

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

112 年 9 月 5 日衛部心字第 1121762777 號函修訂

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，**並推廣鼓勵求助及轉介資源**，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、心理衛生服務人力及截至 112 年 8 月 23 日參與方案之合作機構數進行分配，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、符合本方案申請資格之機構，須為已向所在地直轄市、縣（市）主管機關申請核准登記，並領有開業執照之醫療機構，且開業執照之「診療科別」應設有「精神科」之醫院或診所為限。
- 二、符合本方案申請資格之機構，須為已向所在地直轄市、縣（市）主管機關申請核准登記，並領有開業執照之私立心理機構（心理治療所、心理諮商所）為限。
- 三、本方案服務提供者(下稱服務提供者)，限由依法領有西醫師、臨床心理師、諮商心理師證書者，且執業登記於前開機構中的精神科醫師、臨床心理師、諮商心理師，並應依各該專門職業技術人員法規執行業務。
- 四、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」，不含合作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.合作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，需由合作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合作機構名單後，逕洽合作機構預約。

- 二、對於已向合作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**同意書**，另需配合出示有效身分證明文件以利合作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，供合作機構拍照留存，做為申請經費之依據。

柒、合作機構應配合事項及規範

- 一、本方案以年滿 15 歲至 30 歲者且有意願接受合法之心理諮商者為補助對象；其年齡計算以接受第 1 次服務時，已年滿 15 歲，且未滿 31 歲者為限。
- 二、補助對象如為學生身分，在開學期間，宜以其校園學輔資源為主。若個案有需要，宜由學校協助轉介至本方案合作機構；如個案未經學校轉介，合作機構仍可提供其服務。若諮商內容發現與校園議題相關，宜回報原校園學輔系統。
- 三、合作機構應配合衛生局依據執行狀況所為之指示，並指派專人為本方案聯繫窗口。
- 四、合作機構應先建立方案心理諮商服務流程（需含風險評估及風險轉介）、收費標準、預約方式、參與本方案提供心理服務之醫事人員資料等。
- 五、合作機構既有收取之行政規費（如掛號費或臨時調整預約時段等行政管理費用），依原醫事規定辦理；但機構不得另立其他名目，再向民眾收取費用，以貼補其自費諮商差額。
- 六、符合方案資格，且有意願加入本方案之機構，應檢具前開資料向衛生局提出申請，經由衛生局核准後，完成簽約或其他行政程序，並送本部備查後，公告於本部官網（衛生福利部/心理健康司/心理健康促進/年輕族群心理健康支持方案）之「『年輕族群心理健康支持方案』心理諮商合作機構名單」；欲退出方案者，應主動向衛生局提出。

- 七、衛生局得依申請機構過去方案執行情形、轄內資源及稽核結果等，不予同意申請機構加入本方案。
- 八、衛生局得依稽核結果或有重大違規事件時，得於方案執行期間終止合作機構參與方案資格。衛生局無另訂規定者，以書面通知送達之次日起 14 日內為終止日。期間不得持續受理預約；已預約或服務中之個案，應由衛生局依個案意願協助媒合至其他合作機構。前開結果亦應通知本部，俾更新合作機構名單。
- 九、合作機構服務補助對象前，應注意事項(預約後至服務前)：
- (一) 合作機構應衡量受補助對象心理諮商需求之迫切性，不宜接受補助對象預約逾當日起 30 日後之服務。
 - (二) 合作機構接受民眾預約時，應先確認民眾符合方案補助條件，並至本方案線上查詢系統查詢民眾已使用之服務次數。
 - (三) 合作機構應於提供服務前，應向有意願使用本方案之民眾(補助對象)介紹本方案內容(屬短期心理諮商架構，重點在鼓勵求助、風險轉介，及超過本方案補助次數後可延續之方式)，並請其簽署同意書，由機構併同業務紀錄留存。以通訊方式為之者，得以電子截圖方式代之。
- 十、為利服務效果及品質，本方案補助 15 歲至 30 歲民眾使用 3 次心理諮商服務，自民眾第 1 次使用服務日起，總期程不得超過 3 個月，2 次服務相隔期間不得超過 1 個月。
- 十一、為確保心理諮商服務品質，合作機構對同一補助對象之 2 次服務期間，以不小於 7 天為原則。但服務提供者如評估補助對象有危急或迫切需要者，應事前向衛生局申報，其理由應包括臨床專業判斷之依據、個案情形等，並應併同載於業務紀錄供查核。
- 十二、為確保心理諮商服務品質，並避免影響合作機構原服務中之個案或病人，每合作機構以每週服務 8 人次為限；每位醫師/心理師每週以服務 4 人次為原則，機構得視情況調整之。
- 十三、衛生局得依合作機構之專案申請、過去方案執行情形、轄內資源及稽核結果等，予以調整前開分配原則。

