

# 114-115 年度「新北市愛滌生多元照護計畫」

## 服務說明書

### 壹、目的：

現行「戒癮治療」並未納入全民健康保險給付範圍，而藥癮困擾者往往伴隨經濟、就業、就學、家庭等問題，致使其無法至醫療院所接受完整戒癮治療，甚或對於尋求醫療諮詢卻步。為提升藥癮者接受戒癮治療，本市發展各項醫療戒癮服務方案。

惟本市醫療戒癮服務計畫多元，為減少合作醫療院所行政負擔，提升個案服務品質，114 年擬整併前開 3 項計畫為「新北市愛滌生多元照護計畫」（取自 addiction treatment）（附件 1），計畫名稱將以健康照護之目的性取代過往對「毒」或「癮」難以戒除之負面標籤，呼應本計畫以家庭為中心的精神提供關愛支持，以更親切友善的面向接觸有戒癮需求的藥癮者，提升渠等改善身心狀況之意願，避免渠等因擔憂被標籤或因龐大戒癮醫療費用，造成退縮、放棄戒癮治療並再度施用之情形。

### 貳、服務內容及轉診規定：

- 一、合作機構提供本計畫個案在服務期間所需之檢查、檢驗、診療、心理諮商等項目（詳細內容請參閱醫療服務項目與費用規劃表，附件 2），非各機構採購設備及人力等因素可提供時，可轉介至其他參與此計畫且可提供該需求之機構進行協助。
- 二、配合本局辦理「毒品戒癮個案關懷訪視計畫」之合作機構，將由毒關員擔任窗口服務個案（含約診、陪診、批價、面訪及提供面訪紀錄）；若非本局毒關計畫合作機構，請該院所提供聯繫窗口，並協助安排個案就診等相關事宜，並定期回覆轉介結果。
- 三、透過毒品危害防制中心（以下稱毒防中心）主責個管、網絡單位評估或自行求助個案，具醫療戒癮服務意願，填寫轉介單（附件 3）至中心，年齡小於 18 歲者建議告知法定代理人

並共同簽署未成年人接受治療同意書（附件 4），由本局窗口媒合轉介至本計畫合約機構，由合約機構提供相關醫療戒癮等服務，接獲本局派案後，合作機構須於 7 日內聯繫個案約定看診或諮商時間。

- 四、另個別化評估，內容包含藥物成癮狀況評估，並由醫師視個案生理狀況需求施予必要之評估及體檢（例如：口腔健康評估量表（如附件 5）、尿液毒物篩檢、血液檢查等），針對 110 年起曾在案中之美沙冬維持治療個案，可申請 C 型肝炎-核糖核酸類定量擴增試驗補助項目，評估結束後由合約醫療院所於 7 日內填寫個別化評估回覆報告（附件 6）。
- 五、指定個別諮商由合作機構安排領有證書及有效執業執照之臨床或諮商心理師，提供個人、伴侶或親子諮商，並以面對面心理諮商方式為之。每人每年至多 4 次，每次至少 50 分鐘，經心理師評估有需求者可衡酌展延，展延服務次數以 4 次為限；伴侶或親子諮商每人每年至多 2 次，每次至少 80 分鐘，經心理師評估有需求者可衡酌展延，展延服務次數以 4 次為限。
- 六、心理諮商頻率以每周 1 次為限，若評估個案有短期密集服務需求，須由心理師提報心理諮商計畫，經本局同意後始得執行。
- 七、心理師應取得當事人或其法定代理人之同意，並向個案說明服務方式及告知其應有之權益（含服務流程及缺席規定），並簽署知情同意書（附件 7），繳回本局留存；個案及心理師應於每次服務前完成出席人員簽到表（附件 8）以示出席，另於提供服務後 7 個工作天內，將心理諮商服務紀錄登打至本局指定之「心理衛生個案管理資訊系統」，紀錄內容包括諮商服務紀錄、處遇建議事項等，以資證明完成服務。
- 八、提供心理諮商服務之機構，應繳交「心理衛生個案管理資訊系統」帳號申請書（附件 9），俾利本局辦理帳號開通事宜。
- 九、同一個案須由固定心理師進行服務，經初談後個案可更換 1 次心理師，服務次數重新計算（如：A 心理師談 1 次，更換 B 心理師，仍可與 B 心理師談 4 次，若再更換為 C 心理師，服

務次數則累積計算)。

十、 個案若為具接受生育保健、母嬰照護、新生兒醫療及傳染病防治服務意願之婦女及其子女，由專業醫事人員視個案狀況進行各項專業醫療服務及相關衛教知識，並於個案接受服務後7日內回覆。

參、 辦理期程：114年1月1日至115年12月31日。(為確保本計畫服務不中斷，旨揭計畫契約用印後擬回溯至114年1月1日起生效，新合作機構擬自契約簽訂日之次月1日起生效)

肆、 機構服務對象條件及標準：

一、 具醫療戒癮服務意願之藥癮個案，且可配合定期回診接受治療者。

二、 若有接受生育保健、母嬰照顧及新生兒醫療等補助項目需求，藥癮個案之配偶或有同住事實之伴侶、親屬，皆納入服務對象。

三、 以上2款，年齡小於18歲者，建議告知法定代理人並共同簽署，以尊重其合法監護權，不以取得未成年人之法定代理人告知同意為唯一條件。

四、 戒癮門診及心理諮商結案條件：

(一) 經合作機構之醫事人員或心理師評估可結束療程者。

(二) 無法規律接受治療者：若個案年度達2次無預警未到診，合作機構可評估其不得再預約，逕向本局報請將其結案。

(三) 不可抗拒之結案因素：

1. 個別化評估完成1次門診且無須轉介其他處遇、入監、轉診、生產、服兵役、死亡及就診達3個月或達6次門診者。

2. 合作機構計算「留置率」時，可扣除上述不可抗拒之因素。

(四) 可抗因素：連續5次無預警未到診者。

(五) 留置率計算公式＝

$$\frac{\text{收案人數} - (\text{可抗} + \text{不可抗因素結案人數})}{\text{收案人數} - \text{不可抗因素結案人數}} * 100\%$$

