

108 年度受評機構 Q&A 集

108 年 10 月 18 日

A. 行政組織、經營管理與服務對象權益保障

代碼	共識基準	問題	回應說明
A1.1	過去查核缺失及建議事項改善情形	<p>1. 前次評鑑缺失及建議事項改善情形，請問改善事項委員無特別意見，委員有寫建議事項，請問建議事項要呈現嗎？是否也列改善比例？</p> <p>2. 若部分指標已經刪除或整併，是否仍須持續追蹤與執行？</p>	<p>建議將建議可用表列方式呈現，述明建議改善情形，若無法改善請寫明原因。</p> <p>是的，過去評鑑指標為奠定護理之家的照護品質與安全基礎，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，仍須繼續追蹤改善與執行。</p>
A1.2	機構(業務)負責人實際參與行政作業與照顧品質管理情形	<p>1. 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、提撥勞退金，若雇主同時為業務負責人時，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？</p> <p>2. 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、提撥勞退金，但勞工局發文不可投勞保，只能投健保及提撥勞退金，請問如何因應？</p>	<p>(1)「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 7 條第 2 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。</p> <p>(2)為保障機構負責人權益，依據評鑑指標，仍須投保勞健保、提撥勞退金。</p> <p>【參閱規範】 勞工退休金條例第 14 條： 雇主應為第 7 條第 1 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 7 條第 2 項第 3 款或第 4 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 7 條第 2 項規定自願提繳退休金者，準用之。</p> <p>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。</p> <p>【參閱規範】 依勞工退休金條例第 24 之 1 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</p>

代碼	共識基準	問題	回應說明
			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。」
		3. 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？	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。
		4. 「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？	(1) 依衛福部 108 年 08 月 26 日衛部照字第 1081561302 號函衛生局，請衛生局轉知機構，機構負責人及防火管理人須出席評鑑說明會暨防火避難安全研習會 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「108 年度一般護理之家評鑑計畫機構說明會暨災害應變情境演練研習營」即可認定將以當日之簽到與簽退為依據。
A1.3	依法配置專任人員情形	1. 外籍配偶應列為本籍或外籍照顧服務員？	(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？	(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. 外籍照顧服務員是否須考取證照？是否有特定之許可函？	外籍照顧服務員不需具有本國照顧服務員考試制度之證書或考取證照，而外籍照顧服務員聘僱需依照勞動部聘僱規定辦理並取得聘僱取可函。
		4. 依據 108 年度評鑑條文 A1.3 聘用專任工作人員設置情形，評核方式 1.專任人員包含社會工作人員，請問未達一百床之機構是否需聘請專任社工？	否，依據護理人員法第 16 條第 2 項訂定之護理機構分類設置標準表，未滿 100 床之機構，應指定「專人」負責社會服務工作。
		5. 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？	(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。
		6. 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	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，則可不需再投保勞保。
		7. 關於 CPR 完訓證明有無規範(發證之單位)。	原則上核撥 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。
		8. 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？另外籍照顧服務員是否需有 CPR 之完訓證明？	如護理人員具有有效期內 CPR 訓練合格證明、外籍照顧服務員教育訓練包含 CPR 或 BLS，兩類人員如具有有效期內 CPR 訓練合格證明，則不需每年再接受訓練。
		9. 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？	新進工作人員到職後即須具有 CPR、CPCR 或 BLS(含 AED)有效期之完訓證明文件。
		10. 若 CPR 訓練確有包含 AED 的訓練，但發給證書上無註記，可如何認定？	可提供上課當次照片、訓練內容講義呈現當作佐證。

