



全民心理健康韌性計畫

(2025-2030 年)



強韌體系 普及資源 整合照護 讓心強大

推展健康心行動，提升臺灣心韌性

2024 年 9 月版

目錄

| | |
|----------------------------------|------------|
| 壹、 計畫緣起 | 3 |
| 一、依據..... | 4 |
| 二、未來環境預測 | 10 |
| 三、問題評析..... | 14 |
| 四、社會參與及政策溝通情形 | 29 |
| 貳、 計畫目標 | 31 |
| 一、達成目標之限制..... | 33 |
| 二、績效指標、衡量標準及目標值..... | 34 |
| 參、 現行相關政策及方案之檢討 | 39 |
| 一、推展全人、全程及全方位之心理健康促進 | 39 |
| 二、提供深化、優化及社區化之精神疾病照護 | 50 |
| 三、發展可近、多元及有效之成癮防治服務 | 59 |
| 三、推動分級、跨領域及無縫銜接之加害人處遇..... | 65 |
| 肆、 執行策略及方法 | 69 |
| 一、主要工作項目 | 69 |
| 二、執行機關(單位) | 71 |
| 三、執行策略與分工..... | 72 |
| 四、執行方法..... | 85 |
| 伍、 期程與資源需求 | 158 |
| 陸、 預期效果與影響 | 160 |
| 柒、 財務計畫 | 161 |
| 捌、 附則 | 162 |
| 一、替選方案之分析與評估..... | 162 |
| 二、風險管理..... | 162 |
| 三、中長程個案計畫自評檢核表 | 167 |
| 四、中長程個案計畫性別影響評估檢視表..... | 173 |
| 附表、2025-2030 年經費一覽表 | 186 |

壹、計畫緣起

衛生福利部（下稱本部）為促進國人心理健康，於 2010 年提出「精神醫療及心理衛生政策綱領」，規劃 2010 年至 2016 年國家推動心理健康及精神衛生之政策方向，著手策劃國民心理健康第一期計畫(2013-2016 年，又名國民心理健康促進計畫)，結合跨部會力量與資源，共同促進國人心理健康，達成初步目標後，持續推動第二期 5 年計畫(2017-2021 年)，該計畫已於 2021 年結束。為繼續提升國人心理健康，以面對未來環境的挑戰及變化，將持續結合相關單位提出具體有效策略，推動全民心理健康韌性計畫(2025-2030 年)。

世界衛生組織指出，精神疾病(mental disorders)是導致全世界失能損失人年數(Years Lived with Disability, YLDs)的主要原因之一，約有六分之一的 YLDs 是受到精神疾病影響。而在新冠疫情第一年，憂鬱症和焦慮症等常見精神疾病的發病率增加了 25%，使精神疾病患者增加近 10 億人(World mental health report [WHO], 2022)，每年造成全球經濟一萬億美元的損失。

世界衛生組織 2023 年估計全球每八人就有一人有心理健康問題 (mental health conditions)，這將對民眾的身體健康及福祉產生重大影響，例如學校或工作表現、與家人和朋友的關係及參與社區的能力。經濟合作發展組織(OECD)亦指出，精神疾病的經濟負擔所造成的經濟損失可能高達 GDP 的 4%；若以我國 2024 年預估 GDP 23 兆元(中華民國統計資訊網，2020)計算，心理健康問題造成我國經濟損失，每年將達到 6,500 億至 7,500 億元，對國家經濟產生重大影響。

一、依據

(一) 總統政見：落實賴清德總統提出「健康台灣，樂齡幸福社會」之宣示

賴清德準總統於「國政願景發表會：健康台灣，樂齡幸福社會」提到，要擴大「年輕族群心理健康支持方案」，鼓勵有需要的人善用心理諮詢資源，同時在社區方面發展「社區心理衛生服務」，支持精神障礙者及其家庭。透過增加心理健康支持資源，與醫界合作，共同打造一個健康的台灣。

(二) 國家政策

1. 廣續推動「新世代反毒策略行動綱領」，以健康觀點看待毒品施用行為，並提供毒癮者個別處遇，降低成癮行為復發機率

「新世代反毒策略行動綱領」自 2017 年實施至 2021 年已邁入第二期（2021 至 2024 年），雖已獲新生毒品人口減少之初步成果，惟當前國內毒品情勢仍謂嚴峻，因應當前毒品濫用情勢發展，廣續推動《新世代反毒策略行動綱領 2.0》，由本部主責毒品戒治策略，結合本部各司、署及跨部會與地方政府及民間資源，廣續佈建藥癮醫療及心理社會復健處遇方案及資源，並多元化及深化治療與處遇服務內涵及品質、強化治療及處遇資源近便性及可得性，及充實專業服務力與培植研究人才，俾使成癮治療處遇方案確實奏效，降低成癮行為復發機率。

2. 推動「強化社會安全網第二期」計畫，落實多元精神疾病社區處遇模式，完善加害人處遇體系

行政院於 2018 年 2 月 26 日核定「強化社會安全網計畫」，結合社區醫療資源，提升疑似精神病人轉介效能。復於 2021 年 7 月 29 日核定「強化社會安全網第二期計畫」(2021-2025 年)，計畫重點包括於全國各縣市布建社區心理衛生中心，充實社區心理衛生資源；深化多元議題精神疾病個案服務模式，加強前端預防及高風險個案管理；擴大心理衛生社工服務範圍，將精神病人合併自殺企圖者納入心理衛生社工服務對象；充實地方政府心理衛生社會工作人員、關懷訪視員及心理衛生專業人力，加強專業知能，強化精神病人社區照護服務量能；結合民間團體，發展精神病個案及其家庭多元支持服務；增修家庭暴力相對人疑似精神疾病服務分流指引，建立轉介衛生醫療機制；輔導各地方政府強化加害人處遇量能，落實執行社區處遇，強化社區監控量能，降低暴力事件再發生。

(三) 國內法規

1. 依《自殺防治法》結合各部會促進政府各部門自殺防治工作之推動，落實自殺通報及後續關懷與處置。

為加強自殺防治，關懷人民生命安全，培養社會尊重生命價值，2019 年 6 月 19 日公布施行自殺防治法，規範本部應結合各部會設立自殺防治諮詢會，促進政府各部門自殺防治工作之推動、支援、協調及整合，並辦理自殺防治教育，提供心理諮詢管道，及設置國家自殺防治中心，協助推動自殺防治工作，此外，也明定自殺通報及後續處置規定，建立廣播、便是、網際網路或其他媒體不得報導或記載自殺方法等相關訊息之罰則。

2. 依《精神衛生法》推動各項精神疾病防治工作，以促進全民心理健康，預防及治療精神疾病。

我國精神衛生法自 2008 年 7 月 4 日修正施行至今已逾 10 年，為因應實務執行需要，並呼應公約精神兼顧精神病人生命權、健康權、就醫權之人權保障，本部爰重新檢視並推動修法。為讓法案修正更臻完善，衛生福利部自 2009 年 5 月起，持續並積極與司法院、行政院各部會(內政部、教育部、法務部..等)、精神醫學會、醫師代表、專家學者及民間團體溝通，召開諮詢會議討論，廣納意見。因條文所涉層面甚廣，透過相關部會戮力協助及跨院協調，始得完成修正，修正重點如下：(一)強調推動心理健康促進(二)積極布建社區心理衛中心、多元社區支持(三)強化病人通報、精進前端預防及危機處理(四)強制住院改採法官保留原則(五)病人權益保障。全案業經行政院於 2022 年 1 月 13 日函送立法院審議，業經立法院於 2022 年 11 月 29 日三讀通過，並經總統於 2022 年 12 月 14 日公布，將於公布後 2 年施行。

依據《精神衛生法》，本部必須結合跨部會力量及協調縣市政府投入各項資源，推動國人心理健康促進與精神疾病防治政策、強化精神病人服務與權益保障、辦理相關專業人員訓練等，以確保精神照護機構服務品質，支持並協助病人於社區生活。

3. 依《毒品危害防制條例》，結合地方檢察機關與跨網絡資源，針對施用第一、二級毒品個案，施予多元化緩起訴處遇，以提升戒治成效。

2019 年 12 月 17 日《毒品危害防制條例》修正通過，依第 24 條規定因應成癮治療之需求，彈性運用緩起訴制度，俾使毒品施用者獲得適當多元處遇，建立處遇前專

業評估機制，對於有成癮治療需求者，提供藥物、心理及社會復健等治療方式，促使被告遠離毒品。修正過去採重罪重罰之立法態度，給予毒癮者自新及降低成癮行為再發生之適當刑事處遇，使其脫離毒品危害，並落實寬嚴並濟之刑事政策，提升主動求助意願。

4. 依《家庭暴力防治法》規範家暴加害人需接受治療處遇服務，以降低家暴案件再度發生，保障家人身心安全。

為防治家庭暴力行為及保護被害人權益，依家庭暴力防治法第 54 條，本利部應訂定家庭暴力加害人處遇計畫規範，包含：（一）處遇計畫之評估標準（二）司法機關、家庭暴力被害人保護計畫之執行機關(構)、加害人處遇計畫之執行機關(構)間之連繫及評估制度（三）執行機關(構)之資格；並應會同相關機關負責家庭暴力加害人處遇計畫之推動、發展、協調、督導及其他相關事宜，以防止暴力事件再度發生。

2023 年 11 月 21 日立法院三讀通過「家庭暴力防治法」部分條文修正案，共計修正 21 條，除周延民事保護令保護措施及效力、強化未同居親密關係暴力、童年遭受家庭暴力者之保護措施，及擴大聲請預防性羈押之範圍外，並增訂家庭暴力被害人性影像之相關保護措施，俾完善我國性影像犯罪防治與保護之最後一塊拼圖。

5. 依《性侵害犯罪防治法》規範政府部門應著重性侵害加害人登記報到及社區處遇，並提供治療與處遇協助。

為防治性侵害犯罪及保護被害人權益，1997 年 1 月 22 日公布施行《性侵害犯罪防治法》，復於 2005 年修正強化加害人登記報到與社區處遇之規定。依據第 20 條規

定「經評估認有施以治療、輔導之必要者，直轄市、縣(市)主管機關應命其接受身心治療或輔導教育。」，另第 22 條規定「接受身心治療或輔導教育，經鑑定、評估其自我控制再犯預防仍無成效者，直轄市、縣(市)主管機關得檢具相關評估報告，送請該管地方法院檢察署檢察官、軍事檢察署檢察官依法聲請強制治療。」爰政府部門應提供加害人身心治療及輔導教育。

為完善家庭暴力防治措施，立法院於 2023 年 11 月 21 日三讀通過「家庭暴力防治法」部分條文修正案，共計修正 21 條，除周延民事保護令保護措施及效力、強化未同居親密關係暴力、童年遭受家庭暴力者之保護措施，及擴大聲請預防性羈押之範圍外，並增訂家庭暴力被害人性影像之相關保護措施，俾完善我國性影像犯罪防治與保護之最後一塊拼圖。

(四) 國際公約：強調保障人權，人人應平等，不被歧視對待，身心不受傷害。

聯合國通過的 9 大核心人權公約中，我國已引進《公民與政治權利國際公約》、《經濟社會與文化權利國際公約》、《消除對婦女一切形式歧視公約》、《兒童權利公約》以及《身心障礙者權利公約》，且均已明定國內《施行法》。其中《身心障礙者權利公約》(CRPD)強調，締約國對於精神疾病人，應有平等與不被歧視的對待及提供必要的健康及復健服務。《兒童權利公約》(CRC)強調，兒童不應受到暴力、傷害、疏忽，須加強化家暴及性侵害事件之預防及其加害人之處遇，避免再次發生傷害事件。

(五) 聯合國永續發展目標(SDGs)要求各國針對心理健康、物質成癮及婦女兒

童暴力及性侵害提出具體有效的政策，以達成目標。

聯合國所有會員國於 2015 年通過《2030 年永續發展議程》，為當今及未來人類與地球的和平與繁榮，提供共同藍圖，並製訂永續發展目標 Sustainable Development Goals(SDGs)，作為全球迫切需要採取的行動。其中目標 3.4「在 2030 年前透過預防與治療，將非傳染性疾病的早期死亡數降低三分之一，並促進心理健康。」、目標 3.5「強化物質濫用的預防與治療，包括麻醉藥品濫用以及酗酒。」、目標 5.2「消除公開及私人場合中對婦女的各種形式的暴力，包括人口走私、性侵犯，以及其他各種形式的剝削。」、目標 16.1「大幅減少各地各種形式的暴力以及有關的死亡率」及目標 16.2「終結各種形式的兒童虐待、剝削、走私、暴力以及施虐。」皆已針對心理健康、物質成癮及婦女兒童暴力與性侵害訂出明確的目標，要求各國提出具體有效的政策，於 2030 年前達成。另於 2018 年非傳染性疾病(NCD)高階會議中，將「非傳染性疾病(NCD)預防與控制的全球行動計畫」，由「四項疾病/四種危險因子」的模式拓展成「五項疾病/五種危險因子」模式，納入精神疾病/不健康及環境危險因子，期許各國建構完整的精神疾病照護體系，以減少精神疾病人過早死亡。

二、未來環境預測

(一) 人口及家庭結構改變，家庭功能支持力量降低，民眾心理支持網絡不足

根據國家發展委員會「中華民國人口推估報告(2022 至 2070 年)」(國發會，2022)，我國受育齡婦女人數減少及年齡偏高齡化影響，未來仍維持高齡、少子女化趨勢，預估扶養比(幼年與老年人口占工作年齡人口比例)將由 2022 年 42.2 增加至 2030 年 53.2，且老年人口占比預估在 2025 年將超過 20%，成為超高齡社會。另據內政部移民署統計，至 2024 年 2 月底，在臺之外籍與大陸配偶(以下統稱新住民)人數達 59 萬 4,342 人，占全臺人口約 2.5%；又內政部 2023 年統計資料顯示，我國結婚對數為 12 萬 5,192 對，粗結婚率為千分之 5.36；離婚對數為 5 萬 3,085 對，粗離婚率為千分之 2.27，為亞洲離婚率第二高的國家。另據本部統計，2023 年底全臺列冊需關懷之獨居老人約 5.1 萬人，獨居老年人口與需要被照顧人口勢必持續成長。

綜上，因社會變遷及人口結構改變，不同型態家庭組合(如頂客族、雙薪家庭、通勤家庭、隔代教養、再婚家庭、單親家庭、跨文化婚姻、外籍配偶家庭、同志家庭、雙老家庭)陸續增加，親職教育面臨諸多挑戰，獨居老人面臨照顧問題，家庭功能式微，導致家庭支持力量降低，心理支持網絡不足。

(二) 資訊科技快速發展，網路對心理健康影響甚鉅

資訊科技快速發展，帶來諸多機會及挑戰，如使人際互動變得越來越容易，遠距醫療與諮商發展的逐漸成熟，也有利於病情的追蹤與控制。惟網路的便利性、即時性及快速性，使網路貼文與直播影響無遠弗屆，但也同時對心理健康造成負面影響。

過度使用網路，容易對網路產生依賴，甚至導致網路沉迷(成癮)，依據數位發展部「2022年網路沉迷研究調查報告」，我國12歲以上民眾屬於網路沉迷風險群約7.7%，較2015年(3.1%)顯著增加。此外，網路的隱匿性，亦使毒品取得越加容易；而網路社群的日趨活躍，造成現實生活互動大幅減少，引發社會疏離感加重，信任感降低，導致各種高張情緒的產生及控制問題，互為家庭暴力相對人的比例更是逐年增加。

(三) 社區精神醫療是全世界精神醫療發展之趨勢

隨著精神病人疾病型態的改變及藥物治療技術的進展，各國均朝向發展多元化的精神病人社區照顧模式及方案。如澳洲以社區為基礎的精神醫療照護，在醫院以外設有中、短期住宿型社區復健機構，提供賦權增能服務，另於各地區設有社區心理衛生中心，以個案管理師為基礎的各種社區照護團隊，針對治療穩定者提供轉介與輔導就業自立，並對藥物順從不佳者提供機動訪視給藥，強調連續性、持續性及流動性的精神照護，並依精神個案的嚴重、急迫、需求做不同的分工及服務。又如香港於社區增設精神健康綜合社區中心，提供個案管理及職業復健，並開辦病友支援服務，透過康復者復原經驗，分享親身生命故事，鼓勵與燃點同儕的復原希望。

(四) 精神病人之慢性病或身體疾病共病比例增加，精神病人死於身體疾病比

例上升

人們於老化的過程中，隨著年齡的成長罹患其他慢性病的情形也日趨增加，而精神病人往往受精神症狀影響忽略了身體疾病或慢性病，且精神病人因老化、慢性病及身體疾病共病等因素診斷不易，容易被基層醫療照護者忽略或誤診，使得治療及照護上更加困難，導致精神病人死於身體疾病比例上升。


(五) 國際藥物濫用問題日益嚴重，成癮治療及處遇需求增加

根據聯合國毒品與犯罪中心(United Nations Office on Drugs and Crime，簡稱 UNODC)於 2024 年 6 月發布的《2024 年世界毒品報告》(World Drug Report 2024)指出，全球吸毒狀況加劇，2022 年全球藥物使用障礙症人數達 6 千 4 百萬人，曾使用毒品人數達 2.92 億人，比 10 年前增加 20%，國際間藥物濫用與新興藥物問題日益嚴重，成為世界公共衛生的一大隱憂與障礙。

成癮行為可視為一種社會學習發展障礙，施用海洛因、安非他命者，約 10%至 20% 成癮(Maia Szalavitz，2016)，一旦成癮，就如同其他慢性疾病，可藉由治療，得到有效控制，並減緩成癮對大腦和行為的操控(NIDA，2018)。

(六) 多元災害及新興傳染疾病發生，引發民眾恐懼及焦慮

全球暖化導致氣候變遷的影響與日俱增，臺灣除受到颱風帶來的土石流影響外，有時午後雷陣雨亦有可能致災，其他如地震等天然災害，所引發之多重災害也都不能忽視。另新興傳染疾病，如 2019 年新冠肺炎(COVID-19)爆發，引發人們恐懼及焦慮，造成全球



重大傷亡與經濟嚴重損失，即使後來疫情趨緩，痛苦、焦慮、憂鬱及經濟蕭條仍繼續影響人們，造成心理壓力，尤其是精神疾病等脆弱族群，將面臨更多無法預測之衝擊。聯合國警告，疫情恐造成全球心理衛生危機，呼籲各國儘速採取行動，解決疫情造成心理層面的痛苦。

三、問題評析

本節分從心理健康促進、精神疾病防治與照護、成癮防治、家暴與性侵害加害人處遇，及心理健康基礎建設等面向，參酌國內、外心理健康發展趨勢及我國相關政策實施情形，檢討分析如下：

(一) 心理健康促進

1. 孕產婦心理健康

女性從單身就學、職業婦女、妻子、媳婦、母親等不同角色轉換所經歷的社會適應狀態，皆影響著女性心理狀態的調適，尤其在女性周產期中，配偶與家人的支持度，將對準媽媽產生不同程度的壓力與焦慮，並影響胎兒生長及心理發展，若無心理準備與社會支持，懷孕會增加焦慮與憂鬱的風險，因此孕產婦的心理健康尤其重要(陳怡樺，2011)。

2. 網路對兒童及青少年心理健康影響甚鉅

在網路科技急遽發展的時代，人「機」互動緊密，兒童青少年較易沉溺於網路遊戲或網路互動，影響其對真實、虛擬世界的判斷能力，以及在人際社交行為的養成與情緒學習。世界衛生組織(WHO)於2018年6月，正式宣布將「網路遊戲成癮(Gaming disorder)」納入精神疾病。國家衛生研究院團隊調查臺灣 8,110 位青少年玩家，發現有 3.1%青少年線上玩家有網路沉迷(成癮)的問題，高於歐美國家 1%的比例(林煜軒，2018)。網路恐成為青少年逃避現實，迅速獲得成就感、幸福感的選擇，於現實生活無法滿足的心理需求，可能導致他們在網路世界中越陷越深，嚴重影響兒少心理健康。

3. 工作壓力過大與失業問題，恐影響成年人心理健康

青壯年在職場上面臨工作壓力、睡眠不足，不斷累積疲勞，甚至導致過勞死，對心理健康也造成負面影響。根據內政部統計，臺灣每年至少有 400 萬人面臨失業問題，且平均至少需花費 20 週以上的時間(約莫 5 個月)尋找新工作，國際勞工組織(ILO)於 2020 年 3 月 18 日亦發布相同警訊。根據 ILO 推估，受新型冠狀病毒影響，全球將增加近 2,500 萬失業人口，超過 2008 年金融危機的 2,200 萬人。依據臺灣 1959 年至 2007 年的統計數據顯示，失業率每增加 1%，男性自殺成功率就會往上躍增 8%，失業率變化確實和自殺死亡率呈現正相關(張書森，2019)，失業造成之心理健康危機，應被加強重視與關注。

4. 慢性病及獨居衝擊影響老年人心理健康

依據國民健康署 2019 年「中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查」顯示，近二成(19.7%)老人自述至少有一種經醫師診斷之慢性病，近 5 成老人(45.8%)自述至少有三項以上經醫師診斷之慢性病，慢性病共病的比率增加，在長期慢性病病症困擾下，導致高齡者生活的壓力。此外，家庭結構的改變，導致老年人獨居的比例越來越高。美國密西根大學研究顯示，獨居老人中，高達 6 成感到寂寞。英國研究指出，缺少人際互動，容易導致獨居者有憂鬱和焦慮等心理狀況，也增加心臟病和免疫系統疾病的機會。根據行政院 2020 年國情統計通報，全臺列冊需關懷之獨居老人約 4.5 萬人，內政部 112 年 6 月底銀髮安居資料顯示，65 歲以上長者中，獨居占 23.33%、老老照顧占 12.36%、非獨居且非老老照顧占 64.31%，獨居老年人心理健康問題需要更多的關心。

5. 缺乏完善親職教育，家庭親職功能漸弱

幼兒與照顧者間的早期互動經驗，將影響孩子未來親密關係建立與人格發展，惟大多數夫妻，在結婚前後、甚至有了孩子之後，均未接受完善的親職教育，僅多參加學校所舉辦親子活動，缺少嬰幼兒學齡期(0 歲至 6 歲)親職教育。此外，現代的親職受到大環境變化(如數位科技、價值觀的改變、少子女化及家庭結構改變等)的衝擊，如何在此氛圍中建立良善的家庭與親子關係，讓孩子的成長過程不會受到扭曲與過載(overload)，及如何使父母與孩童在穩定的心理狀態中，能健康快樂的互動與成長，為親職教育所面對之挑戰。

6. 原住民族之心理健康議題應多關注

原住民族分布於原鄉部落與都會地區，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。留在原鄉的兒童，或因學習環境不如都會，俟其至都會地區就學時，易遭受挫折而影響其自信心，若加上生活壓力及缺乏成就感等因素，恐增加酒、藥癮風險，影響日常生活，因此需要加以重視及關注原住民的心理健康議題，此外，因原住民族有其文化之獨特性，進行心理衛教時，亦需注意文化之議題。

7. 社會對身心障礙者之觀點影響身心障礙者心理健康

社會對身心障礙者的刻板印象、汙名化與歧視往往是影響身心障礙者心理調適的重要因素之一，身心障礙者除了面臨生理損傷與喪失功能所帶來的影響外，亦需面對社會大眾的偏見態度和歧視的問題(Byrne, 2000; Furlong, DclinPsych and Connor, 2007)。另本部「身心障礙者生活狀況及需求調查報告」，僅針對身心障礙者生活狀況、

醫療、教育、就業、交通及福利等需求評估及服務進行調查，尚缺心理狀況之調查，難以了解身心障礙者心理需求。

8. 長期照顧的壓力影響家庭照顧者之心理健康

依本部「**111 年老人狀況調查報告**」顯示，65 歲以上在生活上需要被照顧或協助之人數約 **75 萬人**，其中有 **6 成 3** 主要由家人照顧，照顧者為「子女者」占 **35.3%** 為最多，其次為「配偶或同居人」占 **24.8%**。若以年齡分析，「未滿 55 歲」占 **29.9%** 最多，其次為「55~64 歲」占 **29.4%**，顯示擔任家庭照顧者有不少為中年人，此年齡層民眾負有奉養高堂、養育下代的重任，身為「三明治世代」的照顧者，日常開銷、子女教育費、與日俱增的醫療費，加上照顧父母公婆、教養子女，婚姻與家務要經營也須兼顧職場，每天像陀螺不停轉，遊走眾角色間，他們的身心都累積相當多的情緒和各種形式的壓力(張淑卿，2019)；另根據中華民國家庭照顧者關懷總會統計，造成死亡的照顧悲劇事件，從 2011 年 2 件，**升至 2023 年 14 件**，顯示高齡人口長期照顧造成照顧者於經濟及心理上龐大的壓力。

9. 多元性別族群之心理健康議題應多關注

多元性別族群時常面臨來自一般大眾及學校內的排擠、邊緣化、歧視、騷擾及侵犯，造成高自殺率及生理與心理的健康問題，因此多元性別人口群之權利保護，實為我國應關注之新興議題。

10. 自殺死亡率高於 OECD 平均，自殺行為增加，自殺防治關懷量能不足

依據 WHO 統計資料，2019 年 OECD 國家自殺死亡率為每十萬人口 11.9，我國 2019 年自殺死亡率則為每十萬人口 12.6，高於 OECD 國家平均值，其中青少年 (15~24 歲) 自殺死亡率至 2019 年呈現攀升趨勢，顯示相關介入措施猶為不足。另 40 多歲的職場男性，面對經濟弱勢、家庭獨居、被迫退出職場及適應力差等因素，為自殺死亡人數最多的族群，其多採用吊死、勒死及窒息的自殺方式。另我國於 2019 年公布施行自殺防治法，規定知悉有自殺行為情事時應進行通報作業，近年自殺通報數量呈逐年上升趨勢，根據本部統計，2018 年自殺通報為 33,207 人次、2019 年為 35,324 人次、2020 年為 40,432 人次、2021 年為 43,469 人次，其中以 25-44 歲群體通報人數最多，自殺方式多使用切穿工具方式。

11. 災難心理衛生工作必須包含整備、應變及復原工作

近年來天災人禍頻傳且型態多元，從天然災害及新興傳染疾病，到隨機殺人傷人及恐怖攻擊，伴隨著社群網站及通訊軟體普及，災難訊息流傳速度又快又廣，加諸媒體不斷播放及談話性節目熱烈討論，更加劇民眾恐懼及焦慮。災難除了影響受災民眾，救災人員亦受到龐大心理壓力，故提升臺灣民眾、救災人員(包括投入救災之志工)的心理健康識能、應變能力、心理韌性與復原力十分需要，且具有迫切性。另 COVID-19 大流行後導致的經濟壓力、檢疫相關人際隔離、心理衛生與精神醫療服務輸送阻礙、慢性身體疾病照護能量排擠與延遲問題、國內外媒體大量報導疫情與全國性焦慮，以及醫療人員工作壓力與耗竭等，均對心理健康影響深遠，自殺率也有可能隨之上升，必須有相對應的心理衛生政策與作為(廖士程、張書森，2021)。

(二) 精神疾病防治與照護

1. 民眾對精神疾病識能不足，精神病人汙名化仍嚴重

由於民眾對精神疾病健康識能不足，加上精神病人在相關社會事件中往往受到媒體放大檢視，使民眾常對精神疾病產生誤解，導致精神病人被汙名化。病人本身、家庭及社區對精神疾病的汙名化，衍生諸多精神病人照護及復歸的問題，如精神病人於工作或學習中常因他人異樣眼光而受影響，精神病人因害怕被貼標籤而不出門或不就醫，阻礙精神病人回歸社區照護，影響精神疾病防治與照護的成效。

2. 發病初期病人就醫不足，精神病人規則就醫不高

精神病人常因無病識感、家庭支持度不足及怕被汙名化等原因，而不願就醫。目前雖已提供社區醫療服務，居家治療量能不足，精神病人病情難以得到有效控制，甚至引起自傷傷人事件，造成社區鄰里的不安，急需強化精神病人之規則就醫，以降低因精神疾病產生之暴力風險。

3. 兒童精神疾病就醫率不足，且兒童精神醫療資源不足

根據本部委託高淑芬教授於 2015 至 2017 年進行的「全國性兒童與青少年精神疾病流行病學調查」，學童具有任一精神疾病陽性診斷的加權終生與盛行率為 32.3% 與 28.7%，與全民健康保險研究資料比較，僅有 1/6 的學童有接受醫療照護。另早發性精神病在青少年階段也常見延誤就醫情形。此外，健保給付誘因不足，也造成臺灣兒童精神醫療資源大多集中在都會區，各縣市醫療資源分布差距極大且分配不均。

又目前全國尚無兒童青少年專屬精神科病房，兒童青少年精神病個案其治療模式有別於成人，尤其是在生理—心理—社會 (Bio-psycho-social) 的復健層面，心理 - 社會層面更為重要，在照顧需求及強度上，亦高於一般成人個案。是類個案須由具有跨專業之醫療團隊提供服務，惟醫院基於後續營運成本考量，對於是否有穩定財源多有疑慮，爰無意願規劃設置兒童青少年心智病房，不利於罹患精神疾病兒童青少年之疾病治療及醫療介入模式發展。

4. 父母與教師對注意力不足過動症(ADHD)及自閉症等兒童與青少年常見精神疾病之

覺察，尚有進步空間

兒童與青少年若有注意力不足過動症(以下簡稱 ADHD)及自閉症等精神疾病，除了影響兒童與青少年學習，亦會干擾其人際互動與社會適應，產生許多不適切的情緒反應及行為表現，並增加親職教養壓力及教師教學負擔。根據本部委託高淑芬教授於 2015 至 2017 年進行的「全國性兒童與青少年精神疾病流行病學調查」，有 32.3%學童終生罹患任一精神疾病，ADHD 與自閉症的終生加權盛行率分別為 10.5%、1.0%，惟根據全民健康保險資料庫分析，ADHD 與自閉症終生盛行率分別為 2.4%、0.3%，顯示仍有相當比例之罹患精神疾病的學童未接受醫師診斷，父母及教師對學童常見精神疾病的覺察仍有進步空間(高淑芬，2017)。

5. 精神疾病與慢性病共病照護增加

隨著人口快速老化，精神病人也在老化過程中產生慢性病，導致精神疾病與慢性
疾病共病增加，然而精神病人的慢性病共病非單由精神科醫師即能處理，需內外科醫
師共同照護。

6. 精神病人持續性照護服務待改善，精神病人融入社區缺乏支持體系

精神病人從醫院回到社區欠缺完善的銜接措施，目前雖已設置醫療、福利、教育
及勞政的個案管理平台，惟彼此間功能運作尚未進行整合，導致社區無法提供持續性
的照護，且社會支持能量不足。此外，協助精神病人融入社區，需跨專業共同協力，
目前多以醫療模式處理，尚須持續布建並整合社政、福利、教育及勞動方面之社區支
持資源，以建構更完整社區支持體系。

7. 精神病人長期照顧需求增加，服務資源不足

隨著人口快速老化，慢性精神疾病亦需要長期的照顧，使得需長期照顧患者人數
漸增，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)，「國民
長期照護需要調查」資料及行政院經濟建設委員會 2015 至 2026 年之人口推估，可推
估 2015 至 2026 年全國具長照需求之精神病人數量，於 2015 至 2021 年為 115,090
人；2022 至 2026 年為 118,990 人(國民心理健康第二期計畫，2016)。加上家庭照顧
支持力量逐漸薄弱，未來精神病人需要長期照顧需求增加，目前雖已有長期照顧體系，
惟長照人員對精神病人評估及認識性不足，對精神病人照顧不足，未來仍應給合現有
長照 2.0 特約單位，提供社區式精神病人長期照顧服務，以減少資源重複建置。

(三) 成癮防治

1. 毒品危害防制中心業務面向廣泛，個案管理人力難專致於個案管理服務，輔導量能不足

本部於 2018 年承接毒防中心業務後，雖已針對毒防中心服務網絡及依業務面向職權進行分工，惟跨局處本位及反毒業務共識不足等因素，致毒防中心工作內容及定位未臻明確，且為促進藥癮處遇服務網絡發展，個案管理人力除個案服務外，尚需兼辦其他跨局處反毒工作，難僅專注及深化個案管理工作。此外，毒防中心雖然不乏資深人員，惟多數人員異動率高，實務經驗累積及承傳不易，有待系統性教育訓練制度之建立，俾提升處遇專業能力，強化服務品質。

2. 成癮個案處遇資源銜接不易，處遇服務品質良莠不齊

成癮者復原期間之心理社會復健議題具高度異質性，又不同復原階段所需之醫療、社福、職業及家庭功能需求不同，惟現有醫療及處遇資源分佈不均，且不同處遇系統間之轉銜機制未臻健全完備，致個案難獲得全面且連續性之介入服務，影響處遇成效。另，成癮者之社會復歸往往需長期乃至終身之介入與協助，實賴民間力量及資源共同投入，惟民間機構性質及服務理念多元，服務人力及品質更是良莠不齊，如何建立系統性管理機制，以確保服務品質，維護個案權益，為健全成癮社會復健服務網絡之重要議題。

3. 成癮治療人力不足，且治療模式及方案發展未完善，分流處遇難落實

截至 2024 年 3 月，本部指定藥癮戒治機構計 159 家，經地方政府衛生局指定之酒癮治療機構計 138 家，惟渠等有關成癮醫療識能之共識未臻一致，且機構內成癮治

療專責人力(如醫師、臨床心理師及職能治療師)相當缺乏，多數醫療機構均由院內精神科醫師於一般精神醫療業務之餘兼辦成癮醫療服務，致醫療人員難以全心投入及精進成癮醫療業務，成癮治療服務質量難以提升。此外，成癮個案依其成癮問題及共病或合併之心理社會議題之嚴重度與複雜度不同，應提供不同強度及不同形式之介入措施，惟國內成癮醫療模式之發展多以個案所處之行政或司法系統定之，基於成癮病理發展之多元治療模式未臻完善，治療成效受個案、家屬、社會大眾，甚至司法及醫療系統人員之質疑。

4. 成癮個案之社會及家庭支持度不佳，個案復歸不易

正向環境及社會與家庭支持為促成成癮者自我復原的重要因素 (陳碧珍，2007)，然而目前無論於校園、社區、職場或家庭都仍難接納成癮個案復歸，導致個案即使接受或完成處遇，仍易遭社會邊緣化，難重返社會，也增加再次施用毒藥物解決挫折情緒之可能性。

5. 酒癮治療及處遇資源不足更甚於毒藥癮資源，相關資源布建仍待發展

國內酒癮問題盛行率雖更甚於毒藥癮，惟或因酒精為合法成癮物質及其具社會及飲食文化價值，國人對於酒癮及酒精危害識能嚴重不足，政府或社會大眾均易忽略酒癮問題及其對公共衛生與社會治安問題造成之影響及衝擊，使相關人力及經費等資源長期投入不足，國內醫療機構與民間團體參與酒癮治療及個案社會復健服務者均顯低於毒藥癮議題，有待系統性發展酒癮醫療及社會復健處遇服務網絡及相關人才培植，

以提升服務質量，俾協助酒癮者及其家庭復歸正常生活，並進而降低酒精引發之社會治安風險。

6. 網路沉迷(成癮)問題尚未改善，因應機制尚待建立

現代父母忙於工作，缺乏陪伴家人的時間與精力。然而 3C 產品與網路雖提供了更為廣無邊際的世界觀，卻也產生許多負面影響。有研究指出，有 43.4%的大學生存在網路依賴(趙燕，林清文，2018)，習慣以網路解決大多問題，一旦無法上網即陷入焦躁、易怒、沮喪、心神不寧，嚴重影響身心健康及人際溝通(姜永志、白曉麗，2013;Campbell, Cumming, & Hughes, 2006)，或沉迷於各項網路活動，對其使用產生強烈、持續的渴求感與依賴，無法自控，從而導致個體出現明顯的生理、心理、及社會功能等的損害(Yen, et al., 2009)。國內雖已有戒網癮親子營之試辦、評估及推廣等規劃，惟尚待將成果轉譯為相關政策，俾進一步全面性實施。

(四) 家暴及性侵害加害人處遇

1. 加害人處遇計畫裁定率低，家暴加害人處遇計畫社區監控共識不足

根據本部統計處數據顯示，家暴案件通報率持續增加，但核發保護令之比率卻逐漸降低，僅佔所有家暴案件之 30%；加害人處遇計畫裁定率僅佔所有家暴案件數之 3%(衛生福利部保護服務司，2019)。於案件中，加害人與被害人互為相對關係，但加害人端所擁有之處遇資源僅有被害人端的十分之一，導致加害人處遇計畫難以執行。依據 112 年司法院統計數據，各縣市法院加害人處遇計畫核發件數占通常保護令核發比率全國平均為 23.32%，其中有些縣市高達 65%，有些縣市則未滿 15%，顯示各縣

市間差異較大。具有較多處遇資源的都會型地方法院中，大部分法院加害人處遇計畫裁定率低於全國平均值，而雲林、屏東及苗栗等縣市之地方法院之加害人處遇計畫裁定率則相對較高，顯示各縣市法官對於加害人處遇計畫的概念差異甚大。

2. 性侵害加害人社區監控之建設與處遇共識尚待完善

性侵害加害人處遇方面，現行性侵害犯罪防治法規第 2 條所稱加害人、第 7 條犯性騷擾防治法第 25 條第 1 項之罪及犯刑法第 319 條之 2 第 1 項之罪，經判決有罪確定者及第 32 條犯性侵害罪經緩起訴處分確定者，倘其於服刑期滿出監、保安處分或依第 37 條、第 38 條所定之強制治療執行完畢、假釋、緩刑、免刑、赦免或經法院裁定停止強制治療確定回到社區，且經評估認有必要接受身心治療、輔導或教育，直轄市、縣（市）主管機關應令其回歸社區時依法執行處遇，並針對無正當理由不到場或拒絕接受評估者設有相關裁罰或移送機制，然我國仍過於「重處遇，輕監控」，社區監控之建設仍有不足，且應積極發展多元處遇方案，避免再犯個案僅是重複性執行相同處遇。

3. 加害人處遇模式及網絡資源仍缺乏多元性、多樣性

目前加害人處遇模式，仍缺乏特定特殊族群個別化的策略及教育輔導方案，如同志、老人或幼兒等，以家庭暴力案件為例，家庭暴力事件並非僅發生在親密關係中，應針對不同族群之加害人，研擬不同的處遇模式，並依據其再犯風險因子進行處遇。尤其關於同志親密關係暴力問題，過去經常以傷害罪結案，然而這樣僅會繼續造成暴

