之活動，備有收支帳目、領據簽單、月報表及年報表。</p> <p>B：符合 C 項，且</p>	<p>C：</p> <p>1. 訂定復健收益（基金）管理辦法，以管理病人職能（產業）治療收益，應專款專用。</p> <p>2. 成立管理委員會或小組，應有從事勞務作業之病友或家屬團體代表參加。</p> <p>3.復健收益（基金）之收入扣除必要直接成本後，至少八成以上費用發給病人作為工作獎勵，餘則用於提升該等病人復健助益之活動，備有收支帳目、領據簽單、月報表及年報表。</p> <p>B：符合 C 項，且</p>	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		1. 每 3 個月召開管理委員會或小組會議 1 次，且紀錄完整。 2. 定期監測檢討該基金管理辦法及使用用途，並依需要修訂。 A：符合 B 項，且各項活動辦理有檢討改善。	1. 每 3 個月召開管理委員會或小組會議 1 次，且紀錄完整。 2. 定期監測檢討該基金管理辦法及使用用途，並依需要修訂。 A：符合 B 項，且各項活動辦理有檢討改善。	
2.1.17	精神病人從事之勞務作業應符合治療目的	C： 1. 安排病人從事勞務作業需有個別復健治療目的，且有醫囑轉介。 2. 應詳細告知病人所安排之復健治療計畫、目的、工作內容與報酬。 3. 病人有權利拒絕參與非治療目的之勞務作業。 4. 病人對於復健治療計畫有疑義或不滿時有申訴管道。 B：符合 C 項，且定期研討職能（產業）治療之成效，並適當修正。 A：符合 B 項，且各項勞務作業之安排、流程有檢討改善。	C： 1. 安排病人從事勞務作業需有個別復健治療目的，且有醫囑轉介。 2. 應詳細告知病人所安排之復健治療計畫、目的、工作內容與報酬。 3. 病人有權利拒絕參與非治療目的之勞務作業。 4. 病人對於復健治療計畫有疑義或不滿時有申訴管道。 B：符合 C 項，且定期研討職能（產業）治療之成效，並適當修正。 A：符合 B 項，且各項勞務作業之安排、流程有檢討改善。	無
2.2	醫療照護品質管理	【重點說明】 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：	【重點說明】 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：	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		<p>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。</p> <p>2.訂定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。</p> <p>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> <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</p>	<p>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。</p> <p>2.訂定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。</p> <p>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> <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</p>	

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		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。	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。	
2.2.1	應有委員會或組織等協調、訂定及推動全院品管及病人安全計畫，確實執行並定期檢討改善	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有專責人員依醫院監督或治理團隊、經營團隊擬定之關鍵議題與優先順序，協調、推動及執行全院品管及病人安全計畫，持續運作並定期檢討改善，且有紀錄。 2.委員會或組織等，架構明確，權責分明。 <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有醫管、醫品或病安等專業訓練者負責。 2.每 300 床應有 1 名專任人員負責品管業務。 3.依不同人員於醫品及病安之需求，訂定及提供教育訓練計畫與方案，並建立評估成效機制，確實執行及檢討改善。 <p>A：符合 B 項，且全體員工（含主管及醫師）積極參與醫療品質及病人安全持續改善活動。</p> <p>[註]B-2 項之床數計算係以急性精神病床、慢性精神病床與精神加護病床計。</p>	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有專責人員依醫院監督或治理團隊、經營團隊擬定之關鍵議題與優先順序，協調、推動及執行全院品管及病人安全計畫，持續運作並定期檢討改善，且有紀錄。 2.委員會或組織等，架構明確，權責分明。 <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有醫管、醫品或病安等專業訓練者負責。 2.每 300 床應有 1 名專任人員負責品管業務。 3.依不同人員於醫品及病安之需求，訂定及提供教育訓練計畫與方案，並建立評估成效機制，確實執行及檢討改善。 <p>A：符合 B 項，且全體員工（含主管及醫師）積極參與醫療品質及病人安全持續改善活動。</p> <p>[註]B-2 項之床數計算係以急性精神病床、慢性精神病床與精神加護病床計。</p>	無
2.2.2	醫療照護團隊定期溝通，檢討改善實務運作，以提升醫療品質與病人安全	<p>C：訂有醫療照護團隊溝通機制，定期溝通，討論實務運作中可提升病人安全、醫療品質議題，凝聚共識。</p> <p>B：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。</p>	<p>C：訂有醫療照護團隊溝通機制，定期溝通，討論實務運作中可提升病人安全、醫療品質議題，凝聚共識。</p> <p>B：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。</p>	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		A：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。	A：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。	
2.2.3	定期舉行醫療照護品質相關會議	<p>C：應定期舉辦醫療照護及品質、病安相關會議，包括病例討論會、併發症及死亡病例討論會、委員會等，做成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。</p> <p>B：符合 C 項，且醫療照護及品質、病安相關討論會、研討會、委員會等會議內容、舉行頻率合理及會議紀錄品質優良，應用實證醫學佐證，並定期檢討改善。</p> <p>A：符合 B 項，且有實際改善以提高醫療品質及病人安全之具體成效。</p> <p>[註]</p> <p>1.醫院可視其案例數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。</p> <p>2.會議紀錄的形式由醫院決定，但內容應有所區分。</p>	<p>C：應定期舉辦醫療照護及品質、病安相關會議，包括病例討論會、併發症及死亡病例討論會、委員會等，做成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。</p> <p>B：符合 C 項，且醫療照護及品質、病安相關討論會、研討會、委員會等會議內容、舉行頻率合理及會議紀錄品質優良，應用實證醫學佐證，並定期檢討改善。</p> <p>A：符合 B 項，且有實際改善以提高醫療品質及病人安全之具體成效。</p> <p>[註]</p> <p>1.醫院可視其案例數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。</p> <p>2.會議紀錄的形式由醫院決定，但內容應有所區分。</p>	無
2.2.4	建立機制以檢討醫療倫理與法律相關之病例與主題，其運作良好	<p>C：</p> <p>1.醫學倫理委員會或相關組織會議應有檢討醫療倫理與法律相關之病例與主題。</p> <p>2.定期舉行會議並有會議紀錄可查。</p> <p>B：符合 C 項，且醫學倫理委員會會議內容包括檢討院內實際案例或人體試驗之討論等。</p> <p>A：符合 B 項，且</p> <p>1.檢討院內實際案例並訂出醫療照護人員依循之倫理準則。</p> <p>2.有諮詢功能。</p>	<p>C：</p> <p>1.醫學倫理委員會或相關組織會議應有檢討醫療倫理與法律相關之病例與主題。</p> <p>2.定期舉行會議並有會議紀錄可查。</p> <p>B：符合 C 項，且醫學倫理委員會會議內容包括檢討院內實際案例或人體試驗之討論等。</p> <p>A：符合 B 項，且</p> <p>1.檢討院內實際案例並訂出醫療照護人員依循之倫理準則。</p> <p>2.有諮詢功能。</p>	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		[註]評量重點：應討論院內病例，而非僅安排專家演講、上課。	[註]評量重點：應討論院內病例，而非僅安排專家演講、上課。	
2.2.5	應有病例資料年報及醫療成果資料，並有統計、分析及檢討	<p>C：以住院病人之出院摘要格式為基礎，進行主要項目編碼及輸入電腦。應確保施行編碼 (Coding) 正確，建立完整病例資料庫做為統計病人組成、死亡數、疾病別、住院日數等年報統計表。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 超期住院報表紀錄完整並有檢討。 2. 病人 14 天內再入院報表紀錄完整並有分析檢討。 3. 有正確的統計分析圖表：依診治結果製成分析圖表，包含死亡率、佔床率、平均住院天數、感染率及疾病分類等年報表。 4. 有討論會討論各分析報告，檢討施行成效並做成改善措施，確實執行及評估改善措施成效，適時調整。 5. 醫療品質改善成果做全院性推展，並內化為醫院經常性措施。 <p>A：符合 B 項，且定期舉行醫療品質改善成果發表會，並將成果與其他醫療機構分享。</p>	<p>C：以住院病人之出院摘要格式為基礎，進行主要項目編碼及輸入電腦。應確保施行編碼 (Coding) 正確，建立完整病例資料庫做為統計病人組成、死亡數、疾病別、住院日數等年報統計表。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 超期住院報表紀錄完整並有檢討。 2. 病人 14 天內再入院報表紀錄完整並有分析檢討。 3. 有正確的統計分析圖表：依診治結果製成分析圖表，包含死亡率、佔床率、平均住院天數、感染率及疾病分類等年報表。 4. 有討論會討論各分析報告，檢討施行成效並做成改善措施，確實執行及評估改善措施成效，適時調整。 5. 醫療品質改善成果做全院性推展，並內化為醫院經常性措施。 <p>A：符合 B 項，且定期舉行醫療品質改善成果發表會，並將成果與其他醫療機構分享。</p>	無
2.2.6	訂有醫療品質控制指標並確實執行及評估	<p>C：應訂定適當的醫療品質及病人安全提升指標，確實執行及評估。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 依據病例資料之分析 (2.2.5)，訂定疾病別、14 天內再入院率、跌倒、暴力、自殺等臨床指標 (Clinical Indicator)，搭配管理及相關臨床業務指標分析，檢討改進醫療品質及提升病人安全。 	<p>C：應訂定適當的醫療品質及病人安全提升指標，確實執行及評估。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 依據病例資料之分析 (2.2.5)，訂定疾病別、14 天內再入院率、跌倒、暴力、自殺等臨床指標 (Clinical Indicator)，搭配管理及相關臨床業務指標分析，檢討改進醫療品質及提升病人安全。 	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		<p>2.監測數據進行內外部比較，應定期或適時分析成有用資訊，提供不同需求之主管、同仁擬訂決策、方案時參酌。</p> <p>A：符合 B 項，且</p> <p>1.監測面向完整涵蓋病人就醫流程及醫療品質管理需求。</p> <p>2.有連續性指標檢討及改善措施，提升指標品質及反應醫療品質與病安能力。</p>	<p>2.監測數據進行內外部比較，應定期或適時分析成有用資訊，提供不同需求之主管、同仁擬訂決策、方案時參酌。</p> <p>A：符合 B 項，且</p> <p>1.監測面向完整涵蓋病人就醫流程及醫療品質管理需求。</p> <p>2.有連續性指標檢討及改善措施，提升指標品質及反應醫療品質與病安能力。</p>	
2.2.7	對於各種可能發生醫療不良事件之情境，訂定預防措施及建立因應對策	<p>C：</p> <p>1.須訂定預防各種可能發生醫療不良事件之措施及建立因應對策，並確實執行。</p> <p>2.建立符合院內的病人安全通報標準作業模式。</p> <p>3.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，來鼓勵異常事件的通報。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <p>1.對於重大異常事件進行分析檢討，根據分析結果提出可行之改善措施。</p> <p>2.運用通報資料分析結果，提出改善的行動計畫，採取適當的預防及改善措施。</p> <p>A：符合 B 項，且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>C：</p> <p>1.須訂定預防各種可能發生醫療不良事件之措施及建立因應對策，並確實執行。</p> <p>2.建立符合院內的病人安全通報標準作業模式。</p> <p>3.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，來鼓勵異常事件的通報。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <p>1.對於重大異常事件進行分析檢討，根據分析結果提出可行之改善措施。</p> <p>2.運用通報資料分析結果，提出改善的行動計畫，採取適當的預防及改善措施。</p> <p>A：符合 B 項，且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>	無
2.2.8	關於醫療不良事件發生時的處理、說明、報告、記錄等步驟有可依據	<p>C：</p> <p>1.訂定規範規定何時、何人說明醫療不良事件之處理、事故紀錄的內容及方式。</p> <p>2.訂有院內向負責人報告的步驟。</p> <p>3.明訂夜間、假日等主治醫師不在現場時的對</p>	<p>C：</p> <p>1.訂定規範規定何時、何人說明醫療不良事件之處理、事故紀錄的內容及方式。</p> <p>2.訂有院內向負責人報告的步驟。</p> <p>3.明訂夜間、假日等主治醫師不在現場時的對</p>	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明	
		評量項目	評量項目		
	之規範	<p>應方式。</p> <p>B：符合 C 項，且醫療不良事件具有教育價值者，能適當傳達予員工並據以修正相關流程及規範。</p> <p>A：符合 B 項，且醫療不良事件檢討有具體病人安全促進或醫療品質提升價值，並能適時發表成果，以利參循。</p>	<p>應方式。</p> <p>B：符合 C 項，且醫療不良事件具有教育價值者，能適當傳達予員工並據以修正相關流程及規範。</p> <p>A：符合 B 項，且醫療不良事件檢討有具體病人安全促進或醫療品質提升價值，並能適時發表成果，以利參循。</p>		
2.3	醫療照護之執行與評估	<p>【重點說明】</p> <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。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. 能對病人及家屬的心理及靈性提供支持協助，尤其對臨終病人能尊重病人決定，提供適切的醫療照護。 	<p>【重點說明】</p> <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。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. 能對病人及家屬的心理及靈性提供支持協助，尤其對臨終病人能尊重病人決定，提供適切的醫療照護。 	無	
合	2.3.1	住院病人應由	符合下列項目：	符合下列項目：	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
	主治醫師負責照護，並讓病人知悉；訂有主治醫師資格審查機制	1.住院病人應由主治醫師負責照護並讓病人知悉其主治醫師；明訂主治醫師資格審查機制。 2.若主治醫師不在時，有明確規定代理制度表。 3.明訂與醫療照護團隊之聯絡方式，及無法聯絡上時的因應方法。	1.住院病人應由主治醫師負責照護並讓病人知悉其主治醫師；明訂主治醫師資格審查機制。 2.若主治醫師不在時，有明確規定代理制度表。 3.明訂與醫療照護團隊之聯絡方式，及無法聯絡上時的因應方法。	
	2.3.2 住院、急診病歷應詳實記載病況變化、治療方式及其治療依據說明等，以供事後檢討	C： 1.病歷紀錄應完整詳實，且病人主訴、病史、身體檢查、實驗室檢查、臆斷與診療計畫等。 2.主治醫師需親自診察評估病情，視病情擬訂住院計畫，並有紀錄。 B：符合 C 項，且 1.病程紀錄能適當的反應病況變化及評估。 2.有定期的診療摘要紀錄或交班摘要。 3.病歷記載能顯示達成診斷及實施處置之合理思考邏輯。 A：符合 B 項，且病歷紀錄品質有檢討改善。	C： 1.病歷紀錄應完整詳實，且病人主訴、病史、身體檢查、實驗室檢查、臆斷與診療計畫等。 2.主治醫師需親自診察評估病情，視病情擬訂住院計畫，並有紀錄。 B：符合 C 項，且 1.病程紀錄能適當的反應病況變化及評估。 2.有定期的診療摘要紀錄或交班摘要。 3.病歷記載能顯示達成診斷及實施處置之合理思考邏輯。 A：符合 B 項，且病歷紀錄品質有檢討改善。	無
合	2.3.3 應有醫師迴診並適當回應病人之病情陳訴，紀錄詳實	符合下列項目： 1.上班日急性病房應每日施行迴診，並有紀錄。慢性病房及日間照護病房得視病情減少迴診頻率，但至少每 2 週應迴診 1 次，並有紀錄。 2.每日病程紀錄應有主治醫師簽章，如有增刪，應於增刪處簽名或蓋章及註明年、月、日。全面或部分實施電子病歷之醫院，相關主治醫師複簽、修改紀錄、簽名應能確認其不可否認性。 3.如病人病況有變化或提出相關反應，應予充分陳述及說明並適時調整診療計畫，詳實記錄。	符合下列項目： 1.上班日急性病房應每日施行迴診，並有紀錄。慢性病房及日間照護病房得視病情減少迴診頻率，但至少每 2 週應迴診 1 次，並有紀錄。 2.每日病程紀錄應有主治醫師簽章，如有增刪，應於增刪處簽名或蓋章及註明年、月、日。全面或部分實施電子病歷之醫院，相關主治醫師複簽、修改紀錄、簽名應能確認其不可否認性。 3.如病人病況有變化或提出相關反應，應予充分陳述及說明並適時調整診療計畫，詳實記錄。	無
合	2.3.4 病人轉出至其他單位時，應提供醫療照護	符合下列項目： 訂有轉換單位之作業流程，轉出單位醫療團隊應製作照護摘要或交班紀錄，以供後續照護單位提	符合下列項目： 訂有轉換單位之作業流程，轉出單位醫療團隊應製作照護摘要或交班紀錄，以供後續照護單位提	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
	摘要，以達持續性照護	供持續性病人照護。	供持續性病人照護。	
2.3.5	提供病人基本的身體護理	<p>C：有自我照顧困難之病人能得到基本的身體護理。</p> <p>B：符合 C 項，且能指導家屬對自我照顧困難之病人執行基本的身體護理。</p> <p>A：符合 B 項，且照護人員能親自或協助家屬執行病人基本的身體護理。</p> <p>[註]所謂身體護理，是指身體的清潔、排泄照護、舒適護理、協助進食、睡眠的適切照顧。</p>	<p>C：有自我照顧困難之病人能得到基本的身體護理。</p> <p>B：符合 C 項，且能指導家屬對自我照顧困難之病人執行基本的身體護理。</p> <p>A：符合 B 項，且照護人員能親自或協助家屬執行病人基本的身體護理。</p> <p>[註]所謂身體護理，是指身體的清潔、排泄照護、舒適護理、協助進食、睡眠的適切照顧。</p>	無
2.3.6	因應病人病情，提供適當的照護及持續觀察、評估病人病情，適時修正照護之提供	<p>C：能因應病人病情，正確且迅速處置，提供適當的治療或照護且紀錄詳實。</p> <p>B：符合 C 項，且在適當處理後，能持續觀察處理成效，依病人需求與病情適時修正。</p> <p>A：符合 B 項，且提供獨特性(個別性)的照護。</p> <p>[註]可聽取事例作評估或實地訪視病人。</p>	<p>C：能因應病人病情，正確且迅速處置，提供適當的治療或照護且紀錄詳實。</p> <p>B：符合 C 項，且在適當處理後，能持續觀察處理成效，依病人需求與病情適時修正。</p> <p>A：符合 B 項，且提供獨特性(個別性)的照護。</p> <p>[註]可聽取事例作評估或實地訪視病人。</p>	無
重 2.3.7	護理時數合理	<p>C：依病房特性及病人需求安排適合的護理照護時數。</p> <p>B：符合 C 項，且白班急性病房每位護理人員照顧的病人數≤ 10人，並依病房特性及病人需求安排適合的護理照護時數。</p> <p>A：符合 B 項，且白班急性病房每位護理人員照顧的病人數≤ 8人，並依護理人員能力及病房特性安排適合的護理照護時數且運用適當。</p> <p>[註] 1.適合的護理照護時數可透過實地病房觀察或訪談，了解是否滿足病人各項需求，如：生理需求、心理衛生需求、暴力防護需求等，綜合判斷之。</p>	<p>C：依病房特性及病人需求安排適合的護理照護時數。</p> <p>B：符合 C 項，且白班急性病房每位護理人員照顧的病人數≤ 10人，並依病房特性及病人需求安排適合的護理照護時數。</p> <p>A：符合 B 項，且白班急性病房每位護理人員照顧的病人數≤ 8人，並依護理人員能力及病房特性安排適合的護理照護時數且運用適當。</p> <p>[註] 適合的護理照護時數可透過實地病房觀察或訪談，了解是否滿足病人各項需求，如：生理需求、心理衛生需求、暴力防護需求等，綜合判斷之。</p>	原評量項目 C 加註 102 年委員評量共識內容。

