

乾
洗
手



手部衛生工作手冊

濕
洗
手



中華民國101年5月5日

「加強感染控制第二期-推廣手部衛生計畫」

手部衛生工作手冊

指導單位：行政院衛生署疾病管制局

編製單位：臺大醫院

三軍總醫院

高雄榮民總醫院

財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

中華民國 101 年 5 月 5 日

前 言

手部衛生是預防醫療照護(Healthcare associated-infections, HAIs)相關感染最簡單、有效且最合乎成本效益的方法，依據世界衛生組織(World Health Organization, WHO)調查，已開發國家之急性醫院住院病人的院內感染發生率為 5%-10%，造成住院天數延長約 20 天。另依照美國疾病管制中心 2002 年監測資料顯示，該國當年直接或間接因醫療照護相關感染死亡的人數約有 99,000 人，由此可見預防院內感染之重要性。

然而在醫療照護機構中，廣泛存在環境的細菌，通常是經由醫護人員的手和病人照護接觸而獲得感染，醫護工作人員的雙手常為帶菌者，讓微生物從病人到病人之間傳播，也是造成院內感染的重要原因之一；如何避免在醫療照護的過程中傳播病原體，減少院內感染事件的發生，雖然需要各種感染管制防護措施，但是在「照護點」執行手部衛生是最重要且最後一道防線，執行手部衛生的落實度，將會決定感染管制成效之優劣，也更加說明了手部衛生的重要。

世界衛生組織(WHO)自 2005 年起結合病人安全，大力推動手部衛生運動，證明手部衛生結合其他感控措施確實可以有效降低院內感染，並於 2009 年舉辦了第一屆世界病人安全會議(The First Global Patient Safety Challenge)，提出「拯救生命，清潔雙手(Save Lives: Clean Your Hands)」，並彙集各國推行手部衛生研究成果與推廣經驗，公布了最新版本的手部衛生指引、推廣策略指引及各項工具等；並且在 2010 年 5 月 5 日成立「世界手部衛生日」，呼籲各國以簽署同意書的具體行動來響應這個全球性的活動。

為順應國際趨勢，響應世界衛生組織(WHO)手部衛生推廣活動，行政院衛生署疾病管制局亦積極投入推動我國手部衛生運動，將推廣手部衛生計畫納入菸品健康福利捐調漲擴及醫療品質提升方案之「健康照護績效提升

計畫」，並於 98 年 10 月 2 日經行政院核定；計畫以推動醫院手部衛生認證等方式，鼓勵醫院參考 WHO 手部衛生推廣策略及工具，落實手部衛生，以降低院內感染情形。同時，考量到手部衛生指引及工具之可行性、實用性與我國風土民情，以公開甄選方式，委託台大醫院、三軍總醫院、高雄榮民總醫院做為推動手部衛生計畫示範中心，希望藉由 3 家示範中心之實際推動經驗瞭解執行之困難度，並參考世界衛生組織(WHO)2009 年制定之「Hand Hygiene Guideline」、「Guide to Implementation」及其相關附件等，共同建立我國本土化之手部衛生推廣策略指引、作業手冊等文件。

本手冊的內容分為五大章，包括：手部衛生之推行、手部衛生之執行原則、臨床照護之手部衛生、手部衛生稽核作業以及全院醫療品質提升等，並附上推行手部衛生計畫時使用之表單範例提供參考；適用對象以醫療機構感染管制單位、人員以及醫護人員為主，目的是希望提供各醫療機構在推動手部衛生之際，能瞭解國際間發展趨勢與國內推行之經驗分享，亦請各醫療機構可考量您單位或機構的特性加以調整、修訂，善加利用，以達事半功倍之效。

序

2005 年世界衛生組織以「乾淨的照護就是安全的照護 (Clean Care is Safer Care)」作為全球首項病人安全挑戰之主題；2009 年復提出「拯救生命：清潔雙手 (Save Lives:Clean Your Hands)」活動，呼籲世界各國共同正視醫療照護相關感染對病人安全的威脅，並提出有效策略推廣落實醫護人員手部衛生，期能提高科學實證研究應用於實務執行之可行性。

本局響應 WHO 手部衛生活動，自 2010 年起推動「建置手部衛生示範中心」計畫，委託臺大醫院、三軍總醫院、高雄榮民總醫院 3 家醫學中心，以 WHO 手部衛生指引、推廣策略指引及各項工具為藍本，訂定手部衛生推廣執行策略，導入醫護人員在手部無明顯髒污時，應優先使用酒精性乾洗手液執行手部衛生的觀念；同時透過在照護點普遍設置或隨身攜帶酒精性乾洗手液的方式，達到提高手部衛生資源可近性的目標；以及將「手部衛生 5 時機」概念整合入醫療照護工作者的常規工作流程中，期在維持最大保護效果的前提下，減少手部衛生的複雜度及執行次數，並據此建立一致的教育訓練、成效評估及報告回饋機制，以提升醫護人員執行手部衛生的遵從率。

為了將手部衛生示範中心的推廣實務經驗、訓練教材、評核表單等資料，提供全國醫療機構參考依循，並建置符合國情與國際趨勢的手部衛生推廣策略指引、作業手冊等技術文件，3 家手部衛生示範中心工作團隊於百忙之中，貢獻心力與智慧，共同合作研商，再分工主筆撰寫，分享院內實際推動手部衛生之寶貴經驗與文件，交由醫策會彙編，最後經衛生署傳染病防治諮詢會「感染控制組」委員協助審查校閱，終於完成這本「手部衛生工作手冊」，本局至表謝忱，並企盼各界不吝賜教，俾使內容更臻完善。

由國內外的研究報告可以了解，落實手部衛生其實是一項知易行難的工作，WHO 規劃透過 20 年的持續推動，讓手部衛生變成一種根深蒂固的習慣，成為醫護人員常態之臨床實務；並勉勵醫療機構至少需要 5 年按部就班的持續檢討改善，才有機會落實醫院內部手部衛生的風氣與文化。現階段我國已經在政府的政策支持與醫院的合作參與下，跨出了穩固的第一步，未來冀能經由大家共同的努力，逐步減少院內感染事件發生，進而降低醫療資源的耗用與社會成本之支出，確保病人及工作人員之安全。

行政院衛生署疾病管制局局長

張峰義

謹識

二〇一二年五月

拯救生命：清潔雙手

～示範中心序文～

追求醫療品質及確保病人安全是臺大醫院一向的堅持，本院自 2004 年開始推動「手護神運動」，期許醫療同仁以清潔的雙手，做為病友的守護神。我們不僅致力於教育醫療同仁能夠有正確的手部衛生觀念，也加強在工作環境中營造方便的手部衛生環境與設施，如在本院四處可見的乾洗手設備。近年更積極響應世界衛生組織「拯救生命：清潔雙手」之呼籲，配合國家的政策，以五大策略，即：系統性改變、工作場所標示、教育訓練、評估及回饋、創造院內文化風氣；及五大時機，持續推行手部衛生活動，並透過院際交流分享本院經驗，且於五月五日配合世界手部衛生日活動，鼓勵民眾一起關心。

經由這樣的努力 2004 年到 2007 年，本院醫療照護相關感染率比預期的減少了 8.9%。重要的抗藥性菌株，如多重抗藥鮑氏不動桿菌的發生率也有明顯的下降。但是手部衛生是日常生活及醫療行為中需頻繁進行的，如何讓我們的醫療同仁，在繁忙的工作中持續落實手部衛生是一個挑戰。除了持續的稽核及獎勵之外，我們也利用各個場合呼籲所有的同仁互相提醒進行手部衛生，包括對院長及主管的提醒，也邀請民眾病友提供我們善意的提醒，共同持續的努力。

在此誠摯地將這兩年的經驗與研究與全國醫療人員共同分享，希望藉由我們的經驗提供各位先進作為未來推行的參考，讓手部衛生能推動的更順利，期待所有醫療人員都能多花一點點時間，維護病友的健康，共同為病人安全繼續努力。

臺大醫院院長 陳明豐

拯救生命：清潔雙手

～示範中心序文～

WHO 自 2005 年結合病人安全大力推動手部衛生運動，已獲初步降低醫療照護相關感染成效，證明手部衛生結合其他感染控制措施確實可以有效降低醫療照護相關感染，而且手部衛生的落實更是減少感染最基本與最重要的方法之一。三軍總醫院為國軍醫院最高醫療指導單位，除了重視國軍弟兄醫療服務外，更加重視病人安全，因此配合行政院衛生署疾病管制局推動之手部衛生示範中心計畫，成為全台灣三家手部衛生示範中心之一，也在手部衛生的推動上扮演推手成為標竿醫院。依照 WHO 提倡之手部衛生五大策略與五大階段進行相關活動推廣，期許能將手部衛生推廣經驗及成效藉由落實醫護人員手部衛生 5 時機，讓手部衛生在醫院內形成一種文化，達到「知」、「行」合一，提升醫療照護品質、保障病人安全，最終防範醫療院所感染事件的發生，減少醫療資源的耗用，保障病人與工作人員的安全，透過本次手部衛生推行手冊內容的指引，期望國內各醫療院所在手部衛生推行上有更大的依據與實務參考，也感謝全國每一位感控同仁在各崗位上的努力。

三軍總醫院院長 孫光煥

拯救生命：清潔雙手

～示範中心序文～

洗手是降低醫療照護相關感染最簡單，也是最經濟的方式，也是高雄榮總長久以來一直重視、且持續推動的重點活動。很榮幸，本院能夠成為全國三間洗手運動示範中心之一，這兩年多來，我們在舊有的基礎上更加努力，嘗試為保障病人安全作出貢獻，過程中難免有挫折、有阻礙、有衝突，但在全院許多同仁貢獻心力、時間之後，在經過無數跨部科的協調與開會之後，在一次次富有創意的手部衛生推廣活動之後，所呈現出來的成果更是甜美。在這份手部衛生工作手冊中，本院的經驗將毫無保留的分享出來，期望能與其他醫院分享交流，並對我國手部衛生做出貢獻。

高雄榮民總醫院院長 黃榮慶

目 錄

第一章 手部衛生之推行	9
第一節 推行手部衛生之五大策略.....	9
第二節 行動計畫之五大階段.....	13
第二章 手部衛生之執行原則	15
第一節 病人區、照護區、照護點之說明.....	15
第二節 洗手機會與手部衛生 5 時機.....	16
第三節 手部衛生設備建置原則及注意事項.....	21
第四節 手部衛生方式及適用原則.....	23
第五節 執行手部衛生之步驟與皮膚照護.....	26
第三章 臨床照護之手部衛生 5 時機【範例】	33
第一節 一般原則.....	33
第二節 常見照護之手部衛生 5 時機.....	33
第三節 精神科病房照護手部衛生 5 時機.....	49
第四章 手部衛生稽核作業.....	52
第一節 手部衛生稽核目的與方式.....	52
第二節 手部衛生稽核指標與執行.....	56
第五章 全院醫療品質提升.....	67
第一節 手部衛生文化之建.....	67
第二節 鼓勵民眾（病人及家屬）參與.....	69
第三節 持續品質改善	70
第四節 運用 WHO 工具持續推動手部衛生.....	77

第一章 手部衛生之推行

醫療照護相關感染(Healthcare-associated infections, HAIs)對於疾病造成嚴重的負擔，並在經濟上對於病人及醫療照護系統皆造成重大的影響，然而只要在對的時機用對的方法洗手，就可以減少醫療照護相關感染，降低病人傷害，拯救許多生命。

根據文獻查證與過去執行經驗，影響醫療照護人員手部衛生遵從率的因素涵括：醫院政策、教育、環境、設備、認知、主觀舒適度與便利性等，且需藉由合適的手部衛生正確性及遵從性之監測方式，統計並分析監測之結果，再根據該結果對未來的手部衛生推廣策略與計畫進行修改。

世界衛生組織(World Health Organization, WHO)在推行手部衛生上制訂推行手部衛生策略準則(Guide to Implementation)及手部衛生技術執行手冊(Hand Hygiene Technical Reference Manual)等文件，以提供世界各國在推行手部衛生實務之參考，希望藉此策略準則幫助手部衛生的推行。以下將介紹推行手部衛生之五大策略與行動計畫之五大階段，提供全國醫療院所參考。

第一節、推行手部衛生之五大策略



(來源：WHO Guide to Implementation[1])

一、系統性改變(System change)

系統性改變是整個手部衛生推行運動中，非常重要且基本的一個部分，主要是醫療機構必須提供良好且足夠的洗手設備，以方便醫療照護人員實施手部衛生。國內各醫院於 SARS 疫情開始即普遍將酒精性乾洗手液設置於病室入口處及公共區域，配合達到進出較高風險區域時清潔雙手的需求，但卻未能符合將酒精性乾洗手液設置在照護點的新觀念及醫護人員於照護過程中須頻繁清潔雙手的實務需求；WHO 手部衛生指引中指出，要達到手部衛生良好的遵從率，醫療機構洗手設備必須在對的時間及對的位置提供有效且持續供應的洗手用品，藉由建置、改善及增設醫療單位內手部衛生設備，達到 WHO 推動醫療照護人員在每一個病人照護區(patient zone)皆可方便取得酒精性乾洗手液(alcohol-based handrubs at the point of care)之目標。

執行方法：

- (一) 依據手部衛生設備設置標準進行全院現況調查，包括門診單位、護理站、工作車等酒精性乾洗手液設置、濕洗手設備之設置，以及隨身瓶使用之情形（附件一～三）。
- (二) 手部衛生相關用品消耗量統計，定期統計液態皂、手部消毒劑、酒精性乾洗手液及擦手紙等領用量（附件四）；定期檢查酒精性乾洗手液補給情形與洗手瓶(填充瓶)清潔度。
- (三) 針對設備建置未符合規定者，進行輔導並協助其改善。
- (四) 評估醫療人員對酒精性乾洗手液等產品之耐受度與接受度，（附件五）。
- (五) 發予醫療人員酒精性乾洗手液隨身瓶，以便隨身攜帶提高洗手可近性。

二、教育訓練(Training and education)

教育訓練是改善手部衛生最重要的決定因素，所有的醫療人員都必須接受教育訓練，訓練進行方式應該由上而下，分級實施，人員應

包括醫院或單位的主管（院長或副院長）、教育訓練者、觀測者、醫療工作者。訓練內容應包含手部衛生五時機、乾濕洗手的正確步驟，整個訓練過程應該建立以使用者為中心的方式(user-centered)，目標是要達到行為及文化風氣的改變，使得手部衛生能夠深植人心並永久持續。

執行方法：

- （一）完整的教育訓練應對醫療人員（包括新進人員）舉辦定期及不定期的教育訓練，訓練的內容也必須定期更新，對於之前受過教育訓練者也必須實施手部衛生相關知識的檢測。
- （二）教育訓練者肩負傳承手部衛生的重要任務，所以最好由具有影響力的人員來擔任，並具有實際照護病患的經驗，感染控制相關的知識。
- （三）針對民眾、病人及家屬的教育，可發放衛教手冊、傳單、常見Q&A、手部衛生認知問卷等宣導策略。

三、評估及回饋(Evaluation and feedback)

評估及回饋相關的指標是改善手部衛生的重要部份，包括洗手遵從率、洗手設備是否方便、醫療照護相關感染和手部衛生的認知及知識等，可以讓我們知道執行的成效及需要加強改進的地方。

在手部衛生活動推行之前，相關指標的基礎值評估是相當重要的，如此在計畫推行後才能進行分析。透過回饋的機制可以使評估變得有意義，它可以讓醫護人員知道哪些地方可以改善，或是哪些族群需要改善，以及有多大的改善空間，如此可以維持個人或單位手部衛生執行的動機和動力。

執行方法：

- （一）設定績效指標：依據手部衛生 5 時機與設備建置的原則，建立客觀的評估方式，據以辦理內部稽核，定期回報被稽核單位稽

核結果；另可配合外部稽核，將外部稽核結果回饋被稽核單位參考；並規劃績效指標項目以作為醫院推行成果評比及後續執行事項修訂參考之依據。

- (二) 手部衛生認知相關評量：為瞭解醫護人員及主管階層對手部衛生正確認知之情形，製定醫護人員及主管問卷，作為修正手部衛生教育訓練課程安排等執行措施之參考（附件六～七）。
- (三) 手部衛生相關稽核：包含手部衛生遵從率、醫療人員的行為及環境微生物監測等（附件八～九）。
- (四) 全院相關感染率監測：監測各單位流行病學重要之多重抗藥性菌株，定期將各項監測數據回饋病房與科部，並與手部衛生執行率做比較（附件十～十二）。

四、工作場所標示(Reminders in the workplace)

工作場所的標示是一個重要的工具，透過各種形式、以多元化手法來進行院內宣導，主要可用來提醒醫護人員有關手部衛生的重要性、手部衛生五時機，及正確的洗手步驟。此外，也可以讓病人、家屬及訪客了解到醫護人員應該在手部衛生方面做到什麼樣的程度。

執行方法：

多元文宣宣導：定期製作、更新各種形式文宣、警語貼紙、電子看板及志工背心等，於活動推廣期間將文宣張貼於院區內明顯可見之處，並透過志工協助病人、家屬及訪客之教育宣導。

五、創造院內安全文化風氣(Institutional safety climate)

機構內安全風氣的形成主要就是要創造一個重視病人安全與手部衛生的環境，在所有推行手部衛生的期別中，病人安全風氣的塑造都是基本的，尤其在活動推行的初期必須付出相當的心力去創造機構推行手部衛生的動機。其中，高階主管的參與及支持是最具指標性的，也能在接續的活動中得到迴響和支持。

執行方法：

- (一) 透過規劃舉辦各項手部衛生推廣活動，並邀請醫院主管出席相關活動，藉此提醒同仁、病友及家屬落實手部衛生之重要性並養成習慣。
- (二) 舉辦全院教育訓練、民眾手部衛生講座、並鼓勵病人參與院內的手部衛生活動，進行手部衛生問卷滿意度調查等(附件十三)。

第二節、行動計畫之五大階段

依據世界衛生組織(WHO)推行手部衛生策略準則所建立的計畫內容，主要以推行手部衛生活動五大階段來說明，以供各醫院在推行手部衛生運動時參考。

第一階段	計畫整備期 (Facility preparedness)	2 個月
第二階段	背景資料蒐集及分析 (Baseline evaluation)	3 個月
第三階段	計畫執行期 (Implementation)	3 個月
第四階段	計畫成果評估 (Follow-up evaluation)	2 個月
第五階段	發展持續型手部衛生推動計畫 (Review and planning)	2 個月

(來源：WHO Guide to Implementation[1])

第一階段：計畫整備期(Facility preparedness)：平均需兩個月

主要工作包含文獻蒐集、計畫書撰寫、成立工作小組、全院性手部衛生推動計畫與策略方向之擬定、成立跨科部工作團隊、確認各科部責任分配與聯絡窗口單位、制定相關稽核表單、手部衛生調查問卷設計、訂定手部衛生執行評核方式、各專案工作時程規劃等(附件十四)。

第二階段：背景資料蒐集與分析期(Baseline evaluation)：平均需三個月

主要為調查手部衛生相關項目的基礎值，包括手部衛生設備、手部衛生遵從率、醫護人員及病患或家屬對於手部衛生的認知與態度、院內總感

染率、手部衛生消耗品（例如：液態皂、手部消毒劑、乾洗手液及擦手紙等）現況使用（申請領取）量調查、手部衛生問卷調查等。運用調查的基礎值，可以讓院內主管知道目前機構的狀況，並藉此訂定正式推廣期的相關措施。

第三階段：計畫執行期(Implementation)：平均需三個月

主要的工作包含活動宣導（例如：海報、衛教單張、多媒體文宣、志工背心、大型動態、靜態宣導活動等）、全院手部衛生教育訓練、手部衛生消耗品（例如：液態皂、手部消毒劑、乾洗手液及擦手紙等）持續使用（申請領取）量調查等工作；其中手部衛生推廣工作，應將醫療人員與相關行政人員列為第一優先對象，推廣數月後，再將活動對象擴大至病人、家屬層面，以策勵醫療人員自我要求之動機。

第四階段：計畫成果評估期(Follow-up evaluation)：平均需兩個月

針對推行手部衛生運動後，各項指標的分析，並根據分析數據結果進行檢討與改善，且回饋給各參與單位。期待透過舉辦手部衛生成果發表會，給予表現優良的單位肯定，分享其推行經驗，增加其他單位的學習機會，以改善未來手部衛生推廣計畫。

第五階段：發展持續性手部衛生推動計畫(Review and Planning)：平均需兩個月

依據前面四個階段所收集到的資料與檢討結果，規劃與調整未來長期持續發展手部衛生之計畫，以達院內手部衛生推廣與落實。

第二章 手部衛生之執行原則

第一節、病人區、照護區、照護點之說明



一、病人區(Patient zone)：指「病人」及「病人週遭環境」，病人區內的細菌與病人的固有細菌類似，病人區並非一靜止範圍而是隨著病人移動，依情境、停留時間及照護的型態不同而變動，可應用在任何「暫時性」的病人區。

(一) 病人週遭環境指一個暫時專屬於某一病人的用物與環境，包括：

1. 固定在病室內專屬病人使用的物品，例如：床欄、床旁桌椅、櫃子、床單、枕頭、點滴架、呼吸器、monitor 等。

2. 照顧此病人的醫護人員會碰觸到的物品，例如：Alarm 和按鈕。

(二) 任何物品非使用於病人照護，且常被移動到照護區者，不應被視為病人週遭環境，例如：電腦、紙、鉛筆等。

(三) 任何重複使用之器械，在進入及離開病人週遭（即病人區）時皆應清潔消毒。

二、照護區(health-care area)：泛指病人區以外的醫療環境，對於一個病人

而言，除了他自己的病人區之外，其他區域通通算是照護區的範圍（包括其他病人的病人區）。一般來說，照護區存在各式各樣的微生物，以及抗藥性的細菌。依據洗手時機所應對的洗手機會，在病人區執行手部衛生有助於預防病人菌株污染到照護區。

三、照護點(point of care)：指「醫護人員」、「病人」及「照護行為」同時出現的地點。照護點應有伸手可及的酒精性乾洗手設備，產生照護點時，必須進行手部衛生。

第二節、洗手機會與手部衛生 5 時機

一、洗手機會(Opportunity)、時機(Indication)和行動(Action)

(一)洗手機會(Opportunity)：洗手機會就是醫療人員必須執行洗手動作的時間點，一個洗手機會可能包括一個或多個洗手時機，當出現一個洗手機會表示需要執行一次洗手動作。

(二)時機(Indication)：醫護人員執行醫療照護時，他們的手會觸摸許多物體表面（病人的手、黏膜、靜脈導管、床旁櫃、醫療器械、廢棄物、食物、尿液），造成微生物在物體間傳遞的風險，每個接觸可能是一個潛在的污染來源，因此，產生了洗手時機，代表必須阻止微生物傳遞至另一個表面的指標。洗手時機就是這個時間點要洗手的理由，一個洗手機會的理由不一定只有一個，有可能有兩個以上，洗手時機包括：1.接觸病人前、2.執行清潔/無菌操作技術前、3.暴露病人體液風險後、4.接觸病人後、5.接觸病人週遭環境後。

(三)行動(Action)：就是洗手，我們應該建立「洗手行動」與「洗手機會」的聯結。當出現洗手機會時所執行的洗手行動才視為有效洗手，非對應洗手機會的洗手行動視為無效洗手。

(四)洗手機會(Opportunity)、時機(Indication)和行動(Action)的關係：簡單說，當辨識到一個或多個的洗手時機，轉換成一個洗手機會時，

須執行一次洗手行動，但那些時機必須分別被記錄。

(五)重要準則

- 1.一個洗手機會至少包含一個洗手時機。
- 2.只要有洗手機會出現就需要執行一次洗手行動。
- 3.當出現洗手機會時其對應之洗手行動可能被執行或未執行。
- 4.出現一次洗手行動不代表一定有洗手機會的存在。

二、手部衛生 5 時機



依據 WHO 手部衛生指引，醫療工作中有 5 個時機，需落實手部衛生，以避免致病菌藉由我們的手在醫病及環境間交叉散播。手部衛生 5 時機，包括：「2 個」洗手時機發生在接觸或執行照護活動「之前」，目的是為了防止微生物傳遞給病人的風險；「3 個」洗手時機發生在接觸或暴露病人體液風險「之後」，目的是為了防止微生物傳遞給醫療人員和照護區的風險。

