

與社會資源整合的理想社區 心理衛生中心之網絡運作

陳昭婧

(致理技術學院講師)

前言

不論是因為經濟的急遽變遷、生活型態和價值觀的差異，或因意識立場、壓力引發的衝突對立與亂象，不同面向的問題持續擴大影響及衝擊社會大眾的心理健康，交互作用結果使社會問題越形複雜嚴重，甚至耗損國力。我國社區心理衛生中心設計的功能是協助處理民眾心理問題，雖然無法正本清源改變大環境，但個人或機構都是建構社會的一份子，對於社會情勢的形成都有應負的責任與義務。

深感社區心理衛生中心受限於諸多因素，可扮演的角色及發揮的功能絕對不僅於現今的規劃，整合連結社會資源的改造或再造有其必要，對社會有更多貢獻和著力之處亦可期待。期許其被重新定位的同時，本研究以文獻探討、資訊彙整和歸納來釐清、整理我國社區心理衛生中心目前概況與困境，探討其整合與連結社會資源的理想功能與運作，提出綜合性的觀點。

一、我國社區心理衛生中心的概況

(一)成立背景與現況

我國心理衛生中心（以下簡稱心衛中心）是在1990年底立法院通過「精神衛生法」後正式具有「得設」的法源基礎。爾後衛生署因九二一震災，在台中及南投成立「災難心理衛生中心」，並於2005年達成每縣市至少一家心衛中心的目標。2007年立法院通過「精神衛生法」修正條文，社區心衛中心成為「應設」單位，心理衛生工作的重要性進一步確立（張素蓮、林宛蓁、祝年豐，2007）。

修正後，關心心理衛生的民間社團、相關從業人員和學界專家仍感不少缺憾與不足。對於法令應考量全體民眾心理健康的防護和療顧，連結多方社會資源，以架構出一個更為周全完善的網絡，各界都有再修正的諸多期待。

經衛生署補助，目前各中心人力配置為：台北市7人、台中縣4人、南投縣9人，高雄市及苗栗、彰化、台南、高

雄、金門5縣各2人，其他16個縣市各1人，此數字讓人驚心，人力的極致單薄，可做之事和績效可想而知；何況其非獨立的實體單位，多掛名於地方衛生局醫政科下，有時還需兼做醫政其他事務，其設置可謂虛應法令。以人力較多的台中縣為例，中心的工作比重中80%為自殺防治，20%是行政業務、資源聯結、社區宣導、危機處理、在職教育訓練與志工訓練（張素蓮等人，2007），此狀態下，4名人力根本無法應付，很多應著力的部分只得擱置或視而不見。

（二）問題與困境

我國社區心衛中心的發展雖有進步，但在諸多限制中仍存在許多問題和困境。因為即使有法令強制設立，但設置標準、人員配置、定位和應有的功能尚無明確規定，也未考慮實際需要的服務人口比例及專業人員的足夠供給。一個縣市一個社區心衛中心絕對不符需求，因為不僅每縣市人口差異甚大，也不符合「社區」的基本概念；法令未明定中心的人力配置、聘任資格和考核辦法，更使得不少中心形同虛設，業務空轉，沒有績效可言。

我國民眾對精神疾病有很高的偏見和歧視、個案多非自願就醫或求助、沒有最高行政層級的重視及統籌（美國公共衛生部門會規劃心理衛生、精神醫療預算分配和規定相關機構間的合作模式）、制度不健全、經費及專業人力不足、資源連結不易（楊聰財等人，2004；錢靜怡、林秀怡，2005），以及中心業務多由衛生局主導及執行，工作型態以資源整合為主（楊聰財等人，2005），都是我國社區心衛中心在發展

與運作上難以揮灑和前進的肇因。

新法所列中心業務內容竟只提供初級預防業務，未觸及民眾真正需要，例如心理之諮商、治療、衡鑑及復健等直接的關鍵服務，值得特別注意的是，目前相關心理衛生或社區心衛中心之設計、思維，甚至研究方面的探討，仍都以心理疾病和臨床醫療為最大的主軸。中心的工作內容若以一、二級預防為主並無不妥，但是個案服務、諮商功能及其角色並未獲得重視，也無正確宣導，故民眾對於心理衛生專業的認識有所誤差，即使有需求，也不會有求助的意願或念頭。政府偏重精神病醫療服務、忽視心理衛生服務，諮商心理師未受重視、民眾一直存有「看心理醫生就是精神有問題」的錯誤認知（林家興，2000；林家興、謝昀秦、孫正大，2008；Wei-Tsuen Soong, 1998）。