伍、 其他應配合事項：

一、 定期繳交報表：

- (一) 機構應於收到轉介單後，7日內填寫轉介單內評估結果回傳本局，個案接受個別化評估結束後，由合作機構於7日內填寫個別化評估回覆報告，以傳真或電郵掃描檔方式回傳至本局計畫承辦窗口。
- (二) 為確保個案門診回診情形或留置率等資料掌控，每季辦理核銷時，應繳交經費明細表(附件10)、治療明細清冊(附件11)、季成果報告(附件12)，並於第4季繳交總年度成果報告(附件13)。
- (三) 提供「心理諮商」服務項目之機構，須另繳交知情同意書、出席人員簽到表，另於提供服務後7個工作天內，將心理諮商服務紀錄登打至本局指定之「心理衛生個案管理資訊系統」，紀錄內容包括諮商服務紀錄、處遇建議事項等，以資證明完成服務。

二、 機構應有單一窗口提供個案或相關單位之諮詢或轉介聯絡使用，並需於個案未規則回診時電話聯繫，並與機構個案管理系統/檔案上登載。

三、 本局將不定期實地查訪或請機構提供成果及相關資料，以瞭解經費運用情形與執行成效，查訪結果將列入是否續約之依據。

四、 計畫執行中，合作機構應善盡維護環境衛生及安全之責，倘相關工作人員因執行計畫導致生命、健康、財產上受侵害或損害時，應自負完全責任，與本局無涉。

五、 經查獲重複收費屬實，將全額追回重複收費個案之給付

金額，且由本局以公文通知限期改善，未能如期改善或再犯達 2 次，將予以解約並且不列入下年度合作對象。

陸、申請機構資格：

機構提具**服務意向書、資訊安全保密切結書及服務合約書**，且符合以下條件之一，並經本局審查通過者即可。

- 一、物質使用障礙症治療與生活重建業務指定機構。
- 二、全民健康保險特約醫事服務機構，可提供藥癮戒治及心理復健業務者，含心理治療所、心理諮商所或其他經機關認可之機構。
- 三、全民健康保險特約醫事服務機構，可提供生育保健、孕產婦及新生兒醫療等業務者，含婦產科診所、婦幼診所或其他經機關認可之機構。

柒、經費使用之用途與範圍如下：

- 一、本計畫所需經費將依各年度相關公務預算編列，若經費遭刪除或凍結以致不能如期動支，得延後或調整變更經費或終止辦理支付。若經費遭刪減，得重新與委託機構進行議約，若議約不成將終止合約，重新辦理公開徵求作業。上述情形受委託機構不得要求任何形式之賠償或補償。
- 二、醫療機構須與本局簽訂合約後始得辦理本計畫之戒癮服務與費用申請，費用係由合作機構向本局提出，不支付予接受服務者，且機構已向本局申請費用時，不得重複向其他機關或單位申請。
- 三、請合作機構優先使用衛生福利部之「藥癮治療補助方案」各項補助項目，個案各項戒癮治療處置費用，已由本方案補助之金額，合作機構不得重複向個案收取，或向其他方案（計畫）經費重複申請補助或報支，反之亦然，詳細內容請參閱醫療服務項目與費用規劃表（附件 2）。
- 四、服務項目如有其他減免補助（如國民健康署特殊群體生育保健補助等）可適用，不得重複申請；另個案若具社會福利身份（弱勢、低收等）優先使用社福資源。

## 五、 支付內容包括：

- (一) 已列於「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」中，但健保不予給付之藥癮治療項目。
- (二) 未列於「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」中之其他戒癮治療相關自費醫療費用。
- (三) 列於本計畫醫療服務項目與費用規劃表之項目(附件 1)。

## 六、 申請原則：

- (一) 每名個案共通醫療項目(掛號費、部分負擔)及醫療戒癮費用，每年度總給付金額以 4 萬元為上限。
- (二) 指定個別諮商每人每年至多 4 次，伴侶或親子諮商每人每年至多 2 次，經心理師評估有需求者可衡酌展延 4 次為限。
- (三) 生育保健、母嬰照護及新生兒醫療項目，不設每次門診及每年補助上限，依各醫療項目單次補助額度上限核實支付。

## 捌、 計畫及經費核銷申請：

### 一、計畫申請方式：

符合本服務說明書第二條申請資格且有意願之機構，請將已簽署之**服務意向書、資訊安全保密切結書及服務合約書一式 3 份**送本局辦理審核及簽約相關事宜。

### 二、經費核銷申請方式：

- (一) 採季核銷，每年度各計 4 期次。機構需於各年度 4、7、10 月 15 日及 12 月 20 日前提提交書面核銷文件。
- (二) 核銷書面文件：
  1. 前一季給付經費明細表(附件 10)
  2. 治療明細清冊(附件 11)

3. 提供「心理諮商」服務項目之機構，須繳交同意書（附件 7）、出席人員簽到表（附件 8）
4. 當季成果報告（附件 12）
5. 總年度成果報告（需於各年度 12 月 20 日前繳交）（附件 13）

