

114 年臺中市青少年戒癮治療計畫

【單位名稱】臺中市政府衛生局

【單位負責人】曾梓展局長

【專案聯絡人】林志維技士(04-22289111#70531)

目錄

壹、方案名稱.....	5
貳、方案目標、目的.....	5
參、輔導及治療計畫.....	5
肆、倫理考量.....	9
伍、計畫說明/同意書.....	10
陸、醫院門診時間.....	11
柒、計畫轉介單.....	12
捌、轉介回覆單.....	14

114 年臺中市青少年戒癮治療計畫

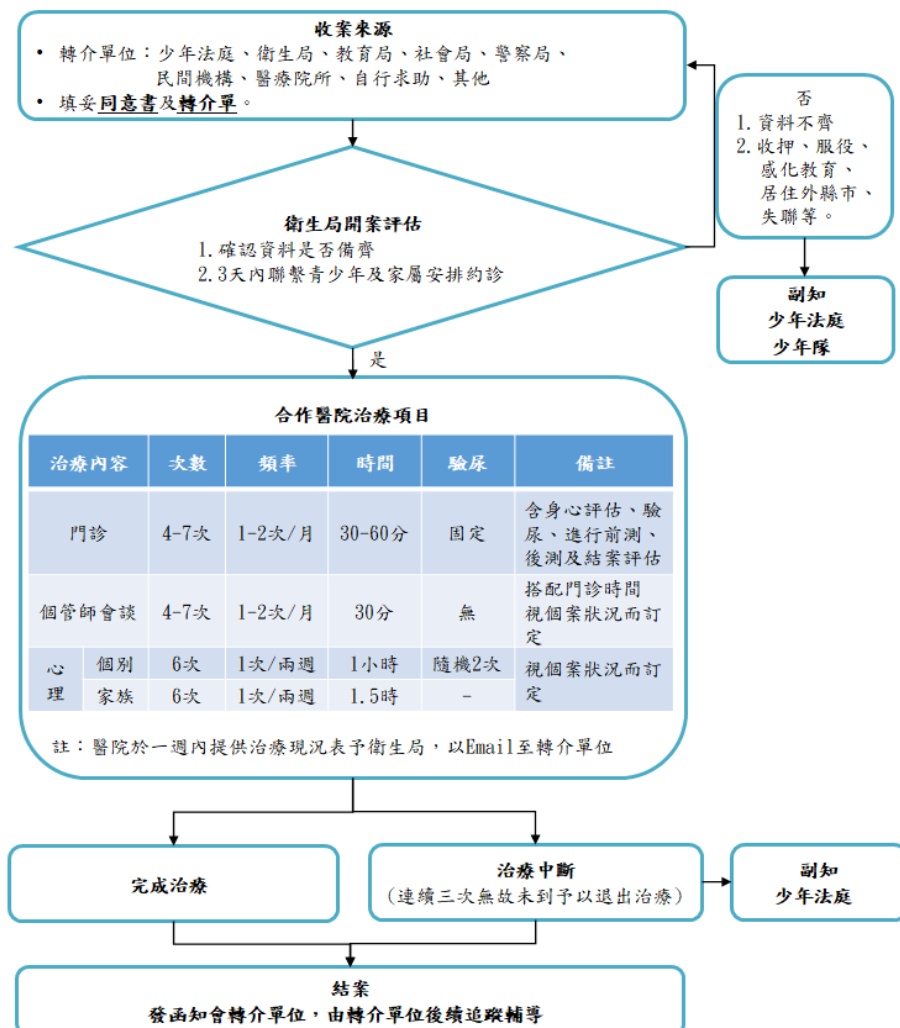
壹、方案名稱

114 年臺中市青少年戒癮治療計畫

貳、方案目的

- (一) 補助青少年戒癮治療費用，降低其就醫經濟負擔，強化其參與戒癮治療意願。
- (二) 以醫療專業為核心，提供完善服務，增強青少年改變效能與接觸醫療之頻率，協助改善青少年用藥行為與重建自我價值，降低毒品再犯風險。
- (三) 強化網絡合作機制，提升衛政、醫療、教育、警察及司法機關對於青少年藥物濫用之關注，投入更多資源共同防範。

