

108 年健康醫院認證評分說明之操作型定義

標準 1. 管理政策 Policy and Leadership

1.1 醫院將臨床健康促進列為優先。

基準	評分說明	執行細則(操作說明)
1.1.1 醫院有臨床健康促進政策(包括對於病人、家屬、社區及員工等)，該政策呈現在願景和目標中且其承諾可被看見	1.醫院有健康促進政策，包括對於病人、家屬、社區及員工等。 ☐ 完成 ☐ 部分完成 ☐ 未完成	1.政策：醫院有正式委員會(或可呈現在相關委員會中確切任務編組)，針對健康促進制訂全院執行目標、方法及評量標準，並能呈現逐年改善情形。 2.政策對象包含對病人及家屬、員工及社區民眾等。 3.完成之定義： 完成：能提供委員會會議紀錄或執行評量紀錄等，具體呈現醫院之健康促進政策及參與代表狀況。 部分完成：能供相關紀錄，但無法清楚呈現參與對象之參與程度。 未完成：無相關紀錄或統計，亦無法了解參與對象之參與程度。
	2.醫院的健康促進政策，呈現在願景和目標中。 ☐ 完成 ☐ 部分完成 ☐ 未完成	1.上述醫院健康促進政策，有置於醫院經營或管理願景及目標中。 2.在醫院的宣誓、網站或相關文件中，有明確將「健康」或「全人健康」或「全人照護」或「預防醫學」或「健康促進」列入其宗旨、目標、願景或使命中。 3.完成之定義： 完成：調閱醫院網站或相關文件(或於醫院經營計畫書中)上可清楚發現與健康促進有關之宣示與作為。 部分完成：醫院網站或相關文件雖有相關字眼，但語意或標示不明，無法呈現醫院推動健康促進之決心。

基準	評分說明	執行細則(操作說明)
		未完成：醫院網站及相關文件無健康促進與作為。
	3.臨床健康促進政策的承諾可被看見。 ☐ 完成 ☐ 部分完成 ☐ 未完成	1.除了於網站、宣導單張、電視牆等看見健康促進政策外，在醫院診間及病房可以看到具體作為，例如設有健康操時間，提醒病人及員工工作(候診中)採行運動。或醫院設有體重控制活動、戒菸及戒檳榔服務、健康飲食計畫，或其他健康促進計畫。參與人員包括病人及員工。 2.員工職務說明書(job description)或員工守則上有載明院內禁菸規定及鼓勵戒菸(檳榔)等降低風險之作為。 3.完成之定義： 完成：醫院健康促進政策可透過各式管道讓病人、員工及社區知曉，且所辦理之相關健康促進活動，有具體成效。若成效情形不佳亦有具體改善建議。 部分完成：醫院健康促進政策可透過各式管道讓病人、員工及社區知曉，但部分健康促進活動參與情形無具體成效或未見具體改善作法。 未完成：無法提供醫院辦理情形及參與情形。
	註：健康促進政策應包括無菸檳議題。	
1.1.2 員工能夠參與政策的制定、稽核與檢討。	1.醫院推動健康促進工作會議有基層員工(非主管職)參加。 ☐ 完成 ☐ 部分完成 ☐ 未完成	1.醫院有定期召開健促工作會議，會議成員有基層員工(非因工作職掌參與會議)，為落實病人及家屬參與精神，可邀請病友代表。 2.完成之定義： 完成：提具會議紀錄，會議成員有基層員工或志工代表、病友代表之人員職務與職位。 部分完成：有基層員工(或病友代表)出席，但出席狀況不

基準	評分說明	執行細則(操作說明)
		佳。 未完成：無基層員工(或病友代表)參加
	2.員工在健康促進工作會議上有參與政策制定。 ☐ 完成 ☐ 部分完成 ☐ 未完成	1.員工或病友代表能充分表達對健康促進之需求與建議。 2.完成之定義： 完成：會議紀錄能羅列出有員工及病友代表具體建議之項目與採行結果並有發言紀錄。 部分完成：員工(或病友代表)有參加會議，但從會議紀錄上無法查證員工建議或發言情形。 未完成：無基層員工(或病友代表)參加會議。
	3.基層員工有參與健康活動之稽核與檢討。 ☐ 完成 ☐ 部分完成 ☐ 未完成	1.對於醫院提供之健促設備與活動，在定期檢討或稽核設備使用時，有基層員工參與。 2.有提供健促活動回饋意見的管道(如會議、需求調查)。 3.現場實地評量時，委員得詢問基層員工了解醫院健促活動提供狀況。 4.完成之定義： 完成：(1)檢具員工使用情形調查分析或意見調查分析。(2)詢問基層員工，是否能了解醫院健促活動提供狀況。 部分完成：上述(1)或(2)有一項未完成，或員工使用情形不佳，但未陳述改善計畫。 未完成：上述(1)及(2)皆未完成。
1.1.3 醫院目前的品質與經營計畫有包括臨床健康促進。	1.臨床健康促進於醫院內品質管理中心或健康促進相關委員會會議上進行討論(四大危險因子：菸檳、酒、不健康飲食及缺乏運動，任兩項以上，無菸檳為必要項	1.醫院品質管理中心或健康促進相關委員會有將健康促進列為品質指標及有相關品質活動。必要項目包括菸檳及高齡項目，例如戒菸檳服務成效分析及與高齡者相關指標(跌倒率、衰弱評估等)，婦幼專科醫院可針對戒菸檳服務成效

基準	評分說明	執行細則(操作說明)
	目)；非婦幼專科醫院，高齡者健康促進計畫為必要項目。 ☐ 完成 ☐ 部分完成 ☐ 未完成	分析。 2.完成之定義： 完成：能呈現品質管理指標及指標分析或呈現品質管理活動含有健康促進項目及指標。或經營計畫書中能標示健康促進項目及執行策略。 部分完成：品質計畫(或經營計畫)中有健康促進項目，但未確切執行，或未檢具執行成果。 未完成：品質計畫(或經營計畫)中皆無與健康促進相關之指標項目。
	2.有定期收集臨床健康促進議題，並納入品質與經營計畫中。 ☐ 完成 ☐ 部分完成 ☐ 未完成	1.針對 1.1.3 納入品質或經營計畫中之項目，除指標分析外，有針對不同對象(病人/家屬、員工、社區)，定期收集其健康促進議題之需求，並列舉不同對象評估方式、頻率等，如針對員工，每年進行員工壓力檢測及滿意度調查，進行員工職場心理抒壓計畫。 2.完成之定義： 完成：能呈現針對不同對象需求所設立之議題，與推動之介入過程與計畫。 部分完成：有呈現相關計畫，但未明確界定對象與介入過程與計畫。 未完成：品質計畫(或經營計畫)中雖有指標，但無任何介入措施或推動計畫。
	3.有定期檢討與改善紀錄。 ☐ 完成 ☐ 部分完成	1.針對品質與經營計畫，有訂定相關目標，定期(一年不得少於 2 次)進行檢討、改善與落實。 2.完成之定義：

基準	評分說明	執行細則(操作說明)
	☐ 未完成	完成：健康促進相關品質與經營計畫，其目標與執行情形進行檢討(如會議紀錄)，並有改善紀錄，能呈現持續性結果分析(continuous data analysis)。 部分完成：品質與經營計畫或紀錄，有呈現目標與執行計畫，但未能呈現過程與持續性結果分析(continuous data analysis)。 未完成：雖訂有計畫，紀錄中沒有呈現定期檢討或改善。
1.1.4 醫院禁止接受菸商的贊助及經費並禁止銷售菸品和電子煙等相關器具。	1.醫院有明訂規範禁止接受菸商的贊助及經費之辦法。 ☐ 完成 ☐ 部份完成 ☐ 未完成	1.有禁止菸商贊助及經費之管理辦法或規則，並有工作小組或委員會監督或檢核落實情形。 2.完成之定義： 完成：能檢具醫院規範之佐證文件，並有工作小組或委員會監督或檢核落實情形。 部分完成：能檢具醫院規範之佐證文件，但無監督或檢核機制。 未完成：未能檢具醫院規範之佐證文件
	2.醫院有明訂禁止銷售菸品和電子煙等相關器具之辦法。 ☐ 完成 ☐ 部份完成 ☐ 未完成	1.有禁止銷售菸品及電子煙之辦法或規則(如外包廠商、租賃合約、商店禁止銷售菸品標示)，並有工作小組或委員會監督或檢核落實情形。 2.完成之定義： 完成：能檢具醫院規範之佐證文件，並有工作小組或委員會監督或檢核落實情形。 部分完成：能檢具醫院規範之佐證文件，但無監督或檢核機制。 未完成：未能檢具醫院規範之佐證文件。

1.2 醫院以病人照護程序的連續性及協調性為優先。

基準	評分說明	執行細則(操作說明)
1.2.1 管理階層有重視當地的衛生政策計畫與需要，並與其他同部門及跨部門資源進行合作。	1.有參與其他衛生單位健康促進政策相關會議。 ☐ 完成 ☐ 部分完成 ☐ 未完成	1.有參與其他衛生單位健康促進政策會議。 2.完成之定義： 完成：資料能呈現列舉參與其他衛生單位會議，包括名稱、配合衛生單位、頻率、計畫內容、院內主責單位等。 部分完成：資料雖有陳述衛生單位合作情形，但未能呈現醫院參與狀況。 未完成：無法檢具資料說明參與衛生單位會議情形。
	2.有配合衛生單位需求之健康促進活動(無菸檯及高齡服務為必要項目，若為婦幼專科醫院高齡可免填)。 ☐ 完成 ☐ 部分完成 ☐ 未完成	1.配合衛生單位需求辦理健康促進活動，辦理情形與成果分析。 2.完成之定義： 完成：資料能列舉健康促進活動，包括名稱、配合衛生單位、具體成效、照片等(無菸檯及高齡服務為必要項目)，並進行成果分析。 部分完成：資料雖有陳述衛生單位合作情形，但未能呈現成果分析。 未完成：無法檢具資料說明參與成果分析。
	3.醫院內有跨部門參與當地衛生單位活動。 ☐ 完成 ☐ 部分完成 ☐ 未完成	1.配合衛生單位執行健康促進活動時，可看出院內跨部門(臨床或非臨床)合作，包括院內會議及出席活動情形。 2.完成之定義： 完成：資料能列舉辦理各項健康促進活動時，院內跨部門參與情形，非單一部門參加活動。 部分完成：呈現之資料僅只有單一部門參加活動。 未完成：資料未呈現醫院參與衛生單位活動情形。

基準	評分說明	執行細則(操作說明)
1.2.2 醫院能夠提供有合作關係的健康及社會照護資源名冊。	1.有社區資源整合(無菸檳及高齡服務為必要項目，若為婦幼專科醫院，高齡可免填)。 ☐ 完成 ☐ 部分完成 ☐ 未完成	1.有社區資源整合名冊，並能分析各資源之活動能力(包括參與人員數、辦理活動經驗或與醫院合作情形分析等)無菸檳及高齡服務(如長期照護服務)為必要項目。資源包括：社區醫療群、長照機構、社福資源、轉診(檢)等。 2.完成之定義： 完成：有資源整合名冊及實質合作成果或資源能力分析。 部分完成：儘呈現資源合作名冊。 未完成：未呈現資源名冊。
	2.有呈現社區名冊及定期更新與連結運用情形。 ☐ 完成 ☐ 部分完成 ☐ 未完成	1.前項名冊可看出有定期更新情形並有記錄社區照護資源間轉介情形分析。 2.完成之定義： 完成：名冊及轉介情形是否有定期更新，如標示更新日期，並有進行運用情形分析。 部分完成：名冊超過2年以上未更新，運用情形分析不明確。 未完成：未標示更新日期或無運用情形分析。
1.2.3 與照護夥伴間有書面的合作計畫，以增進病人照護(顧)的連續性。	1.對於有實質合作資源之單位有建立合作意向書或證明彼此合作同意之文件。 ☐ 完成 ☐ 未完成	1.對經常或有實質合作之社區資源(組織、機構)，例如照管中心、長照機構、社區基層醫療院所或婦女會等等，有建立合作契約或合作同意文件資料。 2.完成之定義： 完成：提具公文或合作意願書或契約書等，佐證雙方之正式合作關係。 未完成：無法提供正式文件說明與社區資源雙方合作關係。

