台灣老年精神醫學會 專科醫師訓練醫院定期評鑑自評表

一○四年一月十日第四屆第五次甄審委員會會議通過

一○五年十月一日第四屆第十一次甄審委員會會議通過

一○六年六月二十五日第五屆第一次甄審委員會會議通過

一○七年九月二十九日第五屆第六次甄審委員會會議通過

壹、依據社團法人台灣老年精神醫學會 專科醫師訓練醫院綱要

第六章　專科醫師訓練認定醫院之訪查

第十九條：

訓練醫院須每三年接受一次訪查，必要時得不定期訪查。訪查方式包括書面審查及實地訪查。甄審委員會成員為當然訪查委員，其餘委員由甄審委員會提名，經理事會同意後聘任。

貳、訓練醫院基本資料

訓練醫院名稱：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

院址：□□□\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

計畫主持人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

聯絡電話：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

聯絡傳真：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

電子信箱：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

參、書面審查項目：

一、訓練醫院之設施。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **條號** | **評量項目** | **完全符合** | **部分符合** | **不**  **符合** | **NA** | **前次評鑑**  **自評說明填寫欄** | **本次評鑑**  **自評說明填寫欄**  **(請填入107/1/1-12/31之資料)** |
| 1.1. | 設有老年精神醫療「急性病房」服務設施 | ○ 通過 ○不通過 ○NA | | | |  | |
| 1.1.1 | 設有急性病房 | □ | □ | □ | □ |  |  |
| 1.1.2 | 老年精神疾病急性住院病人每年至少三十人次  [註]以訓練容額一人計算，兩人則加倍 | □ | □ | □ | □ | 本欄填寫急性病房住院老年精神病患服務量  無須檢附佐證資料 | 本欄填寫急性病房住院老年精神病患服務量  應檢附下列佐證資料  急性病房住院老年精神病患統計報表，並進一步分析疾病類別與占率 |
| 1.2 | 設有老年精神醫療「門診」服務設施 | ○ 通過 ○不通過 ○NA | | | |  | |
| 1.2.1 | 設有門診（老年精神門診、記憶門診或與老年精神醫療相關之門診服務） | □ | □ | □ | □ |  |  |
| 1.2.2 | 老年精神疾病患者門診，每年至少三百人次  [註]以訓練容額一人計算，兩人則加倍 | □ | □ | □ | □ | 本欄填寫門診老年精神病患服務量  無須檢附佐證資料 | 本欄填寫門診老年精神病患服務量  另應檢附下列佐證資料  1.門診表明示相關門診  2.門診老年精神病患統計報表，並進一步分析疾病類別與占率  3.核心指導醫師最近一年之門診老年精神病患統計報表 |
| 1.3 | 設有老年精神醫療「急診（或他科會診）」服務設施 | ○ 通過 ○不通過 ○NA | | | |  | |
| 1.3.1 | 設有急診/他科會診 | □ | □ | □ | □ |  |  |
| 1.3.2 | 老年精神疾病患者急診（或他科會診）每年至少四十人次  [註]以訓練容額一人計算，兩人則加倍 | □ | □ | □ | □ | 本欄填寫之急診或(與)他科會診老年精神病患服務量  無須檢附佐證資料 | 本欄填寫之急診或(與)他科會診老年精神病患服務量  應檢附下列佐證資料  急診（或他科會診）老年精神病患統計報表，並進一步分析疾病類別與占率 |
| 1.4 | 老年精神醫療或老年醫療「長期照護」服務設施  [註]1.本條若於協同訓練醫院（機構）執行，請填寫N/A，並改填第5點-協同訓練醫院（機構） | ○ 通過 ○不通過 ○NA | | | |  | |
| 1.4.1 | 設有長期照護服務設施，至少有二十床以上 | □ | □ | □ | □ | 無須檢附佐證資料 | 應檢附下列資料  1.主管機關之長期照護機構立案證書與最近一次評鑑或訪視相關文件  2.「長期照護」老年住民之統計報表 |
| 1.4.2 | 需有老年精神醫學專責團隊參與服務 | □ | □ | □ | □ |  |  |
| 1.5 | 協同訓練醫院（機構） |  | | | | | |
| 1.5.1 | 協同訓練醫院（機構）資格  [註]1.若無協同訓練醫院（機構）請填 N/A | ○ 通過 ○不通過 ○NA | | | |  | |
| 1.5.1.1 | 須經主管機關評鑑或訪查合格 | □ | □ | □ | □ | 無須檢附佐證資料 | 應檢附下列佐證資料  主管機關之長期照護機構立案證書與評鑑或訪查合格證書影本 |
| 1.5.1.2 | 須與主要訓練醫院有正式簽約之建教合作關係  [註]相同體系醫院（機構）則免 | □ | □ | □ | □ | 無須檢附佐證資料 | 應檢附下列佐證資料  相關之合約影本 |
| 1.5.2 | 設有老年精神醫療或老年醫療「長期照護」服務設施 | ○ 通過 ○不通過 ○NA | | | |  | |
| 1.5.2.1 | 設有長期照護服務設施，至少有二十床以上 | □ | □ | □ | □ | 無須檢附佐證資料 | 應檢附下列資料  1.主管機關之長期照護機構立案證書與最近一次評鑑或訪視相關文件  2.「長期照護」老年住民之統計報表 |
| 1.5.3 | 設有老年精神醫療「急診（或他科會診）」服務設施 | ○ 通過 ○不通過 ○NA | | | |  | |
| 1.5.3.1 | 設有急診/他科會診 | □ | □ | □ | □ | 無須檢附佐證資料 | 應檢附下列佐證資料  主管機關之長期照護機構立案證書與評鑑或訪查合格證書影本 |
| 1.5.3.2 | 老年精神疾病患者急診（或他科會診）每年至少四十人次  [註]以訓練容額一人計算，兩人則加倍 | □ | □ | □ | □ | 本欄填寫之急診或(與)他科會診老年精神病患服務量  無須檢附佐證資料 | 本欄填寫之急診或(與)他科會診老年精神病患服務量  應檢附下列佐證資料  急診（或他科會診）老年精神病患統計報表，並進一步分析疾病類別與占率 |
| 1.5.4 | 須接受主要訓練醫院督導 | ○ 通過 ○不通過 ○NA | | | |  | |
| 1.5.4.1 | 與主要訓練醫院定期召開會議，檢討共同訓練相關問題，並有追蹤及改善方案 | □ | □ | □ | □ |  |  |
| 1.6 | 評鑑委員評量建言改善情形 | ○ 通過 ○不通過 ○NA | | | |  | |
| 1.6.1 | 與主要訓練醫院定期召開會議，檢討共同訓練相關問題，並有追蹤及改善方案 | □ | □ | □ | □ | 本欄填寫前次評鑑委員評量建言 | 本欄填寫前次評鑑委員評量建言改善情形，並檢附佐證資料 |