參、輔導及治療計畫



(一)治療期程：3 個月為一期，後續由轉介機關追蹤半年。

(二)治療方式：

治療內容		次數	頻率	時間	驗尿	備註
門診		4-7 次	1-2 次/月	30-60 分	固定	含初診次數
個管師會談		4-7 次	1-2 次/月	30 分	無	搭配門診時間 視個案狀況而 訂定
心理 治療	個別	6 次	1 次/兩週	1 小時	隨機 2 次	視個案狀況而 訂定
	家族	6 次	1 次/兩週	1.5 小時	-	

(三)轉介流程

1. 轉介單位：申請戒癮服務

- (1)解釋本計畫目的、內容。
- (2)家長、監護人或法定代理人（若為安置機構轉介則是機構負責人）須簽署說明/同意書（附件 1）並願意陪同就醫，才納入收案標準。
- (3)填寫轉介單與用藥史（附件 2）。
- (4)填妥完畢請一併傳真至衛生局進行開案動作，正本由原單位留存。

2. 衛生局：開案評估及回覆

- (1)確認評估資料是否填妥及完整。
- (2)將於 3 日內回覆轉介單位是否完成約診。
- (3)以電訪安排個案及家屬初診時間，提醒家屬當天務必陪同前往。
- (4)若 1 個月內通知 3 次皆未能聯繫上將不予開案，衛生局將填寫轉介回覆單（附件 3）提供聯繫概況，發函至原轉介單位，並副知少年法庭及少年警察隊。

3. 轉介單位：接收轉介回覆單

告知個案每次看診時，請攜帶健保卡或身份證以核對身份，並找醫院聯絡人報到。

4. 醫療院所：治療流程

(1) 門診治療

- A.初診：由醫師進行初診評估（附件 4）、個管師協助前測問卷（附件 5）和驗尿，並擬定個案治療計畫。

- B.複診：最後一次回診填寫後測問卷（附件 5）及結案摘要表（附件 6）、結案滿意度調查（附件 12）。
- C.初診評估、前測、後測問卷依核銷期程寄回衛生局建檔。
- D.醫院窗口於治療後一週內將現況治療表（附件 7）回報予衛生局，以利向轉介單位回報治療情形。

(2) 治療計畫

- A.定期回診：依個案狀況調整看診頻率，至少 4 次，最高上限 7 次，每次回診須搭配驗尿。

B. 個管師會談

- a.個管師資格：

從事藥癮醫療相關人員（如護理、心理、社工、職能治療等）。

- b.服務對象：

藉由回診時，由個管師先行與個案會談，評估治療動機，若有意願接受個別心理治療再轉介心理師服務；若無意願接受心理治療或經醫師評估後需持續會談者，故由主責個管師予以個別會談。