力事件發生；以及對年長者施以暴力問題，經常是長時間累積的社會問題所致，長期照顧負擔及經濟困境，應由社政單位進行介入及協助，以有效降低是類事件之發生。

4. 加害人處遇計畫網絡品質不佳，處遇人員品質良莠不齊

對於家暴加害人執行處遇計畫項目之評估，須倚賴衛政、社政及司法等跨領域之專業人員判斷，並建立於法官對於加害人處遇計畫的重視，以及跨專業「審前評估小組」提供之評估結果，以形成處遇計畫裁定項目之共識，然而目前並沒有針對「審前評估小組」之成員及評估有相關規範或標準，導致審前評估小組功能難以有效發揮。性侵害加害人評估小組也存在相同問題，缺乏評估小組成員資格及教育訓練課程規範，且各縣市加害人處遇人員之專業技能存有落差，評估結果缺乏共識，處遇成效不佳。

5. 加害人處遇個案資訊及處遇銜接網絡不佳，資訊網絡系統之串聯待強化

加害人處遇個案資料系統尚待完善，如跨縣市個案資訊及資源之整合及個案處遇紀錄之完整度等。過去或因訓練或法令限制，較少針對個案詳細情況進行論述，導致處遇人員僅能依紀錄內容了解現況，無法完整得知個案完整資訊，亦難以針對個案情況擬訂方案。另依「少年事件法」第 49 條規定，「不得於信封、送達證書、送達通知書或其他對外揭示之文書上，揭露足以使第三人識別少年或其他依法應保密其身分者之資訊。」導致難以將個案過去紀錄進行連結，需持續與司法院進行溝通協調，以完善加害人個案資訊系統之串連。

(五) 司法精神醫療

1. 司法精神醫療業務面向廣泛，出監（所）轉銜網絡合作尚待加強

本部於 2021 年新增司法精神醫療業務，協助司法院及法務部周全司法精神鑑定制度與鑑定醫師等專業人員之培育，惟針對出監或結束監護處分處所之精神病人，其依法令規定需召開跨網絡單位之轉銜會議共識不足、轉銜資料通知落差等因素（強化社會安全網第二期計畫輔導團，2022），致相關轉銜業務之實際運作與定位未臻明確。為能逐步強化刑事司法與精神衛生之協力合作，建立專業化且具人性化之妥適處遇模式，有待不同系統間之實務經驗累積與傳承及教育訓練制度之建立，俾提升服務品質，以助精神病犯罪者順利復歸社會。

2. 社會案件頻傳，符合刑法第 19 條不罰或減刑要件之精神病犯罪行為人多合併有高暴力風險，難由現行精神醫療機構收治

邇來臺鐵弒警案、桃園弒母案等多起重大刑事案件加害人，經法院囑託司法精神鑑定，均因其行為時精神障礙，致不能辨識或欠缺辨識行為能力，符合「刑法」第 19 條而不罰或減輕其刑，引發社會各界高度關注，除認有檢討現行監護處分制度之必要，並主張應設置專責機構，期藉由司法強制力命其治療，以達社會隔離及預防再次危害社會公共安全之效果。

本部玉里醫院 106 年「法院委託機構內執行監護處分病患之第二階段臨床分析」期末報告指出，該院與本部草屯療養院於 88 年 1 月 1 日至 103 年 6 月 30 日，收治之精神病監護處分受處分人中，約 57.5% 具反社會人格特質。是類受處分人經精神科急性期治療後，其思覺失調症之精神症狀大多可明顯獲得改善，惟反社會人格係屬病態人格，可治療性有限；又該人格特質缺乏同理心、易自利而衝動，且善於操弄人際關

係、挑戰管理規範與干擾治療活動，致有暴力攻擊、言語威脅等行為問題。以現行基於預防及治療精神疾病、保障病人權益為設立目的之精神醫療機構，並無安全維護設施設備及專責戒護人力，爰難提供是類受處分人所需精神醫療服務及行為矯正。

3. 修正後刑法得不限次數聲請延長監護處分執行期，致精神病受監護處分人之收治量，將逐年成長

「刑法」第 87 條修正條文業經總統公布，明定監護處分期間為 5 年以下；執行期間屆滿前，檢察官認有延長必要，得聲請法院許可延長，每次延長期間為 3 年以下，第 2 次以後每次延長期間為 1 年以下。爰對於多重行為問題者，檢察官得不限次數聲請延長監護處分執行期間，至其再犯風險顯著降低為止，將使嚴重者有終身監禁之可能，導致受監護處分人逐年增加。

(六) 心理健康基礎建設

為了解全民心理健康現況與長期變化趨勢，以提供政策訂定與計畫評估參考，需定期進行全民心理健康調查，惟目前尚未建立國人心理健康定期調查機制，難以了解國人心理健康狀況及心理需求變化，亦難評估心理健康相關政策及計畫成效。

四、社會參與及政策溝通情形

(一) 成立中央心理健康及精神疾病防治諮議會，提供政策建議管道

本部依精神衛生法規定設有「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（以任一性別不得少於 1/3 為原則），針對民眾心理健康政策、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等事項，定期召開會議研商。此外，針對研修精神衛生法，邀請精神醫療、法律及人權等專家學者，召開「精神衛生法修正草案」專家諮詢會議，聽取各方意見，經 2019 年 5 月 31 日及 2021 年 11 月 19 日二度函報行政院審議，復經行政院於 2022 年 1 月 13 日函送立法院審議，業經立法院於 2022 年 11 月 29 日三讀通過，並經總統於 2022 年 12 月 14 日公布，將於公布後 2 年施行。

另 2019 年自殺防治法公布施行，本部依該法第 4 條規定設立「自殺防治諮詢會」，置委員 27 人，自此定期召開會議，除了解各部會推動自殺防治現況，促使各部會依照自殺防治法各項規定，落實推動自殺防治工作外，亦藉此平台協調、整合各部門自殺防治工作，並徵詢專家委員對於自殺防治工作之意見及建議，以精進各項心理健康促進及自殺防治政策與策略。

(二) 針對特定心理健康議題，召開專家諮詢會議及政策溝通會議

為廣納各界意見及凝聚共識，本部另針對心理健康促進、精神醫療、成癮防治及加害人處遇等業務，廣邀學者專家、本部相關司署及相關部會代表，針對特定議題，召開諮詢會議或政策溝通會議，共同策劃各項心理健康政策與精進服務方案。

(三) 依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，本部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，確保精神病人強制治療之必要，維護病人權益。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、座談會及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、酒及網路沉迷(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，鼓勵專家、學者與民間參與政府心理健康政策之規劃及推廣。

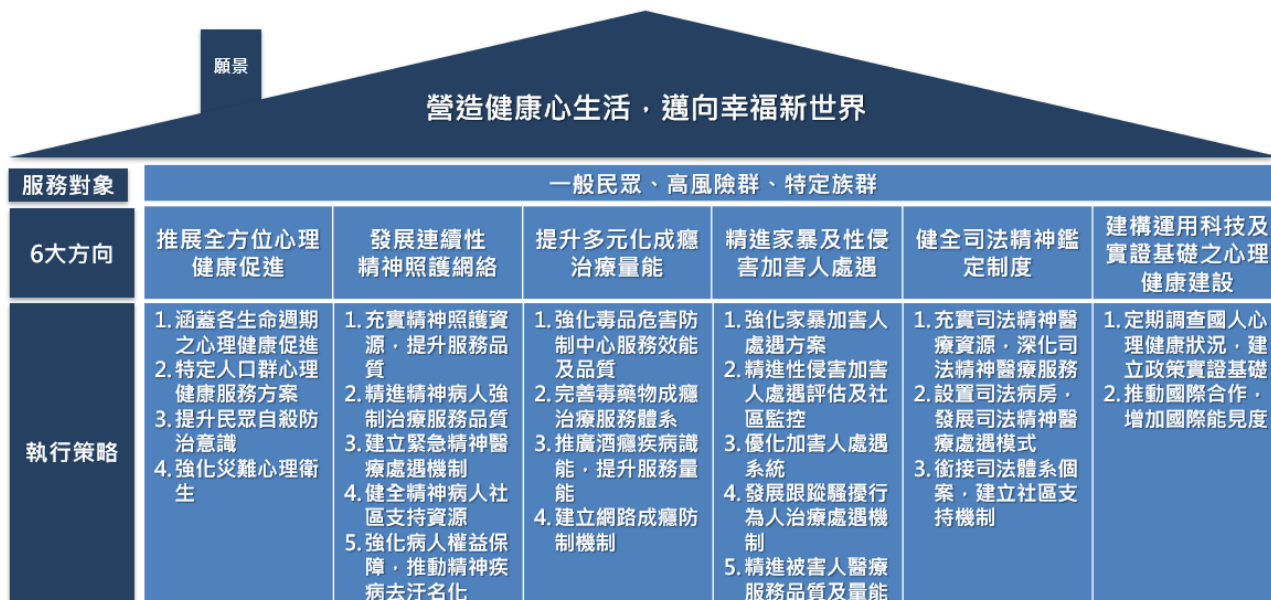
(五) 邀請專家、學者、縣市代表充分參與中長程個案計畫規劃歷程

本計畫內容委託國立陽明交通大學協助規劃，並邀集相關學者專家、醫療機構、衛生局、民間團體及相關部會共同參與，經召開8場次專家會議及4場次(2020年8月14日、9月10日、11月6日、11月13日)跨部會共識會議充分溝通協調，以宏觀之視野，基於前期計畫推動成果，共同訂定本期全民心理健康之政策、目標、策略、措施及短、中、長程之行動計畫，以利未來5年檢視評量與落實施行。

貳、計畫目標

全民心理健康韌性計畫推動策略

總目標：強韌體系 普及資源 整合照護 讓心強大



全民心理健康韌性計畫整體架構圖

目標說明

本計畫規劃以全體民眾為對象，依公共衛生三段預防之概念，區分一般民眾(包括原住民族、身心障礙者及照顧者)、高風險族群(如孕產婦)、特定群體(如精神病人、自殺企圖者、成癮者、家暴與性侵害加害人)，推動一般民眾之普及性預防(universal actions)、高風險族群之選擇性預防(selective actions)，及特定群體之指標性預防(indicative actions)。本計畫將從「推展全方位心理健康促進」、「發展連續性精神照護網絡」、「提升多元化成癮治療量能」、「精進家暴及性侵害加害人評估處遇，減少再犯」、「健全司法精神鑑定制度，完善監護處分資源」及「建構運用科技及具實證基礎之心理健康建設」等 6 面向，訂定執行策略與工作項目，並透過不同生命週期之場域平台，與相關部會共同推動，以達到「強韌體系、普及資源、整合照護、讓心強大，推展健康心行動，提升臺灣心韌性」之目標。

一、達成目標之限制

(一) 跨機關與部會之協調整合，影響心理健康工作之推動

本部心理健康司雖為我國心理健康業務之主政單位，惟業務範圍包含心理健康促進、精神疾病防治、成癮防治、特殊族群處遇及司法精神醫療，均有賴跨部會、跨專業之合作，且「心理健康」範疇廣大，依據服務對象及內涵不同，分由不同部會、部門掌管，須各機關及部門間建立良好互動共識與合作機制，始可達到全面提升全民心理健康，並收事半功倍之效。

(二) 精神病人、藥、酒癮個案及家暴與性侵害加害人接受治療及處遇意願低，影響介入成效，需有更多追蹤與監控資源

精神病人、藥、酒癮個案及家暴與性加害人等，大多就醫或接受處遇意願低，介入成效有限，有賴強化就醫意願、持續照護追蹤與偕同監控資源，共同促進是類個案穩定就醫或接受專業處遇。

(三) 服務資源布建及人力培育需發展系統化制度及獎勵措施，並仰賴中央與地方、民間協力，並投注資源

心理健康計畫之推動須中央與地方協力，並結合民間資源共同參與，以持續提升服務量能，如精神病人社區化照護服務、物質濫用個案多元處遇，及家暴與性侵害加害人處遇服務等，雖均有民間團體參與，但顯供不應求。此外，心理健康專業人力之養成與培訓，亦有待建立系統化制度，以吸引人才投入，俾能透過實務經驗的傳承，促進專業發展。處遇資源之布建，包括設施設備之充實，及相關人力培育之發展，均非一蹴可幾，有賴中央與地方政府，共同編列經費，循序推動。

(四) 精神疾病之汙名化為精神防治與照護最大阻力

社會對精神病人之害怕、排斥與歧視，是精神病人及家屬面對疾病外，另一個沉重的負擔，社會對於精神疾病之汙名化，易導致已有初期心理健康問題之民眾不願求助或就醫而影響預後。除了精神疾病，藥、酒癮個案及其家屬，亦常因考量社會觀感，而降低主動接受戒治之意願。唯有促進民眾對於精神疾病的了解，減少錯誤認知及歧視，始可促進心理健康政策之健全發展。

(五) 需多元發展以實證為基礎之介入措施，俾能提升特定族群之處遇成效

成癮者及家暴與性侵害加害人，即使經過醫療處遇，仍有高比率之復發及再犯風險，加上是類個案接受處遇意願低，成效更加有限。以藥癮為例，除鴉片類成癮有美沙冬替代療法外，仍待發展其他具實證基礎的有效方法，以應不同成癮問題或問題需求之個案。

二、 績效指標、衡量標準及目標值

| 績效指標 (執行機關) | 衡量標準 | 基礎值 | | 年度目標值 | | | | | |
|----------------|---------------------------------|---|------|-------|------|------|------|------|----|
| | | 2023 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 | 2030 | |
| 1 | 提供社區心理衛生中心服務資源相關資訊(行政院人事行政總處自提) | 行政院所屬及地方主管機關人事機構將社區心理衛生中心服務資源相關資訊納入員工協助方案訂定百分比(%) | 90 | 90 | 90 | 94 | 94 | 98 | 98 |

| 績效指標 (執行機關) | | 衡量標準 | 基礎值 | | 年度目標值 | | | | |
|----------------|---|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | | | 2023 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 | 2030 |
| 2 | 每年榮譽國民之家辦理心理衛生講座及課程之場次(輔導會自提) | 每年榮譽國民之家辦理心理衛生講座及課程之場次(場) | 14 | 16 | 16 | 20 | 20 | 24 | 24 |
| 3 | 與癌症資源中心合作推動癌症病友心理衛教相關宣導 | 合作癌症資源中心家數 | 90 | 90 | 95 | 95 | 95 | 100 | 100 |
| 4 | 18歲以上平均每人每年酒精消費量 | 純酒精總消費量(登記酒精+未登記酒精-旅遊消費酒精)/當年度18歲以上年中人口數 | 4.4 | - | - | <4 | - | - | <4 |
| 5 | 透過職場職業安全衛生人員接受職場健康管理(含身心健康促進)課程訓練者,協助事業單位進行勞工身心 | 接受職場健康管理課程訓練之職業安全/衛生管理師(人次) | 2,400 | 2,500 | 2,550 | 2,600 | 2,650 | 2,700 | 2,750 |

| 績效指標 (執行機關) | 衡量標準 | 基礎值 | | 年度目標值 | | | | | |
|----------------|---|--|------|-------|------|------|------|------|-----|
| | | 2023 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 | 2030 | |
| | 健康促進 (勞動部自提) | | | | | | | | |
| 6 | 辦理文化健康站、部落社區健康營造中心等人員教育訓練時，納入使用心情評量及轉介敏感度之課程(原住民族委員會自提) | 每年文化健康站辦理課程場次(場) (每處文化健康站每年至少辦理一場) | 320 | 325 | 330 | 335 | 340 | 345 | 350 |
| 7 | 提升長照服務人員心理健康敏感度及精神疾病知能之課程(長照司自提) | 長照服務人員 6 年內曾接受心理健康相關之長照人員繼續教育數位課程累計人數(人) | 500 | 500 | 500 | 500 | 500 | 500 | 500 |
| 8 | 提升大專院校心理健康與自殺防治之識能(教育部自提) | 大專院校辦理自殺防治守門人培訓(場) | 150 | 200 | 200 | 200 | 200 | 200 | 200 |
| 9 | 降低自殺通報個案之再自殺死亡率 | 自殺個案通報後 1 年內再自 | 1.7 | 1.2 | 1.15 | 1.1 | 1.05 | 1 | 1 |

| 績效指標 (執行機關) | | 衡量標準 | 基礎值 | | 年度目標值 | | | | |
|----------------|-----------------------|--|------|------|-------|------|------|------|------|
| | | | 2023 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 | 2030 |
| | (心健司自提) | 殺死亡率 (%) (該年度自殺個案通報後1年內再自殺死亡人數 ÷ 該年度自殺通報人數 × 100%) | | | | | | | |
| 10 | 降低自殺標準化死亡率 | 以各年齡別死亡率乘以WHO標準人口數，加總後除以標準人口總數。 | 12.7 | 12.2 | 12.2 | 12.1 | 12.1 | 12.1 | 12.0 |
| 11 | 強化高風險精神病個案資料判讀及管理 | 精神病人風險預警模組累計數(個) | 0 | 0 | 4 | 4 | 4 | 5 | 6 |
| 12 | 促進各縣市毒品犯多元處遇方案(法務部自提) | 各縣市辦理毒品犯多元處遇方案(含團體)(場) | 13 | 0 | 8 | 11 | 13 | 13 | 15 |

| 績效指標 (執行機關) | 衡量標準 | 基礎值 | | 年度目標值 | | | | | |
|----------------|--|-------------------|------|-------|------|------|------|------|----|
| | | 2023 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 | 2030 | |
| 13 | 召開「社區監督輔導小組會議」，依據性侵害加害人再犯危險性進行個案討論，擬定個別化監督及處遇計畫(法務部自提) | 辦理社區監督輔導小組會議場次(場) | 87 | 63 | 84 | 84 | 84 | 84 | 84 |

參、現行相關政策及方案之檢討

國民心理健康計畫自 2013 年起開始推動第一期計畫，歷經第二期的推動，已達成初步成果，提升國人心理健康意識、完善精神疾病病人照護體系、建立成癮者醫療戒治服務網絡及發展家暴性侵害加害人處遇模式，以下就第二期計畫各項推動策略進行分項檢討，並提出改善建議，納入本計畫據以推動。

一、推展全人、全程及全方位之心理健康促進

(一) 策略一：強化心理健康傳播，增進國人心理健康識能

1. 執行成效：

辦理涵蓋生命各階段之心理健康教育宣導 2017 年 450 場次，2018 年 500 場次及 2019 年 550 場次，皆已達成目標場次；2020 年至 2023 年，各年均辦理超過 600 場次。另已建置「心快活」心理健康學習平台，提供具科學實徵性之心理健康知識與策略、e-learning 網路學習、全國各地區心理健康服務據點資料等，為民眾建立一個具有即時性、友善性、可靠性、正確性的心理健康平台。平台瀏覽量逐年提升，自 2017 年 7 萬 368 人次，增加至 2023 年 43 萬 2,565 人次 (成長 519%)，截至 2023 年底，平台累計瀏覽量已達 202 萬 7,812 人次。

2. 策略檢討：

本部歷年結合地方政府辦理心理健康教育宣導，每年均達 450 場至 550 場之目標。惟目前地方政府多以實體活動為主，需因地制宜發展更多元的心理健康教育宣導方式，如參與式體驗活動、虛實整合宣導、心理健康政策行銷等。另應深入運用

跨部會的資源，共同推動不同目標群體之心理健康宣導教育活動，融入各自服務系統中。另「心快活」心理健康學習平台已大幅增加瀏覽量，可再針對學習平台內容提供更多元完整的資訊，並強化即時更新及品質，吸引民眾上網取得所需心理健康資訊，及透過網路平台進行轉傳擴散。為了解民眾心理健康識能是否逐年提升，以評估各項策略之執行成效，建議運用測量工具或問卷，評量參加心理健康教育宣導及使用「心快活」心理健康學習平台民眾之心理健康識能，並追蹤推動成果。

(二) 策略二：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. 執行成效：

(1) 孕產婦及嬰幼兒心理健康促進

透過「推動心理健康網計畫」及「整合型心理健康工作計畫」，結合全國 22 縣市辦理婦女（含孕產期）心理健康促進宣導活動，另 2020 年委辦「婦女心理健康工作計畫」以婦女（含孕產期）需求為主軸，製作婦女心理健康促進資源及數位教材，提升民眾認知並強化各類醫療專業及服務人員培訓，以提升婦女家庭幸福感。為提供各領域人員關於婦女心理健康之學習資源，已製作「婦女心理健康」線上課程，上傳至「e 等公務園學習平臺」，並持續請相關專業團體及戶政事務所共同推廣及運用婦女心理健康促進資源。

2017 年印製「用愛教出快樂的孩子-0-6 歲正向教養手冊」，並寄送全國醫療院所、縣市衛生局及家庭教育中心等相關單位，後因民眾索閱踴躍，為擴大效益，

提升民眾相關心理衛教資源及心理支持服務管道，於 2018 年請本部社會及家庭署、國民健康署，及各縣市衛生局協助調查全國產檢院所、衛社政所轄機構之需求，增印 17 萬餘冊，於 2019 年 1 月依調查結果函送全國產檢院所，請其搭配國民健康署「孕婦健康手冊」一併發放予孕產婦，及函送衛社政所轄機構，提供孕產婦或其家人學習育兒教養之知能，後續持續透過網路媒介推廣該手冊。

(2) 年輕族群心理健康支持方案

鑑於衛福部死因統計數據顯示，30 歲以上人口自殺率呈穩定或下降趨勢，15 至 29 歲則有上升趨勢，衛福部經與 7 大心理專業學、協、公會共同研商，規劃推動「年輕族群心理健康支持方案」，補助 15 至 30 歲年輕族群，每年 3 次心理諮詢費用，並自 2023 年 8 月 1 日至 2024 年 7 月 31 日試辦，期鼓勵遭遇心理困境的年輕人勇於求助，認識與善用心理諮詢及加強高風險轉介。截至 2023 年 12 月底，已服務 1 萬 7,178 人 (4 萬 3,284 人次)，其中經評估達轉介風險者約占 33%，均由心理師協助轉介就醫或提供所需資訊，足見本方案可促進高風險個案即早獲得所需協助。

(3) 成人心理健康促進

勞動部透過勞工健康服務中心與網絡合作提供臨廠健康服務，協助事業單位規劃辦理勞工身心健康促進教育宣導，2017 年完成 58 場次、2018 年完成 65 場次、2019 年完成 85 場次、2020 年完成 103 場次、2021 年完成 146 場次，皆已達預定目標 120 場次。另「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」，每年培訓人數為 2017 年 1,732 人次、

2018 年 2,345 人次、2019 年 1,700 人次、2020 年 1,519 人次、2021 年 1,984 人次，亦已達成預定目標 1,700 人次。

人事行政總處辦理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，各機關執行計畫達成情形，2017 年 83.5%、2018 年 91%、2019 年 91%、2020 年 96%、2021 年 98.7%，另行政院所屬及地方主管機關共 75 個人事機構中，已有 74 個已訂定實施計畫，超過原訂目標值 98%。

(4) 老年人心理健康促進

2014 年完成「老人心理健康調查委託科技研究計畫」，了解老人心理健康狀態，作為政策推動之依據。於 2017 至 2023 年推動「老人心理健康工作」，責成各縣市衛生局辦理老人心理健康促進活動及老人憂鬱篩檢，並訂定轉介標準，視高風險老人之需求提供篩檢後續服務。2023 年提供篩檢服務計 61 萬 5,956 人，轉介精神治療計 2,715 人(約 0.44%)，轉介心理輔導計 1,534 人(約 0.25%)及轉介其他資源計 3,434 人(約 0.56%)。

2. 策略檢討：

- (1) 參考「用愛教出快樂的孩子-0-6 歲正向教養手冊」之成功經驗，可進一步結合專家學者及家長團體，推出更多年齡層之家庭教養資源，促進家庭關係及完善家庭對兒童少年之心理健康支持效果。
- (2) 112 年試辦 15-30 歲年輕族群心理健康支持方案，獲得熱烈迴響，且額度一度不足，經加碼方案補助名額後，統計方案執行 5 個月之服務對象須轉介就醫風險仍達 33%，顯見年輕族群之心理健康需求高，且方案確實能觸及部分高風險

對象。後續規劃持續推動，並研議就醫追蹤機制、結合既有之社福或教育系統資源及提升心理服務品質。

- (3) 建議針對失業者之心理健康，進一步提出心理健康促進策略，並運用測量工具或問卷，評量各職場員工因病請假人數及自殺通報人數，並長期追蹤推動成果。
- (4) 現行老人憂鬱篩檢多為結合社區內活動辦理，如老人健檢、門診、社區關懷活動等，後續可納入更多前端預防心理健康宣導及增加投入資源擴大觸及率。

(三) 策略三、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

1. 執行成效：

(1) 原住民族心理健康促進：

2017 至 2021 年每年責成縣市衛生局辦理原住民族心理健康促進活動，累計共 1,700 場次、26,599 人次參與。2017 至 2023 年持續辦理「原住民族心理健康促進計畫」，透過原鄉文化與心理衛生專業的交流，培育更多符合原鄉需求的專業心理衛生工作人員，並藉由強化部落兒童對族群文化的了解及認同，培養自信心，及輔以品格教育、課業協助及心理衛生知識教育，提升其心理韌性；對部落成人則透過不同服務平台臺導入心理健康知識，並以個案管理模式，同步提升心理與生理健康；針對都市原住民，包含初次離鄉求學、工作的原住民、都會區的原住民族部落(如新店溪洲部落、三峽三鶯部落)或散居之都市原住民族等，則透過原住民教會與民間團體，輸送心理衛生服務。另原民會辦理原民自殺防治守門人宣導活動，2017 年 22 場次、2018 年 26 場次、2019 年 26 場次、2020 年 28 場次及 2021

年 31 場次，均達年度目標。

(2)身心障礙者及家屬心理健康促進工作

2017 年至 2023 年每年責成縣市衛生局辦理身心障礙者心理健康促進活動，累計辦理 1,896 場次，參與之家屬共 20,428 人次，身心障礙者 29,547 人次(其中含精障者 14,819 人次)。

(3)新住民心理健康促進活動

2017 至 2023 年每年責成縣市衛生局辦理新住民心理健康促進活動，累計共 966 場次、27,954 人次參與。

(4)多元性別心理健康促進

為促進國內多元性別族群心理健康，2018 年補助民間團體辦理「2018 同志心理健康促進計畫」，辦理項目包含國內同志民眾心理健康促進講座、以網路問卷方式，辦理多元性別心理健康需求與現況調查、結合國內大型同志相關活動宣傳同志心理健康促進理念並推廣心理健康自我評量，及收集多元性別族群於全國可運用之心理健康服務資源(含據點)。2019 年持續補助民間團體辦理 LGBTI 人口群心理健康促進工作，內容包括心理健康促進講座、提供心理健康諮詢專線服務，並持續收集多元性別心理健康服務資源。2020 年增加培訓課程及專線志工性別敏感度課程，新增/更新電話諮詢問答指引手冊，設立友善資源平台，提供相關資源連結資訊、編製文章、四格漫畫與衛教單張及多元性別生命故事影片等素材。2021 年再增加推廣親密暴力心理諮詢陪伴服務、辦理女同志親密關係探索支持性團體、臺灣同志校園處境調查報告發布計畫以及多元性別線上故事展等，持續推動性別友善環境及

促進多元性別族群之心理健康。2023 年補助辦理一系列多元性別活動，包括舞台劇、Podcast 節目、電子書、真人圖書館、跨性別真實生活體驗創新服務方案以及跨性別宣導短片及 112 年度多元性別論壇及研討會等。

(5) 自殺防治

「自殺防治法」於 2019 年 6 月 19 日公布施行，明定自殺通報及後續處置規定，並規範相關人員執行業務時不得無故洩漏個人資料，及建立媒體散布如教導、詳述、誘導他人自殺方法等相關訊息之罰則。並據以成立衛生福利部自殺防治諮詢會，藉此跨部會平台協調、整合各部門自殺防治工作，及推動各項心理健康促進前端預防工作，包含：2018 年成功推動全面禁用巴拉刈、2020 年編印「網路與自殺防治手冊」、2021 年編印「自殺意念者服務及轉銜流程暨資源盤點手冊」、2021 年與教育部介接校園安全相關資訊、2023 年與教育部合作頒定「校園自殺個案關懷流程」等。

委託辦理全國自殺防治中心計畫，提供滾動式自殺防治策略、進行年度自殺統計分析，研析全國及 22 縣市具體之自殺防治策略建議，分析各縣市自殺死亡及通報資料，供各部會及地方政府參考運用。並培訓自殺防治種子教師之教育訓練措施及機制及辦理社區自殺防治守門人教育訓練，縣市涵蓋率已達 100%，全面提升社區自殺防治識能。

依據世界自殺防治三大策略，自殺防治熱線為選擇性策略中最重要的措施之一，本部為落實推動自殺防治工作，於 2005 年 12 月起開辦安心專線服務，提供全年 24 小時民眾即時心理支持服務，協助處理情緒困擾、心理壓力及自殺等問題，該

專線號碼於 2019 年 7 月 1 日改為簡碼 1925 安心專線(依舊愛我)，使民眾更便於記憶撥打，並持續透過各種管道提升民眾對專線之認知。整體進線量自 2006 年 2 萬 7,926 人次，提升至 2023 年 11 萬 4,138 人次(成長 309%)，顯示安心專線已逐漸成為民眾信賴之心理支持專線。2019 年 6 月 19 日「自殺防治法」公布施行，更明定中央主管機關應設置免付費之 24 小時自殺防治緊急諮詢電話，使安心專線之設置成為本部法定業務。

持續推動社群平台自殺防治工作，2022 年函頒「警察機關受理網路平臺業者發現網路自殺報案處理流程圖」及「網路平臺業者發現網路自殺訊息書面報案表」，並辦理「推動新聞媒體正向報導暨社群平臺心理健康實務計畫」，協助社群平台業者建立及時提供用戶心理健康服務資源及求助資訊之機制。2023 年依據 WHO 更新之自殺新聞報導原則，發布八不六要快速指引，供大眾參考。

2. 策略檢討：

依據第二期計畫，本策略至 2021 年須達成目標包括「老朋友專線(0800-228-585)電話諮詢及問安服務達 1 萬 4,000 人次(衛福部社家署)」、「辦理原民自殺防治守門人宣導活動每年辦理宣導活動 30 場次(原民會)」、「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每年不大於 70 人(教育部)」，及「降低自殺死亡率，2019 年自殺標準化死亡率降至每萬人口 11 人(衛福部)」，各目標達成情形如下：

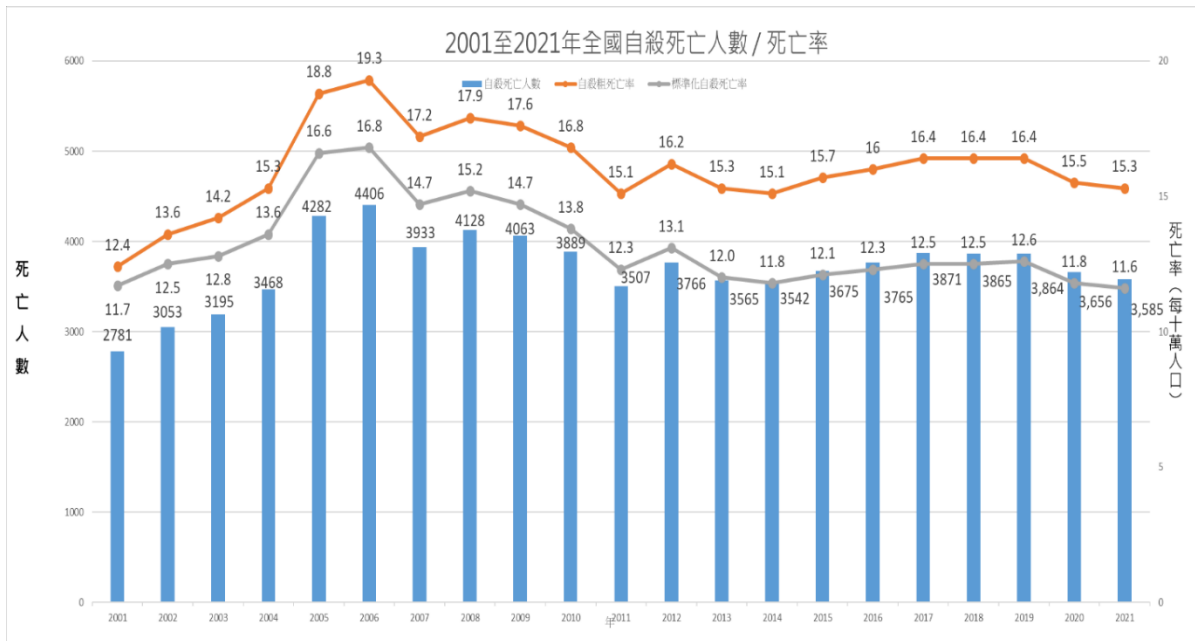
有關「老朋友專線(0800-228-585)電話諮詢及問安服務，2021 年僅 10,795 人次」，係因新冠肺炎疫情三級警戒期間(5-7 月)，各專線為避免群聚風險，全面停止

線上志工服務，惟考量疫情期間長輩及家屬諮詢需求，為陪伴、關懷長輩度過孤單與寂寞，經衡酌後由原 4 線減量為 2 線，致諮詢量減少。

有關「辦理原民自殺防治守門人宣導活動每年辦理宣導活動 22-31 場次(原民會)」已達目標值，建議未來可設測量工具或問卷，評量原住民心理健康識能增進比率，或根據原住民族自殺死亡率及自殺通報人數，長期追蹤推動成果，作為策略改善之依據。

有關「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每年不大於 70 人」，鑑於學生自我傷害死亡人數未達目標值，除持續辦理各項防治工作外，可定期辦理校園學生自我傷害事件之分析及防治策略研究，並將研究建議事項納入「校園學生自我傷害三級預防工作計畫」修正，以強化學生自殺防治相關工作。

有關「降低自殺死亡率，2021 年自殺標準化死亡率降至每 10 萬人口 10.6 人(衛福部)」之指標，實際達成值為 11.6 人(如下圖)，雖未達目標值，但已較 2020 年再減少 0.2 人，為近 21 年最低點(低於 2001 年之 11.7 及 2014 年之 11.8)。惟仍應持續檢視自殺防治策略及探究自殺影響因素，並參考國外成效良好的政策，提出有效改善措施。



(四) 策略四、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. 執行成效：

自 2019 年起推動各縣市行政區域可提供免費（或優惠）心理健康諮詢服務，2019 年計有行政區域半數以上有提供社區心理諮詢服務，服務據點之鄉鎮市區涵蓋率達 84%；2020 年全國建置 321 個服務據點，占全國鄉鎮市區 86.5%；2021 年全國 22 個縣市可提供免費（或優惠）心理諮商服務之據點已達 381 處。

2017 至 2021 年委託各縣市衛生局辦理「推動心理健康網計畫」，經查各縣市至少召開 2 次推動小組及 2 次網絡成員聯繫會議，並持續增修縣市心理健康服務網絡地圖及補充各類衛教資源，提供可近之社區心理諮商駐點服務、辦理世界心理健康日系列活動及相關記者會、老人心理健康促進及憂鬱篩檢、家庭照顧者心理健康服務方案、孕產婦心理健康促進、嬰幼兒心理健康促進、注意力不足過動症衛教推廣活動、身心障礙者及其家屬心理健康促進，及原住民與新住民心理健康促進等相關工作。

2. 策略檢討：

依據第二期計畫，本策略之目標包括「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)達 20 個」，及「及早發現榮家住民憂鬱情緒(輔導會)每年精神評量及自殺防治篩檢 20,000-22,000 人次」。各目標達成情形如下：

有關「各縣(市)架構心理健康服務資源網絡，轄區有可提供心理健康促進諮詢服務機構之縣市數(個)達 20 個」，於 2021 年已達目標值，未來可進一步評估心理健康促進諮詢服務機構之服務成效，如諮詢服務結果，心理健康識能提升比率等，並長期追蹤推動成果，並建議逐步制定諮詢服務機構品質指標，據以提供輔導，以提升諮詢服務成效。

有關及早發現榮家住民憂鬱情緒(輔導會)之指標，於 2017 至 2021 年，各年度精神評量及自殺防治篩檢實際達成值分別為 26,268 人次、26,497 人次、26,065 人次、22,620 人次及 24,724 人次，皆符合當年度目標值，未來可進一步評估針對篩檢異常者，後續轉介及提供介入服務之成效。

二、提供深化、優化及社區化之精神疾病照護

(一) 策略一、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

1. 執行成效

(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

我國「精神衛生法」自 2008 年 7 月 4 日修正施行至今已逾 10 年，本部自 2009 年起，積極與行政院各部會、立法院、司法院、精神醫學會、專家學者及民間團體等溝通，召開諮詢會議討論，廣納意見，為因應現行條文不足部分與時俱進滾動修正，強化心理健康促進及前端預防，並呼應身心障礙者權利公約(CRPD)及兒童權利公約(CRC)精神，確保精神病人人權及兼顧獲得妥善治療及社區服務，另強化各機關職責、跨網絡合作，以支持精神病人照護，擬具「精神衛生法」修正案，案經報請行政院於 2022 年 1 月 13 日函送立法院審議，業經立法院於 2022 年 11 月 29 日三讀通過，並經總統於 2022 年 12 月 14 日修正公布，除第五章、第八十一條第三款及第四款，由行政院會同司法院另定施行日期之外，將於公布後 2 年 (2024 年 12 月 14 日) 施行。經盤點共計 27 部授權法規命令及行政規則，包含 21 部授權法規命令及 6 部行政規則；截至 2023 年 12 月底，已召開 6 場專家諮詢工作小組會議、4 場專家學者及民間團體研商會議與 2 場公聽會，研擬完成 12 部授權法規命令及 4 部行政規則。

精神醫療照護資源已逐年成長，截至 2023 年底全國計有 395 家診所、203 家醫院，醫院設有精神科急性一般病床計 7,425 床、精神科慢性一般病床計 1 萬 3,372 床，開放數已接近每萬人口精神病床 10 床之目標；日間型精神復健機構現

有 96 家，服務量為 4,352 人次，約每萬人口 1.86 人，住宿型精神復健機構現有 177 家，服務量為 7,478 床，約每萬人口 3.19 床；精神護理之家現有 46 家，開放床數為 4,893 床，約每萬人口 2.08 床，已持續督導各縣市政府衛生局應定期檢討轄內各類精神照護資源設置及提供服務情形，以均衡精神照護資源。

