

桃園市政府衛生局

「產後憂鬱心理諮商計畫」

核定日期：112年5月3日

修正日期：112年9月21日

壹、背景說明

產後婦女們除了經歷生產過程的痛苦外，也因角色變換、生活壓力及內分泌改變，產生的情緒低落或心情不穩定等狀況。根據相關研究顯示，產後憂鬱症盛行率約為10%至20%，而女性在懷孕期間及生產後的心理健康問題容易被忽視，常導致無法即時給予協助及治療，此外亦有研究指出在產後也有約的產後伴侶有憂鬱症及焦慮症的發生。為即時協助產後婦女及其伴侶調適心情及紓緩壓力，爰辦理此方案，陪伴其度過低潮的時刻，以面對新生命的到來及未來的新生活。

貳、方案期程

自112年5月10日起至112年12月31日止。

參、方案預算

預算金額新臺幣（以下同）2,000萬元整。

肆、內容

一、產後憂鬱評估計畫

- (一)執行單位：本市登記在案之婦幼醫院、設有婦產科之醫院、婦產科診所，且向本局申請參與本方案並經公告之機構。
- (二)補助對象：婦幼醫院、設有婦產科之醫院及婦產科診所。
- (三)補助項目、額度及標準：
 1. 補助每份問卷執行費100元。
 2. 執行問卷每達100名產後婦女之醫療院所，額外補助醫療院所1萬元獎勵費用，以鼓勵第一線人員。

(四)機構應配合事項及規範：

1. 針對剛生產完之婦女進行愛丁堡產後憂鬱量表施測，量表分數較高（大於13分）且有心理諮商或進行中醫診療調理意願的婦女，轉介本局媒合合約機構。
2. 本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，機構應予配合。

(五)經費請領及核銷方式：

1. 補助款項撥付予合作機構，並由合作機構就本方案實際補助費用，按月造冊，依本局規定函送造冊資料及領據請領補助費用，經審查通過後，始撥付當期經費。
2. 每月資料核銷資料請於次月10日前函送至本局，檢附資料如下：
 - (1) 領據正本。
 - (2) 每月個案填答問卷清單（清單需有機構簽章）。

二、心理諮商計畫

(一)執行單位：本市登記在案可提供心理諮商之醫療機構、心理治療所、心理諮商所，且向本局申請參與本方案並經公告之機構。

(二)補助對象：本人或配偶設籍本市之產後6個月內婦女及本局轉介之個案。

(三)補助項目、額度及標準：

1. 個別諮商每次補助費用2,000元，諮商時間至少40分鐘以上；伴侶諮商每次補助費用4,000元，諮商時間至少80分鐘以上，費用補助上限每人合計8,000元（以產婦計算）。
2. 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個人「心理諮商費用」及伴侶「心理諮商費用」高於補助者，不可向民眾收取費用。

(四)機構應配合事項及規範：

1. 檢視申請者出示之身分證及孕產婦健康手冊或其他可證明文件，確認其是否設籍於桃園市，並於補助期限內（產後6個月內），

以做為機構申請補助費用之依據。

2. 本方案限由精神科醫師及心理師執行，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（如附件1），依其參與本方案意願申請經費補助。完成簽署之同意書機構應掃描或拍照留存，並交由補助對象收執。
3. 合約機構應配合於每月15日前至本局製作之 Google 表單更新次月可供民眾預約心理諮商時段，並建立專責窗口，俾利本局媒合個案時聯繫。
4. 倘民眾自行前往合約機構進行心理諮商服務預約，合約機構應確認可提供心理諮商時段，協助民眾預約心理諮商服務，並前往 Google 表單更新。
5. 執行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，應提供適切之醫療處置，倘限於診療技術不足，應即時轉介個案至合適醫療院所。
6. 產後婦女於填寫簽署知情同意書暨個人資料蒐集同意書時一同載明配偶之姓名及身分證字號，後續若經執行單位評估進行伴侶心理諮商時，以此作為伴侶之資格證明，未載明者則無法使用伴侶諮商。
7. 於方案結束時邀請匿名填答本方案滿意度調查表（如附件3）。
8. 本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，機構應予配合。
9. 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，應對補助對象以本局提供之量表進行前測，並於最後一次心理諮商服務結束時或結案前進行後測。
10. 心理諮商機構執行通訊心理諮商，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，才可執行通訊心理諮商服務。