(一)時機 1：接觸病人前(Before touching a patient)

發生在接觸病人的「完整皮膚和衣物」之前，為了防止微生物從照護區傳遞給病人，保護病人免於微生物移生及因醫護人員雙手所帶的微生物

造成病人感染。

何時	範例
以任何形式接觸病人	握手、觸摸小孩的前額
任何個人照護活動	協助病人移動、沐浴、穿衣、梳頭髮、戴眼鏡、吃飯
任何非侵入性的評估與治療	測量脈搏、血壓、血氧濃度、體溫、胸部聽診、腹部觸診、測量心電圖、佩戴復健輔具、執行物理治療等

重點：1.只要預期會接觸病人就要洗手。

2.洗手後接觸病人週遭環境，再接觸到同一病人不需要再次洗手。

(二)時機 2：執行清潔/無菌操作技術前(Before clean/aseptic procedure)

清潔/無菌操作技術是指執行可能將病原體直接帶入病人體內的風險的照護活動，發生在執行與「黏膜或受損皮膚接觸的照護活動」之前，故需預防微生物傳遞至病人或從病人身上轉移到另一部位。

何時	範例
準備食物、藥物無菌物品之前	針劑、鼻胃管灌食、胃造瘻灌食
執行任何與黏膜或受損皮膚接觸的評估、治療或照護活動	刷病人牙齒、餵飯、傷口換藥、燙傷包紮、外科程序、口腔、鼻子、耳朵檢查、執行陰道及肛門檢查、黏液抽吸
執行可能會接觸病人黏膜的給藥時	滴眼藥、給予陰道/肛門塞劑
將針頭插入病人皮膚或侵入性醫療設備	靜脈穿刺、測量血糖、血氧濃度、皮下或肌肉注射、針灸、IV flush
插入或打開侵入性管路	執行任何包括下列物品的程序時（氧氣鼻導

何時	範例
時	管、鼻胃管、氣管內管、導尿管、靜脈導管、引流管、airways、抽痰管、結腸造口/迴腸造口、A-V shunt、Double Lumen)

重點：

- 1.洗手後應立即執行技術，建議不應再接觸病人週遭環境的其他物品。
- 2.若接觸其他物品屬於清潔/無菌操作技術的一部份，中間不需再洗手。
- 3.如果執行清潔/無菌操作技術需使用手套，應在戴手套之前完成洗手。

(三)時機 3：暴觸病人體液風險後(After body fluid exposure risk)

暴觸病人體液的風險發生在「任何可能暴觸病人體液的事件」之後，洗手的目的是為了要保護醫護人員避免被來自病人的微生物移生或感染，及避免照護區被微生物污染或潛藏傳播。

何時	範例
執行清潔/無菌操作技術後	餵食、滴眼藥、傷口換藥、包紮、靜脈穿刺、測量血糖、鼻胃管灌食、皮下或肌肉注射等。
在任何可能暴觸病人體液風險的事件之後	移除任何的覆蓋物後(如敷料、紗布等)、接觸病人用過的器物(如尿壺、便盆、檢體盒等)、清潔假牙、接觸引流管外殼、接觸體液(如(1)血液、尿液、糞便、嘔吐物、唾液、黏液、精液、眼淚等。(2)任何滲漏液，如：胸腔積液、腦脊髓液、腹水、滑膜液、羊水等。(3)任何從人體抽取出的組織檢體、胎盤、細胞學樣品、器官、骨髓等)。

重點：

1. 在執行清潔/無菌操作技術之後或在任何可能暴觸病人體液風險的事件發生之後應立刻洗手。

2. 時機 3 通常緊接時機 2 之後發生(準備食物、藥物、無菌物品之後除外)，操作技術後應立即洗手。
3. 時機 3 單獨出現的狀況，例如：清理濺出的嘔吐物、尿液、糞便；運送檢體、污物（如尿袋、尿布）。
4. 碰觸到引流管或引流袋之後要立即洗手，即使外觀完整無破損仍有可能暴觸病人體液的風險；若戴手套，執行技術之後須立即脫除手套並執行手部衛生。

(四)時機 4：接觸病人後(After touching a patient)

時機 4 發生「接觸完病人，要離開病人區」的時候，目的是保護醫護人員避免被來自病人的微生物移生或潛在性感染，及避免照護區被微生物污染或潛藏傳播。

何時	範例
以任何形式接觸病人後	握手、觸摸小孩後
任何個人照護活動後	協助病人移動、沐浴、穿衣、梳頭後
任何非侵入性的評估與治療後	測量脈搏、血壓、血氧濃度、體溫、心電圖胸部聽診、腹部觸診、執行物理治療後

重點：1. 時機 4 通常發生在時機 1 之後或之前。

2. 當接觸病人後再接觸同一個病人的週遭環境時，為時機 4。

(五)時機 5：接觸病人週遭環境後(After touching patient surrounding)

時機 5 發生於「只接觸病人週遭環境，沒有接觸病人」的時候，因為病人自身的微生物可能移生至病人週遭環境，為了要保護醫護人員避免被前述微生物移生或潛在性感染，及避免照護區被微生物污染或潛在傳播。

何時	範例
只接觸病人週遭環境，沒有接觸病人	病人週遭環境包括：monitor、床旁桌椅、櫃子、床單、枕頭、點滴架等

- 重點：1. 接觸病人週遭環境前不需洗手，但接觸病人週遭環境之後若會接觸病人，則在接觸病人前需洗手。
2. 時機 4 適用在接觸病人之後，時機 5 適用在未接觸病人僅接觸病人週遭環境之後，所以兩個時機不會同時發生。
3. 當病人週遭環境中的多樣物品被接觸的情況，為時機 5。

三、執行手部衛生 3 原則

(一)、『區』的轉換要洗手

- 1、進入環境後，自行將「病人區」及「照護區」分清楚，一般來說，門內屬於病人區，門外屬於照護區；專用的屬於病人區，共用的屬於照護區。
- 2、醫療相關人員由照護區進入病人區時（進入病室），只接觸環境不用先洗手，接觸病人前需要先洗手。
- 3、由病人區進入照護區時（出病室）只要有接觸環境或病人都要洗手，除非雙手沒有接觸到環境或病人。

(二)、除非發生時機 2 或 3，否則『區』內活動不用洗手

醫療人員在同一病人區內活動時不用洗手，包括：

- 1、反覆接觸同一病人不用洗手。
- 2、反覆接觸同一病人的週遭環境不用洗手。
- 3、反覆接觸同一病人和同一病人週遭環境也不用洗手。

但是，要執行清潔/無菌技術前以及在接觸病人體液風險後，要洗手。

(三)、愈接近『動作前』洗手愈好，在暴露病人體液風險後，愈快洗手愈好。

第三節、手部衛生設備建置原則及注意事項

一、手部衛生產品選擇

手部衛生的目的在除去手上的污垢，淨化或預防雙手污染及皮膚的感染，並可減少病人和醫療人員之間的交互感染及避免致病菌的傳

播，且儘可能除去存在皮膚上的微生物，其最終目的是在保護病人，也保護醫療照護者。依文獻及實證顯示，使用酒精性乾洗手液進行手部衛生，在清潔效果、使用時機、花費時間、對皮膚的影響、安全性考量及洗手遵從性等方面，均比使用肥皂或液態皂進行濕洗手的效果為佳，因此 WHO 推動的醫護人員手部衛生運動，強調醫護人員在手部無明顯髒污時，優先使用酒精性乾洗手液清潔手部；為避免酒精性乾洗手液之產品酒精濃度不足，可能影響醫護人員執行手部衛生之成效，但酒精濃度大於 80%，則可能因水分不足而影響蛋白質變性（denature）效果，因此建議醫療機構於購買酒精性乾洗手液時，可依「酒精性乾洗手液產品之建議」選擇酒精成分符合之乾洗手液產品（產品建議如附件十五）。

二、手部衛生設備之設置

為提高手部衛生設備的可近性，WHO 同時宣導在照護點普遍設置或隨身攜帶酒精性乾洗手液的方式，如每床置放一瓶酒精性乾洗手液、換藥車等工作車及精神科工作同仁隨身攜帶酒精性乾洗手液等，達到符合在照護點伸手可及應有酒精性乾洗手液的目標。目前國內手部衛生設備之設置原則如下：

（一）酒精性乾洗手設備：

- 1.血液透析/洗腎室、加護病房等特殊醫療照護單位每床放置一瓶酒精性乾洗手液。
- 2.個人病房每病室放置一瓶酒精性乾洗手液。
- 3.一般醫療照護單位至少每 2 床之間放置一瓶酒精性乾洗手液，以每床放置一瓶為佳。
- 4.精神科、兒科等單位除應設有濕洗手設備，應於護理站設置酒精性乾洗手液；兒科單位經安全性評估後，可於病室內放置酒精性乾洗手液或採單位內醫療照護人員每人隨身攜帶酒精性乾洗手液之方式；精神科單位之病室內不適合放置酒精性乾洗手液，故應由

單位內醫療照護人員每人隨身攜帶酒精性乾洗手液。

5. 單位內工作車（治療車、急救車、換藥車等）備有充分補給且功能正常之酒精性乾洗手液。

6. 門診各診間應備有酒精性乾洗手液。

（二）濕洗手設備：

1. 加護病房每 2 床或 2 個隔間至少設有一洗手檯。

2. 醫療照護單位原則上 1 個單獨區域需有一洗手檯。

3. 門診診間儘可能每間設有洗手檯，若有管線設置之困難，且具有共通通道者可設共用洗手檯。

三、酒精性乾洗手液設備安全性考量

考量酒精性乾洗手液屬可燃性物質，須將其置放於遠離電源、高溫或可燃之處；依美國消防協會(The National Fire Protection Association；NFPA)規定，酒精性乾洗手液在常態性設置之消防安全方面，有下列幾點考慮：

（一）常態設點勿緊鄰電源插座或開關，明確來說自裝設位置中心點起算左右兩側皆應與電源插座或開關保持有水平距離 15 公分以上，且不可設置在電源上方。

（二）應遠離加熱設備(可達 49°C 以上者)，且應距離任何明火至少 1 公尺以上。

另若考量酒精性乾洗手液可能被酒精成癮病人或小孩誤飲，在精神科病房和兒科病房可考慮以隨身攜帶的酒精性乾洗手液取代固定式設備。

第四節、手部衛生方式及適用原則

一、一般手部衛生

目的：使用一般性洗手液、具去污作用的手部消毒劑或酒精性乾洗手液清潔雙手，去除手部污垢及暫時性菌叢。

適用情形：

	接觸病人前 (時機 1)	執行清潔/無菌操作技術前 (時機 2)	暴露體液風險後 (時機 3)	接觸病人後 (時機 4)	接觸病人環境後 (時機 5)
說明	發生在接觸『病人完整皮膚或衣服』之前。	發生在執行與『粘膜或受損皮膚接觸的照護活動』之前	發生在『任何可能暴露病人體液風險的事件』之後	發生在『接觸完病人，要離開病人區』的時候	發生在『只接觸病人週遭環境，沒有接觸病人』的時候
產品選用原則	1.酒精性乾洗手液 2.洗手乳	1.一般：酒精性乾洗手液或洗手乳 2.置放長期性留置導管或切開、引流之無菌技術等治療前：酒精性乾洗手液或消毒劑	1.應戴手套，移除手套後：酒精性乾洗手液或洗手乳 2.手部有明顯髒污或有傷口：洗手乳或消毒劑	1.一般：酒精性乾洗手液或洗手乳 2.接觸隔離應戴手套，移除手套後：酒精性乾洗手液或洗手乳	同時機 4
重點	1.只要預期會接觸病人就要洗手。 2.洗手後接觸病人週遭環境，再接觸到同一病人不需要再次洗手。	1.洗手後應立即執行技術，建議不應再接觸病人週遭環境的其他物品。 2.若接觸其他物品屬於清潔/無菌操作技術的一部份，中間不需再洗手。 3.如果執行清潔/無菌操作技術需使用手套，應在戴手套之前完成洗手。	1.在執行清潔/無菌操作技術之後或在任何可能暴露病人體液風險的事件發生之後應立刻洗手。 2.時機 3 通常緊接時機 2 之後發生（準備食物、藥物、無菌物品之後除外），操作技術後應立即洗手。 3.時機 3 單獨出現的狀況，例如：清理濺出的嘔吐物、尿液、糞便；運送檢體、污物（如尿袋、尿布）。 4.碰觸到引流管或引流袋之後要立即洗手，即使外觀完整無破損仍有可能暴露病人體液的風險；若戴手套，執行技術之後須立即脫除手套並執行手部衛生。	1.時機 4 通常發生在時機 1 之後或之前。 2.當接觸病人後再接觸同一個病人的週遭環境時，為時機 4。	1.接觸病人週遭環境前不需洗手，但接觸病人週遭環境之後若會接觸病人，則在接觸病人前需洗手。 2.時機 4 適用在接觸病人之後，時機 5 適用在未接觸病人僅接觸病人週遭環境之後，所以兩個時機不會同時發生。 3.當病人週遭環境中的多樣物品被接觸的情況，為時機 5。
照護活動	1.與病人握手、觸摸孩童的前額之前。 2.協助病人移動、沐浴、進食、著衣等照護之前。 3.運送病人或非侵入性治療(ex.戴氧氣面罩或鼻導管、佩戴復健輔具、執行物理治療)之前。 4.執行生理或非侵入性檢查(ex.量脈搏，測血壓，聽診，身體評估、照 x-ray、心電圖)之前。	1.準備食物、藥物、無菌物品。 2.為病患刷牙、管灌、餵食、滴眼藥、進行陰道或直腸檢查、檢查口、鼻、耳(無論是否使用器械)、肛門或陰道塞劑等。 3.傷口換藥(無論是否使用到器械)、氣切護理、尿管護理、抽痰、更換無菌引流瓶等。 4.插入或打開侵入性管路時如胃管、氣管內管、導尿管、動靜脈導管、引流管、抽痰管、結腸造口/迴腸造口等。	1.碰觸黏膜或有傷口之皮膚後。 2.執行注射或穿刺、置入侵入性醫療器械後。 3.移除侵入性管路或醫療器材後。 4.移除任何的覆蓋物後(敷料、紗布等)。 5.接觸用過的尿壺/便盆、接觸檢體盒、接觸引流管外殼、接觸體液、清洗使用過的物品如器械、儀器、床單、便盆、廁所等受污染之表面或物品後。	任何時機 1 照護活動之後。	1.整理病人單位環境，如更換床單、清理桌椅等。 2.觸碰儀器如調整、生理監視器、點滴速率等。 3.與病人環境表面接觸後，如陪病床或床旁桌、床欄、圍簾、點滴架、叫人鈴、電視遙控器、電燈按鈕、椅子、腳凳等

	接觸病人前 (時機 1)	執行清潔/無菌操作技術前 (時機 2)	暴露體液風險後 (時機 3)	接觸病人後 (時機 4)	接觸病人環境後 (時機 5)
--	-----------------	------------------------	-------------------	-----------------	-------------------

範 例	情 境	護理人員走進病室，移開床旁桌和椅子，為病人測量生命徵象。	護理人員正在測量病人生命徵象，聽診發現囉音增加，戴上手套為病人抽痰。	護理人員正在為病人抽痰，抽痰結束後脫掉手套。	護理人員完成抽痰，脫掉手套執行手部衛生，協助病人復位，治療車推回護理站。	護理人員正在調整病人的 IV 滴數，她按壓 IV pump 按鈕，然後離開病室。
	執行時機	為病人測量生命徵象前，執行手部衛生。	戴上手套之前，執行手部衛生。	脫掉手套之後，執行手部衛生。	協助病人復位之後，執行手部衛生。	按壓 IV pump 按鈕之後，執行手部衛生。

執行原則：

- (一) 當手部有明顯髒污或沾有血液/體液時，建議使用濕洗手。
- (二) 若確定或懷疑可能暴露於具產芽孢能力的病原體(spore-forming pathogens)，包括困難梭狀桿菌(*Clostridium difficile*)等，建議使用濕洗手
- (三) 前述適用情形下，當手部沒有明顯髒污的時候，建議優先使用酒精性乾洗手執行手部衛生。
- (四) 進行費時較長的侵入性治療前，如胸部穿刺引流，放置中心靜脈導管等，建議使用酒精性乾洗手液或具去污作用的手部消毒劑和清水清潔雙手。
- (五) 避免同時使用肥皂和酒精性乾洗手液。
- (六) 上完廁所後，建議使用濕洗手。

二、 外科手部消毒

目的：使用消毒液刷手(一般以 7.5% Povidone iodine 為主，對碘過敏者可以 4% Chlorhexidine 代替)或酒精性乾洗手(例如 Chlorhexidine Gluconate 1% solution 及 ethyl alcohol 61%)去除手部污垢及有效的降低完整皮膚上暫時性及固有性菌叢的數量。

適用情況：

- (一) 於手術前，醫師及助手之手部消毒。
- (二) 其他特殊侵入性治療前之手部消毒(如放置中心靜脈導管或心導

管、血管攝影檢查等)。

執行原則：

- (一) 當手部有明顯髒污，先使用肥皂和清水洗淨雙手，再使用海綿進行外科刷手或酒精性消毒液乾刷手。
- (二) 確實依據產品使用建議的方法、產品用量和時間等，進行手部消毒。
- (三) 外科用酒精性消毒液僅適用於清潔且乾燥的雙手，因此在進入手術室並穿戴好手術服、手術帽、口罩等相關裝備後，先使用肥皂和清水洗淨雙手。

第五節、執行手部衛生之步驟與皮膚照護

一、執行手部衛生之注意事項

為避免手部病菌的滋生，執行手部衛生時應注意遵守下列事項：

- (一) 保持指甲不過長(小於 0.5 公分，且不超過手指尖端)。
- (二) 手腕以下不佩戴戒指、珠寶等手部飾品。
- (三) 不塗指甲油或戴假指甲。
- (四) 手部皮膚表面若有傷口，應妥善處理。

二、手部皮膚照護

- (一) 至少每天使用一次護手霜或護手乳。
- (二) 使用酒精性乾洗手後不要立刻執行濕洗手。
- (三) 洗手水溫不宜過高。
- (四) 執行手部衛生後，需待雙手完全乾燥才戴手套。

三、執行手部衛生之步驟

- (一) 一般性、消毒性洗手步驟：(參見濕洗手步驟圖)

- 1.取下手腕以下飾物(如戒指)。
- 2.以清水潤濕手部後，按壓洗手液於雙手，並保持手部低於手肘。

3.搓揉雙手至泡沫產生（時間至少 10～15 秒），應注意指尖、指縫、拇指及手背處。

4.用流動水沖去手上之洗手液。

5.用擦手紙或乾淨毛巾擦乾。

（二）酒精性乾洗手液洗手步驟：（參見乾洗手步驟圖）

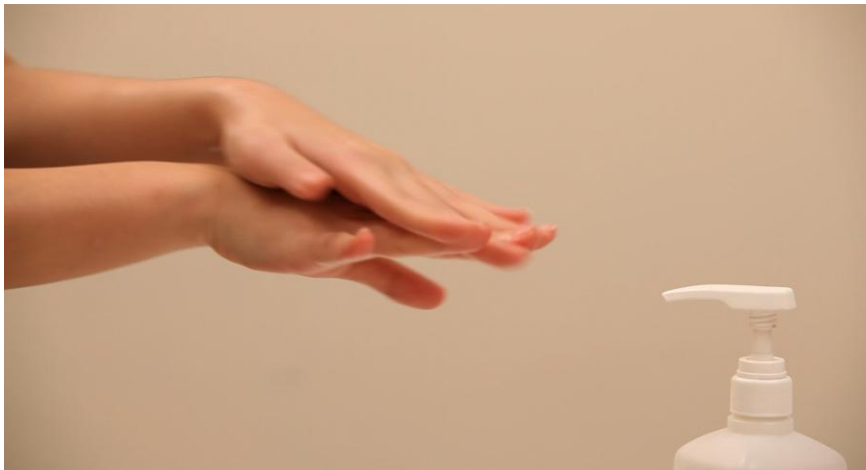
以手背壓取 2~3ml 的乾洗液後，覆蓋手的全部表面，搓揉雙手特別注意指尖、指縫、拇指及手背處，直到酒精揮發至乾(約 20~30 秒)，不需使用擦手紙。

