

精神復健機構申請評鑑注意事項

目錄

壹、	評鑑申請方式	- 2 -
貳、	評鑑申報資料繳交方式	- 2 -
參、	實地評鑑之資料準備	- 3 -
肆、	其他注意事項	- 3 -

107 年精神復健機構申請評鑑注意事項

衛生福利部（以下簡稱衛福部）委託財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會（以下簡稱本會）辦理本（107）年度精神復健機構評鑑申請，並依據公告之「107 年度精神復健機構評鑑作業程序」訂定本說明，以協助機構進行申請作業（評鑑申請流程圖請參閱附件一，P.4）。

壹、評鑑申請方式

一、申請期限：自 107 年 4 月 10 日起至 107 年 4 月 24 日止（逾期不予受理）

二、申請資料繳交內容：

1. 請至衛生福利部精神復健機構評鑑管理系統

<http://mhri.jct.org.tw/PSY/Auth/Login.aspx>（評鑑作業→評鑑申請→申請書），填寫「精神復健機構評鑑申請書」。（範例如附件二，P.5）

2. 下載「精神復健機構評鑑申請書」乙份（A4 紙張規格），並完成負責人簽章及關防。

3. 檢備「機構開業執照」影本乙份。

4. 於申請期限內，檢齊前開第 2~3 項所述之資料後，由專人送達或掛號郵寄（免備文，以郵戳為憑）至本會（地址：220 新北市板橋區三民路 2 段 31 號 5 樓；電話：02-8964-3000 分機 3084 劉恩廷組員、3081 羅健銘專員、3192 許育馨小姐），逾期不受理。

5. 如有相關證明文件未及備齊，將由本會另行以電話通知，請於截止日起 5 日內完成補件。

三、精神復健機構開業登記事項查證

1. 請至衛生福利部精神復健機構評鑑管理系統

<http://mhri.jct.org.tw/PSY/Auth/Login.aspx>（評鑑作業→評鑑申請→開業登記事項查證回復單），填寫「精神復健機構開業登記事項查證回復單」。（範例如附件 3，P.6）。

2. 填報完成並點選「送出」後下載「機構開業登記事項查證回復單」乙份（A4 紙張規格），並完成負責人簽章欄及關防，檢送所在地衛生局申請查證。

貳、評鑑申報資料繳交方式

一、繳交期限：資料表及自評表等申報資料，依實地評鑑週別，於前一個月 10 日為「評鑑申報資料繳交日期」，遇假日則予順延，請參照本會

(週通知) 辦理。

二、填報期限為「評鑑申報資料繳交日期」當日下午 11 時 59 分，衛生福利部精神復健機構評鑑管理系統將自動關閉填報權限。

三、申報資料繳交方式：一律採線上填報，機構毋須郵寄電子檔或紙本。

四、申報資料繳交內容：請至衛生福利部精神復健機構評鑑管理系統 <http://mhri.jct.org.tw/PSY/Auth/Login.aspx> (評鑑作業→評鑑申報) 填報「資料表」及「自評表」等申報資料，填報前請務必詳閱填表注意事項。

1. 資料表：係由受評機構針對整體性統計資料及現況進行填寫。

2. 自評表：係由受評機構參照評鑑基準及評分說明，自我評量各項基準達成程度。請先至系統填報各基準之「自評成績」及「具體佐證或說明」，系統將自行協助轉出自評成績及預覽下載。

