

# 強化社會安全網與社區心理衛生的建構

林萬億、楊晴懿

## 前言

當強化社會安全網計畫第一期（107-109年）（以下簡稱社安網）如火如荼地推動中，臺灣又發生幾樁與精神疾病相關的暴力事件。2018年5月24日臺中市思覺失調症賴男殺死牙醫師、同年9月8日宜蘭思覺失調症古男殺死母親、10月17日桃園市梁男吸毒砍下母親頭顱丟大樓中庭、2019年3月1日臺北市思覺失調症林姓女碩士弑母、同年7月3日嘉義市思覺失調症鄭男殺警、8月15日屏東縣思覺失調症陳男持木棍打死鄰居、10月11日屏東縣重度憂鬱症陳男弑母、10月17日高雄市思覺失調症李男弑母、12月14日臺南市玉井真理堂曾男縱火釀7人死亡、2020年10月22日臺南市思覺失調症李男弑母、2021年9月5日新竹市思覺失調症朱男弑母、同年12月6日桃園市思覺失調症曾男弑母。再加上2021年9月26屏東縣思覺失調症楊男攻擊

超商女店員致傷眼，每案都引起社會對嚴重精神疾病造成社區公共安全的廣泛疑慮。

依據美國司法部統計，2006年在監服刑者超過半數有精神疾病，監獄精神療養化遂成為重要的課題（Gottfried & Christopher, 2017）。然而，研究也指出，精神病人與非病人在暴力犯罪發生率方面無差異。反之，兩群組之物質濫用者暴力事件顯著增加（Steadman et al., 1998）。瑞典研究指出嚴重精神病人觸犯暴力罪者占暴力犯罪的5%（Fazel & Grann, 2006）。加拿大安大略省的研究從1987到2012年犯罪統計顯示，因心智異常所導致的謀殺案占全部謀殺案的3.7%（Penney et al., 2018）。亦即，絕大多數暴力事件與精神疾病無關。Stuart（2003）的研究也發現：（1）精神障礙不必然，也不足以造成暴力，而是其他社會人口或社經特質造成暴力。（2）公眾

無疑地誇大精神障礙與暴力的關連，及自身可能受到嚴重精神病人攻擊的風險。其實，精神病人更容易成為暴力的受害者。

(3) 物質濫用是暴力的主要決定因素，不論是在有無精神疾病的脈絡下發生暴力行為。(4) 過去太多研究聚焦在精神疾病，而忽略社會交流導致的暴力。

無例外地，上述我國重大精神疾病暴力事件也引發社會高度關切，質疑社會安全網仍有破洞。於是，蔡總統於2020年就職演說中提及要把社會安全網的漏洞補起來。蔡總統點出家庭、社會、國家在這些事件上的分工合作，提出由社會安全網來補漏洞。

於是，行政院於規劃強化社會安全網計畫第二期(110-114年)時，除了延續第一期將精神疾病合併自傷與傷人事件者，納為服務對象外，更擴大建構社區心理衛生服務體系；同時，將司法精神醫療服務納入，建構完整的司法心理衛生服務體系，包括完善司法精神鑑定、整備司法精神醫院與精神病房、建置治療成效評鑑制度，以及建構出院(獄)銜接社區心理衛生服務的轉銜機制(林萬億，2020)。司法精神衛生體系的建立對精神病人的人權保障及社區居民的公共安全的重要性不待多言，而其基石則是社區心理衛生體系的建立，始能有效銜接精神衛生去機構化(deinstitutionalization)，又接手司法精神病人復歸社區生活，故本文聚焦在社區

心理衛生體系的建構。

## 壹、心理衛生的發展

依世界衛生組織(World Health Organization, WHO)定義心理衛生(Mental health)(或譯心理健康、精神衛生、精神健康)是一種福祉(well-being)的狀態，讓每個人能實現其自身能力、因應生活中常態的壓力、具生產力的工作，以及貢獻社區(WHO, 2018)。是以，心理衛生超出精神障礙(mental disorders)與身心障礙(disabilities)的範圍。精神障礙或精神疾病(mental illness)是指因壓力和(或)功能缺損導致影響和改變認知功能、情緒反應，及行為(Manderscheid et al., 2010)。由世界衛生組織所發展的國際疾病分類(International Classification of Diseases, ICD-11)是全球標準化的診斷、處置、研究，以及報告各種精神障礙的參考。而美國則另發展精神障礙診斷與統計手冊(The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5)以為依循。本節先回顧心理衛生的發展。

### 一、精神失常療養機構的改革

英國於1774年通過《瘋人院法》(Madhouse Act)，作為私立精神療養院(lunatic asylums)興建的規範。1796年，貴格教派(the Quaker)的圖克家族(Tuke

family) 創立約克靜養 (York Retreat)，從此，精神療養院也開始實施道德療法 (moral therapy)。1808年《地方政府療養院法》(County Asylums Act) 通過，成為地方政府興建療養院的依據，鼓勵但非強制。同時，在地方法院設置和平法官 (Justice of the Peace)，來協助建立照顧貧窮精神病人 (pauper lunatics) 的制度。從此，精神失常者 (insane) 就不再只是在家被隔離或被送進監獄與習藝所 (workhouses)。直到1845年，《精神病法》(Lunacy Act) 通過，地方政府設置精神疾病委員 (Commissioners of Lunacy)，強制興建精神療養院。1867年通過的《城市濟貧法》(Metropolitan Poor Act) 規定城市應設療養院委員會。1870年倫敦興建了兩家精神醫院：李維斯丹精神醫院 (Leavesden Mental Hospital) 與卡特漢療養院 (Caterham Asylums)，兩家建築設計相同，各收容1,560位病人 (Gwendoline, 1971)。至於，第一家安置犯罪的精神病人療養院，則是完工於1863年，位於伯克郡 (Berkshire) 克羅松 (Crowthorne) 鄉間山丘上的布羅德摩醫院 (Broadmoor Hospital) (林萬億, 2020)。

早期英國在美洲的殖民地精神失常者也是在家中被照顧。直到1736年，引進英國創設於17世紀末的習藝所，在紐約設立公共習藝所與矯正之家 (Public Workhouse and House of Corrections of the

City of New York)，除了收容窮人、不守規矩者、老人、孱弱者之外，也監禁精神失常者。美國獨立的那一年，報紙還刊載5、6名英國士兵押送一位發瘋的婦女進習藝所 (Stuhler, 2013)。而紐約習藝所的立法直到1787年才通過，懲罰失序的人。1771年，紐約醫院 (The New York Hospital) 獲得英國皇家特許，1773年動土，是第一家納入照顧與治療精神失常者的醫院。但未完工就燬於大火。重建工程又遇到獨立戰爭而延宕，直到1791年1月才開始營運。該院屬綜合醫院，也收治精神失常者，第一位精神病人於1797年5月就醫 (林萬億, 2021)。

約莫同時，1766年，維吉尼亞 (Virginia) 的英國皇家殖民政府長官法貴 (Francis Fauquier) 提醒：「每一個文明的國家應該為那些人民 (指那些不快樂的人們，被剝奪感覺和到處遊蕩，令人生畏者) 蓋一家醫院，讓他們被監禁，得到醫師的維護與關注，以恢復其喪失的理智。」於是，1773年，威廉斯堡 (Williamsburg) 興建了殖民地第一家公立精神醫院，稱東部國家醫院 (Eastern State Hospital) (Kennedy, 1906)。

直到1840年，美國各州仍只有8家精神療養院。心理衛生倡議者狄克思女士 (Dorothea L. Dix) 於1836年前往英國靜養，受到英國監獄改革者佛萊 (Elizabeth Fry) 和約克靜養的圖克 (Samuel Tuke)

的道德療法影響。回到美國後，於1841年起投入美國監獄、習藝所與濟貧院（almshouse）的改革，透過立法倡議，不但改善精神病人在監獄的生活條件，同時要求各州政府擴建療養院（林萬億、鄭如君，2014）。

1841年狄克思女士受邀到麻州東劍橋（East Cambridge）監獄教導婦女讀書識字，親眼看到監獄裡不論男女、小孩或是精神病人，全都被關在一起，精神病人半裸著被拴在牆上，沒有暖氣和足夠的營養，而獄監官員竟告訴她：「因為精神病人感受不到冷暖的差異，所以監獄沒有提供的必要。」（Trattner, 1999: 64）

1843年，狄克思女士上書著名的《麻州立法機關備忘錄》（*Memorial to the Massachusetts Legislature*），深刻地描繪精神病人的悲慘處境，並認為療養院、收容所及監獄的惡劣環境無助於精神病人的身心狀況；同時，控訴此情形乃是政府不當法規所造成（Dix, 2006; Trattner, 1999: 65），其上書獲得麻州議會正面回應。麻州法案改革的成功，並未就此讓狄克思女士停下改革的腳步。相反地，她仍持續調查各地收容機構的需求，並據此建議各機構應如何改善，才是對精神病人最有利的。於是，她四處奔走，3年內奔波超過6萬英里路，向美國各大都市政府提案，受到各界重視。從此，精神病院數量從1843年的13家增加至123家，其中狄克思女士