玖、本計畫如有未盡事宜，得隨時補充修正之。

整併計畫-補助項目對照表

112-113 年 3 項成癮醫療服務計畫	114-115 年 「新北市愛滌生多元照護計畫」
<p><b>新北市在地化整合性藥癮醫療評估計畫：</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 評估費</li> <li>● 尿液毒物篩檢</li> <li>● HIV 篩檢</li> <li>● GOT、GPT、<math>\gamma</math>-GT</li> <li>● B 型肝炎表面抗原檢查 HBsAg</li> <li>● B 型肝炎表面抗體檢查 Anti-HBs</li> <li>● C 型肝炎病毒抗體檢查 Anti-HC(EIA)Ab</li> <li>● 梅毒螺旋體血液凝集檢(RPR/TPHA)</li> <li>● C 型肝炎-核醣核酸類定量擴增試驗</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 補助項目同左，詳見本計畫「個別化評估費用」。(附件 2)</li> <li>2. <b>新增「C 肝檢驗獎勵費」：</b> 機構協助「110 年起曾在案中之美沙冬維持治療個案」完成「C 型肝炎-核醣核酸類定量擴增試驗」，可申請獎勵費。(使用國健署補助完成者，提供佐證資料亦可申請)</li> </ol>
<p><b>新北市非海洛因醫療戒癮服務計畫：</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 一般評估</li> <li>● 一般諮詢及處遇</li> <li>● 個人複雜諮詢及處遇</li> <li>● 藥物治療</li> <li>● 尿液毒物篩檢</li> </ul>	<p>補助項目同左，詳見本計畫「醫療戒癮項目費用」。(附件 2)</p>
<p><b>新北市婦女藥物濫用醫療支持服務計畫：</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 窗口服務費</li> <li>● 中止妊娠</li> <li>● 結紮手術</li> <li>● 子宮內避孕器裝置</li> <li>● 早產風險評估</li> <li>● 子癲前症篩檢</li> <li>● 母血唐氏症篩檢</li> <li>● 胎兒頸部透明帶篩檢</li> <li>● X 染色體脆折症</li> <li>● 脊髓性肌肉萎縮症篩檢(SMA)</li> <li>● 高層次超音波</li> <li>● 羊膜穿刺篩檢</li> <li>● 新生兒/幼兒藥物濃度檢驗</li> <li>● 新生兒/幼兒血液檢查</li> <li>● 重要器官缺損之超音波檢測</li> </ul>	<p>補助項目同左，詳見本計畫「共通醫療項目費用」、「生育保健」、「母嬰照護」、「新生兒醫療」。(附件 2)</p>
<p>前開 3 項計畫掛號費、部分負擔費用</p>	<p>補助項目同左，保留掛號費及部分負擔費用，詳見本計畫「共通醫療項目費用」。(附件 2)</p>
<p>前開 3 項計畫未提供之補助項目</p>	<p>本計畫新增「心理諮商」之補助項目：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 心理諮商</li> <li>● 行政費用(個案缺席)</li> </ul>

新北市愛滌生多元照護計畫 醫療服務項目與費用規劃表

共通醫療項目費用			
● 每人每年至多補助 4 萬元。			
補助項目	單次補助額度上限 【核實支付】	說明	備註
掛號費	全額補助	補助個案每次到診掛號費用。	部分負擔包括生育保健、母嬰照護、新生兒醫療衍生之評估、門診追蹤、服務診察等細項，如有疑問請於核銷前洽詢本計畫承辦窗口。
部分負擔	全額補助	補助個案每次到診部分負擔費用。	
窗口服務費	500 元/次	每名個案每次到診時固定支付 500 元，為機構獎勵費。	限當次個案接受生育保健、母嬰照護、新生兒醫療等醫療服務時，提供服務之院所申請。
個別化評估費用			
● 含共通醫療項目費用(掛號費、部分負擔)每人每年至多補助 4 萬元。			
● 110 年起曾在案中之美沙冬維持治療個案，可申請 C 型肝炎-核糖核酸類定量擴增試驗補助項目。			
● 評估結束後由合約醫療院所於 7 日內填寫個別化評估回覆報告。			
補助項目	單次補助額度上限 【核實支付】	說明	備註
評估費	2,000 元/次	初診評估、一般諮詢及處遇、診斷性會談、支持性心理會談、憂鬱症篩檢、精神疾病篩檢、壓力、家庭職能評估、毒品使用狀況評估、精神與社會生活功能評估等。	不可與衛福部「藥癮治療費用補助方案」之「藥癮門診診察費」重複申請。
尿液毒物篩檢	600 元/次	檢驗項目得包含毒品及治療藥物之檢驗。	
HIV 篩檢	500 元/次		
GOT、GPT、 $\gamma$ -GT	170 元/次		
B 型肝炎表面抗原檢查 HBsAg	160 元/次		
B 型肝炎表面抗體檢查 Anti-HBs	160 元/次		

C 型肝炎病毒抗體檢查 Anti-HC(EIA)Ab	250 元/次		不可與衛福部「藥癮治療費用補助方案」之「藥癮血液或生化檢查」補助項目中檢驗「C 型肝炎」重複申請。
梅毒螺旋體血液凝集檢(RPR/TPHA)	300 元/次		
C 型肝炎-核糖核酸類定量擴增試驗	3,500 元/次		僅限 110 年起曾在案中之美沙冬維持治療個案申請。
C 肝檢驗獎勵費	500 元/次	每名個案僅能申請 1 次。	機構協助「110 年起曾在案中之美沙冬維持治療個案」完成「C 型肝炎-核糖核酸類定量擴增試驗」，可申請獎勵費。(使用國健署補助完成者，提供佐證資料亦可申請)

