

衛生福利部 112-113 年度 15-30 歲年輕族群心理健康支持方案

核定日期：112 年 6 月 20 日

壹、背景說明

我國兒童權利公約第二次國家報告國際審查結論性意見提及，青少年族群面臨學業壓力、霸凌及不當對待等導致心理不健康之結構性議題，可能造成自殺率的上升以及心理的健康問題，建議發展是類族群心理健康促進之實務，以因應其心理健康問題。又依我國歷年自殺死亡人數統計，我國 15-30 歲自殺死亡率自 103 年起逐年上升，且此年齡層以學生及職場新鮮人為主；研究顯示，自殺原因涉及多重因素，疾病、家庭、教育、社會福利、就業及經濟等因素及其交叉影響，都可能造成其自殺率的上升。為促進年輕族群心理健康，協助其調適心理壓力與負面情緒，提供其需求之心理支持服務，爰辦理本方案。

貳、方案期程

自 112 年 8 月 1 日起至 113 年 7 月 31 日止。

參、方案經費

- 一、各縣市之經費分配，參酌各直轄市、縣（市）高中以上學生數及心理衛生服務人力進行分配，惟方案執行期間，本部得視各縣市實際執行狀況，逕於預算總額度內調整分配；經費若提前用罄，本部將另行公告方案結束日期。
- 二、本方案經費為補貼 15-30 歲年輕族群之自費心理諮商費用，並委由各直轄市、縣（市）代審代付，無需納入各直轄市、縣（市）地方預算。

肆、執行單位

- 一、心理諮商服務提供機構（下稱服務機構）：
設有精神科之醫療機構、心理治療所及心理諮商所，經向所在地心理諮商補助費用代審代付單位登記參與本方案，並經本部公布者。

二、心理諮商補助費用代審代付單位：

各直轄市、縣（市）衛生主管機關（下稱衛生局）。

伍、補助對象及項目

一、補助對象及資格限制：15-30 歲年輕族群。

二、補助項目、額度及標準：

- 1.限補助「心理諮商費用」，每次最高以 1,600 元為限，且每次心理諮商時間需至少 40 分鐘以上。
- 2.每人補助以 3 次為限。
- 3.本方案補助項目僅限「心理諮商費用」，不含服務機構之掛號費或其他費用，且補助當次機構不得再向個案收取額外之心理諮商費用。
- 4.服務機構已向本方案申請補助之金額，不得重複向補助對象收取，或向其他方案、經費申請補助或報支，反之亦然。
- 5.心理諮商頻率以每週一次為原則，若有短期密集心理諮商需求，需由服務機構提報心理諮商計畫，經衛生局同意始得執行。

陸、補助對象應配合事項及規範：

- 一、本方案提供之心理諮商服務，需先至本部網站查詢本方案服務機構名單後，逕洽服務機構預約。
- 二、對於已向服務機構預約之心理諮商服務，如連續 2 次無故未依約接受心理諮商，於第 2 次缺席日起 90 日內，暫停補助資格。
- 三、應於接受心理諮商服務前簽署切結書（如附件 2），另需配合出示有效身分證明文件以利服務機構確認符合補助資格。
- 四、若以通訊方式進行心理諮商，需配合出示個人證件，供服務機構拍照留存，做為申請經費之依據。

柒、服務機構應配合事項及規範

一、服務機構提供心理諮商服務應符合下列原則：

1. 本方案限由精神科醫師或心理師執行，且應於執行前向補助對象介紹本方案內容，並請其簽署切結書後，依其參與本方案意願申請經費補助。完成簽署之切結書交由補助對象收執，並由服務機構掃描或拍照留存。
2. 執行心理諮商人員，應對補助對象之求助問題及其心理健康疾病識能進行評估，擬具心理諮商計畫，必要時應提供適切之醫療處置或轉介。
3. 應依醫療法、心理師法或相關法規，對於提供之心理諮商服務製作紀錄並妥為保存。
4. 倘個案使用此方案補助之 3 次服務後，仍有心理諮商服務需求，機構可協助轉介至各縣市社區心理衛生中心或採自費方式尋求心理諮商服務。
5. 若執行通訊心理諮商，除應符合上開各項原則外，應另依下列規定辦理：
 - (1) 提供通訊心理諮商服務之機構應符合以下條件之一：
 - a. 依據「心理師執行通訊心理諮商業務核准作業參考原則」，擬具通訊心理諮商業務實施計畫，並經衛生局核准者。
 - b. 依據本部 110 年 5 月 17 日衛部醫字第 1101663441 號函及 110 年 7 月 23 日衛部醫字第 1101665108 號函示，經衛生局指定辦理通訊診察治療之醫療機構，或依「通訊診察治療辦法」申請並經直轄市、縣(市)主管機關核准者。
 - (2) 除請補助對象簽署本方案之切結書外，應另訂定詳盡之通訊心理諮商知情同意書，並向補助對象詳細說明所有通訊心理諮商之風險和益處。若疫情及補助對象情況許可，仍應優先採面對面心理諮商方式提供服務。
 - (3) 於進行通訊心理諮商前，請補助對象出示個人證件，並告知會拍照留存。