基準	評分說明	執行細則(操作說明)
	2.有合作計畫(如：長照醫療支援服務、轉診(檢)、復健計畫、無菸檯...等)。 ☐完成 ☐部分完成 ☐未完成	1. 與上述之社區資源(組織、機構)，有具體合作照護計畫，例如個案轉介照管中心計畫、於社區團體合作辦理無菸檯等定型化(每年都有，非一次性)活動計畫、社區醫療院所轉診(檢)之友善服務計畫(以個案為中心簡化掛號及看診等流程)。 2. 完成之定義： 完成：資料舉列合作計畫，並有明訂雙方角色及合作內容，並能分析合作成果。 部分完成：雖有合作計畫，但雙方角色與合作內容或成果不明確。 未完成：無合作計畫。
	3. 有入、出院標準及後續照護(顧)計畫。 ☐完成 ☐部分完成 ☐未完成	1.有入、出院作業管理標準及後續照護(顧)計畫。 2.轉診或出院作業管理標準或服務準備計畫需包含轉介流程。 3.完成之定義： 完成：有入、出院作業管理標準及計畫，並呈現轉診或出院準備服務之計畫內容與成果(須計算轉介照管中心人數及比率)。 部分完成：只有訂定有入、出院作業管理標準及計畫，未統計成果。 未完成：未訂有計畫及分析結果。

標準 2. 病人評估 Patient Assessment

2.1 醫院在第一次與病人接觸時就評估其健康促進的需求。

基準	評分說明	執行細則(操作說明)
2.1.1 醫院在病人住院或初次就診時具有如何辨識病人吸菸狀態、嚼檳榔狀態、飲酒狀態、身體活動、營養狀態、心理-社會-經濟狀態的臨床指引或步驟；該指引或步驟在過去每年中有進行檢討、修訂及落實。	1.住院及初診時具有如何辨識病人吸菸(含電子煙)、二手菸(電子煙霧)、嚼檳榔、飲酒的臨床指引及步驟。 ☐ 完成 ☐ 部分完成 ☐ 未完成	1.醫院於門診(初診)及住院的病人，有進行辨識病人吸菸(含電子煙)、二手菸(電子煙霧)、嚼檳榔、飲酒等相關行為之紀錄，並在初診病人評估作業辦法、入院管理程序訂有相關臨床指引，包括評估步驟、內容及異常處置(例如吸菸者轉介戒菸門診、戒檳服務等)。 2.完成之定義： 完成：能呈現如何辨識病人上述之高風險行為評估，例如看診、住院系統之紀錄，並訂有轉介辦法 部分完成：只有在門診或住院其中一項有呈現高風險行為評估。 未完成：未訂辨識指引或步驟。
	2.住院及初診時具有如何辨識病人營養、身體活動及心理-社會-經濟狀態的評估及步驟。 ☐ 完成 ☐ 部分完成 ☐ 未完成	1.針對初診及住院的病人，有辨識病人營養、身體活動、BMI 及心理-社會-經濟狀態等紀錄或有訂定相關指引文件，包括評估步驟、內容及異常處置(體重控制或社經介入等)。 2.完成之定義： 完成：能呈現如何辨識病人上述之高風險行為評估，例如看診、住院系統之紀錄，並訂有專業人員會診評估辦法 部分完成：只有在門診或住院其中一項有呈現高風險行為評估。 未完成：未訂辨識指引或步驟。

基準	評分說明	執行細則(操作說明)
	3.呈現該臨床指引或步驟在過去每年中有進行修訂、檢討及落實改善措施(須有文件或會議紀錄佐證)。 ☐ 完成 ☐ 部分完成 ☐ 未完成	1.相關指引文件，有定期檢討、修訂及落實，並能呈現針對異常之處理結果。 2.完成之定義： 完成：能呈現相關指引文件之修訂紀錄(修訂日期、版本)或會議紀錄等。 部分完成：超過2年以上未更新紀錄，檢討與改善措施不明確。 未完成：未標示更新日期或無檢討改善分析。
2.1.2 將病人健康促進需求評估記錄在病歷中。	1.評估病人吸菸(含電子煙)、二手菸(電子煙霧)、嚼檳榔、飲酒的評估紀錄記載於病歷或照護紀錄中。 ☐ 完成 ☐ 部分完成 ☐ 未完成	1.對於病人需求有詳細評估，例如評估病人吸菸(含電子煙)情形及戒菸需求，進而落實戒菸服務(包括住院及門診都有進行)，相關評估與服務介入等紀錄皆有記載於病歷或照護紀錄(資訊系統或紙本)。必要項目包括菸檳項目。 2.完成之定義： 完成：病歷或照護紀錄中，能查詢病人健康促進評估及介入紀錄。 部分完成：有評估需求及紀錄，但無實際介入措施。 未完成：無評估紀錄及介入措施。
	2.評估病人營養、身體活動及心理-社會-經濟狀態的評估紀錄記載於病歷或照護紀錄中(高齡服務(如跌倒評估…等)為必要項目，若為婦幼專科醫院，高齡可免填)。 ☐ 完成 ☐ 部分完成	1.對於病人需求有詳細評估，並依前條相關指引文件落實，將病人營養、身體活動及心理-社會-經濟狀態等評估及病人需求紀錄記載於病歷或照護紀錄(資訊系統或紙本)，並有確切之介入措施。 2.完成之定義： 完成：病歷或照護紀錄中，能查詢病人營養、身體活動及心理-社會-經濟狀態等專業人員評估及紀錄。

基準	評分說明	執行細則(操作說明)
	☐ 未完成	部分完成：有評估需求及紀錄，但無實際介入措施。 未完成：無評估紀錄及介入措施。
2.1.3 在病歷中適切地記載病人的社會及文化狀況，以針對病人特殊需求提供相關照護服務。	1.病歷或照護紀錄中，有確實記載社會-文化狀況(如特殊飲食、宗教需求或其他需求)導致疾病風險特別注意的事項。 ☐ 完成 ☐ 部分完成 ☐ 未完成	1.有評估病人文化背景、經濟狀況、宗教信仰、特殊飲食與心理等紀錄。前項評估項目有記載於病歷或照護紀錄中。 2.完成之定義： 完成：病人入院評估表中，有包含社會文化、經濟狀況、宗教信仰、特殊飲食或其他需要欄位。 部分完成：入院評估表中，未完全評估社會文化、經濟狀況、宗教信仰、特殊飲食或其他需要欄位。 未完成：入院評估表中，無評估社會文化、經濟狀況、宗教信仰、特殊飲食或其他需要欄位。
	2.病歷或資訊系統上，有設計適當欄位或系統程式供記錄之用，或視臨床常規處理。 ☐ 完成 ☐ 部分完成 ☐ 未完成	1.於紙本病歷或資訊系統，提供病人的社會及文化決定特殊需求等紀錄的欄位或程式，以利臨床人員記錄。 2.完成之定義： 完成：紙本病歷或資訊系統，有病人的社會及文化決定特殊需求等欄位資訊，經現場抽樣之門診及住院病人病歷上，每個病人皆有完整評估紀錄。 部分完成：有紙本病歷或資訊化，經現場抽樣之門診及住院病人病歷上，病人評估不完整。 未完成：無紙本或資訊化。
	3.有針對病人特殊需求提供相關服務並記載於病歷中。 ☐ 完成	1.依病人特殊需求提供相關服務(如經濟狀況社工協助、糖尿病飲食、老年預防跌倒等，並記載於病歷中可查閱。 2.完成之定義：

基準	評分說明	執行細則(操作說明)
	☐ 部分完成 ☐ 未完成	完成：於病歷中，可查閱病人特殊需求及依需求提供照護紀錄。 部分完成：於病歷中，雖可查閱病人特殊需求及依需求提供照護紀錄，但評估及後續服務不完整。。 未完成：於病歷中，無可查閱病人特殊需求及依需求提供照護紀錄。
2.1.4 在病人的病歷上可查到轉介醫師或其它相關來源所提供的資料。	1.對於經轉介而來的病人病歷或照護紀錄中，有納入先前醫師或其他照護單位提供的評估資料或健康促進需求(無菸癮及高齡服務為必要項目，若為婦幼專科醫院高齡可免填) ☐完成 ☐部分完成 ☐未完成	1.醫院訂有對於轉介(含院外轉介及院內各科會診與轉介)之病人，在病歷管理作業文件上，規範須在病歷上載明原轉介機構醫師或其他專業人員評估資料，或有針對病人健康促進需求項目(例如轉介戒菸、體重控制或衰弱介入服務等)。 2.完成之定義： 完成：醫院訂有轉介辦法或在病歷管理原則上訂有轉介資訊須載明於本院病歷中(評估及建議介入服務) 部分完成：醫院雖訂有轉介辦法或在病歷管理原則上訂有轉介資訊，但內容不明確。 未完成：醫院未訂有轉介辦法或病歷管理原則。
	2.病歷或資訊系統上有納入轉介單位之相關資料或建議 ☐完成 ☐部分完成 ☐未完成	1.入院後(或門診時)，有將原轉介機構提供病人之相關資訊或建議，納入病歷或照護紀錄中。 2.完成之定義： 完成：於病歷中，可查閱相關轉介資訊(評估及建議介入服務)。 部分完成：於病歷中，雖可查閱轉介紀錄，但無評估及建議介入服務。

基準	評分說明	執行細則(操作說明)
		未完成：於病歷中，無可查閱轉介紀錄。
	3.有將處理結果回復原轉介單位 ☐ 完成 ☐ 部分完成 ☐ 未完成	1.訂有回覆辦法，並在病人轉入院後，能將照護處理情形，回饋至原轉介機構。 2.完成之定義： 完成：有轉診回覆單或轉診回覆資訊交換平台，提供病人資訊交換，並有紀錄分析回覆結果。 部分完成：有轉診回覆單或轉診回覆資訊交換平台，提供病人資訊交換，但未紀錄分析回覆結果。 未完成：未訂有回覆辦法。

2.2 評估病人健康促進之需求，並根據臨床變化作調整。

基準	評分說明	執行細則(操作說明)
2.2.1 在病人要出院或臨床介入告一段落時，有重新評估其健康促進需求的臨床指引或步驟；該指引或步驟在過去每年中有進行修訂、檢討及落實改善措施。	1.病人出院或臨床介入告一段落，有重新評估其健康促進之需求。 ☐ 完成 ☐ 部分完成 ☐ 未完成	1.病人出院或臨床介入告一段落，依病人病情變化進行修正照護計畫，有重新評估健康促進需求的臨床指引或步驟。 2.包含依臨床變化之評估、計畫、執行、追蹤，使病人獲得持續性照顧。 3.完成之定義： 完成：資料能呈現病人評估作業辦法(出院準備服務)或各科護理照護常規或作業程序文件有呈現病人出院前須進行健康促進或長期照護需求評估。 部分完成：有病人評估作業辦法(出院準備服務)，但無法了解是否有進行健康促進需求評估。 未完成：提供資料無法查驗有相關作業標準。