醫療戒癮項目費用

- 含共通醫療項目費用(掛號費、部分負擔)每人每年至多補助 4 萬元。

補助項目	單次補助額度上限 【核實支付】	說明	備註
一般評估	500 元/次	藥癮門診診察，醫師給予個案一般評估及建議。	不可與衛福部「藥癮治療費用補助方案」之「藥癮門診診察費」重複申請。
一般諮詢及處遇	700 元/次	由醫師進行簡易諮詢，如：心理指引、問題出談、測驗解釋及情緒調適等項目。	
個人複雜諮詢及處遇	1,200 元/次	單次治療時間須至少達 40 分鐘以上。	不可與衛福部「藥癮治療費用補助方案」之「藥癮個別心理治療」重複申請。
藥物治療	1,200 元/次		
尿液毒物篩檢	600 元/次	檢驗項目得包含毒品及治療藥物之檢驗。	

心理諮商

補助項目	單次補助額度上限 【核實支付】	說明	備註
心理諮商	個人：1,600 元/次 伴侶、親子：3,200 元/次	個人：每次至少 50 分鐘，每人每年 4 次，可展延以 4 次為限。 伴侶、親子：每次至少 80 分鐘，每人每年 2 次，可展延以 2 次為限。	1. 不可與衛福部「藥癮治療費用補助方案」之「藥癮個別心理治療」重複申請。 2. 不可與計畫內之「個人複雜諮詢及處遇」重複申請。
行政費用 (個案缺席)	400 元/次	若遇個案缺席時以予以每次行政費用 400 元。	

生育保健

- 不設每次門診及每年補助上限，依各醫療項目單次補助額度上限核實支付。

補助項目	單次補助額度上限 【核實支付】	說明	備註
中止妊娠	50,000 元/次	依週數分別有藥物中止妊娠、真空吸引術、子宮刮清術及住院引產等方式，含各相關費用(麻醉費、雜費、檢查/驗費等)，實支實付，超出最高補助額由個案自付。	
結紮手術	42,000 元/次	含手術各相關費用(麻醉費、雜費、檢查/驗費等)	
子宮內避孕器裝置	10,000 元/次		

母嬰照護

- 不設每次門診及每年補助上限，依各醫療項目單次補助額度上限核實支付。

補助項目	單次補助額度上限 【核實支付】	說明	備註
早產風險評估	3,000 元/次	超音波看子宮頸長度，評估是否有早產風險。	

子癲前症篩檢 (妊娠高血壓)	4,000 元/次	評估孕婦併發子癲前症的風險，週數在 11~14 週進行，可和第一孕期唐氏症篩檢一起。	
母血唐氏症篩檢	6,500 元/次	抽血篩檢唐氏症，週數在 11~13 週進行。	
胎兒頸部透明帶篩檢	3,500 元/次	超音波檢查胎兒的頸部透明帶、心臟、肝臟靜脈導管、鼻骨、顏面角度等，再合併計算出唐氏症的風險值，週數在 11~13 週進行。	
X 染色體脆折症	5,000 元/次	抽血檢查孕婦是否帶有 X 染色體脆折症基因，避免胎兒有遺傳性智能發展疾病，週數不限，一生只需檢驗一次即可。	
脊髓性肌肉萎縮症篩檢(SMA)	3,100 元/次	抽血檢查孕婦是否帶有 SMA 基因，週數不限，可和第一次產檢一起(檢查母體)，一生只需檢驗一次即可。	
高層次超音波	5,000 元/次	檢查胎兒全身器官，週數在 19~21 週進行。	
羊膜穿刺篩檢	11,500 元/次	侵入性抽取羊水篩檢唐氏症、海洋性貧血、血友病、神經管缺損或嚴重缺陷等，週數在 16~20 週進行。	符合國健署補助資格者，請優先使用國健署補助。

#### 新生兒醫療

- 不設每次門診及每年補助上限，依各醫療項目單次補助額度上限核實支付。

補助項目	單次補助額度上限 【核實支付】	說明	備註
新生兒/幼兒藥物濃度檢驗	3,600 元/次	抽血檢查新生兒/幼兒體內是否有成癮物質。	
新生兒/幼兒血液檢查	3,600 元/次	抽血檢查 HIV、HCV、HBV。	

重要器官缺損之超音 波檢測	5,000 元/次	超音波檢查新生兒/幼兒 心、肝、腦、腎重要 器官發育。	
------------------	-----------	-----------------------------------	--

## 114-115 年度「新北市愛滌生多元照護計畫」轉介單

轉介資訊	
審核單位  <div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 80px; margin: 0 auto;"></div>	轉介項目： <input type="checkbox"/> 戒癮治療： <input type="checkbox"/> 有初評需求(含尿液毒物篩檢、血液檢查、美沙冬個案 RNA 檢測等個別化評估項目)，完成初評後，再進行後續門診治療。 <input type="checkbox"/> 無初評需求，直接轉介戒癮門診。 <input type="checkbox"/> 不確定(由計畫承辦人評估轉介)。 <input type="checkbox"/> 心理諮商。 <input type="checkbox"/> 生育保健、母嬰照顧及新生兒醫療等項目。
本計畫承辦人簽章：	個案來源說明：(緩起訴、出監…)_____
轉介單位： 轉介人員簽章： 轉介人員職稱： 轉介人員連絡電話： 轉介人員傳真或電子郵件：	合作院所資訊(點選網址或掃描 QRCode)：  <a href="https://reurl.cc/4dzV4R">https://reurl.cc/4dzV4R</a>
轉介人員督導/主管簽章：	

