

衛生福利部
113 年度「美沙冬治療品質提升試辦計畫」
說明書



中華民國 113 年 1 月

目 錄

壹、計畫背景.....	1
貳、計畫目的.....	1
參、計畫執行期程.....	2
肆、申請資格與執行規範.....	2
伍、計畫執行內容.....	4
陸、衡量指標.....	13
柒、計畫經費與補助原則.....	16
捌、計畫申請及審查方式.....	23
玖、經費撥付及核銷方式.....	24
壹拾、其他配合事項.....	25
附件 1、「尿液藥物即時檢驗」方案知情同意書.....	27
附件 2、「尿液藥物即時檢驗」個案管理表單.....	28
附件 3、「自殺風險評估與追蹤」方案知情同意書.....	30
附件 4、「自殺風險評估與追蹤」個案管理表單.....	31
附件 5、「C 型肝炎共病照護」方案知情同意書.....	34
附件 6、「C 型肝炎共病照護」個案管理表單.....	35
附件 7、經費編列基準及使用範圍.....	44
附件 8、計畫書格式.....	49
附件 9、計畫審查表.....	67
附件 10、計畫審查總表.....	68
附件 11、執行進度報告.....	69
附件 12、收支明細表.....	74
附件 13、公職人員利益衝突迴避法第 14 條第 2 項公職人員及關係人身分 關係揭露表範本.....	75

衛生福利部 113 年度「美沙冬治療品質提升試辦計畫」

說明書

壹、計畫背景

我國自 95 年起，針對鴉片類成癮者引進美沙冬替代治療，迄今已有 81 家醫療機構（不含衛星給藥點）投入，並有超過 4 萬人曾接受治療，除減少海洛因成癮者使用非法海洛因及降低相關犯罪外，因共用針具導致之傳染病疫情亦獲得有效控制，截至 112 年 12 月止尚有 7,000 餘人接受治療中。

為強化美沙冬替代治療服務品質與治療成效，本部於 108 年委託財團法人國家衛生研究院，辦理 3 年期（108-110 年）「鴉片類成癮治療品質提升計畫」，期透過檢視現有美沙冬治療實務困境，研提相應之具體改善措施，並據以推動試辦。經國衛院盤點當前美沙冬治療執行現況發現，多數美沙冬替代治療執行機構，或未落實藥癮者生理及精神共病介入，或治療期間之尿液藥物檢驗結果，未能即時回饋個案治療情形，且依國衛院調查結果，治療機構之服務規模亦為影響治療品質因素之一。國衛院並為此研擬「尿液藥物即時檢驗」、「自殺風險評估與追蹤」及「C 型肝炎共病照護」等三項品質提升方案。

為提升美沙冬治療成效，本部依國衛院研擬之三項品質提升方案，針對中、小型替代治療執行機構，於 109 年度推動「美沙冬治療品質提升試辦計畫」，至 112 年已由原 8 家機構增至 12 家機構辦理。為擴大推動並深化美沙冬治療品質，並持續累積各品質提升方案之實證資料，俾供本部制定深化替代治療服務品質相關政策參考，爰辦理本計畫。

貳、計畫目的

透過補助醫療機構試辦本部委託國衛院規劃之「尿液藥物即時檢驗」、「自殺風險評估與追蹤」及「C 型肝炎共病照護」等 3 項美沙冬治療品質改善方案，深化美沙冬治療服務內涵，提升治療成效。各方案目的如下：

方案一、尿液藥物即時檢驗

1. 提升美沙冬治療人員之尿液藥物檢驗、結果判讀與處置等專業知能

與個案管理技巧。

2. 建立美沙冬治療之尿液藥物即時檢驗 (Point-of-Care Tests, POCT) 程序。
3. 評估美沙冬治療機構執行尿液藥物即時檢驗之過程指標與成效指標。

方案二、自殺風險評估與追蹤

1. 提升美沙冬治療人員自殺防治專業知能與自殺風險評估技巧。
2. 建立美沙冬治療個案之自殺風險評估及追蹤程序。
3. 評估美沙冬治療機構執行自殺風險評估及追蹤過程與成效。

方案三、C 型肝炎共病照護

1. 提升美沙冬治療人員 C 肝共病照護專業知能與個案管理技巧。
2. 建立美沙冬治療個案之 C 肝共病轉介照護模式與協同個案管理程序。
3. 評估美沙冬治療機構執行 C 肝共病轉介照護模式與協同個案管理之執行成效。

參、計畫執行期程

自核定日起至 113 年 12 月 31 日止。

肆、申請資格與執行規範

一、申請機構資格：

- (一) 限提供美沙冬治療之本部指定替代治療執行機構，且應符合以下條件：
 1. 非屬衛星給藥點。
 2. 112 年 6 月至 12 月間，任一個月每日美沙冬平均服藥人數大於 (含)1 人且低於 120 人之中、小型服務規模者。
 3. 非辦理本部「111-113 年整合性藥癮醫療示範中心試辦計畫」之代表機構。
- (二) 計畫執行過程，承諾配合本計畫執行規範之各項規定 (於計畫申請時視同同意配合)。

二、 申請時應檢附之證明文件（影本）：

計畫主持人及執行本計畫臨床人員之相關證明文件，如專業證照、學歷證明、從事藥癮醫療臨床經驗等（主持人及臨床人員之條件及規範請參見本說明書肆之三之（二）規定）。

三、 計畫執行規範

(一) 為強化計畫執行品質，本部將另委託專業機構設置本計畫「協調中心」，負責督導推動及管理本計畫之執行。各執行機構於計畫執行期間，應配合本部及「協調中心」有關本計畫執行之規劃、評估、考核及實地輔導訪視。

(二) 本計畫執行人員資格

1. 計畫主持人資格：計畫主持人須同時符合以下條件：

(1) 具醫師、臨床心理師、社會工作師、護理師或職能治療師等專業證照。

(2) 具備藥癮治療及美沙冬治療臨床工作經驗。

2. 執行本計畫各方案臨床人員資格：所稱臨床人員，係指實際提供及操作各方案之臨床處置之人員，以下統稱「方案個管師」，其資格須符合以下條件之一：

(1) 具醫師、護理師、臨床心理師、諮商心理師、社會工作師、藥師、或職能治療師等專業證照。

(2) 醫學、護理、心理、社工、藥學、職能治療等專科以上相關科系畢業，並實際從事藥癮臨床工作3年以上者。

(三) 計畫主持人應配合事項：

1. 對機構內參與本計畫之人員（含方案個管師），負有協調分工及授權計畫執行之責任，並監督計畫執行狀況。

2. 主動針對計畫執行過程遭遇之問題（包括非預期或突發之問題），督導計畫執行人員（含方案個管師）妥為因應或處理，並指定專責人員向「協調中心」回復或諮詢遭遇之問題及相關處理方式。

3. 依據選定承作之本計畫方案，規劃方案之經費支用、申報及核銷原

則。

(四) 方案個管師應配合事項：

1. 配合「協調中心」有關本計畫之培訓機制，參與所承作方案之教育訓練，並通過該訓練評核。前開培訓機制包括接受實地、遠距視訊之教學、參與實作演練，及接受面訪、電訪或遠距視訊等方式，評核訓練情形等，確切參訓時間、地點、內容及方式，於執行本計畫後，由「協調中心」(本部將另行委託辦理)另行通知。
2. 通過上開訓練評核者，始認定所提供之臨床服務，符合本計畫各方案之規範。

(五) 其他應配合事項：

1. 於計畫執行期間，依「協調中心」訂定之執行資料登錄程序，定期填報相關資料予本部及「協調中心」，如：計畫執行人員(含方案個管師)資料及訓練情形、所承作方案之執行進度、辦理情形、衡量指標達成率等。
2. 計畫執行機構之執行結果得由「協調中心」專家團隊定期檢視，並適時回饋予各計畫執行機構，以針對本計畫試辦成果進行檢討，及作為實地訪視或輔導各計畫執行機構之參考。
3. 計畫執行機構應給予方案個管師差假，參加「協調中心」所訂培訓計畫。
4. 計畫執行期間，計畫執行機構之方案個管師若有異動，應於異動前2週通知「協調中心」。
5. 計畫執行過程，計畫執行機構應邀請個案簽署「參與知情同意書」，知情同意書應一式2份，並由個案依其意願簽署「同意」或「不同意」。

伍、計畫執行內容

本計畫包含「尿液藥物即時檢驗」、「自殺風險評估與追蹤」及「C型肝炎共病照護」等3個方案，其中「方案一、尿液藥物即時檢驗」為「基本項目」，「方案二、自殺風險評估與追蹤」及「方案三、C型肝炎共病照護」為

「選作項目」。每件計畫皆必須辦理「基本項目」，「選作項目」得由申請機構依實際承作能力，選擇1項或2項辦理。

一、 方案一、尿液藥物即時檢驗（基本項目）

(一) 前置準備事項：為利執行「尿液藥物即時檢測（下稱即時藥檢）」，應配合提供以下相關軟、硬體【申請機構應於計畫書詳敘前置準備事項之規劃，並檢附相關設施之規劃照片】：

1. 指定即時藥檢專用廁所，俾便個案熟悉，及利方案個管師進行前置準備。廁所之規劃原則建議如下：
 - (1) 容納人數不宜過多，陳設應簡單；
 - (2) 廁所內若有清潔工具置放空間，應於執行即時藥檢時上鎖或不定期巡查是否放置可能用來置換尿液檢體的物品及器具。
2. 指定丟棄盛裝尿液檢體之容器與使用過之「尿液藥物檢驗試片（下稱藥檢試片）」之棄置地點。
3. 設有固定藥檢試片存放處所，並依下列原則妥為管理：
 - (1) 本方案所需之藥檢試片由「協調中心」供應，各執行機構無需自行購買，僅依實際需求逕向「協調中心」申請配送。
 - (2) 藥檢試片之進貨與使用，應由專人定期盤點及核對有效期限。
 - (3) 當藥檢試片效期僅剩2周，或庫存數量接近計畫執行機構內美沙冬治療個案總人數之半時，應聯繫「協調中心」，補充庫存。

(二) 方案執行對象：計畫執行機構內所有美沙冬個案。

(三) 應辦事項：

1. 藥檢衛教：由方案個管師針對本計畫執行對象提供藥檢衛教，內容包括：
 - (1) 藥檢對於治療成效評估之重要性；
 - (2) 藥檢執行過程；
 - (3) 藥檢結果之判讀與處理；
 - (4) 邀請個案簽署參與本方案之知情同意書（如附件1）。
2. 提供即時藥檢：

