**1140601修**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **臺中市政府衛生局114年度家庭托顧服務輔導方案輔導紀錄表**  輔導單位： 輔導日期： 年 月 日 | | | | |
| 機構名稱 |  | | 負責人 |  |
| 機構地址 |  | | 電話 |  |
| 輔導地點 |  | | 輔導時收容數 | 現場服務 人。 |
| 輔導項目 | | 輔導內容 | | 輔導人員備註 |
| 長期照顧服務機構設立標準及相關規定 | | 1. 現場照顧服務人員 人(正職 人；兼職 人)，人力是否符合相關規定：□是 □否。 2. 業務負責人是否符合相關法規專任之規定：□是 □否 3. 應有辦公空間：□是 □否 4. 應有個案紀錄放置設施：□是 □否 | |  |
| 廣告招牌 | | 以明顯字體標示機構名稱、機構類別及其服務內容：  □是 □否 | |  |
| 安全環境 | | 1. 設置基本且在有效期限內之急救箱、滅火器：□是 □否 2. 設置住宅用火災警報器，並經測試功能正常：□是 □否 3. 機構環境清潔衛生，通風且無異味：□是 □否 4. 日常活動空間有休閒交誼空間：□是 □否 5. 是否依規定投保公共意外責任險：□是 □否 6. 投保金額及名銜符合：□是 □否 | |  |
| 緊急及意外事件處理情形 | | 1. 訂有緊急、意外事件及天然災害(風災、水災及地震等)處理辦法：□有 □無 2. 是否訂有處理流程：□有 □無 3. 人員了解緊急疏散流程：□了解 □不了解 4. 逃生動線順暢，無堆放阻礙物：□是 □否 5. 有緊急聯絡管道：□有 □無 6. 本月緊急事件紀錄：□有 □無 □當月無事件 | |  |
| 社區服務資源連結 | | * + - 1. 是否有社區服務資源連結管道：□有 □無       2. 本月使用社區服務資源：□有 □無 | |  |
| 帳務管理 | | 1. 開立收據(載明收費項目及金額) ：□是 □否 2. 服務費用自負額收取明確：□是 □否 □無自負額 3. 收款單填寫完整(姓名、月份、金額、服務單位用印、經手人簽章) ：□是 □否 □無自負額 4. 設置帳簿，詳細記錄有關會計事項：□是 □否 5. 未經核准不得另立名目收費：   □符合 □不符合 □無自費項目 | |  |
| 輔導項目 | | 輔導內容 | | 輔導人員備註 |
| 行政作業 | | 1. 機構了解查核(評鑑)改善(缺失)事項：   □是 □否 □當月無事項   1. 可自行與政府機關訂定特約：□是 □否 2. 知悉核銷業務聯繫窗口：□是 □否 3. 知悉機構業務聯繫窗口：□是 □否 4. 知悉服務個案A個管及衛生局照專聯絡方式：□是 □否 | |  |
| 系統作業 | | 1. 可自行登入照顧服務管理資訊平台系統：□是 □否 2. 可自行使用系統查詢當月費用：□是 □否 3. 服務紀錄可自行於48小時內上傳系統：□是 □否 4. 可自行於系統上操作個案計畫照會回覆：□是 □否 5. 可自行於系統上查看個案資訊：□是 □否 6. 可自行於系統使用異動通報：□是 □否 7. 可自行列印核銷表單辦理核銷：□是 □否 | |  |
| 服務品質 | | 1. 設立許可證明、收費、服務項目及陳情管道等資訊，揭示於機構內明顯處所：□是 □否 2. 保存服務紀錄：□是 □否 3. 紀錄內容包括下列事項：□是 □否 4. 當事人之姓名、性別、出生年月日及地址。 5. 當事人需長照服務之身心狀況。 6. 當事人接受之照顧服務。 7. 長照服務人員執行業務情形。 8. 長照服務人員執行業務年、月、日，並簽名或蓋章。 9. 服務人員(含替代照顧者)健康檢查報告書：□有 □無 10. 遇個案服務問題會反映予家屬：□是 □否 11. 