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		<u>2.評量項目 C 其護理人力須符合醫療機構設置標準，並能符合排班基本要求。</u>		
2.3.8	護理過程執行完整	<p>護理過程執行完整之評估、計畫、措施及評值 4 項。</p> <p>C：上述四項中，達成前 3 項（評估、計畫及措施）者。</p> <p>B：上述四項中，達成 4 項者。</p> <p>A：上述四項中，達成 4 項，且有再評值。</p> <p>[註]可訪談護理人員，並由病人處印證實際執行成效。</p>	<p>護理過程執行完整之評估、計畫、措施及評值 4 項。</p> <p>C：上述四項中，達成前 3 項（評估、計畫及措施）者。</p> <p>B：上述四項中，達成 4 項者。</p> <p>A：上述四項中，達成 4 項，且有再評值。</p> <p>[註]可訪談護理人員，並由病人處印證實際執行成效。</p>	無
2.3.9	醫囑之記載與確認應有標準作業，以確保醫囑安全執行	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.應明確訂定醫療照護團隊針對醫囑溝通之機制及醫師確認醫囑的具體步驟。 2.醫療照護團隊人員應落實執行醫囑確認步驟。醫囑變更或修正時有因應及確認步驟並有評估。對醫囑有疑慮時，除與醫師溝通外，必要時有由醫療照護團隊及主管共同確認之機制，以維護病人安全。 3.緊急時（含急救、緊急給藥）接受口頭（含電話）醫囑，應有確認機制，如接受醫囑時要複誦或雙重檢核（兩人接受、記下並核對），且應於 24 小時內完成醫囑記述。 4.醫囑應適時重整及更新。 5.醫囑應有醫師簽章，依醫囑執行之各項醫療活動需有醫事人員簽章。已實施或部分實施電子病歷之醫院應有電子簽章。 6.執行醫囑前應向病人解說並取得同意。 <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.應明確訂定口頭醫囑的範圍及處理方式，於 	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.應明確訂定醫療照護團隊針對醫囑溝通之機制及醫師確認醫囑的具體步驟。 2.醫療照護團隊人員應落實執行醫囑確認步驟。醫囑變更或修正時有因應及確認步驟並有評估。對醫囑有疑慮時，除與醫師溝通外，必要時有由醫療照護團隊及主管共同確認之機制，以維護病人安全。 3.緊急時（含急救、緊急給藥）接受口頭（含電話）醫囑，應有確認機制，如接受醫囑時要複誦或雙重檢核（兩人接受、記下並核對），且應於 24 小時內完成醫囑記述。 4.醫囑應適時重整及更新。 5.醫囑應有醫師簽章，依醫囑執行之各項醫療活動需有醫事人員簽章。已實施或部分實施電子病歷之醫院應有電子簽章。 6.執行醫囑前應向病人解說並取得同意。 <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.應明確訂定口頭醫囑的範圍及處理方式，於 	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明	
		評量項目	評量項目		
		<p>當班完成醫囑記述，並於病歷詳實記載溝通內容及執行情形，由主治醫師簽名或蓋章(已實施或部分實施電子病歷之醫院則以電子簽章方式為之)以示負責。</p> <p>2.瞭解並掌握病人對治療、檢查、處置等之經過及效果，確實記載於病歷。</p> <p>3.對於容易發生錯誤之醫囑，應訂有預防措施。</p> <p>A：符合 B 項，且確實檢討改進醫囑異常事件及有效處置不良反應，定期檢討作業程序。</p>	<p>當班完成醫囑記述，並於病歷詳實記載溝通內容及執行情形，由主治醫師簽名或蓋章(已實施或部分實施電子病歷之醫院則以電子簽章方式為之)以示負責。</p> <p>2.瞭解並掌握病人對治療、檢查、處置等之經過及效果，確實記載於病歷。</p> <p>3.對於容易發生錯誤之醫囑，應訂有預防措施。</p> <p>A：符合 B 項，且確實檢討改進醫囑異常事件及有效處置不良反應，定期檢討作業程序。</p>		
合	2.3.10	<p>醫療照護團隊人員應瞭解病人問題，並讓接班人員知悉</p>	<p>符合下列項目：</p> <p>1.醫療照護團隊訂有交接班作業流程。</p> <p>2.醫療照護團隊人員能瞭解病人問題所在，且能交班清楚，使接班醫療照護團隊人員亦能瞭解病人問題。</p>	無	
可*	2.3.11	<p>依病情之需要，適切照會相關之醫療照護團隊</p>	<p>C：明訂會診相關規定並予落實。</p> <p>B：符合 C 項，且會診結果具時效性及持續性。</p> <p>A：符合 B 項，且會診結果及品質有檢討機制並據以改善。</p> <p>[註]</p> <p>1.總病床 99 床(含)以下者，可自選本條免評。</p> <p>2.會診結果具時效性係指：</p> <p>(1)緊急會診須於 2 小時內訪視病人。</p> <p>(2)一般會診須於 1 個工作日內完成。</p> <p>(3)營養師會診須於 2 個工作日內完成</p>	<p>C：明訂會診相關規定並予落實。</p> <p>B：符合 C 項，且會診結果具時效性及持續性。</p> <p>A：符合 B 項，且會診結果及品質有檢討機制並據以改善。</p> <p>[註]</p> <p>1.總病床 99 床(含)以下者，可自選本條免評。</p> <p>2.會診結果具時效性係指：</p> <p>(1)緊急會診須於 2 小時內訪視病人。</p> <p>(2)一般會診須於 1 個工作日內完成。</p> <p>(3)營養師會診須於 2 個工作日內完成</p>	無
	2.3.12	<p>依據病情評估結果訂定復健計畫，給予適切之復健治療及訓練</p>	<p>C：</p> <p>1.經復健治療團隊評估，評估後與醫療團隊確認個別病人復健需求，依個別病人病況及日常生活功能訓練目標明訂合適、系統性、連續性之復健計畫及執行步驟並轉介各種專</p>	<p>C：</p> <p>1.經復健治療團隊評估，評估後與醫療團隊確認個別病人復健需求，依個別病人病況及日常生活功能訓練目標明訂合適、系統性、連續性之復健計畫及執行步驟並轉介各種專</p>	增修評量項目[註]1 文字，使語意明確。

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		<p>業，如：職能治療、心理治療、社會工作或護理人員，且充分向病人說明。</p> <p>2.應有跨領域之復健服務團隊，並備有紀錄。</p> <p>3.應依計畫類別提供適當輔具或支持服務，並統計復健計畫實施狀況，掌握病人人數等資訊。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <p>1.上述步驟必須依病人功能恢復訓練進度，依復健、訓練紀錄之記載規則，記錄於診療紀錄，具體呈現病人復健進展。</p> <p>2.診療、復健紀錄詳實並與醫療照護團隊定期討論，復健治療團隊應確立相關溝通機制。</p> <p>A：符合 B 項，且</p> <p>1.個案復健治療團隊與醫療照護團隊定期聯合溝通協調討論及施行運動機能之評估（包含不同疾病、種類復健計畫），據以設定訓練目標及具體之訓練計畫，再據以實施及重新評估等。</p> <p>2.復健治療團隊定期/不定期評估各項復健、訓練作業機制，視需要設定具體改善方向及方案。</p> <p>3.對發展遲緩兒童能訂定服務計畫，並組成相關團隊人員提供團隊照護。</p> <p>[註]</p> <p>1.復健治療團隊包含醫師、<u>護理師(士)、職能治療師、臨床心理師、社會工作師</u>之復健治療相關人員。</p> <p>2.應將復健、訓練與診療紀錄一併管理，但定期將必要的資料加入診療紀錄亦可。</p>	<p>業，如：職能治療、心理治療、社會工作或護理人員，且充分向病人說明。</p> <p>2.應有跨領域之復健服務團隊，並備有紀錄。</p> <p>3.應依計畫類別提供適當輔具或支持服務，並統計復健計畫實施狀況，掌握病人人數等資訊。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <p>1.上述步驟必須依病人功能恢復訓練進度，依復健、訓練紀錄之記載規則，記錄於診療紀錄，具體呈現病人復健進展。</p> <p>2.診療、復健紀錄詳實並與醫療照護團隊定期討論，復健治療團隊應確立相關溝通機制。</p> <p>A：符合 B 項，且</p> <p>1.個案復健治療團隊與醫療照護團隊定期聯合溝通協調討論及施行運動機能之評估（包含不同疾病、種類復健計畫），據以設定訓練目標及具體之訓練計畫，再據以實施及重新評估等。</p> <p>2.復健治療團隊定期/不定期評估各項復健、訓練作業機制，視需要設定具體改善方向及方案。</p> <p>3.對發展遲緩兒童能訂定服務計畫，並組成相關團隊人員提供團隊照護。</p> <p>[註]</p> <p>1.復健治療團隊包含醫師、護理及復健治療相關人員。</p> <p>2.應將復健、訓練與診療紀錄一併管理，但定期將必要的資料加入診療紀錄亦可。</p>	

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
2.3.13	安全的保護室空間與設備	<p>C：為預防病人之自傷或破壞行為，保護室之設備與材質有安全之考量與設計。</p> <p>B：符合 C 項，且能符合舒適性及人性化設計。</p> <p>A：符合 B 項，且能注意溫馨之佈置。</p>	<p>C：為預防病人之自傷或破壞行為，保護室之設備與材質有安全之考量與設計。</p> <p>B：符合 C 項，且能符合舒適性及人性化設計。</p> <p>A：符合 B 項，且能注意溫馨之佈置。</p>	無
2.3.14	訂有行動限制(隔離、約束)之作業常規並執行適當	<p>C:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.約束病人身體或限制其活動範圍應有醫囑。 2.非為合理之醫療目的或為防範緊急暴力意外、自殺或自傷之事件，不得拘束病人身體或限制其行動自由於特定之保護設施內。 3.不得以戒具或其他不正當方式拘束病人身體或限制其行動自由。 4.對約束中的病人照護，至少每 15 分鐘探視 1 次且能提供病人生理需求、注意呼吸及肢體循環並防範意外事件發生，且須有紀錄。 <p>B：符合 C 項，且拘束病人身體或限制其行動應有之醫囑包括拘束的形式、持續時間、地點及注意事項等詳細內容，相關人員依醫囑確實執行，不得逾必要之時間，並記錄於病歷中。</p> <p>A: 符合 B 項，且醫療團隊對於受到身體拘束或限制行動的病人有定期檢討下列事項，並有改善紀錄：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.拘束病人身體或限制行動之次數及其持續時間是否合理、適當。 2.用拘束病人身體或限制行動所達成之醫療或保護目的，是否有其他較少損害病人權益的方法可以達成，以使病人權益的損害減至最低。 3.拘束病人身體或限制行動所造成的損害是否 	<p>C:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.約束病人身體或限制其活動範圍應有醫囑。 2.非為合理之醫療目的或為防範緊急暴力意外、自殺或自傷之事件，不得拘束病人身體或限制其行動自由於特定之保護設施內。 3.不得以戒具或其他不正當方式拘束病人身體或限制其行動自由。 4.對約束中的病人照護，至少每 15 分鐘探視 1 次且能提供病人生理需求、注意呼吸及肢體循環並防範意外事件發生，且須有紀錄。 <p>B：符合 C 項，且拘束病人身體或限制其行動應有之醫囑包括拘束的形式、持續時間、地點及注意事項等詳細內容，相關人員依醫囑確實執行，不得逾必要之時間，並記錄於病歷中。</p> <p>A: 符合 B 項，且醫療團隊對於受到身體拘束或限制行動的病人有定期檢討下列事項，並有改善紀錄：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.拘束病人身體或限制行動之次數及其持續時間是否合理、適當。 2.用拘束病人身體或限制行動所達成之醫療或保護目的，是否有其他較少損害病人權益的方法可以達成，以使病人權益的損害減至最低。 3.拘束病人身體或限制行動所造成的損害是否與欲達成之目的利益顯失均衡。 	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		與欲達成之目的利益顯失均衡。		
	2.3.15	<p>評估住院病人營養狀態，適切給予營養及飲食指導</p> <p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.確立營養篩檢、飲食指導等照會流程與機制。 2.營養師依據營養評估之結果，予以個案營養診斷後，施予適切之營養支持、營養教育、飲食指導等，且有具體紀錄。 <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.營養照護紀錄完整，並可與醫療團隊其他成員參考討論，據以共同擬定照護計畫。 2.設有營養諮詢門診及必要之教具（如：食物模型或圖鑑、各類量匙量杯等容器）及設備（如：體重計、體組成分析儀等）。 3.對於提供之營養服務應有評估機制及統計。 <p>A：符合 B 項，且有治療飲食及營養之分析與提升品質策略，並落實執行。</p> <p>[註]總病床 99 床(含)以下醫院若未設有營養師，醫護人員亦應評估病人的營養狀況及提供飲食指導。</p>	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.確立營養篩檢、飲食指導等照會流程與機制。 2.營養師依據營養評估之結果，予以個案營養診斷後，施予適切之營養支持、營養教育、飲食指導等，且有具體紀錄。 <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.營養照護紀錄完整，並可與醫療團隊其他成員參考討論，據以共同擬定照護計畫。 2.設有營養諮詢門診及必要之教具（如：食物模型或圖鑑、各類量匙量杯等容器）及設備（如：體重計、體組成分析儀等）。 3.對於提供之營養服務應有評估機制及統計。 <p>A：符合 B 項，且有治療飲食及營養之分析與提升品質策略，並落實執行。</p> <p>[註]總病床 99 床(含)以下醫院若未設有營養師，醫護人員亦應評估病人的營養狀況及提供飲食指導。</p>	無
合	2.3.16	<p>提供病人適當之衛教資料與指導</p> <p>符合下列項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫療照護團隊依病人需要提供衛教單張及資料，且必要時給予個別性之指導、衛教或團體衛教。 2.適時更新衛教指導內容；且能評估成效。 <p>[註]衛教資料可包括：健康促進、疾病照護、自我照護、三高、酗酒、戒菸、檳榔...等議題，如：有吸菸、嚼檳榔者給予戒菸、戒檳榔之建議、衛教資料及提供治療。</p>	<p>符合下列項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫療照護團隊依病人需要提供衛教單張及資料，且必要時給予個別性之指導、衛教或團體衛教。 2.適時更新衛教指導內容；且能評估成效。 <p>[註]衛教資料可包括：健康促進、疾病照護、自我照護、三高、酗酒、戒菸、檳榔...等議題，如：有吸菸、嚼檳榔者給予戒菸、戒檳榔之建議、衛教資料及提供治療。</p>	無
	2.3.17	<p>明訂院內突發危急病人急救</p> <p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.明訂院內突發危急病人急救措施之標準作業 	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.明訂院內突發危急病人急救措施之標準作業 	增修評量項 [註]文字。

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
	措施，且應落實執行	<p>程序。</p> <p>2.應公告全體工作人員周知緊急事件的代號或暗語，及其因應處理方針及步驟。</p> <p>3.備有急救設備及藥品，功能及供應正常，並能正確操作，且各班別確實點班。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <p>1.醫療團隊之急救處理熟練。</p> <p>2.每年至少舉辦一次以上醫療團隊之急救演練且有紀錄。</p> <p>A：符合 B 項，且針對院內急救事件能定期檢討改善。</p> <p>[註]若急救車上鎖或封條機制則毋須每班點班，但有定期核對急救用品有效期限之機制。</p>	<p>程序。</p> <p>2.應公告全體工作人員周知緊急事件的代號或暗語，及其因應處理方針及步驟。</p> <p>3.備有急救設備及藥品，功能及供應正常，並能正確操作，且各班別確實點班。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <p>1.醫療團隊之急救處理熟練。</p> <p>2.每年至少舉辦一次以上醫療團隊之急救演練且有紀錄。</p> <p>A：符合 B 項，且針對院內急救事件能定期檢討改善。</p> <p>[註]若急救車上鎖則毋須每班點班，但有定期核對急救用品有效期限之機制。</p>	
合	2.3.18 訂定病人臨終前、後之處理流程	<p>符合下列項目：</p> <p>1.明訂病人臨終前、後之處理規範，應尊重臨終病人提供家屬意見反應之管道。</p> <p>2.相關醫療照護團隊人員應有哀傷輔導在職訓練。</p> <p>3.協助家屬面對病人臨終的事實，並能依家屬需要，提供探視的環境、哀傷輔導及關懷服務。</p>	<p>符合下列項目：</p> <p>1.明訂病人臨終前、後之處理規範，應尊重臨終病人提供家屬意見反應之管道。</p> <p>2.相關醫療照護團隊人員應有哀傷輔導在職訓練。</p> <p>3.協助家屬面對病人臨終的事實，並能依家屬需要，提供探視的環境、哀傷輔導及關懷服務。</p>	無
2.4	特殊照護服務	<p>【重點說明】</p> <p>在醫療中有許多高危險情境（如急診、加護病房中），病人之醫療照護執行與評估十分重要，因此醫院必須特別對此訂定適宜之標準流程及規定，以提供適宜的照護品質；醫院對高危險病人之照護應有特殊之規範，以提供完整、一致、安全的醫療照護。本章規範之目的有下列幾項：</p>	<p>【重點說明】</p> <p>在醫療中有許多高危險情境（如急診、加護病房中），病人之醫療照護執行與評估十分重要，因此醫院必須特別對此訂定適宜之標準流程及規定，以提供適宜的照護品質；醫院對高危險病人之照護應有特殊之規範，以提供完整、一致、安全的醫療照護。本章規範之目的有下列幾項：</p> <p>1.急診及加護病房之病人，均為危急之病情，病</p>	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明	
		評量項目	評量項目		
		<p>1.急診及加護病房之病人，均為危急之病情，病人之醫療照護執行與評估均應有特殊之要求。醫院對設備器材及醫療照護執行人員之人力、資格、訓練均應符合規定。</p> <p>2.照護精神科病人之醫療照護人員之人力、資格、訓練均應符合規定，並能提供適宜的精神照護內容。</p> <p>特殊病人照護應有合宜的醫療品質管理，除建立及確實執行感染管制作業外，亦應設定醫療及病人照護品質指標或目標，確保病人權益。</p>	<p>人之醫療照護執行與評估均應有特殊之要求。醫院對設備器材及醫療照護執行人員之人力、資格、訓練均應符合規定。</p> <p>2.照護精神科病人之醫療照護人員之人力、資格、訓練均應符合規定，並能提供適宜的精神照護內容。</p> <p>特殊病人照護應有合宜的醫療品質管理，除建立及確實執行感染管制作業外，亦應設定醫療及病人照護品質指標或目標，確保病人權益。</p>		
可	2.4.1	適當之急診人力配置及訓練	<p>C：</p> <p>1.在急診部門有專責醫師及專任護理人員。</p> <p>2.急診醫護人員皆具有 BLS 訓練且合格，並定期接受 ALS 訓練。</p> <p>3.30%以上急診醫護人員具有 ACLS 證書。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <p>1.有緊急支援流程，支援人力足夠因應需求。</p> <p>2.50%以上急診醫護人員具有 ACLS 證書。</p> <p>A：符合 B 項，且</p> <p>1.全天候應由專科醫師值班。</p> <p>2.80%以上急診醫護人員具有 ACLS 證書。</p> <p>[註]</p> <p>未設有急診部門者，可自選本條免評。</p>	<p>C：</p> <p>1.在急診部門有專責醫師及專任護理人員。</p> <p>2.急診醫護人員皆具有 BLS 訓練且合格，並定期接受 ALS 訓練。</p> <p>3.30%以上急診醫護人員具有 ACLS 證書。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <p>1.有緊急支援流程，支援人力足夠因應需求。</p> <p>2.50%以上急診醫護人員具有 ACLS 證書。</p> <p>A：符合 B 項，且</p> <p>1.全天候應由專科醫師值班。</p> <p>2.80%以上急診醫護人員具有 ACLS 證書。</p> <p>[註]</p> <p>未設有急診部門者，可自選本條免評。</p>	無
可	2.4.2	急診應有完備之設施、設備、儀器，並確實執行保養管理及清潔管理	<p>C：具施行病人約束、監測、留觀、檢驗之設施，且經常備妥於確實可用狀態。</p> <p>B：符合C項，且有專人負責相關設施、設備及儀器之定期清潔保養，並有紀錄可查者。</p> <p>A：符合 B 項，並有檢討改善。</p> <p>[註]未設有急診部門者，可自選本條免評。</p>	<p>C：具施行病人約束、監測、留觀、檢驗之設施，且經常備妥於確實可用狀態。</p> <p>B：符合C項，且有專人負責相關設施、設備及儀器之定期清潔保養，並有紀錄可查者。</p> <p>A：符合 B 項，並有檢討改善。</p> <p>[註]未設有急診部門者，可自選本條免評。</p>	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
可	2.4.3	<p>依醫院的角色任務，提供急診病人處理的能力</p> <p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.受理急診病人之原則及步驟應確實遵守，在醫院無法接受病人時，亦可先予初期治療或復甦術，<u>在運送期間與其他醫療機構聯絡，並設想對策。</u> 2.醫院日常業務中有實施急性精神病人的緊急處置，其檢查、診斷、住院等的施行狀況應符合其定位。 3.具備急診病人受理之紀錄與報告。報告中應包括到院方式、診斷名等主要處置紀錄與疾病進程等相關數據之記載。 4.有急診專用病床者，應記錄其平均住院天數、科別使用頻率、診療費等醫事統計，據此掌握相關資源實際運用狀況，並提院內急診相關委員會檢討，供院內修正急診醫療作業所需。 5.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。 <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.<u>對急診病人訂有緊急處置流程，及定期檢討評估機制。</u> 2.急診醫療人員能力、設備充分，可妥善處理不同類型病人（器質性、功能性、成癮、自殺等）之診斷、鑑別、處置。 3.可完成檢查及報告、住院等相關緊急處置作業。 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。 	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.受理急診病人之原則及步驟應確實遵守，在醫院無法接受病人時，亦可先予初期治療或復甦術，<u>在運送期間與其他醫療機構聯絡，並設想對策者。</u> 2.醫院日常業務中有實施急性精神病人的緊急處置，其檢查、診斷、住院等的施行狀況應符合其定位。 3.具備急診病人受理之紀錄與報告。報告中應包括到院方式、診斷名等主要處置紀錄與疾病進程等相關數據之記載。 4.有急診專用病床者，應記錄其平均住院天數、科別使用頻率、診療費等醫事統計，據此掌握相關資源實際運用狀況，並提院內急診相關委員會檢討，供院內修正急診醫療作業所需。 5.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。 <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.<u>對需急診病人訂有緊急處置流程，及定期檢討評估機制。</u> 2.急診醫療人員能力、設備充分，可妥善處理不同類型病人（器質性、功能性、成癮、自殺等）之診斷、鑑別、處置。 3.可完成檢查及報告、住院等相關緊急處置作業。 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。 	<p>評量項目 C-1、B-1 文字酌修。</p>