二、中央主管機關評鑑合格之教學醫院資格有效期限。(請附教學醫院合格證書影本)

🞎具備有效期間內之教學醫院合格證書，有效期限：年月日

三、指導人員：（包括訓練計畫主持人、核心指導醫師、其他老年精神醫學團隊成員）。

(請填下表，並附上表四-老精專訓練醫院指導人員登記)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 人事 | 前次評鑑 | 本次評鑑 |
| 1.計畫主持人 |  |  |
| 2.核心指導醫師人數變動 | 人 | 人 |
| 3.核心指導醫師人員變動 |  |  |
| 4.本會老年精神醫學專科醫師人數變動 | 專任：人 | 專任：人 |
| 5.其他專職專業人員之人數變動 | | |
| 臨床心理師 | 人 | 人 |
| 社會工作師 | 人 | 人 |
| 職能治療師 | 人 | 人 |
| 護理人員 | 人 | 人 |
| 其他人員：(自填) | 人 | 人 |

四、訓練計畫內容之落實情況與品質管制措施。

🞎有效期限內無受訓醫師(免填下列第五點)

🞎有效期限內有受訓醫師(請附表五-受訓醫師登記表、表七-老精專訓練內容概要表並說明如何確保教學品質，並檢附相關佐證資料，例如：門診表、老師學生雙向回饋表、個案討論會紀錄、相關研究發表…等)

說明：

訓練期間是否有增加容額。

🞎是

🞎否

五、通過專科醫師甄審取得專科醫師資格。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 通過年度 | 通過者姓名 | 訓練起迄日期 | 老年精神專科醫師證號 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

計畫主持人：（簽章）

填表人：

填表人聯絡電話：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 填表人電子信箱：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

填寫日期：年月日