以資源整合為主要的工作型態是另一個問題。楊聰財等人（2005）調查發現，15所中心中有3所採個案管理為主要服務模式，12所以資源整合為主。「個案管理」的服務型態以直接服務，如諮商、輔導、經濟補助、精神科門診等。「資源整合」為間接服務，個案經評估分級後轉介或連結相關資源，中心多扮演追蹤或協調資源的角色，服務多為衛教講座、社區宣導初段預防的工作。所謂資源網絡聯結的業務，是指傳統的相關機構間個案轉介、相互幫忙、資源與人員的互通、聯結、合作與協調。

這是非常值得探索的部分。此型態的資源整合業務當然重要，尤其可相互支援聯結、互補不足、完整心理衛生工作，也能節省社會資源；問題是，資源

整合是非常重要的工作，如果沒有跨部會局處的溝通協調和合作，頂多機構間轉介、相互幫忙、資源互通，這樣的資源整合才是問題；因為模式和以前沒有社區心衛中心的時候有何不同？又何需心衛中心的存在？

以下提出幾個延伸議論：

1. 「應設」心衛中心後，其重要性與行政權力是否提昇？設置辦法未定，制度和考核規範闕如，形同白設，徒然浪費資源。

2. 每一縣市設一所心衛中心交差容易，但即使運作順暢、功能發揮，一所能服務多少民眾？僅多少人能蒙受其益？是否又犧牲最需要的偏僻弱勢民眾？那「社區」意義何在？中心存在的實質意義何在？

3. 因社會事件頻傳而成立的「家庭暴力及性侵害防治中心」或「自殺防治中心」，是為特定對象成立的特殊社區心衛中心，社工人力不足、薪水少、工作量大而造成流動性極高及績效不彰的種種問題。如果經費來源不確定或不夠充裕，心衛中心即使強制成立，一樣會落得空轉虛設、浪費公帑，引來民怨和批判。

二、社區心理衛生中心的角色與功能

衛生署（2005）94年度施政績效報告中可看出社區心衛中心被期待發揮的功能是「提供社區民眾心理諮詢與諮商服務」。從精神衛生法新法第七條與第八條看來，社區心衛中心功能對於處理

初級、次級與三級預防在法令上「似乎」已甄完備，但又模稜兩可，從人員的配置就可知落實的可能性不大。另從各縣市相關新聞或網頁宣導訊息進行了解，明顯看出民眾對提供的服務少有知悉，各中心實際業務執行的公布與衛生署所說施政績效相去甚遠，可見心理衛生工作功能得以真正發揮還有很多障礙和問題有待排除與解決。

林家興（2001）認為我國心理衛生預防工作最大缺口是次級預防，應將社區心衛中心定位為「以民眾需求為導向，以直接服務為宗旨」的心理衛生次級預防機構，透過單一窗口提供民眾初級與次級預防的服務，包括：(1)直接服務：專業人員與民眾面對面提供問題診斷、個別諮商、家庭協談、團體輔導、危機處理、心理治療及藥物治療等服務。(2)間接服務：專業人員透過面談以外的方式幫助一般民眾，例如：電話諮詢、社會與醫療資源轉介、社區心理保健宣導、社區心理衛生教育、網路資訊服務及出版心理衛生刊物等。(3)實習訓練：接受大學心理、輔導與社會工作系所研究生的臨床實習，培育永續經營所需人才。

理想的社區心衛中心應全面兼顧三級預防，只是三層次的著力點會因資源整合和連結而需有所差異。台中縣社區心衛中心以其實際狀況提出一個理想心衛中心組織架構（張素蓮等人，2007），就是將該縣資源做完整的整合和連結，可作為其他縣市的參考樣本。請參閱圖1與圖2。

