****

**10****9年度精神護理之家評鑑作業程序**

107年3月21日衛部心字第1071760436號函修訂

107年12月28日衛部心字第1071762175號函修訂

108年12月10日衛部心字第1080141160號公告修訂

1. 衛生福利部（以下簡稱本部）為辦理精神護理之家評鑑，特訂定本作業程序。
2. 評鑑目的
3. 提升精神護理之家之安全、專業及服務品質。
4. 評核精神護理之家服務品質，提供民眾選擇之參考。
5. 作為優先奬補助之參考。
6. 辦理機關

精神護理之家評鑑作業由本部主辦，得委託專業性或與評鑑業務相關之機構、團體為之，至受委託之協辦單位由本部每年於網站公告。

1. 辦理年度

每年辦理。

1. 評鑑委員

本部得聘請醫護、管理與環境安全之專家學者及具護理機構實務經驗者為評鑑委員，進行實地評鑑。

1. 評鑑申請資格

於109年5月31日前，經審查符合「護理人員法」、「護理機構分類設置標準」與「護理機構設置標準表」規定，領有開業執照，並具下列各款情形之一者，應提出申請：

1. 新設立或停業後復業者，自開業或復業之日起至中華民國109年5月31日止滿1年。
2. 原評鑑合格行政處分經撤銷或廢止，或前1年評鑑結果為不合格。
3. 評鑑合格效期已屆最後1年。

新設立或停業後復業者，自開業或復業之日起至中華民國109年5月31日止未滿1年者，得自願參加。

1. 評鑑基準

依「精神護理之家評鑑基準」所列評鑑項目辦理。

1. 申請表件

公告於本部精神護理之家評鑑管理系統與協辦單位網站。

1. 申請程序
2. 申請日期由協辦單位公告於其網站。
3. 評鑑資料申報方式為網路申報，資料繳交之相關規定請詳閱申請評鑑注意事項，逾期不受理。
4. 請於前述期限內辦理下列事項：
5. 至本部精神護理之家評鑑管理系統填寫「申請書」（如附件1），填寫完畢後下載「申請書」（A4 紙張規格），並完成負責人簽章欄及關防，檢齊後由專人送達或郵寄（以郵戳為憑）至協辦單位提出申請，逾期不受理；如有相關證明文件未及備齊，應於截止日起5個工作天內完成補件。
6. 另檢送「機構開業登記事項查證回復單」（如附件2，A4紙張規格，請於上述系統網頁下載），至所在地衛生局申請查證，衛生局查證後之結果，將寄回協辦單位處。

拾、評鑑作業

1. 由本部及協辦單位依本程序之規定，初審各申請機構所送之資料，經初審不合申請資格者，由本部通知機構，不再進行實地評鑑。
2. 實地評鑑
3. 經初審合格之機構，將由協辦單位於實地評鑑日程前10個工作天通知受評機構。
4. 實地評鑑程序：
5. 機構簡報。
6. 實地查證。
7. 綜合討論。
8. 實地評鑑時間：以3至3.5小時為原則，進行方式及時間分配表如附件3。
9. 為符合評鑑作業需要，得由協辦單位安排評鑑委員觀摩實地評鑑作業。

