

衛生福利部 111 年度住宿式長期照顧服務機構評鑑 受評機構基本資料

機構類型：住宿式服務類 綜合式(綜合服務類型：居家式；社區式：_____)

機構名稱：_____

機構地址：_____

連絡電話：_____

填表人(含職稱)：_____

填表日期： 112 年_____月_____日

委員類別： 行政 護理 A 護理 B 環安 權益

機構關防

機構負責
人用印

衛生福利部 111 年度住宿式長期照顧服務機構評鑑
受評機構基本資料

- 一、機構名稱：(全稱) _____
- 二、機構地址：_____縣(市)_____鄉(鎮市區)_____路(街)_____段_____巷_____號_____樓
- 三、聯絡電話：_____
- 四、負責人及業務負責人：_____ / _____
- 五、許可設立床數：計_____床
- 六、機構屬性：
- 1.公立
- 2.公設民營
3. 3-1 長照社團法人 3-2 長照財團法人 3-3 其他財團法人 3-4 其他公益社團法人
- 3-5 醫療法人 3-6 其他法人

七、機構設立許可日期及文號：_____年_____月_____日_____字第_____號

八、機構開始營運日期：_____年_____月_____日

九、目前實際收住人數：(以 111 年 6 月 30 日為準)

	收住人數
公費	
自費	
合計	

十、特約長照服務或其他附設服務：(接受地方政府委託辦理之服務)

1.居家服務 2.日間照顧 3.專業服務 4.喘息服務 5.其他(請說明：_____)6.無

十一、 收住服務對象情形：(以該年度 12 月 31 日資料為準；111 年以 111 年 6 月 30 日為準)

年度	實際開放床數 註 1	該年入住 總人日數 註 2	該年新 入住人數 註 3	該年底留住人數				
				合計	男性		女性	
					未滿 65 歲	65 歲(含) 以上	未滿 65 歲	65 歲(含) 以上
109 年								
110 年								
111 年								

註：

- 1、實際開放床數：該年度 12 月 31 日之實際開放床數，如：110 年 6 月床數為 40 床，110 年 11 月擴床為 49 床，則 110 年實際開放床數填 49 床。
- 2、該年入住總人日數：該年度 1 至 12 月底每日實際入住的人數合計，以有辦理入住手續者始列計，排除喘息及保留床。
- 3、該年度新入住人數：請排除喘息個案。

十二、 建築物所有權：

1.自有 2.租賃 3.部分自有，部分租賃(請說明：_____)

4.公有 5.其他(請說明：_____)

十三、 房屋形式(複選)：

1.平房_____棟

2.樓房_____棟，整棟建築物最高_____樓

3.大樓一部分，座落樓層為第___樓，整棟建築物共___樓(註：座落樓層以建物所有權狀為準)

4.其他(請說明：_____)

十四、 收費計價方式(可複選)：

1.統一收費標準

2.依住房人數收費

3.依住民特殊照護需求程度收費(評估工具：3.1 巴氏量表；3.2 MMSE 量表；

3.3 其他_____)

4.依住民配置管路數收費

5.其他(請說明：_____)

十五、 人員配置：(以 111 年 6 月 30 日止為準)

人員職稱	合計	專職	兼職	工作人員與住民比率
護理人員				
本國籍照顧服務員				
外籍看護工				
社會工作人員				
醫師				
物理治療人員				
職能治療人員				
營養師				
藥師(藥劑生)				
廚師及供膳人員				
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(含替代役)				
合計				

十六、 全職員工離職率：

類別	離職人數			前期期末在職人數加本期進用人數			離職率			在職率		
	109年	110年	111年	109年	110年	111年	109年	110年	111年	109年	110年	111年
護理人員												
本國籍 照顧服務員												
外籍看護工												
總計												