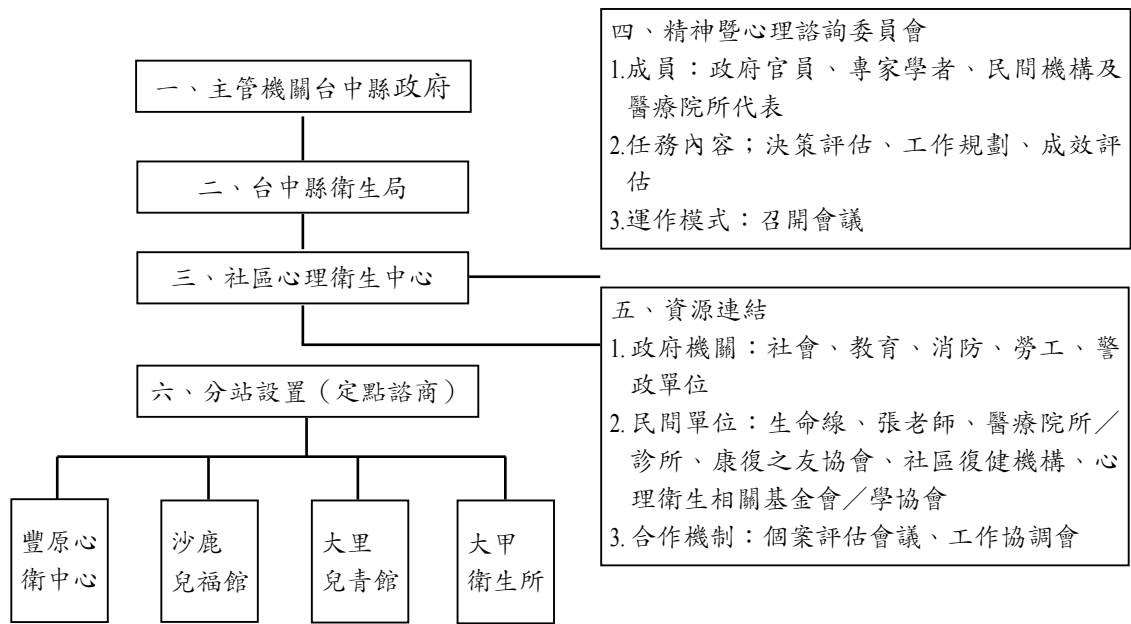


圖1 理想心衛中心組織架構圖—以台中縣為例

資料來源：張素蓮、林宛蓁、祝年豐（2007）。社區心理衛生中心之運作模式。

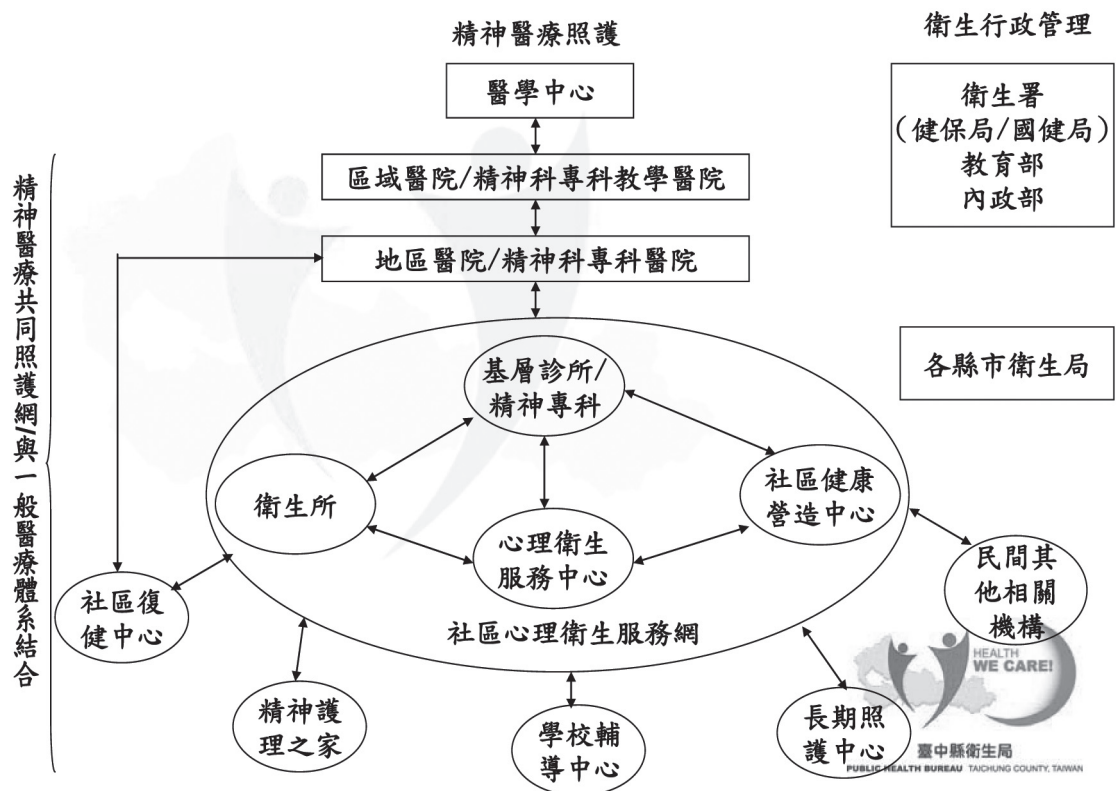


圖2 理想心理衛生中心組織架構圖

資料來源：張素蓮、林宛蓁、祝年豐（2007）。社區心理衛生中心之運作模式。

三、對社區心理衛生中心進一步發展的建議

楊聰財等人（2005）建議政府提昇社區心衛中心之重要性與行政權力，補助經費使其運作無礙；建議心衛中心以一、二段預防工作為主，善用社區專業及非專業之相關資源，結合相關單位組成社區身心健康諮詢委員會，以協助業務推展。

王兆慶（2008）建議相對於較完整的貧窮或家暴系統，需加強建立精神障礙、社區心理治療資源體系，確保社工接觸到不安全感、社交障礙問題等案主時有資源可用。

林家興教授致力推動「心理健康法」草案，呼籲政府民間重視心理健康甚於醫療，主要內容在規範政府廣設心理健康中心，聘請合格心理師，以低收費或免費的方式為民眾提供有效的心理健康服務（林家興，2005；張雅雯，2006）。

衛生署（2009）98年度重要社會發展計畫中，就社區全人健康照護體系提出強化心理衛生機構之管理及提升精神醫療照護品質的先期作業計畫。陳祖裕（2006）也提出以團隊合作方式提供全人醫療的概念。

綜合文獻、學者與社團意見，列出如下幾個重要關鍵：

1. 制定設置辦法，確立人員編制、制度章程和考核規範。最好另外制定「心理衛生法」。
2. 中心應以人口比例設置之。臺北市諮商心理師公會（2006）建議不得低於每五十萬人口一所，並