基準	評分說明	執行細則(操作說明)
	2.訂出個別化的健康照護方法，並記載於病歷或照護紀錄中(無菸癮及高齡服務為必要項目，若為婦幼專科醫院，高齡可免填) ☐完成 ☐部分完成 ☐未完成	1.病人出院或臨床介入告一段落之個別化健康照護方法，必要項目包括菸癮及高齡項目。 2.完成之定義： 完成：提供病歷可供查驗有呈現出院準備服務評估與紀錄內容，或在病人出院前有進行健康促進需求評估(戒菸、癮、酒)。對於有轉介至照管中心之病人，能提具統計說明。 部分完成：有出院準備服務紀錄，但紀錄中無個別化的健康照護方法。 未完成：提供病歷無法查驗有出院準備服務評估。
	3.呈現該臨床指引或步驟在過去每年中有進行修訂、檢討及落實改善措施(須有文件或會議紀錄佐證)。 ☐完成 ☐部分完成 ☐未完成	1.相關指引文件，有定期檢討、修訂及落實。 2.完成之定義： 完成：能呈現相關指引文件之修訂紀錄(修訂日期、版本)或會議紀錄等，不修訂也要有紀錄證明有討論。 部分完成：超過2年以上未更新，檢討與改善措施不明確。 未完成：未標示更新日期或無檢討改善分析。

標準 3. 病人的資訊與介入 Patient Information and Intervention

3.1 以需求評估為基礎，病人能獲得影響健康因子之相關資訊及對其有益之介入。

基準	評分說明	執行細則(操作說明)
3.1.1 有提供一般性與高風險疾病有關的健康資訊。	1.透過多元管道(如印刷品、網路宣導或諮詢櫃臺等)提供以實證為基礎之一般性的健康資訊。 ☐ 完成 ☐ 部分完成 ☐ 未完成	1.建立多元管道(實體或數位化方式如印刷品、網路宣導、電視牆或衛教講座等)提供一般性健康資訊。 2.完成之定義： 完成：透過宣導品或網路能確認醫院有提供多元之傳播健康資訊管道(實體或數位化方式如印刷品、網路宣導、電視牆或衛教講座等)及健康資訊內容。 部分完成：有透過傳播健康資訊管道進行宣導，但僅為書面或網絡其中一項。 未完成：未能提具傳播健康資訊管道及內容。
	2.提供有關使用菸品(包括電子煙)、檳榔的風險和戒菸檳方法的資訊。 ☐ 完成 ☐ 部分完成 ☐ 未完成	1.宣導內容包括，說明菸品、檳榔、酒等風險及提供戒菸、檳的方法。 2.完成之定義： 完成：宣導內容豐富，有包含菸品、檳榔、酒等風險及戒治方法。 部分完成：宣導內容僅含菸或檳榔或酒其中一項，或有提供菸品、檳榔、酒等風險，但無戒治方法。 未完成：未有呈現菸品、檳榔風險及戒菸檳的方法。
	3.針對高風險疾病有提供相關疾病及健康維護資訊(例如三高病人有提供預防中風、心臟病、腎臟病等合併症)。 ☐ 完成 ☐ 部分完成	1.透過多元管道提供高風險疾病之健康資訊，例如高血壓病人如何預防中風、腎臟病等合併症，糖尿病病人對眼睛、足部照護注意事項，或其他屬於疾病前期之高風險疾病，有提供完整預防疾病進程與合併症之資訊。 2.完成之定義：

基準	評分說明	執行細則(操作說明)
	☐ 未完成	完成：有多元管道完整針對高危險疾病提供疾病及健康維護資訊。 部分完成：無有多元管道完整有提供高危險疾病提供疾病及健康維護資訊，或內容較陳舊或不夠豐富。 未完成：未提供高危險疾病提供疾病及健康維護資訊。
3.1.2 有提供病友組織的資訊。	1.有建立病友組織盤點資料。 ☐ 完成 ☐ 部分完成 ☐ 未完成	1.有專責單位/人員負責病友組織盤點，盤點內容包括病友組織活動能力、人數、與機構之互動狀況(合作、轉介狀況) 2.有列出病友組織清冊(如名稱、對象)。 3.完成之定義： 完成：有專責單位/人員負責病友組織盤點，呈現病友組織清冊(含上述內容)及活動資訊，且可看出有定期更新病友組織資料清冊。 部分完成：有專責單位/人員負責病友組織盤點，呈現病友組織清冊，但未能看出有定期更新資料清冊。 未完成：未有專責單位/人員負責病友組織盤點，或無法提具病友組織盤點清冊。
	2.能依病人需求提供病友組織的資訊(如網站、連絡電話及地址等)。 ☐ 完成 ☐ 部分完成 ☐ 未完成	1.依院內病人需求成立相關病友組織或提供病友組織資訊 2.病友組織清冊中能提供病人相關資訊(如網站、電話、地址等) 3.完成之定義： 完成：依病人需求成立病友組織或提供病友組織團體資訊給病人/家屬，其資訊如網站、電話、地址等，並呈現成立病友組織的相關辦法。 部分完成：依病人需求成立病友組織或提供院外病友組織

基準	評分說明	執行細則(操作說明)
		團體資訊給病人/家屬，其資訊如網站、電話、地址等，未能呈現成立病友組織的相關辦法。 未完成：無病友組織的資訊。
	3.病人有確實參加相關組織(可依病人意願)或組織能定期提供資訊給病人。 ☐ 完成 ☐ 部分完成 ☐ 未完成	1.依病人意願有確實協助病人及家屬參與病友組織辦理之活動或服務。活動與服務包括動態(聚會、座談等)與靜態(健康資訊、病友刊物等)。 2.定期提供病人病友組織活動資訊。 3.完成之定義： 完成：(1)提具病人參與病友組織相關活動之紀錄 (2)有定期持續提供病友活動資訊。 部分完成：上述(1)或(2)有一項未完成。 未完成：上述(1)及(2)皆未完成。
3.1.3 有跨領域團隊所發展出的工作常規(程序與指引)。	1.有組織跨領域團隊。 ☐ 完成 ☐ 部分完成 ☐ 未完成	1.依健康促進需要邀請院內外跨領域專家(同仁)組成團隊(如員工健康促進、心血管疾病照護、老人周全性照護等)發展符合醫院特性之工作常規。跨領域合作照護團隊需有戒菸與營養相關專業人員。 3.完成之定義： 完成：有呈現跨領域合作照護團隊，且團隊成員需有戒菸、營養、復健相關專業人員。 部分完成：有呈現跨領域合作照護團隊，但團隊成員未包括戒菸及營養相關專業人員。 未完成：未有跨領域合作照護團隊。

基準	評分說明	執行細則(操作說明)
	2.有建立健康促進工作常規(四大危險因子任兩項以上，無菸癮為必要項目)。 ☐完成 ☐部分完成 ☐未完成	1.依病人/家屬、員工、社區等不同對象訂定健康促進工作常規，菸癮為必要項目，四大危險因子需再擇一進行完整規劃。 2.完成之定義： 完成：有呈現依不同對象訂定健康促進工作常規(如菸害防制作業辦法)，菸癮及四大危險因子有擇一成為必要項目，且此工作常規可看出有定期檢討及修訂紀錄。 部分完成：有呈現依不同對象訂定健康促進工作常規，菸癮及四大危險因子無置入必要項目，或未能呈現工作常規有定期檢討及修訂紀錄。 未完成：未能明確呈現依不同對象訂定健康促進工作常規。
	3.有針對高齡者提供友善服務之工作常規(若為婦幼專科醫院高齡可免填，完成 1 項為未完成；2 項為完成)。	1.針對來院高齡者進行評估及了解，建立符合長者及家屬需要之友善服務或健康促進之工作常規 2.完成之定義： 完成：有呈現依高齡長者之需求訂定之友善服務或健康促進工作常規(如高齡長者照護護理常規、跌倒評估、周全性評估服務介入等)，且此工作常規可看出有定期檢討及修訂紀錄。 部分完成：有呈現依高齡長者之需求訂定友善服務或健康促進工作常規，但未臻完善或未能呈現工作常規有定期檢討及修訂紀錄。 未完成：未能明確呈現依高齡長者之需求訂定友善服務或健康促進工作常規。

基準	評分說明	執行細則(操作說明)
3.1.4 針對不同問題(如：吸菸、嚼檳榔、飲酒、身體活動、營養和心理社會經濟等)，醫院有訂定如何提供資訊、建議及簡易之介入服務或措施的相關臨床指引或步驟；該指引或步驟在過去每年中有進行檢討、修訂及落實改善措施。	1.針對不同問題(如：吸菸、嚼檳榔、飲酒、身體活動、營養或心理社會經濟等)，透過跨團隊訂定如何提供資訊、建議及簡易之介入服務或措施(如衛教)的相關臨床指引或步驟(無菸檳為必要項目)。(例如缺乏治療意願患者給予口頭衛教或衛教單張) ☐完成 ☐部分完成 ☐未完成	1.依病人健康促進需求，訂定提供資訊、建議及簡易之介入服務或措施之相關臨床指引或步驟(無菸檳為必要項目)。 2.臨床指引中，介入服務或措施包括跨團隊照護合作。 3.完成之定義： 完成：有依病人健康促進需求提供資訊、建議及簡易之介入服務或措施之相關臨床指引或步驟，菸檳為必要項目，且其臨床指引有包括跨團隊照護合作(如缺乏治療意願患者給予口頭衛教或衛教單張)。 部分完成：有依病人健康促進需求提供資訊、建議及簡易之介入服務或措施之相關臨床指引或步驟，但未納入戒菸檳議題，或未明確定義合作的照護單位。 未完成：未依病人健康促進需求提供資訊、建議及簡易之介入服務或措施之相關臨床指引或步驟。
	2.呈現該臨床指引或步驟在過去每年中有進行修訂、檢討及落實改善措施(須有文件或會議紀錄佐證)。 ☐完成 ☐未完成	1.相關指引文件，有定期檢討、修訂及落實。 2.完成之定義： 完成：有提具相關指引文件之修訂紀錄(修訂日期、版本)或會議紀錄等，且每年進行檢討。 未完成：未能呈現相關指引文件之修訂紀錄或會議紀錄等。
	3.有針對高齡者提供友善之服務(若為婦幼專科醫院，高齡可免填，完成1項為未完成；2項為完成)。 ☐完成	1.對高齡長者需求提供高齡友善服務訊息(如預防跌倒)指引。 2.完成之定義： 完成：有依高齡長者病人之健康促進需求提供資訊、建議

基準	評分說明	執行細則(操作說明)
	☐ 部分完成 ☐ 未完成	及簡易之介入服務或措施之相關臨床指引或步驟，且其臨床指引有包括跨團隊照護合作(如復健計畫及營養治療計畫)，並有呈現修訂紀錄(修訂日期、版本)或會議紀錄等。 部分完成：有依高齡長者病人健康促進需求提供資訊、建議及簡易之介入服務或措施之相關臨床指引或步驟，但未明確定義合作的照護單位，或未能呈現修訂紀錄或會議紀錄等。 未完成：未依高齡長者病人之健康促進需求提供資訊、建議及簡易之介入服務或措施之相關臨床指引或步驟。
3.1.5 提供給病人的主要健康促進訊息或服務有記載於病歷中。	1.提供病人所需之健康促進訊息，並訂出個別化的健康照護服務(無菸檯為必要項目)。 ☐完成 ☐部分完成 ☐未完成	1.依病人病情所需，提供相關健康促進訊息(或指導、衛教資訊等)，並給予個別化的健康照護服務，所謂個別化照護訊息，係根據病人評估結果，提供之服務亦須具體可評量。例如有心血管疾病病人經評估後有抽菸或體重過重情形，有轉介戒菸班或體重控制班。又，如高血壓病人有評估其飲食狀況，提供減鹽方法等、口腔癌病人提供戒檯服務等。(無菸檯為必要項目)。 2.完成之定義： 完成：醫院有訂定明確之 SOP，例如於住院時有依病人健康促進需求(評估表)，提供個別化的照護服務。 部分完成：有訂相關評估，但無個別化的照護服務。 未完成：無病人健康促進需求評估。
	2.病歷或照護紀錄中，有記載前項紀錄。 ☐完成 ☐未完成	1.前項訊息及個別化照護服務記載於病歷或照護紀錄中。 2.完成之定義： 完成：住院病歷上能具體呈現，依病人健康促進需求，提

