

第二期
106-110 年

國民心理健康計畫

(行政院 105 年 11 月 8 日院臺衛字第 1050043638 號函核定本)

全人*全程*全方位*
提升幸福正向能量

中華民國 105 年 11 月

目錄

壹、計畫緣起	1
一、依據	1
二、未來環境預測	4
三、問題評析	8
四、社會參與及政策溝通情形	20
貳、計畫目標	23
一、目標說明	23
二、達成目標之限制	24
三、績效指標、衡量標準及目標值	25
參、現行相關政策及方案之檢討	32
一、促進全民心理健康	32
二、落實精神疾病防治與照護服務	36
三、強化成癮防治服務	38
四、加強特殊族群處遇服務	40
五、整合及加強心理健康基礎建設	41
肆、執行策略及方法	43
肆之一、執行策略	43
肆之二、主、協辦單位	44
肆之三、分期(年)執行策略	45
肆之四、計畫執行策略及工作項目架構表	48
肆之五、執行步驟 (方法)	58

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	86
柒、財務計畫	88
捌、附則.....	88
一、替選方案之分析及評估.....	88
二、風險評估.....	89
三、相關機關配合事項	94
四、中長程個案計畫自評檢核表	100
附件--財源籌措及資金運用仍有不敷使用之說明表.....	104
五、性別影響評估檢核表	105
附件 1、召開「中長程個案計畫-國民心理健康第二期計畫(草案)」自評會議開 會通知及會議紀錄	121
附件 2、2017-2021 年經費計算基準	127

壹、計畫緣起

一、依據

(一) WHO 宣示「沒有心理健康，就不算健康」

2004 年世界衛生組織(World Health Organization,WHO)即正式宣示「沒有心理健康，就不算健康(no health without mental health)」，2013 年開始世界衛生組織積極推動健康融入所有政策中，心理健康包含在各項健康政策中故推動全民健康，應同時注重心理健康。

(二) 聯合國第四號毒品公約草案，減少毒品傷害策略

依據聯合國第四號毒品公約草案精神，基於減少毒品傷害策略，各國應盡一切努力，提供治療、教育、鼓勵個案戒治康復或回歸社會的措施。

(三) 落實蔡英文總統「五大心理健康行動」政見

蔡總統競選政見指出，心理健康是台灣社會面臨之重大問題，各種心理健康問題，已經嚴重影響國人的生活。國家的健康照護體系，不應該只侷限於疾病的治療，未來，政府相關健康促進方案，都應該納入心理健康的相關措施。同時提出「五大心理健康行動」，期望提升國人的心理健康，包括：1.制定國家級的心理健康與自殺防治行動計畫；2.建構社區心理健康照護管理中心，提供整合性心理健康服務；3.增加心理健康服務專業人力與團隊；4.強化學校及職場心理健康體系；5.推動跨部會的整合性藥酒癮防治方案，優先針對高風險群進行宣導等。

(四) 精神衛生法及衛生福利部組織法規定，推動心理健康政策及方案之規劃、訂定及宣導事項等

依精神衛生法第 4 條規定，中央主管機關掌理事項包括民眾心理健康促進、精神疾病防治政策及方案之規劃、訂定及宣導事項等；衛生福利部於 2013 年改制成立後，已設有「心理及口腔健康司」，執掌心理健

康促進與自傷行為、精神疾病防治與病人權益保障政策、精神醫療及精神復健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事項。

(五) 行政院「性別平等政策綱領」訂頒，建構暴力防治跨網絡整合性政策與服務模式等

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。

(六) 延續國民心理健康第一期計畫，強化周延性及挑戰性

衛生福利部為全面提升國人心理健康，規劃辦理 2013-2016 年「國民心理健康促進計畫」(以下稱第一期計畫)，過去 3 年多，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「促進全民心理健康」、「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」等五大面向，推動各項服務措施，在整體經濟環境不佳情況下，2013 年至 2014 年自殺死亡率持續保持國人死因第 11 位；社區精神病人管理個案數、訪視病人人次及平均年訪視率等皆有逐年成長的趨勢，目前每年維持最大服務量能達 4.15 次；推動替代治療等減害計畫後，使因藥癮注射而感染愛滋人數自 2005 年 2,420 人，降至 2015 年 82 人。另施用一級毒品人數亦從 46,496 人，持續下降至 16,285 人；為解決社區高再犯性侵害加害人強制治療床位不足，輔導醫療機構改善

意願不足、醫療人員疑慮及環境安全等問題，增加指定性侵害強制治療處所由 2013 年 1 家增至 2015 年 6 家，顯見推動本計畫已具有相關成效。

由於第一期計畫將於 2016 年底結束，為持續因應未來環境變化及滿足國民心理健康需求，爰持續規劃 2017-2021 年「國民心理健康第二期計畫」(以下稱第二期計畫)之 5 年期新計畫。為使新一期計畫更具挑戰性及周延性，本計畫包括：委請台灣精神醫學會辦理，邀集心理、精神、藥癮及家、性暴等各界專家學者計 80 位，召開「第 2 期國民心理健康計畫規劃與研擬計畫」8 次分組會議，並邀集行政院 12 個部會及本部 12 個司署召開「第 2 期國民心理健康計畫(草案)共識會」2 次，105 年 7 月 20 日並召開「中長程個案計畫-國民心理健康第二期計畫(草案)」自評會議，蒐集各界辦理意見，並凝聚合作共識，期能以宏觀之視野，延續前期計畫之辦理成效外，研擬下一期推動國民心理健康之政策、目標、策略、措施並訂定包含過程面與結果面之績效衡量指標，以利未來 5 年據以推動、檢視績效及滾動式檢討。

第二期計畫規劃內容，包括檢討第一期計畫成效、第一期計畫未盡完善且需廣續推動之事項，另考量因應天然災害頻傳、少子化、高齡化、科技化、社會問題及意外事件層出不窮等現象，衍生新興心理健康議題需要廣續提出因應策略，爰擬具連續性、整體性及前瞻性之跨行政院相關部會、跨衛生福利部相關司署、跨 22 個縣市政府層級(中央與地方)之國民心理健康施政計畫，做為國家未來 5 年最重要之心理健康施政藍圖。

二、未來環境預測

(一) 天然與人為災變使心理衛生重要性增加

隨著社會變遷與氣候異變，近年來，世界各國發生重大災難頻仍，並且災難的型態逐漸趨向複雜且多樣化，除了天然災害，亦有人為災害襲擊。在台灣，較大規模的災難有 1999 年的 921 大地震；2003 年的嚴重急性呼吸道症候群 (Severe Acute Respiratory Syndrome, SARS)；2009 年的莫拉克水災；2014 年台北捷運隨機殺人事件；2014 年澎湖復興航空空難；2014 年高雄氣爆；2015 年台北復興航空空難；2015 年北投學童割喉案；2015 年新北市八仙塵爆；2016 年農曆年間的台南大地震與內湖幼童砍頭案等，造成受災民眾心理創傷，也引發社會大眾的焦慮、不安等情緒，突顯心理衛生的重要，近年有關災後心理重建議題日益受到重視。

另外在國際上亦發生重大事件，如 2001 年美國 911 的恐怖攻擊；2004 年芮氏 9 級的南亞地震及其引發的海嘯；2008 年中國四川大地震；2010 年冰島火山爆發；南美洲亞馬遜雨林的乾旱及砍伐，增加二氧化碳的排放，升高地球溫室效應；2011 年日本地震及引起之海嘯與輻射汙染事故；ISIS 激進組織之自殺式攻擊等事件，在全球化的時代，藉由資訊快速傳播，也與我們的心理健康息息相關。

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候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) 人口結構老化

依據我國 2015 年底戶籍登記人口數 2,349 萬人，其中 0-14 歲人口計 318 萬 7 千餘人占 13.57%，15-64 歲計 1,736 萬 5 千餘人占 73.92%，65 歲以上計 293 萬 8 千餘人占 12.51%，依賴人口(0-14 歲及 65 歲以上)對工作年齡人口(15 歲-64 歲)之扶養比為 35.28，65 歲以上老年人口對

0-14 歲人口之老化指數為 92.18。由我國歷年人口三階段年齡結構觀察，高齡者(65 歲以上)比率逐年上升，幼年人口(0-14 歲)比率則逐年降低，顯示老化情形日趨嚴重。預計我國 2018 年將進入高齡社會(老年人口 14.6 %)；2025 年進入超高齡社會(老年人口 20.0%)，我國人口老化速度較世界各國更為快速，未來更需要社會、心理、生理的全方位健康，以延緩老化。尤其是就心理健康面向來說，心理失序 (Psychological Disorders)、認知功能不良 (Cognitive Inability)、情緒管理 (Emotion Management) 都需要藉由心理健康促進、評估與諮商，早期診斷早期治療，改善其老年生活品質。

(三) 少子化問題

以適婚年齡(25-34 歲)人口未婚情形來看，2015 年適婚年齡未婚男性占 71.69%，相較於 1974 年增加 44.83%，適婚年齡未婚女性占 56.75%，相較於 1974 年增加 46.6%。由於結婚年齡延後，連帶生育年齡也隨之提高，以育齡年齡分組婦女之有偶率來看，25-39 歲屬生育主力婦女有偶率，40 年來急速下降，尤其在 2001 年以後下滑幅度更明顯，顯示適婚年齡不婚情形愈趨明顯，若主力生育之 25-39 歲婦女不婚，代表將導致少子化情形更為嚴重，因為少子化衍生的人口結構失衡、青壯年人口負擔增加及人口老化之社會心理衝擊，將使政府面臨更嚴峻的挑戰，故從孕產婦開始提供心理健康，在孕期及產後皆有完善心理照護服務，培育下一代良好的心理健康，都是未來重要發展方向之一。

(四) 家庭功能式微，家庭問題多元且複雜

隨著家庭結構變遷(單親、隔代教養等)，家庭功能逐漸式微，加上貧富差距拉大、就業機會隨經濟景氣變動，影響家庭經濟維持與家內關係的變化，家庭固有功能面臨挑戰，使得家庭問題多元與複雜。家長在執行親職角色有困難時，無法有效獲得協助，故強化個人角色學習及家庭功能，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，以增強家庭功能及心理健康調適能力，是

目前社會不足的部分。

(五) 經濟及就業不穩定影響民眾心理安全

根據行政院主計總處統計 2015 年 11 月就業人數為 1,123 萬 5 千人，較同年十月增加 1 萬人 (0.09%)；失業人數為 45 萬 7 千人，失業率 3.91%，較上 (2014 年) 年同月亦升 0.02 個百分點。而世界主要國家 (地區) 最新失業率如次：法國 10.8%，加拿大 7.1%，英國 5.2%，美國 5.0%，德國 4.5%，南韓 3.4%，香港 3.3%，日本 3.1%，新加坡 1.8% (行政院主計總處 2015 年 12 月 29 日，人力資源統計結果報告)。但反觀國內所開出的就業職缺常屬於短期性質，短期就業者可能因此喪失培養合適技能，而多數短期求職者為了脫離失業狀態，大多抱持「不管工作合適與否以及工作興趣與否，先做了再說」的心態。政府解決失業問題的方案，大多集中在創造更多就業機會，對於職業生涯規劃服務的提供仍有努力空間，顯見失業現況所帶來的相對問題如何影響到國人的職場心理健康與預防，是相當值得關注和重視問題。

目前中高齡者所面臨就業問題包括就業機會減少、失業週數較長、轉業困難、雇主僱用意願低落及法令的束縛等不利因素，以及隨著人口高齡化進展及國內經濟結構快速調整，未來中高齡失業問題可能影響範圍必將日益擴大，造成受失業波及之人數增加，相對提高社會成本，導致勞動市場結構失衡，相關心理調適是職場心理健康重要預防措施。

(六) 資訊快速演進改變人與人互動方式

近年來全球網路科技快速發展，影響人類生活；加上行動軟硬體平台的普遍化，使得網路使用量逐年增加，為了處理大量資訊的傳遞與儲存，以雲端運算概念之新一波的網路概念革命便應運而生，不但使人與人之間的溝通更方便，同時也擴展人民的視野。然而，目前因為資訊科技快速發展所衍生的問題也層出不窮，也間接或直接擴大人際間的矛盾與衝突，比如人際互動減少，造成社會疏離感加重；資訊及相關技術被不當的使用；新的犯罪手法，層出不窮；網路依賴及網路霸凌情形；工

作量不減反增，導致精神壓力增加；資訊負荷過大，造成生理及心理疾病有增加之趨勢，因此，宜正視資訊數位化所帶來的問題。

(七) 毒品氾濫問題

近年在台灣毒品問題嚴重，第一級毒品於 95 年開辦替代治療減害計畫後，查獲施用毒品人數自 94 年 46,496 人逐年下降至 104 年 16,285 人，第二級毒品查獲施用人數卻明顯增加，由 95 年 23,476 人攀升至 104 年 44,553 人，第三級毒品查獲施用人數更自 99 年 9,383 人次增加至 104 年 24,636 人次，且依據內政部警政署資料顯示，各年皆以 18 歲以上 24 歲未滿之青少年族群為多數，顯示新興毒品濫用趨勢增加且施用毒品者有年齡年輕化之情形值得重視。另依據聯合國毒品控制暨犯罪預防辦公室 (United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC)「2015 年世界毒品報告書 (2015 World Drug Report)」顯示，2013 年全球 15 至 64 歲人口中，每 20 人即有 1 人在使用某種非法藥物，總使用人口約 2,700 萬人，較 2012 年增加 300 萬人，其中，每 10 個非法藥物使用者，即有 1 人以上是毒品成癮者。此外，大麻及甲基安非他命施用者亦有逐年增加的情形，但平均每 6 名毒癮者，僅有 1 人獲得治療。顯見藥物濫用，為各國均需面對與防治之公共議題。

隨著複合式災難、人口結構改變、經濟景氣低迷、人際疏離感與職場壓力等問題，加上E化(electronic)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。有關提升民眾之正向思考及復原能力，促進心理健康及減少自殺、憂鬱、毒品、家庭及性侵害暴力問題等心理疾病之產生，以上均為心理健康政策規劃及推動之重要方向。妥善預防是政府必須探討的關鍵所在，心理健康必須藉由跨部會從社會結構面改造做起，並由中央及地方政府各部門的力量及社會大眾共同參與，以因應未來環境的各項重要挑戰。

三、問題評析

主要依據心理健康促進、精神疾病防治、成癮防治、家暴、性侵害之特殊族群處遇及現有心理健康基礎建設等五大面向，經參酌國內、外心理健康發展趨勢及檢討整體政策實施情形，問題評析如下：

(一) 在心理健康促進部分

1. 人格問題恐成為社會治安之隱憂

近年來隨機殺人與情殺案件頻傳，震驚社會，如：臺南遊藝場男童被割喉案(2012年)、台北捷運隨機殺人案(2014年)、臺大學生當街殺害女友(2014年)、北投女童割喉案(2015年)、高醫學生情殺案(2015年)及台北內湖女童砍頭案(2016年)等，讓社會安全亮起紅燈。Levounis與Arnaout(2010年)指出殺人動機是人格的問題，而動機則驅使了行為，Blass(2015年)更直接指出人格可作為行為的預測，故許多偏差行為追根究源皆是來自於人格的問題。但目前的體系卻沒有辦法對於這些人，及早介入防治，而造成社會安全網的破洞，亟需修補。

2. 兒少心理健康影響未來國力

嬰幼兒及青年早期為生命發展歷程最重要關鍵期，由家庭、社區、學校教育型塑心理健康根基，若在兒童與青少年時期經歷和積累保護因素的正面影響大於負面風險因素，愈有可能維持心理健康並且能夠有幸福的晚年生活(WHO, 2012)。僅以篩檢與通報的次級預防和三級預防以治療康復為目的精神醫療介入是無法降低因心理健康問題帶來的個人、家庭、社會、國家的負擔，也無法減少其發生，而是應透過早期的心理健康促進、初級預防來提昇面對問題的韌性、預防導致心理不健康的因素或環境風險，並降低心理健康問題的發生機會(WHO, 2012)。

3. 老年人口遽增使心理健康更需重視

1993年台灣正式進入聯合國界定之高齡社會，預計2018年進入高齡化社會，2025年進入超高齡社會。然而，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。根據國民健康署 2009年國民健康訪問調查結果顯示，我國65歲以上老人常見之非傳染病包含高血壓(48%)、白內障(42.6%)、高血脂(24%)、骨質疏鬆(23%)、糖尿病(18.7%)、心臟病(16%)及憂鬱症(15%,男性13%,女性17%)等。老年人之心理健康是現今社會所關注的議題；而憂鬱症盛行率常被用以當作老年人心理健康狀態的指標。

社區老人憂鬱症的盛行率約為21%，故推估台灣將有至少100萬憂鬱老人。憂鬱症造成的死亡原因可能是使自殺及意外事件的死亡率或企圖增加，同時憂鬱症也會增加身體疾病的死亡率、併發症及延長住院天數。老人憂鬱症會增加許多生理疾病發生，並增加自殺及疾病的死亡率、延長內外科住院日數，並增加健保支出與醫療支出的增加，以日本為例，約有三分之一的醫療資源投注在老人族群。其次，社會變遷，傳統的家屬支持力量亦逐漸下降。因此，如何讓老人活得久，活得好，除了要降低因老化或失能所造成的生理上變化，也要重視與介入促進心理上的健康。

4. 原住民之心理健康議題應多關注

原住民分布於原鄉部落與都會地區，其傳統文化重視分享，而有較佳的家庭、家族及部落的向心力；然而，因為部落缺乏工作機會，使部落青壯人口外流，僅有老人及兒童留守部落；移往都會工作的原住民，因為父母、子女留在部落，無法常常團聚享受家庭生活而心有遺憾，而留在原鄉的兒童，部分因為學習環境不如都會，於國小或國中畢業後，到都會地區就學時，遭受挫折而影響信心。另因樂於分享、不善儲蓄的習性，往往在需要用錢(學費、就醫費用)之處境備感壓力，或因生活壓力，或因缺乏成就感，少數原住民染上酒藥癮而影響日常生活等，都是需要加以重視及關注的心理健康議題。

5. 高壓職場恐影響心理健康

當員工工作過度時不斷累積疲勞，會損害身心健康，甚至導致「過勞死」的結果，對於國內部分職類(如：高科技、警察...等)人員所承受的過大壓力及可能對心理健康所造成的負面影響，亟待相關單位重視。近年來，組織結構改造和發展心理健康促進職場來預防壓力與促進福祉的聲浪漸起，不過關於效果的實證研究付之闕如；未來研究仍須找出潛在有效的介入，如員工協助方案 (employee assistance program, EAP)、職場政策、工作系統(管理結構與型態)、壓力管理與教育、創傷壓力預防(含創傷後壓力疾患)、自殺預防、職場暴力與霸凌之介入及處理。

6. E 化之心理健康服務為國際發展趨勢

E Health是在任何時間、任何地點均可提供普及的、可靠的、具可近性的健康照護方式，世界主要經濟體已競相投資『資訊科技及通訊技術 (Information and Communications Technologies, ICTs)』產業，隨著科技長期關注於其他慢性健康照顧，心理健康服務也應該得到相同的重視與發展，運用科技，強化心理健康傳播及開發多元心理健康服務管道，深耕民眾心理健康識能，增加心理服務的可及性及涵蓋率；並利用科學技術，開發智慧型線上心理健康管理工具，建立民眾自我心理健康管理意識及自主權，促進心理健康，預防心理疾病發生。結合雲端科技，資訊化心理健康服務，突破地域、時間障礙，以提升服務的便捷性及利用率。

7. 災難心理健康工作必須包含預防、反應及復原角色

近年災難型態多元(從天然災害、生物性災難、到隨機殺人及恐怖攻擊)、大型化(如高雄氣爆或八仙塵暴)、複合化(如風災、水災伴隨土石流，地震伴隨海嘯、輻射事故)，處置之複雜度提高；災難心理衛生。未來即使社會安全、減災共識與整備水準提升，仍無法完全避免災難發生。故提升台灣民眾、救災人員或投入救災的志工人員的應變能力、抗逆能力或復原力十分需要，具有迫切性。

8. 降低自殺死亡率仍有改善空間

自2008年起我國自殺死亡率已有下降趨勢，標準化自殺死亡率已由2008年每10萬人口15.2人下降至2015年之12.1人，自2010年起，自殺死亡率已連續6年退出國人十大主要死因之外，惟2015年男、女性自殺粗死亡率與標準化死亡率皆略微上升，男性死因排序重新進入第10位；部分年齡層(0-14歲之兒少及75歲以上老人)呈現自殺死亡率不穩定之波動情形；農藥為主之固體液體以及墜樓兩種死因在過去10年趨勢不僅未下降反而有上升趨勢；且相較於鄰近國家日本、韓國，近年自殺死亡率仍持續穩定下降，顯見台灣之自殺死亡率仍有精進之空間。

(二) 在精神疾病防治部分

1. 因應人口老化趨勢需適時檢討精神照護資源及轉銜至長照資源

依據本部統計，截至2015年底，領有身心障礙證明(手冊)者共1,155,650人，約占總人口比率4.92%；其中歸屬於精神障礙者共124,240人，約占總人口比率0.53%。若以障礙等級區分，精神障礙輕度有34,517人、中度67,762人、重度以上22,287人。若以年齡來區分，45歲以下有41,189人，介於45-59歲有54,563人，60歲以上的有28,814人，預期10年後，目前介於45-59歲的中壯年族群將逐漸位移成為老年族群，屆時符合重度精神障礙等級之人數可能倍增，推估至少達3萬人以上，而失能及失依之老年精神障礙者長期照護之需求亦將倍增。

參考「精神病人長期照護資源盤點及需求調查計畫」(吳肖琪，2014)，利用「國民長期照護需要調查」資料及經建會2015-2026年之人口推估，可推估2015-2026年之全國具長照需求之精神病人數量，2015年~2021年為115.09千人(含男性61.18千人、女性53.91千人)；2022年~2026年為118.99千人(含男性62.34千人、女性56.65千人)。屆時精神照護體系與長期照護系統間之資源配置及轉銜，應是未來因應人口老化趨勢，發展精神病人長期照護之重點。

2. 精神病人的社區化照護仍需加強發展

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人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。

OECD (2014) 指出，政策決策者必須改善其使用的誘因來鼓勵良好的精神衛生保健，在基層醫療，資金獎勵可以鼓勵提供精神障礙適切的服務。資源提供者支付專業照護，應鼓勵在醫院和社區為基礎的機構整合服務。當使用總額預作為對精神醫療給付方式，將減少對改善品質的誘因。現有健保支付標準，無法提供設置社區精神復健機構之足夠誘因，恐影響社區式服務之發展，有悖於世界衛生組織(WHO)建議發展以社區為基礎之精神健康照護之理念。健保對於精神病人社區照護之支付標準宜進行檢討，以鼓勵精神照護機構協助病人於社區生活。

3. 精神病人分級方式與連續性照護模式尚待改善

提升服務的品質與效率是未來落實精神疾病防治的首要方法之一，透過資源整合與規劃，精算照護成本與效益，然後移轉服務導向為心理健康促進、預防精神疾患及針對精神疾患的發生，越早發現與介入越好，以免精神疾病患者的病程慢性化，增加治療與照顧的負擔，最後處理層面擴大，而必須面對因心理衛生問題造成的廣大社會決定因子與後續影響。而提升服務的品質與效率須經由建立精神病人分級照護制度開始。

依據WHO (2009) 有關「提升精神衛生健康體系與服務」 (Improving Health Systems and Services for Mental Health) 之政策提及，有關WHO最佳化精神衛生照護模式 (The WHO model of optimal mental health care)(WHO, 2009)須針對各照護層級進行推廣 (如下圖)。而要達到世界衛

生組織「最佳化精神衛生照護模式」之目標，以現行體制而言，尚需將建立精神病人分級照護制度為推動重點，盤點資源及建立評估制度，以作為提升精神衛生健康體系及服務工作基礎。