協助建立的就有32家。她堅持要建立一個舒適人道的治療環境，才能治癒瘋狂的疾病。

1854年狄克思女士上書皮爾斯總統（Franklin Pierce），建議提供500萬英畝的土地供作照顧精神病人使用。聯邦眾議院與參議院皆通過該提案，同意提供1,000萬英畝的土地作為照顧精神病人之用（Axinn & Levin, 1982: 50），沒料到被皮爾斯總統否決了。皮爾斯總統提到：「我深深地同情她的用心，若為了人道的目的，這個法案應該被簽署。」但是，「如果眾議院有權提供精神病人的服務，……，那麼，也應該有權提供非精神病人的服務，如此，全體國民都需要服務了。」他又說道：「我無法從憲法中找到一條授權給聯邦政府成為從事公共慈善的最大社會服務員。」（Trattner, 1999: 66）顯示，當年皮爾斯總統與美國人民還沒有準備接受福利國家的概念（Trattner, 1999: 67）。雖然如此，1855年美國國會仍同意撥款在華盛頓特區建立聖伊麗莎白醫院（St. Elizabeth's Hospital），成為現今由聯邦政府所建的最古老的精神醫院（林萬億、鄭如君，2014）。

皮爾斯總統否決聯邦政府應興建精神病院，來維護精神病人權益的慣例，經歷了四分之三個世紀，到了1933年才被羅斯福總統（Franklin D. Roosevelt）的《聯邦緊急救濟法案》（the Federal Emergency

Relief Act) 所推翻 (Woodroffe, 1962: 156)。

## 二、心理衛生運動

心理衛生改革者比爾思 (Clifford Beers) 畢業於耶魯大學的科學學科，24 歲時被發現精神失常，受憂鬱、偏執狂 (paranoia) 所苦，而被監禁在私立療養院中，後來轉到公立機構，親身體驗到精神療養機構嚴重的不當對待。1908 年出版《心智發現他自己》 (*Mind That Found Itself*)，記錄他在精神療養機構住院期間的痛苦與被虐待的經歷，成為當時的暢銷書。1908 年，他組織康乃狄克心理衛生協會 (Connecticut Society for Mental Hygiene)，隔年組成國家心理衛生委員會 (National Committee for Mental Hygiene)。之後，於 1913 年在紐哈文 (New Haven) 開業比爾思診所，成為美國第一家心理衛生診所。比爾思對心理衛生公民意識的覺醒與倡議心理衛生教育貢獻卓著 (Grob, 1994)。

1930 年英國通過《精神處置法》 (*Mental Treatment Act*)，以精神醫院取代精神療養院的用語；同時允許自願掛號精神醫院門診，地方政府編列預算支持出院病人。1946 年倫敦麻柏洛夫日間醫院 (Marlborough Day Hospital) 是第一家開設日間醫院與日間照護中心。直到 1959 年才通過《精神健康法》 (*Mental Health*

Act, MHA)，該法責成地方政府社會局主責嚴重精神疾病的照顧，社會工作者有權強制精神病人就醫 (Burns, 2020)。

1930 年，美國公共衛生服務司 (The US Public Health Service, PHS) 下設麻醉藥物科 (the Narcotics Division)，後改名心理衛生科 (Division of Mental Hygiene)，首度整合藥物成癮與心理疾病的預防、研究與處置。二次大戰期間，軍方發現專業心理健康人力短缺，促成 1946 年《國家心理健康法》 (*the National Mental Health Act*) 的通過，聯邦政府投入大量資金於精神醫學教育與研究，並於 1949 年設置國家心理健康研究院 (the National Institute of Mental Health, NIMH)。1947 年到 1951 年間，法官出身的明尼蘇達州州長楊達 (Luther Youngdahl) 開啟該州社區心理衛生服務，並將精神療養機構人性化 (Esbjornson, 1955)。1955 年，美國國會通過《心理健康研究法》 (*the Mental Health Study Act*)，要求客觀、完整、全國性分析與再評估心理健康對人類與經濟問題的影響，促成執行「心理健康行動」 (Action for Mental Health) 的歷史性研究。1956 年國會通過《健康法修正》 (*The Health Amendments Act*) 支持心理疾病的社區服務，例如：中途之家、日間照顧及出院照顧。1961 年「心理健康行動」報告送達國會，建議執行全國性方案以適足地回應美國人民的心理疾病需求。

### 三、去機構化運動

1961年，社會學家高夫曼（Erving Goffman）出版《療養院：精神病患及其他囚犯的社會情境條件》（*Asylums: Essays on the Condition of the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*），將精神療養院描述為完全機構（total institution），透過警衛與俘虜的角色履行，致力於維持可預測與常規的行為，此過程即是機構化（institutionalization）。高夫曼認為心理衛生醫療化（medicalization）與治療形式是承襲自19世紀工業革命以來的醫療模式（medical model）（Goffman, 1961）。反機構化或去機構化運動於焉展開。

去機構化運動得利於三個要素：

（1）要求人性對待精神病人的社會政治運動，除了被高夫曼研究的啟發之外，也被當時發生的幾起機構虐待事件所激怒；（2）得利於精神治療藥物的發展，例如：1949年鋰（Lithium）被發現可以有效治療雙極性障礙（bipolar disorder）、1952年穩舒眠（Chlorpromazine）（Thorazine and Largactil）首次被研發以治療精神病（psychosis）與妄想（delusion）；（3）社區心理衛生被認為成本較低（Eisenberg & Guttmacher, 2010）。

然而，去機構化並非沒有爭議，Scherl and Macht（2006）指出，精神醫學專家、政府官員、家庭、倡議團體、公

民、工會間的意見其實是兩極化的，爭點在於嚴重病人也被無例外地進行社區安置。因此，建議去機構化的焦點應該不是在哪裡照護，而是那些慢性精神病人的問題要如何被解決，包括：服務提供、醫療、財務等。

去機構化運動也被質疑被再機構化（reinstitutionalisation）或跨機構化（transinstitutionalization）所取代，例如，精神病人離開醫院或療養院之後，有計畫地或未預期地被其他機構所收容。前者指精神醫院萎縮，但一般醫院與私立精神護理之家如雨後春筍般增設，成為一種新的醫療產業；後者是監獄中的精神病人等量增加。Ford（2015）指出美國監獄中至少有40萬人有精神疾病，並引述美國心理疾病聯盟（the National Alliance on Mental Illness, NAMI）推估，美國25-40%的精神病人一生中會遭遇牢獄之災。

在前述風潮下，1963年美國通過《社區心理衛生法》（*the Community Mental Health Act or the Community Mental Health Centers Construction Act or Mental Retardation Facilities and Construction Act, Public Law 88-164, or the Mental Retardation and Community Mental Health Centers Construction Act of 1963*），以回應民權運動對精神醫療機構侵犯人權的質疑，去機構化浪潮遍及世界各國。只有當精神病人有對自己或他人產生立即危險時，始允許送入醫院治療。去

機構化對許多病人來說是有利的，包括：整體滿意度提高、較佳的生活品質、病人間也較友善、成本也降低。但是，前提是病人轉銜到社區環境與處置環境必須有足夠的基金、人力、設備，以及管理（Knapp et al., 2011）。

## 貳、社區心理衛生體系

依世界衛生組織（WHO）出版的《心理衛生圖鑑》（*Mental Health Atlas 2020*）統計，各國心理衛生支出仍偏低，占國內一般政府健康支出（Domestic General Government Health Expenditure, DGGHE）平均的2.13%，世界銀行所歸類的高所得國家占3.8%，低所得國家只占1.05%（WHO, 2021）。全球平均心理衛生工作人員為每10萬人約13人，各國差異極大，低所得國家僅有不到2人，高所得國家有60人；平均精神醫院床位數為每10萬人約11床，比2014年的平均6.5床提高4成，但低所得國家僅有不到2床，高所得國家有25床；平均住院率每10萬人72人，也比2014年倍數增加；門診數也隨著門診設施的增加而提高，從低所得國家每10萬人約100人次到高所得國家5,000人次。

全球兒童與青少年住院設施極端缺乏，平均每10萬人僅有0.5床，門診設施也僅有2家。以社區為基礎的心理衛生設施也極其匱乏，平均每10萬人只有0.64個

社區為基礎的心理衛生設施，且城鄉差異極大，低所得國家僅有0.11單位，高所得國家則有5.1個單位。精神病（psychosis）的平均服務使用率每10萬人約212.4人。

由於仍有許多心理疾病患者沒有得到應有的處置，出現處置落差（treatment gap）現象。於是，世界衛生組織於2010年起發布〈心理健康落差行動方案指引〉（“Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) Implementation Guide”），內容涵蓋9種作為心理與神經障礙的個案發現與處置對全球公共衛生的影響，以利各國改善（Thornicroft et al., 2016）。

社區心理衛生最簡單的說法是美國心理學會（The American Psychological Association）所定義的「由社區取代機構來促進心理健康的活動」。該定義是延續1963年美國《社區心理衛生法》的概念，心理衛生從機構化的處置轉變為個人所居住的社區。這也是美國健康與人群服務部物質濫用與心理健康局（U.S. Department of Health and Human Services' Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA）的定義。據此，全國各地普設社區心理衛生中心。