【乾洗手步驟圖】

1.掌對掌搓洗



2.左手掌對右手背，手指交叉搓洗，反之亦然



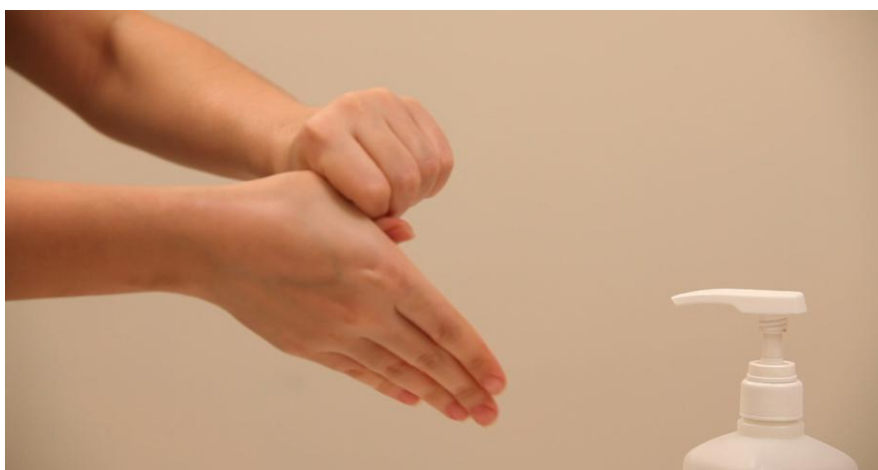
3.掌對掌，手指交叉搓洗



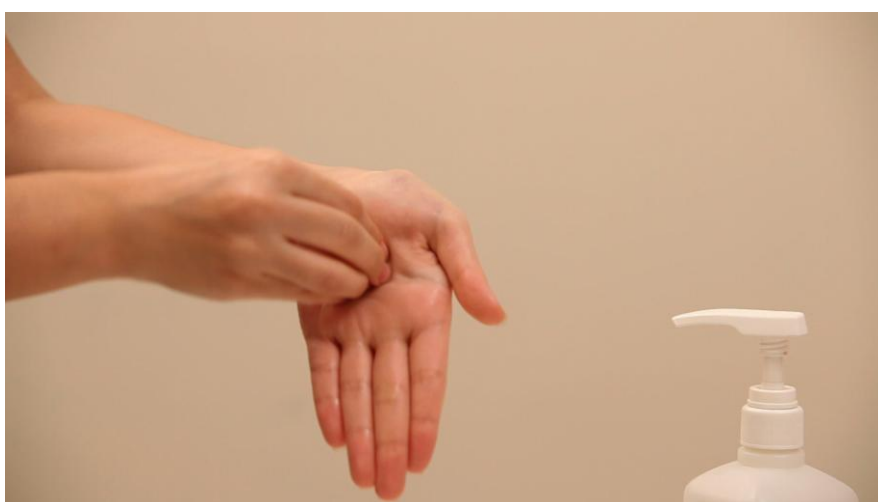
4.手指的指背對著另一手的掌面，兩手交扣搓洗



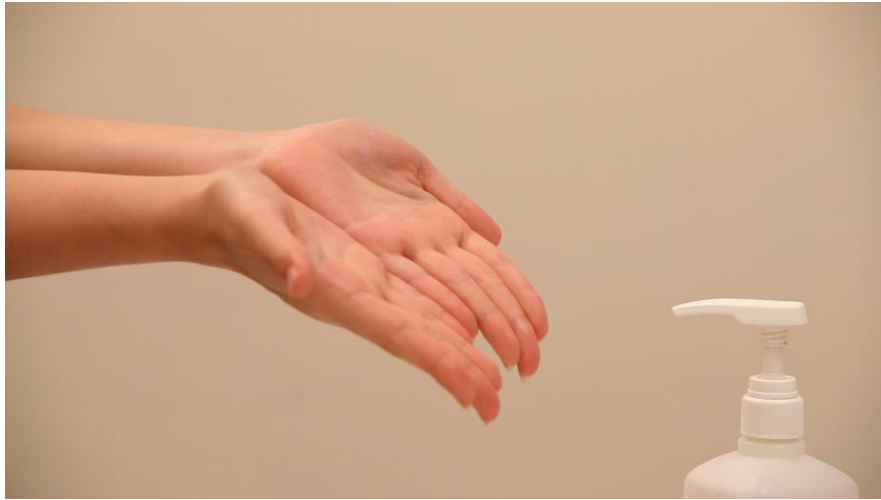
5.左手掌包住右手指，旋轉式搓洗，反之亦然



6.右手指在左手掌心旋轉式的搓洗，反之亦然



7.約 20-30 秒，待手乾後，就完成洗手步驟了



【濕洗手步驟圖】

1.掌心對掌心，互相搓擦



2.左掌心在右手背上，手指交錯，互相搓擦，然後兩手交替



3.掌心對掌心，手指交錯，互相搓擦



4.兩手指互握，旋轉按擦指背及掌心



5.用左掌心旋轉按擦右手拇指，然後兩手交替



6.右手手指在左掌心中旋轉按擦，然後兩手交替



7.用水沖淨



8.擦手紙擦乾雙手



第三章 臨床照護之手部衛生 5 時機【範例】

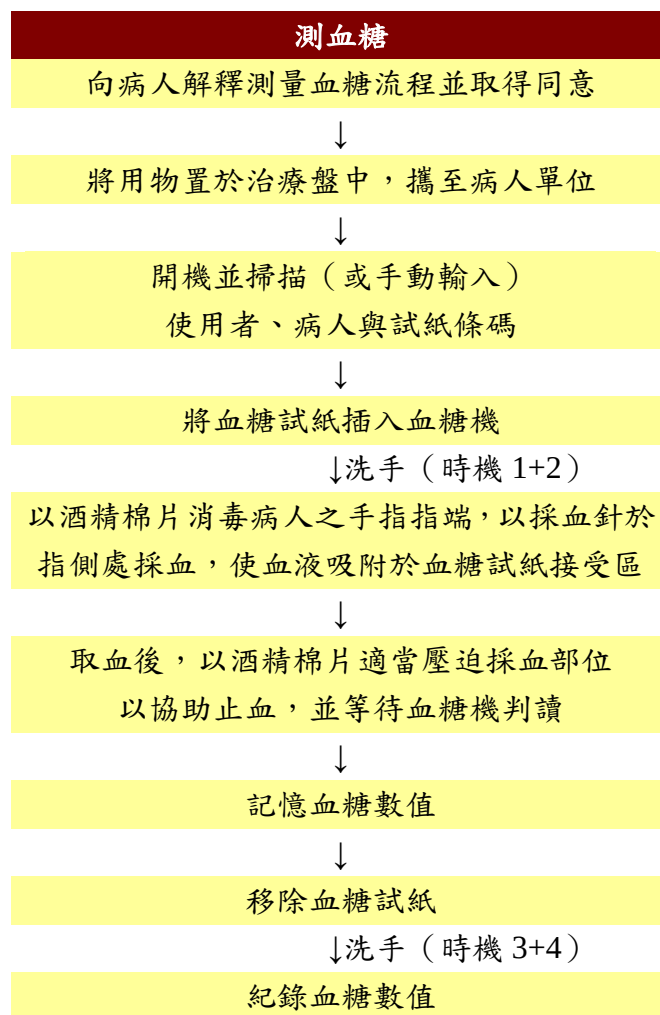
手部衛生之執行要落實與養成習慣，應融入日常照護流程中，方可長久。本章節之內容，以 3 家手部衛生示範中心之實務經驗，整理出醫院一般常規照護流程以及精神專科病房之手部衛生 5 時機提供參考，各醫療機構可依照院內之情形，優化相關照護流程，以不違反手部衛生 5 時機之精神與原則下彈性調整，自行訂定適用之流程。

第一節 一般原則

1. 以病人安全為前提。
2. 先備好需要的用品。
3. 盡量接近清潔、無菌技術前洗手。
4. 暴觸體液風險後，盡快洗手。
5. 連續動作不中斷。
6. 同腔室或系統之不同引流管間可不需更換手套、洗手，但如為不同腔室或系統之引流管間則需更換手套、洗手。
7. 緊急狀況下考量病人安全須先處理，但處理完必須洗手。

第二節 常見照護之手部衛生 5 時機





測量生命徵象與給藥

進入病室

↓洗手(時機 1)

測量體溫、脈搏、呼吸、血壓

↓洗手(時機 4)

鍵入生命徵象記錄

↓洗手(時機 2)

準備口服藥，遞給病人

↓洗手(時機 4)

離開病人區

↓

鍵入給藥紀錄

給口服藥

先抽出藥車內藥盒放置藥車桌面上

↓

再將藥包拿出(先備好該拿的藥)

↓

洗手(時機 2 或 1+2 依情況而定)

↓

對藥後將包裝撕開

↓

將藥物放入藥杯協助病人服藥

↓

洗手(時機 4 或 3+4 依情況而定)

↓

離開病人區

↓

給藥紀錄單簽名(鍵入給藥紀錄)

點滴給藥

將藥物及抽藥空針，稀釋液備於桌面上

↓洗手(時機 2)

撕開空針包裝，打開稀釋液、藥物等包裝

↓

抽藥

↓

加藥前以酒精棉消毒

↓

加藥

↓

洗手(時機 4 或 5 依情況而定)

↓

離開病人區

抽血

進入病室

↓

向病人自我介紹及解釋目的

↓

圍上圍簾注意隱私

↓洗手(時機 1+2)

準備並打開抽血用物

↓

找部位、綁止血帶

↓洗手(時機 2)

戴手套，消毒、抽血

↓

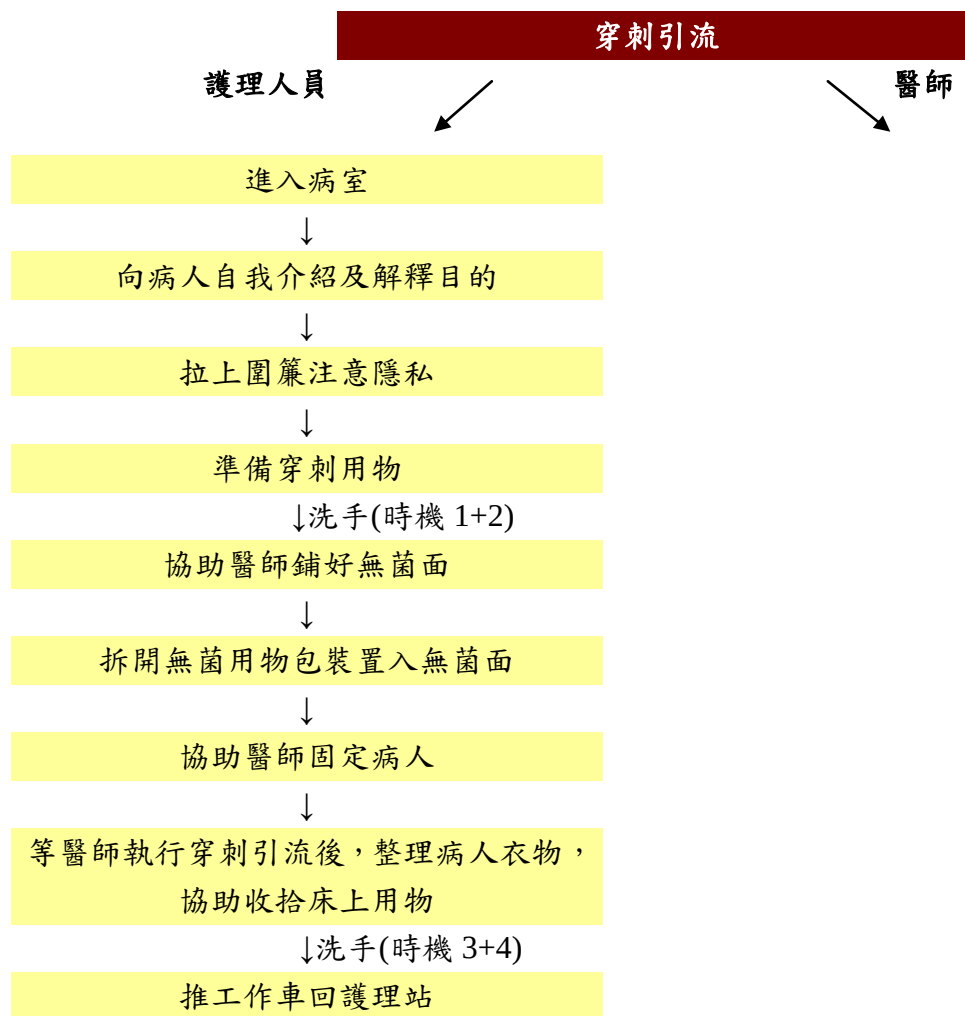
結束後移除止血帶

↓

脫手套、拉開圍簾

↓洗手(時機 3+4)

離開病人區



進入病室

↓洗手(時機 1+2)

戴上無菌手套

↓

進行穿刺引流

↓

脫手套

↓洗手(時機 3+4)

離開病室

拔針

準備拔針時所需物品

↓

關閉點滴開關

↓洗手(時機 1+2)

(若有暴觸血體液風險可戴手套)

撕開酒精棉片

↓

拔針

↓

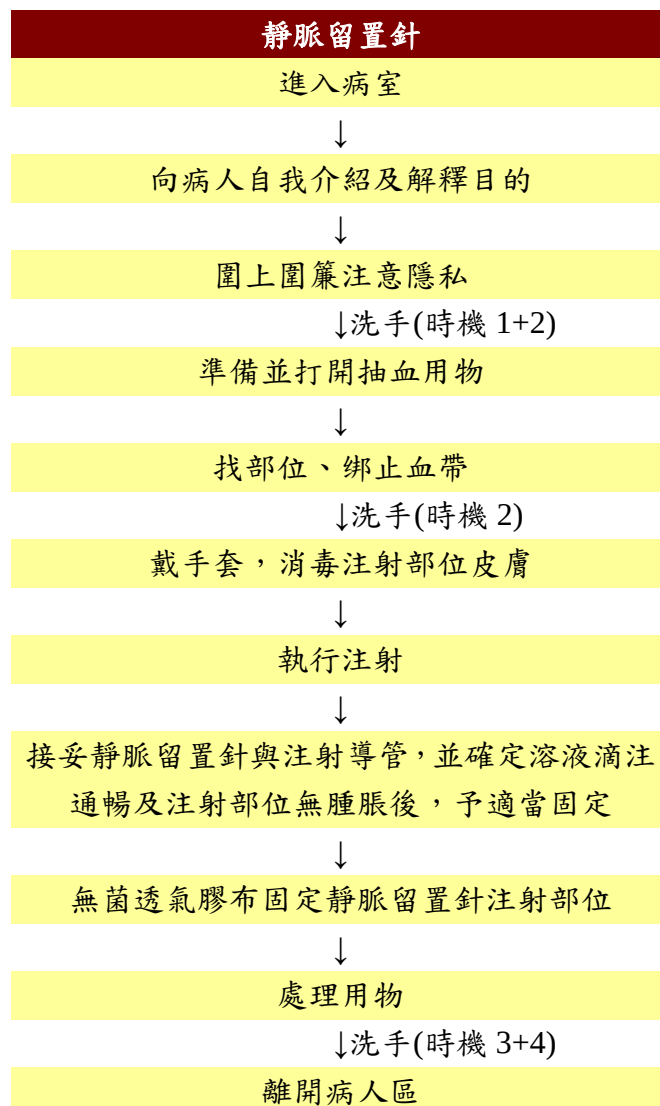
酒精棉片加壓傷口

↓

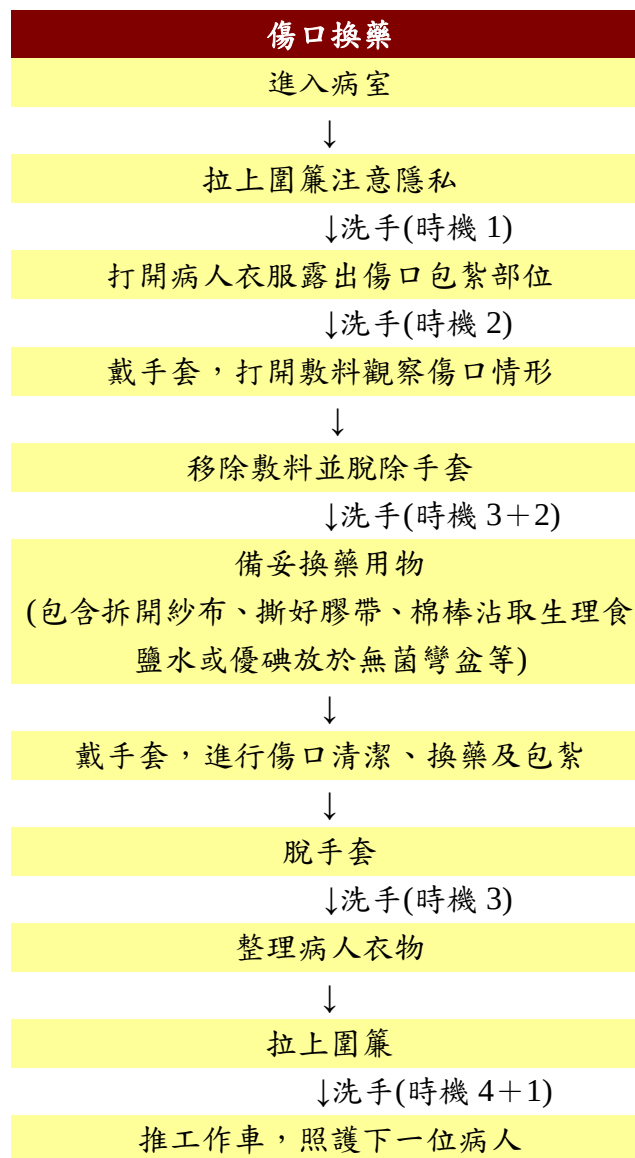
整理物品

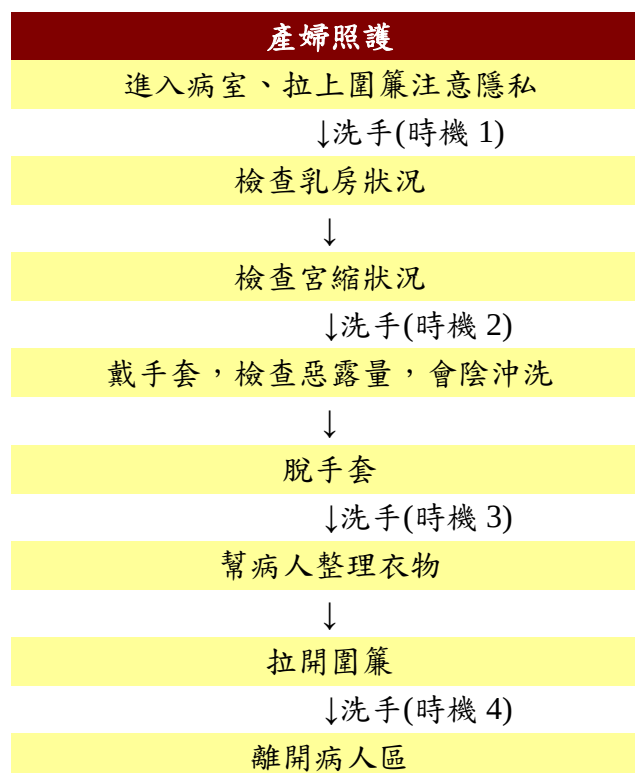
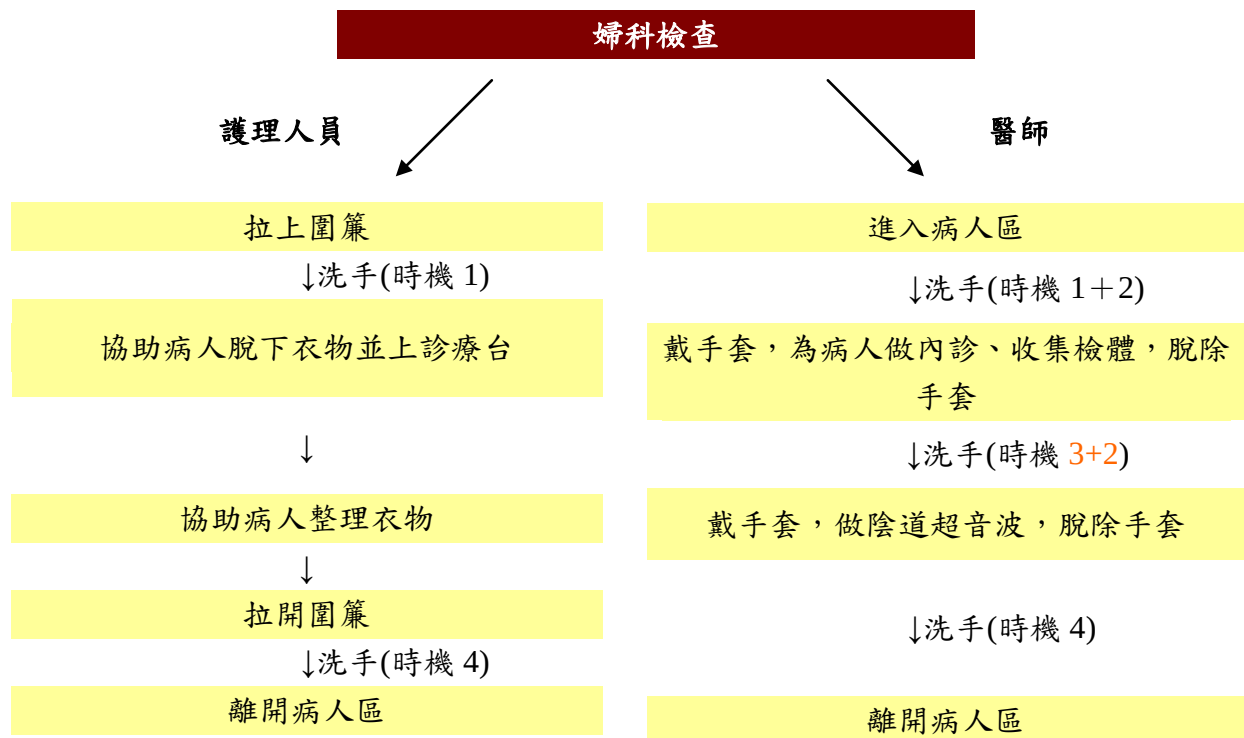
↓洗手(時機 3+4)

