

## 社區心理衛生中心的歷史沿革

楊聰財<sup>1,2</sup>、李明濱<sup>3,4</sup>、吳英璋<sup>5</sup>、魯中興<sup>4</sup>、陳諱<sup>6</sup>、吳文正<sup>7</sup>

社區心理衛生在二次世界大戰後開始受到重視，在各國的發展歷程各有特色，尤以美國最為蓬勃。我國社區心理衛生在演進和制度上，有很多向美國學習的地方，但卻少有文獻深入探討兩者在歷史發展、文化背景與體制結構等方面的異同。美國各州心理衛生制度差異甚大，故以美國舊金山的社區心理衛生中心為例，摘要性提出我國與美國的文獻分析比較結果，期望從中獲得有利經驗和值得學習之處。從歷史沿革來看，我國心理衛生的發展較美國遲了至少二十年（以心理衛生協會之成立來看）；在社會文化方面，我國民眾對於精神疾病仍多偏見歧視，自願就醫或求助的個案仍是少數；在組織架構方面，我國也未如美國一般有最高行政層級的重視及統籌，例如美國公共衛生部門會規劃心理衛生、精神醫療預算分配和規定相關機構間的合作模式。因此有鑑於美國社區心理衛生的蓬勃發展，可見到我國尚有民智未開、制度不健全、經費及專業人力不足、資源連結不易等問題。

關鍵詞：心理衛生，社區心理衛生中心，歷史沿革

北市醫學雜誌 2004；1(4)：393-411

### 前 言

心理衛生一詞開始受到重視是於二次世界大戰後，歐美國家對於精神醫療的專業工作迅速發展；到了 1960 年代，去機構化運動開始盛行，精神醫學界又將領域推向院外的治療，遂推行社區心理衛生運動；1963 年美國總統甘迺迪發表有關心理疾病及智能不足的宣言，同年提出關於社區心理衛生中心的法案 (Kennedy's Community Mental Health Centers)<sup>[1, 2]</sup>，提供社區服務，在靠近病患的居家附近設置一些合理設施，給予範圍較廣的服務，並希望服務可以立即提供、容易接受且有所持續，保障精神病患自由人權，給予最少的約束治療 (treatment in the least restrictive

setting)；至此，社區心理衛生的觀念已在精神醫學界中展開<sup>[3, 4]</sup>。

心理衛生工作是否受到重視也成為各國邁向現代化的指標之一<sup>[5]</sup>，我國亦逐漸發展心理衛生與社區心理衛生工作，然在推廣相關業務或進行研究時，卻發現國外資料難以取得，能找到的多為二手文獻，想要從中借鏡或學習便十分困難，對我社區心理衛生工作無疑是一遺憾。本文嘗試收集國內現有的各國社區心理衛生工作之歷史發展、工作模式等文獻，予以整理呈現；由於發現以美國部分資料最為豐富，因此主要著重我國與美國社區心理衛生中心的陳述及比較，以茲相關研究者及實務工作同仁參考。

<sup>1</sup> 財團法人天主教耕莘醫院；<sup>2</sup> 私立輔仁大學醫學院；<sup>3</sup> 臺大醫學院精神科；<sup>4</sup> 臺北市立療養院；<sup>5</sup> 國立臺灣大學心理系；<sup>6</sup> 財團法人馬偕紀念醫院；<sup>7</sup> 署立八里療養院

受理日期：2004 年 7 月 27 日；接受日期：2004 年 9 月 16 日

通信作者：李明濱，臺北市信義區 110 松德路 309 號，臺北市立療養院

## 美國社區心理衛生發展沿革

表 1 整理近二百三十年美國社區心理衛生發展的沿革。一方面從心理衛生運動的進步、便可感佩美國對人權的重視，另一方面也可學習到先進國家社區心理衛生演進的軌跡、以及可以避免的錯誤再犯<sup>[6, 7, 8]</sup>。

下面茲以美國舊金山 Richmond Area Multi-Services( RAMS)社區心理衛生中心作為實例簡介<sup>[9, 10]</sup>。

### 背景說明

心理衛生一詞開始受到重視是於二次世界大戰後，歐美國家對於精神醫療的專業工作迅速發展；到了 1960 年代，去機構化運動開始盛行，強調環境治療、開放性醫院，又逢鎮靜藥物之發明，使精神病患得以走出封閉深鎖的病房，社區心理衛生運動因此開始萌芽；1963 年美國總統甘迺迪發表有關心理疾病及智能不足的宣言，同年提出關於社區心理衛生中心的法案 (Kennedy's Community Mental Health Centers Act)，計劃平均每七萬五千人至二十萬人設置一所設社區心理衛生中心 (Community Mental Health Centers, CMHC)，主要工作包括：

1. 住院照護
2. 門診照護
3. 緊急照護
4. 部分時間住院 (像夜間照護、日間照護、週末照護等)
5. 諮商與衛生教育
6. 診斷
7. 復健

由於聯邦政府預算支持，這種機構到 1967 年就已成立 256 所，到 1978 年快速增加到 1950 所，社區心理衛生的預防工作推展受到相當重

視；但 1980 年聯邦政府預算緊縮，使得大部份社區心理衛生中心將預防服務減少、取消，或是將資源移轉到臨床方案的服務上。

1977 年美國國家心理衛生研究中心 (NIMH) 提出的社區支持計劃 (Community Support Program)，是另一個影響社區心理衛生中心發展的事件，該計劃支持各社區心理衛生中心建立以個案為中心的社區支援網路，因此社區心理衛生中心的角色轉變為協調整合者；近年來美國前總統柯林頓提出 Health reform，便是想藉由資源的規劃，減少精神醫療資源的浪費。

美國社區心理衛生中心的缺點是偏向醫療模式，醫療佔用的資源還是最多，而其他諸如心理衛生教育、環境改善等努力仍不足，無法達成其促進一般社會大眾心理健康之本意，忽略了社區心理衛生中心預防性的角色<sup>[11]</sup>。

在社會文化方面，美國民眾並不忌諱前往精神科或心理衛生中心求助，不過社區心理衛生中心的主要對象是照顧低收入戶與弱勢族群，一般中上階層的民眾遇到心理健康問題多找一般精神科或所謂心理醫師<sup>[11]</sup>；無論如何，求助行為對美國民眾而言是普遍且正常的。

其他影響美國社區心理衛生甚鉅的制度背景如下：

#### 1. 明確的法律體系

法律規定是支撐制度施行最重要的制度結構之一，舊金山在加州法令規定下奠定了消費者對心理衛生服務的基本信賴，及促進專業工作者的自我要求，法治觀念本身更是重要的社會價值觀。

加州第 5150 號法令 mental health code 中規定，警察及心理衛生專業負責人發現民眾有危害公共秩序 (Civil Disturbance) 時，都可依職權範圍，留置需要的民眾在醫院中 48 小時，當然這些民眾要符合自傷傷人，及嚴重自我照顧能力缺

