

113~114 年度【醫院版】醫療品質及病人安全工作目標

目標		執行策略
一	促進醫療人員間團隊合作及有效溝通	1. 建立機構內團隊領導與溝通機制，落實醫療人員訊息有效傳遞並促進團隊合作。 2. 落實病人於不同單位間共同照護或是轉換照護責任時訊息溝通之安全作業。 3. 加強於困難溝通情境之病人辨識及交班正確性。
二	營造病人安全文化、建立醫療機構韌性及落實病人安全事件管理	1. 營造機構病人安全文化與環境，並鼓勵員工主動提出對病人安全的顧慮及建議。 2. 提升醫療機構韌性，保護醫療場所人員免遭受暴力侵害。 3. 鼓勵病人安全事件通報，運用人因工程之概念，強化病人安全事件改善成效。
三	提升手術安全	1. 落實手術辨識流程及安全查核作業。 2. 落實手術輸、備血安全查核作業。 3. 落實手術麻醉整合照護，強化團隊合作。 4. 預防手術過程中不預期的傷害。
四	預防病人跌倒及降低傷害程度	1. 團隊合作提供安全的照護與環境，以降低跌倒傷害程度。 2. 評估及降低病人跌倒風險。 3. 跌倒後檢視及調整照護計畫。 4. 落實病人出院時跌倒風險評估，並提供預防跌倒及預防或改善衰弱之指導。
五	提升用藥安全	1. 推行病人用藥整合。 2. 加強使用高警訊藥品病人之照護安全。 3. 加強需控制流速或共用管路之輸液使用安全。
六	落實感染管制	1. 落實人員之健康管理。 2. 加強抗生素使用管理機制。 3. 推行組合式照護的措施，降低醫療照護相關感染。 4. 定期環境清潔及監測清潔品質。 5. 建立醫材器械消毒或滅菌管理機制。
七	提升管路安全	1. 落實侵入性管路之正確置放。 2. 提升管路照護安全及預防相關傷害。
八	改善醫病溝通並鼓勵病人及家屬參與病人安全工作	1. 鼓勵民眾關心病人安全，並提供民眾多元參與管道。 2. 運用多元或數位模式，改善醫病溝通，並推行醫病共享決策。 3. 提升住院中及出院後主要照顧者照護知能。
九	維護孕產兒安全	1. 落實產科風險管控。 2. 維護孕產婦及新生兒安全。 3. 預防產科相關病人安全事件。

目標一、促進醫療人員間團隊合作及有效溝通		
執行策略	一般原則	參考做法
1. 建立機構內團隊領導與溝通機制，落實醫療人員訊息有效傳遞並促進團隊合作。	1.1 醫院對於影響病人安全的重大政策訂立訊息發布與傳遞的機制。	1.1.1 對於影響病人安全的重大政策改變，為確保訊息的及時傳達，應建立包括電子郵件、網頁、簡訊通知與通訊媒體等多重管道，以確保訊息的傳達。 1.1.2 重大訊息發布機制應依不同對象與緊急程度規劃。 1.1.3 重大訊息發布以後，應有確認接收或是稽核訊息傳遞的機制，如：以通訊媒體群組上訊息的閱讀比率做為稽核機制。 1.1.4 對於重大訊息的發布，必要時機構領導階層應公開說明，以釐清疑慮與鼓舞士氣，如公開演講、廣播、發布說明影片、撰文說明等等，並應有接受提問與回覆的雙向溝通機制。
	1.2 醫院應推動團隊合作訓練，並發展於重要醫療情境的醫療團隊合作策略，尤其是於環境快速變動時。	1.2.1 針對醫療作業緊密耦合之部門，如急診室、手術室、產房等，醫院應制定政策，推動團隊合作訓練，訓練對象應包含團隊的所有成員，如嚴重病人運送團隊應包含醫師、專科護理師、護理師或傳送人員等。 1.2.2 為強化醫療團隊的領導溝通、建立醫療人員韌性，在重要、急迫或複雜的醫療作業或任務開始前，團隊應進行「事前說明」(Brief)，任務進行中情境轉變或是團隊成員有疑慮時，鼓勵成員可以「過程中討論」(Huddle)以凝聚共識，任務完成時可以進行「事後檢視」(Debrief)。 1.2.3 醫院應檢視容易發生錯誤的醫療作業情境，建立可以強化安全的策略，如：急診室急救區的醫療人員定位，隔離病房中著防護衣的醫療人員如何溝通等。 1.2.4 在因應環境的快速改變時，醫院的組織應該做敏捷應變，並有人員角色任務的調整機制，作業流程也應做彈性調整，如：資訊流程。
	1.3 醫院訂定醫療人員交接班之標準作業程序，醫療人員間訊息傳遞時採口頭及文字等多重方式，並有釐清疑問	1.3.1 應就單位內、單位間建立交接班共識項目，並以結構性方式呈現交接班內容，如：ISBAR。 1.3.2 醫療人員交接班應遵照標準作業程序，且有相互提問與回答的機制，主動將重要資訊及時回饋給接班之醫療人員，並有覆核確認。 1.3.3 醫療人員間訊息傳遞時，建議以口頭方式之外，建議搭配書面資料同步進行，書寫時字跡應清楚、易辨認，資訊系統介面的文字，應注意重點資訊字體

目標一、促進醫療人員間團隊合作及有效溝通		
執行策略	一般原則	參考做法
	的機制。 1.4 醫院應建立生命徵象監測儀器及維生設備之警示系統（alarm system）安全管理。 1.5 建立醫療團隊間溝通模式，強化團隊合作的概念與行動。	清晰易辨認。 1.3.4 接受口頭醫囑時，接收者應先將醫囑寫下，然後依紀錄內容覆誦，再由訊息傳遞者確認其正確性；紀錄應於單位內保存備查。 1.3.5 病歷和醫療作業系統應使用正式訂定的醫療相關字詞縮寫表，避免使用容易誤解、罕用或自創的縮寫，以避免產生混淆或誤解。 1.4.1 建立生命徵象監測儀器及維生設備之警示系統的安全管理規範（包含評估是否有不必要地警示噪音，導致警示疲勞疲勞），並定期檢討，以避免沒有注意到警示提醒，或警示系統故障時對病人造成之風險。 1.4.2 盤點院內高風險區域或高風險的臨床狀態下，所使用具警示功能之生命徵象監測儀器及維生設備，了解預設值及適當的警示值。 1.4.3 依照病人狀況，設定生命徵象監測儀器及維生設備之警示值，並確實交班。 1.4.4 避免關閉警示系統，並確保生命徵象監測儀器及維生設備之危及警示聲音在照護區域內可被聽到。 1.4.5 確保相關新進人員應接受具警示功能的醫療儀器使用教育訓練。儀器更新或引入新儀器時，醫療人員應接受持續的訓練，並了解儀器警示系統的安全管理規範。 1.5.1 利用相關活動或教育訓練，加強醫療人員對團隊溝通之重視。 1.5.2 宜以實際觀察、角色扮演或模擬演練等方式進行員工培訓，以促進團隊合作技能。 1.5.3 醫療團隊人員在互助合作及溝通時，領導者宜有評估及掌握成員間共享的資訊、資源的能力，每個人能明確自己的角色和職責，以使團隊的執行能力及工作效益發揮最大化，並於事後有反饋、修正之檢討機制。 1.5.4 因應新科技導入，例如遠距醫療或照會等新情境，醫院應利用教育訓練或演練，以確保病人安全，促進醫療人員對新情境下的溝通與合作。
2.落實病人於不同單	2.1 醫院應訂定病人運送標準作	2.1.1 訂定病人運送安全作業標準，包括事先評估病人嚴重度、護送人員資格與層級、運送途中所需監測與

目標一、促進醫療人員間團隊合作及有效溝通		
執行策略	一般原則	參考做法
位間共同照護或是轉換照護責任時訊息溝通之安全作業。	業程序，包括運送風險評估、人力、設備與運送流程，以確保運送途中病人安全及訊息傳遞正確。	維生設備、輸注幫浦正常運作且電量充足、運送中使用的藥品及氧氣量足以供應整個運送過程、病況改變或突發狀況之應變方式，及事先通知送達單位必要備物等，並有要求醫療人員落實的督導機制。 2.1.2 醫療人員轉運病人應遵照標準作業程序，轉運前後務必親自檢視病人，以結構性交接單逐項確認，且完成紀錄查核與簽署，並向病人或家屬說明。 2.1.3 醫院內轉運病人到其他部門檢查或治療，轉送前，應先聯繫及確認轉入單位已備妥病人所需相關儀器設備、感染管制隔離需求，與可轉送的時間。並依照病人交接標準作業程序執行，確實做好病人辨識，且確認病人及家屬了解即將接受的檢查/治療項目，準時轉送病人。
	2.2 醫院應訂定雙向轉診流程，包括病人重要訊息正確傳遞及回饋機制。	2.2.1 訂有院所間雙向轉診作業標準，包括病人持續照護的需求、具有臨床意義報告之重要警示結果，及提供原轉診醫師有關病人病況回覆記錄。 2.2.2 應有與院外合作機構間溝通改善的機制。
	2.3 醫院應訂定檢查、檢驗危急值報告，及具有臨床意義之病理、放射報告等重要警示結果及時通知機制，並有評估及檢討。	2.3.1 依照醫療照護需求訂定危急值或重要結果報告之通報準則，制定通報流程、時效及處理要求，並定期監測各項通報要求執行成效，尤其針對緊急與重症個案，應訂有合理危急值通報時間。 2.3.2 整合檢查、檢驗、放射及病理等不同資料庫，以有效串連病人相關生理數值，能夠獲得即時警示的效果。 2.3.3 定期檢討檢查、檢驗危急值報告，或具有臨床意義的病理報告等重要警示結果通報機制的時效性，並針對無法達成的影響因素，尋求改善。
	2.4 跨機構間對於檢查、檢驗危急值報告，及具有臨床意義之病理、放射報告等重要警示結果應有機制，確保能夠正確、及時通	2.4.1 可運用各項資訊與通訊科技，提升危急值及其他重要臨床報告結果，及時通報給主要醫療照護人員，並訂有確保訊息接收正確性，與強化訊息溝通傳遞有效性的執行方式。 2.4.2 對於緊急或重要而必須立即進行醫療處置病人之危急值通報，醫院應訂有確認完成訊息傳遞之監控，及審查後續相關處置狀況之追蹤檢討等機制。