為強化精神照護機構之管理，並有效提升其服務品質，本部已逐步建置完成各類照護機構之評鑑制度與不定期追蹤輔導機制，以確保品質之持續維持與缺失事項的有效改善。2021 年因應嚴重特殊傳染性肺炎疫情嚴峻，爰評鑑暫停辦理，評鑑合格效期內之機構，其合格效期延長 3 年；2023 年完成各類精神照護機構評鑑（含複評）及不定時追蹤輔導訪查，分別為實地評鑑 102 家次（精神科醫院 3 家次、精神復健機構 96 家次、精神護理之家 3 家次）、不定時追蹤輔導訪查 45 家次（精神科醫院 3 家次、精神復健機構 33 家次、精神護理之家 9 家次）。並於 2023 年召開 10 場研修小組會議，進行 2024 至 2027 年版精神科醫院、精神科教學醫院、精神復健機構及精神護理之家評鑑基準、評鑑作業程序研修，並進行 4 場試評說明會、各類試評委員行前及共識會議，蒐集試評醫院、機構及委員意見，完成各類評鑑研修作業。

強化精神照護機構公共安全，確保服務對象人身安全。自 2019 年起補助精神護理之家設置公共安全設施設備，自 2023 年總計補助 46 家精神護理之家公共安全設施設備。

(2) 強化精神衛生體系與服務網絡，持續推動精神醫療網

成立「精神疾病防治諮議會」，針對促進民眾心理健康政策、精神疾病防治制

度、資源規劃、研究發展、促進病人就醫權益保障等事項提供諮詢。

督導各直轄市及縣（市）衛生局建立行政轄區之精神衛生行政體系及服務網絡，各衛生局均設有專責人員辦理精神醫療及社區心理衛生服務工作，包括規劃及盤點精神醫療、精神復健、精神病人社區支持及心理衛生促進等資源，並強化辦理民眾心理健康促進及社區精神病人通報、追蹤關懷及緊急送醫等法定事宜。

推動七區精神醫療網區域輔導計畫，均衡各地區精神醫療資源發展及強化聯繫機制，推動區域性心理健康及精神醫療網絡、協助提升心理健康促進及精神醫療專業服務品質、辦理區域內教育訓練及見習計畫工作，以提供更符合全人照護需求及專業成長之精神醫療服務。截至 2023 年七區精神醫療網核心醫院，召開區域網絡工作協調聯繫會議 28 場；辦理精神復健機構負責人及相關人員繼續教育訓練 28 場；又完成社區關懷訪視員、心理衛生社工見習計畫培訓，完訓人數共 273 名。

(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

直轄市、縣（市）政府結合區域精神醫療網，辦理區域內精神醫療專業人員訓練，包括心理衛生社工、社區關懷訪視員與公衛護理人員之社區個案照護知能訓練、緊急送醫服務訓練與演習、精神復健機構人員初、進階教育訓練、災難心理衛生、家庭暴力與性侵害加害人處遇、酒癮與藥癮防治等訓練；轄內警察、消防、村（里）長、村（里）幹事、社政相關人員有關精神疾病知能、社區危機個案送醫、處置或協調後續安置等議題之教育訓練，且參加教育訓練比率應達轄區內人員 35%；利用社區各類衛教宣導活動，強化民眾對精神疾病之認識及就醫意識，並於課程、衛教單張或衛教推廣物品中提供精神病人及其家屬相關必要緊急求助資訊及資源管道。

2. 策略檢討：

配合精神衛生法於 113 年 12 月 14 日修正施行，持續訂修相關子法規與行政規則，舉行說明會增進各界對精神衛生法修法瞭解，並於相關授權子法規訂修過程，與專家學者、民間團體及地方政府等召開意見溝通及研析會議。

均衡精神醫療資源及提升病床使用效率，均適時檢討修正醫院病床設立及擴充許可規定，並督導各縣市政府衛生局應定期檢討轄內精神病床開設情形；每年辦理各類照護機構之評鑑與不定期追蹤輔導，以確保服務品質之持續維持與缺失事項的有效改善。積極培訓各類醫事人力並落實人員教育訓練。

(二) 策略二、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

1. 執行成效

(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

為擴展社區精神病人照護量能，優化疑似精神病人評估及轉介效能，提升社會安全網等網絡人員精神疾病辨識及處置知能，補助辦理「疑似或社區精神病人照護優化計畫」，並將計畫擴大至全國 22 縣市，每年補助區域內精神醫療機構參與，截至 2023 年共計補助 23 家醫療機構推動，每個縣市均至少有 1 家醫療機構提供網絡轉介疑似精神病人到場評估及必要時協助就醫之服務；另針對無法規律就醫之精神病個案，結合居家治療及使用抗精神病長效針劑。

為積極協助處理精神病人緊急或突發狀況，迅速解除現場危機，以預防危機發生，獲得適切醫療服務，爰於 2020 年起補助辦理「精神醫療緊急處置線上諮詢與

精神醫療留觀服務試辦計畫」，提供警察、消防、社工、公衛與醫療等人員，有關精神病人護送就醫及精神醫療專業問題之 24 小時線上諮詢服務；藉由精神醫療專業人力挹注，強化跨網絡合作機制，提升精神病人護送就醫效率，減少延誤送醫及社區滋擾事件，並與精神醫療機構合作提供留觀服務，使社區高風險個案獲得妥善評估與治療。截至 2023 年，共計 3,215 案來電諮詢，其中 1,636 案建議送醫住院或急診留觀。

依 2008 年 7 月 4 日修正施行之精神衛生法規定，成立精神疾病強制鑑定強制社區治療審查會，分區設置事務辦公室，受理全國強制住院及強制社區治療案件之申請；遴聘專科醫師、護理師、職能治療師、心理師、社會工作師、法律專家及病人權益促進團體代表等，針對申請案件進行審查，並定期辦理審查委員進階教育訓練。2017 年至 2023 年，強制住院審查案件數計 4,278 件，許可件數 3,956 件，許可率 92.5%；強制社區治療審查件數 317 件，許可件數 312 件，許可率 98.4%。

落實社區精神病人管理及追蹤關懷，及減輕社區關懷訪視員服務社區精神病人之案量負荷，本部積極向行政院爭取，於強化社會安全網第二期計畫中，擴大補助地方政府進用社區關懷訪視員人力，2021 年至 2025 年由 183 位逐年補實至 1,001 位，預估案量負荷比將自 1:190 下降至 1:35。另落實社區精神病人分級分流照護，依精神病人病情、暴力風險程度及是否合併多重議題等，分別派案予心理衛生社工、社區關懷訪視員或公衛護理師，提供個案關懷訪視及協助資源連結。已於 2023 年 7 月 4 日函頒「社區心理衛生中心設置參考基準、人員職掌、服務流程及督導機制」，以作為地方政府推展社區心理衛生相關工作參考依據。

2020 年修正社區精神病人收案及結案標準，並持續精進「精神照護資訊管理系統」，督導各縣市衛生局建立追蹤照護個案資料，掌握社區精神病人動態，推動分級照護制度，適時輔導病人規律就醫，以落實精神病人追蹤關懷之執行，提升關懷訪視服務品質。2023 年，全國醫療機構上傳之出院準備計畫，已有 93.42% 即時於出院 3 日以內上傳；又心理衛生社工、社區關懷訪視員及公衛護理師於 2 星期內完成第 1 次訪視評估比率達 94.76%，各地方政府心理衛生社工服務合併多重議題社區精神病人計 21 萬 6,349 人次，服務涵蓋率 97.7%；精神病人社區關懷訪視員服務精神照護資訊管理系統之第 1、2 級個案 35 萬 7,110 人次，服務涵蓋率 99.4%。

2. 策略檢討

持續強化社區網絡疑似精神病人通報，及警察、消防及衛生人員之精神病人危機處理機制；並加強辦理精神病人出院準備計畫，協助病人就醫、通報及追蹤保護等事項。考量整體精神病人家庭功能與需求評估及風險分級分類等因素，滾動修正「精神疾病患者社區家訪要點」及「社區精神病人收案及結案標準」。

另提升關懷訪視員及心理衛生社工進用之留任意願，滾動檢討員額需求、薪資及風險加給，建立專業久任機制，建立友善職場環境，並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服務品質與危機處理知能。

精進及再造「精神照護資訊管理系統」，建立前端預防及強化危機預警機制，縮短行政作業流程，提升服務效率，落實精神病人權益保障

(三) 策略三、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. 執行成效：

配合 2022 年 12 月 14 日修正公布之「精神衛生法」已納入布建精神病人多元社區支持服務，積極推動社會安全網第二期計畫，至 2025 年布建社區心理衛生中心 71 處，截至 2023 年已開設 48 處社區心理衛生中心，補助縣市政府衛生局心理衛生社工及督導 376 人、社區關懷訪視員及督導 598 人，提供社區精神病人關懷訪視服務，訪視次數計 77 萬 3,796 人次。

2009 年開始辦理「精神衛生機構團體獎勵辦法補助方案」，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，獎勵項目包括：(1)精神病人社區追蹤關懷(2)病人與家屬之心理支持、衛生教育(3)精神病人就醫、就業、社會福利、教育等資源連接(4)協助處理精神病人突發性緊急醫療及危機事件(5)精神病人日常生活處理能力、社交技巧、工作能力訓練服務等(6)推動精神病人去污名化及社區融合活動。2017 年至 2023 年，每年均補助 5-7 家機構（團體）辦理。

辦理「精神病友多元社區生活方案之發展計畫」，2023 年共補助 17 個縣市政府結合民間團體辦理 25 案，以多元方式提供精神病友及家屬支持性服務，內容可含括家庭支持服務、社區居住服務、自立生活指導服務、就業能力培力及轉銜就業輔導服務及其他創新社區支持服務，另推動「精神障礙者協作模式服務據點」，並透過衛政、社政、勞政等服務資源連結，提供整合性服務，強化社精神病人之照護資源與支持服務，協助自立生活以利精神病友穩定生活在社區中。

2019年起補助民間團體辦理 ADHD 衛教推廣計畫，舉辦親職講座、教師教育訓練、親子團體或是家長支持團體及製作衛教資源，協助家長及教師更認識 ADHD，並增進對 ADHD 孩童之教養技巧。2019 年共辦理 94 場活動、2,984 人次參與，製作 11 份衛教單張及 5 部衛教影片；2020 年補助 6 個單位，合計辦理 147 場次活動、3,946 人次參與，製作 36 份衛教單張及 12 部衛教影片；2021 年補助 4 個單位，合計辦理 102 場次活動、4,327 人次參與，製作 14 份衛教單張、7 部衛教影片、1 份衛教懶人包及 1 本親職技巧易讀本；2022 年補助 4 個單位，合計辦理 112 場次活動、4,175 人次參與，製作 12 份衛教單張、4 部衛教影片及 1 份繪本；2023 年起納入青少年心理健康議題，並擴大補助 6 個單位，合計辦理 78 場次活動、4,689 人次參與，製作衛教單張 3 份及 1 份懶人包。

2. 策略檢討：

積極布建精神病人社區支持之服務量，除機構式照護外，社區化照護仍極需經費持續挹注以深化服務。又社區支持服務範圍涵蓋甚廣，包括衛生醫療、社會福利、家庭支持、職業訓練、就業輔導、安置、長照服務與社區居住...等，涉及不同機關及部會權責，亟需各部會合作及建立資源及服務等轉銜機制，並培力及扶植民間團體，以支持病人返回社區後之社區支持照顧服務。

(四) 策略四、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. 執行成效：

每年補助地方政府衛生局辦理「整合型心理健康工作計畫」，落實推動精神衛

生法規定工作事項，包括辦理反污名化活動，及連結民間心理健康相關之非營利組織、學協會、宗教或慈善團體，共同推動心理健康促進、精神疾病防治、精神病人反歧視及去污名化等工作，如「心靈影展」、「鳳凰盃運動會」、「健心盃歌唱才藝競賽」、和「精神障礙者及家屬教育」等，以促進精神病人之權益保障、充權及保護。

邀集病人及病人家屬或病人權益促進團體代表，參與本部或地方政府精神疾病防治諮議或諮詢會；另亦邀請列席參與本部精神復健機構評鑑，以促進病人、家屬社會參與及決策。

2. 策略檢討：

運用更多元的策略及方法，結合跨部會及民間團體資源共同推動，心理健康、精神疾病防治、精神病人反歧視及去污名化之相關工作；加強各類照護機構及衛生行政機關人員有關精神疾病權益保障及身心障礙權利公約識能，強化精神病人權益保障。

獎勵補助製作相關宣導短片、微電影及創意宣導活動提升民眾及政府機關對精神疾病正確認知，推動去污名化。

三、發展可近、多元及有效之成癮防治服務

(一) 策略一、倡議成癮疾病概念，提升成癮防治意識

1. 執行成效：

於 2017 年起委託製作微電影「尋常路」、「愛，減害」宣導影片、「癮講座」宣導影片、「擊敗海洛因」衛教手冊及「兒少藥物施用風險與需求施測手冊」等，並辦理跨網絡藥癮相關議題教育訓練或研討會。另自 2018 年接辦全國毒防中心起，每年辦理「全國毒品危害防制中心標竿學習營」，並於「毒品危害防制中心工作暨補助辦理藥癮者處遇計畫」，督促各地方政府加強宣導毒品危害防制中心功能及諮詢專線 0800-770885。在酒癮部分，也委託製作「未成年不飲酒」互動宣導影片、舉辦「青春 94 狂·未成年不飲酒」記者會等活動，並自 2019 年起，於「整合型心理健康工作計畫」加強酒癮治療人力專業知能，以提升酒癮治療服務之量能與品質。

針對新興成癮行為 - 網路沉迷(成癮)，於 2019 年辦理「戒網癮親子營之試辦、評估及推廣」計畫，共 21 組家庭參與 8 天 7 夜無網路生活，依後續追蹤評估結果顯示，青少年 100%體悟無網路生活也能活出歸屬感、愉快感、成就感及意義感，94%改變使用 3C 態度，學會節制，100%學會調適壓力情緒與時間管理，90%學會衝動慾望克制；家長部分則有 100%表示更了解且有自信協助孩子健康上網，94%表示更了解如何促進親子溝通。此外自 2019 年起，於「整合型心理健康工作計畫」，加強培植網癮處遇人力，並強化網癮防治議題的宣導，且為因應逐漸增加之國內網癮醫療與專業介入需求，於 2020 年辦理「網路成癮治療專業人員培訓制度發展計畫」，擬訂網癮治療專業人才

培訓制度、培訓課綱及治療人員審認機制，規劃跨專業合作及轉介流程，並於 2021 年後續擴充案編製課程教材及評估、診斷、治療及介入模式之臨床參考指引。

委託臺灣網癮防治學會編製《網路成癮治療專業人員培訓制度發展計畫第一階段共同核心課程課綱書面教材》、《臺灣網路成癮評估、診斷、治療及介入模式之臨床參考指引》，以增加網癮專業人員培訓資源。此外，辦理 5 場網癮知能訓練，培訓 650 人次相關職類專業人員；同時持續委託亞洲大學發展本土網癮介入方案，初步追蹤有 95% 以上參加者有改善網癮之效果。

另已於 2021 年 7 月 1 日起，於「全民健康保險醫事服務機構醫療費用點數申報格式」之「次診斷」欄位新增 ICD-11「遊戲成癮」(gaming disorder) 診斷碼 (6C51)，有助遊戲成癮個案之醫療合作及轉介機制之發展，並可掌握國內遊戲成癮個案就醫現況。

2. 策略檢討：

依第二期計畫，本策略目標為「辦理跨網絡藥癮相關議題教育訓練或研討會，至 2019 年累計 15 場」，執行成果已達目標，並已辦理提升相關醫事人員成癮意識之訓練及研討會，加強一線人員對於成癮個案之敏感度及強化轉介網絡。為降低藥、酒癮個案之污名化，促進個案及家屬主動求助意識與國內專業人員之投入，未來仍應繼續強化民眾對成癮疾病的意識及專業人員成癮醫學識能，並加入具體成效評估方式，針對民眾成癮防治意識及國內專業資源布建狀況進行調查。

(二) 策略二、強化成癮防治服務網絡與處遇服務管理機制

1. 執行成效：

至 2023 年已指定藥癮戒治機構 163 家及替代治療執行機構 184 家，另有 21 縣市 64 家美沙冬治療機構可提供跨區給藥服務。各縣市衛生局並已督導醫療機構建立藥癮個案個管機制及藥癮醫療服務品質，經盤點藥癮戒治醫院及核心醫院，實際提供有完整藥癮醫療服務之機構數已達 72%(目標 50%)，並已訂定機構輔導訪查表，落實「指定藥癮戒治機構作業要點」及「鴉片類物質成癮替代治療作業基準」之機構訪查與管理，每年輔導訪查執行率達 100%。

廣續委請各地方政府衛生局代審代付「酒癮治療費用補助方案」，至 2023 年合作醫療機構已達 135 家，受益人數計 3,597 人，並試辦「建構問題性飲酒及酒癮者醫療及社會復健服務模式計畫」，補助辦理之醫療機構自 2015 年 4 家擴大至 2023 年 15 家，2023 年各合作網絡共轉介開案 1,476 人。

2018 年接辦督導全國毒防中心業務，擴大補助追蹤輔導人力，使案量比由原 2017 年 1：150 降至 2021 年 1：34，另強化各縣市毒防中心功能，免費諮詢專線電話量由 2021 年 2 萬 62 通，2022 年 1 萬 8,595 通，2023 年 9,219 通。此外，持續推動愛滋減害計畫，有效控制愛滋藥癮新增感染人數，轉介第三、四毒品施用者接受愛滋病毒篩檢諮詢比率，各縣市平均轉介率達 98%。

2. 策略檢討：

依據第二期計畫，本策略目標為「提供跨區替代治療給藥點，至 2019 年累計 15 處」，執行成果已達目標。建議持續強化個案管理及處遇服務品質，並建立定期輔導評估機制，分區評估成癮防治服務需求與供給量能，均衡區域網絡資源。

(三) 策略三、完善多元成癮治療模式與處遇模式，提升服務品質與成效

1. 執行成效：

於第二期計畫廣續補助鴉片類藥癮替代治療，截至 2023 年尚有 7,180 人治療中，累計治療人數 4 萬 7,344 人，是類藥癮者新增感染愛滋人數自 2005 年 2,420 人，下降至 2023 年 15 人。另辦理多項成癮醫療及社會處遇服務方案，並逐步擴大辦理，包括「藥癮者心理社會復健服務暨品質提升計畫」由 2017 年補助 13 案，增加至 2023 年補助 19 案，發展藥癮中途之家、自立宿舍方案及非安置型等多元服務；「藥癮治療性社區服務模式多元發展計畫」由 2017 年補助 1 家(30 床)，增加至 2023 年補助 6 家(358 床)；「建置整合性藥癮醫療示範中心先期試辦計畫」自 2018 年起補助 4 家，至 2023 年補助 6 家，並已結合 105 家其他醫療及專業處遇機構共同合作；「矯正機關藥、酒酒癮醫療服務品質提升計畫」於 2017 年補助 4 家醫療機構承作 5 家矯正機關，至 2023 年已擴大至補助 12 家療機構承作 13 家矯正機關；「建構問題性飲酒及酒癮者醫療及社會復健服務模式」則由 2017 年補助 8 家，增加至 2023 補助 15 家；及於 2019 年全面開辦各級毒品「藥癮治療費用補助方案」，受益人數由 2019 年 2,178 人，增加至 2023 年 1 萬 3,939 人。

此外，也辦理「成癮防治專業訓練計畫」、「民間組織處遇人員培訓制度計畫」、及「藥癮治療專業人員培訓制度發展計畫」，提升處遇人員專業知能，並辦理「美沙冬跨區給藥計畫執行成果發表會」，及邀集各地方政府衛生局召開「第三、四級毒品施用者講習及處遇模式分享暨業務座談會」等，促進標竿學習，提升服務品質。

2. 策略檢討：

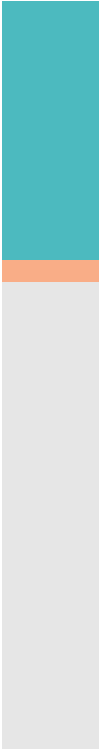
依據第二期計畫，本策略目標為「本島各縣市可提供多元服務模式(如社區門診、心理治療所、中途之家、治療性社區等)之縣市數，至 2021 年累計 12 縣市」，執行成果達原訂目標。惟仍需持續深化服務品質，及辦理專業人員教育訓練，俾持續提升醫療及民間服務量能，並宜進一步評估處遇之服務品質與成效，以及發展實證且多元之藥酒癮治療與處遇模式。

(四) 策略四、強化臨床與學術研究，建立成癮防治政策之實證基礎

1. 執行成效：

已委託辦理「發展以實證為基礎之藥癮治療模式」、「結合巨量資料探討臺灣物質成癮者長期預後與風險研究」、「毒藥品巨量資料之藥癮者醫療及社會復歸處遇措施成效分析案」、「藥癮個案流行病學特性與需求分析及應用計畫」、「國內外藥癮替代治療政策檢視與我國美沙冬治療成本效益分析」等研究計畫，並補助辦理「2017 年泛太平洋成癮年會：從研究、預防、政策到介入性治療突破現今成癮防治困境」。

2. 策略檢討：



依第二期計畫，本策略目標為「辦理成癮相關實證研究，至 2019 年累計 3 案」，執行成果已達目標，建議將研究成果轉譯成成癮防治政策，並研擬具體可行措施，以提升成癮防治品質，解決社會成癮問題。

三、推動分級、跨領域及無縫銜接之加害人處遇

(一) 策略一、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. 執行成效：

經查 2017 年至 2023 年公告指定性侵害被害人驗傷採證責任醫療機構每年約 137 家；各責任醫療機構所提供性侵害被害人驗傷採證服務平均每年計 3,447 人，送刑事警察局化驗之採證盒（袋）計 2,637 件；醫事機構責任通報之家庭暴力事件，完成被害人親密關係暴力事件危險評估比率平均達 96.94%。為增進醫事人員責任通報敏感度及危險評估知能，各縣市政府衛生局平均每年辦理 385 場教育訓練，計 27,918 人參訓（含 4,342 名醫師）。另 2023 年本部補助辦理「性侵害採證護理師品質提升培訓課程」計畫計 3 場次，參訓人數 135 人。

2. 策略檢討：(精進內容或目標值)

第二期計畫至 2021 年所列目標為「縣市政府建置兒少保護整合中心，累計 6 個縣市」，截至 2023 年執行成果(共 10 個)已達目標。未來將持續針對各類處遇人員提供完整的訓練，提升醫事人員保護性案件通報敏感度及驗傷採證品質。

(二) 策略二、整合婦幼保護案件加害人服務體系及強化處遇網絡，落實無縫銜接

1. 執行成效：

2017 年至 2023 年已辦理「家庭暴力及性侵害加害人處遇系統教育訓練」計 17 場次，445 人次參訓；本部委託辦理「家庭暴力及性侵害加害人處遇業務全國共識

會議」，邀請各縣市衛生局加害人處遇個案管理社工、警政人員、社政人員及專家學者...等，平均每年計 120 人參加，會中針對家庭暴力或性侵害加害人社區處遇實務、處遇理論及網絡單位間合作共識進行演講及探討。為加強中高再犯性侵害加害人出監後社區監控，截至 2023 年，服刑期滿之中高再犯性侵害加害人出監後 2 週內執行社區處遇比率達 97.96%。

法務部指定之 5 處性侵害加害人強制治療處所，2017 年至 2023 年平均每年收治性侵害犯罪防治法第 37 條強制治療受處分人計 14 人；性侵害受刑人出監後無縫銜接社區處遇比率達 100%，共計 2,064 人。

2. 策略檢討：(精進內容或目標值)

依第二期計畫，本策略至 2021 年目標為「性侵害受刑人出監後無縫銜接社區處遇比率達 100%」，執行成果已達目標，未來將持續研發性侵害加害人再犯危險評估工具，並發展多元社區處遇模式及強制治療參考指引，以提升社區處遇品質並強化社區監控機制。

(三) 策略三、充實婦幼保護案件相對人、加害人處遇資源及處遇服務

1. 執行成效：

督導各縣市政府辦理「家庭暴力相對人服務方案」，至 2023 年計有 21 個縣市辦理。本部透過公益彩券回饋金補助各縣市政府辦理「家庭暴力相對人服務」，2017 年至 2023 年，平均每年補助 32 案，辦理相對人預防性認知教育或親職教育團體、陪同相對人出席保護令庭；或提供相對人轉介心理諮商、輔導，資源連結及法律諮詢等。補助各縣市政府辦理「性侵害事件加害人/行為人多元處遇服務」，

2017 年至 2023 年，平均每年補助 7 案，提供未成年、智能障礙者等特殊族群之性侵害事件加害人/行為人心理輔導、個案照顧、日常活動規劃、資源連結等服務。

另廣續設置男性關懷專線(0800-013-999)，提供伴侶相處、親子管教溝通、家庭互動困擾等諮詢服務，2017 年至 2023 年，平均每年話務量計 13,473 通。

2. 策略檢討：(精進內容或目標值)

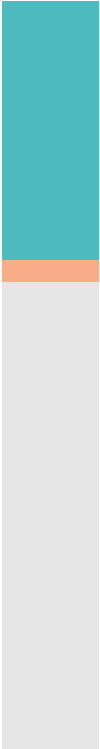
本策略至 2021 年目標包括「辦理家庭暴力相對人服務方案縣市數，總計 20 個」及「服刑期滿中高再犯性侵害加害人出監後 2 週內執行社區處遇比率達 70%」，均已達成階段目標值，未來將持續推動男性關懷專線及家暴相對人服務方案，並開發家庭暴力相對人處遇方案，以增進相對人因應衝突能力。

(四) 策略四、研發本土化加害人處遇模式，培植處遇人員專業。

1. 執行成效：

於 2017 年補助辦理「家暴加害人合併危害性飲酒治療處遇計畫」、「發展家庭暴力加害人處遇工作指引及成效評估工具計畫」及「家庭暴力相對人方案處遇模式研究計畫」、2018 年補助辦理「家庭暴力相對人預防性服務方案成效評估指標初探研究計畫」、2019 年補助辦理「中部三區家庭暴力相對人處遇執行成效評估計畫」，並於 2023 年委託辦理「修訂家庭暴力與性侵害加害人醫事及行政業務人員手冊」。

2023 年各縣市政府衛生局及矯正機關辦理家庭暴力及性侵害加害人處遇人員專業訓練，經本部審查認可場次，其中家庭暴力加害人處遇訓練課程共計辦理 81 場次、1,484 人次參與，性侵害加害人處遇訓練課程共計辦理 80 場次、1,411 人次參



與，另執行處遇年資達 3 年以上比率家庭暴力處遇人員為 83%，性侵害處遇人員為 86%。

2. 策略檢討：

本策略至 2021 年目標包括「進行處遇模式及評估工具之相關研究，累計 5 案」，及「提升處遇執行人員專業，且執行處遇年資達 3 年比率達 70%」，均已達成階段性目標，未來將持續評估處遇成效，發展不同類型及多元性別家庭暴力及性侵害加害人處遇模式及評估人員訓練基準，並提升加害人評估小組運作效能，以培育處遇專業人員知能及凝聚再犯危險評估共識。

肆、執行策略及方法

一、主要工作項目

(一)推展全方位心理健康促進

1. 提升大眾心理健康識能，推動涵蓋各生命週期之心理健康促進工作
2. 推動特定人口群心理健康服務方案，建立評估及轉介機制
3. 提升民眾自殺防治意識，強化自殺防治效能
4. 強化災難心理衛生網絡，提升國人心理韌性

(二)發展連續性精神照護網絡

1. 充實精神照護資源，提升機構照護服務品質
2. 檢討精神病人強制治療業務，精進強制治療服務品質
3. 強化精神病人前端預防服務，建立緊急精神醫療處置機制
4. 健全精神病人社區服務網絡，充實社區支持資源
5. 強化病人權益保障，推動精神疾病去汙名化

(三)提升多元化成癮治療量能

1. 強化毒品危害防制中心服務效能，深化追蹤輔導品質
2. 完善毒藥物成癮治療服務體系，充實成癮醫療復健量能
3. 推廣酒癮疾病識能，提升酒癮治療服務量能
4. 提升網路使用健康識能，建立網路成癮防治機制

(四)精進家暴及性侵害加害人評估處遇，減少再犯

1. 強化家暴加害人處遇計畫，發展多元有效處遇方案
2. 精進性侵害加害人處遇評估制度，結合網絡強化社區監控機制
3. 強化加害人處遇量能，優化加害人處遇系統
4. 發展跟蹤騷擾行為人治療性處遇機制
5. 精進被害人醫療服務品質及量能

(五)健全司法精神鑑定制度，完善監護處分資源

1. 充實司法精神醫療資源、深化司法精神醫療服務
2. 設置司法精神病房，發展司法精神醫療處遇模式
3. 銜接司法體系個案，建立社區支持機制

(六)建構運用科技及具實證基礎之心理健康建設

1. 定期調查國人心理健康狀況，建立政策實證基礎
2. 推動國際合作，增加國際能見度

二、執行機關(單位)

(一)衛生福利部 (單位、附屬機關)

心理健康司、護理及健康照護司、長期照顧司、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、資訊處、統計處、國際合作組、中央健康保險署、社會及家庭署、國民健康署及財團法人國家衛生研究院等。

(二)行政院相關部會 (單位、附屬機關)

教育部、勞動部、法務部、法務部矯正署、國防部、內政部、內政部民政司、內政部警政署、內政部消防署、內政部**國土管理署**、內政部移民署、經濟部、交通部、行政院原住民族委員會、行政院**農業部**、國軍退除役官兵輔導委員會、行政院人事行政總處、國家通訊傳播委員會、文化部等。

(三)地方政府

全國 22 個直轄市、縣(市)政府。

三、執行策略與分工

| 執行策略 | 工作項目 | | | | | | 執行機關(單位) |
|--|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---|
| | 2025 年 | 2026 年 | 2027 年 | 2028 年 | 2029 年 | 2030 年 | |
| 一、推展全方位心理健康促進 | | | | | | | |
| (一) 提升大眾 心理健康 識能，推 動涵蓋各 生命週期 之心理健 康促進 | 1. 提升大眾心理健康識能及充實心理健康服務資源 | | | | | | 心理健康司 |
| | <ul style="list-style-type: none"> (1) 強化心理衛生服務體系與網絡，提升心理健康服務之可近性(新增) (2) 持續發展並擴大宣導多元心理健康衛教資源 (3) 發展適合不同群體之心理健康服務模式(含數位心理健康) (4) 結合心理衛生專業團體，推動不同生命週期之心理健康服務方案 (5) 培訓心理健康促進種子師資，協助各部會於各場域推動心理健康，提升全民心理健康識能(新增) (6) 引進心理健康急救課程(Mental Health First Aid, MHFA)，提升全民對心理健康議題之辨識、處置及轉介識能(新增) (7) 強化心理師專業發展，提升服務品質及服務涵蓋率 | | | | | | |
| | 2. 推動孕產婦心理健康促進工作 | | | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> (1) 持續發展並擴大宣導孕產婦心理健康衛教資源 (2) 推動孕產婦心理健康支持方案(新增) (3) 建立孕產婦周產期心理健康服務轉介機制及辦理醫療服務網絡人員教育訓練(新增) | | | | | | 心理健康司、國健署、醫事司及照護司(國健署：協助於孕產衛教中，納入產後憂鬱、心理健康促進等資訊；醫事司及照護司：推動) |
| | 3. 推動兒童、青少年及年輕族群心理健康促進工作 | | | | | | 心理健康司、教育部、直轄市、縣(市)政府 |
| | <ul style="list-style-type: none"> (1) 推動親職教育推廣方案，落實校園親職教育課程，強化家庭教育及親職功能 | | | | | | |

| 執行策略 | 工作項目 | | | | | | 執行機關(單位) |
|-----------------|--|--|--|-------------------------------|-------|-------|---|
| | 2025年 | 2026年 | 2027年 | 2028年 | 2029年 | 2030年 | |
| | (2) 落實學校三級輔導機制，針對學生提供心理評量、支持、轉介及諮商輔導服務 | (3) 持續推動校園學生健康上網之學習環境，過濾不當資訊傳播，養成健康網路使用習慣 | (4) 建立及推動學校教職員及輔導人員教導或輔導學生時應用心理評估量表及轉介機制 | (5) 推動及發展多元化之年輕族群心理健康支持方案(新增) | | | |
| | 4. 推動職場心理健康促進工作 | | | | | | 勞動部、經濟部、人事總處、教育部、國防部、警政署、消防署、心理健康司 |
| | (1) 落實各場域之員工協助方案(EAPs)，建立社區資源之合作及轉介機制 | (2) 跨部會(局處)合作，於辦理職前及在職相關訓練或失業勞工之就業服務時，融入心理健康衛教、心理評估量表應用及轉介機制 | (3) 辦理職場職業安全衛生人員與就業服務相關人員之心理健康及憂鬱症轉介繼續教育訓練 | | | | |
| | 5. 推動高齡者心理健康促進工作 | | | | | | |
| | (1) 續發展並擴大宣導高齡者心理健康衛教資源 | (2) 跨部會(局處)合作，於辦理高齡者社區課程及活動時，融入心理健康衛教、心理評估量表應用及轉介機制 | (3) 辦理各類社區高齡服務人員之心理健康及憂鬱症轉介相關繼續教育訓練(新增) | (4) 發展與推動高齡者心理健康支持方案(新增) | | | 心理健康司、長期照顧司、社會救助及社工司、社會及家庭署、國民健康署、教育部、國軍退除役官兵輔導委員會、原住民族委員會、各縣(市)政府衛生局 |
| (二) 推動特定 | 1. 推動原住民心理健康促進服務 | | | | | | 心理健康司、原住民族委員會 |
| | (1) 持續發展並擴大宣導原住民族心理健康衛教資源 | | | | | | |

| 執行策略 | 工作項目 | | | | | | 執行機關(單位) |
|-------------------------|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------------------------|
| | 2025 年 | 2026 年 | 2027 年 | 2028 年 | 2029 年 | 2030 年 | |
| 人口群心理健康服務方案，建立評估及轉介機制 | (2) 跨部會(局處)合作，於辦理原民相關活動時，融入心理健康衛教、心理評估量表應用及轉介機制 | | | | | | |
| | (3) 推動原住民心理健康促進方案 | | | | | | |
| | 2. 推動身心障礙者心理健康促進服務 | | | | | | 社家署、社工司 |
| | (1) 推動各縣市辦理身心障礙者宣導活動時，提供心理健康衛教資訊 | | | | | | |
| | (2) 建立身心障礙者接受福利服務時，融入心理健康衛教、心理評估量表應用及轉介機制 | | | | | | |
| | (3) 辦理社工人員相關養成訓練及持續教育時，納入心理評估評量應用與轉介機制 | | | | | | |
| | 3. 發展癌症病友心理健康衛教資源及建立以家庭為中心之心理照護指引(新增) | | | | | | 心理健康司、國健署(協助宣導及推動指引) |
| | 4. 發展新住民心理健康衛教資源並推動心理健康促進服務(新增) | | | | | | 心理健康司、內政部移民署(將心理健康促進素材納入服務中) |
| | 5. 發展多元性別心理健康服務宣導素材並推動多元性別心理健康促進服務 | | | | | | 心理健康司 |
| | 6. 特殊風險族群心理健康方案(新增) | | | | | | 心理健康司 |
| (三) 提升民眾自殺防治意識，強化自殺防治效能 | 1. 全面性策略：促進全體民眾心理健康，完善自殺通報機制 | | | | | | (1)(2)心理健康司、直轄市、縣(市)政府 |
| | (1) 委託設立全國自殺防治中心，辦理自殺防治法第9條所定事項 | | | | | | (3) 教育部、勞動部、法務部、長照司、社工司、社家署 |
| | (2) 持續發展並擴大宣導自殺防治衛教資源，並強化數位學習管道 | | | | | | (4) 心理健康司、農業部、內政部【警政署、國土管理 |
| | (3) 跨部會(局處)合作，於辦理各項訓練及活動時，融入自殺防治衛教及應用心理評估量表及轉介機制 | | | | | | |
| | (4) 建立高致命性自殺方式及工具之防治機制 | | | | | | |
| | (5) 協助業者建立報導自殺新聞自律機制及落實地方 | | | | | | |

| 執行策略 | 工作項目 | | | | | | 執行機關(單位) |
|-----------------------|---|-------|-------|-------|-------|-------|---|
| | 2025年 | 2026年 | 2027年 | 2028年 | 2029年 | 2030年 | |
| | 政府依自殺防治法之裁處原則 (6) 推動文化政策納入自殺防治及心理健康促進，鼓勵相關產業發展 | | | | | | 署】、經濟部、直轄市、縣(市)政府 (5)心理健康司、國家通訊傳播委員會 (6)文化部 |
| | 2. 選擇性策略：提升自殺求助管道之可近性及普及性，健全高風險群之評估、篩檢及轉介機制 (1) 持續提供 1925 安心專線服務並結合應用科技發展多元化服務模式，提升服務量能及品質 (2) 各類機構提供服務時應針對自殺高風險群進行心理評量及轉介，並納入評鑑或督考項目 (3) 推動社區自殺防治守門人教育訓練及種子師資培育 | | | | | | 心理健康司、醫事司、長照司、社家署、直轄市、縣(市)政府 |
| | 3. 指標性策略：針對自殺通報個案及遺族等，提供專業介入及成效評估 (1) 提供自殺通報個案(含遺族)關懷訪視服務(強化社會安全網計畫) (2) 強化自殺關懷訪視員之關懷訪視服務效能 (3) 規劃及推動特殊群體之自殺防治方案及成效評估 (4) 持續優化自殺通報系統功能 | | | | | | 心理健康司、直轄市、縣(市)政府 |
| (四) 強化災難心理衛生，提升國人心理韌性 | 1. 持續強化災難心理衛生服務體系與網絡，推動整備、應變及復原重建之災難心理衛生工作 2. 持續辦理災難心理衛生人員及救災人員之災難心理健康教育訓練及訂修教材 3. 發展提升國人心理韌性方案及推動重大災難事件之心理支持方案 | | | | | | 心理健康司、直轄市、縣(市)政府、國防部、消防署、警政署 |
| 二、發展連續性精神照護網絡 | | | | | | | |
| (一) 充實精神照護資 | 1. 成立精神疾病防治諮詢會，邀請精神衛生專業人員、法律專家、病人、病人家屬或病人權益促進團體代表及各目的事業主管機關代表，提供心理健康 | | | | | | 心理健康司 |

