

牙醫門診總額研商議事會議 108 年第 1 次會議紀錄

時間：108 年 3 月 5 日 14 時整

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂(臺北市信義路 3 段 140 號 18 樓)

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：張毓芬

出席代表：(依姓氏筆劃排列)

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
石代表家璧	石家璧	陳代表威鏢	陳威鏢
朱代表日僑	朱日僑	陳代表雅光	陳雅光
何代表正義	(請假)	溫代表斯勇	溫斯勇
吳代表永隆	吳永隆	黃代表金舜	黃金舜
吳代表明彥	吳明彥	黃代表純德	(請假)
李代表純馥	李純馥	黃代表福傳	黃福傳
沈代表茂棻	沈茂棻	劉代表經文	劉經文
季代表麟揚	季麟揚	鄭代表信忠	鄭信忠
林代表靜梅	林靜梅	黎代表達明	黎達明
邱代表昶達	邱昶達	謝代表尚廷	謝尚廷
徐代表邦賢	徐邦賢	謝代表武吉	(請假)
許代表世明	許世明	謝代表義興	謝義興
連代表新傑	連新傑	簡代表志成	簡志成
陳代表少卿	陳少卿	羅代表界山	(請假)
翁代表德育	翁德育	蘇代表主榮	(請假)

列席單位及人員：

衛生福利部

全民健康保險會

疾病管制署

中華民國牙醫師公會全聯會

中華民國藥師公會全聯會

台灣醫院協會

中華民國醫院牙科協會

本署臺北業務組

蘇芸蒂

陳燕鈴、陳思琪

曾淑慧、徐士敏

黃立賢、柯懿娟、邵格蘊、

廖秋英、潘佩筠

洪鈺婷

(請假)

(請假)

楊淑娟、蔡雅安、吳逸芸

本署北區業務組
本署中區業務組
本署南區業務組
本署高屏業務組
本署東區業務組
本署醫審及藥材組
本署違規查處室
本署資訊組
本署企劃組
本署醫務管理組

林巽音
林淑惠
洪穰齡
施怡如
朱庭寬
曾玫富、梁淑媛
張曉雲
李冠毅
(請假)
劉玉娟、劉林義、林淑範、
洪于淇、徐維志、韓佩軒、
林右鈞、宋兆喻、李佩純、
邵子川、黃怡娟、劉勁梅、
楊淑美

壹、主席致詞(略)

貳、確認本會前次會議紀錄。

決定：洽悉。

參、報告事項

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」之說明

決定：洽悉。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：歷次會議決定/決議事項辦理情形

決定：

一、洽悉。

二、請醫審及藥材組就「180 天內重複執行全口牙結石(含跨院)案件分析」，於下次會議起例行報告。

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：牙醫門診總額執行概況報告

決定：洽悉。

第四案

報告單位：中央健康保險署

案由：107 年第 3 季點值結算結果報告

決定：

一、依全民健康保險法第 62 條規定辦理一般服務部門點值結算，點值確認如下表

	點值	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
107Q3	浮動點值	0.8751	0.9796	0.9581	0.9885	1.0333	1.1580	0.9458
	平均點值	0.8803	0.9785	0.9584	0.9861	1.0275	1.1478	0.9462

二、各季結算說明表，置於本署全球資訊網，請查閱參考。

三、請醫務管理組、高屏業務組就 107 年第 3 季各分區點值進行分析，並於下次會議報告。

肆、討論事項

第一案

提案單位：中央健康保險署

案由：牙醫門診總額品質保證保留款實施方案修訂案(草案)。

決議：

- 一、同意「行動支付」暫不增列為本方案獎勵指標。
- 二、同意「無障礙就醫環境」列為政策獎勵指標。
 - (一)核算基礎為 5%，適用層級別為基層。
 - (二)政策獎勵指標(四)「每月完成門診時間網路登錄且週日或國定假日有提供牙醫醫療服務」：核算基礎由 3% 調降 2%。
 - (三)政策獎勵指標(五)「月平均初核核減率」：核算基礎由 5% 調降為 1%。
 - (四)無障礙就醫環境相關指標，將俟衛生福利部核定並經本會議確認後生效，若於年度結束後，仍無法確認定義，將回復 108 年原修訂計畫內容辦理核發作業。

第二案

提案單位：中央健康保險署

案由：「牙醫門診加強感染管制實施方案」修訂案。

決議：

- 一、同意依疾病管制署意見修正如附件 2。
- 二、有關專家學者所建議將疾病管制署「牙科感染管制措施指引」手部衛生、個人防護裝備、尖銳器物管理一節，列為牙醫院所感染管制 SOP 作業細則內容，請牙全會研議未來納為增修參考。
 - (一)有關偏鄉地區巡迴醫療及身心障礙特殊醫療服務之感染控制，請牙全會研議，於下次會議提出改進方案。

- (二) 有關委員反映偏鄉地區仍有密醫提供牙醫醫療服務一節，請將相關發言併會議紀錄送請衛生福利部醫事司及心理及口腔健康司參處。
- (三) 108 年感染管制設定目標如下：
1. 未參加感染管控院所占率由 10%降為 5%。
 2. 申報牙醫加強感染管制診察費之院所，不合格率降為 5% 以下。
 3. 未申報牙醫加強感染管制診察費之院所，其不合格率降為 25 以下%。

伍、臨時動議

第一案

提案單位：中央健康保險署

案由：有關 108 年度全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案(以下稱本方案)，請中華民國牙醫師公會全國聯合會協助轉知會員。

決議：

- 一、本方案牙醫院所參與率偏低，請牙全會積極輔導所屬會員參與。
- 二、為利牙全會輔導所屬會員參與本方案，請各分區業務組將未參與本方案之院所名單提供各區審查分會。

陸、散會：下午 4 時 40 分。

柒、與會人員發言摘要詳附件 1。

全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額研商議事會議

108 年第 1 次會議與會人員發言摘要

主席

首先確認第 4 次及臨時會會議紀錄，第 3 頁至第 15 頁，大家有沒有意見，沒有意見就確認。

報告事項第一案：「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」之說明

主席

有關討論議題，請各位代表、各公會或專家學者，請於會前函文通知，我們會納入議題討論，以上報告大家有沒有問題？如果沒有問題，接下來報告事項第 2 案。

報告事項第二案：歷次會議決定/決議事項辦理情形

主席

共有 13 項，均是解除列管，有關第 2 項，全聯會意見為宣導、異常院所進行檔案分析、輔導合理使用，本署同意全聯會意見，所以暫時解除列管，但 180 天內重複執行全口牙結石(含跨院)件數及比例分析報告會納入定期研商會議的報告內容，以瞭解案件數的增減情形，觀察全聯會所提措施是否有成效，這樣可以嗎？

謝尚廷代表

可以。

主席

理事長說可以，大家有沒有意見，沒有意見就確認。

報告事項第三案：牙醫門診總額執行概況報告

主席

有關牙科急診案件分析，請看簡報第 32、33、34 頁，看起來目前的牙科急診處置主要都是醫院進行，甚至週日及國定假日都是醫院提供服務，代表診所所在週日及國定假日的可近性很差，是這樣嗎？

連新傑代表

有關牙科急診案件類別定義，基本上在醫療院所我們會申報 92094C，這是急、門診的處置，我們還是會用案件類別 19 去申報，不會用急診類別去申報，因

為牙科診所沒有檢傷分類，用急診怪怪的，我們對這個會有所疑慮，92094C申報類別都是在 19 案件，不會在急診案件，因為醫院有檢傷分類，所以會用急診處置，所以兩邊出現的數字會不太一樣。

主席

所以看不出來診所對於急症處置，應該診所也是有急症處置，因為也是有相關的適應症。

連新傑代表

在第 33 張簡報可以看得出來牙科診所在 107 年申報 92094C 有 7 萬零 4 千多件，其定義為週日及國定假日有提供牙科急診處置之服務，是申報一般案件內而非急診案件，牙醫診所申報 74,318 件比醫院 2,226 件多，牙醫診所確實提供蠻多的假日急症處置，但並非申報急診案件類別。

主席

牙醫診所於假日看診中有 7 萬 4 千多件且未以急診案件申報，牙醫急症在診所的之案件數可能是蠻多的。另簡報第 34 張，107 年不符適應症之比例有上升之原因？

連新傑代表

因為該代碼剛上路沒多久，現況可能是病歷書寫是符合適應症，但有新院所不熟悉診斷碼，故不符適應症，因此審查醫師也會有核刪的動作，在 107 年不符的比例也多有改善。專業審查發現多數是不熟悉診斷碼所致，少部分確實不符合 90294C 之適應症者也多予核刪處理。

主席

107 年 93093B 大幅上升的理由？

許世明代表

簡報內非前開適應症是以診斷碼來判斷，並非核刪的部分。

主席

可以請醫院的代表說明？

黎達明代表

部分醫院之急診在 ICD-9 及 ICD-10 對應碼可能未整理完整且習於舊的分類，因為病人來醫院多處理複雜的問題，通常不會只補個牙等簡單處置，未來我們會加強宣導。

徐邦賢代表

剛開始 ICD-10 編碼我是編碼小組之一，當時編碼時確實有些急診案類編碼不夠仔細，後來陸續也有醫院反映修正，造成非符適應症之上升現象，因此很多是急診案件，但在編碼時並未編入急診處置內所影響。

主席

以簡報 33、34 對照 32 張來看，107 年醫院牙醫急診大幅成長(43%)，費用申報約 3 千萬，牙科急診案件醫院大幅上升，是否代表患者無處可去只能去醫院？不然醫院件數成長 40%之理由為何？

連新傑代表

這項預算是 106 年才編列的，牙科急診向來是我們關切的重點，我們希望整體提升牙科處理急診而非只限於醫院，醫院尤以醫學中心對於牙科急診都是賠本在做，不論是否為例假日或年假..等，診所在 92094C 的部分也提供很多急診的處置。因 106 年甫拿到預算，107 年的成長尚符合牙醫界之預期情形，我們希望呈現真實牙科急診的數字，而非僅是病人至醫院急診打止痛針、吃止痛藥。

主席

這件事是呼應我們去年底牙醫界爭取 108 年總額協商提升假日急診處置之服務(10 萬人次)，醫院急診若無牙醫師則須以照會方式處理，故我們期待本項專款能夠改善現行病人至醫院牙醫急診就醫不便或僅打止痛針…等情形，牙醫診所才是牙醫急診之主力(而不是醫院急診)，而本項專款亦在提高開診率及提升民眾假日就醫之可近性，本事項建議持續追蹤執行情形及結果。

黎達明代表

以第 32 張簡報來看，60 多家醫院申報 3 千多萬，平均一家不到 50 萬，實際是反映正常值而已。

主席

牙醫院所中有 90%是診所，且醫院急診少有全天的牙醫師駐診，牙科急診是要透過照會方式，因此我認為牙科急診主力應在診所而非醫院。另 107 年牙周病未達目標人數，108 年評核會議本署配合提出牙周病之專案報告，今年牙醫總額在牙周病部分已投入約 30 多億元且已列入一般服務，則代表民眾端在接受本項服務時應獲得較佳的服務與照顧，這部分也建議要持續追蹤與定期監控。

謝義興代表

針對醫院牙科急診，我以在職之三軍總醫院牙醫師為例，有主治醫師、住院醫師、實習醫師，醫院牙科急診不論是否假日、晚上，24 小時都有前述三類

之醫師值班，申報健保點數與一般是一樣的，建議支付可以考慮層級間值班人力不同之差異。

主席

健保於假日及夜間已提供較好的支付點數，請李組長來說明。

李純馥組長

今日議程資料 3-33 及 3-34 頁提供週六、日及國定假日之牙醫急症處置支付標準，醫院部分較基層院所支付較高點數，如果醫院代表對於支付點數有不同建議，可依支付標準修訂程序提送成本分析等資料進行研擬討論。

