

# 屏東縣推動強化社會安全網之 社區精神服務網絡合作經驗

戴如玓、周宗賢、齊美婷、徐紫雲

## 壹、前言

臺灣社會近年發生多起隨機殺人事件，引起臺灣社會民眾對居住環境不安的疑慮，行政院檢討政府部門服務系統防護網絡不足，因而於2018年頒布施行推動強化社會安全網計畫。社會大眾對安全生活的期盼，並非單一部會或單獨的服務體系，社會安全網的補強，即在檢討機制的缺漏，透過提升或改善既有體系效能，擴大「網絡」所涵蓋服務對象，強化網絡連結機制，以縮小網與網之間的漏洞（衛生福利部，2018）。

儘管強化社會安全網已於2018年頒布施行，但監察院於2020年2月3日（字號109內正0006）的糾正案，糾正衛生福利部心理及口腔健康司，辦理精神病人社區關懷照顧計畫，未訂定一致之精神病人收案及結案標準，各縣市服務標準不一致，造成精神病人追蹤管理之漏洞。現行公衛

護士及社區關懷訪視員所建構之精神照護系統訪視人力失衡，僅能就規範提供最低限度訪視服務，聚焦在疾病治療預防不足，無法確實掌握精神障礙者狀況，有效整合就醫、就業、就學及福利相關資源。顯見，我國雖已實施社會安全網及長照2.0等醫療、社會照顧系統，跨系統間縮小網與網之間漏洞，仍有待跨專業間共處遇與網絡縝密銜接，挑戰實務跨系統的合作機制、共識與默契。

從監察院糾正案文中及檢視過往屏東縣社政在縣內各大委員會議提案資料，發現屏東縣社區精神服務網絡內同樣存在共同性資源建置的問題，公衛護士及社區關懷訪員無法確實掌握精神疾患者在社區生活狀況，更難以整合就醫、就業、就學及福利相關資源。社政過去對於精神醫療服務資源認識有限，存在對衛政與社工對精神疾患個案身分認定落差，通報個案未符合緊急護送就醫條件，誤解衛政消極不積極

處遇作為陷入無奈合作經驗，彼此存在社會安全網漏洞的隱憂。

這篇文章嘗試整理屏東縣社政與衛政這幾年來網絡合作遇到那些難題？如何從指責彼此到嘗試理解不同專業間服務脈絡反思？理解統整限制困難後，如何嘗試突破僵局限制？最後如何轉化朝向積極共案與研擬跨網絡合作的處遇策略。期許本篇精神服務網絡合作經驗歷程，能供全國及各縣市政府具實務參考價值。

## 貳、文獻探討

### 一、各國精神衛生照護及資源狀況比較

回顧各國精神體系，透過世界衛生組織（WHO）在2017年發布精神衛生的圖（Mental Health Atlas 2017）來了解全球不同區域、不同國民所得水準的國家，其精神健康照護資源與使用情形，可以財政、人力、住院床位與社區床位及門診照護資源比較各國差異（如表1、2），這也顯示先進國家強調以社區為基礎的精神照護，並致力讓病人真正的回歸社區（Thanaudom L, Jampathong N, Udomratn P., 2018; 林子勤、張家銘，2020）。

近年來中央精神衛生政策已朝社區化推廣趨勢，鄉鎮佈建社區心理衛生中心、設立精神復健機構、出院準備計畫及社區關懷訪視制度、建立精神病人分級方式與社區連續性照護模式，並強化精神病人照

護及其權益之保障。國際知名的經濟學人雜誌The Economist在2016年Mental Health and Integration特刊評比亞太地區15個國家的精神健康和社會融入指數，臺灣落後澳洲與紐西蘭，尤其在社區精神醫療的發展上，應該向澳洲多所學習，而澳洲強調以社區為基礎的精神醫療照護，各地都設有社區心理衛生中心及以個案管理師為基礎的社區照護團隊，強調連續性、持續性、流動性的照護，依個案的嚴重、急迫、需求做不同的分工。屏東縣土地面積幅員遼闊、人口及醫療資源分布不均，與澳洲有相似之，再者參酌臺灣對澳洲精神醫療文獻相較充足；因此下述文獻挑選澳洲作為屏東縣社區精神服務的對照。

2019年臺灣地區每萬人口精神病許可床數達9.6床（急性3.49床、慢性6.11床），精神病床開放床數達8.89床（急性3.14床、慢性5.75床），相較於2015年底英國之4.2床、澳洲之4.1床及美國之2.1床，臺灣精神病床數已偏高，早在吳肖琪（2009）文章指出我國精神病床數量應已足夠。葉馨婷、吳肖琪（2019）提到在英國雖然人口雖持續老化，但因精神疾病去機構化、財政負擔重、病患回歸社區及人權等因素，在2000-2016年間每萬人口精神病床數由9.2床減少為4床；在實務上，慢性精神病床過多亦會阻礙社區化的發展，Thornicroft與Strathdee（1994）指出訂定國家精神病床目標值時應共同檢視精神衛生

表 1 全球精神健康照護資源與使用情況

	項目	全球狀況	高所得國家	低所得國家	備註
財政資源	精神衛生財政資源分配	全球平均每人的精神衛生預算為2.5美元，僅占衛生政資源的2%	精神衛生預算用於精神科醫院的預算約占43%	精神衛生預算大部分集中於精神科醫院	
人力資源	精神衛生專業人員總數（精神科醫師、兒童青少年專科醫師、一般科醫師、護理師、心理師、職能治療師、社工師）	全球平均9名 多數區域多為護理師 職能治療與語言治療 0.25名	70名	2名	每十萬 人口 計算
	精神專科醫師	1名	12名	0.1名	
	兒童青少年精神專科醫師	全球平均0.1名	1.19名		
住院床位 與社區 床位	總床位數	16.4床	52.6床	1.9床	每十萬 人口 計算
	精神科專科醫院床位集中率	11.3床	31.1床 163.2住院人次遠高於低收入國家		
	社區型床位		23床 （歐洲擁有42床居住床）		
門診照護 資源	門診人次	1,600	門診人次為低收入國家30倍 多以社區為主	多數以醫院為主	

