

衛生福利部111年度「醫事人員及 COVID-19 染疫死亡者家屬 心理健康支持方案」(臺南市)

核定日期：111年8月18日

壹、背景說明

臺灣自111年5月起進入嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19）大規模流行階段，醫事人員始終站在防疫最前線，協助民眾抗疫，其承受之身心壓力可見一斑；又不幸染疫死亡者之家屬，面對突然的親人死亡，其哀傷與悲慟之情亦需適切調適，避免引發長期性心理健康問題。為強化防疫第一線醫事人員與染疫死亡者家屬之心理健康支持，爰辦理本方案，藉由補助醫事人員及染疫死亡者家屬心理諮商費用，協助其調適心理壓力與負面情緒，維護身心健康。

貳、方案期程

自核定日（111年8月18日）起至112年1月31日止。

參、方案經費

- 一、本方案本市總經費共計新臺幣260萬元整。(附件1)
- 二、本方案經費為補貼醫事人員及染疫死亡者家屬之自費心理諮商費用，並由各直轄市、縣（市）代審代付，經費若提前用罄，衛生福利部將另行公告方案結束日期。

肆、執行單位

肆.一、心理諮商服務提供機構（下稱心理諮商機構）：

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，並經衛生福利部公布者。

肆.二、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：

- (一) 全國執業醫事人員：領有執業執照之醫事人員。
- (二) COVID-19染疫死亡者家屬：應符合以下2條件：

伍.一.一.1. 死亡者死亡證明書之死亡原因應清楚登載有 COVID-19（新冠肺炎）病名，惟不限登載於「死亡原因」項下之「直接引起死亡之疾病或傷害」、「先行原因」或「其他對於死亡有影響之疾病或身體狀況」任一欄位。

伍.一.一.2. 死亡者家屬包含死亡者之配偶、直系血親卑親屬、父母、兄弟姊妹、祖父母，或其他同住者。

二、補助項目、額度及標準：

- (一) 限補助「心理諮商費用」，每次最高以2,000元為限，且每次心理諮商時間需至少40分鐘以上。
- (二) 每人補助以6次為限。
- (三) 本方案補助項目僅限自費之「心理諮商費用」，不含心理諮商機構之掛號費或其他費用，又心理諮商機構所訂單次「心理諮商費用」若高於2,000元者，其差額須由補助對象自行負擔。
- (四) 心理諮商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。
- (五) 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，需由心理諮商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，需先至衛生福利部網站查詢本方案心理諮商機構名單後，逕洽心理諮商機構預約。
- 二、對於已向心理諮商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知情同意書暨個人資料蒐集同意書（如附件2、附件3），醫事人員另需配合出示執業執照以利心理諮商機構確認

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，供心理諮商機構拍照留存，做為申請經費之依據。

柒、心理諮商機構應配合事項及規範

柒.一、心理諮商機構提供心理諮商服務應符合下列原則：

- (一) 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，並請其簽署知情同意書暨個人資料蒐集同意書後，依其參與本方案意願申請經費補助。完成簽署之同意書交由補助對象收執，並由心理諮商機構掃描或拍照留存。
- (二) 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。
- (三) 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。
- (四) 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：
 - (壹.一.一.1.1) 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。
 - (壹.一.一.1.2) 依據衛生福利部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。
 2. 除請補助對象簽署本方案之知情同意書暨個人資料蒐集同意書外，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。

柒.二、其他應配合事項：

- (一) 為評估本方案成效，心理諮商機構於提供本方案之第一次心理諮商服

務前，應對補助對象以 BSR5-5量表進行前測，並於最後一次心理諮商服務結束時或結案前，以 BSR5-5量表進行後測，及邀請匿名填答本方案滿意度調查表（如附件4、附件5）。

- (二) 衛生福利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，心理諮商機構應予配合。

捌、衛生局配合事項

- 一、依本方案實際發生之補助費用，按季審核後撥付心理諮商機構相關款項。
- 二、設置民眾及心理諮商機構洽詢本方案之單一服務窗口，強化本方案之便民服務。

玖、經費請領及核銷方式

玖.一、心理諮商機構向衛生局申請經費撥付及核銷方式：

由心理諮商機構就本方案實際補助費用，按季就醫事人員及染疫死亡者家屬分別造冊，依衛生局規定檢據請領，經衛生局審查通過後，始由該局撥付當期經費。每季造冊時間區間及資料如下：