主席

各位代表是否有其他意見？如無意見，進入報告事項第四案。

報告事項第 4 案：107 年第 3 季點值結算結果報告

主席

去年第 3 季及各分區點值，各位代表是否有意見？

翁德育代表

六分區點值中高屏在西部地區一枝獨秀平均點值為 1.02，如依照牙醫總額開辦初期六分區之預算分配是希望 100% 跟著投保人口並進行人口風險之校正，期待以此引導醫療資源之分配，六分區不論投保人口或戶籍人口相對於醫師資源之分配，點值最差為臺北、其次為中區、高屏，現在高屏區點值一直提升，第 3 季應該已達極致了，明顯與北區、南區為不同之點值，我不清楚是怎麼一回事？我要把話說清楚，當時分區預算分配方式之初衷是導引醫療資源之分配，惟如果分區內無醫療資源之需求，我們在會內會重新考慮分區預算之分配方式。我不清楚高屏 1.02 是怎麼來的，我們是否可以於下次會議拜託高屏分會及高屏業務組就近來數季高屏點值一直提升原因之說明。

主席

請高屏業務組同仁先說明。

高屏業務組 施怡如專員

高屏在幾年前也有點值低落的問題，因為高屏轄區就抽審指標的大幅調整，調整後點值才逐漸提升，部分因素係因本區自我管控。107 年第 3 季點值超過 1，係因本分區部分院所因牙周病、拔牙後處置等查核被處以停約，未申報費用，另外費用端也與分會進行了洗牙…等多項專案之輔導，而這些查核、輔導也產生了擴散效應的影響…等等。

主席

本署近年確實進行多項查核專案，其中對於自清繳費也回到總額，也可能是影響因素之一。

陳雅光代表

高屏十幾年來點值首次超過 1 就被這樣點名要扣錢，南區也曾經超過 1 點也沒有說要扣錢，是否公平合理我是不知道。我們來看圖 7-9，高屏於颱風天總共休了三天，路都壞了，我們不看臺北區，從北區去年一季開始看約 0.2 之成長、中區也是 0.2、南區是 0.4、高屏是 0.6、東區是 0.7 的成長，這並不是只有高屏區成長特別多，但當時颱風都經過南區、高屏及花東這一帶，如果全聯會要將天氣影響因素列入預算考量的話，未來颱風掃到臺北區造成點值提高時，是否要補貼高屏區？我認為大家講話宜公允一點，高屏區 10 多年來第一次，應為特例，30 天工作 20 多天有 3 天休假，加上路也壞了民眾就醫不便，我不認為還要民眾冒雨出來，而且這是一般案件並非牙周統合之案件，我們到第四季預估會降到 0.97。

許世明代表

我們希望健保各分區業務組不要因為點值低而啟動查核等各項專案，並希望六分區在推動管控措施時有一致之標準，對於異常院所查核我們予以尊重及配合，但點值排名永遠有第六名，希望分區間不要因為排名順序輕易啟動查核專案。

翁德育代表

我們之前分區預算為何百分之百做 Capitation 是有很大原因的，容我重述一次，希望醫療資源能藉由各分區點值不同導引正向的分布；惟如果六分區中並不是因為點值高低來影響醫療資源分布，本會於內部就會重新審視這件事情；其次剛剛我們主委也說得很清楚，希望六分區業務組不要因為點值高低做為競賽，我認為對民眾並不公平，如高屏區陳主委所講有些受天氣的問題，大家可予考量；但如不是一季而是連續多季時，我們即應回到預算分配之初衷(醫療資源能藉由各分區點值不同導引正向的分布)來討論。

謝尚廷代表

本會明日已安排討論這件事，會以民眾利益為優先，六分區預算如何分配會再討論。

主席

謝謝理事長，各位代表是否有其他意見？如果沒有其他提問，我想請本署業務單位於下次會議針對 107 年第 3 季各區點值較去年改變較大者進行分析，包括颱風、查核、審查之效益及扣除前述影響因素後各分區之差異。另本署

查核專案絕無主委所講是因為分區點值低而啟動，健保查核專案是全區且公平的，不會以個別分區為對象，但審查端則因分區共管因素共識之決定確實會有不同差異，其實我們可以觀察相關因素(如：颱風、查核、審查)之影響，查核金額回到總額對點值也有影響，故下次會議請醫務管理組提前分析再予報告。各位代表是否有其他意見？若無意見，107年第3季點值即予確認，請宣讀下一案。

討論事項第一案：牙醫門診總額品質保證保留款實施方案修訂案(草案)

主席

本案業務單位是否有補充說明？

劉林義專門委員

本項牙醫品保款於上次本會議討論通過二項指標，分別為行動支付及無障礙就醫空間，列為加計獎勵，備註說明無障礙就醫空間依衛生福利部研訂後辦理，經本會確認後生效；本案依程序提至上次全民健康保險會討論，該會委員並不同意增列行動支付，僅同意增列無障礙就醫空間之指標，故本項討論案配合刪除行動支付之指標，除維持總分為100分，且考量鼓勵牙醫基層院所提供無障礙空間予民眾之必要性，故建議將原加計獎勵之5分移列政策指標項下第七項指標，另減列5分來自於基層第四項，本來分數為3分降為2分，月平均初核核減率本來為5分降為1分，減少之5分移至第七項之無障礙就醫空間。

主席

請大家表示意見。

劉經文代表

據我們瞭解無障礙空間之標準還沒訂，若列入108年方案內恐有疑慮，何時標準會訂好？如何計算？我們與會者可能比較清楚，但不代表所有牙醫院所都會瞭解。其次，前二年牙醫本來就在推動「友善的就醫環境」，這部分是比較容易達到的，且本會已大力推廣相關事情，屆時衛福部新訂的標準，大家是否容易達到？否則本項的美意就不見了，另由誰來監督或評核這件事呢？這些都是我們所擔心的，若要讓院所自理，建議應俟院所都能有效達到，讓多數民眾就醫方便，本會疑慮也是各位的疑慮，在目前標準未明下，同意或不同意都很為難，但原始的美意是我們雙方都支持的，因此是否改以牙醫原使用之友善環境評量表取代，我們亦繼續推廣這件事情，我們希望衛福部能夠瞭解並參採我們的建議。

主席

好，謝謝劉醫師，再來簡醫師。

簡志成代表

基本上每次傾向盡量去達到這個情況，只是說可能未來的辦法跟現行認定的無障礙設施環境不一樣的情況之下，會介意這個名稱是不是還是叫做無障礙，因為可能會誤導大家把很多外面的配置等等無障礙設施、無障礙環境整個連結在一起，我們朝向這部分可能有些地方會去修改適應，因為我們知道很多無障礙環境是強調在什麼樓梯、廁所等等這些進出入的情況，大家在醫療院所不見得能夠這樣的情況，如果我們的條件跟他有一些修正，不一樣的時候，是會造成大家誤解這個無障礙是不是都一樣，還是說我們可以變成類似友善環境或友善的這樣一個情況，不然你都是無障礙，但是你的情況一般民眾可能不瞭解，你這個無障礙跟大家現在既定成俗的無障礙是不是一樣，然後還把那個標準拿來，是不是在挑戰說為什麼你這樣可以叫做無障礙，是覺得這個部分是不是可以去做一個討論，當然我精神還是朝向盡量有大家有就醫的方便性跟權利，但是這樣在我們牙科，應該是更方便是說患者怎麼樣去達到牙科的看診，譬如怎麼上治療椅怎麼甚至是可以去推動怎麼看診，在這個情況又跟一般的無障礙設施又不大一樣，以上謝謝。

主席

好，謝謝，理事長。

謝尚廷代表

現在無障礙環境的定義還沒有出來，如果到下次5月議事研商議事會議有結論，公告然後院所開始執行，大概已經年底，是不是今年有辦法把這項列入108年？我是擔心時間可能來不及，當然這個無障礙環境我們是全力支持往這個方向，但是定義還沒出來，衛福部研訂可能要一段時間，我們最快也要五月底研商議事會議去處理，所以今年來不及，暫時先不要列入。

主席

好，大家還有沒有其他意見？請玉娟副組長把本部無障礙環境的進度跟大家報告。

劉玉娟副組長

衛福部開會討論，關於大家關心的無障礙設施，建議醫事司在一般基層診所的部分，在設施設備會有一些小小補助，但是還沒擬訂與確認。第二，未來醫事司對於診所會定訂一個認證標準，經院所提出後，再經衛生局同意，目前最後進度是尚未擬訂出來，未來本署只要確認已經拿到證明之診所就會符合資格。

社家署是管理身障的單位，這一週他們會邀請本署、國健署、醫事司、身障團體以及相關代表辦理說明會，說明對於無障礙設施的重視，以及相關配套

和鼓勵措施，然後也會這些正在 going 的草案來跟身障朋友做一個說明，至於後續會不會因為這個說明會，醫事司還有其他新進度，還要等到後面再來確認。

主席

這邊有一個備註是說，衛福部訂定的無障礙就醫環境的定義出來之後，要經過本會確認之後才生效，假如定義都沒有出來，就不會確認，當然就是用修正之前的方案。因為全聯會現在也提出一個友善環境，那到底以後部裡頭訂出來的跟這有什麼差別我也不知道？他的要求是比較嚴還是比較鬆？而且他要透過衛生局去查檢，提供查檢合格名單給我們，所以可能也要時間，是不是今年來的及實施我們都不知道，但是先用修正之後的通過，但是有一個備註，假定都來不及，或者是訂出來大家有意見無法達成共識，就是用修正前的來做結算，這樣可以嗎？好，因為我們必須要遵照本部的指示，然後也要能夠執行，好，邱代表。

邱昶達代表

說明一下可能狀況，如果完全讓衛生局去執行的話，相信診所可能意願會比較低，因為他查核有可能會看以下，第一個叫環境，分有形跟無形，他可能會先看門診表，有沒有列出殘、智障特別門診。第二個他可能要求有身障者單獨的櫃檯，櫃檯設計可能要比比較低。第三個可能要有專門的領導人員。最後診間的環境可能需要可以推床等。如果完全讓衛生局按目前的狀況來執行這個工作，診所意願可能會比較低，所以查核的內容部分可能還要再協商，以上報告，謝謝

主席

好，這些意見就麻煩玉娟副組長去部開會時反應，還有就是診所(牙科、西醫、中醫)有沒有差別？這些也麻煩再做釐清。好，這個案子大概原則上就是行動支付拿掉，然後無障礙空間進去占 5 分，然後拿掉原來的第 4 項、第 5 項之後有 5 分，這個是修正之後的，但是是不是要照這生效，要等無障礙就醫環境的定義出來之後，提本會討論之後才確認，如果都沒有，那就照原來的修正前還是可以執行，好，大家有沒有意見？沒有，我們就通過，接下來第二案。

討論事項第二案：「牙醫門診加強感染管制實施方案」修訂案

主席

好，謝謝，接下來有幾個補充，表一、表二的部分，請醫管組補充說明；其次請疾管署來說明該署建議的 SOP 考評表；第三，請本署高屏業務組來說明其建議；第四，請牙全會就這一次的來函再做說明。

劉林義專門委員

請各位代表看議程資料頁次討 2-3 頁，首先請看健保醫療資訊雲端查查詢系統的各部門目前查詢的比率，像西醫診所查詢率為 88.6%，西醫醫院為 78%，牙醫則為 66.7%，其查詢率是比較低。第二是我們針對 107 年抽查感控的家數，就合格跟不合格進行分析，看看到底我們列了這幾個評核項目中哪幾項他的合格跟不合格跟他後續的 C 肝病人的一個就醫率的相關性？檢驗出來大概有三項有顯著差異的可以供各位代表參考，一個就是第 4 點(診間環境的清潔)、第 5 點(完備病人預警防範措施)，以及第 9 點(完善廢棄物處置)，在合格跟不合格是有一些差異存在，不過當然我們要說因為樣本數只有 300 家，其中不合格的家數事實上只有 43 家，樣本數有限，本分析僅供參考。以上說明。

