

# 102~106 年度一般護理之家評鑑計畫

## 受評機構說明會 Q&A 集

106 年 5 月 23 日

### A. 行政組織與經營管理

代碼	共識基準	問題	回應說明
A1.1	過去三年接受目的事業主管機關查核缺失及前次評鑑建議事項改善情形	1. 過去三年接受目的事業主管機關查核缺失改善情形與前次評鑑建議事項改善情形，此評鑑內容是否相衝突？〔102〕	「過去三年接受目的事業主管機關查核缺失改善情形」係指如衛生局等主管機關過去三年的查核情形資料，不包括評鑑；而「前次評鑑建議事項改善情形」則為機構前次評鑑的資料，兩者未衝突。
		2. 前次評鑑改善事項是參考哪一次的評鑑結果？〔102〕	本項基準係檢視前一次評鑑事項改善情形，非督導考核。另第一次評鑑之機構本項不適用。
		3. 若部分指標已經刪除或整併，是否仍須繼續追蹤與執行？〔106〕	是，過去評鑑指標為奠定各護理之家的品質與照護安全基礎，故採縝密制定之作法；由於已經過多年的累積與執行，各機構管理與品質制度已趨成熟，故今年度調整與簡化指標；惟為確保機構之照護品質，故仍機構須繼續追蹤改善與執行。
A2.1	業務負責人實際參與行政作業與照顧品質管理情形	1. 評鑑作業流程中請負責人簡報，此是否與 A2.1 評分標準相關？〔103〕	(1) 負責人須實際參與行政與照護品質管理(基準說明 3)，評核方式第 2 點已規範與業務負責人現場訪談，評鑑當日於現場並進行簡報。 (2) 若有特殊狀況，請事先告知並出示相關證明，安排可評鑑日期，或經評鑑主辦單位核可後得由代理人出席。
		2. 依據基準說明 1.業務負責人需為專任且於機構投保勞健保、提撥勞退休金，若雇主同時為業務負責人時，惟因勞工退休金條例無特別規定，雇主是否仍須提撥勞工退休金？〔104、106〕	「業務負責人」係指機構負責人，當業務(機構)負責人與雇主為同一人時，即為雇主；依勞工退休金條例第七條第二項「本國籍人員、前項第二款及第三款規定之人員具下列身分之一，得自願依本條例規定提繳及請領退休金：「一、實際從事勞動之雇主。二、自營作業者。三、受委任工作者。四、不適用勞動基準法之勞工。」規定，故業務(機構)負責人為實際從事勞動之雇主得自願提撥勞工退休金。  【參閱規範】 勞工退休金條例第十四條： 雇主應為第七條第一項規定之勞工負擔提繳之退休金，不得低於勞工每月工資百分之六。 雇主得為第七條第二項第三款或第四款規定之人員，於每月工資百分之六範圍內提繳退休金。 勞工得在其每月工資百分之六範圍內，自願提繳退休金，其自願提繳部分，得自當年度個人綜合所得總額中全數扣除。前項規定，於依第七條第二項規定自願提繳退休金者，準用之。
		3. 若機構負責人六年前符合勞退資格已辦理勞退，第 2 專任且於機構投保勞健保、提撥勞退休金，但勞工局發文不可投勞保，只能投健保及提撥勞退休金，請問如何因應？〔104〕	機構負責人若已領取勞保老年給付及年逾 65 歲已請領其他社會保險(如公保)給付者，再實際從事工作，應提撥 6%退休金，亦得為其辦理僅參加職業災害保險。  【參閱規範】 依勞工退休金條例第二十四之一條「勞工領取退休金後繼續工作者，其提繳年資重新計算，雇主仍應依本條例規定提繳勞工退休金。」與勞動部勞工保險局核釋勞工保險條例第 58 條第 6 項「已領取勞工保險老年給付再從事工作或於政府登記有案之職業訓練機構接受訓練者，投保單位得為其辦理僅參加職業災害保險。該等被保險人於保險有效期間發生保險事故者，得依勞工保險條例規定請領職業災害保險相關