受轉介對象基本資料	
姓名：_____	登錄編號：(中心填寫)_____
身分證字號：_____	出生年月日：_____
連絡電話：_____	
戶籍地址：_____	
現居地址： <input type="checkbox"/> 同上； <input type="checkbox"/> 其他：_____	
緊急聯絡人：_____	關係：_____
連絡電話/手機：_____	
受轉介對象： <input type="checkbox"/> 藥癮者本人 <input type="checkbox"/> 藥癮者配偶 <input type="checkbox"/> 藥癮者同住伴侶、親屬	
受轉介對象若非藥癮者本人，請填寫藥癮者基本資料：	
藥癮者姓名：_____	(受轉介對象為藥癮者本人可略過此欄位)
藥癮者身分證字號：_____	(受轉介對象為藥癮者本人可略過此欄位)
藥癮者連絡電話：_____	(受轉介對象為藥癮者本人可略過此欄位)
受轉介對象概況	
自殺列管： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	精神列管： <input type="checkbox"/> 是，_____級列管，診斷為_____ <input type="checkbox"/> 否
領有身心障礙手冊： <input type="checkbox"/> 是，障別_____ <input type="checkbox"/> 否	
以下 6 項為轉介生育保健、母嬰照護、新生兒醫療須填內容(非轉介前項者非必填)：	
1. 婚姻狀況： <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 喪偶	
2. 子女狀況： <input type="checkbox"/> 非妊娠中 <input type="checkbox"/> 妊娠中，_____週期；已有_____子_____女	

3. 生產計畫：是，預產期\_\_\_\_\_ 否，希望中止妊娠 否 無規劃
4. 是否有意願接受社福單位後續關懷：高 中 低 無意願
5. 配合度：高度配合 普通配合 未有抗拒表現但較敷衍防備 強烈拒絕配合
6. 希望轉介項目：
- 生育保健(避孕器、結紮、中止妊娠) 母嬰照護(各項產檢) 新生兒醫療
- 傳染病防治 親職指導 教育需求

轉介原因及主述問題概況

轉介人員服務概況(含用藥史、家庭生活、就業經濟、精神健康及主述問題...等)

- (一) 藥癮狀況(含曾經使用毒品種類)：
- (二) 家庭或生活狀況(家人是否知情藥癮者用藥)：
- (三) 就業或經濟狀況：
- (四) 精神或健康狀況：
- (五) 其他補充(本次需要轉介的服務項目)：

----- 以下由「計畫承辦人」填寫 -----

轉介其他單位：\_\_\_\_\_

其他：\_\_\_\_\_

評估人員簽章：\_\_\_\_\_

填妥轉介單後，請 E-mail 至本計畫承辦窗口 [AL2105@ntpc.gov.tw](mailto:AL2105@ntpc.gov.tw)，或傳真至 02-2257-6453，另可來電 (02)22575100 分機 7028 確認。

----- 以下由「受轉介單位」填寫 -----

- 符合收案條件，收案。
- 不符合收案條件，原因\_\_\_\_\_

評估日期：

評估人員簽章：

備註：

1. 相關費用依與新北市政府衛生局(新北市政府毒品危害防制中心)簽訂之合約辦理。
2. 請於轉介 2 周內回傳本轉介單，若無法於限期內回覆者，亦請先將初步處理情形傳真回覆本中心。
3. 申請費用時請檢附相關報表及本轉介單影本辦理。
4. 若接受初評個別化評估，請填寫個別化評估回覆報告。

※本計畫承辦窗口：(02)2257-5100#7028/ 李小姐

## 114-115 年度「新北市愛滌生多元照護計畫」

## 未成年人接受治療同意書

本人\_\_\_\_\_（監護人）茲同意\_\_\_\_\_（未成年人）至醫療機構接受治療，其項目包括：門診評估檢查、診斷性會談、抽血檢驗、心理治療、尿液篩檢、生育保健、母嬰照護等，已接受治療者於治療期間須自行負擔部分費用。

此致

新北市政府毒品危害防制中心

同 意 人（簽名）	
法定代理人（簽名）	
國民身分證統一編號	
戶 籍 地	
現 住 地	
聯 絡 電 話	
行 動 電 話	
緊急連絡家屬、電話	姓名： 關係： 電話：

中華民國                      年                      月                      日

如有相關疑問或需要協助，請來電毒防中心諮詢專線(0800-770-885)，由專人為您服務。

## 口腔健康評估量表(Oral health assessment tool, OHAT)

姓名：	性別：	年齡：		
評估者：	評估日期：			
	0 分	1 分	2 分	得分
嘴唇	<input type="checkbox"/> 平滑、粉紅、濕潤	<input type="checkbox"/> 乾裂、嘴角紅	<input type="checkbox"/> 潰瘍、出血	
舌頭	<input type="checkbox"/> 粉紅、濕潤可見乳突	<input type="checkbox"/> 發紅、發紫、蒼白、乾裂、舌苔覆蓋	<input type="checkbox"/> 非常紅或白斑、潰瘍（出血或不出血）	
牙齦組織	<input type="checkbox"/> 粉紅、結實、濕潤	<input type="checkbox"/> 乾燥浮腫（蒼白或發紅）有 1 個白斑	<input type="checkbox"/> 潰瘍、出血、多於 1 個白斑	
唾液	<input type="checkbox"/> 容易吐出、唾液呈水狀	<input type="checkbox"/> 不易吐出、唾液少且黏稠	<input type="checkbox"/> 無法吐出、唾液很少且非常黏稠	
自然牙	<input type="checkbox"/> 沒有齲齒或斷牙	<input type="checkbox"/> 1-3 顆齲齒或斷牙	<input type="checkbox"/> 4 顆以上齲齒、斷牙或牙齒少於 4 顆無假牙	
假牙	<input type="checkbox"/> 沒損壞，有規律戴（或無假牙）	<input type="checkbox"/> 1 處損壞，每天戴 1-2 小時	<input type="checkbox"/> 多於 1 處損壞，沒有戴、假牙需黏合	
口腔清潔	<input type="checkbox"/> 清潔且沒有食物殘渣	<input type="checkbox"/> 局部牙菌斑或食物殘渣	<input type="checkbox"/> 多處牙菌斑或食物殘渣	
牙齒疼痛	<input type="checkbox"/> 沒有行為、言語或生理現象表示	<input type="checkbox"/> 有行為或言語現象表示，例如：拉臉、咬唇或不吃東西	<input type="checkbox"/> 有生理現象表示，例如：臉腫、大片潰瘍，時會加上行為或言語現象表示	
※分數越高，口腔狀況越差				

資料來源：

1、Chalmers J, Johnson V, Tang JH, Titler MG, "Evidence-based protocol: oral hygiene care for functionally dependent and cognitively impaired older adults." J Gerontol Nurs. 2004 Nov;30(11):5-12.