資料來源：作者整理自林子勤、張家銘（2020）。

表 2 各國精神健康照護人力配置

國家	臺灣		泰國		日本		澳洲		英國		美國	
配置 照護人力	每10 萬人口	照護 床位	每10 萬人口	照護 床位	每10 萬人口	照護 床位	每10 萬人口	照護 床位	每10 萬人口	照護 床位	每10 萬人口	照護 床位
精神科醫生	7.6	11.6	1.1	-	9.4	30.2	14	2.8	11	5.3	13.7	5.6
精神科護士	23.5	3.8	5.6	-	59.1	5	53.1	0.7	104.1	0.6	8.5	11.8
臨床心理學家	3.4	25.8	0.7	-	7.1	40.8	5.1	7.8	9.1	8.4	31.1	2.5
社會工作者	2.5	35.5	0.7	-	15.7	18.1	5.1	7.8	58.1	1.1	35.3	2.2

資料來源：作者整理自 Shinfuku (2019)及 Thanadom L, Jampathong N, Udomratn P.(2018)及衛生福利部統計處。

服務體系，當精神醫療機構與地方服務整合良好時，急性病床利用可下降20-40%。

2017年澳洲公立醫院之精神病床數約7,175床（約每萬人口2.93床），其中急性精神病床約為4,806床（約每萬人口1.97床）、慢性精神病床約為2,089床（約每萬人口0.85床），急慢性精神病床比則約為2：1，而臺灣2019年之急慢性精神病床開放數比約為1：2（7,381床：13,549床），凸顯臺灣慢性精神病床遠較澳洲多，臺灣超過六成的精神科床位是分布在精神科專科醫院，綜合醫院精神科床位數不到四成，另社區精神復健機構有9,958張床位，由此可知，我國精神病床數量應已足夠（如表3）。

精神病人的治療需要急性期的藥物治療，也需要持續期與穩定期的心理社會復健，這是長期的過程。臺灣這十多年為了精神病人社區化照護增設了上百家康復之家、社區復健中心，也開辦許多職業重建

訓練、就業輔導、支持性與庇護性就業，期望精神病人在離開醫院回到社區後能有持續的追蹤關懷、就業輔導、居家服務。但是即使社區復健資源及人力的量能增加，許多精神病人仍停滯在社區精神復健機構，並未落實讓精神病人回歸社會的目標。

以各國的精神醫療照護模式為例，澳洲強調以社區為基礎的精神照護，其以個案管理師為主的精神醫療社區照護團隊，進駐社區心理衛生中心（Community Mental Health Center）（如表4），而社區心理衛生中心皆有合作的後援綜合醫院或精神專科醫院，中心功能包括精神醫療檢傷、評估、照會與個案管理服務，可主動與開業醫師／私人精神科醫師分擔照護病人的工作，並連結網絡相關資源，包括：消防、警察、兒童保護單位及酒藥癮服務。個案管師職責主要在於：（1）設定照護病人的復元目標（2）瞭解照護病

表 3 臺灣與澳洲的精神照護機構分布

		臺灣（445）				澳洲（1591）			
機構（家數）		心衛中心（22）	社區復健機構（222）	私立醫院（129）	公立醫院（72）	心衛中心（1197）	社區復健機構（167）	私立醫院（66）	公立醫院（161）
床數	服務數	—	住宿型6,650 日間型3,308	10,070	10,860	—	2,383	2,754	7,008
	總數	—	9,958	20,930		—	2,383	9,812	

資料來源：作者整理自林子勤、張家銘（2020）及衛生福利部統計處。

人的個人強度（3）發掘照護病人的支持需求（4）參與並協助照護病人的治療計畫。主要的團隊，包括：

1. 危機處理團隊Crisis Assessment and Treatment Service (CATS)
2. 機動支援團隊Mobile Support Team (MST)
3. 持續照護團隊Continuing Care Team (CCT)

從表4可得知，澳洲思覺失調症病人由急性期，亞急性期到復健期，都有不同的社區照護團隊負責協助，以病人為中心依嚴重度、急迫性，以及需求做不同的分工照護，強調連續性，持續性，流動性的處理。精神檢傷分類是一種24小時周一至周日不間斷的電話評估服務，由資深的精

神科護理人員負責評估新被轉介的個案，其精神檢傷評估（Triage decision-making factors）考量三個主要因素，分別為需求（need）：個案需要的特定精神醫療服務；風險（risk）：個案目前對自己與他人的風險；急迫性（urgency）：精神醫療服務或其他服務反應的急迫性，而將病人分為A-G七種等級，分別為：

- A 級：需要緊急服務（emergency services response）
- B 級：高急迫性的精神醫療服務（high urgency mental health response）
- C 級：急性精神醫療服務（urgent mental health response）
- D 級：半急迫性精神醫療服務（semi-urgent mental health response）

表 4 澳洲社區心理衛生中心（Community Mental Health Center）各團隊功能

團隊	團隊人數	精神個案／ 個管師	個案狀況	資源提供	網絡成員
危機處理 團隊 CATS	4-6位個案 管理師／隊	4-6案／人	急性精神病人危機處遇與短期的積極治療	評估病人精神現況，精神疾病史，社會支持等，與病人及照顧者一起處置	警察，緊急消防，酒精與藥物服務，兒童保護單位
機動支援 團隊 MST	10位個案 管理師／隊	8-10案／人	病況不穩定或服藥順從性差的精神病人	積極的評估與治療服務，這類病人通常具有強制社區治療的身分，需要個案管理師每日家訪1至2次，監督服藥配合度，或給予長效抗精神病藥物針劑	社工師，護理師或精神科醫師