目標一、促進醫療人員間團隊合作及有效溝通		
執行策略	一般原則	參考做法
	知主要醫療照顧人員。	
3.加強於困難溝通情境之病人辨識及交班正確性。	3.1 醫院應訂定「困難溝通病人」之範圍。 3.2 建立於困難溝通情境之病人的辨識原則及方式。	3.1.1 應考量病人生理及心理原本限制或是狀態改變，訂定困難溝通病人的範圍，如：新生兒、幼童、重病虛弱、認知障礙、意識不清等無法清楚應答或語言差異之病人。 3.2.1 醫院急診對於危急傷患、意識不清，且身分無法進行辨識者，應給予病人唯一的臨時辨識碼。 3.2.2 對於病人無法親自應答，醫護人員每次執行措施前，應透過病人家屬或主要照顧者進行病人身分核對。 3.2.3 對於困難溝通病人的辨識，醫院可導入資訊科技自動化識別方式，如條碼掃描等，以提升辨識正確性。 3.2.4 對於困難溝通情境裡的病人，於交接班或共同照護時，醫療人員間應對於溝通方式特別進行交班，確保訊息不漏接。

目標二、營造病人安全文化、建立醫療機構韌性及落實病人安全事件管理		
執行策略	一般原則	參考做法
1. 營造機構病人安全文化與環境，並鼓勵員工主動提出對病人安全的顧慮及建議。	1.1 積極營造病安文化，定期辦理病人安全文化調查並分析與改善。	1.1.1 舉辦病人安全文化調查，可鼓勵參與跨機構或全國性病人安全文化調查，針對調查分析結果進行檢視與討論，以做為機構或單位內營造病安文化之依據。 1.1.2 透過各種調查與反映管道，了解全醫院與內外部員工病安意識狀況，以適時介入與提供協助。 1.1.3 規劃全院性教育訓練，了解病人安全的政策，教導病安事件通報系統及相關案例學習，宣導通報意義與重要性，使人員對病人安全產生內化以形成文化。
	1.2 營造病人安全優先的組織文化，鼓勵員工主動提出對病安的顧慮及建議。	1.2.1 醫院宜有具體之病人安全優先及營造病人安全文化的政策，並將實施病人安全活動納入院內年度計畫及預算中。 1.2.2 推動為病安發聲的運動，提供管道讓員工、病人、照護者或家屬適時說出病安顧慮並能以適切的方式提出建議，尤其是當進行中的醫療處置可能造成病人危害時，鼓勵員工要主動說出來。 1.2.3 主管可以病人安全提案制度，或導入病人安全訪視（Patient Safety WalkRounds），聆聽及了解病人安全的障礙、聽取員工的意見或建議。
	1.3 醫院應確保環境的安全，以降低潛藏風險。	1.3.1 應依照場所的特性，控管各種可能危害安全的因子，包括高耗能電器、易燃物、化學品、火源、高壓氣體鋼瓶、庫房、各種重要管線之控制面盤。 1.3.2 應定期舉行全院性的環境安全巡檢，監督各單位的落實程度，並前瞻性地發掘潛藏的安全問題，進行改善及控制。 1.3.3 應鼓勵員工主動通報環境設施相關之病安事件，如有造成人員或病人傷亡風險時，應進行立即且適當之控管及警告，直到風險被排除。

目標二、營造病人安全文化、建立醫療機構韌性及落實病人安全事件管理		
執行策略	一般原則	參考做法
2.提升醫療機構韌性，保護醫療場所人員免遭受暴力侵害。	2.1 醫院應建立機制提升員工韌性，及早辨識、預防及因應壓力產生之耗竭。	2.1.1 可建立員工關懷平台、提升韌性、預防員工耗竭或相關機制，提供需要協助之員工進行通報，並能積極提供關懷與必要之協助。 2.1.2 可安排醫院主管接受辨識員工耗竭與提升韌性之訓練，並能積極協助員工。 2.1.3 可定期調查員工職場壓力感受性及因應能力，針對調查反映結果及早辨識員工壓力及耗竭狀況，以適時地介入或提供協助，如適時調整工作內容，並鼓勵就醫及取得適當的休息，提升員工韌性。
	2.2 醫院應建立友善支持的執業環境，透過制度的持續改善，使員工安心工作。	2.2.1 鼓勵員工意見反映，高層主管應主動支持鼓勵，並協助各層級主管，以正向態度傾聽員工意見與解決問題。 2.2.2 建立員工意見處理的溝通機制且公開透明，針對員工反映的問題，能進行登錄與追蹤，並協調相關部門以系統化、科學化、個別化的方式，解決員工工作上的問題與阻礙。
	2.3 施行防範醫療暴力風險控管，以防止醫療場所人員遭受暴力。	2.3.1 建立醫療場所暴力事件通報機制，發生醫療場所暴力事件，確實依「醫院發生滋擾醫療秩序或妨礙醫療業務執行案件通報與處置標準流程」通報衛生局及警察局。 2.3.2 加強醫院職場安全，醫院依照醫療服務特性及醫院暴力事件通報結果，進行適當之空間、門禁安全控管；可實施安全環境診斷評估，如實地現場檢視醫院急診室、候診區及護理站監視器位置、數量及相關安全設計；對於過去曾對醫療人員滋擾挑釁或暴力行為的病人或訪客，得以適當的方式提醒員工，以確保工作人員^{註1}及病人之安全。 2.3.3 設有暴力事件應變小組，並訂定暴力事件應變標準作業流程，每年定期演練。 2.3.4 醫療機構應主動協助受害人員關懷機制，如：協助就診、心理輔導及後續處理等，並立即建立適當替代照護機制，在兼顧病人安全的情況下，讓受害員工終止與加暴病人之醫療關係。

目標二、營造病人安全文化、建立醫療機構韌性及落實病人安全事件管理		
執行策略	一般原則	參考做法
3.鼓勵病人安全事件通報，運用人因工程之概念，強化病人安全事件改善成效。	3.1 醫院應對全院所有員工（含外包人員）加強病人安全觀念的宣導，並依據單位層級特性給予適性的繼續教育，營造不苛責的病人安全通報制度。	3.1.1 宣導通報意義與重要性，以建立員工對病人安全事件通報的正確觀念（宣導通報目的著重在檢討是否因系統上的缺失導致事件發生，尋求改善機會，並且避免同樣的事件重複發生）。 3.1.2 可建立病安事件通報平台或至醫策會台灣病人安全通報系統進行通報，鼓勵不僅對於已造成嚴重後果的病安事件主動通報，同時對於輕微傷害的病安事件，或差一點就發生的跡近錯失事件（Near Miss），都能進行通報。 3.1.3 營造不苛責的病人安全通報制度，摒棄病安事件發生後立即追究個人責任的作法，以系統性的角度分析發生原因，積極營造公平、學習與不以懲罰為目的之通報環境。
	3.2 醫院應定期檢討病人安全通報事件，必要時進行根本原因分析，並根據分析結果提出具體可行之改善措施，避免類似事件重複發生。	3.2.1 有適當單位進行病安通報事件之收集、分析與報告，了解其正確性。 3.2.2 進行病人安全通報事件分析時，宜從人為因素（Human factors）的角度分析，以找到能真正解決問題、具體可行的改善策略。 3.2.3 應就院內通報事件分析結果，可依據衛生福利部公告之「病人安全事件根本原因分析作業程序」參考指引或國內外文獻制定政策，界定重大病安事件及警訊事件，針對上述事件應進行根本原因分析，找出系統內潛在失誤因素並進行改善。 3.2.4 重大病安事件之根本原因分析結果，應與院內過去案例或相關病安通報資料進行分析比較，用以發掘並了解系統性缺陷，並據以改善。 3.2.5 應根據分析結果提出可行的改善方案，包括欲改善之流程或作業、負責執行的單位或人員、改善時限、評值成效，並持續監測。 3.2.6 分析結果應有適當回饋機制，並運用適當管道提供警訊事件、學習案例或相關改善措施，便於醫療照護人員學習與及時提醒。
	3.3 醫院應建立醫療資訊	3.3.1 醫療資訊系統在正式上線前，宜充份測試系