主席

好，謝謝，接下來請 CDC 說明。

疾病管制署 徐士敏護理師

各位委員、各位代表大家好，今天第一次發言，針對於貴署提供的資料，本署於會前曾就牙科 SOP 評分表提出小部分建議，剛剛看了一下，全聯會已經有針對我們提出的建議做文字的酌修，讓一些專有名詞有一致性的通用，然後也有一些小小的回饋，那就再看看各位代表針對這些有什麼樣的建議，謝謝。

主席

好，曾組長有沒有要補充說明。

疾病管制署 曾淑慧組長

主席、還有各位代表大家好，非常感謝大家對牙科的感染管制的一個重視。確實剛剛也看了一下全聯會針對關於感染管制的 SOP 的作業資料跟有關於 checklist，大家都做了一些相關的修正，這些修正其實還是主要根據疾管署公布的牙科感染管制指引，那我想有部分代表可能很清楚，這牙科的感染管制指引，其實是疾管署跟牙科的全聯會，還有相關的一些代表所研議修訂，這個感染管制指引也是衛福部的傳染病感染管制諮詢會議通過，所以目前也放在我們署的外網。我們很高興牙科全聯會根據這些牙科的指引，來針對相關的一些作業細則來做一個修訂，還有一些查核的標準有做一些修訂，謝謝。

主席

好，謝謝 CDC，感染感控不是健保署的權責，是 CDC 的權責，只是因為牙科的感控沒做好，健保就得花更多錢，考量健保的預算有限，特別是這個透過血液會交互感染的這些疾病，那牙科診所確實是一個問題，而且還有一個限制是也僅止於有健保特約的診所，但是沒有特約的那些診所，也有可能造成

我們的保險對象受到交互感染，而現在治療的費用都非常的昂貴，所以我們希望防制要在之前，不是用事後的方式一直再彌補，這是一件不符合經濟效益的做法，所以今天邀請疾管署來，其實是要拜託疾管署，這是疾管署的權責，不管疾管署及衛生局如何處理，我們真的希望能夠從源頭做起，這個才是正辦，否則有再多的預算也沒有辦法彌補這些事情，而且不斷的在發生。

另外就是本署「牙醫門診加強感染管制控實施方案」，在 107 年抽查結果非常的不理想，所以衍生後續會議的討論，所以希望防制能夠再加強，否則健保也沒有那麼多的預算可以來支應這些感染之後的治療費用。最後邀請全聯會來說明今天突然來的函文，那位要代表說明，好，請吳代表。

吳永隆代表

主席、各位代表大家好，因為 228 連假的關係，所以我們的來函比較晚一點，跟與會的代表抱歉。本會目前其實也有就目前就醫安全，對於本次疾管署對於本會 SOP 考評作業細則以及考評表的部分，這個內容指導我們本會參考疾管署建議的內容，以及會內目前我們會員診所實務上的作法，對於牙醫院所感染管制 SOP 作業細則對照表的部分，就是我們今天給署公文的附件，大家可以看一下附件一，總共有 8 頁，這一部分在整個作業細則的通則，那個地方我是沒有改變的，最主要根據 CDC 建議的牙科器械消毒及滅菌整個內容，目前我們根據 CDC 的感染管控指引來做一個修正，那因為有些不合時宜，比如說一些原本已經沒有在使用的消毒設備我們把他刪除掉，那整個修改的內容請各位代表卓參到我們的附件一；另外這個考評表的部分，目前也是針對於疾管署建議的一些文字上的修正；那還有整個考評未來整個流程會比較順利，本會這邊也做一個修正內容，整個修正內容請各位代表卓參到我們的附件二，以上報告。

主席

好，現在這樣修訂，劃掉的是蠻多的，可是也有新增的，請教 CDC 曾組長有關牙全會修正之後的條文有吻合 CDC 就感控部分的要求嗎？

疾病管制署 曾淑慧組長

跟主席、跟各位代表報告，有關牙醫院所的感染管制 SOP 的一個作業細則，我看了一下修正的部分，主要還是參考 CDC 的一個牙科感染管制指引，那大概除了做部分的一些文字修正以外，大致上主要的精神大概都沒有偏離，所以我們對於這個修正的一個 SOP 的一個作業細則沒有意見。

主席

好，謝謝，請教專家學者代表鄭醫師。

鄭信忠代表

我有幾點意見，第一點，我覺得很納悶，為什麼感控跟 C 型肝炎的流行病用這種 statistics analysis 就表示說有相關性，我覺得跟你所有的眼睛、鼻子，跟所有的器官做 correlation 一定有相關性，而且這只有 C 型而已，如果要這樣做的話，那 B 型肝炎更高。

當然我們知道說這幾個項目跟這個有相關性並不代表說一定會發生，如果真的要警覺，早在 2、30 年前就要警覺了，不是現在才在警覺，B 型肝炎也是一樣，其盛行率近 20%，五個就一個，那比 C 型肝炎更恐怖，是不是應該更增加才對？所以說，我知道這個新聞的發表是要給我們警惕，但是我覺得這裡面真的是引用上要小心，我個人感覺竹竿和菜刀隨便組裝。所以我看到那個新聞的時候我覺得很奇怪，怎麼會這樣的情形，這個解讀有問題，這是第一個。

第二個，很高興全聯會有做修改這個案子，基本上全聯會所提的內容是參考所謂的 CDC 的指引，但是有三塊好像漏掉(手部衛生、個人防護裝備及尖銳器物的管理)，我是建議說如果在這一次再修定是不是也可以把這三塊納進去，讓他更完整。如果說要參考這樣的話，我個人建議是 all in one，因為當時修這個指引的時候我是全程參加，我記得我跟 CDC 建議，不要到時候我們台灣地區所有牙科的感控這裡一塊、那裡一塊，亂糟糟的，兩個都不一樣，我們就有一個指引，然後大家都來參考，我們現在自主管理的機制已經有了，舊的不是參考我以前寫的書的我都退，那個已經不合時宜了，所以我建議只要有一套感管。

今天提到的水質，在我們這個指引參考裡面也有提到，但因為他是一個還蠻不成熟，還需要再做配套措施才可以再去執行的一個，這等一下主席要討論我們就來討論，所以先不談這個事情。

然後在這個修訂裡面有關於牙科器械滅菌消毒原則，我希望說跟原來的可以要配合，譬如說大家看依滅菌消毒原理將牙科分成三大類(絕對滅菌的物品、應該滅菌的物品跟消毒的物品)，這是我早期我翻譯的，應該要配合現在的指引，現在的指引已經改成重要醫療物品，次重要醫療物品跟非重要醫療物品，至少 term 要一致性這樣才合理。有關於生物指示劑，在這個指引裡面並沒有說建議，我也知道生物指示劑在我們台灣的牙醫界幾乎是醫院一定要做，因為醫院有醫院的評鑑，現在醫院的感管都是由醫科一起做的，醫院一定做，但是我們診所端這個部分沒有落實，我 1、20 年前在寫這個項目的時候，那是因為說所謂的生物指示劑的培養的配套機制，還沒有成熟，但是經過 10 幾年來應該漸漸成熟了，所以說我建議全聯會這次對於生物指示劑這個項目，不要再寫「建議」了，應該是按照 CDC 的法規，CDC 很多的指引都是這樣在實施，我是希望這個建議要拿掉，大家可以參酌，謝謝。

主席

好，對。有關水質的部分，請高屏業務組說明。

高屏業務組 施怡如專員

有關水質的部分主要是源自民眾的檢舉案，這位民眾是因為家屬去洗牙時，後來引起牙齦腫脹，檢查發現是細菌感染，所以這位家屬就強烈懷疑洗牙時，漱口水的生菌數過高，於是他指明請我們在 SOP 方案中要將水質的標準列入 SOP 的考評項目，因此我們把它移來做為方案修訂的一個參考。另外有關於牙醫院所漱口水的用水應該要符合飲用水標準的部分，也就是說每 ml 的總菌落數最大限值是 100CFU 這個部分，其實已經明確訂於牙科診所的設置標準，以上補充，謝謝。

主席

好，謝謝，請問鄭醫師意見。

鄭信忠代表

我有幾個懷疑，第一個，民眾說因為看牙齒然後漱口水有問題導致他細菌感染，我覺得這個要 evidence base，否則的話你把這個給我個案，我來發表，馬上登在全世界的最好的 journal 上面，這是很嚴重的問題，你看以我們過去在回顧 literature，因為 B 型肝炎、AIDS，引起牙醫看診的 cross infection，都要有 evidence base，如果說因為我們台灣發生漱口看牙齒得到細菌感染，真的不得了，那不只 CDC 一定要介入，所以說我覺得這個在還沒有 evidence base 之前我們只能夠重視這問題。水質這個問題，包括在美國 CDC 的標準也是小於 500CFU，美國 ADA 牙醫師學會是小於 200CFU，那咱們台灣跟對岸的比較厲害，是小於 100 生菌數，我們都知道講 100 這個數據很簡單，但是如果真的要去測的話，那茲事體大了，單單要測生菌數在診所裡面的方法就有 n 種，所以說如果你去看文獻或者是去看國外的，特別是美國的 OSHA 或者是 CDC，或是 ADA，他對於水質的建議他只有一句話而已，依據廠商指示來辦理，因為單單這個水，消毒、滅菌方法很多種，所以我是建議水質要關心，但是我真的是很強烈的建議我們全聯會應該要有一套配套措施，把這個配套措施 SOP 寫下來，包括要怎麼樣檢測水，前段、後段，每段的值出來的都不一樣，所以這是要做，但是希望能夠去做配套措施，然後再來實施這個，可能比較少爭議，這是建議。

有關於所謂的檢核表，現在 CDC 也正在做一個檢核表的一個研究，我倒是建議是不是 CDC 的這個研究跟未來這個咱們自主管理感管是否要結合起來，不要說有好多個查檢表在使用，然後到底是用那個也不知道，所以說請主席也瞭解一下 CDC 目前在做這個考核表，是不是把他兩個把他整併一起，然後大家能夠協調一下，把它弄成一個 all in one，這樣也比較不會勞民傷財，大家使用也比較有遵從性，這小小的建議，謝謝。

主席

謝謝鄭醫師！季老師這邊有沒有要補充？

季麟揚代表

如果把「牙科感染管控有沒有達到標準」跟「C型肝炎流行」做因果關係的連結，可能會產生媒體捕風捉影錯誤報導的效應。如果前述的論點是基於今日會議資料中研究調查的結果，也可能會引起一些牙醫診所的反彈，因為這樣的因果關係推論是相當有問題的。例如：現在每戶家裡擁有的電視機總數跟30年前比是增加的；而現在的離婚率也是較30年前顯著上升的。如果把這兩個指標做個相關性分析，相信也是有正相關。但是我們並不能據此推論離婚率的上升是電視看太多造成的。所以，我們在做因果關係的推論時一定要小心。另一方面，我們牙醫界也確實有必要在感控方面落實執行，朝向更高的標準邁進，謝謝！

主席

好，謝謝！我們沒有媒體效應！只有會議效應！同仁也有明白的說明，只是僅供參考！因為那確實不是個很好的樣本，是不是有意義也不知道，因為資料就只有這樣而已。只是參考而已，它不會有媒體效應，不會被擴大引用。

回到本案，我們有SOP的考評表，也有SOP的作業細節。剛剛鄭醫師跟季老師，都有提到CDC也有在設計考評表或查核表。不要多頭馬車，是不是一致比較好？我覺得這個建議很好，CDC曾組長在這邊要不要給我們答案？

疾病管制署 曾淑慧組長

CDC目前在研擬考核表其實還是在計畫的階段。至於是不是可以用來做加強感控的實施標準，恐怕是還要再跟全聯會的代表來做討論。所以，目前這個階段恐怕是還不適合。可能是根據原來的考核表，來做一些相關的考核，或許比較符合實際的需要。不過，還是謝謝鄭委員對牙科的感染管制的關心。希望我們牙科的感染管制能夠做的更好，謝謝！

