

# 臺北市府衛生局 109 年度一般護理機構督導考核紀錄表

## 護理品質作業

機構名稱：\_\_\_\_\_考核日期：109 年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 ☐上午 ☐下午

共識基準	基準說明	評核方式/操作說明	評核標準	備註	機構應備資料
<b>壹、行政管理與改善事項(3 項)</b>					
一、配合主管機關填報各項報表情形	機構應配合主管機關業務輔導之需，填製或提供各項報表、業務資料，且應符合下列標準： 1. 填報相關之統計資料、員工異動資料或財務應申報之資料。 2. 資料完整正確清晰。 3. 資料及時更新。	1. 各項應填送之報表及業務資料以各主管機關要求項目為準。 2. 財團或社團法人機構並應依捐助章程擬定業務計畫、年度預決算併工作人員名冊等報主管機關備查。 3. 主管機關亦需配合提供資料。	<input type="checkbox"/> C.完全不符合 (備註說明)。 <input type="checkbox"/> B.部分符合 (備註說明)。 <input type="checkbox"/> A.完全符合。		書面資料，依據衛生局提供之相關資料。
二、過去 1 年接受目的事業主管機關查核缺失改善情形	過去 1 年接受目的事業主管機關查核缺失改善情形(包含衛福、消防、建管、勞工等主管機關)。	1. 與主管機關確認機構過去 1 年接受查核改善情形。 2. 過去 1 年接受目的事業主管機關查核無缺失者，本項不適用。	<input type="checkbox"/> C.完全不符合 (備註說明)。 <input type="checkbox"/> B.部分符合 (備註說明)。 <input type="checkbox"/> A.完全符合。		書面資料，依據衛生局提供之的相關資料。
三、前次評鑑建議事項改善情形	1. 針對前次評鑑之改進事項擬訂具體改進措施。 2. 確實執行，並有成效或說明無法達成改善目標之原因。	1. 檢閱改善情形之相關文件。 2. 檢視各相關建議是否依建議改善。	<input type="checkbox"/> C.完全不符合 (備註說明)。 <input type="checkbox"/> B.部分符合 (備註說明)。 <input type="checkbox"/> A.完全符合。		1.108 年評鑑或督考委員建議改善成效說明(需附改善之佐證資料)，若建議項目機構表明未改善，須提出合理說明。

共識基準	基準說明	評核方式/操作說明	評核標準	備註	機構應備資料
貳、專業服務(7項)					
一、服務對象跌倒預防、處理及監測情形	1. 訂有服務對象跌倒預防評估措施、處理辦法及流程，並確實執行，如有發生跌倒案件應逐案及定期(至少每半年)進行分析，檢討並有改善方案。 2. 針對服務對象跌倒有監測紀錄，且紀錄完整。	文件檢閱(參閱機構應備資料)	<input type="checkbox"/> C.完全不符合(備註說明)。 <input type="checkbox"/> B.部分符合(備註說明)。 <input type="checkbox"/> A.完全符合。		1-1檢閱108年7月至109年6月跌倒品質監測年度總表(須呈現閾值)。 1-2檢閱108年7月至109年6月，其中1個月份之逐案分析資料(以跌倒件數最多月份為主)。若年度均無跌倒案例，須提出機構預防跌倒相關措施：(1)跌倒高風險分析，如：基本資料、年齡、性別、疾病、ADL、MMSE、多重用藥....等，並列表說明。(2)分析全機構住民跌倒風險評估優先順序。(3)依據高風險擬定跌倒預防措施。 2.檢視上述資料正確性及完整性。
二、服務對象壓力性損傷預防、處理及監測情形	1. 訂有服務對象壓力性損傷預防評估措施、處理辦法及流程，並確實執行，如有發生壓力性損傷案件應逐案及定期(每季)進行分析，檢討並有改善方案。 2. 針對服務對象壓力性損傷有監測紀錄，且紀錄完整。	文件檢閱(參閱機構應備資料)	<input type="checkbox"/> C.完全不符合(備註說明)。 <input type="checkbox"/> B.部分符合(備註說明)。 <input type="checkbox"/> A.完全符合。		1-1檢閱108年7月至109年6月壓力性損傷品質監測年度總表(須呈現閾值)。 1-2檢閱108年7月至109年6月，其中1個月份之逐案分析資料(以壓力性損傷件數最多月份為主)。若年度均無壓力性損傷案例，須提出機構預防壓力性損傷相關措施：(1)壓力性損傷高風險分析，如：壓力性損傷高

