

衛生福利部
「國民心理健康促進計畫」
(核定本)

中華民國 103 年 12 月 30 日

正本

行政院 函

已電子交換

機關地址：10058 臺北市忠孝東路1段1號
傳 真：02-33566920

11558

臺北市南港區忠孝東路六段488號

受文者：衛生福利部

發文日期：中華民國103年12月30日

發文字號：院臺衛字第1030074658號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如文（請至附件下載區下載附件，附件下載網址：<http://opweb.ey.gov.tw/>【登入序號：A04963】）

主旨：所報「國民心理健康促進計畫」草案一案，同意照辦，至所需經費，請於本院核定貴部主管各年度中程歲出概算額度範圍內核實編列辦理，並照國家發展委員會審議意見辦理。

說明：

- 一、復103年6月20日衛部心字第1031760552號函。
- 二、檢附國家發展委員會審議意見及「國民心理健康促進計畫」（核定本）各1份。

正本：衛生福利部

副本：行政院主計總處、國家發展委員會(均含附件)

院長毛治國

國家發展委員會審議意見

- 一、 本計畫協辦機關之工作項目，已由各協辦機關自訂績效指標、衡量標準及各年度目標值，後續請衛生福利部就未來計畫目標及相關執行成效，適時滾動檢討修正相關績效指標，並逐步研訂整合性績效指標，以強化計畫推動成效。
- 二、 未來修正或新增計畫時，請朝機關內外部機能性整合，俾利政府資源有效運用。

國民心理健康促進計畫

頁次

前言.....	3
壹、計畫緣起	5
一、依據.....	5
二、未來環境預測.....	6
三、問題評析.....	10
貳、計畫目標	17
一、目標說明.....	17
二、達成目標之限制.....	18
三、預期績效指標及評估基準.....	20
參、現行相關政策及方案之檢討	27
一、心理健康基礎建設方面.....	28
二、心理健康促進方面.....	29
三、精神疾病防治與照護方面.....	30
四、成癮防治方面.....	35
五、族群處遇方面.....	39
肆、執行策略及方法	42
肆之一 主要工作項目.....	42
肆之二 分年執行策略（含時程規劃）與分工.....	43
肆之三 執行步驟（方法）.....	48
第一章 促進全民心理健康	48
第一節 發展及整合心理健康促進方案.....	48
第二節 強化族群與場域之心理健康促進.....	50
第三節 強化自殺防治服務方案.....	52
第四節 強化心理健康及自殺防治工作之基礎建設.....	54
第五節 加強災難心理衛生服務.....	56
第六節 建立並推動心理健康網（精神醫療網）.....	58
第二章 落實精神疾病防治與照護服務	59
第一節 均衡精神照護資源.....	59
第二節 強化精神衛生體系及服務網絡.....	60
第三節 強化精神病人緊急處置、強制治療及社區照護服務.....	62
第四節 落實社區精神病人管理及追蹤關懷.....	63
第五節 發展多元化精神病人社區照護模式.....	65
第六節 促進精神病人權益保障、充權及保護.....	66
第三章 強化成癮防治服務	67
第一節 強化成癮防治體系與服務網絡.....	67

第二節 精進藥癮戒治服務方案.....	69
第三節 強化酒癮防治方案.....	71
第四節 發展成癮防治研創方案.....	72
第四章 加強族群處遇服務.....	73
第一節 強化家庭暴力、性侵害及人口販運被害人之身心治療服務.....	73
第二節 強化家庭暴力與性侵害加害人處遇服務.....	74
第三節 整合加害人處遇資源及服務體系.....	76
第四節 研發家庭暴力與性侵害被害人及加害人處遇模式.....	77
第五節 協辦司法精神鑑定工作.....	77
第五章 整合及加強心理健康基礎建設.....	78
第一節 提升心理健康專業人員之質與量.....	78
第二節 建立心理健康服務之財務機制.....	79
第三節 推動國際合作.....	80
第四節 進行心理健康相關之實證研究及實務政策評值.....	80
伍、期程與資源需求.....	82
一、計畫期程.....	82
二、所需資源說明.....	82
三、經費來源及計算基準.....	84
陸、預期效果及影響.....	97
柒、附則.....	99
一、替選方案之分析及評估.....	99
二、有關機關配合事項及其他相關聯但無合作之計畫.....	100
三、中程個案計畫自評檢核表.....	104
四、其他有關事項.....	106
五、性別影響評估檢視表（中長程個案計畫）.....	110
附表.....	125

前言

本部為全面提升國人心理健康，且配合國際趨勢，重視前端預防工作，經檢討「新世代健康領航計畫」、「全國自殺防治策略行動方案第2期計畫」及「鴉片類藥癮病人治療計畫」3項計畫成效後，特整合規劃辦理「國民心理健康促進計畫」(2013年至2016年)。

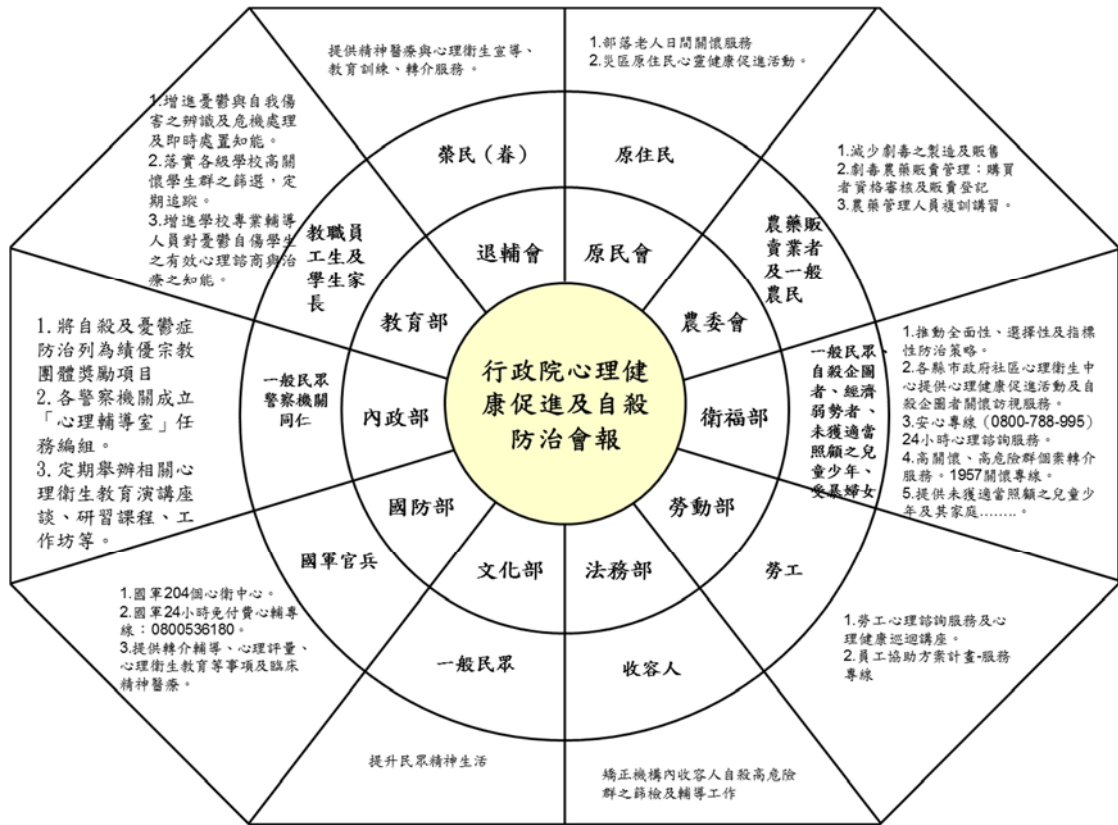
本計畫以公共衛生三段預防為基礎，針對不同目標族群需求，落實以人為中心、社區為導向、康復為目標之服務概念，符合不同性別、年齡層、地域及特殊族群等，涵蓋從促進心理健康、落實精神疾病防治與照護服務、強化成癮防治服務、加強特殊族群處遇服務及整合及加強心理健康基礎建設等面向，規劃內容包括：4大特色、5大工作領域、8大目標、27項關鍵績效指標及25個工作項目之國家心理衛生政策及服務措施。

自2010年起行政院已設置「心理健康促進及自殺防治會報」，其任務為心理健康促進、精神疾病防治、自殺防治政策及重大措施之規劃、諮詢審議、推動及執行情形之督導、協調等事項，由政務委員擔任召集人，本部部長擔任副召集人，且含本部及內政部、國防部、教育部、法務部、勞動部、文化部、國軍退除役官兵輔導委員會、農業委員會、原住民族委員會等10個部會委員代表，並聘請相關專家學者、民間團體代表11人共計23人，由本部辦理相關幕僚作業，有關各部會之目標對象及重要服務工作如下附圖。

本計畫基於提升全民心理健康係屬跨機關及跨層級之業務，爰本計畫由上揭會報相關部會及行政院人事行政總處、各直轄市、縣(市)政府衛生局等共同配合辦理，以全面推展各項心理健康工作，促進各種心理及社會安全網絡間「網網相連」之功能性連結，提供民眾完整而持續之關懷服務，俾利達到本計畫「促進全民心理健康、提升民眾幸福感」之整體總目標。

「行政院心理健康促進及自殺防治會報」

各部會服務對象及重要工作



壹、計畫緣起

一、依據

- (一) 依據 2008 年 7 月 4 日修正施行之「精神衛生法」第 4 條中央主管機關掌理事項辦理，須落實辦理包括：1.民眾心理健康促進、精神疾病防治政策及方案之規劃、訂定及宣導事項；2.全國性病人服務及權益保障政策、法規與方案之規劃、訂定及宣導事項；3.對直轄市及縣（市）主管機關執行病人就醫、權益保障之監督及協調事項；4.對直轄市及縣（市）主管機關病人服務之獎助規劃事項；5.病人醫療服務相關專業人員訓練之規劃事項；6.病人保護業務之規劃事項；7.全國病人資料之統計事項；8.各類精神照護機構之輔導、監督及評鑑事項；9.其他有關病人服務權益保障之策劃、督導事項等法定事項。
- (二) 由於國際金融海嘯所衍生的經濟衰退及社會安全問題嚴重，政府為重視對國人心理健康，前衛生署署長葉金川指示，參照美國「藥物濫用與心理健康服務署」(Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA)的架構，以任務編組的方式在 2009 年 3 月 11 日成立了「心理健康辦公室」，整合了現行心理衛生、精神醫療及物質濫用的服務平台，以提升全民的心理健康，預防及處理治療精神疾病與物質濫用的相關問題。為配合行政院組織改造，2013 年 7 月 23 日調整為衛生福利部，設有心理及口腔健康司，包括設置「心理健康促進」、「精神疾病防治」、「成癮防治」及「特殊族群處遇」等四科，分別掌管心理健康促進與自傷行為、精神疾病防治與病人權益保障政策、精神照護機構及其業務之管理、毒品及其他物質成癮防治政策、家庭暴力、性侵害犯罪加害人處遇政策之規劃、推動及相關法規之研訂等業務，爰規劃辦理「國民心理健康促進計畫」，期程自 2013 年至 2016 年，以逐年建構心理及口腔健康司完善之功能及工作策略，擘劃國家心理健康政策與藍圖，分年度逐步推動，以提升國人心理健康。

- (三) 配合國家黃金十年發展，實現公義社會願景，確保民眾生活起居的安全，提供優質的健康醫療環境，並針對社會經濟弱勢者，給予特別的扶助與關懷，建構一個自信、開放、幸福的國家。
- (四) 前行政院於 2009 年核定之「新世代健康領航計畫」、「全國自殺防治策略行動方案第 2 期計畫」、「鴉片類藥癮病人治療計畫」等，執行期程均於 2012 年屆滿，經檢討相關計畫成效，由於天然災變、氣候異常與社會問題使得心理衛生之重要性增加，自殺死亡率仍有改善空間，精神病人的社區化照護、各類物質成癮問題等仍需加強，以及發展前端預防及加強族群處遇及照護已成為國際趨勢等因素，仍須持續推動相關計畫，特整合前揭計畫，並擬訂本中長程計畫。
- (五) 依據聯合國第四號毒品公約草案（毒品風險管理公約草案）精神，基於毒品減少傷害策略，各國應儘一切努力，提供治療、教育、鼓勵個案戒治康復或回歸社會的措施。
- (六) 依據行政院 2011 年 12 月 2 日核定「性別平等政策綱領」— 人身安全與司法篇，國內現行人身安全議題仍存在性別的困境，性侵害犯罪、家庭暴力等問題，除對婦女身心與性自主方面造成嚴重的傷害與威脅，且嚴重耗損社會成本。爰此，各級政府在相關理念、政策內涵與行動策略上應：
1. 充實各相關防治體系，整合各單位之功能，建構暴力防治跨網絡整合性政策與服務模式。
2. 強化性侵害等保護性案件之蒐證、採證能力，建立性侵害案件之專業處理團隊。
3. 檢討修正性別暴力相關法規，落實性侵害加害人社區監控與處遇制度。

二、未來環境預測

- (一) 天然災變、氣候異常與暖化使心理衛生之重要性增加

台灣地處亞熱帶地區，又屬海洋性氣候，每至夏季常遭遇颱風之侵襲，如 2009 年 8 月之莫拉克颱風及 2010 年 9 月之凡那比颱風，皆造成重大的人員傷亡及財物損失；而台灣亦處於歐亞板塊和菲律賓海板塊之

反衝地帶，因此地震活動十分頻繁，包含 1999 年的 921 集集地震及 1022 嘉義地震、2002 年 331 花蓮外海地震、2006 年的 401 台東地震及 1226 恆春地震等，皆為台灣近期之重大震災，時至 2011 年日本發生大型複合式災難，在海嘯及地震等災害的多重襲擊後，日本除了需積極於全國環境之重建外，亦針對民眾災後之心理復原有所著力。災難的發生除了造成生命威脅、財物損失、環境破壞之外，災難受害者亦會因個人經歷之恐慌而產生災後創傷，造成心理健康問題，未來台灣除了該思索如何提升複合式災難之應變能力外，亦須關注民眾對於氣變遷引發天然災害後之心理衝擊該如何提升其復原能力。

（二）社會問題引發民眾對心理健康的需求增加

近年來台灣社會歷經快速的變遷，社會型態與個人生活產生急速變化，民眾之價值觀及意念開始不同於以往，因此衍生許多社會問題，並對社會整體運作造成嚴重的影響。社會秩序的紊亂引發民眾心理之恐慌，如飆車、搶劫、竊盜、藥毒癮、暴力行為等；毒品濫用是一個全球性問題，幾乎影響每個國家，儘管各地區毒品濫用的程度和特點各不相同，在過去幾十年，世界各地（尤其是年輕人）的毒品濫用趨勢已經逐漸增長。因此，國外已採取毒品減少傷害策略，避免藥癮病人引發更加嚴重的血液傳染病疫情擴散問題，以及減少藥癮病人所衍生的種種社會問題與健康危害。現今聯合國世界衛生組織已將毒品成癮者視為病人，由醫療專業人員施以戒治醫療，並擺脫傳統道德及價值判斷，提供必要之替代療法等，以減少毒品相關之各項危害。是以，我國亦應從健康人權的角度出發，兼顧公共衛生及公共安全，實有加強藥癮病人治療之必要性。依據法務部之毒品案件統計，比較 2012 年及 2013 年 1 月同期之毒件案件辦理情形，裁判確定有罪人數減少 5.05%，純施用毒品人數亦減少 4.05%（附表 2）。近年來失業率亦高居不下，2008 年雷曼兄弟破產後所爆發之金融危機更使台灣失業率攀升至高峰。社會動盪及經濟不穩定易造成民眾之不安情緒，將影響其心理健康。

（三）自殺死亡率仍有改善空間

考量自 1993 年起國人自殺粗死亡率逐年上升，並於 2006 年達每十萬人口 19.3 人之高峰，為了降低民眾之自殺死亡率，行政院衛生福利部開始將自殺防治列為推動心理健康之重點工作，並積極推展自殺防治之策略與工作。2005 年 5 月行政院核定本部之「全國自殺防治策略行動方案」，並於 2005 年 9 月成立全國自殺防治中心，於 2006 年開始補助縣（市）政府衛生局辦理「整合型精神疾病防治與心理衛生工作計畫」，於 2009 年則持續推動「全國自殺防治策略行動方案」第二期計畫，2010 年行政院則成立「心理健康促進及自殺防治會報」，邀集相關部會及民間團體、專家學者定期召開會議，該會報就各族群、場域自殺之趨勢分析、問題剖析及需求評估，積極研議具體因應對策，以強化自殺防治網絡工作，提升政府機關間自殺防治工作之整合效率，執行「全國自殺防治策略行動方案」計畫。

自 2008 年起我國自殺死亡率已有下降趨勢，每十萬人口之標準化自殺死亡率已由 2008 年之 15.2 下降至 2012 年之 13.1（附圖 1），各性別及年齡層之自殺死亡率均呈現下降趨勢（附圖 2 及 3），在十大死因之排名中，自 2010 年自殺死亡率已連續 3 年降至十大死因之外，惟 2012 年台灣標準化自殺死亡率為 13.1，仍列於 WHO 高盛行區來看，顯示台灣之自殺死亡率仍有改善之空間。

（四）發展初級預防已成為國際趨勢

近年來心理健康已成為公共衛生的優先議題（WHO, 2005）。心理健康對於個人、家庭、社會皆極為重要，心理健康與精神疾病的決定因素涵蓋社會、心理及生理等面向，其中慢性疾病，如心血管疾病、糖尿病、呼吸道疾病、癌症、肥胖等，為造成精神疾病的重要因素之一，慢性疾病之數量與罹病之風險為正相關。隨著近年來全球化、氣候變遷、失業率、都市疏離感、人口老化等情況，除了加速傳染性疾病的傳播、加重慢性病及非傳染性疾病的負擔外，心理健康問題亦會逐漸增加，然而目

前之健康照護體系是否足以因應世界之快速改變，則尚需探討（WHO, 2008）。

（五）精神病人的社區化照護仍需加強

2001 年 WHO 詳細討論精神健康供給與計畫，歸納出十點結論，其中提出應發展社區照護，除可保障病人人權，減少污名化外，當病人將治療方式移轉至社區照護層級時，將使照護服務更具成本效益（WHO, 2001）。社區照護系統除可提供精神病患重新回歸社區之誘因及可能性，且使多數人皆可在社區中獲得心理衛生、保健及醫療服務，增加服務提供可近性，使民眾得以快速依其個人需求獲得適當的照護（吳肖琪, 2003）。社區化照護之發展將為未來需努力的目標。

（六）加害人處遇應著重偏差觀念導正及內在控制能力強化

依據保護服務司統計，2005 年至 2013 年家庭暴力通報案件數由 62,310 件逐年增加為 130,829 件，性侵害通報案件數則由 5,739 件上升為 13,928 件（附表 1），顯示基於性別原因而發生之暴力行為仍多所存在。家庭暴力案件之本質即存有權力與控制問題，而非加害人有精神疾病或嚴重酒癮、藥癮，故為預防再犯危險，處遇內容應著重認知輔導教育，藉以導正其性別歧視與性別權控之偏差思維。性侵害犯罪加害人併有嚴重精神疾病之比例亦不高，個案有無治療之必要，係以其再犯可能性高低，以及是否具有高危險性，作為判斷準則，故治療目標非「治癒」，而應為「終身控制」，亦即讓加害人能夠成功地處理與控制危險情境，以阻止再犯過程的發生。

隨著失業率、金融海嘯、都市疏離感、複合式災難等問題，加上 E 化所帶來身心疾病問題的增加，心理健康問題之重要性與日俱增；我國逐漸邁入高齡化社會，近年來已開始推行長期照護相關政策，針對失能之長期照護個案、罹患疾病者、癌末病患及其家屬等，亦需給予其心理健康支持；未來該如何避免自殺、憂鬱等心理疾病之產生，並提升民眾之正向思考及復原能力，將成為心理健康政策規劃及推動之未來目標。

三、問題評析

(一) 在心理健康促進部分

1. 心理健康策略之初段及末段預防待加強

心理健康政策自 1986 年發展至今，多數經費及資源投入仍集中於精神醫療照護之次段預防；相關研究指出，2008 年全國 25 縣市政府心理衛生行政工作之經費分配比例，除了台中縣及花蓮縣外，多數縣市之經費投入仍著重於精神醫療之業務推動(陳嘉鳳,2008)，本部之心理衛生業務屬心理及口腔健康司統籌管理，然受限於人員編制數低，導致人員業務負荷繁重，因此難以全面兼顧所有之心理健康業務；參考國際近年發展之趨勢，依據公共衛生之概念，預防重於治療，如何針對全體民眾強化其心理健康，避免發展為精神疾病，且針對慢性或穩定之精神病人，提供其回歸社區之機會，將是未來極需發展的議題。

2. 跨機關及部會之協調整合尚待加強

我國目前心理健康相關業務之執掌機關主要為本部心理及口腔健康司，其業務涵蓋範圍甚廣，進一步檢視我國心理健康照護體系之權責劃分，目前各項相關工作分屬本部不同司、署及行政院相關部會所掌管(附表 19)，由於各機關業務量繁重，且心理健康之照護對象涵蓋全人口群，因此較無法兼顧跨部門及機關之溝通與銜接。

自殺防治網絡之轉銜照護及災難心理衛生工作等需偕同各部會合作推動才可落實；物質濫用防治業務，除衛生福利部外，亦包含法務部、國防部、教育部等；2013 年衛生福利部已正式成立，並將被害人與加害人服務整合於衛生福利部，但對家庭暴力及性侵害加害人之約制、登記報到等須由警察協助部分，仍分屬內政部與衛生福利部，未來該如何和其他部會建立經常性協調機制需及早規劃。

(二) 在精神疾病防治部分

1. 我國精神病床數應隨著社會環境快速變遷及人口老化趨勢適時檢討修正目標值

我國在精神醫療網計畫的推動之下，精神醫療急、慢性病床數有顯著增加，迄至 2013 年底，許可病床數已達全國醫療網每萬人口 10 床之目標，逐年與世界各國近年精神病床數（附表 20、附圖 8）相近；我國以每萬人口精神病床數目標急、慢性病床以二級醫療區內每萬人口合計未達 10 床、慢性病床以一級或二級醫療區內每萬人口未達 10 床始可提出申請（衛生福利部，2011）為精神病床設置之標準，然社會環境快速變遷及人口老化，原規劃每萬人口 10 床之目標值是否符合需求、應適時檢討修正其目標值。

2. 精神病人分級方式與連續性照護模式待改善

本部於 1998 年為配合當時之「身心障礙者保護法」，提升精神病人照護品質，與社政及勞政協調分工責任，擴大病人照顧層面，進而訂定「精神病患病情分類評估標準」（附表 21），將病人區分為六類，並將照顧體系進行權責劃分，使各體系在精神病患的照顧中皆扮演一定之角色；社政機關則將慢性精神病人依照其障礙等級區分為輕度、中度、重度與極重度四類（附表 22），以此做為身心障礙手冊之鑑定標準。然兩者尚未有充分之搭配結合與修改，且用於社區精神病人之評估更無法反映出病人之實際狀態，甚至偏窄了治療目標，且偏離以病人為中心之醫療本質（鄭若瑟，2009），目前之分類方式多以問題或障礙為導向，且在分類上缺乏彈性，精神病人之狀態改變多具流動性，然現今之分類方式則易將病患侷限於特定之分類，導致其病況改變時仍無法獲得適切之照護；近年來我國之身心障礙鑑定標準已開始朝向「國際健康功能與身心障礙分類系統」（International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF）方向發展，未來如何以目前之分類方式與 ICF 等國際標準相互

銜接及比較，並調整精神病人之分類方式，使之參酌服務使用者之意見，納入提升病人生活品質之照顧哲學，將為未來須努力之方向。

3. 精神病人之醫療利用多集中於大型醫院

目前精神醫療之住院費用分布於評鑑等級醫院已呈現倒金字塔狀。分析 2006 年各醫院層級別住院資源利用情形，不論使用人次或申報費用，除了精神專科醫院外，多以醫學中心與區域醫院為最高，並隨評鑑等級別之下降而減少，醫療院所相對於精神復健機構（包含日間病床、日間與住宿型機構）之利用更占多數（吳肖琪，2009）。理論上大型醫院應以治療急重症為導向，而小型醫院或基層醫療院所應扮演守門人的角色，提供適當的基本照護服務，針對病情嚴重之病人給予適度轉介，以減少病人醫療的過度使用，且隨著病患健康情形的改善，亦或其照護需求的改變，應適當轉介至復健機構，提升其回歸社區的能力及意願，未來該如何導正各評鑑等級醫院之醫療角色，提升社區式照護的角色，促使醫療利用分布達其適切性，為迫切需解決的問題（吳肖琪，2009）。

4. 全民健保支付影響社區化發展

參酌世界各國精神病床發展趨勢，且因精神病人疾病型態之改變（精神病之發生率維持穩定，精神官能症罹病人數持續成長）及藥物治療技術之進展，輕型精神疾病病人多無需長期住院，而應積極鼓勵復健，回歸社區生活，爰世界各國朝向以社區精神復健之發展，惟現行社區精神復健機構全民健保支付標準過低，影響業者開設及立案動機，進而阻擾社區化發展，未來宜適度調整之支付標準，以符合其經濟效益，俾利社區照護發展。

5. 精神病人之社區照顧服務尚待加強

針對精神病人返回社區後之社區照顧服務，應包含就學、就業及就養等，然目前國內對於精神病人仍存在污名化，且社區照顧服

務之提供跨及各機關及部會，亟需各部會之連結及轉銜尚可使精神病人於返回社區後獲得妥適之照顧。參考國外精神病人之社區化照顧，除了機構式照顧之外，尚有社區家園、獨立公寓等設施，國內未來可考量設置且進一步訂定其設置管理辦法及收案標準。

（三）在成癮防治部分

1．物質濫用的範疇與毒品濫用之間仍存在認知差異

物質濫用範疇較廣泛，包涵合法及非法的物質濫用及依賴。毒品危害防制條例所指範圍僅限於該條例所列之一至四級毒品。一般民眾及各部會對於物質濫用的認知、名詞使用都不盡相同，因此在溝通協調、轉介出現鴻溝。

2．物質濫用之初段預防推動困難

到學校進行物質濫用防治宣導，學校不認為自己有毒品的問題，學生及老師對於這種宣導方式參與程度差。社會大眾普遍缺乏「合法物質通常為非法物質之前導物」的認知。例如：抽煙、喝酒、嚼檳榔被認為是可接受的行為，卻不知此類物質上癮，可能是非法物質成癮的開始。

3．成癮物質濫用／成癮之治療模式發展尚待精進

目前針對物質濫用之治療，較具有成效者為藥癮治療模式，其中又以鴉片類及尼古丁類替代治療成效較佳。對於其他一至四級毒品及酒癮較欠缺多元化具成效的治療模式。

4．藥、酒癮治療的經費來源不定

目前鴉片類物質成癮及酒癮個案治療，有部分或全額補助。對於其他藥癮治療，含一至四級毒品，則皆無經費補助。又藥、酒癮治療健保並不給付，需自行負擔費用，因此減少參與治療意願，但若將所有藥、酒癮治療納入健保則仍具爭議性。

（四）在特殊族群處遇部分

1．法官對家庭暴力加害人處遇計畫之裁定率偏低

由於網絡防治機關持續宣導，一般民眾與責任通報人員對家庭暴力事件之認知及敏感度日漸提升，越來越多的被害人願意出面求助，惟礙於法官缺乏與評估小組、處遇人員間之對話機制，致其對處遇計畫認知不足、成效質疑，及過度仰賴評估小組評估報告，故相較通報件數、保護令申請件數，法官對於處遇計畫之裁定及逕裁比率偏低，影響加害人藉由處遇計畫執行，降低其再犯之可能性。

2. 家庭暴力及性侵害加害人之處遇成效尚待提升

依 2013 年中央對地方政府執行社會福利績效實地考核結果，各縣市衛生局在家庭暴力加害人處遇計畫、性侵害加害人身心治療及輔導教育業務上，已確實列管個案處遇之執行及依法落實通知、裁罰、移送，惟仍宜督促檢察官落實命加害人完成處遇計畫、通知社政及警政人員出席性侵害加害人評估小組會議報告個案社區監控狀況、聘請外部督導及定期召集處遇人員進行個案討論、適度增加年度處遇經費之編列，以落實加害人社區處遇、評估之執行。

3. 家庭暴力及性侵害被害人之驗傷採證作業品質尚待加強

性侵害被害人往往為犯罪事件之唯一目擊證人，被害人之陳述雖對犯罪事實舉證具相當證據價值，惟實務上被害人常因身心處於極度恐慌狀態，造成事後記憶不清或前後矛盾情形，以致法院審理時，難依據有限證據資料據以將加害人定罪。因此，如何在被害人第一時間前往醫療院所驗傷時，即時以最佳且適切之採證作業採集加害人之生物跡證，以確保被害人司法權益，為一重要的議題。依 2013 年地方機關醫政業務考評結果，醫師參與驗傷採證教育訓練比率雖已達 80%，惟仍有責任醫院督導考核落實、醫師診斷書書寫品質提升、被害人檢體採集正確性等問題。

4. 家庭暴力及性侵害被害人之回診率偏低

性侵害被害人於遭性侵害後，可能因而受孕及感染血液、性接觸等傳染病，且部分被害人可能呈現反覆回想被害事件、易怒、驚

慌、失眠等急性壓力反應，甚至造成創傷後壓力症候群。依 2013 年中央對地方政府執行社會福利績效實地考核結果，考量被害人即時驗傷採證之需要，本部雖於各縣市指定有 149 家責任醫院，惟多數被害人回診追蹤比率偏低，地方政府亦礙於經費，對被害人後續回診追蹤補助有限。

（五）在心理健康基礎建設部分

1．心理健康人力之編制有待強化

心理健康相關工作應具備足夠且多元化之人力，始足以推動心理健康相關業務。目前針對社區心理衛生相關人員之編制，多數直轄市、縣（市）社區心理衛生中心由衛生局相關業務承辦員兼任負責人，工作量加倍致使效率降低，或另以計畫補助聘用助理人員缺乏保障，導致人員流動率大；而工作負荷過重、缺乏系統性之培訓制度等，皆導致人員流動率高。醫事人員缺乏誘因參加藥、酒癮治療工作，類似的問題亦發生於家庭暴力及性侵害加害人處遇專業人員方面，未來如何提升心理健康相關人員之留任意願，解決供不應求的問題，為未來需重視之議題。

2．心理健康專業人力素質需更加精進

在醫療專業人員的部分，由於精神病人常合併有其他慢性病等症狀，而精神專科醫師平日之業務量已難以負荷精神病人在精神疾病外之其他診療及照護，因此如何提升非精神科醫療人員對於精神病人照護之敏感度，應為未來需加強的重點；另外針對家庭暴力及性侵害被害人之驗傷採證業務，該如何加強精神科、婦產科及急診等醫療人員之專業能力，並提升醫療人員通報及轉介之能力，將為未來應發展的重點。針對各類場域推動心理健康、精神疾病防治、成癮防治與特殊族群處遇之相關人員，該如何提升其知識或專業知能，並針對不同個案提供適切之治療或處遇服務，應納入未來心理健康政策發展之重要議題。

3 · 心理健康資訊系統有待建置或整合

目前心理衛生相關系統，本部包括：自殺防治通報系統、精神照護資訊管理系統、醫療機構替代治療作業管理系統、家庭暴力及性侵害個案資料、(中低收入戶)兒童少年生活扶助...等，其他部會包括：全國身心障礙者職業重建個案服務資訊管理系統...等，理想的心理健康資訊系統應涵蓋三大類，包含服務機關現況及服務量系統、專業人力登錄系統及個案管理系統，目前各主管機關存在不同的心理健康資訊系統，不論衛政、社政、警政、勞政、司法等資訊系統，如何促使各類資訊系統間彼此相互串連，且提升資料完整性與正確性等皆有待未來加強。

貳、計畫目標

一、目標說明

過去我國心理健康政策多著重於自殺防治、精神醫療網發展、精神疾病防治及照護、藥癮防治，以及家庭暴力及性侵害處遇及照顧等工作，然心理健康之促進攸關全民生活品質的提昇，應兼顧身心健康、減少疾病發生、縮短疾病療程、並增進社區復健成效等，且於未來應致力於心理健康促進工作之拓展。

為了建置完善的心理健康服務資源及服務輸送體系，充實心理健康相關服務人力之質與量，並落實以人為中心、社區為導向、康復為目標之服務概念，當前亟需規劃以全體民眾為對象，並納入公共衛生「三段五級」概念之全國性心理健康政策，以達成本計畫「促進全民心理健康、提升民眾幸福感」之整體計畫目標，並達成馬英九總統之「優先照顧醫療弱勢族群，全民享有優質健康照護」競選政見目標，以及黃金十年「公義社會」國家願景中「平安健康」（負責部會為本部）之政策理念及提供優質健康醫療環境之施政主軸。

本計畫目標如下：

- (一) 建構具備三段五級、多元化及跨專業領域之心理健康服務體系，強化初段、次段及末段心理健康促進。
- (二) 規劃能符合不同性別（含性別少數）者在各年齡層、城鄉地域及族群等，對象包括一般健康民眾、罹病者、失能者、康復病友及健康照護者等所需求及期待之國家心理健康政策及服務措施。
- (三) 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。
- (四) 提升全民（含性別）心理健康知能，營造正面思考能量及幸福感，並給予照顧者、倡導者、心理健康促進或精神醫療服務者適當的訓練與支持。
- (五) 強化心理健康服務品質與效益以切合民眾需求，並建立讓民眾參與相關決策之機制。

- (六) 擬定以實證為依據、符合成本效益之心理健康政策及策略。
- (七) 讓有心理健康問題之民眾享有與一般國民同等之權利，且得以成長並發揮潛能。
- (八) 發現家庭暴力與性侵害高風險群有關心理健康之需求及精神疾病潛在問題，並及時提供協助與照護服務。

二、達成目標之限制

(一) 地方衛生局等公部門之相關人力必須足夠

不論心理健康服務資源之建置，亦或是服務方案之推動與執行，以及服務品質的提升與改善，地方政府所扮演之執行者角色極為關鍵；行政院於 2010 年核定「充實地方政府社工人力配置及進用計畫」，目的為充實地方政府社工之質與量，但於各直轄市、縣（市）政府提供護理服務之公共衛生護士，及衛生行政工作之公共衛生人員則嚴重不足。因此於地方政府需厚植心理健康照護相關人力及能力，以進行轄區內資源分配及相關政策之推行，並持續推廣心理健康照護網絡之建立，以提升心理健康照護相關政策之執行成效。

(二) 部分類型服務及人力尚需足夠之獎勵及輔導措施以促使其發展

心理健康計畫之推動須結合民間及公部門之相關資源共同參與。在服務資源的部分，目前如精神病人之社區化照護服務、物質濫用者及家庭暴力、性侵害加害人之處遇服務等，雖已存在部分民間資源，但仍呈現供不應求之情形，在心理健康專業人力之養成與培訓，亦有待未來之發展；不論是設施設備之充實，亦或相關人力之發展，惟均無法在短期內一次到位，有賴輔導直轄市、縣（市）政府逐年編列經費，並視需要補助縣市政府落實執行，循序推動。

(三) 精神疾病之污名化為治療最大的阻力

社會對精神病人之害怕、排斥與歧視的態度，是精神病人及家屬除了面對疾病外，另一個沉重的負擔，社會對於精神疾病之污名化，易導

致已具有初期心理健康問題之民眾不願前往就醫，而影響其預後之成效。除了精神疾病之外，針對物質成癮，亦會考量社會對其之觀感，而降低其前往接受戒治之意願。唯有促進民眾對於精神疾病的了解，減少過去錯誤歧視之觀念，始可促進心理健康政策之健全發展。

