

# 115 年度疑似或社區精神病人照護 優化計畫申請作業須知



**業務單位:衛生福利部心理健康司**

**計畫期程:自 115 年 1 月 1 日起至 115 年 12 月 31 日止**  
**(如為首次受補助者,則為本計畫核定補助**  
**日起生效)**

**聯絡人:蘇郁涵**

**連絡電話:02-85907464**

**電子郵件:morita@mohw.gov.tw**

# 115 年度疑似或社區精神病人照護優化計畫

## 申請作業須知

### 壹、依據

- 一、依據強化社會安全網計畫 2.0（115-119 年）之策略三、布建心衛：擴大心理衛生服務工作，強化初級預防、早期介入與處遇服務辦理。
- 二、依據《精神衛生法》（下稱本法）第 3 條第 1 項第 1 款、第 4 條第 1 項第 10 款、第 27 條、第 45 條第 2 項、第 48 條第 1 項、第 48 條第 2 項、第 89 條及《個人資料保護法》（下稱個資法）第 2 條、第 3 條、第 6 條第 1 項、第 8 條、第 10 條、第 11 條規定辦理。另參考《身心障礙者家庭照顧者服務辦法》第 2 條、《醫療機構施行手術及麻醉告知暨取得病人同意指導原則》第 3 條第 1 項第 1 款及《家庭暴力及性侵害電子資料庫管理使用辦法》第 8 條、第 9 條規定辦理。

### 貳、背景說明（計畫緣起）

為協助精神病友穩定融入社區生活，減少因未遵醫囑導致的疾病復發，並強化對病情不穩定但拒絕住院個案的社區支持，衛生福利部自民國 105 年起，推動「醫療機構精神疾病病人社區照護品質提升計畫」。此計畫按全台 7 區精神醫療網責任分區，各補助 1 家醫療機構，由專業精神醫療團隊提供主動式社區關懷與追蹤服務。團隊不僅協助個案規律就醫，也透過衛教指導家屬應對緊急狀況，有效減輕家庭照顧壓力，全面提升精神病人離院後的社區照護品質。

為此，本部有效整合醫療與公共衛生資源，擴展社區精神病人照護與追蹤的服務量能，並提升社會安全網等相關網絡人員對於精神疾病的辨識及處置專業知能，以進一步精進社區精神病人的整體照護品質。本計畫依據本法第 4 條第 1 項第 10 款（中央主管機關掌理病人相關資料之蒐集、建立及管理），規劃建構完善的連續性精神衛生服務體系。同時，依循本法第 45 條第 2 項（地方主管機關應協助病人或有本法第 3 條第 1 項第 1 款所定狀態之人就醫）、第 48 條第 1 項（網絡人員於執行職務

時，發現疑似狀態者，得通知地方主管機關提供醫療、關懷或支持服務)及第 89 條(主管機關得徵詢相關單位提供資料並負善良管理人之義務)的授權，提供疑似或社區精神病人即時的就醫評估、緊急處置與社區外展照護服務，確保其就醫權利受到保障。

本計畫自 110 年起補助 13 縣市，由衛生局結合轄內醫療機構共同辦理；112 年至 114 年擴大至 22 縣市，提供社區外展精神醫療評估、引導個案規律就醫、處理緊急狀況，並銜接公共衛生體系，延續精神追蹤照護。自 115 年起，「疑似或社區精神病人照護計畫」(下稱本計畫)將以「及早辨識、及時介入、持續追蹤」為主軸，建立一致、可近且連續的社區精神醫療照護體系，使具精神醫療服務需求者能於社區獲得穩定治療、降低疾病復發風險，並強化跨系統對高風險個案的支持與危機應對能力。執行方式賡續採縣市衛生局代審代付，持續滾動檢討推動本計畫，以促進個案穩定於社區生活。

### 參、計畫目標

本計畫旨在建立以提供連續性照護服務為目標的服務模式，補(捐)助各直轄市、縣(市)轄區內至少 1 家主辦精神醫療機構，針對疑似或社區精神病人，進行精神醫療評估、緊急處置及提供社區外展照護。

據此，訂定以下計畫目標：

- 一、建構疑似或社區精神病人完善的轉介服務機制，確保及時提供必要的精神醫療服務。
- 二、透過精神醫療機構提供主動照護與追蹤，協助個案規律就醫，並有效處理緊急突發事件，使其獲得穩定的醫療照護支持。
- 三、連結醫療及公共衛生體系，協助個案穩定於社區生活，進而賦歸社會。

### 肆、計畫執行工作內容

本計畫之服務對象、服務對象資格限制、聘用人力、服務機制、流程、頻率及應配合行政事項，分述如下：

一、服務對象（須符合下列任一要件，及非社區心理衛生中心個案管理服務對象且有精神醫療服務需求）：

（一）第 1 類：網絡轉介或社區民眾通知之疑似精神病個案，經評估需精神醫療處置者。

（二）第 2 類：疑似精神病人被護送就醫未住院者。

（三）第 3 類：個案自行就醫（含門診、急診），醫師建議住院但不願意住院者。

（四）服務對象資格限制：

1. 本計畫不得與下列服務重疊，包括居家治療、精神復健機構（含日間型及住宿型）及精神護理之家之服務對象。

2. 若個案已由社區心理衛生中心提供個案管理服務，惟經評估仍具明確精神醫療服務需求（不含拒絕訪視或無法聯繫者），中心應邀請本計畫執行團隊共同討論個案處遇；雙方並應依個案狀況合作進行共同訪視、危機處置與緊急精神醫療連結，必要時評估強制住院或強制社區治療之適用性，並協助轉介居家治療或其他適切之精神醫療服務，以確保個案獲得連續且完整之照護。

二、聘用人力：

（一）個案管理人員之聘用與職責

1. 主辦機構應依核定人數聘用個案管理人員，負責執行個案管理、追蹤服務及相關行政庶務。

2. 個案管理人員須專責執行本計畫前揭事項，該員如具下列條件之一，得安排執行訪視工作（惟不可支領到場訪視評估費、電話訪視服務費及訪視交通費用）：

（1）具護理師/社工師/心理師/職能治療師證書。

（2）具精神科臨床實務經驗 2 年以上者。

3. 個案管理人員薪資編列規定請參照本計畫附件 17。

（二）專業醫事人員費用支付原則

1. 本計畫之執行醫師及其他專業人員（含護理人員、社會工作人員、心理師及職能治療師）非屬計畫聘用人力。
2. 其到場訪視評估費、電話訪視服務費及訪視交通費（含訪視未遇情形），須依「附件 17 經費編列基準及使用範圍」規定編列與請領。

3. 到場訪視評估費支付規定如下：

(1) 每次訪視本部以補助 2 名人力為限。

(2) 補助金額以 1 名醫師及 1 名其他專業人員之合計金額為上限。

三、服務機制、訪視同意及取得同意之流程、機構（含「主辦機構」及「協辦機構」，以下同）服務流程及服務頻率：

(一) 服務機制：

收案類別	服務對象	法規依據	收案評估流程	是否須簽署同意書
第 1 類	網絡轉介或社區民眾通知之疑似精神病個案，經評估需精神醫療處置者。	依據《精神衛生法》第 48 條第 1 項： 醫事人員、社會工作人員、教育人員、警察、消防人員、司法人員、移民行政人員、戶政人員、村（里）幹事及其他執行社區支持業務人員於執行職務時，發現疑似第 3 條第 1 項第 1 款所定狀態之人，得通知地方主管機關提供醫療、關懷或社區支持服務之協助。	經網絡轉介或社區民眾通知衛生局/社區心理衛生中心，後續由衛生局/社區心理衛生中心之心理衛生人員安排（共同）訪視，評估精神醫療需求（評估工具參考附件 5）。	是 (收案前須簽署附件 20)
第 2 類	疑似精神病人被護送就	1. 依據《精神衛生法》第 48 條第 2 項規定，警察	經警察、消防人員執行護送就醫未住院者，需	是 (收案前

	<p>醫未住院者。</p>	<p>或消防機關於執行職務時，發現疑似第3條第1項第1款所定狀態之人，有傷害他人或自己之虞者，非管束不能救護其生命、身體之危險，應通知地方主管機關即時查明回覆是否屬第3條第2項第1款規定之精神病人；無法查明屬精神病人者，地方主管機關應派員至現場共同處理，無法到場或無法及時到場時，應使用具聲音或影像相互傳送功能之科技設備處理之，經地方主管機關認有就醫必要時，除法律另有規定外，應即護送至就近適當醫療機構就醫。</p> <p>2.依據本法第27條第1項規定，地方主管機關應對所轄醫療機構通報及通知之病人，建立病人關懷機制，並提供主動式社區關懷、訪視及其他服務。</p>	<p>由該醫院通知轄區衛生局/社區心理衛生中心，有關個案之護送就醫及未住院相關資訊，始由衛生局/社區心理衛生中心之心理衛生人員安排訪視評估精神醫療需求。</p>	<p>須簽署附件20)</p>
<p>第3類</p>	<p>個案自行就醫，醫師建議住院但不</p>	<p>依據《精神衛生法》第48條第1、2項及第27條第1項規定辦理。</p>	<p>由該醫療機構通報衛生局，確認非社區心理衛生中心個案管理服務對</p>	<p>是 (收案前須簽署附</p>

	願意住院者。		象後，始進行收案評估。	件 20)
--	--------	--	-------------	-------

1. 執行本計畫第 1 類及第 2 類服務對象，合計須佔總收案人數 70%以上。
2. 合作參考機制：網絡單位、衛生局/社區心理衛生中心及機構之合作處理參考機制詳如附件 1。

(二) 取得個案同意及訪視之流程：

1. 第 1 類及第 2 類對象：衛生局/社區心理衛生中心應與轉介單位共同進行訪視評估；如經評估確認個案具精神醫療需求，應向服務對象本人、主要照顧者或具特別密切關係之人<sup>\*註 1</sup>說明本計畫服務內容與流程，並取得其簽署之服務同意書（附件 20）後，始得將服務對象派案至主辦機構，安排後續精神醫療服務與追蹤。若經評估無精神醫療需求或非屬精神病人者，則由衛生局或社區心理衛生中心轉介或轉銜至其他適當資源。
2. 第 3 類對象：由醫療機構進行收案評估後，確認具精神醫療需求者，須向服務對象說明本計畫服務內容與流程，並取得簽署服務同意書後，方可收案並提供後續追蹤服務。

\*註 1：本計畫所稱主要照顧者或具特別密切關係之人，係參考《身心障礙者家庭照顧者服務辦法》第 2 條之主要照顧者、本法第 34 條第 2 項之保護人及《醫療機構施行手術及麻醉告知暨取得病人同意指導原則》第 3 條第 1 項第 2 款之病人關係人之定義，包括配偶、父母、家屬、直系姻親、共同生活之同居人，或對服務對象負有保護或主要照顧責任之人。

(三) 機構服務流程及服務頻率：

1. 衛生局/社區心理衛生中心完成派案後，受指派機構應由精神醫療專業人員偕同轉介人員至案家進行評估，其時限規定如下：
  - (1) 一般地區：應於 3 個日曆天內完成首次訪視。
  - (2) 離島地區：應於 5 個日曆天內完成首次訪視（限跨縣市機構）。
2. 倘遇不可抗力因素導致延遲，最遲應於 7 個日曆天內完成訪視，

並於訪視紀錄單中詳實載明原因。

3. 考量訪視人員之人身安全，如訪視對象具有暴力史、犯罪史或物質濫用史等高風險狀況時，得主動通知警察機關派員協同訪視。
4. 機構須依據「高風險檢傷評分量表」（附件 6）之危險性、支持系統兩面向作為評估及個案分級管理，如下：
  - (1) 「高度風險個案」：危險性 4 分（含以上）+支持系統 4 分（含以上），應於收案後每月訪視 4 次，其中至少有 2 次面訪。
  - (2) 「中度風險個案」：危險性 3 分+支持系統 3 分（含以上），應於收案後每月訪視 4 次，其中至少有 1 次面訪。
  - (3) 「低度風險個案」：危險性 2 分（含以下）+支持系統 2 分（含以下），應於收案後每月訪視 3 次，至少 1 次面訪。
5. 機構應每月至少召開 1 次個案討論會議，以定期評估個案的風險程度。
6. 結案追蹤服務：
  - (1) 當個案經「高風險檢傷評估量表」評估總分降至 5 分（含）以下時，即符合結案標準，可將個案轉銜至相關資源。若符合社區心理衛生中心個案管理收案標準之個案，應優先轉銜至社區心理衛生中心，由該單位持續追蹤服務。
  - (2) 若服務對象中途搬遷至非本計畫機構所在之直轄市、縣(市)轄區外（離島地區除外），且無法順利轉介至個案新居住地之機構或社區心理衛生中心時，本計畫應至少持續提供服務三個月，或直至符合結案標準方可結案。若經評估確實無法持續提供服務，機構得通知個案原居住地縣市之社區心理衛生中心進行評估是否結案；經該中心評估並同意結案者，則不受前述「至少服務三個月」的限制。
  - (3) 本計畫服務對象於結案前，應完成個案本人、主要照顧者或



具特別密切關係之人之疾病衛教與照護指導，並協助連結相關社區資源；同時應與社區心理衛生中心安排共同訪視，以確保後續之社區追蹤服務能順利銜接。

(4) 個案結案標準及相關資源轉介如下：

結案標準	結案之相關資源轉介
1. 服務已達 3 個月，且高風險檢傷評估量表分數降階至 5 分（或以下） 2. 服務未滿 3 個月但醫療團隊評估無需提供服務 3. 拒絕訪視（附件 2：拒訪 SOP） 4. 失聯（附件 3：失聯 SOP） 5. 死亡、入監、搬遷 6. 其他	1. 醫療資源轉介 (1) 門診追蹤 (2) 住院治療 (3) 日間照護 (4) 強制社區/強制住院治療 (5) 居家治療 (6) 精神復健機構（含日間及住宿型） (7) 精神護理之家 2. 其他社區支持資源（衛政、勞政、社政等） 3. 社區心理衛生中心 4. 「精神病早期介入處置」計畫

#### 四、機構應配合事項：

- (一) 機構於每次訪視結束後，應即完成相關紀錄，於每月 5 日前（逢假日則提前至前一工作日）將評估階段、結案訪視結果及後續追蹤情形，彙整後回報至社區心理衛生中心（應檢附附件 8、10、11）。
- (二) 主辦機構應於每月 5 日前將統計報表（格式如附件 18）彙整後，提供予管理協調中心。各項報表格式將依當年度計畫需求進行滾動式調整，機構皆須配合填報。
- (三) 為有效評估本計畫之執行成果，並兼顧服務個案結案後之追蹤成效，機構應辦理「服務執行效益追蹤」，追蹤方式採單次性調查（詳附件 11），並須於個案結案後三個月內完成。調查內容包含：轉介目的達成度、個案主要問題之改善情形、以及照護

延續性等項目。

- (四) 應積極參與本計畫推動聯繫會報、管理協調中心辦理之教育訓練及年度實地追蹤訪查等相關業務會議與活動。
- (五) 每年與衛生局/社區心理衛生中心合作，應至少辦理 4 場轄區內網絡人員教育訓練，訓練內容必須涵蓋以下議題：認識精神疾病、(疑似)精神病人篩檢表、轉介條件及機制、機構與網絡合作機制等議題；必要時得加開辦理場次。
- (六) 每年應至少辦理 2 場跨網絡聯繫會議(原則為上、下半年各辦理 1 場)，並邀請衛生局/社區心理衛生中心、轄內具急診之所有醫院、精神醫療機構及提供精神科門診之診所等相關單位參與，會議記錄併同於期中與期末成果報告中詳實呈現。
- (七) 主辦機構應彙整轄內協辦機構名冊、訪視資料、到場訪視評估費、電話訪視服務費及訪視交通費印領清冊(附件 12 至 15)，並定期控管人事費及行政執行費用。
- (八) 期中、期末成果報告應於 6 月 30 日前(期中報告)及 12 月 15 日前(期末報告)，送達本部(以本部收文日為主)及管理協調中心。
- (九) 本計畫之服務內容不得提供藥物處方、長效針劑之施打行為。
- (十) 機構應配合本部臨時交辦事項，及時蒐集或彙整計畫相關資料，並依規定期限完成繳交。

#### 五、服務對象資料保存及管理：

##### (一) 個人資料保存：

1. 本計畫於服務執行全程，應嚴格遵循相關法規之個人資料保護與管理規範。資料之蒐集、處理及利用，應依本法第 89 條(主管機關得徵詢相關單位提供資料並負善良管理人之義務)及個資法第 2 條、第 6 條第 1 項(於法定職務範圍目的內為之)辦理。個人資料之保存方式，應符合《社區心理衛生中心設置及管理辦法》第 10 條(中心應具備保存業務紀錄之必要設備)的規定。

