

115年青少年健康促進服務友善機構 申請作業說明

壹、目標

115年5月

為關懷青少年健康，提昇親善照護與預防保健服務品質，促進青少年就醫之可近性、公平性、適切性、綜合性及有效性，衛生福利部國民健康署透過「青少年健康促進服務友善機構網絡」網絡之建置，廣邀國內關心青少年健康福祉，重視青少年健康議題的醫療院所申請成為**青少年健康促進服務友善機構**。院所可依據精簡且務實的青少年友善機構服務標準及其相關實施準則，採納符合世界衛生組織全球標準的青少年全方位照護模式，使院所提供優質的青少年健康照護服務更上一層樓。

貳、辦理機關

衛生福利部國民健康署（以下簡稱國民健康署）主辦，並委託台灣青少年醫學暨保健學會辦理（以下簡稱委辦單位）。

參、申請資格及相關附件

一、申請資格：

有意願成為「青少年健康促進服務友善機構」，但尚未參與或具備青少年親善照護機構效期之醫療院所。

二、申請所需文件，請由台灣青少年醫學暨保健學會網站（<https://reurl.cc/Z2L4Qg>），首頁/最新消息/推動青少年健康促進服務友善機構，使院所關心青少年之健康促進/附件，下載以下相關文件：

（一）申請書(附件1)

（二）青少年健康促進服務友善機構自我評估表，分為「醫院適用」(附件2a)及「診所適用」(附件2b)

三、申請院所須提出1位負責人（由主管級以上擔任）及1位行政聯絡人之聯絡方式。

四、申請期限及繳件：

（一）申請書(附件1)於**115年8月15日(含)前**繳交，以 PDF 電子檔寄至 teens1150318@gmail.com。

（二）青少年健康促進服務友善機構自我評估表(附件2a 或 2b)於**115年9月10日(含)前**完成第一次填寫提交；**115年10月15日(含)前**完成最後更新提交，均以 PDF 電子檔繳交承辦單位。

肆、申辦期程規劃

作業項目	預定期程
公告青少年健康促進服務友善機構申請作業說明	115年7月10日前
繳交申請書	115年8月15日截止
繳交第一次完成之自我評估表	115年9月10日前
辦理院所輔導會議	115年9月10日～9月30日

伍、自我評估表填寫方式

- 一、依青少年健康促進服務友善機構自我評估表所列實施準則項目（共計20項）填寫，並依據《青少年健康促進服務友善機構評分說明之操作型定義》（分為「醫院適用」及「診所適用」版）提供佐證資料，說明貴機構於各實施準則之辦理情形，並勾選完成程度（即「完成」、「部分完成」，或「未完成」）。
- 二、資料呈現期間：以申請當年之資料為主，並可擴至前2年（即113-115年間資料）為原則填寫。

陸、委辦單位聯絡方式

聯絡電話：02-23916470分機2208高小姐

聯絡地址：100027臺北市中正區福州街12號婦幼院區第二醫療大樓 B211室幸福9號

服務信箱：teens1150318@gmail.com

柒、審查委員

國民健康署及委辦單位聘請醫師、醫務管理專家及社會心理專業背景的專家擔任審查委員進行書面審查，對於每一受評機構邀請3位不同專業背景委員進行審查，並將針對各機構提出審查意見及具體建議。

