

南華大學人文學院生死學系碩士班

碩士論文

Department of Life-and-Death Studies

College of Humanities

Nanhua University

Master Thesis

新冠疫情下住宿型機構感染管制經驗之研究：

以嘉義長照機構為例

A Research on the Infection Control Experience of Residential

Care Institutions during the Pandemic Covid 19:

A Case of Chiayi Area

林美嘉

Mei-Chia Lin

指導教授：賴添福 博士

孫智辰 博士

Advisor: Tian-Fu Lai, Ph.D.

Jr-Chen Suen, Ph.D.

中華民國 112 年 1 月

January 2023

# 南華大學

生死學系碩士班

碩士學位論文

新冠疫情下住宿型機構感染管制經驗之研究：

以嘉義長照機構為例

A Research on the Infection Control Experience of Residential Care  
Institutions during the Pandemic Covid 19:

A Case of Chiayi Area

研究生：林美嘉

經考試合格特此證明

口試委員： 吳敏欣

賴治福

孫習辰

張玉龍

指導教授： 賴治福

指導教授： 孫習辰

系主任(所長)： 楊田松

口試日期：中華民國111年12月14日

# 謝 誌

終於走到寫謝誌的這一刻，曾經鬧情緒不想寫的我，仿佛是昨天才發生的事情，感謝我的指導教授全國老人福利協會榮譽理事長賴添福博士以及孫智辰博士，兩位指導教授是我研究所階段很重要的恩師。

首先我要感謝的是賴添福教授，教授是長期照顧機構實務工作者，對於經營住宿型機構、社區式機構以及居家照護機構有非常豐富的管理經驗，在我不知如何尋找論文方向時，教授建議我可以朝著自己是護理背景的方向去思考，與教授討論後決定從我較熟悉的感控領域著手，且在教授協助下很快地接洽到訪談的單位，位於嘉義地區經過衛福部評鑑甲等且經營許久非常具有代表性的四家長照機構，感謝教授的協助讓我在尋找訪談對象時非常順利。

接著，我要感謝孫智辰教授，在確定研究的方向之後與教授討論，教授一步一步的從研究背景、研究動機教導我如何開始動筆，我很認真的每天寫每天跟教授討論，寫作過程中理解能力很差的我，第一章就被教授退了 11 次，我告訴教授我理解能力不好，請教授用很白話的方式指導，教授因材施教很有耐心的把每一個章節的寫作訣竅傳授給我，如何找文獻、如何整理文獻、如何讓論文架構環環相扣、如何擬定訪談大綱、如何訪談、最後整理逐字稿、資料分析等等，每個章節是一步一腳印的細心指導，教授告訴我慢慢來比較快的道理，雖然寫作過程讓我壓力很大而且學術對我來說很深奧，很難理解，但因著教授的鼓勵我總算寫完前三章，可以參加初審了。

但是，初審結束後的我成了一位逃兵，我辦了休學不想念了不想寫了，教授氣炸了，透過同學得知我的狀況後，賴添福教授來電給予關心與鼓勵，希望我堅持下去不要放棄，孫智辰教授說小嘉妳是這個團隊資質最差的，然後自己又不努力，如果真的不想繼續寫教授也不勉強，輾轉從學姊那得知教授氣到把我的論文初審本丟到垃圾桶，我聽到這個消息的時候我非常愧疚與自責，之前教授辛苦教導我的一切都付之一炬了，我開始擔心害怕失去、於是我開始懺悔我的所作所為認真的反省，我鼓起勇氣跟教授道歉捲土重來，教授並沒有因為我的過錯而放棄我，在我回頭的時候依然拉我一把，我抱著愧疚的心情，把彌補當作動力，督促著自己要很認真很努力完成這本論文。

最後，得到兩位指導教授的許可也敲定了口試的時間，滿心期待口試的到來，我沒有因此而鬆懈，因為我知道我不能再一次辜負教授對我的用心。口試結束的那一刻

我的論文獲得兩位指導教授以及口試委員的肯定，我成了一匹黑馬拿到本團隊論文最高分，我又哭又笑，我開心的不是因為分數高，而是我很努力的總算完成了我的論文。哭，是因為我最終沒有辜負教授對我的期待，在研究所三年的生涯中教授不只教會我論文寫作，更教會我如何提升自己的價值。

感謝在研究所這三年來一路鼓勵我、支持我，最優秀的潘孝勤碩士，孝勤學姐是本團隊最年長的學姊，70 幾歲仍然很好學、虛心受教，是 H220 所有學弟妹的榜樣，學姊知道我過了一段很黑暗的日子，透過宗教的儀式請神父幫我舉辦了一場又一場的彌撒祈福，時時刻刻關心我鼓勵我，要加油不可以輕言放棄，小嘉很感謝學姊無私的奉獻。還有一位無私的奉獻者，曾錦文碩士是我研究所生涯中很重要的後盾，他告訴我小嘉我每天都會在學校，有時間就一起來學校討論，在我卡關寫不出任何文字的時候，他的指點迷津讓我很快就能理解，而且在我兩場最重要的考試都沒有缺席，不論多忙依然千里迢迢來到學校為我加油，感謝錦文學長一路的鼓勵與陪伴。感謝李美芳碩士，除了兩位指導教授之外，美芳學姐是我的小老師，她很認真的期許自己兩年就畢業，畢業後她把兩年所學奉獻給我們這些夥伴，感謝一路上有美芳學姐的課後輔導。感謝 H220 其他的夥伴廖淑卿碩士、子芸學姐、毅晨學長、玠蓉、亭好、江娟，秀敏姐，謝謝大家在我最離譜的那段日子裡，還願意接納我這不懂事的孩子，也因為有你們無私的鼓勵與包容才有今天的小嘉。

感謝我的家人在我念研究所這一千多個日子裡，媽媽每天辛苦地幫我準備三餐，爸爸在我錄取研究所的時候，特地帶我到竹崎真武廟祈求玄天上帝及文昌帝君的庇佑，三個寶貝孩子時時刻刻為我加油說：媽媽很棒，謝謝我的家人默默地陪在我身邊成為我最堅強的後盾，還有我的愛寵奶油妹每天總是乖乖的陪伴我熬夜寫論文。

感謝專程撥空指導小嘉初審及口試的委員張玉龍博士及吳敏欣博士，謝謝兩位口委常常用那強而有力的關心，讓我有勇氣繼續堅持下去。更要感謝參與本次研究的四家受訪機構及九位受訪者，有你們提供的寶貴意見，讓這本論文增添不少代表性。

最後，我要感謝自己在寫作的這條路上最終沒有放棄自己，我真的很棒！

「一輩子的付出，只為爭取最後一口氣的價值」

美嘉 2023 年 1 月 3 日 謹此誌謝

## 摘 要

我國在 2019 年爆發嚴重的新冠肺炎疫情後，陸續傳出住宿型機構群聚感染之情形，為解決新冠疫情下住宿型機構在感染管制上發現的問題，本研究重點落在(1)工作人員管理與人力調度(2)住民安置與健康管理(3)工作人員與住民篩檢原則(4)外部人力與訪客管理(5)環境清潔與消毒等五大面向探討。因此，本研究採用個案研究法，針對目前在住宿型機構工作之 9 位工作人員為對象，進行住宿型機構在感染管制上的經驗探討。依此，本研究的研究結果如下：(一) 工作人員管理與人力調度：(1)依機構建築物類型規劃隔離空間(2)進出隔離室流程規劃及專人負責(3)緊急召回人力支援(4)工作人員與住民篩檢流程(5)落實感染管制教育(6)運用科技照顧改善人力不足(7)照顧相關科系學生支援(8)確診工作人員返回職場；(二) 住民安置與健康管理：(1)住民與工作人員體檢原則(2)疑似感染症狀住民之處理(3)住民就醫流程(4)洗腎住民人數控管(5)傳染病個案隔離情形；(三) 工作人員與住民篩檢原則：(1)工作人員與住民施打疫苗情形(2)特殊個案就醫返回之快篩原則(3)確診之工作人員及住民就醫流程；(四) 外部人力與訪客管理：(1)訪客探視流程(2)詢問 TOCC 旅遊史及體溫監測(3)防疫物資及感控教育訓練；(五) 環境清潔與消毒：(1)定期執行環境清潔與消毒(2)高頻率接觸區域之消毒(3)終期消毒之規範。本研究最後依據研究結果提出數點研究建議如下：一、政策面建議：(一) 疫情指揮中心應與地方主管機關防疫政策一制，在疫苗施打順序以及 PCR 篩檢時機、次數等，如指揮中心與地方主管機關政策不一致時，在實務執行上會出現各有各的作法，導致機構像無頭蒼蠅一樣無所適從。因此，建議中央應依照機構屬性、床位數、人力預先規劃可調整的空間。另，盤點各地區醫療資源、檢疫所、防疫旅館、防疫物資、人力資源等來修訂計畫的可能性。(二) 地方主管機關應成立防疫小組，依各項指標決定應「立即清空」或「就地隔離照顧」等，並協助機構執行且提供相關資源，以防止疫情擴大時導致無法控制的局面。(三) 機構應依各項指引針對應變整備作戰計畫作滾動式修正、盤點機構內各項資源、空間規劃、防疫物資、外部人力的備援、機構內各類人員及住民管理、環境清消等，且制定符合各類型機構適用的防疫演練。二、機構面建議：(一) 針對衛生福利機構（住宿型）因應 COVID-19 之應變整備作戰計畫應重新檢討：建議分區的部分只針對工作人員（直接接觸者及非接觸住民者）及住民（全癱臥床者及有行動能力者）來作區分。(二) 依據有無確診個案編列快篩、PCR 篩檢、疫苗施打順以及施打的涵蓋率。(三) 針對新住民、

新工作人員、洗腎個案、住民住院等加強防疫措施。(四) 依據機構建築物類型、樓層、住民人數以及失能狀況編列分艙的空間規劃，並加入防疫旅館、檢疫所等外部隔離資源。三、管理面建議：建議機構加強員工教育訓練增強向心力，以防止疫情期間之離職潮或同仁之間的不和睦。機構主管平時應建立良好溝通管道，且應在第一時間提供正確的疫情消息及應變措施讓工作人員以及家屬有完善的防疫資訊。四、照顧面建議：關於疫情期間大多人力皆投入防疫工作，導致機構人力不足，而機構在照顧人力比上出現無法負荷之情形。建議可加強智慧系統設備等非接觸式照顧，例如：感測系統或消毒機器人，透過遠端醫療減少就醫感染，在疫情期間禁止探視，可運用 APP 讓家屬參與長輩照顧過程，有助於穩定住民情緒以及解決家屬的疑慮。依此建議期待能作為住宿型機構在感染管制經驗上之參考。

**關鍵詞：新冠疫情、住宿型機構、感染管制**

## Abstract

After the outbreak of the severe COVID-19 epidemic in 2019, the situation of cluster infection in residential institutions continued to be reported in our country, in order to solve the problems found in infection control in residential institutions under the COVID-19 epidemic. This study focuses on (1) staff management and manpower management (2) resident placement and health management (3) staff and residents policy (4) external manpower and customer management (5) environmental cleaning and disinfection. Therefore, this study uses the case study method to explore the experience of infection control in residential institutions based on the nine workers currently working in residential institutions. According to this The results of this study are as follows: (1) staff management and manpower management: (1) isolation space according to machine building type planning (2) entry and exit compartment process planning and specialist training (3) urgent recall of manpower support (4) staff and residents management process (5) implementation of infection control education (6) use of science and technology photography to improve manpower shortage (7) related departments Student support (8) to ensure that staff return to the workplace (2) settlement and health management of residents: (1) principles of residents and staff system (2) handling of residents with suspected infections (3) resident management procedures (4) washing of residents (5) quarantine of cases of infectious diseases (3) guidelines for staff and residents: (1) vaccination between workers and residents; (2) policies for quick return in special cases; (3) confirmed staff and resident care procedures; (4) external manpower and customer management: (1) customer visit process (2) review of TOCC travel history and sports surveillance (3) epidemic prevention and control education programs (5) Environmental cleaning and disinfection: (1) carrying out environmental cleaning and disinfection on a regular basis; (2) disinfection in areas with a high rate of exposure; and (3) regulations on periodic disinfection. According to the results of this study, the final recommendations of this study are as follows: 1. Policy recommendations: (1) the epidemic control center should be in line with the epidemic prevention policy of the local competent authorities. In the sequence of vaccination and the timing and number of PCR, if the policies of the center are inconsistent with those of the local competent authorities, there will be different practices in practice, which will lead to the same compliance of the agencies. Therefore, it is recommended that the central government should plan the space that can be adjusted in advance according to the mechanism, the number of beds and manpower. In addition, we should focus on the possibility of purchasing resources, quarantine offices,

epidemic prevention tours, epidemic prevention materials, human resources, etc., in various regions. (2) the local competent authorities shall set up epidemic prevention teams, according to the specifications of each item, should "immediately clear" or "local quarantine photos", etc., and assist the institutions to carry out and provide relevant resources, so as to prevent the epidemic from becoming uncontrollable. (3) the organization shall, in accordance with the guidelines, make dynamic revisions to the planning and operation of the change equipment, various resources, space plans, epidemic prevention materials, assistance of external manpower, management of all kinds of personnel and residents in the organization, environmental clearance, etc., and formulate epidemic prevention exercises that meet the requirements of various types of institutions.

2. Institutional recommendations: (1) the health and welfare institutions (accommodation type) should be re-examined in response to the changes in the equipment of the COVID-19: part of the proposed sub-area should only distinguish between the staff (those who are directly connected to the residents and those who are not connected to the residents) and the residents (those who share the beds and those who have the ability to do so). (2) the coverage rates of express, PCR, vaccination and vaccination according to incorrect cases. (3) to strengthen epidemic prevention measures for new residents, new staff, washing cases and hospitalization of residents. (4) to make space plans for sorting according to the type of building, the number of residents and the disability of the organization, and add external quarantine resources such as epidemic prevention tours and quarantine centers.

Third, suggestions on management: it is suggested that the organization should strengthen the education of staff and workers and strengthen the centripetal force, so as to prevent the tide of quitting work or discord among colleagues during the epidemic. The supervisor of the organization shall establish a good communication channel at ordinary times, and shall provide correct information on the epidemic situation and measures to be taken at the first time so that the staff and families can have complete information on epidemic prevention.

4. follow-up suggestions: during the epidemic period, most of the manpower was invested in epidemic prevention work, resulting in a shortage of manpower in the organization, and the agency was unable to bear the burden in terms of the ratio of care manpower. It is suggested that non-contact care such as intelligent system equipment can be enhanced, for example, people in sensory systems or disinfection machines can be infected less through terminal medical care, and visits are prohibited during the epidemic period, and APP doctors can be used to take care of the process, which will help to stabilize the feelings of the people and resolve the doubts of their families. According to this suggestion, it is expected that it can be used as a reference for

residential institutions in infection control.

**Keywords: COVID-19, accommodation institutions, infection cont**



# 目 錄

謝 誌 .....	I
摘 要 .....	III
Abstract.....	V
目 錄 .....	VIII
表目錄 .....	X
第一章 緒論 .....	1
第一節 研究背景 .....	1
第二節 研究動機 .....	3
第三節 研究目的及問題 .....	7
第四節 名詞界定 .....	8
第二章 文獻探討 .....	9
第一節 新冠肺炎在住宿型機構發生的脈絡 .....	9
第二節 長照機構發生新冠肺炎事件原因之探討 .....	14
第三節 住宿型機構感控制度現況之探討 .....	17
第三章 研究方法 .....	22
第一節 研究方法之選取 .....	22
第二節 研究對象與場域的選取 .....	23
第三節 資料蒐集的方法與工具 .....	25
第四節 研究資料蒐集與分析 .....	26
第五節 研究倫理 .....	29
第六節 研究信效度的檢視 .....	30
第四章 資料分析與討論 .....	32

第一節 工作人員管理與人力調度 .....	32
第二節 住民安置與健康管理 .....	42
第三節 工作人員與住民篩檢原則 .....	47
第四節 外部人力與訪客管理 .....	51
第五節 環境清潔與消毒 .....	55
第五章 研究結論、建議與限制.....	59
第一節 研究結論 .....	59
第二節 研究建議 .....	64
第三節 研究限制 .....	66
參考文獻 .....	67
壹、中文部分 .....	67
貳、英文部分 .....	71
附件一、長照機構群聚感染大事記 .....	72
附件二、衛生福利機構(住宿型)因應 COVID-19 之應變整備作戰計畫表 .....	81
附件三、研究訪談同意書 .....	85
附件四、訪談大綱 .....	86

## 表目錄

表 3-1 受訪者基本資料.....	24
表 3-2 文本事件與脈絡框架範例.....	27
表 3-3 核心主題意義單元歸納表.....	28



# 第一章 緒論

本研究旨在探討住宿型長期照顧機構面對新冠肺炎衝擊下，如何建置感染管制機制來降低機構感染之風險。本章共分為四個小節：第一節研究背景，第二節研究動機，第三節研究目的與問題，第四節名詞界定。

## 第一節 研究背景

2019 年 11 月在中國湖北武漢市出現新冠肺炎(COVID-19)，短短兩個月造成全球確診人數破萬。根據世界衛生組織(World Health Organization, WHO)統計截至 2021 年 11 月 23 日止，新冠肺炎確診人數約 258,473,036 人，其中包括 5,174,857 例死亡案例(WHO, 2021)。在這一波疫情衝擊下，臺灣也無法倖免，於 2020 年 1 月 15 日公告「新冠肺炎」(COVID-19)為第五類法定傳染病，且在 2020 年 1 月 21 日確診第一起境外移入確診實例(衛生福利部疾病管制署，2020)。截至 2020 年底，臺灣因這波疫情染疫的確診實例數約 783 例、死亡人數約 7 例(衛生福利部疾病管制署，2021)。相較於其他國家，臺灣在 2020 年的優異防疫成功樹立了各國的典範。

然而，這波疫情在 2021 年 5 月初華航機師染疫，隨後又在台北市萬華區傳出疫情。不幸的在同年 5 月住宿型機構失守了，5 月 20 日傳出第一起住宿型機構群聚感染，案發地點位於台北市萬華區的某老人福利機構住民染疫。隨後又陸續在台北市信義區、新北市士林區、土城區、基隆市、新竹縣等住宿型機構爆發群聚感染。此疫情延燒到同年 7 月 27 日，疫情指揮中心統計共有 91 家各類型長照機構染疫，約 390 位工作人員及住民確診(衛生福利部疾病管制署，2021)。

上述資料顯示，住宿型機構引發群聚感染的原因為：工作人員有新冠肺炎疫區接觸史、住民就醫染疫、外部支援人力與訪客染疫、環境規劃與管理不佳等。依據衛生福利部疾病管制署的建議，長照住宿機構首要應規劃住民分流，避免等候時出現擁擠的情形，以及落實適當的住民安置、工作人員確實執行體溫監測與健康管理機制。另外，針對工作人員感染管制訓練與最新消息宣導等行政策略；其次，需維持機構內良好的通風與足夠的環境清潔，確認工作人員正確使用個人防護裝備，並確保防疫物資儲備量充足(衛生福利部疾病管制署，2020)。針對這波疫情，衛生福利部疾病管制署(2020)提出衛生福利機構(住宿型)因應 COVID-19 之應變整備作戰計畫，建議住宿型機構應就機構在面對各種疫情規模擬採取「工作人員管理與人力調度」、「住民安