基準	評分說明	執行細則(操作說明)
		供個別化的照護服務。 未完成：未將病人健康促進需求及個別化照護服務記錄於病歷或照護紀錄。
	3.病歷或資訊系統上，有設計適當欄位或系統程式供記錄之用，或視臨床常規處理。 ☐完成 ☐部分完成 ☐未完成	1.於紙本病歷、評估表或資訊系統中，有設計清楚可辨識之健康促進需求評估與後續服務建議欄位，以利臨床人員記錄。 2.完成之定義： 完成：於紙本病歷、評估表或資訊系統中，有可記錄病人健康促進需求及個別化照護服務等欄位資訊。 部分完成：有訂相關欄位，但內容不夠明確。 未完成：紙本病歷或資訊系統，未能有完整記錄病人健康促進需求及個別化照護服務等欄位資訊。
	4.有高齡者健康促進活動訊息(若為婦幼專科醫院高齡可免填，完成1項為未完成；2項為部分完成；3項為完成)。 ☐完成 ☐部分完成 ☐未完成	1.針對高齡者，有提供高齡者相關健促活動訊息，例如衰弱介入、防跌介入或與高齡相關之健康促進活動(計畫)並於紙本病歷或資訊系統可查詢。 2.完成之定義： 完成：病歷或照護紀錄中，針對高齡長者有記錄高齡健康促進相關活動訊息，且紙本病歷或資訊系統有可記錄資訊之欄位。 部分完成：病歷或照護紀錄中，針對高齡長者有記錄高齡健康促進相關活動訊息，但紙本病歷或資訊系統未能完整可記錄資訊之欄位。 未完成：未將高齡長者病人健康促進活動納入病歷或照護紀錄中。

基準	評分說明	執行細則(操作說明)
3.1.6 提供健康促進的活動、介入服務、復健或後續治療，並將預期結果及評估，確實記錄於病歷。	1.病歷或照護紀錄中，有記錄病人健康促進活動、介入服務、復健或後續治療計畫(如何時開始介入、戒菸檳或減重成效、身體功能恢復程度、疾病延緩程度或其他疾病治療目的...等)(無菸檳為必要項目)。 ☐完成 ☐部分完成 ☐未完成	1.於病歷或照護紀錄中，有記錄病人健康促進活動、介入服務、復健或後續治療計畫，並有預期成果，例如戒菸檳或減重成效、身體功能恢復程度、疾病延緩程度或其他疾病治療目的...等(無菸檳為必要項目)。 2.完成之定義： 完成：病歷或照護紀錄中，有記錄病人健康促進目的為何、何時開始、如何執行、介入後成效及後續改善等，無菸檳為必要項目。 部分完成：病歷或照護紀錄中，有記錄病人健康促進目的為何、何時開始、如何執行、介入後成效及後續改善等，但無呈現吸菸嚼檳榔病人戒菸檳之介入服務。 未完成：未將病人健康促進活動納入病歷或照護紀錄中。
	2.病歷或資訊系統上，有設計適當欄位或系統程式供記錄之用，或視臨床常規處理 ☐完成 ☐部分完成 ☐未完成	1.於紙本病歷或資訊系統提供病人健康促進活動、介入服務及後續照護計畫等紀錄的欄位或程式，以利臨床人員記錄。 2.完成之定義： 完成：紙本病歷或資訊系統，有可記錄健康促進活動、介入服務、後續照護計畫及其預期成果等欄位資訊。 部分完成：有訂相關欄位，但內容不夠明確。 未完成：紙本病歷或資訊系統，未能有完整記錄健康促進活動、介入服務、後續照護計畫及其預期成果等欄位資訊。

基準	評分說明	執行細則(操作說明)
	3.包括高齡者健康促進活動於病歷中有記載及評估(例如:有提供預防跌倒或衰弱評估等)(若為婦幼專科醫院高齡可免填,完成1項為未完成;2項完成)。 ☐完成 ☐部分完成 ☐未完成	1. 針對高齡者相關健促活動介入後之預期成果,例如,增加每日身體活動時間、減少或降低跌倒風險、每週有〇天參加社區關懷據點(或其他機構)活動..等,於紙本病歷或資訊系統可查詢。 2.完成之定義: 完成:病歷或照護紀錄中,針對高齡長者有記錄高齡健康促進相關活動(如預防跌倒或衰弱評估等)、介入服務、復健或後續治療之目的為何、何時開始、如何執行、介入後成效及後續改善等,且紙本病歷或資訊系統,有可記錄資訊之欄位。 部分完成:病歷或照護紀錄中,針對高齡長者有記錄高齡健康促進相關活動、介入服務、復健或後續治療之目的為何、何時開始、如何執行、介入後成效及後續改善等,但紙本病歷或資訊系統,未能完整可記錄資訊之欄位。 未完成:未將高齡長者病人健康促進活動、介入服務、復健或後續治療及預期結果納入病歷或照護紀錄中。
3.1.7 推動醫病之共享決策(SDM)計畫方案,創造良好的溝通環境讓病人及家屬獲得資訊,以達成病人擁有照顧服務上做決定的能力與權利。	1.醫院有推動病人、家屬積極參與醫療決策之過程(Shared Decision Making)之制訂政策及指引。 ☐完成 ☐部分完成 ☐未完成	1.有推動 SDM 組織架構及工作說明,組織並有定期開會(每年至少二次),就醫院推動 SDM 進行討論。 2.制定及執行 SDM 相關作業指引,執行過程中有融入病人及家屬意見(須在 SDM 相關素材或會議上,紀錄中有家屬、病友代表或家屬參與意見)。 3.完成之定義: 完成:(1)資料或紀錄有呈現醫院推動 SDM 組織架構,並有制定及執行健康促進議題之 SDM 相關作業指引或工作

基準	評分說明	執行細則(操作說明)
		計畫，(2)有病人或家屬代表參加，(3)有院內相關教育訓練。 部分完成：上述有任一項未完成。 未完成：上述有兩項以上未完成。
	2.定期有查核機制，並有紀錄及檢討。 ☐ 完成 ☐ 部分完成 ☐ 未完成	1.有進行 SDM 執行成效分析，包括分析病人端及醫護人員端使用情形與成效，並有紀錄可查核。 2.完成之定義： 完成：SDM 執行成果有定期查核或會議討論，並有改善紀錄(如會議紀錄)。 部分完成：分析資料不完整，例如僅分析病人端及醫護人員端其中之一使用情形。 未完成：SDM 執行成果未有查核或會議討論。
	3.對於病人、家屬有參與醫療照護過程及決策。 ☐ 完成 ☐ 部分完成 ☐ 未完成	1.有病人/家屬參與醫療照護過程及決策機制。 2.提供充分的醫療照護資訊，落實病人/家屬參與式合作照護。 3.完成之定義： 完成：(1)有病人/家屬參與 SDM 滿意度調查及結果分析；資料亦能呈現相關結果。(2)實訪時模擬病人、家屬參與醫療照護過程及決策的情境。 部分完成：上述(1)或(2)有一項未完成。 未完成：上述(1)及(2)皆未完成。

3.2 根據需求評估，必要時提供病人介入、復原或後續治療。

基準	評分說明	執行細則(操作說明)
3.2.1 針對不同問題(如：吸菸、嚼檳榔、飲酒、身體活動、營養和心理社會經濟等)，訂定如何提供密集性介入服務、復健或治療的相關臨床指引或步驟；該指引或步驟在過去每年中有進行檢討、修訂及落實改善措施。	1.針對不同問題(如：吸菸、嚼檳榔、飲酒、身體活動、營養或心理社會經濟等)，透過跨團隊訂定密集性的介入措施(如復健或治療)相關臨床指引或步驟(無菸檳為必要項目)。(例如：高風險且具治療意願患者轉介戒菸門診進行治療與追蹤) ☐完成 ☐部分完成 ☐未完成	1. 針對 NCD(非傳染性疾病)之四大危險因子：菸、酒(檳榔)、不運動、不健康飲食，有訂定醫院之介入計畫，計畫內容須說明介入頻率、評估方式等。 2. 除上述之 NCD 危險因子外，另亦有針對不同問題，例如社會、心理及經濟等訂定評估及介入措施。例如，病人居住地區偏遠；就醫困難，如何提供後續照護服務，或病人為獨居者等等之整體評估與介入。 3. 所謂復健、復原計畫，係指非片斷性服務，而是持續性照護服務，協助病人及家庭維持最佳健康狀態。例如，AMI 病人住院時，有提供醫院戒菸服務，並在出院評估進行再次了解個案戒菸狀況，轉介持續進行門診戒菸照護，並有個管師進行追蹤及關懷。 4. 對於評估及相關介入措施有訂定醫院執行標準(SOP)或照護指引。指引中，介入服務或措施包括跨團隊照護合作。 5. 完成之定義： 完成：(1)有訂定依不同問題之評估計畫及介入措施等標準或指引。(2)其臨床指引有包括跨團隊照護合作(如復健計畫、營養治療計畫、戒菸檳計畫)。 部分完成：上述(1)或(2)有一項未完成。 未完成：上述(1)及(2)皆未完成。
	2.呈現該臨床指引或步驟在過去每年中有進行修訂、檢討及落實改善措施(須有文件	1.相關指引文件，有定期檢討、修訂及落實。 2.完成之定義：

基準	評分說明	執行細則(操作說明)
	或會議紀錄佐證)。 ☐ 完成 ☐ 部分完成 ☐ 未完成	完成：能呈現相關指引文件之修訂紀錄(修訂日期、版本)或會議紀錄等，不修訂也要有紀錄。 部分完成：超過2年以上未更新，檢討與改善措施不明確。 未完成：未標示更新日期或無檢討改善分析。
	3.包括高齡友善服務部分(例如：復健、衰弱介入等)(若為婦幼專科醫院，高齡可免填，完成1項為未完成；2項完成)。 ☐ 完成 ☐ 部分完成 ☐ 未完成	1.對高齡長者需求提供高齡友善服務(如復健、衰弱介入等)指引。相關定義如3.2.1，例如長者因疾病住院，同時進行衰弱評估，發現有衰弱狀況，在出院準備服務時轉介當地照管中心，由醫院追蹤了解長者接受服務狀況。或若長者拒絕(不合適轉介)照管中心轉介，醫院有提供持續性衰弱介入計畫。 2.完成之定義： 完成：(1)有訂定依長者不同問題之評估計畫及介入措施等標準或指引。(2)其臨床指引有包括跨團隊照護合作(如復健計畫、衰弱介入計畫等)。 部分完成：上述(1)或(2)有一項未完成。 未完成：上述(1)及(2)皆未完成。
3.2.2 在門診諮詢、轉診或出院準備時，有給予病人(或家屬)易於理解的後續追蹤說明。	1.有訂定於門診諮詢、轉診或出院準備時給予病人(或家屬)後續追蹤說明的標準作業程序。 ☐ 完成 ☐ 部分完成 ☐ 未完成	1.有門診諮詢、轉診或出院準備時給予病人(或家屬)後續追蹤說明的標準作業程序。 2.完成之定義： 完成：有呈現門診、轉診或出院準備時，後續追蹤說明的標準作業程序(如門診護理常規、轉診作業流程、出院準備服務計畫等)。 部分完成：雖訂有程序，但內容不完整。 未完成：未有門診、轉診或出院準備後續追蹤說明的標準

