

112年老人福利機構（長期照顧機構及安養機構）感染管制查核作業自評表

填表說明

- 一、請完整填寫自評表內容，查核資料以 111 年 1 月至 111 年 12 月之狀況為填報基礎。
- 二、請參考基準說明於「自評等級」欄位勾選符合的等級（符合、不符合或不適用 N/A），並針對該項之執行現況進行簡單敘述；部分欄位需填入相關數據資料（如：人數、日期等）。
- 三、請於地方主管機關規定之截止日期前完成填報。
- 四、機構請於實地查核當日提出備查文件（紙本或電子文件均可），必要時可提供 **109** 年至查核日之資料為佐證，供查核團隊檢閱。

112年老人福利機構（長期照顧機構及安養機構）感染管制查核自評表（首頁）

壹、基本資料

機構名稱：（_____縣/市）_____

機構負責人：_____（請簽名） 職稱：_____

聯絡人：_____（請簽名） 職稱：_____

聯絡電話：_____ 傳真號碼：_____ 電子郵件信箱：_____

其他：立案床數：_____床，現在收住服務對象：_____人。

自評日期：_____年_____月_____日

貳、查核內容

查核基準項目	查核指標	自評等級	執行狀況簡述	地方主管機關稽核 (自評等級與執行狀況簡述之完整性)
1. 工作人員健康管理	1.1 新進工作人員有胸部 X 光檢查且有紀錄。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 <input type="radio"/> 不適用，無新進工作人員，本項指標不適用。 備查文件： 新進工作人員名單及胸部 X 光檢查紀錄。	1. 查核資料期間內，新進工作人員[註]____人(含新入境外籍移工____人)。 2. 新進工作人員於到職前提供完整檢查報告者____人(含新入境外籍移工____人)。 3. 其他補充事項：_____。	
	1.2 在職工作人員每年接受 1 次胸部 X 光檢查，對檢查異常者有追蹤措施，且有紀錄。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 備查文件： 在職工作人員名單及胸部 X 光檢查紀錄。	1. 目前在職工作人員[註]____人。 2. 1 年內接受胸部 X 光檢查者____人。 3. 檢查異常者____人。 4. 追蹤情形簡述(無異常者免填)：____。 5. 其他補充事項：_____。	
	1.3 有限制罹患皮膚、腸胃道或呼吸道傳染病員工從事照護或準備飲食之規範。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 備查文件： 檢閱相關規範文件。	1. 訂有 <input type="checkbox"/> 皮膚、 <input type="checkbox"/> 腸胃道、 <input type="checkbox"/> 呼吸道傳染病員工限制從事照護或準備飲食之規範。 2. 其他補充事項：_____。	
2. 服務對象健康管理	2.1 服務對象入住前傳染病檢查，且有紀錄。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 備查文件： 新入住名單及檢查紀錄。	1. 查核資料期間內，新入住服務對象____人；入住前已提供完整體檢報告者____人。 2. 入住前提供胸部 X 光檢查報告者____人；入住後安排區隔補驗胸部 X 光者____人。 3. 入住前提供阿米巴性痢疾或桿菌性痢疾檢驗報告者____人；入住後安排區隔補	

查核基準項目	查核指標	自評等級	執行狀況簡述	地方主管機關稽核 (自評等級與執行狀況簡述之完整性)
			驗阿米巴性痢疾或桿菌性痢疾者____人。 4. 近 5 年是否曾有新進住民入住前或入住後安排區隔期間，檢驗報告阿米巴性痢疾陽性？○ 是，○ 否。 5. 近 5 年是否曾有新進住民入住前或入住後安排區隔期間，檢驗報告桿菌性痢疾陽性？○ 是，○ 否。 6. 其他補充事項(請說明檢驗報告陽性者之處理機制)：_____。	
	2.2 服務對象每年接受一次胸部 X 光檢查，並由醫師判讀，對檢查異常者有追蹤措施，且有紀錄。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 備查文件： 服務對象名單及檢查紀錄。	1. 目前收住服務對象____人。 2. 1 年內接受胸部 X 光檢查者____人。檢查異常者____人。 3. 追蹤情形簡述(無異常者免填)：____。 4. 其他補充事項：_____。	
3. 疫苗接種情形	3.1 宣導及鼓勵服務對象與工作人員配合國家政策接種各類公費疫苗。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 備查文件： 宣導及鼓勵措施相關文件。	執行宣導及鼓勵措施如：_____。	
	3.2 配合國家政策施打公費疫苗，施打率達指定比率。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 備查文件： COVID-19 疫苗及流感疫苗接種名冊。	1. 111 年公費流感疫苗接種名冊中： (1) 【服務對象】____人(A1)，實際接種流感疫苗者____人(B1)，經醫師評估不適合接種者____人(C1)，接種率= $B1/(A1-C1)*100\%=_____$ %。 (2) 【直接照顧服務對象之工作人員】____人(A2)，實際接種流感疫苗者____人(B2)，經醫師評估不適合接種者____人	