- (1) 目的：強化美沙冬個案之「尿液藥物檢測（下稱藥檢）」頻次，並建立檢驗結果即時回饋之標準程序。
- (2) 執行原則：
 - A. 每位個案每月應至少執行 1 次即時藥檢。
 - B. 即時藥檢應於個案就診當日執行，且應於接受醫師診察與處方前完成，俾將個案檢測結果提供醫師，作為診察與處方參考。
- (3) 檢驗項目：包括「嗎啡」及「安非他命」2 項。檢驗方式採用市售取得衛福部醫療器材許可登記之二合一酵素免疫分析法嗎啡（閾值：300 ng/ml）與安非他命（閾值：500 ng/ml）快速篩檢試片。
- (4) 執行程序：
 - A. 檢體採集及處理：
 - (a) 告知：受檢個案於門診報到後，由方案個管師核對其身分，並告知應當日執行藥檢，且完成藥檢後，始接受醫師診察及由醫師開立美沙冬處方。
 - (b) 交付檢體盛裝容器並採集尿液檢體：
 - i. 方案個管師於檢體盛裝容器，標記個案身分識別資料（如病歷或專屬編號，但不建議使用個案真實姓名）及執行日期、時間，將容器交付個案。
 - ii. 方案個管師指示個案至藥檢專用廁所留取 20 毫升尿液待檢，並於完成後親自將盛裝容器交給方案個管師，不得委由他人代送。若個案暫時無法提供足量尿液檢體，可請個案充分飲水，待個案可提供檢體時，再交付其採檢容器。
 - B. 結果判讀及說明：
 - (a) 確認：方案個管師於即時藥檢前，務必核對檢體標示正確無誤。收受個案檢體當下，亦應立即核對個案身分，並確認檢體是否足量。倘檢體不足或有明確掉包、造假或摻水等事證，應請個案補足或重新提供檢體。

(b) 檢驗：依本方案提供之藥檢試片之仿單，或依「協調中心」培訓時指示之步驟執行。

(c) 結果判讀與登錄：檢驗結果依照陽性(+)、陰性(-)、無法判讀(±)，予以詳實登錄。

(d) 告知結果：將檢驗結果如實告知個案。

C. 剩餘檢體之處理：方案個案管師完成即時藥檢判讀且登錄結果後，指示個案將剩餘檢體傾倒至即時藥檢專用廁所，並將容器棄置於指定地點。

D. 個案拒絕即時藥檢之處理：本方案屬試辦性質，目標為提升美沙冬治療品質，個案即時藥檢過程及其結果均僅限本計畫分析及運用，當個案拒絕藥檢時，方案個案管師應再次主動向個案說明本計畫性質、目的、即時藥檢執行過程、費用及結果資料運用範圍及方式等，促進個案理解並降低抗拒。經說明後，若個案仍明確表示無意接受即時藥檢，方案個案管師應予以尊重，並詳實紀錄該處置過程及結果。

3. 將即時藥檢結果回報診察醫師及「協調中心」：

(1) 回報即時藥檢結果(格式如附件2)予診察醫師：方案個案管師應於個案接受診查前，將個案當日即時藥檢結果親自遞交診察醫師，並由醫師依臨床專業，對個案進行診察及提供適切之醫療處置與介入。

(2) 回報即時藥檢執行結果予「協調中心」：方案個案管師應詳實紀錄個案之藥檢過程及結果，並於每月5日前，將前一月執行紀錄遞交「協調中心」。

(四) 其他配合及注意事項：

1. 執行即時藥檢所需之藥檢試片，由本計畫統一提供，計畫執行機構不得另向個案收取費用，亦不得向本部「藥癮治療費用補助方案」申報「尿液毒物檢驗費用(300元/次)」之補助。

2. 執行本方案各項應辦事項內之臨床處置服務，均由本計畫補助人事費或依處置內容予以核實支付，並得編列業務費及管理費，爰均

不得向個案收取任何費用，惟非本方案內應辦事項以外之藥癮醫療費用，得依本部「藥癮治療費用補助方案」之規定辦理。

3. 執行本方案應配合紀錄之臨床紀錄與成果統計等表單，由「協調中心」於計畫執行後，另行提供計畫執行機構。

二、 方案二、自殺風險評估與追蹤（選作項目）

(一) 方案執行對象：計畫執行機構內所有新開案（包括未曾接受過美沙冬治療或重新開案者）之美沙冬個案。

(二) 自殺風險之評估工具及評量方法：

1. 評估工具：中文版 Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Suicidality Module，共包含 6 個題項。一般狀況下，評估約需時 10-15 分鐘。
2. 評估方法：由方案個案管師利用上開評估工具，以面談方式進行評估，並依個案自殺風險，評估為「無」、「低度」、「中度」或「高度」。

(三) 應辦事項：

1. 自殺風險衛教：由方案個案管師針對本方案執行對象提供自殺風險衛教，內容包括：

- (1) 藥物成癮與自殺風險之關聯；
- (2) 其他自殺風險因子介紹；
- (3) 自殺風險通報與求助途徑介紹。
- (4) 邀請個案簽署參與本方案之知情同意書（如附件 3）。

2. 自殺風險評估：

- (1) 自殺風險新開案評估（下稱自殺開案評估）：針對新開案之美沙冬治療個案，由方案個案管師於個案初診當週，擇日完成中文版 M.I.N.I. Suicidality Module 評估，並據以判定個案自殺風險等級。
- (2) 自殺風險追蹤再評估（下稱自殺追蹤評估）：前述新開案之美沙冬治療個案，於完成自殺開案評估後 28（±7）日內，由方案個案管師安排個案再次進行自殺追蹤評估。無論個案是否完成自殺

開案評估，或其自殺開案評估結果之自殺風險等級為何，均須儘量聯繫個案，促其接受自殺追蹤評估，且無論個案是否已獲安排接受相關處遇或介入措施，或個案已中斷美沙冬治療，均應邀請個案接受追蹤評估。

3. 自殺風險評估結果回報與資料登錄：

(1) 方案個案管師應將個案自殺開案評估或自殺追蹤評估結果（格式如附件 4），回報診察醫師，由診察醫師依臨床專業進一步提供適切之評估、處置與介入措施等。

(2) 方案個案管師應於自殺開案評估或自殺追蹤評估完成後 5 個工作日內，完成該名個案自殺評估結果與處理方式之詳實紀錄。

4. 自殺危機處置或介入照護【本項工作內容，得由申請機構依執行能力評估是否執行，並於計畫書敘明相關處置或介入照護機制，包括方式、內容及執行人員等】：經自殺開案評估或自殺追蹤評估，其結果有任何自殺風險（低度、中度或高度）之個案，依計畫執行機構之資源、人力及現有措施等衡酌介入方式，並得由方案個案管師在診察醫師或相關專業人員督導下，提供相應之處遇或介入措施。

(四) 其他配合及注意事項：

1. 執行本方案各項應辦事項內之臨床處置服務，均由本計畫補助人事費或依處置內容予以核實支付，並得編列業務費及管理費，爰均不得向個案收取任何費用，惟非本方案內應辦事項以外之藥癮醫療費用，得依本部「藥癮治療費用補助方案」之規定辦理。

2. 執行本方案所使用之自殺風險評估工具，及應配合紀錄之臨床紀錄與成果統計等表單，由「協調中心」於計畫執行後，另行提供計畫執行機構。

三、 方案三、C 型肝炎共病照護（選作項目）

(一) 方案執行對象：計畫執行機構內所有美沙冬個案。

(二) 應辦事項：

1. C 肝衛教：由方案個案管師針對美沙冬個案提供 C 肝衛教，內容至

少包括：

- (1) 國內藥癮族群 C 肝感染現況。
- (2) 藥癮族群之 C 肝感染高風險行為辨識與預防。
- (3) C 肝口服抗病毒藥物治療簡介。

2. C 肝共病狀況調查：

- (1) 針對計畫執行機構內，進行所有美沙冬個案 C 肝共病狀況調查，及詳實紀錄調查結果，並將調查結果每季回復「協調中心」。

- (2) C 肝共病調查內容應包括：

A. 有無感染 C 肝：結果包括：HCV 抗體檢驗為「陰性」、「陽性」或「無資料」。

註：HCV 抗體為「陰性」者，其結果得保留 1 年，超過 1 年應再次檢驗確認；HCV 抗體為「陽性」者，無需再檢驗。

B. 是否曾接受 C 肝治療(包括干擾素治療或 C 肝口服藥物治療，以下同)：結果包括：「未曾接受任何 C 肝治療」、「曾接受干擾素治療」、「曾接受 C 肝口服直接抗病毒藥物治療(下稱 C 肝口服藥物治療)」或「無需治療」。

C. C 肝治療是否完成：結果包括：「完成」或「未完成」。

3. 建立「C 肝共病轉介照護模式與協同個案管理機制(以下統稱 C 肝共病照護)」：計畫執行機構應依自身機構型態與美沙冬治療服務規模及治療特色等，妥適尋求特定醫療機構之肝膽腸胃科醫師合作，協同發展 C 肝帶原者之檢驗、轉介、評估與治療等處置之分工與合作模式(即「C 肝共病照護」)，且該模式應至少包含以下各事項或原則之規劃：**【申請機構應於計畫書詳敘欲合作之機構或院內單位(肝膽腸胃科)，及建立協同照護模式之流程與方法】**

- (1) 收案條件：「參與 C 肝共病照護之個案(下稱 C 肝帶原個案)」

須符合以下各款條件：

- A. 美沙冬治療中個案。
- B. 經檢驗為 HCV 抗體陽性者。
- C. 未曾接受或未曾完成 C 肝治療療程者。
- D. 未來 6 個月內無出國、遷居、執行拘束人身自由之司法處遇

(如觀察勒戒、強制戒治、徒刑等)或其他可能終止或影響美沙冬治療或 C 肝口服藥物治療療程之情形者。

(2) C 肝共病照護之品質管理：計畫執行機關與預定合作之肝膽腸胃科間，針對合作 C 肝共病照護應建立品質管理機制，其原則應至少包括：

A. 計畫執行機構與預定合作之肝膽腸胃科間，應分別指定專人作為協調溝通窗口。

B. 計畫執行機構與預定合作之肝膽腸胃科間之專業分工及合作事項，應有具體之標準執行政程序。

C. 計畫執行機構與預定合作之肝膽腸胃科，應共同就協同照護模式之執行內容、進度及遭遇之各類實務狀況、問題及對應之處理方式及疑義等，召開跨專業之檢討會議予以研商。

(3) C 肝共病照護內容：基本服務內容應至少包含：

A. C 肝口服藥物治療轉介動機評估：

(a) 以口頭或書面方式，提供 C 肝帶原個案機構 C 肝共病照護之執行目標與方法，針對個案所提相關疑義，亦應予以說明回應。

(b) 評估 C 肝帶原個案接受肝膽腸胃科檢驗評估與轉介 C 肝口服藥物治療之意願與動機，並徵詢其參與檢驗評估與轉介治療之意願，針對有意願者，請其簽署「C 肝口服藥物治療轉介同意書（下稱 C 肝轉介同意書，如附件 5）」。

B. C 肝口服藥物治療轉介準備及轉介：

(a) 於轉介個案至肝膽腸胃科前，應針對個案相關資料進行蒐集及評估，包括：

i. 一般病史、就醫治療紀錄及藥物過敏史等簡要病史；

ii. C 肝與肝功能指標數據之檢驗結果；

iii. 其他依據所建立之協同照護模式，於轉介肝膽腸胃科前應完備之紀錄或資料；

(b) 針對簽署 C 肝轉介同意書之 C 肝帶原個案，依 C 肝共病照護之轉介與就醫流程，引導個案完成肝膽腸胃科門診報到

及就醫評估等程序。

C. C 肝口服藥物治療轉介結果追蹤：

- (a) 針對完成 C 肝口服藥物治療轉介之個案，應於其回診（美沙冬門診）或回院服用美沙冬時，瞭解個案至肝膽腸胃科門診接受診察及診察評估結果，並詳予紀錄（格式如附件 6）。
- (b) 針對未如期至肝膽腸胃科門診就診之個案，應瞭解其原因，並給予適切之衛教，復依 C 肝共病照護之轉介與就醫流程，再次引導個案完成肝膽腸胃科門診報到及就醫評估等程序