置與健康管理」、「工作人員與住民篩檢原則」、「訪客管理」及「環境清潔消毒」等事項，擬定相關因應措施及執行方案，預先完成整備。

張筱玲等人(2016)指出，目前住宿型機構有關感染管制措施大多沿用急性醫療感染管制措施所提供的相關資料，缺乏機構內特殊屬性之感染管制措施，導致無法正確執行機構內感染的監測以及落實感染管制機制的工作，尤其是在群聚感染事件發生時的危機處理，在疫情爆發的同時對於住宿型機構而言是最大的挑戰。為此，賴添福(2021)指出在實務工作上出現一些整備計畫上執行的困難，雖然住宿型機構皆依中央疫情指揮中心的指引，但實際上機構礙於空間受限及配置人力比等法定因素，實在很難做到分艙分流的照顧。平時機構空間已不足，如有工作人員及住民確診或接觸者時，更難執行一人一室隔離及休息空間。另外，也應重新檢討、修正住宿型機構因應新冠肺炎(COVID-19)之應變作戰計畫及加強各項公共關係，例如：加強工作人員教育訓練；主管應增強工作人員向心力，以防止疫情事件造成離職潮；取得主管機關疫情應變小組各處資源協助，例如：救護車、環境清消、防疫物資、外部人力等。臺灣的各類型長照機構在這波新冠肺炎疫情中已有 91 家確診，起因為住宿型機構工作人員曾到過萬華地區而染疫，有疫區接觸史且出現發燒症狀仍繼續上班。

綜合上述，衛生福利部疾病管制署在 2020 年針對住宿型機構提出因應新冠肺炎(COVID-19)之應變整備計畫。所以，本研究背景想探討的是住宿型機構在面對此次疫情的衝擊下，應該如何建置感染管制機制來降低感染風險。

## 第二節 研究動機

### 一、研究者的臨床經歷

研究者為住宿型機構第一線護理人員，在住宿型機構中的長者多為長期臥床、伴有多種慢性疾病、插管、抵抗力差等身體特質，相對感染風險比一般人高。在 2021 年 5 月爆發台北市私立住宿型機構，某老人福利機構住民因往返醫療院所住院而染疫，成了住宿型機構首例感染案例，隨後又爆發了多家住宿型機構染疫情形。

依據衛生福利部疾病管制署(2016)在住宿型機構感染管制查核作業中早有訂定查核基準如下：(1)工作人員定期接受健康檢查；(2)新進人員職前訓練；(3)隔離空間設置及使用情形等相關基準。但，在這次疫情中發現平時住宿型機構在執行感染管制措施仍有不足之處，例如：工作人員對於感染教育的認知缺乏，住民往返醫療院所就醫防疫動線、隔離室使用規劃不佳等皆是這次感染的主要原因。據研究者所知住宿型機構每週都需上網通報衛生福利部疾病管制署，機構內是否有發燒之個案數，包括工作人員及住民，但多數機構擔心通報後會受到相關單位的稽核，為了省略不必要的困擾，院內感染通報的人數幾乎都是呈現零個案。此外，對於工作人員在工作實務面接觸住民前後沒有正確執行手部衛生，或者機構內洗手設備不足、動線規畫不佳、感控教育認知不足等，皆是導致交叉感染引發院內群聚感染之因素，以上是研究者在住宿型機構臨床工作中發現導致院內感染的風險。

綜合上述，雖然住宿型機構皆依據疾病管制署提供的住宿型機構評鑑基準，且基準中提到防疫機制建置情形，一直以來住宿型機構依據評鑑指標中的規範訂定感染管制計畫，且每年應檢視更新一次計畫內容；感染管制計畫需有專人負責；宣導手部衛生及咳嗽禮節；訂定訪客管理規範；且機構內工作人員應依衛生福利部疾病管制署(2018)「人口密集機構傳染病監視作業規範」執行感控監測。但在，上述研究動機中研究者發現實務工作中僅為了應付評鑑而未真正執行相關感控規範，是否因為評鑑指標中訂定的感控規範不適用？或實務上根本就沒有正確依照規範落實感染管制，才會因此次新冠肺炎疫情讓住宿機構陷入危機中。

因此，本研究動機是研究者在臨床工作上發現的感染管制破口，也是研究者想針對住宿型機構感染原因作探討的方向，藉以瞭解住宿型機構應如何改善或避免疫情發生的同時，如何防範疫情帶來的威脅？

## 二、長期照顧機構感控現況

隨著臺灣住宿型機構服務的需求量增加，政府在長期照顧政策面上也不斷更新推進，因應這波疫情住宿型機構中以院內群聚感染為首要問題。目前國內需長期照護者雖然不以老人為限，但住在住宿型機構的居民多數仍屬年長、疾病較多且免疫力差、管路放置比例較高、認知功能差、活動功能障礙等；加上長期居住在擁擠的環境中，日常生活中常有密集接觸的機會，工作人員對於衛生防護及感染管制措施的疏忽等因素，使得遭受到感染的危險性增加。

感染控制(infection control)的意義是減少感染的發生，無論是社區感染、機構內感染，其目的就是藉由感染管制人員及每一位工作人員的努力，將機構內感染控制減至最低的程度。住宿型機構群聚感染事件定義則為「二人或二人以上發生疑似傳染病症狀，且具有密切人、時、地關連性，經實驗室分離出相同類型之致病菌即為院內感染」。感染源可能來自外在環境、工作人員及訪客感染給住民，即成為一個感染傳播鏈。

依據衛生福利部疾病管制署(2016)提到，住宿型機構需依照以下規定執行感染管制防範：(1)訂定感染管制計畫；(2)專責人員，負責推動感染管制措施；(3)感控繼續教育和能力訓練；(4)採取標準防護措施，依不同傳染途徑分別防護，例如：接觸傳染、飛沫傳染及空氣傳染等。王映雪等人(2014)指出機構實施感染控制之目的為預防機構內感染、及早發現感染個案及群聚事件並及時採取必要的感染控制措施。

由於，住宿型機構通常缺乏檢查設備來確立感染性疾病，且住宿型機構的照顧人力缺乏，經常出現一位照顧人員需服務多位住民，使住民間交互感染的機會增加，若無法及早確定感染並及時治療便容易導致住民產生嚴重的合併症。

且，因為新冠肺炎發病早期不易發覺及及時介入處理措施，僅發現和隔離有症狀的確診案例顯然不足以阻止疾病的流行(Cheng et al., 2020; Siordia., 2020)。為此，在住宿型機構中的感染管制教育在各個層面都顯得相當重要。依據衛生福利部疾病管制署(2021)長照機構的感染教育訓練課程內容為：(1)感染管制概論；(2)手部衛生；(3)住民相關照護感染管制；(4)環境、設備及衣物被單等清潔消毒；(5)機構內常見的感染與傳染病；(6)群聚感染的監測與通報。

綜合上述資料得知，臺灣需要被照顧者人數增加，但住宿型機構受到這波疫情影

響的主要原因為院內群聚感染，長者居住在擁擠的環境中常有密集接觸的感染風險。為此，研究者藉由研究動機想探討住宿型機構在感控執行上是否有依據感染管制教育訓練的課程內容為依據？

### 三、應變整備作戰計畫的執行現況

依據衛生福利機構（住宿型）因應 COVID-19 之應變整備作戰計畫內容，主要以「機構內尚無確定病例」及「機構內出現確定病例」兩個層面來擬訂，其項目包含：(1)工作人員管理與人力調度；(2)住民安置與健康管理；(3)工作人員與住民篩檢原則；(4)訪客管理；(5)環境清潔消毒（見附件二）。

本研究將以機構內尚無確定病例為探討方向，以下為衛生福利機構(2021)針對住宿型機構應變整備計畫的內容：

#### (1)工作人員管理與人力調度

視機構規模、空間配置、及人力等條件，儘可能劃分「照顧區域」，並依照照顧區域將工作人員分組，以降低工作人員交叉感染之機會，並排定各組工作人員輪值班表與服務範圍，且將休息區依空間或使用時段劃分，以利不同組/區之人員分區或分時段使用休息區域，並指派專人負責工作人員每日體溫量測及健康狀況監測。

#### (2)住民安置與健康管理

針對住民安置及健康管理部分，如需居家檢疫者，請於檢疫期滿後再返回機構。若是需居家隔離者，應安排 1 人 1 室（含衛浴設備），並確實管理密切接觸者於機構內居家隔離期間不得離開房室。如發現有 SARS-CoV-2 檢驗（含抗原快篩）結果陽性者，應於 24 小時內通報地方主管機關。

#### (3)工作人員與住民篩檢原則

在工作人員及住民篩檢原則中提到疫情警戒為第 1、2 級期間：工作人員與住民除有特殊情形外，原則上不需要進行定期篩檢。若在疫情警戒為第 3、4 級期間：位於高風險地區（依指揮中心公布）之機構，可定期（1 次/週）針對其工作人員、外出頻率較高（如：透析病人、定期外出接受精神復健者、依勞務契約須外出工作等）之住民進行 SARS-CoV-2 抗原快篩但已完成疫苗接種者、曾經確診且距發病日未滿 3 個月者，可不納入定期篩檢對象。

#### (4)外部人力與訪客管理

在疫情期間住宿型機構針對訪客的管理，應限制具有 COVID-19 感染風險或有發燒、呼吸道症狀之訪客進入機構。且，限制訪客探訪次數與人數，並有詳實的訪客紀錄。鼓勵家屬採取視訊方式探視，機構盡量提供平板、網路等科技產品協助。機構可透過社群媒體、網頁、電話聯絡等方式，宣導住民家屬瞭解機構之訪客管理政策。

#### (5)環境清潔消毒

住宿型機構內每日至少清潔地面 1 次，並視需要增加次數。針對經常接觸的工作環境表面如：門把、工作平臺、桌面、手推車、住民使用的桌椅及床欄等，至少每日以消毒劑（如：1,000 ppm 漂白水）消毒，可視需要增加清潔消毒頻率。

新冠肺炎(COVID-19)疫情發展至今，衛生福利部疾病管制署強調感染管制的重要，從宣導戴口罩、勤洗手到出入公共場所的實聯制，政府所重視的防疫，在國人生活中早已成為習慣，但在住宿型機構陸續爆發的疫情中發現，把疫情帶進機構的卻是機構中的工作人員，除了耳提面命的戴口罩、勤洗手否則將予以重罰之外，如何讓住宿型機構中的工作人員對防疫有感，才是落實感染管制的重要目標。

綜合上述研究動機，研究者發現住宿型機構不論在實務面或制度面皆出現缺失，導致住宿型機構成為此次新冠肺炎疫情破口的原因，正是機構中工作人員染疫還將疫情帶入機構中造成嚴重群聚感染。因此，本章節將針對「衛生福利機構（住宿型）因應 COVID-19 之應變整備計畫」做相關探討，以瞭解住宿型機構在感染管制執行的現況，作為預防機構內感染事件再度發生時，此應變計畫是否可改善住宿型機構在感染發生時的成效？

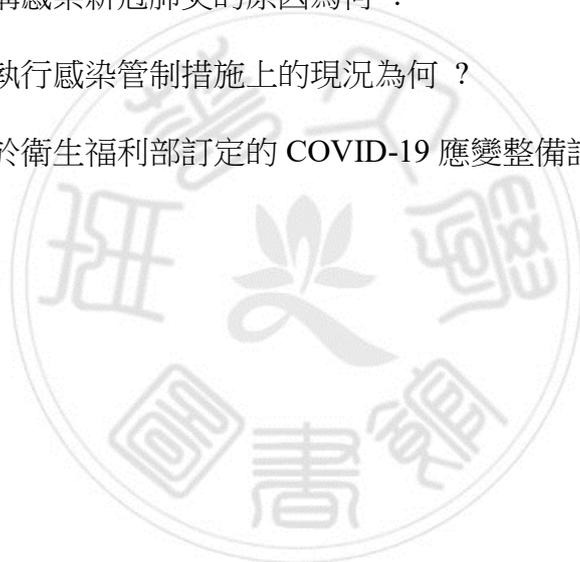
### 第三節 研究目的及問題

根據上述研究的背景與動機，本研究擬以住宿型機構的感染管制執行現況作為本研究方向，探討新冠肺炎疫情對於住宿型機構之影響。因此，本研究目的如下：

- 一、瞭解住宿型機構在執行感染管制的現況。
- 二、瞭解住宿型機構在疫情下的防範措施。
- 三、針對衛生福利機構（住宿型）因應 COVID-19 之應變整備計畫給予之建議。

基於上述研究目的，本研究擬定預探討之研究問題如下：

- 一、導致住宿型機構感染新冠肺炎的原因為何？
- 二、住宿型機構在執行感染管制措施上的現況為何？
- 三、住宿型機構對於衛生福利部訂定的 COVID-19 應變整備計畫之建議為何？



## 第四節 名詞界定

為使本研究的主題更加清楚，茲將研究中所涉及的重要名詞如「住宿型機構」及「感控機制」界定如下：

### 壹、住宿型機構

住宿機構為提供經需求評估需二十四小時生活照顧、訓練或夜間照顧服務之場所。依老人福利法第 34 條規定，依法設立的住宿型機構從照顧類型及照顧失能嚴重程度不同，可分為長期照顧機構及安養機構。其中長期照顧機構又分為(1)長期照護型(2)養護型(3)失智照顧型。另外，依護理人員法第十六條第二項規定之護理機構可分為居家護理所及護理之家。依長期照顧服務機構法人條例第三條規定（以下稱長照機構法人），指提供機構住宿式服務，並依本條例設立之長照機構財團法人及長照機構社團法人。本研究所指「住宿型機構」依據老人福利法第 34 條依法設立之機構包括長期照顧型及養護型。另，依據護理人員法第十六條第二項規定之護理之家。

本條例

### 貳、感控機制

依據傳染病防制法第三十二條規定醫療機構應配合中央主管機關之規定執行感染控制工作，本研究所指的感控機制是依據衛生福利部機構（住宿型）因應 COVID-19 應變作戰計畫中的：(1)工作人員管理與人力調度；(2)住民安置與健康管理；(3)工作人員與住民篩檢原則；(4)外部人力與訪客管理；(5)環境清潔消毒等計畫。因此，本研究的感控機制依照衛生福利部機構（住宿型）因應 COVID-19 的應變作戰計畫為架構來進行研究。

## 第二章 文獻探討

本章主要目的在探討與研究主題相關之文獻。本研究的相關文獻歸納三個部分，分別敘述於下列三個小節。首先，探討新冠肺炎在住宿型機構發生的脈絡；其次，探討新冠肺炎在住宿型機構發生的原因；最後，探討住宿型機構感控制度之現況。

### 第一節 新冠肺炎在住宿型機構發生的脈絡

2019 年 12 月中國向世界衛生組織(WHO)通報武漢市出現不明原因的肺炎案例，在同年 12 月底肆虐全臺。為因應中國大陸新冠肺炎(COVID-19)疫情，我國於 2020 年 1 月 15 日公告新冠肺炎為「嚴重特殊傳染性肺炎」，並於同年 1 月 20 日成立「嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心」(簡稱疫情指揮中心)，由衛生福利部部長陳時中擔任指揮官，統籌整合各部會資源與人力(內政衛福勞動處，2020)。

自 2019 年從中國大陸傳出疫情時，臺灣成功防守住疫情，相較於其他國家，臺灣優異的防疫成功樹立了各國典範。如此優秀亮眼的防疫成績來自國人配合戴口罩、保持社交距離、限制大型活動等各種防疫措施。臺灣如此優秀的防疫卻在 2021 年 5 月因華航機師組員染疫、住宿型機構工作人員到過萬華接觸史事件；住民到醫院住院染疫，讓一直以來臺灣是防疫最優秀的模範生，卻因為這些事件讓臺灣疫情進入三級警戒。但是重視感染管制的住宿型機構卻也因此出現防疫破口。新冠肺炎疫情一路延燒至 2021 年 5 月爆發台北市私立住宿型機構某老人福利機構住民因為往返醫療院所洗腎而染疫，成了長照機構首例感染案例(衛生福利部疾病管制署，2021)。因此，中央疫情指揮中心與主管機關要求台北市衛生局針對住宿型機構加強落實分艙分流管制，以及執行相關防護措施、住宿型機構暫時停止收住住民，逐步擴大篩檢對象，進行全院普篩，以確保住宿型機構住民及工作人員安全(衛生福利部疾病管制署，2021)。

然而，在 5 月爆發第一起住宿型機構染疫後，接著又爆發台北信義區住宿型機構 27 人染疫，源頭疑為一名有到過萬華地區染疫的工作人員，染疫後雖無症狀出現但仍繼續上班，導致該機構內住民染疫，其中有 7 人死亡，平均年齡為 85 歲長者。隨後，桃園市長鄭文燦說明疫情最新發展，指出某長照機構有住民在 5 月 2 日反應身體不適，經過快篩後有 13 位住民及 1 位工作人員採檢陽性確診。為此，長照機構也啟動防疫措施以及分艙分流照顧，並加強住民房間環境清潔消毒以及人員管理(台視新

聞網責任編輯張碧珊，2021)。

上述住宿型機構染疫情形頻傳，疫情指揮中心宣布截至 2021 年 6 月 3 日止全台已有 60 家住宿型機構出現確診狀況，共計 47 位工作人員、133 位非工作人員確診（長照大事記，2021）。此外，兩家位於新竹縣住宿型機構也有 12 例確診案例。另，位於基隆市某住宿型機構住民因每週三次需往返洗腎中心洗腎，返回機構後未落實隔離措施，造成機構內 10 人確診，進而引發另外一起住宿型機構群聚感染（中央社記者王朝鈺，2021）。在住宿型機構嚴重群聚感染事件後，實務工作者也建議疫情指揮中心及中央地方政府針對機構長者及工作人員施打疫苗順序應該要調整，以及病毒核酸檢驗(Polymerase chain reaction,PCR)之篩檢時機及次數、費用等。衛生福利部疾病管制署預計在 2021 年 6 月 4 日開始分類造冊施打疫苗，且於 2021 年 6 月 8 日宣布為了降低新冠肺炎(COVID-19)疾病傳染風險，將停止開放住宿型機構探視，並協助民眾以視訊或電話方式替代實地探訪，加強機構門禁管制，宣導民眾進入長照機構務必全程配戴口罩、落實手部衛生。

為此，依據上述長照大事記(2021)疫情發展過程將疫情發展脈絡分為以下五個時期（見附件一）。

### （一）疫情突發期

中國在 2019 年 12 月 31 日向 WHO 通報武漢市出現不明原因的肺炎病例，臺灣疾病管制署宣佈來自中國的班機進行登機檢疫。此外，在 2020 年 1 月 21 日臺灣出現首例確診病例，為此，衛生福利部宣布放寬通報定義，過去須符合「發燒、疾病呼吸道感染、有武漢旅遊史」以上三者才須通報，但放寬後只要有發燒情形就符合通報定義。疫情一路延燒到 2020 年 5 月 1 日連續 6 天零確診。為此，疫情指揮中心宣布開放長照機構探視，但每天限一組訪客，且不得超過三個人為限。

### （二）疫情嚴峻期

隨著疫情的升溫，疾病管制署(2021)規定最新防疫措施，加強居家檢疫自 2021 年 1 月 15 日起必須一人一戶，同行者可以一起居家檢疫。若無法做到居家檢疫者需入住防疫旅館，藉此讓社區及民眾建構堅強的防線。

在 2021 年 1 月 16 日發生部桃醫院內部感染事件，一名護理師確診，為此，疫情指揮中心將擴大採檢。隨後，在同年 1 月 23 日又宣布一名同住家人確診，指揮中心

在 24 日宣布部桃列為高風險紅區並擴大篩檢對象，包括：整棟醫療大樓擴大出院者、陪病者及同住家人。接續部桃醫院的疫情進展，自 2021 年 1 月 12 日爆發以來總計 21 人確診。此外，另一家平鎮地區的醫院也出現確診個案，一度進入全面清空封院的狀況，成為疫情爆發以來最嚴峻的挑戰。

由上述得知疫情的肆虐，臺灣在 2021 年 3 月 22 日起全台 57 家醫療院所開始施打疫苗。此外，COVID-19 疫苗接種健康系統正式上線，接種者可在系統上追蹤 1.5 年的健康狀況。另，在 2021 年 4 月 31 日疫情指揮中心表示已於 2021 年 4 月 6 日開放執業登記醫事人員、非醫事人員、集中檢疫所人員等接種計畫所列第一類實施對象接種 COVID-19 疫苗。

