義守大學職能治療學系生理疾病職能治療臨床實習機構調查表

本資料適用 學年

機構單位名稱： 醫院 (部)科

地址：

專任職能治療師人數

生理疾病職能治療 人

其他 人

職能治療師分級制：OT4\_\_\_\_\_人；OT3\_\_\_\_\_人；OT2\_\_\_\_\_人；OT1\_\_\_\_\_人

同一時間可指導本校實習學生人數(能提供給義大的實習員額):

生理疾病職能治療 人/每梯，共三梯

其他 人/每梯，共三梯

是否有收其他學校實習生：□是 □否

□台大 人 □輔大 人 □長庚 人 □中山 人 □亞大 人 □成大 人 □高醫 人

□仁德 人 □樹人 人

是否通過教學醫院評鑑：□是 □否

實習費用： 元

臨床實習教學負責人

姓名：

職稱：

聯絡電話：

手機：

電子郵件：

填表人/職稱 ：

**臨床實習教學單位審核表（生理領域）**

**□未通過教學醫院評鑑 □已通過教學醫院評鑑（民國＿＿年通過 ）**

**申請單位： 填表日期： 填表人：**

**臨床實習計畫負責人：**

**通訊地址：**

**電話：**（公） （手機）

**實習場所 (＊*申請單位包含一個以上實習場所時填寫*)**

**＊填寫本表時，部分項目若每一場實習場所情況不同，則請重複該列，分別註明場所編號，回答與說明之，並分別檢附相關資料。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **編號** | **場所/機構名稱** | **負責臨床教師** | **地址** | **電話** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |

\*負責臨床教師指的是在實習場所負責臨床實習指導事務之主要聯絡者。

**以下由本校職能治療學系填寫：**

成為本校職能治療學系大四臨床實習教學單位：

審核總評：□ 通過 □ 不通過

**總結：**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **項目** | | **檢附資料/說明** | **審核結果** | | |
| **0、實習教學訓練計畫** | | | | | |
| **0.0實習教學訓練計畫的內容與執行** | | | **符合** | **不符合** | |
| **0.1** | **實習教學計畫書**  內容應包含：訓練目標、核心課程、教學活動及評估機制 | **□實習計畫書 (請標明頁數)** | **□** | **□** | |
| **0.2** | **實習教學計畫應具體可行，內容適當，定期檢討並修訂教學訓練計畫** | **□實習計畫書**  **說明：** | **□** | **□** | |
| **審核意見：** | | | | | |
| **一、實習教學目標:**能夠提供以人為中心、職能為焦點，並具實證基礎之職能治療服務，且具備初階職能治療師應有之專業素養包括在職進修、專題研究及行政管理等基本知能 | | | | | |
| **1.0 實習教學目標的訂定與成果** | | | **符合** | | **不符合** |
| **1.1** | **實習教學計畫書具有明確的實習教學目標，且符合以職能為中心之教學導向** |  | **□** | | **□** |
| **二、實習內容** | | | | | |
| **1.0 實習範疇** | | | **符合** | **不符合** | |
| **1.1** | **提供多元化的服務模式** | **□治療性服務模式**  **□代償性服務模式**  **□團體治療模式**  **□家屬或照護者教育與諮詢服務**  **□病房床邊服務**  **□安寧病房服務**  **□出院準備/轉銜服務**  **□其他：** | **□** | | **□** |
| **1.2** | **提供各式的服務類型或內容*（建議至少五種）*** | **□日常生活訓練**  **□職業重建(職前評估、工作能力訓練、支持性就業安排、就業 輔導追蹤)**  **□休閒或娛樂活動訓練**  **□職能要素**  **□動作感覺功能訓練**  **□知覺認知功能訓練**  **□心理社會功能訓練**  **□副木及功能性輔具之設計、製作、使用訓練及指導**  **□人造肢體使用之訓練與指導**  **□環境評估及改造建議**  **□其他：** | **□** | | **□** |
| **1.3** | **涵蓋多樣個案種類或服務對象*（至少四種）*** | **□中樞神經病變及損傷 □退化性疾病**  **□周邊神經病變及損傷 □肌肉骨骼疾病**  **□手外傷 □燒燙傷**  **□截肢 □心肺功能障礙**  **其他：** | **□** | | **□** |
| **2.0 實習作業標準** | | | **符合** | | **不符合** |
| **2.1** | **職能治療工作手冊** | **內容包括：**  **□工作描述**  **□評估**  **□治療流程**  **□品質管理**  **□其他：** | **□** | | **□** |
| **3.0 實習時數** | | | **符合** | | **不符合** |
| **3.1** | **提供學生充足的實習服務時數(並可說明如何漸進式調整實務與教學活動之時間配比)** | **□每週服務的天數＿＿ ＿ *（至少5天）***  **□每天實際服務個案時間＿＿＿＿ *(建議至少5.5小時)*** | **□** | **□** | |
| **4.0 實習學生個案服務量** | | | **符合** | | **不符合** |
| **4.1** | **以專任全職職能治療師之工作時數為目標，依實習進度漸進式調整實際服務量** | **□個別治療：每人每日約 人次**  **□團體治療： 次/每天，或 次/每週**  **□其他：** | **□** | **□** | |
| **4.2** | **同一時段治療人數及團體治療人數需合宜，以能夠提供個案個別化服務為原則** | **同一時段治療人數最多 人**  **團體治療每次帶 名個案** | **□** | **□** | |
| **5.0 職能治療服務記錄** | | | **符合** | | **不符合** |
| **5.1** | **職能治療評估** | **以臨床推理方式進行問題描述與分析、評估方法與結果、長期目標、短期目標、計畫及建議。**  **□請檢附過去（或預計未來）學生撰寫之評估報告書** | **□** | **□** | |
| **5.2** | **職能治療記錄** | **包括以職能為焦點，人-活動-環境互動模式之特點，依據參考架構撰寫治療記錄；記錄需包括主訴、評估方法與結果、問題分析、個案反應或治療效果。**  **□請檢附過去（或預計未來）學生撰寫之個案記錄。** | **□** | **□** | |
| **6.0 教學課程 ：**按照教學訓練計畫安排教學課程與教學活動，依進度執行，符合訓練目標，且依學生能力作適當調整。 | | | **符合** | | **不符合** |
| **6.1** | **定期舉行跨專業個案討論會議*（建議至少每月一次）*** | **□定期舉行 □不定期舉行**  **□每月 次，或一梯次共 次** | **□** | **□** | |
| **6.2** | **定期舉行讀書會與期刊討論會*（至少每月一次）*** | **□定期舉行 □不定期舉行**  **□專題報告(topic study)，每月 次，或一梯次共 次**  **□期刊報告(journal meeting)，每月 次，或一梯次共 次**  **□讀書報告(book reading)，每月 次，或一梯次共 次**  **□個案報告(case report)，每月 次，或一梯次共 次**  **□其他：** | **□** | **□** | |
| **6.3** | **其他教學活動安排** | **說明：** | **□** | **□** | |
| **審核意見：** | | | | | |
| **三、實習指導師資：**有關各實習教學訓練計畫主持人資格、教師資格及師生比等事項，需符合考選部公告之臨床實習基準或教學醫院評鑑中，有關實習指導師資之規定 | | | | | |
| **1.0 實習單位課程負責人：**應有臨床教學經驗且符合考選部公告之臨床實習基準或教學醫院評鑑規定之資格，並確實負責主持計畫相關事務。 | | | **符合** | **不符合** | |
| **1.1** | **實習單位課程負責人具教學醫院5年以上專責生理領域職能治療師資格，且具備高級臨床職能治療教師資格。** | **課程負責人具教學醫院 年以上專責職能治療師**  **課程負責人具備高級臨床職能治療教師資格： □是 □否**  **□填寫附件「臨床實習指導師資表」** | **□** | **□** | |
| **2.0 臨床實習指導治療師 ：**應符合考選部公告之臨床實習基準或教學醫院評鑑規定之資格，於帶領實習學生期間，並應適當分配時間從事教學工作與其他工作（如臨床照護），以維持教學品質。 | | | **符合** | **不符合** | |
| **2.1** | **臨床實習指導治療師具教學醫院2年以上專責生理領域職能治療師資格且具備初級或高級臨床職能治療教師資格。** | **具教學醫院2年以上專責職能治療師資格且具備初級以上臨床職能治療教師資格者 名**  **□填寫附件「臨床實習指導師資表」** | **□** | **□** | |
| **3.0 實習師生比** | | | **符合** | **不符合** | |
| **3.1** | **實習師生比符合規定*（每位臨床實習指導治療師指導學生人數不超過三名，每位臨床實習指導治療師指導新進受訓治療師與學生人數，二者合計不超過五名）*** | **預計下年度招收實習學生總數為 名。**  **預計下年度新進受訓職能治療師總數為 名。**  **預計下年度職能治療實習師生比(同時段)**  **□1：1 □1：2 □1：3 □1：4 □1：5 □1：5以上**  **說明：** | **□** | **□** | |
