108年度「整合型心理健康工作計畫」工作項目及衡量指標說明

衛生福利部心理及口腔健康司

107年7月3日

大綱

- 108年度「整合型心理健康工作計畫」工作項目介紹
- 108年度「整合型心理健康工作計畫」衡量指標介紹
- Q&A

※註：紅字內容為108年度新增或修正之內容

工作項目

108年度「整合型心理健康工作計畫」工作項目

衛生福利部
Ministry of Health and Welfare

- 整合及加強心理健康基礎建設
- 自殺防治及災難心理衛生服務
- 落實精神疾病防治與照護服務
- 強化成癮防治服務
- 具有特色或創新服務

※重點工作項目：每一項工作均須規劃辦理。

整合及加強心理健康基礎建設(1/3)

衛生福利部
Ministry of Health and Welfare

- **建立跨局處、跨公私部門之協商機制**
  - 建立社區資源網絡聯絡，並定期更新及公布相關資料於網站，提供民眾查詢。
  - 成立直轄市、縣(市)政府層級跨局處(含衛政、社政、勞政、警政、消防與教育等機關)、跨公私部門之推動小組或委員會，負責心理健康促進、精神疾病防治、成癮防治、及特殊族群處遇等相關政策、策略及措施之規劃、審議、推動及執行情形之督導、協調等事項，每季召開1次會議，且至少2次由地方政府主秘層(秘書長)級以上長官主持。
  - 結合衛政、社政、勞政服務平台，推動各項教育宣導工作，包含運用文宣、媒體及網路等管道宣導，媒體露出報導每年度至少有1則。

整合及加強心理健康基礎建設(2/3)

- **設立專責單位**
  - 各直轄市、縣（市）政府應依據精神衛生法規定，設置心理健康業務推動之專責單位。
- **置有專責行政人力**
  - 各直轄市、縣（市）政府應提高對心理健康議題之重視程度，編置充足的心理健康人力，並提供誘因(如：改善工作環境、待遇調升、增加福利等)，以加強投入心理健康領域及留任意願。
  - 提供心理健康行政人員在職教育訓練機會，強化專業知能及跨局處協調能力。

整合及加強心理健康基礎建設(3/3)

- **編足配合款**
  - 依據「衛生福利部及所屬機關補助地方政府推動醫療保健及衛生福利資訊工作處理原則」（如附件1）相關規定辦理，補助比率將依縣（市）政府財力分級級次，給予不同比率補助(如附件2)，地方政府應相對編足本計畫之配合款。

自殺防治及災難心理衛生服務(1/5)

衛生福利部
Ministry of Health and Welfare

- **強化自殺防治服務方案，根據106年自殺死亡及通報統計結果，辦理包括：**
  1. 設定108年度目標族群及防治措施。
  2. 辦理自殺防治守門人訓練活動，其中結合民政機關，針對所轄村(里)長及村(里)幹事，訓練成果應達縣市村(里)長及村(里)幹事**90%**以上。
  3. 加強辦理老人自殺防治，宜主動將曾通報自殺企圖之65歲以上獨居、社會支持薄弱或久病不癒之老人，列為自殺風險個案，評估後收案並定期追蹤訪視。

自殺防治及災難心理衛生服務(2/5)

衛生福利部
Ministry of Health and Welfare

4. 針對65歲以上老人再自殺個案，延長關懷訪視服務時程及增加訪視頻率(每個月至少2次，採面訪方式至少50%以上)，期透過密集且延長關懷時程，以降低個案再自殺風險。
5. 將辦理住院病人自殺防治工作及各類醫事人員自殺防治守門人教育訓練列入醫院督導考核項目(重點防治族群由各醫院自訂，惟至少應包含老年族群)。
6. 分析所轄自殺通報或死亡統計結果，擇定縣市自殺方式（木炭、農藥、安眠藥、墜樓、....）及高自殺死亡率年齡層之防治重點，擬訂並執行至少各1項自殺防治具體措施及並執行。

自殺防治及災難心理衛生服務(3/5)