共識基準	基準說明	評核方式/操作說明	評核標準	備註	機構應備資料
					風險評估、基本資料、年齡、性別、疾病、ADL、MMSE、....等，並列表說明。(2)分析全機構住民壓力性損傷風險評估優先順序。(3)依據高風險擬定壓力性損傷預防措施。 2.檢視上述資料正確性及完整性。
三、服務對象疼痛偵測與處置情形	1. 納入生命徵象評估，含疼痛開始時間、位置、嚴重度、持續時間、緩解及加重因素。 2. 訂有符合服務對象年齡及能力之疼痛評估措施、處理辦法及流程。 3. 確實執行與紀錄疼痛處置與反應。 4. 依評值結果修正處置措施。	文件檢閱(參閱機構應備資料)	<input type="checkbox"/> C.完全不符合(備註說明)。 <input type="checkbox"/> B.部分符合(備註說明)。 <input type="checkbox"/> A.完全符合。		1. 檢閱 108 年 7 月至 109 年 6 月，1 位住民其中 1 個月之生命徵象紀錄單，需包括疼痛紀錄。 2. 檢閱機構疼痛評估作業規範，包括符合服務對象年齡及能力之疼痛評估措施、處理辦法及流程。 3. 檢閱 1 份有疼痛住民之疼痛相關評估、紀錄資料。 4. 檢閱 1 份有疼痛住民的評值結果修正處置措施。
四、服務對象約束處理及監測情形	1. 訂有服務對象約束處理辦法及流程，並確實執行，如有約束個案應定期(每季)進行分析，檢討並有改善方案。 2. 須經醫師診斷或護理人員專業判斷，並有個別化評估。 3. 有服務對象、家屬或委託人之同意書；無法定代理人或監	1. 文件檢閱(參閱機構應備資料) 2. 請教工作人員，如何執行。 3. 公費安置且無家屬或法定代理人者，約束同意書由委託之直轄市、縣(市)政府代表簽署。	<input type="checkbox"/> C.完全不符合(備註說明)。 <input type="checkbox"/> B.部分符合(備註說明)。 <input type="checkbox"/> A.完全符合。		1-1 檢閱 108 年 7 月至 109 年 6 月約束品質監測年度總表(須呈現閾值)。 1-2 檢閱 108 年 7 月至 109 年 6 月，定期(每季)約束指標檢討改善後續追蹤情形。 2. 檢視同意書醫師或護理人員簽

共識基準	基準說明	評核方式/操作說明	評核標準	備註	機構應備資料
	<p>護人者，應依主管機關規定為之。</p> <p>4. 約束過程中並應隨時監測且有完整紀錄。</p> <p>5. 無不當之約束。</p>				<p>章。</p> <p>3-1 檢閱 1 位約束住民 108 年 7 月至 109 年 6 月之約束同意書。</p> <p>3-2 檢閱公費安置且無家屬或法定代理人者由委託之直轄市、縣（市）政府代表簽署之約束同意書。（若無公費安置個案免提供）</p> <p>4. 檢閱 1 位約束住民至少 1 個月的監測記錄。</p> <p>5. 請衛生局提供機構是否有不當約束申訴案件。</p>
五、侵入性照護之執行情形	<p>1. 訂有抽痰、換藥、換管路等侵入性技術之照護標準作業流程，並由護理人員執行。</p> <p>2. 護理人員依標準作業流程執行且技術正確。</p> <p>3. 定期稽核侵入性照護技術之正確性</p> <p>4. 依稽核結果，有檢討及改善措施。</p>	文件檢閱(參閱機構應備資料)	<p><input type="checkbox"/>C.完全不符合(備註說明)。</p> <p><input type="checkbox"/>B.部分符合(備註說明)。</p> <p><input type="checkbox"/>A.完全符合。</p>		<p>1. 檢閱護理人員年度侵入性照護技術稽核監測結果(成績總表)。</p> <p>2. 檢閱相關技術審查名單。</p> <p>3. 請衛生局提供機構是否有非護理人員執行侵入性照護技術之申訴案件。</p> <p>4. 檢閱 108 年 7 月至 109 年 6 月，抽痰、換藥、換管路等相關技術稽核檢討改善及追蹤結果。</p>