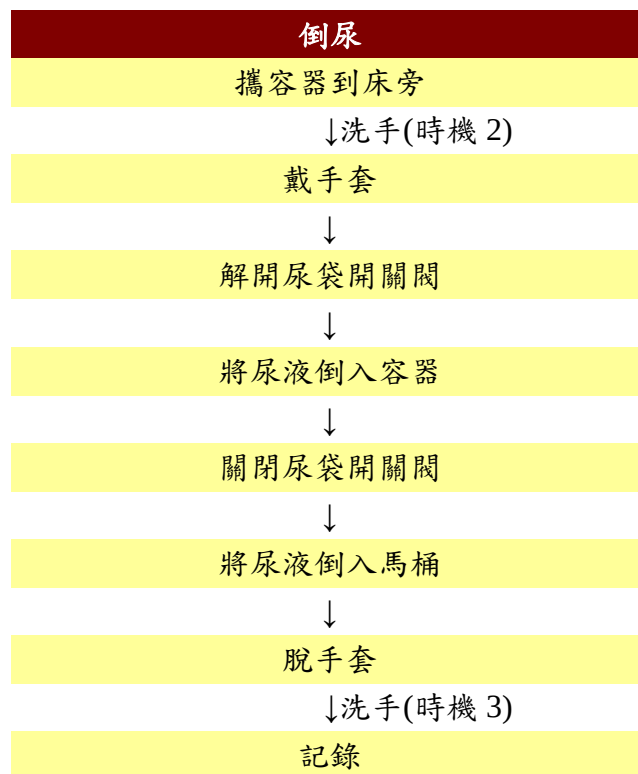
離開病人區

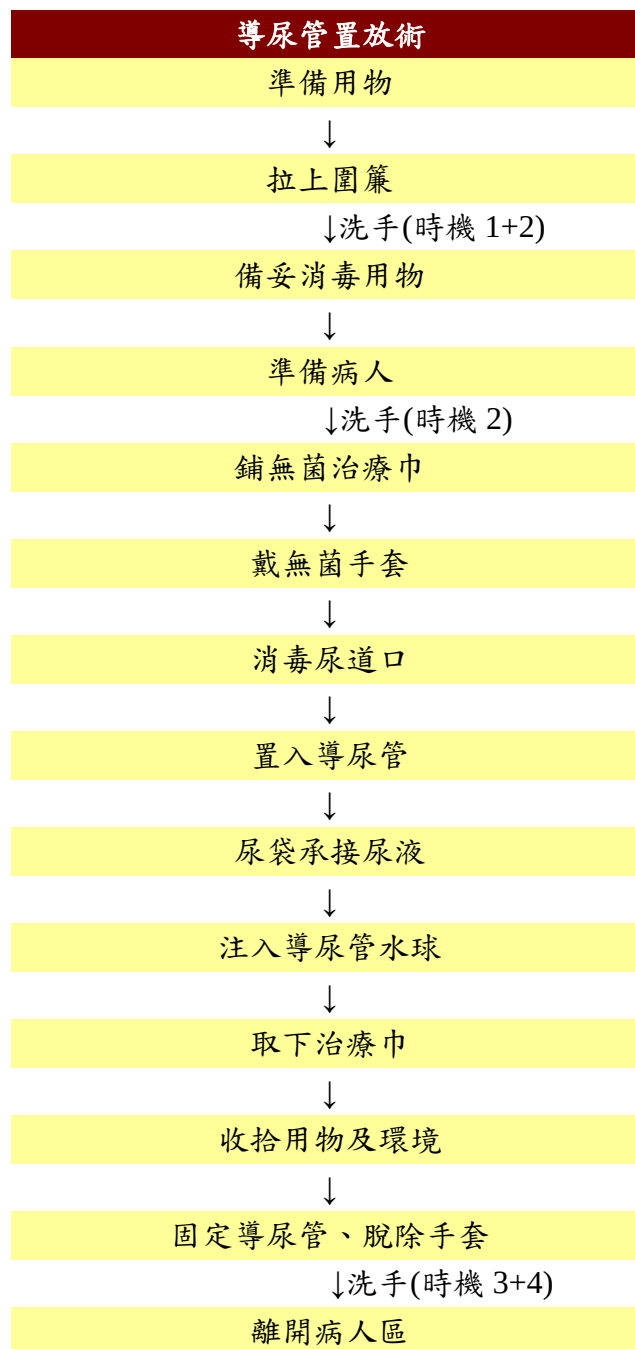


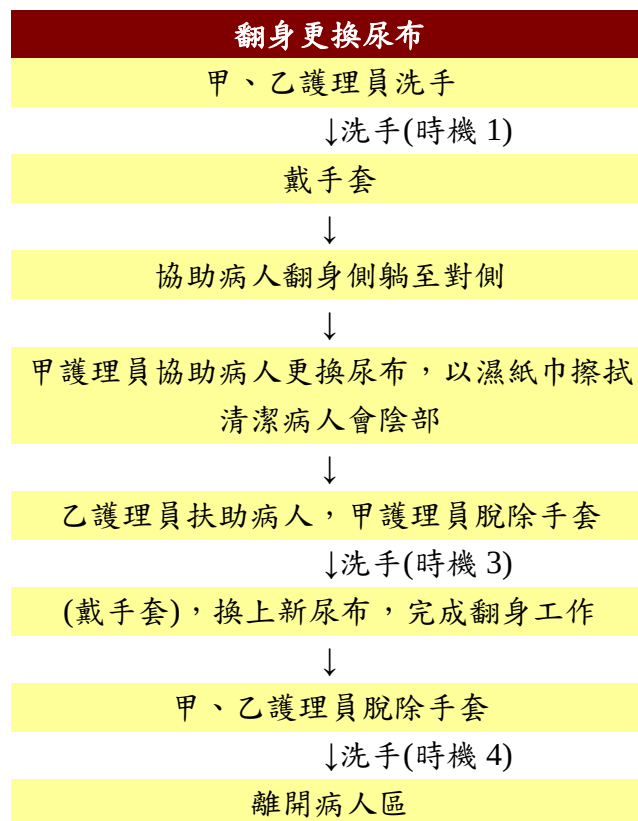












※ 備註：如為 1 人執行時，處理完排泄物後，脫除手套及更換新手套(或脫除手套)，完成接續步驟。



進入病室

↓洗手（時機2）

穿戴無菌手術衣、口罩、手術帽及手套，
消毒穿刺部位皮膚

↓

執行中心靜脈導管置放

↓

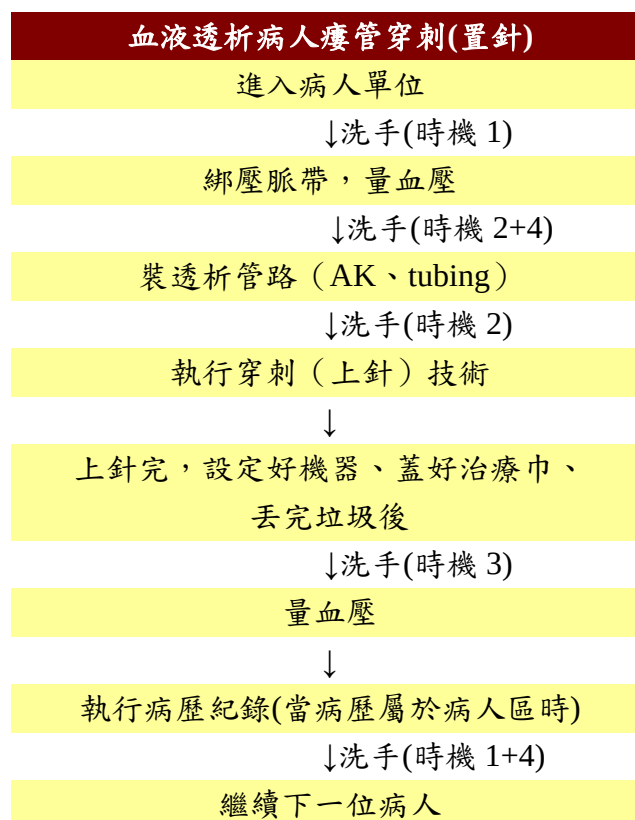
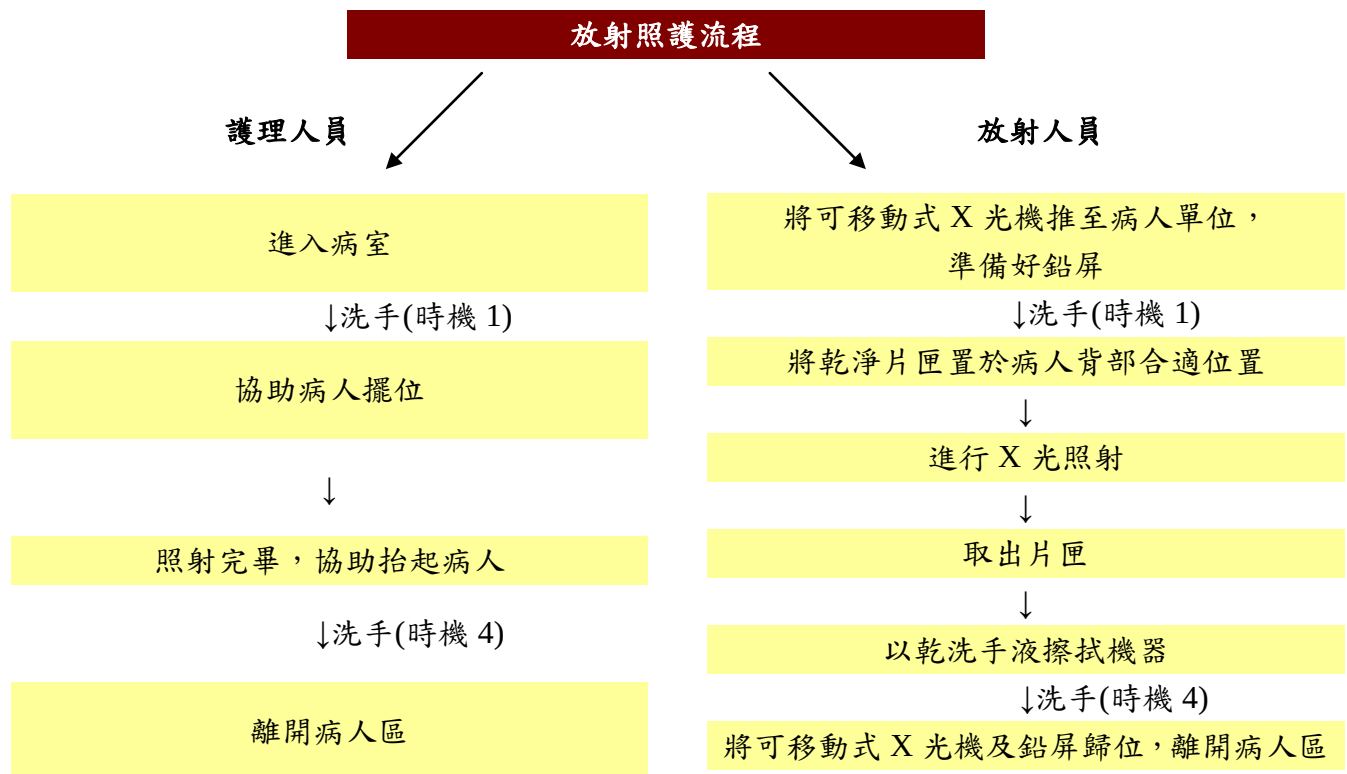
以縫線將導管固定於皮膚

↓

脫手套

↓洗手（時機3）

離開病人區



※備註: 若病歷置於床尾，屬於病人區。

血液透析病人瘻管穿刺結束作業(收針)

進入病人單位

↓洗手(時機 1)

綁壓脈帶，量血壓

↓洗手(時機 2)

戴手套，打 EPO 或抽血

↓

拔出動脈端穿刺針

↓

收完針、丟掉透析管路 (AK、tubing) 後

↓

脫手套

↓洗手(時機 3)

戴手套

↓

以漂白水擦拭機台後

↓

脫手套

↓洗手(時機 1+4)

繼續下一位病人

鼻胃管置放

準備用物

↓洗手(時機 1+2)

戴手套，使用 jelly 潤滑鼻胃管

↓

執行鼻胃管插入

↓

回抽胃部內容物或接上空偵打氣，用聽診器
聽胃部氣泡音確認鼻胃管正確位置

↓

鼻胃管固定，脫手套

↓洗手(時機 3+4)

離開病人區

※備註：此為醫師常規流程。

身體檢查(接觸完整皮膚)

進入病室

↓洗手(時機 1)

身體檢查

↓洗手(時機 4)

離開病人區

身體檢查(接觸黏膜或不完整皮膚)

進入病室

↓洗手(時機 1+2)

戴手套，身體檢查

↓

脫手套

↓洗手(時機 3+4)

離開病人區

第三節 精神科病房照護手部衛生 5 時機

連續性測量病人

進入病人單位

↓洗手(時機 1)

測量體溫、脈搏、呼吸、血壓

↓洗手(時機 1+4)

記錄生命徵象，接著測量下一位病人

單一測量病人

進入病室

↓洗手(時機 1)

測量體溫、脈搏、呼吸、血壓

↓洗手(時機 4)

記錄生命徵象

身體評估

進入病人單位

↓洗手(時機 1)

依據檢查項目執行非侵入性的評估
(外觀、生命徵象、胸部聽診、腹部聽診)

↓

完成評估項目

↓洗手(時機 4)

離開病人區

連續給口服藥

推藥車至病人區

↓洗手(時機 2)

撕開藥物包裝

↓

將藥物放入病人手中或其藥杯(備註)

↓

接著發下一位病人藥物

↓

推藥車回護理站

※備註 1. 發藥前請病人洗手。

※備註 2. 發藥過程中如有碰觸病人，須洗手。

針劑藥

於治療室將藥物或抽藥空針稀釋液

備於換藥(治療)車上

↓

帶病人至治療室病人區

↓洗手(時機 1+2)

準備藥物及消毒

↓

治療完成

↓

洗手(時機 3+4)

↓

離開治療室

晨間護理

洗手(時機 1)

↓

協助病人整理個人衛生及床鋪、
衣櫃單位整齊乾淨

↓

洗手(時機 4)



病人安全檢查

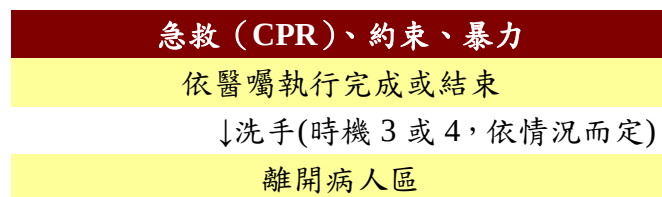
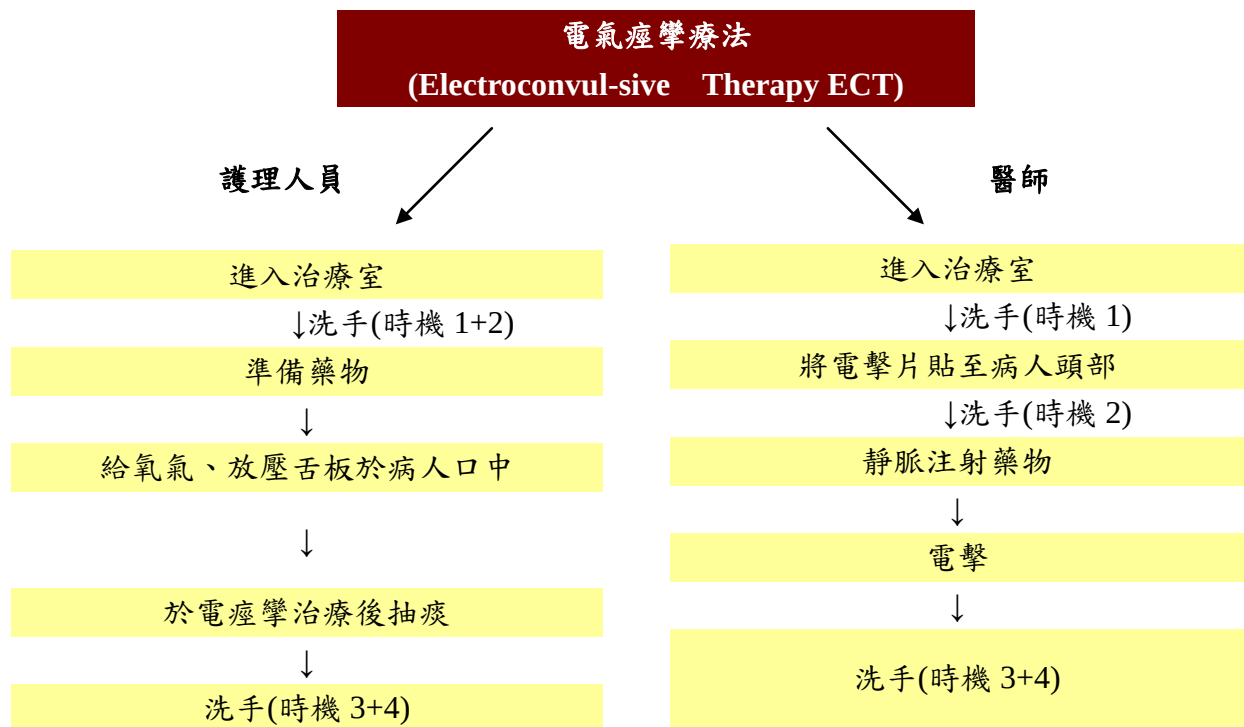
洗手(時機 1)



檢查病人身上衣物



洗手(時機 4)



備註：緊急狀況下考量病人安全須先處理，
但處理完必須洗手。

第四章 手部衛生稽核作業

世界衛生組織與全球各醫療機構皆致力於推動手部衛生，然而如何提高醫療照護人員執行手部衛生的遵從性，縮短科學實證與實務工作上的落差，一直是推廣活動亟需解決的課題。2009 年 WHO 手部衛生改善策略 (WHO multimodal hand hygiene improvement strategy) 建議評估下列指標：直接觀測手部衛生遵從率、機構內洗手設備是否齊全，醫療照護者對於醫療照護相關感染和手部衛生的認知及知識，肥皂或洗手劑及乾性洗手劑的消耗量等，以評估及回饋手部衛生相關執行結果，瞭解機構推行手部衛生最需要改善的部分，並將評值結果回饋給醫療照護人員，促進院內同仁認知、態度、行為之改變，以提升手部衛生執行之效益。

第一節 手部衛生稽核之目的與方式

手部衛生稽核(觀測)的目的，是想要瞭解機構內不同的科部單位、不同的時段、不同職類之醫療照護人員於常規醫療中的洗手遵從率以及推行手部衛生的成效，進而分析醫療照護人員常常忽略的洗手時機，加強教育訓練之規劃安排及介入措施，以達到「提升手部衛生，降低醫療照護相關感染率」之目的。

手部衛生稽核的方式可以分為「直接法」與「間接法」二種，說明如下：

(一) 直接法：

- 1.直接觀測：WHO 建議的方式，優點是可以得知洗手動作與洗手時機的關係，精確呈現；缺點是耗費時間與人力，稽核員需要經過訓練及認證，以確保執行之一致性。
- 2.病人填報：優點是方便、節省人力及成本；缺點是病人沒有經過教

育訓練與稽核員訓練，很難掌握其正確性，也可能會增加醫病緊張關係。如要執行，建議以挑選較簡單、明確、容易執行之「洗手時機 1 接觸病人前」以及「時機 4 接觸病人後」較為適當。

- 3.醫護人員自我填報：優點是方便、節省人力及成本；缺點是常常會高估，或者因為業務忙碌而無法定期回報，且可能會有球員兼裁判之嫌，常常會高估，無法瞭解其正確性，也無法知道自己的缺點。

（二）間接法：

- 1.洗手劑、擦手紙用量等統計：優點是方便、可以定期調查呈現結果、節省人力、時間、金錢；缺點是無法計算洗手遵從率、無法得知洗手次數與時機的關係、可提供之資訊太少。
- 2.感應器：缺點是成本高、需要維修、無法得知與洗手時機的關係。
- 3.監視器：缺點是侵犯隱私、成本高、需要維修、仍然需要人力觀看統計分析、設置的角度會影響觀測之結果。

直接法稽核的結果有可能產生誤差，包括：觀察誤差（observation bias），例如單位或人員所呈現之霍桑效應；稽核者誤差（observer bias），例如稽核員之間對洗手時機、機會的認知不同或誤判；取樣誤差（selection bias），例如觀察的樣本數不夠多、不夠分散、不夠具代表性等。為了要減少直接法稽核可能發生誤差的情形，就必須注意：

- 1.加強稽核員的訓練，包括情境模擬訓練與討論，以建立共識。儘量安排相同的授課講師、使用一致性的教育訓練教材及訓練方式授課，以加強一致性。
- 2.稽核員認證制度，參與稽核之人員都必須通過手部衛生稽核認證，才能進行稽核作業，並應安排持續性教育訓練課程，以確保執行的品質與一致性。
- 3.合適的觀察樣本（通常行為觀察機會數建議應達 12~15 筆，才有統計上之意義），稽核的樣本數要足夠、稽核的對象、地點與時間等涵蓋的層面

平均，足夠具有代表性，稽核的結果才能真正反映機構之實際情形，瞭解其優缺點，予以即時校正。

第二節 手部衛生稽核指標與執行

指標(Indicator)的運用通常透過量測(Measurement)得以指出(Indicate)值得進一步改善的現象或評估介入措施執行成效等，在擬定手部衛生稽核計畫時，應清楚思考稽核量測的目的與組織的目標為何?計畫所要量測的項目為何?要採用何種方式進行量測?以整體、全面地發揮稽核功能。

以「99-100 年衛生署醫院手部衛生認證計畫」為例，計畫目標係透過補助醫院購置酒精性乾洗手液等設備，以達到照護點有伸手可及的酒精性乾洗手液設備，並建置數位學習系統與印製海報單張等方式，推廣手部衛生 5 時機的觀念與正確的手部衛生方法並落實於常規照護工作中，期藉此提高醫護人員手部衛生遵從率與正確性，進而減少醫療照護相關感染的發生。因此，計畫選擇以「設備建置」、「教育訓練」、「執行成效」、「感染監測指標」四個面向進行稽核(指標項目與操作定義如下表)；指標稽核方式因考量後續計畫獎勵評比之公平性，因此在「設備建置」與「執行成效」二部分採外部稽核員實地直接觀察的方式進行；而「感染監測指標」以收集完整資料以進行全國性成果評估為目的，指標係統計指定資料於資訊監測系統通報的完整性，「教育訓練」則統計人員實際參與數位學習課程並通過課後評量測試情形，因此這二大面向的指標則採取利用資訊系統收集與計算的方式取得。

【99-100 年手部衛生認證計畫之績效指標】

一、綜合醫院、醫院、專科醫院、慢性醫院適用績效指標：

績效指標類別	項次說明
手部衛生設備建置成效 (4)	1. 手部衛生用品消耗量統計 (1) 參與醫院需提報院內每月酒精性乾洗手液領用量、液態皂及消毒劑或具有去污作用之手部消毒劑領用量、擦手紙領用量、住院人日數，並以是否準時於資料提報月 15 日前提供完整之資料作為評比。 (2) 參與醫院需提報院內每季各單位之病床數與酒精性乾洗手設備數量，並以是否準時於資料提報月 15 日前提供完整之資料作為評比。
	2. 濕洗手設備功能正常率 (1) 功能正常的濕洗手設備是指備有液態皂及消毒劑或具有去污作用之手部消毒劑、擦手紙，且水龍頭之給水功能正常；上述條件缺一即不符合功能正常之定義。 (2) 稽核濕洗手設備之主要範圍為病房區及門診診間，但不包含病室內盥洗室及病房外之公共空間的濕洗手設備。 (3) 由醫院定期提報院內參與認證單位各月份之濕洗手設備功能正常率資料。 (4) 由計畫安排之外部稽核員實地稽核單位內濕洗手設備功能是否正常。 (5) 計算公式： $\text{濕洗手設備功能正常率}\% = \frac{\text{功能正常之濕洗手設備數}}{\text{實地稽核單位內濕洗手設備數}} \times 100\%$
	3. 乾洗手設備功能正常率 (1) 功能正常的乾洗手設備即實際按壓/感應乾洗手設備能確實提供酒精性乾洗手液。 (2) 由醫院定期提報院內參與認證單位各月份之乾洗手設備功能正常率資料。 (3) 由計畫安排之外部稽核員實地稽核單位內乾洗手設備功能是否正常。 (4) 計算公式： $\text{乾洗手設備功能正常率}\% = \frac{\text{功能正常之乾洗手設備數}}{\text{實地稽核單位內乾洗手設備數}} \times 100\%$

績效指標類別	項次說明
	4. 乾洗手設備完整率 (1) 醫院診間，以及病房單位內護理站、工作車（治療車、急救車、換藥車等）、醫療單位（治療室、注射室、檢驗（採血）室等）應設置乾洗手設備。 (2) 一般醫療照護單位，確實符合病室內至少每 2 床之間備有一瓶酒精性乾洗手液。 (3) 考量精神科/小兒科病房照護病人之特殊性，該單位之酒精性乾洗手液可調整擺放位置為置於護理站或由醫療照護工作人員隨身攜帶。 (4) 由醫院定期提報院內參與認證單位各月份之乾洗手設備完整率資料。 (5) 由計畫安排之外部稽核員實地稽核單位內乾洗手設備設置情形。 (6) 計算公式： A、固定式乾洗手設備完整率%＝ $\frac{\text{設置有酒精性乾洗手液之}(\text{診間數}+\text{護理站數}+\text{工作車數}+\text{醫療單位數})}{\text{實地稽核單位內診間數}+\text{護理站數}+\text{工作車數}+\text{醫療單位數}} \times 100\%$ B、病室內乾洗手設備完整率%＝ $\frac{\text{至少每 2 床之間備有酒精性乾洗手液之病床數}}{\text{實地稽核單位內病床數}} \times 100\%$ 備註：精神科病房之病室內不適合放置酒精性乾洗手液，故不予列計。 兒科病房經安全性評估後，若於病室內放置酒精性乾洗手液，則予已列計；若無，則不予列計。 C、醫療照護工作人員隨身攜帶酒精性乾洗手液比率%＝ $\frac{\text{有隨身攜帶酒精性乾洗手液之醫療照護工作人員數}}{\text{實地稽核單位內醫療照護工作人員數}} \times 100\%$ 備註：本項僅列計精神科病房及兒科病房【若院方未於兒科單位推行工作人員隨身攜帶酒精性乾洗手液之措施，則兒科病房可不列計】

績效指標類別	項次說明
手部衛生執行成效 (2)	1. 手部衛生遵從率 (1) 應執行手部衛生之五時機 (Indication) 為「接觸病人前」、「執行清潔/無菌操作技術前」、「暴觸病人體液風險後」、「接觸病人後」、「接觸病人週遭環境後」；前述時機將產生應執行手部衛生之時間點 (Opportunities)。 (2) 由計畫安排之外部稽核員實地稽核單位內醫療照護工作人員進行醫療照護工作過程中，所有符合應執行手部衛生之次數 (Opportunities) 及實際上執行手部衛生之次數 (Performed actions)。 (3) 由醫院定期提報院內參與認證單位各月份之手部衛生遵從率資料。 (4) 計算公式： $\text{手部衛生遵從率}\% = \frac{\text{實際執行手部衛生次數 (Performed actions)}}{\text{實地稽核觀察應執行手部衛生之次數 (Opportunities)}} \times 100\%$ 2. 手部衛生執行正確率 (1) 由計畫安排之外部稽核員實地稽核單位內醫療照護工作人員洗手，並觀察其洗手步驟、洗手時間、洗手方式(如乾洗手、濕洗手或以消毒劑洗手)及洗手溶液使用量是否足夠完成洗手步驟。 (2) 由醫院定期提報院內參與認證單位各月份之手部衛生執行正確率資料。 (3) 計算公式： $\text{手部衛生執行正確率}\% = \frac{\text{正確執行手部衛生次數}}{\text{實際執行手部衛生次數}} \times 100\%$
手部衛生教育訓練成效 (1)	1. 手部衛生正確認知率 (1) 依據醫院所參與認證單位之醫療照護工作人員總人數及其在疾管局傳染病數位學習網所登錄並實際參與課程之人數、課後測驗成績紀錄，進行參與醫院各單位人員手部衛生正確認知率之指標計算。 (2) 本項指標所指「正確認知」為手部衛生課程課後測驗成績須達 100 分，始列計為「通過」。 (3) 計算公式： $\text{手部衛生正確認知率}\% = \frac{\text{認證醫院實際參與傳染病數位學習網且課後測驗成績達 100 分之醫療照護工作人員人數}}{\text{認證醫院之參與單位之醫療照護工作人員總人數}} \times 100\%$