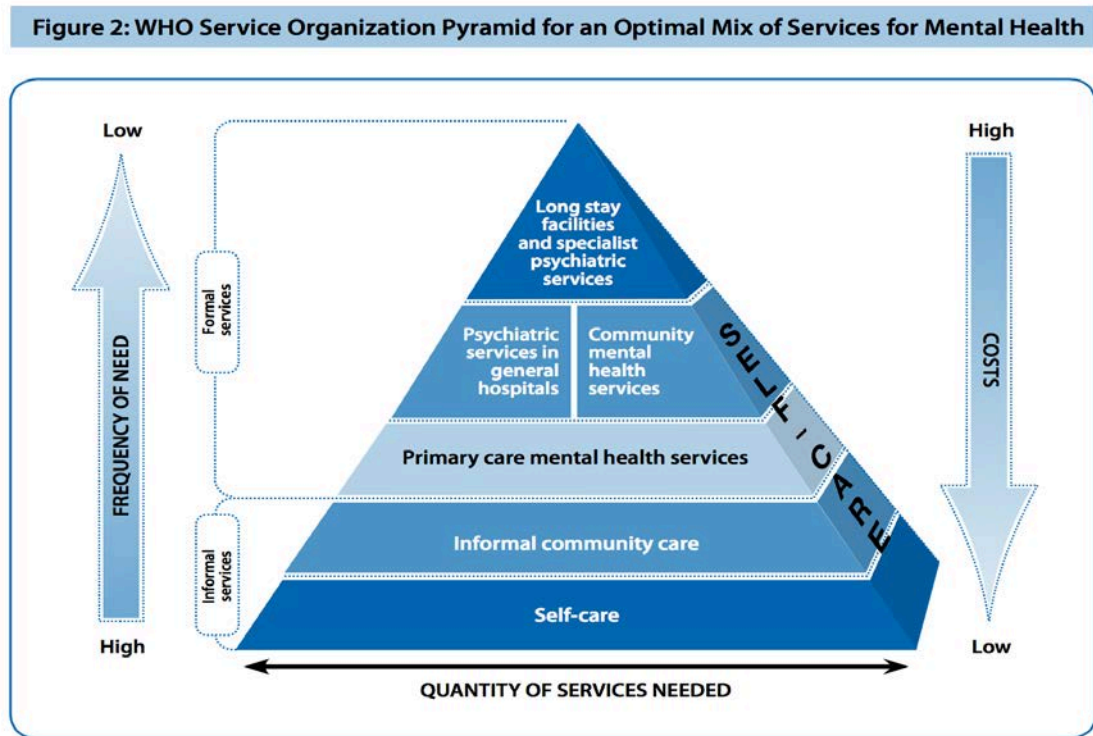


圖 1：世界衛生組織提出「精神健康服務最佳化組合」之服務組織
金字塔模型

4. 精神病人之社區居住與就學、就業服務需積極發展

針對精神病人返回社區後之社區照顧服務，應包含就學、就業及社區居住等。依據勞動部(2014年)「103年度身心障礙者勞動狀況調查性別統計分析」顯示，慢性精神患共計122,538人，占總身心障礙者人口數之10.7%。按身心障礙者勞動力參與率-依障礙類別統計，慢性精神障礙者勞動力參與率占總身障人口之18.3%，僅高於多重障礙者、聽覺機能障礙者、視覺障礙及重要器官失去功能等障礙者，這顯示精神障礙個案在身心障礙者就業參與情形是身障者中的弱勢族群。又參考國外精神病人之社區化照護，除了機構式照護之外，尚有社區家園、獨立公寓等設施。惟目前精神病人之社區居住之服務量，相對於

其他障礙類別個案，仍有極大之差距。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，涉機關及部會，亟需各部會之連結及轉銜，始可使精神病人於返回社區後獲得妥適之照顧。

5. 精神病人權益保障及去污名化仍待精進

污名絕非個人的問題，是社會建構而成的。此與存在社會裡對精神疾病的刻板印象與精神病人所經歷的歧視經驗有明顯相關。精神病人為弱勢團體誰最易受到歧視、社會排斥，拒絕，貧窮或孤立。不同類型的歧視皆導致生活受挫與不便。精神疾病之污名化為精神病人人權保障落實重要阻礙之一，去污名及倡議精神病人之權益保障，有其需求性與重要性。

(三) 在成癮防治部分

1. 毒品、物質成癮年輕化恐影響未來競爭力

近年來，國內毒品、藥物濫用的問題日益嚴重，濫用的年齡層也快速下降。新興毒品以各種型態充斥於市面，如咖啡包、糖果包裝，青少年容易被吸引，加上具有群聚性、流行性及便宜等特性，隨著新興藥物的推陳出新，兒童青少年藥物濫用以及毒品入侵校園的情形日益嚴重。毒品、藥物濫用不但戕害國人身心健康，影響正常生活，對毒品、藥物依賴性及耐受性，亦常導致非法犯罪行為的產生。在少子化的今天，毒品對於年輕國人的傷害，攸關國家未來的整體發展力，不可輕忽。

2. 物質濫用的範疇與毒品濫用之間仍存在認知差異

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。物質濫用是目前相當受到重視的公共健康議題，物質濫用範疇較廣泛，包括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第一至四級毒品。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、轉介出現認知差異，初級預防亦有推動上之困難。

3. 酒癮是不容忽略的預防醫學議題

世界衛生組織探討健康危險因子與疾病造成失能的關聯研究，採用傷殘調整生命年 (Disability-Adjusted Life Years, DALYs) 估算模組，統計分析後發現酒精是造成疾病失能重要的影響因素，在已開發國家中酒精是造成疾病失能的第三名，在開發國家中酒精造成疾病危害是排名第一的危險因子，顯見問題性飲酒行為對個人身心、家庭及社會影響甚鉅。

從過去到現在，酒精防治議題的研究仍明顯不足，導致政府政策擬定及健保規範對於酒癮者及問題性飲酒者缺乏科學認知，甚至健保規範對於酒精依賴及戒治是否納入健保存在與現實不相符合的策略擬定，以至於有酒癮問題者無法及時尋求醫療介入，國內除了專案引進戒酒發泡錠治療酒癮之外，醫療幾乎無可用之治療藥物，更缺乏整合性的防治方案。

4. 物質濫用將影響國人健康並增加醫療支出

各種毒品成癮，對於身體上的傷害皆不言而喻。藥癮問題引發直接或間接的身體、行為、或社會維安問題。多項研究顯示，毒癮個案其C型肝炎抗體陽性者高達88.6%，其他第二、三級毒使用下所產生危險性行為而產生之重大傳染疾病的發生率仍相當嚴重。

除了造成身體的危害，也會產生精神問題與社會維安，如服用Methylone會有興奮或煩躁不安、牙根緊咬、厭食、噁心且會產生幻覺、情緒易激動且具攻擊性等症狀，服用過量會導致死亡。然而，多重併發症讓成癮問題非常難以處理，此一課題對於整個國家人民健康相當重要，更是不容忽視。

5. 成癮物質濫用 / 成癮之治療模式發展及處遇效能尚待精進

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。對於其他第一至四級毒品及酒癮較欠缺多元化具成效的治療模式，積極發展多元治療與符合成癮特性族群(成年、青少年、婦女、受刑人)之處遇方案，提升相應之處遇人員素質，有其需要性及必要性。

6. 物質濫用個案再犯率高恐造成社區安全問題

2014年底在監總人數（57,633人）裡，與毒品相關的受刑人計有26,683人（約占46.3%）（法務通訊，2770期，2015）。以2000年戒治所出所毒品犯之再犯的分析，追蹤1年後已有超過五成再度涉及毒品相關案件而受司法偵查，就長期觀之，出監所5年後再犯者超過八成，說明毒癮者施用毒品的行為有「慢性化」與「持續化」的特徵。戒癮成功需要環境的營造，但成癮個案返回家庭、社區或學校後，常遭遇異樣的眼光與質疑。社區也常以消極方式面對相關議題，使宣導措施常無法達到預期效益，而防治網絡的資源與連結不完整，缺少專責機構、分工不明確、反毒資源不集中、專業人員人力資源不足及使用經費有限等問題，都是造成毒品再犯率無法有效下降的原因。

7. 需投入網路成癮防治

台灣上網人口約有六百萬，預估有三十萬人口達到網路成癮標準；美國心理學協會評估：全球 2 億上網人口，約有一千一百萬人有網路成癮症，佔上網人口57%左右；各國網路成癮的人數比例約在 6-17%之間。國內外文獻均指出，網路成癮的不良後果，包括可能衝擊社交倫理，造成認同危機、延遲發展、睡眠問題、網路犯罪、身心疾病及產能下降。而臨床上已不乏為過度使用網路所苦之案例，尤其是青少年，一旦無法上網即陷入焦躁、易怒、沮喪、心神不寧，但一上網又無法停止，甚至嚴重影響身心健康、人際關係及學業與生涯發展。故在3C產業快速發展的同時，也需要開始擬定網路成癮相關政策，推動預防和治療等配套措施。

（四）在特殊族群處遇部分

1. 家庭暴力防治仍著重在問題處理，而預防工作不足

家庭乃社會的基礎，家庭暴力不同於一般暴力行為，乃家庭互動關係發生問題，有其特殊性且成因複雜，惟目前均針對個人行為問題，直接以法律介入處理，而非以家庭為中心，關係重建為導向。其次，家庭關係之維繫有賴國民正確之家庭倫常及性別平等觀念，以及良好之家庭溝通能力，且應自幼逐漸養

成，因此家庭、學校及社會教育均扮演重要角色，惟國家尚未有促進家庭功能之整體積極政策。

2. 家庭暴力及性侵害被害人之驗傷採證品質尚待精進

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，致法院審理時，難僅依據有限證據資料，據以將加害人定罪。而各縣市衛生局每年對於家庭暴力、性侵害及兒少受虐被害人驗傷採證之責任醫院之督導考核結果顯示，驗傷採驗品質多有不佳之情況，包括：被害人驗傷採證設備不完備、被害人驗傷採證之診斷書完整度與品質不佳、性侵害被害人DNA採集品質不佳與在職訓練落實度不佳等。於第一時間以最佳且妥適之採證作業，採集加害人之生物跡證，以確保被害人司法權益，為重要的議題。

3. 相對人（加害人）再犯危險之跨域評估共識及處遇體系尚待強化

在家庭暴力相對人評估小組成員資格有三類，一是精神科專科醫師、二是心理師、三是社會工作人員、少年調查官、少年保護官或觀護人。而在性侵害領域的評估小組成員，除由直轄市、縣（市）政府性侵害防治中心醫療服務組組長擔任召集人外，成員由精神科專科醫師、心理師、社會工作師、觀護人、少年保護官及專家學者等組成。因此對於加害人的評估上，須倚賴衛政、社政、司法等跨領域之專業人員。這些人員應具備「評估小組」的鑑定訓練，溝通共用與跨專業的語言，並參酌研究的進展，形成準則性的共識，以達到有效能的再犯危險性、再犯嚴重性評估，並能協助提示加害人在社會適應之重點及界限，以防治家庭暴力或性侵害的再度發生。

4. 加害人處遇資料庫完整性不足，難以建立處遇實證基礎

過去有關性犯罪的研究多聚焦在探討性侵害加害人的再犯率（recidivism rate）問題，並作為性侵害加害人處遇（矯正及社區）成效的唯一指標，而並未深思影響性侵害加害者再犯（re-offence）的因素。然而實務工作者要能辨

識出與性犯罪有關的重要臨床現象，例如：性再犯問題和途徑、影響性犯行的危險因子、性犯行發生之潛在心理機制等，才有辦法透過風險評估、設計恰當的治療計畫以增進治療效果和降低性犯罪再犯的可能性。若考慮延伸到社區處遇的階段，更完整的考量各監督系統介入時，則可多加入「與監護系統配合程度」及「重要的社會影響力」等因子。然而目前的所建構的加害人處遇資料庫仍欠缺完整性，亟需落實資料之登錄，以及收集、分析處遇人員之評估與處遇內涵，始得有效修正處遇模式，提升再犯預防成效。

5. 家庭暴力及性侵害加害人之網絡整體處遇成效仍待加強

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，並且落實成效評估。

6. 醫事人員辨識兒虐的敏感度需要增進

到醫療院所尋求照護的受虐兒往往是最嚴重的一群，而醫事人員的敏感度與正確判辨是受虐兒生存的希望。然而，兒童虐待的情況經常是慢性的，極少數個案在首次就醫即能被正確辨識與診斷，延遲診斷與誤判仍時而可見，專業人員或因缺乏相關照護能力，或因怕惹麻煩，而害怕或排斥介入兒虐個案及其家庭亦時有所聞，因此，需要提升對專業人員的敏感度以及做出具體的鼓勵措施。

(五) 在心理健康基礎建設部分

1. 目前我國衛生醫療資源仍重治療，而輕預防

本部近5年於精神健康方面編列之預算數每年約新臺幣(以下同) 6.09 億元，平均每人精神健康預算計 26.51 元 (約 0.88 美元)，與世界衛生組織

(WHO)出版之「2011 精神健康地圖集(Mental Health ATLAS 2011)」指出，政府衛生預算用於精神健康上之比率，全球中位數為 2.8%；平均每人在精神健康預算支出之中位數為每年 1.63 美元，相較下我國僅及世界平均水準之半數，凸顯出本部在精神醫療方面之預算編列嚴重不足 (監察院糾正案文)，另本部相較於本部中央健康保險署用於精神醫療的約 260 億元，則預防面向的經費僅約 1%左右，顯示目前我國衛生醫療政策仍重治療，而輕預防，亟待檢討調整資源配置重點，加強提升國人精神健康，以節約未來可能更為龐大之醫療費用支出。

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。

成癮治療專業人員缺乏合宜之認證機制，依據第一期國民心理健康計畫，強化精進藥癮處遇人員項目，其中雖有辦理成癮醫療人力訓練課程，但實質效益差異大，未能真正培訓理論與實務兼具之成癮治療專業人才；成癮心理社會治療之提供，未具有一完整訓練學程，且未能確認協助者謹守心理治療處遇倫理之規範，以確保治療結構、成效並保護成癮個案之權益。

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整合

目前心理衛生相關系統，衛生福利部包括：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，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。

4. 心理健康政策缺乏跨域之實證基礎

為勾勒各項心理健康促進、精神疾病防治、成癮防治或家庭暴力與性侵害防治議題圖像，需仰賴各項流行病學調查，亦須透過跨部門、跨服務領域之資料庫串聯，進行巨量資料分析，始得掌握心理健康問題全貌，建立實證基礎，進而發展有效之預防、治療與復健策略。惟現行多以單一議題進行小規模研究調查，不但難以掌握心理健康核心問題及全貌，亦難擬定全面性三段預防策略，對於施政成效有限。

四、社會參與及政策溝通情形

(一) 成立中央相關心理健康諮議會提供政策建議管道

依據精神衛生法規定，成立「精神疾病防治諮議會」，邀集精神衛生專業人員、法律專家、病情穩定之精神病人、精神病人家屬或病人權益促進團體代表等，辦理民眾心理健康政策、精神疾病防治制度、精神照護資源規劃、研究發展、特殊治療及病人就醫權益保障之諮詢事項。自精神衛生法 2008 年修正施行，每年均定期召開，討論各項精神疾病防治政策。另依業務所需並成立「心理健康促進諮議會」、「成癮防治諮議會」等，亦廣邀學者專家、本部及相關部會代表，就政策建議及諮詢事項。

(二) 針對特定議題召開中央層級專家諮詢會議及政策溝通會議

為廣納各界意見，針對各項心理健康議題，積極邀集專家學者、民間團體與地方政府等，召開各項諮詢會議或政策溝通會議，包括部長與民間團體座談會(102.9.4)、心理健康網規劃會議(102.8~102.10 共計 6 次)、預防矯正機關收容人發生酒精戒斷症狀會議(102.8.15)、提升矯正機關精神科服務品質研商會議(102.10.18)、心理健康研究討論會(102.11.25)、推動家庭教育與婚姻諮商服務策略會議(102.12.3)、推動學校心理健康促進諮詢會議(103.1.23)、藥、酒癮防治相關政策研商會議(103.2.24)、擴大監所美沙冬替代治療可行性專案會議

(103.3.6)、國民心理健康調查會議(103.5.12)、因應北捷事件之研商心理健康緊急應變機制會議(103.5.27)、推動不同生命週期心理健康議題討論會(103.6.13)、研商重大犯罪特殊個案犯罪心理成因研究案規劃會議(103.6.25)、強化與教育單位合作推動校園學生心理輔導機制工作會議(103.9.9)、研商替代治療跨區給藥服務會議(103.10.13)、研商推動孕產期婦女心理健康促進會議(104.4.1)、充實地方毒品防制經費可行方案研商會議(104.4.13)、研商勞工心理健康服務轉介平台會議(104.7.1)、緩起訴附命戒癮治療之醫療、法務、衛生行政聯合工作坊(104.10.26)、建立毒品危害防制中心督導制度、個案管理人員專業背景及知能研商會議(104.12.01)、充實酒癮治療及處遇服務量能研商會議(105.1.25)、台灣心理健康 E 化服務座談會(105.2.3)、研商孕產婦身心健康共同照護會議(105.6.2)、研商強化防範社會高風險族群隨機殺人事件策進作為跨部會工作小組會議(105.6.4)、原住民心理健康促進諮詢會議(105.6.7)等，以凝聚共識，共策國心理健康政策與精進服務方案。

(三) 法律規範明定民間機關、團體代表參與精神病人保護事宜

為維護精神病人權益，依據精神衛生法規定，針對審查強制住院及強制社區治療申請案件，成立第三者審查機制，聘任精神醫療專業人員、病人權益促進團體、法律專家等擔任精神疾病強制鑑定、強制社區治療審查會成員，透過第三方公正人士之參與審查，減少不當之精神病人強制治療案件，確保病人權益。另鼓勵民間公益團體向本部申請認可為精神病人權益促進之公益團體，倡議及維護精神病人權益，並就精神病人之緊急安置、強制住院及強制社區治療等進行個案監督與查核，協助病人向法院聲請司法救濟。

(四) 召開中央與地方之共識營、座談會、公聽會等汲取各界想法

透過各類型共識營、座談會及公聽會，就心理健康促進、精神病人權益保障、藥、酒及網路成癮治療與處遇，家庭暴力與性侵害防治等議題，多方汲取產、官、學界，甚至是罹患疾病個案或病人家屬團體之想法，進行跨域之意見交流與溝通，鼓勵民間及社會企業參與政府心理健康政策之規劃及推廣。

(五) 支持民間推動「精神分裂症」更名運動

為了有效的將精神疾病去污名化，衛生福利部偕同民間精神醫療專業學、協會及精神病人權益促進團體，共同倡議及推動精神疾病去污名活動，並致力於推動 Schizophrenia(精神分裂症)之中文譯名更正行動。經過多年努力後，終於在 2014 年由衛生福利部正式公告，將 Schizophrenia 中文譯名由「精神分裂症」更名為「思覺失調症」，國內的教科書、醫院的疾病診斷別、各醫療機構之醫令、病歷資訊系統及健康保險之資訊管理系統等均一致更名，以降低對精神疾病的污名，鼓勵病人及早就醫。

(六) 專家、學者、縣市代表充分參與中長程個案計畫規劃歷程

本計畫內容前委託專業學會台灣精神醫學會協助規劃，並召集相關學者專家、民間團體、相關部會共同參與，辦理教育訓練及規劃共識會議 1 場次、8 場次各分支計畫專家會議，2 場次跨部會跨司署共識會，出席人次達 300 人次，以充分溝通協調，期能以宏觀之視野，延續前期計畫外，訂定下一期推動國民心理健康之政策、目標、策略、措施及短、中、長程之行動計畫等，以利未來 5 年檢視評量與落實施行。

我國目前心理健康相關政策規劃及業務推動之執掌機關主要為本部心理及口腔健康司，其下心理健康業務計有4個科，分別負責心理健康促進(含自殺防治、災難心理衛生)、精神醫療、成癮防治、家暴性侵害防治(含兒虐)，每科人力除科長外，僅有2-4名正式人力，但心理健康業務涵蓋範圍甚廣，且心理健康照護對象涵蓋全人口群，各項相關工作分屬本部不同司、署及行政院相關部會所管，跨單位及跨機關之間之協調與整合並不容易。未來期望行政院能恢復跨部會平台機制，針對各部會服務之目標族群，針對國民之各類心理健康議題，釐清服務方案之標的團體或利害關係人，並根據不同利害關係人(如不同類別之服務對象、照顧者、全體國民及行政人員等)，訂定主、客觀指標，定期測量，以充分進行政策溝通，去除施政讓民眾無感之批評。

貳、計畫目標

總目標：擘劃全人、全程、全方位之心理健康、提升民眾幸福正向能量。

一、目標說明

為全面提升國人心理健康，規劃辦理「國民心理健康第二期計畫」(2013-2016 年)，依公共衛生三段預防之概念，持續朝向擘劃全人(兼顧生理及心理健康)、全程(含括不同生命週期)以及全方位(普及全人口、高風險個案早期發現早期介入、降低精神疾病限制支持於社區生活等)之心理健康政策及行動方案，以涵蓋推展心理健康促進、優化精神疾病照護、發展成癮防治服務、推動特殊族群處遇及強化心理健康基礎建設等五大面向。

(一) 總目標之說明：

- 1、全人：指兼顧生理及心理健康。
- 2、全程：涵蓋各生命週期，從出生、嬰幼兒、青少年、中壯年、老年到臨終等不同之生命階段，並配合不同生命階段的場域(如學校、職場等)，均有契合各階段需求之心理健康方案。
- 3、全方位：從對全人口之初級、普及性預防，到對易感性之高風險族群早期發現、早期治療之二級、選擇性預防，到即使罹患心理或其他疾病，仍有照顧其心理需求，降低疾病障礙限制，支持於社區獨立生活之三級、指標性預防。

(二) 分 5 大目標進行規劃：

- 1、推展全人、全程及全方位之心理健康促進。
- 2、提供深化、優化及社區化之精神疾病照護。
- 3、發展可近、多元及有效之成癮防治服務。
- 4、推動分級、跨領域及無縫銜接之加害人處遇。
- 5、建構整合、運用科技及具實證基礎之心理健康建設。

二、達成目標之限制

(一) 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) 推動須結合民間及公部門之相關資源共同參與

心理健康促進、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，呈現供不應求之情形，在心理健康專業人力之養成與培訓，有待未來之發展，有關設施設備之充實，惟均無法在短期內一次到位，有賴中央政府輔導直轄市、縣（市）政府逐年編列經費，並視需要補助縣市政府落實執行，並結合民間與公部門之資源共同參與，才能循序推動。

(三) 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，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，並符合世界衛生組織積極推動健康融入所有政策中之世界趨勢。

三、績效指標、衡量標準及目標值

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 2015年	2017 年	2018 年	2019 年	2020 年	2021 年
一、推展 全人、全 程及全方 位之心理 健康促進	(一)強化心理 健康傳播，增 進國人心理健 康識能	辦理心理健康 教育宣導場次 (衛福部)	辦 理 教 育 訓 練 場 次 (場)	400	450	500	550	600	650
	(二)規劃推動 兼顧身、心健 康及涵蓋各生 命週期之心理 健康服務方案	1.落實推動員工 協助方案(行 政院人事行政 總處)	行 政 院 所 屬 及 地 方 主 管 機 關 人 事 機 構 訂 定 員 工 協 助 方 案 實 施 計 畫 機 關 百 分 比 (%)	72.5	80	85	90	95	98
		2.透過勞工健康 服務中心與網 絡提供臨廠健 康服務，協助 事業單位規劃 辦理勞工身心 健康促進事宜 (勞動部)	累 計 辦 理 事 業 單 位 臨 廠 健 康 服 務 場 次(場)	20	40	60	80	100	120
		3.提升職場心理 健康促進知能 --辦理「員工 協助方案」及 「工作生活平 衡」教育訓練 暨企業觀摩會 (勞動部)	每 年 培 訓 人 次 (人次)	1,696	1,700	1,700	1,700	1,700	1,700
	(三)推展符合	1.老朋友專線	專 線 全	11,419	12,000	12,500	13,000	13,500	14,000

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 2015 年	2017 年	2018 年	2019 年	2020 年	2021 年
	全民、心理疾病高風險個案及特定族群需求之全方位心理健康服務方案	(0800-228-585) 電話諮詢及問安服務於 110 年達 1 萬 4,000 人次(衛福部社家署)	年度電話諮詢及問安服務人次 (人次)						
		2.辦理原民自殺防治守門人宣導活動(原民會)	每年辦理宣導活動場次(場)	18	22	24	26	28	30
		3.推動校園自我傷害三級預防工作計畫--各級學校學生自殺死亡人數低於 98 年之 83 人(教育部)	各級學校學生自殺死亡人數 (人)	67	70	70	70	70	70
		4.降低自殺死亡率 (衛福部)	自殺標準化死亡率(自殺死亡人數 ÷ 期中人口數)×10 0,000 , 並依 WHO 編置之西元 2000 年世界標準人口年齡結構調整計算	12.1 (2015)	11.4	11.2	11.0	10.8	10.6

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 2015年	2017 年	2018 年	2019 年	2020 年	2021 年
	(四)整合心理服務資源及強化推動心理健康網絡，提升心理健康服務效能	1.各縣(市)架構心理健康服務資源網絡(衛福部)	轄區有可提供心理健康促進諮詢服務機構之縣市數(個)	13	15	16	18	19	20
		2.及早發現榮家住民憂鬱情緒(退輔會)	每年精神評量及自殺防治篩檢人次(人次)	20,007	20,000	20,500	21,000	21,500	22,000
二、提供 深化、優化及社區化之精神 疾病照護	(一)均衡精神照護資源與強化服務網絡，深化精神疾病照護識能	建置精神疾病早期治療模式之縣市數(衛福部)	縣市數(個)	0	試辦	5	10	15	20
	(二)強化精神病人緊急處置、強制治療及社區照護服務，並落實社區精神病人管理及追蹤關懷	訂定各類精神照護機構之收(結)案標準(衛福部)	累計完成率(%)	0	20	40	60	80	100
	(三)發展多元化及社區化之精神病人照護模式，連結居住及就業服務資源，支持病人於社區生活	1.協助精神障礙者多元就業(勞動部)	協助多元就業之精神病人數(人)	926	900	900	950	950	1,000
		2.推動社會住宅【依住宅法規定，社會住宅應提供至少百分之十以上比	當年度核定補助社會住宅戶數(戶)	1,721	1,300	800	800	800	800

