

府作法，研議鼓勵機制引導市縣政府加強主動關懷該類對象，以擴大發掘潛在服務需求人口。據復：已運用多元管道，協助未滿 20 歲父母取得育兒資源以提升親職功能及照顧能力，並召開會議邀請花蓮縣政府專題報告轄內未滿 20 歲懷孕業務服務推動情形，及主動篩檢父或母為未滿 20 歲者之作法，供各地方政府參考運用；另召開會議討論如何提升父或母為未滿 20 歲者篩檢預防及關懷輔導機制，主動宣導政府服務或支持措施，鼓勵有需求民眾接受服務。

(十) 衛福部為提供整合性心理健康服務，辦理國民心理健康計畫，惟間有規劃作業未盡周妥，出院轉銜作業未依限完成，暨心理衛生資源布建及人力進用仍有不足等情事，允宜研謀改善，以提升心理健康服務量能與品質，完善健康照護體系。

衛生福利部(下稱衛福部)為全面提升國人心理健康，於 102 至 110 年度辦理國民心理健康計畫(第一期及第二期)，作為心理健康施政藍圖，復配合強化社會安全網第二期計畫(110 至 114 年)(下稱社安網第二期計畫)，布建多元社區服務資源，包括社區心理衛生中心(下稱心衛中心)及精神病人生活支持服務，提升心理衛生服務可近性；嗣該部參酌世界各國精神病床發展趨勢、精神病人疾病型態改變及藥物治療技術之進展，於 111 年 12 月 14 日修正精神衛生法，期完善提供病人多樣化且不中斷之社區支持服務措施。經查相關計畫執行情形，核有下列事項：

1. 國民心理健康第二期計畫已於 110 年底屆期，未及早提報接續之第三期計畫，且計畫規劃作業未盡周妥，迄仍未經行政院核定，不利國人心理健康促進政策之執行：按臺灣永續發展核心目標之具體目標 3.4 揭示，將朝向降低自殺死亡率，並增進國人健康生活型態方向邁進，足見政府策定、推動及管理心理健康政策之重要性。經查衛福部報經行政院於 105 年 11 月 8 日核定「國民心理健康第二期計畫」(下稱第二期計畫)，由該部協同內政部、教育部、法務部、勞動部、各市縣政府及民間團體於 106 至 110 年間，共同執行心理健康促進、精神疾病防治政策，透由主、協辦機關分年共同執行策略及工作項目，並擬具含過程面與結果面之績效衡量指標，以利推動、檢視及滾動式檢討，惟第二期計畫已於 110 年底屆期，衛福部未及早研提「國民心理健康第三期計畫(草案)」(下稱第三期計畫)，迄 112 年 7 月 12 日始函報行政院審議，加以計畫之規劃及擬訂未盡周妥，嗣經行政院於 112 年 11 月 14 日函復照國家發展委員會(下稱國發會)所提審議意見，包括待訂定明確之計畫目標，或多項執行策略之重點工作項目與行政院已核定計畫重疊，或跨機關權責事項，宜先洽各機關協調確認等，重新檢討後再報院，迄 113 年 4 月 18 日止仍未完成計畫修正，致政策未能連貫執行，恐影響精神疾病防治與心理衛生推展工作之執行。經函請衛福部積極參據國發會審議意見，妥適規劃修正第三期計畫相關內容，並於行政院審議通過後落實執行，以擘劃及實施涵蓋全人、全程及全方位之心理健康政策。據復：已配合賴總統國政目標，將擴大「年輕族群心理健康支持方案」、鼓勵善用心理資源及發展社區心理衛生服務等政策，重新擬具「全民心理健康韌性計畫(草案)」，於 113 年 5 月 21 日函報行政院，刻由國發會審議中。