衛生福利部
Ministry of Health and Welfare

7.持續依據本部頒定之**自殺相關處理流程及注意事項**，落實自殺危機個案通報、轉介、醫療及後續關懷服務等處理流程，與跨機關（構）網絡密切合作，若有自殺個案涉及特殊情況(例如:涉及兒童及少年保護案件、家庭暴力事件等)，則依相關法規規定向直轄市、縣(市)主管機關進行責任通報；若自殺個案家中有6歲以下幼兒，或有精神照護、保護案件、高風險家庭、替代治療註記個案者，請落實評估個案再自殺風險及心理需求，以及主要照護者之自殺風險，妥為擬訂自殺關懷處遇計畫，積極結合相關人員提供共同關懷訪視服務或轉介相關服務資源，適時增加訪視次數、面訪比率並延長關懷時程等措施，以減少憾事發生。

自殺防治及災難心理衛生服務(4/5)

衛生福利部
Ministry of Health and Welfare

8. **加強個案管理：除依本部頒定之自殺相關處理流程及注意事項」落實訪視外，針對3次以上訪視未遇、再次被通報、個案合併有多重問題、屆期及逾期未訪等個案提報督導會議討論，若個案不居住該縣市或有其他問題，應積極轉介居住縣市衛生局。**
9. 針對殺子後自殺或集體自殺(3人以上)等案件，需提交速報單(附件3)，並於1個月內辦理個案討論會及研提具體改進措施，必要時本部得隨時請各縣市提報。
10. 持續提供**自殺企圖者**及自殺死亡者家屬關懷服務。
11. 與本部安心專線承辦機構合作，受理其轉介個案，提供追蹤關懷訪視、心理健康資源及精神醫療等協助，有關安心專線個案轉介流程如附件4。
12. 持續進行各族群及各年齡層之自殺防治宣導，並配合9月10日自殺防治日，辦理自殺防治宣導活動或記者會。

自殺防治及災難心理衛生服務(5/5)

- **加強災難心理衛生服務**
  - 於每年汛期 (4月30日) 前，更新年度「災難心理衛生緊急動員計畫」(包含重大公共安全危機事件之應變機制)，內容包括災情收集、指揮體系、通訊錄、集合方式、任務分配、作業流程、注意事項及回報流程，並辦理相關人員教育訓練及至少1場演練。
  - 建立及更新所轄公部門及社會資源災難心理衛生服務人員名冊及聯繫資訊（如附件5）。
  - 於災難發生時，應評估啟動「災難心理衛生緊急動員計畫」，並定期提報服務成果。

落實精神疾病防治與照護服務(1/17)

衛生福利部
Ministry of Health and Welfare

- **強化精神疾病防治網絡及持續辦理精神衛生法各項法定業務**
  1. 依「醫院設立或擴充許可辦法」規定清查轄區精神病床開放情形，並配合發展精神疾病社區化照護政策，積極檢討社區精神復健及精神護理之家資源分布情形，加強機構新設立及擴充之規模審查，提報各類精神照護機構之資源報表，如附件6。

落實精神疾病防治與照護服務(2/17)

2.強化行政及專業人員服務品質：

1) 衛生局心理健康行政人員、公共衛生護士及關懷訪視員(以下稱為關訪員)需接受與執行本計畫業務有關之相關教育訓練課程。**有關訓練內容，詳如「整合型心理健康工作計畫人員專業訓練課程基準」(如計劃書附件7)**。
2) 規劃辦理轄區內精神醫療專業人員及其他人員（如：專任管理人員、個案管理員、照顧服務員、志工）教育訓練（涵蓋合併多重問題之精神病人評估，及相關資源轉介)及提報考核。
3) 規劃非精神科醫師 (如家醫科或內科開業醫師)，辦理精神病人照護相關知能，提升對精神疾病個案之敏感度；以強化精神醫療與一般醫療照護之轉介服務及合作，以期早期發現及早期治療之療效。

落實精神疾病防治與照護服務(3/17)

3. 建立病人分級照護制度：

1) 依據「精神疾病患者社區家訪要點」**進行個案分流及分級照護**，加強強制住院、一般精神病人出院追蹤及定期訪視社區個案，**個案經評估收案後**3個月內應列為1級照護，之後依序降級，每季及需要時邀請專家督導召開照護個案之分級會議，並規劃分級會議討論之重點，且依據會議結果追蹤後續執行情形，以落實分級照護。