共識基準	基準說明	評核方式/操作說明	評核標準	備註	機構應備資料
六、服務對象非計畫性住院處理及監測情形	<ol style="list-style-type: none"> <li>訂有服務對象非計畫性住院處理辦法及流程並確實執行，如有發生非計畫性住院案件，應逐案及定期(每季)進行分析，檢討並有改善方案。</li> <li>針對非計畫性住院之服務對象有監測紀錄，且紀錄完整。</li> </ol>	文件檢閱(參閱機構應備資料)	<input type="checkbox"/> C.完全不符合(備註說明)。 <input type="checkbox"/> B.部分符合(備註說明)。 <input type="checkbox"/> A.完全符合。		<p>1-1 檢閱108年7月至109年6月非計畫性住院品質監測年度總表(須呈現閾值)。</p> <p>1-2 檢閱108年7月至109年6月，其中1個月份之逐案分析資料(以跌倒件數最多月份為主)。若年度均無非計畫性住院案例，須提出機構預防非計畫性住院相關措施：(1) 非計畫性住院風險分析，如：基本資料、年齡、性別、疾病、ADL、MMSE、....等，並列表說明。(2)分析全機構住民非計畫性住院風險評估優先順序。(3)依據高風險擬定非計畫性住院預防措施。</p> <p>2. 檢視上述資料正確性及完整性。</p>
七、服務對象營養評估及紀錄情形	<ol style="list-style-type: none"> <li>每位服務對象均有完整的營養評估及計畫，並存於服務對象個人照顧紀錄中。</li> <li>每位服務對象每月至少追蹤測量體重1次，並有紀錄。</li> <li>對營養指標異常之服務對象，有營養師介入之改善措施，且定期評值追蹤及修正飲食照護計畫。</li> </ol>	文件檢閱(參閱機構應備資料)	<input type="checkbox"/> C.完全不符合(備註說明)。 <input type="checkbox"/> B.部分符合(備註說明)。 <input type="checkbox"/> A.完全符合。		<p>1. 檢閱 108 年 7 月至 109 年 6 月，至少 2 位住民(至少 1 位為新個案)入住營養評估及定期營養評估及計畫。</p> <p>2. 檢閱上述 2 位住民每月體重紀錄。</p> <p>3-1 檢閱 1 位營養指標異常住民，營養師提供之改善措施計畫，含飲食照護計畫。</p> <p>3-2 提供上述住民營養評值追蹤紀錄。</p>

綜合建議事項

考核人員簽章：\_\_\_\_\_受評人員簽章：\_\_\_\_\_

# 臺北市府衛生局 109 年度一般護理機構督導考核紀錄表

## 消防/建築作業

機構名稱：\_\_\_\_\_考核日期：109 年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 ☐上午 ☐下午

共識基準	基準說明	評核方式/操作說明	評核標準	說明	機構應備資料
一、環境安全					
1.疏散避難逃生系統設置	1. 設置無障礙設施之逃生路徑，防火門應往避難方向開啟並隨時保持關閉，或能與火警自動警報設備連動而關閉，且不需鑰匙即可雙向開啟。 2. 逃生路徑為雙向(其中具備一座安全梯及兩個以上避難途徑)。 3. 樓梯間、走道及緊急出入口、防火門等周圍1.5公尺內保持暢通無阻礙物。 4. 設有等待救援空間或每樓層設有二區以上防火區劃。 5. 樓梯及升降機(電梯)應設置獨立防火區劃或適當之防火防煙措施。	現場實務觀察評估。	<input type="checkbox"/> 完全不符合。 <input type="checkbox"/> 符合 1 項。 <input type="checkbox"/> 符合第 2 項。 <input type="checkbox"/> 符合第 3 項。 <input type="checkbox"/> 符合第 4 項。 <input type="checkbox"/> 完全符合。		1. 機構平面圖，並標註避難路徑。 2. 依基準以圖片及文字說明避難逃生系統。