2. 相關個資之監督與防護機制，應依《個人資料保護法》第 3 條（保障當事人權利行使）、第 8 條（告知義務）、第 10 條（請求查詢、閱覽、製給複製本）、第 11 條（請求停止處理或利用個人資料）等規定辦理。
3. 保存年限：
  - (1) 網絡單位取得個案相關資料或紀錄，應於取得或產生之日起 1 年內完成銷毀，並製作及留存銷毀照片及紀錄以供查核。
  - (2) 執行本計畫之衛生局/社區心理衛生中心及機構，個案相關資料應自服務結束日起保存 3 年；期滿後應予以銷毀，並製作及留存銷毀照片及紀錄以供查核。

(二) 個人資料管理及安全措施：

1. 機構應設置專用電腦及相關硬體設備，以供本計畫所需之資料建置、傳輸及查詢使用。經由網路連線進行個案資料交換時，應採取資料加密、身分鑑別、防火牆等必要資訊安全防护措施，確保傳輸過程安全無虞。
2. 網絡單位、機構及縣市衛生局/社區心理衛生中心，於管理本計畫相關資料時，應比照家庭暴力及性侵害電子資料庫管理使用辦法，嚴格落實個人資料之安全維護與管理措施。
3. 凡因職務或業務而接觸、知悉個案資料者，除法律另有規定外，均負有保密義務；在處理或利用個案資料時，應採行所有必要之保密與防護措施，以確保個案隱私權不受侵害。

## 伍、計畫執行期間

為延續 114 年度計畫之執行，並使服務不中斷及人員流失，爰 114 年度已核定之主辦機構，其執行期間溯自 115 年 1 月 1 日起至 115 年 12 月 31 日止。如為首次受補助者，則為本計畫核定補助日起至 115 年 12 月 31 日止。

## 陸、申請資格

一、主辦機構：須符合以下二項規定

- (一)資格：經評鑑合格之精神專科醫院，或區域醫院以上等級之醫院（須設有精神科門診），均得擔任本計畫之主辦機構；其中，以設有精神科急性病房或精神科急診者為優先補助對象。離島地區則不以位於當地縣市之機構為限，亦得由承辦「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」（IDS計畫）之醫院擔任。
- (二)須至少有 1 家協辦機構（離島除外）。

二、協辦機構：包含精神醫療機構、診所及居家護理所。

- (一)協辦機構均須與主辦機構簽訂合作意向書。
- (二)若為居家護理所，其居家護理師須具精神醫療之臨床工作經驗 2 年以上資格，始可擔任協辦機構。

## 柒、申請須知

一、申請方式：

- (一)符合申請主辦機構資格者，依附件 16 格式擬具執行規劃書，並應注意下列事項：
  - 1. 第玖、「機構服務責任區域分布表」，應經所轄衛生局確認及核章。
  - 2. 執行規劃書應含協辦機構名冊。
- (二)配合衛生局規劃，於 115 年○月○日前（以本部收文日為憑），以正式公文將申請資料一式 10 份(另含 WORD 及 PDF 電子檔)，送達所轄衛生局。
- (三)衛生局需評估轄區資源布建平衡性、經費配置妥適性與服務內容等之合宜性，進行初審後。於 115 年○月○日前（以本部收文日為憑），以正式公文將轄區機構申請資料（1 式 8 份，含 WORD 及 PDF 電子檔），函送本部進行計畫審查及經費核定。
- (四)各縣市以提報 2 家主辦機構為原則。
- (五)補助經費請依附件 17 編列，並以電子郵件提供 Excel 檔，俾利審查及經費核定。

二、有關到場訪視評估費、電話訪視服務費及訪視（含訪視未遇）交通費（下稱三項經費），編列注意事項如下：

- (一) 三項經費合計應至少佔業務費 60%。
- (二) 執行本計畫期間，三項經費不得流出至其他業務費項目。若編列金額不足，得由業務費其他項目流入。
- (三) 訪視如已透過本計畫申請經費，則不得重複向其他相關計畫、方案、居家治療費用及全民健康保險申請經費，若經查重複申報屬實，將全額追回重複撥付之金額；若經查機構核銷資料提報不實，將追回浮報之費用，並依相關法令規定處辦。
- (四) 為保障本計畫實際提供服務之人員權益，醫院應將本計畫補助之三項經費，確實支付予實際參與訪視服務之人員。
- (五) 三項經費補助方式，說明如下：

1. 到場訪視評估費：

- (1) 評估階段（第 1 至 2 次訪視）：精神科醫師每人次 **7,000** 元；其他專業人員每人次 **3,000** 元。
- (2) 追蹤階段（第 3 次(含)以上訪視）：精神科醫師每人次 **4,000** 元；其他專業人員每人次 **2,500** 元。
- (3) 每人次訪視時間應至少 50 分鐘，並備有紀錄。

2. 電話訪視服務費：

- (1) 每通 200 元。
- (2) 每次電話訪視時間至少 20 分鐘，並備有紀錄。

3. 訪視（含訪視未遇）交通費：採「A.訪視案次」計或「B.按公里數」計。同一訪視人員，每日得擇一方式計算。計算方式如下：

- (1) 標準式（按訪視案次計）：每案次 60 元。
- (2) 列舉式（按公里數計）：

公里數範圍	費用
小於 5 公里	60 元
5 公里 ≤ 公里數 < 30 公里	200 元
30 公里 ≤ 公里數 < 70 公里	400 元
公里數 ≥ 70 公里	500 元

## 捌、甄選（審查）作業及補助原則：

### 一、補助原則：

- (一) 本計畫原則補助全國 22 縣市，合計補助 28 家主辦機構為原則。  
請各縣市衛生局將此項業務納入醫院督導考核之加分項目，以強化推動誘因。
- (二) 單一縣市至多補助 2 家為上限(澎湖縣、金門縣及連江縣除外)，經費採各縣市衛生局代審代付方式，核撥予主辦機構。
- (三) 各縣市補助家數、人力及補助金額上限，依各縣市近年服務案量，分為五個級距，如下表：

補助縣市	補助家數 (主辦機構)	補助人力	補助總金額 (上限)		補助 2 家之 個別補助經費(上限)
			1 家	2 家	
高雄市、 屏東縣、 臺中市、 臺南市、 桃園市、 南投縣	單一縣市 至多補助 2 家為上限	每家補助 2 名個案 管理人員	1,250 萬元整	1,750 萬元整	875 萬元
臺北市、 雲林縣			1,000 萬元整	1,500 萬元整	750 萬元
基隆市、 新北市、 新竹市、 新竹縣、 苗栗縣、 彰化縣、 嘉義市、 嘉義縣、 臺東縣、 花蓮縣、 宜蘭縣			750 萬元整	1,250 萬元整	625 萬元
			500 萬元整	1,000 萬元整	500 萬元
			500 萬元整	1,000 萬元整	500 萬元
澎湖縣、 金門縣、 連江縣	每縣市至 多補助 1 家 為上限	每家補助 1 名個案 管理人員	250 萬元整	無	無

- (四) 本部得保有最終調整權利，將依據各縣市實際申請情形及審

查結果，彈性調整該縣市的主辦機構補助家數。

(五)經本部核定通過之計畫，主辦機構應依循本部核定的補助金額、本計畫補助項目及相關基準進行經費運用與辦理。

(六)本案經費如因政府法令或立法院預算審議結果，致無法按期給付價款時，本部得通知受補助機構變更付款方式或終止契約。

(七)倘計畫年度編列預算遭凍結或刪減，無法如期動支，本部得延後或調整變更經費或終止辦理權利。

## 二、本計畫審查原則、標準及相關事項：

(一)依衛生福利部衛生業務補(捐)助作業要點第6點第1款第3目規定，由主辦單位邀相關領域學者專家及單位代表，以書面或會議方式審查。

(二)本計畫以書面或會議方式審查後，100分為滿分，平均未達75分者，不得予以補(捐)助。

(三)本計畫審查項目及配分：

項次	審 查 項 目	配 分 (%)
1	計畫內容是否配合本部需求及計畫之完整性與合理性(含執行方法及步驟之周詳及可行性、人力配置之適切性等)	40
2	工作計畫期程、執行進度及期限規劃之合理性(含進度規劃、品質控管及保證措施等)	20
3	申請單位之專業執行能力、適當性與相關工作成果、創意(含專業能力、相關計畫承辦經歷、工作小組組織規模、技術人力及過去辦理類似案件之經驗及執行能力)	10
4	經費編列之合理性	30
	總計	100

## 玖、經費之申報(請領)、撥付及結報

一、經費額度：年度總經費為新臺幣(以下同)1億6,250萬元整。

二、計畫經費撥付：本案計畫由本部分期撥付予縣市衛生局，縣市衛生局

應於收到補助款項之日起 15 日內，將該補助款項撥付予主辦機構。

- (一) 第一期款：縣市衛生局接獲本計畫核定函，且本部與主辦機構簽約完成後，由縣市衛生局檢送領據，辦理撥付核定機構執行費用總額之 50%。
  - (二) 第二期款：縣市衛生局於 115 年 12 月 15 日前（以本部收文日為憑），完成本案應辦理事項之全部，並函送期末成果報告 1 式 5 份（送衛生局 2 份、本部 3 份，另含 WORD 及 PDF 電子檔。檔案名稱：○○縣/市 115 年度「疑似或社區精神病人照護優化計畫」期末成果報告書。格式如附件 18）、相關電子檔（內容含計畫與衛生局合作情形及各項工作執行狀況等）及領據，經本部審查合格且無待解決事項後，撥付餘未撥付之主辦機構執行費用。
- 三、計畫經費結報：縣市衛生局於 115 年 12 月 15 日前（以本部收文日為憑），函送收支明細表 1 式 2 份（如附件 15）辦理經費結報事宜；如有賸餘款應一併繳還。支用單據（或支出憑證）之處理應由受補（捐）助單位依其主管機關所定法規（如醫療法、財團法人法、社會團體財務處理辦法或會計法、審計法等）及會計制度辦理存管，審計機關得隨時派員或由本部派員，或委託專業之財會機構辦理查核。
  - 四、衛生局應於本計畫執行過程，配合實地輔導訪查，確保計畫品質；如計畫執行期間，經估算全年經費之支用確有賸餘款，得督請機構即時或提前繳還賸餘款，以達經費使用效益之極大化。
  - 五、本案應確實依照政府機關政策文宣規劃執行注意事項及預算法第 62 條之 1 規定，辦理政策宣導，應明確標示其為廣告且揭示辦理或贊助機關、單位名稱，並不得以置入性行銷方式進行。
  - 六、研討會場地應依行政院 95 年 7 月 14 日院授主會三字第 0950004326A 號函之規定，各項會議及講習訓練，以在公設場地辦理為原則，若因場地不敷使用，無法在公設場地或訓練機關辦理者，每人報支之食宿及交通費，原則上不得超過國內出差旅費報支要點規定之差旅費標準，其膳雜費用依行政院 113 年 1 月 10 日院授主會財字第 1131500027 號函標準辦理。
  - 七、本計畫申請說明相關規定，如有未詳盡事宜，依照本部獎補助相關規



定辦理。

- 八、申請單位應自行檢視是否為公職人員利益衝突迴避法規範對象，並請填寫及檢附『衛生福利部補助案件公職人員利益衝突自主檢核表』（格式如附件 19-1）；補助對象如係屬公職人員利益衝突迴避法第 2 條及第 3 條所稱公職人員或其關係人者，請填寫『公職人員利益衝突迴避法第 14 條第 2 項公職人員及關係人身分關係揭露表』（格式如附件 19-2），如未揭露者，依公職人員利益衝突迴避法第 18 條第 3 項處罰。

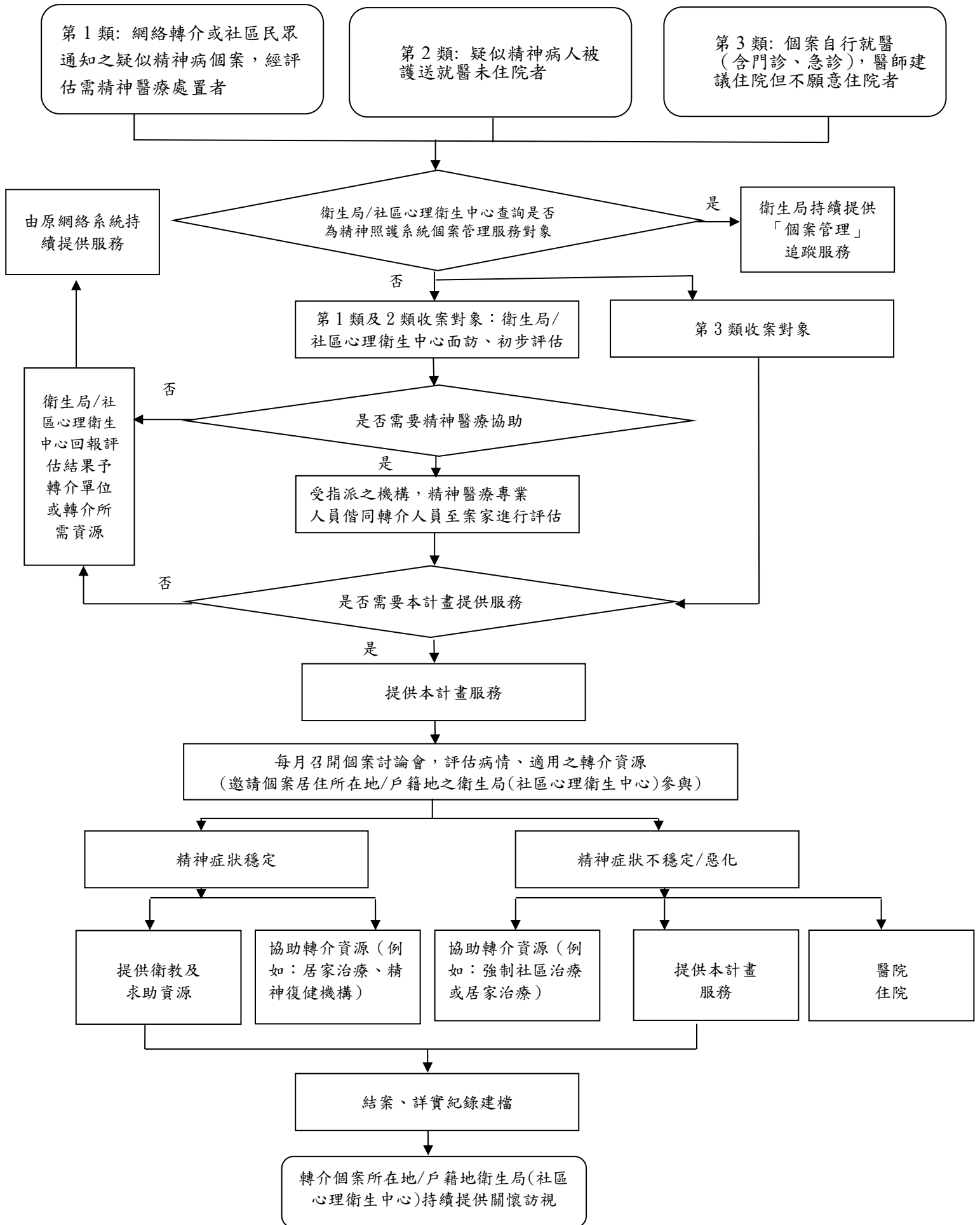
**壹拾、本計畫服務作業程序及個案服務紀錄單臚列如下：**

<b>一、合作機制暨標準作業流程圖：</b>	
附件 1	網絡單位、衛生局/社區心理衛生中心及機構合作處理機制
附件 2	「拒訪」案件標準作業流程圖
附件 3	「失聯」案件標準作業流程圖
<b>二、疑似或社區精神病人轉介及評估紀錄單：</b>	
附件 4	疑似或社區精神病人個案轉介及回覆單
附件 5	(疑似)精神病患之自傷/傷人危險性簡易篩檢表-家屬版/當事人版
附件 6	精神病人高風險檢傷評分量表
附件 7	機構自行開案轉介單
附件 8	疑似或社區精神病人「評估階段」訪視紀錄單
附件 9	疑似或社區精神病人「追蹤階段」訪視紀錄單
附件 10	疑似或社區精神病人「結案」訪視紀錄單
附件 11	服務執行效益追蹤評估表
<b>三、到場訪視評估費、電話訪視服務費及訪視(含訪視未遇)交通費之申請表單：</b>	
附件 12	到場訪視紀錄總表
附件 13	個案服務費支付申請總表
附件 14-1	個案訪視交通費(含訪視未遇)交通費(按訪視案次核算)印領清冊(機構填寫)
附件 14-2	個案訪視交通費(含訪視未遇)交通費(按公里數核算)印領清冊(機構填寫)