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明	
		評量項目	評量項目		
		<p>A：符合 B 項，且各項處置流程，有定期檢討改善。</p> <p>[註]</p> <p>1.未設有急診部門者，可自選本條免評。</p> <p>2.救護人員包括醫師、護理人員、救護技術員。</p> <p>3.醫療法第 60 條（民國 98 年 05 月 20 日修正） 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。</p> <p>4.醫療法第 73 條（民國 98 年 05 月 20 日修正） 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。</p> <p>5.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 條規定辦理。</p>	<p>A：符合 B 項，且各項處置流程，有定期檢討改善。</p> <p>[註]</p> <p>1.未設有急診部門者，可自選本條免評。</p> <p>2.救護人員包括醫師、護理人員、救護技術員。</p> <p>3.醫療法第 60 條（民國 98 年 05 月 20 日修正） 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。</p> <p>4.醫療法第 73 條（民國 98 年 05 月 20 日修正） 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。</p> <p>5.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 條規定辦理。</p>		
可	2.4.4	具備完善的急診醫事人員值班制度	<p>C：應有適當醫事人員值班或待命支援制度。</p> <p>B：符合 C 項，且有藥師、醫事檢驗師、醫事放射師（士）等醫事人員值班。</p> <p>A：符合 B 項，且具有完整之值班制度，並定期檢討改善。</p> <p>[註]未設有急診部門者，可自選本條免評。</p>	<p>C：應有適當醫事人員值班或待命支援制度。</p> <p>B：符合 C 項，且有藥師、醫事檢驗師、醫事放射師（士）等醫事人員值班。</p> <p>A：符合 B 項，且具有完整之值班制度，並定期檢討改善。</p> <p>[註]未設有急診部門者，可自選本條免評。</p>	無
可	2.4.5	應有急診病人醫療、救護處理之適當性及	<p>C：</p> <p>1.設有急診委員會或相關組織，確保急診管理與品質促進。</p>	<p>C：</p> <p>1.設有急診委員會或相關組織，確保急診管理與品質促進。</p>	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
	品質檢討分析與改善	<p>2.訂有急診醫療品質相關指標，並定期收集分析，製成報告。</p> <p>3.對急診病人病例進行檢討與分析（含到院前死亡之病例）。</p> <p>4.應有急診精神科醫療作業療程及病人轉介系統，包含：</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>5.轉出時應提供轉診病歷摘要。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <p>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。</p> <p>2.對急診病人醫療處理之適當性有做檢討與分析。</p> <p>A：符合 B 項，且有具體急診醫療處置、緊急救護品質及轉診病人適當性之改善方案或措施。</p> <p>[註]</p> <p>1.未設有急診部門者，可自選本條免評。</p> <p>2.急診品質指標包含病人滯留急診 24 及 48 小時以上之比率、72 小時內回診病人比率、應住加護病房而未能 1 小時住進加護病房的人數及比率、應住普通病房而未能即時住進普通病房的人數及比率等。</p>	<p>2.訂有急診醫療品質相關指標，並定期收集分析，製成報告。</p> <p>3.對急診病人病例進行檢討與分析（含到院前死亡之病例）。</p> <p>4.應有急診精神科醫療作業療程及病人轉介系統，包含：</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>5.轉出時應提供轉診病歷摘要。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <p>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。</p> <p>2.對急診病人醫療處理之適當性有做檢討與分析。</p> <p>A：符合 B 項，且有具體急診醫療處置、緊急救護品質及轉診病人適當性之改善方案或措施。</p> <p>[註]</p> <p>1.未設有急診部門者，可自選本條免評。</p> <p>2.急診品質指標包含病人滯留急診 24 及 48 小時以上之比率、72 小時內回診病人比率、應住加護病房而未能 1 小時住進加護病房的人數及比率、應住普通病房而未能即時住進普通病房的人數及比率等。</p>	
2.4.6	建置適當的診療科支援機制	<p>C：應依醫院於社區之角色任務，建置適當的診療科支援或合作轉診內外科之機制。</p> <p>B：符合C項，且轉診之合作醫院品質良好，迅速便捷，並有定期互動檢討者。</p>	<p>C：應依醫院於社區之角色任務，建置適當的診療科支援或合作轉診內外科之機制。</p> <p>B：符合C項，且轉診之合作醫院品質良好，迅速便捷，並有定期互動檢討者。</p>	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		A：符合 B 項，有支援機制且定期檢討改善。 [註]本條文評量內容包含院內病人照會精神科以外科別，或院外轉診之機制。	A：符合 B 項，有支援機制且定期檢討改善。 [註]本條文評量內容包含院內病人照會精神科以外科別，或院外轉診之機制。	
可	2.4.7 適當之加護病房組織及人力配置	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 醫師人力： (1)加護病房每 10 床應有專責醫師 1 人。 (2)應有會診治療的合作體制。 護理人力：每床應有 1 人。 醫護人員皆具有 BLS 訓練且合格，並定期接受 ALS 訓練。 醫護人員 30% 以上具有 ACLS 證書。 <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 專責醫師須具備高級心臟救命術 (ACLS) 證書。 假日及夜間有資深醫師值班。 護理人力為 C 項要求之 1.5 倍。 醫護人員 50% 以上具有 ACLS 證書。 <p>A：符合 B 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 有專任主治醫師。 社工師固定評估每床病人之經濟、心理及社會狀況並有紀錄。 護理人力為 C 項要求之 2 倍。 <p>[註]未設有加護病房者，可自選本條免評。</p>	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 醫師人力： (1)加護病房每 10 床應有專責醫師 1 人。 (2)應有會診治療的合作體制。 護理人力：每床應有 1 人。 醫護人員皆具有 BLS 訓練且合格，並定期接受 ALS 訓練。 醫護人員 30% 以上具有 ACLS 證書。 <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 專責醫師須具備高級心臟救命術 (ACLS) 證書。 假日及夜間有資深醫師值班。 護理人力為 C 項要求之 1.5 倍。 醫護人員 50% 以上具有 ACLS 證書。 <p>A：符合 B 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 有專任主治醫師。 社工師固定評估每床病人之經濟、心理及社會狀況並有紀錄。 護理人力為 C 項要求之 2 倍。 <p>[註]未設有加護病房者，可自選本條免評。</p>	
可	2.4.8 加護病房備齊相關設施、設備及儀器，並應定期保養、維護，且有紀錄可查	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 設施、設備符合醫療機構設置標準附表三相關規定。 設有供病人照護安全及監控設備、急救及隔離設施。 明訂保養、檢查的排程，並有紀錄。 	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 設施、設備符合醫療機構設置標準附表三相關規定。 設有供病人照護安全及監控設備、急救及隔離設施。 明訂保養、檢查的排程，並有紀錄。 	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		<p>B：符合 C 項，且病人應有適當區隔，避免相互干擾。</p> <p>A：符合 B 項，且可因應感控隔離需要者。</p> <p>[註]未設有加護病房者，可自選本條免評。</p>	<p>B：符合 C 項，且病人應有適當區隔，避免相互干擾。</p> <p>A：符合 B 項，且可因應感控隔離需要者。</p> <p>[註]未設有加護病房者，可自選本條免評。</p>	
可	2.4.9	<p>良好的加護病房管理、收案評估、診療品質與紀錄</p> <p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 訂定加護病房轉入轉出原則、具體步驟及客觀評估標準並確實執行，且有檢查或處置的根據及記錄其結果。 於紀錄中應記載每位病人的進出原因，以評估是否符合進出標準。 加護病房病人住院天數適當。 具有加護病房使用情形之統計分析。 有加護病房管理會議，定期開會檢討相關事項，並有紀錄可查。 有 4 項品質監測指標，並能正確且完整監測，且有具體改善措施及評值。 <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 有病人轉入轉出統計並檢討收案適當性。 設有加護病房床位運用規則、轉入優先順序。 持續品質提升活動、品質指標收集及檢討改進。 加護病房管理會議管理及執行品質優良。 有 5 項品質監測指標，能正確、完整且持續監測，並有具體完整改善措施及評值。 <p>A：符合 B 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 定期品質指標監測，並有具體改善方案及實務成效。 定期舉行病例討論會、非預期死亡病例及意 	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 訂定加護病房轉入轉出原則、具體步驟及客觀評估標準並確實執行，且有檢查或處置的根據及記錄其結果。 於紀錄中應記載每位病人的進出原因，以評估是否符合進出標準。 加護病房病人住院天數適當。 具有加護病房使用情形之統計分析。 有加護病房管理會議，定期開會檢討相關事項，並有紀錄可查。 有 4 項品質監測指標，並能正確且完整監測，且有具體改善措施及評值。 <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 有病人出入院統計並檢討收案適當性。 設有加護病房床位運用規則、轉入優先順序。 持續品質提升活動、品質指標收集及檢討改進。 加護病房管理會議管理及執行品質優良。 有 5 項品質監測指標，能正確、完整且持續監測，並有具體完整改善措施及評值。 <p>A：符合 B 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 定期品質指標監測，並有具體改善方案及實務成效。 定期舉行病例討論會、非預期死亡病例及意外事件檢討，每月至少 1~2 次。 	<p>評量項目 B-1 文字酌修。</p>

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		<p>外事件檢討，每月至少 1~2 次。</p> <p>3.根據會議結論持續改進並有追蹤紀錄。</p> <p>4.加護病房管理會議有定期查核及改善，並有紀錄可查。</p> <p>5.有 6 項(含)以上品質監測指標，能正確、完整且持續監測，並有具體完整改善措施及評值。</p> <p>[註]未設有加護病房者，可自選本條免評。</p>	<p>3.根據會議結論持續改進並有追蹤紀錄。</p> <p>4.加護病房管理會議有定期查核及改善，並有紀錄可查。</p> <p>5.有 6 項(含)以上品質監測指標，能正確、完整且持續監測，並有具體完整改善措施及評值。</p> <p>[註]未設有加護病房者，可自選本條免評。</p>	
可	2.4.10	<p>加護病房護理人員須依其特性及護理人員需要，安排在職教育訓練，並評核其能力</p> <p>C：</p> <p>1.至少需具有精神科護理進階 N2 或精神科護理臨床工作 2 年以上之素質：≥50%。</p> <p>2.依單位特性及護理人員需要，每年應有院內外之精神科重症護理訓練至少 12 小時。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <p>1.至少需具有精神科護理進階 N2 或精神科護理臨床工作 2 年以上之素質：≥60%。</p> <p>2.院內外之精神科重症護理在職教育訓練時數超過 12 小時。</p> <p>A：符合 B 項，且</p> <p>1.至少需具有精神科護理進階 N2 或精神科護理臨床工作 2 年以上之素質：≥70%。</p> <p>2.進行能力評估之檢討改善且成效良好。</p> <p>[註]</p> <p>1.未設有加護病房者，可自選本條免評。</p> <p>2.護理人員應具備加護護理能力，包括：重症護理知能、儀器操作、危急狀況之預測、緊急處置能力、病人問題的評估與處理等。</p>	<p>C：</p> <p>1.至少需具有精神科護理進階 N2 或精神科護理臨床工作 2 年以上之素質：≥50%。</p> <p>2.依單位特性及護理人員需要，每年應有院內外之精神科重症護理訓練至少 12 小時。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <p>1.至少需具有精神科護理進階 N2 或精神科護理臨床工作 2 年以上之素質：≥60%。</p> <p>2.院內外之精神科重症護理在職教育訓練時數超過 12 小時。</p> <p>A：符合 B 項，且</p> <p>1.至少需具有精神科護理進階 N2 或精神科護理臨床工作 2 年以上之素質：≥70%。</p> <p>2.進行能力評估之檢討改善且成效良好。</p> <p>[註]</p> <p>1.未設有加護病房者，可自選本條免評。</p> <p>2.護理人員應具備加護護理能力，包括：重症護理知能、儀器操作、危急狀況之預測、緊急處置能力、病人問題的評估與處理等。</p>	無
可	2.4.11	<p>日間留院應提供以病人為中</p> <p>C：</p> <p>1.醫療團隊提供個別生活訓練、服藥訓練、工</p>	<p>C：</p> <p>1.醫療團隊提供個別生活訓練、服藥訓練、工</p>	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
	心之治療模式	<p>作能力訓練、社交技巧訓練、家庭關係強化等復健服務。</p> <p>2.訂有入出院標準及流程。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <p>1.作業環境優良。</p> <p>2.業務執行能符合個別化之復健治療目標。</p> <p>A：符合 B 項，且有定期的業務檢討改善。</p> <p>[註]未有日間留院者，可自選本條免評。</p>	<p>作能力訓練、社交技巧訓練、家庭關係強化等復健服務。</p> <p>2.訂有入出院標準及流程。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <p>1.作業環境優良。</p> <p>2.業務執行能符合個別化之復健治療目標。</p> <p>A：符合 B 項，且有定期的業務檢討改善。</p> <p>[註]未有日間留院者，可自選本條免評。</p>	
可*	2.4.12 能提供家庭暴力或性侵害加害人特殊病例治療業務	<p>C：具執行家庭暴力或性侵害加害人處遇業務之處遇人員，且執行處遇人員每年接受訓練時數達 7 小時以上，每年接受督導時數達 6 小時以上。</p> <p>B：符合 C 項，且有參與所在地家庭暴力及性侵害防治中心加害人評估小組或高危險個案網絡會議業務。</p> <p>A：符合 B 項，且能追蹤檢討所執行家庭暴力及性侵害加害人處遇計畫個案之成效。</p> <p>[註]總病床 99 床(含)以下者，可自選本條免評。</p>	<p>C：具執行家庭暴力或性侵害加害人處遇業務之處遇人員，且執行處遇人員每年接受訓練時數達 7 小時以上，每年接受督導時數達 6 小時以上。</p> <p>B：符合 C 項，且有參與所在地家庭暴力及性侵害防治中心加害人評估小組或高危險個案網絡會議業務。</p> <p>A：符合 B 項，且能追蹤檢討所執行家庭暴力及性侵害加害人處遇計畫個案之成效。</p> <p>[註]總病床 99 床(含)以下者，可自選本條免評。</p>	無
可*	2.4.13 設有成癮治療專業人力提供酒精、藥物成癮者治療服務並掌握執行情形、品質檢討及改善分析	<p>C：</p> <p>1.能提供酒精、藥物成癮者治療服務，如門診、心理輔導、認知教育輔導或住院等。</p> <p>2.個案收案及治療紀錄完整。</p> <p>3.應由相關醫事人員組成醫療團隊，團隊成員則每年受過至少 8 小時成癮治療訓練。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <p>1.能提供藥物成癮者替代治療服務，治療相關資料並建置及完整上傳至中央衛生主管機關替代治療作業系統。</p> <p>2.能定期舉行酒癮、藥癮個案討論會，針對醫</p>	<p>C：</p> <p>1.能提供酒精、藥物成癮者治療服務，如門診、心理輔導、認知教育輔導或住院等。</p> <p>2.個案收案及治療紀錄完整。</p> <p>3.應由相關醫事人員組成醫療團隊，團隊成員則每年受過至少 8 小時成癮治療訓練。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <p>1.能提供藥物成癮者替代治療服務，治療相關資料並建置及完整上傳至中央衛生主管機關替代治療作業系統。</p> <p>2.能定期舉行酒癮、藥癮個案討論會，針對醫</p>	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		<p>療處理正當性做檢討與分析。</p> <p>3.訂有品質指標，並定期收集分析，製成報告。</p> <p>A：符合 B 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.能追蹤檢討所執行酒癮、藥癮個案之成效。 2.能正確、完整且持續監測品質指標，並有具體完整改善措施及評值。 <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.總病床 99 床（含）以下者，可自選本條免評。 2.個案收案及治療紀錄，如病史、身心狀況、意願、動機、各項檢查（檢驗）報告、配合度、相關治療評估及轉介照會等事項。 3.酒癮、藥癮治療醫療團隊，包括精神科專科醫師、藥師、護理人員、臨床心理師、職能治療人員及社會工作人員等至少各 1 名。 	<p>療處理正當性做檢討與分析。</p> <p>3.訂有品質指標，並定期收集分析，製成報告。</p> <p>A：符合 B 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.能追蹤檢討所執行酒癮、藥癮個案之成效。 2.能正確、完整且持續監測品質指標，並有具體完整改善措施及評值。 <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.總病床 99 床（含）以下者，可自選本條免評。 2.個案收案及治療紀錄，如病史、身心狀況、意願、動機、各項檢查（檢驗）報告、配合度、相關治療評估及轉介照會等事項。 3.酒癮、藥癮治療醫療團隊，包括精神科專科醫師、藥師、護理人員、臨床心理師、職能治療人員及社會工作人員等至少各 1 名。 	
2.4.14	落實自殺防治工作	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.發現自殺未遂個案，於衛生福利部自殺防治通報系統，上網填報自殺防治通報關懷單。 2.如發現通報案件已涉兒童及少年保護案件或家庭暴力事件時，應依據「兒童及少年福利與權益保障法」及「家庭暴力防治法」等規定，於 24 小時內向直轄市、縣（市）主管機關通報。 3.加強病房環境安全措施檢查。 4.針對不符強制住院或無住院意願者，向家屬、親友等人說明自殺風險、協助辨識自殺危險警訊以及提供救援機制與轉介資源等，以做好離院準備。 <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.成立整合性服務團隊（自殺防治小組），訂 	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.發現自殺未遂個案，於行政院衛生署自殺防治通報系統，上網填報自殺防治通報關懷單。 2.如發現通報案件已涉兒童及少年保護案件或家庭暴力事件時，應依據「兒童及少年福利與權益保障法」及「家庭暴力防治法」等規定，於 24 小時內向直轄市、縣（市）主管機關通報。 3.加強病房環境安全措施檢查。 4.針對不符強制住院或無住院意願者，向家屬、親友等人說明自殺風險、協助辨識自殺危險警訊以及提供救援機制與轉介資源等，以做好離院準備。 <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.成立整合性服務團隊（自殺防治小組），訂 	配合本部改制，原評量項目 C-1「行政院衛生署」更名為「衛生福利部」。

