

強化社會安全網第二期計畫 社區心理衛生中心之布建

黃怡君、姚依玲、陳少卿、鄭淑心、譚立中

壹、前言

世界衛生組織（WHO）對於健康的概念為：「健康應是生理、心理與社會的安適狀態，沒有心理健康就不能稱之為真正的健康（No health without mental health），它與整體健康是不可分割的」（WHO, 2005）。2013至2020年世界心理健康行動方案中，亦提及四項主要行動計畫，強調政府部門需提供以社區為基礎之全面性、整合性及回應性之心理健康方案及社會照護服務，並執行心理健康促進和疾病預防的策略，且需加強對心理健康政策或方案有效管理及強化心理健康服務的資訊服務系統與實證研究（WHO, 2013）。

2010年行政院衛生署頒布之「精神醫療及心理衛生政策綱領」，提到國內的精神醫療及心理衛生工作之發展，與醫療網計畫及《精神衛生法》之施行應緊

密連結。醫療網計畫以建立區域性的精神疾病防治網絡，充實精神醫療設施為重點，逐步拓展至精神疾病預防、復健及社區心理衛生保健。隨著社會變遷與國人對心理衛生的重視，其服務對象除精神疾病病人外，尚包括一般民眾與自殺風險、物質濫用、家庭暴力及性侵害防治等需心理衛生服務之高關懷族群。另，直轄市及縣（市）政府設置心理衛生專責單位，統籌規劃與推動地方心理衛生業務。每縣市建立一個單一、綜合性與整合的心理衛生服務平臺，連結各級預防與治療資源，成為民眾利用心理衛生服務的入口，逐步建立各服務系統之無接縫轉銜機制，讓社區精神疾病病人，從急性住院到社區復健整個病程皆有適當的健康照護服務。強調社區心理衛生中心在整體社區心理衛生體系三級預防的重要角色。

貳、我國社區心理衛生中心法制化過程及演進

1990年制定公布之《精神衛生法》，第1條明訂為預防及治療精神疾病，保障病人權益，促進病人福利，以增進國民心理健康，維護社會和諧安寧，特制定本法。該法第10條規定，直轄市及縣（市）衛生主管機關得設社區性心理衛生中心，負責推展心理衛生保健有關工作，並協助教育主管機關推動各級學校心理衛生教育及輔導。2007年修正該法第7條，直轄市、縣（市）主管機關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。前項社區心理衛生中心，應由心理衛生相關專業人員提供服務。該條文除了明訂社區心理衛生中心的功能角色與辦理業務範疇，並將「得設」社區心理衛生中心，改為「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。除作為社區心理衛生中心設置之法源依據，更強化社區心理衛生中心在精神衛生體系中之重要性。

回顧我國社區心理衛生中心之發展脈絡，從早期的醫療模式發展為社區模式，從結合醫療機構資源，逐步拓展至連結社區資源，期望社區心理衛生中心就近作為

整合社區多元服務體系與連結責任區域內各網絡單位之醫療、社政、衛政、就業、教育、社會福利等資源窗口，並建立以個案管理為基礎之精神病人社區照護團隊。惟多年來，有關社區心理衛生中心之設立推動，未能有效發展。

2021年7月29日行政院核定實施「強化社會安全網第二期計畫」，強調以家庭為中心、以社區為基礎，並透過擴充地方政府社工人力、普設社會福利服務中心、發展預警系統等機制，整合相關網絡與結合民間力量，提供以家庭為中心的整合服務，建立以社區為基礎的支持體系。為有效落實社區心理衛生中心功能角色，實踐精進前端預防之策略目標，該計畫策略三策略作為之一，為布建多元社區服務資源，提升心理健康服務可近性，促進社區民眾心理健康，減少影響社區心理健康的風險因子。因此，自2021年起至2025年積極於各縣市布建社區心理衛生中心，強化以社區為基礎的前端預防及精神病人的社區化照護，健全及推展社區心理衛生中心之功能角色及服務量能。