（資料來源：作者整理自林子勤、張家銘，2020）

E 級：非急迫性精神醫療服務（non-urgent mental health response）

F 級：轉介其他服務提供者（referral to alternative provider）

G 級：只要提供資訊／不須進一步動作（information only / No further action）

急迫嚴重的由CAT團隊積極處理，必要時安排醫院的住院。病人情緒若能緩和下來，可到一個短期的社區住宿機構，稱作預防與復元照護單位（Prevention & Recovery Care, PARC），在PARC中強調持續性、流動性的精神照護，是一個垂直整合（step up/ step down）的服務，目標在社區中避免病人需要住院，也提供醫院出院病人真正回家前的協助。另外，對於出院後仍需社區適應，復健服務的心理社會失能病人，各區也有短期中期的社區精神復健機構（Community Care Unit, CCU），多半是小型20-30床的社區照護單位，提供短、中期住宿及密集性的復健治療計畫，恢復病人原有日常生活功能，提升獨立生活能力，個案也可以回家或看社區診所，有CCT、MTS等社區團隊會協助。另外，還有精神失能復健服務（Psychiatric Disability Rehabilitation and Support Services, PDRSS），大多是由NGO組織負責，PDRSS團隊與醫院、社區與家庭建立關係與合作、早期介入，以盡早協助功能的支持與復健。澳洲強調

以社區為基礎的精神醫療照護，社區心理衛生中心廣設及以個案管理師為基礎的社區照護團隊，強調連續性、持續性、流動性的照護，依個案的嚴重、急迫、需求做不同的分工。個案回歸社區需要個案管理師（case manager）的密切追蹤及協助，包括服藥順從性，住處安排，職能復健訓練，職場工作轉介等，醫療人員的角色單純化，與個案及其家屬的關係可改善，純粹站在協助病人的立場，卸除機構化過程中的醫療人員、照顧者、家人的多重角色。澳洲精神照護模式與歐美國家之實施類似經驗，精神障礙者之社區服務已有多元之社區支持服務模式，給予精神障礙者在直接入院外更彈性而多元之選擇，透過同儕陪伴、危機喘息中心、會所、社區熱線等資源形成社會安全網，協助患者穩定生活、重返社會。

除了澳洲精神照護模式，NPOst（2018）指出芬蘭「開放式對話」發展於1980年代，在社區發生精神患者危機事件時，「入家團隊」成員進入有需要之家庭，與家庭成員展開對話，提供協助。所謂「開放式」是指療程規劃及決策過程透明公開，團隊、家屬、精神疾病當事者都可以在場表達自己之意見，但決定權交回團體當中，其目的並非找到快速解決方案或立即改變家庭之動力或方向，而係透過對話瞭解問題本質及個案之生命歷程，探討發病原因以提出處理方式；此外，

NPOst (2018) 及Hopper K, Jennifer V. T., Cubellis L., Pope L. (2020) 指出美國紐約「降落傘計畫」則是紐約健康與心理衛生部門(DHMH)於2013年開始執行計畫，並發展出「移動式危機團隊」、「危機喘息中心」及「支持專線」。當家庭成員有精神疾病症狀而需要有人進入家庭協助時，就能立即獲得團隊人員之支持，且可隨著家庭之連續性需求變化，進行以家庭需求為核心之個管服務；在危機喘息中心裡，所有職員都直接或間接有過精神疾病者所經歷之症狀，且該中心不同於強制住院之完全隔離，鼓勵患者繼續原本之生活，加上24小時之諮詢專線提供支持服務，均有助於陪伴精神疾病患者度過困境，回歸社會。

## 二、屏東縣精神照護體系資源

由臺灣精神照護資訊管理系統顯示，2019年收案之精神病人約有13萬人，其中領有身心障礙證明人數約10萬人；屏東縣總人口數81萬9,184人，收案之精神病人約有6,200人，其中領有身心障礙證明人數約5,800人，診斷以思覺失調症及情感性疾患居多；加上屏東地區城鄉人口密度差異大，幅員狹長，社區中不管是精神障礙個案列管人數或疑似精神疾病之陳情案件，都呈現逐年上升的趨勢。以行政管理層面而言，建置網絡合作平臺及加強網絡間聯繫極為重要；以個案服務層面而言，

因應精神病患問題複雜性及所需資源多樣化，透過個案管理、團隊合作，提供整合性服務，進而有效達到預防支持、危機處理、穩定生活的連續性社區照顧服務，尤為重要。

以屏東縣精神照護資源來看，屏東縣區域醫療網內設置精神病床之醫院共7家，急性精神病床共有339床，慢性精神病床共有624床，占床率約90%；精神復健機構6家（日間型4家、住宿型2家），可提供服務人數334人，收案率約85%；精神護理機構2家，床位數139床，占床率98%，顯現精神疾患個案很多都已回歸社區，相對個案於社區中持續追蹤關懷服務極為重要。屏東縣精神醫療相關資源多分佈於屏東次區域及東港次區域，然城鄉差異仍需透過資源連結平臺，提供個案個別化的關懷及追蹤服務，使個案病情獲得較穩定，除了減少家庭、社區的負擔，進而也能節省醫療及社會成本。

屏東縣領有精障證明人口比率7.18%（5,854人），與全國領有精障證明人口5.51‰（130,056人），高出1.67‰。若以需住院者估計約為三分之一計算，約1,932人，其餘三分之二約3,933人可住於社區，但大多需要長期治療與復健，由此推估人數來看，精神復健床位明顯不足；但又以機構收案率僅85%現況來看，顯見仍有很高的比例精神疾病列管個案仍在家由家人自行照顧為居多。因此，如何建置