查核基準項目	查核指標	自評等級	執行狀況簡述	地方主管機關稽核 (自評等級與執行狀況簡述之完整性)
			<p>(C2)，接種率=B2/(A2-C2)*100%=_____%。</p> <p>2. 機構內 COVID-19 疫苗施打情形：</p> <p>(1) 【服務對象】____人(A3)，實際接種 COVID-19 疫苗追加劑者____人(B3)，追加劑接種率=B3/A3*100%=_____%。</p> <p>(2) 【工作人員[註]】____人(A4)，實際接種 COVID-19 疫苗追加劑者____人(B4)，追加劑接種率=B4/A4*100%=_____%。</p> <p>3. 其他補充事項：_____。</p>	
4. 工作人員感染管制教育訓練	4.1 訂定員工感染管制教育訓練計畫，並依計畫辦理員工教育訓練及留存訓練證明文件備查。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">備查文件：教育訓練計畫、訓練證明文件。</div>	<p>1. 是否訂有員工感染管制教育訓練計畫？ <input type="radio"/> 是，<input type="radio"/> 否。</p> <p>2. 其他補充事項：_____。</p>	
	4.2 新進員工應於到職後 1 個月內完成至少 4 小時感染管制課程。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 <input type="radio"/> 不適用，無新進工作人員或到職未滿 1 個月者，本項指標不適用。	<p>新進工作人員[註]____人，到職 1 個月內感染管制教育訓練情形：</p> <p>1. 完成 4 小時或以上者____人；</p> <p>2. 完成 3 小時者____人；</p>	
		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">備查文件：訓練相關紀錄。</div>	<p>3. 完成 2 小時者____人；</p> <p>4. 完成 1 小時者____人。</p> <p>5. 其他補充事項：_____。</p>	
	4.3 在職員工每年應接受至少 4 小時感染管制課程。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合	<p>在職工作人員[註]____人，感染管制教育訓練情形：</p> <p>1. 完成 4 小時或以上者____人；</p>	

查核基準項目	查核指標	自評等級	執行狀況簡述	地方主管機關稽核 (自評等級與執行狀況簡述之完整性)
		備查文件： 訓練相關紀錄。	2. 完成 3 小時者____人； 3. 完成 2 小時者____人； 4. 完成 1 小時者____人。 5. 其他補充事項：_____。	
	4.4 專責人員每年應接受至少 8 小時感染管制課程。	○ 符合 ○ 不符合 備查文件： 訓練相關紀錄。	1. 專責人員 111 年已完成感染管制教育訓練____小時。 2. 其他補充事項：_____。	
5. 環境清潔及病媒防治	5.1 定期清潔、消毒機構內外環境及清潔通風設備，保持乾淨無異味，且有紀錄。	○ 符合 ○ 不符合 備查文件： 環境清潔消毒紀錄。	1. 定期環境清潔消毒措施簡述：_____。 2. 其他補充事項：_____。	
	5.2 工作人員能正確配製漂白水濃度。	○ 符合 ○ 不符合	機構之常用漂白水濃度為：_____。	
	5.3 機構內具防蚊蟲設備或措施。	○ 符合 ○ 不符合	機構之防蚊蟲設備或措施為：_____。	
6. 防疫機制之建置	6.1 依機構特性訂定並執行感染管制計畫且每年應至少檢視更新 1 次。	○ 符合 ○ 不符合 備查文件： 感染管制計畫。	1. 感染管制計畫最近更新或檢視日期為_____。 2. 其他補充事項：_____。	

查核基準項目	查核指標	自評等級	執行狀況簡述	地方主管機關稽核 (自評等級與執行狀況簡述之完整性)
	6.2 指派符合資格之感染管制專責人員，負責推動機構內感染管制相關工作。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;">備查文件： 專責人員名單及工作項目。</div>	1. 感染管制專責人員姓名：____；符合資格條件第____款。 2. 其他補充事項：_____。	
	6.3 有充足且適當之洗手設施和洗手用品。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合	1. 機構內住房數量____，住房洗手設備數量____（濕式____乾式____） 2. 其他補充事項：_____。	
	6.4 工作人員能正確執行手部衛生，包括洗手時機及步驟。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;">備查文件： 稽核紀錄相關文件。</div>	1. 手部衛生遵從性之稽核頻率為：____，全年遵從率平均：____，請說明稽核的方法：____。 2. 手部衛生正確性之稽核頻率為：____，全年正確率平均：____，請說明稽核的方法：____。 3. 其他補充事項：_____。	
	6.5 有宣導和落實手部衛生及呼吸道衛生與咳嗽禮節。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;">備查文件： 宣導措施相關文件。</div>	執行宣導措施如：_____。	
	6.6 訂定並落實訪客管理規範，且有訪客紀錄。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;">備查文件： 訪客管理規範、紀錄單。</div>	1. 訂有 <input type="checkbox"/> 訪客管理規範、 <input type="checkbox"/> 訪客紀錄單。 2. 其他補充事項：_____。	