D. C 肝口服藥物治療個案管理（下稱 C 肝共病個案管理）：經肝膽腸胃科醫師評估並確認符合 C 肝口服藥物治療條件之個案，應啟動個案管理服務（程序），內容包括：

- (a) C 肝口服藥物治療期間，個案之遵從性管理：
 - i. 個案接受 C 肝口服藥物治療期間，應提醒個案規則服藥之必要性，並應依 C 肝共病照護之規劃，**定期【申請機構應於計畫書敘明評估時程，惟治療期間，每個月至少須一次】**評估及紀錄服藥遵從性與疑似藥物不良反應（含各種直接相關、交互作用或無法確認等狀況）等，並給予適切或必要之衛教，強化其服藥遵從性。
 - ii. 個案 C 肝口服藥物治療遵從性之評估紀錄，應提供個案美沙冬治療與 C 肝口服藥物治療之醫療團隊知悉，並由醫療團隊針對個案狀況與需求，依 C 肝共病照護之規劃，提供對應之處置措施。
- (b) C 肝口服藥物治療與追蹤期間，個案之傳染風險行為評估與衛教（下稱 C 肝風險行為評估與衛教）：
 - i. 個案接受 C 肝口服藥物治療與追蹤期間，應依 C 肝共病照護之規劃，定期**【啟動治療前(第 0 月)進行基準值評估 1 次，啟動治療後，第 1 至 6 個月每月亦應各評估 1 次，並標記療程完成日與 SVR12 追蹤日。】**評估並記錄個案之傳染風險行為（如共用注射設備、注射液，或無防護性行為等）嚴重度。

- ii. 於 C 肝口服藥物治療期間，另應針對個案傳染高風險行為之防護與 C 肝治癒後再感染之風險因子等議題，以口頭及書面方式，提供必要之衛教資訊。

(三) 其他配合及注意事項：

1. 執行本方案各項應辦事項內之臨床處置服務，均由本計畫補助人事費或依處置內容予以核實支付，並得編列業務費及管理費，爰均不得向個案收取任何費用，惟非本方案內應辦事項以外之藥癮醫療費用，得依本部「藥癮治療費用補助方案」之規定辦理。
2. 執行本方案應配合紀錄之臨床紀錄及成果統計等表單，由「協調中心」於計畫執行後，另行提供計畫執行機構。

陸、 衡量指標

一、 共同指標：方案個管師培訓合格率

- 指標定義：所有方案個案師接受「協調中心」之方案培訓並評核通過之百分率。
- 計算公式： $(\text{方案個管師接受講習且通過評核之人數} / \text{方案個管師總人數}) * 100\%$ 。
- 指標統計周期：每年度統計，納入成果報告。
- 評核原則：每家計畫執行機構分別統計。

二、 個別指標：

(一) 方案一、尿液藥物即時檢驗

1. 機構即時藥檢執行率（即時藥檢執行率）

- 指標定義：計畫執行機構內，所有美沙冬個案完成當月 1 次藥檢之百分率。
- 計算公式： $(\text{完成當月 1 次藥檢之美沙冬個案人數} / \text{應完成當月 1 次藥檢之美沙冬個案總人數}) * 100\%$ 。
- 指標統計周期：每月統計，納入期中及期末報告。
- 評核原則：每家計畫執行機構分別統計。

2. 個案即時藥檢完成率（即時藥檢完成率）

- 指標定義：美沙冬個案完成每月 1 次即時藥檢之百分率。
- 計算公式：美沙冬個案完成每月 1 次即時藥檢之次數／美沙冬個案應完成每月 1 次即時藥檢之次數】*100%。
- 指標統計周期：每年度統計，納入成果報告。
- 評核原則：每位個案分別統計。

3. 機構即時藥檢結果陽性率（即時藥檢陽性率）

- 指標定義：計畫執行機構內，所有美沙冬個案即時藥檢結果為陽性之百分率。
- 計算公式：(當月即時藥檢結果為陽性之次數／當月即時藥檢實際執行次數) *100%。
- 指標統計周期：每月統計，納入期中報告及成果報告。
- 評核原則：每家計畫執行機構分別統計，且嗎啡與安非他命分別計算。

(二) 方案二、自殺風險評估與追蹤

1. 自殺開案評估完成率

- 指標定義：計畫執行機構內，所有美沙冬新開案個案，完成自殺開案評估之百分率。
- 計算公式：(完成自殺開案評估人數／所有美沙冬新開案人數) *100%。
- 指標統計周期：每月統計，納入期中報告及成果報告。
- 評核原則：
 - (1) 無法完成自殺開案評估之個案，應詳列未能完成之主要原因。
 - (2) 每家計畫執行機構分別統計。

2. 自殺風險追蹤評估完成率

- 指標定義：完成自殺開案評估之美沙冬新開案個案，於完成自殺開案評估後 28 (±7) 日內，完成自殺追蹤評估之百分率。
- 計算公式：(完成自殺開案評估且於 28 (±7) 日內完成自殺追蹤評估之美沙冬新開案人數／完成自殺開案評估之美沙冬新開案

人數】*100%。

➤ 指標統計周期：每季統計，納入期中報告及成果報告。

➤ 評核原則：

(1) 若完成自殺追蹤評估之時間非於該個案自殺開案評估後 28 (±7) 日內，則該次自殺追蹤評估不列入分子計算，但評估時間、評估結果亦應詳實紀錄並回報「協調中心」。

(2) 每家計畫執行機構分別統計。

3. 自殺風險改善率

➤ 指標定義：自殺開案評估結果具任何自殺風險(含低、中或高度)之美沙冬新開案個案，其自殺追蹤評估之自殺風險程度，較自殺開案評估之自殺風險程度低者之百分率。

➤ 計算公式：自殺追蹤評估之自殺風險程度較自殺開案評估之自殺風險程度低之美沙冬新開案人數 / 自殺開案評估或自殺追蹤評估之評估結果，具任何自殺風險程度(含低、中或高度)之美沙冬新開案人數) *100%。

➤ 指標統計周期：每年度統計，納入成果報告。

➤ 評核原則：每家計畫執行機構分別統計。

(三) 方案三、C 型肝炎共病照護

1. C 肝共病狀況調查完成率 (C 肝調查完成率)

➤ 指標定義：所有美沙冬個案完成 C 肝共病狀況調查之百分率。

➤ 計算公式：(已完成調查並確認 C 肝共病狀況之美沙冬個案人數 / 所有美沙冬個案人數) *100%。

➤ 指標統計周期：每季統計，納入期中報告及成果報告。

➤ 評核原則：

(1) 無法完成 C 肝共病狀況調查之個案，應詳列無法完成調查之主要原因。

(2) 每家計畫執行機構分別統計。

2. C 肝口服新藥治療轉介完成率

➤ 指標定義：未接受 C 肝治療之 C 肝帶原個案，經轉介並確實至

肝膽腸胃科就診之百分率。

➤ 計算公式：(已簽署 C 肝轉介同意書之 C 肝帶原個案，實際至肝膽腸胃科就診人數／所有已簽署 C 肝轉介同意書之 C 肝帶原個案人數) *100%。

➤ 指標統計周期：每季統計，納入期中報告及成果報告。

➤ 評核原則：

(1) 個案經轉介且確實至肝膽腸胃科報到，並完成評估者，即納入分子計算，無論肝膽腸胃科醫師對個案之評估結果為何，或是否有實際接受 C 肝口服藥物治療。

(2) 每家計畫執行機構分別統計。

3. C 肝口服藥物治療完成率

➤ 指標定義：經肝膽腸胃科醫師啟動 C 肝口服藥物治療之 C 肝帶原個案，完成療程之百分率。

➤ 計算公式：(啟動並完成 C 肝口服藥物治療療程人數／啟動 C 肝口服藥物治療人數) *100%。

➤ 指標統計周期：本計畫結束時統計，並納成果報告。

➤ 評核原則：每家計畫執行機構分別統計。

4. C 肝口服藥物治療個案傳染風險行為改善程度 (C 肝風險行為改善度)

➤ 指標定義：針對啟動 C 肝口服藥物治療個案，追蹤及評估其傳染風險行為嚴重度於療程前、中、後之變化。

➤ 傳染風險行為嚴重度之評量標準：個案過去 28 天出現傳染風險行為(如共用注射設備、注射液，或無防護性行為等)之次數。

➤ 指標統計周期：本計畫結束時統計，並納入成果報告。

➤ 評核原則：每位個案分別紀錄。

柒、計畫經費與補助原則

一、計畫經費

(一) 本計畫總經費為新臺幣 (以下同) 500 萬元整。

(二) 每件計畫補助額度為 40 萬元至 190 萬元不等，視申請機構於 112 年 6 月至 12 月間，任一個月美沙冬平均治療量能（下稱機構服務規模，並區分為甲、乙、丙、丁四級），及選擇承作之方案類別（方案一、方案二、方案三）不同，補助額度如下表：

機構服務規模		選擇承作之方案類別		
112 年 6-12 月， 任一月美沙冬 平均服藥人數	級 別	方案一 即時藥檢 (基本項目)	方案二 自殺風險評估 (選作項目)	方案三 C 肝共病照護 (選作項目)
1~15 人/日	甲	40 萬元	+5 萬元	+10 萬元
16-50 人/日	乙	60 萬元	+10 萬元	+15 萬元
51-80 人/日	丙	80 萬元	+25 萬元	+30 萬元
81-120 人/日	丁	100 萬元	+40 萬元	+50 萬元

註：基本項目為務必承作，每增加承作任一項選作項目，則依表內之金額增加補助額度。(以甲級機構為例，僅承作方案一，則補助額度為 40 萬元；若承作方案一及二，則總補助額度為 45 萬元；若方案一至三均承作，則總補助額度為 55 萬元。)

二、 補助項目及經費使用原則

(一) 每件計畫申請之經費項目依照衛生福利部「113 年度美沙冬治療品質提升試辦計畫經費編列基準及使用範圍(如附件 7)」編列，其補助項目包括：

1. **人事費**：含主持人及執行本計畫之專任或兼任方案個管師。專任或兼任個管師之聘用資格，應符合本說明書肆之三之(二)之 2. 規定。
2. **業務費**：含執行本計畫所需之文具紙張、郵電、印刷、租金、電腦處理費、出席費、國內旅費等業務費。
 - (1) 需編列之項目若無具體載明於附件 7 內，得另編列於「其他」項下，惟應具體說明編列之必要性及經費需求。
 - (2) 若需編列手機費用(含網路費)，應於計畫書內敘明必要性，並編列於「郵電」項下。

