

102 年度護理透析院所評量作業各院所建議彙整 Q/A

第三章提供適切之護理照護及第四章人力素質提升及品質促進

問題一：3.1.2.1 物料管理：

- 1.物料空間溫度適當是指幾度合宜？需放溫度計？必須要有紀錄表？
- 2.庫存量足夠是指自己覺得夠就可以？還是有標準或者可以提供計算方法？

答：1.物料放置的空間、溫度應避免陽光直射及高溫、悶熱或受潮，且應符合各類衛材原廠標示儲存之適當溫度，所以應有溫度監測與紀錄。

- 2.依各院所庫房的空間與進出貨量管理，符合現場業務量安全存量的需求即可。

問題二：3.2.1.2 照護病人能維護隱私：是單指病歷？置物櫃？廢紙？護理站相關資料？病患檢體？IC 卡可以放在床頭，以利病人辨識？

答：護理站及治療區應視為公共區域，對病人基本資料應適當遮蔽，以目視不直接可得知病人基本資料為原則。應注意：

- 1.勿公開討論病人病情。
- 2.載有病人相關資料的紙張應立即銷毀，勿重複利用。
- 3.病歷傳送過程應包覆。
- 4.檢體應使用不透明的檢體盒或袋，由專人負責遞送。
- 5.使用電腦查詢病人資料後，應立即登出。
- 6.IC 卡放置依院所規範，如作為病人辨識用途，應維護隱私正面不得朝外。
- 7.非工作人員不得窺視、翻閱病人資料。
- 8.經由病人書面同意公開個人基本資料者，不在此限。

問題三：3.3.1.1 藥物管理：

- 1.內文 A 提到需各班點班，C.提到有點班紀錄即可，兩者不一致，意思為何？
- 2.急救車藥物可以使用自製封條？
- 3.評量標準說明有提到冷藏藥品冰箱能每日查檢溫度與登錄，並有異常的處理機制，而【評量標準表】並沒有此項，是否需要？

答：點班目的為使人員能熟悉、取用急救藥品與急救設備，確保當危急狀況，能正確、快速、有效地操作與使用，達到急救效果。每班(指工作人員交接)檢查，確保封條或鎖的完整性，及未上鎖之醫材、藥物等急救設備功能正常。

- 1.有點班紀錄即可達 C 標準，每班(指工作人員交接)均有點班紀錄則可達 A 標準。
- 2.急救藥品管理可自製封條，註明有效期限、負責人員，且能確認完整未被拆封(設備除外)。
- 3.«標準說明»內文是為更清楚解說「評量標準」，故藥用冰箱應每日登錄溫度，如遇溫度異常，各院所應訂定異常處理機制，以確保藥品安全。

問題四：3.3.1.2 抗凝劑都是當班配置當班使用完畢，空針需要再註明稀釋時間？

答：抗凝劑為高警訊藥物，除於治療區經三讀五對，現場立即一對一抽取使用外，其餘稀釋配置之空針需註明藥物名稱、稀釋時間及稀釋後劑量

問題五：3.3.1.3 感染管制的尖銳物品收集容器：可以用 A 液空桶取代尖銳物品收集容器？垃圾桶不是腳踏式可否？結束透析時、感染性垃圾收集桶不在床旁，採定點處丟棄是否可行？(因環境空間，動線有限制)

答：各院所廢棄物管理應符合醫療機構事業廢棄物管理作業之環保护法規要求，貯存容器（如以 A 液空桶取代）以不易穿透之堅固容器盛裝密封，貯存容器開口大小，應注意便於丟棄尖銳物，防丟棄時針扎，執行作業時應預防交互感染之感控原則，確保人員安全。

問題六：3.3.1.4 執行手部衛生：

1. 乾洗手液可掛於病人單位？放在床頭旁病人置物櫃？或床尾？需每床掛置？
2. 「標準說明」提到，擦手紙放置在擦手紙架內，需將塑膠外包裝移除？塑膠外包裝移除的用意為何？

答：1. 評分說明的 A1 項目：建議每張透析床都有乾洗手設備。乾洗手液擺放位置依各院所規範，考量使用者取用方便性及避免液體飛濺病人、機器。

2. 「標準說明」建議塑膠外包裝移除用意，為預防塑膠外包裝潮濕、水漬等，重複觸摸致病原體殘留疑慮，有違感控原則，故建議移除塑膠袋。

問題七：3.3.2.1 訂有透析照護異常事件規範：單位可自訂流程？

答：可以依各院所規範自訂流程。

問題八：3.2.2.1 防止跌倒 Logo 有標準嗎？

答：依各院所規範自訂。

問題九：4.2.1.1 血液透析護理相關訓練：每位新進血液透析護理人員到職一年內應具有腎臟醫學會或腎臟護理學會血液透析訓練班（基礎訓練課程）之結業證明（上課證明）。例如今年 3 月到職，來不及報名上 5 月訓練班的課，怎麼辦？

答：今年 3 月到職人員，如不及報名 5 月訓練班課程，院所可於明年安排該員報名學會訓練班課程，屆時可檢附上課證明，符合到職一年內即可。

問題十：4.2.1.1 血液透析護理相關訓練：每位護理人員 3 年內應完成至少 24 小時進階訓練課程，單位自辦課程是否認列？上班中或補時數是否符合公假？

答：單位自辦可以認列，依院所認列符合公假條件。

問題十一：4.2.3 護理人力配置：

1.護理人力在診所會有臨時寄洗患者，人力配比當班是:1:5，非常態性，可以接受?