績效指標類別	項次說明
醫療照護相關 感染監視機制 成效(4) (「特殊層級」 醫院毋須提報 本類績效指標 內容)	1. 個案通報檢體菌株通報完整率 (1) 個案通報依 TNIS 通報系統中【檢體種類】及【培養菌株】欄位通報的完整性為評分依據，任一欄位未勾選即視為該個案未通報完整。 (2) 以加護病房通報個案為評分依據，需完成 12 個月之通報。 (3) 加護病房個案檢體菌株欄位通報完整率%＝ $\frac{\text{個案檢體菌株欄位通報完整人數}}{\text{全部個案通報人數}} \times 100\%$
	2. 月維護資料通報完整率 (1) 月維護資料通報項目包含【全院各病房住院人日數】、【全院各病房導尿管使用人日數】、【全院各病房中心導管使用人日數】、【全院各病房呼吸器使用人日數】，各個項目之院內加護病房月維護資料完成 12 個月之通報可得 1 分，4 個項目通報完整總分為 4 分。 (2) 以加護病房通報月維護資料為評分依據。 (3) 計分方式： 月維護資料通報完整率%＝ $\frac{\text{認證醫院實際得分}}{\text{各項完整通報總分(4 分)}} \times 100\%$
	3. 實驗室菌株統計通報完整率 (1) 實驗室菌株統計通報單位應選擇【全院】，通報項目為 <i>Staphylococcus aureus</i>、<i>Acinetobacter baumannii</i>、<i>Enterococci</i>(含 <i>Enterococcus spp.</i>、<i>Enterococcus faecium</i>、<i>Enterococcus faecalis</i>)之菌株總數，和分別對抗生素：Oxacillin、Imipenem 及 Vancomycin 感受性菌株數(S 及 Non-S)；各項菌株完成 12 個月之通報分別可得 1 分，3 菌株項目通報完整總分為 3 分。 註：Enterococci 分型菌株數通報方式： ① 不具分型能力之醫院，應提報 <i>Enterococcus spp.</i>項目菌株總數及各項感受性之菌株數； ② 具分型能力之醫院，應提報 <i>Enterococcus faecium</i>、<i>Enterococcus faecalis</i> 項目菌株總數及各項感受性之菌株數。 (2) 菌株總數為零之項目，各項感受性(S 及 Non-S)之菌株數亦應提報零。 (3) 計分方式： 實驗室菌株統計通報完整率%＝ $\frac{\text{認證醫院實際得分}}{\text{各項完整通報總分(3 分)}} \times 100\%$

績效指標類別	項次說明
	4. 血流感染金黃色葡萄球菌(含 MSSA 及 MRSA)通報完整率 (1) 監測定義：由入院 48 小時以後採集之血液檢體分離出金黃色葡萄球菌(<i>Staphylococcus aureus</i>)的個案，且個案在過去 14 天內未曾有血液分離出該菌株陽性之紀錄。 (2) 由醫院定期提報院內參與認證單位各月份之血流感染金黃色葡萄球菌(含 MSSA 及 MRSA)資料。 (3) 以院內參與認證單位按月完整通報為評分依據，需完成 12 個月之通報。 (4) 計分方式： $\text{血流感染金黃色葡萄球菌(含 MSSA 及 MRSA)通報完整率}\% = \frac{\text{各月份完成通報之認證單位數總和}}{\text{參與認證單位數} \times 12 \text{ 個月}} \times 100\%$

二、精神科醫院適用績效指標：

績效指標類別	項次說明
手部衛生設備建置成效 (5)	1. 手部衛生用品消耗量統計 (1) 院內每月酒精性乾洗手液領用量、液態皂及消毒劑或具有去污作用之手部消毒劑領用量、擦手紙領用量、住院人日數，並以是否準時於資料提報月 15 日前提供完整之資料作為評比。 (2) 院內每季各單位之病床數與酒精性乾洗手設備數量，並以是否準時於資料提報月 15 日前提供完整之資料作為評比。 2. 濕洗手設備功能正常率 (1) 功能正常的濕洗手設備是指備有液態皂及消毒劑或具有去污作用之手部消毒劑、擦手紙，且水龍頭之給水功能正常；上述條件缺一即不符合功能正常之定義。 (2) 稽核濕洗手設備之主要範圍為病房區及門診診間，但不包含病室內盥洗室及病房外之公共空間的濕洗手設備。 (3) 定期提報院內參與認證單位各月份之濕洗手設備功能正常率資料。 (4) 由計畫安排之外部稽核員實地稽核單位內濕洗手設備功能是否正常。 (5) 計算公式： $\text{濕洗手設備功能正常率}\% = \frac{\text{功能正常之濕洗手設備數}}{\text{實地稽核單位內濕洗手設備數}} \times 100\%$

績效指標類別	項次說明
	3. 乾洗手設備功能正常率 (1) 功能正常的乾洗手設備即實際按壓/感應乾洗手設備能確實提供酒精性乾洗手液。 (2) 由醫院定期提報院內參與認證單位各月份之乾洗手設備功能正常率資料。 (3) 由計畫安排之外部稽核員實地稽核單位內乾洗手設備功能是否正常。 (4) 計算公式： $\text{乾洗手設備功能正常率}\% = \frac{\text{功能正常之乾洗手設備數}}{\text{實地稽核單位內乾洗手設備數}} \times 100\%$ 4. 固定式乾洗手設備完整率 (1) 考量精神科醫院照護病人之特殊性，乾洗手設備應設置於門診診間、護理站及工作車。 (2) 由醫院定期提報院內參與認證單位各月份之固定式乾洗手設備完整率資料。 (3) 由計畫安排之外部稽核員實地稽核單位內固定式乾洗手設備設置情形。 (4) 計算公式： $\text{固定式乾洗手設備完整率}\% = \frac{\text{設置有酒精性乾洗手液之(診間數+護理站數+工作車數)}}{\text{實地稽核單位內診間數+護理站數+工作車數}} \times 100\%$ 5. 醫療照護工作人員隨身攜帶酒精性乾洗手液比率 (1) 考量精神科醫院照護病人之特殊性，由醫療照護工作人員隨身攜帶酒精性乾洗手液，替代於病床週遭設置固定式乾洗手設備。 (2) 由醫院定期提報院內參與認證單位各月份之醫療照護工作人員隨身攜帶酒精性乾洗手液比率資料。 (3) 由計畫安排之外部稽核員實地稽核單位內工作人員隨身攜帶酒精性乾洗手液之比率。 (4) 計算公式： $\text{醫療照護工作人員隨身攜帶乾洗手液比率}\% = \frac{\text{有隨身攜帶酒精性乾洗手液之人數}}{\text{實地稽核時單位內醫療照護工作人員數}} \times 100\%$

績效指標類別	項次說明
手部衛生執行成效 (2)	1. 手部衛生遵從率 (1) 應執行手部衛生之五時機 (Indication) 為「接觸病人前」、「執行清潔/無菌操作技術前」、「暴露病人體液風險後」、「接觸病人後」、「接觸病人週遭環境後」；前述時機將產生應執行手部衛生之時間點 (Opportunities)。 (2) 由計畫安排之外部稽核員實地稽核單位內醫療照護工作人員進行醫療照護工作過程中，所有符合應執行手部衛生之次數 (Opportunities) 及實際上執行手部衛生之次數 (Performed actions)。 (3) 由醫院定期提報院內參與認證單位各月份之手部衛生遵從率資料。 (4) 計算公式： $\text{手部衛生遵從率}\% = \frac{\text{實際執行手部衛生次數 (Performed actions)}}{\text{實地稽核觀察應執行手部衛生之次數 (Opportunities)}} \times 100\%$ 2. 手部衛生執行正確率 (1) 由計畫安排之外部稽核員實地稽核單位內人員洗手，並觀察其洗手步驟、洗手時間、洗手方式（如乾洗手、濕洗手或以消毒劑洗手）及洗手溶液使用量是否足夠完成洗手步驟。 (2) 由醫院定期提報院內參與認證單位各月份之手部衛生執行正確率資料。 (3) 計算公式： $\text{手部衛生執行正確率}\% = \frac{\text{正確執行手部衛生次數}}{\text{實際執行手部衛生次數}} \times 100\%$
手部衛生教育訓練成效 (1)	1. 手部衛生正確認知率 (1) 依據醫院所參與認證單位之醫療照護工作人員總人數及其在疾管局傳染病數位學習網所登錄並實際參與課程之人數、課後測驗成績紀錄，進行參與醫院各單位人員手部衛生正確認知率之指標計算。 (2) 本項指標所指「正確認知」為手部衛生課程課後測驗成績須達 100 分，始列計為「通過」。 (3) 計算公式： $\text{手部衛生正確認知率}\% = \frac{\text{認證醫院實際參與傳染病數位學習網且課後測驗成績達 100 分之醫療照護工作人員人數}}{\text{認證醫院之參與單位醫療照護工作人員總人數}} \times 100\%$

績效指標類別	項次說明
醫療照護相關感染監視機制成效(1)	1. 症狀監測通報情形 (1) 由醫院定期提報院內參與認證單位之各月份單位別住院人日數、醫療照護工作人員數、類流感人次數、腹瀉人次數、上呼吸道感染人次數。 (2) 以醫院是否準時於資料提報月 15 日前提供資料作為評比。

病人安全是醫療照護的基礎，根據美國 IOM (Institute of Medicine) 所發表的 To err is human 一書中指出，醫療照護相關感染在住院病人的不良事件發生原因中排名第二，僅次於給藥錯誤，而手部衛生又是預防醫療照護相關感染最基本的措施之一，因此手部衛生也是評估病人安全和醫療照護品質的重要指標。WHO 手部衛生指引提供手部衛生品質指標範例如下表，各醫院可依配合政府推動之政策或者機構之實際需要，擬定稽核評量計畫。

指標	量測方式	建議執行頻率	參考附件
結構面指標			
病房/醫療單位/特殊單位提供有乾淨及正常流動水的洗手台	洗手台與病床的比例	每年或依執行情形增加稽核頻率	
醫療單位洗手台備有液態皂	醫療單位洗手台備有液態皂比率(%)	每月/每週/每日	附件一~附件三
醫療單位洗手台備含有擦手紙	醫療單位洗手台備含有擦手紙比率(%)	每月/每週/每日	附件一~附件三
液態皂給皂器功能正常	液態皂給皂器功能正常率(%)	每月/每週/每日	附件一~附件三
醫療照護工作人員隨身攜帶酒精性乾洗手液	醫療照護工作人員隨身攜帶酒精性乾洗手液比率(%)	每月/每週/每日	附件一~附件三
醫療單位工作車置放酒精性乾洗手液	工作車置放酒精性乾洗手液比率(%)	每月/每週/每日	附件一~附件三
醫療單位病室/隔間/治療室的牆壁設置酒精性乾洗手液	醫療單位病室牆壁/區隔/治療室置放酒精性乾洗手液比率(%)	每月/每週/每日	附件一~附件三

指標	量測方式	建議執行頻率	參考附件
病房/治療單位張貼手部衛生 5 時機海報	海報及病室比例	每月/每週/每日	
洗手步驟海報張貼	海報及病室比例	每月/每週/每日	
病室/隔間/治療室有提供護手乳	醫療單位病室牆壁/區隔/治療室備有護手乳比率(%)	每月/每週/每日	
病室/隔間/治療室備有不同尺寸的手套提供在照護點使用	醫療單位病室牆壁/區隔/治療室備有手套比率(%)	每月/每週/每日	
過程面指標			
工作人員手部衛生認知率	隨機選取 X 名員工，依據員工填答問卷結果計算整體與個人正確率(%)	每年 2 次	附件六～七
醫護人員不戴人工指甲	隨機選取 X 名醫護人員，計算員工戴有人工指甲的比率(%)	每週/每季	
醫護人員手部衛生 5 時機遵從率	分病房或部門計算遵從性(%)	依據所定之執行進度、年度執行目標或依需要增加稽核頻率	附件八
醫護人員手部衛生執行正確率	分病房或部門計算正確性(%)	依據所定之執行進度	附件八
手部衛生用品消耗量統計（液態皂及酒精性乾洗手液）	計算每 1 住院人日數使用的毫升數	每月 應設立標竿值	附件四
不同時使用肥皂和酒精性乾洗手液	隨機選取 X 名員工，觀察同時使用或沒有同時使用的比率(%)	每週/每季	
結果面指標			
感染率	依據院內監測機制	每月/每季	附件十～附件十二

指標	量測方式	建議執行頻率	參考附件
特定致病原傳播率	依據院內監測機制	每月/每季	
產品忍耐度及接受度		每年	附件五
產品費用比較/成本效益分析		每年	

*本表摘錄自 WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care：Hand hygiene as a quality indicator for patient safety：P166-167

第五章 全院醫療品質提升

第一節、 手部衛生文化之建立

「洗手」看似簡單的一個動作，卻常常被忽略，要如何讓每位醫護人員或進出醫院的病人或家屬落實執行，提升手部衛生的遵從率，就需要組織文化的建立。組織文化係所有員工的一種共識或是具體行為的表現與認知，因此要如何讓手部衛生融入機構組織文化中，需有具體的作法與行動，其建議方法如下：

一、 領導者的全力支持

- 1.讓手部衛生成為機構內的優先工作，提供適當的領導、行政支援及財務資源。
- 2.建立醫院管理制度與鼓勵機制，以及持續推廣手部衛生的政策；於院內一級主管會議以上之會議，進行手部衛生推廣報告、宣達，並要求各部門（單位）配合辦理手部衛生活動。
- 3.院長及單位主管親自參與手部衛生相關教育訓練，或者於課堂、教學過程及臨床操作時親自示範手部衛生動作，以達上行下效。
- 4.指派受過訓練的專責醫療人員，負責機構的感染管制活動，並進行手部衛生推廣計畫。
- 5.培養機構內部執行手部衛生運動之模範單位或員工。
- 6.結合各種專業團體的專業知識共同推廣。

二、 教育訓練

- 1.調查醫療照護工作人員手部衛生相關知識的認知程度。
- 2.員工在職訓練課程的規劃，增加醫療照護相關感染及手部衛生相關知識課程。
- 3.定期辦理相關教育訓練與宣導活動，持續提升每個人對手部衛生運動之重視及參與。

三、落實稽核和回饋改善機制

- 1.定期稽核，例如：手部衛生設備查核、遵從率查核等。
- 2.資訊回饋，將查核或觀察結果回饋給各單位並進行交流與改善。

四、設備資源投入

- 1.提供手部衛生設備的方便性，例如：在各個照護點放置酒精性乾洗手液，讓醫療人員、病人、家屬及訪客能就近執行手部衛生。
- 2.管理並定期查核手部衛生設備功能正常且供應充足。
- 3.洗手檯的設置不能過高或過低，且注意洗手檯面及周圍環境之清潔，提高洗手意願及避免污染。
- 4.重要設置點（如 ICU、ER、胸腔科、感染科...等）之洗手設備及垃圾桶改為腳踏式或感應式開關。

五、宣傳與推廣

- 1.提供病人、家屬及訪客手部衛生衛教
 - (1)於病人入院環境介紹時，教導手部衛生之重要性。
 - (2)於門診候診區、會客等候區、美食街、醫院入口、電梯等，張貼手部衛生宣傳海報或播放相關宣導影片。
 - (3)於團體衛教或家屬座談時加強說明手部衛生之重要性。
 - (4)於特殊病房會客時段，針對家屬及訪客加強宣導手部衛生之重要性並進行管控。
 - (5)於社區進行民眾宣導不同版本的洗手五時機。
- 2.院內員工
 - (1)於洗手設備、治療車、餐車等張貼標語、正確洗手時機與步驟。
 - (2)同儕間及對病人、家屬及訪客相互提醒，注意”手部衛生”。
 - (3)舉辦教育訓練或於會議中宣導與檢討。
- 3.標語或宣導品

- (1)建議定期更新洗手標語、衛教單張、海報等。
- (2)利用多媒體、跑馬燈、人型立牌、廣播或影片等宣傳手部衛生，提醒大家要洗手。
- (3)利用資訊系統提醒醫護人員注意手部衛生，例如：手部衛生 5 時機電腦桌布、螢幕保護程式、電腦醫令系統、院內網路登入畫面等。
- (4)針對外籍人員將「手部衛生 5 時機及洗手步驟」內容翻譯成當地語言，並製作衛教文宣。

六、激勵機制

- 1.辦理手部衛生競賽活動，例如：品質改善專案、標語及口號創意徵選活動等，將優秀作品公開表揚與分享。
- 2.訂定獎勵辦法，公布查核或執行成效優良之單位，並於重要場合表揚。
- 3.將手部衛生的推廣與宣導，納入單位績效中。

第二節、鼓勵民眾(病人及家屬)參與

病人是醫療活動的核心，醫療的成敗最直接影響的也是病人的權益與安危，所以「病人參與」與「病人安全」是密不可分的。如何讓病人瞭解自己的角色，具備某種程度的知識與技能，且鼓勵病人及家屬共同參與醫療診斷、治療的過程，預防醫療疏失，共同為提升病人安全而努力就更加重要。在「手部衛生」推廣活動中，除了要求醫護人員注重手部衛生外，鼓勵病人與家屬共同參與及重視，也是極重要的部份。因此，各醫療機構應儘量提供民眾教育的機會，與民眾建立夥伴關係共同學習成長，民眾亦可透過各種自發性組織學習，了解醫療過程中的風險與權利，與醫療界共同努力。

美國 National Patient Safety Foundation(簡稱 NPSF)於 2002 年發起病人安全週活動(Patient Safety Awareness Week，簡稱 PSAW)，2009 年主題

為“One Partnership, One Team”(夥伴關係、團隊關係)，舉辦之理念在於邀請病人主動成為病人安全團隊的一份子，分別針對病人、家屬以及醫療照護提供者規劃不同的活動，其中針對病人及家屬活動重點如下：

一、學習如何參與照護過程（Learn how to become more involved in care）。

二、與醫療團隊保持溝通及成為夥伴（Communicate and partner with your providers）。

三、與社區分享病人安全相關資訊（Reach out to the community）。

我國於 2007 年開始，因應世界衛生組織(WHO)推廣「Clean Care is Safer Care」活動，於病人安全週推動「洗手」活動，以鼓勵醫療機構推行「ASK ME」及民眾「SPEAK UP」，營造醫療機構與民眾共同維護病人安全之氛圍。其具體行動建議包括：

一、於病人、家屬及訪客出入的地方張貼提醒「洗手」的標語或海報。

二、增加洗手設備的容易取得，例如：電梯口、病室內或床邊設置乾洗手設備或洗手檯。

三、舉辦民眾手部衛生衛教，例如：社區衛教、團體衛教等。

四、鼓勵病人及家屬參與醫護人員「手部衛生」稽核活動。

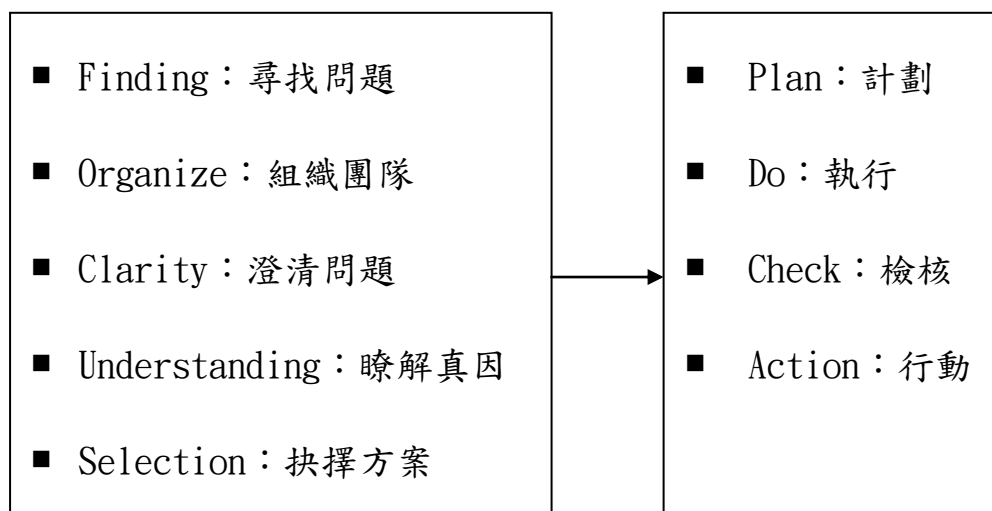
五、營造醫護人員樂於接受民眾提醒洗手之文化並給予正向回應，例如：

醫護人員身上佩帶「ASK ME」的標語，表示歡迎民眾提醒自己注意手部衛生。

第三節、持續品質改善

醫療品質改善的工作並非一蹴可及，需要經過不斷PDCA的改善過程後，方可見其成效；而個人行為的改變也必須經由知識的建立、態度的轉變、以及不斷的練習與修正行為後，才能建立良好的習慣。參考世界衛生

組織(WHO)建議推廣之方向及彙整國內相關研究，作為醫療機構執行手部衛生運動之參考作法，推行的過程可利用大家所熟悉的品質管理循環概念 FOCUS-PDCA(如下圖一) 去持續推行。



圖一、FOCUS-PDCA

一、 Finding—尋找問題

評估機構內手部衛生執行現況，建議可利用 6W1H 進行分析：

1.What：有哪些原因阻礙醫療照護人員的手部衛生遵從行為？評估的

項目須包含結構面、過程面、結果面等因素。

2.Where：有哪些地點或單位受到動線、設備或監測不足等因素，影響

醫療照護人員執行手部衛生的遵從行為？

3.When：有哪些應該執行手部衛生的時機，卻沒有確實執行？

4.Whom：手部衛生是每個人都應該重視與執行的，但有哪些人是重點

推廣或教育對象？推行對象優先順序為何？

5.Which：目前已有哪些措施或缺乏哪些措施？哪些措施又急待被執行？

6.Who：哪些人可以主導整個活動的進行？哪些人最適合執行這個活動？有哪些關鍵人物或單位可提供手部衛生運動的資源（包含物資及執行力）？

7.How：推行手部衛生運動的主要目的是為預防機構內的感染，並藉此提升醫療服務的品質，如何推行才能達到這個目標？

二、Organize—組織團隊（需包含下列人員）

- 1.具影響力，能擬定推動策略及具執行力的主管。
- 2.在推廣團隊中可提供觀念和技術指導的輔導員，例如：院內的感控人員。
- 3.醫療團隊中的第一線工作人員，例如：護理人員、檢驗人員、醫師等。
- 4.執行手部衛生運動後，須遵從這個活動的醫療照護人員及員工，最具代表性的人或職務，即第一個步驟中所找到的「whom」的代表人物。

三、Clarity—澄清問題

由手部衛生推廣團隊評估院內推行的情形，如有該團隊無法歸類之項

目，可應用抽樣評估並進行分類：

1.已落實類：指機構內執行率已達 90%以上。例如：手上有明顯的髒污或接觸類蛋白污染的物品需要濕洗手。

2.未落實類：有執行但不落實、很少執行或者完全不被執行，執行率低於 90%。未落實類又可區分為以下三類——

(1)易推廣類：指預期醫療照護人員容易接受的措施。例如：執行中央靜脈導管前須清潔手部。

(2)缺乏資源類：指推廣困難主要起因於資源不足。例如：在高工作量及高病床密度的區域未充分提供酒精性乾洗手液或洗手設備不足等。

(3)人員類：此類別的問題改善牽涉到人員行為之改變較為困難，因為可能是忘記或者會有人員拒絕執行的情形，例如：脫除手套之後需進行手部清潔，但有很多人認為脫除手套後的手是乾淨的，因此容易忘記或者拒絕執行手部衛生。