3. 核實支付費：

(1) 採論件(或按次)計酬方式，核實支付本計畫各方案之臨床處置服務費用。支付項目、額度及支付標準如下表：

方案別	臨床處置項目	支付額度	說明
方案一	藥檢衛教	200 元/次	<ol style="list-style-type: none"> 1. 依本說明書伍之一之(三)之 1.內容辦理。 2. 應有個案衛教紀錄，且個案有簽署本方案知情同意書(無論個案簽署同意或不同意)，始得報支。 3. 計畫執行期間，每名個案限申報本項 3 次。
	即時藥檢	400 元/次	<ol style="list-style-type: none"> 1. 依本說明書伍之一之(三)之 2.內容辦理。 2. 限已簽署「同意參加」本方案知情同意書之個案申報。 3. 應有執行紀錄與即時尿檢結果，始得報支。 4. 每月每名個案至多申報 2 次。
方案二	自殺風險衛教	200 元/次	<ol style="list-style-type: none"> 1. 依本說明書伍之二之(三)之 1.內容辦理。 2. 應有個案衛教紀錄，且個案有簽署本方案知情同意書(無論個案簽署同意或不同意)，始得報支。 3. 計畫執行期間，每名個

方案別	臨床處置項目	支付額度	說明
			案限申報1次。
	自殺開案評估	400 元/次	<ol style="list-style-type: none"> 1. 依本說明書伍之二之(三)之 2.(1)及 3.內容辦理。 2. 限已簽署「同意參加」本方案知情同意書之個案申報。 3. 應有執行紀錄及評估結果登載，始得報支。 4. 計畫執行期間，每名個案限申報1次。
	自殺追蹤評估	400 元/次	<ol style="list-style-type: none"> 1. 依本說明書伍之二之(三)之 2.之(2)及 3.內容辦理。 2. 應有執行紀錄及評估結果登載，始得報支。 3. 計畫執行期間，每名個案限申報1次。
	自殺危機處置或介入照護	400 元/次	<ol style="list-style-type: none"> 1. 申請機構依本說明書伍之二之(三)之 4.，依執行能力規劃有自殺危機相關處置或介入照護機制(含方式、內容及執行人員)，始得編列。 2. 限經自殺風險評估，其結果有任何自殺風險(低度、中度或高度)之

方案別	臨床處置項目	支付額度	說明
			<p>個案申報。</p> <p>3. 應有執行紀錄，始得報支。</p> <p>4. 計畫執行期間，每名個案至多申報3次。</p>
方案三	C 肝共病狀況調查	400 元/次	<p>1. 依本說明書伍之三之(二)之2.內容辦理。</p> <p>2. 為按次採計，每3個月限申報1次。</p>
	C 肝衛教	200 元/次	<p>1. 依本說明書伍之三之(二)之1.內容辦理。</p> <p>2. 應有衛教紀錄，始得報支。</p> <p>3. 計畫執行期間，每名個案限申報1次。</p>
	C 肝口服藥物治療轉介動機評估	400 元/次	<p>1. 申請機構依本說明書伍之三之(二)之3.之(1)及(2),規劃C肝共病照護,始得編列。</p> <p>2. 依本說明書伍之三之(二)之3.之(3)之A.內容辦理。</p> <p>3. 限申報C肝帶原個案。</p> <p>4. 應有執行紀錄，且個案簽署「同意轉介」本方案之知情同意書，始得報支。</p> <p>4. 計畫執行期間，每名個案限申報1次。</p>

方案別	臨床處置項目	支付額度	說明
	C 肝口服藥物治療轉介準備及轉介	400 元/次	<ol style="list-style-type: none"> 1. 申請機構依本說明書伍之三之(二)之 3.之(1)及(2)，規劃 C 肝共病照護，始得編列。 2. 依本說明書伍之三之(二)之 3.之(3)之 B.內容辦理。 3. 限已簽署「同意轉介」知情同意書之 C 肝帶原個案申報。 4. 應有轉介紀錄，使得申報。 5. 計畫執行期間，每名個案限申報 1 次。
	C 肝口服藥物治療轉介結果追蹤	150 元/次	<ol style="list-style-type: none"> 1. 申請機構依本說明書伍之三之(二)之 3.之(1)及(2)，規劃 C 肝共病照護，始得編列。 2. 依本說明書伍之三之(二)之 3.之(3)之 C.內容辦理。 3. 限已<u>完成 C 肝口服藥物治療轉介</u>之 C 肝帶原個案申報。 4. 應有轉介結果，始得申報。 5. 計畫執行期間，每名個案限申報 1 次。
	C 肝共病照護	400 元/次	<ol style="list-style-type: none"> 1. 申請機構依本說明書伍

方案別	臨床處置項目	支付額度	說明
			<p>之三之(二)之 3.之(1)及(2)，規劃 C 肝共病照護，始得編列。</p> <p>2. 依 C 肝共病照護之規劃及本說明書伍之三之(二)之 3.之(3)之 D.之(a)及(b)內容辦理。</p> <p>3. <u>限已完成轉介並接受 C 肝口服藥物治療個案申報。</u></p> <p>4. 應有 C 肝共病個案管理紀錄，始得申報。</p> <p>5. 計畫執行期間，計畫執行機構得依所規劃之 C 肝共病照護之 C 肝共病個案管理頻次申報之，惟每名個案至多申報 7 次。</p>

(2) 各項核實支付之臨床處置項目，均應以「個別」形式為之，並製作臨床紀錄，始得報支。

(3) 每名個案於同 1 天，各項核實支付之臨床處置項目以申報 1 次為限。

4. 管理費：以（人事費-主持人費+業務費）之 10% 為限。

(二) 每件計畫之「專任或兼任方案個管師之人事費」與「核實支付費用」 僅得擇一編列【首次申請辦理本計畫者，建議優先編列「專任或兼任方案個管師之人事費」，以確保本計畫工作執行及聯繫事宜無礙，如編列「核實支付費用」者應敘明理由】。採編列「專任或兼任方案個管師之人事費」者，得不受「人事費總金額以不超過補(捐)助

計畫總經費 50% 為原則」之限制。

(三) 本計畫經費應專款專用，並應由計畫主持人主責規劃支應於本計畫之相關事項。

(四) 由本計畫補助聘用之專任方案個管師，限專責執行本計畫，且不得另報支本計畫內之鐘點費及出席費。另，計畫執行機構人員不得報支臨時工資。

捌、計畫申請及審查方式

一、申請期限：

自本部公告日起至 113 年 2 月 17 日止（以本部收文日為準），逾時不予受理。

二、申請方式：

(一) 符合申請資格之機構於申請期限內，以正式公文檢附計畫書 1 式 8 份（格式如附件 8，其中 1 份請勿裝訂），及應檢附證明文件影本 1 份，郵寄或專人送達本部（本部地址：11558 臺北市南港區忠孝東路 6 段 488 號 8 樓），逾期不受理。

(二) 請於信封封面註明「申請『衛生福利部 113 年度美沙冬治療品質提升試辦計畫』」。

(三) 所送計畫書與相關文件資料於送件後恕不退還。

三、審查方式

(一) 申請文件符合規定之計畫，由本部邀集承作 112 年度「美沙冬治療品質提升試辦計畫之計畫管理與效益評估計畫」之國衛院研究團隊，組成學者專家小組，進行書面或召開會議審查，並視需要請申請機構進行現場簡報及答詢。

(二) 由審查委員依審查評分表（如附件 9，總分為 100）進行評比，再以審查總表（如附件 10）計算各申請計畫之總平均分數，總平均分數大於 75 分（含）以上者，始予補助，並自總平均分數優先者

依序補助至本計畫預算額度用罄止；如有 2 家以上同分，則以申請補助金額低者優先補助。

(三) 審查項目與配分：

項次	審 查 項 目	配分
1	計畫內容是否符合計畫需求及計畫之完整性與合理性（含執行方法及步驟之周詳及可行性、人力配置之適切性等）	35
2	工作計畫期程、執行進度及期限規劃之合理性（含進度規劃、品質控管及保證措施等）	15
3	申請機構之專業執行能力與相關工作成果（含專業能力、相關計畫承辦經歷、專業人力及過去辦理類似計畫之經驗及執行能力）	15
4	經費需求項目和說明是否適當、合理，並依本計畫經費使用範圍和編列基準編列。	20
5	衡量指標之訂定是否合宜，且能反映本計畫目的。	15
合 計		100
6	簡報及答詢（視需要進行，並納入本審查表項次 1 評分）	

玖、經費撥付及核銷方式

一、 經費撥付：

- (一) 第 1 期款：於計畫書經本部審查通過並完成簽約程序後檢送領據，撥付全案核定金額之 50%。
- (二) 第 2 期款：於 113 年 7 月 10 日前（以本部收文日為準），函送期中成果報告（格式如附件 11）1 式 3 份及電子檔 1 份，並檢附領據至部，經本部審查通過，撥付全案核定金額之 50%。

二、 核銷：

於 113 年 12 月 20 日前（以本部收文日為準），函送期末成果報告

(格式由本部另行提供) 1 式 3 份及電子檔 1 份，及收支明細表正本(如附件 12) 1 式 2 份，向本部辦理核銷，並自行保存各項支用單據或支出憑證，如有賸餘款，應一併繳回。

三、 結案：

於 114 年 1 月 17 日前 (以本部收文日為準)，函送完整期末成果報告(應併附各期成果報告統計資料，格式由本部另行提供) 1 式 3 份及電子檔 1 份至部，經本部審查通過後，始得結案。

壹拾、 其他配合事項

- 一、 申請機構應以正式機關(構)章蓋妥申請文件提出申請，由個人名義申請者概不受理。未經過本部事先同意，本部不提供或代為申請計畫執行所需之資料。若計畫內容涉及其他相關智慧財產權，應先獲得授權同意。
- 二、 申請機構應於申請書中詳填及檢附應附之詳細資料，以利規格審查，否則視同規格不符。未獲通過採用之申請案，概不退還。
- 三、 補助對象係屬公職人員利益衝突迴避法第 2 條及第 3 條所稱公職人員或其關係人者，請填「公職人員利益衝突迴避法第 14 條第 2 項公職人員及關係人身分關係揭露表(如附件 13)」，如未揭露者依公職人員利益衝突迴避法第 18 條第 3 項處罰。
- 四、 本部依契約規定辦理撥款；執行進度明顯落後者，則依契約規定及其情節輕重予以扣款、追繳款項或中止合約。
- 五、 執行計畫所產生之實體成品或對外教材等，均應明列「衛生福利部補助」字樣，並清楚標明本部標誌 (logo)，及確實依預算法 62-1 條辦理。
- 六、 本案經費不含相關設備之採購，計畫執行期間內，需由受補助機構提供。
- 七、 受補助案件，應依政府採購法、預算法及財產管理等相關規定辦理。

- 八、如發現受補助機構有重大違失者或重複申請其他政府機關同性質計畫或方案之獎勵，本部得終止契約、停止獎助，並得追回獎助費用。
- 九、受補助機構應據實提供計畫相關數據資料、佐證文件、費用憑證，如發現有虛偽不實情形者，將予以追繳獎助金，情節嚴重者，並依相關法令追究責任。
- 十、本計畫說明書之相關規定，如有未盡事宜，依照「衛生福利部衛生業務補（捐）助作業要點」辦理。
- 十一、如對本計畫內容或計畫書撰寫有任何疑義：
- (一) 計畫申請期間，有關本計畫工作事項及相關規定，請洽「美沙冬品質提升試辦計畫」協調中心：專案助理王素柳女士（0905-936-680；wkmn0814@gmail.com）。
- (二) 本部心理健康司：謝衣惠技士（02-85907441；molovity68@mohw.gov.tw），聯絡地址：11558 臺北市南港區忠孝東路6段488號8樓。