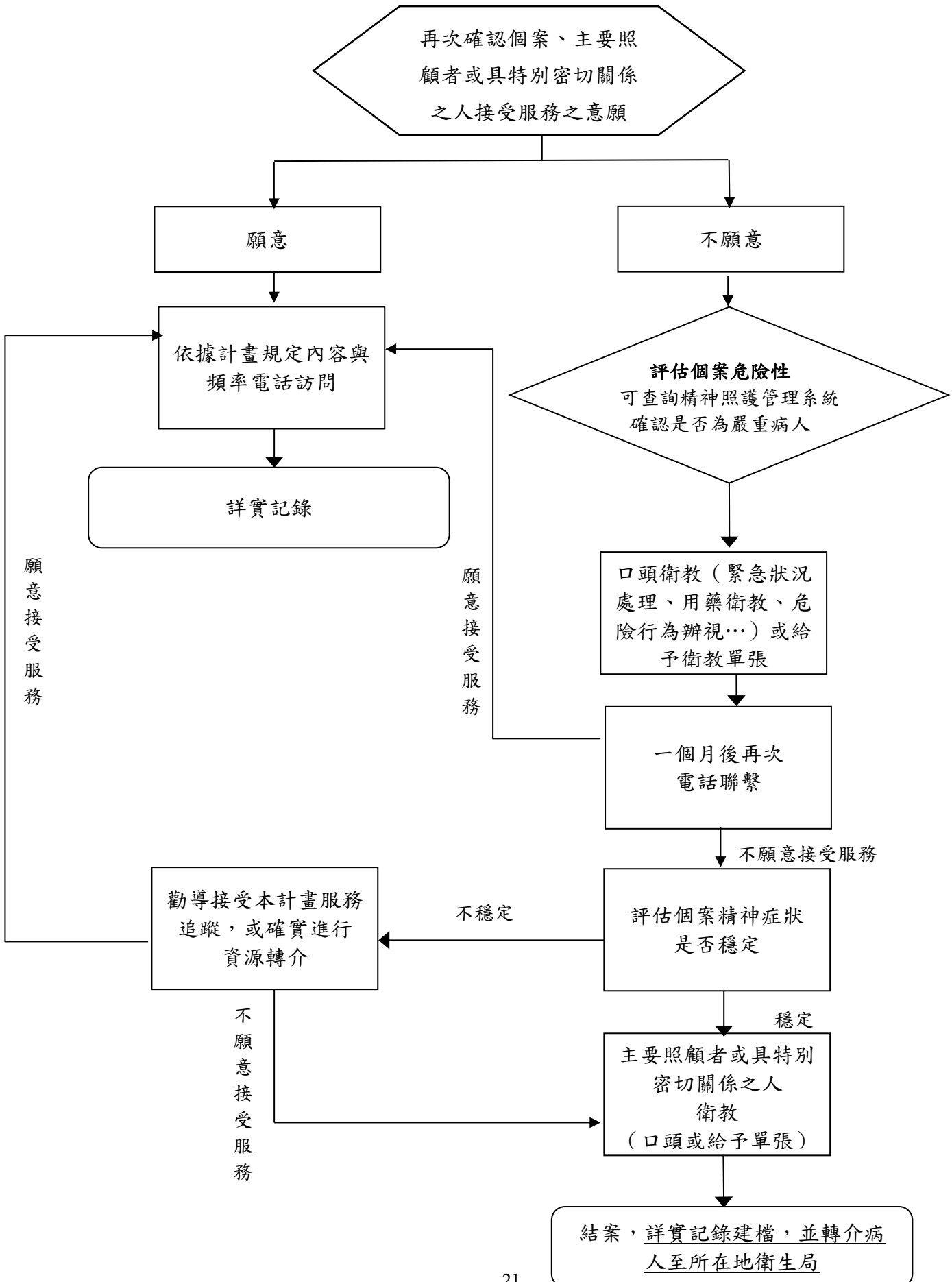
附件 15	衛生福利部補助計畫收支明細表（期末衛生局填寫）
附件 16	執行規劃書
附件 17	經費編列基準及使用範圍
附件 18	期中/期末成果報告
附件 19-1	衛生福利部補助案件公職人員利益衝突迴避自主檢核表
附件 19-2	公職人員利益衝突迴避法第 14 條第 2 項公職人員及關係人身分關係揭露表
附件 20	疑似或社區精神病人照護優化計畫服務同意書
附件 21	衛生福利部履行個人資料保護法第八條告知義務內容

附件 1

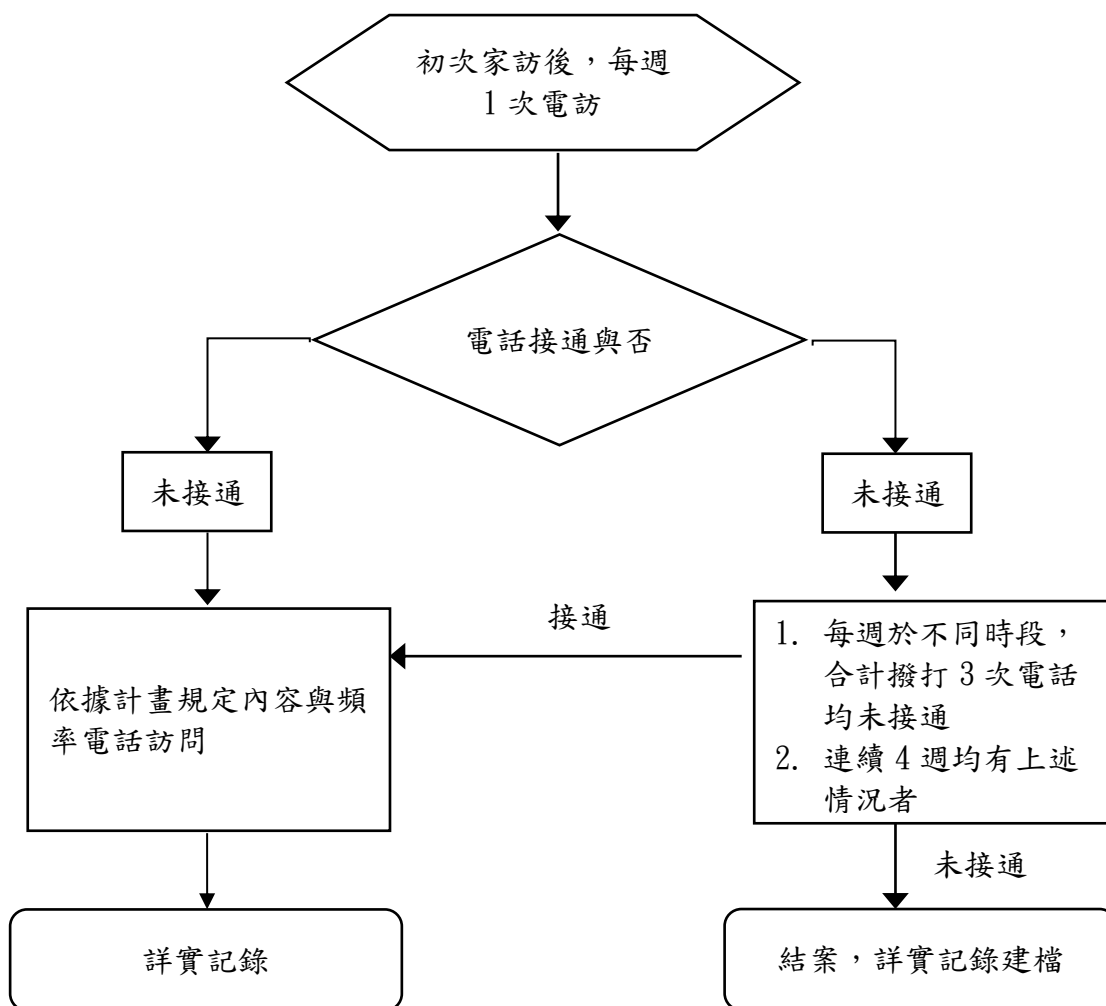
「疑似或社區精神病人照護優化計畫」-網絡單位、衛生局/社區心理衛生中心及機構合作處理參考機制



「拒訪」案件標準作業流程圖



「失聯」案件標準作業流程圖



註：未接通電話：包含受話方逾時未接、主動掛斷、多次嘗試撥打，訊號皆未能抵達受話方(例如：直接轉語音信箱、無法建立通話連線)，或其他足以證明無法接通之情況。

115 年度疑似或社區精神病人個案轉介及回覆單/第 1、2 類轉介單 \*為必填

聯絡電話：(00)000-0000 000 衛生局 聯絡人：		轉介注意事項： 1.請確認個案目前無接受精神照護機構服務。 2.必須配合機構共訪機制，且個案、主要照顧者或具特別密切關係之人可聯繫。 3.由轉介方協助聯繫案家，俾利醫療團隊進行初次訪視。 4.請填妥轉介單及「(疑似)精神病患簡易篩檢表」。	
*身分證字號		*姓名	
*連絡電話		*訪視地址	
*性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 <input type="radio"/> 多元性別	*出生日期	西元 年 月 日， 歲
*教育程度	<input type="radio"/> 不識字 <input type="radio"/> 國小 <input type="radio"/> 國中 <input type="radio"/> 高中職/專科 <input type="radio"/> 大學 <input type="radio"/> 碩士或以上 <input type="radio"/> 不詳		
*婚姻狀況	<input type="radio"/> 未婚 <input type="radio"/> 已婚 <input type="radio"/> 離婚 <input type="radio"/> 鰥寡 <input type="radio"/> 不詳		
*計畫轉介告知	<input type="checkbox"/> 已告知個案、主要照顧者或具特別密切關係之人 <input type="checkbox"/> 無法告知，原因：_____ 請轉介單位務必告知將協助轉介衛生局/社區心理衛生中心及機構關懷訪視。		
*主要照顧者或具特別密切關係之人註1 (可協助訪視事宜者)	姓名： _____ /關係 _____ 電話： _____ 是否同住： <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否		
*收案條件	<input type="radio"/> 第 1 類：網絡轉介或社區民眾通知之疑似精神病個案，經評估需精神醫療處置者。 <input type="radio"/> 第 2 類：疑似精神病人被護送就醫未住院者。		
*個案過往就醫情形	<input type="radio"/> 未曾就醫，請說明： _____ <input type="radio"/> 曾就醫 醫療機構名稱： _____ 醫師姓名： _____		
疾病診斷 *請參閱代碼對照表	主診斷： _____ 次診斷： _____		
*個案篩檢表	<input type="radio"/> 有，請摘錄說明篩檢結果： _____ <input type="radio"/> 無		
<b>第 1 類個案轉介機構/單位</b>			
*轉介來源	<input type="radio"/> [社政]保護體系 1.案件類型： <input type="checkbox"/> 家暴通報 <input type="checkbox"/> 性侵害通報 <input type="checkbox"/> 兒少虐待通報 2.進案身份： <input type="checkbox"/> 相對人 <input type="checkbox"/> 被害人 <input type="radio"/> [社政]社福體系 案件類型： <input type="checkbox"/> 脆弱家庭通報 <input type="checkbox"/> 其他： _____ <input type="radio"/> [衛政]自殺通報 <input type="radio"/> [衛政]毒防中心 案件類型： <input type="checkbox"/> 酒癮 <input type="checkbox"/> 藥癮 <input type="checkbox"/> 其他： _____ <input type="radio"/> [衛政] Call center 精神醫療緊急處置線上諮詢服務專線 <input type="radio"/> 勞政體系 <input type="radio"/> 教育體系 <input type="radio"/> 警政體系 <input type="radio"/> 消防體系 <input type="radio"/> 民政體系 案件類型： <input type="checkbox"/> 鄰里長或里幹事 <input type="checkbox"/> 其他： _____		

	<input type="radio"/> 社區民眾通知 <input type="radio"/> 其他：_____		
<b>*轉介目的</b>	<input type="checkbox"/> 協助精神狀況評估 <input type="checkbox"/> 協助轉介醫療機構 <input type="checkbox"/> 提供精神心理社會處置及衛生教育 <input type="checkbox"/> 危機處理及提供短期就醫資源 <input type="checkbox"/> 提供個案社區關懷追蹤 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
<b>*個案概況描述</b>	最近一次家訪日期：__年__月__日，請具體描述，並敘明疑似精神症狀發生時間。 [轉介單位應有近期家訪紀錄，並確認個案行蹤，俾利醫療團隊進行訪視]		
<b>備註</b>			
<b>*轉介單位</b>	<input type="radio"/> 可配合共訪 <input type="radio"/> 無法配合共訪，原因：_____	電子信箱	
<b>*電話</b>	電話：_____	分機	傳真
<b>*轉介日期</b>		<b>*轉介人核章</b>	<b>*主管核章</b>

### 115 年度疑似或社區精神病人照護優化計畫回覆單(衛生局填寫)

<b>*衛生局家訪紀錄</b>	1.訪視日期： 2.網絡人員共訪： <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無，原因：_____		
<b>*衛生局家訪人員核章</b>		<b>*單位主管核章</b>	
<b>回覆內容</b>	<input type="radio"/> 轉介 _____(機構名稱)_____ 提供評估服務 <input type="radio"/> 暫不轉介： <input type="radio"/> 社區心理衛生中心個案管理服務對象，由 <input type="radio"/> 公共衛生護理師 <input type="radio"/> 社區關懷訪視員 <input type="radio"/> 心衛社工 <input type="radio"/> 自殺防治關懷員關懷中。請聯繫訪視人員，姓名：_____，電話：_____分機_____。 <input type="radio"/> 已住院/門診/居家治療 <input type="radio"/> 另行收案(請填計畫/方案名稱)： <input type="radio"/> 非衛生機關之服務項目 <input type="radio"/> 不符轉介目的 <input type="radio"/> 拒訪 <input type="radio"/> 資料不足，無法評估轉介與否，請確認行蹤或更正聯絡資料，再行轉介。 <input type="radio"/> 其他原因(請簡述)：_____		
	[註：搬遷、羈押中、暫不收案、失聯、生理疾病住院、死亡]		
<b>衛生局派案日期</b>	115 年__月__日	<b>評估人員</b>	<b>單位主管</b>

### 115 年度疑似或社區精神病人照護優化計畫回覆單(機構填寫)



回覆內容	已於 年 月 日，進行聯繫 <input type="radio"/> 開案 <input type="radio"/> 無法開案，理由： <input type="radio"/> 住院，入住_____醫院，原因：_____ <input type="radio"/> 門診/居家治療，_____醫院 <input type="radio"/> 拒絕接受服務(已依拒訪 SOP 處理) <input type="radio"/> 拒訪(已__年__月__日前往，但無法成功接觸個案) <input type="radio"/> 搬遷 <input type="radio"/> 羈押中 <input type="radio"/> 死亡 <input type="radio"/> 失聯(已依失聯 SOP 處理) <input type="radio"/> 其他原因(請簡述)：_____ <input type="radio"/> 其他補充事項：				
	*醫院 回覆日期	115 年 月 日	*經辦人員核章		*單位主管 核章
*社區心理 衛生中心 回覆日期	115 年 月 日	*社區心理衛生中心 人員核章		*社區心理衛生 中心主管 人員核章	

註：參考《身心障礙者家庭照顧者服務辦法》第 2 條之主要照顧者、本法第 34 條第 2 項之保護人及《醫療機構施行手術及麻醉告知暨取得病人同意指導原則》第 3 條第 1 項第 2 款之病人關係人之定義，包括配偶、父母、家屬、直系姻親、共同生活之同居人，或對服務對象負有保護或主要照顧責任之人。實務上可由轉介單位依個案情形綜合判斷認定。

**(疑似)精神病患之自傷/傷人危險性簡易篩檢表-家屬版**

使用注意事項：

- 每個問句請分段詢問，舉例說明：問完「他有沒有持續一段時間顯得心情憂鬱？」先停頓，等待對方回答後，再詢問下一個問句「或煩躁容易生氣？」
- 符合下列3項或3項以上(題目2、3須符合至少一項，題目4、5須符合至少一項)，為自傷/傷人危險性較高個案。

1. 他有沒有持續一段時間顯得心情憂鬱？或煩躁容易生氣？是 是 否
2. 當他有那些情緒狀況時，會不會不小心衝動傷害自己或別人？或摔東西、破壞物品？  
(若有，澄清事件發生時間與過程) 是 否