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 2015年	2017 年	2018 年	2019 年	2020 年	2021 年
		率出租與具特殊情形或身分者(包含精障者)】(內政部營建署)							
		3.辦理檢討急性、慢性精神病床及精神社區復健支付標準之專家諮詢及醫界溝通會議，視會議共識結果及總額協商預算，研修支付標準(衛福部健保署)	每年諮詢及溝通會議次數(場)	0	2	2	2	2	2
	(四)推動精神疾病去污名化，促進精神病人權益保障，增加社會大眾接受度	倡議精神病人人權，與民間精神衛生團體辦理宣導活動之縣市涵蓋率達100%(衛福部)	辦理宣導活動之縣市涵蓋率(%)	50	60	70	80	90	100
三、發展可近、多元及有效之成癮防治服務	(一)倡議藥、酒癮疾病概念，提升成癮防治意識	辦理跨網絡藥、酒癮相關議題教育訓練或研討會(衛福部)	累計教育訓練或研討會辦理場次(場)	1	5	10	15	20	25
	(二)強化成癮防治服務網絡與處遇服務管理機制	提供跨區替代治療給藥點(衛福部)	給藥點累計數	0	5	10	15	20	25
	(三)發展多元藥酒癮治療與處遇模式，提	本島各縣市可提供多元服務模式(如社區門	可提供多元戒癮處遇	0	4	8	12	16	19

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 2015 年	2017 年	2018 年	2019 年	2020 年	2021 年
	升服務品質與成效	診、心理治療所、中途之家、治療性社區等)之縣市數(衛福部)	服務模式之縣市數(個)						
	(四)強化臨床與學術研究，建立成癮防治政策之實證基礎	1.辦理成癮相關實證研究(衛福部)	累積委託辦理成癮流病或實證研究數(案)	0	1	2	3	4	5
		2.提供藥、酒癮防治之臨床調查及發展治療模式研究供衛福部政策執行參採(國衛院)	累計提供研究成果報告數(個)	0	1	2	3	4	5
四、推動分級、跨領域及無縫銜接之加害人處遇	(一)提升醫事人員責任通報敏感度及危險評估知能，完善被害人驗傷採證及身心治療服務	縣市政府建置兒少保護整合中心(衛福部)	縣市數(個)	1	2	3	4	5	6
	(二)整合婦幼保護案件加害人服務體系及強化處遇網絡，落實處遇無縫銜接	性侵害受刑人出監後無縫銜接社區處遇比率達 100%(法務部矯正署)	轉銜社區人數/實際出監人數*100%	100	100	100	100	100	100
	(三)充實婦幼保護案件相對人、加害人處遇資源及處遇服務，強化再犯預防	1.辦理家庭暴力相對人服務方案縣市數(衛福部)	縣市數(個)	6	10	12	15	17	20
		2.加強中高再犯性侵害加害人	服刑期滿中高	50	55	60	60	65	70

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 2015年	2017 年	2018 年	2019 年	2020 年	2021 年
		出監後社區監控 (衛福部)	再犯性侵害加害人出監後 2 週內執行社區處遇比率(%)						
	(四)研發本土化加害人處遇模式，培植處遇人員專業	進行處遇模式及評估工具之相關研究(衛福部)	累計辦理委託研究數(案)	0	1	2	3	4	5
		提升處遇執行人員專業(衛福部)	處遇執行人員執行處遇年資滿 3 年比率(%)	50	55	60	60	65	70
五、建構整合、運用科技及具實證基礎之心理健康建設	(一)結合雲端科技，建立健康管理平台，提升心理健康服務利用率	完成開發智慧型心理健康管理工具(衛福部)	累計開發數(個)	0	1	2	3	4	5
	(二)跨域整合心理健康資料庫，運用科技強化資料分析，進行服務方案成效評估，建立政策實證基礎	1.完成心理健康議題之大數據分析(衛福部)	累積完成案數(個)	0	1	2	3	4	5
		2.進行心理健康服務成效評估(衛福部)	累計評估案數(案)	0	1	2	3	4	5
	(三)厚植心理健康專業知能，發展認證機制，提升心理健康服務量	提升成癮治療專業人力(衛福部)	累計成癮治療專業人員培訓人數	1,849	1,950	2,050	2,150	2,250	2,350

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 2015年	2017 年	2018 年	2019 年	2020 年	2021 年
	能		(人)						
	(四)推動國際 合作，拓展國 際參與，學習 他國成功經 驗，增加國際 能見度	參加或辦理與 心理健康議題 相關之國際研 討會場次(衛福 部)	累計場 次(場)	1	2	3	4	5	6

參、現行相關政策及方案之檢討

有關國民心理健康促進計畫(以下稱第一期計畫)，期程 2013 年至 2016 年，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「促進全民心理健康」、「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」等五大面向，重要執行情形及檢討臚列於下，包含第一期計畫成效、第一期計畫未盡完善且需廣續推動之事項：

一、促進全民心理健康

(一) 成立本部心理健康促進諮議會及召開專家及跨部門分工合作會議：

為促進國人心理健康，提升民眾幸福感，成立本部心理健康促進諮議會，針對兒少心理健康保護機制、學幼童及校園心理健康促進、全民心理健康促進、心理健康篩檢機制及災難心理衛生等相關心理健康議題，進行跨司署討論，以整合本部各司、署執行心理健康促進業務之督導、協調事項。另為廣納各界意見，針對各項心理健康議題，召開專家學者諮詢會議，以提供政策建言及凝聚共識，共策我國心理健康促進策略與服務方案。為吸取專家學者學術及實務經驗並重視政策溝通，本項未來將持續辦理。

(二) 強化推動兒童、青少年、一般民眾及老人心理健康促進之共識及知能：

已辦理「推動心理健康促進行動教育訓練」、「推動心理健康網試辦計畫成果發表會」及「心理健康促進方案設計、評估與行銷教育訓練」等活動，以提升服務品質及業務成效。並完成規劃並辦理「心理健康促進媒體宣導」、「心理健康促進計畫」、「心理健康網計畫」等 3 案心理健康促進服務方案，推動場域涵蓋家庭、學校、職場及媒體，服務對象包括：兒童、青少年、一般民眾及老人等，倡導心理健康概念，提高社會大眾對心理健康問題之體認。為考量其辦理對象之涵蓋性仍有不足，一般民眾心理健康識能仍需持續加強，本項未來將持續辦理，每年訂定辦理主軸，以持續強化心理健康促進相關知能。

(三) 推動心理健康網計畫：

2013 年起規劃推動「心理健康網計畫」，截至 2015 年全國共計 22 縣市參與，重點工作包括：(1)召開相關推動小組及網絡成員聯繫會議，強化在各縣市建立初級預防工作網絡。(2)促請各縣市完成心理健康服務網絡地圖及各類衛教資源之建置等。(3)規劃心理健康促進亮點計畫，為針對孕產婦、嬰幼兒及青少年為對象，設計各種主題活動，以提升孕產婦、嬰幼兒及青少年心理健，朝向提供可及性、可近性之區域心理健康服務網絡，落實推動心理健康促進初級預防工作，讓民眾瞭解、看見並重視心理健康，以達到「促進全民心理健康、提升民眾幸福感」之願景。考量心理健康促進之主題及成效，尚難定義，本案將持續推動及檢討修正，釐清角色及運作機制，並符合資源現況及民眾需求。

(四) 強化社會大眾心理健康促進：

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。另結合民間資源共同參與，促進心理健康概念的發展、整合實務和行動，2013 年共計補助 10 個民間團體辦理心理健康促進與自殺防治工作計畫。2014 年推動「心理健康促進計畫」，共計補助 21 個機構團體，針對校園、婚前教育、職場、原住民部落、長期照顧者、社區及大眾媒體等場域，辦理心理健康促進計畫，提高社會大眾對心理健康問題之體認。為培植民間團體共同推動心理健康促進，本項計畫將廣續辦理。

(五) 加強開發特殊族群心理健康促進之衛生教育資源：

2013 年至 2015 年編印心理健康文宣品累計達 8 份，並透過各種媒體及政府機關管道進行宣導。另為提升國內心理健康教育資源的多元化，已逐步針對不同年齡、族群、場域推動心理健康促進所需的衛生教育資源開發，目前開發衛教資源包括有：嬰幼兒、國中小學學生、學校教師及慢性、重病或罕見疾病暨家屬之心理衛生教育資源。考量衛教資源為重要初級預防之推廣方式，本項將廣續辦理。

(六) 推動孕產婦女心理健康促進工作：

包括(1)召開研商孕產婦女心理健康促進工作會議。(2)開發孕產婦女心理健康衛生教育資源。(3)召開研商孕產婦身心健康共同照護會議。(4)製作孕產婦心理健康衛教課程影片。(5)委請地方政府衛生局辦理孕產婦心理健康促進活動。考量本項工作因應少子化，及現代產婦面臨家庭、工作等多重壓力，孕產期心理健康極為重要，如何透過既有服務管道，融入心理健康促進及高風險群介入，以有效達成推動孕產婦心理健康促進之目標，是未來廣續推動孕產婦身心共同照護服務重要工作方向。

(七) 推動老人心理健康服務計畫：

配合本部推動健康老化政策，已設計老人心理健康促進教案、及編製推廣單張及手冊等；並每年責成縣市政府衛生局深入社區活動及結合社區關懷據點等提供社區老人心理健康促進活動及憂鬱篩檢，提供篩檢後轉介服務，並完成全國 22 個縣市衛政服務人員教育訓練。另為促進老人國民心理健康，建立正向心理健康監測指標，觀察民眾心理健康行為與健康狀況變化趨勢。本計畫已發展符合文化特性之老人心理健康調查量表，後續將持續進行訪問調查及建立心理健康資料庫等工作，做為規劃與評價各種心理健康促進介入計畫之參考依據；並將培訓社區福利服務網絡人員，強化心理健康識能，推動老人心理健康促進活動，增加心理彈性及復原力，強化老人心理健康。

(八) 辦理「心理健康促進政策白皮書編撰計畫」：

以心理健康促進為核心議題，內容涵蓋「嬰幼、兒少、青年」、「中壯年」、「老年」、「原住民」、「身心障礙者」、「照顧者」、「心理健康促進與媒體」等主題，以宏觀之視野，發展心理健康促進政策願景，研訂心理健康促進短、中、長程 10 年行動計畫 (2016 年 - 2025 年)。本案匯集多位包括醫療、心理、社會福利、公共衛生、衛生教育等相關領域專家，架構國家心理健康促進政策長程發展與建設方向，依據上揭 7 個面向內容從「個人」、「家庭/家族」、「學校/機構/組織」、「社群/社區/地域」、「社會/文化/信仰」與、「國家/政策」等次面項，規劃其衛教宣導、教育訓練及實施方案，本計畫之內容如何落實，未來將於規劃該主題時，列為政策參考。

(九) 已建立災後心理重建機制：

近年已針對越南排華暴動、澎湖空難、高雄氣爆、隨機殺人等事件，持續辦理災難心理衛生相關服務，並針對八仙樂園塵暴事件 484 名傷患及 15 位往生者家屬，依據一人一案長期陪伴計畫之規劃，於傷患住院期間由院內精神醫療團隊提供心理關懷，出院後之傷患，視需要由衛生局提供關懷訪視或指派心理師提供心理諮商或心理治療。另補助本部草屯療養院增修「災難心理衛生教材手冊」並辦理種子教師教育訓練，共計培訓 254 名種子教師。有關災後心理重建工作，將持續培訓人力，定期檢討修正服務機制，並增加民眾因應非預期性危機或失落事件，以因應面對不同型態災難發生。

(十) 推動自殺防治策略：

設置全國自殺防治中心，作為全國自殺防治工作平台，辦理自殺防治之統計分析、實證研究、人員教育訓練規劃、研擬防治策略及召開聯繫會議，並按月統計、分析自殺通報資料並依通報單位、性別及年齡層別、自殺方式、自殺原因、個案關懷及處遇計畫進行分析，定期製作自殺防治通報關懷月報表、季報表及年報表，提供各縣市政府參考；輔導訪查自殺死亡率較高之縣市並檢討分析自殺防治成效；強化自殺工具防治措施，持續推動請木炭進口商及業者於木炭包裝印製警語及求助電話外，推動賣場採非開放式陳列方式販賣木炭，以避免容易取得，並針對農藥自殺死亡率高所使用的巴拉刈，協調農委會，加強劇毒農藥管理、研訂禁用期程及發放農藥儲藏箱等措施。

就長期趨勢觀察，自殺標準化死亡率自 2006 年之近年高點迄 2015 年已下降近 28%，自 2010 年起至 2015 年自殺已維持 6 年退出國人 10 大主要死因，惟自殺標準化死亡率 2013 年至 2015 年分別為每 10 萬人口 12.0、11.8、12.1，持續下降又稍有上升情形，應該密切注意，故。近十年來，國人前五大自殺死亡方法依序為上吊、燒炭、農藥、墜樓、以及溺水。其中占率近三成之上吊與占率超過兩成之燒炭，過去 10 年持續下降。相較占率較高之上吊與燒炭，占率不到一成以劇毒農藥為主固體液體自殺以及墜樓自殺兩種死因，在過去 10 年趨勢未下降且有微幅上升趨勢。持續推動劇毒農藥及墜樓相關防治工作，是未來多層面防治工作架構下施政重點之一。

(十一) 提供 24 小時免費心理諮詢服務：

委託台北生命線承辦安心專線電話 0800-788-995，提供民眾 24 小時免費心理諮詢服務，每年服務量約 7 萬餘人次，篩檢出有自殺意念之電話通數約為 16.5%，每年可及時阻止自殺個案 500 餘名。本項為目前全國性且免費之心理諮詢及自殺救援服務，考量每年能及時阻止及處理自殺企圖個案，足具效益，本項計畫未來仍將持續辦理。

(十二) 提供自殺未遂個案關懷訪視服務：

補助各縣市衛生局聘請自殺關懷訪視員提供關懷訪視服務，提供社區高危險群、自殺企圖者之個案管理、轉介及危機處理等服務，以 2015 年為例通報量共計 2 萬 7,908 人次，關懷訪視服務達 18 萬 6,766 人次。本項服務為自殺防治指標性策略，係屬自殺防治重要三大策略之一，依據全國自殺防治中心採用 2006 年至 2008 年之資料統計結果，再企圖自殺率，有接受過關懷訪視者較未接受過關懷訪視者減少 32.3%；比較兩者三年內的再自殺死亡率，有接受過關懷訪視者較未接受過關懷訪視者降低 48.2%，足見推動本項防治工作具成效。考量目前自殺仍為重要防治主軸，本項計畫未來仍將持續辦理。

二、落實精神疾病防治與照護服務

(一) 規劃發展精神病人長期照護服務體系：

委託辦理「精神病人長期照護資源盤點及需求調查計畫」，已完成精神病人長期照護資源盤點並利用「國民長期照護需要調查」資料及經建會 2015-2026 年之人口推估，初步推估 2015-2026 年之全國具長照需求之精神病人數量(2015 年至 2021 年：115.09 千人；2022 年至 2026 年：118.99 千人。針對精神病人長期照護現有資源之整合與管理機制提出具體建議，並釐清各類照護機構之收住及結案條件。

(二) 持續檢討及均衡精神病人照護資源：

為均衡精神照護資源，持續召開精神疾病防治諮議會。另為積極檢討精神照護資源配置及機構服務功能，持續召開跨機關(構)整合會議，盤點全國精神科急、慢性病床數及分布情形，修正公告醫院設立及擴充許可辦法，下修精神病床資源管制上限。完成設置精神復健機構縣市數達 18 個縣市。另研請健保署針

對超長慢性住院加強審查。

(三) 落實社區精神病人管理及追蹤關懷：

補助各縣市衛生局聘請社區關懷訪視員提供精神病人在家訪視關懷，全國共補助 96 名，2015 年追蹤人數 14 萬 2,416 人，訪視次數 69 萬 9,815 人次。目前每年社區精神病人平均訪視次數達 4.15 次，面訪病人本人面訪率達 35%。

(四) 落實精神醫療照護服務品質：

辦理精神醫療網區域輔導計畫，並持續精進精神醫療照護機構評鑑制度及落實監測精神照護服務品質，完成精神照護機構實地評鑑及不定時追蹤輔導作業。

(五) 強制住院或強制社區治療：

針對有自傷 / 傷人行為及有傷害之虞精神病人辦理強制住院或強制社區治療，2015 年共審理 747 件，許可率 95.4%；其中強制住院案件 678 件，許可率為 93.7%；強制社區治療案件 69 件，許可率為 97.1%。

(六) 配合提審法修正，研提相關策略：

為配合提審法施行，委託台灣精神醫學會每年賡續於中部、南部及北部辦理三場「提審法及案例分享會暨指定專科醫師說明會」，對各縣市政府衛生局及指定精神醫療機構針對精神病人強制住院適用提審法規定進行說明。

(七) 進行兒童及青少年早期評估機制：

(1)2014 年已完成初步兒童青少年精神疾病之流行病學調查委託科技研究計畫規劃報告，2015 年業經主計處核定該計畫之問卷調查，進行實地調查，並將調查資料建檔分析，撰寫報告。(2)召開建立自閉症早期篩檢評估量表討論會，研商發展篩檢量表及試辦篩檢事宜，以建立早期評估機制。

(八) 試辦「心智障礙者精神醫療服務品質改善計畫」：

1.推動「心智障礙者精神醫療服務品質改善計畫」，規劃建立身心障礙機構、學校與精神醫療機構轉介機制及提供外展性服務。2.本計畫共補助 5 家醫院，辦理內容包括建置 18 歲以下心智障礙者精神醫療特別門診、建置 18 歲以下心智障礙者精神醫療轉介服務網絡，並成立 1 家管理協調中心，以建立心智障礙

者精神醫療服務品質指標並發展指標監測機制。

(九) 辦理「改善國人失眠問題與提升睡眠品質方案」：

補助台灣睡眠醫學學會辦理「睡眠健康推廣企劃」，已完成 4 個主題的睡眠衛教單張、2 個主題的睡眠衛教手冊、睡眠衛教短片一支、及針對臨床專業人員編制失眠與睡眠呼吸問題臨床指引手冊，期提升專業人員及一般民眾對於睡眠健康之認知。

(十) 鼓勵民間團體參與精神病人社區照顧事務：

為強化精神病人社區照顧、支持及復健等服務，特依據「精神衛生機構團體獎勵辦法」規定，獎勵精神衛生相關機構、團體從事病人多元化社區照顧、支持及復健等服務，以協助精神病人恢復健康、回歸社區。

(十一) 完成推動 Schizophrenia 中文譯名更名活動：

於 2014 年已公告「Schizophrenia」中文譯名由「精神分裂症」更正為「思覺失調症」，並函文各相關部門、各縣市政府、學(協)會及媒體協助宣導，並持續辦理精神病人去污名活動。

(十二) 編印 23 冊心理衛生專輯衛教手冊：

為協助非精神科專業工作同仁、精神疾病病人及家屬、社會大眾等對精神疾病有正確認知及觀念，已於 2015 年完成編印心理衛生專輯宣導手冊，提供各界參考。

三、強化成癮防治服務

(一) 召開成癮防治諮詢會議：

定期針對各項成癮治療政策、服務方案、人員培訓制度及成癮治療相關法規等面向進行研議，以精進戒癮服務措施。

(二) 提供鴉片類藥癮病人藥癮戒治醫療服務：

補助鴉片類藥癮者替代治療費用，2015 年 12 月止，指定藥癮戒治醫院 162 家，替代治療執行機構 162 家，累計治療人數已由 2005 年底之 1 萬 4,131 人，增至 2015 年之 4 萬 1,762 人，目前每日接受替代治療人數約 8 千餘人。實施替代治療亦使經由靜脈注射感染愛滋病之人數由 2005 年之 2,420 人，降至 2015 年之 82 人。替代治療個案留置率至 58.3%。

(三) 提供非鴉片類藥癮病人藥癮戒治醫療服務：

2015 年擴大辦理「非鴉片類藥癮者戒癮治療費用補助計畫」，計有宜蘭縣（羅東博愛）等 12 家醫院（6 縣市）承作，並將每位藥癮者每年得補助上限調高至 2 萬 5,000 元，降低藥癮者就醫之經濟障礙。此外，更結合各級學校，針對具有藥物濫用在學生，提供入校諮詢輔導之藥癮治療服務，以期早期發現早期治療，2015 年度服務計 441 人次。

(四) 實施「酒癮戒治處遇服務方案」：

針對法院裁定戒癮治療之家庭暴力加害人、兒少保護案件之酒癮家庭成員及自行求助之酒癮個案，提供酒癮戒治醫療服務，2015 年計有 1,193 人受益，初診治療 103 人次、住院治療 1,907 人日、門診治療 2,297 人次、個別心理處遇 1,837 人次、團體心理處遇 465 人、525 團次及夫妻(或家族)治療 252 次。

(五) 完成「酒精使用者處置參考手冊」：

已委託本部桃園療養院草擬「酒精使用者處置參考手冊」，希能提供醫事人員飲酒問題及酒癮者臨床處置建議，建立相關轉介會診機制，並提供非醫事人員辨識飲酒問題個案之原則，俾能針對有飲酒問題之個案提供適時轉介，早期介入。

(六) 已建立「施用第三、四級毒品者社區治療復健服務」指引：

自 2014 年 8 月至 2015 年底，補助本部草屯療養院辦理「建構第三、四級毒品施用者社區治療復健模式」計畫，提供藥癮者心理諮商、職業技能訓練課程等服務，藉由社區環境及同儕支持等保護因子，穩固藥癮者戒毒決心，以期降低復發機率，順利復歸社會，並可作為司法、社政、藥癮戒治民間機構轉介個案之平台。已完成訂定「施用第三、四級毒品者社區治療復健服務」指引，可供其他醫院複製本模式之參考，以擴大藥癮戒治服務量能。

(七) 爭取公益彩券回饋金挹注藥癮、酒癮者之復健服務：

已獲財政部同意於 2015 年 4 月 8 日以台財庫字第 10403647830 號函頒修正「公益彩券回饋金運用及管理作業要點」，將藥癮、酒癮納入公彩回饋金服務項目;2015 年 4 月函請各地方政府將藥物濫用防制與酒癮防制服務納入公彩盈餘基金分配用途;為鼓勵各縣市政府申請公彩盈餘經費，運用於藥物濫用防制與

酒癮防制服務，已將該指標已列為 2017 年度縣(市)毒品危害防制中心視導考評項目。

(八) 完成「毒防中心業務、人力及薪資規劃」案：

調查各縣市毒品危害中心個管員實際薪資等相關資料，復衡酌學歷、年資、逐年調薪等要素，擬具「各縣市政府毒品危害防制中心個案管理人員工作酬金支給基準表」，並於 2015 年 6 月 16 日以衛部心字第 1041701647 號函請法務部參考辦理。

(九) 完成建置「醫療機構替代治療作業管理系統」建置作業：

藉由資訊管理與生物辨識系統，有效管控服藥個案身份及其服藥情形，俾利追蹤個案動態並避免重複給藥，確保醫療品質。2014 年底完成與醫院醫令系統介接作業，提供醫療人員更便利之作業操作系統，有效提升行政效率。

四、加強特殊族群處遇服務

(一) 提供「男性關懷專線(0800-013-999)服務」：

持續對於男性於伴侶相處、親子管教互動與家屬溝通發生障礙或衝突者，提供法律說明、情緒抒發與支持及觀念澄清等，並視需要提供轉介諮商服務。

(二) 增加指定性侵害加害人強制治療服務量能：

輔導本部草屯療養院承作經法務部指定之性侵害加害人強制治療處所 - 大肚山莊，至 2015 年底止，法務部指定強制治療處所，累計達 6 家，包括：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，及臺中監獄附設培德醫院、本部草屯療養院附設大肚山莊。

(三) 修正公告性侵害事件驗傷診斷書格式：

配合疑似性侵害案件證物盒製發作業，2014 年 10 月 17 日公告修正「醫療機構受理疑似性侵害事件驗傷診斷書」格式，修正重點包括：統一被害人用語、修正醫事檢驗項目欄及協助蒐證項目欄勾選方式、增列「苯二氮平類鎮定安眠劑尿液篩檢」項目英文藥品學名、統一規範證物盒內相關文件留存聯之留存單位及顏色。2015 年再就證物盒內驗傷採證作業流程，加註提醒婦產科醫師評估開立事後避孕藥、愛滋預防性投藥等警語。

(四) 串聯精神照護及自殺通報系統高危機個案：

本部已針對「精神照護資訊管理系統」、「自殺防治通報系統」與家庭暴力／兒少保護事件通報、性侵害加害人個管系統進行介接，並據以調整增加精神疾病或自殺企圖合併家庭暴力案件個案之關懷訪視頻率，加強高風險個案之服務品質。