表 1. 美國社區心理衛生發展歷程

- 1773 根據國家精神衛生研究院 (National Institute for Mental Health, NIMH) 的重要事件歷史年表記載，美國第一間精神疾病醫院在維吉尼亞州開幕。
- 1775 18 世紀末，班傑明魯許醫生 (Dr. Benjamin Rush) 開使用科學的態度去研究精神疾病，並且在費城的 Pennsylvania 醫院促進對精神病患的照顧方案，魯許醫生致力於消除社會對於精神疾病的誤解、無知和迷信。他同時施予病人職能治療、休閒運動等，使病人舉止合宜且居住環境乾淨。因為他的努力，魯許醫生被喻為「美國精神醫學之父」。
- 1840 ❖ 此時美國只有八間精神病療養院。Dorothea Dix 發起改革運動，使精神科醫院增設至 32 所，並且接收這些被關在收容所和監獄的精神病患。  
❖ 本年度亦進行了第一次全美精神疾病人口調查，調查種類包括了精神疾病和智能不足。
- 1900 ❖ 20 世紀初，英國 Clifford Beers 開始推動精神衛生保健運動，Clifford Beers 本身是一位精神疾病患者，在他的著作「The Mind Found Itself」中生動描繪了精神病患在醫院中的處境，令人震撼。  
❖ 艾利斯島的移民居發現每天有上千位患有精神疾病或智能遲緩的男人、女人、跟小孩入境。如此高的發生率使精神疾病被視為全國性的問題。
- 1929 公共衛生服務處 (Public Health Service, PHS) 被委任要設置兩座聯邦麻藥種植場，一處於 1935 年設於 Lexington 醫院，另一處於 1938 設於 Fort Worth 醫院，開拓了藥物濫用研究的先趨，進而成立 Lexington 的戒癮研究中心，後來搬到巴的爾摩。
- 1930 公共衛生服務處 (Public Health Service, PHS) 成立麻醉部門，之後命名為精神衛生保健部門 (Division of Mental Hygiene)。此部門首次將精神衛生運動的各項研究及處遇方案結合，包括致病原因、盛行率、預防和治療方法等。
- 1944 二次世界大戰時，突顯了專業精神醫療人員的不足，也發現精神醫療的病因、預防和治療遠遠落後其他領域的公共衛生專業和醫學科學。軍隊中神經精神醫學的主任，William Menninger 醫生，也是這個領域傑出的專家，呼籲聯邦政府應有所行動。  
於是公共衛生服務處的精神衛生保健部門首長，Robert H. Felix 醫生便向美國軍陣醫療單位提出一樣全國性精神衛生的計劃，此項計劃促成了 1946 年的全國精神衛生法案。
- 1946 7 月 3 號，楚門總統簽署了全國精神衛生法案。是美國有史以來第一個提供大額基金做為精神疾病教育及研究的法案。1949 年依據這個法案成立了精神衛生研究院，是四個衛生研究院之一。
- 1949 鋰鹽被發現用來治療和減緩躁鬱症的症狀，1970 年 FDA 被許可成為藥物。研究顯示鋰鹽對於躁鬱症有明顯療效。
- 1952 Henri Laborit 醫生發現 Chlorpromazine (Thorazine)，是第一種精神病藥物 (psychotropic drugs)。此藥能夠有效改善病人的精神症狀和妄想。在很多時候，Thorazine 被用來減緩幻覺、妄想、躁動和思考方面的症狀。
- 1955 國會通過精神衛生研究法，堪稱為一個「在社會與經濟上，針對精神衛生進行全面性、全國性的問題分析與再革新」。這項法案交由精神疾病與衛生聯合委員會 (Joint Commission on Mental Illness and Health) 執行研究。此委員會最後提出「精神衛生法草案 (Action for Mental Health)」，提供甘迺迪總統及國會許多關於精神衛生的意見。
- 1956 國會撥款 12 億美元從事精神藥理學的臨床與基礎研究，並且成立精神疾病藥物研究中心 (Psychopharmacology Service Center)。後來在精神科醫院中的許多病患，開始減少治療時對藥物的需求。衛生保健修正案 (Health Amendments Act) 於是開始辦理精神疾病的社區服務，像是中途之家、日間照護、以及就業輔導等。
- 1961 精神疾病與衛生聯合委員會提出研究成果，也就是「精神衛生法草案」被送入國會。共有十大項對於全國的精神衛生概況與資源報告，希望可以成為「符合美國精神疾病人口需求的全國性方案」。

表 1. (續)

1963	<p>1963年2月5號，甘迺迪總統與國會開始推動社區心理衛生中心發展，他提出所謂「創新的方法」來代替社區中的照護機構。</p> <p>國會通過「心智遲緩輔具與社區心理衛生中心建設法案 (Mental Retardation Facilities and Community Mental Health Center Construction)」，並且於10月31號正式立法。此法依據各州的人口百分比、地理範圍和財政需求，給予社區心理衛生中心設置的經費補助。</p> <p>社區心理衛生中心應有以下服務：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 住院照護</li> <li>2. 出院照護</li> <li>3. 部分住院</li> <li>4. 緊急照護</li> <li>5. 諮商／教育</li> </ol>
1965	<p>修訂社區心理衛生中心法案，包括以下項目：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 補助費用擴充中心設備，以服務藥酒癮患者。</li> <li>2. 給予經費開辦貧苦地區的心理衛生服務。</li> <li>3. 補助費用成立兒童服務方案。</li> </ol>
1970	在華盛頓成立全國性社區心理衛生中心諮詢委員會。
1975	<p>修正社區心理衛生中心法案，訂定更多細目，強調全面性且全民的服務提供，成立社區委員會並確保服務品質。除了原來要求的5項基本服務外，又增設了7項：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 兒童服務</li> <li>2. 老年服務</li> <li>3. 疾病篩檢</li> <li>4. 追蹤照護</li> <li>5. 暫時照護</li> <li>6. 酒癮病患服務</li> <li>7. 藥癮病患服務</li> </ol>
1980	<p>心理衛生體系法案整合了聯邦、各州和地方政府，使得社區心理衛生中心更有力量。這項法案是卡特總統任內的心理衛生委員會所作最後的一個提案，藉由此法，社區心理衛生中心得以擴展服務給更多有需求的民眾，這些受到幫助的人口群有：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 慢性的精神疾病患者</li> <li>2. 情緒疾患患者</li> <li>3. 對於沒有收入的民眾提供教育和諮詢。</li> <li>4. 另外還有一些接受服務或治療的民眾。</li> </ol>
1981	<p>廢止心理衛生體系法案，酒癮藥癮和精神衛生 (the Alcohol, Drug Abuse and Mental Health, ADMS) 的專案補助變成1981年8月13日簽署的 Omnibus Reconciliation Act 的一部份，此法是 Reagan 授權地區的一個實體法，除了繼續給予預算補助外，它也卸除了聯邦政府對社區心理衛生的責任，由州政府接管相關方案。故自1982以後，社區心理衛生中心改以醫療補助的方式取得聯邦經費，如此一來便是由聯邦及州政府一同提供貧窮的民眾服務。</p> <p>根據全國社區心理衛生中心諮詢委員會 (National Council for Community Mental Health Centers, NCCMHC) 記載，Omnibus 議案在心理衛生體系法案通過前便已廢止，因此藥癮、酒癮和精神疾病的經費便分開補助。聯邦給予州政府相當彈性的自由裁量權去執行這些補助，所以50州的社區心理衛生方案都有差異。聯邦唯一的規定便是優先補助曾接受聯邦補助經費的中心，而州政府不得動用這些經費。</p>
1982	社區心理衛生中心最重要的ADMS專案補助被縮減30%，導致服務減少，有些社區心理衛生中心甚至產生方案排擠的效應。



表 1. (續)