- 
3. 以前他有發生過傷害自己或傷害別人嗎？(若有，澄清事件發生時間與過程) 是 否
  4. 你有沒有看到他出現一些別人沒有過的不尋常狀況：是 否 (是請續填以下各項)
    - a.  他曾經說過有人在暗中監視他嗎？或說有人設計要害他？或說有人想要傷害他？
    - b.  他有沒有說過家人也想要害他？他是否曾因為這樣對家人發脾氣或甚至動手打家人？(若有，請受訪者舉例)
    - c.  他曾經說過電視、收音機或報紙在傳送特別的訊息給他嗎？或是他不認識的人特別注意他？(若有，請受訪者舉例)
    - d.  你曾經覺得他的想法很奇怪或不尋常嗎？(若有，請受訪者舉例)
    - e.  你曾經聽到他自言自語嗎？或他曾說聽到別人聽不到的聲音？(若有，請受訪者舉例，並繼續澄清：他有沒有說聽到聲音在批評他？這些聲音會不會叫他去做事，甚至叫他去傷害別人或傷害自己？他以前有沒有真的聽他們的命令去做？做過哪些事情呢？)
    - f.  你曾經聽他說在清醒的時候會看到別人看不到的事物嗎？(要確定這些現象在目前文化背景下是不恰當的)
  5. 目前你有發現他說話語無倫次，答非所問，或聽不懂他說什麼嗎？ 是 否
  6. 就你所知，他曾經使用過安非他命、K他命、海洛因、搖頭丸或咖啡包嗎？是 否
  7. 他有喝酒的習慣嗎？(若有，接著詢問種類和使用頻率) 是 否

## (疑似)精神病患之自傷/傷人危險性簡易篩檢表-當事人版

使用注意事項：

- 每個問句請分段詢問，舉例說明：問完「你有沒有持續一段時間感到心情憂鬱？」先停頓，等待對方回答後，再詢問下一個問句「或煩躁容易生氣？」
  - 符合下列3項或3項以上(題目2、3須符合至少一項，題目4、5須符合至少一項)，為自傷/傷人危險性較高個案。
1. 你有沒有持續一段時間感到心情憂鬱？或煩躁容易生氣？是 是 否
  2. 當你有那些情緒狀況時，會不會不小心衝動傷害自己或別人？或摔東西、破壞物品？(若有，澄清事件發生時間與過程) 是 是 否
  3. 以前有發生過傷害自己或傷害別人嗎？(若有，澄清事件發生時間與過程) 是 是 否
  4. 現在我要問你有沒有過的不尋常經驗：是 是 否 (是請續填以下各項)
    - a.  你曾經相信有人在暗中監視你嗎？或有人設計要害你？或有人想要傷害你嗎？(若有，請受訪者舉例，並繼續澄清：你知道是哪些人嗎？有沒有包括你的家人呢？你打算怎麼辦？)
    - b.  你曾經相信電視、收音機或報紙在傳送特別的訊息給你嗎？或是你不認識的人特別注意你嗎？(若有，請受訪者舉例)
    - c.  你的親友曾經覺得你的想法很奇怪或不尋常嗎？(若有，請受訪者舉例)
    - d.  你曾經聽到別人聽不到的聲音嗎？(若有，請受訪者舉例，並繼續澄清：  
 你聽到的聲音是在批評你的想法或行為嗎？ 你聽到聲音在彼此講話嗎？  
 這些聲音會不會叫你去做事？ 叫你去傷害別人或傷害自己？  
 你以前有沒有真的聽他們的命令去做？ 做過哪些事情呢？  
 你如果不照做會發生甚麼事？
    - e.  你曾經在清醒的時候看到別人看不到的事物嗎？(要確定這些現象在目前文化背景下是不恰當的)
  5.  (轉介自填)病患目前表現出語無倫次，答非所問，或讓你難以理解他的說話內容嗎？
  6. 當你心情不好，或出於好奇，曾經使用過安非他命、K他命、海洛因、搖頭丸或咖啡包嗎？是 是 否
  7. 你有喝酒的習慣嗎？(若有，接著詢問種類和使用頻率) 是 是 否

精神病人高風險檢傷評分量表

精神病人 高風險 檢傷 評分量表 (必填) *分數愈多 愈緊急	<b>評分 A：危險性=            分</b>		
	<input type="radio"/>	5	清楚表現或幻覺(聽到命令)有自殺或他殺的念頭，或此次發病期已經有一次嚴重難以預測、衝動、暴力的行為。
	<input type="radio"/>	4	表現或幻覺(聽到命令)有自殺或他殺的念頭，但是並不確信，或者這些行為是因環境壓力引起。過去曾有暴力或衝動行為，但是目前沒有這些徵兆。
	<input type="radio"/>	3	表現有自殺或傷人的念頭，但是猶疑不定，或者只有無效的作態行為。不確定足夠的自我控制能力。
	<input type="radio"/>	2	有一些自殺或傷人的念頭或行為，或者曾經有過，但是清楚表明想要控制且有能夠控制這些行為。
	<input type="radio"/>	1	沒有自殺或傷人的念頭或行為。過去沒有暴力或者衝動行為。
	<b>評分 B：支持系統=            分</b>		
	<input type="radio"/>	5	沒有家人、朋友或其他可依靠的人。機構沒有辦法可以提供立即的需求支持。
	<input type="radio"/>	4	有一些支持系統可以被動員，但是效果有限。
	<input type="radio"/>	3	支持系統有機會可以被運用，但是動員它們有明顯的困難存在。
	<input type="radio"/>	2	有關心的家人、朋友或其他人，但不確定是否能提供協助或有意願支持。
	<input type="radio"/>	1	有關心的家人、朋友或其他人，而且有能力跟意願提供需要的支持。
	<b>評分 C：合作的能力=            分</b>		
	<input type="radio"/>	5	無法合作，或主動表示拒絕。
	<input type="radio"/>	4	合作意願不高。
	<input type="radio"/>	3	被動接受協助介入措施。
	<input type="radio"/>	2	希望被幫助但是猶疑不決，或者動機不強。
	<input type="radio"/>	1	主動尋求治療，願意而且有能力合作。
	<b>評估總分數：_____</b>		

### ICD 10 代碼-對照表

代碼	診 斷	代碼	診 斷
F01	血管性失智症	F30	躁症發作
F02	歸類於他處其他疾病所致之失智症	F31	雙相情緒障礙症
F03	失智症，伴有行為障礙	F32	鬱症，單次發作
F06	已知生理狀況引起的其他精神疾病	F33	鬱症，復發
F07	已知生理狀況引起的人格與行為障礙症	F34	循環型情感疾患
F09	已知生理狀況引起的非特定精神疾病	F39	未特指的情感障礙
F10	酒精相關障礙症	F41	其他焦慮障礙
F15	其他興奮劑相關障礙症	F42	強迫性障礙
F20	思覺失調症	F43	嚴重應激反應及適應障礙
F22	妄想症	F60	特定的人格障礙症
F23	短暫精神病症	F70	智力發育障礙
F25	情感思覺失調症	F84	廣泛性發展障礙症
F28	其他非物質或生理狀況所致之精神疾患	F90	多動性障礙
F29	非物質或生理狀況所致之精神病		

## 115 年度機構自行開案轉介單/第 3 類轉介單 \*為必填

*身分證字號		*姓名	
*連絡電話		*訪視地址	
*性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 <input type="radio"/> 多元性別	*出生日期	西元 年 月 日, 歲
*教育程度	<input type="radio"/> 不識字 <input type="radio"/> 國小 <input type="radio"/> 國中 <input type="radio"/> 高中職/專科 <input type="radio"/> 大學 <input type="radio"/> 碩士或以上 <input type="radio"/> 不詳		
*婚姻狀況	<input type="radio"/> 未婚 <input type="radio"/> 已婚 <input type="radio"/> 離婚 <input type="radio"/> 鰥寡 <input type="radio"/> 不詳		
*計畫轉介告知	<input type="checkbox"/> 已告知個案、主要照顧者或具特別密切關係之人 <input type="checkbox"/> 無法告知，原因：_____ 機構須向服務對象說明本計畫服務內容與流程，並取得簽署服務同意書後，方可收案並提供後續追蹤服務；若個案於非於本計畫機構就醫，須由醫療機構通報衛生局進行訪視評估，並取得簽署服務同意書。		
*已告知主要照顧者或具特別密切關係之人註 1 (可協助訪視事宜者)	姓名: _____ /關係 _____ 電話: _____ 是否同住: <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否		
個案疾病診斷 <small>*請參閱代碼對照表</small>	主診斷: _____ 次診斷: _____		
*主要問題內容	<input type="checkbox"/> 1.暴力攻擊: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 自傷 <input type="checkbox"/> 傷人 <input type="checkbox"/> 暴力攻擊之虞) <input type="checkbox"/> 2.社區干擾/破壞: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 公共危險 <input type="checkbox"/> 公共危險之虞) <input type="checkbox"/> 3.因無接受治療而造成無法自我照顧 (請描述): _____ <input type="checkbox"/> 4.其他 (請描述): _____		
*來院摘要			
*轉介日期	西元 年 月 日	*轉介人	

註 1：參考《身心障礙者家庭照顧者服務辦法》第 2 條之主要照顧者、本法第 34 條第 2 項之保護人及《醫療機構施行手術及麻醉告知暨取得病人同意指導原則》第 3 條第 1 項第 2 款之病人關係人之定義，包括配偶、父母、家屬、直系姻親、共同生活之同居人，或對服務對象負有保護或主要照顧責任之人。實務上可由收案單位依個案情形綜合判斷認定。

註 2：門診或急診病人若為符合轉介類型之個案，請醫師填寫轉介單。

## 疑似或社區精神病人照護優化計畫「評估階段」訪視紀錄單\*為必填

個案基本資料	
*身分證字號	*姓名
*聯絡電話	*訪視地址
*是否為本計畫 曾經收案對象	○是(最近一次收案年度:___;總開案次數:___) ○否
*收案 條件	○第 1 類:網絡轉介或社區民眾通知之疑似精神病個案,經評估需精神醫療處置者。
	○第 2 類:疑似精神病人被護送就醫未住院者。
	○第 3 類:個案自行就醫(含門診、急診),醫師建議住院但不願意住院者。
是否屬 精神病 人	○是*請參閱 ICD-10 代碼對照表:主診斷:_____次診斷:_____ ○否: <input type="checkbox"/> 家庭互動衝突 <input type="checkbox"/> 情境下之衝動行為 <input type="checkbox"/> 酒藥癮濫用誘發事件 <input type="checkbox"/> 個性特質 <input type="checkbox"/> 其他(備註說明):_____
個案訪視內容	
*訪視日期時間	西元 年 月 日, (時分)至 (時分)
*訪視對象/方式 /人員/結果	訪視對象:○個案 ○主要照顧者或具特別密切關係之人:_____
	訪視方式:○電訪 ○面訪 訪視人員: <input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 其他專業人員:職稱_____
	訪視結果:○訪視未遇 ○訪視成功
*問題內容	<input type="checkbox"/> 暴力攻擊 <input type="checkbox"/> 自殺自傷 <input type="checkbox"/> 精神病症狀干擾 <input type="checkbox"/> 干擾破壞 <input type="checkbox"/> 不願就醫 <input type="checkbox"/> 退化無法自我照顧 <input type="checkbox"/> 藥物遵從性不佳 <input type="checkbox"/> 其他(請描述):_____
*訪視概要/後續 追蹤事項	本次所提供之服務內容: <input type="checkbox"/> 1.情緒支持 <input type="checkbox"/> 2.衛生教育(如:病人照護知能、護送就醫之醫療專業諮詢、提供就醫資源與資訊) <input type="checkbox"/> 3.醫療協助(如:協助處理精神病人送醫) <input type="checkbox"/> 4.提供社區資源(如:就業資源、社會福利資源、長期照顧服務資源) <input type="checkbox"/> 5.其他(請描述):_____
	訪視概要:  後續追蹤事項: 1. 2. 3.

*就醫頻率	1.個案過去 1 個月至精神科急診就醫次數： ____ 次 2.個案過去 1 個月至精神科門診就醫次數： ____ 次	
*訪視評估	BSRS-5	
	睡眠困難	○完全沒有 ○輕微 ○中等程度 ○厲害 ○非常厲害
	感覺緊張不安	○完全沒有 ○輕微 ○中等程度 ○厲害 ○非常厲害
	覺得容易苦惱或動怒	○完全沒有 ○輕微 ○中等程度 ○厲害 ○非常厲害
	感覺憂鬱心情低落	○完全沒有 ○輕微 ○中等程度 ○厲害 ○非常厲害
	覺得比不上別人	○完全沒有 ○輕微 ○中等程度 ○厲害 ○非常厲害
	有過自殺的念頭	○完全沒有 ○輕微 ○中等程度 ○厲害 ○非常厲害
	<b>整體臨床評估-嚴重度 The Clinical Global Impression - Severity scale (CGI-S)</b> <input type="radio"/> 正常 (normal, not at all ill) <input type="radio"/> 邊緣型精神疾患 (borderline mentally ill) <input type="radio"/> 輕度疾患 (mildly ill) <input type="radio"/> 中度疾患 (moderately ill) <input type="radio"/> 明顯的疾患 (markedly ill) <input type="radio"/> 嚴重地疾患 (severely ill) <input type="radio"/> 極重度疾患 (extremely ill)	
*個案就醫/服藥行為與主要照顧者或具特別密切關係之人支持度評估	<b>個案就醫及服藥狀況評估</b>	
	態度觀念	<input type="radio"/> 病識感良好 <input type="radio"/> 承認有某種精神病 <input type="radio"/> 承認有某些情緒或精神問題 (症狀), 但不是病 <input type="radio"/> 承認有某些非精神疾病 <input type="radio"/> 不承認有任何症狀 <input type="radio"/> 不適用或無法評估
	行為	<input type="radio"/> 主動配合, 門診及服藥規則 <input type="radio"/> 大致配合, 偶有中斷或自行減藥 <input type="radio"/> 被動接受, 常需提醒 <input type="radio"/> 要密切督導始接受治療 <input type="radio"/> 拒絕任何形式之治療 <input type="radio"/> 不適用或無法評估
	<b>主要照顧者或具特別密切關係之人支持度</b>	
	態度觀念	<input type="radio"/> 治療及疾病知識良好 <input type="radio"/> 認為病人有精神病, 但治療觀念不足 <input type="radio"/> 雖認為病人有精神疾病, 但明顯低估其嚴重度或治療之必要性 <input type="radio"/> 雖認為病人有精神疾病, 但不想處理 <input type="radio"/> 不認為病人有任何症狀 <input type="radio"/> 不適用或無法評估
	行為	<input type="radio"/> 可主動積極協助病人就醫 <input type="radio"/> 大致配合, 但偶有讓病人中斷或減藥之情形 <input type="radio"/> 大致配合, 但實際能力上有困難 <input type="radio"/> 很被動, 常無法提供協助



		<input type="radio"/> 無親屬或幾乎拒絕任何形式之合作支持 <input type="radio"/> 不適用或無法評估
	<b>居住狀況</b>	
	居住狀況	<input type="radio"/> 獨居 <input type="radio"/> 與親屬同住（如：配偶、父母、子女、其他親戚） <input type="radio"/> 與朋友同住 <input type="radio"/> 遊民 <input type="radio"/> 其他：_____
	<b>評分 A：危險性= 分</b>	
	<input type="radio"/> 5	清楚表現或幻覺（聽到命令）有自殺或他殺的念頭，或此次發病期已經有一次嚴重難以預測、衝動、暴力的行為。
	<input type="radio"/> 4	表現或幻覺（聽到命令）有自殺或他殺的念頭，但是並不確信，或者這些行為是因環境壓力引起。過去曾有暴力或衝動行為，但是目前沒有這些徵兆。
	<input type="radio"/> 3	表現有自殺或傷人的念頭，但是猶疑不定，或者只有無效的作態行為。不確定足夠的自我控制能力。
	<input type="radio"/> 2	有一些自殺或傷人的念頭或行為，或者曾經有過，但是清楚表明想要控制且有能夠控制這些行為。
	<input type="radio"/> 1	沒有自殺或傷人的念頭或行為。過去沒有暴力或者衝動行為。
	<b>評分 B：支持系統= 分</b>	
<b>高風險檢傷          評分量表          (必填)</b> <small>*分數愈多愈緊急</small>	<input type="radio"/> 5	沒有家人、朋友或其他可依靠的人。機構沒有辦法可以提供立即的需求支持。
	<input type="radio"/> 4	有一些支持系統可以被動員，但是效果有限。
	<input type="radio"/> 3	支持系統有機會可以被運用，但是動員它們有明顯的困難存在。
	<input type="radio"/> 2	有關心的家人、朋友或其他人，但不確定是否能提供協助或有意願支持。
	<input type="radio"/> 1	有關心的家人、朋友或其他人，而且有能力跟意願提供需要的支持。
	<b>評分 C：合作的能力= 分</b>	
<input type="radio"/> 5	無法合作，或主動表示拒絕。	
<input type="radio"/> 4	合作意願不高。	
<input type="radio"/> 3	被動接受協助介入措施。	
<input type="radio"/> 2	希望被幫助但是猶疑不決，或者動機不強。	
<input type="radio"/> 1	主動尋求治療，願意而且有能力合作。	
	<b>評估總分數： _____</b>	
<b>*訪視人員 核章</b>		
<b>費用</b>	面訪： <input type="checkbox"/> 精神科醫師 7,000 元 <input type="checkbox"/> 其他精神專業人員 3,000 元 電訪： <input type="checkbox"/> 200 元	