參、社區心理衛生之執行檢討

一、心理健康預算投入不足且偏重治療，前端預防涵蓋率有限

對於精神醫療及心理衛生預算投入多寡，可反映國家對於心理健康議題的重

視。1996年至2009年我國精神醫療及心理衛生預算占國內生產毛額（GDP）比率較新加坡、日本、美國及澳洲等國家偏低（吳肖琪，2011）。研究指出，2008年全國25縣市心理衛生行政工作的經費分配，多數縣市的經費投入著重於推動精神衛生業務（陳嘉鳳，2008）。雖近年來開始推動心理健康促進及社區化照護等工作，然多數心理衛生經費及資源投入，仍集中於精神醫療照護的二段預防。惟參考國際近年來發展的趨勢，依據公共衛生概念，預防重於治療，強化民眾心理健康及精神病人社區化照護已是必要的發展方向。

二、社區心理衛生中心資源不足，服務欠缺可近性，法定功能不彰

我國社區心理衛生中心之設置雖有法源依據，但於各縣市政府礙於投入經費不足，未能落實推動。檢視目前各縣市之社區心理衛生中心，未考量各縣市人口數及服務需求而設置相應的專業人員、獨立空間及場所與服務規劃，其功能屬性亦偏向為行政部門，致社區心理衛生中心無法依法充分發揮其功能。

各縣市人口、幅員及心理衛生資源均有差異，但民眾之心理衛生服務資源普遍欠缺可近性，另因各縣市可運用人力及經費不足，導致社區心理衛生中心所提供之服務內容，以服務諮詢及資源轉介為主，缺乏心理健康推廣、心理諮商或治療、精

神病人個案管理、職能評估、工作訓練與就業轉銜等專業服務，仍須強化與社區中其他服務體系之連結。

三、社區疑似精神疾病個案缺乏早期發現與介入機制

在強化社會安全網計畫第一期執行期間，地方政府雖已建立疑似精神病人轉介機制，然網絡單位間仍常因對精神疾病之辨識、處置知能不足，以及欠缺轉介篩檢機制，網絡轉介準確率低，加以衛政受理轉介量能不足，以致對於疑似精神疾病個案之轉介問題而常有處理上爭議，造成網絡單位間誤解與合作困難，亦無法就疑似個案早期發現，早期介入及協助就醫。

四、社區服務範疇限縮，關懷訪視人力與服務量能均有待提升

各地方政府雖有公共衛生護士負責精神病人社區追蹤，惟考量其工作負擔繁重，為協助追蹤關懷14萬餘名精神疾病個案，衛生福利部補助各地方政府辦理社區精神病人追蹤關懷工作，但囿於預算有限，2011年之後，全國合計僅有99位社區關懷訪視員，每名關懷訪視員需負責350-400名個案，造成訪視人員業務繁重、人員流動率大，除難以滿足所有社區精神病人之服務需求外，並因訪視人員專業背景、經驗、資源整合能力及個案複雜度（例如合併自殺、家暴、兒虐、藥酒癮等

問題)等因素,導致關懷訪視員僅得就個案衛生及疾病治療方面進行評估,缺少對於家庭、經濟與社會福利服務需求的完整評估及資源連結能力,造成社區服務範疇及服務量能方面均有待提升。

五、精神疾病合併多重問題個案,難以醫療單一服務模式處理

兒少保護、家庭暴力事件或性侵害事件加害人若合併有精神疾病,經分析其本身雖可能因缺乏病識感,不願主動就醫,致受病情干擾而有暴力行為,惟往往同時有就業、福利及社區居住等資源需求問題,但因缺乏尋求相關資源之能力,受到歧視、社會排斥、貧窮或孤立,而造成社會問題。現行衛生體系雖已提供關懷訪視,但面對個案非醫療之問題,難以透過醫療單一模式解決。個案需藉由專業人員,整體性評估就醫、就業、就學及福利相關資源之需求,並協助連結資源,方得有效支持個案於社區中生活。

六、精神病人社區生活支持服務資源亟待增加

為提供精神病人社區照護服務,衛生福利部業布建精神科日間留院、日間型及住宿型精神復健機構、精神護理之家等社區型式精神照護資源,另還有長期照顧、身心障礙者照顧及身心障礙者家庭支持等服務資源,惟服務資源仍相對不足。又精

神病人自醫療機構回到社區,尚有家庭支持、自立生活、就業輔導等需求,需積極發展多元社區支持方案。但因社會汙名精神病人問題嚴重,以及現有第一線服務人員對於精神疾病之認識及瞭解不足,且服務模式或工作方法不夠多元等問題,精神病人社區支持資源發展緩慢,且民間團體承作意願低。故亟需提升民間團體提供精神病人社區支持服務之量能,以逐步補足服務缺口。

