

心理衛生社工發展跨機構協同合作 與提供整合性服務

游美貴

壹、緒論：從參與社會安全網輔導團的看見出發

行政院於2018年2月26日核定「強化社會安全網計畫（以下簡稱社安網計畫）」作為政府相關單位推動服務體系整合及補強的依據。有關社安網計畫之落實，主要仍需仰賴地方政府的確實執行。因此，中央政府於2018年12月隨即推動結合學者專家以分區巡迴輔導的方式，至縣市協助地方政府檢視社安網執行情形。透過巡迴輔導提供專業諮詢，引導地方政府朝向社安網計畫之辦理方向，促進地方政府就現有服務體系、流程及服務模式進行調整，以提升脆弱家庭的服務；開啟加害人合併精神疾病者的服務，促進心理衛生社工服務品質提升；重新檢視公私部門的分工與協同合作，並且建立跨體系的溝通和協調機制等等。以下是筆者整理參與社安網巡迴輔導團隊的經驗，特別聚焦於在

策略三—整合加害人合併精神疾病與自殺防治服務。透過巡迴輔導中有關心理衛生社工設置和服務情形的看見，成為促發書寫本文的主要動機。

一、心理衛生社工與家庭暴力防治社工的合作斷裂

由於社安網策略三，地方政府開始設置有心理衛生社工，以協助家庭暴力加害人合併精神疾病與自殺防治服務。社安網剛開始推動時，服務對象來源是由精神照護系統（以下簡稱精照系統）列管的病人與家庭暴力防治保護系統勾稽而來；然心理衛生社工的聘任為逐步到位，甚至有些地方政府在聘任心理衛生社工上並不如預期；加上心理衛生社工的服務模式尚在建構中，明顯看到家庭暴力防治社工對於心理衛生社工的工作內容並不完全了解，連心理衛生社工對於自己的角色功能也常提出疑問。

雖然有社安網計畫level 1和level 2的社工專業訓練推動，地方政府仍不時提出期待心理衛生社工與家防中心社工，以及民間單位委外的家庭暴力社工可以共同訓練，藉此可以讓彼此能有互相討論的機會。況且，已經建置尚稱完整的家庭暴力被害人服務體系，要如何與心理衛生社工一起工作，更考驗著政府部門和民間單位的家庭暴力防治社工。巡迴輔導的過程，需要協助心理衛生社工發揮社會工作專長，在家暴相對人有自殺防治或是精神醫療的需求時，不是只有看見疾病，而是要看見疾病對於家庭的影響；更重要是如何促進心理衛生社工與家庭暴力防治網絡聯繫和合作等等的作為。社安網計畫執行初期，心理衛生社工與家庭暴力防治社工的服務，都還是非常斷裂的情形。

再者，社安網推展初期心理衛生社工缺乏獨立接案權，從接案、開案、轉案到結案，都謹遵精照系統的固定的形式，心理衛生社工的社工專業展現較不足，接案的自主彈性較少。心理衛生社工專業評估及處遇方向仍偏病理取向，尚未能發揮社會工作心理衛生的角色功能。加上，心理衛生社工使用的評估表，面向仍偏向一般性精神醫療評估，還未能完整針對家暴合併精神疾病的相對人，在其疾病對家庭影響的評估和需求上做出整合服務的回應。最後是心理衛生社工在個案討論和結案評估會議，雖強調以「專業團隊決策」，但

專業人員的選任仍以精神醫療專業人員為主，可能容易著重於精神疾病的診斷與控制，忽略心理衛生社工應該著重家庭。以上於巡迴輔導看見的情形在在都顯示，心理衛生社工在與家庭暴力防治社工的服務斷裂；需要促進與家庭暴力防治社工一起工作的能力和機制。

二、跨網絡合作及整合服務策略的缺乏

輔導團在巡迴輔導的過程，對於案件服務介入則發現，個案服務介入缺乏網絡整體性的服務目標，而是以各自分工為主，缺乏整合性服務的策略。也就是服務介入時雖與各專業單位多有合作，但案件資訊仍片段不流通，服務過於表面化。各單位看似各自對個案問題（相對人自殺、酒癮、就業等問題）都有提出評估與服務介入，但頂多只有分工作法，服務作為則缺乏整合。即使介入家庭的資源多元，反而造成家庭因為面對眾多專業人員而不知所措，甚至有資源重覆投注的情形。

除高危機個案外，缺乏以家庭為中心來共同討論服務目標和發展服務策略的平臺。兩個系統勾稽後，資訊不明之案件，則各自以表單或倚靠社工間聯繫方式取得資訊；不同專業所提供的資訊，常常需要加以核對，服務效率仍有進步空間。就社安網整體性合作來看，尚缺乏跨機構間更好的溝通和互助模式，整體個案管理和跨網絡溝通協調部分的整合性不足，對案件

資訊缺乏一致性，各單位僅考量各自分工的權責，跨網絡的溝通合作仍須努力。故以家庭為中心，社區為基礎的服務理念推廣有限。

對此，在2020年第二階段巡迴輔導計畫的作為，依據不同的服務主題發展工作指引。筆者有幸參與心理衛生社工的工作指引（註1），以下將針對工作指引中兩個重要的主題—共案機制與跨機構整合性服務提出討論。期待提高更多讀者的關注，促進落實社安網計畫策略三的服務。

貳、心理衛生社工與家庭暴力防治社工共案機制的必要性

在討論共案機制前，以下依據社安網計畫精神，說明心理衛生社工與家庭暴力防治社工共案機制的必要性。

一、積極介入及預防暴力再發生

共案機制能增進心理衛生社工與家庭暴力防治社工之間互動，以及對於個案家庭的共同評估。這樣可以避免個案只有單一方的介入（如成保案尚未派心理衛生社工、心理衛生社工尚未有成保個管協助，或成保個管因進入案家困難而未開案），而無法全面提供案家協助的障礙，也可以提升社安網積極介入和預防的功能。心理衛生社工會了解家暴併精神疾病相對人的疾病樣態，就醫用藥的情形，如相對人有

不穩定就醫時，心理衛生社工及家庭暴力防治社工可以即時的資訊交流，並能積極介入處理，避免等到暴力發生時才反應，也可以達到預防暴力再發生。

二、快速介入以回應家庭需求

共案機制有機會讓心理衛生社工與家庭暴力防治社工，能跨機構監督和快速回應家庭暴力相對人、被害人及家庭成員，也可以有更多的機會預先介入和得到服務單位的注意。當相對人在家庭有狀況時，家庭暴力防治社工接到被害人的通知；此時若家庭暴力防治社工與心理衛生社工可以充分聯繫如何因應，如心理衛生社工可以讓相對人得到就醫的協助。如此一來，至少能減少相對人的暴力發生，或是可以控制相對人的失序行為；同時，也減少因為疾病對家庭所帶來的傷害。

三、資訊分享掌握完整家庭圖像

可以從不同觀點和角度，收集資訊和分享家庭的資訊。如心理衛生社工可以幫助家庭暴力防治社工瞭解，相對人病情是如何對於個人和家庭造成影響；而家庭暴力防治社工則可以在接收到這樣的資訊後，與被害人和家庭成員，學習如何敏感相對人的疾病變化，學習安全的家庭溝通與互動，學習如何減少家庭衝突等等。再者，家庭暴力防治社工充分收集和瞭解被害人及家庭成員互動和家庭動力，可以將

這樣的資訊分享給心理衛生社工；反之，則心理衛生社工也分享相對人和家庭的互動情形。雙方透過共案平臺，可以瞭解和建構整個家庭的圖像，並且對於評估和介入服務有明確的掌握。另外，建議收集相對人非發病時的_{家庭功能與家庭角色}，有這樣共同基礎資訊參照之下，對於家庭描繪將更為清楚，家庭服務介入更可以開展。

四、設立共同目標降低服務落差

共案過程中，心理衛生社工和家庭暴力防治社工會討論共同的服務目標，透過共案機制對話，彼此分工與協同合作；並且按照進度，完成處遇目標，使家庭得到完善服務。心理衛生社工與家庭暴力防治社工若在服務目標和處遇上有衝突或差異，可以透過共案機制討論彼此的差異，減少服務落差，避免因為本位主義，對家庭造成負面的影響。

五、避免個人承擔和遭受外界的責難

家庭有不同團隊的介入，若沒有共案，可能導致各做各的，使得案家服務只有點狀。當危機產生時，沒有即時和適時地回應，則可能由單一方承載社會對於無法預防悲劇發生的責難。因此，當心理衛生社工與家庭暴力防治社工成為共案團隊，會減少受到管理者權威或結構性因素的壓迫（Owens, 2015）。如果以團隊面

對家庭的需求，即便家庭有狀況，也有團隊決策的支持來集體回應外界的期待。不必也不用各自承擔外界的責難，就可能減少單一團隊被究責的困境。

六、促進團隊自我覺察優化服務

當心理衛生社工與家庭暴力防治社工成為共案團隊，因為團隊可以提供更多自我覺察，以及參與共同的任務，可以與服務家庭建立較有意義的專業關係，提供家庭更適切的服務（Owens, 2015）。並且當團隊願意共同合作，從家庭需求的角度出發，將可以不斷的改善服務策略和輸送，進而優化服務，提高服務效能。

參、心理衛生社工與家庭暴力防治社工共案合作的實務原則

從目前推動社會安全網計畫精神出發，以下依據以家庭為中心的服務信念，建議共案合作的實務原則分別有發展共識、確認機制、對話參與、分享資訊、檢視服務介入等等實務原則作法；以及說明不同服務階段的共案操作。

一、共案合作的實務原則

（一）發展共識－看見精神症狀對於家庭的影響

首先，心理衛生社工能幫助家庭暴力防治社工，看見相對人的精神疾病症狀

如何影響案家。不同的精神疾病或人格問題，會對家庭產生不同的影響，必須被檢視和分析；這樣心理衛生社工與家庭暴力防治社工，就能同時調整安全計畫和服務介入計畫。例如從心理衛生社工的角度來看，相對人的精神症狀在案件中扮演的角色為何？對家暴事件、家庭動力的影響為何？症狀改變對家庭系統有無產生影響？是否能有預警地思考？等等問題。再者，需要充分瞭解精神疾病症狀，會與暴力行為如何共構，症狀本身是如何影響暴力行為。心理衛生社工如果可以告訴家庭暴力防治社工，精神疾病如何影響相對人的暴力行為，家庭暴力防治社工就可以重新對被害人及其子女的安全計畫，以及整體的家庭狀態，做出不同的見解與處遇。但無論相對人的行為原因為何，暴力行為不應該被合理化，應當要重視此行為對被害人及其家庭的影響，而不是只用疾病去解釋行為暴力而已。

最後，建議找出最困擾實務工作的案例或針對特定的類型，透過更多的討論和實務經驗，做出合作共同處理的原則。如讓家庭暴力防治社工學習要如何與特定類型精神疾患相對人的對話；或是當相對人有甚麼行為出現時，家庭或服務提供者需要預先啟動哪些機制等等。

(二) 確認機制－明確共案合作機制和期程

目前僅有高危機會議有明確的共案機

制，故仍需要有明確的共案合作機制平臺運作。平臺運作進行前要確認，案件是否符合以「家庭為中心」的服務案件。因為遇到家庭暴力案件是高權控、高暴力威脅或毀滅式的恐怖分子等情形時，「家庭」實際上成為被害人恐懼的來源，此時要謹慎定義「家庭」的範疇。無論如何都要記住，應該是以保障被害人及其子女安全的「家庭」，避免危害被害人及其子女的安全。再者，共案平臺需要清楚說明是如何運作的？是由誰來成為個案管理者主責？個案是誰來發動相關聯繫？何時需要共同訪視？見面或聯繫共同討論案件的頻率呢？等等作為，都是這個平臺要設置的機制。在此建議至少一個月聯繫一次，並隨著案件的穩定度，拉長共案聯繫的頻率。

(三) 對話參與－開放對話參與

共同合作的基礎除共識和明確機制外，還需開放對話。開放對話的參與者，建議可以包括家庭內的重要成員，或者協助家庭一起參與討論。最終目的是希望可以藉由家庭的參與，展現家庭的優勢，以促進家庭在社區穩定生活的功能。

(四) 分享資訊－真誠分享服務資訊和資源

心理衛生社工與家庭暴力防治社工要定期分享服務過程的資訊，核對目標的達成進度，以確保被害人及其家庭的安全。

這些資訊包括討論是否需要庇護服務；相對人是否穩定就業；是否穩定就醫和順從性服藥的資訊；被害人是否離家；家庭是否有經濟不穩定的情事等等。再者，社政有福利服務資源和方案，醫療有就醫資源和服務方案，以及社區資源等等，也應該要能平等分享，確實讓專業間可以彼此互相協助。

（五）檢視服務介入－共同評估和服務策略執行

個案由系統勾稽後，心理衛生社工在分類分級評估開始，便可以與家庭暴力防治社工共同進行服務目標和介入的評估，並且定期檢視服務介入成效和結案評估；甚至一起評估在家庭暴力案件結案後，是否轉精照系統繼續執行後續追蹤等等作為。

二、不同服務階段的共案合作

社安網所強調以「家庭為中心」的信念，是共案合作主要核心價值。從由篩派案窗口先評估案件屬性，派案後心理衛生社工與家庭暴力防治社工了解事件發生原因、問題解決急迫性、共同評估，以及討論後續共同服務目標；再由心理衛生社工與家庭暴力防治社工分頭執行，並且定期追蹤服務介入情形；最後是結案評估和轉回精照系統等等階段。目的在確保服務輸送順暢性，讓心理衛生社工與家庭暴力

防治社工介入服務，降低暴力再發生的情形，共同完成家庭的需求。

（一）初次受案時

心理衛生社工可先與家防中心用電話聯繫交換資訊，討論共同訪視如何進行，以及討論因應策略。倘若兩邊系統已勾稽，但案家資訊不足，心理衛生社工在評估狀況時，可以向家防中心尋求協助，補充保護系統之資訊。如果已同時在案，與直接主責的家庭暴力防治社工溝通，以利雙邊討論，降低共識差異。再者。心理衛生社工或家庭暴力防治社工看到系統列管之資料，要主動互相聯繫，討論案家狀況並約共訪。如需召開家庭協商會議，也可以由家防中心召開，並邀請心理衛生社工與會，透過會議達成共識。

（二）當暴力風險提高時或有緊急情況

若該案是精照系統還沒進案時，當有危機的案件，可以邀請心理衛生社工先加入團隊協助緊急處理，等到系統串接後，再依據處理情形將紀錄補齊。另外，家暴案件發生緊急狀態時，而相對人患有精神疾病，警察和家庭暴力防治社工或許會聯繫心理衛生社工，此時心理衛生社工可與現場人員持續互動，並協助現場應對與處理相對人的精神狀態。如此一來，可以讓整個團隊有一致性的處理原則，同時幫助相對人、被害人及其家庭度過危機情況。

加上，高危機個案（心理衛生社工評估是A級，TIPVDA大於8分），是會進入高危機會議共案，定期開會追蹤列管，此時更需要依據高危機列管規定和網絡單位積極合作，以降低暴力危機為目標。

（三）穩定服務階段

確定家庭需求有被協助，必要時可以把心理衛生社工與家庭暴力防治社工的服務一起比對，定期檢視服務介入情形，確認處遇評估方向是否一致。並且依案件變化修正服務策略，檢視心理衛生社工與家庭暴力防治社工的合作結果，強調在地資源的使用與連結；如協助相對人自我照顧、社區的社會支持網絡建構、社區的復原與適應。或者引進多元服務方案，讓家庭衝突降低、家人關係穩定、暴力風險降低等等正向有效的因應策略。必要時，採行個案討論會或評估會議；召開個案研討會擴大參與人員，甚至可以邀請家庭成員參與個案研討會。最後，當高危機會議解除列管後，並非就結案了，而是雙方仍會持續共案，並且繼續服務，等評估目前生活達到平穩後，才有可能進入結案階段。

（四）結案評估階段

結案評估階段需要成立跨專業結案評估小組，小組成員需要包括瞭解心理衛生議題、家庭暴力防治的學者專家或實務工作者。結案評估邀請專家委員來協助，評

估是否符合結案指標的規定。也要評估結案後相對人是否需要轉介到精照系統（精神關懷員或社區關懷員）後續追蹤，以及評估如何讓相對人及其家庭，可以持續有社區的心理衛生健康服務資源支持和協助，以預防暴力的再發生。

肆、跨機構整合性服務

Asay, DeFrain, Metzger, & Moyer (2015) 指出，可以從家庭優勢、社區優勢和文化優勢面向，去看見並理解家庭；這些包括在家庭優勢是指家庭成員互相欣賞和情感、承諾、正向的溝通、花時間在一起的愉快時光、分享精神上的幸福感和價值觀，以及有效管理壓力和危機的能力等等；社區優勢則有支持性的社會環境、社區普遍有意願和慷慨的提供家庭協助、有效能的教育服務輸送系統、有宗教性社區提供家庭的支持、政府和非政府組織發展家庭服務方案給無法從非正式社會支持的家庭提供協助，以及安全、安定和健康的環境等等；有關文化優勢需要理解豐富的文化歷史、分享的文化意義、穩定的政治程序、可行的經濟計畫及對全球社會的理解等等。所以社安網以家庭為核心，社區為基礎推動跨機構協同合作的服務介入，可以從家庭、社區和文化優勢等面向，發展跨機構的整合型服務。

再者，Källmén, Hed, & Elgán (2017)

提出，為克服跨專業間協力與整合的困難，協力過程需要有一份書面的行動計畫，計畫中需要列出案主有哪些需求？需要執行哪些措施？由哪個團隊（party）來負責？相關措施的目的與目標為何？誰對於整體的行動計畫需負責任？以及如何追蹤（follow up）行動計畫等等。另外，在推動跨機構的網絡合作時，建議心理衛生社工重要的實務能力（Davis, Davis, & Glynn, 2008），包括有能與夥伴工作（working in partnership）；能尊重多樣性（respecting diversity）；能實踐具倫理（practicing ethically）；能挑戰不平等（challenging inequality）；能促進復原（promoting recovery）；能辨識人們的需要和優勢（identifying people's needs and strengths）；能提供以服務使用者中心的照顧（providing service user-centred care）；能做出改變（making a difference）；能促進安全和積極的風險應對（promoting safety and positive risk taking）；能有個人發展和學習（personal development and learning）等等。

綜合上述文獻，以及社安網計畫執行，以下就提出有關跨機構整合性服務內涵，以及推動跨機構整合性服務的實務操作的說明。

一、跨機構整合性服務內涵

（一）成功夥伴關係的原則

跨機構成功夥伴關係的原則，包括：

1. 資訊分享（information sharing）：需要能夠充分、平等和有效能的分享資訊；
2. 參與決定（joint decision making）：所有參與的網絡單位應該要能參與決定，而非僅是由單一或幾個網絡主導決定；
3. 協同合作介入服務（co-ordinated intervention）：需要有共同的理念認為一起工作，並且充分的協調和調整各自的立場，最後達到協同合作的參與服務介入（Home Office, 2014）。

（二）跨機構相互合作原則

跨機構相互合作原則有（Humphreys, Healey, Kirkwood & Nicholson, 2018）：

1. 建立共同的願景和承諾：不同機構對於家庭接受服務和問題解決方法，或多或少都會有不同的意見，唯有透過不斷的溝通和建立共識，才能一起工作。
2. 強調資訊分享的重要性：家庭任何資訊都有助於需求評估和服務計畫的擬定，各單位應盡可能的提供已知的資訊，並互相分享以做出合適的共同決策。
3. 領導及官方的支持程度：在取得做決策所需要的資訊方面，需要有官方或相關單位願意提供資訊，否則無法建構家庭的全貌。這除了來自官方機構的支持外，有時可能需要政策與立法的制度確定，才有助於

長遠的機構合作發展。

4. 正式化跨機構運作：雖然非正式溝通有助於資訊的流通，但跨機構運作仍需要賦予正式認可。因此，運作需要各機構與官方機構的正式化認可與支持。
5. 永續性發展：持續運作來自各機構的堅持不懈，加上官方機構的經費挹注，可以展現跨機構成果，以及永續發展。

(三) 整合性服務的歷程

整合性服務的歷程是從機構導向 (agency-focused) 到協力導向 (collaboration-focused)，這中間包含溝通 (communication)、合作 (Cooperation)、協調 (Coordination)、聯盟 (Coalition) 和整合 (integration) 等五個層次，在這五個層次架構下「一起工作之安排」(working together arrangements)；每個層次說明如下 (Horwath & Morrison, 2007)：1. 溝通：意指不同專業的人一起討論 (talking together)；2. 合作：合作基礎則是一個案例一個案例 (case-by-case) 的討論；3. 協調：意指一起工作成為固定形式，但沒有強制規定；4. 聯盟：需形成共同工作架構，有時可能會犧牲各別機構的部分自主權；5. 整合：各別機構到最後階段會融合，並創造新的和共同的認同 (identity)。

二、跨機構整合性服務的實務原則與操作

(一) 決定個案管理者

首先需要個案管理者是誰？確認案件目前有多少網絡資源介入服務？個案管理者負責那些工作，如：啟動會議、核對介入處遇與目標、協助盤點資源？結案評估何時召開？假如心理衛生社工當個案管理者時，對於來自家庭失功能的相對人，除可以提供個人在生活方面協助（如學習購物、飲食和生活自理等），增加生活適應能力；還可以引進戒癮治療，協助個案獲得合適的治療方法（如藥物和減酒）；聯結團隊提供到宅醫療或居家服務；持續監督有效能的整合服務介入，以及定期召開個案討論會，以確定服務效能等 (Centre for Innovative Justice, 2015)。倘若是家庭暴力防治社工當個案管理者時，心理衛生社工則需要保持對於相對人精神症狀變動的敏感度，在家暴事件和家庭動力發生影響和轉變時，隨時提供和更新資訊給網絡團隊。尤其是當心理衛生資源進入案家後，症狀改變可能對家庭系統產生變化；並且確認相對人在社區生活協助和穩定性的資源提供。還有，當相對人出現不穩定時，該如何向網絡單位預警，以及需要盡速就近提供服務的做法等等。

(二) 確定網絡成員

「強化社會安全網計畫」特別重視

「協力」(collaboration)的概念，期待透過網絡聯結(linkage)機制的強化，串連民間社區的力量，並發揮跨體系專業合作之效能，以重新構築社區鄰里的互助與信任(衛生福利部，2018)。多元網絡成員，可能包括社政、警政、衛生、教育、矯治、司法、勞政、社安網多元服務方案民間單位等等。決定主要的網絡成員，可以考量如家庭圖像和家庭資訊的完整性、家庭各別家庭成員間的成長史、案家成員過去經歷、家庭的優勢；有哪些單位可以讓上述的資訊更完整。另外，這些邀來的單位除了可以幫助更瞭解家庭，也可以在社區就近提供案家協助等等。

(三) 參與整合服務網絡成員的共識

當社工預估家庭的需求後，可以先初步決定找哪些核心單位一起來討論，這些可能包括在社區的單位，不僅限於心理衛生和家庭暴力資源而已。可以依據家庭在社區生活的需求，如就業服務站、幼兒園、社會救助單位和社區重要他人等等。所以，期待網絡成員願意溝通和傾聽網絡成員和家庭的聲音；聚焦家庭優勢和社區為基礎的資源連結；落實和具體協助家庭可達成的介入策略；積極聯繫和建構跨網絡協同合作關係等等共識。

(四) 團隊決策

網絡單位願意一起合作，定期討論和

溝通案家的整合性服務策略。這個策略需要搭配案家的家庭週期，以及家庭成員的生命發展階段。從案家的優勢討論起，會比只討論案家問題，有不一樣和長出不同的服務決策。充權案家服務過程，可能看見缺乏的社區資源，更可以促進發展和開發社區的服務方案支持類似的家庭。團隊決策評估的重點，應著重於疾病如何影響「暴力行為」，對家庭可能造成的影響；家庭互動和變動情形，以及可能出現哪些危險徵兆和預警方式等等，才能落實多元網絡整合性服務的合作。

伍、結論

總之，實踐跨機構整合性服務時，提醒仍要確認家庭圖像的完整性，建立跨機構的合作機制與對話平臺，搭配家庭週期的評估與服務介入，最後是持續和有效能的服務輸送等等。跨機構服務過程沒有捷徑，網絡單位不應本位思考和速食式的介入家庭。服務介入重要的目標，是要讓家庭找回平衡，使家庭在社區穩定生活。以連結和創造更多元的服務策略，發展能適用於不同家庭的服務方案。因應家庭的需求，開展在地的服務方案，持續和有效能的服務輸送。精神疾病會慢性化，家庭需要長期性的服務計畫，以及穩定的社區社會支持網絡。

從社安網計畫推展開始，心理衛生

社工的服務就受到社會的矚目，某些論點甚至將社安網計畫直接等同於心理衛生安全網。這些錯誤期待也凸顯臺灣社會確實需要心理衛生社區體系的建構。Clifton & Thorley (2014) 提出英國擘劃社區心理衛生健康推動的經驗，特別指出需要建構社區心理衛生健康中心作為初級照護的單一窗口 (one-stop)；而社區心理衛生健康中心功能除有社區心理衛生初級照護的單一窗口 (one-stop)；還有評估需求和轉介專門性的服務 (如就業、在宅醫療、中途家園、自立住宅等等)；定期個案檢視，確認是否需要持續服務；連結不同專業介入心理衛生服務，包括身心醫學科醫師、臨床心理師、社工師、職能治療師、物理治療師、精神專科護理師等等；與其他健康服務系統和機構合作聯盟，如康

家、長照、家防中心等等；以及銜接出院服務和轉介社區資源安排等等的服務。

筆者也呼籲，落實社區心理衛生的重要性，期待未來要繼續發展的社會安全網 2.0 計畫，可以在現有社安網計畫的基礎下，積極發展社區心理衛生資源的佈建。這需要全面的社會政策規劃，在尚未完備前，請勿貿然要求已工作負擔沉重的心理衛生社工，過度扛起社區心理衛生的工作；也呼籲中央和地方政府重視基層心理衛生社工的福祉，提升和支持心理衛生社工的專業久任。

(本文作者為國立臺灣師範大學社會工作研究所教授)

關鍵詞：心理衛生社工、跨機構協同合作、整合性服務

註 釋

註1：游美貴、廖美蓮、陳玟如、鄧佳旻、黃淪珊 (2020)。心理衛生社工人員工作指引手冊 (初稿)。發表於2020.07.14「108年度強化社會安全網輔導計畫全國性期中成果分享會」。臺北市：臺灣大學。

參考文獻

游美貴、廖美蓮、陳玟如、鄧佳旻、黃淪珊 (2020)。〈心理衛生社工人員工作指引手冊 (初稿)〉。「108年度強化社會安全網輔導計畫全國性期中成果分享會」。臺北：臺灣大學。2020/7/14。

Asay, S. M., DeFrain, J., Metzger, M. & Moyer, B. (2015). Implementing a strengths-based approach to

- intimate partner violence worldwide. *Journal of Family Violence*, 31 July 2015 Published on line. DOI 10.1007/s10896-015-9770-2.
- Centre for Innovative Justice. (2015). *Opportunities for early intervention: Bringing perpetrators of family violence into view*. Melbourne, Australia: RMIT University.
- Clifton, J. & Thorley, C. (2014). *Think ahead: Meeting the workforce challenges in mental health social work*. London. England: Institute for Public Policy Research.
- Davis, A., Davis, A. & Glynn, T. (2008). Making sense of social work practice in multi-agency mental health services. in K. Morris eds.. *Social work and multi-agency working: Making a difference*. Bristol, England: The Policy Press.
- Horwath, J. & Morrison, T. (2007). Collaboration, integration and change in children's services: Critical issues and key ingredients. *Child Abuse & Neglect*, 31, pp. 55-69.
- Home Office. (2014). *Helping the police to support people with vulnerabilities*. available online at <https://www.gov.uk/government/publications/multi-agency-working-and-information-sharing-project>.
- Humphreys, C., Healy, L., Kirkwood, D., & Nicholson, D. (2018). Children living with domestic violence: A differential response through Multi-agency collaboration. *Australian Social Work*, 71(2), pp. 162-174.
- Källmén, H., Hed, A., & Elgán, T. (2017). Collaboration between community social services and healthcare institutions: The use of a collaborative individual plan. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 34(2), pp. 119-130.
- Owens, R. (2015). Working together: Using group relations theory to understand and rethink the interplay between administrators and social work practitioners. *Journal of Social Work Practice*, 29(2), pp. 231-238.