四、Understanding—瞭解真因

實際收集現有手部衛生遵從率及影響遵從率的原因，尤其是未落實執行的部分，針對醫療照護人員拒絕執行手部衛生原因的探討，可召集相關

人員組成焦點團體共同討論，以瞭解關鍵的問題與真正的原因。

五、Selection—抉擇方案

依據現有問題的類別來擬定策略（如圖二）：

1.已落實類：指已落實於常規執行的措施，不需再辦理大型的教育訓練

或品質改善措施，僅維持常態性的繼續教育和持續監控，

以確保執行狀況良好即可。

2.未落實類：指已執行但不落實、很少執行或者完全不被執行的措施。

(1)易推廣類：繼續辦理常態性教育訓練或提醒措施。

(2)缺乏資源類：在建議措施執行前應確認手部衛生相關資源已充分提

供，在照護點是隨手容易取得的。

(3)人員類：

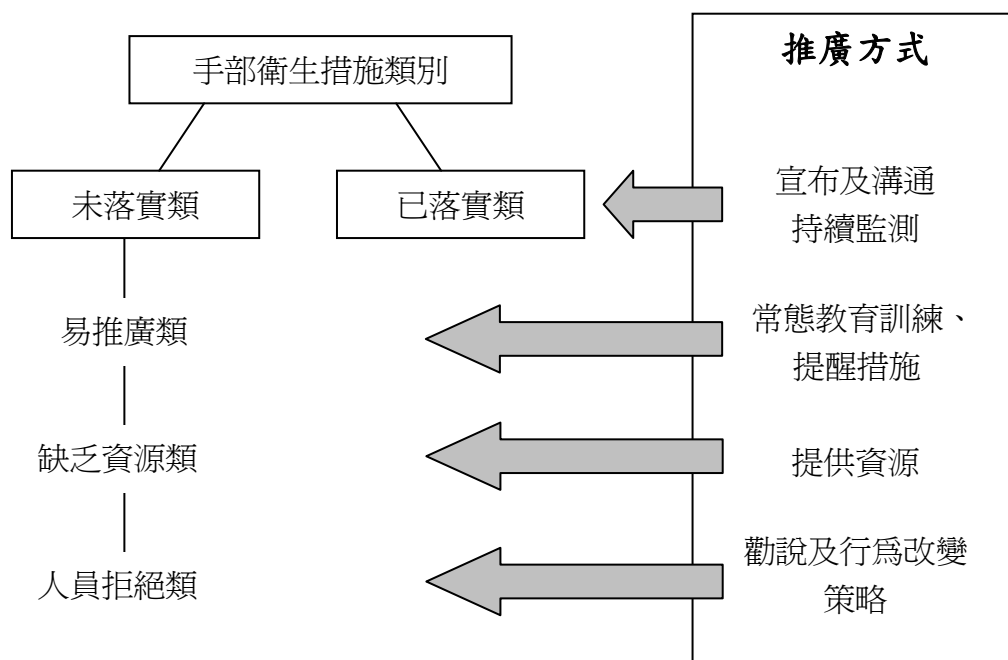
A.針對人員拒絕執行的因素進行改善。

B.針對人員容易忘記的洗手時機，加強教育訓練與提醒機制。

C.針對強烈抗拒的人員進行輔導。

D.營造遵從手部衛生及病人安全的風氣，進而影響人員之行為改

變。



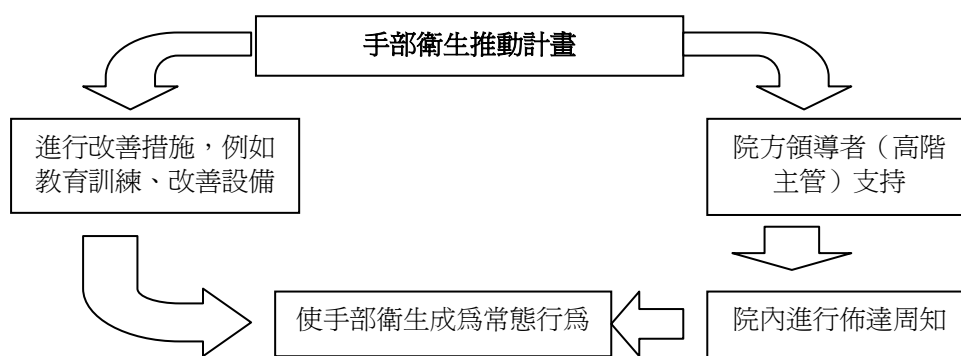
圖二、不同類別適用的推廣方式

六、Plan—規劃手部衛生執行計畫

彙集選擇的方案，與團隊進行共識，並規劃推行的順序及分工，可再次利用 6W1H 的方式規劃。

七、Do—執行手部衛生執行策略

手部衛生推廣工作可分為兩個面向進行（如圖三），一方面需有高階主管的支持，藉由院內系統佈達周知；另一方面需由專責單位規劃、進行各項改善措施，進而改變人員行為。



圖三、手部衛生推廣

八、Check—檢核實施成效

推行手部衛生活動前應先量測機構之基礎值（baseline rate），以利實施前、後之成效比較與檢討；量測項目應包括感染密度、其他結構、過程與結果面的指標、接觸病人前後的遵從率或其他可做為行為改變的證明。同時，亦須檢視機構內部高層主管及員工對於實施手部衛生運動的態度是否有改變？如果沒有，需要什麼協助或者制定政策？才能營造成功推行手部衛生的氛圍，例如提供高品質的護手用品、機構訂定獎懲制度等。

活動進行期間收集各階段的實施結果，並將評值結果回饋給醫療照護相關單位及人員，以作為下一階段改進的參考。

九、Action—行動

1. 手部衛生有哪些改善措施需要標準化或者可以利用標準化使其更加落實？
2. 有哪些政策和程序需要再修正？
3. 還有哪些人或職務是下一個推行手部衛生階段需要被訓練或被改變的？
4. 需要測量哪些項目可以確認手部衛生的遵從率已獲得改善？
5. 如何讓醫療照護人員接受手部衛生教育訓練後可以落實執行？

第四節、運用 WHO 工具持續推動手部衛生

依 WHO 之手部衛生推廣指引，醫療機構應於完成一個循環的推廣步驟後，檢討執行內容及成果，因此設計手部衛生自評表（附件十六），提供醫院做為自我評估院內手部衛生執行情況的工具。結合本章第三節所提持續品質改善之概念，醫院可以利用手部衛生自評表了解醫院目前在五大策略各面向上，分別有哪些可以再改善之處，進一步探討及加強未落實部分，並依據現有問題規劃及執行改善方案，再重複使用手部衛生自評表持續檢核實施成效，建立檢討改善循環機制，以達全院參與、管理階層投入、文化形塑及病人參與之手部衛生文化。

該評估表依據「系統性改變」、「教育訓練」、「評估與回饋」、「工作場所標示」及「創造院內安全文化風氣」5大策略，設計27個細項，簡述如下：

- 一、 系統改變：「醫療照護設施中設置的酒精性乾洗手液，其易於取用的程度」、「病室內洗手槽數目：病床數」、「洗手槽是否能夠持續供應乾淨且流動的水」、「每個洗手槽是否具備可使用之濕洗手用品」、「每個洗手槽是否具備單次使用之擦手紙」、「是否有專用/足夠的預算，可繼續採購手部衛生相關產品？」
- 二、 教育訓練：「對醫護人員舉辦手部衛生之教育訓練的頻率及成效評估」、「由 WHO 或由各機構（單位）所建置立符合本土化使用的手冊，醫療照護人員是否可取得」、「是否具有足夠專業的技能，作為手部衛生教育訓練的機構」、「是否有設立訓練及驗證手部衛生稽核員的系統」、「是否有設立專用之經費提供手部衛生教育訓練」
- 三、 評估與回饋：「是否定期（至少每年）審視評估病房所設置之乾洗手液、液態皂、擦手紙或其他手部衛生設施之有效性」、「醫療照護人員

對於手部衛生的時機及正確技術議題是否有定期(至少每年)評估(教育訓練後)」、「手部衛生用品消耗量的間接監測」、「手部衛生用品消耗量的直接監測」、「在每次手部衛生遵從觀察會議後，是否對醫療照護工作者有立即的回饋」、「對於手部衛生監測的相關資料是否有定期(至少 6 個月)提供給醫療照護工作者及機構主管」

四、工作場所標示：「是否有張貼手部衛生宣導、正確使用乾洗手液、正確洗手技術等主題之宣導海報」、「海報受到損害而需要更換的頻率」、「手部衛生推廣海報是否有定期更新及展示」、「在病房區是否有發放手部衛生宣傳海報」、「在機構內是否有其他工作場所的提醒標識(如手部衛生運動螢幕保護程式、徽章、貼紙等)」

五、創造院內安全文化風氣：「機構內是否有成立致力於推廣及實施手部衛生運動的團隊及定期(至少每個月)召開會議」、「手部衛生運動的團隊是否有特定工作時間比例可用於舉辦推廣手部衛生活動及教導手部衛生原理」、「醫院主管、醫療主任及護理部主任是否有做出明確的指示支持改善手部衛生運動」、「是否已建立對於 5 月 5 日舉行之推廣全院手部衛生活動之計畫」、「是否有建立能判別符合各項規定之手部衛生領導者之系統」、「是否有告知病人手部衛生之重要性」、「是否有舉辦推動病人參與手部衛生之活動」、「在機構中是否有規劃支持持續改進手部衛生的機制」

評估過程分為四階段：

一、依自我評估表評分：依自我評估表所列之 27 個細項逐項評分，系統性改變有 6 個細項、教育訓練 5 個細項、評估及回饋 5 個細項、工作場所標示 5 個細項、創造院內安全文化風氣 6 個細項，5 大策略各占

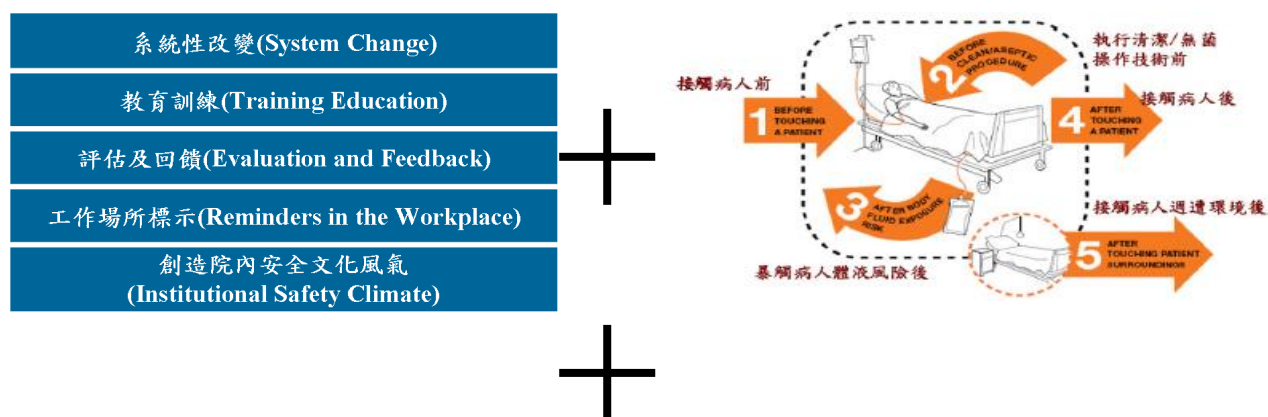
100 分，總分共 500 分。

- 二、依評分分數歸列等級：依機構內自評分數分 4 等級，總分未達 125 分者，表示尚待努力；126-250 分表示符合基本要求；251-375 分為中等；376-500 分為優等。
- 三、依「領導能力自評表」進行評估：自我評估等級若為「優等」之醫院，機構可再以「領導能力自評表」檢核，該表亦依 5 大策略，分為 20 細項進行評估；在領導能力評估表中，5 大策略之每一大策略需至少達成一個細項，且共達 12 細項以上，機構內手部衛生推動才認定是達到領導階段。
- 四、經由該自評表發現醫院執行不足之處，則再經檢討執行不佳之項目，建立循環改善措施。

推動醫護人員手部衛生運動，首要重點即是充實酒精性乾洗手液設備，在短期內提升醫療照護區域的手部衛生設備可近性；同時建置多項實體訓練與網路訓練課程，導入 WHO 手部衛生 5 時機的觀念，讓手部衛生融入醫療照護的作業流程裡，以提升醫護人員的遵從性與正確性，另外再透過內部與外部稽核及回饋的品質改善機制，讓手部衛生在醫院內形成一種文化，達到「知」「行」合一的境界。

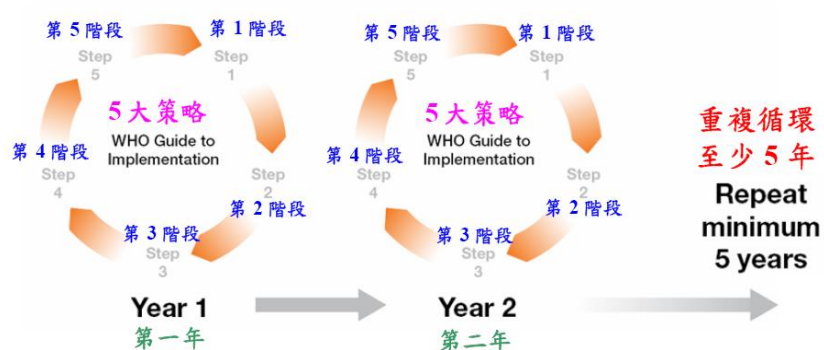
依據 WHO 建議，手部衛生運動需持續至少 5 年的改善，且透過主管階層的支持領導與團隊的充分合作才有機會讓手部衛生變成一種習慣，根深蒂固的落實成為醫護人員臨床實務的一部分，否則恐將前功盡棄。因此建議醫院未來朝持續推動「手部衛生四 5 運動」為目標（如下表），也就是利用至少 5 年的時間，應用 WHO 手部衛生 5 大策略，每年分為 5 階段執行，推動落實醫護人員手部衛生 5 時機，讓手部衛生在醫院內形成一種文化，以提升醫療照護品質並保障病人安全。

表：手部衛生四 5 運動



第一階段	計畫整備期 (Facility preparedness)	2 個月
第二階段	背景資料蒐集及分析 (Baseline evaluation)	3 個月
第三階段	計畫執行期 (Implementation)	3 個月
第四階段	計畫成果評估 (Follow-up evaluation)	2 個月
第五階段	發展持續型手部衛生推動計畫 (Review and planning)	2 個月

持續性的改善



附件目錄

- 附件一 病房單位手部衛生設備建置現況調查
- 附件二 手部衛生設備稽核表、精神科手部衛生設備稽核表
- 附件三 門診單位手部衛生設備建置現況調查
- 附件四 擦手紙、液態皂、酒精性乾洗手液使用量統計表
- 附件五 酒精性乾洗手液使用後皮膚反應問卷
- 附件六 醫療照護人員手部衛生認知問卷
- 附件七 醫院主管手部衛生認知問卷調查
- 附件八 手部衛生遵從率及正確率內部稽核
- 附件九 環境採檢表
- 附件十 各病房醫療照護相關感染密度統計表
- 附件十一 加護病房醫療照護相關感染密度統計表
- 附件十二 血流感染金黃色葡萄球菌個案統計、症狀監測通報統計
- 附件十三 民眾版洗手問卷調查
- 附件十四 組織架構及時程規劃
- 附件十五 酒精性乾洗手液產品之建議
- 附件十六 WHO 手部衛生五大策略自評表

附件一、病房單位手部衛生設備建置現況調查

醫院內部調查結果 病房單位(科別)	病室內設備建置				護理站設備建置			醫療單位設備建置			工作車設備建置			隨身瓶使用		濕洗手設備功能				
	病床數	病室內乾洗手設備數	功能正常的乾洗手設備數	符合乾洗手設備要求之病床數	護理站數	置有乾洗手設備之護理站數	功能正常的乾洗手設備數	醫療單位數	置有乾洗手設備之醫療單位數	功能正常的乾洗手設備數	工作車數	置有乾洗手設備之工作車數	功能正常的乾洗手設備數	單位內醫療照護工作人員數	隨身攜帶乾洗手液人員數	濕洗手設備數	水龍頭給水正常之濕洗手設備數	備有手部消毒劑之濕洗手設備數	備有液態皂之濕洗手設備數	備有擦手紙之濕洗手設備數

通則：

(1)功能正常的乾洗手設備即實際按壓/感應乾洗手設備能確實提供酒精性乾洗手液。

(2)乾洗手設備設置位置應符合照護點概念並方便醫護人員使用之原則。

(3)項下之欄位均應填寫數據，切勿留空。

註1、「病室內設備建置」：

(1)設置於病室外之乾洗手設備不予認計。

(2)一般病房/單位：單人病室內需每床設有1乾洗手設備，多人病室內設置須符合至少2床間有1乾洗手設備（每床1瓶為佳）。

(3)特殊病房/單位：指「加護病房」、「血液透析/洗腎室」、「呼吸照護病房」等單位，每床設有1乾洗手設備。

註2、「護理站設備建置」：乾洗手設備設置位置以置放於明顯易見處，且方便醫護人員取用為原則；護理長辦公室、護理站之準備室等空間內之乾洗手設備不予認計。

註3、「醫療單位設備建置」：僅計算病房單位內「治療室」、「注射室」、「檢驗（採血）室」之空間數，前述空間內需置有1乾洗手設備。

註4、「工作車設備建置」：僅計算病房單位內「治療車」、「換藥車」、「急救車」之工作車數，每工作車需設置有1乾洗手設備。

註5、「隨身瓶使用」：精神科病房需列計。若醫院於其他單位亦有推行工作人員隨身攜帶酒精性乾洗手液之措施，則可列計，若無，則本項2個欄位請填入「NA」。

註6、「濕洗手設備功能」：濕洗手設備設置之主要範圍為病房區及門診診間，但不包含病室內盥洗室及病房外之公共空間的濕洗手設備。

附件二—1、手部衛生設備稽核表(內部自評)

手部衛生設備稽核表(內部自評)

填寫日期： 年 月 日

單位：

填表人：

填表說明：

1. 各抽查項目依表格格數進行抽查。(如：治療車/換藥車的抽查有 4 欄，則共需抽查 4 輛車)

		濕洗手設備					備註
		擦手紙	流程圖	洗手槽 供水正常	洗手乳/消毒 液設備	可壓出足量 洗手乳/消毒液	
3 擇 1	☐ 護理站 ☐ 治療室 ☐ 檢查室	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 是 ☐ 否	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	
2 擇 1	☐ 治療車 ☐ 換藥車	☐ 有 ☐ 無					
2 擇 1	☐ 治療車 ☐ 換藥車	☐ 有 ☐ 無					
2 擇 1	☐ 治療車 ☐ 換藥車	☐ 有 ☐ 無					
2 擇 1	☐ 治療車 ☐ 換藥車	☐ 有 ☐ 無					

乾洗手設備		備註
護理站檢體送驗桌面有放置乾洗手液	☐ 是 ☐ 否	
治療室或檢查室內有放置乾洗手液	☐ 是 ☐ 否	
治療車上有放置乾洗手液	☐ 是 ☐ 否	
換藥車上有放置乾洗手液	☐ 是 ☐ 否	
急救車上有放置乾洗手液	☐ 是 ☐ 否	
活動血壓車上有放置乾洗手液 (加護病房免填)	☐ 是 ☐ 否	
單人病室(病室名稱：_____)		
(1)定點乾洗手液_____座；(2)可壓出足量乾洗手液：_____座；(3)鑰匙座/配件無缺損：_____座		
單人病室(病室名稱：_____)		
(1)定點乾洗手液_____座；(2)可壓出足量乾洗手液：_____座；(3)鑰匙座/配件無缺損：_____座		
2 人病室(病室名稱：_____)		
(1)定點乾洗手液_____座；(2)可壓出足量乾洗手液：_____座；(3)鑰匙座/配件無缺損：_____座		
2 人病室(病室名稱：_____)		
(1)定點乾洗手液_____座；(2)可壓出足量乾洗手液：_____座；(3)鑰匙座/配件無缺損：_____座		
3 人以上病室(病室名稱：_____)		
(1)定點乾洗手液_____座；(2)可壓出足量乾洗手液：_____座；(3)鑰匙座/配件無缺損：_____座		
3 人以上病室(病室名稱：_____)		
(1)定點乾洗手液_____座；(2)可壓出足量乾洗手液：_____座；(3)鑰匙座/配件無缺損：_____座		

附件二—2、精神科手部衛生設備稽核表(內部自評)

手部衛生設備稽核表-精神科(內部自評)

填表說明：

各抽查項目依表格格數進行抽查。(如：隨身攜帶乾洗手液的抽查有4欄，則共需抽查4人)

填寫日期：

單位：

填表人：

		濕洗手設備					備註
		擦手紙	流程圖	洗手槽 供水正常	洗手乳/消毒 液設備	可壓出足量 洗手乳/消毒液	
3 擇 1	☐ 護理站 ☐ 治療室 ☐ 檢查室	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	☐ 是 ☐ 否	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無	
2 擇 1	☐ 治療車 ☐ 換藥車	☐ 有 ☐ 無					
2 擇 1	☐ 治療車 ☐ 換藥車	☐ 有 ☐ 無					
2 擇 1	☐ 治療車 ☐ 換藥車	☐ 有 ☐ 無					
2 擇 1	☐ 治療車 ☐ 換藥車	☐ 有 ☐ 無					

乾洗手設備		備註
護理站檢體送驗桌面有放置乾洗手液	☐ 是 ☐ 否	
治療室或檢查室內有放置乾洗手液	☐ 是 ☐ 否	
治療車上有放置乾洗手液	☐ 是 ☐ 否	
換藥車上有放置乾洗手液	☐ 是 ☐ 否	
急救車上有放置乾洗手液	☐ 是 ☐ 否	
活動血壓車上有放置乾洗手液	☐ 是 ☐ 否	
醫療人員隨身攜帶乾洗手液	☐ 是 ☐ 否	
醫療人員隨身攜帶乾洗手液	☐ 是 ☐ 否	
醫療人員隨身攜帶乾洗手液	☐ 是 ☐ 否	
醫療人員隨身攜帶乾洗手液	☐ 是 ☐ 否	
乾洗手液容器可壓出足量乾洗手液	☐ 是 ☐ 否	
乾洗手液之鑰匙座/配件無缺損	☐ 是 ☐ 否	

附件三、門診單位手部衛生設備建置現況調查

項次 ^{註1}	醫院內部調查結果
3.1 診間數(間)	
3.2 置有乾洗手設備 ^{註2} 之診間數(間)	
3.3 乾洗手設備功能正常 ^{註3} 之診間數(間)	
3.4 牙科診療檯數(檯)	
3.5 置有乾洗手設備之牙科診療檯數(檯)	
3.6 乾洗手設備功能正常之牙科診療檯數(檯)	
3.7 門診診間設置之濕洗手設備數(式) ^{註4}	
3.8 水龍頭給水正常之濕洗手設備數(式)	
3.9 備有手部消毒劑之濕洗手設備數(式)	
3.10 備有液態皂之濕洗手設備數(式)	
3.11 備有擦手紙之濕洗手設備數(式)	

通則：項下之欄位均應填寫數據，切勿留空。

註1、「31、32、33」項不包含牙科診間，每診間應置有乾洗設備；「3.4、3.5、3.6」牙科門診每診療椅需置有一乾洗手設備，如醫院未設置牙科，則填入「NA」。

註2、乾洗設備應置於明顯處且方便醫護工作人員使用為原則。

註3、功能正常的乾洗手設備即實際按壓/感應乾洗手設備能確實提供酒精性乾洗手液。

註4、濕洗手設備設置之主要範圍為病房區及門診診間，但不包含病室內盥洗室及病房外之公共空間的濕洗手設備。

附件四、擦手紙、液態皂、酒精性乾洗手液使用量統計表

統計人員：_____ 統計日期：____年____月____日～____年____月____日

洗手用品 病房	擦手紙(包)	液態皂(瓶/公升)		酒精性乾洗手液(瓶/公升)	住院人日數
		一般性	消毒性		
W11					
W12					
W13					
W15					
W21					
W22					
W23					
W25					
W31					
W32					
W33					
W35					
W41					
W42					
W43					
W45					
W51					
W52					
W53					
W55					
W61					
W62					
W63					
W65					
W71					
W72					
W73					
PICU					
BC					
CCU					
CVSI					
MICU					
NCU					
SICU					
RCC					
BR					
EICU					

附件五、酒精性乾洗手液使用後皮膚反應問卷

親愛的本院同仁，您好：

為瞭解您使用酒精性乾洗手液後的皮膚反應情形，特製作此問卷，請您依實際經驗與個人認知，回答下列的問題，作為未來選擇乾洗手液之參考，所有資料僅提供分析統計，絕不移作他用，請放心填答。煩請在以下適合的選項□中打 V，謝謝！

壹、基本資料

1. 填表日期 ____年__月__日
2. 年齡 ☐20 歲以下 ☐21~30 歲 ☐31~40 歲 ☐41~50 歲 ☐51~60 歲
☐60 歲以上；註：_____歲
3. 性別 ☐男 ☐女
4. 年資 ☐1 年內(含 1 年) ☐1 年以上 3 年以下(含 3 年) ☐3 年以上 5 年以下(含 5 年)
☐5 年以上 10 年以下(含 10 年) ☐10 年以上；註：_____年
5. 身分別☐醫師 ☐護理人員 ☐技術人員
☐其他_____(a 外包人員 b 清潔人員 c 志工 d 看護 e 其他_____)

貳、自身過敏狀態

1. 過去是否有過敏性皮膚炎 ☐是 ☐否
2. 過去是否有鼻炎或過敏性結膜炎 ☐是 ☐否
3. 過去是否有氣喘 ☐是 ☐否
4. 過去是否對酒精過敏 ☐是 ☐否

參、使用酒精性乾洗手液後的皮膚反應

1. 使用酒精性乾洗手液後是否引起皮膚過敏
☐是(紅腫癢) ☐其他_____(請說明) ☐否
2. 每小時平均使用酒精性乾洗手液的頻率
☐<5 次 ☐6-10 次 ☐11-20 次 ☐>20 約_____次(請說明)
3. 已持續使用酒精性乾洗手液多久的時間
☐第一次使用 ☐<1 年 ☐1-2 年 ☐>2 年約_____年(請說明)

【此為範例表單，醫院可自行修改運用】

4. 不喜歡或不常使用酒精性搓手液之原因

- ☐工作太忙，增加負擔 ☐酒精性乾洗手液取得不方便
☐頻繁使用對皮膚傷害大 ☐感覺自己手不髒 ☐忘記 ☐其他_____ (請說明)

本問卷到此全部填答完畢，請您檢查是否有遺漏的部分。再次感謝您的合作與配合!!

