

109 年度精神護理之家督導考核資料表

填表注意事項：

- 1.除專有名詞、數字外，請用中文書寫。
- 2.敘述內容請至少以「12 號字」繕寫，行距為「單行間距」。
- 3.「○」為單選選項，「□」為複選選項。
- 4.填報資料範圍為108 年 1 月 1 日至 109 年 6 月 30 日。

註：依「護理人員法」第 25 條，護理人員執行業務時，應製作紀錄。前項紀錄應由該護理人員執業之機構保存 7 年。另依「護理機構分類設置標準」第 6 條，居家護理機構及護理之家機構，對於轉診及醫師每次診察之病歷摘要，應連同護理紀錄依規定妥善保存。對於逾保存期限紀錄，其銷燬方式應確保內容無洩漏之虞。機構因故未能繼續開業，其紀錄應交由承接者依規定保存，無承接者至少應繼續保存 6 個月以上，始得銷燬。

*填表人：

填表日期：109年 月 日

*負責人：

一、機構基本資料（資料填寫內容，以填表當日為主）

- 1.機構代碼（10 碼）：_____
- 2.機構名稱：_____
- 3.機構地址：____市（縣）____區（鄉鎮市）_____路（街）__段
_____巷__弄__號__樓之__
- 4.機構電話：（ ）_____分機_____
傳真號碼：_____
- 5.網頁網址：_____
- 6.負責人姓名：_____
- 7.聯絡人姓名：_____
- 聯絡人電話：_____
- 8.機構屬性：
 1. 1-1 公立 1-2 財團法人 1-3 私立(個人 其他法人)
 2. 2-1 醫院附設 2-2 診所附設 2-3 獨立型態
- 9.機構開業日期：____年____月____日(註:以開業執照中最早之日期填表)
最近一次參加精神護理之家督導考核：____年度
- 10.服務量：
 - (1)衛生局核可床數____床，實際收治數____床。
 - (2)身分別：身心障礙者日間照顧與住宿式照顧個案：____床，
全自費：____床，其他：____床。

11. 硬體及設備基本資料.

(1) 總樓地板面積_____平方公尺，平均每床_____平方公尺。

(2) 建築物所有權：○自有 ○租賃 ○部份自有、租賃○其他_____

(3) 機構所在位置：○住宅區 ○商業區 ○工業區 ○文教區 ○保護區（風景區、農業用地） ○其他_____

12. 機構內除住房外之空間設施有哪些？（可複選）

護理站 醫療室 會談室 物理治療室

職能治療室 餐廳 廚房 多功能活動室

公共浴室 其它_____

13. 住房型式

| | 含單獨浴室及廁所間數 | 只含廁所間數 | 不含浴廁間數 | 小計 |
|-----|------------|--------|--------|----|
| 單人房 | | | | |
| 雙人房 | | | | |
| 三人房 | | | | |
| 四人房 | | | | |
| 五人房 | | | | |
| 六人房 | | | | |

二、機構人力配置（資料填寫內容，以申請評鑑當月為主）

1. 三班實際排班人數（最少人數~最多人數）:

| | 護理人員 | 照顧服務員 | 其他人員 | 合計 |
|------|------|-------|------|----|
| 白班— | ~ | ~ | | |
| 小夜班— | ~ | ~ | ~ | |
| 大夜班— | ~ | ~ | ~ | |

