



財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

Joint Commission of Taiwan

113年度精神復健機構 評鑑說明會

評鑑資料表填寫說明

日期：113年6月11日

講師：桃園市社會工作師公會

林惠珠理事長



113年精神復健機構評鑑 資料表填寫說明

- 資料表填寫重點
- 資料表填寫範例說明

評鑑資料表_內容架構



- 一、機構基本資料
- 二、人力配置
- 三、業務資料
- 四、學員基本資料/住民基本資料
- 五、復健業務之提供
- 六、復健服務品質管理措施
- 七、社區資源網路

資料表
共【7個項目】

資料表
共【3個附件】

附件：

- 附件一、各類服務人員名冊
- 附件二、專業人員支援兼任一覽表
- 附件三、服務人力時數彙整

請填寫完整



評鑑資料表_填寫重點



- 請依實際狀況填寫，避免委員查證時有不一致之情形，資料填寫送出後，資料表內容如需修正，可於評鑑當日的機構簡報時段補充說明
- 務必依資料表的計算方式填寫數據，送出前請再確認
- 機構的人力配置若有「**負責人或專管人員兼任情形**」，請注意勿重覆填寫，尤其時數部分
- 同一年之住民人數計算均以不重複為原則
- 有關機構曾舉辦之活動，請詳實填寫
(包括主題、時間、地點、合辦單位及參與人數等)



資料表範例：填表注意事項



填表注意事項：

1. 除專有名詞、數字外，請用中文書寫
2. 敘述內容請至少以「12號字」繕寫，行距為「單行間距」
3. 「○」為單選選項，「□」為複選選項
4. 填報資料範圍自**109年1月1日**至**112年12月31日**

若為新設立
機構，填報
資料範圍：
自開業日起

註：據「精神復健機構設置及管理辦法」第11條：機構內相關人員執行業務時，應製作紀錄。前項紀錄應指定適當場所及人員保管，並至少保存7年。但未成年者之紀錄，至少應保存至其成年後7年。對於逾保存期限紀錄，其銷燬方式應確保內容無洩漏之虞。機構因故未能繼續開業，其紀錄應交由承接者依規定保存，無承接者至少應繼續保存6個月以上，始得銷燬。

* 填表人簽名：_____ 填表日期：113年___月___日

* 負責人簽名：_____



資料表範例 一、機構基本資料



1. 機構名稱：_____
2. 機構代碼：_____
3. 負責人姓名：_____
4. 機構地址：_____
5. 機構電話：_____ 傳真號碼：_____
6. 聯絡人姓名：_____ 職稱：_____ 聯絡電話：_____
7. E-mail：_____
8. 權屬別(以開業執照登記為主)： 公立機構 醫療法人附設機構
 私立機構 醫療機構附設機構 法人或其他人民團體附設機構
9. 開辦日期(開業執照發照日)：___年___月___日
最近一次參加精神復健機構評鑑：___年度
10. 總樓地板面積：_____平方公尺，平均每學員_____平方公尺
11. 服務量

參考機構開業
登記執照，依
實際狀況填寫

日間型	衛生局核可收治數	健保特約服務量
	(人)	(人)

住宿型	衛生局核可收治數	健保特約服務量	社政特約服務量
	(人)	(人)	(人)

資料表範例 二、人力配置



二、人員配置 (資料填寫期間, 以各年度 12 月 31 日當日人力為主) ←

1. 機構服務人員數及服務時數資料 (機構服務量: ○49 床以下, ○50~99 床, ○100 床以上) ←

時間 人員數	109 年			110 年			111 年			112 年			113 年 (1月至實地評鑑前 2個月月底)		
	專任		兼任	專任		兼任	專任		兼任	專任		兼任	專任		兼任
	人數	人數	每週 服務 時數	人數	人數	每週 服務 時數	人數	人數	每週 服務 時數	人數	人數	每週 服務 時數	人數	人數	每週服 務時數
專任管理人員															
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															

本項第1部分：
請依實際狀況填寫

2. 負責人是否抵任專業人員及抵任時數：

無抵任。

有抵任，

抵任類型： 職能治療師 職能治療生 社會工作人員 臨床心理師 護理師
 護士

抵任時數：抵任_____時數/每週。

3. 專任管理人員是否抵任專業人員及抵任時數：

否，

是，抵任兼任專業人員_____位：

專業領域	人數	兼任時數/每週
職能治療師		
<u>職能治療生</u>		
社會工作人員		
護理師		
護士		
臨床心理師		

本項第2、3部分：
請以填表日為主



資料表範例 三、業務資料 (1/5)