註：

- 1、開業未滿一年的機構，以開業日起至111年6月30日資料為準。
- 2、離職率=(離職人數÷前期期末在職人數+本期進用人數)×100%。
- 3、前期期末係指前一年度之12月31日當日為基準。
- 4、在職率=1-離職率。

十七、 歷年內接受流感疫苗施打情形：

(以該年度 12 月 31 日資料為準；111 年以 111 年 6 月 30 日為準)

年度	服務對象人數 (a)	接受疫苗施打 服務對象人數 (b)	服務對象施打率 [b/(a-不適合施打人數)]×100%	工作人員數 (c)	接受疫苗施打 工作人員數 (d)	工作人員施打率 [(d/(c-不適合施打人數)]×100%
109						
110						
111						

十八、 住民現況：(至 111 年 6 月 30 日止，住民人數計____人)

(一) 1. 依巴氏量表評估日常活動能力：

分數	人數	比率
100 分		
91-99 分		
61-90 分		
21-60 分		
20 分以下		

2. 其他：使用其他量表評估，請敘明其分類方式及各類人數占住民人數比率，請說明：_____

(二) 需特別使用技術性護理個案數：

1. 所有住民中管路留置類別

管路留置類別	人數	比率
鼻胃管留置		
導尿管留置		
胃造瘻管		
膀胱造瘻管		
氣管切管留置		
其他		

註：若有其他管路留置，請敘明分類方式。

2.所有住民中使用技術性護理類別

類別	人數	比率
失智(經醫師確立診斷者)		
安寧療護(經照會安寧小組確立者)		
洗腎(包括協助於機構外診所洗腎之住民)		
呼吸器依賴		
植物人(含領有身心障礙手冊證明者)		
簽 DNR		
其他		

註：若有其他項目，請敘明分類方式。

十九、 監測品質指標：

指標	期間	閾值	1月		2月		3月		4月		5月		6月		7月		8月		9月		10月		11月		12月	
			個案數	比率	個案數	比率	個案數	比率	個案數	比率	個案數	比率	個案數	比率	個案數	比率	個案數	比率	個案數	比率	個案數	比率	個案數	比率	個案數	比率
跌倒發生密度	109年																									
	110年																									
	111年																									
壓傷盛行率	109年																									
	110年																									
	111年																									
身體約束發生密度	109年																									
	110年																									
	111年																									

指標	期間	閾值	1月		2月		3月		4月		5月		6月		7月		8月		9月		10月		11月		12月	
			個案數	比率	個案數	比率	個案數	比率	個案數	比率	個案數	比率	個案數	比率	個案數	比率	個案數	比率	個案數	比率	個案數	比率	個案數	比率	個案數	比率
總感染發生密度	109年																									
	110年																									
	111年																									
非計畫性轉至急性醫院住院比率	109年																									
	110年																									
	111年																									
非計畫性體重減輕比率	109年																									
	110年																									
	111年																									
非計畫性體重增加比率	109年																									
	110年																									
	111年																									

二十、 109-111 年度經費收入：

項目	109 年		110 年		111 年		備註
	全年度金額(元)	%	全年度金額(元)	%	全年度金額(元)	%	
住民服務費收入							
政府委託收容安置費收入							
政府補助收入							
捐贈收入(含捐款捐物)							
利息收入							
其他收入(請註明)							
收入合計							

二十一、 109-111 年度經費支出：

項目	109 年		110 年		111 年		備註
	全年度金額(元)	%	全年度金額(元)	%	全年度金額(元)	%	
人事費							
行政事務費							
業務費							
住民伙食費							
住民材料費及耗 材							
設備及投資費							
維護費							
員工教育訓練費							

項目	109 年		110 年		111 年		備註
	全年度金額(元)	%	全年度金額(元)	%	全年度金額(元)	%	
提撥基金							
利息支出							
其他支出(請註 明)							
支出合計							
年度收支餘絀							

業務負責人簽名及核章：_____

填表日期：112年____月____日

備註：請確認本份資料已完整填寫無誤。