目標二、營造病人安全文化、建立醫療機構韌性及落實病人安全事件管理		
執行策略	一般原則	參考做法
	相關的病人安全事件通報與風險管理。 3.4 積極參與台灣病安通報系統，並主動分享經驗，以達到共同學習的目的。 3.5 積極參與醫療器材不良事件通報。 3.6 提升人因工程等跨領域相關專業，以促進病人安全。	統和模擬界面，並提供使用者足夠的訓練與支援，以確保符合預期的功能。 3.3.2 在新系統上線時應加強系統監控及問題回報機制，以利即時修正。 3.3.3 教育使用者通報資訊相關事件可能導致的病人安全危害及風險因子（如：資訊系統資料連結正確性、人機介面友善度、使用複製貼上之資料辨別問題等）。 3.3.4 應該對於發生資訊中斷時的醫療運作持續危機，進行風險分析及應變規劃，特別是電子病歷記錄、用藥安全（含過敏及交互作用）、病人辨識等，是否會因為資訊中斷而危及病人的安全。 3.3.5 建議參考國內外醫療資訊病人安全指引或文獻^{註2}做為設計與改進資訊系統的依據。 3.3.6 具有對網路攻擊的防護能力，實施適當的內、外部安全控制，以降低因網路攻擊導致醫療服務中斷或病人個資外洩的風險。 3.4.1 可參與台灣病人安全通報系統或其他院際間的資訊交流管道，透過改善經驗的分享，來建立和改善院內病人安全的各種措施，避免重大病安事件的發生。 3.5.1 發生疑似醫療器材所引起的不良反應時，醫療機構於獲知後，宜進行檢討分析並主動通報至衛生福利部食品藥物管理署之「醫療器材不良反應通報系統」。 3.6.1 鼓勵人員接受人因工程相關訓練，以人為因素角度，識別易出錯或有潛在危險的問題。 3.6.2 在建構醫療作業流程、設計環境與設備採購時，可導入人因工程之概念，以減少員工生、心理負荷、降低因遺漏、誤判或誤觸等人為因素所造成之病安事件。 3.6.3 鼓勵醫院於重要的新系統導入前或發生重大的病安事件後，建議納入人因專家意見，並作為系統採購與病安事件通報分析參考。

註1：工作人員包括醫事及非醫事人員（包含在地區級以上教學醫院執勤之醫事實習學生，以及其他常駐工作人員，如：病房書記、清潔人員、傳送人員、掛號人員及批價人員等）。

註 2 : Institute for Safe Medication Practices (ISMP). ISMP Guidelines for Safe Electronic Communication of Medication Information; 2019. Retrieved from <https://www.ismp.org/node/1322>

目標三、提升手術安全		
執行策略	一般原則	參考做法
1. 落實手術辨識流程及安全查核作業。	1.1 落實病人辨識。	1.1.1 麻醉及手術前醫療人員應主動詢問：「您的大名是？您的出生年月日？您要做的手術或處置是在什麼部位？左側或右側？」。如病人無法回應問題，可改向家屬或陪同人員確認取代。 1.1.2 使用至少二種資料辨識病人身分，如姓名、出生年月日、病歷號碼、住址、照片或其他特殊標記、生物辨識等，切忌以病床號代替病人。二種以上辨識病人資料也可在手圈及檢驗單等位置呈現，惟仍需經過主動確認過程。
	1.2 落實手術部位標記及辨識。	1.2.1 手術前應由醫院認可有執照的醫療專業人員（最好是手術團隊成員）與病人（或家屬）共同確認手術部位並做標記。手術部位標記須於進入手術室前完成。麻醉誘導前如發現標示未完成者，須由手術醫師及病人共同完成確認並標示後才可以進行麻醉。標記以在皮膚消毒及鋪上無菌被單之後仍然可以看見為原則。手術部位標記符號應維持全院一致，且非手術部位勿做任何劃記，以免混淆。 1.2.2 有左右側區別的手術、多器官、多部位手術（如：四肢、手指、腳趾）、或多節段手術（如：脊椎）應執行手術部位標記。下列情況可以用書面記載代替（如：人形圖）：(1)病人拒絕標記；(2)解剖學上或技術上無法標記的部位（如：口腔、牙齒、陰道、尿道、肛門）；(3)經由皮膚或自然開口（如：口、肛門）治療單側內臟器官的微創手術或處置；(4)早產兒，因為標記可能造成永久性的紋身。 1.2.3 手術開始前所有病歷、檢驗及影像檢查資料均應完備。
	1.3 手術安全查核項目應包括：術前照護、病人運送、擺位、感染管制、各項衛材之計數、儀器設備、放射線使用、正確給藥、輸血、檢	1.3.1 應研訂術前準備查核表，以確認是否禁食、假牙及首飾移除、皮膚清潔、是否灌腸、備血等，以及對不同手術之特殊準備項目，如病歷、檢查及影像報告、使用藥品（如：抗生素）是否攜帶、手術及麻醉同意書及手術部位標記是否完成等，亦應列入檢查項目，並確實交班。 1.3.2 重症病人轉送手術室時，應有檢查機制確認隨行人員、呼吸器設定、氧氣瓶存量，及各類監視器、幫浦、管路之種類及數量、使用中之藥物劑量等，並確實交班。

目標三、提升手術安全		
執行策略	一般原則	參考做法
	體處理及運送等安全作業。	1.3.3 手術前應確認病人是否有藥物過敏史、參考最新實證資訊正確停用特定藥物^註、服用抗凝血劑/抗血小板藥的停藥天數、血小板過低、貧血、及其他足以影響手術安全之病史等。 1.3.4 建議制定手術安全查核機制，分別於不同時機確認病人身分及手術部位： (1) 病人於離開病房、急診、或加護病房前； (2) 病人抵達手術室等候區時； (3) 手術開始前。並由確認人員在各時間點記錄並簽名以示負責（可參考附件：手術安全查核表）。 1.3.5 在劃刀前，應有一小段作業靜止期（time-out），由團隊成員其中一人清楚唸出查檢項目（如：病人姓名、年齡、術式（包含左右部位）等，可參考附表：手術安全查核表中「劃刀前」查檢項目內容），並經所有麻醉及手術成員共同確認。若發現查核流程未完成或有任何異常，應立即暫停手術作業，直到問題澄清為止。 1.3.6 多節段手術應重視手術部位確認，如：脊椎手術宜利用透視型 X 光於劃刀前進行節段確認。 1.3.7 傷口縫合前及縫合後應清點手術器械、紗布、針頭和其他手術無菌區之物品（如：血管夾、血管環帶、鉛片等）。 1.3.8 在病人離開手術室送至恢復室之前，手術醫師、麻醉醫師及護理人員應交班說明在恢復室和治療期間的主要注意事項，並提出手術過程中有無任何設備問題。 1.3.9 每一個檢體容器上應有至少二種屬於病人的基本辨識資料（通常為病人之全名、出生年月日、病歷號碼），並須載明檢體之來源（器官、組織、左右側等）。檢體應有雙重核對之標準作業流程。
2.落實手術輸、備血安全查核作業。	2.1 建立系統性策略，確保輸血安全。	2.1.1 應訂有輸血（包括緊急輸血）作業準則或作業規範。 2.1.2 輸血流程的每一步驟（如：輸血前血液採樣、輸血給病人）都必須正確地執行。 2.1.3 監測和追蹤輸血流程的所有步驟，並定期檢討病安事件，如：血液製品類型錯誤、貼錯標籤、從血庫發出錯誤的血液製品等。

目標三、提升手術安全		
執行策略	一般原則	參考做法
	2.2 手術及麻醉醫師應於手術前評估病人是否有凝血及高失血量風險，並有因應措施。	2.1.4 應有手術中緊急大量輸血的機制，迅速提供血品。 2.1.5 鼓勵以資訊科技，如臨床決策支援系統（Clinical Decision Support System）之運用，並以正確用血及輸血安全為目標，建構智慧化的輸血安全作業。 2.2.1 麻醉誘導前，手術及麻醉醫師應共同評估手術中是否有凝血異常及大量出血的可能性，並確認血庫的相關血品是否準備充足。 2.2.2 若手術過程中有大量出血的可能性，進行手術前應先確認是否已建立足夠的輸血通路，並考慮適當使用減少失血量的方式進行手術，如：藥物、特殊醫材、血液回收等方式。 2.2.3 在劃刀前的靜止期，手術醫師應告知所有成員預期失血量。
3.落實手術麻醉整合照護，強化團隊合作。	3.1 應由麻醉專科醫師負責麻醉前評估、麻醉中的生理監控及手術後的恢復，並訂有標準作業流程。	3.1.1 除急診病人外，麻醉醫師應於病人進入手術室前完成術前評估並填妥麻醉前評估表。麻醉計畫、併發症及風險應予說明，確認病人及家屬已了解方可簽署麻醉同意書。 3.1.2 全身及區域麻醉，應由麻醉專科醫師負責執行或在其全程指導下由麻醉護理師協助完成。麻醉護理師應受過專門訓練，恢復室護理師應受過麻醉或手術後病人恢復照護之訓練。 3.1.3 對高風險麻醉之病人（如：ASA$\geq$3），應有事先對麻醉團隊提醒之機制；術後對高風險之病人，有對後續照護團隊交班及運送之標準作業流程。 3.1.4 宜建立病人送出恢復室之標準及流程，包含門診病人手術後出院標準及注意事項、住院及加護病房手術後病人送出標準及交班流程等。