基準	評分說明	執行細則(操作說明)
	2.後續追蹤說明內容對於病人(或家屬)容易理解。 ☐ 完成 ☐ 部分完成 ☐ 未完成	作業程序。 1.給予病人/家屬後續追蹤說明文件的內容，或臨床人員解說能易於理解(如淺顯易懂文字說明或圖示)。可依病人及家屬認知程度設計醫院相關解說單張或素材。 2.完成之定義： 完成：有提供病人/家屬後續追蹤說明的文件，且文件內容或臨床人員解說能易於理解；實訪時可模擬後續追蹤說明情境。 部分完成：有提供病人/家屬後續追蹤說明的文件，但文件內容或臨床人員解說過多醫療專業術語較難理解。 未完成：未提具病人/家屬後續追蹤說明的文件。
	3.針對吸菸癮病人接受戒菸癮服務，有追蹤戒菸癮服務使用者的流程。 ☐ 完成 ☐ 部分完成 ☐ 未完成	1.訂有戒菸癮服務完整流程，含追蹤作業程序與相關表單，並進行統計與分析。 2.完成之定義： 完成：有追蹤戒菸癮服務使用者作業程序，並有戒菸癮統計分析(如病人吸菸癮人數、接受服務人數、進行追蹤人數及追蹤率、成功戒菸癮人數及成功率)。 部分完成：有追蹤戒菸癮服務使用者作業程序，但未有戒菸癮統計分析。 未完成：未有追蹤戒菸癮服務使用者作業程序。
	4.針對高齡長者，轉介前後，提供長者、家屬及照顧者完整且易理解之建議與現況說明(若為婦幼專科醫院高齡可免填，完成1項為未完成；2項為部分完成；3項	1.給予高齡長者病人/家屬後續轉介說明文件，文件內容及解說能易於理解(如淺顯易懂文字或圖示)。 2.完成之定義： 完成：有提供高齡長者、家屬及照顧者現況說明與後續照

基準	評分說明	執行細則(操作說明)
	為完成)。 ☐ 完成 ☐ 部分完成 ☐ 未完成	護之建議文件，且文件內容或臨床人員解說能易於理解，實訪時可模擬後續追蹤說明情境。 部分完成：有提供高齡長者、家屬及照顧者現況說明與後續照護之建議文件，但文件內容或臨床人員解說過多醫療專業術語較難理解。 未完成：未提具高齡長者、家屬及照顧者現況說明與後續照護之建議文件。
3.2.3 對接受轉介的機構有適時提供關於病人病情、健康需要以及介入的書面摘要，且敘明醫院及合作夥伴的角色，並記錄在病歷中(如復健計畫)。	1.有建立與轉介機構間資訊傳遞管道，並訂有資訊交換之標準作業程序、並提供合作機構名冊。 ☐ 完成 ☐ 部分完成 ☐ 未完成	1.與合作轉介機構，有訂定資訊交換標準作業程序及訊息傳遞方式與管道。 2.舉列出合作機構名冊及轉介合作內容。 3.完成之定義： 完成：(1)有呈現與接受轉介機構資訊傳遞管道(如資訊系統或紙本紀錄)，訂定資訊交換標準作業程序，(2)列出合作轉出機構名冊。 部分完成：上述(1)或(2)有一項未完成。 未完成：上述(1)及(2)皆未完成。
	2.對個案照護計畫中，能敘明醫院及合作夥伴間的角色，並且記載於個案病歷或照護紀錄中。 ☐ 完成 ☐ 部分完成 ☐ 未完成	1.轉介中對於個案照護計畫，能敘明醫院與轉出/入機構的角色及彼此分工內容，對於照護內容有明確紀錄。例如，病人因病須轉介長照機構，有敘明轉介流程、醫院須檢具之照護評估與建議文件、長照中心(護理之家)針對醫院提供之相關照護需求予以回應等。 2.於紙本病歷或資訊系統，能夠查閱病人照護計畫。 3.完成之定義： 完成：個案照護計畫中有呈現醫院與接受轉介機構的角色

基準	評分說明	執行細則(操作說明)
		及照護內容病人病情、健康需要以及介入的書面摘要，並於紙本病歷或資訊系統上可進行查閱。 部分完成：有紀錄或計畫，但內容不詳盡 未完成：個案照護計畫中，未呈現醫院與接受轉介機構的角色及照護內容，或於紙本病歷或資訊系統上無法查閱。
	3.有資料正確性的檢查機制，整體轉診作業有檢討改善(須有會議記錄佐證)。 ☐完成 ☐部分完成 ☐未完成	1.能夠確保資訊傳遞品質(如異常通報紀錄)，透過定期(每年至少 1 次)聯繫會議進行檢討。 2.完成之定義： 完成：能確保與接受轉介機構資訊傳遞品質，呈現轉介異常通報統計且有回復紀錄，並定期有聯繫會議進行檢討改善(如會議紀錄)。 部份完成：能確保與接受轉介機構資訊傳遞品質，呈現轉介異常通報統計且有回復紀錄，但未定期有聯繫會議進行檢討改善(如會議紀錄)。 未完成：與接受轉介機構並未建立資料異常通報的檢查機制。
3.2.4 醫院有健康識能友善的推動策略，使就醫者易於獲得、理解、應用資訊及服務，以照護及增進健康。	1.有提升員工健康識能的教育訓練。 ☐完成 ☐部分完成 ☐未完成	1.員工教育訓練課程有納入健康識能議題(每年至少 2 小時)。 2.完成之定義： 完成：員工教育訓練課程有納入健康識能議題，並提具健康識能課程名稱、內容(包括講義等)、場次及人次等。 部分完成：主題雖為健康識能，但內容與識能無直接相關。 未完成：員工教育訓練課程未納入健康識能議題。

基準	評分說明	執行細則(操作說明)
	2.提供就醫環境的協助資訊。 ☐完成 ☐部分完成 ☐未完成	1.清楚明確的就醫指引或院內地圖指引。 2.等候區可提供看診、檢驗、批價掛號及領藥叫號動態系統。 3.完成之定義： 完成： (1)診間、檢查(驗)單位及就醫路線有明確標示或志工引導與協助。 (2)等候區有叫號動態系統。 訪查時委員可依選取病歷的照護動線進行實地觀察。 部份完成：上述(1)或(2)有一項未完成，或委員實地訪查時有待改善之處。 未完成：上述(1)或(2)皆未完成。
	3.符合健康識能原則的健康資訊溝通，包括各種形式及管道的資訊（如：口語、圖文、影音、數位資訊等），並納入使用者參與。 ☐完成 ☐部分完成 ☐未完成	1.建置溝通工具時，有邀請病友代表共同參與，發展出民眾容易獲得健康資訊方式與易理解之內容。 2.相關資訊是針對不同對象及方式，納入教材及服務的發展過程中。例如，對於診間之辨識，可依病人及家屬評估發展出屬於不同科別之辨識系統(顏色、圖樣或語音等) 3.完成之定義： 完成：(1)資料呈現發展健康資訊溝通有依不同對象之需求及意見納入教材及服務中，(2)實地訪查時，能了解健康資訊溝通形式與管道確實因病人需求而有所不同。 部份完成：上述(1)或(2)有一項未完成，或委員實地訪查時有待改善之處。 未完成：上述(1)或(2)皆未完成。

基準	評分說明	執行細則(操作說明)
	4.有增進病人或家屬的健康識能活動或措施(如：團體衛教及講座...等)。 ☐ 完成 ☐ 部分完成 ☐ 未完成	1.有呈現辦理增進健康識能活動，使民眾易於理解及應用，以提升自我照顧健康行為及增進健康(疾病照護衛教、用藥衛教、戒菸衛教等)。 2.完成之定義： 完成：有辦理增進健康識能活動(如團體衛教及健康講座)，並對活動辦理結果進行調查分析，作為後續辦理活動參考。 部份完成：有辦理增進健康識能活動，但未對活動辦理結果進行調查分析，或作為後續辦理活動參考。 未完成：未辦理增進健康識能活動。
	5.有增進社區健康識能的活動或措施。 ☐ 完成 ☐ 部分完成 ☐ 未完成	1.有分析社區健康需求，並呈現依社區需求辦理健康識能活動。 2.完成之定義： 完成：有進行社區健康需求特性分析，並依其辦理相關活動(列舉活動議題、場次及人次)，並對活動辦理結果進行調查分析，作為後續辦理活動參考。 部份完成：有進行社區健康需求特性分析，並依其辦理相關活動，但未對活動辦理結果進行調查分析，或作為後續辦理活動參考。 未完成：未辦理增進社區健康識能活動或措施。

標準 4.推動健康職場及確保臨床健康促進的能力 Promoting a Healthy Workplace and Ensuring Capacity for CHP(Clinic Health Promotion)

4.1 醫院保護員工的健康並確保健康工作環境之發展和執行。

基準	評分說明	執行細則(操作說明)
4.1.1 員工能遵守健康及安全的要 求，並已找出職場中的危險因子。	1.有依單位特性，進行職業傷害調查，找 出職場中的危險因子。 ☐ 完成 ☐ 部分完成 ☐ 未完成	1.有專責單位/人員彙整院內單位與職系人員職場危險因 子。 2.有列出各單位/職系危險因子。 3.完成之定義： 完成：有專責單位/人員彙整院內單位與職系人員職場危險 因子，且各單位能確實分析及提具職場危險因子。 部分完成：有專責單位/人員彙整院內單位與職系人員職場 危險因子，但各單位未能確實分析及提具職場危險因子。 未完成：院內未進行職場危險因子調查。
	2.員工(含外包廠商)確實了解並遵守相關 防範辦法或規章(無菸檯為必要項目)。 ☐ 完成 ☐ 部分完成 ☐ 未完成	1.員工(含外包廠商)職場危險因子及健康安全防範辦法的 週知方式，無菸檯為必要項目。 2.外包廠商合約中，有訂定遵守健康及安全之要求及違規 罰則。 3.完成之定義： 完成：提具員工(含外包廠商)職場危險因子及健康安全防 範辦法或規章及週知方式，其中無菸檯為必要項目，且在 外包廠商合約中，有明確訂定遵守健康及安全相關規範之 要求及違規罰則。 部分完成：提具員工(含外包廠商)職場危險因子及健康安 全防範辦法或規章及週知方式，未包含無菸檯內容，或在 外包廠商合約中，未訂定遵守健康及安全相關規範之要求

