

109 年度精神復健機構評鑑資料表

— 住宿型機構 —

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 105 年 1 月 1 日至 108 年 12 月 31 日。

註：依據「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：_____

填表日期：109 年 _____ 月 _____ 日

*負責人：_____

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，平均每床 _____ 平方公尺

11. 服務量：

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

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、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 人員別	105 年			106 年			107 年			108 年		
	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
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												
合計												

註：兼任人員人數、時數計算不包含以下兩類人員抵任者。

2. 負責人是否抵任專業人員：

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/每週。

3. 專任管理人員是否抵任專業人員：

否，

是，另計兼任專業人員_____位：

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		

三、業務資料（如機構填報資料起迄月份不同者，請註明）

項目		期間	105年	106年	107年	108年
A.全年總服務	人日					
	人數					
	人次					
B.佔床率						
C.服務個案平均收住日數						
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					
F.總感染發生密度	當年總感染人次					
	當年住民總人日數					

填寫說明：

- (1) 全年總服務人日＝每日服務人數總和。
- (2) 全年總服務人數：全年總服務人次-同1人重複入住之人次（即同1人多次進出只計算1次）。
- (3) 全年總服務人次：前1年最後1日在機構人數+每月新入住人次累計(同1住民可重複計算)。
- (4) 佔床率： $\left[\frac{\text{全年總服務人日}}{365 \times \text{登記可收治服務對象數}} \right] \times 100\%$ 。
- (5) 服務個案平均收住日數：全年總服務人日／全年總服務人次。
- (6) 全年新收案人數、全年結案人數：當年每月（新收案、結案）人數之累計(同1住民若2次以上進出，不重複計算，只算1次)。
- (7) 全年新收案人次、全年結案人次：當年每月（新收案、結案）人次之累計，同1住民可重複計算。
- (8) 功能進步回歸社區生活之定義：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者。
- (9) E-1~E-4 比率之分母為「E.全年結案」之人次。
- (10) 總感染發生密度：分子為入住72小時後發生，有症狀，有醫囑治療者。

四、住民基本資料（資料填寫時間，以申請評鑑當月前一個月數據為主）

項 目		20 歲以下	21-30 歲	31-40 歲	41-50 歲	51-60 歲	61 歲以上	合計
性別	男							
	女							
白天活動	機構內活動							
	機構內工作訓練							
	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							
	1 年以上未滿 3 年							
	3 年以上未滿 5 年							
	5 年以上							
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							
身心障礙等級	輕度							
	中度							
	重度							
	極重度							
學歷	小學及以下							
	國中							
	高中職							
	大專							
	研究所以上							
	不詳							
婚姻	未婚							
	已婚							
	喪偶							
	離婚							
	其他							

註：

- 1.年齡的計算方式：實足年齡計算至小數點第一位，採小數點進位。
- 2.「白天活動」：請依住民當月最主要的活動為主。

五、復健業務之提供

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）及禮儀：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)人際溝通：訓練人數：_____人，佔全體住民_____%

(5)休閒生活安排：訓練人數：_____人，佔全體住民_____%

(6)財務自主管理：訓練人數：_____人，佔全體住民_____%

(7)簡易烹煮訓練：訓練人數：_____人，佔全體住民_____%

(8)衣物清洗及整理：訓練人數：_____人，佔全體住民_____%

(9)社區相關設施及資源之使用與運用：訓練人數：_____人，佔全體住民_____%

2.個人復健計畫檢討修正頻率：○每月，○每3個月，○其他：_____

3.請列舉提供個別化的獨立生活功能訓練：_____

4. 職前準備、工作轉介或就業輔導：

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

5.定期生活諮詢、心理輔導之頻率：○每週，○每2週，○每月，○其他：_____

6.住民可自行保管藥物之比例：_____%

7.定期召開社區復健與適應討論會之頻率：○每週，○每2週，○每月，○其他：_____

8.定期召開住民自治會議之頻率：○每週，○每2週，○每月，○其他：_____

9.提供住民家庭支持服務之頻率：○每月，○每半年，○每年，○其他：_____

10.訂定處理緊急醫療及異常事件流程：無，有（事件處理表單：無，有）

*如有異常事件，請填寫最近4年發生件數

項目 \ 期間	105年	106年	107年	108年
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				
其他				
合計				

定義說明：

- (1)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。
- (2)跌倒事件：因意外跌落至地面或其他平面。
- (3)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。
- (4)公共意外事件：係指機構之建築物、通道、工作物(設施設備物料等)、天災、有害物質外洩等事件。
- (5)藥物事件：與給藥過程相關之異常事件。
- (6)不預期心跳停止事件：非原疾病病程可預期之心跳停止事件。
- (7)群聚感染：2人以上（含2人）出現疑似傳染病症狀，有人、時、地關聯性，判定為疑似群聚感染且有擴散之虞。

六、復健服務品質管理措施

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. 住民出入自由度與權益維護：

(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) 評估與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例：_____%

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：_____

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) 傳染病預防依疾病管制局規定通報： 無， 有（通報案
例：_____）

9. 定期召開品質管理檢討會：

無， 有：105年____次，106年____次，107年____次，108年____次。

10. 是否設有監視器： 無， 有（設置地點：_____）

七、社區資源網絡

1. 請簡要列出 4 年內辦理社區融合相關活動：

年度	社區融合相關活動
10 <u>5</u>	_____ _____ _____
10 <u>6</u>	_____ _____ _____
10 <u>7</u>	_____ _____ _____
10 <u>8</u>	_____ _____ _____

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。