共識基準	基準說明	評核方式/操作說明	評核標準	說明	機構應備資料
2.訂定符合機構特性及需要之緊急災害應變計畫及作業程序，並落實演練	1. 對於火、風、水災、地震等緊急災害，訂有符合機構與災害特性之緊急災害應變計畫與作業程序。 2. 完備之緊急聯絡網及災害應變啟動機制，具有適當的人力調度、緊急召回機制。 3. 機構避難平面圖示應明顯適當，明確訂定各樓層住民疏散運送之順序與策略。 4. 應每年實施緊急災害應變演練2次，包括複合型緊急災害應變演練一次及夜間演練一次，並有演練之過程、檢討改善方案、紀錄。	1. 現場察閱機構相關緊急應變辦法及流程與每半年演練之紀錄(照片)。 2. 可比照火災之消防演練辦理相關編組與訓練課程。 3. 人員訪談。	<input type="checkbox"/> 完全不符合。 <input type="checkbox"/> 符合1項。 <input type="checkbox"/> 符合第2項。 <input type="checkbox"/> 符合第3項。 <input type="checkbox"/> 完全符合。		1. 各樓層住民疏散運送之順序與策略。 2. 機構與災害特性之緊急災害應變計畫與作業程序。 3. 緊急聯絡網及災害應變啟動機制。 4. 複合型緊急災害應變演練及檢討改善方案、紀錄(含照片)。
二、用電設備檢測自主檢查紀錄表					
1.用電設備檢測自主檢查紀錄表	1. 機構每6個月皆有定期檢視檢查「用電安全」並完成每月「用電安全自主檢查紀錄表」。(自108年起) 2. 機構內延長線為通過經濟部標準檢驗局認證，且外觀無破損、壓迫或熱溶解現象。	文件檢視及現場實務觀察評估。	<input type="checkbox"/> 完全不符合。 <input type="checkbox"/> 符合1項。 <input type="checkbox"/> 完全符合。		1.用電安全自主檢查紀錄表。 2.以圖片及文字依基準說明機構內延長線使用狀況。



綜合建議事項

核人員簽章：

受評人員簽章：

# 臺北市府衛生局 109 年度一般護理機構督導考核紀錄表

## 嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)確定病例之應變計畫作業

機構名稱：\_\_\_\_\_考核日期：109 年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 ☐上午 ☐下午

共識基準	基準說明	評核方式/操作說明	評核標準	備註	機構應備資料
壹、計畫訂定事項(6 項)					
一、工作人員管理與人力調度	<p>機構應依計畫範本訂定，提供各項資料，且應符合下列標準：</p> <p>(一)劃分照護區塊，工作人員分組</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.排定各組工作人員輪值班表與服務範圍，原則上工作人員不跨區不跨組提供服務。</li> <li>2.將休息區依空間或使用時段劃分，以利不同組/區之人員使用時加以區隔，避免不同區人員聚集。</li> </ol> <p>(二)掌握機構內具 COVID-19 感染風險之工作人員人數；除居家隔離/居家檢疫者依規定不可上班外，第一線照顧服務對象的工作人員於自主健康管理期間，依循「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>(三)工作人員每日體溫量測及健康狀況監測</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.若有發燒、嗅覺味覺異常、呼吸道症狀或不明原因腹瀉等疑似感染症狀需儘速就醫，並建議安排休假或限制從事照護或準備飲食服務，直至未使用解熱劑（如 acetaminophen 等退燒藥）且不再發燒 24 小時後，才可恢復工作。</li> <li>2.依據「人口密集機構傳染病監視作業注意事項」進行通報。</li> </ol> <p>(四)、建立機構人力備援計畫</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.工作人員因居家隔離/居家檢疫/自主健康管理或有發燒或呼吸道症狀而暫停上班時之人力調度計畫。</li> <li>2.機構內發生確定病例時之人力備援計畫。</li> </ol> <p>(五)掌握工作人員(含外照服員)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>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.檢視資料。</li> <li>2.請教工作人員如何執行。</li> <li>3.人員訪談。</li> </ol>	<input type="checkbox"/> D.完全不符合 (備註說明)  <input type="checkbox"/> C.符合其中 1 項  <input type="checkbox"/> B.符合其中 2 項  <input type="checkbox"/> A.完全符合		依照基準順序提供該項應變計畫資料