附件六、醫療照護人員洗手認知問卷

親愛的本院同仁，您好：

為瞭解您對酒精性乾洗手液應用於手部衛生清潔的認知與看法，特製作此問卷，請您依實際經驗與個人認知，回答下列的問題，作為未來手部衛生教育訓練課程內容與安排之參考，所有資料僅提供分析統計，絕不移作他用，請放心填答。煩請在以下適合的選項□中打V，謝謝！

壹、基本資料

1. 填表日期 ____年__月__日
2. 性別 ☐男 ☐女
3. 年齡 ☐20歲以下 ☐21~30歲 ☐31~40歲 ☐41~50歲 ☐51~60歲
☐60歲以上；註：_____歲
4. 年資 ☐1年內(含1年) ☐1年以上3年以下(含3年) ☐3年以上5年以下(含5年)
☐5年以上10年以下(含10年) ☐10年以上；註：_____年
5. 身分別☐醫師 ☐護理人員 ☐技術人員
☐其他_____(a外包人員 b清潔人員 c志工 d看護 e其他_____)
6. 是否曾受洗手相關在職教育：☐是 ☐否

貳、洗手認知評量表：

1. 洗手是預防醫療照護相關感染最有效、最簡單、最有效的方式：☐是 ☐否
2. 洗手時機：☐照顧病人前 ☐照顧病人後 ☐侵入性治療前 ☐侵入性治療後
☐接觸污染環境後 ☐以上皆是
3. 洗手時，手上的小戒指不會影響洗手效果，故不需脫除：☐是 ☐否
4. 若戴手套照護病人，則脫掉手套後不需再洗手：☐是 ☐否
5. 使用酒精性乾洗手液洗手，對院內常見之*Staphylococcus aureus*、*Klebsiella pneumoniae*、*Pseudomonas aeruginosa*、*E. coli*均有殺菌效果：☐是 ☐否
6. 接觸病人前不需洗手；接觸病人後則一定要洗手：☐是 ☐否
7. 濕洗手有效時間：☐10-20秒 ☐20-30秒 ☐40-60秒
8. 乾洗手有效時間：☐10-20秒 ☐20-30秒 ☐40-60秒
9. 雙手有明顯污垢、血液及分泌物污染時可使用酒精性乾洗手液洗手：☐是 ☐否

參、洗手相關態度行為調查

【此為範例表單，醫院可自行修改運用】

1. 您工作中何時會使用酒精性乾洗手液洗手（可複選）：

- ☐接觸病人前 ☐接觸病人之醫療儀器後 ☐執行侵入性醫療措施後 ☐發藥前
☐接觸病人檢體盒後 ☐如廁後 ☐接觸病人的傷口、分泌物、排泄物、體液後
☐接觸病人後 ☐脫除手套後 ☐執行侵入性治療前 ☐每次照護不同部位之間
☐接觸緊鄰病人的環境後(含醫療設備) ☐其他_____ (請說明)

2. 您未常洗手原因（可複選）：

- ☐因有戴手套，所以不用洗 ☐只是聽診病人及碰觸儀器表面不需洗手 ☐太忙
☐洗手不重要 ☐洗手劑會造成不適 ☐洗手設備太遠 ☐需花費較多的時間
☐無此情形 ☐其他_____ (請說明)

3. 您認為可增加您洗手次數的誘因包括（可複選）：

- ☐增加乾洗手液設置點 ☐發放隨身型乾洗手液
☐張貼洗手提示小卡和洗手衛教宣傳海報
☐增加獎懲辦法（以病房為單位舉辦比賽並發放獎勵金，請院長表揚）
☐執行成效較差之單位須組成品管圈限期改善 ☐其他_____ (請說明)

本問卷到此全部填答完畢，請您檢查是否有遺漏的部分。再次感謝您的合作與配合!!

附件七、醫院主管手部衛生認知問卷調查

基本資料

- 1.填答日期：____月____日
- 2.您的職稱：☐科部主任 ☐科部副主任 ☐病房主任 ☐督導長 ☐護理長 ☐組長
☐其他成員(請註明)_____(可複選)
- 3.單位性質：☐一般病房 ☐加護病房 ☐門診區 ☐急診 ☐檢查區 ☐檢驗區
☐其他_____
- 4.醫療屬性：☐內科部 ☐外科部 ☐小兒部 ☐耳鼻喉部 ☐復健部 ☐神經部
☐創傷醫學部 ☐婦產部 ☐家醫部 ☐精神部 ☐皮膚部 ☐急診醫學部
☐骨科部 ☐腫瘤醫學部 ☐泌尿部 ☐眼科部 ☐牙科部 ☐影像醫學部
☐綜合診療部 ☐麻醉部 ☐核子醫學 ☐老人醫學部 ☐其他(請註明)_____
- 5.性別：☐男 ☐女
- 6.那一年擔任現職：民國_____年
- 7.過去二年內您是否曾接受過感控中心舉辦之【手部衛生】教育課程(包含數位學習平台)?
☐是 ☐否
- 8.您的單位是否曾推過手部衛生品管活動?☐是 ☐否
- 9.您的科部或病房是否有派內部專人定期查核同仁手部衛生執行情形?
A.☐是(續答B、C) ☐否 (跳答第10題)
B.頻率：☐每月 ☐每季 ☐每年 ☐偶而 ☐其它_____
C.查核對象：☐醫師 ☐護理人員 ☐其他人員(可複選)
D.最近一次手部衛生確實率_____%
【手部衛生確實率=(正確執行洗手次數/應進行手部衛生之總次數)×100%】
- 10.您的科部或病房是否有專人負責補充洗手液(含酒精性乾洗手液)?
☐是 ☐否 ☐其他_____
- 11.您的科部或病房是否有專人負責補充洗手槽旁擦手紙?
☐是 ☐否 ☐其他_____
- 12.您的單位酒精性乾洗手液是否均置於執行醫療處置時伸手(1公尺內或步行5秒內)可得之處(如治療車或病床周邊架設之乾洗手液)
☐是 ☐否 ☐其他_____
- 13.您的單位洗手槽是否有張貼洗手流程圖?
☐是 ☐否
- 14.您的單位公告欄有張貼手部衛生宣傳海報?
☐是 ☐否

請就下列之手部衛生相關問題，進行勾選：

說明：

一般性洗手液：半圓形給皂機內之綠色洗手液，置於護理站或病室洗手槽。

消毒性洗手液：Hibiscrub 粉紅色洗手液或含優碘的咖啡色洗手液，置於護理站洗手槽或手術室刷手槽。

一、工作場所之洗手設備

	非常同意	同意	無意見	不同意	非常不同意	未接觸過
1.您對本院提供之消毒性洗手液整體使用感覺滿意(如使用後皮膚乾燥、龜裂、過敏等反應)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.您對本院提供之消毒性洗手液(優碘)整體使用感覺滿意 (如使用後皮膚乾燥、龜裂、過敏等反應)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.您對本院提供之一般性洗手液整體使用感覺滿意 (如使用後皮膚乾燥、龜裂、過敏等反應)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4.您對本院提供之酒精性乾洗手液整體使用感覺滿意 (如使用後皮膚乾燥、龜裂、過敏等反應)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

二、您覺得手部衛生和病人安全間之關係

	非常高	高	中等	低	非常低
1.手部衛生在預防醫療相關感染有足夠的實證依據	☐	☐	☐	☐	☐
2.醫療相關感染對於病人安全的影響程度	☐	☐	☐	☐	☐
3.醫療相關感染對於醫院經費支出影響程度	☐	☐	☐	☐	☐
4.在病人安全議題中，手部衛生推行之重要程度	☐	☐	☐	☐	☐

三.您認為哪些方法可有效提高單位或全院手部衛生執行率?(可複選)

- | | |
|---|---|
| ☐ 院內高階主管的重視及支持 | ☐ 單位主管的重視及支持 |
| ☐ 個人的重視及支持 | ☐ 單位推動手部衛生品管活動(如品管圈) |
| ☐ 提供便利洗手設備(含乾洗手液) | ☐ 提供護手設備 (例如護手霜) |
| ☐ 工作場所張貼宣導海報 | ☐ 舉辦手部衛生教育訓練 |
| ☐ 舉辦手部衛生實際操作演練 | ☐ 舉辦手部衛生海報展 |
| ☐ 鼓勵病人主動提醒醫療人員執行手部衛生 | |
| ☐ 志工穿著手部衛生宣導背心至醫療區走動宣導 | |
| ☐ 院內電話等候音樂改為手部衛生宣導語 | |
| ☐ 舉辦競賽活動，每週/月排行各科部/單位手部衛生執行確實率，成績優良單位給予獎勵。 | |
| ☐ 個人未執行手部衛生，給予懲罰(如扣績效獎金) | |
| ☐ 其他,建議_____ | |

嫻對手護神運動或其他感染管制的建議(如群突發時，發現之缺失點)：

附件八、手部衛生遵從率及正確率內部稽核

醫院內部稽核結果 病房單位(科別)	洗手 機會數 (T)	洗手行動/步驟				手部衛生 遵從率 $(\frac{A+C}{T})$	手部衛生 正確率 $(\frac{B+D}{A+C})$	時機數（觀察次數）統計				
		執行乾洗 手次數(A)	乾洗手步 驟確實次 數(B)	執行濕洗 手次數(C)	濕洗手步 驟確實次 數(D)			時機一、 接觸病人 前	時機二、 執行清潔/ 無菌操作 技術前	時機三、 暴處病人 體液風險 後	時機四、 接觸病人 後	時機五、 接觸病人 週遭環境 後

通則：

- (1)請依據「手部衛生之五時機」之執行及稽核原則進行內部稽核。
- (2)請將各病房單位之內部稽核結果，進行次數統計並填入本表。
- (3)項下之欄位均應填寫數據，切勿留空。

附件八—1、手部衛生遵從率稽核表

醫療機構	_____醫院(縣/市)		稽核日期 (20yy/mm/dd)		稽核員簽名	
單位類別代碼	(科別：_____)		稽核起迄時間 (24 小時制)	_____時_____分~ _____時_____分		
單位類別代碼： 01：加護病房 02：呼吸照護病房 03：血液透析/洗腎室 04：一般病房						
受稽人員代碼： 01：醫師 02：護理人員 03：專科護理師 04：其他醫事人員（含物理治療、職能治療、醫事放射、醫事檢驗、呼吸治療、營養師等）						
受稽人員代碼：			受稽人員代碼：		受稽人員代碼：	
洗手機會	洗手時機	洗手行動/步驟	洗手機會	洗手時機	洗手行動/步驟	洗手機會
1	☐ 1 接觸病人前 ☐ 2 執行清潔/無菌操作技術前 ☐ 3 暴觸病人體液風險後 ☐ 4 接觸病人後 ☐ 5 接觸病人週遭環境後	<u>洗手行動</u> ☐ 乾洗手 ☐ 濕洗手 ☐ 沒有洗手 <u>洗手步驟</u> ☐ 確實 ☐ 未確實	1	☐ 1 接觸病人前 ☐ 2 執行清潔/無菌操作技術前 ☐ 3 暴觸病人體液風險後 ☐ 4 接觸病人後 ☐ 5 接觸病人週遭環境後	<u>洗手行動</u> ☐ 乾洗手 ☐ 濕洗手 ☐ 沒有洗手 <u>洗手步驟</u> ☐ 確實 ☐ 未確實	1
2	☐ 1 接觸病人前 ☐ 2 執行清潔/無菌操作技術前 ☐ 3 暴觸病人體液風險後 ☐ 4 接觸病人後 ☐ 5 接觸病人週遭環境後	<u>洗手行動</u> ☐ 乾洗手 ☐ 濕洗手 ☐ 沒有洗手 <u>洗手步驟</u> ☐ 確實 ☐ 未確實	2	☐ 1 接觸病人前 ☐ 2 執行清潔/無菌操作技術前 ☐ 3 暴觸病人體液風險後 ☐ 4 接觸病人後 ☐ 5 接觸病人週遭環境後	<u>洗手行動</u> ☐ 乾洗手 ☐ 濕洗手 ☐ 沒有洗手 <u>洗手步驟</u> ☐ 確實 ☐ 未確實	2
3	☐ 1 接觸病人前 ☐ 2 執行清潔/無菌操作技術前 ☐ 3 暴觸病人體液風險後 ☐ 4 接觸病人後 ☐ 5 接觸病人週遭環境後	<u>洗手行動</u> ☐ 乾洗手 ☐ 濕洗手 ☐ 沒有洗手 <u>洗手步驟</u> ☐ 確實 ☐ 未確實	3	☐ 1 接觸病人前 ☐ 2 執行清潔/無菌操作技術前 ☐ 3 暴觸病人體液風險後 ☐ 4 接觸病人後 ☐ 5 接觸病人週遭環境後	<u>洗手行動</u> ☐ 乾洗手 ☐ 濕洗手 ☐ 沒有洗手 <u>洗手步驟</u> ☐ 確實 ☐ 未確實	3
4	☐ 1 接觸病人前 ☐ 2 執行清潔/無菌操作技術前 ☐ 3 暴觸病人體液風險後 ☐ 4 接觸病人後 ☐ 5 接觸病人週遭環境後	<u>洗手行動</u> ☐ 乾洗手 ☐ 濕洗手 ☐ 沒有洗手 <u>洗手步驟</u> ☐ 確實 ☐ 未確實	4	☐ 1 接觸病人前 ☐ 2 執行清潔/無菌操作技術前 ☐ 3 暴觸病人體液風險後 ☐ 4 接觸病人後 ☐ 5 接觸病人週遭環境後	<u>洗手行動</u> ☐ 乾洗手 ☐ 濕洗手 ☐ 沒有洗手 <u>洗手步驟</u> ☐ 確實 ☐ 未確實	4
5	☐ 1 接觸病人前 ☐ 2 執行清潔/無菌操作技術前 ☐ 3 暴觸病人體液風險後 ☐ 4 接觸病人後 ☐ 5 接觸病人週遭環境後	<u>洗手行動</u> ☐ 乾洗手 ☐ 濕洗手 ☐ 沒有洗手 <u>洗手步驟</u> ☐ 確實 ☐ 未確實	5	☐ 1 接觸病人前 ☐ 2 執行清潔/無菌操作技術前 ☐ 3 暴觸病人體液風險後 ☐ 4 接觸病人後 ☐ 5 接觸病人週遭環境後	<u>洗手行動</u> ☐ 乾洗手 ☐ 濕洗手 ☐ 沒有洗手 <u>洗手步驟</u> ☐ 確實 ☐ 未確實	5

附件八—2、手部衛生行為稽核表

觀察日期:		開始時間:		AM / PM	結束時間:		AM / PM	查核者:	
身份別代號:		1.主治醫師 2.住院醫師 3.實習醫師 4.護理人員 5.實習護生 6.放射科人員 7.呼吸治療師 8.職能物理治療師 9.醫檢師 10.實習學生(除實習醫師及實習護生) 11.傳送人員 12.志工 13.外傭、家屬 14.看護 15.其他(請註明)_____							
時機		1.接觸病人前 2.執行乾淨/無菌操作技術前 3.暴露病人體液風險後 4.接觸病人後 5.接觸病人周遭環境後							
機會 1	時機	手部清潔方式	搓揉步驟、時間及使用擦手紙	機會 2	時機	手部清潔方式	搓揉步驟、時間及使用擦手紙		
單位:	☐ 1	☐ 使用肥皂/液態皂	搓揉	單位:	☐ 1	☐ 使用肥皂/液態皂	搓揉		
	☐ 2	☐ 使用消毒性液態皂	☐ 確實		☐ 2	☐ 使用消毒性液態皂	☐ 確實		
病人病歷號:	☐ 3	☐ 使用乾洗手	☐ 不確實	病人病歷號:	☐ 3	☐ 使用乾洗手	☐ 不確實		
	☐ 4	☐ 僅更換手套，未洗手	時間_____秒		☐ 4	☐ 僅更換手套，未洗手	時間_____秒		
被觀察者姓名	☐ 5	☐ 只沖水	使用擦手紙	被觀察者姓名:	☐ 5	☐ 只沖水	使用擦手紙		
:		☐ 未洗手	☐ 有	:		☐ 未洗手	☐ 有		
被觀察者身分		☐ 指甲過長(大於 0.5 公分)	☐ 無	被觀察者身分:		☐ 指甲過長(大於 0.5 公分)	☐ 無		
:		☐ 配戴手飾	無需要(限乾洗手)	:		☐ 配戴手飾	無需要(限乾洗手)		
機會 3	時機	手部清潔方式	搓揉步驟、時間及使用擦手紙	機會 4	時機	手部清潔方式	搓揉步驟、時間及使用擦手紙		
單位:	☐ 1	☐ 使用肥皂/液態皂	搓揉	單位:	☐ 1	☐ 使用肥皂/液態皂	搓揉		
	☐ 2	☐ 使用消毒性液態皂	☐ 確實		☐ 2	☐ 使用消毒性液態皂	☐ 確實		
病人病歷號:	☐ 3	☐ 使用乾洗手	☐ 不確實	病人病歷號:	☐ 3	☐ 使用乾洗手	☐ 不確實		
	☐ 4	☐ 僅更換手套，未洗手	時間_____秒		☐ 4	☐ 僅更換手套，未洗手	時間_____秒		
被觀察者姓名	☐ 5	☐ 只沖水	使用擦手紙	被觀察者姓名:	☐ 5	☐ 只沖水	使用擦手紙		
:		☐ 未洗手	☐ 有	:		☐ 未洗手	☐ 有		
被觀察者身分		☐ 指甲過長(大於 0.5 公分)	☐ 無	被觀察者身分:		☐ 指甲過長(大於 0.5 公分)	☐ 無		
:		☐ 配戴手飾	無需要(限乾洗手)	:		☐ 配戴手飾	無需要(限乾洗手)		

附件九、環境採檢表

採檢日期：_____

採檢人員：_____ 採檢單位：_____

採檢點	數量	菌落培養結果	註
電腦鍵盤（含滑鼠）	2		
看片機電腦鍵盤（含滑鼠）	2		
病歷桌	2		
護理站工作四方桌	2		
護理站 L 形檯面	2		
醫療表單置物櫃	2		
護理站電話	2		
對講機按鍵（含把手）	2		
病人用食物冰箱把手	2		
病人用藥品冰箱把手	2		
耳溫槍把手	2		
電擊器把手	2		
急救車把手	2		
治療車把手	2		
換藥車把手	2		
換藥車消毒溶液瓶蓋	2		
食物秤盤	2		

※採檢點以公共區域為主。

附件十、各病房醫療照護相關感染密度統計表

____年____月

統計人員：_____

病房	感染人次	住院人日數	感染密度(千分比)
W11			
W12			
W13			
W15			
W21			
W22			
W23			
W25			
W31			
W32			
W33			
W35			
W41			
W42			
W43			
W45			
W51			
W52			
W53			
W55			
W61			
W62			
W63			
W65			
W71			
W72			
W73			
PICU			
BC			
CCU			
CVSI			
MICU			
NCU			
SICU			
RCC			
BR			
EICU			

附件十一、加護病房醫療照護相關感染密度統計表

數據收集表

附註：內科加護中心(MICU)、心臟內科加護中心(CICU)、外科加護中心(SICU)、神經外科加護中心(NCU)、心臟外科加護中心(CVSI)、呼吸照護中心(RCC)等

指標：導尿管相關泌尿道感染

收案期間： 月 - 月，西元年

數據內容	收案期間內之數目				
	病房 單位	月	月	月	季結算
留置導尿管使用人日數	MICU				
	CCU				
	SICU				
	NCU				
	CVSI				
	RCC				
留置導尿管造成的尿路感染人次數	MICU				
	CCU				
	SICU				
	NCU				
	CVSI				
	RCC				

【此為範例表單，醫院可自行修改運用】

指標：中心導管相關血流感染

收案期間：__月__ - __月__，西元年__

數據內容	收案期間內之數目				
	病房單位	月	月	月	季結算
中心導管人日數	MICU				
	CCU				
	SICU				
	NCU				
	CVSI				
	RCC				
中心導管相關血流感染人次數	MICU				
	CCU				
	SICU				
	NCU				
	CVSI				
	RCC				

指標：呼吸器相關肺炎

收案期間：__月__ - __月__，西元年__

數據內容	收案期間內之數目				
	病房單位	月	月	月	季結算
呼吸器使用人日數	MICU				
	CCU				
	SICU				
	NCU				
	CVSI				
	RCC				
呼吸器相關肺炎人次數	MICU				
	CCU				
	SICU				
	NCU				
	CVSI				
	RCC				

附件十二-1、血流感染金黃色葡萄球菌個案統計

月份/指標項次	____月			____月			____月		
病房單位 (科別)	住院人 日數 ^{註1}	MSSA 個案數	MRSA 個案數	住院人 日數 ^{註1}	MSSA 個案數	MRSA 個案數	住院人 日數 ^{註1}	MSSA 個案數	MRSA 個案數

通則：

(1)表首請依據各季提報資料所含之月份鍵入，惟各填報月份項下之欄位均應填寫數據

(2)僅設置手術恢復床、其他觀察床之單位，以及血液透析/洗腎室不需列入本表，請自行排除。

註1、「住院人日數」：以該期間內每日住院人數之累計，住院病人以有辦理住院手續者始列計。急診單位則以該期間急診人次填入。

註2、監測定義：由入院48小時以後採集之血液檢體分離出金黃色葡萄球菌(*Staphylococcus aureus*)的個案，且個案在過去14天內未曾有血液分離出該菌株陽性之紀錄。

附件十二-2、症狀監測通報統計

A 表（住院病人）

月份/指標項次	____月				____月				____月			
病房單位 (科別)	住院 人日 數 ^{註1}	類流 感 人 次 數	腹瀉 人 次 數	上呼 吸道 感 染 人 次 數	住院 人日 數 ^{註1}	類流 感 人 次 數	腹瀉 人 次 數	上呼 吸道 感 染 人 次 數	住院 人日 數 ^{註1}	類流 感 人 次 數	腹瀉 人 次 數	上呼 吸道 感 染 人 次 數

B 表（醫療照護工作人員）

月份/指標項次	____月				____月				____月			
病房單位 (科別)	醫療 照護 工作 人員 數	類流 感 人 次 數	腹瀉 人 次 數	上呼 吸道 感 染 人 次 數	醫療 照護 工作 人員 數	類流 感 人 次 數	腹瀉 人 次 數	上呼 吸道 感 染 人 次 數	醫療 照護 工作 人員 數	類流 感 人 次 數	腹瀉 人 次 數	上呼 吸道 感 染 人 次 數

通則：請依據醫院計畫書「附表三、參與認證之病房單位資料」列表填寫；如篇幅不足，請自行複製。

(1)表首請依據各季提報資料所含之月份鍵入，惟各填報月份項下之欄位均應填寫數據，切勿留空。

(2)僅設置手術恢復床、其他觀察床之單位，以及血液透析/洗腎室不需列入本表，請自行排除。

註1、「住院人日數」：以該期間內每日住院人數之累計，住院病人以有辦理住院手續者始列計。急診單位則以該期間急診人次填入。

附件十三、民眾版洗手問卷調查

親愛的先生、女士您好:

為提供本院病人及訪客有更好的醫療環境，懇請您利用給幾分鐘時間填寫這份不記名問卷，做為我們未來提升病人及大眾健康的參考。感謝您!