代碼	共識基準	問題	回應說明
			給付。請領職業災害保險失能給付或死亡給付者，不須扣除已領取勞工保險老年給付。至於年逾 65 歲已領取公教人員保險養老給付、軍人保險退伍給付、老年農民福利津貼或國民年金保險老年年金給付者，如再從事工作或於政府登記有案之職業訓練機構接受訓練，投保單位亦得為其辦理僅參加職業災害保險，並自中華民國 104 年 1 月 1 日生效。」
		4. 若為公立醫院借調附設護理之家之負責人，本身為投保公保應如何處理？〔106〕	請機構提示相關說明文件，經確認屬實無誤後，本項視為通過。
		5. 基準說明 2「參加衛生福利部辦理之機構業務負責人研習課程」之認定標準為何？〔106〕	1. 依衛福部 106 年 3 月 21 日衛部照字第 1061560694 號函衛生局，請衛生局轉知機構，機構負責人須出席評鑑說明會並全程參加，其將列入本年度評鑑結果。 2. 機構負責人需全程參與「106 年度一般護理之家評鑑機構說明會」即可認定，會以當日說明會簽到及簽退為主。
A2.2	聘用專任工作人員設置情形	1. 外籍配偶應列為本籍或外籍照顧服務員？〔103、104〕	(1) 護理機構之照顧服務員須符合本部(前內政部及本署) 101 年 7 月 16 日會銜公告「照顧服務員訓練實施計畫」之規定，凡經參加照顧服務員訓練，經考評及格領有結業證書者，即得擔任護理機構照顧服務員。 (2) 外籍配偶領有身分證或居留證者，已取得照顧服務員訓練證明者，視為本國籍照顧服務員。
		2. 外配及陸配是否具有居留證明即可認定為正式照顧服務員？〔104〕	(1) 護理機構之照顧服務員須符合本部(前內政部及本署) 101 年 7 月 16 日會銜公告「照顧服務員訓練實施計畫」之規定，凡經參加照顧服務員訓練，經考評及格領有結業證書者，即得擔任護理機構照顧服務員。 (2) 若外配及陸配有參加照顧服務員訓練，且經考評及格領有結業證書者，即可認定為正式照顧服務員。即重點在「有無取得照顧服務員訓練證明」。
		3. 依據 106 年度評鑑條文 A2.2 聘用專任工作人員設置情形，其評核方式 1.專任人員包含社會工作人員，問未達一百床之機構是否需聘請專任社工？〔106〕	否，依據護理人員法第十六條第二項訂定之護理機構分類設置標準表，未滿一百床之機構，應指定專人負責社會服務工作。
		4. 社工以個人身分於數家機構兼任，是否需每家機構皆需投保勞保？〔104、105、106〕	(1) 以個人身分兼任之社工(師)員應於機構投保勞保。 (2) 若為社工師事務所之社工，該事務所已幫該名社工投保勞保，各機構不需再投保。
		5. 若社工人員已於某醫療社團法人下之其中一間機構擔任專任社工，該社工人員若再於該醫療社團法人項之另一間機構擔任兼任社工，是否需在兼任之機構投保〔104、106〕	社工人員若已於醫療社團法人項下之其中一間機構聘任為專任社工，並於該機構投保勞保，若再於該醫療社團法人下另一間機構擔任兼任社工，則可不再投保勞保。
		6. 兼任社工是否有最低服務時數規定？〔104〕	社工最低工作時數比照老福機構每週至少 4 小時。
A3.1	工作人員權益相關制度訂定及執行情形	1. 基準說明第 2 點吸菸及情緒不穩住民之防範措施，因依高雄市政府衛生局規定，護理之家係屬於全面禁菸區(員工、住民、家屬及訪客均不得吸菸)，因此，是否仍須訂定吸菸防範措施？〔104〕	依一般護理之家防火安全管理指引(102 年 5 月修訂版)說明中有規範，機構內禁止吸菸；但為提醒工作同仁能隨時注意並加強防範，建議在工作手冊或行政管理中有所規範，例如：對吸煙者及有煙癮住民之管理以及對新入住住民、家屬之衛教、打火機之管理等。
		2. 基準說明第 4 點至少每年 1 次修訂工作手冊及相關表單，若機構經逐一檢視結果並無修訂之需要，是否可以維持現狀，不用予以修訂，或還是需予以修訂，以彰顯確實執行至少每年 1 次修訂之規定？〔104〕	工作手冊滿 1 年，經審閱後如不須修訂，則請加註審閱人及日期作為審查依據。