| **審核意見：** | | | | | |
| **四、實習環境：**依訓練計畫需要，提供訓練教材、教具、設施、設備及所需之空間，供訓練使用。 | | | | | |
| **1.0 實習空間** | | | **符合** | **不符合** | |
| **1.1** | **依實習學生人數、教學方式、實習教學目的及安全衛生規範，提供適當之實習空間** | **□實習學生辦公室**  **□學生討論空間**  **□其他可提供學生使用之空間說明：** | **□** | **□** | |
| **1.2** | **專用獨立治療空間**  ***（建議總面積至少10坪以上）*** | **□有專用獨立治療空間 （□總面積10坪以上，□總面積不足10坪）（包含：□ 功能治療室、□日常生活訓練室、□副木製作區 □個別治療室 □其他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）**  **□無專用獨立治療空間** | **□** | **□** | |
| **2.0 設備器材** | | | **符合** | **不符合** | |
| **2.1** | **職能治療評估工具**  ***(具備4類評估工具，每類均有2項以上評估工具)*** | **□職能表現功能評估**  **（□基本日常生活 □工具性日常生活 □工作 □休閒 □環境 □加拿大職能表現評估(COPM)**  **□其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_）**  **□感覺動作平衡功能評估**  **（□感覺功能 □動作功能 □平衡功能 □視覺動作協調 □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_）**  **□上肢手功能評估**  **（□握力捏力評量**  **□手功能(Jebson Taylor hand function test, Purdue pegboard test, 9-Hole pegboard, O’Connor Finger Dexterity Test, O’Connor Tweezer Dexterity Test)**  **□上肢功能評量(Box and Block Test , MRMT)**  **□水腫測量工具**  **□其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_）**  **□知覺認知功能評估**  **（□視覺空間缺損評估 □動作計畫缺損評估**  **□綜合性知覺認知功能評估(LOTCA, LOTCA-G、圖文式智力測驗等)**  **□認知功能評估工具（如：Mini Mental State Examination MMSE, Rancho Los Amigos Levels of Cognitive Function, Allen Cognitive Level Scale）**  **□其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_）**  **□其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **□** | **□** | |
| **2.2** | **職能治療設備器材**  ***(至少四類，且各類均有三項以上）*** | **□職能表現訓練器材**  **□日常生活 □工作 □休閒 □行動交通**  **□家務處理 □溝通、書寫類**  **□其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **□動作功能訓練器材**  **□上肢動作控制訓練 □下肢動作控制訓練**  **□手部動作控制訓練 □肌力訓練**  **□其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **□坐/站姿平衡及行動訓練器材**  **□坐姿平衡 □站姿平衡**  **□輔助訓練器材(如：助行器、扶持腰帶、綁腿帶等)**  **□其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **□感覺知覺認知訓練器材**  **□感覺 □知覺 □認知**  **□其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **□輔具、副木**  **（□日常生活輔具 □移位行動輔具 □閱讀溝通**  **□電腦輔具 □環境控制輔具 □家事輔具**  **□副木製作 □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_）**  **□環境設備**  **（□衛浴設備 □廚房 □臥室 □ 客餐廳 □治療床 □治療桌/職能治療大桌 □工作訓練設備 □其他\_\_\_\_\_\_\_）**  **□其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **□** | **□** | |
| **3.0器材與空間規範** | | | **符合** | **不符合** | |
| **3.1** | **有明確的器材與空間維護規範以供實習學生遵循** | **□請附上部門中的空間與器材維護規則，或有說明及告知學生的機制** | **□** | **□** | |
| **審核意見：** | | | | | |
| **五、實習指導回饋與評估機制** | | | | | |
| **1.0 學習回饋：**教師應針對學習過程中的問題，給予實習學生回饋；也應提供管道供實習學生反應問題，並予以適當回覆；並應定期評估教師教學成效及實習學生學習成果。 | | | **符合** | **不符合** | |
| **1.1** | **教學討論時間的安排** | **□每日教學討論時間約 小時**  **□實習指導治療師與學生教學討論的時間安排說明或記錄表** | **□** | **□** | |
| **1.2** | **實習適應的輔導和溝通** | **□每周實習適應的輔導和溝通時間 小時**  **□實習指導治療師與學生進行輔導與溝通的時間安排說明或記錄表** | **□** | **□** | |
| **1.3** | **學習回饋形式** | **□單向回饋 □雙向回饋 □其他學習回饋形式：**  **□口頭 □書面**  **□一對一 □一對多 □多對一 □多對多** | **□** | **□** | |
| **1.4** | **學習回饋頻率** | **□期中 □期末 □其他 ：** |  |  | |
| **2.0 實習協調工作** | | | **符合** | **不符合** | |
| **2.1** | **與實習學生所屬學校訂有實習合約，明訂雙方之義務** | **□檢附實習合約範例** | **□** | **□** | |
| **2.2** | **實習計畫書中有說明達成實習教學目標過程中，臨床實習單位及各學系分別應盡之責任與義務，協調合作方式等** | **□實習計畫書(請標明頁數)** |  |  | |
| **2.3** | **實習單位與學系實習課程負責人之間的溝通與協調** | **頻率：□定期 次/每梯次 □不定期**  **方式：□電話 □e-mail □實地訪視**  **□其他 ：** | **□** | **□** | |
| **3.0學生實習表現評估：**落實實習學生之學習成果分析與改善，對學習成果不佳之學生，提供輔導與補強訓練 | | |  |  | |
| **3.1** | **實習計畫書中具體說明實習表現評估標準(訂有適宜且明確之評量表單)** | **□採台灣職能治療會公告之共同評估標準評**  **□其他自行制定之客觀評估方式與標準，並有清楚告知學生（請檢附評估表）** | **□** | **□** | |
| **審核意見：** | | | | | |
| **4.0 其他供參考項目(不列入審核標準)：** | | | | | |
| **4.1** | **學生福利** | **□提供宿舍(□有，免費 □有，自費 □無)**  **□供應午餐(□有，免費 □有，自費 □無)**  **□網路使用(□有 □無)**  **□圖書資源(□有 □無)** | | | |
| **4.2** | **其他** | **說明：** | | | |