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		定標準化照護流程。 2.定期提供個案自殺危險性評估。 3.擬訂自殺高危險個案照護計畫。 4.建立照會與轉介機制。 A：符合 B 項，且 1.針對 65 歲以上病人進行全面性憂鬱症篩檢。 2.較前一年度院內自殺/企圖自殺事件數降低。	定標準化照護流程。 2.定期提供個案自殺危險性評估。 3.擬訂自殺高危險個案照護計畫。 4.建立照會與轉介機制。 A：符合 B 項，且 1.針對 65 歲以上病人進行全面性憂鬱症篩檢。 2.較前一年度院內自殺/企圖自殺事件數降低。	
2.4.15	明確訂定職能治療的方針、任務、功能	C： 1.依據醫院在社區的角色任務，明確訂定職能治療部門的方針，並按此方針明訂任務與功能。 2.職能治療之目的在於使病人提升病人生活功能，能回歸社區，達成社區與職業復健目標，應明訂並以書面方式說明欲達成何種任務與功能等。 3.訂有職能治療工作手冊，且落實執行。 4.適當之設施設備及儀器，並有器材管理保養及維護。 B：符合 C 項，且 1.職能治療業務應訂有詳細的職能治療工作內容，團體活動企劃書和業務處理流程，均備有紀錄。 2.為配合臨床病歷與復健作業專款所需，應有足夠之電腦設備可供使用。 A：符合 B 項，且提供社區心理衛生教育宣導、社區復健、職業復健和預防慢性化之措施。	C： 1.依據醫院在社區的角色任務，明確訂定職能治療部門的方針，並按此方針明訂任務與功能。 2.職能治療之目的在於使病人提升病人生活功能，能回歸社區，達成社區與職業復健目標，應明訂並以書面方式說明欲達成何種任務與功能等。 3.訂有職能治療工作手冊，且落實執行。 4.適當之設施設備及儀器，並有器材管理保養及維護。 B：符合 C 項，且 1.職能治療業務應訂有詳細的職能治療工作內容，團體活動企劃書和業務處理流程，均備有紀錄。 2.為配合臨床病歷與復健作業專款所需，應有足夠之電腦設備可供使用。 A：符合 B 項，且提供社區心理衛生教育宣導、社區復健、職業復健和預防慢性化之措施。	無
2.4.16	依病人需要制訂職能治療評估與計畫	C： 1.須對個別病人明訂合適、系統性、連續性之職能治療計畫及執行步驟。上述步驟必須依	C： 1.須對個別病人明訂合適、系統性、連續性之職能治療計畫及執行步驟。上述步驟必須依	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		<p>病人功能復健訓練進度，定期施行生活功能之評估，據以設定訓練目標及具體之訓練計畫，以及後續之再評估及修正，並置入病歷中。</p> <p>2.應將復健治療紀錄併入病歷管理。</p> <p>B：符合 C 項，且針對不同性別、年齡、功能、診斷等病人群或次專科之需要，提供多元性且適當治療模式，或有創意善用院內外資源提供多種（5 種以上）復健模式，並衡酌其量及質之情形予以評分。</p> <p>A：符合 B 項，且職能治療作業應於期限內（急性 3~7 天，慢性 1 個月）對病人有涵蓋生理、心理與社會層面之評估與治療，並將紀錄和報告夾貼病歷內。</p>	<p>病人功能復健訓練進度，定期施行生活功能之評估，據以設定訓練目標及具體之訓練計畫，以及後續之再評估及修正，並置入病歷中。</p> <p>2.應將復健治療紀錄併入病歷管理。</p> <p>B：符合 C 項，且針對不同性別、年齡、功能、診斷等病人群或次專科之需要，提供多元性且適當治療模式，或有創意善用院內外資源提供多種（5 種以上）復健模式，並衡酌其量及質之情形予以評分。</p> <p>A：符合 B 項，且職能治療作業應於期限內（急性 3~7 天，慢性 1 個月）對病人有涵蓋生理、心理與社會層面之評估與治療，並將紀錄和報告夾貼病歷內。</p>	
2.4.17	依病人需要實施適宜的職能治療服務與品質	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.應有治療、復健與訓練紀錄，及依復健計畫實施系統性的復健。 2.應確立治療、復健與訓練紀錄記載規則。 3.提供合適的職能治療活動及服務時數，且公佈活動時間表並確實執行。 4.應有 50% 以上之個案轉介率，且應有病人出席職能治療活動紀錄。 5.應依計畫類別統計復健計畫之實施狀況，以掌握治療人數等資訊，確立相關機制，以評值及檢討是否提供適當的服務。 <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.應有 70% 以上之個案轉介率，每位個案每週接受 5 小時以上之職能治療服務，並於病歷之記載次數完整、詳實。 	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.應有治療、復健與訓練紀錄，及依復健計畫實施系統性的復健。 2.應確立治療、復健與訓練紀錄記載規則。 3.提供合適的職能治療活動及服務時數，且公佈活動時間表並確實執行。 4.應有 50% 以上之個案轉介率，且應有病人出席職能治療活動紀錄。 5.應依計畫類別統計復健計畫之實施狀況，以掌握治療人數等資訊，確立相關機制，以評值及檢討是否提供適當的服務。 <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.應有 70% 以上之個案轉介率，每位個案每週接受 5 小時以上之職能治療服務，並於病歷之記載次數完整、詳實。 	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		2.復健計畫之實施狀況，有具體檢討措施。 A：符合 B 項，且 1.應有 90% 以上之個案轉介率，每位個案每週接受 10 小時以上之職能治療服務。 2.復健計畫之實施狀況，有具體品質提升計畫，並有改善成果及佐證資料。	2.復健計畫之實施狀況，有具體檢討措施。 A：符合 B 項，且 1.應有 90% 以上之個案轉介率，每位個案每週接受 10 小時以上之職能治療服務。 2.復健計畫之實施狀況，有具體品質提升計畫，並有改善成果及佐證資料。	
2.4.18	評估病人社會心理需求，並據以制訂精神醫療社會工作計畫	C： 1.社會心理評估完整，且訂有具體可行之精神醫療社會工作計畫。 2.急性及日間病房有 50% 以上病人訂有精神醫療社會工作計畫，慢性病房則有 30% 以上病人訂有精神醫療社會工作計畫。 3.訂有精神醫療社會工作手冊，且至少每 3 年檢視及更新。 B：符合 C 項，且急性及日間病房有 70% 以上病人訂有精神醫療社會工作計畫，慢性病房有 50% 以上病人訂有精神醫療社會工作計畫。 A：符合 B 項，且急性及日間病房有 90% 以上病人訂有精神醫療社會工作計畫，慢性病房有 70% 以上病人訂有精神醫療社會工作計畫，計畫有定期評估修正。	C： 1.社會心理評估完整，且訂有具體可行之精神醫療社會工作計畫。 2.急性及日間病房有 50% 以上病人訂有精神醫療社會工作計畫，慢性病房則有 30% 以上病人訂有精神醫療社會工作計畫。 3.訂有精神醫療社會工作手冊，且至少每 3 年檢視及更新。 B：符合 C 項，且急性及日間病房有 70% 以上病人訂有精神醫療社會工作計畫，慢性病房有 50% 以上病人訂有精神醫療社會工作計畫。 A：符合 B 項，且急性及日間病房有 90% 以上病人訂有精神醫療社會工作計畫，慢性病房有 70% 以上病人訂有精神醫療社會工作計畫，計畫有定期評估修正。	無
2.4.19	依據病人主要照顧者之需求，積極提供適當的衛教指導	C： 1.社工人員積極評估病人主要照顧者之疾病認知，提供衛教資料及精神照護資源、社會福利資源，並予以個別衛教指導。 2.至少每半年辦理 1 次家屬團體衛教活動。 B：符合 C 項，且定期更新衛教資料，並至少每季辦理 1 次家屬團體衛教活動。 A：符合 B 項，且自行編印衛教單張或資料，並	C： 1.社工人員積極評估病人主要照顧者之疾病認知，提供衛教資料及精神照護資源、社會福利資源，並予以個別衛教指導。 2.至少每半年辦理 1 次家屬團體衛教活動。 B：符合 C 項，且定期更新衛教資料，並至少每季辦理 1 次家屬團體衛教活動。 A：符合 B 項，且自行編印衛教單張或資料，並	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		至少每月辦理 1 次家屬團體衛教活動。 [註]衛教資料包括：各類精神疾病及治療、精神衛生法規及政策等。	至少每月辦理 1 次家屬團體衛教活動。 [註]衛教資料包括：各類精神疾病及治療、精神衛生法規及政策等。	
2.4.20	評估病人之家庭功能，並據以提供適當的家族治療	C： 1.社工人員應提供完整的家庭功能評估。 2.家族治療目標明確且紀錄完整。 B：符合 C 項，且將家族治療服務做適當的統計分析。 A：符合 B 項，且定期檢討服務成效。	C： 1.社工人員應提供完整的家庭功能評估。 2.家族治療目標明確且紀錄完整。 B：符合 C 項，且將家族治療服務做適當的統計分析。 A：符合 B 項，且定期檢討服務成效。	無
2.4.21	依病人需求提供適宜的臨床心理服務	C： 1.訂有臨床心理作業手冊，且落實執行。 2.依臨床心理服務項目之需求，提供適切的空间、設備與工具。 3.臨床心理服務項目符合病人之需求。 4.臨床心理服務量符合病人之需求。 B：符合 C 項，且將臨床心理服務做適當的統計分析。 A：符合 B 項，且有成效評估。	C： 1.訂有臨床心理作業手冊，且落實執行。 2.依臨床心理服務項目之需求，提供適切的空间、設備與工具。 3.臨床心理服務項目符合病人之需求。 4.臨床心理服務量符合病人之需求。 B：符合 C 項，且將臨床心理服務做適當的統計分析。 A：符合 B 項，且有成效評估。	無
2.4.22	依病人需求提供適宜的臨床心理衡鑑品質	C： 1.臨床心理衡鑑記載詳實。 2.臨床心理衡鑑合理銜接後續的病人需求服務。 B：符合 C 項，且將臨床心理衡鑑服務做適當的統計分析。 A：符合 B 項，且有成效評估。	C： 1.臨床心理衡鑑記載詳實。 2.臨床心理衡鑑合理銜接後續的病人需求服務。 B：符合 C 項，且將臨床心理衡鑑服務做適當的統計分析。 A：符合 B 項，且有成效評估。	無
2.4.23	依病人需求提供適宜的臨床心理治療品質	C： 1.臨床心理治療記載詳實。 2.各項臨床心理治療有效果評估機制。 B：符合 C 項，且將臨床心理治療服務做適當的	C： 1.臨床心理治療記載詳實。 2.各項臨床心理治療有效果評估機制。 B：符合 C 項，且將臨床心理治療服務做適當的	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		統計分析。 A：符合 B 項，且有成效評估。	統計分析。 A：符合 B 項，且有成效評估。	
2.4.24	依據病人需求積極開發及連結相關社會資源，協助病人社區安置	C： 1.應積極開發社會資源，增進病人回歸社區生活所需之支持與協助，且提供相關社區資源轉介服務。 2.訂有社會資源使用手冊，並定期更新。 3.對路倒病人、遊民或無家屬病人有妥適之安置計畫。 B：符合 C 項，且定期檢討服務成效。 A：符合 B 項，且卓有成效。	C： 1.應積極開發社會資源，增進病人回歸社區生活所需之支持與協助，且提供相關社區資源轉介服務。 2.訂有社會資源使用手冊，並定期更新。 3.對路倒病人、遊民或無家屬病人有妥適之安置計畫。 B：符合 C 項，且定期檢討服務成效。 A：符合 B 項，且卓有成效。	無
2.5	用藥安全	【重點說明】 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： 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管理策略。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。	【重點說明】 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： 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管理策略。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。	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		<p>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。</p> <p>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。</p> <p>5.為達正確的給藥，應確實執行標準作業程序，且給藥前應瞭解藥效、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>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。</p> <p>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。</p> <p>5.為達正確的給藥，應確實執行標準作業程序，且給藥前應瞭解藥效、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>	
2.5.1	藥劑部門之設備及設施應符合業務所需，並妥善保養及維護	<p>C：</p> <p>1.應有足夠之空間、設備以提供藥事作業。</p> <p>2.工作場所之環境，如空調、採光（照明）及作業動線等皆適當，減少發生調劑錯誤可能性。</p>	<p>C：</p> <p>1.應有足夠之空間、設備以提供藥事作業。</p> <p>2.工作場所之環境，如空調、採光（照明）及作業動線等皆適當，減少發生調劑錯誤可能性。</p>	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		3.應有獨立之藥品儲存空間、配以適當的空調及安全設施。 4.藥品冷藏用之冰箱，應隨時維持適當的溫度，備有不斷電裝置或接緊急電源，且有溫度紀錄。 B：符合 C 項，且藥品資訊軟體、硬體設備應符合需求。 A：符合 B 項，且視需要設置收塵設備、局部排氣等顧及調劑室工作人員安全的設備及相關機器，定期保養及檢查並有紀錄可查。	3.應有獨立之藥品儲存空間、配以適當的空調及安全設施。 4.藥品冷藏用之冰箱，應隨時維持適當的溫度，備有不斷電裝置或接緊急電源，且有溫度紀錄。 B：符合 C 項，且藥品資訊軟體、硬體設備應符合需求。 A：符合 B 項，且視需要設置收塵設備、局部排氣等顧及調劑室工作人員安全的設備及相關機器，定期保養及檢查並有紀錄可查。	
合	2.5.2	藥事委員會運作良好，並有具體成效 符合下列項目： 1.藥事委員會有適當組織並訂有章程。 2.藥事委員會成員應涵蓋藥劑、醫療及管理部門。 3.藥事委員會定期開會並留有紀錄。 4.定期檢討不適用藥品，維持適當藥品種類。 5.藥事委員會應訂有符合規定之藥品使用、管理標準與規定，包含一般藥品及特殊藥品。 6.藥劑部門分析藥品使用趨勢資訊作為醫院用藥之參考，並有檢討改善措施。 7.醫院應制訂藥物(藥品及醫療器材)不良反應及異常情況之通報（包含程序及時限）、監測、檢討改善及追蹤機制。 [註] 1.本條所稱藥品包含一般藥品、管制藥品、高警訊藥品、疫苗、血液製劑、生物製劑等。 2.一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	符合下列項目： 1.藥事委員會有適當組織並訂有章程。 2.藥事委員會成員應涵蓋藥劑、醫療及管理部門。 3.藥事委員會定期開會並留有紀錄。 4.定期檢討不適用藥品，維持適當藥品種類。 5.藥事委員會應訂有符合規定之藥品使用、管理標準與規定，包含一般藥品及特殊藥品。 6.藥劑部門分析藥品使用趨勢資訊作為醫院用藥之參考，並有檢討改善措施。 7.醫院應制訂藥物(藥品及醫療器材)不良反應及異常情況之通報（包含程序及時限）、監測、檢討改善及追蹤機制。 [註] 1.本條所稱藥品包含一般藥品、管制藥品、高警訊藥品、疫苗、血液製劑、生物製劑等。 2.一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	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		<p>法規並定有規章規範。</p> <p>3.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>(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>4.本條所稱異常情況包含處方錯誤、調劑錯誤、給藥錯誤。</p> <p>5.藥物不良反應通報內容應包含：藥品、醫療器材不良反應及不良品通報。</p>	<p>法規並定有規章規範。</p> <p>3.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>(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>4.本條所稱異常情況包含處方錯誤、調劑錯誤、給藥錯誤。</p> <p>5.藥物不良反應通報內容應包含：藥品、醫療器材不良反應及不良品通報。</p>	
2.5.3	應有藥品識別方法、步驟、及作業程序	<p>C：</p> <p>1.應明訂藥品識別方法、步驟及作業程序。</p> <p>2.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>3.對於高警訊藥品應訂有管理機制，與其他常備藥品區隔存放並明顯標示，且在處方或藥袋上有特殊標記以供辨識。</p> <p>4.藥品最小單位包裝應有藥名、單位含量(針劑標示有效期限)。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <p>1.處方時藥名同時顯示商品名、成分名(複方藥品除外)及單位含量。電腦處方時，醫師能迅速點選顯示藥品外觀，方便向病人說明。</p>	<p>C：</p> <p>1.應明訂藥品識別方法、步驟及作業程序。</p> <p>2.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>3.對於高警訊藥品應訂有管理機制，與其他常備藥品區隔存放並明顯標示，且在處方或藥袋上有特殊標記以供辨識。</p> <p>4.藥品最小單位包裝應有藥名、單位含量(針劑標示有效期限)。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <p>1.處方時藥名同時顯示商品名、成分名(複方藥品除外)及單位含量。電腦處方時，醫師能迅速點選顯示藥品外觀，方便向病人說明。</p>	<p>1. 配合本部改制，原評量項目 B-3「行政院衛生署」更名為「衛生福利部」。</p> <p>2. 評量項目 A-3 參考 103 年醫院評鑑基準，修正為「交付」處方箋</p>