| 執行策略 | 工作項目 | | | | | | 執行機關 (單位) |
|--|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------------------|
| | 2025 年 | 2026 年 | 2027 年 | 2028 年 | 2029 年 | 2030 年 | |
| 源，提升 機構照護 服務品質 | 促進、精神疾病防治、精神病人權益保障與社區支持等政策規劃事項之諮詢 | | | | | | |
| | 2. 強化精神照護體系，管控精神照護資源 (1) 盤點並滾動檢討精神照護資源需求及機構設置標準，加強機構及人員管理 (2) 推動精神醫療網區域輔導計畫，強化區域內精神醫療專業人員訓練及服務網絡連結 (3) 強化精神照護機構公共安全，確保服務對象人身安全(身心障礙照顧服務資源布建計畫) | | | | | | 心理健康司、醫事司 |
| | 3. 發展兒童青少年精神醫療資源(新增) (1) 充實兒童精神醫療照護資源，培育兒童精神醫療人力 (2) 設置兒童青少年心智病房，發展工作指引及治療模式。(優化兒童醫療服務計畫) (3) 推動嚴重情緒行為身心障礙者外展醫療服務，發展精神病早期介入模式(身心障礙照顧服務資源布建計畫) | | | | | | 心理健康司、醫事司、健保署、教育部、社家署 |
| | 4. 精進精神照護機構評鑑制度 (1) 研修精神照護機構評鑑基準，完善精神照護機構評鑑制度 (2) 建立精神照護機構評鑑追蹤輔導機制，確保機構服務品質 | | | | | | 心理健康司、直轄市、縣(市)政府 |
| (二) 檢討精神 病人強制 治療業 務，精進 強制治療 服務品質 | 1. 配合精神衛生法修正，檢討精神疾病嚴重病人強制住院、強制社區治療審查制度及審查會運作機制 | | | | | | 心理健康司、司法院、直轄市、縣(市)政府 |
| | 1. 配合強制住院改採法院裁定，協助推動專家參審制(新增) (1) 專家參審制度相關法規命令研修(訂) (2) 配合法院審理強制住院案件，研修相關行政流程及表單文件(新增) | | | | | | 心理健康司 |

| 執行策略 | 工作項目 | | | | | | 執行機關(單位) |
|----------------------------------|--|-------|-------|-------|-------|-------|---|
| | 2025年 | 2026年 | 2027年 | 2028年 | 2029年 | 2030年 | |
| | 2. 精進精神醫療機構強制治療品質(新增) (1) 盤點並補助指定精神醫療機構軟硬體資訊設備，提升強制住院審查效能(新增) (2) 強化指定精神醫療機構及指定醫師教育訓練 | | | | | | 心理健康司 |
| | 3. 檢討強制處置費用支付要點，建立合理支付標準(新增) | | | | | | 心理健康司 |
| (三) 強化精神病人前端預防服務，建立緊急精神醫療處置機制 | 1. 建立精神病人風險預警機制，強化風險個案管理及追蹤(新增) (1) 建立精神病人風險預警平台及發展風險預警模組 (2) 強化風險個案早期介入及追蹤管理 | | | | | | 心理健康司 |
| | 2. 強化社區緊急精神醫療處置機制，即時處理疑似或精神病人危機事件 (1) 成立精神疾病緊急處置諮詢專線，建立護送就醫參考指引 (2) 建立全國精神照護指揮中心，督導地方政府建立24小時緊急精神醫療處置機制(新增) (3) 再造及優化精神照護資訊管理系統，精進社區精神病人個案管理及跨網絡資料串連整合 | | | | | | 心理健康司、保護司、長照司、社家署、健保署、內政部【警政署、消防署】、法務部、直轄市、縣(市)政府 |
| | 3. 推動兒童及青少年常見精神疾病個案之心理健康促進 (1) 持續辦理兒童及青少年常見精神疾病之衛教推廣計畫 (2) 研製及更新增進家長及教師對常見精神疾病孩童之教養技巧之心理健康知能課程，建立家長及教師心情評量與轉介服務機制 (3) 補助民間團體辦理親職講座、教師教育訓練、親子團體及家長成長團體及製作兒童及青少年常見精神疾病等衛教資源 | | | | | | 心理健康司、直轄市、縣(市)政府、教育部(於校園宣導兒少常見精神疾病及辦理教師教育訓練) |
| (四) 健全精神 | 1. 推動整合型心理健康工作計畫，督導地方政府落實精神衛生法各項法定業務 | | | | | | 心健司、直轄市、縣(市)政府 |

| 執行策略 | 工作項目 | | | | | | 執行機關(單位) |
|-------------------|---|-------|-------|-------|-------|-------|----------------------------------|
| | 2025年 | 2026年 | 2027年 | 2028年 | 2029年 | 2030年 | |
| 病人社區服務網絡，充實社區支持資源 | 2. 發展精神病個案社區服務模式，健全服務網絡。(強化社會安全網計畫) (1) 督導地方政府布建社區心理衛生中心，充實心理衛生專業人力(新增) (2) 強化精神病人關懷訪視效能，整合及連結社區個案服務資源 (3) 結合社區精神醫療機構，提供社區(疑似)精神病人醫療外展服務 | | | | | | 心健司、直轄市、縣(市)政府 |
| | 3. 落實通報精神病病人出院準備計畫，銜接社區治療及支持服務 (1) 督導醫療機構落實出院準備計畫，妥善銜接社區服務體系 (2) 推動精神科病人出院後急性後期照護服務，銜接社區關懷訪視，提供連續性照護服務(新增) (3) 擴大推動長效針劑服務方案，降低精神病人復發風險 | | | | | | 心理健康司、醫事司、健保署、國健署、直轄市、縣(市)政府 |
| | 4. 發展多元社區照護模式，布建社區支持資源，支持病人於社區生活 (1) 發展及推動精神病人多元化社區支持服務，協助復歸社會。(強化社會安全網、身心障礙照顧服務資源布建計畫)(新增) (2) 獎勵、補助機構、法人或團體，提供精神病人社區支持及復健服務 (3) 強化精神病人支持性及庇護性就業，提升具復健潛能個案就業比率 (4) 協助出院精神疾病學生就學銜接、返校適應及關懷穩定就醫 | | | | | | 心理健康司、社家署、長照司、勞動部、教育部、直轄市、縣(市)政府 |
| (五) 強化病人權益 | 1. 加強各類照護機構及衛生行政機關人員有關精神疾病權益保障及身心障礙權利公約識能(新增) | | | | | | 醫事司、心理健康司 |

| 執行策略 | 工作項目 | | | | | | 執行機關(單位) |
|-----------------------------|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|--|
| | 2025 年 | 2026 年 | 2027 年 | 2028 年 | 2029 年 | 2030 年 | |
| 保障・推動精神疾病去汙名化 | 2. 強化精神病人權益保障 (1) 督導各縣市政府建立公設保護人制度，強化保護人知能及提供支持服務(新增) (2) 提供嚴重病人緊急安置期間必要法律扶助(新增) | | | | | | 心理健康司、直轄市、縣(市)政府 |
| | 3. 提升民眾及政府機關對精神疾病正確認知，推動去汙名化 (1) 結合各目的事業主管機關及地方政府，監測並防止各類精神照護機構或媒體對於精神疾病或精神病人之歧視事項 (2) 結合地方政府及民間團體，推展精神病人去汙名化活動 | | | | | | 心理健康司、社家署、內政部【民政司、合作及人民團體司】、國家通訊傳播委員會、直轄市、縣(市)政府 |
| | 4. 鼓勵文創產業，協力製作相關宣導短片、微電影及創意宣導活動 | | | | | | 文化部、心理健康司(協辦) |
| 三、提升多元化成癮治療量能 | | | | | | | |
| (一) 強化毒品危害防制中心服務效能，深化追蹤輔導品質 | 1. 強化毒品危害防制中心服務效能，深化追蹤輔導品質(新世代反毒策略) (1) 增補個案管理及行政人力，降低案量比至 1：30 (2) 持續精進毒防中心個案管理服務模式及工作手冊(含處遇評估工作及記錄表單) (3) 優化毒防中心服務系統，強化個案管理服務及處遇資源管理之行政效能 | | | | | | 直轄市、縣(市)政府 心理健康司 |
| | 2. 提升個案管理人員專業知能，深化服務品質 (1) 編修毒防中心教育訓練課程規章制度及教材，建立個案管理人員培訓制度，並研議個案管理人員久任機制 (2) 依個案管理人員需求，辦理毒品防治議題教育訓練及工作坊，提升專業知能與服務品質 (3) 建立個案資源管理與轉介機制，及個案管理服務品質評核機制，確保追蹤輔導服務品質 | | | | | | 心理健康司、社工司、保護服務司、直轄市、縣(市)政府 |

| 執行策略 | 工作項目 | | | | | | 執行機關(單位) |
|---------------------------------|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---|
| | 2025 年 | 2026 年 | 2027 年 | 2028 年 | 2029 年 | 2030 年 | |
| | 3. 促進藥癮防治共識，強化資源整合及連結，完善藥癮服務網絡 (1) 建立跨局處、跨公、私部門之協商與合作機制，落實推動地方反毒工作 (2) 編製衛教素材，並透過多元宣導方式，提升民眾成癮防治識能，與個案及家屬求助意識 (3) 辦理毒防中心標竿學習及共識會議，促進相互交流與觀摩學習，形塑毒防中心公共衛生與社福處遇之專業服務形象 (4) 提升本部毒品危害防制中心諮詢專線效能 | | | | | | 心理健康司、社工司、保護服務司、勞動部、教育部、直轄市、縣(市)政府 |
| (二) 完善毒藥物成癮治療服務體系，充實成癮醫療復健量能 | 1. 推動 114-117 新世代反毒策略行動綱領各項戒毒行動方案(新世代反毒策略) (1) 提升多元藥癮醫療服務質量，建構緩起訴社區分流處遇系統 (2) 建置國家級成癮醫療政策轉譯與研究推行中心，提升藥癮治療及處遇研究與人才培訓質量 (3) 深化多元安置型藥癮處遇與社區復健服務質量。 (4) 強化毒品危害防制中心追蹤輔導效能 (5) 建立以家庭為中心之家庭支持服務，促進藥癮者重返家庭 (6) 深化施用毒品者就業服務，連結網絡資源以促進就業 (7) 提升矯正機關藥癮醫療服務質量，建立復歸轉銜機制 (8) 發展毒品犯多元處遇及協助方案 | | | | | | 心健司、社工司、社家署、勞動部、法務部(部本部、矯正署)、直轄市、縣(市)政府 |
| | 2. 強化成癮防治服務網絡與處遇服務管理機制 (1) 強化及完善藥癮醫療、處遇及相關機構之管理、補助及獎勵機制，促進成癮專業服務發展與品質提升 (2) 辦理跨部會或跨領域專家會議、研討會等，強化 | | | | | | 心理健康司 |

| 執行策略 | 工作項目 | | | | | | 執行機關 (單位) |
|---|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---|
| | 2025 年 | 2026 年 | 2027 年 | 2028 年 | 2029 年 | 2030 年 | |
| | 服務網絡之整合與共識 (3) 廣續辦理藥癮治療費用補助，並滾動檢討補助機制，降低個案醫療經濟負擔 | | | | | | |
| | 3. 優化及擴大成癮個案醫療及處遇資訊系統功能，建立成癮防治政策之實證基礎 (1) 優化成癮處遇資訊系統及強化系統資訊科技設備，串聯並整合法務、警政及健保等系統之成癮個案資訊，提升藥癮醫療及處遇服務效能 (2) 鼓勵成癮防治之學術及臨床研究，建立成癮與其相關共病流行病學資料，掌握成癮問題圖像 | | | | | | 心健司、健保署、 警政署、法務部、 國衛院 |
| (三) 推廣酒癮 疾病識 能，提升 酒癮治療 服務量能 (新增) | 1. 規劃多元有效酒癮治療方案，強化酒癮治療效能 (1) 建立酒類飲品使用情形調查機制，提供過量飲酒數據，研擬酒精健康使用指標 (2) 發展酒癮治療模式，獎勵酒癮治療之臨床研究，促進我國酒精成癮醫學學術與臨床發展及政策轉譯，強化酒癮治療成效 (3) 完善酒癮治療費用補助機制，降低個案醫療經濟負擔，提升治療動機 | | | | | | 國健署 國衛院 心理健康司 心理健康司 |
| | 2. 強化酒癮治療網絡共識，提升酒癮治療服務量能 (1) 加強培訓治療人員專業知能，提升醫療機構及處遇人員之酒癮治療共識 (2) 盤點酒癮治療服務量能，均衡酒癮治療資源布建 (3) 針對醫療缺乏地區研擬篩檢、治療及轉介方案，提升服務之普及性 (4) 持續強化酒癮治療及處遇服務網絡，強化酒癮治療服務量能 | | | | | | 法務部(部本部)、交 通部、直轄市、縣 (市)政府、心理健康 司 |
| | 3. 成立酒癮防治中心，推廣全民酒精及酒癮疾病正確識能 (1) 戒酒與酒害知識宣導推廣，強化酒癮防治意識 (2) 建立社區篩檢及轉介機制，促進早期發現早期治 | | | | | | 心理健康司 |
| | | | | | | | |

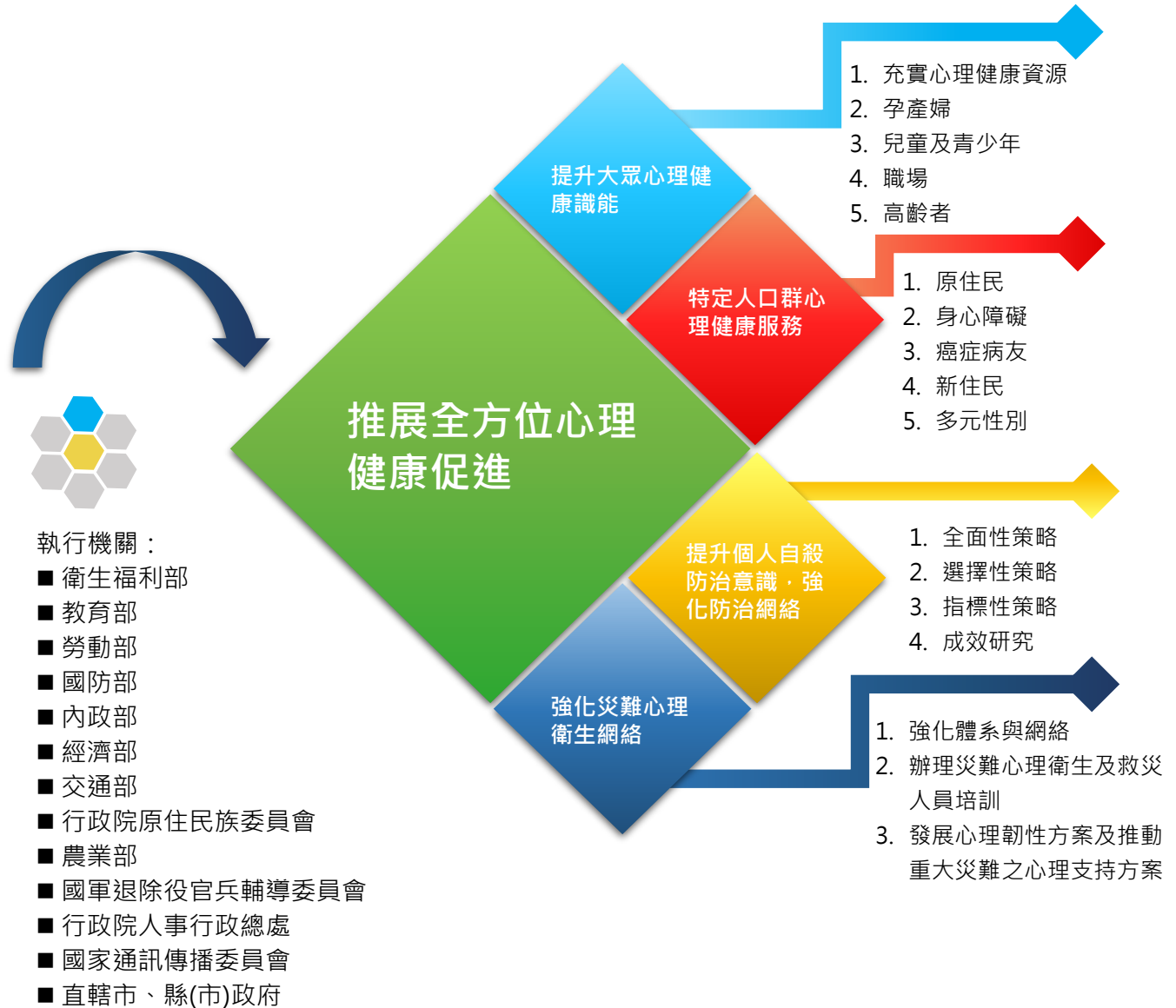
| 執行策略 | 工作項目 | | | | | | 執行機關(單位) |
|--|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|--------------------------------|
| | 2025 年 | 2026 年 | 2027 年 | 2028 年 | 2029 年 | 2030 年 | |
| | 療 (3) 推展酒癮防治研究，提升酒癮治療服務品質及量能 | | | | | | |
| (四) 提升網路 使用健康 識能，建 立網路成 癮防治機 制 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 持續宣導健康使用網路概念，提升全民(含學生)網路使用健康識能。 2. 發展網路成癮防治之衛教素材，提供教育部培育各級學校相關人員使用。(新增) 3. 建立網路成癮預防、評估、輔導及轉介機制。(新增) 4. 發展嚴重網路成癮個案(含長期曠課、輟學)之服務機制及方案。(新增) 5. 委託設立網路成癮防治中心，推動研究、發展指引、人才培育及宣導等整合性網癮防治工作。(新增) | | | | | | 心理健康司、教育部(校園宣導網癮防治及配合參與相關教育訓練) |
| 四、精進家暴及性侵害加害人評估處遇，減少再犯 | | | | | | | |
| (一) 強化家暴 加害人處 遇計畫， 發展多元 有效處遇 方案 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 強化法院家暴加害人處遇計畫認知，提升處遇計畫保護令裁定率 2. 開發多元家庭暴力加害人處遇模式 3. 持續提供男性關懷專線服務及推動家暴相對人服務方案 | | | | | | 心理健康司、保護服務司 |
| (二) 精進性侵 害加害人 處遇評估 制度，結 合網絡強 化社區監 控機制 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 研發性侵害加害人再犯危險分級評估工具，結合警察、觀護及社福體系強化社區監控機制 2. 發展加害人多元社區處遇模式，提升社區處遇品質 3. 精進性侵害加害人刑後強制治療模式，發展刑後強制治療參考指引 | | | | | | 心健司、保護服務司、法務部、警政署 |

| 執行策略 | 工作項目 | | | | | | 執行機關(單位) |
|------------------------------|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------------------------------|
| | 2025年 | 2026年 | 2027年 | 2028年 | 2029年 | 2030年 | |
| (三) 強化加害人處遇量能，優化加害人處遇系統 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 提升加害人評估小組運作效能，建立再犯危險評估共識 2. 研修處遇及評估人員教育訓練基準，培育處遇專業人員並提升專業知能 3. 增修加害人處遇系統功能，開發處遇人員管理系統 4. 查核加害人處遇系統資料登錄，提升資料庫即時性及完整性 5. 介接跨部會資訊系統，定期分析處遇方案成效 | | | | | | 心健司、矯正署、移民署、警政署、矯正署、法務部(刑事系統) |
| (四) 發展跟蹤騷擾行為人治療性處遇機制 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 發展治療性處遇計畫鑑定及本土化處遇模式 2. 辦理治療性處遇計畫鑑定及處遇執行人員教育訓練，強化處遇品質 | | | | | | 心健司、保護服務司、醫事司 |
| (五) 精進被害人醫療服務品質及量能 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 持續提升醫事人員保護性案件通報敏感度及驗傷採證品質，確保被害人司法權益 2. 督導縣市布建保護性個案驗傷採證醫療機構資源，建構醫療服務網絡 | | | | | | 心健司、醫事司 |
| 五、健全司法精神鑑定制度，完善監護處分資源 | | | | | | | |
| (一) 充實司法精神醫療資源、深化司法精神醫療服務 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 優化司法精神鑑定制度，提升鑑定品質 2. 強化司法精神鑑定專業人才培植，提升服務量能 3. 滾動檢討司法精神鑑定及監護處分費用支付標準，鼓勵專業人才投入 | | | | | | 心理健康司、法務部 |
| (二) 設置司法精神病房，發展 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 跨部會合作設置司法精神病房，專責收治受監護處分個案 2. 培力司法精神醫療專業人力及發展本土化司法精神醫療處遇模式，提升監護處分服務品質、量能及處 | | | | | | 心理健康司、法務部 |

| 執行策略 | 工作項目 | | | | | | 執行機關(單位) |
|--|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------------|
| | 2025 年 | 2026 年 | 2027 年 | 2028 年 | 2029 年 | 2030 年 | |
| 司法精神 醫療處遇 模式 | 遇成效 | | | | | | |
| (三) 銜接司法 體系個案，建立 社區支持 機制 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 強化刑事司法與衛生體系之轉銜機制，落實個案社區轉銜服務。 2. 深化出矯正機關及監護處分處所精神病人之個案服務，提升服務量能。 | | | | | | 心理健康司、法務部 |
| 六、建構運用科技及具實證基礎之心理健康建設 | | | | | | | |
| (一) 定期調查 國人心理 健康狀況，建立 政策實證 基礎 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 進行國人心理健康及精神疾病調查研究，建立政策實證基礎，並滾動修正我國心理健康及精神疾病防治政策(新增) 2. 建立心理健康、精神疾病治療及各類處遇、服務方案之成效評估機制(新增) | | | | | | 心理健康司、國衛院 |
| (二) 推動國際 合作，增加 國際能 見度 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 積極參與心理健康相關議題之國際論壇與研討會，交流心理健康相關政策，掌握國際趨勢，提升專業新知 2. 辦理心理健康相關議題之國際論壇與研討會，拓展國際人脈，布建國際友我網絡 3. 推動國際人才培訓交流，發展跨國專業人才培訓制度，精進我國心理健康專業知能 | | | | | | 心理健康司、國際合作組 |

四、執行方法

第一節 推展全方位心理健康促進



第一大策略及執行方法圖



(一) 提升大眾心理健康識能，推動涵蓋各生命週期之心理健康促進

1. 持續發展心理健康服務資源 (執行單位：心健司、各直轄市、縣(市)政府、教育部、內政部警政署)

需要持續發展國內的心理健康服務，包括與地方政府合作，強化心理衛生服務體系與網絡；結合心理衛生專業團體持續發展並擴大宣導多元心理健康衛教資源，推動不同生命週期之心理健康服務方案。

為加強心理健康的宣導和普及心理健康資源，深化社區支持及應變能力，將與民間團體合作引進心理健康急救課程(Mental Health First Aid, MHFA)，並與教育部及內政部警政署協力推動，提升心理衛生人員、學校教職員及警政單位人員對心理健康議題之辨識、處置及轉介識能。並規劃於 2026 年委託成立全國心理健康專家團隊，協助蒐集國際間已推行之心理健康促進措施，並進行經驗汲取及政策轉移及轉譯，發展本土化之心理健康促進方案，並協助地方政府及各部會機關推動，以提升國內心理健康促進資源及導引資源適當分配及投入。

另，可協助跨部會培訓不同議題的心理健康促進種子師資，協助各部會於各場域推動心理健康。並持續強化心理師專業發展，提升服務品質及服務涵蓋率。

2. 推動孕產婦心理健康促進工作(執行單位：心健司、國健署及照護司)

為提升大眾之孕產婦心理健康識能，與各單位或民間團體合作，持續發展孕產婦心理健康衛教資源，如影音、短影音、圖卡及單張等，並透過多元管道

擴大宣導，提升孕產婦、家屬及一般民眾使用之可近性及使用效益。提升「孕婦手冊」孕產婦心理健康促進之功能，編入心情評量表(如：BSRS-5、愛丁堡憂鬱症評估量表、PHQ-2 及 PHQ-9 等)、社區心理衛生中心電話、婦女身心門診資訊及各項心理支持服務資訊，俾利有需求之孕產婦及時得到妥善協助。

推動孕產婦心理健康支持方案，協助孕產婦於接受產檢、產後回診及兒童預防保健服務時，進行心理健康評估。發現結果異常時提供心理支持，必要時轉介至相關醫療機構或社區心理衛生中心，由心理專業人員進行評估、諮商、治療及追蹤。

同時，為提供使用者友善之心健康服務，與各單位及相關專業團體合作，建立孕產婦周產期心理健康服務轉介機制及標準化流程，快速提供服務並減少相關專業人員之行政負擔。

另為提升服務品質，於辦理孕產婦服務網絡醫療人員(婦產科、小兒科、衛生所及產後護理機構等)相關繼續教育訓練時，納入使用心情評量表、轉介能力及敏感度課程。

3. 推動兒童、青少年及年輕族群心理健康促進工作 (執行單位：心健司、教育部、直轄市、縣(市)政府)

依據《家庭教育法》第 13 條推動親職教育推廣方案，落實校園家庭教育課程，強化家庭教育及親職功能，並積極營造校園學生健康上網之學習環境，過濾不當資訊傳播，養成學生健康網路使用習慣。

落實學校三級輔導機制，針對情緒困擾學生提供心情評量、支持、轉介及

諮商輔導服務，建立學校教職員及輔導人員教導或輔導學生時，進行心情評量及轉介之機制，並於全國各級學校推動。學校教職員及輔導人員於教導或輔導學生時，提供心理支持及進行心情評量，發現心情評量結果異常，適時提供輔導與關懷，必要時轉介社區心理衛生中心，由心理專業人員進行評估、諮商及追蹤，並於學校教職員及輔導人員相關繼續教育訓練時，納入使用心情評量表、轉介能力及敏感度課程。

持續推動年輕族群心理健康支持方案，鼓勵年輕族群勇於求助，幫助其自我覺察、面對問題及解決問題，並發展多元求助管道，加強心理健康服務資源可近性。

4. 推動職場心理健康促進工作（執行單位：心健司、勞動部、人事行政總處、教育部、國防部、內政部警政署及內政部消防署）

依據《職業安全衛生法》雇主須健全職業病預防體系，強化勞工生理及心理健康之保護。結合跨部門資源共同促進勞工心理健康，落實推動各場域之員工協助方案(Employee Assistance Programs，簡稱 EAPs)，包括勞工、軍公教人員、移工及青少年員工等，提供社區心理衛生中心及心理衛教等相關資訊，建立與心理專業人員或社區心理衛生中心之合作及轉介機制，針對有心理諮商需求員工視意願轉介心理專業人員或社區心理衛生中心，強化職場心理衛生。於員工協助方案施行過程中，提供心理支持及進行心情評量，發現心情評量結果異常，轉介心理專業人員或社區心理衛生中心，由心理專業人員進行評估、諮商及追蹤。

將心理健康知識納入職業訓練課程，強化職場工作者心理健康識能。由本部提供相關課程、教材、衛教單張及師資資料庫供參考運用，並請就業服務單位辦理勞工職業訓練時，將心理健康知識課程納入訓練課程。

就業服務單位於協助失業勞工就業時，視勞工需要進行心情評量，適時及依勞工需求轉介社區心理衛生中心進一步評估及心理諮商服務。

5. 推動高齡者心理健康促進工作 (執行單位：心健司、長照司、社工司、社家署、國健署、教育部、輔導會、原民會及各直轄市、縣(市)政府)

持續發展並擴大宣導高齡者心理健康衛教資源，運用實體、平面、社群媒體及影音平台(如 podcast、Youtube、媒體 APP)等多元宣傳介面，以高齡者、其家庭成員及社區民眾等區分受眾，設定各類受眾關切之老人心理健康及憂鬱症防治之核心議題，將衛教資源進行整合式帶狀製播及露出，促進老人心理健康識能並減少老年憂鬱症汙名化效應。

結合縣市政府相關局處及在地組織(如社區發展協會、社區照顧關懷據點、老人會)、樂齡學習中心、社區大學、榮譽國民之家、原住民族文化健康站、部落社區健康營造中心等，於辦理老人社區課程、老人健康促進及活躍老化等活動內容，融入心理健康衛教資訊、提供心理支持，並應用心理評估量表，必要時轉介社區心理衛生中心，由專業人員進行評估、諮商及追蹤。另於各類社區高齡服務人員(社區照顧關懷據點志工、社區組織團體志工、樂齡學習中心人員、社區大學人員等)之教育訓練課程內容，納入並強化老人心理健康及憂鬱症防治相關知能。

針對高風險或亞健康老人（久病、獨居、失能、老老照顧或有長期照顧需求者）辦理「高齡者心理健康支持方案」，擴大提供免費心理諮商（治療）次數，協助其調適心理壓力與負面情緒，並補助縣市政府結合相關局處之關懷訪視、居家服務、相關專業人員及社區組織團體志工，提升到宅心理協談、心理諮詢或資源連結服務之時數，強化連結現有體系資源及跨網絡合作品質。

6. 經費需求及編列基準：

(1)強化心理衛生服務體系與網絡，提升心理健康服務之可近性：2026 年成立

全國心理健康專家團隊，需 21,000 千元(含 500 千元資本門)，逐年 5%成長估算，2027 年為 22,050 千元（含 500 千元資本門）、2028 年為 23,150 千元（含 500 千元資本門）、2029 年為 24,310 千元（含 500 千元資本門）、2030 年為 25,530 千元（含 500 千元資本門）。

(2)持續發展並擴大宣導多元心理健康衛教資源：每年製作包含兒童、青少年、孕產、高齡者等不同生命週期之多元心理健康衛教，包含心理健康圖卡、單張，系列影音，及編製衛教出版品等，2025 年需 11,500 千元，2026 年至 2030 年需 16,000 千元，6 年計需 91,500 千元。

(3)數位心理健康資源平台：系統功能新增及系統維運需 2,500 千元（資本門）、課程素材編製 20 堂，需 2,000 千元；平台推廣(召開會議及辦理推廣活動等)，需 1,500 千元；。每年共需 6,000 千元(含資本門 2,500 千元)，六年計需 36,000 千元(含資本門 15,000 千元)。

(4)結合心理衛生專業團體，推動不同生命週期之心理健康服務方案：推動心理

健康政策與心理衛生專業團體合作之開會、委辦行政費用、系統建置規劃、系統建置費用，2025 年規劃委辦計畫 5,000 千元、2026 年委辦計畫及系統規劃 7,000 千元、2027 年系統建置 17,000 千元、2028 年系統建置優化 17,000 千元、2029 年系統營運維護 9,000 千元、2030 年系統營運維護 9,000 千元，6 年計需 64,000 千元。

(5)培訓心理健康促進種子師資所需費用：2025 年規劃培訓網癮防治種子教師，預計每名訓練費 2 千元，估列 135 人，每年共需 3,000 千元，6 年計需 18,000 千元（每年度培訓主題視當前重大政策需求調整）。

(6)引進心理健康急救課程(MHFA)：每人訓練費 3,500 元，預計訓練關訪員、心衛社工、警察、輔導老師等，共 1,920 人，每年共需 6,700 千元，6 年計需 40,200 千元

(7)強化心理專業發展：建立示範心理機構 3 家，由相關專家協助建立標準化臨床服務流程、強化醫學倫理，提升心理服務品質，2025 年計需 3,000 千元，6 年計需 18,000 千元。

(8)孕產婦心理健康支持方案：醫事人員篩檢費 100 元/人次，每年約需 27,000 千元(活產數 135,000*100*2 次)；轉介風險者就醫轉介費 450 元，補助風險者心理諮商服務費 8 千元，每年約需 103,275 千元(活產數 135,000*發生率 20%*轉介成功率 25%*8,000+活產數 135,000*發生率 20%*主動求助率 20%*8,000)；補助各縣市 1 名行政人力處理審查及核銷事宜，需 15,400 千元。推動本方案每年計需 145,675 千元，6 年需 773,375 千元。(2025 年暫

依提報概算數編列)

(9)孕產相關醫事人員教育訓練：建立轉介流程 500 千元，每年辦理醫事人員教育訓練，每人 2 千元，訓練 4,500 人，每年需 2,000 千元，6 年計需 12,000 千元。

(10)年輕族群心理健康支持方案：以國發會高推估之 2025-2030 各年 15-30 歲人口數（依序為 394 萬、381 萬、373 萬、360 萬、355 萬及 348 萬人）*WHO 推估青少年心理問題盛行率（以 10% 估算）*求助率（10%）*每人 4.8 千元估算，各年所需費用為 189,215 千元、183,282 千元、179,188 千元、173,140 千元、170,529 千元、167,322 千元；補助各縣市 1 名行政人力處理審查及核銷事宜，需 15,400 千元。推動本方案 6 年計需 1,155,076 千元。

(11)就業服務納入心理健康促進：委託編製及推動適合就業服務之心理測驗一式，需 1,000 千元，6 年計需 6,000 千元。

(12)高齡者社區課程及活動納入心理健康促進及教育訓練：委託民間單位辦理研發及推廣衛教方案，每年委託 2 案，需 4,000 千元；每年訓練網絡相關服務人員達 1 萬人次，需 2,000 千元，6 年共需 36,000 千元。

(13)高齡者心理健康支持方案：補助 65 歲以上高齡者免費心理諮商，每年預計提供 5,000 人，每次 2,000 元，每人至多 3 次，需 30,000 千元；補助地方政府個管人力，提供協談、訪視及資源連結服務，每年需 18,000 千元；本方案行政庶務及核銷審查事務人員，每年需 2000 千元，6 年共需

300,000 千元。

7. 綜上，本項工作經費由公務預算支應，2025 年為 343,815 千元（含資本門 2,500 千元）、2026 為 466,057 千元（含資本門 3,000 千元）、2027 年為 473,013 千元（含資本門 13,000 千元）、2028 年為 468,065 千元（含資本門 13,000 千元）、2029 年為 458,614 千元（含資本門 7,000 千元）、2030 年為 456,627 千元（含資本門 7,000 千元），6 年計需 2,666,191 千元（含資本門 45,500 千元）。



(二) 推動特定族群心理健康服務方案，建立高風險個案評估及轉介機制

1. 推動原住民族心理健康促進工作（執行單位：心健司、照護司及原民會）

廣續推動「原住民族心理健康促進計畫」，強化原鄉文化與心理衛生專業的交流，培育更多符合原鄉需求的專業心理衛生工作人員，並透過兒童課後輔導、部落假日教室等活動，提升部落兒童對族群文化之認同與心理衛教，強化其自信、心理韌性及心理健康識能。

推廣原住民族心理衛生服務，強化原住民族心理健康識能，建立原住民族心情評量與轉介機制，透過文化健康站及部落社區健康營造中心推動健康部落活動，於輸送原住民族心理健康服務時進行心情評量，發現心情評量結果異常時提供心理支持，必要時轉介社區心理衛生中心，由心理專業人員進行評估、諮商及追蹤，並於辦理文化健康站、部落社區健康營造中心等人員教育訓練時，納入使用心情評量表、轉介能力及敏感度課程。

2. 推動身心障礙者心理健康促進工作（執行單位：社家署及社工司）

推動各縣市辦理身心障礙者宣導活動時，提供心理健康資訊，建立身心障礙者於接受福利服務時，提供心情評量與轉介服務之機制。縣市辦理身心障礙者心理健康促進活動時，由社政單位社工人員提供身心障礙者心理健康資訊及對身障者進行心情評量，發現心情評量結果異常時提供心理支持，必要時轉介社區心理衛生中心，由心理專業人員進行評估、諮商及追蹤。

辦理身心障礙個案管理師及社工人員相關養成訓練及持續教育時，納入一定時數之使用心情評量、轉介能力及敏感度之課程。各縣市政府委辦或自辦之身心障礙個案管理師或社工人員，每年度應有一定時數之心理健康識能及心情評量能力之培訓。

3. 發展癌症病友心理健康衛教資源及建立以家庭為中心之心理照護指引

4. 發展新住民心理健康衛教資源並推動心理健康促進服務

5. 推動多元性別心理健康促進計畫（執行單位：心健司及教育部）

持續推動「多元性別心理健康促進計畫」及自殺防治相關宣導活動，製作及推廣提升民眾對多元性別認識之衛教素材。與民間團體合作辦理心理健康及自殺防治相關衛教宣導與服務方案、多元性別課程與訓練，製作認識多元性別之衛教素材，精進心理健康服務資源。

6. 特殊風險族群心理健康方案（執行單位：心健司）

每年針對不同風險之特定族群，推動適切之心理健康介入服務方案，促進多元族群心理健康及獲得服務之可近性。

7. 經費需求及編列基準：

- (1)原住民族心理健康促進：補助民間團體編制(修訂)文化敏感度及文化安全教材 1 份，需 1,000 千元；補助 4 個民間團體辦理原住民心理健康促進計畫，每個團體 1,500 千元；6 年計需 42,000 千元。
- (2)發展癌症病友心理健康衛教及指引：委辦專業團體發展指引及輔導醫療機構遵循，每年需 1,500 千元，6 年計需 9,000 千元。
- (3)新住民心理健康衛教資源：委託民間團體，提供新住民心理健康促進關懷協談，每年需 2,000 千元，6 年計需 12,000 千元。
- (4)多元性別心理健康服務及宣導：補助性別友善團體辦理心理健康促進活動 5 案，每年需 5,000 千元，逐年 5%成長估算，6 年計需 34,010 千元。
- (5)特殊風險族群心理健康方案：補助特殊風險族群心理諮商等支持服務，預計每年服務 15,000 人，2026 年需 100,000 千元，6 年計需 500,000 千元。

8. 本項經費由公務預算支應，2025 年為 15,500 千元、2026 年為 115,750 千元、2027 年為 116,013 千元、2028 年為 116,288 千元、2029 年為 116,578 千元、2030 年為 116,881 千元。



(三) 提升個人自殺防治意識，強化自殺防治網絡

1. 全面性策略：促進全體民眾心理健康，同時施以自殺行為之監測 (執行單位：心健司、社家署、勞動部、教育部、經濟部、交通部、文化部、內政部、**國土管理署**、農委會、國家通訊傳播委員會及各直轄市、縣(市)政府)

(1) 委託設立全國自殺防治中心，辦理自殺防治法第 9 條所定事項。

為有效防治國人自殺問題，本部於 2005 年委託辦理「全國自殺防治中心計畫」，成立國家級自殺防治中心，透過此一全國性自殺防治工作之整合平台，歷年成果包括：（一）依據全體民眾、高風險群及自殺企圖者不同對象，推動全面性、選擇性及指標性自殺防治策略；（二）發展自殺防治個案關懷模式，推廣至各縣市；（三）辦理自殺行為之實證研究，提供自殺相關統計分析資料，作為政策研擬之參考；（四）發展自殺危險性評估工具；（五）編訂資源及衛教手冊（六）辦理專業人員教育訓練；（七）協助各縣市政府衛生局落實自殺防治事項；（八）促成國際交流合作（九）輔導各縣市推動 COVID-19 疫情期間之自殺防治業務及高致命性自殺工具及高致命性自殺方式限制等成果。