五、本年度評鑑資料繳交期限截止後，即不再受理抽換及補件作業，若資料有需要更正，請機構於實地評鑑時提出說明。

參、實地評鑑之資料準備

一、請於實地評鑑前一週週二前提供下列資料(電子檔)：

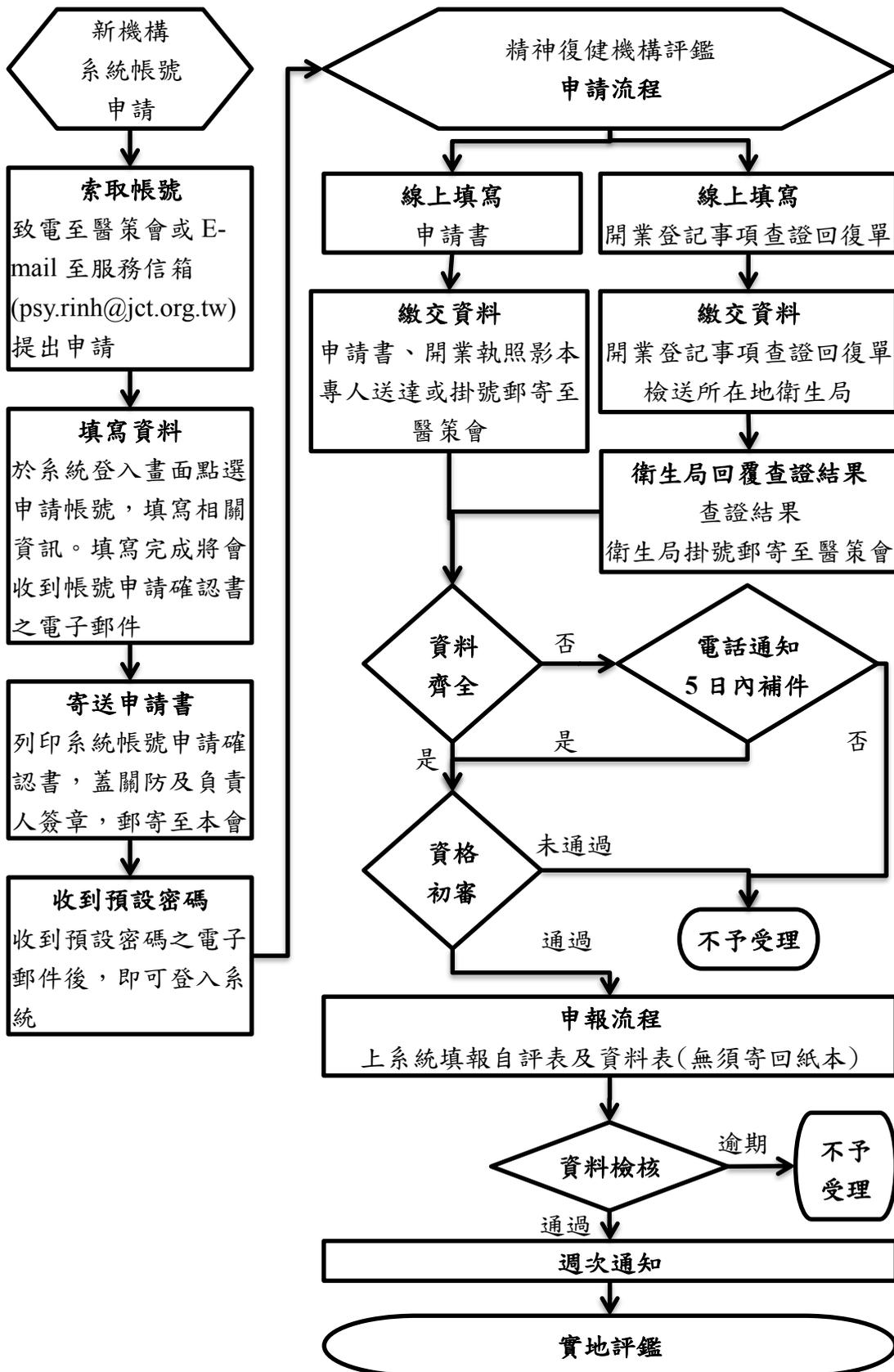
1. 「機構簡報」時段之機構簡報電子檔(檔案類型 pdf 檔)，檔案大小建議至多 25MB。
2. 參考「精神復健機構評鑑資料表」格式，更新至評鑑前 1 個月之服務量、人員配置與業務資料、住民基本資料與現況(如：性別、年齡、收案時間、診斷、身心障礙等級等)。

肆、其他注意事項

一、有關既定之評鑑行程，原則上不予調整；惟發生下列可能突發狀況，擬訂因應方案如下：

1. 實地評鑑期間如遇天然災害(如：風災、水災、震災、土石流災害及其他天然災害)，受評機構所在地之縣市政府發布停班，則中止實地評鑑作業，將擇期接續實地評鑑方式完成評鑑作業。前述實地評鑑中止及後續處理，由本部或協辦單位通知機構。
2. 國內或受評機構發生重大疫情：將視衛生福利部中央流行疫情指揮中心、縣(市)衛生局地方流行疫情指揮中心之疫情分級警示情形，以及確認受評機構實際情況後，由協辦單位配合辦理行程取消或變更事宜。

附件一、107 年度精神復健機構評鑑申請流程



附件二、精神復健機構評鑑申請書

本機構申請參加貴部辦理之 107 年度精神復健機構評鑑，並願意主動提供評鑑所需資料及配合各項評鑑作業；有關本機構開業登記事項查證回復單，另案送請 ____ 縣（市）政府衛生局查證，敬請 鑒核。

此 致

衛生福利部

申請機構名稱（全銜）：

申請機構代碼（10 碼）：

申請評鑑類別： 日間型機構 住宿型機構
 日間型機構評鑑合格
 住宿型機構評鑑合格
最近一次評鑑結果： ____ 年度 日間型機構評鑑不合格
 住宿型機構評鑑不合格
 複評後合格
 新申請機構