以社區為基礎的精神照護系統，為屏東縣重要的課題。

### 三、社區支持系統對精神照顧系統的重要性

陳荻芬、林麗瑞、李易駿（2013）指出社會支持對精神障礙者的重要性，社區復原助力包括：重要他人的支持、服藥的有效性、日常生活之支持、宗教與精神支持、醫療服務方案系統、專業人員系統、社會文化脈絡的非正式支持系統及社會信念／態度系統。

精神病人醫療與照顧體系，可分為以下四個面向：以精神醫療為主的日間留院、居家治療、急診、門診之精神醫療機構，以社區復健為主的復健治療及居家治療之精神醫療機構，以就業服務為主的職業訓練、就業輔導與小作所，以安置照顧為主的安養、養護之社會福利機構。這四大面向是臺灣建構精神疾病防護照顧重要的資源網絡。

### 參、屏東縣精神服務網絡團隊合作歷程

我們都瞭解社會安全網或社區精神醫療服務網，不單只重視單一專業的權威與重要性，一致認為跨網絡合作缺一不可，橫向溝通與縱向連結，任何一個環節閃失都可能導致破網缺口。為減少網絡破

口缺失，除了從制度面建置網絡合作機制之外，背後成功要件來自於社政與衛政一線工作者，在地社區凝聚合作默契與營造正向工作氛圍。好的工作團隊並非一蹴可成，以下整理屏東縣社區精神服務網絡合作歷程，瞭解網絡間歷經衝撞，彼此理解後轉念，才可成轉向正向團隊氣氛。檢視2016年至2020年屏東縣精神業務相關委員會議及聯繫會議提案資料，整理社政與衛政網絡合作歷程，大約分為三個階段：

#### 一、「專業自居依法行政」階段 （2016年以前）

衛政與社政系統因專業訓練不同，官僚系統皆有法規賦予職責，也有其關注個案群體，彼此常因本位主義分工職責，各自以專業自居，覺得自己懂得比個案或是服務對象多。只重自己局處的專業價質，局處之間相互缺乏信任感、缺乏凝聚力，不願回應其他局處需求或價值，導致各部門間難以合作，進而忽略了個案家庭整體權益。

遇到事情大家互踢皮球，社政當時常因轉介緊急護送就醫遇到困難，責備衛政依據精神衛生法第32條規定緊急護送就醫評估標準為「疑似精神病人且有自傷、傷人之虞」的門檻過高，評估團隊常以是否正在進行自傷傷人情境拒絕護送就醫，社政常以枉顧家暴被害人及其家屬的安全評斷衛政系統。



2016年7月發生一名精神列管個案拿刀劃傷家庭福利中心社工事件，案發前社工曾轉介個案至社區精神病人服務資源，但僅能獲得公衛護士單一次關懷訪視；事後再發生個案打社工一巴掌，但當下公衛護士評估未構成自傷傷人無法緊急護送就醫。數日後，卻發生個案持刀把社工劃傷不幸事件。

當時社工面對個案就醫反覆不定，家屬消極不處理，僅能單打獨鬥面向高耗能精神個案，缺少醫療以強制介入或警政強制約束，網絡共案服務。此時期社工當時對精神疾病護送就醫的評估存在許多疑惑與挫折經驗。對於行政程序之強制就醫？協助就醫？護送就醫？難以瞭解箇中之意。當時社政曾一度發想研擬由網絡共同簽署緊急護送就醫同意書機制，但礙於精神病人人權，社政體系對類似案件充滿無力無奈感。

## 二、「突破僵局勇於對話」階段 (2017-2018年)

屏東縣政府社會處整理歷年相關提案會議資料發現，社工對於社區精神病人及精神照護系統理解不清，常混淆社區滋擾與人格違常個案。對於須達到「自傷傷人」門檻才能啟動緊急護送就醫的認定提出爭論，也對衛生精神照護系統僅關切個案服藥情況有無主動就醫服務或施打長效針意願感到無奈，未能提供或發展多元社

區支持性方案提出質疑，以及對疑似精神疾患個案未有明確主動介入服務機制服務不足等議題；均是當時社工實務現場最常反映的心聲。

由於各以專業自居但實務現場又需處理網絡合作議題，當時社政常藉由一級首長主持會議提案反映問題，也因社政提案議題陳述不清楚、結構性人力及資源不足、精神病人人權考量，以及法規或服務系統限制等因素，使得會議決議無實際合作策略。

2016年8月11日屏東縣家暴防治委員會中研議，為確保精神（或疑似）疾病家庭暴力相對人，於現行犯違反保護令罪時能以強制就醫方式即時醫療介入，避免因移送地檢署，經檢察官訊問認無羈押必要交保飭回相對人，而錯失強制就醫時機，使案主及案家再次陷於危險中，警政、社政及衛政各網絡單位，如何於相對人離開地檢署前將相對人強制就醫，以期獲得醫療即時協助？會議結論如下：

1. 因考量人權自由之議題，不鼓勵網絡單位共同簽署緊急護送就醫同意書機制之合作策略，仍以現行家屬同意書為執行。
2. 針對衛政單位未列管精神疾病個案，善用衛政單位「精神專科醫師到宅評估機制」強化到宅評估機制資源。
3. 有關家暴加害人違反保護令移送地

檢署，各網絡單位通力合作彙集相關歷次服務紀錄、通報紀錄等資訊。並將建議事項精準明確表達，例如建請檢察官依職權聲請預防性羈押，而非建請檢察官命相對人接受精神治療。

4. 為促進法官就高危機案件違反保護令預防性羈押裁定率，建請庭長於院內庭務會議協助表明被害人安全疑慮之困境，並鼓勵法官提高裁定預防性羈押比率。

為落實涉及精神與司法合作議題，屏東縣政府吳麗雪副縣長於2017年6月7日帶隊，拜會臺灣屏東地方法院及臺灣屏東地方檢察署，當時針對精神疾病個案涉及刑事案件若交保飭回，能否責成精神醫療系統將嫌疑人緊急護送就醫？該議題地方法院及地檢署回應為下：