## 疑似或社區精神病人照護優化計畫「追蹤階段」訪視紀錄單 \*為必填

## 個案基本資料

*姓名		
*訪視日期時間	西元 年 月 日， (時分) 至 (時分)	
*訪視對象/方式/人員/結果	訪視對象： <input type="radio"/> 個案 <input type="radio"/> 主要照顧者或具特別密切關係之人： 訪視方式： <input type="radio"/> 電訪 <input type="radio"/> 面訪 訪視人員： <input type="checkbox"/> 醫師 <input type="checkbox"/> 其他專業人員：職稱 訪視結果： <input type="radio"/> 未接聽或訪視未遇 <input type="radio"/> 訪視成功	
*訪視概要/ 後續追蹤事項	訪視概要：  後續追蹤事項：	
*就醫頻率	1.個案距離上次訪視至精神科急診就醫次數：____次 2.個案距離上次訪視至精神科門診就醫次數：____次	
*訪視評估	BSRS-5	
	睡眠困難	<input type="radio"/> 完全沒有 <input type="radio"/> 輕微 <input type="radio"/> 中等程度 <input type="radio"/> 厲害 <input type="radio"/> 非常厲害
	感覺緊張不安	<input type="radio"/> 完全沒有 <input type="radio"/> 輕微 <input type="radio"/> 中等程度 <input type="radio"/> 厲害 <input type="radio"/> 非常厲害
	覺得容易苦惱或動怒	<input type="radio"/> 完全沒有 <input type="radio"/> 輕微 <input type="radio"/> 中等程度 <input type="radio"/> 厲害 <input type="radio"/> 非常厲害
	感覺憂鬱心情低落	<input type="radio"/> 完全沒有 <input type="radio"/> 輕微 <input type="radio"/> 中等程度 <input type="radio"/> 厲害 <input type="radio"/> 非常厲害
	覺得比不上別人	<input type="radio"/> 完全沒有 <input type="radio"/> 輕微 <input type="radio"/> 中等程度 <input type="radio"/> 厲害 <input type="radio"/> 非常厲害
	有過自殺的念頭	<input type="radio"/> 完全沒有 <input type="radio"/> 輕微 <input type="radio"/> 中等程度 <input type="radio"/> 厲害 <input type="radio"/> 非常厲害

	<b>整體臨床評估-嚴重度 The Clinical Global Impression - Severity scale (CGI-S)</b> <input type="radio"/> 正常 (normal, not at all ill) <input type="radio"/> 邊緣型精神疾患 (borderline mentally ill) <input type="radio"/> 輕度疾患 (mildly ill) <input type="radio"/> 中度疾患 (moderately ill) <input type="radio"/> 明顯的疾患 (markedly ill) <input type="radio"/> 嚴重地疾患 (severely ill) <input type="radio"/> 極重度疾患 (extremely ill)
*訪視人員 核章	
費用	面訪： <input type="checkbox"/> 精神科醫師 4,000 元 其他精神專業人員 2,500 元 電訪： <input type="checkbox"/> 200 元

疑似或社區精神病人照護優化計畫「結案」訪視紀錄單 \*為必填

*姓名		*結案日期	西元 年 月 日
<p><b>*結案原因 (單選)</b></p>	<p>○服務已達3個月，且高風險檢傷評估量表分數降階至5分(或以下)。            ○服務未滿3個月但醫療團隊評估無需提供服務。            ○失聯(依計畫所訂失聯 SOP 處理)            ○拒訪(依計畫所訂拒訪 SOP 處理)            ○死亡            ○入監            ○搬遷            ○其他：_____</p> <p>註1：個案門診追蹤、精神科住院治療、強制社區治療、居家治療、日間照護、入住精神復健機構或精神護理之家，請選「服務已達3個月，且高風險檢傷評估量表分數降階至5分(或以下)」或「服務未滿3個月但醫療團隊評估無需提供服務」。</p> <p>註2：生理疾病住院，請選「其他」，並填生理疾病住院。</p> <p>註3：選失聯、拒訪、入監、死亡、生理疾病住院「醫療資源轉介」、「社區支持資源轉介」、「轉介社區心理衛生中心態樣」及「發病三年內之精神病人，是否轉介 EIP 計畫」請填「無法轉介」。</p>		
<p><b>*醫療資源轉介 (單選)</b></p>	<p>○轉介精神照護機構服務            ○門診追蹤            ○住院治療：因精神科住院治療者，請勾選住院原因                ○警消護送就醫(病情惡化)                ○主要照顧者或具特別密切關係之人經衛教後，可協助個案就醫                ○個案經衛教關懷後，願意住院治療            ○日間照護            ○強制社區治療            ○居家治療            ○精神復健機構            ○精神護理之家</p> <p>○無法轉介：原因_____</p> <p>○無須轉介(請簡述)：_____</p> <p>備註：個案結案後若回原門診就醫，亦請勾選「門診追蹤」</p>		
<p><b>*社區支持資源轉介(複選)</b></p>	<p>○轉介其他社區支持資源  <input type="checkbox"/> 衛政社區支持服務(如身心障礙照顧服務資源布建計畫)  <input type="checkbox"/> 勞政社區支持服務(如支持性就業、庇護性就業等)  <input type="checkbox"/> 社政社區支持服務(如協作模式、小作所)  <input type="checkbox"/> 其他(請簡述)：_____</p> <p>○無法轉介：原因_____</p> <p>○無須轉介(請簡述)：_____</p>		
<p><b>*轉介社區心理衛生中心態樣(單選)</b></p>	<p>○轉介社區心理衛生中心：            ○符合收案條件-轉介至_____社區心理衛生中心            ○不符合收案條件，但有衛政服務需求，轉介至_____社區心理衛生中心</p> <p>○轉介需求單位：_____</p>		

	○無法轉介：原因_____	
*發病三年內之精神病人，是否轉介(EIP)計畫(單選)	○轉介(EIP)計畫 ○_____醫院成功收案 ○有轉介，但未能收案原因(請簡述)：_____	
	○無轉介(EIP)計畫 ○個案未符合收案標準 ○本縣市尚未啟動 EIP 計畫 ○無法轉介：原因_____	
*結案時訪視評估	BSRS-5	
	睡眠困難	○完全沒有 ○輕微 ○中等程度 ○厲害 ○非常厲害
	感覺緊張不安	○完全沒有 ○輕微 ○中等程度 ○厲害 ○非常厲害
	覺得容易苦惱或動怒	○完全沒有 ○輕微 ○中等程度 ○厲害 ○非常厲害
	感覺憂鬱心情低落	○完全沒有 ○輕微 ○中等程度 ○厲害 ○非常厲害
	覺得比不上別人	○完全沒有 ○輕微 ○中等程度 ○厲害 ○非常厲害
	有過自殺的念頭	○完全沒有 ○輕微 ○中等程度 ○厲害 ○非常厲害
	<b>整體臨床評估-嚴重度 The Clinical Global Impression - Severity scale (CGI-S)</b> ○正常 (normal, not at all ill) ○邊緣型精神疾患 (borderline mentally ill) ○輕度疾患 (mildly ill) ○中度疾患 (moderately ill) ○明顯的疾患 (markedly ill) ○嚴重地疾患 (severely ill) ○極重度疾患 (extremely ill)	
<b>個案就醫及服藥狀況評估</b>		
*個案就醫/服藥行為與主要照顧者或具特別密切關係之人支持度評估	態度觀念	○病識感良好 ○承認有某種精神病 ○承認有某些情緒或精神問題(症狀)，但不是病 ○承認有某些非精神疾病 ○不承認有任何症狀 ○不適用或無法評估
	行為	○主動配合，門診及服藥規則 ○大致配合，偶有中斷或自行減藥 ○被動接受，常需提醒 ○要密切督導始接受治療 ○拒絕任何形式之治療 ○不適用或無法評估
<b>主要照顧者或具特別密切關係之人支持度</b>		
	態度觀念	○治療及疾病知識良好 ○認為病人有精神病，但治療觀念不足

		<input type="radio"/> 雖認為病人有精神疾病，但明顯低估其嚴重度或治療之必要性 <input type="radio"/> 雖認為病人有精神疾病，但不想處理 <input type="radio"/> 不認為病人有任何症狀 <input type="radio"/> 不適用或無法評估
	行為	<input type="radio"/> 可主動積極協助病人就醫 <input type="radio"/> 大致配合，但偶有讓病人中斷或減藥之情形 <input type="radio"/> 大致配合，但實際能力上有困難 <input type="radio"/> 很被動，常無法提供協助 <input type="radio"/> 無親屬或幾乎拒絕任何形式之合作支持 <input type="radio"/> 不適用或無法評估
	<b>居住狀況</b>	
	居住狀況	<input type="radio"/> 獨居 <input type="radio"/> 與親屬同住（如：配偶、父母、子女、其他親戚） <input type="radio"/> 與朋友同住 <input type="radio"/> 遊民 <input type="radio"/> 其他：_____
<b>高風險檢傷 評分量表 (必填)</b> <small>*分數愈多愈緊急</small>	<b>評分 A：危險性=      分</b>	
	<input type="radio"/> 5	清楚表現或幻覺（聽到命令）有自殺或他殺的念頭，或此次發病期已經有一次嚴重難以預測、衝動、暴力的行為。
	<input type="radio"/> 4	表現或幻覺(聽到命令)有自殺或他殺的念頭，但是並不確信，或者這些行為是因環境壓力引起。過去曾有暴力或衝動行為，但是目前沒有這些徵兆。
	<input type="radio"/> 3	表現有自殺或傷人的念頭，但是猶疑不定，或者只有無效的作態行為。不確定足夠的自我控制能力。
	<input type="radio"/> 2	有一些自殺或傷人的念頭或行為，或者曾經有過，但是清楚表明想要控制且有能夠控制這些行為。
	<input type="radio"/> 1	沒有自殺或傷人的念頭或行為。過去沒有暴力或者衝動行為。
	<b>評分 B：支持系統=      分</b>	
	<input type="radio"/> 5	沒有家人、朋友或其他可依靠的人。機構沒有辦法可以提供立即的需求支持。
	<input type="radio"/> 4	有一些支持系統可以被動員，但是效果有限。
	<input type="radio"/> 3	支持系統有機會可以被運用，但是動員它們有明顯的困難存在。
	<input type="radio"/> 2	有關心的家人、朋友或其他人，但不確定是否能提供協助或有意願支持。
	<input type="radio"/> 1	有關心的家人、朋友或其他人，而且有能力跟意願提供需要的支持。
	<b>評分 C：合作的能力=      分</b>	
	<input type="radio"/> 5	無法合作，或主動表示拒絕。
	<input type="radio"/> 4	合作意願不高。
	<input type="radio"/> 3	被動接受協助介入措施。
	<input type="radio"/> 2	希望被幫助但是猶疑不決，或者動機不強。
<input type="radio"/> 1	主動尋求治療，願意而且有能力合作。	
<b>評估總分數：_____</b>		

### 服務滿意度問卷

依五分法統計，大幅改善/非常滿意為 5 分，依序遞減 4.3.2.1 分。

題目	大幅改善	稍改善	無變化	稍惡化	大幅惡化
病情改善程度	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
社區融合程度	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
家屬負荷程度	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
題目	非常滿意	滿意	普通	不滿意	非常不滿意
我對衛福部所推動的本項計畫之 整體服務感到	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

請提供您寶貴的建議，使我們可以改進並提供更好的服務：

## 服務執行效益追蹤評估表 \*為必填

### 個案基本資料

<b>*姓名</b>	
<b>*收案條件</b>	<input type="radio"/> 網絡轉介或社區民眾通知之疑似精神病個案，經評估需精神醫療處置者。 <input type="radio"/> 疑似精神病人被護送就醫未住院者。 <input type="radio"/> 個案自行就醫（含門診、急診），醫師建議住院但不願意住院者。
<b>*轉介單位</b>	<input type="radio"/> [社政]保護體系 <input type="radio"/> [社政]社福體系 <input type="radio"/> [衛政]自殺通報 <input type="radio"/> [衛政]毒防中心 <input type="radio"/> [衛政] Call center 精神醫療緊急處置線上諮詢服務專線 <input type="radio"/> 勞政體系 <input type="radio"/> 教育體系 <input type="radio"/> 警政體系 <input type="radio"/> 消防體系 <input type="radio"/> 民政體系 <input type="radio"/> 社區民眾通知

### 追蹤評估項目

題目	未達成	部分達成	已達成	有追蹤但沒有答案(註)
1. 本計畫是否可回應您（轉介端當初的轉介目的）				
2. 本計畫之服務介入是否可解決個案的主要問題				
3. 本計畫提供之結案建議是否可順利延續對個案之照護				
4. 對本計畫之服務建議（如：轉介流程、網絡合作、醫療處置……等）。				
5. 無法追蹤原因：				
註：有追蹤但沒有答案，請補充原因（含原轉介人員調任、離職等）				

### 機構回饋建議

<b>開放式意見 (請具體說明建議)</b>	
----------------------------	--

（本回覆表請同步知會衛生局人員）



疑似或社區精神病人到場訪視紀錄總表

序號：1		收案條件：第 類個案				
收案機構：						
訪視/評估樣態		主辦/協辦 機構	次數	訪視日期	單價	總額
到場訪視 評估次數	精神科醫師					
	其他專業人員					
總金額						

個案服務費支付申請總表

115 年度疑似或社區精神病人照護優化計畫 _____ (機構名稱) _____ 個案服務費申請統計表							
序	到場訪視評估費				電話訪視費		金額合計
	醫師訪視評估 次數	金額小計	其他專業人員 訪視 評估次數	金額小計	電話訪視：200 元		
					電訪 次數	金額 小計	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
						交通補助費合計	
						到場訪視費合計	

製表人：

單位主管：

會計：

單位首長：

(機構名稱)

## 115 年度疑似或社區精神病人照護優化計畫 個案訪視 (含訪視未遇) 交通補助費 (按訪視案次核算)

## 115 年 0 月印領清冊

序號	服務日期	次數	補助金額	人員收訖 費用簽章 欄	備註
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
		合 計			
執行訪視人員收訖費用簽章： (簽名或蓋章)			總金額：新臺幣 元		

製表人：

會計：

單位首長：

備註：

- 一、適用執行訪視人員訪視(含訪視未遇)交通費等按訪視案次計算之補助項目。
- 二、同一服務人員每人每案次參照各項目基準補助新臺幣 60 元，無須另行檢附收(領)據。
- 三、如以劃撥入帳撥付者，得檢附轉帳金融機構等之簽收或證明文件，免請受款人簽章。
- 四、主辦及協辦機構須依規定存管印領清冊。

(機構名稱)

115 年度疑似或社區精神病人照護優化計畫 個案訪視 (含訪視未遇) 交通補助費 (按公里數核算)  
115 年 0 月印領清冊)

序號	服務日期	起迄地點	里程數	補助金額	人員收訖費用簽章欄
1					
2					
3					
4					
5					
合 計					

執行訪視人員收訖費用簽章： (簽名或蓋章) 總金額：新臺幣 元

製表人： 會計： 單位首長：

備註：

- 一、適用執行訪視人員訪視(含訪視未遇)交通費等按公里計算之項目。
- 二、同一訪視人員以每日訪視件次之公里數合計，小於 5 公里 60 元，5 公里以上至未滿 30 公里補助新臺幣 200 元，30 公里以上至未滿 70 公里補助新臺幣 400 元，70 公里以上補助新臺幣 500 元；無須另行檢附收(領)據。
- 三、如以劃撥入帳撥付者，得檢附轉帳金融機構等之簽收或證明文件，免請受款人簽章。
- 四、主辦及協辦機構須依規定存管印領清冊。

衛生福利部補助計畫收支明細表

縣市：

機構名稱：

計畫名稱：115 年度「疑似或社區精神病人照護優化計畫」

單位：元

經費預算核撥數	核撥(結報)	第一次核撥日期 __年__月__日 金額 \$           元	第二次核撥日期 __年__月__日 金額 \$           元	合計\$ 元
			第一次餘(絀)數 金額 \$           元	第二次餘(絀)數 金額 \$           元
		第一次結報日期 __年__月__日 金額 \$           元	第二次結報日期 __年__月__日 金額 \$           元	
項目	核定金額			
人事費				
業務費(小計)				
1.到場評估訪視費、 電話訪視服務費及訪 視(含訪視未遇)交通 費				
2.其他業務費				
管理費				
執行費用合計				
餘(絀)數				
備註	利息收入：\$_____元、其他衍生收入：\$_____元，(經費結報時，利息金額為 300 元以下者，得留存受補(捐)助單位免解繳本部；其餘併同其他衍生收入及結餘款，應於結報時解繳本部)。			