○○醫院 敬上

聯絡分機：○○○

專案負責人：○○○

一、基本資料

* 填答日期：____年____月____日

* 性別 ☐男 ☐女

* 請問您的出生年次：民國_____年

* 請問您的教育程度

☐ 研究所(或以上) ☐大專 ☐高中 ☐國中 ☐小學(或以下)

* 請勾選您的身分:

☐病人

今天到本院的目的：☐看診，科別_____ ☐做檢查，項目_____

☐住院，科別_____ 單位_____

☐其他_____

☐訪客

今天到本院的目的：☐陪病 ☐探病

☐其他_____

二、a)請問您有接受過洗手的相關知識或訊息嗎?

☐沒有(請跳答第三題)

☐有，醫院 (請繼續往下回答)

☐有，其他場合(請跳答第三題)

b)來源

☐洗手海報、標語或洗手方法的傳單

對洗手認知的幫助：☐完全沒幫助 ☐少許幫助 ☐沒意見 ☐有幫助 ☐非常有幫助

☐住院相關衛教單張

對洗手認知的幫助：☐完全沒幫助 ☐少許幫助 ☐沒意見 ☐有幫助 ☐非常有幫助

☐醫療人員的衛教

對洗手認知的幫助：☐完全沒幫助 ☐少許幫助 ☐沒意見 ☐有幫助 ☐非常有幫助

☐健康教育中心舉辦之教育

對洗手認知的幫助：☐完全沒幫助 ☐少許幫助 ☐沒意見 ☐有幫助 ☐非常有幫助

【此為範例表單，醫院可自行修改運用】

三、在過去24小時內，您有無看到執行醫療工作的工作人員洗手(包括用肥皂、液態皂、消毒液或乾洗手液等洗手)?

☐有 ☐無 ☐沒注意 ☐其他意見_____

四、當醫療人員照顧您或您的親人時，於執行侵入性治療前(如打針、傷口換藥)，您是否會詢問對方是否有洗手?

☐會 ☐不會 ☐不一定

五、您認為那些情況下醫護人員需要洗手?

☐接觸病人前(如量血壓、翻身) ☐執行無菌技術前(如打針、換藥)

☐接觸病人後(如聽診、擦澡) ☐接觸血液、體液及分泌物後

☐接觸病人周遭環境後(如圍簾、床欄)

六、如果醫療人員沒有洗手，您會怎麼做?(複選)

☐不清楚是否要洗手 ☐不敢提醒，因為怕影響醫療人員對病人的照顧 ☐善意提醒

☐告訴單位負責人 ☐告訴其他人 ☐打電話建議或填寫建議表

七、您認為病人和訪客是否應參與洗手推廣活動，以共同保護病人安全?

☐是 ☐否 ☐其他_____

八、以下的狀況中，您通常使用的洗手方式為何?

未洗
清水洗
液態皂
酒精性乾洗手液

1.吃東西前(含病人餵食)

☐ ☐ ☐ ☐

2.上廁所後

☐ ☐ ☐ ☐

3.離開醫院前

☐ ☐ ☐ ☐

4.回家後立即

☐ ☐ ☐ ☐

5.碰觸自己眼口鼻部位及擤鼻涕後

☐ ☐ ☐ ☐

6.使用公共用物後，如：按電梯、摸門把、使用提款機、打公用電話等

☐ ☐ ☐ ☐

7.接觸病人(包含身體及身上衣物後)，如：擦澡、翻身

☐ ☐ ☐ ☐

8.處理病人排泄物(小便、大便)後

☐ ☐ ☐ ☐

9.接觸病人週遭環境設備後，如觸摸呼吸器設備、床欄、圍簾等。

☐ ☐ ☐ ☐

九、通常您會決定洗手的原因(包括使用乾洗手):

非常同意
同意
無意見
不同意
非常不同意

1.洗手可降低感染的風險

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

2.洗手設備地點很方便

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

3.洗手設備容易使用(包含乾洗手)

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

4.醫護人員或宣導標語的提醒

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

5.看到有人在洗手

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

【此為範例表單，醫院可自行修改運用】

您是否使用過院內的酒精性乾洗手液？ ☐有(請繼續回答) ☐無(請跳到第十一題)

十、您使用本院酒精性乾洗手液設備滿意度

非常同意	同意	無意見	不同意	非常不同意
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐

1.酒精性乾洗手液設置地點方便

2.酒精性乾洗手設備容易使用

3.酒精性乾洗手液的味道溫和、不刺激

4.酒精性乾洗手液整體使用感覺滿意

十一、您是否觀察到醫事人員在下列情形洗手？

有	偶	從	沒
	爾	未	注
			意

碰觸您或其他病人身體前

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

碰觸您或其他病人身體後

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

為您或其他病人做治療前，如打針、抽血、導尿、換藥等

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

接觸您或其他病人血液、體液後

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

接觸您或其他病人之病床周圍環境後

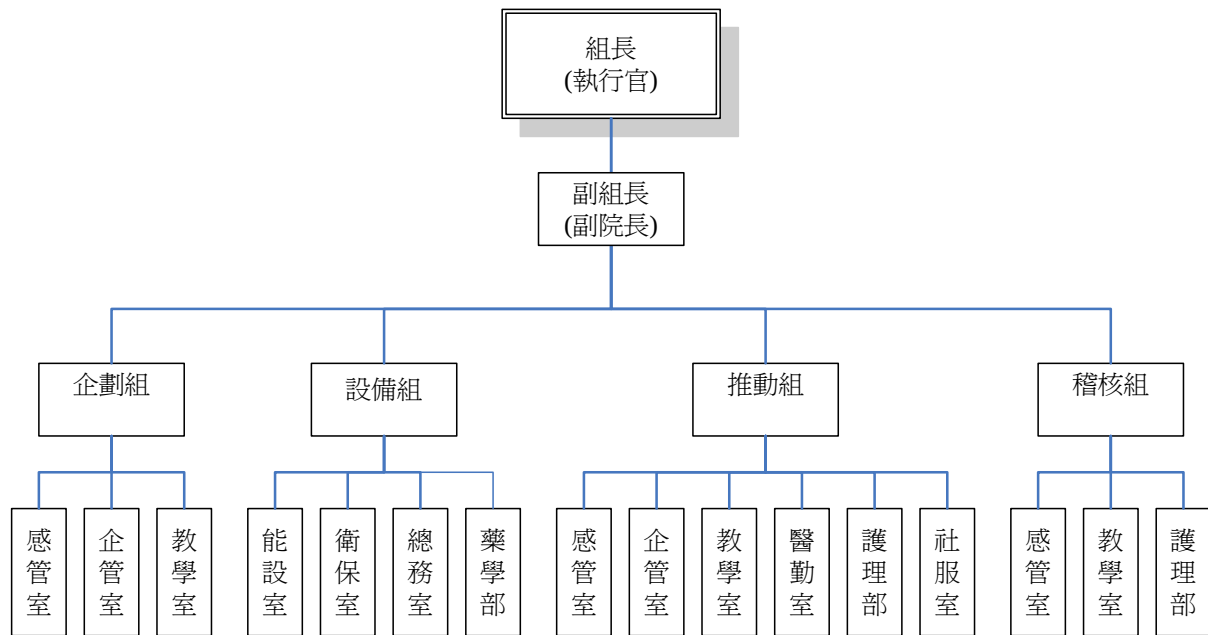
☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

十二、您覺得還有什麼其他方法是可以讓醫護人員、病人、訪客改善手部清潔？

建議_____

感謝您抽空時間完成問卷。您的意見對我們是很重要的，並會對未來執行的計畫很有幫助！

附件十四、組織架構及時程規劃



企劃組

負責手部衛生推動之整體規劃，衛教手冊、傳單及常見問題 Q & A、相關問卷內容之設計，設置手部衛生訓練中心，彙整手部衛生計畫相關文件，並於後期舉辦院際間之手部衛生講座及觀摩營。由感管室、企管室及教學室協助執行。

設備組

負責洗手相關設備之設置，包括濕洗手、乾洗手設備及攜帶型酒精性乾洗手液等，並統計液態皂、乾洗手液及擦手紙之使用量。由能設室、衛保室、總務室及藥學部協助執行。

推動組

負責手部衛生相關宣導活動，民眾、病人及院內員工之教育，由感管室、企管室、教學室、醫勤室、護理部及社服室協助執行。

稽核組

負責洗手相關設備之檢視，醫療照護人員洗手執行率稽核，全院醫療照護相關感染率及環境清潔度之評估。由感管室、教學室及護理部協助執行。

時程規劃（系統性改變）

手部衛生執行事項	計畫準備期		背景資料蒐集及分析期			計畫執行期			計畫成果評估期		發展持續型推動計畫期	
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
設計洗手設備檢視表、耗材用量統計表、洗手相關問卷												
檢視病房洗手相關設備												
濕洗手用品採購												
每間病室設置一座洗水槽												
統計液態皂、擦手紙用量												
檢視乾洗手設備												
乾洗手液採購												
醫院出入口、診間候診區、病房內、公共走道、電梯旁設置酒精性乾洗手液												
統計酒精性乾洗手液用量												
定期檢查酒精性乾洗手液補給情形與洗手瓶清潔度												
評估醫療照護人員對酒精性乾洗手液之耐受度與接受度												
發予醫療人員隨身攜帶型酒精性乾洗手液以便洗手可近性												

時程規劃 (教育訓練)

手部衛生執行事項	計畫準備期		背景資料蒐集及分析期			計畫執行期			計畫成果評估期		發展持續型推動計畫期	
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
設計手部衛生衛教手冊、傳單、常見問題 Q&A 及問卷												
對民眾實施洗手衛生觀念教育												
發放民眾版衛教手冊、傳單及常見問題問與答												
發放民眾版問卷												
院內員工線上版教育訓練課程及測驗												
發放院內員工版衛教手冊、傳單及常見問題 Q&A												
舉辦手部衛生講座												
院內設置手部衛生訓練中心 OSCE												
於手部衛生訓練中心 OSCE 訓練全院員工及洗手認證												
單位主管及感控種子教官之教育訓練課程												

時程規劃 (評估及回饋)

手部衛生執行事項	計畫準備期		背景資料蒐集及分析期			計畫執行期			計畫成果評估期		發展持續型推動計畫期	
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
發予醫療照護人員酒精性乾洗手液認知問卷												
設計稽核表、環境採檢流程、相關問卷												
稽核全院醫療照護人員洗手執行率												
統計全院相關感染率及評估環境清潔度												
依據執行成效給予獎勵與加強改善												
發放問卷以瞭解執行困難處												
依據執行經驗改善執行方式並書面化												

時程規劃 (工作場所標示)

手部衛生執行事項	計畫準備期		背景資料蒐集及分析期			計畫執行期			計畫成果評估期		發展持續型推動計畫期	
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
設計洗手海報、電子看板、志工背心及傳單												
張貼洗手五時機、正確濕洗手及正確乾洗手之海報、洗手重要性之海報												
於院內各電子看板宣導洗手時機及重要性												
穿著洗手宣導之志工背心與發放宣傳單提醒民眾												

時程規劃 (創造院內安全文化風氣)

手部衛生執行事項	計畫準備期		背景資料蒐集及分析期			計畫執行期			計畫成果評估期		發展持續型推動計畫期	
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
設計病人入院說明卡、滿意度問卷、洗手相關活動												
發放病人入院說明卡及滿意度問卷												
定期舉辦“洗手”相關活動												
宣導“洗手”重要性之相關活動												

附件十五、酒精性乾洗手液產品之建議

- 一、醫護人員在照護病人過程中用於手部衛生的酒精性乾洗手液，其目的為消毒及殺菌等醫療用途。依據相關函釋，作為醫療用途，如殺菌、消毒、手術前消毒等用途之消毒酒精製劑，應以藥品列管。因此，醫療機構不得自行配製酒精性乾洗手液，且購買時應選用由藥廠製造，並經衛生署核准，取得藥品許可證字號，明列酒精成分，且用於手部衛生之產品。
- 二、為避免酒精性乾洗手液之產品酒精濃度不足，影響醫護人員執行手部衛生之成效，醫療機構於購買酒精性乾洗手液時，建議選擇酒精成分符合下列條件的乾洗手液產品：
 - (一) 至少含 70%v/v 乙醇(ethanol, ethyl alcohol)；即相當於至少含 62.39% w/w 乙醇，或；
 - (二) 至少含 70%v/v 異丙醇(isopropanol, isopropyl alcohol, 2-propyl)，或；
 - (三) 至少含 70%v/v 丙醇(1-propanol, 1-propyl alcohol, n-propyl alcohol, n-propanol, propanol)，或；
 - (四) 前述成分之混合總含量至少達 70%v/v。
- 三、產品選擇的其他建議事項：

- (一) 工作同仁接受度，包括：皮膚耐受性(Dermal tolerance)、是否引發皮膚不適反應、個人偏好(例如：無不悅氣味、顏色、質地、使用後無黏膩感或異物殘留感)及產品乾燥所需的時間等。

實務使用考量，包括產品供貨穩定性與及時性、產品是否已有預防污染的處置、搭配使用的給液器(dispenser)是否方便使用且功能佳、產品售後服務(如給液架之維修)、使用說明之宣導文宣或合理的產品價格等。

附件十六、WHO 手部衛生五大策略自評表

1. 系統性改變		
問題	選項	分數
1.1 在您的醫療機構中很容易獲取酒精性乾洗手液嗎？	無法獲得	0
	可以取得的，但其殺菌效果及醫護人員對於酒精性乾洗手液之皮膚耐受度未經證實	0
	可以取得的，但僅在部分病房或未能持續性供應酒精性乾洗手液	5
	能廣泛提供，且持續性的供應酒精性乾洗手液於全院	10
	能廣泛提供，且持續性的供應酒精性乾洗手液於全院，並設置於大部份病房主要的醫療照護點	30
	能廣泛提供，且持續性的供應酒精性乾洗手液於全院，並設置於每一個醫療照護點	50
1.2 病室內「洗手槽數目：病床數」之比例？	小於 1：10	0
	在大部分病房內至少有 1:10	5
	在一般醫療照護區最少為 1：10，在隔離病房與 ICU 為 1：1	10
1.3 洗手槽是否能夠持續供應乾淨且流動的水	否	0
	是	10
1.4 每個洗手槽是否具備可使用之濕洗手用品	否	0
	是	10
1.5 每個洗手槽是否具備單次使用拋棄式擦手紙	否	0
	是	10
1.6 是否有專用/足夠的預算，可繼續採購手部衛生相關商品(例如：酒精性乾洗手液)？	否	0
	是	10
其餘問題：行動計畫		
若上述問題（1.1-1.6）得分未達 100，請答此題		
是否有計畫在醫療機構內設置及改善基礎設施？	否	0
	是	5
	系統性改變小計	/100

2. 教育訓練		
問題	選項	分數
2.1 關於醫護人員的訓練：		
2.1a 對醫護人員舉辦手部衛生之教育訓練的頻率為？	從不	0
	至少一次	5
	定期對醫護人員舉辦訓練課程，或全部專業類別人員（至少一年一次）	10
	強制規定所有醫療相關人員在就職前參加訓練課程，並持續進行（至少一年一次）	20
2.1b 設立程序確定醫護人員是否通過完整的訓練	否	0
	是	20
2.2 下述 WHO 或各地區所設立之符合各地使用的手部衛生手冊，醫療照護人員是否能取得？		
2.2a WHO 手部衛生健康照護指引：A Summary	否	0
	是	5
2.2b WHO 手部衛生技術參考手冊	否	0
	是	5
2.2c WHO 手部衛生：Why, How and When 小手冊	否	0
	是	5
2.2d WHO 手套使用資訊傳單	否	0
	是	5
2.3 作為手部衛生教育訓練的機構，訓練執行人員是否具有足夠專業的技能？	否	0
	是	15
2.4 是否有設立訓練及驗證手部衛生稽核員的系統？	否	0
	是	15
2.5 是否有設立專用之經費提供手部衛生教育訓練？	否	0
	是	10
教育訓練小計		/100

3. 評估及回饋		
問題	選項	分數
3.1 是否定期（至少每年）審視評估病房所設置之乾洗手液、液態皂、擦手紙或其他手部衛生設施之有效性？	否	0
	是	10
3.2 醫療照護人員對於手部衛生的知識、產品的使用與技巧是否有定期（至少每年）評估（教育訓練後）		
3.2a 手部衛生的時機	否	0
	是	5
3.2b 手部衛生的正確技術	否	0
	是	5
3.3 手部衛生遵從率的間接監測		
3.3a 是否定期監測酒精性乾洗手液的消耗情形（至少每 3-5 個月）	否	0
	是	5
3.3b 是否定期監測液態皂的消耗情形（至少每 3-5 個月）	否	0
	是	5
3.3c 酒精性乾洗手液的使用量是否至少大於 20 公升/每住院千人日	否	0
	是	5
3.4 手部衛生的直接監測 （只在醫院手部衛生觀察員已經接受訓練且驗證並利用 WHO 洗手五時機（或類似）的方法時，才回答 3.4 節）		
3.4a 使用 WHO 手部衛生監測標準（或相似之標準）直接測量手部衛生的遵從率的頻率為？	從不	0
	偶爾	5
	每年一次	10
	每 3 個月一次或更短	15
3.4b 整體而言在你的機構，根據 WHO 手部衛生監測工具所觀察到的手部衛生遵從率為何？	≤30	0
	31-40 %	5
	41-50 %	10
	51-60 %	15
	61-70 %	20
	71-80 %	25
	≥81 %	30
3.5 回饋		

【此為範例表單，醫院可自行修改運用】

3.5a 即時回饋	否	0
在每次手部衛生遵從觀察會議後，是否對醫療照護工作者有立即的回饋	是	5
3.5b 系統性回饋		
對於手部衛生監測的相關資料之時間趨勢圖是否有定期(至少 6 個月)提供給：		
3.5b.i 醫療照護工作者	否	0
	是	7.5
3.5b.ii 機構主管	否	0
	是	7.5
	評估與回饋小計	/100

4. 工作場所標示		
問題	選項	分數
4.1		
是否有張貼下述內容之海報？		
4.1a 手部衛生宣導海報	未張貼	0
	僅在部分病房/治療室張貼	15
	在大部分病房/治療室張貼	20
	在所有病房/治療室張貼	25
4.1b 如何正確使用乾洗手液海報	未張貼	0
	僅在部分病房/治療室張貼	5
	在大部分病房/治療室張貼	10
	在所有病房/治療室張貼	15
4.1c 正確洗手技術海報	未張貼	0
	僅在部分病房/治療室張貼	5
	在大部分病房/治療室張貼	7.5
	在所有病房/治療室張貼	10
4.2 海報受到損害而需要更換的頻率為？	從不	0
	至少每年	10
	每 2-3 個月	15
4.3	否	0
手部衛生推廣海報（包含上述議題）是否有定期更新及展示	是	10
4.4	否	0
在病房區是否有發放手部衛生宣傳海報？	是	10
4.5	否	0
在機構內是否有其他工作場所的提醒標識（如手部衛生運動螢幕保護程式、徽章、貼紙等）	是	15

5. 創造院內安全文化風氣		
問題	選項	分數
5.1 關於您醫療機構內致力於推廣及實施手部衛生運動的手部衛生團隊		
5.1a 是否有成立此團隊	否	0
	是	5
5.1b 此團隊是否有定期（至少每個月）召開會議	否	0
	是	5
5.1c 此團隊是否有特定工作時間比例可用於舉辦活動推廣手部衛生運動和教導手部衛生原理？	否	0
	是	5
5.2 醫療機構之各級主管是否有做出明確的指示支持改善手部衛生運動？		
5.2a 醫院主管	否	0
	是	10
5.2b 醫療主任	否	0
	是	5
5.2c 護理部主任	否	0
	是	5
5.3 對於 5 月 5 日（世界洗手日）舉行之推廣全院手部衛生活動是否已建立明確的計畫？	否	0
	是	10
5.4 是否有建立能判別符合各項規定之手部衛生領導者的系統？		
5.4a 是否有建立手部衛生競賽冠軍* ¹	否	0
	是	5
5.4b 是否有手部衛生模範人員之表揚系統* ²	否	0
	是	5
5.5 關於病人參與手部衛生推廣：		
5.5a 是否有告知病人手部衛生之重要性（ex：傳單）	否	0
	是	5
5.5b 是否有舉行正式的活動用來推動病人參與手部衛生	否	0
	是	10
5.6 在機構中是否有規劃支持持續改進手部衛生的活動，例如：		
5.6a 手部衛生 E-learning 教材	否	0

【此為範例表單，醫院可自行修改運用】

	是	5
5.6b 是否有建立單位每年預計要達成的手部衛生目標？	否	0
	是	5
5.6c 是否有可分享之機制在機構內推行本地經測試過且可信的創新方式？	否	0
	是	5
5.6d 是否有定期以通訊方式論及手部衛生之議題（ex：機構內之通訊報、臨床會議等）	否	0
	是	5
5.6e 建立個人責任制系統* ³	否	0
	是	5
5.6f 對新進員工設立“Buddy system（學長姐指導系統）”* ⁴	否	0
	是	5
創造院內安全文化風氣小計		/100

備註說明：

*¹ 競賽活動：為提倡病人安全及手部衛生以及在該病房或機構中有提出相關議題計畫選拔表現優異者

*² 手部衛生典範人員：可作為手部衛生示範之模範人員，除了手部衛生遵從率須達到 80%以上，必須能夠規範其他人遵從，並能夠教授其他人有關 WHO 5 時機之概念

*³ 責任制系統：訂立明確的制度法計算醫療照護者之有關於手部衛生的行為。由觀察者或感控師監督，將成績上報至單位主管，並列入個人表現成績計算

*⁴ Buddy system（學長姐指導系統）：設立一組織，新進員工需由種子教官或受過專業手部衛生訓練之人員授課，內容包含手部衛生技術及機構內之手部衛生推廣方案

WHO領導能力評估		作答（圈選）	
系統性改變			
對於要能在各照護點均能提供手部衛生所需要的基礎硬體改變是否有執行成本效益分析	是	否	
在貴院的手部衛生行為中是否有80%以上是使用酒精性乾洗手？	是	否	
教育訓練			
貴院的手部衛生推動小組是否有負責訓練當地其他機構之手部衛生推廣？	是	否	
手部衛生是否已與貴院的醫事及護理人員教育結合？	是	否	
評估與回饋			
是否有監測醫療照護相關（HCAIs）的感染？（例如，Staphylococcus aureus bacteremia, Gram negative bacteremia, 導管相關感染）	是	否	
在高風險單位，是否有系統的監測HCAIs？（例如加護病房或新生兒單位及NU）	是	否	
對HCAI的調查是否至少已年一次並全院性的舉行？	是	否	
HCAI的發生率和手部衛生遵從率是否結合並通報機構領導者及醫療照護者？	是	否	
是否有採取結構性評估以了解欲達到最佳手部衛生遵從率之障礙以引起HCAI的原因，且將資料通報機構領導者？	是	否	
工作場所標示			
是否有建立由醫療照護者設計新的手部衛生海報的系統？	是	否	
貴機構所創作的手部衛生海報是否再其他機構也在使用？	是	否	
是否有發展出創新的工作場所提醒方式並在機構內使用？	是	否	
創造院內安全文化風氣			
對於WHO指引中所使出的尚待研究的議題，是否有發展本地的研究時間表，以進一步調查及解決？	是	否	
貴機構是否有積極的參與手部衛生相關議題之正式的會議發表（口頭報告或是海報）？	是	否	
是否有邀請病人提醒醫護人員執行手部衛生？	是	否	
病人及探病者是否有被教育正確的手部衛生方式？	是	否	
貴機構是否協助獲支持全國性的手部衛生運動（若已有現行之全國性運動）？	是	否	
手部衛生運動所造成之影響是否已被納入未來的感染控制計畫？	是	否	
你的機構是否已經設定改善全院手部衛生遵從率的年度計畫？	是	否	
若你的機構已經設有目標，再去年是否已完成？	是	否	
統計		/20	

（如果在領導能力評估中，每一個部分至少有一個回答“是”，且共達12個以上，恭喜你達到手部衛生之領導階段）

人道、專業、機先、團隊、溝通

指導單位： 行政院衛生署疾病管制局

編製單位： 臺大醫院

 三軍總醫院

 高雄榮民總醫院

 財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