三、業務資料 (如機構填報資料起訖月份不同者，請註明)

項目	期間	109年	110年	111年	112年	113年 (1月至實地評鑑前2個 月底)
	A. 全年總服務	人日				
	人數					
	人次					



全年總服務

人日= 每日服務人數總和

人數= 全年總服務人次「扣除」同1人重複入住or收案之人次
→ 同1人多次進出只計算1次

人次= 前1年最後1日在機構人數 + 每月新入住or收案人次
→ 同1住民/學員可重複計算

【舉例】某住民/學員於108年1月至機構接受復健訓練，108年7月結案，
又於9月重新收案 ➡ 108年總服務「人數」+1、「人次」+2



資料表範例 三、業務資料 (2/5)



日間型

項目	期間	109年	110年	111年	112年	113年 (1月至實地評鑑前 2個月底)
		B.全年總服務日數				
C.收治率						
D.服務個案平均收治日數						

住宿型

項目	期間	109年	110年	111年	112年	113年 (1月至實地評鑑前 2個月底)
		B.佔床率				
C.服務個案平均收住日數						

全年總服務日數 = 全年服務日數之總和

$$\text{收治率} = \frac{\text{全年總服務人日}}{(\text{全年總服務日數} \times \text{登記可收治服務人數})} \times 100\%$$

$$\text{佔床率} = \frac{\text{全年總服務人日}}{(365 \times \text{登記可收治服務人數})} \times 100\%$$



攜手

服務個案平均收治/收住日數 = 全年總服務人日 / 全年總服務人次

資料表範例 三、業務資料 (3/5)



日間型

項目		期間	109年	110年	111年	112年	113年 (1月至實地評鑑 前2個月底)
E.全年新收案	人數						
	人次						
F.全年結案	人數						
	人次						
F-1全年轉銜就業結案人 次	人次						
	比率						
F-2功能進步，回歸社區 生活人次	人次						
	比率						
F-3功能退化轉介至適當 機構人次	人次						
	比率						
F-4精神疾病症狀惡化轉 介至醫療機構人次	人次						
	比率						
F-5其他人次	人次						
	比率						

人數：同1位學員不重複計算

人次：同1位學員可重複計算

F-1「全年轉銜就業結案人次」：

包含協助學員轉銜至一般性就業、支持性就業及庇護性就業

F-2「功能進步，回歸社區生活」：

生活功能已可自我照顧、分擔家務、就學或獨立生活，但未到職場就業(含庇護工作)，至少3個月以上者

F-1~F-5「比率」：分母為「F.全年結案」人次



資料表範例 三、業務資料 (4/5)



住宿型

項目		期間	109年	110年	111年	112年	113年 (1月至實地評鑑 前2個月底)
D.全年新收案	人數						
	人次						
E.全年結案	人數						
	人次						
E-1功能進步，回歸社區 生活人次	人次						
	比率						
E-2功能退化轉介至適當 機構人次	人次						
	比率						
E-3精神疾病症狀惡化轉 介至醫療機構人次	人次						
	比率						
E-4其他人次	人次						
	比率						

人數：同1位住民不重複計算
人次：同1位住民可重複計算

E-1「功能進步，回歸社區生活」：
指生活功能已可自我照顧、分擔家務、就學、就業、
可返家或獨立生活，至少3個月以上

E-1~E-4「比率」：分母為「E.全年結案」之人次



資料表範例 三、業務資料 (5/5)



日間型

項目		期間					113年 (1月至實地評鑑 前2個月底)
		109年	110年	111年	112年		
G.總感染 發生密度	當年總感染人次						
	當年住民總人日數						

住宿型

項目		期間					113年 (1月至實地評鑑 前2個月底)
		109年	110年	111年	112年		
F.總感染 發生密度	當年總感染人次						
	當年住民總人日數						

「總感染發生密度」：分子為入住72小時候發生，有症狀、有醫囑治療者



資料表範例 四、住民基本資料



住宿型

四、住民基本資料 (資料填寫時間，以實地評鑑前兩個月底之數據為主)