查核基準項目	查核指標	自評等級	執行狀況簡述	地方主管機關稽核 (自評等級與執行狀況簡述之完整性)															
	6.7 依「人口密集機構傳染病監視作業注意事項」規定執行疫情監視及上網登錄通報。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 備查文件： 每日監測工作人員及服務對象之健康紀錄表。	1. 查核資料期間內曾通報： <input type="radio"/> 無， <input type="radio"/> 有(<input type="checkbox"/> 上呼吸道感染 <input type="checkbox"/> 咳嗽持續 3 週 <input type="checkbox"/> 類流感 <input type="checkbox"/> 每日腹瀉 3 次(含)以上 <input type="checkbox"/> 不明原因發燒 <input type="checkbox"/> 疥瘡 <input type="checkbox"/> 其他_____。) 2. 其他補充事項：_____。																
	6.8 確實執行衛材及器械之清潔、消毒或滅菌及管理。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 備查文件： 衛材及器械管理紀錄。	1. 衛材及器械管理措施：_____。 2. 是否自行執行衛材及器械之滅菌？ <input type="radio"/> 是， <input type="radio"/> 否；滅菌監測方式為(若否，則免填)： _____。 3. 其他補充事項：_____。																
	6.9 防護裝備物資(含口罩及手套等)應有適當儲備量，定期檢視有效期限並有紀錄，且儲放於乾淨且避免潮濕之場所。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 備查文件： 防疫物資管理紀錄。	1. 防護裝備物資： <table border="1" data-bbox="1182 826 1715 1171"> <thead> <tr> <th>品項</th> <th>現有庫存量</th> <th>1 個月需求量估計值</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> 2. 檢視庫存量及有效期限之頻率為：_____。 3. 其他補充事項：_____。	品項	現有庫存量	1 個月需求量估計值													
品項	現有庫存量	1 個月需求量估計值																	

查核基準項目	查核指標	自評等級	執行狀況簡述	地方主管機關稽核 (自評等級與執行狀況簡述之完整性)
7. 隔離空間設置及使用	7.1 設有獨立或隔離空間，供新進住民或疑似感染者暫留或入住。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">備查文件： 隔離空間使用相關規定及紀錄。</div>	1. 機構內隔離床共____床。 2. 查核資料期間入住隔離空間者共____人 (疑似傳染病____人，確診____人，新入住服務對象____人，其他____人)。 3. 其他補充事項：_____。	
	7.2 隔離空間及位置符合感染管制原則。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合	執行狀況簡述如下：_____。	
8. 醫療照護執行情形	8.1 訂有抽痰、傷口換藥、更換管路等侵入性照護技術之標準作業流程，且護理人員能正確執行。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 <input type="radio"/> 不適用，機構確實無執行侵入性照護技術，本項不適用。 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">備查文件： 標準作業流程。</div>	1. 訂有哪些侵入性照護技術之標準作業流程，請列舉：_____。 2. 其他補充事項：_____。	
	8.2 定期稽核侵入性照護技術之正確性。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 <input type="radio"/> 不適用，機構確實無執行侵入性照護技術，本項不適用。 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">備查文件： 稽核紀錄相關文件。</div>	1. 侵入性照護技術稽核頻率為_____。 2. 其他補充事項：_____。	

查核基準項目	查核指標	自評等級	執行狀況簡述	地方主管機關稽核 (自評等級與執行狀況簡述之完整性)
9. 服務對象感染預防、處理及監測	9.1 針對服務對象進行感染監測及分析，且有紀錄。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 備查文件： 感染監測及紀錄。	1. 感染監測分析檢討之頻率為：_____。 2. 查核資料期間內，服務對象感染案件數為_____件。 3. 檢討改善情況簡述：_____。 4. 其他補充事項：_____。	
	9.2 訂有皮膚傳染病（至少包括疥瘡）、呼吸道傳染病、腸道傳染病、不明原因發燒等疑似感染個案及群聚感染事件處理流程，並確實執行。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 備查文件： 皮膚傳染病等疑似感染個案及群聚感染事件處理流程。	執行狀況簡述如下：_____。	
	9.3 服務對象如轉出或從其他醫療照護機構轉入，應有轉介紀錄。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 <input type="radio"/> 不適用，機構確實無服務對象轉出或轉入，本項不適用。 備查文件： 轉介紀錄。	1. 查核資料期間內，轉出/送醫者共_____人。 2. 從其他醫療照護機構轉入者共_____人。 3. 其他補充事項：_____。	

註：本項所稱之工作人員包括自行聘用、兼職、外包以及報備支援之人力。

地方主管機關

稽核人簽章：

112年住宿式長期照顧服務機構感染管制查核作業自評表

填表說明

- 一、請完整填寫自評表內容，查核資料以 111 年 1 月至 111 年 12 月之狀況為填報基礎。
- 二、請參考基準說明於「自評等級」欄位勾選符合的等級（符合、不符合或不適用 N/A），並針對該項之執行現況進行簡單敘述；部分欄位需填入相關數據資料（如：人數、日期等）。
- 三、請於地方主管機關規定之截止日期前完成填報。
- 四、機構請於實地查核當日提出備查文件（紙本或電子文件均可），必要時可提供 109 年至查核日之資料為佐證，供查核團隊檢閱。