製表人

覆核

會計人員

單位首長

縣(市)  
115年度「疑似或社區精神病人  
照護優化計畫」

執行規劃書

執行單位：

計畫主持人：

壹、綜合資料	
貳、計畫緣起	
一、依據	
二、背景說明	
三、現況分析及未來環境預測	
(一)服務需求面分析	
(二)服務供給面分析	
(三)近3年執行相關計畫實績經驗	
參、計畫期程	
肆、計畫目標	
一、目標說明	
二、預期績效指標	
伍、執行策略及方法	
一、服務對象	
二、主要執行策略(含服務方式)	
三、分期工作項目	
四、服務流程規劃	
五、人力配置：含工作內容分工及其他可配合服務之相關人力資源。	
六、本計畫個案管理人員工作規劃	
七、社區其他資源連結情形：含衛生局、警政及消防機關、合作參與之機構、居家治療、強制住院、強制社區治療及社區關懷訪視員追蹤照護之連結	
八、各項服務預估執行案量及執行方式	
陸、預定進度	
柒、預期效益	
捌、需其他機關(構)配合或協調事項	
玖、機構服務責任區域分布	
壹拾、經費需求	

## 壹、綜合資料

計畫名稱	115 年度「疑似或社區精神病人照護優化計畫」				
申請 主辦機構名稱					
執行期限	自 115 年○月○日起至 115 年 12 月 31 日止				
人事費	業務費	管理費	執行費用		
元	元	元	合計：元		
醫院院長					
主辦機構 計畫主持人		職稱			
主辦機構 承辦人		職稱		電話	
主辦機構 承辦人 E-mail					
主辦機構 個案管理人員		職稱		電話	
個案管理人員 E-mail					
主辦機構 連絡地址					

(如篇幅不足，請自行增列)



## 貳、計畫緣起

### 一、依據

二、背景說明：請敘述本計畫產生之背景及重要性，如：(1)政策或法令依據，(2)問題狀況或發展需求，(3)國內外相關文獻探討，(4)本計畫與精神病人社區醫療照護之相關性等。

### 三、現況分析及未來環境預測

(一) 服務需求面分析：請就貴縣(市)精神病人社區醫療照護需求人口之城鄉、族群、文化特色等進行評估，並提供具體量化分析數據。

(二) 服務供給面分析：請就貴縣(市)精神病人社區醫療照護機制(含社區精神病人強制住院、出院準備服務、出院後之復健、轉介及關懷保護等)服務資源、服務人力等進行評估，並針對相關網絡體系轉介之疑似精神病人，過去迄今之個案篩檢及評估機制進行說明，且提供具體量化分析數據。

(三) 請就近3年相關計畫執行之成果、困難及克服方式進行說明。

參、計畫期程：115年○月○日起至115年12月31日

### 肆、計畫目標(含關鍵績效指標)

一、目標說明：請分點具體列述本計畫所要達成之目標以及所要完成之工作項目，應避免空泛性之敘述。

二、預期績效指標：應包含關鍵績效指標、評估標準及年度目標值。

關鍵績效指標	目標值(累進統計)		備註
	5月	12月	
第1類及第2類服務對象合計佔70%以上			
居家訪視服務量(單位：人次)			
電話訪視服務量(單位：人次)			

關鍵績效指標	目標值(累進統計)		備註
	5月	12月	
網絡體系各類人員參訓率 70%以上			1.本項所稱網絡體系參訓率達70%以上，係以社政、衛政、警政及消防體系之參訓率為計算對象。 2.參訓率計算方式=實際參與訓練人數÷從事本計畫第一線服務人員數。
機構結案失聯人數應佔總結案個案數 10%以下			失聯個案一律通報個案戶籍或現住所在地衛生局/社區心理衛生中心關懷。
機構結案拒訪人數應佔總結案個案數 10%以下			拒訪個案一律通報個案戶籍或現住所在地衛生局/社區心理衛生中心關懷。
結案個案轉介資源比率 85%以上			結案個案資源轉介(如：門診、住院、社區及居家資源、精神復健機構、居家治療、強制住院、強制社區治療、衛生局關懷訪視、勞政資源、社政資源及其他資源)人數之加總/結案總人數(含結案個案資源轉介人數加上因拒訪、失聯、入監、死亡等無法提供資源轉介而結案人數之加總)*100%>=85%
個案及家屬對本計畫服務滿意度 4分			以滿意度問卷(參考版本如附件10、於結案時調查)供各機構使用，以利後續評估與比較各機構服務品質。
(可另行增列其他KPI)			

(如篇幅不足，請自行增列)

## 伍、執行策略及方法

- 一、服務對象
- 二、主要執行策略(含服務方式)：請明確詳細說明計畫執行策略及服務方式
- 三、分期工作項目：請依計畫需求，並以條列方式具體說明各階段工作項目(須含疑似或社區精神病人轉介評估、個案管理服務及辦理各網絡人員教育訓練...等工作項目)
- 四、服務流程規劃
- 五、人力配置：含工作內容分工及其他可配合服務之相關人力資源
- 六、本計畫個案管理人員工作規劃
- 七、社區其他資源連結情形：含衛生局、警政及消防機關、確定合作參與之機構及居家治療、強制住院、強制社區治療及與社區關懷訪視員追蹤照護之連結
- 八、各項服務預估執行案量及執行方式



## 115 年度「疑似或社區精神病人照護優化計畫」個案管理人員規劃

支領級距	依○○級第○年給薪，薪資○元
姓名	
畢業科系	
計畫/精神相關領域年資經歷/其他經歷	1. 2. 3.
執行本計畫年資	自○年○月執行本計畫，共計○年
聘任情形	<input type="checkbox"/> 新聘任 <input type="checkbox"/> 院內人員轉任 <input type="checkbox"/> 院內兼任
預期服務案量	1.第 1、2 類轉介個案：○案 2.第 3 類醫院自行收案或他院轉介：○案 3.合計：○案
本計畫全年度工作項目規劃(請分點詳述)	1.
	2.
	3.
	4.
	5.
	6.
	7.
	8.
	9.
	10.

(如篇幅不足，請自行複製，每位人員皆需填寫)

陸、預定進度(以甘特圖表示，可另行增列其他項目，但至少應包括本作業須知所列計畫執行事項)

工作項目	月份											
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
(可自行增列其他項目)												

(如篇幅不足，請自行增列)

柒、預期效益

捌、需其他機關(構)配合或協調事項：(請逐項填明。若無配合或協調事項。則從略)

配合或協調機關	配合或協調事項	配合金額	配合或協調單位主任或機關首長核章
			配合單位 日期
			配合單位 日期
			配合單位 日期
			配合單位 日期
			配合單位 日期
			配合單位 日期
			配合單位 日期
			配合單位 日期
			配合單位 日期

### 玖、機構服務責任區域分布

序	服務轄區	機構名稱
1	○○區、○○區、○○區	
2	○○鄉、○○鄉、○○鎮	
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		

備註：機構服務責任區域分布，經衛生局確認無誤。

單位首長（衛生局）核章：\_\_\_\_\_



壹拾、經費需求，包括：人事費、業務費(含到場評估訪視費、電話訪視服務費及訪視(含訪視未遇)交通費)、管理費：【請依下列說明，分項提列各項經費後填報總價，含項目、單價、數量、總價及備註等】

- 請依需求說明書柒、申請須知，及本計畫經費編列基準（附件 17）編列經費。

經費編列格式範本

<p>115年度經費需求：本計畫所需各項經費，</p> <p>1.請依照115年度個案管理人員工作酬金支給基準表及115年度「疑似或社區精神病人照護優化計畫」經費編列基準及使用範圍詳實編列，不得另訂標準。</p> <p>2.各經費項目請依經費標準表內所訂之名稱與順序填寫。說明欄內應詳細說明估算方法及用途。</p>		
項目	申請金額	說明
<b>人事費</b>		
計畫主持人費		○元/月×○個月=○元 註:依計畫實際執行月份編列
個案管理人員薪資		依○○級第○年給薪 ○元/月×13.5個月(含年終獎金)=○元。 註:若申請月份未達12個月，年終獎金依比例調整
保險費		勞保：○元/月×○個月×○人=○元。
		健保：○元/月×○個月×○人=○元。
公提離職儲金或公提退休金		○元/月×○個月×○人=○元。
<b>業務費</b>		
講座鐘點費		實施本計畫教育訓練之鐘點費。 外聘：2,000元/節 ×○節=○元。 內聘：1,000元/節 ×○節=○元。
臨時工資		聘請按時計酬者協助辦理本計畫○○○等業務，○○○元/小時×○小時=○元。 註:請具體載明臨時人員協助業務內容
文具紙張		實施本計畫所需油墨、碳粉匣、紙張、文具等費用。
郵電費		實施本計畫所需郵資、快遞費、電報、電話費、網路使用費，但不得編列手機費用。
印刷		實施本計畫所需書表、研究報告等之印刷裝訂費及影印費
租金		實施本計畫所需租用辦公房屋場地、機器設備及車輛等租金。
油脂		實施本計畫所需公務車之油料費用。 每月以○元估列，共計○元×○月=○元
調查訪問費		實施本計畫所需問卷調查之填表或訪視費。 問卷調查或訪視時所需之禮品或宣導品費用。 (訪視費或宣導品費用每○份元估列) ○元/人次×○人次=○元。
國內旅費		實施本計畫執行所需之相關人員國內差旅費 (統一以2,000元/人天估算) 2,000元/人×○人次=○元
到場訪視評估費		辦理本計畫所需之到場訪視費(含主辦及協辦機構)。 (1)評估階段(第1至2次):精神科醫師每人次

115年度經費需求：本計畫所需各項經費，

1.請依照115年度個案管理人員工作酬金支給基準表及115年度「疑似或社區精神病人照護優化計畫」經費編列基準及使用範圍詳實編列，不得另訂標準。

2.各經費項目請依經費標準表內所訂之名稱與順序填寫。說明欄內應詳細說明估算方法及用途。

項目	申請金額	說明
		7,000元；其他專業人員每人次3,000元。 (2)追蹤階段(第3次(含)以上):精神科醫師每人次 4,000元；其他專業人員每人次2,500元。  醫師到場訪視評估費： $(7,000元 \times \bigcirc \text{人次}) + (4,000元 \times \bigcirc \text{人次}) = \bigcirc \text{元}$ 專業人員訪視費： $(3,000元 \times \bigcirc \text{人次}) + (2,500元 \times \bigcirc \text{人次}) = \bigcirc \text{元}$
電話訪視服務費		辦理本計畫所需之電話訪視服務費(含主辦及協辦機構)。 電話訪視服務費用：每通200元。 $200元/人次 \times \bigcirc \text{人次} = \bigcirc \text{元}$
訪視交通費		辦理本計畫所需之訪視(含訪視未遇)交通費(含主辦及協辦機構)。 (1)按訪視案次計：每案次60元。 $60元/案次 \times \bigcirc \text{案次} = \bigcirc \text{元}$ (2)按公里數計： A. 小於 5 公里：60 元。 B. 5 公里 $\leq$ 公里數 $<$ 30 公里：200 元。 C. 30 公里 $\leq$ 公里數 $<$ 70 公里：400 元。 D. 公里數 $\geq$ 70 公里：500 元。
餐費		實施本計畫執行所需相關會議/教育訓練之餐費。 申請餐費，每人次最高 150 元。 $\bigcirc \bigcirc \text{元}/人次 \times \bigcirc \text{人次} = \bigcirc \text{元}$
其他		列明支用項目，並說明需求原因。 例如：公共意外責任險 $\bigcirc \bigcirc \text{元} \times \bigcirc \text{場次} = \bigcirc \text{元}$
雜支費		最高以業務費之金額百分之五為上限，且不得超過10萬元。
管理費		(1)水、電、瓦斯費、大樓清潔費及電梯保養費。 (2)加班費：除計畫主持人外，執行本計畫之行政專案人員為辦理本計畫而延長工作時間所需之加班費，惟同一工時不應重複支領。 (3)除上列規範項目，餘臨時工資、兼任助理或以分攤聘僱協辦計畫人員之薪資，不得以此項結報。 (4)依據全民健康保險法之規定，編列受補助單位因執行本計畫應負擔之補充保險費用。 (5)依據勞動基準法之規定，編列受補助單位因執行本計畫，應負擔執行本計畫專任助理人

115年度經費需求：本計畫所需各項經費，

1.請依照115年度個案管理人員工作酬金支給基準表及115年度「疑似或社區精神病人照護優化計畫」經費編列基準及使用範圍詳實編列，不得另訂標準。

2.各經費項目請依經費標準表內所訂之名稱與順序填寫。說明欄內應詳細說明估算方法及用途。

項目	申請金額	說明
		員之特別休假，因年度終結或契約終止而未休之日數， 所發給之工資。 例如：管理費之計算公式： $(\text{人事費} + \text{業務費} - \text{主持人費}) \times 10\%$ 。
申請總經費		

註：人事費+業務費+管理費=執行費用

115 年度「疑似或社區精神病人照護優化計畫」  
經費編列基準及使用範圍

項目名稱	說明	編列標準
<p><b>人事費</b> <b>計畫主持人費</b></p>	<p># 資格規定</p> <p>(1)具備博士或副教授以上資格者。</p> <p>(2)擔任公私立大專院校之附屬醫院、公私立研究機構、教學醫院主治醫師二年以上或獲碩士學位從事研究工作四年以上，並有著作發表於國內外醫藥、食品、公衛、福利等著名學術期刊之衛生福利領域相關人員。</p> <p>(3)計畫主辦醫療機構負責人或負責人授權之行政主管人員，並從事醫藥、食品、公衛、福利等領域工作五年以上者。</p>	<p>計畫主持人薪資以 10,000 元/人月為上限。</p>
<p><b>個案管理人員</b></p>	<p>1. 自 115 年 1 月 1 日起，本計畫新進用個案管理人員，須具教育部認可之國內外學士以上學歷。</p> <p>2. 人員應有逐年薪資晉階機制。114 年度已獲本計畫主辦機構進用之人員，若於 115 年度繼續進用，其薪資不得低於 114 年度薪資。</p> <p>3. 115 年起新進用人員，如以右欄第 1-(1)至(3)點次標準編列，不限由各點次之最低薪點敘薪。</p> <p>4. 實際報支本項經費時，應檢附人員之學經歷證明文件、證書影本等相關佐證資料。</p> <p>5. 支領本計畫薪資及相關加給之個案管理人員，不得於其他任何計畫下重複支領。</p> <p>6. 本計畫個案管理人員不得申請本計畫之到場訪視評估費、電話訪視服務費及訪視交通費。</p>	<p>1. 個案管理人員薪資，得依主辦機構自行訂定之標準，或參考下列標準編列：</p> <p>(1) 學士學位：296 薪點至 408 薪點。</p> <p>(2) 碩士學位：312 薪點至 424 薪點。</p> <p>(3) 領有護理師/心理師/社會工作師/職能治療師/公共衛生師/其他醫事人員相關證書：312 薪點至 456 薪點。</p> <p>(4) 每 1 薪點折合率，比照行政院人事行政總處最新函頒之各機關聘用、約僱人員酬金薪點折合率。(現為 139.1 元/點，後續執行期間如有調整，應逕依最新標準辦理，不另行修正計畫書。)</p> <p>2. 個案管理人員如具下列條</p>

項目名稱	說明	編列標準
保險	執行本計畫所需進用之個案管理人員(含臨時人員)等人員之勞、健保費。	<p>件之一，主辦機構宜另予提供相關加給：</p> <p>(1)具護理師/心理師/社工師/職能治療師/證書。</p> <p>(2)精神科專科護理師/心理衛生專科社工師證書。</p> <p>(3)經台灣護理學會及中華民國精神衛生護理學會聯名認證之「精神衛生護理師證書」。</p> <p>(4)具精神科臨床實務經驗2年以上者。</p> <p>(5)主辦機構得依機構自行訂定之標準，或參考本部相關計畫(如：補助民間單位社會工作人員薪資制度計畫、衛生福利部公益彩券回饋金補助計畫—心理健康組申請主軸項目及基準)提供相關加給。</p> <p>3.本項經費，本部每人每月最高補助6萬元。惟人員待遇(薪資及相關加給合計)，不以6萬元為上限，以利人才久任。</p> <p>1.依據勞工保險條例、勞動基準法及全民健康保險法等相關規定編列雇主應負擔之勞保及健保費用(非依法屬雇主給付項目不得編列)，有關勞保及健保費用編列基準請自行上網參照勞動部勞工保險局以及衛</p>