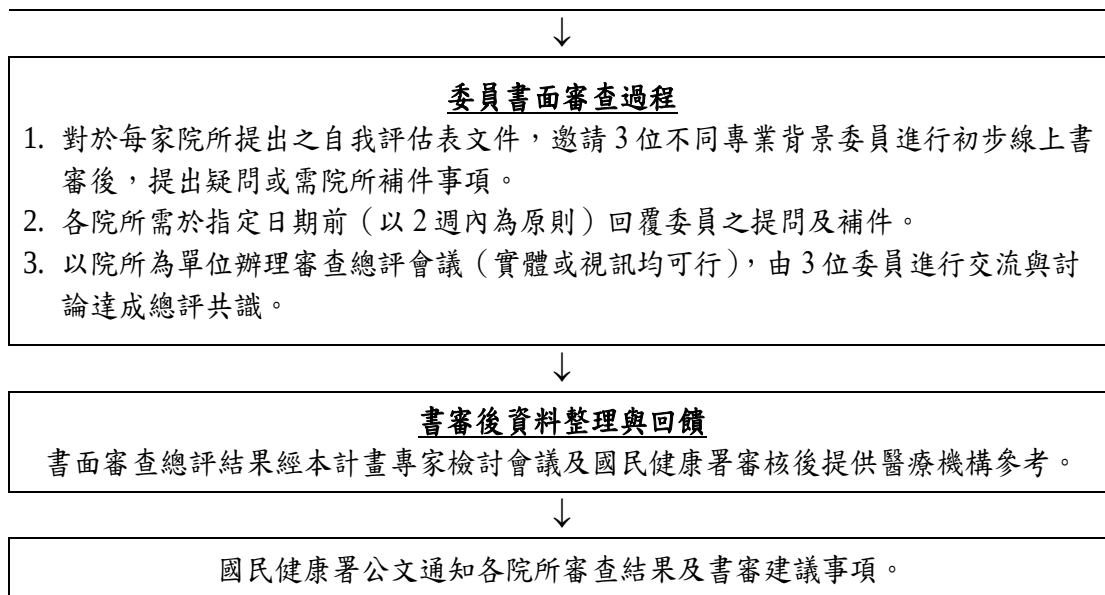
專家背景	審查委員
醫師（兒科、婦產科、精神科、家醫科或青少年專科）	1位
醫務管理專家	1位
社會心理專業（臨床心理師、諮商心理師、社工師或青少年輔導）專家	1位

捌、申請流程**加入青少年健康促進服務友善機構網絡申請流程****填寫申請書**

1. 有意願加入之院所繳交申請書(附件1)。
2. 申請加入院所分為：
有意願成為「青少年健康促進服務友善機構」，但尚未參與或具備青少年親善照護機構效期之醫療院所。

**輔導與諮詢服務**

1. 委辦單位對於擬申請之醫療院所提供輔導與諮詢服務，包括建立聯絡窗口、說明「青少年健康促進服務友善機構自我評估表」(附件2a或2b)及操作型定義之使用方式、提供相關參考資料及文件範本，協助其完成第一階段自我評估表及提報事宜。
2. 安排輔導會議時間，依據院所第一階段自我評估表內容，與機構共同討論自我評估表中未能完成或有困難完成之項目，研議解決方案。
3. 院所進行自我評估表之修正與更新，並於最後截止日前繳交，接受書面審查。



玖、輔導與諮詢服務

- 一、經國民健康署核定之申請機構，由委辦單位於核定日起提供相關輔導與諮詢服務。
- 二、委辦單位於輔導期間，將進行以下事務：
 - （一）提供相關訓練課程訊息，或提供專業講師以協助院所自辦課程。
 - （二）辦理院內個別輔導會議，根據自評表內容提供諮詢及改善意見，或研議解決困難之方案。
 - （三）函文機構所在縣市衛生局，邀請派員參與個別輔導會議（非強制性）。

壹拾、評核原則及通過條件

- 一、委員依據6大標準20項實施準則所訂之「青少年健康促進服務友善機構評分說明之操作型定義」進行書面審查，逐一檢視申請機構繳交之「青少年健康促進服務友善機構自我評估表」各項內容，評核其辦理情形及實際執行程度。
- 二、20項實施準則之實際執行程度分為：☐完成、☐部分完成、☐未完成。
- 三、評核結果符合以下2條件，即通過審查：
 - （一）每一大標準，定為「必要達成項目」有依照執行定義完成。
 - （二）自評表的20項實施準則
 1. 醫院層級：評為「完成」須 ≥ 12 項，且「未完成」須 ≤ 3 項。
 2. 診所：評為「完成」須 ≥ 10 項，且「未完成」須 ≤ 3 項。

壹拾壹、效期及維持效期相關事宜

- 一、效期：4年
- 二、新申請加入之院所，115年之審查結果由國民健康署公文通知，效期自通過審查下一年度起算。
- 三、效期內之青少年健康促進服務友善機構需每年繳交成效監測年度報表，分為「醫院適用」（附件3a）及「診所適用」（附件3b），以確認效期內之服務品質有依標準執行。
 - （一）115年之前通過審查院所，應於10月31日前繳交成效監測年度報表。
 - （二）115年通過審查之院所，應於116年起每年繳交年度報表。
 - （三）效期內累積2年未提交年度報表者，取消其青少年健康促進服務友善機構資格。