Thornicroft等人（2016）認為社區心理衛生應涵蓋以下三個重點，首先，包括以下屬性：（1）人口群體取向，（2）以社會經濟脈絡來看待病人，（3）個人與人口為基礎的預防，（4）系統觀點的服

務提供，（5）開放地接近服務，（6）團隊為基礎的服務，（7）長期、貫時、生命歷程的觀點，以及（8）以人口群體角度考量成本效益。上述屬性也包括社會正義的考量，重視傳統上被低度服務的人口群，例如：少數族群、遊民、兒童與少年，及移民，且必須在該人口群居住的地方與流行的方式提供服務，以利其接受與親近。

第二，社區心理衛生照護焦點並非僅是針對人們的缺損與障礙（疾病觀點），而也要關切其優勢、能力，及願望（*aspiration*）（復原觀點）。服務與支持在於增強個人能力以發展正向認同，俾利框架疾病經驗、自我管理疾病、追求有價值的個人社會角色。

第三，社區心理衛生照護包括廣泛地定義社區，如第二點推論，強調的不只是降低或管理環境逆境，還包括家庭優勢、社會網絡、社區與組織等環繞在經歷心理疾病者四周的環境。

第四，社區心理衛生照護混合了證據為基礎醫療與實務倫理。科學為基礎的服務優先被使用以最佳可得的資料提升介入效果。同時，人們經歷心理疾病，有權瞭解其疾病（專家所瞭解的），考慮可能的介入選項、各種關於效果及其副作用的可得資訊及偏好等，都應納入決策過程分享。

據此，社區心理衛生照護可以定義

為藉由以下四點原則與實務，促進在地人口群體的心理健康：（1）強調需求人口群體可近與可接受的，（2）建立目標與經歷心理疾病者的優勢，（3）促進寬廣的支持、服務與適足能量的資源網絡，（4）強調兼顧證據為基礎與復原取向的服務（*Thornicroft et al., 2016*）。

依據美國心理疾病聯盟推估2019年美國有515萬成年人苦於精神疾病，需求心理健康服務。面對大量的服務需求，社區心理衛生中心成為解決問題的關鍵角色。除了美國大量建設社區心理衛生中心之外，各工業先進國家也多積極布建，只是功能與覆蓋範圍略有不同。

美國全國有1,626個社區心理衛生中心，雇用328,049人，年預算超過220億美元。其中人口最多的加州就有170處，雇用23,399人，年預算20億美元，每一社區心理衛生中心服務約23萬人。人口較少的州，例如密西西比州，分15區設社區心理衛生中心，每一區服務2到14個不等的郡，每一社區心理衛生中心服務人口約20萬人。人口密集的都市，例如芝加哥，設6個社區心理衛生中心，每區的服務人口人數偏高，超過45萬人。紐約市人口8,398,748人，設62個社區心理衛生中心，每一社區心理衛生中心服務人口數相對少。

美國的社區心理衛生中心並非官方組織，而是非營利組織，因此，其名目各有不同，例如：社區支持服務、社區諮商服

表 1 選擇國家社區心理衛生中心布建情形

| 國家／地區       | 人口數         | 社區心理衛生中心數量 | 每一中心服務人口數 | 服務內容   | 備註            |
|-------------|-------------|------------|-----------|--|---------------|
| 美國<br>加州    | 39,512,223人 | 170        | 232,424人  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 提供成年與老年嚴重精神疾病的整合心理健康服務。</li> <li>2. 提供兒童及青年嚴重情緒困擾的整合心理健康服務。</li> <li>3. 物質濫用的門診與住宿機構戒治服務。</li> <li>4. 心理健康預防服務。</li> </ol>                                       | 雇用<br>23,399人 |
| 美國<br>密西西比州 | 2,963,914人  | 15         | 197,594人  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 提供社區為基礎的心理衛生門診服務。</li> <li>2. 物質濫用戒治。</li> <li>3. 部分中心提供智能與發展障礙服務。</li> </ol>  |               |
| 美國<br>芝加哥市  | 2,746,388人  | 6          | 457,731人  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 心理健康評估。</li> <li>2. 危機介入。</li> <li>3. 個別諮商。</li> <li>4. 團體治療。</li> <li>5. 開立處方。</li> </ol>   |               |
| 美國<br>紐約市   | 8,398,748人  | 62         | 135,463人  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 成年與老年心理健康外展服務。</li> <li>2. 兒童及青少年危機處理。</li> <li>3. 家庭為基礎的危機介入。</li> <li>4. 兒童及家庭支持服務。</li> <li>5. 友善診所服務。</li> <li>6. 兒童心理健康整合服務。</li> <li>7. 物質濫用服務。</li> </ol> |               |

| 國家／地區       | 人口數        | 社區心理衛生中心數量 | 每一中心服務人口數 | 服務內容  | 備註 |
|-------------|------------|------------|-----------|---|----|
| 英國<br>曼徹斯特市 | 552,858人   | 5          | 110,571人  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 服務對象年齡16-70歲，被診斷為功能性心理健康問題。</li> <li>2. 提供綜合的照護以支持服務使用者於社區中復原。</li> <li>3. 促進服務使用者盡可能於自家中獨立生活。</li> </ol>                               |    |
| 英國<br>柏克郡   | 911,403人   | 7          | 130,200人  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 支持嚴重與複雜的心理健康困擾。</li> <li>2. 轉介適當的其他服務。</li> </ol>   |    |
| 挪威          | 5,391,369人 | 66         | 65,000人   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 二級照顧服務。</li> <li>2. 心理衛生評估與處置。</li> <li>3. 心理健康門診。</li> <li>4. 機動團隊。</li> <li>5. 小型、在地病人短期住院病床。</li> <li>6. 轉介初級照顧、三級住院照護服務。</li> </ol> |    |

資料來源：作者整理。

務、健康與復健方案、兒童中心、青年之家、社區家庭輔導中心、家庭服務中心、行為健康中心等，不一而足。聯邦經費不足以完全支應社區心理衛生中心所需，州政府、地方政府也支應部分經費。其餘不足部分，則靠服務使用者付費補足，付費依所得高低採階梯式收費，所得較低者免費。但是，各州仍然有公立的心理康服

務，例如：危機專線、郡的心理康服診所、諮商中心等。

英國的社區心理衛生屬國民健康服務（National Health Service, NHS）的一環，依人口多寡設置，通常是每一自治市設有一處。在都市則各區設置，例如：柏克郡有6個自治市，設7處社區心理衛生中心。曼徹斯特市設5個，約略每10萬以上人口

設一處。

加拿大社區心理衛生中心仿美國制度。但較標準化，不像美國的多元。澳洲社區心理衛生中心的規劃與英國、美國較不一樣，全國7個州（地區）成立社區心理衛生委員會，結合各地方的心理衛生組織、實務工作者，組成各州的社區心理衛生網。以新南威爾斯州（New South Wales）為例，該州有247個社區心理衛生組織（CMOs），提供347項心理衛生方案。至於州的心理衛生委員會則擔負以下職責：（1）提供新南威爾斯人民有效的健康、心理暨社會、福祉方案。（2）發展資源與訓練，協助社區組織輸送質佳與有效的復原取向與創傷知情的實務（trauma-informed practice）。（3）倡議政策發展、立法改革與發展最佳實務。（4）與服務使用者、家屬、照顧者、社區組織協力，支持與培植創傷知情的復原取向服務。各社區心理衛生組織則提供以下服務：（1）住宿服務與外展，（2）就業與教育，（3）休閒娛樂，（5）家庭與照顧支持，（6）求助專線與諮商，（7）推廣、資訊與倡議。

依新南威爾斯心理衛生協調委員會調查，該州社區心理衛生部門組織服務內容分為3類：（1）僅提供心理衛生方案有35家（占14.2%），（2）提供心理衛生方案及其他方案102家（占41.3%），（3）提供心理健康支持，但無特定心理衛生

方案110家（占44.5%）。從提供服務的項目來看，最多的前三項是：（1）住宿服務51家，（2）支持與自助團體47家，（3）心理諮商46家。其次是：社區整合35家、教育與訓練33家、休閒娛樂27家、就業與職前訓練23家、照顧者服務21家、社區發展／心理衛生推廣12家、資訊、政策與倡議11家、多重功能9家、研究6家、緊急或危機照顧6家、評估與治療6家等；其餘多為提供支持性資源（the Mental Health Coordinating Council, 2010）。

挪威的社區為基礎的心理健康照護（Community-based mental health care）是由地方社區心理衛生中心結合家庭醫師、地方型初級心理健康服務、私人執業的精神科醫師、心理師等組成。社區心理衛生中心（CMHCs）從1980年代開始發展，在一定人口群、易接近的地理範圍內設置一處。服務有特殊心理健康照護需求的病人，同時扮演轉介醫院為基礎的精神醫療照護角色。社區心理衛生中心與醫院都是由19個公共基金支持的健康信託基金營運。社區為基礎的心理健康照護體系的普及主要是依據1999到2008年的國家心理健康計畫。過去20年來，社區心理衛生中心減少床位，增加機動團隊，包括：危機解決團隊（crisis resolution teams, CRTs）、早期介入團隊（early intervention teams, EITs）、積極社區治療團隊（assertive community treatment teams, ACTs）。團隊

