

精神復健機構評鑑申請及申報注意事項

目錄

壹、評鑑申請方式.....	- 1 -
貳、評鑑申報資料繳交方式.....	- 1 -
參、實地評鑑之資料準備.....	- 2 -
肆、其他注意事項.....	- 2 -

精神復健機構評鑑申請及申報注意事項

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（112）年度精神復健機構評鑑申請，並依據公告之「112 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 112 年 5 月 18 日起至 112 年 5 月 24 日止（逾期不予受理）。
- 二、申請資料繳交內容：
 1. 請逕至衛生福利部精神照護機構評鑑管理資訊系統（以下稱評鑑管理資訊系統，網址：<https://pcia.mohw.gov.tw>，路徑：實地評鑑→申請申報→評鑑申請），點選「新增」後，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」紙本（A4 紙張雙面列印），並完成負責人簽章及關防。
 3. 檢備「機構開業執照」電子檔。
- 三、申請資料繳交方式：於申請期限內，檢齊前開第 2-3 項所述資料後，逕行上傳掃描電子檔至評鑑管理資訊系統；各申請資料的檔案名稱，請統一命名為「縣市-機構代碼-機構名稱（全銜）-112-檔案名稱」上傳，逾期不受理。
- 四、精神復健機構開業登記事項查證：
 1. 請逕至評鑑管理資訊系統（網址：<https://pcia.mohw.gov.tw>，路徑：實地評鑑→申請申報→查證回復單填寫），點選「新增」後，填寫「精神復健機構開業登記事項查證回復單」（範例如附件三，P.6）。
 2. 「精神復建機構開業登記事項查證回復單」填報完成並點選「確認送出」後，由轄屬衛生局進行查證，機構毋須另行郵寄紙本予衛生局及本會。
- 五、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。

貳、評鑑申報資料繳交方式

- 一、繳交期限：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，請參照本會公文（週通知）辦理。
- 二、申報資料繳交方式：
 1. 一律採系統線上填報，機構毋需郵寄電子檔案或紙本。
 2. 填報期限為「評鑑申報資料繳交日期」當日下午 11 時 59 分止，評鑑管理

資訊系統將自動關閉填報權限。

3. 請至評鑑管理資訊系統（網址：<https://pcia.mohw.gov.tw>，路徑：實地評鑑→申請申報→申報填寫）填報，填報前請務必詳閱填表注意事項。
4. 各申報資料的檔案名稱，請統一命名為「縣市-機構代碼-機構名稱（全銜）-112-檔案名稱」上傳。

三、申報資料繳交內容：

1. 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「自評等級」及「具體說明」，系統將自行協助轉出自評成績等級，請直接下載檔案。請於「第三章服務品質」上傳「消防計畫書」、「消防安全設備檢修申報書」等消防相關電子檔資料。
2. 精神復健機構評鑑資料表：係由受評機構針對整體性統計資料及現況進行填寫。

四、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（簡報大綱說明如附件四，P.9）。
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）。