2. 推動精神病人出院轉銜機制，並規範各地方政府依限完成對於精神疾病患者之關懷訪視，惟 112 年度仍有部分精神醫療機構未能於病人出院 3 日內完成出院準備計畫上傳系統，部分地方政府亦未能依限完成關懷訪視作業：衛福部於 112 年度編列整合型心理健康工作計畫經費 8,066 萬餘元，執行數 7,808 萬餘元，補助市縣政府推動符合地區特色之整合型心理健康工作，並將強化精神疾病防治網絡及持續辦理精神衛生法各項法定業務列為工作項目，推動精神病人醫療與社區服務之銜接，以利精神病人於出院後持續於社區接受後續追蹤照護。經查精神病人出院轉銜機制運作情形，核有：(1) 111 年 12 月 14 日修正公布之精神衛生法第 33 條明定精神醫療機構於病人出院前完成出院準備計畫；於其出院日起 3 日內通知地方主管機關，並將於 113 年 12 月 14 日正式施行。查精神醫療機構係採行將出院準備計畫上傳至精神照護資訊管理系統(下稱精照系統)之方式，以通知地方衛生主管機關。衛福部於規定施行前係以納列地方心理健康業務考評，以促使地方政府衛生局積極輔導轄內院所依限上傳，惟據該部統計，除連江縣轄內未有精神醫療機構外，其餘 21 市縣政府 112 年度精神病人出院後 3 日內完成出院準備計畫上傳精照系統之比率介於 66.84%至 98.70%間，顯示仍有部分精神醫療機構未依限上傳計畫，影響地方政府衛生局對病人出院後各項社區治療與支持服務之提供；(2) 衛福部為落實社區精神病人之追蹤關懷、轉介及轉銜服務，於社安網第二期計畫策略三訂有「精神疾病關懷訪視服務個案出院後 2 星期內第 1 次訪視評估比率，逐年提升至 100%」之關鍵績效指標，目標值由 111 年度之 80%，逐年提升至 114 年度之 100%，惟實務執行因精照系統與該部保護資訊系統介接欄位不完整，心理衛生社工(下稱心衛社工)需時向保護性社工等其他網絡單位人員瞭解個案資訊，致臺北市等 15 市縣 111 年度精神疾病關懷訪視服務個案出院後 2 星期內第 1 次訪視評估比率介於 50.00%至 77.61%間(表 18)，未達目標值 80%，未能依限完成對精神疾病患者之關懷訪視等情事。經函請衛福部深入瞭解問題癥結，並據以研擬相關因應措施，以利精神病人出院轉銜機制順利運作，協助精神病人順利復歸社區。據復：(1)將強化地方政府對精神醫療機構之督導考核，並將「醫療照護團隊應依病人需求，提供適切、完整的出院準備計畫與指導」納入 113 至 116 年精神科醫院評鑑基準，以落實精神病人出院轉銜機制之運作，俾協助其復歸社區；(2)將持續辦理精照系統使用者教育訓練，並於各場次教育訓練，主動蒐集使用者建議，評估納入年度功能增修項目，持續優化系統使用者介面，以提升社區精神病人關懷訪視服務效能。

表 18 111 年度精神疾病關懷訪視服務個案出院後 2 星期內第 1 次訪視評估比率

單位：%

市縣別	訪視評估比率	市縣別	訪視評估比率
臺北市	71.24	彰化縣	72.28
新北市	67.62	南投縣	86.08
桃園市	72.59	雲林縣	82.76
臺中市	70.42	嘉義縣	80.36
臺南市	72.02	嘉義市	70.21
高雄市	63.47	屏東縣	81.14
基隆市	84.39	花蓮縣	62.63
宜蘭縣	82.24	臺東縣	77.61
新竹縣	65.32	澎湖縣	77.59
新竹市	71.57	金門縣	90.16
苗栗縣	52.97	連江縣	50.00