目標三、提升手術安全		
執行策略	一般原則	參考做法
	3.2 麻醉機、各類監視器及麻醉藥物之管理及使用應建立標準機制。 3.3 運用實證醫學最佳的策略，由跨領域團隊落實手術麻醉的整合照護，提升病人手術安全。	3.2.1 應定期檢測麻醉機及基本生理監視器（包含心電圖、血壓計、體溫計、電擊器、動脈血氧濃度及潮氣末二氧化碳監視器等設備儀器），確認其功能正常，並對儀器的操作和安全管理進行訓練。 3.2.2 應清楚麻醉和急救藥品及醫材之存放位置，已抽取藥品均應在針筒上以「麻醉藥物標準標籤」標示，稀釋藥品應註明日期及藥物濃度。注射前有再確認及覆誦的機制。 3.2.3 建立麻醉藥品存放、抽藥準備與黏貼標籤標準作業流程。 3.2.4 針對於術後止痛機器使用，在提供病人治療前，除了確認藥袋內藥物品項、濃度及給藥路徑正確外，出機前需兩人核對醫囑及機器設定是否相符。 3.3.1 建議參考相關臨床指引公告之最新資訊（如 Enhanced Recovery After Surgery, ERAS https://erassociety.org/guidelines/），依不同手術選擇相對應 ERAS 臨床指引執行，並在執行不同術式的 ERAS 臨床指引時，先與手術醫師、麻醉醫師及相關職類進行臨床共識，確認可執行後始於臨床操作，以減少「知行落差」錯誤。 3.3.2 鼓勵術後加速康復（Enhanced Recovery After Surgery, ERAS）跨領域團隊照護，建議醫院以跨專業整合醫療架構，達到全人照護的目的。 3.3.3 ERAS 跨領域團隊可由手術相關各醫療專科及相關職類人員組成，如：外科醫師、麻醉醫師及相關職類。手術前、中、後，跨領域團隊成員間，宜進行有效團隊溝通及內部共識討論。 3.3.4 對於複雜性及困難性手術，於接近術前時應進行完整臨床資料再評估，並以實證醫學方式討論決定最佳術式。
4.預防手術過程中不預期的傷害。	4.1 應依病人特性、術式及手術時間，給予適當減壓措施，避免發生壓力性損傷。	4.1.1 搬動病人時，須有足夠的人員或使用移床設備，以免受傷。 4.1.2 擺位時，應注意不可影響病人呼吸及身體任何部位的血液供應，並必須保護神經，防止受到不適當的壓力。

目標三、提升手術安全		
執行策略	一般原則	參考做法
	4.2 手術過程中，應注意熱源及易燃物之使用，並有適當防護，避免發生燒燙傷。 4.3 確認手術器械的可用性及安全性。	4.1.3 評估手術中發生壓力性損傷（pressure injury）的風險因子，如：手術時間、手術擺位、失血量等。 4.1.4 對於長時間手術的病人，應對病人執行減壓措施，避免發生壓力性損傷。 4.1.5 監測手術期壓力性損傷的發生率。 4.2.1 使用於皮膚上之所有易燃性消毒液還未完全乾燥前，不要鋪單。如果有多餘或積聚的液體時，必須將其擦乾。 4.2.2 在接近手術部位的洞巾開口處之鋪單下，可能會有高濃度的氧氣聚積，必須特別注意。 4.2.3 進行頭、臉、頸、上胸部手術時，應儘可能避免使用高濃度氧氣或笑氣。使用電燒前應停止使用笑氣並將氧氣濃度降至 30% 以下至少一分鐘以上。進行氣管切開手術時，不要使用電刀切開氣管。雷射手術時應根據使用之雷射種類選擇專用的氣管內管。 4.2.4 使用電力之手術器械（如：各類電刀、雷射及內視鏡等）的操作注意事項應列入標準作業流程並施以教育訓練，提醒醫護人員遵行，以防止手術中病人灼傷或火災之發生。 4.2.5 訂定手術過程中不慎發生火災之處置規範及流程，並舉辦教育訓練，以降低病人或手術團隊傷害風險。 4.3.1 所使用之手術器械須有衛福部核發之醫材許可證明。 4.3.2 建議使用「手術器械滅菌追蹤管理系統」申領器械。 4.3.3 領取手術器械時，須確認無菌品質及功能，如：辨識包外及盤包內部指示劑變色情形、確認器械潔淨度及功能。 4.3.4 應依手術器械檢附之操作說明書，進行拆卸、浸泡酵素等清洗流程，並依操作說明進行滅菌及監控滅菌。

註：如部份降血壓藥（利尿劑、血管張力素抑制劑或血管張力素受體拮抗劑）；降血糖藥（當天停用口服降血糖藥、術前 3-4 天停用 SGLT2 抑制劑降血糖藥）；影響凝血藥物（抗凝血劑、抗血小板劑、非類固醇類消炎止痛藥）...等。

目標四、預防病人跌倒及降低傷害程度		
執行策略	一般原則	參考做法
1. 團隊合作提供安全的照護與環境，以降低跌倒傷害程度。	1.1 團隊合作提供安全的醫療照護與環境，以降低跌倒後傷害程度為優先改善方向。	1.1.1 提供安全的醫療環境，例如： (1) 主動將病人可能使用的物品，如：輔具、眼鏡、拖鞋、床旁叫人鈴拉線、尿壺等，置於病人隨手可得之處。 (2) 依病人身體活動需求，主動提供床欄及輔具使用，並教導正確的使用方法。 (3) 床輪應置於固定位置且定期檢測其功能。在不做治療的時間，病床高度應降至病人坐於床緣時可雙腳著地，以防起身反作用力前傾跌倒之風險。 (4) 下床時可提供家屬使用移位固定帶。 (5) 支撐時避免使用會傾斜或可能會滑動的傢俱，如：床旁桌或帶輪點滴架。 (6) 保持病房與浴廁地面清潔乾燥，通道（特別是病床至浴廁間通道）無障礙物及充足的照明（如：夜燈或地燈）。地面潮濕時則需設置警示標誌。 (7) 浴廁加裝止滑設施、扶手及叫人鈴。 (8) 體重計加裝扶手，如：外圍輔以助行器、底下加裝止滑墊或加強固定。 (9) 乘坐輪椅及嬰兒推車時應給予適當的固定，如：使用安全固定帶。 (10) 定期檢測醫院各項輔具功能（如：輪椅、助行器等）。 (11) 落實防跌安全環境查核。 1.1.2 病人應穿著大小合適之衣褲及防滑且大小適宜的鞋子。 1.1.3 病人若為跌倒高危險群，至檢查室、手術室、手術恢復室或轉床時，應確實交班並防範病人跌倒。 1.1.4 應訂定易增加跌倒風險藥品的清單，主動提醒醫療團隊、病人及照顧者共同參與。 1.1.5 跨領域醫療團隊成員應積極參與跌倒預防工作，如：訂定預防跌倒評估和照護準則、舉辦教育訓練及護理指導等。

目標四、預防病人跌倒及降低傷害程度		
執行策略	一般原則	參考做法
2. 評估及降低病人跌倒風險。	2.1 對醫院工作人員、病人、家屬及其照顧者應提供跌倒預防的宣導教育。	2.1.1 工作人員與一般民眾皆應接受跌倒預防措施的教育，包括病人及照顧者如何協助病人下床、離開病人視線範圍時應告知醫護人員、如何正確使用床欄及床上便盆、穿著合適衣物及鞋子等，指導後務必評估病人及照顧者對於內容的了解程度，建立防範跌倒之共識及配合執行。
	2.2 定期檢討風險評估工具及早發現跌倒高危險群的病人。	2.2.1 入院後及早辨識病人是否具有跌倒危險因子，如：年齡 65 歲以上及 5 歲以下、曾有住院期間跌倒經驗、過去一年內曾跌倒、生理狀況（如：頭暈、虛弱感）、身體活動功能（如：肢體無力、步態不穩、協調或平衡能力差、移位步行需他人協助）、頻繁如廁、藥品使用及意識躁動或不清等；利用具信效度的跌倒評估工具來篩檢，若出現跌倒危險因子項目時，應給予適當護理措施，且列入交班。 2.2.2 住院期間（如：手術後、病情改變、使用高風險藥品等）應有再評估機制，及早辨識新的跌倒危險因子，且讓病人或照顧者了解與病人相關之跌倒危險因子與須再加強警覺之要項。 2.2.3 篩檢後如為跌倒高危險病人，全院應有一致性預防跌倒的警示。建議病人應有隨身防跌標示（如：手圈或臂章）來提醒工作人員及照顧者的注意。 2.2.4 評估病人是跌倒高危險個案時，照護者與病人要建立關懷的信任關係、給予情緒支持，並說明跌倒可以預防，以避免其自信心降低或增加恐懼。 2.2.5 應定期檢視各單位跌倒評估作業流程、評估方式及量表之適當性。 2.2.6 針對侵入性治療或檢查之病人結束離院前，宜有防跌再評估機制及提供個別之護理措施，以減少跌倒風險。
	2.3 針對不同病人屬性提供不同程度與個別性的跌倒防範措施。	2.3.1 應對不同屬性病人建立跌倒後立即處理及後續觀察流程，包括評估時機、頻率、評估內容及病人臨床反應。 2.3.2 照護團隊應依病人個別性執行對應之措施，並依危險因子分類提供配套做法。例如： (1) 依病況或照護情況安排床位，如無照顧者盡量安排在靠近護理站處等方便照護或調整巡視頻率。 (2) 評估有無可改變的跌倒因子，如：檢討使用易跌