**實習指導師資表**

**實習計畫負責人：(需具有五年以上專責生理領域職能治療師資格，或具備高級臨床職能治療教師資格)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | **服務機關/職稱** | **專業畢業學校** | **專責生理領域職能治療執業年資** | **OT學會認證之高級臨床職能治療教師證號** | **通過臨床職能治療師專業能力進階制認證** | **OT學會會員** |
|  |  |  |  |  | □OT1 □OT2  □OT3 □OT4 | □是  □否 |

**實習指導職能治療臨床教師名冊：**（**具教學醫院2年以上專責生理領域職能治療師資格或具備初級以上臨床職能治療教師資格）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | **服務機關/職稱** | **專業畢業學校** | **專責生理領域職能治療執業年資** | **OT學會認證之高級臨床職能治療教師證號** | **通過臨床職能治療師專業能力進階制認證** | **OT會會員** | **具備醫策會臨床教師認證** |
|  |  |  |  |  | □OT1 □OT2  □OT3 □OT4 | □是  □否 | □是  □否 |
|  |  |  |  |  | □OT1 □OT2  □OT3 □OT4 | □是  □否 | □是  □否 |
|  |  |  |  |  | □OT1 □OT2  □OT3 □OT4 | □是  □否 | □是  □否 |
|  |  |  |  |  | □OT1 □OT2  □OT3 □OT4 | □是  □否 | □是  □否 |