註：1. 衛福部尚在辦理 112 年度市縣政府執行強化社會安全網績效考核作業，爰暫不提供 112 年度訪視評估情形之統計。

2. 表內標註底色部分，係 111 年度精神疾病關懷訪視服務個案出院後 2 星期內第 1 次訪視評估比率未達 80%者。

3. 資料來源：整理自衛福部提供資料。

3. 已補助地方政府布建 48 處心衛中心，提升心理衛生資源之可近性，惟部分市縣心衛中心布建不足，且心衛中心進用人力與行政院核定補助進用人力相較仍有不足，致人員工作負荷沉重，恐影響服務品質：衛福部參酌世界各國以社區心理衛生服務模式之精神醫療發展趨勢，及美國加州舊金山市經驗，審酌國內資源及各市縣人口數，補助各地方政府逐年布建心衛中心，長期以布建 100 處心衛中心為目標（每處服務 25 萬人），並依各市縣政府財力等級，核定逐年增加專業人員聘用人數。經查執行情形，核有：(1) 衛福部考量心衛中心布建之必要性及急迫性，於社安網第二期計畫訂定分年目標，期於 114 年達成累計布建 71 處之中程目標，預估每處心衛中心將服務 33 萬人口數，以提供在地化、可近性之心理衛生服務，查截至 112 年底止，各市縣政府累計已完成布建 48 處心衛中心，較預計目標值增加 1 處，惟臺北市等 11 市縣每處心衛中心服務量超逾 33 萬人，並以新北市每處心衛中心須服務 101 萬餘人為最多，桃園市之 77 萬餘人次之；復以各市縣政府預估於 114 年度累計布建心衛中心數量估算結果，屆時仍有臺北市等 8 市縣轄下之心衛中心平均服務量將超逾目標數(33 萬人)；(2) 社安網第二期計畫規範心衛中心應設有執行秘書、督導、心理輔導員、諮商心理師、臨床心理師、護理師、職能治療師、心理衛生社工督導、心衛社工、關懷訪視員督導、精神病人社區關懷訪視員(下稱精神關訪員)、自殺關懷訪視員等 12 類人員，負責辦理社區心理衛生促進、諮詢、病人個案管理、轉介轉銜服務、網絡聯結、自殺與精神疾病防治等其他心理衛生服務。衛福部參酌英國、美國及荷蘭追蹤精神病人個案之經驗及兒少保護社工之案件負荷量，以心衛社工個案負荷量 1：25 及精神關訪員個案負荷量 1：30 等，推估核定補助進用人力，110 至 112 年度各市縣心衛中心進用上開執行秘書等 12 類人員已自 250 人大幅增加為 1,292 人，惟因薪資誘因不足、需處理行政事務、或人員轉任社政及民間單位，致整體進用人數占行政院核定補助進用人數之比率自 82.51% 降至 76.59% (表 19)，各市縣仍面臨人員招募不易或人員流動之困境，且截至 113 年 3 月底止，各市縣心衛社工實際進用計 242 人，平均每人個案負荷量約 28.23 人；精神關訪員實際進用計 462 人，平均每人個案負荷量約 44.78 人(表 20)，超逾上述參考標準，人員工作負荷沉重，恐影響服務品質等情事。經函請衛福部滾動檢討各市縣心衛中心布建數量之合理性，並針對相關人力遲未聘足之困境研謀因應措施，以提升心衛中心服務品質與效能。據復：(1) 將配合社安網第二期計畫滾動檢討，及參酌行政院經費資源挹注情形，並納入地方政府意見，調整各市縣心衛中心布建數量，以提升服務品質與效能；(2) 已調整心衛中心醫事人員及心衛社工聘用資格，吸引有意願者加入社區心

表 19 心衛中心人員進用情形

單位：人、%

年度	核定人數	進用人數	進用率
110	303	250	82.51
111	1,138	935	82.16
112	1,687	1,292	76.59

資料來源：整理自衛福部提供資料。

表 20 截至 113 年 3 月底心衛中心訪視人員
案量負荷情形

單位：人

類別	個案負荷量 參考標準	進用人數 (註1)(A)	個案數(B)	個案負荷量 (B/A)
心衛社工	1：25	242	(註2) 6,832	28.23
精神關訪員	1：30	462	(註3) 20,689	44.78

