

## 112 年度精神護理之家評鑑資料表

### 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 111 年 12 月 31 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至少保存 7 年。另依「護理機構分類設置標準」第 6 條，護理機構就醫師診療及相關醫事人員依法執行業務之紀錄，應連同護理紀錄妥善保存。對於逾保存期限得銷燬之紀錄，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；無承接者時，紀錄應繼續保存 6 個月以上，始得銷燬。

\*填表人：

填表日期：112 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：以開業執照發照日為準）  
是否屬新設立機構：  
是，請勾選以下原因：  
首次設立  
私立機構因故歇業，由另一位負責人，於原址重新申請開業者（即俗稱變更負責人）。  
否，惟自前次評鑑迄今，期間有下列情形(請勾選，可複選，並填入次數及最

近 1 次異動日期)：

遷移地址(機構名稱及負責人並無異動)\_\_\_\_次，最近 1 次異動日期\_\_年\_\_月\_\_日。

公立醫院附設機構變更負責人\_\_\_\_次，最近 1 次異動日期\_\_年\_\_月\_\_日。

法人附設機構變更負責人\_\_\_\_次，最近 1 次異動日期\_\_年\_\_月\_\_日。

僅變更機構名稱(機構主體設施設備及工作人員並無異動)\_\_\_\_次，最近 1 次異動日期\_\_年\_\_月\_\_日。

擴充、增建及改建已變更原評鑑規模、範圍\_\_\_\_次，最近 1 次異動日期\_\_年\_\_月\_\_日。

以上均無。

最近一次參加精神護理之家評鑑：\_\_\_\_\_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<sup>1</sup>：

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 <sup>2</sup> ：_____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 <sup>2</sup> ：_____時/週
	職能治療生				
臨床心理師					臨床心理師每週工作總時數 <sup>2</sup> ：_____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
	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				

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)	
				b1.取得丙級證照：___人
其他人員 (請說明)：				

註<sup>1</sup>：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<sup>2</sup>：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	110年	111年	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 性別	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
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	110年	111年
居住時間	1年以下				
	1年以上未滿3年				
	3年以上未滿5年				

項 目		108 年	109 年	110 年	111 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		
(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	110 年	111 年
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				

項目 \ 期間	108 年	109 年	110 年	111 年
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，對他人實施違反其意願而與性或性別有關之行為，且有下列情形之一者：
  - (1) 以該他人順服或拒絕該行為，作為其獲得、喪失或減損與工作、教育、訓練、服務、計畫、活動有關權益之條件。
  - (2) 以展示或播送文字、圖畫、聲音、影像或其他物品之方式，或以歧視、侮辱之言行，或以他法，而有損害他人人格尊嚴，或造成使人心生畏怖、感受敵意或冒犯之情境，或不當影響其工作、教育、訓練、服務、計畫、活動或正常生活之進行。
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。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<sup>1</sup>：\_\_\_\_\_

動態<sup>2</sup>：\_\_\_\_\_

，並請機構檢附「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）

飲食評估



## 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	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				

#### (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

天  
地  
萬  
物

### 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	109年	110年	111年	

#### (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	109年	110年	111年	

#### (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	109年	110年	111年	

#### (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	109年	110年	111年	

#### (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	109年	110年	111年	

#### (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	109年	110年	111年	

#### (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	109年	110年	111年	

#### (8)物理治療師（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	109年	110年	111年	

#### (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	109年	110年	111年	

#### (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	109年	110年	111年	

--	--	--	--	--	--	--

天  
地  
人  
和