每年接受外部訓練或進修至少20小時：   □已完成 □尚未完成   1. 家庭托顧服務人員及替代照顧者應有完成失智症照顧服務 20小時訓練及身心障礙支持服務核心課程訓練：□是 □否 2. 家庭托顧服務人員及替代照顧者具有接受CPR或CPCR或 BLS訓練有效期之完訓證明：□是 □否 3. 人員符合長期照顧服務人員訓練認證繼續教育及登錄辦法規定：□是 □否 4. 服務對象身體清潔無異味：□是 □否 □無個案 5. 提醒協助服務對象時之隱私維護：□是 □否 □無個案 6. 設有具配膳功能之設施：□是 □否 7. 配膳用具及餐具洗滌乾淨：□是 □否 8. 餐具置放於存放櫃，存放櫃應足夠容納所有餐具：   □是 □否   1. 提醒每週外出用餐次數不得超過3天：□是 □否 2. 服務人員會正確洗手：□是 □否 | |  |
| 第1、2頁  負責人簽名： ( 年 月 日) | | | | |
|  | |  | |  |
| 輔導項目 | | 輔導內容 | | 輔導人員備註 |
| 個案權益保障 | | 1. 訂有服務對象/家屬意見反映及申訴處理辦法、流程：   □是 □否   1. 設置合適的意見反應/申訴管道，並公告意見反映管道、 申訴處理辦法(含申訴流程、申訴處理程序) ：□是 □否 2. 有專人處理服務對象及其家屬之意見反映及申訴：   □是 □否   1. 有處理結果回覆申訴者之紀錄：□有 □無 □無申訴案 2. 每年分析意見反映及申訴案件，並提出改善措施：   □已分析 □尚未分析   1. 與委託人（本人或家屬、監護人、代理人）簽訂契約書：   □是 □否   1. 契約內容應完備（明訂有服務項目，包括肖像權使用、簽署聯絡簿等、收費標準及雙方之權利義務），保障服務對象權益，不得低於定型化契約之內容：□是 □否 | |  |
| COVID19防疫相關事項 | | 1. 訪客管理:有訪客紀錄，記載訪視日期、訪視對象、訪客姓名、聯絡資料及其相關TOCC與有無發燒等疑似感染症狀等資訊：□有 □無 2. 工作人員共 人，皆已完整接種COVID-19疫苗應接種劑次：   □是 □否   1. 工作人員每日體溫量測及健康狀況監測：□是 □否 2. 機構服務對象共 人，皆已完整接種COVID-19疫苗應接種劑次：□是 □否。 3. 服務對象每日體溫量測及健康狀況監測：□有 □無 4. 機構有建立服務對象名冊，定期詢問並紀錄服務對象及其家屬、陪同照顧者之TOCC：□有 □無 5. 提醒機構留意感控問題：□有 □無 | |  |
| 餐點肉品來源標示情形 | | 1. 餐點供應情形:□自設廚房供餐 □外購餐點。 2. 豬肉及牛肉之肉品標示情形: 3. 豬肉產地標示張貼情形:   □有張貼；國別 □無張貼□其他:  肉品來源廠商:  (2)牛肉產地標示張貼情形  □有張貼；國別 □無張貼□其他:  肉品來源廠商: | |  |
| 其他事項 | | * + - 1. 機構內部是否有設置AED：□有 □無       2. 提醒每年健康檢查(包含家庭托顧服務人員及其替代照顧者)，檢查項目應符合評鑑基準規定：□有 □無       3. 其他： | | |

第3、4頁

輔導人員： 負責人簽名： ( 年 月 日)

**單 位 圖 記**

機構大小章：

**1140201修**

**臺中市政府衛生局「114年度家庭托顧服務輔導方案」輔導紀錄表**

輔導次數：第 次

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 輔導日期/時間 | | 114年 月 日 自 時 分起至 時 分止 | | |
| 受輔導單位名稱 | |  | | |
| (請附輔導當日至少4張照片) | | |  | |
|  | | |  | |
| 輔導人員 |  | | 單位主管 |  |
| 輔導單位  關防 |  | | | |