主席

好，謝謝！我們的考評表格式每年都在使用，顯然它是必須經過修正後才能用。鄭醫師，你的建議是什麼？

鄭信忠代表

未來還是要有all in one，現在CDC目前還是在研究階段，現階段以目前的狀況來修訂，可是未來兩、三年後，只要一套就好了！不要多套！那是未來的事情，因為感控在開始時不太敢下猛藥。因為牙醫界共識還不夠，像剛剛所講的先做到75分、再做到80分、再做到85分，一步一步來隨著宣導。而這個修改要靠我們全聯會大家一起來努力，因為感染管制要做到什麼程度，很難講！今年沒達到沒關係，我們預計三年以後達到目標，而這三年大家一

步一步來努力朝這樣的原則方式來做。這是我的建議，謝謝！

謝尚廷代表

跟 CDC 這邊還是要討論出一套辦法，牙全會這邊已經有一套方案，跟 CDC 的精神應該是差不多。我們擔心院所的因應一下子可能沒辦法做到，要逐步地去做。而感控本來就是無底洞啦！我們當然希望愈高愈好，要逐步地達成。

主席

好~大家看一下附件二考評表，剛剛鄭醫師對作業細則也有表達一些意見，包括生物指示劑等，不是「建議」，「建議」根本要拿掉才對，應該要做到才對，這些希望全聯會也可以再做修正。

至於說我們每年所做的 SOP 的考評，目前修訂的建議很少，幾乎沒什麼修訂，即便疾管署的建議，全聯會採納的不多。洗手設備有採納、個人的防護措施有採納、多數沒有採納、儲存、流程。這部分有沒有說明？

吳永隆代表

說明裡幾乎全部都是同意。

主席

最左邊那個如果是空白的，就是採納疾管署。不過疾管署曾組長這邊有提到你們還會有一套嗎？

疾病管制署 曾淑慧組長

我們目前有針對牙科的感染管制有一些相關的科技計畫在推動。不過像剛剛各位委員講的，我想感染管制確實是隨著時代的進步會有不同的標準，那我們怎麼樣 step-by-step 把牙科的感染管制做得更好，這是我們大家共同的期望。

主席

其實台灣現在已經這麼進步，感控最基本的那條線還達不到就真的說不過去了！當然不可能無限上綱！這個我也同意，但如果那條線畫出來還有人不合格。如果沒有適當的處理的話，就會是個漏洞。當然不包括非特約的院所，之前上報的那家院所是密醫。鄭醫師請你有看到這個 SOP 嗎？這個全聯會的修訂建議，請心口司陳簡任技正給我們建議一下。好~那我們先請鄭醫師，你覺得這個 Okay 嗎？

鄭信忠代表

基本上精神都有，我的原則是先求有再求精。我也看到 50%都沒有及格，倒是要看這五成沒有及格的到底是那些地方沒有做好。我覺得應該要了解一下。

因為那已經是基本的基本，如果連這些都不到位的話，表示真的要對不到位好好地做宣導。針對這些不到位的東西，我們在今年沒辦法達成，明年、後年一步一步地讓大家能夠到位。我個人是採取漸近式的一步一步地、很重要的。宣導、輔導在未來可能是重要的一個責任，謝謝！

主席

好，請教心口司的陳簡任技正的意見。

陳少卿代表

部內對上次我們在健保署這邊的感控查核檢討非常地重視。今天也在口腔醫學委員會就問題來做討論。應該有幾個部分要進行後續的強調，結論就是要加強宣導落實。當然，在監控措施的部分還是要持續地來執行。另外，剛剛主席有提到未加入健保的牙醫院所，未來也是要督導的一個方向。因為過去也是在 CDC 曾組長指導感染管制進行傳染病相關的業務，我們會 follow 疾管署的政策原則。

主席

好~謝謝！

謝尚廷代表

在口醫會大家有討論到 C 肝，或許是感控的漏洞。我們都沒有談到密醫，有個地區很小就有十幾家了。

主席

你說雲林嗎？

謝尚廷代表

嘉義。

翁德育代表

一個鄉而已。

主席

為什麼衛生局沒有去處理呢？

謝尚廷代表

密醫讓你知道還叫密醫嗎？至少 10 家。

主席

這個衛生局應該要去處理吧！

謝尚廷代表

那是我們防疫跟感控的大漏洞。另外，早上我們也有提到，密醫還有流動式的。本來密醫都很低調的，但最近都在 facebook 上面做很多廣告，他們是移動式的，所以在查處方面困難度稍為增加。我們建議相對應的主管機關，密醫除了醫療品質有問題外，這對於防疫、感控的部分其實是個大漏洞。一個這麼小的鄉就十幾家。各位在 facebook 如果有看到美白貼片，他們是流動式的！因為他們知道這是一個醫療行為，所以也就用流動式。但現在的宣傳很高調，網路上很多人在做。我相信他們做貼片，他們的感控應該也不是在醫療機構做！我相信這也是一個大漏洞，這部分當然也是我們要提的。

牙醫界比較擔心，因為最近網路上一些媒體的事情，還有有關 C 肝跟牙醫的感控問題把它做聯結，我們當然也是要解釋一下。支付標準這一項申報叫「符合加強感染控制」，就是加強型的，是 10%沒有通過加強型的感染控制，不是鄭教授說的 50%。我們當時希望 10%要通過。但這是加強型的！本來衛生局有一個「基本的感染管制」流程，健保署卻特別提了這個加強型的案子，我們希望是逐步達到 100%。在牙全會大家有個共識討論過了，在今年會全力加強輔導沒有申報「加強感染管制 SOP」的 700 多家，這是第一個；第二個，申報「加強感染管制 SOP」而未通過的 10%也會有持續加強輔導，但是牙全會沒有公權力，在公權力方面可能要麻煩 CDC 這邊來幫助我們，這樣雙管齊下來做。但是最重要的是醫界最關心的密醫的問題。密醫的問題在早上口醫會已經有討論，希望我們衛福部的相關單位、地方衛生局可以加強查處。我記得 facebook 剛出來的時候，那個是在高雄，我立刻把那個 FB 廣告的內容發給高雄市衛生局局長，就是前任局長，我早上聽說是高雄市打來詢問「你們是哪裡？」，後來是在台北市，後來轉來轉去這件事就不了了知。陸續他們在 FB 上面的宣傳是愈來愈多，我們其實早上有提供一些資料，甚至於在做的人變成講師，還到處去演講、教學，怎麼樣去做這些東西。我們很擔心這種防疫的漏洞也好、感控的漏洞也好。還有醫療的密醫的做法，以前是很低調，現在是很高調，而且一直做宣傳，我們是很擔心民眾。他們現在是有決定幾個步驟去做：第一個，民眾做宣導；第二個，主管機關要加強查處。這部分希望 CDC 這邊讓地方的衛生局加強查處這些密醫的漏洞。

主席

好~謝謝！CDC 曾組長。

疾病管制署 曾淑慧組長

剛剛理事長提供有關密醫的查處，因為在衛福部有關密醫的查處是在醫事司。

謝尚廷代表

感控他們沒辦法做好，還是只能靠 CDC。

疾病管制署 曾淑慧組長

密醫還是要讓他停止執業。

主席

在 2019 年密醫是零容忍，那有用 FB 讓他去宣傳當講師的？我們對密醫是零容忍！怎麼翁醫師你那裡這麼多都不講話，你也沒有去處理跟衛生局報告。

翁德育代表

跟主席報告，我們如果去處理的話，玻璃每個月都要換一次。在鄉下其實很多啦！像我自己執業的嘉義縣義竹鄉，我們是全台五大 C 肝村。我們那邊的密醫，只要是村莊稍為大一點就有 1~2 位密醫。他們不是在原地 stand by，可能早上去種種田、抓抓魚，有人去 call 他，他就回來。你看他有沒有什麼防制感染的措施？那病人當然也不曉得，他是圖個方便，老年人在村莊裡，他要移動到比較市區的地方他不方便。所以，他有個濃瘍，他就去給他弄一下、搓一搓、藥抹一抹，但事實上這是一個很危險的舉動；第二個，在鄉下裡面，有很多鄉下的人不想動，根本不想出來篩檢 C 肝。有很多隱藏性的 C 肝，到目前為止都沒有被發覺。在鄉下裡面，沒有辦法靠一個很強制的力量讓密醫滅絕，因為他確實有他小小的市場在。這個可能是要拜託主管機關。

主席

這個主管機關是醫事司，不過心口司也是主管機關，請。

陳少卿代表

跟各位委員報告，感管與密醫督核業務是跨部門的合作，不過也占用現在健保署研商會議的時間作說明。做為牙醫主管機關是不希望把 C 肝這個事件跟牙醫的診療做牽連，所以當天新聞出來時，我們是 24 小時之內就發了新聞稿做澄清。部內也運用新媒體、LINE 群組的一些管道去進行澄清。這個新聞稿當然應該是醫事司發的，而心口司是已經直接就先發了。就加強查處密醫以及違返醫療法落實地方衛生局執行的執行，及民眾如何辨識這件事情，在新聞稿上已經澄清；其次，上班後的第一天就已經發這個公文至各縣市衛生局。所以，對一些檢舉案或是特殊事件應進行個案調查釐清；但是今天健保署這邊我們在談的是一個感染管制的處理措施，應該要落實在所有的牙醫院所，每年包括自評、不定期訪評，再加上地方衛生局、稽查人員不定期的醫事稽查，逐年精進。以上報告！

主席

好~李組長這邊有沒有要說明？

李純馥組長

因為早上我也是去參加部裡口腔醫學委員會，會中台大韓良俊教授有特別針對 CDC 所提的這個管制措施指引，有關手套的部份。他有特別提醒可能要明訂有哪些要用無菌的手套、有哪些是用拋棄型的醫療式手套，這兩個的衛生條件不一樣。因為所謂的拋棄型醫療手套是放在 table 曝露在一般空氣中，這種手套跟無菌手套在使用上，他覺得要明訂讓所有的一線的醫師或是相關的醫護人員都要知道，在哪種情況下要用什麼？這樣對於病人或者是醫護人員的保護是比較妥善的。所以，這部分是不是因為我在會上是有跟他表達說要再提供給疾管署，而今天剛好疾管署的組長有來，這邊一併就轉達韓教授的意見，以上！

疾病管制署 曾淑慧組長

針對適用手套的部分，我想大原則是這樣，沒有侵入性的醫療處置，就用一般的手套。有侵入性的醫療處置，就用無菌的手套。我想牙科有很多不同的處置，有些可能會比較容易接觸到血水的部分，當然就要用無菌的手套。如果有一些比較沒有接觸到血水的部分，非侵入性的醫療處置，就用一般的手套。這是處事的一般原則，我們不是只有針對牙科，針對耳鼻喉科、眼科、骨科、所有的外科系，甚至內科系，我們都是這樣的建議。在這邊跟大家做個補充。

主席

好~謝謝！

謝尚廷代表

最後，因為在最近這兩個禮拜，牙醫界群組裡面，有比較關心的是 C 肝及預估 600 家未通過的，結果我們提出南區他們的通過率是 100%，做的是最好的，南區當然有包括嘉義，但是 C 肝嘉義是全國第一名。剛剛也是提到他們的密醫也真的是比較多。

主席

有查到的都是好的，那個抽樣家數太少了，有問題的沒有抽查到。

謝尚廷代表

其實他們那邊相對的密醫也比較多。如果用這樣的邏輯看起來，C 肝跟密醫的相關性可能更高，全國 C 肝最高的地方在嘉義！可是他們那邊的感控卻是 100% 都通過，反而在台北市未通過的比例還蠻高的。

主席

這不是全面檢查，這只是抽查的院所。

謝尚廷代表

對，台北市只有抽查 4%，所以，他的樣本不夠把它連結跟牙科、C 肝。我還是要跟主席報告，牙醫界最近這兩個禮拜，我在群組上一直看到大家對這件事很不能認同，所以在媒體披露，我們是擔心民眾對牙醫就醫有疑慮。我們的服務量如果今年下降，對健保署也沒辦法交待。所以，我們希望民眾不要有這樣的疑慮。加強感控這個我們會做，謝謝！