2、蔡宜燕、劉彥君、李佳琳、楊月穎、邱逸榛(2015)。口腔健康評估量表—非牙醫專業人員中文版發展與信效度檢定。長庚護理，26:4，401-409。

3、葉俊吟、王芊儀、胡芳文(2014)。住院高齡者口腔健康與營養狀態之探討。臺灣老年醫學暨老年學雜誌，9:3，68-83。

# 114-115 年「新北市愛滌生多元照護計畫」

## 個別化評估回覆報告

姓名	身分證 字號	電話
治療情形 (勾選)	<input type="checkbox"/> 個案依規定時間到診及其診療內容(請勾選以下項目)。	
	<input type="checkbox"/> <b>初診評估：請勾選</b> <input type="checkbox"/> 一般諮詢及處遇 <input type="checkbox"/> 診斷性會談 <input type="checkbox"/> 支持性心理會談 <input type="checkbox"/> 憂鬱症篩檢 <input type="checkbox"/> 精神疾病篩檢 <input type="checkbox"/> 壓力評估 <input type="checkbox"/> 家庭評估 <input type="checkbox"/> 職能評估 <input type="checkbox"/> 毒品成癮狀況評估 <input type="checkbox"/> 精神與社會生活功能評估 <input type="checkbox"/> <b>尿液毒物篩檢：</b> <input type="checkbox"/> 安非他命 <input type="checkbox"/> 大麻 <input type="checkbox"/> K他命 <input type="checkbox"/> 搖頭丸 <input type="checkbox"/> 嗎啡 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
<input type="checkbox"/> <b>身體檢查：</b> <input type="checkbox"/> 胸腔 X 光檢查 <input type="checkbox"/> 心電圖 EKG <input type="checkbox"/> HIV 篩檢 <input type="checkbox"/> GOT、GPT、 $\gamma$ -GT 檢查 <input type="checkbox"/> B 型肝炎表面抗原檢查 HBsAg <input type="checkbox"/> B 型肝炎表面抗體檢查 Anti-HBs <input type="checkbox"/> C 型肝炎病毒抗體檢查 Anti-HC(EIA)Ab <input type="checkbox"/> 梅毒螺旋體血液凝集檢(RPR/TPHA) <input type="checkbox"/> C 型肝炎-核糖核酸類定量擴增試驗 <input type="checkbox"/> 自費藥物治療 <input type="checkbox"/> 自費心理治療		<input type="checkbox"/> 本次未依規定到診，有提前通知。 <input type="checkbox"/> 無故未到。
<b>建議接受戒癮治療：</b> <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 ( <input type="checkbox"/> 維持治療(美沙冬/丁基原啡因) <input type="checkbox"/> 醫療戒癮門診 <input type="checkbox"/> 中途機構 <input type="checkbox"/> 心理諮商 <input type="checkbox"/> 藥物治療 <input type="checkbox"/> 其他：_____)		
<b>其他建議事項：(轉介)</b> <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 社工服務 <input type="checkbox"/> 護理指導 <input type="checkbox"/> 口腔照護 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
<b>醫療單位：</b> <b>填表人：</b>		
填表日期： 年 月 日		

114-115 年「新北市愛滌生多元照護計畫」  
心理諮商 知情同意書

姓名		性別		出生年月日	
身分證字號		最高學歷	<input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中職 <input type="checkbox"/> 大學/五專 <input type="checkbox"/> 研究所 ( <input type="checkbox"/> 畢 <input type="checkbox"/> 肄 )		
婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 分居喪偶		連絡電話/ 手機		
聯絡地址					
緊急聯絡人	姓名		連絡電話/ 手機		
問題類型	<input type="checkbox"/> 焦慮 <input type="checkbox"/> 憂鬱 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 思覺失調 <input type="checkbox"/> 躁鬱 <input type="checkbox"/> 親職教養 <input type="checkbox"/> 身體病痛 <input type="checkbox"/> 自我探索 <input type="checkbox"/> 生涯發展 <input type="checkbox"/> 人際關係 <input type="checkbox"/> 兩性情感 <input type="checkbox"/> 婚姻關係 <input type="checkbox"/> 關係失落 <input type="checkbox"/> 家庭成員問題 <input type="checkbox"/> 家庭照顧議題 <input type="checkbox"/> 網路成癮 <input type="checkbox"/> 職場/工作議題 <input type="checkbox"/> 自殺意念與行為 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
<b>心理諮商服務同意書</b>					
<p>本人同意接受心理師的專業服務，我已閱讀、瞭解，並且在下方簽名同意下列關於心理諮商的說明：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>我瞭解本計畫心理諮商服務費用由衛生局相關經費補助，因經費有限，故有次數限制（當年度至多 8 次）。若仍有長期晤談之需求時，同意由心理師提供其他適合之轉介機構。</li> <li>我瞭解諮商時間都是固定的，若因故無法進行諮商，我最晚會在預約的前 3 個工作天致電心理師取消該次諮商，且我若當年度無故缺席達 2 次，同意取消本年度使用服務機會。</li> <li>我在心理諮商過程所說的事情，會得到專業的保密，但我了解，心理師遇到以下情形，則不在此限制：             <ol style="list-style-type: none"> <li>如果我的談話內容涉及自我傷害、傷害別人、家暴或兒童虐待時，我同意心理師通知我的家人或相關機構，以便保護我及他人的安全。</li> <li>當司法單位循法律程序向心理師索取必要相關資訊。</li> <li>為維護我的權益，心理諮商督導者與主責個管有明瞭心理諮商過程之權利與責任。</li> </ol> </li> <li>在心理諮商的過程中，心理師要求錄音、錄影，需事先取得我的同意，並另外填寫同意書（我有權隨時停止錄音、錄影）。</li> <li>我使用心理諮商服務時，我會配合並投入心理諮商服務過程，但我有結束心理諮商服務之權力。</li> <li>我瞭解本計畫心理師的心理諮商服務是免費的，心理師不得額外收取其他費用。</li> <li>我瞭解所有服務的程序、場所、時間、保密的限制、效果與限制，以及社會資源等。</li> </ol> <p>立書人/法定代理人(簽名)： _____ 身分證字號： _____            心理師(簽名)： _____ 立書日期：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p>					