肆、精進策略

一、逐步推展社區化服務模式,明定社區心理衛生中心服務內涵

2018年起,衛生福利部透過推動心理健康網計畫,督請全國22縣市地方政府衛生局,廣設據點,提供社區心理諮詢/諮商服務。在將該項工作列為對地方政府衛生業務考核指標之要求下,各縣市政府積極推展,至2020年,全國已設有321個心理諮商服務據點,提供心理諮商服務,至2021年增加至388個。另外,2020年起透過整合型心理健康工作計畫,訂定「布建社區心理衛生中心」之目標值,輔導縣市政府,依所轄行政區(鄉、鎮、市、區)數目,開始布建社區心理衛生中心。

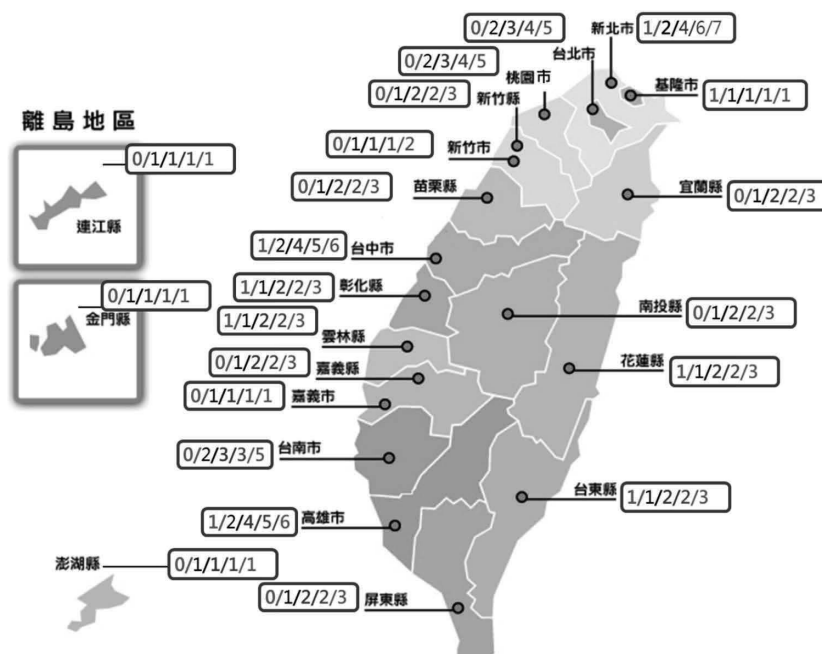
衛生福利部在行政院指導下,2021年7月29日透過強化社會安全網第二期計畫(110-114年),為深化「以家庭為中

心、以社區為基礎」的服務模式，以及參考國際經驗，各國社區心理衛生中心之服務對象均以精神病人為主，於該計畫策略三補助各地方政府逐年布建社區心理衛生中心及專業服務人力。社區心理衛生中心之近程服務項目及模式，規劃以公共衛生第二、三段預防為主，以精神病人照護為主軸，就近提供個案管理，增進精神病人從醫療到社區端之延續性精神照護資源與服務，整合社區資源，支持病人於社區生活，並透過布建多元社區服務資源，提升心理衛生服務可近性；中程再逐步向前段預防延伸，促進社區民眾心理健康，減少

影響社區心理健康的風險因子。透過明確訂定社區心理衛生服務項目及經費挹注，督促地方政府推展社區化服務模式。

二、逐年布建社區心理衛生中心，訂定布建目標值

強化社會安全網第二期計畫（110-114年），以每33萬人口設置1處中心之原則，訂定每年布建目標值，2021年底達8處、2022年底達28處、2023年底達47處、2024年底達53處，至2025年底全國開設達71處，以全面提升社區心理衛生服務資源之可近性（圖1）。



