

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 公告

發文日期：中華民國108年12月13日
發文字號：衛部心字第1080141986號
附件：「精神復健機構評鑑作業程序」1份



主旨：公告修正「精神復健機構評鑑作業程序」，如附件。

公告事項：旨揭公告內容，請至本部全球資訊網站(網址為<http://www.mohw.gov.tw>，路徑：首頁/公告訊息或心理及口腔健康司/精神疾病防治)下載及參閱。

部長陳時中

精神復健機構評鑑作業程序

106 年 3 月 10 日衛部心字第 1061760468 號函修訂
107 年 3 月 12 日衛部心字第 1071760421 號函修訂
107 年 12 月 28 日衛部心字第 1071762186 號函修訂
108 年 12 月 13 日衛部心字第 1080141986 號公告修訂

壹、評鑑目的

- 一、建立安全、有效、以病人為中心、適時、效率、公正優質的精神復健服務體制。
- 二、評核精神復健機構服務品質，提供民眾選擇參考。
- 三、監督精神復健機構加強業務管理，確保精神病人之社區復健服務品質。

貳、辦理機關

衛生福利部主辦，得委託協辦。委託之協辦單位由衛生福利部每年於網站公告。

參、辦理年度

精神復健機構評鑑每年均得辦理。

肆、評鑑委員

由主辦機關聘請有關專家及相關業務主管擔任評鑑委員，進行實地評鑑。

伍、申請資格

於本作業程序申請期限截止前，經審查符合「精神復健機構設置及管理辦法」與「精神復健機構設置標準表」規定領有開業執照，並具下列各款情形之一者，始得提出申請：

- 一、精神復健機構於當年 5 月 31 日前領有開業執照者。
- 二、評鑑合格效期已屆最後一年。
- 三、前一年評鑑結果為「評鑑不合格」者。
- 四、機構經評鑑後遷移、擴充、增建或改建者。

前項第一款為私立精神復健機構變更負責人者，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。

陸、申請類別

- 一、日間型精神復健機構。
- 二、住宿型精神復健機構。

柒、評鑑內容

依「精神復健機構評鑑基準」所列項目辦理。

捌、申請表件

公告於衛生福利部精神復健機構評鑑管理系統與協辦單位網站。

玖、申請程序

- 一、申請日期由協辦單位公告於其網站。
- 二、評鑑資料申報方式為網路申報，資料繳交之相關規定請詳參閱申請評鑑注意事項，逾期不受理。
- 三、請於前述期限內辦理下列事項：
 - (一) 至衛生福利部精神復健機構評鑑管理系統填寫「申請書」(如附件一)，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日內完成補件。
 - (二) 另檢送「機構開業登記事項查證回復單」(如附件二，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

- 一、由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，由衛生福利部通知機構，不進行實地評鑑。
- 二、實地評鑑
 - (一) 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。
 - (二) 實地評鑑程序：
 - 1.機構簡報。
 - 2.實地查證。
 - 3.綜合討論。

(三) 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如附件三。

三、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

得於每年4月至11月辦理。

拾貳、評鑑成績核算及評定原則

依「精神復健機構評鑑成績核算方式與合格基準」（如附件四）進行評量與評定。

拾參、評鑑結果

一、評鑑結果由主辦機關召開評定會議確認成績後公告，並發給合格證明文件，由協辦單位發給實地評鑑個別建議事項。

二、經評鑑合格之機構，其評鑑資格有效期間為 4 年，惟經複評達合格基準者，其合格效期為原評鑑合格效期屆滿日後 1 年。

三、經評鑑合格之私立機構，如發生變更負責人等異動，其評鑑合格效期認定如下：

(一) 機構如因故歇業，由另一位負責人，於原址重新申請開業者（俗稱變更負責人），即屬新設立機構，應重新申請最近 1 次評鑑。

(二) 前款變更負責人之新設立機構，如實際上軟硬體設施及機構名稱並無異動，欲延續原評鑑合格效期者，應於變更負責人後 1 個月內，申請「專案複評」（惟領有開業執照日期已逾當年 5 月 31 日者，應於次年接受評鑑），接受專案複評時，其資料提供應含機構變更前個案及業務相關資料。通過「專案複評」者，得延續原評鑑合格效期；未通過「專案複評」者，則以主辦機關通知機構未通過「專案複評」之當月月底，為其原評鑑合格效期截止日。惟如機構變更負責人時，其評鑑合格效期已屆最後 1 年者，應重新申請評鑑。