為基礎的心理健康照護也是初級健康照護的一部分，其對象包括嚴重精神病人。強制治療主要由醫院執行，社區心理衛生中心則執行被要求進行強制社區處置（involuntary community treatment）的精神病人（Ruud & Friis, 2021）。

以上整理各國社區心理衛生工作團隊包括以下成員：社會工作師、精神科醫師、心理師、諮商師、同儕支持專家。此外，也經常與某些專家簽約定時於社區心理衛生中心提供服務。社區心理衛生中心也可轉介服務使用者到其他性質的服務，例如住宿型機構。各國社區心理衛生中心一般都會提供下列服務：（1）診斷評估，（2）篩檢病人進入心理健康設施接受治療，（3）緊急照護，（4）危機介入服務，（5）心理治療，（6）部分住院或日間處置，（7）心理社會復健，（8）按時服藥管理，（9）物質濫用處置。

除上述心理健康專業服務之外，社區心理衛生中心最常結合社區中的就業服務、住宅協助、財務管理，建構一個積極的社區治療團隊，幫助社區中的慢性與嚴重心理疾病患者，穩定生活。此外，社區心理衛生中心也視需要提供以下5種服務：

1. 機動危機組（mobile crisis units, MCU）或團隊：是一種迅速反應小組，由社會工作師、護理人員、精神科醫師、同儕支持專家等組成，針對暫時不需要住院的精神病

人提供到宅或到校等外展服務、評估、支持性諮商、危機介入、短期個案管理、資訊提供與轉介。通常會在接到轉介後2小時內抵達現場。

2. 職業與教育服務。
3. 諮詢服務：提供社會服務機構、學校、行政人員諮詢。
4. 訓練心理衛生工作人員。
5. 為了因應不同族群需求，社區心理衛生中心也提供多語言服務。

依照美國心理疾病聯盟（NAMI）定義心理衛生專業人員包括：（1）擔任評估、診斷、治療、處方的精神科醫師、精神科護理師、初級照護醫師、家庭護理師、精神科藥師。（2）擔任評估與治療的臨床心理師、諮商師、臨床社會工作師。（3）提供支持、訓練、輔導、個管、出院準備、安置、諮商等工作的相關專業人員，例如合格的同儕專家（Certified Peer Specialists, CPS）、社會工作人員、關懷輔導員（Pastoral counselors）等。合格的同儕專家是指經過專門訓練，取得證書成為一位自我認同於有嚴重行為障礙者的生活經驗的專家，以同儕的角色及位置與嚴重行為障礙者建立相互的信任關係和尊重、分享經驗、學習復原、在多元的設施中支持對方，扮演於復原過程的支持者，以利其達到在社區中獲致有意義的生活。關懷輔導員則是受過心理學或心理諮商

訓練的心靈導師、神職人員，結合諮商輔導與心靈或宗教信仰，來協助需要幫助的人。

## 參、強制社區處置

強制社區照護／處置（compulsory community care, CCC/compulsory community treatment, CCT）在工業先進國家的實施經驗上，出現正反兩種聲音。正面論者認為，強制社區處置提供在社區中適切的處置與照顧，能降低出院病人復發的風險所導致的再住院化（re-hospitalization）；此外，強制社區處置也是強制住院的另一種限制較少的選項；同時，也能降低確診嚴重精神病人對公共安全的威脅。負面論者則認為，強制社區處置可能會將大量的人民列為強制對象，或升高對人權的侵犯；其次，也可能導致病人放棄積極治療；病人在家中被強制介入，可能帶來其生活完整性與自主性的新問題（Churchill et al., 2007; Sjöström et al., 2011）。

世界各國採取強制社區處置已有多時。挪威在1961年即引進，當時只在強制住院之後，始能進行強制社區處置。1999年的國家心理健康計畫改變必須先有強制住院治療的前提要件。挪威人民並未反對強制社區處置，主要是因為有「最少限制形式」（a least restrictive form）的共識。服務使用者團體並不反對社區強制處置，

關切點是必須有法律授權和另以程序規範的治療。

1966年，瑞典通過《強制精神照護法》（*the Compulsory Mental Care Act*）立法區分強制就醫與自願就醫，同時規範出院後的某種處置條件，以針對司法精神病人的門診處置與督導。因於1970年代的去住院化（de-hospitalization）運動，1992年瑞典國會通過《強制精神照護法》（*the Compulsory Psychiatric Care Act*）規範民事承諾的社區處置；《司法精神照護法》（*the Forensic Psychiatric Care Act*）則是規範犯法的嚴重精神病人。依新法強制社區處置由行政法院4週內審查完畢，之後至少每6個月再審查一次。該法導入有服務提供的暫時離院（temporary leave），藉以引導更多病人出院進入社區照顧。1995年，俟精神疾病服務改革完成，即導入特別社區照顧提供（Community Care with Special Provisions），即預防式的強制社區處置，由醫療與社區照顧密切協調後執行，其對象主要是複合嚴重精神疾病與物質濫用、長期精神疾病患者且重複強制住院，又不配合醫療者。

美國紐約的強制社區處置立法是因於1999年威布戴爾女士（Kendra Webdale）在紐約地鐵北線23街站，病患思覺失調症卻未按時服藥的29歲青年高斯坦（Andrew Goldstein）推落鐵軌致死的事件，威布戴爾家族積極倡議，州議會通過《肯卓爾

法》(Kendra's Law)，授權法官命符合法定條件的精神病人接受非自願的門診承諾 (involuntary outpatient commitment, IOC)，或社區處置令 (community treatment orders, CTO)，為了取得人民支持，改為較正向的「有協助的門診處置」(assisted outpatient treatment, AOT)。支持者認為強制社區處置有利於避免「有傷人或自傷之虞」的精神病人造成公共危險，且減少住院化，同時成本也較低。但是，反對者認為該法傷害精神醫療體系，延宕病人接受精神醫療，執行上也造成族群與社經地位偏頗。由於意見分歧，直到2007年始立法通過。

英國1983年的《精神衛生法》(Mental Health Act)並無社區處置令的條款。1990年代初，幾樁與精神疾病有關的暴力事件，引發社會關注社區中的精神病人的控制議題，特別是針對精神疾病犯罪者。政府試圖在《精神衛生法》中加入社區處置令。但受到來自各利害關係人團體的強烈反對，直到2007年才修正通過納入社區處置令，精神病人可以有條件地離院，但必須在監護下出院。

依邱吉爾等人 (Churchill et al., 2007) 的跨國研究顯示，強制社區處置有兩種作法：(1) 最小限制形式 (the least restrictive form)，其強制條件與強制住院相同。基於精神病人病情已惡化，強制社區處置是另一種可運用於處置非自願病人的選項。

挪威屬這類。(2) 預防式 (preventative) 的特性是強制條件與強制住院不同，其目的是預防病情惡化可能帶來的危險性，故其對象是特定群體 (例如具危險性病人)。美國紐約、瑞典屬這類。英國的立法授權這兩類均可。

我國現行《精神衛生法》第45條規範的強制社區治療對象是嚴重病人不遵醫囑致其病情不穩或生活功能有退化之虞；其前提是第41條嚴重病人「有傷人或自傷之虞」，而有強制治療的規定。據此，我國的強制社區治療屬性應屬預防式的。

## 肆、會所模式 (clubhouse model)

精神病人出院回到社區，會所模式被認為在促進精神病人的心理社會復健 (Psychosocial Rehabilitation, PSR) 上是正向有效的。會所模式源於1943年紐約洛克蘭精神醫療中心 (Rockland Psychiatric Center) 為出院病人組成的自助團體，稱「我們並不孤單」(We Are Not Alone, WANA)。1947年底，該團體重組，隔年成立「活泉之家」(Fountain House) 於紐約市曼哈頓西47街。1955年，聘請來自底特律的社區心理衛生工作者比爾德 (John Beard) 為主任，開發許多新方案，成為今日會所模式的原型，強調以社區為基礎的互助互惠活動，其最主要特色

是職前就業準備方案，安排會員從部分工時工作做起，逐漸進入長期穩定工作（Mckay et al., 2018）。

1950年代，活泉之家雖然有全國猶太婦女協會（National Council of Jewish Women）的資金贊助，得以逐漸擴散到全美國。不可諱言地，美國心理衛生研究院於1977年贊助全國會所訓練方案（the National Clubhouse Training Program）是其得以發揚光大的關鍵（Mckay et al., 2018）。

不像傳統的日間處置（照顧）（day treatment/care）或部分住院（partial hospitalization, PHP）模式，稱呼其服務對象為「病人」、「案主」（client）或「個案」（case），會所很平權地稱呼他們為會員（members），是一群自願前來參加活動的嚴重精神病人。會所的活動是以恢復其會員的優勢與能力為主，藉由提供教育、職前訓練、健康、心理健康支持活動，致力於幫助會員參與和維持其成為社會的成員身分。會員與工作人員（staff）一起工作，運作有結構的日間方案，稱工作日（work-ordered day, WOD），與會所座落的社區日常運作無異。方案基於假設人們的優勢能在有意義的關係與工作基礎上被建立，會員有權選擇想參加的活動、選擇工作人員與其一起做他們所想做的工作、終身有權再入會與參加所有活動。工作人員不是服務提供