項 目		<18	18-30	31-40	41-50	51-60	≥61	合計	
性別	男								
	女								
白天 活動	機構內活動	診斷	思覺失調症						
			情感性精神病						
			器質性精神病						
			妄想狀態						
			其他						
	機構內工作訓練	身心 障礙 等級	輕度						
			中度						
			重度						
機構外工作訓練									
日間型機構									
社區就業									
其他 (請說明)									
居住 時間	1 年以下	學歷	小學及以下						
			國中						
			高中職						
			大專						
1 年以上未滿 3 年	3 年以上未滿 5 年	研究所以上							
		不詳							
5 年以上	婚姻	未婚							
		已婚							
		喪偶							
		離婚							
		其他							



資料表範例 五、復健業務之提供 (1/5)



日間型

1. 執行各類功能評估之頻率：

- (1) 獨立生活功能評估：○每月，○每3個月，○其他：_____
- (2) 社會功能評估：○每月，○每3個月，○其他：_____
- (3) 休閒功能評估：○每月，○每3個月，○其他：_____
- (4) 職業功能評估：○每月，○每3個月，○其他：_____
- (5) 身心健康狀況評估：○每月，○每3個月，○其他：_____
- (6) 家庭與社會支持系統評估：○每月，○每3個月，○其他：_____

2. 其他評估工具之使用：

○ 有使用，請列舉常用之評估工具：_____ ○ 無使用

3. 請列舉所提供社區生活化之多元復健服務（如：儀容修飾、獨立生活功能、社交技巧、自我肯定、壓力處理、休閒娛樂、體能活動等）：_____

4. 提供之工作復健訓練及轉銜服務：

- 清潔維護 烹飪及備餐 清潔餐具 招待與總機 採購 信件收發 求職技巧
- 產業訓練 電腦文書處理 環保分類 園藝 居家電器修理 職業輔導評量
- 職業訓練 就業服務 追蹤輔導 職務再設計 創業輔導 其他：_____



資料表範例 五、復健業務之提供 (2/5)



日間型

5. 定期生活諮詢及心理輔導之頻率：

每週，每2週，每月，其他：_____

6. 定期召開社區復健及適應討論會之頻率：

每週，每2週，每月，其他：_____

7. 定期召開學員自治會議之頻率：

每週，每2週，每月，其他：_____

8. 提供學員家庭支持服務之頻率：

每月，每半年，每年，其他：_____



資料表範例 五、復健業務之提供 (3/5)



住宿型

1. 獨立生活功能評估頻率：○每月，○每3個月，○其他：____
 - (1) 個人衛生（含口腔）：訓練人數：____人，佔全體住民____%
 - (2) 居家環境整潔：訓練人數：____人，佔全體住民____%
 - (3) 正常的飲食與作息：訓練人數：____人，佔全體住民____%
 - (4) 財務自主管理：訓練人數：____人，佔全體住民____%
 - (5) 生活所需烹煮訓練：訓練人數：____人，佔全體住民____%
 - (6) 衣物清洗及整理：訓練人數：____人，佔全體住民____%
2. 社會功能評估：○每月，○每3個月，○其他：____
3. 休閒功能評估：○每月，○每3個月，○其他：____
4. 職業功能評估：○每月，○每3個月，○其他：____
5. 身心健康狀況評估：○每月，○每3個月，○其他：____
6. 家庭與社會支持系統評估：○每月，○每3個月，○其他：____
7. 個人復健計畫檢討修正頻率：○每月，○每3個月，○其他：____
8. 請列舉所提供個別化的獨立生活功能訓練：_____
9. 職前準備、工作轉介或就業輔導：
 - 清潔維護 烹飪及備餐 清潔餐具 招待與總機 採購 信件收發 求職技巧
 - 產業訓練 電腦文書處理 環保分類 園藝 居家電器修理 職業輔導評量
 - 職業訓練 就業服務 追蹤輔導 職務再設計 創業輔導 其他：_____





住宿型

10. 定期生活諮詢及心理輔導之頻率：
○每週，○每2週，○每月，○其他：_____
11. 住民可自行保管**全部**藥物之**比率**：_____ %
12. 定期召開社區復健及適應討論會之頻率：
○每週，○每2週，○每月，○其他：_____
13. 定期召開住民自治會議之頻率：
○每週，○每2週，○每月，○其他：_____
14. 提供住民家庭支持服務之頻率：
○每月，○每半年，○每年，○其他：_____