B. 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及益處。

(3) 於進行通訊心理諮商前，為確認是否符合補助資格，請補助對象出示個人證件，並告知會拍照留存。

(五) 經費請領及核銷方式：

1. 補助款項撥付予合作機構，並由合作機構就本方案實際補助費用，按月造冊，依本局規定函送造冊資料及領據請領補助費用，經審查通過後，始撥付當期經費。

2. 每月資料核銷資料請於次月10日前函送至本局，檢附資料如下：

(1) 領據正本。

(2) 申請心理諮商服務清單正本（如附件5）。

(3) 申請心理諮商服務明細影本（如附件6）。

(4) 使用通訊心理諮商者各次出示證件之視訊畫面或截圖。

三、中醫診療調理計畫

(一) 執行單位：本市登記在案，並經本市中醫師公會推薦，由本局審核通過之中醫醫療機構。

(二) 補助對象：本人或配偶設籍本市之產後6個月內婦女，愛丁堡問卷分數大於13分者、或經醫師評估有憂鬱傾向診療需求者及本局轉介之個案。

(三) 補助項目、額度及標準：

1. 補助費用每次1,200元，每人補助以4次為限。

2. 補助費用不含機構之掛號費。

(四) 產後憂鬱調理服務項目依中醫師實際診療情形判斷，相關建議項目如下：

1. 診療：中醫體質判定（每次）、中醫證型評估量表（每次）、中

醫四診診察（每次）、產後舒眠經絡穴位按摩治療、新生兒捏脊/按摩治療教程等。

2. 產後照護相關知能及宣導：如產後飲食宜忌、坐月子相關概念與注意事項、產後好眠睡眠衛教、產婦八段錦鍛鍊教程、產後運動與核心肌肉鍛鍊流程、社會與家庭支持功能簡介（周邊照護資源管道）等。
3. 新生兒照護相關知能及宣導：如新生兒照護注意事項、母乳哺育注意事項等。
4. 藥膳調理：如產後舒心簡易藥膳簡介與藥膳包提供、產後舒心茶飲簡介與茶飲包提供等。
5. 愛丁堡問卷前後測問卷
6. 其他經醫師評估之項目。

(五)機構應配合事項及規範：

1. 檢視申請者出示之身分證及孕產婦健康手冊或其他可證明文件，確認其是否設籍於桃園市，並於補助期限內（產後6個月內），以做為機構申請補助費用之依據。
2. 本方案限由中醫師執行，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（如附件2），依其參與本方案意願申請經費補助。完成簽署之同意書機構應掃描或拍照留存，並交由補助對象收執。
3. 本局將優先轉介高風險個案，合約醫療機構應優先協助安排本局轉介個案，以協助穩定個案情形。
4. 執行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，應提供適切之醫療處置，倘限於診療技術不足，應即時轉介個案至合適醫療院所。
5. 於方案結束時邀請匿名填答本方案滿意度調查表（如附件4）。
6. 本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，機構應予配合。

(六)經費請領及核銷方式：

1. 補助款項撥付予合作機構，並由合作機構就本方案實際補助費用，按月造冊，依本局規定函送造冊資料及領據請領補助費用，經審查通過後，始撥付當期經費。
2. 每月資料核銷資料請於次月10日前函送至本局，檢附資料如下：
 - (1)領據正本。
 - (2)申請中醫診療調理服務清單正本（如附件7）。
 - (3)申請中醫診療調理服務明細影本（如附件8）。

伍、補助對象應配合事項及規範：

- 一、申請產後心理諮商服務之民眾可至本市社區心理衛生中心網站填寫申請表，由本局協助媒合合約機構或自行前往本局公告之合約機構進行預約。
- 二、申請中醫診療調理計畫者，請至本市社區心理衛生中心查詢本方案合作機構，並逕洽合作機構掛號。後續由合約機構施行愛丁堡問卷，量表達13分或經醫師評估有憂鬱傾向診療需求者予以補助。
- 三、申請者須出示身分證及孕產婦健康手冊或其他可證明文件，以利合約機構確認是否符合補助資格。另外使用通訊心理諮商者，須供機構拍照留存。
- 四、初次使用心理諮商計畫及中醫診療調理計畫者，應於接受服務前簽署知情同意書暨個人資料蒐集同意書
- 五、對於已向機構進行預約，如連續2次無故未依約接受服務，於第2次缺席日起90日內，暫停補助資格。
- 六、本方案不限於單一機構使用，補助對象若欲更換機構，請通知原機構不再使用，以利原機構辦理本方案結案作業。
- 七、心理諮商費用補助上限合計8,000元，中醫診療調理補助次數以4次為限，若有申請超過補助上限之情事，經查證屬實，需配合繳回超出之補助款項。
- 八、申請者於產後6個月內第1次使用「心理諮商計畫」、「中醫診療調理計畫」即符合補助資格。
- 九、補助區間為申請者第1次使用「心理諮商計畫」、「中醫診療調理計畫」起算6個月。

桃園市政府衛生局
112年度「產後憂鬱心理諮商計畫」
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、益處，以及相關權益及規範後，同意參與桃園市政府衛生局112年度「產後憂鬱心理諮商計畫」，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及孕產婦健康手冊或其他可證明文件，並同意機構拍照保存該畫面以利後續核銷事宜。此外，也願意遵守桃園市政府衛生局112年度「產後憂鬱心理諮商計畫」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。
- (3) 配偶姓名_____及身分證字號_____，後續若經執行單位評估進行伴侶心理諮商時，以此作為伴侶之資格證明，未載明者則無法使用伴侶諮商。

