**111年臺北市政府衛生局**

機構編號

機構編號

**居家護理所督導考核書審資料冊**

**類別：專業-COVID-19確診病例之應變計畫**

**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](#_Toc103765342)

[貳、機構自評表 5](#_Toc103765343)

[參、佐證資料 7](#_Toc103765344)

# 機構基本資料表

1. **居家護理機構基本資料**  填寫日期：111年 月 日
2. 機構名稱：
3. 地 址：
4. 電 話： 傳真：
5. 機構負責人： E－MAIL：

手機：

1. 重要訊息聯絡人： E－MAIL：

手機：

1. 居家護理人員資料 (欄位不足請自行增加)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | a職稱（請填寫編號） | b學歷（請填寫編號） | 從事居家護理年資 | c近六個月平均月訪視量 | d養護機構個案佔比例 | e每月上班天數平均 | **110**年接受長期照護相關訓練時數 | **111**年1-6月接受長期照護相關訓練時數 |
| 機構內 | 機構外 | 機構內 | 機構外 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. 職稱：1.護理長 2.全職居家護理師 3.全職居家護士 4.兼職居家護理師 5.兼職居家護士

6.呼吸治療師 7.其他（請註明職稱）

**（全職護理人員：指負責居家護理相關業務；兼職護理人員除負責居家護理業務，另須兼其它業務， 如預防接種、出院準備服務等）**

1. 學歷：請寫最高學歷，1.五專 2.二專 3.四技 4.二技 5.大學 6.研究所

**（目前若尚在進修中，請在學歷旁附註(\*)號）**

1. 近六個月平均月訪視量：記算時應排除特殊情況，如產假
2. 養護機構個案佔比例：機構個案數/總個案數
3. 每月平均上班天數：兼職人員填寫平均每月執行居家護理訪視的天數

**二、服務行政區：**

□臺北市：□中正、□松山、□信義、□大安、□中山、□大同、□萬華、□文山、

□南港、□內湖、□士林、□北投

□新北市：□永和、□中和、□板橋、□三重、□新莊、□汐止、□新店、□土城、

□蘆洲、□淡水、□五股、□八里、□深坑、□石碇、□烏來、□三峽、

□泰山、□樹林、□鶯歌、□林口、□三芝、□萬里、□金山、□瑞芳、

□平溪、□雙溪、□貢寮、□坪林、□石門

□其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(請詳述)

**三、機構服務個案狀況：**

1. 居家個案人數（不含機構）：
2. 機構個案人數： （欄位不足請自行增加）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 護理之家名稱 | 行政區別 | 服務人數 | 開始合作時間 | 醫療廢棄物 | 該機構評鑑**結果** |
| 攜回項目 | **107年** | **108年** | **109年** | **110年** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 安養機構名稱 | 行政區別 | 服務人數 | 開始合作時間 | 醫療廢棄物 | 該機構評鑑**結果** |
| 攜回項目 | **107年** | **108年** | **109年** | **110年** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. 個案資源耗用群統計

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 類 別 | 第一類 | 第二類 | 第三類 | 第四類 |
| 個案數 |  |  |  |  |

**四、機構協助社區及機構在職教育情形（以長期照護個案或機構為主）**

|  |
| --- |
| 在職教育時數 |
| 在職教育或活動名稱 | 活動時間 | 參加人數（請註明機構名稱/參加人數） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