者，也不是照顧工作者，而是平等地協力完成所有會所工作，從清掃廁所到備餐、撰寫申請贊助計畫、規劃活動方案等，其主要任務是協助會員融入會所座落的社區。其關鍵要素是就業，透過轉銜性就業（Transitional Employment, TE）、支持性就業（Supported Employment, SE），及獨立性就業（Independent Employment, IE），達成獲致在社區中普遍薪資的工作目標（Mckay, et al., 2018）。

1992年起美國會所組成國際會所網絡，規範「會所方案國際標準」（the International Standards for Clubhouse Programmes）供成員遵行，是為成員的權利法案（bill of rights），也是會所員工、執委會與行政人員的倫理守則，該組織並提供國際認證。臺灣宣稱以會所模式進行精障者服務的團體或機構，最早是2004年伊甸基金會的活泉之家（今名真福之家）、2005年臺北縣的慈芳關懷中心（北市康復之友協會辦理）、2006年My House臺北精障者交誼中心（康復之友聯盟辦理）（2009年結束營運）、2009年心築關懷中心（新竹精神健康協會）、2009年高雄視而不見關懷協會、2009年清新坊（北市康復之友協會辦理）（呂又慧、戴雅君，2011）。目前我國僅有伊甸真福之家（Eden Clubhouse）經會所國際認證。

幾十年來，諸多研究證明會所會員在找到全職工作所需時間、薪資、整合入

職場、生活滿意度、減少再住院、社會整合、教育成就、身體健康等指標上，均有明顯成效。然而，由於缺乏隨機對照試驗（randomized controlled trials, RCT）的研究限制、某些研究成效也出現廣泛的不一致，以及缺乏長期的追蹤研究，因此，很難將其成效普遍化類推（Battin et al., 2016; McKay et al., 2018）。

另一方面，堆積如山的實證研究已證明精神疾病並非無可避免地走向惡化，而是可復原（recovery）（Davidson, 2016; Fekete et al., 2021）。復原是指深度個人、獨特與轉型的過程，帶著滿意生活的希望，藉此個人在復原中重新定義自己及其生活的各個面向，儘管其正與精神疾病奮鬥中。復原與健康促進（salutogenesis）及會所模式的心理社會復健（PSR）是相容的，兩者都強調每一個人於任何時間都有健康面向的指望（Anthony & Liberman, 1986）。進一步，復原與健康促進文獻都點出，生理醫學取向（biomedical approach）的復原是指從精神疾病復原（recovery from），聚焦在症狀管理與處置；明顯不同於健康促進與心理社會觀點的復原中（being in recovery），強調為了面對精神疾病下的滿意生活，而持續積極適應的過程（Davidson & Roe, 2007）。

1999年起，美國政府要求所有心理健康服務須「以人為中心的照顧」（person-centered care），強調精神病人的自決

（self-determination），聚焦於恢復個人的生活功能，亦即服務的目標不應侷限於症狀的減輕，而是致力於恢復有意義與具生產力的生活，即是促進復原。復原運動於焉擴散（Davidson, 2016）。

許多研究亦指出，會所模式成員的社會網絡與復原過程呈現正向關連；會所社區被其會員與工作人員所型塑（Fekete et al., 2021）。因此，工作人員被描述為會員支持的關鍵提供者。如同健康促進觀點研究一般，同儕分享經驗扮演重要的角色，以整合疏離的人們進入社區（Fekete et al., 2020）。進而，在復原中的人們的社會網絡，包括：家庭、照顧提供者、同儕，扮演復原產生效果的關鍵角色（Davidson & Roe, 2007; Davidson et al., 2017）。人們的社會網絡是因應生活挑戰的資源，協助促進人們健康與福祉（Langeland et al., 2016）；社會網絡的品質被認為是健康促進理論的基石（Fekete et al., 2020）。因此，社區心理衛生體系必須有紮實的社會支持網絡為基石。

## 伍、我國的社區心理衛生體系

我國的社區精神復健起步較晚。一開始，臺北市立療養院（以下簡稱市療）是主要推手。1978年8月市療開始設置第一個院內中途之家，讓一些長期復健住院、身體狀況良好、症狀穩定、能自我照顧、

有工作能力的病人，轉到自我照顧病房，自由進出、外出購物、找工作，學習適應社會生活，這是跨出去機構化的第一步。接著，於1979年7月，獲財團法人同仁院的贊助，與臺北市政府社會局合作，租用安康社區平宅4間，設立臺灣第一個實驗性精神病人中途之家，稱復旦之家，住民以市療貧民免費施醫病人為主。

1980年9月市療又爭取到臺北市西區扶輪社贊助，於一般社區設置第二家中途之家。隔年將住民來源擴及其他醫院。1988年轉由臺北市康復之友協會經營。這屬於住宿型精神復健機構。1989年起行政院衛生署委託醫學中心精神科、精神科專科教學醫院試辦住宿型精神復健機構與日間型精神復健機構。繼1983年高雄市康復之友協會開辦仙人掌咖啡屋之後，臺北市政府社會局於1989年也補助臺北市康復之友協會辦理長春藤工作坊、清新坊等精神病人社區商店，精神病人的社區就業服務雛形粗具。

1985年起的精神醫療網第一期開始試辦庇護性工場。衛生署試辦社區復健六年計畫（1989-1994年），鼓勵各醫院投入精障者的就業服務。1997年《身心障礙者保護法》將精神障礙納入，精障者也可使用勞政主管機關的身障者就業基金，於是，我國精障者的就業服務從衛政主管，進入「衛政、社政、勞政共管」的時代（呂淑貞，2020）。

2008年《精神復健機構設置及管理辦法》修正，將社區復建中心更名為日間型精神復健機構、康復之家改名為住宿型精神復健機構。2011年起調整精神復健機構健保給付，日間型從450元調整為480元；住宿型從378元到508元。這一調整導致住宿型機構數量大幅增加，從2011年的3,772床到2018年的6,114床（增62%）、日間型從3,654床減為3,104床（降15%）（呂淑貞，2020），這明顯違反社區化的潮流。

顯見，我國最早期與社區心理健康有關的政策莫過於是1986年至2012年的個別的精神醫療網計畫（張珣、滕西華，2014），原先指定的若干核心醫院籌建精神科專科並逐漸建立精神醫療在臺灣的制度。接著，以原本的醫療模式的精神醫療為基礎，提升精神醫療的品質，也在社區實施社區心理衛生保健的項目，精神醫療在不同相關的領域也逐漸發展，例如：司法精神醫療、物質濫用、脆弱人群的心理疾病防治等。

至於，社區心理衛生中心的設置，最早也是由精神科醫院設置，臺北市政府於2000年12月31日責成市療成立臺北市社區心理衛生中心。因於災難、自殺等社區危機事件頻傳，於2003年8月1日起，將社區心理衛生中心直屬衛生局。臺北市社區心理衛生中心的服務項目包括：心理健康資訊提供、諮詢、宣導、衛生教育、成長團體、危機介入、健康門診。

衛生福利部自2013年起推動「國民心理健康促進計畫」，納入公共衛生「三段五級」概念，規劃全國性心理健康政策。2017至2021年賡續推動「第二期國民心理健康計畫」。於「109年度整合型心理健康工作計畫」中，重點工作項目計5大領域14項重點工作，首次將布建社區心理衛生中心列為重點工作。責成各直轄市、縣（市）應依據轄區地理特性、轄區人口分布、心理健康促進資源、精神衛生資源、

成癮防治資源、社區精神疾病及自殺關懷個案數、合併保護性議題個案數、藥癮個案數等因素，每3至4個鄉、鎮、市、區布建1處社區心理衛生中心，以提供具可近性的健康促進、心理諮商、自殺防治、精神疾病防治、成癮防治之服務與資源。

截至2021年底止，全國各縣市均已設置社區心理衛生中心。其中臺中加設3分中心、臺南加設1分中心、高雄加設3分中心、雲林加設1分中心、屏東加設2分中

表 2 近十年來我國心理健康政策發展

| 政策                        | 政策內容   |
|---------------------------|--|
| 國民心理健康第一期計畫<br>(104-105年) | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 首度成立「行政院心理健康促進及自殺防治會報」。</li> <li>2. 建立跨強度、多元化及跨專業領域的服務體系。</li> <li>3. 規劃不同服務對象的服務形式。</li> <li>4. 強化地方政府心理健康工作及人力之質與量，以個案為中心，提供全人心理健康照護與服務。</li> </ol>  |
| 國民心理健康第二期計畫<br>(106-110年) | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 提供全人、全程、全方位的服務。</li> <li>2. 提升普及性預防、選擇性預防，指標性預防等早期預防。</li> </ol>   |
| 強化社會安全網第一期<br>(107-109年)  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 建構「以家庭為中心、以社區為基礎」的服務模式。</li> <li>2. 建置單一窗口的一站式服務，避免服務使用者疲於奔命。</li> <li>3. 降低再犯風險：增聘社工人力，降低加害人（合併精神疾病）個案負荷比，深化個案服務。</li> <li>4. 暴力預防無死角：落實加害人處遇執行，強化社區監控網絡及處遇品質。</li> <li>5. 提升自殺防治效能：精進高風險個案自殺防治策略。</li> </ol> |
| 強化社會安全網第二期<br>(110-114年)  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 加強司法精神醫療服務、健全司法精神鑑定制度、建立監護處分個案評估及分級、分流處遇機制、設置司法精神醫院與病房、強化矯正機關精神醫療照護。</li> <li>2. 補強社區精神衛生體系與社區支持服務。</li> <li>3. 強化人力進用及專業久任。</li> </ol>  |

