

# 社區心理衛生中心實務經驗分享 ——以高雄市為例

何建忠、方子杰、余佳音、曾美純

## 壹、前言

歐美國家自1960年代，隨著藥物發展及治療方向朝向環境治療，精神衛生照護即逐漸朝向「社區化」發展，從機構到社區的歷程中，精神病人在社區中的照護品質即為社區心理衛生中心的重要工作項目。我國於《精神衛生法》第1條即闡明為了保障病人權益，支持並協助病人於社區生活。又第7條中敘明應由社區心理衛生中心，辦理心理衛生宣導、教育訓練、諮詢、轉介、轉銜服務、資源網絡聯結、自殺、物質濫用防治及其他心理衛生等事項。社區心理衛生中心在疾病進程不同的階段，透過密切的與精神病人與其家庭接觸，以提供就近性服務，降低精神病人社區適應的困擾與家庭照護上的壓力，使其降低社區干擾與因精神症狀干擾產生的自傷傷人行為，保障其社區生活權益。

有關社區心衛中心設置依據，包括

《精神衛生法》及衛生福利部計畫。衛生福利部於「整合型心理健康工作計畫」及「110年社會安全網第二期計畫」規劃依轄區人口數心理衛生之需求與資源分別設立，以更貼近民眾的需求，提供轄區有更緊密、更在地化的心理衛生服務，逐年布建社區心理衛生中心據點，尤其針對精神病人與自殺通報個案管理，提供就近訪視（衛生福利部，2021）。我國社區心理衛生中心，因行政資源與歷史背景而形成不同的組織型態，高雄市自1995年成立示範性社區心理衛生中心，以提升民眾精神心理衛生認知，落實社區民眾心理健康防治工作，並於2010年縣市合併後正式將社區心衛中心納入組織編制，以成癮防治、精神衛生、心理健康為工作主軸。運用公衛衛生體系及精神病人關懷訪視員，提供關懷與協助，使精神病人從醫療機構返回社區中能夠獲得適切資源，在強化社會安全網第一期計畫啟動時，設置了心衛社工針

對社區中家暴、兒虐、性侵害加害人併有精神疾病個案建立個案管理及處遇服務，在分級分流的服務歷程中即會發現，精神病人隨家庭、社區的照護系統能力提升，能夠穩定的銜接醫療資源，重建家庭、社區支持系統後，衝動暴力行為也能夠隨之下降。

在精神疾病造成家庭長期照顧壓力下，不僅家庭內部的支持系統受到影響，同時在社區中對於精神病人的接納程度，也影響精神病人在社區中照護品質。根據國家衛生研究院論壇在「2020年精神病人社區照顧需求探討及評估」針對精神病人社區復健，仍面臨缺乏醫院到社區的連續性及各種衛政、勞政、及社政各種資源的整合，且未以精神病人與家庭的需求為中心，家屬仍承受長期照顧精神病人的責任

重擔；社區的污名化與誤解仍存在（國家衛生研究院，2020）。是以社會安全網第二期計畫中，對於社區中精神病人的照護上，如何深化社區中以家庭為中心開展的精神病人服務模式，社區心衛中心的設置無疑是推動社區精神衛生前哨站。

## 貳、高雄市社區心衛中心規劃與架構

### 一、心理衛生社區資源盤點與評估

心理衛生資源在社區中，社區資源佈建不僅僅是硬體的設施，更重要的是符合服務使用者的需求，同時兼具落實照護精神病人的精神，透過實地的拜會方式、資源盤點與調查，針對社區中精神照護系統列管人數、自殺防治系統列管人數、老年

表 1 高雄市社區心理衛生中心逐年佈建規劃表

年度	分區	人口數	特色
109	岡山	312,624	科技業職場心理衛生
	鳳山	360,097	精神人權倡議
	苓雅	355,226	社區心理衛生多元培力、學生心理健康
111	左楠	386,800	榮民、新市鎮心理健康
112	旗山	128,330	災難心理衛生
113	小港	339,578	傳產職場心理健康、原民心理健康
114-119	仁武	280,113	酒癮
	新興	270,860	長輩心理衛生
	三民	338,218	網癮族群處遇

資料來源：作者彙整。

人口及區域內精神醫療、社會福利等資源進行盤點，參考醫療資源區、長照分區及按各分區相關地域精神醫療、心理健康等資源及服務目標族群概況，以30萬人口為基準，分別就短、中、長程逐年規劃設置社區心衛中心9處站點（如表1）。

除了外部需求與資源盤點外，對於內部工作流程運用圖2策略地圖模式，由財務、顧客、內部、學習成長四大構面，透過內部服務、個案管理、創新、網絡合作流程，擬定服務計畫與建構服務內涵，對於社區民眾與網絡夥伴透過不斷的評估問題與需

求，強化服務輸送與品質、創造滿意度，並在資源運用上積極拓展各類經費來源，尋求民間資源挹注，同時透過控管機制，檢視服務成效與採取階段性工作方式。

其中已完成短期盤點區域需求、尋求跨局空間合作，初期預防上持續推動教育宣導，次級建立出院追蹤機制、疑似精神病人通報、精神風險管理系統等，並強化三級危機處置與多元照護議題個案服務，未來中期計畫除了持續佈建心衛中心外，對於社區民眾將開設心理成長團體，對於病人及家庭辦理治療性性質團體（如表2）。

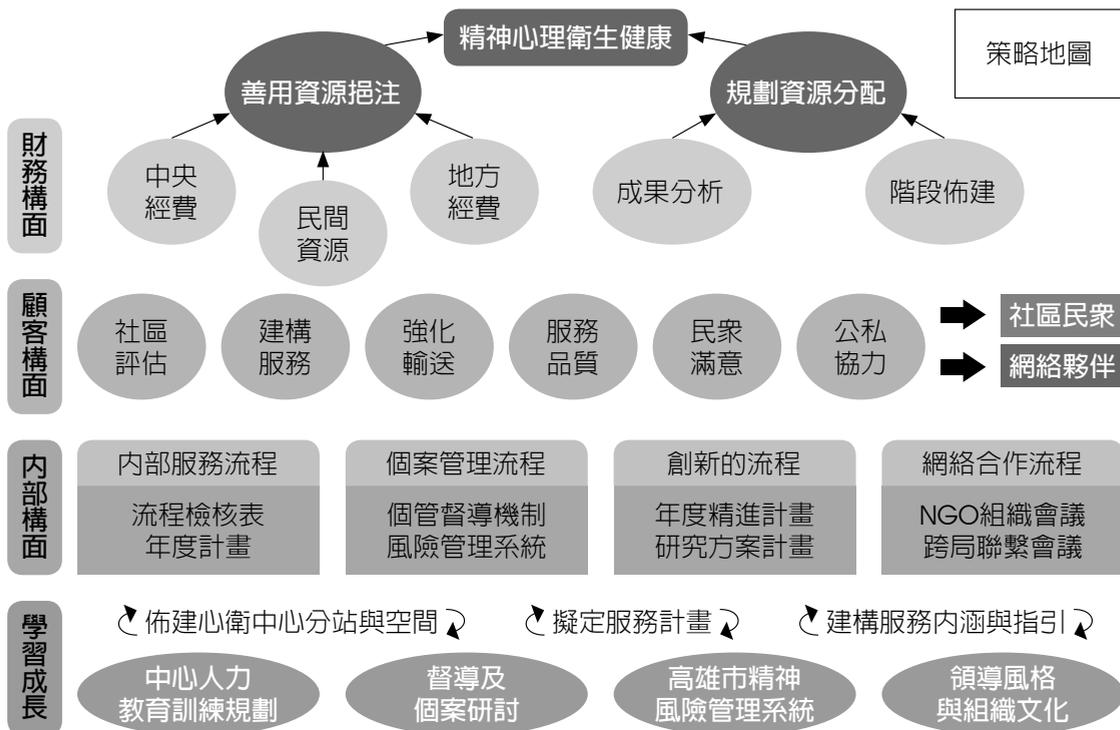


圖 1 高雄市社區心衛中心規劃策略地圖

資料來源：作者彙整。

表 2 高雄市社區心衛中心短中長期目標規劃表

	佈建心衛中心	初級	次級	三級
短期 (107-110)	建置組織工作流程 中心教育訓練與督 盤點區域需求，規 劃資源與分段佈建 跨局空間合作	運用公私協力NGO 組織網絡 辦理心理衛生教育 宣導與社區講座 辦理成癮防治工作	精神個案管理與風 險管理管理系統 定點心理加油站 疑似精神病人通報	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 危機個案處置</li> <li>✓ 複合多元照護議 題精神個案介入 方案</li> <li>✓ 出院、出監、結 束監護處分精神 個案追蹤</li> </ul>
中期 (111-114)	持續佈建心衛中心 檢視服務量能與修 正服務計畫	親職教育課程 心理成長團體	治療性團體 精神疾病個案就業 轉銜與促進	
長期 (114-)	結合在地資源，深 化社區、職場、學 校心理健康工作	在地老化心理健康 促進	成癮個案介入～酒 癮、網癮 憂鬱症（含孕產 婦）個案介入	

資料來源：作者彙整。

## 二、社區精神照護服務輸送與任務分工

為協助社區精神病人穩定治療與生活，建構社區精神病人追蹤關懷制度，起初由公共衛生護理師為主要人力，然因公共衛生護理師肩負許多公共衛生任務，難以負荷，故由衛生署補助下加入精神病人社區關懷訪視員，尤其針對1、2級未能穩定就醫或病情不穩之個案，進行密集訪視，避免因服藥遵從性不佳而反覆發病入院。而社會安全網計畫中納入心理衛生社工專業後，針對合併多元議題之個案需求與介入處遇。

在社會安全網啟動時，在社區精神病人的照護體系中加入了心理衛生社工的角

色（如表3），在新增加職務後，如何讓新的職務加入時可以順利與原制度銜接，包含對原本精神病人的衛生照護體系及外部網絡的家庭暴力防治等體系。

在心衛社工及心理衛生中心專業團隊，即需依照職務工作需求整合專業訓練課程與督導，更重要的是參與網絡相關的共識會議、行政會議、個案研討等，在討論與協調的過程中找尋專業工作的定位與角色。社會福利、精神照護、家庭暴力、自殺防治在各服務體系中是截然不同的議題，但卻出現在同一個家庭當中，若同時需要對於家庭整體的關係動力、支持系統，乃至於解決問題的能力，同時納入服務的範疇當中。則社區心理衛生中心專業

表 3 高雄市社區精神病人照護分級分流表

職稱	照護服務對象
公衛照護體系公衛	精神照護三、四級個案
精神病人社區關懷訪視員	精神照護一、二級個案
心理衛生社工	精神合併多元議題（家暴、兒虐、性侵、自殺）個案、司法轉銜個案（出監精神病人、結束監護處分個案）
自殺關懷訪視員	自殺企圖個案

資料來源：作者整理。

團隊就需要在所涉及的相關網絡進行跨網絡／專業溝通、合作。在進行跨網絡／專業溝通時，必須自身先學習、熟悉相關網絡／專業的專業知能、服務資源範圍及限制，尤其是心理衛生、保護性工作、司法與法律三大社會工作領域及家庭社會工作等專業知能，才能進行有效益的網絡合作。

強化社會安全網計畫的推展，乃為強化社會網絡連結成跨體系合作機制，打造一個安全的環境。為此，網絡間積極建立網絡合作機制，構築一個跨體系的協力（Inter-system collaboration）網絡，提供更綜合、同步與個別化的服務，將是心理衛生社工須努力著墨的地方，以建立正向的跨專業網絡合作機制。心理衛生社工進入實務工作初期，難免與網路合作過程中，彼此須有磨合的階段，也唯有經歷磨合階段才能促進合作順暢性，為此，可從以下面向著手，才有可能不斷促進網絡間的合作關係。

服務是整體的，當跨專業或跨網絡團隊針對個案家庭服務上，評估更是須從共案的基礎上展開。惟有網絡間針對案家的問題共同開案服務，並適時利用出院準備、個案研討等不同合作機制，從不同面向評估案家的不同層面的需求，並與網絡單位積極共同討論、整合資訊，才能提高網絡間的服務共識。同時這樣的工作策略，也運用在心理衛生中心建構的跨專業團隊上。

「先合作、再分工」的服務策略即建議網絡間針對共案案件先瞭解個案家庭狀況與評估需求，討論後進行網絡間的團隊合作共訂目標，再以整體目標依個案的個別需求進行分工，因此，心理衛生社工／督導可嘗試透過不同合作平臺，如：個研、高危機個案網絡會議、結案會議、區級會議、性侵害評估小組會議、地檢署性侵害加害人監督網絡會議、社衛政共識營等多元會議平臺等，以主動、積極、跨專業溝通語言方式，尋求合作途徑、服務倡

議等可能性，提高網絡間合作的意願。同樣的方式也將運用在內部專業團隊間的建構，透過定時內部督導會議、外部督導、跨專業的訓練課程方式，來增進團隊合作。

從個案工作到個管工作最大不同的工作思維，即是以「家庭為中心」的服務思維，從整體的家庭角度評估案家的需求，而在面對複雜的社會環境，家庭的多重需求絕非單一專業可滿足的，此時，網絡與社區心理衛生中心的專業團隊間須有系統思維共同評量家庭的不同面向需求，才能共同提供整合性服務，提高服務成效。

### 三、佈建社區心理衛生中心規劃

#### (一) 地域性與服務特色

針對高雄市社區心理衛生中心佈建策略採逐年佈建且依照各區域人口特性，設置共同性工作策略與針對區域特性之工作特色，並針對社區人口特性、社區特性、心理健康議題服務人口數、社區資源、民眾需求等面向進行盤點評估：

##### 1. 鳳山分區

- (1) 服務區特性：鳳山分區包含鳳山、大寮、大樹、大設、仁武、鳥松、林園7個行政區，該分區的人口統計數據顯示（包含人口數、性別比、年齡組成分布、扶養比、老化指數等），鳳山區目前為高雄市所有行政區中人口數

最多的行政區，鳳山分區內7個行政區幾乎均為高齡社會、扶養比為33.12-38.15%、男性多於女性的人口型態。鳳山分區社區都市化程度、社會經濟及產業型態，包含商業、農業、工業、觀光業等產業型態，其中又以農業與工業的型態居多。

- (2) 服務對象特性：鳳山分區精神照護人數約占本市的25%，其中鳳山區人口數為所有行政區中最多，因此所照護的精神個案數亦為本市最高；另自殺通報人數及死亡人數約占本市28%，而領有精障類身心障礙證明者約占本市28%；精神疾病合併保護性議題（精神疾病併家暴加害人）約為182人，約占全高雄市保護性議題個案（585人）的31%（詳見表4）。由以上數據顯示，該區域雖只有含括7個行政區，但多元議題人口數約占本市1/4，因此在心理健康促進、自殺防治及精神健康方面的議題，需要更加地被重視。

##### 2. 苓雅分區

- (1) 服務區特性：苓雅分區內人口統計數據，包含人口數、性別比、年齡組成分布、扶養比、老化指數等，經數據顯示，苓

雅分區內幾乎均為高齡社會（91.24%-319.55%）、扶養比35.33-51.13%、男性多於女性的人口型態。

- (2) 服務對象特性：苓雅分區精神照護人數約占本市的54%，其中三民區人口數為所有行政區中最多，因此所照護的精神個案數亦為本市最高；另自殺通報人數及死亡人數約占本市57%，而領有精障類身心障礙證明者約占本市53%；精神疾病合併保護性議題（精神疾病併家暴加害人）約為642人，約占全高雄市保護性議題個案（1,287人）的50%。由以上數據顯示，該區域有含括11個行政區，多元議題人口數約占本市1/4，因此在心理健康促進、自殺防治及精神健康方面的議題，需要更加地被重視。除了指標性個案需提供更深入的個管服務之外，個案照顧者（家屬）的壓力調適、情緒支持及照顧技巧等，亦需提供更多資源予以協助。

### 3. 岡山分區

- (1) 服務區特性：岡山分區內人口統計數據，包含人口數、性別比、年齡組成分布、扶養比、老化指數等，經數據顯示，岡山分區因地形環境及族群特性影響，

人口結構差異性大，西半部平原區的10個行政區以高齡社會（125.00%-205.00%）為主，而東半部的丘陵及山林地的10個偏鄉行政區有七成呈現超高齡社會（241.64%-553.97%），另外三成的原住民行政區則是呈現高齡化社會（49.58%-63.37%），本區扶養比落在30.70-52.81%，除岡山區外，其餘行政區皆為男性多於女性的人口型態。

- (2) 服務對象特性：岡山分區精神照護人數約占本市的17.9%，相較於苓雅分區及鳳山分區，其精神照護人數相對較少，但礙於幅員廣闊、醫療資源不均且偏鄉交通不便等因素影響，在就醫及照護品質的難度相對更高；另自殺通報人數及死亡人數約占本市17.7%，而領有精障類身心障礙證明者約占本市19.6%；精神疾病合併保護性議題（精神疾病併家暴加害人）約為162人，約占全高雄市保護性議題個案的12.6%。

#### （二）服務可近性與合署辦公

高雄市面積2,952平方公里，幅員遼闊且狹長，精神照護系統管案人數亦達兩萬餘人，診斷又以思覺失調及情感型疾患

為多，加上各區人口密度與都會發展程度差異大，造成對於社區中精神病人的照護服務輸送落差甚大。以行政服務層面，精神病人照護難以依靠單一機構完成，而須建制網絡合作平臺與網絡合作機制，就個案服務層面而言，因為個人與家庭的議題複雜多元與需求多樣化，透過團隊合作提供整合性服務才能達到家庭、社區支持，進而穩定生活。

是以高雄市建構社區心理衛生中心規劃第一階段於第一年（2020年）建立偏遠及都會區域工作模式，先選定苓雅、岡山分區及鳳山分區設立三處分站試辦，就近可結合當地衛政及社政資源，因地制宜投入居民三段五級初級心理健康促進，社區福利等服務。針對服務就近性，隨著站點佈建，可縮短服務輸送20-60分鐘，對於提供精神病人及家庭結合出院後追蹤機制，提供最佳的便利性。

同時針對各區資源差異性，選擇與不同局處合署辦公的形式，以強化跨局處間的合作：

1. 岡山分區因精神醫療資源較為不足，為了引入定點精神醫療門診資源，選擇與衛生所合署辦公。岡山分區與路竹衛生所合署辦公，透過社區篩檢及據點服務，深耕在地產業勞工及社區民眾的服務需求，持續為有心理議題困擾之高雄市市民提供更多元的心理衛生服務。

2. 鳳山分區精神醫療資源較為豐富，但地區流動人口數高且社會福利需求人數高，故選擇與社福中心合署辦公，藉由服務合作導入心理衛生工作。鳳山分區與社會局五甲社福中心合署辦公，首次串連社衛政資源：鳳山分區為全國首次結合衛政與社政體系的合署辦公室，因目前個案問題多元複雜，社政與衛政所服務的個案族群，常常有所重疊，故可善用此合署辦公之優勢，善加以利用社政及衛政雙方現有的資源體系，以資源共享的概念提供更完善的服務。

3. 苓雅分區為精神心理衛生人員育成中心，選擇獨立辦公空間，以規劃內部、外部人員訓練。苓雅分區內的精神醫療、精神復健、社會福利、教育資源及就業資源經盤點後尚足夠，但需要將在地化的資源進行橫向連結及串連，讓各網絡單位都能瞭解彼此的服務項目及資源使用方式，以擴大服務效能。

#### 四、建構多元議題整合團隊服務模式

##### （一）組織架構與配置

社區心理衛生中心設置以精神病人服務為主軸，除強化社會安全網第一期計畫中設置心理衛生社工，強調多元服務議題需求外，第二期計畫中更落實精神疾病與

表 4 高雄市政府衛生局社區心衛中心各分站人力規劃表

職稱	工作內容
心理輔導員	一、規劃及辦理心理衛生、心理健康促進、自殺防治、災害心理衛生及精神疾病去汙名化活動等相關活動。 二、規劃及辦理心理諮詢等相關業務。
諮商心理師	一、規劃及辦理心理衛生、心理健康促進、自殺防治、災害心理衛生及精神疾病去汙名化活動等相關活動。 二、規劃、辦理及執行心理諮商、團體諮商及外展服務。
臨床心理師	一、規劃、辦理及執行心理治療、團體治療及相關外展服務。 二、辦理心理衛生服務方案之案家或研究計畫。 三、整合與連結網絡心理健康服務資源與轉介及參與網絡聯繫會議。
職能治療師	一、規劃、辦理及執行個案職能評估、訓練、就業及職能資源轉銜服務等相關職能工作。 二、整合與連結網絡心理健康服務資源與轉介及參與網絡聯繫會議。 三、與醫院連結銜接出院準備服務進行出院個案3個月內共管計畫。
護理師	一、規劃及辦理執行護理評估、介入及藥物訓練等相關護理工作。 二、整合與連結網絡心理健康服務資源與轉介及參與網絡聯繫會議。 三、與醫院連結銜接出院準備服務進行出院個案3個月內共管計畫。

資料來源：作者彙整自《強化社會安全網第二期計畫》。

自殺防治關懷訪視人力，並設有多元專業團隊。心理衛生中心設置執行秘書綜整中心各項業務，下設督導與各專業職類（如表4）。

## （二）增進專業知能

從社會安全網計畫推動初期，針對心衛社工即建立建置基礎訓練、始業訓練及在職教育訓練機制，由精神疾病、藥物、治療體系、家庭工作、社區復歸等，並透過精神專科醫師與社工師共同參與個案研討、結案會議等方式。同時社區心理衛生

中心中因應跨職類專業團隊的形成，由示教與回覆示教（Teach Back）之教育訓練制度建立專業訓練制度。各類課程中包含專業科目與共同科目，以增加參與跨領域團隊相互合作、共同照護的能力。

## 參、工作策略與執行現況

### 一、精神病人急性後期照護模式

從國內目前社區精神衛生持續性照護來看，主要包含兩大模式：1.以醫事機構為基礎之「出院準備服務」及其後續配

套之「居家治療」模式；2.以公衛為基礎之「社區追蹤關懷訪視」模式。但兩者之間並非截然區隔，衛生福利部本於主管機關地位，即要求醫事機構應加強辦理精神病人出院準備計畫，列入醫院督導考核項目，並由公共衛生護士或社區關懷訪視員於精神病人出院後兩週內提供後續追蹤保護及關懷訪視，以求無縫接軌精神病人之照護。精神病人出院後密集追蹤三個月，以積極銜接社區照護資源，建構病人照護的連續性，使精神病人恢復其功能或減輕失能程度，避免於醫院與社區中反覆入院，同時針對穩定回診提供積極的協助。

此項工作亦透由社區心理衛生中心與醫療院所間合作無間的密切聯繫，並積極與原有的出院準備服務連結，針對精神症狀、就醫狀況、日常生活功能、整理社會適應能力、家屬照護、社會資源等，進行評估與資源連結。提升高風險之病人照護品質及增進其治療之妥適率，提高其功能及生活品質，降低社區意外事件發生。

## 二、透由公私協力社區精神衛生資源網絡平臺串聯社區網絡

高雄市對於社區中精神心理衛生，發展有「聚精會神」、「風調雨順」組織網絡，分別針對精神病人照護、心理衛生等議題，除召開實體會議廣納意見與強化合作外，同時也由線上網絡即時的互動，了

解服務使用者及團體需求，提供無縫接軌的照顧服務。

在設置實體社區心理衛生中心後，對於在地服務需求與提升服務就近性更是發展目標之一，尤其在推展社區心理衛生工作上需要被更多在地社區網絡單位「看見」，才能尋求網絡聯盟，共同推動相關議題，因此，社區心理衛生中心最為在地化、社區化的社區型單位，應持續與社區網絡單位保持友好關係，尋求不同合作的可能性。

並串連公私網絡單位召開會議資源類型分為就醫（精神醫療）、就學（教育單位）、就養（社政）、就業（勞政）四大領域，針對網絡單位舉辦跨網絡共識會議，建立即時溝通之平臺或管道。

## 三、多元議題精神疾病個案風險管理系統與危機處置

### （一）風險管理系統

由於目前醫院到社區的照護輸送系統中，缺乏多元、連續性，使醫療機構返回社區中時，家庭與社區照護體系難以銜接，反造成容易將病人留置在醫院的現況，同時使家庭與社區願意協助病人適應社區生活的意願逐漸降低。故除了原有運用出院準備計畫串連資源外，高雄市建構高雄市精神病人個案管理系統，除了照護系統的串接外，藉由醫療端現場就醫評估、護送就醫、疑似精神病人通報等模

式，建立風險評估指標透由大數據方式瞭解社區精神病人區域現況與需求，針對風險因子及預測模式，預先提供相關服務且針對風險評估較高的區域連結警政資源，強化系統橫向連結。

## （二）個案危機處置

精神病人若因精神症狀干擾而影響其衝動控制或行為，產生社區中的干擾行為，建立網絡風險管理共識。精神病人照護非僅依靠醫療介入，而需要以家庭、社區為本，同樣精神病人在社區中產生滋擾或是暴力攻擊行為，非僅依靠醫療能夠處理，而是以醫療、警消、家屬、鄰里，建構以問題解決為導向的團隊工作模式。這樣的危機常是一個短暫混亂的狀態，透過有效的處理策略不僅是強化警消執行勤務，處理精神危機個案時的安全性，同時強化警消、民政與醫療團隊間的連結，使面對社區危機事件時，透過系統與團隊的介入，降低危機與傷害。這樣的團隊形成無法只是紙上談兵，而是透過不斷的規劃、執行、修正的過程，讓危機處置的概念深入每一個領域中。

高雄市在實務整合上，透過定期召開的聯繫會議，建立對於網絡彼此的期待、預期的狀況及突發狀況的處置，並對於第一線工作人員應包含：

1. 人員專業訓練：對於精神疾病的基本知識與辨識、包含藥物作用、自

殺風險評估、物質濫用及特殊族群議題、社區精神照護資源等。

2. 危機處置演練：危機緊急通知聯繫、網絡連結、現場團隊各自的角色與任務與溝通技巧訓練，聆聽、溝通、降溫。

透過團隊派遣與合作經驗中，應針對所在區域性資料收集，作為後續工作策略與訓練課程調整用，包含所在區域網絡資源、團隊到達時間及區域內風險個案狀態，依據過往經驗配備裝備，並針對實務工作中是否能夠妥善使用裝備，分享成功的處置經驗與定期檢視追蹤派遣專業團隊狀況、個案後續轉銜狀況等，作為後續積極作為參考。針對危機個案則可啟動社區精神醫療支援團隊，藉由專業醫護人員團隊第一時間到現場協助處理危機事件，必要時啟動護送就醫程序，強化案件處理之時效性及效能，更能有效協助處理問題，進而維護社區安寧及預防滋擾事件發生。

## 肆、結語

扎根社區的精神心理衛生工作，是不斷落實的過程，尤其以精神個案管理，希望透過服務轉銜無縫接軌，提升現有個案管理系統之功能性，透由大數據方式強化風險預測。衛生醫療與社會福利能夠達到「先合作、再分工」的服務合作模式，強化政策規劃與資源分配協調。心理衛生

專業在社區中推展，並非單一專業能夠完成，需要更多跨專業人力的投入，在人員的招募上除了穩定的薪資結構外，更需要完整的訓練與規劃，包含針對各類對象的服務模式與專業指引等。高雄市針對心理衛生專業人員設置有工作手冊，並依照服務範疇的擴大，隨時更新內容，並將家庭工作的思維納入各項專業訓練與會議指標中，以補充過往在學校系統中較缺乏的司法、精神衛生等專業知能，藉以使人員在服務過程中能夠有所依循。

社區心理衛生中心在功能及角色上持續深化社區、學校、職場的心理衛生知

能，建立轉介機制，對於精神病人之多元需求與議題，建構整合服務團隊之服務模式，發展以家庭整體性功能與支持的服務方案，降低照護者負擔，積極提升精神病人及家屬運用資源的知能與自主性。

（本文作者：何建忠為高雄市政府衛生局心衛社工督導；方子杰為高雄市政府衛生局心衛社工督導；余佳音為高雄市政府衛生局心衛社工督導；曾美純為高雄市政府衛生局心衛社工）

**關鍵詞：**社區心理衛生中心、精神疾病、強化社會安全網

## 參考文獻

- 行政院衛生福利部（2021）。《強化社會安全網第二期計畫》。
- 國家衛生研究院（2020）。《精神病人社區照顧需求探討及評估》。