**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-COVID-19應變計畫**

**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 14](#_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

衛生福利機構（住宿型）因應發生COVID-19確定病例之應變整備作戰計畫

（依中央疫情指揮中心111年6月28日公告「住宿式長照機構COVID-19強化管制措施」訂定）

機構名稱： 考核日期： 111 年 月 日

壹、國內發現感染源不明的確定病例，機構內尚無確定病例（整備階段）

| 措施項目 | 基準說明 | 評核方式 | 評核標準 | 機構應備資料 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. 訂定應變團隊組織架構與權責，確認任務分工及緊急聯繫窗口等事宜 | 1. 應變團隊組織架構圖，明定指揮官、各任務分組及任務分工。 2. 應變團隊成員名單，明列各成員聯絡方式及負責事項（含備援人員與順序）。 3. 機構內緊急聯繫窗口名單、聯繫時機。 | 文件檢閱 | □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。 | 1. 嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19）確定病例之應變計畫，內含應變團隊組織架構圖，應變團隊成員名單（含聯絡方式及負責事項），緊急聯繫窗口與聯繫時機。 2. 嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19）確定病例之應變計畫周知團隊成員及緊急聯繫窗口之佐證。 |
| 二、工作人員管理與人力調度 | 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）。 2. 將休息區依空間或使用時段劃分，按人員分組進行區隔。 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。 4. 工作人員之COVID-19疫苗接種情形造冊管理。（衛生局提供登錄表） 5. 機構對工作人員與住民加強鼓勵疫苗接種宣導措施。 | 文件檢閱 | □A 完全符合。  □B 符合其中4項。  □C 符合其中3項。  □D 符合其中2項。  □E 完全不符合或未達D。 | 1. 照護區域分艙分流規範。 2. 休息區分組區隔規範。 3. 工作人員每日體溫量測紀錄表1個月，如有體溫異常，需備註說明。 4. 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。 5. 檢附確診工作人員休假及返回工作之說明；若有實際個案，檢附處理說明。 6. 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。 7. 工作人員居住處未能1人1室（含獨立衛浴）隔離之提供隔離場所協助之方案。 8. 工作人員COVID-19疫苗及流感疫苗接種明細表。 |
| 三、機構住民安置與健康管理 | 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。 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。 4. 住民之COVID-19疫苗接種情形造冊管理。 5. 制定住民快篩陽性及陰性處理流程，及住民病況惡化之處理流程。 6. 制定各類照護分區(紅、黃、綠區）之照護原則、人力規劃、防護裝備、篩檢頻次及照護操作流程。 7. 住院個案返回機構照護作業流程。 | 文件檢閱 | □A 完全符合。  □B 符合其中5項。  □C 符合其中3項。  □D 符合其中1項。  □E 完全不符合。 | 1. 住民健康狀況及具COVID-19感染風險人數掌握之執行方式與紀錄。 2. 111年度6月份服務對象及工作人員每日體溫測量及健康監測制表。 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規範。若有個案檢附紀錄，若無則備註無個案。 4. 確診住民之安置方式與隔離空間安排規範。若有個案檢附紀錄，若無則備註無個案。 5. 住民之COVID-19疫苗接種紀錄佐證。 6. 進行住民採檢之流程說明。 |
| 四、服務調整與活動管 | 1. 訂定住民分區分時段活動班表。 | 文件檢閱 | □A 完全符合。  □E 完全不符合。 | 1. 住民分區分時段活動班表。 |
| 五、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等）。 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。 | 文件檢閱 | □A 完全符合。  □B 符合其中6項。  □C 符合其中4項。  □D 符合其中2項。  □E 完全不符合。 | 1. 於入口處進行訪客體溫量測、手部衛生及詢問TOCC，以圖文說明。 2. 提供督考資料（111年6月）之訪客紀錄（包括日期、訪視對象、訪客姓名、電話、TOCC等）。 3. 限制具COVID-19感染風險訪客勿進入機構之規範。 4. 訪客探訪次數與探訪時間管理規範。 5. 家屬或私人看護陪住管理規範。 6. 提供視訊探訪協助規範。 7. 通知住民家屬訪客管理原則佐證。 |
| 六、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(含因確診或休假時替代人力)安排。 | 文件檢閱 | □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。 | 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。 4. 111年5月、6月環境消毒佐證資料 |
| 七、防疫相關物資管理 | 1. 盤點機構內個人防護裝備、手部衛生用品、環境清潔消毒用品等防疫相關物資存量。 2. 訂定防疫相關物資領用規則。 3. 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。 | 文件檢閱 | □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。 | 1. 機構內個人防護裝備、手部衛生用品、環境清潔消毒用品等防疫相關物資存量盤點表。 2. 防疫相關物資領用規則。 3. 防疫相關物資維持1個月所需的安全庫存量明細表。 |