(五) 推動兒少保護醫療評估制度：

為整合醫院內部跨專科資源，強化兒虐急症、難症及追蹤嚴重身心受創兒童之臨床服務，本部已於 2015 年分區補助 5 家醫療機構，包括臺大醫院（台北區）、林口長庚醫院（北區）、台大雲林分院（中區）、高雄醫學大學（南區）及屏東基督教醫院（屏東縣）等，試辦全國兒少保護小組示範中心，並建構兒少保護之評估及身心治療服務模式，以加強兒少保護之醫療服務品質，維護兒少權益，並由示範中心各扶植一家醫院成立兒童保護醫療小組。

(六) 研修兒童虐待及疏忽醫事人員工作手冊：

為提升醫事人員兒少受虐辨識及轉介專業知能，委託臺灣兒科醫學會 2015 年底完成標準化課程教材製作、並針對兒科、急診、婦產、家醫等科別醫師、護理人員、心理師及社工師等人員辦理訓練推廣及認證。

(七) 研修「家庭暴力加害人處遇計畫規範」：

為配合家庭暴力防治法於 2015 年 2 月 4 日修正公布，本部分別於 2015 年 5 月 7 日、6 月 18 日及 7 月 14 日邀請司法院、法務部、法務部矯正署、教育部、內政部警政署、各直轄市及縣市政府、各直轄市及縣市衛生局、相關專業學協會及本部保護服務司等相關單位進行研修，並已於 2016 年 5 月 9 日修正發布「家庭暴力加害人處遇計畫規範」。

五、整合及加強心理健康基礎建設

(一) 定期追蹤各部會國民心理健康促進計畫執行績效：

第 1 期計畫自 2015 年起計有內政部、國防部、教育部、法務部、勞動部、國軍退除役官兵輔導委員會、農業委員會、原住民族委員會及人事行政總處等 9 個部會，共同推動心理健康活動，辦理成果包括法務部 49 個矯正機關辦理 2 場次家屬衛教或家庭日活動比例達 92.2%、國防部 辦理「國軍心理健康宣導專案

活動」之官兵滿意度達 90.70%、勞動部 辦理「員工協助方案」教育訓練暨企業觀摩會計 19 場次、農委會提供農村農家心理健康促進宣導活動參加達 2,460 人次、原民會 辦理原民自殺防治守門人宣導活動計 25 場次、教育部成立校園體系防治藥物濫用諮詢團 18 團數、退輔會提供榮家住民精神評量計 24,507 人次、行政院人事行政總處辦理員工協助方案之機關數達 100%、內政部警政署警察機關執行性侵害加害人登記報到作業完成率 99.43%。

(二) 提升心理健康專業人員之質與量：

定期辦理教育訓練，包括：社區精神病人及自殺企圖者關懷訪視員初階；精神復健機構專業管理人員教育訓練；心理健康工作計畫討論會暨心理衛生行政人員訓練共識營；全國精神醫療網及社區精神復健年終檢討會。

(三) 建立有效社區個案管理整合及運作機制：

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。並持續針對自殺、精神及藥癮等資訊系統進行改版作業，以繼續精進管理作業。

(四) 調整居家治療支付標準：

協調健保署於 2014 年 8 月修正居家治療支付標準，醫師診治費由 1,035 元調高為 1,656 元(調幅增加 60%)；其他醫事人員處置費用則由 700 元調高為 775 元(調幅增加 10.7%)。

(五) 持續檢討醫療醫療資源：

持續依照「有、夠、好、用、均、大、快」原則檢討精神醫療資源，2014 年迄今核減精神病床 662 床(急性 114 床、慢性 548 床)。

肆、執行策略及方法

肆之一、執行策略

一、推展全人、全程及全方位之心理健康促進

- (一) 強化心理健康傳播，增進國人心理健康識能
- (二) 規劃推動兼顧身、心健康及涵蓋各生命週期之心理健康服務方案
- (三) 推展符合全民、心理疾病高風險個案及特定族群需求之全方位心理健康服務方案
- (四) 整合心理服務資源及強化推動心理健康網絡，提升心理健康服務效能

二、提供深化、優化及社區化之精神疾病照護

- (一) 均衡精神照護資源與強化服務網絡，深化精神疾病照護識能
- (二) 強化精神病人緊急處置、強制治療及社區照護服務，並落實社區精神病人管理及追蹤關懷
- (三) 發展多元化及社區化之精神病人照護模式，連結居住及就業服務資源，支持病人於社區生活
- (四) 推動精神疾病去汙名化，促進精神病人權益保障，增加社會大眾之接納度

三、發展可近、多元及有效之成癮防治服務

- (一) 倡議藥、酒癮疾病概念，提升成癮防治意識
- (二) 強化成癮防治服務網絡與處遇服務管理機制
- (三) 發展多元藥、酒癮治療及處遇模式，提升服務品質與成效
- (四) 強化臨床與學術研究，建立成癮防治政策之實證基礎

四、推動分級、跨領域及無縫銜接之加害人處遇

- (一) 提升醫事人員責任通報敏感度及危險評估知能，完善被害人驗傷採證及身心治療服務
- (二) 整合婦幼保護案件加害人服務體系及強化處遇網絡，落實處遇無縫銜接

(三) 充實婦幼保護案件相對人、加害人處遇資源及處遇服務，強化再犯預防

(四) 研發本土化加害人處遇模式，培植處遇人員專業

五、建構整合、運用科技及具實證基礎之心理健康建設

(一) 結合雲端科技，建立健康管理平台，提升心理健康服務利用率

(二) 跨域整合心理健康資料庫，運用科技強化資料分析，進行服務方案成效評估，建立政策實證基礎

(三) 厚植心理健康專業知能，發展認證機制，提升心理健康服務量能

(四) 推動國際合作，拓展國際參與，學習他國成功經驗，增加國際能見度

肆之二、主、協辦機關(單位)

一、主辦機關(單位)：衛生福利部(心口司)

二、協辦機關(單位)：

(一) 行政院相關部會：

教育部、內政部、勞動部、國防部、法務部、文化部、交通部、行政院農業委員會、國軍退除役官兵輔導委員會、原住民族委員會、行政院人事行政總處、國家通訊傳播委員會計 12 個部(會、處)。

(二) 衛生福利部(單位、附屬機關)：護理及健康照護司、保護服務司、醫事司、社會救助及社工司、附屬醫療及社會福利機構管理會與中央健康保險署、社會及家庭署、國民健康署、食品藥物管理署、疾病管制署、國家衛生研究院計 11 個司署。

(三) 地方政府：全國 22 個直轄市、縣(市)政府。

肆之三、分期(年)執行策略

執行策略	年 度				
	2017 年	2018 年	2019 年	2020 年	2021 年
一、推展全人、全程及全方位之心理健康促進					
(一)強化心理健康傳播，增進國人心理健康識能	V	V	V	V	V
(二)規劃推動兼顧身、心健康及涵蓋各生命週期之心理健康服務方案	V	V	V	V	V
(三)推展符合全民、心理疾病高風險個案及特定族群需求之全方位心理健康服務方案	V	V	V	V	V
(四)整合心理服務資源及強化推動心理健康網絡，提升心理健康服務效能	V	V	V	V	V
二、提供深化、優化及社區化之精神疾病照護					
(一)均衡精神照護資源與強化服務網絡，深化精神疾病照護識能，優化精神照護品質	V	V	V	V	V
(二)強化精神病人緊急處置、強制治療及社區照護服務，並落實社區精神病人管理及追蹤關懷	V	V	V	V	V
(三)發展多元化及社區化之精神病人照護模式，連結居住及就業服務資源，支持病人於社區生活	V	V	V	V	V

執行策略	年 度				
	2017 年	2018 年	2019 年	2020 年	2021 年
(四)推動精神疾病去汙名化，促進精神病人權益保障，增加社會大眾之接納度	√	√	√	√	√
三、發展可近、多元及有效之成癮防治服務					
(一) 倡議藥、酒癮疾病概念，提升成癮防治意識	√	√	√	√	√
(二) 強化成癮防治服務網絡與處遇服務管理機制	√	√	√	√	√
(三) 發展多元藥、酒癮治療及處遇模式，提升服務品質與成效	√	√	√	√	√
(四) 強化臨床與學術研究，建立成癮防治政策之實證基礎	√	√	√	√	√
四、推動分級、跨領域及無縫銜接之加害人處遇					
(一)提升醫事人員責任通報敏感度及危險評估知能，完善被害人驗傷採證及身心治療服務	√	√	√	√	√
(二)整合婦幼保護案件加害人服務體系及強化處遇網絡，落實處遇無縫銜接	√	√	√	√	√
(三)充實婦幼保護案件相對人、加害人處遇資源及處遇服務，強化再犯預	√	√	√	√	√

執行策略	年 度				
	2017 年	2018 年	2019 年	2020 年	2021 年
防					
(四)研發本土化加害人處遇模式，培植處遇人員專業	V	V	V	V	V
五、建構整合、運用科技及具實證基礎之心理健康建設					
(一)結合雲端科技，建立健康管理平台，提升心理健康服務利用率	V	V	V	V	V
(二)跨域整合心理健康資料庫，運用科技強化資料分析，進行服務方案成效評估，建立政策實證基礎	V	V	V	V	V
(三)厚植心理健康專業知能，發展認證機制，提升心理健康服務量能	V	V	V	V	V
(四)推動國際合作，拓展國際參與，學習他國成功經驗，增加國際能見度	V	V	V	V	V

肆之四、計畫執行策略及工作項目架構表

目標	策略	工作項目
一、推展全人、 全程及全方位之 心理健康促進	(一) 強化心理健康傳播， 增進國人心理健康識 能	<ol style="list-style-type: none"> 1. 結合政府部門及民間團體，倡議心理健康概念。 2. 結合文創及資訊科技產業，開發多元行銷模式，並透過大眾、組織及社群網路等方式，擴大傳播心理健康概念。 3. 督導地方政府開發各項心理服務資源，結合社區各項服務通路，辦理宣導活動，推廣心理健康知識。 4. 建置心理健康資源服務及多元學習平台，定期更新心理健康服務資源及學習資訊。
	(二) 規劃推動兼顧身、心 健康及涵蓋各生命週 期之心理健康服務方 案	<ol style="list-style-type: none"> 1. 將心理健康促進概念融入健康促進方案。 2. 發展人格健康之本土化促進模式，舉辦人格教育推廣活動，培植人格健康教育專業人員。 3. 依生命週期(周產期、嬰幼兒、青少年、中壯年、老年)各階段之需求，規劃推動心理健康服務方案。 4. 結合相關部門及民間專業團體，開發心理衛生宣導教材及教育方案。 5. 發展公、私部門員工心理健康促進計畫，協助建立優質及友

目標	策略	工作項目
		善之心理健康環境。
	(三) 推展符合全民、心理疾病高風險個案及特定族群需求之全方位心理健康服務方案	<ol style="list-style-type: none"> 1. 提供心理諮詢專線，並運用基層服務據點發展以社區為基礎之心理健康服務方案，並讓民眾共同參與規劃，加強服務之可近性及貼近民眾需求。 2. 強化原住民、新住民、身心障礙者、慢性、重大、罕見疾病病人及其照顧者等族群之心理健康促進。 3. 協同教育部及勞動部分別推動校園及職場心理健康促進行動方案，強化相關人員對心理健康問題之敏感度及危機處理能力。 4. 研析自殺通報及死亡統計資料，精進自殺防治工作，整合自殺防治資源及推動多元服務方案，並追蹤關懷自殺風險個案。 5. 持續強化災難心理衛生服務體系與網絡，檢討災難心理衛生應變及動員機制，培植災難心理衛生專業人員、研修災難心理專業人員工作手冊及訓練教材，依需要提供災難心理衛生服務。
	(四) 整合心理服務資源及	1. 建立跨部會溝通平台，透過分

目標	策略	工作項目
	強化推動心理健康網絡，提升心理健康服務效能	<p>工合作機制，盤點心理健康服務資源，共同規劃及推動心理健康促進工作。</p> <p>2. 輔導並健全全國各縣市政府心理健康服務網絡，訂定推動心理健康服務網絡計畫。</p> <p>3. 加強民眾正向思考教育，推展憂鬱症防治教育，試辦憂鬱症共同照護模式，早期發現個案，早期介入治療。</p> <p>4. 結合心理衛生專業團體，扶植心理健康專業發展，並整合專業資源，融入各項服務方案。</p>
二、提供深化、優化及社區化之精神疾病照護	(一) 均衡精神照護資源與強化服務網絡，深化精神疾病照護識能	<p>1. 周延相關法規，滾動式檢討精神照護資源分布及均衡服務資源。</p> <p>2. 賡續辦理精神衛生法之各項法定業務，強化精神衛生體系與服務網絡，持續推動精神醫療網。</p> <p>3. 加強民眾對於精神疾病之認識及深化精神醫療人員專業知能。</p> <p>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。</p>
	(二) 強化精神病人緊急處置、強制治療及社區照護服務，並落實社	<p>1. 強化社區緊急精神醫療處理機制及精進精神病人強制治療業務。</p>

目標	策略	工作項目
	區精神病人管理及追蹤關懷	2. 持續辦理精神病人單一通報窗口及加強辦理精神病人出院準備計畫,擴大辦理精神病人社區照護品質提升計畫 3. 強化社區精神病人之管理及追蹤關懷,建立社區精神病人危機管理指標,深化精神病人關懷照護與危機處理之知能。
	(三) 發展多元化及社區化之精神病人照護模式,連結居住及就業服務資源,支持病人於社區生活	1. 充實社區精神照護設施及強化精神病人社區化之復健服務,使其能獲得持續性、完整性之社區復健服務 2. 發展社區照顧服務資源,連結居住及就業服務資源,支持病人於社區生活 3. 加強相關社區追蹤照護配套措施,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 4. 積極整合跨部會之精神病人服務轉銜機制,包括衛生、福利、勞政、教育體系各類機構對精神病人提供服務
	(四) 推動精神疾病去汙名化,促進精神病人權益保障,增加社會大眾之接納度	1. 結合跨部會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,連結

目標	策略	工作項目
		<p>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。</p> <p>3. 獎勵辦理精障者「社會參與」活動，透過由民間團體、精神復健機構促進社會參與服務的機會，帶領精障者到教養、安養或長照機構，偏鄉，獨居老人服務機關等從事社會服務或參與自願服務，經由社會參與，增進自信心與自我價值。</p>
三、發展可近、多元及有效之成癮防治服務	(一)倡議藥、酒癮疾病概念，提升成癮防治意識	<p>1. 編製藥、酒癮防治宣導素材，透過多元宣導方式提升對成癮疾病之認識</p> <p>2. 辦理藥、酒癮相關議題之講座或研討會，加強網絡人員對藥、酒癮問題之共識</p> <p>3. 推廣藥、酒癮問題之篩檢，踐行早期發現早期治療</p>
	(二)強化成癮防治服務網絡與處遇服務管理機制	<p>1. 擴充藥、酒癮治療及處遇機構或中途之家量能</p> <p>2. 研擬或修訂相關法規，強化及建立相關處遇及機構管理機制</p> <p>3. 召開跨部會及跨領域專家會議，強化服務網絡之整合</p>

目標	策略	工作項目
		4. 建立合理藥、酒癮戒癮醫療補助制度，促進成癮醫療之發展
	(三)發展多元藥、酒癮治療及處遇模式，提升服務品質與成效	1. 精進及提升現行藥、癮治療費用補助計畫利用率 2. 推動跨部會藥、酒癮防治整合方案，提升藥、酒癮處遇效益 3. 提升藥、酒癮醫療服務及復健處遇品質，並強化服務連續性與完整性 4. 發展多元藥、酒癮治療及心理社會復健服務模式或方案 5. 建立第三、四級毒品危害講習分流處遇機制，提升講習成效
	(四)強化臨床與學術研究，建立成癮防治政策之實證基礎	1. 建立藥、酒癮及其相關共病之流行病學資料，掌握成癮問題圖像 2. 鼓勵成癮防治之學術及臨床研究，並將結果轉譯為政策 3. 發展成癮治療指引或處置建議，確保成癮服務品質 4. 監測過度使用網路或網路成癮趨勢，適時推動相關防治作為
四、推動分級、跨領域及無縫銜接之加害人處遇	(一)提升醫事人員責任通報敏感度及危險評估知能，完善被害人驗傷採證及身心治療服務	1. 辦理醫事人員責任通報及被害人驗傷採證教育訓練，提升醫事人員臨床辨識能力及責任通報比率。 2. 檢討驗傷採證責任醫療機構之

目標	策略	工作項目
		<p>資源配置，提供被害人可近性醫療服務。</p> <p>3. 精進醫事人員驗傷採證作業品質，維護被害人司法權益。</p> <p>4. 強化兒少保護個案臨床診斷能力及照護品質，早期發現高風險個案。</p>
	(二)整合婦幼保護案件加害人服務體系及強化處遇網絡，落實處遇無縫銜接	<p>1. 周延婦幼保護案件加害人處遇相關法規，督導防治網絡落實執行。</p> <p>2. 串聯婦幼保護案件加害人資料庫，提升處遇業務行政管理效能。</p> <p>3. 落實加害人處遇無縫接軌機制，強化防治網絡分工與聯繫合作</p>
	(三)充實婦幼保護案件相對人、加害人處遇資源及處遇服務，強化再犯預防	<p>1. 擴大男性關懷專線服務內涵，精進專線功能與服務品質。</p> <p>2. 規劃相對人完整服務方案，結合民間專業團體提供相對人認知教育輔導服務。</p> <p>3. 建構加害人社區監控網絡，提升加害人內控及外控能力。</p> <p>4. 適時檢討加害人處遇支給標準，結合跨領域處遇資源。</p>
	(四)研發本土化加害人處遇模式，培植處遇人	<p>1. 研發加害人處遇模式及評估工具，定期追蹤處遇成效。</p>

目標	策略	工作項目
	員專業	2. 建立處遇人員訓練教材，訂定人員資格條件，建立處遇人員認證制度，提升處遇人員專業知能。
五、建構整合、運用科技及具實證基礎之心理健康建設	(一)結合雲端科技，建立健康管理平台，提升心理健康服務利用率	1.蒐集與民眾相關之心理健康資訊，結合資訊與科技產業。 2.整合心理健康網站及諮詢專線。 3.整合及資訊化心理健康服務供給與需求。 4.建置醫療服務相關專業人員訓練之網路學習平台(含手機與平板)。 5.建立精神疾病、藥癮、酒癮病友或家屬服務數位資源庫。 6.針對科技及網路成癮課題，結合產官學合作。
	(二)跨域整合心理健康資料庫，運用科技強化資料分析，進行服務方案成效評估，建立政策實證基礎	1. 跨域整合資訊系統，強化跨部門、跨機關資訊整合，並透過大數據分析，構築各類心理健康議題圖像，提升統計資料之加值應用。 2. 持續進行各項心理健康議題之流行病學監測與調查，建立政策研擬之實證基礎。 3. 針對各類服務方案、治療或處遇模式進行成效評估，並做滾動式修正，提升服務效能。 4. 辦理心理專業人員及心理衛生

目標	策略	工作項目
		<p>行政人員共識營、研討會及論壇。</p> <p>5. 檢討及合理配置補助各直轄市、縣（市）政府心理健康業務推動人力。</p>
	(三)厚植心理健康專業知能，發展認證機制，提升心理健康服務量能	<p>1. 盤點各類心理健康人力及評估人力資源供需，培植心理健康專業人力。</p> <p>2. 發展各類專業人員認證機制，強化人力資源管理及繼續教育，提升專業知能。</p> <p>3. 發展各項心理健康服務臨床指引或工作手冊，傳承專業知能，提升服務品質。</p> <p>4. 辦理心理專業人員及心理衛生行政人員共識營、研討會及論壇，進行經驗交流與標竿學習，凝聚服務提供之共識。</p> <p>5. 檢討及合理配置補助各直轄市、縣（市）政府心理健康業務推動人力，並建立督導及訓練制度，以提升政策執行成效。</p>
	(四)推動國際合作，拓展國際參與，學習他國成功經驗，增加國際能見度	<p>1. 參加各項心理健康、精神疾病防治、成癮防治、性侵害及家庭暴力防治相關國際會議，掌握國際脈動，吸取專業新知。</p> <p>2. 辦理國際心理健康相關會議、研討會或論壇，邀請他國心理</p>

目標	策略	工作項目
		<p>健康人員及專家學者來台交流，擴展國際人脈，以佈建友我網絡。</p> <p>3. 推動國際人才交流，發展跨國人才培訓策略，精進專業知能。</p> <p>4. 出席「世界衛生大會」，參加我國關切議題之相關 WHA 技術性會議，輸出我國衛生福利經驗及收集各項國際重要醫衛資訊。</p>

肆之五、執行步驟（方法）

一、推展全人、全程及全方位之心理健康促進

（一）強化心理健康傳播，增進國人心理健康識能

（主辦機關：衛生福利部心口司；協辦機關：文化部、教育部及直轄市、縣(市)政府)

1. 結合政府部門及民間團體，倡議心理健康概念

廣續發展台灣心理健康，積極結合民間團體，倡導個人心理健康概念及促進活動，共同推動全民心理健康促進工作，將心理健康促進的概念及重要性，深植於民心與社會氛圍中。

2. 運用多元管道擴大傳播心理健康概念

結合文創及資訊科技產業，開發多元行銷模式，並透過大眾、組織及社群網路等方式，運用資訊科技，結合電影、廣播、電視、網路及流行音樂等，舉辦多元政策行銷活動，藉由各種視覺或聽覺傳達方式與民眾互動，廣泛傳遞心理健康概念。

3. 推廣心理健康知識，辦理民眾從兒童到青少年、成人、婦女、老人等生命各階段宣導活動

督導地方政府開發各項心理服務資源，結合社區各項服務通路，盤整及開發社區基層各項服務資源，並運用衛生所（健康服務中心）、社區健康營造中心及社區關懷據點等基層據點，辦理各項宣導活動，推廣民眾從兒童到青少年、成人、婦女、老人等生命各階段，均認識心理健康之重要性。

4. 維護心理健康資源服務及多元學習平台，定期更新心理健康服務資源及學習資訊

盤整全國心理健康服務資源，建置心理健康資源服務及多元學習平台，開發製作各類心理健康數位學習課程，及研擬符合需求的心理健康促進衛生教育資源或教材，定時提供民眾最新心理健康資訊及宣導課程。

5. 本項經費本項經費 2017 年為 3,945 千元(經常門 1,445 千元由公務預算支應;經常門 2,500 千元由科技計畫支應);2018 年至 2021 年每年約需 5,000 千元 (每年經常門 4,000 千元、資本門 1,000 千元，由公務預算支應)，並將視計畫內容核定經費。

(二) 規劃推動兼顧身、心健康及涵蓋各生命週期之心理健康服務方案

(主辦機關：衛生福利部心口司；協辦機關：國健署、教育部、勞動部、行政院人事行政總處及直轄市、縣(市)政府)

1. 將心理健康促進概念融入健康促進方案

透過健康促進活動及其多元管道 (如：孕產期身心調適、親子健康、嬰幼兒教養、青少年健康、職場健康、高齡者健康等)，結合心理健康促進理念，以提升心理健康服務之涵蓋率。

2. 發展人格健康之本土化促進模式，培植人格健康教育專業人員

聯結中央及地方政府，整合產、官、學三方資源，針對一般大眾，舉辦人格健康教育推廣活動，針對心理衛生相關工作者，進行人格健康的專業訓練，推動人格健康促進的全國扎根，延續深耕人格健康的教育、照護及康復服務，規劃發展人格健康之本土化促進模式。

3. 規劃推動心理健康服務方案

依生命週期各階段之需求，提升孕產婦暨胎、嬰、幼兒、青少年、中壯年、老年之心理健康，研擬規劃符合各階段需求之心理健康政策，建立心理健康照護策略，並發展多元心理健康服務方案，以維持身體、心理、社會之良好狀態。

4. 開發心理衛生宣導教材及教育方案

為兼顧身、心健康及提升涵蓋各生命週期之心理健康，積極結合相關單位及專業團體，探究影響各生命週期心理健康的原因，研擬符合需求的心理衛生宣導教材及適宜的教育方案，搭配建立心理健康照護策略及服務方案，透過多元管道推廣至全體民眾。

5.協助建立優質及友善公、私部門之心理健康環境

為提升政府機關及私人企業員工的心理健康狀況與心理能力，以增強國家競爭力，持續發展職場組織內部員工心理健康促進計畫，建立機關及企業組織優質心理健康環境；並由行政院人事行政總處推動行政院所屬及地方主管機關人事機構訂定員工協助方案實施計畫。

6. 本項經費 2017 年 6,870 千元、2018 年 10,500 千元、2019 年 11,500 千元、2020 年 12,500 千元、2021 年 13,500 千元，由公務預算支應，並將視計畫內容核定經費。

(三) 推展符合全民、心理疾病高風險個案及特定族群需求之全方位心理健康服務方案

(主辦機關：衛生福利部心口司；協辦機關：國健署、社家署、內政部、教育部、法務部、國防部、勞動部、文化部、退輔會、農委會、原民會、通傳會及直轄市、縣(市)政府)