四、經評定公告為合格之機構，在有效期間內，如發生重大違規事件，

得予註銷評鑑合格類別。所稱發生重大違規事件之處理與認定，由衛生福利部組成審查小組辦理。

- 五、機構對評鑑結果有疑義者，得於公告後 1 個月內向主辦機關申請複查，惟複查結果不提供成績資料。
- 六、評鑑結果未達合格基準者，於評鑑結果公告後 2 個月內僅進行 1 次複評。複評已達合格基準者，由本部逕予核定並公告為評鑑合格機構；反之，則列為「評鑑不合格」，由主辦機關逕予核定並公告且函知機構，以主辦機關函知「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。
- 七、實地評鑑期間受評機構如有不符「精神復健機構設置及管理辦法」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，精神復健機構評鑑成績雖達合格基準，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（情節重大者得縮短合格效期）；屆期未改善者，得由衛生福利部逕予核定為「不合格」機構，並應由直轄市、縣（市）衛生局依法裁處。
- 八、於第拾參點第一款評鑑結果公告後，其有不服者，機構得依法提起訴願及行政訴訟。
- 九、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。
- 十、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。
- 十一、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、精神復健機構評鑑申請書

附件二、精神復健機構開業登記事項查證回復單

附件三、精神復健機構實地評鑑進行方式及時間分配表
附件四、精神復健機構評鑑成績核算方式與合格基準

附件一、精神復健機構評鑑申請書

編號：_____

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

○ 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 ○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日

編號：_____

附件二、109 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	☐ 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	☐ 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	☐ 兩者資料相同 ☐ 不同（請說明）
設置類別	☐ 日間型機構 ☐ 住宿型機構	☐ 日間型機構 ☐ 住宿型機構	☐ 兩者資料相同 ☐ 不同（請說明）
執業登記	於評鑑申請截止日前領有開業執照？ ☐ 是 ☐ 否	於評鑑申請截止日前領有開業執照？ ☐ 是 ☐ 否	☐ 兩者資料相同 ☐ 不同（請說明）
機構代碼			☐ 兩者資料相同 ☐ 不同（請說明）
登記開業日期 (原始發照日期)	年 月 日	年 月 日	☐ 兩者資料相同 ☐ 不同（請說明）
負責人	姓名：	姓名：	☐ 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	服務量為 49 床(人)以下機構請勾選： ☐ 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 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 <table border="1"> <thead> <tr> <th>專業領域</th><th>人數</th><th>抵任時數／每週</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>職能治療師(生)</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>社會工作人員</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>護理師</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>護士</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>臨床心理師</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	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			位 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 <table border="1"> <thead> <tr> <th>專業領域</th><th>人數</th><th>抵任時數／每週</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>職能治療師(生)</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>社會工作人員</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>護理師</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>護士</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>臨床心理師</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	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			☐ 兩者資料相同 ☐ 不同（請說明）																																
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	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">專業領域</th><th rowspan="2">專任人數</th><th colspan="2">兼任人數</th></tr> <tr> <th>人數</th><th>兼任時數／每週</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>職能治療師</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>職能治療生</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>社會工作人員</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>護理師</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>護士</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>臨床心理師</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>醫師</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> （未包含負責人及專任管理人員抵任專業人員時數）	專業領域	專任人數	兼任人數		人數	兼任時數／每週	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				<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">專業領域</th><th rowspan="2">專任人數</th><th colspan="2">兼任人數</th></tr> <tr> <th>人數</th><th>兼任時數／每週</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>職能治療師</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>職能治療生</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>社會工作人員</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>護理師</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>護士</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>臨床心理師</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>醫師</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> （未包含負責人及專任管理人員抵任專業人員時數）	專業領域	專任人數	兼任人數		人數	兼任時數／每週	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				☐ 兩者資料相同 ☐ 不同（請說明）
專業領域	專任人數			兼任人數																																																																			
		人數	兼任時數／每週																																																																				
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																																																																							
專業領域	專任人數	兼任人數																																																																					
		人數	兼任時數／每週																																																																				
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																																																																							
衛生局核可服務量	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	☐ 兩者資料相同																																																																				