貳、機構內出現確定病例（應變階段）

| 措施項目 | 方案項目 | | 基準說明 | 評核方式 | 評核標準 | 機構應備  資料 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一、工作人員管理與人力調度   1. 依實務狀況參考右列方案。 2. 不同方案得併行。 | 人力短缺應變措施 | | 1. 啟動人力備援計劃。 2. 依據「因應COVID-19疫情醫療照護工作人員返回工作建議」制定確診及居家隔離者之工作人員返回原則及其他注意事項。 3. 確實向主管機關提出申請工作人員返回工作。 | 1. 文件檢閱 2. 依據「因應COVID-19疫情醫療照護工作人員返回工作力短缺之應變處置建議」辦理 | □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。 | 1. 因應機構內發生確定病例之人力備援計畫。 2. 確診及居家隔離者之工作人員返回原則及其他注意事項。 3. 確診工作人員申請工作人員返回工作資料。 |
|  | 因應確診人員及接觸者應變措施 | | 1. 制定確診及非確診之工作人員返回工作注意事項及採檢原則。 2. 召回之確診者於符合解除隔離治療條件前，照護對象僅限確診病人或住民為原則，不得同時照護非確診病人或住民。 3. 機構應避免確診工作人員與非確診工作人員共同工作或共用公共空間，落實分艙分流。 4. 妥適安排確診工作人員住宿、交通及飲食等，提供必要生活協助及強化健康監測措施。 | 文件檢閱 | □A 完全符合。  □B 符合其中3項。  □C 符合其中2項。  □D 符合其中1項。  □E 完全不符合。 | 1. 確診及非確診之工作人員返回工作注意事項及採檢原則。 2. 確診及非確診之工作人員返回工作人力安排、健康監測資料與動線規劃資料。   註:確診員工總表，確診者須於備註欄註記確診日期。 |
| 二、機構住民安置與健康管理   1. 依實務狀況參考右列方案。 2. 不同方案得併行。 | 應變通則   1. 機構應主動向所有住民之家屬說明機構內疫情。 2. 與院內感管人員或衛生局進行討論(視訊或電聯)感管動線。 3. 完成住民分區，使用紅黃綠色地貼 或其他方式標示，落實分艙分流，並提供分區後工作人員班表。 4. 確診住民雲端造冊，連絡確診住民家屬充分說明處理方案，並定期或視病況向確診住民家屬說明健康情況。 | | | 文件檢閱 | □A 完全符合。  □B 符合3項。  □C 符合2項。  □D 符合1項。  □E 完全不符合。 | 1. 通知住民家屬之說帖與期間收費調整執行方式規劃。 2. 家屬接回住民之作業流程與動線規劃。 3. 規劃隔離空間啟用順序。 |
| 方案一 | 家屬接回 | 1. 適用本方案住民必須確認返家可落實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。 | □A 完全符合。  □B 完全符合應變通則及方案一其中2項。  □C 完全符合應變通則及方案一其中1項。  □E 完全不符合。 | 執行計畫及實際情況發生之計畫執行紀錄。  (無執行此方案，僅須提供執行計畫。) |
| 方案二 | 就地隔離安置 | 1. 制定各類照護分區(紅、黃、綠區)之照護原則、人力規劃、防護裝備、篩檢頻次及照護操作流程，並應有下列原則： 2. 生命徵象監測：紅區應4小時1次；黃、綠區應每8小時1次；快篩陽性、住民病徵明顯或是病況惡化，隨時生命徵象監測。 3. 通報119及衛生局：血氧低於96%加上出現胸悶、呼吸次數大於20次/分)等症狀。 4. 安排醫師視訊診療評估健康狀況，盡速給予藥物治療。 5. 不得拒絕收住出院轉回機構照護之住民。 | □A 完全符合。  □B 完全符合應變通則及符合方案二第一項其中2點，且符合第二項。  □C 完全符合應變通則及符合方案二第一項其中1點，且符合第二項。  □D 完全符合應變通則及方案二第一項或第二項。  □E 完全不符合。 | 執行計畫及實際情況發生之計畫執行紀錄。  (無執行此方案，僅須提供執行計畫。) |
| 方案三 | 醫院收治 | 1. 中重症確診個案，應送醫院隔離治療。 2. 在醫療量能許可情況下，依據「COVID-19確診病例分流收治原則」，將符合住院條件之住民收治於醫院。 | □A 完全符合。  □C 完全符合應變通則及符合方案三其中一項。  □E 完全不符合。 | 執行計畫及實際情況發生之計畫執行紀錄。  (無執行此方案，僅須提供執行計畫。) |
| 方案四 | 加強型集檢所/防疫旅館收治 | 依據「COVID-19確診病例分流收治原則」，符合入住加強型集中檢疫場所/防疫旅館條件之住民，於量能可行情況下安排入住加強型集中檢疫場所/防疫旅館。 | □A 完全符合。  □E 完全不符合。 | 執行計畫及實際情況發生之計畫執行紀錄。  (無執行此方案，僅須提供執行計畫。) |

**OO護理之家工作人員健康管理登錄表**

**(隔離場所類別:A 醫院隔離、B 集中檢疫所、C 居家隔離、D 自主健康管理、E就地隔離、F其他)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **編號** | **姓名** | **職稱** | | | | | **確診情形** | | | **目前健康管理情形及期程** | | | | | | | | |
| **護理人員** | **照服員** | **行政人員** | **兼職人員** | **其他** | **確診** | **確診日期** | **無**  **確診** | **隔離場所** | | | | | | **開始日期** | **結束日期** | **預計上班日期** |
| **1** | **XXX** |  | **V** |  |  |  | **V** | **7/12** |  | **C** | | | | | | **7/12** | **7/19** | **7/20** |
| **V** | **7/27** |  | **E 就地隔離** | | | | | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | **V** | **D** | | | | | | **7/12** | **7/14** | **7/15** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | |  |  |  |
| **合計** |  |  |  |  |  |  |  |  |  | A | B | C | D | E | F |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**OO護理之家工作人員居住處所調查表**

**一、工作人員居住處所統計**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **居住**  **安排** | **可**  **1人1室** | **需要替代安置隔離場所** | | | | | |
| **親友**  **可支援住所** | **登記**  **防疫旅館** | **需要機構**  **協助安排** | **其他安置** | | |
|  |  |  |
| **人數** |  |  |  |  |  |  |  |

**二、工作人員居住處所調查**

| **姓名** | **職稱** | **目前居住處地是否可以安排1人1室(含獨立衛浴)** | | **替代安置隔離場所** | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **是** | **否** | **親友支援住所** | **防疫**  **旅館** | **機構協助安排** | **其他安置** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

# 佐證資料