1985	1985 年, ADM 專案補助降低至機構預算的 11%, 州政府補助經費提升至約 42%, 地方政府補助增至 13%。醫療補助微幅減少 8%, 醫療照護經費剩 2%, 病人支付費用增至 8%, 是十年前的兩倍。
1986	國會通過州政府心理衛生計劃法案, 給予州政府針對慢性精神病患服務方案的推動小額補助。此外, 國會修正醫療照護與醫療補助其中兩個方案, 使之更便利於以社區為基礎的服務提供者。第一是在醫療補助上建立個案管理制度, 使社區心理衛生中心的方案可以廣泛應用在個案服務上; 第二是擴展無家可歸的慢性精神病患的臨床服務。 這些改變對社區心理衛生中心的財務造成很大的影響, 中心變得比較容易申請醫療照護服務補助, 也更依賴這樣的財源收入。
1987	國會再次修法, 自 1965 年來第一次增訂非住院精神病患的福利, 接著又修法使得社區心理衛生中心擔任部分醫院服務, 協助沒有在治療的病人。不過這個方案並沒有訂定全國性的執行標準。
1988	行為健康管理照護的觀念開始盛行。Massachusetts 是第一個運用管理照護理論提供服務的州。這個州將精神衛生自生理的健康照護區分出來, 並且授權給私人公司去承辦精神衛生管理, 簽訂契約要求這些公司的責信、效率、授權、品質管理、建構服務提供網落、並且與其他機構協調合作。這樣的管理照顧機制兼具成效與效率, 並且有科技的優勢。不過不是每個州都能採用這樣的模式, 城鄉差距、技術問題、社會服務預算的減少都會影響管理式照護的執行。
1991	根據 Omnibus Budget Reconciliation Act, 社區心理衛生中心可以提供部分的醫療服務, 但是反對的聲浪認為這瓜分了醫院的醫療補助, 形成利益衝突。 國會在 1998 年 9 月舉行聽證會, 檢察官 June Gibbs Brown 宣告 80 間所謂的社區心理衛生中心不得再提供醫療服務, 認為它們的服務是不被允許且很可能有問題的。之後研究調查發現上述報告並不公正客觀, 樣本包含了一些為立案的社區心理衛生中心, 因此這個宣告其實十分粗糙。社區心理衛生中心的部分住院給附從 1993 年的 60 億美元到 1997 年的 349 美元, 每位病患從 1642 元增加到 10352 元, 由此可知有高達 90% 的聯邦經費被用於部分住院服務。
1993	全國社區心理衛生中心諮詢委員會更名為全國社區心理衛生諮詢委員會, 將中心的名詞拿掉, 使得社區的意義更能突顯, 以達到連續性的服務。
1996	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ 通過健康保險法案 (The Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)。此法保障工作者及他們家人在轉換工作或失業時的健康保險, 這種新的保險卻增加了各相關領域的行政負擔。因此 HIPAA 的另一個目標即是訂定一些相關的行政規則, 包括資格要件、隱私權、安全性等問題。為達到這些目標, 此法包含了一部份簡化行政 (Administrative Simplification) 的章節, 用來減少機構間病患轉介時病歷訊息傳遞的行政負荷, 增進美國健康照護體系的效率和效益。因此 HIPAA 也訂定了一些基本作業程序, 並電子化的建立全國性準則。</li> <li>❖ 1996 年通過的個人責任與職業轉銜法 (Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act) 當中包括了暫時家庭維繫法 (The Temporary Assistance for Need Families Act), 此法強烈要求工作責任, 州政府如果可以協助領取福利的失業民眾找到工作, 就可以有一些預算補助, 因此州政府開始致力於相關福利, 例如兒童照顧津貼等, 讓家庭人口能夠外出工作, 以工作取代福利。</li> </ul>
1997	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ 國會通過平衡預算案 (Balanced Budget Act), 預計五年下來可以節省 13 兆美元的醫療補助與醫療照護經費, 同時透過兒童健康保險方案 (Children's Health Insurance Program, SCHIP) 將健康照護的範圍擴展到未成年人民身上。SCHIP 也第一次明訂將心理衛生服務的財政和行政業務委任給州政府。</li> <li>❖ 但截至目前為止, 服務方案卻被劃分的太過瑣碎了, 於是 1975 年成立的聯邦社會服務部門 (The federal Social Services Block Grant, SSBG) 除了提供經費補助外, 也開始指導州政府提供服務, 包括家暴防治、收虐者輔導、社區基本照護和基本安全保險等。SSBG 在 2002 年時因預算平衡法案 (Balanced Budget Act, BBA), 經費從 20 億被縮減為 17 億。醫療補助也因為 BBA 而緊縮經費, 被刪減了 100 億美元的方案費用。另外, 1982 年設立的醫療補助差額分擔給付 (the Medicaid Disproportionate Share payments, DSH) 也受到 BBA 的影響; DSH 是用來補助低收入戶病人動手術等高額的醫療支出, 被 BBA 刪減了 100 億的預算編列, 且嚴禁醫院將 DSH 使用於擴充住院設備。</li> <li>❖ 全國社區心理衛生諮詢委員會再次因其組成成員的改變而更名, 改成全國社區行為健康諮詢委員會 (The National Council for Community Behavioral Healthcare), 藉此算是認同那些提供服務給成癮患者的機構。</li> </ul>

表 1. (續)

1999	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ 最高法院對 <i>Olmstead v. L. C.</i> 提出爭議，認為如果能提供病患更適合的社區服務時，規定將個案留在住院機構的失能法案反而和此法相衝突。</li> <li>❖ 國家安全委員會通過就業促進法 (the Ticket to Work and Work Incentives Improvement Act, TWWIA)，因失能而領受失業救濟金或失業保險給付者的民眾產生很多問題，此法解決了一些困難，因為它鼓勵就業。</li> <li>❖ 該年七月，柯林頓在White House主持了心理衛生議題研討會，討論重點在於消除精神疾病的迷思、以及對於行為問題 (如藥酒癮) 病人的責難與偏見，其中一項即是保險往往不提供服務給具有行為問題的顧客。這個研討會也一併討論了軍陣醫學報告中所提及的心理衛生社區。</li> <li>❖ 軍陣醫學報告在 1999 年底公佈，其中提到心理衛生，要求去污名化、並鼓勵嘗試新藥物或新的治療方法。</li> </ul>
2000	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ 21 世紀初，行為健康服務的提供者與 40 年前以有許多不同，最重要的是它們的經費來自於醫療照護補助，目前已佔總預算的 80%。跟 1980 年有顯著差異，當時這項補助只佔總額預算的 16%。</li> <li>❖ 柯林頓總統簽署了兒童健康法案 (Children's Health Act)，此法訂定了全國性的規範，指示所有領受聯邦基金的精神科以及非醫療性社區機構，禁止對孩童或青少年使用隔離乎或約束。</li> </ul>
2001	<p>健康與人類服務部門提供了州政府一些服務提供的準則，允許州政府透過一個新的行政優先權 (健康保險適用性與責任棄權書, The Health Insurance Flexibility and Accountability Waiver)，用剩餘的 SCHIP 補助經費去提供未保險的人民服務方案。</p>
2002	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ 兒童健康法案深入研究多重疾病，國家諮詢委員會及一些聯盟也參與了這個研究。</li> <li>❖ 布希總統增加了社區健康中心的經費補助，設立更多中心以提供更多服務，包括行為健康照護等。</li> <li>❖ 布希總統成立了新的心理衛生委員會，策劃全面性的心理衛生服務輸送體系，納入公共部門及民間的服務提供者。此委員會負責調查現有服務的效益，找出新的服務需求、處遇方式、技術，並且著重於疾病預後。</li> </ul>

損 (damage to self, damage to others, gravely disable : unable to provide food, clothing, shelter for himself) 的標準。故美國的英美法系制度與民情價值觀，和台灣現行大陸法系制度下有相當不同的面貌。基本上一個人在社區中，如果出現了精神症狀困擾，需要尋求協助，其個案負責人 (Care Manager) 可能是任何一種有執照的心理專業，而不限定是精神科醫生。

在舊金山綜合醫院的 MHRF 和 7C 病房，病人依慣例在急診只待廿四小時接受轉入；三天後，法官就會由法院派到病房來做簡單的聽證會，如果病人沒有迫切留院的理由，又不想住院，就會判決出院。相反地，院方如果覺得病人需要住院，須以事實狀況說明必須留置病人住院的理由。加州 5250 號法令則可以將精神病患再

延長留置到 7 天的時間接受治療。這需要專科醫師的診斷治療觀察意見說明；再下來，又要經過聽證 (hearing) 的過程，才可獲准申請更長的治療時間 (到三個月)。除非後來將病人原來自我主張的權利，交給了法定監護人 (Conservator，通常由法官來指派，因為自己家人通常受情感因素影響，所以經常是由專業工作者擔任)，否則精神病患在接受治療的整套程序中，法律一直給予病患相關人權極高程度的維護。

## 2. 自律的專業倫理

在廿年前舊金山也是大家都想要看醫生，但是不斷地教育慢慢改變了人民，現在健康促進、鼓勵求助的宣導已經不是舊金山的心理衛生的主要工作，因為大眾求助的行為文化已經成形；一個人在痛苦的時候，他自會考慮選擇再等兩個星

期或兩個月和醫生會談，還是也許明天就可以跟一個很有經驗的社工師談。

民衆願意相信使用心理衛生體系的服務，其實最重要的背後因素是專業倫理的自律，這會使民衆對自己求助過程的隱私有被保護的信心。

例如在舊金山綜合醫院的 MHRF 病房中，因為較長期的住院，而有一種性需求評估 (Sexual assessment)，即一個病人只要提出申請，就可以在病房中和來訪的配偶，或另一位病友利用一間有特別隱私的病房，去進行性活動。院方只是確保他們的身體狀況及有性知識，做好一切防護後，接下來就是病友提出要求，院方就提供該空間。基本上在該地的心理衛生人員認為：只要他是成人，這是他們要自己負擔責任，醫院才沒義務去管這檔閒事。而且這是病人的隱私，依法令是不能講的。如同前述，心理衛生人員對個案的個人資訊流通，一切要以授權同意書為依歸，而性活動又並非緊急的狀況。正因為他們如此尊重及維護病人的權利，所以民衆才會願意接受治療。所以工作人員不能、也不應該去擔負管理他們性方面行為的責任 (當然因為症狀因素的影響當然不在此列)。