資料表範例 五、復健業務之提供 (5/5)



訂定處理學員/住民緊急醫療、異常及群聚感染等事件流程：

○無，○有 (事件處理表單：○無，○有)

* 如有緊急醫療、異常及群聚感染等事件，請填寫最近4年發生件數：

項目 \ 期間	109年	110年	111年	112年	113年 (1月至實地評鑑 前2個月底)
傷害行為事件					
跌倒事件					
治安事件					
公共意外事件					
藥物事件					
不預期心跳停止事件					
群聚感染事件					
其他					
合計					

「傷害行為事件」：如言語衝突、身體攻擊、自殺/企圖自殺、自傷等事件

「跌倒事件」：因意外跌落至地面或其他平面

「治安事件」：如偷竊、騷擾、誘拐、侵犯、他殺事件、失聯、不當性行為、酗酒或藥物濫用、賭博

「公共意外事件」：指機構之建築物、通道、工作物(設施設備物料等)、天災、有害物質外洩等

「藥物事件」：與給藥過程相關之異常事件

「不預期心跳停止事件」：非原疾病病程可預期之心跳停止

「群聚感染事件」：發生傳染病，且有人、時、地關聯性，判定為疑似群聚感染且有擴散之虞



資料表範例 六、復健服務品質管理 措施 (1/3)



日間型

1. 工作手冊：無，有（最近修訂日期____年____月____日）
2. 訂有何種緊急災害應變措施計畫及作業程序：_____
3. 工作人員健康檢查：不定期，定期：每年，每2年，其他：_____
4. 提供負責人、專業人員及專任管理人員專業督導：
無，有（不定期，定期：多久一次？_____）
5. 滿意度調查：
 - (1) 學員滿意度調查及分析：每半年，每年，其他：_____
 - (2) 家屬滿意度調查及分析：每半年，每年，其他：_____
6. 學員健康維護措施：
 - (1) 收案時之健檢紀錄：無，有
 - (2) 學員健康檢查：不定期，定期：每年，每2年，其他：_____
 - (3) 傳染病預防依衛生福利部疾病管制署規定通報：無，有（通報案例：_____）
7. 定期召開品質管理檢討會：
無，有：109年____次，110年____次，111年____次，112年____次，
113年(1月至實地評鑑前2個月月底) ____次
8. 是否設有監視器：無，有（設置地點：_____）



資料表範例 六、復健服務品質管理措施 (2/3)



住宿型

1. 工作手冊：無，有（最近修訂日期____年____月____日）
2. 訂有何種緊急災害應變措施計畫及作業程序：_____
3. 工作人員健康檢查：不定期，定期：每年，每2年，其他：_____
4. 專任管理人員排班：二班制，三班制，其他（請說明：_____）
5. 提供負責人、專業人員及專任管理人員專業督導：
無，有（不定期，定期：多久一次？_____）
6. 住民出入自由度及權益維護：
 - (1) 住民進出機構之情形：
全部住民可自由進出
若有住民不可自由進出，其原因：_____
 - (2) 評估及訓練住民持有鑰匙之機制：無，有，請說明：_____
 - (3) 住民自行保管財物之比率：_____ %
7. 滿意度調查：
 - (1) 住民滿意度調查及分析：每半年，每年，其他：_____
 - (2) 家屬滿意度調查及分析：每半年，每年，其他：_____



資料表範例 六、復健服務品質管理 措施 (3/3)



住宿型

8. 住民健康維護措施：

(1) 收案時之健檢紀錄：無，有

(2) 住民健康檢查：不定期，定期：每年，每2年，其他：_____

(3) 傳染病預防依衛生福利部疾病管制署規定通報：無，有（通報案例：_____）

9. 定期召開品質管理檢討會：

無，有：109年_____次，110年_____次，111年_____次，112年_____次

113年(1月至實地評鑑前2個月月底) _____次

10. 是否設有監視器：無，有（設置地點：_____）



資料表範例 七、社區資源網路



請簡要列出4年內辦理社區融合、**社會參與及同儕支持**相關活動：

年度	社區融合	社會參與	同儕支持
109			
110			
111			
112			
113年 (1月至實地評鑑前2個月底)			