拾壹、實地評鑑日期

得於109年5月至11月辦理。

拾貳、評鑑成績核算及評定原則

依「精神護理之家評鑑成績核算方式與合格基準」（如附件4）進行評量與評定。

拾參、評鑑結果

1. 由本部召開評定會議確認成績後公告，由協辦單位發給實地評鑑個別建議事項，另評鑑結果及各機構之評鑑相關資訊，並得由本部或協辦單位公告於網站。
2. 評鑑結果，分為合格及不合格。
3. 經評鑑合格之機構，其評鑑合格效期為4年，由本部發給合格證明文件。
4. 經評鑑合格之私立機構，如發生變更負責人異動，即屬新設立機構，以異動日為原評鑑合格效期截止日，機構應依本作業程序第陸點規定申請評鑑。
5. 護理機構於評鑑合格效期內，經直轄市、縣（市）主管機關認有違反護理機構設立標準或其他法令規定，情節重大或經限期改善而屆期未改善者，本部得廢止原評鑑處分。
6. 護理機構接受評鑑所提供之文件或資料，有虛偽不實者，中央主管機關得撤銷原評鑑處分。
7. 機構對評鑑結果有疑義者，應自收受通知之次日起14日內，得向本部提出申復，逾期不受理，惟申復結果不提供成績資料。評鑑結果其有不服者，機構得依法提起訴願及行政訴訟。
8. 經公告為合格之機構，在其評鑑合格有效期內，得由主辦機關進行「精神護理之家評鑑不定時追蹤輔導訪查」。
9. 評鑑結果未達合格基準者列為「評鑑不合格」，由主辦機關公告並函知受評機構，以「評鑑不合格」之當月月底或原評鑑合格效期屆滿日，為其評鑑合格效期截止日。
10. 機構前1年度評鑑不合格，當年始經評鑑合格者，其合格效期為3年；連續2年評鑑不合格，當年始經評鑑合格者，其合格效期為2年；連續3年評鑑不合格，當年始經評鑑合格者，其合格效期為1年。
11. 實地評鑑期間受評機構如有不符「護理人員法」、「護理機構分類設置標準」與「護理機構設置標準表」規定者，得由直轄市、縣（市）衛生局依相關法規及權責要求限期改善。屆期已改善者，如經評定達合格之機構，得評定公告為評鑑合格機構，次一年度得列為不定時追蹤輔導訪查必要追蹤輔導訪查機構；屆期未改善者，得由本部逕予核定為「評鑑不合格」機構，並依法裁處。
12. 評鑑結果將供衛政及社政機關簽訂合約參考。
13. 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，或依相關法律辦理。
14. 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。
15. 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1、精神護理之家評鑑申請書

附件2、精神護理之家開業登記事項查證回復單

附件3、精神護理之家實地評鑑進行方式及時間分配表

附件4、精神護理之家評鑑成績核算方式與合格基準

精神護理之家評鑑申請書

附件1

|  |
| --- |
| 本機構申請參加貴部辦理之 年度精神護理之家評鑑，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）： | *（請於空白處蓋「關防」與「負責人」章）* |
| 申請機構代碼（10碼）： |  |
| 機構地址： |  |
| 負責人姓名： |  |
| 聯絡人姓名： |  | 聯絡人職稱： |  |
| 聯絡電話： | （ ） |
| 傳真： |  |
| E-mail ： |  |
| 中華民國 年 月 日 |

|  |  |
| --- | --- |
|  年精神護理之家開業登記事項查證回復單 | ⭘⭘⭘年 ⭘⭘月⭘⭘日 |
| 本機構參加 年度精神護理機構評鑑，請就本機構之開業情形、負責人、專業人員、照顧服務員人數及核可之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： | （請於空白處蓋「關防」與「負責人」章） |
|  | 填表人： |  |

一、請查證機構下列資料是否與衛生局登記之資料相符（本表各項欄位均需完整填寫不可空白）

附件2

| 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） |
| --- | --- | --- |
| 1.機構屬性○公立機構○私立機構○法人或其他團體附設護理機構 | 1.機構屬性○公立機構○私立機構○法人或其他團體附設護理機構 | ○兩者資料相同○不同（請說明）  |
| 2.執業登記* 於評鑑申請截止日前領有開業執照？○是 ○否
* 設有日間照護：○是 ○否
 | 2.執業登記* 於評鑑申請截止日前領有開業執照？○是 ○否
* 設有日間照護：○是 ○否
 | ○兩者資料相同○不同（請說明）  |
| 3.機構代碼： | 3.機構代碼： | ○兩者資料相同○不同（請說明）  |
| 4.登記開業日期：（原始發照日期） 年 月 日 | 4.登記開業日期：（原始發照日期） 年 月 日 | ○兩者資料相同○不同（請說明）  |
| 5.負責人： | 5.負責人： | ○兩者資料相同○不同（請說明）  |
| 6.衛生局核可服務量： 床 | 6.衛生局核可服務量： 床 | ○兩者資料相同○不同（請說明）  |
| 7.總樓地板面積： 平方公尺 | 7.總樓地板面積： 平方公尺 | ○兩者資料相同○不同（請說明）  |
| 8.平均每床面積： 平方公尺 | 8.平均每床面積： 平方公尺 | ○兩者資料相同○不同（請說明）  |
| 9.人員配置：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 專業別 | 專任人數 | 兼任人數 | 每週兼任時數 |
| 護理人員 |  |  |  |
| 照顧服務員 |  |  |  |
| 社會工作人員 |  |  |  |
| 職能治療師 |  |  |  |
| 職能治療生 |  |  |  |
| 臨床心理師 |  |  |  |
| 醫師 |  |  |  |
| 物理治療師 |  |  |  |
| 物理治療生 |  |  |  |
| 營養師 |  |  |  |

 | 9.人員配置：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 專業別 | 專任人數 | 兼任人數 | 每週兼任時數 |
| 護理人員 |  |  |  |
| 照顧服務員 |  |  |  |
| 社會工作人員 |  |  |  |
| 職能治療師 |  |  |  |
| 職能治療生 |  |  |  |
| 臨床心理師 |  |  |  |
| 醫師 |  |  |  |
| 物理治療師 |  |  |  |
| 物理治療生 |  |  |  |
| 營養師 |  |  |  |

