**110年臺北市政府衛生局**

機構編號

**一般護理之家督導考核書審資料冊**

**類別：消防-緊急災害應變計畫**

**機構名稱：**

**機構地址：**

**連絡電話：**

**負 責 人：**

**填表日期： 110 年 月 日**

目錄

[一、機構自填資料表 3](#_Toc78791673)

[二、機構自評表 8](#_Toc78791674)

[三、佐證資料 9](#_Toc78791675)

# 、機構自填資料表

一、機構基本資料  填寫日期：110年 月 日

1.機構名稱：

2.機構屬性：⬜公立 ⬜私立 ⬜財團法人 ⬜公立醫院附設 ⬜私立醫院(診所)附設

3.機構地址：

4.電話： 傳真：

＊重要事項聯絡之電子信箱 （請填寫清楚，若有變更需回覆衛生局）

5.設立總床數： 床

6.負責人姓名：

7.業務聯絡人姓名：

8.防火管理人職稱及姓名：

9.機構樓地板面積：（請填入總樓地板面積及各樓層樓地板面積）

(1)機構總樓地板面積： 平方公尺

(2)機構各樓層樓地板面積： 平方公尺、 平方公尺

平方公尺

二、機構收費標準

1.保證金：⬜有 元 ； ⬜無

2.每月收費金額：（請依機構內各房等填寫收費，若非下列房等，請自行依式製作）

| 收費標準  費用項目 | 收費標準 | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 收費項目 | | 最低收費金額 | 最高收費金額 |
| 住宿照護  (病房費、膳食費、清潔費、護理費、庶務費…) | 月托 | 多人房(三~八人) |  |  |
| 雙人房(二人) |  |  |
| 單人房(一人) |  |  |
| 日托 | 多人房(三~八人) |  |  |
| 雙人房(二人) |  |  |
| 單人房(一人) |  |  |
| 日間照護 | 月托 | 一/人日 |  |  |
| 一/人月 |  |  |
| 日托 | 一/人日 |  |  |
| 管路照護 | 留置鼻胃管 | |  | |
| 留置導尿管 | |  | |
| 留置氣切管 | |  | |
| 特殊醫材 | 傷口護理 | |  | |
| 呼吸器護理 | |  | |
| 造廔口護理 | |  | |
| 其他項目 | 復健 | |  | |
| 針灸 | |  | |
| 氧氣機 | |  | |
| 就醫 | |  | |
| 陪診費 | |  | |
| 過年加價費 | |  | |
| 救護車 | |  | |

\*收費項目請確實填報

3.保留床位如何收費：

4.使用電動氣墊床(含自備或租用)相關規定及是否取得合格標章：

三、機構入住個案活動能力 **(以目前入住人數計算)**

1.請以巴氏量表評估貴機構收案個案之活動能力：

0-20分： 人 ，21-60分： 人 ，61-90分： 人，

91-99分： 人 ，100分： 人

2.機構目前收置個案中需特別護理之個案數：**(以目前的人數計算)**

(1)鼻胃管留置： 人 (2)導尿管留置： 人 (3)氣切套管留置： 人

(4)同時二管留置： 人 (5)同時三管留置： 人 (6)洗腎： 人

(7)壓瘡護理： 人 (8)其他傷口護理： 人 (9)需約束： 人

(10 )其他： 人

四、機構人力配置與訓練(109年7月至110年6月)

1.機構目前人力與訓練狀況：

| 職稱 | 專任(名) | 兼任(名) | 外包 | 長照  Level I | 長照  Level II | 長照  Level III | 兼任人員週服務平均時數(小時)/外包說明 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 機構負責人 |  |  |  |  |  |  |  |
| 護理人員(護士、護理師) |  |  |  |  |  |  |  |
| 本國籍照顧服務員 |  |  |  |  |  |  |  |
| 外國籍照顧服務員 |  |  |  |  |  |  |  |
| 社會工作人員 |  |  |  |  |  |  |  |
| 醫師 |  |  |  |  |  |  |  |
| 物理治療師(生) |  |  |  |  |  |  |  |
| 職能治療師(生) |  |  |  |  |  |  |  |
| 營養師 |  |  |  |  |  |  |  |
| 藥師(藥劑生) |  |  |  |  |  |  |  |
| 廚工及供膳人員 |  |  |  |  |  |  |  |
| 洗衣人員及清潔人員 |  |  |  |  |  |  |  |
| 行政人員(含會計、人事、總務及庶務) |  |  |  |  |  |  |  |
| 防火安全人員 |  |  |  |  |  |  |  |
| 其他人員 |  |  |  |  |  |  |  |