代碼	共識基準	問題	回應說明
		3. 防火管理人為機構經營者(老闆), 是否能夠不投保勞健保? [106]	機構經營者(老闆)若實際參與機構經營運作, 須投保勞健保; 另依據消防法第十三條「防火管理人遴用後應報請直轄市、縣(市)消防機關備查; 異動時亦同。」。
		1. 評核方式第 1 點「僱用 30 人以上之機構之工作規則應報勞工主管機關核備」, 請問外包人員是否納入 30 人之計算? 是否須於機構投保勞健保? [106]	(1) 是, 無論專任、兼任與外包人員皆應納入機構員工人數之計算。 (2) 外包人員不一定要在機構投保勞健保, 若於派遣機構投保, 僅需檢附相關投保證明即可。  【參閱規範】 勞動基準法施行細則第 37 條「雇主於僱用勞工人數滿三十人時應即訂立工作規則, 並於三十日內報請當地主管機關核備」
A3.2	工作人員定期接受健康檢查情形	1. 評核方式第 3 點提及之工作人員包括自行聘用及外包之人力, 其健康檢查項目為何? [102]	依基準說明其相關人員應符合以下健康項目內容: (1) 在職工作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。 (2) 廚工及供膳人員除上述檢查項目外, 另須增加 A 型肝炎、傷寒(糞便)及寄生蟲檢查。
		2. 工作人員包括自行聘用與外包之人力, 若為兼任人員, 是否需要提供健康檢查? [103、104]	為住民健康, 兼任人員亦須提供健康檢查, 可使用前機構(原雇主/一年內有效期)之健檢報告。
		3. 評核方式第 2 點: 不得以勞工檢查代替, 然政府規定: 外籍勞工每年均有體檢規定, 最基本之 X-Ray 是否可適用? 若有缺漏的部分, 是否可再補做? [104]	(1) X-Ray 可適用, 宜注意不可超過一年。 (2) 缺漏部分可以補做。
		4. 在職工作人員每年接受健康檢查, 若該員同一年度由其他機構轉任, 且已完成健康檢查, 是否還需要再次接受健康檢查? [104、105]	原機構之健康檢查為 1 年內且符合醫院等級的檢驗單位即可, 無須再接受健康檢查。
		5. 血液常規及生化是否有需包含之特定項目? [104]	請參閱「勞工健康保護規則 附表九勞工一般體格及健康檢查紀錄」血液常規及生化應包含: 血色素、白血球、血糖、血清丙胺酸轉胺酶(ALT)、肌酸酐(creatinine)、膽固醇、三酸甘油脂、高密度脂蛋白膽固醇與低密度脂蛋白膽固醇。
		6. 基準說明 3. 廚工及供膳人員是否包含打飯之照服人員? [105]	廚工及供膳人員係指實際執行廚務之人員, 不包含打飯之照服人員。
		7. 廚工體檢規定之傷寒項目是否可採用血液檢驗? [105]	依據基準說明第 3 點與疾管局傳染病防治工作手冊內容, 傷寒健檢項目應採用糞便檢查。
		8. 健康檢查報告是否由檢驗所產出即可? [106]	原則上係以醫院或診所產出之健檢報告為主, 另若為檢驗所產出之報告, 則須由醫生判讀且核章才可認列。
A4	工作人員(含廚工)職前及在職訓練計畫訂定及辦理情形	1. 若新進人員為外勞是否仍需做感染控制、勞工安全衛生教育教育訓練時數? 機構擔心會有溝通上之問題? [102、104]	依規定辦理相關教育訓練, 建議可將相關資料手冊翻譯成其外籍勞工所屬語言, 或可尋求外部協助翻譯或溝通之問題, 例如與大專校院合作相關語文系所合作。
		2. 工作人員到職未滿一年, 教育訓練時數應如何計算? 是否以人員到機構的到職日開始計算, 還是未到機構前的在職教育訓練也可納入? [102、104]	(1) 工作人員到職未滿一年, 教育訓練時數按比例計算, 例如員工工作滿 3 個月, 則教育時數為 5 個小時。(計算方式為 20*3/12=5)。 (2) 未到機構前一年內的在職教育訓練其主題需符合 A4.2 基準說明第 1 點所述之課程, 且需有時數證明, 可列入教育訓練時數。

代碼	共識基準	問題	回應說明
		3. 關於 CPR 完訓證明有無規範(發證之單位)。〔102〕	原則上核發 CPR 證照之師資應有相關規範，CPR 證照於有效期間即可。若於評鑑現場對核發證照單位有疑義者，可當場請衛生局人員協助電話確認其單位。
		4. CPR 與消防演練是否可作為教育訓練之一種? 〔103〕	是的，可認為基準說明 2. 中的「至少 20 小時」內。
		5. 外籍照服員是否需有 CPR 之完訓證明? 〔104〕	外籍照服員教育訓練包含 CPR 或 BLS，如具有有效期內 CPR 訓練合格證明，不需每年再接受訓練。
		6. 護理人員已有效期內 CPR 訓練合格證明，仍需每年再接受訓練嗎? 〔104〕	護理人員如具有有效期內 CPR 訓練合格證明，不需每年再接受訓練。
		7. 新進工作人員若僅到職 1 個月，是否仍需具有接受 CPR 訓練有效期之完訓文件證明? 〔106〕	新進工作人員到職後即須具有 CPR、CCPR 或 BLS(含 AED) 有效期之完訓證明文件。
		8. 工作人員是否包含行政人員? 〔105〕	目前未規範行政人員之在職教育訓練，惟為使機構經營制度更為完善，建議行政人員接受在職教育訓練。
		9. 20 小時之在職教育訓練是否必須在機構內或機構外? 又在職教育授課講師是否可為機構內之相關人員，如社工、護理人員或行政人員? 〔106〕	20 小時之在職教育訓練應依機構方向、配合政策與服務內涵訂定機構內部訓練及機構外部教育訓練，未特別限制機構內或機構外須接受之訓練時數。機構內辦理在職教育訓練講師部分，由機構自行安排符合主題與專業之專家學者授課。
		10. 請問工作人員每年至少接受 20 小時且感染管制至少 4 小時之在職教育訓練(其中 50% 以上時數為長照 2.0 相關研習課程)之時數如何計算? 另廚工亦須接受 20 小時之在職教育訓練嗎? 〔106〕	(1) 工作人員每年至少接受 20 小時在職教育訓練，其中 10 小時須為長照 2.0 相關研習課程。 (2) 廚工或供膳人員不需接受 20 小時在職教育訓練；惟應每年至少接受 8 小時營養及衛生之教育訓練。
		11. 4 項關鍵計畫是否認列為基準說明 2. 其中 50% 以上時數為長照 2.0 相關研習課程? 〔106〕	長照 2.0 相關政策須請負責人利用繼續教育訓練時段，教導並與機構工作人員討論、共同擬定及提供 4 項關鍵提示計畫(包含：避免起床之自我管理計畫、外籍照服員之在職培訓計畫、消防安全之平時演練計畫、人力不足之應變計畫)，並經由實地評鑑當日，透過晤談工作人員以了解其對關鍵提示計畫之熟悉度及參與情形，作為 10 小時之長照 2.0 相關教育訓練認列方式。
A5	服務對象個案資料管理、統計分析與應用及保密情形	1. 基準說明第 3 點，機構需針對服務對象管理系統之資料進行統計、分析，是否有明確的指引項目(如：個案之疾病別 ADL、MMSE 等) 〔104〕	建議相關資料宜使用電腦軟體完成統計分析，例如：趨勢圖、圓餅圖等，以達管理之目標，項目內容可按機構住民不同而選擇。
		2. 已有簽同意個資法，資料姓名及照片都要除名字(陳○妹)及影像(眼睛)嗎? 〔104〕	依個資法規定及住民簽署同意書規範辦理。
		3. 管理系統之保密情形，是否能以檔案性質作保密等級區別? 非以人員等級作區別? 〔105〕	若以檔案管理方式加密，密碼之設定仍有限制，因此機構尚須以人員管理層級作為帳號密碼之區分。