 | ○兩者資料相同○不同（請說明）            |

<以下由衛生局填寫>

|  |
| --- |
| 二、請查證該機構下列各項是否符合護理機構設置標準規定（衛生局填寫）：（一）人員（請依「護理機構設置標準表」－精神護理之家之「人員」設置標準逐項查核）：1、護理人員：○符合，○不符合（請說明）： 2、照顧服務員：○符合，○不符合（請說明）： 3、社會工作人員：○符合，○不符合（請說明）： 4、職能治療人員：○符合，○不符合（請說明）： 5、臨床心理師：○符合，○不符合（請說明）： 6、其他人員：○符合，○不符合（請說明）： （二）護理服務設施（請依「護理機構設置標準表」－精神護理之家之「護理服務設施」設置標準逐項查核）：1、住房：○符合，○不符合（請說明）： 2、復健服務設施：○符合，○不符合（請說明）： 3、日常活動場所：○符合，○不符合（請說明）： 4、衛浴設備：○符合，○不符合（請說明）： 5、其他：○符合，○不符合（請說明）： （三）建築物之設計構造與設備（請依「護理機構設置標準表」－精神護理之家之「建築物之設計構造與設備」設置標準逐項查核）：1、總樓地板面積：○符合，○不符合（請說明）： 2、一般設施：○符合，○不符合（請說明）： 3、空調設備：○符合，○不符合（請說明）： 4、消防設備：○符合，○不符合（請說明）： 5、安全設備：○符合，○不符合（請說明）： （四）其他（請依「護理機構設置標準表」－精神護理之家之「其他」設置標準逐項查核）：○符合，○不符合（請說明）： 三、綜合上述資料該機構：○符合精神護理之家設置標準○不符合精神護理之家設置標準 縣（市）衛生局查證人員簽章： 業務主管簽章：  |

備註：

* 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○年○月○日前逕寄109年度本部所委託辦理精神照護機構評鑑之單位彙辦，以符合機構申請評鑑時效。

精神護理之家實地評鑑進行方式及時間分配表

附件3

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 進 行 程 序 | 時間分配 | 備註 |
| 一、負責人致詞及介紹陪評人員 | 5分鐘 |  |
| 二、召集委員致詞並介紹評鑑委員 | 5分鐘 |  |
| 三、機構簡報 | 20分鐘 | 簡報資料請置於會場 |
| 四、實地查證 | 60-90分鐘 | 註1、2 |
| 五、機構代表面談 | 20分鐘 | 註3 |
| 六、陪同人員報告及交換意見 | 10分鐘 | 註4 |
| 七、委員整理資料 | 40分鐘 | 註5 |
| 八、綜合討論1. 衛生局查證報告
2. 委員講評
3. 受評機構提出說明或意見交換
 | 20分鐘 |  |
| 合計 | 180-210分鐘 |  |

說明：停留於機構時間以3-3.5小時為原則。

**備註：**

1. 實地評鑑期間，為利評鑑委員進行訪談，請貴機構配合**勿安排住民團體外出活動**（如郊遊、參訪等）。
2. 評鑑委員查證時，請機構指派業務相關同仁陪同並備詢，惟以不影響作業正常運作為原則。
3. 機構面談人員由委員現場決定，列席人數以2至3人為原則，列席對象以負責人、機構經營者為主。
4. 陪同人員報告時段，受評機構同仁請迴避(實地評鑑陪同人員係指：衛生局代表、社會局代表、衛生福利部社會及家庭署代表)。
5. 委員整理資料時段，陪同人員及受評機構同仁請迴避。

精神護理之家評鑑成績核算方式與合格基準

附件4

1. 評量方式：分以「A、B、C、D、E」五級等級評量及「A、C、E」三級等級評量；評量基準達C以上（即A或B或C）者，該受評條文始為合格。
2. 評鑑結果分為合格及不合格，其成績核算方式與合格基準如下：

（一）合格：受評項目扣除可選項目之不適用項目（N/A）者，符合C以上項目達65%（以小數點後位數無條件進位取整數計）。

（二）不合格：受評項目扣除可選項目之不適用項目（N/A）者，符合C以上項目未達65%（以小數點後位數無條件進位取整數計）。

1. 評鑑基準之條文，有一般項目、可選項目、一級必要項目及二級加強項目4種分類方式，依一級必要項目及二級加強項目評分標準達成情形，得公告其特色。