目標四、預防病人跌倒及降低傷害程度		
執行策略	一般原則	參考做法
		倒風險藥品之必要性、改善視力、姿勢性低血壓處置、提供適當輔具。 (3) 正確指導安全移動病人的方式，如： - 開始下床前，先測試下肢肌力，以確認肢體支撐力足夠。 - 預防因姿勢改變引起低血壓狀況，於轉換姿勢時應採漸進式方式，起身時動作放慢、或是改變姿勢時需先坐著休息 1~2 分鐘後再起來。 - 教導病人及家屬正確下床方式，如：右側偏癱者應由左側下床。 - 病人與家屬需了解上下床（輪椅）及使用輔具之安全步驟，並確定先固定輪椅再移位。 - 病人使用輪椅時，視需要身體以安全護帶固定，以免行進時，病人往前傾倒之風險。 (4) 若有脊髓損傷或膝關節受損之病人，可採用高位活動便盆椅。 (5) 對於失智、無家屬陪伴、高齡長者或有多次跌倒史之病人，可使用下床感應式呼叫鈴。 (6) 設計兒童病床床欄正確使用方式之圖示，並放置於病房（床）明顯處。 (7) 於兒科病房浴廁內設置安全座椅，提供病兒父母如廁時妥善安置病兒，確保病兒父母如廁時之病兒安全。 (8) 必要時會診復健科進行肌力或平衡相關訓練。 (9) 指導照顧病兒隨時須於視線範圍內，減少病兒不慎跌落風險。 2.3.3 針對病人及家屬提供預防跌倒措施或護理指導時，照護人員需以討論方式徵詢意見，以尊重其感受。 - 強化病人及家屬對跌倒危險因子之認知，降低需要尋求協助時的心理障礙，需要時即可尋求協助。 - 教導相關輔具的使用（如：床欄、夜燈、呼叫鈴、便盆椅等），並確認能正確使用。

目標四、預防病人跌倒及降低傷害程度		
執行策略	一般原則	參考做法
3. 跌倒後檢視及調整照護計畫。	3.1 跌倒後重新檢視照護計畫並適時調整預防措施。 3.2 醫療團隊能全面評估跌倒發生率，並調整預防措施。	3.1.1 對發生跌倒病人重新再評估危險因子正確與否，並適時調整照護措施。 (1) 頻尿或腹瀉病人，應檢視其飲食型態及用藥情形或疾病史，如前列腺肥大或尿道感染，適時照會及處理。 (2) 評估造成病人躁動不安的原因，並給予適當保護措施。 (3) 若病人活動移位有困難時： a. 提供適當輔具並教導正確使用。 b. 如廁時全程陪伴（照護者或護理人員）。 (4) 多重用藥的病人，醫療團隊應討論並重新檢視藥品使用的必要性，必要時予以調整。 3.2.1 每年分析跌倒發生率及相關因素，檢討危險因子與照護措施運用平衡性，並依專科特性不同，適時調整照護措施，如：一般病人首次下床執行平衡測試、骨科或腦中風病人則行肌力測試。
4. 落實病人出院時跌倒風險評估，並提供預防跌倒及預防或改善衰弱之指導。	4.1 出院準備服務應包括跌倒高危險群之預防跌倒和預防或改善衰弱相關措施。	4.1.1 評估病人即將離院後之跌倒和衰弱風險，並將高危險跌倒和衰弱病人列入後續照護機構，包括居家護理之交班事項。 4.1.2 跌倒高風險病人若有申請居家無障礙環境評估與改善需求，且符合長照 2.0 服務條件之病人，應協助進行轉介。 4.1.3 提供返家照顧及輔具使用之護理指導，如於家中翻身擺位、移位下床、居家環境安全檢視等注意事項，以避免跌倒或摔落。 4.1.4 醫療團隊成員參與衰弱預防工作，如：訂定預防衰弱評估和照護準則。 4.1.5 評估病人上下肢肌力，並將高危險病人之肌力訓練列入後續照護機構，包括居家護理之交班事項。

目標四、預防病人跌倒及降低傷害程度		
執行策略	一般原則	參考做法
	4.2 出院時，應提供跌倒高危險之病人及其主要照顧者預防跌倒及衰弱的護理指導，並確認其理解及執行。	4.2.1 針對高危險跌倒和衰弱病人，提供病人或照顧者個別性預防跌倒及衰弱的護理指導及單張。 4.2.2 應確認主要照顧者了解與病人返家後相關之跌倒和衰弱危險因子及須再加強警覺之要項。 4.2.3 主要照顧者若為外籍看護，應使用其了解之語言溝通，並提供其了解之護理指導單張，必要時應回覆示教。

目標五、提升用藥安全		
執行策略	一般原則	參考做法
1.推行病人用藥整合。	1.1 醫院應對於多重用藥之病人有用藥整合（Medication Reconciliation）機制。 1.2 鼓勵醫院運用資通訊技術，落實用藥整合的策略與程序。 1.3 鼓勵病人及家屬積極參與用藥整合的過程。	1.1.1 醫師開立處方前，應注意病人多重用藥及潛在不適當用藥情形（如：查閱雲端藥歷）。 1.1.2 應有適當機制提醒住院及門診病人主動提供正在使用的藥物資料予醫療團隊參考；並盡可能與病人共同確認，以了解病人的實際用藥及對醫囑的遵從性。 1.1.3 於病人入/出院、轉床/單位/院等時間點，醫院應注意用藥整合之問題，以確保藥物治療的連貫性。 1.2.1 用藥資料應適當整合呈現於病歷或資訊系統，讓醫師、藥師、護理人員等容易看到。 1.2.2 病人自備藥經評估若仍須服用者，應有適當管理機制，以避免過量或交互作用等藥品安全事件。 1.2.3 就/會診多科別、有可能重複開立同類藥品或院內無該類藥品等情形，醫院應有讓醫療團隊諮詢藥師的機制。 1.2.4 出院時提供最新的用藥清單以做為出院衛教的一部分，這份彙整後的資料應提醒病人妥為保存，必要時轉交給後續的醫療服務提供者。 1.3.1 多科看診的病人，最可能有來自多位醫師開立的藥品。可請病人就醫時提供所有正在使用的藥品清單（或藥品、藥袋/藥單等）給醫療人員做為用藥評估參考。另可向病人說明單獨或合併用藥的風險；若要使用清單外之藥品，應諮詢藥師或醫師。 1.3.2 建議病人、家屬能主動提供用藥資訊，包括：處方藥和非處方藥、中藥、保健食品、預防接種史、藥物過敏史及藥物不良反應史。
2.加強使用高警訊藥品病人之照護安全。	2.1 建立高警訊藥品之管理及監測機制，如：化學治療藥品、抗凝血劑、降血糖針劑、類鴉片止痛藥品等。	2.1.1 建議高警訊藥品自醫囑、調劑至給藥應有防錯機制，如：標示高警訊藥品、醫令防錯、給藥後追蹤，建議透過資訊系統建置高警訊用藥提醒機制。 2.1.2 針對高警訊藥品有特殊註記提醒或其他機制，如：儲位標示、處方、藥袋藥名等。 2.1.3 為確保護理人員正確給藥，建議給藥系統應設置提示畫面，如：以顏色或特殊標示辨別高警訊藥品。 2.1.4 規範治療過程宜有相關檢查/檢驗值評估基準與調整治療。 2.1.5 抽取瓶裝胰島素藥劑時應使用胰島素專用空針，且建議註記胰島素施打部位，如有顏色標註已注射區

目標五、提升用藥安全		
執行策略	一般原則	參考做法
	2.2 加強醫療人員對於高警訊藥品的使用安全認知。	塊或自動提醒應施打部位，以避免施打重覆部位。 2.1.6 針對高風險病人（如：有併用其他鎮靜藥物、睡眠呼吸中止、呼吸道阻塞等）必須使用類鴉片止痛劑時，建議應監測鎮靜程度及換氣功能（如：血氧飽和度、潮氣末二氧化碳濃度等）。 2.1.7 應該備有類鴉片止痛劑的拮抗劑（naloxone）及緊急狀況時的標準作業流程，以確保能及時處理呼吸抑制等嚴重副作用。 2.1.8 類鴉片止痛劑使用硬脊膜外給藥時（Epidural PCA），要特別注意預防管路錯接，如採用顏色、標籤標示不同的輸液管路，以預防因給藥途徑錯誤所造成的嚴重副作用。 2.1.9 建立侵入性檢查及手術前後使用抗凝血劑或抗血小板製劑的作業流程規範，協助醫療團隊評估病人出血及栓塞風險。 2.2.1 應加強使用化學治療藥品之工作環境安全，在各作業流程採取保護或預防措施，如：儲存、運送、調配、給藥等可能風險。 2.2.2 應訂定化學治療調劑之藥事人員、給藥護理人員之資格並提供相關教育訓練（如：防護裝備、危害性藥品處理、藥物滲漏、藥物潑灑）。 2.2.3 對於服用抗凝血劑/抗血小板藥之手術病人應有管理机制。 (1) 建立辨識侵入性檢查或手術部位出血或栓塞風險等級之制度。 (2) 提供跨專業團隊溝通及諮詢機制，如：決定侵入性檢查或手術前後應何時停藥、是否需進行肝素橋接（Heparin bridge）與恢復啟用藥品的時機。 (3) 落實停藥、換藥及復藥時機之執行，並定期檢討與回饋。 2.2.4 醫療人員應避免以「口頭」溝通血糖值，應有標準化程序通報並回應血糖檢測結果及後續醫療照護流程。 2.2.5 醫院在採購降血糖針劑應考慮簡化原則。名稱相似或外觀相似，應有明確區別方式，如顏色或效能作用（長/中/短效）的註解，有助於醫療人員辨識。

