

109 年度臺北市精神復健機構督考資料表

— 住宿型機構 —

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. 總樓地板面積：_____ 平方公尺，平均每床_____ 平方公尺

9. 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)

10. 設施

復健服務設施	1. <input type="checkbox"/> 應有臥室，平均每床(不含浴廁)至少五平方公尺，每一臥室至多設6床。	2. <input type="checkbox"/> 應每床置有櫥櫃或床頭櫃	3. <input type="checkbox"/> 應有書桌椅	
	4. <input type="checkbox"/> 應有日常活動空間	5. <input type="checkbox"/> 應有精神復健紀錄放置設施	6. <input type="checkbox"/> 應有電話設備	
	7. <input type="checkbox"/> 應有烹飪設備，如： <input type="checkbox"/> 電冰箱 <input type="checkbox"/> 廚具 <input type="checkbox"/> 餐具 <input type="checkbox"/> 微波爐 <input type="checkbox"/> 其他			
一般設施	8. <input type="checkbox"/> 應有健身設備，如： <input type="checkbox"/> 跑步機/腳踏車/划船器 <input type="checkbox"/> 跳床 <input type="checkbox"/> 運動墊 <input type="checkbox"/> 球類設備			
	9. <input type="checkbox"/> 應有康樂設備，如： <input type="checkbox"/> 音響/電視/錄放影機/伴唱機 <input type="checkbox"/> 棋類/牌類 <input type="checkbox"/> 報紙/書刊			
	其他	1. <input type="checkbox"/> 應符合建築法及其有關法規規定。		1. <input type="checkbox"/> 應維持機構內外環境整潔。
		2. <input type="checkbox"/> 應有可資自然採光之窗戶，且數量足夠。		2. <input type="checkbox"/> 室內應通風、光線充足。
		3-1. <input type="checkbox"/> 應有空調設備		3. <input type="checkbox"/> 用水供應充足，飲用水應符合飲用水質標準之規定。飲用水設備維護，每月至少1次，並每隔3個月檢測飲用水設備水質大腸桿菌群，跨樓層共用1台飲水機視為不符合。
		3-2 床位分配：請於空格處填房間數 <input type="checkbox"/> 6人 <input type="checkbox"/> 5人 <input type="checkbox"/> 4人 <input type="checkbox"/> 3人 <input type="checkbox"/> 2人 <input type="checkbox"/> 1人		
		4. <input type="checkbox"/> 應有適當之衛浴設備（每6人至少1套）。		
5. <input type="checkbox"/> 多人使用之衛浴設備應有適當隔間或門簾。		4. <input type="checkbox"/> 應有照明設備。		
6. <input type="checkbox"/> 應設置便於殘障者行動及使用之設備、設施		5. <input type="checkbox"/> 應有蚊、蠅、鼠害防治之適當措施。		
7. <input type="checkbox"/> 應符合消防法法規規定，設施於效期 <input type="checkbox"/> 最近一次消防演練日期： ____年____月____日		6. <input type="checkbox"/> 應有簡易急救箱，內容物應在有效期限內。		
		7. <input type="checkbox"/> 應於明顯處張貼服務對象申訴管道及須知。		
		8. <input type="checkbox"/> 食物檢體分開裝盛並標示日期及餐次、足量（整份或每樣食物100公克）冷藏存放48小時		

填表機構蓋章

機構負責人
蓋章

填表日期：109 年 月 日

二、人員配置

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）

人員別	時間	108年			109年6月		
	人員數	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
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	108 年	109 年 6 月
	A.全年總服務	人日	
人數			
人次			
B.估床率			
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) 估床率：〔全年總服務人日／（365×登記可收治服務對象數）〕×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 109 年 6 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							
	重度且為社托個案							
	極重度							
	極重度且為社托個案							
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							

項 目	20歲以下	21-30歲	31-40歲	41-50歲	51-60歲	61歲以上	合計
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、上次評鑑暨督考建議事項辦理情形：完全改善有改善措施確有成效其他

….

上次評鑑暨督考建議事項	改善措施	成效評估成果

附件一、各類服務人員名冊

※資料時間自 108 年 1 月 1 日至 109 年 6 月 30 日，此期間所有異動人員之資料皆須填報，如空間不足，請依格式另紙繕附。

※相關證書及訓練證明，請於督考當日提供佐證資料，並列冊，俾利本局查核(※)

(一) 負責人

姓名	年齡	學歷	經歷			專業人員 書字號	證 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				108 年	109 年	

(二) 專任管理人員.....共_____位

姓名	年齡	學歷	經歷			專業人員 書字號	證 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				108 年	109 年	

(三) 社會工作人員 共 位

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 評鑑合格之醫 療機構從事精 神相關工作年 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					108 年	109 年	

(四) 職能治療師(生) 共 位

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 評鑑合格之醫 療機構從事精 神相關工作年 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					108 年	109 年	

(五) 臨床心理師共 _____ 位

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 評鑑合格之醫 療機構從事精 神相關工作年 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					108 年	109 年	

(六) 護理師及護士 共 _____ 位

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 評鑑合格之醫 療機構從事精 神相關工作年 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					108 年	109 年	

(七) 醫師 共 位

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 評鑑合格之醫 療機構從事精 神相關工作年 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					108 年	109 年	

(八) 督導 共 位

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 評鑑合格之醫 療機構從事精 神相關工作年 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					108 年	109 年	

(九) 其他 共 _____ 位

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 評鑑合格之醫 療機構從事精 神相關工作年 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					108 年	109 年	

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。

附件三、服務人力時數彙整

人員		月份	108 年度														
			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															
	合計	專任															
		兼任															
	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 (生)															
		社會工作人員															
		護理師															
		護士															
臨床心理師																	
醫師																	
小計																	

人員		月份	109 年度						
			1 月	2 月	3 月	4 月	5 月	6 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							
	合計	專任							
		兼任							
	專業人員 <u>每</u> <u>週</u> 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（生）							
		社會工作人員							
護理師									
護士									
臨床心理師									
醫師									
小計									

備註:

本表以 10 號字體標楷體填妥後，請以 A4 紙張雙面列印，免備文親送或寄至臺北市政府衛生局 心理衛生科