註：醫事人員、社工人員接受長照醫事專業課程者，請填復下列名單(如有不足請自行增列)：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 職稱 | 姓名 | 身分證字號 | 長照Level Ⅰ  證書字號 | 長照Level Ⅱ  證書字號 | 長照Level Ⅲ  證書字號 |
|  |  |  |  |  |  |

2.護理及照顧服務員人力配置比例(例如一位護理人員：幾位住民)

(1)各班護理人力與住民比例：請依貴機構派班情形①或②任寫一種

①白 班： 人，小夜班： 人，大夜班： 人

②白 班： 人，夜 班： 人

(2)各班照顧服務員與住民比例：請依貴機構派班情形①或②任寫一種

①白 班： 人，小夜班： 人，大夜班： 人

②白 班： 人，夜 班： 人

(3)照顧服務員(含外籍)資料：(篇幅不足時，請自行依式製作)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性別 | 年齡 | 教育程度 | 訓練名稱 | 訓練時間 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

3.社會工作業務

(1)貴機構是否設有社工人員？ ⬜否 ⬜是，專任： 人；兼任： 人

(2)請填寫負責社會工作人員的資料(篇幅不足時，請自行依式製作)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 學歷(科系別) | 姓名 | 學歷(科系別) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

4.家屬自聘照顧服務員(含外籍)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性別 | 年齡 | 教育程度 | 訓練名稱 | 訓練時間 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

五、貴機構是否與其他醫療機構建立合作轉診關係

⬜無 ⬜有，請填下列特約醫院明細

(若超過二家醫療機構時，請自行依式製作)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 機構 名稱 | ⬜醫院 ⬜診所 | ⬜醫院 ⬜診所 |
| 項目 | 1.科別：  2.醫院或診所以最快交通工具抵達時間？  ⬜15分鐘內 ⬜15分鐘至半小時  ⬜半小時至一小時 ⬜一小時以上  3.提供之服務內容（可複選）  ⬜門診 ⬜急診 ⬜住院 ⬜健檢  ⬜復健 ⬜洗腎 ⬜ 其他  4.巡診醫師  ⬜固定 ⬜ 輪調  5.醫師巡診頻率  ⬜定期巡診，每月 次  ⬜只有白天或假日  ⬜隨時ON CALL ⬜ 其他 | 1.科別：  2.醫院或診所以最快交通工具抵達時間？  ⬜15分鐘內 ⬜15分鐘至半小時  ⬜半小時至一小時 ⬜一小時以上  3.提供之服務內容（可複選）  ⬜門診 ⬜急診 ⬜住院 ⬜健檢  ⬜復健 ⬜洗腎 ⬜ 其他  4.巡診醫師  ⬜固定 ⬜ 輪調  5.醫師巡診頻率  ⬜定期巡診，每月 次  ⬜只有白天或假日  ⬜隨時ON CALL ⬜ 其他 |

六、實地災害模擬演練

1.提供貴單位緊急災害應變計畫書、演練腳本

2.至少辦理2次實地災害演練(含夜間演練1次)

⬜是 ⬜否(辦理規劃)

夜間實地災害演練之參演人員是否為包含機構業務負責人、輪值大小夜班之護理人員及照服員(包括外籍照服員)且未超過大夜班人數上限 ⬜是 ⬜否

七、消防安全

1.提供防火區劃內防火填塞材質。

2.提供貴單位防火教育訓練課程。

八、貴單位109年7月至110年6月之服務量。

1.進住總人次數： 人次

2.平均每月進住人次數： 人次

3.平均每月佔床率：

九、嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)確定病例之應變計畫

提供貴單位應變計畫

# 二、機構自評表

# 三、佐證資料