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		<p>2.藥劑部門內調劑台上之藥品以原瓶、原包裝上架為原則。若需分裝，應在分裝容器上清楚標示藥名、單位含量、保存方式及使用期限。</p> <p>3.藥袋之標示完整，符合<u>衛生福利部</u>公告規定並加印中文藥名。</p> <p>A：符合 B 項，且</p> <p>1.藥袋上印有藥品外觀之描述。</p> <p>2.有考量兒童用藥的安全性，製備兒童用藥的安全製劑。</p> <p>3.<u>交付處方箋有加印二維條碼功能。</u></p> <p>[註]高警訊藥品包含抗癌藥劑、降血糖針劑、抗凝血劑、毛地黃、氯化鉀（KCl）及肌肉鬆弛劑針劑等。</p>	<p>2.藥劑部門內調劑台上之藥品以原瓶、原包裝上架為原則。若需分裝，應在分裝容器上清楚標示藥名、單位含量、保存方式及使用期限。</p> <p>3.藥袋之標示完整，符合<u>衛生署</u>公告規定並加印中文藥名。</p> <p>A：符合 B 項，且</p> <p>1.藥袋上印有藥品外觀之描述。</p> <p>2.有考量兒童用藥的安全性，製備兒童用藥的安全製劑。</p> <p>3.處方箋有加印二維條碼功能。</p> <p>[註]高警訊藥品包含抗癌藥劑、降血糖針劑、抗凝血劑、毛地黃、氯化鉀（KCl）及肌肉鬆弛劑針劑等。</p>	
2.5.4	處方醫令系統或類似機制應設有防止用藥錯誤及不適當之機制	<p>C：</p> <p>1.在處方的醫令系統（physician order entry system）或類似機制上有防止錯誤用藥或不適當之警示機制，如：極量管制、重覆、交互作用、過敏等之警告。</p> <p>2.建立醫師與藥師溝通合作機制，如：電話溝通、書面照會等，以討論不適當處方。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <p>1.能檢討該警示機制實施之效能，採取改善措施以達應有功能。</p> <p>2.有其他強化醫令系統之機制或功能，如：用藥史（medication history）、藥品過敏史及藥品不良反應史、不當處方之改善成效列為系統自動稽核項目或程序。</p> <p>A：符合 B 項，且對於處方用藥稽核機制有定期</p>	<p>C：</p> <p>1.在處方的醫令系統（physician order entry system）或類似機制上有防止錯誤用藥或不適當之警示機制，如：極量管制、重覆、交互作用、過敏等之警告。</p> <p>2.建立醫師與藥師溝通合作機制，如：電話溝通、書面照會等，以討論不適當處方。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <p>1.能檢討該警示機制實施之效能，採取改善措施以達應有功能。</p> <p>2.有其他強化醫令系統之機制或功能，如：用藥史（medication history）、藥品過敏史及藥品不良反應史、不當處方之改善成效列為系統自動稽核項目或程序。</p> <p>A：符合 B 項，且對於處方用藥稽核機制有定期</p>	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		評估檢討、改善。	評估檢討、改善。	
2.5.5	藥品庫存管理訂有辦法，並確實執行	<p>C：</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。 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。 藥品庫存管理應由藥事人員負責。 特殊需冷藏藥品需有健全管理。 疫苗儲存不可與其他藥品混雜，要有明確清楚標示。 <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 定期檢查各種藥品之品質及保管，並有紀錄可查。 <p>A：符合 B 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 電腦化管理藥品庫存及效期。 使用條碼作業系統管理庫存藥品。 <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 管制藥品管理條例及施行細則規定： <ol style="list-style-type: none"> (1)第一級至第三級管制藥品設有專櫃加鎖儲藏。 (2)使用第一級至第三級管制藥品之醫師應領有 	<p>C：</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。 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。 藥品庫存管理應由藥事人員負責。 特殊需冷藏藥品需有健全管理。 疫苗儲存不可與其他藥品混雜，要有明確清楚標示。 <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 定期檢查各種藥品之品質及保管，並有紀錄可查。 <p>A：符合 B 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 電腦化管理藥品庫存及效期。 使用條碼作業系統管理庫存藥品。 <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 管制藥品管理條例及施行細則規定： <ol style="list-style-type: none"> (1)第一級至第三級管制藥品設有專櫃加鎖儲藏。 (2)使用第一級至第三級管制藥品之醫師應領有 	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		<p>管制藥品使用執照，並開立管制藥品專用處方箋。</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、防爆、防蟲等)。</p> <p>(3)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>(4)藥品名稱、外觀或外包裝相似之藥品，應分開放置並作明確標示。</p>	<p>管制藥品使用執照，並開立管制藥品專用處方箋。</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、防爆、防蟲等)。</p> <p>(3)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>(4)藥品名稱、外觀或外包裝相似之藥品，應分開放置並作明確標示。</p>	
合	2.5.6 依「藥品優良調劑作業準則」訂定調劑作業程序，並確實執行	<p>符合「藥品優良調劑作業準則」(Good Dispensary Practice, GDP) 條文，且符合下述門急診調劑 8 項及住院調劑 9 項。</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>	<p>符合「藥品優良調劑作業準則」(Good Dispensary Practice, GDP) 條文，且符合下述門急診調劑 8 項及住院調劑 9 項。</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，符合衛生署公告規定。 8.調劑後藥事人員於處方箋上簽名或蓋章。 <p>住院調劑：</p>	配合本部改制，原評量項目門急診調劑第 7 點、[註]2「行政院衛生署」更名為「衛生福利部」。

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		<p>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。</p> <p>2.接受處方後，須有病人完整藥歷核對以評估處方之適當性。</p> <p>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。</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.對不需要使用之藥品定時辦理退藥。</p> <p>7.調劑作業雙重覆核。</p> <p>8.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>9.要監測病人用藥療效及副作用。</p> <p>[註]</p> <p>1.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>2.藥袋標示應符合 (衛生福利部 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；中藥藥袋標示應包括「原方劑名」「商品名」。</p>	<p>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。</p> <p>2.接受處方後，須有病人完整藥歷核對以評估處方之適當性。</p> <p>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。</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.對不需要使用之藥品定時辦理退藥。</p> <p>7.調劑作業雙重覆核。</p> <p>8.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>9.要監測病人用藥療效及副作用。</p> <p>[註]</p> <p>1.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>2.藥袋標示應符合 (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；中藥藥袋標示應包括「原方劑名」「商品名」。</p>	
2.5.7	訂定正確用藥標準作業程序	<p>C:</p> <p>1.訂定正確給藥、調劑品質監測等標準作業程</p>	<p>C:</p> <p>1.訂定正確給藥、調劑品質監測等標準作業程</p>	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		<p>序、執行策略及內容。</p> <p>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，且有紀錄。</p> <p>B：符合 C 項，且相關作業程序執行狀況良好，並有定期監測調劑品質，留有紀錄可供檢討。</p> <p>A：符合 B 項，且能針對評估結果需要改善要點，進行分析檢討，並可回饋到臨床作業，修訂工作流程及增進品質與安全。</p> <p>[註]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>序、執行策略及內容。</p> <p>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，且有紀錄。</p> <p>B：符合 C 項，且相關作業程序執行狀況良好，並有定期監測調劑品質，留有紀錄可供檢討。</p> <p>A：符合 B 項，且能針對評估結果需要改善要點，進行分析檢討，並可回饋到臨床作業，修訂工作流程及增進品質與安全。</p> <p>[註]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>	
2.5.8	提供適當之臨床藥學服務	<p>C：</p> <p>1.設有藥品不良反應工作小組或類似組織執行藥品不良反應通報及宣導（Adverse Drug Reaction, ADR）。</p> <p>2.有藥品交互作用評估機制。</p> <p>3.具備療劑監測（Therapeutic Drug Monitoring, TDM）機制。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <p>1.應執行藥品不良反應監測、分析與預防，並對發生不良反應之個案進行後續追蹤。</p> <p>2.提供病人個別化之藥品治療評估。</p> <p>3.應執行藥品使用評估（Medication Use Evaluation, MUE）。</p> <p>A：符合 B 項，且對於提供臨床藥學之機制有定期評估檢討、改善。</p> <p>[註]</p> <p>1.藥品交互作用評估包含：</p>	<p>C：</p> <p>1.設有藥品不良反應工作小組或類似組織執行藥品不良反應通報及宣導（Adverse Drug Reaction, ADR）。</p> <p>2.有藥品交互作用評估機制。</p> <p>3.具備療劑監測（Therapeutic Drug Monitoring, TDM）機制。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <p>1.應執行藥品不良反應監測、分析與預防，並對發生不良反應之個案進行後續追蹤。</p> <p>2.提供病人個別化之藥品治療評估。</p> <p>3.應執行藥品使用評估（Medication Use Evaluation, MUE）。</p> <p>A：符合 B 項，且對於提供臨床藥學之機制有定期評估檢討、改善。</p> <p>[註]</p> <p>1.藥品交互作用評估包含：</p>	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		(1)有紀錄。 (2)有通知。 (3)有檢討改進。 (4)有預防措施。 2.提供病人個別化之藥品治療評估包含： (1)時效性良好。 (2)用藥劑量之計算正確。 (3)服藥間隔之調整適當。 (4)對建議事項接受度之檢討。 (5)對藥品物療效作後續追蹤評估。 3.療劑監測（Therapeutic Drug Monitoring, TDM） 包含藥品血中濃度監測： (1)抽血時間正確。 (2)監測建議報告時效性良好。 (3)提供劑量與頻次調整建議。 (4)對 TDM 建議事項之醫師接受度檢討。 (5)作藥品療效之後續追蹤評估。	(1)有紀錄。 (2)有通知。 (3)有檢討改進。 (4)有預防措施。 2.提供病人個別化之藥品治療評估包含： (1)時效性良好。 (2)用藥劑量之計算正確。 (3)服藥間隔之調整適當。 (4)對建議事項接受度之檢討。 (5)對藥品物療效作後續追蹤評估。 3.療劑監測（Therapeutic Drug Monitoring, TDM） 包含藥品血中濃度監測： (1)抽血時間正確。 (2)監測建議報告時效性良好。 (3)提供劑量與頻次調整建議。 (4)對 TDM 建議事項之醫師接受度檢討。 (5)作藥品療效之後續追蹤評估。	
2.5.9	病房及各部門的藥品供應，有妥善配送制度及訂有管理辦法	C： 1.提供病房及各部門的藥品應有妥善配送制度及監督管理機制，急性病房給藥實施單一劑量配送制度，採用物流系統時，應與各部門協調議訂配送計畫，依計畫配送。 2.具有常備藥品管理制度。 3.定期由藥師查核病房藥品保存狀況，並有紀錄。 B：符合 C 項，且有 24 小時之藥事作業服務（含急診、住院）。 A：符合 B 項，且內部有滿意度調查，定期檢討單一劑量或物流供應流程，提出改進措施並	C： 1.提供病房及各部門的藥品應有妥善配送制度及監督管理機制，急性病房給藥實施單一劑量配送制度，採用物流系統時，應與各部門協調議訂配送計畫，依計畫配送。 2.具有常備藥品管理制度。 3.定期由藥師查核病房藥品保存狀況，並有紀錄。 B：符合 C 項，且有 24 小時之藥事作業服務（含急診、住院）。 A：符合 B 項，且內部有滿意度調查，定期檢討單一劑量或物流供應流程，提出改進措施並	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明	
		評量項目	評量項目		
		<p>確實執行，具體提升各單位對配送制度滿意。</p> <p>[註] 常備藥品管理制度一般包含：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.要求各單位應將一般藥品與高警訊藥品分開放置，並按程序管理與使用，以保障病人給藥安全。 2.原則上儘量減少品項及數量，專科病房以不超過 10 項為原則（不含急救車上藥品、大量點滴及 1-3 級管制藥品）。 3.常備藥均能標示有效日期。 4.由藥師定期查核各單位常備藥品使用及保存情形並有紀錄。 	<p>確實執行，具體提升各單位對配送制度滿意。</p> <p>[註] 常備藥品管理制度一般包含：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.要求各單位應將一般藥品與高警訊藥品分開放置，並按程序管理與使用，以保障病人給藥安全。 2.原則上儘量減少品項及數量，專科病房以不超過 10 項為原則（不含急救車上藥品、大量點滴及 1-3 級管制藥品）。 3.常備藥均能標示有效日期。 4.由藥師定期查核各單位常備藥品使用及保存情形並有紀錄。 		
合	2.5.10	落實正確給藥	<p>符合下列項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.能正確依醫囑給藥，給藥時確認病人姓名、藥品名稱、劑量、用法、途徑、時間，並有紀錄。 2.門診領藥時應訂定確認領藥人之標準作業流程及機制。 3.住院病人之內服、注射藥等，應由醫療人員遵照相關標準作業規定，依給藥紀錄單核對藥品名稱，並確認給藥量、單位含量、劑型、給藥方法、病人姓名、途徑、時間正確，才能給藥。 4.明訂退藥或藥品更改機制。 5.住院病人若有自備藥物時，醫院應有自備藥品使用規範。 <p>[註]可查看給藥紀錄（完成每位病人每次給藥後，即時逐筆簽名或蓋章）、治療紀錄，並可詢問醫療人員執行情形，必要時可詢問病人。</p>	<p>符合下列項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.能正確依醫囑給藥，給藥時確認病人姓名、藥品名稱、劑量、用法、途徑、時間，並有紀錄。 2.門診領藥時應訂定確認領藥人之標準作業流程及機制。 3.住院病人之內服、注射藥等，應由醫療人員遵照相關標準作業規定，依給藥紀錄單核對藥品名稱，並確認給藥量、單位含量、劑型、給藥方法、病人姓名、途徑、時間正確，才能給藥。 4.明訂退藥或藥品更改機制。 5.住院病人若有自備藥物時，醫院應有自備藥品使用規範。 <p>[註]可查看給藥紀錄（完成每位病人每次給藥後，即時逐筆簽名或蓋章）、治療紀錄，並可詢問醫療人員執行情形，必要時可詢問病人。</p>	無
	2.5.11	對於緊急及急	C：急救車藥品的管理應訂有明確規範，確實執	C：急救車藥品的管理應訂有明確規範，確實執	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
	救車之藥品的給予有適當之處理及因應措施	<p>行。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 緊急藥品供應機制暢通。 2. 緊急時，藥師能即時提供藥事服務。 <p>A：符合 B 項，且藥師定期檢查更新急救車藥品是否完備，並有紀錄可查。</p>	<p>行。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 緊急藥品供應機制暢通。 2. 緊急時，藥師能即時提供藥事服務。 <p>A：符合 B 項，且藥師定期檢查更新急救車藥品是否完備，並有紀錄可查。</p>	
2.5.12	確實執行病人用藥教育	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 建立慢性病人長期用藥監測機制，防止重複用藥或藥品交互作用，應提供病人適當的用藥指導，必要時提供病人用藥記錄。 2. 設有多元化病人用藥諮詢管道，如藥品諮詢、專題衛教、藥品諮詢查詢網站、電話專線、e-mail 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。 3. 藥師應提供病人用藥指導，且視病人情況修正病人不當用藥行為，並留下紀錄。 <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 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，說明內容包含藥品名稱、劑型、用藥方式、服用時間、藥品作用及副作用。 2. 實施病人用藥教育指導，必要時應做後續追蹤評估，統計分析及檢討改進措施，並有紀錄。 <p>A：符合 B 項，有評估檢討病人用藥教育成效，進行改善。</p>	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 建立慢性病人長期用藥監測機制，防止重複用藥或藥品交互作用，應提供病人適當的用藥指導，必要時提供病人用藥記錄。 2. 設有多元化病人用藥諮詢管道，如藥品諮詢、專題衛教、藥品諮詢查詢網站、電話專線、e-mail 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。 3. 藥師應提供病人用藥指導，且視病人情況修正病人不當用藥行為，並留下紀錄。 <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 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，說明內容包含藥品名稱、劑型、用藥方式、服用時間、藥品作用及副作用。 2. 實施病人用藥教育指導，必要時應做後續追蹤評估，統計分析及檢討改進措施，並有紀錄。 <p>A：符合 B 項，有評估檢討病人用藥教育成效，進行改善。</p>	無
2.5.13	提供適當藥品資訊	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 訂有適當、適量的期刊、雜誌、電子資料庫 	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 訂有適當、適量的期刊、雜誌、電子資料庫 	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		<p>及參考書等，且存放於方便藥師取用之執業場所，以提供適切的諮詢服務。</p> <p>2.提供醫療專業人員即時、正確的藥品諮詢服務，並備有諮詢紀錄。</p> <p>3.編有醫院處方集並適時更新。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <p>1.分析檢討藥品諮詢之質與量，以供醫療人員參考。</p> <p>2.建置藥品資訊電子化供醫療人員參考、使用，且開立處方時能於系統上隨時檢索藥品資訊，供醫師及病人參考。</p> <p>A：符合 B 項，且能適時更新資訊系統，以供醫療人員、病人及民眾即時參考。</p>	<p>及參考書等，且存放於方便藥師取用之執業場所，以提供適切的諮詢服務。</p> <p>2.提供醫療專業人員即時、正確的藥品諮詢服務，並備有諮詢紀錄。</p> <p>3.編有醫院處方集並適時更新。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <p>1.分析檢討藥品諮詢之質與量，以供醫療人員參考。</p> <p>2.建置藥品資訊電子化供醫療人員參考、使用，且開立處方時能於系統上隨時檢索藥品資訊，供醫師及病人參考。</p> <p>A：符合 B 項，且能適時更新資訊系統，以供醫療人員、病人及民眾即時參考。</p>	
2.5.14	病人對藥品使用的反應及病情變化，醫療人員應正確且迅速處理	<p>C：</p> <p>1.高警訊藥品等需要注意給藥速度、給藥量等，應在給藥中及給藥後觀察病人之狀況，出現異常時，須通知醫師並記錄。</p> <p>2.對於病人使用藥品後應觀察反應，若有不良反應發生時，應適當處理並予以通報及記錄。</p> <p>3.應適當提供病人與家屬有關藥品使用之副作用、應注意事項等之諮詢，且能確認病人或家屬對藥品作用清楚並了解。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <p>1.要注意病人個別特異性，給藥前，給予用藥指導；在給藥後，應觀察病人反應，如有副作用，應與醫師確認且有紀錄。</p> <p>2.對異常反應有詳實記錄並檢討改善。</p> <p>A：符合 B 項，且有完整紀錄並立即檢討改善。</p>	<p>C：</p> <p>1.高警訊藥品等需要注意給藥速度、給藥量等，應在給藥中及給藥後觀察病人之狀況，出現異常時，須通知醫師並記錄。</p> <p>2.對於病人使用藥品後應觀察反應，若有不良反應發生時，應適當處理並予以通報及記錄。</p> <p>3.應適當提供病人與家屬有關藥品使用之副作用、應注意事項等之諮詢，且能確認病人或家屬對藥品作用清楚並了解。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <p>1.要注意病人個別特異性，給藥前，給予用藥指導；在給藥後，應觀察病人反應，如有副作用，應與醫師確認且有紀錄。</p> <p>2.對異常反應有詳實記錄並檢討改善。</p> <p>A：符合 B 項，且有完整紀錄並立即檢討改善。</p>	無
2.6	感染管制	【重點說明】	【重點說明】	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		<p>感染管制的目的在降低病人、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，並在發生院內感染時迅速察知，予以因應。有效之感染管制須有專家的領導及訓練有素的感管人員，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管操作。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.掌握醫院感管狀況，採取具體且適當的感染管制措施。 6.建立機制促進抗生素適當及合理之使用。 7.衛材、器械之滅菌消毒、清潔管理、搬運配送等步驟及方法，均應符合感染管制原則。 	<p>感染管制的目的在降低病人、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，並在發生院內感染時迅速察知，予以因應。有效之感染管制須有專家的領導及訓練有素的感管人員，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管操作。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.掌握醫院感管狀況，採取具體且適當的感染管制措施。 6.建立機制促進抗生素適當及合理之使用。 7.衛材、器械之滅菌消毒、清潔管理、搬運配送等步驟及方法，均應符合感染管制原則。 	
2.6.1	應設立感染管制單位，聘有合格且足夠之感控人力負責業務推行	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.300 床以上醫院應設有感染管制專責單位，並明訂工作職責。 2.聘有接受感染症醫學訓練之專科醫師： (1)總病床數 500 床以上醫院： 	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.300 床以上醫院應設有感染管制專責單位，並明訂工作職責。 2.聘有接受感染症醫學訓練之專科醫師： (1)總病床數 500 床以上醫院： 	配合本部改制，原 [註]2 「行政院衛生署」更名為「衛生福利

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		<p>至少有 1 名接受感染症醫學訓練之兼任專科醫師及由前一年參加專業學會認可之感染管制訓練達 20 學分以上之醫師負責感管業務推行。</p> <p>(2)未滿 500 床之醫院： 可由前一年參加專業學會認可之感染管制訓練達 20 學分以上之醫師負責感管業務推行。</p> <p>3.聘有感染管制人員： (1)300 床以上醫院： 每 300 床聘有 1 名專任感染管制護理人員，且至少 50%於一年內接受感染管制訓練，累計學分達 20 學分以上。</p> <p>(2)未滿 300 床之醫院： 須由前一年參加專業學會認可之感染管制訓練達 20 學分以上之護理人員負責感管業務推行。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <p>1.設有感染管制部門，且為直接隸屬於院本部（院長室）下的獨立單位。</p> <p>2.所有感染管制人員於一年內接受感染管制訓練累計學分達 20 學分以上。</p> <p>3.增加配置感染管制人員：未滿 300 床醫院，增聘有兼任感染管制護理人員。</p> <p>A：符合 B 項，且</p> <p>1.增加配置接受感染症醫學訓練之專科醫師： (1) 500 床以上精神科醫院： 聘有 1 名接受感染症醫學訓練之專任專科醫師，且於 1 年內接受感染管制訓練累</p>	<p>至少有 1 名接受感染症醫學訓練之兼任專科醫師及由前一年參加專業學會認可之感染管制訓練達 20 學分以上之醫師負責感管業務推行。</p> <p>(2)未滿 500 床之醫院： 可由前一年參加專業學會認可之感染管制訓練達 20 學分以上之醫師負責感管業務推行。</p> <p>3.聘有感染管制人員： (1)300 床以上醫院： 每 300 床聘有 1 名專任感染管制護理人員，且至少 50%於一年內接受感染管制訓練，累計學分達 20 學分以上。</p> <p>(2)未滿 300 床之醫院： 須由前一年參加專業學會認可之感染管制訓練達 20 學分以上之護理人員負責感管業務推行。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <p>1.設有感染管制部門，且為直接隸屬於院本部（院長室）下的獨立單位。</p> <p>2.所有感染管制人員於一年內接受感染管制訓練累計學分達 20 學分以上。</p> <p>3.增加配置感染管制人員：未滿 300 床醫院，增聘有兼任感染管制護理人員。</p> <p>A：符合 B 項，且</p> <p>1.增加配置接受感染症醫學訓練之專科醫師： (1) 500 床以上精神科醫院： 聘有 1 名接受感染症醫學訓練之專任專科醫師，且於 1 年內接受感染管制訓練累計</p>	部」。