2) **若精神病人為合併保護性議題(兒少保護、家庭暴力、性侵害事件 (含在案中及曾經在案))個案，經評估後應由社會安全網之心理衛生社工評估暴力風險、家庭功能、個案及其家庭之需求，進行追蹤訪視，適時提供家屬緊急處置、求助管道及相關資源連結與轉介，且積極聯繫處遇人員，瞭解暴力案件處理情形。**

落實精神疾病防治與照護服務(4/17)

4. 落實監測精神照護服務品質：

1) 依**各類**精神照護機構設置標準（精神醫療機構、精神復健機構及精神護理之家）加強查核，及規劃辦理年度督導考核，考核項目應納入本部「移列地方衛生主管機關督導考核精神照護機構參考項目」，並依相關法規及轄區特性，訂定督導考核項目。

2) 協助轄內精神照護機構接受評鑑及不定期追蹤輔導，並輔導複評及不合格機構提升照護品質。

3) 為確保精神照護機構品質及病人/學員/住民之安全，衛生局除每年督導考核外，針對民眾陳情、投訴事件及重大違規事件或公共安全事件等，針對案件類型、急迫性等進行不預警抽查作業，抽查作業範例如附件8。

落實精神疾病防治與照護服務(5/17)

衛生福利部
Ministry of Health and Welfare

- **落實社區精神病人追蹤關懷、轉介及轉銜服務**

1. 建立社區精神病人關懷訪視流程及個案就醫、就學、就業、就養轉介作業程序：指定單一窗口，負責精神病人個案管理及資源轉介。
2. 掌握精神病人動態資料(特別是轄區中主要照顧者65歲以上，家中有2位以上精神病人、獨居、無病識感、不規則就醫、**合併保護性議題**、多次訪視未遇或失蹤等個案)，視其需要提供及轉介相關服務資源；另個案資料如有變動，應即更新「精神照護資訊管理系統」資料庫資料，並訂定個案跨區轉介處理流程。

落實精神疾病防治與照護服務(6/17)

衛生福利部
Ministry of Health and Welfare

3. 加強辦理精神病人出院準備計畫，列入醫院督導考核項目，**醫院需於病人出院後兩週內上傳出院準備計畫**，並由公共衛生護士或社區關懷訪視員於計畫上傳後兩週內訪視評估，經收案後於社區提供後續追蹤照護。
4. 加強個案管理及分級：除依「精神疾病患者社區家訪要點」落實訪視外，個案降級前需實際面訪本人，評估當下病情及生活功能狀況，始得調降級數。另個案原則皆應由戶籍地收案追蹤，惟如個案經查證已長期居住於其他縣市，應將個案轉介至其居住縣市之衛生局。

落實精神疾病防治與照護服務(7/17)

衛生福利部
Ministry of Health and Welfare

5. 強化社區精神病人之管理及追蹤關懷：

1) 應考核醫療機構對嚴重病人及強制住院出院病人通報衛生局辦理情形。

2) 針對新領身心障礙證明之精障者，應評估是否予以收案，並加強與社政單位之橫向聯繫，以提供個案所需之服務與資源。

3) 對於轄區病情不穩但未達強制住院要件個案，或急診個案經評估後出院或轉院者，應建立後續追蹤機制，並與辦理「醫療機構精神疾病病人社區照護品質提升計畫」機構合作。

4) 針對轄區a. 連續3次以上訪視未遇、b. 失聯、c. 失蹤個案d. 最近1年僅電話訪視，且無法聯絡本人者)，需訂定追蹤機制及處理流程，並定期檢討修正。

落實精神疾病防治與照護服務(8/17)

5) 針對媒體報導之精神病人**或疑似精神病人有自傷、傷人、被傷害或其他意外事件**，需主動於事件發生次日起3個工作日內提報速報單（如附件9），並於2星期內辦理個案討論會及提具改進措施。於期中報告及期末報告時彙整表列統計媒體報導情形，統計速報單後續處置情形（如附件10），並應與媒體宣導本部「報導精神疾病六要與四不要原則」，以避免侵害個案之隱私及其權益。

落實精神疾病防治與照護服務(9/17)