(四) 精神照護機構及全民健保支付標準配置的不合理，阻擾社區化的發展

慢性精神病床支付明顯高於精神復健機構時，會降低服務提供者發展精神復健機構的誘因，且亦影響民眾使用社區式照護之意願，並因此影響社區式服務之發展。目前我國各評鑑等級別醫院之慢性精神病床支付標準明顯高於住宿型精神復健機構；比較日間住院與日間型精神復健機構的支付標準，兩者相差近兩倍之多，且進一步比較設置標準，日間住院對於專任醫師及專任護理人員之配置有所規範，而日間型精神復健機構僅規定專任管理人員的配置。未來須適度調整精神照護之全民健保支付標準及精神照護機構設置標準，以導正精神照護資源之發展。

(五) 跨機關及部會之協調整合影響心理健康工作之推動

我國目前心理健康相關業務之執掌機關主要為衛生福利部心理及口腔健康司，其業務涵蓋範圍包含心理健康促進、精神疾病防治、成癮防治及特殊族群處遇等業務，惟心理健康範疇廣大，依據服務對象及內涵不同，分屬不同部會、部門所掌管，未來各類業務皆需各機關及部門間建立良好之互動及合作機制，始可達到全面提升國民心理健康及事半功倍之效果。

三、預期績效指標及評估基準

目標	策略 (執行機關)	預期績效指標	評估基準	年度目標值				
				現況值 (2011年底)	2013 年	2014 年	2015 年	2016 年
一、建構具備三級、五級、多元化及專業領域之心理健康服務體系，強化初段、中段及健康促進	建立並推動心理健康網 (衛福部)	完成建置心理健康之區域劃分及訂定功能任務	累計完成率(%) ^{註1}	無	50	80	90	100
	強化校園成癮防治與服務網絡 (教育部)	補助各縣市聯處設置防制藥物濫用諮詢服務團	成立防治藥物濫用諮詢團(團數)	5	13	13	13	13
	強化各地毒品危害中心服務 (法務部)	強化各地方毒品防制追蹤輔導功能	追蹤輔導人數達列管總人數之比率(%) (當期追蹤輔導人數÷當期列管總人數〔扣除入監及死亡，無法追蹤輔導人數〕×100%)	86.92	89.44	89.5	90.0	90.5
二、規劃推動符合不同性別、年齡、地域及族群需求，包括一般民眾、罹	強化老人心理健康促進 (衛福部)	提供老人憂鬱症篩檢	老人憂鬱症篩檢率(當年65歲以上憂鬱症篩檢人數)÷(前一年底65歲以上人口數)×100	5	7	8	10	15

目標	策略 (執行機關)	預期績效指標	評估基準	年度目標值				
				現況值 (2011 年底)	2013 年	2014 年	2015 年	2016 年
患者、康復健康者及照顧者需求等期待國家健康政策服務措施			% (%)					
	強化國軍心理健康促進 (國防部)	提升國軍人員心理輔導知能	辦理「國軍心理健康宣導專案活動」之官兵滿意度 (%)	90	90.5	90.6	90.7	90.8
	強化榮民心理健康促進 (退輔會)	及早發現榮民憂鬱情緒	每年精神評量人次 (人次)	0	18,000	19,000	20,000	21,000
	強化農村婦女心理健康促進 (農委會)	提供農村農家心理健康促進宣導	每年宣導人數(人)	0	2,000	2,000	2,000	2,000
	強化鼓勵企業重視員工身心健康 (勞動部)	辦理「員工協助方案」教育訓練暨企業觀摩會	每年辦理宣導活動場次 (場)	10	14	14	16	16
	強化職場心理健康促進 (勞動部)	建構勞工健康服務體制，協助事業單位規劃辦理勞工身心健康促進事宜	(1)法令規定之法制作業期程 (2)辦理宣導研習活動場次 (3)勞工健康服務機構建置家數 (4)勞工健康服務中心臨廠服務場次	0	0	1. 完成職業安全衛生法、相關附屬法規及工具指引之修訂。 2. 完成 1 家勞	1. 廣續推動建置勞工健康服務中心。 2. 至少辦理 5 場次宣導活動。 3. 輔	1. 至少辦理 5 場次宣導活動。 2. 輔導或補助 20 家事業單位辦理勞

目標	策略 (執行機關)	預期績效指標	評估基準	年度目標值				
				現況值 (2011年底)	2013 年	2014 年	2015 年	2016 年
						工健康服務中心之建置。	導或補助20家事業單位辦理勞工身心健康服務事項。	工身心健康服務事項。
	提升勞動心理健康促進之研究 (勞動部)	完成勞動心理健康促進-風險因子、健康危害預測及介入服務等研究計畫	累計完成率(%)	無	25%	50%	75%	100%
	強化矯正體系心理健康促進-深耕家庭支持方案 (法務部)	各矯正機關每年辦理2場次家屬衛教或家庭日活動	達成2場次之機關數/49個矯正機關數×100%(%)	無	無	80	85	90
	強化原民心理健康促進 (原民會)	辦理原民自殺防治守門人宣導活動	每年辦理宣導活動場次(場)	0	13	15	18	20
	推動校園自我傷害三級預防工作計畫 (教育部)	各級學校學生自殺死亡人數低於98年之83人	各級學校學生自殺死亡人數(人)	70人	70人	70人	70人	70人

目標	策略 (執行機關)	預期績效指標	評估基準	年度目標值				
				現況值 (2011年底)	2013 年	2014 年	2015 年	2016 年
	強化自殺防治服務方案 (衛福部)	降低自殺死亡率	自殺標準化死亡率 (自殺死亡人數÷期中人口數)× 100,000，並依WHO編布之西元 2000年世界標準人口年齡結構調整計算	12.3	12.1	12.0	11.9	11.8
	精進校園藥癮戒治服務方案 (教育部)	邀集心理師、社工師及精神科醫師輔導藥物濫用個案	服務個案數(人)	95	163	200	205	210
	精進藥癮戒治服務方案 (衛福部)	提升替代治療個案留置率	(留置人數／收案人數)× 100%(%)	無	50	55	60	65
	強化酒癮防治方案 (衛福部)	提供酒癮戒治服務機構數	累計提供酒癮戒治服務機構數(家)	48	50	52	54	56
	強化家庭暴力相對人處遇服務 (衛福部)	提供相對人預防性服務方案數	提供相對人預防性服務方案數(案)	14	17	17	19	20

目標	策略 (執行機關)	預期績效指標	評估基準	年度目標值				
				現況值 (2011年底)	2013 年	2014 年	2015 年	2016 年
三、強化地方地理健康工作人力之質量，以個案為中心提供全人心理健康照護與服務	落實社區精神病人管理及追蹤關懷 (衛福部)	社區精神病人年訪視次數	社區精神病人訪視人次數／列冊關懷精神病人數(次)	3.88	4.15	4.15	4.15	4.15
四、提供全民(含性別)心理健康知能，營造正面思考及幸福感，並給予照顧者、倡導者、心理健康促進或醫療服務者的訓練與支持	加強推廣全民心理健康知能 (衛福部)	辦理心理健康教育訓練場次	辦理教育訓練場次(場)	50	100	150	200	250
	發展及整合心理健康促進方案 (人事行政總處)	推動員工協助方案，提升政府機關員工心理健康	辦理員工協助方案之機關數/58個行政院所屬及地方機關數×100% (%)	0	74	80	85	90
五、強化心理健康服務品質與	促進精神病人權益保障、充權及保護	輔導各縣(市)精神病友機構	精神病友團體參與地方政府推動心理	15	18	19	20	21

目標	策略 (執行機關)	預期績效指標	評估基準	年度目標值				
				現況值 (2011年底)	2013 年	2014 年	2015 年	2016 年
效益，以切合民眾需求，且應有讓民眾參與相關決策機制	(衛福部)	／團體參與地方推動心理健康事宜	健康之縣市數(個)					
六、擬定以實證為依據、符合成本效益之心理健康政策及策略	進行心理健康相關之實證研究及實務政策評值 (衛福部)	委託心理健康相關實證研究	辦理委託研究案數(案)	0	1	2	3	4
七、讓有心理健康之民眾享有與一般國民之同等權利，且得以成長並發揮潛能	強化精神衛生體系及服務網絡 (衛福部)	增加縣復健精神資源	設置精神復健機構之縣市(個)	14	16	17	18	19
八、強化家庭暴力與性侵害高風險心理健康	強化家庭暴力及性侵害被害人之身心治療服務 (衛福部)	指定被害人身心治療核心醫療機構	被害人身心治療核心醫療機構數(家)	0	0	6	10	14

目標	策略 (執行機關)	預期績效指標	評估基準	年度目標值				
				現況值 (2011年底)	2013 年	2014 年	2015 年	2016 年
康 需 求 及 精 神 潛 問 疾 病 及 障 礙 提 供 在 題 時 提 供 助 助	強化家庭暴力與性侵害加害處遇服務 (衛福部)	家庭暴力及性侵害加害處遇率 (%)	已執行社區處遇之暴力侵害人數／應執行處遇之暴力侵害人數(%)	90	95	98	99	99
	強化家庭暴力及性侵害被害人身心治療服務 (內政部警政署)	落實警察執行加害者登記作業率	累計完成率(%)	0	95	97	98	99

參、現行相關政策及方案之檢討

精神醫療照護牽涉層面廣而複雜，不同年齡、不同病因、不同嚴重度、不同家庭支持程度、不同經濟狀況的精神疾病患者會有不同的需求，包括醫療、衛政、社政、教育、及勞政等，若進一步將精神衛生由近端的預防與治療延伸到心理衛生等遠端的預防，則有更多有關精神心理衛生醫療保健體系的議題須重視（吳肖琪，2003）。

我國精神衛生政策已發展近 30 餘年，其發展脈絡與醫療網計畫及精神衛生法之施行緊密連結(附表 3)。醫療網計畫前三期著重於培育精神醫療專業人力、充實精神醫療設施、實施精神醫療院所評鑑、推展精神病人社區復健及心理衛生等工作；針對社區精神疾病人強制就醫及返回社區後追蹤管理工作之辦理、921 重大災難心理衛生重建、社區精神醫療服務之落實及精神養護機構缺乏等問題。

第四期醫療網計畫則持續關注精神醫療軟硬體設施之擴建、辦理社區精神病人通報之強化、追蹤列管及送醫制度、充實精神醫療專業人力、提升精神醫療機構及精神復健機構服務品質、提供精神病人醫療及強制住院費用補助、增進慢性精神病人其社會福利服務等（吳肖琪，2006；衛生福利部，2005），致力於健全精神衛生行政體系、發展社區精神醫療及社區服務網絡，以提供預防、治療及復健服務，減少收容養護而積極朝向整合性照護服務發展。

2005 年開始推行「全人健康照護計畫」（第五期醫療網計畫），為了使精神醫療網責任區之劃分方式與現有之健保分局一致，因此將澎湖區併入高屏區，精神醫療網責任區由原本之 7 區修改為 6 區，在精神照護業務之工作重點，則包括加強推展自殺防治、災難心理衛生處理機制及社區心理衛生教育宣導工作、強化精神衛生管理與照護服務（預防、治療及復健）網絡、強化精神衛生相關機構管理及考核、加強精神病人社會福利及長期養護服務、加強推展物質濫用防制工作等；藉此持續推展自殺防治及心理衛生策略，由衛生機關結合社區資源提供多元精神醫療保健服務，並排除嚴重精神病人強制就醫住院障礙，以提

升精神醫療照護和藥、酒癮戒治處遇服務品質，期降低國人自殺死亡率及改善物質濫用情形（行政院衛生署，2005）。

2009年1月「新世代健康領航計畫」（第六期醫療網計畫）展開，工作重點包括強化精神醫療體系及資源之整合、建立精神醫療服務網絡、提升機構管理與品質控管、推展族群之處遇及照護業務（包含家庭暴力與性侵害防治、藥酒癮之戒治、人口販運被害人心理輔導等）及規劃建置心理衛生政策評估等。

「新世代健康領航計畫」、「全國自殺防治策略行動方案第2期計畫」及「鴉片類藥癮病人治療計畫」等計畫，已於2012年12月結束，前開三個計畫之執行現況及成果如下：

一、心理健康基礎建設方面

（一）完成精神衛生法之修正，保障精神病人之權利

1. 精神衛生法於1990年公告至今，僅於2000年及2002年曾做小幅度修政，然隨著社會之快速變遷，原有之法案內容需檢討修正，使之更符和精神病人權益保障之要求。因此在2007年7月4日大幅度修正精神衛生法，針對社區心理衛生中心之應辦事項、中央主管機關及地方政府之權責劃分、社區照護、支持及復健體系之建立、病人權益之保障與協助就醫、通報及追蹤保護措施等皆有更明確之陳述，另針對嚴重病人之強制住院、緊急安置及強制社區治療，亦建立起更完善之程序及規範。為強化精神衛生體系，以及配合精神衛生法於2008年7月4日修正施行，已於2008年及2009年間陸續發布10個相關子法規及1個作業要點，包括「精神疾病嚴重病人保護人通報及管理辦法」、「精神疾病嚴重病人緊急處置作業辦法」、「指定精神醫療機構管理辦法」、「精神疾病嚴重病人緊急安置及強制住院許可辦法」、「精神疾病強制鑑定強制社區治療審查會作業辦法」、「精神病人居家治療標準」、「精神疾病嚴重病人強制社區治療作業辦法」、「精神復健機構設置及管理辦法」、「精神衛生法施行細則」、「精神衛生機構團體獎勵辦法」及「精神疾病嚴重病人強制處置費

用支付作業要點」，以健全法令制度。

2. 另依法成立「精神疾病防治諮議會」並定期召開會議，針對促進民眾心理健康政策、精神疾病防治制度、資源規劃、研究發展、促進病人就醫權益保障等事項提供諮詢；同時每年均就重要心理健康衛生政策，補助全國各直轄市及縣（市）衛生局辦理精神醫療及心理健康促進整合型計畫，並訂定各項指標考核。

（二）倡導精神病人去污名及人權保障

1. 為使精神病人之人格與合法權益受到尊重及保障，本部已積極請各政府機關全面檢視並刪除對於精神病人或精神障礙者之不當歧視、限制考試、用人或進入公共場所之規定，另並積極加強社會大眾衛教宣導。
2. 為增加社會大眾對精神病人的認識與關心、接納和支持，本部每年會補助各縣市衛生局辦理反污名化活動，並結合全國之精神障礙者、家屬、相關專業人員和熱心公益之社會人士以及民間團體，辦理精神病人反污名化系列活動，包括「心靈影展」、「鳳凰盃運動會」、「健心盃歌唱才藝競賽」、「金鳳凰文藝競賽」和「精神障礙者及家屬教育」等。

（三）成立心理健康辦公室整合心理健康業務

為整合本部前醫事處、管制藥品管理局、疾病管制局、護理與健康照護處、國民健康局、中央健康保險局等承辦精神醫療、心理衛生、物質濫用防治及家庭暴力、性侵害犯罪加害人處遇業務，2009年成立任務編組，短程目標為成立心理健康辦公室，建立心理健康業務溝通平台及協調機制，中長程目標為2013年成立「衛生福利部心理及口腔健康司」，全面推展國民心理健康促進、精神疾病預防與照護及成癮防治等業務。

二、心理健康促進方面

（一）自殺防治工作之推動已初具成效

為有效降低國人自殺死亡率，本部擬定「全國自殺防治策略行動方

案」施政計畫，逐年推動各項自殺防治策略，自 2005 年實施至今已逾 8 年，目前已建置自殺防治體系，於自殺防治通報部分，自 2005 年至 2013 年之通報人次由 686 人次逐年增加為 28,165 人次。自殺防治 24 小時免費諮詢「安心專線」之接聽量亦由 3,136 人次大幅增加為 73,750 人次；針對高危險群個案（包括精神病患者和自殺企圖者等）所推動之「社區照護關懷個案管理計畫」，亦見成效，截至 2013 年，訪視自殺個案則大幅增加為 160,669 人次（附表 9）；目前我國之每十萬人口自殺標準化死亡人數已由 2008 年之 15.2 人下降至 2012 年之 13.1 人，並已排除於十大死因之外，顯示自殺防治工作之推動已具成效（附圖 4）。

（二）持續推動災難心理衛生之相關工作

因應 2009 年莫拉克颱風所造成之重大傷亡及民眾身心與經濟受損，為即時提供受災民眾、罹難者家屬及救災人員精神醫療與心理衛生協助，及後續災後心理重建服務，以預防創傷後壓力症候群、精神疾病、自殺、物質濫用等問題之發生，本部業於 2009 年啟動災難心理衛生機制，提供各項緊急心理衛生服務措施，並規劃補助災區衛生局推動 2009 年至 2012 年之災後心理衛生重建計畫，提供涵蓋「災民」與「救災者」全方面之心理衛生服務計畫，達到恢復受災民眾心理健康，強化災難心理衛生體制建立，社區恢復自身應變力量與原有支持網絡。為提供 2009 年莫拉克颱風受災民眾之心理重建，本部積極提供心理重建服務，截至 2012 年底計畫已結束，累計出勤 14,569 人次、提供災區民眾關懷服務 69,289 人次、追蹤高風險個案 1,818 人（持續追蹤 95 人）、個別心理諮商與輔導 7,916 人次、團體心理諮商與輔導 2,145 人次、辦理社區心理（靈）健康營造 353 場次、志工培訓 81 場次、心理衛生教育宣導 738 場次及心理衛生教育訓練 275 場次。

三、精神疾病防治與照護方面

（一）強化精神衛生體系及督導地方政府落實辦理精神衛生法各項業務

1. 已協助並督導各直轄市及縣（市）衛生局建立行政轄區之精神衛生

行政體系，目前全國各直轄市、縣（市）政府衛生局均設有專責人員辦理精神醫療及社區心理衛生服務工作，包括規劃精神醫療、精神復健及心理衛生保健資源，並強化辦理民眾心理健康促進及社區精神病人通報、追蹤關懷及緊急送醫等法定事宜。

2. 依據「精神衛生法」第 17 條規定，各直轄市、縣（市）政府應編列預算、設置專責人員辦理精神衛生法規定事宜，財政困難者則由中央政府補助。為了順利推展精神衛生法之各項業務，本部每年編列預算補助各直轄市、縣（市）政府設置專責人員，辦理促進民眾心理健康、精神疾病防治、協助護送病人就醫、執行病人保護、緊急處置精神疾病嚴重病人、建置 24 小時緊急精神醫療處理機制、負責轄內精神疾病個案之社區追蹤訪視、提供精神病人社區照顧支持服務及受理病人或民眾申訴等各項事宜，補助經費之額度將視計畫內容予以核定。

2008 年核定金額共計 10,501.58 萬元，核銷金額為 9,905.19 萬元，執行率達 94.32%，至 2013 年核定金額則增加為 14,734.6 萬元，核銷金額為 14,640.89 萬元，執行率高達 99.36%（附表 4），顯示中央政府對於此計畫之重視，而各縣市政府亦積極辦理計畫之相關工作業務。

（二）持續推動區域精神醫療服務網絡

為期精神醫療、精神復健及心理衛生保健資源能夠有效結合運用，持續推動精神醫療區域網絡計畫並由六個核心醫院，結合區域內醫療、衛生、福利、勞政、警政及學校機關，建立轉介照會制度及加強協調聯繫，以提供精神病人連續性、整體性照顧。並辦理包括 1. 建立區域性療網絡，分析區域內各縣市資源及現況問題，建立區域內跨縣市、跨機構之資源整合及合作機制，發揮精神醫療網緊急聯絡中心功能，提供轄區精神病人危機處理服務（含床位管理及病床調度），協助衛生局訂定災難心理衛生服務與緊急動員計畫並支援衛生局處理重大災難、意外或危機

事件之後續民眾心理輔導事宜；2.推動精神疾病防治工作、發展精神醫療與社區精神復健專業服務；3.辦理區域內精神醫療專業人員訓練工作，包括公共衛生護士與關懷訪視員之社區精神疾病個案照護知能訓練、緊急送醫服務訓練與演習、精神復健機構人員初、進階教育訓練、災難心理衛生、家庭暴力與性侵害加害人處遇、酒癮與藥癮防治等訓練。

(三) 精神照護機構之服務及人力逐年成長

我國精神醫療資源逐年成長，顯示我國精神醫療資源已愈趨豐富。2006年至**2013**年底，急性精神病床開放床數由**6,153**床增加為**7,373**床、慢性精神病床則由**13,344**床增加為**13,792**床，截至**2013**年底精神病床共計**21,165**床，已達全國醫療網每萬人口精神病床**10**床目標；在日間住院病房部分，2006年至**2013**年開放床數由**5,903**床增加為**6,494**床；養護床數近年來略微下降，至**2013**年底共計**5,899**床。2006年至**2013**年精神醫療機構中之醫事人員數，不論是醫師(含專科及非專科)、護理人員、社會工作人員、臨床心理人員及職能治療人員，亦皆呈現逐年增加的情形(衛生福利部，**2013**)。

近年來我國開始重視精神病人之社區化照護，因此促使精神復健設施逐年增加。比較**2006-2013**年之資源分布情形，社區復健中心由**56**家增加為**72**家，實際服務量由**2,798**人增加為**3,502**人；康復之家由**85**家成長為**117**家，實際服務床數由**3,529**床增加至**4,860**床；精神護理之家由**2006**年之**7**家明顯成長至**2013**年之**35**家，床數則由**291**床攀升為**3,005**床(附表6)。2006年至**2013**年精神復健機構中之醫事人員數，不論是醫師、護理人員、社會工作人員、臨床心理人員、職能治療人員及專任管理人員，皆呈現穩定增加的情形(附表7)。

(四) 急性精神病床於6大醫療區、17醫療區域與23縣市間差距縮小

比較全人健康照護計畫實施前後各區域間急性精神病床之最高與最低差距比，以**6**大醫療區、**17**醫療區域(不含金馬地區)與**23**縣市劃分，發現於每萬人口急性精神病床數有縮小，分別由**2004**年之**4.2**、**10.43**

及 14.77 倍縮減為 2008 年之 3.8、7.65 及 11.87 倍(吳肖琪, 2009)(附表 5)。

(五) 精進精神照護機構管理及提升服務品質

為強化精神照護機構之管理，並有效提升其服務品質，本部已逐步建置完成各類照護機構之評鑑制度與評鑑合格效期內不定期追蹤輔導機制，以確保品質之持續維持與缺失事項的有效改善。在精神醫療機構方面，為配合整體評鑑制度之改革，新制精神醫療機構評鑑自 2006 年開始實施，將原偏重結構面之評鑑基準，修改為著重於過程面及結果面之評鑑，並以品質、病人為中心及重視病人安全為導向，強調醫院應參與社區健康促進，建立以病人為中心之評鑑制度。在精神復健機構方面，已於 2003 年試辦評鑑作業，2004 年正式辦理。而精神護理之家，則於 2007 年開始進行實地訪查及輔導，2010 年辦理試辦作業，2011 年實施評鑑。目前精神醫療、精神復健及精神護理機構均已完成建置評鑑制度，以具體監督精神病人之照護工作及提升服務品質。

(六) 執行精神病社區關懷照顧計畫，積極推動精神病人持續性照護網絡

本部於 2006 年起，針對社區具有多重問題之精神病人，依據個案管理為架構，提供即時與持續性專人訪視之社區關懷照顧服務，進而減少社區精神病人重覆住院。計畫執行至今，2006 年至 2007 年補助 60 人；至 2009 年補助 78 人；至 2010 至 2011 年分別補助 97 人及 102 人；後因政府財政困難刪減對地方之補助金額，2012 至 2013 年爰減列補助人力為 96 人。

另本部已於 2005 年完成建置精神照護資訊管理系統，以強化社區精神病人之通報、追蹤列管及送醫制度，並訂定訪視要點和個案分級照護，結合公共衛生護士及社區關懷訪視員，提供定期訪視追蹤及照護措施。2013 年，精神病人管理個案數為 134,317 人、領有精神障礙類別手冊人數為 119,045 人、訪員人數為 2,777 人、訪視病人共計 664,527 人次、協助病人就醫達 7,037 次。精神病人關懷訪視次數也由 2009 年之平均每

人 3.26 次，增加至 2010 年的平均每人 4.03 次，2011 年的平均每人 3.88 次，2012 年的平均每人 4.01 次，2013 年的平均每人 4.15 次。整體而言，管理個案數、領有精神障礙類別手冊人數、訪視病人人次及平均年訪視率等皆有逐年成長的趨勢，透過加強訪視方式可協助精神病人及其家屬解決就醫、就養、就業及就學等所需服務（附表 8）。

（七）持續推展精神疾病強制住院業務並規劃建立強制社區治療制度

1. 配合精神衛生法於 2008 年 7 月 4 日修正施行，已於 2008 年 7 月成立本部精神疾病強制鑑定強制社區治療審查會，分區設置事務辦公室，受理全國強制住院案件之申請；並配合審查會作業，遴聘專科醫師、護理師、職能治療師、心理師、社會工作師、法律專家及病人權益促進團體代表等，針對申請案件進行審查。另為提升審查品質及指定精神專科醫師鑑定品質，已完成審查會審查委員審查作業規範，並定期辦理審查委員進階教育訓練。
2. 另為瞭解指定精神醫療機構對精神病人緊急安置、強制住院及強制社區治療執行及病人權益保障情形，本部自 2009 年起，每年均辦理前開機構訪查，除輔導指定機構應落實法令規定外，並將訪查結果提供各縣市衛生局展延指定機構之參考。
3. 2008 年 7 月 4 日起至 2013 年底審查會受理強制住院審查案件總數為 7,222 件，許可案件數為 6,796 件、不許可案件為 426 件、許可率 94.1%、不許可率 5.9%。精神衛生法修法前，以 2008 年 1-6 月為例強制住院 1,529 人次，平均每月 255 人次，修法後，2009 年、2010 年、2011 年、2012 及 2013 平均每月強制住院人次分別 140 人次、141 人次、101 人次、102 人次及 64 人次精神病人強制住院人次已明顯下降，顯見審查會制度對於精神病人權益，已有更周全之保障。
4. 依精神衛生法規定，本部指定醫療機構辦理精神疾病強制住院業務，自 1999 年之 71 家至 2013 年底，已增加至 107 家醫院辦理精神疾

病強制住院。至於補助醫療費用方面，自 1999 年開辦強制住院及鑑定業務，累積至 2013 年 10 月 31 日止，補助強制住院人次已達 120,931 人次，強制住院醫療費用累計 47 億餘元。

四、成癮防治方面

(一) 強化藥癮戒治體系及提供戒癮醫療服務

1. 本部近年來持續致力於建立戒癮體系，並發展多元且本土化戒癮模式。在建立戒癮體系方面，心理及口腔健康司擴大指定醫院提供藥癮治療門診及住院服務，並補助醫療機構辦理藥癮治療專業人員教育訓練及加強藥物濫用防制教育宣導。在 2013 年指定之藥癮戒治機構共計 146 家，提供社區中自願戒癮個案門診、急診、住院與出院後之追蹤及轉介等服務，並採用藥物及心理輔導，以重建其生活方式，改善自我調適能力，發展自我控制，預防再次復發。
2. 本部已於 2006 年 3 月公告、2011 年 10 月修正公告「鴉片類物質成癮替代治療作業基準」，明定替代治療執行機構資格、替代治療收案對象、執行方式、配套措施及其他應遵行事項；另並於 2010 年 12 月完成「鴉片類成癮物質替代治療臨床指引」，供各醫療機構參考辦理。
3. 已依 2008 年 4 月 3 日修正「毒品危害防制條例」第 24 條，於 2008 年 10 月 30 日協助法務部訂定「毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準」，讓一級毒品緩起訴個案得以於社區妥善接受戒癮治療；於 2009 年 11 月 19 日與法務部、內政部共同訂定「毒品危害事件統一裁罰基準及講習辦法」，本部已協助規劃訂定三、四級毒品危害防治講習教材內容，以供各縣市衛生局辦理講習所需。另已協助法務部矯正署自 2010 年起研修「有無繼續施用毒品傾向評估表」，並已於 2011 年 11 月完成修正並送法務部矯正署頒布施行。

(二) 發展藥癮治療模式

1. 建立藥物濫用流行病學資料庫

本部廣泛蒐集國內外藥物濫用流行病學調查資訊，瞭解國際藥物濫用趨勢，強化國內藥物濫用個案監測通報系統，並加強與警政、司法、教育、醫療機構、相關醫學會及民間團體合作聯繫，建立藥物濫用流行病學資料庫，作為藥癮戒治及藥物濫用防制之參考。有關國內濫用藥物種類及使用方式之變化與趨勢，由本部食品藥物管理署（原管制藥品管理局）彙整參與「管制藥品通報資訊系統」之辦理藥癮治療業務醫療機構通報個案藥物濫用情形。

2 · 引進戒癮藥物

為成功地戒除毒癮及提高毒癮者對戒癮藥物的接受度，本部歷年已持續引進戒癮藥物，依序有：拿淬松（Naltrexone）、丁基原啡因（Buprenorphine）、美沙冬（Methadone）等。戒癮藥物搭配認知技巧訓練，可協助病人維持戒癮狀態並且維持正常生活與工作。

3 · 發展替代治療

為有效控制台灣地區因藥癮者施打毒品、共用針具而新增之愛滋病毒感染人數之疫情，本部效法英國、澳洲及香港等地經驗，引進國外行之有年的減害策略，於 2005 年開始推動「毒品病患愛滋減害試辦計畫」，其中推動清潔針具及替代治療為兩大工作項目。而替代治療係以門診方式長期提供嗎啡替代藥物，如美沙冬及丁基原啡因，再輔以衛生教育、定期身心健康檢查評估、尿液篩檢及團體心理治療等復健方案，期望達到毒癮者能夠消除渴癮，且維持正常生活與工作，並減少犯罪行為。我國自 2006 年 2 月起試辦美沙冬替代治療，時至 2013 年 12 月，接受替代治療已達 9,733 人（附圖 5）；替代療法的實施，有效降低靜脈藥癮者之愛滋傳染比率（附圖 6），相關研究亦預估減害計畫的實施於 2010 年至少將可減少 5 萬名愛滋感染者，可節省愛滋病人之醫療費用高達 1,200 億元（附圖 7）。國內已有部分研究成果可證實美沙冬替代治療之成效。相關研究指出，

個案接受美沙冬替代治療，相較於未接受或中斷治療之個案，其感染愛滋之風險將可大幅降低(附表 10)；當個案接受美沙冬替代治療之出席率達七成以上時，其死亡風險相較於非美沙冬治療個案亦將明顯降低(附表 11)；個案接受美沙冬替代治療達三個月後，亦可減少其犯罪入監之情形(附表 12)。整體而言，美沙冬替代治療除可降低個案使用海洛因之情形，亦可改善失業之情形，增加個案每月之收入，同時對於社會治安亦有正向之影響(附表 13)。至 2013 年底平均每月服藥人數為 10,733 人，累計服藥人數計 40,042 人，累計服藥人日數計 20,411,651 人日。

4. 建構社區輔導機制與發展治療性社區

本部自 2006 年開始，即積極與法務部合作辦理戒治醫療整合試辦計畫，提供強制戒治收容人毒癮戒治醫療服務。為延續戒治所內戒治成效，使受戒治人於離開戒治所復歸社區後，亦能持續接受追蹤輔導，接續推動「發展社區輔導追蹤及治療性社區模式計畫」，並已完成建立戒治處所戒癮個案出所後之社區追蹤輔導機制，並架構戒癮個案社區支持系統與資源轉介網絡，透過個案管理模式，期能達成降低戒癮個案再犯與病情慢性化之目標。

另補助本部草屯療養院於 2006 年與法務部合作成立全國首創「藥癮治療性社區」(茄荖山莊)。藥癮治療性社區是沒有用藥物(drug-free)之居住性機構；透過結構性及非結構性的活動，促使物質成癮者改變其認知、態度及行為，學習及內化社會規範，發展更有效的社交技巧，以重新建構其人生觀與價值觀，內建社會規範，達到戒除毒癮復歸社會的目標。

(三) 推動多元化社區藥癮病人藥癮戒治服務方案

本部自 2007 年至 2010 年補助草屯療養院辦理「發展藥癮者治療性社區計畫」，提供住宿型之全日戒癮服務，已成功建立「藥癮者治療性社區服務模式」外；2011 年並開始辦理「藥癮者日間型社區復健治療計

畫」，針對 1 至 4 級毒品使用者，以醫療輔助搭配社區復健、生活重建等服務，以協助藥癮者逐步適應社區生活；2012 開始辦理「藥癮者青少年治療性社區治療模式發展計畫」，期許建構本土「藥癮青少年治療性社區」模式，提供施用毒品之青少年醫療輔助搭配社區復健、生活重建等服務，以協助藥癮青少年脫離毒品的使用、順利復歸社會。另為鼓勵民間機構團體發展各種戒治模式及社會復健方案，2010 年至 2013 年每年均辦理「補助民間擴大團體參與藥癮戒治計畫」，包括提供藥癮者之宗教心靈支持、生活安置、職業技能培訓、家庭支持以及與社政、勞政機關建立生活與職業輔導介接平台等，並且逐年擴大補助家數，分別為 2010 年 2 家、2011 年 5 家、2012 年 12 家、2013 年 11 家；受益人數則為 2010 年 826 人次、2011 年 2,789 人次、2012 年 12 家 6,963 人次、2013 年 11 家 15,832 人次。

(四) 建置醫療機構替代治療作業管理系統

為提高替代治療服務之便捷性，並透過即時、網路化及保密性高之資訊管理系統，有效管理個案，已於 2010 年完成建置「醫療機構替代治療作業管理系統」，該系統可即時查看個案資料，掌控個案動態；同時可避免個案重複給藥，並以個案之照片、靜脈特徵值作為個案身分辨識。另透過系統，個案不論因為工作、旅遊或住（居）所遷移，均可在全國各縣市之替代治療機構服藥，不但增加個案服藥的便利性，提升個案在治療中的留置率，亦有助於強化個案接受藥癮戒治之意願。

(五) 製作酒癮防治宣導教材，連結各部會協助宣導

2010 年本部已完成製作酒癮防治宣導影片，函送全國醫療機構協助宣導，並轉交各地檢署作為緩刑、緩起訴之參考；於 2011 年則編印各類衛教單張，提供內政部、教育部、國防部、勞動部、農委會、原委會、退輔會、文化部、國家通訊傳播委員會及各縣市政府（衛生局、教育局及社會局），協助宣導；於 2012 年製作「酒癮防治」30 秒宣導短片及 10 分鐘宣導片各 1 支，並提供各直轄市、縣(市)衛生局該 2 支宣導光碟

片以利其擴大宣導，同年 8 月並邀請台北市立聯合醫院黃名琪醫師於國立教育廣播電台「校園健康筆記」宣導酒精危害議題。

(六) 提供酒癮個案戒治處遇之醫療費用補助，並發展本土化酒癮治療模式

2006 年起執行「酒癮戒治處遇服務方案」，對於家庭暴力加害人、高風險家庭成員中酒癮個案及社區內自願求助之酒癮個案，提供住院、門診及心理輔導及認知教育輔導治療之部分醫療費用補助，以提供兒童及青少年更安全健康之成長環境，並建立本土化、多元化之酒癮治療模式。至於酒癮戒治處遇服務項目及人次：住院治療（2010 年 122 人日，2011 年 751 人日，2012 年 1012 人日，2013 年 363 人日）、門診治療（2010 年 641 人次，2011 年 1143 人次，2012 年 1229 人次，2013 年 1079 人次）、個別心理輔導（2010 年 786 人次，2011 年 1431 人次，2012 年 1280 人次，2013 年 1593）、認知教育輔導（2010 年 3355 人次、2011 年 2853 人次，2012 年 3893 人次，2013 年 438 人次）、團體心理輔導（2013 年 501 團次）及夫妻或家族輔導（2010 年 139 人次，2011 年 300 人次，2012 年 372 人次）。