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		<p>計學分達 20 學分以上。</p> <p>(2) 300 床以上未滿 500 床之醫院： 聘有接受感染症醫學訓練之兼任專科醫師。</p> <p>2. 增加配置感染管制人員： (1) 300 床以上醫院，每 250 床聘有 1 名專任感染管制護理人員。 (2) 未滿 300 床醫院，聘有專任感染管制護理人員。 (3) 300 床以上醫院，聘有前一年參加專業學會認可之感染管制訓練達 20 學分以上之醫檢人員協助感管業務推行。</p> <p>[註]</p> <p>1. 病床數之計算係指醫事管理系統登錄開放之總病床數。</p> <p>2. 感染管制受訓學分認定，含括衛生福利部委託辦理醫師繼續教育課程積分審查認定及積分採認之醫學團體，其所認定之感染管制課程積分或由感管相關學會及其他醫學相關單位辦理，且內容為感管相關議題，經學分認定後，均可認計。</p> <p>3. 本項基準所提「接受感染症醫學訓練之專科醫師」以持有台灣感染症醫學會授予之「感染症專科醫師證書」認定；「感染管制護理人員」及「感染管制醫檢人員」以持有台灣感染管制學會授予之「感染管制師證書」認定。</p>	<p>學分達 20 學分以上。</p> <p>(2) 300 床以上未滿 500 床之醫院： 聘有接受感染症醫學訓練之兼任專科醫師。</p> <p>2. 增加配置感染管制人員： (1) 300 床以上醫院，每 250 床聘有 1 名專任感染管制護理人員。 (2) 未滿 300 床醫院，聘有專任感染管制護理人員。 (3) 300 床以上醫院，聘有前一年參加專業學會認可之感染管制訓練達 20 學分以上之醫檢人員協助感管業務推行。</p> <p>[註]</p> <p>1. 病床數之計算係指醫事管理系統登錄開放之總病床數。</p> <p>2. 感染管制受訓學分認定，含括行政院衛生署委託辦理醫師繼續教育課程積分審查認定及積分採認之醫學團體，其所認定之感染管制課程積分或由感管相關學會及其他醫學相關單位辦理，且內容為感管相關議題，經學分認定後，均可認計。</p> <p>3. 本項基準所提「接受感染症醫學訓練之專科醫師」以持有台灣感染症醫學會授予之「感染症專科醫師證書」認定；「感染管制護理人員」及「感染管制醫檢人員」以持有台灣感染管制學會授予之「感染管制師證書」認定。</p>	
2.6.2	成立感染管制委員會，有定期開會並有紀	<p>C：</p> <p>1. 設立感染管制相關單位，如：委員會等，由參加醫院感染管制學會認可講習達足夠學分</p>	<p>C：</p> <p>1. 設立感染管制相關單位，如：委員會等，由參加醫院感染管制學會認可講習達足夠學分</p>	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
	錄，且確實執行會議決議事項	<p>數以上之醫師負責業務推行。</p> <p>2.委員會主席為醫院主管（院長或副院長，且為醫師）。</p> <p>3.至少每 3 個月召開會議並有紀錄，會議內容應包含結核病、疥瘡、食物中毒、痢疾、發燒等議題，且下列項目均應符合：</p> <p>(1)有制定標準作業流程。</p> <p>(2)有事件處理報告。</p> <p>4.確實執行會議之決議，決議事項均照會相關單位協助執行。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <p>1.每年度均有約聘之兼任感染專科醫師執行會診、防疫及督導感控業務。</p> <p>2.委員會成員有 1 位曾接受流行病學訓練。</p> <p>3.各項確實執行並定期檢討修訂相關機制、對應措施、感染指標種類等者。</p> <p>A：符合 B 項，且</p> <p>1.有 1 名以上專任之感染專科醫師專作會診、執行防疫、督導感控業務及協助社區防疫。</p> <p>2.依醫院規模或院內發生突發感染事件適當增加開會之頻率。</p>	<p>數以上之醫師負責業務推行。</p> <p>2.委員會主席為醫院主管（院長或副院長，且為醫師）。</p> <p>3.至少每 3 個月召開會議並有紀錄，會議內容應包含結核病、疥瘡、食物中毒、痢疾、發燒等議題，且下列項目均應符合：</p> <p>(1)有制定標準作業流程。</p> <p>(2)有事件處理報告。</p> <p>4.確實執行會議之決議，決議事項均照會相關單位協助執行。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <p>1.每年度均有約聘之兼任感染專科醫師執行會診、防疫及督導感控業務。</p> <p>2.委員會成員有 1 位曾接受流行病學訓練。</p> <p>3.各項確實執行並定期檢討修訂相關機制、對應措施、感染指標種類等者。</p> <p>A：符合 B 項，且</p> <p>1.有 1 名以上專任之感染專科醫師專作會診、執行防疫、督導感控業務及協助社區防疫。</p> <p>2.依醫院規模或院內發生突發感染事件適當增加開會之頻率。</p>	
2.6.3	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	<p>C：</p> <p>1.制訂感染管制手冊並定期修訂（包括修訂之年月日）；且提供給相關部門確實執行。</p> <p>2.手冊內除記載組織體制之外，應記述具體感染管制對策及相關人員的感染處理對策。</p> <p>3.手冊記載標準預防措施（standard precaution），含不同感染途徑預防措施，如：空氣感染預防措施、飛沫感染預防措施、接</p>	<p>C：</p> <p>1.制訂感染管制手冊並定期修訂（包括修訂之年月日）；且提供給相關部門確實執行。</p> <p>2.手冊內除記載組織體制之外，應記述具體感染管制對策及相關人員的感染處理對策。</p> <p>3.手冊記載標準預防措施（standard precaution），含不同感染途徑預防措施，如：空氣感染預防措施、飛沫感染預防措施、接</p>	配合本部改制，原 [註]「疾病管制局」更名為「疾病管制署」。

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		<p>觸感染預防措施等。</p> <p>4.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。</p> <p>5.感染管制部門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。</p> <p>6.醫院對於感染管制負責人所執行的資訊提供及教育活動，在經費、人力及場所均能有實質的支援。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <p>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。</p> <p>2.規劃網路資訊平台定期更新傳染病與感染管制相關資訊。</p> <p>A：符合 B 項，且實際抽查臨床工作人員能知悉感染管制手冊施行感染管制措施。</p> <p>[註] 科學根據定義如：<u>疾病管制署</u>指引（CDC guidelines）、罹病率和死亡率之週報（the morbidity and mortality weekly report，MMWR）、<u>疾病管制署</u>等。</p>	<p>觸感染預防措施等。</p> <p>4.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。</p> <p>5.感染管制部門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。</p> <p>6.醫院對於感染管制負責人所執行的資訊提供及教育活動，在經費、人力及場所均能有實質的支援。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <p>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。</p> <p>2.規劃網路資訊平台定期更新傳染病與感染管制相關資訊。</p> <p>A：符合 B 項，且實際抽查臨床工作人員能知悉感染管制手冊施行感染管制措施。</p> <p>[註] 科學根據定義如：<u>疾病管制局</u>指引（CDC guidelines）、罹病率和死亡率之週報（the morbidity and mortality weekly report，MMWR）、<u>疾病管制局</u>等。</p>	
2.6.4	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	<p>C：</p> <p>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。</p> <p>2.醫療照護相關單位濕洗手設備應設置非手控</p>	<p>C：</p> <p>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。</p> <p>2.醫療照護相關單位濕洗手設備應設置非手控</p>	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明	
		評量項目	評量項目		
	稽核機制	<p>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。</p> <p>3.備有方便可及且數量足夠之酒精性乾性洗手液。</p> <p>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）。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <p>1.臨床單位曾以品管手法，如：品管圈、標竿學習、專案改善或 PDCA 等方式推動手部衛生。</p> <p>2.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。</p> <p>A：符合 B 項，且</p> <p>1.由副院長級（含）以上領導推動全院手部衛生運動。</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。</p>	<p>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。</p> <p>3.備有方便可及且數量足夠之酒精性乾性洗手液。</p> <p>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）。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <p>1.臨床單位曾以品管手法，如：品管圈、標竿學習、專案改善或 PDCA 等方式推動手部衛生。</p> <p>2.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。</p> <p>A：符合 B 項，且</p> <p>1.由副院長級（含）以上領導推動全院手部衛生運動。</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。</p>		
重	2.6.5	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	<p>C：</p> <p>1.推廣於具有被感染之高風險醫療行為(如：抽血、注射)使用安全針具。</p> <p>2.於急診、急救室、加護病房、手術室、透析病床、愛滋病房、感染科病房及高危險群病人使用安全針具比率達 <u>60%</u>。</p> <p>3.進行採血或靜脈穿刺，或處理血液、體液等</p>	<p>C：</p> <p>1.推廣於具有被感染之高風險醫療行為(如：抽血、注射)使用安全針具。</p> <p>2.於急診、急救室、加護病房、手術室、透析照護、愛滋病房、感染科病房及高危險群病人使用安全針具比率達 <u>20%</u>。</p> <p>3.進行採血或靜脈穿刺，或處理血液、體液等</p>	依衛生福利部疾病管制署 103 年度感染管制查核基準內容，配合修訂評量項目 C-2、

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
	流程	<p>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）。</p> <p>4.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（eye-shield）或護眼鏡（goggle）、隔離衣（必要時要有防水）等。</p> <p>5.各醫療單位、病房及護理站應具有能安全處理感染性廢棄物及針類廢棄物的容器。</p> <p>6.工作人員應明確知悉採血後的針頭及注射器之處理步驟。</p> <p>7.對有可能接觸到血液、體液的工作人員，若 B 型肝炎表面抗原及表面抗體為陰性者，施行 B 型肝炎疫苗接種。</p> <p>8.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「台灣地區愛滋病防治工作手冊」之尖銳物扎傷處理流程進行處理。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <p>1.有尖銳物品扎傷事件發生後之追蹤機制，確實執行。</p> <p>2.於急診、急救室、加護病房、手術室、透析病床、愛滋病房、感染科病房及高危險群病人<u>全面</u>使用安全針具。</p> <p>A：符合 B 項，且</p> <p>1.對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。</p> <p>2.<u>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</u></p>	<p>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）。</p> <p>4.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（eye-shield）或護眼鏡（goggle）、隔離衣（必要時要有防水）等。</p> <p>5.各醫療單位、病房及護理站應具有能安全處理感染性廢棄物及針類廢棄物的容器。</p> <p>6.工作人員應明確知悉採血後的針頭及注射器之處理步驟。</p> <p>7.對有可能接觸到血液、體液的工作人員，若 B 型肝炎表面抗原及表面抗體為陰性者，施行 B 型肝炎疫苗接種。</p> <p>8.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「台灣地區愛滋病防治工作手冊」之尖銳物扎傷處理流程進行處理。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <p>1.有尖銳物品扎傷事件發生後之追蹤機制，確實執行。</p> <p>2.於急診、急救室、加護病房、手術室、透析照護、愛滋病房、感染科病房及高危險群病人使用安全針具<u>比率達 60%</u>。</p> <p>A：符合 B 項，且</p> <p>1.對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。</p> <p>2.於急診、急救室、加護病房、手術室、透析照護、愛滋病房、感染科病房及高危險群病</p>	B-2、A-2。

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		<u>25%。</u>	<u>人全面使用合於規定之安全針具。</u>	
2.6.6	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	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 訂有醫療照護人員預防接種防疫措施。 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。 訂有院內全體醫療照護人員體溫監測計畫，並有異常追蹤及處理機制。 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，並有檢查結果追蹤及異常處理紀錄。 提供醫護人員領有醫療器材許可證之合格口罩與手套。 <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 落實 B 型肝炎與流感疫苗之接種，且有擬定 MMR 之預防接種計畫。 胸部 X 光檢查達成率達 95% 以上。 <p>A：符合 B 項，且檢討醫療照護人員被感染原因，避免或減少類似事件發生。</p> <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 醫療照護人員係指第一線會接觸到病人的醫療照護人員，包括醫師、護理人員、檢驗技術人員、緊急救護醫療人員、醫療輔助技術人員、看護人員等，整學期固定在地區級以上教學醫院執勤之醫事實習學生。 達成率之計算得扣除經評估不適合接受胸部 X 光檢查之醫療照護人員；常駐人員係指在該院達 3 個月以上之人員。 	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 訂有醫療照護人員預防接種防疫措施。 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。 訂有院內全體醫療照護人員體溫監測計畫，並有異常追蹤及處理機制。 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，並有檢查結果追蹤及異常處理紀錄。 提供醫護人員領有醫療器材許可證之合格口罩與手套。 <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 落實 B 型肝炎與流感疫苗之接種，且有擬定 MMR 之預防接種計畫。 胸部 X 光檢查達成率達 95% 以上。 <p>A：符合 B 項，且檢討醫療照護人員被感染原因，避免或減少類似事件發生。</p> <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 醫療照護人員係指第一線會接觸到病人的醫療照護人員，包括醫師、護理人員、檢驗技術人員、緊急救護醫療人員、醫療輔助技術人員、看護人員等，整學期固定在地區級以上教學醫院執勤之醫事實習學生。 達成率之計算得扣除經評估不適合接受胸部 X 光檢查之醫療照護人員；常駐人員係指在該院達 3 個月以上之人員。 	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		3.高風險單位係指兒科、婦產科、感染科及急診，應將 MMR 疫苗納入預防接種計畫項目。	3.高風險單位係指兒科、婦產科、感染科及急診，應將 MMR 疫苗納入預防接種計畫項目。	
2.6.7	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	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.應建置感染管制監測機制，依醫院之機能及規模，能掌握結核病、疥瘡、食物中毒、痢疾、發燒等重要感染指標。 2.應每個月統計及分析院內感染事件，並留存各種報表及呈核紀錄。 3.定期於院內感管制委員會報告監測成果。 4.訂有院內群聚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感染事件有調查處理報告；若遇群聚感染院方無法處理時，有尋求協助之應變機制。 <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.確實分析數據並有具體可行之改善措施。 2.針對院內發生之感染群突發事件提出改善計畫。 <p>A：符合 B 項，且根據修訂之方案，改善院內感染。</p>	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.應建置感染管制監測機制，依醫院之機能及規模，能掌握結核病、疥瘡、食物中毒、痢疾、發燒等重要感染指標。 2.應每個月統計及分析院內感染事件，並留存各種報表及呈核紀錄。 3.定期於院內感管制委員會報告監測成果。 4.訂有院內群聚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感染事件有調查處理報告；若遇群聚感染院方無法處理時，有尋求協助之應變機制。 <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.確實分析數據並有具體可行之改善措施。 2.針對院內發生之感染群突發事件提出改善計畫。 <p>A：符合 B 項，且根據修訂之方案，改善院內感染。</p>	無
2.6.8	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	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.病人就診動線規劃適當；急診、門診依不同狀況訂定符合實務需求的個人防護裝備（personal protection equipments, PPE）使用標準。 	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.病人就診動線規劃適當；急診、門診依不同狀況訂定符合實務需求的個人防護裝備（personal protection equipments, PPE）使用標準。 	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
	變計畫，並確實執行	<p>2.訂有急診、門診發燒篩檢及不明原因發燒病人處理標準作業程序，且第一線工作人員均瞭解。</p> <p>3.對發燒或疑似感染之病人，急診、門診有提示醫師詢問旅遊史（travel history）、職業別（occupation）、接觸史（contact history）及是否群聚（cluster）之機制。</p> <p>4.收治疑似或確定傳染病病人，其人員穿脫 PPE 及廢棄物清理之動線規劃適當，並有適當的配套處理措施。</p> <p>5.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。</p> <p>6.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；負壓隔離病房區域應具有良好動線管制。</p> <p>7.如有新興傳染病疫情發生時，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。</p> <p>8.訂有大規模感染事件發生之應變計畫，擬定支援單位的原則及序位，以及支援人數的合理推估。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <p>1.防護裝備的使用方法與步驟正確，依不同情況著適當防護裝備，可抽問醫護同仁急救插管時及遇到不明原因發燒病人時該有的自我防護裝備。</p> <p>2.定期辦理 PPE 教育訓練及動線之實地或桌上演習訓練。</p>	<p>2.訂有急診、門診發燒篩檢及不明原因發燒病人處理標準作業程序，且第一線工作人員均瞭解。</p> <p>3.對發燒或疑似感染之病人，急診、門診有提示醫師詢問旅遊史（travel history）、職業別（occupation）、接觸史（contact history）及是否群聚（cluster）之機制。</p> <p>4.收治疑似或確定傳染病病人，其人員穿脫 PPE 及廢棄物清理之動線規劃適當，並有適當的配套處理措施。</p> <p>5.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。</p> <p>6.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；負壓隔離病房區域應具有良好動線管制。</p> <p>7.如有新興傳染病疫情發生時，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。</p> <p>8.訂有大規模感染事件發生之應變計畫，擬定支援單位的原則及序位，以及支援人數的合理推估。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <p>1.防護裝備的使用方法與步驟正確，依不同情況著適當防護裝備，可抽問醫護同仁急救插管時及遇到不明原因發燒病人時該有的自我防護裝備。</p> <p>2.定期辦理 PPE 教育訓練及動線之實地或桌上演習訓練。</p>	