十四、合作機構服務補助對象期間，應注意事項：

- (一) 執行方案心理諮商服務之醫事人員，應對補助對象之求助問題、心理健康、精神疾病識能進行評估，並擬具合理時限之心理諮商計畫，必要時應提供適切之醫療處置或轉介。
- (二) 執行方案心理諮商服務之醫事人員，應於第1次服務對象及最後1次(第3次)服務對象時，以簡式健康量表(Brief Symptom Rating Scale, 簡稱BSRS-5)及WHO-5幸福指標量表，進行評估並載於業務紀錄，並至本方案服務摘要系統填報。
- (三) 經以前開BSRS-5評估，第1至5題總分大於等於15分者，或第6題(附加題)自殺意念大於等於2分者，心理師應積極轉介個案至合作之精神醫療機構就診。如合作機構為醫院或診所，且其主責之精神科醫師可治療或診斷時，不在此限。
- (四) 進行前開轉介時，服務提供者應與補助對象共同討論，並以其可穩定就醫之醫療機構為原則，不以原合作轉介機構為限。
- (五) 進行前開轉介時，如確認補助對象已穩定於醫療機構就醫，應以連繫其主治醫師並確認個案之診斷或醫囑為原則；並應於線上服務摘要之轉介就醫欄位填入其就醫機構名稱，並載於業務紀錄妥善收存。
- (六) 進行前開轉介時，如補助對象表示拒絕或認無需要，仍應提供其建議就醫之醫療機構資訊，並以3次心理諮商關係結束前，協助個案就醫為服務目的及原則。服務提供者仍應於線上服務摘要之轉介就醫欄位填入建議其就醫機構之名稱，並載於業務紀錄妥善收存。

十五、服務提供者提供心理諮商等醫療服務後，應依醫療法、醫師法、心理師法等醫事相關法規，製作紀錄並載明包含前開事項(但不限於)，並依法妥為保存。

十六、倘受補助對象使用本方案補助3次服務後，仍有心理諮商服務需求，機構應協助轉介至各縣市社區心理諮商據點、社區心理衛生中心或由受補助對象採自費方式繼續使用機構之心理諮商服務。

十七、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：

- (一) 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，並經地方主管機關核准者。
- (二) 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。
- (三) 除請補助對象簽署本方案之同意書外，應另訂定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。並應考量個案條件，優先採面對面心理諮商方式提供服務。
- (四) 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。

十八、合作機構於提供最後一次心理諮商服務結束時或結案前，應請補助對象匿名填答本方案滿意度調查表。

十九、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，合作機構應予配合。

捌、衛生局配合事項

- 一、依本方案實際發生之補助費用，每 2-3 個月審核後撥付合作機構相關款項。
- 二、設置民眾及合作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，協助合作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預算，請衛生局妥善及合理分配方案資源予合作機構。

- 五、請妥為留存執行本方案之**同意書**、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。
- 六、衛生局宜每週調查轄內補助服務之使用情形（含剩餘人數名額），且公告於官網（依合作機構別），以利民眾了解地方服務使用情形。如補助額度已屆用罄，應提前至少二週公告予轄內民眾知悉。
- 七、衛生局就本方案之內容，不得訂定比本部更嚴格之限制條件。

玖、經費請領及核銷方式

一、合作機構向衛生局申請經費撥付及核銷方式：

合作機構自本方案核定日起每 2-3 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**同意書**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）（如附表 3）一式 3 份、收支明細表（如附表 4）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（如附表 3）一式 3 份及收支明細表（如附表 4）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**同意書**

本人 _____ 在經過合作機構說明後，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合作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，並自付第 4 次起之服務費用，主動向合作機構繳回溢領補助費用，每次新臺幣壹仟陸佰元整。
- (4) 同意衛生福利部蒐集本人心理健康評估結果等個人資料，但僅作為分析及評估本方案政策成效，及稽核本方案合作機構服務品質等公務目的使用。
- (5) 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。

_____（合作機構）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： _____

合作機構： _____ 合作機構說明人員： _____

衛生福利部 關心您！

※同意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.心理諮商是否達 40 分鐘以上：是 否
- 7.縣市別：_____
- 8.心理諮商機構：_____
- 9.心理師姓名：_____

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：前五題總分大於等於 15 分或附加題分數大於等於 2 分以上者，合作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	機 構 所 在 地 區	機 構 名 稱	個 案 姓 名	身 分 證 字 號	個 案 出 生 年 月 日 (yyyy/mm/dd)	個 案 居 住 地	使 用 方 案 諮 商 次 數	諮 商 完 成 日 期 (yyyy/mm/dd)	諮 商 方 式 (面 對 面 / 視 訊)	BSRS 前 五 題 分 數 註 1	BSRS 附 加 題 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等於 15 分或其附加題分數大於等於 2 分以上者，應協助轉介至醫療機構，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：

提供心理諮商合作機構名稱：

同意書檔案名稱：

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	
			個案簽名	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	機構名稱	總服務人數	總服務人次	申報金額
1				
2				
3				
合計	-			

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等於 15 分或其附加題分數大於等於 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：○○○○○

		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	第三次核撥日期 ----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)