桃園市政府衛生局及_____（精神醫療機構或心理諮商機構）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。

精神醫療機構或

心理諮商機構：_____

立書人：_____

身分證字號：_____

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）。

桃園市政府衛生局 關心您！

桃園市政府衛生局
112年度「產後憂鬱心理諮商計畫」
滿意度調查表（心理諮商）

一、基本資料：

1. 年齡：20-29歲 30-39歲 40-49歲 50歲以上
2. 如何得知本方案（可複選）：桃園市衛生局 FB、其他婦幼親子相關 FB、
桃園市衛生局官方網站/桃園心理衛生中心官方網站、其他婦幼親子相關網站、親友分享告知、Google 關鍵字搜尋、宣傳小卡、平面/LED 廣告（如看板）、廣播/Podcast、公會、其他_____
3. 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	不 同 意	普 通	同 意	非 常 同 意
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1. 您對面對面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"/>
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：

桃園市政府衛生局 關心您！

桃園市政府衛生局
112年度「產後憂鬱心理諮商計畫」
滿意度調查表（中醫診療調理）

一、基本資料：

1. 年齡：20-29歲 30-39歲 40-49歲 50歲以上
2. 如何得知本方案（可複選）：桃園市衛生局 FB、其他婦幼親子相關 FB、
桃園市衛生局官方網站/桃園心理衛生中心官方網站、其他婦幼親子相關網站、親友分享告知、Google 關鍵字搜尋、宣傳小卡、平面/LED 廣告（如看板）、廣播/Podcast、

二、請您依使用本方案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. 您對中醫診療調理服務流程感到滿意	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 覺得中醫診療調理服務對您是有幫助的	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 整體而言，您對於本方案中醫診療調理服務感到滿意	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

三、其他建議事項：

桃園市政府衛生局 關心您！

桃園市政府衛生局 112年度「產後憂鬱心理諮商計畫」

申請心理諮商服務清單

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		量表前測分數 ^{註1}	量表後測分數 ^{註1}	是否結案是/否 ^{註2}	是否為衛生局轉介個案是/否	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						
1						月/日	是/否	月/日	是/否	月/日	是/否	月/日	是/否						
2																			
3																			
4																			

總計																	
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

製表人：(請簽名或蓋章)

機構負責人：(請簽名或蓋章)

註1：核銷時請函送此服務清單正本。

註2：量表前測分數為第一次心理諮商前評估之量表分數，量表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3：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。

桃園市政府衛生局
112年度「產後憂鬱心理諮商計畫」
申請心理諮商服務明細

姓名：

身分證統一編號：

是否為衛生局轉介個案：是 否

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：

第1次	第2次
日期：	日期：
執行方式： <input type="checkbox"/> 面對面	執行方式： <input type="checkbox"/> 面對面 <input type="checkbox"/> 通訊心理諮商（檔案名稱：_____）
伴侶諮商： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	伴侶諮商： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
心理諮商服務提供人員簽章：	心理諮商服務提供人員簽章：
申請者簽章：	申請者簽章：
伴侶簽章：	伴侶簽章：
第3次	第4次
日期：	日期：
執行方式： <input type="checkbox"/> 面對面 <input type="checkbox"/> 通訊心理諮商（檔案名稱：_____）	執行方式： <input type="checkbox"/> 面對面 <input type="checkbox"/> 通訊心理諮商（檔案名稱：_____）
伴侶諮商： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	伴侶諮商： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
心理諮商服務提供人員簽章：	心理諮商服務提供人員簽章：

申請者簽章：	申請者簽章：
伴侶簽章：	伴侶簽章：

桃園市政府衛生局 112年度「產後憂鬱心理諮商計畫」

申請中醫診療調理服務清單

申請機構名稱：

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診	第2診	第3診	第4診	是否結 案 是/否 <small>註2</small>	量表前 測分數	量表後 測分數	是否為 衛生局 轉介個 案 是/否	是否簽 屬知情 同意書	醫師姓名	醫師執 業執照 字號
						日期 月/日	日期 月/日	日期 月/日	日期 月/日							
1																
2																
3																
4																
總計																

製表人：(請簽名或蓋章)

機構負責人：(請簽名或蓋章)

註1：核銷時請函送此服務清單正本。

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。

桃園市政府衛生局
112年度「產後憂鬱心理諮商計畫」
申請中醫診療調理服務明細

姓名：

身分證統一編號：

是否為衛生局轉介個案：是 否

機構名稱：

知情同意暨個人資料蒐集同意書檔案名稱：

第1診	第2診
日期：	日期：
主述：	主述：
醫師診斷：	醫師診斷：
服務項目：	服務項目：
醫師簽章：	醫師簽章：
申請者簽章：	申請者簽章：

第3診	第4診
日期：	日期：
主述：	主述：
醫師診斷：	醫師診斷：
服務項目：	服務項目：
醫師簽章：	醫師簽章：
申請者簽章：	申請者簽章：