(2) 持續發展並擴大宣導自殺防治衛教資源，並強化數位學習管道。

製作多樣化的自殺防治宣導資料，包括影片、海報、手冊等，以提高民眾對自殺防治的認知。建立網路平台，提供線上自殺防治衛教課程，增加民眾的接觸機會和學習管道。

(3) 跨部會(局處)合作，於辦理各項訓練及活動時，融入自殺防治衛教及應用心理評估量表及轉介機制。

依據自殺防治法第 4 條及第 5 條規定，中央主管機關應設跨部會自殺防治諮詢會，直轄市、縣（市）主管機關應設跨單位之自殺防治會，以促進政府各部門自殺防治工作之推動、支援、協調及整合自殺防治工作。定

期辦理跨部門的自殺防治培訓課程，推廣珍愛生命守門員教育訓練，讓不同領域的專業人士（如教育、社工、警察等）都能具備自殺防治的基本知識和技能，以提高整體社會的防治能力；與教育部、衛政社會福利部等相關單位合作，將自殺防治教育納入學校課程及社區活動。提供心理評估工具及培訓，讓社區工作者能夠辨識自殺風險，並進行適當的轉介。

(4) 建立高致命性自殺方式及工具之防治機制。

加強對高致命性自殺工具（如易取得的毒藥、農藥、槍械等）的監管，限制其銷售和取得途徑；建立自殺相關資料的監測系統，定期收集、分析自殺相關資訊，及早發現和應對自殺風險的變化和趨勢；與相關產業及業者合作，建立嚴格的銷售管制機制，確保高致命性自殺工具的可得性。

(5) 協助業者建立報導自殺新聞自律機制及落實地方政府依自殺防治法之裁處原則。

建立自殺防治法第 16 條及第 17 條例示框架及裁罰基準，提供民眾申訴管道並輔導媒體業者自律機制。針對廣播、電視、宣傳品、出版品、網際網路或其他媒體對自殺訊息報導指引，推動新聞媒體之正向報導，促使社群平臺提供心理健康資源，建立社群平臺之倫理守則與自殺內容處置之標準化作業流程，強化網路平臺業者自殺防治守門人訓練，並凝聚新聞媒體及社群平臺推動心理健康實務之共識。

(6) 推動文化政策納入自殺防治及心理健康促進，鼓勵相關產業發展。

辦理跨界座談會和研討會，邀請文化、媒體、醫療等相關領域的專家

學者和從業人員參與，共同探討如何通過文化政策促進自殺防治和心理健康，透過藝術形式向公眾傳達正向的心理健康訊息，增強社會對自殺防治的關注和支持；與影視、文學、遊戲等文化產業及民間團體 NGO 合作，製作有關自殺防治和心理健康的正面作品，弘揚正向價值觀，促進社會正向情緒和心理健康。

2. 選擇性策略：提升求助管道之可近性及普及性，建立健全精神醫療服務與施行高風險群之評估、篩檢及轉介機制，培養及精進自殺風險辨識及珍愛生命守門人力資源，降低自殺風險（執行單位：心健司、及各直轄市、縣(市)政府）

(1) 持續提供 1925 安心專線服務並結合應用科技發展多元化服務模式，提升服務量及品質。

利用科技手段提升服務便捷性，(如開發專屬手機應用程式，讓使用者可以直接透過手機 APP 訪問 1925 安心專線服務，提高使用者的便利性和服務品質；開發線上文字協談、聊天支援等多元化服務方式，讓求助者可以根據自身情況選擇最適合的求助方式，提升服務覆蓋率和效果；加強話務人員專業培訓，提高其心理諮詢和危機處理能力，確保提供的服務品質。

(2) 各類機構提供服務時應針對自殺高風險群進行心理評量及轉介，並納入評鑑或督考項目。

針對特定的自殺高風險群進行精神疾病與自殺傾向的篩檢與提供資源轉介：如失業人口、老年人、重大傷病、慢性病人、獨居者、特殊職業族群、周產期婦女等。於照護機構、基層診所及醫院辦理自殺風險評估和轉介的專業培訓，透過培訓提

高工作人員對自殺風險的認識和敏感度，並掌握適當的轉介方式，落實三級預防策略並強化個案心理健康促進、情感支持與關懷等服務，並將自殺風險評估和轉介工作納入評鑑或督考的項目中，作為機構績效評估的一部分，提高其對自殺高風險群體的關注和處理能力。

(3) 推動社區自殺防治守門人教育訓練及種子師資培育。

辦理社區自殺防治守門人教育訓練，建立種子教師之教育訓練措施及機制，培養自殺防治專業人員，提升自殺防治相關人員之心理健康照護，加強醫事人員、長期照護人員等第一線專業人員對自殺風險評估及應對的技能；與大專院校合作推動自殺防治教育訓練，培訓社福專員及志工，提升學校教職員辨識自殺高風險群之能力；提供社區守門人所需的資源和工具，如自殺防治手冊、宣傳資料、教育影片等，讓他們能夠更好地理解 and 應對自殺問題，並能夠有效地傳達給社區居民。

3. 指標性策略：針對自殺者遺族及個案等提供專業介入及評價其成效（執行單位：心健司及各直轄市、縣(市)政府）

(1) 提供自殺通報個案(含遺族)關懷訪視服務(社安網經費)

補助地方政府聘用自殺關懷訪視員人力，關懷訪視員主要工作目標為落實社區高危險群及自殺企圖者的個案管理，以關懷及協助個案為出發點，期望透過定期的關懷訪視，減少自殺高危險群重複發生自殺或自傷等行為，並提供自殺企圖者家屬情緒支持、資源介入及評估處遇等，以降低其危險性；另針對自殺死亡個案之親友提供關懷服務，建立不同於自殺企圖的標準流程，視個案或其家屬需求提供相關資源轉介，持續提供自殺死亡者家屬關懷服務，以避免遺族因親友死亡，引

發創傷後壓力症候群，致有自殺之風險。

(2) 強化自殺關懷訪視員之關懷訪視服務效能

持續優化自殺防治通報關懷訪視制度，滾動檢討修正「自殺個案通報後關懷作業流程」、「自殺防治通報單」及「自殺關懷訪視紀錄表」，適時檢視「自殺防治相關人力資格及訓練課程辦法」並研修；建立培訓自殺防治種子教師之教育訓練措施及機制，辦理實務工作坊，以協助及輔導縣市辦理自殺關懷訪視員教育訓練品質；配合本部「強化社會安全網第二期計畫」之各類服務人力政策推動事宜，增修及精進自殺防治相關課程內容(應強化以家庭為中心進行自殺風險及家庭需求評估知能之內容，包含高齡者身心狀況及照顧議題、相對人身心狀況及家內危機事件等)；並持續更新自殺關懷訪視員所需之課程(如線上課程，並需獲得講師授權本部使用)，供關懷訪視員參考運用。

(3) 規劃及推動特殊群體之自殺防治方案及成效評估

規劃及落實特殊群體**成效評估(包含性別及年齡等人口特性分析)**，包括：精神病人、慢性疾病者、身心障礙者、受暴婦女特殊族群、特殊境遇族群家庭(指符合特殊境遇家庭扶助條例定義者)等，**以強化**自殺防治策略，照護脆弱群體之心理健康、醫療及福利服務之可近性、連續性、與一致性。

(4) 持續優化自殺通報系統功能。

為辦理自殺個案通報及關懷訪視業務，以強化國內自殺防治工作，本部於94年起，於衛生資訊通報服務入口網建置「自殺防治通報系統」，108年「自殺防治法」立法施行，並將本系統之建置納入規範，依第11條規定，本部應建

置自殺防治通報系統，供相關人員於知悉有自殺行為情事時，進行自殺防治通報作業。持續優化系統功能，以利各網絡人員進行自殺個案通報，並利各縣（市）主管機關針對通報案件，提供即時介入及案件管理，同時藉由維護個案訪視紀錄，累積相關實證資料，以為自殺防治政策規劃參考。

4. 辦理自殺防治策略成效評估及實證研究。

針對自殺通報及自殺死亡資料，進行研析（包括自殺死亡及通報個案之性別、年齡等基本人口學變項、特殊身份別變項，及通報之自殺方式、自殺原因等進行統計及交叉分析），並辦理相關實證研究，俾掌握國人自殺風險因子之變化情形，據以滾動檢討青少年自殺防治策略。

5. 經費需求及編列基準：

- (1) 全國自殺防治中心：委託辦理「全國自殺防治中心計畫」人事費 9,000 千元(15 人研究助理及主持人費)、業務費 4,500 千元(租金、審查費、出席費、講師費、資料蒐集費、行政雜支等)、管理費 1,500 千元，每年需 15,000 千元，6 年計需 90,000 千元。
- (2) 持續發展並擴大自殺防治衛教資源：發展並推廣各場域及各類服務人員自殺防治教育訓練數位課程平台，需 3,000 千元；製作及更新自殺防治數位課程 1,000 千元；相關行政雜支 1,000 千元，每年需 5,000 千元，6 年計需 30,000 千元。
- (3) 建立報導自殺新聞自律機制及落實自殺防治法裁處原則：辦理強化新聞報導及社群媒體自殺防治自律機制實務計畫，每年需 3,000 千元，6 年計需

18,000 千元。

- (4) 安心專線：維持安心專線服務量並因應進線量逐年上升，需接線員 20 人，2025-2027 每年計需 40,000 千元，2028-2030 每年計需 45,000 千元；通訊費 2025-2027 每年需 5,000 千元，2028-2030 每年需 4,500 千元；另建置並維運安心專線線上話務平台，每年編列 1,050 千元維運費，並於 2028 年及 2030 年各編列 1,000 千元功能增修費(資本門)。6 年共需 291,800 千元(含資本門 2,000 千元)。
- (5) 輔導各機構建立心理評量及轉介機制：第 1 年訂定自殺通報醫療資訊與標準格式，精進系統通報便利性，需 5,000 千元；後續每年持續優化通報功能並輔導機構納入自殺風險評估，需 4,400 千元，6 年計需 27,000 千元。
- (6) 社區自殺守門人教育訓練：第 1 年委辦推廣「培訓自殺防治種子教師之教育訓練措施及機制」(含訂定課程、認證及年度繼續教育機制)，需 5,000 千元，後續每年辦理自殺防治守門人及種子教師訓練 22 場，需 4,400 千元，6 年計需 27,000 千元。
- (7) 強化自殺關懷訪視員服務效能：辦理或修訂自殺關懷訪視員所需課程(含數位課程)，每年辦理 14 場及行政雜支，需 4,000 千元，6 年計需 24,000 千元。
- (8) 維運自殺防治通報系統：每年維運及配合政策增修功能，2025 年需 6,000 千元(含資本門 3,000 千元)、2026 年改版需 8,500 千元(含資本門 6,500 千元)、2027 年需 4,000 千元(含資本門 2,000 千元)、2028 年需 5,200 千

元(含資本門 3,000 千元)、2029 年需 5,900 千元(含資本門 3,500 千元)、
2030 年需 6,600 千元(含資本門 4,000 千元)，6 年計需 36,200 千元。

(9) 自殺防治政策研究：委辦自殺防治相關政策研究，每年需 4,000 千元，6
年需 24,000 千元。

6. 本項經費由公務預算支應，2025 年為 93,050 千元（含資本門 3,000 千元）、
2026 年為 94,350 千元（含資本門 6,500 千元）、2027 年約需 89,850 千元
（含資本門 2,000 千元）、2028 年約需 96,550 千元（含資本門 4,000 千元）、
2029 年為 96,250 千元（含資本門 3,500 千元）、2030 年為 97,950 千元（含
資本門 5,000 千元）。另，補助地方政府聘任自殺關懷訪視員所需薪資等費用，
編列於「強化社會安全網計畫」中支應，不重複編列。



(四) 強化災難心理衛生網絡

1. 加強災難心理衛生教育訓練，健全災難心理衛生服務網絡(執行單位：心健
司、內政部警政署、內政部消防署、國防部及各直轄市、縣(市)政府)

持續強化災難心理衛生服務體系與網絡，推動整備、應變及復原重建之災
難心理衛生工作。持續培訓災難心理衛生及救災人員，加強災難心理衛生知能，
提升處理應變及抗壓能力。建立救災、消防人員心情評量、轉介心理專業人員
或社區心理衛生中心機制，針對消防人員提供心情評量工具，鼓勵發現評量結
果異常時尋求機關所提供心理支持服務資源，必要時轉介心理專業人員或社區
心理衛生中心，由心理專業人員進行評估、諮商及追蹤。辦理救災人員教育訓
練，納入使用心情評量工具、轉介能力及敏感度之課程。

2. 經費需求及編列標準：

- (1) 持續強化災難心理衛生服務體系與網絡：每年辦理災難心理衛生教育訓練 10 場，每場 200 千元，需 2,000 千元，6 年計需 12,000 千元。
- (2) 編製各類災難心理衛生人員教材：每年編製或更新 3 式，每式 1,000 千元，需 3,000 千元，6 年計需 18,000 千元。
- (3) 重大災難事件心理支持方案：補助辦理災難事件災民之心理支持及服務，每年需 1,500 千元，6 年需 9,000 千元。

3. 本項經費由公務預算支應，2025 年為 6,500 千元、2026 年為 6,500 千元、2027 年約需 6,500 千元、2028 年約需 6,500 千元、2029 年為 6,500 千元、2030 年為 6,500 千元。

第二節 發展連續性精神照護網絡



第二大策略及工作方法圖

(一) 充實精神照護資源，提升機構照護服務品質

1. 成立精神疾病防治諮詢會（執行單位：心健司）

邀請精神衛生專業人員、法律專家、病人、病人家屬或病人權益促進團體代表及各目的事業主管機關代表（以任一性別不少於 1/3 為原則），提供心理健康促進、精神疾病防治、精神病人權益保障與社區支持等政策規劃事項之諮詢。

2. 強化精神照護體系，管控精神照護資源（執行單位：心健司、醫事司）

配合 2022 年 12 月 14 日修正公布之「精神衛生法」，盤點、研擬、修正授權子法規，並適時檢討修正醫事相關法規，例如：「醫院設立或擴充許可辦法」、「醫療機構設置標準」、「精神復健機構設置及管理辦法」、「護理機構分類設置標準」、「護理機構設置或擴充許可辦法」等，以強化精神照護體系、均衡精神醫療資源及提升病床使用效率，並督導各縣市政府衛生局應定期檢討轄內精神病床開設情形。

每年辦理各類照護機構之評鑑與不定期追蹤輔導，以確保精神照護機構品質之持續維持與缺失事項的有效改善。並積極培訓各類醫事人力照護及社區精神復健之發展，並落實人員教育訓練。

持續與機構共同推動精神醫療網區域輔導計畫，強化區域內精神醫療專業人員訓練及服務網絡連結，協助區域內衛生局依據地方資源、特色及區域內民眾之心理健康需求，整合所轄精神醫療資源，並建立區域內精神醫療支援體系。

強化精神照護機構公共安全，確保服務對象人身安全，除補助精神護理之家公共安全設施設備，本部納入「身心障礙照顧服務資源布建中程計畫（2024-2028年）」，將於2024年委託相關單位召開專家學者會議、進行全國精神復健機構風險盤點事宜，以降低火災致災風險、保障住民、護理及相關工作人員之生命安全，並自2025年起逐年補助精神復健機構改善公共安全修繕費、設備費。

3. 發展兒童青少年精神醫療資源（執行單位：心健司、醫事司、健保署、教育部、社家署）

兒童（青少年）精神病人治療有別於成年病人，尤其是在生理—心理—社會(Bio-psycho-social)的復健層面，心理 - 社會層面更為重要，在照顧需求及強度上，亦高於一般成人精神病人。又目前係與成年精神病人混收於一般精神科病房，無法依其年齡及診斷提供適切之治療。為確保兒童青少年享有健康照護服務之權利不遭受剝奪，同時考量兒少最佳利益，將充實兒童精神醫療照護資源，培育兒童精神醫療人力，並組成跨專業醫療團隊提供醫療服務，並規劃建置兒童（青少年）專屬心智病房，發展工作指引及治療模式。本部納入「優化兒童醫療服務計畫」，於2024年推動「布建兒童（青少年）專業精神醫療團隊及心智病房計畫」建置1家，至2028年預計建置3家（北、中、南各1家）。

為提升對具嚴重情緒行為障礙及困難照顧之個案之精神醫療服務品質，本部納入「身心障礙照顧服務資源布建中程計畫（2024-2028年）」推動

「嚴重情緒行為身心障礙者精神醫療就醫障礙改善計畫」，2024 年預計 14 家辦理，每年逐步增加 2 家，至 2028 年擴大至 22 家，透過建構精神醫療機構、身心障礙福利機構及相關網絡之機關（構）轉診（介）照護模式等合作機制，結合身心障礙福利機構（含兒少安置機構）及個案生活層面網絡之機關（構）（含中、小學學校），深化嚴重情緒行為身心障礙者精神醫療外展服務模式及雙向轉介服務網絡，強化個案就醫方便性及可近性。並發展精神病早期介入模式，減少早期精神病個案復發率、自殺風險及住院次數，改善個案整體健康。

4. 精進精神照護機構評鑑制度（執行單位：心健司、直轄市、縣（市）政府）

精進研修精神照護機構評鑑基準，完善精神照護機構評鑑制度，滾動修正精神照護機構評鑑指標，提升照護服務品質，建置各類精神照護機構之評鑑制度與評鑑間隔期間不定期追蹤輔導機制，以確保機構服務品質及有效改善缺失事項。

針對委員受聘多種評鑑類別，若評鑑家數較多時，將影響行程安排，爰檢視儲備評鑑委員人才庫，朝青壯化培養中生代人才。

另考量精神照護機構評鑑逐年增加，將滾動式調整評鑑工作項目，並簡化相關行政作業程序，提升行政效能。另規劃建置「精神照護機構評鑑管理資訊系統」，以整合現行多套評鑑系統功能，優化評鑑資料管理效能。

5. 經費需求及編列基準：

(1) 成立精神疾病防治諮詢會，定期召開諮詢會議：所需費用包含委員遴聘費用、委員出席會議交通費及誤餐費等，以每年召開 3 場次估算，6 年計需

3,094 千元。

- (2) 盤點並滾動檢討精神照護資源需求及機構設置標準，加強機構及人員管理：所需費用包含 2025 年及 2026 年召開專家學者會議及說明會所需專家學者出席費、交通費及誤餐費等，2 年計需 414 千元。
- (3) 推動精神醫療網區域輔導計畫：所需費用包含委託臺北區、新北區、北區、中區、南區、高屏區及東區等 7 區精神醫療核心醫院推動區域輔導之委辦費、每年度辦理康復之友鳳凰盃運動會委辦費 2,000 千元、年終檢討會委辦費 1,200 千元等，6 年計需 80,540 千元。
- (4) 強化精神照護機構公共安全：所需補助費用於「身心障礙照顧服務資源布建計畫」中支應，不重複編列。
- (5) 設置兒童青少年心智病房，發展工作指引及治療模式：所需補助費用於「優化兒童醫療照護計畫」中支應，不重複編列。
- (6) 推動嚴重情緒行為身心障礙者外展醫療服務，發展精神病早期介入模式：所需補助費用於「身心障礙照顧服務資源布建計畫」中支應，不重複編列。
- (7) 研修精神照護機構評鑑基準，完善精神照護機構評鑑制度：所需費用包含每年召開 10 場次研修會議所需委員出席費、交通費及誤餐費，以及辦理精神照護機構評鑑管理資訊系統維運、功能增修及改版所需費用，6 年計需 21,800 千元（含資本門 17,700 千元）。
- (8) 建立精神照護機構評鑑追蹤輔導機制，確保機構服務品質：所需費用以每年辦理至少 140 家精神照護機構評鑑及追蹤輔導推估，6 年計需 77,900

千元。

6. 本項經費由公務預算支應部分，2025 年為 27,001 千元（含資本門 1,000 千元）、2026 年為 30,513 千元（含資本門 2,500 千元）、2027 年約需 30,319 千元（含資本門 2,500 千元）、2028 年約需 30,332 千元（含資本門 2,500 千元）、2029 年約需 34,885 千元（含資本門 6,700 千元）、2030 年約需 30,698 千元（含資本門 2,500 千元）。另，強化精神照護機構公安及嚴重情緒行為身障者醫療服務計畫等工作，於「身心障礙照顧服務資源布建計畫」中支應；設置兒童青少年心智病房等工作，於「優化兒童醫療照護計畫」中支應，不重複編列。

(二) 檢討精神病人強制治療業務，精進強制治療服務品質

1. 配合精神衛生法修正，檢討精神疾病嚴重病人強制住院、強制社區治療審查制度及審查會運作機制（執行單位：心健司、司法院、直轄市、縣（市）政府）

2022 年 12 月 14 日修正公布之精神衛生法，於公布後 2 年（2024 年 12 月 14 日）施行；其中第五章、第八十一條第三款及第四款，將由行政院會同司法院另定施行日期，爰將配合修正授權法規命令，例如：「法院審理精神疾病強制住院、停止緊急安置、強制住院及強制社區治療作業辦法」、「精神衛生法強制住院參審員資格與推薦辦法」、「精神衛生法強制住院參審員遴選作業辦法」等，以因應強制住院將由審查會專業審查改採參審制。另將邀請專家學者辦理相關會議，針對現行審查會受理精神醫

療機構提交精神疾病嚴重病人強制住院、強制社區治療審查應備文件，研修相關行政流程及表單文件，並整理出審查過程產生的疑義及解決方法提供未來司法院執行參審制參考，及進行強化指定精神醫療機構及指定醫師教育訓練。

2. 配合強制住院改採法院裁定，協助推動專家參審制（執行單位：司法院、心健司）

強制住院涉及限制人身自由，為符合人權保障，2022年12月14日修正公布「精神衛生法」已將強制住院改由法院裁定，施行日期將由行政院會同司法院定之；施行後除既有之嚴重病人停止緊急安置及強制住院外，增列強制住院之聲請、延長及停止強制社區治療等事件，均應經法院裁定，並改由職業法官與精神科專科醫師、病權團體代表共同組成「專家參審法庭」審理，納入跨領域、多元及專業意見，以兼顧醫療專業與嚴重病人之人權保障等需求。

配合司法院推動精神衛生法專家參審制度，盤點專家參審新制涉及相關規定，完成法規命令研修（訂）及協助研修相關行政流程及表單文件，落實依法行政；完備指定精神醫療機構採行遠距審理之軟、硬體設備布建，提升審理時效；另協助建構專家參審模式，推薦精神科指定專科醫師及病人權益促進團體代表，共同研商成立參審專家儲備人才資料庫之可行性及相關培訓事宜，透過跨專業科際整合與協力，全面建置與推動新制，以完善嚴重病人健康及人身自由權益之保障。

另配合司法院辦理「精神衛生法專家參審制度模擬法庭」，讓地方法院、醫療機構、縣市政府衛生局及相關專家學者更瞭解精神衛生法修法上路後，專家參審制度的模式與執行方向。為提高指定精神專科醫師參與參審制的意願，擬規劃補助鑑定費及出庭費，期參審機制順行。

3. 精進精神醫療機構強制治療品質（執行單位：心健司）

為完備指定精神醫療機構採行遠距審理之軟、硬體設備布建，提升強制住院審理效能，本部將補助指定醫療機構硬體設備（如視訊鏡頭、麥克風及電腦等設備）讓執行視訊審查，建立與法院間聲音及影像相互傳送連結，以利進行視訊審理。

為使指定精神醫療機構及指定醫師具有良好的專業知能，將落實審查指定精神專科醫師教育訓練時數及課程範圍，按「指定精神醫療機構管理辦法」，指定醫師將每 6 年完成一定時數之教育訓練，故擬督請各地方主管機關鼓勵轄內指定精神醫療機構及指定醫師參與教育訓練，並請地方衛生局將指定精神醫療機構派員參加教育訓練納入督考項目，亦鼓勵指定精神醫療機構申請辦理相關教育訓練。

4. 檢討強制處置費用支付要點，建立合理支付標準（執行單位：心健司）

依據「精神衛生法」第 26 條規定，嚴重病人依本法相關規定接受強制住院治療之費用，由中央主管機關負擔；嚴重病人依本法相關規定接受強制社區治療之費用，其不屬全民健康保險給付範圍者，由中央主管機關負擔。

另，依據第 26 條訂明「精神疾病嚴重病人強制處置費用支付作業要點」規範

精神疾病嚴重病人強制鑑定、緊急安置之費用視為強制住院及強制社區治療費用，得向健保署各區業務組申請費用。

嚴重病人有自傷傷人之虞，經專科醫師診斷有全日住院治療之必要者，且嚴重病人拒絕住院治療者，得由指定醫療機構之 2 位以上專科醫師執行強制鑑定。現因處置費用支付要點支付強制鑑定費用，係以 2 位醫師鑑定 1 次支付新臺幣 1,100 元；考量 2022 年 12 月 14 日修正公布「精神衛生法」將強制住院改由法院裁定，強制住院需填寫嚴重病人基本通報表、嚴重病人診斷書、強制住院申請書及檢附相關病歷摘要或護理紀錄，更可能醫療機構或申請指定專科醫師，須配合出席法院及說明相關事項，擬調增處置費用支付要點，以提升醫療機構執行強制住院意願。

5. 經費編列基準：

- (1) 檢討精神疾病嚴重病人強制住院、強制社區治療審查制度及審查會運作機制：所需經費包含召開專家學者會議及說明會所需出席費、交通費及誤餐費；委託辦理精神疾病強制鑑定、強制社區治療審查會之委辦費；本部支應專家學者出席審查會及出庭相關費用；委託本部中央健康保險署代辦精神疾病嚴重病人強制處置醫療費用審查等行政工作等相關費用，6 年計需 102,318 千元。
- (2) 專家參審制度相關法規命令研修（訂）：所需費用包含委託辦理協助研修法規、辦理說明會、編訂實務手冊等行政庶務之委辦費，6 年計需 5,500 千元。

- (3) 配合法院審理強制住院案件，研修相關行政流程及表單文件：所需費用包含進用約用人員 1 名所需薪資、年終獎金、雇主應負擔保險及退休金、加班費等，6 年計需 5,430 千元。
- (4) 盤點並補助指定精神醫療機構軟硬體資訊設備，提升強制住院審查效能：2025 年、2026 年預計累計補助 110 家指定精神醫療機構視訊設備費用及安全維護費用，計需 75,000 千元（含資本門 20,000 千元）。
- (5) 檢討強制處置費用支付要點，建立合理支付標準：所需費用包含每年持續辦理強制處置業務所需處置費用及醫師鑑定費用，6 年計需 621,384 千元。
6. 本項經費由公務預算支應，2025 年為 172,486 千元（含資本門 20,000 千元）、2026 年為 150,900 千元、2027 年約需 122,137 千元、2028 年約需 120,996 千元、2029 年約需 121,366 千元、2030 年約需 121,747 千元。

(三) 強化精神病人前端預防服務，建立緊急精神醫療處置機制

1. 建立精神病人風險預警機制，強化風險個案管理及追蹤（執行單位：心健司、資訊處）

2021 年 9 月 26 日屏東超商店員遭挖眼之不幸事件發生後，蔡英文總統指示應針對社區精神病人強化前端預防機制，以減少危機事件發生，本部遂著手規劃建立精神病人風險預警平台，期透過風險預測模型之篩選，早期發現社區精神病人高風險個案，強化早期介入及追蹤管理，避免個案風險等級升高，甚至演變為社區精神病人危機事件。

本部規劃與其他部內及部外資訊系統介接，載入相關資訊管理系統變項，建立及優化風險預警模型；產出社區精神病人高風險個案清單，並透過小規模試行，確立預測模型之信度及效度。

本部將持續發展更多不同類型之社區精神病人風險預測模型，並定期提供各縣市衛生局轄內社區精神病人高風險個案清單，督導心理衛生社工、社區關懷訪視員及公衛護理師儘早安排實地訪視，俾依個案風險程度，及時給予介入措施。透過社區精神病人預警機制之建立，除能有效避免個案風險等級升高，減少危機事件發生外，亦能降低社區精神病人關懷訪視人力之工作負荷，並提升其服務品質。

2. 強化社區緊急精神醫療處置機制，即時處理疑似或精神病人危機事件（執行單位：心健司、資訊處、保護司、社工司、長照司、社家署、健保署、法務部及內政部）

本部參考國際間社區精神衛生危機處理團隊之線上諮詢服務，每年補助醫療機構辦理精神醫療緊急處置 24 小時線上諮詢服務專線，提供警察、消防、社工、公衛與醫療等人員，協助社區疑似精神病人或精神病人送醫等諮詢及後續追蹤，並建立護送就醫參考指引，提升社區精神病人高風險事件之處置效能。

為化被動為主動，建立社區精神病人危機事件預警機制，及加強醫療體系與社區心理衛生體系連結，減少服務銜接斷點，同時建立（疑似）精神病人、高風險個案管理機制，強化前端預防，減少危機事件發生，並及時危機

介入，降低暴力傷害，本部奉蔡英文總統指示，設立「全國精神照護指揮中心」，透過中央及地方政府協力，完善社區精神病人風險預警、前端預防及危機處理機制；中央層級由本部心理健康司主責精神病人緊急精神醫療、風險預警及危機處理機制政策之規劃、推展及管理，包含前點所列之風險預測模型開發、個案風險判讀及預警等業務內容，以及各縣市社區精神病人高風險與危機個案處置追蹤及輔導、第一線危機處理人員團隊訓練、跨部會及跨網絡合作之督導等工作事項；地方層級則由地方主管機關執行 2022 年 12 月 14 日修正公布「精神衛生法」第 48 條及第 49 條所定事項，於轄區內建置 24 小時緊急精神醫療處置機制，依通報事件之個案暴力風險程度，出動危機處理人員，及時處理危機事件。

為落實上開社區精神病人風險預警、前端預防及危機處理機制，及因應精神衛生法修正新增之法定業務，實有增修本部精神照護資訊管理系統功能之迫切需要，惟現行精神照護資訊管理系統係於 2008 年建置，原有系統架構、功能及擴充彈性早已不敷實際業務需求，爰本部已於 2023 年委託辦理系統再造先期規劃，刻正盤點精神醫療及社區心理衛生相關之各項法規、業務及利害關係人，以及最新資通安全技術與規定。期待透過前開研究案充分盤點及規劃，俾重新建置及與其他部內及部外資訊系統介接，以產出社區精神病人高風險個案清單，同時滿足業務執行及統計分析需求、外加風險警示與智慧決策支援等功能，並兼具資通安全之精神照護決策支援平台。

3. 推動兒童及青少年常見精神疾病個案之心理健康促進（執行單位：心健司、

教育部及各直轄市、縣(市)政府)

持續辦理兒童及青少年常見精神疾病之衛教推廣計畫，補助民間團體辦理增進家長及教師對兒童及青少年常見精神疾病之教養技巧之心理健康知能課程、親職講座、教師教育訓練、親子團體及家長成長團體等，製作多元化衛教宣導資源（如單張、影片）並加強推廣。

建立家長及教師心情評量與轉介服務機制，並於校園辦理親職講座、教師教育訓練、親子團體及家長成長團體活動時，納入兒童及青少年常見精神疾病之課程及進行心情評量，必要時轉介至衛生局社區心理衛生中心，由心理專業人員進行評估、諮商及追蹤。

4. 經費需求及編列基準：

- (1) 建立精神病人風險預警平台及發展風險預警模組：所需費用包含精神病人風險預警平台之維運、功能優化、資訊系統介接及強化資通訊安全所需費用，以及發展風險預警模組召開專家會議所需出席費、交通費及誤餐費，6年計需 28,500 千元（含資本門 17,000 千元）。
- (2) 強化風險個案早期介入及追蹤管理：所需費用包含辦理社區精神病人高風險個案服務流程、表單及指標研修；辦理教育訓練、共識會議、實務督導；每 3 年定期委託辦理業務成效分析等所需委辦費、出席費、交通費及誤餐費，6年計需 40,600 千元。
- (3) 成立精神疾病緊急處置諮詢專線，建立護送就醫參考指引：所需委辦費用由本部「醫療發展基金」支應。

- (4) 建立全國精神照護指揮中心，督導地方政府建立 24 小時緊急精神醫療處置機制：所需費用包含每年定期召開社區精神病人高風險個案網絡聯繫平台會議及社區精神病人重大案件檢討會議所需專家學者出席費、交通費及誤餐費等，6 年計需 10,590 千元。另補助地方政府維持 24 小時緊急精神醫療處置機制所需用人費用、值機費、線上指導費、出勤費等，於「強化社會安全網計畫」中支應，不重複編列。
- (5) 再造及優化精神照護資訊管理系統：所需費用包含精神照護資訊管理系統再造、教育訓練、使用者服務、後續維運及強化資通訊安全相關委託辦理及硬體設備費用，以及新系統正式上線前舊系統持續維運所需費用，6 年計需 65,500 千元（含資本門 32,200 千元）。
- (6) 補助民間團體辦理青少年心理健康促進方案、ADHD 衛教推廣活動：每單位補助 1,000 千元（含政宣費 100 千元），預計補助 6 個單位，每年共需 6,000 千元（含政宣費 600 千元），六年計需 36,000 千元（含政宣費 3,600 千元）。
5. 本項經費由公務預算支應部分，2025 年為 43,055 千元（含資本門 17,100 千元）、2026 年為 35,155 千元（含資本門 11,200 千元）、2027 年約需 25,105 千元（含資本門 4,500 千元）、2028 年約需 22,605 千元（含資本門 4,500 千元）、2029 年約需 22,605 千元（含資本門 4,500 千元）、2030 年約需 32,665 千元（含資本門 8,060 千元）。另，成立精神疾病緊急處置諮詢專線，建立護送就醫參考指引工作所需經費，由本部「醫療發

展基金」支應；補助地方政府維持 24 小時緊急精神醫療處置機制所需費用，於「強化社會安全網第二期計畫」中支應，不重複編列。

(四) 健全精神病人社區服務網絡，充實社區支持資源

1. 推動整合型心理健康工作計畫，督導地方政府落實精神衛生法各項法定業務。(執行單位：心健司、直轄市、縣(市)政府)

本部為提升國人心理健康，推動各項心理健康工作，協助各直轄市、縣(市)政府整合精神醫療、心理健康、教育、社政、勞政等政府及民間資源，以整體構面、地區現況及問題導向之實證基礎，每年推動辦理「整合型心理健康工作計畫」，以督導地方政府落實精神衛生法各項法定業務。

2. 發展精神病個案社區服務模式，健全服務網絡。(執行單位：心健司、直轄市、縣(市)政府)

督導地方政府布建社區心理衛生中心，充實心理衛生專業人力。並以每 33 萬人口為 1 處原則，積極布建社區心理衛生中心，預計至 2025 年布建 71 處，以提升民眾獲得社區心理健康資源之可近性。並擬具規劃 2028 年，以每 25 萬人為單位，布建達 100 處社區心理衛生中心及充實所需人力，以提供更具可近性之在地心理諮詢、精神疾病及自殺通報個案關懷訪視等服務。

補助地方政府進用關懷訪視員(預計 2025 年聘用 1,001 名社區關懷訪視員及 420 名心理衛生社工)，併同公衛護理師提供社區精神病人追蹤訪視，視病情及其家庭支持程度分級照護，提供資源連結，並與精神醫療體系及社政單位進行雙向轉介，強化服務網絡之銜接。另配合 2022 年 12 月 14 日修正

公布「精神衛生法」，於 2023 年 7 月 4 日函頒「社區心理衛生中心設置參考基準、人員職掌、服務流程及督導機制」，以作為地方政府推展社區心理衛生相關工作參考依據。

此外，為強化社區精神病人關懷訪視效能，本部定期檢視其案量負荷合理性；滾動修正社區精神病人服務流程、表單及評估工具；強化內督、外督及教育訓練制度等措施，降低社區精神病人關懷訪視人力工作負荷。本部亦將持續檢討社區精神病人關懷訪視人力薪資待遇之衡平性，積極優化相關福利措施，並強化專業久任制度，以提升人員進用及留任率，建立友善職場環境，提升社區關懷訪視服務品質。

針對社區疑似精神病人及高風險病人，持續推動「疑似或社區精神病人照護優化計畫」，由精神醫療專業人員主動提供社區外展精神醫療服務，積極介入治療及追蹤，並引導病人規律就醫及協助家屬處理緊急或突發狀況，使其接受醫療照護，減少傷害行為的發生；另優化疑似精神病人評估及轉介效能，提升社會安全網等網絡人員精神疾病辨識及處置知能，以更精進社區精神病人之照護品質。

3. 落實通報精神病人出院準備計畫，銜接社區治療及支持服務。(執行單位：心健司、醫事司、健保署、國健署、直轄市、縣(市)政府)

「精神衛生法」第 38 條第 2 項規定，精神醫療機構於病人出院前，應協助病人及其保護人擬訂具體可行之復健、轉介、安置及追蹤計畫；2022 年 12 月 14 日修正公布「精神衛生法」第 33 條第 2 項及第 3 項規定，精神醫療

機構於病人出院前，應協助病人共同擬訂出院準備計畫及提供相關協助；屬嚴重病人者，應通知地方衛生主管機關派員參與，並應徵詢保護人意見；精神醫療機構對有精神病診斷之病人，應於其出院前通知戶籍所在地或住（居）所之地方主管機關，提供個案管理服務；並於出院日起三日內，將前項計畫內容，通知該地方主管機關，以提供社區治療、社區支持及轉介或轉銜各項服務。

督導醫療機構落實出院準備計畫，俾利轉介出院個案至衛生機關提供社區追蹤保護。更為提供精神病人連續性照護服務，結合健保署「全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案」，支持思覺失調症病人的急性後期照護服務，讓醫療機構透過急性後期照護模式連結公共衛生訪視（簡稱 PAC），銜接社區個案管理及關懷訪視服務。另精神病人因其缺乏病識感，常無法規律服藥造成病情不穩定，以致疾病復發，恐有患者自傷、傷人等情形，甚而造成社會安全隱憂，透過運用長效針劑，提高醫囑依從度低病人之病情穩定度，提供精神病人連續性照護服務，加強與醫療與公共衛生等服務體系之連結，穩定病人病情提高復健及社區復歸之潛能，進一步減少精神病人因病情不穩造成之社會案件，提供精神病人更完善之全方位照護服務，提高提升精神醫療品質與治療成效。