二、實地評鑑當天提供下列資料：

1. 評鑑當日住民／學員動態表（範本如附件五，P.10，檔案類型 word 或 pdf 檔）。

肆、其他注意事項

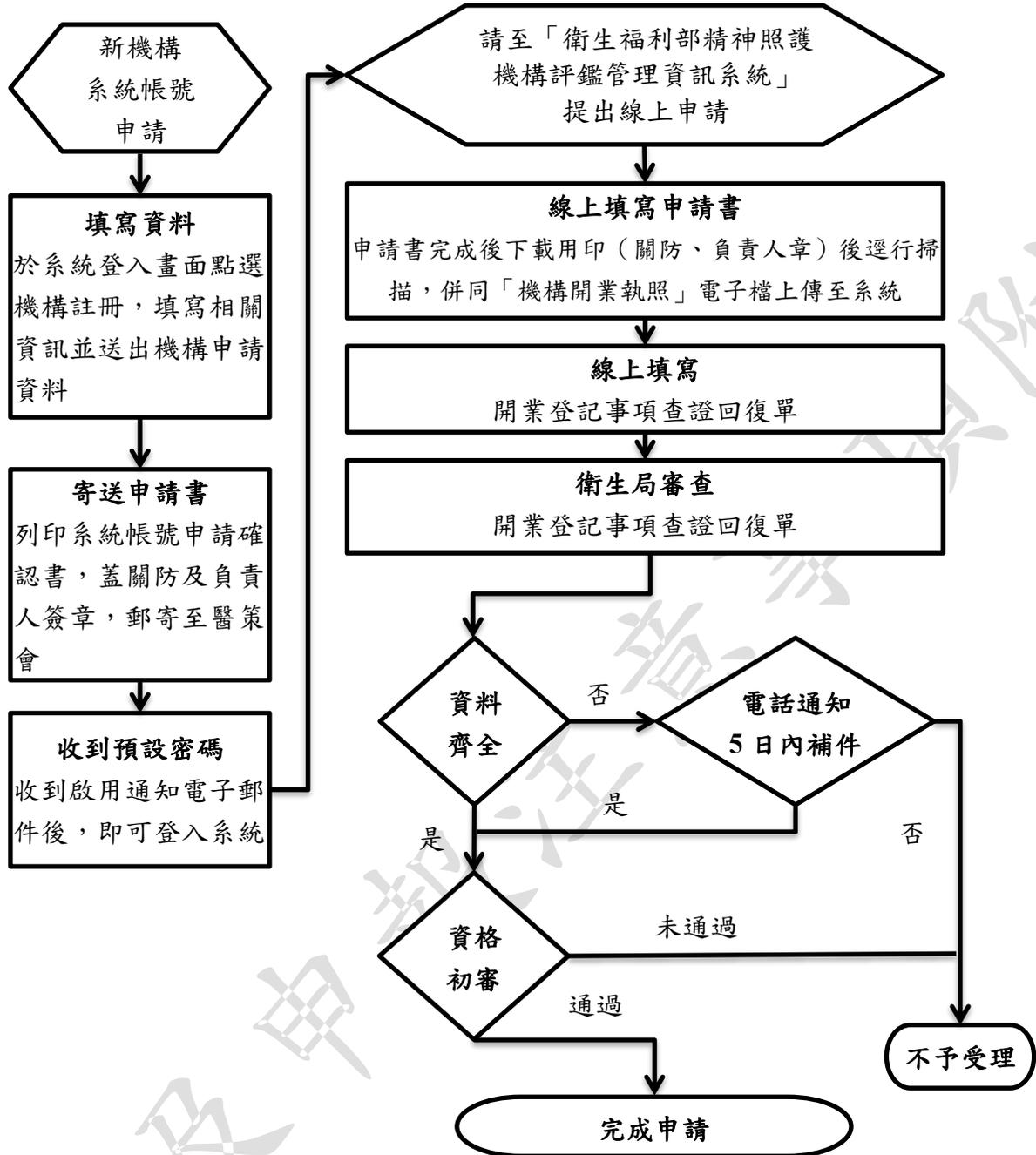
一、有關既定之評鑑行程，原則上不予調整；如遇下列情形之一者，其辦理原則如下：

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。

- 二、實地評鑑期間受評機構不得對評鑑委員進行照相、錄音、監視、錄影、直播及任意散布影像等侵害隱私情事，一經發現應立即刪除影像，列為下次評鑑參考，並得依相關法律辦理。

附件一、精神復健機構評鑑申請流程



註：

1. 完成申請繳交確認後，公文通知實地評鑑週別。
2. 完成申請後，依實地評鑑週別，於前一月 10 日繳交評鑑申報資料（如遇假日則予順延）。

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○○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

最近一次評鑑結果：
 ○○○年度
 日間型機構評鑑合格
 住宿型機構評鑑合格
 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 ○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日

附件三、精神復健機構開業登記事項查證回復單

112 年度精神復健機構開業登記事項查證回復單

○○○年○○月○○日

本機構參加○○○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，並請將結果通知衛生福利部精神照護機構評鑑業務委託協辦單位。