此類案件若已經法院審酌未構成羈押要件，既無理由將被告或嫌疑人移強制就醫，限制其人身自由，有侵犯人權之虞。實務上若要即時銜接就醫資源，有兩種操作方式，行政單位可參考運用。其一為將被告或行為人移送地檢署審理時，行政機關人員在旁陪同，若確定未裁定羈押，由行政機關即時連結緊急護送就醫資源，而非由地檢署連結緊急護送資源；其二，若經審理無羈押必要諭令附條件命令，可考慮諭令「責付」給精神科醫療單位，必須由醫療院所出面接回。但涉此類案件尚未

經過精神醫療團隊評估是否構成強制就醫要件，第一時間卻以責付醫院，行政機關需再研議可行性。

該會議最後討論的結果為：有關司法單位建議由行政機關人員陪同即時啟動緊急護送就醫資源或以責付醫療院所可行性，請縣府警政、衛政及社政再研議可行性。顯見涉及精神疾病個案仍存在病患人權與社區安全兩難議題。當時適逢2018年行政院推動強化社會安全網計畫，關注精神議題，補充心理衛生社工專責人力，促進社政單位和心理衛生更密切聯繫機會。

### 三、「凝聚共識正向合作」階段 (2019-2020年)

凝聚好的團隊合作氛圍，需要透過不斷的討論、衝撞、辯證與理解，才能讓不同專業背景的團隊，兩邊修正慢慢靠攏，一起面對問題一起解決問題。掌握現有資源，盤點資源分配與不足議題，共同研擬合作發展的可能性。

2018年強化社會安全網推動，促進社政單位和心理衛生系統的互動，再者屏東縣府政承辦2019年臺灣燈會在屏東，歷經一年多跨局處大小整合性會議，促進各局處認識共識機會，彼此有機會在非正式場合互動交流機會。在此契機下，科長與督導之間有更多對話機制，彼此願意合作共同整理過往合作歷程，社政也邀請衛政協助授課，在綜合座談社工提問激盪彼此

對話。

社會安全防護網策略四整合跨部會服務體系，從中央到地方必須定期召開社會安全網聯繫會議，社政善用此聯繫會議，提出跨系統網絡合作議題，歷經幾次聯繫會議，社會處獲知針對精神疾病個案爭議討論案件，可提衛生局定期召開社區精神個案分級照護暨警政、消防、社政及衛政聯繫會議，這個平臺對社會處家庭福利服務中心社工及督導似乎是解救丸。屏東縣在2019年與2020年社會安全網聯繫會議中對於社區精神服務網絡合作議題，有明顯的突破。

2019年7月24日屏東縣政府強化社會安全網聯繫會議。提案：現行各區域家庭福利服務中心服個案及家庭成員，多伴隨精神、藥酒癮、自殺之議題，現行屏東縣社區（疑似）精神個案緊急護送就醫處理作業流程，須符合自傷傷人要件方適用緊急護送就醫。實務運用希結合精神醫療照顧資源挹注，故針對社區（疑似）精神個案，社政與衛政如何共同合作強化案家社區支持照顧與提升家屬照顧能量。會議決議：

1. 由衛生局將社區精神病人到宅評估流程，簽核至縣府首長決行並會辦社會處。
2. 有關「口語威脅自殺或傷人亦符合強制就醫範疇」之資訊，請衛生局轉知各鄉鎮市公所衛生所知悉。
3. 有關困難個案提報「108年度社區

精神個案分級照護會議-暨警政、消防、社政與衛政連繫會議」會議，共同討論。

2020年6月12日屏東縣強化社會安全網跨網絡聯繫會議。提案：有鑑於精神照顧系統列管個案，個案常因不穩定服用藥物，產生社區滋擾及對家人或網絡單位合併有騷擾或暴力等情事；但礙於個案就醫意願低落，不穩定服藥也無意願施打長效針等困境，影響精神強制介入力度。針對未有積極就醫意願合併高滋擾及暴力情事案件類型，網絡單位除了消極列管關懷以外，心衛中心是否有積極精神照護處遇策略？會議決議：在中央明確訂立有關高滋擾及暴力情事類型處理流程SOP前，請各局處處理類似案件，網絡相互合作，彼此協助，倘若當下危機及困難能藉由任何局處協助處理，請各局處借力使力，一起協助完成。

## 肆、屏東縣精神衛生照護系統執行問題與困難

從屏東縣精神服務網絡團隊合作的歷程中可以窺見，屏東縣社區精神服務網絡間合作的議題涉及專業間對話不足、認知差異及社區精神服務模式未臻完善。其中，認知差異始於社政單位對於社區精神醫療照護處置流程及與醫療體系資源的認識不足，而服務模式未臻完善則在於衛政

單位對於社區精神服務體系建置尚待補足到宅醫療評估的即時性，以無縫轉銜適切的醫療資源。以下進一步探究屏東縣精神衛生照護系統專業網絡在執行上的問題與困難。

### 一、緊急護送就醫專業認知差異

衛政與社政處在不同服務系統，為維護其服務對象權益，雙方常因立場不同而有衝撞磨合。衛政依法行政依精神衛生法專業判定，是否構成自傷傷人緊急護送就醫要件。而社工常為捍衛家暴被害人及家屬人身安全，面對相對人嚴重攻擊行為時，社工未能充分理解精神衛生法未涵蓋人格違常個案，期盼衛政能啟動緊急護送就醫。雙方常因對專業認知差異，不同立場，阻礙網絡正向合作。