## B. 專業服務與生活照顧

代碼	共識基準	問題	回應說明
B1.1	個案服務需求評估、擬定	1. 護理計畫為慢性照護機構是否需撰寫中長程計畫? 〔106〕	護理計畫以現有之健康照顧問題為主，未特別規範須分短程、中程、長程計畫。

代碼	共識基準	問題	回應說明
	計畫、執行及管理(含營養評估及紀錄)情形	2. 請問每一份電子病歷的單張(如：護理紀錄與各項評估表單)皆須列印且蓋章嗎? [104]	目前一般護理之家電子病歷尚未加入醫事人員憑證管理系統，故所有表單紀錄仍需定期列印並蓋章。
		3. 針對護理紀錄若機構使用 focus(焦點)DART 紀錄法及問題一覽表(與醫院成大、長庚、基督教醫院等的護理紀錄)方式，是否可以?若使用焦點紀錄法是否就不需再用其他紀錄工具，例如敘述性紀錄法或(及)SOAP 計畫表，如此是否符合機構評鑑標準。[104]	個案照護紀錄形式不拘，主要能清楚陳述住民健康問題、照護計畫、照護目標、照護措施、追蹤評值等即可。
		4. 請問營養師評估，為每月一次或者每3個月一次? [102]	(1) 一般對象至少3個月(每季)進行一次評估。 (2) 針對營養指標異常之服務對象，宜依營養師評估建議執行並追蹤。
B1.3	提供服務對象例行及必要之醫療服務情形	健保相關紀錄是否開放居家醫師來看診的紀錄也可以認同?或者帶住民就醫的紀錄也可以認同呢? [106]	健保相關紀錄是指與住民健保有關之相關就醫資料與紀錄，如：門急診就醫紀錄、慢性處方籤、醫師醫療置醫囑或病歷出院摘要等相關資料呈現均可，因此以上提出的情況均符合「健保相關紀錄」。
B1.4	服務對象處方藥品安全管理與藥事服務情形	1. 評核方式第2點「藥品盛裝上有清楚標示姓名及服用時間及劑量」，請問藥品盛裝與劑量以何種方式標示呈現? [102、105]	若預備多餐藥盒(含餐服包)，須留有原始藥包與藥袋，並確認藥袋與醫囑單是否吻合。藥品劑量應依照該機構訂定之備藥流程，並符合藥品安全管理規範。
		2. 管制藥品是否須設置每住民一專櫃並上鎖? [105]	機構內管制藥品應依據管制藥品管理條例第24條規定：「管制藥品應置於業務處所保管；其屬第一級至第三級管制藥品者，並應專設櫥櫃，加鎖儲藏。」，以避免被拿取，並非針對每一住民設置個別之管制藥品專櫃作規範。
		3. 管制藥品專設櫥櫃除加鎖儲藏外，是否須增設溫濕度控制設備? [105]	管制藥品管理條例目前無相關規範。
		4. 管制藥品是否包含安眠藥，且需要專設廚櫃並加鎖儲藏? [105]	依據管制藥品管理條例分級及品項規範「安眠藥」列為第四級管制藥品，惟管制藥品管理條例第24條僅規定第一級至第三級管制藥品，須專設櫥櫃並加鎖儲藏。
		5. 藥事服務合作相關資料，除契約之外還能提供何種相關資料呢? [106]	只要是能提出藥師提供機構藥事服務的相關合約，或合作契約都可以，如：(1)與後送醫院簽訂的合作契約書內，有協助機構藥事服務項目；(2)與社區藥局簽訂的藥事服務合約。
B1.5	提供服務對象整體清潔及維持情形(含身體、寢具及衣物)	請問乾淨的寢具應至少多久更換一次? [104]	依照機構被服清潔規定執行，建議以至少一週更換一次為原則，惟仍依個別住民被服清潔情形酌予調整，以符合感染管制原則。
B1.7	提供管路移除之增進照護計畫及執行情形	1. 管路移除若經評估後若無法移除鼻胃管與導尿管，是否須重複評估? [103]	(1) 機構作業規範中應明確擬訂具「有潛力移除鼻胃管和導尿管個案的收案標準」，若依照護理計畫執行後仍無法改善原機能之問題，則須重新檢討照護計畫，擬訂護理改善策略及定期執行重複評估。 (2) 若經過評估後，被認定在符合移除鼻胃管與導尿管作業規範標準之下，無法移除鼻胃管與導尿管之個案，則可將此個案排除。
		2. 針對住民之尿管移除，目前機構的情況常為回診時，醫師就直接拔除或居家護理師換管前就已拔除，皆未執行膀胱訓練。這樣的個案移除成功是否	依照該機構訂定之「存留導尿管移除作業規範」執行，移除後仍應評估排尿功能。