註：1. 不含心衛社工督導及關懷訪視員督導。

2. 係精神疾病與自殺防治合併多重議題個案。

3. 係精神照護資訊管理系統第 1、2 級個案，已扣除心衛社工服務之合併多重議題個案數。

4. 資料來源：整理自衛福部提供資料。

理衛生服務行列，並將持續督促各市縣加強進用各類人力，及定期檢視人員案量負荷及個案服務狀況，以提升計畫執行成效。

4. 補助辦理精神病友多元社區生活方案發展計畫，期協助精神病友穩定生活復歸社區，惟團體參與計畫數量尚難以支應轄內社區所需量能，且多數參與團體績效指標達成率欠佳：衛福部為提升精神病友及家屬之社區支持服務量能，強化精神病友自立生活復歸社區，自 108 年起以公開徵求方式，補助民間團體及精神醫療機構辦理「精神病友多元社區生活方案發展計畫」（下稱多元社區生活方案），提供精神病友及家屬支持性服務，112 年度核定補助 25 個團體（17 市縣），補助經費 3,940 萬餘元，協助精神病友解決居住及就業等問題。經查衛福部公布 112 年精神衛生行政工作執行成果，臺北市、新北市、臺中市、高雄市及嘉義縣等 5 市縣均有超逾萬人之精神病友，惟上開市縣申請多元社區生活方案之團體分別僅有 4 案、1 案、1 案、2 案及 1 案；且查上開 25 個團體 112 年度服務人數為 2,718 人，僅占全國領具精神障礙手冊（證明）人數 11 萬餘人之 2.29%，參與團體數量尚難以支應轄內社區所需量能，無法提供精神病人完整及連續之社區服務支持。又經檢視上述 25 案績效指標達成情形，其中臺北市社團法人台灣社會心理復健協會等 20 案，分別有 1 至 9 項績效指標未達預計目標；另臺北市社團法人台灣社會心理復健協會、基隆市安馨居家護理機構及澎湖縣社團法人澎湖縣身心障礙者服務協會等 3 案，未於成果報告書呈現結果面績效指標，或僅以服務滿意度作為結果面指標，尚乏實際提供個案資源轉介成功率，及輔導就業成功率等具體衡量指標，無法有效評估計畫執行整體成效，恐難彰顯資源投入之效益。經函請衛福部深入檢討民間團體及精神醫療機構參與量偏低之癥結原因，並針對執行中案件落實績效指標訂定及衡量，以充實社區支持資源，彰顯服務成效。據復：將持續透過公益彩券回饋金推動「厚植精神病友及家屬團體社區服務量能計畫」，培育民間團體加入多元社區生活方案，並辦理實地輔導訪查，協助其規劃執行，另將績效指標未達成情形，列入來年考核評比項目，以提升地方政府、民間團體量能及執行成效。

5. 為轉介或轉銜精神病人各項社區治療與支持服務，將精神病人急性後期照護服務，納入健保署全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案，惟因方案收案對象侷限於思覺失調症病人，致其他精神急性後期個案無法獲得照護：中央健康保險署（下稱健保署）為提高思覺失調症病人治療依從性，鼓勵醫療院所主動積極介入，自 99 年起推動「全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案」（下稱思覺失調症方案）。另衛福部為鼓勵醫療機構配合地方主管機關提供出院精神病人轉介或轉銜各項社區治療與支持服務，透過全民健康保險醫療給付總額中長期改革計畫辦理「全民健康保險精神科病人出院後急性後期照護服務試辦計畫」（下稱精神 PAC 試辦計畫），以提供個案整合性照護，並落實醫療與公共衛生等體系之連結，促進出院精神病人病情穩定及恢復功能。嗣經衛福部於 111 年 1 月 26 日公告將「精神科病人出院後急性後期照護服務」預算 6,000 萬元，整併納入思覺失調症方案執行，健保署爰於 111 年 2 月 17 日召開「修訂思覺失調症方案討論會議」，會中考量該服務經費額度僅有 6,000 萬元，將精神 PAC 試辦計畫部分內容納入思覺失調症方案，收案對象侷限於思覺失調症病人。惟據衛福部說明，111 及 112 年