按人口比例每一萬人設置心理師和社工師一名，就近提供民眾所需的心理衛生服務。

3. 確認經費來源：臺北市諮商心理師公會（2006）建議中心所需經費，由中央政府視地方政府財政狀況，每年最低補助三分之一最高補助三分之二，其餘經費由地方政府逐年編列預算執行之。
4. 為整體社會心理健康的預防和治療，並為臨時發生的大型災難未雨綢繆，衛生署應設心理健康局，職責包括：支援社區心衛中心人員訓練，各地監所、法院、軍隊等司法與國防單位所需之精神衛教宣導及心理諮商服務，重大意外災害後之心理創傷輔導；評估全國心理衛生人力資源供需情形，提出人才培訓計劃。
5. 學者多建議中心工作以一、二級預防為主，但精神病患從醫院回到社區，關懷病患及其家屬免被社區民眾視為不定時炸彈，也是中心責無旁貸的工作（李宗派，2003），專業人員如何聘任、如何和社區或社會資源整合和連結、工作如何分工與配合都是關鍵而基本的事情。

四、理想社區心理衛生與社會資源整合的運作

(一) 高風險家庭與個案的篩選與通報

社會問題不管是治安犯罪、家暴、自殺、債務、情傷、精神疾病引發的事件，或是家庭婚姻、親子，手足、情感、財務、鄰里糾紛等衝突，甚至失

業、棄養、獨居乏人照顧等各種狀況，雖然行政權責歸屬不同部會局處，其實都與人的心理有關。每個事件都是由人引發，個人又與家庭關係密切，家庭又在社區當中，溯源正本，其實很多問題的預防不是不可能，而是做不做、如何做的問題。

政府在掌握弱勢人口外，如能主動發現問題家庭與個案，讓心衛機構分級協助進行治療或諮商，配合跨部會局處的輔導或協助，再做持續追蹤照護，讓社區一起發揮功能，內外處遇同時進行，即時發現問題、即時處理、預防或解決，就是不能短期見效，持續努力也必然在未來發生影響。