五、族群處遇方面

(一) 家庭暴力及性侵害案件之責任通報案件數逐年提升

由於網絡防治機關持續宣導，一般民眾與責任通報人員對家庭暴力及性侵害議題之認知及敏感度日漸提升，通報案件數逐年成長。分析 2005 年至 2013 年家庭暴力通報案件數，由 62,310 件逐年成長為 130,829 件（附表 1）。各類通報單位中，並以警政所通報案件數最多，2013 年即占總通報案件數 38.42%；其次為衛生醫療單位占 26.60%，衛生醫療單位通報案件數並由 2005 年 24,925 件，成長為 2013 年 40,614 件（附表 14）。

分析 2005 年至 2013 年性侵害之通報案件數，則由 5,739 件逐年成長為 13,928 件；各類通報單位中，則以教育及衛生醫療單位占總通報案件數比例最高，分別為 32.99%、27.16%。

(二) 家庭暴力及性侵害事件之加害人與被害人性別比呈現明顯差異

家庭暴力及性侵害事件被害人的性別分布，各年度均以女性居多。以 2013 年為例，家庭暴力事件女性被害人有 76,396 人（占 69.39%），男性被害人則有 31,796 人（占 28.88%），亦即每萬人口約有 46.29 名遭受家庭暴力；若按性別統計，每萬名男性人口中有 27.21 人受暴，女性則高達 65.36 人，約為男性之 2.40 倍，男女性別比 0.42（附表 15）。性侵害被害人部分，2013 年女性被害人有 9,159 人（占 84.02%），男性則有 1,329 人（占 12.19%），不詳 413 人，總計 10,901 人，亦即每萬人口約有 4.49 人遭受性侵害；若按性別統計，每萬名男性有 1.14 人受害，女性則為 7.84 人，係男性之 6.88 倍，男女性別比 0.15（附表 16）。

至加害人的性別分布，男女差距近年來雖有縮小趨勢，但仍可看出男女加害人數之差異，且與被害人呈現明顯性別差異。以 2013 年為例，家庭暴力加害人中，男性有 80,970 人（占 76.63%），與女性 19,360 人相較（占 18.32%），相差 4.18 倍（附表 17）；至性侵害加害人，2013 年計有 11,119 人，男性有 9,613 人（占 86.46%），女性有 614 人（占 5.52%），相差 15.66 倍（附表 18）。

(三) 家庭暴力加害人處遇計畫執行率達 80% 以上

2013 年經由法院裁定需執行家庭暴力加害人處遇計畫之個案計有 3,607 人，與 2012 年相較，增加 573 人（+18.89%）；加害人所應執行處遇計畫項目，則以認知教育輔導執行人次最多，佔 70.34%，其次為戒癮治療 8.80%、精神治療 8.76%；加害人處遇計畫執行率，則均在 80% 以上，並以認知教育輔導執行率最高，達 94.39%，其次為戒癮治療達 93.93%。

(四) 性侵害被害人驗傷採證之就醫可近性提升

截至 2013 年底，各直轄市、縣（市）政府指定性侵害被害人驗傷採證責任醫院有 149 家，當年度各縣市責任醫院合計開具驗傷診斷書 3,330 件（案件量達 100 件以上之醫院計有 3 家）、開啟採證盒送刑事警察局

化驗 1,882 件（案件量達 100 件以上之醫院計有 1 家），80%之驗傷診斷書及送驗檢體，則係集中於 52 家責任醫院執行。保護服務司並自 2011 年起，於全國 20 個縣市全面推動「性侵害案件整合性團隊服務方案」，以避免被害人反覆陳述，及強化防治網絡機關對被害人之權益保護。

（五）持續辦理性侵害加害人身心治療業務

經統計 2012 年年底，各縣市衛生局所執行性侵害犯罪加害人身心治療及輔導教育個案計有 5,642 人（男性 5,612 人、99.47%，女性 30 人 0.53%），其中完成處遇個案 1,741 人，尚在執行處遇個案 3,016 人，依其再犯危險程度區分，則包括：高再犯危險 31 人（1.03%），中再犯危險 1,491 人（49.43%），低再犯危險 1,494 人（49.54%）。

（六）性侵害加害人強制治療專區及設置標準之建立

性侵害犯罪防治法於 2012 年 1 月 1 日修正施行後，考量性侵害加害人屬特殊處遇對象，一般醫療機構規劃設置強制治療專區不易。為供法務部據以指定性侵害加害人強制治療處所，本部除於 2012 年 1 月 20 日發布訂定性侵害加害人強制治療醫院設置標準，為避免經法院裁定須接受強制治療之高再犯危險個案，因臺中監獄附設培德醫院滿床而無法收治，經協調精神醫療網核心醫院，至 103 年 2 月底止，本部草屯及嘉南療養院、高雄市立凱旋醫院、臺北榮民總醫院玉里分院等 4 家核心醫院，業經法務部指定為強制治療處所，該類型處所累計達 5 家，所收治強制治療個案則有 54 人。

肆、執行策略及方法

肆之一 主要工作項目

為了解決心理健康之相關問題，並達成本計畫之八大目標，提出五大工作領域，共計二十五項工作項目，臚列如下：

一、促進全民心理健康

- (一) 發展及整合心理健康促進方案。
- (二) 強化族群與場域之心理健康促進。
- (三) 強化自殺防治服務方案。
- (四) 強化心理健康及自殺防治工作之基礎建設。
- (五) 加強災難心理衛生服務。
- (六) 建立並推動心理健康網。

二、落實精神疾病防治與照護服務

- (一) 均衡精神照護資源。
- (二) 強化精神衛生體系及服務網絡。
- (三) 強化精神病人緊急處置、強制治療及社區照護服務。
- (四) 落實社區精神病人管理及追蹤關懷。
- (五) 發展多元化精神病人社區照護模式。
- (六) 促進精神病人權益保障、充權及保護。

三、強化成癮防治服務

- (一) 強化成癮防治體系與服務網絡。
- (二) 精進藥癮戒治服務方案。
- (三) 強化酒癮防治方案。
- (四) 發展成癮防治研創方案。

四、加強族群處遇服務

- (一) 強化家庭暴力、性侵害及人口販運被害人之身心治療服務。
- (二) 強化家庭暴力與性侵害加害人處遇服務。

- (三) 整合加害人處遇資源及服務體系。
- (四) 研發家庭暴力與性侵害被害人及加害人處遇模式。
- (五) 協辦司法精神鑑定工作。

五、整合及加強心理健康基礎建設

- (一) 提升心理健康專業人員之質與量
- (二) 建立心理健康服務之財務機制。
- (三) 推動國際合作。
- (四) 進行心理健康相關之實證研究及實務政策評值。

肆之二 分年執行策略（含時程規劃）與分工

計畫目標	分年執行策略				相關機關
	2013年	2014年	2015年	2016年	
一、成立「心理健康網」，建構具備三段五級、多元化及跨專業領域之心理健康服務體系，強化初段、次段及末段心理健康促進	一一（六）建立並推動心理健康網 <ol style="list-style-type: none"> 1. 檢討修正現行精神醫療網之角色功能。 2. 建立心理健康網絡。 3. 橫向及垂直整合心理健康服務。 				衛生福利部(心口司、國民健康署、食品藥物管理署、社會及家庭署、保護服務司)、教育部、法務部、各直轄市、縣(市)政府衛生局等
二、規劃推動符合不同性別、年齡、地域及族群需求，包括一般民眾、罹患疾病者、康復者及健康照護者等所需求且期待之國家心理健康政策及服務措施	一一（二）強化族群與場域之心理健康促進 <ol style="list-style-type: none"> 1. 強化原住民、新住民、慢性病患者及其家屬、身心障礙者或孕產婦等對象心理健康促進。 2. 強化老人心理健康促進。 3. 推動校園心理健康行動。 4. 強化職場心理衛生。 5. 增進心理健康照護機關(構)之合作，強化課程設計與規劃、教材設計與製作、種子人力資源開發。 一一（三）強化自殺防治服務方案 <ol style="list-style-type: none"> 1. 持續強化自殺個案通報工作。 2. 落實自殺個案關懷訪視。 3. 強化自殺危機處理。 4. 整合自殺防治資源及推動多元服務方案。 一一（五）加強災難心理衛生服務				衛生福利部(心口司、護理及健康照護司、國民健康署、社會及家庭署、疾病管制署、國家衛生研究院)、內政部(警政署、消防署、移民署)、退輔會、原民會、勞動部、農委會、教育部、法務部、通傳會、各直轄市、縣(市)政府衛生局等

計畫目標	分年執行策略				相關機關
	2013年	2014年	2015年	2016年	
	1.建立災難心理衛生服務體系。 2.強化災難心理衛生服務網絡。 3.訂定災難心理衛生服務方案。 4.辦理災難心理衛生研創(究)方案。 三一(二)精進藥癮戒治服務方案 1.賡續推動鴉片類藥癮病人治療服務方案。 2.發展多元化藥癮戒治服務方案。 3.推動藥癮社區戒治服務轉銜機制。 三一(三)強化酒癮防治方案 1.進行酒精濫用、成癮及治療之實證性研究。 2.強化酒癮戒治服務網絡。 3.加強酒癮防治宣導。 三一(四)發展成癮防治研創方案 1.設立成癮防治研創方案,發展及研究成癮戒治模式。 2.強化培訓成癮防治專業人力及建立認證機制。				
三、強化地方心理健康工作及人力之質與量,以個案為中心提供全人式心理健康照護與服務	二一(二)強化精神衛生體系及服務網絡 1.強化精神衛生體系及服務網絡。 2.辦理精神衛生法之各項法定業務。 3.建立精神病人分級照護制度。 4.精進精神照護機構評鑑制度及落實監測精神照護服務品質。 三一(一)強化成癮防治體系與服務網絡 1.訂修正戒癮治療法規。 2.強化成癮防治體系及服務網絡。				衛生福利部(心口司、護理及健康照護司、國民健康署、社會及家庭署、食品藥物管理署、中央健康保險署)、內政部(警政署)、退輔會、原住民族委員會、勞動部、教育部、法務部、各直轄市、縣(市)政府等
四、提升全民心理健康知能,並給予照顧者、倡導者、心理健康促進或精神醫療服務者適當的訓練與支持	一一(一)發展及整合心理健康促進方案 1.倡導個人心理健康概念及促進心理健康行動,加強推廣民眾心理健康知識。 2.結合政府部門及民間團體發展在地多元化之心理健康促進活動或方案,加強民眾心理健康教育宣導。 3.透過跨部會分工合作機制,強化個目標對象之心理健康。 4.早期進行心理健康教育,推動兩性、婚前、夫妻及親職等教育,增強家庭功能。 5.發展以社區為基礎,符合年齡與文化適當性的心理				衛生福利部(心口司、護理及健康照護司、國民健康署、社會及家庭署)、內政部、文化部、人事行政總處、退輔會、原民會、勞動部、教育部、各直轄市、縣(市)政府衛生局等

計畫目標	分年執行策略				相關機關
	2013年	2014年	2015年	2016年	
	健康促進方案。 6.建立機關組織優質心理健康環境，提升政府機關員工的心理康狀況，增加國家的競爭力。 7.發展國家心理健康政策，進行心理健康影響評估。 五－（一）提升心理健康專業人員之質與量 1.輔導各直轄市、縣(市)政府提升心理專業人員編制及預算。 2.評估各類心理健康專業人力需求及建立培訓制度。 3.輔導各直轄市、縣(市)政府增加社區心理衛生相關人員之編制及建立留任措施。 4.強化公共衛生人員行政、資源連結、資訊系統建置及管理等相关能力。				
五、強化心理健康服務品質與效益，以切合民眾需求，且應有讓民眾參與相關決策機制	一一（四）強化心理健康及自殺防治工作之基礎建設 1.盤整與開發社區基層各項服務資源。 2.增修自殺防治相關法規。 3.強化全國自殺防治中心功能。 4.持續提供安心專線服務。 5.定期辦理自殺資訊統計分析工作。 6.加強自殺危險因子之探討。 7.進行跨機關資料比對。 8.推動心理健康機（關）構、學術機關之國際交流。 二－（六）促進精神病人權益保障、充權及保護 1.結合社會資源規劃多元及創新宣導、行銷活動，以提升宣導效果。 2.建立社區資源網絡聯結。 3.結合相關部會持續辦理強化社區精神障礙者之照護服務相關配套措施。				衛生福利部(心口司、保護服務司、社會及家庭署)、退輔會、原民會、勞動部、農委會、教育部、各直轄市、縣(市)政府衛生局等
六、擬定以實證為依據、符合成本效益之心理健康政策及策略	四－（四）研發家庭暴力與性侵害被害人及加害人處遇模式 1.研發被害人身心治療模式及評估工具。 2.開發加害人處遇模式及評估工具。 五－（二）建立心理健康服務之財務機制 1.提高社區式照護之發展誘因。 2.評估健保支應成癮者戒癮治療之可能性。 3.輔導各直轄市、縣(市)政府寬列族群處遇方案之				衛生福利部(心口司、照護司、科技發展組、國合處、食品藥物管理署、疾病管制署、中央健康保險署、保護服務司、社會及家庭署)、勞動部、教育部、法務部、外交部、國家衛生研究

計畫目標	分年執行策略				相關機關
	2013年	2014年	2015年	2016年	
	經費補助。 五－（三）推動國際合作 1.推動國際人才培訓與交流及建立國際合作研究平台。 2.促進參與國際組織。 3.以精神醫療網為媒介，規劃人才培訓策略。 五－（四）進行心理健康相關之實證研究及實務政策評值 1.持續進行心理健康之流行病學監測與調查。 2.針對各類服務方案、治療或處遇模式進行成效評估。 3.針對各項政策執行之成效，進行評估，並以實證資料提出政策建議及落實執行。				院、各直轄市、縣（市）政府衛生局等
七、讓有心理健康問題之民眾享有與一般國民同等之權利，且得以成長並發揮潛能	二－（一）均衡精神照護資源 1.均衡精神醫療資源及整合服務體系。 2.積極發展社區精神復健服務。 二－（三）強化精神病人緊急處置、強制治療及社區照護服務 1.強化社區緊急精神醫療處理機制。 2.持續辦理精神疾病強制住院、強制社區治療業務並補助醫療費用。 3.擴大辦理強制社區治療制度。 二－（四）落實社區精神病人管理及追蹤關懷 1.建立精神病人單一通報窗口。 2.加強辦理精神病人出院準備計畫 3.強化社區精神病人之管理及追蹤關懷。 二－（五）發展多元化精神病人社區照護模式 1.充實社區精神醫療設施設備。 2.發展社區照顧服務資源。 3.加強相關社區追蹤照護配套措施。 4.獎勵精神衛生相關機構、團體從事精神病人社區照顧、支持及復健等服務，以及發展多元化社區照護模式。 5.整合跨部會之精神病人服務轉銜機制。				衛生福利部(心口司、保護服務司、社會及家庭署、中央健康保險署)、內政部(警政署、消防署)、退輔會、勞動部、教育部、各直轄市、縣（市）政府衛生局等
八、強化家庭暴力與性侵害高風險群心理健康需求及精神	四－（一）強化家庭暴力、性侵害之身心治療服務 1.提升醫事人員責任通報敏感度、驗傷採證品質、危險評估知能。				衛生福利部(心口司、保護服務司、社會及家庭署、中央健康保險署)、

計畫目標	分年執行策略				相關機關
	2013年	2014年	2015年	2016年	
疾病潛在問題，並及時提供協助	<p>2.建立被害人追蹤回診機制。</p> <p>四－（二）強化家庭暴力與性侵害加害人處遇服務</p> <p>1.強化家庭暴力及性侵害加害人處遇服務。</p> <p>2.充實家庭暴力與性侵害加害人處遇基礎建設。</p> <p>3.充實家庭暴力、性侵害加害人處遇人力及提升處遇品質。</p> <p>四－（三）整合加害人處遇資源及服務體系</p> <p>1.開發加害人處遇資源。</p> <p>2.精進加害人處遇資訊系統。</p> <p>3.強化網絡分工與聯繫機制。</p> <p>四－（五）協辦司法精神鑑定工作</p> <p>1.協助法務部規劃司法精神鑑定流程及建立鑑定人員認證、培訓制度。</p> <p>2.協助司法機關規劃司法處遇專責處所。</p>				內政部（民政司、警政署、移民署）、法務部、司法院、各直轄市、縣（市）政府衛生局等

肆之三 執行步驟（方法）

第一章 促進全民心理健康

第一節 發展及整合心理健康促進方案

一、為積極發展台灣心理健康工作，倡導個人心理健康概念及促進心理健康行動，包括：

（一）結合文創產業及資訊軟體人才，共同研討將抽象的心理健康觀念及主題設計成具體的標語，或是趣味性的療癒系標誌及各式有趣的電腦互動小軟體（例如 APP 小軟體），並且使用各種實用獎勵措施吸引鼓勵民眾下載相關互動軟體或是索取相關小標語，期望藉由各種視覺傳達方式以及小軟體的互動，能將心理健康促進觀念及相關實用資訊傳遞出去。

（二）以心理健康促進主題為亮點，辦理讓民眾可見之宣導活動，每年度運用大型宣導活動（記者會）、區域型活動，製作衛教手冊、單張、海報、文宣品等，透過大眾網路、電視、廣播等媒體宣導，加強推廣民眾心理健康知識。

（三）本項 2013 年及 2014 年教育宣導、製作及媒體通路經費分別為 1,350 千元、3,500 千元（經常門），2015 年及 2016 年預估每年各約需 3,500 千元（經常門）。

二、為提高社會大眾對心理衛生問題之體認，結合政府部門及民間團體發展在地多元化之心理健康促進活動或方案，強化各年齡層、不同場域（附表 23）民眾精神生活、生活調適、情緒管理、問題解決、壓力調適訓練、心理衛生與疾病相關知識等個人發展技巧，創造出心理健康之快樂、主觀幸福感、心理安適、生活滿意與生活品質等積極內涵。本項每年擬補助辦理心理健康促進活動或方案經費，2013 年及 2014 年分別為 8,000 千元、20,000 千元，2015 年及 2016 年每年各約需 20,000 千元、25,000 千元（經常門）。

三、為促進國民心理健康與提升幸福感，每年透過跨部會分工合作機制，強化個人心理健康，目標對象包括鄰里、學校、職場、社區、縣市等所有人口

等，包括：性別、人際相處、情緒平衡、自我概念、生涯發展等議題，且深入社區、職場、學校等場域宣導（附表 23）。

- 四、早期進行心理健康教育，結合教育部及本部相關司、署推動兩性、婚前、夫妻及親職等教育，並創造支持性的環境，積極倡導社會教育與家庭教育，以增強家庭功能。並針對準備結婚之新人或夫妻，製作夫妻溝通技巧及相處之道等心理健康促進相關之宣導短片或教材，並運用行銷概念，規劃適當時機及場合宣導，或辦理親密關係、兩性及婚姻、親職教育等講座、諮商服務等活動，以提供其溝通技巧、家事分工、財務規劃、與配偶家屬相處之道等建議，增進婚姻生活之心理健康調適能力。
- 五、運用衛生所（健康服務中心）、社區營造中心及社區關懷據點等基層據點，發展以社區為基礎的心理健康促進方案，並以符合年齡與文化適當性的方式介入，讓民眾能參與心理健康服務的規劃，且依民眾需求重新定位調整，以強化心理衛生服務的品質與效益。
- 六、提升政府機關員工的心理健康狀況與心理能力，增加國家的競爭力，持續發展組織內部員工心理健康促進計畫，於中央及各直轄市、縣（市）政府部門，建立機關組織優質心理健康環境（附表 24）。
- 七、推廣簡易評估工具，以簡易、敏感度及正確性佳之評量工具，於校園、職場、醫療機構、部隊、社區等網絡全面推廣，作為普遍性篩檢工具，以增加社會大眾對心理困擾及自殺意念之辨識能力。
- 八、蒐集國內、外心理健康調查資料進行研議，並將國民健康署之國民健康訪問調查有關心理健康之調查內容併入檢討，發展符合文化特性的評估工具，測量民眾的快樂幸福感，以提供未來心理健康促進相關政策擬訂之參考。
- 九、發展國家心理健康政策，進行心理健康影響評估，有系統評估蒐集相關心理衛生系統基礎建設的相關資訊。
- 十、檢討現行相關法規，並參考國際趨勢及作法，針對以「精神衛生法」修法或「自殺防治法」、「心理健康法」另立法之方式，進行效益評估，以符合實際需求。

十一、本項業務主辦機關：衛生福利部（心口司、國民健康署、社會及家庭署）；
協辦機關：內政部、人事行政總處、退輔會、原住民族委員會、勞動部、
教育部、國防部、文化部及各直轄市、縣（市）政府等。

第二節 強化族群與場域之心理健康促進

一、強化族群心理健康促進：

- （一）強化新住民、身心障礙者或孕產婦等對象心理健康促進，探究影響其心理健康的背後主因，研擬具需求之心理健康促進宣導教材，建立心理健康照護策略，開發整合性服務方案。
- （二）針對原住民規劃符合其文化特性及其需求之心理健康促進（含適量飲酒）相關計畫並進行試辦。計畫應結合所在地衛生所、教會、學校辦理，且應有具體的宣導對象，活動辦理方式及計畫執行評估指標。
- （三）本項（一）、（二）項，2013年及2014年均為0元，2015年20,000千元，2016年0元（經常門）。
- （四）針對長期照顧者之心理健康，規劃強化其生活調適、情緒管理、問題解決、壓力調適訓練、心理健康與疾病相關知識等技巧之心理健康促進方案或活動，避免因無力承擔長期照顧責任造成心理健康問題。
- （五）針對強化老人心理健康促進，提升各部會及社會大眾重視老人心理健康，推展老人心理健康預防工作，積極協助老人維持身體、心理、社會良好狀態，發展多元方式服務，使其享受老年生活及社會參與；找出特定目標族群，建立預警制度；強化貧、病、經濟弱勢及老人之關懷；加強宣導老人求助管道，提升老人求助意願；推動老人憂鬱症篩檢，加強老人照顧者辨識憂鬱症。本項2013年0元，2014年20,000千元，2015年0元及2016年8,000千元（經常門）。
- （六）推動精神病、酗酒、吸毒及暴力父母及子女心理支持方案，以醫院為服務平台，提升專業人員服務知能，並運用教育、諮詢、輔導等方式，協

助健全精神病、自殺、酗酒、吸毒父母及其子女之心理健康，提供全人照顧之服務。

二、強化場域心理健康促進：

(一) 推動校園心理健康行動

- 1.強化與教育部合作推動學校心理健康促進工作，推動心理健康促進議題納為健康促進學校計畫必選議題及納入十二年國教課綱，以強化初級預防工作，並加強推動各級學校與相關心理健康服務資源，建立輔導機制轉介合作機制，平時即與至少 1 家機構建立合作轉介管道，並明訂相關轉介機制與聯絡窗口，以利個案後送處理。
- 2.協助落實各級教育主管機關推動各級學校心理衛生教育，並加強推動健康教育議題時，納入心理健康議題，並加強校園學生壓力管理、情緒管理及生命教育等課程；建構學生支持輔導系統、危機處理及轉介機制等，適時引進精神醫療、心理衛生、社會工作等相關資源，完善校園心理衛生安全網絡。
- 3.針對各縣市國中、小學發展符合其年齡層之心理健康促進課程教案及教材，訓練非專業健康教育師資並培植試辦種子學校，督導落實學校心理健康主題課程，期能將身心健康之觀念與重要性深植於民心乃至於將社會氛圍。

(二) 推動職場心理健康行動

- 1.針對各領域之勞工，設計符合不同職場文化特性之心理健康促進方案，並辦理相關師資培訓教育訓練，課程主題包含：工作生活平衡、壓力管理、情緒管理、人際關係等，以協助企業共同推動勞工心理健康促進工作。
- 2.倡導公部門及私人企業、廠家應建立心理健康職場，訓練其員工彼此互助，進而形成同儕支持系統；另針對場域或高壓職場，積極以製作教材或規劃方案方式，協助規劃心理健康促進方案。

(三) 增進心理健康照護單位間、學校及社區之協同合作，強化課程設計與規劃、教材設計與製作、種子人力資源開發等，提升非心理專業人員之專業

知能及敏感度，成為心理衛生守門人。

三、本項業務主辦機關：衛生福利部（心口司、護理及健康照護司、保護服務司、國民健康署、社會及家庭署、疾病管制署）等；協辦機關：內政部（警政署、消防署、民政司、入出國及移民署）、退輔會、原住民族委員會、勞動部、農委會、教育部、法務部、國防部及各直轄市、縣（市）政府衛生局。

第三節 強化自殺防治服務方案

一、持續強化自殺個案通報工作

監控與評估自殺通報關懷系統整體運作；透過標準化工作手冊教育訓練及個案輔導方式強化關懷訪視人員自殺危機評估處理及諮商輔導能力；分析重覆自殺個案資料，加強關懷輔導及處遇轉介；執行自殺企圖者通報資訊之統計與分析；進行自殺企圖通報人員之在職訓練與評估，以提升通報資料記錄的準確性與完整性；提升衛生、醫療體系以外之通報效能，增進各體系（機構）間轉介服務之通暢與持續等。本項 2013 年及 2014 年分別為 1500 千元及 2800 千元（經常門 1,689 千元，資本門 2,611 千元），2015 年及 2016 年預估分別 2800 千元（經常門 300 千元，資本門 2,500 千元）。

二、落實自殺個案關懷訪視

持續增加補助各直轄市及縣（市）政府辦理自殺關懷訪視計畫（含聘任關懷訪視員等）經費，強化暢通通報管道、檢討通報流程、強化通報效能及精進通報精準度等，以落實對社區自殺高危險群、自殺企圖者之個案管理及危機處理機制，本項每年擬補助各直轄市、縣（市）政府衛生局經費，2013 年至 2015 年每年約需經費分別為 66,000 千元，2016 年 71,000 千元（經常門）。

三、強化自殺危機處理

鑑於自殺風險個案之危機事件，常常需要立即辨認危險程度，並有效應變、處置。為使個案通報、轉介及後續關懷服務等處理流程能與跨機關（構）網絡密切合作且無縫銜接，持續檢討「自殺風險個案危機處理注意事項」，供各縣市政府參考辦理，並得因地制宜訂定所轄自殺風險個案處理機制，以發揮地方政府網網相連的精神，形成綿密自殺防治網絡，本項工作將持續督導各縣市政府落實辦理。

四、整合自殺防治資源及推動多元服務方案

（一）針對自殺高風險族群，推動自殺防治品質提升促進方案，本項 2013 年至 2016 年每年經費 4,500 千元（經常門）。

（二）協調相關機關、團體共同推動心理衛生及自殺防治工作

為加強輔導自殺死亡率較高之縣市，避免自殺率再度攀升，亦另結合醫療機構、學校等資源合作，提出補助地方型之研究、調查或成效評估等計畫，規劃因地制宜之自殺防治工作計畫，以強化部分縣市社區心理衛生中心功能及發展不足之問題。另為建立中央跨部會合作機制，2011 年成立「行政院心理健康促進及自殺防治會報」，由內政部、教育部、法務部、國防部、勞動部、文化部、國軍退除役官兵輔導委員會、行政院農業委員會、行政院原住民族委員會及本部等 10 個部會組成，期望藉由「行政院心理健康促進及自殺防治會報」，領導各部會投入更多資源及人力，依據各目標族群及公共衛生三段五級預防概念（附表 25），推動各項心理衛生促進及自殺防治工作，促進各種社會安全網絡間「網網相連」之有效功能性連結，以提供完整而持續之關懷服務。

（三）強化內政部、衛生福利部、退輔會及原民會老人心理健康促進及自殺防治工作請內政部、退輔會，加強民政、警政及榮民安養等機關（構），加強自殺防治守門人訓練，並能訂定各類人員訓練涵蓋率之指標；強化資訊蒐集，促進跨部會資訊庫交流，找出高危險群，提供政策研擬參考。

（四）與農委會合作推動農藥自殺防治

請農委會研擬農藥包裝（如：瓶蓋設計）及安全存放（如：封箱、加鎖）及代噴劇毒農藥的可能方案，針對衝動型企圖者加以防範；因應服用農藥自殺案件之發生，持續配合於各縣（市）政府舉辦農藥販賣業者複訓講習，並邀請全國自殺防治中心派員講授自殺防治及守門人相關課程；持續加強劇毒農藥管制措施，評估劇毒農藥使用風險，降低其含量或研發安全劑型，並對購買劇毒農藥人員之資格加以限制。

（五）與國家通訊傳播委員會合作推動媒體報導自殺防治新聞工作

塑造健康正向之傳播環境；強化外界對廣電多元文化之認知；發現不妥傳播內容與早期處理；發現潛在之高危險族群與處理；不當傳播內容之核處。

五、本項業務主辦機關：衛生福利部（心口司、護理及健康照護司、保護服務司、社會及家庭署、國民健康署、疾病管制署）；協辦機關：內政部（警政署、消防署、民政司、入出國及移民署）、退輔會、原民會、勞動部、農委會、教育部、法務部、國防部、文化部、通傳會及各直轄市、縣（市）政府衛生局等。

第四節 強化心理健康及自殺防治工作之基礎建設

一、提升心理健康專業人員編制及預算

各直轄市、縣（市）政府應加強心理健康業務之重視，依據精神衛生法明定應辦事項，及配合衛生福利部心理及口腔健康司之成立，規劃應辦人力員額，逐年提升其人力編制及預算金額，以進行轄區內資分配及相關政策之推行，並持續推廣心理健康照護網絡之建立，以提升心理健康照護相關政策之執行成效。

二、盤整與開發社區基層各項服務資源，讓民眾從兒童到青少年、成人、婦女、

老人等生命各階段之心理衛生需求皆能涵蓋，於衛生福利部網站內建置心理健康資源及多元學習平台，定時提供民眾最新心理健康預防資訊及宣導。本項經費 2013 年及 2014 年為 0 元，2015 年預估為 2,850 千元，

由科技發展計畫支應，2016 年為 0 元。

三、增修自殺防治相關法規

參考日本等國家之作法，訂修自殺防治相關法規，涵括自殺對策之基本理念、中央政府及地方政府之職責及自殺未遂個案通報、後續關懷處置，自殺個案資料收集、處理及運用，及提供諮詢求助專線之法源依據等。

四、持續設置全國自殺防治中心

持續委託辦理全國自殺防治中心計畫，作為全國自殺防治工作平台，辦理自殺防治之實證研究、提供自殺防治相關統計分析資料、針對自殺工具之取得（包括：農藥、木炭、安眠藥等）研擬自殺防治策略、研修及訂定自殺防治相關工作規範、評估工具及流程等。本項經費 2013 年至 2016 年每年需 14,130 千元（經常門）。

五、持續設置安心專線服務

持續委託辦理安心專線服務計畫(電話:0800-788-995 請幫幫救救我)，提供民眾 24 小時免付費心理諮詢服務，依據民眾來電問題及需要，進行自殺及相關需求評估，以即時處理民眾心理與情緒問題，適時提供心理支持及精神醫療、心理衛生、社會救助等相關資訊，專線每月電話費用及回撥電話費用則由本部負擔。本項因服務量有逐年增加情形，2013 年及 2014 年本項經費分別為 20,086 千元及 22,500 千元（經常門），2015 年至 2016 年每年約需經費 22,500 千元（經常門）。

六、定期辦理自殺資訊統計分析工作

- (一)每月向本部統計室及資訊中心撈取自殺死亡檔及自殺防治通報系統資料，定期寄發自殺通報關懷月報表、自殺防治網通訊等資訊。
- (二)每年度配合本部死因統計之發布，於年底前分析前一年度各縣市自殺死亡及通報相關資料，提供趨勢分析說明及因應策略建議書等，以作為本部及各縣市衛生局規劃次年度工作計畫之參考。

七、加強自殺危險因子之探討

自殺危險因子之探討，除自殺死亡及自殺企圖者醫療利用、求醫行為

特質等就醫資料之分析，尚應包含人口學、社會心理、個人特質等多變項因素之統計分析，藉此找出高風險群及防治策略介入點，並建立自殺死亡率、通報率、訪視率、再次自殺率等評估指標，以監測國人自殺死亡概況，並對自殺防治策略成效進行評估，以精準呈現台灣自殺死亡之社會面向與醫療面向風險因子。

八、進行跨機關資料比對

目前國家自殺防治策略，以全面性、選擇性與指標性三大向度作為主軸，並以資訊分析之實證基礎，做為策略依據。本部已研訂「跨部會自殺防治相關資料庫串連作業注意事項」供各部會參辦，做為跨部會資料之蒐集、處理及利用與使用資料的依循原則，擬在不違反個人資料保護法之情形下，藉由國人死因、自殺通報及健保資料與各部會既有服務體系之資料庫連結，進行相關統計分析，探討包括我國各項社會經濟弱勢或具有特殊服務輸送身分者，其自殺未遂或不幸身亡之風險，進一步探討強化各項自殺防治策略，並作為政策擬定及調整策略規劃之參考，後續將請各部會配合，串連所需資料，以促進行政院跨部會自殺防治網絡之整合。

九、為不斷吸收國外新知，並與國際社會分享台灣經驗，每年擬派員參訪其他國家之心理衛生機（關）構、學術機關，或國際性研討會議等，以進行國際交流。

十、本項業務主辦機關：衛生福利部（心口司）；協辦機關：退輔會、原住民族委員會、勞動部、農委會、教育部及各直轄市、縣（市）政府衛生局等。

第五節 加強災難心理衛生服務

依公共衛生概念三段預防概念，規劃災難心理衛生服務策略及提供服務，包括初段預防的強調災難心理衛生教育訓練與演習，如增加復原力、早期心智功能的累積等；次段預防的針對篩檢之高風險個案，提供心理衛生諮詢及心理重建等服務，如進入災區救難之專業人員的心理創傷該如何處理等；末段預防

的持續提供災民與救災人員之心理重建服務，並將服務模式落實回歸既有之服務模式，使服務得以連續等（附表 26）。

一、建立災難心理衛生服務體系

- （一）健全災難心理衛生組織架構：中央與各直轄市、縣（市）衛生主管機關均應設置專責機關辦理災難心理衛生工作，並建立垂直及橫向聯繫機制，以及各依權責結合產官學及民間團體資源，推動災難心理衛生工作。
- （二）研訂災難心理衛生應變及動員機制：輔導各直轄市、縣（市）政府訂定災難心理衛生應變計畫及動員機制，包括分工原則、工作內容及定期辦理演習。

二、強化災難心理衛生服務網絡

督導直轄市、縣（市）衛生主管機關統整並盤點所轄精神醫療與心理衛生資源，並加強與相關機關（構）、及民間團體的協調與聯繫，以及時提供災民妥適之轉介照會服務，因應災難發生時所需。

三、訂定災難心理衛生服務方案

災難發生時，依災情性質、災民傷亡及損失與災民族群分佈等情況，研訂災難各時期之心理重建計畫，並據以訂定災難心理衛生工作計畫、實施及考核方式，並針對特殊弱勢族群收集其心理復健需求，提供相對服務。

四、辦理災難心理衛生研創（究）方案，包括：

- （一）彙集國外先進國家災難心理衛生策略資料(含服務人員認證機制之建立)，以作為精進我國災難心理衛生政策之參考。
- （二）系統性地編修災難心理衛生人員訓練教材：依訓練對象類別（精神醫療專業人員、其他醫事人員、教師、志工及救災人員）編製訓練教材。
- （三）規劃培訓災難心理衛生人員及發展認證機制。
- （四）建立災難心理衛生人才資料庫。
- （五）研訂評估災難心理衛生工作成效之指標。
- （六）有關災害心理衛生針對各類族群，瞭解其心理復健特殊需求，作為未來規劃提供心理復健時注意事項。

- 五、經費編列方面：本項經費 2013 年及 2014 年為 0 元，2015 年至 2016 年每年約需經費 2,000 千元（經常門）。
- 六、本項業務主辦機關：衛生福利部（心口司、社會及家庭署）；協辦機關：內政部（消防署、警政署）、國防部及各直轄市、縣（市）政府衛生局等。