6) 辦理個案管理會議及相關人員訓練：

① 每月定期召開公衛護士、精神疾病及自殺通報個案關懷訪視員及專家督導之個案管理會議，並鼓勵所轄前開人員參與會議，且訂出每月固定開會時間及會議討論重點項目(應包括：a.轄區內3次以上訪視未遇個案之處置；b.家中主要照顧者65歲以上、2位以上精神病人之處置；c.屆期及逾期未訪視個案之處置；**d.精神疾病合併自殺議題個案、精神疾病合併保護性議題(兒少保護、家庭暴力、性侵害事件個案(含在案中及曾經在案))個案之處置**；e.拒絕接受服務之第1級與第2級個案)。

② 針對村里長、村里幹事，辦理社區精神病人辨識及處置技巧訓練，並提供相關資源以供連結、轉介。

落實精神疾病防治與照護服務(10/17)

衛生福利部
Ministry of Health and Welfare

6. **與本部補助辦理「醫療機構精神疾病病人社區照護品質提升計畫」之醫院形成「社區醫療照護暨追蹤網絡」，提供社區中高風險精神疾病病人照護，鼓勵轄區醫院共同合作，並列入年度醫院督導考核項目。**
7. 落實及訂定精神照護資訊管理系統帳號及訪視紀錄稽核機制，**並配合本部**定期清查帳號(至少半年一次)及稽核紀錄，以落實帳號安全管理及紀錄之完整及確實性。

落實精神疾病防治與照護服務(11/17)

衛生福利部
Ministry of Health and Welfare

8. 為加強跨機關(構)之社區精神病人轉介醫療及後續關懷服務等，請依據「縣(市)政府社區精神病人轉介單」，統計社政、勞政及教育機關(構)轉介件數、轉介目的、受理接案情形及後續處置。
9. 個案跨區轉介，若轉出單位遲未收案，應積極聯繫及處理，並訂定社區精神病人跨縣市資源合作機制。

落實精神疾病防治與照護服務(12/17)

- **強化精神病人護送就醫及強制治療服務**

1. 強化社區緊急精神醫療處理機制：
   1) 持續辦理轄區內24小時緊急精神醫療處置，並加強宣導民眾知悉精神病人及疑似精神病人之護送醫服務措施。
   2) 持續辦理及定期檢討修正精神病人或疑似病人送醫處理機制及流程，辦理「強化精神病人緊急送醫服務方案」或以其他服務措施取代，視需要檢討修正。
   3) 定期召開轄內警察、消防、衛生及社政機關送醫協調會議，研商精神病人緊急送醫相關協調事宜，並辦理社區危機個案送醫技巧、危機處置或協調後續安置之教育訓練（或演習）。
   4) 針對緊急護送就醫案件，輔導所轄醫院或公共衛生護士落實登錄至精神照護資訊管理系統護送就醫單，並分析個案送醫事由，檢討修正處理機制與流程。

落實精神疾病防治與照護服務(13/17)

2. 持續辦理精神疾病強制住院、強制社區治療等業務：

1) 督導指定精神醫療機構辦理嚴重病人緊急安置、強制住院及強制社區治療業務，並有輔導考核機制。。

2) 考核醫療機構協助病人司法救濟及申訴、陳情事宜，及加強輔導機構了解提審法之實施內涵並監測強制住院業務因應提審制度實施之變化狀況。

落實精神疾病防治與照護服務(14/17)

- **促進精神病人權益保障、充權及保護**
  1. 結合社會資源規劃多元及創新宣導行銷活動：連結民間心理健康相關之非營利組織、學協會、宗教或慈善團體，共同推動心理健康促進、精神疾病防治、精神病人反歧視及去汙名化之等工作，辦理精神病人去污名活動至少1場次。
  2. 加強精神病人與社區溝通及融合：積極輔導機構，鼓勵精神病友及家屬，參與社區活動與服務。
  3. 精神病人充權工作：邀請病人、病人家屬、或病人權益促進團體參與精神疾病防治諮議事宜。

落實精神疾病防治與照護服務(15/17)

衛生福利部
Ministry of Health and Welfare

4. 利用社區各類衛教宣導活動，強化民眾對精神疾病之認識及就醫意識。
5. **協助社會局(處)申請設籍轄內之龍發堂堂眾社會福利、救助身份及設籍之龍發堂堂眾安置，每半年定期併同期中及期末報告回報堂眾處置及福利身份之狀態(表格如附件11)。**