另外雖然舊金山有完整求醫紀錄的連線電腦資料庫，是不是個案負責人及其督導隨時可以查這樣的資料？是。但是還有誰有權限可以做這樣的查詢呢？

比如這個病人因為症狀發作，送入了舊金山綜合醫院 (SFGH)，那麼在急診的專責醫師，就有這樣的權限，因為在急診的地方要救人，一定要有權限獲取他的資料，接著經過處理，他被轉到樓上的病房，樓上病房的主治醫師就可以查這樣的電腦資料。然後他可能就打電話到 RAMS 來給病人的 Care Manager，告訴他你的病人現在在我的病房當中，你要不要告訴他之前的用藥狀況，那麼 RAMS 就會把進一步在單一病歷裡的

資訊，例如用病歷摘要的形式傳真給 SFGH 的醫師。所以不是隨便什麼人都可以獲得病人的資訊的。

基本上，一個心理衛生機構在如果跟州政府簽約了，使用加州政府的 MediCal 預算，與同樣體系的 SFGH 之間就沒有所謂資料流通的問題。相同的如果病人使用 Medicaid 或者市政府補助，也都因為同屬簽約加盟的關係，沒有資料流通上的問題。但是如果病人很有錢，表示他是要自費的，這時候資料在不同機構間的流通就受到法律的限制了，但這種情形在舊金山並不多見。在 RAMS 的病歷記錄格式中，裡面包含所謂的 Release Consent Form (授權同意書)，在裡面白紙黑字地請當事人簽字同意，哪些接受心理服務中的資料可以讓人知道，當然工作人員必須跟個案說明，「最低限度你要讓我可以和你以前看過的醫生聯絡，交換資訊，否則因為當班醫師不知道你之前的用藥，萬一新的處方產生交互作用，這是會致命的，也是規定所不允許的，如果連這個部份您都不能接受，我就沒有辦法幫您服務了，這不是因為對您歧視，而是法律的規定。此外，如果你都不願意留下一個緊急聯絡的親屬 (例如太太)，萬一你有緊急的狀況，我就沒有辦法處理，也許你不希望你的太太知道你現在的狀況，但是如果你的情緒過於低落，有自殺危險，我卻沒有通知你的家人，我甚至可能會被你太太控告。」

這種情形他們會勸當事人在同意書加上一條，如果緊急的時候，同意聯絡某某人。這表示專業人員不會打電話去訪談他太太瞭解當事人的狀況，但是當事人有危險之虞，才進行必要的聯絡。美國的確是一個訴訟大國，所以一般人對於權利義務在先前才要說得這麼明白，以避免後來陷入訴訟的麻煩。

### 3. 多元價值的尊重與務實取向



在舊金山如果出現心理衛生工作的瓶頸，亟待處理，不會由首長自己跳出來政策指導或要求改革，習慣上會指派一個 Commission (問題調查委員會)，委員可能有七個人，一個醫師，一個護士，至少近半數的病人家屬或前任病友。

在舊金山的政府觀念中，如何讓心理衛生體系運作更有效率是一種商業問題，所以委員會組成爲尊重醫師護士專業，各邀一人已足夠，再來應是消費者，及完全與這行沒有相關的社會人士。英文諺語所謂 Don't let fox to watch your hen house，如果政府寄望心理衛生的績效提高，就不要在找這行業中的人來解決問題，以避免自身偏見，而委員會成員如果不懂專業知識，只要邀請專家做爲專業觀念的諮詢即可。以美國人的角度，要診斷解決心理衛生體制的問題，找 HONDA 汽車的總裁，再加上不同心理衛生服務的消費者的委員會，可能反而來得更犀利有效一些。因爲這整個的前提是在替人民看緊荷包省錢，使政府的效能更爲提昇，專業需要尊重他人在經營管理上的能力，避免自己在其中立場的混淆。

#### 4. 經濟層面的影響

在舊金山 (或整個美國) 政府的觀念是：增加錢才能把事情做好的講法，早是一種早就過時的想法。任何單位要先證明可以展現出效率後，別人才會給你錢。

心理衛生工作負有一種社會責任，所以單位不一定要增加預算；站在政府的觀點，希望的是機構協助政府在有限的資源下，用最少的錢，服務出最好的效益來。所以預算減少，機構盈收減少並不一定緊，只要還能生存就好。重點是要設法透過合理的機制，創造出更高的效率來。預算如果刪減太多，會扼殺整個心理衛生工作，如果預算刪減一些，卻是任何人才會真正不得不因此改變的動力。

在爭取預算的過程中，心理衛生體系的共識是「向外爭」。也就是部門與部門間競爭，例如：心理衛生可能和交通部門想整修機場而在爭取預算。

#### 組織架構

舊金山在政府部門的社區心理衛生體系主要架構在公共衛生部門 (department of public health) 之下，在公共衛生部設有一名部長，並有一個健康諮議委員會做爲諮詢及監督的力量。該委員會成員由市長指派一半，市議會指派一半 (依照政黨比例分配，因此市長所屬政黨較佔優勢)，成員包括各種團體代表 (Stakeholder)，其組成通常不成文的規則中，會技巧而均勻地反映出不同種族、專業及消費者族群的組成，代表各自的利益立場。

公共衛生部門包括警政、公立直屬醫院、機構衛生工作、愛滋病防治、社區健康及安全服務，以及社區健康計畫與預防等業務單位，在「社區健康計畫與預防」分之下的行爲健康的專責單位就是負責心理衛生業務的推動執行。這個 Behavioral health director 是 2002 年才從原來的「心理衛生」及「藥物濫用」兩個部門合併而來的，因爲根據美國全國的研究指出，在美國有百分之六十到七十左右的個案，同時有心理衛生及藥物濫用問題。爲了行政上的效能，他們打出 “Any Door The Right Door” 的口號，在策略上強調服務體系的整合，就將兩個單位合爲一個單位。

#### 服務形態

案例：舊金山市西區的心理衛生中心，就在一家電影院及餐廳的旁邊，如果不知情的人，不會注意到這家社區中的機構。前日中心的醫務社工接到一通求助電話，一位 A 先生在最近一星



期出現情緒低落的心理困擾，期待能和專業人員會談。在電話接案後，該名社工跟工作督導討論了個案的狀況後，工作督導就指定他來做 A 先生的個案負責人(Care Manager)。依據加州的醫療給付方式(MediCare)，任何合法居民皆可獲得初次會談的給付。

個案負責人，也就是服務這個社區個案的關鍵照顧者，開始幫這位第一次使用心理衛生體系的消費者做必要的程序安排及解說，這其中包括各種 A 先生接受心理衛生服務的權益說明及授權書的簽署，基本上心理衛生體系依據 A 先生的授權，來進行工作中的資訊流通；工作人員須謹守相關工作倫理，不遺餘力保護當事人的隱私。

原來 A 先生最近被裁員、老婆離家、小孩逃學等種種因素，有生以來第一次出現自殺企圖。他的個案負責人迅速擬定了協助計畫，A 先生可能需要一位醫生做短期的藥物處置，這是一種立即危機處理，也需要一位專人協助他做職業重建，還要一位治療師進行支持性的心理諮商，於是一個三個人的團隊馬上就形成。他可以在同一個社區心衛中心，與預約的精神科醫師會談並接受藥物治療。

數週後，A 先生爲了經濟考量從 Richmond 搬家住到 Sunset 區，但是他和現在的個案負責人已經建立了信任的關係，所以他願意一週回來一次看原來的個案負責人，但不想每兩天就回來看醫生及其他專業工作者，他可以選擇不換個案負責人，但換其他協助者以便在就近區域會談。

A 先生因爲使用大量酒精混合安眠藥物，送入了城市另一邊的舊金山綜合醫院。在急診的專責醫師，進行必要急救處置後，透過病房的主治醫師就可以查到 A 先生是社區心衛中心的個案，接著打電話到心衛中心找個案負責人，基於共屬加州 MEDICARE 給付合約對象的資訊流通原