項目名稱	說明	編列標準
<p>公提離職儲金 或公提退休金</p>	<p>執行本計畫所需進用個案管理人員之公提離職儲金(主辦機構不適用勞動基準法者)或公提退休金(主辦機構適用勞動基準法者)。</p>	<p>生福利部中央健康保險署的最新版本辦理。</p> <p>2.每人每月最高以薪資 6 萬元所對應之勞、健保月投保薪資級距金額，予以補助。</p> <p>依「衛生福利部及所屬機關研究計畫助理人員約用注意事項」及「勞工退休金提繳工資分級表」編列。</p> <p>2.每人每月最高以薪資 6 萬元所對應之月提繳工資級距金額，予以補助。</p>
<p>業務費 審查費</p> <p>講座鐘點費</p>	<p>審查費係指執行本計畫所需聘請專家學者進行實質審查並提供書面意見所支給之酬勞。</p> <p>講座鐘點費係實施本計畫所需訓練研討活動之授課演講鐘點費或實習指導費。</p> <p>專家指導授課之交通費可依「講座鐘點費支給表附則 5」主辦機關得衡酌實際情況，參照出差旅費相關規定，覈實支給外聘講座交通費及國內住宿費。</p> <p>計畫項下已列支主持費及研究費等酬勞者不得支領本項費用。</p>	<p>審查費依「中央政府各機關學校出席費及稿費支給要點」辦理。</p> <p>講座鐘點費：</p> <p>1.外聘：</p> <p>國外聘請者：得由主辦機關衡酌國外專家學者國際聲譽、學術地位、課程內容及延聘難易程度等相關條件自行訂定。</p> <p>國內聘請者：專家學者每節鐘點費 2,000 元為上限，與主辦或訓練機關(構)學校有隸屬關係之機關(構)學校人員，每節鐘點費 1,500 元為上限。</p> <p>2.內聘：主辦或訓練機關(構)學校人員，每節鐘點費 1,000 元為上限。</p> <p>3.講座助理：協助教學並實</p>

項目名稱	說明	編列標準
臨時工資	實施本計畫特定工作所需勞務之工資，以按日或按時計酬者為限，受委託單位人員不得支領臨時工資。	<p>際授課人員，每節鐘點費比照同一課程講座 1/2 支給。授課時間每節 50 分鐘。</p> <p>依主辦機構自行訂定之標準按工作性質編列（每人天以 8 小時估算，實際執行時依勞動基準法相關規定核實報支），如需編列雇主負擔之勞健保費及公提勞工退休金則另計。</p>
文具紙張	實施本計畫所需油墨、碳粉匣、紙張、文具等費用。	
郵電	實施本計畫所需郵資、快遞費、電報、電話費、網路使用費，但不得編列手機費用。	
印刷	實施本計畫所需書表、研究報告等之印刷裝訂費及影印費。	
租金	實施本計畫所需租用辦公房屋場地、機器設備及車輛等租金。	<p>車輛租用僅限於從事因執行本計畫之必要業務進行實地審查或實地查核(含到場訪視評估個案)時，所產生之相關人員接駁或搬運資料、儀器設備等用途，須提出證明文件，得列入本項，且不得重複報支差旅交通費及訪視(含訪視未遇)交通費。</p> <p>租賃交通車辦理實地審查或實地查核(含到場評估或訪視個案)，編列方式依月份估算，</p>



項目名稱	說明	編列標準
設備使用服務費	實施本計畫所需之儀器設備使用之相關服務費。	由執行單位向交通車公司採租賃方式辦理，實支實付。
油脂	實施本計畫所需公務車輛之油料費用。(公務車輛之油料費用，係指從事調查研究之實地訪查(含到場評估或訪視個案)，而非屬派遣機關人員出差，其性質與出差旅費之報支不同，受委託或補(捐)助單位駕駛公務汽(機)車從事該訪查，且此項情況已於委託計畫(或契約)訂明者，其所需油料費，得由各委辦機關本於職責自行核處，檢據報支)	編列方式依月份估算。 不得重複報支差旅交通費及訪視(含訪視未遇)交通費。
調查訪問費	實施本計畫所需問卷調查之填表或訪視費。 問卷調查或訪視時所需之禮品或宣導品費用。 經本部審查核可之全國性之大型訪問調查，得以「衛生福利部委託研究計畫之調查訪問費審查標準」編列經費，並應詳列調查訪問所需細項經費；倘受委託單位有虛報情事者，得請其重新檢討或終止契約。(調查訪問除非需求說明書中載明，否則不得委外執行)	每份 50 元至 300 元 (訪視費及禮品費合計)，依問卷內容繁簡程度，酌予增減。經審查核可之全國性之大型訪問調查，不受上開經費限制。
電腦處理費	實施本計畫所需電腦資料處理費。包括：資料譯碼及鍵入費、電腦使用時間費、磁片、磁碟、隨身碟、光碟片及報表紙等。 電腦軟體、程式設計費、電腦周邊配備、網路伺服器架設、網站或軟體更新費、網頁及網路平台架設等係屬設備，依規定不得編列購買費用。	
資料蒐集費	實施本計畫所需相關資料檢索費。	
圖書費	實施本計畫所需購置國內、外參考書籍、期刊以	圖書費每本需低於 10,000 元。

項目名稱	說明	編列標準
出席費	<p>具有專門性且與研究計畫直接有關者為限。擬購置圖書應詳列其名稱、數量、單價及總價。</p> <p>實施本計畫所需專家諮詢會議之出席費。計畫項下之相關人員（已列支人事費之各類酬勞者）及非以專家身分出席者不得支領。</p> <p>屬工作協調性質之會議不得支給出席費。</p> <p>焦點座談參與座談者，非以專家身分出席，不得支領出席費。</p>	出席費依「中央政府各機關學校出席費及稿費支給要點」辦理。
國內旅費	<p>實施本計畫所需之相關人員及出席專家之國內差旅費。</p> <p>差旅費分為交通費、住宿費、雜費等。</p> <p>出席專家如係由遠地前往，受補助單位得衡酌實際情況，參照國內出差旅費報支要點規定，覈實支給交通費及住宿費。</p> <p>凡公民營汽車到達地區，除因業務需要，報經本部事前核准者外，其搭乘計程車之費用，不得報支。</p>	依「國內出差旅費報支要點」規定辦理。
到場訪視評估費	辦理本計畫所需之到場訪視評估費(含主辦及協辦機構)。	編列標準詳柒、二、(五)
電話訪視服務費	辦理本計畫所需之電話訪視服務費(含主辦及協辦機構)。	編列標準詳柒、二、(五)
訪視(含訪視未遇)交通費	辦理本計畫所需之訪視(含訪視未遇)之交通費(含主辦及協辦機構)。	編列標準詳柒、二、(五)
餐費	實施本計畫執行需要而召開之相關會議，已逾用餐時間之餐費。	申請餐費，每人次最高 150 元。
其他	辦理本計畫所需公共意外責任險及其他未列於本表之項目。	應於計畫書列明支用項目，並說明需求原因。

項目名稱	說明	編列標準
雜支費	實施本計畫所需之雜項費用。	最高以業務費之金額百分之五為上限，且不得超過 10 萬元。
管理費	<p>本項經費應由計畫執行單位統籌運用，使用項目如下：</p> <p>(1) 水、電、瓦斯費、大樓清潔費及電梯保養費。</p> <p>(2) 加班費：除計畫主持人外，執行本計畫之專案人員為辦理本計畫而延長工作時間所需之加班費，惟同一工時不應重複支領。</p> <p>(3) 除上列規範項目，餘臨時工資或以分攤聘僱協辦計畫人員之薪資，不得以此項結報。</p> <p>(4) 依據全民健康保險法之規定，編列受補助單位因執行本計畫應負擔之補充保險費用。</p> <p>(5) 依據勞動基準法之規定，編列受補助單位因執行本計畫，應負擔執行本計畫研究人力及臨時人員之特別休假，因年度終結或契約終止而未休之日數，所發給之工資。</p>	<p>1. 每年度編列以不超過計畫下人事費(不含計畫主持人費)及業務費總和之百分之十為上限。</p> <p>例如：管理費之計算公式：<math>(\text{人事費} + \text{業務費} - \text{主持人費}) \times 10\%</math>。</p> <p>2. 補充保險費用編列基準請自行上網參照中央健康保險署的最新版本辦理。</p>

備註：因本預算未編列資本門，故不能採購儀器設備，必要時可採租賃方式辦理。

縣(市)  
115 年度「疑似或社區精神病人照護  
優化計畫」期中/期末成果報告

計畫名稱：115 年度「疑似或社區精神病人照護優化計畫」

執行單位：

計畫主持人：



表二、疑似或社區精神病人收案類別及診斷類別

收案類別	非屬精神疾病病人	屬精神疾病病人									
		思覺失調症 F20、 F25	妄想症 F22	非物質或生理狀況所致之精神疾患 F28、 F29	鬱症 F32、 F33	雙相情緒障礙症 F31	非特定與其他之情緒障礙 F34、 F39	失智症類 F00- F03	物質濫用相關障礙 F10、 F15	其他	合計
第1類											
第2類											
第3類											
總計											

其他請說明：

表三、屬精神疾病人之主要問題內容分布

機構	主辦/ 協辦	暴力 攻擊	自殺 自傷	精神 病症 狀干 擾	干擾 破壞	不願 就醫	退化無 法自我 照顧	藥物遵 從性不 佳	其他	合計
	總計									

其他請說明：

表四、疑似或社區精神病人結案時資源轉介型態

機構	主辦/ 協辦	轉介精神照護機構服務									轉介社區支持資源				轉介社區 心理衛生 中心
		無須 轉介	無法 轉介	門診 追蹤	住院 治療	日間 照護	強制 社區 治療	居家 治療	精神 復健 機構	精神 護理 之家	衛政 資源	勞政 資源	社政 資源	其他 資源	
	總計														

其他請說明：

表五、疑似或社區精神病人結案原因

醫院	主辦/ 協辦	服務已達3 個月，且 高風險檢 傷評估量 表分數降 階至5分 (或以下)	服務未滿3 個月，但 醫療團隊 評估無需 提供追蹤	失聯	拒訪	死亡	入監	搬遷	其他	合計
總計										

其他請說明：

(二)第1類、第2類疑似或社區精神病人服務情形

表六、第1類個案派案情形

收案來源	衛生局 派案 人數	衛生局未派案人數及原因								合計
		社區 衛生 中心 管理 對象	已住 院/ 門 診/ 居 家 治 療	另 行 收 案	非 衛 生 機 關 之 服 務 項 目 <sup>註1</sup>	不 符 轉 介 目 的 <sup>註2</sup>	拒 訪	資 料 不 足 ， 無 法 評 估 轉 介 與 否 <sup>註3</sup>	其 他 原 因 (參 見 表 七)	
網絡轉介	保護體系									
	社福體系									
	自殺通報									
	毒防中心									
	精神醫療緊急處 置線上諮詢服務 專線									
	勞政體系									
	教育體系									
	警政體系									
	消防體系									
	民政體系									
	其他(請備註)									
社區民眾通知										
總計										

註1:非衛生機關之服務項目，以原轉介機關繼續提供服務為佳。

註2: 不符轉介目的，請轉介網絡機關(構)持續關懷，必要時再轉介。

註3:資料不足，無法評估轉介與否，請確認行蹤或更正聯絡資料，再行轉介。

表七、第 1 類個案未派案之其他原因分析

收案來源		衛生局未派案之其他原因						
		羈押中	搬遷	暫不收案	失聯	生理 疾病住院	死亡	合計
網絡轉介	保護體系							
	社福體系							
	自殺通報							
	毒防中心							
	精神醫療緊急處 置線上諮詢服務 專線							
	勞政體系							
	教育體系							
	警政體系							
	消防體系							
	民政體系							
	其他							
社區民眾通知								
總計								

其他請說明：

表八、第 1 類機構評估後之開案情形

收案來源		評估 人數	開案	無法 開案	無法開案原因								
			人數 (佔比%)	人數 (佔比%)	住院	門診/ 居家 治療	拒絕 接受 服務	拒訪	搬遷	羈押 中	死亡	失聯	其他
網絡轉介	保護體系												
	社福體系												
	自殺通報												
	毒防中心												
	精神醫療緊急處 置線上諮詢服務 專線												
	勞政體系												
	教育體系												
	警政體系												
	消防體系												
	民政體系												
	其他(請備註)												
社區民眾通知													
總計													





表十一、第 2 類個案未派案之原因分析

機構	主辦/ 協辦	衛生局未派案之其他原因						合計
		羈押中	搬遷	暫不收案	失聯	生理 疾病住院	死亡	
總計								

表十二、第 2 類個案評估後之開案情形

機構	主辦/ 協辦	評估 人數	開案	無法 開案	無法開案原因									
			人數 (佔比%)	人數 (佔比%)	住院	門診/ 居家 治療	拒絕 接受 服務	拒訪	搬遷	羈押 中	死亡	失聯	其他	
總計														

其他請說明：

表十三、第 2 類個案機構開案後之樣態分析

機構	主辦/ 協辦	開案 人數	屬精神疾病病人		非屬精神疾病病人					合計
			人數	準確率 (%)	家庭互 動衝突	情境下 之衝動 行為	酒藥癮 濫用發 事件	個性特 質	其他	
總計										

其他請說明：

### (三) 網絡人員教育訓練及跨網絡宣導成果

表十四、網絡人員教育訓練辦理情形

場次	日期/課程名稱	社政 體系	衛政 體系	勞政 體系	教育 體系	警政 體系	消防 體系	民政 體系	總計 (人次)
1	2/3 ○○教育訓練								
2	6/25 ○○○教育訓練								
合計人次									

場次	日期/課程名稱	社政 體系	衛政 體系	勞政 體系	教育 體系	警政 體系	消防 體系	民政 體系	總計 (人次)
網絡人員參訓率(%)									
共計：      場次，參與      人次									

備註：

1.參訓率計算方式＝實際參與訓練人數÷從事本計畫第一線服務人員數。

2.檢附課程表、簽到資料佐證。

\*若表格不敷使用，請自行增列。

### 表十五、跨網絡宣導成果

場次	日期	會議/活動名稱	主辦單位	人次
1	3/2			
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

\*若表格不敷使用，請自行增列。

表十六、跨網絡宣導成果表

場次	1
時間	〇月〇日 〇〇時~〇〇時
活動名稱	
主辦單位	
宣導人次/對象	共計〇人次，參與對象為〇〇〇、〇〇〇、〇〇〇、〇〇〇
佐證資料/說明	
說明：	說明：
說明：	說明：

\*請於表內插入佐證資料，並簡要說明宣導內容及進行方式。

**(四)服務績效率量測指標(KPI)統計**

績效 量測指標	實際達成值(%)		達成率 (%)	檢討與 修正說明
	期中	期末(累進統計)		
第1類及第2類服務對象合計佔70%以上				
居家訪視服務量 (單位:人次)				

績效 量測指標	實際達成值(%)		達成率 (%)	檢討與 修正說明
	期中	期末(累進統計)		
電話訪視服 務量 (單位:人次)				
網絡體系各 類參訓率 70 %以上 <sup>註1</sup>				
機構結案失 聯人數應佔 總結案個案 數 10%以下				
機構結案拒 訪人數應佔 總結案個案 數 10%以下				
結案個案轉 介資源比率 85%以上				
個案及家屬 對本計畫服 務平均滿意 度 4 分以上 達 80%				依五分法統計
(可另行增列 其他 KPI)				

註 1：

- 1.本項所稱網絡體系參訓率達 70%以上，係以社政、衛政、警政及消防體系之參訓率為計算對象。
- 2.參訓率計算方式＝實際參與訓練人數÷從事本計畫第一線服務人員數。

\*若表格不敷使用，請自行增列。

### 伍、經費使用情形

○○縣(市)經費執行金額			
經費項目	核定金額	使用金額	執行百分比
<b>執行費用</b>			
1.人事費			%
2.業務費(小計)			%
(1)到場評估訪視費、電話訪視服務費及訪視(含訪視未遇)交通費			%
(2)其他業務費			%
3.管理費			%
<b>總經費合計</b>			%

陸、期初/期中審查意見修正對照表

○○縣(市) ○○醫院

辦理 115 年度「疑似或社區精神病人照護優化計畫」

執行規劃書暨審查意見修正對照表

修正前		修正後	
審查意見	企畫書 頁碼	精進措施摘要	成果報告 頁碼
1.請填寫委員綜合審查意見，並分點列出。	P26-28	請填審查意見相關回應之摘要，詳細內容可於期中報告中呈現。	P26-28
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

## 衛生福利部補助案件 公職人員利益衝突迴避自主檢核表

114.3.6 版

一、依公職人員利益衝突迴避法(下稱利衝法)第 14 條規定，申請人如為公職人員或其關係人，除非符合下列例外情形，否則不得與公職人員服務或受其監督之機關申請補助：

- (一)基於法定身分依法令規定申請之補助。
- (二)對公職人員之關係人依法令規定以公開公平方式辦理之補助。
- (三)禁止其補助反不利於公共利益且經補助法令主管機關核定同意之補助。
- (四)一定金額以下之補助。