註:機構人力配置說明：機構白班人力含護理人員、照顧服務員等人員，另夜間照顧人力並得計入明定職責在護理之家之輔助人員，如駐衛警、保全人員、行政人員等。

2.機構人力配置表¹：

| 人員別 | | 人數及時數 | | | 配置比例 |
|----------------|--------|----------|----------|------------------------|---|
| | | 專任 人數 | 兼任 人數 | 每人每週 兼任時數 (小時/週) | |
| 護理人員 | 護理師 | | | | 總人床比，1人：___床 (請以「1位護理人員：照 護幾床住民」方式呈現) |
| | 護士 | | | | |
| 照顧服務員 | | | | | a.本籍：___人 b.外籍：___人 b1.會說國語：___人 b2.不會說國語：___人 總人床比，1人：___床 (請以「1位照顧服務員： 照護幾床住民」方式呈 現) |
| 社會工作人員 | | | | | 社會工作人員每週工作總 時數 ² ：___時/週 |
| 職能治療 人員 | 職能治療師 | | | | 職能治療人員每週工作總 時數 ² ：___時/週 |
| | 職能治療生 | | | | |
| 臨床心理師 | | | | | 臨床心理師每週工作總時 數 ² ：___時/週 |
| 其他人員 | 精神科醫師 | | | | a.本籍：___人 a1.取得丙級證照： ___人 b.外籍：___人 b1.取得丙級證照： ___人 |
| | 非精神科醫師 | | | | |
| | 物理治療師 | | | | |
| | 物理治療生 | | | | |
| | 營養師 | | | | |
| | 行政人員 | | | | |
| | 廚工 | | | | |
| 其他人員 (請說明)： | | | | | |

註¹：依護理機構設置標準規定精神護理之家任何時段護理人員及照顧服務員與住民人數之比例不得低於1比20，且須視各班別之工作內容增加適當人力；夜間照顧人力並得計入輔助人員，如駐衛警、保全人員、行政人員等。

註²：社會工作人員、職能治療人員、臨床心理師之每週工作總時數=專、兼任人員之每週工作總時數相加。

三、業務資料（如機構填報資料起迄月份不同者，請註明）

| 期間 | 項目 | 108 年 | 109 年 6 月 | 備註 |
|--------------------|----|-------|-----------|----|
| A.全年總服務 | 人日 | | | |
| B.全年總服務 | 人次 | | | |
| | 人數 | | | |
| C.全年新收案 | 人次 | | | |
| | 人數 | | | |
| D.全年結案 | 人次 | | | |
| | 人數 | | | |
| D-1 返家生活 | 人次 | | | |
| | 比率 | | | |
| D-2 轉介至適當機構 | 人次 | | | |
| | 比率 | | | |
| D-3 精神疾病症狀惡化 住院 | 人次 | | | |
| | 比率 | | | |
| D-4 死亡 | 人次 | | | |
| | 比率 | | | |
| D-5 失蹤 | 人次 | | | |
| | 比率 | | | |
| E.全年異動 (未結案者) | 人次 | | | |
| | 人數 | | | |
| E-1 精神疾病症狀惡化 住院 | 人次 | | | |
| | 比率 | | | |
| E-2 身體疾病住院 | 人次 | | | |
| | 比率 | | | |
| E-3 其他人次 | 人次 | | | |
| | 比率 | | | |

填表說明：

1. 全年總服務人日＝每日住院人數總和。
2. 全年總服務人次、人數：
 - (1) 全年總服務人次＝前 1 年最後 1 日在機構人數+每月新入住人次累計(同 1 住民可重複計算)。
 - (2) 全年總服務人數＝全年總服務人次-同 1 人重複入住之人次（即同 1 人多次進出只計算 1 次）。
3. 全年新收案人數、全年結案人數、全年異動人數＝當年每月（新入住、結案、異動）人數之累計(同 1 住民若 2 次以上進出，不重複計算，只算 1 次)。
4. 全年新收案人次、全年結案人次、全年異動人次＝當年每月（新入住、結案、異動）人次之累計，同 1 住民可重複計算。

5. 結案原因比率 = 全年該原因結案人次 / 全年結案總人次 × 100% (以%表示)。

6. 全年異動原因比率 = 全年該原因異動人次 / 全年異動總人次 × 100% (以%表示)

四、住民資料 (資料填寫內容，以填表當日計算)

1. 住民年齡及性別人數統計

| 項目 | 30歲以下 | 31-40歲 | 41-50歲 | 51-60歲 | 61-70歲 | 71-80歲 | 81歲以上 | 合計 |
|----|-------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|----|
| 性別 | | | | | | | | |
| 男 | | | | | | | | |
| 女 | | | | | | | | |

2. 依巴氏量表評估貴機構收治個案之日常活動能力：

| 分數 | 0~20分 | 21~60分 | 61~90分 | 91~99分 | 100分 |
|----|-------|--------|--------|--------|------|
| | 完全依賴 | 嚴重依賴 | 中度依賴 | 輕度依賴 | 完全獨立 |
| 人數 | | | | | |