負責人簽章：（請蓋關防及負責人章）

聯絡人（職稱）：

地 址：

電 話：

傳 真：

中 華 民 國 1 0 7 年 4 月 0 日

附件三、精神復健機構開業登記事項查證回復單

107 年度精神復健機構開業登記事項查證回復單

107 年 4 月 ○ ○ 日

本機構參加 107 年度精神復健機構評鑑，設置類別為：

日間型機構 住宿型機構

請就本機構之開業情形、負責人、專任管理人員、專業人員及核可服務量等資料予以查證，並請將結果通知財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會。

此致

縣(市)衛生局

申請機構：_____

負責人：_____ (請蓋關防及負責人章)

填表人簽章：_____

◎查證機構下列資料是否與衛生局登記之資料相符

項目	本機構填報資料 (機構填寫)	該機構登記資料 (衛生局填寫)	查證結果 (衛生局填寫)
機構屬性	<input type="radio"/> 公立機構 <input type="radio"/> 醫療法人附設機構 <input type="radio"/> 私立機構 <input type="radio"/> 醫療機構附設機構 <input type="radio"/> 法人或其他人民團體附設機構	<input type="radio"/> 公立機構 <input type="radio"/> 醫療法人附設機構 <input type="radio"/> 私立機構 <input type="radio"/> 醫療機構附設機構 <input type="radio"/> 法人或其他人民團體附設機構	<input type="radio"/> 兩者資料相同 <input type="radio"/> 不同(請說明)
設置類別	<input type="radio"/> 日間型機構 <input type="radio"/> 住宿型機構	<input type="radio"/> 日間型機構 <input type="radio"/> 住宿型機構	<input type="radio"/> 兩者資料相同 <input type="radio"/> 不同(請說明)
執業登記	於評鑑申請截止日前領有開業執照？ <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	於評鑑申請截止日前領有開業執照？ <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	<input type="radio"/> 兩者資料相同 <input type="radio"/> 不同(請說明)
機構代碼			<input type="radio"/> 兩者資料相同 <input type="radio"/> 不同(請說明)
登記開業日期 (原始發照日期)	年 月 日	年 月 日	<input type="radio"/> 兩者資料相同 <input type="radio"/> 不同(請說明)
負責人	姓名：	姓名：	<input type="radio"/> 兩者資料相同 <input type="radio"/> 不同(請說明)
	服務量為 49 床(人)以下機構 請勾選： <input type="radio"/> 未抵任兼任專業人員	服務量為 49 床(人)以下機構 請勾選： <input type="radio"/> 未抵任兼任專業人員	

項目	本機構填報資料 (機構填寫)	該機構登記資料 (衛生局填寫)	查證結果 (衛生局填寫)		
	○抵任兼任專業人員 專業領域 抵任 時數/每週	○抵任兼任專業人員 專業領域____ 抵任____時數/每週			
專任管理人員	位	位	○兩者資料相同 ○不同(請說明)		
	服務量為49床(人)以下機構 請勾選： ○未抵任兼任專業人員 ○抵任兼任專業人員				
	專業領域	人數		抵任時數/每週	
	職能治療師(生)				
	社會工作人員				
	護理師				
	專業領域	人數	抵任時數/每週		
	職能治療師(生)				
	社會工作人員				
	護理師				
	護士				
	臨床心理師				
專業人員	專業領域	專任人數	兼任人數	兼任時數/每週	○兩者資料相同 ○不同(請說明)
	職能治療師				
	職能治療生				
	社會工作人員				
	護理師				
	護士				
	臨床心理師				
	醫師				
	(未包含負責人及專任管理人員抵任專業人員時數)		(未包含負責人及專任管理人員抵任專業人員時數)		
衛生局核可服務量	床(人)	床(人)	床(人)	○兩者資料相同 ○不同(請說明)	
總樓地板面積	平方公尺	平方公尺	平方公尺	○兩者資料相同 ○不同(請說明)	

項目	本機構填報資料 (機構填寫)	該機構登記資料 (衛生局填寫)	查證結果 (衛生局填寫)
平均每 床(人) 面積	平方公尺	平方公尺	○兩者資料相同 ○不同(請說明)

◎綜合意見(衛生局填寫)

一、綜合上述資料該機構：

- 符合精神復健機構設置標準
○ 不符合精神復健機構設置標準(請說明：_____)

二、該機構是否屬新設立機構：

- 是，請勾選以下原因：
○ 首次設立
○ 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。
 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。

三、該機構於本局所登記之資料，業已輸入「醫事機構管理系統」中：

- 已核實輸入
○ 未輸入(註：務請於3日內完成輸入，以免影響該機構之評鑑成績。)

_____縣(市)衛生局

查證人員：_____ 簽章

業務主管：_____ 簽章

註：

1. 請確認該機構於貴局所登記之資料，業已輸入「醫事管理系統」中，以免影響該機構之評鑑成績。
2. 本回復單煩請貴局於107年5月1日前逕寄財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會(220 新北市板橋區三民路二段31號5樓)彙辦，以符合機構申請評鑑時效。