代碼	共識基準	問題	回應說明
A1.4	工作人員權益相關制度訂定及執行情形	1. 吸菸及情緒不穩住民之防範措施部分,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?	依一般護理之家防火安全管理指引 2.0 (107 年 6 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:對吸菸者及有菸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. 工作手冊與相關表單之執行制度訂定為至少每年修訂一次,若經逐一檢視結果並無修訂之需要,是否可維持現狀不予以修訂,或仍需修訂,以彰顯確實執行至少每年 1 次修訂之規定?	工作手冊與相關表單執行滿 1 年,若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。
		3. 危險物品是否需全院管理?是否可僅針對身心科高危險群?	若為全機構集中管理,需有全機構之集中管理辦法;若為個別管理,亦需有個別住民對應之處理辦法。
		4. 防火管理人為機構經營者即雇主,是否能夠不投保勞健保?	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 13 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。」
		5. 機構負責人是否可為防火管理人?機構負責人若兼防火管理人,是否評鑑當日可由其他備有防火管理人證照之人員代理?	機構負責人及防火管理人皆為護理之家重要之角色,其負責工作對護理之家的安全推動極其重要,故二者角色仍建議朝不同人擔任,使其專任其職;考量評鑑當日,三組評鑑委員於實地情境演練後,將分組進行實地訪視及資料查閱,其中醫護管理 A 組委員需訪談機構負責人,而環境組委員需訪談防火管理人,故倘有機構負責人同時兼任防火管理人,於評鑑當日請機構負責人妥適安排人員接受評鑑。
		6. 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?	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。
		7. 工作人員到職未滿一年,教育訓練時數應如何計算?	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 $20 \times 3 / 12 = 5$)。
		8. 工作人員是否包含行政人員?	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。
A1.5	訂定符合機構住民及需要之緊急災害(EOP)應變計畫及作業程序,並落實演練	1. 緊急災害應變計畫內容須和醫院一樣嗎?	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. 105-107 年基準規定每年實施緊急應變,複合型緊急災害演練 2 次,而 108 年基準半年 2 次,請問今年評鑑如何規範及複合型緊急災害演練 2 次,2 次之間的日期是否須於半年內?	(1)105-107 年:每年複合型緊急災害應變演練,應於上半年(1~6 月)及下半年(7~12 月)各進行 1 次,其中 1 次須為夜間演練。 (2)108 年:每半年 2 次演練紀錄(包括桌上演練、配合地方消防演練),其中 1 次須為夜間演練;意即上半年(1~6 月)2 次演練紀錄,其中 1 次須為夜間演練,以及下半年(7~12 月)2 次演練紀錄,其中 1 次須為夜間演練;108 年合計 4 次演練紀錄,其中 2 次須為夜間演練。
		3. 複合型緊急災害演練是否須請消防局驗證?因機構複合型演練地震導致火災,消防局告知不用呈現地震部分,直接演練火災即可。	複合型緊急災害演練不需請消防局驗證;惟機構進行複合型緊急災害演練時,引發火災初期仍屬於自助部分,後續須請消防局驗證演練火災部分。
A2.1	服務對象個案資料管理、統計分析與	1. 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)	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。

代碼	共識基準	問題	回應說明
	應用及保密情形	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? 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? 4. 請問基準說明 4.：「配合上傳服務資料具有統計分析」，其上傳資料多為名冊，應如何呈現分析資料?	依個資法規定及住民簽署同意書規範辦理。 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。 機構上傳資料除機構床數及服務量資料外，依據評鑑指標上傳相關資料如基本資料表之品質指標等，可針對其內容進行統計分析。
A2.3	提供緊急送醫服務情形	評核方式 2.特約救護車應備有相關之證明(含車定期保養、人員訓練證明等)，其提供資料或程序是否可簡便?	特約救護車如屬縣(市)衛生局公告之合格救護車公司(機構)名單，即視同符合。
A2.4	訂有防疫機制並落實執行及檢討改善執行成效	1. 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? 2. 若未依「人口密集機構傳染病防治及監視作業注意事項」規定按時上網登載? 3. 入住體檢結果尚未出來時，是否可以入住隔離病房?若同一周入住三名住民，隔離病房應如何使用?	(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。 衛生局會由 CDC 下載 105~107 年度機構未按時上網通報之資料，並於評鑑當日提供 108 年最新資料，若有超過 3 次(即第 4 次)未按時通報紀錄，本項即為未通過。 住民入住機構前應先完成體檢，僅因尚未有糞便檢查結果，可先至隔離病房進行腸胃道隔離。
A2.9	與家屬(親友)互動及提供服務情形	每半年至少辦理 1 次以上符合主題之親屬教育或家屬座談會或聯誼活動(內容需含機構防災及公共安全議題宣導)，並留有相關文件(如簽到單、活動相片、活動紀錄)認定方式?	關於相關議題宣導，辦理相關家屬座談會或相關活動，亦可提供相關文件(如簽到單、活動相片、活動紀錄)供委員參考。