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		3.擬定大規模感染事件發生時，支援單位及人員之訓練課程及受訓計畫。 A：符合 B 項，且 1.確實執行並定期檢討修訂相關機制及因應措施。 2.儲備足夠應付大規模感染事件之受訓合格人員。	3.擬定大規模感染事件發生時，支援單位及人員之訓練課程及受訓計畫。 A：符合 B 項，且 1.確實執行並定期檢討修訂相關機制及因應措施。 2.儲備足夠應付大規模感染事件之受訓合格人員。	
2.6.9	應有抗生素使用管制措施及執行情形記錄表	C： 1.醫院訂有抗生素使用管制措施。 2.醫師可隨時查閱如何適當使用抗生素之資料。 3.有需要才用抗生素；使用抗生素時，病歷上應說明用藥理由。 B：符合 C 項，且 1.對所有管制類抗生素使用均有審查。 2.有完整審查機制，並皆有分析檢討並提出改善。 A：符合 B 項，且 1.針對不符合抗生素使用管制之現況進行分析並提出改善措施。 2.不適宜的抗生素使用率下降。	C： 1.醫院訂有抗生素使用管制措施。 2.醫師可隨時查閱如何適當使用抗生素之資料。 3.有需要才用抗生素；使用抗生素時，病歷上應說明用藥理由。 B：符合 C 項，且 1.對所有管制類抗生素使用均有審查。 2.有完整審查機制，並皆有分析檢討並提出改善。 A：符合 B 項，且 1.針對不符合抗生素使用管制之現況進行分析並提出改善措施。 2.不適宜的抗生素使用率下降。	無
2.6.10	確實執行衛材、器械、機器之滅菌及清潔管理	C： 1.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置放。 2.自行執行衛材、器械、機器之滅菌及清潔者： (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	C： 1.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置放。 2.自行執行衛材、器械、機器之滅菌及清潔者： (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	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		<p>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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(5)滅菌過程發生異常，應有相關處理規範。</p> <p>(6)消毒滅菌相關設備應定期保養，並有紀錄備查。</p> <p>(7)衛材、器械消毒滅菌相關設備故障時，可迅速處理。</p> <p>3.若使用拋棄式器材，或因適當理由，將部分衛材、器械滅菌業務外包或由物流公司配送時，應妥善監控品質及進行例行性稽查，並有紀錄備查。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <p>1.各項監測有持續性紀錄。</p> <p>2.工作人員清楚各項指標意義及處理異常情況。</p> <p>A：符合 B 項，且定期探討及分析滅菌過程或外包業務，如有異常情況應進行檢討及改善。</p>	<p>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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(5)滅菌過程發生異常，應有相關處理規範。</p> <p>(6)消毒滅菌相關設備應定期保養，並有紀錄備查。</p> <p>(7)衛材、器械消毒滅菌相關設備故障時，可迅速處理。</p> <p>3.若使用拋棄式器材，或因適當理由，將部分衛材、器械滅菌業務外包或由物流公司配送時，應妥善監控品質及進行例行性稽查，並有紀錄備查。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <p>1.各項監測有持續性紀錄。</p> <p>2.工作人員清楚各項指標意義及處理異常情況。</p> <p>A：符合 B 項，且定期探討及分析滅菌過程或外包業務，如有異常情況應進行檢討及改善。</p>	
2.6.11	供應室應配置適當人力，清潔區及污染區	<p>C：</p> <p>1.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</p>	<p>C：</p> <p>1.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</p>	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
	應做區隔且動線規劃合宜	<p>監督。</p> <p>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。</p> <p>3.若設有滅菌設備，應由合格人員操作。</p> <p>4.處理物品時，工作人員需穿戴合適之防護用具。</p> <p>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）。</p> <p>6.供應室環境整潔，清潔區及污染區應有適當的區隔，且有合宜的動線規劃。</p> <p>B：符合 C 項，且落實執行及定期監測供應室溫度及濕度，並有紀錄備查。</p> <p>A：符合 B 項，且</p> <p>1.建立機制定期探討及分析，如有異常情況應進行檢討及改善。</p> <p>2.供應中心空調設置符合感染管制原則。</p>	<p>監督。</p> <p>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。</p> <p>3.若設有滅菌設備，應由合格人員操作。</p> <p>4.處理物品時，工作人員需穿戴合適之防護用具。</p> <p>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）。</p> <p>6.供應室環境整潔，清潔區及污染區應有適當的區隔，且有合宜的動線規劃。</p> <p>B：符合 C 項，且落實執行及定期監測供應室溫度及濕度，並有紀錄備查。</p> <p>A：符合 B 項，且</p> <p>1.建立機制定期探討及分析，如有異常情況應進行檢討及改善。</p> <p>2.供應中心空調設置符合感染管制原則。</p>	
2.7	檢驗、病理與放射作業	<p>【重點說明】</p> <p>對病人作正確合宜的評估才能作出最適切的醫療照護計畫。病人的評估為一持續性的工作，包括收集資訊、分析各種資料，如：身體、檢驗室及影像等各種檢查結果，最後才能得到對病人最有利、最適切的醫療照護計畫。病人的評估需要醫療照護團隊成員共同的參與，結合各領域的專長，整合出最適切的醫療照護計畫。醫院應對各種評估執行及分析訂定適宜之標準，以確保醫療照護團隊能有效的溝通及整合。因此醫院必須特別對各種檢驗、檢查訂定適宜之標準流程</p>	<p>【重點說明】</p> <p>對病人作正確合宜的評估才能作出最適切的醫療照護計畫。病人的評估為一持續性的工作，包括收集資訊、分析各種資料，如：身體、檢驗室及影像等各種檢查結果，最後才能得到對病人最有利、最適切的醫療照護計畫。病人的評估需要醫療照護團隊成員共同的參與，結合各領域的專長，整合出最適切的醫療照護計畫。醫院應對各種評估執行及分析訂定適宜之標準，以確保醫療照護團隊能有效的溝通及整合。因此醫院必須特別對各種檢驗、檢查訂定適宜之標準流程及規</p>	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		<p>及規定，以提供適宜的照護品質。本章規範之目的有下列幾項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫事檢驗、解剖病理、血品供應單位及放射影像的各種檢查及治療應訂定運作規範，以確保安全及病人的評估資訊正確。 2.醫事檢驗、解剖病理、血品供應單位及放射影像檢查及治療之各種儀器設備必須遵照功能維護要求，依照所訂定的程序，進行必要時的查驗、保養、維修或校正等措施，以確保其運作正常。同時對於設備所產生的工作環境安全問題，應有妥善的處理方式與監測機制。 	<p>定，以提供適宜的照護品質。本章規範之目的有下列幾項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.醫事檢驗、解剖病理、血品供應單位及放射影像的各種檢查及治療應訂定運作規範，以確保安全及病人的評估資訊正確。 2.醫事檢驗、解剖病理、血品供應單位及放射影像檢查及治療之各種儀器設備必須遵照功能維護要求，依照所訂定的程序，進行必要時的查驗、保養、維修或校正等措施，以確保其運作正常。同時對於設備所產生的工作環境安全問題，應有妥善的處理方式與監測機制。 	
可*	2.7.1	<p>具備合宜的醫事檢驗設備，並能確保其正常運作與環境安全</p> <p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.應依醫院規模、機能及整體病人照護條件設置相關醫事檢驗之設備，其功能可提供正確檢驗結果，以符合一般醫療的需求。 2.與檢驗相關之設備，必須遵照功能維護要求，依照所訂定的程序，進行必要的查驗、保養、維修或校正等措施，以確保其運作正常，且每項設備留有維護紀錄可查。 3.若設有特殊工作環境的生物及化學危害物質，必須依照法規訂有安全管理機制，以執行妥善的處理、監測與記錄。 <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.具備之設施、設備規模足夠處理院內大部分每日常規檢驗需求，並備有快速檢驗設備，其功能可提供必要的檢驗項目及符合時效的結果報告，以因應急診醫療的需求。 2.詳細記錄與檢驗品質有關之重要設備故障或失靈原因、維護對策，並能連同處理結果妥 	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.應依醫院規模、機能及整體病人照護條件設置相關醫事檢驗之設備，其功能可提供正確檢驗結果，以符合一般醫療的需求。 2.與檢驗相關之設備，必須遵照功能維護要求，依照所訂定的程序，進行必要的查驗、保養、維修或校正等措施，以確保其運作正常，且每項設備留有維護紀錄可查。 3.若設有特殊工作環境的生物及化學危害物質，必須依照法規訂有安全管理機制，以執行妥善的處理、監測與記錄。 <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.具備之設施、設備規模足夠處理院內大部分每日常規檢驗需求，並備有快速檢驗設備，其功能可提供必要的檢驗項目及符合時效的結果報告，以因應急診醫療的需求。 2.詳細記錄與檢驗品質有關之重要設備故障或失靈原因、維護對策，並能連同處理結果妥 	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		<p>善保存，以有助於日後設備查驗、保養、維修或校正等措施的穩定。</p> <p>3.針對檢驗工作環境的安全管理機制，應訂定完備之安全及應變計畫，相關執行紀錄內容完整，並能定期檢討及妥善保存。</p> <p>A：符合 B 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.緊急檢驗之設施、設備因發生重大事故，無法因應急診醫療服務的需求時，檢驗部門必須建立合適與有效的備援機制。 2.檢驗相關之設施、設備維護紀錄內容完整，且有定期檢討機制。 3.安全及應變計畫能夠執行實際演練，且相關檢討結果可回饋到檢驗作業，以改進工作流程及增進工作安全。 <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.符合下列全部條件者，可自選本條免評： <ol style="list-style-type: none"> (1)總病床 99 床(含)以下。 (2)未設有醫事檢驗部門。 2.若為委外代檢者，應檢具相關資料供評鑑委員評量。 3.安全計畫對象包括感染性物質、危險及有害物質的處理。 4.只設有一般生化、血液、血清免疫，及常規鏡檢作業場所 C-3 項不列為特殊要求。 	<p>善保存，以有助於日後設備查驗、保養、維修或校正等措施的穩定。</p> <p>3.針對檢驗工作環境的安全管理機制，應訂定完備之安全及應變計畫，相關執行紀錄內容完整，並能定期檢討及妥善保存。</p> <p>A：符合 B 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.緊急檢驗之設施、設備因發生重大事故，無法因應急診醫療服務的需求時，檢驗部門必須建立合適與有效的備援機制。 2.檢驗相關之設施、設備維護紀錄內容完整，且有定期檢討機制。 3.安全及應變計畫能夠執行實際演練，且相關檢討結果可回饋到檢驗作業，以改進工作流程及增進工作安全。 <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.符合下列全部條件者，可自選本條免評： <ol style="list-style-type: none"> (1)總病床 99 床(含)以下。 (2)未設有醫事檢驗部門。 2.若為委外代檢者，應檢具相關資料供評鑑委員評量。 3.安全計畫對象包括感染性物質、危險及有害物質的處理。 4.只設有一般生化、血液、血清免疫，及常規鏡檢作業場所 C-3 項不列為特殊要求。 	
2.7.2	具備符合標準之醫事檢驗作業程序，並確實執行	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.應訂定符合病人辨識、檢驗檢體辨識、登錄、傳送、檢測、報告等作業的安全性、時效性與結果正確性要求之標準作業程序，同時須包括檢驗後的檢體儲存及安全的棄置管理辦 	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.應訂定符合病人辨識、檢驗檢體辨識、登錄、傳送、檢測、報告等作業的安全性、時效性與結果正確性要求之標準作業程序，同時須包括檢驗後的檢體儲存及安全的棄置管理辦 	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		<p>法，其內容完整並能確實執行。</p> <p>2.依照醫事檢驗品質需求，制訂適用的品管政策與程序，內容包括內部品管、外部品管，若檢驗項目無外部品管活動可供參與精確度評估時，應建立適當的比對機制。</p> <p>3.檢驗服務項目須借助委外代檢方式完成者，應制訂有效的作業程序，以評估與選擇具有能力，且合乎品質要求的受委託檢驗單位。</p> <p>B：符合 C 項，且相關作業程序執行狀況良好，並有定期評估，留有紀錄可供檢討。</p> <p>A：符合 B 項，且能針對評估結果需要改善，進行分析檢討，並可回饋到臨床作業，修訂工作流程及增進品質與安全。</p> <p>[註]如為委外代檢者，請委託廠商提供 C-2 項資料。</p>	<p>法，其內容完整並能確實執行。</p> <p>2.依照醫事檢驗品質需求，制訂適用的品管政策與程序，內容包括內部品管、外部品管，若檢驗項目無外部品管活動可供參與精確度評估時，應建立適當的比對機制。</p> <p>3.檢驗服務項目須借助委外代檢方式完成者，應制訂有效的作業程序，以評估與選擇具有能力，且合乎品質要求的受委託檢驗單位。</p> <p>B：符合 C 項，且相關作業程序執行狀況良好，並有定期評估，留有紀錄可供檢討。</p> <p>A：符合 B 項，且能針對評估結果需要改善，進行分析檢討，並可回饋到臨床作業，修訂工作流程及增進品質與安全。</p> <p>[註]如為委外代檢者，請委託廠商提供 C-2 項資料。</p>	
2.7.3	醫事檢驗作業具有完備的品質保證措施	<p>C：</p> <p>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，能夠經由與臨床協議後有明確的訂定，而據以實施。</p> <p>2.應至少使用二種不同指標濃度之品管物質，進行檢驗作業流程之內部品管措施。</p> <p>3.應有定期參與精確度評估之外部品管活動，或必要時以室間比對機制替代，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。</p> <p>4.實施委外代檢者，應定期要求受託代檢單位提供參與精確度評估或接受外部能力評鑑之</p>	<p>C：</p> <p>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，能夠經由與臨床協議後有明確的訂定，而據以實施。</p> <p>2.應至少使用二種不同指標濃度之品管物質，進行檢驗作業流程之內部品管措施。</p> <p>3.應有定期參與精確度評估之外部品管活動，或必要時以室間比對機制替代，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。</p> <p>4.實施委外代檢者，應定期要求受託代檢單位提供參與精確度評估或接受外部能力評鑑之</p>	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		<p>相關結果或證明。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.內、外部品管監測結果發現異常時，應能執行問題調查與原因分析，並能針對須進行改善的事項，提出具體解決的對策。 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，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。 <p>A：符合 B 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.應建立品質保證執行過程之稽核制度，並有檢討改進、預防再發生成效查核等措施，及留有執行紀錄可供審查。 2.每年一次執行品質系統之內部稽核與外部評估。 3.定期與臨床照護單位召開服務流程品質檢討會議，並有會議紀錄可查。 <p>[註]C-4 項之委外管理包括本身醫療需求委外代檢或以醫院名意承攬業務等監督責任。</p>	<p>相關結果或證明。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.內、外部品管監測結果發現異常時，應能執行問題調查與原因分析，並能針對須進行改善的事項，提出具體解決的對策。 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，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。 <p>A：符合 B 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.應建立品質保證執行過程之稽核制度，並有檢討改進、預防再發生成效查核等措施，及留有執行紀錄可供審查。 2.每年一次執行品質系統之內部稽核與外部評估。 3.定期與臨床照護單位召開服務流程品質檢討會議，並有會議紀錄可查。 <p>[註]C-4 項之委外管理包括本身醫療需求委外代檢或以醫院名意承攬業務等監督責任。</p>	
可	2.7.4	<p>具備合宜的放射診斷（含核子醫學）設備，並能確保其功能正常運作與環境安全</p> <p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.應依醫院規模、機能及整體病人照護條件設置相關放射診斷（含核子醫學）之設備，且除攝影室外，亦須具備適當的閱片設備、候診空間、更衣室及影像資料檔案室等處置空間。其功能可提供必要的檢查結果，以符合一般醫療的需求。 2.與檢查相關之設備，必須遵照功能維護要求，依照所訂定的程序，進行必要的查驗、 	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.應依醫院規模、機能及整體病人照護條件設置相關放射診斷（含核子醫學）之設備，且除攝影室外，亦須具備適當的閱片設備、候診空間、更衣室及影像資料檔案室等處置空間。其功能可提供必要的檢查結果，以符合一般醫療的需求。 2.與檢查相關之設備，必須遵照功能維護要求，依照所訂定的程序，進行必要的查驗、 	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		<p>保養、維修或校正等措施，以確保其運作正常，且每項設備留有維護紀錄可查。有關設備及儀器之維護要求，若無法自行完成者，應與廠商訂定維修保養合約，並應訂有檢查標準操作手冊。</p> <p>3.放射線診斷及核子醫學檢查室的設計與設備，須符合游離輻射防護法規之規範。工作環境的游離輻射防護，必須依照法規訂定安全管理計畫，以執行妥善的防護、監測與紀錄；如有廢片或污染廢棄物須處理時，應符合國家法規訂定相關作業規範。</p> <p>4.檢查過程所需之急救設備完善。</p> <p>5.定期召開輻射防護管理委員會（每年至少兩次），並發揮委員會功能，且有會議紀錄可查。</p> <p>6.應具備領有輻射防護員資格之人員，且每年舉辦輻射從業人員繼續教育與體檢。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <p>1.具備之設施、設備規模足夠處理院內大部分每日常規檢查需求，並備有適當的檢查設備，其功能可提供必要的檢查項目及符合時效的結果報告，以因應急診醫療的需求。</p> <p>2.配有各項輻射防護偵測設備及假體，並訂有標準作業流程，以落實各項安全查核工作，相關執行紀錄內容完整，並能定期檢討及妥善保存。</p> <p>3.儀器設備依照服務內容及作業品質評估，適當汰舊換新。</p> <p>4.醫院內應有 10% 以上的醫事放射人員，領有</p>	<p>保養、維修或校正等措施，以確保其運作正常，且每項設備留有維護紀錄可查。有關設備及儀器之維護要求，若無法自行完成者，應與廠商訂定維修保養合約，並應訂有檢查標準操作手冊。</p> <p>3.放射線診斷及核子醫學檢查室的設計與設備，須符合游離輻射防護法規之規範。工作環境的游離輻射防護，必須依照法規訂定安全管理計畫，以執行妥善的防護、監測與紀錄；如有廢片或污染廢棄物須處理時，應符合國家法規訂定相關作業規範。</p> <p>4.檢查過程所需之急救設備完善。</p> <p>5.定期召開輻射防護管理委員會（每年至少兩次），並發揮委員會功能，且有會議紀錄可查。</p> <p>6.應具備領有輻射防護員資格之人員，且每年舉辦輻射從業人員繼續教育與體檢。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <p>1.具備之設施、設備規模足夠處理院內大部分每日常規檢查需求，並備有適當的檢查設備，其功能可提供必要的檢查項目及符合時效的結果報告，以因應急診醫療的需求。</p> <p>2.配有各項輻射防護偵測設備及假體，並訂有標準作業流程，以落實各項安全查核工作，相關執行紀錄內容完整，並能定期檢討及妥善保存。</p> <p>3.儀器設備依照服務內容及作業品質評估，適當汰舊換新。</p> <p>4.醫院內應有 10% 以上的醫事放射人員，領有</p>	

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		<p>游離輻射防護人員證書。</p> <p>A：符合 B 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.緊急檢查之設施、設備因發生重大事故，無法因應急診醫療服務需求時，檢查部門必須建立合適與有效的備援機制，包括數位化影像醫學儀器應有不斷電或緊急發電設備與影像傳送機制。 2.檢查室內外之規劃設計，能以病人隱私為考量，且提供安全、舒適的檢查環境。 3.安全及應變計畫能夠執行，並有實際演練紀錄，且相關檢討結果可回饋到檢查作業，以改進工作流程及增進工作安全。 <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.未有放射診斷或核子醫學儀器者，可自選本條免評。 2.依照國家相關法規之規範，醫院在符合相關規定的前提下，可依實際需求自行評估與規劃其設備及所需環境。 3.依游離輻射防護法第七條第三項規定，於民國 91 年 12 月 11 日訂定之『輻射防護管理組織及輻射防護人員設置標準』規定，相關內容摘要如下： <ol style="list-style-type: none"> (1)第 2 條：依游離輻射防護法第七條第一項所稱之輻射防護管理組織，係指輻射防護業務單位及輻射防護管理委員會。 (2)第 4 條：設施經營者具有附表一（醫療院所屬範圍內事業類別，包含「從事放射診斷、核子醫學、放射治療三項診療業務者」或「設有放射診斷、核子醫學、放射治療任二項診 	<p>游離輻射防護人員證書。</p> <p>A：符合 B 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.緊急檢查之設施、設備因發生重大事故，無法因應急診醫療服務需求時，檢查部門必須建立合適與有效的備援機制，包括數位化影像醫學儀器應有不斷電或緊急發電設備與影像傳送機制。 2.檢查室內外之規劃設計，能以病人隱私為考量，且提供安全、舒適的檢查環境。 3.安全及應變計畫能夠執行，並有實際演練紀錄，且相關檢討結果可回饋到檢查作業，以改進工作流程及增進工作安全。 <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.未有放射診斷或核子醫學儀器者，可自選本條免評。 2.依照國家相關法規之規範，醫院在符合相關規定的前提下，可依實際需求自行評估與規劃其設備及所需環境。 3.依游離輻射防護法第七條第三項規定，於民國 91 年 12 月 11 日訂定之『輻射防護管理組織及輻射防護人員設置標準』規定，相關內容摘要如下： <ol style="list-style-type: none"> (1)第 2 條：依游離輻射防護法第七條第一項所稱之輻射防護管理組織，係指輻射防護業務單位及輻射防護管理委員會。 (2)第 4 條：設施經營者具有附表一（醫療院所屬範圍內事業類別，包含「從事放射診斷、核子醫學、放射治療三項診療業務者」或「設有放射診斷、核子醫學、放射治療任二項診 	

