

114 年住宿式機構口腔照護執行現況調查表

填表日期： 年 月 日

機構名稱：	縣市別： 電話：	機構類型： <input type="checkbox"/> 機構住宿式服務類長期照顧服務機構 <input type="checkbox"/> 一般護理之家 <input type="checkbox"/> 精神護理之家 <input type="checkbox"/> 老人福利機構 <input type="checkbox"/> 身心障礙福利機構 <input type="checkbox"/> 榮譽國民之家		
住民人數：	負責人： 填表人：			
調查內容	自填紀錄		訪查紀錄	
	有	無	有	無
1. 住民口腔健康執行現況 (註1) 【如無，請跳至 2.接續填答】				
1.1 評估紀錄有存檔管理				
1.2 牙醫師定期執行住民口腔檢查 執行頻率： <input type="checkbox"/> 新入住 <input type="checkbox"/> 每季 <input type="checkbox"/> 每半年 <input type="checkbox"/> 每年 <input type="checkbox"/> 其他_____				
1.3 住民口腔清潔照護能力評估 1.3.1 完全自理：_____人 1.3.2 需要部分協助：_____人 1.3.3 需要完全協助：_____人				
1.4 非經口進食之住民：_____人				
1.5 配戴活動假牙之住民：_____人				
2. 住民行動力現況				
2.1 可自由行動：_____人 2.2 需他人協助上下床及移位（需攙扶或坐輪椅者）__人 2.3 長期臥床：_____人				
3. 住民咀嚼吞嚥評估現況(註2) 【如無，請跳至 4.接續填答】				
3.1 評估紀錄有存檔管理				

調查內容	自填紀錄		訪查紀錄	
	有	無	有	無
3.2 定期執行住民咀嚼吞嚥狀況評估 執行頻率： <input type="checkbox"/> 新入住 <input type="checkbox"/> 每季 <input type="checkbox"/> 每半年 <input type="checkbox"/> 每年 <input type="checkbox"/> 其他_____				
4.機構執行住民口腔清潔照護人力及參與培訓現況				
4.1 執行住民口腔清潔人力 4.1.1 人數：共_____人， 4.1.2 國籍：本國籍：_____人，外國籍：_____人 4.1.3 職類： <input type="checkbox"/> 護理人員 <input type="checkbox"/> 照顧服務員 <input type="checkbox"/> 其他:_____				
4.2 近二年派員出席口腔照護人力培訓 (註3)				
4.3 近二年機構自辦口腔照護人力培訓				
5.住民口腔潔牙環境及工具使用現況				
5.1 全體住民具備有個人適用潔牙工具的比率(人數比例)(註4) <input type="checkbox"/> 80% < 人數比率 ≤ 100% <input type="checkbox"/> 70% < 人數比率 ≤ 80% <input type="checkbox"/> 60% < 人數比率 ≤ 70% <input type="checkbox"/> 50% < 人數比率 ≤ 60% <input type="checkbox"/> 人數比率 ≤ 50%				
5.2 需要部分或完全協助潔牙的住民，備有個人適用潔牙輔助工具的比率(人數比例)(註5) <input type="checkbox"/> 80% < 人數比率 ≤ 100% <input type="checkbox"/> 70% < 人數比率 ≤ 80% <input type="checkbox"/> 60% < 人數比率 ≤ 70% <input type="checkbox"/> 50% < 人數比率 ≤ 60% <input type="checkbox"/> 人數比率 ≤ 50%				
6.機構住民口腔問題就醫資源現況				
6.1 建立住民牙科診療機制或標準作業流程				
6.2 於機構內有設置牙科診療門診(健保)				
6.3 住民自行就醫				
6.4 機構協助安排就醫				

調查內容	自填紀錄		訪查紀錄	
	有	無	有	無
7.建立住民口腔照護檢核機制現況(註6)				
7.1 運用機構口腔照護工作檢核表				
7.2 運用機構口腔照護工作-每日執行紀錄表				
7.3 訂定口腔照護檢核機制				
8.機構口腔照護困難原因(可複選) <input type="checkbox"/> 牙關緊咬 <input type="checkbox"/> 住民配合度不佳 <input type="checkbox"/> 教育訓練不足 <input type="checkbox"/> 人力不足 <input type="checkbox"/> 其他: _____				
9.機構建議事項:				
10.訪查人員建議事項:				
訪查人員:			訪查日期:	

填表說明：

- 一、請以機構填表日期或題目指定期限之資料填報，題目未指定期限者是否執行項目以當年度有執行即可填報「有」，人數、潔牙工具以填報「當日」或「當月」之資料為主。
- 二、備註：
 - (一) 註1：口腔健康狀況評估包含口腔外觀、進食方式、假牙狀況、有無個人口腔清潔工具等。
 - (二) 註2：評估內容可參考本部「口腔健康評估量表」及「EAT-10 吞嚥困難篩選工具表」，路徑為本部口腔健康司首頁/醫療保健/各類宣導/成人口腔保健(手冊、量表、檢核表及影片)；連結: <https://reurl.cc/E64pLA>。
 - (三) 註3：培訓課程包含參與衛生福利部、衛生局/所或牙醫師公會舉辦之培訓及選讀「長期照顧專業人員數位學習平台」之「口腔保健及口腔功能維持」線上學習課程，完成測驗並取得積分。
 - (四) 註4：潔牙工具包含牙刷、牙膏、牙線/棒或牙間刷等。
 - (五) 註5：潔牙輔助工具包含刮舌器、漱口水、海棉棒或紗布、毛巾、彎盆等。
 - (六) 註6：7.1 及 7.2 表單可參考本部「機構口腔照護工作檢核表」及「機構口腔照護工作檢核表-每日執行紀錄表」，路徑為本部口腔健康司首頁/醫療保健/各類宣導/機構口腔照護輔導(手冊、量表、檢核表及影片)，連結: <https://reurl.cc/347j9V>。