2.如遇住院、急重症之透析照護，人力參考公式：

月透析人次(a)/平均月工作天數(b)/ 1 比 4 護理人力(c)。

問(1)：護理人員配置 HD 工作天數 20-22 天(b)，是固定的數字?

問(2)：1 比 4 護理人力(c)是指上班只照顧四位病人?

答：1.按衛生署【醫療機構設置標準】透析護理人力設置為 1：4 照護人力比。院所如遇突發狀況、非常態性，尊重各院所人力調配原則。

2.如遇住院、急重症之透析照護，人力參考公式說明：

2-1 按衛生署原訂定之透析護理人力計算公式，係採「當月透析總人次÷當月透析室實際工作日（26天）÷4」，做為評核透析室護理人力依據。

2-2 依照 1：4 照護人力比意指：各班(早、中、晚班)之照護人力比。

2-3 然，原衛生署訂定之透析護理人力此計算方式忽略勞基法第 30 條「勞工每日正常工作時間不得超過八小時，每二週工作總時數不得超過八十四小時」之規定，造成單位護理長排班困擾，故本會已建議衛生署修訂血液透析護理人力計算方式，以符合實際人力需求：血液透析護理人力需求數＝當月透析總人次÷當月透析護理人員實際工作日（22天）÷4 人次。並於 102 年 2 月 20 日獲得衛生署正式回函錄案。

2-4 故 20-22 天之平均工作天數，非固定數字，依各單位人員休假係數與急重症病人數之實際狀況評估調整。

問題十二：「腹膜透析評量」3.1.1.4 監督腹膜透析儀器設備，定期維護校驗。C：應有監督紀錄。請問 APD 機器為廠商提供，病人有問題均直接聯繫廠商，維護校驗亦為廠商執行，需要有紀錄?

答：目前國內 APD 機器普遍為廠商服務，院所為提供腹膜透析病人居家適當的照護、觀察及處置，應了解合作廠商提供腹膜透析儀器設備維護、校驗等狀況，且需了解病人居家使用情形，故須有監督管理之紀錄。紀錄規範依院所作業規章自訂。

問題十三：「腹膜透析評量」4.2.2 護理人力配置：建議學會為血液透析護理人力把關亦應為腹膜透析護理人力發聲。

答：腹膜透析治療在台實施以來，原先護病人力比為 1：25~30，照護成效良好且有目共睹。近十餘年來，自從護病人力比改為 1：35，且政府大力推廣腹膜透析治療，致臨床腹膜透析照護，因護理人力緊縮及照護繁重，病人失敗率（Drop out rate）有逐年攀升趨勢。台灣腎臟護理學會於 102 年 2 月正式行文衛生署，建議衛生署應回復護病人力比，至少應符合 1：30（即一位護理人員不得照護超過 30 位腹膜透析病人）。亦於 102 年 2 月 20 日獲得衛生署正式回函錄案。

問題十四：腹膜透析病人住院期間，若無法自行操作換液工作，規定需由腹膜透析護理人員更換？

答：依各院所作業規章自訂。

問題十五：因應環保，紙張可否不列印，評量現場查核時，相關資料需佐證由電腦查詢提供回覆？

答：可以。

問題十六：新成立的院所，人力不足如何呈現？

答：真實呈現、反應單位問題，提供學會作為日後評估護理人力之參考。

問題十七：有關病人安全作業(如：跌倒評估)一定要院所自訂作業規範?腎臟護理學會有訂定【病患安全作業指引】，可否直接下載使用？

答：院所可自訂符合院所臨床實務之相關病人安全作業。台灣腎臟護理學會本著服務會員，已制訂之【血液透析護理技術規範】、【腹膜透析護理技術規範】、【病患安全作業指引】等作業規範，提供會員們下載、參考使用；歡迎對腎臟照護有興趣、或透析相關護理伙伴們加入學會。

問題十八：院所自訂的流程，訪評委員是否會依院所自訂的好、壞來評分？若流程不足或欠佳時委員會如何給分？建議，僅納入建議事項，不影響給分。

答：訪評委員依院所自訂的流程與實施現況進行評量。對流程不足或需加強之處，將以輔導、討論並提供經驗交流；期盼院所與訪評委員雙向溝通、互饋，為透析護理把關，共謀透析病人福祉。

問題十九：訪評委員給分是否能依照評量標準項目給分，不要以個人經驗及意見來評定分數及給建議？

答：學會秉持社會責任及服務透析護理人員之理念，落實以輔導，不增加透析護理人員額外負擔之原則，舉行全國北、中、南區護理訪評委員共識會，以謙虛、有禮、將心比心、專業之態度進行訪評，期能透過問題討論與提供諮詢，了解護理臨床現況，扮演輔導角色。為落實此一理念，本會亦期受評量之院所能對訪評委員及訪評過程進行評值，並將評值表直接寄回至台灣腎臟護理學會，以確保達到有效、實質之雙向溝通。

問題二十：此 Q&A 的簡報做得很棒可否掛網供讀取？

答：102 年度透析護理評量 Q&A 的簡報，歡迎連結至台灣腎臟護理學會網站點閱讀取。

問題二十一：為因應個資合法性，腎醫學會可否要求院所上傳病人資料至學會?敬請腎醫學會提供法律合法公文以保護透析院所，且說明相關作業辦法，如：病人是否需一一填寫同意書?可否提供同意書之範本供院所參考使用？

臺灣腎臟護理學會

答：轉交台灣腎臟醫學會答覆。