二、上述例外情形得向本部申請之補助案件，若為依第(二)、(三)款規定辦理者，申請人應於補助核定前主動於申請文件內據實表明其身分關係，違反者，得處新臺幣 5 萬元以上 50 萬元以下罰鍰，並得按次處罰。

三、為協助補助申請人於申請本部補助案件時自我檢視是否符合利衝法相關規範，請申請人確實依據下列情形填寫本檢核表：

項次	自主檢核項目	檢核結果	法律規範
1	貴單位(法人、團體)是否有利衝法規範之公職人員擔任負責人、董事、獨立董事、監察人、經理人或相類似職務?	是 <input type="checkbox"/> /否 <input type="checkbox"/>	如補助案係採一、(二)款方式辦理，勾選結果其一為「是」，即需填寫「身分揭露表」。
2	貴單位(法人、團體)是否有利衝法規範之公職人員之配偶或共同生活之家屬擔任負責人、董事、獨立董事、監察人、經理人或相類似職務?	是 <input type="checkbox"/> /否 <input type="checkbox"/>	如補助案係以「非公開方式」辦理，勾選結果其一為「是」，即屬利衝法第 14 條禁止補助之行為態樣，不得進行補助行為
3	貴單位(法人、團體)是否有利衝法規範之公職人員之二親等以內親屬擔任負責人、董事、獨立董事、監察人、經理人或相類似職務?	是 <input type="checkbox"/> /否 <input type="checkbox"/>	(是否有一、(三)情形，得例外為補助行為需個案認定，並應填寫「身分揭露表」)。

申請補助單位名稱：

填表人簽名或蓋章：

填表日期：      年      月      日



備註：

與本部業務往來時，適用利衝法第 2 條之「公職人員」範圍：

- 一、總統、副總統。
- 二、行政院正(副)院長、行政院正(副)秘書長、行政院政務委員。
- 三、立法委員、監察委員。
- 四、本部部長、政務次長、常務次長、主任秘書。
- 五、本部秘書處【專責承辦採購業務】、會計處【依會計法令辦理內部審核業務】與政風處之處長、副處長及科長。

利衝法第 3 條之「關係人」範圍：

- 一、配偶或共同生活之家屬。
- 二、二親等以內親屬。
- 三、公職人員、上述第一項與第二項所列人員擔任負責人、董事、獨立董事、監察人、經理人或相類似職務之營利事業、非營利之法人及非法人團體。但屬政府或公股指派、遴聘代表或由政府聘任者，不包括之。

二親等以內親屬關係如下：

血親：

- 一親等：父母、子女。
- 二親等：兄弟姊妹、(外)祖父母、(外)孫子女。

姻親：

- 一親等：子媳、女婿、繼父、繼母、公婆、岳父母、繼子、繼女、配偶之子媳、女婿。
- 二親等：兄嫂、弟媳、姐夫、妹夫、(外)孫子媳、(外)孫女婿、配偶之兄弟姐妹、配偶之(外)祖父母、配偶之(外)孫子女、配偶之兄嫂、弟媳、姐夫、妹夫、配偶之(外)孫子媳、(外)孫女婿。

一定金額定義：

指每筆新臺幣 1 萬元。同年度（每年 1 月 1 日起至 12 月 31 日止）同一補助對象合計不逾 10 萬元。

※除上述表列中之「公職人員」遇案須迴避外，其餘公務員雖非利衝法之規範對象，惟於執行職務時，涉及本人或關係人之利益，仍應注意公務員服務法、行政程序法等相關迴避規定。

## 公職人員利益衝突迴避法第14條第2項 公職人員及關係人身分關係揭露表

**【A. 事前揭露】：本表由公職人員或關係人填寫**

（公職人員或其關係人與公職人員服務之機關團體或受其監督之機關團體為補助或交易行為前，應主動於申請或投標文件內據實表明其身分關係）

**※交易或補助對象屬公職人員或關係人者，請填寫此表。非屬公職人員或關係人者，免填此表。**

表1：

參與交易或補助案件名稱：	案號： <span style="float: right;">（無案號者免填）</span>
本案補助或交易對象係公職人員或其關係人：	
<input type="checkbox"/> 公職人員（勾選此項者，無需填寫表2）	
姓名：_____ 服務機關團體：_____ 職稱：_____	
<input type="checkbox"/> 公職人員之關係人（勾選此項者，請繼續填寫表2）	

表2：

公職人員：		
姓名：_____ 服務機關團體：_____ 職稱：_____		
關係人（屬自然人者）：姓名 _____		
關係人（屬營利事業、非營利之法人或非法人團體）：		
名稱 _____ 統一編號 _____ 代表人或管理人姓名 _____		
<b>關係人與公職人員間係第3條第1項各款之關係</b>		
<input type="checkbox"/> 第1款	公職人員之配偶或共同生活之家屬	
<input type="checkbox"/> 第2款	公職人員之二親等以內親屬	稱謂：_____
<input type="checkbox"/> 第3款	公職人員或其配偶信託財產之受託人	受託人名稱：_____
<input type="checkbox"/> 第4款 （請填寫 abc 欄位）	a. 請勾選關係人係屬下列何者： <input type="checkbox"/> 營利事業 <input type="checkbox"/> 非營利法人 <input type="checkbox"/> 非法人團體	b. 請勾選係以下何者擔任職務： <input type="checkbox"/> 公職人員本人 <input type="checkbox"/> 公職人員之配偶或共同生活之家屬。姓名：_____ <input type="checkbox"/> 公職人員二親等以內親屬。 親屬稱謂：_____（填寫親屬稱謂例如：兒媳、女婿、兄嫂、弟媳、連襟、妯娌） 姓名：_____
		c. 請勾選擔任職務名稱： <input type="checkbox"/> 負責人 <input type="checkbox"/> 董事 <input type="checkbox"/> 獨立董事 <input type="checkbox"/> 監察人 <input type="checkbox"/> 經理人 <input type="checkbox"/> 相類似職務：_____
<input type="checkbox"/> 第5款	經公職人員進用之機要人員	機要人員之服務機關：_____ 職稱：_____
<input type="checkbox"/> 第6款	各級民意代表之助理	助理之服務機關：_____ 職稱：_____

填表人簽名或蓋章：

（填表人屬營利事業、非營利之法人或非法人團體者，請一併由該「事業法人團體」及「負責人」蓋章）

備註：

填表日期： 年 月 日

此致機關：

**※填表說明：**

1. 請先填寫表1，選擇補助或交易對象係公職人員或關係人。
2. 補助或交易對象係公職人員者，無須填表2；補助或交易對象為公職人員之關係人者，則須填寫表2。
3. 表2請填寫公職人員及關係人之基本資料，並選擇填寫關係人與公職人員間屬第3條第1項各款之關係。
4. 有其他記載事項請填於備註。
5. 請填寫參與交易或補助案件名稱，填表人即公職人員或關係人請於簽名欄位簽名或蓋章，並填寫填表日期。

**※相關法條：**

公職人員利益衝突迴避法

第2條

本法所稱公職人員，其範圍如下：

- 一、總統、副總統。
  - 二、各級政府機關（構）、公營事業總、分支機構之首長、副首長、幕僚長、副幕僚長與該等職務之人。
  - 三、政務人員。
  - 四、各級公立學校、軍警院校、矯正學校校長、副校長；其設有附屬機構者，該機構之首長、副首長。
  - 五、各級民意機關之民意代表。
  - 六、代表政府或公股出任其出資、捐助之私法人之董事、監察人與該等職務之人。
  - 七、公法人之董事、監察人、首長、執行長與該等職務之人。
  - 八、政府捐助之財團法人之董事長、執行長、秘書長與該等職務之人。
  - 九、法官、檢察官、戰時軍法官、行政執行官、司法事務官及檢察事務官。
  - 十、各級軍事機關（構）及部隊上校編階以上之主官、副主官。
  - 十一、其他各級政府機關（構）、公營事業機構、各級公立學校、軍警院校、矯正學校及附屬機構辦理工務、建築管理、城鄉計畫、政風、會計、審計、採購業務之主管人員。
  - 十二、其他職務性質特殊，經行政院會同主管府、院核定適用本法之人員。
- 依法代理執行前項公職人員職務之人員，於執行該職務期間亦屬本法之公職人員。

第3條

本法所定公職人員之關係人，其範圍如下：

- 一、公職人員之配偶或共同生活之家屬。
  - 二、公職人員之二親等以內親屬。
  - 三、公職人員或其配偶信託財產之受託人。但依法辦理強制信託時，不在此限。
  - 四、公職人員、第一款與第二款所列人員擔任負責人、董事、獨立董事、監察人、經理人或相類似職務之營利事業、非營利之法人及非法人團體。但屬政府或公股指派、遴聘代表或由政府聘任者，不包括之。
  - 五、經公職人員進用之機要人員。
  - 六、各級民意代表之助理。
- 前項第六款所稱之助理指各級民意代表之公費助理、其加入助理工會之助理及其他受其指揮監督之助理。

第14條

公職人員或其關係人，不得與公職人員服務或受其監督之機關團體為補助、買賣、租賃、承攬或其他具有對價之交易行為。但有下列情形之一者，不在此限：

- 一、依政府採購法以公告程序或同法第一百零五條辦理之採購。
- 二、依法令規定經由公平競爭方式，以公告程序辦理之採購、標售、標租或招標設定用益物權。
- 三、基於法定身分依法令規定申請之補助；或對公職人員之關係人依法令規定以公開公平方式辦理之補助，或禁止其補助反不利於公共利益且經補助法令主管機關核定同意之補助。
- 四、交易標的為公職人員服務或受其監督之機關團體所提供，並以公定價格交易。
- 五、公營事業機構執行國家建設、公共政策或為公益用途申請承租、承購、委託經營、改良利用國有非公用不動產。
- 六、一定金額以下之補助及交易。

公職人員或其關係人與公職人員服務之機關團體或受其監督之機關團體為前項但書第一款至第三款補助或交易行為前，應主動於申請或投標文件內據實表明其身分關係；於補助或交易行為成立後，該機關團體應連同其身分關係主動公開之。但屬前項但書第三款基於法定身分依法令規定申請之補助者，不在此限。

前項公開應利用電信網路或其他方式供公眾線上查詢。

第一項但書第六款之一定金額，由行政院會同監察院定之。

第18條

違反第十四條第一項規定者，依下列規定處罰：

- 一、交易或補助金額未達新臺幣十萬元者，處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰。
  - 二、交易或補助金額新臺幣十萬元以上未達一百萬元者，處新臺幣六萬元以上五十萬元以下罰鍰。
  - 三、交易或補助金額新臺幣一百萬元以上未達一千萬元者，處新臺幣六十萬元以上五百萬元以下罰鍰。
  - 四、交易或補助金額新臺幣一千萬元以上者，處新臺幣六百萬元以上該交易金額以下罰鍰。
- 前項交易金額依契約所明定或可得確定之價格定之。但結算後之金額高於該價格者，依結算金額。
- 違反第十四條第二項規定者，處新臺幣五萬元以上五十萬元以下罰鍰，並得按次處罰。

## 「疑似或社區精神病人照護優化計畫」服務同意書

\_\_\_\_\_（以下稱本單位）為推動衛生福利部「疑似或社區精神病人照護優化計畫」，向受服務者\_\_\_\_\_（以下稱當事人）說明服務內容與個資蒐集事項，雙方共同遵循以下事項：

一、服務內容：本計畫旨在提供當事人適切之精神醫療服務，並加強社區照護與轉介，包含：精神醫療就醫評估、協助規律就醫、社區外展照護及後續追蹤服務。

二、同意聲明：

### （一）個人資料蒐集及保管

1. 本單位依據中華民國「個人資料保護法」與相關法令法規之規範下，將謹慎蒐集、處理及利用當事人之個人資料。
2. 請提供當事人正確及完整之個人資料。
3. 若有任何異動，請主動向本單位申請更正，以確保當事人權益。
4. 當事人可依中華民國「個人資料保護法」，就其個人資料行使以下權利：(1)請求查詢或閱覽。(2)製給複製本。(3)請求補充或更正。(4)請求停止蒐集、處理及利用。(5)請求刪除。

### （二）蒐集個人資料應告知事項

1. 蒐集單位及利用對象：本計畫之相關主管機關、執行單位、受補助單位及依法具監督管理權責之機關。
2. 蒐集之目的：本單位蒐集個人資料之目的在於推動社區精神醫療照護服務，提供當事人相關資源及支持服務，以保障個人就醫權益。
3. 蒐集之個人資料類別：包括姓名、出生日期、身分證字號、聯絡方式、地址、教育程度、婚姻狀況、主述問題等資料，詳如轉介單內容。
4. 個人資料利用之期間、地區及方式：

- (1)期間：本計畫執行服務期間及本計畫規定應保存之期限。
- (2)地區：中華民國臺灣地區（含澎金馬地區）。
- (3)方式：包含書面、電子文件、電話訪談、簡訊或通訊軟體聯繫；並透過個案管理、轉介評估、跨網絡單位協調及行政作業等方式，於前述利用對象與蒐集目的範圍內進行處理及利用。

我已閱讀並且接受上述同意書內容（請務必完成勾選）

當您勾選「我同意」並簽署本同意書時，表示您已閱讀、瞭解並同意接受本同意書之所有內容。若您未滿十八歲，應由其法定代理人閱讀、瞭解並同意本同意書之所有內容。

立同意書人（當事人）簽名或蓋章： （請親簽）

法定代理人（主要照顧者或具特別密切關係之人）簽名或蓋章： （請親簽）

關係：

日 期： 年 月 日

## 衛生福利部履行個人資料保護法第八條告知義務內容

- 一、由於個人資料之蒐集，涉及臺端的隱私權益，衛生福利部（以下稱本部）向臺端蒐集個人資料時，依據《個人資料保護法》（以下稱個資法）第八條第一項規定，應明確告知臺端下列事項：（一）公務機關名稱（二）蒐集之目的（三）個人資料之類別（四）個人資料利用之期間、地區、對象及方式（五）當事人依個資法第三條規定得行使之權利及方式（六）當事人得自由選擇是否提供個人資料，不提供將對其權益之影響。
- 二、有關本部蒐集臺端個人資料之目的、個人資料類別及個人資料利用之期間、地區、對象及方式等內容，請臺端詳閱「六、附表」。
- 三、依據個資法第三條規定，臺端就本部保有臺端之個人資料得行使下列權利：
  - （一）除有個資法第十條所規定之例外情形外，得向本部查詢、請求閱覽或請求製給複製本，惟本部依個資法第十四條規定得酌收必要成本费用。
  - （二）得向本部請求補充或更正，惟依個資法施行細則第十九條規定，臺端應為適當釋明其原因及事實。
  - （三）本部如有違反個資法規定蒐集、處理或利用臺端之個人資料，依個資法第十一條第四項規定，臺端得向本部請求停止蒐集。
  - （四）依個資法第十一條第二項規定，個人資料正確性有爭議者，得向本部請求停止處理或利用臺端之個人資料。惟依該項但書規定，本部因執行業務所必須並註明其爭議或經 臺端書面同意者，不在此限。
  - （五）依個資法第十一條第三項規定，個人資料蒐集之特定目的消失或期限屆滿時，得向本部請求刪除、停止處理或利用 臺端之個人資料。惟該項但書規定，本部因執行業務所必須或經臺端書面同意者，不在此限。
- 四、臺端如欲行使上述個資法第三條規定之各項權利，有關如何行使之方式，得向本部與臺端接洽之負責同仁詢問。
- 五、臺端得自由選擇是否提供相關個人資料及類別，惟臺端所拒絕提供之個人資料及類別，如果是辦理業務審核或作業所需之資料，本部可能無法進行必要之業務審核或作業而無法提供臺端相關服務或無法提供較佳之服務，敬請見諒。

六、附表

業務類別	<p>第三方資訊作業管理 辦公大樓進出管制作業</p>
業務特定目的及代號	<p>069契約、類似契約或其他法律關係事務 107採購與供應管理 116場所進出安全管理</p>
蒐集之個人資料類別	<p>姓名、出生年月日、身分證統一編號、國籍、學/經歷、職業及聯絡方式。(請依實際狀況增修)</p>
個人資料利用之期間	<p>一、特定目的存續期間。 二、依相關法令規定或因本部執行業務所必須之保存期間或依個別契約就資料所定之保存年限。(以期限最長者為準)</p>
個人資料利用之地區	<p>「個人資料利用之對象」欄位所列之利用對象其國內及國外所在地。</p>
個人資料利用之對象	<p>一、本部(含受本部委託處理事務之委外機構)。 二、其他業務相關之機構(如：會計師、驗證單位等外部查核機構等)。 三、依法令規定利用或有調查權機關或監理機關。</p>
個人資料利用之方式	<p>符合個人資料保護相關法令以自動化機器或其他非自動化之利用方式。</p>