代碼	共識基準	問題	回應說明
		可列為機構的照護成效? [104]	
B1.8	服務對象跌倒預防、處理及監測情形	跌倒評估是否有規範評估頻率? [106]	該共識基準未特別規範跌倒評估頻率,惟依據共識基準B1.1之基準說明第2點「至少每3個月或依服務對象需要評估服務對象身體、心理、社會、認知及活動功能」中,仍須進行「跌倒高風險評估」。
B1.10	服務對象約束處理及監測情形	1. 若個案乘坐輪椅繫安全帶是否為約束的一種?是否須填寫同意書嗎? [104]	(1) 身體約束(physical restraint)指利用設備或器材於個案身上,限制個人在其環境中的活動自由或接近他們身體自由度的過程。包括:約束帶、約束背心、餐板、手套等;不包括床欄及藥物使用(台灣長期照護專業協會,2012),因此輪椅安全帶亦屬約束。 (2) 需填寫同意書。
		2. 評核方式第4點,直轄市、縣(市)政府代表係指哪個窗口?應如何簽署? [104、105]	公費安置且無家屬或法定代理人者由委託之直轄市、縣(市)政府社會局代表簽署,或合約授權可由機構負責人或社工簽署。
		3. 約束同意書是否必需每季(3個月)由家屬簽署? [102、104]	約束同意書應視住民情況,原則上有約束之事實才需簽署,且須每3個月重新評估,視需要重新簽署一次。
B1.12	服務對象非計畫性住院處理及監測情形	若住民住院中是否仍需進行逐案分析、檢討有改善方案?若住民於住院過程中死亡,改善方案有何意義? [104]	該項指標是在監測非計畫住院原因,非檢討在急性醫療住院情形。
B1.14	服務對象疼痛偵測與處置情形	1. 若個案於入住機構前已長期服用止痛藥,請問如何進行評估? [104]	仍須依照機構制定的「疼痛照護作業規範」進行疼痛評估。
		2. 若個案因癌症引起疼痛且無法改善現狀,僅能依靠服用止痛藥,應如何呈現疼痛偵測與處置情形?何時可結案? [104]	仍須依照「疼痛照護作業規範」進行疼痛評估及處理,若是無法改善現況,必須再予評估及調整疼痛照護措施。
		3. 生命徵象之疼痛紀錄是否有標準格式及紀錄方式為何? [105]	生命徵象記錄的方式,可依照機構制定的生命徵象紀錄單(表)記錄;疼痛屬第五生命徵象,因此必須要記錄在機構的生命徵象紀錄單(表)上。
B1.15	服務對象健康檢查及健康管理情形	1. 服務對象體檢項目若僅缺少一項,會如何扣分? [102]	服務對象體檢項目若其中一項未達到,則不給分。
		2. 若照護對象為臨托,是否需健康檢查與追蹤處理? [103]	臨托個案入住亦需符合機構「新入住住民體檢作業規範」。
		3. 服務對象之健康檢查,血液常規及生化是否訂有明確的項目? [104]	服務對象之健康檢查項目至少需與老人健檢項目相同。
		4. 新進服務對象若是洗腎個案,難以留存尿液檢體,應如何因應? [105]	該服務對象具特殊性,故請機構於實地評鑑時向委員說明即可。
		5. 住民若是由醫院轉出,將由醫院先檢驗「阿米巴痢疾、桿菌性痢疾及寄生蟲感染檢驗」檢驗日期至入住機構可能會超過1個月,若此為家屬自費檢驗且入住機構前不願意再檢驗,應如何? [105]	依據評核方式第1點與104年度護理機構感染管制查核作業手冊「服務對象入住時應有最近三個月內X光檢驗報告,阿米巴痢疾及桿菌性痢疾須在入住前一星期內檢查,或安排區隔一週,觀察有無腸道傳染病疑似症狀,經確認無虞後,才入住一般病房。」
B1.17	提供緊急送醫服務情形	既是特約救護車即有跟衛生機關報備、衛生機關核可,醫院或救護車公司方可執行業務,但機構為何一定要有相關證明,是否可免除醫院跟機構間的困擾。[104]	醫院與護理之家為各自獨立之機構,且住民仍有外送之可能,因此仍需要簽訂契約,並明列契約項目。
B1.20	防疫機制建置情形	乾洗手液之效期訂定?桶裝洗手液分裝為小瓶,其有效期限為多久? [102、105]	(1) 原裝乾洗手液有效期限,可依照廠商制訂之到期日為有效期限。 (2) 考量住民照護安全及感染風險,若以桶裝乾洗手液分裝為小瓶使用,其有效期限原則以1個月為宜。