壹拾貳、 複查申請

- 一、申請機構如對審查結果有疑義，得於收到通知審查結果公文後10天內，填寫「青少年健康促進服務友善機構審查結果複查申請表」(附件4)，連同審查結果公文影本，以傳真或郵寄方式向國民健康署申請複查，逾期不予受理，並以一次為限。
- 二、複查成績，依下列規定處理：
 - (一)應將委員原始評核資料調出，詳細核對機構名稱及委員筆跡無訛，再查對各項標準之分數及加總無誤後，復知申請機構是否達到通過原則。
 - (二)複查過程如發現有疑義時，應即查明處理之。
 - (三)複查不提供原始成績資料，亦不得要求重新審查或實地訪查。
 - (四)複查結果將於收件日起兩個月內寄出，遇有特殊原因不能如期複查時，得酌予延長並通知申請機構。

壹拾參、 其他

- 一、為瞭解加入青少年健康促進服務友善機構網絡之服務成效與品質，請配合國民健康署提供執行相關資料（如提供服務人次），以利納入政策研擬。
- 二、經評核通過之機構，在效期內如發生重大違規事件，得廢止其資格。所稱重大違規事件之處理與判定，由國民健康署組成審查小組辦理。

壹拾肆、 附件

- 附件1 青少年健康促進服務友善機構申請書
- 附件2 青少年健康促進服務友善機構自我評估表（分為「醫院適用」(附件2a)及「診所適用」(附件2b)，依機構性質另提供，或自行於國民健康署官網下載）
- 附件3 青少年健康促進服務友善機構成效監測年度報表（分為「醫院適用」(附件3a)及「診所適用」(附件3b)，依機構性質另提供，或自行於國民健康署官網下載）
- 附件4 青少年健康促進服務友善機構審查結果複查申請表

青少年健康促進服務友善機構 申 請 書

填表日期： 年 月 日

機構名稱全銜： 醫事機構代碼：

機 構 層 級： ☐醫學中心 ☐區域醫院 ☐地區醫院 ☐專科醫院 ☐診所目前是否為認證機構： ☐否 ☐是，原認證效期： 民國 年至 年目前是否為建置機構： ☐否 ☐是

機構代表	行政聯絡人 ☐ 同機構代表請打勾
姓名 _____	姓名 _____
部門/職稱 _____	部門/職稱 _____
聯絡電話 _____	聯絡電話 _____
手機 _____	手機 _____
Email _____	Email _____
傳真 _____	傳真 _____

請勾選 辦理方式	是否同意 說明內容	說 明
☐ 新申請	☐ 同意 ☐ 不同意	- 需填報「青少年健康促進服務友善機構自我評估表」，接受書面審查。 - 請依照申請作業說明<u>伍、自我評估表填寫方式</u>填寫，並依照所規劃之期程提交自我評估表。 - 通過審查後，自116年起，需於效期內每年提交成效監測年度報表。

面 向	項 目	內 容
政 策 面	政策	- 本機構有明確的青少年親善照護政策。..... ☐是 ☐否 - 員工知道機構有提供青少年親善照護政策。..... ☐是 ☐否
	服務流程	- 機構備有書面的青少年親善照護流程，以提供青少年適當而周全的健康照護為目的。..... ☐是 ☐否 - 機構有單一窗口為青少年提供親善照護服務。..... ☐是 ☐否

面 向	項 目	內 容
結構面	參與人員	● 醫師 ■ 兒科_____名 ■ 家醫科_____名 ■ 婦產科_____名 ■ 精神科_____名 ■ 內科_____名 ■ 泌尿科_____名 ■ 其他（請註明科別及人數）：_____ ■ 具青少年健康照顧連續年資三年以上專科主治醫師（請註明所屬專科及人數） _____ ● 臨床心理師/諮商心理師_____名 ● 社工師/社工員_____名 ● 護理師/護士_____名 ● 助產師/助產士_____名 ● 醫檢師(生)_____名 ● 藥劑師(生)_____名 ● 兼任行政助理_____名 ● 其他參與人員（請註明專業背景及人數） _____
	可服務青少年之空間及設備	● 固定診間，於青少年門診時不會異動者，_____間 ● 獨立候診空間_____間 ● 獨立衛教室_____間 ● 會談空間 ■ 個人會談室_____間 ■ 家族會談室_____間 ■ 其他形式會談空間_____間 ■ 會談室其他設備 _____ ● 其他空間 _____ ● 專屬網頁，若有，請提供網址 _____ ● 其他服務設施 _____
內容面	門診服務	● 每週提供門診_____次 ■ 夜間門診_____次 ■ 週末門診_____次 ● 門診服務內容（請勾選符合的項目） ☐ 治療與檢查服務 ☐ 諮詢與諮商服務 ☐ 檢驗服務 ☐ 其他服務內容（請說明） ● 能呈現青少年親善醫師/門診服務（請勾選符合的項目） ☐ 門診單有標示此項服務 ☐ 機構網頁上有標示此項服務 ■ 服務青少年人次：113 年_____人次，114 年_____人次