1. 提供心理諮詢專線，並發展社區為基礎之心理健康服務方案

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，以即時處理民眾心理與情緒問題，適時提供各項心理支持及精神醫療等相關資訊。並運用衛生所 (健康服務中心)、社區健康營造中心、社區發展協會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，以強化心理衛生服務的品質與效益。另由社家署委託辦理 0800-228585 老朋友專線諮詢服務，透過協談，使老人及其家人情緒紓解、改善觀念，使求助的管道暢通，能獲得更多福利與服務的資訊。

2. 強化原住民、新住民、身心障礙者、慢性、重大疾病病人及其照顧者等族群之心理健康促進

結合原民會共同強化原民心理健康促進，製作原住民心理健康教材，結合衛生所、大專院校相關系所學生、原住民家庭服務中心等...單位，推動原鄉部落之心理健康促進。另結合相關部會或部門，探究影響新住民、

身心障礙者、慢性、重大疾病病人及其照顧者之心理健康的原因，發展及推動心理健康方案或活動，以符合文化特質方式提供服務，強化正向適應力與心理支持，提升生活品質及安適感。

3. 協助教育部、勞動部強化校園及職場相關人員敏感度及危機處理能力

配合教育部學生輔導系統，協助學校健全發展性、介入性及處遇性輔導措施，適時導入心理諮商/治療、精神醫療等心理健康專業服務資源，促進與維護學生身心健康及全人發展及推動校園自我傷害三級預防工作計畫；並結合勞動部推動符合不同職場特性的心理健康促進方案，共同協助企業提升職場心理健康促進知能。另持續增進心理健康照護單位間、學校、職場及社區之協同合作，並提升相關人員對心理健康問題之敏感度及危機處理能力。

4. 研析自殺通報及死亡統計資料，精進自殺防治工作，整合自殺防治資源及推動多元服務方案，並追蹤關懷自殺風險個案

持續委託辦理全國自殺防治中心計畫，作為全國自殺防治智庫及工作平台，辦理自殺防治之實證研究、分析自殺防治相關統計資料、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。另定期統計分析自殺防治通報系統、自殺死亡檔、健保資料及跨機關串聯資料庫，探討社會經濟弱勢或具有特殊服務輸送身分者的自殺風險，以實證基礎，檢討修正自殺防治策略，並持續追蹤關懷自殺風險個案。積極推動中央跨部會合作機制，結合相關機關、團體投入資源及人力，整合自殺防治資源，並推動多元服務方案，共同推動自殺防治工作。

5. 持續強化災難心理衛生服務體系與網絡，依需要提供災難心理衛生服務

定期檢討災難心理衛生應變及動員機制，培植災難心理衛生專業人員、研修災難心理專業人員工作手冊及訓練教材，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，如增加復原力等；次段預防的針對篩檢之高風險個案，提供心理衛生諮詢、諮商、治療等服務；三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，使服務得以連續及在地化等。

6. 本項經費 2017 年為 102,540 千元(經常門 88,110 千元、資本門 165 千元由公務預算支應；經常門 14,265 千元由地方預算支應)、2018 年至 2020 年每年約需 136,115 千元 (每年經常門 121,850 千元由公務預算支應；經常門 14,265 千元由地方預算支應)、2021 年為 136,615 千元(經常門 121,850 千元、資本門 500 千元由公務預算支應；經常門 14,265 千元由地方預算支應)，並將視計畫內容核定經費。

(四) 整合心理服務資源及強化推動心理健康網絡，提升心理健康服務效能

(主辦機關：衛生福利部心口司；協辦機關：內政部、教育部、法務部、國防部、勞動部、文化部、退輔會、農委會、原民會及直轄市、縣(市)政府)

1. 建立跨部會溝通平台，透過分工合作機制，盤點心理健康服務資源，共同規劃及推動心理健康促進工作

為促進全民心理健康，積極推動中央跨部會合作機制，持續結合相關部會投入資源及人力，盤整各領域心理健康服務資源，針對個人、家庭、學校、職場、社區等所有人口及場域，共同擬定全國心理健康促進政策，並推展落實至地方政府。

2. 輔導並健全全國各縣市政府心理健康服務網絡，訂定推動心理健康服務網絡計畫

督導地方政府結合轄內包括衛生、社政、教育及勞政等行政機關及心理健康專業團體等網絡，共同訂定區域內心理健康促進計畫，並發展以社區為基礎、符合年齡與文化適當性的心理健康促進方案，透過橫向及垂直整合心理健康服務，連結各項服務資源，提供可近性、可及性的心理健康服務及轉介服務，以強化心理衛生服務的品質與效益。

3. 加強民眾正向思考教育，推展憂鬱症防治教育，試辦憂鬱症共同照護模式，早期發現個案，早期介入治療

協助教育主管機關推動各級學校心理衛生教育，增進國人從小正向積極的自我概念，培養健全人格與環境適應力，並教育民眾對憂鬱症的認

識，學習並發揮守門人精神；另規劃憂鬱防治策略，鼓勵基層醫師參加有關憂鬱症診治的繼續教育課程，試辦憂鬱症共同照護模式，建立與精神科醫師的轉診照會機制，逐步建構憂鬱症防治體系，以期早期發現早期治療，有效提升憂鬱防治之效益、降低醫療成本。另促進榮家住民心理健康，加強自殺防治及轉介，及早發現榮家住民憂鬱情緒。

4. 扶植心理健康專業發展，並整合專業資源，融入各項服務方案

中央結合全國心理衛生專業團體，地方透過區域心理健康機構輔導，辦理教育訓練，培育人才以強化心理健康專業發展；另定期召開心理健康聯繫會議做為跨部門及跨政府與民間機構團體溝通討論平台，橫向及垂直整合各項心理健康服務資源，以推動及執行區域內心理健康促進計畫及服務方案。

5. 本項經費 2017 年為 16,775 千元(經常門，由公務預算支應)、2018 至 2021 年每年約需 23,200 千元 (經常門，由公務預算支應)，並將視計畫內容核定經費。

二、 提供深化、優化及社區化之精神疾病照護

(一) 均衡精神照護資源與強化服務網絡，深化精神疾病照護識能

(主辦機關：衛生福利部心口司;協辦機關：醫事司、照護司、社家署、社保司、醫福會、中央健保署、退輔會及各直轄市、縣(市)政府)

1. 周延相關法規，滾動式檢討精神照護資源分布及均衡服務資源

檢討檢討現有急、慢性精神病床比例，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、積極發展社區精神復健服務，配合長期照護體系規劃，並協助研議調整健保支付標準等配套措施，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，以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。

2.廣續辦理精神衛生法之各項法定業務，強化精神衛生體系與服務網絡，持續推動精神醫療網

持續辦理精神衛生法之各項法定業務，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及持續推動精神醫療網，滾動式檢討精神醫療網之功能角色以及與衛生局合作、分工機制;研議及發展精神病人早期介入機制，提供新發病精神病人完整且連續性之醫療及社區照顧服務; 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。研議辦理精神病人社區照護品質提升計畫，協助送醫未住院及未達強制住院要件之離院病人，透過醫療機構主動積極介入治療，引導病人規律就醫及協助處理緊急突發狀況。

3.持續精神衛生人力資源養成與精進及深化精神醫療人員專業知能

持續精神衛生人力及精神醫療人員資源養成與精進，包括精神衛生專業人員及其他人力資源 (如：醫事人員、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，提升處理多重疾病之能力 (如精神病人常合併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。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。

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

精進精神照護機構 (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，推動「康復導向」指標，並納入評鑑指標，配合照護機構評鑑系統建置及資料分析，持續強化精神照護機構評鑑系統功能以有效監測服務品質，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及保障精神病人權益。

- 5.本項經費 2017 年為 65,615 千元(經常門 54,955 千元、資門本 660 千元，由公務預算支應；經常門 10,000 千元，由醫發基金支應);2018 至 2019 年每年各為 107,500 千元 (經常門 106,000 千元、資門本 1,500 千元，由公務預算支應) ；2020 年為 112,500 千元(經常門 111,000 千元、資本門 1,500 千元，由公務預算支應);2021 年為 117,500 千元(經常門 116,000 千元、資本門 1,500 千元，由公務預算支應)，並將視計畫內容核定經費。

(二) 強化精神病人緊急處置、強制治療及社區照護服務，並落實社區精神病人管理及追蹤關懷

(主辦機關：衛生福利部心口司；協辦機關：中央健保署、社家署、內政部警政署、消防署及各直轄市、縣 (市) 政府)

1.強化社區緊急精神醫療處理機制及精進精神病人強制治療業務

持續輔導各直轄市、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，並辦理「強化精神病人緊急送醫服務方案」。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;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，並委託中央健保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; 濟助弱勢精神病人伙食及醫療等相關事物。持續辦理強制社區治療制度，考量個人自由權利限制與保障，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。

2.持續辦理精神病人單一通報窗口，加強辦理精神病人出院準備計畫，研議精神病人社區照護品質提升計畫

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，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。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。研議辦理精神病人社區照護品質提升計畫，協助送醫未住院及未達強制住院要件之離院病人，透過醫療機構主動積極介入治療，引導病人規律就醫及協助處理緊急突發狀況。

3.強化社區精神病人之管理及追蹤關懷，深化精神病人關懷照護與危機處理之知能

檢討現行精神病人分類照護模式，強化精神病人分類、分級及分階段評估，研議評估指標及轉銜連結，以落實分級照護，同時釐清各類及各級精神照護機構功能角色及訂定各類照護機構收、結案標準。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。逐年增加經費補助各直轄市、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，人員留任措施。又為加強社區精神病人之追蹤保護，及協助精神障礙者解決其問題，持續檢討社區精神病人及嚴重病人通報流程，建立社區精神病人危機管理指標及居家訪視分級架構並定期辦理個案管理會議及相關人員教育訓練，加強專業知能，精進及建置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。

4.本項經費 2017 年 179,980 千元、2018 年 326,900 千元、2019 年至 2021 年每年各為 404,900 千元，由公務預算支應；另每年 17,435 千元由地方預算支應，並將視計畫內容核定經費。

(三) 發展多元化及社區化之精神病人照護模式，連結居住及就業服務資源，支持病人於社區生活

(主辦機關：衛生福利部心口司；協辦機關：社家署、內政部營建署、勞動部、衛生福利部國健署、中央健保署、各直轄市、縣(市)政府)

1.充實社區精神照護設施及強化精神病人社區化之復健服務，使其能獲得持續性、完整性之社區復健服務

由健保署辦理檢討精神病患急性、慢性病床及精神社區復健支付標準之專家諮詢及醫界溝通會議，視會議共識結果及總額協商預算，研修支付標準；另為提供精神病人連續性照顧，強化精神病人社區化之復健服務；規劃建置心智障礙(含自閉症)醫療服務體系及服務方案，以個案追蹤管理及外展式服務等整合性精神醫療服務，以提升個案及照顧者的生活品質。並搭配福利體系鼓勵設置連續相關照護資源，如居家、日間照護中心、社區復健機構(包括日間型及全日型)與住宿機構等，使其能獲得持續性、完整性之復健服務。

2.發展社區照顧服務資源，連結居住及就業服務資源，支持病人於社區生活

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，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。運用就業服務相關措施，協助精神障礙者多元就業，並推動精障者社會住宅，經由積極復健之精神病人，已具有庇護性就業能力，但家屬支持度不佳者，缺乏社區合宜住所，造成回歸社區阻礙，藉由積極提供能負擔之住宅做為團體住宅(group home)，讓精障者在社區能獨立生活，由整合式社區康復中心派員定期關懷輔導，結合成為穩定之終生生活鏈，達成在地復健、在地長照、在地老化之連續性服務。

3.加強相關社區追蹤照護配套措施，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

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，人員留任措施。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，獎勵精神衛生相關機構、團體提供精神病人社區照顧、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。

4.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。故需衛生、福利、勞政之資源整合及配合辦理，將積極整合跨部會之精神病人服務轉銜機制，包括衛生、福利、勞政、教育體系各類機構對精神病人提供服務。研議成立設立跨部會「精神病人服務整工作小組」，邀請相關主責機關及民間代表組織，定期辦理跨部會精障照護福利政策及行政協調，檢討有礙病人康復回社區之議題，以增進病人康復之誘因及動力。

5.本項經費 2017 年 5,465 千元(經常門 3,615 千元由公務預算支應、1,850 千元由醫發基金支應)，2018 年至 2021 年每年約需 35,000 千元，由公務預算支應，並將視計畫內容核定經費。

(四) 推動精神疾病去汙名化，促進精神病人權益保障，增加社會大眾之接納度

(主辦機關：衛生福利部心口司；協辦機關：社家署、勞動部、教育部、退輔會、國家通訊傳播委員會、文化部及各直轄市、縣（市）政府)

1.加強民眾對於精神疾病之認識，結合跨部會社會資源規劃多元及創新宣導、行銷活動，以提升宣導效果

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。與相關部會合作推動平面媒體、電視、網路等精神病人去汙名化活動及媒

體報導新聞自律工作；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及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，並積極鼓勵推動設置社區心理健康知識教育管道，巡迴推廣促進國民心理衛生教育與正名、以推動精神疾病的反歧視，及增加社會對康復者接受並回歸社會。

2.建立社區資源網絡聯結，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

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。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。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。

3.獎勵辦理精障者「社會參與」活動

透過由民間團體、精神復健機構促進社會參與服務的機會，帶領精障者到教養、安養或長照機構，偏鄉，獨居老人服務機關等從事社會服務或參與自願服務，經由社會參與，增進自信心與自我價值。

4.本項經費 2017 年 5,640 千元、2018 年 9,600 千元、2019 年 10,800 千元、2020 年 12,000 千元、2021 年 132,000 千元，由公務預算支應，並將視計畫內容核定經費。

三、發展可近、多元及有效之成癮防治服務

（一）倡議藥、酒癮疾病概念，提升成癮防治意識

（主辦機關：衛生福利部心口司；協辦機關：衛生福利部社工司、保護服務司、社家署、教育部、法務部、交通部及各直轄市、縣（市）政府）

1.編製藥、酒癮防治宣導素材，透過多元宣導方式提升對成癮疾病之認識

依一般民眾、成癮者及其家屬之不同需求，編製防制藥物、酒精濫用及酒癮防治之文宣、衛教單張、海報或數位短片等宣導素材，透過各種媒

體管道及行動 App 等多元方式加強宣導，使民眾正確認識藥害、酒害及藥、酒癮問題之影響因素與歷程，提高成癮疾病之預防與治療意識。

2. 辦理藥、酒癮相關議題之講座或研討會，加強網絡人員對藥、酒癮問題之共識

辦理各類人員之藥、酒癮議題講座或研討會，及倡導並鼓勵醫療、心理衛生、教育、社政、勞政、交通監理及司法等領域人員，於專業教育訓練中納入藥、酒癮防治及共病等相關課程，以強化網絡人員對於藥、酒癮問題之知能與敏感度，並促進跨專業間對成癮議題之共識。

3. 推廣藥、酒癮問題之篩檢，踐行早期發現早期治療

發展兒少毒品成癮問題檢核表，及持續宣導問題性飲酒或酒癮之自我檢測，鼓勵飲酒過量者主動身體健康檢查，及強化衛政與社政及其他相關單位之藥、酒癮防治網絡，建立成癮戒治轉介機制，強化前端問題性飲酒或毒品濫用之介入與處遇，收早期發現早期治療之效。

4. 本項經費 2017 年為 2,170 千元;2018 至 2021 年每年分別為 4,000 千元，由公務預算支應，並將視計畫內容核定經費。

(二) 強化成癮防治服務網絡與處遇服務管理機制

(主辦機關：衛生福利部心口司；協辦機關：衛生福利部社工司、保護服務司、社家署、健保署、法務部、勞動部、內政部警政署及各直轄市、縣(市)政府)

1. 擴充藥、酒癮治療及處遇機構或中途之家量能

結合各類心理衛生及醫事專業，如心理、社工、職能、護理等，檢討相關法規，增定獎勵設置協助藥、酒癮者心理及社會處遇服務之機構(團體)，或研議建立補助收治藥、酒癮個案之制度規章，鼓勵跨領域社會資源投入藥、酒癮個案之復健服務，並定期盤點相關資源，提高可利用率。

2. 研擬或修訂相關法規，強化及建立相關處遇及機構管理機制

檢討及強化藥、酒癮治療機構及替代治療藥物之管理與規範，發展美沙冬異地服藥機制，提高替代治療服務便利性，並研議機構評鑑、獎勵、管理等機制，據以查核、監督與管控，確保藥癮、酒癮治療服務提供之質、

量。

3. 召開跨部會及跨領域專家會議，強化服務網絡之整合

建立藥、酒癮防治之學術與臨床工作專家資料庫，召開諮詢會議或舉辦研討會，掌握國際成癮防治趨勢與策略，精進成癮治療政策；辦理跨部會及中央與地方聯繫會議，整合衛政、社政、勞政、警政、司法、觀護及民間團體之資源，建立各服務系統間之合作及轉介機制，強化早期發現早期治療，及建立即時、全面且連續之處遇服務網絡。

4. 建立合理藥、酒癮戒癮醫療補助制度，促進成癮醫療之發展

邀集專家及臨床人員研商藥、酒癮戒癮醫療服務項目及訂定合理處置費用，促進醫療機構成癮醫療穩定發展，及研議適當之戒癮治療費用之補助及支付制度，穩定藥癮、酒癮治療經費來源，並降低個案經濟負擔，提升就醫動機並保障戒癮醫療權益。

5. 本項經費 2017 年為 15,160 千元(資本門 165 千元由公務預算支應；經常門 9,495 千元、資本門 5,500 千元由公益彩券回饋金支應)、2018 年為 22,169 千元(資本門 10,000 千元由公務預算支應；經常門 9,669 千元、資本門 2,500 千元由公益彩券回饋金支應)、2019 年為 13,138 千元(資本門 2,000 千元由公務預算支應；經常門 11,138 千元由公益彩券回饋金支應)、2020 至 2021 年每年約需 14,500 千元 (每年為經常門 12,000 千元、資本門 2,500 千元，由公務預算支應)，並將視計畫內容核定經費。

(三) 發展多元藥酒癮治療與處遇模式，提升服務品質與成效

(主辦機關：衛生福利部心口司；協辦機關：衛生福利部社工司、法務部、法務部矯正署、勞動部、內政部警政署及各直轄市、縣(市)政府)

1. 精進及提升現行藥、癮治療費用補助計畫利用率

加強宣導藥、酒癮治療費用補助，並擴大戒癮治療費用補助對象、檢討補助內容及方式，促進醫療機構參與計畫，增加計畫利用率及成癮個案就醫率。

2. 推動跨部會藥、酒癮防治整合方案，提升藥、酒癮處遇效益

與法務部合作，藉由司法強制力輔助藥、酒癮醫療效果，強化矯正機關藥、酒癮個案治療服務量能及出監後社區追蹤輔導之轉銜，並利用現行毒癮者緩起訴附命戒癮治療制度，建立兼顧醫療照護與司法監控之有效藥癮者社區處遇模式。

3. 提升藥、酒癮醫療服務及復健處遇品質，並強化服務連續性與完整性

促進以實證為基礎之治療或處遇服務之提供，建立成癮者個案管理機制與出院準備服務制度，並充實個管與衛教人力，強化成癮個案及其家屬之衛教及支持服務，另針對合併有特殊醫療需求(如懷孕、HIV 感染、肝炎、膀胱炎、及合併其他精神疾病等)之成癮個案，強化不同醫療科別間的合作與轉介機制，發展聯合性門診，提升醫療品質及治療效果。

4. 發展多元藥、酒癮治療及心理社會復健服務模式或方案

依成癮個案特性 (如成年、青少年、女性、家暴加害人、屢次酒駕個案等)、需求，及成癮物質 (如酒及各級別毒品) 之不同，結合跨部會及專業學協會與地方民間機構 (團體) 資源，發展適性且兼具理論基礎之戒癮醫療服務方案、處遇模式及社會復健服務 (包括職業訓練、短暫生活安置、家庭支持、就業輔導等) 工作，並綿密藥癮者社會復健網絡，促進復歸社會。

5. 建立第三、四級毒品危害講習分流處遇機制，提升講習成效

結合法務部毒品危害防制中心個案管理系統，建立第三、四級毒品裁罰講習個案管理系統，完備第三、四級毒品裁罰講習個案處遇資料建檔，及督導地方政府依毒品危害講習受處分人之成癮問題，發展多元講習方式，提升講習成效。

6. 本項經費 2017 年為 118,245 千元(經常門 103,405 千元由公務預算支應; 14,840 千元由醫發基金預算支應); 2018 年、2019 年、2020 年、2021 年每年分別為 180,000 千元、190,000 千元、200,000 千元、210,000 千元，由公務預算支應，並將視計畫內容核定經費。

(四) 強化臨床與學術研究，建立成癮防治政策之實證基礎

(主辦機關：衛生福利部心口司；協辦機關：衛生福利部保護服務司、國衛院、教育部及各直轄市、縣(市)政府)

1. 建立藥、酒癮及其相關共病之流行病學資料，掌握成癮問題圖像

委託進行國人藥、酒癮及相關共病之流病調查，或藉由跨部會資料庫之串聯，進行巨量資料分析，掌握藥、酒癮個案動態、態樣、趨勢與治療需求等圖像，並據以發展相應之醫療及相關處遇資源。

2. 鼓勵成癮防治之學術及臨床研究，並將結果轉譯為政策

獎勵藥、酒癮病因、病徵、病程及預後追蹤等之臨床研究，強化以社區成癮者為對象之研究，促進本土成癮醫學之學術與臨床發展及政策轉譯。另鼓勵研發有效之藥、酒癮預防、篩檢及治療策略、模式或方案，並藉由實證研究，確立本土有效之治療模式或處遇方案，提升國內酒、藥癮防治作為及成效。

3. 發展成癮治療指引或處置建議，確保成癮服務品質

根據國內臨床實證，修訂成癮治療臨床指引或處置建議，及研訂藥、酒癮治療及處遇服務之成效評估指標，落實各項治療模式與處遇服務之成效評估，確保服務品質及效益，並藉由整合跨部會資料庫，進行資料串聯及分析，評估政府藥、酒癮防治政策之推行成果，作為政策修訂或相關立法之參據。

4. 監測過度使用網路或網路成癮趨勢，適時推動相關防治作為

發展網路成癮篩檢量表，監測流病趨勢與態樣，並透過多元宣導方式，加強宣導健康上網與網路成癮防治之認識與健康促進行動，建立國人「健康上網不成癮」之意識。此外結合教育機關與社政單位強化網路成癮辨識、篩檢及轉介機制，及發展相關醫療及處遇資源，促進早期發現早期治療。

5. 本項經費 2017 年為 11,730 千元(經常門 7,230 千元由公務預算支應；4,500 千元由科技計畫預算支應)；2018 年、2019 年、2020 年、2021 年每年分別為 24,500 千元、34,500 千元、24,500 千元、14,500 千元，

由公務預算支應，並將視計畫內容核定經費。

四、 推動分級、跨領域及無縫銜接之加害人處遇

(一) 提升醫事人員責任通報敏感度及危險評估知能，完善被害人驗傷採證及身心治療服務

(主辦機關：衛生福利部心理及口腔健康司；協辦機關：衛生福利部保護服務司、衛生福利部社會及家庭署、衛生福利部疾病管制署、內政部警政署、法務部、司法院及各直轄市、縣(市)政府)

1.辦理醫事人員責任通報及被害人驗傷採證教育訓練，提升醫事人員臨床辨識能力及責任通報比率

每年度持續補助各直轄市、縣(市)政府衛生局及醫事相關學(協)會團體，辦理醫事人員責任通報、危險評估、驗傷採證等專業訓練及案例研討。編訂醫事人員婦幼保護案件驗傷採證及責任通報工作手冊，研發數位化標準訓練教材。

2.檢討驗傷採證責任醫療機構之資源配置，提供被害人可近性醫療服務

訂定驗傷採證責任醫療機構指定資格條件，並依次醫療區及犯罪熱點分析，定期盤點各縣市驗傷採證責任醫療機構配置之合理性。定期研修驗傷採證診斷書格式，及檢討驗傷採證作業標準流程、醫療費用支給標準。結合被害人保護性社工，提升被害人回診就醫意願，以落實傳染性疾病追蹤及身心狀況評估。

3.精進醫事人員驗傷採證作業品質，維護被害人司法權益

建立驗傷採證檢體及病歷、診斷書品質評值指標與檢核機制。督導各直轄市、縣(市)政府衛生局每年度辦理轄內驗傷採證責任醫療機構業務考核。補助驗傷採證責任醫療機構執行業務所需驗傷採證、會談評估、證物保全等相關設施、設備及空間改善經費。

4.強化兒少保護個案臨床診斷能力及照護品質，早期發現高風險個案

推動醫療機構內兒少保護醫療服務模式工作，建置兒少保護小組(Suspected Child Abuse and Neglect, SCAN Team)，並納入醫院(含教學醫院與兒童醫院)評鑑核心能力指標。輔導縣市政府建置兒少保護整