### （三）長照機構染疫初期

由於新冠肺炎疫情發展快速，依疫情指揮中心宣布臺灣於 2021 年 5 月 11 日進入社區感染階段。因此，疫情警戒標準提升至第三級，並停止大型團體活動、長照機構禁止探視且須採人流管制等措施。目前因多家醫療機構發生院內感染情形，依疫情指揮中心宣布至 2021 年 5 月 28 日全台進入疫情警戒第三級，民眾外出須全程配戴口罩；禁止室內 5 人以上室外 10 人以上之聚會。為此，指揮中心針對 2021 年 4 月 20 日至 5 月 19 日之間曾在萬華熱區停留之民眾發送細胞警訊，提醒民眾如有相關症狀應盡速就醫。

### （四）疫情期間擴大篩檢及施打疫苗期

COVID-19 疫情從 2019 年 12 月發生至今長達 2 年之久，由於疫情嚴峻導致醫療機構發生醫護人力不足情形，依據 2021 年 5 月 23 日指揮中心公布「醫療照護工作人力短缺之應變處置建議」該計畫適用於三級警戒區域之醫療機構及長照機構。如上述，機構工作人員須完成接種第一劑疫苗達 14 天（含）以上無症狀者，即可返回工作職場，但需自主健康管理；已接種第二劑疫苗達 14 天以上無症狀且自主健康管理期間，第一次核酸篩檢結果為陰性者，即可返回職場。

另外，從 2021 年 3 月 22 日起全面施打疫苗後，疫情指揮中心於 2021 年 5 月 27 日公布 PCR 確診輕症或無症狀者，距發病日 10 天以上無需再採檢即可解隔離；另，快篩陽性者無症狀或輕症可一人一室居家隔離 17 天。此外，疫情指揮中心於 2021 年 5 月 28 日針對長照機構新進住之住民及出院返回機構者需提供核酸篩檢陰性報告。

由於上述提到人力短缺、醫療資源缺乏的長照機構，為使防疫旅館、醫療資源更有效運用，將確診者有症狀及無症狀者分為：(一)中重症者由救護車送往醫院；(二)輕症者由防疫計程車送往防疫專責旅館；(三)無症狀者可採 1 7 天居家隔离。

在疫情肆虐擴大篩檢的期間，由疫情指揮中心公布截至 2021 年 6 月 3 日止全台已有 60 家長照機構出現確診情形。因此，於 2021 年 6 月 9 日開始針對長照機構施打疫苗順序調整為機構工作人員、受照顧者、洗腎患者納入第五類；75 歲以上之長者納入第六類施打對象。

### (五) 長照機構疫情平穩期

疫情延燒 2 年多之久，從長照大事記疫情發展脈絡發現，截至 2021 年 6 月 21 日長照機構疫情有逐漸趨緩，疫情指揮中心也在 2021 年 6 月 12 日起將居家檢疫及自主健康管理天數調整為 5 + 9 天；同年 7 月 1 日起又調整為 7 + 7 天。

雖有上述相關感染管制措施，但新北土城長照機構於 2021 年 6 月 2 日發現一名高齡長者因發燒送去醫院，經 PCR 篩檢呈陽性，該機構立刻進行快篩已有 25 人感染，於同年 6 月 9 日止共有 39 人確診，此時新北市衛生局證實一名 99 歲長者本身患有多種慢性疾病不幸死亡，成為新北首例住宿型機構確診死亡案例（聯合報記者王敏旭，2021）。在新北土城住宿型機構染疫死亡事件中，主管機關建議住宿型機構應立即採取分艙、分流、分樓層方式照顧，全機構人員進行相關健康監測。隨著疫情延燒已影響全台多家住宿型機構染疫（衛生福利部疾病管制署，2021）。另外，兩家住宿型機構因地緣近距離接觸關係，及外部人力相互支援而染疫（新竹縣衛生局，2021）。因此，新竹縣衛生局將針對兩家機構進行輔導落實分艙分流和環境消毒，為圍堵疫情繼續擴散應加強機構感控及採檢，且在確診隔日起第 3、5、7、11、14 天進行快篩及 PCR 檢驗。另外，士林區在同年 6 月 13 日至 19 日確診人數達 54 人，其感染人數增加原因是因士林區某間護理之家爆發群聚感染，其中有一名長者為洗腎後染疫，回到機構再傳染給其他人，該護理之家約有 56 名住民，加上 18 名行政人員，共達 74 名，篩檢後共有 25 人確診，已安置於新光醫院（聯合報記者胡瑞玲，2021）。在基隆市某老人長期照護中心住民、工作人員在 6 月 13 日也傳出確診個案，感染源是住民至洗腎診所洗腎時染疫，已收治在長庚醫院及部基醫院（中時新聞網記者陳彩玲，2021）。

綜合上述在住宿型機構感染事件中發現，2021 年 5 月發生台北市私立某老人福

利機構第一起住宿型機構群聚感染後，疫情像滾雪球一般越滾越大，歸納住宿型機構染疫的因素，包含了：(1)工作人員接觸史；(2)住民住院及洗腎感染；(3)外部人力支援等因素。因此，下一節文獻中將針對住宿型機構染疫的因素及感染管制措施進行探討。



## 第二節 長照機構發生新冠肺炎事件原因之探討

### 一、工作人員接觸史

臺灣發生住宿型機構感染新冠肺炎事件的開始是位於台北市萬華區的某住宿型機構內的一名工作人員，因在 2021 年 5 月 10 日時有萬華疫區接觸史，經 PCR 篩檢後呈陽性反應，且出現發燒症狀仍繼續上班。隨後，又陸續有兩名長輩感到不適的症狀，送醫篩檢後 PCR 呈陽性反應。截至 2021 年 6 月 2 日上午為止，疫情指揮中心公布全台至少 30 家住宿型機構爆發院內群聚感染，分別是台北市萬華的愛愛院、信義區的一家長照機構、新竹縣竹東鎮也都各有一家機構工作人員確診；此外，新北市土城一家養護所也爆出 25 人快篩陽性（衛生福利部疾病管制署，2021）。隨後，位於台東縣某老人養護機構於 2022 年 5 月 2 日有一名工作人員自主快篩陽性，通報全院共有 212 人緊急進行篩檢其中包括：員工 65 人、住民 147 人。採檢結果有 48 人快篩陽性後，將其 48 人送 PCR 採檢有 13 人確診，其中有 11 人為機構工作人員、2 人為住民。另外，台東縣政府說明，2 名確診的住民則是同住一間 6 人房而染疫（新聞雲記者楊漢聲，2022）。

從上述臺灣發生的住宿型機構確診案例中，得知是長照機構工作人員未遵守感染管制的規範，且機構也未落實感控機制，而導致工作人員成為傳染源造成院內群聚感染。Gardner 等人(2020)提到關於 COVID-19 疫情抑制應側重於長期照顧機構的檢測和感染控制，並制訂感控規範以確保醫療照護的量能，且能夠在第一時間內將疫情阻擋並獲得控制。

綜合上述依據衛生福利部(2021)提出衛生福利機構(住宿型)因應 COVID-19 之應變整備作戰計畫建議探討：1.依機構規模、空間配置劃分照護區域及工作人員分組。2.有專人負責工作人員之每日體溫量測。3.掌握機構內工作人員具 COVID-19 感染風險情形。4.若被匡列為密切接觸者時，應確保居住處所可落實 1 人 1 室隔離。5.建立機構人力備援計畫。6.針對符合公費 COVID-19 疫苗及流感疫苗接種對象，鼓勵並協助其完成疫苗注射。

### 二、住民住院及洗腎感染

由於入住長照機構的老人常因身體突然發生變化，家屬決議積極治療，但住宿型

機構中無法提供所需要的治療方式時，則需轉送醫療院所。依據基隆市衛生局公布於 2021 年 06 月 02 日新增 18 例確診個案，其中包含 2 名某護理之家住民，同間護理之家已有 5 名住民確診，其中 2 人為洗腎患者（長照大事記，2021）。隨後，依據疾病管制署於 2021 年 6 月 12 日公布新竹縣兩家長照機構群聚感染，皆為醫院洗腎群聚感染者。然而，群聚感染是長照機構中最常見的感染風險，機構感染通常來自住民往返醫療院所就醫或每周三次往返洗腎中心洗腎，當回到機構時會成為感染源而感染給其他人（張筱玲、曾淑貞，2016）。

綜合上述依據衛生福利部(2021)衛生福利機構(住宿型)因應 COVID-19 之應變整備作戰計畫建議探討：1.掌握機構內住民具 COVID-19 感染風險情形。2.確實執行住民每日體溫量測，出現發燒含抗原快篩結果陽性者，應於 24 小時內通報地方主管機關。3.應訂定住民發燒或出現呼吸道症狀時之就醫動線與流程。4.自醫院返回機構之住民，須有 2 日內採檢之病毒核酸檢驗報告。

### 三、外部人力支援與訪客感染

依據衛生福利部疾病管制署公布於 2021 年 06 月 03 日高雄市某大樓內有 8 間長照機構工作人員快篩陽性，高雄市衛生局表示:感染原因皆為院際間工作人員支援與交流所致。因此，下令稽核機構防疫作為以及新住民入住及返回機構均需配合 PCR 篩檢。隨後，新竹縣衛生局於 2021 年 06 月 11 日也公布，有兩家長照機構確診案例 12 例，染疫原因為有地緣近距離接觸關係（長照大事記，2021）。另外，林嘉琪(2020)指出，對免疫力低的老年人一旦發生群聚感染時，有可能迅速而廣泛地傳播。為避免造成嚴重後果，應採取積極措施來識別和排除潛在感染員工和訪客是非常重要的，及早發現潛在感染患者以及實施適當的感染預防和控制能有效降低疫情。且，李家琦等人(2010)指出近年來，有相關文獻提到有關長期照護機構相關感染管制建議，而高雄縣也於 2004 年執行境內長期照護機構感染管制現況調查分析，為瞭解長期照護機構執行感染管制之人力、措施、設備、員工與住民健康篩選的情形調查。

如上述，住宿型機構中常有外部配合之廠商或醫院醫師及護理人員進駐巡診，由於外部支援人力來自四面八方，所以進入住宿型機構時的防疫就相當重要。另外，張筱玲、曾淑貞等人(2016)在工作人員防疫文獻也提到醫療照護人員及其他非專業照護人員、家屬、外包人員等，也可能間接接觸到感染者而造成機構內的群聚感染。

綜合上述依據衛生福利部(2021)提出衛生福利機構(住宿型)因應 COVID-19 之應變整備作戰計畫之建議探討：1.實施訪客管理。2.透過社群媒體、網頁、電話聯絡等方式，宣導家屬瞭解機構之訪客管理。3.因應疫情發展，適時調整訪客管理措施及加強門禁管理，並規劃適當之探視地點、動線與流程。



### 第三節 住宿型機構感控制度現況之探討

臺灣長照機構的工作人員確診感染新冠肺炎人數暴增，令許多長照機構擔憂，因住民多數為高齡者且伴隨多重慢性疾病，恐怕會成為防疫漏洞，造成機構群聚感染。而，衛生福利部疾病管制署在 2013 年四月制訂了住宿型機構感染管制政策，政策中指出住宿型機構必需提供每個工作時段有足夠的工作人力並且做好應該有的感染管控措施。提供合理的薪資制度和福利可吸引專業人力投入，並且可以降低工作人員的流動率。有專業和穩定的工作團隊，對減少住宿型機構的院內感染發生有很大的助益。此外，住宿型機構必需(一)建構感染管制之規範以進行全面監測及政策計畫的推動，來預防群聚突發事件之處理。(二)工作人員及住民健康管理，每年需常規注射流行性感疫苗。(三)感染住民之管理，尤其是可以用感染管制措施加以預防的個案(衛生福利部疾病管制署，2013)。透過以往制定的法規及指引期望全面性的推動感控制度。而，黃淑如、陳郁慧等人(2017)也提到住宿型機構應依據工作人員及住民特性訂出適當的感染管制計畫，內容應由專人負責感染管制業務、常規監視機構感染個案、感染個案資料通報、感染資料分析及運用、預防住民及工作人員感染、訪客的感染管制措施、訂定標準的感染管制之作業流程等，並納入住宿型機構感染管制計劃。

綜合上述提到的管染管制措施，雖在 2013 年已有制定，但這波新冠肺炎疫情仍在住宿型機構中帶來感染的威脅。因此，衛生福利部疾病管制署(2021)提出衛生福利機構(住宿型)因應 COVID-19 之應變整備作戰計畫中，將新冠肺炎應變計畫分為以下幾點：(1)工作人員管理與人力調度；(2)住民安置與健康管理；(3)工作人員與住民篩檢原則；(4)外部人力與訪客管理；(5)環境清潔消毒等計畫，以下針對長照機構感染應變計劃做相關的探討(見附件二)。

#### (1)工作人員管理與人力調度

住宿型機構應監測工作人員之每日體溫量測，若有發燒疑似感染症狀時，應儘速就醫並採檢，如發現快篩結果陽性者，應於 24 小時內通報，經核酸篩檢結果為陰性，才可恢復工作。為確實掌握機構內工作人員具新冠肺炎(COVID-19)感染風險情形，於每日上班時應先測量體溫。且，工作人員於自主健康管理期間，應確保其現有居住處所可落實 1 人 1 室隔離。若無法 1 人 1 室隔離時，應預先安排合適場所例如：防疫旅館。

在有關住宿型機構人員防疫措施方面，紀玫如(2014)提到最常見的感染途徑就是來自工作人員的手。也可能是由訪客、醫療儀器設備、照護用品、或醫療照護機構的環境中所造成的感染。除了住宿型機構內工作人員之外，陳郁慧(2019)也指出住宿型機構落實感染管制措施，看起來像是一個簡單且基本的概念，但因為涉及的範圍與人員相當廣泛，住宿型機構中有本國籍和外籍工作人員、外包人員及家屬等。因此，除了住宿型長照機構的工作人員需加強防疫措施之外，王鳳葉(2021)針對居家照護防疫也提出相關策略，居家照護之醫事機構應加強工作人員與服務個案之健康監測與管理，制定相關感染管制措施，落實疫情期間家訪前風險評估、家訪時的防護措施及防護設備，家訪後環境的清潔與消毒，提供個案諮詢、轉診機制甚至必要時採取遠距照護，以確保照顧者、個案、醫護人員的安全家訪之防護。

另外，翁宜慧等人(2020)也提到人力調度，因應疫情期間採分區照護，隔離區由專屬人力照護，以防止交叉感染風險。有症狀的護理師休假三天無發燒且症狀改善後返回崗位上班。楊麗珠等人(2021)提到依據作業工作內容劃定區域範圍，固定醫療照護人員、分組排班、會診不跨棟，清潔人員固定區域，組與組之間固定人力且不交流。依據病人分艙原則及服務工作內容，劃定區域範圍，安排固定醫療團隊人員照護，包含分棟別、分樓層、分病房與單位。而，陳秀姬等人(2020)也提到醫療機構首要應規劃住民分流，避免候診區擁擠情形出現，以及落實適當的病人安置、工作人員體溫監測與健康管理機制、工作人員感染管制訓練與最新訊息宣導等行政策略；其次需維持機構內良好的通風與足夠的環境清潔，確認工作人員正確使用個人防護裝備，並確保防疫物資儲備量充足。此外，在朱凱著、張國基(2020)提到強化職場感染預防及自我防護之教育訓練，應採取各類教育及行動方案（例如：環境消毒、手部衛生、呼吸防護等），以提升防疫的效能。

綜合上述文獻中發現在高風險感染及感染控制觀念缺乏的長期照護機構中，相關醫療人員必須具備感染控制相關的認知及訓練，才能據以運用在住民的照護活動上。另外，在人力調度上應採分組排班、固定區域避免交叉感染之風險。

## **(2)住民安置與健康管理**

機構內住民有發燒 38 度者，應安排 1 人 1 室（含衛浴設備），並確實每日監測體溫變化。三日內採檢之病毒核酸檢驗報告，檢驗結果為陰性者，應先安置於隔離空間或單人房 14 日，待無相關症狀後，再安排入住一般房室並隨時追蹤體溫變化。而，

楊麗珠、邱月璧(2021)也提到應將機構內的照護區域依感染風險劃分三區：(一)綠區：為安全無感染風險；(二)黃區：疑似可能有病毒存在風險；(三)紅區：專責收治確診感染住民。另外，林月桂、顏慕庸(2020)提到分艙規劃可以單棟建築物作為分艙單位，也可以使用一棟建築物內的不同樓層甚至同一樓層的不同區塊進行分艙。因此，林恭儀、王明鳳等人(2020)提到符合「嚴重特殊傳染性肺炎」病例定義的病人轉送就醫時應：(1)撥打防疫專線 1922，依指示就醫；前往醫療機構前，應先聯絡醫療機構主動告知醫護人員病人症狀及旅遊史，縮短在公共區域停留的時間，以避免增加危險性暴露；(2)如果住民同意且情況允許下，應佩戴外科口罩，以避免病人呼吸道分泌物噴濺；(3)若需在機構等候送醫，應先將住民安置於隔離空間，與其他人員做適當區隔；若該空間無實體屏障區隔，則需與其他服務對象距離至少 2 公尺以上；待住民送醫後，應對隔離空間進行清潔消毒。

此外，在洗腎住民方面為加強管理，洗腎診所所有工作人員及熱點區病友每 3 天篩檢 1 次，快篩陽性時應立即送醫治療，篩檢陽性者洗腎結束後應進行消毒，護理人員及工作人員應提升到全套防護裝備，且分層負責不可交替及輪班。朱凱著、張國基(2020)在文獻中也提到進入隔離病室的工作人員應穿著個人防護裝備例如：長袖防水隔離衣、外科手套、N95 或高效過濾口罩，且使用前須執行口罩密合度檢點，以及護目鏡或面罩，並視需要佩戴髮帽。

綜合上述文獻中發現有關住民安置及健康管理，住民有發燒情形時應先進行快篩，如需外出就醫應依照嚴重特殊傳染性肺炎規範，將住民安置於隔離區等待就醫，且需配戴外科口罩以防止交互感染。另外，應加強洗腎中心之防護措施，住民洗腎結束後應立即進行環境消毒。

### (3)工作人員與住民篩檢原則

依據衛生福利部疾病管制署(2021)規範，在疫情警戒期間可定期每週一次，對其工作人員及住民（例如：需往返醫院透析之住民、定期外出接受精神復健者）進行 SARS-CoV-2 抗原快篩。針對高風險地區之機構得自行評估是否針對工作人員及住民進行 SARS-CoV-2 病毒核酸篩檢建議為一週一次，但已完成疫苗兩劑接種者，可不納入定期篩檢對象。在張雅媛等人(2020)相關文獻提到當工作人員有發燒或呼吸道症狀時應即刻停止上班，並通報單位主管及政府機關，機構應協助員工至醫院急診照胸部 X 光片與採檢第一套咽喉拭子，依有無肺炎及臨床評估後二採陰性才能返回工作

崗位。另外，朱凱若、張國基(2020)提到醫療照護工作人員應遵循呼吸道衛生及咳嗽禮節，於照護病人時全程佩戴口罩並加強手部衛生；若有發燒或出現急性呼吸道症狀時，應在家休養，並主動報告單位主管。

綜合上述文獻中發現，如有發燒或疑似感染症狀者應停止上班並且通報主管單位，依據衛生福利部疾病管制署規範進行快篩，快篩陰性者才可返回職場工作。且在疫情警戒區域應每週執行一次快篩。