代碼	共識基準	問題	回應說明
B1.21	服務對象及工作人員接受疫苗注射情形	服務對象及工作人員接受疫苗注射情形：每年度疫苗接種造冊人數，若為實際總人數但家屬或員工拒絕施打，則會影響年度之施打率；故是否可確認後再行造冊？〔102〕	(1) 所有人員皆需表列於造冊名單中，若經醫師評估不適合接種者（如對蛋白質或疫苗其他成份過敏者、懷孕、發燒…等），可予以排除。 (2) 造冊注射名單中需有醫師評估簽章，若服務對象拒打應註明原因，仍應列入分母，且列計為應施打名單。
B2.2	管灌服務對象餵食情形	1. 灌食空針是否需要消毒，另在病房內之洗手檯可清洗相關儀器嗎？〔102〕 2. 機構使用自然食材攪打，但攪打食物較為濃稠，以管灌無法自然流入，需稍使用空針壓一下才能流入，惟委員說明不可 Push 方式，應如何因應？〔104〕	(1) 灌食空針需一人一支，勿用高溫消毒，保持清潔與乾燥即可。 (2) 另建議相關儀器應於特定地方清洗。 攪打食物較為濃稠時可請營養師幫忙調整食物的濃稠度，管灌仍需以自然引流方式操作。

## C. 環境設施與安全維護

代碼	共識基準	問題	回應說明
C1.1	疏散避難逃生系統及等待救援空間設置	1. 應能連動火警探測器自動釋放開關，只須設置於主要逃生出入口嗎？〔104〕 2. 102年8月9日公布修正「護理機構設置標準」，增訂中央空氣調節系統之電源開關應具有連動火警探測設備自動切斷之功能，與本項指標第一點「設置無障礙設施之逃生路徑，及應能連動火警探測器自動釋放開關，且不需鑰匙可雙向開啟之防火門」其中所稱之「應能連動火警探測器自動釋放開關」之裝置是否相同？〔104〕 3. 常開式防火門是否須設置「應能連動火警探測器自動釋放開關」？〔105、106〕 4. 若防火門是採用防火簾是否可行，若是舊建物是否需留有防火區劃？〔103〕 5. 儲藏室的門若為防火門，依據消防法規防火門是否仍須上鎖？〔105〕 6. 通道之防火門是否能夠以鐵門替代作為阻隔用？〔105〕 7. 如何設置等待救援空間？若已規劃防火區劃且以防火材料及防火門區隔，並備有防火救難設備，是否等同於已設有等待救援空間？〔103、106〕 8. 住民寢室是否可規劃為等待救援空間？〔104、105、106〕 9. 戶外平台或陽台是否可規劃為等待救援空間？〔106〕	防火區劃及主要動線出入口防火門，建議設置。 前者係適用中央空氣調節系統之電源開關，後者係適用常開式自動防火門，兩者不同。 是的，因係屬常開式防火門(自動式防火門)，故須設置「應能連動火警探測器(火警受信總機)自動釋放開關」。 防火門不可改用防火簾。舊建物仍應做防火區劃。 儲藏室的門非屬安全逃生避難門，故不須為防火門。 通道之防火門不能以鐵門作為阻隔用。 (1) 衛生福利部 103 年 10 月 17 日衛部照字第 1031561955 號函釋略以：「『等待救援空間』指應具有防火區劃和排煙功能，非著重空間之面積大小，並考量「限制火災範圍」和「提高存活率」兩個目標，因此等待救援空間應有阻擋火煙之門牆、排煙設備、足夠可收容空間、與戶外聯通之窗戶，及消防人員可自戶外進入救援之空間」。 (2) 等待救援空間之避難器具設置，依消防檢查結果認定。 (3) 住民寢室、戶外平台/陽台、相對安全區符合以上規範，可設置為等待救援空間。