目標五、提升用藥安全		
執行策略	一般原則	參考做法
	2.3 提升病人及其照顧者對於所使用之高警訊藥品的認知。	2.2.6 若多項降血糖針劑儲存於同一冰箱，建議區隔存放，明顯標示。 2.2.7 使用類鴉片止痛藥品進行疼痛處置，應優先採取多重模式的混合式治療法，請參考衛生福利部食品藥物管理署公告之「急性疼痛病人成癮性麻醉藥品使用指引」，並注意轉換不同類鴉片止痛劑時，需適度調整劑量以避免藥物過量。 2.3.1 輸注化學治療藥品時，醫療人員應適當指導病人或照顧者觀察注射部位有否任何不適狀況，並維持其適當姿勢，以防藥物滲漏發生。 2.3.2 衛教病人或照顧者定時服用抗凝血劑的重要性，不要隨意停用或增加藥物，並說明使用抗凝血劑的風險、出血的危險訊號及注意事項。如： (1) 使用 warfarin 易與食物（如：綠色蔬菜、內臟、酒精等）、保健食品（如：銀杏、當歸等）及多種藥物產生交互作用而影響療效。 (2) 新型抗凝血劑 Dabigatran 膠囊不能剝開或咬碎，以免增加出血風險。 (3) 執行手術、拔牙治療、侵入性檢查時，需告知醫師有服用抗凝血劑。 2.3.3 衛教病人使用降血糖針劑應注意血糖值變化。 2.3.4 病人自控式止痛（PCA）應由病人自控式給藥，若由主要照顧者控制給藥，需指導病人或照顧者了解正確的使用方式及可能風險。
3.加強需控制流速或共用管路之輸液使用安全。	3.1 建立需控制流速或特殊濃度之輸液使用安全管理機制。 3.2 強化共用管路之多種藥物輸注之使用安全。	3.1.1 應建立需控制流速或特殊濃度之輸液藥品（如：治療藥劑、抗凝血劑、降血糖藥等），若需轉換藥物濃度與流速，建議醫令系統或資訊設計有計算流速功能，以確保劑量正確。 3.1.2 應針對相關人員提供持續有效的輸液幫浦教育訓練，包括基本認知及不同廠牌間的操作方式。 3.1.3 應訂有輸液幫浦的定期檢測與維護管理規定，以確保使用安全。 3.2.1 建立急重症單位同一靜脈輸注常用藥物不相容清單或查詢檢索工具，當開立醫囑或給藥時提供醫療人員提醒機制^{註1}。

註 1 : Critical Care Medicine (2010). Systematic review of physical and chemical compatibility of commonly used medications administered by continuous infusion in intensive care units.

目標六、落實感染管制		
執行策略	一般原則	參考做法
1. 落實人員之健康管理。	1.1 應建置完善及可近性的手部衛生設備，落實執行手部衛生。	1.1.1 建置完善的手部衛生設備： (1) 濕洗手設備：備有非手控式水龍頭（如：肘動式、踏板式或感應式水龍頭等）、手部清潔液、擦手紙及正確洗手步驟圖。手部清潔液如備液態皂併用手部消毒劑，或備有具去污作用之手部消毒劑。濕洗手設備應設置於所有醫療照顧單位，如：病房、加護病房、血液透析室、門診區、臨床檢驗室及研究室等。 (2) 乾式洗手設備：酒精性乾洗手設備，設置於醫院出入口、電梯間等公共區域，以及病房、加護病房、血液透析室及門診診間。工作車、急救車、換藥車亦應配置。透過伸手可及的酒精性乾洗手，提高醫療照護過程中手部衛生落實度。 1.1.2 定期檢視各類洗手設備、補充性洗手溶液，應注意有效期限及容器清潔。補充性洗手溶液若已到期，須倒掉並重新填充。更換新溶液前，須充分清洗盛裝容器，並於晾乾後再進行填充。
	1.2 應透過各種方式宣導並落實確認正確的手部衛生時機及方式。	1.2.1 應透過各種方式宣導執行手部衛生的五時機： (1) 接觸病人前。 (2) 執行清潔或無菌技術操作前。 (3) 暴露於病人體液風險之後。 (4) 接觸病人後。 (5) 接觸病人週遭環境後。 1.2.2 手部衛生教育宣導對象應包括工作人員、病人及訪客等。 1.2.3 執行正確的手部衛生方式。 (1) 執行醫療作業時，若沒有明顯髒污可以酒精性的乾洗手維護手部衛生。乾洗手後，不需再濕洗手。 (2) 當手上有傷口或明顯髒污（如：沾到血液、體液）時，建議濕洗手。 (3) 對於產孢菌（如：困難梭狀桿菌）、無套膜的病毒（如：腸病毒）、阿米巴原蟲等，酒精性乾洗手效果較差，如已知上述感染源，應以濕洗手為宜。 (4) 戴手套不能取代洗手，移除手套後仍需進行手部

目標六、落實感染管制		
執行策略	一般原則	參考做法
	1.3 落實人員健康管理。 1.4 應訂有重大疫情的準備及因應機制。	衛生。 1.3.1 訂有個人防護裝備（personal protective equipment, PPE）（如：N95 口罩，手套和隔離衣）管理機制，包括採購、庫備及分配。 1.3.2 訂有工作人員健康管理計畫，包括監測（體溫等疫病相關症狀）及通報機制、異常追蹤及處理機制。 1.3.3 工作人員罹患具傳播風險之傳染病時，應主動告知單位主管。針對傳染病訂定人力調度或出勤規範，減少傳播疾病風險之工作人員直接接觸病人，以降低疾病在機構內傳播之風險。 1.3.4 充分掌握院內各單位人員之班表及出勤狀況，萬一醫院發生群聚感染等異常事件時，得以有效率地進行疫調及處理。 1.3.5 因應重大疫情，健康管理計畫也應涵蓋非常駐人員，如定期和不定期來院服務的外包商、照服員、實習生等，其在院內期間服務之場所及日期應造冊建檔，以利後續追蹤。 1.3.6 訂有陪病及探病規範並落實管理，重大疫情期間並依主管機關規定執行，如：實名制追蹤機制。 1.4.1 視其服務特性訂有重大疫情的準備及因應計畫，並定期演練。計畫內容包括符合疫情特性之防疫措施、依主管機關規定之疫病專責病房啟動、具體的醫療服務降載，如：停止健康檢查，延後非急迫性之檢查、手術或住院等。 1.4.2 訂有照護及病人運送動線，區分乾淨及汙染區，避免交叉傳播病菌之風險。 1.4.3 針對有疫病風險且有緊急醫療需求病人，如急產、心肌梗塞及緊急手術等，訂有感染預防規範以適當收治進行醫療。
2.加強抗生素使用管理機制。	2.1 醫院應由管理領導階層支持，訂有基本的抗生素管理機制。管理範圍需涵蓋門診及預防性抗生素使用。	2.1.1 醫院管理領導階層應支持抗生素管理計畫，並由主管級醫師負責。 2.1.2 抗生素藥物處方需有時間限制。 2.1.3 抗生素處方有專責醫師審核其使用適當性。 2.1.4 訂有常見感染症抗生素治療使用建議準則，且醫師可隨時查閱相關適當使用抗生素之資料。 2.1.5 訂有正確使用預防性抗生素管理措施，如：藥物選擇、劑量、投藥時間、用藥期程。

目標六、落實感染管制		
執行策略	一般原則	參考做法
	2.2 應設立跨部門抗生素管理小組。	2.1.6 訂有門診及住院病人治療性抗生素合理使用管理措施，如：使用情境、藥物選擇、劑量、用藥期程等。宣導一般急性上呼吸道感染原則上不使用抗生素、給予抗生素使用應考慮病人體重及肝腎機能等。 2.2.1 由審核醫師、藥師、醫檢師、感染管制師與使用抗生素的醫師代表等，共同組成團隊，進行抗生素管理。 2.2.2 定期發佈細菌抗藥性統計，進行趨勢分析。 2.2.3 應定期監測與統計抗生素使用情況，對不當使用進行分析與檢討改善。 2.2.4 提供處方醫師使用抗生素相關教育訊息，以促進抗生素處方醫師與審核醫師有效溝通。 2.2.5 建議運用資訊系統進行抗生素管理。
3.推行組合式照護的措施，降低醫療照護相關感染。	3.1 對於使用中心導管、留置性尿路導管、呼吸器及手術病人，建議推廣組合式照護（Care Bundles）介入措施。	3.1.1 對於置放中心導管的病人，依「中心導管組合式照護工作手冊」執行降低中心導管相關血流感染之措施，重點為： (1) 置入中心導管前執行手部衛生。 (2) 採用適當消毒劑，如：酒精性 2% Chlorhexidine gluconate（2% CHG）進行病人皮膚消毒。 (3) 置放中心導管時，執行者與病人皆需使用最大無菌面防護（執行者：口罩、髮帽、無菌隔離衣、無菌手套；病人：從頭到腳全身覆蓋）。 (4) 慎選置放中心導管的位置，宜避免使用鼠蹊部為置放部位。 (5) 每日執行中心導管照護評估，不再需要時應立即拔除。 3.1.2 對於留置性導尿管的病人，依「侵入性醫療處置組合式照護工作手冊」執行降低導尿管相關尿路感染之措施，重點為： (1) 減少不必要的留置性導尿管：放置留置性導尿管要有明確的適應症，且無其他更好的替代方案。一旦適應症不再存在，要立刻移除。 (2) 置放導尿管前、後執行手部衛生。 (3) 放置留置性導尿管需無菌技術操作。 (4) 導尿管固定方式正確，集尿袋應維持在膀胱以下的位置，不可置於地面。