#### **(4)訪客管理**

長照機構在實施限制訪客進入機構時，應有詳細的訪客紀錄及登記，盡量安排在通風良好的區域，且避免訪客進入住民區；可鼓勵家屬採取視訊方式探視，機構應適時調整訪客管理規範及強化門禁管制，規劃適當之訪客地點、動線與流程，以降低病毒傳播風險。黃萬翠、陳瑛瑛等人(2009)也提到在進入住宿型機構時，會有專人負責針對進入機構之民眾詢問 TOCC、量體溫及戴口罩；且機構內會儲備足夠防疫物資以維持個人防護措施。另外，陳秀姬等人(2020)指出在篩檢前與篩檢後除原有的報到站之外，需於入口另設立 TOCC 檢疫站，所有進出人員均造冊管理，並保留紀錄供疫調時的接觸者匡列查詢。且透過 TOCC 詢問及資料收集，機構應採預約探視、限定探視人數、探視時段及訂定探視管理規範，且需採實名制登錄管理（林嘉琪，2020）。

另外，林嘉琪(2020)提到機構訪客管理應：(1)預先宣導服務對象及家屬相關訪客探視規定和疫情警示海報。(2)管理訪客人數並紀錄訪客資訊。此外，除了要求護理人員上班時戴口罩外也須規定訪客探訪時配戴口罩，目前機構在管理措施方面訪客進入機構前須填寫健康聲明、測量體溫，且於各處擺放酒精消毒設備以供大家使用（林嘉琪，2020）。

綜合上述有關訪客探視應依據訪客管理規範，採取預約探視且限定訪客人數，並在進入機構前填寫 TOCC 旅遊史、量體溫、酒精消毒以及配戴口罩等。

#### **(5)環境清潔與消毒**

在預防環媒傳染管制應建構環境清潔防疫新作業，如設有電梯之長照機構需有電梯管控規範，並將防疫專責樓層與一般住民樓層做分流、分艙管理。依據環境清潔管理規範，楊佩瑄等人(2021)提出在環境清潔用物管理方面，應清楚標示使用於住房區、作業區、護理站等。應依循由上而下、由乾淨區至髒污區的順序施行環境清潔。在住

民及工作人員接觸頻率高的地方，應增加清潔消毒次數。如有住民離開機構，該住房應執行環境終期消毒。當機構中有接觸可能感染源時的消毒：(1)接觸可能會感染病毒的任何地方（例如：門把手、樓梯扶手、電梯按鈕）後，使用肥皂洗手 20 秒或使用含酒精消毒劑消毒雙手。(2)針對機構浴室、床欄、走廊扶手、門把手、電梯、樓梯間扶手以及服務對象或工作人員使用的所有設備進行頻繁的清潔和消毒（林嘉琪，2020）。

另外，林恭儀、王明鳳(2020)提到環境消毒前必須先清潔。由低污染區開始清潔，再清潔重污染區；最後進行隔離病室消毒前，先完成住房其他區域消毒等原則。且，朱凱若、張國基(2020)提到消毒劑應依照廠商建議之稀釋方法，並在住民經常接觸的表面(如：床頭櫃、床旁桌、床欄、及其他室內的家具)等，使用 1：50 的稀釋漂白水消毒。另外，浴室、馬桶應使用 1：10 的稀釋漂白水消毒。而，鄭惠蘭等人(2021)提到為加強醫療機構防範傳染病的傳播，應建置環境清潔消毒、廢棄物清理等工作的相關防疫機制以及環境清潔標準作業流程，並落實教育訓練及建立稽核機制，來達到維護良好照顧品質之目標。

上述有關環境清潔與消毒應依據環境清潔規範，由乾淨區至髒污區的順序施行環境清潔，並加強接觸頻率高的地方加以消毒，相關文獻中指出應依照廠商建議之漂白水稀釋方法，依照不同區域使用不同的泡製方法，來預防傳染病的傳播。

綜合上述本章節依據應變計畫中提出以下幾點：(1)工作人員管理與人力調度；(2)住民安置與健康管理；(3)工作人員與住民篩檢原則；(4)外部人力與訪客管理；(5)環境清潔消毒等計畫，作為住宿型機構執行感染管制現況之探討。

## 第三章 研究方法

本研究旨在探討新冠疫情下住宿型機構感染管制經驗，並依據研究主題、研究目的及相關文獻探討，採取質性研究法進行資料蒐集及分析。本章共分為七個小節，第一節研究方法之選取；第二節為方法論：個案研究法；第三節為研究對象與場域的選取；第四節為資料蒐集的方法與工具；第五節為研究資料蒐集與分析；第六節為研究倫理；第七節為研究信效度的檢視。

### 第一節 研究方法之選取

在研究方法上可分為「質性研究」與「量化研究」，在量化研究方法之下則是蒐集大量的數據，再將數據加以統計分析；而質性方法則是蒐集相關文獻閱讀整理，在藉由人與人之間的訪談，最後將訪談資料加以整理歸納及分析。本研究想要瞭解長照機構在新冠肺炎疫情中所遇到的困境，從多個個案中分析不同屬性之長照機構對於疫情帶來的威脅及其解決方式與結果，藉由彙整出來的訪談資料，加以歸納、分析整理。質性研究在研究過程中隨著蒐集或訪談的資料逐漸演變，運用主觀之特點探討人類內心深處經驗的意義（李政賢，2016）。質性研究認為研究資料是來自研究者與受訪者之對話，故訪談之研究對象需具有多元且有廣度之社會現況題材（胡幼慧，2008）。

而，質性研究是透過訪談，藉由現實生活的情境與人們內心想法，去瞭解受訪者對社會現象之感受。受訪者的觀點是質性研究的獨特之處，也是質性研究中一項主要的目標。在研究場域中，藉由受訪者在工作中所發生的真實事件呈現，而不是研究者自己的主觀觀點。為瞭解住宿型機構工作人員對感染管制的風險認知與機構感染管制執行現況，本研究欲透過質性研究法實地訪查及訪談方式，來探討新冠疫情下住宿型機構感染管制經驗之研究。藉由訪談過程瞭解機構在工作人員管理與人力調度，住民安置與健康管理，工作人員與住民篩檢原則，訪客管理，環境清潔消毒等五大面向作為，來提升工作人員對感染管制的認知並落實感染管制措施，加強預防疫情的發生；疫情爆發期間，則可透過提高稽核頻率或現場提醒等方式，加強落實感染管制，以防止疫情擴大。

## 第二節 研究對象與場域的選取

本研究之研究對象及場域的挑選以南部嘉義縣市長照機構為受訪單位，且歷年來接受衛生福利部老人福利機構評鑑甲等之長照機構，依據嘉義縣市社會局(2022)公佈參加老人福利機構評鑑之長照機構中，嘉義縣共有 24 家；其中有 13 家是養護型、11 家是長期照顧型。另外，嘉義市共有 24 家；其中有 16 家是養護型、8 家是護理之家。

### 壹、研究對象

依據上述，本研究選擇嘉義地區兩家分別四種不同屬性且具有多年經營，持續發展成立迄今都已 2、30 年之久，研究生認為可成立許久之長照機構一定有它不同的使命與策略，也有它獨特之處，具有永續生存的條件、營運方法、技巧等，深具其代表性，有可供探討的議題與其價值性存在。

研究者為了選取具有能夠提供住宿型機構感染管制經驗之研究的參與者，故採取「立意抽樣」(purposive sampling)。立意取樣之邏輯及效力在於選擇資訊豐富的個案 (information-rich case) 進行深度的研究 (吳芝儀、李鳳儒，1995)。

本研究對象選取四家不同屬性之機構，在四家機構中各選三位受訪者，共有 12 位，但其中有兩家機構因護理人員及照顧服務員無法接受訪談，因此，四家機構中僅有 9 位受訪者。

### 貳、場域的選取

在訪談場域的選取上，以屬性不同且具多樣性的長照機構工作人員為訪談對象，不同的服務屬性所面臨的問題也大不相同。因此，透過多樣化的深入訪談，更能夠瞭解住宿型長照機構在疫情下所面臨的問題，進而提供建議的廣度。且，為遵守學術倫理原則將訪談的長照機構以建築物類型區分為樓層、平面、前後棟；另外，依機構屬性分為養護型、護理之家、綜合長照型以及長期照顧型；並且將屬性不同之單位以代號命名如下：(如表 3-1)

表 3-1 受訪者基本資料

單位代號	受訪者代號	性別	職稱	年資	訪談地點	訪談日期/時間
A	M	女	主任	1年7個月	辦公室	2022/07/14 13:00-14:10
A	N	女	護理長	9年11個月	辦公室	2022/07/14 14:30-15:30
A	C	女	照顧服務員	9年11個月	辦公室	2022/07/14 16:00-17:10
B	M	女	主任	21年	護理站	2022/07/25 14:00-15:20
B	C	女	照顧服務員	15年	護理站	2022/07/25 15:30-16:30
C	M	女	主任	3年	會議室	2022/07/26 09:30-10:50
D	N	女	護理長	16年	辦公室	2022/07/27 14:00-15:00
D	M	女	副主任	6年	辦公室	2022/07/27 15:10-16:40
D	C	女	照顧服務員	3年	辦公室	2022/07/27 17:00-18:00

資料來源：研究者自行整理

## 第三節 資料蒐集的方法與工具

### 一、研究者本身

研究者在就讀研究所期間已修畢質性研究方法及量化研究方法，研究者本身為第一線護理人員，平時與病患之間須經常性的溝通與傾聽，所以在訪談的過程中，研究者使用深度訪談法之技巧，在與受訪者接觸前，研究者必須先調整好訪談時的情緒。在做訪談前的準備時須與訪談對象預約訪談時間，簽立訪談同意書，並且研究者也需掌握訪談過程中的氣氛以及排除影響訪談進行的因素，最後完成訪談，將逐一其訪談內容以同受訪者的意思，用文字方式呈現，最後再與受訪者確認是否有違反受訪者之本意。

### 二、訪談大綱

訪談大綱的擬定為協助受訪者可以在參與新冠疫情下對住宿型機構感染管制經驗之研究分享，依受訪者所回應的內容，適時深入提問，使受訪者可以更具體表達想法。於初次訪談後，與指導教授討論其訪談過程的狀況，並修正訪談內容符合參與者的口語化語言，以利於參與者了解訪談內容（見附件三）。

### 三、錄音用物

錄音的目的為將研究者與參與者的對話內容可以清楚記錄，將使用錄音筆及手機錄製內容，再轉錄為逐字稿以利研究分析，使得訪談內容更加完整。

## 第四節 研究資料蒐集與分析

經驗的理解是主題式的反思，透過主題意旨的凝聚使意義展開，在懸置先前觀點的狀態下，持續地碰觸這些經驗，逐步更新來來回回的理解，進而將非反思式的生活層面給予反思式的表達（高淑清，2008b）。主題的內涵或範圍雖然並沒有絕對的判斷標準，但是基本上它是由許多編碼(code)所構成，同時每個主題都包含中心組織概念(central organizing concepts)，概念彼此之間具有相似性或共通性，傳遞和研究問題有關的意涵(Braun & Clarke, 2013)。另外，Boyatzis 認為主題分析法是一種運用系統性的工作步驟來觀察情境脈絡、文化或互動關係的訊息分析方式（高淑清，2008a）；透過「整體一部分—整體」的詮釋循環架構來回於文本及詮釋之間進行解析，以求找出經驗的本質與意義。因此，本研究的資料分析，採取主題分析法作為文本資料的整理與解析。

研究在進行資料分析時，研究者採取下列的具體步驟進行分析：

### 一、觀察與訪談資料內容的轉錄

本研究將訪談與觀察資料的內容詳實紀錄，透過現場錄音的訪談內容，進行逐字的謄寫，以建立原始資料的逐字稿(verbatim transcription)，忠實呈現受訪對象的口語內容。此外，將訪談過程中的喜、怒、哀、樂與聲音語調的非口語的訊息，以幫助研究者進行資料的分析。

### 二、發展文本資料的編碼方式

本研究所使用的各種編碼方式及其意義說明如下：在研究受訪單位的部分以英文字母「A」來代表 A 機構；以字母「B」來代表 B 機構；以字母「C」來代表 C 機構；以字母「D」來代表 D 機構。在研究受訪者的部分以英文字母「M」代表主任；以英文字母「N」代表護理人員；以英文字母「C」代表照顧服務員，接著將逐字稿之資料予以編碼處理，並將受訪者的逐句對話編碼。如 A-M-Q1-01-001，其中第一碼「A」代表受訪單位；第二碼「M」代表受訪者職稱，Q1 代表第一大主題，01 代表第一小題；最後「001」代表第一句對話。

### 三、閱讀文本資料並尋找意義

在研究者對文本的整體部份進行初步理解之後，要開始審慎地檢視經驗現象；不

只要留意經驗裡事件的經歷過程，也要掌握脈絡視框的移轉與變化。在這個步驟裡，研究者從訪談文本中省思並解釋與經驗相關的意義單元；閱讀原始資料必須達到熟悉資料的內容，並能從中尋找出意義。因此，在閱讀原始資料時，研究者必須拋棄自己的價值觀與感受，讓原始資料能展現真實的面貌；此外，在閱讀原始資料的同時，研究者從資料中尋找出與研究問題相關的訊息加以標記，以利於事後的分析（如表 3-2）。

表 3-2 文本事件與脈絡框架範例

逐字稿	發現事情與脈絡框架	
	摘要	省思
<p>我們有分樓層，全部都是陰性這樣子的，所以我們就採分區分流方式。因為我們那個就只有一樓跟二樓，那所以工作人員...工作人員的話，他們如果像照服的話，他們就會在他們當區的...服務區。我們每一層樓都會有休息的一個...地方。我們有人確診的時候，二樓跟三樓有規劃這邊是確診的地方。就分區分流，分房間，分隔離房，就是陽性的全部集中在一間。</p>	<p>將工作人員休息空間以樓層、房間及區域劃分</p> <p>以陽性及陰性劃分休息區域</p>	<p>礙於機構建築物類型不同所以將工作人員休息區域以樓層及房間來劃分</p> <p>機構內如有住民確診，會以顏色來劃分區域，紅區為確診區，而黃區則為非確診區</p>

資料來源：研究者自行整理

接續逐字稿劃記、編碼、摘要與省思的工作之後，研究者開始進行初步意義單元命名與意義單元編碼，將意義單元命名相近或相同之意義單元給予同一譯碼，如表 3-10，以利後續歸納之進行。意義單元是主題分析時最小單位，意義的產出在乎將具體

的重要經驗彰顯出來，使其易於辨識；此外，在命名時所使用的辭彙，會盡量使用文本中研究參與者的語言命名，透過語詞的一致性，方便研究者連結文本內容，並保留研究參與者的意義。

**表 3-3 核心主題意義單元歸納表**

主題	類別	意義單元
工作人員的休息時段及休息區域之安排	工作人員休息時段及區域之劃分	樓層 戶外
	照顧確診者之區域及時段劃分	分紅區及黃區 戶外休息

資料來源：研究者自行整理



## 第五節 研究倫理

研究者已完成臺灣學術倫理教育資源中心的倫理教育課程，取得修課時數 6 小時。因此，研究者瞭解研究過程時需注意與遵守之倫理規範。為了尊重研究參與者的隱私與相關資料，在進行訪談前會以訪談同意書向研究參與者說明研究之目的、訪談內容、訪談方式與訪談時間，遵從參與者的意願，在訪談過程前先徵求參與者的同意，協助填寫「訪談同意書」，才能錄音與訪談。如在訪談過程中，參與者想中斷訪談，研究生予以尊重並配合。

本研究為考量受訪者的權益及符合研究倫理，在研究過程中將採取以下作法：

一、訪談進行前，向參與者說明研究的動機與目的，提供參與者必要的資訊，以使參與者能夠對本研究有充份的瞭解。受訪者有權利在任何研究的階段中止研究，取得受訪者同意書及對於錄音的認可。確認使用任何與研究所收集的相關資料時，已與受訪者充分協商，且受訪者有權拒絕他人取用他們所提供的資料。在研究的所有階段均需確實做到對受訪者的匿名，將所有參與者皆以代號的方式呈現。

二、在正式訪談之前，研究者會先與受訪者建立良好關係，受訪者可選擇一個能讓自己感到有力量或心情愉悅的場域。訪談結束後，研究者會確認訪談內容不會因該次訪談而有不良影響。另，透過確認文本、資料分析符合度之檢核，使研究參與者對於研究者之轉譯、分析結果得以放心，並藉由討論、回饋研究結果及建議給予研究參與者，確認研究參與者能夠透過此次參與研究而有所收穫。

三、與受訪者簽立訪談同意書，其目的是為保護研究者與研究參與者，並尊重研究參與者的權利，為訪談前必備之同意書。另外，訪談同意書內容應說明研究主題、研究目的、研究過程、研究參與者的權利與遵守保密的義務，因此，須經由研究參與者同意簽署訪談同意書，方能進行訪談（附件三）。

## 第六節 研究信效度的檢視

本研究為了達到質性研究的嚴謹度與信效度，一般稱為「嚴謹性」，依據高淑清(2008)提出確實性(credibility)、可轉移性(transferability)、可靠性(dependability)、可確認性(confirmability)等標準，用以檢核與提升本研究之可信性。

### 壹、確實性 (credibility)

指研究結果與資料的真實程度(高淑清, 2008)。在正式進行研究前，研究者蒐集與閱讀相關文獻，訪談環境以選擇安靜且安全，用錄音筆記錄研究參與者之語言與非語言訊息，加強研究資料的正確性，在訪談過程中檢視訪談大綱是否可回應本研究之研究問題，之後再與指導教授討論與擬定進一步修正訪談大綱，藉此以提升研究資料的正確性。此外，在研究過程中持續與指導教授保持聯絡與討論，在文本資料轉錄和撰寫後，將初步內容給研究參與者審閱，邀請研究參與者給予檢核與指正，進而增加研究的可信賴性。

### 貳、可轉移性 (transferability)

反思在過程中涉及到的步驟與資料轉化程序，是否達到詳實過程的透明化，需經過嚴格的再三檢視(高淑清, 2008)，因此為了避免研究者與資料的分析加入過多的主觀，會與研究者共同討論資料的分析與編譯部分，使得研究增加精確度。研究者在訪談時，盡量保持自己不帶主觀的價值與評判的立場，並逐一親自完成逐字稿，完成後給予研究參與者過目與確認，詳盡地將資料做文本的分析與意義單元的選定，使得研究參與者所描述的經驗感受，能真實與確實的轉換。

### 參、可靠性 (dependability)

可靠性是指研究的內在信度(高淑清, 2008)。研究者整個研究過程中的研究流程、資料的收集與分析，應盡量以確實的描述，並對於研究參與者的訪談內容撰寫為逐字稿，均自行獨立完成，以增加研究的可靠性。

### 肆、可確認性 (confirmability)

可確認性是指研究的一致、客觀與中立，與可靠性的指標有相關聯。研究者將受訪者的訪談回饋之內容轉錄成受訪者實錄回饋的內容，如有不同意見或想法時，研究

者與受訪者進行溝通（高淑清，2008）。因此研究者對於所收集的資料秉持著高度重視，於每一次撰寫成逐字稿時會再次核對，以確保增加資料的正確度。



## 第四章 資料分析與討論

本章節以機構工作人員為研究對象，分別針對九位機構主任、護理人員、照顧服務員進行深度質性訪談，利用訪談之文本進行內容的分析。主要是想瞭解住宿型機構在疫情下感染管制防範的經驗，因此歸納出以下主題。

### 第一節 工作人員管理與人力調度

針對這波新冠肺炎疫情下，每家機構都有自己在感染管制上的作為，這些作為對於長照機構在感染管制的防範都有著不同的經驗，以下就來理解研究對象在感染管制的經驗陳述。

#### 一、工作人員休息時段及區域之安排

##### (一) 分艙分流之原則

在研究對象中，A、B、D 三家機構針對工作人員休息時段及區域劃分均有不同的方式：

##### 1. 以樓層劃分

依據 A 護理人員及主任表示機構建築是整棟樓層，所以區域規劃是以樓層及房間來作區分。另外，B 機構照顧服務員也表示以樓層來作為休息區之劃分且，每一個樓層都有休息的地方，確診個案則是安置在二樓及三樓的區域。

