**111年臺北市政府衛生局**

機構編號

機構編號

**一般護理之家督導考核書審資料冊**

**類別：專業-感染管制**

**機構名稱：**

**機構地址：**

**連絡電話：**

**負 責 人：**

**填表日期： 111 年 月 日**

目錄

[壹、 機構基本資料表 3](#_Toc109117951)

[貳、 機構自評表 8](#_Toc109117952)

[參、 佐證資料 11](#_Toc109117953)

# 機構基本資料表

1. 機構基本資料  填寫日期：111年 月 日
2. 機構名稱：
3. 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
4. 機構地址：
5. 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）

1. 設立總床數： 床
2. 負責人姓名：
3. 業務聯絡人姓名：
4. 防火管理人職稱及姓名：
5. 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）
6. 機構總樓地板面積： 平方公尺
7. 機構各樓層樓地板面積： 平方公尺、 平方公尺、 平方公尺
8. 機構收費標準
9. 保證金：⬜有 元；⬜無
10. 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** | **(機構自填)** | |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |

\*收費項目請確實填報

1. 保留床位如何收費：

1. 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：

1. 機構入住個案活動能力**(以目前入住人數計算)**
2. 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

1. 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

1. 機構人力配置與訓練(110年7月至111年6月)
2. 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 |
|  |  |  |  |  |  |

1. 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)
2. 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

1. 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

1. 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 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. 社會工作業務
2. 貴機構是否設有社工人員？ ⬜否 ⬜是，專任： 人；兼任： 人
3. 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) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. 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 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. 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 |

1. 實地災害模擬演練
2. 提供貴單位緊急災害應變計畫書、演練腳本
3. 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

1. 消防安全
2. 提供防火區劃內防火填塞材質。
3. 提供貴單位防火教育訓練課程。
4. 貴單位110年7月至111年6月15日之服務量。
5. 進住總人次數： 人次
6. 平均每月進住人次數： 人次
7. 平均每月佔床率：
8. 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

# 機構自評表

臺北市政府衛生局111年度一般護理之家暨住宿式長照機構督導考核紀錄表

感染管制

機構名稱： 考核日期： 111 年 月 日

| 共識基準 | 基準說明 | 評核方式 | 評核標準 | 機構應備資料 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 一、服務對象感染預防處理及監測情形 | 1. 有服務對象感染預防措施處理辦法及流程 2. 針對服務對象感染有監測記錄且紀錄完整 3. 對於發生感染案件應逐案及定期（至少每半年）檢討並有改善方案 | 文件檢閱 | □A完全符合。  □B符合其中2項。  □C符合第1項且第2項部分符合。  □D符合第1項。  □E完全不符合。 | 1. 服務對象感染預防措施處理辦法及流程 2. 提供感染案件監測之110年報表及111年上半年月報表。 3. 提供感染案件之監測紀錄，及該案之改善方案。 |
| 二、人員完成感控教育時數 | 1. 新進人員（含專兼任）於到職後一個月內有接受至少4小時感染管制時數 2. 每位工作人員（含專兼任）均有感染管制4小時教育時數   註：   1. 繼續教育積分認證、長照積分認證、學協會、醫院開辦之感染管制課程或疾病管制署錄製放置於行政院人事行政總處e等公務園+學習平臺之課程並提出相關證明可認列，若為獨立型態機構內部所開辦之提升課程則需另附講師經歷或感染管制相關證明等供委員評核後得以認列。 2. 認列時數對象為工作人員，含兼任人員，不包含志工。 3. 時數認證110年度應有4小時，111年6月30日前至少應有2小時。 | 文件檢閱 | □A完全符合。  □B符合第1項且第2項部分符合。  □C符合第1項。  □E完全不符合。 | 1. 新進及在職工作人員感控教育時數匯總表，及課程明細表。 2. 針對新進人員於備註欄註明到職日期。 |
| 三、工作人員定期接受健康檢查情形 | 1. 新進服務人員到職日之前三個月內的體檢報告，項目包含：胸部X光、血液常規及生化、尿液檢查且有紀錄，及B型肝炎抗原抗體報告。 2. 在職服務人員每年接受健康檢查，檢查項目應包含：胸部X光、血液常規及生化、尿液檢查，且有紀錄。 3. 了解健康檢查報告並對於檢查異常值之項目，有追蹤輔導措施。 | 文件檢閱 | 有新進人員：  □A完全符合。  □B符合其中2項。  □C符合其中1項。  □E完全不符合。  無新進人員：  □A符合第2項與第3項。  □B符合第2項，第3項部分符合  □C符合第2項。  □E完全不符合。 | 1. 新進及在職所有工作人員健康檢查報告，另準備彙總表，於彙總表標註檢查值是否正常及新進人員到職日。 2. 如有檢查異常值之項目，檢附追蹤輔導紀錄。 |
| 四、辦法訂定 | 1. 訂定感染管制手冊。 2. 定期更新感染管制手冊。 3. 確實執行感染管制手冊。   註：訪客規定一定要有更新且使用最新版本。 | 1. 文件檢閱 2. 機構應提出感染管制執行佐證資料 3. .環境清潔稽核結果 4. .手部衛生稽核結果 5. 至少每年更新或審閱 | □A完全符合。  □B符合其中2項。  □C符合第1項且第2項部分符合。  □D符合第1項。  □E完全不符合。 | 1. 感染管制手冊，須有修訂或審閱時間標示。 2. 環境清潔資料須提出環境清潔稽核計畫，即資料檢視期間其中一個月份之環境清潔稽核結果及成果報告，若有委外環境清潔，可檢附佐證資料。 3. 洗手技術正確率或洗手時機遵從性年度監測計畫、110年度年報表及111年度1月至督導考核前之手部稽核報表月報表。 |
| 五、防疫機制建置情形 | 1. 落實服務對象及工作人員體溫測量及健康監測，且有完整紀錄，並依「人口密集機構傳染病監視作業注意事項」規定按時上網登載。 2. 呼吸道傳染病、腸道傳染病、不明原因發燒及群聚感染事件應訂有作業流程及通報辦法且依規定按時通報。 3. 配置完善洗手設施。 | 1. 文件檢閱 2. 應有增加針對家屬或訪客的防疫機制 3. 體溫測量依衛生福利部疾病管制署規範執行 4. 工作車、住民房間、公共區域，人員，配置合宜乾洗手液情形 | □A完全符合。  □B符合其中2項。  □C符合1項  □E完全不符合。 | 1. 111年度6月份3位服務對象及全體工作人員每日體溫測量及健康監測制表。 2. 呼吸道、腸道、皮膚傳染及不明原因發燒及群聚感染事件作業流程及通報辦法。 3. 家屬或訪客防疫機制文件。 4. 以平面圖標示工作車、濕洗手、乾洗手、住民房間、公共區域人員等位置，並輔以照片說明。 5. 請衛生局提供機構是否違反疾病管制署人口密集機構傳染病監視作業登錄之事實。 |

# 佐證資料