### 二、到宅醫療評估即時性需求無法滿足

實務常因緊急護送就醫專業認知落差產生衝突，及為解決疑似精神個案未構成自傷傷人卻造成社區滋擾的問題。縣府衛生局建置到宅醫療評估服務資源，協助疑似精神疾病個案有機會獲得醫療協助，或進入精神照護系統列管追蹤關懷。

多數社工因未受過精神醫療訓練，未能掌握精神醫療服務資源運用，常以家屬片面陳述個案病情說詞，誤解精神資源運用困難門檻高，質疑衛生醫療專業評估。亦或者社工對到宅醫療評估流程、時效與

功能不甚了解，誤以為媒合到宅醫療評估資源，個案就能獲得健保社區精神診療或進入精神照護服務系統。殊不知，使用到宅醫療評估資源前，避免精神科醫生無效服務，衛生局行政人員及公衛護士層層把關篩案與訪視評估，才會媒合到宅醫療評估。也因此凸顯到宅醫療評估耗時程序無法即時滿足個案與家屬需求的問題。

### 三、社區精神個案整合性照顧資源不完備

現行以公衛護士及社區關懷訪視員為主的精神照護體系，仍著重精神藥物服藥情況追蹤，較缺少對個案及其家屬提供統籌性個案管理服務。而急性住院個案其出院準備轉銜機制也流於形式，未能轉介妥適相關資源，讓個案回到家庭與社區生活作準備；精神疾病個案在社區支持資源不到位。

由於衛政醫療系統無法掌握社區資源，但多數精神疾患個案又多生活在社區裡。社區資源主要集中在社政體系，現行精神照護系統，確實缺乏有效整合就醫、就業、就學及福利相關資源；由於衛政與社政服務資源斷裂，造成一線工作者面臨服務資源難以整合的困境。

### 四、社區精神照顧資源認識不足難以有效共案合作

社政對精神照護資源認識不清，未能

理解現行精神醫療照顧等級分類，搞不清公衛護士或社區關懷訪視員角色與功能，也無法掌握健保給付醫療資源或社區精神照護資源。而公衛護士或社區關懷訪視員也只重視精神列管個案穩定服藥情形，對穩定個案病情及支持家屬照顧資源等精神處遇照顧計畫缺乏，再者社會安全網增聘心衛社工角色定位與功能不明，加上服務經驗不足多數缺少精神醫療服務經驗，又缺乏專業督導，使得心衛中心社工服務內容與社政被害人社工重疊，無法有效發揮共案合作效益。

## 五、精神列管個案持續騷擾造成網絡系統服務耗能

有鑑於精神照顧系統列管個案，個案常因不穩定服用藥物，產生社區滋擾及對家人或網絡單位合併有騷擾或暴力等情事；但礙於個案就醫意願低落，不穩定服藥也無意願施打長效針等困境，影響精神強制介入力度。針對未有積極就醫意願合併高滋擾及暴力情事案件類型，網絡單位除了消極列管關懷以外，網絡團隊仍未發展積極精神照護處遇策略；導致網絡系統服務耗能。

## 六、精障者自主與獲得醫療照顧面臨價值倫理兩難

2017年修訂的《精神衛生法》將人權的概念深入法條內，2014年頒訂《身心

障礙者權力公約》在國際審查後，委員明確提到強制住院違反公約。現行精神衛生法自傷傷人能否達到強制住院要件，在病患、家屬、社區及工作者間形成一股權力拉扯。

精神病人無法自主決定住院、用藥或選擇醫生權利，而家屬與社區面臨高危險性個案若不隔離會造成社會問題，這兩者力量時常彼此制衡。

## 伍、屏東縣社區精神服務網絡未來合作策略

屏東縣衛政、社政開啟對話、互相了解彼此的專業，在充分討論後逐漸凝聚共識，對於社區精神服務網絡未來合作策略，有了具體的方向，也共同擘劃願景，以下進一步說明屏東縣社區精神服務網絡未來合作策略。

### 一、建置社區精神服務機動支援團隊

現行臺灣社區精神醫療照護服務，從急性期，亞急性期到復健期，都有不同的社區照護團隊負責協助，醫療照護資源可稱充足；然而對於社區精神（或疑似）個案，及時性、持續性、機動性的精神檢傷評估（Triage decision-making factors），往往受限於個案對自己與他人的風險性、危害性而決定啟動時機；換句話說，也就是依個案是否處於自傷傷人的危機事件而

啟動精神醫療照護中的緊急護送就醫。反觀上述澳洲以社區為基礎的精神照護模式，其中「機動支援團隊」對於病況不穩定或服藥順從性差的精神個案，提供積極的到宅評估與治療服務（林子勤、張家銘，2020）。

屏東縣現階段由於第一線服務社工人員受限於精神領域專業知能及實務經驗不足，提供個案服務品質有限，加上社區發生精神個案危機事件須緊急處理案件日漸增多，公衛護理師僅上班時間協助到現場評估，其餘時間透過24小時緊急專線提供服務，但都是以個案符合護送就醫要件為原則，針對社區疑似精神個案僅能藉由衛政醫師到宅評估協助處理；而衛政醫師

到宅評估前的行政篩案或訪視評估篩案，往往無法滿足個案與家屬及時性需求。因此，屏東縣在社區精神醫療照護安全網中建置一個可及時、持續、機動的支援團隊，尤為迫切。

由圖1可窺見，縣府團隊期能將社區精神復健機構及居家護理所第一線相關專業人力結合共同建立**社區精神服務機動支援團隊**，成員可包括護理師、職能治療師及社工師等具有精神專業背景之實務經驗者，當第一線社工人員對於危機事件進行家庭處遇工作時，若家庭成員中有未符合緊急護送就醫的社區精神（或疑似）個案，基於個案可能無病識感、個案病況不穩定或服藥順從性差、家庭成員抗拒或