- c.會談內容：

以整體性評估個案問題（如健康、家庭、生活、工作等），必要時提供社會福利及資源轉介等服務。

- d.頻率：每次至少 30 分鐘，共 7 次。

- e.每次會談結束後，須撰寫紀錄並與主責醫師討論個案進展情形，及後續治療方式。

C. 個別心理治療

- a.服務對象：經醫師評估需接受個別心理治療者。

- b.頻率：每次 60 分鐘，共 6 次。

- c.每次會談結束後，須撰寫紀錄並與各主責醫師討論個案進展情形，及後續治療方式。

- d.經醫師評估，個案有需長期性個別心理治療得以延長，最高補助 12 次。

D. 家族治療

- a.服務對象：經醫師評估個案及家屬有此需求者。

b.頻率：每次 90 分鐘，共 6 次。

c.每次治療結束後，需撰寫紀錄並與主責醫師討論個案進展情形，及後續治療方式。

5. 醫院：結案標準

(1) 結案標準：

A.連續通知 3 次未遇或未到且經探詢無正當理由者，予以結案。

B.若為少年法庭轉介個案先洽詢保護官意見，若結案後有其開案必要，則再次開案。

C.治療完成 3 個月者。

(2) 由醫師填寫結案摘要表（附件 6），請於一週內傳真至衛生局。

(3) 衛生局將結案評估摘要表知會轉介單位，後續由原單位追蹤輔導 3 個月。

6. 尿液檢測

尿液結果並不影響司法判決且不提供給檢調單位，僅供醫療團隊或轉介單位了解治療進展與整體計畫成效分析之用，請務必告知個案及家屬。

三、獎勵機制

(一)多元獎勵機制

為鼓勵青少年持續參與戒癮治療，本計畫提供「立即性獎勵」，藉以增強個案正增強；除此之外，也特別規劃「刺激增強法」，針對完成治療療程者，除肯定個案努力改變外，將提供與健康休閒娛樂有關之票券，讓青少年可邀請重要他人一同分享重生的喜悅。

支付項目	獎勵項目	會談次數	獎勵費用	備註
1. 個管師會談 2. 個別心理治療 3. 家族治療	提供商品卡、餐券、點數等多元商品。	1	約 100 元/次 等值商品	給予標準： 1. 準時出席 2. 會談時間達計畫規定

完成治療療程	提供與健康休閒娛樂有關之票券，如下午茶券、電影票等多元等多元商品。	4	約 600 元等值商品	給予標準： 1. 至少完成 4-7 次門診 2. 個管師會談至少 2 次 3. 經醫師評估結案 4. 完成後測問卷
--------	-----------------------------------	---	-------------	---

(二)為鼓勵積極轉介個案，協助更多青少年遠離毒品，請各網絡單位針對績優人員從優敘獎，予以勉勵。

四、個案治療中斷或結束治療後續追蹤輔導流程

針對治療中斷或結束治療者，衛生局將發函知會原轉介單位，續由原單位再持續輔導。

肆、倫理考量

- 一、基於研究倫理考量，不希望個案在戒癮治療中受到傷害，務必事先告知治療之目的與治療過程，由個案決定是否願意參加。
- 二、治療過程提供安全、安靜的環境，在隱密且不受干擾的空間下接受治療，且療程中若有任何問題與意見皆可隨時提出或終止。
- 三、因應個人資料保護法推行，除參與本研究團隊者不可直接翻閱個案內容，以確保個案隱私，並避免資料外洩。

臺中市青少年戒癮治療計畫—說明/同意書

附件 1

毒品濫用已嚴重危害青少年的身心健康與人際關係，根據國外研究指出，要有效協助青少年遠離毒品的誘惑，必須從青少年的身心輔導、家庭與社會支持系統做起，尤其「醫療」對於多次施用毒品之青少年而言，更為重要。為了鼓舞青少年朋友勇敢站出來面對毒品問題，也協助家人學習如何幫助家中正面臨毒品困擾的孩子，臺中地檢署與臺中市政府特別結合醫師、個管師、心理師、社工師等，以「治療」為核心，伴隨心理輔導與親子溝通，希望增強青少年拒絕毒品的決心與能力，改善家庭與人際互動關係，一同從心開始，重新出發。

壹、輔導及治療內容：

- 一、由個人或轉介單位提出申請後，須先經衛生局及醫院審核評估通過。
- 二、家長（監護人、法定代理人或安置機構）需於預約時間內回診，陪伴孩子前往醫院，一同關心孩子努力改變的過程。
- 三、治療期程：至少 3 個月
- 四、由醫療團隊評估並規劃適合的治療方式，內容如下：

（一）**定期回診**：由醫師評估視個案狀況，安排回診 4-7 次並搭配驗尿，其尿液結果不具法律效應，僅供醫療團隊作為治療進展之參考依據。

（二）**個管師會談**：由個管師視個案及家屬狀況，搭配回診時間進行會談，30 分鐘/次。

（三）**心理治療**：由醫療團隊評估是否需進入此療程。

1. 個別心理治療：經醫師評估需接受個別心理治療者，1 小時/次，共 6 次。

2. 家族治療：以有意願之個案及家屬為優先，1.5 小時/次，共 6 次。

五、治療費用：針對藥癮治療費用全額由公家補助

貳、個人隱私與權益

本計畫治療過程將提供安全、安靜的環境，在隱密且不受干擾的空間下接受治療與輔導，若治療中有任何問題與建議，皆可以隨時提出，電話為 04-22289111 轉 70531（林技士）。相關個人資料，亦受到「個人資料保護法」之保障，不會非法外洩。