代碼	共識基準	問題	回應說明
		10. 若已設置 60A 防火建材與 60A 防火門，且在走道空間為 60A 防火門之相對安全區是否能作為等待救援空間? [ 106 ]	
		11. 機構在一樓，雙向逃生路徑規劃至戶外，將等待救援空間設置於戶外或前院後院，是否仍須規劃室內等待救援空間? [ 102、104、105 ]	(1)機構位於一樓，若只有單一逃生路徑，需經過其他空間的轉介方能抵達戶外空間，則須規劃室內等待救援空間。 (2)機構位於一樓，且一樓戶外空間斜坡或狹小，不適合推床輪椅等之停放及安排住民疏散時，仍須規劃室內等待救援空間。 如現場評估符合所述，且無避難至戶外之障礙，則無需另外規劃室內等待救援空間；惟仍應視現場實際評估而定是否需設置。
		12. 機構總樓地板面積是否須達一定面積以上，才須設置等待救援空間? [ 104 ]	(1)機構各樓層均須設有等待救援空間。 (2)請先檢討機構各樓層防火區劃，再決定各樓層室內等待救援空間之位置與面積。
		13. 等待救援空間一定要有排煙窗嗎? 若該空間設有對外窗戶是否可以視為具有排煙窗? [ 104、106 ]	等待救援空間原設有對外之窗戶，若符合各類場所消防安全設備設置標準（102 年 05 月 01 日修正）第 188 條規定有關防煙區劃防煙口面積規劃設計： (1)排煙口之開口面積在防煙區劃面積之百分之二以上，且以自然方式直接排至戶外。 (2)排煙口設手動開關裝置及探測器連動自動開關裝置之規定，則可認定具有排煙窗。
		14. 建築物在 10 層以下之建築物，且樓地板面積未超過 100m <sup>2</sup> 是否可免設置排煙設備? [ 106 ]	建築物在十層以下之各樓層（地下層除外），就居室而言符合規定下列規定時即可免設置排煙設備： (1)十樓下之各樓層，其樓地板面積超過 100m <sup>2</sup> 時，其區劃要規定在樓地板面積不得超過 100m <sup>2</sup> ，且該區劃要具有 1 個小時以上的防火時效之牆壁、及天花板，不得設置任何開口(如有開口必須設置 1 小時防火時效以上的防火門窗)，樓板及樓地板必須具有 1 小時以上的防火構造，其內部裝修要有耐燃一級材料裝修者。 (2)十層以下的各樓層，樓地板面積不到 100m <sup>2</sup> 以下時，其天花板(樓板)、牆壁及樓地板並包括其底材(如果使用防火材質所做的隔間，在材質內部也必須是耐燃一級的材料)均使用耐燃一級材料裝修才可以。
		15. 有關等待救援空間規範之「排煙設計：設置加壓排煙設備或足夠面積之排煙窗」，其中所稱「足夠面積之排煙窗」之定義為何? [ 104 ]	請參考各類場所消防安全設備設置標準（102 年 05 月 01 日修正）第 188 條規定有關防煙區劃防煙口面積規劃設計。 (1)排煙口之開口面積在防煙區劃面積之百分之二以上，且以自然方式直接排至戶外。 (2)排煙口無法以自然方式直接排至戶外時，應設排煙機。 (3)排煙口設手動開關裝置及探測器連動自動開關裝置。
		16. 機構雙向逃生路徑若是規劃平行移動到同樓層的隔壁棟建物（非機構立案面積範圍），於隔壁連結樓層疏散或集結等待救援，故此等待救援空間未設置於機構的立案面積內，是否符合基準? [ 104 ]	(1)若規劃等待救援空間於鄰棟，鄰棟建物所有權必須屬於與受評機構同一法人或事業體。 (2)衛生福利部 103 年 10 月 17 日衛部照字第 1031561955 號函釋略以：「『等待救援空間』指應具有防火區劃和排煙功能，非著重空間之面積大小，並考量「限制火災範圍」和「提高存活率」兩個目標，因此等待救援空間應有阻擋火煙之門牆、排煙設備、足夠可收容空間、與戶外聯通之窗戶，及消防人員可自戶外進入救援之空間」。 (3)鄰棟之等待救援空間規範必須符合上述(2)內容規範。 (4)惟仍應視現場實際評估其避難可及性與安全性，再加以判定。