落實精神疾病防治與照護服務(16/17)

- **加強查核精神照護機構防火避難設施及緊急災害應變計畫：**

1. 落實查核精神照護機構之防火避難設施，以符合建築法、消防法相關法規之規定，並研議推動及落實強化精神復健機構及精神護理之家公共安全(具體策略及辦理情形自評表如附件12)。；另針對機構辦理災害防救演練之督導考核，並將其緊急災害應變情境模擬演練及測試(參考作業如附件13)，納為機構督導考核之必要查核項目，常態性檢討辦理；對於考核結果「不合格」之機構，協助督導其於當年度結束前完成缺失改善，以保障所收治精神病人之權益。

落實精神疾病防治與照護服務(17/17)

2. 輔導機構運用經濟部水利署防災資訊服務網(http://fhy.wra.gov.tw/)提供之淹水潛勢資料及國家災害防救科技中心「社福機構、護理之家自然災害風險檢查線上系統」(http://easy2do.ncdr.nat.gov.tw/welfare/survey)，進行檢視，以了解周遭環境災害風險並評估自身天然災害風險(含住民行動安全、防災設施設備、緊急應變與外部救援可及性等)，事先規劃災害應變相關事宜(含人員分工、聯絡及通報作業、物資整備等)，並落實訂修其緊急災害應變計畫(含提升防災整備能力之調適方案或策略)。

強化成癮防治服務(1/4)

衛生福利部
Ministry of Health and Welfare

- **加強酒癮及新興成癮問題－網癮（gaming disorder）防治議題之宣導，提升民眾對酒害與酒癮疾病、網癮行為問題之認識，及成癮個案就醫意識。**
  - 利用社區各類衛教宣導活動，向民眾強化成癮之疾病觀念，俾能適時協助個案就醫。
  - 鼓勵設有精神科之醫療機構，辦理成癮議題之衛教講座，或於院內張貼宣導海報等作為，加強民眾相關防治觀念。
  - 妥適運用本部委託國立台灣大學陳淑惠教授發展之自我篩檢版「網路使用習慣量表」，提升民眾自我網路使用習慣之覺察。
  - 與監理所合作，於道安講習課程中提供認識酒癮及戒治資源之相關課程。
  - 加強向社區民眾、醫療院所、社政、警政、地檢署、法院及教育等相關單位，宣導各項酒癮治療補助計畫。

強化成癮防治服務(2/4)

- **充實成癮防治資源與服務網絡**
  - 盤點並依所轄成癮問題之服務需求，充實轄內酒癮醫療及網癮問題輔導資源，並公布於相關資源網站供民眾查詢。
  - 與社政、警政、司法（地檢署及法院）、監理所等單位建立酒癮個案治療轉介機制，以提升酒癮個案就醫行為。
  - 對於轄內參與酒癮治療計畫之醫療機構，協助督導計畫之執行及提供所需行政聯繫，俾利計畫順利執行。

強化成癮防治服務(3/4)

- **提升酒癮治療之服務量能與品質**
  - 代審代付「酒癮治療服務方案」(需求說明書如附件14)，並督導所轄執行該方案之醫療機構精進各項酒癮治療服務，促其建立並提供完整酒癮治療服務，及發展並落實酒癮個案之個案管理機制，並請該機構將服務量能之統計分析與個案追蹤情形回報衛生局。
  - 針對前揭執行機構進行查訪與輔導(建議與醫療機構督導考核合併辦理)，並評估其治療成效(如完成醫院建議療程之個案比率、預約就醫出席率等)，以確保治療品質。
  - 依所轄問題性飲酒或酒癮個案之現況，擬定具體且具地方特色之預防或處遇方案。

強化成癮防治服務(4/4)