度嚴重病人強制住院個案，雖以思覺失調症（67.9%）居多，然而情感性精神病（23.0%）亦占一定比率，實務上因預算經費有限，渠等病人未納入收案範圍，恐致未能經醫療院所收案照護，達成精神 PAC 試辦計畫之照護目的。經函請衛福部研謀善策因應，並研議建立完善之精神病人急性後期照護模式，以提供有需求之出院個案皆能獲得積極性整合照護。據復：將於 113 年下半年與健保署召開業務溝通聯繫會議提案討論，滾動修正方案內容，並依健保總額協定模式逐步爭取及擴大精神疾病適用範圍所需經費。

（十一） 國健署連結地方資源推動健康場域計畫，惟訂定計畫目標缺乏挑戰性，且未普及全國推廣應用，間有部分地方政府未延續辦理等情事，又各市縣蒐集數據資料未臻完整且必填欄位存有缺漏，允宜檢討改善，以提升計畫執行效益。

國民健康署（下稱國健署）為因應運動科技發展趨勢，推辦「運動科技應用與產業發展－推動國民健康場域應用計畫」（下稱健康場域計畫），計畫期程為 111 至 115 年度，藉由連結地方政府與運動科技業者之資源，建置國民健康場域推動點，鼓勵民眾參與多元場域體驗，並蒐集健康數據及納入數位發展部建置之運動數據公益平臺進行資料分析，完成公私協力推展模式，以期提升國人健康福祉，並帶動整體產業發展與經濟效益。經查執行情形，核有：1. 國健署推動健康場域計畫，111 及 112 年度實際支用 2,847 萬餘元及 1,521 萬餘元，原設定計畫總目標係至 115 年底推展至全國 22 市縣、40 處場域，然於推辦第 2 年即因考量預算不足，下修整體目標值為 15 市縣、18 處場域及每年 1 萬體驗人次。查截至 112 年底止，健康場域計畫累計已推展至 13 市縣、建置 50 處場域及累計達 25 萬餘體驗人次（表 21），推展市縣數距 115 年底之目標僅餘 2 市縣，至於建置場域應用數及總體驗人次則大幅超逾計畫總目標，顯示所訂計畫目標缺乏挑戰性，且未普及全國推廣應用，間有新北市及桃園市政府因考量後續營運所需自籌經費過高，未延續辦理，不利運動科技在地落地應用之推廣及擴散；2. 健康場域計畫期透過蒐集體驗民眾之健康數據並上傳至運動數據公益平臺，以利後續分析運用，持續回饋與優化服務模式，惟各市縣蒐集數據資料未臻完整，逾 4 成體驗民眾相關生理及運動資料未完整蒐集並上傳，又國健署要求蒐集之身高、體重、身體脂肪率、安靜心率、收縮壓及舒張壓等 6 項必填生理數據，亦存有缺漏，各市縣蒐集率介於 21.51% 至 73.92% 之間，

不利後續健康數據之分析串聯及個人健康管理應用等情事，經函請國健署研謀改善，以提升計畫執行效益及強化健康數據資料之完整性，俾利後續資料加值應用。據復：1. 將持續依經費核定數額及過往執行經驗與成果，滾動調整推廣市縣、場域及體驗人次之目標值，暨加強輔導各市縣永續經營規劃內容；2. 已規劃自 113 年起進行數據歸戶，優化市縣上傳數據流程與落實管理，並召開地方聯繫會議及辦理運動數據工作坊，以強化市縣數據相關分析及應用能力。

表 21 各市縣參與健康場域計畫執行情形
單位：個、處、人次

年度	累計推動市縣數	累計場域應用數	累計體驗人次
合計			250,909
111	10 (高雄市、臺南市、新北市、桃園市、南投縣、雲林縣、嘉義縣、屏東縣、花蓮縣、嘉義市)	10	34,796
112	13 (高雄市、臺南市、新北市、桃園市、南投縣、雲林縣、嘉義縣、屏東縣、花蓮縣、嘉義市、宜蘭縣、苗栗縣、基隆市)	50	216,113

註：1. 新北市及桃園市政府分別於 112 及 113 年度退場。
2. 資料來源：整理自國健署提供資料。