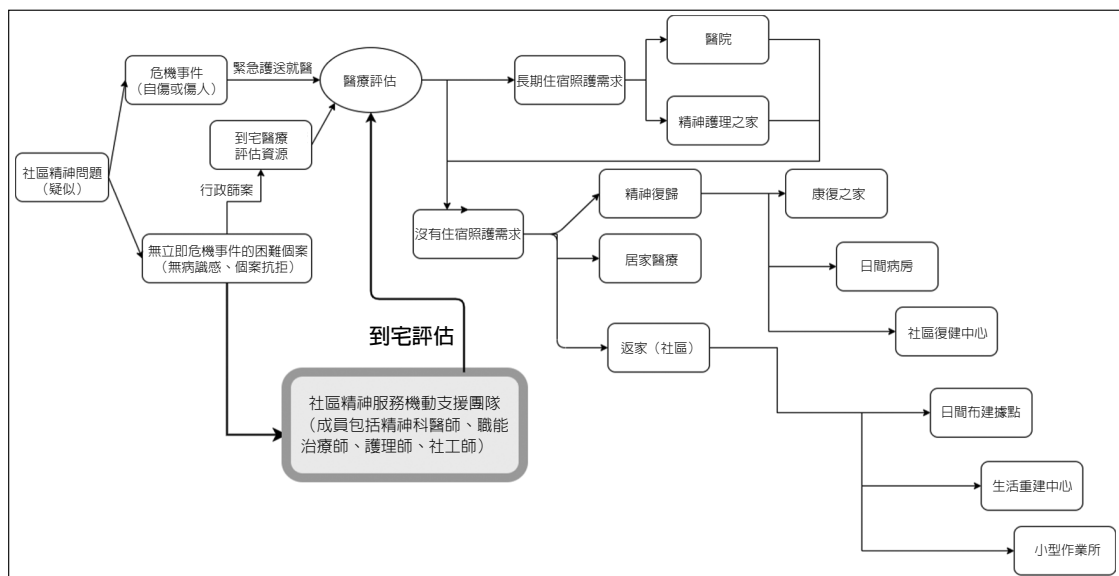


圖 1 屏東縣社區精神服務機動支援團隊運作流程構想圖

資料來源：作者自行繪製。

無力協助個案就醫等原因，則可啟動社區精神服務機動支援團隊，藉由專業人員第一時間到現場協助第一線社工人員處理危機事件或進行專業評估並銜接專業精神醫療照護資源，強化案件處理之時效性及效能，更能有效協助處理個案問題，進而維護社區安寧及預防滋擾事件發生；同時，透過社政體系中的家庭福利服務中心及社區精神服務機動支援團隊、醫院、社區與家庭建立合作關係、早期介入，而落實推動強化社會安全網。

## 二、建置整合性社區精神照顧服務

為強化社區心理衛生中心功能，衛生福利部2020年起廣設各縣市社區心理衛生中心，主要以結合公衛護士、關懷訪視員、心衛社工、照管專員、毒防個案師及心理師等成員，以團隊合作模式提供民眾可近性之健康促進、心理諮商、自殺防治、精神疾病防治、成癮防治之服務與資源，以落實心理衛生工作四段七級預防概念，同時也減少民眾為尋求心理衛生資源服務而四處奔波。屏東縣目前結合衛生所現有資源完成恆春鎮及崁頂鄉社區心理衛生中心之建置，服務內容以衛政體系之相關資訊為主，當個案或家屬有其他需求，則轉介網絡單位提供後續服務。若社區心理衛生中心規劃建置中，結合社政體系在地區域家庭福利服務中心社工，納入社區心理衛生中心成員，共同以家庭為中心整

體服務，建構共案合作及聯合訪視評估等相關合作模式，強化社政與衛政共同對個案及家屬提供完善之社區支持及服務量能，讓社區可近性服務更加完善，建議未來可將家庭福利服務中心與社區心理衛生中心共同整合，促進網絡合作更加綿密。

## 三、社區精神照顧協作平臺

社區精神照顧協作平臺概念是引自Google系統協作平臺作業系統，目前精神照護與精神照顧資源服務情況是散落在不同資訊系統，而精神診斷治療病歷則是在健保卡網絡服務系統下。實務上缺少精神疾病個案服務跨專業間服務整合共案協作平臺，掌握精神疾病個案受照護或照顧情況。

由屏東縣整合性社區精神照顧服務協作平臺構想圖中（如圖2），可以看見縣府團隊期盼社區精神照顧協作平臺有兩個層面，第一個層面是建置網際網路整合共案協作平臺，希望網絡系統方便跨專業網絡成員，在每個服務階段歷程，輕鬆透過協力平臺紀錄並掌握個案情況。第二個層面是從行政端建置多層次網絡溝通平臺，例如：