陳雅光代表

我提一個社會上的紋身、刺青，那個的感控其實傳染蠻高的。你看高 B 肝、C 肝都在原住民鄉，在原住民鄉他們的刺青是很種 routine 的現象，互相傳染很高。如果真的要感控的話，我覺得 CDC 應該把刺青也列入要討論的標準，跟牙科無關啦！

主席

沈醫師要說明嗎？

沈茂茶代表

我們南區真的很可憐，上次被部長說我們醫缺很嚴重要我們想辦法，現在這個 C 肝最嚴重在我們雲林縣的臺西鄉跟水林鄉，分別是 40%跟 30%，在這裡的確密醫是個問題。南區的 SOP 我們是蠻配合的，而且在業務組的引導之下大家很配合。昨天有去檢查了，有新的報告出來，不合格的主要還是那種沒有參加的。我也舉個例子，有些老醫師你要叫他參加很難。像我們雲林縣有一家，就在我的附近，他對我也很好，我們去跟他講也是難。他的健保申報件數就是非常地死。這種要去的確有他的難度，我們不斷地在努力，希望能夠把這個漏洞給補起來，我們有這樣在努力，應該會繼續很好才對，謝謝！

連新傑代表

從鄭院長開始寫二十幾年前感控指引以來，我們歷經過好幾次的感控修改。其實，愈來愈有進步，本來我們的參與率才 60%左右，慢慢地這幾年來參與率已經達到 80%~90%左右，其實我們都希望能夠邁到最後那一步。感控是一定要做，而且隨著時代不同，跟一些資深的會員醫師講說這部分年代不一樣，我學生時代的確很多老師每年看診時是不帶手套、口罩的，只是洗洗手。但隨著時代的進步，牙醫總額也在進步，這是我們省思的部分。C 肝這件事情，我覺得其實要還給牙醫總額一個清白。其實我有建議過，健保署其實可以跑一個資料，每年 C 肝新增病患他之前的西醫、牙醫、中醫就醫院所的層級別。因為我們之前其實看過病例，在 106 年時，西醫的基層院所爆發一個群聚感染，被 804 醫院通報 C 肝的群聚感染，結果是在龍潭的一家西醫診所，他使

用到點滴的針頭是沒有更新的，所以造成很嚴重的群聚感染。目前說這個是不是跟牙科有關，如果是真的跟牙科有關，我們要面對會員醫師也是要做個輔導及處理，我們牙醫總額也是要面對這一塊。可是如果跟牙科也不是那麼有關，應該澄清，今天 C 肝增加的人數不是牙醫總額造成，只是因為我們有診察費，你看感控這一塊，西醫基層有沒有去看這一塊？有沒有一個標準的作業？有沒有一個基本的訪查？我們從一個大數據去看，這些新增的 C 肝病患到底是在那邊就醫？是不是有個地域性？有地域性，疾管署其實可以訪查那些病患，其實上次也是疾管署抓到的，他在訪查 C 肝新增的病患到底在哪邊，就發現根本就是西醫診所，甚至在密醫打針。因為在鄉下很多地方，像我在新竹縣之前也遇過醫事人員有抓過，民眾去密醫那邊看，被打了一針是類固醇，他馬上腰不痛了、關節不痛了，他覺得這對老人家可能是有效的，他就時常去那邊打針。但那種針頭是玻璃式的、消毒的，不是拋棄式的，我相信造成的感染，那是很嚴重的。其實這個部分，我們覺得牙醫總額一定會做感染管制的，這一部分也希望一定要進步。可是也不會把 C 肝生病的原因都歸到牙醫總額這上面，謝謝！

主席

謝謝，同意只是相關因素之一不是唯一，因素很多很多，牙科密醫也好，西醫也有密醫，你說注射，健保特約院所申報資料注射率很低很低，跟我們沒關的診所在打針都是在自費，在我們的紀錄裡真的是注射率其低無比，在健保的申報裡頭很少有西醫注射，確實知道坊間鄉下診所依然是有還在打點滴，但就如同你們說牙科嘉義縣一個鄉就有 10 家牙科的密醫，真的是不應該，因為我們合格的牙醫師已經這麼多了，怎麼還會存在這麼多密醫，今天大家這些說法跟紀錄，今天醫事司沒人來，醫事司是主管，跟心口司應該也有關，這些都跟健保無關但是我們還是拜託部裡相關單位一起重視這件事情，我們也會公文轉給他們轉給心口司、醫事司有關這件事情。至於 CDC 部分今天想要討論的是感控有 2 個，作業細則跟考評表這個部分就照牙醫師公會全聯會這個內容有沒有要修正建議？有，我們請邱醫師。

邱昶達代表

有關第 10 條感染管制流程制定，個人建議第 3 條院所內 70% 工作人員，每年參加 1 小時牙科感染管制教育訓練，牙科可不可以拿掉，就寫參加感染管制教育訓練，HCV 跟 HIV 也不一定跟牙科有關，包括線上數位學習課程可不可以加一個得，因為原條文這樣好像強迫要上數位課程，是不是得包括線上數位學習課程，像醫院或牙醫師公會也可能會開牙科助理的課，以上報告，謝謝。

主席

這個建議全聯會這邊可以嗎？可以，那第 10 點牙科拿掉，得包括線上數位學

習課程，OK 嗎？可以，謝謝，那就修正通過，還有沒有其他建議，好，請黎醫師。

黎達明代表

請教疾管署在器械浸泡第 7 項，選擇適當消毒劑紀錄有效期限，您的標準是什麼？這在實際執行可能會有問題。

主席

好，請曾組長。

疾病管制署曾淑慧組長

這個部分其實是原來評分標準，CDC 並沒有做相關的修正，應該跟外科系器械消毒滅菌原則是一樣的，一般來講器械消毒會參考廠商的建議，如果沒有參考廠商的建議，也可以參考相關的指引，每一種消毒劑跟器械相關規定並不一樣，還是按照相關的指引來做相關查核。

主席

這個有沒有意見？有沒有明確？

吳永隆代表

跟主席報告一下，消毒劑後面都有廠商的有效期限，我們去考評時是看院所半年內的紀錄，以上報告。

主席

所以是 OK 的嗎？很明確，在診所都是了解的，黎醫師可以嗎，可以，其他大家有沒意見，來，我們請高屏的同仁。

高屏業務組 施怡如專員

我們在做 SOP 輔導時有一些小小的疑義，希望藉這個機會跟幾位專家學者釐清，根據 CDC 所制定牙科感染管制措施指引裡面，討論 2-21 頁的資料，清潔器械第 2 小點，器械使用完後，若無法立即清洗，應浸泡在清潔溶液或酵素清潔溶液等維持溶液中，以避免血液…等等，後面有寫建議不要使用液態化學滅菌劑或高程度的消毒劑做維持溶液，再翻到 2-21 頁上面表的備註下面第 1 小點，上面有寫到高程度消毒劑包含 2% 戊乙醛，建議維持溶液不要使用 2% 戊乙醛，但我們所制訂的 SOP 作業細則當中討論 2-7 頁，診療結束患者離開後第 2 點：治療後之污染器械收集後，若無法馬上清除者，可暫存在維持溶液內，接著這個部分是寫常用 2% 戊二醛，防止汙染的血液或唾液乾燥，這兩邊做法好像有疑義，在輔導院所上面，維持溶液到底是否應該使用戊二醛，以上，謝謝。

主席

請 CDC 曾組長說明。

疾病管制署 曾淑慧組長

我剛剛沒有 catch 到重點，應該還是要先清洗，然後如果沒有清洗的話……

高屏業務組 施怡如專員

不好意思~我補充說明一下，可能剛剛唸得太長，根據 CDC 的建議，器械使用後沒有辦法立即清洗，應該放在維持溶液當中，根據 CDC 的建議，維持溶液建議不要使用戊二醛，但是我們制訂的 SOP 作業細則建議院所使用戊二醛做維持溶液，一邊建議使用戊二醛，一邊建議不要使用戊二醛，這邊希望釐清維持溶液是否該使用戊二醛，以上，謝謝。

主席

請 CDC 回答到底可不可用 2%戊二醛，可以，還是不可以？

疾病管制署 徐士敏護理師

報告一下，有關於 holding solution，當下如果無法馬上清潔物品時，在指引中是建議不要使用高程度或液態化學的滅菌劑，Cidex 只是其中的一種，可以選擇其他的使用，在本署指引裡面說明是這樣，您的 SOP 是指說？

主席

不可以使用戊二醛是寫在那裡？

高屏業務組 施怡如專員

討 2-7 頁第八行，SOP 附件 1 的部分，診療結束患者離開後第 2 點上面寫的是建議使用戊二醛做維持溶液跟 CDC 的建議好像有點落差，謝謝。

疾病管制署 徐士敏護理師

我想剛剛高屏區指的牙科 SOP 部分，指的是門診結束後器械滅菌，使用的是 Cidex，但在我們指引是器械使用後沒有辦法馬上清潔，怕器械上面會有血液會 coating 在上面，用 solution 去泡消避免血液 coating 在上面，這兩個意思應該不一樣。

高屏業務組 施怡如專員

都是指治療結束後沒有馬上消毒要浸泡在維持溶液，一個是建議維持溶液使用戊二醛，一個是建議不要使用戊二醛。

主席

所以要改哪裡？

許世明代表

改牙醫院所感染管制 SOP 作業細則部分，我們就把常用 2.0~3.2% glutaraldehyde 那段刪掉就好。

主席

那就改掉，沒有影響嗎？好，這樣有清楚嗎？

高屏業務組 施怡如專員

那應該建議院所使用哪一類的消毒劑當做維持溶液？謝謝。

主席

器械浸泡註 2 這裡，剛剛黎醫師也有提到，選擇適當消毒劑，到底是什麼？

許世明代表

那就依照 CDC 頁次 2-21 的部分，holding solution 後面就加清潔溶液或酵素清洗溶液，這樣就完整，符合 CDC 部分，至於到底是那一種？是何廠牌？我們再去查一下，再問 CDC，再提供我們做參考，這樣就比較清楚。

主席

那是不是要修在作業考評表裡面，第 7 點器械浸泡消毒，因為只有考評表才有用，其他細則只是參考而已，該不該寫？

許世明代表

考評表是沒有 holding solution，這是在一個完整消毒滅菌中之前的暫時容置措施，是不會影響到最終的消毒滅菌結果。

主席

請曾組長。

疾病管制署 曾淑慧組長

剛剛理事長提到說把 2% glutaraldehyde 把他拿掉我想是正確的，因為事實上沒有清洗就把他放在 Cidex 很容易造成血水 coating，確實可以參考 CDC 的寫法，如果執行上沒有特別困難，儘量使用清潔溶液或一般酵素清洗溶液來做相關初步處理，要做消毒時用 Cidex 或用 2% glutaraldehyde。

主席

好，那就照這樣修正，那接下來對這個有修正的，如果沒有意見，這個部分

就修正通過，應該連偏鄉診所都用這個規則，這個沒有差別，全國一致。

許世明代表

診所是全國一致，關於巡迴醫療、身障到外面看診這個部分，我們會另外制定關於巡迴醫療的感管流程，現在已經有初版，但是我們要經過會議討論確定執行的醫師有無辦法配合做到這個程度，這個部分已經有初稿在手上，以上。

主席

所以今天修正通過 SOP 考評表、作業細則這兩項，所有全國牙科特約診所全部都適用，至於牙科巡迴醫療跟身障這部分，全聯會還會制定相關規則出來，那什麼時候會出來？

許世明代表

下次會議提出來。

主席

下次會議提出來，有關感控的部分，這個會上共識之後就確認；第三點今年就用修正之後進行考議，麻煩全聯會要加強宣導，會員知道有修正的部分要做到，避免今年查核之後不合格比率更高，那就更糟糕；第四點目標，理事長有講說今年目標要讓 10%沒參加儘量參加，我們也是記錄下來，另外一個要讓查檢不合格率也要下降，這兩個都是今年努力的目標，那至少要下降多少？一半以上嗎？