面 向	項 目	內 容
	教材 (具) 與 圖書	● 候診區備有相關教材（例如性教育、減重、心理保健等相關議題，請勾選符合的項目） ☐ 衛教單張或小冊 ☐ 掛圖或海報 ☐ 相關期刊、雜誌或圖書 ☐ 播放相關衛教影片或音檔 ☐ 其他教材（請說明） ● 有訂閱青少年健康照顧雜誌及相關圖書。..... ☐ 是 ☐ 否 ● 其他與本項有關之服務
	專線、電 子郵件或 電話諮詢 服務	● 有專線電話，若有，請提供電話號碼或分機 ● 專線詳細資料呈現於機構網頁。..... ☐ 是 ☐ 否 ● 有專人提供電話諮詢，若有，請提供專人所屬部門/職銜 ● 提供諮詢服務時間：☐ 日間 ☐ 夜間 ☐ 其他時間 ● 有進行電話追蹤關懷。..... ☐ 是 ☐ 否 ● 有專人負責回覆 email，若有，請提供專人所屬部門/職銜
	社區外展 服務與資 源 整合	● 備有外展活動計畫，若有，請勾選符合的項目 ☐ 有專屬外展人員於社區推動青少年健康議題。 ☐ 能夠依照既定的計畫推動外展活動，並有成果分析及檢討。 ☐ 能夠藉由外展活動增進青少年親善門診的利用率。 ☐ 能夠在活動中促進守門人（例如父母、監護人和其他社區人士及機構組織）對青少年親善門診的支持度。 ● 請提供外展活動內容： ● 於所屬社區有形成夥伴關係之機構和組織，構成青少年親善照護服務院外資源網。..... ☐ 是 ☐ 否 ● 有與社區機構和組織進行聯繫會議。..... ☐ 是 ☐ 否 ● 能轉介個案至社區心理衛生機構。..... ☐ 是 ☐ 否 ● 其他形式之資源整合
	教育訓練	近2年內 ● 辦理機構內青少年親善服務相關研習課程_____次。 ● 參與機構外青少年親善服務相關之研習_____次。

面 向	項 目	內 容
成 果 面	社 區 特 色 發 展	● 有因應社區青少年需求及特色所提供的服務方案。 ☐是 ☐否 ● 若有，請說明：
	創 新 作 為	● 有獨特創新之青少年服務方案。..... ☐是 ☐否 ● 若有，請說明：

填表人：_____ 所屬單位：_____ 聯絡電話：_____

參與同意書

本院為加強青少年親善照護與預防保健服務品質，願依衛生福利部國民健康署所提供之審查標準，成為「青少年健康促進服務友善機構」，並於效期內每年提交成效監測年度報表。

此致

衛生福利部國民健康署

機構關防及負責人簽章：

本申請書需蓋院方大小章，並提供彩色掃描 pdf 檔

衛生福利部國民健康署

青少年健康促進服務友善機構審查結果複查申請表

機構名稱			
地址			
機構負責人			
聯絡人		電話：	
		傳真：	
		E-mail：	
申請複查事由			
注意事項	一. 複查審查結果，請填寫本申請表，並附上審查結果公文影本。 二. 複查申請方式為傳真或郵寄至國民健康署。 三. 申請複查不得要求重新審查或實地訪查。 四. 複查應於收到通知公文後10日內提出申請，逾期恕不受理。 五. 複查結果將於收件日起2個月內寄出。		
申請機構 印鑑 機 構 名 稱： 負 責 人： (簽章) 聯 絡 人： (簽章)			

填 表 人：

填 表 日 期： 年 月 日