共識基準	基準說明	評核方式/操作說明	評核標準	備註	機構應備資料
二、機構住民安置與健康管理	<p>一、掌握機構內具 COVID-19 感染風險之住民人數；須居家檢疫者，請其於檢疫期滿後再返回機構。</p> <p>二、機構住民每日體溫量測及健康狀況監測</p> <p>(一)若有發燒、嗅覺味覺異常、呼吸道症狀或不明原因腹瀉等疑似感染症狀，儘速安排就醫。</p> <p>(二)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>三、訂定具感染風險服務對象發燒或出現呼吸道症狀時之就醫動線與流程，且工作人員清楚知悉。</p> <p>四、規劃隔離空間。</p> <p>(一)若有須接受居家隔離者，應安排 1 人 1 室。</p> <p>(二)若有疑似感染症狀，經醫療評估進行 COVID-19 採檢送驗者，應採取適當隔離防護措施，以降低機構內傳播風險。</p> <p>1.通報「嚴重特殊傳染性肺炎」者：依據「通報個案處理流程」，應住院隔離，經二次採檢 SARS-CoV-2 病毒核酸確認陰性且經醫療評估無須住院後，返回機構。</p> <p>2.由「疑似新冠病毒感染送驗入口」通報送驗者：視病情由醫療評估是否安排住院。若無須住院且為散發個案，則於採檢完返回機構後，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；若為群聚事件且機構單人房室不足提供所有個案 1 人 1 室隔離時，可視情況規劃集中照護，住民床位應間距 2 公尺以上或以實體屏障(如屏風或圍簾)區隔等，惟應遵循不可與無症狀者同室，並依感染風險等因素進行安排，例如，有症狀住民之無症狀室友不得與其他房室之住民同住等。</p> <p>(三)規劃因應隔離人數增多時之隔離空間開放順序(單房室、鄰近房室、整層樓等)。</p> <p>(四)協力機構名冊。</p>	<p>1.檢視資料。</p> <p>2.請教工作人員如何執行。</p> <p>3.人員訪談。</p>	<p><input type="checkbox"/>D.完全不符合 (備註說明)</p> <p><input type="checkbox"/>C.符合其中 1 項</p> <p><input type="checkbox"/>B.符合其中 2 項</p> <p><input type="checkbox"/>A.完全符合</p>		依照基準順序提供該項應變計畫資料

共識基準	基準說明	評核方式/操作說明	評核標準	備註	機構應備資料
三、服務調整與活動管理	一、避免不必要的活動。 二、分區分時段管理住民活動。	1.檢視資料。 2.請教工作人員如何執行。 3.人員訪談。	<input type="checkbox"/> D.完全不符合 (備註說明)  <input type="checkbox"/> C.符合其中 1 項  <input type="checkbox"/> B.符合其中 2 項  <input type="checkbox"/> A.完全符合		依照基準順序提供該項應變計畫資料
四、訪客管理	依循「衛生福利機構與榮譽國民之家因應 COVID-19(武漢肺炎)訪客管理作業原則」，進行訪客管理： (一)限制具 COVID-19 感染風險或有發燒、呼吸道症狀之訪客進入機構。 (二)管制訪客探訪次數與人數，並有詳實的訪客紀錄。 (三)盡量安排在公共區域會面，避免訪客進入住民區。 (四)鼓勵家屬採視訊方式探訪，機構盡量提供平板、網路等軟硬體協助。 (五)盡量不要有家屬或私人看護陪住，若必須陪住，僅限居住單人房之住民，且應由固定人員陪住，陪住人員應於 3 日內完成機構規定之教育訓練。 (六)透過社群媒體、網硯頁、電話聯絡等方式，宣導住民家屬了解機構之訪客管理政策。	1.檢視資料。 2.請教工作人員如何執行。 3.人員訪談。	<input type="checkbox"/> D.完全不符合 (備註說明)  <input type="checkbox"/> C.符合其中 1 項  <input type="checkbox"/> B.符合其中 2 項  <input type="checkbox"/> A.完全符合		依照基準順序提供該項應變計畫資料
五、環境清潔	常規清潔消毒：每日至少清潔 1 次地面，並針對經常接觸的環境表面，至少每日以適當消毒劑(如：1000ppm 漂白水)消毒；可視需要增加頻率	1.檢視資料。 2.請教工作人員如何執行。 3.人員訪談。	<input type="checkbox"/> D.完全不符合 (備註說明)  <input type="checkbox"/> C.符合其中 1 項  <input type="checkbox"/> B.符合其中 2 項  <input type="checkbox"/> A.完全符合		依照基準順序提供該項應變計畫資料

共識基準	基準說明	評核方式/操作說明	評核標準	備註	機構應備資料
六、防疫相關物資管理	一、訂定防疫相關物資領用規則。 二、每週清點機構內防疫相關物資存量，儘量維持至少可提供 1 個月所需的安全庫存量。	1.檢視資料。 2.請教工作人員如何執行。 3.人員訪談。	<input type="checkbox"/> D.完全不符合 (備註說明) <input type="checkbox"/> C.符合其中 1 項 <input type="checkbox"/> B.符合其中 2 項 <input type="checkbox"/> A.完全符合		依照基準順序提供該項應變計畫資料
綜合建議事項					

考核人員簽章：

受評人員簽章：