衛生福利部「美沙冬治療品質提升試辦計畫」

「尿液藥物即時檢驗」方案 知情同意書

本人_____在經過醫療團隊說明後，已瞭解定期接受尿液藥物即時檢驗，有助於醫療團隊與本人瞭解目前治療狀況，並提升本人的照護品質。本人明白，參與本方案，將由衛生福利部全額補助本方案之尿液檢驗與管理照護費用，且基於照護管理必要，本人參與本方案之病歷資料（含檢驗與治療資料）將會登錄在衛生福利部「藥酒癮醫療個案管理系統」。

基於以上瞭解，本人

同意 不同意

參與「衛生福利部美沙冬治療品質提升試辦計畫—尿液藥物即時檢驗方案」

同意 不同意

_____（治療機構）為本人治療之需要，自衛生福利部「藥酒癮醫療個案管理系統」跨院查詢本人就醫情形。衛生福利部及_____（治療機構）針對上開本人之各項就醫資料應妥為保管，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。

立書人：_____ 日期：_____年_____月_____日

聯絡電話：_____ 地址：_____

法定代理人：_____

治療機構：_____

說明人員：_____ 日期：_____年_____月_____日

若需變更預約接受治療時間，請撥打_____（治療機構聯繫電話）。

衛生福利部毒品危害防制中心 24 小時免費諮詢專線：0800-770-885

（請請你、幫幫我）

衛生福利部「美沙冬治療品質提升試辦計畫」 「自殺風險評估與追蹤」方案 知情同意書

本人_____在經過醫療團隊說明後，已瞭解醫療團隊藉由自殺風險評估與追蹤，將有助於提升本人的照護品質。本人明白，參與本方案，將由衛生福利部全額補助本方案之自殺風險評估與相關之管理照護費用且基於照護管理必要，本人參與本方案之病歷資料(含評估與治療資料)將會登錄在衛生福利部「藥酒癮醫療個案管理系統」。

基於以上瞭解，本人

同意 不同意

參與「衛生福利部美沙冬治療品質提升試辦計畫—自殺風險評估與追蹤方案」

同意 不同意

_____ (治療機構) 為本人治療之需要，自衛生福利部「藥酒癮醫療個案管理系統」跨院查詢本人就醫情形。衛生福利部及_____ (治療機構) 針對上開本人之各項就醫資料應妥為保管，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。

立書人：_____ 日期：_____年_____月_____日

聯絡電話：_____ 地址：_____

法定代理人：_____

治療機構：_____

說明人員：_____ 日期：_____年_____月_____日

若需變更預約接受治療時間，請撥打_____ (治療機構聯繫電話)。

衛生福利部毒品危害防制中心 24 小時免費諮詢專線：0800-770-885
(請請你、幫幫我)

自殺風險初評估				
在最近一個月來，	日期：		1. 否 2. 是 8. 其他，請說明 9. 資料不足	分數
A. 你是否會覺得死了比較好，或但願自己已經死了？				1
B. 你是否有過想要傷害自己的念頭？				2
C. 你是否有慎重考慮到要自殺？				6
D. 你是否有過自殺的計畫（你是否想過要怎樣自殺）？				10
E. 你是否（曾嘗試）自殺過？				10
在你一生當中，				
F. 你是否曾經自殺過？				4
A.-F.題總分				0-33
目前的自殺風險	1. 無=0 2. 低=1-5 3. 中=6-9 4. 高≥10 8. 其他，請說明 9. 資料不足			
執行人診治醫師				

自殺風險再評估				
在最近一個月來，	日期：		1. 否 2. 是 8. 其他，請說明 9. 資料不足	分數
A. 你是否會覺得死了比較好，或但願自己已經死了？				1
B. 你是否有過想要傷害自己的念頭？				2
C. 你是否有慎重考慮到要自殺？				6
D. 你是否有過自殺的計畫（你是否想過要怎樣自殺）？				10
E. 你是否（曾嘗試）自殺過？				10
在你一生當中，				
F. 你是否曾經自殺過？				4
A.-F.題總分				0-33
目前的自殺風險	1. 無=0 2. 低=1-5 3. 中=6-9 4. 高≥10 8. 其他，請說明 9. 資料不足			
未完成再評原因	1. 已完成 2. 死亡 3. 已離案 4. 在案，但拒絕 8. 其他，請說 9. 資料不足			
最近一個月接受處遇 1. 否，2. 是，9. 資料不足	精神科門診			
	精神科急診/照會			
	精神科住院			

	個別心理治療		
	個別社工處遇		
	家庭會談		
	自殺防治通報		
	其他個案管理		
執行人/診治醫師			

衛生福利部「美沙冬治療品質提升試辦計畫」

「C 型肝炎共病照護」方案 知情同意書

本人_____在經過醫療團隊說明後，已瞭解醫療團隊藉由 C 型肝炎共病照護，將有助於提升本人的治療品質。本人明白，參與本方案，將由衛生福利部全額補助本方案之衛教與管理照護費用，且一旦符合 C 型肝炎口服直接抗病毒藥物治療條件，其療程期間之檢驗與治療費用則依全民健康保險及 C 型肝炎治療機構相關規定辦理。另，基於照護管理必要，本人參與本方案之病歷資料（含檢驗與治療資料）將會登錄在衛生福利部「藥酒癮醫療個案管理系統」。

基於以上瞭解，本人

同意 不同意

參與「衛生福利部美沙冬治療品質提升試辦計畫—C 型肝炎共病照護方案」

同意 不同意

_____（治療機構）為本人治療之需要，自衛生福利部「藥酒癮醫療個案管理系統」跨院查詢本人就醫情形。衛生福利部及_____（治療機構）針對上開本人之各項就醫資料應妥為保管，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。

立書人：_____ 日期：_____年_____月_____日

聯絡電話：_____ 地址：_____

法定代理人：_____

治療機構：_____

說明人員：_____ 日期：_____年_____月_____日

若需變更預約接受治療時間，請撥打_____（治療機構聯繫電話）。

衛生福利部毒品危害防制中心 24 小時免費諮詢專線：0800-770-885

（請請你、幫幫我）

衛生福利部補助_____辦理

美沙冬治療品質提升試辦計畫—C 型肝炎共病照護

姓名： 不用填寫 個案編號：

病歷號碼： 不用填寫

本次療程起始日期：

本次療程終止日期：

C 肝共病狀況調查				
C 肝檢驗項目	檢驗日期	檢驗結果	調查日期	執行人
Anti-HCV Ab				
HCV Viral Load				
HCV Genotype				
C 肝治療經驗	處置內容 1.無 C 肝感染 2.未接受此治療 3.中斷未完成療程 4.持續治療中 5.完成此治療 8.其他，請說明 9.資料不足		調查日期	執行人
干擾素療法				
口服抗病毒療法				

C 肝衛教		
日期	衛教內容	執行人

衛生福利部補助_____辦理

美沙冬治療品質提升試辦計畫－C 型肝炎共病照護

姓名： 不用填寫 個案編號：

病歷號碼： 不用填寫

C 肝共照同意日期：

C 肝共照轉介與療程安排			
C 肝轉介動機評估日期	評估內容		執行人
轉介資訊			
第一次轉介	日期		執行人
	醫院		
	醫師		
	門診		
第二次轉介 (第一次轉介未成功者) 註：若轉介多次未成功者， 登錄最後一次成功轉介資料。	日期		執行人
	醫院		
	醫師		
	門診		
C 肝轉介日期	轉介結果 1.轉介完成，需安排評估檢查 2.轉介完成，並開始療程 3.未完成轉介，請說明 8.其他，請說明 9.資料不足		執行人
C 肝療程起始日期 (開始服藥日期)			
C 肝療程預定結束日期 (預定完成 SVR12 抽血追蹤)			
C 肝療程實際結案日期 (實際完成 SVR12 抽血追蹤)			

衛生福利部補助_____辦理

美沙冬治療品質提升試辦計畫—C型肝炎共病照護

姓名： 不用填寫 個案編號：

病歷號碼： 不用填寫

C肝療程投藥起始日期：

C肝療程預定結束日期：

Harvoni Sovaldi Daklinza+Sunvepra

C肝治療藥物： Epclusa Zepatier Viekirax+Exviera

Maviret

C肝共照管理 (服藥前)			第	0	個月
執行日期		執行人			
當月預定C肝回診日期	預定回診目的	1.門診 2.抽血 8.其他，請說明 9.資料不足	實際回診狀況	1.依約完成回診 2.改期完成回診 3.未回診 8.其他，請說明 9.資料不足	
服藥遵從與 風險行為評估	Week4 (過去這1週)	Week3	Week2	Week1	
當週應服C肝藥物天數					
當週實服C肝藥物天數					
當週注射成癮物質天數					
是否與人共用針具 1.否, 2.是, 9.資料不足					
是否與人共用稀釋液 1.否, 2.是, 9.資料不足					
是否與人性行為 1.否, 2.是, 9.資料不足					
是否全程使用保險套 1.否, 2.是, 8.不適用, 9.資料不足					
共照個案管理內容					

C 肝共照管理 (口服治療)			第	1	個月
執行日期		執行人			
當月預定 C 肝回診日期	預定回診目的	1.門診 2.抽血 8.其他，請說明 9.資料不足	實際回診 狀況	1.依約完成回診 2.改期完成回診 3.未回診 8.其他，請說明 9.資料不足	
服藥遵從與 風險行為評估	Week4 (過去這 1 週)	Week3	Week2	Week1	
當週應服 C 肝藥物天數					
當週實服 C 肝藥物天數					
當週注射成癮物質天數					
是否與人共用針具 1.否，2.是，9.資料不足					
是否與人共用稀釋液 1.否，2.是，9.資料不足					
是否與人性行為 1.否，2.是，9.資料不足					
是否全程使用保險套 1.否，2.是，8.不適用-9.資料不足					
共照個案管理內容					

C 肝共照管理 (口服治療)			第	2	個月
執行日期		執行人			
當月預定 C 肝回診日期	預定回診目的	1.門診 2.抽血 8.其他，請說明 9.資料不足	實際回診 狀況	1.依約完成回診 2.改期完成回診 3.未回診 8.其他，請說明 9.資料不足	
服藥遵從與 風險行為評估	Week4 (過去這 1 週)	Week3	Week2	Week1	
當週應服 C 肝藥物天數					
當週實服 C 肝藥物天數					
當週注射成癮物質天數					
是否與人共用針具 1.否，2.是，9.資料不足					
是否與人共用稀釋液 1.否，2.是，9.資料不足					
是否與人性行為 1.否，2.是，9.資料不足					
是否全程使用保險套 1.否，2.是，8.不適用-9.資料不足					
共照個案管理內容					

C 肝共照管理 (口服治療)			第	3	個月
執行日期		執行人			
當月預定 C 肝回診日期	預定回診目的	1.門診 2.抽血 8.其他，請說明 9.資料不足	實際回診 狀況	1.依約完成回診 2.改期完成回診 3.未回診 8.其他，請說明 9.資料不足	
服藥遵從與 風險行為評估	Week4 (過去這 1 週)	Week3	Week2	Week1	
當週應服 C 肝藥物天數					
當週實服 C 肝藥物天數					
當週注射成癮物質天數					
是否與人共用針具 1.否，2.是，9.資料不足					
是否與人共用稀釋液 1.否，2.是，9.資料不足					
是否與人性行為 1.否，2.是，9.資料不足					
是否全程使用保險套 1.否，2.是，8.不適用-9.資料不足					
共照個案管理內容					

C 肝共照管理 (SVR12 追蹤)			第	1	個月
執行日期		執行人			
服藥遵從與 風險行為評估	Week4 (過去這 1 週)	Week3	Week2	Week1	
當週應服 C 肝藥物天數					
當週實服 C 肝藥物天數					
當週注射成癮物質天數					
是否與人共用針具 1.否, 2.是, 9.資料不足					
是否與人共用稀釋液 1.否, 2.是, 9.資料不足					
是否與人性行為 1.否, 2.是, 9.資料不足					
是否全程使用保險套 1.否, 2.是, 8.不適用, 9.資料不足					
共照個案管理內容					

C 肝共照管理 (SVR12 追蹤)			第	2	個月
執行日期		執行人			
服藥遵從與 風險行為評估	Week4 (過去這 1 週)	Week3	Week2	Week1	
當週應服 C 肝藥物天數					
當週實服 C 肝藥物天數					
當週注射成癮物質天數					
是否與人共用針具 1.否, 2.是, 9.資料不足					
是否與人共用稀釋液 1.否, 2.是, 9.資料不足					
是否與人性行為 1.否, 2.是, 9.資料不足					
是否全程使用保險套 1.否, 2.是, 8.不適用, 9.資料不足					
共照個案管理內容					

C 肝共照管理 (SVR12 追蹤)			第	3	個月
執行日期		執行人			
當月預定 C 肝回診日期	預定回診目的	1.門診 2.抽血 8.其他，請說明 9.資料不足	實際回診 狀況	1.依約完成回診 2.改期完成回診 3.未回診 8.其他，請說明 9.資料不足	
服藥遵從與 風險行為評估	Week4 (過去這 1 週)	Week3	Week2	Week1	
當週應服 C 肝藥物天數					
當週實服 C 肝藥物天數					
當週注射成癮物質天數					
是否與人共用針具 1.否，2.是，9.資料不足					
是否與人共用稀釋液 1.否，2.是，9.資料不足					
是否與人性行為 1.否，2.是，9.資料不足					
是否全程使用保險套 1.否，2.是，8.不適用-9.資料不足					
共照個案管理內容					

衛生福利部「113 年度美沙冬治療品質提升試辦計畫」

經費編列基準及使用範圍

項目名稱	說明	編列標準
人事費		人事費總金額以不超過補(捐)助計畫總經費 50%為原則，惟採編列「專任或兼任方案個案管師之人事費」者，不在此限。
計畫主持人費	計畫主持人應同時具備以下條件： 1. 具醫師、臨床心理師、社會工作師、護理師或職能治療師等專業證照。 2. 具備藥癮治療及美沙冬治療臨床工作經驗。	每人每月以不超過新臺幣(下同) 10,000 元為限。 註：計畫主持人若在本部(含附屬機構)其他計畫已支領主持人費，不得再重複編列支領；審查計畫時需針對計畫主持人是否符合本計畫規定資格，進行審慎嚴謹之審查。
專任或兼任執行本計畫之方案個案管師薪資	執行本計畫之方案個案管師應具備以下條件之一： 1. 具醫師、護理師、臨床心理師、諮商心理師、社會工作師、藥師、或職能治療師等專業證照。 2. 醫學、護理、心理、社工、藥學、職能治療等專科以上相關科系畢業，並實際從事藥癮臨床工作 3 年以上者。	受聘人員薪資得由執行機構依受聘人員之專長、學術地位、工作經驗等自行訂定，或依國立大學醫學院附設醫院護理師職級相當人員之薪資為標準，惟應檢附受聘人員薪資編列依據，供本部審查。
保險	依勞工保險條例及全民健康保險法之規定，編列應由雇主負擔之保險項目(非依法屬雇主給付項目不得編列，補充保險費則編列於管理費)。	有關勞保及健保費用編列基準請自行上網參照中央健康保險署以及勞工保險局的最新費率辦理。
公提離職儲金或公提勞工退休金	執行本計畫所需聘僱之個案管理師之公提離職儲金(計畫執行機構不適用勞動基準法者)或公提勞工退休金(計	依「衛生福利部及所屬機關研究計畫助理人員約用注意事項」編列。

項目名稱	說明	編列標準
	畫執行機構適用勞動基準法者)。	
業務費 講座鐘點費 臨時工資(含其他 雇主應負擔項目) 文具紙張 郵電 印刷 租金	講座鐘點費係實施本計畫所需訓練研討活動之授課講演鐘點費或實習指導費。專家指導授課之交通費可依行政院「講座鐘點費支給表附則5」主辦機關得衡酌實際情況，參照出差旅費相關規定，覈實支給外聘講座交通費及國內住宿費。 計畫項下已列支主持費及研究費等酬勞者不得支領本項費用。 實施本計畫特定工作所需勞務之工資，以按時計酬者為限。受補助單位人員不得支領臨時工資。 實施本計畫所需油墨、碳粉匣、紙張、文具等費用。 實施本計畫所需郵資、快遞費、電報、電話費、 <u>手機費及網路費等。</u> 實施本計畫所需書表、研究報告等之印刷裝訂費及影印費。 實施本計畫所需租用辦公房屋場地、機器設備、 <u>藥檢專用廁所</u> 、車輛及資訊軟硬體等租金。 資訊軟硬體包括電腦主機、週邊設備及軟體(電腦作業系統、資料庫系統、套裝軟體等)。	講座鐘點費依行政院「講座鐘點費支給表」辦理。 以勞動部最新公告之基本工資時薪標準編列(每人天以8小時估算，實際執行時依勞動基準法相關規定核實報支)，如需編列雇主負擔之勞健保費及公提勞工退休金則另計。 <u>編列手機費及網路費需於計畫書敘明必要性，並有對應之工作項目。</u> 受補(捐)助單位若使用自有場地、設備或資訊軟硬體，以不補助租金為原則。但如確為執行本研究計畫而租用單位內部場地或設備，且提出對外一致性公開之收費標準等證明文件，經本部認可後，始得

項目名稱	說明	編列標準
設備使用服務費	實施本計畫所需之儀器設備使用之相關服務費。	<p>據以編列，並檢據報支。</p> <p>車輛租用僅限於從事因執行本計畫之必要業務進行實地審查或實地查核時，所產生之相關人員接駁或搬運資料、儀器設備等用途，須提出證明文件，得列入本項，且不得重複報支差旅交通費。</p> <p>受補(捐)助單位若以單位內部儀器設備提供相關服務者，以不補助設備使用服務費為原則。但如確為執行本研究計畫而使用單位內部儀器設備，且提出對外一致性公開之收費標準等證明文件，經本部認可後，始得據以編列，並檢據報支。</p>
維護費	實施本計畫所使用儀器設備所需之修繕及養護費用。	
油脂	實施本計畫所需車輛、機械設備之油料費用。(車輛之油料費用，係指從事調查研究之實地訪查，而非屬派遣機關人員出差，其性質與出差旅費之報支不同，受委託或補(捐)助單位如無公務車可供調派，而需由實地訪查人員駕駛自用汽(機)車從事該訪查，且此項情況已於委託或補(捐)助計畫(或契約)訂明者，其所需油料費，得由各補助或委辦機關本於職責自行核處，檢據報支)	
電腦處理費	<p>實施本計畫所需電腦資料處理費。包括：資料譯碼及鍵入費、電腦使用時間費、磁片、硬碟、隨身碟、光碟片及報表紙等。</p> <p>電腦軟體、程式設計費、電腦周邊配</p>	

項目名稱	說明	編列標準
資料蒐集費	<p>備、網路伺服器架設、網頁及網路平台架設等係屬設備，依規定不得編列於此項。</p> <p>實施本計畫所需購置國內、外參考書籍、期刊或資料檢索費。以具有專門性且與研究計畫直接有關者為限。擬購置圖書應詳列其名稱、數量、單價及總價。</p>	圖書費每本需低於 10,000 元。
材料費	<p>實施本計畫所需消耗性器皿、材料、實驗動物、藥品及使用年限未及二年或單價未達 1 萬元非消耗性之物品等費用。應詳列各品項之名稱（中英文並列）單價、數量與總價。</p> <p>使用年限未及二年或單價未達 1 萬元之非消耗性物品以與計畫直接有關為限；若需購置普通性非消耗物品，如複印機、印表機、電腦螢幕、碎紙機、藥櫃、...等，應詳列品項及預估單價、數量，並說明原因。</p>	
出席費	<p>實施本計畫所需專家諮詢會議之出席費。計畫項下或受補助單位之相關人員及非以專家身分出席者不得支領。屬工作協調性質之會議不得支給出席費。</p>	依「中央政府各機關學校出席費及稿費支給要點」辦理。
國內旅費	<p>實施本計畫所需之相關人員及出席專家之國內差旅費。</p> <p>差旅費分為交通費、住宿費、雜費等。出席專家如係由遠地前往，受補（捐）助單位得衡酌實際情況，參照行政院「國內出差旅費報支要點」規定，覈實支給交通費及住宿費。</p> <p>凡公民營汽車到達地區，除因業務需要，報經本部事前核准者外，其搭乘計程車之費用，不得報支。</p>	依行政院「國內出差旅費報支要點」規定辦理。

項目名稱	說明	編列標準
餐費	實施本計畫執行需要而召開之相關會議，已逾用餐時間之餐費。	申請餐費，每人次最高100元。
其他	辦理本計畫所需之其他未列於本表之項目。	應於計畫書列明支用項目，並說明需求原因。
雜支費	實施本計畫所需之雜項費用。	最高以業務費扣除國外旅費後之金額百分之五為上限，且不得超過10萬元。
核實支付費	採論件(或按次)計酬方式，核實支付本計畫各方案之臨床處置服務費用。	編列標準依本說明書柒之二之(一)之3.之規定核實編列。
管理費	<p>本項經費應由計畫執行單位統籌運用，使用項目如下：</p> <p>(1)水、電、瓦斯費、大樓清潔費及電梯保養費。</p> <p>(2)加班費：執行本計畫之人員為辦理本計畫而延長工作時間所需之加班費，惟同一工時不應重複支領。</p> <p>(3)除上規列範圍內，餘臨時工資、兼任人員或以分攤聘僱協辦計畫人員之薪資，不得以此項核銷。</p> <p>(4)依全民健康保險法之規定，受補(捐)助單位因執行本計畫所應負擔之補充保險費(編列基準請依中央健康保險署之最新版本辦理)。</p> <p>(5)依據勞動基準法之規定，編列受補(捐)助單位因執行本計畫，應負擔執行本計畫專任助理人員之特別休假，因年度終結或契約終止而未休之日數，所發給之工資。</p>	<p>管理費之計算，以(人事費-計畫主持人費+業務費)×10%為限。</p>

衛生福利部

113 年度美沙冬治療品質提升試辦計畫書

機構名稱：_____

計畫主持人：_____

計畫聯絡人：_____

聯絡電話：_____

E-MAIL：_____

申請日期：_____年 月 日

註：本計畫書限用中文書寫

目 錄

目錄	頁碼
壹、計畫申請表	()
貳、計畫摘要	()
參、機構藥癮醫療執行概況	()
一、機構藥癮醫療業務簡介(含組織、人力、業務內容等)	()
二、歷年鴉片類替代治療業務執行情形及成果	()
肆、計畫內容	()
一、計畫緣起(含現況分析)	()
二、計畫目的	()
三、計畫人力配置	()
四、計畫執行內容及具體執行方式(請依不同方案分別說明)	()
五、預期效益(依不同方案分別說明，且應至少包含本計畫 衡量指標)	()
六、計畫預定進度(甘特圖)	()
七、經費需求	()
八、參考文獻	()
九、其他補充	()
伍、附件	()

壹、計畫申請表

機構名稱					
醫療機構代碼		地址			
藥癮戒治機構類別	<input type="checkbox"/> 指定藥癮戒治機構（ <input type="checkbox"/> 核心醫院 <input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 診所） <input type="checkbox"/> 替代治療執行機構（治療藥物： <input type="checkbox"/> 美沙冬 <input type="checkbox"/> 丁基原啡因）				
機構級別	<input type="checkbox"/> 甲級：112年6至12月任一月美沙冬日平均服藥人數1-15人 <input type="checkbox"/> 乙級：112年6至12月任一月美沙冬日平均服藥人數15-50人 <input type="checkbox"/> 丙級：112年6至12月任一月美沙冬日平均服藥人數51-80人 <input type="checkbox"/> 丁級：112年6至12月任一月美沙冬日平均服藥人數81-120人				
機構負責人	姓名		職稱		
計畫主持人	姓名		職稱		
	電話		電郵		
計畫聯絡人	姓名		職稱		
	電話		電郵		
申請方案	<input checked="" type="checkbox"/> 基本項目：方案一、尿液藥物即時檢驗 <input type="checkbox"/> 選作項目： <input type="checkbox"/> 方案二、自殺風險評估與追蹤 <input type="checkbox"/> 方案三、C型肝炎共病照護				
申請經費 (無須分年度)	一、得申請之補助額度上限：新臺幣（以下同）_____元				
	二、申請經費：				
	合計	人事費	業務費	核實支付費	管理費

貳、計畫摘要：請摘述本計畫之目的、實施方法及關鍵詞

關鍵詞：_____

參、機構藥癮醫療執行概況：

一、機構藥癮醫療業務簡介（含組織、人力、業務內容等）

（篇幅不足，請自行複製）

第 頁

二、歷年鴉片類替代治療業務執行情形及成果

(篇幅不足，請自行複製)

第 頁

肆、計畫內容：

一、計畫緣起（含現況分析）

（篇幅不足，請自行複製）

第 頁

二、計畫目的

(篇幅不足，請自行複製)

第 頁

三、計畫人力配置

(篇幅不足，請自行複製)

第 頁

四、計畫執行內容及具體執行方式（請依不同方案分別說明）

（篇幅不足，請自行複製）

第 頁

五、預期效益（請依不同方案分別說明）

（篇幅不足，請自行複製）

第 頁

七、經費需求和運用說明表：請依照「衛生福利部 113 年度美沙冬治療品質提試辦計畫經費使用範圍及編列基準」詳實編列，並應注意應特別載明之事項。各經費項目請務必按照該標準表內所訂之名稱與次序填寫。(下表僅為範例，請依實際經費需求自行增減項目及單價。)

項目	申請金額	說明
一、人事費 (註：專任或兼任方案個管薪資不得與「核實支付費」同時編列)		
計畫主持人		計畫主持 1 名，資格為 000。 0 元/月×0 個月=0 元
專任方案個管師薪資 (與核實支付擇一編列)		執行本計畫之專任方案個案師 1 名，聘用條件為 00000。 薪資編列標準參照 00000 (如附件)。 0 元/月×13.5 個月(含年終獎金)=0 元。
保險		勞保費(含職災保險 0%)：0 元/月×0 個月=0 元。 健保費：0 元/月×0 個月=0 元。
公提退休金		依據個管人員薪資級距每月提繳工資為 0 元×0.06=0 元/月，共計 0 元/月×0 個月=0 元。
小計		
二、業務費		
講座鐘點費		實施本計畫 00000 之鐘點費。 外聘：2,000 元/小時(節)×0 小時=0 元。 內聘：1,000 元/小時(節)×0 小時=0 元
臨時工資		聘請按時計酬者協助辦理本計畫 00000，依最低基本工資估算：000 元/小時×0 小時=0 元。
文具紙張		實施本計畫所需油墨、碳粉匣、紙張、文具等費用。
郵電費		實施本計畫所需郵資、快遞費、電報、電話費：0 元/月×0 個月=0 元。 說明：因辦理本計畫 00000 (詳計畫書 P.O)，爰編列手機費用及網路費用：0 元/月×0 個月=0 元。
印刷		實施本計畫所需書表、研究報告、衛教單張、手冊或病歷等之印刷裝訂費及影印費：0 元/月×0 個月=0 元。

電腦處理費		實施本計畫所需電腦資料處理費： 000：0 元/個×0 個=0 元。 XXX：0 元/件×0 件=0 元。
資料蒐集費		實施本計畫所需購置書籍、期刊或資料檢索費： 0000：0 元/本×0 本=0 元。
材料費		實施本計畫所需使用年限未及 2 年或單價未達 1 萬元非消耗性之物品： 0000：0 元/個×0 個=0 元
出席費		實施本計畫 00000 所需專家諮詢會議之出席費： 2,500 元/人×0 人次=0 元。
國內旅費		參與本計畫相關會議之交通費：2,000 元/人天×0 人天=0 元。
餐費		實施本計畫執行需要而召開之相關會議，已逾用餐時間之餐費：100 元/人次×0 人次=0 元。
其他		辦理本計畫 0000 所需之 000 費用：（請說明項目及估算式）。
雜支		實施本計畫所需之雜項費用。（註：最高以業務費扣除國外旅費後之金額百分之五為上限，且不得超過 10 萬元）
小計		
三、核實支付費		藥檢衛教：200 元/人×0 人次=0 元（每人 3 次） 即時藥檢：400 元/人×0 人次=0 元（每人每月 2 次） 自殺風險衛教：200 元/人×0 人次=0 元（每人 1 次） 自殺開案評估：400 元/人×0 人次=0 元（每人 1 次） 自殺追蹤評估：400 元/人×0 人次=0 元（每人 1 次） 自殺危機處置或介入照護：400 元/人×0 人次=0 元（每人 3 次） C 肝共病狀況調查：400 元/次×0 次=0 元（每人每季 1 次） C 肝衛教：200 元/人×0 人次=0 元（每人 1 次）

		<p>C 肝口服藥物治療轉介動機評估：400 元/人×O 人次 =0 元（每人 1 次）</p> <p>C 肝口服藥物治療轉介準備及轉介：400 元/人×O 人次 =0 元（每人 1 次）</p> <p>C 肝口服藥物治療轉介結果追蹤：150 元/人×O 人次 =0 元（每人 1 次）</p> <p>C 肝共病個案管理：400 元/人×O 人次=0 元（每人 7 次）</p>
<p>四、管理費</p>		<p>本項經費由執行機構統籌運用，使用項目如下：</p> <p>(1)水、電、瓦斯費、大樓清潔費及電梯保養費。</p> <p>(2)加班費：執行本計畫之人員為辦理本計畫而延長工作時間所需之加班費，惟同一工時不應重複支領。</p> <p>(3)除上列規範項目，餘臨時工資、兼任人員或以分攤聘僱協辦計畫人員之薪資，不得以此項核銷。</p> <p>(4)依據全民健康保險法之規定，編列受補（捐）助單位因執行本計畫應負擔之補充保險費用。</p> <p>(5)依據勞動基準法之規定，編列受補（捐）助單位因執行本計畫，應負擔執行本計畫個案管理人員之特別休假，因年度終結或契約終止而未休之日數，所發給之工資。</p> <p>（註：以(人事費-計畫主持人費+業務費)×10%為限）</p>
<p>總計</p>		

（篇幅不足，請自行複製）

第 頁

八、參考文獻

(篇幅不足，請自行複製)

第 頁

九、其他補充

(篇幅不足，請自行複製)

第 頁

伍、附件（包含申請計畫應檢附之主持人及方案個管師資格之證明文件）



（篇幅不足，請自行複製）

第 頁

衛生福利部 113 年度「美沙冬治療品質提升試辦計畫」

審查表

申請機構：			
項次	審查項目	配分	評分
1	計畫內容是否符合計畫需求及計畫之完整性與合理性（含執行方法及步驟之周詳及可行性、人力配置之適切性等）	35	
2	工作計畫期程、執行進度及期限規劃之合理性（含進度規劃、品質控管及保證措施等）	15	
3	申請機構之專業執行能力與相關工作成果（含專業能力、相關計畫承辦經歷、專業人力及過去辦理類似計畫之經驗及執行能力）	15	
4	經費需求項目和說明是否適當、合理，並依本計畫經費使用範圍和編列基準編列。	20	
5	衡量指標之訂定是否合宜，且能反映本計畫目的。	15	
6	簡報及答詢（視需要進行，並納入項次 1 評分）		
總計（滿分 100 分，總平均未達 75 分不予補助）			
審查意見：			
委員簽名：		日期：年 月 日	

衛生福利部 113 年度「美沙冬治療品質提升試辦計畫」 期__成果報告

壹、機構基本資料

機 構 名 稱					
醫 療 機 構 代 碼		地址			
藥 癮 戒 治 機 構 類 別	<input type="checkbox"/> 指定藥癮戒治機構（ <input type="checkbox"/> 核心醫院 <input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 診所） <input type="checkbox"/> 替代治療執行機構（治療藥物： <input type="checkbox"/> 美沙冬 <input type="checkbox"/> 丁基原啡因）				
機 構 級 別	<input type="checkbox"/> 甲級：112 年 6 至 12 月任一月美沙冬日平均服藥人數 1-15 人 <input type="checkbox"/> 乙級：112 年 6 至 12 月任一月美沙冬日平均服藥人數 15-50 人 <input type="checkbox"/> 丙級：112 年 6 至 12 月任一月美沙冬日平均服藥人數 51-80 人 <input type="checkbox"/> 丁級：112 年 6 至 12 月任一月美沙冬日平均服藥人數 81-120 人				
機 構 負 責 人	姓名		職稱		
計 畫 主 持 人	姓名		職稱		
	電話		電郵		
計 畫 聯 絡 人	姓名		職稱		
	電話		電郵		
申 請 方 案	<input checked="" type="checkbox"/> 基本項目：方案一、尿液藥物即時檢驗 <input type="checkbox"/> 選作項目： <input type="checkbox"/> 方案二、自殺風險評估與追蹤 <input type="checkbox"/> 方案三、C 型肝炎共病照護				
核 定 經 費	單位：新臺幣				
	合計	人事費	業務費	核實支付費	管理費

貳、美沙冬治療服務現況

美沙冬門診數(請填寫貴機構在各時段內,提供美沙冬個案診療之門診數)

星期 時段	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
上午門診							
下午門診							
夜間門診							
特殊門診							

備註：
 1. 美沙冬獨立門診、藥癮特別門診、或同時提供美沙冬與一般精神科診療之門診，均可列入。
 2. 特殊門診：例如以急診型態執行美沙冬個案診療

美沙冬給藥時數 (請填寫貴機構在各時段內,提供給藥的總時數)

星期 時段	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
08:00 以前							
08:00-12:00							
12:00-13:00							
13:00-17:00							
17:00-21:00							
21:00 以後							

備註：

【關於機構的給藥時段，可在此做簡單的敘述與說明】

參、計畫內容與成果

一、計畫人力安排					
(一) 品質提升培訓與評核					
(機構曾經參與本計畫線上培訓與評核人員，請依評核時間先後填寫)					
姓名	職稱	到任日期	評核日期	離任日期	備註
備註：到任、離任是指擔任或離開”本計畫工作”，包括離職或轉調其他工作都算。如仍在任，離任欄空白；若同一人有離任後又到任，則分次填寫					

(二) 業務人力暨工作內容 (在職人力)

說明：請將本計畫經費聘任之全職、兼職、或臨時 (包含工讀) 之人力登錄在下表，並請在相對應之備註欄內打☑做標示，計畫主持人則請在職稱後加註 (計畫主持人)，非「常態支援」之人力不用列入。

姓名	職稱	負責工作內容	備註
			<input type="checkbox"/> 全職 <input type="checkbox"/> 兼職 <input type="checkbox"/> 臨時人力
			<input type="checkbox"/> 全職 <input type="checkbox"/> 兼職 <input type="checkbox"/> 臨時人力
			<input type="checkbox"/> 全職 <input type="checkbox"/> 兼職 <input type="checkbox"/> 臨時人力
			<input type="checkbox"/> 全職 <input type="checkbox"/> 兼職 <input type="checkbox"/> 臨時人力
			<input type="checkbox"/> 全職 <input type="checkbox"/> 兼職 <input type="checkbox"/> 臨時人力
			若篇幅不足，請逕增列

二、美沙冬治療服務人數統計： <u>113年 0 月 0 日至113年 0 月 0 日</u>					
新收案人數	退案人數	總服藥 人數	總服藥 人次	每日平均 服藥人數	目前治療 (服藥)人數
三、各方案執行情形及衡量指標達成情形說明：					
方案(勾選)	說明書應辦事項	辦理情形及衡量指標達成情形			
<input type="checkbox"/> 方案一	(一)即時藥檢軟、硬體				
	(二)藥檢衛教及即時藥檢				
<input type="checkbox"/> 方案二	(一)自殺風險衛教、自殺評估				
	(二)自殺危機處置或介入照護				
<input type="checkbox"/> 方案三	(一)C 肝衛教				
	(二)C 肝共病狀況調查				
	(三)C 肝共病照護				

四、執行困難檢討與建議事項：

【各項內容若篇幅不足，請自行增列】

收 支 明 細 表

受補助機構：

補助年度：113 年度

經費預算核撥數	核撥 (結報)	第一次核撥日期 ----年----月---日	第二次核撥日期 ----年----月---日	
		金額 \$ 元	金額 \$ 元	
			第一次餘(絀)數 金額 \$ 元	第二次餘(絀)數 金額 \$ 元
		第一次結報日期 ----年----月---日	第二次結報日期 ----年----月---日	
		金額 \$ 元	金額 \$ 元	
項目	核定金額			
人事費				
業務費				
管理費				
小計				
餘(絀)數				
備註				

製表人

覆核

會計人員

單位首長
(簽約代表人)

**公職人員利益衝突迴避法第 14 條第 2 項
公職人員及關係人身分關係揭露表範本**

【A.事前揭露】：本表由公職人員或關係人填寫

(公職人員或其關係人與公職人員服務之機關團體或受其監督之機關團體為補助或交易行為前，應主動於申請或投標文件內據實表明其身分關係)

※交易或補助對象屬公職人員或關係人者，請填寫此表。非屬公職人員或關係人者，免填此表。

表 1：

參與交易或補助案件名稱：	案號：	(無案號者免填)
本案補助或交易對象係公職人員或其關係人：		
<input type="checkbox"/> 公職人員 (勾選此項者，無需填寫表 2)		
姓名：_____ 服務機關團體：_____ 職稱：_____		
<input type="checkbox"/> 公職人員之關係人 (勾選此項者，請繼續填寫表 2)		

表 2：

公職人員：		
姓名：_____ 服務機關團體：_____ 職稱：_____		
關係人 (屬自然人者)：姓名 _____		
關係人 (屬營利事業、非營利之法人或非法人團體)：		
名稱 _____ 統一編號 _____ 代表人或管理人姓名 _____		
關係人與公職人員間係第 3 條第 1 項各款之關係		
<input type="checkbox"/> 第 1 款	公職人員之配偶或共同生活之家屬	
<input type="checkbox"/> 第 2 款	公職人員之二親等以內親屬	稱謂：_____
<input type="checkbox"/> 第 3 款	公職人員或其配偶信託財產之受託人	受託人名稱：_____
<input type="checkbox"/> 第 4 款 (請填寫 abc 欄位)	a. 請勾選關係人係屬下列何者： <input type="checkbox"/> 營利事業 <input type="checkbox"/> 非營利法人 <input type="checkbox"/> 非法人團體	b. 請勾選係以下何者擔任職務： <input type="checkbox"/> 公職人員本人 <input type="checkbox"/> 公職人員之配偶或共同生活之家屬。姓名：_____ <input type="checkbox"/> 公職人員二親等以內親屬。 親屬稱謂：_____ (填寫親屬稱謂例如：兒媳、女婿、兄嫂、弟媳、連襟、妯娌) 姓名：_____
		c. 請勾選擔任職務名稱： <input type="checkbox"/> 負責人 <input type="checkbox"/> 董事 <input type="checkbox"/> 獨立董事 <input type="checkbox"/> 監察人 <input type="checkbox"/> 經理人 <input type="checkbox"/> 相類似職務：_____
<input type="checkbox"/> 第 5 款	經公職人員進用之機要人員	機要人員之服務機關：_____ 職稱：_____
<input type="checkbox"/> 第 6 款	各級民意代表之助理	助理之服務機關：_____ 職稱：_____

填表人簽名或蓋章：(填表人屬營利事業、非營利之法人或非法人團體者，請一併由該「事業法人團體」及「負責人」蓋章)

備註：

填表日期： 年 月 日

此致機關：

※填表說明：

- 1.請先填寫表1，選擇補助或交易對象係公職人員或關係人。
- 2.補助或交易對象係公職人員者，無須填表2；補助或交易對象為公職人員之關係人者，則須填寫表2。
- 3.表2請填寫公職人員及關係人之基本資料，並選擇填寫關係人與公職人員間屬第3條第1項各款之關係。
- 4.有其他記載事項請填於備註。
- 5.請填寫參與交易或補助案件名稱，填表人即公職人員或關係人請於簽名欄位簽名或蓋章，並填寫填表日期。

※相關法條：

公職人員利益衝突迴避法

第2條

本法所稱公職人員，其範圍如下：

- 一、總統、副總統。
- 二、各級政府機關（構）、公營事業總、分支機構之首長、副首長、幕僚長、副幕僚長與該等職務之人。
- 三、政務人員。
- 四、各級公立學校、軍警院校、矯正學校校長、副校長；其設有附屬機構者，該機構之首長、副首長。
- 五、各級民意機關之民意代表。
- 六、代表政府或公股出任其出資、捐助之私法人之董事、監察人與該等職務之人。
- 七、公法人之董事、監察人、首長、執行長與該等職務之人。
- 八、政府捐助之財團法人之董事長、執行長、秘書長與該等職務之人。
- 九、法官、檢察官、戰時軍法官、行政執行官、司法事務官及檢察事務官。
- 十、各級軍事機關（構）及部隊上校編階以上之主官、副主官。
- 十一、其他各級政府機關（構）、公營事業機構、各級公立學校、軍警院校、矯正學校及附屬機構辦理工務、建築管理、城鄉計畫、政風、會計、審計、採購業務之主管人員。
- 十二、其他職務性質特殊，經行政院會同主管府、院核定適用本法之人員。
依法代理執行前項公職人員職務之人員，於執行該職務期間亦屬本法之公職人員。

第3條

本法所定公職人員之關係人，其範圍如下：

- 一、公職人員之配偶或共同生活之家屬。
- 二、公職人員之二親等以內親屬。
- 三、公職人員或其配偶信託財產之受託人。但依法辦理強制信託時，不在此限。
- 四、公職人員、第一款與第二款所列人員擔任負責人、董事、獨立董事、監察人、經理人或相類似職務之營利事業、非營利之法人及非法團體。但屬政府或公股指派、遴聘代表或由政府聘任者，不包括之。
- 五、經公職人員進用之機要人員。
- 六、各級民意代表之助理。
前項第六款所稱之助理指各級民意代表之公費助理、其加入助理工會之助理及其他受其指揮監督之助理。

第14條

公職人員或其關係人，不得與公職人員服務或受其監督之機關團體為補助、買賣、租賃、承攬或其他具有對價之交易行為。但有下列情形之一者，不在此限：

- 一、依政府採購法以公告程序或同法第一百零五條辦理之採購。
- 二、依法令規定經由公平競爭方式，以公告程序辦理之採購、標售、標租或招標設定用益物權。
- 三、基於法定身分依法令規定申請之補助；或對公職人員之關係人依法令規定以公開公平方式辦理之補助，或禁止其補助反不利於公共利益且經補助法令主管機關核定同意之補助。
- 四、交易標的為公職人員服務或受其監督之機關團體所提供，並以公定價格交易。
- 五、公營事業機構執行國家建設、公共政策或為公益用途申請承租、承購、委託經營、改良利用國有非公用不動產。
- 六、一定金額以下之補助及交易。

公職人員或其關係人與公職人員服務之機關團體或受其監督之機關團體為前項但書第一款至第三款補助或交易行為前，應主動於申請或投標文件內據實表明其身分關係；於補助或交易行為成立後，該機關團體應連同其身分關係主動公開之。但屬前項但書第三款基於法定身分依法令規定申請之補助者，不在此限。

前項公開應利用電信網路或其他方式供公眾線上查詢。

第一項但書第六款之一定金額，由行政院會同監察院定之。

第18條

違反第十四條第一項規定者，依下列規定處罰：

- 一、交易或補助金額未達新臺幣十萬元者，處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰。
 - 二、交易或補助金額新臺幣十萬元以上未達一百萬元者，處新臺幣六萬元以上五十萬元以下罰鍰。
 - 三、交易或補助金額新臺幣一百萬元以上未達一千萬元者，處新臺幣六十萬元以上五百萬元以下罰鍰。
 - 四、交易或補助金額新臺幣一千萬元以上者，處新臺幣六百萬元以上該交易金額以下罰鍰。
- 前項交易金額依契約所明定或可得確定之價格定之。但結算後之金額高於該價格者，依結算金額。
- 違反第十四條第二項規定者，處新臺幣五萬元以上五十萬元以下罰鍰，並得按次處罰。