

109 年度臺北市精神復健機構督考資料表

— 日間型機構 —

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，平均每人_____ 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
日間型機構	(人)	(人)

10. 設施

復健服務設施	1. <input type="checkbox"/> 應設置復健治療空間，每服務量一人至少應有四平方公尺	2. <input type="checkbox"/> 應有會談空間	3. <input type="checkbox"/> 應有服務對象休憩空間
	4. <input type="checkbox"/> 應有治療、評估工具	5. <input type="checkbox"/> 應有電話設備	6. <input type="checkbox"/> 應有精神復健紀錄放置設施
	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		
	1. <input type="checkbox"/> 應符合建築法及其有關法規規定。 2. <input type="checkbox"/> 應有空調設備。 3. <input type="checkbox"/> 每二十人應有一間廁所，未滿二十人者以二十人計。 4. <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"/> 應符合消防法法規規定，設施於效期內， <input type="checkbox"/> 最近一次消防演練日期： ____年__月__日	其他	1. <input type="checkbox"/> 應維持機構內外環境整潔。 2. <input type="checkbox"/> 室內應通風、光線充足。 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。 4. <input type="checkbox"/> 應有照明設備。 5. <input type="checkbox"/> 應有蚊、蠅、鼠害防治之適當措施。 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足量（整份或每樣食物 100 公克）冷藏存放 48 小時 <input type="checkbox"/> 未供餐

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__時數／每週。

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。

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	兼任時數／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.全年服務日數			
C.收治率			
D.服務個案平均收治日數			
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		
G.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人重複收案之人次（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+每月新收案人次累計(同1學員可重複計算)。
- (4) 全年服務日數＝全年服務日數之總和。
- (5) 收治率＝〔全年總服務人日／(全年服務日數×登記可收治服務對象數)〕×100%。
- (6) 服務個案平均收治日數：全年總服務人日／全年總服務人次。
- (7) 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學員若2次以上進出，不重複計算，只算1次)。
- (8) 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學員可重複計算。
- (9) 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、就學或獨立生活，但未到職場就業（含庇護工作）。
- (10) 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。
- (11) F-1~F-5 比率之分母為「F.全年結案」之人次。
- (12) 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、學員基本資料（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							
	其他(請說明)							
夜間安排	住宿型機構							
	返家							
	其他(請說明)							
參加時間	未滿1年							
	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							
	喪偶							
	離婚							

項 目	20 歲以下	21-30 歲	31-40 歲	41-50 歲	51-60 歲	61 歲以上	合計
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」：請依學員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

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)

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

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

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

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：○無，○有 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 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									

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