- **加強酒癮治療人力專業知能及培植網癮處遇人力**
  - 輔導、鼓勵轄內醫療機構或專業團體對醫事及衛生行政人員辦理酒癮及網癮防治之教育訓練及座談，以強化對酒癮、網癮臨床議題之認識，提升對是類個案之覺察，促進早期發現早期介入。
  - 考量酒癮個案就醫行為之特殊性，加強非精神科科別醫事人員酒癮之相關知能，提升對酒癮個案之敏感度，俾有助強化酒癮病人之醫療照會或轉介服務，收早期發現早期治療之療效。
    1. 透過與醫療機構召開業務溝通會議、座談會或業務督導考核等機會，向醫療機構宣導，請醫院各科別，如肝膽腸胃科、婦產科、內科、急診科、小兒科等醫事人員，主動了解就醫病人是否有酗酒或過度使用網路之情事，並視個案需要轉介精神科或成癮科接受諮詢或治療。
    2. 結合精神醫療網或透過醫事人員教育訓練等機會，加強各科別醫事人員對酒癮及網癮之認識。

具有特色或創新服務

- 由各地方政府自行提報具特色或創新服務。

衡量指標

108年度「整合型心理健康工作計畫」衡量指標

衛生福利部
Ministry of Health and Welfare

- 整合及加強心理健康基礎建設
- 自殺防治及災難心理衛生服務
- 落實精神疾病防治與照護服務
- 強化成癮防治服務
- 具有特色或創新服務

整合及加強心理健康基礎建設

衛生福利部
Ministry of Health and Welfare

- **建立跨局處、及跨公私部門平台之協商機制。**
  - 目標值：每季召開1次會報，且至少2次由地方政府秘書長或主任秘書層級以上長官主持。
- **108年「整合型心理健康工作計畫」地方政府配合款編列比率。**
  - 目標值：應達配合款比率。
- **置有專責行政人力。**
  - 目標值：落實依核定計畫使用人力 (含補助人力及縣市自籌人力)方式辦理，**且合理調整薪資及將符合資格之訪員轉任為督導**。

註：
1.縣市自籌人力，不包含縣市編制內之預算員額人力
2.補助人力：應區分訪視人力(其中應有45%人力執行精神病人訪視，55%執行自殺通報個案訪視)及行政協助人力
3.依附件15各縣市聘任人力辦理

自殺防治及災難心理衛生服務(1/3)

衛生福利部
Ministry of Health and Welfare

- **轄區內自殺標準化死亡率較前一年下降。**
  - 計算公式：108年自殺標準化死亡率-107年自殺標準化死亡率<0
- **年度轄區內村(里)長及村(里)幹事參與自殺防治守門人訓練活動之比率。**
  - 目標值：執行率：村(里)長及村(里)幹事應各達90%。
  - 計算公式：
  1. 【參加自殺守門人訓練活動之村里長人數/所有村里長人數】×100%。
  2. 【參加自殺守門人訓練活動之村里幹事人數/所有村里幹事人數】×100%。

自殺防治及災難心理衛生服務(2/3)

衛生福利部
Ministry of Health and Welfare

- **召集公衛護士與關懷訪視員，邀請專業督導及核心醫院代表參與個案管理相關會議。討論重點應含括：**

1.轄區內3次以上訪視未遇個案之處理、

2.再次被通報個案之處置、

3.個案合併有經及家暴等問題個案之處置、

4.屆期及逾期未訪個案之處置，及建立個案訪視紀錄稽核機制及落實執行。

– 目標值：1.個案管理相關會議1年至少辦理12場。
2.每季轄區內自殺企圖通報個案追蹤訪視紀錄之稽核率。

15%(每季訪視次數小於500人次)：澎湖縣、金門縣、連江縣。
10%(每季訪視次數介於500-1,000人次)：苗栗縣、臺東縣、花蓮縣、基隆市、新竹市、嘉義市。
6%(每季訪視次數介於1,000-2,000人次)：宜蘭縣、新竹縣、南投縣、雲林縣、嘉義縣、屏東縣。
4%(每季訪視次數大於2,000人次)：新北市、臺北市、桃園市、臺中市、臺南市、高雄市、彰化縣。

自殺防治及災難心理衛生服務(3/3)

- **醫院推動住院病人自殺防治工作及各類醫事人員自殺防治守門人教育訓練比率。**
  - –目標值：執行率應達100%。
  - –計算公式：有推動醫院數/督導考核醫院數×100%。

落實精神疾病防治與照護服務(1/5)