我們有分樓層，全部都是陰性這樣子的，所以我們就採分區分流方式。(A-N-Q1-01-001)。

因為我們那個就只有一樓跟二樓，那所以工作人員...工作人員的話，他們如果像照服的話，他們就會在他們當區的...服務區。(A-M-Q1-01-002)。

我們每一層樓都會有休息的一個...地方。(B-C-Q1-01-001)。我們有人確診的時候，二樓跟三樓有規劃這邊是確診的地方。(B-C-Q1-01-005)。

## 2.以房間劃分

依據 A 機構護理人員表示機構是以分房間的方式，將確診個案全部集中在一個房間。

就分區分流，分房間，分隔離房，就是陽性的全部集中在一間。(A-N-Q1-02-002)。

## 3.以室內及室外劃分

依據 D 機構主任表示在休息區域方面是安排在戶外。另外，護理人員提到有規畫另外一間房間提供給工作人員休息的空間。

休息時段跟他們區域的安排，就是大家會拿餐盒，然後我們每個人拿便當盒在戶外自己吃。(D-M-Q1-01-001)。

我們的休息區域的話就是我們有另外的那個...房間。(D-N-Q1-01-001)。

## 4.以紅區、黃區劃分確診區及非確診區

依據 B 機構主任提到快篩出來是陽性個案時，有分紅區及黃區兩個區域，紅區表示陽性，黃區就是陰性。

我們有分紅區，紅區就是陽性的一區，陰性的，就分黃區，所以我們總共是兩區，就是紅區跟黃區。(B-M-Q1-01-001)。

本研究發現機構在工作人員休息時段及區域之劃分皆有不同規畫方式，依照機構建築物類型有分樓層、分房間、分室內及室外以及將確診區及非確診區以顏色紅區、黃區來區分。在相關文獻中提到依據分艙分流原則，機構在劃分區域範圍，應包含分棟別、分樓層、分病房(楊麗珠等人，2021)。另外，其他文獻也提到因應疫情期間應採分區域來照護，隔離區應由專人負責，以防止交叉感染的風險(翁宜慧等人，2020)

但本研究發現只有落實分區、分樓層並沒有提到專人負責。

## 二、隔離空間之運用

### (一) 以平面空間規劃隔離室

依據 B 機構主任表示在規劃隔離空間上礙於建築空間沒辦法一個人一間房間，只能把陽性都集中在一起。另外，C 機構主任提到在最後方的房間安排為隔離空間，如有感染個案時，就安置在單人房，兩個人以上就安置在六人房。

沒辦法一個人一間房間，只能把陽性的都集中在一起。(B-M-Q1-02-003)。

在最後方的房間，有對外的兩個出口，不會經過內部，可以直接通往走道，那個房間是最安全，做隔離空間是最恰當的。(C-M-Q1-2-002)。感染的個案，如果是一個人，會先放單人房，如果兩個人以上，就會放在六人房。(C-M-Q1-2-003)。

### (二) 以樓層規劃隔離室

依據 D 機構護理人員表示，在隔離區的畫分上只有前、後棟區分，如果有確診者，就會集中安置在前棟的地方。

我們的空間只有前、後棟，如果有發現確診者，就會把他集中安置在前棟的地方。(D-N-Q1-02-004)。

### (三) 預備隔離室之做法

依據 D 機構主任提到機構內有編制預備隔離空間，針對疑似有感染症狀之住民使用，內部會經過開會討論符合進出預備隔離室之人員並進行相關衛教。

預備隔離室的風險相較於隔離室低了一點，預備隔離的做法是...

譬如有住民感冒的狀況，或者是有腹瀉，只要有相關症狀，我們就會先挪出來預備隔離室了。(D-M-Q1-02-003)。內部會進行一個討論，符合進去房間的資格以及衛教。(D-M-Q1-02-006)。當初要制定這個隔離預備空間的時候，我們是主任、感控專責人員、護理師、照服員組長，會一起來討論這件事情怎麼做，誰可以進去做照護，我們有先討論過。」(D-M-Q1-02-007)。

相關資料顯示，在疫情期間應採分區來照護，並由專人負責隔離區，以防止交叉感染的風險(翁宜慧等人，2020)。在其他相關文獻中發現分艙規劃可以單棟建築物作為分艙單位，也可以使用一棟建築物內的不同樓層或同一樓層的不同區塊來進行分艙(林月桂、顏慕庸 2020)。另外，在相關文獻中也提到住民安置於隔離空間時，與其他服務對象距離至少 2 公尺以上(林恭儀、王明鳳等人，2020)。但，本研究發現機構有規劃預備隔離室，其用途作為疑似有感染症狀出現之住民使用，並且經由跨專業團隊如：護理師、照顧服務員組長及感控專責人員開會討論進出隔離室的流程及相關照護。且，礙於機構建築物的類別不同會以平面空間及樓層來規劃隔離室。雖然在研究發現中有提到隔離室之規劃與進出流程，但沒有提到至少距離 2 公尺以上。

### 三、確診後之工作人員返回職場之建議

#### (一) 人力調度情形

依據 B 機構主任表示會報備疾病管制署，依照緊急召回的原則，讓確診的員工返回職場照顧確診的住民。

報備 CDC，用緊急召回的方式，讓陽性的員工回來照顧陽性的住民。(B-M-Q1-04-010)...

由上得知機構是以緊急召回人力的方式來照顧確診的住民，相關文獻中也提到若有發燒症狀的工作人員應立即休假，症狀改善才可以繼續上班(翁宜慧等人，2020)。因此，研究中發現只有提到用報備主管機關的方式及緊急召回人力，但沒有提到強制休假的部分。

## (二) 居家隔離及快篩原則

依據 B 機構主任及照服員都有提到陽性就直接居家隔離，員工在上班前會在大門口櫃台處量體溫，而且每個禮拜要快篩一次。另外，C 機構主任提到放假返回職場的工作人員必須先做快篩，如快篩陽性就直接居家隔離。而，D 機構主任提到確診在家仍要監測體溫及快篩。

陽性就居家隔離...每天上班前在大門口，一樓櫃台量體溫。(B-M-Q1-04-011)...

每一個禮拜都要快篩一次。(B-C-Q1-05-013)。

因為她...本來就是放幾天的假，那因為在回來之前我們有先做快篩，快篩陽性，就直接隔離。」(C-M-Q1-4-005)...有一個獨立的空間，而且都有冷氣，衛浴，飲水機，也有獨立的出、入口。(C-M-Q1-4-009)。

確診在家一樣每天監測體溫，固定在家裡做快篩。(D-M-Q1-04-010)...

在相關文獻中提到居家照護防疫，應加強健康監測與管理（王鳳葉，2021）。此外，主管機關要求針對住宿型機構擴大篩檢對象，以確保住宿型機構住民及工作人員安全（衛生福利部疾病管制署，2021）。因此，研究發現機構也有提到陽性就直接居家隔離，在上班前會在大門口櫃台處量體溫，而且每個禮拜要快篩一次。另外，針對放假返回職場的工作人員必須先做快篩，如快篩陽性就直接居家隔離。雖確診在家仍要監測體溫及快篩。

另外，住宿型機構應監測工作人員之每日體溫量測，若有發燒疑似感染症狀時，應儘速就醫並採檢，如發現快篩結果陽性者，應於 24 小時內通報，經核酸篩檢結果為陰性，才可恢復工作。

## 四、工作人員如有發燒或出現呼吸道症狀時的處理流程

### (一) 發燒或出現呼吸道症狀之處理

A 機構主任表示為了解工作人員狀況，會要求員工每天回報狀況。另外，B 機構主任提到每天都會要求員工量體溫，如發燒就會請工作人員回家快篩休息，確定沒有發燒症狀才可以上去照顧區。

了解每天的狀況，然後回報他的...譬如他的症狀。(A-M-Q1-05-016)。

再來就是所謂的密切接觸者，可能自主健康管理可以來上班，但是就是要快篩...如果人力真的有困難的時候，需要調度的話，那我們就跟員工協調，請他做快篩。(A-M-Q1-05-021)。

他們每天上班都會量體溫，發燒就會請他回去休息快篩了如果真的是陽，那我們就通報。(B-M-Q1-05-012)。在上班之前，一樓打卡的時候，就要先量體溫了，量完沒問題，再上來二樓以上的照護區。(B-M-Q1-05-014)。

研究發現機構會要求員工每天回報狀況，以及要求員工量體溫，確定沒有發燒症狀才可以去照顧區。在文獻中也提到有發燒或呼吸道症狀時應停止上班，並通報相關單位(張雅媛等人，2020)。

### (二) 有感染症狀者快篩及就診

B 機構照顧服務員表示每個禮拜都要快篩一次。

每一個禮拜都要快篩一次。(B-C-Q1-05-013)。

由上述研究資料發現，機構每個禮拜都要快篩一次。另外，依據衛生福利部疾病管制署(2021)規範，工作人員及住民定期每周一次快篩。

## 五、工作人員具備的感染管制風險認知

A 跟 D 機構護理人員表示感控教育方面就是勤洗手，也會透過會議宣導員工防衛的機制。B 機構主任提到每個月會幫員工上課，每三個月抽測洗手技術。另外，照顧服務員也提到要勤洗手及戴口罩。

員工一定是勤洗手。(A-N-Q1-06-006)。

原則上我們就是除了在職教育訓練以外，我們的護理會議、行政會議，會一再地宣導，防衛的機制。(A-M-Q1-06-022)。

會幫員工上課，就是利用每個月的一次。(B-M-Q1-06-015)。每三個月一季抽測洗手技術。(B-M-Q1-06-016)...

就是勤洗手，要戴口罩。(B-C-Q1-06-015)。

在文獻中提到務必依循手部衛生五時機，且視情況使用肥皂或酒精性乾洗手液進行手部衛生。另外，也提到感染預防及自我防護之教育訓練，應採取各類教育及措施（例如：環境消毒、手部衛生、呼吸防護等），以提升防疫的效能（朱凱著、張國基，2020）。而，在研究中也發現機構在感染管制教育上的作為，落實工作人員正確洗手，每個月也會開會宣導防疫措施。

## 六、在人力調度上針對有意見的工作人員之處理情形

### （一）工作人員之調度方式

B 機構主任表示營養師、社工、櫃台人員會當非專業人力的協助。另外，中央有提撥一筆防疫獎金及提前召回人力獎金，如有照顧確診的工作人員，可造冊申請。C 機構主任提到則會先縮減人力，減少工作量如更改換藥方式，或運用非人力的東西減少作業，來改善人力不足的情形。此外，D 機構護理人員提到會用輪班制的方式。

營養師、社工，這些都是專業人員，還有櫃台，全部的人都把他當看護，就是非專業的一些協助。(B-M-Q1-07-017)...中央有一筆款項，是要補助護理人員跟照服員，如果有去陽區支援，都會造冊。(B-M-Q1-07-021)。還有一個提前召回，護理師 2,000，照服 1,000 的防疫獎金。(B-M-Q1-07-022)...

會先縮減人力。(C-M-Q1-07-013)。因為支援的人可能做的有限，所以我們會從...可以減少的工作去減少假設有傷口，我們會更改換藥方式，改為一天一次。」(C-M-Q1-07-015)...用好的東西來代替你的人力，這也是一個改善的方式，人力不足的時候，只能盡量想辦法減少作業。(C-M-Q1-07-016)...

我們大部分是用輪班制的方式。(D-N-Q1-07-007)。

如上述所言，在人力調度的方式機構會將營養師、社工、櫃台人員列入非人力設置標準的必要專業人力。另外，有防疫獎金及提前召回人力獎金，如有照顧確診的工作人員，可造冊申請。其次，會以縮減人力或減少工作量如更改換藥方式，或者運用非人力的東西減少作業，來改善人力不足的情形。最後會用輪班制的方式。

## (二) 外部人力支援

B 機構照顧服務員提到會請護校學生放假前來支援。D 機構照顧服務員表示盡量避免交叉感染，照顧區域會固定。另外，如確診過的工作人員會徵求意願照顧紅區確診區。此外，有儲備人力可以互相支援。

護理學校讀書的學生，放假他就過來。(B-C-Q1-07-018)。

盡量避免交叉。(D-C-Q1-07-010)。我就是顧這一區，固定這樣子因為很習慣去做穿脫這件事情，感控知能會比較好。」(D-C-Q1-07-011)。確診過，我們就諮詢她的意見，看她願不願意就是照顧

確診者...就讓原本紅區的可以休息，那個時期我們就只有紅區、黃區而已。(D-C-Q1-07-012)...還有儲備人員、行政人員也有照服員資格。(D-C-Q1-07-013)...

由上述可知，機構會請護校學生前來支援。而，機構為盡量避免交叉感染，照顧區域會固定，且徵求確診過的工作人員的意願照顧紅區確診區。因此，在相關文獻中也提到疫情期間在人力調度上應採分區照護以防止交叉感染風險(翁宜慧等人,2020)。

## 七、工作人員在居家隔離期間提供的相關照護

### (一) 居家隔離期間提供照護之方式

A 機構護理人員表示主管會每天打電話關心。B 機構主任提到會利用通訊軟體關心是否需拿藥或安排看診。如有工作人員確診會安排視訊，由司機協助拿藥。C 機構主任提到如果在機構隔離的工作人員會協助送物資。D 機構主任表示會協助員工準備維他命 C 或口罩、酒精等防疫物資。

主任每一天都打電話阿。(A-N-Q1-10-009)。

我們會先在 Line 群組關心今天狀況怎麼樣，有沒有安排看診?不需要服用藥物。(B-M-Q1-09-025)。員工通報確診之後，就是當天會馬上安排視訊，然後醫生看診完，司機就會幫忙把藥送回來。(B-M-Q1-10-026)。

在機構隔離的，如果缺東西，我們會幫她送。(C-M-Q1-10-019)。像維他命 C 錠這些我們都會準備給員工，如果在家隔離的，我們也會幫他們送，包含 N95、漂白水，我們就是會整個收拾好送去。(D-M-Q1-10-018)。

在相關文獻中提到居家照護應加強工作人員之健康監測，採取遠距照護，以確保工作人員在家居隔期間的安全(王鳳葉,2021)。而，研究中也發現機構主管每天會

打電話關心。且，利用通訊軟體關心以及安排看診，由司機協助拿藥。另外，會協助運送防疫物資。

## (二) 居家隔離期滿返回職場

D 機構護理人員提到隔離滿七天之後，需快篩陰性才可返回職場，依據中央主管機關規定即使快篩陽性仍可回歸，但機構仍維持快篩陰性才會讓工作人員回歸。

滿七天之後，快篩是陰性，才會回歸，但中央有說七天快篩，即使是陽性，還是可以回歸，原則上還是快篩呈現陰性才可以回來。(D-N-Q1-10-015)。

由上述得知，機構提到隔離滿七天之後，需快篩陰性才可返回職場。在相關文獻中亦提到有發燒症狀應即刻停止上班，並通報主管機關快篩陰性才能返回工作崗位（張雅媛等人，2020）。另外，依據衛生福利部疾病管制署在(2021)「嚴重特殊傳染性肺炎確診個案處置及解除隔離治療條件」修訂，解除隔離者，即可返回工作，在3個月內不建議再進行採檢。

## 第二節 住民安置與健康管理

本小節針對住民在健康管理與安置上的問題做分析探討，內容為住民的體溫監測、通報、就醫管理等問題。

### 一、機構對於住民的健康管理辦法之訂定

#### (一) 住民體溫監測、發燒通報及健康管理

A 機構護理人員表示在住民體溫監測管理是一天量兩次體溫，如出現咳嗽症狀就會特別注意。B 機構主任提到新住民入住一定要做入住體檢，如有傳染病要先隔離，每年會安排員工及住民年度體檢。D 機構護理人員表示由主任負責將統計之人數進行通報。

一天量兩次的體溫，有出現咳嗽症狀一出現，就會特別注意。(A-N-Q2-12-013)。

每一個住民進來的時候一定要做全套的入住體檢，有傳染性疾病的話一定要先隔離，每年的二月會安排員工跟住民，年度體檢。(B-M-Q2-12-028)。

「我們會統計人數，然後上報那一塊就主任會去負責。」(D-N-Q2-12-018)。

如上述所言，機構在住民體溫監測管理是一天量兩次體溫為主，如出現咳嗽症狀就會特別注意。另外，提到新入住住民要做入住體檢，如有傳染病要先隔離，且每年會安排年度體檢。通報的部分會由主任負責。

#### (二) 住民感染的處理

C 機構主任提到會特別注意長輩呼吸道變化，例如：有沒有咳嗽、痰液變化、嗅覺異常等症狀。

長輩有沒有呼吸道症狀...的這些監測，譬如說有沒有咳嗽，痰有沒有變化，有沒有嗅覺異常。(C-M-Q2-12-020)。

呈如上述，機構在處理住民感染會觀察呼吸道症狀以及痰液之變化，來了解住民是否有感染情形。在相關文獻中指出及早發現及早預防能有效降低感染的發生(林嘉琪，2020)。

### (三) 住民就醫情形

A 機構護理人員提到住民就醫的方式是採視訊看診或用電話交班方式減少住民外出就醫。B 機構主任表示會用視訊看診方式，由司機協助至醫院拿藥。C 機構主任提到每兩個禮拜由醫師到機構內進行巡診。D 機構照顧服務員及主任都提到住民就醫時會穿隔離衣及面罩，返回機構後會加強消毒。

我們會減少就醫，用視訊的方式。」(A-N-Q2-13-014)。第二個就是個案如果沒有什麼問題的話，我們就用交班單陳述狀況，再打電話或用 Line，盡量減少出門的機率。(A-N-Q2-13-015)。

我們不用到醫院去，視訊完之後，司機會幫我們送藥回來。(B-M-Q2-13-031)。

我們會有院內巡診的醫師，兩個禮拜會過來一次。(C-M-Q2-13-021)。

就醫的話他們就戴手套，也會穿隔離衣，還有面罩，回來就加強消毒。(D-C-Q2-13-018)...

會讓他們戴手套、穿雨衣、隔離衣，然後回來必須換衣服、洗澡，才能回到原本的房間去。」(D-M-Q2-12-020)。

在相關文獻中提到就醫時應依指示就醫以及佩戴外科口罩(林恭儀、王明鳳等人，

2020)。呈如上述，在研究中也發現機構是採視訊看診方式。另外，每兩個禮拜會由特約醫院醫師到機構內進行巡診。在住民就醫時會穿隔離衣及面罩，返回機構後會加強消毒。

#### (四) 住民洗腎之情形

D 機構主任表示會控管洗腎個案維持在兩位以內，固定每週固定時段洗腎，且返回要先快篩才能進住院舍。

洗腎的長輩每次回來都必須做完快篩才可以進到我們的院舍裡面去。(D-M-Q2-13-022)。一週三次阿。(D-M-Q2-13-023)。我們有在管控洗腎的長輩，我們不希望超過兩個洗腎的長輩，因為如果要隔離或風險來講，對我們壓力太大。(D-M-Q2-13-024)。洗腎長輩就是不要分開天數，大家都固定二、四、六。(D-M-Q2-13-025)。

如上述所言，洗腎住民每週三次的洗腎，需在洗腎後快篩才能進入機構內。另外，也提到針對洗腎住民人數的控管，盡量維持在二位，以不超過二位為主，來降低感染風險，在洗腎天數方面也盡量固定不隨意更換。

依據衛生福利部疾病管制署(2021)規範，可定期每週一次，對洗腎住民進行快篩。而，相關文獻也提到群聚感染是機構最常見的感染，通常來自住民往返醫院而感染給其他人(張筱玲、曾淑貞，2016)。

## 二、機構針對住民隔離情形及空間之規劃

### (一) 住民隔離情形

B 機構主任表示有傳染病的個案一定先隔離。D 機構照顧服務員提到新住民要先住隔離室進行隔離。

有傳染性疾病的話進來一定要先隔離。(B-M-Q2-12-028)。

新進來一定要住隔離室觀察。(D-C-Q2-12-016)...