謝尚廷代表

有信心。

主席

因為大概 10% 沒有加入，我們今年應該要變成 5%以下沒有加入，今年不合格率有參加感控 10%，沒有參加 50%，其實今年有參加 10%都應該再減，要 5%以下，沒有參加 25%以下，我們都記錄下來，雖然可能要換理事長，所以你答應的很爽快，主委、理事長都在這裡，都要連坐的，好，請溫醫師。

溫斯勇代表

跟主席、理事長報告，這件事情我會覺得有一點困難，因為我們臺北區最近跟臺北業務組大家一起合作針對未加入，都去做發文跟電話的鼓勵措施，當然有很多也願意加入，剩下幾個不只接過一次電話還是沒有參加，要他們自動自發有超過四分之三以上合格，我覺得有困難，剛剛主席要求說法 10%會參加降到 5%以下，不是理事長答應很爽快，而是理事長本來就想這麼做，其他

分區代表應該都會樂意配合，全力協助。但是打了這麼多次電話都還覺得沒辦法參加，不參加我們還覺得他會做好，75%以上做的很好，那最後會把台北區的分數拉下來，這樣我會很難過，那在這裡答應以後，臺北業務組同仁會有很大壓力，這部分主席說要記錄下來，我們希望全部都加入，全部都95%以上通過率，密醫讓他消失，不是去輔導感染管制這件事。

主席

密醫不是去輔導，密醫讓他消失，剛剛那是努力目標，可以寫下來。

謝尚廷代表

剛剛溫醫師說的沒有參加「符合加強感控」要達到75%確實很困難，一通一通電話勸導他都不肯進來，要期待有75%，當然這是目標，去年預估不合格有600家，今年有信心降到300家以下，可以記錄下來，去年我們就想做，很多單位都在打電話勸導，全力輔導跟勸導相信可以降一半以上。

主席

我們要讓不合格率下降，不要最後為了達到目標就把查核的標準下降或者放水，不可以喔，健保署會跟著去，不要為了衝合格率就降低標準，這樣也不行，我們分區的同仁要確實執行。

鄭信忠代表

我剛剛看了數據有點納悶，第3頁查訪結果，各分區不合格率數據不是很一致，那是不是表示各分區審查委員的共識度有bias，各分區在標準執行不一樣，就跟當醫院評鑑委員一樣都要一致性，否則各分區不一樣，我的意思是說要達到及格很簡單，不及格也很簡單，要看6分區審查委員要有一致性consensus，我對數字有敏感度，期待6分區審查委員之間要有共識，好壞有蠻大空間，過與不過，那把尺不太一樣，儘量把它弄成共識性，搞不好因為這樣子會很容易達標。

主席

有沒有共識會議。

許世明代表

事實上我們每年去查核之前都會開共識營，參與的是6分區的審查醫師，甚至是業務組的同仁一起參加，基本上是有，統計結果有差異是每個分區在抽樣標準可能是有差異，才會造成那種結果，像今年6月共識營在台南開，每個分區審查醫師都要在台南上課，上午的課程，以上簡單說明。

主席

要讓感控的審查有一致性，共識會議很重要，分區同仁也參與，這樣大家就一致，那就討論到這裡，接下來是個臨時動議。

臨時動議第 1 案：有關 108 年度全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案，請中華民國牙醫師公會全國聯合會協助轉知會員。

主席

請醫管組補充說明。

李純馥組長

今年比較特別，這原來是其他部門的預算，現在放到各總額專款來推動頻寬，過去在其他部門我們是設定查詢指標才會全額補助，這次跟指標已脫勾，也就是說你只要來申請加入頻寬我們就會全額補助，我們補助上限為 1,696 元，過去是參加專業級 1M 以上我們會用 1,980 元來補助。

首先各總額以牙醫參與率是最低，我們希望能拉高比率，其實專款沒有用就回到健保安全準備金，已經編列預算沒有普級到所有院所我們覺得有點可惜。第二個未來如果各院所有上傳影像透過這個頻寬拉大再查詢 pano 照片或相關牙科照片其實可以跨院去做分享，對於在治療上面等等都是有幫助。所以我們期待牙全會或各公會代表，尤其各分區主委，能夠回去跟你們的會員，尤其是沒有參加的 33% 院所儘量能夠來參加，否則如果執行率太低，明年再談總額要再匡會比較困難，以上。

劉經文代表

這部分其實在去年底我們已轉知分會跟公會，已積極在做，3 月底會再討論一次，我們會轉知所有會員一次。

主席

還有沒有要補充？

李純馥組長

需要提供名單給各位嗎？不是只有針對還沒降速，會後可以提供全聯會沒有參加院所名單。

劉經文代表

我想一步一步來，降速的部分是比較急，因為要配合中華電信，不是我們雙方的問題，目前我們也陸陸續續在做，後續輔導也積極在做。

許世明代表

名單是不是由各分區業務組提供給各分會，直接面對會員分會會比較容易完

成。

主席

好，我們會提供名單給分會請協助宣導。臨時動議就討論到這裡，請問有沒有其他臨時動議，沒有，那今天會議就到這裡，謝謝大家。

牙醫門診加強感染管制實施方案(草案)

105 年 12 月 27 日健保醫字第 1050034464 號公告修訂
000 年 00 月 00 日健保醫字第 0000000000 號公告修訂

一、目的：

本實施方案之目的，在於鼓勵特約牙醫醫療服務機構遵守「牙醫院所感染管制 SOP 作業細則」，以促使減少就醫病人、家屬及院所內醫事人員受到院內感染的機率，保障病人就醫安全及人員工作安全。並促使特約院所配合政府政策，以確保民眾健康。

二、本方案實施方式：

- (一) 宣導教育方面：由牙醫門診總額受託單位（中華民國牙醫師公會全國聯合會，簡稱牙醫全聯會）開辦加強感染管制師資班課程培訓各區之種子醫師，並由各地方公會自行開辦加強感染管制講習會推廣。且由牙醫門診總額受託單位製作「牙醫院所感染管制 SOP 宣導手冊」核發予各牙醫院所執行。
- (二) 牙醫門診總額受託單位（牙醫全聯會）參採衛生福利部疾病管制署之牙科感染管制措施指引，訂定之「牙醫院所感染管制 SOP 作業細則」，於全民健保牙醫門診臨床指引載明，以利本方案之實施。
- (三) 特約院所依本方案「牙醫院所感染管制 SOP 作業細則」（附件）執行，並依「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」自行評分，自評合格者（無項目得 D），應將考評表函送保險人所轄分區業務組，並於次月開始申報「符合加強感染管制之診察費」支付標準表項目。

三、本方案監控方式

- (一) 監控項目：依牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表所定項目執行情形。
- (二) 訪查評估：由牙醫門診總額受託單位及其六區審查分會，會同保險人所轄分區業務組不定期抽查，抽查前需召開審查共識營。另衛生福利部疾病管制署及各地衛生局亦得不定期訪查。
- (三) 經本方案第五點第二項依「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」訪查評估，查為不合格（任一項目為 D）之特約院所，即停止給付本方案支付標準表項目；爾後該特約院所須經前項訪查單位審查合格後，始可申報本方案支付標準表項目。

四、感染管制 SOP 審查標準

- (一) 依據「牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表」之軟硬體方面共計 14 個項目進行評分。評分項目分為 A、B、C，不符合 C 則為 D，任一項目得 D 則不合格。
- (二) 每組由二位審查醫藥專家及健保署分區業務組人員陪同參與訪查，至於分區業務組是否參加評分，由各分區共管會討論確定。惟參加評分之人員，需於抽查前參加審查共識營。另不參加評分之分區業

務組，可填具訪查紀錄，如發現有不適當者，可當場提醒醫師或提共管會檢討。評分方式採共識決，任一項得 D 者則不合格，自文到次月起不得申報「符合加強感染管制之診察費」(不追扣之前申請之費用)，一個月後得申請複查，通過後須於次月起二個月後得再行申報該項費用。(如 2 月 5 日通過，則自 5 月起再申報該項費用)

(三) 請依考評表內之評分標準進行查核。

(四) 訪查抽樣比例：由分區共管會討論結果辦理，惟申報加強感控院所抽查不低於 4%，未申報加強感控院所抽查 4%，未訪查之院所優先辦理訪查。

五、對於感染管制訪查不合格的院所，應加強專業輔導，並需每年進修至少 2 個感染管制學分，否則應加強審查。本方案之目標為逐年提升符合感染管制之牙科醫療院所數。

六、本方案由中央健康保險署公告，併送全民健康保險會備查，修訂時亦同。

附件一 牙醫院所感染管制 SOP 作業細則

● 每日開診前

- 1.員工將便服、鞋子換成制服（或工作服）或診所工作用之鞋子並梳整長髮。
- 2.進行診間環境清潔。
- 3.進行治療檯清潔擦拭及其管路消毒，管路出水二分鐘，痰盂水槽流水三分鐘，抽吸管以新鮮泡製 0.005~0.02% 漂白水（NaOCl）或 2.0% 沖洗用戊二醛溶液（glutaraldehyde）或稀釋之碘仿溶液（10%）(iodophors) 沖洗管路三分鐘。
- 4.覆蓋無法清洗且易污染的設備，如診療椅之燈座把手、頭套、X光按扭盤...等。
- 5.檢查所有器械之消毒狀況或將前一天已浸泡消毒之器械處理並歸位，或將已滅菌妥善之各式器械依類別歸位。
- 6.依當天約診(或預估)之患者數及其診療項目，準備充足器械及各式感染管制材料。
- 7.診間所有桌面儘量淨空乾淨，物品儘量依序放在櫃子內保持清潔。
- 8.牙醫院所應就現況，制定感染管制實施流程與計畫，全體員工定期討論、改進、宣導與執行。

● 診療開始前

- 1.診療椅之診盤(tray)上儘量保持清潔與淨空。
- 2.將患者欲治療所需之器械擺設定位。
- 3.病歷及 X 光片放置在牙醫師可見之清潔區內，不要放在治療盤上。
- 4.對應診患者依「全面性預警防範措施」原則（universal precaution）詳細問診，包括詢問有無全身性疾病，各種傳染性疾病，如 B 型肝炎或其帶原者等病史)。
- 5.引導患者就位，圍上圍巾，給予漱口三十秒至一分鐘。
- 6.牙醫師及所有診所牙醫助理人員需穿戴防護裝置，至少包括口罩與手套，必要時戴面罩。

● 診療中

- 1.使用洗牙機頭或快速磨牙機頭等會噴飛沫氣霧之器械時，建議使用面罩。
- 2.必要時為患者給予眼罩避免殘屑掉入患者眼睛。
- 3.治療過程依感染管制之各項原則，如「公筷母匙」、「單一劑量」、「單一流程」、「減少飛沫氣霧」等執行看診。

註：「公筷母匙」、「單一劑量」、「單一流程」、「減少飛沫氣霧」等定義如下。

- 公筷母匙：共用之醫療藥品或用品，應備置公用之器具分裝，以保持衛生，避免傳染疾病。
- 單一劑量：於正確的時間給予正確的病人，正確劑量的正確用藥，亦即醫療藥品應準備患者一次使用完的劑量（如注射劑），以提高醫療的

服務品質。

- 單一流程：以單一順序流程，依一定順序逐步執行。
- 減少飛沫氣霧：使用適當的防護物品，避免暴露於血液、唾液和分泌物、飛沫及氣霧。適當的防護措施如戴手套、口罩、護目鏡、面罩、隔離衣及避免被尖銳物品器刺傷等，均可避免感染之機會。