- **轄內警察、消防、村(里)長、村(里)幹事、社政相關人員及非精神科醫師，參與精神疾病知能、社區危機個案送醫、處置或協調後續安置之教育訓練。**

  –目標值：

  1.除醫事人員外，每一類人員參加教育訓練比率應達35%。

  2.辦理轄區非精神科開業醫師，有關精神疾病照護或轉介教育訓練辦理場次，直轄市每年需至少辦理兩場，其餘縣市每年至少一場。

落實精神疾病防治與照護服務(2/5)

衛生福利部
Ministry of Health and Welfare

- **召集公衛護士與關懷訪視員，及邀請專業督導參與之個案管理及分級相關會議。討論重點應含括：**

1.轄區內3次以上訪視未遇個案之處理、

2.家中主要照顧者65歲以上，2位以上精神病人之處置、

3.屆期及逾期未訪個案之處置、

4.精神疾病合併自殺議題個案、精神疾病合併保護性議題個案(兒少保護、家庭暴力、性侵害事件(含在案中及曾經在案))之處置，及建立個案訪視紀錄稽核機制及落實執行。

– 目標值：

1.個案管理及分級相關會議1年至少辦理12場。

2.每季轄區內精神病人追蹤訪視紀錄之稽核率。

15%(每季訪視次數小於4,000人次)：連江縣、金門縣、澎湖縣、新竹市、嘉義市、臺東縣、花蓮縣基隆市。

10%(每季訪視次數介於4,000-7,000人次)：新竹縣、苗栗縣、宜蘭縣、嘉義縣、南投縣、雲林縣。

6%(每季訪視次數介於7,000-10,000人次)：彰化縣、屏東縣。

4%(每季訪視次數大於10,000-30,000人次)：臺北市、桃園市、臺南市、臺中市、高雄市、新北市。

落實精神疾病防治與照護服務(3/5)

- **轄區內醫療機構針對出院病人，於出院後2星期內完成出院準備計畫上傳精照系統比率(含強制住院出院)及2星期內訪視比例。**
  - 目標值：
  1. 出院後2星期內完成出院準備計畫上傳精照系統比率達70%。
  2. 病人出院準備計畫上傳並由衛生局(所)收案後，公共衛生護士或關訪員於2星期內第一次訪視比率應達65%。
  - 計算公式：
  1. (出院後2星期內上傳出院準備計畫之精神病人數/出院之精神病人數) X 100%。
  2. (上傳精神病人出院準備計畫後2星期內訪視人數/上傳精神病人出院準備計畫人數)X 100%。

落實精神疾病防治與照護服務(4/5)

衛生福利部
Ministry of Health and Welfare

- **社區精神病人之年平均訪視次數及訂定多次訪視未遇個案追蹤機制。**
  - –目標值：
  1.年平均訪視次數：達4.15次以上
  2.訂定多次訪視未遇個案追蹤機制
  - –計算公式：年平均訪視次數：訪視次數(訪視成功+訪視未遇)/轄區關懷個案數
- **辦理精神病人社區融合活動之鄉鎮區涵蓋率。**
  - –目標值：涵蓋率30%。
  - –計算公式：(有辦理活動之鄉(鎮)數/全縣(市)鄉鎮區數) X 100%

落實精神疾病防治與照護服務(5/5)

衛生福利部
Ministry of Health and Welfare

- **辦理轄區內精神復健機構及精神護理之家緊急災害應變及災防演練之考核。**
  - 目標值：年度合格率100%。
- **轄區內精神追蹤照護個案自殺粗死亡率較前一年下降。**
  - 目標值：108年精神追蹤照護個案自殺粗死亡率需相較107年下降。

加強成癮防治服務(1/2)

- **辦理酒癮、網癮防治相關議題宣導講座場次(應以分齡、分眾及不同宣導主題之方式辦理，其中網癮防治宣導應至少1場)。**

–目標值：

5場次：台北市、新北市、桃園市、台中市、台南市、高雄市。

4場次：宜蘭縣、新竹縣、苗栗縣、彰化縣、南投縣、雲林縣、嘉義縣、屏東縣、花蓮縣、台東縣。

3場次：基隆市、新竹市、嘉義市。

2場次：澎湖縣、金門縣、連江縣。

加強成癮防治服務(2/2)