第六節 建立並推動心理健康網（精神醫療網）

一、檢討修正現行精神醫療網之角色功能

考量心理健康議題日益被重視，以及配合衛生福利部心理及口腔健康司之成立，現行推動多年之精神醫療網應進行功能角色之檢討，可保留劃分責任區域方式，持續建立區域服務網絡，擴大辦理心理健康服務。

二、建立心理健康網絡

依據人口及心理健康資源分布情形，分心理健康責任區域，建立區域心理健康服務網絡，並訂定計畫實施。「心理健康網」責任區域內，可透過區域心理健康網責任機構（或核心醫院）輔導，協助直轄市或縣（市）政府結合轄內包括衛生、社政、教育及勞政等行政機關、心理健康專業團體、心理健康及精神照護機構、各級學校、民間機構與團體等，共同推動區域內「心理健康促進」、「精神疾病防治與照護」、「成癮防治」、「族群處遇及照顧」等業務，服務對象不僅為生病者及康復病友，亦包括正式與非正式、專業與半專業之心理健康服務提供者。本項費用 2013 年及 2014 年分別為 11,970 千元及 22,000 千元，2015 年至 2016 年每年約需經費 22,000 千元。

三、橫向及垂直整合心理健康服務

透過心理健康網，針對區域內心理健康服務提供之可近性、相關人力之配置、品質之確保及其他輸送體系等面向，共同討論並推動心理健康相關業務，並藉由區域聯繫會議，提供跨部門及跨政府與民間機構團體溝通討論之平台，橫向及垂直整合區域內之各項心理健康服務。另為凝聚全國

推動心理健康業務之共識，每年應辦理年終檢討會。

四、本項業務主辦機關：衛生福利部（心口司、社會及家庭署）；協辦機關：勞動部、教育部及各直轄市、縣（市）政府衛生局等。

第二章 落實精神疾病防治與照護服務

第一節 均衡精神照護資源

一、均衡精神醫療資源及整合服務體系

- （一）參酌世界各國精神病床發展趨勢，及整體考量國內精神疾病發生率與盛行率、人口成長趨勢、精神醫療技術進步及現行精神病床占床率等因素，透過適時修正醫院設立或擴充許可辦法，滾動式檢討每萬人口精神病床數之需求數，加強精神醫療機構設立或擴充之事前審查制度，適當限制精神病床之擴充及避免精神醫療機構朝大型、機構化發展。
- （二）適時檢討修正醫療機構設置標準規定，並適度調整急、慢性精神病床比例及研議調整健保支付標準等配套措施，避免住院之精神病人長期佔用急、慢性病床資源，幫助其逐步回歸社區積極復健或妥適安置，改善不當利用資源現象，促進精神醫療資源之均衡配置。
- （三）強化督導各直轄市、縣（市）政府對於轄區內精神醫療資源之管控，包括依據醫療法或醫療機構設置標準，加強查處各醫院之精神專業人力配置；以及定期檢討申請設立或擴充地區之病床資源，輔導醫院辦理病床核減事宜，改善慢性精神病人超長住院情形，提升急、慢性病床之利用效率。
- （四）強化各評鑑等級醫院之功能角色，提升基層醫療機構之基本照護能力，加強精神醫療服務之垂直整合，改善資源利用不合理情形。

二、積極發展社區精神復健服務

- （一）配合發展精神疾病社區化照護政策，積極檢討社區精神復健及長期照護資源分布情形，搭配訂修精神照護機構設立或擴充辦法及設置標準，以合理分配社區精神照護資源。

(二) 持續藉由經費補助，優先獎勵精神照護資源相對不足或缺乏地區，鼓勵開辦或擴充公立及民間精神照護機構等相關措施服務，充實精神復健及精神護理設施、設備，加強照顧精神病人，促進精神照護資源之擴展與均衡。本項經費初估 2013 年及 2014 年分別為 2,600 千元及 5,000 千元，2015 年至 2016 年每年約需 5,000 千元（均為資本門）。本項配合醫療事業發展獎勵辦法修正，將納入醫療發展基金獎勵範疇，2014 年至 2016 年，擬由醫療發展基金支應。

三、本項業務主辦機關：衛生福利部（心口司、醫事司、中央健康保險署）；協辦機關：各直轄市、縣（市）政府衛生局、勞動部、教育部、國軍退除役官兵輔導委員會等。

第二節 強化精神衛生體系及服務網絡

一、強化精神衛生體系及服務網絡

(一) 因應未來精神醫療服務發展趨勢，推估各項精神醫療、復健、長期照護等照護資源需求及各類精神醫療人力需求，並責成各直轄市及縣（市）政府衛生局，持續督導各類照護機構之設立及強化行政及專業人員培訓品質。

(二) 針對各直轄市及縣（市）政府衛生局之心理衛生行政人員，辦理精神衛生法實務工作推動之研討會或共識營。另定期辦理心理衛生行政考評及召開檢討會，針對各項依法實施政策之執行成果進行檢討。本項 2013 年至 2016 年每年分別為 540 千元（經常門）。

(三) 加強精神衛生人力資源養成與精進，包括精神衛生專業人員及其他人力資源（如：專任管理人員、個案管理師、照顧服務員、志工）之養成及繼續教育。另針對非精神科醫師及其他醫療專業人員規劃辦理精神病人照護相關訓練課程，提升處理多種疾病之能力（如精神病人常合併有慢性疾病之照護問題），強化精神醫療與一般醫療照護層面之分工與合作。

(四) 持續及擴大實施精神疾病社區關懷照顧計畫，並藉由合理調高社區精神

復健治療之健保給付等措施，持續鼓勵發展社區復健服務，健全社區精神復健體系，另並推動將精神病人之照護服務及其福利權益，納入長期照護保險及長期照護服務網絡作整體性、全面性之考量及規劃。

二、辦理精神衛生法之各項法定業務

- (一) 賡續辦理包括促進民眾心理健康、精神疾病防治、協助護送病人就醫、執行病人保護、緊急處置精神疾病嚴重病人、建置 24 小時緊急精神醫療處理機制、負責轄區內精神疾病個案之社區追蹤訪視、提供精神病人社區照顧支持服務及受理病人或民眾申訴等服務。
- (二) 依精神衛生法第 17 條規定，直轄市、縣（市）主管機關應置專責人員辦理精神衛生法規定事宜，並編列預算辦理前開業務，其財政確有困難者，應由中央政府補助。為順利推展精神衛生法所定之各項精神衛生行政業務，將賡續編列補助各直轄市及縣（市）政府辦理。
- (三) 經費編列方面：本項經費 2013 年及 2014 年分別需 29,541 千元、29,763 千元，2015 年及 2016 年每年各需 30,947 千元、37,067 千元(經常門)，並將視計畫內容核定經費。

三、建立精神病人分級照護制度

- (一) 強化精神病人分類評估，落實分級、分類照護，同時釐清各類及各級精神照護機構功能角色，配合檢討相關健保支付標準之合宜性，修訂相關服務體制，以加強與老人或身心障礙福利機構服務之銜接，促進精神病人社區照護及長期照護服務體系之健全發展。
- (二) 搭配身心障礙者權益保障法之身心障礙者鑑定及需求評估制度，將精神障礙者之需求評估併入全面考量，以提供精神障礙者適切之就醫、就業、就養、就學等全面性及連續性服務，提升精神障礙者及照顧者之社區照護與生活品質，並落實病人分級照護。

四、精進精神照護機構評鑑制度及落實監測精神照護服務品質

- (一) 定期檢討精神照護機構（包括精神醫療機構、精神復健機構、精神護理之家等）評鑑制度及不定期追蹤輔導機制，以確保機構精神照護品質之

持續維持與缺失事項的有效改善。辦理各類精神照護機構訪查、評鑑及輔導所需經費，2013年及2014年經費分別為4,300千元及9,100千元，2015年至2016年每年約需9,100千元（均為經常門）。

（二）持續規劃建立精神照護機構之連續品質監測指標，配合照護機構評鑑系統建置及資料分析，以有效監測服務品質，確保精神病人權益。建置或維護精神照護機構評鑑系統經費，2013年為2,000千元，2014至2016年每年約需900千元（均為資本門）。

五、本項業務主辦機關：衛生福利部（心口司、中央健康保險署、護理及健康照護司、社會及家庭署）；協辦機關：各直轄市、縣（市）政府衛生局、勞動部、教育部、國軍退除役官兵輔導委員會等。

第三節 強化精神病人緊急處置、強制治療及社區照護服務

一、強化社區緊急精神醫療處理機制

輔導各直轄市、縣（市）政府依精神衛生法規定，建置轄區內24小時緊急精神醫療處置機制，並針對社區緊急發作之精神病人或疑似病人，指派醫療專業人員至現場協助處理個案，辦理「強化精神病人緊急送醫服務方案」。

二、持續辦理精神疾病強制住院、強制社區治療業務並補助醫療費用

持續推動精神疾病嚴重病人強制住院及強制社區治療審查會審查制度，審查精神疾病強制住院及強制社區治療案件，以及補助指定精神醫療機構辦理精神疾病嚴重病人之強制住院及強制社區治療費用。賡續督導各直轄市、縣（市）政府指定精神醫療機構及執行強制社區治療項目機構、辦理精神疾病強制住院、強制社區治療業務及考核機構執行情形及服務品質。另委託中央健康保險署審查及撥付指定精神醫療機構申報強制住院及強制社區治療醫療費用事宜。協助精神病人強制住院後權利保障機制，積極請各縣市衛生局辦理病人司法救濟及申訴、陳情事宜之考核，及加強輔導機

構了解提審法之實施內涵並監測提審法修正施行後強制住院業務狀況。

三、擴大辦理強制社區治療制度

考量個人自由權利限制與保障，也避免國家公權力的濫用，並符合比例原則（含合目的性、最小限制原則），對於不遵醫囑致病情不穩或生活功能有退化之虞之嚴重病人，以適時強制其於社區積極接受治療，不僅可以減緩其生活功能退化，亦得有效防止其精神疾病復發，將逐年擴大至全國各直轄市及縣（市）政府辦理。

四、經費編列方面：

有關辦理精神疾病強制住院與強制社區治療所需經費，成立分區審查會審查精神疾病強制住院、強制社區治療案件，所需審查等其他各項費用，2013年及2014年分別為20,700千元及20,600千元，2015年及2016年每年約需20,600千元（經常門）。另依精神衛生法第26條補助精神疾病嚴重病人強制住院及強制社區治療醫療等相關費用及行政代辦費用，2013年及2014年分別為133,311千元及102,540千元，2015年及2016年每年約需96,160千元、101,160千元。濟助弱勢精神病人伙食及醫療等相關費用初估2013年至2016年每年約需2,000千元（經常門）。

五、本項業務主辦機關：衛生福利部（心口司、中央健康保險署）；協辦機關：各直轄市、縣（市）政府衛生局、內政部（消防署、警政署）等。

第四節 落實社區精神病人管理及追蹤關懷

一、建立精神病人單一通報窗口

責成各直轄市、縣（市）衛生主管機關指定精神病人單一通報窗口，專責轄區精神病人個案管理及資源轉介服務，提供轄區精神病人就醫服務及協助轉介就業、就養、就學等服務資源。

二、加強辦理精神病人出院準備計畫

輔導並考核各直轄市及縣（市）政府落實精神衛生法第38條及精神生

法施行細則第7條協助病人及其家屬或保護人訂定出院準備計畫之規定，並結合精神醫療照護網絡，提供社區精神病人照護服務，建立醫療機構出院病人後續社區追蹤照護銜接機制，俾使精神病人於出院時得以連結公共衛生體系，由公共衛生護士於社區提供關懷服務及掌握動態，以持續輔導規則就醫。

三、強化社區精神病人之管理及追蹤關懷

- (一) 依精神衛生法第29條第3項及第31條規定，督導各直轄市及縣（市）政府加強辦理病人及嚴重病人之通報、分級追蹤照護，並受理離開矯正機構、保安處分處所等機構或場所精神病人之通報，並予以追蹤保護。
- (二) 另並持續檢討社區精神病人及嚴重病人通報流程，精進精神照護資訊管理系統功能，以提升社區精神病人管理效能。
- (三) 定期勾稽比對精神照護資訊管理系統與內政部身心障礙手冊資料庫，並提供各直轄市、縣（市）政府尚未收案管理之精神障礙者名冊，請其予以收案，且視個案評估結果，提供追蹤訪視服務（附表27）。
- (四) 針對社區中精神特殊個案，直轄市、縣（市）主管機關得自行或委託相關專業機構、團體評估病人之照顧需求，視需要轉介適當機構或團體提供服務。又為配合直轄市、各縣（市）衛生所公共衛生護士加強社區精神病人之追蹤保護，及協助精神障礙者解決其就醫（包括協助送醫）、就養、就業、就學等多重之問題及需求，將依社區追蹤保護病人比例，補助直轄市、縣（市）政府聘任關懷訪視員，期透過直接及加強訪視方式，使其受到適當醫療照顧，協助精神病人逐步適應社會生活。
- (五) 定期辦理社區精神病人關懷訪視之個案管理會議及相關人員教育訓練，並視需要調整課程內容，加強專業知能。

四、經費編列方面：

社區精神照護資訊管理系統經費每年約需維護及增設資訊設備費用2013年及2014年分別為1,500千元及2,800千元（經常門1,800千元、資本門2,500千元），2015年及2016年分別約需2,800千元（經常門3,000千元、

資本門2,600千元)。

五、本項業務主辦機關：衛生福利部（心口司、中央健康保險署、護理及健康照護司、社會及家庭署）；協辦機關：各直轄市、縣（市）政府衛生局、內政部（消防署、警政署、民政司）、國軍退除役官兵輔導委員會等。

第五節 發展多元化精神病人社區照護模式

一、充實社區精神醫療設施設備

為提供精神病人連續性照顧，補捐助公立及民間機構開辦或充實社區精神復健與精神護理設施及設備，並充實精神復健設施，強化精神病人社區化之復健服務，提供症狀穩定、局部功能退化、具復健潛能、不需全日住院、但需積極復健治療者，能獲得持續性、完整性之社區復健服務。

二、發展社區照顧服務資源

- (一) 提升精神病人社區照顧服務（就學、就業及就養等）跨部門連結及轉銜。
- (二) 將康復（Recovery）納入社區復健哲學，並配合推動3R運動（Rename, Rehabilitation, Recovery）進行社會資源之盤點，釐清各類精神照護機構的設置、功能、角色與收案對象。

三、加強相關社區追蹤照護配套措施（社區關懷照顧計畫）

針對社區中精神特殊個案，透過精神病人社區關懷訪視員加強訪視方式，協助精神病人解決其就醫、就養、就業、就學等多重之問題及需求，使其受到適當醫療照顧。補助各直轄市、縣（市）政府聘任辦理社區精神疾病個案管理、資源轉介、社區關懷照顧計畫等之關懷訪視員。所需費用2013年至2015年每年需52,800千元，2016年57,800千元（經常門）。

四、獎勵精神衛生相關機構、團體從事精神病人社區照顧、支持及復健等服務，以及發展多元化社區照護模式為發展多元化精神病人社區照護模式及鼓勵民間機構、團體參與及提供社區照護服務，獎勵精神衛生相關機構、團體從事精神病人社區照顧、支持及復健等服務，以期落實精神障礙者之社區

化照顧政策。為減少病情穩定之精神病人長期留滯醫療機構及積極鼓勵精神病人回歸社區，獨立生活，本項獎勵經費，2013年至2016年各為4,860千元。

五、整合跨部會之精神病人服務轉銜機制

「康復」及「社區融合」為精神病人復健之重要理念，強調其潛能，而非疾病治療，協助個案運用其優勢及能力，去重建其有意義的生活。故精神病人社區復健應以社區融合為導向，故需福利、勞政、衛政及教育之資源整合，及與前開相關機關配合辦理。將積極整合跨部會之精神病人服務轉銜機制，包括調查衛生醫療、福利、勞政體系各類機構對精神病人提供服務之情形；檢討現行精神病人分類照護方式、作業流程及轉介機制，並重新建立合宜之評估指標及標準化轉銜作業流程。

六、本項業務主辦機關：衛生福利部（心口司、醫事司、中央健康保險署、護理及健康照護司）；協辦機關：各直轄市、縣（市）政府衛生局、勞動部、教育部、國軍退除役官兵輔導委員會等。

第六節 促進精神病人權益保障、充權及保護

一、結合社會資源規劃多元及創新宣導、行銷活動，以提升宣導效果

（一）結合現有衛政、社政、勞政服務平台，推動各項精神教育宣導工作。

（二）補助各直轄市、縣（市）政府及相關機關（構）辦理精神衛生教育宣導。

二、建立社區資源網絡聯結

（一）連結民間精神衛生相關之非營利組織、學協會、宗教或慈善團體，共同推動心理健康、精神疾病防治、精神病人反歧視及去汙名化之相關工作等。

（二）輔導各直轄市、縣（市）精神病友機構、團體參與直轄市、縣（市）政府之心理健康推動事宜。

- (三) 積極邀請穩定精神病人及家屬團體，共同參與精神復健機構評鑑，擔任精神疾病嚴重病人強制鑑定強制社區治療審查會及精神疾病防治諮議會委員。
- (四) 建立各直轄市、縣(市)政府心理健康及精神醫療資源網絡，並定期更新及公布相關資源於網站，提供民眾查詢。
- (五) 定期更新所轄精神醫療及心理衛生專業服務人力與精神照護資源資料庫。

三、透過行政院心理健康促進及自殺防治會報，整合各部會資源，檢討並推動修正相關歧視精神病人法規，並持續辦理強化社區精神障礙者之照護服務相關配套措施，以支持及協助精神病人融入社會生活，提高民眾對精神疾病之正確認知。

四、督導各直轄市、縣(市)政府定期召開跨局處業務諮詢委員會，提供精神醫療業務專業諮詢協助及加強行政協調與溝通。

五、本項業務主辦機關：衛生福利部(醫事司、護理及健康照護司、社會及家庭署)；協辦機關：各直轄市、縣(市)政府衛生局等。

第三章 強化成癮防治服務

第一節 強化成癮防治體系與服務網絡

一、訂修正戒癮治療法規

- (一) 研修相關法規，納入藥、酒癮戒治機構設置、管理、評鑑及獎勵之規定，及增列相關資料收集分析之法源依據，以提升機構管理及服務品質。
- (二) 配合毒品危害防制條例及相關法規之訂修，持續檢討毒品戒治之相關規範，並強化戒癮治療服務網絡與司法、警察及社政體系之連結，提升戒癮治療成效。
- (三) 持續結合相關機關、專家學者及臨床工作者，定期召開藥癮戒治委員會，研議各項藥癮治療政策、服務方案及人員培訓制度等，以精進戒癮服務

措施。

二、強化成癮防治體系及服務網絡

物質成癮不僅是疾病問題，更是公共衛生與社會治安的重要課題，也因此成癮防治需跨領域、跨專業、跨部門之協力，方能克竟其責。為此，行政院設有「行政院毒品防制會報」，統籌各中央各部會，合力規劃並落實督導執行毒品防制政策與措施，又為有效分工，於會報下設「防毒監控組」、「拒毒預防組」、「緝毒合作組」、「毒品戒治組」及「國際參與組」等五大分組，本部除分別由食品藥物管理署及心理及口腔健康司擔任「防毒監控組」與「毒品戒治組」之第一主辦機關（單位）外，食品藥物管理署亦為教育部主責之「拒毒預防組」之協辦機關，本部成癮防治業務之推動，爰依行政院毒品防制會報之反毒組織架構逕為分工，並據以編列所需預算推動，本計畫僅就前揭「毒品戒治組」業務範疇規劃推動之。

（一）增加成癮戒治量能及提升服務品質

持續指定藥、酒癮戒治機構及其他辦理成癮防治業務（如替代治療執行機構）之相關機構，增加戒癮治療服務量能，提高藥、酒癮戒治服務之可近性及便捷性；並透過藥、酒癮戒治機構評核作業，監測並提升成癮戒治服務品質。

（二）建置成癮戒治服務網絡

1. 責成各直轄市、縣（市）政府充實轄區內之藥、酒癮戒治資源，推動藥、酒癮防治業務，包括辦理民眾衛教宣導、提供藥、酒癮諮詢及轉介服務、輔導醫療機構及獎勵民間團體投入成癮防治業務，強化戒癮服務方案，提升服務量能。
2. 透過各直轄市、縣（市）政府之醫政業務考核機制，督促醫療機構參與藥、酒癮戒治之服務網絡，並結合司法、檢察、警政機關、各級學校、民間公益及宗教團體（機構）等，建立區域成癮戒治服務網絡，以提供民眾整體性及連續性成癮戒治服務。

（三）強化社區支持網絡，獎勵民間戒治機構

民間戒治機構之特殊性及多元性，可協助成癮個案回歸社會，藉由獎補助民間團體、機構推動成癮戒治服務，並參與戒治網絡，以增加藥、酒癮等戒治服務之執行量能。本項經費 2013 年及 2014 年分別為 23,852 千元及 22,444 千元（經常門），2015 年及 2016 年每年所經費約各為 22,623 千元（經常門）。

（四）強化法務部所屬戒治所之藥癮戒治成效

持續與法務部合作，協助法務部所屬戒治所規劃醫療戒治服務，強化戒治成效，降低毒品再犯率。

（五）各縣市政府毒品危害防制中心透過與地檢署觀護人室、更生保護會、相關機構團體與醫療機構之聯繫合作，建立追蹤輔導體系，以減少藥癮者復發機率。

三、本項業務主辦機關：衛生福利部（心口司、保護服務司、中央健康保險署、國民健康署、社會及家庭署、食品藥物管理署）；協辦機關：法務部、內政部（警政署）、勞動部、教育部、各直轄市、縣（市）政府衛生局等。

第二節 精進藥癮戒治服務方案

一、賡續推動鴉片類藥癮病人治療服務方案

（一）持續補助替代治療之藥品費及醫療費用，以減輕病人經濟負擔，增加鴉片類藥癮者接受替代治療動機及提高留置率，以提升整體治療成效。本項 2013 年及 2014 年為 141,000 千元及 123,054 千元，2015 年及 2016 年每年約需 123,054 千元、136,254 千元（經常門）。

（二）精進醫療機構替代治療作業系統功能

1．持續維護「醫療機構替代治療作業系統」功能，確保個案資料完整且即時性上傳至資料庫，以及時查詢個案服藥狀況，掌握個案服藥動態。

2．精進替代治療作業系統，強化異地服藥功能，以提升替代治療便利

性，增加個案服藥意願及留置率。

3. 替代治療作業系統維護及更新所需經費：2013 年需 1,656 千元（經常門 1,300 千元、資本門 356 千元），2014 年 2,827 千元（經常門 1,711 千元、資本門 1,116 千元），2015 至 2016 年每年約需 2,827 千元（經常門 1,700 千元、資本門 1,127 千元）。

二、發展多元化藥癮戒治服務方案

- （一）發展各級毒品戒治模式及試辦服務方案，研擬個別戒治及輔導模式，符合個別需求（如青少年、觀察勒戒或強制戒治受處分人等），降低其復發率，並依臨床生理戒斷症狀、心理依賴遇社會環境評估等，發展適切之處遇方案。
- （二）第一級至第四級毒品成癮者之戒癮治療，除鴉片類物質成癮者，可採用替代治療外，其餘毒品之戒治，係以生理戒斷症狀之支持性治療、心理治療及社會重建為主。個案若於治療期間出現生理戒斷症狀，如精神疾病、睡眠障礙、憂鬱症、焦慮症等，大部分就症狀給予適當藥物以減緩病患症狀即可。第三、四級毒品其成癮性較第一、二級毒品低，只要不再接觸毒品就能戒除。至於會重覆使用之主要原因除生活環境影響所致之外，藥物成癮個案常因意志力薄弱無法摒除誘惑而再犯，因此，對於針對第三、四級毒品的防制觀念應以預防毒品接觸（防毒）重於戒癮治療（去毒）。將持續依第一級至第四級毒品之成癮性，常見之生理戒斷症狀，共伴之精神疾病等，發展治療藥物、臨床治療指引、心理社會治療模式及服務方案。
- （三）所需經費 2013 年及 2014 年分別為 0 元及 10,000 千元（經常門），2015 年及 2016 年每年所需經費各約為 20,000 千元及 0 元（經常門），本項擬由醫療發展基金補助或獎勵。

三、推動藥癮社區戒治服務轉銜機制

- （一）持續輔導及督促各直轄市、縣（市）政府毒品危害防制中心，轉介出矯正機關藥癮病人之醫療戒治服務，並搭配社區追蹤輔導機制，有效協助

藥癮病人重建其認知模式、生活結構，使其能適應環境，回歸社會。

(二) 透過勞政、社政、教育、各縣市毒品危害防制中心及民間宗教、公益團體協助，建立轉銜機制，同時透過電腦資訊系統(附表 28)，掌握毒癮個案動態，使有意願接受藥癮病人進入多元性、整合性及連續性之服務方案，提供藥癮病人之追蹤輔導、就學、就業、就醫、就養服務，落實更生保護、安置、社會復健之整體規劃。

四、本項業務主辦機關：衛生福利部(心口司、保護服務司、社會及家庭署、國民健康署、疾病管制署、食品藥物管理署、國家衛生研究院)；協辦機關：內政部(警政署)、勞動部、教育部、法務部、各直轄市、縣(市)政府衛生局等。

第三節 強化酒癮防治方案

一、進行酒精濫用、成癮及治療之實證性研究

針對酒精濫用及酒癮成因、治療模式建立及其成效評估進行研究，以為研擬酒癮預防策略及發展適切之處遇介入指標之參考。

二、強化酒癮戒治服務網絡

統整醫療機構、心理治療所、心理諮商所及民間心理衛生相關團體資源，以提供經法院裁定之家庭暴力處遇個案、兒童少年保護個案與高風險家庭成員之酒癮個案、各鄉鎮市區衛生所或相關機構等之轉介個案及社區酒精成癮個案自行求助者社區化之酒癮戒治相關服務。2013 年及 2014 年各為 1,900 千元及 6,000 千元，2015 年及 2016 年初估每年各需經費約為 6,000 千元(經常門)。

三、加強酒癮防治宣導

針對不同年齡層及族群，研擬相關宣導策略，並結合產官學及民間團體資源，擴大宣導層面。

四、本項業務主辦機關：衛生福利部(心口司、保護服務司、社會及家庭署、

國民健康署、食品藥物管理署、國家衛生研究院)；協辦機關：原住民族委員會、交通部、勞動部、教育部、各直轄市、縣(市)政府衛生局等。

第四節 發展成癮防治研創方案

一、設立成癮防治研創方案，發展及研究成癮戒治模式

- (一) 進行成癮物質相關流行病學調查，了解各項成癮物質濫用趨勢，以供成癮防治之政策參考。
- (二) 彙集及參考國外先進國家藥、酒癮防治策略及篩檢量表，以作為我國擬具相關策略之參考。
- (三) 持續引進戒癮藥物，提升藥、酒癮戒治成效。
- (四) 針對危險性、問題性飲酒及藥物使用行為，參考國際經驗，發展、運用篩檢量表，並據以研擬降低危害之策略及介入措施。
- (五) 發展、建立多元化藥、酒癮戒治模式並進行成效評估。
- (六) 研訂藥、酒癮戒治或其他成癮物質戒治(處遇)成效評估指標，並定期監測趨勢，以調整戒癮資源投入方向及提供相關服務或防治策略研擬之參考。
- (七) 因應成癮戒治醫療發展趨勢，推估成癮戒治醫療、心理治療、認知教育輔導及社會復健等資源及專業人力需求。
- (八) 推動國際交流與合作，以瞭解國際藥、酒癮及其他成癮物質防治新趨勢。
- (九) 評估政府成癮防治政策之推行成果及進行實證研究，以修正政策或強化施政效能。

二、強化培訓成癮防治專業人力及建立認證機制

- (一) 編製及定期更新成癮防治及戒癮醫療服務課程教材，以提升成癮防治專業人員專業知能。
- (二) 依成癮防治人員推估需求評估結果，辦理成癮防治專業人員之養成及繼續教育訓練，配合人員認證機制，提高成癮防治專業人員素質。

(三) 建立成癮防治人員認證與繼續教育機制，以增進成癮防治人員專業知能與提升服務品質。

三、本項業務主辦機關：衛生福利部（心口司、國民健康署、疾病管制署、食品藥物管理署、國家衛生研究院）；協辦機關：法務部、教育部、各直轄市、縣（市）政府衛生局等。

第四章 加強族群處遇服務

第一節 強化家庭暴力、性侵害及人口販運被害人之身心治療服務

一、提升醫事人員責任通報敏感度、驗傷採證品質、危險評估知能

(一) 延續補助辦理家庭暴力及性侵害處遇之工作計畫：每年度持續補助並督導考核各直轄市、縣（市）政府衛生局辦理家庭暴力、性侵害及性騷擾防治業務，並訂定重點工作項目，包括：責任醫院驗傷採證、危險評估之專業訓練及醫事人員責任通報等，以提升醫事人員對高危機個案之臨床辨識能力及責任通報比率。

(二) 加強醫事人員驗傷採證專業能力

1. 將驗傷採證專業知能納入住院醫師一般醫學訓練及婦產、急診、泌尿、兒科等專科醫師訓練課程。
2. 定期檢討修定疑似家庭暴力及性侵害事件之驗傷診斷書內容、證物採集流程。
3. 調整驗傷採證人員執行驗傷採證案件支給標準。
4. 補助或獎勵醫療機構購置驗傷採證相關設施、設備，以及建置被害人臨床病徵資料庫，以提升驗傷採證作業品質。本項初估 2013 年及 2014 年分別為 0 元及 6,000 千元，2015 年及 2016 年每年約各需經費 2,500 千元及 0 元，本項符合醫療發展基金獎勵範疇，擬規劃由醫療發展基金補助或獎勵。
5. 針對性侵害驗傷採證責任醫院之空間設備、人員專業，訂定指定資

格條件。

6. 建立醫療機構對疑似兒虐、家暴及性侵害案件之評估及處置模式，指定被害人身心治療核心醫療機構，以提升醫事人員對兒虐、家暴及性侵害案件之敏感度及專業評估、診斷知能。本項 2013 年及 2014 年分別為 0 元及 2,000 千元（經常門），2015 年至 2016 年每年約各需經費 5,000 千元、7,000 千元（經常門）。
7. 訂修家庭暴力及性侵害被害人驗傷採證之醫事人員工作手冊及辦理人員教育訓練。

（三）辦理被害人身心治療及輔導專業人員培育工作。

（四）強化網絡通報功能：整合各直轄市、縣（市）政府衛生局與家庭暴力及性侵害防治中心聯繫模式，以保護被害人之權益。

二、建立性侵害被害人追蹤回診機制

建立被害人追蹤回診機制，瞭解被害者身心復原狀況與有無受感染傳染性疾病等評估治療，並進一步提供傳染性疾病之預防性投藥與篩檢、外傷診治以及心理復健治療。

三、本項業務主辦機關：衛生福利部（心口司、保護服務司、社會及家庭署）；
協辦機關：內政部（警政署、移民署、民政司）、法務部及各直轄市、縣（市）政府衛生局等。

第二節 強化家庭暴力與性侵害加害人處遇服務

一、強化家庭暴力及性侵害加害人處遇服務

- （一）補助各直轄市、縣（市）政府及民間團體，針對自願接受輔導之家庭暴力相對人，辦理認知教育、個案輔導及團體輔導等預防性服務方案。本項 2013 年及 2014 年分別為 27,025 元及 23,374 千元，2015 年及 2016 年分別約需 26,800 千元，本項由公益彩券回饋金支應。

- (二) 輔導各直轄市、縣(市)政府加強法官、檢察官與家庭暴力加害人處遇計畫評估小組、處遇人員之溝通，提升法官裁定處遇計畫意願，促進檢察官運用緩起訴處分命加害人完成處遇，提升處遇計畫執行率。
- (三) 持續推動及提升男性關懷專線服務功能，提供家庭暴力相對人諮詢輔導、法律說明及轉介服務。本項經費 2013 年及 2014 年為 0 元，2015 年約需 5,704 千元(含經常門 5,678 千元，資本門 26 千元)，2016 年 9,704 千元(經常門 9,678 千元，資本門 26 千元)。
- (四) 協同法務部及本部保護服務司依性侵害加害人犯罪成因、類型、特性、教育程度，建立分級及分類處遇制度。

二、充實家庭暴力與性侵害加害人處遇基礎建設

因應性侵害加害人強制治療業務需要，除持續補助強制治療受處分人強制治療費用，並協助法務部、國防部增設強制治療處所，以及研訂強制治療療程、檢討強制治療處所設置標準。本項經費 2013 年及 2014 年為 0 元，2015 年及 2016 年分別約需 21,600 千元。

三、充實家庭暴力與性侵害加害人處遇人力及提升處遇品質

- (一) 訂定處遇執行人員資格條件及訓練課程標準，建立處遇執行人員認證制度。
- (二) 辦理家庭暴力危險評估教育訓練，研修性侵害防治評估工具及研發性侵害防治教育方案。本項經費 2013 年及 2014 年各為 0 元及 2,000 千元，2015 年及 2016 年分別約需 2,000 千元、4,000 千元。
- (三) 辦理處遇執行及督導人員教育訓練，編定處遇執行人員適用之加害人再犯、危險評估與操作手冊並辦理教育訓練。本項經費 2013 年及 2014 年各為 0 元及 1,000 千元，2015 年及 2016 年分別約需 1,000 千元、3,000 千元，4 年共計 5,000 千元(經常門)。
- (四) 配合相關機關協調調整處遇人員執行處遇支給標準。
- (五) 研修醫院(含教學醫院)評鑑基準，將醫院參與處遇業務狀況納入評鑑項目，並透過評鑑機制，要求醫院積極參與及檢討改善。

(六) 辦理各項提升處遇品質相關之共識營或研討會。

四、本項業務主辦機關：衛生福利部（心口司、保護服務司、社會及家庭署）；
協辦機關：內政部（警政署）、法務部、各直轄市、縣（市）政府衛生局等。

第三節 整合加害人處遇資源及服務體系

一、開發加害人處遇資源

性侵害加害人之處遇屬跨領域且需結合多種專業人士，除既有之醫事、司法、社會工作人員外，可再開發其他民間機構如社福團體參與。

二、精進加害人處遇資訊系統

配合保護服務司串聯各部會現有之加害人資訊系統（含處遇人才及處遇機構資料庫），以提升行政效能，並利於處遇人員追蹤與進行相關專業研究。

三、強化網絡分工與聯繫機制

（一）強化性侵害加害人處遇之無縫接軌機制

1. 強化性侵害加害人獄中、社區、強制治療處所間之無縫銜接機制。
2. 落實加害人處遇之通知、執行、裁罰、移送作業，建置處遇個案管理系統。

（二）強化犯罪加害人之社區處遇網絡

1. 督導各直轄市、縣（市）政府衛生局定期結合警政、司法、社政機關等召開網絡聯繫會議，建立合作機制及共識，達到加害人處遇無縫銜接目標。
2. 整合警檢機關、醫療體系及司法、社政體系，針對加害人之不同特性，提供處遇服務，並搭配社區監督措施，以提升整體處遇效果，並利用相關機關之屬性宣導性侵犯罪防治及社區監控模式，向民眾推展性侵害犯罪加害人之社區處遇概念。
3. 督導各直轄市、縣（市）政府建立家庭暴力相對人預防性服務方案、

辦理家庭暴力加害人處遇，及加強與被害人保護服務系統之橫向溝通與連結。

四、本項業務主辦機關：衛生福利部（心口司、保護服務司、社會及家庭署）；
協辦機關：司法院、法務部、內政部（警政署）、各直轄市、縣（市）政府衛生局等。

第四節 研發家庭暴力與性侵害被害人及加害人處遇模式

一、研發被害人身心治療模式及評估工具

開發本土化之被害人身心治療模式，編製及定期檢討治療手冊，以利於人員訓練及教學。

二、開發加害人處遇模式及評估工具

（一）協同法務部進行性罪犯的研究，研發出適合於我國國情及性侵犯罪犯特性的評估工具及處遇模式，以助於加害人處遇及假釋評估的進行。

（二）委託專家學者或處遇執行機構辦理處遇成效追蹤、評估工具、處遇模式研究，建立本土化、多元性及不同性別、族群之處遇服務。本項經費 2013 年及 2014 年各為 0 元及 1,700 千元，2015 年及 2016 年分別約需 2,497 千元。本項費用與醫衛科技發展有關，將由科技發展工作經費支應。