圖例說明：110年底設置數8處/111年底28處/112年底47處/113年底53處/114年底71處

圖 1 社區心理衛生中心布建規劃

資料來源：衛生福利部。

三、充實心理衛生中心設施設備，提供社區心理衛生人員友善工作空間

為解決直轄市及縣（市）政府財力不足困境，衛生福利部自2020年起，爭取公益彩券回饋金補助地方政府辦理「充實社區心理衛生中心辦公空間及設施設備計畫」，透過補助社區心理衛生中心修繕及設施設備費用，以提供社區心理衛生人員在地服務據點，並設置心理諮商室、團體活動室及專業人力辦公室等，在地提供民眾心理衛生服務及精神疾病個案追蹤照護，同時也提供心理衛生專業人力友善工作空間。另，為提升民眾及精神個案照護之可近性，社區心理衛生中心之設置地點，得與所在地社會福利中心或其他機關合署辦公，或應視責任區域需求，設置中心分站或提供駐點服務。各直轄市及縣（市）政府可透過盤點及利用閒置、低度利用房地公有空間或都市更新建築容積獎勵空間，優先提供作為布建社區心理衛生中心規劃使用。

四、設置專業人力，強化社區心理衛生及精神病人支持服務

為推展心理健康業務，補助各縣市之社區心理衛生中心，每中心1名執行秘書、1名督導、2名心理輔導員、4名心理師（諮商及臨床心理師各2名）、1名職能治療師及2名護理師，並依社區心理衛生

中心分年設置目標數，逐年進用人力，至2025年底合計補助各地方政府進用71名執行秘書、71名督導、142名心理輔導員、284名心理師（諮商及臨床心理師各142名）、71名職能治療師及142名護理師，計781名人力（其中每5名人力得列1名為資深人力）。社區心理衛生中心亦作為心衛社工及關懷訪視員進駐地點，至2025年逐年進用心理衛生社工420人、關懷訪視員1,288人。

五、建立多元專業合作與個案管理模式

社區心理衛生中心強調以「以家庭為中心、以社區為基礎」的服務模式，作為社區心理衛生服務觸角之延伸（圖2）。透過資源與服務整合機制，提供個案直接服務。每處中心提供之服務包括：針對不同人口群，推動多元心理健康促進團體活動、心理衛生教育宣導方案，並提供民眾心理諮詢及心理諮商服務。

社區心理衛生中心並提供精神病人與自殺通報個案之關懷訪視及個案管理服務、突發事件緊急處置與轉介醫療資源服務。社區心理衛生中心置有各類心理衛生專業人力，包括心理師、職能治療師、護理師、心理衛生社工、關懷訪視員等，提供跨專業之整合性心理健康服務。以精神疾病個案為例，透過關懷訪視服務與評估，若發現個案有心理困擾、就醫及用藥、婚姻、家庭、經濟問題、就業等需

求，可安排其至社區心理衛生中心，由心理師進行個別諮商、家庭諮商、團體諮商或心理治療；或因病情變化，可由中心的護理師或兼職精神專科醫師協助評估及轉介就醫；或有就業需求之個案，轉由職能治療師安排職能評估、工作訓練與就業轉銜；或依個案及其家庭之需求，轉介其他服務體系之資源及社區支持服務方案。

六、強化專業人力教育訓練，提升專業服務知能

衛生福利部規劃辦理心理衛生社工、關懷訪視員及心理衛生專業人員之Level1、Level2及在職教育訓練，建立督導制度，協助各類專業人力深化服務模式，提升服務品質。社區心理衛生中心需與責任區域內醫療機構建立醫療諮詢、就醫轉介及後送合作機制；又社區心理衛生中心之兼職精神專科醫師除提供醫療服務外，亦可協助中心人員進行個案討論會、業務督導及教育訓練。

此外，為提升心衛社工對精神疾病症狀之覺察、辨識能力及敏感度，增進其對精神照護資源及精神病人、家屬處境及需求之認識，自2018年起，開始辦理精神醫療網核心醫院見習計畫，至2022年再納入精神病人社區關懷訪視員，並增加見習時數至60小時，以強化訪視人員專業核心知能，同時透過見習計畫，增進精神醫療網區域內及各縣市轄區內之精神醫療機構、