※備註：是否願意知會學校一同輔導關心個案 ☐ 願意 ☐ 不願意

本人已詳閱、理解上述說明，並簽名於下：

接受戒癮治療人（簽名）：_____聯絡電話：_____

監護人或法定代理人（簽名）：_____聯絡電話：_____關係：_____

安置機構負責人（簽名）：_____機構名稱：_____

【簽名完成後，正本留存於原單位，另將影本交付上揭簽名人收執，再連同轉介單（附件三）回傳至衛生局】

請貴家長勾選一家未來方便帶您子女就醫之醫院與時段，以利安排初診時間

☐ 1. 中國醫藥大學附設醫院〈一樓精神科門診〉(臺中市北區美德街 166 號-美德醫療大樓) 聯絡人: 李文瑩 電話: 04-22052121 #11183 時 段: ☐ 週二(13:30-16:30) ☐ 週三(18:00~21:00)限複診預約制
☐ 2. 中山醫學大學附設醫院〈身心科門診〉(臺中市南區建國北路一段 110 號) 聯絡人: 李佩芸 電話: 04-36095999#270885 時 段: ☐ 週一(09:00-12:00) ☐ 週二(14:00-17:00) ☐ 週五(09:00-12:00)
☐ 3. 澄清中港分院〈精神科門診〉(臺中市西屯區台灣大道四段 966 號) 聯絡人: 廖俐瑄 電話: 04-24632000 #32566 時 段: ☐ 週一(18:00-21:00) ☐ 週二(14:00-17:00) ☐ 週四(09:00-12:00) ☐ 週五(09:00-12:00、14:00-17:00)
☐ 4. 臺中醫院 (臺中市西區三民路一段 199 號) 聯絡人: 湯宜彬 電話: 04-22294411#3337(10 點後#6182) 時 段: ☐ 週一(14:00-17:00)預約制
☐ 5. 國軍臺中總醫院〈美沙酮戒毒特別門診〉(臺中市太平區中山路二段 348 號) 聯絡人: 洪若瑋 電話: 0984-525601 時 段: ☐ 週一、 ☐ 週二、 ☐ 週三、 ☐ 週五(08:30-12:00、14:00-17:00)、 ☐ 週四(08:30-12:00)
☐ 6. 沙鹿童綜合醫院〈美沙冬特診〉(臺中市沙鹿區成功西街 8 號) 聯絡人: 蘇憶昕 電話: 04-26626161 #56112 時 段: ☐ 週一、 ☐ 週二、 ☐ 週三、 ☐ 週四、 ☐ 週五(預約制;複診 10:00-12:00;初診提前至 09:30)
☐ 7. 光田綜合醫院大甲院區〈青少年戒癮門診〉(臺中市大甲區經國路 321 號) 聯絡人: 林鈺芸 電話: 04-26885599 #1125、1142 時 段: ☐ 週三(13:30-15:30)
☐ 8. 賢德醫院〈一樓精神科門診〉(臺中市太平區宜昌路 420 號) 聯絡人: 沈伊翎 電話: 04-22732551 #187 時 段: ☐ 週一(08:30-11:30) ☐ 週三(08:30-11:30) ☐ 週四(08:30-11:30)
☐ 9. 清濱醫院 (臺中市清水區港埠路四段 195 號) 聯絡人: 林冠伶 電話: 04-26283995#112 時 段: ☐ 週一(09:00-12:00) ☐ 週二(14:00-16:00) ☐ 週四(09:00-12:00) ☐ 週四(14:00-16:00)
☐ 10. 陽光精神科醫院 (台中市清水區大楊南街 98 號) 聯絡人: 陳藝娟 電話: 04-26202949#116 時 段: ☐ 週三(09:30-11:00)