二、其他應配合事項：

- 1.服務機構於提供最後一次心理諮商服務結束時或結案前應邀請匿名填答本方案滿意度調查表（如附件3）。
- 2.為評估本方案成效及確保個案醫療權益，服務機構於提供本方案之第一次心理諮商服務前及最後一次心理諮商服務結束時或結案前，應對補助對象以BSRS-5及WHO-5量表進行前後測（如附件4），如補助對象經BSRS-5施測前五題總分大於15分或其附加題分數大於2分以上者，應協助轉介至合作醫療機構。
- 3.本部及衛生局基於業務職掌及為審核本方案執行情形需要，得進行實地查核，並抽查本方案之受補助名冊與相關紀錄，服務機構應予配合。

捌、衛生局配合事項

- 一、依本方案實際發生之補助費用，每2個月審核後撥付服務機構相關款項。
- 二、設置民眾及服務機構洽詢本方案之單一服務窗口，強化本方案之便民服務。
- 三、如補助對象經查有重複接受相同補助之情事，協助服務機構向受補助對象追繳重複申請補助之款項。
- 四、為簡化行政流程，本方案將分年一次撥付當年度分配金額，惟請各衛生局妥善規劃轄內經費分配。
- 五、請妥為留存執行本方案之切結書、服務清單及明細，如採通訊心理諮商，則另須留存身分證明截圖畫面電子檔，俾供後續查驗。

玖、經費請領及核銷方式

- 一、服務機構向衛生局申請經費撥付及核銷方式：

服務機構自本方案核定日起每2個月就以下資料造冊後，送所在地衛生局，經衛生局審查通過後，始由該局撥付當期經費，資料如下：

- 1.「15-30歲年輕族群心理健康支持方案心理諮商服務清單」（如附表1）。

2. 「15-30 歲年輕族群心理健康支持方案心理諮商服務明細」(如附表 2)。

3. 個案簽署之切結書影本/電子掃描檔及各次出示證件之視訊畫面/截圖。

二、衛生局向本部申請經費撥付及辦理核銷方式如下：

1. 撥款：本方案核定後，由本部分年通知各衛生局函送領據到部，撥付當年度分配經費。

2. 核銷：分年度辦理核銷

(1)112 年：由衛生局於 113 年 1 月 5 日前，函送期中執行成果(截至 112 年 12 月 31 日)一式 3 份、收支明細表正本 2 份至部辦理核銷，如有賸餘款，應一併繳還本部。

(2)113 年：由衛生局於 113 年 8 月 31 日前，函送期末執行成果一式 3 份及收支明細表正本 2 份至部辦理核銷，如有賸餘款，應一併繳還本部。

衛生福利部 112-113 年度 15-30 歲年輕族群心理健康支持方案切結書

本人 _____ 在經過服務機構說明後，瞭解心理諮商服務之內容、風險、益處、相關權益及規範。願意遵守衛生福利部 112-113 年度 15-30 歲年輕族群心理健康支持方案之下列規定：

- (1) 同意參與衛生福利部 112-113 年度 15-30 歲年輕族群心理健康支持方案，接受心理諮商服務。
- (2) 若接受通訊心理諮商服務，應於接受通訊心理諮商前，於鏡頭出示身分證明文件及同意機構拍照保存該畫面，以利佐證受補助條件。
- (3) 同意僅使用本方案之補助服務至多 3 次，且如先前已有至其他服務機構接受本案補助之情事，應據實告知。如有虛偽不實，願負一切法律責任，並自負第 4 次起之服務費用，主動向服務機構繳回溢領補助費用，每次新臺幣壹仟陸佰元整。
- (4) 對於已排定或已預約之心理諮商，如連續 2 次無故未依約接受心理諮商，機構得拒絕提供其服務。

_____（服務機構）及 _____（地方衛生主管機關）針對上開本人各項資料，應妥為保管，以供日後相關單位查核服務執行狀況。

立書人： _____ 地 址： _____

立書人身分證字號： _____ 電 話： _____

服務機構： _____ 說 明 人 員： _____

若需變更預約心理諮商時間，請撥打 _____（服務機構聯繫電話）。

衛生福利部 關心您！

※切結書之記載如有虛偽不實，填寫人將觸犯刑法 210 條之偽造文書罪，並依法應負損害賠償責任。

**衛生福利部 112-113 年度
15-30 歲年輕族群心理健康支持方案滿意度調查表**

【本調查表採電子表單形式填報】

一、基本資料：

- 1.性別： 男 女
- 2.年齡： 15-20 歲 21-25 歲 26-30 歲
- 3.職業： 無 學生 全職工作者 非學生之兼職工作者
- 4.如何得知本方案（可複選）：網路 學校 其他_____
- 5.心理諮商進行方式（可複選）：面對面方式 通訊方式
- 6.縣市別：_____
- 7.心理諮商機構：_____