三、本項業務主辦機關：衛生福利部（心口司、保護服務司、社會及家庭署）；
協辦機關：內政部（警政署）、法務部、各直轄市、縣（市）政府衛生局等。

第五節 協辦司法精神鑑定工作

一、協助法務部規劃司法精神鑑定流程及建立鑑定人員認證、培訓制度

（一）調查受囑託鑑定醫院於司法精神鑑定過程遭遇之困難、現行作業程序、鑑定人員鑑定年資及鑑定收費情形等。

（二）蒐集先進國家司法精神鑑定流程及專業訓練資料，包含專業課程內容及人員認證機制。

(三) 配合法務部邀集政府相關部會、醫療專業學協會、學者專家及實務工作人士的代表，探討、研擬司法精神鑑定機構或人員資格、能力標準及鑑定流程及提升鑑定品質事宜。

(四) 協助法務部規劃司法精神鑑定專業訓練課程內容及人員認證機制、編製專業訓練教材及培訓司法精神鑑定人員。

二、協助司法機關規劃司法處遇（醫療相關之監護處分或強制治療處分）專責處所。

三、本項業務主辦機關：法務部、司法院；協辦機關：衛生福利部（心口司）、各直轄市、縣（市）政府衛生局等。

第五章 整合及加強心理健康基礎建設

第一節 提升心理健康專業人員之質與量

一、提升心理專業人員編制及預算

各直轄市、縣（市）政府應加強心理健康業務之重視，依據精神衛生法明定應辦事項，及配合衛生福利部心理及口腔健康司之成立，規劃設置心理健康業務推動之專責單位及應辦人力員額，逐年提升其人力編制及預算金額，以進行轄區內資分配及心理健康政策之推行，並持續推廣心理健康照護網絡之建立，以提升政策執行成效。

二、盤點人力資源及進行需求評估

盤點各類心理健康專業人力資源，包含民眾心理健康照護需求程度之分析、民眾所需接受服務之頻率、各類專業人力於不同場域/業務（如心理健康促進、精神疾病防治與照護、成癮防治及族群處遇等）每日工作之負荷量等，透過委託研究案進行全面且客觀性之專業人力推估，並與專業人員學、協、公會聯繫合作，合理養成相關專業人力並鼓勵投入心理健康照護相關職場。

三、建立有效社區個案管理整合系統及運作機制

目前針對社區內之個案，包含居家治療、精神疾病與自殺通報關懷訪視、公衛護士居家關懷照護、社政機關高風險個案關懷之個案管理等多種模式研議進行整合，以避免資源重置及提升服務效率。

四、強化公共衛生人員行政、資源連結、資訊系統建置及管理等相关能力

公共衛生人員之專業背景及有助於其承接行政、資源連結及個案管理等工作，推動將公共衛生人員納入心理健康照護體系，使其得以發揮專長並提升服務效率。

五、經費編列方面：本項費用已列入心理健康促進業務費用，爰不再編列。

六、本項業務主辦機關：衛生福利部(心口司、國民健康署)、各直轄市、縣(市)政府衛生局。

第二節 建立心理健康服務之財務機制

一、提高社區式照護之發展誘因

- (一) 請本部中央健康保險署，合理調整醫療機構精神疾病照護與精神復健機構復健治療費用之支付標準，以增加發展社區化照護之誘因。
- (二) 研議評估精神護理之家納入健保給付之可行性。
- (三) 研議精神病人之論量計酬方式發展為論人計酬方式之可行性。

二、積極爭取成癮防治之經費來源

- (一) 洽請法務部研議於各直轄市、縣(市)政府對於施用第三、四級毒品裁罰金中，提撥一定比例做為地方毒品危害防制中心使用。
- (二) 研議並爭取將成癮防治納入公彩回饋金使用用途之可行性，俾能穩定挹注成癮者之藥癮醫療費用。
- (三) 爭取其他可挹注藥癮防治之財源如菸品健康捐及緩起訴處分金等。

三、輔導各直轄市、縣(市)政府寬列族群處遇方案之經費補助

目前如家庭暴力及性侵害加害人之處遇項目中，心理輔導及精神治療仍需加害人自費負擔參與處遇方案的費用，將輔導並透過相關業務考評機

制，鼓勵各直轄市及縣（市）政府增列補助預算，提升族群（如家庭暴力及性侵害加害人）參與處遇之意願。

四、本項業務主辦機關：衛生福利部（中央健康保險署、心口司、保護服務司、社會及家庭署）；協辦機關：各直轄市、縣（市）政府、法務部等。

第三節 推動國際合作

一、推動國際人才培訓與交流，東南亞各國普遍存在精神醫療人力與資源不足的現狀，相較於歐美各國，台灣經驗更能提供其他亞洲國家借鏡。將借鏡國外由上而下強化醫療體系，及由下而上的社區網絡營造經驗，強化我國心理衛生專業職能，同時與東南亞其他國家分享我國心理衛生專業發展經驗。

二、促進大學與醫療機構結合，以精神醫療網絡為媒介，搭配整體心理健康網規劃跨國人才培訓策略，促進國際文化交流。

三、以精神醫療網絡為媒介，規劃東南亞各國人才培訓策略，塑造我國為國際專業人才培育重鎮，以社區為基礎提升心理衛生、健康人權與福利保障、以及促進跨國合作研究之推廣。

四、培訓工作坊舉辦費用及互訪交流費用，本項經費 2013 年及 2014 年各為 0 元及 134 千元，2015 年及 2016 年各約需 151 千元。

五、本項業務主辦機關：衛生福利部（心口司、國際合作處、附屬醫療及社會福利機構管理會、本部醫院）；協辦機關：外交部等。

第四節 進行心理健康相關之實證研究及實務政策評值

一、持續進行心理健康之流行病學監測與調查

未來每一年度針對一項心理健康議題，如自殺、精神疾病、藥、酒癮防治、家庭暴力及性侵害防治等，進行定期且長期之流行病學監測與調查，其調查內容應將不同性別在各年齡、種族、場域及地域別等差異納入考量，瞭解不同群體與年齡在性別上之需求，先於前趨調查建立性別統計，並進

一步進行性別分析，以建立實證依據，做為政策規劃擬定時的有效參考依據。本項經費 2013 年及 2014 年各為 0 元及 7,000 千元，2015 年及 2016 年分別約需 6,750 千元。本項費用與醫衛科技發展有關，將由科技發展工作經費支應。

二、針對各類服務方案、治療或處遇模式進行成效評估，並將治療方式以實證為基礎（evidence-based）之方式予以評估或整合

針對各項心理健康業務進行成效評估，如心理健康促進方案、自殺防治工作策略、精神藥物及治療方式、藥、酒癮之戒治模式、家庭暴力與性侵害加害人之處遇模式等，針對不同性別在各年齡、種族、場域及地域別等族群應考量其差異性，鼓勵以多元角度進行評估。本項經費 2013 年至 2016 年分別約需 900 千元。

三、針對各項政策執行成效進行評估，以實證資料提出政策建議，並配合各項研究計畫所產出之實證資料，將研究成果應用於實際執行面，以發揮研究之效益，並提供未來政策或方案推行、延續或修改之參考依據。本項經費 2013 年及 2014 年各為 0 元，2015 年及 2016 年分別約需 1,750 千元。本項費用與醫衛科技發展有關，將由科技發展工作經費支應。

四、本項業務主辦機關：衛生福利部（心口司、保護服務司、社會及家庭署、護理及健康照護司、中央健康保險署、國民健康署、食品藥物管理署、疾病管制署、國家衛生研究院、科技發展組）；協辦機關：勞動部、教育部、法務部、各直轄市、縣（市）政府衛生局等。

伍、期程與資源需求

一、計畫期程

本計畫實施期程自 2013 年 1 月 1 日至 2016 年 12 月 31 日止，共計 4 年。

二、所需資源說明

(一) 人力需求：

1. 為配合國家精簡人力政策，將以機關現有預算員額編制推動業務，不另增人力需求，惟為推動心理健康業務，將持續補助各直轄市、縣（市）政府辦理「整合型心理健康促進、精神疾病防治及族群處遇工作計畫」（該計畫補助各直轄市、縣（市）政府推動精神衛生法定事項之精神衛生行政人力、自殺通報個案及社區精神病人關懷訪視員等人員，所進用人員需符合行政院及所屬各機關學校臨時人員進用及運用要點），預計每年補助進用 292 名人員（分別為行政人力 66 名，自殺關懷訪視員 130 名，病人社區關懷訪視員 96 名）。
2. 另為加強地方政府心理健康網絡人員間之合作網絡，並提高第一線心理健康人員、社工人員、輔導人員辨識高風險族群之專業知識及敏感度，除本部例行規劃教育訓練外，並會同教育部、內政部協辦本計畫，由主責單位自行規劃訓練內容及執行相關教育訓練。

(二) 財務需求：本計畫執行期間為 2013 年至 2016 年，五大工作領域及二十五項工作項目經費，中央政府公務預算初估共需 22 億 8,000 千元（含經常門 22 億 56,211 千元，資本門 23,789 千元）。有關本計畫各年度五大領域經費明細一覽表如下表。

公務預算國民心理健康促進計畫之經費需求（單位：千元）					
計畫五大領域	分年經費				
	2013年	2014年	2015年	2016年	總計
一、促進全民心理健康	127,536	155,430	157,430	167,430	607,826
二、落實精神疾病防治與照護服務	254,152	225,903	220,707	236,827	937,589
三、強化成癮防治服務	168,408	154,325	154,504	167,704	644,941
四、加強族群處遇服務	0	5,000	35,304	45,304	85,608
五、整合及加強心理健康基礎建設	900	1,034	1,051	1,051	4,036
經費合計	550,996	541,692	568,996	618,316	2,280,000

備註：2013年及2014年為法定算數。

（三）前列經費由執行機關視財務情形，逐年提出先期作業計畫，並經預算程序核定後辦理。又本計畫內容每年之執行重點與項目，悉依核定之先期作業計畫辦理。

（四）本計畫各年度經常門及資本門明細一覽表如下表：

計畫期程	2013年至2016年（單位：千元）				
	類別	中央預算	地方預算	其他	年度經費
2013年	經常門	544,740	27,899	27,025	599,664
	資本門	6,256	0	0	6,256
2014年	經常門	535,865	26,902	62,074	624,841
	資本門	5,827	0	11,000	16,827
2015年	經常門	563,143	26,765	80,647	670,555
	資本門	5,853	0	7,500	13,353
2016年	經常門	612,463	26,765	45,797	685,025
	資本門	5,853	0	5,000	10,853
4年合計	經常門	2,256,211	108,331	215,543	2,627,374
	資本門	23,789	0	23,500	599,664

三、經費來源及計算基準

(一) 經費來源：

1. 中央政府公務預算：預估支應 22 億 80,000 千元(含經常門 22 億 56,211 千元，資本門 23,789 千元)。
2. 其他支應：
 - (1)其他預算：預估支應 2 億 39,043 千元(經常門 2 億 15,543 千元，資本門 23,500 千元)，主要為醫療發展基金 1 億 1,500 千元(經常門 78,000 千元，資本門 23,500 千元)；公益彩券回饋金 1 億 3,999 千元(經常門)；科技發展工作計畫 33,544 千元(經常門)。
 - (2)相關部會預算：主要為配合其例行業務計畫執行，均未另行編列預算。
 - (3)縣市政府：預估配合款 1 億 8,331 千元。

中央政府、基金預算及縣市政府各自負擔之經費數額及比例經費表

單位：千元

年度	中央政府 公務預算 (%)	其他預算		合計
		基金等預算 (%)	縣市政府 (%)	
2013 年	550,996 (90.9%)	27,025 (4.5%)	27,899 (4.6%)	605,920
2014 年	541,692 (84.4%)	73,074 (11.4%)	26,902 (4.2%)	641,668
2015 年	568,996 (83.2%)	88,147 (12.9%)	26,765 (3.9%)	683,907
2016 年	618,316 (88.9%)	50,797 (7.3%)	26,765 (3.8%)	695,877
經費合計	2,280,000 (86.8%)	239,043 (9.1%)	108,331 (4.1%)	2,627,372

(二) 中央政府公務預算及其他經費計算基準：

工作領域	經費計算基準
一、促進全民心理健康	<p>1.發展及整合心理健康促進方案：</p> <p>(1) 為積極發展台灣心理健康工作，倡導個人心理健康概念及促進心理健康行動，每年度運用大型宣導活動（記者會）、區域型活動，製作衛教手冊、單張、海報、文宣品等，透過大眾媒體宣導，加強推廣民眾心理健康知識。本項 2013 年約需教育宣導、製作及媒體通路經費 1,350 千元（經常門），2014 年至 2016 年每年約需 3,500 千元（經常門），4 年共計 11,850 千元（經常門）。</p> <p>(2) 為提高社會大眾對心理衛生問題之體認，結合政府部門及民間團體發展在地多元化之心理健康促進活動或方案，強化民眾生活調適、情緒管理、問題解決、壓力調適訓練、心理衛生與疾病相關知識等個人發展技巧，創造出心理健康之快樂、主觀幸福感、心理安適、生活滿意與生活品質等積極內涵。本項每年擬補助辦理心理健康促進活動或方案經費，2013 年及 2014 年分別為 8,000 千元、20,000 千元，2015 年及 2016 年每年各約需 20,000 千元、25,000 千元，4 年共計 73,000 千元（經常門）。</p> <p>2.強化族群與場域之心理健康促進：</p> <p>(1) 強化原住民、新住民、慢性病患者及其家屬、身心障礙者或孕產婦等對象心理健康促進，探究影響其心理健康的背後主因，研擬具需求之心理健康促進宣導教材，建立心理健康照護策略，開發整合性服務方案。本項 2013 年及 2014 年 0 元，2015 年約需經費 20,000 千元，本項符合醫療發展基金獎勵範疇，擬規劃由醫療發展基金補助或獎勵，2016 年 0 元（經常門），4 年合計 20,000 千元（經常門）。</p> <p>(2) 提升各部會及社會大眾重視老人心理健康，推展老</p>

工作領域	經費計算基準
	<p>人心理健康預防工作，積極協助老人維持身體、心理、社會良好狀態，發展多元方式服務，使其享受老年生活及社會參與；找出特定目標族群，建立預警制度；強化貧、病、經濟弱勢及老人之關懷；加強宣導老人求助管道，提升老人求助意願；推動老人憂鬱症篩檢，加強老人照顧者辨識憂鬱症。本項 2013 年 0 元，2014 年 20,000 千元，2015 年 0 元，2016 年 8,000 千元，本項符合醫療發展基金獎勵範疇，擬規劃由醫療發展基金補助或獎勵，4 年共計 28,000 千元（經常門）。</p> <p>3.強化自殺防治服務方案：</p> <p>(1) 監控與評估自殺通報關懷系統整體運作；透過標準化工作手冊教育訓練及個案輔導方式強化關懷訪視人員自殺危機評估處理及諮商輔導能力；分析重覆自殺個案資料，加強關懷輔導及處遇轉介；執行自殺企圖者通報資訊之統計與分析；進行自殺企圖通報人員之在職訓練與評估，以提升通報資料記錄的準確性與完整性；提升衛生、醫療體系以外之通報效能，增進各體系（機構）間轉介服務之通暢與持續等。本項 2013 年及 2014 年分別為 1,500 千元及 2,800 千元（經常門 1,689 千元，資本門 2,611 千元），2015 年及 2016 年預估分別為 2,800 千元（經常門 300 千元，資本門 2,500 千元），4 年共計 9,900 千元（經常門 2,289 千元、資本門 7,611 千元）。</p> <p>(2) 持續增加補助各直轄市及縣（市）政府辦理自殺關懷訪視計畫（含聘任關懷訪視員等）經費，強化暢通通報管道、檢討通報流程、強化通報效能及精進通報精準度等，以落實對社區自殺高危險群、自殺企圖者之個案管理及危機處理機制。本項每年擬補助各直轄市、縣（市）政府衛生局經費，2013 年至 2015 年每年約需經費分別為 66,000 千元，2016 年</p>

工作領域	經費計算基準
	<p>71,000 千元，4 年共計 269,000 千元（經常門）。</p> <p>(3) 針對自殺高風險族群，推動自殺防治品質提升促進方案。本項 2013 年至 2016 年每年經費 4,500 千元（經常門），4 年共計 18,000 千元（經常門）。</p> <p>4.強化心理健康及自殺防治工作之基礎建設：</p> <p>(1) 盤整與開發社區基層各項服務資源，讓民眾從兒童到青少年、成人、婦女、老人等生命各階段之心理衛生需求皆能涵蓋，於衛生福利部網站內建置心理健康公共衛生資訊專區，定時提供民眾最新心理健康預防資訊及宣導。本項經費 2013 年及 2014 年為 0 元，2015 年預估為 2,850 千元，由科技發展計畫支應，2016 年為 0 元，4 年共計 2,850 千元（經常門）。</p> <p>(2) 持續委託辦理全國自殺防治中心計畫，作為全國自殺防治工作平台，辦理自殺防治之實證研究、提供自殺防治相關統計分析資料、針對自殺工具之取得（包括：農藥、木炭、安眠藥等）研擬自殺防治策略、研修及訂定自殺防治相關工作規範、評估工具及流程等。本項經費 2013 年至 2016 年每年需 14,130 千元（經常門），4 年共計 56,520 千元（經常門）。</p> <p>(3) 持續委託辦理安心專線服務計畫（電話：0800-788-995 請幫幫救救我），提供民眾 24 小時免付費心理諮詢服務，依據民眾來電問題及需要，進行自殺及相關需求評估，以即時處理民眾心理與情緒問題，適時提供心理支持及精神醫療、心理衛生、社會救助等相關資訊，專線每月電話費用及回撥電話費用則由本部負擔。本項因服務量有逐年增加情形，2013 年及 2014 年本項經費分別為 20,086 千元及 22,500 千元（經常門），2015 年至 2016 年每年約需經費 22,500 千元（經常門），4 年共計</p>

工作領域	經費計算基準
	<p>87,586 千元（經常門）。</p> <p>5.加強災難心理衛生服務：依公共衛生概念三段預防概念，規劃災難心理衛生服務策略及提供服務，包括初段預防的強調災難心理衛生教育訓練與演習，如增加復原力、早期心智功能的累積等；次段預防的針對篩檢之高風險個案，提供心理衛生諮詢及心理重建等服務，如進入災區救難之專業人員的心理創傷該如何處理等；末段預防的持續提供災民與救災人員之心理重建服務，並將服務模式落實回歸既有之服務模式，使服務得以連續等。本項經費 2013 年及 2014 年為 0 元，2015 年至 2016 年每年約需經費 2,000 千元（經常門），4 年共計 4,000 千元（經常門）。</p> <p>6.建立並推動心理健康網（精神醫療網）：</p> <p>（1）依據人口及心理健康資源分布情形，分心理健康責任區域，建立區域心理健康服務網絡，並訂定計畫實施。「心理健康網」責任區域內，可透過區域心理健康網責任機構(或核心醫院)輔導，協助直轄市或縣（市）政府結合轄內包括衛生、社政、教育及勞政等行政機關、心理健康專業團體、心理健康及精神照護機構、各級學校、民間機構與團體等，共同推動區域內「心理健康促進」、「精神疾病防治與照護」、「成癮防治」、「族群處遇及照顧」等業務，服務對象不僅為生病者及康復病友，亦包括正式與非正式、專業與半專業之心理健康服務提供者。本項費用 2013 年及 2014 年分別為 11,970 千元及 22,000 千元，2015 年至 2016 年每年約需經費 22,000 千元，4 年共計 77,970 千元（經常門）。</p>
<p>二、落實精神疾病防治與照護服務</p>	<p>1.均衡精神照護資源：持續藉由經費補助，優先獎勵精神照護資源相對不足或缺乏地區，鼓勵開辦或擴充公立及民間精神照護機構等相關措施服務，充實精神復健及精神護理設施、設備，加強照顧精神病人，促進精神照護</p>

工作領域	經費計算基準
	<p>資源之擴展與均衡。本項經費 2013 年及 2014 年分別為 2,600 千元及 5,000 千元，2015 年至 2016 年每年約需 5,000 千元（均為資本門）。本項配合醫療事業發展獎勵辦法修正，將納入醫療發展基金獎勵範疇，2014 年至 2016 年，擬由醫療發展基金支應，4 年共計 17,600 千元（資本門），公務預算 2,600 千元，醫療發展基金 15,000 千元。</p> <p>2.強化精神衛生體系及服務網絡：</p> <p>(1) 針對各直轄市及縣（市）政府衛生局之心理衛生行政人員，辦理精神衛生法實務工作推動之研討會或共識營，另定期辦理心理衛生行政考評及召開檢討會，針對各項依法實行政策之執行成果進行檢討。本項 2013 年至 2016 年每年分別為 540 千元（經常門），4 年共計 2,160 千元（經常門）。</p> <p>(2) 辦理精神衛生法之各項法定業務。本項經費 2013 年及 2014 年分別需 29,541 千元、29,763 千元，2015 年及 2016 年每年各需 30,947 千元、37,067 千元（經常門），4 年共計 127,318 千元（經常門）。</p> <p>(3) 定期檢討精神照護機構（包括精神醫療機構、精神復健機構、精神護理之家等）評鑑制度及不定期追蹤輔導機制，以確保機構精神照護品質之持續維持與缺失事項的有效改善。辦理各類精神照護機構訪查、評鑑及輔導所需經費。2013 年及 2014 年經費分別為 4,300 千元及 9,100 千元，2015 年至 2016 年每年約需 9,100 千元（均為經常門），4 年共計 31,600 千元（經常門）。</p> <p>(4) 持續規劃建立精神照護機構之連續品質監測指標，配合照護機構評鑑系統建置及資料分析，以有效監測服務品質，確保精神病人權益。建置或維護精神照護機構評鑑系統經費。2013 年為 2,000 千元，2014 年至 2016 年每年約需 900 千元（均為資本門），4 年</p>

工作領域	經費計算基準
	<p>共計 4,700 千元（資本門）。</p> <p>3.強化精神病人緊急處置、強制治療及社區照護服務：辦理精神疾病強制住院與強制社區治療所需經費，成立分區審查會審查精神疾病強制住院、強制社區治療案件，所需審查等其他各項費用，2013 年及 2014 年分別為 20,700 千元及 20,600 千元，2015 年及 2016 年每年約需 20,600 千元（經常門）。另依精神衛生法第 26 條補助精神疾病嚴重病人強制住院及強制社區治療醫療等相關費用及行政代辦費用，2013 年及 2014 年分別為 133,311 千元及 102,540 千元，2015 年及 2016 年每年約需 96,160 千元、101,160 千元。濟助弱勢精神病人伙食及醫療等相關費用初估 2013 年至 2016 年每年約需 2,000 千元（經常門），4 年共計 523,671 千元（經常門）。</p> <p>4.落實社區精神病人管理及追蹤關懷：社區精神照護資訊管理系統經費每年約需維護及增設資訊設備費用初估 2013 年及 2014 年分別為 1,500 千元及 2,800 千元（經常門 1,800 千元、資本門 2,500 千元），2015 年及 2016 年分別約需 2,800 千元（經常門 3,000 千元、資本門 2,600 千元），4 年共計 9,900 千元（經常門 4,600 千元、資本門 5,300 千元）。【經常門費用包含：專案管理費用、設備維護費、網路頻寬租賃費、專線租用費、教育訓練費用、駐署人員及客服服務人員費用；資本門費用包含臨時增修功能費用及新增之軟硬體設備】</p> <p>5.發展多元化精神病人社區照護模式：</p> <p>（1）針對社區中精神特殊個案，透過精神病人社區關懷訪視員加強訪視方式，協助精神病人解決其就醫、就養、就業、就學等多重之問題及需求，使其受到適當醫療照顧。補助各直轄市、縣（市）政府聘任辦理社區精神疾病個案管理、資源轉介、社區關懷照顧計畫等之關懷訪視員。本項所需費用 2013 年</p>

工作領域	經費計算基準
	<p>至 2015 年每年需 52,800 千元，2016 年 57,800 千元，4 年共計 216,200 千元（經常門）。</p> <p>(2) 為發展多元化精神病人社區照護模式及鼓勵民間機構、團體參與及提供社區照護服務，獎勵精神衛生相關機構、團體從事精神病人社區照顧、支持及復健等服務，以期落實精神障礙者之社區化照顧政策。為減少病情穩定之精神病人長期留滯醫療機構及積極鼓勵精神病人回歸社區，獨立生活。2013 年至 2016 年各為 4,860 千元，4 年共計 19,440 千元（經常門）。</p>
<p>三、強化成癮防治服務</p>	<p>1.強化成癮防治體系與服務網絡：民間戒治機構之特殊性及多元性，可協助成癮個案回歸社會，藉由獎補助民間團體、機構推動成癮戒治服務，並參與戒治網絡，以增加藥、酒癮等戒治環境之執行量能。本項經費 2013 年及 2014 年分別為 23,852 千元及 22,444 千元（經常門），2015 年及 2016 年每年所經費約各為 22,623 千元（經常門），4 年共計 91,542 千元（經常門）。</p> <p>2.精進藥癮戒治服務方案：</p> <p>(1) 持續補助替代治療之藥品費及醫療費用，以減輕病人經濟負擔，增加鴉片類藥癮者接受替代治療動機及提高留置率，以提升整體治療成效。本項經費 2013 年及 2014 年為 141,000 千元及 123,054 千元，2015 年及 2016 年每年約需 123,054 千元、136,254 千元（經常門），4 年共計 523,362 千元（經常門）。</p> <p>(2) 替代治療作業系統維護及更新所需經費。本項初估 2013 年需 1,656 千元（經常門 1,300 千元、資本門 356 千元），2014 年 2,827 千元（經常門 1,711 千元、資本門 1,116 千元），2015 至 2016 年每年約需 2,827 千元（經常門 1,700 千元、資本門 1,127 千元），4 年共計 10,137 千元（經常門 6,411 千元、</p>

工作領域	經費計算基準
	<p>資本門 3,726 千元)。</p> <p>(3) 發展各級毒品戒治模式及試辦服務方案，研擬個別戒治及輔導模式，符合個別需求（如青少年、觀察勒戒或強制戒治受處分人等），降低其復發率，並依臨床生理戒斷症狀、心理依賴遇社會環境評估等，發展適切之處遇方案。2013 年及 2014 年分別為 0 元及 10,000 千元（經常門），2015 年及 2016 年每年所需經費各約為 20,000 千元及 0 元（經常門），本項擬由醫療發展基金補助或獎勵，4 年共計 30,000 千元（經常門）。</p> <p>3.強化酒癮防治方案：統整醫療機構、心理治療所、心理諮商所及民間心理衛生相關團體資源，以提供經法院裁定之家庭暴力處遇個案、兒童少年保護個案與高風險家庭成員之酒癮個案、各鄉鎮市區衛生所或相關機構等之轉介個案及社區酒精成癮個案自行求助者社區化之酒癮戒治相關服務。2013 年及 2014 年各為 1,900 千元及 6,000 千元，2015 年及 2016 年初估每年各需經費約為 6,000 千元（經常門），4 年共計 19,900 千元（經常門）。</p>
四、加強族群處遇服務	<p>1.強化家庭暴力、性侵害及人口販運被害人之身心治療服務：</p> <p>(1) 補助或獎勵醫療機構購置驗傷採證相關設施、設備，以及建置被害人臨床病徵資料庫，以提升驗傷採證作業品質。本項初估 2013 年及 2014 年分別為 0 元及 6,000 千元，2015 年及 2016 年每年約各需經費 2,500 千元及 0 元，4 年共計 8,500 千元，本項符合醫療發展基金獎勵範疇，擬規劃由醫療發展基金補助或獎勵。</p> <p>(2) 建立醫療機構對疑似兒虐、家暴及性侵害案件之評估及處置模式，並辦理教育訓練及認證，以提升醫事人員對兒虐、家暴及性侵害案件之敏感度及專業</p>

工作領域	經費計算基準
	<p>評估、診斷知能。本項 2013 年及 2014 年分別為 0 元及 2,000 千元（經常門），2015 年至 2016 年每年約各需經費 5,000 千元、7,000 千元（經常門），4 年共計 14,000 千元（經常門）。</p> <p>2.強化家庭暴力與性侵害加害人處遇服務：</p> <p>(1) 補助各直轄市、縣（市）政府及民間團體，針對自願接受輔導之家庭暴力相對人，辦理認知教育、個案輔導及團體輔導等預防性服務方案。本項 2013 年及 2014 年分別為 27,025 元及 23,374 千元，2015 年及 2016 年分別約需 26,800 千元，本項由公益彩券回饋金支應，4 年共計 103,999 千元（經常門）。</p> <p>(2) 持續推動及提升男性關懷專線服務功能，提供家庭暴力相對人諮詢輔導、法律說明及轉介服務。本項經費 2013 年及 2014 年為 0 元，2015 年約需 5,704 千元（含經常門 5,678 千元，資本門 26 千元），2016 年 9,704 千元（經常門 9,678 千元，資本門 26 千元），4 年共計 15,408 千元（經常門 15,356 千元、資本門 52 千元）。</p> <p>(3) 因應性侵害加害人強制治療業務需要，除持續補助強制治療受處分人強制治療費用，並協助法務部、國防部增設強制治療處所，以及研訂強制治療療程、檢討強制治療處所設置標準。本項經費 2013 年及 2014 年為 0 元，2015 年及 2016 年分別約需 21,600 千元，4 年共計 43,200 千元（經常門）。</p> <p>(4) 辦理家庭暴力危險評估教育訓練，研修性侵害防治評估工具及研發性侵害防治教育方案。本項經費 2013 年及 2014 年各為 0 元及 2,000 千元，2015 年及 2016 年分別約需 2,000 千元、4,000 千元，4 年共計 8,000 千元（經常門）。</p>

工作領域	經費計算基準
	<p>(5) 辦理處遇執行及督導人員教育訓練，編定處遇執行人員適用之加害人再犯、危險評估與操作手冊並辦理教育訓練。本項經費 2013 年及 2014 年各為 0 元及 1,000 千元，2015 年及 2016 年分別約需 1,000 千元、3,000 千元，4 年共計 5,000 千元(經常門)。</p> <p>3.研發家庭暴力與性侵害被害人及加害人處遇模式：委託專家學者或處遇執行機構辦理處遇成效追蹤、評估工具、處遇模式研究，建立本土化、多元性及不同性別、族群之處遇服務。本項經費 2013 年及 2014 年各為 0 元及 1,700 千元，2015 年及 2016 年分別約需 2,497 千元，4 年共計 6,694 千元(經常門)，本項費用與醫衛科技發展有關，將由科技發展工作經費支應。</p>
<p>五、整合及加強心理健康基礎建設</p>	<p>1.推動國際合作：培訓工作坊舉辦費用及互訪交流費用。本項經費 2013 年及 2014 年各為 0 元及 134 千元，2015 年及 2016 年各約需 151 千元，4 年共計 436 千元(經常門)。</p> <p>2.持續進行心理健康之流行病學監測與調查，未來每一年度針對一項心理健康議題，如自殺、精神疾病、藥、酒癮防治、家庭暴力及性侵害防治等，進行定期且長期之流行病學監測與調查，其調查內容應將不同性別在各年齡、種族、場域及地域別等差異納入考量，瞭解不同群體與年齡在性別上之需求，先於前趨調查建立性別統計，並進一步進行性別分析，以建立實證依據，做為政策規劃擬定時的有效參考依據。本項經費 2013 年及 2014 年各為 0 元及 7,000 千元，2015 年及 2016 年分別約需 6,750 千元，4 年共計 20,500 千元(經常門)，本項費用與醫衛科技發展有關，將由科技發展工作經費支應。</p> <p>3.針對各項心理健康業務進行成效評估，如心理健康促進方案、自殺防治工作策略、精神藥物及治療方式、藥、酒癮之戒治模式、家庭暴力與性侵害加害人之處遇模式</p>

工作領域	經費計算基準
	<p>等，針對不同性別在各年齡、種族、場域及地域別等族群應考量其差異性，鼓勵以多元角度進行評估。本項經費 2013 年至 2016 年分別約需 900 千元，4 年共計 3,600 千元（經常門）。</p> <p>4. 針對各項政策執行成效進行評估，以實證資料提出政策建議，並配合各項研究計畫所產出之實證資料，應將研究成果應用於實際執行面，以發揮研究之效益，並提供未來政策或方案推行、延續或修改之參考依據。本項經費 2013 年及 2014 年各為 0 元，2015 年及 2016 年分別約需 1,750 千元，4 年共計 3,500 千元(經常門)，本項費用與醫衛科技發展有關，將由科技發展工作經費支應。</p>

(三) 2013 年至 2016 年各直轄市、縣(市)政府衛生局配合款自籌經費如下表：

單位：元

縣市/年度	2013 年	2014 年	2015 年	2016 年	小計
新北市政府衛生局	4,683,750	4,571,250	4,296,250	4,296,250	17,847,500
臺中市政府衛生局	3,382,500	3,232,500	3,232,500	3,232,500	13,080,000
臺南市政府衛生局	2,289,800	2,189,800	2,189,800	2,189,800	8,859,200
高雄市政府衛生局	4,163,250	3,240,600	3,240,600	3,240,600	13,885,050
宜蘭縣政府衛生局	940,500	940,500	940,500	940,500	3,762,000
桃園縣政府衛生局	1,951,500	1,951,500	1,951,500	1,951,500	7,806,000
新竹縣政府衛生局	862,200	1,149,600	1,149,600	1,149,600	4,311,000
苗栗縣政府衛生局	862,050	574,700	574,700	574,700	2,586,150
彰化縣衛生局	1,567,600	1,175,700	1,175,700	1,175,700	5,094,700
南投縣政府衛生局	1,018,800	1,018,800	1,018,800	1,018,800	4,075,200
雲林縣衛生局	1,018,950	1,018,950	1,018,950	1,018,950	4,075,800
嘉義縣衛生局	522,500	522,500	522,500	522,500	2,090,000
屏東縣政府衛生局	731,500	731,500	731,500	731,500	2,926,000
臺東縣衛生局	470,300	470,300	470,300	470,300	1,881,200
花蓮縣衛生局	574,700	862,050	944,550	944,550	3,325,850
澎湖縣政府衛生局	220,000	220,000	275,000	275,000	990,000
基隆市衛生局	627,000	836,000	836,000	836,000	3,135,000
新竹市衛生局	731,400	914,250	914,250	914,250	3,474,150
嘉義市政府衛生局	731,600	731,600	731,600	731,600	2,926,400
金門縣衛生局	440,000	440,000	440,000	440,000	1,760,000
連江縣政府衛生局	110,000	110,000	110,000	110,000	440,000
臺北市政府衛生局	0	0	0	0	0
合計	27,899,900	26,902,100	26,764,600	26,764,600	108,331,200

陸、預期效果及影響

一、建構具備三段五級、多元化及跨專業領域之心理健康服務體系，提供民眾適時、適所及適當照護層級之服務

透過本計畫之推動，精進各項心理健康照護服務及人力資源，建構三段五級之心理健康服務體系，內容將涵蓋心理健康促進、精神疾病防治及照護、成癮防治及族群（含罹病者、失能者、康復病友）處遇與照護，以及健康照顧者等議題，期藉由內控及外控機制的建置、督考評鑑結果之獎罰、回饋與後續之輔導改善，以有效提升並改善心理健康照護服務之品質，在資源整備恰當，且服務品質達到水準時，良好的服務輸送體系即因應而生，進而提供有心理健康服務需求之民眾適時、適所及適當之照護服務。