4. 發展多元社區照護模式，布建社區支持資源，支持病人於社區生活（執行單位：心健司、社家署、勞動部、教育部、直轄市、縣（市）政府）

「精神衛生法」第 8 條規定，中央主管機關應會同中央社政、勞工及教

育主管機關建立社區照顧、支持與復健體系，提供病人就醫、就業、就學、就養、心理治療、心理諮商及其他社區照顧服務；2022年12月14日修正公布「精神衛生法」第24條第1項規定，中央主管機關應獎勵、補助機構、法人或團體從事病人社區支持及復健相關服務；第23條第2項地方主管機關針對病人需求，應自行、委託、補助或獎勵機構、法人或團體提供全日型、日間型、居家型、社區型或其他社區支持服務，以建構妥善之社區支持機制；第23條第3項地方主管機關應提供病人家屬心理衛生教育、情緒支持、喘息服務、專線服務及其他支持性服務。

為落實社區精神復健照護模式，協助及支持精神病人於社區生活，透過公務預算每年補助辦理精神衛生機構團體獎勵補助方案；行政院於「強化社會安全網第二期計畫（2021-2025年）」策略三挹注資源布建，以多元方式提供精神病友及家屬支持性服務，本部推動「精神病友多元社區生活方案」、「精神障礙者協作模式服務據點」，服務內容含括家庭支持服務、社區居住服務、自立生活指導服務、就業能力培力及轉銜就業輔導服務及其他創新社區支持服務，以利精神病友穩定生活在社區中；另行政院於9月19日核定「身心障礙照顧服務資源布建計畫（2024-2028年）」策略一、二挹注資源布建，本部推動「精神病人及家庭支持服務方案」、「精神病人社區居住方案」、「精神病人自立生活支持方案」及「精神病人社區服務新興及創新方案」等，以減輕病人及家庭照顧者負擔及擴增社區式服務；另考量病人由醫院出院到社區之間需要連續性、長期性及多元性之支持服務，

本部持續積極布建社區心理衛生中心，提供社區以家庭為中心、社區為基礎之個案管理服務，並與精神醫療、社會福利、就業輔導等體系進行雙向轉介，建構社區網絡合作系統，擴充多元化精神病人服務及社區支持服務資源，提供可近性與適切之服務，強化精神病人復歸社區建立社區支持網絡，協助融入社區生活。

協助出院精神疾病學生就學銜接、返校適應及穩定就醫。連結日間型精神復健機構資源，鼓勵接受社區精神復健訓練；或於學校畢業後尚未有合適之生涯規劃前，於日間型精神復健機構參與社區生活復健及職業相關復健訓練，以利社區適應及未來轉銜就業等生涯規劃。

對病情穩定且具就業需求之精神障礙者，提供個別化就業服務及支持性就業，或依職業輔導評量結果提供庇護性就業等多元就業服務措施協助就業。

5. 經費編列基準：

- (1) 推動整合型心理健康工作計畫：所需費用包含按財力等級補助地方政府推動精神衛生法各項法定業務所需費用及每年委託辦理共識營之委辦費 1,000 千元等，6 年計需 481,389 千元。
- (2) 督導地方政府布建社區心理衛生中心，充實心理衛生專業人力：所需費用包含辦理社區心衛中心醫事人員服務流程、表單、指標研修之委辦費；辦理社區心衛中心醫事人員進階訓練時數審認之委辦費；以及辦理社區心理衛生中心實地輔導訪查之委辦費及其他相關行政庶務費用，6 年計需 28,700 千元。另有關補助地方政府布建社區心理衛生中心所需相關費用，

6 年計需 5,068,755 千元，已分別依用途及性質，分別編列於「強化社會安全網第二期計畫（110 - 114 年）」，或由本部「公益彩券回饋金」支應，在此不贅述。

- (3) 強化精神病人關懷訪視效能，整合及連結社區個案服務資源：所需費用包含辦理社區精神照護個案管理人員（包含心理衛生社工、精神病人社區關懷訪視員及公共衛生護理師等）進階訓練時數審認之委辦費及其他相關行政庶務費用，6 年計需 27,600 千元。另有關補助地方政府進用心理衛生社工及精神病人社區關懷訪視員所需相關費用，6 年計需 7,388,311 千元，已編列於「強化社會安全網第二期計畫（110 - 114 年）」，在此不贅述。
- (4) 結合社區精神醫療機構，提供社區（疑似）精神病人醫療外展服務：所需費用包含補助醫療院所辦理疑似或社區精神病人照護優化計畫之補助費，6 年計需 538,500 千元，已編列於「強化社會安全網第二期計畫（110 - 114 年）」，在此不贅述。
- (5) 推動精神科病人出院後急性後期照護服務：所需費用包含每年定期召開專家學者會議所需專家學者出席費、交通費及誤餐費等，6 年計需 786 千元。
- (6) 發展及推動精神病人多元化社區支持服務，協助復歸社會：所需補助公私部門相關單位補助費用，6 年計需 2,419,709 千元（含資本門 2,030 千元），已分別依用途及性質，分別編列於「強化社會安全網第二期計畫（110 - 114 年）」及「身心障礙照顧服務資源布建計畫」，在此不贅述。
- (7) 獎勵、補助機構、法人或團體，提供精神病人社區支持及復健服務：6 年

計需 12,000 千元。

- (8) 本項經費由公務預算支應部分，2025 年為 91,844 千元、2026 年為 89,844 千元、2027 年約需 89,844 千元、2028 年約需 92,981 千元、2029 年約需 92,981 千元、2030 年約需 92,981 千元。另，補助地方政府推動精神病個案社區服務等工作，6 年合計需 13,071,066 千元，編列於「強化社會安全網計畫」中支應；推動精神病人多元化社區支持服務等工作，6 年合計需 2,259,709 千元（含資本門 2,030 千元），編列於「身心障礙照顧服務資源布建計畫」中支應；補助地方政府整修社區心理衛生中心所需老舊建物等費用，6 年計需 84,500 千元（含資本門 72,500 千元），由本部「公益彩券回饋金」支應，不重複編列。

(五) 強化病人權益保障，推動精神疾病去汙名化

1. 加強各類照護機構及衛生行政機關人員有關精神疾病權益保障及身心障礙權利公約識能。（執行單位：醫事司、心健司）

「精神衛生法」第 22 條規定，中央主管機關病人之人格與合法權益應受尊重及保障，不得予以歧視；2022 年 12 月 14 日修正公布「精神衛生法」第 37 條規定，病人之人格權及合法權益，應予尊重及保障，不得歧視。關於其就醫、就學、應考、僱用及社區生活權益，不得以罹患精神疾病為由，有不公平之對待。

為避免精神病人接受醫院醫事服務時有不適當的對待，醫事人員繼續教育訓練中，加強對精神疾病認知課程，提升醫護人員精神疾病知能。並於「整合型心理健康工作計畫」推動「整合型心理健康工作計畫人員專業訓練課程基準」及

「強化社會安全網第二期計畫(2021-2025年)」推動「強化社會安全網第二期計畫心理衛生專業人員訓練基準」，請各縣市衛生局心理健康行政人員、公衛護理師及關懷訪視員，接受相關教育訓練課程，藉以提升前開人員照顧社區精神病人所應有之專業能力。於提供醫療服務時，提供更適切的醫療照護，以落實「身心障礙者權利公約(CRPD)」第5條平等及與「精神衛生法」不歧視精神。

2. 強化精神病人權益保障。(執行單位：心健司、司法院、直轄市、縣(市)政府)

「精神衛生法」第18條及2022年12月14日修正公布「精神衛生法」第29條規定，對病人不得有遺棄、身心虐待、留置無生活自理能力之病人於易發生危險或傷害之環境、強迫或誘騙病人結婚、其他對病人或利用病人為犯罪或不正當之行為；另「精神衛生法」第19條及2022年12月14日修正公布「精神衛生法」第34條規定略以，經專科醫師診斷或鑑定屬嚴重病人者，應置保護人1人；保護人應維護嚴重病人之權益，並考量其意願及最佳利益；嚴重病人無保護人者，應由其戶籍所在地之地方主管機關另行選定適當人員、機構、法人或團體為保護人；戶籍所在地不明者，由其住(居)所或所在地之地方主管機關為之。

考量地方主管機關及委託民間團體擔任保護人，需協助嚴重病人之各項事務，並確保嚴重病人權益，本部配合2022年12月14日修正公布「精神衛生法」授權研修「保護人通報及支持服務辦法」子法規，擬定保護人之通報流程、名冊建置、研習課程、支持服務及其他相關事項。將持續督導各縣市政府建立公設保護人制度，其委託機構、法人或團體辦理者，應給予合理費用，並定期辦理保護人

研習課程及提供支持性服務；另就績效卓著之公設保護人給予獎勵，鼓勵及強化公設保護人之角色效能，以保障嚴重病人權益。另 2022 年 12 月 14 日修正公布「精神衛生法」第 62 條規定，嚴重病人緊急安置期間，未經委任律師為代理人者，應由指定精神醫療機構通報中央主管機關提供必要之法律扶助。爰此，本部將配合增修授權子法規及第五章施行日期，辦理嚴重病人緊急安置期間及精神病人法律扶助業務，保障均能獲得法律扶助，避免遭受歧視致權益受損。

3. 提升民眾及政府機關對精神疾病正確認知，推動去污名化（執行單位：心健司、社家署、文化部、國家通訊傳播委員會、直轄市、縣（市）政府）

「身心障礙者權益保障法」第 74 條規定，傳播媒體報導身心障礙者或疑似身心障礙者，不得使用歧視性之稱呼或描述，並不得有與事實不符或誤導閱聽人對身心障礙者產生歧視或偏見之報導。「精神衛生法」第 23 條及 2022 年 12 月 14 日修正公布「精神衛生法」第 38 條規定略以，傳播媒體之報導，不得使用與精神疾病有關之歧視性稱呼或描述，並不得有與事實不符或誤導閱聽者對病人產生歧視之報導；宣傳品、出版品、廣播、電視、網際網路或其他媒體之報導，不得使用與精神疾病有關之歧視性稱呼或描述；並不得有與事實不符，或誤導閱聽者對病人、保護人、家屬及服務病人之人員、機構、法人或團體產生歧視之報導。任何人不得以公開之言論歧視病人、或不當影射他人罹患精神疾病。另對於廣播、電視事業違反相關禁止歧視規定事實之認定，由所在地之直轄市、縣（市）政府或各目的事業主管機關裁罰。

為落實身心障礙者權利公約(CRPD)第 5 條不歧視及相關法規，2022 年 12 月

14 日修正公布「精神衛生法」明訂第 13 條：文化主管機關應輔導、獎勵、推動人民心理健康促進、病人精神生活充實、藝文活動參與及藝文相關創作；第 14 條：通訊傳播主管機關應監督廣播、電視及其他由該機關依法主管之媒體，以避免歧視病人。

本部將運用更多元的策略及方法，結合跨部會及民間團體共同推動精神病人反歧視及去汙名化，並監測並防止各類精神照護機構或媒體對於精神疾病或精神病人之歧視事項，加強各類照護機構及衛生行政機關人員有關精神疾病權益保障及身心障礙權利公約知能，強化精神病人權益保障。另補助地方政府衛生局辦理「整合型心理健康工作計畫」，連結民間心理健康相關之非營利組織、學協會、宗教或慈善團體，共同推動辦理反汙名化活動，以促進精神病人之權益保障、充權及保護。

4. 獎勵文創產業，製作相關宣導短片、微電影及創意宣導活動。(執行單位：文化部)

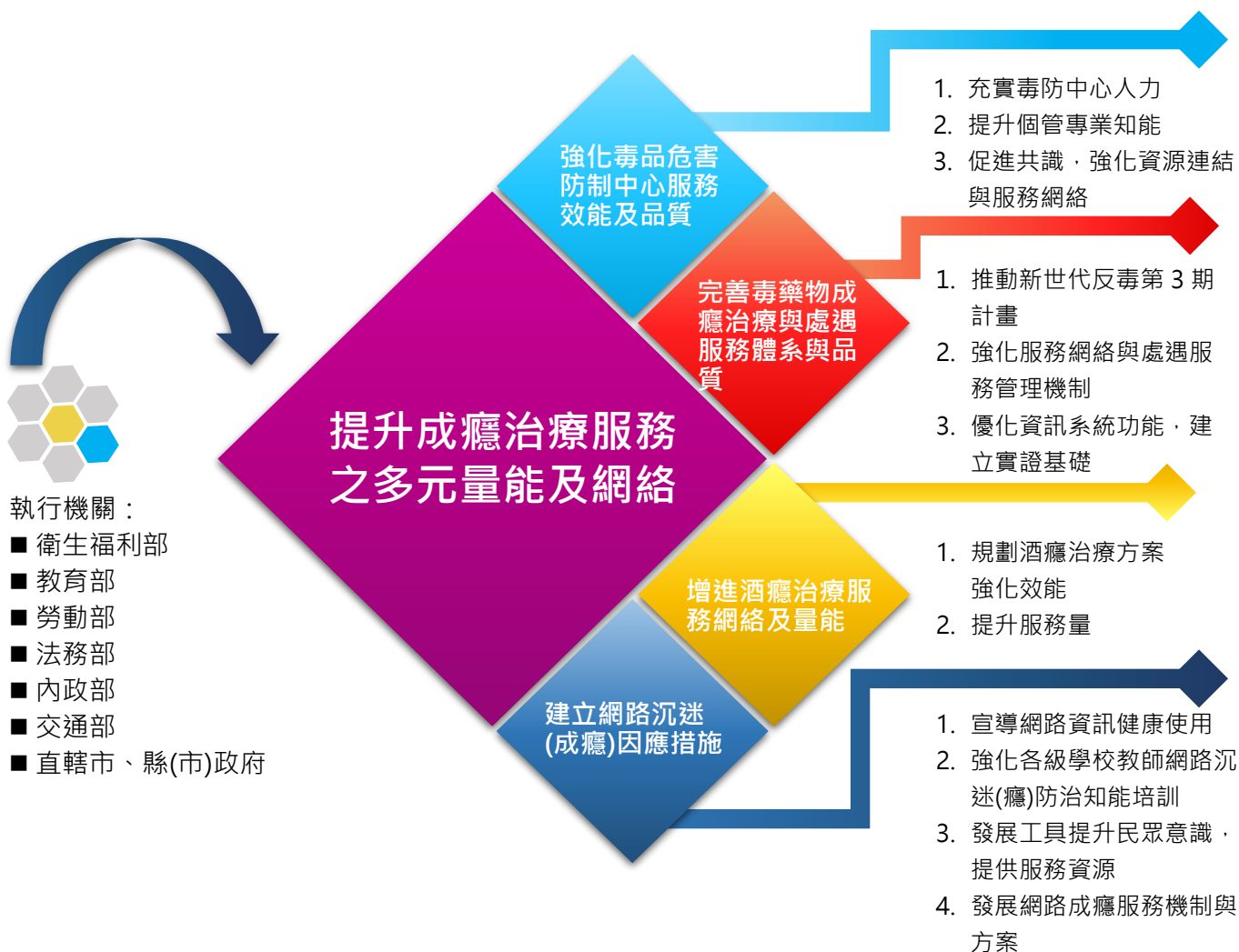
5. 經費編列基準：

- (1) 提供嚴重病人緊急安置期間必要法律扶助：所需費用包含委託辦理精神病人及嚴重病人緊急安置法律扶助計畫之委辦費，6 年計需 120,599 千元 (含資本門 6,466 千元)。
- (2) 結合各目的事業主管機關及地方政府，監測並防止各類精神照護機構或媒體對於精神疾病或精神病人之歧視事項：所需經費以每年約 1,200 千元估算，6 年計需 7,382 千元。
- (3) 結合地方政府及民間團體，推展精神病人去汙名化活動：所需經費每年約需 2,800

千元估算，6年計需14,921千元。

6. 本項經費由公務預算支應，2025年為20,645千元(含資本門1,000千元)、2026年為23,204千元(含資本門1,030千元)、2027年約需23,839千元(含資本門1,060千元)、2028年約需24,433千元(含資本門1,092千元)、2029年約需25,044千元(含資本門1,125千元)、2030年約需25,737千元(含資本門1,159千元)。另，有關提供嚴重病人緊急安置期間必要法律扶助費用，編列於「公益彩券回饋金」中支應，不重複編列。

第三節 提升成癮治療服務之多元量能及網絡



第三大策略及執行方法圖



(一) 強化毒品危害防制中心服務效能及品質

1. 充實毒防中心人力，落實個案管理服務（執行單位：心健司及各直轄市、縣(市)政府）

為提升毒防中心服務量能，強化追蹤輔導效能，於新世代反毒政策綱領第二期及強化社會安全網第二期計畫，規劃透過增補毒防中心個案管理及行政人力，逐年降低案量比至 1：30，並研訂毒防中心個案管理服務工作手冊(含處遇評估工具、紀錄表單)，滾動調整並精進個案管理服務模式，依個案需求整合跨局處及民間資源，提供連續性服務及追蹤輔導。另將辦理「毒品成癮者單一窗口服務系統」再造，透過資訊系統，強化個案管理人員對於個案動態之掌握及毒品防制工作之管理，提升毒防中心行政效能。

2. 提升個案管理人員專業知能，深化服務品質（執行單位：心健司、社工司、保護服務司及各直轄市、縣(市)政府）

為強化毒防中心個案管理人員專業知能，規劃編修毒防中心教育訓練課程規章制度及教材，建立個案管理人員培訓制度，以利各地方毒防中心培訓個案管理人員，並依其業務之需求，規劃辦理毒品防治議題之進階教育訓練及工作坊，提升渠等之個案資源管理與轉介能力。另配合新世代反毒策略行動綱領之「建立個案追蹤輔導資料庫，完善輔導追蹤網絡」，建立個案管理服務評核機制，確保毒防中心個案追蹤輔導服務品質。

3. 促進藥癮防治共識，強化資源整合及連結，完善藥癮服務網絡（執行單位：心健司、社工司、保護服務司、勞動部、教育部、法務部及各直轄市、縣(市)政

府)

透過毒防中心落實推動地方反毒工作，建立整合衛政、警政、社政、教育、勞政等跨局處、跨公、私部門之合作機制，強化成癮資源之整合與連結。規劃編制多元衛教素材(如單張、圖畫、影片、線上教材等)，透過媒體與行動應用程式等多元宣導方式，將正確觀念融入民眾生活，提升民眾成癮防治識能。

透過辦理毒防中心標竿學習及共識會議，促進成癮防治網絡相關單位(如：醫療、心理衛生、教育、社政、勞政、交通監理及司法等領域)，相互交流與觀摩學習，形塑毒防中心公共衛生與社福處遇之專業服務形象。並加強推廣 24 小時免付費毒防中心諮詢專線 0800-770-885，提供有需求之藥癮者及其家屬、朋友、一般民眾，便捷、迅速之求助管道，以提升個案及家屬就醫之意願。

4. 本項經費中，所需毒防中心藥癮個案管理人力費用及提升個案管理人員專業知能等經費，分別由強化社會安全網計畫及新世代反毒策略行動綱領預算支應，不重複編列。



(二) 完善毒藥物成癮治療與處遇服務體系與品質

1. 落實 114-117 年新世代反毒策略行動綱領各項戒毒行動方案 (執行單位：心健司、社工司、社家署、勞動部、法務部、法務部矯正署及各直轄市、縣(市)政府)

為強化藥癮醫療共識，廣續補助「藥癮醫療示範中心」，針對計畫執行之效益建立相關評估機制，並依不同藥癮個案特性、安置需求及環境限制，發展多元藥癮醫療服務方案，以利奠定我國藥癮醫療發展基礎。建立藥癮治療及處遇人員

審認與督導制度，規劃辦理藥癮治療及處遇人員之儲備與繼續教育訓練課程與工作坊，並依教育訓練成效滾動式修正及編修相關課程與教材，以培植本土藥癮醫療及處遇人才。

藉由「藥癮治療性社區服務模式多元發展計畫」，建立服務模式指引，增加少年個案之收治量能。透過社政單位鼓勵現有兒少安置機構辦理藥癮者中途之家及自立服務方案，與兒少安置及教養機構建立醫療戒治資源之合作機制，提供有毒品施用議題之個案所需資源，並鼓勵地方政府及民間團體增設團體家庭，強化個別照顧，協助兒少自立。另為完善替代治療之便利性，持續增加美沙冬跨區給藥之機構數量，擴大丁基原啡因之治療量能，並編修鴉片類藥癮治療臨床指引，強化替代治療執行機構之管理制度，以確保替代治療服務品質。

透過社政單位辦理家庭維繫及支持性服務活動，修復藥癮者之家庭關係，及由勞政單位協助連結醫療機構與民間團體，宣導就業服務資源，及強化個案轉介機制，加強就業服務可近性，以利協助藥癮個案順利復歸社會，重返家庭。

落實矯正機關施用毒品個案個別化處遇，聘請具有心理、社工等專業背景人力，協助觀護人追蹤輔導及監督個案，且為配合觀護業務，減輕觀護人負擔，規劃增設觀護追蹤輔導相關人力(如觀護追蹤輔導員、觀護助理追蹤輔導員及觀護毒品助理員)；銜接矯正機關辦理「強化毒品犯更生保護及社區處遇資源計畫」，並推動「毒品更生人自立復歸服務計畫」，以落實發展毒品犯多元處遇及協助方案，協助毒品犯改善生活環境，復歸社會。

2. 強化成癮防治服務網絡與處遇服務管理機制 (執行單位：心健司)

為促進成癮醫療之發展，強化服務網絡之整合，強化藥癮治療機構及替代治療藥物之管理規範，完善美沙冬跨區給藥機制，並廣續精進機構管理、補助及獎勵機制，據以查核、監督與管控，促進成癮專業服務發展與服務品質提升。另，廣續辦理美藥癮冬治療費用補助方案，降低個案經濟負擔，提升主動就醫意願，並滾動式檢討補助機制，強化成癮防治服務網絡合作，及定期辦理跨部會、跨領域之專家諮詢會議或研討會議等，整合衛政、警政、社政、教育、勞政、司法、觀護及民間團體之資源，強化各系統之串聯與轉介機制，促進服務網絡之整合與共識。

3. 優化及擴大成癮個案醫療及處遇資訊系統功能，建立成癮防治政策之實證基礎

(執行單位：心健司、健保署、國衛院、內政部警政署、法務部、教育部及勞動部)

優化本部「藥酒癮醫療個案管理系統」，強化系統資訊科技設備，串聯並整合法務、警政及健保等系統(包含急診或精神醫療非法藥物使用紀錄、替代治療個案就醫系統、個案通報系統及非法藥物使用罪犯資料、健保資料庫等)之藥癮個案資訊，整併個案臨床資料及處遇資料，強化成癮個案之共病照護及醫療服務效能。並藉由跨部會之資料庫串聯及獎勵藥癮病因、病徵，病程及預後追蹤之臨床研究與流行病學調查，掌握藥癮個案態樣、趨勢與治療需求等圖像，促進我國成癮醫學學術與臨床發展，並依我國成癮醫療之需求進行政策轉譯，促進我國成癮防治之專業發展。

4. 經費編列基準：

本項經費由公務預算支應部分為辦理鴉片類藥癮者替代治療，含藥品、倉儲、配送等費用，每年約 20,000 千元；及替代治療費用，以每人每年 10,000 元，每年 10,000 人估算，所需經費 2025 年以概算數 97,930 千元編列，2026 至 2030 年以實際需求編列，均為 12,000 千元。

另，有關推動戒毒行動方案及優化成癮處遇系統所需業務費及辦理多元安置型藥癮處遇與社區復健服務、藥癮治療補助費用等，分別編列於「新世代反毒行動綱領」預算及「毒品防制基金」預算中支應，不重複編列。

(三) 增進酒癮治療服務網絡及量能

1. 規劃多元有效酒癮防治方案，強化酒癮防治效能（執行單位：心健司、國健署及國衛院）

依 2020 年世界衛生組織「飲酒與新冠肺炎」指引，飲酒無安全限量，無論多寡皆有危害健康之虞，故為規劃酒癮防治方案，定期調查國人酒精使用認知，加強「飲酒沒有安全限量」之宣導策略，減少酒癮的發生，降低因飲酒所造成之危害。另為強化我國酒癮治療之成效，獎勵酒癮病因、病徵、病程及預後追蹤等臨床研究，依不同性別及族群之酒癮型態，研發本土酒癮預防、篩檢及治療策略或方案治療模式，促進我國成癮醫學學術與臨床發展及政策轉譯。另擴大推動「酒癮治療費用補助方案」，放寬補助限制，減輕問題性飲酒及酒癮者經濟負擔，促進早期介入，提升個案就醫動機並保障成癮醫療權益。



2. 強化酒癮治療網絡共識，提升酒癮治療服務量能

（執行單位：心健司、法務部、交通部及各直轄市、縣(市)政府）

為強化我國酒癮治療成效與品質，加強辦理酒癮治療人員專業技能培訓與進階教育訓練，針對衛生所及酒癮合作醫療機構之醫事人員、自殺關懷訪視員、社區關懷訪視員或對此議題有興趣之相關領域實務工作者提升醫療院所及處遇人員之酒癮治療共識。定期盤點我國酒癮治療服務量能與資源，持續新增「酒癮治療費用補助方案指定機構」，確保各地區酒癮醫療服務之普及。

3. 設立並優化酒癮防治中心，推廣全民正確酒精及酒癮疾病識能

(執行單位：心健司)

委託設立、營運及優化社區酒癮防治中心，協助推廣全民正確酒精及酒癮疾病識能，強化酒癮防治意識，並發展促進問題性飲酒及酒癮者早期發現早期治療之介入方案，及針對醫療缺乏地區研擬篩檢、治療及轉介之執行方案，以提升酒癮治療服務之可近性及便捷性，促進國人就醫意願。另發展我國本土酒癮防治研究，促進本土實證資料。

4. 經費需求及編列基準：

(1)依酒癮者特性與需求補助醫療機構發展本土化酒癮預防、篩檢及治療方案或模式，所需經費 2025 年以概算數 31,567 千元編列，2026 年起以每案 5,000 千元估算，由 2026 年 23 案逐年擴大辦理規模至 2030 年 27 案，2026 年為 115,000 千元、2027 年為 120,000 千元、2028 年為 125,000 千元、2029 年為 130,000 千元、2030 年為 135,000 千元。

(2)擴大推動酒癮治療費用補助，以每人每年 4 萬元預估，補助人數由 2025 年 4,000 人逐年成長 10%至 2030 年 6,442 人，所需經費 2025 年以概算數

35,000 千元編列，2026 年為 132,000 千元、2027 年為 145,200 千元、2028 年為 159,720 千元、2029 年為 175,692 千元、2030 年為 193,261 千元。

(3)辦理酒癮治療人員專業技能培訓與進階教育訓練，2026 年起推動，訓練費以每人 2 千元估算，估列 840 人次，並以每年成長 5%估算，2026 年為 1,680 千元、2027 年為 1,764 千元、2028 年為 1,852 千元、2029 年為 1,945 千元、2030 年為 2,042 千元。

(4)酒癮防治中心營運費用，2025 年為 20,000 千元 (含 500 千元資本門) ，逐年 5%成長估算，2026 年 21,000 千元 (含 500 千元資本門) 、2027 年為 22,050 千元、2028 年為 23,150 千元、2029 年為 24,310 千元、2030 年為 25,530 千元。

(5)推廣酒癮疾病與戒酒識能，強化酒癮防治意識，2026 年起推動，以每年 5,000 千元估算，所需經費 2026 年至 2030 年，每年均為 5,000 千元。

(6)辦理酒癮治療成效及酒癮防治政策效益評估等研究，2026 年推動，以每案每年 5,000 千元估算，每年辦理 3 案，所需經費 2026 至 2030 年均為 15,000 千元。

5. 綜上，本項經費由公務預算支應，2025 年編列為 86,567 千元、2026 年起依實際需求編列為 289,680 千元、2027 年為 309,014 千元、2028 年為 329,722 千元、2029 年為 351,947 千元、2030 年為 375,883 千元。

(四) 建立網路沉迷(成癮)因應措施

1. 持續宣導網路資訊健康使用，提升民眾網路使用健康識能(執行單位：心健司、教育部)

持續推廣網路健康使用觀念，依不同之受眾(如兒童、青少年、家長與一般民眾)規劃合適之宣導素材，將網路正確使用觀念(如個資保護、網路禮儀、資訊安全及網路沉迷等)以貼近國人生活之形式(如漫畫、文章、影片等)，融入國人日常生活，強化民眾網路使用健康識能。並透過本部網頁之網路沉迷(成癮)專區，促進國人對網路沉迷(成癮)之瞭解，於專區彙整相關影片與資訊連結，供有需求之民眾自行下載，提升民眾主動尋求協助之意願。

2. 透過強化各級學校教師網路沉迷(成癮)防治知能與培訓網路沉迷(成癮)防治與輔導人力，建立網路沉迷(成癮)預防、評估、輔導及轉介機制(執行單位：心健司、教育部)

為提升各級學校教師與輔導人員網路沉迷(成癮)防治知能，規劃辦理網路沉迷(成癮)防治與輔導人力培訓，強化導師、教師對在班學生出缺席、學習情形及行為表現之觀察，及由學務人員進行全面性疾病預防宣導、健康系列講座與健康檢查規劃，並配合輔導人員實施之各項教育及心理測驗，完善校園網路沉迷(成癮)防治措施，即早發現問題學生，並適時轉介及介入輔導。

3. 發展網路沉迷(成癮)評估工具，提升民眾網路沉迷(成癮)及早發現及早治療之意識，並強化現行服務資源(如：學生輔導資源、醫療資源)，促進個案主動尋求協助(執行單位：心健司、教育部及勞動部)

廣續監測網路過度使用及網路成癮趨勢，規劃發展全國性網路沉迷(成癮)檢視工具，並透過現有服務資源，如：學生輔導及醫療等資源，執行篩檢及諮詢計畫，輔導各單位建立協助、關懷機制，以促進校園師生、教職員，及各職場同仁身心健康，提升有需求個案主動尋求協助之意願。

4. 針對現行醫療資源難以觸及之嚴重網路成癮個案(含影響課業學習之學生)，發展網路成癮防治服務機制及方案(執行單位：心健司、教育部)

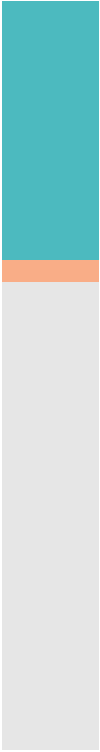
由教育與衛政單位共同研擬適用於嚴重網路成癮個案及嚴重網路成癮高風險學生個案(含影響課業學習之學生)之服務機制及方案，協助嚴重成癮個案及早脫離網路成癮，重拾健康規律生活。

5. 經費編列基準：

(1)網路成癮防治宣導：宣導健康使用網路，2025 年起推動，每年需 5,000 千元，所需經費 2025 年至 2030 年，每年均為 5,000 千元。

(2)發展網路成癮防治教材：發展培育各級學校人員網癮知能教材，2025 年起推動，每年需 2,000 千元；培育校園網癮種子教師，2026 年起推動，每人訓練費 6 千元，約需 2,000 千元。2025 年需 2,000 千元、2026 年需 3,000 千元、2027 年至 2030 年均需 4,000 千元。

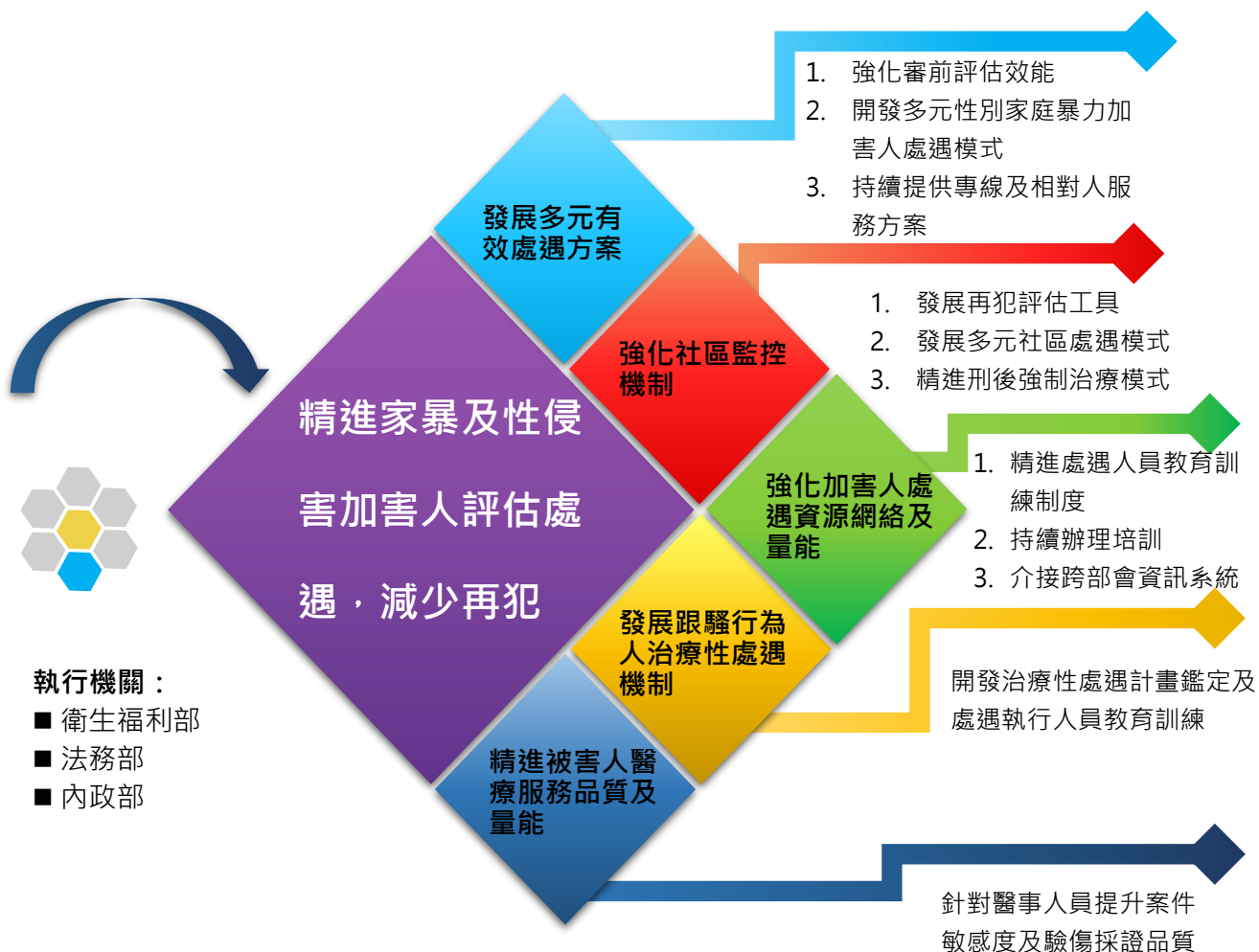
(3)網路成癮多元介入：發展各場域網癮防治流程，每年需 800 千元；發展嚴重網路成癮個案介入方案，需 1,200 千元，所需經費 2025 年 2,000 千元、2026 年 2,300 千元、2027 年 2,300 千元、2028 年 2,600 千元、2029 年 2,600 千元、2030 年 2,600 千元。



(4)網癮防治中心營運費用：2025 年需 6,000 千元，並逐年擴編組織及業務，
2026 年需 9,000 千元，2027 年至 2030 年每年均需 11,000 千元。

6. 本項經費由公務預算支應，2025 年為 15,000 千元、2026 年為 19,300 千元、
2027 年為 22,300 千元、2028 年為 22,600 千元、2029 年為 22,600 千元、
2030 年為 22,600 千元。

第四節 落實家暴及性侵害加害人處遇



第四大策略及執行方法圖



(一) 強化家暴加害人處遇計畫，發展多元有效處遇方案

1. 強化法院端對家暴加害人處遇計畫之認知，提升家暴加害人處遇計畫裁定率

(執行單位：心理健康司及保護服務司)

為降低家暴加害人再犯，將加強法官、檢察官、家暴加害人處遇計畫評估小組及處遇執行人員間之溝通，加強法院端對加害人處遇計畫之認知，進而提升處遇計畫之裁定率，並針對加害人處遇業務，由各直轄市、縣(市)政府衛生局定期召開共識會議，強化家庭暴力防治網絡之共識，提升處遇品質。

2. 開發不同類型及多元性別家庭暴力加害人處遇模式 (執行單位：心理健康司)

配合家庭暴力防治法修正及依據司法院釋字第 748 號解釋，因應多元家庭組成之關係且為尊重多元文化差異，擬規劃依不同性別族群之文化特性，發展適切之家庭暴力加害人處遇模式；另為檢視處遇業務服務成效及處遇執行期間與執行後再犯狀況，擬委託辦理成效評估研究 (包含性別及年齡等人口特性分析)，以持續精進處遇執行業務。

3. 持續提供男性關懷專線服務及推動家暴相對人服務方案，增進相對人因應衝突

能力。(執行單位：心理健康司)

為預防家庭暴力事件產生，增進相對人因應衝突及情緒控管能力，特規劃「男性關懷專線」以熱線方式提供相對人立即且隱密之服務，增進相對人主動尋求協助之動機。另透過家庭暴力相對人預防性輔導及處遇服務方案，提供相對人審前認知輔導、個案管理、心理輔導及家族治療等服務，並依其需求連結相關資源。

4. 經費需求及編列基準：

- (1) 辦理「全國共識會議」，每年辦理1場次(2天1夜)，預估參與人數約130人，所需業務費用每年計約需1,000千元，6年共需6,000千元。
- (2) 2025年至2026年預計委託辦理家庭暴力加害人處遇相關研究計畫，所需人事費用約900千元、業務費用約1,100千元，計每年所需費用約2,000千元，2年計共需4,000千元；2027至2030年辦理相關教育訓練，每年預計辦理4場次，所需業務費用每場次約需300千元，每年約需1,200千元，4年計共需4,800千元。綜上6年計需8,800千元。
- (3) 委託辦理「男性關懷專線」，所需人事費用約3,100千元、業務費用約3,900千元，每年所需費用共7,000千元；另因應人事薪資逐年調漲，爰所需人事費用業逐年微調，6年共計需44,000千元。

5. 本項經費6年計需58,800千元，編列於「家庭暴力防治基金」中支應，不重複編列。



(二) 精進性侵害加害人處遇評估制度，結合網絡強化社區監控機制

1. 研發性侵害加害人再犯危險分級評估工具，結合警察、觀護及社福體系強化社區監控機制，減少再犯(執行單位：心理健康司)