臺中市青少年戒癮治療計畫—轉介單

附件 2

一、基本資料：

編號：114-____-____

個案資料	姓名*：_____ 身分證字號*：_____ 性別： ☐ 男 ☐ 女
	生日*：_____ 在校學生： ☐ 是，學校：_____； ☐ 否
	電話：_____ 手機*：_____
轉介單位資料	地址*：_____
	監護人或法定代理人：_____ 關係：_____
	監護人或法定代理人電話或手機*：_____
除醫療外是否需其他協助： ☐ 是 ☐ 否 ☐ 就業轉介 ☐ 職業訓練 ☐ 經濟補助 ☐ 回歸校園 ☐ 心理諮商 ☐ 轉介法律服務 ☐ 其他_____	
轉介單位資料	單位名稱：_____ 轉介人員：_____ 電話：_____ 傳真：_____ 轉介日期：____年____月____日 E-mail:_____

二、用藥史：

備註：「*」為必填欄位

1. 本次主要使用物質種類：

(1) 非法物質種類：

☐咖啡包 ☐K他命 ☐安非他命 ☐笑氣 ☐搖頭丸 ☐大麻
☐FM2 ☐喵喵 ☐神仙水 ☐強力膠 ☐海洛因 ☐其他_____

(2) 非管制性物質：

☐菸(香菸、電子菸)、☐酒、☐檳榔、☐其他：_____

2. 過去曾使用之非法物質：

☐咖啡包 ☐K他命 ☐安非他命 ☐笑氣 ☐搖頭丸 ☐大麻
☐FM2 ☐喵喵 ☐神仙水 ☐強力膠 ☐海洛因 ☐其他_____

3. 請簡述用藥情形(初次使用情形、施用種類、接觸來源、尿檢結果等，若無法詢問到請回覆無)：

此表單僅供轉介用，依據個人資料保護法，請妥為保管。請傳真至本局：04-25265303

聯絡人：04-22289111 轉 70531 (林技士)

臺中市政府衛生局 關心您

臺中市青少年戒癮治療計畫—轉介回覆單

附件 3

編號:114 - ____ - ____

填表日期： 年 月 日

姓名：		身分證字號：					
轉介 單位	單位名稱： 電 話：	聯絡人： 傳 真：					
總窗口	單位名稱：臺中市政府衛生局 電 話：04-22289111 轉 70531	聯絡人：林志維 傳 真：04-25265303					
☐ 開案服務：初診時間 年 月 日 醫 院：_____ 地 址：_____ 門診時段：_____ 聯 絡 人：_____ 電 話：_____							
☐ 不開案服務： ☐ 程序資料不符，無法開案服務。 ☐ 收 押 中，暫無法提供收案，待出監後再行轉介。 ☐ 服 役 中，暫無法提供收案，待服役後再行轉介。 ☐ 感化教育，暫無法提供收案，待離開矯正機關後再行轉介。 ☐ 無居住本市，無法開案服務。 ☐ 失聯，請確認行蹤再轉介。 ☐ 其他：_____。							
門診 時間	初 診	複 診					
門 診	日期： 時間： 醫師簽名：	日期： 時間： 醫師簽名：	日期： 時間： 醫師簽名：	日期： 時間： 醫師簽名：	日期： 時間： 醫師簽名：	日期： 時間： 醫師簽名：	日期： 時間： 醫師簽名：
個別 會談	個管師簽名：	個管師簽名：	個管師簽名：	個管師簽名：	個管師簽名：	個管師簽名：	個管師簽名：
心理 治療	☐ 個別治療 ☐ 家族治療	日期： 時間： 簽名：	日期： 時間： 簽名：	日期： 時間： 簽名：	日期： 時間： 簽名：	日期： 時間： 簽名：	日期： 時間： 簽名：
【應遵守事項】 1. 請於指定時間內前往指定合作醫院，並先自行掛號後接受醫療評估，如臨時有事無法前往，請撥電話至醫院聯絡人辦理請假手續。 2. 每次看診請攜帶轉介回覆單、身分證或健保卡，以辨識身分，結束後請醫事人員簽名或蓋章，並預約下次治療時間。							