基準	評分說明	執行細則(操作說明)
		及違規罰則。 未完成：未能呈現員工(含外包廠商)職場危險因子及健康安全防範辦法或規章。
	3.是否建立通報機制，並對所訂辦法定期檢討修正。 ☐ 完成 ☐ 部分完成 ☐ 未完成	1.訂有員工意外事故通報辦法 2.職災發生原因統計分析，並定期檢討研擬防範辦法。 3.完成之定義： 完成：依據勞安相關法規提具員工意外事故通報辦法，並有定期針對職災發生原因進行檢討及研擬防範辦法。 部分完成：提具員工意外事故通報辦法，未定期針對職災發生原因進行檢討或研擬防範辦法。 未完成：未能呈現員工意外事故通報辦法。
4.1.2 有提供員工健康促進計畫，包括戒菸、戒檳榔、節酒介入、營養、疫苗接種、職場心理健康和身體活動等。	1.有員工健康促進計畫並周知員工(四大危險因子任兩項以上，無菸檳為必要項目)。 ☐ 完成 ☐ 部分完成 ☐ 未完成	1.有員工健康促進計畫活動，包括戒菸、戒檳榔、節酒介入、營養、疫苗接種、職場心理健康和身體活動等，二項活動菸檳為必要項目，上述危險因子需再擇一。 2.須呈現周知員工方式及管道。 3.完成之定義： 完成：提具員工健康促進活動議題，其中菸檳為必要項目，且四大危險因子需再擇一，並有呈現周知方式或管道(如院內網站、廣播或宣傳海報等)。 部分完成：提具員工健康促進活動議題，其中未完成菸檳或僅菸檳無其他項目，或未能呈現周知方式。 未完成：未有針對員工提出健康促進活動議題。
	2.確實實施並鼓勵員工參與健康促進活動並有紀錄可查。	1.依前項列出健康促進活動有確實執行，並有員工參與健康促進活動執行紀錄可查詢。

基準	評分說明	執行細則(操作說明)
	☐ 完成 ☐ 部分完成 ☐ 未完成	2.完成之定義： 完成：有呈現依年度員工健康促進計畫之活動有確實執行，並提具員工參與健康促進活動，包含活動內容、場次及人次。 部份完成：有呈現依年度員工健康促進計畫之活動有確實執行，但未呈現員工參與健康促進活動，包含活動內容、場次及人次。 未完成：未能呈現依年度員工健康促進計畫內的執行活動。
	3.健康促進計畫有定期檢討修正。 ☐ 完成 ☐ 部分完成 ☐ 未完成	1.員工健康促進計畫有進行檢討、改善與落實，尤其針對參與人數不佳之活動有進行檢討及改善。 2.完成之定義： 完成：有呈現依年度員工健康促進計畫執行成果進行檢討(如會議紀錄)，並有未來改善規劃。 部份完成：有呈現依年度員工健康促進計畫執行成果進行檢討(如會議紀錄)，但未呈現未來改善規劃。 未完成：未能呈現年度員工健康促進計畫執行成果檢討情形。
4.1.3 有每年進行員工調查，內容包括：個人健康行為評估，對相關服務或政策的認知，對健康促進活動的利用。	1.有做員工個人健康行為評估(需包括四大危險因子)及對健康促進活動之建議。 ☐ 完成 ☐ 部分完成 ☐ 未完成	1.有每年進行員工健康促進之個人健康行為調查，需包括四大危險因子及員工對機構提供健康促進服務之知曉與應用程度。 2.依前項調查結果，擬定健康促進活動之建議。 3.完成之定義： 完成：有呈現員工健康行為調查方式與結果，需包括四大

基準	評分說明	執行細則(操作說明)
		危險因子及對健康促進服務或政策的認知。 部份完成：有呈現員工健康行為調查方式與結果，但未包括四大危險因子，或未調查健康促進服務或政策的認知。 未完成：未進行員工健康行為調查。
	2.有依員工需求設計健康促進活動。 ☐ 完成 ☐ 部分完成 ☐ 未完成	1.有透過健康行為調查結果分析及排序，依排序結果設計員工健康促進活動。 2.完成之定義： 完成：有呈現員工健康行為調查結果，設計員工健康促進活動。 部份完成：有進行員工調查，惟調查內容未能呈現員工需求，無法判斷活動設計與員工需求關係。 未完成：未進行員工健康行為調查，或未依調查結果設計員工健康促進活動。
	3.有調查員工參與健康促進活動情形，並有分析與改善措施。 ☐ 完成 ☐ 部分完成 ☐ 未完成	1.透過調查，提供員工對於參與健促活動之意見與交流。 2.滿意度或參與率不佳，有進行檢討與改善。 3.完成之定義： 完成：提具員工參與健康促進活動情形(如參與活動紀錄)，並進行活動滿意度調查，針對滿意度或參與率不佳，有進行檢討與提出改善措施。 部份完成：提具員工參與健康促進活動情形，並進行活動滿意度調查，但未針對滿意度或參與率不佳進行檢討或提出改善措施。 未完成：未有員工參與健康促進活動紀錄或調查。

4.2 醫院確保人力資源策略全面的發展與實施，包括員工健康促進技能訓練與發展。

基準	評分說明	執行細則(操作說明)
4.2.1 提供員工臨床健康促進訓練與專業發展課程。	1.有健康促進相關議題訓練課程(四大危險因子任兩項以上，無菸檳為必要項目)。 ☐ 完成 ☐ 部分完成 ☐ 未完成	1.提供員工健康促進相關議題訓練課程，菸檳為必要項目，四大危險因子需再擇一。 2.佐證資料：舉列健康促進相關議題訓練課程與參與人次。 3.完成之定義： 完成：有提具員工健康促進相關議題訓練課程，其中菸檳為必要項目，且四大危險因子需再擇一。 部分完成：有提具員工健康促進相關議題訓練課程，其中未完成菸檳及四大危險因子需再擇一之必要項目。 未完成：員工教育訓練課程，未納入健康促進相關議題。
	2.有針對員工提供老化、敬老等高齡友善活動或課程增進員工對高齡長者之確切認識及技能訓練。 ☐ 完成 ☐ 未完成	1.提供員工高齡友善活動或訓練課程，除以授課方式，亦可增加提供體驗或模擬等活動，活動設計可邀請院內年長志工參與。 2.完成之定義： 完成：提具員工健康促進議題訓練課程中，有納入高齡友善之議題，以增進員工對高齡長者之認識及技能訓練，舉列高齡友善活動或訓練課程與參與人次。 未完成：員工教育訓練課程，未納入高齡友善之相關議題。
	3.有課後學習成效調查，並有改善規劃。 ☐ 完成 ☐ 部分完成 ☐ 未完成	1.健促、高齡相關活動或訓練課程有課後成效(例如對老化之正確認知、照護技能等評量)或滿意度調查。 2.依課後成效與滿意度調查結果納入下次課程改善規劃。 3.完成之定義： 完成：有提具健促、高齡相關活動或訓練課後成效或滿意度調查分析，並依分析結果納入未來活動或課程之改善規

基準	評分說明	執行細則(操作說明)
		劃。 部分完成：有提具健促、高齡相關活動或訓練課後成效或滿意度調查分析，但未有將分析結果納入未來活動或課程之改善規劃。 未完成：未進行健促、高齡相關活動或訓練課後成效或滿意度調查分析。
	註：無菸檳方面 (1) 所有員工(包括主管)一律須接受政策指導及說明，並教導如何向菸品/電子煙、嚼檳榔使用者告知無菸檳政策與戒菸檳支持。 (2)訓練所有臨床人員鼓勵菸品/電子煙、嚼檳榔使用者戒菸檳之簡短勸戒技巧，並提供符合最佳實證之戒菸檳動機增強技巧的訓練。	

標準 5.執行與監測 Implementation and Monitoring

5.1 醫院有實際執行臨床健康促進。

基準	評分說明	執行細則(操作說明)
5.1.1 醫院有指派人員與分工，執行與健康促進有關之協調。	1.醫院有指派專人或專責執行全院健康促進協調與活動(四大危險因子任兩項以上，無菸檳為必要項目)；非婦幼專科醫院，高齡者健康促進計畫為必要項目。 ☐ 完成 ☐ 部分完成 ☐ 未完成	1.健康促進推動有成立委員會、工作小組或專責單位負責。 2.健康促進議題，必要項目包括菸檳及高齡項目，四大危險因子需再擇一。 3.完成之定義： 完成：有呈現負責健康促進推動之專責單位或組織架構圖，其中需包括菸檳及高齡專責單位或小組，且四大危險因子需再擇一。 部分完成：有呈現負責健康促進推動之專責單位或組織架構圖，其中未完成菸檳、高齡項目及四大危險因子需再擇一必要項目之專責單位或小組。 未完成：未有負責健康促進推動之專責單位或組織架構圖。
	2.有協調跨部門對健康促進議題之分工與參與。 ☐ 完成 ☐ 部分完成 ☐ 未完成	1.對於健康促進議題，由專責單位進行組織跨部門分工協調與促進各單位參與。例如，醫院提供體重控制計畫，有協調護理部門進行轉介(員工部分則為人事單位)、行政部門設置空間、營養部門進行飲食規劃及復健部門進行運動規劃等。 2.完成之定義： 完成：有呈現健康促進議題其專責單位或組織之人員名冊、及職責職掌，並能看出有跨部門的參與。 部分完成：議題不足，且跨部門參與情形不佳。 未完成：有呈現健康促進議題，但無其他部門參與。

基準	評分說明	執行細則(操作說明)
	3.有定期檢討各部門分工合作執行健康促進活動情形。 ☐完成 ☐部分完成 ☐未完成	1.專責單位或組織有定期召開會議，如會議頻率。 2.會議中討論健康促進活動執行情形，並有檢討改善措施。 3.完成之定義： 完成：有呈現專責單位或組織有定期召開會議(如會議紀錄)，討論健康促進活動執行情形與成果，並有具體檢討改善措施。 部分完成：有呈現專責單位或組織有定期召開會議(如會議紀錄)，未進行健康促進活動執行情形與成果討論或提出具體檢討改善措施。 未完成：針對健康促進活動未進行召開會議討論執行情形與成果。
5.1.2 醫院有編列健康促進服務所需的相關預算。	1.針對健康促進計畫，有專屬的預算編列及分配(四大危險因子任兩項以上，無菸癮為必要項目)；非婦幼專科醫院，高齡者健康促進計畫為必要項目。 ☐完成 ☐部分完成 ☐未完成	1.針對四大危險因子，院內有編列健康促進專屬預算，必要項目包括菸癮及高齡項目，四大危險因子需再擇一。 2.有詳細工作內容、單位及預算編列。 3.完成之定義： 完成：有呈現針對四大危險因子編列健康促進專屬預算，且有詳細計畫工作內容及負責單位，必要項目包括菸癮及高齡項目，四大危險因子需再擇一。 部分完成：有呈現針對四大危險因子編列健康促進專屬預算，但未有詳細計畫工作內容及負責單位，或未完成菸癮、高齡項目及四大危險因子需再擇一。 未完成：未呈現針對四大危險因子編列健康促進專屬預算。
	2.年度結束有經費執行檢討。	1.年度或計畫期末有經費執行情形與檢討。

基準	評分說明	執行細則(操作說明)
	☐ 完成 ☐ 未完成	2.完成之定義： 完成：呈現健促預算經費執行情形與檢討改善方案(如會議紀錄)。 未完成：未能呈現健促預算經費執行情形與檢討改善方案。
	3.醫院有編列健康促進服務所需的相關預算。(分別列出醫院內部與外部之健促整體預算) ☐ 完成 ☐ 部分完成 ☐ 未完成	1.有各類健康促進活動預算，能呈現自行編列、參與公部門計畫及外部機構贊助。 2.完成之定義： 完成：有呈現各健康促進服務所需的預算，並可區分院內、外整體預算。 部分完成：呈現的預算結構，僅對外申請經費，無院內自行編列項目。 未完成：未呈現各健康促進服務所需的預算或未能區分院內、外整體預算。
5.1.3 醫院具有執行健康促進所需的特定空間或設施(包括資源、空間、設備)。	1.有無菸場所之友善設計： (1)醫院內、外所有空間及運輸工具已完全無菸(包括電子煙)，並標示無菸園區(建築及室外空間)範圍。 (2)有程序以便記錄並避免二手菸/電子煙霧之暴露，並管理所有違反無菸政策情形。 ☐ 完成 ☐ 部分完成 ☐ 未完成	1.院內、外確實為無菸環境並有明顯的無菸標示。(1)醫院內、外所有空間及運輸工具已完全無菸(包括電子煙)，並標示無菸園區(建築及室外空間)範圍。 (2)有程序以便記錄並避免二手菸/電子煙霧之暴露。 2.有管理違反無菸政策的查核紀錄。 3.完成之定義： 完成：院內、外(包含交通接駁車)皆有明顯的無菸標示，運用設備或配置巡查人員以維持院區無菸環境，若發現有人吸菸或接受檢舉時能進行勸導，並有查核紀錄備查。 部分完成：院內、外(包含交通接駁車)有無菸標示，能運