則，心衛中心的當班代理人合法允許從病歷中，將病人原有醫藥處方及就醫狀況告知院方主治醫師，以做爲正確開立處方之憑據。醫院會保留屬於醫院的病歷記錄，包含心衛中心這邊傳真過來的資料，所以舊金山綜合醫院擁有單次在醫院治療的完整記錄。當病人治療完成出院時，也會與社區個案負責人聯絡，會把病人的出院病歷摘要，傳真給個案負責人。

因此我們從以上案例分析，美國社區心理衛生中心的服務形態有下列特點：

#### 1. 多元專業人力結構

舊金山心理衛生體系是一個多重心理衛生專業共同運作的環境。機構中的精神科醫師、有執照的醫務社工(LCSW)、臨床心理師、婚姻家庭諮商師(Marriage Family Therapist, MFT)。都可基於同等的專業地位，提供心理諮商服務；領域中資深且有證照的上述工作者，甚至可以簽署相關文件，進行強制住院的處置。

舊金山的心理衛生體系相信，唯有仰賴各種專業人員的共同合作，才能維持心衛生工作的良好運作，所以在工作溝通及態度上各專業須互相尊重，而不同領域的工作者，也要不斷進行在職教育訓練，提升專業品質。因爲享有更多的職權，也是共同分擔更多的責任。

#### 2. 預算導向的跨領域工作整合

爲什麼專業之間有這麼大合作的動力？原因就是以預算作爲導向；心理衛生服務主要有兩種經費補助，一種來自舊金山市政府的計畫補助，另一種是加州州政府的預算。全市可能有五十幾家與政府簽約的私人心理衛生機構，而私人的診所也都加入這樣的體系，如果要爭取補助，就沒有辦法自外於體系而生存。

各單位的合作機制從檢傷分類(triage)開始；在舊金山來說，每個求助者都可以獲得第一次會談，然後由個案管理者替個案分級並做處遇

的判斷，再連結其他資源；因此社區內有執照的個案負責人制度非常重要，他們是社區個案進入心衛體系的入口，也是負責第一層檢傷分類 (triage) 及處置判斷的守門者，他們的知識能力要足以判斷一個病人所需要的複雜治療資源。

在加州的心理衛生體系中，不同專長的助人專業透過同一醫療給付制度達成整合。衛生、社政、教育體系並非規劃各自的社區心理方案，而是在舊金山市政府及郡政府政策要求下，彼此搭配合作提供特殊主題(如針對兒童心理衛生、物質濫用、精神疾病問題)的單一服務方案。所以當一個人在其中任何一種福利相關部門求助時，應該可以獲得整合性的協助，即所謂“Any Door The Right Door” (如圖 1)。所以即使是政府部門的執行單位，也要努力規劃整合不同領域部門的

合作，並要求高執行效率，否則下年度方案預算經費可能被提出更有說服力的計畫方案的民間單位給爭取規劃執行。在整體經濟景氣不佳之際，政府公務預算被連年縮減後，這種利用預算導向整合單一服務方案的作法就更為明顯確立了。

### 3. 完整社區心理服務，減少住院醫療支出

社區中的個案負責人可說完全掌握個案的狀況，他介紹個案去醫院門診或在社區心衛中心看醫生，醫療記錄累積在個案負責人所保留的病歷中，而這本病歷存放在社區心衛中心中。這種考量的基本出發點是將社區裡的個案都留在社區裡面，非到逼不得已不用住院，這對整體社會來說節省成本的，因為住院的支出是最高的。更重要的是便捷性，因為個案負責人原則上就在自己的社區附近。

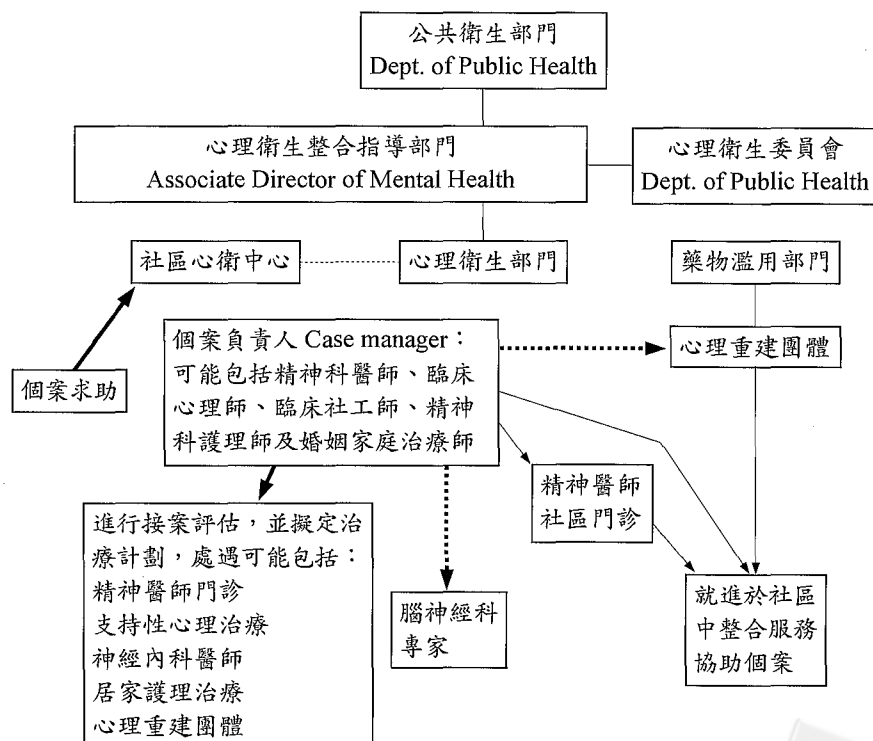


圖 1. 舊金山心理衛生服務整合流程圖

在照護管理制度 (care management) 上,除了前述的檢傷分類系統外,第二部份是所謂的品質保證制度(Quality Assurance/utilization review)。通常中心有醫師、心理師、社工各一人,最少三個人,也可能更多;或者有精神科護理師等專業加入,不過通常一定有一個醫師。個案通常獲得最初的 15 次 Session 後,接下來就要做更長期的治療規畫,個案負責人要提出申請,而各機構都有一個共通的審核標準來篩選不適當的長期治療;剛開始時舊金山的心理衛生機構行政管理者也覺得很累,但現在他們可以快速地抓到要點,審核相關治療計畫。

品質保證制度不同於業務考核 (Auditing)。Auditing 只是像是記錄抽查,查證你有做之前該做的事;而品質保證計畫則是對未來新要求之治療計畫的審核。如果不符合一些要件的話,就會不認可而被退回(discounted)。

#### 4. 有效就醫資訊管理

在舊金山政府所提供的心理衛生服務當然也有其侷限性,故公務部門更需就現有心理衛生資源做有效分配利用,避免重複浪費。

華人的求醫行為從文化層面上,一直看到有所謂 Doctor Shopping 的情形,而且他們同時去找了別的醫生,也不會告知求診醫師。可是在舊金山的心理衛生體系, Care Manager 掌握了所有的求助狀況,因為個案到另一家醫院時,工作人員從電腦中就看到了個案之前的就醫記錄,以及你來過了哪家社區心理衛生機構,你的 Care Manager 的名字及診斷,這些最關鍵的資訊都已掌握到了,如果還有必要,一通電話就可以跟原來 Care Manager 討論了。

因此全郡心理衛生服務的醫療給付資料,從開案時的書面表單作業中,就包含政府規定須建立電腦資料庫的輸入表格。連線電腦資料庫將個案從初次尋求服務,到目前最近一次的服務使用

都可立即查出,當然這樣的資訊獲取一樣得在專業倫理規範下進行。如此一來,舊金山居民根本無法在當地精神醫療服務的政府資源中重複就醫,而年度終了時,政府可結算列出醫療經費支出最高使用個案群,並分析其原因,謀求來年更節省經費且依然有效協助個案的心理服務方案。

#### 社區資源

舊金山政府為了因應近來連年財政上的赤字,不但組織修編的速度相當迅速,心理衛生經費也持續刪減;因此如何減少支出,維持原有的服務品質,就成了政府的艱鉅任務。為使運作體系在有限資源下更有效能,1995 年舊金山市及郡政府就提出心理照護體系 (system of care) 的作法。圖 2 是 1998 年政府心理衛生部門的架構圖,虛線部份所連結的四塊工作,是心理衛生運作的核心架構,也就是說醫療監督單位 (Medical Director)、個案管理部門 (Managed Care Development) 與心理照護體系共同承擔社區心理衛生工作,互為資源,並有品質管理的單位,來平衡服務品質及支出的管控。