由上述可知，有傳染病的個案一定先隔離。另外，有新住民也要先住隔離室進行隔離。但，相關文獻中提到機構首要應規劃住民分流，避免擁擠情形出現，以及落實適當的住民安置（陳秀姬等人，2020）。

## （二）住民進入隔離室之規劃

A 機構護理人員表示有獨立空間可以當隔離室。B 機構照顧服務員提到在三樓有設置隔離區，且需隔離一週才可返回其他樓層；另外，B 機構主任提到如隔離室不夠用的時候是採分區方式隔離，以黃區及紅區來做確診及非確診的區分。C 機構主任提到有單人房及一間六人房，皆有獨立出口及衛浴設備，不會經過內部。D 機構護理人員表示目前人數不多所以還可以挪出空間來，就是針對新住民的隔離室。

我們有一個獨立隔離空間。(A-N-Q2-14-016)。

在三樓。(B-C-Q2-14-029)。隔離一個禮拜之後才可以上來。(B-C-Q2-14-030)。

一間負壓隔離病房是不夠用的，所以還是要分艙分流。(B-M-Q2-14-035)。就是一區是陽性區，一區是陰性，還是要分區。(B-M-Q2-14-035)。

有單人房，還有一間六人房，在最後面有兩個獨立的出口，不會經過內部，而且有獨立的衛浴跟空調。(C-M-Q2-14-024)。

有空出來一間，針對新入住個案的隔離空間。(D-N-Q2-14-024)。

在相關文獻中提到機構應安排 1 人 1 室。另外，分艙規劃可以單棟建築物作為分艙單位，使用一棟建築物內的不同樓層或不同區塊進行分艙(林月桂、顏慕庸，2020)。從訪談資料得知，機構有獨立空間可以當隔離室；且在三樓有設置隔離區，需隔離一週才可返回其他樓層。另外，如隔離室不夠用的時候是採分區方式隔離。且皆有獨

立出口及衛浴設備。此外，也有針對新住民編制的隔離室。



### 第三節 工作人員與住民篩檢原則

本小節針對工作人員及住民施打疫苗及篩檢上的問題做分析探討，內容為工作人員施打疫苗情形、工作人員或住民拒打疫苗的處理及流程、洗腎住民就醫篩檢以及工作人員或住民感染問題處理等。

#### 一、安排工作人員施打 COVID-19 疫苗及流感疫苗接種之情形

##### (一) 工作人員施打疫苗情形

D 機構主任及護理人員提到每位工作人員都會施打疫苗；住民的部分有一兩位因之前施打流感疫苗時會過敏，所以不願意施打。

工作人員是每個都施打，包含說廚工、司機大哥，每個人都施打，如果沒有打完兩劑，就是每週做快篩。(D-M-Q3-17-026)。

長輩只有一、兩個不太願意，因為他們以前打流感的時候，會產生過敏，怕打了不知道會不會有一些副作用。(D-N-Q3-17-028)。

如上述所言，每位工作人員都願意施打疫苗；另外，住民的部分有一兩位因之前施打流感疫苗時會過敏，所以不願意施打。

##### (二) 住民或工作人員拒打疫苗之處理

A 機構主任提到有兩成的住民因年紀大了，所以不願意施打疫苗。另外，有部分住民因擔心有副作用所以也不願意施打。因此，機構會宣導施打疫苗後可降低重症的風險，盡量鼓勵住民施打。

大概有兩成左右長輩是完全沒有打疫苗的，拒打的原因，就是年紀大了。(A-M-Q2-17-031)。可能就是施打疫苗的副作用，所以第二劑就不打。(A-M-Q2-17-036)。鼓勵他們施打，施打疫苗之後，降低重症的機會。(A-M-Q2-17-037)。

由上述得知，機構提到有兩成的住民因年紀大了，也有部分住民擔心會有副作用所以不願意施打疫苗。因此，機構會盡量鼓勵住民施打，並宣導施打疫苗後可降低重症的風險。

### (三) 住民或工作人員施打疫苗流程

B 機構主任表示會先與家屬溝通之後，請家屬簽立施打疫苗同意書，再進行造冊。

我們是造冊，然後同意書先簽一簽。(B-M-Q3-17-039)。會先跟家屬溝通，請他們先來簽好切結書。(B-M-Q3-17-039)...

呈如上述發現，機構會先與家屬溝通之後，請家屬簽立施打疫苗同意書並造冊。

## 二、洗腎住民往返醫療院所篩檢情形

### (一) 住民就醫快篩

A 機構護理人員表示每週一及週四進行快篩。C 機構主任提到只要打滿三劑疫苗就不需要快篩，但從醫院返回之住民就會要求要作 PCR 篩檢。D 機構護理人員提到特殊的個案外出會戴口罩、手套、護目鏡，返回機構後會進行快篩。

禮拜一跟禮拜四做快篩。(A-N-Q3-17-020)。

只要打滿三劑，PCR 跟快篩你都可以不用，從醫院出院就會要求做 PCR。(C-M-Q3-20-030)。

特殊個案是戴手套跟防護衣、護目鏡出去，回來快篩。(D-N-Q3-18-032)。

由上述得知，每週一及週四進行快篩。另外，針對特殊的個案外出會戴防護裝備，返回機構後會進行快篩。此外，機構提到只要打滿三劑疫苗就不需要快篩，但從醫院

返回之住民就會要求要作 PCR 篩檢。依據衛生福利部疾病管制署(2021)規範在疫情警戒期間可定期每周一次例如：需洗腎之住民、定期外出者，皆要進行快篩。

## (二) 洗腎住民外出篩檢原則

B 機構主任提到確診過的住民在三個月內不需再進行快篩。但，擔心外出洗腎之住民二度感染，因此，只要有離開機構返回後仍會進行快篩。

陽性的住民，三個月內免篩，但是有外出去洗腎，會擔心二度感染，一個禮拜篩兩次，通報給衛生局，只要有離開機構，第三天篩、第七天篩。(B-M-Q3-17-040)。

依據衛生福利部疾病管制署(2021)規範，在疫情期間可定期每周一次，對其需往返醫院透析之住民進行抗原快篩。如研究發現，確診過的住民在三個月內不需再進行快篩。但，外出洗腎之住民會有二度感染之疑慮。因此，離開機構返回後之住民仍會進行快篩。

## 三、工作人員及住民疑似或已經確診之處理

A 機構護理人員提到不管陽性或陰性都要送醫，且要檢附快篩證明。C 機構主任表示工作人員確診就是先快篩，如確診就直接回家隔離。住民確診就是先移到隔離室再通知 1922 是否送醫。

不管陰性或是陽性，都要送醫，醫院要求一定要附快篩過去。  
(A-N-Q3-20-029)。

工作人員確診是在上班期間，先做快篩，如果快篩陽，就直接讓他回家。(C-M-Q3-21-031)。住民的話，我們是會先把長輩移到隔離房，然後聯絡 1922。(C-M-Q3-21-032)。

由上述得知，機構提到不管陽性或陰性都要送醫，且要檢附快篩證明。另外，確

診就直接回家隔離。住民確診就是先移到隔離室再通知 1922 是否送醫。在相關文獻中提到當工作人員有發燒時應即刻停止上班，通報單位主管後接受隔離(張雅媛等人，2020)。



## 第四節 外部人力與訪客管理

本小節針對外部人力支援及訪客管理的問題做分析探討，內容為訪客的條件限制、詢問 TOCC 流程、防疫物資提供以及感染管制教育訓練等問題。

### 一、安排每日訪客人數及訂定訪客管理流程

#### (一) 訪客的條件限制

A 機構主任表示採預約方式探視，並且規劃探視的空間，如無法視訊的家屬會用電話的方式與住民溝通；B 機構主任表示每天下午兩點到四點是視訊時間，但前一天就要先預約，再由社工安排視訊順序；C 機構也是用預約方式固定每週二跟週五視訊；D 機構主任表示每次視訊以不超過 30 分鐘為原則，且必須事先預約。另外，機構有提供訪客空間，但只開放戶外區，家屬不能進到院舍，且一天只開放三組家屬訪客。

可以採預約探視，按照預約探視的時間，然後規劃探視的空間。(A-M-Q4-24-056)。不能入內探視，那就是以視訊來做探視。(A-M-Q4-24-056)。部分的家屬會採視訊，有的會電話...講話，可以溝通的長輩就用這樣的方式。(A-M-Q4-24-059)。

我們機構的視訊就是前一天要預約，然後就會按照社工安排的順序，每天下午的兩點到四點視訊。(B-M-Q4-24-050)。

視訊基本上都會先預約，固定禮拜二跟五視訊。(C-M-Q4-24-044)。

視訊原則上以不超過 30 分鐘為主，但建議 15 分鐘以內。(D-M-Q4-24-036)...必須要預約才可以訪客，只開放戶外區，不能進到院舍裡面一天只能開放三組，一次時段就是半小時。(D-M-Q4-22-034)。

相關文獻中提到機構應採預約方式且限定探視人數及訂定探視管理規範(林嘉琪, 2020)。在研究中也發現, 機構在訪客的限制上是採預約方式探視, 並且規劃探視的空間, 如無法視訊的家屬會用電話與住民溝通; 另外, 前一天就要先預約, 再由工作人員安排視訊順序; 且, 每次視訊以不超過 30 分鐘為原則。此外, 機構有提供訪客空間, 但一天只開放三組家屬訪客。

## 二、透過 TOCC 詢問旅遊史等相關資料之紀錄

### (一) 詢問 TOCC 之流程及相關規定

B 機構主任表示會先在櫃檯量體溫、手部消毒、填寫 TOCC, 另外還要提供小黃卡, 如沒有打滿三劑疫苗者, 當天要執行快篩, 且須保持社交距離。C 機構主任提到目前不問 TOCC, 但訪客需留姓名及受訪者名字、量體溫, 並且詢問是否打滿三劑疫苗。

櫃台進來量體溫, 手部消毒, 然後寫 TOCC, 進來一定要出示小黃卡, 如果沒有打滿三劑, 就要當天快篩。(B-M-Q4-23-046)。  
還要採取維持社交距離。(B-M-Q4-23-047)...

目前沒有問 TOCC 了, 但要留訪客姓名、受訪的長輩的姓名, 還有體溫跟是不是打滿三劑疫苗。(C-M-Q4-23-037)。

由上述得知, 機構表示進入機構會先在櫃檯量體溫、手部消毒、填寫 TOCC, 另外還要提供小黃卡, 如沒有打滿三劑疫苗者, 當天要執行快篩, 且須保持社交距離。另外, 目前機構不詢問 TOCC 旅遊史, 但訪客需留姓名及受訪者名字, 量體溫外, 還要詢問是否打滿三劑疫苗。相關文獻中提到在進入機構時, 會有專人來詢問 TOCC、量體溫及督促戴口罩(黃萬翠、陳瑛瑛等人, 2009)。且需於入口處設立 TOCC 檢疫站, 所有進出人員均造冊管理, 並保留紀錄供疫調時查詢(陳秀姬等人, 2020)。

### 三、機構提供工作人員之防疫物資

#### (一) 防疫物資之提供

A 跟 D 機構護理人員提到機構會提供的防疫物資有頭套、面罩、隔離衣、腳套等。另外，B 機構照顧服務員提到機構提供防護衣；C 機構主任表示機構有提供口罩、防護面罩及隔離衣。

頭套，面罩、口罩，然後隔離衣，腳套。(A-N-Q4-24-038)。

防護衣。(B-C-Q4-25-053)。

口罩，防護面罩跟隔離衣。(C-M-Q4-25-045)。

防護衣、免寶寶裝、隔離衣 N95、一般隔離用的口罩，還有髮帽、鞋套、護目鏡。(D-N-Q4-25-045)。

呈如上述研究發現，機構皆會提供的防疫物資有頭套、面罩、隔離衣、腳套等。在相關文獻中提到穿脫個人防護裝備前後，應執行手部衛生。且，應穿戴適當的個人防護裝備，例如：口罩、手套、護目鏡、隔離衣或圍裙等(林恭儀等人，2020)。此外，文獻也提到進入隔離病室的工作人員應穿著個人防護裝備例如：長袖防水隔離衣、外科手套、N95 或高效過濾口罩，且使用前須執行口罩密合度檢點，以及護目鏡或面罩，並視需要佩戴髮帽(朱凱蒼、張國基，2020)。

#### (二) 穿脫防護裝備的教育訓練

A 機構護理人員表示在穿脫防護裝備的訓練是每兩個月上課一次。

教育訓練。(A-N-Q4-24-041)。兩個月一次。(A-N-Q4-24-042)。

在相關文獻中提到教育訓練與衛教宣導應張貼海報，若有發燒或呼吸道症狀，應遵守呼吸道衛生與咳嗽禮節，務必佩戴口罩並勤洗手(林恭儀等人，2020)。另外，

醫療照護工作人員應遵循呼吸道衛生及咳嗽禮節，於照護病人時全程佩戴口罩並加強手部衛生；若有發燒或出現急性呼吸道症狀時，應在家休養，並主動報告單位主管（朱凱若、張國基，2020）。在研究中也發現機構會在每兩個月舉辦一次穿脫防護裝備的教育訓練。



## 第五節 環境清潔與消毒

本小節針對環境清潔及消毒的問題做分析探討，內容為環境清潔消毒規範及消毒方式、高頻率接觸環境清潔以及終期消毒等問題。

### 一、機構執行環境清潔與消毒之情形

#### (一) 環境清潔消毒規範

A 機構護理人員及主任提到每三個月會執行一次環境病媒蚊清潔。另外，每天會用漂白水進行內部清潔。B 機構主任提到早上下午都會進行消毒，如個案離開房間還要另外進行消毒。C 機構主任表示早上消毒房間、下午則是消毒公共區域，另外每週會進行環境消毒一次或兩次。D 機構照顧服務員提到會用漂白水擦拭扶手及地板。

三個月會全部整個環境大清潔。(A-N-Q5-26-046)。內部清潔是每天，配置漂白水。(A-N-Q5-26-047)。

病媒蚊蟲是每三個月一次。(A-M-Q4-27-064)...

疫情期間是早上消、下午消，如果個案離開房間之後還要消有聘請清潔人員。(B-M-Q5-28-051)。

早上房間，中午就公共區域，像活動區、走道，因為沒有確診，所以大概一個禮拜一次到兩次。(C-M-Q5-26-049)...

平常環境的部分，就是扶手、地板，一定會用漂白水。(D-C-Q5-28-034)。

在訪談過程中受訪者表示，機構每三個月會執行一次環境病媒蚊清潔。且，每天會用漂白水進行內部清潔。另外，文獻指出當機構中有接觸可能感染源時的消毒，例如：浴室、床欄、走廊扶手、門把手、電梯、樓梯間扶手以及服務對象或所有設備進行頻繁的清潔和消毒（林嘉琪，2020）。此外，文獻中也提到加強機構防範傳染病的傳播，應建置環境清潔消毒、廢棄物清理等工作的相關防疫機制以及環境清潔標準作

業流程，並落實教育訓練及建立稽核機制，來達到維護良好照顧品質之目標（鄭惠蘭等人，2021）。

## （二）環境清潔及消毒方式

A 機構照顧服務員及主任都提到每天用 500ppm 漂白水做環境消毒。另外，主任也提到會用次氯酸水執行環境清潔。B 機構照顧服務員表示會用 5000cc 的水泡 100cc 的漂白水擦拭。C 機構主任提到將漂白水濃度調高。D 機構護理人員表示會先用紫消燈消毒，床墊拿至戶外曝曬，最後再用漂白水擦拭。

每天用漂白水擦拭一遍。(A-C-Q5-26-006)。

環境清潔就是用漂白水 5000ppm 去做消毒的動作。(A-M-Q5-27-61)...我們大概是以 200ppm 的次氯酸水去做環境清潔。(A-M-Q5-27-062)。

我們就是用 5,000cc 的水，然後 100cc 的漂白水擦拭。(B-C-Q5-26-055)。

除了漂白水濃度從 500 調到 1,000 以外，清消的動作都跟平時一樣。(C-M-Q5-26-048)。

用紫消燈先做一個消毒，之後再用漂白水擦拭，然後床墊就是會全部拉出去曬陽光。(D-N-Q5-26-049)。

依據環境清潔管理規範，提到環境清潔用物管理方面，應由乾淨區至髒污區的順序進行環境清潔（楊佩瑄等人，2021）。在消毒劑應依照廠商建議之稀釋方法，並在住民經常接觸的表面（如：床頭櫃、床旁桌、床欄、及其他室內的家具）等，應使用 1：50 的稀釋漂白水消毒。浴室、馬桶應使用 1：10 的稀釋漂白水消毒（朱凱蒼、張國基，2020）。在訪談過程中受訪者也提到，機構每天會用 500ppm 漂白水做環境消

毒。另外，也會用紫消燈消毒，最後再用漂白水擦拭。

## 二、機構接觸頻率較高的區域清潔與消毒情形

A 機構照顧服務員表示浴室及餐廳每天都會固定時間清潔。B 機構主任提到會將清潔用品做記號，分為黃區（非確診區）及紅區（確診區）。另外，每個樓層都會放置酒精及漂白水。D 機構照顧服務員表示經常碰觸到的把手、地板會使用漂白水清潔。另外，大夜班會使用紫消燈消毒。

大浴室是每天洗澡完就會固定整理。(A-C-Q5-29-008)。餐廳一天至少有清潔兩次。(A-C-Q5-29-009)。

紅區的清潔用品，比如說掃把清潔用具，跟黃區要分開，不能共用，會做記號。(B-M-Q5-29-053)。漂白水、酒精，每個樓層都會放。(B-M-Q5-29-054)。

平常環境的部分，就是經常碰到的扶手、地板一定會用漂白水拖。(D-C-Q5-28-034)。大夜班就是紫消燈。(D-C-Q5-28-040)。

如上述所言，機構浴室及餐廳每天都會有固定時間做清潔。也會將清潔用品分為黃區非確診區及紅區確診區使用。每個樓層都會放置酒精及漂白水，並在經常碰觸到的把手、地板使用漂白水。此外，大夜班會執行紫消燈消毒。文獻中也提到清潔用物應清楚標示。依據環境清潔消毒作業，由乾淨區至髒污區的順序施行。另外，接觸頻率高的地方，應加強清潔消毒（楊麗珠等人，2021）。

## 三、環境終期消毒之情形

A 跟 D 機構照顧服務員提到住民去住院後，會將床墊拿至戶外曝曬，並用漂白水消毒在淨空。另外，D 機構護理人員表示會請清潔公司前來消毒。

有個案去住院或者他們退宿，床墊會拿去曝曬，然後周圍都是用漂白水全部消毒，淨空幾天。(A-C-Q5-30-010)。

住院的時候，床單都會拔下清洗，床墊會拿出去曬太陽，用漂白水或酒精擦。(D-C-Q5-28-041)。

請環境公司來消毒。(D-N-Q5-27-053)...