基準	評分說明	執行細則(操作說明)
		用設備或配置巡查人員以維持院區無菸環境，但未能處理違規情形或無查核紀錄備查。 未完成：院內、外(包含交通接駁車)無菸標示有缺漏，或未能運用設備或配置巡查人員以維持院區無菸環境。
	2.有健康促進所需之特定空間及設施(如衛教設備、搬運病人的設備、運動空間或設施)。 ☐完成 ☐部分完成 ☐未完成	1.有進行健康促進空間及設施之需求調查，包括與健康促進相關之設備，例如於門診候診區、住院家屬休息室、護理站或會議室等設有簡易運動設備、圖書、影音設備等。 2.盤點健康促進之特定空間及設施，包含病人/家屬、員工及社區民眾。 3.完成之定義： 完成：進行健康促進空間及設施之需求調查，並於病人、家屬及員工能使用之場所有簡易之設備。 部分完成：有提供相關設備，但置放地點不佳 未完成：未依對象之需求設置健康促進之空間及設施。
	3.有定期檢討其項目、數量、分配與使用狀況。 ☐完成 ☐部分完成 ☐未完成	1.針對現有的健康促進空間及設施進行盤點(包含院內、外)。 2.定期檢討特定空間及設施使用狀況，並有進行改善規劃。 3.完成之定義： 完成：有針對現有的健康促進空間及設施進行盤點(包含院內、外)，及紀錄使用，並依使用情形列入後續改善規劃。 部份完成：有針對現有的健康促進空間及設施進行盤點(包含院內、外)，未進行使用狀況情形紀錄及後續改善規劃。 未完成：未針對健康促進空間及設施進行盤點(包含院內、外)、未進行使用狀況情形紀錄及後續改善規劃。

基準	評分說明	執行細則(操作說明)
5.1.4 已將健康促進服務納入操作程序(如臨床指引或臨床路徑)中，供臨床部門使用。	1.各科部或住院、門診、急診使用之臨床指引或臨床路徑，有將健康促進納入(四大危險因子任兩項以上，無菸檳為必要項目)；非婦幼專科醫院，高齡者健康促進計畫為必要項目。 ☐完成 ☐部分完成 ☐未完成	1.有列出臨床指引或路徑有納入健康促進服務，必要項目包括菸檳及高齡項目，四大危險因子需再擇一。例如髖關節置換手術之臨床路徑中，有將預防跌倒訂為術前衛教項目，或 CAD(冠心病)、COPD(慢性阻塞性肺疾病)病人住院臨床路徑有加入戒菸服務等。 3.完成之定義： 完成：各科部或住院、門診、急診提具臨床指引或路徑中，有納入健康促進服務，必要項目包括菸檳及高齡項目，四大危險因子需再擇一。 部分完成：各科部或住院、門診、急診有納入健康促進服務，但未置入臨床路徑，僅提供衛教說明。 未完成：未將健康促進服務納入操作程序中。
	2.臨床人員有依循其操作程序。 ☐完成 ☐部分完成 ☐未完成	1.臨床人員依前項操作程序確實執行。 2.完成之定義： 完成：有紀錄表單確認是否有依操作程序(如臨床指引或臨床路徑)進行照護工作。 部分完成：僅可查證有衛教，但未置入於臨床路徑紀錄中。 未完成：未有紀錄表單能確認有依操作程序(如臨床指引或臨床路徑)進行照護工作。
	3.有定期修正指引。 ☐完成 ☐部分完成 ☐未完成	1.相關指引文件，有定期檢討、修訂及落實，至少每年一次。 2.完成之定義： 完成：有定期檢視並修正操作程序(如臨床指引或路徑)，提具文件或會議紀錄佐證。

基準	評分說明	執行細則(操作說明)
		部分完成：有修正操作程序，提具文件或會議紀錄佐證，但未能呈現更新日期或版本。 未完成：操作程序(如臨床指引或路徑)未進行修正。
	註：戒菸檳服務藉由特別的治療指引或程序以滿足不同使用族群的需求，如提供菸品及嚼檳榔使用者符合最佳實證之藥物支持。	

5.2 醫院有監測臨床健康促進成效之機制。

基準	評分說明	執行細則(操作說明)
5.2.1 醫院有例行性的擷取健康促進介入資料並提供給相關人員做評估之運用。	1.有將健康促進介入資料加以定期彙整及擷取。 ☐ 完成 ☐ 部分完成 ☐ 未完成	1.針對病人/家屬、員工及社區民眾有定期(至少每年一次)收集健促相關指標。 2.菸檳為指標收集必要項目。 3.完成之定義： 完成：有呈現不同對象病人/家屬、員工及社區民眾其健康促進介入資料(如就醫病人特性、員工健檢/體適能、社區健促需求、臨床指標或滿意度等)，其中菸檳為指標收集必要項目，並有定期進行彙整。 部分完成：有呈現健康促進介入資料，並有定期進行彙整，但未能包含及區分病人/家屬、員工及社區民眾之資料，或菸檳指標未列入收集之必要項目。 未完成：未有健康促進介入資料收集。
	2.有專責負責評估的員工(如：電腦作業系統中之資料、滿意度調查之結果、員工調查結果、員工健檢紀錄等)，定期分析。 ☐ 完成	1.各類指標有專責單位/員工進行分析(如：電腦作業系統中之資料、滿意度調查之結果、員工調查結果、員工健檢紀錄等)。 2.收集及分析內容須能呈現主要健康問題與指標變化狀

基準	評分說明	執行細則(操作說明)
	☐ 部分完成 ☐ 未完成	況。 3.完成之定義： 完成：有呈現不同對象/指標負責健康促進介入資料評估的專責單位/員工，並有定期收集及分析紀錄。 部分完成：有呈現不同對象/指標負責健康促進介入資料評估的專責單位/員工，但未定期收集及分析紀錄。 未完成：無法明確呈現專責單位/員工，亦未有健康促進介入資料收集及分析紀錄。
	3.相關分析資料有提供主管參考(醫院會議中有定期報告)。 ☐完成 ☐部分完成 ☐未完成	1.分析後的資料於院內會議進行定期報告或以簽呈方式呈報主管。 2.依分析結果有進行檢討，並提出改善方案。 3.完成之定義： 完成：健康促進介入分析後的資料有列入醫院會議定期報告(如會議紀錄)，分析結果並進行檢討及提出改善方案。 部分完成：健康促進介入分析後的資料有列入醫院會議報告，但僅報告未將結果進行檢討及提出改善方案。 未完成：健康促進介入分析後的資料未列入醫院會議報告。
	註：無菸檳-設置資料(包括自我評核及滿意度調查結果)收集程序以監測無菸檳政策執行，並收集資料用以改善執行及年度行動計畫。	
5.2.2 醫院有建立健康促進活動的品質評估方案。	1.有針對健康促進計畫之對象與目標，訂定評估的方法與進行時間(四大危險因子任兩項以上，無菸檳為必要項目)；非婦幼專科醫院，高齡者健康促進計畫為必要項	1.醫院品質管理中心有健康促進活動品質評估調查，必要項目包括菸檳及高齡項目，四大危險因子需再擇一。 2.完成之定義： 完成：有呈現健康促進活動品質評估調查之對象、目標、

基準	評分說明	執行細則(操作說明)
	目。 ☐ 完成 ☐ 部分完成 ☐ 未完成	評估方法與進行時間(可用表格列舉)，必要項目包括菸檳及高齡項目，四大危險因子需再擇一。 部分完成：有呈現健康促進活動品質評估調查之對象、目標、評估方法與進行時間(可用表格列舉)，未完成菸檳及高齡項目，四大危險因子需再擇一之必要項目。 未完成：未有健康促進活動品質評估相關調查。
	2.有評估方案結果及納入改善計畫。 ☐ 完成 ☐ 部分完成 ☐ 未完成	1.有健康促進活動品質評估調查結果。 2.其結果有納入改善計畫。 3.完成之定義： 完成：有呈現健康促進活動品質評估調查結果，並有納入未來改善計畫中。 部分完成：有呈現健康促進活動品質評估調查結果，但未納入未來改善計畫中。 未完成：未有健康促進活動品質評估調查，或未能呈現調查結果。
	3.健康促進活動評估方案，有置入醫院高層主管品質或經管會議中。 ☐ 完成 ☐ 部分完成 ☐ 未完成	1.於院層級會議中，針對健康促進活動評估有提列討論。 2.完成之定義： 完成：院內高層主管或經管會議(副院長層級以上)有將健康促進活動評估方案及成果列入討論議程。 部分完成：院內會議有將健康促進活動評估方案及成果列入討論議程，高層主管並未參加。 未完成：健康促進活動評估方案及成果未納入院內品質或經管會議。
	註：無菸檳-	

基準	評分說明	執行細則(操作說明)
	(1)設置內部程序，至少每年一次審查標準執行情形，並將檢核評估結果納入考量以檢視策略及行動計畫。 (2)醫院參與外部審查活動。	
5.2.3 醫院有進行健康促進相關研究及發展。	1.醫院有將健康促進活動(如四大危險因子)置入醫院研究計畫中。 ☐完成 ☐部分完成 ☐未完成	1.院內研究計畫中有健康促進活動相關議題 2.需至少包含四大危險因子之一。 3.完成之定義： 完成：有呈現健康促進活動相關議題的院內研究計畫或公部門計畫案，需至少包含四大危險因子之一。 部分完成：有健康促進活動相關議題的院內研究計畫或公部門計畫案，未包含四大危險因子之一。 未完成：未有健康促進活動相關議題的院內研究計畫或公部門計畫案。
	2.有提出健康促進相關研究議題。 ☐完成 ☐部分完成 ☐未完成	1.依前項研究計畫案中，提出健康促進相關研究議題。 2.其研究議題有研究成果及未來建議。 3.完成之定義： 完成：有呈現健康促進相關研究議題，並有研究成果及未來建議。 部分完成：有呈現健康促進相關研究議題，但未有研究成果或未來建議。 未完成：未有明確健康促進相關研究議題。
	3.有相關文章發表或紀錄。 ☐完成 ☐部分完成 ☐未完成	1.將健康促進相關研究議題成果進行口頭、文章或海報發表。 2.完成之定義： 完成：有呈現研究議題成果進行口頭、文章或海報發表，