由兒福聯盟和內政部發起的全面篩選高風險家庭並擬定服務計畫的行動，如能真正落實，應可從根本解決很多社會問題，但是有些結構應該藉此機會重新安排（郭登聰，2006），而社區心衛中心會是其中重要的角色。

現階段篩選高風險家庭的工作，執行鬆散，就台北市而言，設計中是希望由社區民眾、就業服務中心個案管理員、員警、里幹事、公衛護士、基層小兒科、心理衛生醫事人員、教育人員、勞工單位、民政單位等，於執行工作時，依高風險家庭評估表進行初步評估，篩選有虞的個案，回報給社會局（臺北市政府社會局，2006）。這中間已有許多跨部會局處的合作，也是資源整合聯結的一種模式，但無強制性的作為，績效只能停格於紙上談兵。

篩選高風險家庭全民有責，成立婆婆媽媽志工是為好構想（台北城市健康專門編輯部，2006），但指定基本通報

負責人才會徹底落實，能全面掌握區域住家的狀況應「鄰里長」莫屬，執行關心里民之職責的同時，加上里幹事的協助配合，功效最能顯著；其次，員警、學校／安親班老師、保母、大樓社區警衛/管理員是第二線，郵差、社區醫生護士、社區民眾或其他與社區居民有互動機會者都可通報。

通報的體系要主動嚴謹、順暢不阻塞，後序的協助、照護、安置計畫和資源的完備，是持續不停的網絡任務，設立社區心衛中心成為社會工作與資源聯結的軸心，可讓網絡順利運作。

(二)社區心理衛生中心的運作

社工接獲通報，可先進行家訪、提供諮詢，依情況不同安排到社區心衛中心由心理師進行個別諮商、家庭諮商、團體諮商和心理治療，或由精神醫師診斷治療，甚至轉介到醫院就醫；同時，再依不同需求轉介其他非心理衛生機構的輔導或諮詢，例如法律諮詢、職能訓練、協調委員會等，並對個案持續追蹤與關懷，也對在家精神病患、獨居老人、貧戶、重殘病者多給予關心、提供支持。

平時中心進行心理衛生的宣導、教育，鼓勵社區民眾參加成長團體、婚前婚姻諮商、懷孕的親子諮商，接受個別問題與心理諮商、離婚諮商等；隨時與其他機構聯結，轉介到民眾需要的地方；也可安排相關演講、影片、課程和活動，拉近與社區民眾的距離，讓其了解心理衛生專業人員及其專業，排除過去對心理機構的誤解，自然接近與接受，才能因此受益。

另外，醫療健康心理諮商對於受慢

性病折磨、失能、流產、急症猝發和越來越多的癌症及其他重大傷病的患者與家屬，是重要的支持與協助，可提振疾病的療癒力，心靈上更是極大的安慰和穩定力量（楊雅亭，2009）；醫院各科醫生的適時轉介，能讓中心發揮更多功能，幫助更多家庭渡過無助和恐懼，這種合作關係亟待更多突破和努力。中心也應與社區學校、機構、企業、社團合作，提供演講和衛教、諮商的服務。對於社區內的心理諮商機構或社福團體更可有合作計畫，進行交流、相互支援、聘任或受聘督導等資源共享方案。

如此運作，縣市政府可以不必有社工，學校、機構不必有常設諮商專業人員，各防治中心皆可裁撤併入社區心衛中心，更有里長、員警的參與和通報系統，中央衛生署、內政部、警政署、教育部，地方衛生局、社會局、警察局、學校、醫院、基金會、福利機構、社福團體的資源獲得整合，一起協助社區民眾解決問題，能夠早期發現問題、防患未然。於此間，三級預防皆能有所著力，理想的社區心衛中心功能得以真實開展與發揮，社會問題造成的陰霾，因為大家與共的重視與努力，自可慢慢撥雲見日。

結語

對於心理衛生這種短期看不到績效、政治人物重視選票、選民也只以即時短利做為選舉判斷之現實，加上財政緊縮，資源分配多以犧牲社會工作和福利支出為首，要看到社區心衛中心受到真正重視與順利推展，實有諸多背景因素的困難。