目標六、落實感染管制		
執行策略	一般原則	參考做法
		(5) 每日照護評估需落實手部衛生、進行拔管評估、維持尿袋固定位置高度在膀胱高度以下、保持無菌暢通避免管路扭曲或壓折、執行日常個人衛生保持尿道口周圍清潔。 3.1.3 對於使用呼吸器病人，依「侵入性醫療處置組合式照護工作手冊」，執行降低呼吸器相關肺炎之措施，重點為： (1) 置放氣管內插管前、後執行手部衛生。 (2) 每日需評估是否可儘早脫離呼吸器、至少一次暫停靜脈注射鎮靜劑（不含止痛劑）之使用，除非有相關禁忌症。 (3) 宜使用 0.12%~0.2% chlorhexidine gluconate 漱口水/凝膠執行口腔抗菌照護，每日至少 2 次。 (4) 床頭維持抬高 30°~45°，除非有禁忌症。 (5) 適時排空呼吸器管路積水。 3.1.4 對於手術病人，建議同時採取下列措施以降低手術部位感染，重點為： (1) 預防性抗生素的使用：劃刀前之給藥、藥品選擇必須遵照準則。如果手術時間過長，應適當追加抗生素。 (2) 手術前沐浴：建議使用抗菌溶液或肥皂淋浴或擦澡。 (3) 適當的去除毛髮；如果手術沒有除毛之需要時，應避免去除毛髮。如有需要，應盡可能在接近傷口切開的時間完成，且宜使用剪毛器，不宜使用剃刀。 (4) 加強糖尿病病人血糖控制；應常規性對所有病人在手術前檢驗血糖濃度，以判斷是否有高血糖症，且最好是早點做，以有足夠時間完成風險評估及啟動適當的治療，並維持術後血糖值宜小於 200mg/dL。 (5) 維持正常體溫；建議可使用加熱的靜脈輸液或手術前、手術中與恢復室內讓病人使用加熱的毯子或熱空氣式保溫（forced air warming），其核心體溫宜大於攝氏 36 度。
4.定期環境清潔及監	4.1 醫院訂有合適的環境清潔管	4.1.1 訂有醫院合適的環境（含設備）清潔管理政策，依環境表面或設備的種類以及所污染的程度（如：多

目標六、落實感染管制		
執行策略	一般原則	參考做法
測清潔品質。	理。	重抗藥性微生物或困難梭狀桿菌感染)使用合宜之清潔劑、消毒劑與清潔作業流程，可參考「醫療機構環境清潔感染管制措施指引」。 4.1.2 應提供清潔人員(含委外清潔公司)感染管制、執行環境設備清潔消毒流程相關之教育訓練。 4.1.3 有清潔人員教育訓練、環境設備的清潔消毒及人員操作等查核機制，可檢測環境清潔品質，並回饋人員清潔成果。
5.建立醫材器械消毒或滅菌管理機制。	5.1 落實醫材、器械的清潔、消毒或滅菌流程與管理。	5.1.1 供應室需注意動線管理，清潔區及汙染區應做適當區隔。 5.1.2 供應室配置適當人力，且需有相關之教育訓練或供應中心專業能力認證尤佳。 5.1.3 衛材與器械未集中於供應室清洗、消毒與滅菌者，應依供應室之作業指引及流程辦理。 5.1.4 建立及落實醫療器械、醫材滅菌管理和監測機制，定期探討、分析及改善。 5.1.5 軟式內視鏡或非單次使用(非拋棄式)且不適合以高溫高壓滅菌方式處理的醫材，應依廠商建議之清潔及消毒方式進行，各項監測須訂有標準作業流程且確實執行。
	5.2 建立重複使用醫材器械安全管理。	5.2.1 應訂定重複使用醫材器械管理機制，如：品項、汰換機制、清潔消毒流程、滅菌方式及滅菌與監測紀錄。 5.2.2 若有租賃器械或委託外包廠商協助執行清潔、消毒及滅菌流程，應有適當考核機制，嚴格管控品質。 5.2.3 重處理或單次使用之醫材，須依循衛福部公告「醫院重處理及使用仿單標示單次使用醫療器材作業指引」作業執行之。

目標七、提升管路安全		
執行策略	一般原則	參考做法
1.落實侵入性管路之正確置放。	1.1 醫院應建立侵入性管路使用之評估措施，包括置放位置之確認及留置之必要性。 1.2 應提升醫療人員對於困難呼吸道（difficult airway）處置能力，並建立支援應變機制。	1.1.1 各類侵入性管路使用，應在放置前及留置後評估其必要性。 1.1.2 訂定標準作業流程，規範可執行管路置放的醫療人員，操作時，確實遵循標準作業規範。在置放侵入性管路時，鼓勵以影像工具導引，如：置放中央靜脈導管時，鼓勵以超音波導引等方式。 1.1.3 平時應備妥各類管路置放所需器械、物料、設備、照明及人力支援安排等，以備需要時可隨時順利進行。 1.1.4 應有各類管路置放位置正確之確認機制，如：觀察輸液管路回血及輸液流暢度、中心導管影像檢查、鼻胃管位置確認、密切觀察病人臨床反應等。 1.2.1 應明訂困難呼吸道（difficult airway）個案的處置，及醫療團隊緊急支援系統。 1.2.2 對於已知有困難呼吸道風險之個案，醫院應有一致性標註之作法，並列入交班。 1.2.3 針對困難呼吸道個案，插管前應有評估及應變計劃，適時求援。
2.提升管路照護安全及預防相關傷害。	2.1 確認管路正確連接。	2.1.1 應有各類管路照護標準作業流程，照護重點含管路類型、尺寸、位置、深度、固定、清潔方式、藥品劑量設定、通暢及密閉性等，並列入交班內容。 2.1.2 高危險管路系統或多重輸液管路，應建立標準作業程序，以防止錯接，建議依據管路特性個別訂定相關標準，如：在管路源頭、機器設定端、注射接頭等適當位置，有清楚明顯標註或考慮使用顏色區分。 2.1.3 應有各類管路置放位置正確性再確認機制，及定時偵測管路鬆脫或分離方式。 2.1.4 儀器與水電、氣體設施相連者應有屏蔽防錯接機制。 2.1.5 院內應訂高危險管路（如：透析管路、動脈導管、硬膜外、氣管內管），應有防錯接機制，且應按使用說明書執行，勿外力強迫原本無法接合之管路連接。 2.1.6 當病人轉運送時，確保管路連接正確並確實交班、醫療人員間良好的溝通，以避免管路錯接。

目標七、提升管路安全		
執行策略	一般原則	參考做法
	2.2 確實執行管路放置及移除之標準作業規範。 2.3 應制定管路異常事件的預防和處理機制，並強化人員的應變能力。	2.1.7 當反覆發生管路非計畫性移除狀況時，應考慮管路留置的必要性；如果確認仍然需要時，要檢討原因，強化固定方式與照顧模式。 2.1.8 為了避免壓力性損傷（pressure injury）及感染之發生，管路留置期間應注意相關照顧環節，如：口腔清潔、受壓部位之皮膚完整性評估與照護等。 2.2.1 同一部位多重管路（如：二條以上相同類型引流管）分次移除時，應有移除確認之標準作業流程。 2.2.2 植入體內之非永久性管路（如：雙J型管，Double-J Catheter），應建立後續追蹤流程，並有提醒機制，如病歷註記或資訊系統提示，以避免忘記移除（或更換）管路之風險。 2.2.3 應訂定各種管路消毒、清潔、置換週期、移除前評估等作業規範。 2.3.1 對各類管路異常事件，如錯置、錯接、滑脫、阻塞、折曲、錯拔、管路斷裂和感染等意外發生之處理，應有標準化作業程序。 2.3.2 醫療人員應對病人、主要照顧者進行管路照護指導，並提供適當的衛教資料，以預防管路自拔、滑脫等，提高病人及其照顧者之遵從性。 2.3.3 讓非醫療照護之員工、病人、家屬及主要照護者了解，若發現管路連接異常，如管路連接關閉、脫落、斷裂等，應立即通知醫療人員處理。