此致

○○縣（市）衛生局

申請機構：_____

負責人：_____

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
	服務量為 49 床(人)以下機	服務量為 49 床(人)以下機	<input type="radio"/> 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)				
	構請勾選： <input type="radio"/> 未抵任兼任專業人員 <input type="radio"/> 抵任兼任專業人員 專業領域 抵任 時數/每週	構請勾選： <input type="radio"/> 未抵任兼任專業人員 <input type="radio"/> 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				
	服務量為 49 床(人)以下機構請勾選：		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 <input type="radio"/> 抵任兼任專業人員		<input type="radio"/> 未抵任兼任專業人員 <input type="radio"/> 抵任兼任專業人員	<input type="radio"/> 兩者資料相同 <input type="radio"/> 不同(請說明)			
	專業領域	人數	抵任時數/每週		專業領域	人數	抵任時數/每週
	職能治療師(生)				職能治療師(生)		
	社會工作人員				社會工作人員		
	護理師				護理師		
護士			護士				
臨床心理師			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	專業領域	專任人數	兼任人數 兼任時數/每週	<input type="radio"/> 兩者資料相同 <input type="radio"/> 不同(請說明)
	職能治療師			職能治療師			
	職能治療生			職能治療生			
	社會工作人員			社會工作人員			
	護理師			護理師			
	護士			護士			
	臨床心理師			臨床心理師			
	醫師			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)			<input type="radio"/> 兩者資料相同 <input type="radio"/> 不同(請說明)
總樓地板面積	平方公尺			平方公尺			<input type="radio"/> 兩者資料相同 <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 兩者資料相同 <input type="radio"/> 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。
 法人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：

- 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。
- 本回復單僅為範本，煩請貴局於○○○年○○月○○日前至「精神照護機構評鑑管理資訊系統」填寫，完成後點選送出並下載用印，逕行掃描電子檔提供予本部精神照護機構評鑑業務委託協辦單位，以符合機構申請評鑑時效。

附件四、精神復健機構評鑑簡報說明

實地評鑑時，安排受評機構準備「機構簡報」，其主要目的在於讓評鑑委員藉由書面資料及口頭報告對受評機構有初步瞭解，受評機構亦可藉由簡報加強機構特色及優點之說明，補充評鑑現況調查表說明之不足，讓評鑑委員留下深刻印象。機構負責人應出席評鑑作業，以利評鑑委員了解機構宗旨與目標。

簡報資料建議內容如下：

請依據評鑑基準架構進行簡報，進行各章優勢及特色說明；

- 一、經營管理（應涵蓋機構宗旨與願景、組織架構與工作人員現況、前次改善事項等內容）
- 二、復健服務
- 三、服務品質
- 四、消防檢查（應涵蓋 108-111 年消防檢查情形、消防安全設備檢修申報書回饋改善情形）

注意事項：

- 一、請控制簡報時間（20 分鐘）。
- 二、簡報文字請簡明扼要，可搭配照片、圖片、圖表加強說明，以加深印象。
- 三、當日簡報內容若有變更時應提供更新版本予當梯次醫策會代表。
- 四、上次評鑑建議事項改進情形對照說明，除改進重點於簡報中扼要提出報告外，僅提供委員書面資料查核即可，毋須逐一口頭報告。

附件五、精神復健機構住民/學員動態表-住宿型/日間型

評鑑日期：2023 年____月____日

住民/學員總人數：_____

編號	姓名	年齡	性別	入住/收治日期	身障等級	是否合併智能障礙	今日動態	備註
1						<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 機構內 <input type="checkbox"/> 機構外，事由：	
2						<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 機構內 <input type="checkbox"/> 機構外，事由：	
3						<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 機構內 <input type="checkbox"/> 機構外，事由：	
4						<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 機構內 <input checked="" type="checkbox"/> 機構外，事由：	
5						<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 機構內 <input checked="" type="checkbox"/> 機構外，事由：	
6						<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 機構內 <input type="checkbox"/> 機構外，事由：	
7						<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 機構內 <input type="checkbox"/> 機構外，事由：	
8						<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 機構內 <input type="checkbox"/> 機構外，事由：	
9						<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 機構內 <input type="checkbox"/> 機構外，事由：	
10						<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 機構內 <input type="checkbox"/> 機構外，事由：	