近年因社會問題的惡化，心理健康的議題受到更多的矚目和關注，在此之際，心理衛生的擴大討論與連結，以促發中央暨地方政府、企業、機構社團及民眾的重視與支持應是一個可以把握的機會。

將社區心衛中心這個角色擺進複雜的社會棋盤中，最重要的是思考如何合縱連橫才能產生最大的效應，益澤整體。社區心衛中心的存在，原有人員或機制可以重整配置，不侷限工作權責的歸屬，卸下部會局處之間的牆圍，打破部門界限，強化里鄰長、志工的在地功能和角色貢獻，結合機構社團，將資源發揮最佳效用；在解決民眾心理問題的同時，同時在生理、心靈、能力與智慧共同提昇，多管齊下，在問題源頭先行處理，可減少許多社會問題和悲劇的發生，節省社會成本和資源，更能凝聚社區能量和感情，社會互助和正向力量亦能自然運轉，同修共濟，產生的社會利益附加價值才是最有意義的。

參考文獻

- 丁守中（2007）。**第二波民間版與96.06新精神衛生法的對照表**。取自http://www.心生活.tw/mediafile/292/editor_ndoc/22/2007-9/2007-9-23-17-23-45-nfl.doc
- 王兆慶（2008）。96-97年度「**婦女團體溝通平台**」執行成果與展望報告。婦女權益促進發展基金會。2008年8月31日，取自http://wgcp.wrp.org.tw/Page_Show.asp?Page_ID=628
- 李宗派（2003）。探討個案管理概念與實務過程。**社區發展季刊**，104，

- 307-320。
- 林家興（2000）。諮商與心理治療執業現況之調查研究。**師大學報**，45（2），55-74。
- 林家興（2001）。我們需要什麼樣的社區心理衛生中心？「**大家健康**」雜誌。董氏基金會。
- 林家興（2005）。**社區心理衛生網絡的建構—心理健康法的立法構想**。國立高雄師範大學，2006年6月20日，取自http://www.enpo.org.tw/www/tpcpa/files/lawsrefe_01.ppt
- 林家興、謝昀蓁、孫正大（2008）。諮商心理師執業現況調查研究。**中華輔導與諮商學報**，23，117-145。
- 郭登聰（2006）。高風險家庭關懷輔導處遇實施計畫探討我國家庭政策的問題與對策。**社區發展季刊**，114，86-102。
- 陳祖裕（2006）。**如何落實全人醫療**。歷新醫院一般醫學訓練96年度訓練計畫內容核心課程內容。2008年9月12日，取自http://www.ussh.com.tw/lishin/about_teaching/PGY4-1%20file/PGYFILE4-1-2/PGYFILE4-1-2-2.pdf
- 張素蓮、林宛蓁、祝年豐（2007）。**社區心理衛生中心之運作模式**。衛生署「96年度精神衛生行政人員共識營」。2008年9月15日，取自http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/SEARCH_RESULT.aspx
- 張雅雯（2006年2月27日）。**現代人好憂鬱 心理師上第一線**。民生報。
- 楊雅亭（2009）。在醫院裡發現諮商心理師：專訪北護生死教育研究所所長李玉嬋。**張老師月刊**，381，51-55
- 楊聰財、李明濱、吳英璋、魯中興、陳謙、吳文正（2005）。台灣地區社區心理衛生中心運作型態。**北市醫學雜誌**，2（4），348-359。
- 楊聰財、李明濱、吳英璋、魯中興、陳謙、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），393-411。
- 臺北市諮商心理師公會（2006）。**精神衛生法修正條文草案**。臺北市諮商心理師公會。
- 臺北市政府社會局（2006）。**95年度委託辦理「家庭綜合服務--臺北市高風險家庭服務方案」實施計畫**。臺北市政府社會局。
- 台北城市健康專刊編輯部（2006）。高風險家戶資訊系統之建置。**台北城市健康專刊**，85，21-22。
- 衛生署（2005）。**衛生署94年度施政績效報告**。行政院衛生署。
- 衛生署（2009）。**衛生署98年度重要社會發展計畫**。行政院衛生署。
- 錢靜怡、林秀怡（2005）。**社區心理衛生實務工作參與之歷程與經驗**。台灣心理學會第四十四屆年會小型專題研討會論文。
- Wei-Tsuen Soong(1998).The need and popularization of psychotherapy in Taiwan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 52(1), S229-S232.