二、請您依使用本方案心理諮商服務經驗填答下列問題：

	非 常 不 同 意 (1)	不 同 意 (2)	普 通 (3)	同 意 (4)	非 常 同 意 (5)
1.我覺得心理諮商對我是有幫助的	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.我對機構的心理諮商服務流程感到滿意	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.整體而言，我對於衛生福利部提供此方案感到滿意	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

三、其他建議事項：

簡式健康量表 (BSRS-5)

下列所舉的問題是為協助您瞭解您的身心適應狀況，請您仔細回想在最近一星期中(包括今天)，這些問題使您感到困擾或苦惱的程度，然後勾選一個您認為最能代表您感覺的答案。

	非常厲害	厲害	中等程度	輕微	完全沒有
一、睡眠困難, 譬如難以入睡、易醒或早醒	4	3	2	1	0
二、感覺緊張不安	4	3	2	1	0
三、覺得容易苦惱或動怒	4	3	2	1	0
四、感覺憂鬱、心情低落	4	3	2	1	0
五、覺得比不上別人	4	3	2	1	0
◇ 附加題、有自殺的想法	4	3	2	1	0

說明：前五題總分大於 15 分或附加題分數大於 2 分以上者，服務機構應協助轉介至合作醫療機構尋求精神醫療專業諮詢。

幸福指標量表 (WHO-5)

請針對以下五個句子，選出在過去兩週中最接近您的感受。請注意數字越高代表愈幸福。例如：如果在過去兩週內，有一半以上的時間，您感到愉悅且很有精神，請在右上角數字 3 的格子中打勾。

	在過去的兩週內	全部的時間	大部分的時間	一半以上的時間	少於一半的時間	有時候	從來沒有
1	我感到情緒開朗且精神不錯。	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
2	我感到心情平靜和放鬆。	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3	我感到有活力且精力充沛。	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4	我醒來感到神清氣爽並有充分休息。	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5	我的日常生活中充滿讓我感興趣的事物。	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
總分							

衛生福利部 112-113 年度 15-30 歲年輕族群心理健康支持方案心理諮商服務清單

機構名稱：

醫事機構代碼(10 碼)：

機構類別：醫療機構 心理治療所 心理諮商所

匯款帳號：

時間： 年 月

金融機構（含分行）：

單位：新臺幣元

序 號	姓 名	身分證 字號	個案生日 (yyyy/mm/dd)	個案居 住縣市	使用方案 諮商次數	服務日期 (yyyy/mm/dd)	執行方式(面 對面/視訊)	BSRS 分數 註 1	WHO- 5 分數	轉介機 構 註 2 (機構名 稱或無)	醫事人員別(醫師、臨床 心理師、諮商心理師)	心理諮商服 務人員姓名
1												
2												
3												
總計												
製表人/製表日期：									負責人：			

註 1：BSRS-5 施測為第一次心理諮商前及該機構最後一次諮商結束前。

註 2：BSRS-5 施測前五題總分大於 15 分或其附加題分數大於 2 分以上者，應協助轉介至合作醫療機構，並填報轉介機構名稱。如無需轉介請填無。

負責人章

印信或關防

**衛生福利部 112-113 年度
15-30 歲年輕族群心理健康支持方案心理諮商服務明細**

姓名：

身分證字號：

提供心理諮商服務機構名稱：

切結書檔案名稱：

服務 次數	日期 年/月/日	心理諮商服務 提供人員姓名	面對面方式執行	通訊方式執行	
			簽名	是/否	檔案名稱
1					
2					
3					

衛生福利部 112-113 年度 15-30 歲年輕族群心理健康支持方案
衛生局期中(末)執行成果統計

附表 3

縣市/衛生局：

年度/月份： 年 月至 月

序 號	姓 名	身 分 證 字 號	個案生日 (yyyy/mm/dd)	個案 居住 地	使用方案 諮商次數	服務日期 (yyyy/mm/dd)	執行方式 (面對面/視 訊)	BSRS 分數 註 1	WHO- 5 分數	轉介機 構 註 2 (機構名 稱或無)	機 構 名 稱	醫事人員別(醫師、臨 床心理師、諮商心理 師)	心理諮商服 務人員姓名
1													
2													
3													

承辦人

權責主管

註 1：BSRS-5 施測為第一次心理諮商前及該機構最後一次諮商結束前。

註 2：BSRS-5 施測前五題總分大於 15 分或其附加題分數大於 2 分以上者，應協助轉介至合作醫療機構，並填報轉介機構名稱。如無需轉介請填無

衛生福利部 112-113 年度 15-30 歲年輕族群心理健康支持方案收支明細表

受補助單位：○○○○○

<div style="font-size: 4em; transform: rotate(-45deg); opacity: 0.3;">/</div>		第一次核撥日期 ----年----月----日 核撥金額 \$ 元	第二次核撥日期 ----年----月----日 核撥金額 \$ 元	
		第一次結報日期 ----年----月----日 結報金額 \$ 元	第二次結報日期 ----年----月----日 結報金額 \$ 元	
	項目	核定金額		
	補助款			
小計				
餘(絀)數				
備註	利息收入：\$0 元、其他衍生收入：\$0 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

(簽約代表人)