精神復健機構、精神病友或家屬團體等與社區心理衛生中心之雙向合作與資源連結。

七、加強政策說明及辦理輔導訪查，強化社區心理衛生中心辦理成效

為強化各縣市衛生局對於社區心理衛生中心之布建規劃、任務職掌等瞭解，衛生福利部已草擬「社區心理衛生中心設置作業要點參考基準」及「社區心理衛生中心人力執掌說明」供各縣市衛生局參考運用。另外，透過辦理政策溝通平台會議、分區縣市輔導工作會議、地方政府行政輔導等溝通說明會，布達衛生福利部之規劃目標、對地方政府的執行期待及瞭解各地方政府執行現況，以凝聚社區心理衛生中心之推動共識。

為強化社區心理衛生中心之辦理成效，衛生福利部辦理「110年度社區心理衛生中心實地輔導作業」，透過安排臨床實務管理與衛生行政實務等專業領域之委員，針對已設立社區心理衛生中心之8個縣市，就服務可近性、中心服務項目、人員管理及訓練、空間配置、經費編列及執行、社區資源連結等六個構面之執行現況、困境與執行成效，實地進行輔導，並協助解決問題。另辦理「社區心理衛生中心實地輔導暨標竿學習營」，藉由社區心理衛生中心標竿學習機制，以凝聚22縣市之執行共識，提升中央對各縣市推動強化社會安全網策略三之工作推動品質。

