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