- (一) 每季造冊之時間區間：本方案核定日起至111年10月31日、111年11月1日至112年1月31日。
- (二) 造冊資料：
 1. 「申請心理諮商服務之醫事人員清單」及「申請心理諮商服務之死亡者家屬清單」（如附表1、2）。
 2. 醫事人員/染疫死亡者家屬申請心理諮商服務明細（如附表3、4）。
 3. 簽署心理諮商知情同意暨個人資料蒐集同意書之影本/電子檔及各次出示證件之視訊畫面/截圖。

附件 1

衛生福利部111年度「醫事人員及 COVID-19 染疫死亡者家屬 心理健康支持方案」經費分配表

單位：新臺幣元

各直轄市及縣(市)	經費分配	第1期款 ^註
臺南市	<u>2,600,000</u>	<u>1,820,000</u>

註：衛生福利部方案核定後，由衛生福利部通知衛生局函送領據到部，撥付核定經費之70%。

衛生福利部

111年度「醫事人員及 COVID-19 染疫死亡者家屬心理健康支持方案」

醫事人員心理諮商知情同意暨個人資料蒐集同意書

本人 在經過心理諮商機構說明後，瞭解心理諮商服務之內容、風險及益處，並相關權益及規範後，同意參與衛生福利部111年度「醫事人員及 COVID-19 染疫死亡者家屬心理健康支持方案」，接受心理諮商服務，若接受之服務為通訊心理諮商，應於進行通訊心理諮商前於鏡頭前出示執業執照以利核對身分，並同意機構拍照保存該畫面以利後續核銷事宜。此外，也願意遵守衛生福利部111年度「醫事人員及 COVID-19 染疫死亡者家屬心理健康支持方案」之規定：

- (1) 無重複至其他機構接受相同補助之情事，如有不實，願意繳回重複申請補助之款項。
- (2) 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，將取消補助資格90天。

衛生福利部及_____（心理諮商機構）針對上開本人各項資料，應妥為保管，本人依個人資料保護法第3條規定，保留隨時取消本同意書之權利。

心理諮商機構： _____ 立書人： _____
說明人員： _____ 地址： _____
電話： _____

若需變更預約心理諮商時間，請撥打_____（心理諮商機構聯繫電話）。

衛生福利部 關心您！

衛生福利部

111年度「醫事人員及 COVID-19 染疫死亡者家屬心理健康支持方案」

染疫死亡者家屬心理諮商知情同意暨個人資料蒐集同意書

本人 在經過心理諮商機構說明後，瞭解心理諮商服務之內容、風險及益處，並相關權益及規範後，同意參與衛生福利部111年度「醫事人員及 COVID-19 染疫死亡者家屬心理健康支持方案」，接受心理諮商服務，若接受之服務為通訊心理諮商，應於進行通訊心理諮商前於鏡頭前出示身分證明文件以利核對身分，並同意機構拍照保存該畫面以利後續核銷事宜。此外，也願意遵守衛生福利部111年度「醫事人員及 COVID-19 染疫死亡者家屬心理健康支持方案」之規定：

(1) 本人符合 COVID-19 死亡者家屬心理諮商方案補助對象資格，且無重複至其他機構接受相同補助之情事，如有不實，願意繳回補助款項。

死亡者姓名：_____

死亡者身分證統一編號：_____

與死亡者關係：_____

(2) 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，將取消補助資格90天。

衛生福利部及_____（機構）針對上開本人各項資料，應妥為保管，本人依個人資料保護法第3條規定，保留隨時取消本同意書之權利。

心理諮商機構：	_____	立書人：	_____
	_____	身分證統一編號：	_____
說明人員：	_____	電話：	_____
	_____	地址：	_____