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）
			○不同（請說明）
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。

☐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：

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。

附件三、109 年度精神復健機構實地評鑑進行方式及時間分配表

進 行 程 序	時間分配	備註
會前會	20-30 分鐘	
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團隊	5 分鐘	
三、機構簡報	20 分鐘	
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. 相關單位查證(檢查結果)報告 3. 委員講評 4. 受評機構提出說明或意見交換	20 分鐘	註 6
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，包含以 PFM 查證方式訪談學員/住民之時間，為利評鑑委員進行訪談，請貴機構配合勿安排住民/學員團體外出活動（如郊遊、參訪等），並不得拒絕委員訪視依常規外出之住民/學員。
- 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、健保署代表、病人權益促進團體代表）。
- 5、委員整理資料時段，陪同人員及受評機構同仁請迴避。
- 6、地方衛生局及相關單位(視需要邀請，如消防局等)代表，應配合進行口頭報告並提供實地查證(檢查結果)報告書面資料。
- 7、病人權益促進團體代表係以醫療服務使用者角色，協助衛生福利部(以下稱本部)觀察評鑑制度及評鑑方式，雖不參與評分，惟得將其所觀察之狀況，提出意見供本部參考。

附件四、精神復健機構評鑑成績核算方式與合格基準

一、精神復健機構評鑑基準共分3大章，各章配分如下表：

評鑑項目	配分	
	日間型機構	住宿型機構
第1章、經營管理	34	33
第2章、復健服務	37	37
第3章、服務品質	29	30
總分	100	100

二、精神復健機構評鑑合格基準及成績核算方式：

(一) 精神復健機構評鑑基準分以「A、B、C、D、E」五級等級評量（分別為該項基準配分之100%、80%、60%、40%、0%）及以「A、C、E」三級等級評量（分別為該項基準配分之100%、60%、20%）；評量基準達C以上（即A或B或C）者，該受評條文始為合格。

(二) 評鑑基準分類統計表

評鑑項目	條文數							
	日間型機構				住宿型機構			
	一般條文	重點條文之條數	可免評條文數	總條文數	一般條文	重點條文之條數	可免評條文數	總條文數
第1章、經營管理	8	0	2	10	9	1	2	12
第2章、復健服務	12	0	0	12	12	0	0	12
第3章、服務品質	11	0	0	11	11	1	1	13
合計	31	0	2	33	32	2	3	37

(三) 精神復健機構評鑑合格基準：

項目 合格基準	合格分數 ¹ 佔總分 ² 比例	重點條文 ³ (C 以上%)
精神復健機構評鑑合格(住宿型)	60%	100%
精神復健機構評鑑合格(日間型)	60%	

註：

1. 精神復健機構評鑑合格分數係總分之 60%。
2. 若有可免評條文，則其總分係扣除可免評條文後，加總各受評條文配分計。
3. 另 109 年度精神復健機構評鑑基準之住宿型機構訂有重點條文項目，即基準「1.4 適切的日、夜間人力配置」、「3.11 維護住民出入自由」2 條，前述 2 條重點條文得分，須全數達 C 以上，始為合格。

三、機構若因業務關係、新設立、第一次申請評鑑或前次評鑑無建議改善事項時，下列評鑑條文得免評：

評鑑條文	配分	
	精神復健機構 (日間型)	精神復健機構 (住宿型)
1.2 專任工作人員人力穩定性	3	3
1.9(日間型)或 1.11(住宿型) 前次評鑑建議事項辦理情形確實且具成效	3	3
3.5 適切的復健基金管理		2