二、連結各機關及部會之內部顧客，拓展心理健康促進服務之提供

各部會及機關之內部顧客可扮演心理健康守門人之角色，協助推展心理健康知能、發掘高風險個案、連結外部資源並提供轉介服務，於不同場域中將心理健康促進推廣至全體民眾，藉此擴大心理健康促進服務對象，使心理健康促進達到全面性覆蓋。

三、培訓優質之心理健康相關人力，透過技能檢定機制，提供在職繼續教育，提高專業及服務水準，以滿足服務人力需求

完整的專業人力培植，於學校專業人員養成教育時即應給予訓練，針對在職之專業人員，則可透過繼續教育等方式，強化實務工作人員之專業知能與培育，並發展技能檢定及認證機制以提供提升素質之誘因，藉由改善工作環境、待遇調升、增加福利等誘因，可用以加強專業人員之執業動機，未來則可進一步針對訓練課程之運作方式的成效性加以探討，包含訓練課程是否可有效提升人員之專業能力、如何確保其實際參與、訓練後之理解程度、訓練課程與實務之連結等加以努力。

四、整合心理健康照護資訊系統，協助各縣市社區心理衛生中心及其他心理健康服務機關之統籌管理，並做為未來發展各項實證工具及政策調整之參考

完整的心理健康相關資訊系統應至少包含三大面向，包括服務機關及

服務量、專業人力登錄及個案管理資料庫，此系統須由中央統一規劃管理，並允許各縣市使用且保有自行擴充系統之彈性。藉由資訊系統的完備建置，在服務提供方面，可透過相關資訊的整合達到資源間之有效連結，提升部門間資訊流通及運用之便利性，且藉由個案管理機制提高服務遞送之時效性；在人員管理部分，透過各類人力之執業登記，以明確掌握人力資源數量，並進一步進行管理；在政策發展的部分，透過對資源及利用情形之完全掌握，將可運用於未來發展各項實證工具及政策調整之參考。

五、建立心理健康服務機關之評鑑督考機制，以提升心理健康照護服務品質

藉由對直轄市、縣（市）政府定期之心理健康相關業務實地督考作業，及精神照護機構之評鑑機制，監測及提升心理健康服務機關（構）之品質及效率，並透過資訊回饋，讓服務網絡機關了解自己在服務網絡中的相對位置，以達到自我鞭策之效，而督考、評鑑後的輔導及追蹤，則為品質改善之落實。

柒、附則

一、替選方案之分析及評估

(一) 計畫經費來源之替代考量

有關心理衛生業務，過去屬第一期至第六期醫療網計畫之子計畫，醫療網計畫歷經 25 年，從早期屬經建計畫，到近年劃歸為社會發展計畫，惟國家財政日趨困難，衛生醫療公務預算大幅縮水，心理健康事務涵蓋範圍極廣，服務對象涵蓋全體國民，在公務預算有限前提下，為順利推動國民心理健康促進業務，其經費除公務預算外，宜視其屬性，另覓適當財源。

依據「醫療發展基金收支保管及運用辦法」，醫療發展基金之來源包含由政府循預算程序之撥款、菸品健康福利捐分配收入、受贈收入、基金之孳息收入及其他相關收入，其用途包含促進醫療事業發展之獎勵、提升預防醫學與臨床醫學醫療服務品質及效率之獎勵、均衡醫療資源，辦理山地離島、偏遠地區及其他醫療資源缺乏地區之獎勵、管理及總務支出及其他相關支出。

為配合政府組織再造，內政部部分附屬機關及單位移入衛生福利部，整併為衛生福利部，社會弱勢族群之服務方案可自公益彩券回饋金挹注。

綜上，雖公務預算不足，編列時必須與其他政事競用資源，難免影響心理健康業務之推動，僅將公務預算列為國民心理健康促進計畫之唯一經費來源，並非根本之道。所幸藉由醫療發展基金或公益彩券回饋金之挹注，以及檢討各項服務方案之優先次序後，尚可使國民心理健康促進計畫順利推動。但長遠來看，推動心理健康事務，宜考量成立心理健康基金支應；若無法成立基金，則本計畫所需之經費來源，仍需由公務預算、醫療發展基金及公益彩券回饋金共同支應，並應落實逐年做滾動式檢討修正。

(二) 中央成立心理健康照護專責機關之替代考量

目前心理健康的業務涉及不同機關權責，包括衛生福利部、內政部、教育部、法務部等。考量民眾對心理健康服務需求之增加，未來心理健康議題將日趨重要，為了國家心理健康政策之整體規劃，如何促進相關機關之協調合作將為未來需努力的重點，建議可透過行政院層級之心理健康促進及自殺防治會報之平台，強化跨部門之溝通及進行資源之垂直及水平整合。

二、有關機關配合事項及其他相關聯但無合作之計畫

心理健康促進為跨部門服務，除本部為主要執行機關外，尚須內政部、教育部、法務部、勞動部、...等機關、各直轄市、縣（市）政府等政府機關及民間機構團體共同推動。有關推動業務所需經費，應由各該機關依權責自行編列。協辦機關配合辦理工作事項臚列如下：

協辦機關	協辦工作事項
內政部	一一（一）發展及整合心理健康促進方案 一一（二）強化族群與場域之心理健康促進 一一（三）強化自殺防治服務方案 一一（五）加強災難心理衛生服務 二一（三）強化精神病人緊急處置、強制治療及社區照護服務 二一（四）落實社區精神病人管理及追蹤關懷 四一（一）強化家庭暴力、性侵害及人口販運被害人之身心治療服務
教育部	一一（一）發展及整合心理健康促進方案 一一（二）強化族群與場域之心理健康促進 一一（三）強化自殺防治服務方案 一一（四）強化心理健康及自殺防治工作之基礎建設 一一（五）加強災難心理衛生服務 一一（六）建立並推動心理健康網 二一（一）均衡精神照護資源 二一（二）強化精神衛生體系及服務網絡 二一（五）發展多元化精神病人社區照護模式

協辦機關	協辦工作事項
	三－（一）強化成癮防治體系與服務網絡 三－（二）精進藥癮戒治服務方案 三－（三）強化酒癮防治方案 三－（四）發展成癮防治研創方案 五－（四）進行心理健康相關之實證研究及實務政策評值
國防部	一－（一）發展及整合心理健康促進方案 一－（二）強化族群與場域之心理健康促進 一－（三）強化自殺防治服務方案
勞動部	一－（一）發展及整合心理健康促進方案 一－（二）強化族群與場域之心理健康促進 一－（三）強化自殺防治服務方案 一－（四）強化心理健康及自殺防治工作之基礎建設 一－（六）建立並推動心理健康網 二－（一）均衡精神照護資源 二－（二）強化精神衛生體系及服務網絡 二－（五）發展多元化精神病人社區照護模式 三－（一）強化成癮防治體系與服務網絡 三－（二）精進藥癮戒治服務方案 三－（三）強化酒癮防治方案 五－（四）進行心理健康相關之實證研究及實務政策評值
法務部	一－（二）強化族群與場域之心理健康促進 一－（三）強化自殺防治服務方案 三－（一）強化成癮防治體系與服務網絡 三－（二）精進藥癮戒治服務方案 三－（四）發展成癮防治研創方案 四－（一）強化家庭暴力、性侵害及人口販運被害人之身心治療服務 四－（二）強化家庭暴力與性侵害加害人處遇服務 四－（三）整合加害人處遇資源及服務體系 五－（二）建立心理健康服務之財務機制 五－（四）進行心理健康相關之實證研究及實務政策評值

協辦機關	協辦工作事項
司法院	四－（三）整合加害人處遇資源及服務體系 四－（五）協辦司法精神鑑定工作 五－（二）建立心理健康服務之財務機制
退輔會	一－（一）發展及整合心理健康促進方案 一－（二）強化族群與場域之心理健康促進 一－（三）強化自殺防治服務方案 一－（四）強化心理健康及自殺防治工作之基礎建設 二－（二）強化精神衛生體系及服務網絡 二－（四）落實社區精神病人管理及追蹤關懷 二－（五）發展多元化精神病人社區照護模式
原民會	一－（一）發展及整合心理健康促進方案 一－（二）強化族群與場域之心理健康促進 一－（三）強化自殺防治服務方案 一－（四）強化心理健康及自殺防治工作之基礎建設
人事行政總處	一－（一）發展及整合心理健康促進方案
農委會	一－（二）強化族群與場域之心理健康促進 一－（三）強化自殺防治服務方案 一－（四）強化心理健康及自殺防治工作之基礎建設
通傳會	一－（三）強化自殺防治服務方案
外交部	五－（三）推動國際合作
各直轄市、 縣（市）政府衛生局	一－（一）發展及整合心理健康促進方案 一－（二）強化族群與場域之心理健康促進 一－（三）強化自殺防治服務方案 一－（四）強化心理健康及自殺防治工作之基礎建設 一－（五）加強災難心理衛生服務 一－（六）建立並推動心理健康網 二－（一）均衡精神照護資源 二－（二）強化精神衛生體系及服務網絡 二－（三）強化精神病人緊急處置、強制治療及社區照護服務

協辦機關	協辦工作事項
	<ul style="list-style-type: none"> 二－（四）落實社區精神病人管理及追蹤關懷 二－（五）發展多元化精神病人社區照護模式 二－（六）促進精神病人權益保障、充權及保護 三－（一）強化成癮防治體系與服務網絡 三－（二）精進藥癮戒治服務方案 三－（三）強化酒癮防治方案 三－（四）發展成癮防治研創方案 四－（一）強化家庭暴力、性侵害及人口販運被害人之身心治療服務 四－（二）強化家庭暴力與性侵害加害人處遇服務 四－（三）整合加害人處遇資源及服務體系 四－（四）研發家庭暴力與性侵害被害人及加害人處遇模式 五－（一）提升心理健康專業人員之質與量 五－（二）建立心理健康服務之財務機制 五－（三）推動國際合作 五－（四）進行心理健康相關之實證研究及實務政策評值

三、中程個案計畫自評檢核表

檢視項目	內容重點 (內容是否依下列原則撰擬)	主辦機關		主管機關		備註
		是	否	是	否	
1.計畫書格式	(1) 計畫內容應包括項目是否均已填列(「行政院所屬各機關中長程個案計畫編審要點」(以下簡稱編審要點)第6點、第14點)	■		✓		
	(2) 延續性計畫是否辦理前期計畫執行成效評估,並提出總結評估報告(編審要點第6點、第15點)		■		✓	
2.民間參與可行性評估	是否填寫「促參預評估檢核表」評估(依「公共建設促參預評估機制」)	■			✓	
3.經濟效益評估	是否研提選擇及替代方案之成本效益分析報告(「預算法」第34條)	■				
4.財源籌措及資金運用	(1) 經費需求合理性(經費估算依據如單價、數量等計算內容)	■		✓		
	(2) 經費負擔原則: a.中央主辦計畫:中央主管相關法令規定。 b.補助型計畫:中央對直轄市及縣(市)政府補助辦法。	■		✓		
	(3) 年度預算之安排及能量估算:所需經費能否於中程歲出概算額度內容納加以檢討,如無法納編者,須檢附以前年度預算執行、檢討不經濟支出等經費審查之相關文件		■		✓	
	(4) 經資比 1:2(「政府公共建設計畫先期作業實施要點」第2點)		■		✓	
5.人力運用	(1) 能否運用現有人力辦理		■		✓	
	(2) 擬請增人力者,是否檢附下列資料: a.現有人力運用情形。 b.計畫結束後,請增人力之處理	■		✓		

檢視項目	內容重點 (內容是否依下列原則撰擬)	主辦機關		主管機關		備註
		是	否	是	否	
	原則。 c.請增人力之類別及進用方式。 d.請增人力之經費來源。					
6.營運管理計畫	是否具務實及合理性(或能否落實營運)	■		✓		
7.土地取得費用原則	(1) 能否優先使用公有閒置土地房舍	■		✓		
	(2) 屬補助型計畫，補助方式是否符合規定(中央對直轄市及縣(市)政府補助辦法第10條)	■		✓		
	(3) 屬公共建設計畫，取得經費是否符合規定(行政院所屬各機關辦理重要公共建設計畫土地取得經費審查應注意事項)				✓	
8.環境影響分析(環境政策評估)	是否須辦理環境影響評估(環境影響評估法)		■		✓	
9.性別影響評估	是否填具性別影響評估檢視表(編審要點第6點)	■		✓		
10.跨機關協商	(1) 涉及跨部會或地方權責及財務分攤，是否進行跨機關協商				✓	
	(2) 是否檢附相關協商文書資料				✓	
11.依碳中和概念優先選列節能減碳指標	(1) 是否以二氧化碳之減量為節能減碳指標，並設定減量目標(編審要點第6點)		■		✓	
	(2) 是否規劃採用綠建築或其他節能減碳措施				✓	
	(3) 是否檢附相關說明文件				✓	

主辦機關核章：承辦人

技正廖敏桂

機關主管

陳快樂

首長

副任鄭淑心

科長詹金月

主管部會核章：研考主管

會計主管

首長

綜合副司長石崇良

會計處長高正本

部長邱文達

四、其他有關事項

(一) 心理健康相關業務推動須依法執行

未來精神衛生法需研議修正，將社區化照護模式視為未來發展重點。現行精神衛生法於 2007 年 7 月 4 日公告修正，並於隔年施行，其內容相較於舊版之精神衛生法雖已針對社區心理衛生中心之應辦事項、中央主管機關及地方政府之權責劃分、社區照護、支持及復健體系之建立、病人權益之保障與協助就醫、通報及追蹤保護措施等皆有更明確之陳述，另針對嚴重病人之強制住院、緊急安置及強制社區治療，建立起更完善之程序及規範，但整體內容仍以精神醫療為主；由於心理健康業務涵蓋範圍甚廣，隨著國人對於心理健康需求之增加，以及國際趨勢對於初段及末段預防之重視，心理健康之法源依據應包含體制之建構及人力充實，針對如精神護理之家於護理人員法之護理機構設置標準之適切性，及藥癮防治業務（含藥物及專業人員之管理、戒治模式（含藥、毒、酒等）、轉銜機制等）等皆須建立法源依據，使心理健康相關業務之推動以資遵循。

(二) 「心理健康網」之推動

我國已推行多年之精神醫療網，然發展重點仍強調次段及末段預防，對於心理健康促進著墨較少，隨著心理健康議題日益被重視，未來可透過衛生局結合轄內資源，擴大目前之精神醫療網以成立「心理健康網」，使之涵蓋「心理健康促進」、「精神醫療」、「成癮防治」、「族群處遇及照顧」（含家暴及性侵害之加害與被害人、慢性病患、傳染性疾病患者、罕見疾病患者、殘障失能者等，對象包括生病者、康復病友及健康照護者）及「心理健康之垂直整合」等五大議題，針對心理健康服務提供之可近性、相關人力之配置、品質之確保及其他輸送體系之完整建置，共同推動心理健康相關業務，並藉由年終檢討會，針對「心理健康促進」、「精神疾病防治」、「成癮防治」、「族群處遇及照顧」及「心理健康之垂直整合」等五大議題，提供跨機關及部會溝通討論之平台。

(三) 直轄市及縣(市)政府心理健康相關人力與能力之強化

未來各直轄市及縣(市)政府等公部門需厚植公共衛生等衛生行政工作人員。直轄市及縣(市)政府扮演心理健康業務之執行者角色，其肩負心理健康服務資源之建置、服務方案之推動與執行、及服務品質的提升與改善。目前各直轄市及縣(市)政府已逐步充實社會工作人員之質與量，但針對提供直接服務之公共衛生護士及衛生行政工作之公共衛生人員則嚴重不足。未來直轄市及縣(市)政府需厚植心理健康照護相關人力及能力，考量將公共衛生人員納入心理健康照護體系，使其得以發揮專長並提升服務提供之效率，且因應衛生行政工作人員之不足，可發展並結合相關專業人力之法規進行心理健康人力之培植。強化直轄市及縣(市)政府心理健康相關人力之質與量，始可進行轄區內資分配及相關政策之推行，並持續推廣心理健康照護網絡之建立，以提升心理健康相關政策之執行成效。

(四) 心理健康資訊系統之建置與發展

近年來科技發展日趨成熟，建置完善的資訊系統將可提升服務之效率，已成為未來必要發展的重點工作。完整的心理健康相關資訊系統應至少包含三大面向，包括服務機關及服務量、專業人力登錄及個案管理資料庫，此系統須由中央政府統一規劃管理，並允許直轄市及縣(市)政府使用且保有自行擴充系統之彈性。藉由資訊系統的完備，在服務提供方面，可透過相關資訊的整合達到資源間有效連結，提升部門間資訊流通及運用之便利性，且藉由個案管理機制提高服務遞送之時效性。

在人員管理部分，透過各類人力之執業登記，以明確掌握人力資源數量，並進一步進行管理。在政策發展的部分，透過對資源及利用情形之完全掌握，將可運用於未來發展各項實證工具及政策調整之參考。目前國內已建置部分之心理健康相關資訊系統，然資料之完整性、正確性及一致性仍有待評估，且如何達到資訊系統間的連結，以發揮最大之效益，將為未來發展之挑戰及目標。

(五) 心理健康服務品質之確保

品質優劣與民眾接受服務之成效息息相關，由於教育程度的提高，消費意識的抬頭，民眾對於品質的要求將更趨嚴格，心理健康服務的提供涵蓋多面向，諸如心理健康促進、精神疾病防治及照護、成癮防治及族群處遇及照顧等議題，而照護內容亦應包含三段五級預防之概念，其提供性質較為複雜，且影響深遠，因此提供好的服務及人力品質甚為重要。在服務品質的部分，可透過督考或評鑑等方式達到品質之監控，督考或評鑑結果之懲罰獎勵、回饋與後續之輔導改善亦即為重要，利用資訊回饋，則可讓服務機關了解自己在團體中的相對位置以達到自我鞭策之效；在人員品質提升的部分，前端應於學校教育即開始培養專業能力，在職者則可透過繼續教育及發展認證機制來落實。

(六) 全民健保支付標準及精神照護機構設置標準之調整

目前全民健保支付標準及精神照護機構設置標準，引導精神照護資源配置的不合理。依據 2011 年精神病床之人力配置標準，在急性精神病床的部分，醫學中心之一位醫師照顧 10 床，護理人員則照顧 2.5 床，在慢性精神病床的部分，精神專科醫院之一位醫師照顧 120 床，護理人員則照顧 15 床，顯示人力配置之差距在醫師為 12 倍，護理人力則為 6 倍；若配合比較 2003 及 2011 年精神病床之健保支付標準，則發現急、慢性精神病床之利潤差異雖有變小，但慢性病床的利潤仍顯著較高，存在增設誘因，導致慢性精神病床數遠高於急性精神病床。慢性精神病床之支付明顯高於住宿型精神復健機構，降低服務提供者發展住宿型精神復健機構的誘因，且亦影響民眾使用社區式照護之意願；比較日間住院與日間型精神復健機構的支付標準，兩者相差近兩倍之多，且進一步比較設置標準，日間住院對於專任醫師及專任護理人員之配置有所規範，而日間型精神復健機構僅規定專任管理人員的配置，對於專業人力需求之規定甚為寬鬆。未來須適度調整精神照護之全民健保支付及設置標準，導正精神照護資源之配置，以有利於社區式照護之發展。

(七) 跨機關及部會之協調合作

心理健康業務涵蓋層面甚廣，諸如心理健康促進、精神疾病防治及照護、物質濫用防治及族群處遇及照顧等議題皆包含其中。目前各項心理健康相關工作分屬不同部門所掌管，針對心理健康促進及自殺防治業務，目前已成立「行政院心理健康促進及自殺防治會報」，以政務委員為召集人，邀集衛生福利部、內政部、國防部、教育部、法務部、勞動部、農委會、原民會、文化部、退輔會等 10 個部會及民間團體、專家學者定期召開會議，藉以強化心理健康促進，以及自殺防治網絡合作機制；針對藥癮防治業務，除衛生福利部外，亦需法務部、教育部及內政部等部會之配合；針對家庭暴力及性侵害防治業務，加害人之治療、處遇及照顧需透過衛生、法務、社政及警政跨部會合作，被害人之驗傷、治療、處遇及照顧則需透過衛生、社政、法務與警政跨部會合作。未來各類業務皆需各機關部門間建立良好之互動及合作機制，始可達到事半功倍之效果。

五、性別影響評估檢視表（中長程個案計畫）

【第一部分】：本部分由機關人員填寫

填表日期：103 年 6 月 18 日		
填表人姓名：廖敏桂	職稱：技正	身分： <input checked="" type="checkbox"/> 業務單位人員
電話：8590-7448	e-mail： md1214@mohw.gov.tw	： <input type="checkbox"/> 非業務單位人員，請說明： _____
填 表 說 明		
<p>一、行政院所屬各機關之中長程個案計畫除因物價調整而需修正計畫經費，或僅計畫期程變更外，皆應填具本表。</p> <p>二、建議各單位於計畫研擬初期，即徵詢性別平等專家學者或各部會性別平等專案小組的意見；計畫研擬完成後，應併同本表送請民間性別平等專家學者進程序參與（至少預留 1 週的填寫時間），參酌其意見修正計畫內容，並填寫「第三部分－評估結果」後通知程序參與者。</p>		
壹、計畫名稱	國民心理健康促進計畫	
貳、主管機關	衛生福利部	主辦機關 衛生福利部
參、計畫內容涉及領域：		勾選（可複選）
3-1 權力、決策、影響力領域		
3-2 就業、經濟、福利領域		
3-3 人口、婚姻、家庭領域		
3-4 教育、文化、媒體領域		
3-5 人身安全、司法領域		
3-6 健康、醫療、照顧領域		V
3-7 環境、能源、科技領域		
3-8 其他（勾選「其他」欄位者，請簡述計畫涉及領域）		
肆、問題與需求評估		
項 目	說 明	備 註
4-1 計畫之現況問題與需求概述	失業率、金融海嘯、都市疏離感、複合式災難及人口老化，加上 E 化所帶來身心疾病問題的增加，使心理健康問題更趨重要，不僅如此，近日來北捷隨機殺人事件、兒虐、家暴、自殺自傷等更是層出不窮，在在反映我國人心理健康亮紅燈，既有資源與方案不足以因	簡要說明計畫之現況問題與需求。

應，需要積極提昇全民心理健康才是治本方法。

考量性別差異而分析國內心理健康相關問題，則發現男性之自殺死亡率明顯較女性高出 2.14 倍，但是女性在自己自殺通報率遠高於男性，男性之物質濫用個案約為女性之五倍，但女性物質濫用多與其伴侶有關，家庭暴力受害人以女性居多，約為男性之四倍，性侵害之受害人亦以女性居多，約為男性之 15 倍，男性酗酒比例也為女性 XX 倍，男性酗酒肇事發生車禍等意外，男性酗酒導致家暴等被害人多為女性，但女性因醉酒導致撿屍問題近年也常見被報導，男女在心理健康問題上的性別差異現象，需要被注意。此外在各種前述社會問題（例如失業率、金融海嘯、都市疏離感、複合式災難及人口老化，加上 E 化所帶來身心疾病問題的增加）中，亦應重視男女在因應和抗逆能力的差異，以俾能設計不同預防與治療方案，達成全面性之心理健康促進。

精神衛生政策發展至今，有關精神衛生行政體系、精神醫療資源、建置社區精神病患個案管理系統、精神病人服務追蹤管理及社區關懷制度、社區心理衛生設置等，均已朝全人健康照護計畫之目標努力，但是在針對不同性別的病人照顧需求，以及照顧病人的家屬（多為女性），也較缺少特殊方案。

惟限於人力物力，目前國內心理健康之前端促進，異常心理行為的預防及精神病人之社區照護仍待強化，針對心理健康特殊保護，及失能者及其家庭之支持仍較缺乏。

在前端預防的部分，家庭心理健康非常重要，包含孕產期即應培養心理復原力、家庭關係應自婚前即開始提供相關教育、為人父母之角色之因應，也需

自孕前應即開始培養、配偶和家人間互動，減少產後憂鬱的發生；針對E化年輕人口群加強其健康心理的人際溝通、減少情感暴力等；未來亦需加強性別敏感度於不同年齡、社經地位、城鄉地域之相關群體，以及特殊族群（含家暴及性侵害之加害與被害人、慢性病患、傳染性疾病患者、罕見疾病患者、殘障失能者等，對象不僅為生病者及康復病友（精神疾病、癌症等），亦將包括正式與非正式、專業與半專業之照顧者）如原住民、新住民、急慢性患者等，就其在性別、性傾向方面呈現之心理健康需求，亦需關切，除調查瞭解需求外也需要設計性別敏感度的方案。

在社區照護的部分，則應滿足精神病人、物質濫用、家庭暴力及性侵害之加害人及被害人等之就學、就業、就醫、就養需求，並重視其安置與生活重建服務；而精神醫療資源分布不均、家庭暴力及性侵害之社區處遇、社區化外展服務、部分縣市社區心理衛生中心發展較慢，及各縣市政府財政及人力等問題，仍需進一步研擬相關改善計畫，並配合修正後之精神衛生法辦理。

衛生福利部下設立專[司]長掌管「心理健康」業務，目的就在將提供衛生、社政、勞政、教育與民間組織等服務體系內縱向與橫向協調與整合，並提供體系連結及分工之契機，建構整合性、連續性之心理健康促進、疾病照護網絡及轉銜機制，在衛生服務面向則應整合政府各機關及民間團體資源，連結各級預防與治療資源，建立具整合性、可近性的心理衛生服務平台，成為民眾利用心理衛生服務的入口，以提供兼具族群與年齡差異，並具備性別敏感度之心理健康服務。

唯有關心理健康促進與跨署司等

	<p>整合，這是新興業務，都需人力與物力，更需有不同經費提供。而在性別預算方面也需要加強。</p>	
<p>4-2 和本計畫相關之性別統計與性別分析</p>	<p>本計畫之受益對象為全民，並區分女性及男性進行探討：目前就過去已經在精神醫療網執行且經常被關注的群體呈現性別差異的提出，但是還有更多群體是被忽視的，需要在未來計畫推動時積極進行調查與研究，以俾瞭解性別差異。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 男性之自殺死亡率明顯較女性高：2010年男性自殺標準化死亡率為每十萬人口18.8，較女性之8.8高出2.14倍；女性的自殺通報率高於男性，顯示男女心理健康改善需求不同。 2. 男性及女性常見之精神疾病類別不同：相關研究指出，各類精神疾病中，男性以物質濫用及反社會行為居多，女性則較常見躁鬱症及憂鬱症。顯示男女在疾病治療上有其不同需要。 3. 物質濫用個案以男性為主：根據2006年與2007藥物濫用個案之統計資料，在性別方面，濫用個案仍以男性較多，2006年男性之藥物濫用個案為女性之4.78倍，2007年上升為5.02倍；女性使用者則以伴侶使用影響最大。 4. 女性家庭暴力「受害人」約為男性之3.5倍：2008年上半年家庭暴力受害者為女性有28,299人占75.83%，遠高於男性8,089人之21.67%，每萬人口約有15.98名遭受家庭暴力，若按性別統計，每萬名男性人口中有6.94人受暴，女性則高達24.22人，約為男性之3.49倍；性別分析也出現城鄉差距，對傳統兩性關係的刻板印象，都需要改善。 5. 女性性侵害「受害人」約為男性之14.23倍：2008年上半年性侵害被害人數計3,676人，其中女性3,341人占90.89%，男性則為233人占6.34%，每萬人口約有 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 透過相關資料庫、圖書等各種途徑蒐集既有的性別統計與性別分析。 2. 性別統計與性別分析應儘量顧及不同性別、性傾向及性別認同者之年齡、族群、地區等面向。

	<p>1.55 人遭受性侵害，若按性別統計，每萬名男性有 0.20 人受害，女性則為 2.81 人為男性之 14.23 倍。影響女性心理健康甚鉅。</p> <p>6. 男性家庭暴力「加害人」約為女性之 4.68 倍：2005 年家庭暴力加害者為男性有 46,509 人占 85.78%，遠高於女性 6,377 人之 11.76%，相差為 7.29 倍，至 2010 年家庭暴力加害者為男性有 73,168 人占 79.73%，高於女性 15,634 人之 17.04%，相差為 4.68 倍，雖男女差距有縮小的趨勢，但仍可明顯看出男女加害人數之差異。</p> <p>7. 男性性侵害「加害人」約為女性之 22 倍：2005 年性侵害加害者共計 2,125 人，其中男性占 90.54%，遠高於女性之 1.79%，相差 50.63 倍，至 2010 年加害者共計 8,709 人，男性占 91.10%，高於女性之 4.13%，相差 22.04 倍，雖男女差距有縮小的趨勢，但仍可明顯看出男女加害人數之差異。性別分析中可看到性別平等觀念與心理健康息息相關，有待加強。</p> <p>8. 產後憂鬱症逐年增加，代表女性在家庭支持體系缺乏。</p>	
<p>4-3 建議未來需要強化與本計畫相關的性別統計與性別分析及其方法</p>	<p>本計畫除依據以往關注精神醫療、物質濫用、加害人業務外，成立新的[司]與新的計畫，更多部分是因應全民心理健康而提出。過去在性別與心理健康的統計或分析有嚴重不足，本計畫需要加強這方面經費。</p> <p>主要經費編列係運用於全體民眾，針對心理健康促進教材之設計、各類精神疾病之診療及照護模式、物質濫用之戒治模式、家庭暴力及性侵害之處遇模式等策略方案皆需考量不同性別在各年齡、種族、場域及地域別等差異。</p>	<p>說明需要強化的性別統計類別及方法，包括由業務單位釐清性別統計的定義及範圍，向主計單位建議分析項目或編列經費委託調查，並提出確保執行的方法。</p>
<p>伍、計畫目標概述(併同敘明性別目標)</p>	<p>心理健康政策之規劃，應以全體民眾為對象，並全面覆蓋公共衛生「三段五級」，同時，應重視心理健康促進、精神疾病防治及照護、物質濫用防治及特殊族群（含家暴</p>	

	<p>及性侵害之加害與被害人、慢性病患、傳染性疾病患者、罕見疾病患者、殘障失能者等，對象不僅為生病者及康復病友（精神疾病、癌症等），亦將包括正式與非正式、專業與半專業之照顧者）處遇等議題，為了建置完善的心理健康服務資源及服務輸送體系，充實心理健康相關服務人力之質與量，並落實以人為中心、社區為導向、康復為目標之服務概念，本計畫提出之目標如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 建構具備三段五級、多元化及跨專業領域之心理健康服務體系，強化初段、次段及末段心理健康促進。 2. 心理衛生照護與服務應以個案為中心，以全人發展為考量。 3. 規劃能符合不同性別（含性別少數）者在各年齡層、城鄉地域及特殊族群（含家暴及性侵害之加害與被害人、慢性病患、傳染性疾病患者、罕見疾病患者、殘障失能者等，對象不僅為生病者及康復病友（精神疾病、癌症等），亦將包括正式與非正式、專業與半專業之照顧者）等所需求且期待之國家心理衛生政策及服務措施。 4. 提供全民（含性別）心理健康知能，以及照顧者、倡導者、心理健康促進或精神醫療服務者適當的訓練與支持。 5. 強化心理衛生服務品質與效益以切合民眾需求，且應有讓民眾參與相關決策之機制。 6. 擬定以實證為依據、符合成本效益之心理衛生政策及策略。 7. 讓有心理健康問題之男女民眾享有與一般國民同等之權利，且得以成長並發揮潛能。 8. 發現高風險群體有關心理健康之需求，及精神疾病潛在問題，應及時提供協助。同時能具性別敏感度來進行方案。 		
<p>陸、性別參與情形或改善方法（計畫於研擬、決策、發展、執行之過程中，不同性別者之參與機制，如計畫相關組織或機制，性別比例是否達 1/3）</p>	<p>本部將持續蒐集相關數據並加入性別面向考量，以瞭解心理健康推動情形。並將積極發展性別統計和進行性別分析，另未來將於本計畫檢討會議提出相關缺失，做為滾動修正參考。</p>		
<p>柒、受益對象</p>			
<ol style="list-style-type: none"> 1.若 7-1 至 7-3 任一指標評定「是」者，應繼續填列「捌、評估內容」8-1 至 8-9 及「第二部分—程序參與」；如 7-1 至 7-3 皆評定為「否」者，則免填「捌、評估內容」8-1 至 8-9，逕填寫「第二部分—程序參與」，惟若經程序參與後，9-5「計畫與性別關聯之程度」評定為「有關」者，則需修正第一部分「柒、受益對象」7-1 至 7-3，並補填列「捌、評估內容」8-1 至 8-9。 2.本項不論評定結果為「是」或「否」，皆需填寫評定原因。 			
<p>項 目</p>	<p>評定結果</p>	<p>評定原因</p>	<p>備 註</p>

	(請勾選)			
	是	否		
7-1 以特定性別、性傾向或性別認同者為受益對象	V		本計畫係以全體民眾為對象，並考量女性及男性相關之議題。目前僅針對過去經常關注之群體提出性別之差異性，但未來仍需重視更多被忽視之群體。	如受益對象以男性或女性為主，或以同性戀、異性戀或雙性戀為主，或個人自認屬於男性或女性者，請評定為「是」。
7-2 受益對象無區別，但計畫內容涉及一般社會認知既存的性別偏見，或統計資料顯示性別比例差距過大者	V		本計畫之受益對象為全民，並區分女性及男性進行探討：目前就過去已經在精神醫療網執行且經常被關注的群體呈現性別差異的提出，但是還有更多群體是被忽視的，需要在未來計畫推動時積極進行調查與研究，以俾瞭解性別差異。	如受益對象雖未限於特定性別人口群，但計畫內容涉及性別偏見、性別比例差距或隔離等之可能性者，請評定為「是」。
7-3 公共建設之空間規劃與工程設計涉及對不同性別、性傾向或性別認同者權益相關者	V		本計畫雖未涉及公共建設之空間規劃與工程設計，有關提升心理健康的原則，將融入公共設施的軟硬體中。	如公共建設之空間規劃與工程設計涉及不同性別、性傾向或性別認同者使用便利及合理性、區位安全性，或消除空間死角，或考慮特殊使用需求者之可能性者，請評定為「是」。

捌、評估內容

(一) 資源與過程

項 目	說 明	備 註
8-1 經費配置：計畫如何編列或調整預算配置，以回應性別需求與達成性別目標。	本計畫主要經費編列係運用於全體民眾，針對心理健康促進教材之設計、各類精神疾病之診療及照護模式、物質濫用之戒治模式、家庭暴力及性侵害之處遇模式等策略方案皆需考量不同性別在各年齡、種族、場域及地域別等差異。目前並未在計畫書中明列，但申請經費進行全民心理健康調查，才能有依據發展性別敏感的方案。	說明該計畫所編列經費如何針對性別差異，回應性別需求。

<p>8-2 執行策略：計畫如何縮小不同性別、性傾向或性別認同者差異之迫切性與需求性。</p>	<p>目前社會大眾因存在性別刻板印象，導致對各種政策措施產生對不同性別之影響，若針對精神病人、物質濫用、家庭暴力及性侵害之加害人及被害人，以及其他特殊族群（含家暴及性侵害之加害與被害人、慢性病患、傳染性疾病患者、罕見疾病患者、殘障失能者等，對象不僅為生病者及康復病友（精神疾病、癌症等），亦將包括正式與非正式、專業與半專業之照顧者），甚至存在雙重標籤化或污名化的傳統認知。本計畫針對全民與弱勢群體，在心理健康知能與精神疾病預防、治療、復健上，考量其性別弱勢，應予以保障權益。未來可加強內部顧客教育，外部資源連結，以建立民眾正向之心理健康知能，減少因性別受暴力之威脅。</p>	<p>計畫如何設計執行策略，以回應性別需求與達成性別目標。</p>
<p>8-3 宣導傳播：計畫宣導方式如何顧及弱勢性別資訊獲取能力或使用習慣之差異。</p>	<p>心理健康促進涵蓋全體民眾，應考量不同性別在年齡、種族、場域、地域別等因素之影響。心理健康教育應於早期介入，不論是婚前婚後、育兒準備、都需針對男女進行親職教育，進入職場可能因性別導致對待不公或性騷擾等影響心理健康，也需及早在職前教育中提出；針對心理健康促進教材需多元化，針對種子師資、內部顧客、外部顧客等不同對象設計之教材皆須考量不同性別在年齡、種族、場域及地域別等差異，以符合全體民眾之需求，並達成心理健康全面覆蓋之目標。</p>	<p>說明傳佈訊息給目標對象所採用的方式，是否針對不同背景的目標對象採取不同傳播方法的設計。</p>