3. 貴機構收治個案之主要疾病診斷別 (如未包含於以下五項診斷別之項目請自行新增)：

| | ICD-10-CM前三碼 | 疾病名稱 | 人數 |
|---|--------------|-----------------|----|
| 1 | F03.90 | 老年期及初老年期器質性精神病態 | |
| 2 | F06.8 | 其他器質性精神病態 | |
| 3 | F20.9 | 思覺失調症 | |
| 4 | F39 | 情感性精神病 | |
| 5 | F23 | 妄想狀態 | |

4. 貴機構收治個案之身心障礙等級：

| 等級 | 極重度 | 重度 | 中度 | 輕度 |
|----|-----|----|----|----|
| 人數 | | | | |

5.各項住民統計資料

| 項 目 | | 108 年 | 109 年 6 月 |
|------|-------------|-------|-----------|
| 居住時間 | 1 年以下 | | |
| | 1 年以上未滿 3 年 | | |
| | 3 年以上未滿 5 年 | | |
| | 5 年以上 | | |
| 學歷 | 小學及以下 | | |
| | 國中 | | |
| | 高中職 | | |
| | 大專 | | |
| | 研究所以上 | | |
| | 不詳 | | |
| 婚姻 | 未婚 | | |
| | 已婚 | | |
| | 喪偶 | | |
| | 離婚 | | |
| | 其他 | | |

註:本項住民統計資料，於住民「白天活動」欄位—以住民全年總參與人次計算，其餘「居住時間」、「學歷」、「婚姻」欄位，則以全年總人數計算之。

6.貴機構收治個案需特別護理之人數：

| 類別 | 人數 | 備註 |
|------------|----|--|
| (1) 鼻胃管留置 | | a.其中同時 2 管留置：____人 b.同時 3 管留置：____人 註：留置時間 \geq 2 週。 |
| (2) 導尿管留置 | | |
| (3) 氣切套管留置 | | |
| (4) 洗腎 | | |
| (5) 壓瘡護理 | | |

| 類別 | 人數 | 備註 |
|----------------------------|--------|----|
| (6) 其他傷口護理 | | |
| (7) 需約束 | | |
| (8) 其他特殊照護 (請說明)： _____ | | |
| 合計 | 共____人 | |

五、異常事件處理

| 項目 | 期間 | 108年 | 109年6月 |
|------------|----|------|--------|
| 傷害行為事件 | | | |
| 跌倒事件 | | | |
| 治安事件 | | | |
| 公共意外事件 | | | |
| 醫療照護事件 | | | |
| 非計畫性體重減輕事件 | | | |
| 藥物事件 | | | |
| 不預期心跳停止事件 | | | |
| 群聚感染 | | | |
| 性騷擾 | | | |
| 性侵害 | | | |
| 其他 | | | |
| 合計 | | | |

【定義說明】

1. 傷害行為事件：如言語衝突、身體攻擊、自殺/企圖自殺、自傷等事件。
2. 跌倒事件：因意外跌落至地面或其他平面。
3. 治安事件：如偷竊、騷擾、誘拐、侵犯、他殺事件、失聯、不當性行為、酗酒或藥物濫用、賭博。

4. 公共意外事件：機構建築物、通道、其他工作物、天災、有害物質外洩等相關之事件（受影響對象廣泛，不只侷限一人）。
5. 醫療照護事件：醫療、治療及照護措施相關異常事件。
6. 非計畫性體重減輕事件：住民30天內體重非計畫性減輕5%以上的件數。（非計畫性體重減輕比率公式：入住超過30天且體重減輕5%以上的住民數/入住超過30天(含)的住民數*100%）。
7. 藥物事件：與給藥過程相關之異常事件。
8. 不預期心跳停止事件：非原疾病病程可預期之心跳停止事件。
9. 群聚感染：2人以上（含2人）出現疑似傳染病症狀(含疥瘡)，有人、時、地關聯性，判定為疑似群聚感染且有擴散之虞。
10. 性騷擾：係指性侵害犯罪以外之罪，對他人實施違反其意願行為而與性或性別有關之交換式性騷擾或敵意環境性騷擾之行為。
11. 性侵害：指以暴力、脅迫、恐嚇等違反當事人意願之方式性交，或性交以外其他足以滿足其性慾的猥褻行為。係指依據刑法第10條稱性交者，謂非基於正當目的所為之下列性侵入行為：
 - (1) 以性器進入他人之性器、肛門或口腔，或使之接合之行為。
 - (2) 以性器以外之其他身體部位或器物進入他人之性器、肛門，或使之接合之行為。