為評估性侵害加害人社區處遇成效，發展有效評估工具，辦理處遇評估教育訓練，強化執行社區處遇人員使用評估量表之知能及共識，提升加害人再犯危險評估之準確性，以結合警察、觀護及社福體系等外控機制及社福扶助，規劃有效社區監控方案，強化處遇成效，降低再犯。

2. 結合專業團體，發展加害人多元社區處遇模式，提升社區處遇品質（執行單位：

心理健康司、保護服務司、法務部及內政部警政署）

為完善我國社區監控網絡，廣續強化性侵害加害人社區處遇後之再犯追蹤及成效評估（包含性別及年齡等人口特性分析），依性侵害犯罪加害人身心治療輔導及教育辦法，會同衛政(如中央衛生主管機關、地方政府衛生局等)、警政、法務及社政單位共同辦理性侵害加害人處遇。由直轄市、縣(市)政府主管轄內身心治療與輔導教育等事宜；警政機關主責性侵害犯罪偵查、加害人登記報到及查訪等工作，若遇有性侵害加害人追蹤不易或不配合追蹤處遇時，由警政機關協助查訪，以利強化社區處遇及監控。鑒於裁定法源及加害人個案樣態愈發多元，為因應合併身心障礙症之加害人之多元處遇需求，發展性侵害加害人多元社區處遇模式，並適時檢討處遇服務品質及處遇成效，提升加害人社區處遇品質。

6. 經費需求及編列基準：

- (1) 2025 至 2026 年度預計委託辦理「研修性侵害加害人再犯風險評估工具」，所需人事費 900 千元及業務費 1,600 千元，計 2,500 千元；並於 2027 年度委託辦理「性侵害加害人再犯風險評估工具」教育訓練或工作坊，預計辦理 4 場次，每場次 300 千元，計 1,200 千元；綜上共需 3,700 千元。
- (2) 2027 至 2028 年度預計委託辦理「研修少年性侵害行為人再犯風險評估工具」，每年所需人事費 800 千元及業務費 1,200 千元，2 年計需 4,000 千元。
- (3) 依本部「醫療機構收治性侵害加害人刑後治療受處分人強制療費用支付基準」，補助性侵害強制治療處所辦理性侵害強制治療費用每人每月 250 千元。

以 1 年收治 104 人月估算，2025 年度強制治療費用約 26,000 千元；另因應
收治人數增加及強制治療費用支付基準調整，2026 至 2030 年以每年收治
120 人月估算，每年強制治療費用約 30,000 千元。6 年共需 176,000 千元。

(4) 2025 至 2026 年度預計委託編撰「性侵害加害人強制治療指引手冊」，所需
人事費 800 千元、業務費 1,200 千元，計需 2,000 千元。

7. 本項經費 6 年計需 185,700 千元，編列於「家庭暴力防治基金」中支應，不重複
編列。



(三) 強化加害人處遇量能，優化加害人處遇系統

1. 提供家暴及性侵害加害人處遇個案管理及訪視服務 (執行單位：心理健康司)

為辦理家庭暴力及性侵害加害人個案管理，深化家庭暴力及性侵害加害人個
案服務，落實未依規定執行社區處遇者之追蹤，補助個管社工人力，辦理多重議
題培訓課程，布建家庭暴力及性侵害加害人服務資源，以提升處遇計畫執行率，
強化社區處遇及個案管理品質。(社安網計畫)

2. 提升加害人評估小組運作效能，建立再犯危險評估共識 (執行單位：心理健康 司)

為提升家庭暴力及性侵害加害人評估小組委員評估及鑑定品質，召開家庭暴
力及性侵害加害人評估小組委員共識會議，藉由各縣市及專家學者互相交流、實
際案例研討，建立家庭暴力及性侵害加害人再犯危險及社區處遇評估共識。

3. 研修處遇及評估人員教育訓練基準，培育處遇專業人員並提升專業知能 (執行 單位：心理健康司、法務部矯正署)

為確保加害人處遇計畫之執行成效與服務品質，廣續研修加害人處遇計畫執行人員資格條件與訓練課程基準，精進現有教育訓練課程課綱、教材內容、講師資格，俾利教育訓練發揮最大功效，並將持續辦理教育訓練、工作坊或共識會議，完善處遇人才培訓制度。

4. 增修加害人處遇系統功能，開發處遇人員管理系統（執行單位：心理健康司）

持續對使用者(含各縣市衛生局、處遇社工及處遇治療人員等)進行加害人系統功能增修調查，依法令規定進行功能增修，以使加害人處遇系統功能得符合使用者需求及配合相關法令規定，以有效輔助加害人處遇計畫之執行。

5. 查核加害人處遇系統資料登錄，提升資料庫即時性及完整性（執行單位：心理健康司）

邀集專家學者及資深處遇人員辦理加害人處遇服務紀錄審查事宜，瞭解處遇處遇評估及執行內容及現況，提升評估、處遇紀錄完整性及品質，並據以累積實證資料，以利提供更完善、有效之處遇計畫。

6. 介接跨部會資訊系統，定期分析處遇方案成效（執行單位：心理健康司、內政部移民署、內政部警政署、法務部、法務部矯正署、）

為使服務個管社工取得個案判決、入出監、入出境等資訊，以妥善安排處遇課程及掌握出缺席原因，爰與跨部會介接個案資訊；並不定期整理分析，透過個案處遇後再犯情形，評估處遇成效及可精進方向。

7. 經費需求及編列基準：

(1) 召開家庭暴力及性侵害加害人評估小組委員共識會議，每年度預計委託辦理

2 場次，每場次所需業務費 500 千元，每年計需 1,000 千元；6 年共需 6,000 千元。

(2) 預計委託辦理家庭暴力及性侵害加害人處遇執行人員教育訓練，辦理家庭暴力處遇人員必修課程 1 場次及性侵害處遇人員核心課程 1 場次，並分區辦理家庭暴力處遇人員選修課程 2 場次及性侵害處遇人員 2 場次，總計辦理 6 場次，每場次 300 千元，每年計需 1,800 千元；6 年共需 10,800 千元。

(3) 2025 至 2030 年度預計分年度辦理家庭暴力或性侵害加害人處遇服務紀錄審查事宜，每年度預計審查 150 件服務紀錄，所需業務費計 1,000 千元；6 年計需 6,000 千元。

8. 本項經費 6 年計需 22,800 千元，編列於「家庭暴力防治基金」中支應，不重複編列。



(四) 發展跟蹤騷擾行為人治療性處遇機制

1. 開發治療性處遇計畫鑑定及處遇執行人員教育訓練，強化處遇品質 (執行單位：心理健康司)

為提升跟蹤騷擾行為人鑑定及處遇品質，結合精神醫療相關單位辦理鑑定及處遇治療專業人員教育訓練，提供完整教育訓練，以使相關專業人員提升鑑定知能，並透過課程學習交流，促進網絡共識，強化合作機制。

2. 經費需求及編列基準：

(1) 2025 年至 2026 年度辦理審前鑑定及處遇執行人員教育訓練，每年度預計辦理鑑定人員教育訓練 1 場次，所需業務費用約 396 千元，計需 792 千元；

2027 年度至 2030 年度每年辦理審前鑑定人員及處遇執行人員教育訓練各 2 場次，共計辦理 4 場次，所需業務費用每場次 300 千元，每年約需 1,200 千元，計需 4,800 千元。綜上 6 年共需約 5,592 千元。

(2) 2027 年度至 2030 年度召開工作研商會議，每年預計辦理 2 場次，所需業務費用每場次 200 千元，共需約 400 千元，4 年共需 1,600 千元。

3. 本項經費 6 年計需 7,192 千元，編列於「家庭暴力防治基金」中支應，不重複編列。



(五) 精進被害人醫療服務品質及量能

1. 持續提升醫事人員保護性案件通報敏感度及驗傷採證品質，確保被害人司法權益 (執行單位：心理健康司)

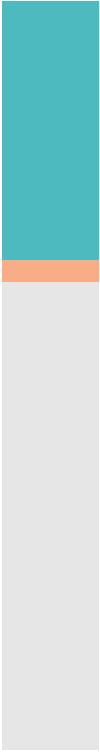
為提供被害人優質之醫療服務，廣續辦理醫事人員保護性案件敏感度及驗傷採證品質之教育訓練，並強化醫事人員責任通報意識，及評估與驗傷採證能力，以維護保護性案件被害人之權益與身心安全。

2. 經費需求及編列基準：

辦理驗傷採證醫事人員教育訓練，1 年辦理 4 場次，每場次預計參與人員為 50 人，所需業務費用約 600 千元，每兩年辦理 1 次，6 年共需 1,800 千元。

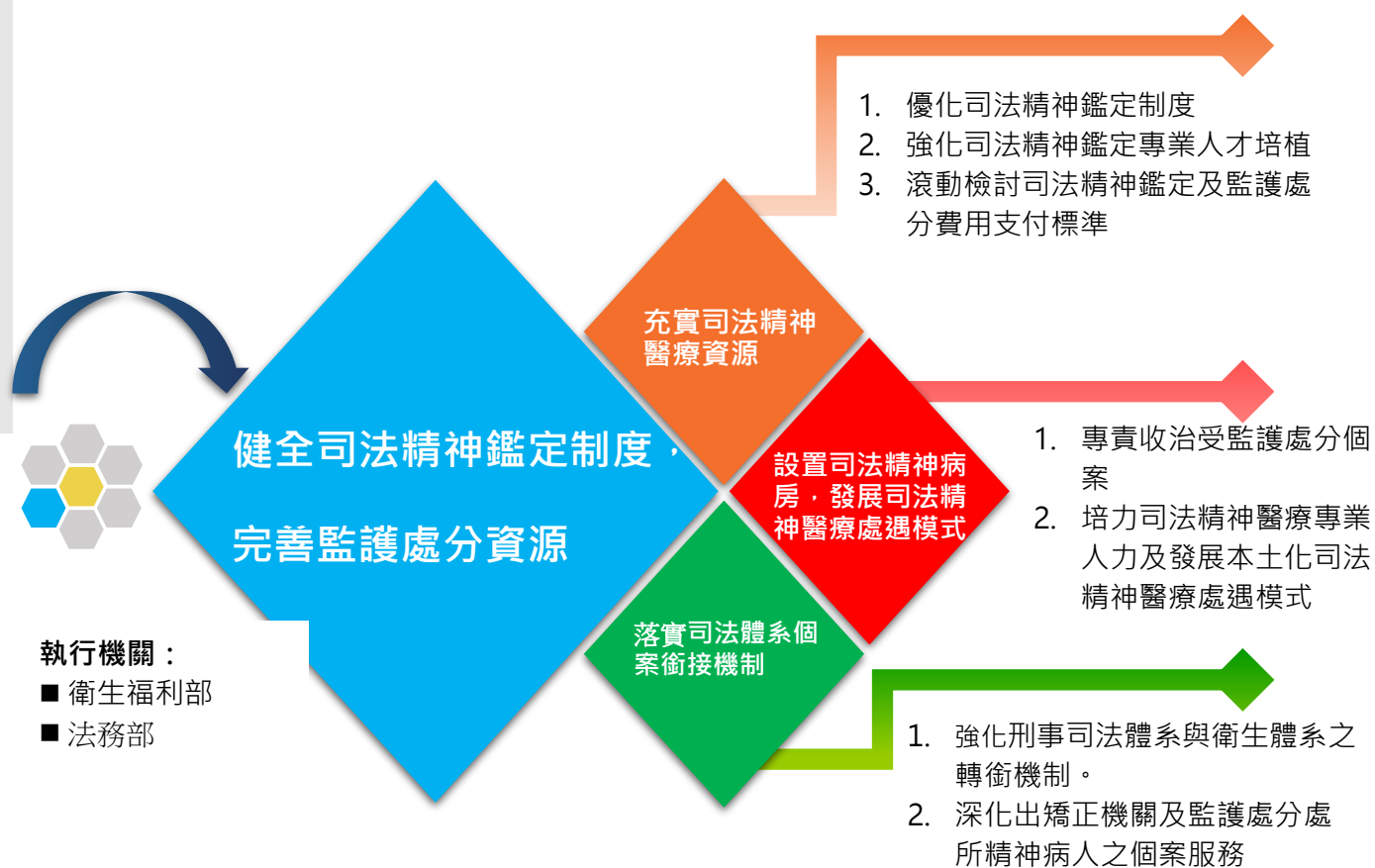
3. 本項經費 6 年計需 1,800 千元，編列於「家庭暴力防治基金」中支應，不重複編列。

(六) 綜上，推動家庭暴力及性侵害加害人處遇業務每年約需 50,000 千



元，有關家庭暴力及性侵害加害人處遇業務所需經費，依據家庭暴力防治法第 6 條規定，由中央主管機關每年編列公務預算撥充「家庭暴力防治基金」，每年擬撥充 40,000 千元，其餘數額擬由本部家庭暴力及性侵害防治基金累積賸餘數支應。

第五節 健全司法精神鑑定制度，完善監護處分資源



第五大策略及執行方法圖

(一) 充實司法精神醫療資源，深化司法精神醫療服務

1. 優化司法精神鑑定制度，提升鑑定品質（執行單位：心健司、法務部）

系統性檢視我國司法精神鑑定制度與程序，優化司法精神鑑定專業服務品質與量能，以完善司法精神鑑定機制與內涵，協助精神病犯罪行為人即早接受精神醫療。另制定司法精神鑑定模範(最佳)參考指引，提升鑑定品質。

2. 強化司法精神鑑定專業人才培植，提升服務量能（執行單位：心健司）

規劃發展司法精神醫學、司法心理及司法社工等相關專業人力培訓課綱、編製課程教材及制訂認證機制，擴大培植司法精神鑑定專業人力，並依實務需求，辦理司法精神鑑定理論、法規及相關專題之初、進階教育訓練及跨領域專業交流學術活動，促進實務共識。另盤點各類司法精神醫療人力資源，培育司法精神醫療政策轉譯及學術研究人才，並選送醫事人員至國外進修，促進精神醫學專業發展。

3. 滾動檢討司法精神鑑定及監護處分費用支付標準，建立司法精神醫療專業價值，鼓勵專業人才投入（執行單位：心健司、法務部）。

辦理刑事案件精神鑑定執行現況調查，滾動檢討鑑定量能及資源分布，並與相關學協會合作，召開跨部會會議研訂合理之收費基準，並廣續辦理司法與精神醫療跨領域專業交流研討會，建構法律、醫學、心理、社會工作、職能治療、護理等相關專業人員跨域對話之平台，凝聚業務推動共識，增進本土精神鑑定專業之發展。

4. 本項經費編列於「強化社會安全網計畫」中支應，不重複編列。

(二) 設置司法精神病房，發展司法精神醫療處遇模式

1. 跨部會合作設置司法精神病房，專責收治受監護處分個案（執行單位：法務部、心健司）

監護處分之適用對象，依《刑法》第 19 條為罹患精神疾病者，爰配合保安處分執行法之修正，依受處分人精神病情程度，從住院治療漸進式安排社區復健，以強化其社區適應。另按其暴力風險程度採分級、分流處遇，經評估未具高暴力風險之精神疾病受處分人，將整建一般精神醫療機構，設置司法精神病房，並由法務部負責病房安全維護之設備、人員配置及培訓，以維個案及治療人員安全。

2. 培力司法精神醫療專業人力及發展本土化司法精神醫療處遇模式，提升監護處分服務品質、量能及處遇成效（執行單位：心健司、法務部）

補助醫療機構發展兼具精神醫療與行為矯正之監護處分模式，及擴大辦理司法精神醫療人員教育訓練，培植相關醫療人力，提升監護處分量能與處遇成效，並針對處遇人員建立評核機制，確保服務品質，以利奠基我國司法精神醫療發展基礎。

3. 本項經費編列於「強化社會安全網計畫」中支應，不重複編列。

(三) 落實銜接司法體系個案銜接，建立社區支持機制

1. 強化刑事司法體系與衛生體系之轉銜機制，整合跨體系資源，落實個案社區轉銜服務。（執行單位：心健司、法務部）

落實精神病人出矯正機關或出監護處分處所前之轉銜機制，由法務部召開期滿前轉銜會議，結合法務、社會福利、心理衛生、教育、就業及警政等有關部會，

建立資源連結與合作機制，提供個案更生保護、精神治療、社區關懷、就學及就業等服務。另精神病受刑人於出監前，矯正機關應完整評估精神病人治療情形及出監轉銜需求，並以出監(所)通知書等一致性表單與標準，提供後續銜接之地方政府，俾利進行個案追蹤照護。

2. 深化出矯正機關及監護處分處所精神病人之個案服務，提升服務量能（執行

單位：心健司及各直轄市、縣(市)政府)

依精神衛生法規定，矯正機關、保安處分處所及其他以拘禁、感化為目的之機構或場所，於精神病人離開時，應即通知住（居）所在地直轄市、縣（市）主管機關予以追蹤保護，復由各衛生局依本部訂頒之「社區精神病人收案及結案標準」、「精神疾病患者社區家訪要點」，進行社區精神病人之收、結案及追蹤保護。為提升是類個案社區追蹤保護品質，強化預防再犯，將依個案病況複雜度、暴力風險程度及是否有其他共病議題等，採分級、分流管理，深化心理衛生社工追蹤訪視流程與品質。

3. 本項經費已列入法務部年度經費，不重複編列。

第六節 建構整合及加強心理健康基礎建設



建構運用科技及具
實證基礎之心理健
康建設

定期調查國
人心理健康
狀況

推動國際合
作

1. 進行國人心理健康及精神疾病調查研究，建立政策實證基礎，並滾動修正我國心理健康及精神疾病防治政策
2. 建立心理健康、精神疾病治療及各類處遇、服務方案之成效評估機制

3. 積極參與國際級組織，交流心理健康相關政策，掌握國際趨勢，提升專業新知。
4. 配合辦理心理健康相關議題之國際論壇與研討會，拓展國際人脈，布建國際友我網絡。
5. 推動國際人才培訓交流，發展跨國專業人才培訓制度，精進我國心理健康專業知能。

執行機關：

- 衛生福利部
- 直轄市、縣(市)政府

第六大策略及執行方法圖示



(一) 定期調查國人心理健康狀況，整合跨域心理健康資料庫，建立政策實證基礎

1. 建立國人心理健康狀況定期調查機制，建立政策實證基礎，並滾動修正我國心理健康及精神疾病防治政策（執行單位：心理健康司）

為檢視國民心理健康現況與長期變化趨勢，包括不同性別及族群之變化，定期調查國人心理健康狀態，以即時因應國人心理健康需求。並定期針對各項心理健康、精神疾病防治、成癮防治及家庭暴力與性侵害加害人處遇服務方案及治療模式進行成效評估（包含性別及年齡等人口特性分析），俾滾動修正我國心理健康政策，推動以實證研究為基礎之政策，提升政策效益。另建立各項心理健康(含精神疾病、毒癮、家暴及性侵害等)服務提供者與醫護人員之權益維護及安全保障機制，俾利提供最合適、有效之服務。

2. 建立心理健康、精神疾病治療及各類處遇、服務方案之成效評估機制（執行單位：心理健康司、國家衛生研究院）

針對各類心理健康促進、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、治療與處遇模式之成效，建立成效評估機制（包含性別及年齡等人口特性分析），並依成效評估之結果，滾動式修正現行之心理健康促進議題之處遇、治療及服務方案，以提供國人最適、有效之服務。

3. 經費需求及編列基準：

(1) 心理健康及精神疾病研究調查：發展本土結構化問卷 3 式，需 6,000 千元，

問卷費每人 300 元、訪員訓練費每人 6 千元、訪員時薪 300 元，需 11,232

千元；計畫人事、訪員旅費及行政雜支，需 12,768 千元，每年需 30,000 千元，6 年計需 180,000 千元。

(2) 心理健康相關方案成效評估及實證研究：委辦國內心理健康相關實證研究 2 案，每年需 5,500 千元，並隨物價每年調增 1%，6 年計需 34,173 千元。

4. 本項經費由公務預算支應，2025 年為 35,500 千元、2026 年為 35,575 千元、2027 年為 35,652 千元、2028 年為 35,732 千元、2029 年為 35,814 千元、2030 年為 35,900 千元。



(二) 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. 參與心理健康相關議題之國際論壇與研討會，掌握國際趨勢，提升專業新知
(執行單位：心健司、國衛院及國合組)

為掌握國際間心理健康發展趨勢，提升我國心理健康專業知能，擬定期派員參與心理健康、精神疾病防治、成癮防治、家庭暴力及性侵害防治等各項心理健康議題之國際論壇與研討會議，並依我國社會環境與文化背景，發展我國之心理健康促進方案，提升國人心理健康。

2. 辦理國際型心理健康議題論壇或研討會，拓展國際人脈，布建國際友我網絡
(執行單位：心健司及國合組)

為積極拓展國際人脈，規劃辦理國際型心理健康、精神疾病防治、成癮防治、家庭暴力及性侵害防治等各項心理健康議題之論壇或研討會議，邀請他國心理健康專業人員及專家學者來臺交流，分享我國心理衛生專業實務經驗，布建國際友

我網絡。

3. 推動國際人才培訓交流，發展跨國專業人才培訓制度，精進我國心理健康專業

知能 (執行單位：心健司)

為促進我國心理健康之專業性與發展，強化國際人才培訓與交流，擬與他國合作建立跨國專業人才培訓制度，學習他國專業人才培訓制度，精進我國心理健康專業儲備能量，並增加跨國合作、服務方案與人力輸出之可能性。

4. 經費需求及編列

- (1) 參與國際級組織：規劃參與世界衛生大會 (WHA) 400 千元、亞太經濟合作會議 (APEC) 400 千元、藥物依賴問題學院(CPDD)年會 1,000 千元，6 年計需 10,800 千元。
- (2) 辦理心理健康相關議題之國際論壇與研討會：不定期辦理國際研討會，每年 1,000 千元，6 年計需 6,000 千元。
- (3) 推動國際人才培訓所需經費，編列於新南向醫衛合作與產業鏈發展中長程計畫，不重複編列。

5. 本項經費由公務預算支應 2025 年至 2030 年均為 2,800 千元。

伍、期程與資源需求

一、計畫期程

本計畫實施期程自 2025 年 1 月 1 日至 2030 年 12 月 31 日止，共計 6 年。

二、所需資源說明

(一) 人力需求

1. 運用衛生福利部、行政院相關部會及直轄市、縣(市)政府，結合各級行政機關、機構、學校、民間團體等現有人力。
2. 有關設立社區心理衛生中心，整合自殺、精神等各類心理健康個案服務，督導發病初期個案接受治療，輔導規律就醫，並提供定期追蹤保護，及增加現有社區各類關懷訪視員，將由強化社會安全網計畫支應經費。

(二) 財務需求

1. 本計畫執行期間中央政府公務預算初估共需 8,234,214 千元(經常門 8,069,688 千元，資本門 164,526 千元)。
2. 前列經費由本計畫視財務情形，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，依核定之先期作業計畫辦理。

三、經費來源及計算基準

(一) 經費來源

1. 中央公務預算：預估支應 8,234,214 千元(經常門 8,069,688 千元，資本門 164,526 千元)。
2. 其他中央公務預算：

- (1) 中長程施政計畫：包括強化社會安全網計畫、新世代反毒策略行動綱領、身心障礙照顧服務資源布建計畫、優化兒童醫療照護計畫等中長程施政計畫等預算。
- (2) 基金預算：包括家庭暴力防治基金、公益彩券回饋金等基金經費來源，依各年度需求爭取經費。

(二) 計算基準

本計畫依據往年執行情形及未來發展需求推算，各年經費將視實際情形修正。

本計畫業列為本部重要施政計畫，將依實際經費需求辦理預算編列及爭取足額預算（經費一覽如附件）。

(三) 經費負擔原則

中央機關主辦計畫：依據中央主管相關法令規定辦理。

補助型計畫：依據中央對直轄市及縣(市)政府補助辦法及本於提高自償之精神所擬定各類審查及補助規定。

陸、預期效果與影響

一、建構多元化及跨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

藉由持續精進各項心理健康照護服務品質及人力資源，完善各層面心理健康服務體系，推動涵蓋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、成癮防治及特殊族群處遇與照護等措施，提供民眾適時、適所及適當之心理健康照護服務，提升全民心理健康。

二、強化各部會、機關、各直轄市與縣(市)政府及民間機構團體之連結，落實各場域心理健康服務

透過提升各部會及機關人員之心理健康識能，倡議心理健康正確觀念，並整合各部會資源，強化網絡合作，妥善運用社區心理衛生中心轉介及資源連結量能，將心理健康促進推廣至不同場域及全體民眾，及對高風個案提供即時協助，使心理健康服務達到全面性與普及性之目標。

三、持續提升心理健康促進及相關處遇服務之人力與量能，並提高專業性及服務水準，滿足全民心理健康之多元需求

建立整體性專業人力培植制度，積極培育心理衛生專業人員，並強化實務工作人員之專業知能與培訓，提升服務品質。另藉由改善工作環境、調升待遇及增加福利等誘因，促進專業人員久任，以增加服務場域之穩定性及專業人員執業動機，並滾動檢討與修正相關訓練課程，持續提升專業人員專業知能，滿足國人心理健康需求，強化服務及處遇成效。

四、整合各項心理健康照護資訊系統，並完成網絡資訊串連，建立心理健康政策之實證基礎。

藉由完善及整合各網絡及服務個案之資訊系統，強化跨部門間資訊共享，有效掌握個案服務情形，提高服務遞送時效性，並透過臨床與管理資源之累積，進行處遇方案成效及服務個案特性之大數據分析，據以提供精進服務方案及政策擬定之參考，建立我國心理健康政策之實證基礎。

柒、財務計畫

本計畫預算係以公務預算及基金預算為主要經費來源，無自籌財源。

捌、附則

一、替選方案之分析與評估

- (一) 本計畫逐年於辦理年度先期作業計畫及編製年度概算時，配合檢討經費需求調整資源分配，並依各年度法定預算調整計畫經費，逐年依各項作業計畫之優先順序，檢討評估並重新調整資源及經費運用，另亦逐年評估檢討，以滾動式修正策略績效目標值。
- (二) 針對總統就職演說宣示之重要心理健康政策，以及行政院施政重點所需經費優先納編，以掌握計畫工作項目之優先順序。
- (三) 新興計畫與方案，採行試辦計畫模式進行，經檢討評估執行成效後，據以轉譯為政策並全面推廣。

二、風險管理

本計畫之風險管理參照國家發展委員會 109 年 9 月 11 日發布之「行政院及所屬各機關風險管理及危機處理作業手冊」規範，進行「風險評估」。

(一) 風險辨識

本計畫未來可能面臨「個案接受治療與介入之意願較低，導致耗用更多人力與經費」、「心理健康之推動與汙名化問題仍須民間及公部門共同努力」等因素影響，而無法順利推展，相關因素摘要說明如下：

1. 個案追蹤、治療與介入之意願低

精神病人、成癮患者、家暴及性侵害加害人皆多為就醫意願低之個案，且部分個案多基於法律之強制力，才得以持續一段時間之治療與處遇，然而個案之治療意願仍

為改善現況之重要因素，若接受社區追蹤照護、就醫治療或接受介入意願低，可能導致須投入更多人力與經費，影響計畫成效。

2. 心理健康之推動資源與汙名化問題：

心理健康促進、精神病人之社區照護、物質成癮者、家庭暴力及性侵害加害人之處遇服務與汙名化問題，皆尚有待精進，惟有關心理健康服務措施之充實、專業人力之養成與培訓及處遇方案之推動執行，皆需由地方政府落實執行，並由民間、公私部門共同參與、努力推動，始可完成促進全民心理健康之目標，並邁向達成聯合國永續發展目標(SDGs)。

(二) 風險分析

本計畫參採「行政院及所屬各機關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「風險發生機率分類表」及「風險影響程度分類表」，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=影響程度*發生機率)。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，將積極處理，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(如下表)。

表 3：風險分布

| 影響程度 | 風險分布 | | |
|---------|----------|------------------------------|---------|
| 非常嚴重(3) | 高度風險 | 高度風險 | 極度風險 |
| 嚴重(2) | 中度風險 | 高度風險 個案追蹤、治療與 介入之意願低。 | 高度風險 |
| 輕微(1) | 低度風險 | 中度風險 心理健康之推動資源 與汙名化問題。 | 高度風險 |
| | 幾乎不可能(1) | 可能(2) | 幾乎確定(3) |
| | 發生機率 | | |

(三) 風險評量：

1. 倘若無法順利提升國人自殺防治意識，並強化自殺防治網絡，未能使自殺、精神疾病個案及時獲得所需之協助，導致自傷(殺)人數上升，經風險圖像風險等級結果顯示，影響程度屬**高度風險**。
2. 全世界有 1/4 的人口在一生中曾經受到精神疾病之影響(WHO，2001)，倘若本計畫未能提升國人精神疾病健康識能、完善心理健康基礎建設，使國人未能及時得精神病人、家庭暴力及性侵害等暴力事件之發生，經風險圖像風險等級結果顯示，影響程度屬**中度風險**。

(四) 風險處理

針對「個案追蹤、治療與介入之意願低」及「心理健康之推動資源與汙名化問題」風險項目，本部規劃以「推動特定族群心理健康服務方案」及「建立高風險個案評估及轉介機制」二大對策，主動找出個案提供服務，並從中發掘具風險因子者，分級、分流轉介至適當之服務體系（如社會福利、社會救助、精神醫療等）。同時，從校園教育著手，從小紮根，規劃、推動、監督各級學校心理健康促進，並於社區中推動精神疾病防治與宣導，全面提升社區民眾對精神疾病的認知，全面性提升社會大眾之心理健康衛教識能，減少因認知不足產生的汙名化，影響政策成效。

(五) 計畫風險評估及處理彙總表

| 風險項目 | 風險情境 | 現有風險對策 | 現有風險值 (可能性 x 影響 程度) | 新增風險對策 | 殘餘風險 值 (可能性 x 影響程 度) |
|------------------------------|--|--|------------------------------|---|----------------------------------|
| A：個案接受治療與介入之意願較低，導致耗用更多人力與經費 | 精神病人、成癮患者、家暴及性侵害加害人皆多為就醫意願低之個案，且部分個案多基於法律之強制力，才得以持續一段時間之治療與處遇。 | 1.提供受通報之精神病人、成癮患者、家暴及性侵害加害人個案服務或媒合所需資源。 2.建立高風險個案評估及轉介機制。 | 4(2x2) | 推動特定族群心理健康服務方案，主動觸及風險族群並提升服務可近性。並推動建立高風險個案評估及風險預警機制，確保個案及時獲得所需服務。 | 2(1x2) |

| | | | | | |
|------------------------------------|---|--|---------------|---|---------------|
| <p>B：心理健康之推動與汙名化問題仍須民間及公部門共同努力</p> | <p>心理健康範疇廣大，依據服務對象及內涵不同，分由不同部會、部門掌管；精神病人在相關社會事件中往往受到媒體放大檢視，使民眾常對精神疾病產生誤解。</p> | <p>1. 規劃、推動、監督各級學校辦理心理健康促進。 2. 推動精神疾病防治與宣導。 3. 提升社區民眾對精神疾病的認知。</p> | <p>2(2×1)</p> | <p>全面性提升社會大眾之心理健康衛教識能，減少因認知不足產生的汙名化</p> | <p>1(1×1)</p> |
|------------------------------------|---|--|---------------|---|---------------|

(六) 計畫殘餘風險圖像

| | | | |
|---------------------|-----------------------|---------------------|-----------------------|
| 嚴重 (3) | | | |
| 中度 (2) | A | | |
| 輕微 (1) | B | | |
| <p>影響程度 可能性</p> | <p>不太可能 (1)</p> | <p>可能 (2)</p> | <p>非常可能 (3)</p> |

三、中長程個案計畫自評檢核表

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10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)是否本於提高自償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 | (1)是否評估民間參與之可行性，並撰擬評估說明(編審要點第4點) | | ✓ | | ✓ | |
| | (2)是否填寫「促參預評估檢核表」評估(依「公共建設促參預評估機制」) | | ✓ | | ✓ | |
| 3、經濟及財務效益評估 | (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：本於提高自償之精神，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：中央主管相關法令規定 b.補助型計畫：中央對直轄市及縣(市)政府補助辦法、本於提高自償之精神所擬訂各類審查及補助規定 | ✓ | | ✓ | | |

| 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 | |
| | (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 | ✓ | | ✓ | | |
| | (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、跨機關協商 | (1)涉及跨部會或地方權責及財務分攤，是否進行跨機關協商 | | ✓ | | ✓ | |
| | (2)是否檢附相關協商文書資料 | | ✓ | | ✓ | |
| 7、土地取得 | (1)能否優先使用公有閒置土地房舍 | | ✓ | | ✓ | |
| | (2)屬補助型計畫，補助方式是否符合規定（中央對直轄市及縣(市)政府補助辦法第10條） | | ✓ | | ✓ | |
| | (3)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、風險管理 | 是否對計畫內容進行風險管理 | ✓ | | ✓ | | |
| 9、性別影響評估 | 是否填具性別影響評估檢視表 | ✓ | | ✓ | | |
| 10、環境影響分析 (環境政策評估) | 是否須辦理環境影響評估 | | ✓ | | ✓ | |

| 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 | |
| 11、淨零轉型通案評估 | (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)是否強化因應氣候變遷之調適能力，並納入淨零排放及永續發展概念，優先選列臺灣2050淨零排放路徑、淨零科技方案及淨零轉型十二項關鍵戰略、臺灣永續發展目標及節能相關指標 | | ✓ | | ✓ | |
| | (4)是否屬臺灣2050淨零排放路徑、淨零科技方案及淨零轉型十二項關鍵戰略相關子計畫 | | ✓ | | ✓ | |
| | (5)屬臺灣2050淨零排放路徑、淨零科技方案及淨零轉型十二項關鍵戰略之相關子計畫者，是否覈實填報附表三、中長程個案計畫淨零轉型通案自評檢核表，並檢附相關說明文件 | | ✓ | | ✓ | |
| 12、涉及空間規劃者 | 是否檢附計畫範圍具座標之向量圖檔 | | ✓ | | ✓ | |
| 13、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 | | ✓ | | ✓ | |
| 14、落實公共工程或房屋建築全生命週期各階段建造標準 | 是否瞭解計畫目標，審酌其工程定位及功能，對應提出妥適之建造標準，並於公共工程或房屋建築全生命週期各階段，均依所設定之建造標準落實執行 | | ✓ | | ✓ | |
| 15、公共工程節能減碳及生態檢核 | (1)是否依行政院公共工程委員會(下稱工程會)函頒之「公共工程節能減碳檢核注意事項」辦理 | | ✓ | | ✓ | |
| | (2)是否依工程會函頒之「公共工程生態檢核注意事項」辦理 | | ✓ | | ✓ | |
| 16、無障礙及通用設計影響 | 是否考量無障礙環境，參考建築及活動空間相關規範辦理 | | ✓ | | ✓ | |

| 檢視項目 | 內容重點 (內容是否依下列原則撰擬) | 主辦機關 | | 主管機關 | | 備註 |
|-------------------|--|------|---|------|---|----|
| | | 是 | 否 | 是 | 否 | |
| 評估 | | | | | | |
| 17、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 | ✓ | | ✓ | | |
| 18、營(維)運管理計畫 | 是否具務實及合理性(或能否落實營運或維運) | ✓ | | ✓ | | |
| 19、房屋建築朝向零碳建築方向規劃 | 是否已依工程會「公共工程節能減碳檢核注意事項」及內政部建築研究所「綠建築評估手冊」之綠建築標章及建築能效等級辦理 | | ✓ | | ✓ | |
| 20、地層下陷影響評估 | 屬重大開發建設計畫者，是否依「機關重大開發建設計畫提報經濟部地層下陷防治推動委員會作業須知」辦理 | | ✓ | | ✓ | |
| 21、資通安全防护規劃 | 資訊系統是否辦理資通安全防护規劃 | ✓ | | ✓ | | |

主辦機關核章：承辦人

視察林軒立

單位主管

心理健康司長陳亮好

首長

部長薛瑞元(兩)

主管部會核章：研考主管

副研考長于媛

會計主管

新通長張銀淑

首長

部長薛瑞元(兩)

中長程個案計畫淨零轉型通案自評檢核表

| 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 | |
| 本計畫屬「淨零轉型」所屬子計畫(請檢視填寫下列事項) | | | | | | |
| 「十二項關鍵戰略」歸屬 | 屬「十二項關鍵戰略」之哪一項： _____。 | | ✓ | | ✓ | |
| 1、計畫緣起 | (1)是否已參酌該項關鍵戰略之各階段性目標、績效指標、里程碑、機關權責分工、預期效益 | | ✓ | | ✓ | |
| | (2)本計畫內容是否已融入上開關鍵戰略內容 | | ✓ | | ✓ | |
| 2、計畫目標(含績效指標、衡量標準及目標值等) | (1)是否涵蓋及符合上開關鍵戰略內容 | | ✓ | | ✓ | |
| | (2)績效指標、衡量標準及目標值是否具體？是否有基準年比較值及具體計算、蒐集方式等 | | ✓ | | ✓ | |
| 3、現行相關政策及方案之檢討 | (1)如屬淨零轉型所屬子計畫之延續性計畫，是否就「十二項關鍵戰略」之階段性目標、績效指標、里程碑、預期效益等之達成，辦理前期計畫執行成效評估，並納入總結評估報告 | | ✓ | | ✓ | |
| | (2)是否將相關配套之淨零轉型所屬子計畫，檢討納入本計畫內容，以利發揮綜效 | | ✓ | | ✓ | |
| 4、執行策略及方法 | (1)是否涵蓋及符合上開關鍵戰略內容 | | ✓ | | ✓ | |
| | (2)是否已預先辦理社會對話與溝通，並將公正轉型工作納入本計畫之執行規劃，涵蓋項目，列舉如： ● 辨識可能衝突及爭議—含利害關係人； ● 提出衝突及爭議之處理機制—如辦理公聽會、說明會、協調會等； ● 建立支持體系的工具手段—如編列相關預算、協調相關部會提出配套措施等； ● 公私協力做法—如預定邀集之相關公私立單位等； ● 預定辦理期程； ● 定期辦理問卷調查驗證成果做法等。 | | ✓ | | ✓ | |
| | (3)是否掌握淨零科技之研發與導入，提升整體計畫減碳之貢獻，引領公私部門淨零轉型 | | ✓ | | ✓ | |

| | | | | | | |
|-----------|-----------------------|--|---|--|---|--|
| 5、期程與資源需求 | 是否涵蓋及符合上開關鍵戰略內容 | | ✓ | | ✓ | |
| 6、預期效果及影響 | (1)是否涵蓋及符合上開關鍵戰略內容 | | ✓ | | ✓ | |
| | (2)是否提出明確淨零效益估算值及估算方式 | | ✓ | | ✓ | |