資料來源：作者整理。

心，總計32處。部分縣市尚未達成「109年度整合型心理健康工作計畫」所規劃的3、4鄉鎮市區設一處。人口較少的縣市，相較於工業先進國家經驗，一處社區心理衛生中心似可承擔負荷。人口較多的縣市，就不足以因應龐大的心理健康需求。

近幾年來，我國心理衛生的發展從以醫院為基礎，隨著臺灣社會愈來愈重視人權，及強化社安網下加強社區心理衛生、司法心理衛生的發展，如表2所示。在2015年展開的「國民心理健康計畫」強調的是心理衛生專業的發展，強調早期預防早期介入，並且使用於以個人為中心的介入。到了2018年的強化社安網則是以建構「以家庭為中心、以社區為基礎」的服務模式，徹底翻轉長期心理衛生以醫療為主的服務提供，並在後續計畫改善長期被忽略司法精神制度。

雖然，近十年來我國的社區精神照護體系有長足的進步。但是，學者、專家、實務工作者、康復者等提出以下困境：（1）醫院到社區缺乏連續整合之個案管理照護平臺。（2）社區復健機構的照護品質需要加強。（3）以精神康復者與家庭的需求為中心，在賦能、鼓勵自主及家庭支持上仍不足。（4）社區污名化，缺乏友善之社區。（5）社區康復者無法得到支持及資源協助。（6）需求評估為完全落實，後續需求及福利資源未銜接（蔡玟宜、蔡欣玲，2020）。這些困境中的第

1、3、4、5正是社安網第二期建構社區心理衛生體系所要解決的問題。

## 陸、社會安全網與社區心理衛生的建構

社會安全網第二期計畫建構社區心理衛生的重點工作包括：

### 一、普設社區心理衛生中心

社區心理衛生中心的布建，從美國1963年開始，到北歐與英國於1970年代跟進（Turner et al., 2015; Ruud & Friis, 2021），我國的社區心理衛生體系的建構，足足落後了近半個世紀。社會安全網第二期的規劃，才賦予社區心理衛生中心重要的使命，並藉此建構社區心理健康服務網。依各縣市人口數，補助各地方政府逐年布建社區心理衛生中心達71處，並充實人力。依目前臺灣人口數，每一社區心理衛生中心服務人口約32萬人，比對前述各國經驗，負荷仍偏高。但各國社區心理衛生中心服務人口與地理範圍，受到目標與功能設定，及該地區心理健康服務資源分布所影響。

衛生福利部建議每一社區心理衛生中心設置心理健康組及個案管理組，其實，也要考量每一社區心理衛生中心的規模。小縣市的社區心理衛生中心配置人數應較少，功能就必須配合人力配置多寡調整。

倘該地區精神健康初級預防資源缺乏，社區心理衛生中心恐怕必須扮演更多心理衛生諮詢、評估、轉介、個案管理、危機介入、宣導、教育的角色。

倘社區心理衛生中心所在地區有充足的心理健康門診、心理諮商中心等初級、二級服務設施，社區心理衛生中心提供診斷評估、篩檢病人進入心理健康設施接受治療、心理治療、部分住院或日間照顧等服務的需求減少；反而提供緊急照護、危機介入服務、心理社會復健、個案管理、物質濫用處置等的服務需求增加。

此外，依現行《精神衛生法》45條規定的強制社區治療，課責其保護人，《精神衛生法》修正後，已將社區心理衛生人員納入強制社區治療的通報、轉介，故未來社區心理衛生中心也必須配合地方政府執行社區強制處置。

## 二、擴大心理衛生社會工作（以下簡稱心衛社工）服務範圍，及早介入關懷暴力高風險個案，預防家庭暴力事件發生

第一期計畫心衛社工服務對象為兒少保護、家庭暴力及性侵害事件加害人合併有精神疾病者，是類服務對象均係已發生暴力行為者。為加強前端預防，透過系統分析，找出其暴力行為之風險因子及預測模式，針對系統中尚未發生暴力事件之高風險對象主動提供服務。

Witt等人（2014）針對英國1,460位思覺失調症病人所進行大型世代追蹤研究發現，思覺失調症病人之暴力行為與自殺威脅及自殺企圖呈顯著相關。顯示，將精神病人合併自殺企圖者納入心衛社工服務對象，減少再自殺風險；並期藉由提供以家庭為中心之服務，有效降低暴力風險，預防暴力事件發生，實有其必要。

## 三、持續深化多重議題個案服務模式，強化與保護性社工合作，預防暴力事件惡化與再發生

針對保護性案件施暴者合併精神疾病或自殺企圖之個案，社安網第一期計畫業已訂定社政、衛政共案合作機制。被害人經保護性社工評估受暴危險降低而結案後，心衛社工仍將持續提供相對人關懷服務及多元需求評估與處遇；且為強化網絡單位合作，心衛社工除定期參與家庭暴力安全網平臺會議，更應視相對人及家庭之需求，與家防中心、精神照護機構、社福中心、矯正機關、就業服務站等網絡單位合作，訂定整合型家庭服務計畫，如有必要可安排與網絡單位成員共訪，藉由整合、串聯網絡服務資源，滿足相對人及其家庭的多元需求、促進相對人生活適應，以降低暴力風險，達到預防再犯之目的。

此外，針對每年離開矯正機關或結束監護處分個案，符合衛福部精神照護資訊管理系統收案條件者，為離開矯正機關後

的社區銜接及延續監護處分執行成效，將其納入社安網心衛社工服務範圍，提供以家庭為中心之服務，強化家庭支持系統，銜接所需衛政、社政、勞政、教育、更生保護等資源，使其順利復歸社會；於社區訪視過程認有必要者，得向警察機關要求陪同訪視或提供安全協助事宜，以預防再犯。

#### 四、訂定疑似精神病人初篩工具及轉介機制，提升轉介準確率

參考臺北市家防中心所制訂疑似精神病人篩檢表，發展疑似精神病人初篩工具，建立疑似精神疾病個案初篩轉介機制，推展心理健康急救（Mental Health First Aid），以利網絡單位於發現社區疑似精神病人時先初篩評估，符合轉介條件者再轉介衛政單位。而為加強網絡單位對精神疾病之辨識、處置知能，提升疑似精神病人轉介之準確率，應定期調訓社安網家庭暴力防治網絡人員，針對精神疾病症狀基本認識、疑似精神病人篩檢表及轉介機制之操作說明，辦理相關教育訓練及宣導活動，俾提升精神疾病相關問題之辨識及處置知能。

#### 五、結合社區醫療資源，提供精神病人醫療外展服務

針對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照護對象，以

及社政或相關體系轉介之疑似精神病人，辦理「疑似或社區精神病人照護優化計畫」，補助醫療機構辦理前開個案評估及轉介等相關精神醫療服務。

為優化社區疑似精神病人轉介服務，經篩檢轉介之疑似精神病人，各地方政府衛生局應結合精神醫療機構之精神衛生護理人員偕同保護性社工到場訪視，並由精神衛生護理人員將訪視及後追狀況回報網絡單位。透過精神衛生護理人員之專業評估，可避免因單次訪視，造成疑似精神病人應收案追蹤關懷而未收案之情形；針對就醫意願低者或困難個案，精神衛生護理人員亦可主動連結醫療機構內之社區精神醫療團隊，提供外展醫療服務，提升社區危機處理及疑似精神病人處置之有效性。

#### 六、成立危機處理團隊

前述各國社區心理衛生中心大都將危機介入納入服務範圍。每一人口達一定規模的縣市應該為了提升警察及醫護人員處理因精神疾病引發的社區危機事件，參照美國國家精神健康聯盟所推動危機介入小組（Crisis Intervention Team, CIT）計畫，透過精神醫療團隊，並與當事人家屬及其他相關單位人員密切配合，以處理社區精神醫療危機事件，必要時得強制就醫。

另仿照挪威社區心理衛生中心針對暫時不需要住院但家庭、職場、學校、社區通報困難處理的精神病人，提供到

宅、到校、到社區等外展服務的機動團隊，不管是危機解決團隊（CRTs）、早期介入團隊（EITs）、積極社區治療團隊（ACTs），或是機動危機組（MCU），也是目前我國社區心理衛生中心亟需建立的團隊，藉此可以分散縣市危機介入小組（CIT）的個案負荷。

上述兩類不同服務對象的危機處理團隊，視需要可以合併。倘一縣市僅設一社區心理衛生中心，該社區心理衛生中心就必須與縣市的危機介入小組（CIT）合作，甚至合併設置，危機介入小組需與警消合作，依《精神衛生法》透過精神醫療團隊前往現場，協助警消處理疑似精神病人強制送醫，並協助家屬處理精神病人危機狀況。