合中心，研析兒少受虐可能成因，檢討通報案件開案標準，建立案件複雜或高爭議性個案跨網絡溝通討論平台。

5.本項經費 2017 年為 4,670 千元(經常門 4,340 千元、資本門 330 千元由公務預算支應)、2018 年為 7,000 千元(經常門 6,000 千元、資本門 1,000 千元由公務預算支應)，2019 年至 2021 年每年約需 8,000 千元 (每年經常門 7,000 千元、資本門 1,000 千元由公務預算支應)，並將視計畫內容核定經費。

(二) 整合婦幼保護案件加害人服務體系及強化處遇網絡，落實處遇無縫銜接
(主辦機關：衛生福利部心理及口腔健康司；協辦機關：衛生福利部保護服務司、內政部警政署、法務部、法務部矯正署、司法院及各直轄市、縣(市)政府)

1.周延婦幼保護案件加害人處遇相關法規，督導防治網絡落實執行

配合家庭暴力防治法及性侵害犯罪防治法修正，研修加害人處遇、強制治療及處遇人員資格、教育訓練之相關法規命令、行政規則。針對加害人處遇業務，研擬每年度業務工作重點，並定期召集各直轄市、縣(市)政府衛生局召開共識會議及辦理業務考核。

2.串聯婦幼保護案件加害人資料庫，提升處遇業務行政管理效能

開發處遇人員管理及繼續教育系統，建置處遇人才庫，落實處遇人員之專業訓練及督導。串聯保護資訊系統與衛政、警政、社政、矯正、司法系統所管理加害人資訊系統資料庫，建構加害人處遇資料庫平台，強化對加害人處遇成效、再犯危險之評估及進行相關處遇研究。精進加害人處遇系統功能，整合處遇通知、行政處分、統計報表作業需求，提升縣(市)政府加害人處遇業務行政管理效能，及處遇人員落實登錄加害人處遇紀錄。

3.落實加害人處遇無縫接軌機制，強化防治網絡分工與聯繫合作

強化性侵害加害人獄中處遇、社區處遇及強制治療之無縫銜接機制。中央及地方政府定期結合衛政、警政、司法、檢察、矯正、社政等機關召開網絡聯繫會議，檢討加害人及被害人處遇流程、網絡合作方式。

4. 本項經費 2017 年為 4,670 千元(經常門 4,340 千元、資本門 330 千元由公務預算支應)、2018 年為 7,000 千元(經常門 6,000 千元、資本門 1,000 千元由公務預算支應)、2019 年至 2021 年每年約需 8,000 千元 (每年經常門 7,000 千元、資本門 1,000 千元由公務預算支應)，並將視計畫內容核定經費。

(三) 充實婦幼保護案件相對人、加害人處遇資源及處遇服務，強化再犯預防

(主辦機關：衛生福利部心理及口腔健康司；協辦機關：衛生福利部保護服務司、內政部警政署、法務部、法務部矯正署、司法院及各直轄市、縣(市)政府)

1.擴大男性關懷專線服務內涵，精進專線功能與服務品質

持續提供男性關懷專線服務，強化專線心理輔導、法律諮詢、訊息提供及轉介等多元服務功能，並定期召開網絡聯繫會議，建立相對人服務平台。結合在地網絡服務，連結各直轄市、縣(市)政府家庭暴力相對人服務方案資源，建立男性關懷專線求助者轉介及追蹤關懷機制。研析男性關懷專線最適規劃人力、分析服務指標量能及督導接線服務品質，提升專線服務效能。

2.規劃相對人完整服務方案，結合民間專業團體提供相對人認知教育輔導服務

補助各直轄市、縣(市)政府及民間團體，推動家庭暴力相對人預防性服務方案，並運用個案管理模式，提供相對人個別輔導、團體工作及福利資源連結等服務。每年辦理家庭暴力相對人預防性服務方案觀摩會，定期檢討及推廣運用服務方案執行成效。訂定相對人評估小組人員資格條件，建立家庭暴力處遇計畫之評估作業流程、相對人危險評估表單及處遇計畫項目評估標準。

3.建構加害人社區監控網絡，提升加害人內控及外控能力

整合警政、司法、矯正、醫療及社政體系所提供各項處遇服務，建立以加害人為中心之社區監控機制，提升整體處遇效果。訂定評估小組委員資格條件，召開加害人評估小組委員共識會議，建立加害人再犯風險評估指標，強化評估小組功能。督導各地方政府落實加害人分類處遇、分級監控之管理原則，及加強法院、地檢署對加害人社區處遇之認知，以提升處遇計畫及強制治療之裁定率。定期評估強制治療處所收治需求，開發強制治療受處分人多元處遇模式、評估工具，持續補助強制治療受處分人強制治療所需費用及強制治療處所設施、設備費用。

4.適時檢討加害人處遇支給標準，結合跨領域處遇資源

結合衛政、警政、司法、檢察、矯正、社政等防治網絡，並積極開發社會福利機構、基金會及社會團體等跨領域資源，參與加害人處遇及社區監控業務。因應處遇業務之特殊性及危險性，定期檢討加害人處遇支給標準及處遇人員實質獎勵方式，以提升醫事人員參與處遇業務之意願。

5.本項經費 2017 年為 49,025 千元 (經常門 21,695 千元、資本門 330 千元由公務預算支應；經常門 27,000 千元由公益彩券回饋金支應)、2018 年及 2019 年每年約為 60,000 千元 (每年約經常門 31,000 千元、資本門 1,000 千元由公務預算支應；經常門 28,000 千元由公益彩券回饋金支應)、2020 年為 62,000 千元 (經常門 32,000 千元、資本門 1,000 千元由公務預算支應；經常門 29,000 千元由公益彩券回饋金支應)、2021 年為 63,000 千元(經常門 32,000 千元、資本門 1,000 千元由公務預算支應；經常門 30,000 千元由公益彩券回饋金支應) 並將視計畫內容核定經費。

(四) 研發本土化加害人處遇模式，培植處遇人員專業

(主辦機關：衛生福利部心理及口腔健康司；協辦機關：衛生福利部保護服務司、內政部警政署、法務部、法務部矯正署、司法院及各直轄市、縣(市)政府)

1.研發加害人處遇模式及評估工具，定期追蹤處遇成效

協調警政、司法、社政進行國內婦幼保護案件加害人行為模式相關研究。研發適合我國加害人特性的本土化再犯風險評估指標、量表及處遇模式。委託或補助醫療機構、醫事相關學(協)會團體辦理加害人處遇成效追蹤及再犯率研究。

2.建立處遇人員訓練教材，訂定人員資格條件，建立處遇人員認證制度，提升處遇人員專業知能

訂定處遇人員資格條件及訓練課程基準，研擬處遇人員認證機制。建立處遇人員專業督導制度，提升處遇品質及成效。委託或補助醫療機構、醫事相關學(協)會團體辦理處遇人員教育訓練及專業督導。

3.本項經費本項經費2017年及2018年分別為1,085千元、2,000千元，2019至2021年每年約需3,000千元，由公務預算支應，並將視計畫內容核定經費。

五、建構整合、運用科技及具實證基礎之心理健康基礎建設

(一) 結合雲端科技，建立健康管理平台，提升心理健康服務利用率

(主辦機關：衛生福利部心口司)

- 1.蒐集與民眾相關之心理健康資訊，結合資訊與科技產業，開發多元心理健康資訊傳播模式，建置互動式、自主式的健康傳播平台，數位化心理健康知識，擴大傳播效能。
- 2.整合心理健康網站及諮詢專線，研議結合心理健康專業團體，建立互動式網路心理諮詢環境；開發智慧型心理健康管理工具等，提供民眾即時且正確之心理健康資訊與方便記錄個人健康資料之工具，建立民眾自我心理健康管理意識及自主權。

- 3.整合及資訊化心理健康服務供給與需求，連結全國心理健康資源，由縣市政府維護各地最新服務資源，提供民眾單一資訊窗口，提升心理健康服務便捷性及利用率。
- 4.建置醫療服務相關專業人員訓練之網路學習平台（含手機與平板），開發及推廣學習課程，建立心理健康專業人員網路學習成效認證制度。
- 5.建立精神疾病、藥癮、酒癮病友或家屬服務數位資源庫(包括服務資源、互助團體、進修或專題研討訊息)，鼓勵民間與專業團體建立實體與互聯網，推動成立網路社群，藉由高滲透率之工具，鼓勵民眾、病友及家屬參與心理健康活動，持續學習，增能與成長。
- 6.針對科技及網路成癮課題，以產官學合作之方式，喚起科技與網路相關企業之社會責任與角色功能，於是當平台及介面置入網路成癮防治與心理衛教機制。
- 7.本項經費 2017 年為 2,110 千元(經常門 1,450 千元、資本門 660 千元，由公務預算支應)、2018 至 2021 年每年約需 4,000 千元（每年經常門 2,000 千元、資本門 2,000 千元，由公務預算支應），並將視計畫內容核定經費。

(二) 跨域整合心理健康資料庫，運用科技強化資料分析，進行服務方案成效評估，建立政策實證基礎。

(主辦機關：衛生福利部心口司)

- 1.蒐集心理健康相關資料庫或資訊系統，跨域整合資訊系統，強化跨部門、跨機關資訊整合，並透過大數據分析，構築各類心理健康議題圖像，據以檢討修正計畫或方案存續、預算或人員增減，提升統計資料之加值應用。
- 2.持續並定期進行各項心理健康精神疾病防治、成癮防治及家庭暴力與性侵害防治議題之流行病學監測與調查，進行國人心理健康影響評估，建立政策研擬之實證基礎。
- 3.針對各類心理健康、精神疾病防治、成癮防治及家庭暴力與性侵害加害人處遇等服務方案、治療或處遇模式進行成效評估，並做滾動式修正，提升服務效能，並以實證資料提出政策建議。

- 4.精進精神照護資訊管理系統、自殺防治通報系統、替代治療作業系統及家庭暴力與性侵害加害人處遇系統功能，提升各類服務效能。
- 5.建立社區個案管理整合系統及運作機制，針對社區內之精神病人、自殺通報個案、藥癮(替代治療)、酒癮個案及合併家庭暴力、性侵害等高風險個案之個案管理系統，研議進行整合，以避免資源重置及提升服務效率。
- 6.本項經費 2017 年為 16,328 千元(經常門 13,740 千元、資本門 2,588 千元，由公務預算支應)、2018 年至 2021 年每年約需 27,000 千元(每年經常門 19,000 千元、資本門 8,000 千元，由公務預算支應)，並將視計畫內容核定經費。

(三) 厚植心理健康專業知能，發展認證機制，提升心理健康服務量能。

(主辦機關：衛生福利部心口司)

- 1.結合心理健康專業學、協、公會，盤點各類心理健康人力，評估不同場域/業務 (如心理健康促進、精神疾病防治與照護、精神病人長期照顧、成癮防治及特殊族群處遇等) 之人力資源供需，培植心理健康專業人力，鼓勵投入心理健康照護相關職場。
- 2.結合心理健康專業團體，依照各項業務(如心理健康促進、災難心理衛生、精神病人關懷訪視、藥癮與酒癮治療、網路成癮處遇、家庭暴力與性侵害加害人處遇、被害人驗傷採證等)需求，建立專業人員訓練中心或推動訓練方案，發展人員認證機制，強化人力資源管理及繼續教育，提升專業知能。
- 3.發展及定期檢討各項心理健康服務臨床指引或工作手冊，傳承及精進專業知能，提升服務品質。
- 4.辦理心理專業人員及心理衛生行政人員共識營、研討會及論壇，進行經驗交流與標竿學習，凝聚服務提供之共識。
- 5.檢討及合理配置補助各直轄市、縣 (市) 政府心理健康業務推動人力，並建立督導及訓練制度，以提升政策執行成效。
6. 本項經費 2017 年為 5,060 千元、2018 年至 2021 年每年約需 7,000 千元，由公務預算支應，並將視計畫內容核定經費。

(四) 推動國際合作，拓展國際參與，學習他國成功經驗，增加國際能見度。

(主辦機關：衛生福利部心口司)

- 1.參加各項心理健康、精神疾病防治、成癮防治、性侵害及家庭暴力防治相關國際會議，掌握國際脈動及新趨勢，吸取專業新知。
- 2.辦理國際心理健康相關會議、研討會或論壇，邀請他國心理健康人員及專家學者來台交流，擴展國際人脈，以佈建友我網絡。
- 3.推動國際人才培訓與交流，發展跨國人才培訓策略，精進我國心理健康專業知能，同時與其他國家分享我國心理衛生專業發展經驗。
- 4.出席「世界衛生大會」，參加我國關切議題之相關 WHA 技術性會議，輸出我國衛生福利經驗及收集各項國際重要醫衛資訊。
- 5.本項經費 2017 年為 1,085 千元，2018 年至 2021 年每年約需 1,500 千元，由公務預算支應，並將視計畫內容核定經費。

伍、期程與資源需求

一、計畫期程

本計畫實施期程自 2017 年 1 月 1 日至 2021 年 12 月 31 日止，共計 5 年。

二、所需資源說明

- (一) 人力需求：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 621 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 425 名（以一、二級精神病人約有 3.4 萬人計算，若以平均每名訪視員負責 80 名病患（1:80），約需 425 名訪視員）。
- (二) 財務需求：本計畫執行期間為 2017 年至 2021 年，中央政府公務預算初估共需 4,640,618 千元（含經常門 4,555,890 千元，資本門 84,728 千元）。
- (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	2017 年至 2021 年 (單位：千元)				
年度	類別	中央預算	地方預算	其他預算	年度經費
2017 年 ^{註 1}	經常門	522,990	31,700	70,185	624,875
	資本門	5,228	0	5,500	10,728
2018 年 ^{註 2}	經常門	915,550	31,700	42,169	989,419
	資本門	25,500	0	2,500	28,000
2019 年	經常門	1,023,250	31,700	39,138	1,094,088
	資本門	17,500	0	0	17,500
2020 年	經常門	1,043,450	31,700	29,000	1,104,150
	資本門	18,000	0	0	18,000
2021 年	經常門	1,050,650	31,700	30,000	1,112,350
	資本門	18,500	0	0	18,500
2017 年 ~2021 年	經常門	4,555,890	158,500	210,492	4,924,882
	資本門	84,728	0	8,000	92,728
	合計	4,640,618	158,500	218,492	5,017,610

註 1：2017 年經費已按分配預算額度修正計畫經費，有關原擬預計新增憂鬱症防治方案、孕產婦心理健康促進方案、學校與身心障礙機構整合精神醫療服務計畫、精神病人社區照護建置方案、擴大非鴉片類治療者醫療戒癮補助計畫、成癮防治專業人員訓練計畫、加害人處遇及驗傷採證品質提升計畫、處遇人員專業知能精進計畫等將移至 2017 年辦理。

註 2：2018 年起增加之經費為強化(1)心理健康促進，包括：強化全程(不同生命週期)及特定族群(原民、新住民、照顧者)之心理健康及因應資訊政策發展趨勢，推動 E-Mental Health；(2)精神病防治加強發病者之早期發現及早期介入治療，包括：強化照顧社區化及連結居住、就業與長照資源；(3)成癮防治，包括：落實蔡總統政見，加強跨部會(法務部、教育部)

合作之毒品防制策略與結合民間資源及對藥癮者推動積極治療取代隔離、監禁；(4)特殊族群處遇，包括：成立可結合衛政、社政共同推動家暴、性侵害防治(含系統、服務資源整合)及分類、分級處遇加害人精進處遇成效；(5)基礎建設包括：強化流行病學調查及服務方案成效評估等工作。

三、經費來源及計算基準

(一) 經費來源：

- 1.中央預算：公務預算預估支應 4,640,618 千元(含經常門 4,555,890 千元，資本門 84,728 千元)。
- 2.地方預算：縣市政府：預估配合款 158,500 千元(經常門)。
- 3.其他預算：包括醫療發展基金、公益彩券回饋金及科技發展工作計畫等經費來源，預估支應 218,492 千元(含經常門 210,492 千元，資本門 8,000 千元)。
- 4.其他部會預算：0 元，係因主要為配合其例行業務計畫執行，均未另行編列預算。

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 (%)	
2017 年	528,218 (83.11%)	75,685 (11.91%)	31,700 (4.99%)	635,603
2018 年	941,050 (92.49%)	44,669 (4.39%)	31,700 (3.12%)	1,017,419
2019 年	1,040,750 (93.63%)	39,138 (3.52%)	31,700 (2.85%)	1,111,588
2020 年	1,061,450 (94.59%)	29,000 (2.58%)	31,700 (2.82%)	1,122,150
2021 年	1,069,150 (94.54%)	30,000 (2.65%)	31,700 (2.80%)	1,130,850
經費合計	4,640,618 (92.49%)	218,492 (4.35%)	158,500 (3.16%)	5,017,610

(二) 計算基準如附件 2。

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

透過第二期計畫之推動，持續精進各項心理健康照護服務品質及人力資源，建構三段五級之心理健康服務體系，內容將涵蓋對不同生命週期之民眾的心理健康促進、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，以及健康照顧者的支持等議題，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，讓服務品質達到水準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。降低國人自殺死亡率至每 10 萬人口 10.6 人。

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。落實推動員工協助方案，行政院所屬及地方主管機關人事機構訂定員工協助方案實施計畫機關達 98%。

三、培訓優質之心理健康相關人力，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，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並可評估訓練課程對人員專業能力提升之成效。提升藥癮治療專業人力培訓人數達 2,350 人。

四、整合各項心理健康照護資訊系統，並建構有效資料庫，做為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。因此，藉由資訊系統的完備建置，並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，另外有關於各項成效評估，例如，影響物質濫用、家性暴等再犯危險因素，及處遇的成效，將可透過此項計畫獲得實質的印證。完成心理健康議題之大數據分析累計開發數達 5 案。

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。

六、建立早期介入精神病人的防治，並發展多元化精神病人照護，充權精神病人，鼓勵回歸社區。

透過資源整合與規劃，移轉服務導向為心理健康促進、預防精神疾患，減少精神疾病患者病程慢性化，並且建立精神病人分級照護制度盤點資源及建立評估制度，以作為提升精神衛生健康體系及服務工作之基礎。進而發展多元化的精神病人照護，藉由充權病人減少精障病人機構化，並且回歸社區。全國議病人人權與民間精神衛生團體辦理宣導活動縣市涵蓋率達 100%；另推動社會住宅(含精障者)核定補助住宅數達 800 戶。

七、有效提升心理健康察覺的敏感度

有效的提升專業人員對於心理健康促進專業能力，同時有助於協助對於不同生命週期與不同場域的民眾心理健康的促進。並且，藉由計畫的施行，能讓第一線的基層醫療人員可以有效提升對親密暴力察覺的敏感度。

柒、財務計畫

本計畫為中央主辦計畫，其經費依中央主管相關法令規定，辦理預算相關辦法，所需經費均於中程歲出概算額度內容納。且經費均依目前可掌握之單價及數量等資訊估算，執行本計畫所需總經費約為 5,017,610 千元（含經常門 4,924,882 千元，資本門 92,728 千元）。（詳見本計畫「伍、期程與資源需求」）。

本計畫非公共建設計畫、亦無民間機構參與，且非屬自償性質，無設定特定之財務目標指標。本計畫之部分工作項目為延續性之重要施政工作項目，以工作內涵設定成果型及工作量能評估指標，並配合政府機關預算執行管考機制進行管考。惟若人力及經費不足以支應本計畫所需，未來將依目前已知之重大案件，進行滾動式檢討，優先針對風險排序，加強執行。

捌、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，衛生醫療公務預算緊縮，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。

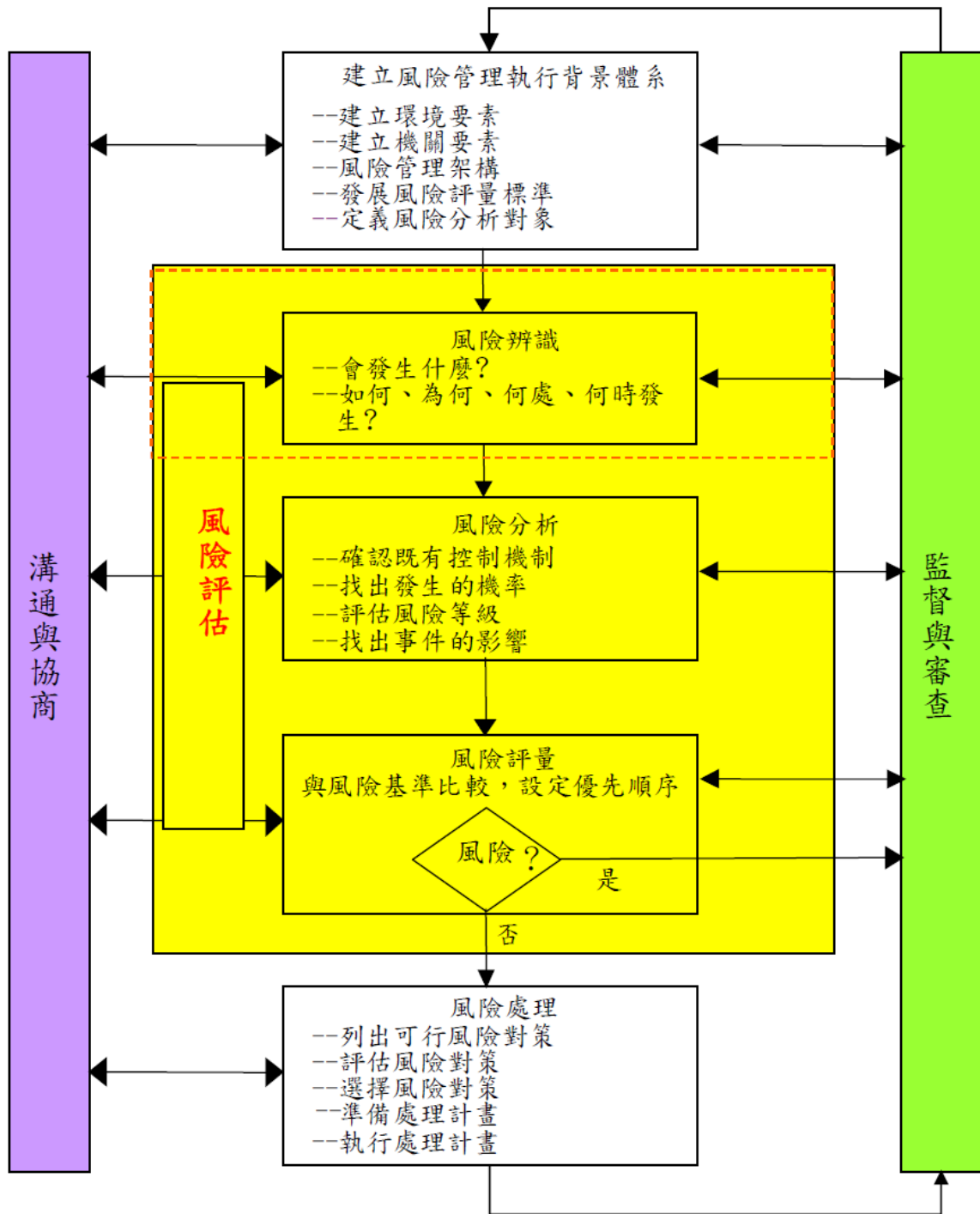
(二) 成立行政院層級心理健康促進平台

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、風險評估

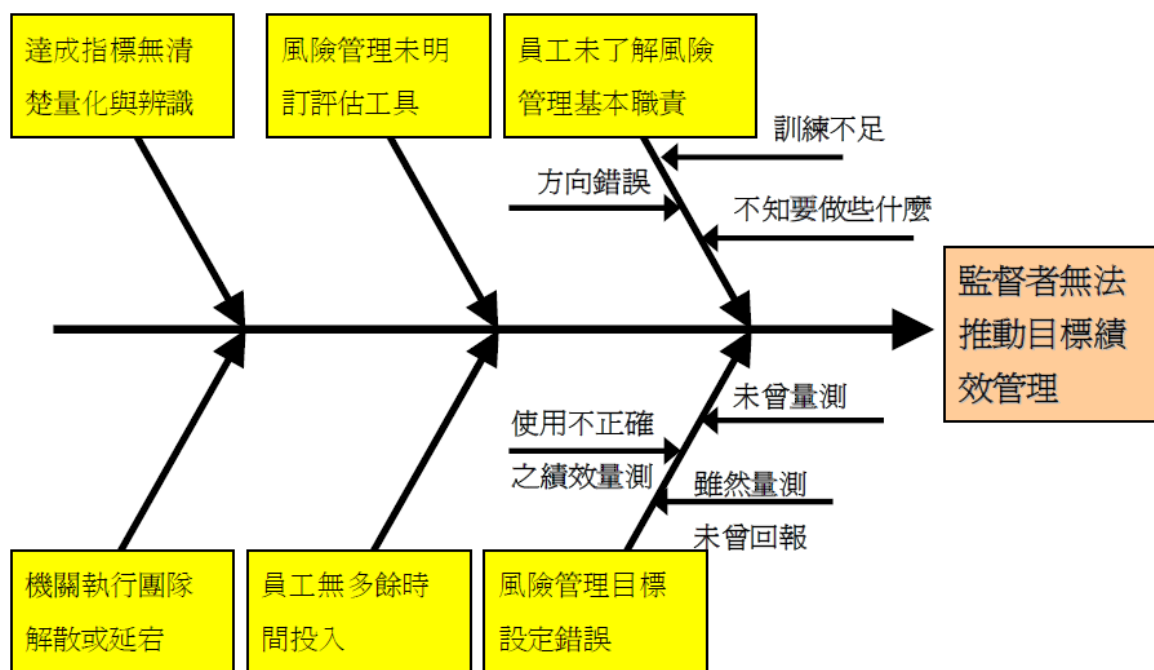
- (一) 風險管理是一個『持續改善』的反覆過程或循環過程，因此，風險管理，將參考，行政院研究發展考核委員會訂頒「風險管理及危機處理作業手冊」之風險評估機制的典型的風險管理架構（如下圖），作為風險管理架構的主軸。