從上述訪談資料得知，住民去住院後，會將床墊拿至戶外曝曬，並用漂白水消毒。另外，也會請清潔公司來消毒。文獻中提到如有住民離開機構，住房應執行環境終期消毒（楊佩瑄等人，2021）。



# 第五章 研究結論、建議與限制

## 第一節 研究結論

為解決新冠疫情下住宿型機構在管染管制上發現的問題，本章節依據蒐集的九份文本資料進行分析，透過個案研究法設計出半結構式的訪談大綱，再將訪談過程的錄音檔案轉成文字稿。

將以下文本分析結果分為五大主軸：一、工作人員管理與人力調度；二、住民安置與健康管理；三、工作人員與住民篩檢原則；四、外部人力與訪客管理；五、環境清潔與消毒等。因此，本研究將從這五大面向加以了解住宿型機構在疫情下感染管制的成效並給予適當之建議。

本研究經由受訪者的述說得知研究結論與建議，研究者於文本分析後統整出的研究發現如下：

### 一、工作人員管理與人力調度

本小節將針對分艙分流規劃；隔離空間規劃；自主管理情形；感染管制風險教育；人力調度情形及相關照護進一步的綜合整理如下：

#### (一) 機構依照建築物類型來劃分工作人員休息區域及確診區與非確診區

本研究發現受訪單位在工作人員休息時段及區域之劃分皆有不同的規劃方式，A 跟 D 是依照機構建築物類型分樓層、分房間、分室內及室外。另外，B 是將確診區及非確診區以顏色紅區、黃區來區分。

#### (二) 由跨專業團隊討論進出隔離室之流程及照護

本研究發現受訪單位 D 有規劃預備隔離室，其用途作為疑似有感染症狀出現之住民使用，並且經由跨專業團隊如：護理師、照顧服務員組長及感控專責人員開會討論進出隔離室的流程及相關照護。且，礙於機構建築物的類別不同會以平面空間及樓層來規劃隔離室。

### **(三) 將確診人力緊急召回支援但每週需進行快篩**

本研究發現在工作人員自主管理方面 B 是用緊急召回人力的方式來照顧確診的住民。另外，C 會要求員工每天回報狀況，而且每個禮拜都要快篩一次。如陽性確診就直接居家隔離。

### **(四) 每月固定開會落實正確洗手之感控教育**

研究中發現 A 跟 B 在感染管制教育上的作為，落實工作人員正確洗手，且每個月也會開會宣導防疫措施。

### **(五) 減少工作量以及輪班方式來改善人力不足情形**

研究中發現 B 在人力調度方面是將營養師、社工、櫃台人員當非人力設置標準必要之專業人員運用。且，有防疫獎金及提前召回人力獎金，如有照顧確診的工作人員，可造冊申請。另外，C 不同的做法是會先減少工作量如更改換藥方式，或運用非人力的東西減少作業，來改善人力不足的情形。此外，D 是用輪班的方式。

### **(六) 由照顧相關科系學生及確診過的工作人員返回職場支援**

研究中發現 B 會請照顧相關科系學生前來支援。且，為避免交叉感染，D 會將照顧區域以固定的方式來規劃，並徵求確診過的工作人員是否有意願返回職場照顧確診的住民。

### **(七) 確診之工作人員隔離後返回職場前的快篩條件**

在研究中發現 D 針對確診之工作人員須隔離滿七天之後，需快篩陰性才可返回職場。

## **二、住民安置與健康管理**

本小節針對住民安置與健康管理的綜合整理如下：

### **(一) 針對工作人員及新住民或有症狀之住民進行體檢及隔離**

本研究發現 A 在住民體溫監測管理是採一天量兩次體溫。另外，B 針對新入住住民要特別做入住體檢，如有傳染病者要先執行隔離措施，且對於工作人員及住民會安排年度體檢。此外，D 提到如有工作人員或住民發燒會由主任負責統計及通報。

### **(二) 觀察住民是否有疑似感染症狀**

研究中發現 C 在處理住民有感染狀況出現時，會先觀察是否有呼吸道症狀以及痰液之變化，來了解住民是否有感染情形。

### **(三) 機構每兩個禮拜有醫師駐診或視訊看診、外出就醫之住民需穿著隔離裝備**

在研究中發現 A 跟 B 都是採視訊方式看診。而，C 則是每兩個禮拜會由配合的醫院到機構內進行巡診。另外，D 提到如住民需外出就醫時會穿隔離衣及面罩，返回機構後會再加強消毒。

### **(四) 為降低感染風險機構端會進行洗腎住民之控管以不超過兩位為原則**

研究中發現 D 洗腎住民每週三次的洗腎，需在洗腎後進行快篩陰性才能進入機構內。另外，也會針對洗腎住民的人數進行控管，以不超過二位為主，來降低感染風險。

### **(五) 有傳染病個案及新住民入住之隔離情形**

研究中發現 B 提到有傳染病個案及新住民要先進行隔離一週才可返回其他樓層。D 如隔離室不夠用的時候可採分區方式隔離。

## **三、工作人員與住民篩檢原則**

在訪談過程中受訪者提到施打 COVID-19 疫苗之情形；洗腎住民篩檢原則；住民入住機構前的核酸篩檢以及有確診者的處理流程。根據文本分析本小節將探討疫苗

施打及篩檢原則、確診者處理流程如下：

#### **(一) 住民施打疫苗前需與家屬溝通並簽立同意書**

研究中發現 D 工作人員大都願意施打疫苗。但有部分住民不願意施打疫苗是因為本身會過敏。另外，A 在施打疫苗前會與家屬進行溝通後，再請家屬簽立同意書，並宣導施打疫苗後可降低重症的風險。

#### **(二) 機構除了固定每週兩次快篩之外，針對需往返醫院之個案會特別進行快篩**

研究中發現 A 每週一及週四都會進行快篩。另外，針對特殊個案外出返回機構後會再進行快篩一次。C 只要打滿三劑疫苗就不需要再特別快篩，但從醫院返回之住民就會要求要作 PCR 篩檢。且，確診過的住民在三個月內就不需再進行快篩。

#### **(三) 工作人員或住民不論快篩陽性或陰性都需送醫並檢附快篩證明**

在研究中發現 A 提到陽性或陰性都要送醫，且要檢附快篩證明。如工作人員確診就直接回家隔離。住民確診就會先移到隔離室再通知 1922 送醫。

### **四、外部人力與訪客管理**

疫情期間經常遇到家屬來訪，機構會訂定訪客管理流程，本小節將依據受訪者陳述的內容分為：訪客管理、詢問 TOCC 旅遊史以及關於防疫物資及教育訓練等內容如下：

#### **(一) 家屬探視流程以視訊為主，每次不超過 30 分鐘為原則**

本研究發現有關訪客管理方面，A 是採預約方式探視，並且會規劃探視的空間。D 視訊每次以不超過 30 分鐘為原則。

#### **(二) 進入機構前需先量體溫、洗手、並詢問 TOCC 旅遊史及是否有施打疫苗**

研究發現 B 進入機構前會先量體溫、手部消毒並填寫 TOCC 旅遊史，另外還會要求探視的家屬要提供小黃卡，如沒有打滿三劑疫苗者，探視當天要執行快篩。C 訪客需留姓名及受訪者名字，量體溫外，並詢問是否打滿三劑疫苗。

(三) 機構每兩個月會舉辦一次穿脫防護裝備之訓練並且提供頭套、面罩、隔離衣、腳套等物資

在研究結果發現 A 跟 D 有提供頭套、面罩、隔離衣、腳套等防疫物資。另外，A 每兩個月會舉辦一次穿脫防護裝備的教育訓練。

## 五、環境清潔與消毒

對於環境消毒方面住宿型機構有著重要的一環，因此，本小節將依據受訪者陳述的內容分別為：環境清潔及消毒情形；環境清潔及消毒方式；高頻率接觸區域之消毒流程；環境終期消毒等內容如下：

### (一) 每天分時段以漂白水進行環境消毒及定期每三個月執行病媒蚊消毒

研究結果發現 A 每三個月會執行一次環境病媒蚊清潔。且，每天會用 500ppm 漂白水進行內部清潔及紫消燈消毒。

### (二) 針對住民接觸頻率高的區域進行消毒並且將清潔用品非為黃區及紅區使用

研究發現有關高頻率接觸的環境消毒，A 浴室及餐廳會定時清潔。B 是將清潔用品分為黃區(非確診區)及紅區(確診區)使用。D 在經常碰觸到的把手、地板使用漂白水消毒。

### (三) 住民離院或住院期間環境會執行終期消毒

在研究中發現 A 跟 D 在住民住院或離院後，會將床墊拿至戶外曝曬，並用漂白水消毒。另外，D 會針對環境終期消毒的部分請清潔公司前來協助。

## 第二節 研究建議

從本研究結果發現住宿型機構礙於建築物空間大小的限制、快篩及施打疫苗原則、住民就醫洗腎動線規畫不佳、訪客管理以及環境清潔及消毒等問題提出以下建議：

### 一、政策面建議

(一) 疫情指揮中心應與地方主管機關防疫政策一制，在疫苗施打順序以及 PCR 篩檢時機、次數等，如指揮中心與地方主管機關政策不一致時，在實務執行上會出現各有各的作法，導致機構像無頭蒼蠅一樣無所適從。因此，建議中央應依照機構屬性、床位數、人力預先規劃可調整的空間。另，盤點各地區醫療資源、檢疫所、防疫旅館、防疫物資、人力資源等來修訂計畫的可能性。

(二) 地方主管機關應成立防疫小組，依各項指標決定應「立即清空」或「就地隔離照顧」等，並協助機構執行且提供相關資源，以防止疫情擴大時導致無法控制的局面。

(三) 機構應依各項指引針對應變整備作戰計畫作滾動式修正、盤點機構內各項資源、空間規劃、防疫物資、外部人力的備援、機構內各類人員及住民管理、環境清消等，且制定符合各類型機構適用的防疫演練。

### 二、機構面建議

(一) 針對衛生福利機構（住宿型）因應 COVID-19 之應變整備作戰計畫應重新檢討：建議分區的部分只針對工作人員（直接接觸者及非接觸住民者）及住民（全癱臥床者及有行動能力者）來作區分。

(二) 依據有無確診個案編列快篩、PCR 篩檢、疫苗施打順以及施打的涵蓋率。

(三) 針對新住民、新工作人員、洗腎個案、住民住院等加強防疫措施。

(四) 依據機構建築物類型、樓層、住民人數以及失能狀況編列分艙的空間規劃，並加入防疫旅館、檢疫所等外部隔離資源。

### 三、管理面建議

建議機構加強員工教育訓練增強向心力，以防止疫情期間之離職潮或同仁之間的不和睦。機構主管平時應建立良好溝通管道，且應在第一時間提供正確的疫情消息及

應變措施讓工作人員以及家屬有完善的防疫資訊。

#### 四、照顧面建議

關於疫情期間大多人力皆投入防疫工作，導致機構人力不足，而機構在照顧人力比上出現無法負荷之情形。建議可加強智慧系統設備等非接觸式照顧，例如：感測系統或消毒機器人，透過遠端醫療減少就醫感染，在疫情期間禁止探視，可運用 APP 讓家屬參與長輩照顧過程，有助於穩定住民情緒以及解決家屬的疑慮。



### 第三節 研究限制

#### 一、受訪單位與對象的限制

本研究在接受訪談的對象挑選上，以嘉義縣市評鑑優等之長照機構為受訪單位，僅代表嘉義縣及嘉義市部分區域的長照機構工作人員之結果，無法適用於其他地區之機構。此外，受訪對象僅以機構中的主任、護理人員、照顧服務員為受訪對象，若能將其他行政人員、社工、廚師加入，更能提升其研究價值，故本研究結果僅供參考。

#### 二、訪談時間的限制

因疫情期間要進入長照機構會有訪客上的限制，在研究者初次接洽機構主管預約訪談時間時，礙於疫情尚未平穩，且長照機構工作人員事務繁忙。因此，預約訪談時間很不容易，且工作人員皆有長輩需要巡視照顧，受訪時間有限，無法提供太長的訪談時間及次數。

## 參考文獻

### 壹、中文部分

#### 一、網路文章

內政衛福勞動處(2020)。勞動統計專網。取自：<https://www.mol.gov.tw/statistics/>

【不斷更新】武漢肺炎大事記(2021)。從全球到台灣，疫情如何發展？2021年5月11日。取自：<https://www.twreporter.org/a/2019-ncov-epidemic>

王敏旭(2021年6月2日)。新北土城養護中心爆發感染！80歲長輩確診25人快篩陽性。聯合報。取自：<https://udn.com/news/story/120940/5502541>

王朝鈺(2021年06月02日)。基隆某護理之家新增2人確診共5住民染疫。中央社。取自：<https://udn.com/news/story/120940/5504209>

胡瑞玲(2021年6月20日)。士林區長照機構爆47確診、3死亡單周確診數超越萬華。聯合報。取自：<https://udn.com/news/story/120940/5545566>

陳彩玲(2021年06月13日)。10人確診全無症狀，基隆長照中心爆群聚感染源曝光。中時新聞網。取自：  
<https://www.chinatimes.com/realtimenews/20210613003037-260405?chdtv>

張碧珊(2022年5月3日)。桃園+3604「長照機構14人確診爆群聚」鄭文燦：疫情還沒到山頂。台視新聞網。取自：<https://news.ttv.com.tw/news/11105030023700N>

新竹縣竹東鎮衛生局(2021)。防疫專區相關資訊。取自：

[https://www.hsinchu.gov.tw/News\\_Content.aspx?n=962&s=225759](https://www.hsinchu.gov.tw/News_Content.aspx?n=962&s=225759)

<https://udn.com/news/story/120940/5545566>

楊漢聲(2022年5月3日)。台東+102！老人養護機構爆群聚48人快篩陽13人確診。ETtoday新聞雲。取自：<https://www.ettoday.net/news/20220503/2243140.htm>

衛生福利部疾病管制署(2013)。接觸傳染防護措施。取自：

<https://www.cdc.gov.tw/File/Get/V6BAIyU3qILcXA5X-2PenA>

衛生福利部疾病管制署 (2016)。疾病介紹。取自：

<https://www.cdc.gov.tw/Category/Page/vleOMKqwuEbIMgqaTeXG8A>

衛生福利部疾病管制署(2020)。疾病介紹。取自：

<https://www.cdc.gov.tw/Category/Page/vleOMKqwuEbIMgqaTeXG8A>

衛生福利部疾病管制署(2020年4月16日)。醫療機構因應 COVID 19(武漢肺炎)感染

管制措施指引。取自：[www.cdc.gov.tw/File/Get/D5RunZK62wxSDCnXhj80gQ](http://www.cdc.gov.tw/File/Get/D5RunZK62wxSDCnXhj80gQ)

衛生福利部疾病管制署(2021)。新聞稿。取自：

<https://www.cdc.gov.tw/Category/NewsPage/EmXemht4IT-IRAPrAnyG9A>

衛生福利部(2021)。住宿型因應 COVID-19 之應變整備作戰計畫建議。取自：

<https://www.cdc.gov.tw/Uploads/222474fc-b70b-4662-83da-ee4cbbef9984.pdf>

賴添福(2021)。長照機構群聚感染的反思及因應做法。創新照顧專欄。取自：

<https://www.ankecare.com/columnist/2-2021-11-15-16-43-15>

## 二、期刊文章

王映雪、吳麗蘭、盧美秀(2014)。不同訓練方式對長照機構服務員感控認知之成效。北市醫學雜誌，11(3)，73-85。

王鳳葉(2021)。COVID-19 感染預防和控制：居家照護防疫策略。COVID-19 專欄呼吸治療，20(1)，81-88。

朱凱著、張國基(2020)。醫院新型冠狀病毒(COVID-19)防疫感染管制與風險評估措施。工業安全衛生月刊，371，9-28。

林恭儀、王明鳳、陳曉鈞、吳翠霞、黃建榮(2020)。中醫長照機構因應嚴重特殊傳染性肺炎感染管制措施指引。中醫藥研究論叢，23，67-82。

林嘉琪(2020)。新冠肺炎對長期照護機構之影響。台灣老人保健學刊，16(1)，48-59。

林月桂、顏慕庸(2020)。長照機構因應新冠肺炎全球大流行之整備。醫療品質雜誌，14(3)，11-15。

- 翁宜慧、林綺英、廖婉伶、蘇琍榕、林靜(2020)。某區域教學醫院附設護理之家流感群聚之經驗分享。感控雜誌，30，287-295。
- 陳秀姬、周佩君、李芳珊、王樹聲、賴秀昀(2020)。談健康管理中心因應 COVID-19 之應變與感染管制。醫療品質雜誌，14(6)，28-32。
- 陳郁慧(2019)。長照機構未來的感染管制趨勢。醫療品質雜誌，13(4)，76-79。
- 張筱玲、曾淑貞、郭易冰、曾淑慧(2016)。臺灣長期照護機構感染管制問題分析與政策。疫情報導，32(1)，10-17。
- 張雅媛、顧文瑋、林志陵、陳冠仰、蕭勝煌(2020)。COVID-19 全球流行時的契機：感染管制之轉變與創新。北市醫學雜誌，17(4)，390-401。
- 黃淑如、陳郁慧、姜秀子、吳怡慧、吳麗鴻、林均穗、施智源、盧敏吉、薛博仁(2017)。老人福利機構(長期照顧機構及安養機構)之感染管制與查核準備建議。感控雜誌，27(2)，59-70。
- 楊佩瑄、廖玉美、李佳倫、葉怡亨、陳麗琴(2021)。台灣因應 COVID-19 之防疫管理及分艙分區分流：南部某醫學中心經驗分享。醫學與健康期刊，10(1)，113-126。
- 楊麗珠、邱月璧(2021)。因應嚴重特殊傳染性肺炎疫情防治—分流、分艙、固定區域管理實務。醫療品質雜誌，15(2)，46-50。
- 鄭惠蘭、葉淑玲、賀倫惠、韓慧美(2021)。嚴重特殊傳染性肺炎 COVID-19 對急性醫療機構環境媒介的衝擊--環境清潔防疫新作業。長庚護理，32(1)，45-51。
- 三、科技部文章
- 李家琦、李茹萍、彭台珠、怡懋·蘇米、林念聰、繆偉傑、蘇迎士、蔡爵任、韓玉玲、侯佳弦(2010)。建立台灣長期照護機構之機構內感染之監測指標與現況初探。(DOH99-DC-1007)。
- 紀玫如(2014)。長期照護機構感染控制監測與因應模式之探討。(MOST103-2410-H-038-003)。台北醫學大學高齡健康管理學系。

#### 四、教課書資料

李政賢(2016)。質性研究：從開始到完成。臺北市：五南。

吳芝儀、李鳳儒(1995)。質的評鑑與研究。臺北市：桂冠圖書。

胡幼慧(2008)。質性研究：理論、方法及本土女性研究實例(二版)。台北：巨流。

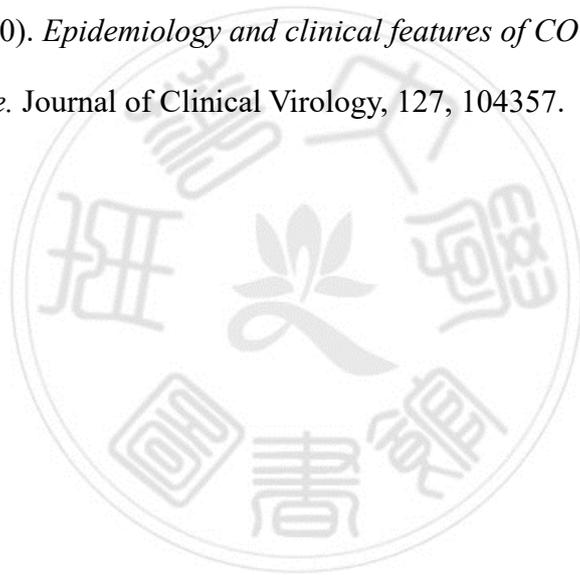
高淑清(2008a)。質性研究的十八堂課：首航初探之旅。高雄：麗文。

高淑清(2008b)。質性研究的十八堂課：揚帆再訪之旅。高雄：麗文。



## 貳、英文部分

- Braun, V. & Clarke, V. (2013). *Successful Qualitative Research: a practical guide for beginners*. Sage: LA. doi.10. 1177/0959353515614115.
- Cheng, H. Y., Jian, S. W., Liu, D. P., Ng, T. C., Huang, W. T., & Lin, H. H. (2020). *Contact tracing assessment of COVID-19 transmission dynamics in Taiwan and risk at different exposure periods before and after symptom onset*. JAMA Association Internal Medicine. Advance online publication.
- Gardner, W., States, D., & Bagley, N. (2020). *The coronavirus and the risks to the elderly in long-term care*. Journal of Aging & Social Policy, 32(4-5), 310-315.
- Siordia, J. A., Jr. (2020). *Epidemiology and clinical features of COVID-19: A review of current literature*. Journal of Clinical Virology, 127, 104357.