六、日常生活照顧活動

1. 請列舉提供之活動團體服務（如：A 儀容修飾、B 生活適應、C 獨立生活功能、D 社交技巧、E 自我肯定、F 壓力處理、G 休閒娛樂、H 復健/體適能訓練活動、I 口腔衛生、J 其他等）：可複選

靜態¹: _____

動態²: _____

，並機構檢附「填表日當週活動時間表」（請置放資料表最後一頁）。

註1、2:請填寫所提供之活動團體服務之選項代碼，例如:提供「儀容修飾」請填「A」。

2. 個別化飲食的提供

不同質地的飲食：軟質 流質 剉碎

個別化飲食：高血壓飲食 糖尿病飲食 治療飲食（可複選）

七、護理評估

| 項目 | 第一季 | 第二季(含)以後 |
|------|----------|----------|
| 護理評估 | 每____週1次 | 每 月1次 |
| 護理評值 | 每____週1次 | 每 月1次 |

附件一、各類服務人員名冊

(1) 負責人

| 姓名 | 年齡 | 學歷 | 經歷 | | | 專業人員證書字號 | 服務於經中央衛生主管機關評鑑合格之醫療機構從事精神相關工作年資 |
|----|----|----|----|----|------|----------|---------------------------------|
| | | | 單位 | 職稱 | 服務期間 | | |
| | | | | | | | |

(2) 護理師、護士

| 姓名 | 年齡 | 學歷 | 經歷 | | | 專／兼任 | 時數／每週 | 專業人員證書字號 | 服務於經中央衛生主管機關評鑑合格之醫療機構從事精神相關工作年資 |
|----|----|----|----|----|------|------|-------|----------|---------------------------------|
| | | | 單位 | 職稱 | 服務期間 | | | | |
| | | | | | | | | | |

(3) 照顧服務員

| 姓名 | 年齡 | 學歷 | 訓練結業證書字號 | 在本機構服務期間 | 照顧服務員丙級技術士技能檢定字號 |
|----|----|----|----------|----------|------------------|
| | | | | | |

(4) 社會工作人員

| 姓名 | 年齡 | 學歷 | 經歷 | | | 專業人員或畢業證書字號 | 服務於經中央衛生主管機關評鑑合格之醫療機構從事精神相關工作年資 | 專／兼任 | 時數／每週 |
|----|----|----|----|----|------|-------------|---------------------------------|------|-------|
| | | | 單位 | 職稱 | 服務期間 | | | | |
| | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

(5) 職能治療師 (生)

| 姓名 | 年齡 | 學歷 | 經歷 | | | 專業人員證書字號 | 服務於經中央衛生 主管機關評鑑合格 之醫療機構從事精 神相關工作年資 | 專／兼 任 | 時數／每週 |
|----|----|----|----|----|----------|----------|---|----------|-------|
| | | | 單位 | 職稱 | 服務期 間 | | | | |
| | | | | | | | | | |

(6) 臨床心理師

| 姓名 | 年齡 | 學歷 | 經歷 | | | 專業人員證書字號 | 服務於經中央衛生 主管機關評鑑合格 之醫療機構從事精 神相關工作年資 | 專／兼 任 | 時數／每週 |
|----|----|----|----|----|----------|----------|---|----------|-------|
| | | | 單位 | 職稱 | 服務期 間 | | | | |
| | | | | | | | | | |

(7) 醫師

| 姓名 | 年齡 | 學歷 | 經歷 | | | 科別 | 專業人員證書字號 | 服務於經中央衛生主 管機關評鑑合格之醫 療機構從事精神相關 工作年資 | 專／兼任 | 時數／每 週 |
|----|----|----|----|----|----------|----|----------|---|------|-----------|
| | | | 單位 | 職稱 | 服務期 間 | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