請詳實書寫曾舉辦之活動
包括：主題、時間、地點、合辦單位及參與人數等



資料表範例 附件一、各類服務人員名冊



※**109年1月1日至112年12月31日、113年(1月至實地評鑑前2個月底)**，此期間所有異動人員之資料皆須填報

姓名	年齡	學歷	經歷			專業人員證書字號	專任管理人員訓練證書字號	在本機構服務期間	在本機構服務期間參與中央主管機構認可之繼續教育時數					備註
			單位	職稱	服務期間				109年	110年	111年	112年	113年(1月至實地評鑑前2個月底)	

人員類別包含：
 (一) 負責人
 (二) 專任管理人員



資料表範例 附件一、各類服務人員名冊



※**109年1月1日至112年12月31日**、**113年(1月至實地評鑑前2個月底)**，此期間所有異動人員之資料皆須填報

姓名	年齡	學歷	經歷			專業人員證書字號	服務於經中央衛生主管機關評鑑合格之精神醫療機構、精神復健機構工作年資	(專 / 兼任) 服務期間	(專 / 兼任) 時數 / 每週	在本機構服務期間參與中央主管機構認可之繼續教育時數					備註
			單位	職稱	服務期間					109年	110年	111年	112年	113年(1月至實地評鑑前2個月底)	

人員類別包含：

(三) 社會工作人員	(七) 醫師
(四) 職能治療師/生	(八) 督導
(五) 臨床心理師	(九) 其他
(六) 護理師/護士	



資料表範例 附件二、專業人員支援兼任一覽表



姓名	專業類別	本機構職稱	支援機構	支援起迄期間	支援報備核准文號	每週兼任時數	支援業務內容

備註：

1. 機構專任人員若有支援其他機構者，均需填寫。
2. 若同一人兼任多家機構，則所有兼任機構均需填寫。



資料表範例 附件三、服務人力時數彙整

(1/2)



人員		月份	O年度 (109年至112年、113年1月至實地評鑑前2個月底)											
			1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
核可收治數														
專任管理人員人數														
專業人員人數	職能治療師	專任												
		兼任												
	職能治療生	專任												
		兼任												
	社會工作人員	專任												
		兼任												
	護理師	專任												
		兼任												
	護士	專任												
		兼任												
	臨床心理師	專任												
		兼任												
	醫師	專任												
		兼任												



資料表範例 附件三、服務人力時數彙整

(2/2)



人員		月份	O年度 (109年至112年、113年1月至實地評鑑前2個月底)											
		1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	
專業人員每週 實際服務時數 (專任人員每 週服務時數以 40小時計算)	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													
	小計													



資料表填寫常見Q&A

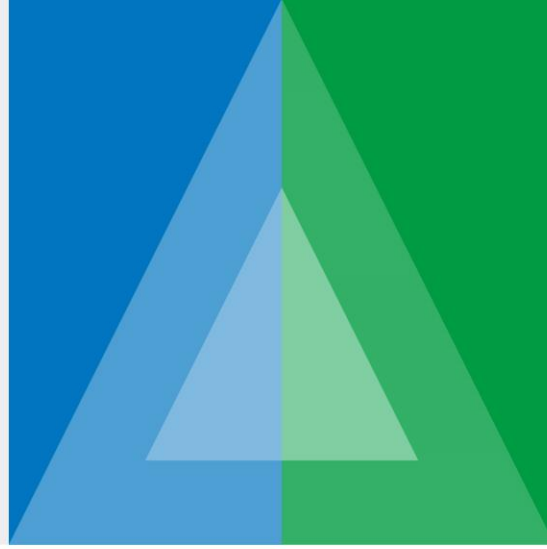


Q 新設立機構（包含機構因故歇業，由另一位負責人於原址重新申請開業），評鑑資料表之填寫區間為何？

A 依據衛生福利部公告之「113年精神復健機構評鑑資料表」，其資料填寫區間自**109年1月1日至112年12月31日、113年(1月至實地評鑑前2個月底)**。

- 1) 新設立機構（包含機構因故歇業，由另一位負責人於原址重新申請開業），**評鑑資料表之填寫區間，自機構開業日（開業執照日期）起填寫。**
- 2) 若機構因故歇業，由另一位負責人於原址重新申請開業（俗稱變更負責人），**考量機構收案之連續性，為了解學員/住民接受服務之狀況，接受評鑑時，其資料提供應含機構變更前個案及業務相關資料。**





END