### 我國社區心理衛生中心

我國社區心理衛生之歷史發展沿革如表 2<sup>[12-14]</sup>。

本省最早設立的社區心理衛生中心是民國 57 年 7 月台大醫院精神科在木柵衛生所設置的附設工作中心,也是以此為出發點,其構想是密切地與該社區之精神病患接觸,減輕患者與其家屬之長期痛苦為第一步,進而做預防性的心理衛生工作,始能融合於公共衛生整體設施中,以保社區居民獲得健康的生活<sup>[15]</sup>。

民國 63 年時擬定「台灣省政府社區心理衛生中心設置原則」,並由心理衛生協會規劃,省

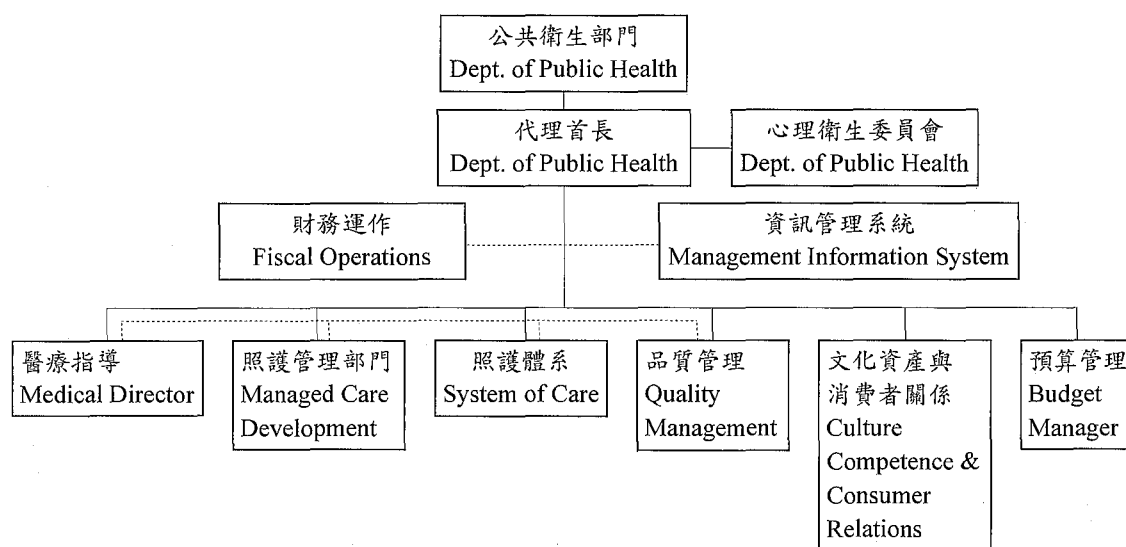


圖 2. 舊金山心理衛生部門組織架構圖

政府衛生處試辦「北區心理衛生中心」<sup>[16]</sup>；民國 64 年正式成立「台北社區心理衛生中心」及「高雄社區心理衛生中心」<sup>[17]</sup>；民國 79 年 12 月「精神衛生法」正式出爐，其中第十條明定直轄市及各縣市政府衛生主管機關得設社區心理衛生中心，負責推展心理衛生保健工作，為我國心理衛生工作開啓新氣象；民國 80 年，衛生署依據精神衛生法第十條提出三年試辦計劃，分別在台北縣板橋及三重實施，由台北縣政府試辦，成為法案公佈後第一個心理衛生工作模式<sup>[12, 17]</sup>。

民國 82 年衛生署提出精神疾病防治工作計劃，以建立完整的精神衛生行政體系、完整之精神醫療服務網絡、及加強精神病患社會福利為目標，該計劃促使各縣市政府衛生機構中要有一人負責辦理精神衛生業務，原本尚計劃各縣市設 38 個心理衛生中心，共計 383 位工作人員，但皆未實行<sup>[12]</sup>。

民國 84 年高雄市成立「高雄地區示範性社區心理衛生中心」，嘉義縣亦辦理「嘉義縣社區心理衛生中心」，台中縣政府成立「台中縣社區

心理衛生中心」，此後陸陸續續有一些縣市各自籌畫及成立社區心理衛生中心<sup>[17]</sup>。

一直以來，各地社區心理衛生中心皆依循自身使命感默默運作著，以精神衛生法為法源依據，運用有限的經費及人力，執行小規模或一些試辦性質的計劃。直至民國 88 年發生 921 大地震，台中南投嚴重受創，因此民國 89 年 3 月時，依據行政院衛生署台八十九內字第 0 八三八一號函，分別成立台中區及南投區「災難心理衛生中心」，以協助處理災後重建的民眾心理健康問題，當時編列大量預算（一年各約 2000 萬元），並且設置大量人力（各 20 位工作人員），是我國有史以來最大規模的兩個心理衛生中心<sup>[18]</sup>。

目前兩家災難心理衛生中心已營運近四年，並更名為心理衛生服務中心，期望成為常設性機構。源此機緣，不僅促進政府對於社區心理衛生之重視，亦逐漸型塑我國社區心理衛生工作應有模式及目標，並且發展出社區心理衛生中心的評鑑工作，使社區心理衛生中心在陸續成立之餘，還能朝專業、高品質及效率的方向努力，顯示對



表 2. 我國社區心理衛生中心發展歷程

1936 年	「中國心理衛生協會」(南京)
1955 年	「中國心理衛生協會」在台復會，省衛生處並成立「心理衛生委員會」
1956 年	省衛生處與臺大醫院合作創辦「台北兒童心理衛生中心」
1968 年	台大醫院精神科在木柵衛生所設置「附設工作中心」，是本省最早的社區心理衛生中心
1974 年	試辦「北區社區心理衛生中心」，並擬定「台灣省政府社區心理衛生中心設置原則」。
1975 年	正式成立「台北社區心理衛生中心」及「高雄社區心理衛生中心」。
1976 年	成立「台中社區心理衛生中心」。
1979 年	七月廢止「台灣省政府社區心理衛生中心設置原則」，訂定「台灣省政府社區心理衛生中心設置要點」； 八月成立「台南社區心理衛生中心」。
1987 年	因高雄市升格為院轄市，撤除「高雄社區心理衛生中心」，維持台北、台中及台南三處。
1990 年	十二月「精神衛生法」正式完成立法：第十條明定直轄市及各縣市政府衛生主管機關得設社區心理衛生中心，負責推展心理衛生保健工作。 將原台北、台中及台南社區心理衛生中心改稱北區、中區及南區心理衛生中心。
1991 年	衛生署提出三年試辦計劃，分別在三重和板橋實施。
1993 年	衛生署提出精神疾病防治工作計劃。 ◆以建立完整的精神衛生行政體系，完整之精神醫療服務網絡，及加強精神病患社會福利為目標。 ◆該計劃促使各縣市政府衛生機構中，有一人負責辦理精神衛生業務。 ◆該計劃執行朝向精神醫療，原本計劃各縣市設 38 個心理衛生中心，383 位工作人員，皆未實行。
1995 年	高雄市成立「高雄地區示範性社區心理衛生中心」。 嘉義縣亦辦理「嘉義縣社區心理衛生中心」。 台中縣政府成立「台中縣社區心理衛生中心」。
1997 年	台北縣政府成立「縣立板橋醫院心理衛生中心」。 高雄縣政府設立「高雄縣社區心理衛生中心」。
1999 年	嘉義市政府成立「嘉義市社區心理衛生中心」。
2000 年	台北市政府委託台北市療養院設立「台北市社區心理衛生中心」。 921 災後，台中及南投地區分別成立「災難心理衛生中心」。 一段時間以後，「災難心理衛生中心」正式更名為「台中區心理衛生服務中心」及「南投區心理衛生服務中心」
2002 年	成立專家委員會，針對台中南投區心理衛生服務中心進行成效評估。
2003 年	上述專家委員會將研究擴及全國各縣市，參訪並評估各縣市已成立並運行一年之社區心理衛生中心。

社會大眾之責信<sup>[19]</sup>。

### 組織架構

我國社區心理衛生中心之成立，常因行政資源與時代背景的差異，形成不同的組織形態。

早期社會心理衛生觀念尚未發達之時，學者專家以歐美先進國家為借鏡，在醫院內設置試辦性質之社區心理衛生中心，執行有其成效，便持續經營至今，此類社區心理衛生中心便是架構於醫院之中，例如三重、板橋。