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		<p>療業務者」) 所列設備、業務或規模者，應設立輻射防護管理組織，並依表列名額配置輻射防護業務單位之各級輻射防護人員。</p> <p>(3)第 5 條：設施經營者具有附表二 (醫療院所屬範圍內事業類別，包含「僅從事放射治療業務者」或「僅從事核子醫學業務者」或「僅從事放射診斷業務者」) 所列設備、業務或規模者，應依表列名額配置各級輻射防護人員。</p> <p>(4)第 12 條規定輻射管理委員會委員組成及應至少每 6 個月開一次會。</p>	<p>療業務者」) 所列設備、業務或規模者，應設立輻射防護管理組織，並依表列名額配置輻射防護業務單位之各級輻射防護人員。</p> <p>(3)第 5 條：設施經營者具有附表二 (醫療院所屬範圍內事業類別，包含「僅從事放射治療業務者」或「僅從事核子醫學業務者」或「僅從事放射診斷業務者」) 所列設備、業務或規模者，應依表列名額配置各級輻射防護人員。</p> <p>(4)第 12 條規定輻射管理委員會委員組成及應至少每 6 個月開一次會。</p>	
可	2.7.5	<p>具備符合標準之放射診斷 (含核子醫學) 作業程序，並確實執行</p> <p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.應訂定符合檢查需求之病人辨識、登錄、運送、檢查、報告等作業時效性與結果正確性要求之標準作業程序，同時須包括全部檢查過程的病人安全防護管理及應變機制，其內容完整且能確實執行。 2.依照放射診斷 (含核子醫學) 作業品質需求，制訂適用影像品質品管政策與程序。 3.檢查服務項目須借助委外代檢方式完成者，應制訂有效的管理作業程序，以評估與選擇具有能力，且合乎品質要求的受委託檢查單位。 <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.相關作業程序執行狀況良好，並有定期評估，留有紀錄可供審查。 2.檢討會之經過及結果應記錄於病人診療紀錄內；當病人需要轉科或轉院時，應將檢討結果妥善轉予相關科別或醫院。 	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.應訂定符合檢查需求之病人辨識、登錄、運送、檢查、報告等作業時效性與結果正確性要求之標準作業程序，同時須包括全部檢查過程的病人安全防護管理及應變機制，其內容完整且能確實執行。 2.依照放射診斷 (含核子醫學) 作業品質需求，制訂適用影像品質品管政策與程序。 3.檢查服務項目須借助委外代檢方式完成者，應制訂有效的管理作業程序，以評估與選擇具有能力，且合乎品質要求的受委託檢查單位。 <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.相關作業程序執行狀況良好，並有定期評估，留有紀錄可供審查。 2.檢討會之經過及結果應記錄於病人診療紀錄內；當病人需要轉科或轉院時，應將檢討結果妥善轉予相關科別或醫院。 	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		<p>3.迅速提供正確的影像診療報告，且配合轉診、轉檢或轉院等需求。</p> <p>4.使用醫療影像交換機制，建立特定檢查資源共享模式。</p> <p>A：符合 B 項，且</p> <p>1.能針對評估結果需要改善要點，進行分析檢討，並可回饋到臨床作業，修訂工作流程及增進品質與安全。</p> <p>2.建置迅速且有效的放射會診機制。</p> <p>3.定期舉行聯合討論會，且紀錄詳實。</p> <p>[註] 未有放射診斷或核子醫學儀器者，可自選本條免評。</p>	<p>3.迅速提供正確的影像診療報告，且配合轉診、轉檢或轉院等需求。</p> <p>4.使用醫療影像交換機制，建立特定檢查資源共享模式。</p> <p>A：符合 B 項，且</p> <p>1.能針對評估結果需要改善要點，進行分析檢討，並可回饋到臨床作業，修訂工作流程及增進品質與安全。</p> <p>2.建置迅速且有效的放射會診機制。</p> <p>3.定期舉行聯合討論會，且紀錄詳實。</p> <p>[註] 未有放射診斷或核子醫學儀器者，可自選本條免評。</p>	
可	2.7.6	<p>放射診斷（含核子醫學）作業具有完備的品質保證措施</p> <p>C：</p> <p>1.放射診斷（含核子醫學）報告內容完整，報告時效符合臨床醫療需求，且不同檢查項目的報告完成時間，能夠經由與臨床協議後有明確的訂定，而據以實施。</p> <p>2.診療報告應由放射線（診斷）科專科醫師或核子醫學科專科醫師製作；特殊診療報告內容需適當詳實。</p> <p>3.放射診斷（含核子醫學）相關影像檔案管理適當。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <p>1.品質監測結果發現異常時，應能執行問題調查與原因分析，並能針對須進行改善之事項，提出具體解決對策。</p> <p>2.報告內容完整，且有適當影像會診機制，能協助臨床診療。</p> <p>3.每一年度均針對病人照護品質相關指標（如</p>	<p>C：</p> <p>1.放射診斷（含核子醫學）報告內容完整，報告時效符合臨床醫療需求，且不同檢查項目的報告完成時間，能夠經由與臨床協議後有明確的訂定，而據以實施。</p> <p>2.診療報告應由放射線（診斷）科專科醫師或核子醫學科專科醫師製作；特殊診療報告內容需適當詳實。</p> <p>3.放射診斷（含核子醫學）相關影像檔案管理適當。</p> <p>B：符合 C 項，且</p> <p>1.品質監測結果發現異常時，應能執行問題調查與原因分析，並能針對須進行改善之事項，提出具體解決對策。</p> <p>2.報告內容完整，且有適當影像會診機制，能協助臨床診療。</p> <p>3.每一年度均針對病人照護品質相關指標（如</p>	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		<p>報告時效監測、客訴意見處理、檢查品質、報告正確性與病人安全調查等) 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，及留有紀錄可供審查。</p> <p>A：符合 B 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.各類影像皆能立即調閱。 2.應建立品質保證執行過程之稽核制度，並有檢討改進、預防再發及成效查核等措施，且留有執行紀錄可供審查。 3.定期與臨床照護單位召開服務流程品質檢討會議，並有會議紀錄可查。 <p>[註] 未有放射診斷或核子醫學儀器者，可自選本條免評。</p>	<p>報告時效監測、客訴意見處理、檢查品質、報告正確性與病人安全調查等) 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，及留有紀錄可供審查。</p> <p>A：符合 B 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.各類影像皆能立即調閱。 2.應建立品質保證執行過程之稽核制度，並有檢討改進、預防再發及成效查核等措施，且留有執行紀錄可供審查。 3.定期與臨床照護單位召開服務流程品質檢討會議，並有會議紀錄可查。 <p>[註] 未有放射診斷或核子醫學儀器者，可自選本條免評。</p>	
2.7.7	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>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.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。 2.明訂檢體檢驗、影像檢查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。 3.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。 <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.診療紀錄中應記載檢查方法及影像診斷報告的臨床評估。 2.病歷紀錄應適時、適當呈現特殊檢查、檢驗、處置之理由。 	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.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。 2.明訂檢體檢驗、影像檢查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。 3.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。 <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.診療紀錄中應記載檢查方法及影像診斷報告的臨床評估。 2.病歷紀錄應適時、適當呈現特殊檢查、檢驗、處置之理由。 	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		<p>3.定期或不定期檢討、修正或更新各項步驟及異常值說明。</p> <p>4.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。</p> <p>A：符合 B 項，且</p> <p>1.有機制可確認異常危急值或檢查報告通報後，已被完整的收到，而能迅速運用於病人後續的醫療處置。</p> <p>2.主治醫師或醫療照護團隊相關人員能夠依照判讀結果，作出診斷或治療計畫，並在病歷中記載。</p> <p>3.緊急醫療及夜間、休假日，檢驗、檢查相關醫事人員採取值班方式，能夠立即提供各項緊急檢驗、檢查的功能，並有完善的相關備援機制。</p> <p>[註]若為委外代檢者，仍應檢具相關資料供評鑑委員評量。</p>	<p>3.定期或不定期檢討、修正或更新各項步驟及異常值說明。</p> <p>4.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。</p> <p>A：符合 B 項，且</p> <p>1.有機制可確認異常危急值或檢查報告通報後，已被完整的收到，而能迅速運用於病人後續的醫療處置。</p> <p>2.主治醫師或醫療照護團隊相關人員能夠依照判讀結果，作出診斷或治療計畫，並在病歷中記載。</p> <p>3.緊急醫療及夜間、休假日，檢驗、檢查相關醫事人員採取值班方式，能夠立即提供各項緊急檢驗、檢查的功能，並有完善的相關備援機制。</p> <p>[註]若為委外代檢者，仍應檢具相關資料供評鑑委員評量。</p>	
2.8	出院準備及持續性照護服務	<p>【重點說明】</p> <p>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。本章規範之目的有下列幾項：</p> <p>1.應協助病人實施適切之轉診（介），轉診（介）之安排應考量病人安全，留意轉診（介）過程中必要醫療照護之安排。病人轉出或出院至其</p>	<p>【重點說明】</p> <p>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。本章規範之目的有下列幾項：</p> <p>1.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</p>	重點說明第 1 點文字酌修，統一修正為「轉診（介）」。

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明	
		評量項目	評量項目		
		<p>他單位時，應提供醫療照護摘要，以達持續性照護目標。</p> <p>2. 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。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>醫療照護摘要，以達持續性照護目標。</p> <p>2. 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。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>		
2.8.1	實施適切之轉診(介)	<p>C：</p> <p>1. 應訂有轉診(介)的作業流程。</p> <p>2. 醫院應確認是否有具體轉診(介)合作機制，確保滿足病人轉診(介)的需要。</p> <p>3. 應有完整的轉診(介)紀錄。</p> <p>B：符合C項，且</p> <p>1. 對轉診(介)病人應有適當的病況追蹤(回覆)紀錄。</p> <p>2. 應對轉診(介)之時效、原因、適當性進行定期之統計分析。</p> <p>A：符合B項，且</p> <p>1. 應有轉診(介)之異常狀況之檢討改善機制。</p> <p>2. 有提供原轉診(介)醫師瞭解病人相關病況之機制。</p> <p>[註]轉診作業相關流程須符合醫療法施行細則第50-52條規定。</p>	<p>C：</p> <p>1. 應訂有轉診(介)的作業流程。</p> <p>2. 醫院應確認是否有具體轉診合作機制，確保滿足病人轉診的需要。</p> <p>3. 應有完整的轉診(介)紀錄。</p> <p>B：符合C項，且</p> <p>1. 對轉診(介)病人應有適當的病況追蹤及回覆紀錄。</p> <p>2. 應對轉診之時效、原因、適當性進行定期之統計分析。</p> <p>A：符合B項，且</p> <p>1. 應有轉診(介)之異常狀況之檢討改善機制。</p> <p>2. 有提供原轉診醫師瞭解病人相關病況之機制。</p> <p>[註]轉診作業相關流程須符合醫療法施行細則第50-52條規定。</p>	<p>1. 評量項目 C-2、B-2、A-2 文字酌修，統一修訂為「轉診(介)」。</p> <p>2. 評量項目 B-1 文字病況追蹤、病況回覆紀錄二者相似，為釐清疑義，修正文字。</p>	
合	2.8.2	醫療照護團隊應依病人需求，提供病人	符合下列項目： 1. 以輔導出院為前提，且為提供持續性之醫療照護，訂定出院照護方針及計畫，尤其應依身心	符合下列項目： 1. 以輔導出院為前提，且為提供持續性之醫療照護，訂定出院照護方針及計畫，尤其應依身心	無

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
	出院照護計畫	<p>障礙者權益保障法第 23 條、精神衛生法第 38 條第 2 項及其授權訂定子法規之規定，落實辦理出院轉銜工作。</p> <p>2.能依病人需求訂定出院照護計畫，並紀錄於出院病摘中。</p> <p>3.計畫擬定過程各醫療照護團隊工作人員應進行諮商、調整及合作。</p> <p>4.應依出院病人狀況提供衛教指導及用藥清單。</p> <p>5.病人出院時應適切提供後續門診追蹤資訊、緊急就醫之醫療資源與途徑，並能以書面資料提供病人充分的資訊。</p> <p>6.依病人需求，確認出院後可提供之社區相關資源或轉介。</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.醫院應提供相關保險及社會資源資訊或告知院內相關專責部門聯繫方式。</p> <p>3.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>4.身心障礙者權益保障法第 23 條： 醫院應為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： (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。</p>	<p>障礙者權益保障法第 23 條、精神衛生法第 38 條第 2 項及其授權訂定子法規之規定，落實辦理出院轉銜工作。</p> <p>2.能依病人需求訂定出院照護計畫，並紀錄於出院病摘中。</p> <p>3.計畫擬定過程各醫療照護團隊工作人員應進行諮商、調整及合作。</p> <p>4.應依出院病人狀況提供衛教指導及用藥清單。</p> <p>5.病人出院時應適切提供後續門診追蹤資訊、緊急就醫之醫療資源與途徑，並能以書面資料提供病人充分的資訊。</p> <p>6.依病人需求，確認出院後可提供之社區相關資源或轉介。</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.醫院應提供相關保險及社會資源資訊或告知院內相關專責部門聯繫方式。</p> <p>3.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>4.身心障礙者權益保障法第 23 條： 醫院應為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： (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。</p>	

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		(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。 5.精神衛生法第 38 條第 2 項： 精神醫療機構於病人出院前，應協助病人及其保護人擬訂具體可行之復健、轉介、安置及追蹤計畫。	(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。 5.精神衛生法第 38 條第 2 項： 精神醫療機構於病人出院前，應協助病人及其保護人擬訂具體可行之復健、轉介、安置及追蹤計畫。	
2.8.3	提供出院病人適當之營養指導、復健指導、門診追蹤資訊等	C： 1.應於醫院內相關職類人員教育訓練中，檢討病人出院後的照護指導及實施步驟。 2.能依據病人需求狀況提供適當之營養、復健等計畫及指導之紀錄。 B：符合 C 項，且 1.有確實執行營養指導、復健指導等計畫實施紀錄，並評估品質及成效。 2.將病人資訊轉回至原轉診醫師或醫院。 A：符合 B 項，且有提供出院後相關諮詢服務窗口。	C： 1.應於醫院內相關職類人員教育訓練中，檢討病人出院後的照護指導及實施步驟。 2.能依據病人需求狀況提供適當之營養、復健等計畫及指導之紀錄。 B：符合 C 項，且 1.有確實執行營養指導、復健指導等計畫實施紀錄，並評估品質及成效。 2.將病人資訊轉回至原轉診醫師或醫院。 A：符合 B 項，且有提供出院後相關諮詢服務窗口。	無
2.8.4	出院摘要應儘速完成	C： 1.應規定出院作業流程及出院摘要之記載內容，包括住院原因及截至出院的診療經過，均予精簡記述。 2.出院摘要有 90%於 7 日（日曆日）內完成。 3.依病人需求，能提供中文出院病歷摘要。 B：符合 C 項，且出院摘要有 90%於 5 日（日曆日）內完成。	C： 1.應規定出院作業流程及出院摘要之記載內容，包括住院原因及截至出院的診療經過，均予精簡記述。 2.出院摘要有 90%於 7 日（日曆日）內完成。 3.依病人需求，能提供中文出院病歷摘要。 B：符合 C 項，且出院摘要有 90%於 5 日（日曆日）內完成。	配合本部改制，原評量項目 [註]「行政院衛生署」更名為「衛生福利部」。

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明	
		評量項目	評量項目		
		<p>A：符合 B 項，且：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 出院摘要有 90% 於 3 日（日曆日）內完成。 2. 對出院病歷摘要之時效與品質有檢討機制，且落實執行。 <p>[註] 中文病歷摘要可參考 衛生福利部 公告之範本。</p>	<p>A：符合 B 項，且：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 出院摘要有 90% 於 3 日（日曆日）內完成。 2. 對出院病歷摘要之時效與品質有檢討機制，且落實執行。 <p>[註] 中文病歷摘要可參考 行政院衛生署 公告之範本。</p>		
	2.8.5	與後續照護服務之單位建立連繫及合作關係	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 與院外相關後續照護單位有連繫與合作，並訂有轉介流程。 2. 院內有專責人員或單位負責前項工作。 <p>B：符合 C 項，且有出院準備服務委員會或類似機制，並定期開會，能具體解決問題。</p> <p>A：符合 B 項，且與後續照護單位有檢討機制，並落實執行。</p>	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 與院外相關後續照護單位有連繫與合作，並訂有轉介流程。 2. 院內有專責人員或單位負責前項工作。 <p>B：符合 C 項，且有出院準備服務委員會或類似機制，並定期開會，能具體解決問題。</p> <p>A：符合 B 項，且與後續照護單位有檢討機制，並落實執行。</p>	無
可	2.8.6	適當執行居家治療服務	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 提供居家治療之功能，設有專責護理人員及配合之診療制度。 2. 具備各居家治療服務相關標準、步驟，訂有合適的居家治療計畫，並有紀錄。 <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 有接受居家治療相關訓練的專任護理人員從事該項業務。 2. 有協調及社區合作之功能，並設有下列之一者： <ol style="list-style-type: none"> (1) 個案管理師（Case Manager）。 (2) 社工師或類似職務之專責人員。 (3) 與社區合作連繫之專責人員。 3. 適時修訂居家治療服務相關標準、步驟，並落實執行。 	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 提供居家治療之功能，設有專責護理人員及配合之診療制度。 2. 具備各居家治療服務相關標準、步驟，訂有合適的居家治療計畫，並有紀錄。 <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 有接受居家治療相關訓練的專任護理人員從事該項業務。 2. 有協調及社區合作之功能，並設有下列之一者： <ol style="list-style-type: none"> (1) 個案管理師（Case Manager）。 (2) 社工師或類似職務之專責人員。 (3) 與社區合作連繫之專責人員。 3. 適時修訂居家治療服務相關標準、步驟，並落實執行。 	配合本部改制，原評量項目 [註]「健保局」更名為「健保署」。

條號	條文	103 年精神科醫院評鑑基準(草案)	102 年版精神科醫院評鑑基準	修正說明
		評量項目	評量項目	
		<p>A：符合 B 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.訂定並提供上班時間外緊急聯繫系統之機制及服務。 2.檢討及訂定持續性品質促進措施。 <p>[註]未向健保署申報居家治療給付醫院可自選本條免評。</p>	<p>A：符合 B 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.訂定並提供上班時間外緊急聯繫系統之機制及服務。 2.檢討及訂定持續性品質促進措施。 <p>[註]未向健保局申報居家治療給付醫院可自選本條免評。</p>	
可	2.8.7	<p>掌握居家治療服務之執行情形，在病例檢討會予以評估、檢討</p> <p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.須掌握居家治療服務之實際執行情形，並有業務統計分析資料。 2.定期召開病例討論會（Case Conference），並有紀錄。至少每月召開 1 次跨領域醫療照護團隊討論會。 3.應有業務相關之人員參加討論會，如：醫師、護理、社工、職能治療、臨床心理、藥劑、營養等人員。 <p>B：符合 C 項，且能於病例討論會中評估、檢討病例照護計畫，適時修正，並記錄完整。</p> <p>A：符合 B 項，且能提升個案生活品質。</p> <p>[註]未向健保署申報居家治療給付醫院可自選本條免評。</p>	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.須掌握居家治療服務之實際執行情形，並有業務統計分析資料。 2.定期召開病例討論會（Case Conference），並有紀錄。至少每月召開 1 次跨領域醫療照護團隊討論會。 3.應有業務相關之人員參加討論會，如：醫師、護理、社工、職能治療、臨床心理、藥劑、營養等人員。 <p>B：符合 C 項，且能於病例討論會中評估、檢討病例照護計畫，適時修正，並記錄完整。</p> <p>A：符合 B 項，且能提升個案生活品質。</p> <p>[註]未向健保局申報居家治療給付醫院可自選本條免評。</p>	配合本部改制，原評量項目 [註]「健保局」更名為「健保署」。