若需變更預約心理諮商時間，請撥打_____（心理諮商機構聯繫電話）。

衛生福利部 關心您！

衛生福利部
111年度「醫事人員及 COVID-19 染疫死亡者家屬心理健康支持方案」

醫事人員滿意度調查表

一、基本資料：

1. 性別： 男 女
2. 年齡： 20-29歲 30-39歲 40-49歲 50-59歲 60歲以上
3. 如何得知本方案（可複選）：公會 網路 其他_____
4. 心理諮商進行方式（可複選）：面對面方式 通訊方式

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. 您對面對面心理諮商服務流程感到滿意（無則免填）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 您對於通訊心理諮商服務流程感到滿意（無則免填）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 覺得心理諮商對您是有幫助的	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 整體而言，您對於本方案心理諮商服務感到滿意	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

三、其他建議事項：

衛生福利部

111年度「醫事人員及 COVID-19 染疫死亡者家屬心理健康支持方案」

染疫死亡者家屬滿意度調查表

一、基本資料：

- 1. 性別： 男 女
- 2. 年齡： 20-29歲 30-39歲 40-49歲 50-59歲 60歲以上
- 3. 與死亡者關係：配偶 直系血親卑親屬 父母
兄弟姊妹 祖父母 同住者
- 4. 心理諮商進行方式（可複選）：面對面方式 通訊方式

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. 您對面對面心理諮商服務流程感到滿意（無則免填）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 您對於通訊心理諮商服務流程感到滿意（無則免填）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 覺得心理諮商對您是有幫助的	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 整體而言，您對於本方案心理諮商服務感到滿意	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

三、其他建議事項：



衛生福利部 111年度「醫事人員及 COVID-19染疫死亡者家屬心理健康支持方案」 申請心理諮商服務之醫事人員清單

申請機構名稱：

機構類別：醫療機構 心理治療所 心理諮商所

年度/月份： 年/ 月至 月

序號	姓名	執業執照字號	合計補助金額	過去已申請補助金額	本次申請補助金額	第1次諮商		第2次諮商		第3次諮商		第4次諮商		第5次諮商		第6次諮商		BSRS前測分數 <small>註1</small>	BSRS後測分數 <small>註1</small>	是否結案 是/否 <small>註2</small>	心理諮商服務人員姓名	服務人員執業執照字號	
						日期 <small>月/日</small>	通訊方式執行 是/否	日期 <small>月/日</small>	通訊方式執行 是/否	日期 <small>月/日</small>	通訊方式執行 是/否	日期 <small>月/日</small>	通訊方式執行 是/否	日期 <small>月/日</small>	通訊方式執行 是/否	日期 <small>月/日</small>	通訊方式執行 是/否						
1																							
2																							
3																							
總計																							

製表人：

機構負責人：

註1：BSRS 前測分數為第一次心理諮商前評估之 BSRS-5分數，BSRS 後測分數為最後一次諮商結束後或結案前評估，若因故停止心理諮商則無需填答後測分數。

註2：結案前請個案匿名填答滿意度調查表，並依結案人數檢具完成填答之滿意度調查表，若因故未填答者請註明。

衛生福利部111年度「醫事人員及 COVID-19染疫死亡者家屬心理健康支持方案」 申請心理諮商服務之染疫死亡者家屬清單

申請機構名稱：

機構類別：醫療機構 心理治療所 心理諮商所

年度/月份： 年/ 月至 月

序 號	姓名	身分證 統一編 號	合計 補助 金額	過去 已申 請補 助金 額	本次 申請 補助 金額	第1次諮商		第2次諮商		第3次諮商		第4次諮商		第5次諮商		第6次諮商		BSRS 前測 分數 <small>註1</small>	BSRS 後測 分數 <small>註1</small>	是 否 結 案 <small>是/否 註2</small>	心理 諮商 服務 人員 姓名	服務 人員 執業 執照 字號
						日 期	通 訊 方 式 執 行	日 期	通 訊 方 式 執 行	日 期	通 訊 方 式 執 行	日 期	通 訊 方 式 執 行	日 期	通 訊 方 式 執 行	日 期	通 訊 方 式 執 行					
						月/日	是/否	月/日	是/否	月/日	是/否	月/日	是/否	月/日	是/否	月/日	是/否					
1																						
2																						
3																						
總計																						