基準	評分說明	執行細則(操作說明)
		並有證明紀錄(如會議照片或海報文章等)，不限於國內、外研討會。 部分完成：已有規劃或已投稿，但尚未正式報告或發表。 未完成：未有研究議題成果進行口頭、文章或海報發表紀錄。
5.2.4 對於提供給病人的訊息有做滿意度評估，並將其評估結果納入品質管理系統中。	1.有進行衛教滿意度之評估(四大危險因子任兩項以上，無菸檳為必要項目)。 ☐完成 ☐部分完成 ☐未完成	1.有滿意度評估單位或工作小組。 2.滿意度評估，菸檳為必要項目（包括環境及服務面向），四大危險因子需再擇一。 3.滿意度評估結果列為品質管理指標及計畫。 4.完成之定義： 完成：有專責單位或工作小組負責滿意度評估，提具滿意度評估資訊(如對象、評估方式及內容等)，其中菸檳及四大危險因子再擇一為必要項目。 部分完成：有專責單位或工作小組負責滿意度評估，提具滿意度評估資訊，未完成菸檳及四大危險因子再擇一之必要項目。 未完成：未有專責單位或工作小組負責滿意度評估，未能呈現滿意度評估資訊。
	2.每年有針對滿意度調查項目及內容進行檢視及修正。 ☐完成 ☐部分完成 ☐未完成	1.每年滿意度調查項目及內容有進行檢視及修正紀錄 2.醫院針對滿意度調查項目及內容有訂定檢視及修正之評估依據。 3.完成之定義： 完成：有列舉每年滿意度調查項目及內容修正紀錄，並有能呈現滿意度調查項目及內容檢視及修正評估方式之依

基準	評分說明	執行細則(操作說明)
		據。 部分完成：有列舉出每年滿意度調查項目及內容修正紀錄，未有評估方式之依據。 未完成：未能呈現每年滿意度調查項目及內容修正紀錄，未有評估方式之依據。
	3.醫院內品質管理活動中有對滿意度調查結果進行檢討及改善。 ☐完成 ☐部分完成 ☐未完成	1.於院內品質管理會議中進行滿意度結果討論，並將評估結果列為品質管理指標及計畫。 2.討論結果有追蹤改善紀錄。 3.完成之定義： 完成：院內品質管理會議有滿意度調查討論議題(如會議紀錄)，依結果列為品質管理指標及計畫中，並有追蹤改善紀錄。 部分完成：院內品質管理會議有滿意度調查討論議題(如會議紀錄)，但未列為品質管理指標及計畫，亦無追蹤改善紀錄。 未完成：滿意度調查結果並未納入品質管理會議進行討論，亦無滿意度相關品質管理計畫及追蹤改善紀錄。

標準 6 高齡友善 Age-friendly

基準	評分說明	執行細則(操作說明)
6.1 針對來醫院之病人或家屬進行高齡友善環境之設計。	有環境改善之規劃並提供改善前後結果。 1.「無障礙環境」，以提供行動不便者可用的環境。例如：消除高低差阻礙、提供行動輔具與空間裝置扶手、止滑環境、優先窗口、服務鈴、無障礙廁所之設計、視覺障礙的消除及清楚的標示。 ☐完成 ☐部分完成 ☐未完成	1.有專責單位定期盤點無障礙設施是否符合相關建築法規，並有無障礙設施盤點表紀錄。 2.完成之定義： 完成：有專責單位依相關建築法規設置無障礙環境(如消除高低差阻礙、提供行動輔具與空間裝置扶手、止滑環境、優先窗口、服務鈴、無障礙停車格、廁所及電梯之設計、視覺障礙的消除及清楚的標示等)，定期盤點無障礙設施是否符合法規，提具盤點紀錄表。 部分完成：有專責單位負責無障礙設施環境，未有持續定期盤點是否符合法規設置無障礙設施。 未完成：未有專責單位負責無障礙設施環境盤點。
	2.環境規劃以「通用設計」為原則。例如：該設計涵蓋廣泛的個人喜好及能力，並使所有使用者都能不費力且憑直覺使用。此設計可將不經意的動作所導致之不利後果降至最低。並且不論使用者體型、姿勢或移動性如何，均提供適當的空間供操作及使用。 ☐完成 ☐部分完成 ☐未完成	環境規劃設計符合 7 大原則： 1.公平使用：這種設計對任何使用者都不會造成傷害或使其受窘。 2.彈性使用：這種設計涵蓋了廣泛的個人喜好及能力。 3.簡易及直覺使用：不論使用者的經驗、知識、語言能力或集中力如何，這種設計的使用都很容易了解。 4.明顯的資訊：不論周圍狀況或使用者感官能力如何，這種設計有效地對使用者傳達了必要的資訊。 5.容許錯誤：這種設計將危險及因意外或不經意的動作所導致之不利後果降至最低。 6.省力：這種設計可以有效、舒適及不費力地使用。

基準	評分說明	執行細則(操作說明)
		7.適當的尺寸及空間供使用：不論使用者體型、姿勢或移動性如何，這種設計提供了適當的大小及空間供操作及使用。 8.完成之定義： 完成：環境規劃設計符合上述 6 項原則以上。 部分完成：環境規劃設計符合上述 3-5 項原則以上。 未完成：環境規劃設計僅符合上述 1-2 項原則。
	3.塑造「健康環境」，排除對於高齡者身心有障礙的環境因子。例如：關注衛生、採光、噪音、溫溼度、電磁波及空氣品質等健康環境對人的影響。環境設計包括照明、自然採光、低噪音、合適溫度及注重隱私。 ☐完成 ☐部分完成 ☐未完成	1.有專責單位定期監測衛生、採光、噪音、溫溼度、電磁波及空氣品質等健康環境對人的影響。 2.定期監測結果有進行檢討、改善與持續追蹤。 3.完成之定義： 完成：有專責單位定期監測衛生、採光、噪音、溫溼度、電磁波及空氣品質等環境，提具監測紀錄表，並有進行檢討、改善及持續追蹤紀錄。 部分完成：有專責單位定期監測衛生、採光、噪音、溫溼度、電磁波及空氣品質等環境，提具監測紀錄表，未檢具檢討、改善及持續追蹤紀錄。 未完成：未有定期監測衛生、採光、噪音、溫溼度、電磁波及空氣品質等環境。
6.2 針對來醫院之高齡長者提供友善服務計畫。	有改善服務之規劃並提供改善前後結果。	
	1.調整行政程序以因應高齡長者(病人或家屬)之特殊需求。 ☐完成 ☐部分完成	1.有收集及記錄高齡長者之特殊需求。 2.建立調整行政流程之機制。 3.完成之定義： 完成：有建立調整行政之機制，呈現收集及記錄高齡長者

基準	評分說明	執行細則(操作說明)
	☐ 未完成	之特殊需求，並依其需求進行流程改善及持續追蹤紀錄。 部分完成：有呈現收集及記錄高齡長者之特殊需求，並有依需求進行改善，但未有持續追蹤記錄及建立調整流程之改善機制。 未完成：未建立調整行政之機制，且未依高齡長者需求進行行政程序之改善。
	2.創造良好的溝通環境讓高齡長者獲得資訊，以達成高齡長者擁有照顧服務上做決定的能力與權利。 ☐ 完成 ☐ 部分完成 ☐ 未完成	1.提供輔助工具(如點字或圖示輔助、提供老花眼鏡、多種語言(含手語)、衛教或電話諮詢)，使高齡長者容易且易了解健康資訊內容。 2.設置高齡友善服務專用櫃台。 3.設立高齡照護門診/住院整合醫療服務。 4.完成之定義： 完成：提供足夠的輔助工具使長者容易獲得健康照護資訊，各單位有設置高齡長者專用櫃台，並設立高齡照護門診/住院整合醫療服務。 部分完成：有提供輔助工具使長者容易獲得健康照護資訊，未設置高齡長者專用櫃台及設立高齡照護門診/住院整合醫療服務。 未完成：未有輔助工具使長者容易獲得健康照護資訊，並未設置高齡長者專用櫃台及高齡照護門診/住院整合醫療服務。
	3.發現有經濟困難的高齡長者予以協助或轉介使其獲得適當的照護並紀錄及追蹤。 ☐ 完成	1.有制定經濟問題處理相關作業程序。 2.給予合適社會資源需求轉介服務。 3.協助或轉介後，有持續照護紀錄及追蹤。

基準	評分說明	執行細則(操作說明)
	☐ 部分完成 ☐ 未完成	4.完成之定義： 完成：有提具經濟問題處理相關作業程序文件、社會資源清冊、協助或轉介紀錄及後續追蹤資料。 部分完成：有提具經濟問題處理相關作業程序文件、社會資源清冊，未有協助或轉介紀錄及後續追蹤資料。 未完成：有提供經濟困難協助或轉介服務，未有經濟問題處理相關作業程序文件、社會資源清冊及協助或轉介紀錄及後續追蹤資料。
	4.具備有志工服務計畫協助高齡長者，並具體實行。 ☐ 完成 ☐ 部分完成 ☐ 未完成	1.有社工組織管理規範。 2.進行志工教育訓練及服務紀錄或成果呈現。 3.高齡友善服務需納入志工教育訓練項目。 4.完成之定義： 完成：有志工服務，並能提具志工組織管理規範、教育訓練(含高齡友善服務)、志工服務紀錄與成果。 部分完成：有志工服務，並提具志工組織管理規範，且有教育訓練(含高齡友善服務)，未有志工服務紀錄與成果。 未完成：有志工服務，未有志工組織管理規範、教育訓練(含高齡友善服務)、志工服務紀錄與成果。

標準 7 節能減碳 ECO-friendly

基準	評分說明	執行細則(操作說明)
7.1 醫院有進行減碳計畫。	1.有年度用電、用水節能計畫並做成紀錄。 ☐ 完成 ☐ 部分完成 ☐ 未完成	1.有電量、水量現況分析，並設定每年減少用量目標及擬定計畫。 2.提出節電、節水實際執行方案，並有定期紀錄。 3.完成之定義： 完成：能提具年度節電、節水計畫，呈現其目標與執行情形，並有持續性結果分析(continuous data analysis)。 部分完成：年度節電、節水計畫有呈現目標與執行計畫，但未能呈現過程與持續性結果分析(continuous data analysis)。 未完成：未有年度節電、節水計畫，亦無持續性結果分析(continuous data analysis)。
	2.有年度醫療廢棄物減量計畫並做成紀錄。 ☐ 完成 ☐ 部分完成 ☐ 未完成	1.有醫療廢棄物現況分析，並設定每年減少用量目標及擬定計畫。 2.提出醫療廢棄物減量實際執行方案，並有定期紀錄。 3.完成之定義： 完成：能提具年度醫療廢棄物減量計畫，呈現其目標與執行情形，並有持續性結果分析(continuous data analysis)。 部分完成：年度醫療廢棄物減量有呈現目標與執行計畫，但未能呈現過程與持續性結果分析(continuous data analysis)。 未完成：未有醫療廢棄物減量，亦無持續性結果分析(continuous data analysis)。

	3.有年度綠色採購計畫並做成紀錄。 ☐完成 ☐部分完成 ☐未完成	1.有擬定綠色採購計畫(如採購環保、節能、省水及綠建材標章等產品)，並留有紀錄。 2.提出綠色採購實際執行方案，並有定期紀錄。 3.完成之定義： 完成：能提具年度綠色採購計畫，呈現其目標與執行情形，並有持續性結果分析(continuous data analysis)。 部分完成：年度綠色採購計畫有呈現目標與執行計畫，但未能呈現過程與持續性結果分析(continuous data analysis)。 未完成：未有年度綠色採購計畫，亦無持續性結果分析(continuous data analysis)。
	4.有定期檢討並提出改善方案。 ☐完成 ☐部分完成 ☐未完成	1.減碳計畫(如節電、節水、醫療廢棄物減量及綠色採購等)有定期開會討論。 2.針對會議決議，有列出改善方案並落實。 3.完成之定義： 完成：能提具減碳計畫執行成果(如節電、節水、醫療廢棄物減量及綠色採購等)，有定期開會討論(如會議紀錄)，並有改善紀錄能呈現持續性結果分析(continuous data analysis)。 部分完成：減碳計畫執行成果有開會檢討，但未有改善紀錄能呈現過程與持續性結果分析(continuous data analysis)。 未完成：雖訂有計畫，紀錄中沒有呈現定期檢討或改善。