● 診療結束患者離開後

- 1.病患治療完，離開治療椅後，先將治療盤上所有醫療棄物收集，並作感染與非感染性、可燃與非可燃性之區分，置於診間的分類垃圾筒內。
- 2.治療後之污染器械（包括手機、檢查器械等）收集後，若無馬上清除者，可暫存在清潔溶液或酵素清洗溶液等「維持溶液」（holding solution）內，~~常用2.0~3.2% glutaraldehyde~~，防止污染之血液或唾液乾燥，以利清洗。
- 3.可拋棄之器械（包括吸唾管、漱口杯等）則收集後放入分類之垃圾筒。
- 4.下一位病患就位前，可用噴式消毒劑或擦拭法，消毒工作台、痰盂、治療椅台面等，必要時（對看完B型肝炎及B型肝炎帶原者或其他感染性症疾病患者或儀器遭污染者）重新覆蓋，然後換上新的治療巾、器械包、吸唾管等器械。
- 5.對於有B型肝炎或B型肝炎帶原者等確定感染性疾病之患者，看完牙齒後之所有器械則另外打包消毒。
- 6.倘若發生針扎事件，依「針扎處理流程」進行處理。
- 7.牙醫師看完一患者需更換一副手套，並勤洗手，若口罩遇濕或污染需更換。
- 8.牙醫相關人員應脫掉手套再寫病歷、接電話...等，避免造成「交互污染」。

● 門診結束後

- 1.整理器械、清洗、打包、消毒與滅菌，禁得起高熱者，用高溫高壓滅菌器滅菌，無法加熱者，用2.0-3.2%戊二醛溶液浸泡之。
- 2.下班前需將環境作初級整理與消毒，垃圾分類及處理，器械經清洗後進鍋消毒，若無法滅菌者，亦需浸泡在消毒液內隔天處理，千萬不要將診間之污染物暴露隔夜。
- 3.管路消毒，放水放氣與拆下濾網，徹底清洗。
- 4.離開診間前，徹底洗手，必要時更衣換鞋，安全乾淨地回家。
- 5.門診結束後，應保持通風或使用空氣濾淨器。

● 尖銳物扎傷處理流程

- 1.牙醫院所製訂「尖銳物扎傷處理流程」，平時應全體員工宣導及演練。
- 2.被尖銳物刺傷時，立即進行擠血、沖水、消毒等步驟。
- 3.在診所者，立即報告主管或負責人，並同時迅速至醫院急診科就診。在醫院者，立即報告單位主管與感染管制委員會，感管會應於24小時內作出處置建議。

4.將尖銳物扎傷事件始末，處理流程、傷者姓名、病人姓名、目擊者、採取措施、治療結果、責任歸屬、善後處理、追蹤檢查、檢討改進...等，寫成報告備查，並作為牙醫院所防止尖銳物扎傷事件之教材。

● 牙科醫療廢棄物處理

步驟一：執行前需先考慮下列各項

- 1.診所每天之垃圾量及內容物。
- 2.看診人數、時間、流程及診所之科別性質。
- 3.診所內之人力配置與工作分擔情形。

依據上述各項再決定最適合診間之廢棄物作業流程計劃。

步驟二：垃圾分類

- 1.牙醫診所的垃圾共可分為一般垃圾、感染性醫療廢棄物、毒性醫療廢棄物及資源回收垃圾，前兩者又可細分為可燃性與不可燃性。
- 2.當患者看完後，在治療椅之檯面上先作初級分類，再分別放入有蓋容器內。

項目		內容
一般垃圾	可燃	紙張
	不可燃	金屬製品、玻璃器、瓷器...等。
資源回收垃圾		空藥瓶、空塑膠罐、寶特瓶、廢鐵罐、日光燈、紙張雙面使用後回收、廢紙箱...等。
感染性垃圾	可燃	凡與病患唾液和由血液接觸過之可燃性物品,如:紗布、綿花、手套、紙杯、吸唾管、表面覆蓋物、口罩、防濕帳...等。
	不可燃	針頭、縫針、刀片、鑽針、拔髓針、根管針、金屬成型環罩、矯正用金屬線、矯正器、牙齒...等。
毒性醫療廢棄物		如 X 光顯定影液、銀汞殘餘顆粒...等。

步驟三：不同之貯存容器與規定

- 1.可燃性感染性廢棄物需放入紅色有蓋垃圾桶內。
- 2.不可燃性感染性廢棄物需放入黃色有蓋垃圾桶內。
- 3.若醫療廢棄物送交清運公司焚化處理者，亦可以紅色容器裝不可燃感染性廢棄物。
- 4.銀汞殘餘顆粒或廢棄 X 光顯、定影溶液屬於毒性醫療廢棄物，需裝入特定容器內，必要時可以收銀機回收,或交由合格清運公司處理，尤其前者需放置於裝有 NaOCl 或定影液之特定容器內。
- 5.廢棄針頭、刀片等利器需裝入特定容或鐵罐中。
- 6.可回收之垃圾則依規定作好分類貯存之。
- 7.一般垃圾則貯存在有蓋之垃圾桶內。

步驟四：垃圾之清除

1. 委託或交付環保署認定之合格感染性事業廢棄物清除機構負責清除診所之可燃及不可燃醫療廢棄物。
2. 當收集廢棄物之容器約七、八分滿時，即可將廢棄物做包裝貯存的處置，若未達七、八分滿，則每天至少要處置一次。
3. 若無法每天清除，則需置於5°C以下之醫療廢棄物專用冷藏箱，以七日為期限，清運公司將醫療廢棄物置於「收集桶」(清運公司提供厚紙板彎折而成)內清運，並須索取遞聯單，保存備查。
4. 在巡迴醫療，特殊醫療照顧，矯正機關內，若無法在當地委託清運公司處理醫療廢棄物時，應將醫療廢棄物依據步驟三貯存容器與規定，並將醫療廢棄物置於密閉5°C以下之冷藏箱自行運送至原來醫療院所，委由清運公司處理。

● 牙科手機高溫高壓滅菌

1. 確定高速手機(或慢速彎機)是否可以進行「加熱滅菌」。
2. 詳細閱讀廠商說明，並按廠商指定之清潔劑、潤滑劑及指示步驟進行。
3. 使用完手機，先去除外表污穢物，再運轉20~30秒，讓水徹底清除手機內管路。
4. 拆下手機，以清潔劑及清水刷洗外表殘屑並乾燥之。
5. 使用廠商建議之潤滑劑潤滑手機，再將手機裝回管路上運轉，並將多餘之潤滑劑排掉。
6. 將手機外表擦拭乾淨。
7. 放入滅菌袋，依廠商指示放入高溫高壓蒸氣滅菌鍋或化學蒸氣滅菌鍋內進行滅菌。
8. 從滅菌鍋取出，經冷卻、乾燥後，當使用時再從滅菌袋內取出手機。

● 牙科器械消毒及滅菌

● 一、牙科器械消毒及滅菌原則：

1. 依滅菌消毒原理將牙科器械醫療物品依器械/用物與人體組織接觸之感染風險，可分成三大類如下：

分類	定義	例子	消毒滅菌法
<u>重要醫療物品</u> <u>critical item</u>	<u>凡有進入人體無菌組織或血管系統(如口腔外科手術、拔牙、牙周手術、植牙手術、根管治療等)之物品</u>	<u>拔牙鉗、牙根挺、手術刀、鑽針、根管銼針、注射器...等</u>	<u>滅菌</u>
<u>次重要醫療物品</u> <u>semi-critical item</u>	<u>使用時須接觸皮膚或黏膜組織，而不進入血管系統或人體無菌組織之物品</u>	<u>銀汞填塞器、銀汞輸送器、矯正鉗、口鏡、探針、鑷子、手機等</u>	<u>滅菌或</u> <u>高程度消毒</u>
<u>非重要醫療物品</u>	<u>使用時只接觸完整皮</u>	<u>治療椅、工作檯面、X</u>	<u>清潔或</u>

<u>non-critical item</u>	<u>膚而不接觸人體受損的皮膚或黏膜者</u>	<u>光機把手、開關按鈕等</u>	<u>中程度~低程度消毒</u>
--------------------------	-------------------------	-------------------	------------------

分類	定義	例子	消毒滅菌法
(1)絕對滅菌的物品(critical)	任何進入人體的完整及無菌區域(如血液循環)的物品。	口腔外科器械,如拔牙鉗、牙根挺子、手術刀、外科鑷針、根管銼、注射針頭等。	滅菌法。
(2)應該滅菌的物品(semicritical)	與黏膜接觸,但正常情況下不穿透人體膚表的物品。	銀汞填塞器、銀汞輸送器、矯正鉗、口鏡、探針、鑷子、手機等。	滅菌法或高標準的消毒法。
(3)消毒的物品(non-critical)	正常情況下不穿透人體或黏膜組織接觸的物品。	治療椅、工作檯面、燈把手、X光機把手、開關按鈕等。	消洗或中標準的消毒。

2. 器械使用完後，初步分類，並浸泡「維持溶液」內，等待清洗。
3. 清洗人員穿戴手套及口罩，以刷子及清水清洗器械表面之唾液及污染物，或置於「超音波震盪器」清理。
4. 器械洗淨後，擦乾，有關節器械上潤滑油或防鏽油，並分類打包，依序放入各式消毒鍋進行滅菌消毒工作。

5. 高溫高壓蒸氣滅菌鍋：

- (1) 將清洗好器械裝入無菌顯示管袋包裝後或用包布打包並填上消毒日期。
- (2) 定期或不定期在鍋內放置「化學監試劑」或「生物監測劑」，與器械一同進鍋消毒滅菌約 20~30 分鐘。
- (3) 應將定期及不定期消毒滅菌成效結果記錄，並存檔備查。

備註：有關第二項內容之「化學監測劑」包括紙片、卡帶、溫度指示劑、蒸氣鐘、試紙等，依第十點規定，每天至少一次隨鍋消毒滅菌；而「生物監測劑」因需時間規劃與設計，故現階段以醫院牙科先行辦理，診所部份待下年度之相關措施備妥後再行實施。

6. 卡匣式滅菌快速鍋：

- (1) 將器械之軸心處加潤滑機油以防生鏽，裝入無菌管袋消毒包裝。
- (2) 定期或不定期在鍋內放置「化學監試劑」或「生物監測劑」，與器械一起進鍋消毒滅菌約 10 分鐘。
- (3) 應將定期及不定期消毒滅菌成效結果記錄，並存檔備查。

備註：有關第二項內容之「化學監測劑」包括紙片、卡帶、溫度指示劑、蒸氣鐘、試紙等，依第十點規定，每天至少一次隨鍋消毒滅菌；而「生物監測劑」因需時間規劃與設計，故現階段以醫院牙科先行辦理，

~~診所部份待下年度之相關措施備妥後再行實施。~~

7. 乾蒸性之滅菌器(dry heater)

~~(1) 專門消毒矯正器械~~

~~(2) 以清水去除矯正器械外表之口水或血液。~~

~~(3) 將矯正器械放入含震盪清潔劑(ultrasonic cleaner solution)之「震盪器」震盪五分鐘。~~

~~(4) 再以蒸餾水沖洗乾淨。~~

~~(5) 用乾布及吸氣將矯正器械面徹底吹乾，尤其是「關節」處及「切面」。~~

~~(6) 矯正器械放入「消毒架子」，避免器械及器械碰觸。~~

~~(7) 進鍋消毒，375°F，20分鐘。~~

~~(8) 以「潤滑劑」潤滑器械「關節處」。~~

~~(9) 放在「使用架」供臨床使用。~~

8. 無法經高壓高溫滅菌之器械則改由化學藥劑滅菌(如:浸泡用戊二醛溶液)。

~~(1) 將器械(如:橡膠製品)用超音波洗淨器震。~~

~~(2) 集中泡入戊二醛溶液藥水之有蓋器械盒內10小時。~~

~~(3) 再用鑷子取出器械並以蒸餾水沖洗。~~

~~(4) 藥水至少兩週換一次並於器械盒外標示更換日期，若太髒則隨時換。~~

9. 消毒後器械之處置：

~~(1) 乾燥及冷卻：加熱型蒸氣滅菌器之器械包需乾燥並冷卻，目前已有許多滅菌器連帶自動冷卻烘乾系統。~~

~~(2) 貯存：將滅菌後之器械放置乾淨乾燥密封處或紫外線箱，拿取時以「先放先取」為原則；貯存時間不可過久，打包袋不超過一個月；布包、紙包不超過一週；其餘不超過四天，如管袋包裝之器械，原則保存最多半年即要重新消毒，並寫上日期。~~