四、中長程個案計畫性別影響評估檢視表

【第一部分 - 機關自評】：由機關人員填寫

| | | | |
|--|--------------|--|------------------------|
| <p>【填表說明】各機關使用本表之方法與時機如下：</p> <p>一、計畫研擬階段</p> <p>(一) 請於研擬初期即閱讀並掌握表中所有評估項目；並就計畫方向或構想徵詢作業說明第三點所稱之性別諮詢員(至少 1 人)，或提報各部會性別平等專案小組，收集性別平等觀點之意見。</p> <p>(二) 請運用本表所列之評估項目，將性別觀點融入計畫書草案：</p> <p>1、將性別目標、績效指標、衡量標準及目標值納入計畫書草案之計畫目標章節。</p> <p>2、將達成性別目標之主要執行策略納入計畫書草案之適當章節。</p> <p>二、計畫研擬完成</p> <p>(一) 請填寫完成【第一部分 - 機關自評】之「壹、看見性別」及「貳、回應性別落差與需求」後，併同計畫書草案送請性別平等專家學者填寫【第二部分 - 程序參與】，宜至少預留 1 週給專家學者(以下稱為程序參與者)填寫。</p> <p>(二) 請參酌程序參與者之意見，修正計畫書草案與表格內容，並填寫【第一部分 - 機關自評】之「參、評估結果」後通知程序參與者審閱。</p> <p>三、計畫審議階段：請參酌行政院性別平等處或性別平等專家學者意見，修正計畫書草案及表格內容。</p> <p>四、計畫執行階段：請將性別目標之績效指標納入年度個案計畫管制並進行評核；如於實際執行時遇性別相關問題，得視需要將計畫提報至性別平等專案小組進行諮詢討論，以協助解決所遇困難。</p> <p>註：本表各欄位除評估計畫對於不同性別之影響外，亦請關照對不同性傾向、性別特質或性別認同者之影響。</p> | | | |
| <p>計畫名稱：全民心理健康韌性計畫</p> | | | |
| <p>主管機關 (請填列中央二級主管機關)</p> | <p>衛生福利部</p> | <p>主辦機關(單位) (請填列提案機關 / 單位)</p> | <p>衛生福利部 心理健康司</p> |
| <p>壹、看見性別：檢視本計畫與性別平等相關法規、政策之相關性，並運用性別統計及性別分析，「看見」本計畫之性別議題。</p> | | | |
| <p>評估項目</p> | | <p>評估結果</p> | |
| <p>1-1【請說明本計畫與性別平等相關法規、政策之相關性】</p> <p>性別平等相關法規與政策包含憲法、法律、性別平等政策綱領及消除對婦女一切形式歧視公約(CEDAW)可參考行政院性別平等會網站(https://gec.ey.gov.tw)。</p> | | <p>1. 衛生福利部為健全社會安全網絡，完善國人之心理健康建設，依據我國「性別平等政策綱領」核心議題「人身安全與司法」，針對性侵害犯罪及家庭暴力等議題，消除婦女及嬰幼兒身心與性自主方面之嚴重傷害與威脅；並於 2010 年提出「精神醫療及心理衛</p> | |

生政策綱領」，著手策劃國民心理健康計畫，業已完成規劃國民心理健康第一、二期計畫(2013年-2016年、2017年-2021年)，整合心理健康、精神疾病照護、藥癮防治及家暴與性侵害加害人處遇四大主題領域，規劃推動涵蓋性別、年齡、族群及地域需求之心理健康政策及服務措施。現為廣續維護國人心理健康，解決目前國人面臨之心理健康問題與困境，爰規劃「國民心理健康第三期計畫(2022-2026)」。

2. 本計畫基於性別平等政策綱領基本理念：「性別平等是保障社會公平正義的核心價值」，核心議題「人口、婚姻與家庭」強調正視多元文化，打造尊重和諧之友善環境。且 2019 年通過之《司法院釋字第七四八號解釋施行法》，又稱同性婚姻專法。未來亦須更加強化性別敏感度於不同年齡層、地域場域之群體及特殊族群(含家暴及性侵害加害與被害人、慢性病人等)，對象亦包括所有照顧者(如原住民族、急慢性疾病等)，就多元性別及特殊族群所需之心理健康需求增加敏感度，以落實憲法、精神衛生法與身心障礙者權利公約(CRPD)強調之給予精神病人應有平等與不歧視及有必要之健康與復健服務，及兒童權利公約(CRC)強調兒童生存發展權及健康權之國家作為責任，避免事件再次發生等相關國際公約與法律，確保國人整體性(包括婦人、老人、嬰幼兒、身心障礙者及家暴與性侵害案件加害人等特殊群體)之權益保障。
3. 落實「性別平等政策綱領」揭禁之「制定具性別觀點的人口、健康、醫療與照顧政策，提供公平的健康機會、醫療與照顧資源」及 CEDAW 第

| | |
|---|--|
| | <p>12 條「締約各國應採取一切適當措施以消除在保健方面對婦女的歧視，保證她們在男女平等的基礎上取得各種包括有關計劃生育的保健服務」。</p> |
| <p style="text-align: center;">評估項目</p> | <p style="text-align: center;">評估結果</p> |
| <p>1-2【請蒐集與本計畫相關之性別統計及性別分析(含前期或相關計畫之執行結果)，並分析性別落差情形及原因】</p> <p>請依下列說明填寫評估結果：</p> <p>a.歡迎查閱行政院性別平等處建置之「性別平等研究文獻資源網」(https://www.gender ey.gov.tw/research/)、「重要性別統計資料庫」(https://www.gender ey.gov.tw/gecdb/)(含性別分析專區)、各部會性別統計專區、我國婦女人權指標及「行政院性別平等會—性別分析」(https://gec ey.gov.tw)。</p> <p>b.性別統計及性別分析資料蒐集範圍應包含下列 3 類群體：</p> <p style="padding-left: 20px;">① 政策規劃者(例如:機關研擬與決策人員；外部諮詢人員)。</p> <p style="padding-left: 20px;">② 服務提供者(例如:機關執行人員、委外廠商人力)。</p> <p style="padding-left: 20px;">③ 受益者(或使用者)。</p> <p>c.前項之性別統計與性別分析應盡量顧及不同性別、性傾向、性別特質及性別認同者，探究其處境或需求是否存在差異，及造成差異之原因；並宜與年齡、族群、地區、障礙情形等面向進行交叉分析(例如：高齡身障女性、偏遠地區新住民女性)，探究在各因素交織影響下，是否加劇其處境之不利，並分析處境不利群體之需求。前述經分析所發現之處境不利群體及其需求與原因，應於後續【1-3 找出本計畫之性別議題】，及【貳、回應性別落差與需求】等項目進行評估說明。</p> <p>d.未有相關性別統計及性別分析資料時，請將「強化與本計畫相關的性別統計與性別分析」列入本計畫之性別目標(如 2-1 之 f)。</p> | <p>1. 本政策規劃者如次：</p> <p>(1) 參與本計畫之一級單位主管(次長、司長、副司長、簡技、專委及科長)10 人與行政幕僚人員(心理健康促進科)10 人共 20 人(男性 7 人，女性 13 人)，不同性別之比例符合任一性別不得低於 1/3 原則。</p> <p>(2) 本計畫於研擬、修正過程係透過邀集本部相關司署、行政院相關部會、縣市政府衛生局代表及各領域之專家學者，針對本計畫規劃與執行之策略共同研商討論，參與對象未設定特定性別對象，均為共同參與，且人員組成皆符合任一性別未低於 1/3 原則。</p> <p>2. 受益者及相關性別統計數據：</p> <p>本計畫之受益對象為全民，並以涵蓋各生命週期之高風險群、特殊族群(如家暴及性侵害加害與被害人、慢性病人等)進行探討；目前就心理衛生較常受關注之群體所呈現之性別差異進行收集：</p> <p>(1) 男性自殺死亡率比例高於女性：2021 年男性自殺死亡人數(2,330 人)較女性自殺死亡人數(1,255 人)高，男女比大致為 2:1。根據國人死因統計結果分析(2021，衛福部統計處)顯示，男性與女性死因排序分別為第 11 位及 12 位。然而，女性之自殺通報率(64.6%)明顯高於男性(35.4%)，顯示其心理健康改善之需求尚有差異。</p> <p>(2) 男女性常見精神疾病類別略有不同：根據統計處數據顯示，各類</p> |

精神疾病中，物質濫用(含酒精及其他精神作用物質相關障礙症)之個案多為男性，而情緒障礙症(含焦慮、解離、壓力相關、身體障礙和其他非精神病之精神疾患)個案則較多為女性，顯示男女於疾病治療方面有不同之需求。

a、情緒障礙症個案較多為女性：根據衛福部統計處全民健康保險醫療統計數據顯示，2018 年情緒及焦慮、解離、壓力相關、身體障礙和其他非精神病的精神疾患個案共計 2,038,321 人，其中男性 750,821 人，女性 1,287,500 人，顯示情緒障礙症個案女性人數遠高於男性。

b、物質濫用個案多以男性為主：2020 年各機關(構)通報藥物濫用個案共計 30,357 人次，其中男性 24,652 人次(占通報總人次 81.2%)，女性 5,705 人次(占通報總人次 18.8%)。根據全民健康保險醫療統計年報數據顯示，2020 年酒精濫用個案共計 49,085 人，其中男性 39,311 人(占 80.1%)，女性 9,774 人(占 20.0%)，顯示酒精濫用男性個案約為女性之 4 倍。

(3) **家庭暴力案件加害人之男女比例差距有減少趨勢**：2016 年家庭暴力相對人為男性 73,354 人(75.9%)，女性 19,163 人(19.8%)，相差 54,191 人；2019 年家庭暴力事件相對人為男性者 75,568 人(74.3%)，女性 25,305 人(24.9%)，兩者相差 50,263 人

| | <p>(49.8%)，男女比例差距有明顯下降趨勢。</p> <p>(4) 性侵害加害人仍以男性為多數，但總數已有減少趨勢：2016 年性侵害加害人共計 3,181 人，其中男性 3,058 人(96.1%)，遠高於女性 123 人(3.9%)；2019 年性侵害加害人共計 3,181 人，其中男性 2,651 人(98.7%)，遠高於女性之 36 人(1.3%)，顯示男女比例之懸殊，且性侵害加害人總數有減少趨勢。</p> |
|--|--|
| 評估項目 | 評估結果 |
| <p>1-3【請根據 1-1 及 1-2 的評估結果，找出本計畫之性別議題】</p> <p>性別議題舉例如次：</p> <p>a.參與人員</p> <p>政策規劃者或服務提供者之性別比例差距過大時，宜關注職場性別隔離(例如：某些職業的從業人員以特定性別為大宗、高階職位多由單一性別擔任)、職場性別友善性不足(例如：缺乏防治性騷擾措施；未設置哺集乳室；未顧及員工對於家庭照顧之需求，提供彈性工作安排等措施)，及性別參與不足等問題。</p> <p>b.受益情形</p> <p>① 受益者人數之性別比例差距過大，或偏離母體之性別比例，宜關注不同性別可能未有平等取得社會資源之機會(例如:獲得政府補助；參加人才培訓活動)，或平等參與社會及公共事務之機會(例如:參加公聽會/說明會)。</p> <p>② 受益者受益程度之性別差距過大時(例如:滿意度、社會保險給付金額)，宜關注弱勢性別之需求與處境(例如:家庭照顧責任使女性未能連續就業，影響年金領取額度)。</p> <p>c.公共空間</p> <p>公共空間之規劃與設計，宜關注不同性別、性傾向、性別特質及性別認同者之空間使用性、安全性及友善性。</p> <p>① 使用性：兼顧不同生理差異所產生的不同需</p> | <p>1.本計畫政策研擬與決策小組之人員組成，已符合任一性別不低於 1/3 之原則。</p> <p>2.本計畫於研擬、修正過程係透過邀集縣市政府衛生局代表及該領域之專家學者，針對本計畫規劃與執行之策略共同研商討論，參與對象未設定特定性別對象，均為共同參與，且人員組成皆符合任一性別未低於 1/3 原則。</p> <p>3.本計畫各項涉及民眾宣導之工作項目，需考慮弱勢性別、族群之宣導策略，注意避免複製性別刻板印象、重視弱勢性別之主體性。</p> <p>4.受益情形：本計畫之受益對象為全體國民，並依涵蓋各生命週期、高風險群與特殊族群(如家暴及性侵害加害與被害人、慢性病人等)之性別差異進行分析。</p> <p>(1) 不同性別之心理健康需求尚有差異：2021 年自殺死亡男女比例約為 2:1，而自殺通報率女性 (64.6%)明顯高於男性(35.4%)，故後續於研擬自殺防治策略時，應將不同性別及不同族群之需求差異納入考量。</p> <p>(2) 情緒障礙症(含焦慮、解離、壓力相關、身體障礙和其他非精神病之精神疾患)之女性個案人數遠高於男</p> |

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。

d.展覽、演出或傳播內容

藝術展覽或演出作品、文化禮俗儀典與觀念、文物史料、訓練教材、政令/活動宣導等內容，宜注意是否避免複製性別刻板印象、有助建立弱勢性別在公共領域之可見性與主體性。

e.研究類計畫

研究類計畫之參與者(例如:研究團隊)性別落差過大時，宜關注不同性別參與機會、職場性別友善性不足等問題；若以「人」為研究對象，宜注意研究過程及結論與建議是否納入性別觀點。

性：故於規劃心理健康服務與資源時，應將不同性別及族群之需求差異納入考量。

- (3) 根據 2020 年全民健康保險醫療統計數據顯示，酒精濫用個案為男性者共計 39,311 人(占 80.1%)，為女性個案 9,774 人之 4 倍，故於成癮防治之策略中，應將不同性別及族群酒癮型態與需求因子納入考量。
- (4) 家暴加害人之男女性差距自 2016 年之 54,191 人降至 2019 年之 50,263 人，後續於規劃加害人處遇方案時，應納入多元性別與族群之影響因子，俾利完善我國加害人處遇模式。
- (5) 性侵害加害人男性個案比例自 2016 年始至 2019 年止皆占總數之 90% 以上，仍以男性為多數，然經過國民心理健康計劃之推展，我國性侵害加害人總數自 2016 年之 3,181 人降至 2019 年之 2,687 人，已略有成效，故後續規劃應納入多元家庭組成、多元性別與族群之影響因子，俾利完善我國社會安全網絡。

貳、回應性別落差與需求：針對本計畫之性別議題，訂定性別目標、執行策略及編列相關預算。

| 評估項目 | 評估結果 |
|---|--|
| <p>2-1【請訂定本計畫之性別目標、績效指標、衡量標準及目標值】</p> <p>請針對 1-3 的評估結果，擬訂本計畫之性別目標，並為衡量性別目標達成情形，請訂定相應之績效指標、衡量標準及目標值，並納入計畫書草案之計畫目標章節。性別目標宜具有下列效益：</p> <p>a.參與人員</p> <ul style="list-style-type: none">① 促進弱勢性別參與本計畫規劃、決策及執行，納入不同性別經驗與意見。② 加強培育弱勢性別人才，強化其領導與管理知能，以利進入決策階層。③ 營造性別友善職場，縮小職場性別隔離。 | <p>□有訂定性別目標者，請將性別目標、績效指標、衡量標準及目標值納入計畫書草案之計畫目標章節，並於本欄敘明計畫書草案之頁碼：</p> <p>■未訂定性別目標者，請說明原因及確保落實性別平等事項之機制或方法。</p> <ul style="list-style-type: none">1.未來召開之法定諮詢會議參與人員及委員聘任，將促進弱勢性別參與。2.受益情形：本計畫之受益對象為全體國民，以涵蓋各生命週期、高風險群與特殊族群(如家暴及性侵害加害與被害人、慢性病人等)之性別差異分析結果，落實性別平等事項之機制或方法。 |

b. 受益情形

① 回應不同性別需求，縮小不同性別滿意度落差。

② 增進弱勢性別獲得社會資源之機會(例如:獲得政府補助；參加人才培訓活動)。

③ 增進弱勢性別參與社會及公共事務之機會(例如:參加公聽會/說明會，表達意見與需求)。

c. 公共空間

回應不同性別對公共空間使用性、安全性及友善性之意見與需求，打造性別友善之公共空間。

d. 展覽、演出或傳播內容

① 消除傳統文化對不同性別之限制或僵化期待，形塑或推展性別平等觀念或文化。

② 提升弱勢性別在公共領域之可見性與主體性(如作品展出或演出；參加運動競賽)。

e. 研究類計畫

① 產出具性別觀點之研究報告。

② 加強培育及延攬環境、能源及科技領域之女性研究人才，提升女性專業技術研發能力。

f. 強化與本計畫相關的性別統計與性別分析。

g. 其他有助促進性別平等之效益。

(1) 各項涉及民眾宣導之工作項目，未來執行時，將考量不同性別、族群之差異，作為規劃宣導策略之參考。

(2) 各項心理健康促進與自殺防治之工作，將考量不同性別、族群及場域之差異與需求，作為規劃提升心理健康識能之策略參考。

(3) 各項心理健康資源及精神疾病照護資源之布建，將考量不同性別、族群之差異與需求，作為推展全方位心理健康知策略參考。

(4) 各項酒癮治療及相關防治工作，將考量不同性別及地域之差異與需求，作為未來成癮醫療研究之參考。

(5) 各項加害人處遇工作，將考量多元性別及族群之差異與需求，做為家暴加害人處遇措施之參考。

評估項目

評估結果

2-2【請根據 2-1 本計畫所訂定之性別目標，訂定執行策略】

請參考下列原則，設計有效的執行策略及其配套措施：

a. 參與人員

① 本計畫研擬、決策及執行各階段之參與成員、組織或機制(如相關會議、審查委員會、專案辦公室成員或執行團隊)符合任一性別不少於三分之一原則。

② 前項參與成員具備性別平等意識/有參加性別平等相關課程。

b. 宣導傳播

① 針對不同背景的目標對象(如不諳本國語言者；不同年齡、族群或居住地民眾)採取不同傳播方法傳布訊息(例如：透過社區公布欄、鄰里活動、網路、報紙、宣傳單、APP、廣播、電視等多元管道公開訊息，

■ 有訂定執行策略者，請將主要的執行策略納入計畫書草案之適當章節，並於本欄敘明計畫書草案之頁碼：p.86、p.87、p.90、p.91、p.94、p.95、p.142。

□ 未訂執行策略者，請說明原因及改善方法：

1. 未來召開之法定諮詢會議之人員組成(含參與人員及委員聘任)，皆將依任一性別不得少於 1/3 為原則。

2. 本計畫各項涉及民眾之宣導與相關活動，將依多元性別、生命週期、族群及其獲取資訊之難易度與使用習慣之差異，規畫宣導策略。

3. 本計畫將以民眾易理解之方式推廣，透過各場域提供服務過程中，提供相關資訊說明或書面資料，並強化各場域、地

或結合婦女團體、老人福利或身障等民間團體傳布訊息)。

- ② 宣導傳播內容避免具性別刻板印象或性別歧視意味之語言、符號或案例。
- ③ 與民眾溝通之內容如涉及高深專業知識，將以民眾較易理解之方式，進行口頭說明或提供書面資料。

c. 促進弱勢性別參與公共事務

- ① 計畫內容若對人民之權益有重大影響，宜與民眾進行充分之政策溝通，並落實性別參與。
- ② 規劃與民眾溝通之活動時，考量不同背景者之參與需求，採多元時段辦理多場次，並視需要提供交通接駁、臨時托育等友善服務。
- ③ 辦理出席民眾之性別統計；如有性別落差過大情形，將提出加強蒐集弱勢性別意見之措施。
- ④ 培力弱勢性別，形成組織、取得發言權或領導地位。

d. 培育專業人才

- ① 規劃人才培訓活動時，納入鼓勵或促進弱勢性別參加之措施
(例如:提供交通接駁、臨時托育等友善服務；優先保障名額；培訓活動之宣傳設計，強化歡迎或友善弱勢性別參與之訊息；結合相關機關、民間團體或組織，宣傳培訓活動)。
- ② 辦理參訓者人數及回饋意見之性別統計與性別分析，作為未來精進培訓活動之參考。
- ③ 培訓內涵中融入性別平等教育或宣導，提升相關領域從業人員之性別敏感度。
- ④ 辦理培訓活動之師資性別統計，作為未來師資邀請或師資培訓之參考。

e. 具性別平等精神之展覽、演出或傳播內容

- ① 規劃展覽、演出或傳播內容時，避免複製性別刻板印象，並注意創作者、表演者之性別平衡。

域及社區心理衛生中心之合作與轉介機制(p.83、p.84、p.85、p.86、p.87、p.88、p.95、p.96、p.97、p.118)。

4. 本計畫為提升服務之普及性與觸及率，擬規劃透過落實各場域之員工協助方案(p.88-89)，以強化職場心理衛生，並強化心理健康服務管道之可近性。
5. 本計畫為促進全民心理健康與精神疾病識能，擬於發展心理健康服務資源(p.85)及精神疾病防治與照護資源(p.105)時，將不同性別及族群之需求差異納入規劃，並針對女性高風險群(如孕產婦)，規劃相關心理健康服務方案(p.83)，並營造具包容與善意之支持性社區，俾利提升全民之心理健康。
6. 本計畫為提升成癮治療效能與普及性，擬於強化酒癮治療服務網絡時，依不同性別(含多元性別)、族群及地域之型態進行調查與研究(p.135)，以期開發本土化酒癮之治療模式，完善成癮學術基礎，俾利國人可獲得最妥善之協助。
7. 本計畫為強化我國社會安全，將廣續配合「強化社會安全網」計畫，依不同性別(含多元性別)、族群，規劃多元、有效之加害人處遇方案(p.142)，並確保案主於處遇執行期間可獲得妥善協助，俾利降低家庭暴力與性侵案件的發生。

| | |
|--|--|
| <p>②製作歷史文物、傳統藝術之導覽、介紹等影音或文字資料時，將納入現代性別平等觀點之詮釋內容。</p> <p>③規劃以性別平等為主題的展覽、演出或傳播內容(例如:女性的歷史貢獻、對多元性別之瞭解與尊重、移民女性之處境與貢獻、不同族群之性別文化)。</p> <p>f.建構性別友善之職場環境 委託民間辦理業務時，推廣促進性別平等之積極性作法(例如：評選項目訂有友善家庭、企業托兒、彈性工時與工作安排等性別友善措施；鼓勵民間廠商拔擢弱勢性別優秀人才擔任管理職)，以營造性別友善職場環境。</p> <p>g.具性別觀點之研究類計畫 ①研究團隊成員符合任一性別不少於三分之一原則，並積極培育及延攬女性科技研究人才；積極鼓勵女性擔任環境、能源與科技領域研究類計畫之計畫主持人。 ②以「人」為研究對象之研究，需進行性別分析，研究結論與建議亦需具性別觀點。</p> | |
| 評估項目 | 評估結果 |
| <p>2-3【請根據 2-2 本計畫所訂定之執行策略，編列或調整相關經費配置】 各機關於籌編年度概算時，請將本計畫所編列或調整之性別相關經費納入性別預算編列情形表，以確保性別相關事項有足夠經費及資源落實執行，以達成性別目標或回應性別差異需求。</p> | <p>■有編列或調整經費配置者，請說明預算額度編列或調整情形： 本計畫規劃未來推動孕產婦心理健康支持方案及多元性別心理健康促進計畫，預算約 807,385 千元。 □未編列或調整經費配置者，請說明原因及改善方法：</p> |
| <p>【注意】填完前開內容後，請先依「填表說明二之(一)」辦理【第二部分 - 程序參與】，再續填下列「參、評估結果」。</p> | |
| <p>參、評估結果 請機關填表人依據【第二部分 - 程序參與】性別平等專家學者之檢視意見，提出綜合說明及參採情形後通知程序參與者審閱。</p> | |
| <p>3-1 綜合說明</p> | <p>持續發展對各次族群之心理健康促進工作</p> |
| <p>3-2 參採情形</p> | <p>3-2-1 說明採納意見後之計畫調整(請標註頁數)</p> <p>依性別平等專家委員所提之建議修正本計畫之內容： 1. 針對各項心理健康(含精神疾病、毒癮、家暴及性侵害等)之服務提供者與醫護人員，</p> |

| | | |
|--|---------------------|--|
| | | 提供權益維護及安全保障機制(p.119)。 2. 對於不同生命週期及特殊族群(含醫護人員)之心理健康問題，定期進行性別及年齡層之交叉統計分析(p.120)，作為政策推動依據。 3. 於成立中央相關諮議會時，將考量任一性別皆不得少於 1/3 原則(p.107)。 4. 修正文字「少子化」為「少子女化」；「病患」為「病人」；「公共衛生護士」為「公共衛生護理人員」。 |
| | 3-2-2 說明未參採之理由或替代規劃 | 無。 |

3-3 通知程序參與之專家學者本計畫之評估結果：

已於 109 年 11 月 30 日將「評估結果」及「修正後之計畫書草案」通知程序參與者審閱。

- 填表人姓名：廖敏桂/林軒立 職稱：科長/視察 電話：02-8590-7552/02-85907558 填表日期：111 年 8 月 3 日/113 年 4 月 15 日
- 本案已於計畫研擬初期 徵詢性別諮詢員之意見，或 提報各部會性別平等專案小組(會議日期： 年 月 日)
- 性別諮詢員姓名：張淑慧 服務單位及職稱：社團法人台灣照顧管理協會理事長
- 身分：符合中長程個案計畫性別影響評估作業說明第三點第一款現任臺灣國家婦女館「性別主流化人才資料庫」專家學者(如提報各部會性別平等專案小組者，免填)
(請提醒性別諮詢員恪遵保密義務，未經部會同意不得逕自對外公開計畫草案)

【第二部分 - 程序參與】：由性別平等專家學者填寫

程序參與之性別平等專家學者應符合下列資格之一：

- 1.現任臺灣國家婦女館網站「性別主流化人才資料庫」公、私部門之專家學者；其中公部門專家應非本機關及所屬機關之人員(人才資料庫網址:<http://www.taiwanwomencenter.org.tw/>)。
- 2.現任或曾任行政院性別平等會民間委員。
- 3.現任或曾任各部會性別平等專案小組民間委員。

(一)基本資料

| | |
|---|---|
| 1.程序參與期程或時間 | 109年11月30日至109年11月30日 |
| 2.參與者姓名、職稱、服務單位及其專長領域 | 1. 姓名職稱：王秀紅教授 2. 服務單位：高雄醫學大學 3. 專長領域：婦女健康與性別議題、高齡長期照護、社區衛生與健康促進、護理教育、健康政策 |
| 3.參與方式 | <input 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 |
| (二)主要意見 (若參與方式為提報各部會性別平等專案小組，可附上會議發言要旨，免填4至10欄位，並請通知程序參與者恪遵保密義務) | |
| 4.性別平等相關法規政策相關性評估之合宜性 | 合宜 |
| 5.性別統計及性別分析之合宜性 | 合宜 |
| 6.本計畫性別議題之合宜性 | 合宜 |
| 7.性別目標之合宜性 | 無性別目標 |
| 8.執行策略之合宜性 | 合宜 |
| 9.經費編列或配置之合宜性 | 合宜 |
| 10.綜合性檢視意見 | 一、本案為衛生福利部「全民心理健康韌性計畫」草案，促進國人心理健康為國家推動心理健康及精神衛生之政策方向，計畫依行政院推動之新世代反毒策略行動綱領及強化社會安全網計畫，面對未來環境變化，強化並完善全民心理健康建設，確保全民安全與幸福。 |

- 二、計畫之政策規劃參與者包括單位主管(次長、司長、簡技及科長)與行政幕僚人員共19人(男性9人，女性10人)；其他在計畫研擬、修正等過程，參與之衛福部相關司署、行政院相關部會、縣市政府衛生局代表及各領域之專家學者等相關人員，皆符合任一性別比例不少於1/3之規定。
- 三、計畫提供相關性別統計數據，包括：
- (一) 男性自殺死亡率高於女性，2021年男性自殺死亡人數(2,330人)較女性自殺死亡人數(1,255人)高，男女比大致為2:1。
 - (二) 男女性常見精神疾病類別不同，物質濫用(含酒精及其他精神作用物質相關障礙症)之個案多為男性，而情緒障礙症(含焦慮、解離、壓力相關、身體障礙和其他非精神病之精神疾患)個案則較多為女性，顯示男女於疾病治療方面有不同之需求。
 - (三) 家庭暴力案件加害人之男女比例差距，於2019年統計，家庭暴力事件相對人為男性者75,568人(74.3%)，女性25,305人(24.9%)，兩者相差50,263人(49.8%)。
 - (四) 性侵害加害人以男性為多數，於2019年統計，性侵害加害者共計3,181人，其中男性2,651人(98.7%)，遠高於女性之36人(1.3%)，顯示性侵害加害人男女比例之懸殊。
- 四、針對計畫內容，研擬與性別相關之議題，包括：計畫參與人員、受益情形、公共空間之使用性、安全性、友善性、展覽、演出或傳播內容、具性別觀點之研究計畫等性別相關執行策略及其配套措施，並依涵蓋各生命週期、高風險群與特殊族群(如家暴及性侵害加害與被害人、慢性病患等)之性別差異進行分析。

| | |
|---|---|
| | <p>五、 整體而言，提供以下幾點建議：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 對於心理健康問題、精神疾病、毒癮、性侵害、家庭暴力者等之服務提供者，尤其是女性社工師或女性護理師等，應提供維護其權益及安全保障政策。 2. 未來對於不同生命週期及特殊族群(例如：原住民、身心障礙、獨居、家庭照顧者、多元性別人口群等)之心理健康問題，宜進行性別及年齡層之交叉統計與分析，以作為推動相關政策的參考依據。 3. 於成立中央相關心理健康諮議會時，成員組成宜考慮任一性別不得少於三分之一的規定。 4. 各類達成指標之比率，宜進行性別與年齡之統計及分析。 5. 文字修改建議：「少子化」修改為「少子女化」；「病患」修改為「病人」；「公共衛生護士」修改為「公共衛生護理人員」。 6. 建議未來考量及關注醫護人員的心理健康問題，並進行性別、年齡及職類之統計分析並提出相關政策。 |
| (三)參與時機及方式之合宜性 | 合宜 |
| <p>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。</p> <p>(簽章，簽名或打字皆可)___<u>王秀紅</u>___</p> | |

附表、2025-2030 年經費一覽表

| | | 2025年至2030年全民心理健康韌性計畫預算(單位:千元) | | | | | | |
|--------------------------------|------|--------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 計畫期程 工作項目 | 經費類別 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 | 2030 | 合計 |
| 一、推展全方位心理健康促進 | | | | | | | | |
| (一)提升大眾心理健康識能，推動涵蓋各生命週期之心理健康促進 | 經常門 | 341,315 | 463,057 | 460,013 | 455,065 | 451,614 | 449,627 | 2,620,691 |
| | 資本門 | 2,500 | 3,000 | 13,000 | 13,000 | 7,000 | 7,000 | 45,500 |
| (二)推動特定人口群心理健康服務方案，建立評估及轉介機制 | 經常門 | 15,500 | 115,750 | 116,013 | 116,288 | 116,578 | 116,881 | 597,010 |
| | 資本門 | - | - | - | - | - | - | - |
| (三)提升民眾自殺防治意識，強化自殺防治效能 | 經常門 | 90,050 | 87,850 | 87,850 | 92,550 | 92,750 | 92,950 | 544,000 |
| | 資本門 | 3,000 | 6,500 | 2,000 | 4,000 | 3,500 | 5,000 | 24,000 |
| (四)強化災難心理衛生，提升國人心理韌性 | 經常門 | 6,500 | 6,500 | 6,500 | 6,500 | 6,500 | 6,500 | 39,000 |
| | 資本門 | - | - | - | - | - | - | - |
| 合計 | 經常門 | 453,365 | 673,157 | 670,376 | 670,403 | 667,442 | 665,958 | 3,800,701 |
| | 資本門 | 5,500 | 9,500 | 15,000 | 17,000 | 10,500 | 12,000 | 69,500 |
| | 小計 | 458,865 | 682,657 | 685,376 | 687,403 | 677,942 | 677,958 | 3,870,201 |
| 二、發展連續性精神照護網絡 | | | | | | | | |
| (一)充實精神照護資源，提升機構照護服務品質 | 經常門 | 26,001 | 28,013 | 27,819 | 27,832 | 28,185 | 28,198 | 166,048 |
| | 資本門 | 1,000 | 2,500 | 2,500 | 2,500 | 6,700 | 2,500 | 17,700 |
| (二)檢討精神病人強制治療業務，精進強制治療服務品質 | 經常門 | 152,486 | 150,900 | 122,137 | 120,996 | 121,366 | 121,747 | 789,632 |
| | 資本門 | 20,000 | - | - | - | - | - | 20,000 |
| (三)強化精神病人前端預防服務，建立緊急精神醫療處置機制 | 經常門 | 25,955 | 23,955 | 20,605 | 18,105 | 18,105 | 24,605 | 131,330 |
| | 資本門 | 17,100 | 11,200 | 4,500 | 4,500 | 4,500 | 8,060 | 49,860 |
| (四)健全精神病人社區服務網絡，充實社區支持資源 | 經常門 | 91,844 | 89,844 | 89,844 | 92,981 | 92,981 | 92,981 | 550,475 |
| | 資本門 | - | - | - | - | - | - | - |
| (五)強化病人權益保障，推動精神疾病去汙名化 | 經常門 | 19,645 | 22,174 | 22,779 | 23,341 | 23,919 | 24,578 | 136,436 |
| | 資本門 | 1,000 | 1,030 | 1,060 | 1,092 | 1,125 | 1,159 | 6,466 |
| 合計 | 經常門 | 315,931 | 314,886 | 283,184 | 283,255 | 284,556 | 292,109 | 1,773,921 |
| | 資本門 | 39,100 | 14,730 | 8,060 | 8,092 | 12,325 | 11,719 | 94,026 |
| | 小計 | 355,031 | 329,616 | 291,244 | 291,347 | 296,881 | 303,828 | 1,867,947 |
| 三、提升成癮戒治服務多元量能 | | | | | | | | |
| (一)強化毒品危害防制中心服務效能，深化追蹤輔導品質 | 經常門 | - | - | - | - | - | - | - |
| | 資本門 | - | - | - | - | - | - | - |
| (二)完善毒藥物成癮治療服務體系，充實成癮醫療復健量能 | 經常門 | 97,930 | 12,000 | 12,000 | 12,000 | 12,000 | 12,000 | 157,930 |
| | 資本門 | - | - | - | - | - | - | - |
| (三)推廣酒癮疾病識能，提升酒癮治療服務量能 | 經常門 | 86,067 | 289,180 | 309,014 | 329,722 | 351,947 | 375,833 | 1,741,763 |
| | 資本門 | 500 | 500 | - | - | - | - | 1,000 |
| (四)提升網路使用健康識能，建立網路成癮防治機制 | 經常門 | 15,000 | 19,300 | 22,300 | 22,600 | 22,600 | 22,600 | 124,400 |
| | 資本門 | - | - | - | - | - | - | - |
| 合計 | 經常門 | 198,997 | 320,480 | 343,314 | 364,322 | 386,547 | 410,433 | 2,024,093 |
| | 資本門 | 500 | 500 | - | - | - | - | 1,000 |
| | 小計 | 199,497 | 320,980 | 343,314 | 364,322 | 386,547 | 410,433 | 2,025,093 |
| 四、精進家暴及性侵害加害人評估處遇，減少再犯 | | | | | | | | |
| (一)強化家暴加害人處遇計畫，發展多元有效處遇方案 | 經常門 | | | | | | | |
| | 資本門 | | | | | | | |
| (二)精進性侵害加害人處遇評估制度，結合網絡強化社區監控機制 | 經常門 | | | | | | | |
| | 資本門 | | | | | | | |
| (三)強化加害人處遇量能，優化加害人處遇系統 | 經常門 | | | | | | | |
| | 資本門 | | | | | | | |
| (四)發展跟蹤騷擾行為人治療性處遇機制 | 經常門 | | | | | | | |
| | 資本門 | | | | | | | |
| (五)精進被害人醫療服務品質及量能 | 經常門 | | | | | | | |
| | 資本門 | | | | | | | |
| 小計 | | 40,000 | 40,000 | 40,000 | 40,000 | 40,000 | 40,000 | 240,000 |
| 五、健全司法精神鑑定制度，完善監護處分資源 | | | | | | | | |
| (一)充實司法精神醫療資源，深化司法精神醫療服務 | 經常門 | | | | | | | |
| | 資本門 | | | | | | | |
| (二)設置司法精神病房，發展司法精神醫療處遇模式 | 經常門 | | | | | | | |
| | 資本門 | | | | | | | |
| (三)落實司法體系個案銜接，建立社區支持機制 | 經常門 | | | | | | | |
| | 資本門 | | | | | | | |
| 小計 | | - | - | - | - | - | - | - |
| 六、建構運用科技及具實證基礎之心理健康建設 | | | | | | | | |
| (一)定期調查國人心理健康狀況，建立政策實證基礎(新增) | 經常門 | 35,500 | 35,575 | 35,652 | 35,732 | 35,814 | 35,900 | 214,173 |
| | 資本門 | - | - | - | - | - | - | - |
| (二)推動國際合作，增加國際能見度 | 經常門 | 2,800 | 2,800 | 2,800 | 2,800 | 2,800 | 2,800 | 16,800 |
| | 資本門 | - | - | - | - | - | - | - |
| 合計 | 經常門 | 38,300 | 38,375 | 38,452 | 38,532 | 38,614 | 38,700 | 230,973 |
| | 資本門 | - | - | - | - | - | - | - |
| | 小計 | 38,300 | 38,375 | 38,452 | 38,532 | 38,614 | 38,700 | 230,973 |
| 年度經費總計 | 經常門 | 1,046,593 | 1,386,898 | 1,375,326 | 1,396,512 | 1,417,159 | 1,447,200 | 8,069,688 |
| | 資本門 | 45,100 | 24,730 | 23,060 | 25,092 | 22,825 | 23,719 | 164,526 |
| | 小計 | 1,091,693 | 1,411,628 | 1,398,386 | 1,421,604 | 1,439,984 | 1,470,919 | 8,234,214 |