### 七、增修家庭暴力相對人疑似精神疾病服務分流指引，納入疑似精神病人轉介機制

針對保護性案件之家庭暴力相對人或兒少施虐者，若疑似精神病人，經社政單位初篩評估達轉介條件時，轉介單須檢附該案之保護性案件通報表、受案評估摘要或兒少調查報告等相關資料，以作為地方政府衛生局派案社區精神醫療機構精神衛生護理人員訪視及後續服務之參考，針對符合精神照護收案條件者，後續將轉由心衛社工收案服務；至於不符合精神照護收案條件者，地方政府衛生局將回報評估結

果，保護性社工得視案家需求，轉介家庭暴力相對人服務方案，接續提供服務。

### 八、逐年充實精神病人社區關懷輔導人力

現行社區精神病人關懷輔導係依據「精神疾病患者社區家訪要點」進行分流及分級照護，提供服務對象社區關懷、訪視及輔導，及相關醫療協助。惟囿於行政院核定之國民心理健康第二期計畫補助經費，現行關懷訪視人力不足，尚難提供服務對象完善且深化服務，訪視品質待提升。俟社安網二期補足人力到位後，服務內容應重新規劃；復仿照美國心理衛生專業人員資格，宜將命名較不專業的「關懷訪視員」改為「關懷輔導員」，提供精神病人及其家庭外展服務，進行關懷、輔導、支持、資源連結、問題解決、轉介等工作。此外，前述合格的同儕專家（CPS）是國內較不熟悉的心理衛生專業團隊成員，從他國經驗中，顯示有其必要性，尤其在關注人權的潮流下，讓精神病人的同儕專家或倡議者，進入心理衛生團隊，提供復原過程的支持與協助，應值得嘗試。政府應結合民間資源試辦培訓。

為達精神疾病1、2級個案之案量負荷比1：30之目標，關懷輔導人力需求推估為1,330人（含關懷輔導員1,164人及督導166人）；分年逐步補實關懷輔導員及督導人力，至2025年以進用75%人力估算，計聘用876名精神病人關懷輔導員及124名

督導，並強化關懷輔導員教育訓練，建立關懷輔導督導制度，輔導各縣市深化服務模式，提供個案多元資源連結，期支持精神病人於社區中生活。

## 九、強化跨部門資源連結，提供完整及連續之社區支持服務

Schidbach and Schidbach (2018) 研究德國補償性監禁 (compensation imprisonment)，發現物質濫用與精神障礙常合併無家可歸、單身、失業等問題，在缺乏再社會化、失去工作、家庭支持不足、社會污名化等不利環境下，矯正機關又缺乏適當的精神醫療服務；出獄後，復受到新的社區次文化的影響，難逃不再犯罪，於是就形成去機構化轉跨機構化。而跨機構化又引發社會邊緣人、窮人、精神病人容易犯罪的污名化的惡性循環。因此，像澳洲新南威爾斯州的心理衛生協調委員會一樣，開發、盤點各地區多樣化的心理健康服務資源，連結社區資源，尤其是就業、福利、照顧、心理諮商、同儕支持、住宅、教育、休閒等服務資源，甚至培植、結合會所或類會所模式的服務據點，變得非常重要。

社區心理衛生為主的心理健康服務，應結合跨部門資源，提供其就學、居住、就業等各方面之服務，協助申請入住社區家園、團體家屋及身心障礙者租屋補貼，以利其穩定生活在社區中；提供精神病人

自主生活多元服務方案，協助其居住及訓練獨立生活能力，推展社區為基礎的服務及家屬支持方案，發展同儕支持團體，充權病人及家屬，並連結勞動部門的身心障礙者就業服務，提高渠等之就業率，提升整體生活品質。

為厚植社區支持網絡能量，社安網二期編列預算補助民間團體推動「精神病友多元社區生活方案發展計畫」。為滿足精神障礙者於社區中之服務需求，除現行「照顧關係」之服務模式外，建構以「夥伴關係」為主軸之協作模式服務據點，社區式日間照顧、社區日間作業設施、社區居住等項目，或參考會所模式設置之創新服務示範據點49處，提供2,000名服務量能。

## 柒、結論

從西方心理衛生的發展經驗來看，去機構化仍是主流。對於社區居民關切的嚴重精神疾病帶來的公共安全議題，不可能單靠強制住院來解決，必須輔以非自願的社區處置來彌補嚴重精神病人回歸社區之後，可能出現的照顧不連續，而隨即病情復發。

建構普及的社區心理衛生中心是去機構化之後，分散化的心理衛生服務體系的樞紐。社區心理衛生中心需要有完整的專業團隊，提供因應在地需求的心理健康

服務，包括心理健康諮詢與教育、評估診斷、危機介入、緊急照護、資源連結、到心理社會復健等。

然而，徒有社區心理衛生據點，而無精神醫療初級照護、次級照護體系支援，也難以成事。此外，倘缺乏如類會所模式的社區復原資源支撐，也是孤軍奮鬥於社區中，很容易耗竭。

英國政府最近更新社區心理衛生架構（Community Mental Health Framework: 2021/2022 planning），推出8個提醒：

（1）架構是一完整的體系，建構在國民健康服務（NHS）內的初級、次級、社區服務，以及其他超出國民健康服務之外的夥伴。（2）基於需求的複雜性提供支持、照顧，及處置。（3）為了滿足複雜的需求而提供最佳的服務與結合不同的專家服務。（4）支持高品質與國家健康與照顧卓越研究院（National Institute for Health and Care Excellence, NICE）的服務標準一致。（5）瞭解地方人口群的需求。（6）引進更多新的角色進入體系，例如：同儕支持工作者、社會處方連結工作者、社區連結工作者、心理衛生實務工作者等並擴展新的團隊關係。（7）考量過程、入口與產出。（8）從先前的實驗據點執行經驗中學習到寶貴的教訓。

上述8點提醒對剛建立社區心理衛生體系，且正努力迎頭趕上的臺灣來說，也具有提綱挈領的價值。我們的社區心理衛

生體系不可能孤獨地建築在社區裡，而也是要建構在從初級、次級到社區服務的完整體系，且不斷開發新的協力夥伴，提供從支持、照顧，到復原、處置的完整服務。

從工業先進國家的發展經驗來看，更豐富、多元、友善的社會支持網絡，是建構社區心理衛生體系的基石。其中已經實施超過半世紀的會所模式，被證實對其會員整合入社區，獲致滿意的生活，都有積極的效果。雖然，未經「會所方案國際標準」認證通過者，不能宣稱是實施會所模式。但是，類會所模式的各種有助於復原與健康促進的社區協作方案，都是推動社區心理衛生必要的支持力量。

以社區為基礎的心理健康服務的確讓服務貼近社區居民，增加服務能量、發展更多差異與綜合性服務以滿足人民的多樣性需求。然而，從其他國家經驗指出，社區心理衛生中心能量與服務品質差異極大，取決於必須有效地界定社區需求，改善及運用必要的執行團隊支持，改變臨床的實務，進而提供有益和有效的心理衛生服務。提升團隊的專門性使精神障礙的評估與處置更具綜合性。然而，提升專門化之後，也可能使服務更片段化與不連續。又為因應提高效率的壓力，而縮短處置時間，導致病人與醫師的信任關係發展與維持受到威脅。特別是對於嚴重精神疾病患者來說，復原常需要好幾年，建立長期

連續的服務關係是關鍵因素。長期與連續的良好服務關係是精神疾病復原過程不可或缺的要害（Ruud et al., 2016; Ruud et al., 2016）。

遺憾的是，即使社區為基礎心理衛生服務大量的精神障礙者。但是，如世界衛生組織的資料顯示，心理衛生資源仍然大量地使用於住院服務，且依然嚴重（Ruud & Friis, 2021）。此外，鄉村、偏遠、離島地區居民散居，不易接近社區心

理衛生中心，倘網路普及率、數位落差問題沒解決，對需要使用遠距電子醫療服務的人們是一大障礙。社區心理衛生服務也必須從這次新冠肺炎疫情中學到電子健康服務。

（本文作者：林萬億為行政院政務委員；楊晴懿為國立臺灣大學社會工作研究所研究生）

**關鍵詞：**社會安全網

## 📖 參考文獻

- 呂又慧、戴雅君（2011）。〈社區精神復健的另類服務：以新北市慈芳關懷中心的「會所模式」為例〉，《社區發展季刊》，136，308-330。
- 呂淑貞（2020）。〈臺灣社區精神衛生照護政策的沿革〉，收於國家衛生研究院編，《精神病人社區照顧需求與評估》（頁13-39）。國家衛生研究院。
- 林萬億（2020）。〈社會安全網的再強化：介接司法心理衛生服務〉，《社區發展季刊》，172，191-224。
- 林萬億（2021）。《當代社會工作——理論與方法（第四版）》。五南。
- 張珣、滕西華（2014）。《衛生福利部心理及口腔健康司組織職能評估之研究》。國家發展委員會。
- 蔡玟宜、蔡欣玲（2020）。〈臺灣社區精神衛生照護發展的困境〉，收於國家衛生研究院編，《精神病人社區照顧需求與評估》（頁40-49）。國家發展委員會。
- Anthony, W. A., & Liberman, R. P. (1986). The practice of psychiatric rehabilitation: Historical, conceptual, and research base. *Schizophrenia Bulletin*, 12(4), 542-559.
- Axinn, J., & Levin, H. (1982) *Social Welfare: a history of the American response to need* (2nd ed.). Harper & Row.
- Battin, C., Bouvet, C., & Hatala, C. (2016). A systematic review of the effectiveness of the clubhouse model. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 39(4), 305-312.
- Biringer, E., Hartveit, M., Sundfor, B., Ruud, T., & Borg, M. (2017). Continuity of care as experienced