精神衛生法頒布後，部份縣市政府衛生局意識到心理衛生業務之重要，於是自動自發成立社區心理衛生中心，此類社區心理衛生中心就是以衛生局為主導及執行單位，如：台中區、基隆市、金門縣等。

另外台中區、南投區心理衛生服務中心是因應九二一震災而生，乃由行政院衛生署命令辦理，並分別由台中縣衛生局以及衛生署立南投草屯療養院承辦，又是另一種形式的組織架構。

承上，若以主導單位區分，我國社區心理衛生中心組織架構大致可分為兩種，一種是由衛生局主導運作，如台中區、金門縣、基隆市、台北市、宜蘭縣、新竹縣、台南市、嘉義市、嘉義縣、花蓮縣、高雄縣；另一種是由醫療院所主導運作，如南投區、北縣三重、北縣板橋、高雄市。

### 社區資源<sup>[19]</sup>

表3是我國社區心理衛生中心的資源連結比較。我國社區心理衛生中心雖多由縣市政府衛生局規劃辦理，但人力常是衛生局內心理衛生課承辦員兼任，經費更是沒有常態編列，不時短缺，故心衛中心必須自力救濟，尋求社區內資源以為互助；自表中可以看出我國社區心理衛生中與社區資源的連結合作，除了醫療院所與政府機關

外，民間NGO、NPO和志願工作者亦是社區心衛中心推動業務不可或缺的夥伴。

至於合作關係的建立，社區心理衛生中心多視需求而定，如要推廣校園衛教宣導，則會與學校聯繫，進行短暫合作，若時常舉辦課程講座，合作頻率提高或次數累積，社區心理衛生中心便會與校園建立良好關係，學校若遇到學生個案有心理衛生方面問題，自然會尋求心衛中心的協助。另一種合作方式則是中心為彌補人力資源不足，在成立之初或營運一段時間後，便跟當地以直接服務為主的機構進行長期常態性的合作，以電話諮詢為例，社區心理衛生中心負責宣導此項服務，但由生命線的工作人員負責接線服務，借重其諮詢輔導的專業能力，生命線亦可達到業務擴展的成效；某些縣市在緊密的合作下，生命線的管理者同時會兼任社區心理衛生中心的督導者，給予中心極大支持和協助。

另外即將執行的第五期精神醫療網也企圖將社區心理衛生中心納入網絡之中(圖3)，與精神醫療體系多所結合，互為資源，以社區為單位，推動國人精神衛生保健工作<sup>[19, 20]</sup>。

綜合以上將台灣與美國舊金山郡心理衛生體系的差異整理如表4。

## 結語

他山之石，可以攻錯。本文就美國和我國社區心理衛生發展沿革加以比較，並以美國舊金山Richmond Area Multi-Services (RAMS) 社區心理衛生中心的運作實例做一具體的介紹。從歷史沿革來看，我國心理衛生的發展較美國遲了至少二十年(以心理衛生協會之成立來看)；在社會文化方面，我國民眾對於精神疾病仍多偏見歧視，自願就醫或求助的個案仍是少數；在組織架構方面，我國也未如美國一般有最高行政層級的重視

表 3. 社區心理衛生中心資源連結比較

	醫療院所	政府行政單位	民間機構、團體
基隆縣		學校(教育單位)	
台北市	1. *台北市各市立醫院 2. 國軍北投醫院 3. 三軍總醫院 4. 台大醫院	1. 社會局 2. 教育局、各級學校	1. 傳播媒體 2. 志工 3. 中華心理衛生協會、精神健康基金會、生命線婦女救援基金會、等民間學協會、基金會及心理衛生相關機構
北縣板橋	*縣立板橋醫院	1. 社會局 2. 學校(教育單位)	
北縣三重	*縣立三重醫院	學校(教育單位)	傳播媒體
宜蘭縣			1. 傳播媒體 2. 志工
台中市	設有精神科門診醫院	學校(教育單位)	
台中區	指定醫療院所	1. 村里、鄰長 2. 學校(教育單位)	1. 藥局負責人 2. 寺廟負責人(宗教團體) 3. 志工
南投區	1. *草屯療養院 2. 基層醫療院所 3. 精神醫療單位	1. 重建委員會生活重建處 2. 勞委會就業重建大軍行動總部 3. 學校(教育單位)	1. 災民服務隊 2. 傳播媒體
台南市	1. 嘉南療養院 2. 成大醫院 3. 署南精神科 4. 奇美醫院	學校(教育單位)	1. 台南市婦女福利中心 2. 志工
台南縣		學校(教育單位)	
嘉義市	1. 嘉義基督教醫院 2. 天主教聖馬爾定醫院	家扶中心	1. 生命線 2. 志工
嘉義縣	1. 長庚紀念醫院嘉義分院 2. 灣橋榮民醫院 3. 署立朴子醫院 4. 佛教慈濟醫院大林分院	1. 學校(教育單位) 2. 監獄	1. 生命線 2. 志工
花蓮縣		1. 學校(教育單位) 2. 警政單位 3. 社政單位	*花蓮縣生命線協會
台東縣	1. 署立台東醫院 2. 馬偕紀念醫院台東分院		生命線
高雄市	1. *凱旋醫院 2. 高雄長庚 3. 高雄醫學大學附設中和紀念醫院 4. 高雄榮總	1. 學校(教育單位) 2. 衛生局二科職場衛生股	1. 董氏基金會 2. 傳播媒體
高雄縣		1. 學校(教育單位) 2. 鄉鎮市衛生所	
屏東縣		學校(教育單位)	

備註：「\*」為承辦機構之一

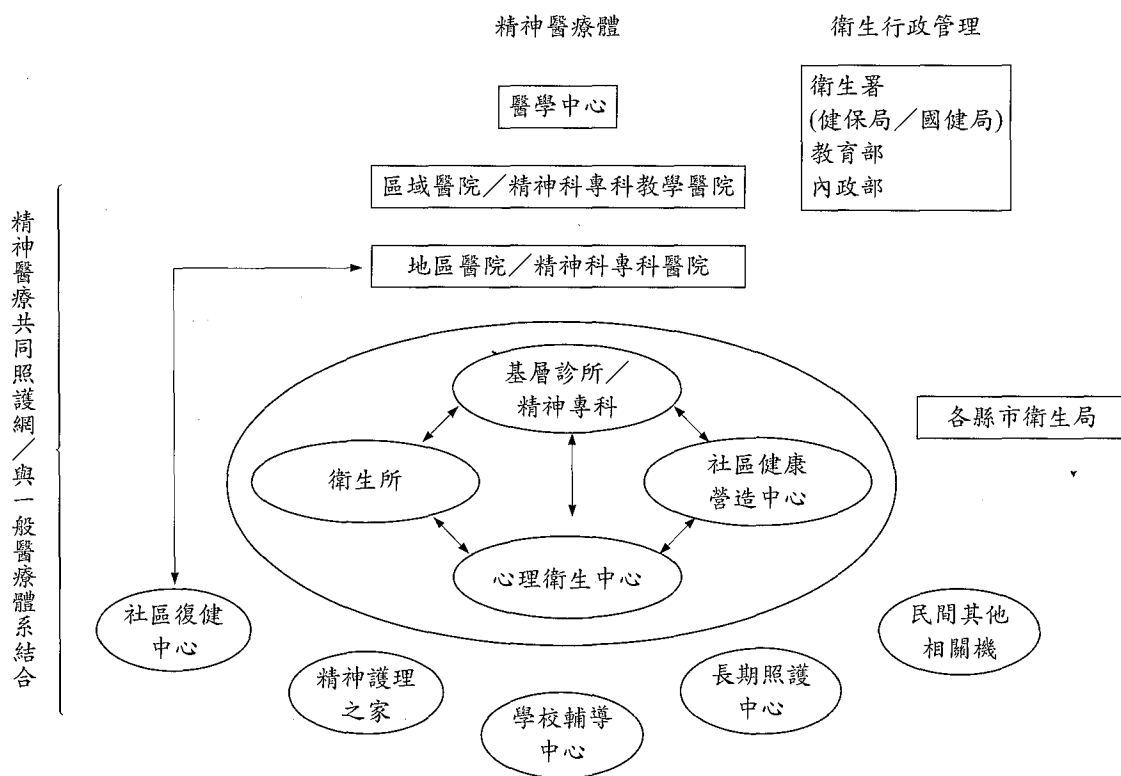


圖 3. 精神醫療體系架構圖：我國與美國之分析比較

及統籌，例如美國公共衛生部門會規劃心理衛生、精神醫療預算分配和規定相關機構間的合作模式。因此有鑑於美國社區心理衛生的蓬勃發展，可見到我國尚有民智未開、制度不健全、經費及專業人力不足、資源連結不易等問題。美國社區心理衛生中心的服務形態所具有的特點，包括多元專業人力結構、預算導向的跨領域工作整合、完整社區心理服務（因而減少住院醫療支出）、以及有效就醫資訊管理，實在值得我們借鏡。