(8) 物理治療師 (生)

| 姓名 | 年齡 | 學歷 | 經歷 | | | 專業人員證書字號 | 服務於經中央衛生 主管機關評鑑合格 之醫療機構從事精 神相關工作年資 | 專／兼 任 | 時數／每週 |
|----|----|----|----|----|----------|----------|---|----------|-------|
| | | | 單位 | 職稱 | 服務期 間 | | | | |
| | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

(9) 營養師

| 姓名 | 年齡 | 學歷 | 經歷 | | | 專業人員證書字號 | 服務於經中央衛生 主管機關評鑑合格 之醫療機構從事精 神相關工作年資 | 專／兼 任 | 時數／每週 |
|----|----|----|----|----|----------|----------|---|----------|-------|
| | | | 單位 | 職稱 | 服務期 間 | | | | |
| | | | | | | | | | |

(10) 其他

| 姓名 | 年齡 | 學歷 | 經歷 | | | 專業人員證書字號 | 服務於經中央衛生 主管機關評鑑合格 之醫療機構從事精 神相關工作年資 | 專／兼 任 | 時數／每週 |
|----|----|----|----|----|----------|----------|---|----------|-------|
| | | | 單位 | 職稱 | 服務期 間 | | | | |
| | | | | | | | | | |

附件二、專任專業人員支援兼任一覽表

| 姓名 | 專業類別 | 本機構職稱 | 支援機構 | 支援起迄期間 | 支援報備核准文 號 | 每週兼任時數 | 支援業務內容 |
|----|------|-------|------|--------|--------------|--------|--------|
| | | | | | | | |

附件三、各類人員教育時數統計

(1) 負責人

| 專業類別 | 姓名 | 於本機構服務期間繼續教育時數 | | 備註 |
|------|----|----------------|--------|----|
| | | 108 年度 | 109 年度 | |
| | | | | |

(2) 護理師、護士

| 專業類別 | 姓名 | 於本機構服務期間繼續教育時數 | | 備註 |
|------|----|----------------|--------|----|
| | | 108 年度 | 109 年度 | |
| | | | | |

(3) 照顧服務員

| 專業類別 | 姓名 | 於本機構服務期間繼續教育時數 | | 備註 |
|------|----|----------------|--------|----|
| | | 108 年度 | 109 年度 | |
| | | | | |

(4) 社會工作人員

| 專業類別 | 姓名 | 於本機構服務期間繼續教育時數 | | 備註 |
|------|----|----------------|--------|----|
| | | 108 年度 | 109 年度 | |
| | | | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

(5) 職能治療師 (生)

| 專業 類別 | 姓名 | 於本機構服務期間繼續教育時數 | | 備註 |
|----------|----|----------------|--------|----|
| | | 108 年度 | 109 年度 | |
| | | | | |

(6) 臨床心理師

| 專業 類別 | 姓名 | 於本機構服務期間繼續教育時數 | | 備註 |
|----------|----|----------------|--------|----|
| | | 108 年度 | 109 年度 | |
| | | | | |

(7) 醫師

| 專業 類別 | 姓名 | 於本機構服務期間繼續教育時數 | | 備註 |
|----------|----|----------------|--------|----|
| | | 108 年度 | 109 年度 | |
| | | | | |

(8) 物理治療師 (生)

| 專業 | 姓名 | 於本機構服務期間繼續教育時數 | | 備註 |
|----|----|----------------|--|----|
| | | | | |

| 類別 | | 108 年度 | 109 年度 | |
|----|--|--------|--------|--|
| | | | | |

(9) 營養師

| 專業 類別 | 姓名 | 於本機構服務期間繼續教育時數 | | 備註 |
|----------|----|----------------|--------|----|
| | | 108 年度 | 109 年度 | |
| | | | | |

(10) 其他

| 專業 類別 | 姓名 | 於本機構服務期間繼續教育時數 | | 備註 |
|----------|----|----------------|--------|----|
| | | 108 年度 | 109 年度 | |
| | | | | |