- by mental health service users - a qualitative study. *BMC Health Serv Res*, 17, Article 763. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2719-9>
- Burns, T. (2020). Community-Based Mental Health Care in Britain, *Consortium Psychiatricum*, 1(2), 14-20. <https://doi.org/10.17650/2712-7672-2020-1-2-14-20>
- Churchill, R., Owen, G., Singh, S., & Hotopf, M. (2007). *International experiences of using community treatment orders*. UK Department of Health.
- Davidson, L., & Roe, D. (2007). Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery. *Journal of Mental Health*, 16(4), 459-470. <https://doi.org/10.1080/09638230701482394>
- Davidson, L., Tondora, J., Pavlo, A. J., & Stanhope, V. (2017). Shared decision making within the context of recovery-oriented care. *Mental Health Review Journal*, 22(3), 179-190. <https://doi.org/10.1108/MHRJ-01-2017-0007>
- Davidson, L. (2016). The Recovery Movement: Implications for Mental Health Care and Enabling People to Participate Fully in Life, *Health Affairs*, 35(6), 1091-1097. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.0153>
- Dix, D. (2006). I Tell What I Have Seen--The Reports of Asylum Reformer Dorothea Dix. *American Journal of Public Health*, 96(4), 622-624. <https://doi.org/10.2105/ajph.96.4.622>
- Eisenberg, L., & Guttmacher, L. (2010). Were we all asleep at the switch? A personal reminiscence of psychiatry from 1940 to 2010, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122, 89-102. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2010.01544.x>
- Esbjornson, R. (1955). *A Christian in Politics: Luther W. Youngdahl: A story of a Christian's faith at work in a modern world*. T.S. Denison.
- Fazel, S. and Grann, M. (2006). The population impact of severe mental illness on violent crime. *Am J Psychiatry*, 163(8), 1397-1403. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.8.1397>
- Fekete, O. R., Kinn, L. G., Larsen, T. M., & Langeland, E. (2020). Salutogenesis as a theoretical framework for psychosocial rehabilitation: The case of the Clubhouse model. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 15(1), Article 1748942. <https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1748942>
- Fekete, O. R., Langeland, E., Larsen, T. M. B., & Kinn, L. G. (2020). "Finally, I belong somewhere I can be proud of" - Experiences of being a Clubhouse member in Norway. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 15(1), Article 1703884. <https://doi.org/10.1080/17482631.2019.1703884>
- Fekete, O. R., Langeland, E., Larsen, T. M. B., Davison, L., & Kinn, L. G. (2021). Recovery at the Clubhouse: challenge, responsibility and growing into a role, *International Journal of Qualitative Studies on*

- Health and Well-Being*, 16(1), Article 1938957. <https://doi.org/10.1080/17482631.2021.1938957>
- Ford, M. (2015, June 8). *America's Largest Mental Hospital is Jail*. The Atlantic. <https://www.theatlantic.com/politics/archive/2015/06/americas-largest-mental-hospital-is-a-jail/395012/>
- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the Condition of the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Anchor Books.
- Gottfried, E. D., & Christopher, S. C. (2017). Mental Disorders among Criminal Offenders: A Review of the Literature, *Journal of Correctional Health Care*, 23(3), 336-346. <https://doi.org/10.1177/1078345817716180>
- Grob, G. (1994). *The Mad Among Us: A History of the Care of America's Mentally Ill*. The Free Press.
- Gwendoline, M. (1971). *England's First State Hospitals*. Wellcome Institute of the History of Medicine.
- Kennedy, J. P. ed. (1906). *Journal of the House of Burgesses of Virginia 1766-1769*. Richmond.
- Knapp, M., Beecham, J., McDaid, D., Matosevic, T., & Smith, M. (2011). The Economic Consequences of Deinstitutionalization of Mental Health Services: lesson from a systematic review of European Experience. *Health & Social Care in the Community*, 19(2), 113-125. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2010.00969.x>
- Langeland, E., Gjengedal, E., & Vinje, H. F. (2016). Building salutogenic capacity: A year of experience from a salutogenic talk-therapy group. *International Journal of Mental Health Promotion*, 18(5), 247-262. <https://doi.org/10.1080/14623730.2016.1230070>
- Manderscheid, R. W., Ryff, C. D., Freeman, E. J., McKnight-Eily, L. R., Dhingra, S., & Strine, T. W. (2010). Evolving Definitions of Mental Illness and Wellness, *Prev Chronic Dis*, 7(1), 1-6.
- Mckay, C., Nugent, K. L., Johnsen, M., Eaton, W. W., & Lidz, C. W. (2018). A Systematic Review of Evidence for the Clubhouse Model of Psychosocial Rehabilitation, *Adm Policy Ment Health*, 45(1), 28-47. <https://doi.org/10.1007/s10488-016-0760-3>
- National Alliance of Mental Illness (2020). *Type of Mental Health Professionals*. <https://www.nami.org/About-Mental-Illness/Treatments/Types-of-Mental-Health-Professionals>
- National Health Services (2021). *Rolling out the Community Mental Health Framework: 2021/2022 planning*. [https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/cmhf-key-messages-2021-22.pdf?sfvrsn=cca9a6bd\\_2](https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/cmhf-key-messages-2021-22.pdf?sfvrsn=cca9a6bd_2)
- Penney, S. R., Prosser, A., Grimbos, T., Darby, P., & Simpson, A. I. F. (2018). Time Trends in Homicide and Mental Illness in Ontario from 1987 to 2012: Examining the Effects of Mental Health Service Provision, *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue Canadienne de Psychiatrie*, 63(6), 387-394. <https://doi.org/10.1177/0706743717737034>
- Ruud, T., & Friis, S. (2021). Community-based Mental Health Services in Norway, *Consortium Psychiatricum*,

- 2(1), 47-54. <https://doi.org/10.17816/CP43>
- Ruud, T., Aarre, T. F., Boeskov, B., Husevag, P. S., Klepp, R., Kristiansen, S. A., & Sandvik, J. (2016). Satisfaction with primary care and mental health care among individuals with severe mental illness in a rural area: a seven-year follow-up study of a clinical cohort. *Int J Ment Health Syst.*, 10, Article 33. <https://doi.org/10.1186/s13033-016-0064-8>
- Scherl, D. J., & Macht, L. B. (2006). Deinstitutionalization in the Absence of Consensus, *Psychiatry Online*. <https://doi.org/10.1176/ps.30.9.599>
- Schidbach, S., & Schidbach, C. (2018). Criminalization Through Transinstitutionalization: A Critical Review of the Penrose Hypothesis in the Context of Compensation Imprisonment, *Front. Psychiatry*. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00534>
- Sjöström, S., Zetterberg, L., & Markström, U. (2011). Why community compulsion became the solution - Reforming mental health law in Sweden, *International Journal of Law and Psychiatry*, 34(6), 419-428. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2011.10.007>
- Steadman, H. J., Mulvey, E. P., Monahan, J., Robbins, P. C., Appelbaum, P. S., Grisso, T., Roth, L. H., & Silver, E. (1998). Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Arch Gen Psychiatry*, 55(5), 393-401. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.5.393>
- Stuart, H. (2003). Violence and mental illness: an overview, *World Psychiatry*, 2(2), 121-124.
- The Mental Health Coordinating Council (2010). *The NSW Community Managed Mental Health Sector Mapping Report 2010*. Mental Health Coordinating Council.
- Thornicroft, G., Deb, T., & Henderson, C. (2016). Community mental health care worldwide: current status and further developments, *World Psychiatry*, 15(3), 276-286. <https://doi.org/10.1002/wps.20349>
- Trattner, W. I. (1999). *From Poor Law to Welfare State: a history of social welfare in America*. Free Press.
- Turner, J., Hayward, R., Angel, K., Fulford, B., Hill, J., Millard, C., & Thomson, M. (2015). The History of Mental Health Services in Modern England: Practitioner Memories and the Direction of Future Research, *Medical History*, 59(4), 599-624.
- Witt, K., Hawton, K., & Fazela, S. (2014). The relationship between suicide and violence in schizophrenia: Analysis of the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) dataset. *Schizophrenia Research*, 154(1-3), 61-67. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.02.001>
- Woodroffe, K. (1962). *From Charity to Social Work: in England and the United States*. RKP.
- World Health Organization (2018, March 30). *Mental health: strengthening our response*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- World Health Organization[WHO] (2021). *Mental Health Atlas 2020*.