圖 2、風險管理架構



本部將定期開會(至少每年 1 次)以制訂目標，並設定優先順序，目標將涵蓋全機關風險管理相關課題與各部門與各階層的特殊風險項目。並且以文件記載目標制訂的程序。風險管理目標的原則包括：界定適宜的指標，例如：1.指標應可以量化及作為目標執行的監督要項。2.目標應合理並可達成，3.機關有能力達成這些目標，並監督進度等。許多內部或外部因素均有可能導致目標無法達成，故此，本部也將定期藉由系統化分析模式找出無法達成目標之影響因子，進行修正及改善以落實目標之執行。相關系統化原因分析將以下圖作為分析的方法。

圖 3、目標未達成之系統原因分析



(二) 風險辨識：

依據行政院研究發展考核委員會訂頒「風險管理及危機處理作業手冊」之風險評估機制，由各單位就施政計畫、監察院糾正(舉)文及輿情反應等風險來源辨識主要風險項目，清楚說明其風險情境及影響，就主要風險項目分析風險等級，以及經由現有控制機制處理後之殘餘風險，再就不可容忍之殘餘風險採行新增對策，並據以選定對應之業務項目納入內部控制制度設計。風險評估機制為動態管理過程，將定期就風險評估採滾動方式檢討，本次採行之新增對策，於下次檢討時納入現有控制機制檢討及評估其風險等級，以決定是否再採行其他新增對策因應。

(三) 風險分析：

風險辨識後，本計畫參採「風險管理及危機處理作業手冊」之風險評估工具，並考量業務特性，訂定適用於之「風險發生機率分類表」(如下表 1)及「風險影響程度分類表」(如下表 2)，作為各單位衡量風險影響程度及發生機率之參考標準並據以計算風險值。風險值之計算方式為影響程度及發生機率之乘積(風險值=影響程度*發生機率)。對應本計畫，經以風險分析結果擬定主要風險，對於風險值高(即高度、極度風險)之風險項目積極處理，並考量成本效益，選擇最經濟、有效之處理對策，以降低風險。本計畫執行項目風險分布情形如風險圖像(如下圖 4)。

表 1 風險發生機率分類表 - 機率之敘述

風險機率分級			
等級及可能性	幾乎不可能(1)	可能(2)	幾乎確定(3)
機率之描述	發生機率 0%~40%；只會在特殊的情況下發生。	發生機率 41%~60%；有些情況下會發生。	發生機率 61%以上；在大部分的情況下會發生。

表 2 風險影響程度分類表-影響之敘述

等級	影響程度	衝擊或後果	形 象	社會反應
3	非常嚴重	高度危機	政府形象受損	要求追究行政院行政責任
2	嚴重	中度危機	衛生福利部形象受損	要求追究衛生福利部行政責任
1	輕微	低度危機	各單位形象受損	要求追究執行單位行政責任

影響程度	風險分布		
非常嚴重(3)	高度風險 系統串聯資料外洩	高度風險	極度風險
嚴重(2)	中度風險	高度風險 自殺、精神、酒藥癮及家暴、性侵害等個案事件，係因行政程序未完備導致個案受傷害或死亡	高度風險
輕微(1)	低度風險	中度風險 投入人力不足	高度風險
	幾乎不可能(1)	可能(2)	幾乎確定(3)
	發生機率		

圖 4：風險圖像

(四) 風險評量：說明如下

1. 推動社區化的結果：可能造成一堆遊民
2. 建構資料庫：若無完整的配套與防護措施可能造成個資外洩。
3. 過度維護病人人權，忽略社會安全，可能造成許多社會問題。
4. 自殺防治的過度介入造成人權的侵犯
5. 網路成癮成為新的污名化。

三、相關機關配合事項

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。各協辦機關配合辦理策略臚列於下表。

本計畫協辦機關一覽表-行政院相關部會

目標	策略	○：協辦機關 ◎：協辦機關且提報關鍵績效指標												
		教育部	內政部	勞動部	國防部	法務部	文化部	交通部	農委會	退輔會	原民會	行政院人事 行政總處	通傳會	司法院
一、推展全人、全程及全方位之心理健康促進	(一)強化心理健康傳播，增進國人心理健康識能。	○					○							
	(二)規劃推動兼顧身、心健康及涵蓋各生命週期之心理健康服務方案。	○		◎								◎		
	(三)推展符合全民、心理疾病高風險個案及特定族群需求之全方位心理健康服務方案。	◎	○	○	○	○	○		○	◎	◎		○	
	(四)整合心理服務資源及強化推動心理健康網絡，提升心理健康服務效能。	○	○	○	○	○	○		○	○	○			
二、提供深化、優化及社區化之精神疾病照護	(一)均衡精神照護資源與強化服務網絡，深化精神疾病照護識能，優化精神照護品質。									○				
	(二)強化精神病人社區化照護服務，並落實社區精神病人管理及追蹤關懷。		○ (消防署、 警政署)											
	(三)發展多元化及社區化之精神病人照護模式，連結居住及就業服務資源，支持病人於社區生活。		◎ (營建署)	◎										

本計畫協辦機關一覽表-行政院相關部會

目標	策略	○：協辦機關 ◎：協辦機關且提報關鍵績效指標												
		教育部	內政部	勞動部	國防部	法務部	文化部	交通部	農委會	退輔會	原民會	行政院人事 行政總處	通傳會	司法院
	(四) 推動精神疾病去汙名化，促進精神病人權益保障，增加社會大眾之接納度。	○		○			○			○			○	
三、發展可 近、多元及 有效之成癮 防治服務	(一) 倡議藥、酒癮疾病概念，提升成癮防治意識。	○				○		○						
	(二) 強化成癮防治服務網絡與處遇服務管理機制。		○ (警政署)	○		○								
	(三) 多元藥、酒癮治療及處遇模式，提升服務品質與成效。		○ (警政署)	○		○ (矯正署)								
	(四) 強化臨床與學術研究，建立成癮防治政策之實證基礎。	○												
四、推動完 善、優質及 無縫接軌之 暴力再犯預 防	(一) 提升醫事人員責任通報敏感度及危險評估知能，完善被害人驗傷採證及身心治療服務。		○ (警政署)			○								○
	(二) 整合婦幼保護案件加害人服務體系及強化處遇網絡。		○ (警政署)			◎ (矯正署)								○
	(三) 充實婦幼保護案件相對人、加害人處遇資源及處遇服務。		○			○								○

本計畫協辦機關一覽表-行政院相關部會

目標	策略	○：協辦機關 ◎：協辦機關且提報關鍵績效指標												
		教育部	內政部	勞動部	國防部	法務部	文化部	交通部	農委會	退輔會	原民會	行政院人事 行政總處	通傳會	司法院
			(警政署)			(矯正署)								
	(四)研發婦幼保護案件加害人及 被害人處遇模式。		○ (警政署)			○ (矯正署)								○

本計畫協辦機關一覽表-本部司署

目標	策略	○：協辦機關 ◎：協辦機關且提報關鍵績效指標											(三)直轄 市、縣(市) 政府
		照護司	保護服務司	醫事司	社工司	醫福會	中央健保署	社家署	國健署	疾管署	食藥署	國衛院	
一、推展全 人、全程及 全方位之 心理健康 促進	(一) 強化心理健康傳播，增進國人心理健康識能。												○
	(二) 規劃推動兼顧身、心健康及涵蓋各生命週期之心理健康服務方案。												○
	(三) 推展符合全民、心理疾病高風險個案及特定族群需求之全方位心理健康服務方案。							◎					○
	(四) 整合心理服務資源及強化推動心理健康網絡，提升心理健康服務效能。												○
二、提供深 化、優化及 社區化之 精神疾病 照護	(一) 均衡精神照護資源與強化服務網絡，深化精神疾病照護識能，優化精神照護品質。	○		○		○	○	○					○
	(二) 強化精神病人社區化照護服務，並落實社區精神病人管理及追蹤關懷。						○	○					○
	(三) 發展多元化及社區化之精神病人照護模式，連結居住及就業服務資源，支持病人於社區生活。						◎	○	○				○

本計畫協辦機關一覽表-本部司署

目標	策略	○：協辦機關 ◎：協辦機關且提報關鍵績效指標											(三)直轄 市、縣(市) 政府
		照護司	保護服務司	醫事司	社工司	醫福會	中央健保署	社家署	國健署	疾管署	食藥署	國衛院	
	(四) 推動精神疾病去汙名化，促進精神病人權益保障，增加社會大眾之接納度。							○					○
三、發展可 近、多元及 有效之成 癮防治服 務	(一) 倡議藥、酒癮疾病概念，提升成癮防治意識。		○		○			○					○
	(二) 強化成癮防治服務網絡與處遇服務管理機制。		○		○		○	○					○
	(三) 多元藥、酒癮治療及處遇模式，提升服務品質與成效。				○								○
	(四) 強化臨床與學術研究，建立成癮防治政策之實證基礎。		○									◎	○
四、推動完 善、優質及 無縫接軌 之暴力再 犯預防	(一) 提升醫事人員責任通報敏感度及危險評估知能，完善被害人驗傷採證及身心治療服務。		○					○		○			○
	(二) 整合婦幼保護案件加害人服務體系及強化處遇網絡。		○										○
	(三) 充實婦幼保護案件相對人、加害人處遇資源及處遇服務。		○										○
	(四) 研發婦幼保護案件加害人及被害人處遇模式。		○										○

四、中長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5點、第12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5點、第13點)		✓		✓	
	(3)是否依據「跨域加值公共建設財務 規劃方案」之精神提具相關財務策 略規劃檢核表？並依據各類審查作 業規定提具相關書件		✓		✓	
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」)		✓		✓	無涉促參
3、經濟及財務效益 評估	(1)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)	✓		✓		
	(2)是否研提完整財務計畫	✓				
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)資金籌措：依「跨域加值公共建設 財務規劃方案」精神，將影響區域 進行整合規劃，並將外部效益內部 化		✓		✓	
	(3)經費負擔原則： a.中央主辦計畫：中央主管相關法令	✓		✓		

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	
	規定					
	b.補助型計畫：中央對直轄市及縣(市)政府補助辦法、依「跨域增值公共建設財務規劃方案」之精神所擬訂各類審查及補助規定					
	(4)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，應檢討調減一定比率之舊有經費支應；如仍有不敷，須檢附以前年度預算執行、檢討不經濟支出及自行檢討調整結果等經費審查之相關文件		✓		✓	說明 for chg. 按此處 11
	(5)經資比 1：2（「政府公共建設計畫先期作業實施要點」第 2 點）		✓		✓	
	(6)屬具自償性者，是否透過基金協助資金調度		✓		✓	
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	(1)能否優先使用公有閒置土地房舍	✓		✓		無涉土地取得
	(2)屬補助型計畫，補助方式是否符合	✓				

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	
	(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)計畫中是否涉及徵收或區段徵收特定農業區之農牧用地		✓		✓	
	(4)是否符合土地徵收條例第 3 條之 1 及土地徵收條例施行細則第 2 條之 1 規定		✓		✓	
	(5)若涉及原住民族保留地開發利用者，是否依原住民族基本法第 21 條規定辦理		✓		✓	
8、風險評估	是否對計畫內容進行風險評估	✓		✓		
9、環境影響分析 (環境政策評估)	是否須辦理環境影響評估		✓		✓	
10、性別影響評估	是否填具性別影響評估檢視表	✓		✓		
✓ 11、無障礙及通用 設計影響評估	是否考量無障礙環境，參考建築及活動空間相關規範辦理		✓		✓	
✓ 12、高齡社會影響 評估	是否考量高齡者友善措施，參考 WHO「高齡友善城市指南」相關規定辦理	✓		✓		
13、涉及空間規劃 者	是否檢附計畫範圍具座標之向量圖檔		✓		✓	
14、涉及政府辦公 廳舍興建購置 者	是否納入積極活化閒置資產及引進民間資源共同開發之理念		✓		✓	
15、跨機關協商	(1)涉及跨部會或地方權責及財務分	✓		✓		

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	
	攤，是否進行跨機關協商					
	(2)是否檢附相關協商文書資料	√		√		
16、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		√		√	
	(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		√		√	
17、資通安全防護 規劃	資訊系統是否辦理資通安全防護規劃		√		√	

主辦機關核章：承辦人

技正廖敏桂

科長詹金月

副科長鄭淑心

副司長張雍敏

單位主管

心理及口語表達司
司 長 張立中

首長

部長林奏延

主管部會核章：研考主管

綜合規劃司
司 長 楊芝青

會計主管

會計處
處 長 吳建國

首長

部長林奏延

倘由第一期計畫之年度預算估算，仍有不敷使用之說明表

- 一、 國民心理健康第二期計畫內容係延續第一期計畫(105 年底將結束)，經檢討計畫成效及未盡完善且需廣續推動之事項，原有工作項目均需持續辦理，且部分工作項目(如加強社區高風險精神病人之照護、補助地方政府追蹤關懷人力；推動成癮防治計畫、充實設施設備、治療及專業人員訓練經費等)仍有精進空間，並需增編經費擴大辦理。
- 二、 另同時考量因應天然災害頻傳、少子化、高齡化、科技化、社會問題及意外事件層出不窮等現象，衍生新興心理健康議題需要廣續提出因應策略，及配合蔡總統五大心理健康行動政策，爰擬具連續性、整體性及前瞻性之跨行政院相關部會、跨衛生福利部相關司署、跨 22 個縣市政府層級(中央與地方)之國民心理健康施政計畫，做為國家未來 5 年最重要之心理健康施政藍圖。
- 三、 有關提升民眾之正向思考及復原能力，促進心理健康及減少自殺、憂鬱、毒品、家庭及性侵害暴力問題等心理疾病之產生，均為未來心理健康政策規劃及推動之重要方向。為全面提升國人心理健康，規劃依公共衛生三段預防之概念，持續朝向擘劃全人(兼顧生理及心理健康)、全程(含括不同生命週期)以及全方位(普及全人口、高風險個案早期發現早期介入、降低精神疾病限制支持於社區生活等)之心理健康政策及行動方案，以涵蓋推展心理健康促進、優化精神疾病照護、發展成癮防治服務、推動特殊族群處遇及強化心理健康基礎建設等五大面向，新增多項工作項目(如推動 E-Mental Health；加強精神疾病發病者之早期發現及早期介入治療；強化精神病人照顧社區化及連結居住、就業與長照資源；對藥癮者推動積極治療取代隔離、監禁；分類、分級處遇家庭暴力、性侵害加害人精進處遇成效；大數據分析等)，故第二期計畫預算亟需較第一期計畫預算逐年成長。

五、性別影響評估檢視表

【第一部分】：本部分由機關人員填寫

填表日期：2016 年 03 月 01 日			
填表人姓名：廖敏桂		職稱：技正	
電話：8590-7448		e-mail：md1214@mohw.gov.tw	
		身份： <input checked="" type="checkbox"/> 業務單位人員 <input type="checkbox"/> 非業務單位人員	
<p style="text-align: center;">填 表 說 明</p> <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、「主管機關」欄請填列中央二級主管機關，「主辦機關」欄請填列提案機關（單位）。</p> <p>三、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之意見；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行程序參與，參酌其意見修正計畫內容，並填寫「拾、評估結果」後通知程序參與者。</p>			
壹、計畫名稱		國民心理健康第二期計畫	
貳、主管機關	衛生福利部	主辦機關（單位）	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	世界衛生組織（World Health Organization，		簡要說明計畫之現

<p>求概述</p>	<p>WHO) 報告預測，在西元 2020 年時，自殺於全球十大死因中將排名第 9 位，另以全球衛生負擔(global burden of health)，以「生命損失年數」(Years of Lost Life, YLL)與「伴隨殘障存活年數」(Years Lived with Disability, YLD)合起來估算，最高的十大「疾病與傷害」理中，憂鬱症將排名第 2 位。</p> <p>世界衛生組織在 2013 年開始積極推動健康融入所有政策中，心理健康當然也包括在各項健康政策中。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；其次，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，亦需給予心理健康支持。未來，提升民眾之正向思考及復原能力，促進心理健康及減少自殺、憂鬱等心理疾病之產生，為心理健康政策規劃及推動之方向。</p> <p>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，以及照護病人的家屬(多為女性)，也較缺少特殊方案。</p> <p>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，及失能者及其家康之支持仍較缺乏。</p> <p>在前端預防的部分，家庭心理健康非常重要，包</p>	<p>況問題與需求。</p>
------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------

	<p>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、為人父母之角色之應因，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層、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、傳染性病疾病患者、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、性傾向方面呈之心理健康需求，亦需關切，除調查解需求外也需要設計性別敏感度的方案。</p> <p>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。</p> <p>衛生福利部下設立專「司」長掌管「心理健康」業務，將廣續規劃推動符合性別、年齡、族群及地域需求之心理健康政策及服務措施；依據服務對象及內涵，結合相關部會、部門，從中央到地方政府，建立良好之互動及合作機制，提供心理健康促進、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</p>	
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

	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，以提供兼具族與年齡差異，並具備性別敏感度之心理健康服務，以全面提升國民心理健康。	
4-2 和本計畫相關之性別統計與性別分析	<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：2015 年男性自殺死亡人數較女性高，男比女大致為 1.94 比 1。從全國自殺死亡及女性死亡排序來看，男性死因第 10 位、女性為女性死因第 12 位，然而，在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：2014 年各機關(構)通報藥物濫用個案共計 23,779 人次，其中男性 19,196 人次(占通報總人次之 80.7%)，女性 4,583 人次(占 19.3%)，在性別方面，濫用個案仍以男性較多，男性之藥物濫用個案為女性之 4.18 倍；女性使用者則以伴侶使用影響最大。 4. 男性家庭暴力「加害人」約為女性之 4 倍：2005 年家庭暴力加害者為男性有 46,509 人占 85.8%，遠高於女性 6,377 人之 11.8%，相差為 7.29 倍， 	<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>至 2014 年家庭暴力加害者為男性有 74,309 人占 76.4%，高於女性 18,609 人之 19.1%，相差為 4 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。男性性侵害「加害人」約為女性之 14.8 倍：2005 年性侵害加害者共計 2,125 人，其中男性占 90.5%，遠高於女性之 1.8%，相差 50.63 倍，至 2014 年加害者共計 11,293 人，男性占 84.4%，高於女性之 5.7%，相差 14.8 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>5. 女性家庭暴力「被害人」約為男性之 2.6 倍：2014 年家庭暴力受害者為女性有 68,030 人占 71.1%，高於男性 26,312 人之 27.5% (表 3)，每萬人口約有 40.7 名遭受家庭暴力，若按性別統計，每萬名男性人口中有 22.4 人受暴，女性則高達 57.8 人，約為男性之 2.6 倍。另外，在女性性侵害「被害人」約為男性之 5.8 倍：2014 年性侵害被害人數計 11,086 人，其中女性 9,122 人占 82.3%，男性則為 1,588 人占 14.3%，每萬人口約有 4.7 人遭受性侵害，若按性別統計，每萬名男性有 1.3 人受害，女性則為 7.8 人為男性之 6 倍，恐影響女性心理健康甚鉅。</p> <p>6. 孕期憂鬱症幾乎已達 10%之高，但因孕期不適，醫療衛生關注多偏重身體生理問題，心理健康易受忽略與低估評；產後憂鬱症 (Postpartum Depression) 一般出現在產後 2 到 4 週，發生率也高達 10-15%。</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>本計畫除依據以往關注精神醫療、物質說濫用、加害人業務外，更多部分是因應全民心理健康而提出。過去在女性及男性間，以及不同女性群體及不同男性群體的內部，具有什麼樣的心理健康的統計或分析較不足，本計畫需要加強這方面性別統計與分析。</p> <p>主要經費編列系運用於全體民眾，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>
伍、計畫目標概述（併同敘明性別目標）	<p>依公共衛生三段預防之概念，擘劃全人(兼顧生理及心理健康)、全程(含括不同生命週期)以及全方位(普及全人口、高風險個案早期發現早期介入、降低精神疾病限制支持於社區生活等)之心理健康政策及行動方案，範圍涵蓋推展心理健康促進、優化精神疾病照護、發展成癮防治服務、推動特殊族群處遇及強化心理健康基礎建設等五大面向。</p> <p>總目標為『擘劃全人、全程、全方位之心理健康』，分 5 大目標進行規劃：</p> <p>1、推展全人、全程及全方位之心理健康促進：</p> <p>健全心理健康服務體系，規劃兼顧身、心全人健康及涵蓋各生命週期的心理健康服務方案，推展符合全民、心理疾病高風險個案、特殊族群需求之全方位心理健康服務，提升全民心理健康，減少自殺及憂鬱等精神疾病發生。</p> <p>2、提供深化、優化及社區化之精神疾病照護：</p> <p>深化全民對精神疾病之認識及強化醫事人員對精神病人之專業知能，優化精神照護體系與服務品質，整合精神病人服務資源，推動精神病人照顧社區化，保護並充權精神病人，支持精神病人於社區生活。</p> <p>3、發展可近、多元及有效之成癮防治服務：</p>	

	<p>提升國民對防治成癮物質及行為之意識，建構可近且便利之成癮防治服務網絡，發展多元服務方案及具實證基礎之治療模式，提升成癮治療量能及處遇品質，減少物質濫用問題惡化，支持並鼓勵成癮者復歸社會。</p> <p>4、推動分級、跨領域及無縫銜接之加害人處遇：</p> <p>提供完善且安心之家庭暴力與性侵害被害人身心治療，充實加害人處遇資源及優化加害人處遇品質，發展分類、分級之加害人處遇模式，整合加害人社區處遇網絡，落實加害人處遇之無縫銜接機制，全面強化暴力之再犯預防。</p> <p>5、建構整合、運用科技及具實證基礎之心理健康建設：</p> <p>跨域整合心理健康資訊系統，運用大數據分析心理健康服務成效，透過科技發展心理健康新興服務模式，拓展國際參與空間及學習成功經驗，全面強化心理健康基礎建設。</p>
<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> <p>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，10-5「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。</p> <p>2.本項不論評定結果為「是」或「否」，皆需填寫評定原因，應有量化或質化說明，不得僅列示「無涉性別」、「與性別無關」或「性別一律平等」。</p>	

項 目	評定結果 (請勾選)		評定原因	備 註
	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	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	說明該計畫所編列經費如何針對性別差異，回應性別需求。

性別需求與達成性別目標	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。	
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	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。	計畫如何設計執行策略，以回應性別需求與達成性別目標。
8-3 宣導傳播：計畫宣導方式	心理 健康 促進 涵蓋 全體 民	說明傳佈訊息給目標對象所採

<p>如何顧及弱勢性別資訊獲取能力或使用習慣之差異</p>	<p>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>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</p>	<p>說明計畫之性別友善措施或方案。</p>

	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。	
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

(二) 效益評估

項 目	說 明	備 註
8-5 落實法規政策： 計畫符合相關法規政策之情形	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威脅、消弭暴力對於女性身心的影響，本計畫涵蓋對理健康促進、精神疾病防治、物質濫用為防治、及特殊族群(含家暴及性侵害之加害與初害人、慢性病患、傳染性疾病、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階規	說明計畫如何落實憲法、法律、性別平等政策綱領、性別主流化政策及 CEDAW 之基本精神，可參考行政院性別平等會 網 站 (http://www.gec.ey.gov.tw/)。

	劃相關策略以維護其權益。	
8-6 預防或消除性別隔離： 計畫如何預防或消除性別隔離	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複害人之刻板印象與性別隔離。	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。
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	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、傳染性疾病的患者（如愛滋、TB 等）、意外災害者，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治療及照護服務，使不同性別、性傾向	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。

	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。	
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	本計畫無涉及公共建設（含軟硬體）之空間使用性及友善性。	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。
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	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；廣續推動性別主流化各項工具，並提升推動品質及擴大成效。	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「行政院所屬各機關個案計畫管制評核作業要點」納入年度管制作業計畫評核）。 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。
玖、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。		
9-1 評估結果之綜合說明	有關性別或是特殊族群的統計資料，包括自殺防治、成癮防治、家庭暴力性侵及特殊族群議題等，本計畫需加強並進一步深入性別因素探討，以期積極提升全民心理健康。	