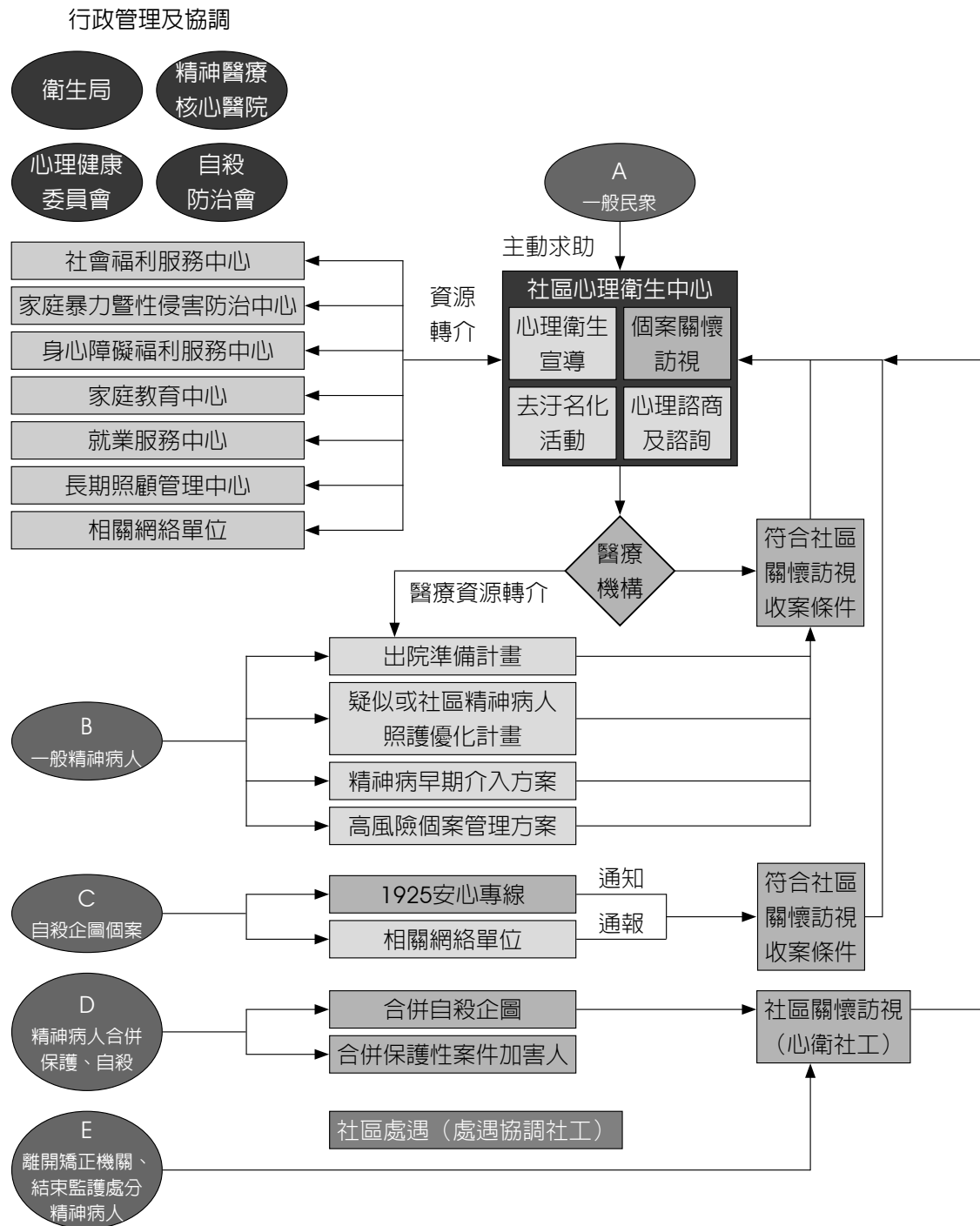


圖 2 社區心理衛生中心服務模式

資料來源：衛生福利部。

伍、結語

目前各縣市政府社區心理衛生中心之空間規模、地區特性及設置型態等，雖有地域性之差異，但無論社區心理衛生中心為獨立設置或與其他機關合署辦公，就如同圖2所示，社區心理衛生中心在精神照護體系中擔任重要樞紐位置，協助有心理衛生服務需求之民眾獲得服務，並依其需要，連結其他服務體系。

社區心理衛生中心之布建為強化社會安全網第二期計畫（110-114年）之重點工作之一，社區心理衛生中心除了提供社區內一般精神病人社區關懷訪視服務、連結醫療資源、社區支持服務資源，穩定個案於社區中生活外，亦結合醫療機構辦理之「疑似或社區精神病人照護優化計畫」，針對未規律就醫、非社區追蹤關懷之被護送就醫病人或衛生局所轉介之困難個案，以及網絡體系轉介之疑似精神病人，提供外展醫療及高風險個案照護服務，以強化前端預防，減少精神疾病個案因病情不穩導致之危機事件。又各縣市社

區心理衛生中心因應社區精神疾病個案家庭及個案之多元需求，如何積極開發轄內服務資源，強化網絡及多元服務之連結，亦是刻不容緩。

此外，充實社區心理衛生中心之專業人力、強化人員訓練及業務督導等均需多管齊下，同步推動；另亦需持續辦理社區心理衛生中心輔導機制及督考作業，以確保服務品質，提升服務效能，落實《精神衛生法》賦予社區心理衛生中心之使命及達成強化社會安全網第二期計畫之策略目標，造福臺灣民眾，提升國人心理健康之目標。

（本文作者：黃怡君為衛生福利部心理及口腔健康司高級研究員；姚依玲為衛生福利部心理及口腔健康司科長；陳少卿為衛生福利部心理及口腔健康司簡任技正；鄭淑心為衛生福利部心理及口腔健康司專門委員；譚立中為衛生福利部心理及口腔健康司司長）

關鍵詞：社會安全網、社區心理衛生中心

參考文獻

- 吳肖琪（2011）。《國家心理衛生報告》。行政院衛生署。
- 吳肖琪、葉馨婷、杜灼瑾（2014）。〈心理健康促進的社區實踐〉，《社區發展季刊》，145，321-329。
- 姚卿騰（2015）。〈台灣社區心理衛生政策回顧、發展現況與未來展望〉，《護理雜誌》，62

(4)，5-9。

張珣、謝佳容(2014)。〈心理健康主流化——促進與復元〉，《護理雜誌》，61(1)，18-25。

陳昭婧(2010)。〈與社會資源整合的理想社區心理衛生中心之網絡運作〉，《輔導季刊》，46(4)，61-67。

陳嘉鳳(2008)。《以民眾需求為基礎的全國25縣市政府心理衛生行政工作之規劃：從社會資源的運用、組織結構與專業人力資源及績效評核的角度切入》(計畫編號：DOH97-TD-M-113-97007)。行政院衛生署。

楊聰財、李明濱、吳英璋、魯中興、陳諤、吳文正(2004)。〈社區心理衛生中心的歷史沿革〉，《北市醫學雜誌》，1(4)，13-28。

衛生福利部(2021)。《強化社會安全網第二期計畫(110-114年)核定本》。

World Health Organization[WHO](2005). *Promotion of mental health: Concept, emerging evidence, practice*.

World Health Organization[WHO](2013). *Mental health action plan 2013-2020*.