10. 監測：

~~(1) 每天例行以高溫高壓顯示帶(蒸氣鐘試紙)測試溫度及壓力，並記錄之。~~

~~(2) 每月以生物培養試劑；測試；送供應室培養判讀並記錄之。~~

11. 若監測發生異常，表示滅菌器有問題，則停止使用滅菌器，並同時通知廠商維修滅菌器。

二、蒸氣滅菌：

1. 目前常見高溫高壓蒸氣滅菌模式：(1)重力式高壓蒸氣滅菌(2)抽真空式高壓蒸氣滅菌。

(1) 重力式高壓蒸氣滅菌：利用重力原理將存在鍋內之空氣排出鍋外，進而達到滅菌的效果。

(2) 抽真空式高壓蒸氣滅菌：先將滅菌鍋內空氣抽出鍋外，使鍋內幾乎成為真空狀態，再使蒸氣注入鍋腔中，以達到滅菌效果。

2. 監測頻率：

- (1) 每鍋次進行機械性監測，在每次滅菌開始與結束時，藉由觀察與記錄滅菌鍋的時間、溫度、壓力等儀表或計量器，評估滅菌鍋運轉之性能是否正常。
- (2) 化學指示劑(chemical indicator)：
 - i. 每一滅菌包、盤、管袋外部必須使用第 1 級(包外)化學指示劑。
 - ii. 每一滅菌包、盤、管袋內部建議使用第 3 級(含)以上的化學指示劑。
- (3) 生物指示劑(biological indicator)：
 - i. 建議每個開鍋日或至少每週，在第一個滿鍋使用含生物指示劑或含生物指示劑和第 5 級化學指示劑的過程挑戰包(process challenge device, PCD)監測高壓蒸氣滅菌鍋滅菌效能。
 - ii. 建議每一放有植牙器材(如人工牙根、矯正迷你骨釘) 鍋內，使用含生物指示劑和第 5 級化學指示劑之過程挑戰包進行測試，並應在得知培養結果為陰性後才可發放使用器材。
 - iii. 每個開鍋日，如有需要，建議可選擇鍋次使用含生物指示劑和/或第 5 級化學指示劑之過程挑戰包進行測試，作為不含植入性醫材鍋次的常規測試與發放依據。

3. 紀錄保存

(1) 滅菌過程紀錄包括：

- i. 滅菌鍋編號及鍋次
- ii. 滅菌日期及時間
- iii. 滅菌鍋內的內容物
- iv. 滅菌鍋次的參數，如溫度、時間、壓力等
- v. 化學測試結果，包含包內化學指示劑及包外化學指示劑
- vi. 生物測試(含對照組)結果
- vii. 操作者簽名

(2) 紀錄保存可以書面或電子格式保存。

(3) 滅菌鍋應定期維修及保養，若監測發生異常，表示滅菌鍋有問題，則停止使用滅菌器，並同時通知廠商維修滅菌器。

4. 滅菌後器械之處置

(1) 乾燥及冷卻：器械滅菌後須進行乾燥及冷卻，目前已有許多滅菌鍋附加自動冷卻烘乾系統。

(2) 貯存：

- i. 將滅菌後之器械放置於封閉的空間內，例如有罩或有門之櫃內，不可放置於水槽下等容易潮濕或污染的地方。
- ii. 取用時可採取「先放先取」之原則；使用滅菌物品前，應檢視包裝的完整，確認包裝沒有破損或潮濕。
- iii. 滅菌物品的存放期限依包裝材質不同或貯存環境條件而異，建議機構參考相關文獻、指引或實證經驗，訂定機構內的管理原則，確實遵守。

三、牙科手機之滅菌流程

1. 使用過之手機，先去除外表污穢物，再運轉 20-30 秒，讓水徹底清除手機內管路。
2. 拆下手機，依照廠商指示步驟及指定之清潔劑與清水刷洗外表殘屑(勿浸泡手機，除非廠商建議)，並乾燥之。
3. 依廠商指定之潤滑劑及指示步驟潤滑手機，可將手機裝回管路上運轉，排掉多餘之潤滑劑，並將手機外表擦拭乾淨。
4. 包裝完成後，依廠商指示放入高溫高壓蒸氣滅菌鍋或低溫滅菌鍋內滅菌。從滅菌鍋取出手機，經冷卻、乾燥後，再開始使用。

● 教育及宣導

142. 醫療機構應宣導手部衛生、咳嗽禮儀及適當配戴口罩等，並於明顯處所張貼標示；醫療人員於診療過程中應適時提醒及提供相關防治訊息之衛教服務。
243. 醫療機構應訂有員工保健計畫，提供預防接種、體溫監測及胸部 X 光等必要之檢查或防疫措施；並視疫病防治需要，瞭解員工健康狀況，配合提供必要措施。

醫療機構應訂定員工暴露病人血液、體液及尖銳物品扎傷事件之預防、追蹤及處置標準作業程序。
344. 醫療機構應訂有員工感染管制之教育訓練計畫，定期並持續辦理防範機構內工作人員感染之教育訓練及技術輔導。

前項教育訓練及技術輔導對象，應包括所有在機構內執行業務之人員。
445. 醫療機構應訂有因應大流行或疑似大流行之虞感染事件之應變計畫，其內容應包含適當規劃病人就診動線，研擬醫護人員個人防護裝備（PPE）及其穿脫程序、不明原因發燒病人處理、傳染病個案隔離與接觸追蹤及廢棄物處理動線等標準作業程序。
- ~~16. 在巡迴醫療，特殊醫療照顧，矯正機關內，若無消毒設施時，應以清水去除器械表面口水或血液後，包裝完善放置於固定容器後攜至診所，循一般消毒流程進行消毒並記錄。~~

附件二 牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表

※考評標準：評分分為 A、B、C，不符合 C 則為 D，任一項目得 D 則不合格。

院所：

代號：

A. 硬體設備方面

項目	評分標準	自評	訪評	備註
1. 適當洗手設備	C. 診療區域應設洗手台及洗手設備，並維持功能良好及周圍清潔。			
	B. 符合 C， <u>洗手水龍頭避免手觸式設計，並在周圍設置洗手液、洗手圖(遵守手部衛生五時機及六步驟)、擦手紙及垃圾桶。</u>			
2. 良好通風空調系統	C. 診間有空調系統或通風良好，空調出風口須保持乾淨。			
	B. 符合 C 定期清潔維護，有清潔紀錄本可供查詢。。			
3. 適當滅菌消毒設施	C. 診所具有滅菌器及 <u>在效期內的</u> 消毒劑，有適當空間進行器械清洗、打包、滅菌及儲存。			
	B. 符合 C，滅菌器定期檢測功能正常 <u>(包括溫度、壓力、時間及清潔紀錄)</u> ；消毒劑定期更換，並有紀錄。			
	A. <u>符合 B，具有滅菌後乾燥之滅菌器。</u>			
4. 診間環境清潔	C. 診間環境清潔			
	B. 符合 C，定期清潔並有紀錄； <u>診療檯未使用時檯面保持淨空及乾淨。</u>			
	A. 符合 B，物品依序置於櫃中，並保持清潔。			

B. 軟體方面

項目	評分標準	自評	訪評	備註
1. 完備病人預警防範措施	C. 看診前詢問病人病史。			
	B. 符合 C，詢問病人詳細全身病史、 <u>傳染病史及 TOCC</u> ，並完整登載病歷首頁。			
	A. 符合 B，並依感染管制原則如「公筷母匙」、「單一劑量」、「單一流程」等執行看診。			
2. 適當個人防護措施	C. 牙醫師看診及牙醫助理人員跟診時穿戴口罩、手套及清潔之工作服； <u>不可使用同一雙手套照護不同病人，且穿脫手套時確實執行手部衛生。</u>			
	B. 符合 C，視狀況穿戴面罩或眼罩。			

項目	評分標準	自評	訪評	備註
	A. 符合 B，並依感染管制原則「減少飛沫氣霧」執行看診。			
3. 開診前治療台消毒措施	C. 治療台擦拭清潔，管路出水二分鐘，痰盂水槽流水三分鐘，抽吸管以新鮮泡製 0.005~0.02%漂白水(NaOCl) 或 2.0%沖洗用戊二醛溶液 (glutaraldehyde)或稀釋之碘仿溶液 10%(iodophors) 沖洗管路三分鐘。			
	B. 符合 C，不易消毒擦拭處(如把手、頭枕、開關按鈕…等)，以覆蓋物覆蓋之。			
	符合 B，完備紀錄存檔。			
4. 門診結束後治療台消毒措施	C. 治療台擦拭清潔，管 <u>路</u> 消毒放水放氣，清洗濾網。			
	B. 符合 C，診所定期全員宣導及遵循。			
	A. 符合 B，完備紀錄存檔。			
5. 完善廢棄物處置(註一)	C. 有合格清運機構清理廢棄物及冷藏設施。			
	B. 符合 C，醫療廢棄物與毒性廢棄物依法分類、貯存與處理。			
	A. 符合 B，備有廢棄物詳細清運紀錄。			
6. 意外尖銳物扎傷處理流程制訂	C. 制訂診所防範尖銳物扎傷計畫及處理流程。			
	B. 符合 C，診所定期全員宣導。			
	A. 符合 B，完備紀錄存檔。			
7. 器械浸泡消毒(註二)	C. 選擇適當消毒劑及記錄有效期限。			
	B. 符合 C，消毒劑置於固定容器及加蓋，並覆蓋器械。			
	A. 符合 B，記錄器械浸泡時間。			
8. 器械滅菌消毒(註二)	C. 器械清洗打包後，進鍋滅菌並標示消毒日期。			
	B. 符合 C，化學指示劑監測，並完整紀錄。			
	A. 符合 B，每週至少一次生物監測劑監測及消毒鍋檢測，並完整紀錄。			
9. 滅菌後器械貯存	C. 滅菌後器械應放置乾淨、乾燥 <u>且有覆蓋物之處，並依效期先後使用</u> 。			
	B. 符合 C， <u>器械貯存不超過有效期限(打包袋器械貯存不超過一個月，其餘一週為限)</u> 依先消毒先使用，後消毒後使用原則。			
	A. 符合 B， <u>器械定期清點，若包裝破損或過期器械，需重新清洗打包滅菌，並有紀錄可查詢</u> 打包袋器械貯存不超過一個月，其餘一週為限。			
10. 感染管制流程制訂	C. 診所須依牙科感染管制 SOP，針對自家診所狀況，制訂看診前後感染控制流程、器械滅菌消毒流程及紀錄表。			
	B. 符合 C，診所定期全員宣導及遵循， <u>並有完備紀錄存檔</u> 。			
	A. 符合 B， <u>院所內 70%工作人員，每年參加一小時感管教育訓練課程，建立手部衛生教育訓練，得包括線上數位學習課程，並造冊存查</u> 完備紀錄存檔。			
11. <u>安全注射行為</u>	C. <u>單一劑量或單次使用包裝的注射藥品僅限單一病人單次使用(如:沒打完之麻藥管不可供他人使用)。</u>			

項目	評分標準	自評	訪評	備註
	<u>B. 符合 C，院所定期全員宣導及遵循，並有完備紀錄存檔。</u>			
	<u>A. 符合 B，定期檢討及改善，並有紀錄可查。</u>			

註一：在巡迴醫療，特殊醫療照顧，矯正機關內，若無法在當地委託清運公司處理醫療廢棄物時，應將醫療廢棄物依據牙醫院所感染控制 SOP 作業細則步驟三貯存容器與規定，並將醫療廢棄物置於密閉 5°C 以下之冷藏箱自行運送至原來醫療院所，委由清運公司處理。

註二：在巡迴醫療，特殊醫療照顧，矯正機關內，若無消毒設施時，應以清水去除器械表面口水或血液後，包裝完善放置於固定容器後攜至診所，循一般消毒流程進行消毒並記錄。

註三：手部衛生：相關定義請牙全會研議。

院所陪檢醫師簽名：_____ 審查醫藥專家簽名：_____