112年住宿式長期照顧服務機構感染管制查核自評表（首頁）

貳、基本資料

機構名稱：（_____縣/市）_____

機構負責人：_____（請簽名） 職稱：_____

聯絡人：_____（請簽名） 職稱：_____

聯絡電話：_____ 傳真號碼：_____ 電子郵件信箱：_____

其他：立案床數：_____床，現在收住服務對象：_____人。

自評日期： 年 月 日

貳、查核內容

查核基準項目	查核指標	自評等級	執行狀況簡述	地方主管機關稽核 (自評等級與執行狀況簡述之完整性)
1. 工作人員健康管理	1.1 新進工作人員有胸部 X 光檢查且有紀錄。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 <input type="radio"/> 不適用，無新進工作人員，本項指標不適用。 備查文件： 新進工作人員名單及胸部 X 光檢查紀錄。	1. 查核資料期間內，新進工作人員 [註]____人 (含新入境外籍移工____人)。 2. 新進工作人員於到職前提供完整檢查報告者____人 (含新入境外籍移工____人)。 3. 其他補充事項：____。	
	1.2 在職工作人員每年接受 1 次胸部 X 光檢查，對檢查異常者有追蹤措施，且有紀錄。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 備查文件： 在職工作人員名單及胸部 X 光檢查紀錄。	1. 目前在職工作人員 [註]____人。 2. 1 年內接受胸部 X 光檢查者____人。 3. 檢查異常者____人。 4. 追蹤情形簡述 (無異常者免填)：____。 5. 其他補充事項：____。	
	1.3 有限制罹患皮膚、腸胃道或呼吸道傳染病員工從事照護或準備飲食之規範。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 備查文件： 檢閱相關規範文件。	1. 訂有 <input type="checkbox"/> 皮膚、 <input type="checkbox"/> 腸胃道、 <input type="checkbox"/> 呼吸道傳染病員工限制從事照護或準備飲食之規範。 2. 其他補充事項：____。	
2. 服務對象健康管理	2.1 服務對象入住前傳染病檢查，且有紀錄。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 備查文件： 新入住名單及檢查紀錄。	1. 查核資料期間內，新入住服務對象____人；入住前已提供完整體檢報告者____人。 2. 入住前提供胸部 X 光檢查報告者____人；入住後安排區隔補驗胸部 X 光者	

查核基準項目	查核指標	自評等級	執行狀況簡述	地方主管機關稽核 (自評等級與執行狀況簡述之完整性)
			<p>____人。</p> <p>3. 入住前提供阿米巴性痢疾或桿菌性痢疾檢驗報告者____人；入住後安排區隔補驗阿米巴性痢疾或桿菌性痢疾者____人。</p> <p>4. 近 5 年是否曾有新進住民入住前或入住後安排區隔期間，檢驗報告阿米巴性痢疾陽性？○ 是，○ 否。</p> <p>5. 近 5 年是否曾有新進住民入住前或入住後安排區隔期間，檢驗報告桿菌性痢疾陽性？○ 是，○ 否。</p> <p>6. 其他補充事項（請說明檢驗報告陽性者之處理機制）：____。</p>	
	2.2 服務對象每年接受一次胸部 X 光檢查，並由醫師判讀，對檢查異常者有追蹤措施，且有紀錄。	<p>○ 符合</p> <p>○ 不符合</p> <p>備查文件： 服務對象名單及檢查紀錄。</p>	<p>1. 目前收住服務對象____人。</p> <p>2. 1 年內接受胸部 X 光檢查者____人。檢查異常者____人。</p> <p>3. 追蹤情形簡述(無異常者免填)：____。</p> <p>4. 其他補充事項：____。</p>	
3. 疫苗接種情形	3.1 宣導及鼓勵服務對象與工作人員配合國家政策接種各類公費疫苗。	<p>○ 符合</p> <p>○ 不符合</p> <p>備查文件： 宣導及鼓勵措施相關文件。</p>	執行宣導及鼓勵措施如：____。	
	3.2 配合國家政策施打公費疫苗，施打率達指定比率。	<p>○ 符合</p> <p>○ 不符合</p>	1. 111 年公費流感疫苗接種名冊中： (1)【服務對象】____人(A1)，實際接種流感疫苗者____人(B1)，經醫師評估	

查核基準項目	查核指標	自評等級	執行狀況簡述	地方主管機關稽核 (自評等級與執行狀況簡述之完整性)
		備查文件： COVID-19 疫苗及流感疫苗 接種名冊。	不適合接種者____人(C1)，接種率 $=B1/(A1-C1)*100\%=_____ \%$ 。 (2)【直接照顧服務對象之工作人員】 ____人(A2)，實際接種流感疫苗者 ____人(B2)，經醫師評估不適合接種 者____人(C2)，接種率 $=B2/(A2-$ $C2)*100\%=_____ \%$ 。 2. 機構內 COVID-19 疫苗施打情形： (1)【服務對象】____人(A3)，實際接種 COVID-19 疫苗追加劑者____人 (B3)，追加劑接種率 $=B3/A3*100\%=_____ \%$ 。 (2)【工作人員[註]】____人(A4)，實際 接種 COVID-19 疫苗追加劑者____人 (B4)，追加劑接種率 $=B4/A4*100\%=_____ \%$ 。 3. 其他補充事項：_____。	
4. 工作人員感染管制教育訓練	4.1 訂定員工感染管制教育訓練計畫，並依計畫辦理員工教育訓練及留存訓練證明文件備查。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 備查文件： 教育訓練計畫、訓練證明文件。	1. 是否訂有員工感染管制教育訓練計畫? <input type="radio"/> 是， <input type="radio"/> 否。 2. 其他補充事項：____。	
	4.2 新進員工應於到職後 1 個月內完成至少 4 小時感染管制課程。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 <input type="radio"/> 不適用，無新進工作人員或到職未滿 1 個月者，本項	新進工作人員[註]____人，到職 1 個月內 感染管制教育訓練情形： 1. 完成 4 小時或以上者____人； 2. 完成 3 小時者____人；	

查核基準項目	查核指標	自評等級	執行狀況簡述	地方主管機關稽核 (自評等級與執行狀況簡述之完整性)
		指標不適用。 備查文件： 訓練相關紀錄。	3. 完成 2 小時者____人； 4. 完成 1 小時者____人。 5. 其他補充事項：____。	
	4.3 在職員工每年應接受至少 4 小時感染管制課程。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 備查文件： 訓練相關紀錄。	在職工作人員[註]____人，感染管制教育訓練情形： 1. 完成 4 小時或以上者____人； 2. 完成 3 小時者____人； 3. 完成 2 小時者____人； 4. 完成 1 小時者____人。 5. 其他補充事項：____。	
	4.4 專責人員每年應接受至少 8 小時感染管制課程。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 備查文件： 訓練相關紀錄。	1. 專責人員 111 年已完成感染管制教育訓練____小時。 2. 其他補充事項：____。	
5. 環境清潔及病媒防治	5.1 定期清潔、消毒機構內外環境及清潔通風設備，保持乾淨無異味，且有紀錄。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 備查文件： 環境清潔消毒紀錄	1. 定期環境清潔消毒措施簡述：____。 2. 其他補充事項：____。	
	5.2 工作人員能正確配製漂白水濃度。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合	機構之常用漂白水濃度為：____。	
	5.3 機構內具防蚊蟲設備或措施。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合	機構之防蚊蟲設備或措施為：____。	

查核基準項目	查核指標	自評等級	執行狀況簡述	地方主管機關稽核 (自評等級與執行狀況簡述之完整性)
6. 防疫機制之建置	6.1 依機構特性訂定並執行感染管制計畫且每年應至少檢視更新1次。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 備查文件： 感染管制計畫。	1. 感染管制計畫最近更新或檢視日期為____。 2. 其他補充事項：____。	
	6.2 指派符合資格之感染管制專責人員，負責推動機構內感染管制相關工作。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 備查文件： 專責人員名單及工作項目。	1. 感染管制專責人員姓名：____；符合資格條件第____款。 2. 其他補充事項：____。	
	6.3 有充足且適當之洗手設施和洗手用品。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合	1. 機構內住房數量____，住房洗手設備數量____（濕式____乾式____） 2. 其他補充事項：____。	
	6.4 工作人員能正確執行手部衛生，包括洗手時機及步驟。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 備查文件： 稽核紀錄相關文件。	1. 手部衛生遵從性之稽核頻率為：____，全年遵從率平均：____，請說明稽核的方法：____。 2. 手部衛生正確性之稽核頻率為：____，全年正確率平均：____，請說明稽核的方法：____。 3. 其他補充事項：____。	
	6.5 有宣導和落實手部衛生及呼吸道衛生與咳嗽禮節。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 備查文件： 宣導措施相關文件。	執行宣導措施如：____。	

查核基準項目	查核指標	自評等級	執行狀況簡述	地方主管機關稽核 (自評等級與執行狀況簡述之完整性)															
	6.6 訂定並落實訪客管理規範，且有訪客紀錄。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 備查文件： 訪客管理規範、紀錄單。	1. 訂有 <input type="checkbox"/> 訪客管理規範、 <input type="checkbox"/> 訪客紀錄單。 2. 其他補充事項：____。																
	6.7 依「人口密集機構傳染病監視作業注意事項」規定執行疫情監視及上網登錄通報。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 備查文件： 每日監測工作人員及服務對象之健康紀錄表。	1. 查核資料期間內曾通報： <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 (<input type="checkbox"/> 上呼吸道感染 <input type="checkbox"/> 咳嗽持續3週 <input type="checkbox"/> 類流感 <input type="checkbox"/> 每日腹瀉3次(含)以上 <input type="checkbox"/> 不明原因發燒 <input type="checkbox"/> 疥瘡 <input type="checkbox"/> 其他____。) 2. 其他補充事項：____。																
	6.8 確實執行衛材及器械之清潔、消毒或滅菌及管理。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 備查文件： 衛材及器械管理紀錄。	1. 衛材及器械管理措施：____。 2. 是否自行執行衛材及器械之滅菌？ <input type="radio"/> 是， <input type="radio"/> 否；滅菌監測方式為(若否，則免填)：____。 3. 其他補充事項：____。																
	6.9 防護裝備物資(含口罩及手套等)應有適當儲備量，定期檢視有效期限並有紀錄，且儲放於乾淨且避免潮濕之場所。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 備查文件： 防疫物資管理紀錄。	1. 防護裝備物資： <table border="1" data-bbox="1178 1086 1713 1428"> <thead> <tr> <th>品項</th> <th>現有庫存量</th> <th>1個月需求量估計值</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	品項	現有庫存量	1個月需求量估計值													
品項	現有庫存量	1個月需求量估計值																	

查核基準項目	查核指標	自評等級	執行狀況簡述	地方主管機關稽核 (自評等級與執行狀況簡述之完整性)
			2. 檢視庫存量及有效期限之頻率為：____； 3. 其他補充事項：____。	
7. 隔離空間設置及使用	7.1 設有獨立或隔離空間，供新進住民或疑似感染者暫留或入住。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">備查文件： 隔離空間使用相關規定及紀錄。</div>	1. 機構內隔離床共____床。 2. 查核資料期間入住隔離空間者共____人(疑似傳染病____人，確診____人，新入住服務對象____人，其他____人)。 3. 其他補充事項：____。	
	7.2 隔離空間及位置符合感染管制原則。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合	執行狀況簡述如下：____。	
8. 醫療照護執行情形	8.1 訂有抽痰、傷口換藥、更換管路等侵入性照護技術之標準作業流程，且護理人員能正確執行。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 <input type="radio"/> 不適用，機構確實無執行侵入性照護技術，本項不適用。 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">備查文件： 標準作業流程。</div>	1. 訂有哪些侵入性照護技術之標準作業流程，請列舉：____。 2. 其他補充事項：____。	
	8.2 定期稽核侵入性照護技術之正確性。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 <input type="radio"/> 不適用，機構確實無執行侵入性照護技術，本項不適用。	1. 侵入性照護技術稽核頻率為____。 2. 其他補充事項：____。	

查核基準項目	查核指標	自評等級	執行狀況簡述	地方主管機關稽核 (自評等級與執行狀況簡述之完整性)
		備查文件： 稽核紀錄相關文件。		
9. 服務對象感染預防、處理及監測	9.1 針對服務對象進行感染監測及分析，且有紀錄。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 備查文件： 感染監測及紀錄。	1. 感染監測分析檢討之頻率為：____。 2. 查核資料期間內，服務對象感染案件數為____件。 3. 檢討改善情況簡述：____。 4. 其他補充事項：____。	
	9.2 訂有皮膚傳染病(至少包括疥瘡)、呼吸道傳染病、腸道傳染病、不明原因發燒等疑似感染個案及群聚感染事件處理流程，並確實執行。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 備查文件： 皮膚傳染病等疑似感染個案及群聚感染事件處理流程。	執行狀況簡述如下：____。	
	9.3 服務對象如轉出或從其他醫療照護機構轉入，應有轉介紀錄。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 <input type="radio"/> 不適用，機構確實無服務對象轉出或轉入，本項不適用。 備查文件： 轉介紀錄。	1. 查核資料期間內，轉出/送醫者共____人。 2. 從其他醫療照護機構轉入者共____人。 3. 其他補充事項：____。	

註：本項所稱之工作人員包括自行聘用、兼職、外包以及報備支援之人力。

地方主管機關

稽核人簽章：

112年身心障礙福利機構（全日住宿型）感染管制查核作業自評表

填表說明

- 一、請完整填寫自評表內容，查核資料以 111 年 1 月至 111 年 12 月之狀況為填報基礎。
- 二、請參考基準說明於「自評等級」欄位勾選符合的等級（符合、不符合或不適用 N/A），並針對該項之執行現況進行簡單敘述；部分欄位需填入相關數據資料（如：人數、日期等）。
- 三、請於地方主管機關規定之截止日期前完成填報。
- 四、機構請於實地查核當日提出備查文件（紙本或電子文件均可），必要時可提供 **109** 年至查核日之資料為佐證，供查核團隊檢閱。

112年身心障礙福利機構（全日住宿型）感染管制查核自評表（首頁）

參、基本資料

機構名稱：（_____縣/市）_____

機構負責人：_____（請簽名） 職稱：_____

聯絡人：_____（請簽名） 職稱：_____

聯絡電話：_____ 傳真號碼：_____ 電子郵件信箱：_____

其他：立案床數：_____床，現在收住服務對象：_____人。

自評日期： 年 月 日

貳、查核內容

查核基準項目	查核指標	自評等級	執行狀況簡述	地方主管機關稽核 (自評等級與執行狀況簡述之完整性)
1. 工作人員健康管理	1.1 新進工作人員有胸部 X 光檢查且有紀錄。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 <input type="radio"/> 不適用，無新進工作人員，本項指標不適用。 備查文件： 新進工作人員名單及胸部 X 光檢查紀錄。	1. 查核資料期間內，新進工作人員 [註]____人 (含新入境外籍移工____人)。 2. 新進工作人員於到職前提供完整檢查報告者____人 (含新入境外籍移工____人)。 3. 其他補充事項：____。	
	1.2 在職工作人員每年接受 1 次胸部 X 光檢查，對檢查異常者有追蹤措施，且有紀錄。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 備查文件： 在職工作人員名單及胸部 X 光檢查紀錄。	1. 目前在職工作人員 [註]____人。 2. 1 年內接受胸部 X 光檢查者____人。 3. 檢查異常者____人。 4. 追蹤情形簡述 (無異常者免填)：____。 5. 其他補充事項：____。	
	1.3 有限制罹患皮膚、腸胃道或呼吸道傳染病員工從事照護或準備飲食之規範。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 備查文件： 檢閱相關規範文件。	1. 訂有 <input type="checkbox"/> 皮膚、 <input type="checkbox"/> 腸胃道、 <input type="checkbox"/> 呼吸道傳染病員工限制從事照護或準備飲食之規範。 2. 其他補充事項：____。	
2. 服務對象健康管理	2.1 6 歲 (含) 以上服務對象入住前傳染病檢查，且有紀錄。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合	1. 查核資料期間內，新入住服務對象____人，其中 6 歲 (含) 以上者____人；入住前已提供完整體檢報告者____人。	

查核基準項目	查核指標	自評等級	執行狀況簡述	地方主管機關稽核 (自評等級與執行狀況簡述之完整性)
		備查文件： 新入住名單及檢查紀錄。	2. 入住前提供胸部 X 光檢查報告者____人；入住後安排區隔補驗胸部 X 光者____人。 3. 入住前提供阿米巴性痢疾或桿菌性痢疾檢驗報告者____人；入住後安排區隔補驗阿米巴性痢疾或桿菌性痢疾者____人。 4. 近 5 年是否曾有新進住民入住前或入住後安排區隔期間，檢驗報告阿米巴性痢疾陽性？○ 是，○ 否。 5. 近 5 年是否曾有新進住民入住前或入住後安排區隔期間，檢驗報告桿菌性痢疾陽性？○ 是，○ 否。 6. 其他補充事項（請說明檢驗報告陽性者之處理機制）：____。	
	2.2 服務對象每年接受一次胸部 X 光檢查，並由醫師判讀，對檢查異常者有追蹤措施，且有紀錄。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 備查文件： 服務對象名單及檢查紀錄。	1. 目前收住服務對象____人。 2. 1 年內接受胸部 X 光檢查者____人。檢查異常者____人。 3. 追蹤情形簡述（無異常者免填）：____。 4. 其他補充事項：____。	

查核基準項目	查核指標	自評等級	執行狀況簡述	地方主管機關稽核 (自評等級與執行狀況簡述之完整性)
3. 疫苗接種情形	3.1 宣導及鼓勵服務對象與工作人員配合國家政策接種各類公費疫苗。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 備查文件： 宣導及鼓勵措施相關文件。	執行宣導及鼓勵措施如：_____。	
	3.2 配合國家政策施打公費疫苗，施打率達指定比率。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 備查文件： COVID-19 疫苗及流感疫苗接種名冊。	1. 111 年公費流感疫苗接種名冊中： (1) 【服務對象】 _____人(A1)，實際接種流感疫苗者_____人(B1)，經醫師評估不適合接種者_____人(C1)，接種率= $B1/(A1-C1)*100\%$ =_____。 (2) 【直接照顧服務對象之工作人員】 _____人(A2)，實際接種流感疫苗者_____人(B2)，經醫師評估不適合接種者_____人(C2)，接種率= $B2/(A2-C2)*100\%$ =_____。 2. 機構內 COVID-19 疫苗施打情形： (1) 【服務對象】 _____人(A3)，實際接種 COVID-19 疫苗追加劑者_____人(B3)，追加劑接種率= $B3/A3*100\%$ =_____。 (2) 【工作人員[註]】 _____人(A4)，實際接種 COVID-19 疫苗追加劑者_____人(B4)，追加劑接種率= $B4/A4*100\%$ =_____。 3. 其他補充事項：_____。	

查核基準項目	查核指標	自評等級	執行狀況簡述	地方主管機關稽核 (自評等級與執行狀況簡述之完整性)
4. 工作人員感染管制教育訓練	4.1 訂定員工感染管制教育訓練計畫，並依計畫辦理員工教育訓練及留存訓練證明文件備查。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 備查文件： 教育訓練計畫、訓練證明文件。	1. 是否訂有員工感染管制教育訓練計畫？ <input type="radio"/> 是， <input type="radio"/> 否。 2. 其他補充事項：____。	
	4.2 新進員工應於到職後 1 個月內完成至少 4 小時感染管制課程。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 <input type="radio"/> 不適用，無新進工作人員或到職未滿 1 個月者，本項指標不適用。 備查文件： 訓練相關紀錄。	新進工作人員[註]____人，到職 1 個月內感染管制教育訓練情形： 1. 完成 4 小時或以上者____人； 2. 完成 3 小時者____人； 3. 完成 2 小時者____人； 4. 完成 1 小時者____人。 5. 其他補充事項：____。	
	4.3 在職員工每年應接受至少 4 小時感染管制課程。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 備查文件： 訓練相關紀錄。	在職工作人員[註]____人，感染管制教育訓練情形： 1. 完成 4 小時或以上者____人； 2. 完成 3 小時者____人； 3. 完成 2 小時者____人； 4. 完成 1 小時者____人。 5. 其他補充事項：____。	
	4.4 專責人員每年應接受至少 8 小時感染管制課程。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合	1. 專責人員 111 年已完成感染管制教育訓練____小時。 2. 其他補充事項：____。	

查核基準項目	查核指標	自評等級	執行狀況簡述	地方主管機關稽核 (自評等級與執行狀況簡述之完整性)
		備查文件： 訓練相關紀錄。		
5.環境清潔及病媒防治	5.1 定期清潔、消毒機構內外環境及清潔通風設備，保持乾淨無異味，且有紀錄。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 備查文件： 環境清潔消毒紀錄	1. 定期環境清潔消毒措施簡述：____。 2. 其他補充事項：____。	
	5.2 工作人員能正確配製漂白水濃度。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合	機構之常用漂白水濃度為：____。	
	5.3 機構內具防蚊蟲設備或措施。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合	機構之防蚊蟲設備或措施為：____。	
6.防疫機制之建置	6.1 依機構特性訂定並執行感染管制計畫且每年應至少檢視更新1次。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 備查文件： 感染管制計畫。	1. 感染管制計畫最近更新或檢視日期為____。 2. 其他補充事項：____。	
	6.2 指派符合資格之感染管制專責人員，負責推動機構內感染管制相關工作。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 備查文件： 專責人員名單及工作項目。	1. 感染管制專責人員姓名：____；符合資格條件第____款。 2. 其他補充事項：____。	

查核基準項目	查核指標	自評等級	執行狀況簡述	地方主管機關稽核 (自評等級與執行狀況簡述之完整性)
	6.3 有充足且適當之洗手設施和洗手用品。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合	1. 機構內住房數量____，住房洗手設備數量____（濕式____乾式____） 2. 其他補充事項：____。	
	6.4 工作人員能正確執行手部衛生，包括洗手時機及步驟。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">備查文件： 稽核紀錄相關文件。</div>	1. 手部衛生遵從性之稽核頻率為：____，全年遵從率平均：____，請說明稽核的方法：____。 2. 手部衛生正確性之稽核頻率為：____，全年正確率平均：____，請說明稽核的方法：____。 3. 其他補充事項：____。	
	6.5 有宣導和落實手部衛生及呼吸道衛生與咳嗽禮節。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">備查文件： 宣導措施相關文件。</div>	執行宣導措施如：____。	
	6.6 訂定並落實訪客管理規範，且有訪客紀錄。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">備查文件： 訪客管理規範、紀錄單。</div>	1. 訂有 <input type="checkbox"/> 訪客管理規範、 <input type="checkbox"/> 訪客紀錄單。 2. 其他補充事項：____。	
	6.7 依「人口密集機構傳染病監視作業注意事項」規定執行疫情監視及上	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合	1. 查核資料期間內曾通報： <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有（ <input type="checkbox"/> 上呼吸道感染 <input type="checkbox"/> 咳嗽持續3週 <input type="checkbox"/> 類流感 <input type="checkbox"/> 每日腹瀉3次（含）以上 <input type="checkbox"/> 不明	

查核基準項目	查核指標	自評等級	執行狀況簡述	地方主管機關稽核 (自評等級與執行狀況簡述之完整性)															
	網登錄通報。	備查文件： 每日監測工作人員及服務對象之健康紀錄表。	原因發燒 <input type="checkbox"/> 疥瘡 <input type="checkbox"/> 其他____。)。 2. 其他補充事項：____。																
	6.8 確實執行衛材及器械之清潔、消毒或滅菌及管理。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 備查文件： 衛材及器械管理紀錄。	1. 衛材及器械管理措施：____。 2. 是否自行執行衛材及器械之滅菌？ <input type="radio"/> 是， <input type="radio"/> 否；滅菌監測方式為（若否，則免填）：____。 3. 其他補充事項：____。																
	6.9 防護裝備物資（含口罩及手套等）應有適當儲備量，定期檢視有效期限並有紀錄，且儲放於乾淨且避免潮濕之場所。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 備查文件： 防疫物資管理紀錄。	1. 防護裝備物資： <table border="1" data-bbox="1144 756 1677 1102"> <thead> <tr> <th>品項</th> <th>現有庫存量</th> <th>1 個月需求量估計值</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> 2. 檢視庫存量及有效期限之頻率為：____； 3. 其他補充事項：____。	品項	現有庫存量	1 個月需求量估計值													
品項	現有庫存量	1 個月需求量估計值																	
7. 隔離空間設置及使用	7.1 設有獨立或隔離空間，供新進住民或疑似感染者暫留或入住。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 備查文件：	1. 機構內隔離床共____床。 2. 查核資料期間入住隔離空間者共____人（疑似傳染病____人，確診____人，新入住服務對象____人，其他____人）。 3. 其他補充事項：____。																

查核基準項目	查核指標	自評等級	執行狀況簡述	地方主管機關稽核 (自評等級與執行狀況簡述之完整性)
		隔離空間使用相關規定及紀錄。		
8.醫療照護執行情形	7.2 隔離空間及位置符合感染管制原則。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合	執行狀況簡述如下：_____。	
	8.1 訂有抽痰、傷口換藥、更換管路等侵入性照護技術之標準作業流程，且護理人員能正確執行。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 <input type="radio"/> 不適用，機構確實無執行侵入性照護技術，本項不適用。 備查文件： 標準作業流程。	1. 訂有哪些侵入性照護技術之標準作業流程，請列舉：_____。 2. 其他補充事項：_____。	
	8.2 定期稽核侵入性照護技術之正確性。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 <input type="radio"/> 不適用，機構確實無執行侵入性照護技術，本項不適用。 備查文件： 稽核紀錄相關文件。	1. 侵入性照護技術稽核頻率為_____。 2. 其他補充事項：_____。	
9.服務對象感染預防、處理及	9.1 針對服務對象進行感染監測及分析，且有紀錄。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 備查文件： 感染監測及紀錄。	1. 感染監測分析檢討之頻率為：_____。 2. 查核資料期間內，服務對象感染案件數為_____件。 3. 檢討改善情況簡述：_____。 4. 其他補充事項：_____。	

查核基準項目	查核指標	自評等級	執行狀況簡述	地方主管機關稽核 (自評等級與執行狀況簡述之完整性)
監測	9.2 訂有皮膚傳染病(至少包括疥瘡)、呼吸道傳染病、腸道傳染病、不明原因發燒等疑似感染個案及群聚感染事件處理流程，並確實執行。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 備查文件： 皮膚傳染病等疑似感染個案及群聚感染事件處理流程。	執行狀況簡述如下：_____。	
	9.3 服務對象如轉出或從其他醫療照護機構轉入，應有轉介紀錄。	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合 <input type="radio"/> 不適用，機構確實無服務對象轉出或轉入，本項不適用。 備查文件： 轉介紀錄。	1. 查核資料期間內，轉出/送醫者共_____人。 2. 從其他醫療照護機構轉入者共_____人。 3. 其他補充事項：_____。	

註：本項所稱之工作人員包括自行聘用、兼職、外包以及報備支援之人力。

地方主管機關

稽核人簽章：