目標八、改善醫病溝通並鼓勵病人及其家屬參與病人安全工作		
執行策略	一般原則	參考做法
1. 鼓勵民眾關心病人安全，並提供民眾多元參與管道。	1.1 與病人相關的作業，宜有機制蒐集病人及家屬意見。	1.1.1 邀請病人及其家屬、醫院志工、社區民眾或病人團體代表等參與病人安全委員會。參與方式可多元化，如：列席表達意見、提供書面意見、接受諮詢、或擔任委員會委員皆可。
		1.1.2 邀請民眾代表參與各類同意書與衛生教育教材之修正。徵詢民眾對衛教方式與內容的意見，藉以了解教材內容是否淺白易懂，並能提供民眾需要之資訊。
		1.1.3 對於民眾的申訴抱怨、讚美信函中與病人安全相關的內容，宜建立機制蒐集與檢討，並回饋給病人安全委員會或相關品質管理單位。
		1.1.4 對於讚美意見，應公告或於相關會議宣讀，以肯定醫療機構與同仁的病人安全行為；對於改進意見，檢討後應適當的回饋民眾。
		1.1.5 鼓勵志工於民眾候診或陪伴家屬時，提供病人安全相關宣導，也可將民眾意見及時反映院方。
		1.1.6 鼓勵與病人、企業或社區團體合作宣導病人安全。
	1.2 醫療人員應營造信任的溝通氣氛。	1.2.1 醫療人員應以溫和、親切、耐心及平等的態度與病人及家屬溝通任何與疾病治療照顧有關的議題。
		1.2.2 鼓勵病人及其家屬勇於提出對其所接受的治療與處置的疑慮，並教育醫療人員以開放的態度受理意見，以及時解決問題，必要時院方應建立支援機制。
		1.2.3 設法了解病人及家屬關切之病安問題，視需要為醫療人員、病人與家屬雙方舉辦交流會議，討論彼此對病人安全關注的議題。
		1.2.4 對於民眾通報之病安問題，應及時給予回饋，以營造信任的溝通氛圍。
		1.2.5 病人、家屬及其代理人因語言、文化因素或有聽覺、語言功能或其他障礙導致溝通困難時，如新生兒、幼童、重病虛弱、認知障礙、意識不清等無法清楚應答之病人，應由受有相關訓練之人員協助說明、溝通及關懷或提供易讀版相關溝通資訊；醫院亦可導入資訊科技自動化識別的方法，如條碼掃描等方式，以提升其辨識正確性。
	1.3 鼓勵病人及其家屬主動說出對其所接受的治療與處置之	1.3.1 運用住院須知、海報文宣、跑馬燈、醫院網頁及社群平台等傳播媒介，宣導病人及其家屬主動提出關心的病人安全問題。
		1.3.2 以徵稿或邀稿方式接受民眾提出與病人安全相關的想

目標八、改善醫病溝通並鼓勵病人及其家屬參與病人安全工作		
執行策略	一般原則	參考做法
	任何疑問。	法，並於院內刊物或網站刊登。 1.3.3 病人及家屬對於其接受的治療有重大疑慮而無法獲得醫療團隊適當回應時，醫院應建立機制提供管道，協助醫療人員解決病人的問題。
2.運用多元或數位模式，改善醫病溝通，並推行醫病共享決策。	2.1 支持及鼓勵醫療人員及民眾參與醫病共享決策（Shared Decision Making, SDM）。 2.2 醫療團隊宜以病人需求為考量，進行醫病共享決策。 2.3 運用多元模式，以資訊科技協助改善醫病溝通。	2.1.1 應用多元宣導活動，如海報、多媒體傳播、宣導活動等，提升院內員工及病人對醫病共享決策的理解與動機。 2.1.2 進行醫病共享決策主題選擇時，能蒐集病人及醫療人員的需求及問題。 2.1.3 提供醫療人員必要的教育訓練課程，認知課程可結合原有訓練機制，技能導向課程，如決策輔助工具（Patient Decision Aids, PDA）製作、引導員訓練等，可以工作坊形式進行。 2.1.4 提供醫療人員必要的資源，如：院內資源中心、衛生福利部醫病共享決策平台及國際 Ottawa 資源中心。 2.1.5 整合院內現有資源，給予醫療人員實質支援，如實證醫學、病安、資訊、教學等的資源，以協助將醫病共享決策融入現有流程。 2.1.6 建立分享機制，提供醫療人員及病人成功經驗，並鼓勵參與。 2.2.1 針對需要共享決策的病人，利用各種工具，如圖片、多媒體影片、網路系統等，以病人可以理解的方式，說明決策相關選項的好處與風險。 2.2.2 鼓勵病人對自身疾病及治療選項提出相關問題，透過回覆示教或認知測驗等方式，確認病人及家屬了解不同選項的內容。 2.2.3 引導病人表達決策相關的在意點或價值觀，必要時給予病人充分時間考慮及納入家屬的意見及想法。 2.2.4 以病人為中心考量個別需求及價值，結合專業意見，與病人及家屬一起做出最佳的決策。 2.2.5 以病人為中心進行決策後執行的照護支持及效果評估，必要時可隨時更新訊息及決策。 2.3.1 可建置數位醫病溝通工具，作為醫療照護團隊於病情變化、重要治療或緊急狀況時，進行家屬聯絡與說明之輔助工具。 2.3.2 使用數位醫病溝通工具時，醫院宜制定有關溝通流程、隱私保護及資訊安全等相關規範。

目標八、改善醫病溝通並鼓勵病人及其家屬參與病人安全工作		
執行策略	一般原則	參考做法
		2.3.3 使用數位醫病溝通工具，如需錄影或保存影像時，應符合醫學倫理取得同意，並完成病歷等相關紀錄。
3.提升住院中及出院後主要照顧者照護知能。	3.1 醫療團隊於病人住院中及出院前，應評估主要照顧者需要的照護知能，並適時提供衛教指導。 3.2 醫院應能提供照顧者取得照護知能的教育資源或可提供協助之機構或人員。	3.1.1 於病人住院中，醫療團隊應評估病人及主要照顧者需要的照護知能，提供衛教指導，並評估其學習成效。 3.1.2 病人住院中，主要照顧者如有輪替情形時，醫療團隊應設計與提供適當工具，以供照顧者交班使用，並於新的照顧者接班後，確認其理解的程度。 3.1.3 應針對主要照顧者特性，提供合適的衛教方式，例如多國語言、圖像化的衛教資源或操作練習，以提升主要照顧者的照護知識與技能，並在出院前提供適切之出院準備服務。 3.2.1 對於照顧者所需要的照護知能，醫院除了衛教外，可以提供網路上的衛教資源，以方便照顧者反覆學習或進一步取得相關資訊。 3.2.2 病人出院後，醫院可以提供主要照顧者院內的諮詢管道，或是提供可以就近協助的機構或人員，必要時協助轉介健康服務中心（衛生所）、長照 2.0 服務、健保居家護理指導或其他醫療機構等相關資源。

目標九、維護孕產兒安全		
執行策略	一般原則	參考做法
1. 落實產科風險管控。	1.1 能辨識高危險妊娠並有風險評估及處理能力。 1.2 醫院應建立孕產兒監測儀器及藥物管理機制。	1.1.1 宜建置妊娠高血壓、子癇前症、植入性/前置胎盤、胎盤早期剝離、羊水栓塞、靜脈血栓、產後大出血、胎兒窘迫等孕產風險之照護作業及處理流程。 1.1.2 對緊急高危險妊娠宜有處理機制，並定期針對高危險妊娠的辨識、急救及緊急生產時機等能力，進行醫護人員教育訓練或模擬訓練。 1.1.3 應有緊急生產與相關醫護人員召回機制。 1.1.4 應建立有效緊急輸備血流程（含新生兒）。 1.1.5 宜有跨專科醫師（如：兒科、重症科）會診、諮詢與共同照護機制。 1.1.6 宜有訂立轉診（轉入或轉出）計畫，包含：緊急聯絡的醫療院所與聯絡方式、轉診機構之適當性與及時性等。 1.2.1 應常備有降血壓藥物、抗痙攣藥物、急救藥物等，且有使用規範及管理。 1.2.2 應設置胎兒監視器，且於裝置胎兒監視器期間，注意胎心音變化並交班、記錄，與訂定胎心音異常變化之處理流程。 1.2.3 確保醫護人員熟悉相關儀器操作及確認儀器可正常運作。
2. 維護孕產婦及新生兒安全。	2.1 及早辨識與預防生產前後併發症。 2.2 建立民眾孕產過程正確保健觀念。	2.1.1 醫護人員具辨識嚴重徵象與併發症，當出現不良徵兆或檢驗室檢查危急值時，應即時回應及啟動標準的處理程序。 2.1.2 醫護團隊有評估辨識胎兒窘迫或胎盤早期剝離能力，並啟動緊急應變措施及判別生產時機及方式，且有新生兒緊急照護能力。 2.1.3 產婦如果發生突發性的心肺功能衰竭，應考量是否為羊水栓塞與肺栓塞等，並有適當處置流程及啟動跨團隊緊急處理或即時轉診。 2.1.4 宜及早辨識產後出血（含子宮破裂之腹腔出血），並有適當處置流程。 2.2.1 醫護人員應對高危險孕產婦進行衛教及告知返診時機。 2.2.2 衛教妊娠高血壓及子癇前症孕婦需依醫囑做產前檢查、同時注意血壓控制與胎動變化，若有出現頭痛加劇或視覺改變之症狀或胎動異常應返診，以預防母胎發生風險。 2.2.3 教導懷孕期間，正確用藥知識及避免接觸致畸胎之物質（如：抽菸、毒品或酗酒等）。 2.2.4 為避免血栓形成，應鼓勵產婦盡早下床活動及自我覺察不適症狀時，應盡速返診。
3. 預防產科相關病人	3.1 醫院應對全院員工加強生產	3.1.1 醫護人員及相關員工需了解生產事故通報時機和目的。 3.1.2 應宣導生產事故通報目的著重在檢討是否有系統性問題導致事

目標九、維護孕產兒安全		
執行策略	一般原則	參考做法
安全事件。	事故通報宣導。 3.2 醫院應定期檢討孕產兒風險管控。	件發生，進行孕產兒風險管控，尋求改善，避免類似事件重複發生。 3.1.3 應依規定建立生產事故通報機制及啟動事故關懷機制，以利及時介入處理。 3.2.1 針對孕產兒發生不良結果事件，應舉辦病例討論會，並邀請相關人員參與，必要時修訂處置流程。 3.2.2 針對轉診個案有回饋機制，必要時可邀請相關轉診醫療機構參與病例討論會。