9-2 參採情形	9-2-1 說明採納意見後 之計畫調整	已補充在計畫書中：現行相關政策及方案檢討、 執行策略及方法。
	9-2-2 說明未參採之理 由或替代規劃	無
9-3 通知程序參與之專家學者本計畫的評估結果：		
已於 105 年 3 月 30 日將「評估結果」通知程序參與者審閱。		

- * 請機關填表人於填完「第一部分」第壹項至第捌項後，由民間性別平等專家學者進行「第二部分 - 程序參與」項目，完成「第二部分 - 程序參與」後，再由機關填表人依據「第二部分 - 程序參與」之主要意見，續填「第一部分 - 玖、評估結果」。
- * 「第二部分 - 程序參與」之 10-5「計畫與性別關聯之程度」經性別平等專家學者評定為「有關」者，請機關填表人依據其檢視意見填列「第一部分 - 玖、評估結果」9-1 至 9-3；若經評定為「無關」者，則 9-1 至 9-3 免填。
- * 若以上有 1 項未完成，表示計畫案在研擬時未考量性別，應退回主管（辦）機關重新辦理。

【第二部分 - 程序參與】：本部分由民間性別平等專家學者填寫

拾、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；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/>)。

(一) 基本資料

10-1 程序參與期程或時間	2016 年 3 月 1 日至 2016 年 3 月 15 日		
10-2 參與者姓名、職稱、服務單位及其專長領域	張如杏 台大兒童心理衛生中心社工師、心理衛生專科社工師 專長領域包括：精神醫療社會工作、身心障礙諮商輔導、兒童早期療育社會工作、評鑑、督導與教學等。		
10-3 參與方式	<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		
10-4 業務單位所提供之資料	相關統計資料	計畫書	計畫書涵納其他初評結果
	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 很完整 <input 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	<input type="checkbox"/> 有，且具性別目標 <input checked="" type="checkbox"/> 有，但無性別目標 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有，已很完整 <input checked="" type="checkbox"/> 有，但仍有改善空間 <input type="checkbox"/> 無
10-5 計畫與性別關聯之程度	<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 均評定「否」者，則勾選「無關」)。		

(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。

10-6 問題與需求評估說明之合宜性	針對全民心理衛生提升，內容合宜
10-7 性別目標說明之合宜性	探討整體心理衛生議題，並未討論性別的差異

10-8 性別參與情形或改善方法之合宜性	可就現有資料深入分析
10-9 受益對象之合宜性	合宜
10-10 資源與過程說明之合宜性	合宜
10-11 效益評估說明之合宜性	合宜
10-12 綜合性檢視意見	此為全國性心理衛生政策，可就現有資料深入分析，以提供不同性別、年齡、背景適切服務。
(三) 參與時機及方式之合宜性：審閱資料提供意見，合宜。	
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) <u>張如杏</u>	

五、其他有關事項:無。

檔 號：
保存年限：

抄本

衛生福利部 開會通知單

機關地址：11558台北市南港區忠孝東路六段488號
傳 真：(02)85907080
聯絡人及電話：廖敏桂(02)85907448
電子郵件信箱：md1214@mohw.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國105年7月12日

發文字號：衛部心字第1051761053號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：議程、修正建議表及計畫書（草案）各1份(1051761053-1.doc、1051761053-2.doc、1051761053-3.doc)

開會事由：召開「中長程個案計畫-國民心理健康第二期計畫(草案)」自評會議

開會時間：105年7月20日(星期三)上午10時

開會地點：本部301會議室（臺北市南港區忠孝東路6段488號3樓）

主持人：何啟功次長

聯絡人及電話：廖敏桂（02）8590-7448

出席者：國立陽明大學衛生福利研究所吳肖琪教授、若瑟醫院宋維村首席顧問醫師、國立臺灣大學醫學院附設醫院張如杏社工師、中國醫藥大學附設醫院鄭若瑟顧問醫師、高雄市立凱旋醫院周煌智顧問醫師、教育部、內政部、勞動部、國防部、法務部、文化部、交通部、行政院農業委員會、國軍退除役官兵輔導委員會、原住民族委員會、行政院人事行政總處、國家通訊傳播委員會、本部護理及健康照護司、本部保護服務司、本部醫事司、本部社會救助及社工司、本部社會保險司、本部附屬醫療及社會福利機構管理會、衛生福利部中央健康保險署、衛生福利部社會及家庭署、衛生福利部國民健康署、衛生福利部食品藥物管理署、衛生福利部疾病管制署、國家衛生研究院、臺北市政府衛生局、新北市政府衛生局、桃園市政府衛生局、臺中市政府衛生局、臺南市政府衛生局、高雄市政府衛生局

列席者：本部心理及口腔健康司譚立中司長、張雍敏副司長、鄭淑心簡任技正、詹金月科長、賴淑玲科長、洪嘉璣科長、洪健榮科長

副本：

備註：請各參與機關會前檢視本計畫（草案），如有修正意見，請於

105年7月15日前填妥修正建議表（如附表）傳至本部指定信箱，以利會議進行討論。

召開「中長程個案計畫-國民心理健康第二期計畫(草案)」自評會議紀錄

開會時間：105 年 7 月 20 日 (星期三) 上午 10 時

開會地點：本部 301 會議室

主 持 人：何次長啟功(謚司長立中代理)

紀 錄：廖敏桂

出、列席名單：如附簽到單

壹、 主席致詞 (略)

貳、 討論事項：

案 由：國民心理健康第二期計畫(草案)報請行政院核定案，提請討論。

決 議：

一、整體意見：

(一)推動心理健康一定要有跨部會合作才能成功，且對其功能要有更明確定義，應建請行政院恢復跨部會溝通平台機制。

(二)心理健康促進工作，衛福部內不是只有心口司的責任，亦應包含國健署等單位共同參與。

(三)兒少為國家根本，建議針對兒少之心理健康，宜有更多著墨。

(四)老人心理健康，除以憂鬱症防治為重點外，應更著墨在強化老人心理健康促進。

二、個別章節內容：

主要建議意見為計畫書(草案)「壹、計畫緣起」至「肆、執行策略及方法」，建議修正內容，如下：

壹、計畫緣起：

- (一) 針對一、依據(六)「國民心理健康第一期計畫延續」之內容，應增加第一期已完成之工作，突顯相關重要成果，以及未來仍需持續推動之工作重點，以開宗明義說明推動第二期計畫之必要性。
- (二) 未來環境預測一節，部分內容目前僅引用國外資料，建議應更突顯台灣推動心理衛生之重要性，宜再補充國內資料；敘述內容並應先寫台灣資料，再寫國外資料。

貳、計畫目標：

- (一) 「目標 4、推動完善、優質及無縫銜接之暴力再犯預防」目標太大，且 (P.33)本項目標之策略所列 2 項預期績效指標與強化再犯預防之關聯較低，建議修正本項目標，依實際工作職掌，另列可行及合理之目標。
- (二) 績效指標、衡量標準及目標值
 - 1. 考量目前各縣市均有推動社區營造及社區關懷據點合作、心理健康教育訓練、社區關懷醫療連結率等，有關臺北市政府「與社區營造中心及關懷據點等基層據點合作辦理地方心理健康活動宣導場次」、高雄市政府「辦理心理健康教育訓練場次」、「社區關懷員依個案所需之醫療資源連結率達 62%」等 3 項指標，改列衛福部為執行機關，以作為全國性各縣市共同指標，並依縣市量能訂定適當之指標值。
 - 2. 有關「推動精障者之社區居住方案之縣市數」，請社家署提供修正文字及目標值；另「推動社會住宅【依住宅法規定，社會住宅應提供至少百分之十以上比率出租與具特殊情形或身分者(包含精障者)】(內政部營建署)」，前二項預期績效

指標建議訂定服務精神病人之比例，並逐年增加目標值，以契合計畫連結居住資源，支持精神病人於社區生活之策略，達到提供社區化之精神疾病照護之目標。

3. 有關「推動兒童司法早期鑑定 NICHD*之縣市數」之績效指標，請心口司再與保護服務司協調。

4. 目前每一項策略執行機關辦理單位太少，應跨更多單位共同合作；另關鍵績效指標之訂定，可再針對心理健康促進、心理健康預算、培訓人力、服務資源需求、各縣市民眾滿意度等，訂定逐年成長的精確目標數。

參、現行方案之檢討：

第一期計畫辦理成果，應按時序先後順序，以第一期計畫第一年 2013 年為基準值，與現況值做比較，以了解目前辦理成效。

肆、執行策略及方法：

(一)針對照護司建議修正 P53.為「發展社區精神照顧服務資源, 連結居住及就業服務資源，支持病人於社區生活」、P65.「檢討現有急、慢性精神病床比例，社區精神復健及精神照護資源分布情形」，考量精神照顧服務資源應併長照服務相關資源一併考量，爰維持原內容，不予修正。

(二)有關勞動部建議(P.60)規劃推動兼顧身、心健康及涵蓋各生命週期之心理健康服務方案、(P.61-62)推展符合全民、心理疾病高風險個案及特定族群需求之全方位心理健康服務方案，因涉有關職場心理健康，爰同意該部建議，增列國健署為協辦機關。。

(三)本部食藥署為毒品防制之重要幕僚機關之一，惟目前並無提報

具體工作內容及關鍵績效指標，建議食藥署宜針對發展可近、多元及有效之成癮防治服務之策略，考量提報適當工作項目及 KPI，及配合納為協辦機關。

參、臨時動議：無

肆、散會 (中午 12 時 40 分)

2017-2021 年經費計算基準

目標	年度	2017 年									2018 年									2019 年								
	類別	中央預算		地方預算		其他支應(基金、科技)		小計		合計	中央預算		地方預算		其他支應(基金、科技)		小計		合計	中央預算		地方預算		其他支應(基金、科技)		小計		合計
	工作項目	經常門	資本門	經常門	資本門	經常門	資本門	經常門	資本門		經常門	資本門	經常門	資本門	經常門	資本門	經常門	資本門		經常門	資本門	經常門	資本門	經常門	資本門	經常門	資本門	
一、推展全人、全程及全方位之心理健康促進	(一) 強化心理健康傳播，增進國人心理健康識能。	1,445	0	0	0	2,500	0	3,945	0	1,445	4,000	1,000	0	0	0	0	4,000	1,000	5,000	4,000	1,000	0	0	0	0	4,000	1,000	5,000
	(二) 規劃推動兼顧身、心健康及涵蓋各生命週期之心理健康服務方案。	6,870	0	0	0	0	0	6,870	0	6,870	10,500	0	0	0	0	0	10,500	0	10,500	11,500	0	0	0	0	0	11,500	0	11,500
	(三) 推展符合全民、心理疾病高風險個案及特定族群需求之全方位心理健康服務方案。	88,110	165	14,265	0	0	0	102,375	165	88,110	121,850	0	14,265	0	0	0	136,115	0	136,115	121,850	0	14,265	0	0	0	136,115	0	136,115
	(四) 整合心理服務資源及強化推動心理健康網絡，提升心理健康服務效能。	16,775	0	0	0	0	0	16,775	0	16,775	23,200	0	0	0	0	0	23,200	0	23,200	23,200	0	0	0	0	0	23,200	0	23,200
	小計	113,200	165	14,265	0	2,500	0	129,965	165	113,200	159,550	1,000	14,265	0	0	0	173,815	1,000	174,815	160,550	1,000	14,265	0	0	0	174,815	1,000	175,815
	合計	113,365		14,265		2,500		130,130			160,550		14,265		0		174,815			161,550		14,265		0		175,815		
二、提供深化、優化及社區化之精神疾病照護	(一) 均衡精神照護資源與強化服務網絡，深化精神疾病照護識能，優化精神照護品質。	54,955	660	0	0	10,000	0	64,955	660	65,615	106,000	1,500	0	0	0	0	106,000	1,500	107,500	106,000	1,500	0	0	0	0	106,000	1,500	107,500
	(二) 強化精神病人社區化照護服務，並落實社區精神病人管理及追蹤關懷。	179,980	0	17,435	0	0	0	197,415	0	197,415	326,900	0	17,435	0	0	0	344,335	0	344,335	404,900	0	17,435	0	0	0	422,335	0	422,335
	(三) 發展多元化及社區化之精神病人照護模式，連結居住及就業服務資源，支持病人於社區生活。	3,615	0	0	0	1,850	0	5,465	0	5,465	35,000	0	0	0	0	0	35,000	0	35,000	35,000	0	0	0	0	0	35,000	0	35,000
	(四) 推動精神疾病去汙名化，促進精神病人權益保障，增加社會大眾之接納度。	5,640	0	0	0	0	0	5,640	0	5,640	9,600	0	0	0	0	0	9,600	0	9,600	10,800	0	0	0	0	0	10,800	0	10,800
	小計	244,190	660	17,435	0	11,850	0	273,475	660	274,135	477,500	1,500	17,435	0	0	0	494,935	1,500	496,435	556,700	1,500	17,435	0	0	0	574,135	1,500	575,635
	合計	244,850		17,435		11,850		274,135			479,000		17,435		0		496,435			558,200		17,435		0		575,635		

目標	年度	2017 年 (續)									2018 年 (續)									2019 年 (續)								
	類別	中央預算		地方預算		其他支應(基金、科技)		小計		合計	中央預算		地方預算		其他支應(基金、科技)		小計		合計	中央預算		地方預算		其他支應(基金、科技)		小計		合計
	工作項目	經常門	資本門	經常門	資本門	經常門	資本門	經常門	資本門		經常門	資本門	經常門	資本門	經常門	資本門	經常門	資本門		經常門	資本門	經常門	資本門	經常門	資本門	經常門	資本門	
三、發展可近、多元及有效之成癮防治服務	(一)倡議藥、酒癮疾病概念，提升成癮防治意識。	2,170	0	0	0	0	0	2,170	0	2,170	4,000	0	0	0	0	0	4,000	0	4,000	4,000	0	0	0	0	0	4,000	0	4,000
	(二)強化成癮防治服務網絡與處遇服務管理機制。	0	165	0	0	9,495	5,500	9,495	5,665	15,160	0	10,000	0	0	9,669	2,500	9,669	12,500	22,169	0	2,000	0	0	11,138	0	11,138	2,000	13,138
	(三)多元藥、酒癮治療及處遇模式，提升服務品質與成效。	103,405	0	0	0	14,840	0	118,245	0	118,245	180,000	0	0	0	0	0	180,000	0	180,000	190,000	0	0	0	0	0	190,000	0	190,000
	(四)強化臨床與學術研究，建⽴成癮防治政策之實證基礎。	7,230	0	0	0	4,500	0	11,730	0	11,730	20,000	0	0	0	4,500	0	24,500	0	24,500	34,500	0	0	0	0	0	34,500	0	34,500
	小計	112,805	165	0	0	28,835	5,500	141,640	5,665	147,305	204,000	10,000	0	0	14,169	2,500	218,169	12,500	230,669	228,500	2,000	0	0	11,138	0	239,638	2,000	241,638
	合計	112,970		0		34,335		147,305			214,000		0		16,669		230,669			230,500		0		11,138		241,638		
四、推動完善、優質及無縫接軌之暴力再犯預防	(一)提升醫事人員責任通報敏感度及危險評估知能，完善被害人驗傷採證及身心治療服務。	4,340	330	0	0	0	0	4,340	330	4,670	6,000	1,000	0	0	0	0	6,000	1,000	7,000	7,000	1,000	0	0	0	0	7,000	1,000	8,000
	(二)整合婦幼保護案件加害人服務體系及強化處遇網絡。	4,340	330	0	0	0	0	4,340	330	4,670	6,000	1,000	0	0	0	0	6,000	1,000	7,000	7,000	1,000	0	0	0	0	7,000	1,000	8,000
	(三)充實婦幼保護案件相對人、加害人處遇資源及處遇服務。	21,695	330	0	0	27,000	0	48,695	330	49,025	31,000	1,000	0	0	28,000	0	59,000	1,000	60,000	31,000	1,000	0	0	28,000	0	59,000	1,000	60,000
	(四)研發婦幼保護案件加害人及被害人處遇模式。	1,085		0	0	0	0	1,085	0	1,085	2,000	0	0	0	0	0	2,000	-	2,000	3,000	0	0	0	0	0	3,000	0	3,000
	小計	31,460	990	0	0	27,000	0	58,460	990	59,450	45,000	3,000	0	0	28,000	0	73,000	3,000	76,000	48,000	3,000	0	0	28,000	0	76,000	3,000	79,000
	合計	32,450		0		27,000		59,450			48,000		0		28,000		76,000			51,000		0		28,000		79,000		
五、建構整合、運用科技及具實證基礎之心理健康建設	(一)結合雲端科技，建立健康管理平台，提升心理健康服務利用率。	1,450	660	0	0	0	0	1,450	660	2,110	2,000	2,000	0	0	0	0	2,000	2,000	4,000	2,000	2,000	0	0	0	0	2,000	2,000	4,000
	(二)跨域整合心理健康資料庫，運用科技強化資料分析，進行服務方案成效評估，建立政策實證基礎。	13,740	2,588	0	0	-	0	13,740	2,588	16,328	19,000	8,000	0	0	-	0	19,000	8,000	27,000	19,000	8,000	0	0	-	0	19,000	8,000	27,000
	(三)厚植心理健康專業知能，發展認證機制，提升心理健康服務量能。	5,060		0	0	0	0	5,060	-	5,060	7,000	0	0	0	0	0	7,000	0	7,000	7,000	0.00	0	0	0	0	7,000	0	7,000
	(四)推動國際合作，拓展國際參與，學習他國成功經驗，增加國際能見度。	1,085		0	0	0	0	1,085	-	1,085	1,500	0	0	0	0	0	1,500	0	1,500	1,500	0.00	0	0	0	0	1,500	0	1,500
	小計	21,335	3,248	0	0	-	-	21,335	3,248	24,583	29,500	10,000	0	0	-	0	29,500	10,000	39,500	29,500	10,000	0	0	-	0	29,500	10,000	39,500
	合計	24,583		-		-		24,583			39,500		0		-		39,500			39,500		-		-		39,500		
		522,990	5,228	31,700	-	70,185	5,500	624,875	10,728		915,550	25,500	31,700	-	42,169	2,500	989,419	28,000	1,017,419	1,023,250	17,500	31,700	-	39,138	-	1,094,088	17,500	1,111,588
			528,218		31,700		75,685		635,603			941,050		31,700		44,669		1,017,419			1,040,750		31,700		39,138		1,111,588	

目標	年度	2020 年									2021 年								
	類別	中央預算		地方預算		其他支應(基金、科技)		小計		合計	中央預算		地方預算		其他支應(基金、科技)		小計		合計
	工作項目	經常門	資本門	經常門	資本門	經常門	資本門	經常門	資本門		經常門	資本門	經常門	資本門	經常門	資本門	經常門	資本門	
一、推展全人、全程及全方位之心理健康促進	(一) 強化心理健康傳播，增進國人心理健康識能。	4,000	1,000	0	0	0	0	4,000	1,000	5,000	4,000	1,000	0	0	0	0	4,000	1,000	5,000
	(二) 規劃推動兼顧身、心健康及涵蓋各生命週期之心理健康服務方案。	12,500	0	0	0	0	0	12,500	0	12,500	13,500	0	0	0	0	0	13,500	0	13,500
	(三) 推展符合全民、心理疾病高風險個案及特定族群需求之全方位心理健康服務方案。	121,850	0	14,265	0	0	0	136,115	0	136,115	121,850	500	14,265	0	0	0	136,115	500	136,615
	(四) 整合心理服務資源及強化推動心理健康網絡，提升心理健康服務效能。	23,200	0	0	0	0	0	23,200	0	23,200	23,200	0	0	0	0	0	23,200	0	23,200
	小計	161,550	1,000	14,265	0	0	0	175,815	1,000	176,815	162,550	1,500	14,265	0	0	0	176,815	1,500	178,315
	合計	162,550		14,265		0		176,815			164,050		14,265		0		178,315		
二、提供深化、優化及社區化之精神疾病照護	(一) 均衡精神照護資源與強化服務網絡，深化精神疾病照護識能，優化精神照護品質。	111,000	1,500	0	0	0	0	111,000	1,500	112,500	116,000	1,500	0	0	0	0	116,000	1,500	117,500
	(二) 強化精神病人社區化照護服務，並落實社區精神病人管理及追蹤關懷。	404,900	0	17,435	0	0	0	422,335	0	422,335	404,900	0	17,435	0	0	0	422,335	0	422,335
	(三) 發展多元化及社區化之精神病人照護模式，連結居住及就業服務資源，支持病人於社區生活。	35,000	0	0	0	0	0	35,000	0	35,000	35,000	0	0	0	0	0	35,000	0	35,000
	(四) 推動精神疾病去汙名化，促進精神病人權益保障，增加社會大眾之接納度。	12,000	0	0	0	0	0	12,000	0	12,000	13,200	0	0	0	0	0	13,200	0	13,200
	小計	562,900	1,500	17,435	0	0	0	580,335	1,500	581,835	569,100	1,500	17,435	0	0	0	586,535	1,500	588,035
	合計	564,400		17,435		0		581,835			570,600		17,435		0		588,035		

目標	年度	2020 年 (續)									2021 年 (續)								
	類別	中央預算		地方預算		其他支應(基金、科技)		小計		合計	中央預算		地方預算		其他支應(基金、科技)		小計		合計
	工作項目	經常門	資本門	經常門	資本門	經常門	資本門	經常門	資本門		經常門	資本門	經常門	資本門	經常門	資本門	經常門	資本門	
三、發展可近、多元及有效之成癮防治服務	(一) 倡議藥、酒癮疾病概念，提升成癮防治意識。	4,000	0	0	0	0	0	4,000	0	4,000	4,000	0	0	0	0	0	4,000	0	4,000
	(二) 強化成癮防治服務網絡與處遇服務管理機制。	12,000	2,500	0	0	0	0	12,000	2,500	14,500	12,000	2,500	0	0	0	0	12,000	2,500	14,500
	(三) 多元藥、酒癮治療及處遇模式，提升服務品質與成效。	200,000	0	0	0	0	0	200,000	0	200,000	210,000	0	0	0	0	0	210,000	0	210,000
	(四) 強化臨床與學術研究，建立成癮防治政策之實證基礎。	24,500	0	0	0	0	0	24,500	0	24,500	14,500	0	0	0	0	0	14,500	0	14,500
	小計	240,500	2,500	0	0	0	0	240,500	2,500	243,000	240,500	2,500	0	0	0	0	240,500	2,500	243,000
	合計	243,000		0		0		243,000			243,000		0		0		243,000		
四、推動完善、優質及無縫接軌之暴力再犯預防	(一) 提升醫事人員責任通報敏感度及危險評估知能，完善被害人驗傷採證及身心治療服務。	7,000	1,000	0	0	0	0	7,000	1,000	8,000	7,000	1,000	0	0	0	0	7,000	1,000	8,000
	(二) 整合婦幼保護案件加害人服務體系及強化處遇網絡。	7,000	1,000	0	0	0	0	7,000	1,000	8,000	7,000	1,000	0	0	0	0	7,000	1,000	8,000
	(三) 充實婦幼保護案件相對人、加害人處遇資源及處遇服務。	32,000	1,000	0	0	29,000	0	61,000	1,000	62,000	32,000	1,000	0	0	30,000	0	62,000	1,000	63,000
	(四) 研發婦幼保護案件加害人及被害人處遇模式。	3,000	0	0	0	0	0	3,000	0	3,000	3,000	0	0	0	0	0	3,000	0	3,000
	小計	49,000	3,000	0	0	29,000	0	78,000	3,000	81,000	49,000	3,000	0	0	30,000	0	79,000	3,000	82,000
	合計	52,000		0		29,000		81,000			52,000		0		30,000		82,000		
五、建構整合、運用科技及具實證基礎之心理健康建設	(一) 結合雲端科技，建立健康管理平台，提升心理健康服務利用率。	2,000	2,000	-	-	-	-	2,000	2,000	4,000	2,000	2,000	0	0	0	0	2,000	2,000	4,000
	(二) 跨域整合心理健康資料庫，運用科技強化資料分析，進行服務方案成效評估，建立政策實證基礎。	19,000	8,000	-	-	-	-	19,000	8,000	27,000	19,000	8,000	0	0	-	0	19,000	8,000	27,000
	(三) 厚植心理健康專業知能，發展認證機制，提升心理健康服務量能。	7,000	-	-	-	-	-	7,000	-	7,000	7,000	0	0	0	0	0	7,000	0	7,000
	(四) 推動國際合作，拓展國際參與，學習他國成功經驗，增加國際能見度。	1,500	-	-	-	-	-	1,500	-	1,500	1,500	0	0	0	0	0	1,500	0	1,500
	小計	29,500	10,000	-	-	-	-	29,500	10,000	39,500	29,500	10,000	0	0	-	0	29,500	10,000	39,500
	合計	39,500		-		-		39,500			39,500		0		-		39,500		
		1,043,450	18,000	31,700	-	29,000	-	1,104,150	18,000	1,122,150	1,050,650	18,500	31,700	-	30,000	-	1,112,350	18,500	
			1,061,450		31,700		29,000		1,122,150			1,069,150		31,700		30,000		1,130,850	



~ 促進全民健康與福祉 ~