代碼	共識基準	問題	回應說明
		17. 逃生窗戶若為強化玻璃，應如何標示？〔104〕	請與轄區消防隊討論，再依消防隊指導標示，並注意強化玻璃不能視為逃生開口。
C1.2	訂定符合機構住民及需要之緊急災害(EOP)持續運作計畫及作業程序，並落實演練	1. 緊急災害應變計畫內容須和醫院一樣嗎？〔104〕	請參考評鑑專區所提供之「一般護理之家緊急應變計畫」範例，以符合機構特性及需要且能操作修改。
		2. 複合型緊急災害演練2次，2次之間的日期是否需要於半年內？〔105〕	複合型緊急災害應變演練每年應於上半年(1~6月)或下半年(7~12月)各進行1次，其中1次須為夜間演練。
		3. 評鑑當日將如何進行災害情境緊急應變模擬演練？〔106〕	演練前將進行3~5分鐘參演人員介紹，再由機構進行10分鐘演習流程簡介，包含機構環境特性、防火區劃與等待救援空間等，委員將依據此簡介擇定模擬情境，並進行10分鐘演練作業與5分鐘檢討(含機構火災風險辨識及溝通(災害脆弱度分析、相關利益人溝通)，全程共計30分鐘。
		4. 災害情境緊急應變模擬演練事前是否需提供文件資料？〔106〕	是，已於3月份辦理之機構說明會由環境組委員告知須事前準備相關資料，包含緊急災害應變計畫書、各樓層疏散動線圖(含等待救援空間位置與實際面積)、2種情境演練腳本及輔助圖表，並上傳至護理機構評鑑管理系統後，寄送至社團法人台灣評鑑協會。
		5. 參與「災害情境緊急應變模擬演練」之參演人員是否須為當日大夜班人員？〔106〕	否，參演人員須為輪值大小夜班之護理人員與照服員(排除常期白班人員)，以大夜班正常排班人數為上限，且包括外籍照服員，並於評鑑當日提供近3個月之排班表。
		6. 災害情境緊急應變模擬演練時，防火管理人應扮演何種角色？〔106〕	防火管理人主要負責演練彙報、過程觀察與演練檢討，並穿著可辨識背心。
		7. 災害情境緊急應變模擬演練是否會影響機構日常運作？〔106〕	否，評鑑作業以不干擾機構日常活動為主，災害情境緊急應變模擬演練時間將僅進行10分鐘。
		8. 災害情境緊急應變模擬演練之模擬住民應以誰為主？演練時，是否需做設備之操作與測試？支援人力是否需至現場？〔106〕	(1) 模擬住民人數為4~6人，以機構陪評人員(含最高主管1位)、家屬或志工為主，並穿著可辨識之背心，背心上需標識失能與失智狀況，模擬住民中需有失能臥床者、留置管路者、失智者與手或腳身體約束者。 (2) 依據機構情境腳本，操作所有必要設備。 (3) 支援人員須到場參與演練，惟支援人力應為該時段其它樓層(或宿舍)之護理人員或照服員，且人數不得超過演練人數。

## D. 權益保障

代碼	共識基準	問題	回應說明
D2	提供緩和醫療及臨終照護措施	提供服務對象臨終關懷照顧與協助處理喪葬事宜情形，應如何呈現紀錄(是否需要包含照片資料)？〔103〕	建議機構人員可接受靈性關懷相關課程，其紀錄呈現方式無特別規範，惟機構需能提供足夠佐證資料，讓評鑑委員了解其真實狀況。相片只是方式之一，機構可依實際需求自行決定是否呈現(相片可不用附往生者部分)。

## E. 改進或創新

代碼	共識基準	問題	回應說明
E2	創新措施及執行情形	請問創新措施具體成效之認定為何？〔102〕	配合長照 2.0 政策所公告之相關項目共計 17 項，如下： 1. 彈性與擴大長照 1.0 的 8 項服務： (1) 照顧服務(居家服務、日間照顧及家庭托顧) (2) 交通接送 (3) 餐飲服務 (4) 輔具購買、租借及居家無障礙環境改善 (5) 居家護理 (6) 居家及社區復健 (7) 喘息服務 (8) 長期照顧機構服務 2. 創新與整合 8 項服務： (9) 失智症照顧服務 (10) 原住民族地區社區整合型服務 (11) 小規模多機能服務 (12) 家庭照顧者支持服務據點 (13) 社區整體照顧模式(成立社區整合型服務中心、複合型服務中心與巷弄長照站) (14) 社區預防性照顧 (15) 預防或延緩失能之服務 3. 銜接 2 項服務： (16) 銜接出院準備服務 (17) 銜接居家醫療 請機構提供成效之佐證資料，由三組委員共同認定。

## 評鑑作業程序

序號	問題	回應說明
1.	請問評鑑資料準備期間為何？〔105〕	(1) 106 年度評鑑資料準備區間為近三年度(103 年 1 月 1 日至 105 年 12 月 31 日)。 (2) 實地評鑑現場，請機構依據各基準要求準備相關佐證資料，提供至評鑑前一日最新資料。
2.	請問何時會通知機構評鑑日期？〔105〕	於評鑑前會先通知受評機構評鑑之月份；另實地評鑑之日期將於前 1 個月通函受評機構，惟醫院附設型護理機構，原則上配合衛生福利部聯合訪視時間安排實地評鑑，仍於前 1 個月通知。
3.	機構須協助準備單獨會議室或空間，是否限於立案面積內？〔105〕	可位於非立案面積內，惟須考量此會議室或空間與機構間之距離，以利評鑑流程運作順暢。
4.	一級必要項目及二級加強項目達 A 之項數是否會影響評鑑合格資格？〔106〕	評鑑結果分為合格及不合格：合格為 70 分以上者，不合格為 70 分以下者；而一級必要項目及二級加強項目之達成情形，衛生福利部藉以公告其特色。