<p>8-4 性別友善措施：搭配其他對不同性別、性傾向或性別認同者之友善措施或方案。</p>	<p>目前已執行之心理衛生相關政策及方案皆開始針對不同性別、性傾向或性別認同者規劃友善之措施或方案，本計畫亦訂定：「規劃能符合在各年齡層、城鄉地域及特殊族群(含家暴及性侵害之加害與被害人、慢性病患、傳染性疾病患者、罕見疾病患者、殘障失能者等，對象不僅為生病者及康復病友(精神疾病、癌症等)，亦將包括正式與非正式、專業與半專業之照顧者)等之不同性別(含性別少數)者，所需求且期待之國家心理衛生政策及服務措施」之目標，透過各部門及機關之協調合作，依不同性別、年齡層及特殊族群(含家暴及性侵害之加害與被害人、慢性病患、傳染性疾病患者、罕見疾病患者、殘障失能者等，對象不僅為生病者及康復病友(精神疾病、癌症等)，亦將包括正式與非正式、專業與半專業之照顧者)者之個別需求，提供不性別歧視的就學、就業、就醫、就養服務，重視其安置與生活重建服務。</p>	<p>說明計畫之性別友善措施或方案。</p>
--	--	------------------------

<p>(二) 效益評估</p>		
<p>項 目</p>	<p>說 明</p>	<p>備 註</p>

<p>8-5 落實法規政策：計畫符合相關法規政策之情形。</p>	<p>依據民國 98 年行政院衛生署（現為衛生福利部）公布之「婦女健康政策」內容，明訂應減少藥物之濫用及對女性之危害、提升並維護女性心理健康、促進女性照顧者的身心健康、降低重要慢性疾病對女性健康的威脅、消弭暴力對於女性身心的影響，本計畫涵蓋心理健康促進、精神疾病防治、物質濫用防治、及特殊族群（含家暴及性侵害之加害與被害人、慢性病患、傳染性疾病患者、罕見疾病患者、殘障失能者等，對象不僅為生病者及康復病友（精神疾病、癌症等），亦將包括正式與非正式、專業與半專業之照顧者）處遇及防治等議題，針對婦女之心理及身心健康，與物質濫用之危害皆規劃相關策略以維護其權益。</p> <p>也符合 CEDAW 第 12 條保障婦女健康其中心理健康提升的精神。</p>	<p>說明計畫如何落實憲法、法律、性別平等政策綱領、性別主流化政策之基本精神，可參考行政院性別平等會網站 http://www.gec.gov.tw/。</p> <p>CEDAW 相關條文亦可見上述性平處網站。</p>
<p>8-6 預防或消除性別隔離：計畫如何預防或消除性別隔離。</p>	<p>由於社會大眾長年於文化中對性別、性傾向或性別認同者存有標籤化或污名化的傳統認知，導致性別隔離現象，進而嚴重傷害到這些群體之心理健康，甚至因此導致其物質濫用、暴力的加害人及被害人，或是罹患精神疾病或其他疾病之個案遭受排斥而不願意接受治療及照護。本計畫之目標及策略期可消弭不同性別在年齡、種族、場域、地域別等之差距，並有助於預防傳統認知可能產生對精神病人、物質濫用、家庭暴力及性侵害之加害人及被害人之刻板印象與性別隔離。</p>	<p>說明計畫如何預防或消除傳統文化對不同性別、性傾向或性別認同者之限制或僵化期待。</p>

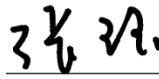
<p>8-7 平等取得社會資源：計畫如何提升平等獲取社會資源機會。</p>	<p>本計畫規劃全體民眾接受心理健康促進教育之機會，考量不同性別者於年齡、種族、場域、地域別等之差異而保障其平等之權利；針對特殊族群（包括精神病人、物質濫用、家庭暴力及性侵害之加害人及被害人、急慢性患者（如罕見疾病、癌症等）、殘障失能者、傳染性疾病患者（如愛滋、TB 等）、意外災受害者），亦考量其性別、年齡、種族、場域、地域別等因素進一步規劃適合之治療及照護服務，使不同性別、性傾向或性別認同者皆可平等獲取社會資源，且透過教育宣導以營造平等之對待環境。</p>	<p>說明計畫如何提供不同性別、性傾向或性別認同者平等機會獲取社會資源，提升其參與社會及公共事務之機會。</p>
<p>8-8 空間與工程效益：軟硬體的公共空間之空間規劃與工程設計，在空間使用性、安全性、友善性上之具體效益。</p>	<p>本計畫無涉及公共建設（含軟硬體）之空間使用性及友善性。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.使用性：兼顧不同生理差異所產生的不同需求。 2.安全性：消除空間死角、相關安全設施。 3.友善性：兼顧性別、性傾向或性別認同者之特殊使用需求。

<p>8-9 設立考核指標與機制：計畫如何設立性別敏感指標，並且透過制度化的機制，以便監督計畫的影響程度。</p>	<p>加強性別觀點融入機關業務，強化CEDAW 及重要性別平等政策或措施之規劃、執行與評估，以達成實質性別平等之目標；賡續推動性別主流化各項工具，並提升推動品質及擴大成效。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 為衡量性別目標達成情形，計畫如何訂定相關預期績效指標及評估基準（績效指標，後續請依「行政院所屬各機關施政計畫管制作業要點」、「行政院所屬各機關施政計畫評核作業要點」納入年度管制作業計畫及辦理施政計畫評核）。 2. 說明性別敏感指標，並考量不同性別、性傾向或性別認同者之年齡、族群、地區等面向。
---	--	--

- * 請填表人於填完「第一部分」後，徵詢民間性別平等專家學者，完成「第二部分－程序參與」，再依據「第二部分－程序參與」之主要意見，由填表人續填「第三部分－評估結果」。
- * 本表所提專有名詞之定義及參考資料，請詳見「性別影響評估操作指南」（網址：<http://www.gec.ey.gov.tw/cp.aspx?n=FC0CD59A5BF00232>）

【第二部分－程序參與】：本部分由民間性別平等專家學者填寫

<p>玖、程序參與：若採用書面意見的方式，至少應徵詢 1 位以上民間性別平等專家學者意見，並填寫參與者的姓名、職稱及服務單位；民間專家學者資料可至台灣國家婦女館網站參閱 (http://www.taiwanwomencenter.org.tw/)。</p>			
(一) 基本資料			
9-1 程序參與期程或時間	<p>100 年 10 月 17 日 曾協助評估 (舊版本) 期間曾參與心理健康網規劃、生命週期等諮詢會議。 103 年 6 月 18 日 協助評估更新版本</p>		
9-2 參與者姓名、職稱、服務單位及其專長領域	<p>張珣：台灣大學健康政策與管理研究所 副教授、性平會委員 (2012-2014) '總統府人權諮詢委員會委員 專長：性平政策、婦女健康與政策、心理健康促進、心理健康政策</p>		
9-3 參與方式	<p><input checked="" type="checkbox"/>計畫研商會議 <input type="checkbox"/>性別平等專案小組 <input checked="" type="checkbox"/>書面意見</p>		
9-4 業務單位所提供之資料	相關統計資料	計畫書	計畫書含納其他初評結果
	<p><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>很完整 <input checked="" type="checkbox"/>可更完整 <input type="checkbox"/>現有資料不足須設法補足 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>應可設法找尋 <input type="checkbox"/>現狀與未來皆有困難</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/>有，且具性別目標 <input type="checkbox"/>有，但無性別目標 <input type="checkbox"/>無</p>	<p><input type="checkbox"/>有，已很完整 <input checked="" type="checkbox"/>有，但仍有改善空間 <input type="checkbox"/>無</p>
9-5 計畫與性別關聯之程度	<p><input checked="" type="checkbox"/>有關 <input type="checkbox"/>無關 (若性別平等專家學者認為第一部分「柒、受益對象」7-1 至 7-3 任一指標應評定為「是」者，則勾選「有關」；若 7-1 至 7-3 均可評定「否」者，則勾選「無關」)。</p>		
(二) 主要意見：就前述各項(問題與需求評估、性別目標、參與機制之設計、資源投入及效益評估)說明之合宜性提出檢視意見，並提供綜合意見。			
9-6 問題與需求評估說明之合宜性	<p>因為已有前次修正，目前說明需求較明確，但還是需要提出最近北捷隨機殺人事件、兒虐、家暴、自殺自傷等更是層出不窮，在在反映我國人心理健康亮紅燈，既有資源與方案不足以因應，需要積極提昇全民心理健康才是治本方法。 此外在性別統計或性別分析上，目前資料須再加強，已將其補充在 4-1, 4-2。</p>		
9-7 性別目標說明之合宜性	<p>合宜，部分需在強調性別在目標中，已協助加入以參考</p>		

9-8 性別參與情形或改善方法之合宜性	合宜，部分可加入具性別敏感度的改善方法。
9-9 受益對象之合宜性	合宜
9-10 資源與過程說明之合宜性	目前看到嚴重的經費不足，至少新增心理健康促進業務應有過去業務經費的三分之一，也就是 1.5 億元，目前設計較不足。
9-11 效益評估說明之合宜性	合宜
9-12 綜合性檢視意見	本計畫除依據以往關注精神醫療、物質濫用、加害人業務外，成立新的[司]與新的計畫，更多部分是因應全民心理健康而提出。過去在性別與心理健康的統計或分析有嚴重不足，本計畫需要加強這方面經費。
(三) 參與時機及方式之合宜性 過程中有部分參與，因為新業務，性別敏感度訓練與性別統計和性別分析都要加強。	
本人同意恪遵保密義務，未經部會同意不得逕自對外公開所評估之計畫草案。	
(簽章，簽名或打字皆可)	

- * 第一部分「柒、受益對象」7-1 至 7-3 皆評定為「否」者，若經程序參與後，9-5「計畫與性別關聯之程度」評定為「有關」者，則需修正第一部分「柒、受益對象」7-1 至 7-3，並補填列「捌、評估內容」8-1 至 8-9。
- * 如徵詢 1 位以上專家學者，請將本表自行延伸。

【第三部分－評估結果】：本部分由機關人員填寫

拾、評估結果：請填表人依據性別平等專家學者意見之檢視意見提出綜合說明，包括對「第二部分、程序參與」主要意見參採情形、採納意見之計畫調整情形、無法採納意見之理由或替代規劃等。		
10-1 評估結果之綜合說明	主要意見已納入參採，積極提昇全民心理健康，並爭取相關計畫經費。	
10-2 參採情形	10-2-1 說明採納意見後之計畫調整	已將委員意見更正於內文。
	10-2-2 說明未參採之理由或替代規劃	無
10-3 通知程序參與之專家學者本計畫的評估結果（請填寫日期及勾選通知方式，請勿空白）： 已於 103 年 6 月 19 日將「評估結果」以下列方式通知程序參與者審閱 <input type="checkbox"/> 傳真 <input checked="" type="checkbox"/> e-mail <input type="checkbox"/> 郵寄 <input type="checkbox"/> 其他		

* 「第二部分－程序參與」之 9-5「計畫與性別關聯之程度」評定為「無關」者，「第三部分－評估結果」10-1 至 10-3 免填；否則請填表人依據性別平等專家學者意見之檢視意見完整填列「第三部分－評估結果」10-1 至 10-3，包括對「第二部分、程序參與」主要意見參採情形、採納意見之計畫調整情形、無法採納意見之理由或替代規劃等。

附表

附表 1 2005-2013 年家庭暴力及性侵害通報案件數

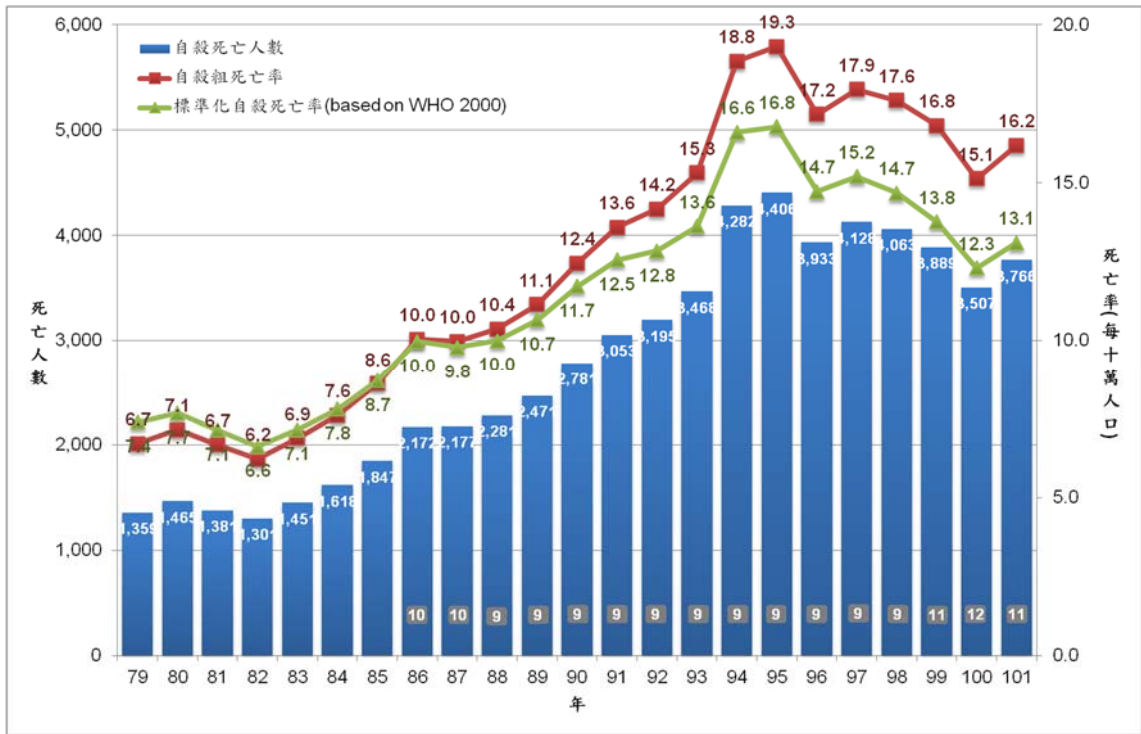
年	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
家庭暴力	62,310	66,635	72,606	79,874	89,253	105,130	104,315	115,203	130,829
性侵害	5,739	6,602	7,703	8,521	9,543	10,892	13,686	15,102	13,928

資料來源：本部「家庭暴力、性侵害暨兒童少年保護資訊系統」資料

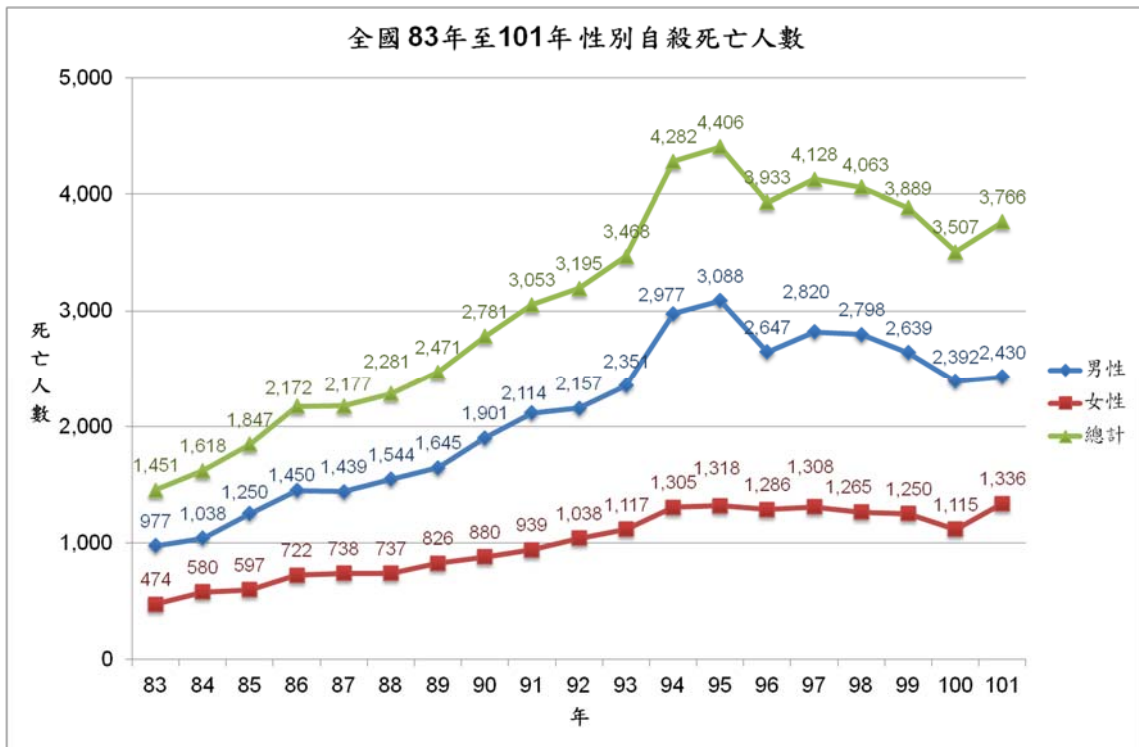
附表 2 法務部毒品案件統計

項 目 別	偵 新 收 件 查 數	偵查終結		執 裁 有 判 罪 確 人 行 定 數	純 施 用 人	新 入 監 受 刑 人 數	月 在 人 (監 年 受 刑 底 人 數	新入所人數	
		起 訴 件 數	起 訴 人 數					觀 察 勒 戒 人	強 制 戒 治 人
99年	76,363	41,533	43,694	35,460	29,428	11,247	24,480	9,501	1,470
100年	74,151	40,673	42,960	36,440	29,351	11,474	25,257	8,565	1,094
101年	70,571	41,015	43,025	36,410	28,553	10,971	26,326	6,969	793
102年	66,712	38,019	40,305	36,096	27,705	10,434	26,779	6,700	664
102年1月	6,746	2,900	3,048	3,387	2,618	854	26,028	489	54
103年1月	5,863	2,316	2,467	3,216	2,512	726	26,613	353	56
較 上 年 同 期 增 減 %	-13.1	-20.1	-19.1	-5.0	-4.0	-15.0	2.2	-27.8	3.7

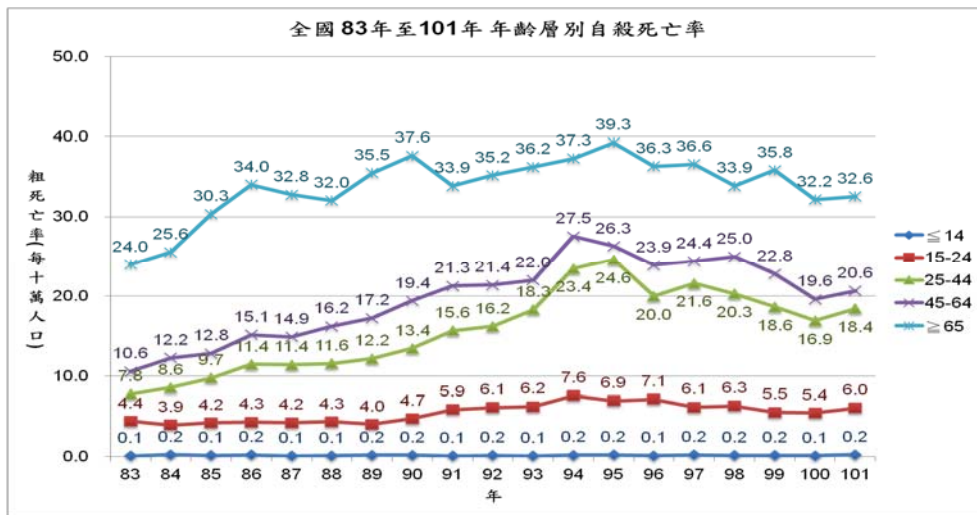
說明：本表純施用人數欄係指單純施用行為，有關製賣運輸兼有施用行為時，採從重方式處理，未歸類於此欄資料內。



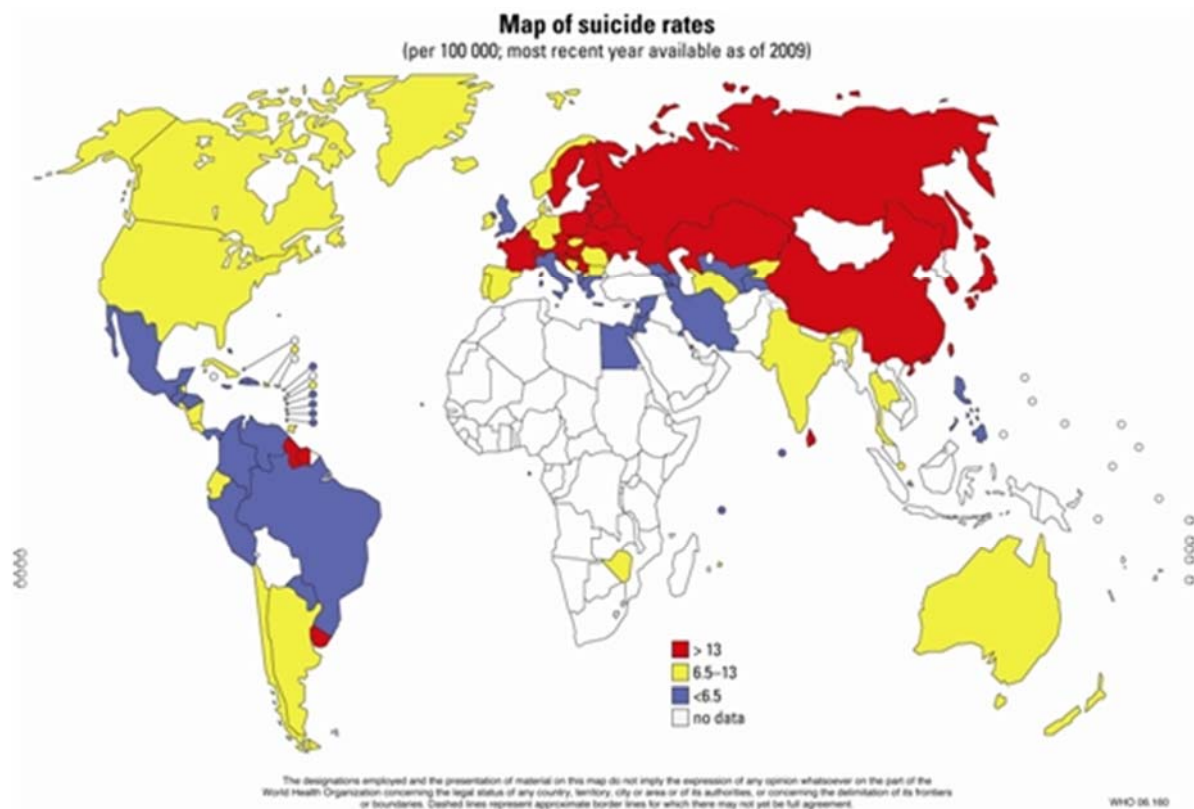
附圖 1 1990-2012 年全國自殺死亡人數 / 死亡率改變情形
 資料來源：衛生福利部統計處 (2012)



附圖 2 1994-2012 年性別自殺死亡率
資料來源：衛生福利部統計處（2012）



附圖 3 1994-2012 年年齡層別自殺死亡率
資料來源：衛生福利部統計處（2012）



附圖 4 各國自殺率分布情形

資料來源：WHO (2009)

http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html

附表 3 台灣精神衛生行政之發展

年代	心理衛生行政發展
1971	行政院衛生福利部成立
1981	行政院衛生福利部於國民衛生諮詢委員會中設心理衛生小組，隸屬保健處
1985	醫院評鑑
1986	精神醫療網
1987	行政院衛生福利部醫政處設精神衛生科
1989	精神專科醫師証照
1990	精神衛生法公佈施行 台灣省政府衛生處於醫院管理科設置「精神衛生股」
2003	社區復健機構評鑑
2006	新制醫院評鑑
2008	新制精神衛生法
2009	衛生福利部成立心理健康辦公室
2010	試辦強制社區治療
2011	籌備成立衛生福利部心理健康司

資料來源：陳快樂：「從衛生福利部的成立談台灣心理衛生發展的新局」報告資料，2011

附表 4 2008-2013 年整合型精神疾病防治與心理衛生工作計畫經費執行狀況

縣市別	2008			2009			2010		
	核定金額 (機關： 萬)	核銷金額 (機關：萬)	執行率 (機關： %)	核定金額 (機關：萬)	核銷金額 (機關： 萬)	執行率 (機關： %)	核定金額 (機關：萬)	核銷金額 (機關：萬)	執行率 (機關： %)
合計	10,501.58	9,905.19	94.32	13,647.83	13,246.88	97.06	14,200.00	14,009.77	98.66
台北縣	155.35	155.35	100.00	1,673.50	1,609.95	96.20	1,509.50	1,509.50	100.00
宜蘭縣	443.60	443.60	100.00	614.50	614.50	100.00	668.60	668.60	100.00
桃園縣	673.20	660.09	98.05	755.00	672.93	89.13	731.60	731.60	100.00
新竹縣	358.20	357.65	99.85	577.50	547.30	94.77	635.20	635.20	100.00
苗栗縣	293.20	243.36	83.00	452.38	436.81	96.56	514.97	478.57	92.93
台中縣	884.80	883.03	99.80	1,186.17	1,104.97	93.15	1,152.34	1,106.94	96.06
彰化縣	651.40	635.88	97.62	795.00	795.00	100.00	815.80	815.80	100.00
南投縣	469.70	444.80	94.70	506.50	466.85	92.17	562.60	562.60	100.00
雲林縣	583.60	426.45	73.07	665.00	665.00	100.00	667.00	667.00	100.00
嘉義縣	385.73	385.73	100.00	410.50	410.50	100.00	451.50	451.50	100.00
台南縣	398.40	397.40	99.75	550.00	550.00	100.00	602.58	602.10	99.92
高雄縣	890.00	881.96	99.10	1,010.00	1,010.00	100.00	1,042.30	1,042.30	100.00
屏東縣	513.80	317.39	61.77	452.80	452.80	100.00	588.30	579.54	98.51
台東縣	386.70	384.70	99.48	594.45	590.45	99.33	562.40	562.40	100.00
花蓮縣	643.10	580.52	90.27	444.03	409.78	92.29	503.80	503.80	100.00
澎湖縣	204.40	181.73	88.91	247.50	229.69	92.80	272.19	257.38	94.56
基隆市	460.20	433.66	94.23	523.50	500.20	95.55	528.50	528.50	100.00
新竹市	437.00	431.63	98.77	455.50	455.50	100.00	550.70	500.70	90.92
台中市	543.20	543.20	100.00	471.00	471.00	100.00	518.10	518.10	100.00
嘉義市	320.00	311.69	97.40	406.00	406.00	100.00	446.60	446.60	100.00
台南市	484.00	484.00	100.00	496.50	496.50	100.00	546.10	546.10	100.00
金門縣	180.00	179.38	99.66	177.00	175.99	99.43	145.61	133.36	91.59
連江縣	142.00	142.00	100.00	183.50	175.16	95.45	183.70	161.58	87.96

附表 4(續)

縣市別	2011			2012			2013		
	核定金額 (機關： 萬)	核銷金額 (機關：萬)	執行率 (機關： %)	核定金額 (機關：萬)	核銷金額 (機關： 萬)	執行率 (機關： %)	核定金額 (機關：萬)	核銷金額 (機關：萬)	執行率 (機關： %)
合計	15,471.50	15,361.49	99.29	15,510.00	15,438.00	99.54	14,734.60	14,640.89	99.36
台北縣	1813.9	1813.9	100	1,980.00	1,980.00	100	1,873.50	1,873.50	100
宜蘭縣	586.9	586.9	100	660	660	100	627	627	100
桃園縣	746.9	714.18	95.62	825	799.45	96.90	780.6	780.6	100
新竹縣	640.2	640.2	100	605	605	100	574.8	574.8	100
苗栗縣	586.9	570.02	97.12	605	595.33	98.40	574.7	574.7	100
台中縣	1707.2	1702.74	99.74	1,430.00	1,430.00	100	1,353	1,353	100
彰化縣	800.2	800.2	100	825	825	100	783.8	783.8	100
南投縣	693.5	693.5	100	715	715	100	679.2	669.9089	98.63
雲林縣	746.9	746.9	100	715	712.12	99.60	679.3	679.3	100
嘉義縣	533.5	533.5	100	550	550	100	522.5	522.5	100
台南縣	1173.7	1173.7	100	1210	1210	100	1144.9	1144.9	100
高雄縣	1547.1	1547.1	100	1,760.00	1,760.00	100	1,665.30	1,665.30	100
屏東縣	640.2	640.2	100	770	770	100	731.5	715.80	97.85
台東縣	586.9	586.9	100	495	495	100	470.3	470.3	100
花蓮縣	586.9	586.9	100	605	605	100	574.7	574.7	100
澎湖縣	320.1	308.59	96.40	220	214.20	97.36	220	217.88	99.03

基隆市	533.5	509.17	95.44	440	440	100	418	418	100
新竹市	426.8	426.8	100	385	385	100	365.7	365.7	100
台中市	1707.2	1702.74	99.74	1430	1430	100	1353	1353	100
嘉義市	480.1	480.1	100.00	385	385	100	365.8	365.8	100
台南市	1173.7	1173.7	100	1210	1210	100	1144.9	1144.9	100
金門縣	213.4	193.28	90.57	220	191.91	87.23	220	153.41	69.73
連江縣	106.7	106.7	100	110	110	100	110	110	100

資料來源：衛生福利部心理及口腔健康司

附表 5 醫療網計畫執行前後每萬人口急性精神病床差距比（不含金馬地區）

醫療網期程(年別)	6大醫療區			17醫療區域			23縣市		
	最高	最低	差距比	最高	最低	差距比	最高	最低	差距比
第三期結束 (民國89年)	東區 6.90	中區 1.81	3.81	花蓮 9.76	彰化 0.76	12.84	花蓮縣 9.76	台北縣 0.52	18.77
第四期結束 (民國93年)	東區 8.14	南區 1.94	4.20	花蓮 11.37	雲林 1.09	10.43	花蓮縣 11.37	台北縣 0.77	14.77
全人健康照護計畫結束 (民國97年)	東區 8.67	南區 2.28	3.80	花蓮 11.63	雲林 1.52	7.65	花蓮縣 11.63	台北縣 0.98	11.87

註：民國85年(含)前病床別並未區分出急性精神病床，因此未納入比較。

資料整理自衛生署統計室：衛生統計系列(二)醫療機構現況及醫院醫療服務量統計，2009。

附表 6 2006-2013 年精神復健機構資源分布情形

年代	日間型精神復健機構 (含庇護性工作場)		住宿型精神復健機構		精神護理之家	
	家數	實際 服務量	家數	實際服務床數	家數	實際服務 床數
2006	56	2,798	85	3,529	7	291
2007	62	2,212	85	2,960	20	1,256
2008	65	2,439	91	2,957	22	1,493
2009	68	2,836	95	3,258	27	1,898
2010	75	2,984	100	3,397	34	2,110
2011	71	3,004	100	3,580	32	2,195
2012	71	3,531	116	4,736	35	2,477
2013	72	3,502	117	4,860	35	3,005

資料來源：整理自衛生福利部：2006-2013 年精神醫療資源現況表。

附表

附表 7 2006-2013 年精神復健機構中醫事人力之分布情形

年代	醫師		護理人員		社會工作人員		臨床心理人員		職能治療人員		專任管理人員	社區關懷訪視員 專任
	專任	兼任	專任	兼任	專任	兼任	專任	兼任	專任	兼任		
2006	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2007	15	58	148	67	31	112	5	41	15	86	495	44
2008	14	79	162	80	31	139	2	54	19	115	523	68
2009	1	77	213	153	42	164	7	59	44	138	710	59
2010	0	76	240	157	44	171	8	70	52	139	716	40
2011	0	76	248	144	61	161	9	76	63	151	820	44
2012	0	70	262	145	86	161	10	85	83	144	773	96
2013	0	72	270	142	98	164	12	94	102	141	798	96

資料來源：整理自衛生福利部：2006-2013 年精神醫療資源現況表。

附表 8 2004-2013 年精神衛生行政工作推動情形

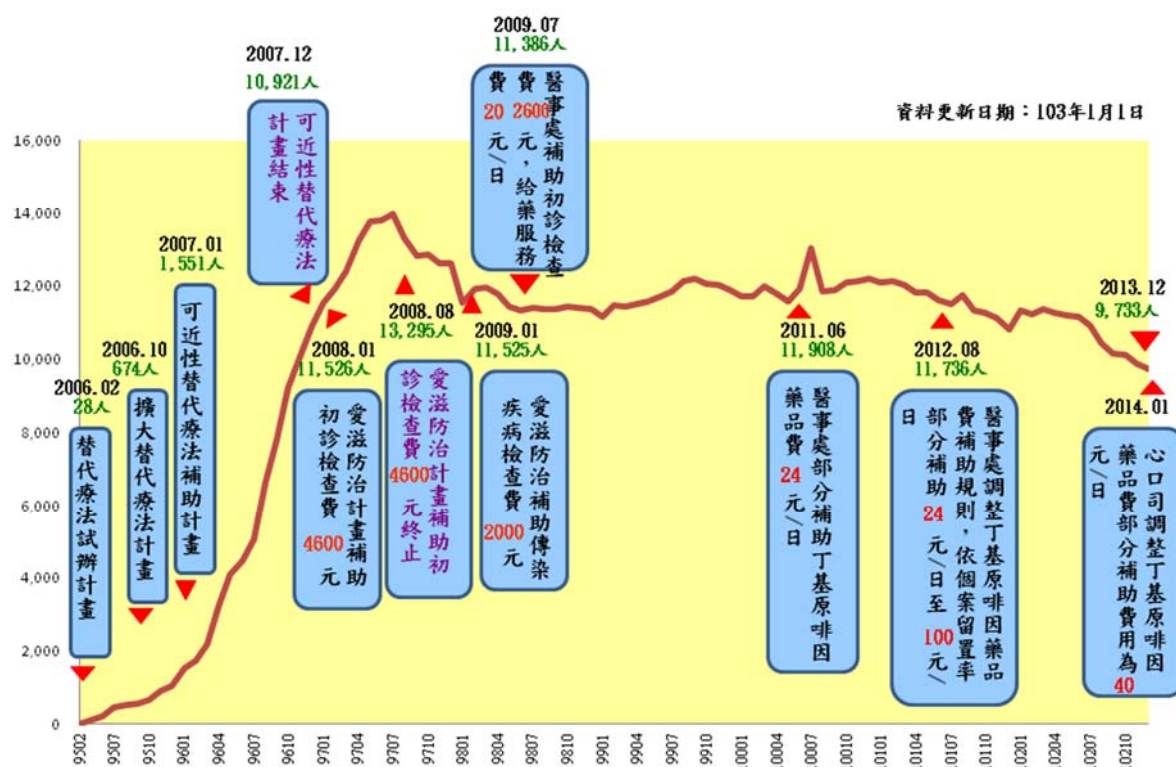
年度	管理個案數	領具精神障礙類別手冊人數	訪員人數	訪視病人人次	協助病人就醫次數
2004	78,096	83,618	3,711	106,286	6,068
2005	73,572	85,198	4,492	142,252	6,847
2006	78,639	191,989	2,897	155,991	6,598
2007	91,665	87,829	2,622	174,652	5,829
2008	103,997	91,622	2,830	258,914	5,559
2009	103,204	101,959	2,746	341,998	14,330
2010	119,544	144,610	2,704	437,399	9,011
2011	123,748	113,992	2,775	480,195	4,811
2012	130,802	115,392	2,778	524,241	8,712
2013	134,317	119,045	2,777	664,527	7,037