### 誌 謝

本研究承蒙台北市社區心理衛生中心主任杜仲傑先生提供出國考察報告以供參考，感謝各縣市衛生局及社區心理衛生中心配合接受參訪，以及助理湯茹雲協助文書整理，謹致謝忱。

### 參考文獻

1. 行政院研考會：我國人民心理衛生問題與醫療保健工作現況之檢討及政策分析。1981。
2. Weaver AJ, Koenig HG: U.S. Department of



表 4. 臺灣(臺北)與美國加州(舊金山)心理衛生體系比較

	臺灣	美國加州(舊金山)
轄區及人口	轄區幅員廣大 人口眾多且較稠密。	轄區範圍適當 人口數約 7 萬五千人至 20 萬人
社區資源運用	醫療院所 政府行政單位 民間機構團體 (NGOs, NPOs)	醫療院所 政府行政單位
分站設置	少數社區心衛中心有設置分站 (南投區 3 分站, 台中區 4 分站)	多數社區心衛中心都有設置分站
諮詢委員會的組成	90% 以上相關領域之專家學者, 再加上部份政府單位行政執行者。	
基本從業人員權力結構	只有醫師有決定權	有執照心理衛生專業者有權做診斷及強制就醫
從業人員人數	較少(也許極少)	較多
民眾對心衛體系的接納度參與度	低	較高
治療類型(醫療機構)	急診 住院治療(天數較長) 門診(多在醫院)	急診 住院治療(天數較短) 門診(多在社區)
治療類型(社區)	居家治療 社工支持服務 日間留院(許多在醫院) 醫療服務(許多要回醫院) 中途之家 個案管理(表面化) 就診資料分散, 不易瞭解單一個案 在政府資源支出狀況	社區門診 居家治療 社工支持服務 日間留院(在社區) 醫療服務(在社區) 安置服務(中途之家) 個案管理(整合深入服務) 就診資料電腦化共享, 易於控制政府支出
理念	對隱私、人權、倫理的考慮較少 由上而下, 計畫執行 相關委員會絕大多數由專業人員組成	考慮多, 有法律保護 強調商業關係、務實取向 相關委員會由專業人員、消費者及利益團體代表組成
機構單位間的互動關係	在長官命令下合作 各自規劃 各自提供不同服務 各自在乎自己的業績要從頭到尾一手包辦	長官以預算導向要求各單位合作 提供單一服務標準 不同部門整合服務, 共用一筆預算
業務審核、品質管制	Auditing	Auditing Quality Assurance (Utility Review) 小組來審核再授權 (reauthorization) 程序

註：改編自杜仲傑舊金山心理衛生體系運作之實務考察報告，2003

- Health and Human Services: Disaster response and recovery: a handbook for mental health professionals, 1994.
3. 鄭夙芬、文榮光、吳就君：社區心理衛生教育內容建構之初探。衛生教育論文集刊 1997；10；83-85。
  4. 廖素菊：心理衛生與保健。臺北：水牛，1987：204-6。
  5. 郭峰志：現代社區精神醫療。臺北：心理，2001：363-5。
  6. 美國國家心理衛生研究院 <http://www.nimh.nih.gov/>
  7. 心理衛生資源網站 <http://www.mentalhelp.net/>
  8. Sartorius N, Henderson AS: The neglect of prevention in psychiatry. Aust N Z J Psychiatry 1992; 26:550-3.
  9. 杜仲傑：舊金山社區心理衛生體系運作之實務考察報告。行政院人事行政局，2003。
  10. RAMS 網站 <http://www.ramsinc.org/ramshome.html>
  11. 張珽：台北縣試辦心理衛生工作計劃之評估研究報告。行政院衛生署，1997。
  12. 臺北市立療養院、臺北市社區心理衛生中心、行政院衛生署、臺北市政府衛生局：全國心理衛生創意工作坊會議手冊，2002。
  13. 行政院衛生署：精神衛生法。1990。
  14. 陳英三：心理衛生。臺北：五南，1991：244-8。
  15. 廖榮利：心理衛生。臺北：千華，1986。
  16. 曾文星、徐靜：社會文化與心理衛生。臺北：水牛，1996：143-53。
  17. 陳永興、林秀華、錢靜怡、楊瀚焜：社區心理衛生中心試辦計劃評估研究—以高雄市為例。高雄市政府衛生局所屬醫療院所九十年年度研究計劃，2002。
  18. 李明濱、吳文正、楊聰財、吳英璋、魯中興、陳諶：災難心理衛生服務中心成果評估報告，行政院衛生署醫政處，2002。
  19. 李明濱、吳文正、楊聰財、吳英璋、魯中興、陳諶：社區心理衛生中心成效評估計劃成果報告書，行政院衛生署醫政處，2003。
  20. 行政院衛生署：九十二年度全國精神醫療網工作研討會，2003：3-5。



## Community Mental Health Centers

*Tsung-Tsair Yang, M.D., Ph.D.*<sup>1,2</sup>, *Ming-Been Lee, M.D.*<sup>3,4</sup>, *Yin-Chang Wu, Ph.D.*<sup>5</sup>,  
*Chung-Hsing Lu, S.B.*<sup>4</sup>, *Ying Chen, S.B.*<sup>6</sup>, *Wen-Cheng Wu, M.D.*<sup>7</sup>

Community mental health has been a priority since World War II. Different countries developed programs in a variety of ways and each have their own specific characteristics. Among these, the performance in the US based centers was found to be the best in the world. System development and application of our community mental health centers (CMHC) in Taiwan were based on the American model. A brief review will compare and contrast the history, culture, and structure of CMHCs between America and our country. The data was collected from Taiwan's Community Mental Health Center (CMHC) and was compared to literature from other counties[kgio1] on their CMHC experience. Because of the variability between states in America regarding the system of CMHCs, we chose the San Francisco model to describe analytical variables, to compare available literature of America and Taiwan on CMHC, and to determine the experience and merit worthy of learning.

The development of mental health programs in Taiwan occurred later than those in America by approximately twenty years (upon the time established by the Association of Mental Health). From the viewpoint of the social culture, people in Taiwan continue to harbor prejudice on those with mental disorders which leads to fewer people seeking voluntary treatment. Within the institution, Taiwanese administration does not bestow a high regard for mental health services as seen in the US. For example, the Department of Public Health in America manages the budget of both mental health & psychiatric medicine, and regulates the cooperation between associated agencies. According to the performance of community mental health centers in America, we could identify a number of problems including, immaturity of people's psychological mind, lack of resources at the institution level, lack of finance and professional staff, and hard to connect with other resources in Taiwan.[kgio2] (Full text in Chinese)

Key words: mental health, community mental health, historic development

**Taipei City Med J 2004; 1(4): 393-411**

<sup>1</sup>Department of Psychiatry, Cardinal Tien Hospital; <sup>2</sup>Fu-Jen Catholic University School of Medicine; <sup>3</sup>Department of Psychiatry, National Taiwan University College of Medicine; <sup>4</sup>Taipei City Psychiatry Center; <sup>5</sup>Department of Psychology, National Taiwan University; <sup>6</sup>Department of Psychiatry, Mackay Memorial Hospital; <sup>7</sup>Bali Mental Hospital, Department of Health, Taiwan.

Received: 27 July 2004; Accepted: 16 September 2004.

Correspondence to: Dr. Ming-Been Lee, No. 309, Songde Road, Xinyi District, Taipei 110, Taiwan, Taipei City Psychiatric Center.