(本同意書 1 式 2 份，1 份民眾留存，1 份隨個案服務紀錄表保存於新北市政府衛生局)

## 114-115 年「新北市愛滌生多元照計畫」

## 心理諮商出席人員簽到表

服務機構：						
服務 次 數	服務日期 (年月日)	出席 心理師 簽到	出席 民眾 簽到	時間	出席 民眾 簽退	時間
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

註：如遇個案無故缺席，請心理師仍於出席心理師簽到欄位簽名，出席民眾簽到欄位填寫「缺席」。

紀錄編號： \_\_\_\_\_

填表日期： 年 月 日

申請單位		申請人員	
職稱		身分證字號	
帳號		密碼	統一先預設 Aa12345..
Email		電話	
申請事由			
帳號類別	群組權限		申請項目
內部資訊網 管理系統	<input type="checkbox"/> 衛生所網頁系統(線上掛號) <input type="checkbox"/> 藥物及化妝品廣告廣理系統 <input type="checkbox"/> 中藥違規案件紀錄系統 <input type="checkbox"/> 中藥藥物廣告查詢系統 <input type="checkbox"/> 管制藥品檢驗通報系統 <input type="checkbox"/> 管制藥品管理資訊系統 <input type="checkbox"/> 管制藥品濫用通報管理資訊系統 <input checked="" type="checkbox"/> 其他:心理衛生個案管理資訊系統		<input type="checkbox"/> 申請 <input type="checkbox"/> 異動 <input type="checkbox"/> 停用 <input type="checkbox"/> 註銷
其他	說明：		<input type="checkbox"/> 申請 <input type="checkbox"/> 異動 <input type="checkbox"/> 停用 <input type="checkbox"/> 註銷
申請單位	申請人		申請人單位主管

註：

- (1) 密碼統一預設，登入後會強制更改
- (2) 密碼長度需為 8 至 50 個字元長度
- (3) 密碼必須包含數字 (0-9) 、大寫英文字母 (A-Z) 、小寫英文字母(a-z)及特殊符號 (+-\*/?.,:;\_~!@#\$\$%^&=) 等 4 種字元中的 3 種
- (4) 密碼不可有連續 3 個字相同
- (5) 密碼有效時間為 90 天，超過時密碼必須更換!

114-115年「新北市愛滌生多元照護計畫」-補助經費明細表

○○○○○○○ 醫院 ○○○○年○-○月份

項目		單價(元)	人數	人次	金額
掛號費	共通項目				
部分負擔					
尿液毒物篩檢 (個別化評估、戒癮門診皆可申請)	個別化評估				
評估費					
HIV篩檢					
GOT、GPT、 $\gamma$ -GT					
B型肝炎表面抗原檢查HBsAg					
B型肝炎表面抗體檢查Anti-HBs					
C型肝炎病毒抗體檢查Anti-HC(EIA)Ab					
梅毒螺旋體血液凝集檢 (RPR/TPHA)					
C型肝炎-核醣核酸類定量擴增試驗					
C肝檢驗獎勵費					
一般評估	戒癮治療				
一般諮詢及處遇					
個人複雜諮詢及處遇					
藥物治療					
心理諮商(個別)	心理諮商				
心理諮商(伴侶、親子)					
行政費用(心理諮商個案缺席)					
中止妊娠	生育保健				
結紮手術					
子宮內避孕器裝置					
早產風險評估	母嬰照護				
子癲前症篩檢					
母血唐氏症篩檢					
胎兒頭部透明帶篩檢					
X染色體脆折症					
脊髓性肌肉萎縮症篩檢(SMA)					
高層次超音波					
羊膜穿刺篩檢					
新生兒藥物濃度檢驗	新生兒醫療				
新生兒血液檢查					
重要器官缺損之超音波檢測					
總計			0	0	0

備註: C欄位請自行填入貴院(所)醫療項目之單價

填表日期:

填表人:

主管核章:

○○○年度「新北市愛滌生多元照護計畫」-治療明細清冊

○○○○○○○○醫院 ○○○年○-○月

序號										
姓名	基本資料									
身分證字號										
服務日期									申請金額小計	
是否為初診										
掛號費		共通							0	
部分負擔	項目								0	
尿液毒物篩檢(600) (個別化評估、戒癮門診皆可申請)	個別化評估								0	
評估費(2,000)									0	
HIV篩檢(500)									0	
GOT、GPT、 $\gamma$ -GT (170)									0	
B型肝炎表面抗原檢查 HBsAg(160)									0	
B型肝炎表面抗體檢查 Anti-HBs(160)									0	
C型肝炎病毒抗體檢查 Anti-HC(EIA)Ab (250)									0	
梅毒螺旋體血液凝集 檢(RPR/TPHA)(300)									0	
C型肝炎-核糖核酸類 定量擴增試驗(3,500)									0	
C肝檢驗獎勵費(500)									0	
一般評估(500)	戒癮治療								0	
一般諮詢及處遇(700)									0	
個人複雜諮詢及處遇 (1,200)									0	
藥物治療(1,200)									0	
心理諮商 (1,600/3,200)	心理諮商								0	
行政費用(400) (心理諮商個案缺席)									0	
中止妊娠(50,000)	生育保健								0	
結紮手術(42,000)									0	
子宮內避孕器裝置 (10,000)									0	
早產風險評估(3,000)	母嬰照護								0	
子癩前症篩檢(4,000)									0	
母血唐氏症篩檢 (6,500)									0	
胎兒頸部透明帶篩檢 (3,500)									0	
X染色體脆折症 (5,000元)									0	
脊髓性肌肉萎縮症篩 檢(SMA)(3,100)									0	
高層次超音波(5,000)									0	
羊膜穿刺篩檢(11,500)									0	
新生兒/幼兒藥物濃度檢驗 (3,600)		新生兒醫療								0
新生兒/幼兒血液檢查 (3,600)										0
重要器官缺損之超音 波檢測(5,000)									0	
合計		0	0	0	0	0	0	0	0	

備註1：同1名個案需編列於同1個序號(如範例)。

備註2：如表格不敷使用請自行延伸。

填表日期：

填表人：

機關負責人核章：

〇〇年度「新北市愛滌生多元照護計畫」  
(醫療戒癮機構名稱)\_ 第〇季(〇〇〇-〇〇〇月) 成果報告

一、 **本計畫個案分析概況：**

季轉介人數		季成功收案人數		季開案成功率(%)		總轉介人數		總成功收案人數	
使用藥物種類(人數)									
海洛因	安非他命	大麻	搖頭丸	K他命	合併2種以上	其他	合計		
戒癮成效滿意度(人數)									
非常滿意	滿意	普通	不滿意	非常不滿意	合計				

二、 **生育保健、母嬰照護及新生兒醫療個案分析：**

季轉介人數	季成功收案人數	季開案成功率(%)	總轉介人數	總成功收案人數

三、 **戒癮門診個案分析(含個別化評估)：**

季轉介人數	季成功收案人數	季開案成功率(%)	季在案人數	季結案人數
總轉介人數	總成功收案人數	季留置率	公式：_____ = _____	
		總留置率	公式：_____ = _____	

四、 **心理諮商個案分析(非個人複雜諮詢及處遇)：**

季轉介人數	季成功收案人數	季開案成功率(%)	季在案人數	季結案人數
總轉介人數			總成功收案人數	

五、 **戒癮門診及心理諮商結案個案名冊(含非本年度轉介個案)：**

- 結案原因：(A)個別化評估完成1次門診且無須轉介其他處遇、(B)失聯、(C)緩起訴、(D)入監服刑、(E)醫師診斷戒癮成功、(F)自覺戒癮成功、(G)就診達3個月或達6次門診、(H)完成諮商次數、(I)諮商缺席、(J)其他(請補充說明)
- 表格若不敷使用，請自行增加欄位

個案姓名	個案身分證字號	收案日期	結案日期	結案原因
個案姓名	個案身份證字號	收案日期	結案日期	結案原因
個案姓名	個案身份證字號	收案日期	結案日期	結案原因
個案姓名	個案身份證字號	收案日期	結案日期	結案原因
個案姓名	個案身份證字號	收案日期	結案日期	結案原因

## 六、 其他評估分析及補充:

### 名詞定義

1. 季轉介人數：當季轉介計畫之人數
2. 季收案人數：當季成功收案進入計畫之人數
3. 季開案成功率：當季收案人數/當季轉介人數\*100%
4. 季結案人數：當季收案人數中已結案(退出計畫)之人數
5. 季在案人數：當季收案人數中未結案(未退出計畫)之人數
6. 總收案人數：當年度成功收案進入計畫之人數
7. 總結案人數：當年度收案人數中已結案(退出計畫)之人數

### 公式計算

1. 季留置率： $(A-B)/(A-C)*100\%$  請列出俾利驗算

季收案人數(A)-(當季可抗+不可抗因素結案人數)(B)/  
季收案人數(A)-當季不可抗因素結案人數(C)\*100%

2. 總留置率： $(D-E)/(D-F)*100\%$  請列出俾利驗算

總收案人數(D)-(當年度可抗+不可抗因素結案人數)(E)/  
總收案人數(D)-當年度不可抗因素結案人數(F)\*100%

可抗因素：連續 5 次無預警未到診者

不可抗因素：個別化評估完成 1 次門診且無須轉介其他處遇、入監、轉診、生產、服兵役、死亡及就診達 3 個月或達 6 次門診者

公式分母為(收案人數-不可抗因素結案人數)係呈現「真實」收案人數，公式分子係呈現「真實」置留人數。

※當季如無新收個案，季留置率應填入：N/A

### 範例：

1-3 月轉介人數 10 人，成功收案 8 人，其中 2 月退出 2 人(入監)、3 月退出 1 人 (5 次未到)，第 1 季資料分析則為季轉介人數 10 人，季收案人數 8 人，季開案成功率  $8/10*100\%=80\%$ ，季結案人數 3 人，季在案人數 5 人，季留置率  $8-(2+1)/(8-2)*100\%=83.33\%$ ，第 1 季之總留置率將與季留置率相同，第二季起季收案人數為 4-6 月收案人數，總收案人數為 1-6 月收案人數，以此類推。

○○○年度「新北市愛滌生多元照護計畫」

(醫療戒癮機構名稱)\_ 總年度成果報告

一、摘要:(概述業務執行及經費使用情形)

二、執行現況與背景分析:

三、執行方式:

(一) 補助對象:

(二) 服務流程:

四、成果統計及檢討:

五、效益分析: