

社會福利服務中心與社區心理衛生網絡 合作現況與策進

簡慧娟、吳建昇、洪麗晴

壹、前言

行政院2018年2月26日核定「強化社會安全網計畫」除逐年增加第一線服務社工人力及經費預算外，同時積極布建服務資源，藉由單一窗口與服務流程調整及資訊系統整合運用，一旦民眾與家庭面臨困境，屆時相關服務系統即可及時介入，從前端進行預防以避免落入更高的生存風險。該計畫首要策略就是「布建社會福利服務中心（下稱社福中心）整合社會救助與福利服務」，期藉由社福中心建構社會服務網絡，及早介入社區中的脆弱家庭，以滿足其需求並支持家庭功能健全，挹注資源以降低家庭的脆弱性或可能遭遇的風險。

社福中心做為社區第一線的服務窗口，擔任協助社區民眾福利諮詢、媒介資源和服務的重要管道，藉此發掘與關懷需要協助的民眾，同時也辨識社區中多

重問題或問題未明的服務需要和待協助的家庭。然而，每個家庭面臨的處境與需求往往不盡相同，每一個脆弱家庭的背後，都可能隱藏著貧窮、失業、變故、衝突、疏離或家庭成員生理、心理、環境的脆弱性，更是需要多重支持與服務介入。是以，如何結合跨領域資源協力，將社區中需要協助的家庭「網」起來，即是社福中心以家庭為中心服務脆弱家庭時，面對的核心議題。透過跨體系協力，結合與協調不同部門的財力、人事、行政資源，以提供更綜合、同步與個別化的服務，不僅可以縮短服務流程，還能夠滿足多重問題家庭的需求，更重要的是可以促成家庭、團體、社區的參與，達到市民參與社會服務提供的目的（林萬億，2010）。

經過中央與地方政府3年共同努力，截至2021年12月31日止全國已布建148處社福中心，距離布建目標數156處，建構社區民眾求助服務窗口的進度已完

成95%。更重要的是，服務家庭的生理（biology）、心理（psychological）與社會（social）等多元需求，光靠社工力量並不足夠，實有賴跨專業協力網絡資源的充足建構，透過跨域協同服務，多一份支持的力量，就可以讓家庭獲得更實質的援助。故行政院2021年7月29日核定「強化社會安全網第二期計畫」，針對當前社區心理健康資源不足之困境，特納入心理健康資源的挹注。期能藉由逐年布建71處社區心理衛生中心、提升疑似精神病人轉介服務、充實社區精神病人關懷、自殺關懷訪視與藥癮個案管理人力等多項作為，積極強化社區心理衛生、精神病人、藥癮與自殺防治等服務，以完善社區心理衛生網絡資源。

是以，未來的社會安全網服務體系中，社福中心與社區心理衛生中心，如何透過跨網絡合作來協同支持家庭，勢必是下一階段推動社會安全網計畫的重要課題。本文期透過社福中心脆弱家庭服務對象分析，探討脆弱家庭的心理健康需求與跨網絡合作現況，提供社區心理衛生資源網絡布建參考；同時期許社福中心與社區心衛體系間建立合作模式，共同協力支持社區家庭並促進其在生理、心理和社區需求等方面獲得所需之服務。

貳、脆弱家庭的心理健康議題與現況

一、脆弱家庭與心理需求之辨識

社安網計畫的服務介入焦點，強調由「以個人為中心」轉變成「以家庭為中心」，建構「以家庭為中心、以社區為基礎」（community-based）的服務模式，構築一個跨體系的協力網絡，結合與協調不同領域、專業與部門資源，以提供更綜合、同步與個別化的服務。而社福中心在此規劃中，被賦予辨識社區多元需求，並依不同的需求（如教育、就業、安全、心理健康、保護或社會服務等）媒合跨網絡資源，協助家庭獲得需求滿足之角色（圖1）。

同時，社福中心為達到「全方位辨識家庭需求」的服務理念上，也透過在「脆弱家庭」的服務設計上，視家庭為一個整體，不以個別問題、各別家庭成員的單一觀點介入，掌握完整家庭圖像，透過「家庭整體功能」、「家庭所有成員」及「家庭內外部系統之互動與社會環境影響」等多面向進行評估，透過服務工具引導第一線社工在服務時，逐項檢視家庭整體及不同家庭成員多元需求面向，辨識家庭需求並媒合導入跨領域、跨網絡的資源，讓家庭獲得所需的幫助。並針對需求多重且複雜之家庭開案介入服務，以家庭評估為基礎、整體家庭服務為核心，運用綜融式社

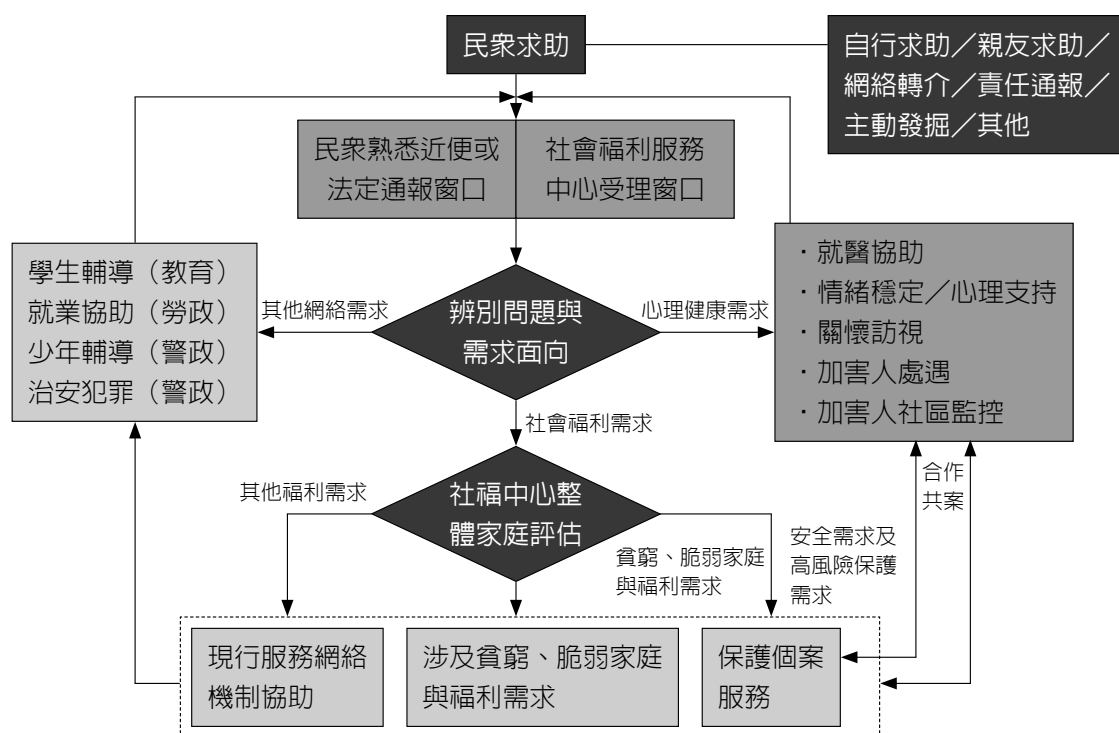


圖 1 社安網計畫網絡合作示意圖

資料來源：衛生福利部（2018）。

會工作（generalist social work），進行個案（資源）管理及跨網絡合作，建構家庭使用資源能力與服務網絡。

家庭的脆弱性面向包括：家庭經濟陷困、家庭支持系統變化、家庭關係衝突或疏離、兒少發展不利處境、家庭成員有不利處境、個人生活適應困難等六大項。即脆弱家庭包含多元的家庭型態、多重的問題或是需求，並在以「家庭為核心」的處遇服務模式下，必須透過跨專業、跨網絡的合作，才能夠提供綜合、同步與個別服務，滿足家庭的多重需求。在考量國內既

有的不同部會的服務系統功能下，為能協助社會工作者能夠適時的辨識此六大面向家庭脆弱內涵，以及社福中心可以聚焦服務（彭淑華、趙善如，2020）。據此，衛生福利部2018年函頒「社會福利服務中心辦理脆弱家庭服務指標、工作流程及表單」，復於2020年配合實務運作進行修正，供作第一線社工進行家庭脆弱性評估之參據。其中「脆弱家庭需求面向與脆弱性因子辨識指標（表1）」，主要是引導社工得以快速辨識家庭的各種需求，完整描繪家庭可能面臨各

面向「脆弱因子」樣態，促使社工以家庭為中心進行評估，引導其即便面對單一求助議題時，仍應依各需求面向之因子逐項的完整評估家庭及不同成員可能遭遇之脆

弱性、影響與需求資源或資源使用障礙，以辨識家庭可能遭遇之脆弱性、功能與需求，輔助決定介入服務策略或精準連結資源連結網絡。

表 1 脆弱家庭需求面向與脆弱因子（含參考樣態）

項次	需求面向	脆弱性因子	參考樣態
一	家庭經濟陷困需要接受協助	(一) 工作不穩定或失業	1. 家中主要生計者連續失業6個月以上。 2. 家中主要生計者突發性遭受資遣或非自願性失業。 3. 家中主要生計者為低薪非典型就業型態。
		(二) 急難變故	因天災、意外或非個人因素致家庭經濟陷困，且影響家庭成員日常生活。
		(三) 家庭成員因傷、病有醫療或生活費用需求	因疾病、傷害事故就醫所生全民健康保險之部分負擔醫療費用或健康保險給付未涵蓋之醫療費用以最近三個月之醫療費用累計達新臺幣3萬元以上，且影響家庭成員日常生活。
		(四) 家庭因債務、財務凍結或具急迫性需求	財產或存款帳戶因遭強制執行、凍結或其他原因未能及時運用，致生活陷於困境。
二	家庭支持系統變化需要接受協助	(一) 天然災害或意外事故等突發性事件致家庭支持功能受損	1. 天然災害 風災、水災、震災（含土壤液化）、旱災、寒害、土石流災害、火山災害等。 2. 其他意外災害 火災、爆炸、公用氣體與油料管線、輸電線路災害、礦災、空難、海難、陸上交通事故、森林火災、毒性化學物質災害、生物病原災害、動植物疫災、輻射災害、工業管線災害、懸浮微粒物質災害等災害。 3. 因上述災害致家庭成員生命、財產嚴重受損，影響家庭基本生活功能。
		(二) 家庭成員突發性變故致家庭支持功能受損	1. 家庭成員死亡或失蹤。 2. 家庭成員入獄服刑。 3. 家庭成員突患重大傷病。

項次	需求面向	脆弱性因子	參考樣態
三	家庭關係衝突或疏離需要接受協助	(一) 親密關係衝突(未達家庭暴力程度)或疏離致家庭成員身心健康堪慮	1. 主要照顧者與夫妻、同居人、伴侶間經常發生口語衝突、冷戰或其他事件，致影響家庭成員日常生活。 2. 主要照顧者離婚、失婚後與他人同居，且頻繁更換同居人，致影響家庭成員日常生活。
		(二) 家庭成員關係衝突(未達家庭暴力程度)或疏離致家庭成員身心健康堪慮	1. 家庭成員(如親子、手足、代間關係)中時常爭吵、有帶年幼子女與人同居、或有離家出走之念頭，致影響家庭成員日常生活。 2. 非親屬關係同住人口眾多，家庭關係衝突或疏離，致影響家庭成員日常生活。
四	兒少發展不利處境需要接受協助	(一) 具有特殊照顧需求之兒少，致主要照顧者難以負荷或照顧困難有疏忽之虞	1. 發展遲緩兒童。 2. 身心障礙兒少。 3. 罹患重大疾病兒少。
		(二) 主要照顧者資源或教養知能不足，且無合適替代性照顧者或輔佐人	1. 主要照顧者失蹤或失聯，且無合適替代性照顧者或輔佐人。 2. 主要照顧者因資源匱乏或資源不足，無力提供兒少基本生活所需或無法協助兒少發展所需資源。 3. 未成年父母且親職功能不足。 4. 學齡前子女數3個以上之家庭且家庭功能不足。 5. 居住不穩定，一年搬遷3次以上。
		(三) 兒少不適應行為，係因家庭功能薄弱致有照顧問題	因兒少個人或家庭功能薄弱，致有擅自離家、遊蕩或自我傷害等不適應行為。
五	家庭成員有不利處境需要接受協助	(一) 家庭成員生活自理能力薄弱或其他不利因素，致有特殊照顧或服務需求	有關失能、失智或身心障礙，應優先由長照管理系統及身心障礙服務系統服務。 其餘包含有生活自理能力薄弱或其他不利因素，致有特殊照顧或服務需求。

項次	需求面向	脆弱性因子	參考樣態
六		(二) 疑似或罹患精神疾病致有特殊照顧或服務需求	1. 疑似或罹患精神疾病致家庭成員無力照顧，或影響家庭成員日常生活。 2. 有醫療照顧需求，應同步連結或轉介各地衛生單位。
		(三) 酒癮、藥癮等成癮性行為致有特殊照顧或服務需求	1. 使用具成癮性、濫用性等麻醉藥品或酒精致家庭成員無力照顧、未獲適當照顧，或影響家庭成員之日常生活。 2. 有醫療照顧或戒癮服務需求，應同步連結或轉介各地衛生單位。
	因個人生活適應困難需要接受協助	(一) 自殺／自傷行為致有服務需求	1. 自殺或自傷行為致家庭成員無力照顧、未獲適當照顧，或影響家庭成員之日常生活。 2. 有自傷行為，且依自殺通報之簡式健康量表（俗稱心情溫度計）分數10分以上（中重度情緒困擾）或自殺想法2分以上（中等程度）者。 3. 於知悉有自殺行為情事時，進行自殺防治通報作業。
		(二) 因社會孤立或排除的個人致有服務需求	1. 社會孤立：與他人缺乏相同的網絡或得到社會支持。 2. 非正式資源連結薄弱：係指被社會排除的家庭或個人，缺乏和社會的接觸或溝通包含身體、社會或心理因素的排除。 3. 缺乏親屬、朋友、社群、職場、鄰居、宗教團體、學校、醫師、社區機構、醫療機構和其他醫療照顧及社會服務資源。 4. 非屬《社會救助法》第17條所定對象。

資料來源：衛生福利部社會及家庭署（2020）。

從上表的脆弱性因子和參考樣態可以發現，其中含括許多非社會福利系統或社福中心本身可以滿足的需求，而以本文探討的心理健康議題和需求而言，除各面向均有可能出現家庭或家庭成員有心理健康議題而對家庭脆弱性造成影響外（例如：因精神疾病症狀或藥癮影響導致的經濟陷

困……等需求）。直接與心理議題關聯的脆弱性因子，也包含家庭成員是否有心理健康議題的脆弱性，如「家庭成員有不利處境需要接受協助」及「個人生活適應困難需要接受協助」等兩大需求面向中，即針對疑似或罹患精神疾病、酒癮、藥癮等成癮性行為、自殺／自傷行為或社會孤立

或排除的心理需求等脆弱因子，需要進行評估與辨識。

而脆弱家庭服務的辨識指標，必須評估家庭成員的心理健康需求，主要考量即是「以家庭為中心服務」理念。因為，家庭成員的需求滿足與否，都會與家庭系統產生互動，並深深影響家庭整體功能或個別成員福祉。因此，當社福中心社工辨識出家庭有精神疾病、藥癮或自殺防治的需求時，則須進一步評估其資源使用情形、對家庭影響性（尤其是負面影響）等。更重要的是，一旦發現該需求沒有資源提供協助，即應協助導入或媒合網絡資源滿足之。換言之，辨識指標的目的，在於確認需求並將資源帶入家庭，並非取代其他網絡或心理衛生系統的服務功能。因此，若評估有精神醫療照顧或戒癮服務需求，應同步連結或轉介各地衛生單位，或知悉有自殺行為情事時，進行自殺防治通報作業。透過跨網絡資源進入家庭，能以跨專業團隊共同協力，滿足家庭多元面向的需求，協助家庭降低脆弱性。

二、脆弱家庭心理健康需求與服務現況

社福中心作為社區一線服務窗口，在初級預防方面，針對一般家庭結合地區心衛服務單位進行心理健康促進宣導；在次級預防方面，於服務脆弱家庭成員倘有心理健康需求，如有精神疾病、藥癮或自殺防治服務等，會以電話、轉介單、公文

等方式轉介或連結地區心衛服務單位、民間團體或是社政單位權管之身心障礙福利服務單位，必要時共案共訪，以商討個案的需求及服務，例如：急診就醫、諮商輔導、戒癮服務、社區關懷訪視、社區支持服務方案等，並定期召開個案研討會，期透過跨專業團隊工作的合作與介入，並以家庭為中心的精神來提供具心理健康議題的脆弱家庭。

依據衛生福利部統計，2020年全國社福中心透過諮詢服務、關懷服務（註1）或脆弱家庭評估與個案管理服務等個案工作，共服務10萬2,337個家庭。其中1萬4,973戶家庭經評估後納入個案管理服務；再以此比對「精神照護資訊管理系統」、「毒品危害防制中心案件管理系統」及「自殺防治資訊管理系統」資訊，共有5,995個家庭同時接受脆弱家庭及上述三項服務系統列管，亦即脆弱家庭合併有精神疾病、藥癮或自殺服務列管者，約占40%。相較一般國人平均每11人就有1人（約9%）看過身心科或精神科之心理需求（註2），高達4倍以上。顯見心理衛生系統資源的充足和協助，對於提升脆弱家庭整體功能扮演舉足輕重的角色。

進一步分析有心衛系統列管之脆弱家庭與整體脆弱家庭比較（表2）發現，同時有心衛系統列管的脆弱家庭，在「自殺／自傷行為致有服務需求」、「疑似或罹患精神疾病致有特殊照顧或服務需求」

表 2 109 年心衛系統列管之脆弱家庭的脆弱性因子占比

需求面向	脆弱性因子 (複選)	合併心衛 系統列管之 脆弱家庭數 (A)	脆弱 家庭數 (B)	比率 $A/B \times 100$
家庭經濟陷 困需要接受 協助	工作不穩定或失業	336	875	38.4%
	急難變故	442	1,433	30.8%
	家庭成員因傷、病有醫療或生活費用需求	565	1,899	29.8%
	家庭因債務、財務凍結或具急迫性需求	177	512	34.6%
家庭支持系 統變化需要 接受協助	天然災害或意外事故等突發性事件致家庭 支持功能受損	48	214	22.4%
	家庭成員突發性變故致家庭支持功能受損	235	685	34.3%
家庭關係衝 突或疏離需 要接受協助	親密關係衝突(未達家庭暴力程度)或疏 離致家庭成員身心健康堪慮	180	449	40.1%
	家庭成員關係衝突(未達家庭暴力程度) 或疏離致家庭成員身心健康堪慮(家庭成 員組成複雜)	363	963	37.7%
		63	131	48.1%
兒少發展不 利處境需要 接受協助	具有特殊照顧需求之兒少，致主要照顧者 難以負荷或照顧困難有疏忽之虞	233	723	32.2%
	主要照顧者資源或教養知能不足，且無合 適替代性照顧者或輔佐人	790	2,377	33.2%
	兒少不適應行為，係因家庭功能薄弱致有 照顧問題	315	947	33.3%
家庭成員有 不利處境需 要接受協助	家庭成員生活自理能力薄弱或其他不利因 素，致有特殊照顧或服務需求	824	2,818	29.2%
	疑似或罹患精神疾病致有特殊照顧或服務 需求	379	512	74.0%
	酒癮、藥癮等成癮性行為致有特殊照顧或 服務需求	194	281	69.0%
因個人生活 適應困難需 要接受協助	自殺／自傷行為致有服務需求	278	352	79.0%
	因社會孤立或排除的個人致有服務需求	264	823	32.1%
合計		6,664	19,227	34.7%

資料來源：作者整理。

及「酒癮／藥癮等成癮性行為致有特殊照顧或服務需求」等三項脆弱性因子，占整體脆弱家庭比率最高的前三位（79%、74%、69%），其次為「家庭成員組成複雜（註3）」（48%）及「親密關係不協調或衝突（未達家庭暴力程度）」（40%）二項因子。顯示脆弱家庭評估有精神疾病、藥酒癮與自殺等脆弱性因子，與實際已在心理衛生系統列管者，具有高度的一致性。同時，其在「家庭衝突或疏離需要接受協助」需求面向高於平均數，亦凸顯脆弱家庭合併有心理需求時，有較高脆弱性發生家庭關係衝突。

另一方面，統計提供脆弱家庭服務項目發現（表3），在心衛系統有列管的脆弱家庭服務人次，占整體脆弱家庭服務人次比率達3成（34.2%），進一步分析各服務項目占比，以「自殺防治及精神醫療資源連結」占78.4%最高，其次「戒

癮服務連結」占60.3%、「安全維護（警政）」49.3%，其他如身障服務、高風險孕產婦服務連結、諮商或心理治療、特殊照顧（托育、早療）協助、家務指導等服務占37%-39%不等。整體而言，社福中心社工在服務脆弱家庭如有精神疾病、藥癮或自殺服務需求時，首要連結心理健康資源，同時結合身心障礙福利等合作，透過跨專業團隊工作的介入，秉持以家庭為中心的精神來提供完整服務內涵，以適時回應兼具心理健康議題的脆弱家庭。

參、社福中心與社區心理衛生網絡合作之策進

一、社福中心與社區心理衛生網絡合作現況探討

從前文的分析可以發現，家庭成員具有精神疾病、藥癮或自殺等心理健康議

表3 109年心衛系統列管之脆弱家庭的服務項目占比

脆弱家庭服務項目	合併心衛系統列管 脆弱家庭服務人次 (A)	脆弱家庭數 服務人次 (B)	比率 $A/B \times 100$
權益倡導／法令宣導	2,671	6,649	40.2%
福利／法律諮詢	10,759	33,721	31.9%
福利資格／補助申請	9,606	31,111	30.9%
經濟扶助	5,267	16,376	32.2%
實物／物資提供	13,816	40,235	34.3%

脆弱家庭服務項目	合併心衛系統列管 脆弱家庭服務人次 (A)	脆弱家庭數 服務人次 (B)	比率 $A/B \times 100$
協助就醫	3,337	8,499	39.3%
居住協助	1,423	4,396	32.4%
家務指導	707	1,921	36.8%
育兒指導服務	1,869	5,568	33.6%
特殊照顧（托育、早療）協助	1,062	2,903	36.6%
重要關係人協尋／聯繫	6,014	17,463	34.4%
婚姻／親子（屬）關係協助	3,036	8,490	35.8%
親職教育／個別親職輔導	3,082	9,120	33.8%
安置服務	5,724	16,822	34.0%
喘息服務	327	1,059	30.9%
諮商或心理治療	1,659	4,481	37.0%
法律（扶助）服務	1,260	3,818	33.0%
就（失）業協助	1,741	4,771	36.5%
中輟及就學輔導	863	2,536	34.0%
長期照顧服務	879	3,077	28.6%
身障服務	886	2,249	39.4%
兒少教育發展帳戶	130	601	21.6%
自殺防治及精神醫療資源連結	1,148	1,464	78.4%
戒癮服務連結	158	262	60.3%
安全維護（警政）	231	469	49.3%
少年及虞犯輔導資源連結	170	460	37.0%
高風險孕產婦服務連結	33	88	37.5%
家庭支持服務方案	4,713	13,644	34.5%
脫貧方案	309	898	34.4%
其他資源	2,989	7,920	37.7%
未成年懷孕服務方案	237	964	24.6%
總服務人次	86,106	252,035	34.2%

資料來源：作者整理。

題之家庭，占全體脆弱家庭4成。然而，社安網第一期計畫補充的「心理衛生社工」資源，主要服務的對象並非「脆弱家庭」，而是與保護系統進行共案以服務風險更高的「危機家庭」（陳玟如，2020）。而地方政府設置心理衛生社工，以協助家庭暴力加害人合併精神疾病與自殺防治服務。剛開始推動時，服務對象來源是由精神照護系統（簡稱精照系統）列管的病人與家庭暴力防治保護系統勾稽。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，都依循精神照護資訊管理系統的固定形式，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（游美貴，2020）。從目前的機制設計上，社福中心主要合作的單位，並非與保護系統共案的心理衛生社工，而是要回歸既有的精神病人、藥癮和自殺防治的社區心衛服務網絡以及關懷訪視員等服務系統。

因此，本文主要探討的合作議題，將聚焦在社福中心和社區心理衛生網絡的合作上，並彙整專家學者與地方政府實務工作者透過相關聯繫會議、座談會或實地輔導等不同管道所反映社福和社區心衛系統合作之實務現況，並試圖提出合作之策進建議。以下茲就實務現場所反映社福單位與社區心理衛生資源的合作現況，概述如下：

（一）現行社區心理衛生網絡資源不足，難以回應家庭需求

當社福中心服務脆弱家庭時，如辨識發現家庭成員有精神病人（或疑似精神疾病）、施用毒品、自殺或心理困擾等心理需求時，現行是透過轉介（通報）或連結現有的公衛護士、（精神或自殺）關懷訪視等系統或醫療單位，尋求協助提供資源或共同服務家庭；加以衛生所公衛護士長年業務繁重，實難成為社區心理衛生的服務窗口。另不論是「精神照護關懷訪視員」或「自殺關懷訪視員」，平均每人訪視案量約350-400人或200-250人（註4），長期都存有人力不足的情形，導致因資源不足難以轉介，或因其人力有限，亦難配合社政單位共案共訪（或家訪），甚或共同討論合作擬定服務計畫。

此外，現有心理衛生服務網絡的工作重點以列管個案追蹤為主，但社區民眾關心的疑似精神疾病對象，因缺乏病識感或沒有就醫意願，無法透過醫師診斷並導入醫療與心理衛生資源協助，除造成病況嚴峻外，也影響家庭甚鉅。類此個案正是社福中心服務家庭時，最迫切需要積極引入的社區心理衛生網絡資源一起協助，在社區中及早進行心理健康預防、診斷和危機處置，以及提供社區的康復與治療等支持服務，讓社區中家庭的心理需求都可以被發現與滿足。

綜上可知，社區心理衛生資源的不足，不僅是長久以來既存的現象，更造成服務輸送無法順暢，且是社福中心與社區心理衛生網絡最主要的合作困境，而這正是難以回應社安網計畫期待發展跨專業團隊合作，提供以家庭為中心服務，共同協力支持家庭的目標。

（二）跨域服務合作經驗不足，服務共識與合作模式待建立

社安網第一期計畫雖責成各轄區每季定期召開區域網絡聯繫會議進行業務聯繫或共識活動，或不定期召開跨網絡個案研討會；惟社區心理衛生資源的不足與合作機會的缺乏，社福中心與心理衛生網絡的合作，也有待磨合發展。以在社福中心與毒品危害防制中心（下稱毒防中心）合作議題為例，在藥癮（毒防）服務議題區分毒防中心及「藥癮者家庭支持服務方案」服務，各地方政府的社政與衛政單位分工也不一致，以致部分社政單位難以明確了解該二者之分工、服務項目與範圍等；另亦有社福中心反映毒防中心以受理司法系統之轉介派案為主，未受理藥癮（戒癮）需求案件之轉介，或毒防中心個管師以電訪及個人戒癮追蹤為主，較少發揮個管角色協助個案其家庭之功能，未能建立網絡合作及共案共管之服務機制。

實務上，藥癮議題涉及家庭功能與支持，加以藥癮對家庭成員影響等因素互

相交織，更需要透過團隊提供以家庭為中心的合作服務借助家庭整體力量促進藥癮個案的改變。然而，毒防中心個管師偏重個人戒癮追蹤，與列管個案及其家庭不易建立關係，但社政部門關注的重點則是藥癮者對家庭的影響，是以，毒防中心與藥癮者家庭支持服務也應彼此合作以服務整體家庭，再視需求結合社福中心或心理衛生、醫療等網絡資源服務。

根據前述實務情形，足以說明社政及衛政兩個體系在服務輸送與合作方式及角色功能等面向，出現雙方認知的落差，亟需透過溝通達成共識，才能真正發揮網絡合作精神，並回應社區民眾關切心理健康議題受到正視的期待。

二、社福中心與社區心理衛生網絡合作之建議

（一）強化社區心理衛生資源布建與社區個案網絡合作

依據2020年統計新增列入脆弱家庭的個案管理服務的家庭計有1萬4,973戶，其中5,995個家庭係同時在「精神照護資訊管理系統」、「毒品危害防制中心案件管理系統」及「自殺防治資訊管理系統」列管服務，顯見脆弱家庭與心衛體系需要更多的網絡分工合作。

依社安網第二期計畫，針對社區心理衛生服務網絡的布建，採逐年布建全國71處的「社區心理衛生中心」，配搭人力擴

增近3,000名人力。除緩解原有服務對象的服務壓力、深化原有服務對象服務的同時，社區心理衛生中心應有類同社福中心作為社區家庭心理需求辨識與服務入口的角色。意即，服務對象不侷限於資訊系統列管中個案，更應開放式接受社區民眾求助和網絡單位轉介連結之個案，並由社區心理衛生中心專業人員與社福系統合作，視服務對象需求提供資源（訊）共享、服務方案合作、共同訪視或共案工作等多元方式，連結不同專業共同介入家庭，運用心理衛生專業對家庭動力與疾病之敏感度加以評估，以利促進網絡合作，俾共同回應社區家庭的需要與網絡單位合作之期待。

另，社安網第二期計畫針對跨網絡合作機制，除延續第一期計畫運作機制外，針對兒少保護、兒少偏差行為、貧窮、心理衛生、毒品防制議題，更強化相關網絡單位至少6個月1次輪流辦理聯繫會議。期待透過專題式討論及跨網絡個案研討會方式，以實際案例出發，研討各系統服務的介入時機與彼此分工，藉由不斷的相互溝通學習以建立網絡合作共識，從個案合作推進至建立通案合作原則，深化各網絡成員以家庭為中心、社區為基礎之服務思維，以共同支持家庭，也期待透過此機制，建構更務實的溝通平台，促進心理衛生和社福系統在社區心理健康議題個案的合作順暢。

（二）以多元策略發展跨域合作，建構一起工作的跨專業團隊服務

歷經2018年推動社安網計畫迄今，各網絡單位雖持續啟動跨體系統間的對話與溝通，然不同系統間的專業差異、本位主義及缺乏互信等因素，導致網絡合作機制難以建立，即使建立模式卻仍處於磨合階段，服務效益實有精進空間。因此，在促進社工服務的跨網絡合作模式，除社安網計畫所揭示的垂直／水平分層級協調之制外，應更積極運用不同策略，以多元方式和管道促進網絡單位間的認識和互信，打破組織間的本位與專業間的藩籬，才有可能進一步建立合作共識和一起工作（Working Together）的跨專業團隊，以共同目標合作服務家庭和其不同的成員需求。

爰為發展跨域合作的多元策略，參考鄭麗珍（2020）綜整Rothman與Sager（1998）、Ogbonnaya與Keeney（2018）提出幾項具體可行的機制設計，提出可以持續精進之面向如下：

1. 採取合署辦公模式

（co-location of staff members）

藉此促進不同專業人員得以近距離的認識與互動，相互理解彼此角色任務進而共同協調合作提供服務。目前有14處社福中心以合署辦公方式運作，未來將設有71處心理衛生中心倘若二者可以合署

辦公，透過共同空間一起合作，將有助各種工作的溝通與協調上能更具效率，真正成為社區民眾的單一服務窗口（one-stop center），提供一條龍的整合性服務。

2. 簽署合作意向書

（memorandum of understanding）

基於共同「以家庭為中心」的服務理念，參考簽署某種跨網絡合作機制的意向書，共同發展某種創新的服務取向。惟現行機關間之跨單位多運用會議協商達成合作共識，並未透過該方式處理。以社福中心轉介（連結）家庭教育的服務流程機制為例，衛生福利部與教育部歷經多次會議研商，獲取雙方服務系統之共識後訂定「有家庭教育需求者之評估基準及流程」，提供社福中心服務脆弱家庭時，倘有家庭教育需求者得以轉介、連結家庭教育中心提供服務。是以，未來社福中心在與社區心理衛生網絡合作上，可透過累積更多案例，相互溝通以利建立合作模式或流程機制，提供地方網絡間合作之依循參考。

3. 跨專業或跨機構訓練

（interdisciplinary or cross-training）

基於服務對象的類同性或服務提供的類似性，個別服務系統彼此間可以分享跨專業或跨機構的訓練。自推動社安網計畫之初，已設計共通性課程Level 1訓練，受訓對象包含各網絡新進社工外，未來亦將關懷訪視員及藥癮個管員等社區心理衛生

人員納入共同參訓；另社福中心與社區心理衛生人員（關懷訪視員等）也會針對各自專業服務人力辦理核心課程Level 2訓練，彼此亦可相互開放參訓，讓二者得以認識他方網絡資源，促進服務合作之理解。

4. 建立共用的個案管理資訊系統

（shared information system）

經由行政機關的介接安排，透過共同的、標準化的個案管理資訊系統促成跨網絡之間的資訊分享。現行社福中心運用的脆弱家庭個案管理平臺（資訊系統），已完成社政、戶政、警政、教育、衛政、獄政、出入境等跨部會系統介接比對，得以充分掌握兒童及少年、父母與主要照顧者等家庭圖像，協助社工人員評估脆弱家庭需求與服務介入。惟目前之資訊仍有侷限性，如要取得更為完整的家庭資訊有賴各系統專業人員間之溝通協調，才能進一步掌握案家全貌。尤其，面對服務對象越趨多元且問題多重複雜的情況下，跨資訊系統介接的確有實務上的必要性。因此，如何在兼顧服務對象隱私與個資保護的前提下，得以有限度取得案家的必要資訊，才能有助於網絡合作並共同落實以家庭為中心的服務。

5. 成立合作的工作團隊

（team approach）

為解決服務輸送的斷裂與不連續，政府促成服務系統間成立合作的工作團

隊，進行個案需求評估與服務計畫的擬定工作。以2019年進行社安網計畫實地訪視發現，地方政府首長的重視與支持程度，是地方跨網絡平臺發揮有效整合之關鍵要素。換言之，有關「落實垂直／水平分層級協調機制」的策略，包括透過分級的區域聯繫會議或個案研討會，強化以服務對象為中心的溝通協調機制外，也期待由縣（市）長或副縣（市）長、秘書長擔任召集人主持跨網絡聯繫會議，提升地方政府各局處的參與度；同時，更可以針對心理衛生、兒少保護等不同議題，要求每半年須辦理聯繫會議，促進特定議題在網絡合作之討論。

總而言之，跨域合作或團隊工作的成功，必須仰賴每個層級的相互認識、理解與建立關係後，才能凝聚合作共識並建立機制，亦即從不同網絡成員在平時以服務使用者中心的定期聯繫、資訊分享、參與決定、資源共享、協同服務，慢慢建立網絡關係與信任的基礎，最終才可發展成為一個成熟且一起工作的合作團隊。

肆、結語

家庭是社會的基本單位，當前家庭結構改變、規模逐漸變小且趨於多元，家庭支持網絡也更顯薄弱，使得家庭的脆弱

性及不穩定性相對提高，造成家庭承受風險的能力降低。政府為積極回應並自2018年起推動以家庭為中心、社區為基礎的社會安全防護體系，歷經三年推展已初見成效。然而，第一階段較少觸及與社區民眾息息相關之心理健康議題，適逢社安網計畫邁入第二階段開展之初，不論是經費挹注、甚或專業人力投入，尤以心理衛生資源的布建規劃，更彰顯政府滾動檢討制度及優化運作機制的決心。

本文僅就近年社福中心服務脆弱家庭所見的心理議題與網絡資源之落差提出觀察，期待未來透過社區心理衛生資源的逐步到位，以及更多服務案例的合作經驗，轉化成社福中心及社區心理衛生體系網絡（社區心衛中心）之制度化合作模式，使有需求的家庭能及早獲得服務，並真正落實建立社區為基礎的防護體系，提供家庭為中心的整合服務。

（本文作者：簡慧娟為衛生福利部社會及家庭署署長；吳建昇為衛生福利部社會及家庭署家庭支持組科長；洪麗晴為衛生福利部社會及家庭署家庭支持組視察）

關鍵詞：社會福利服務中心、社福中心、脆弱家庭、心理衛生、社區心理衛生中心、心衛中心、跨網絡合作

註 釋

註1：經社福中心社工提供諮詢或關懷服務（含短期服務、物資提供、媒合資源、會談或訪視等多元方式關懷服務），已完成服務且無需再派案脆弱家庭訪視評估。

註2：據衛生福利部統計，2020年平均每11人就有1人看過身心科或精神科，因各種身心疾病導致失眠而用藥的人口多達381萬人（蕭婷方，2021）。

註3：本項因子為避免造成標籤化疑慮，2021年起已修正併入「家庭成員關係衝突（未達家庭暴力程度）或疏離致家庭成員身心健康堪慮」參考樣態。

註4：衛生福利部（2018）。

參考文獻

林萬億（2010）。〈建構以家庭為中心、社區為基礎的社會福利服務體系〉，《社區發展季刊》，129，20-51。

陳玟如（2020）。〈心衛社工在社安網的角色與功能——過去、現在與未來展望〉，《社區發展季刊》，172，177-190。

游美貴（2020）。〈心理衛生社工發展跨機構協同合作與提供整合性服務〉，《社區發展季刊》，172，165-176。

鄭麗珍（2020）。〈以個案評估為基礎的資源管理和跨網絡合作〉，《社區發展季刊》，172，8-26。

簡慧娟、吳建昇、蔡惠怡（2019）。〈強化社會安全網如何發掘與服務社區中的脆弱家庭〉，《社區發展季刊》，165，30-41。

簡慧娟、簡杏蓉、吳建昇（2020）。〈脆弱家庭服務之推動現況與策進作為〉，《社區發展季刊》，172，225-233。

衛生福利部（2018）。《強化社會安全網計畫》。

衛生福利部（2020年12月28日），〈什麼是脆弱家庭？要如何辨識脆弱家庭？〉，社會安全網，<https://topics.mohw.gov.tw/SS/cp-4531-50117-204.html>

衛生福利部（2021）。《強化社會安全網第二期計畫》。

蕭婷方（2021年8月24日）。〈國民健康防治預算，不如一碗泡麵！「我好累，但真的睡不著」，國人年吞11.25億顆安眠藥的背後……〉，今周刊，<https://www.businessday.com.tw/article/category/183029/post/202108240026/>