資料來源：衛生福利部：2004-2013 年精神衛生行政工作執行成果表

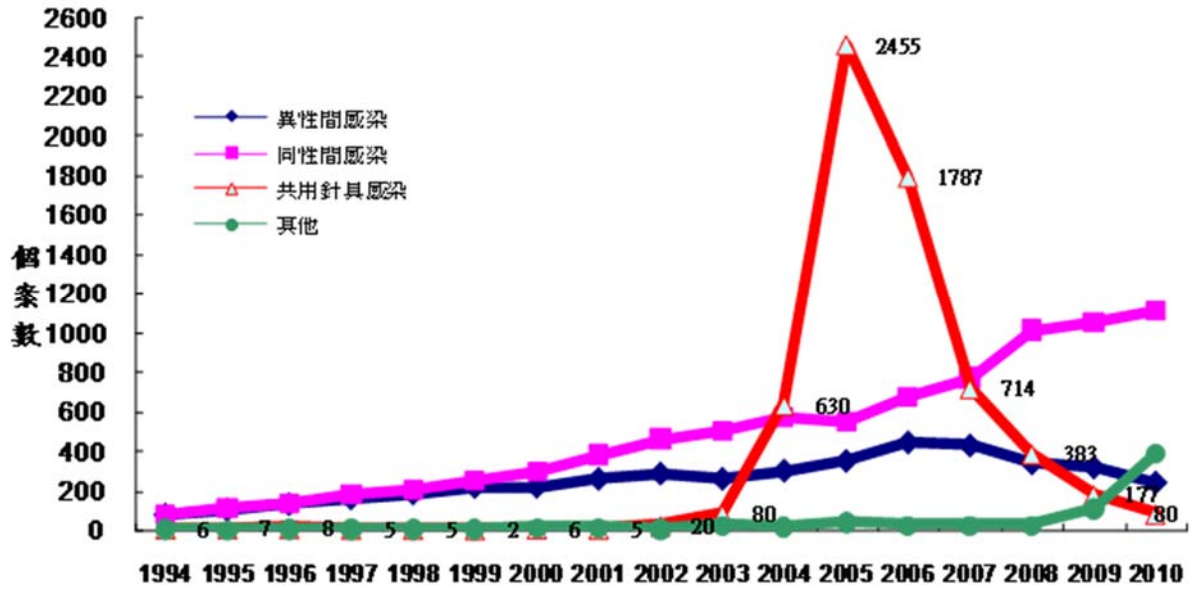
附表 9 各年度自殺防治工作推動情形

年度	自殺標準化死亡人數 (每十萬人口)			自殺防治通報 (人次)	訪視自殺個案 (人次)	安心專線接聽量 (人次)
	整體	男性	女性			
2005	16.6	22.9	10.2	686	-	3,136
2006	16.8	23.4	10.1	19,060	18,501	27,926
2007	14.7	19.7	9.7	23,006	32,836	41,991
2008	15.2	20.8	9.7	24,180	42,363	48,127
2009	14.7	20.3	9.2	25,649	62,019	61,284
2010	13.8	18.8	8.8	26,870	74,794	71,781
2011	12.3	16.9	7.7	26,183	129,334	68,303
2012	13.1	17.0	9.3	28,475	149,114	73,986
2013	尚未公布			28,165	160,669	73,750

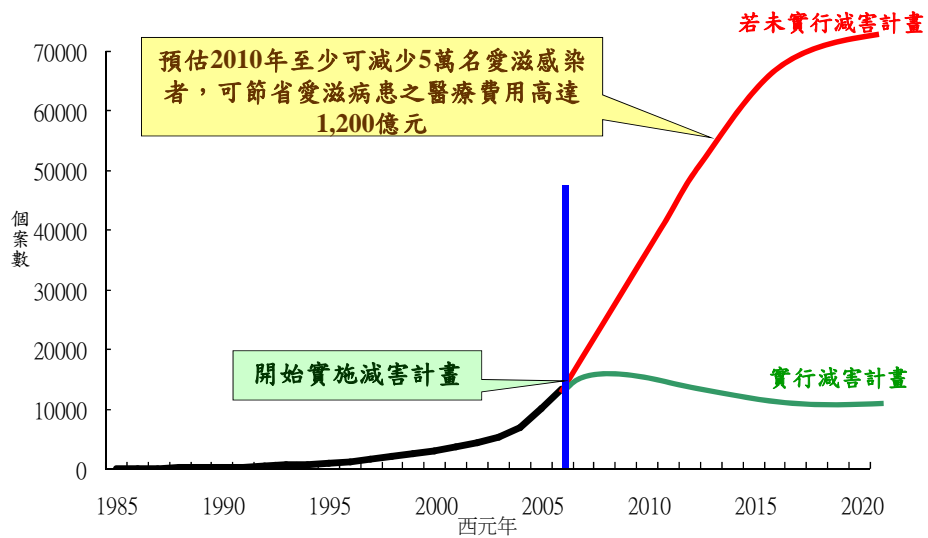
資料來源：衛生福利部統計處：衛生統計系列（一）死因統計及衛生福利部心理及口腔健康司統計資料



附圖 5 台灣美沙冬替代療法進展



附圖 6 歷年愛滋病傳染之個案數



附圖 7 國內累積存活愛滋感染數推估圖

資料來源：'Analyzing data of HIV/AIDS related database – 5 year project' studied by Taiwan CDC

附表 10 比較參與替代療法與否對個案感染愛滋風險之影響

	HIV 陰性	HIV 陽轉	小計
參加替代療法未中斷 14 天	1,658	1	1,659
未曾參加或中斷替代療法	2,269	19	2,288
小計	3,927	20	3,947
			RR: 13.8

資料來源：衛生福利部疾病管制署，減刑世代研究

註：針對 96 年 7 月 16 日減刑當日出獄之 4,357 名藥癮者進行一年半追蹤，發現未接受
／中斷美沙冬治療個案染愛滋病的風險是美沙冬治療的 13.8 倍

附表 11 比較參與替代療法與否對個案死亡風險之影響

	存活	死亡	小計
參加替代療法出席率達 7 成以上者	710	2 (0.28%)	712
未曾參加或出席率未達 7 成以上者	3,505	140 (3.99%)	3,645
小計	4,215	142 (3.37%)	4,357
			RR: 13.7

資料來源：衛生福利部疾病管制署，減刑世代研究

註：針對 96 年 7 月 16 日減刑當日出獄之 4,357 名藥癮者進行一年半追蹤，發現非美沙
冬治療個案死亡風險是美沙冬治療者之 13.7 倍

附表 12 比較參與替代療法與否對個案犯罪入監情形之影響

	人數	一年入監	比例
參加替代療法達 3 個月以上者	1,312	182	13.9%
未曾參加替代療法或參加未達 3 個月以上者	3,045	874	28.7%
小計	4,357	1056	24.2%
減少入監			14.8%

資料來源：衛生福利部疾病管制署，減刑世代研究

註¹：針對 96 年 7 月 16 日減刑當日出獄之 4,357 名藥癮者進行一年半追蹤

註²：依法務部統計每年一級毒品確定有罪人數約 2 萬人，預估美沙冬每年可減少犯罪
人數約 3,000 人，司法成本以 14 萬／人年計算，14 萬／人年*3000 人=42,000
萬／年

附表 13 美沙冬替代療法之成效評估 (N=312)

	治療前	持續治療 1 年後
使用海洛因比率 (%)	100	33.9
使用者每日使用次數	4.01	0.12
失業率 (%) (全國失業率%)	31.3 (2006 年 1 月 : 3.76)	25.2 (2009 年 1 月 : 5.33)
平均每月收入 (元)	24,145.8	24,879.5
海洛因每月花費 (元)	108,722	4,595
平均每年在監時間 (天)	75.26	9.54

資料來源：衛生福利部桃園療養院 2009

調查時間：2009 年 3 月 16-19 日；地點：衛生福利部桃園療養院

附表 14 2013 年家庭暴力及性侵害案件之通報單位次數分析

	警政		衛生、診所、醫院		113、防治中心、社政		教育		其他	
	次數	百分比	次數	百分比	次數	百分比	次數	百分比	次數	百分比
家庭暴力	58,658	38.42%	40,614	26.60%	36,619	23.98%	12,989	8.51%	3,800	2.49%
性侵害	4,226	24.79%	4,630	27.16%	2,100	12.32%	5,624	32.99%	468	2.75%

資料來源：本部「家庭暴力、性侵害暨兒童少年保護資訊系統」資料

附表 15 家庭暴力通報被害人概況—按性別分

性別	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	每萬人 被害人數	增減數
男	10,294	11,763	14,202	16,508	18,509	22,999	24,148	27,418	31,796	27.21	4,378
女	49,286	50,472	52,773	57,276	63,723	74,115	68,585	69,543	76,396	65.36	6,853
不詳	1,385	1,039	1,446	1,654	1,496	1,606	1,417	1,438	1,911	-	473

資料來源：本部「家庭暴力、性侵害暨兒童少年保護資訊系統」資料

- 說明：1.本表係按通報時狀況統計，若通報人非本人，則可能有「性別不詳」之情況發生，事後查證之資料則不再另行修正於本表。
- 2.被害人數係指該年內曾受暴人數，同 1 人在同一年度中，不論通報多少次，均只計 1 人。
- 3.每萬人被害人數= 2013 年被害人數 / 2013 年底人口數 * 10,000。

附表 16 性侵害通報被害人概況－按性別分

性別	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	每萬人 被害人數	增減數
總計	4,900	5,638	6,530	7,285	8,008	9,320	11,121	12,066	10,901	4.49	-1,165
男	162	234	330	432	573	765	1,140	1,335	1,329	1.14	-6
女	4,587	5,239	6,037	6,647	7,218	8,358	9,621	10,308	9,159	7.84	-1,149
不詳	151	165	163	206	217	197	360	423	413	-	-10

資料來源：本部「家庭暴力、性侵害暨兒童少年保護資訊系統」資料

說明：1.本表係按通報時狀況統計，若通報人非本人，則可能有「性別不詳」之情況發生，事後查證之資料則不再另行修正於本表。

2.被害人數係指該年內曾受暴人數，同 1 人在同一年度中，不論通報多少次，均只計 1 人。

3.每萬人被害人數= 2013 年被害人數／2013 年底人口數*10,000。

附表 17 家庭暴力事件通報加害人概況

年代	總人數	男性		女性		不詳	
		人數	比例 (%)	人數	比例 (%)	人數	比例 (%)
2005	54,221	46,509	85.78	6,377	11.76	1,335	2.46
2006	57,122	48,205	84.39	7,379	12.92	1,538	2.69
2007	61,771	50,471	81.71	9,262	14.99	2,038	3.30
2008	69,417	55,521	79.98	11,434	16.47	2,462	3.55
2009	77,546	62,533	80.64	12,579	16.22	2,434	3.14
2010	91,775	73,168	79.73	15,634	17.04	2,973	3.24
2011	89,200	70,237	78.74	15,170	17.01	3,793	4.25
2012	94,750	73,374	77.44	17,075	18.02	4,301	4.54
2013	105,665	80,970	76.63	19,360	18.32	5,335	5.05

資料來源：本部「家庭暴力、性侵害暨兒童少年保護資訊系統」資料

附表 18 性侵害事件通報加害人概況

年代	總人數	男性		女性		不詳	
		人數	比例 (%)	人數	比例 (%)	人數	比例 (%)
2005	2,125	1,924	90.54	38	1.79	163	7.67
2006	4,236	3,933	92.85	94	2.22	209	4.93
2007	5,212	4,796	92.02	124	2.38	292	5.60
2008	6,227	5,782	92.85	174	2.79	271	4.35
2009	7,274	6,724	92.44	242	3.33	308	4.23
2010	8,709	7,934	91.10	360	4.13	415	4.77
2011	10,817	9,561	88.39	516	4.77	740	6.84
2012	12,058	10,543	87.44	596	4.94	919	7.62
2013	11,119	9,613	86.46	614	5.52	892	8.02

資料來源：本部「家庭暴力、性侵害暨兒童少年保護資訊系統」資料

附表 19 心理健康照護業務跨政府之部門分工情形

目標人口群	初段預防 (促進健康、特殊保護)	次段預防 (早期診斷早期治療)	末段預防 (限制殘障、復健)
普及性預防 (健康人口群)	衛生福利部(心口司、保護服務司、社會及家庭署、國民健康署、食品藥物管理署、中央健康保險署、疾病管制署) 內政部(警政署、消防署)、國防部、教育部、退輔會、原民會、農委會、勞動部、人事行政總處、國家通訊傳播委員會	衛生福利部(心口司、保護服務司、社會及家庭署、中央健康保險署) 內政部、退輔會	衛生福利部(心口司、社會及家庭署)
選擇性預防			
身心障礙者	衛生福利部(心口司、護理及健康照護司、社會救助司) 勞動部	衛生福利部(心口司、社會及家庭署、護理及健康照護司)	衛生福利部(心口司、社會及家庭署)
新住民 (含外籍配偶)	衛生福利部(心口司、保護服務司、社會及家庭署、國民健康署、食品藥物管理署) 內政部(入出國及移民署)、勞動部	衛生福利部(心口司、社會及家庭署、食品藥物管理署、疾病管制署)	衛生福利部(心口司、社會及家庭署、疾病管制署)
長照需求家庭	衛生福利部(心口司、社會及家庭署)	衛生福利部(心口司、社會及家庭署、疾病管制署)	衛生福利部(心口司、社會及家庭署)
指標性預防			
精神疾病者	衛生福利部(心口司、社會及家庭署、食品藥物管理署) 、教育部、勞動部、國家通訊傳播委員會	衛生福利部(心口司、社會及家庭署、附屬醫療及社會福利機構管理會、食品藥物管理署、疾病管制署)教育部	衛生福利部(心口司、社會及家庭署、保護服務司) 勞動部
自殺者	衛生福利部(心口司、社會及家庭署) 司法院、警政署、消防署、國防部、教育部、退輔會、農委會、勞動部	衛生福利部(心口司)	衛生福利部(心口司)
災難心理 創傷者	衛生福利部(心口司) 中央災害防救業務機關(包含內政部、外交部、國防部、財政部、教育部、法務部、經濟部、交通部、主計總處、環境保護署、海岸巡防署、農委會等機關)、文化部	衛生福利部(心口司) 中央災害防救業務機關(包含內政部、外交部、國防部、財政部、教育部、法務部、經濟部、交通部、主計總處、環境保護署、海岸巡防署、農委會等機關)、文化部	衛生福利部(心口司) 中央災害防救業務機關(包含內政部、外交部、國防部、財政部、教育部、法務部、經濟部、交通部、主計總處、環境保護署、海岸巡防署、農委會等機關)、文化部
物質濫用者	衛生福利部(心口司、疾病管制署、食品藥物管理署) 內政部(警政署、役政署、入出國及移民署)、法務部、國防部、教育部、勞動部、文化部、退輔會、財務部關稅總局	衛生福利部(心口司、疾病管制署) 內政部(警政署、役政署)、法務部、國防部、教育部、海巡署、經濟部、交通部	衛生福利部(心口司) 內政部、法務部、勞動部
家暴性侵之 加害及被害人	衛生福利部(心口司) 內政部(警政署)、法務部、文化部、國家通訊傳播委員會	衛生福利部(心口司) 內政部(警政署)、法務部	衛生福利部(心口司) 內政部(警政署)、法務部
其他	衛生福利部(心口司、保護服務司、社會及家庭署)	衛生福利部(心口司、保護服務司、社會及家庭署)	衛生福利部(心口司、保護服務司、疾病管制署)

附表 20 1993-2013 年各國每萬人口精神病床數變化趨勢

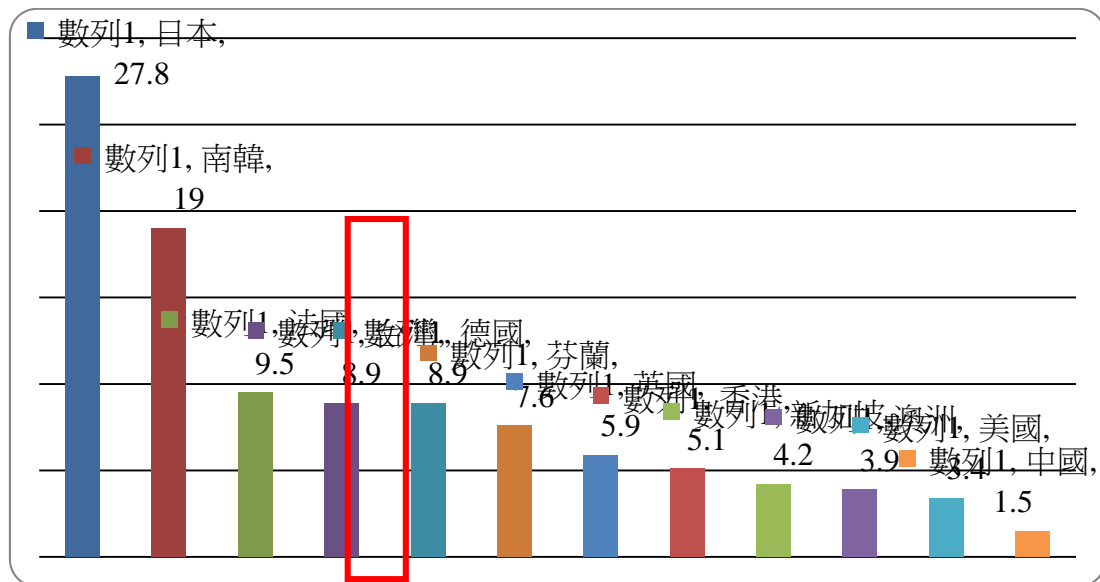
年度	總精神病床數 ^b	每萬人口精神病床數 ^a							
		台灣 ^b	日本	法國	英國	丹麥	澳洲	美國	加拿大
1993	12,263	5.84	29	15	-	8	5	5	-
1994	12,495	5.90	29	14	-	8	5	5	-
1995	13,301	6.23	29	13	-	8	5	4	4
1996	13,084	6.08	29	13	-	8	4	4	4
1997	13,995	6.44	29	12	10	8	4	4	4
1998	15,152	6.91	28	12	10	8	4	3	4
1999	13,322	6.03	28	11	9	8	4	3	4
2000	14,760	6.63	28	11	9	8	4	3	3
2001	15,048	6.71	28	10	9	8	4	3	3
2002	15,924	7.07	28	10	8	7	4	3	3
2003	16,600	7.35	28	10	8	7	4	3	3
2004	17,512	7.72	28	10	8	7	4	3	3
2005	18,556	8.15	28	9	7	6	4	-	3
2006	19,127	8.36	28	9	7	-	-	-	-
2007	19,636	8.55	-	-	-	-	-	-	-
2008	19,712	8.57	-	-	-	-	-	-	-
2009	20,392	8.82	-	-	-	-	-	-	-
2010	20,621	8.90	-	-	-	-	-	-	-
2011	20,633	8.88	27	9	5	5	3	3	3
2012	20,878	8.95	-	-	-	-	-	-	-
2013	21,165	9.06(10.37 ^c)	-	-	-	-	-	-	-

註^a：OECD（2011）公布資料之精神病床定義，法國為所有醫院之一般及兒童精神治療床，英國為各類醫院精神病床及學習障礙床，丹麥則不包含私立醫院之病床，美國以精神科醫院及藥酒癮治療機構之精神病床定義之，加拿大排除綜合醫院之精神病床，其他各國則以所有綜合醫院精神科、精神科醫院及各類專科醫院之急慢性精神病床為定義。

^b：台灣精神病床定義為一般病床中所有急慢性精神開放病床。

^c：為一般病床中所有急慢性精神許可床數。

資料來源：1. 衛生福利部：中華民國 78 年至 102 年衛生統計。



附圖 8 2011 年 WHO 公佈各國每萬人口精神病床數

註：WHO 之精神病床定義，以提供精神病人持續性治療之病床為主，包含公私立精神科醫院、綜合醫院、老年及兒童醫院等。

附表 21 精神病人病情分類評估標準

	病人性質	服務類別	服務項目	服務機構	權責劃分
一	嚴重精神病症狀，需急性治療者	精神醫療	急診	精神醫療機構	衛生醫療
二	精神病症狀緩和但未穩定者，仍須積極治療者		急性住院治療 慢性住院治療		機關
三	精神病症狀繼續呈現，干擾社會生活，治療效果不彰，須長期住院治療者				
四	精神病症狀穩定，局部功能退化，有復健潛能，不需全日住院但須積極復健治療者	精神醫療 社區復健 就業服務	日間住院治療 社區復健治療 社區追蹤管理 就業輔導	精神醫療機構(日間住院) 精神復健機構 (日間及住宿型復健機構) 衛生所 職業訓練及就業服務機構 (庇護性工廠)	衛生醫療 機關 勞政機關
五	精神病症狀穩定且呈現慢性化，不需住院治療但需機構式生活照顧者	長期安置 居家服務	安養服務 養護服務 居家服務 護理照顧服務	社會福利機構 (身障福利機構、 老人福利機構) 護理機構 (精神護理之家)	社政機關 衛生醫療 機關
六	精神病症狀穩定且呈現慢性化，不需住院治療之年邁者、智障者、無家可歸者				

附表 22 社政體系中慢性精神病人之障礙等級區分

輕度	職業功能、社交功能輕度退化，在協助下可勉強維持發病前之工作能力或可在非庇護性工作場所工作，且毋需他人監護，即具日常生活自我照顧能力者。
中度	職業功能、社交功能輕度退化，經長期精神復健治療，可在庇護性工作場所發展出部分工作能力，亦可在他人部分監護，維持日常生活自我照顧能力者。
重度	職業功能、社交功能退化，需施以長期精神復健治療，以維持期日常生活最基本自我照顧能力，並需他人監護者。
極重度	職業功能、社交功能、日常生活功能退化，需完全仰賴他人養護或需密切監護者。

附表 23 各年齡層所需發展之心理健康促進議題

年齡	重要議題	場域	相關部門	教材或方式
孕產期	親和性產檢醫療系統 無害性環境 孕產期身心理調適	家庭 社區 職場 醫療機構	內政部、教育部、 勞工局、原委會、 健康署、醫事司、 健保署、國防部、 交通部、勞動部、 原民會	健康孕產環境之篩檢 健康孕產醫療條件 孕產期健康的身心靈平衡(含 飲食、睡眠、情緒、0歲教育) 紓壓、深呼吸放鬆之因應技巧 結合孕婦產前檢查服務，進行 孕產婦身心檢查，並於檢第8 次至第10次(即第38-40週) 時，提供認識產後憂鬱症及防 治衛教資訊及心理衛生資 源，並提供孕婦健康手冊
0-1 (嬰兒期)	生存滿足 完整睡眠與休息生活形態 知覺統整 (感官注意與經驗記憶) 健康人際依附	家庭 他人家庭 社區 醫療機構	社會及家庭署 (保母、托兒所) 健康署、健保署	親職效能 增進健康身心之照顧關係(上 課對象包含保母、托兒所人 員) 社區關懷(上課對象包含社區 領袖、托兒所人員) 結合兒童預防保健服務，進行 兒童發展評估，並提供兒童健 康手冊。
2-3 (幼兒期)	親子關係 人我界線 情緒平衡 知覺統整 (感官注意與經驗記憶) 自我情緒覺察	家庭 他人家庭 社區 醫療機構	社會及家庭署 (保母、托兒所) 教育部(社教司) (保母、托兒所) 健康署、健保署	存在與分離之教導 自主創造與設限(limit)之平 衡 早期教育與遊戲條件 結合兒童預防保健服務，進行 兒童發展評估，並提供兒童健 康手冊。
4-6 (學齡前兒童期)	親子關係、自我內在對話、 情緒平衡、性別角色、 知覺統整(經驗記憶)、 自我情緒覺察、 行為衝動之自我約束、 認知功能(具體思考)、 自我關係(自我接受)、 人際關係(互動)	家庭 他人家庭 社區 幼稚園 學校 醫療機構	社會及家庭署 (保母、托兒所) 教育部 健康署、健保署	表達與溝通 情緒管理 性別角色、教育 說故事與正向導引 早期教育與遊戲條件 結合兒童預防保健服務，進行 兒童發展評估，並提供兒童健 康手冊。

附表 23 各年齡層所需發展之心理健康促進議題 (續)

年齡	重要議題	場域	相關部門	教材或方式
6-11 (學齡兒童期)	性別議題、教育 情緒監控 (覺察與控制)、 行為規劃 (計劃執行與道德約束)、 認知功能 (理性思考與判斷選擇)、 自我關係 (自我接受與認同)、 人際關係 (溝通與互動) 人際相處、情緒平衡 生活智能、生命理解 生態關懷	社區 家庭 學校	心口司 社會及家庭署 國民健康署 教育部 文化部 原民會 NCC 文化部	情緒管理(含失落、悲傷處理) 壓力管理 人際關係與溝通藝術 生命與生態教育 正向信念與價值
12-18 (青少年/青春 期)	性別議題、教育 人際相處、情緒平衡 生活智能、 自我 (self) 概念 完整人格建立、生涯規劃 情感關係、家庭關係 社會關懷	社區 家庭 學校 社群	心口司 社會及家庭署 國民健康署 教育部 文化部 原民會 NCC 文化部 勞動部	兩性互動與情感關係處理 自我了解與生涯規劃 壓力因應與自我療癒的方法 原生家庭影響之探索與因應 健康自我效能 生活、養育與法治之知能與技能 生命意義與社會關懷 職場訓練 心理衛生及疾病相關知識 生命創傷覺察與轉化
19-30 (成年早期)	生涯規劃、情感關係、 家庭關係、孕婦、 父母角色、新手父母、 職場關係	社區 家庭 學校 社群 職場	心口司 社會及家庭署 國民健康署 教育部 國防部 NCC 文化部 原民會 文化部 勞動部	職場壓力管理 親職教育 夫妻、家庭經營-與愛共舞 心理問題知能 (憂鬱症、自殺、物質濫用等) 危機處理與生活資源 哀傷輔導 健康之女性身心 孕產和親職調適與因應 孕婦健康行為與習慣 生命創傷覺察與轉化
31-50 (成年中期)	家庭關係、孕婦、 父母角色、新手父母、 職場關係、自我實現、 失業、經濟、責任承擔 婚姻危機 (第三者、離婚、 分居等)、喪親	社區、家庭、 學校、 社群、 職場、 民間機構團體	心口司、社會及家 庭署、國民健康署 教育部、國防部、 NCC、文化部、原 民會、勞動部	生命與生態探索:身心靈合一 之療癒 (核心轉化、呼吸、運 動等多元方式) 危機處理 安適之管理 哀傷輔導

附表 23 各年齡層所需發展之心理健康促進議題 (續)

年齡	重要議題	場域	相關部門	教材或方式
52-64 (成年晚期)	身體調適 (更年期心理調適)、 親職轉換 (空巢期心理調適)、 生涯轉換 (退休心理調適)	社區、家庭、學 校、社群、職 場、民間機構團 體	心口司、社會及家 庭署、國民健康署 教育部、國防部、 NCC、原民會、文 化部、勞動部	挑戰停滯 建立生命轉換之價值觀與能 力 文 規畫新生涯學習、 建立良好運動和休閒習慣 主動開展社區關係 生命意義與價值之覺知與接

65-74 (初老期)	生活習慣調適、 挑戰慢性疾病、 健康自我管理、 新學習規劃、 人際投入、 智慧的傳承、生命的關懷	社區、家庭、學心口司、社會及家自我照顧 校、醫療機關、庭署、國民健康署 長照機關、安養教育部、退輔會、 機構、身障福利NCC、原民會、 機構、社群、社文化部、勞動部 區學園、民間機 構團體	生命回顧與自我了悟 臨終關懷、安寧療護 哀傷輔導 建立健康生活習慣挑戰慢性 疾病、規劃新生涯學習、 主動開展社區關係 生命合一與靈性追尋之療癒
75-84 (中老期)	疾病適應、 生活調適、 良好之健康依附習慣、 主動性與時間管理 智慧的傳承、 生命的關懷	社區、家庭、學醫事司、國民健康 校、醫療機關、署、社會及家庭 長照機關、安養署、退輔會、NCC、 機構、身障福利原民會、勞動部、 機構、社群、民文化部、教育部 間機構團體	建立良好之健康依附習慣和 資源管道 以創意維持良好運動和休閒 習慣建立高齡長輩之多元人 際支援系統 生命合一與靈性追尋之療癒
85-94 (老老期)	死亡、 尊嚴與價值 良好之健康依附習慣、 智慧的傳承、 生命的關懷	社區、家庭、學醫事司、國民健康 校、醫療機關、署、社會及家庭 長照機關、安養署、退輔會、NCC、 機構、身障福利原民會、勞動部、 機構、社群、民文化部、教育部 間機構團體	維持良好之健康依附習慣和 資源管道以意志維持良好運 動和休閒習慣 生命合一與靈性追尋之療癒
95歲以上 (極老期)	生活照顧、健康照護、 建構支援系統	社區、家庭、學醫事司、國民健康 校、醫療機關、署、國民健康署、 長照機關、社退輔會、NCC、原 群、NGO 組織、民會、勞動部、 安養機構 化部、教育部	老人互相照護 如何陪伴家中老人 臨終照護 生命合一與靈性追尋之療癒

附表 24 各部門之內部顧客

部門	內部顧客	服務場域
衛生福利部	各類醫事專業人員、各類心理健康直接服務人員等 社工師、社工人員、各類心理健康直接服務人員等	醫療院所、衛生局所、長照機關 等 身障機構、老人機構、 社區據點、文康活動中心、 長青學苑等
內政部		
警政署	警察等	職場
消防署	消防人員等	職場
役政署	替代役男等	職場
入出國及移民署	外籍人士等	任何場域
教育部	班級導師、學務人員、輔導老師、教官、校長 學校護理人員、其他教育相關人員等	學校(如：幼兒園及各級學校)
法務部	檢察官、矯正機關管教人員、觀護人、 毒品危害防制中心個案輔導員、各類直接服務人員等	矯正機關及其他場域
勞動部	各職訓局之輔導就業人員、 身心障礙者職業重建服務專業人員等	職場
文化部	平面傳媒專業人員等	任何場域
國家通訊傳播委員會	電子傳媒專業人員等	任何場域
原民會	各類心理健康直接服務人員(如守門人)等	部落
退輔會	管理人員、各類心理健康直接服務人員等等	榮民醫院、榮民之家、 榮民服務處
國防部	管理人員、各類心理健康直接服務人員	部隊及服役地點
人事行政總處	公務人員等	職場
農委會	農會組織相關人員、農藥販賣業者等	農會相關組織

附表 25 自殺防治之三段五級業務

	初段預防	次段預防	末段預防
業務內容	自殺防治教育宣導及相關教材製作	自殺個案通報、強制醫療及處置等	自殺高危險個案之關懷訪視及後續轉介、自殺遺族關懷
目標人口群	健康人口群： 包含各性別、年齡、種族、場域、地域別等	自殺高風險群： 身心障礙者、新住民（含外籍配偶）、長照需求家庭、失業者、遊民、性工作者等	自殺高風險者（含強烈自殺意念、自殺威脅、已有自殺行為者）
場域	任何場域： 包含醫療機關、長照機關、職場、矯正機關、軍隊、社區（家庭、學校、醫療機關、長照機關）、社群、民間機構團體（含 NGO 等民間組織）等	任何場域： 包含醫療機關、長照機關、職場、矯正機關、軍隊、社區（家庭、學校、醫療機關、長照機關）、社群、民間機構團體（含 NGO 等民間組織）等	任何場域： 包含醫療機關、長照機關、職場、矯正機關、軍隊、社區（家庭、學校、醫療機關、長照機關）、社群、民間機構團體（含 NGO 等民間組織）等
相關部門	衛生福利部（心口司、社會及家庭署）、內政部（警政署、消防署）、教育部、勞動部、文化部、國家通訊傳播委員會、國防部、退輔會、原民會、法務部、農委會、人事行政總處	衛生福利部（心口司、社會及家庭署）、內政部（警政署、消防署）	衛生福利部（心口司、社會及家庭署）

附表 26 災難心理衛生之三段五級業務

	初段預防	次段預防	末段預防
業務內容	災難心理衛生教育訓練與演習	篩檢之高風險個案,提供心理衛生諮詢及心理重建服務	持續提供災民與救災人員之心理重建服務,落實回歸既有服務模式
目標人口群	健康人口群: 包含各性別、生命週期、種族、場域、地域別等	災區民眾及救災人員	災區民眾及救災人員
場域	任何場域: 包含醫療機關、長照機關、職場、矯正機關、社區(家庭、學校、醫療機關、長照機關)、社群、民間機構團體(含 NGO 等民間組織)等	災區: 涵蓋社區(家庭、學校)、社群、民間機構團體(含 NGO 等民間組織)等	任何場域: 包含醫療機關、長照機關、職場、矯正機關、社區(家庭、學校、醫療機關、長照機關)、社群、民間機構團體(含 NGO 等民間組織)等
相關部門	衛生福利部(醫事司) 中央災害防救業務機關(包含內政部、外交部、國防部、財政部、教育部、法務部、經濟部、交通部、主計總處、環境保護署、海岸巡防署、農委會等機關)、原民會、文化部	衛生福利部(醫事司) 中央災害防救業務機關(包含內政部、外交部、國防部、財政部、教育部、法務部、經濟部、交通部、主計總處、環境保護署、海岸巡防署、農委會等機關)、原民會、文化部	衛生福利部(醫事司) 中央災害防救業務機關(包含內政部、外交部、國防部、財政部、教育部、法務部、經濟部、交通部、主計總處、環境保護署、海岸巡防署、農委會等機關)、原民會、文化部、國科會

附表 27 精神疾病防治及照護之相關資訊系統

部門	服務機關現況及服務量系統		專業人力登錄系統		個案管理系統	
	已建置之系統	資料收集內容	已建置之系統	資料收集內容	已建置之系統	資料收集內容
衛生福利部	醫療院所年底現況檔 醫療院所年底服務量檔 精神照護資訊管理系統	可對照衛生福利部統計室之「醫療院所年底現況檔」及「醫療院所年底服務量檔」形式	醫事人員基本資料檔 精神照護資訊管理系統	可對照衛生福利部之「醫事人員基本資料檔」形式	全民健康保險資料檔 精神照護資訊管理系統	可對照衛生福利部之「全民健康保險資料檔」形式
勞動部			身心障礙者職業重建服務專業人員管理應用系統			全國身心障礙者職業重建個案服務資訊管理系統
教育部	尚未建置		尚未建置(100年8月起將建置縣市專業輔導人力資料庫)			由各級學校或縣市諮商中心個別管理

附表 28 物質濫用防治之相關資訊系統

部門	服務機關現況及服務量系統		專業人力登錄系統		個案管理系統	
	已建置之系統	資料收集內容	已建置之系統	資料收集內容	已建置之系統	資料收集內容
衛生福利部 醫事司	醫療機構替代治療作業管理系統	可對照衛生福利部統計室之「醫療院所年底現況檔」及「醫療院所年底服務量檔」形式		可對照衛生福利部之「醫事人員基本資料檔」形式	醫療機構替代治療作業管理系統	
食品藥物管理局	管制藥品濫用通報資訊系統 制藥品管理資訊系統 濫用藥物檢驗通報系統	成癮者濫用藥物種類、吸食方式、併存疾病等流行病學資料 全國領有管制藥品登記證之機構與業者申報管制藥品之收支結存資料 全國毒品檢驗及濫用藥物尿液檢驗之案件數與濫用藥物品項之統計資料				可對照衛生福利部之「全民健康保險資料檔」形式
財政部	亞太地區海關緝私通報系統					
教育部	校園安全中心通報作業系統				校園安全中心通報作業系統	