製表人：

機構負責人：

註1：BSRS 前測分數為第一次心理諮商前評估之 BSRS-5分數，BSRS 後測分數為最後一次諮商結束後或結案前評估，若因故停止心理諮商則無需填答後測分數。

註2：結案前請個案匿名填答滿意度調查表，並依結案人數檢具完成填答之滿意度調查表，若因故未填答者請註明。

衛生福利部
111年度「醫事人員及 COVID-19 染疫死亡者家屬心理健康支持方案」

醫事人員申請心理諮商服務明細

姓名：

執業執照字號：

提供心理諮商服務機構名稱：

心理諮商知情同意暨個人資料蒐集同意書檔案名稱：

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	
			簽名	是/否	檔案名稱
1					
2					
3					
4					
5					
6					

衛生福利部
111年度「醫事人員及 COVID-19 染疫死亡者家屬心理健康支持方案」

染疫死亡者家屬申請心理諮商服務明細

姓名：

身分證統一編號：

提供心理諮商服務機構名稱：

心理諮商知情同意暨個人資料蒐集同意書檔案名稱：

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	
			簽名	是/否	檔案名稱
1					
2					
3					
4					
5					
6					

衛生福利部 111年度「醫事人員及 COVID-19染疫死亡者家屬心理健康支持方案」

附表5

衛生局期中/期末執行成果統計（醫事人員）

縣市/衛生局：

年度/月份： 年/ 月至 月

序號	姓名	執業執照字號	總補助金額	第1次諮商		第2次諮商		第3次諮商		第4次諮商		第5次諮商		第6次諮商		BSRS前測分數	BSRS後測分數	是否結案 是/否	執行單位類別 <small>醫療機構/ 心理治療所/ 心理諮商所</small>	心理諮商服務人員姓名	服務人員執業執照字號
				日期 月/日	通訊方式執行 是/否	日期 月/日	通訊方式執行 是/否	日期 月/日	通訊方式執行 是/否	日期 月/日	通訊方式執行 是/否	日期 月/日	通訊方式執行 是/否	日期 月/日	通訊方式執行 是/否						
1																					
2																					
3																					
總計																					

總補助人數：		總服務人次：		以通訊方式提供服務人次：	
醫療機構提供服務人次：		心理治療所提供服務人次：		心理諮商所提供服務人次：	
精神科醫師服務人次：		臨床心理師服務人次：		諮商心理師服務人次：	
結案人數：		滿意度調查表回收數量：		滿意度分數平均(註)：	

承辦人：

權責主管：

註：滿意度分數平均為滿意度調查表：「4.整體而言，您對於本方案心理諮商服務感到滿意」，該題之分數平均（分數應為1分至5分之間）。

衛生福利部111年度「醫事人員及 COVID-19 染疫死亡者家屬心理健康支持方案」

附表6

衛生局期中/期末執行成果統計（染疫死亡者家屬）

縣市/衛生局：

年度/月份： 年/ 月至 月

序號	姓名	身分證統一編號	總補助金額	第1次諮商		第2次諮商		第3次諮商		第4次諮商		第5次諮商		第6次諮商		BSRS 前測分數	BSRS 後測分數	是否結案 是/否	執行單位類別 <small>醫療機構/ 心理治療所/ 心理諮商所</small>	心理諮商服務人員姓名	服務人員執業執照字號
				日期 月/日	通訊方式執行 是/否	日期 月/日	通訊方式執行 是/否	日期 月/日	通訊方式執行 是/否	日期 月/日	通訊方式執行 是/否	日期 月/日	通訊方式執行 是/否	日期 月/日	通訊方式執行 是/否						
1																					
2																					
3																					
總計																					

總補助人數：		總服務人次：		以通訊方式提供服務人次：	
醫療機構提供服務人次：		心理治療所提供服務人次：		心理諮商所提供服務人次：	
精神科醫師服務人次：		臨床心理師服務人次：		諮商心理師服務人次：	
結案人數：		滿意度調查表回收數量：		滿意度分數平均(註)：	

承辦人：

權責主管：

註：滿意度分數平均為滿意度調查表：「4.整體而言，您對於本方案心理諮商服務感到滿意」，該題之分數平均（分數應為1分至5分之間）。