B.專業服務與生活照顧

代碼	共識基準	問題	回應說明
B1	個案服務需求評估及確實依評估結果執行照顧計畫	1. 護理計畫為慢性照護機構是否需撰寫中長程計畫?	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。
		2. 若委員抽選個案病歷為電子病歷是否須再列印且蓋章?	若評鑑當天於機構抽選的個案已採電子病歷方式製作，為便於委員檢閱之方便性，可請機構協助列印，現場不需蓋章。
		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。	個案照護紀錄形式不拘，只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?	(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。
		5. 原健康管理指標之新進工作人員健康檢查與住民入住前須繳交之病摘與檢查等項目已於今年度將該指標刪除，請問是否仍須執行?若仍須執行請問依據之法規為何?	指標刪除並不代表不用執行，仍須依據衛福部疾病管制署最新版人口密集機構規範執行。
		6. 基準說明 3.「...每半年至少1次依評估結果與服務對象或家屬共同討論修正照顧計畫」請問是否每位住民皆須討論?臥床住民應如何因應?是否須有獨立表單?能否直接呈現於護理紀錄?是否一定要家屬或住民簽名?	機構仍需維持「每半年至少1次針對每位住民與服務對象或家屬共同討論修正照顧計畫」，臥床住民請與家屬討論，紀錄形式不拘，亦未要求住民與家屬簽名。
B2	正確執行相關護理及灌食技術並定期評核，確實改善	1. 基準說明 2.「護理人員執行且技術正確。」請問評鑑當日如何進行技術抽測，包括住民怎選擇、護理人員數不足三位、評鑑當日若無符合抽測個案以及管路照護委由居家護理機構時，如何進行技術抽測?	(1) 請機構至護理機構評鑑資訊系統之相關表單下載「機構評鑑現場人員名單範例」(住民/護理人員/工作人員)，整理抽痰、管路與傷口之個案名單，於評鑑當日供委員抽選。 (2) 評鑑當日護理人員若不足三位，以現場人力為主。 (3) 若評鑑當日無符合個案，由評鑑委員訪談機構內護理人員，瞭解機構人員技術操作流程。 (4) 若機構管路照護等專業技術係委託機構外之居家護理機構執行，考量住民仍有管路照護之臨時需求，故由評鑑委員訪談機構內護理人員，瞭解機構人員技術操作流程。
		2. 評鑑當日所提供抽測之住民資料是否需要年、性別、巴氏量表等?	依護理機構評鑑資訊系統之相關表格下載住民「機構評鑑現場人員名單(住民/護理人員/工作人員)格式範例」提供即可。
B3	提供住民跨領域團隊照顧，並定期檢討執行成效	1. 評核方式 1.(3)「藥品(包)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?	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?	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。

代碼	共識基準	問題	回應說明
		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？	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？	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？	只要能出具由藥師與機構之合作相關文件(如合作契約即可)，如：(1)與後送醫院簽訂的合作契約書內，該契約書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。
		6. 基準說明 1.「…另與轄區藥師訂定共同藥事照顧服務合作」之轄區是否指機構所在地的縣市？	未規範轄區之範圍，惟考量提供機構內住民藥事服務之可近性，原則上仍建議以該區域或該縣市社區藥局為優先，如有跨區域或跨縣市合作之需要，機構應說明跨區域合作之理由。
B4	提供個案舒適服務且訂有品質監測指標，並定期檢討執行成效。	1. 請問乾淨的寢具應至少多久更換一次？	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。
		2. 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？	(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。
		3. 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？	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。
		4. 跌倒評估是否有規範評估頻率？	該共識基準未特別規範跌倒評估頻率，惟依據共識基準 B1 之基準說明 2.「入住後至少每 3 個月重新評估一次個案身體、心理及社會需求」中，仍須進行「跌倒高風險評估」。
		5. 若個案乘坐輪椅繫安全帶或使用三角巾及餐板是否為約束的一種？是否須填寫同意書嗎？	(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。
		6. 有關服務對象約束之同意書，若為公費安置且無家屬或法定代理人者，是由委託之直轄市、縣(市)政府的哪一單位代表簽署？	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。
		7. 約束同意書是否必需每季(3 個月)由家屬簽署？	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，視住民需要重新簽署一次。
		8. 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？	(1) 機構作業規範中應明確擬訂具「有潛力移除鼻胃管與導尿管個案的收案標準」，若依照護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。
		9. 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	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
		樣的個案移除成功是否可列為機構的照護成效?	
		10. 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?	仍須依照機構制定的「疼痛照護作業規範」進行疼痛評估。
		11. 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?	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。
		12. 生命徵象之疼痛紀錄是否有標準格式及紀錄方式為何?	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。
		13. 品質指標之閾值訂定如何訂在合理的範圍?	建議可參考機構過去執行情形、過去三年平均值、文獻數據或同儕標竿，訂定機構品質指標之閾值。
		14. 是否每項品質指標每季皆須進行分析?若未達閾值之品質指標是否仍須進行每季分析?	依照規範，為達品質指標監測之目的，機構仍需每季進行統計分析，若未達閾值，仍需進行檢討改善。

C.環境設施與安全維護

代碼	共識基準	問題	回應說明
C1	疏散避難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？	防火區劃及主要動線出入口防火門，建議設置。
		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關閉，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？	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。
		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」？	是。
		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？	防火門不可改用防火簾。舊建物仍應做防火區劃。
		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？	(1) 依護理機構設置標準表儲藏室(空間)及儲存易燃或可燃性物品之空間，應隨時上鎖。 (2) 為避免非工作人員擅自進入儲藏室，儲藏室的門應隨時上鎖。 (3) 儲藏室的門非屬安全逃生避難門，故不須為防火門。 (4) 消防法並未規範防火門相關事宜，儲藏室若為防火門非屬安全逃生避難門，故不需依照建築技術規則第76條之四規定，不屬於免用鑰匙即可開啟之規範。 (5) 若儲藏室的門已屬防火門之規格，用途僅能作為儲藏空間，仍應予上鎖。 【參考規範】 建築技術規則第76條之4： 四、常時開放式之防火門應依左列規定： (一)可隨時關閉，並應裝設利用煙感應器連動或其他方法控制之自動關閉裝置，使能於火災發生時自動關閉。 (二)關閉後免用鑰匙即可開啟，並應裝設經開啟後可自行關閉之裝置。 (三)採用防火捲門者，應附設門扇寬度在75公分以上，高度在180公分以上之防火門。
		6. 機構內第二個防火區劃為機構大門，若作為防火區劃即無法上鎖；請問大門是否一定須上鎖？	基於機構本身出入口，請自行決定本身出入是否需關閉上鎖之需求；惟作為防火區劃出入口所設置之防火門，必須維持不需鑰匙，雙向可開啟通行。
		7. 一樓需要提供防火區劃平面圖嗎？是否一定需要提供輔助圖表？	(1) 一樓為避難層，原則上不須提供防火區劃平面圖，僅需有樓層平面圖或逃生圖即可；但若樓地板面積大於1500m ² 則需提供防火區劃平面圖。 (2) 輔助圖表需有起火點示意圖及2樓層以上之等待救援空間配置圖。
		8. 通道之防火門是否能夠以鐵門替代作為阻隔用？	通道之防火門不能以鐵門作為阻隔用。
		9. 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	(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，

代碼	共識 基準	問題	回應說明
		待救援空間?	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檔火煙之門牆、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。
		10. 住民寢室是否可規劃為等待救援空間?	(2) 等待救援空間之避難器具設置，依消防檢查結果認定。
		11. 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?	(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。
		12. 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?	(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。 (3) 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。
		13. 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?	(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。
		14. 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?	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。
		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?	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. 建築物在 10 層以下之建築物，且樓地板面積未超過 100m ² 是否可免設置排煙設備?	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 ² 時，其區劃要規定在樓地板面積不得超過 100m ² ，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 ² 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。
		17. 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?	(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) 鄰棟之等待救援空間規範必須符合衛生福利部 103 年 10 月 17 日衛部照字第 1031561955 號函釋「等待救援空間」之規範。

代碼	共識基準	問題	回應說明
			(3)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。
		18. 逃生窗戶若為強化玻璃，應如何標示？	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。
		19. 若機構將規劃「建物防火填充」與「自動撒水設備」工程，請問哪一項目優先施作為佳？	原則上兩者施工並不衝突，惟考量初期滅火之優勢，建議以自動撒水設備為優先。
C2	訂定符合機構住民之疏散策略及持續照顧作業程序，並落實照顧人力以風險溝通為主之緊急應變教育訓練	1. 評鑑當日將如何進行災害情境緊急應變模擬演練？	演練前將進行 3~5 分鐘參演人員介紹，機構演習流程簡介 10 分鐘，包含進行機構環境特性、防火區劃與等待救援空間介紹，15 分鐘演練作業與檢討包含演練作業(6 分鐘)及機構火災風險辨識及利害關係人溝通，全程共計 30 分鐘。
		2. 災害情境緊急應變模擬演練事前是否需提供文件資料？	是，已於 9 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，包含兩種情境演練計畫(腳本)及輔助圖表、各樓層疏散動線圖(含等待救援空間位置與實際面積)、起火樓層各住房住民行動能力分配圖，並上傳至護理機構評鑑管理系統。
		3. 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？參演人員若為常日或常夜之班別人員應如何因應？	(1) 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。 (2) 參演人員若為長期夜班之護理人員與照服員，為符合勞基法等規定需於評鑑前調整排班，以利於評鑑當日之災害情境模擬演練。
		4. 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？	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。
		5. 災害情境緊急應變模擬演練之模擬住民應以誰為主？支援人力是否需至現場？支援人力之人數是否有限制呢？支援人力是否也需是上夜班的人員呢？	參演人員規定如下： (1) 防火管理人：負責演練彙報、過程觀察與演練檢討。 (2) 模擬住民：3~6 人，陪評人員、家屬或志工掛吊可辨識物品並標識失能及失智狀況，模擬失能臥床有管路或失智住民，其中 1 位手或腳身體約束。 (3) 演練人員：夜間情境當班輪值(即上班)之護理人員與照服員(必須有外籍照服員)，並排除長期白班人員。 (4) 支援人員：同棟非上班之宿舍休勤人員。人數在前述演練人員的二分之一以下。支援人員在第 4 分鐘起(3 分 59 秒)進入演練場地。
		6. 請問若機構有三個樓層值班人員 8 人，當某樓層發生火災時，非起火樓層的人員要做什麼動作？	火災發生時，並非立即將機構所有值班人員全部集中在起火樓層；其他非起火樓層值班人員應先執行初期 RACE(如關閉防火門、關閉住房房門、關閉中央空調系統等工作)並確認其負責樓層住民安全無虞後(不需特意設置留守人員進行巡檢或安撫工作，而稀釋可參與起火樓層之人員數)，方得以前往起火樓層支援，如有住民安全之虞慮，可於起火樓層緊急應變任務告一段落時，立刻回防各該非起火樓層再次確認。
		7. 災害情境緊急應變模擬演練是否會影響機構日常運作？	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 6 分鐘。
		8. 災害情境緊急應變模擬演練時，建議警鈴鳴響 60 秒人員開始動作即可，請問因所有人員已啟動演練，故受信總機是否能由防火管理人關閉？	當聽到火警鈴響時，人員即可開始應變；火警鈴可於 60 秒內視情況關閉，仍建議由應變人員自行關閉。

代碼	共識 基準	問題	回應說明
		9. 災害情境緊急應變模擬演練時，滅火器是否能不管起火位置，皆對著地板噴灑？	滅火器需視起火位置朝向火源根部噴灑。
		10. 天花板上內起火，應如何因應？	天花板之起火點不作滅火動作，逕行疏散住民。
		11. 災害情境緊急應變模擬演練時，何時需要關門？	起火住房須於人員淨空後方能關門，非起火住房與樓層須於火災發生時即早關門。
		12. 機構設有自動灑水設備，請問是否仍須進行初期滅火？	是，建議於火災初期以手提滅火器於第一時間就近滅火，以避免火災範圍擴大。
		13. 機構兩間住房共用浴廁時，其災害情境緊急應變模擬演練規劃為何？	住房共用浴廁，如其中一間住房起火，其煙霧可能波及另一間住房，故人員災害情境緊急應變模擬演練應以撤離兩間住房之住民作為規劃，因此，平時於夜間時段建議關閉兩邊住房的浴廁門。

D.創新改革

代碼	共識基準	問題	回應說明
D1	創新或配合政策執行	1. 請問創新措施具體成效之認定為何？	<p>1. 依據基準內容與成效認定，包含：</p> <p>(1) 與住民安全相關：(108.06.30 前設置完成始認，若另有法規要求裝設者此項不算)</p> <p>a. 電路設施汰換</p> <p>b. 寢室隔間與樓板密接整修</p> <p>c. 119 火警自動通報設備</p> <p>d. 自動撒水設備 (若為法規設置者不列計)</p> <p>(2) 特殊族群照護(如已收置愛滋感染者;配合政策收置(如龍發堂類似案例、家暴或緊急安置案例、天災或不可預期事故等)</p> <p>(3) 配合(參與)政策或試辦</p> <p>a. 參與衛福部 108 年「辦理護理機構實證應用之臨床照護及指導培訓研習」</p> <p>b. 參與衛生福利部 106 年「一般護理之家照護服務與評估作業分析及其標準化之應用計畫」之試辦計畫。</p> <p>(4) 機構原有作法中之創新機制、自我改善等具體佐證資料。機構針對住民需求所做照護模式、行政策進作為或輔具研發等創新流程、改變等具有具體成效(建議有官方證明資料)或改善作法</p> <p>2. 惟上述認定程序仍需經兩組委員共同討論及會議整體討論後而定。</p>
		2. 請問特殊族群照護(如已收置愛滋感染者)梅毒是否認列?	特殊族群照護係指已收置愛滋感染者，不包含梅毒。
		3. 過去參與研討會之成效是否仍會認列?	如發表主題與機構住民照護品質之相關議題，可由委員共識討論後認列。