1. 逐案討論案件，善用衛生局定期召開社區精神個案分級照護暨警政、消防、社政及衛政聯繫會議，縣府團隊未來從每2個月召開聯繫會議

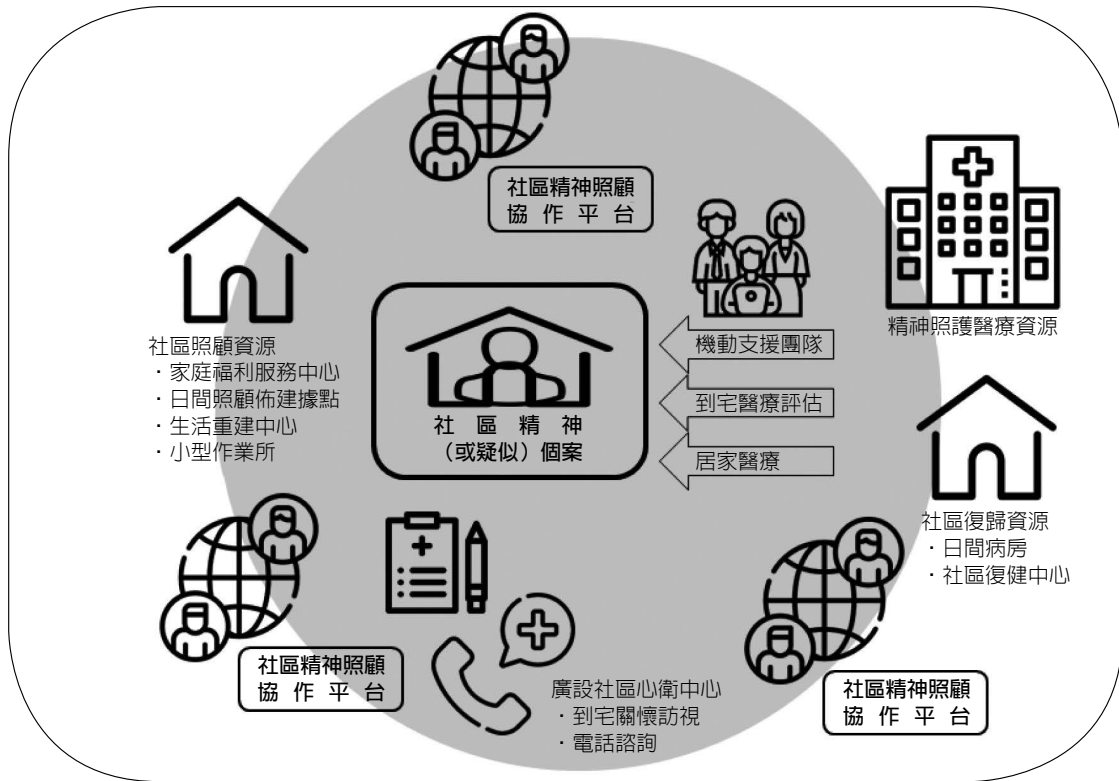


圖 2 屏東縣整合性社區精神照顧服務協作平臺構想圖

資料來源：作者自行繪製。

提高到每月召開以因應即時爭議或危及案件需求；或心衛中心針對精神個案邀集社政參與開、結案會議。

2. 系統制度面向，衛生局定期召開精神衛生及自殺防治委員會，處理制度政策面向議題。

#### 四、強化跨專業間精神照顧教育訓練

2018年始中央推動強化社會安全網計畫，首次將社區心衛中心社工人力納入補

助對象，衛政服務體系開始大量聘用社工人力，挑戰跨專業間督導與訓練。而社政系統家庭福利服務中心也擴大聘用社工人力服務脆弱家庭，大量聘用社工，企盼補強照顧精神疾病個案及其家庭；但實務上社工對精神個案醫療需求及照護專業知能不足令人堪憂。

照顧精神個案有其專業性，若不認識精神疾病診斷，不理解精神疾病臨床照護系統，不清楚社區精神照顧資源體系，就無法真正協助精神疾病個案與家屬。期盼



中央部會針對精神疾病個案及家屬，採依年資不同階段性需求，建立一套標準化教育訓練課程，補足社工精神專業能力，符合實務需求。

為有效達跨專業網絡合作，共同規劃社會處家庭服務中心社工與社區心理衛生中心社工對精神疾病照顧訓練著實重要。透過共同參與訓練，目的在凝聚共識，也能清楚明訂社政與衛政跨不同專業間社工角色與功能，避免疊床架屋服務，發揮各

自專業長才，落實以家庭為中心精神疾病個案或家屬服務。

（本文作者：戴如玳為屏東縣政府社會處科長；周宗賢為屏東縣政府衛生局科長、大仁科技大學藥學系兼任助理教授；齊美婷為屏東縣政府衛生局心理衛生中心技正；徐紫雲為屏東縣政府社會處副處長）

**關鍵詞：**社會安全網、社區精神服務、網絡合作

## 參考文獻

- 吳肖琪（2009）。〈全國精神醫療資源需求調查——兼論未來發展策略〉，《行政院衛生署九十七年委託研究計畫》。臺北：行政院衛生署。
- 林子勤、張家銘（2020）。〈各國精神康復者社區精神照護體系的比較與趨勢〉，《精神病人社區照顧需求探討與評估》2。頁64-73。
- 陳菽芬、林麗瑞、李易駿（2013）。〈精神障礙者社區就業歷程之個案研究〉，《臺灣社區工作與社區研究學刊》3。頁23-60。
- 葉馨婷、吳肖琪（2019）。〈臺灣醫療院所各類病床發展回顧：1985-2017年〉，《臺灣衛誌》38。頁574-589。
- 監察院（2020）。2020年2月3日（字號109內正0006）糾正案。
- 衛生福利部（2018）。《強化社會安全網計畫》。107年2月26日核定版。
- EIU perspectives (2016). Mental Health and Integration. The Economist. <http://www.eiuperspectives.economist.com/healthcare/mental-health-and-integration-1>
- Hopper K, Jennifer V. T., Cubellis L., Pope L. (2020). Merging Intentional Peer Support and Dialogic Practice: Implementation Lessons From Parachute NYC. *Psychiatric Services*, 71, pp. 199-201.
- NPOst編輯室（2018）。〈當精障者與家庭都累了，難道我們只剩下「強制住院」這個選擇？〉，《公益交流站》，<https://npotw/archives/40666>。2020/08/30作者讀取。
- Shinfuku (2019). A history of mental health care in Japan. *Taiwanese Journal of Psychiatry*, 33, pp. 179-191.

Thanaudom L, Jampathong N, Udomratn P. (2018). One Hundred Thirty Years of Psychiatric Care in Thailand: Past, Present, and Future. *Taiwanese Journal of Psychiatry*, 32, pp. 9-17.

Thornicroft G, Strathdee G. (1994). How many psychiatric beds? *BMJ*, 309, p. 970.