## 附件一、長照機構群聚感染大事記

發生時間	案情	處理機制
2021.05.11	<p>台灣進入社區感染階段</p> <p>中央指揮中心 11 日公布，台灣新增 11 例確診個案，包含 4 例境外移入、7 例本土個案，為疫情爆發以來單日新增最多本土個案，台灣正式進入社區感染階段。</p>	<p>指揮中心指揮官陳時中宣布國內正式進入社區感染階段，即日起至 6 月 8 日提升疫情警戒標準至第二級，原則上停辦室內 100 人、室外 500 人的活動，全國醫院、長照機構禁止探病，且營業場所需採實聯制、人流管制等措施，大眾運輸上也禁止飲食等限制。</p>
2021.05.17	<p>新北市板橋區的亞東醫院今爆出院內群聚感染，指揮中心醫療應變組副組長羅一鈞表示，院內有 8 個病患、1 個看護確診，相關接觸的醫護人員目前採檢陰性。除了亞東醫院之外，北部某區域醫院也有 4 位護理師確診，加上三軍總醫院 1 名醫護人員參與進香團確診，目前共 5 名醫護確診。</p>	<p>台北市、新北市市長今早上共同做出決定，明（18 日）起高中職以下學生停課至 5 月 28 日止，包括高中到國小、幼兒園、安親班、補習班與托嬰場所等，暫停上課。</p>

發生時間	案情	處理機制
2021.05.18	院內感染部分，亞東醫院 18 日增加 2 名醫護確診，目前院內感染已達 11 人；高雄市仁惠醫院一名行政人員於 17 日確診。	<p>台北市 18 日公布 4 項新措施：</p> <p>一、台北市所有大型醫院必須提供專責病床或人力，於防疫旅館進駐一定比例的醫護人員。</p> <p>二、成立專屬運輸車隊，負責運送快篩、PCR 陽性病患。</p>
2021.05.19	目前多家醫院可能有醫護、病人確診，但發生院內感染的醫院共 3 家，分別是板橋區亞東醫院、高雄仁惠醫院，以及今日台北市一間血液透析中心。	<p>中央指揮中心宣布即日起至 28 日全台進入「三級警戒」，民眾外出皆須全程配戴口罩；禁止室內 5 人以上、室外 10 人以上的聚會。行政院 19 日推出「簡訊實聯制」，讓民眾能透過 QRcode 掃描快速傳送免付費簡訊，以執行實聯制。</p>

發生時間	案情	處理機制
2021.05.20	截至目前已有 5 家醫院出現病患在入院後確診、醫護在社區染疫，甚至院內感染的情形，包含北市和平醫院、板橋亞東醫院、高雄仁惠醫院、台北某洗腎中心，以及三軍總醫院松山分院。	指揮中心今日下午再次針對 4 月 20 日至 5 月 19 日之間在萬華熱區停留較久且有前往外縣市的民眾發送細胞警訊，提醒收到簡訊的民眾若近期有相關症狀，應儘速進行採檢。
2021.05.24	由於醫護人力不足，指揮中心 23 日公布最新版的「醫療照護工作人力短缺之應變處置建議」，適用疫情警戒第三級以上地區的醫療機構和長期照護機構工作人員。	<p>一、完成接種第一劑疫苗達 14 天（含）以上的無症狀接觸者：無症狀即可返回工作，需自我健康監測至與確定病例最後一次接觸次日起 21 日。</p> <p>二、已接種 2 劑疫苗，第 1 劑達 14 天（含）以上的無症狀密切接觸者：需自主健康管理至與確定病例最後一次接觸次日起 21 日。自主健康管理期間，第 1 次核酸檢驗結果陰性後，可返回工作，惟返回工作後需每 3 天進行 1 次核酸檢驗至與確定病例最後一次接觸次日起 14 日止。</p>

發生時間	案情	處理機制
2021.05.24		<p>三、未接種疫苗或已接種疫苗第 1 劑但未達 14 天無症狀密切接觸者：居家隔離到與確定病例最後一次接觸次日起 7 日期滿後，第 1 次核酸檢驗結果陰性後，可返回工作，惟返回工作後需於與確定病例最後一次接觸次日起第 10、14 日再採檢，並續自主健康管理至與確定病例最後一次接觸次日起 21 日。</p>
2021.05.26	<p>指揮中心 26 日啟動三級警戒強化措施。</p>	<p>民眾外出全程佩戴口罩，將不再勸導、直接開罰；關閉的休閒娛樂場所若查到違法營業，對業者、現場執業人員、消費者全部依法裁罰；全國餐飲業一律外帶；商場超市加強人流管制，呼籲民眾少去但一次購足；結婚不宴客，喪禮不公祭；宗教集會活動全面暫停辦理，宗教場所亦停止開放。</p>

發生時間	案情	處理機制
2021.05.27	指揮中心今日宣布最新的解隔離標準。	PCR 確診的輕症、無症狀患者，同時符合退燒一天且症狀緩解，以及距離發病日 10 天以上，無需採檢就可以解隔離。而快篩陽性的無症與輕症者，則可一人一室居家隔離 17 天。
2021.05.28	長照機構即日起實施新規定。	新進者及住院後返回機構者須提供核酸檢驗陰性報告。
2021.05.30	重症人數的比例不容樂觀，指揮中心專家諮詢小組召集人張上淳表示，目前有 9.3% 病人嚴重肺炎，接近或已經呼吸衰竭的病患有 258 人、佔 3.3%，其中 180 人使用呼吸器、葉克膜 2 人。	指揮中心公布最新規定，要求各醫院專責病房採兩人一室、病床數也須達到急性一般病床總床數的十分之一；若輕度、中度的病人住院 10 天，經判斷傳染力下降，則可回到家中進行 7 天居家隔離。

發生時間	案情	處理機制
2021.05.31	為使防疫旅館、醫院資源更有效運用，台北市 31 日起實施快篩陽性分流，並公布新的「確診者在家移出計畫」，計畫分為三大類	一、中重症者（不分年齡）由救護車送往醫院。二、輕症者（不分年齡）由防疫計程車、巴士接送至集中檢疫所或加強版防疫專責旅館。三、無症狀患者則細分為三種，一為 55 歲以上，二為 55 歲以下但有慢性病者、需照顧者、評估無法居家隔離者，這兩類由防疫計程車、巴士接送至集中檢疫所或加強版防疫專責旅館，最後一類為 55 歲以下，採居家隔離 17 天，並由健康中心每日關懷個案狀況。
2021.06.01	台北市信義區的長照機構 27 人群聚感染，其中 7 人死亡，平均年齡高達 82 歲。	
2021.06.02	全國累積 30 家長照機構有確診個案。	台北市今天宣布，將長照機構工作人員的施打疫苗順位提前至與地方診所醫護人員同一級，4 日就會開始施打，包括現場的主任、照服員以及外籍看護等。

發生時間	案情	處理機制
2021.06.03	<p>指揮中心宣布，截至目前全台共有 60 家長照機構出現確診狀況，其中共計 47 位工作人員、133 位非工作人員確診。</p>	<p>6/4 開始施打疫苗。</p>
2021.06.09	<p>台灣採購的 15 萬劑莫德納疫苗今日開始接種，日前日本贈送的 124 萬劑 AZ 疫苗也將於 14 日開放施打。</p>	<p>指揮中心今日公布調整後公費疫苗施打對象次序，將社福照顧機構人員、受照顧者、洗腎患者納入第五類，而 75 歲以上長者納入第六類。一、氧氣使用，針對血氧降低但不用插管的患者，使用鼻氧管或面罩提供高流量氧氣。二、插管時依照呼吸器使用原則維持正壓呼吸，必要時以俯臥位置供氧。三、病毒治療使用瑞德西韋。四、免疫治療使用類固醇與單株抗體治療。五、血栓高風險族群如果驗到血栓指標上升，使用預防性的抗凝血劑治療。</p>

發生時間	案情	處理機制
2021.06.10	苗栗縣電子廠群聚案仍持續擴大，今天確診病例 43 例。苗栗縣長徐耀昌在 8 日宣布全縣移工除了上下班，禁止外出，遭質疑超越第三級警戒規範，沒有法源依據，且使得外籍家庭看護無法帶被照顧者去領藥、就醫。	指揮中心副指揮官陳宗彥表示，苗栗縣要回歸第三級警戒規範。今天苗栗縣政府改口，滾動式調整社福類移工「非必要不得外出」，如就醫、領藥、被照顧者需至醫院復健、洗腎等，皆可由社福類移工陪同，然而產業移工仍維持不得外出的禁令。為了找出社區潛藏病例，指揮中心今日宣布社區廣篩四大策略，首度開放診所自費快篩和居家快篩。
2021.06.14	航空機組員 3+11 天的檢疫期限引發許多爭議，6 月 12 日已公布一次新制，採 5 天居家檢疫，9 天加強版自主健康管理，今天指揮中心再度加嚴規範，針對入境旅遊疫情第三級地區的長程航班，7 月 1 日起採 7+7 檢疫策略	一、尚未接種疫苗及接種 1 劑疫苗未達兩週者：6 月 12 日起，採 5 天居家檢疫（結束日 PCR 檢驗）+9 天加強版自主健康管理（第 9、14 天抗原快篩）。7 月 1 日起，採 7 天居家檢疫（結束日 PCR 檢驗）+7 天加強版自主健康管理（第 14 天抗原快篩）。二、完整接種 2 劑疫苗達兩週且抗體檢測陽性（每 3 個月監測）：採 7 天自主健康管理（結束日 PCR 陰性）。

發生時間	案情	處理機制
2021.06.19	新北市恩主公醫院一名急診護理師 18 日進行第四次常規篩檢，PCR 轉為陽性。指揮中心表示：該院 11 樓發生群聚感染，已有 10 人確診。	19 日起，5 月 9 日以前已接種一劑疫苗者，可接種第二劑。食藥署 19 日發布居家快篩試劑指引，若民眾曾處於可能感染病毒比例較高的熱區，或跟確診者有接觸史，可以在家先使用居家快篩做檢驗，準確度達 8 成以上，有利於儘速揪出陽性個案。食藥署提醒，若是盛行率較低的地區使用，可能會有大量偽陽性的結果，有症狀者，建議還是要儘速前往醫院就醫採檢。
2021.06.20	桃園市新增 16 例確診，其中 9 例是國軍桃園總醫院的看護與病患，累計這起院內感染已經有 13 例。	施打莫德(Moderna)疫苗
2021.06.21	21 日公布新增 75 例本土病例，是三級警戒後，病例數首次降到雙位數，另有 20 例死亡案例。	指揮中心 21 日公布新接種順序，包括孕婦及 75 歲以上民眾均列為第六順位，至於 65 至 74 歲長者則排在第八順位，人數最多的 50 至 64 歲成人則在第十順位。

資料來源：研究者自行整

## 附件二、衛生福利機構(住宿型)因應 COVID-19 之應變整備作戰計畫表

	機構內尚無確定病例 (整備階段)	機構內出現確定病例 (應變階段)
<p>工作人員管理 與人力調度</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 劃分「照護區域」，工作人員分組，排定各組工作人員輪值班表與照護區域，並稽核工作人員確實遵守不跨區不跨組服務之分艙分流原則（若機構囿於規模未分區，至少需進行人員分組）。</li> <li>2. 將休息區依空間或使用時段劃分，按人員分組進行區隔。</li> <li>3. 落實工作人員每日體溫量測及健康狀況監測，訂有發燒或出現呼吸道症狀/嗅覺味覺異常/不明原因腹瀉等疑似感染症狀人員之請假或工作調整規則，並依據「人口密集機構傳染病監視 作業注意事項」進行通報。</li> <li>4. 確實掌握具 COVID-19 感染風險之工作人員人數，於居家隔離/居家檢疫期間，依規定不可上班；自主健康管理期間依</li> </ol>	<p>方案一：因應機構內發生確定病例之人力備援計畫</p> <p>方案二：確認地方主管機關提供之協助方案、聯繫窗口與申請及付費方式等。</p> <p>方案三：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 依據「因應 COVID-19 疫情醫療照護工作人員短缺之應變處置建議」辦理。</li> <li>2. 通知住民家屬之說帖與期間收費調整等執行方式規劃。</li> </ol>

	機構內尚無確定病例 (整備階段)	機構內出現確定病例 (應變階段)
	<p>循「因應 COVID-19 疫情醫療照護工作人員自主健康管理期間返回工作建議」辦理。</p> <p>5.因應工作人員因居家隔離/居家檢疫/自主健康管理或有發燒/ 呼吸道症狀/嗅覺味覺異常/不明原因腹瀉等疑似感染症狀請假時之人力調度規劃。</p> <p>6.掌握工作人員居住處所可否提供 1 人 1 室隔離，視需要規劃協助提供隔離場所。</p> <p>7-1. 落實工作人員公費 COVID-19 疫苗及流感疫苗接種。</p> <p>7-2. 工作人員之 COVID-19 疫苗接種情形造冊管理。</p>	
住民安置與健康管理	<p>1.確實掌握住民健康狀況及具 COVID-19 感染風險之人數 (執行方式與紀錄)。2.機構住民每日體溫量測及健康狀況監測 (執行方式與紀錄)，並依據「人口密集機構傳染病監視作業注意事項」進行通報。</p>	<p>方案一：確認地方主管機關提供之協助方案、聯繫窗口與申請方式等。</p> <p>方案二：1.適用本方案住民必須確認返家可落</p>

	<p>機構內尚無確定病例 (整備階段)</p>	<p>機構內出現確定病例 (應變階段)</p>
	<p>3.具感染風險住民發燒或出現呼吸道症狀之就醫採檢安排。</p> <p>4. 住民居家隔離/自主健康管理期間之安置方式與隔離空間安排。(若有須接受居家隔離者，應安排 1 人 1 室；若有就醫接受 COVID-19 採檢送驗者，建議安排 1 人 1 室隔離至 SARS CoV-2 病毒核酸陰性，且不再發燒至少 24 小時及症狀緩解)。</p> <p>5-1.落實機構住民公費 COVID-19 疫苗、流感疫苗、肺炎鏈球菌疫苗接種。 5-2.住民之 COVID-19 疫苗接種情形造冊管理。</p> <p>6.預先洽談可至機構為住民進行採檢之醫療院所，或視需要請地方政府協助媒合指定社區採檢機構。</p>	<p>實 1 人 1 室隔離。2.須考量住民生活自理程度，評估是否適用此方案。 3.家屬接回住民之作業流程與動線規劃。</p> <p>方案三：</p> <p>1.規劃隔離空間啟用順序(單房室、鄰近房室、整層樓等)。2.住民就醫安排。3.單人房室不足時之隔離空間規劃，並注意符合感染管制原則。</p>

	機構內尚無確定病例 (整備階段)	機構內出現確定病例 (應變階段)
訪客管理	1.於入口處進行訪客體溫量測、手部衛生及詢問 TOCC。2.訪客紀錄(包括日期、訪視對象、訪客姓名、電話、TOCC)。3.限制具 COVID-19 感染風險訪客勿進入機構。4.參考「衛生福利機構與榮譽國民之家因應 COVID-19 訪客管理作業原則」管理訪客探訪次數與探訪時間。5.家屬或私人看護陪住管理。6.提供視訊探訪協助(平板、網路等軟硬體支援)。7.通知住民家屬訪客管理原則。	通知住民家屬有關訪客限制事項之說帖與通知方式。
環境清潔消毒	1.機構住房清潔消毒標準作業程序。 2.機構公共區域環境清潔消毒標準作業程序。 3.環境清潔消毒作業之人力安排。	1.機構住房終期清潔消毒標準作業程序(含個人防護裝備、清潔消毒溶液配置、清潔消毒順序等)。2.環境清潔消毒作業之人力安排。

資料來源：研究者自行整理

### 附件三、研究訪談同意書

謝謝您願意參與研究，與我一起參與住宿型機構執行感染管制的經驗分享

我是南華大學生死學研究所研究生，指導教授為賴添福博士及孫智辰博士。目前正在進行「新冠疫情下住宿型機構感染管制經驗：以嘉義長照機構為例」之研究，目的希望藉此研究探討新冠肺炎疫情對住宿型長期照顧機構建置感染管制的經驗分析，提升住宿型機構對感染管制措施的認知，並協助實務工作者當住宿型機構發生群聚感染時的應變措施，維護機構內良好的生活環境。

本研究的進行方式將以訪談為主，大約會進行 2-3 次，每次的訪談時間大約為 60-90 分鐘左右。為了忠於您的談話內容，盡量符合您的想法，本研究將以全程錄音的方式記錄訪談內容。在過程中，如您有感受到不舒服或不願意再繼續訪談，可依您的狀況而提出終止或退出，研究者會以予尊重與配合。對於訪談的內容資料，除了提供此學術研究與探討分析用，絕不外洩非此研究之外用途，並謹守研究倫理，個人資料均以保密原則。

最後由衷感謝您的協助參與此次訪談，相信有您的參與，將豐富此研究內容的價值。祝福事事順心、平安健康。

本人已瞭解並同意，願意以簽名為同意參與此研究

研究參與者(簽名)：

研究者聯絡方式：10859559@gmail.com

中 華 民 國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

南華大學生死學研究所研究生 林美嘉 敬上

## 附件四、訪談大綱

### 一、工作人員與人力調度

- 1.請問您認為工作人員的休息時段及休息區與該如何安排?
- 2.以目前機構現有的空間如何規劃一人一室隔離?
- 3.依據應變整備作戰計畫中提到的分艙分流執行上有何困難之處?
- 4.請問機構的工作人員在自主管理期間，如何掌握確診人數及返回職場的建議?
- 5.請問機構的工作人員如有發燒或出現呼吸道症狀時該如何處理?
- 6.請問機構工作人員應該具備那些感染管制的風險認知?
- 7.在人力調度上工在人力調度上工作人員如有意見的時候，機構該如何處理?
- 8.請問機構如何執行工作人員每日測量體溫並有紀錄?用何種方式作紀錄?
- 9.請問如有工作人員在居家隔離期間，機構該如何調配人力?
- 10.如工作人員在居家隔離期間機構會提供那些相關照護?

### 二、住民安置與健康管理

- 11.請問機構如何掌握具有 COVID-19 住民之健康狀況?
- 12.請問機構對於住民的健康管理辦法如何訂定?
- 13.請問住民就醫或洗腎返回機構時的管理流程?
- 14.請問您如何安排住民的隔離空間?
- 15.請問機構如何執行住民體溫監測?
- 16.請問針對服務對象健康管理辦法，您覺得該如何落實?

### 三、工作人員與住民篩檢原則

17. 請問機構如何安排工作人員施打 COVID-19 疫苗及流感疫苗接種?
18. 每周需往返醫療院所洗腎之住民如何進行快篩?
19. 機構在安排工作人員及住民施打疫苗上如有遇到狀況該如何處理?
20. 請問在住民入住機構前之核酸篩檢如何執行?
21. 請問工作人員及住民，如疑似或已經確診時機構該如何處理?

#### 四、外部人力與訪客管理

22. 請問機構如何安排每日訪客人數及訂定訪客管理流程?
23. 請問機構如何透過 TOCC 詢問旅遊史等相關資料並有紀錄?
24. 請問疫情期間提供家屬那些探視的方式?
25. 請問工作人員在上班時段機構提供那些防疫物資?

#### 五、環境清潔與消毒

26. 請問機構如何執行環境清潔與消毒?
27. 請問機構如何安排環境清潔與消毒人力?
28. 請問機構如何訂定環境清潔與消毒之作業流程?
29. 請問機構針對住民與工作人員接觸頻率較高的區域如何清潔與消毒?
30. 請問機構如何執行環境終期消毒?