# 機構自評表

臺北市政府衛生局111年度居家護理機構督導考核紀錄表

嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19）防疫暨確定病例之應變計畫作業（50%）

機構名稱： 考核日期： 111 年 月 日

| 序號 | 基準 | 操作說明 | 評核方式 | 評核標準 | 機構應備資料 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| C1（6） | 成立防疫應變小組 | 成立防疫應變小組與責任分工。至少包含任務職稱、姓名、聯絡電話及負責事項（職掌）等。 | 文件檢閱 | □A 完全符合。（6）□B 符合其中1項。（3）□C 完全不符合。（0） | 防疫應變小組編組表或組織架構圖均可（若一人單位，則請加入合約醫師或支援伙伴，居家護理師必須納入）。 |
| C2（12） | 服務人員健康管理 | 訂定服務人員健康監測計畫，並有異常追蹤處理機制。落實服務人員每日體溫量測及健康狀況監測。若有發燒、嗅味覺異常、呼吸道症狀或不明原因腹瀉等疑似感染COVID-19症狀時需儘速就醫、安排休假或限制外出訪視，並依中央疫情指揮中心相關規定落實遵循。建置服務人員諮詢及關懷管道。 | 文件檢閱 | □A 完全符合。（12）□B 符合其中2項。（8）□C 符合其中1項。（4）□D 完全不符合。（0） | 服務人員健康監測計畫及異常追蹤處理機制。檢附服務人員諮詢及關懷管道辦法、機制或紀錄。服務人員每日體溫量測及健康狀況監測結果紀錄。（至少一週） |
| C3（12） | 落實服務人員訪視防疫政策 | 訂有服務人員訪視防疫政策作業標準，並有稽核機制。訂有服務人員訪視防疫個人防護標準裝備（如口罩、護目鏡或面罩、頭套、防護衣等）使用時機及方式。訪視前電話先詢問訪視個案及同住案家TOCC及健康狀況評估（發燒、嗅味覺異常、呼吸道症狀或不明原因腹瀉等疑似感染COVID-19症狀）。若服務對象（個案及同住者）有TOCC史或疑似感染COVID-19症狀，無法如期提供服務時，應有提供電話關懷機制。有定期稽核紀錄。 | 文件檢閱 | □A 完全符合（12）□B 符合其中3項。（10）□C 符合其中2項。（6）□D 符合其中1項。（4）□E 完全不符合。（0） | 服務人員訪視防疫政策作業標準。服務人員訪視防疫政策稽核紀錄。（每位人員至少一次）檢附一份服務對象關懷相關紀錄（LINE截圖、電話截圖等均可）所謂定期稽核是指依機構自訂之標準。 |
| C4（8） | 建立機構人力調度及備援計劃 | 建立服務人員因居家隔離/檢疫/自主健康管理或有疑似感染COVID-19症狀而停止上班時之人力調度計劃。建立服務人員發生確定病例時之人力備援計劃（含暫停服務時，服務個案之後續照護支援）。 | 文件檢閱 | □A 完全符合。（8）□B 符合其中1項。（5）□C 完全不符合。（0） | * + - 1. 人力調度及備援計劃。
			2. 檢附一份造冊之支援居家護理機構名稱、聯絡方式及付費原則等。（至少3家）
 |
| C5（6） | 防疫物資管理 | 訂有防疫物資管理標準（至少含設定量及領用原則）。每週清點防疫物資存量，須維持至少可提供一個月所需的安全庫存量。 | 文件檢閱 | □A 完全符合。（6）□B 符合其中1項。（4）□C 完全不符合（0） | 防疫物資管理標準。防疫物資庫存管理每週清點查核表。（至少一個月；快篩試劑依機構庫存準備為主，不受限一個月存量） |
| C6（6） | 服務人員接受COVID-19疫苗注射情形 | 依規定繕造、提報COVID-19疫苗預防接種名冊。配合政策，服務人員有接種COVID-19疫苗，而未施打疫苗者有註明原因並留有紀錄。具有鼓勵服務人員接種COVID-19疫苗之策略。 | 文件檢閱 | □A 完全符合。（6）□B 符合其中2項。（5）□C 符合其中1項。（3）□D 完全不符合。（0） | 1. 111年度COVID-19疫苗預防接種名冊（需有三劑疫苗接種，且須有小黃卡影本或電子數位證明佐證）。
2. 未施打COVID-19疫苗者原因之記錄。
3. 鼓勵服務人員接種COVID-19疫苗之策略或替代方案。
 |

# 佐證資料