衛生福利部
Ministry of Health and Welfare

- **與地檢署、監理所及法院均建立酒癮個案轉介機制。**
  - 目標值：與3個機關均訂有轉介流程及聯繫窗口。
- **訪查轄內酒癮治療服務方案執行機構。**
  - 目標值：年度訪查率達100%。
- **衛生局辦理專業處遇人員之網癮防治教育訓練及針對跨科別或跨網絡處遇人員辦理酒癮防治教育訓練場次。**
  - 目標值：
    1. 處遇人員網癮防治教育訓練1場次。
    2. 跨科別或跨網絡處遇人員酒癮防治教育訓練至少辦理2場次(離島得至少辦理1場次)。

具有特色或創新服務

衛生福利部
Ministry of Health and Welfare

- 計畫內容具有特色或創新性：至少1項。

各縣市政府最高補助比率表

衛生福利部
Ministry of Health and Welfare

縣市財力分級	縣市	衛生福利部最高補助比率	108年度整合型心理健康工作計畫補助比率
第二級	新北市、臺中市、桃園市	75%	65%
第三級	臺南市、高雄市、新竹縣、基隆市、嘉義市、金門縣、新竹市	80%	70%
第四級	宜蘭縣、彰化縣、南投縣、雲林縣、	85%	75%
第五級	苗栗縣、嘉義縣、屏東縣、臺東縣、澎湖縣、連江縣、花蓮縣	90%	80%

備註：
本表之分級係依行政院主計處99年9月4日處忠六字第0990005469號函核定附表辦理，並自100年度起適用。
本表之分級係依行政院主計總處102年8月8日主預補字第1020102033號函核定附表辦理，並自103年度起適用。
本表之分級係依行政院主計總處105年9月14日主預補字第1050102106號函核定附表辦理，並自106年度起適用。

各縣市精神疾病及自殺通報個案管理計畫員額分配表

地區別	財力分級	108整合型心理健康工作計畫補助比率	108年精神疾病及自殺通報個案關懷訪視員之員額數	108年本部整合型計畫補助人力上限	各縣市政府應配合編列分擔款所聘任人力員額	合計
新北市	第2級	65%	29	30	16	46
桃園市	第2級	65%	12	13	9	22
臺中市	第2級	65%	19	22	13	35
臺南市	第3級	70%	17	19	9	28
高雄市	第3級	70%	26	28	14	42
宜蘭縣	第4級	75%	7	11	3	14
新竹縣	第3級	70%	8	10	3	13
苗栗縣	第5級	80%	8	10	3	13
彰化縣	第4級	75%	11	14	5	19
南投縣	第4級	75%	10	12	3	15
雲林縣	第4級	75%	9	12	3	15
嘉義縣	第5級	80%	7	9	2	11
屏東縣	第5級	80%	12	13	2	15
臺東縣	第5級	80%	7	8	2	10
花蓮縣	第5級	80%	8	11	2	13
澎湖縣	第5級	80%	3	5	1	6
基隆市	第3級	70%	5	7	3	10
新竹市	第3級	70%	5	6	3	9
嘉義市	第3級	70%	5	6	3	9
金門縣	第3級	70%	2	4	1	5
連江縣	第5級	80%	1	2	1	3
總計			211	252	101	353

備註：1.依據縣市政府財力分級、轄區人口數及社區精神病人照護數，調整各縣市政府應配合編列分擔款所聘任人力員額。
2.「各縣市政府應配合編列分擔款所聘任人力員額」不得為縣市編制內之正式人力
3.請參考本計畫說明書「肆、計畫經費及人員管理」
4.有關108年調升自籌經費比例10%，說明如下：
(1)為因應108年度起本計畫以「整合型心理健康工作計畫關懷訪視人力工作酬金支給基準表」敘薪，中央補助之關懷訪視員及各縣市以自籌款聘任之關訪員將增加薪資，另前開基準表增列督導加給費用及專業證照加給費用，以及因薪資提升而衍生之勞健保經費，經本部估計各縣市需增加額外經費。
(2)另因應本計畫工作項目逐年增加，綜上，108年度起擬調升各縣市自籌經費比例10%。

謝謝聆聽